

小松島市国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

令和6年3月

小松島市

第3期保健事業実施計画(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	1
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	2
3. 計画期間	8
4. 関係者が果たすべき役割と連携	8
1) 市町村国保の役割	8
2) 関係機関との連携	10
3) 被保険者の役割	10
5. 保険者努力支援制度	10
第2章 第2期計画の考察及び第3期計画における健康課題の明確化	12
1. 保険者の特性	12
2. 第2期計画の評価及び考察	14
1) 第2期計画の評価	14
(1) 中長期的な目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況	14
(2) 短期的な目標疾患(高血圧、糖尿病、脂質異常症)の達成状況	18
2) 主な個別事業の評価と課題	24
(1) 重症化予防の取組み	24
(2) ポピュレーションアプローチ	26
(3) 第2期計画目標の達成状況一覧	27
3) 第2期データヘルス計画に係る考察	28
3. 第3期計画における健康課題(生活習慣病)の明確化	29
1) 基本的な考え方	29
(1) 医療費分析	32
(2) 健診・医療・介護の一体的分析	34
(3) 健康課題の明確化	36
(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け	37
2) 目標の設定	38
(1) 成果目標	38
(2) 管理目標の設定	39

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）	40
1. 第4期特定健康診査等実施計画について	40
2. 目標値の設定	40
3. 対象者の見込み	40
4. 特定健診の実施	40
5. 特定保健指導の実施	43
(1) 健診から保健指導実施の流れ	43
(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法	45
(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	45
6. 個人情報の保護	47
7. 結果の報告	47
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	47
第4章 課題解決に向けた個別保健事業	48
I. 保健事業の方向性	48
II. 重症化予防の取組み	48
1. 糖尿病性腎症等重症化予防	49
2. 虚血性心疾患重症化予防	60
3. 脳血管疾患重症化予防	63
III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	68
IV. 発症予防	70
V. ポピュレーションアプローチ	72
第5章 計画の評価・見直し	74
1. 評価の時期	74
2. 評価方法・体制	74
第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	75
1. 計画の公表・周知	75
2. 個人情報の取扱い	75

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)とは、「被保険者の健康の保持増進」が最終的な目的であり、その実効性を高めるうえでは、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

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

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

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高齢者の医療の確保に関する法律(以下「高確法」という。)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、以上を踏まえ、国保データベース(KDB^{※6})を活用して特定健診の結果やレセプト、介護保険事業等のデータ分析を行い、優先的に取組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取組み、国保被保険者の健康の保持増進を図ることで、健康寿命の延伸と医療費の適正化を目指します。

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

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

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

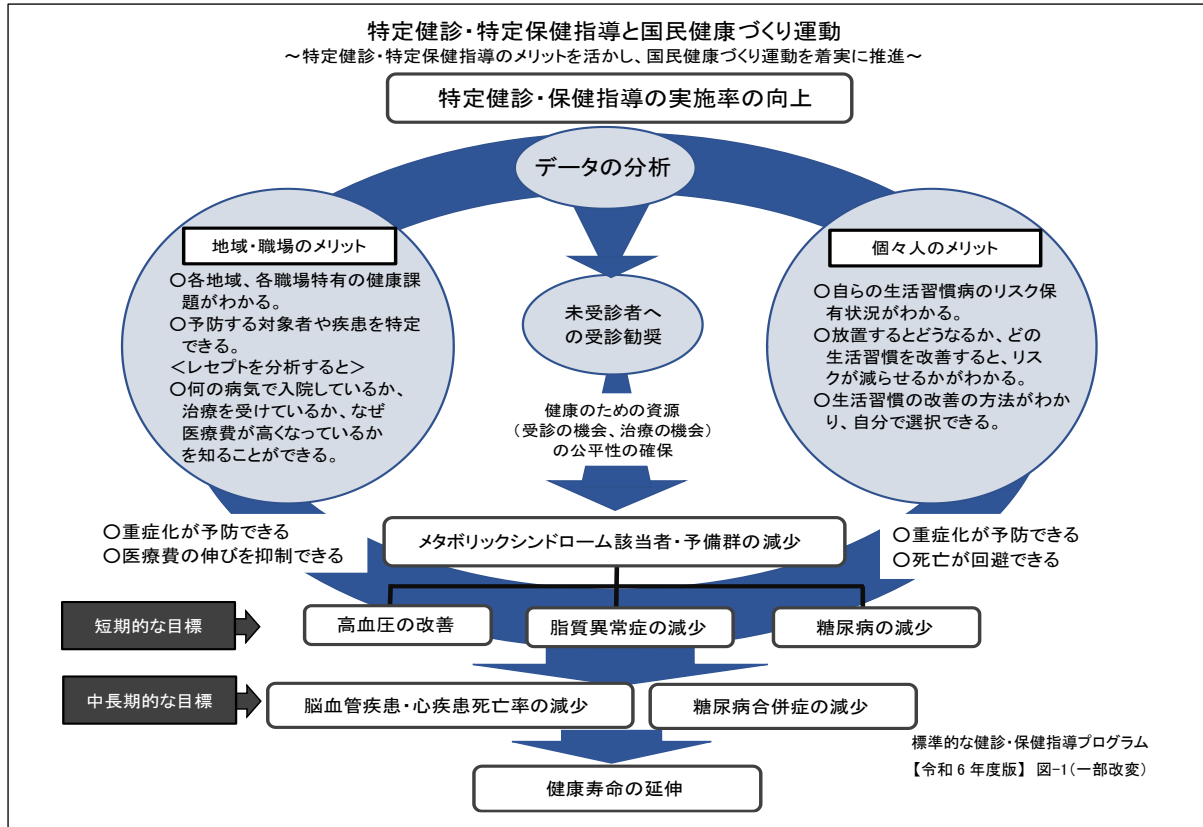
図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

	※健康増進事業実施者とは健康増進法第6条に規定する者		
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等実施計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 健康保険法 高確法 第82条 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19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
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
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
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる 持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り 残さない健康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進 の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医 療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的 かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健 事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価 を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件等の実情 を考慮し、特定健康診査の効率的かつ効果 的に実施するための計画を作成。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ(乳幼児期から老齢期 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
対象疾病	<p>メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満</p> <p>糖 尿 病 糖尿病合併症(糖尿病腎症)</p> <p>循環器病 高血圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満</p> <p>糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満</p> <p>糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>
評価	<p>「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」</p> <p>51目標項目</p> <p>○個人の行動と健康状態の改善に関する目標</p> <p>1生活習慣の改善</p> <p>2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防</p> <p>3生活機能の維持・向上</p> <p>○社会環境の質の向上</p> <p>1社会とのつながり・心の健康の維持・向上</p> <p>2自然に健康になれる環境づくり</p> <p>3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備</p> <p>○ライフコース</p> <p>1 こども、2 高齢者、3 女性</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>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以上の割合 アウトプット:特定健診実施率</p>	<p>①特定健診受診率</p> <p>②特定保健指導実施率</p> <p>③メタボリック該当者・予備群の減少</p>
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金	

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(続き)

	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	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条の3	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 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 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6~11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	都道府県:義務	市町村:義務、都道府県:義務
基本的な考え方	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	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、他神経系疾患
対象疾病	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 が ん 精神疾患	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 認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	(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サイクルの活用にする保険者 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

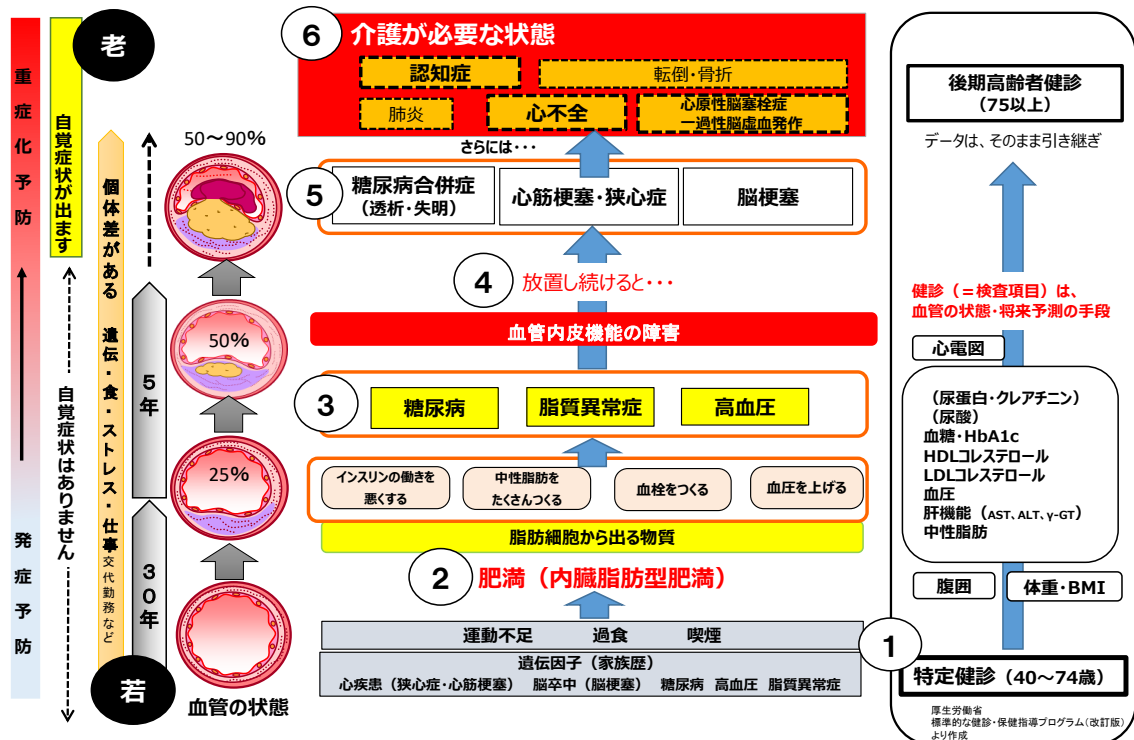
図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



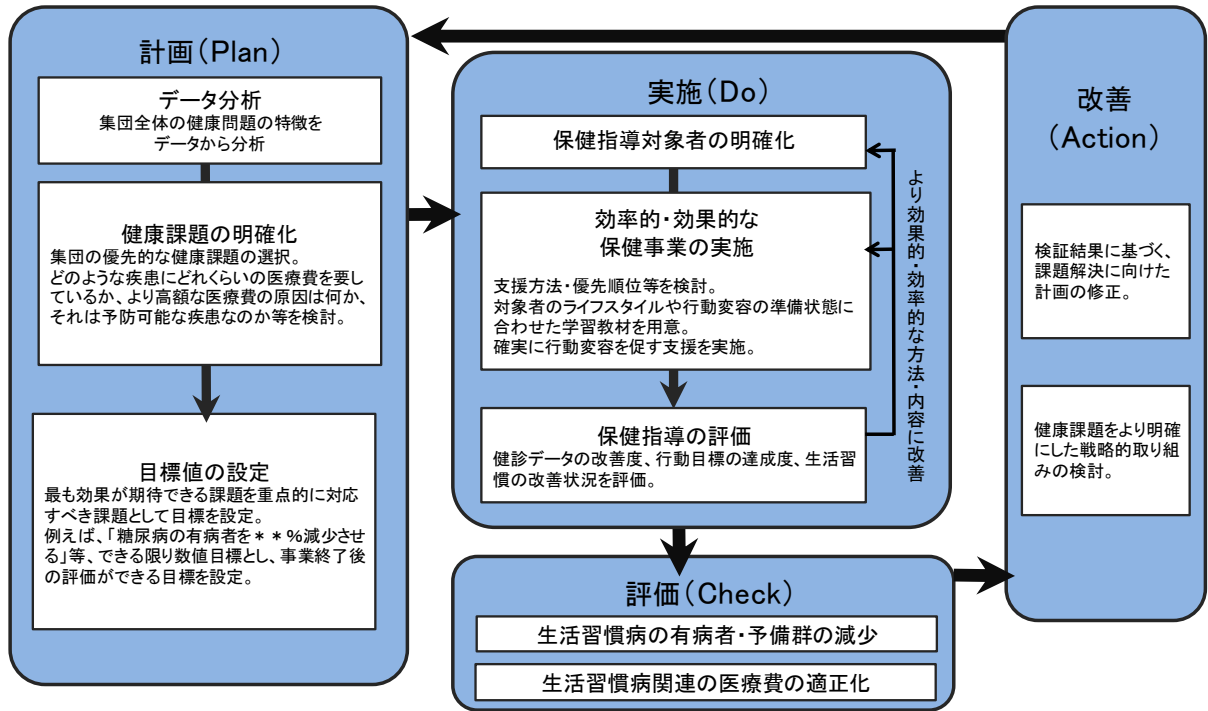
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながります。

【参考資料】「特定健診の意義」住民との共通資料

特定健診の意義 ～内臓脂肪を減らすことで、心・血管疾患、糖尿病のリスクを抑えることが可能

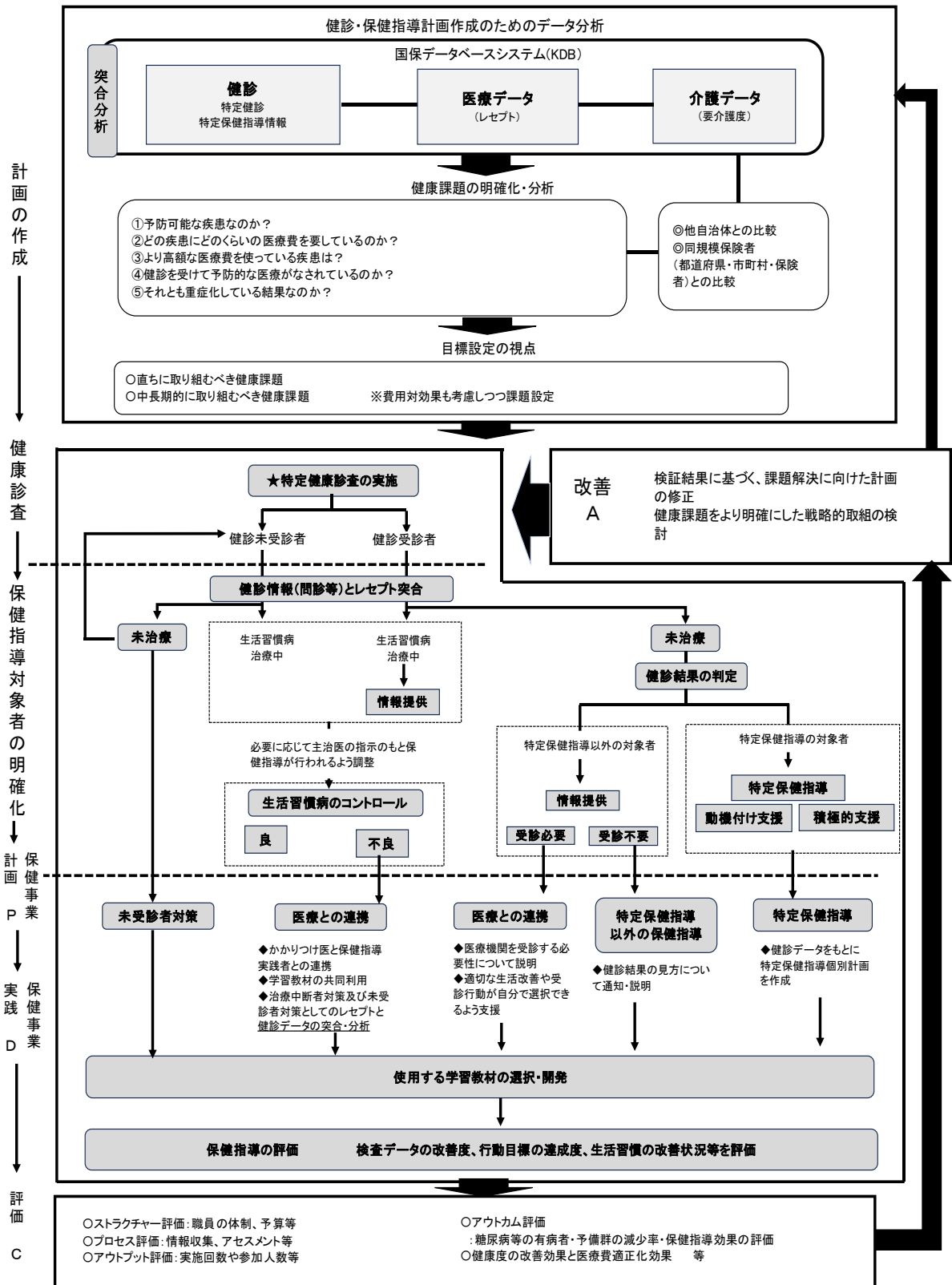


図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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



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

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		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)	高齢者の医療の確保に関する法律	
かつての健診・保健指導			現在の健診・保健指導	
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	<p>行動変容を促す手法</p>	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診	
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導	
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う	
内容	健診結果の伝達、理想的生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体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が選択し、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ともに、ライフスタイルを考慮した保健指導	
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少	
実施主体	市町村		医療保険者	

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

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、保健事業実施計画(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が6年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

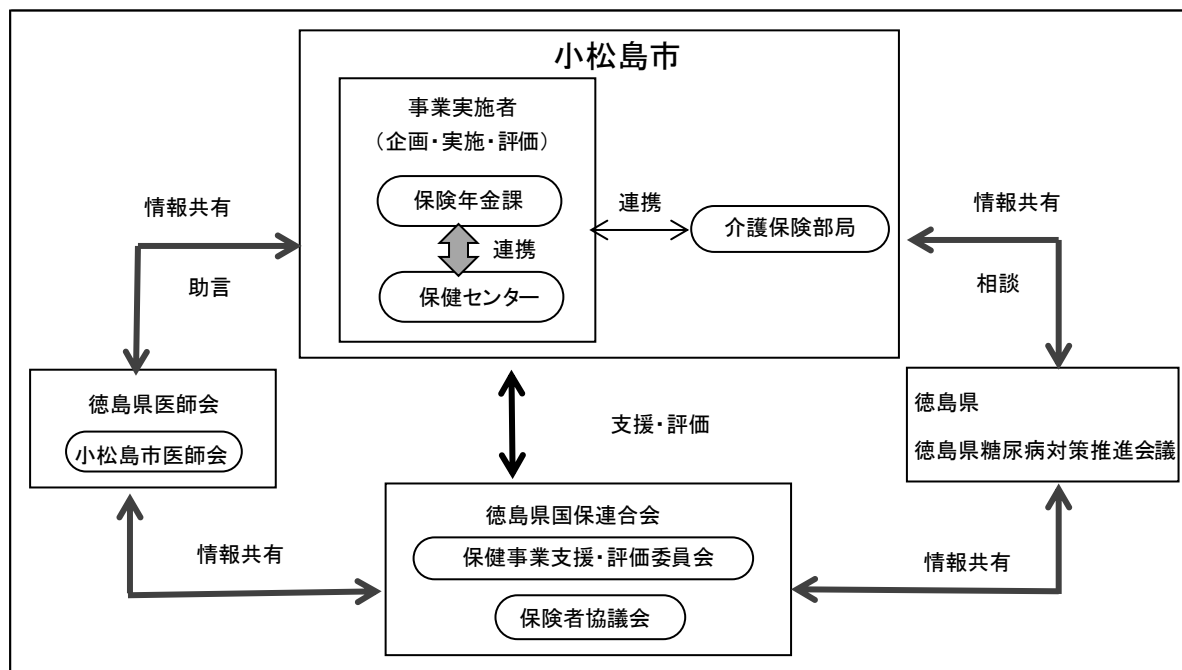
1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市が一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・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、必要に応じて計画を見直し、次期計画に反

