

伊予市国民健康保険  
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)  
2024(令和 6)年度～2029(令和 11)年度

# 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期計画に係る考察及び第3期における健康課題の明確化	9
1. 保険者の特性	
2. 第2期計画に係る評価及び考察	
(1) 第2期計画に係る評価	
(2) 主な個別事業の評価と課題	
(3) 第2期計画に係る考察	
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. 第四期特定健康診査等実施計画について	
2. 目標値の設定	
3. 対象者の見込み	
4. 特定健診の実施	
5. 特定保健指導の実施	
6. 個人情報保護	
7. 結果の報告	
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	

第4章 課題解決するための個別保健事業 .....40

1. 保健事業の方向性

2. 重症化予防の取組

- (1) 糖尿病性腎症重症化予防
- (2) 高血圧重症化予防
- (3) 虚血性心疾患重症化予防
- (4) 脳血管疾患重症化予防

3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

4. 発症予防

5. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し .....72

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 .....73

1. 計画の公表・周知

2. 個人情報の取扱い

参考資料 .....74

# 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<sup>※1</sup>」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<sup>※2</sup>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(以下「データヘルス計画」という。)を策定した上で、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。

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)<sup>※3</sup>」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<sup>※4</sup>2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

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

当市では、このような国の動きや健康課題等を踏まえ、平成30年3月に「伊予市第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)・第三期特定健診等実施計画」を一体的な計画として策定し、予防可能な生活習慣病を中心とした保健事業を実施してきました。今後も幅広い年代の被保険者の健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を引き続き実施し、被保険者の健康の保持増進、生活の質の維持及び向上を図るため、国の指針に基づき、「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」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、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、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)<sup>※5</sup>」(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、以上のことを踏まえ、国保データベース(KDB<sup>※6</sup>)を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

---

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

なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、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性腎症に着目することとする。

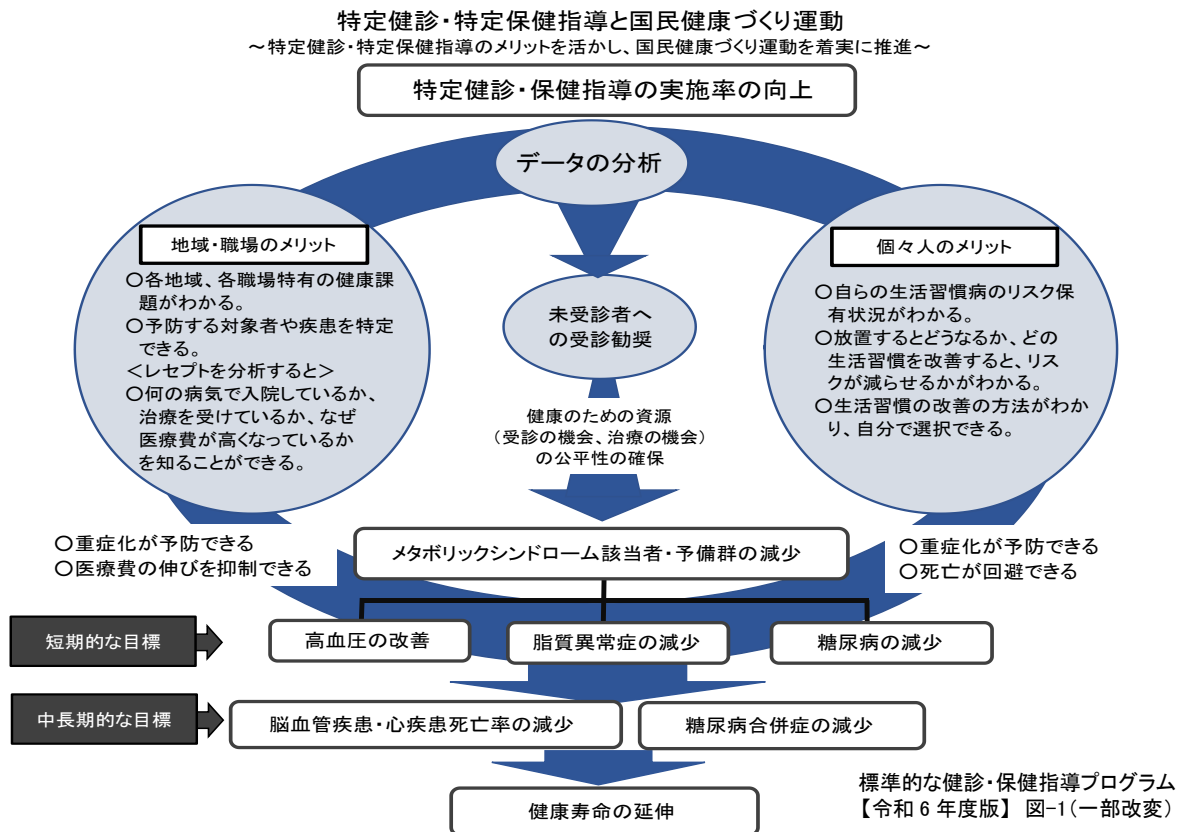
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

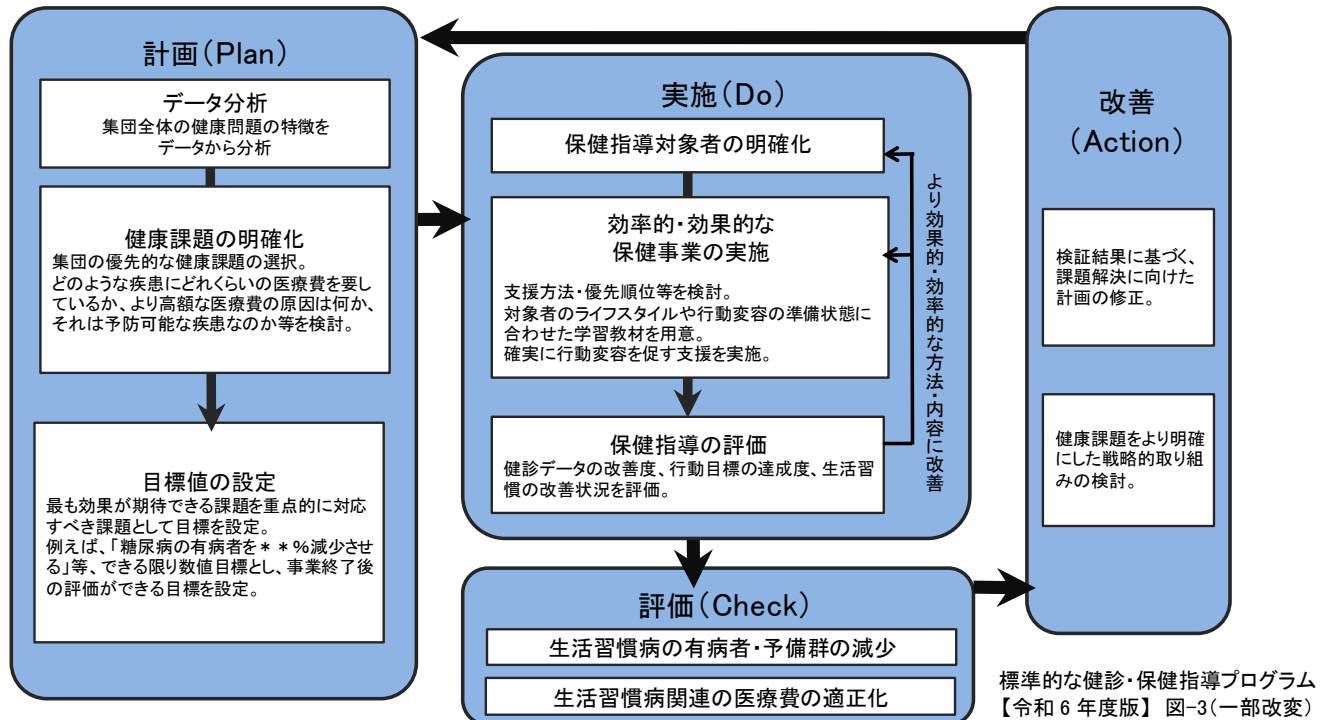
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかに心豊かに 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 診査の効率性かつ効果的に実 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、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症)  循環器病 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム  糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病  糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止  生活習慣病  虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモ―ティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん  精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能低下、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」  51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 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。

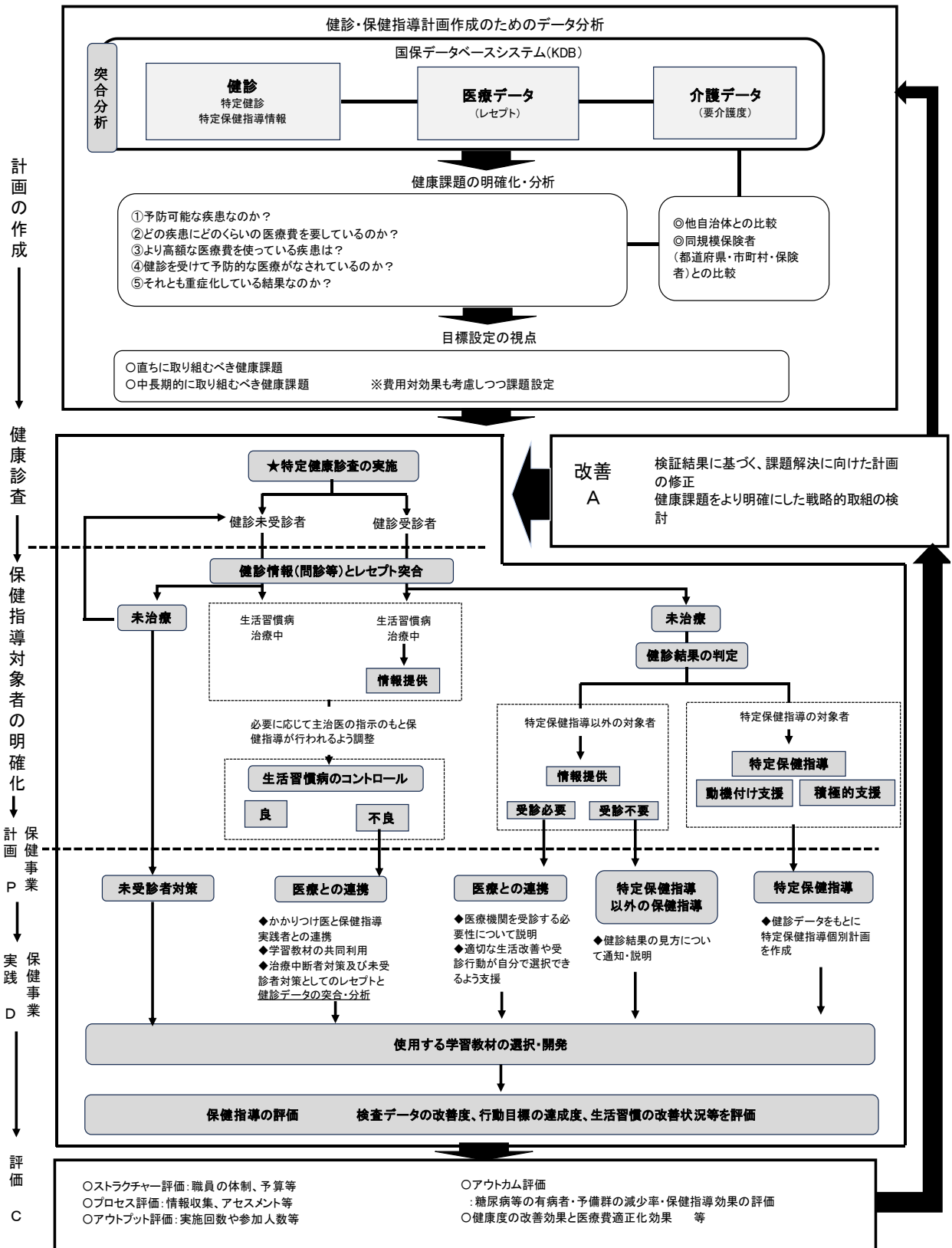
図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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

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)



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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	
	<b>かつての健診・保健指導</b>		<b>現在の健診・保健指導</b>	
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診	
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導	
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う	
内容	健診結果の伝達、理想的な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 個人の健康結果を読み解くともに、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	

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

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

計画の期間は、2024(令和6)年度から2029(令和11)年度までの6年間とします。

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。

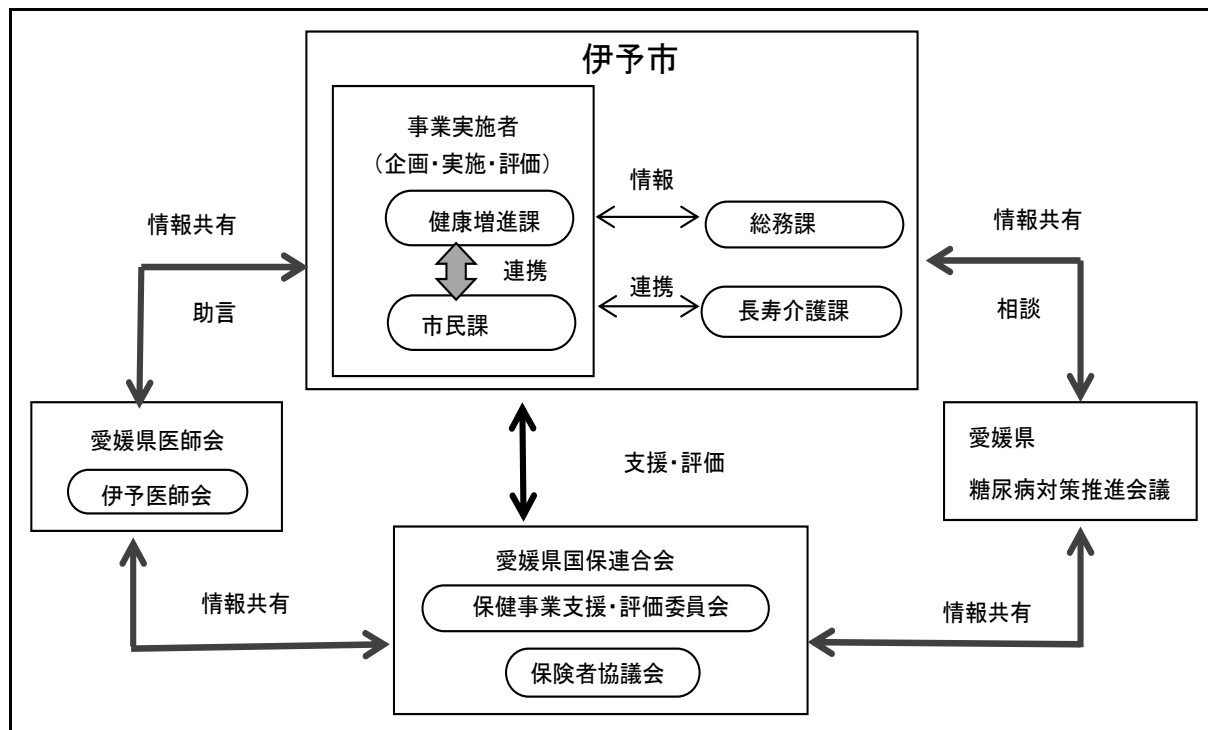
### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### (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、健康増進課が中心となって策定しますが、住民の健康の保持増進に関係する、特に市民課の国保係と連携・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・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業や計画の評価をし、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)、介護保険部局(長寿介護課)、企画部局(総務課)、生活保護部局(福祉課)とも十分連携を図ることとします。(図表 6)

図表 6 伊予市の実施体制図



## (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。

関係機関とは、共同保険者である愛媛県のほか、国民健康保険連合会(以下「国保連」という。)や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等のことをいい、それらと連携、協力していきます。

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

さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、愛媛県が愛媛県医師会等との連携を積極的に推進することも重要になってきます。

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

## (3) 被保険者の役割

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

## 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7)

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分を創設し、「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しています。(事業費分・事業費連動分)

保険者努力支援制度は、健康増進と医療費適正化に取り組むことで、交付額が傾斜配分させる制度で、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上や生活習慣病の発症・重症化予防、保険料収納率向上に関する取組の実施状況を高く評価する配点となっています。

計画に沿って質の高い保健事業を展開するためには、保険者努力支援制度の財源が必要不可欠であることから、今後も本制度を積極的かつ効果的・効率的に活用していきます。

図表7 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
		伊予市	配点	伊予市	配点	伊予市	配点		
交付額(万円)		1,738		1,637		1,532			
全国順位(1,741市町村中)		746位		676位		1131位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	110	70	95	70		
		(2)特定保健指導実施率	55		70		70		
		(3)メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率			50		50		
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	20	40	30	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	120	120	120	120	85	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	50	45	45	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	45	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	10	130	10	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	20	100	50	100	50	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	25	30	40	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組	31	40	29	50	19	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	72	95	69	100	56	100	
合計点		578	1,000	598	960	515	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

本市は、人口約 35,000 人で高齢化率は 34.3%でした。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は 57 歳と同規模※、県、国と比べて高く、出生率は低く、財政指数も低い市となっています。

産業においては、第3次産業が多く、次いで第2次産業、第1次産業となっています。また、第1次産業が 14.8%と同規模、県、国と比較して高い状況です。(図表 8)

図表 8 同規模・県・国と比較した伊予市の特性

	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
伊予市	35,011	34.3	7,839 (22.4)	57.0	5.1	14.3	0.4	14.8	25.6	59.6
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、伊予市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

R4年度の国保加入率は 22.4%と被保険者数は年々減少傾向で、年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 50%を占めています。(図表 9)

図表 9 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	8,828		8,522		8,362		8,160		7,839	
65～74歳	4,317	48.9	4,275	50.2	4,301	51.4	4,226	51.8	4,058	51.8
40～64歳	2,795	31.7	2,665	31.3	2,545	30.4	2,477	30.4	2,397	30.6
39歳以下	1,716	19.4	1,582	18.6	1,516	18.1	1,457	17.9	1,384	17.7
加入率	24.0		23.2		22.7		22.2		22.4	

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

また市内には 1 つの病院、29 の診療所があり、これは県と比較しても少なく、病床数・医師数も少ないことから、医療資源に恵まれているとは言えませんが、近隣の医療機関に雇われている者も多いと思われ、外来患者数が同規模、県と比較して高い傾向となっています。(図表 10)

図表 10 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	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	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	0.4	0.5
診療所数	32	3.6	31	3.6	31	3.7	30	3.7	29	3.7	3.5	4.3
病床数	290	32.9	290	34.0	290	34.7	290	35.5	290	37.0	67.7	73.4
医師数	51	5.8	51	6.0	50	6.0	50	6.1	48	6.1	9.7	13.7
外来患者数	808.0		817.6		777.7		808.5		819.8		728.3	748.2
入院患者数	22.9		23.5		21.8		22.3		23.0		23.6	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期計画に係る評価と考察

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。(P4 図表 2 参照)

#### ア 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症)の達成状況

##### (ア) 介護給付費の状況

本市の R4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で43人(認定率0.38%)、1号(65歳以上)被保険者で2,322人(認定率19.4%)と国と同程度で、H30年度と比べると低下しています。特に2号認定者は、H30年度0.52%からR4年度0.38%と明らかに低下しています。(図表11)

図表 11 要介護認定者(率)の状況

	伊予市				同規模 R04年度	県 R04年度	国 R04年度
	H30年度		R04年度				
高齢化率	11,556人	31.4%	11,996人	34.3%	36.2%	33.4%	28.7%
2号認定者	63人	0.52%	43人	0.38%	0.37%	0.41%	0.38%
新規認定者	17人		8人		--	--	--
1号認定者	2,383人	20.6%	2,322人	19.4%	19.1%	21.6%	19.4%
新規認定者	310人		329人		--	--	--
再掲							
65~74歳	236人	4.2%	257人	4.4%	--	--	--
新規認定者	50人		61人		--	--	--
75歳以上	2,147人	35.8%	2,065人	33.5%	--	--	--
新規認定者	260人		268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

介護の総給付費は H30 年度約 37.5 億円から R4 年度約 36.5 億円と約 1 億円減少しています。(図表 12)

図表 12 介護給付費の変化

	伊予市		同規模 R04年度	県 R04年度	国 R04年度
	H30年度	R04年度			
総給付費	37億5968万円	36億5029万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	325,345	304,292	300,230	320,144	290,668
1件あたり給付費(円)全体	70,032	66,174	70,503	62,527	59,662
居宅サービス	48,240	44,464	43,936	44,617	41,272
施設サービス	290,008	293,437	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

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で52.6%、第1号被保険者でも74.7%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95.7%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13)

図表13 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04年度)

受給者区分		2号		1号				合計									
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計									
介護件数(全体)		43		257		2,065		2,322		2,365							
再)国保・後期		19		205		2,000		2,205		2,224							
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
			脳卒中	10	52.6%	脳卒中	128	62.4%	脳卒中	1,519	76.0%	脳卒中	1,647	74.7%	脳卒中	1,657	74.5%
	循環器疾患	2	虚血性心疾患	3	15.8%	虚血性心疾患	49	23.9%	虚血性心疾患	891	44.6%	虚血性心疾患	940	42.6%	虚血性心疾患	943	42.4%
		3	腎不全	3	15.8%	腎不全	21	10.2%	腎不全	312	15.6%	腎不全	333	15.1%	腎不全	336	15.1%
		4	糖尿病合併症	4	21.1%	糖尿病合併症	46	22.4%	糖尿病合併症	267	13.4%	糖尿病合併症	313	14.2%	糖尿病合併症	317	14.3%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			17	89.5%	基礎疾患	187	91.2%	基礎疾患	1,925	96.3%	基礎疾患	2,112	95.8%	基礎疾患	2,129	95.7%
	血管疾患合計			17	89.5%	合計	193	94.1%	合計	1,958	97.9%	合計	2,151	97.6%	合計	2,168	97.5%
	認知症		認知症	3	15.8%	認知症	49	23.9%	認知症	933	46.7%	認知症	982	44.5%	認知症	985	44.3%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	16	84.2%	筋骨格系	177	86.3%	筋骨格系	1,931	96.6%	筋骨格系	2,108	95.6%	筋骨格系	2,124	95.5%

※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

本市の医療費は、国保加入者が減少しており、総医療費も減少しています。一人あたり医療費は、同規模、県、国と比べて高く、県内5位と高い状況となっており、H30年度と比較して約3万円増えています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか3%程度にも関わらず、医療費全体の約40%を占めており、1件あたりの入院医療費もH30年度と比較しても約5万円も増えています。(図表14)

図表 14 医療費の推移

		伊予市		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)		8,828人	7,839人	--	--	--
前期高齢者割合		4,317人 (48.9%)	4,058人 (51.8%)	--	--	--
総医療費		33億3987万円	32億3068万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		378,326	412,129	394,521	390,048	339,680
		県内4位 同規模89位	県内5位 同規模98位			
入院	1件あたり費用額(円)	549,550	598,140	585,610	580,300	617,950
	費用の割合	40.7	41.1	43.3	42.3	39.6
	件数の割合	2.8	2.7	3.1	3.0	2.5
外来	1件あたり費用額	22,690	24,030	24,850	24,300	24,220
	費用の割合	59.3	58.9	56.7	57.7	60.4
	件数の割合	97.2	97.3	96.9	97.0	97.5
受診率		830.941	842.773	751.942	771.192	705.439

出典:ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は伊予市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の1を大きく超えており、全国19位の県平均よりも高い状況ですが、H30年と比較すると入院・外来ともに低くなっています。(図表15)

図表 15 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		伊予市 (県内市町村中)		県 (47県中)	伊予市 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	1.091	1.057	1.054	1.025	1.017	1.026
		(4位)	(11位)	(19位)	(5位)	(12位)	(18位)
	入院	1.110	1.107	1.134	0.991	0.985	1.053
		(11位)	(14位)	(18位)	(10位)	(14位)	(19位)
	外来	1.100	1.040	1.009	1.089	1.074	1.010
		(3位)	(8位)	(21位)	(1位)	(5位)	(15位)

出典:地域差分析(厚労省)

(ウ) 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30年度と比較すると減少していますが、同規模、県、国と比べると割合が高い状況が続いています。特に、脳梗塞・脳出血、慢性腎不全(透析無)、悪性新生物、筋・骨疾患は、同規模、県、国と比較しても高い状況です。(図表16)

図表 16 中長期目標疾患の医療費の推移

		伊予市		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)		33億3987万円	32億3068万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		3億0909万円	2億8848万円	--	--	--	
		9.25%	8.93%	7.84%	7.91%	8.03%	
目標 中長期 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	3.31%	3.34%	2.10%	2.30%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.94%	1.37%	1.39%	1.58%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.65%	3.75%	4.05%	3.75%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.36%	0.46%	0.30%	0.27%	0.29%
そ 疾 患 の 他 の	悪性新生物		14.25%	18.59%	16.91%	17.44%	16.69%
	筋・骨疾患		10.44%	11.15%	9.00%	9.80%	8.68%
	精神疾患		8.14%	7.50%	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。

中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると脳血管疾患・虚血性心疾患が減少していますが、人工透析の治療者は増加しています。人工透析は、血液透析の場合、一人あたりの医療費が年間約 500 万円と高額になり、日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。(図表 17)

