

**第3期高島市国民健康保険保健事業実施計画
(データヘルス計画)**

**第4期高島市国民健康保険特定健康診査等
実施計画**

令和6(2024)年度～ 令和11(2029)年度

令和6年3月

高島市

目次

I 第3期データヘルス計画の基本的事項	1
1. 基本情報	
2. 計画策定の趣旨	
3. データヘルス計画の位置づけ	
4. 基本的事項	
5. 現状の整理	
II 第2期データヘルス計画の評価	5
III 健康医療情報等の分析	
1. 保険者の特性	6
2. 第2期データヘルス計画に係る評価	
1) 介護の状況	8
2) 医療費の状況	9
3) 特定健診結果と医療のかかり方	12
4) 特定健診の状況	12
5) がん検診の状況	15
3. 第2期データヘルス計画に係る考察	16
4. 第3期における健康課題の明確化	17
IV 計画全体	19
1. 健康課題	
2. データヘルス計画全体における目標	
V 個別の保健事業	
1. 虚血性心疾患重症化予防	22
2. 脳血管疾患重症化予防	25
3. 糖尿病性腎症重症化予防	28
4. 慢性腎臓病(CKD対策)	31
5. 未受診者対策事業	33
6. 生涯を通じた生活習慣病予防、ポピュレーションアプローチ	34
7. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	36
8. 医療費適正化	38
VI その他	39
1. データヘルス計画の評価・見直し	
2. データヘルス計画の公表・周知	
3. 個人情報の取扱い	
VII 第4期高島市国民健康保険特定健康診査等実施計画	40
1. 第4期特定健診等実施計画について	
2. 目標値の設定	
3. 特定健診の実施	
4. 特定保健指導の実施	
VIII 用語の解説	45

I 第3期データヘルス計画の基本的事項

1. 基本情報

	H22年		H27年		R2年	
人口(人)※	53,641		50,659		47,226	
高齢化率	27.0%		31.9%		35.6%	
	H29年	H30年	R1年	R2年	R3年	R4年
国保被保険者数(人)※	12,694	12,130	11,823	11,644	11,383	10,859
国保加入率	25.4	24.3	23.7	23.3	22.8	23.6
国保加入者平均年齢(歳)	54.2	54.9	55.4	56.1	56.6	56.6

○性・年齢別人口の状況(R4年度)

	男性		女性		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
0~39歳	7,702	16.7%	6,853	14.9%	14,555	31.6%
40~49歳	2,821	6.1%	2,756	6.0%	5,577	12.1%
50~59歳	2,922	6.3%	3,016	6.5%	5,938	12.9%
60~69歳	3,532	7.7%	3,534	7.7%	7,066	15.3%
70~79歳	3,455	7.5%	3,716	8.1%	7,171	15.6%
80~89歳	1,768	3.8%	2,596	5.6%	4,364	9.5%
90歳以上	378	0.8%	1,007	2.2%	1,385	3.0%

○性・年齢別被保険者の状況(R4年度)

出典:国保データベース

	男性		女性		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
0~39歳	1,058	9.7%	935	8.6%	1,993	18.4%
40~49歳	565	5.2%	464	4.3%	1,029	9.5%
50~59歳	637	5.9%	574	5.3%	1,211	11.2%
60~69歳	1,508	13.9%	1,654	15.2%	3,162	29.1%
70~74歳	1,639	15.1%	1,777	16.4%	3,416	31.5%
(再)65~74歳	2,665	24.5%	2,906	26.8%	5,571	51.3%

出典:国保データベース

2. 計画策定の趣旨

背景	<p>平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「すべ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。」とされた。</p> <p>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(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、健康・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)を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。</p> <p>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、また、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)」において、保険者のデータヘルス計画の標準化などの取組みの推進が掲げられ、令和3年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2021」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引き改訂等を検討するとともに、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。」と示された。</p> <p>このように、すべ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推進が進められている。</p>
目的	<p>高島市においては、国の方針に基づき、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、被保険者の年代ごとの身体的な状況に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。</p>

3. データヘルス計画の位置づけ

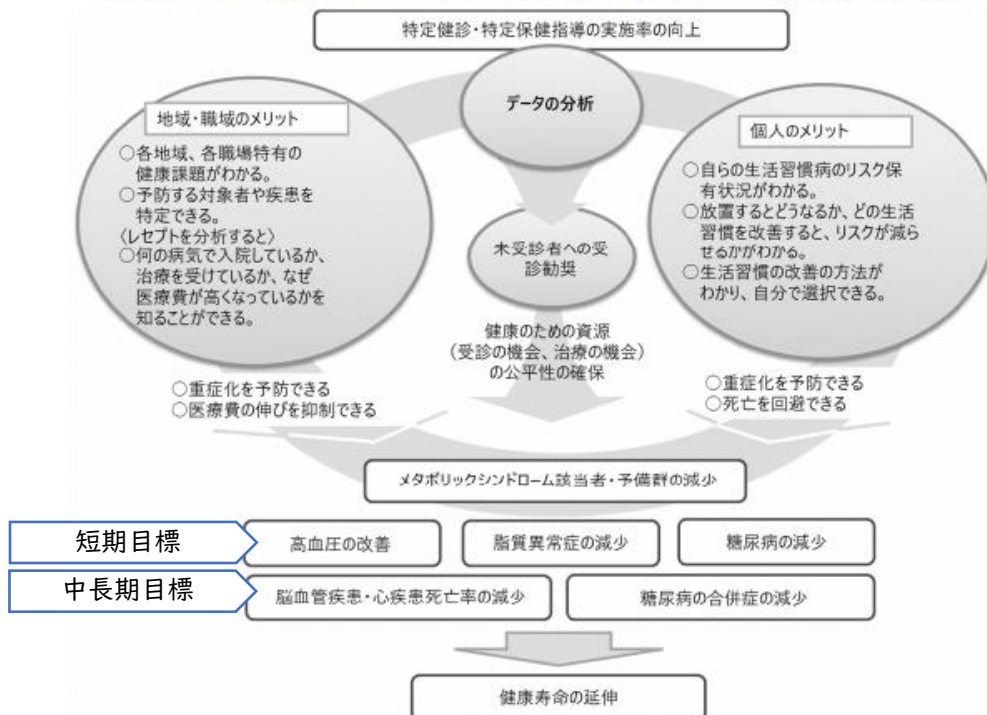
図1

	健康増進計画			介護保険事業(支援)計画	医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)
		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律第 19条	介護保険法 第116条、第117条、第118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
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2年3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 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	厚生労働省 保険局 令和5年改正予定 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
根拠・期間	法定 令和6~17年度(12年)	指針 令和6~11年度(6年)	法定 令和6~11年度(6年)	法定 令和6~8年度(3年)	法定 令和6~11年度(6年)	法定 令和6~11年度(6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	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・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 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LPDCA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。	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	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。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、若壮年期、 高齢期) ライフコースアプローチ(胎児期から老 齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期 に高齢期を迎える現在の青年期・壮 年期世代の生活習慣病の改善、小児 期からの健康な生活習慣づくりにも配 慮	40歳~74歳	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	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満		メタボリックシンドローム	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>5疾患</p> <p>糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中</p> </div>
	糖尿病 糖尿病合併症(糖尿病腎症) 循環器病高血圧 脂質異常症 生活習慣病	糖尿病 糖尿病腎症 高血圧 脂質異常症	糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症	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	糖尿病等 生活習慣病の重症化予防	
	虚血性心疾患・心不全 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 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)			認知症 フレイル 口腔機能、低栄養		
評価	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	○健康・医療情報を活用し、費用対効果 の観点も考慮しつつ行う 評価に用いることが可能な指標 ・生活習慣の状況 食生活、歩数、アルコール摂取量 喫煙の有無 ・健診結果の受診率、その結果 ・医療費等	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	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)	【入院医療費】 ・医療計画(地域医療構想)に基づく 病床機能の分化・連携の推進の成果 を反映 【外来医療費】 ①特定健診・保健指導の推進 ②糖尿病の重症化予防 ③後発医薬品の使用促進 ④医薬品の適正使用	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)
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		地域支援事業交付金 介護保険事業者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金	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	