映させます。

具体的な保健事業の実施にあたっては、小松島市内の医療機関と十分連携を図ることとします。また、保健事業体制と主な保健事業の分担については、地区担当制により各保健師が地域に対する自覚を持ち、地域の実情を捉え、世帯や地域全体の健康課題に対して責任を持って地区保健活動を行うことができる体制を整えます。さらに、管理栄養士と連携し、より専門的に食を通した保健活動を行います。(図表 6・7)

図表 6 小松島市の実施体制図



図表 7 保健師地区担当制

令和4年度 保健師地区担当	重症化予防対象者	特定保健指導対象者
田野・南小松島町担当保健師	40人	16人
松島・櫛淵・立江町担当保健師	66人	21人
堀川・坂野・豊浦・和田津開町担当保健師	34人	12人
江田・新居見・田浦町担当保健師	58人	15人
赤石・芝生町担当保健師	42人	17人
中郷・前原町担当保健師	36人	14人
和田島町担当保健師	48人	22人
中田・金磯町担当保健師	91人	26人
大林・小松島町担当保健師	83人	25人
日開野・横須・神田瀬・間新田町担当保健師	120人	46人
小松島市(全体)	618人	214人

2) 関係機関との連携

＜参考＞手引きより抜粋

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

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力する。

また、都道府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る。

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、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高めるうえで、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、小松島市国保運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行います。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組み等に対する支援を行うため、保険者の取組み状況に応じて交付金を交付する制度として、平成 30 年度より本格的に制度が開始されました。

令和 2 年度から、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押ししています。

保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また、都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにつながっています。今後も、本制度の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

本市の実績は 11 頁となっています。(図表 8) 特定健診受診率、後発医薬品普及促進に向けて、引き続き関係部署と連携し、取組みをすすめます。

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点		
			小松島市	配点	小松島市	配点	小松島市	配点	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	55	70	110	70	90	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		50	
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	20	40	12	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	95	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	105	90	50	90	65	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	25	50	35	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	25	130	10	130	
	固有の指標	①	保険料(税) 収納率	75	100	60	100	60	100
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	20	30	40	30	40	40	
⑤		第三者求償の取組	40	40	31	50	33	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	72	95	66	100	68	100	
合計点			632	1,000	597	960	548	940	

第2章 第2期計画の考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

(人口・国保の加入状況)

本市の人口は約3万5千人で、高齢化率は35.1%(令和2年度国勢調査)です。被保険者の平均年齢は57.4歳と、同規模、県、全国と比較すると高く、高齢化が進行しています。このような現状を踏まえ、被保険者の健康実態を分析し、働き方や生活リズム等を把握して、若い年代からの健康課題を明確にすることが重要となります。(図表9)

また、国保加入率は20.3%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあり、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約52%を占め、平成30年度と比較して2.2%増加しています。(図表10)

図表9 同規模・県・国と比較した小松島市の特性

	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
小松島市	35,733	35.1	7,247 (20.3)	57.4	5.5	14.0	0.6	8.3	23.5	68.2
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	34.5	22.4	55.1	6.5	14.3	0.3	8.5	24.1	67.4
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、小松島市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

	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	8,350		7,987		7,901		7,656		7,247	
65～74歳	4,135	49.5	4,058	50.8	4,148	52.5	4,080	53.3	3,749	51.7
40～64歳	2,702	32.4	2,518	31.5	2,412	30.5	2,334	30.5	2,290	31.6
39歳以下	1,513	18.1	1,411	17.7	1,341	17.0	1,242	16.2	1,208	16.7
加入率	21.6		20.7		20.5		19.8		20.3	

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

(医療の状況)

また本市には7つの病院、26の診療所があり、いずれも同規模と比較しても多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数をみると、同規模、県と比較して高い傾向にあります。外来・入院患者数とも、平成30年度と比較すると増えており、医療費との関連性を確認する必要があります。(図表11)

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)		
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県	
											割合	割合	
病院数	7	0.8	7	0.9	7	0.9	7	0.9	7	1.0	0.4	0.7	
診療所数	27	3.2	26	3.3	25	3.2	26	3.4	26	3.6	3.5	4.6	
病床数	956	114.5	956	119.7	956	121.0	956	124.9	908	125.3	67.7	88.4	
医師数	212	25.4	212	26.5	228	28.9	228	29.8	230	31.7	9.7	16.6	
外来患者数		739.4		758.2		722.8		753.7		772.3		728.3	737.2
入院患者数		26.2		28.3		30.4		30.2		30.7		23.6	25.0

出典: KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画の評価及び考察

1) 第2期計画の評価

第2期計画の評価は、短期的な目標と中長期的な目標の2段階で設定します。

まず、中長期的な目標としては、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)を設定します。

そして、中長期的な目標を達成するために必要な短期的な目標として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を目標疾患として設定しました。(5頁 図表2参照)

(1) 中長期的な目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で50人(認定率0.42%)、1号(65歳以上)被保険者で2,554人(認定率20.4%)と同規模と比較すると高く、平成30年度と比べると増加傾向で推移しています。

団塊の世代が後期高齢者へ移行するにあたり、今後も75歳以上の認定者数が増加することが予測され、介護が必要となった原因疾患について確認する必要があります。(図表12)

図表12 要介護認定者(率)の状況

	小松島市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	11,934人	30.9%	12,528人	35.1%	36.2%	34.5%	28.7%
2号認定者	44人	0.34%	50人	0.42%	0.37%	0.38%	0.38%
新規認定者	6人		10人		--	--	--
1号認定者	2,411人	20.2%	2,554人	20.4%	19.1%	20.7%	19.4%
新規認定者	315人		292人		--	--	--
65～74歳	218人	3.6%	226人	3.6%	--	--	--
新規認定者	45人		51人		--	--	--
75歳以上	2,193人	37.3%	2,328人	36.8%	--	--	--
新規認定者	270人		241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

介護給付費は、4年間で約33億円から38億円に伸びています。一人あたり給付費をみても、平成30年度より約2万円増えています。(図表13)

図表13 介護給付費の変化

	小松島市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	33億6575万円	38億1861万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	282,030	304,806	300,230	320,304	290,668
1件あたり給付費(円)全体	59,799	59,182	70,503	63,005	59,662
居宅サービス	37,073	38,146	43,936	41,316	41,272
施設サービス	288,775	298,914	291,914	297,064	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

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、どの年代においても、脳卒中(脳出血・脳梗塞)と虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)が上位を占めています。基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の有病状況は、全年齢で95.0%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いえます。(図表14)

図表14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04年度)

出典:介護保険事業報告

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)		50		226		2,328		2,554				
再)国保・後期		29		172		2,223		2,395				
レセプトの診断名より重複して計上 有病状況	血管疾患	循環器疾患	1 脳卒中	18 (62.1%)	脳卒中	76 (44.2%)	虚血性心疾患	1,025 (46.1%)	虚血性心疾患	1,079 (45.1%)	虚血性心疾患	1,086 (44.8%)
			2 虚血性心疾患	7 (24.1%)	虚血性心疾患	54 (31.4%)	脳卒中	853 (38.4%)	脳卒中	929 (38.8%)	脳卒中	947 (39.1%)
		3 腎不全	7 (24.1%)	腎不全	34 (19.8%)	腎不全	571 (25.7%)	腎不全	605 (25.3%)	腎不全	612 (25.2%)	
		合併症	4 (13.8%)	糖尿病合併症	34 (19.8%)	糖尿病合併症	335 (15.1%)	糖尿病合併症	369 (15.4%)	糖尿病合併症	373 (15.4%)	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		26 (89.7%)	基礎疾患	155 (90.1%)	基礎疾患	2,121 (95.4%)	基礎疾患	2,276 (95.0%)	基礎疾患	2,302 (95.0%)	
	血管疾患合計		27 (93.1%)	合計	161 (93.6%)	合計	2,141 (96.3%)	合計	2,302 (96.1%)	合計	2,329 (96.1%)	
	認知症		4 (13.8%)	認知症	50 (29.1%)	認知症	1,018 (45.8%)	認知症	1,068 (44.6%)	認知症	1,072 (44.2%)	
	筋・骨格疾患		26 (89.7%)	筋骨格系	155 (90.1%)	筋骨格系	2,135 (96.0%)	筋骨格系	2,290 (95.6%)	筋骨格系	2,316 (95.5%)	

② 医療費の状況

本市国民健康保険の令和4年度の医療費は、総医療費、一人あたり医療費とも平成30年度と比べて増加し、同規模、県、国よりも高い状況です。

また入院医療費のレセプト件数は、全体のわずか3.8%程度にも関わらず、医療費では全体の約47.9%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較して約6万円高くなっています。

(図表15)

また令和3年度の年齢調整後の地域差指数(一人あたりの医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を1として指数化したもの)でも、全国平均の1を超えており、県平均よりも高く、特に入院の地域差指数が1.329と高い状態が続いています。(図表16)

一人あたりの医療費は、入院が主要因であり、重症化を意味する入院を抑制するためには、予防可能な生活習慣病、特に基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症のコントロール管理が重要であり、引き続き、本市は医療費適正化に向けた重症化予防の取組みに力を入れる必要があります。

図表15 医療費の推移

		小松島市		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)		8,350人	7,247人	--	--	--
前期高齢者割合		4,135人 (49.5%)	3,749人 (51.7%)	--	--	--
総医療費		31億1382万円	33億0529万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		372,913 県内15位 同規模112位	456,091 県内5位 同規模46位	394,521	389,015	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	518,320	575,290	585,610	567,420	617,950
	費用の割合	44.9	47.9	43.3	45.1	39.6
	件数の割合	3.4	3.8	3.1	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	22,490	24,850	24,850	23,430	24,220
	費用の割合	55.1	52.1	56.7	54.9	60.4
	件数の割合	96.6	96.2	96.9	96.7	97.5
受診率		765.619	802.979	751.942	762.201	705.439

※同規模順位は小松島市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

※受診率=レセプト数/被保険者数×1,000

図表16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		小松島市 (県内市町村中)		県 (47県中)	小松島市 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	1.070 (15位)	1.135 (5位)	1.089 (11位)	1.107 (6位)	1.112 (6位)	1.087 (12位)
	入院	1.164 (17位)	1.329 (8位)	1.248 (9位)	1.173 (8位)	1.184 (9位)	1.175 (11位)
	外来	0.992 (9位)	0.992 (5位)	0.978 (32位)	1.017 (11位)	1.013 (8位)	0.997 (15位)

出典: 地域差指数(厚生労働省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費の合計が総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患については、平成30年度より上昇しています。同規模、県、国と比較すると、本市では虚血性心疾患の割合が高い状況です。(図表17)

図表17 中長期目標疾患の医療費の推移

			小松島市		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)			31億1382万円	33億0529万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億7472万円	1億7427万円	--	--	--
			5.61115045	→ 5.27% ↓	7.84%	5.92%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	0.77%	→ 1.71% ↑	2.10%	1.44%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.48%	2.03% ↓	1.39%	1.80%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	1.99%	1.30% ↓	4.05%	2.34%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.37%	0.23% ↓	0.30%	0.34%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		13.17%	15.42%	16.91%	16.11%	16.69%
	筋・骨疾患		7.61%	8.86%	9.00%	8.54%	8.68%
	精神疾患		12.35%	11.40%	8.74%	11.18%	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。

次に、中長期目標疾患の治療状況をみると、平成 30 年度と比較して治療者数はすべての疾患で減少していますが、脳血管疾患（脳梗塞・脳出血）の割合は増加しています。また、虚血性心疾患が最も高い割合となっています。（図表 18）

図表 18 中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析）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	8,350	7,247	a	590	523	725	602	23	20	
				a/A	7.1%	7.2%	8.7%	8.3%	0.3%	0.3%	
40歳以上	B	6,837	6,039	b	589	521	720	598	22	18	
	B/A	81.9%	83.3%	b/B	8.6%	8.6%	10.5%	9.9%	0.3%	0.3%	
再掲	40～64歳	D	2,702	2,290	d	119	103	161	130	15	12
		D/A	32.4%	31.6%	d/D	4.4%	4.5%	6.0%	5.7%	0.6%	0.5%
	65～74歳	C	4,135	3,749	c	470	418	559	468	7	6
		C/A	49.5%	51.7%	c/C	11.4%	11.1%	13.5%	12.5%	0.2%	0.2%

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、介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）

脳血管疾患や虚血性心疾患は発症時の急性期のみならず、再発や介護、死亡の問題もあり、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる肥満、糖尿病、高血圧症等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要となります。

(2) 短期的な目標疾患（高血圧、糖尿病、脂質異常症）の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況をみると、治療者の割合は増えている一方で、合併症（重症化）でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減っています。（図表 19-21）

本市は特定健診の結果から、治療が必要な方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理を徹底するよう啓発しています。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	2,870	2,625	684	579	2,186	2,046	
	A/被保数	42.0%	43.5%	25.3%	25.3%	52.9%	54.6%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	315	263	62	49	253	214
		B/A	11.0%	10.0%	9.1%	8.5%	11.6%	10.5%
	虚血性心疾患	C	518	450	99	82	419	368
		C/A	18.0%	17.1%	14.5%	14.2%	19.2%	18.0%
	人工透析	D	20	15	13	9	7	6
		D/A	0.7%	0.6%	1.9%	1.6%	0.3%	0.3%

出典:KDBシステム_ 疾病管理一覧(高血圧症)
地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	1,917	1,728	510	409	1,407	1,319	
	A/被保数	28.0%	28.6%	18.9%	17.9%	34.0%	35.2%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	209	170	36	29	173	141
		B/A	10.9%	9.8%	7.1%	7.1%	12.3%	10.7%
	虚血性心疾患	C	416	334	81	55	335	279
		C/A	21.7%	19.3%	15.9%	13.4%	23.8%	21.2%
	人工透析	D	15	10	10	5	5	5
		D/A	0.8%	0.6%	2.0%	1.2%	0.4%	0.4%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	225	258	48	49	177	209
		E/A	11.7%	14.9%	9.4%	12.0%	12.6%	15.8%
	糖尿病性網膜症	F	222	217	64	59	158	158
		F/A	11.6%	12.6%	12.5%	14.4%	11.2%	12.0%
	糖尿病性神経障害	G	66	54	20	16	46	38
		G/A	3.4%	3.1%	3.9%	3.9%	3.3%	2.9%

出典:KDBシステム_ 疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	2,366	2,265	608	524	1,758	1,741	
	A/被保数	34.6%	37.5%	22.5%	22.9%	42.5%	46.4%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	252	213	47	38	205	175
		B/A	10.7%	9.4%	7.7%	7.3%	11.7%	10.1%
	虚血性心疾患	C	499	432	105	83	394	349
		C/A	21.1%	19.1%	17.3%	15.8%	22.4%	20.0%
	人工透析	D	13	11	8	8	5	3
		D/A	0.5%	0.5%	1.3%	1.5%	0.3%	0.2%

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、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧(収縮期 160-179/拡張期 100-109 mmHg)と、HbA1c7.0%以上の対象者を平成 30 年度と令和 3 年度で比較したところ、両対象者とも有所見者の割合は減少していますが、未治療者については、Ⅱ度高血圧は増加しています。

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、未治療者、治療中断者が減少するよう、健診結果とレセプトの確認を行い、適切な治療が継続できるよう努める必要があります。(図表 22)

図表 22 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 II 度高血圧の推移											
	H30年度		R03年度		H30年度				R03年度				医療のかかり方・レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	問診結果		問診結果		問診結果		問診結果		未治療		治療中断	
				C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E	
小松島市	2,393	38.0	2,214	37.8	158	6.6	71	44.9	137	6.2	66	48.2	42	30.7	5	3.6
徳島県	42,065	36.3	42,883	38.9	2,428	5.8	1,356	55.8	2,524	5.9	1,381	54.7	852	33.8	116	4.6

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移											
	H30年度		R03年度		H30年度				R03年度				医療のかかり方・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	問診結果		問診結果		問診結果		問診結果		未治療		治療中断	
				I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K	
小松島市	2,392	100.0	2,214	100.0	97	4.1	30	30.9	85	3.8	14	16.5	7	8.2	1	1.2
徳島県	42,017	99.9	42,834	99.9	1,749	4.2	543	31.0	1,946	4.5	574	29.5	108	5.5	44	2.3

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

②中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。

本市の特定健診の結果において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較したところ、メタボリックシンドローム該当者の割合は減少していますが、予備群者の割合は増加しています。(図表 23)

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者			予備群者
			3項目	2項目	
H30年度	2,393 (38.0%)	530 (22.1%)	171 (7.1%)	359 (15.0%)	307 (12.8%)
R04年度	1,990 (36.6%)	403 (20.3%)	113 (5.7%)	290 (14.6%)	265 (13.3%)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL コレステロール 180 以上の有所見者のうち、前年度からの改善率では、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上は上昇しています。(図表 24～26) これは、健診後、重症化予防対象者に対して医療機関への受診勧奨を的確に行ったことが反映されたと考えられます。

一方で、翌年度に健診未受診の方が、いずれも2～3割程度存在し、結果が把握できていません。今後も、結果の改善につながる保健指導を実施するとともに、継続受診を勧める取組みを実施します。

図表 24 HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	205 (8.6%)	45 (22.0%)	80 (39.0%)	20 (9.8%)	60 (29.2%)
R03→R04	176 (7.9%)	39 (22.2%)	55 (31.3%)	18 (10.2%)	64 (36.3%)

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	158 (6.6%)	68 (43.0%)	26 (16.5%)	3 (1.9%)	61 (38.6%)
R03→R04	137 (6.2%)	65 (47.5%)	18 (13.1%)	5 (3.6%)	49 (35.8%)

図表 26 LDL180 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 180以上	翌年度健診結果		
		改善率	改善なし	健診未受診者
H30→R01	96 (4.0%)	41 (42.7%)	23 (24.0%)	32 (33.3%)
R03→R04	87 (4.4%)	35 (40.4%)	28 (32.2%)	24 (27.6%)