図表 17 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	8,828	7,839	a	1,272	1,073	653	558	32	39	
				a/A	14.4%	13.7%	7.4%	7.1%	0.4%	0.5%	
40歳以上	B	7,112	6,455	b	1,267	1,066	645	556	32	39	
	B/A	80.6%	82.3%	b/B	17.8%	16.5%	9.1%	8.6%	0.4%	0.6%	
再 掲	40~64歳	C	2,795	2,397	c	238	172	123	100	20	21
		C/A	31.7%	30.6%	c/C	8.5%	7.2%	4.4%	4.2%	0.7%	0.9%
	65~74歳	D	4,317	4,058	d	1,029	894	522	456	12	18
		D/A	48.9%	51.8%	d/D	23.8%	22.0%	12.1%	11.2%	0.3%	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・糖尿病・脂質異常症・メタボリックシンドローム)の達成状況

(ア) 高血圧症治療者の状況

高血圧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・虚血性心疾患の割合は減っていますが、人工透析の割合は増えています。(図表 18)

図表 18 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	3,023	2,865	715	623	2,308	2,242
		A/被保数	42.5%	44.4%	25.6%	26.0%	53.5%	55.2%
(中長期 合併症 目標疾患)	脳血管疾患	B	771	693	121	98	650	595
		B/A	25.5%	24.2%	16.9%	15.7%	28.2%	26.5%
	虚血性心疾患	C	456	418	90	73	366	345
		C/A	15.1%	14.6%	12.6%	11.7%	15.9%	15.4%
	人工透析	D	31	38	19	21	12	17
		D/A	1.0%	1.3%	2.7%	3.4%	0.5%	0.8%

出典: KDBシステム\_ 疾病管理一覽(高血圧症)  
地域の全体像の把握

(イ) 糖尿病治療者の状況

糖尿病の治療状況を見ると、治療者の割合はおおよそ横ばいで、重症化の状態である脳血管疾患と虚血性心疾患の割合は減っている一方、人工透析と糖尿病合併症の割合は増えています。(図表 19)

図表 19 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	1,908	1,751	477	396	1,431	1,355
		A/被保数	26.8%	27.1%	17.1%	16.5%	33.1%	33.4%
(中長期 合併症 目標疾患)	脳血管疾患	B	404	364	57	51	347	313
		B/A	21.2%	20.8%	11.9%	12.9%	24.2%	23.1%
	虚血性心疾患	C	323	280	48	45	275	235
		C/A	16.9%	16.0%	10.1%	11.4%	19.2%	17.3%
	人工透析	D	20	21	13	14	7	7
		D/A	1.0%	1.2%	2.7%	3.5%	0.5%	0.5%
糖尿病 合併症	糖尿病性腎症	E	207	251	61	51	146	200
		E/A	10.8%	14.3%	12.8%	12.9%	10.2%	14.8%
	糖尿病性網膜症	F	301	278	81	70	220	208
		F/A	15.8%	15.9%	17.0%	17.7%	15.4%	15.4%
	糖尿病性神経障害	G	78	73	27	17	51	56
G/A	4.1%	4.2%	5.7%	4.3%	3.6%	4.1%		

出典: KDBシステム\_ 疾病管理一覽(糖尿病)  
地域の全体像の把握

(ウ) 脂質異常症治療者の状況

脂質異常者の治療状況を見ると、治療者の割合は横ばいで推移しており、重症化の状態である脳血管疾患の割合は減少、虚血性心疾患と人工透析は横ばいとなっています。(図表 20)

図表 20 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	3,324	3,004	874	717	2,450	2,287	
	A/被保数	46.7%	46.5%	31.3%	29.9%	56.8%	56.4%	
(中長期併目標疾患)	脳血管疾患	B	821	707	123	94	698	613
		B/A	24.7%	23.5%	14.1%	13.1%	28.5%	26.8%
	虚血性心疾患	C	482	432	86	75	396	357
		C/A	14.5%	14.4%	9.8%	10.5%	16.2%	15.6%
	人工透析	D	17	18	12	10	5	8
		D/A	0.5%	0.6%	1.4%	1.4%	0.2%	0.3%

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

(エ) 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H30年度とR3年度で比較してみたところ、HbA1c7.0以上の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、特に高血圧の未治療者が36人と糖尿病5人と比べてもその人数は多く、未治療のまま放置されている可能性もあります。生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。(図表 21)

図表 21 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報(R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療		治療中断	
													G	G/E	H	H/E
伊予市	1,982	30.2	1,875	30.4	119	6.0	69	58.0	101	5.4	56	55.4	36	35.6	6	5.9
愛媛県	76,277	33.1	65,894	30.7	5,189	6.8	3,198	61.6	5,234	7.9	3,206	61.3	2,103	40.2	216	4.1

	HbA1c 実施率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報(R03.4～R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者 A	J	J/I	K	K/実施者 B	L	L/K	未治療		治療中断	
													M	M/K	N	N/K
伊予市	1,982	100.0	1,875	100.0	71	3.6	29	40.8	88	4.7	27	30.7	5	5.7	3	3.4
愛媛県	76,277	99.9	65,844	99.9	2,938	3.9	942	32.1	2,943	4.5	888	30.2	221	7.5	72	2.4

出典：ヘルスサポートラボツール

(オ) 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、血圧値やHbA1c、中性脂肪、HDLといった数値が軽度であっても重複した病態を指し、それらの危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、H30年度とR4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伸びており、3項目・2項目※の危険因子が重なっている割合も増加しています。(図表 22)

※3項目・2項目:①高トリグリセライド血症 $\geq 150\text{mg/dL}$  かつ/または低 HDL コレステロール血症 $< 40\text{mg/dL}$ 、②収縮期血圧 $\geq 130\text{mmHg}$  かつ/または拡張期血圧 $\geq 85\text{mmHg}$ 、③空腹時高血糖 $\geq 110\text{mg/dL}$  のいずれかの項目

図表 22 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者		予備群	
		3項目	2項目		
H30年度	1,982 (30.2%)	306 (15.4%)	83 (4.2%)	223 (11.3%)	236 (11.9%)
R04年度	2,037 (34.7%)	340 (16.7%)	101 (5.0%)	239 (11.7%)	206 (10.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上の有所見割合を見ると割合が増加しており、翌年度の結果を見ると、健診未受診者の割合が増加しています。(図表 23) II 度高血圧以上については、割合は下がっており、翌年度の健診結果も約半数の人の改善が見られています。(図表 24) LDL-C160 以上については有所見者の割合は下がっており、改善率は上がっています。(図表 25)

しかし、翌年度健診を受診していない方がいずれも3~4割程度存在し、健診を継続受診していない人が多いことが課題と考えられます。結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めるとともに、健診を受けないと状態の変化が把握できないことから継続受診を勧める働きかけを行っていく必要があると考えます。(図表 23~25)

図表 23 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	130 (6.6%)	25 (19.2%)	45 (34.6%)	18 (13.8%)	42 (32.3%)
R03→R04	169 (9.0%)	32 (18.9%)	54 (32.0%)	16 (9.5%)	67 (39.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	119 (6.0%)	55 (46.2%)	15 (12.6%)	2 (1.7%)	47 (39.5%)
R03→R04	101 (5.4%)	51 (50.5%)	16 (15.8%)	2 (2.0%)	32 (31.7%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	216 (10.9%)	85 (39.4%)	54 (25.0%)	12 (5.6%)	65 (30.1%)
R03→R04	185 (9.9%)	88 (47.6%)	30 (16.2%)	7 (3.8%)	60 (32.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

(カ) 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、R1 年度には 33.4%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R2 年度以降は受診率 28.9%まで下がりましたがその後伸びてきています。しかし、R5 年度の目標値である受診率 60%の目標は達成できていません。引き続き、受診しやすい環境づくりとして、総合健診やレディース健診、無料託児の開設、個別ドック、予約システム、ナッジ理論を活用した受診勧奨等を実施し、健診受診率の向上につとめます。

特定保健指導についても、R1 年度には 70.5%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R2 年度以降、大きく実施率が下がり、伸び悩む状況が続いています。R5 年度の目標値である実施率 65%の目標は、コロナ前は一時達成できていましたが、現時点で達成できていません。(図表 26)

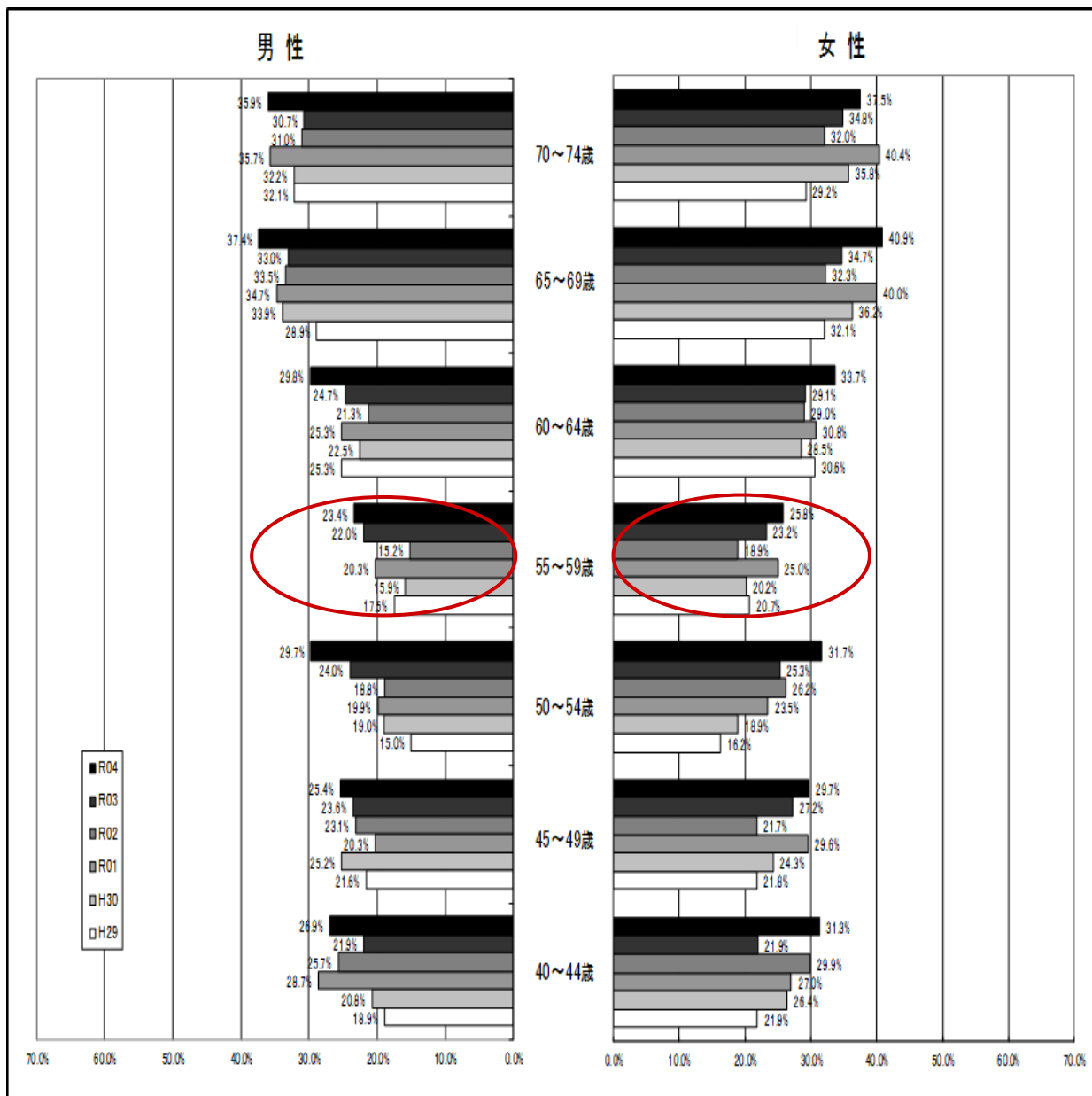
図表 26 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,982	2,146	1,822	1,875	2,037	健診受診率 60%
	受診率	30.2%	33.4%	28.9%	30.4%	34.7%	
特定保健指導	該当者数	241	244	230	191	210	特定保健指導 実施率 65%
	割合	12.2%	11.4%	12.6%	10.2%	10.4%	
	実施者数	159	172	137	109	118	
	実施率	66.0%	70.5%	59.6%	57.1%	56.2%	

出典：特定健診法定報告データ

特定健診の年代別の受診率では、特に50代後半が低い状況が続いています。(図表 27)

図表 27 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

### ア 重症化予防の取組み

健診受診後は、血圧、糖代謝、脂質異常、CKD 等の健診結果から、保健指導対象者の優先順位を決め、地区担当保健師、管理栄養士が保健指導を実践しています。保健指導に当たっては、健診結果と生活を結び付けて考えられるように、健診結果の経年表や保健指導教材を選び、それぞれの対象者に応じた保健指導・栄養指導が行えるように工夫して実施しています。

#### (ア) 糖尿病性腎症重症化予防

健診結果から、糖尿病型(HbA1c6.5%以上)に該当した者には、愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、対象者を抽出し、医療機関への受診勧奨と保健指導を実施しています。

糖尿病型の該当者は、H30 年度 130 人から R4 年度 178 人と増加傾向にあります。未治療者に関しては、100%受診勧奨を実施できていますが、実際に医療機関に受診した割合は、H30 年度 41.7%、R4 年度 58.1%でした。家庭訪問を基本に受診勧奨をしている成果が少しずつ出ていますが、より高い医療機関受診率を目指して、体制や受診勧奨の技術を上げていく必要があります。

保健指導の実施率は、H30 年度 36.2%、R1 年度 42.7%から R4 年度 23.6%に下がっています。健診受診後、糖尿病や糖尿病の疑いのある者に対して保健指導・栄養指導を行い、生活改善していくことは、糖尿病を悪化させないことになり、中長期目標である糖尿病性腎症新規透析導入者の減少等につながります。糖尿病管理台帳を活用した懸念の治療状況の把握や一人でも多くの人に保健指導ができるしくみづくりも引き続き行っていきます。(図表 28)

健診結果から、保健指導判定値である、正常高値(HbA1c5.6~5.9%)の人数が、H30 年度 688 人から R4 年度 739 人、糖尿病の可能性が否定できない数値(HbA1c6.0~6.4%)の人数が、H30 年度 172 人から R4 年度 253 人と増加傾向にあることから、重症化予防のハイリスクアプローチだけでなく、保健指導判定値に該当する方や一般市民を対象にした、糖尿病の市民講座や参加者同士で糖尿病について理解を深める集団健康教育も実施してきました。今後も地区組織とも連携しながら、ポピュレーションアプローチにも取り組み、発症予防にも力を入れていきます。(図表 29)

図表 28 糖尿病性腎症重症化予防の取組み状況

年度	①特定健診 対象者数 (40~74 歳)	②特定健診 受診者数 (40~74 歳)	受診率	③糖尿病型 の 該当者 (HbA1c6. 5%以上の 者)	1.受診勧奨						2.保健指導			
					④医療機 関 未受診者 (受診勧 奨対象)	⑤医療機 関 受診勧奨 実施者	⑥実施率 (⑤/④)	⑦の実施者のうち		医療機関 受診率 (⑦/④)	⑨保健 指導の 実施者 数	⑩実施率 (⑨/③)	糖尿病 連携手 帳の活 用有無	保健指 導指示 書の有 無
								⑦医療機関 受診者 (HbA1c実 施者)	⑧医療機関 受診率 (⑦/⑤)					
H30年度	6,583	1,984	30.1%	130	24	24	100%	10	41.7%	41.7%	47	36.2%	7	6
R1年度	6,422	2,147	33.4%	171	31	31	100%	12	38.7%	38.7%	73	42.7%	4	3
R2年度	6,319	1,821	28.8%	150	18	18	100%	8	44.4%	44.4%	34	22.7%	6	1
R3年度	6,180	1,875	30.3%	175	35	35	100%	16	45.7%	45.7%	44	25.1%	10	8
R4年度	5,863	2,037	34.7%	178	31	31	100%	18	58.1%	58.1%	42	23.6%	14	6

図表 29 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		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	1,861	830	44.6%	693	37.2%	202	10.9%	76	4.1%	46	2.5%	14	0.8%	31	1.7%	7	0.4%
H30	1,982	954	48.1%	696	35.1%	202	10.2%	59	3.0%	55	2.8%	16	0.8%	39	2.0%	12	0.6%
R01	2,146	922	43.0%	779	36.3%	277	12.9%	84	3.9%	62	2.9%	22	1.0%	47	2.2%	15	0.7%
R02	1,822	787	43.2%	657	36.1%	233	12.8%	80	4.4%	39	2.1%	26	1.4%	42	2.3%	14	0.8%
R03	1,875	761	40.6%	692	36.9%	253	13.5%	81	4.3%	71	3.8%	17	0.9%	40	2.1%	10	0.5%
R04	2,037	833	40.9%	746	36.6%	280	13.7%	100	4.9%	57	2.8%	21	1.0%	43	2.1%	15	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		7.3%	6.6%	7.8%	8.0%	9.0%	8.7%	
					再)7.0以上	未治療	治療	7.3%	45.6%							54.4%
H29	1,861	830	693	202	136	62	74	7.3%	45.6%	54.4%	3.2%	7.3%				
H30	1,982	954	696	202	130	57	73	6.6%	43.8%	56.2%	3.6%	6.6%				
R01	2,146	922	779	277	168	68	100	7.8%	40.5%	59.5%	3.9%	7.8%				
R02	1,822	787	657	233	145	61	84	8.0%	42.1%	57.9%	3.6%	8.0%				
R03	1,875	761	692	253	169	72	97	9.0%	42.6%	57.4%	4.7%	9.0%				
R04	2,037	833	746	280	178	76	102	8.7%	42.7%	57.3%	3.8%	8.7%				

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		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	94	5.1%	3	3.2%	3	3.2%	14	14.9%	34	36.2%	30	31.9%	10	10.6%	19	20.2%	5	5.3%
	H30	113	5.7%	2	1.8%	8	7.1%	30	26.5%	31	27.4%	31	27.4%	11	9.7%	25	22.1%	7	6.2%
	R01	150	7.0%	2	1.3%	9	6.0%	39	26.0%	40	26.7%	49	32.7%	11	7.3%	30	20.0%	8	5.3%
	R02	127	7.0%	1	0.8%	8	6.3%	34	26.8%	43	33.9%	25	19.7%	16	12.6%	29	22.8%	8	6.3%
	R03	131	7.0%	3	2.3%	3	2.3%	28	21.4%	36	27.5%	47	35.9%	14	10.7%	32	24.4%	8	6.1%
R04	139	6.8%	3	2.2%	7	5.0%	27	19.4%	53	38.1%	38	27.3%	11	7.9%	29	20.9%	7	5.0%	
治療なし	H29	1,767	94.9%	827	46.8%	690	39.0%	188	10.6%	42	2.4%	16	0.9%	4	0.2%	12	0.7%	2	0.1%
	H30	1,869	94.3%	952	50.9%	688	36.8%	172	9.2%	28	1.5%	24	1.3%	5	0.3%	14	0.7%	5	0.3%
	R01	1,996	93.0%	920	46.1%	770	38.6%	238	11.9%	44	2.2%	13	0.7%	11	0.6%	17	0.9%	7	0.4%
	R02	1,695	93.0%	786	46.4%	649	38.3%	199	11.7%	37	2.2%	14	0.8%	10	0.6%	13	0.8%	6	0.4%
	R03	1,744	93.0%	758	43.5%	689	39.5%	225	12.9%	45	2.6%	24	1.4%	3	0.2%	8	0.5%	2	0.1%
R04	1,898	93.2%	830	43.7%	739	38.9%	253	13.3%	47	2.5%	19	1.0%	10	0.5%	14	0.7%	8	0.4%	

(イ) 心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

健診受診者のうち4割程度が心電図検査を実施しており、令和4年度では有所見者が5割程度みられました。R4年度は心房細動が13名、ST異常が135名認められました。男女構成で比較すると、心房細動では女性より男性の方が、ST異常は男性より女性の方が、有所見者が多い状況です。(図表30)

心房細動やST異常が認められた者については、受診勧奨を行い、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防のためには心電図検査は重要です。心電図全数実施を既に実施している近隣市によると、詳細健診\*で非該当の者のうち、半数以上に心電図の所見がみられたこと、虚血変化をみるST変化を認めた者の約4割が詳細健診非該当の者であったことなど、詳細健診の基準では見逃されていた者が多数いたことが分かっています。そのため本市においてもR5年度から、集団健診受診者において心電図検査を全数実施している状況です。

\*詳細健診の基準：収縮期血圧140mmHgもしくは拡張期血圧90mmHg以上の者、または問診等において不整脈が疑われる者

図表 30 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

	H30			R1			R2			R3			R4		
	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女
健診受診者(a)	1982	862	1120	2146	906	1240	1822	806	1016	1875	812	1063	2037	886	1151
心電図受診者(b)	723	342	381	784	345	439	691	330	361	683	314	439	782	350	432
心電図実施率(b/a)	36%	40%	34%	37%	38%	35%	38%	41%	36%	36%	39%	41%	38%	40%	38%
有所見者(c)	213	121	92	314	160	154	332	170	162	319	157	162	378	186	192
有所見者率(c/b)	29%	35%	24%	40%	46%	35%	48%	52%	45%	47%	50%	37%	48%	53%	44%
心房細動(d)	14	11	3	12	10	2	9	8	1	7	6	1	13	10	3
有所見者率(d/c)	7%	9%	3%	4%	6%	1%	3%	5%	1%	2%	4%	1%	3%	5%	2%
ST異常(e)	54	27	27	66	27	39	117	44	73	117	44	73	135	46	89
有所見者率(e/c)	25%	22%	29%	21%	17%	25%	35%	26%	45%	37%	28%	45%	36%	25%	46%

(ウ) 脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約5%と横ばいで、約6割が未治療者です。また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が42%と多い状況があります。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。(図表31)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、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。P51 図表 62 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)を示しています。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援と適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血圧の測定を勧め、血圧記録手帳の活用を促していきます。



図表 31 血圧の年次推移

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	1,861	539	29.0%	329	17.7%	487	26.2%	405	21.8%	84	4.5%	17	0.9%
H30	1,982	578	29.2%	328	16.5%	538	27.1%	419	21.1%	91	4.6%	28	1.4%
R01	2,146	639	29.8%	387	18.0%	543	25.3%	462	21.5%	95	4.4%	20	0.9%
R02	1,822	465	25.5%	311	17.1%	497	27.3%	428	23.5%	102	5.6%	19	1.0%
R03	1,875	552	29.4%	329	17.5%	459	24.5%	434	23.1%	87	4.6%	14	0.7%
R04	2,037	606	29.7%	360	17.7%	504	24.7%	439	21.6%	111	5.4%	17	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Ⅱ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲		割合
					再Ⅲ度高血圧		未治療	治療	割合	
					人数	割合				
H29	1,861	868 46.6%	487 26.2%	405 21.8%	101 5.4%	17 0.9%	65 64.4%	36 35.6%		1 0.9%
H30	1,982	906 45.7%	538 27.1%	419 21.1%	119 6.0%	28 1.4%	69 58.0%	50 42.0%	6 1.4%	6.0%
R01	2,146	1,026 47.8%	543 25.3%	462 21.5%	115 5.4%	20 0.9%	72 62.6%	43 37.4%	3 0.9%	5.4%
R02	1,822	776 42.6%	497 27.3%	428 23.5%	121 6.6%	19 1.0%	73 60.3%	48 39.7%	6 31.6%	6.6%
R03	1,875	881 47.0%	459 24.5%	434 23.1%	101 5.4%	14 0.7%	56 55.4%	45 44.6%	5 35.7%	5.4%
R04	2,037	966 47.4%	504 24.7%	439 21.6%	128 6.3%	17 0.8%	75 58.6%	53 41.4%	8 47.1%	6.3%

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	559	30.0%	68	12.2%	101	18.1%	173	30.9%	181	32.4%	35	6.3%	1	0.2%
	H30	617	31.1%	93	15.1%	96	15.6%	199	32.3%	179	29.0%	44	7.1%	6	1.0%
	R01	701	32.7%	116	16.5%	123	17.5%	202	28.8%	217	31.0%	40	5.7%	3	0.4%
	R02	604	33.2%	71	11.8%	98	16.2%	204	33.8%	183	30.3%	42	7.0%	6	1.0%
	R03	644	34.3%	87	13.5%	118	18.3%	189	29.3%	205	31.8%	40	6.2%	5	0.8%
	R04	689	33.8%	118	17.1%	128	18.6%	197	28.6%	193	28.0%	45	6.5%	8	1.2%
治療なし	H29	1,302	70.0%	471	36.2%	228	17.5%	314	24.1%	224	17.2%	49	3.8%	16	1.2%
	H30	1,365	68.9%	485	35.5%	232	17.0%	339	24.8%	240	17.6%	47	3.4%	22	1.6%
	R01	1,445	67.3%	523	36.2%	264	18.3%	341	23.6%	245	17.0%	55	3.8%	17	1.2%
	R02	1,218	66.8%	394	32.3%	213	17.5%	293	24.1%	245	20.1%	60	4.9%	13	1.1%
	R03	1,231	65.7%	465	37.8%	211	17.1%	270	21.9%	229	18.6%	47	3.8%	9	0.7%
	R04	1,348	66.2%	488	36.2%	232	17.2%	307	22.8%	246	18.2%	66	4.9%	9	0.7%