特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

図2

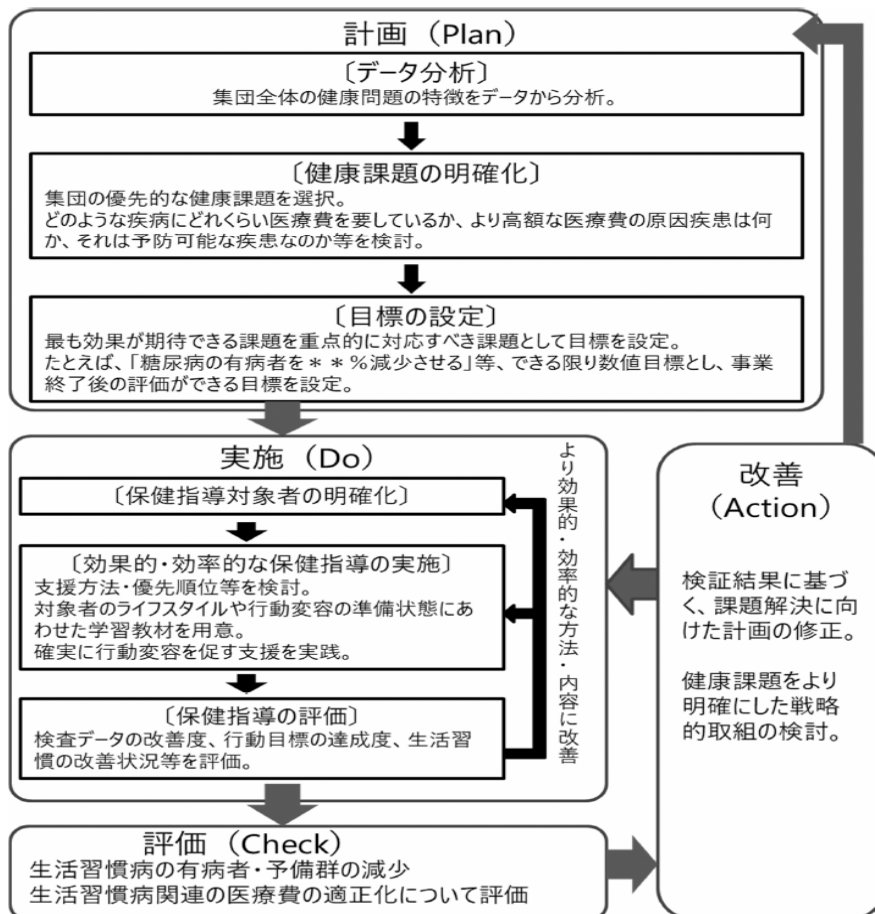
—特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進—



出典：標準的な健診・保健指導プログラム

保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル

図3



出典：標準的な健診・保健指導プログラム

4. 基本的事項

計画期間	令和6(2024)年度～令和11(2029)年度
実施体制	高島市においては、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、健康推進課が中心となって、保険年金課等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力をもとめ、保険者の健康課題を分析し、市が一体となって、計画の策定等を進める。計画に基づき、効果的・効率的な保健事業実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させる。
関係者連携	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・協力が重要となる。 共同保険者である滋賀県のほか、国保連合会や国保連に設置される支援・評価委員会、後期高齢者医療広域連合等と連携、協力する。
市町国保 (庁内の各部局)	健康推進課が、健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施及び評価を行う。保健事業の評価において、KDBシステム等を活用して、後期高齢者医療制度等の健康・医療情報と併せて分析する。
都道府県 (国保部局)	被保険者の健康の保持増進のために、保険者が、効果的・効率的に保健事業を実施することができるよう、関係機関との連絡調整や専門職の助言等の技術的な支援、情報提供等を通じて、保険者を支援する。
都道府県 (保健衛生部局)	滋賀県の健康づくり施策を担っていることを踏まえ、国保部局の求めに応じて、保健師等の専門職が技術的な支援を行う。
保健所	保健所は、滋賀県や国保連合会、市医師会をはじめとする地域の保健医療関係者等と連携、調整して、地域の社会資源の状況等を踏まえ、地域の实情に応じた保険者支援を行う。
国保連および支援・ 評価委員会	計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等の実績を踏まえ、これまでの支援経験や構成員の幅広い専門的知見を活用して、保険者への支援等を行う。
後期高齢者医療広 域連合	広域連合の構成市町の意見を十分に聞きながら、広域連合のデータヘルス計画の策定等を進める。
保健医療関係者	計画策定時だけでなく、保健事業の実施や評価、保健事業の業務に従事する者の人材育成等においても、保険者等の求めに応じ、保健医療に係る専門的知見から、保険者への支援等を行う。

5. 現状の整理

被保険者の特徴	高島市の人口は令和5年3月末現在で、46,056人、その内65歳以上は16,648人であり、高齢化率は36.1%となっており、滋賀県内で最も高い高齢化率である。 令和4年度の国保被保険者数は、10,859人、国保加入率は23.6%であり、加入者・率とも減少傾向にある。加入者の平均年齢は56.4歳であり、滋賀県・国と比べて高い。
社会資源の状況	高島市には3病院と、33の診療所、20の歯科医院、26の薬局、7か所の訪問看護ステーションがある。

Ⅱ 第2期データヘルス計画の評価

	目標	計画策定時	第2期データヘルス計画						評価
		H29 (2017)	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	現状 R4 (2022)	目標 R5 (2023)	
長期目標	新規透析患者数 (国保被保険者)	16人 (3人)	24人 (4人)	7人 (3人)	19人 (1人)	12人 (4人)	16人 (4人)	新規透析患者 数8%以下	B
	被保険者1人あたり月額医療費の維持	26,533	27,043	28,282	28,037	29,994	29,249	維持25,727円	C
	収縮期血圧有所見率(男性)	52.4%	54.8%	52.0%	53.0%	52.6%	55.4%	男性52.2%	B
	収縮期血圧有所見率(女性)	46.8%	47.5%	46.1%	50.9%	50.4%	52.4%	女性46.0%	C
	拡張期血圧有所見率(男性)	24.4%	28.1%	24.0%	22.9%	25.7%	26.0%	男性25.6%	B
	拡張期血圧有所見率(女性)	14.7%	15.7%	15.3%	16.9%	17.9%	17.8%	女性14.4%	C
	BMI有所見率(男性)	30.5%	31.5%	31.1%	33.7%	32.9%	32.5%	男性30%	C
	BMI有所見率(女性)	19.1%	19.8%	20.3%	21.2%	21.2%	20.1%	女性20.1%	S
	LDL有所見率(男性)	45.3%	43.6%	43.0%	42.1%	42.4%	42.0%	男性48.2%	S
	LDL有所見率(女性)	54.5%	52.0%	50.1%	50.4%	51.3%	51.3%	女性55.7%	S
	喫煙者率(男性)	22.3%	22.6%	22.7%	22.4%	21.8%	22.0%	男性20.4%	B
	喫煙者率(女性)	3.9%	3.9%	3.9%	4.0%	4.6%	4.2%	女性2.1%	C
	定期的な運動習慣ない人の率(男性)	76.3%	75.9%	76.2%	76.2%	74.1%	73.6%	男性72.1%	B
	定期的な運動習慣ない人の率(女性)	76.2%	77.7%	78.0%	76.0%	75.6%	77.1%	女性72.9%	B
短期目標	特定健診受診率	34.3%	39.1%	38.2%	34.6%	36.9%	39.2%	60%以上	B
	特定保健指導終了率	45.0%	49.1%	65.6%	67.7%	60.7%	55.7%	60%以上	A
	未受診者勧奨者率(電話勧奨)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	S