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)

また、年代別の受診率では、40代50代の若い世代ほど低い状況です。(図表 28)

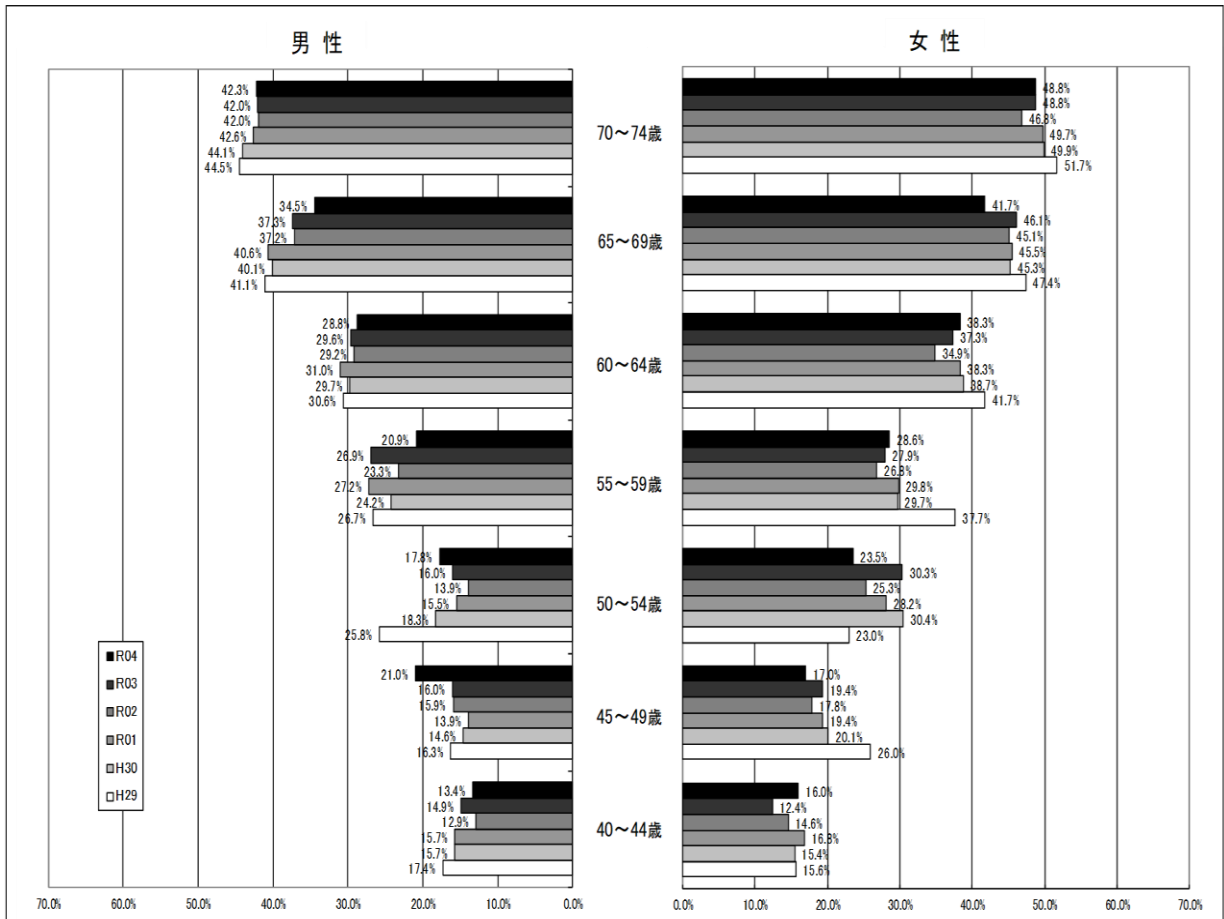
特定保健指導については、毎年80%以上の指導率となっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を十分確保し、個々の状態に応じた保健指導を実施することで、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげてまいります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	2,393	2,296	2,192	2,214	1,990	健診受診率 60%
	受診率	38.0%	38.1%	36.5%	37.8%	36.6%	
特定保健指導	該当者数	286	259	231	240	214	特定保健指導実施率 80%
	割合	12.0%	11.3%	10.5%	10.8%	10.8%	
	実施者数	235	229	198	210	181	
	実施率	82.2%	88.4%	85.7%	87.5%	84.6%	

図表 28 年代別特定健診受診率の推移

特定健診受診率の推移



図表 23~28 出典: 特定健診受診率(法定報告分)

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

本市における重症化予防対象者であるHbA1c6.5%以上の者の割合は増減があるものの、平成30年度と比較すると令和4年度は減少しています。そのうち、治療中の者は増加し、未治療者は減少しています。(表1)

また、HbA1c7.0%以上の治療中の者の健診時の判定値をみると、HbA1c7.0%から7.9%の者は減少していますが、8.0%以上の者の割合は増加しています。(表2)

今後もHbA1c6.5%以上の未治療者に対し、受診のない方には医療機関受診の必要性について保健指導を実施します。また、医療機関受診に結びついたとしても定期的に受診を行い、治療が中断しないよう継続して支援を行います。

治療中の者については、治療中にも関わらず、HbA1c8.0%以上のコントロール不良者が増加していることから、医療機関と連携し、適切な受診や内服についての支援を重点的に行います。

表1 HbA1c6.5%以上の者うち、治療・未治療の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	2,392	2,295	2,192	2,214	1,990
HbA1c6.5%以上の者	人(b)	205	218	173	176	162
	(b/a)	8.6%	9.5%	7.9%	7.9%	8.1%
治療中	人(c)	128	148	122	127	111
	(c/b)	62.4%	67.9%	70.5%	72.2%	68.5%
未治療	人(d)	77	70	51	49	51
	(c/d)	37.6%	32.1%	29.5%	27.8%	31.5%

表2 治療の必要な者の受診の状況

		健診受診者		HbA1c 受診勧奨判定値					
				6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上	
		人		人	割合	人	割合	人	割合
		a		b	b/a	c	c/a	d	d/a
治療中	H30	221	9.2%	61	27.6%	53	24.0%	14	6.3%
	R01	234	10.2%	74	31.6%	57	24.4%	17	7.3%
	R02	212	9.7%	53	25.0%	53	25.0%	16	7.5%
	R03	221	10.0%	56	25.3%	52	23.5%	19	8.6%
	R04	195	9.8%	57	29.2%	33	16.9%	21	10.8%
治療なし	H30	2,171	90.8%	47	2.2%	24	1.1%	6	0.3%
	R01	2,061	89.8%	46	2.2%	19	0.9%	5	0.2%
	R02	1,980	90.3%	33	1.7%	18	0.9%	0	0.0%
	R03	1,993	90.0%	35	1.8%	7	0.4%	7	0.4%
	R04	1,795	90.2%	37	2.1%	11	0.6%	3	0.2%

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、令和 2 年度から心電図検査が特定健診の必須項目として追加されたことで、心電図検査は全ての受診者に実施しています。

受診者のうち、ST異常所見者の割合は令和 2 年度より増加し、異常Q波所見者の割合は横ばいです。(表3) また、心房細動の未治療者は減少し、有所見者のうち医療機関受診者が 8 割以上となっています。(表4)

ST異常所見者については、高血圧や糖尿病、脂質異常症等のリスク管理が重要となってくるため、個別のリスク(高血圧・糖尿病等)に合わせた生活習慣、栄養指導の他、医療機関受診の必要性について指導を行います。

異常Q波所見者や心房細動有所見者については、引き続き早期受診を勧め、優先的に未治療者の減少に努め、受診や治療に結びついたとしても、治療中断を防ぐための保健指導を継続して行います。

表 3 心電図受診者のうち、ST・異常Q波所見の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者(人)	283		430		2192		2214		1990	
ST異常所見者	51	18.0%	36	8.4%	127	5.8%	143	6.5%	147	7.4%
異常Q波所見者	1	0.4%	0	0.0%	13	0.6%	10	0.5%	10	0.5%

表 4 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者(人)	6		5		27		31		21	
心房細動未治療者	2	33.3%	0	0.0%	6	22.2%	8	25.8%	3	14.3%
心房細動治療中	4	66.7%	5	100.0%	21	77.8%	23	74.2%	18	85.7%

③脳血管疾患重症化予防対策

Ⅱ度高血圧以上者の割合は横ばいで、約 50%が未治療者です。(表5)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあります。また、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。治療の必要性を理解してもらい、医療機関への受診勧奨を行うとともに、家庭での血圧測定の重要性について説明し、血圧手帳を活用しながら受診を促します。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、Ⅱ度高血圧以上のコントロール不良者の割合も約 50%いることから、医療機関と連携しながら、適切な受診や治療の確認、自己判断による内服薬中断の防止についての保健指導を行います。

表 5 Ⅱ度高血圧以上者うち、未治療の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	2393	2296	2192	2214	1990	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	158	154	155	137	133	
	(b/a)	6.6%	6.7%	7.1%	6.2%	6.7%	
	治療中	人(c)	87	71	81	71	63
	(c/b)	55.1%	46.1%	52.3%	51.8%	47.4%	
未治療	人(d)	71	83	74	66	70	
	(c/d)	44.9%	53.9%	47.7%	48.2%	52.6%	

(2)ポピュレーションアプローチ

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

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

取組み内容としては、医師や保健師・管理栄養士による生活習慣病予防をテーマとした健康講座や運動教室を行います。また、住民の身近な地域にある公民館で行う健康相談により、住民自身が健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、自らの健康状態を把握し、健康な生活習慣を営むことができるよう、広く周知していきます。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

主計画		健康課題解決に向けた目標・指標	目標	単位	実績			データの把握方法				
					初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5					
					H30	R2	R4	活用データ年度				
特定健診 等計画	1	特定健診受診率	60%以上		38.0	36.5	36.6	法定報告				
	2	特定保健指導実施率	80%以上		82.2	85.7	84.6					
	3	メタボ該当者及び予備群の割合	減少		34.9	33.3	33.6					
データヘルス計画	短期目標	4	健診受診者の高血圧者(160/100)割合の減少	5.7%	%	6.6	7.1	6.7	県や市町村の実態をみる基礎資 健康こまつしま21計画(目標値)			
		5	健診受診者の血糖異常者(HbA1c6.5%以上)割合の減少	7.1%		8.5	7.8	8.1				
		6	健診受診者の血糖異常者(HbA1c7.0%以上)割合の減少	7.0%		4.0	3.9	3.4				
			健診受診者の血糖異常者(HbA1c8.0%以上治療中)割合の減少	7.0%		6.3	7.5	10.8				
		7	健診受診者の脂質異常者(LDL180以上)割合の減少	2.5%		4.0	3.7	3.8				
		中長期目標	8	脳血管疾患の新規患者数(千人あたり)の減少		10%(4.14人)	人	4.6		4.1	4.4	KDB 医療費分析・大・中・細小分類 様式5-1
			9	虚血性心疾患の新規患者数(千人あたり)の減少		10%(6.66人)		7.4		6.1	4.4	
	10		糖尿病性腎症の新規患者数(千人あたり)の減少	10%(0.36人)	0.4	1.0		0.5				
	11		1人あたり医療費の対前年度比伸び率	減少	%	-4.4	3.6	6.8				
	12		新規透析患者数	減少		7	9	6				
	13		糖尿病腎症の新規患者数	減少	人	4	5	4				
	14		後期高齢者 慢性人工透析患者数(割合) (糖尿病治療中に占める割合)	減少		57(3.2)	51(3.0)	53(2.8)				
	15		うち65~74歳の人工透析人数の割合(割合) (糖尿病治療中に占める割合)	減少		29(39.7)	26(40.0)	30人(46.2)				
	保険者努力支援制度	その他	がん検診受診率	胃がん検診	25%以上	%	9.3	7.4	8	地域保健・健康増進事業報告		
				肺がん	25%以上		8.6	7.1	7.8			
大腸がん				25%以上	9.8		8.5	8.6				
子宮頸がん				25%以上	7.8		7.1	5.8				
乳がん				25%以上	14.7		13.8	10.2				
全体評価					H30	R2	R4					
健康寿命の延伸	平均余命	男性 (徳島県) 80.3		歳	80.5	80.5	80.5	KDB 様式5-1				
		女性 (徳島県) 86.7			86.3	86.3	86.3					
	平均自立期間 (要介護2以上)	男性 (徳島県) 79.7			79.3	78.9	79.4					
		女性 (徳島県) 83.8			83.2	83.2	84.0					
医療費	地域差指数 (年齢調整後医療費)	(国) 1.00・(徳島国保) 1.12			1.07	1.19		地域差分析(厚労省)				

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

本市の令和4年度の医療費は、総医療費、一人あたり医療費とも平成30年度と比べて増加し、同規模、県、国よりも高い状況です。また一件あたりの入院医療費も高くなっており(図表15)、疾病の重症化を予防し、入院医療費を抑制することが課題です。

一方、国保被保険者の年齢構成について、65～74歳の前期高齢者が約52%を占め、一段と高齢化が進んでいます。さらに、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、今後は、医療費そのものを抑えることは難しくなります。

中長期目標に挙げた3つの疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患)の医療費をみると、これらの合計額の総医療費に占める割合は減少していますが、脳血管疾患については、平成30年度より増加しています。また、本市では虚血性心疾患の割合が、同規模、県、国と比較すると高い状況です。(図表17) この状況を改善するためには、これらの疾患のリスク要因となる高血圧・糖尿病・脂質異常症のコントロール管理が重要であり、本市は、引き続き医療費適正化に向けた重症化予防の取組みに力を入れる必要があります。

また、介護費についても、総給付費、一人あたりの給付費ともに増加しています。(図表13)

要介護者有病状況をみると、全ての年代で脳卒中(脳出血・脳梗塞)と虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)が上位を占めています。基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症は、全年齢で95.0%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いえます。(図表14)

図表23で示すように、メタボリックシンドローム該当者は減少していますが、予備群者の割合は増加しています。重症化予防の観点からみて、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上の割合は減少していますが、LDLコレステロール180以上の割合は増加しています。また、前年度からの改善率も、LDLコレステロールは、計画初期(平成30年度→令和元年度)と比較して、計画後期(令和3年度→令和4年度)は低下しています。(図表24、25、26) さらに、HbA1c7.0%以上の治療中の者の健診時の判定値をみると、HbA1c7.0%から7.9%の者は減少していますが、8.0%以上の者の割合は増加しています。(表2)

高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況をみると、治療者の割合は増加していますが、合併症(重症化)である脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減少しています。治療が必要な方に対して、その状態に応じた保健指導を実施することで、重症化する前に適切な治療を受けることの重要性を啓発してきた結果と考えられます。(図表19、20、21)

生活習慣病の発症予防、また、重症化を予防するためにも、特定健診の受診率を向上させることは非常に重要ですが、現在のところ、第3期特定健診等実施計画上の目標は達成できていません。(図表27) また、年代別の受診率をみても、特に40代50代の若い世代ほど低い状況となっています。(図表28)

生活習慣病は自覚症状がないため、健診結果に応じて、なるべく早期の保健指導の実施が必要です。そのためにも、若い世代に対する健診の機会を十分確保し、まずは健診受診率の向上を図らなければなりません。

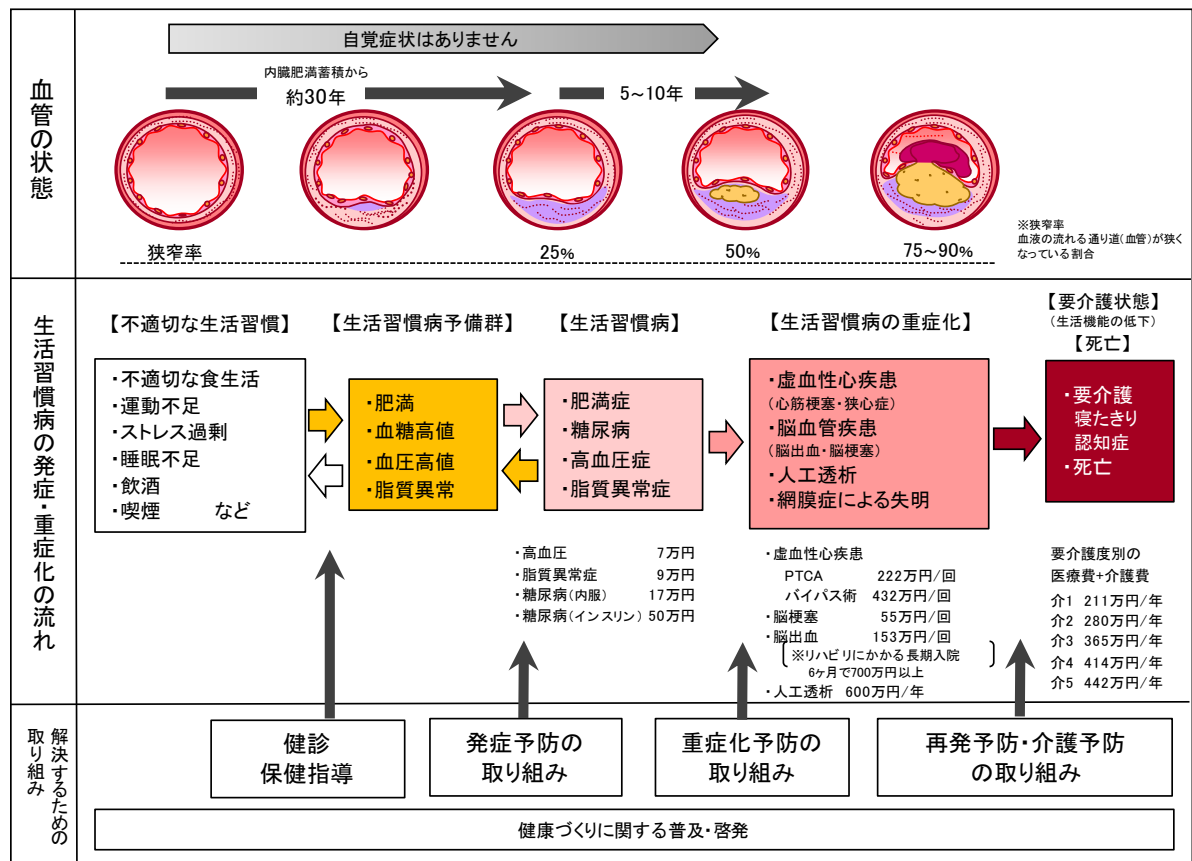
さらに、個々の生活習慣、身体の状態に応じた保健指導を実施し、生活習慣病の根源となるメタボリックシンドローム該当者・予備群者を減少させることで、高血圧や糖尿病等の発症を防ぐことが必要となってきます。また、受診が必要な方には、医療機関と緊密に連携して、保健指導を通してリスク管理を行うことが重要です。