## イ ポピュレーションアプローチ

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

本市においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、データヘルス計画の課題に基づいた「健診」や「高血圧予防」「糖尿病」などをテーマに、健康づくりの会などの地区組織等と協同で、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継続的な学習を実施してきました。今後も、引き続き取り組んでいきます。

また、自らが健康づくりに対する取組や生活習慣病予防に向けた行動を促すため、健診受診や運動の取組に対してポイントを付加する健康ポイント事業を実施しています。

R5年度には、広報いよしを活用し、伊予市の健康課題である高血圧や心不全をテーマに一年間のシリーズでコラムを掲載し、高血圧予防について広く市民に周知をしました。

## ウ 第2期計画目標の達成状況一覧(図表32)

### (ア) 最終評価が「達成」となった項目

- ① 糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少
- ② 健診受診者の脂質異常症の割合5%以下
- ③ 5つのがん検診の平均受診率の増加
- ④ 歯科健診の受診率の増加

### (イ) 最終評価が「未達成」の中で、特に評価値が低かった項目

- ① 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合80%、中間評価値38.7%、最終評価値58.0%  
糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、優先順位をつけて未治療者、治療中断者に受診勧奨及び保健指導を実施している。対象者には、できるだけ訪問で対応するようしており、受診率は伸びてきているが、今後、さらに治療に結び付けられるように、保健指導の質や方法に工夫が必要と考えます。
- ② 特定保健指導実施率65%以上、中間評価値70.5%、最終評価値56.2%  
特定保健指導実施率は中間評価値では目標を達成しましたが、R1年度から新型コロナウイルス感染症の影響を受けた以後、目標を下回ったままです。健診当日の結果で、腹囲と血圧が該当した方には、会計の後、保健師・栄養士が面談し、メタボリックシンドロームについての説明と、特定保健指導の予約をとること。また、訪問や対象者の都合の良い時間帯に合わすなどの工夫をし、特定保健指導の実施率を上げていきます。
- ③ 糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上、中間評価値42.7%、最終評価値23.5%  
糖尿病の重症化予防には、栄養指導・生活指導が重要になることから、糖尿病管理台帳を活用した懸念の治療状況の把握や一人でも多くの人に保健指導ができるしくみづくりも引き続き行っていきます。

図表 32 第 2 期データヘルス計画目標管理一覧

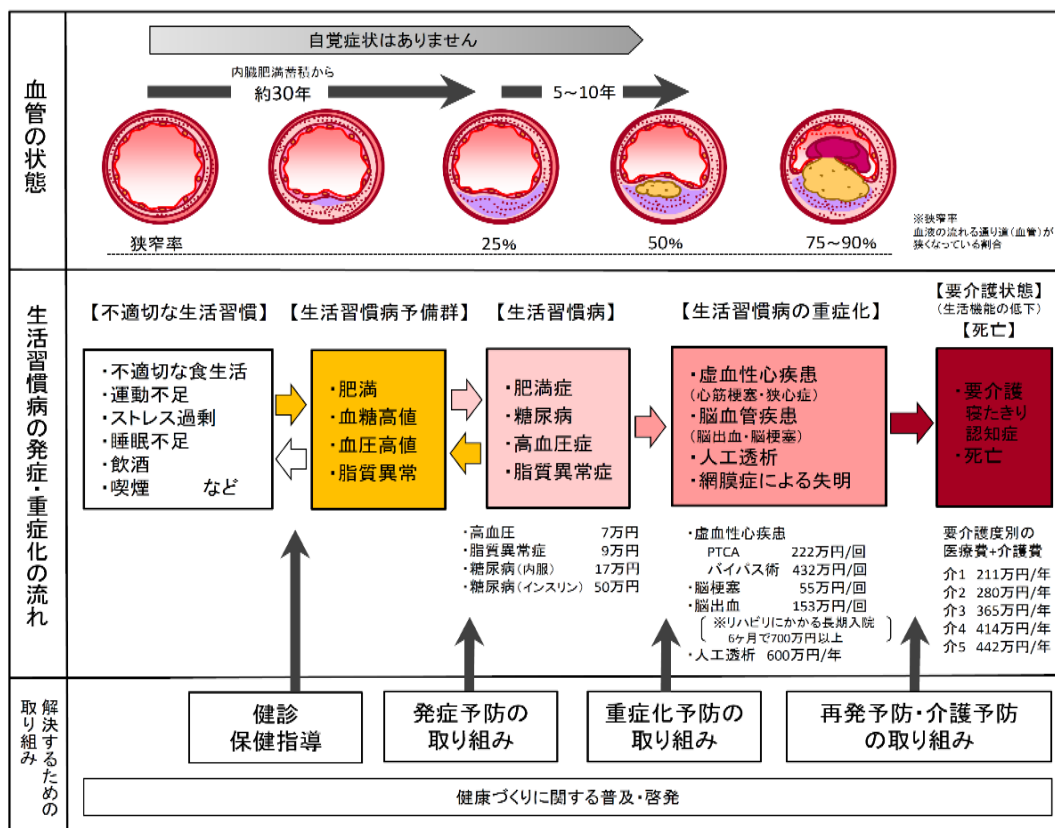
関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	中間評価値	最終評価値	最終評価	現状値の把握方法
			H28	R1	R4	R5	
データヘルス計画	中長期 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合 0.5%減少	3.61%	3.06%	3.34%	未達成	KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合 0.5%減少	1.44%	1.90%	1.37%	未達成	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	3人	6人	1人	達成	
	短期 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、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	26.7%	26.7%	26.8%	未達成	特定健診・ 特定保健指導結果（法定報告地）
		健診継続受診者の高血圧者の割合 5%以下（160/100以上）	6.9%	5.4%	6.3%	未達成	
		健診受診者の脂質異常者の割合 5%以下（LDL180以上）	2.9%	2.7%	2.7%	達成	
		健診受診者の糖尿病患者の割合 5%以下（HbA1c6.5以上）	6.4%	7.8%	8.7%	未達成	
		健診受診者のHbA1c8以上の未治療者の割合減少	△	0.6%	0.5%	未達成	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合 80%	△	38.7%	58.0%	未達成	
		特定保健指導対象者 25%減少	12.7%	11.4%	10.3%	未達成	
特定健診	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率 60%以上	25.8%	33.4%	34.7%	未達成	
		特定保健指導実施率 65%以上	60.7%	70.5%	56.2%	未達成	
		糖尿病の保健指導を実施した割合 80%以上	△	42.7%	23.6%	未達成	
保険者努力支援制度	短期 がんなどの早期発見、早期治療	5つのがん検診の平均受診率 増加	△	19.7%	21.2%	達成	地域保健事業報告 健診結果集計
		B型肝炎ウイルス検診の人口1万人あたり受診者数 135.2人以上	92.6人	98.8人	69.2人	未達成	
		C型肝炎ウイルス検診の人口1万人あたり受診者数110.4人以上	77.9人	83.6人	63.5人	未達成	
		歯科検診の受診率増加	△	0.78%	0.84%	達成	
	自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイント事業への参加者数 1000人以上	△	577人	749人	未達成	アプリ・ポイントカード
		後発医薬品の使用により、医療費の削減	66.2%	73.8%	76.8%	未達成	厚生労働省公表結果

### 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者を減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善する者を増加させることが必要となります。(図表 33)

図表 33 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

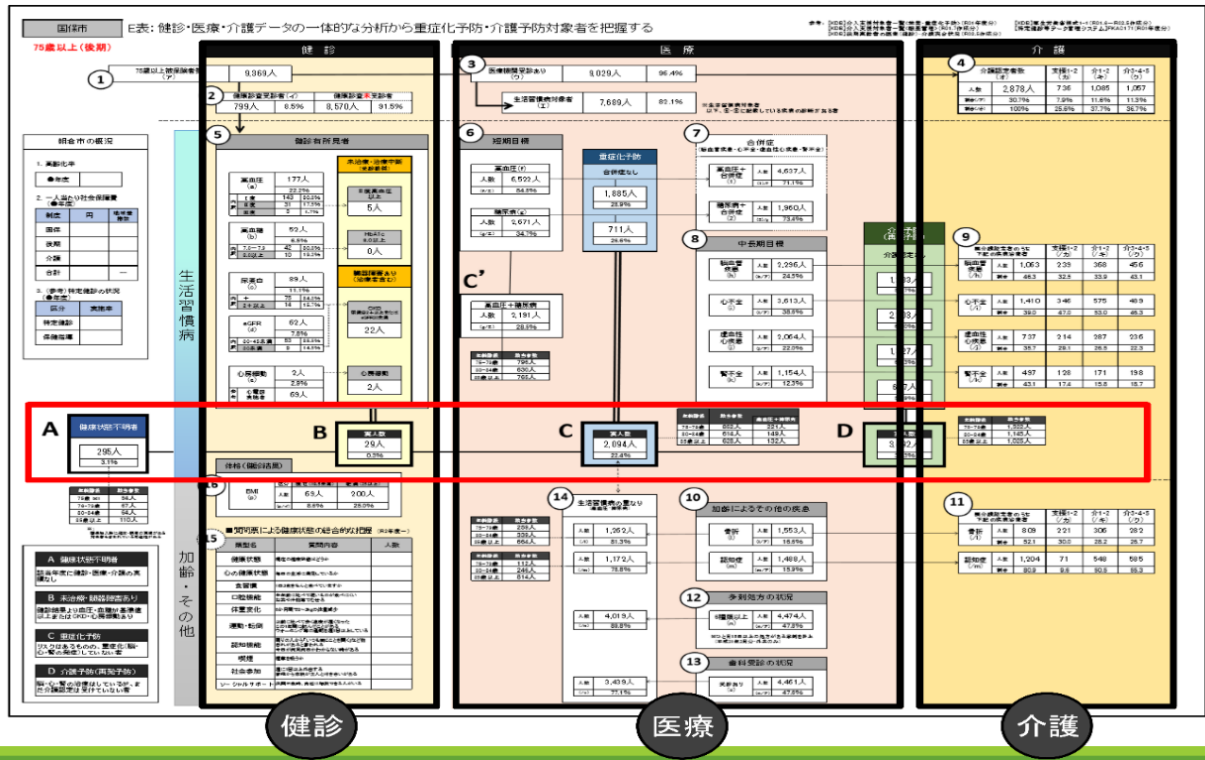
医療保険制度においては、75歳に到達した後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

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一方、制度的な背景により、支援担当者や事業内容が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、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 34 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、保健事業を一体的に進めることが重要です。(図表 34)

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

図表 34 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)



ア 医療費分析

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 R2 年度に新型コロナウイルスの影響で減ったものの、R3 年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり 90 万円近くとなり、国保の2倍も高い状況です。(図表 35)

図表 35 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
被保険者数	8,828人	8,522人	8,362人	8,160人	7,839人	6,710人	
総件数及び総費用額	件数	89,710件	87,509件	81,387件	83,107件	81,368件	120,338件
	費用額	33億3987万円	32億5548万円	31億3487万円	32億3394万円	32億3068万円	58億2277万円
一人あたり医療費	37.8万円	38.2万円	37.5万円	39.6万円	41.2万円	86.8万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

同規模、県、国と比較しても、本市は一人あたり医療費が高い状況で、医療費に占める割合については、国保及び後期高齢ともに、同規模、県、国と比べて脳梗塞・脳出血、慢性腎不全(透析無)、脂質異常症が高い状況です。(図表 36)

図表 36 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 伊予市	32億3068万円	33,462	3.75%	0.46%	3.34%	1.37%	5.41%	3.16%	2.45%	6億4460万円	20.0%	18.6%	7.50%	11.15%
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 伊予市	58億2277万円	73,388	4.62%	0.61%	6.43%	1.52%	3.78%	2.71%	2.39%	12億8455万円	22.1%	9.7%	4.26%	15.6%
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

高額レセプトについては、国保においては R4 年 654 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると 1,270 件で約2倍に増えることがわかります。(図表 37)

図表 37 高額レセプト(80 万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A 343人	324人	347人	340人	341人	649人
	件数	B 619件	573件	616件	640件	654件	1,270件
		B/総件数	0.69%	0.65%	0.76%	0.77%	0.80%
	費用額	C 8億8052万円	7億7104万円	8億0286万円	8億7993万円	9億3085万円	15億9741万円
C/総費用		26.4%	23.7%	25.6%	27.2%	28.8%	27.4%

出典：ヘルスサポートラボツール

高額における疾病を見てみると、脳血管疾患で高額となったレセプトは、国保で R2年度が一番多く 46 件で 6000 万円近くの費用がかかっていましたが、R4 年度は 33 件と件数が減り、費用額も約 4500 万円と減っています。しかし、後期高齢においては、107 件発生し、約 1.3 億円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 38)

図表 38 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
脳血管疾患	人数	D	16人		16人		25人		21人		20人		55人		
		D/A	4.7%		4.9%		7.2%		6.2%		5.9%		8.5%		
	件数	E	29件		28件		46件		40件		33件		107件		
		E/B	4.7%		4.9%		7.5%		6.3%		5.0%		8.4%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	1	0.9%
		40代	2	6.9%	0	0.0%	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	2	7.1%	0	0.0%	1	2.5%	5	15.2%	75-80歳	22	20.6%
		60代	21	72.4%	13	46.4%	23	50.0%	16	40.0%	8	24.2%	80代	66	61.7%
		70-74歳	6	20.7%	13	46.4%	22	47.8%	23	57.5%	20	60.6%	90歳以上	18	16.8%
	費用額	F	3923万円		4386万円		5827万円		5266万円		4506万円		1億2633万円		
F/C		4.5%		5.7%		7.3%		6.0%		4.8%		7.9%			

出典：ヘルスサポートラボツール

虚血性心疾患では、実数としては少ないものの40～50代と若い年代で発症していることに問題があると考えます。(図表 39)

図表 39 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

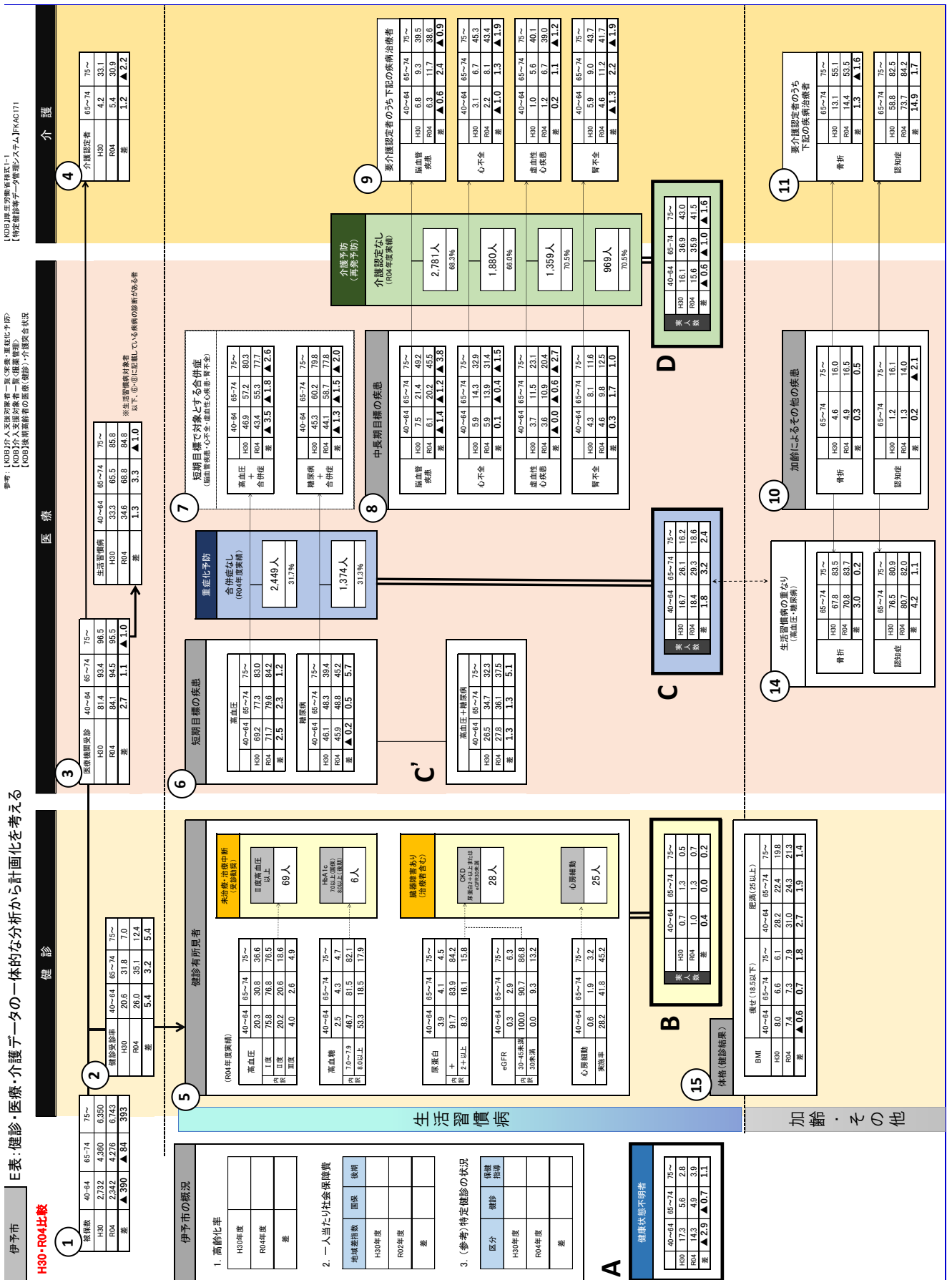
対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	24人		24人		15人		15人		12人		16人		
		G/A	7.0%		7.4%		4.3%		4.4%		3.5%		2.5%		
	件数	H	25件		26件		19件		16件		12件		21件		
		H/B	4.0%		4.5%		3.1%		2.5%		1.8%		1.7%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	8.3%	70-74歳	2	9.5%
		50代	0	0.0%	3	11.5%	1	5.3%	0	0.0%	1	8.3%	75-80歳	11	52.4%
		60代	8	32.0%	8	30.8%	7	36.8%	4	25.0%	2	16.7%	80代	6	28.6%
		70-74歳	17	68.0%	15	57.7%	11	57.9%	12	75.0%	8	66.7%	90歳以上	2	9.5%
	費用額	I	3307万円		3611万円		2251万円		2438万円		1918万円		3492万円		
I/C		3.8%		4.7%		2.8%		2.8%		2.1%		2.2%			

出典：ヘルスサポートラボツール

### イ 健診・医療・介護の一体的分析

健診・医療・介護のデータをH30年度とR4年度の結果を各年代で一体的に分析した図表が図表 40 となり、さらにその内容の詳細について、図表 41 から図表 45 に分けて述べます。

図表 40 健診・医療・介護データの一体的な分析





⑮の体格について、全年齢層でBMI25以上の率が高くなってきています。(図表 41)

図表 41 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		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	33.1	2,732	4,360	6,350	20.6	31.8	7.0	8.0	6.6	6.1	28.2	22.4	19.8				
R04	30.9	2,342	4,276	6,743	26.0	35.1	12.4	7.4	7.3	7.9	31.0	24.3	21.3				

健診有所見状況を見ると、全年齢層のⅡ度高血圧以上、65歳以上のHbA1c7.0以上で対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。(図表 42)

図表 42 健診有所見状況

E表	⑤																														
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動						
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		
人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%
H30	19	3.4	(10)	95	6.8	(32)	40	9.0	(10)	25	4.4	(3)	45	3.2	(2)	1	0.2	(0)	3	0.5	13	0.9	9	2.0	2	0.4	11	0.8	10	2.3	
R04	30	4.9	(19)	107	7.1	(28)	72	8.6	(22)	15	2.5	(2)	65	4.3	(3)	7	0.8	(1)	2	0.3	13	0.9	13	1.6	1	0.2	12	0.8	12	1.4	

短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況を見ると、どの世代もC'糖尿病と高血圧を併せ持つ者の割合が増えていることがわかります。(図表 43)

図表 43 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症※注の状況

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	81.4	93.4	96.5	33.3	65.5	85.8	69.2	77.3	83.0	46.1	48.3	39.4	26.5	34.7	32.3	46.9	57.2	80.3	45.3	60.2	79.8			
R04	84.1	94.5	95.5	34.6	68.8	84.8	71.7	79.6	84.2	45.9	48.8	45.2	27.8	36.1	37.5	43.4	55.3	77.7	44.1	58.7	77.8			

※注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30年度とR4年度を比較すると、⑧の各疾患の割合は横ばいですが、⑨の介護認定者において、特に65歳から74歳の前期高齢者の割合がいずれの疾患でも増えています。(図表44)

図表44 中長期目標疾患(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	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険割合)												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	7.5	21.4	49.2	3.7	11.5	23.1	5.9	14.3	32.9	4.3	8.1	11.6	6.8	9.3	39.5	1.0	5.6	40.1	3.1	6.7	45.3	5.9	9.0	43.7
R04	6.1	20.2	45.5	3.6	10.9	20.4	5.9	13.9	31.4	4.6	9.8	12.5	6.3	11.7	38.6	1.2	6.7	39.0	2.2	8.1	43.4	4.6	11.2	41.7

骨折・認知症の状況を見ると、骨折または認知症がある65歳以上の7~8割の人が高血圧・糖尿病といった生活習慣病を併せ持っており、その割合はH30年と比較しても増加しています。また、要介護認定者のうち65歳から74歳の前期高齢者の割合が、骨折、認知症とも増加しており、特に認知症が顕著に増加しています。介護予防と介護度の重症化を防ぐためにも、介護保険部局である長寿介護課とも連携し、認知症対策やフレイル予防も重要と考えます。(図表45)

図表45 骨折・認知症の状況

E表	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(被保険割合)				加齢による疾患のうち要介護認定者			
	骨折		認知症		骨折		認知症		骨折		認知症	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	67.8	83.5	76.5	80.9	4.6	16.0	1.2	16.1	13.1	55.1	58.8	82.5
R04	70.8	83.7	80.7	82.0	4.9	16.5	1.3	14.0	14.4	53.5	73.7	84.2

出典:ヘルスサポートラボツール

ウ 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

以上、肥満者の増加や高血圧・糖尿病保有者が多いことから、それらのリスク因子の重なりや治療経過によって、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全)へ進展し、医療費の増大や要介護認定者数の増加へつながる可能性があり、高血圧や糖尿病の早期発見や受診勧奨、治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患・虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。また本市は特定健診の受診率が低い状況であり、健診未受診者は身体状況が不明瞭で保健指導や受診勧奨レベルの者の実態が把握できないため、健診未受診者が重症化へ進展している可能性が高く、健診の受診率向上対策も併せて優先的に行う必要があると考えます。

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

第3期データヘルス計画における目標は、第2期データヘルス計画の評価や愛媛県の共通の評価指数を踏まえ、次のとおり設定することとし、第3章及び第4章に記載する取組を展開することにより、目標達成を目指します。(図表46)

#### (ア) 中長期的な目標の設定

- ① 心疾患による死亡の割合の減少 を追加(◎)
- ② 脳血管疾患による死亡の割合の減少 を追加(◎)
- ③ 慢性腎不全(透析あり)の総医療費に占める割合の減少 を追加(◎)

#### (イ) 短期的な目標の設定

- ① 高血圧の未治療者を治療に結び付ける割合の増加 を追加(◎)
- ② 特定保健指導対象者の減少率 を追加(◎)
- ③ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 を追加(★)

図表46 データヘルス計画の目標管理一覧表

(★すべての都道府県で設定することが望ましい指標、◎愛媛県における共通指標、(追加)第3期新たな追加目標)

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	中間評価値	最終評価値	現状値の把握方法	
			R4	R7	R10		
データヘルス計画	中長期目標 アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	◎心疾患による死亡の割合の減少(追加)	32.8%			KDBシステム
			◎脳血管疾患による死亡の割合の減少(追加)	12.3%			
			◎脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	3.34%			
			◎虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.37%			
			◎慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合の減少(追加)	3.75%			
			◎糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	1人			
	中長期目標 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・予備群の割合の減少率	26.8%			ヘルスサポートラボツール
			◎健診継続受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	6.3%			
			◎健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL180以上)	2.7%			
			◎健診受診者の糖尿病者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	8.7%			
			★健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療者の割合の減少	0.5%			
			◎糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合の増加	58.0%			
	短期目標 アウトカム指標	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	◎高血圧の未治療者を治療に結び付ける割合の増加(追加)				特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
			★特定健診受診率 60%以上	34.7%	40%	55%	
★特定保健指導実施率 70%以上			56.2%	60%	70%		
◎特定保健指導対象者の減少率(追加)			22.9%				
保険者努力支援 アウトカム指標	がんなどの早期発見、早期治療	★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(追加)	20.6%			地域保健事業報告 健診結果集計	
		糖尿病の保健指導を実施した割合の増加	23.6%				
		5つのがん検診の平均受診率の増加	21.2%				
		B型肝炎ウイルス検査の受診者の増加	69.2人				
	C型肝炎ウイルス検査の受診者の増加	63.5人					
	歯科検診の受診率の増加	0.84%					
後発医薬品の使用による医療費の削減	後発医薬品の使用割合 増加	76.8%			厚生労働省公表結果		

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

### 2. 目標値の設定

図表 47 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	60%	60%	65%	65%	70%	70%以上