滋賀県・市町国保における共通目標の状況

	目標	計画策定時	第2期データヘルス計画						評価
		H29 (2017)	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	現状 R4 (2022)	目標 R5 (2023)	
特定健 診受診 率	特定健診受診率	34.3%	39.1%	38.2%	34.6%	36.9%	39.2%	60%以上	B
	継続受診割合	69.2%	74.3%	68.3%	64.4%	70.6%	70.3%	75%以上	B
	新規受診者割合	14.8%	17.3%	17.7%	16.5%	17.1%	16.7%	19%以上	B
	3年連続未受診者割合	44.7%	44.3%	41.2%	41.8%	43.5%	44.8%	40%以下	B
	40歳代の健診受診率	20.8%	22.5%	21.0%	18.7%	20.3%	24.7%	19%以上	S
	50歳代の健診受診率	24.0%	27.3%	25.2%	24.7%	30.2%	31.2%	28.5%以上	S
	特定健診未受診者かつ医療機 関受診なし者の割合	35.1%	36.7%	35.9%	35.9%	33.6%	33.3%	35%以下	S
	情報提供実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	S
	特定保健指導実施率	45.0%	49.1%	65.6%	67.7%	60.7%	55.7%	60%以上	A
受診勧 奨判定 値以上 の者の 医療機 関受診 率	受診判定値以上の者の 医療機関受診率	49.8%	45.8%	49.4%	54.1%	57.0%	54.5%	60%以上	B
	上記のうち、別に定めるハイス ク者の勧奨・再勧奨実施率	84.8%	48.8%	54.5%	76.3%	100%	59.3%	100%	S
	上記のうち、別に定める ハイスク者の医療機関受診率	49.8%	45.8%	46.8%	70.5%	57.0%	54.5%	80%以上	B

【評価】S:目標達成 A:改善 B:大きな変化なし C:悪化

Ⅲ 健康医療情報等の分析

1. 保険者の特性

1) 人口の状況および産業構造 (R2年国勢調査) 【図表1】

	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)	標準化死亡比		第1次産業	第2次産業	第3次産業
						男性	女性			
高島市	46,056	36.1%	10,859 (23.6%)	56.6	5.4	92.8	94.0	6.1%	29.2%	64.7%
同規模	32,663	36.1%	7,328 (22.7%)	56.1	5.5	104	102	9.9%	27.0%	63.1%
滋賀県	1,381,461	26.4%	264,266 (19.1%)	54.1	7.6	93.5	96.5	2.4%	33.0%	64.6%
国	123,214,261	28.7%	27,758,294 (22.5%)	51.9	6.8	100	100	3.2%	23.4%	73.4%

*同規模:KDBにおいて都市区分・人口等により分けられたもの

出典:FOCUS (KDB補充システム)

2) 平均寿命と平均自立期間 【図表2】

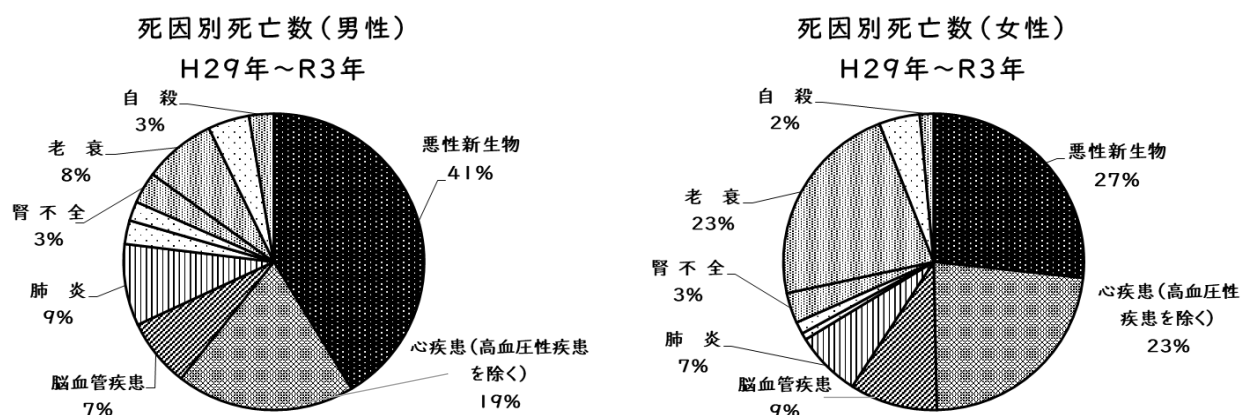
	平均寿命(歳)		平均自立期間(要介護2以上)(歳)	
	男	女	男	女
高島市	81.8	87.9	81.0	84.9
同規模	80.4	86.9	79.7	84.3
滋賀県	81.8	87.6	81.3	84.8
国	80.8	87.0	80.1	84.4

出典:FOCUS

高島市の人口は令和5年3月末現在で、46,056人、そのうち65歳以上は16,648人であり、高齢化率は36.1%となっており、滋賀県内で最も高い高齢化率となっている。また、市の女性の平均寿命と平均自立期間は滋賀県、全国よりも上回っている。

3) 死亡の状況

【図表3】



割合は【図表4】の*印合計で計算したもの

*慢性閉塞性肺疾患、肝疾患、不慮の事故は割合記載を省略

出典:データヘルス計画資料集

4) 死因別死亡数 (H29~R3年度) 及び標準化死亡比 (H22~R1年度)

【図表4】

男 性	高島市							滋賀県	
	H29年度 (人)	H30年度 (人)	R1年度 (人)	R2年度 (人)	R3年度 (人)	合計 (人)	EBSMR (H22~R1 年度)	EBSMR (H22~R1年 度)	
死亡総数	352	300	339	332	360	1683	91.3	92.7	
悪性新生物 *	137	87	90	111	104	* 529	93.7	94.6	
〃 (胃)	24	14	16	21	15	90	99.2	91.4	
〃 (肝及び肝内胆管)	4	11	2	7	5	29	79.4	80.5	
〃 (気管、気管支及び肺)	44	20	26	30	29	149	104.7	103.4	
〃 (大腸)	16	10	9	8	16	59	89.8	84.9	
心疾患(高血圧性疾患を除く)*	45	41	45	56	59	* 246	89.7	97.4	
急性心筋梗塞	11	6	8	13	15	53	107.1	128.3	
その他虚血性心疾患	8	13	6	13	17	57	71.8	69.2	
心不全	21	12	20	22	13	88	107.9	109.7	
脳血管疾患 *	18	12	28	20	17	* 95	81.4	83.2	
くも膜下出血	1	1	3	1	0	6	109.6	111.6	
脳内出血	7	5	11	10	6	39	79.5	81.7	
脳梗塞	8	6	13	9	11	47	80.0	79.8	
肺 炎	30	22	26	13	23	* 114	101.3	89.9	
慢性閉塞性肺疾患	8	6	7	2	10	* 33	129.4	124.1	
肝 疾 患	5	4	3	3	12	* 27	73.0	73.5	
腎 不 全	3	13	10	10	8	* 44	104.3	101.7	
老 衰	19	13	24	22	22	* 100	86.1	88.1	
不慮の事故	11	14	13	8	11	* 57	114.4	104.0	
自 殺	6	6	8	8	6	* 34	102.2	103.7	