3. 第3期計画における健康課題(生活習慣病)の明確化

1) 基本的考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



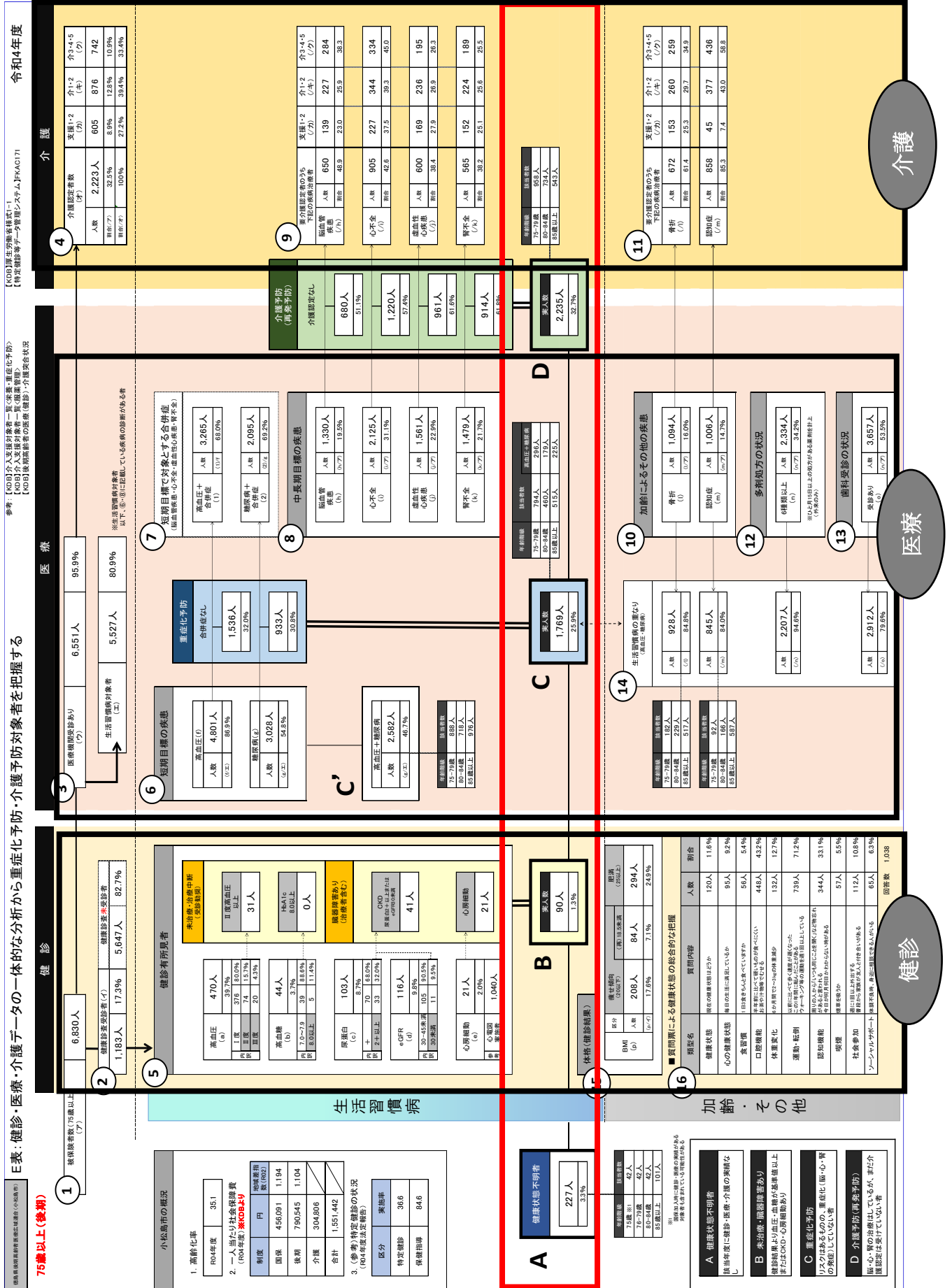
医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険等から、後期高齢者医療制度の被保険者になります。

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とされています。後期高齢者になる以前の生活習慣病の結果が、後期高齢期以降の生活習慣病重症化や複数の慢性疾患につながるケースもあるため、市町村国保及び広域連合は、図表 31 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、連携に努めることが重要です。健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果の説明や身体の状態、適切な生活・食習慣等についての保健指導を行います。

なお、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導

対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40歳未満の肥満対策も重要となります。

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 のとおり、医療費総費用額、一人あたりの医療費とも年々増加しています。また、後期高齢者医療については、国保と比較して、令和 4 年度は費用額、一人あたりの医療費とも約 2 倍となっています。

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
被保険者数	8,350人	7,987人	7,901人	7,656人	7,247人	6,912人	
総件数及び 総費用額	件数	78,943件	77,352件	72,338件	73,662件	72,028件	101,376件
	費用額	31億1382万円	32億1991万円	32億8927万円	32億7005万円	33億0529万円	62億2912万円
一人あたり医療費	37.3万円	40.3万円	41.6万円	42.7万円	45.6万円	90.1万円	

出典：KDB システムデータ

本市はこれまで、肥満・高血圧・糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、短期目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、県・国と比較して高く、今後も糖尿病の重症化予防に向けた保健指導を強化するとともに、治療者も特定健診を受診し、血糖コントロールやその他のリスクについて経年的に管理する必要があります。

また、中長期目標疾患の医療費割合を国保と後期で比較すると、後期の透析患者の慢性腎不全が国保の 5.1 倍、脳梗塞・脳出血が 2.1 倍に加え、後期の筋・骨疾患が 1.4 倍になっており、国保での健康管理・重症化予防の取組みにより、後期医療費の負担を減らすことが重要となってきます。(図表 33)

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	小松島市	33億0529万円	36,848	1.30%	0.23%	1.71%	2.03%	5.74%	2.66%	1.74%	5億0938万円	15.41%	15.42%	11.40%	8.86%
	同規模	--	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	--	19.11%	16.91%	8.74%	9.00%
	県	--	31,476	2.34%	0.34%	1.44%	1.80%	5.73%	3.16%	1.98%	--	16.79%	16.11%	11.18%	8.54%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	小松島市	62億2912万円	76,928	6.58%	0.55%	3.51%	1.90%	4.75%	2.71%	1.00%	13億0831万円	21.00%	9.78%	3.85%	12.24%
	同規模	--	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	--	18.69%	10.49%	4.11%	12.58%
	県	--	79,523	5.87%	0.55%	3.29%	1.95%	3.81%	2.75%	1.18%	--	19.40%	9.32%	3.86%	14.41%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

※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

次に、80万円以上の高額レセプトは、図表34のとおり、国保では毎年約500～600件のレセプトが発生しており、後期高齢者になると、約2倍に増えることがわかります。

図表34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	247人	272人	314人	295人	335人	748人
		B	427件	502件	625件	566件	611件	1,343件
	件数	B/総件数	0.54%	0.65%	0.86%	0.77%	0.85%	1.32%
		C	5億5141万円	6億7930万円	7億8896万円	7億5169万円	8億3789万円	16億7040万円
	費用額	C/総費用	17.7%	21.1%	24.0%	23.0%	25.3%	26.8%

高額となる疾病については、図表35のとおり、脳血管疾患では、対象者数は年々増加しており、費用額は、令和4年度は約3,500万円となっています。さらに後期高齢者になると、費用額は国保の約3倍となっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要するケースも多いため、長期にわたり医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳梗塞や脳出血を発症させないために高血圧等のリスク管理を行い、重症化予防に力を入れる必要があります。

図表35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
脳血管疾患	人数	D	4人	12人	13人	18人	19人	48人							
		D/A	1.6%	4.4%	4.1%	6.1%	5.7%	6.4%							
	件数	E	5件	20件	21件	32件	27件	94件							
		E/B	1.2%	4.0%	3.4%	5.7%	4.4%	7.0%							
	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%	1	3.1%	0	0.0%	70-74歳	6	6.4%
		50代	0	0.0%	3	15.0%	1	4.8%	2	6.3%	0	0.0%	75-80歳	21	22.3%
		60代	4	80.0%	4	20.0%	9	42.9%	7	21.9%	13	48.1%	80代	50	53.2%
		70-74歳	1	20.0%	13	65.0%	11	52.4%	22	68.8%	14	51.9%	90歳以上	17	18.1%
	費用額	F	565万円	3902万円	2777万円	4323万円	3493万円	1億1229万円							
		F/C	1.0%	5.7%	3.5%	5.8%	4.2%	6.7%							

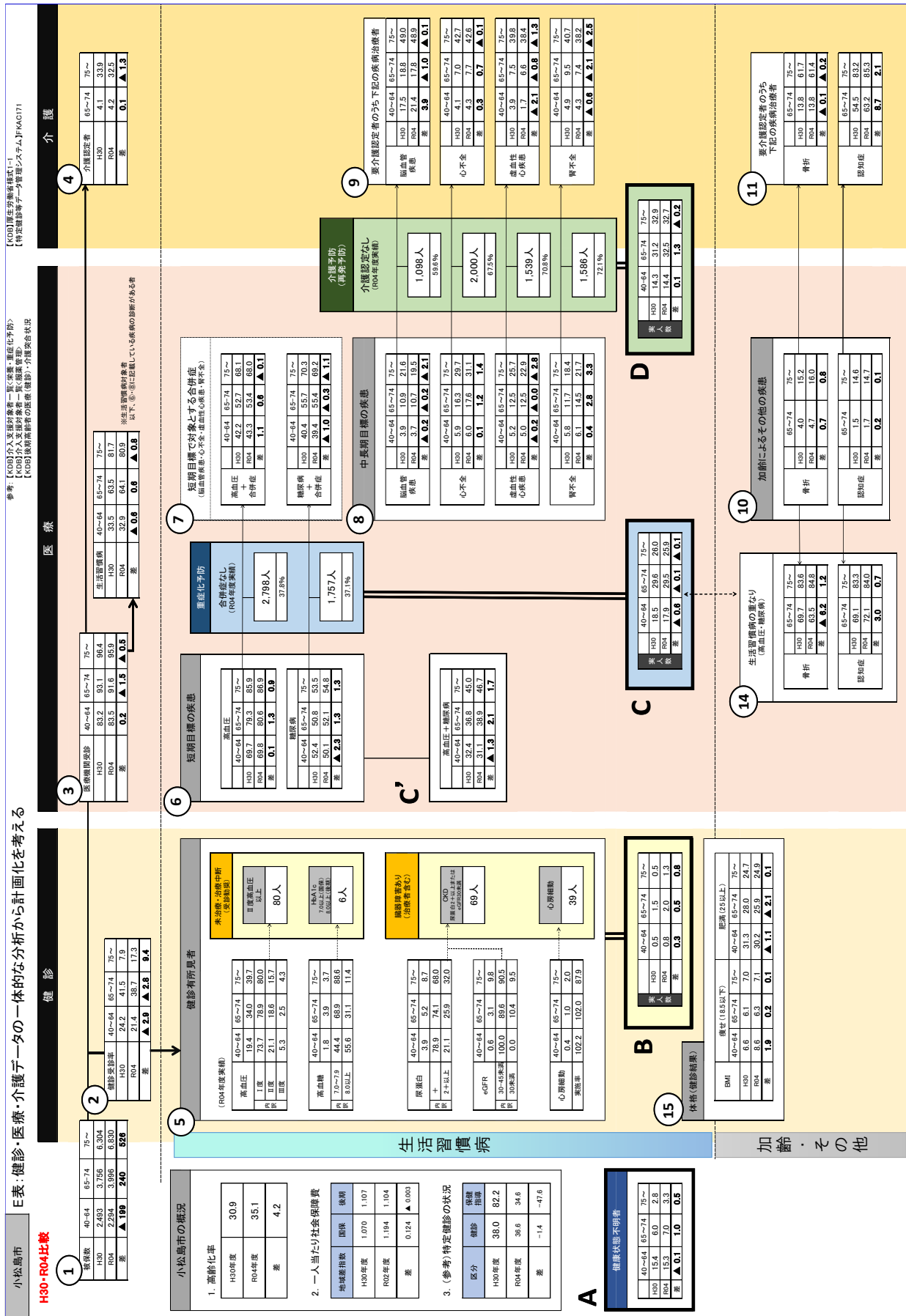
図表36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	23人	27人	20人	13人	20人	33人							
		G/A	9.3%	9.9%	6.4%	4.4%	6.0%	4.4%							
	件数	H	29件	35件	28件	16件	26件	38件							
		H/B	6.8%	7.0%	4.5%	2.8%	4.3%	2.8%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	2	5.3%
		40代	1	3.4%	1	2.9%	0	0.0%	0	0.0%	2	7.7%	70-74歳	3	7.9%
		50代	2	6.9%	2	5.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.8%	75-80歳	12	31.6%
		60代	15	51.7%	19	54.3%	18	64.3%	7	43.8%	6	23.1%	80代	19	50.0%
		70-74歳	11	37.9%	13	37.1%	10	35.7%	9	56.3%	17	65.4%	90歳以上	2	5.3%
	費用額	I	3667万円	4487万円	3364万円	1980万円	4159万円	6015万円							
		I/C	6.7%	6.6%	4.3%	2.6%	5.0%	3.6%							

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

本市では、40～64歳、65～74歳（前期高齢者）、75歳以上（後期高齢者）の3つの年代で、健康・医療情報等を活用した被保険者の健康状態等の分析を行い、健康課題を明確化し、予防活動の優先順位を決定しています。（図表 37）

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析(E表)



(3)健康課題の明確化(図表 38~42)

図表 38②特定健診受診率は全年代で低下していますが、後期高齢者の健診受診率は増加しています。また、⑮体格をみると、BMI25 以上の対象者は 75 歳以上で増加しています。

図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
								BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	33.9	2,493	3,756	6,304	24.2	41.5	7.9	6.6	6.1	7.0	31.3	28.0	24.7
R04	32.5	2,294	3,996	6,830	21.4	38.7	17.3	8.6	6.3	7.1	30.2	25.9	24.9

健診有所見状況では、図表 39⑤未治療者・治療中断者の状況をみると、Ⅱ度高血圧以上の割合は、40~64 歳以外の年代で減少しており、HbA1c は、40~64 歳及び 65~74 歳の年代とも減少しています。

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動														
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-												
H30	23	3.8	(8)	114	7.3	(27)	53	10.7	(28)	18	3.0	(2)	64	4.1	(7)	0	--	(0)	2	0.3	26	1.7	5	1.0	0	--	0	--	0	--
R04	25	5.1	(11)	111	7.2	(38)	94	7.9	(31)	9	1.8	(1)	61	3.9	(5)	5	0.4	(0)	4	0.8	24	1.6	41	3.5	2	0.4	16	1.0	21	1.8

※徳島県では心電図検査を令和 2 年度から全数実施

次に、図表 40 のとおり、レセプトのデータから生活習慣病対象者の割合をみると、65~74 歳で増加し、うち短期目標疾患である高血圧者の割合は全年齢で増加、糖尿病の者は 40~64 歳以外で増加しています。

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況(レセプトデータ)

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		
H30	83.2	93.1	96.4	33.5	63.5	81.7	69.7	79.3	85.9	52.4	50.8	53.5	32.4	36.8	45.0	42.2	52.7	68.1	40.4	55.7	70.3
R04	83.5	91.6	95.9	32.9	64.1	80.9	69.8	80.6	86.9	50.1	52.1	54.8	31.1	38.9	46.7	43.3	53.4	68.0	39.4	55.4	69.2

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 41 のとおり、レセプトデータから中長期目標の疾患をみると、⑧脳血管疾患・虚血性心疾患を有する者の割合は全年齢で減少していますが、心不全及び腎不全は全ての年代で増加しています。また、⑨介護認定者をみると、特に 40～64 歳の若い世代の脳血管疾患を有する者の割合が増加しています。

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

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	3.9	10.9	21.6	5.2	12.5	25.7	5.9	16.3	29.7	5.8	11.7	18.4	17.5	18.8	49.0	3.9	7.5	39.8	4.1	7.0	42.7	4.9	9.5	40.7
R04	3.7	10.7	19.5	5.0	12.5	22.9	6.0	17.6	31.1	6.1	14.5	21.7	21.4	17.8	48.9	1.7	6.6	38.4	4.3	7.7	42.6	4.3	7.4	38.2

次に、図表 42 のとおり、レセプトデータから⑭加齢によるその他の疾患のうち、生活習慣病との重なりをみると、骨折・認知症患者の 75 歳以上では 84%以上の者が高血圧・糖尿病を併せ持っている状況です。

図表 42 骨折・認知症の状況(レセプトデータ)

E表	⑭				⑩				⑪			
	加齢によるその他の疾患のうち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)				加齢によるその他の疾患のうち要介護認定者の治療状況			
	骨折		認知		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	69.7	83.6	69.1	83.3	4.0	15.2	1.5	14.6	13.8	61.7	54.5	83.2
R04	63.5	84.8	72.1	84.0	4.7	16.0	1.7	14.7	13.8	61.4	63.2	85.3

図表 38～42 出典：KDBシステムデータ

(4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、75 歳以上の肥満、生活習慣病対象者の増加から、今後、脳血管疾患や虚血性心疾患等の中長期疾患の増加、骨折や認知症の割合のさらなる増加が予測されます。

これらのリスク要因となる高血圧の有所見者や治療中断者は、40～64 歳の若い世代で増加し、生活習慣病受診者のうち、高血圧、糖尿病を有する者の割合は 65 歳以上で増加していることから、後期高齢者に移行する前の段階での取組みが重要となってきます。

特に若い世代の高血圧や糖尿病等の発症予防、早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続することが、脳血管疾患、虚血性心疾患等の重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組み方法については、第 4 章に記載します。

2) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

本市は、国民健康保険の保険者として、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を実施することが求められており、この目的に沿った計画を策定します。その上で、改善までのプロセスを継続することによって、より成果が上がることを期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にすることが重要です。評価指標については、すべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標を合わせた形(図表 43)で評価し、公表する必要があります。

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、本市における一人あたりの医療費は、同規模・県・国より高い状況です。しかし、年齢が高くなるほど脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、今後高齢化がさらに進めば、医療費そのものを抑えることはますます困難になります。

したがって、医療費が高額となる疾患、人工透析が必要となる疾患及び介護認定者に多い脳血管疾患、虚血性心疾患及び糖尿病性腎症の新規患者数の減少を目指します。

糖尿病の合併症として発症する糖尿病性腎症については、新規患者数の減少を目標とすることが、人工透析患者数の減少につながるため、糖尿病の早期受診を促し、未治療者や治療中断者の減少を目指します。