### 3. 対象者の見込み

図表 48 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	6,000人	5,700人	5,400人	5,100人	4,800人	4,500人
	受診者数	2,100人	2,280人	2,430人	2,550人	2,640人	2,700人
特定保健指導	対象者数	190人	180人	170人	160人	150人	140人
	受診者数	114人	108人	110人	104人	105人	98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。

- ① 集団健診(伊予市保健センター他)
- ② 個別健診(委託医療機関)
- ③ い〜よ1日ドック(健診委託機関)

#### (2) 特定健診委託基準

高確法第 28 条、および実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

### (3) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出するために、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・心電図)を実施します。(図表 49)

図表 49 特定健診検査項目

#### ○伊予市特定健診検査項目

健診項目		伊予市	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	□(集団○)	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

### (4) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

### (5) 医療機関との適切な連携

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

### (6) 代行機関

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

## (7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。(図表50)

図表 50 特定健診実施スケジュール(例示)

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約、特定健診受診券等の準備、集団健診周知及び予約開始、特定健診の開始(個別) ↓	(特定保健指導の実施)
5月		特定健診の開始(集団)、受診券等発送	健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取、費用決裁 → 保健指導対象者の抽出 特定保健指導の開始	↓
7月			↓
8月	契約に関わる 予算手続き		実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
9月			↓
10月			特定保健指導の終了
11月		特定健診の終了(集団)	受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備 ↓	特定健診の終了(個別)	

## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、及び外部委託で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

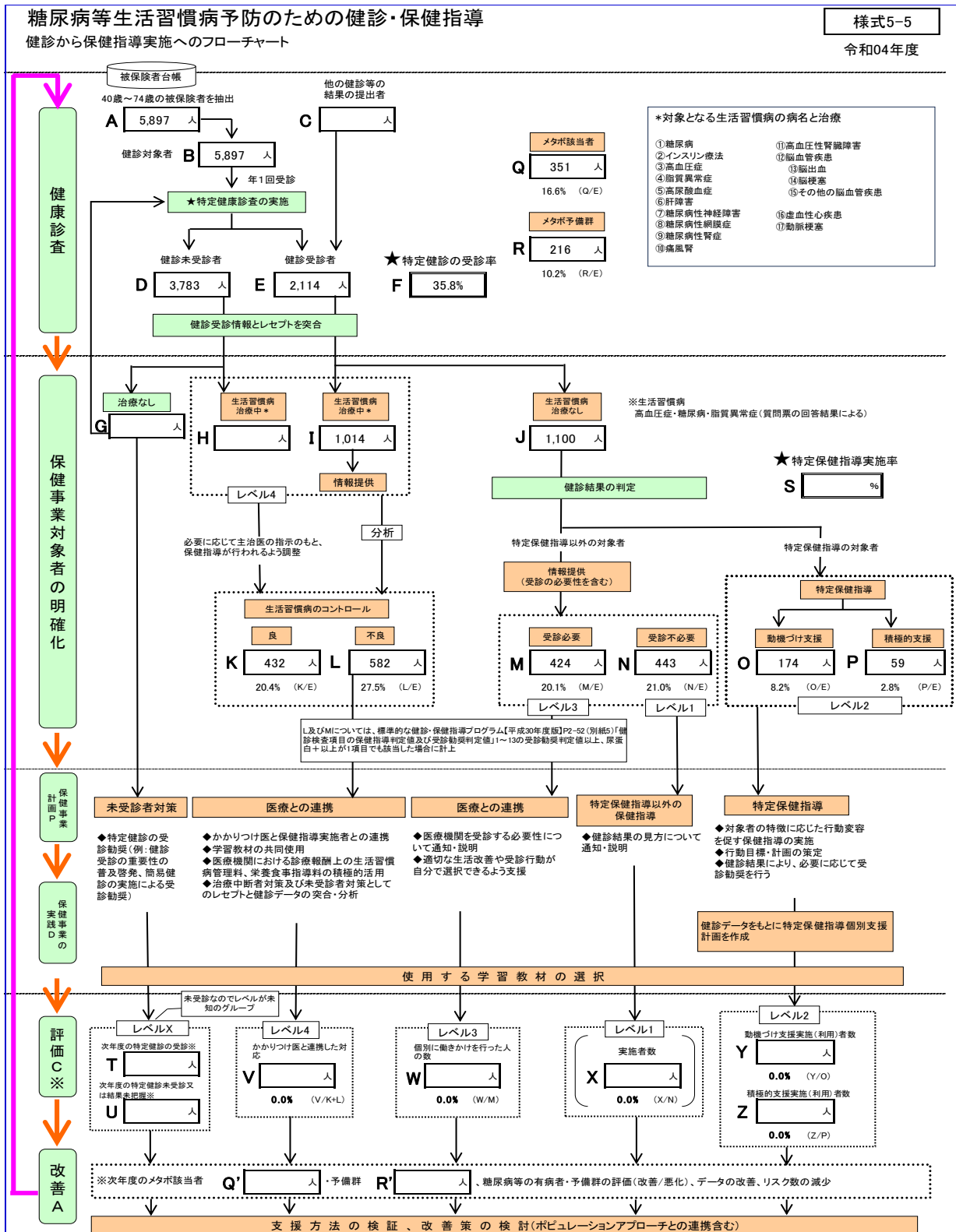
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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51)

図表51 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



## (2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

要保健指導対象者については、前頁の図表 51 の対象者に基づき、図表のとりの優先順位と支援方法で目標実施率の達成を目指します。(図表 51、52)

図表 52 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	233人 (11.0%)	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	424人 (20.1%)	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)	3783人 ※受診率目標達成までにあと約250人	健診受診率 40%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知	443人 (21.0%)	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 ◆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	1014人 48% 内、(L)コントロール不良者 (582人)	コントロール不良者 介入率 50%



### (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 53)

図表 53 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼 ◎特定健康診査の開始(個別)		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報 ◎後期高齢者健診の開始(個別)
5月	◎特定健康診査の開始(集団)		◎集団健診における後期高齢者健診、がん検診開始
6月		◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎保健指導の開始	
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
11月			
12月			
1月			
2月			
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および伊予市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

### (2) 特定健康診査・特定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、特定健診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、特定健診等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

高確法第 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、伊予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

### 1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症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、脂質の検査結果の改善を目指します。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、生活習慣病の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・高血圧重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。

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

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化による合併症の発症・進展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、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため、特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

### 2. 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、681人(32.4%)です。そのうち治療なしが240人(21.9%)を占め、さらに臓器障害あり直ちに介入すべき対象者が102人(42.5%)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、240人中118人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表 54)

図表 54 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 の年間死亡率の減少 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 の年間死亡率の減少 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 による年間新規診断患者数の減少 糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	糖尿病性腎症 CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	
科学的根拠に基づき レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="margin-top: 10px; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心原性 脳塞栓症 (27.7%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">アテローム 血栓性 脳塞栓・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="font-size: small;">※脳卒中 ガイドライン 2018より</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">安静 狭心症</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">治療なし</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">治療中</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">治療なし</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">高血圧</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脂質異常症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">糖尿病</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">慢性腎臓病 (CKD)</div> </div>	
優先すべき 課題の明確化	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心房細動</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心臓細動</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">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)</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">CKD診療ガイド 2018 (日本腎臓病学会)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">腎臓専門医 紹介基準対象者</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">55</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">55</div> </div>	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">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)</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">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)</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">CKD診療ガイド 2018 (日本腎臓病学会)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">腎臓専門医 紹介基準対象者</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">CKD診療ガイド 2018 (日本腎臓病学会)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">腎臓専門医 紹介基準対象者</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">55</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">55</div> </div>
重症化予防対象	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">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)</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">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)</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">CKD診療ガイド 2018 (日本腎臓病学会)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">腎臓専門医 紹介基準対象者</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">CKD診療ガイド 2018 (日本腎臓病学会)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">腎臓専門医 紹介基準対象者</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">CKD診療ガイド 2018 (日本腎臓病学会)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">腎臓専門医 紹介基準対象者</div> </div>
該当者数	132	43	126	150	
治療なし	79	30	76	55	
(再掲) 特定保健指導	26	12	19	15	
治療中	53	13	50	95	
臓器障害 あり	40	3	22	55	
CKD(専門医対象者)	8	2	8	55	
心電図所見あり	36	1	17	55	
臓器障害 なし	39	27	54	--	

出典：ヘルサポータルボツール

# (1) 糖尿病性腎症重症化予防

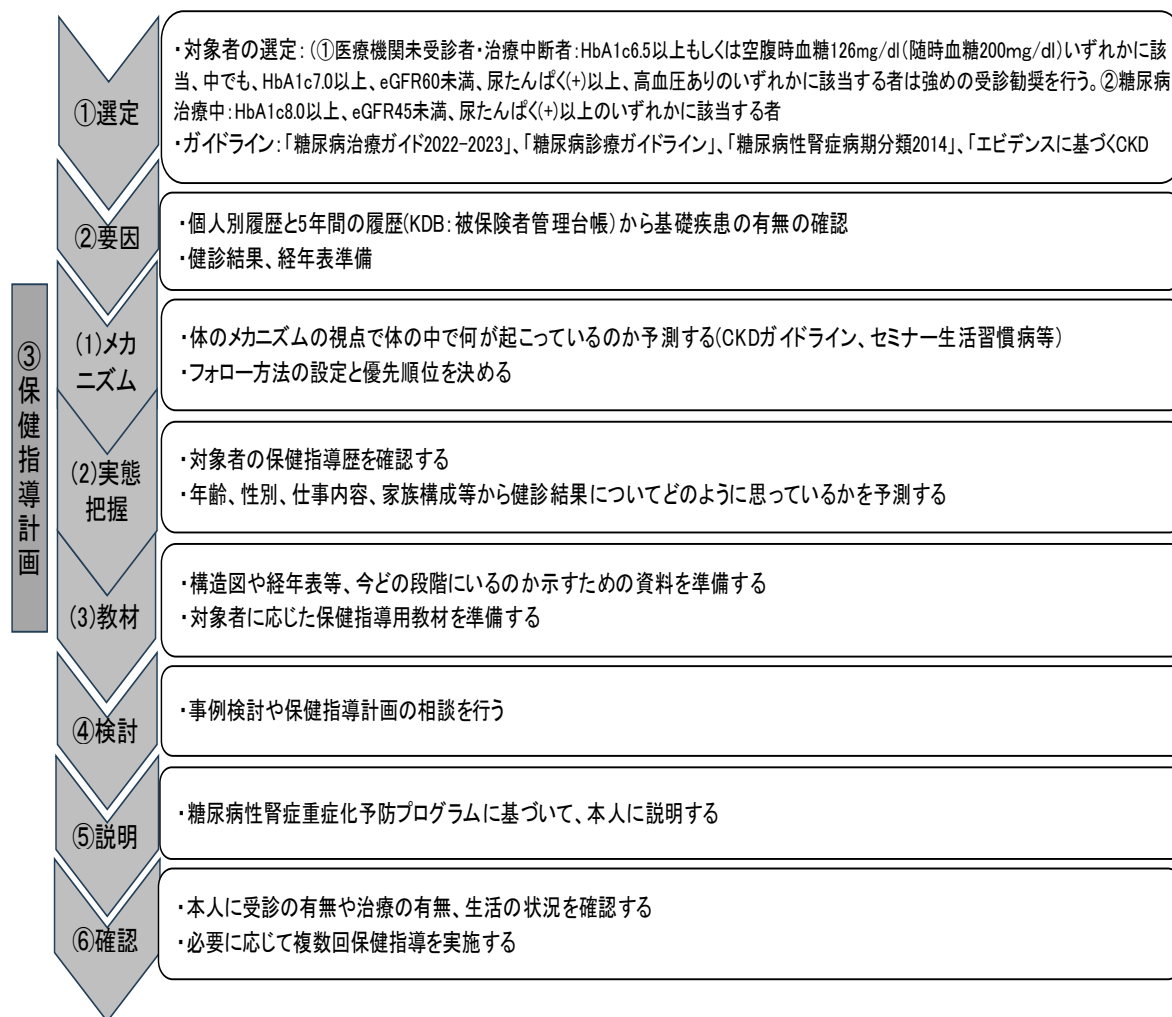
## ア 基本的な考え方

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に沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 55 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 治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 55 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(伊予市版)



## イ 対象者の明確化

### (ア) 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 糖尿病治療中コントロール不良者

### (イ) 選定基準に基づく該当者の把握

#### ①対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数の把握を行います。糖尿病性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 56)

図表 56 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できません。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

## ②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数の把握を行いました。

本市において、特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、99人(40.9%・F)でした。

また、40～74歳における糖尿病治療者1,871人(26.5%・H)のうち、特定健診受診者が143人(59.1%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者1,728人(92.4%・I)については、治療中ですがデータが不明なため、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。(図表57)

## ③介入方法と優先順位

図表57より、本市における介入方法を以下のとおりとします。

### 優先順位1

#### 【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)・・・99人

#### 【保健指導】

- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

### 優先順位2

#### 【保健指導】

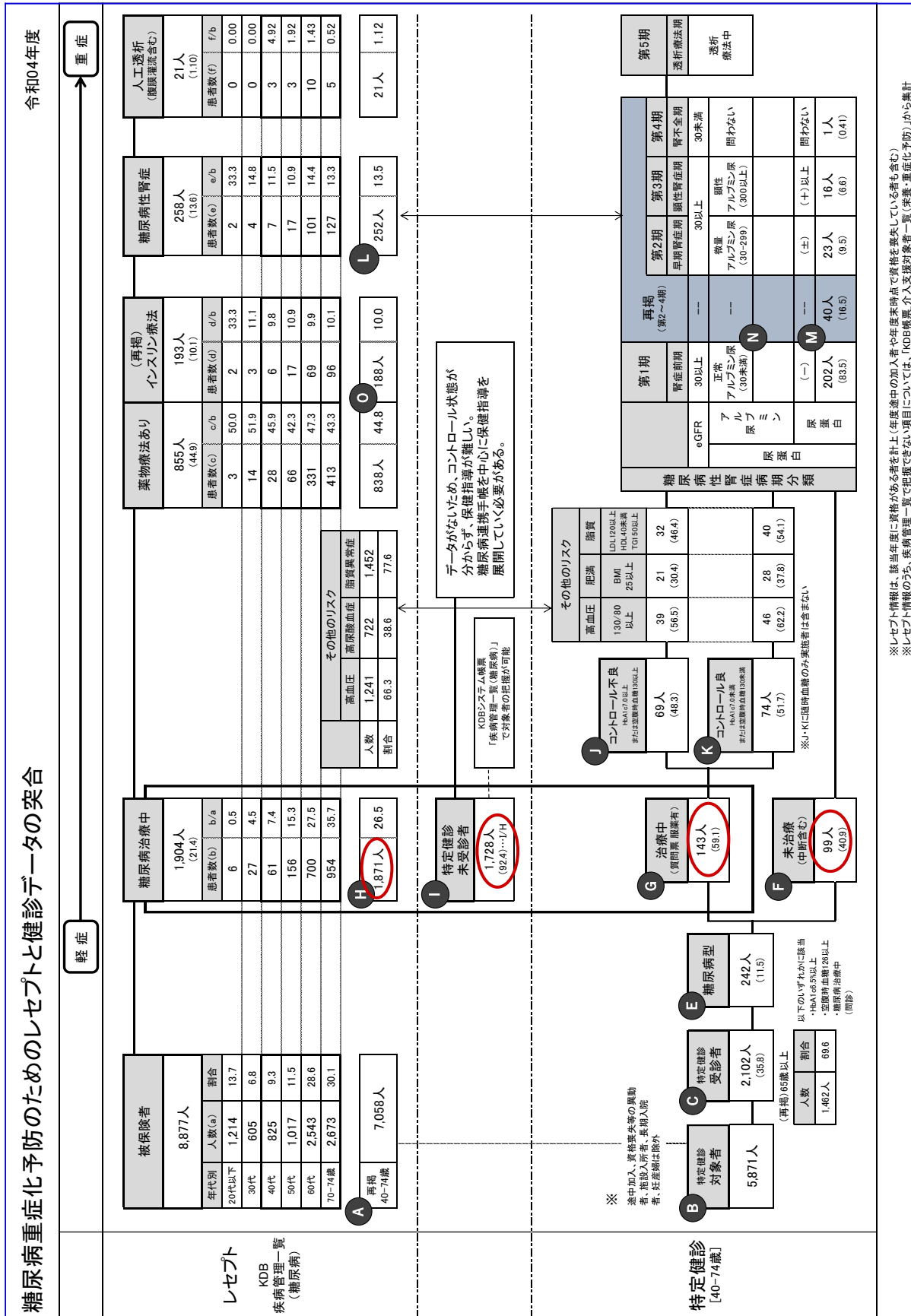
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者(J)・・・69人  
治療中断しない(継続受診)のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

## ④対象者の経年的な進捗管理

Eの中から上記優先順位1・2に該当するものを把握し、管理台帳を作成します。

受診勧奨や保健指導に関わった対象者がその後、治療につながったかどうか、合併症の有無や治療状況を確認するために、管理台帳を通じて経年的に台帳で管理していきます。

図表 57 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



## ウ 保健指導の実施

### (ア) 糖尿病性腎症病期分類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作成した保健指導用教材を活用し行っていきます。(図表 58)

図表 58 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	
<b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b>	<b>2 高血糖を解決するための食</b>
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは…	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみます
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	<b>3 薬物療法</b>
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど?」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか?	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬?
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは?
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのか
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	<b>4 参考資料</b>
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・薬品・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)

### (イ) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、プログラム対象者へは、医療機関で尿アルブミン検査を実施するよう依頼し、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。

## エ 医療との連携

### (ア) 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、事前に伊予医師会等と協議した様式を使用します。また、糖尿病連携手帳を活用し、医師の指示のもと保健指導を実施します。

### (イ) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては愛媛県プログラムに準じ行っていきます。

## オ 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、長寿介護課と連携して行っていきます。

## カ 評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価については、データヘルス計画の評価等と合わせ、年1回行うものとしします。その際は、糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表59の糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。(図表59)

### 【短期的評価】

#### (ア) 受診勧奨者に対する評価

- ① 受診勧奨対象者への介入率
- ② 医療機関受診率
- ③ 医療機関未受診者への再勧奨数

#### (イ) 保健指導対象者に対する評価

- ① 保健指導実施率
- ② 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/1.73m<sup>2</sup>以上低下)
  - ・ 尿蛋白の変化
- ③ レセプトから介入前後の治療状況を比較
  - ・ 服薬状況の変化

図表 59 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	伊予市										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	9,120人		8,803人		8,571人		8,436人		8,191人				
	②	(再掲)40-74歳	7,337人		7,150人		7,015人		6,937人		6,770人				
2	①	対象者数	6,562人		6,418人		6,306人		6,172人		5,863人				
	②	特定健診受診者数	2,053人		2,217人		1,886人		1,918人		2,114人				
	③	受診率	--		--		--		--		--				
3	①	特定保健指導対象者数	241人		244人		230人		191人		210人				
	②	実施率	66.0%		70.5%		59.6%		57.1%		56.2%				
4	①	糖尿病型	E	194人	9.4%	242人	10.9%	213人	11.3%	229人	11.9%	244人	11.5%		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬あり)	F	80人	41.2%	88人	36.4%	82人	38.5%	93人	40.6%	100人	41.0%		
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	114人	58.8%	154人	63.6%	131人	61.5%	136人	59.4%	144人	59.0%		
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	63人	55.3%	82人	53.2%	65人	49.6%	82人	60.3%	70人	48.6%		
	⑤	血圧 130/80以上		40人	63.5%	46人	56.1%	43人	66.2%	55人	67.1%	40人	57.1%		
	⑥	肥満 BMI25以上		29人	46.0%	37人	45.1%	22人	33.8%	33人	40.2%	22人	31.4%		
	⑦	コントロール良好 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	51人	44.7%	72人	46.8%	66人	50.4%	54人	39.7%	74人	51.4%		
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	159人	82.0%	187人	77.3%	179人	84.0%	189人	82.5%	204人	83.6%		
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		13人	6.7%	27人	11.2%	19人	8.9%	22人	9.6%	23人	9.4%		
	⑩	第3期 尿蛋白(+)		21人	10.8%	23人	9.5%	14人	6.6%	17人	7.4%	16人	6.6%		
	⑪	第4期 eGFR30未満		1人	0.5%	0人	0.0%	1人	0.5%	1人	0.4%	1人	0.4%		
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)	133.7人		130.5人		125.0人		134.2人		138.2人				
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)	163.7人		158.3人		150.5人		160.9人		165.0人				
	③	レセプト件数	5,799件 (815.4)		5,969件 (860.1)		5,958件 (870.3)		6,325件 (943.6)		6,287件 (974.0)		1,557,522件	(951.6)	
	④	(40-74歳)内は被 入院(件数)	53件 (7.5)		39件 (5.6)		40件 (5.8)		37件 (5.5)		28件 (4.3)		7,406件	(4.5)	
	⑤	糖尿病治療中	1,219人 13.4%		1,149人 13.1%		1,071人 12.5%		1,132人 13.4%		1,132人 13.8%				
	⑥	(再掲)40-74歳	1,201人 16.4%		1,132人 15.8%		1,056人 15.1%		1,116人 16.1%		1,117人 16.5%				
	⑦	健診未受診者	1,087人 90.5%		1,018人 89.9%		925人 87.6%		980人 87.8%		973人 87.1%				
	⑧	インスリン治療	104人 8.5%		104人 9.1%		95人 8.9%		111人 9.8%		110人 9.7%				
	⑨	(再掲)40-74歳	103人 8.6%		102人 9.0%		92人 8.7%		110人 9.9%		108人 9.7%				
	⑩	糖尿病性腎症	130人 10.7%		144人 12.5%		151人 14.1%		175人 15.5%		173人 15.3%				
	⑪	(再掲)40-74歳	127人 10.6%		141人 12.5%		148人 14.0%		172人 15.4%		170人 15.2%				
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	15人 1.2%		15人 1.3%		17人 1.6%		18人 1.6%		14人 1.2%				
	⑬	(再掲)40-74歳	14人 1.2%		15人 1.3%		17人 1.6%		18人 1.6%		14人 1.3%				
	⑭	新規透析患者数	5人 0.05%		8人 0.09%		7人 0.08%		4人 0.05%		3人 0.04%				
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症	3人 0.03%		6人 0.07%		4人 0.05%		2人 0.02%		1人 0.01%				
	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)	26人 1.7%		23人 1.5%		22人 1.5%		25人 1.6%		27人 1.6%				
6	①	総医療費	33億3987万円		32億5548万円		31億3487万円		32億3394万円		32億3068万円		28億4626万円		
	②	生活習慣病総医療費	18億2617万円		18億5150万円		18億4701万円		18億9962万円		18億6008万円		15億3700万円		
	③	(総医療費に占める割合)	54.7%		56.9%		58.9%		58.7%		57.6%		54.0%		
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	4,794円		5,529円		4,340円		5,071円		5,909円		7,237円		
	⑤	健診未受診者	36,613円		35,750円		38,332円		40,176円		40,274円		38,862円		
	⑥	糖尿病医療費	1億7028万円		1億6941万円		1億7347万円		1億8156万円		1億7488万円		1億6596万円		
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	9.3%		9.1%		9.4%		9.6%		9.4%		10.8%		
	⑧	糖尿病入院外総医療費	6億3985万円		5億7757万円		5億4940万円		6億1376万円		5億7031万円				
	⑨	1件あたり	40,305円		36,578円		36,240円		38,907円		37,057円				
	⑩	糖尿病入院総医療費	3億7654万円		3億6523万円		3億3819万円		3億3534万円		3億3021万円				
	⑪	1件あたり	605,373円		604,681円		623,970円		680,203円		650,015円				
	⑫	在院日数	16日		16日		17日		15日		17日				
	⑬	慢性腎不全医療費	1億3390万円		1億5041万円		1億3863万円		1億4161万円		1億3603万円		1億2396万円		
	⑭	透析有り	1億2176万円		1億4008万円		1億2955万円		1億3227万円		1億2126万円		1億1532万円		
	⑮	透析なし	1214万円		1033万円		909万円		934万円		1477万円		863万円		
7	①	介護給付費	37億5968万円		37億7790万円		37億9761万円		37億4833万円		36億5029万円		34億9905万円		
	②	(2号認定者)糖尿病合併症	5件 15.6%		4件 14.8%		6件 20.7%		5件 20.8%		4件 21.1%				
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	3人 0.5%		3人 0.5%		4人 0.7%		5人 0.9%		6人 1.2%		2,819人	1.0%	