女 性	高島市							滋賀県	
	H29年度 (人)	H30年度 (人)	R1年度 (人)	R2年度 (人)	R3年度 (人)	合計 (人)	EBSMR (H22~R1 年度)	EBSMR (H22~R1年 度)	
死亡総数	329	320	316	314	322	1601	96.9	97.3	
悪性新生物 *	54	67	62	76	64	* 323	96.8	96.0	
〃 (胃)	6	6	8	9	11	40	107.8	112.6	
〃 (肝及び肝内胆管)	1	3	1	4	0	9	81.2	90.5	
〃 (気管、気管支及び肺)	10	10	12	15	11	58	99.4	97.4	
〃 (大腸)	12	12	5	7	7	43	102.4	93.6	
心疾患(高血圧性疾患を除く)*	63	63	54	49	48	* 277	103.3	108.0	
急性心筋梗塞	12	8	5	10	11	46	125.2	130.6	
その他虚血性心疾患	10	9	7	7	5	38	83.1	84.7	
心不全	27	34	22	27	17	127	113.7	118.3	
脳血管疾患 *	20	27	28	13	26	* 114	87.8	90.5	
くも膜下出血	5	5	4	1	3	18	107.1	106.2	
脳内出血	6	4	11	3	7	31	89.0	89.4	
脳梗塞	7	16	13	9	15	60	78.1	85.9	
肺 炎	26	20	16	12	12	* 86	100.6	85.0	
慢性閉塞性肺疾患	1	3	4	0	1	* 9	88.4	88.6	
肝 疾 患	5	3	7	1	0	* 16	101.6	89.8	
腎 不 全	11	8	5	7	9	* 40	127.2	103.9	
老 衰	52	40	52	57	71	* 272	90.9	88.3	
不慮の事故	18	8	13	7	7	* 53	111.8	109.4	
自 殺	2	5	2	5	4	* 18	111.2	100.2	

標準化死亡比 (SMR) : 年齢構成の違いの影響を除いて、死亡率を全国と比較したもの。基準値(全国を100とする)よりも低い方が望ましく、高い場合は全国に比べ死亡率が高いことを示す。

出典: データヘルス計画資料集

死因別死亡数の割合では、男女とも、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の順で高く、死因の6割程を占める。市町村別標準化死亡比 (EBSMR) 男性では、胃がん、大腸がん、肺炎等が滋賀県よりも高く、女性では、大腸がん、肺炎、腎不全等が滋賀県よりも高くなっている。

2. 第2期データヘルス計画に係る評価

1) 介護の状況

○介護給付費の変化

【図表5】

	高島市		滋賀県	
	H29年度	R4年度	H29年度	R4年度
介護給付費(円)	50億9720万	58億3308万	—	—
1件あたり給付費(円)	58,705	62,693	58,681	57,254
居宅サービス(円)	48,220	48,029	49,972	47,790
施設サービス(円)	271,079	300,336	289,000	296,779

出典:FOCUS

全体の介護給付費および1件あたり給付費ともに増加している。特に施設サービスの費用が増加し、上昇率が滋賀県よりも大きい。

○介護認定者(率)の状況

【図表6】

	高島市				同規模	滋賀県
	H29年度		R4年度		R4年度	R4年度
高齢者数・高齢化率	16,018人	32.1%	16,648人	36.1%	36.2%	26.4%
2号認定者	60人	0.3%	55人	0.4%	0.4%	0.3%
1号認定者	3,205人	19.7%	3,435人	20.7%	19.1%	18.7%
65~74歳	294人	3.8%	312人	4.0%	—	3.7%
75歳以上	2,911人	35.0%	3,123人	35.2%	—	33.7%

出典:FOCUS

高齢化率の上昇に伴い、認定率は増加し、1号、2号認定者とも増えている。市の介護認定率は同規模、滋賀県と比べても高くなっている。

○介護認定者の有病状況

【図表7】

	H29年度	R4年度
糖尿病	27.7%	28.3%
高血圧症	57.5%	56.0%
脂質異常症	33.0%	35.1%
心疾患	70.4%	68.7%
脳血管疾患	23.8%	22.9%
がん	11.3%	11.1%
筋・骨格	60.2%	60.5%
精神	39.6%	38.9%
(再)認知症	25.6%	26.7%
アルツハイマー病	20.7%	21.6%

出典:FOCUS

介護認定者の有病状況の割合を見ると、糖尿病、脂質異常症の割合は上昇している。高血圧症、心臓病を有している者の割合は、それぞれ認定者の半数以上となっている。

2) 医療費の状況

○医療費の変化

【図表8】

		国民健康保険			後期高齢者医療		
		高島市		滋賀県	高島市		滋賀県
		H29年度	R4年度	R4年度	H29年度	R4年度	R4年度
被保険者数(人)		13,071	11,131	268,099	8,731	8,993	194,775
前期高齢者(65~74歳)割合		46.1%	51.5%	46.8%	0.3%	0.1%	0.9%
費用額(円)		41億8075万	39億6287万	933億2441万	67億4616万	70億7338万	1637億4850万
1人あたり医療費(円)		319,849	356,021	348,097	772,668	786,543	840,706
県内順位		9	7	—	18	18	—
外来	費用額(円)	127,233	143,275	137,810	220,628	223,336	245,888
	費用の割合	39.8%	40.2%	39.6%	28.6%	28.4%	29.2%
入院	費用額(円)	126,147	141,018	137,523	414,556	434,087	446,138
	費用の割合	39.4%	39.6%	39.5%	53.7%	55.2%	53.1%
調剤	費用額(円)	66,469	71,729	72,764	137,485	129,120	148,680
	費用の割合	20.8%	20.1%	20.9%	17.8%	16.4%	17.7%

出典:FOCUS

国民健康保険の1人あたり医療費は増加しており、滋賀県で7番目に高い金額となっている。後期高齢者医療の1人あたり医療費は微増しているが、滋賀県内で2番目に低い金額となっている。

国保については、外来・入院費用額ともに増加しているが、割合は県と変わらない。後期高齢者医療については、入院に係る費用が高くなり、国民健康保険の3倍となっている。

○中長期目標疾患の医療費の変化

【図表9】

		高島市		滋賀県		
		H29年度	R4年度	H29年度	R4年度	
総医療費(円)		41億8075万	39億6287万	960億8871万	933億2441万	
生活習慣病医療費(円)		14億770万	13億3521万	324億7163万	302億6841万	
総医療費に占める割合		33.7%	33.7%	33.8%	32.4%	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		4億452万	3億5275万	98億5047万	83億2791万	
		9.7%	8.9%	10.2%	8.9%	
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞 脳出血	1.6%	2.1%	2.0%	1.8%
	心	狭心症 心筋梗塞	2.0%	1.6%	2.9%	2.0%
	腎	慢性腎不全 (透析有)	6.9%	6.4%	5.9%	6.6%
		慢性腎不全 (透析無)	0.2%	0.2%	0.4%	0.3%
その 他の 疾患	悪性新生物		15.6%	18.5%	15.7%	17.5%
	筋・骨疾患		9.1%	9.5%	8.5%	8.4%
	精神疾患		7.6%	6.2%	7.0%	5.7%

出典:FOCUS

総医療費における生活習慣病医療費は滋賀県も高島市も減少しているが、県よりも高い割合となっている。脳血管疾患の割合は増加し、県よりも高くなっている。腎不全や心疾患の割合は減少し、県よりも低い。悪性新生物や筋・骨疾患の割合は増加し、県よりも高くなっている。

＊(健康日本21)中長期目標疾患:脳血管疾患・心疾患・糖尿病合併症
短期目標疾患:高血圧・脂質異常症・糖尿病

○中長期目標疾患の治療状況

【図表10】

		被保険者数		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H29年度	R4年度	H29年度	R4年度	H29年度	R4年度	H29年度	R4年度	
全体	人数(人)	13,447	10,811	436	317	638	510	52	55	
	割合	100%	100%	3.2%	2.9%	4.7%	4.7%	0.3%	0.5%	
再掲	40歳未満	人数(人)	3,023	1,993	2	5	4	1	0	3
		割合	22.5%	18.4%	0.1%	0.3%	0.1%	0.1%	0.0%	0.2%
	40~64歳	人数(人)	4,431	3,247	75	57	111	83	12	18
		割合	33.0%	30.0%	1.7%	1.8%	2.5%	2.6%	0.3%	0.6%
	65~74歳	人数(人)	5,993	5,571	359	255	523	424	40	34
		割合	44.6%	51.5%	6.0%	4.6%	8.7%	7.6%	0.7%	0.6%