③ 短期的な目標の設定

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等は、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症等の血管変化における共通のリスクとなります。本市においては、平成30年度から減少傾向のものもありますが、目標の達成に至っていない状況です。引き続きこれらの疾患の減少を短期目標として、有所見者割合の減少を目指します。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を十分確保し健診受診率の向上を目指します。また、必要に応じて、個人の状態に応じた保健指導の実施により、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要です。その目標値等については、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2) 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画の目標管理一覧

★全ての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的		課題を解決するための目標	目標	単位	実績			データの把握方法
						初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 1 1 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の新規患者数の減少	10%	%	18			KDBシステム 健康こまつしま21
			虚血性心疾患の新規患者数の減少	10%		18			
			糖尿病性腎症の新規患者数の減少	0人	人	2			
			糖尿病性腎症による新規透析導入者数	0人		2			
	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該当者・予備群の割合の減少	30.5%	%	33.6			KDBシステム 健康こまつしま21
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	3.9%		6.7			
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL180以上)	2.2%		3.8			
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上未治療者)	6.0%		8.1			
			健診受診者の血糖異常者(HbA1c8.0%以上治療中)割合の減少	5.3%		10.8			
	アウトプット指標	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率	60%以上	%	36.6			法定報告値
			★特定保健指導実施率90%以上	90%以上		84.6			
			★特定保健指導対象者の割合の減少	10.0%		10.8			

※初期値は令和4年度、中間評価は令和7年度、最終年度評価は令和10年度実績に基づいて実施

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

本市は、国民健康保険の保険者として、高確法第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

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

2. 目標値の設定

「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」(厚生労働省告示第150号、以下「基本指針」という。)では、特定健診受診率の目標値は、市町村国保で60%以上とあるため、本市も第3期計画ではこれに合わせていましたが、現状は、図表27で示すとおり、いずれの年度も未達成です。

しかし、本計画や基本指針の趣旨を踏まえ、第4期計画においては、これまで以上に受診率向上のための取組みを強化する必要があるため、目標値としては、引き続き60%以上と設定することになります。

次に、特定保健指導実施率の目標値については、基本指針では、市町村国保で60%以上ですが、本市はこれまでの実績を踏まえ、第3期計画では80%以上と設定しました。図表27のとおり、期間中いずれの年度も80%以上を達成しているため、第4期計画においては、さらに高い目標値である90%以上と設定します。(図表44)

図表44 特定健診受診率・特定保健指導実施率(目標値)

	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	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上
特定保健指導実施率	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上

3. 対象者の見込み

図表45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	5,350人	5,250人	5,200人	5,150人	5,100人	5,070人
	受診者数	3,210人	3,150人	3,120人	3,090人	3,060人	3,050人
特定保健指導	対象者数	321人	315人	312人	309人	306人	305人
	実施者数	289人	284人	281人	279人	276人	275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締結します。

- ① 集団健診(小松島市保健センター他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2) 特定健診委託基準

高確法第 28 条及び「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」(以下「実施基準」という。)第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、徳島県国保連合会のホームページに掲載します。

(参照) <https://tokushima-kokuhoren.or.jp/specific/shealth/>

(4) 特定健診実施項目

国は、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項目を定めていますが、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・貧血・尿潜血)も実施します。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定に代えることができます。(実施基準第 1 条第 4 項)

図表 46 特定健診検査項目

○小松島市特定健診検査項目

健診項目		小松島市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール (NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	□

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

(5)実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

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

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い業務は、徳島県国保連合会に事務処理を委託します。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、健診の意義を理解してもらうことが不可欠であることから、対象者が否かに関わらず、医療保険者として基本的な周知広報活動を年間通して行います。

図表 47 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月			(特定保健指導の実施)
5月		健診機関との契約 健診対象者の抽出、受診券の印刷・送付(随時可)	健診データ抽出(前年度)
6月		↓	↓
7月		(特定健診の開始)	↓
8月		健診データ受取 → 保健指導対象者の抽出	実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
9月		費用決裁 → (特定保健指導の開始)	↓
10月	契約に関わる	↓	受診・実施率実績の算出
11月	予算手続き	↓	支払基金(連合会)への報告
12月	↓	↓	(ファイル作成・送付)
1月		(特定健診の当該年度受付終了)	
2月		↓	
3月	契約準備	↓	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

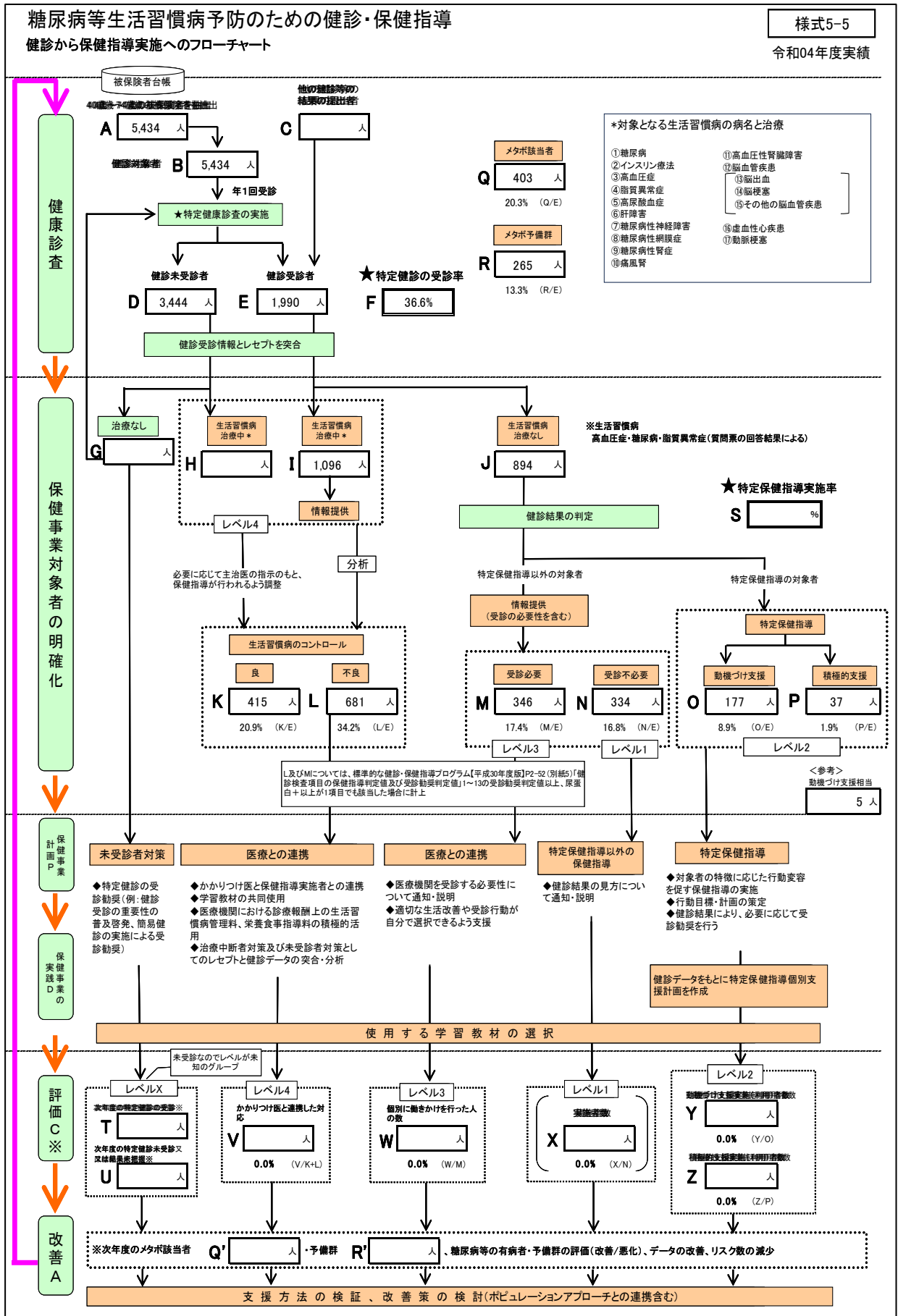
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1)健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

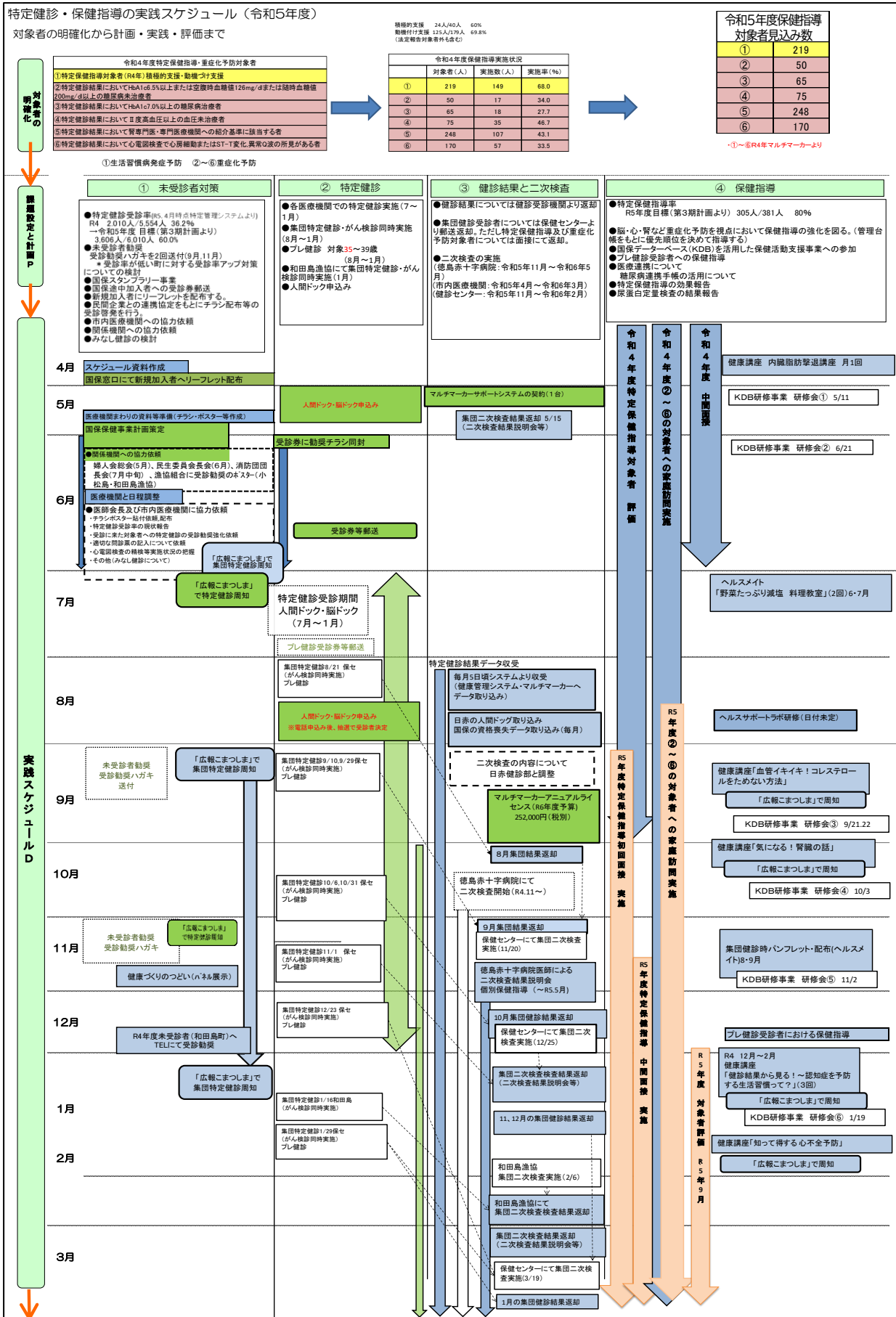
優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	目標実施率
1	OP	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆ 行動目標・計画の策定 ◆ 健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う 	214人 (10.8%)	80%
2	M 情報 提供	HbA1c6.5%以上または 空腹時血糖126mg/d l以上の糖尿病未治療者	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆ 適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援 	43人 (2.1%)	100%
		Ⅱ度高血圧以上の 高血圧症未治療者		6人 (3.4%)	100%
		腎専門医・専門医療 機関への紹介基準に 該当する者		215人 (10.8%)	100%
		心電図検査で心房細 動またはST-T変化、 異常Q波の所見のある者		155人 (7.8%)	100%
3	I 情報 提供	糖尿病治療中で HbA1c8.0%以上の者	<ul style="list-style-type: none"> ◆ かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆ 地域連携パスの活用 ◆ 治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析 ◆ 糖尿病連携手帳の活用 	21人 (1.1%)	100%

出典: 標準的な健診保健指導プログラム 厚生労働省様式 5-5(令和4年度法定報告データ)

(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サイクルで実践するため、年間実施スケジュールを作成します。

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール



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小松島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、委託先の業務執行状況を管理します。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告します。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高確法第 19 条第 3 項の規定により、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とされていることから、本計画は、市ホームページへの掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決に向けた個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

具体的には、医療受診が必要な方には、科学的根拠に基づき個人の実態に応じた保健指導とともに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継続受診や血管リスクの軽減に向けた保健指導を実施します。

ポピュレーションアプローチの取組みとしては、生活習慣病の発症・重症化予防について、健康講座や健康相談等により、健診結果と身体に関連から適切な生活習慣、食習慣についての情報や医療費や介護費等の実態を広く市民へ周知します。

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することで自分の身体の状態を把握し、状態に応じた保健指導を受けることが重要となります。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努める必要があります。なお、その実施方法等については、第3章の特定健康診査等実施計画に記載しています。

II. 重症化予防の取組み

本市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症等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しています。(図表 51)

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、すでに治療中の者についても専門医への受診の有無や投薬状況、健診データの経年変化を確認し、医療機関と連携した保健指導を実施しながら、血液データの改善を目指す取組みが重要です。

図表 51 脳・心・腎を守るために

重症化予防対象者
特定健診結果においてHbA1c6.5%以上または空腹時血糖値126mg/dlまたは随時血糖値200mg/dl以上の糖尿病未治療者
特定健診結果においてHbA1c8.0%以上の糖尿病治療者
特定健診結果においてⅡ度高血圧以上の血圧未治療者
特定健診結果において腎専門医・専門医療機関への紹介基準に該当する者
特定健診結果において心電図検査で心房細動またはST-T変化、異常Q波の所見がある者

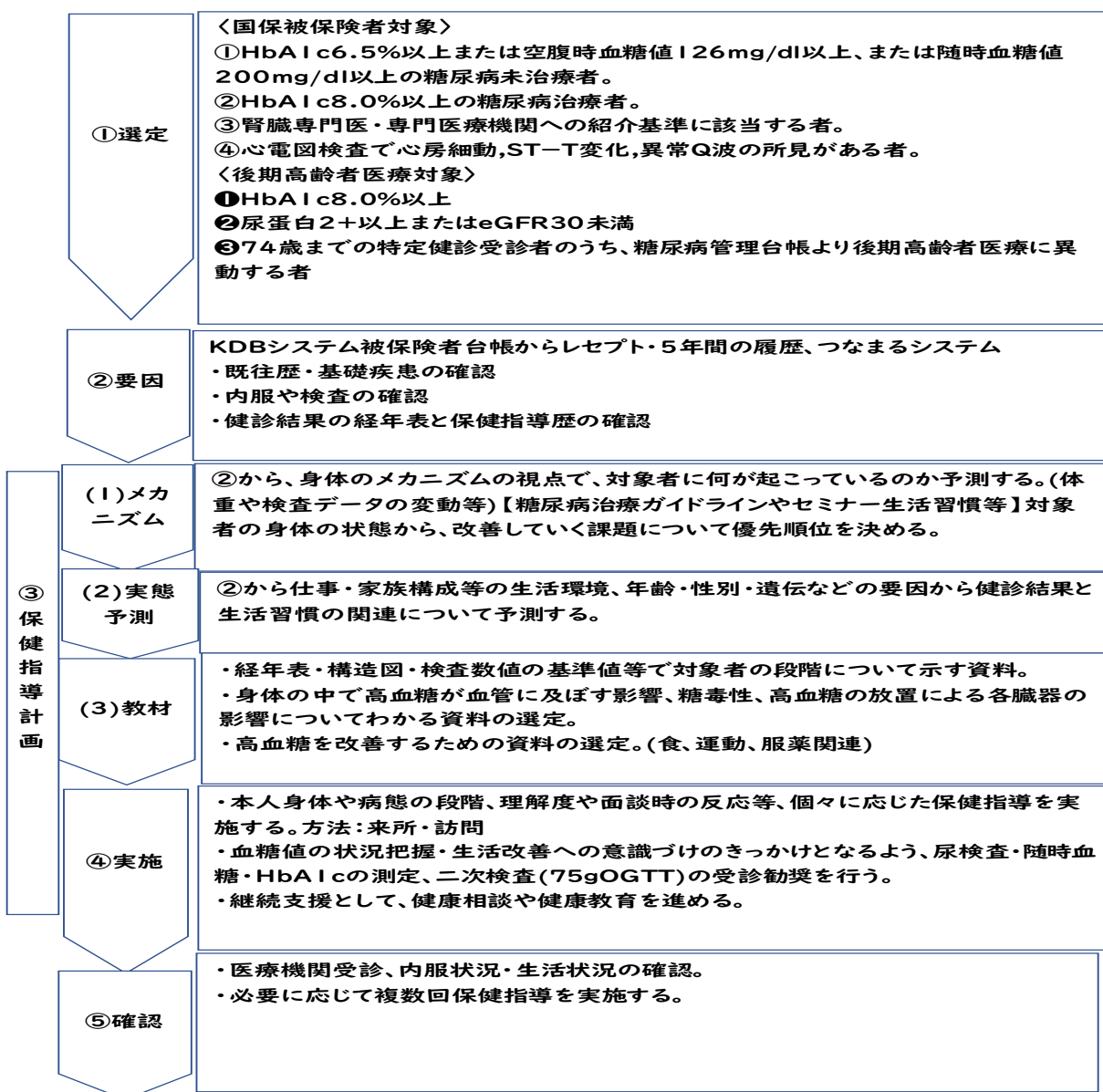
1. 糖尿病性腎症等重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症等重症化予防の取組みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(平成29年3月29日策定、令和3年3月30日改定)に基づき、以下の視点で、PDCAサイクル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) 治療中の者に対する医療と連携した保健指導
- (3) 治療中断者に対する対応

図表 52 糖尿病性腎症等重症化予防対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
- ④ 腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準に該当する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)や、「腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準に該当する者」を基に抽出します。(図表 53)