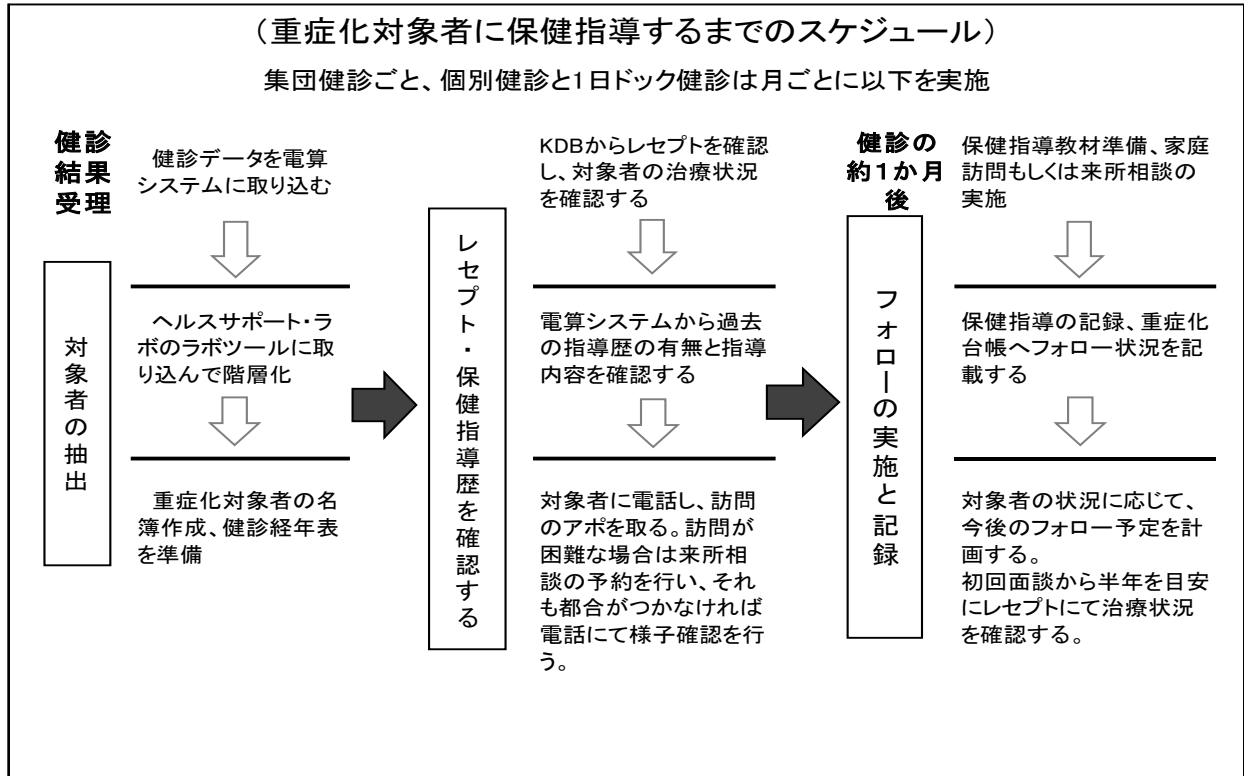
出典:ヘルスサポートラボツール

## キ 実施期間及びスケジュール

4～5月 対象者の基準設定、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、糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

図表 60 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



## (2) 高血圧重症化予防

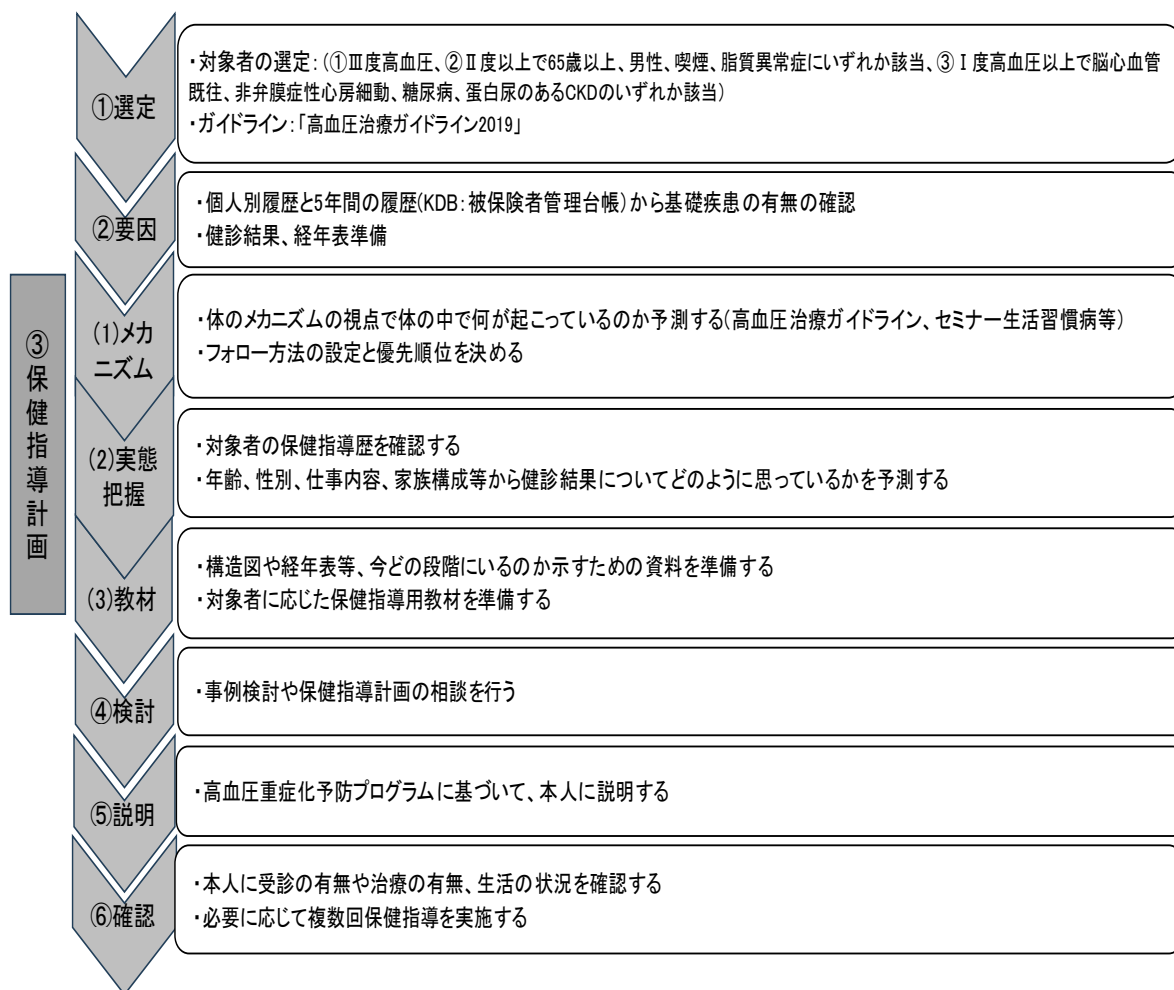
### ア 基本的な考え方

高血圧重症化予防の取組にあたっては、愛媛県高血圧重症化予防プログラムに基づき、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 61 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 治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 61 高血圧重症化予防プログラム対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ(伊予市版)



## イ 対象者の明確化

### (ア) 対象者の選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、愛媛県高血圧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・高血圧症未投薬者
- ②医療機関受診中断者
- ③高血圧治療中コントロール不良者

### (イ) 選定基準に基づく該当数の把握

#### ①対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数の把握を行います。高血圧重症化ハイリスク者を抽出する際は、「血圧に基づいた脳心血管リスク層別化」（日本高血圧学会）を基盤とします。（図表62）

図表62 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

リスク層 (血圧以外のリスク因子)		血圧分類 (mmHg)					区分	該当者数
		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			
648		318 49.1%	251 38.7%	70 10.8%	9 1.4%			
リスク第1層 予後影響因子がない	29 4.5%	<sup>C</sup> 20 6.3%	<sup>B</sup> 4 1.6%	<sup>B</sup> 5 7.1%	<sup>A</sup> 0 0.0%	A	179 27.6%	
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	348 53.7%	<sup>C</sup> 164 51.6%	<sup>B</sup> 142 56.6%	<sup>A</sup> 38 54.3%	<sup>A</sup> 4 44.4%	B	285 44.0%	
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	271 41.8%	<sup>B</sup> 134 42.1%	<sup>A</sup> 105 41.8%	<sup>A</sup> 27 38.6%	<sup>A</sup> 5 55.6%	C	184 28.4%	

…高リスク  
 …中等リスク  
 …低リスク

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

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

脳心血管病に対する予後影響因子

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。

※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。

本市の令和4年度特定健康診査結果では、高リスク(A)は179人(27.6%)が該当し、直ちに薬物療法を開始する必要があり、優先的に介入します。

## ②介入方法と優先順位

### 優先順位

#### 【受診勧奨・保健指導】

I II度以上高血圧高リスク(図表 62:A)とII度以上高血圧治療中のコントロール不良者(図表 63:㉔)

II I度高血圧高リスク(図表 62:A)

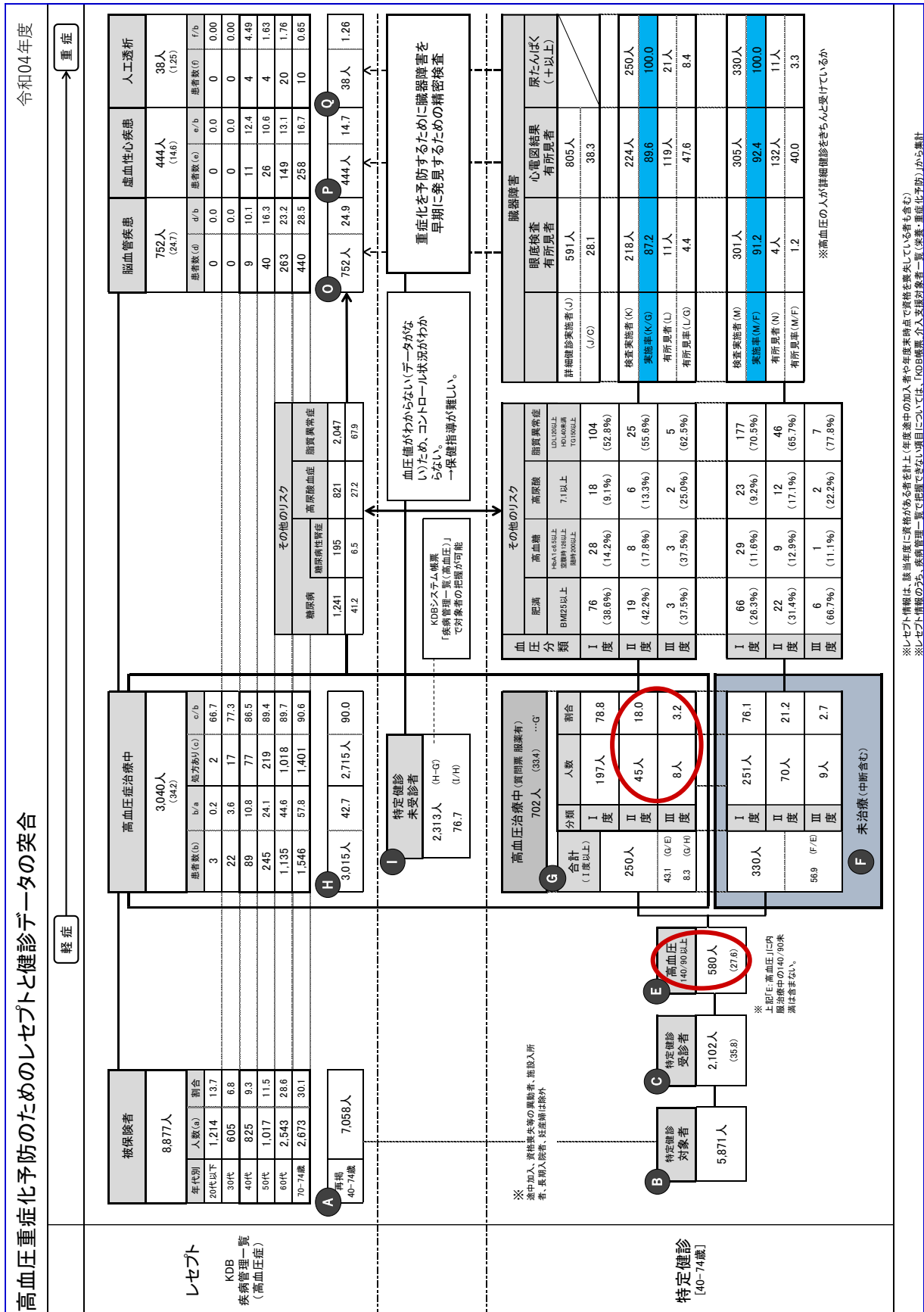
- ・介入方法として、家庭訪問、個別面談、電話等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

## ③対象者の経年的な進捗管理

図表 63 の㉔の中から、上記 I に該当するものを把握し、管理台帳を作成します。

受診勧奨・保健指導で関わった対象者がその後、治療につながったかどうか、合併症の有無や治療状況を確認するために、管理台帳を通じて経年的に台帳で管理していきます。

図表 63 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





## ウ 保健指導の実施

高血圧症の発症・重症化予防には、血圧のコントロールが重要です。また、高血圧の進展とともに脳心腎疾患発症リスクが高くなるため、肥満、脂質異常症、糖尿病、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、特定健診受診者を脳心血管リスク層別化に基づいて、対象者に応じた保健指導を実施していきます。また、対象者への保健指導については、高血圧治療ガイドライン、血圧記録手帳等を参考に作成した保健指導用教材を活用していきます。（図表64）

図表 64 高血圧の解決に向けて（保健指導教材）

高血圧の解決に向けて	
<b>もくじ</b>	
<b>1 国の施策と高血圧の問題性</b>	<b>4 保健指導の教材【降圧治療】</b>
1-1 標準的な健診・保健指導プログラムの考え方	4-1 血圧を下げると 血管変化も改善するんです
1-2 高血圧による臓器障害	4-2 高血圧の治療は細動脈が硬くならないうちに始めることが大切です
1-3 高血圧パラドックスの解消	4-3 降圧薬一覧(早見表)
	4-4 血圧が高くなった でも副作用を思うと薬を飲むのを考えてしまう!! 薬を飲んだらどんないいことがあるのでしょうか? (利尿剤を含む)3種類以上の薬を内服しても血圧が十分に下がらない方へ『治療抵抗性高血圧』が疑われます
<b>2 保健指導の教材【基本】(※)は血圧記録手帳に記載</b>	<b>5 保健指導の教材【生活習慣改善】</b>
2-1 私の家族歴・治療歴	減塩(食塩6g/日未満)
2-2 健診経年結果一覧	5-1 血圧の薬を飲んでいるのに血圧が下がらない「それを…治療抵抗性高血圧…といえます」
2-3 高血圧の構造図	5-2 塩(ナトリウム)と体…塩はどこで、どんな仕事をしているのでしょうか
2-4 『血圧が高い』と言われても自覚症状がないのですが… 体の中では、何が起きているのでしょうか?	5-3 塩(ナトリウム)の仕事は、1日3gでできます
2-5 血圧以外の危険因子等の有無で治療の進め方の判断します(※)	5-4 自分が食べている食塩相当量の目安
2-6 「測るたびに血圧は変わる。どれが本当かわからないので高くても気にしない」と言われますが…(※)	5-5 ~減塩しても美味しい~ 調味料の工夫
2-7 血圧は1回の測定で判断できません(※)	5-6 減塩食品がたくさん出てきました 従来品と比べてみました
2-8 血圧は1回の測定で判断できません 昼間の血圧が正常な人でも、2人に1人早朝高血圧が見逃されています	減量 BMI25未満(3%以上の減量で有意な降圧)
2-9 家庭で血圧測定をする目的は(※)	5-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
2-10 血圧記録表(※)	5-8 健診データ(高血圧)と食品と栄養素
2-11 血圧とは…変動することで体を守っています 血圧が「高い」とか「低い」とか言いますが、血圧の値はいつも一定しているわけではありません	5-9 健診データに基づいた食品の基準値
2-12 血圧測定で「正常」「要注意」「要治療」と判定する理由とは?	5-10 【BMI25以上】エネルギーからごはんとお油量を見る早見表
2-13 血圧のイメージ 私の血圧を水圧にしてみると?	5-11 肥満解決のために 何でもOK! 毎日の食事から500Kcal減らしてみよう
2-14 私の血圧が上がる理由は何だろう?	5-12 嗜好品 アルコール
2-15 「下の血圧が高い」とはどういうことか	生活習慣修正による降圧の程度
<b>3 保健指導の教材【臓器障害】</b>	DASH食(野菜、果物を積極的に摂取。コレステロールや飽和脂肪酸の摂取を控える)
3-1 高血圧になると影響をうける臓器はどこか?	5-13 カリウムは体でどんな働きをしているのでしょうか?
3-2 「眼底検査」って何を見ているの?	5-14 よく食べている野菜のカリウムの量は?
3-3 脳卒中の最大の危険因子は高血圧 急に脳が大きくなった人間の最大の弱点は? …脳の血管の構造に弱点があります…	5-15 果物80キロカロリーに含まれるカリウムの量は? 果物の基準は80キロカロリーです
3-4 脳卒中にはなりたくない! でもなぜ起こるの?	5-16 よく食べる魚はどれですか? 魚70gに含まれるコレステロール量と脂質量を見てみました
3-5 一過性脳虚血発作といわれたあなたへ	5-17 よく食べる肉はどれですか? 肉70gに含まれるコレステロール量と脂質量
3-6 休むことなく働き続ける臓器は『心臓』だけです~心電図でわかる あなたの心臓はどのような状態でしょうか~	5-18 食品の中の飽和脂肪酸の割合を見てみました
3-7 私の心電図があらわすもの…心筋梗塞や心房細動を発症する前に	5-19 血管内皮細胞を守る材料
3-8 左室肥大って? 血液を全身に押し出す心室に負荷がかかっている状態です	
3-9 不整脈…このくらいなら大丈夫って言われたけど、どの段階? ~「治療は不要」と言われても、「治療が必要になる」可能性があります~	<b>6 参考資料</b>
3-10 心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです。	6-1 全医療保険者 血圧 年代別状況
3-11 腎機能の経過をみよう (GFRのグラフ)	6-2 市町村国保 高血圧症の服薬者の推移
3-12 年齢による(GFR)の低下速度 ~私の腎臓はこれからどうなるか~	6-3 高血圧の背景を考える
3-13 高血圧と腎臓 血圧が高いと腎臓は…	6-4 1人あたり医療費と介護費
3-14 尿検査で尿蛋白が出た方へ —蛋白尿が腎臓を悪くするんです—	6-5 透析導入患者 原疾患割合の推移等
3-15 血圧値はどの値にするよいですか? 血圧値によって腎機能の低下速度が違います	
3-16 高血圧が起こす 血管変化を見る検査	
3-17 頸動脈超音波検査 脳梗塞、心筋梗塞を発生する前に早期の血管の異常(動脈硬化)を見逃さない	
3-18 血圧脈波検査 早期の動脈硬化を知る PWVを詳しく知る 血圧の治療によって血管の硬さを良好に保っているか判断するときにも行われる検査	

## エ 医療との連携

### (ア) 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、事前に伊予医師会等と協議した様式を使用します。また、血圧記録手帳を活用し、医師の指示のもと、保健指導を実施します。

### (イ) 治療中の者への対応

治療中の場合は、血圧記録手帳を活用し、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。

## オ 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、長寿介護課と連携していきます。

## カ 評価

以下のデータを参考に事業評価を行うこととし、かかりつけ医・連携機関（伊予医師会・保健所・国保連合会）等との情報共有を図ります。

### (ア) 短期的評価

- ・ 受診勧奨及び保健指導の対象者数、実施者数
- ・ 新規治療開始率
- ・ 降圧薬服用率
- ・ 健診受診率等

### (イ) 中長期的評価

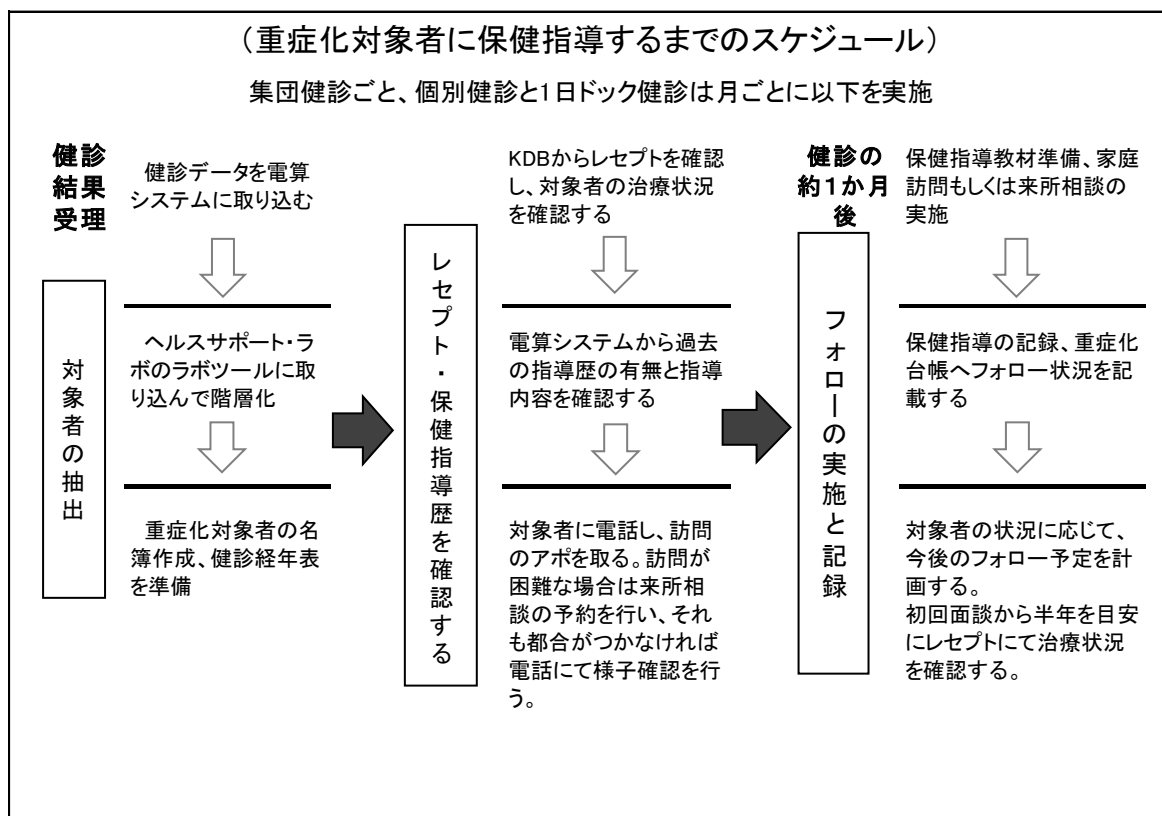
- ・ 心疾患・脳血管疾患による死亡の割合の減少
- ・ 虚血性心疾患・脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少

## キ 実施機関及びスケジュール

4～5月 対象者の基準設定、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、血圧管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

図表 65 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



### (3) 虚血性心疾患重症化予防

#### ア 基本的な考え方

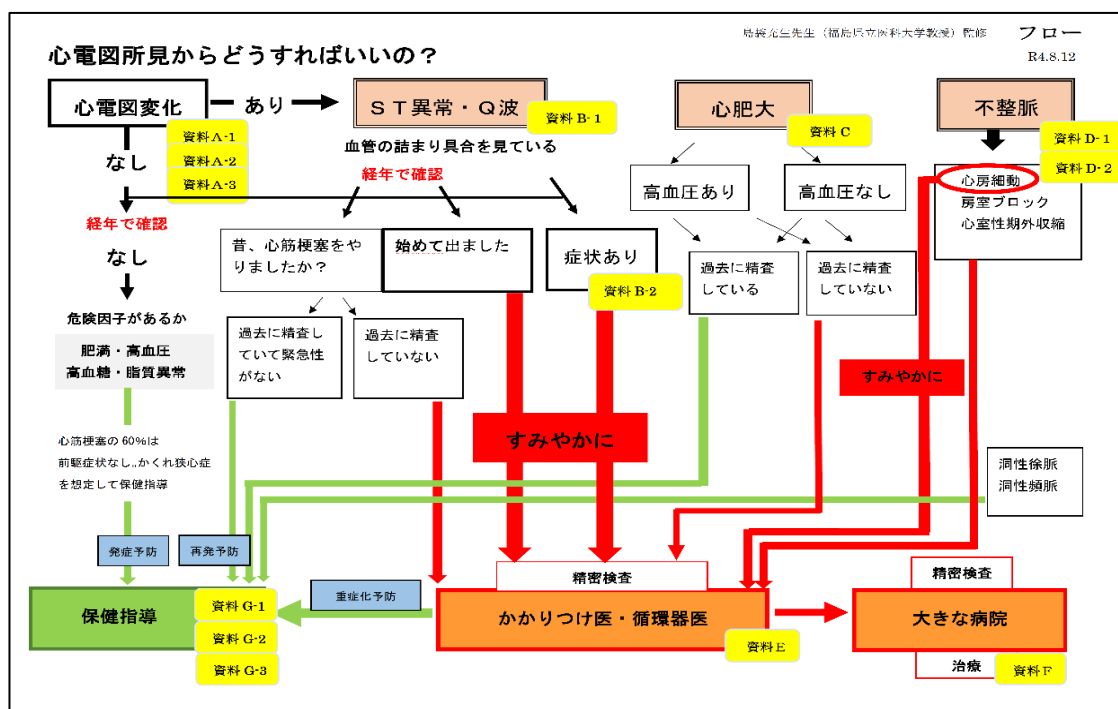
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

#### イ 対象者の明確化

##### (ア) 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）



##### (イ) 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、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1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782人(38%)に実施し、そのうち有所見者が378人(48.3%)でした。所見の中でもST-T変化が135人(35.7%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表67)

また、有所見者のうち要精査が42人(11.1%)で、その後の受診状況を見ると13人(31%)は未受診でした。(図表68)。

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

図表67 心電図検査結果 (R4年度)