出典: FOCUS

脳血管疾患の治療者数割合は、65~74歳で減少しているが、40歳未満が増えている。虚血性心疾患の割合は横ばいとなっている。人工透析は治療者数が増え、被保険者における割合も増加している。特に40歳未満、40~64歳の若い世代の数が増加している。

○高血圧症治療者の経年変化

【図表11】

高血圧 様式3-3		合計		40歳未満		40~64歳		65~74歳		
		H29年度	R4年度	H29年度	R4年度	H29年度	R4年度	H29年度	R4年度	
被保険者数	人数(人)	13,447	10,811	3,023	1,993	4,431	3,247	5,993	5,571	
高血圧症治療者	人数(人)	3,284	2,943	21	13	739	573	2,524	2,357	
	割合	24.4%	27.2%	0.7%	0.7%	16.7%	17.6%	42.1%	42.3%	
中長期 目標 疾患	脳血管疾患	人数(人)	362	233	1	1	60	35	301	197
		割合	11.0%	7.9%	4.8%	7.7%	8.1%	6.1%	11.9%	8.4%
	虚血性心疾患	人数(人)	513	417	2	0	79	71	432	346
		割合	15.6%	14.2%	9.5%	0.0%	10.7%	12.4%	17.1%	14.7%
	人工透析	人数(人)	51	49	0	2	12	16	39	31
		割合	1.6%	1.7%	0.0%	15.4%	1.6%	2.8%	1.5%	1.3%

出典: FOCUS

高血圧症治療者の割合は、24.4%から27.2%に増加しているが、高血圧症治療者のうち、脳血管疾患・虚血性心疾患合併症の割合は減少している。ただし、40~64歳の虚血性心疾患の割合が増加している。

○糖尿病治療者の経年変化

【図表12】

糖尿病 様式3-2		合計		40歳未満		40~64歳		65~74歳		
		H29年度	R4年度	H29年度	R4年度	H29年度	R4年度	H29年度	R4年度	
被保険者数	人数(人)	13,447	10,811	3,023	1,993	4,431	3,247	5,993	5,571	
糖尿病治療者	人数(人)	1,750	1,631	19	18	426	330	1,305	1,283	
	割合	13.0%	15.1%	0.6%	0.9%	9.6%	10.2%	21.8%	23.0%	
中長期 目標 疾患	脳血管疾患	人数(人)	202	163	2	2	31	20	169	141
		割合	11.5%	10.0%	10.5%	11.1%	7.3%	6.1%	13.0%	11.0%
	虚血性心疾患	人数(人)	324	290	1	1	53	42	270	247
		割合	18.5%	17.8%	5.3%	5.6%	12.4%	12.7%	20.7%	19.3%
	人工透析	人数(人)	29	28	0	1	4	12	25	15
		割合	1.7%	1.7%	0.0%	5.6%	0.9%	3.6%	1.9%	1.2%

出典:FOCUS

糖尿病治療者の割合は13.0%から15.1%に増加し、どの年代も増えている。糖尿病治療者のうち、40~64歳の虚血性心疾患の割合が増加している。高血圧、糖尿病、脂質異常症の3疾患で見ると、糖尿病治療者で虚血性心疾患を併せ持つ者の割合が一番高くなっている。

○脂質異常症治療者の経年変化

【図表13】

脂質異常症 様式3-4		合計		40歳未満		40~64歳		65~74歳		
		H29年度	R4年度	H29年度	R4年度	H29年度	R4年度	H29年度	R4年度	
被保険者数	人数(人)	13,447	10,811	3,023	1,993	4,431	3,247	5,993	5,571	
脂質異常症治療者	人数(人)	2,693	2,548	40	24	685	527	1,968	1,997	
	割合	20.0%	23.6%	1.3%	1.2%	15.5%	16.2%	32.8%	35.8%	
中長期 目標 疾患	脳血管疾患	人数(人)	267	214	1	0	41	31	225	182
		割合	9.9%	8.4%	2.5%	0.0%	6.0%	5.9%	11.4%	9.1%
	虚血性心疾患	人数(人)	468	393	3	2	85	60	380	331
		割合	17.4%	15.4%	7.5%	8.3%	12.4%	11.4%	19.3%	16.6%
	人工透析	人数(人)	27	27	0	0	6	9	21	18
		割合	1.0%	1.1%	0.0%	0.0%	0.9%	1.7%	1.1%	0.9%

出典:FOCUS

脂質異常症治療者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患の合併症の割合は減少している。人工透析の割合は微増しており、なかでも40~64歳の占める割合は増加している。

3) 特定健診結果と医療のかかり方

【図表14】

	健診受診率				高血圧											
	H30年度		R3年度		結果の改善 II度高血圧以上の推移					医療のかかり方(R3年度)						
	受診者(人)		受診率		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報			
	A	受診率	B	受診率	人数(人)(C)	割合(C/A)	人数(人)(D)	割合(D/C)	人数(人)(E)	割合(E/B)	人数(人)(F)	割合(F/E)	人数(人)(G)	割合(G/E)	人数(人)(H)	割合(H/E)
高島市	3,594	40.1	3,214	34.4	214	6.0	138	64.5	234	7.3	143	61.1	80	34.2	9	3.8
滋賀県(8市町)	51,372	39.9	46,873	37.4	3,119	6.1	1,925	61.7	3,328	7.1	2,032	61.1	1,217	36.6	181	5.4

	糖尿病											
	結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移					医療のかかり方(R3年度)						
	H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報			
	人数(人)(J)	割合(J/実施者)	人数(人)(K)	割合(K/J)	人数(人)(L)	割合(L/実施者)	人数(人)(M)	割合(M/L)	人数(人)(N)	割合(N/L)	人数(人)(O)	割合(O/L)
	147	4.2	46	31.3	142	4.7	34	23.9	9	6.3	2	1.4
	2,065	4	567	27.5	1,996	4.3	545	27.3	122	6.1	39	2

出典：ヘルスサポートラボツール

健診受診者のII度高血圧以上(収縮期血圧160/または拡張期血圧100mmHg以上)の割合と、HbA1c7.0%以上の割合と、それぞれの疾患に対する医療受診の割合について、経年比較および、滋賀県(8市町)と比較した。

健診受診した者のうち、II度高血圧以上の割合が6.0%から7.3%に増加している。その中でも、問診で服薬無し者の割合は少なくなり、その後治療に繋がった割合は増加している。II度高血圧以上の者の未治療者の割合は滋賀県と比べると、高島市は少ないが、34.2%は医療機関受診をしていないという結果になっている。

HbA1c7.0%以上の者のうち、医療機関に受診していない者の割合は6.3%と高血圧と比べると低いが、HbA1c7.0%以上は合併症発症のおそれがあり、未受診による病状悪化の恐れがあることから、受診の必要性は高く、保健指導・受診勧奨が重要である。

4) 特定健診の状況

○メタボリックシンドロームの経年変化

【図表15】

		健診受診者		該当者		2項目		3項目全て		予備群		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
男性	H29年度	合計	1,371	30.4%	409	29.8%	303	22.1%	106	7.7%	223	16.3%
		40-64	393	21.7%	97	24.7%	72	18.3%	25	6.4%	72	18.3%
		65-74	978	36.3%	312	31.9%	231	23.6%	81	8.3%	151	15.4%
	R4年度	合計	1,461	36.5%	485	33.2%	325	22.2%	160	11.0%	243	16.6%
		40-64	440	29.5%	124	28.2%	89	20.2%	35	8.0%	72	16.4%
		65-74	1,021	40.7%	361	35.4%	236	23.1%	125	12.2%	171	16.7%
女性	H29年度	合計	1,788	37.9%	160	8.9%	122	6.8%	38	2.1%	82	4.6%
		40-64	529	29.5%	26	4.9%	36	6.8%	3	0.6%	24	4.5%
		65-74	1,259	43.0%	134	10.6%	86	6.8%	35	2.8%	58	4.6%
	R4年度	合計	1,702	41.8%	185	10.9%	121	7.1%	64	3.8%	76	4.5%
		40-64	451	33.7%	35	7.8%	23	5.1%	12	2.7%	20	4.4%
		65-74	1,251	45.7%	150	12.0%	98	7.8%	52	4.2%	56	4.5%