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

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

〈腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準〉

GFR区分 (ml/分/1.73 m ²)			尿蛋白区分 R4小松島市国保 特定健診受診者 (尿検査・GFR共に 実施) 1,988人	A1	A2		A3
				(-)	(±)	【再掲】 尿潜血+以上	(+) 以上
			1,988人	1,675人 84.3%	218人 11.0%	33人 15.1%	95人 4.8%
G1	正常 または高値	90以上	141人 7.1%	124人 6.2%	15人 0.8%	0人 0.0%	2人 0.1%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	1,346人 67.7%	1,167人 58.7%	125人 6.3%	16人 12.8%	54人 2.7%
G3a	軽度~ 中等度低下	45-60 未満	452人 22.7%	358人 18.0%	70人 3.5%	17人 24.3%	24人 1.2%
G3b	中等度~ 高度低下	30-45 未満	45人 2.3%	26人 1.3%	7人 0.4%	0人 0.0%	12人 0.6%
G4	高度低下	15-30 未満	4人 0.2%	0人 0.0%	1人 0.1%	0人 0.0%	3人 0.2%
G5	末期腎不全	15未満	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%

CKD診療ガイドライン 2018 では「随時尿を用いて尿蛋白を評価する場合は、尿蛋白定量と尿中Cr測定により、尿蛋白/Cr比(g/gCr)を算出し、0.15g/gCr未満をA1(正常)、0.15~0.49g/gCrをA2(軽度蛋白尿)、0.5g/gCr以上をA3(高度蛋白尿)とする。尿試験紙法での尿蛋白定性評価は(-)をA1、(±)をA2、(1+)以上をA3とするが、尿蛋白定性検査は濃縮尿や希釈尿の影響を強く受けるため、定量の結果で評価することが望ましい。」とされています。

②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。(図表 54)

本市において、令和4年度特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、70人(26.4%・F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者1,932人のうち、特定健診未受診者1,700人(89.7%・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です。

③介入方法と優先順位

本市においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(図表 54F)・・・70人
- ・腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準に該当する者(図表 53)・・・232人

優先順位 2

【保健指導】

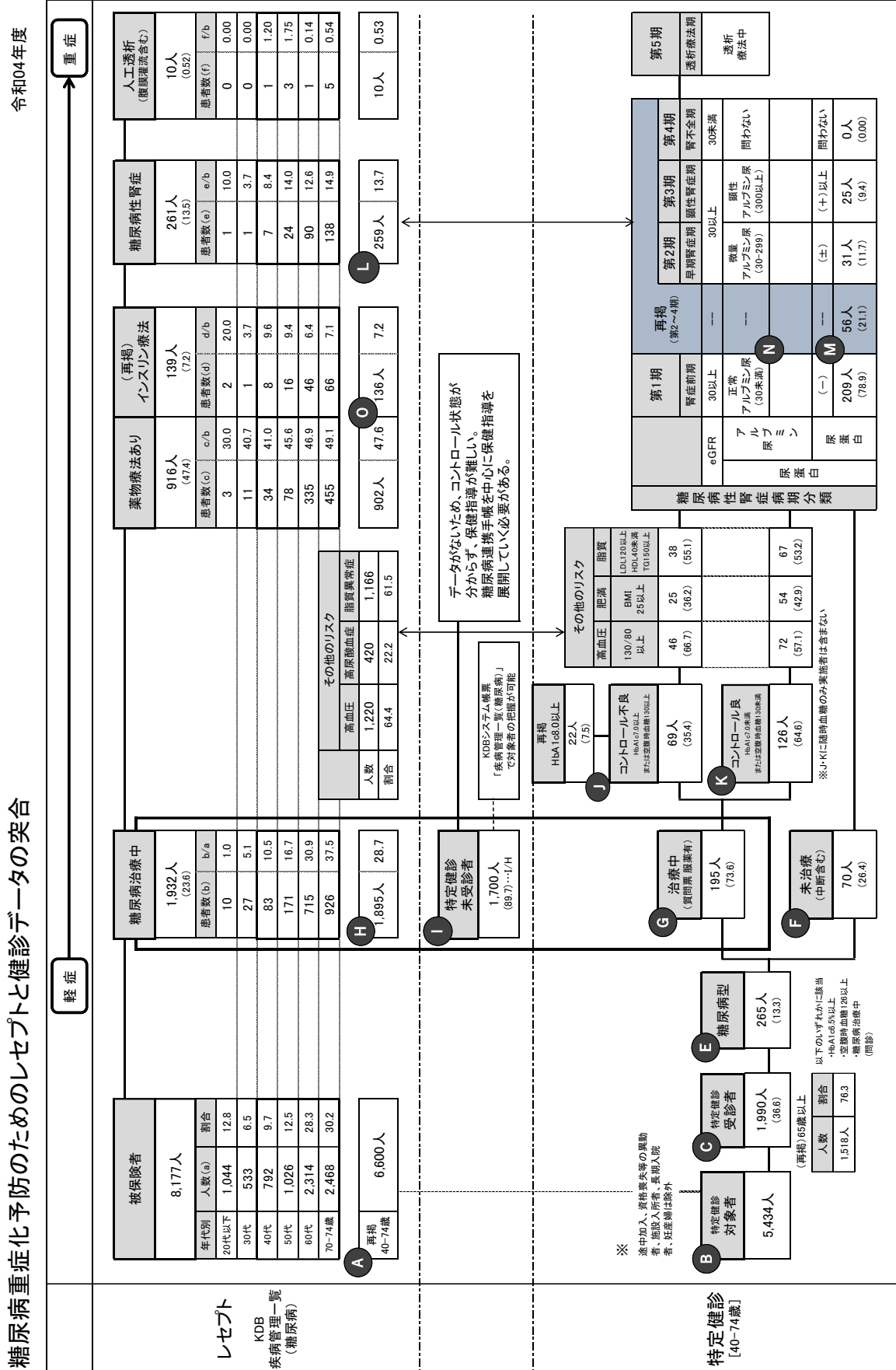
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者(図表 54J)・・・22人
治療中断しない(継続受診)ための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

- ・Iの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。本市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を実施します。

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することにします。

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

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

(2) 二次検査等を活用した重症化予防対策

特定健診の結果、耐糖能異常のある者等を対象に糖負荷試験(75g OGTT)を行います。血糖値の変化やインスリン分泌反応を調べます。また、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期を見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、腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準に該当する対象者には、二次検査で尿蛋白定量検査を実施します。これらの結果に基づき早期介入を行うことで、糖尿病性腎症重症化予防を目指します。

4) 糖尿病と闘うプロジェクト

本市の総医療費に占める糖尿病医療費の割合は、県平均より高い状況です。(図表 56)

また、令和4年度の新規糖尿病患者は、同規模市町村と比べて1.6倍となっています。(図表 57)

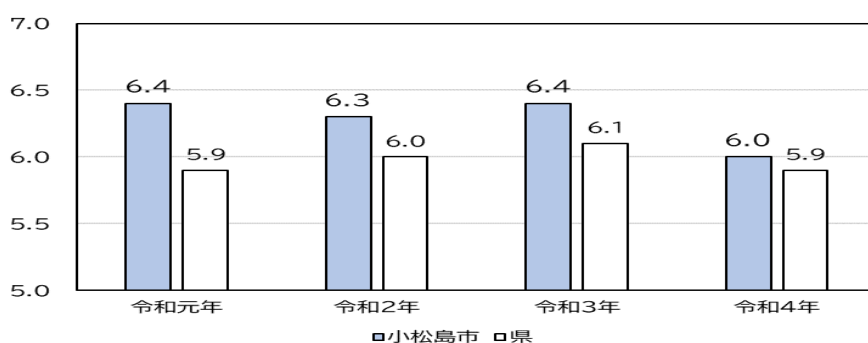
糖尿病は進行すると虚血性心疾患、脳血管疾患、腎疾患の発症を招き、さらに認知症やフレイルにもつながります。

また、合併症の治療にかかる人工透析や心血管・脳血管手術は医療費が高額になります。そのため、発症予防・重症化予防を行うことで、QOL(生活の質)の低下を防ぐだけでなく、医療費の抑制効果が期待されます。

糖尿病は早期介入による予防が重要です。乳幼児から高齢者まで全年齢において危険因子(肥満、運動不足、耐糖能異常)の管理を行うことが予防対策として有効になります。これらの危険因子は、生活習慣を改善することで軽減することができます。

そこで、本市では令和6年度から「糖尿病と闘うプロジェクト」を立ち上げ、発症予防、早期発見、合併症の予防に取り組みます。

図表 56 国民健康保険被保険者の総医療費に占める糖尿病医療費の割合(%)



図表 57 令和4年度国民健康保険被保険者の糖尿病患者数と新規糖尿病患者数(人口千人対)

	本市	同規模	県	国
糖尿病患者数	265.5	254	258.1	221.9
新規糖尿病患者数	23.5	14.4	18.3	13.5

(1)事業計画について

	事業名	対象者	内容	事後フォロー
させない(予防する)	産後ママ・パパの糖尿病予防サポート事業	先天性股関節脱臼検診の受診に 来所した乳児の ママ・パパ	・希望者には看護師 による随時血糖測定 ・保健師・管理栄養 士による血糖値測定 結果返却と、生活習 慣・栄養指導	高血糖の方(基準検 討)には、個々に合わ せて地区担当保健師 が電話や面談にて事 後フォローを行う。 ・適宜随時血糖測定 ・適宜HbA1c測定
	糖尿病撃退講座	小松島市民	講義3回/年 【1】日赤医師による 講義 【2】市保健師・管理 栄養士による講義・ 随時血糖測定・野菜 料理の試食 【3】通常の健康講座	高血糖の方(基準検 討)には、個々に合わ せて地区担当保健師 が電話や面談にて事 後フォローを行う。 ・適宜随時血糖測定 ・適宜HbA1c測定
	内臓脂肪撃退 運動教室	小松島市民	12回/年 講師による運動教室	
見つける(早く見つける)	糖尿病発見 キャンペーン	小松島市民	・保健センターで行う 健康相談来所者に 対し、希望者には一 人1回程度、看護師 による随時血糖測定 ・保健師・管理栄養 士による血糖値測定 結果返却と、生活習 慣・栄養指導等健康 相談	健康相談でフォロー ・適宜随時血糖測定 ・適宜HbA1c測定
	Wでお得な 特定健診	小松島市国民健 康保険加入者 (40～74歳)	・特定健診 ・国民健康保険スタ ンプラリー	特定保健指導 重症化予防保健指導 健康講座 健康相談 個別保健師・管理栄 養士保健指導
やっつける(悪化させない)	糖尿病個別 サポート事業	・特定健診受診者 のうち、HbA1c 6.5%以上の未治 療者 ・HbA1c8.0%以 上の治療中者 ・後期高齢者健康 診査受診者のうち HbA1c8.0%以上 の未治療者 ・その他、小松島 市民のうち、個別 保健指導や相談で 必要のある方	・保健センター等や 家庭訪問で保健師・ 管理栄養士による特 定健診結果説明と、 生活・栄養指導 ・自己血糖測定(随 時・HbA1c)・尿検 査・腹囲・体重・血圧 測定	個々に合わせて地区 担当保健師が電話や 面談・訪問にて事後 フォローを行う。 ・適宜随時血糖測定 ・適宜HbA1c測定
	知って得する 特定保健指導	特定健診受診者 のうち、積極的支 援・動機づけ支援 対象者に該当し た者	・積極的支援(原則3回の 支援)動機づけ支援(原則 2回の支援) ・保健センター等や家庭訪 問で保健師・管理栄養士 による特定健診結果説明 と、生活・栄養指導・受診 勧奨 ・自己血糖測定(随時・Hb A1c)・尿検査・腹囲・体 重・血圧測定 ・二次検査対象者で希望 者には、75g糖負荷検査 (HbA1c検査含む)・頸部エ コー検査・随時尿による推 定塩分測定検査・尿蛋白 定量検査を案内する。(徳 島赤十字病院・市内医師 会・徳島県総合健診セン ターで実施)	・初回面接後3～6か 月間の継続支援、評 価及び二次検査結果 説明会等にて、管理 栄養士や成人保健担 当保健師が電話や面 談・訪問にて事後フォ ローを行う。 ・適宜随時血糖測定 ・適宜HbA1c測定

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

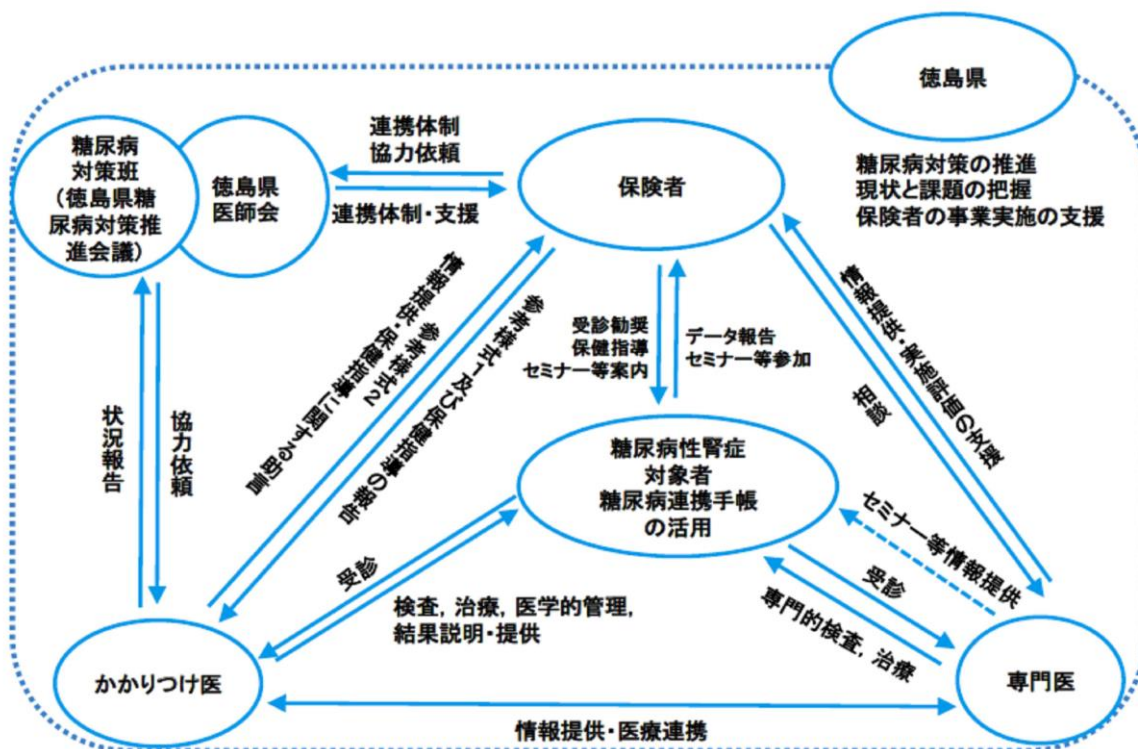
医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に市医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

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

【糖尿病対策推進連携協議会との連携】

糖尿病性腎症重症化予防において、徳島県における糖尿病対策の中心的役割を担う徳島県医師会糖尿病対策班、郡市医師会担当医と連携し、保険者と医療関係者が密接に連携した取組みを行います。



出典：徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

6) 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うために、地域包括支援センターと連携していきます。

7) 評価

短期的視点・中長期的視点で評価します。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回行い、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58にある通り、糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価を用いて行います。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数
- エ. 医療機関と連携して対応を行った数

②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - 血圧の変化
 - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

図表 58 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目	突合表	小松島市										同規模保険者(平均)		データ基		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A	8,732人		8,376人		8,049人		7,945人		7,681人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
			(再掲)40-74歳		7,098人		6,891人		6,664人		6,617人			6,445人		
2	① 特定健診 ② 対象者数 ③ 受診者数 ④ 受診率	B	6,294人		6,030人		6,003人		5,853人		5,434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			
			C	2,393人		2,296人		2,192人		2,214人		1,990人				
				38.0%		38.1%		36.5%		37.8%		36.6%				
3	① 特定 ② 保健指導	C	286人		259人		231人		240人		214人					
			82.2%		88.4%		85.7%		87.5%		84.6%					
4	① 健診 ② データ	E	335人 14.0%		325人 14.2%		284人 13.0%		295人 13.3%		274人 13.3%		特定健診結果			
			F	103人 30.7%		85人 26.2%		67人 23.6%		72人 24.4%		74人 27.0%				
				232人 69.3%		240人 73.8%		217人 76.4%		223人 75.6%		200人 73.0%				
			G	100人 43.1%		101人 42.1%		93人 42.9%		87人 39.0%		71人 35.5%				
				63人 63.0%		60人 59.4%		65人 69.9%		65人 74.7%		47人 66.2%				
			H	47人 47.0%		41人 40.6%		39人 41.9%		36人 41.4%		26人 36.6%				
				132人 56.9%		139人 57.9%		124人 57.1%		136人 61.0%		129人 64.5%				
			I	246人 73.4%		230人 70.8%		222人 78.2%		220人 74.6%		214人 78.1%				
				47人 14.0%		59人 18.2%		29人 10.2%		36人 12.2%		32人 11.7%				
				40人 11.9%		29人 8.9%		32人 11.3%		35人 11.9%		28人 10.2%				
				2人 0.6%		6人 1.8%		1人 0.4%		4人 1.4%		0人 0.0%				
5	① レセプト	H	142.8人		144.1人		134.2人		145.2人		144.0人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
			(再掲)40-74歳(被保険者千対)		174.0人		172.7人		159.7人		172.7人			169.0人		
			レセプト件数 (40-74歳) (1件は重複件千対)	6,863件 (1003.8)		6,747件 (1026.0)		6,542件 (997.3)		6,632件 (1034.0)		6,199件 (1026.5)		1,557,522件 (951.6)		
				54件 (7.9)		54件 (8.2)		69件 (10.5)		48件 (7.5)		47件 (7.8)		7,406件 (4.5)		
			1,247人 14.3%		1,207人 14.4%		1,080人 13.4%		1,154人 14.5%		1,106人 14.4%					
			1,235人 17.4%		1,190人 17.3%		1,064人 16.0%		1,143人 17.3%		1,089人 16.9%					
			1,003人 81.2%		958人 80.5%		847人 79.6%		920人 80.5%		889人 81.6%					
			111人 8.9%		101人 8.4%		93人 8.6%		97人 8.4%		97人 8.8%					
			110人 8.9%		99人 8.3%		90人 8.5%		95人 8.3%		95人 8.7%					
			144人 11.5%		153人 12.7%		143人 13.2%		165人 14.3%		157人 14.2%					
			144人 11.7%		153人 12.9%		141人 13.3%		165人 14.4%		154人 14.1%					
			12人 1.0%		9人 0.7%		9人 0.8%		5人 0.4%		5人 0.5%					
			12人 1.0%		9人 0.8%		9人 0.8%		5人 0.4%		5人 0.5%					
			4人		8人		7人		8人		6人					
			0人		2人		4人		2人		2人					
57人 3.2%		54人 2.9%		51人 3.0%		54人 3.0%		53人 2.8%								
6	① 医療費	L	31億1382万円		32億1991万円		32億8927万円		32億7005万円		33億0529万円		28億4626万円			
			16億0657万円		16億9321万円		17億7206万円		17億1888万円		17億0258万円		15億3700万円			
			51.6%		52.6%		53.9%		52.6%		51.5%		54.0%			
			生活習慣病 対象者 一人あたり	5,583円		6,944円		6,387円		5,809円		5,841円		7,237円		
				34,974円		37,886円		40,452円		39,676円		44,187円		38,862円		
			2億0161万円		2億0093万円		2億0347万円		2億0160万円		1億8967万円		1億6596万円			
			12.5%		11.9%		11.5%		11.7%		11.1%		10.8%			
			4億9346万円		4億6056万円		4億5342万円		5億0182万円		5億1414万円					
			31,406円		30,199円		30,950円		33,792円		36,669円					
			3億2608万円		3億4892万円		4億3611万円		3億3549万円		3億6956万円					
			557,395円		592,388円		623,013円		548,180円		669,488円					
			19日		19日		18日		18日		18日					
			7341万円		8463万円		6889万円		5713万円		5047万円		1億2396万円			
			6204万円		7759万円		6416万円		5331万円		4298万円		1億1532万円			
			1138万円		704万円		473万円		382万円		749万円		863万円			
7	① 介護	M	33億6575万円		35億0399万円		36億6045万円		37億7236万円		38億1861万円		34億9905万円			
			6件 23.1%		6件 22.2%		5件 17.9%		5件 17.2%		4件 13.8%					
8	① 死亡		7人 1.4%		7人 1.4%		8人 1.6%		5人 1.0%		6人 1.2%		2,819人 1.0%			