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	782	38%	378	48.3%	24	6.3%	135	35.7%	41	10.8%	17	4.5%	25	6.6%	58	15.3%	13	3.4%	58	15.3%	
内訳	男性	350	40%	186	53.1%	15	8.1%	46	24.7%	23	12.4%	11	5.9%	20	10.8%	43	23.1%	10	5.4%	24	12.9%
	女性	432	38%	192	44.4%	9	4.7%	89	46.4%	18	9.4%	6	3.1%	5	2.6%	15	7.8%	3	1.6%	34	17.7%

伊予市調べ

図表68 心電図有所見者の医療機関受診状況 (R4年度)

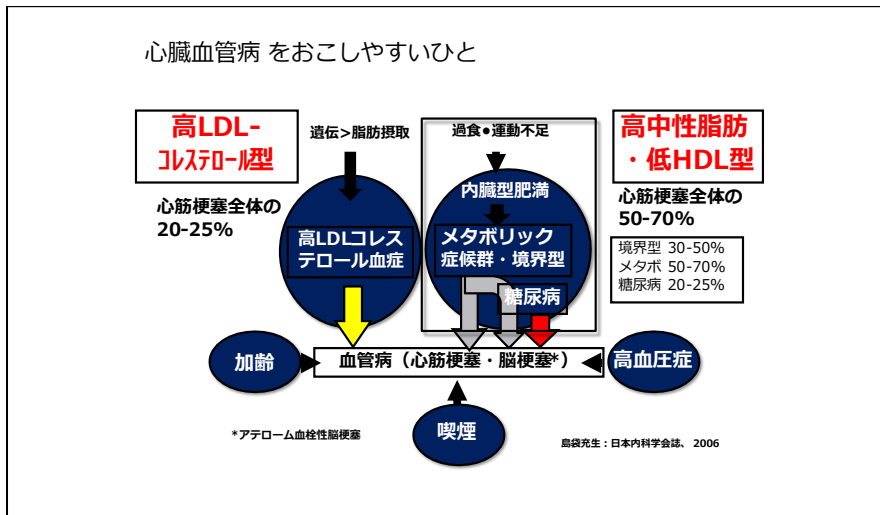
	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	378	22.0%	42	11.1%	29	69.0%	13	31.0%
男性	186	24.0%	29	15.6%	17	58.6%	12	41.4%
女性	192	19.0%	13	6.8%	9	69.2%	4	30.8%

伊予市調べ

## ②心電図以外からの把握

糖尿病・高血圧・脂質異常のリスクがある場合は、動脈硬化性心血管疾患の発症率が高いことから、糖尿病性腎症・高血圧重症化予防プログラム対象者に加えて、高コレステロール血症の未治療者や治療中断者に向けても、積極的に保健指導や受診勧奨を行う必要があります。(図表69・70)

図表 69 心血管病をおこしやすいひと



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

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た  
LDLコレステロール管理目標

(参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL			健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
839			421	268	99	51	17	25	54	54	
			50.2%	31.9%	11.8%	6.1%	11.3%	16.7%	36.0%	36.0%	
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)	119	73	26	13	7	11	9	0	0
			14.2%	17.3%	9.7%	13.1%	13.7%	64.7%	36.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	352	162	124	44	22	4	9	34	19
			42.0%	38.5%	46.3%	44.4%	43.1%	23.5%	36.0%	63.0%	35.2%
高リスク	120未満 (150未満)		308	148	104	36	20	2	6	16	32
			36.7%	35.2%	38.8%	36.4%	39.2%	11.8%	24.0%	29.6%	59.3%
	再掲	100未満 (130未満) ※1	13	7	4	1	1	0	1	0	1
			1.5%	1.7%	1.5%	1.0%	2.0%	0.0%	4.0%	0.0%	1.9%
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)	60	38	14	6	2	0	1	4	3
				7.2%	9.0%	5.2%	6.1%	3.9%	0.0%	4.0%	7.4%

※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。

## ウ 保健指導の実施

### (ア) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。(図表 71)

図表 71 虚血性心疾患重症化予防のための保健指導教材(例示)

虚血性心疾患重症化予防のための保健指導教材	
<b>もくじ</b>	
<b>1 保健指導の教材【脂質異常症】</b>	
1-1	LDL値の判断基準
1-2	LDLコレステロール値の検査方法は 2つあります
1-3	コレステロールバランス
1-4	健診でコレステロールが高かった 再検査ってどんなことをするの
1-5	私のLDLコレステロールは？
1-6	食べたものは体の中でどのように利用されているのでしょうか(2013.2.15修正)
1-7	脂質異常症の薬
1-8	LDLコレステロールが180mgdl以上の人は家族性高コレステロール血症(FH) かもしれません
1-9	遺伝による(家族性)脂質異常症
1-10	コレステロールに変化しやすい飽和脂肪酸
1-11	脂質の構造図
1-12	「脂質異常症」と言われたのですが(2017年版)
<b>2 保健指導の教材【心臓】</b>	
2-1	心電図所見からどうすればいいの？(フロー図)
2-2	休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです
2-3	私の心電図があらわすもの…心筋梗塞や心房細動を発症する前に
2-4	心電図検査は最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！
2-5	心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？
2-6	心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！
2-7	左室肥大って？
2-8	不整脈…これくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの？
2-9	心房細動から脳梗塞をおこさないために、優れた予防薬があるんです
2-10	ST変化・異常Q波 所見がある方へ
2-11	精密検査を受けて治療が必要になった方へ
2-12	狭心症になった人から学びました
2-13	健診データの色がついているところに○をしてみましょう
2-14	心臓の血管を守るために、今できることは何だろう？
2-15	肥満(BMI25以上)になると心臓はどうなるの？

## (イ) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

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

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)など

## (ウ) 対象者の管理

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

## エ 医療との連携

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

## オ 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、長寿介護課と連携していきます。

## カ 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 等の情報を活用していきます。

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。

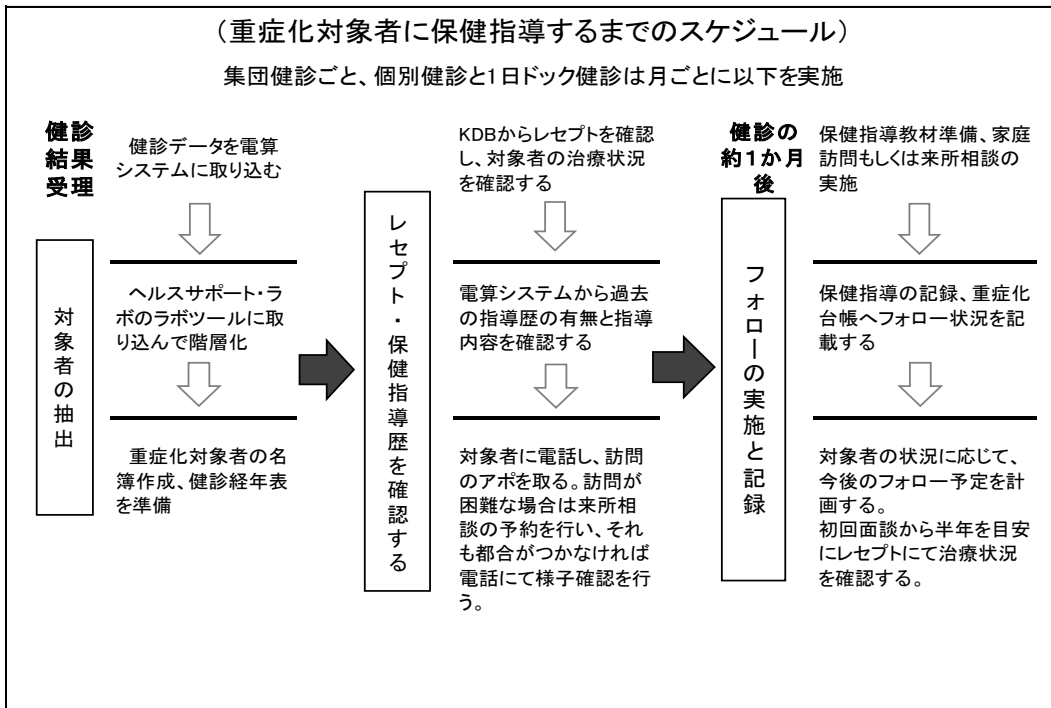
## キ 実施期間及びスケジュール

4～5 月 対象者の基準設定、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、フォロー台帳に記載。その後順次、対象者へ介入(通年)



図表 72 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール

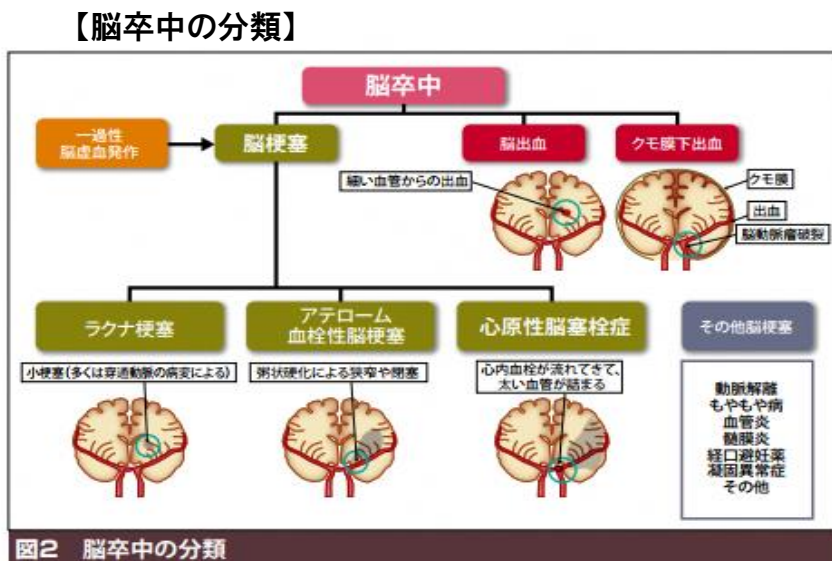


#### (4) 脳血管疾患重症化予防

##### ア 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 73、74)

図表 73 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 74 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	●							

# イ 対象者の明確化

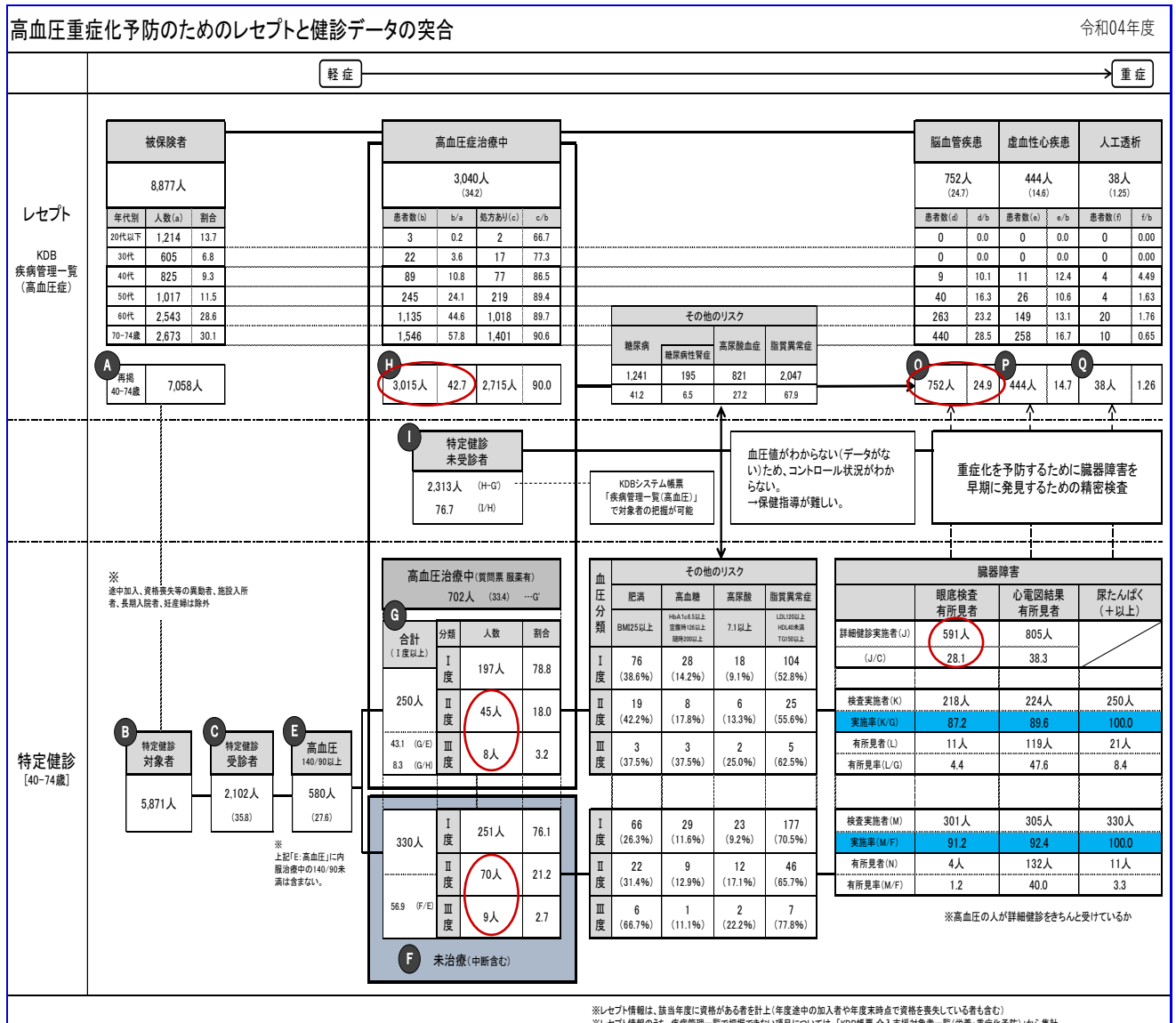
## (ア) 重症化予防対象者の抽出

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 75 でみると、高血圧治療者 3,015 人 (42.7%・H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 752 人(24.9%・O)でした。健診結果をみると、II 度高血圧以上が 132(F・G)人であり、そのうち 79 人(F)は未治療者です。医療機関未受診者の中には、肥満、高血糖、高尿酸、脂質異常症などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であっても、II 度高血圧以上が 53 人(G)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)は、591 人(28.1%)実施しています。(図表 75)

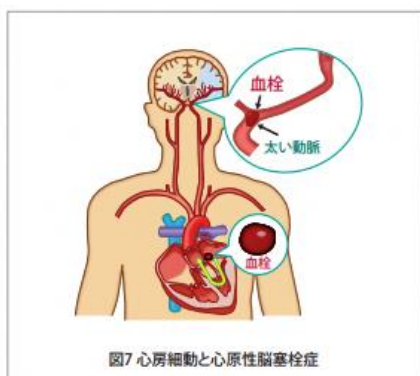
図表 75 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



(イ) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。保健指導対象者については、前述した『2. 高血圧重症化予防』の対象者に基づいて実施します。

(ウ) 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乗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。（「脳卒中予防の提言」より引用）

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 (R4 年度)

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環学調査 (※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	886	1,151	350	39.5%	432	37.5%	10	2.9%	3	0.7%	--	--
40代	84	73	19	22.6%	7	9.6%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	107	106	37	34.6%	32	30.2%	1	2.7%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	313	456	131	41.9%	156	34.2%	4	3.1%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70~74歳	382	516	163	42.7%	237	45.9%	5	3.1%	3	1.3%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 77 心房細動有所見者の治療状況 (R4 年度)

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
13	1	7.7%	12	92.3%

伊予市調べ

心電図検査において、13人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者13人のうち12人は既に治療が開始されていましたが、1人はまだ治療につながっていません。(図表77)

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも、本市では令和5年度から心電図検査の全数実施を行っています。

## ウ 保健指導の実施

### (ア) 受診勧奨及び保健指導

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

### (イ) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

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

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)など

### (ウ) 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。

## エ 医療との連携

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

## オ 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、長寿介護課と連携していきます。

## カ 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。

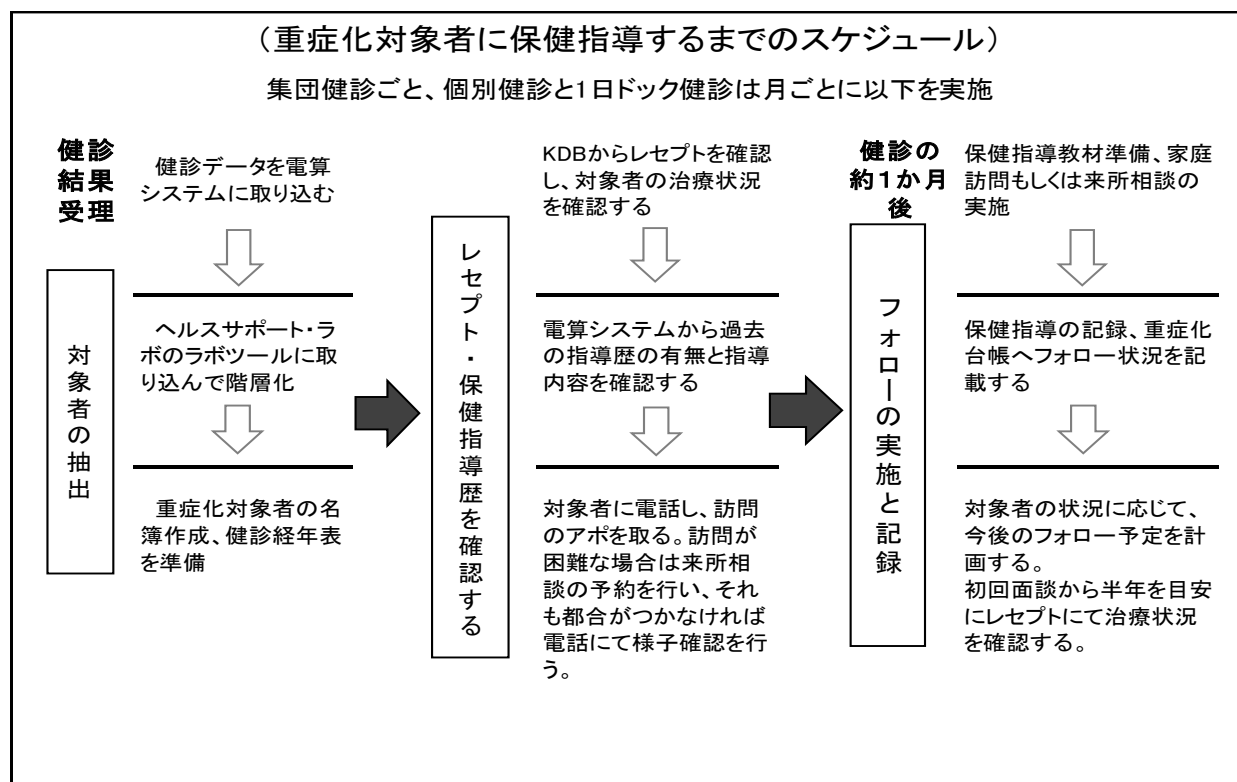
また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

## キ 実施期間及びスケジュール

4～5月 対象者の基準設定、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、糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

図表 78 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



### 3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

#### (1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要があります。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

伊予市は、R2 年度より愛媛県後期高齢者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」を実施しています。R6 年度以降も引き続き事業を行ってまいります。

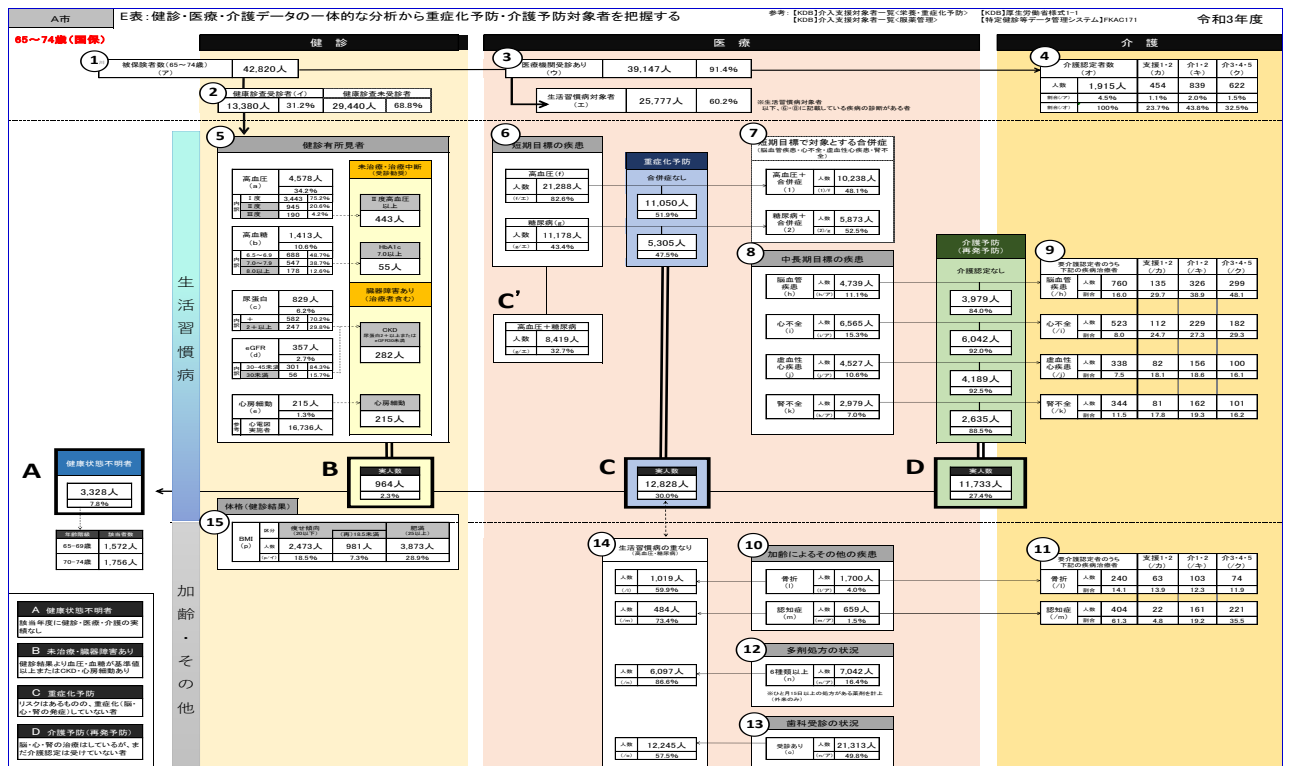
ハイリスクアプローチは、健診結果から、低栄養、糖尿病性腎症重症化予防、高血圧予防等について、各抽出基準により対象者を選定して保健事業に取り組みます。

また、図表 79・E 表の分析により、介護認定者の原因疾患の背景にある糖尿病と高血圧の重なりのある者を把握し、地域の課題に対応した健康教育や健康相談を実施します。

健診も医療も介護も受けていない健康状態不明者(図表 79・A)については、訪問で現状を把握し、必要であれば、健診や医療機関への受診勧奨、地域包括支援センター等へつないでいきます。

※P29 図表 40 伊予市版 E 表 参照

図表 79 E 表 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施(例示)



## 4. 発症予防

生活習慣病は、全世代で健康上の大きな課題となっています。子どもの頃から生活習慣病を発症すると、罹患機関が長くなり、成人期以降に合併症の起こる頻度が高い傾向にあります。生活習慣は幼少期から徐々に確立していくことを考えれば、子どもにおける生活習慣病対策は重要となります。

本市においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は被保険者全員であることから、全住民の健康に関するデータをライフサイクルの視点で整理し、生活習慣病の発症予防に係る取り組みを検討していきます。(図表 80)

図表 80 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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



## 5. ポピュレーションアプローチ

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 81、82)

図表 81 統計からみえる愛媛(松山市)の食

統計からみえる愛媛の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2020～2022年平均 ～			
食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
菓子パン、おかずパン	1位	生鮮野菜	48位
鯛	1位	葉茎菜	50位
ソース	2位	海藻	51位
ちくわ	3位	米	53位
卵	7位	カップめん	51位
果物 (みかん)	11位 (9位)	菓子類全体	50位
外食など	全国ランキング (購入量・購入金額)	茶類	53位
外食	52位	酒類全体	49位
飲酒代	51位		
喫茶代	49位		