出典：国保データベース

メタボリックシンドローム該当者は男女ともに増加し、糖+脂質+血圧の異常が3項目とも該当する割合が増加している。年齢別に見てみると、男女ともに、40~64歳、65~74歳両方で割合は増加し、今後若い世代のメタボリックシンドロームはさらに増えていくことが予測される。

○特定健診受診者の有所見の変化

【図表16】

	男性						女性					
	H29年度			R3年度			H29年度			R3年度		
	人数(人)	割合	県内順位(位)	人数(人)	割合	県内順位(位)	人数(人)	割合	県内順位(位)	人数(人)	割合	県内順位(位)
腹囲	702	51.4%	11	843	56.9%	9	273	15.3%	16	305	18.1%	13
BMI	417	30.5%	4	487	32.9%	9	342	19.1%	11	356	21.1%	12
収縮期血圧	716	52.4%	6	779	52.6%	9	837	46.8%	5	864	51.2%	9
拡張期血圧	333	24.4%	9	381	25.7%	10	262	14.7%	7	302	17.9%	5
空腹時血糖	462	40.5%	15	388	41.5%	9	339	22.4%	16	260	24.2%	11
HbA1c	733	54.8%	19	786	55.9%	17	954	54.6%	17	888	55.4%	16
中性脂肪	391	28.6%	11	445	30.0%	9	322	18.0%	12	318	18.9%	9
HDL	100	7.3%	9	126	8.5%	6	23	1.3%	11	30	1.8%	5
LDL	619	45.3%	9	629	42.4%	10	974	54.5%	10	865	51.3%	13
ALT(GPT)	295	21.6%	4	343	23.1%	5	162	9.1%	6	193	11.4%	2
尿たんぱく	85	6.2%	15	101	6.8%	10	59	3.3%	7	45	2.7%	14
eGFR	245	18.3%	16	313	21.3%	13	233	13.3%	17	282	16.8%	11
尿酸	221	16.3%	7	232	15.9%	7	26	1.5%	16	37	2.2%	4

出典：データヘルス計画資料集

男性は、LDLコレステロールと尿酸値以外、女性はLDLコレステロールと尿酸値、尿たんぱくの有所見以外は、全ての項目について有所見の割合が上昇している。男女ともに、下記の表より、脂質異常症の服薬割合が高くなってきていることから、服薬によりLDLコレステロールの有所見割合が減少していることが考えられる。健診有所見割合からは、男女ともに肥満に関する有所見割合がすべての項目で上昇し、今後も肥満からの動脈硬化予防対策は必須となってくる。

○特定健診受診者の質問票結果（年齢調整割合、標準化比）

【図表17】

		男性				女性			
		H29年度		R3年度		H29年度		R3年度	
		割合	標準化比	割合	標準化比	割合	標準化比	割合	標準化比
服薬	高血圧	37.3%	96.2	42.7%	100.3	31.6%	102.6	31.3%	96.0
	糖尿病	10.7%	105.1	11.8%	101.0	6.0%	115.8	7.3%	*123.7
	脂質異常症	20.0%	91.0	25.5%	97.1	33.7%	*109.1	34.7%	103.0
食習慣	週3回以上朝食を抜く	8.5%	103.9	10.2%	105.8	4.5%	99.2	5.3%	95.2
	週3回以上就寝前に夕食	16.4%	89.1	17.4%	90.7	9.4%	104.7	10.4%	106.5
	食べる速度が速い	28.3%	95.8	31.6%	98.2	21.0%	89.2	22.0%	90.8
運動	運動習慣なし	64.2%	*111.8	61.5%	107.4	69.0%	*112.0	67.6%	*108.8
	1日1時間以上の運動なし	50.3%	96.6	53.3%	100.7	51.3%	96.7	52.2%	97.6
体重変化	20歳の時より10kg以上の体重増加	37.5%	*89.7	42.2%	93.5	20.9%	*85.3	22.4%	*87.4
睡眠	睡眠が不十分	22.7%	98.6	22.2%	98.9	26.5%	96.8	24.5%	96.5
喫煙	喫煙	22.2%	97.1	21.7%	101.6	4.0%	95.6	4.9%	114.6
飲酒頻度	毎日	45.9%	99.1	43.7%	99.9	9.2%	97.4	8.9%	89.6
	ときどき	22.3%	109.1	20.7%	99.3	19.6%	101.3	21.0%	105.0

出典：データヘルス計画資料集

割合は、全国受診者数を基準割合とした、年齢調整割合。標準化比は県を基準とした間接法で算出。標準化比の*は基準に比べて有意な差があることを示す。

質問票の結果では、男性は高血圧、糖尿病、脂質異常症の服薬割合が増えてきている。女性では、糖尿病、脂質異常症の服薬割合が増え、特に女性の糖尿病の服薬割合の標準化比では県と比べて有意な差が見られている。朝食を抜く割合は男性が女性の2倍あることや、女性の就寝前の夕食の標準化比が高いことが分かる。また、男女ともに運動習慣がない割合が高く、県と比較しても高くなっている。体重の変化も男女ともに割合が増え、女性は有意な差が見られている。こういった習慣から、上記のような有所見の増加が見られ、メタボリックシンドロームの増加が考えられるため、若い頃からの生活習慣の改善へ向け、将来の肥満対策、動脈硬化予防ができるよう、集団全体に働きかける健康増進の取り組み(ポピュレーションアプローチ)も重要になってくる。

○HbA1c6.5%以上者の翌年度の変化(追跡結果)

【図表18】

	HbA1c6.5%以上(人)					
			改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H29年度	261	→H30	68	82	24	87
	8.1%		26.1%	31.4%	9.2%	33.3%
R3年度	282	→R4	53	81	28	120
	8.7%		18.8%	28.7%	9.9%	42.6%

出典:ヘルスサポートラボツール

H29年度とR3年度に特定健診を受診した者のうち、HbA1cが6.5%以上の該当者に対し、翌年度の健診結果の改善度について追跡を行った。

H29年度の受診者の改善率は26.1%と約3割を占めたが、R3年度の受診者の改善率は18.8%と低く、翌年の健診未受診者の割合も高い状況であった。

特定健診を継続して受診することで、血糖値の変化を確認し医療機関との連携や保健指導の評価につながるため、特定健診の継続受診者を増やすことは重要である。

○Ⅱ度高血圧以上者の翌年度の変化(追跡結果)

【図表19】

	Ⅱ度高血圧以上(人)					
			改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H29年度	178	→H30	76	37	6	59
	5.5%		42.7%	20.8%	3.4%	33.1%
R3年度	214	→R4	83	36	2	93
	6.6%		38.8%	16.8%	0.9%	43.5%

出典:ヘルスサポートラボツール

H29年度とR3年度に特定健診を受診した者のうち、Ⅱ度高血圧以上の該当者に対し、翌年度の健診結果の改善度について追跡を行った。

H29年度の受診者の改善率は、42.7%と4割を占めたが、R3年度の受診者の改善率は、38.8%と低く、翌年の健診未受診者の割合も高い状況であった。ただし、悪化や変化なしの割合は減少している。

○LDL160mg/dl以上者の前年度からの変化(追跡結果)

【図表20】

	LDL160mg/dl以上(人)					
			改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H29年度	341	→H30	171	70	19	81
	10.6%		50.1%	20.5%	5.6%	23.8%
R3年度	347	→R4	123	67	17	140
	10.7%		35.4%	19.3%	4.9%	40.3%