出典：KDB システムデータ

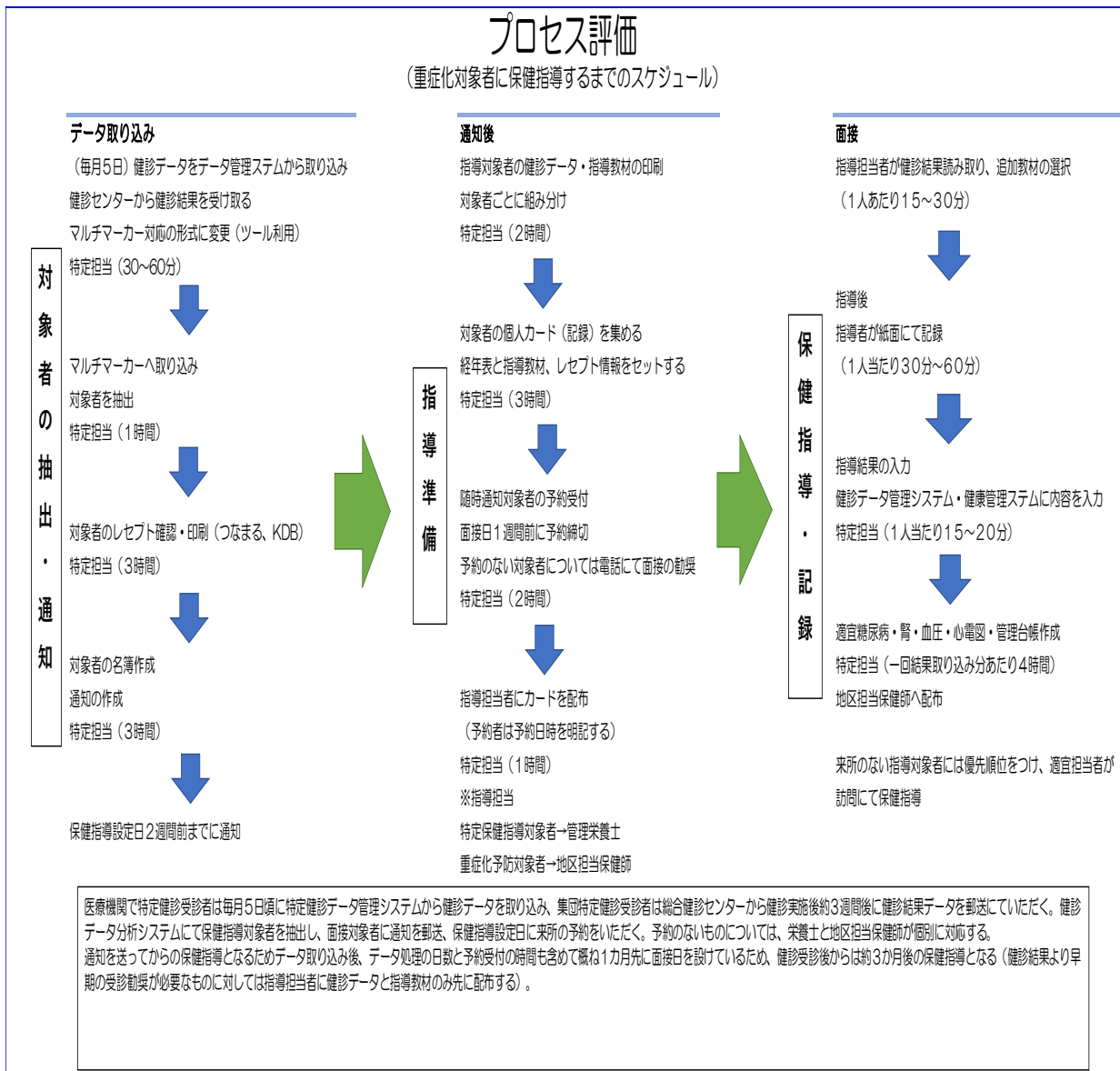
8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

9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 59 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

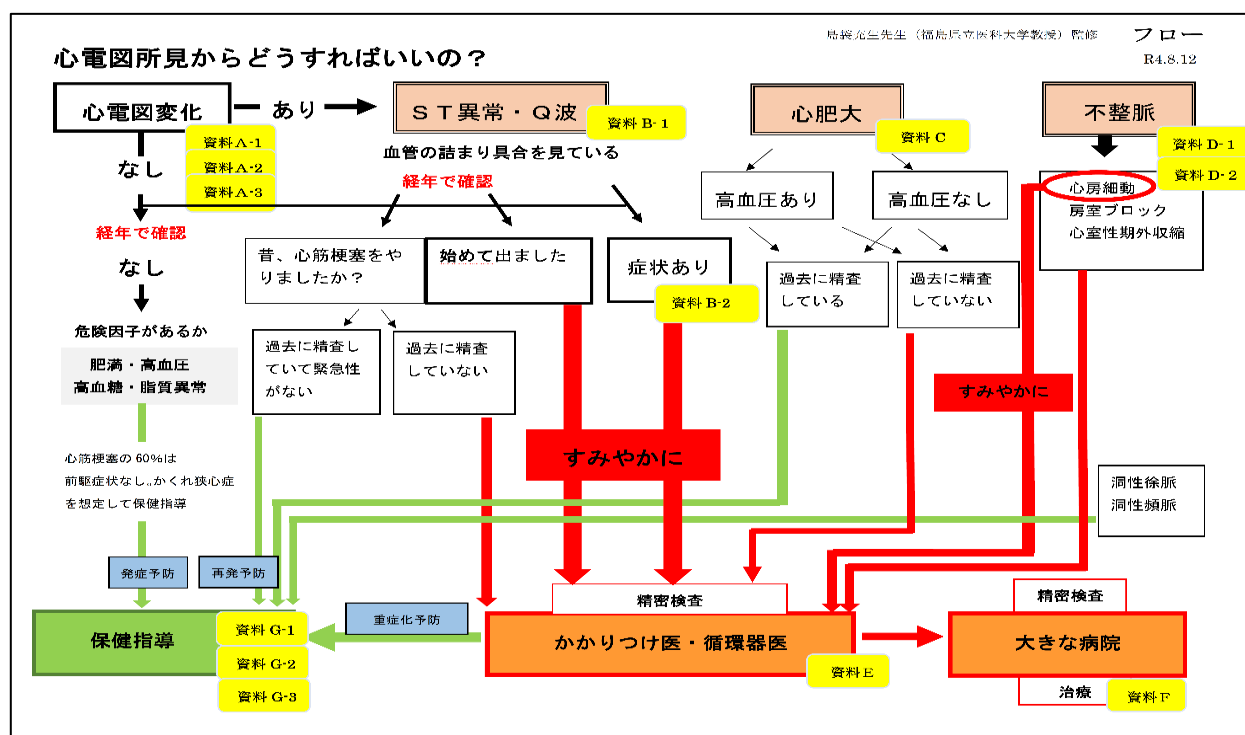
虚血性心疾患重症化予防の取組みにあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 60 に基づいて考えます。

図表 60 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査は、最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用います。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、所見のあった場合は、高血圧、高血糖、脂質異常症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、心電図検査を全数実施し、そのうちST異常所見者及び異常Q波所見者を重症化予防対象者として抽出しています。(図表 61) これらの所見は心筋の虚血性変化や心筋壊死を起

こした後に特徴的に見られる所見であり、優先的に介入していく必要があります。

図表 61 心電図受診者のうち、ST・異常Q波所見の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者(人)	450		550		2315		2373		2217	
ST異常所見者	51	11.3%	36	6.5%	127	5.5%	143	6.0%	147	6.6%
異常Q波所見者	1	0.2%	0	0.0%	13	0.6%	10	0.4%	10	0.5%

出典: 特定健診結果

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては、対象者に応じ医療機関と連携する必要があります。その際、保健指導教材を活用し対象者が、自身の身体の状態をイメージしやすいように心がけます。(図表 62)

また、対象者の中には、メタボリックシンドローム該当者や高血圧、高血糖、脂質異常症などのリスクを有する者もいます。「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」の中では、LDLコレステロールの上昇により、冠動脈疾患のリスクも上昇することが認められており、LDLコレステロールの管理が重要であると考えられます。

本市においては、生活習慣の改善とともに、薬物療法を考慮してもよいとされているLDLコレステロール 180mg/dl以上の者については、図表 62 の保健指導教材に合わせて「久山町スコアによる動脈硬化性疾患発症予測モデル」等を用いて、対象者が自分の血管の状態をイメージし、確実に受診につながるような効果的な保健指導を目指します。

図表 62 心電図所見からの保健指導教材 (例示)

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

(2) 二次検査の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入する必要があるため、対象者へは二次検査を検討する必要があります。

「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 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、本市においては、形態学的検査法である頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))を実施しています。

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の事業については、地域包括支援センター等関係機関と連携します。

6) 評価

短期的視点・中長期的視点で評価します。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・脳血管疾患等のデータを考慮し実施します。

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

9月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組みにあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 63、64)

図表 63 脳卒中の分類

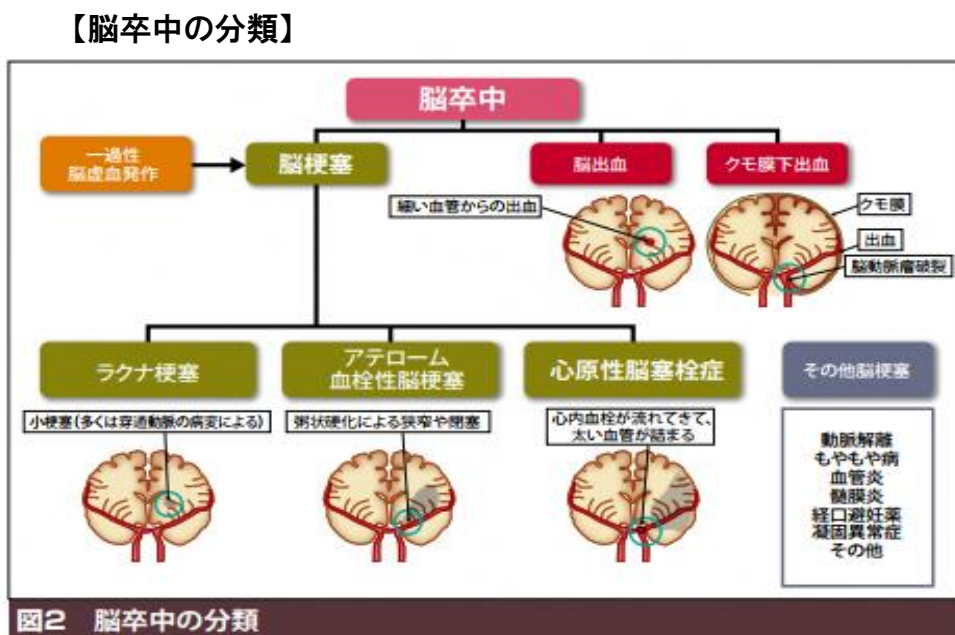


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 64 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

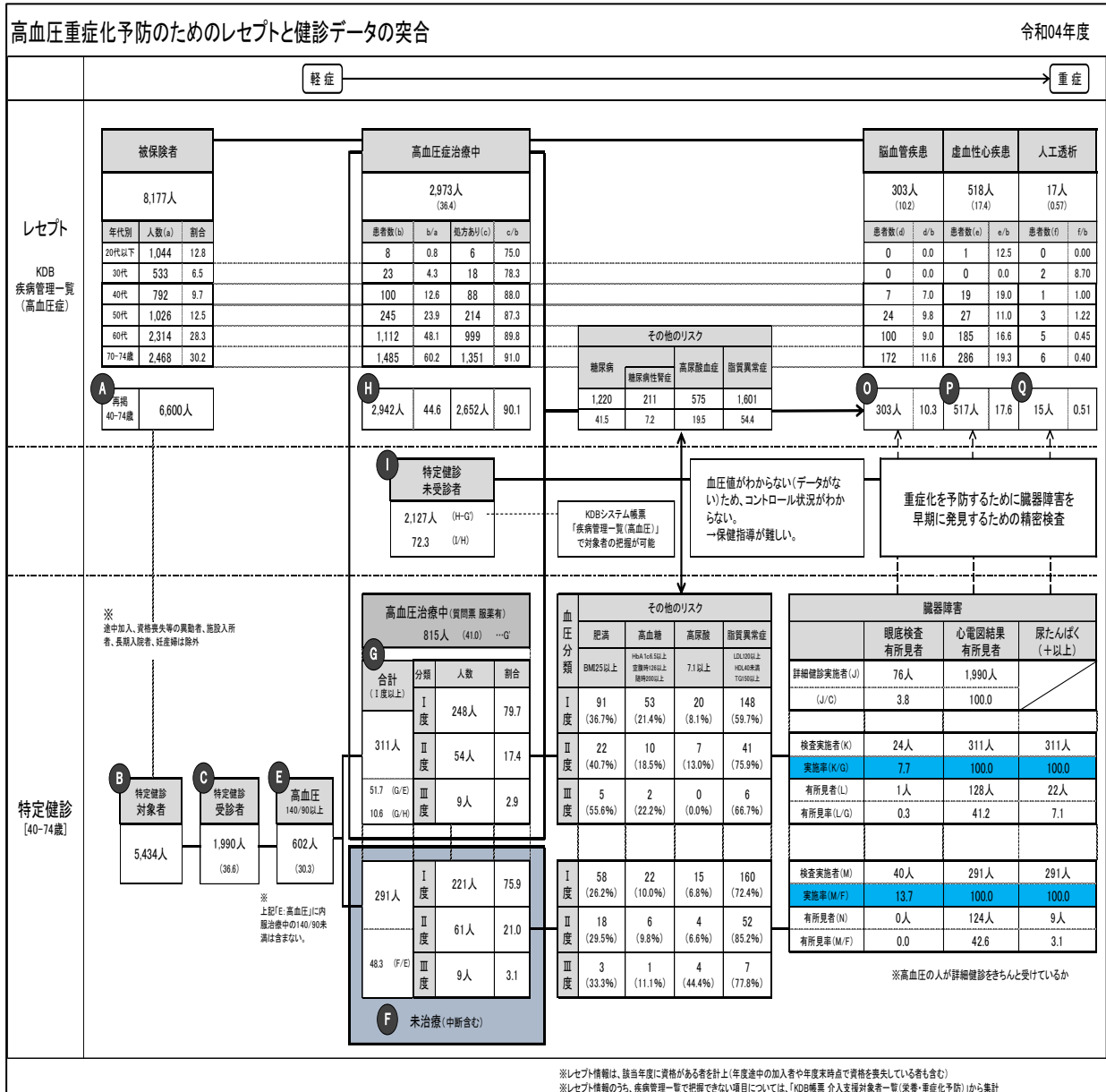
脳血管疾患において、高血圧は最も重要な危険因子です。図表 65 でみると、高血圧治療者 2,942 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 303 人(10.3%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 133 人(7%・G、F)であり、そのうち 70 人(53.0%・F)は未治療

者です。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 63 人(20.3%・G)いることが分かります。本市においては、Ⅱ度高血圧以上の未治療者を重症化予防の対象として設定しています。

図表 65 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典: KDB システム(レセプト情報)・特定健診(法定報告)

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳・心・腎疾患など臓器障害の程度と深く関係しています。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、対象者を明確にする必要があります。

図表 66 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため、高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

図表 66 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	612	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
			130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
			321 52.5%	221 36.1%	61 10.0%	9 1.5%
リスク第1層 予後影響因子がない	30 4.9%	C 26 8.1%	B 4 1.8%	B 0 0.0%	A 0 0.0%	
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	357 58.3%	C 179 55.8%	B 138 62.4%	A 35 57.4%	A 5 55.6%	
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	225 36.8%	B 116 36.1%	A 79 35.7%	A 26 42.6%	A 4 44.4%	

…高リスク (赤)

…中等リスク (黄)

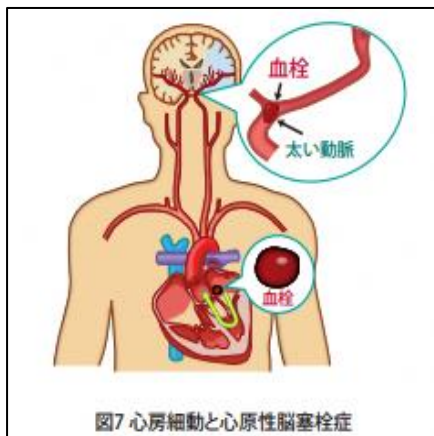
…低リスク (白)

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	149
		24.3%
B	概ね1カ月後に再評価	258
		42.2%
C	概ね3カ月後に再評価	205
		33.5%

※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 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

出典: 特定健診(法定報告)