県庁所在市及び政令指定都市53位中

図表 82 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化

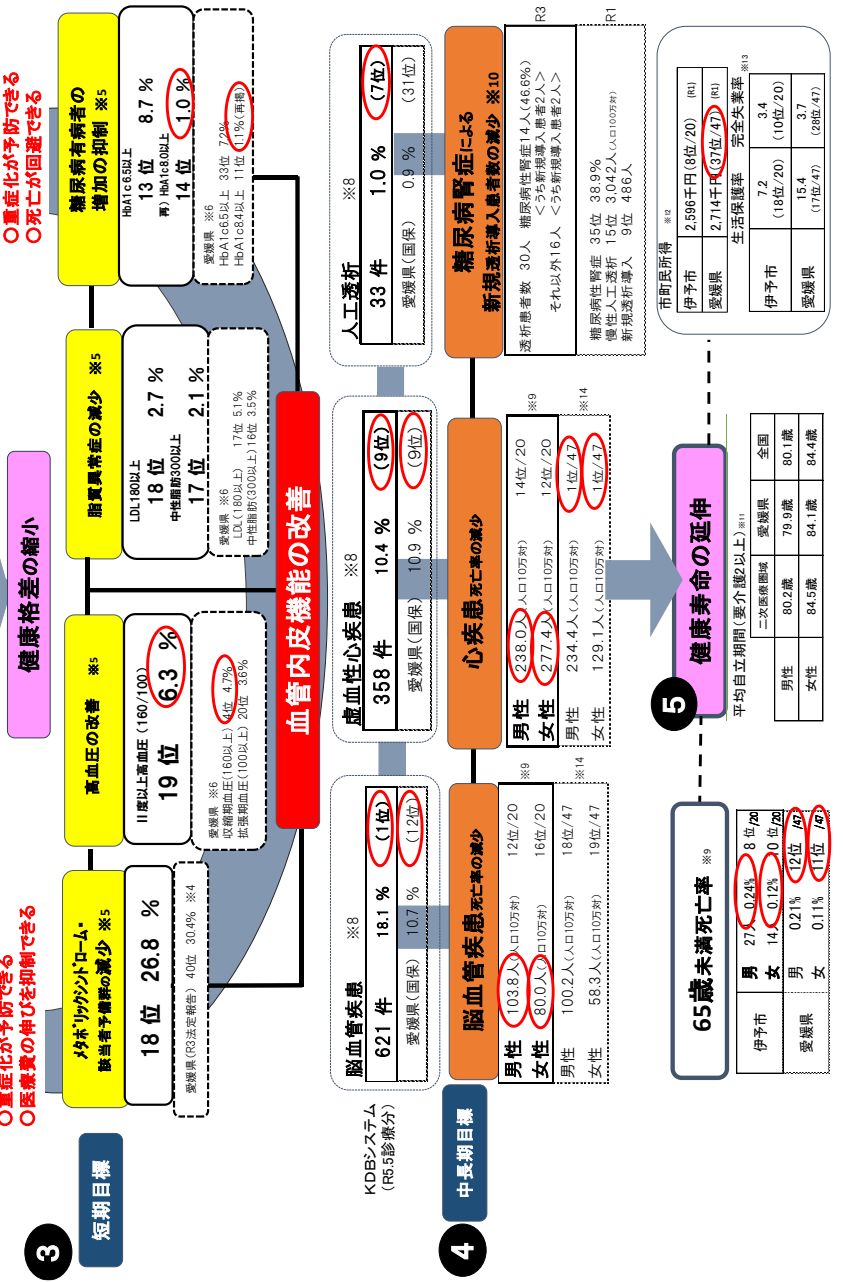
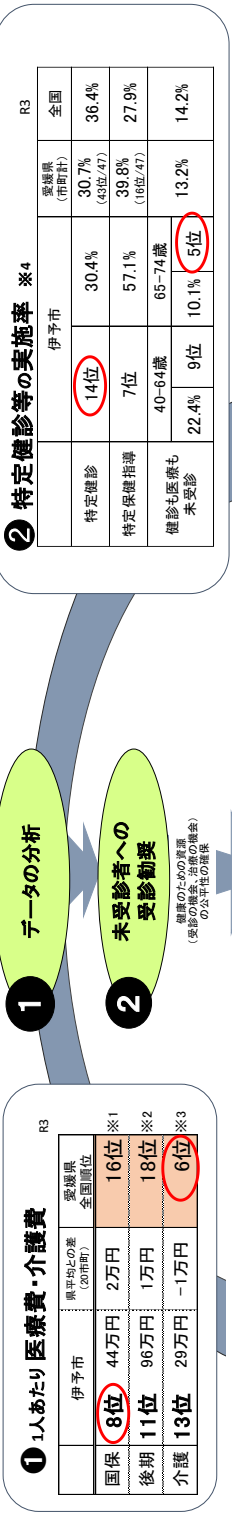
伊予市の社会保障健全化に向けて、医療費・介護費の適正化 ～制度から見た伊予市の実態～

特定健診・特定保健指導と健康日本21(第二次)  
 一特定健診・保健指導のメリットを活かし、健康日本21(第二次)を着実に推進一

厚生労働省  
 「標準的な健診・保健指導プログラム」R1年版改訂「図1」改定

課題

特定健診・特定保健指導の実施率の向上



出典  
 ※1 R3国保中央会 国民健康保険の実態より  
 ※2 R3後期高齢者医療事業状況報告書より  
 ※3 R3年度介護費見える化システムより  
 ※4 R3年特定健診・特定保健指導 状況報告書より  
 ※5 R3特定健診・特定保健指導 状況報告書より  
 ※6 KDBシステム 厚生労働省改訂より  
 ※7 H30愛媛県健康増進統計年報より  
 ※8 愛媛県の値 日本透析医学会が行う透析患者の現状より  
 ※9 KDBシステム 地域の全体像の把握(毎年累計)より  
 ※10 愛媛県は「内閣府長官経済計算より」  
 ※11 「令和4年」愛媛県統計協会 統計から見た伊予市の様子より  
 ※12 「令和4年」愛媛県統計協会 統計から見た伊予市の様子より  
 ※13 「令和4年」愛媛県統計協会 統計から見た伊予市の様子より  
 ※14 厚生労働省 人口動態統計特別報告(年齢別死亡)より

## 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2027(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2029(令和11)年度においては、次期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、特定保健指導実施率 ・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、KDBシステムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が定期的に確認を行います。

また、特定健診の国への実績報告後のデータ(法定報告)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、国の指針において、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します。

### 2. 個人情報の取扱い

本市においては、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伊予市の位置

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み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた伊予市の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた伊予市の位置

R04年度

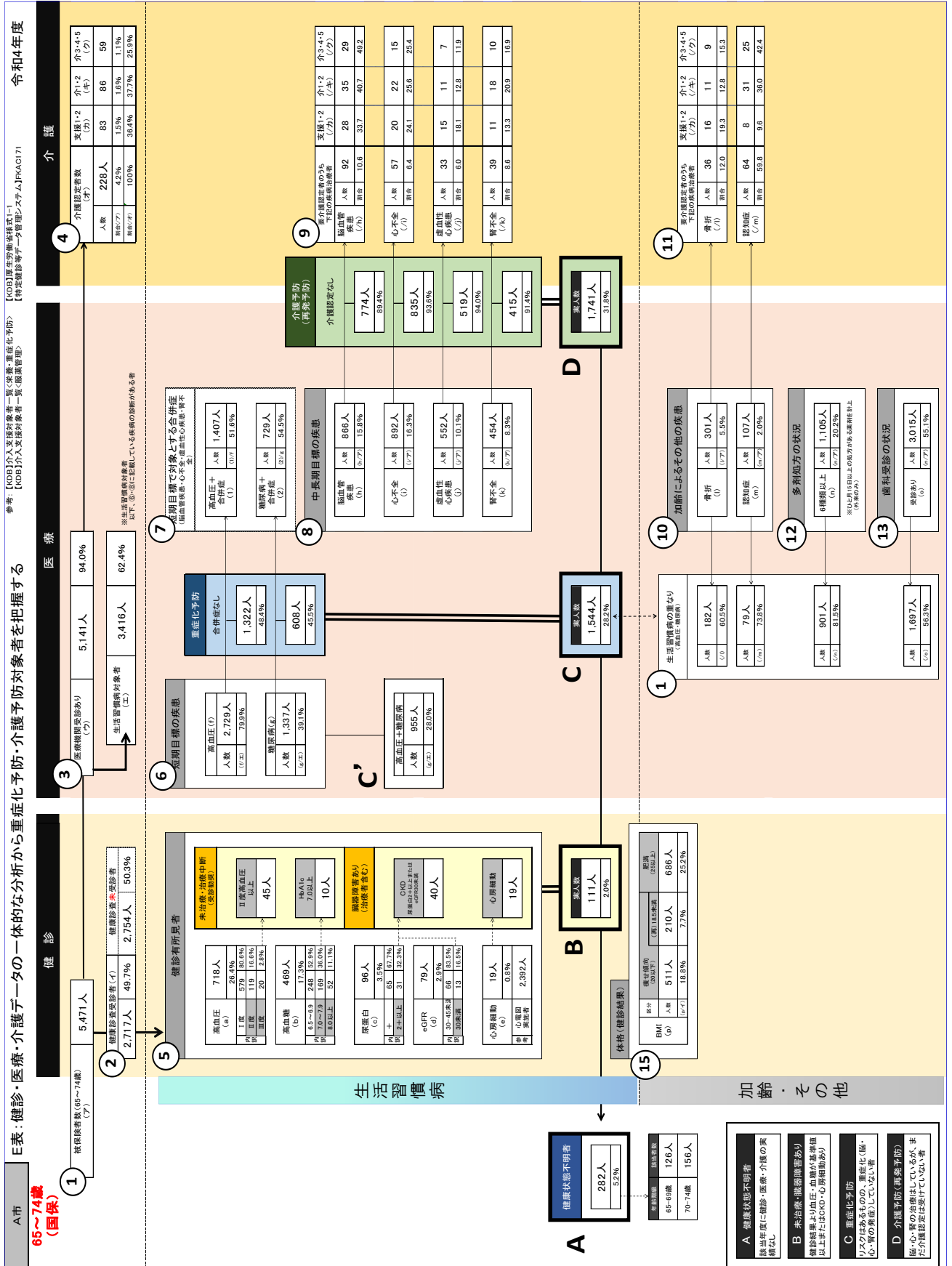
項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 人口構成	総人口		35,011		9,014,657		1,299,781		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)		11,996 34.3		3,263,279 36.2		434,279 33.4		35,335,805 28.7			
		75歳以上		6,168 17.6		-- --		226,536 17.4		18,248,742 14.8			
		65~74歳		5,828 16.6		-- --		207,743 16.0		17,087,063 13.9			
		40~64歳		11,376 32.5		-- --		425,925 32.8		41,545,893 33.7			
	39歳以下		11,639 33.2		-- --		439,577 33.8		46,332,563 37.6				
	② 産業構成	第1次産業		14.8		10.7		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		25.6		27.3		24.2		25.0			
		第3次産業		59.6		62.0		68.0		71.0			
	③ 平均寿命	男性		79.7		80.4		80.2		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.8		86.9		86.8		87.0					
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性						79.9		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性						84.1		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比(SMR)		108.3		103.4		103.6		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		がん		120 47.4		34,996 47.8		4,549 46.0		378,272 50.6			
		心臓病		83 32.8		21,437 29.3		3,204 32.4		205,485 27.5			
		脳疾患		31 12.3		10,886 14.9		1,376 13.9		102,900 13.8			
		糖尿病		6 2.4		1,391 1.9		211 2.1		13,896 1.9			
		腎不全		7 2.8		2,819 3.9		332 3.4		26,946 3.6			
		自殺		6 2.4		1,654 2.3		221 2.2		20,171 2.7			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		27 0.12%				1,361 0.15%		129,016 0.14%		厚労省HP 人口動態調査 R4	
		男性		16 0.14%				874 0.20%		84,891 0.19%			
		女性		11 0.09%				487 0.11%		44,125 0.10%			
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		2,322 19.5		619,810 19.1		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		35 0.3		10,081 0.3		1,396 0.3		110,289 0.3			
		介護度別 総件数	要支援1.2		8,713 15.8		1,984,426 14.3		378,847 17.0		21,785,044 12.9		
			要介護1.2		26,766 48.5		6,527,659 47.0		1,014,715 45.6		78,107,378 46.3		
			要介護3以上		19,683 35.7		5,384,278 38.7		829,972 37.3		68,963,503 40.8		
	2号認定者		43 0.38		10,759 0.37		1,752 0.41		156,107 0.38				
	② 有病状況	糖尿病		606 24.1		154,694 23.8		24,592 25.2		1,712,613 24.3			
		高血圧症		1,390 57.3		352,398 54.8		53,626 55.3		3,744,672 53.3			
		脂質異常症		1,027 42.7		203,112 31.2		36,861 37.9		2,308,216 32.6			
		心臓病		1,582 65.1		397,324 61.9		60,516 62.6		4,224,628 60.3			
		脳疾患		963 39.7		151,330 23.9		25,615 26.7		1,568,292 22.6			
		がん		265 10.2		74,764 11.4		11,323 11.6		837,410 11.8			
		筋・骨格		1,475 61.5		350,465 54.5		56,168 58.1		3,748,372 53.4			
		精神		963 39.7		246,296 38.6		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		304,292 3,650,290,824		300,230 979,734,915,124		320,144 139,031,909,784		290,668 10074274,226,889			
		1件当たり給付費(全体)		66,174		70,503		62,527		59,662			
		居宅サービス		44,464		43,936		44,617		41,272			
施設サービス		293,437		291,914		293,644		296,364					
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		7,244 認定あり 3,855 認定なし		9,043 4,284		8,073 4,125		8,610 4,020				
	被保険者数		7,839		2,020,054		280,726		27,488,882				
4	① 国保の状況	65~74歳		4,058 51.8				137,232 48.9		11,129,271 40.5		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		40~64歳		2,397 30.6				86,793 30.9		9,088,015 33.1			
		39歳以下		1,384 17.7				56,701 20.2		7,271,596 26.5			
		加入率		22.4		22.4		21.6		22.3			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		1 0.1		873 0.4		134 0.5		8,237 0.3			
		診療所数		29 3.7		7,141 3.5		1,213 4.3		102,599 3.7			
		病床数		290 37.0		136,833 67.7		20,594 73.4		1,507,471 54.8			
		医師数		48 6.1		19,511 9.7		3,847 13.7		339,611 12.4			
		外来患者数		819.8		728.3		748.2		687.8			
	入院患者数		23.0		23.6		23.0		17.7				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		412,129 県内5位 同規模98位		394,521		390,048		339,680		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	受診率		842.773		751.942		771.192		705.439				
	外来	費用の割合		58.9		56.7		57.7		60.4			
		件数の割合		97.3		96.9		97.0		97.5			
	入院	費用の割合		41.1		43.3		42.3		39.6			
		件数の割合		2.7		3.1		3.0		2.5			
1件あたり在院日数		16.5日		17.1日		16.5日		15.7日					

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	最大医療資源備病名 (調割合む)	がん	600,509,850	32.3	31.3	32.1	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健 康課題				
				慢性腎不全(透析あり)	121,260,380	6.5	7.5	6.9	8.2					
				糖尿病	174,883,480	9.4	10.8	10.2	10.4					
				高血圧症	101,959,030	5.5	6.3	5.7	5.9					
				脂質異常症	79,281,350	4.3	3.8	3.5	4.1					
				脳梗塞・脳出血	108,064,880	5.8	3.9	4.3	3.9					
				狭心症・心筋梗塞	44,376,220	2.3	2.6	2.9	2.8					
				精神	242,362,080	13.0	16.2	15.4	14.7					
	筋・骨格	360,326,170	19.4	16.7	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	184	0.1	380	0.2	308	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)			
				糖尿病	1,713	1.0	1,531	0.9	1,400	0.8				
				脂質異常症	--	--	89	0.1	95	0.1				
				脳梗塞・脳出血	8,550	5.0	7,151	4.2	7,522	4.6				
				虚血性心疾患	3,401	2.0	4,385	2.6	4,360	2.6				
		腎不全	3,265	1.9	4,815	2.8	4,689	2.8						
		一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	高血圧症	12,804	5.3	13,011	5.8	11,793	5.2				
				糖尿病	21,490	8.9	22,014	9.8	20,683	9.2				
				脂質異常症	10,114	4.2	7,959	3.6	7,354	3.3				
				脳梗塞・脳出血	5,236	2.2	1,056	0.5	1,383	0.6				
虚血性心疾患				2,866	1.2	1,975	0.9	2,728	1.2					
腎不全	19,686			8.1	18,492	8.3	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	健診受診者	2,373		2,592		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	16,177		13,920		15,257						
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,909		7,237		5,151						
			健診未受診者	40,274		38,862		42,378						
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	1,121	55.0	346,525	57.5	40,463	59.3	3,881,055	57.0				
		医療機関受診率	995	48.8	313,811	52.0	36,976	54.2	3,543,116	52.0				
		医療機関非受診率	126	6.2	32,714	5.4	3,487	5.1	337,939	5.0				
5	特定健診の 状況	県内市町村数 22市町村  同規模市区町村数 280市町村	メタボ 該当・予 備群レベ ル	健診受診者	2,038		602,959		68,216		6,812,842			
				受診率	34.6	県内13位 同規模220位	40.5		32.9	全国43位	37.1			
				特定保健指導終了者(実施率)	3	1.4	17768	26.0	1,969	23.7	107,925	13.4		
				非肥満高血糖	216	10.6	64,401	10.7	6,471	9.5	615,549	9.0		
				メタボ	該当者	340	16.7	128,378	21.3	13,073	19.2	1,382,506	20.3	
					男性	225	25.3	88,752	32.7	9,026	30.8	965,486	32.0	
					女性	115	10.0	39,626	12.0	4,047	10.4	417,020	11.0	
					予備群	206	10.1	65,375	10.8	7,459	10.9	765,405	11.2	
					男性	143	16.1	45,739	16.8	5,111	17.4	539,738	17.9	
				女性	63	5.5	19,636	5.9	2,348	6.0	225,667	5.9		
				BMI	腹囲	総数	626	30.7	211,634	35.1	22,649	33.2	2,380,778	34.9
						男性	421	47.4	146,680	54.0	15,569	53.1	1,666,592	55.3
						女性	205	17.8	64,954	19.6	7,080	18.2	714,186	18.8
						予備群	206	10.1	65,375	10.8	7,459	10.9	765,405	11.2
					BMI	総数	96	4.7	31,853	5.3	3,479	5.1	320,038	4.7
						男性	14	1.6	4,979	1.8	576	2.0	51,248	1.7
						女性	82	7.1	26,874	8.1	2,903	7.5	268,790	7.1
						予備群	206	10.1	65,375	10.8	7,459	10.9	765,405	11.2
				血糖のみ	血糖のみ	16	0.8	4,028	0.7	425	0.6	43,519	0.6	
血圧のみ	151	7.4	46,822		7.8	5,415	7.9	539,490	7.9					
脂質のみ	39	1.9	14,525		2.4	1,619	2.4	182,396	2.7					
血糖・血圧	56	2.7	20,016		3.3	1,985	2.9	203,072	3.0					
血糖・脂質	14	0.7	6,637		1.1	649	1.0	70,267	1.0					
血圧・脂質	169	8.3	58,253		9.7	6,246	9.2	659,446	9.7					
血糖・血圧・脂質	101	5.0	43,472		7.2	4,193	6.1	449,721	6.6					
高血圧	689	33.8	236,115		39.2	23,276	34.1	2,428,038	35.6					
糖尿病	139	6.8	59,860		9.9	5,231	7.7	589,470	8.7					
脂質異常症	560	27.5	176,172		29.2	18,399	27.0	1,899,637	27.9					
脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	70	3.4	19,155		3.3	2,048	3.0	207,385	3.1					
心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	175	8.6	34,801	5.9	5,340	7.9	365,407	5.5						
腎不全	35	1.7	5,373	0.9	890	1.3	53,898	0.8						
貧血	200	9.8	58,230	10.0	11,405	16.8	702,088	10.7						
6	生活習慣の 状況		喫煙	255	12.5	77,778	12.9	7,587	11.1	939,212	13.8			
			週3回以上朝食を抜く	161	8.6	44,690	7.9	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～)	290	15.5	85,443	15.0	6,796	14.5	976,348	15.7			
			週3回以上就寝前夕食	290	15.5	85,443	15.0	6,796	14.5	976,348	15.7			
			食べる速度が速い	431	23.0	152,716	26.8	12,912	27.6	1,659,705	26.8			
			20歳時体重から10kg以上増加	640	34.2	197,996	34.7	16,628	35.5	2,175,065	35.0			
			1回30分以上運動習慣なし	969	51.8	357,338	62.7	25,933	55.4	3,749,069	60.4			
			1日1時間以上運動なし	629	33.6	270,721	47.2	16,734	35.7	2,982,100	48.0			
			睡眠不足	590	31.5	142,888	25.0	13,268	28.3	1,587,311	25.6			
			毎日飲酒	380	20.3	147,864	25.4	10,430	22.2	1,658,999	25.5			
			時々飲酒	415	22.2	119,430	20.5	10,112	21.5	1,463,468	22.5			
			一日飲酒 量	1合未満	1,150	68.4	236,943	62.8	24,975	66.5	2,978,351	64.1		
				1～2合	384	22.8	94,723	25.1	8,752	23.3	1,101,465	23.7		
2～3合	117	7.0		35,964	9.5	3,059	8.1	434,461	9.4					
3合以上	30	1.8		9,408	2.5	773	2.1	128,716	2.8					



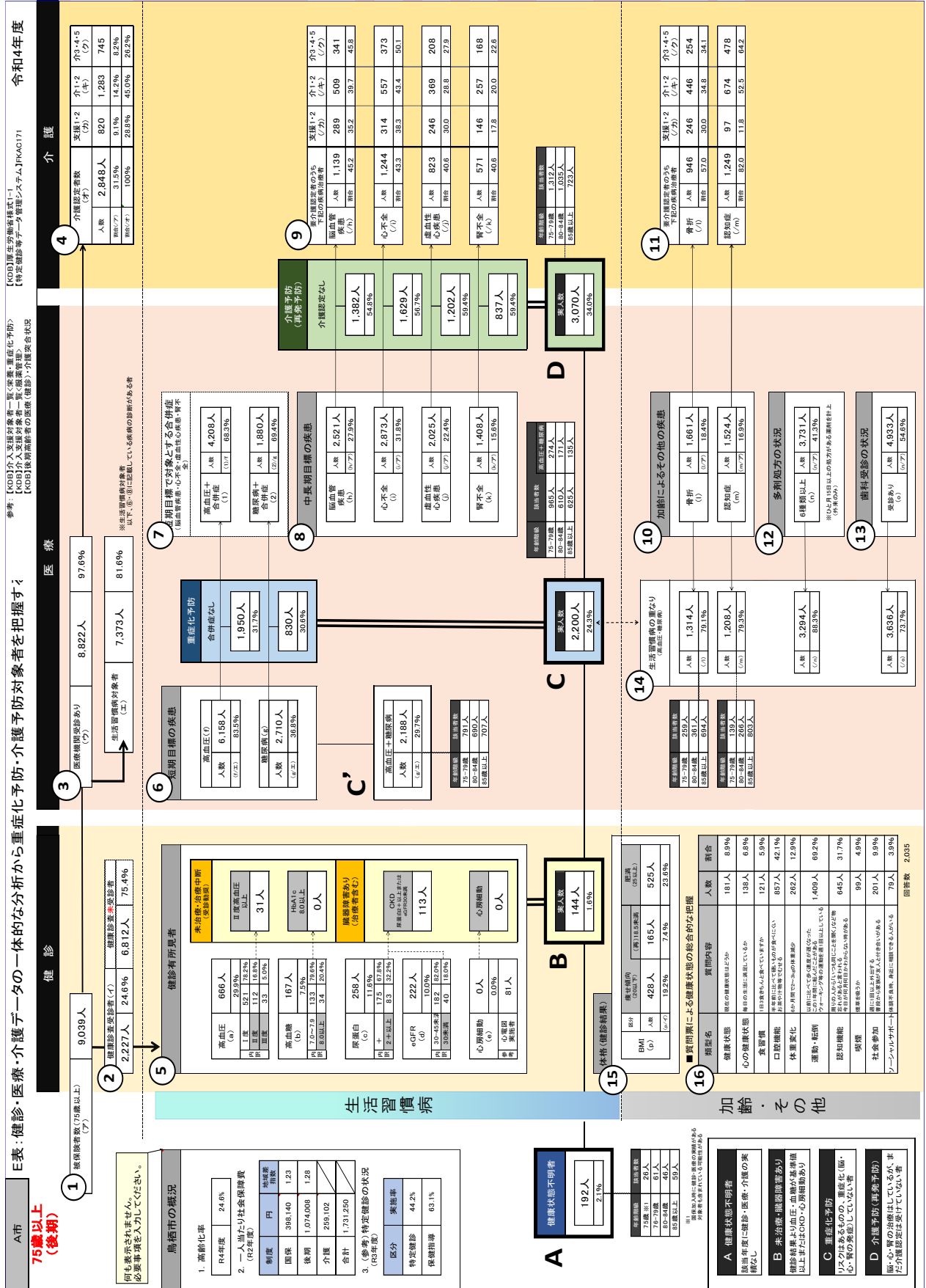


② 65～74 歳(国保)