出典:ヘルスサポートラボツール

H29年度とR3年度に特定健診を受診した者のうち、LDLコレステロールが160mg/dl以上の該当者に対し、翌年度の健診結果の改善度について追跡を行った。

H29年度の受診者の改善率は、50.1%と5割を占めたが、R3年度の受診者の改善率は、35.4%と低く、翌年の健診未受診者の割合も高い状況であった。ただし、悪化や変化なしの割合は減少している。

○HbA1c8.0%以上者

【図表21】

	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
健診受診者	3,231	3,581	3,387	3,055	3,214	3,235
該当者(人)	39	51	53	30	47	49
割合	1.2%	1.4%	1.6%	1.0%	1.5%	1.5%

出典:健康推進課

コントロール不良であるHbA1c8.0%以上の者の割合は、1.5%前後で経過している。医療機関と連携した保健指導が重要な対象者である。

○糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施状況

- (1) 医療機関未受診者・・・医療機関受診勧奨
健康診査において、空腹時血糖126mg/dl以上、または随時血糖200mg/dl以上、またはHbA1c6.5%以上の者で、糖尿病治療をしていない者
- (2) 糖尿病治療中断者・・・糖尿病管理台帳から対象者を把握し訪問等で実態把握
過去10年の健診結果において、HbA1c6.5%以上が確認されている者のうち、直近の健診受診歴やレセプト情報における糖尿病受診歴がない者
- (3) 糖尿病治療中者・・・かかりつけ医の了承を得て市の保健師・管理栄養士による継続的な保健指導
特定健診において、糖尿病治療中であり、糖尿病性腎症の病期が第2～3期と思われる以下のいずれかに該当する者(HbA1c6.5%以上)
- ①尿蛋白1+以上の者
②eGFR30～60mL/分/1.73㎡の者（70歳以上は30～50mL/分/1.73㎡の者）

【図表22】

	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
未治療者数(空腹時血糖126mgdl以上またはHbA1c6.5%以上)(人)	—	—	140	114	109	127
医療機関受診者数(人)	—	—	75	85	89	97
割合	—	—	53.6%	74.6%	81.7%	76.4%
保健指導対象者数(人)	15	29	34	20	25	30
保健指導実施者数(人)	5	7	12	6	6	5

出典：健康推進課

H28年度から実施している糖尿病性腎症重症化予防プログラムは、特定健診受診者のうち上記に示す対象者を選定し、保健指導や受診勧奨を実施している。HbA1c6.5%以上の未治療者への保健指導や受診勧奨を最優先にしており、年々医療機関受診率も上昇してきている。保健指導実施対象者に継続した保健指導をできるように、主治医と連携しながら事業を勧めているが、保健指導の実施者数は少なく、実施割合も減少してきている。重症化を予防していくためには、主治医との連携や継続した関わりが重要であり、実施者はデータ改善や生活習慣の改善も見られており、糖尿病性腎症の重症化を防ぐ大事な事業となっている。

5) がん検診の状況

○がん検診受診率の経年の状況(国保を分母にした割合)

【図表23】

	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
胃がん検診	4.3%	5.2%	3.9%	4.4%	5.3%
大腸がん検診	8.5%	9.8%	9.4%	10.0%	10.4%
乳がん検診	8.8%	8.6%	8.7%	7.6%	9.3%
子宮頸がん検診	7.0%	7.9%	6.2%	6.7%	7.2%
肺がん検診	2.0%	2.0%	1.7%	2.2%	2.5%

出典：健康推進課

死因第1位、医療費割合も一番高い「がん」であるが、がん検診受診率が低く、一番受診率の高い大腸がん検診でも受診率は1割となっている。受診率向上に向けて、啓発の仕方の工夫、若い頃からのがん教育が重要となっている。

3. 第2期データヘルス計画に係る考察

平成30年度に策定した、第2期データヘルス計画では、次の①～④項目を課題として事業を実施してきた。

- ①健康状態が把握できていない(特定健診受診率向上事業、がん検診受診率向上事業)
- ②生活習慣病(がん含む)が多く、外来1人あたり医療費が高い
(特定保健指導、保健指導、受診勧奨を中心とした肥満対策)
- ③透析患者が多く、外来1人あたり医療費が高い
- ④筋骨格系の医療費が高い

特に第2期計画では肥満対策と、糖尿病性腎症重症化予防事業を実施し対策を行ってきたが、肥満者の割合の増加やメタボリックシンドローム該当者の増加が見られ、課題は解決できていない。

- ①健康状態が把握できていない(特定健診受診率向上事業、がん検診受診率向上事業)

健診の継続受診により、受診勧奨対象者や保健指導対象者等のデータ改善や変化を、経年で分析することができ、糖尿病の医療機関受診率や服薬割合が増えてきている。ただし、健診を継続して受けていなかったり、健診が未受診のままの被保険者が多く、医療費から見える健康課題以外では、分析できないものも多い。

- ②生活習慣病(がん含む)が多く、外来1人あたり医療費が高い

生活習慣病における医療費割合は増加していないが、1人あたり医療費は増加している。医療機関に繋がるが増えることと、高齢化率の上昇により、1人あたり医療費が増えることは否めない。今後は、複数の慢性疾患に繋がったり疾患が重症化したりすることにより医療費が増加しないように、重症化予防事業を実施していく。

- ③透析患者が多く、外来1人あたり医療費が高い

高島市の大きな健康課題である透析患者については、後期高齢への移行もあるが、横ばいの傾向となっている。第2期計画期間に、糖尿病性腎症重症化予防事業やCKD対策としての保健指導に力を入れたことにより、継続した保健指導を実施している者は透析移行を遅らせることができているが、透析導入者は、健診を受診していない者がほとんどのため、透析導入の患者を減らすことは困難である。

- ④筋骨格系の医療費が高い

筋骨格系の医療費割合は【図表9】にあるように増加している。要介護状態に移行する疾患であるものの、予防可能な疾患でもある。介護認定者の有病状況でも6割を占めているため、生活習慣病予防対策に加え、早期からのフレイル対策を含む高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の継続が今後必要と考えられる。

以上のことより、生活習慣病予防と重症化予防を継続するために、まずは健診を受診したことのある被保険者を増やすことと、継続して受診する習慣をつけることの啓発が大事である。そのことから、自ら生活習慣を改善し、治療中の者は治療継続と生活習慣改善ができるよう、継続した保健指導を実施していくことが重要である。

若年期からの生活習慣の結果が、高齢期での重症化事例や慢性疾患に繋がるため、それぞれのライフステージにおける健康課題や肥満対策、保健指導が将来の生活習慣病予防につながるため重要である。

4.第3期における健康課題の明確化

1) 高額医療費の視点で見る

○被保険者数及びレセプトの推移

【図表24】

対象年度			H29年度	R4年度	後期高齢：R4年度
被保険者数(人)			13,071	11,131	9,096
総件数及び 総費用額	件数(件)	A	12,694	10,811	
	費用額(円)	B	41億8075万	39億6287万	70億7338万
1人あたり医療費(B/被保険者数)(円)			319,849	356,021	786,543