(3) 心電図検査における心房細動の実態



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

しかし、心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 67 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況です。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 67 心房細動有所見者の治療状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者(人)	6		5		27		31		21	
心房細動未治療者	2	33.3%	0	0.0%	6	22.2%	8	25.8%	3	14.3%
心房細動治療中	4	66.7%	5	100.0%	21	77.8%	23	74.2%	18	85.7%

令和4年度心電図検査において、21人に心房細動の所見が認められました。

85.7%の者が治療中ですが、未治療の者が14.3%います。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、本市では、心房細動有所見者を重症化予防対象者としており、早期発見・早期介入していくことが重要です。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては、対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し、対象者がイメージしやすいように心がけます。高血圧や糖尿病で未治療の者には受診勧奨を行い、治療中の者であっても、コントロールが不良の者には生活習慣や食習慣の確認とともに、適切な受診や内服について、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。さらに、心電図検査において心房細動有所見者については、脳梗塞発症のハイリスク者であり、優先的に介入していく必要があります。

また、冠動脈疾患同様、脳血管疾患の一次予防においても、脳卒中治療ガイドラインの中でも脂質管理が重要であると指摘されているため、本市においては、LDLコレステロール 180mg/dl以上の者に対して、受診勧奨を含めた保健指導に努めます。

(2) 二次検査の実施

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、介入する必要があり、対象者へは二次検査を検討する必要があります。

「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 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、本市においては、形態学的検査法である頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))を実施しています。

また、日本高血圧学会においては、食塩の過剰摂取は高血圧の発症・重症化はもとより、脳卒中・心臓病・腎臓病などの原因になることが示されています。一日の食塩摂取量の可視化により、減塩意識が高まり、効果的な栄養指導を行うため、食事記録と合わせて、推定一日食塩摂取量検査を実施しています。

(3) 対象者の管理

①高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、台帳を作成し、Ⅱ度高血圧以上を対象に血圧、血糖、LDL、eGFR、蛋白尿、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、受診勧奨を行います。

②心房細動有所見者の管理

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は、医療機関への継続的な受診ができるように、台帳を作成し経過を把握していきます。

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の事業については、地域包括支援センター等関係機関と連携します。

6) 評価

短期的視点・中長期的視点で評価します。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・虚血性心疾患等のデータを考慮し実施します。

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

9月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図るためには、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、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

2) 事業の実施

本市は、令和 3 年度より徳島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。令和 6 年度以降も引き続き事業を行います。

具体的には、

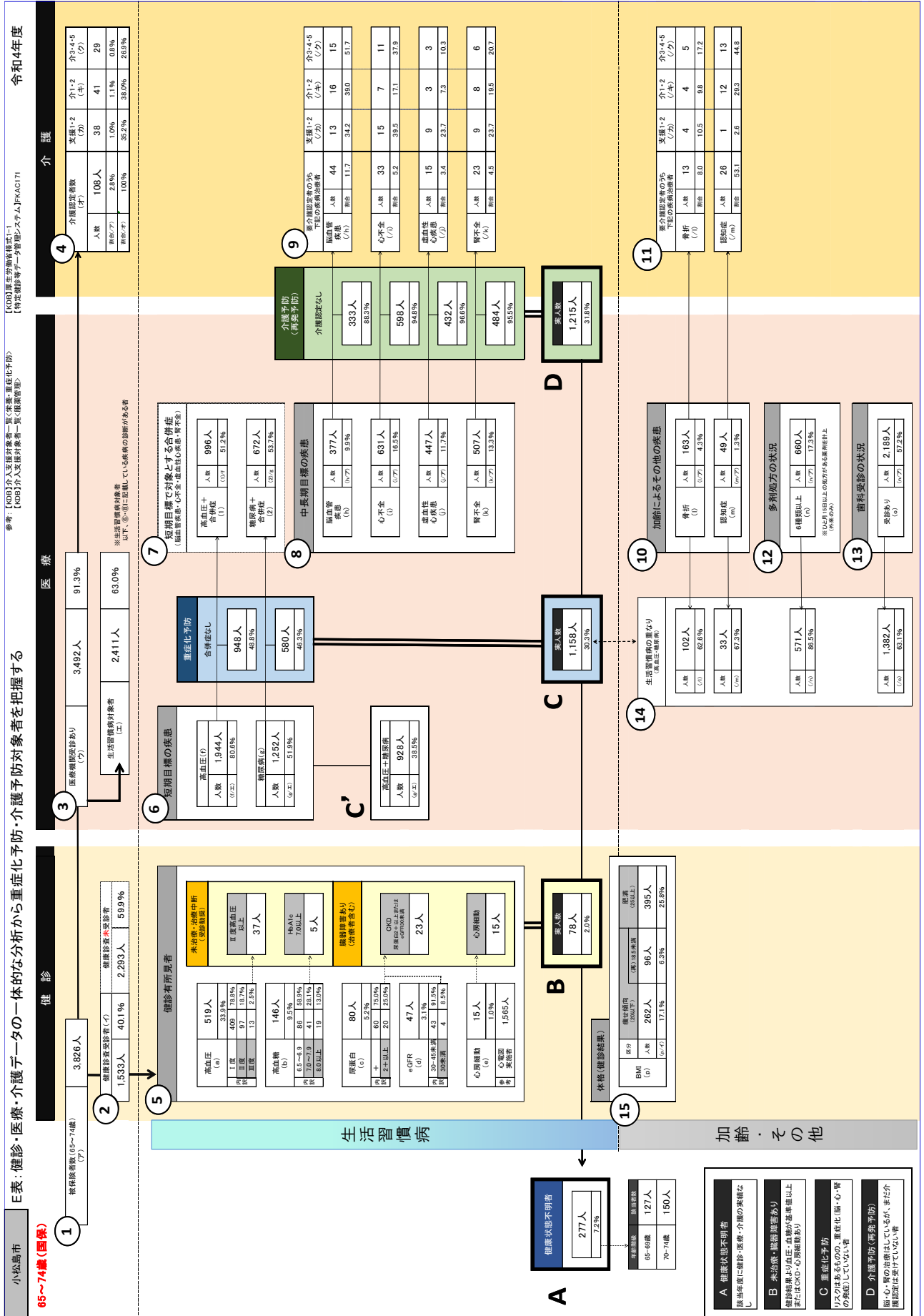
① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

KDBシステム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療、介護などの関係機関との連携調整を行います。

② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者や、腎機能低下者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)や、ポピュレーションアプローチを行います。

75 歳を過ぎても支援が途切れないよう、糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、後期高齢者健康診査受診結果をもとに、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施します。

図表 68 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 発症予防

生活習慣病は、自覚症状が現れないまま長年経過し、気づいた時には、合併症(脳・心臓・腎臓など)により取返しのつかないほど病状が深刻になっていることが多い疾病です。生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は、現代における健康上の大きな課題であります。

また、子どもの頃から生活習慣病を発症すると、罹病期間が長くなり、成人期以降に合併症が起こる頻度が高い傾向があります。生活習慣は幼少期から徐々に確立されることから、幼少期からの生活習慣病対策は重要です。

生活習慣病の種類として 2 型糖尿病、高血圧、脂質異常症等がありますが、それらの多くは肥満症/メタボリックシンドロームに伴うものです。このため、幼少期からの肥満予防・肥満改善は重要となります。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるだけでなく、成人期の生活習慣病や、それに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からも、関係者と情報共有し、対策を検討する必要があります。

本市においては、健康増進法に基づき、妊産婦、乳幼児期及び成人のデータを保有しており、全市民の健康データをライフサイクルの視点で整理し、生活習慣病発症予防の取組みを実施します。

図表 69 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

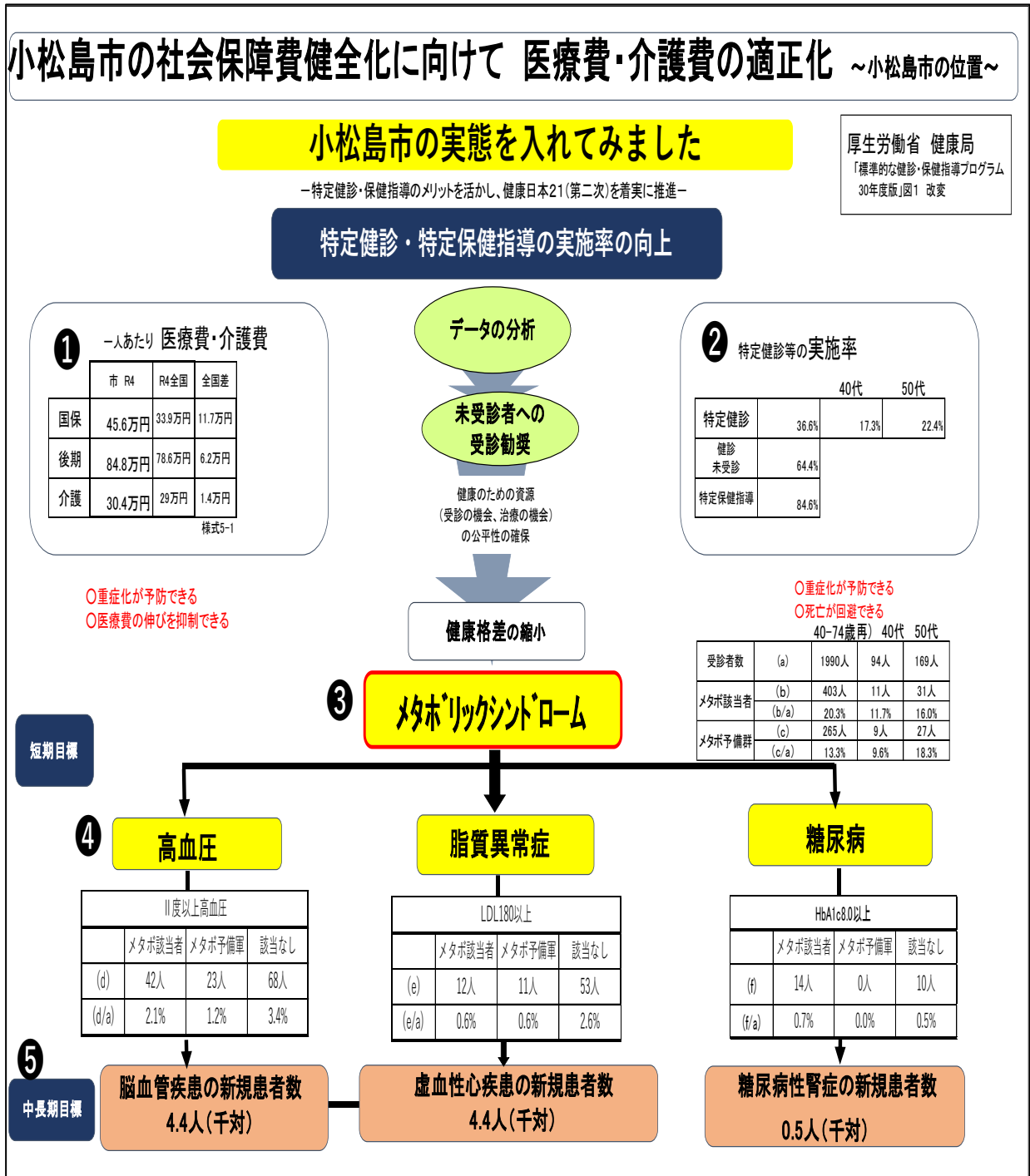
内臓臓器の蓄積	項目	対象年齢・時期等	母子保健法				学校保健安全法		労働安全衛生法		高齢者の医療に関する法律	
			母子健康手帳(第16条)妊婦健康診査(第13条)	妊婦健診	健康診査(第12条)	健康診査(第13条)	健康診断(第66条)	特定健診	健康診断(第20条)			
内臓臓器の蓄積	身長	幼児 3~5歳 小学生 6~8歳 9~11歳 中学生 12~14歳 高校生 15~17歳 成人 65歳以上	1歳6か月 1歳6か月 1歳6か月 3歳 3歳	1歳6か月 1歳6か月 1歳6か月 3歳 3歳	1歳6か月 1歳6か月 1歳6か月 3歳 3歳	1歳6か月 1歳6か月 1歳6か月 3歳 3歳	1歳6か月 1歳6か月 1歳6か月 3歳 3歳	1歳6か月 1歳6か月 1歳6か月 3歳 3歳	1歳6か月 1歳6か月 1歳6か月 3歳 3歳	1歳6か月 1歳6か月 1歳6か月 3歳 3歳	1歳6か月 1歳6か月 1歳6か月 3歳 3歳	1歳6か月 1歳6か月 1歳6か月 3歳 3歳
	体重											
	BMI・肥満度	肥満度15%未満 肥満度20%未満										
	腹囲	腹囲75cm未満 腹囲/身長比 0.5未満										
	中性脂肪	120mg/dl未満										
	LDLコレステロール	40mg/dl 以上 31 IU/l未満										
	肝臓機能	AST(GOT) 31 IU/l未満 ALT(GPT) 51 IU/l未満										
	血糖	120/70未満 130/80未満 135/80未満 男 140/85未満 女 135/85未満										
	尿酸	6.0mg/dl未満 男 7.0mg/dl未満 女 6.0mg/dl未満 100mg/dl未満										
	腎臓	空腹時血糖	140mg/dl未満 5.6%未満									
血管系	血圧(mmHg)	120/70未満 130/80未満 135/80未満 男 140/85未満 女 135/85未満										
	空腹時血糖	140mg/dl未満 5.6%未満										
	空腹時血糖	140mg/dl未満 5.6%未満										
	HbA1c(NGSP)	6.2%未満										
	尿酸	(-)										
	LDLコレステロール	120mg/dl未満 60mg/dl以上										
	eGFR	(-)										
	尿蛋白	(-)										
	尿潜血	(-)										
	赤血球数											
血小板数												
ヘモグロビン												

参考資料
 ※フレイル診...国民健康保険受診券対象
 ※は徳島県または小松島市独自で実施している項目
 ・小児期メタボリックシンドロームの診断基準(厚生労働省)
 ・高尿酸血症・痛風ガイドライン2019年3版
 ・メタボリックシンドロームの定義と診断基準
 ・糖尿病治療ガイドライン2022~2023
 ・動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017年版
 ・CKD診療ガイドライン2018
 ・肝臓病研究委員会(日本消化器学会)
 ・脳卒中ガイドライン2009
 ・高血圧治療ガイドライン2019

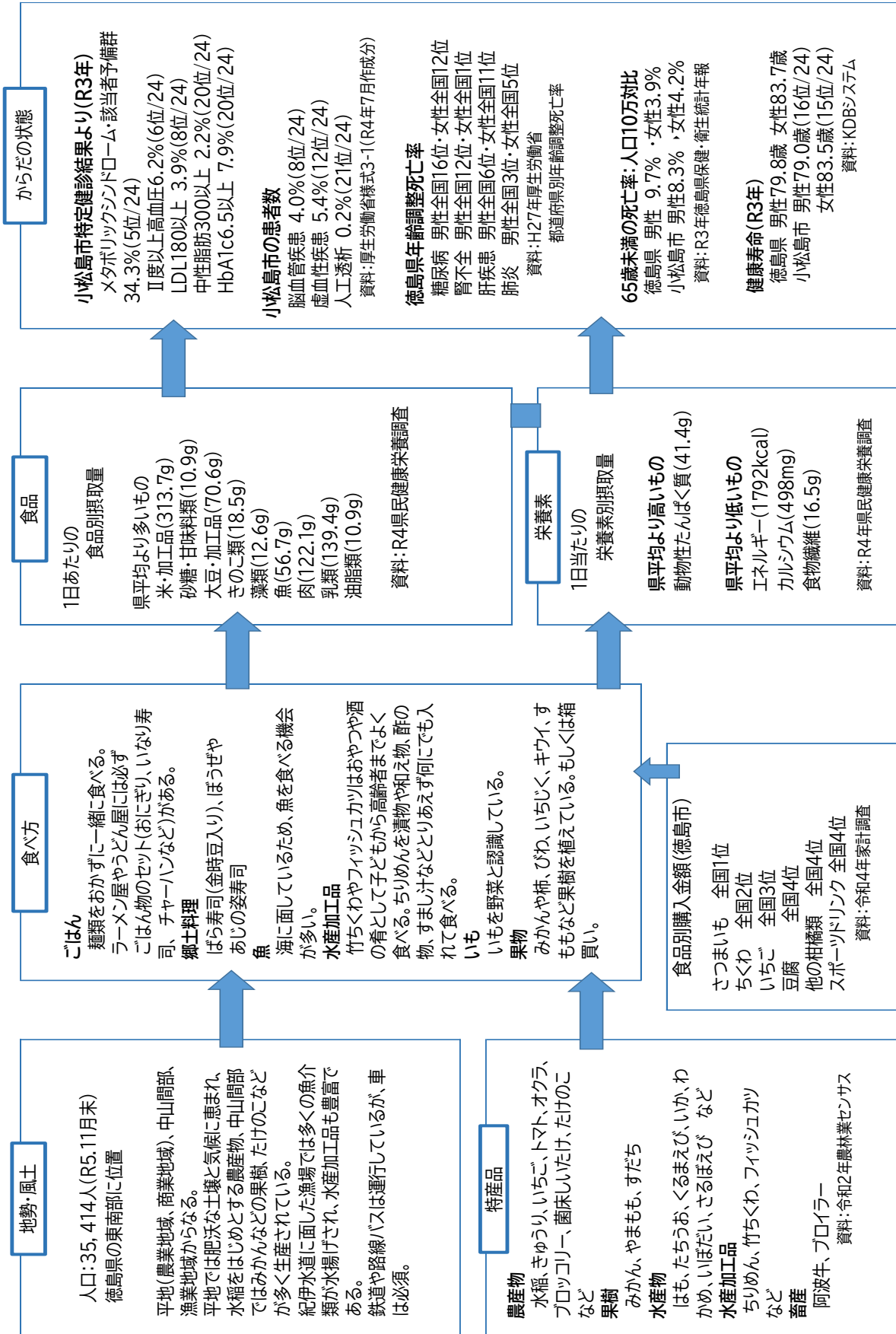
V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防のため、ポピュレーションアプローチに取り組みます。被保険者自身が健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに、主体的・積極的に健康増進に取り組むことが重要です。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、地域の実態と社会環境等について広く市民へ周知します。(図表 70、71)

図表 70 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 71 小松島市の食の特徴と健診結果



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。令和11年度には本計画の最終評価を行います。

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、国民健康保険保険者努力支援制度においても、次の4つの指標で評価されることになっています。

※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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・特定健診受診率、特定保健指導率・計画した保健事業を実施したか。・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか。 (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収集されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が、自身の地区担当の被保険者分について定期的に把握・確認します。

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方法としては、市ホームページ等を活用し市民へ広く周知するほか、医療機関等にも周知します。これらの公表・周知に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫をします。

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適切な措置を講じます。