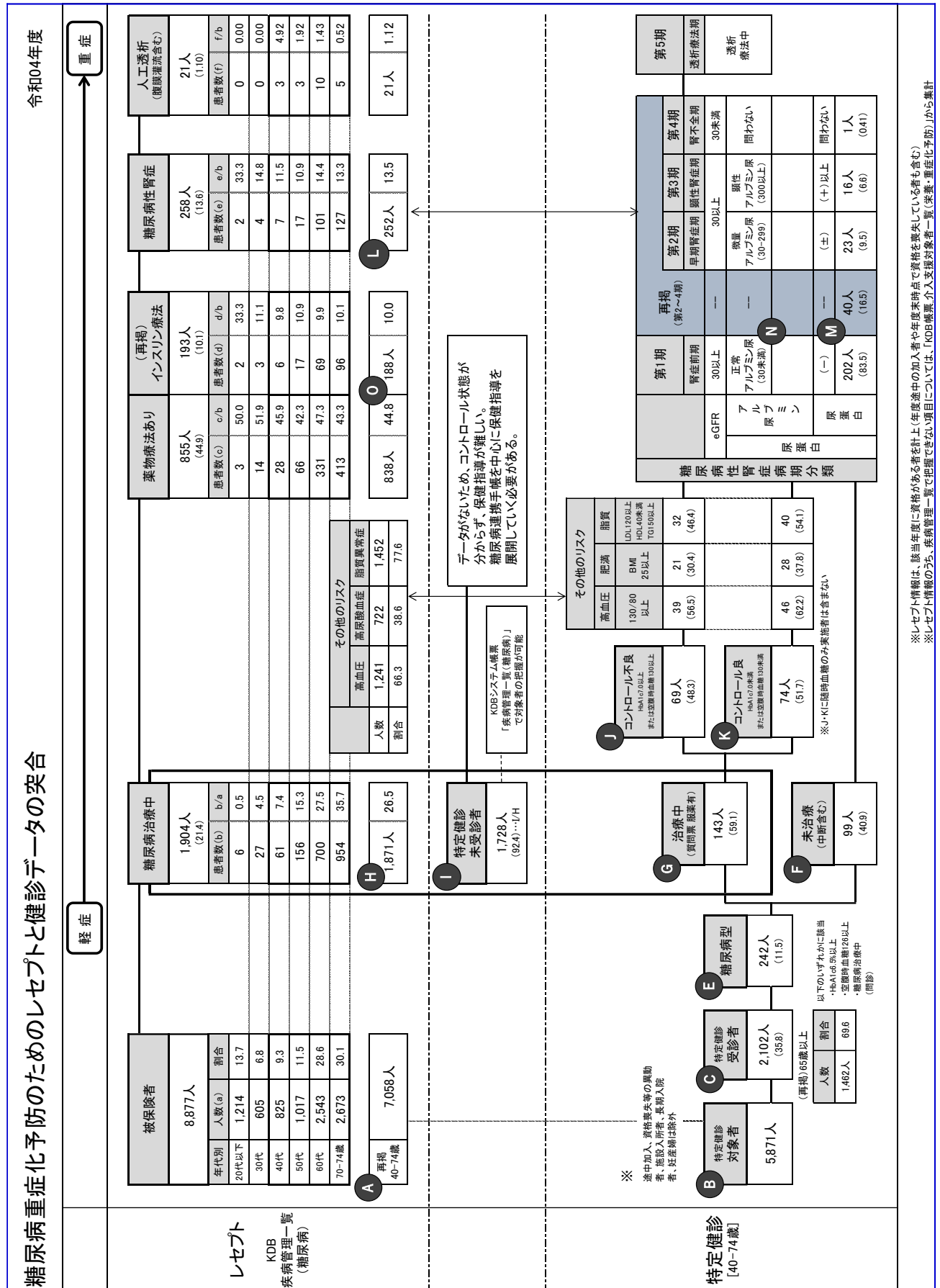
④75歳以上(後期)



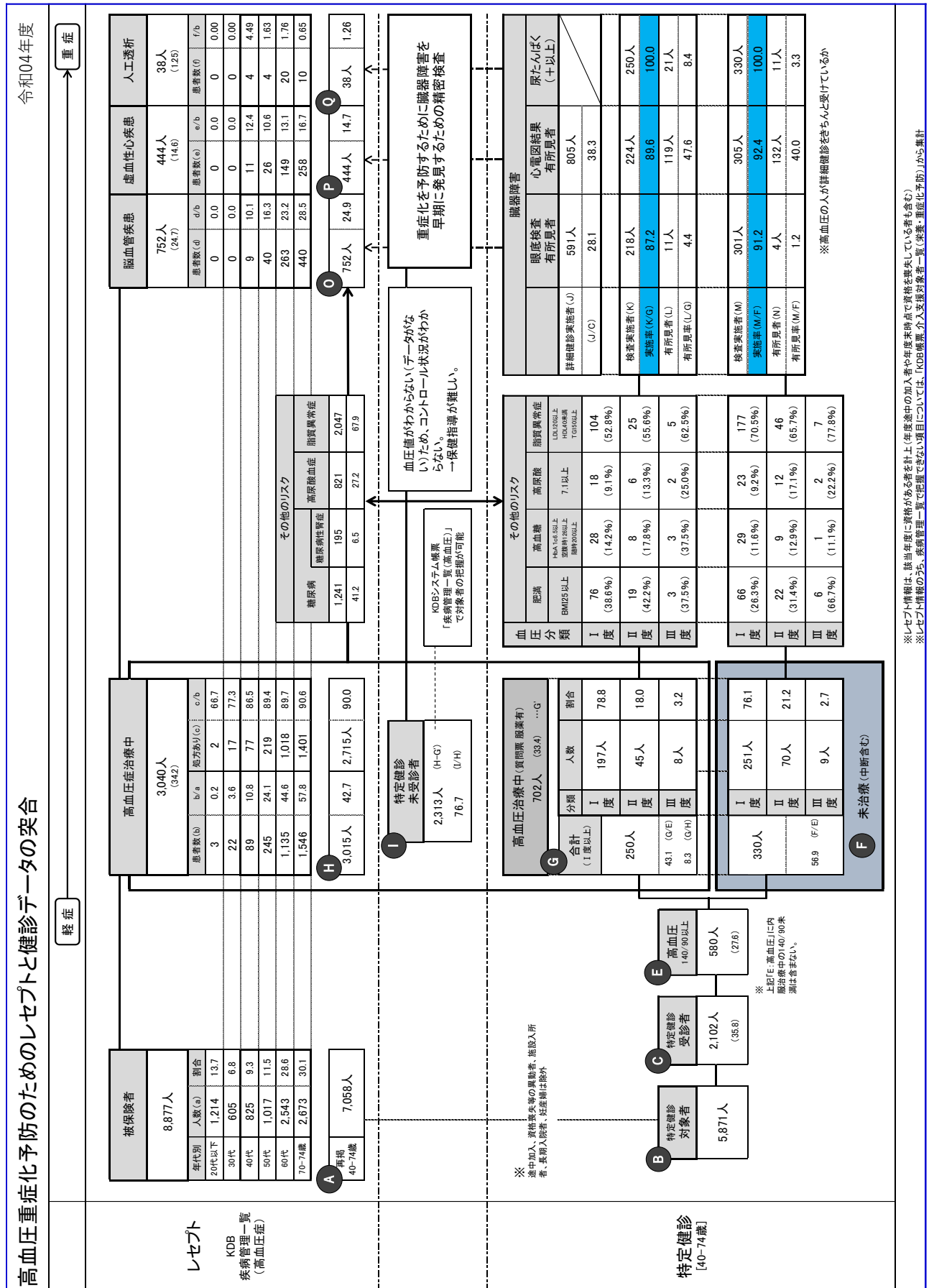
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	実数	割合	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
			R01年度		R02年度		R03年度		R3年度同規模保険者数274		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数			12,295人	12,295人	12,295人					KDB 厚生労働省様式様式3-2
	② (再掲)40-74歳	A		8,366人	8,366人	8,366人					
2	① 特定健診	B	8,000人	8,000人	8,000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 対象者数			466人	450人	407人					
	③ 受診率	C		5.8%	5.6%	5.1%					
3	① 特定保健指導		100人	100人	100人						
	② 実施率		80.0%	80.0%	80.0%						
4	① 健診データ	E	87人 18.7%	84人 18.7%	76人 18.7%						特定健診結果
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	24人 27.6%	23人 27.4%	23人 30.3%						
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	63人 72.4%	61人 72.6%	53人 69.7%						
	④ コントロール不良 HbA1c7.0以上かつ空腹時血糖130以上	J	28人 44.4%	28人 45.9%	27人 50.9%						
	⑤ ④ 中 ⑤ ⑥ ⑦										
	⑥ ④ 中 ⑤ ⑥ ⑦										
	⑦ ④ 中 ⑤ ⑥ ⑦										
	⑧ ④ 中 ⑤ ⑥ ⑦										
	⑨ ④ 中 ⑤ ⑥ ⑦										
	⑩ ④ 中 ⑤ ⑥ ⑦										
	⑪ ④ 中 ⑤ ⑥ ⑦										
5	① レセプト		70.6人	70.6人	70.6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)		102.3人	102.3人	102.3人						
	③ レセプト1件あたり (40-74歳) (2)入院日数千対		5,087件 (604.4)	5,087件 (604.4)	5,087件 (604.4)	5,517件 (877.2)					KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④ 入院(件数)		19件 (2.3)	19件 (2.3)	19件 (2.3)	31件 (4.9)					
	⑤ 糖尿病治療中	H	868人 7.1%	868人 7.1%	868人 7.1%						KDB 厚生労働省様式 様式3-2
	⑥ (再掲)40-74歳		856人 10.2%	856人 10.2%	856人 10.2%						
	⑦ 健診未受診者	I	793人 92.6%	795人 92.9%	803人 93.8%						
	⑧ インスリン治療	O	68人 7.8%	68人 7.8%	68人 7.8%						
	⑨ (再掲)40-74歳		66人 7.7%	66人 7.7%	66人 7.7%						
	⑩ 糖尿病性腎症	L	107人 12.3%	107人 12.3%	107人 12.3%						
	⑪ (再掲)40-74歳		106人 12.4%	106人 12.4%	106人 12.4%						
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		27人 3.1%	27人 3.1%	27人 3.1%						
	⑬ (再掲)40-74歳		27人 3.2%	27人 3.2%	27人 3.2%						
	⑭ 新規透析患者数		2 2	2 2	2 2						
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		1 1	1 1	1 1						
	⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		32人 3.1%	32人 3.1%	32人 3.1%						KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
6	① 医療費		37億9946万円	37億9946万円	37億9946万円	28億2684万円					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		20億2869万円	20億2869万円	20億2869万円	15億6708万円					
	③ (総医療費に占める割合)		53.4%	53.4%	53.4%	55.4%					
	④ 生活習慣病 対象者 1人あたり		5,747円	5,747円	5,747円	5,692円					
	⑤ 健診未受診者		41,069円	41,069円	41,069円	39,435円					
	⑥ 糖尿病医療費		1億5345万円	1億5345万円	1億5345万円	1億6835万円					
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		7.6%	7.6%	7.6%	10.7%					
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		5億6798万円	5億6798万円	5億6798万円						
	⑨ 1件あたり		45,067円	45,067円	45,067円						
	⑩ 糖尿病入院総医療費		4億4318万円	4億4318万円	4億4318万円						
	⑪ 1件あたり		664,430円	664,430円	664,430円						
	⑫ 在院日数		18日	18日	18日						
	⑬ 慢性腎不全医療費		2億8151万円	2億8151万円	2億8151万円	1億2872万円					
	⑭ 透析有り		2億6928万円	2億6928万円	2億6928万円	1億1992万円					
	⑮ 透析なし		1223万円	1223万円	1223万円	879万円					
7	① 介護		37億1569万円	37億1569万円	37億1569万円	34億7756万円					
	② (2号認定者)糖尿病合併症		1件 50.0%	1件 50.0%	1件 50.0%						
8	① 死亡		7人 1.8%	7人 1.8%	7人 1.8%	5人 1.1%					KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題

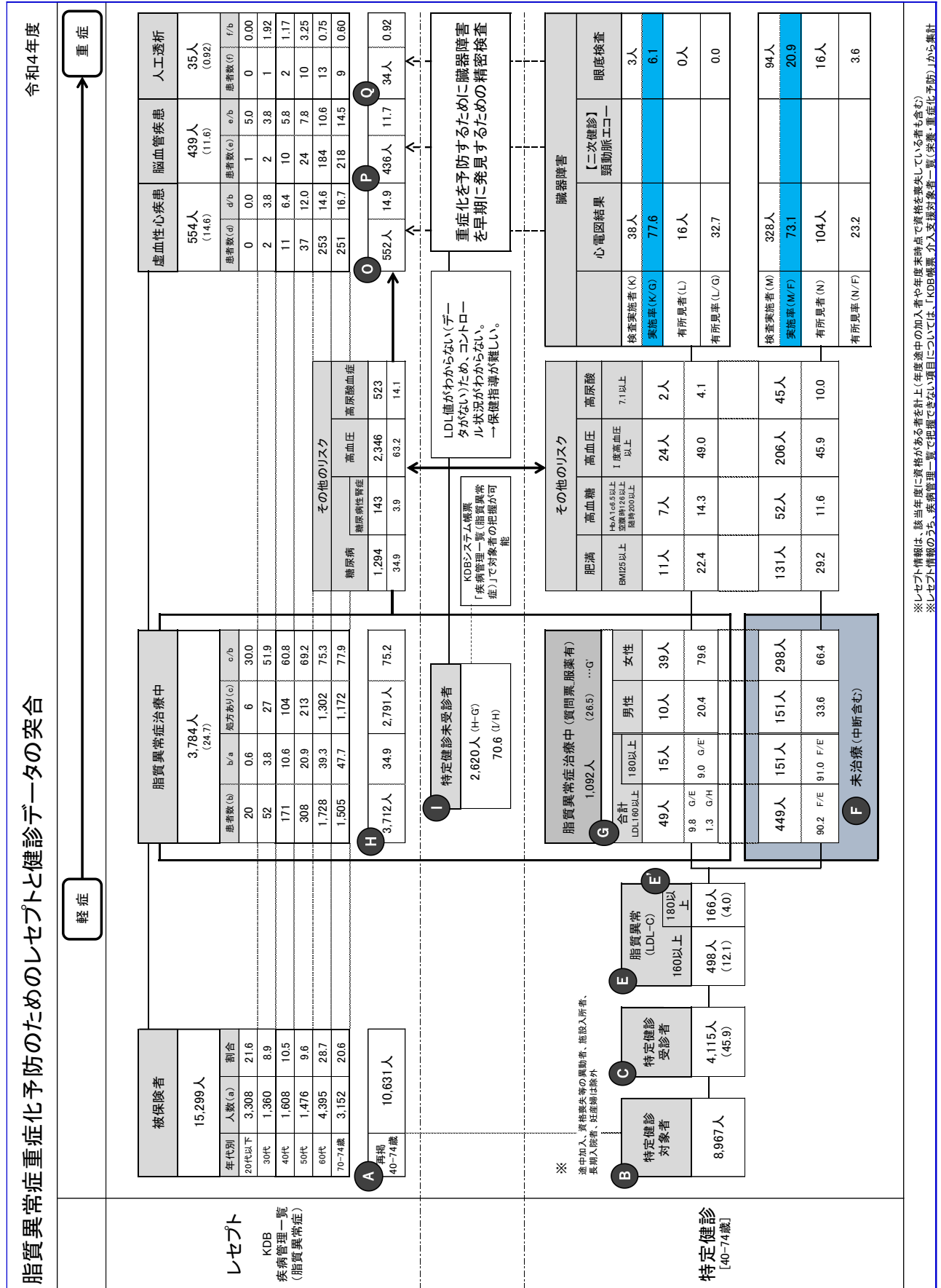
参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲				
					正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病										
									合併症予防の ための目標		最低限達成が 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
A		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
H29	1,861	830	44.6%	693	37.2%	202	10.9%	76	4.1%	46	2.5%	14	0.8%	31	1.7%	7	0.4%		
H30	1,982	954	48.1%	696	35.1%	202	10.2%	59	3.0%	55	2.8%	16	0.8%	39	2.0%	12	0.6%		
R01	2,146	922	43.0%	779	36.3%	277	12.9%	84	3.9%	62	2.9%	22	1.0%	47	2.2%	15	0.7%		
R02	1,822	787	43.2%	657	36.1%	233	12.8%	80	4.4%	39	2.1%	26	1.4%	42	2.3%	14	0.8%		
R03	1,875	761	40.6%	692	36.9%	253	13.5%	81	4.3%	71	3.8%	17	0.9%	40	2.1%	10	0.5%		
R04	2,037	833	40.9%	746	36.6%	280	13.7%	100	4.9%	57	2.8%	21	1.0%	43	2.1%	15	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
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合	
H29	1,861	830 44.6%	693 37.2%	202 10.9%	136 7.3%	62 3.3%	74 4.0%	74 4.0%	7.3%	3.2%
H30	1,982	954 48.1%	696 35.1%	202 10.2%	130 6.6%	57 2.9%	73 3.7%	73 3.7%	6.6%	3.6%
R01	2,146	922 43.0%	779 36.3%	277 12.9%	168 7.8%	68 3.2%	100 4.7%	100 4.7%	7.8%	3.9%
R02	1,822	787 43.2%	657 36.1%	233 12.8%	145 8.0%	61 3.3%	84 4.6%	84 4.6%	8.0%	3.6%
R03	1,875	761 40.6%	692 36.9%	253 13.5%	169 9.0%	72 3.8%	97 5.2%	97 5.2%	9.0%	4.7%
R04	2,037	833 40.9%	746 36.6%	280 13.7%	178 8.7%	76 3.7%	102 5.0%	102 5.0%	8.7%	3.8%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲				
					正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病										
									合併症予防の ための目標		最低限達成が 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
A		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
治療中	H29	94	5.1%	3	3.2%	3	3.2%	14	14.9%	34	36.2%	30	31.9%	10	10.6%	19	20.2%	5	5.3%
	H30	113	5.7%	2	1.8%	8	7.1%	30	26.5%	31	27.4%	31	27.4%	11	9.7%	25	22.1%	7	6.2%
	R01	150	7.0%	2	1.3%	9	6.0%	39	26.0%	40	26.7%	49	32.7%	11	7.3%	30	20.0%	8	5.3%
	R02	127	7.0%	1	0.8%	8	6.3%	34	26.8%	43	33.9%	25	19.7%	16	12.6%	29	22.8%	8	6.3%
	R03	131	7.0%	3	2.3%	3	2.3%	28	21.4%	36	27.5%	47	35.9%	14	10.7%	32	24.4%	8	6.1%
治療なし	H29	1,767	94.9%	827	46.8%	690	39.0%	188	10.6%	42	2.4%	16	0.9%	4	0.2%	12	0.7%	2	0.1%
	H30	1,869	94.3%	952	50.9%	688	36.8%	172	9.2%	28	1.5%	24	1.3%	5	0.3%	14	0.7%	5	0.3%
	R01	1,996	93.0%	920	46.1%	770	38.6%	238	11.9%	44	2.2%	13	0.7%	11	0.6%	17	0.9%	7	0.4%
	R02	1,695	93.0%	786	46.4%	649	38.3%	199	11.7%	37	2.2%	14	0.8%	10	0.6%	13	0.8%	6	0.4%
	R03	1,744	93.0%	758	43.5%	689	39.5%	225	12.9%	45	2.6%	24	1.4%	3	0.2%	8	0.5%	2	0.1%
R04	1,898	93.2%	830	43.7%	739	38.9%	253	13.3%	47	2.5%	19	1.0%	10	0.5%	14	0.7%	8	0.4%	



## 参考資料8 血圧の年次比較

### 血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	1,861	539	29.0%	329	17.7%	487	26.2%	405	21.8%	84	4.5%	17	0.9%
H30	1,982	578	29.2%	328	16.5%	538	27.1%	419	21.1%	91	4.6%	28	1.4%
R01	2,146	639	29.8%	387	18.0%	543	25.3%	462	21.5%	95	4.4%	20	0.9%
R02	1,822	465	25.5%	311	17.1%	497	27.3%	428	23.5%	102	5.6%	19	1.0%
R03	1,875	552	29.4%	329	17.5%	459	24.5%	434	23.1%	87	4.6%	14	0.7%
R04	2,037	606	29.7%	360	17.7%	504	24.7%	439	21.6%	111	5.4%	17	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Ⅱ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲		割合
					再Ⅲ度高血圧	未治療	治療	割合	割合	
H29	1,861	868 46.6%	487 26.2%	405 21.8%	101 5.4%	65 64.4%	36 35.6%	17 0.9%	5.4%	
H30	1,982	906 45.7%	538 27.1%	419 21.1%	119 6.0%	69 58.0%	50 42.0%	28 1.4%	6.0%	
R01	2,146	1,026 47.8%	543 25.3%	462 21.5%	115 5.4%	72 62.6%	43 37.4%	20 0.9%	5.4%	
R02	1,822	776 42.6%	497 27.3%	428 23.5%	121 6.6%	73 60.3%	48 39.7%	19 1.0%	6.6%	
R03	1,875	881 47.0%	459 24.5%	434 23.1%	101 5.4%	56 55.4%	45 44.6%	14 0.7%	5.4%	
R04	2,037	966 47.4%	504 24.7%	439 21.6%	128 6.3%	75 58.6%	53 41.4%	17 0.8%	6.3%	

### 治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	559	30.0%	68	12.2%	101	18.1%	173	30.9%	181	32.4%	35	6.3%	1	0.2%
	H30	617	31.1%	93	15.1%	96	15.6%	199	32.3%	179	29.0%	44	7.1%	6	1.0%
	R01	701	32.7%	116	16.5%	123	17.5%	202	28.8%	217	31.0%	40	5.7%	3	0.4%
	R02	604	33.2%	71	11.8%	98	16.2%	204	33.8%	183	30.3%	42	7.0%	6	1.0%
	R03	644	34.3%	87	13.5%	118	18.3%	189	29.3%	205	31.8%	40	6.2%	5	0.8%
	R04	689	33.8%	118	17.1%	128	18.6%	197	28.6%	193	28.0%	45	6.5%	8	1.2%
治療なし	H29	1,302	70.0%	471	36.2%	228	17.5%	314	24.1%	224	17.2%	49	3.8%	16	1.2%
	H30	1,365	68.9%	485	35.5%	232	17.0%	339	24.8%	240	17.6%	47	3.4%	22	1.6%
	R01	1,445	67.3%	523	36.2%	264	18.3%	341	23.6%	245	17.0%	55	3.8%	17	1.2%
	R02	1,218	66.8%	394	32.3%	213	17.5%	293	24.1%	245	20.1%	60	4.9%	13	1.1%
	R03	1,231	65.7%	465	37.8%	211	17.1%	270	21.9%	229	18.6%	47	3.8%	9	0.7%
	R04	1,348	66.2%	488	36.2%	232	17.2%	307	22.8%	246	18.2%	66	4.9%	9	0.7%

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	
H29	1,861	932	50.1%	477	25.6%	275	14.8%	126	6.8%	51	2.7%
H30	1,982	985	49.7%	499	25.2%	282	14.2%	138	7.0%	78	3.9%
R01	2,146	1,094	51.0%	550	25.6%	296	13.8%	147	6.8%	59	2.7%
R02	1,822	902	49.5%	464	25.5%	276	15.1%	122	6.7%	58	3.2%
R03	1,875	939	50.1%	477	25.4%	274	14.6%	128	6.8%	57	3.0%
R04	2,037	1,058	51.9%	531	26.1%	294	14.4%	99	4.9%	55	2.7%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	
					再)180以上	未治療	治療		
H29	1,861	932 50.1%	477 25.6%	275 14.8%	177 9.5%	167 94.4%	10 5.6%	9.5%	
					51 2.7%	50 98.0%	1 2.0%		
H30	1,982	985 49.7%	499 25.2%	282 14.2%	216 10.9%	202 93.5%	14 6.5%	10.9%	
					78 3.9%	75 96.2%	3 3.8%		
R01	2,146	1,094 51.0%	550 25.6%	296 13.8%	206 9.6%	191 92.7%	15 7.3%	9.6%	
					59 2.7%	54 91.5%	5 8.5%		
R02	1,822	902 49.5%	464 25.5%	276 15.1%	180 9.9%	166 92.2%	14 7.8%	9.9%	
					58 3.2%	51 87.9%	7 12.1%		
R03	1,875	939 50.1%	477 25.4%	274 14.6%	185 9.9%	171 92.4%	14 7.6%	9.9%	
					57 3.0%	54 94.7%	3 5.3%		
R04	2,037	1,058 51.9%	531 26.1%	294 14.4%	154 7.6%	145 94.2%	9 5.8%	7.6%	
					55 2.7%	51 92.7%	4 7.3%		

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	407	21.9%	283	69.5%	82	20.1%	32	7.9%	9	2.2%	1	0.2%
	H30	460	23.2%	306	66.5%	98	21.3%	42	9.1%	11	2.4%	3	0.7%
	R01	509	23.7%	353	69.4%	108	21.2%	33	6.5%	10	2.0%	5	1.0%
	R02	469	25.7%	309	65.9%	98	20.9%	48	10.2%	7	1.5%	7	1.5%
	R03	493	26.3%	320	64.9%	118	23.9%	41	8.3%	11	2.2%	3	0.6%
	R04	561	27.5%	399	71.1%	118	21.0%	35	6.2%	5	0.9%	4	0.7%
治療なし	H29	1,454	78.1%	649	44.6%	395	27.2%	243	16.7%	117	8.0%	50	3.4%
	H30	1,522	76.8%	679	44.6%	401	26.3%	240	15.8%	127	8.3%	75	4.9%
	R01	1,637	76.3%	741	45.3%	442	27.0%	263	16.1%	137	8.4%	54	3.3%
	R02	1,353	74.3%	593	43.8%	366	27.1%	228	16.9%	115	8.5%	51	3.8%
	R03	1,382	73.7%	619	44.8%	359	26.0%	233	16.9%	117	8.5%	54	3.9%
	R04	1,476	72.5%	659	44.6%	413	28.0%	259	17.5%	94	6.4%	51	3.5%