出典：FOCUS

○高額レセプト(100万円/件)の推移

【図表25】

対象年度			H29年度		R4年度		後期高齢：R4年度			
高額レセプト (100万円以上/ 件)	人数(人)		C		273		584			
	件数(件)		D		424		903			
			D/A		3.3%		7.1%			
	費用額(円)		E		6億8048万		13億1089万			
① 脳血管疾患			E/B		18.8%		18.5%			
	人数(人)		F		15		19			
			F/C		5.5%		3.3%			
	件数(件)		G		25		84			
			G/D		5.9%		9.3%			
	年代別	40歳未満(人)		0	0%	0	0.0%	65~69歳(人)	0	0.0%
		40代(人)		0	0%	0	0.0%	70~74歳(人)	0	0.0%
		50代(人)		1	4.0%	3	10.7%	75~80歳(人)	36	42.9%
		60代(人)		9	36.0%	14	50.0%	80代(人)	32	38.1%
		70~74歳(人)		15	60.0%	10	35.7%	90歳以上(人)	16	19.0%
費用額(円)		H		3365万		2380万				
		H/E		4.9%		1.8%				
② 虚血性 心疾患	人数(人)		I		30		22			
			I/C		11.0%		3.8%			
	件数(件)		J		34		27			
			J/D		8.0%		3.0%			
	年代別	40歳未満(人)		0	0.0%	0	0.0%	65~69歳(人)	0	0.0%
		40代(人)		3	8.8%	1	5.9%	70~74歳(人)	0	0.0%
		50代(人)		2	5.9%	1	5.9%	75~80歳(人)	7	25.9%
		60代(人)		12	35.3%	4	23.5%	80代(人)	18	66.7%
		70~74歳(人)		17	50.0%	11	64.7%	90歳以上(人)	2	7.4%
	費用額(円)		K		5872万		4366万			
		K/E		8.6%		3.3%				
がん	人数(人)		L		104		91			
			L/C		38.1%		15.6%			
	件数(件)		M		166		118			
			M/D		39.2%		13.1%			
	年代別	40歳未満(人)		2	1.2%	0	0.0%	65~69歳(人)	0	0.0%
		40代(人)		17	10.2%	4	2.2%	70~74歳(人)	0	0.0%
		50代(人)		7	4.2%	4	2.2%	75~80歳(人)	53	44.9%
		60代(人)		77	46.4%	83	46.1%	80代(人)	59	50.0%
		70~74歳(人)		63	38.0%	89	49.4%	90歳以上(人)	6	5.1%
	費用額(円)		N		2億4634万		8982万			
		N/E		36.2%		6.9%				

出典：FOCUS

○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

【図表26】

	総医療費 (円)	1人あたり 医療費 (円)	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 (円)		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 (透析あり)	慢性腎不全 (透析なし)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
高島市	39億6287万	356,021	6.4%	0.2%	2.1%	1.6%	5.4%	3.3%	2.5%	7億9494万	20.1%	15.6%	7.6%	9.1%
滋賀県	933億2441万	348,097	6.6%	0.3%	1.8%	2.0%	6.5%	3.2%	2.3%	195億296万	20.9%	17.5%	5.7%	8.4%

出典: FOCUS

2) 健康課題の明確化

●加齢に伴い、1人あたり医療費が増加

国保被保険者と後期高齢者の1人あたり医療費の推移を見てみると、後期高齢者では2倍の医療費となっていることが分かる。国保の健康課題のターゲットをどの疾患におくか、高額レセプト(100万円以上/件)件数で見てみた。高額レセプトの件数や費用額は増え、一番多いのが悪性新生物である。脳血管疾患と虚血性心疾患の高額レセプトの人数は16人と同数であり、虚血性心疾患は件数が大幅に減少してきた。脳血管疾患は50代・60代の年代に割合が多く、虚血性心疾患は年齢が上がるにつれて割合が高くなっていく。

●糖尿病重症化予防対策

【図表26】にあるように、短期目標疾患である糖尿病の医療費割合は高く、【図表12】糖尿病治療者の経年変化であったように、糖尿病の重症化が脳・心・腎の疾患に繋がるため、第3期計画でも糖尿病の重症化予防対策は重要である。

●脳血管疾患、虚血性心疾患の予防対策

脳血管疾患の一番の原因は高血圧であり、虚血性心疾患の原因は動脈硬化である。壮年期の体変化や生活習慣の見直しをし、中年期の高血圧・高血糖・脂質異常に早期に気づき生活習慣を見直すことが生活習慣病予防に繋がる。高血圧を発症しても、適切な治療と食生活を実践し、動脈硬化を進行させないための生活を送ること、また動脈硬化のリスク因子である、高血圧・高血糖・脂質異常の重なりを改善していくことも必要である。高島市はメタボリックシンドローム該当者及び予備軍が多く、メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

脳血管疾患については、50・60歳代の患者が多く、麻痺が残ることで介護に繋がることも考えられ、日常生活にも大きな影響を及ぼしてしまう。

●慢性腎不全(CKD)の予防対策

【図表25】にあるように、中長期目標疾患の中でも1番医療費割合が高いのは慢性腎不全である。人工透析へ移行すると、年間約600万円の医療費が生涯続き、QOLの低下にも繋がるため、1人でも多くの透析導入を遅らせることや、予防することが医療費の抑制、住民のQOL維持にも大切である。また、このCKD対策には医療機関との連携も不可欠であるため、健診受診から保健指導、重症化予防の対策を、保健・医療が連携して実施していく必要がある。

このことから、糖尿病の重症化・脳血管疾患・虚血性心疾患・高島市の課題である慢性腎不全をターゲットにした生活習慣病予防対策を実施計画として位置づけていく。

IV 計画全体

I. 健康課題

	課題	課題解決に係る取組の方向性	優先する課題	対応する保健事業番号
A	短期目標疾患である糖尿病の医療費割合が高く、糖尿病の重症化が脳・心・腎の疾患に繋がる。	糖尿病性腎症からの透析導入は長期に渡り予防していくことが必要であり、平成28年度より実施している糖尿病性腎症重症化予防プログラムを継続実施していくことが将来の透析予防に繋がる。また、治療中であっても健診を受診してもらい、受診率を上げていくことも重要である。	3	3・5・8
B	脳血管疾患の増加と、後期高齢に移行してからの高額レセプトが多く、介護にも繋がっていく。	今までも実施している高血圧の受診勧奨や重症化予防に加え、心電図所見の保健指導をしっかりと行い、経過を追って重症化予防を実施する。	2	2・5・8
C	虚血性心疾患の重症化は減少しているが、メタボや動脈硬化に関連する課題は残り、今後の心疾患予防が必要。	若年者のメタボリックシンドロームが増加してくることからも、心疾患に視点をあてた特定保健指導や受診勧奨、重症化予防の保健指導を実施していく。そのためには受診者を増やし、病気になる前段階で早期発見できるようにしていくことが重要である。	1	1・5・7・8
D	中長期目標疾患の中でも1番医療費割合が高い慢性腎臓病(CKD)の予防対策	慢性腎不全の医療費割合は減少してきているが、透析予防は長期に渡る予防が大切であり、ポピュレーションアプローチから重症化予防までCKD対策における保健指導を実施していく。	4	4・5・8
E	若年者のメタボリックシンドロームの増加が、将来の生活習慣病の発症や重症化に繋がっていく。	妊婦相談や乳幼児健診を実施する母子保健事業から、ライフステージに応じた生活習慣病予防の視点で事業を繋いでいく。	5	5・6

事業番号	
1	虚血性心疾患重症化予防
2	脳血管疾患重症化予防
3	糖尿病性腎症重症化予防
4	慢性腎臓病(CKD対策)
5	未受診者対策
6	生涯を通じた生活習慣病予防、ポピュレーションアプローチ
7	高齢者と保健事業の一体的実施
8	医療費適正化

2.データヘルス計画全体における目標

②滋賀県・市町国保における共通目標の状況

目標	計画策定時	第3期データヘルス計画						目標 R11(2029)
	R4 (2022)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)		
特定健診受診率	特定健診受診率の増加	39.2%	42.0%	46.0%	50.0%	54.0%	58.0%	60%以上
	40歳代の健診受診率の増加	24.7%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25%以上
	3年連続未受診者割合の減少	44.8%	44.0%	43.0%	42.0%	41.0%	40.0%	40%以下
	特定健診未受診者かつ医療機関受診なし者の割合	33.3%	33.3%	33.3%	33.3%	33.3%	33.3%	35%以下
特定保健指導実施率		60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%以上
第3期からの新たな目標	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	20%	21%	22%	23%	24%	25%	26%以上
	HbA1c8.0%以上の者の割合の減少	1.5%	1.4%	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%	1.0%以下
	高血糖者の割合(HbA1c6.5%以上の者の割合)の減少	9.0%	9.0%	9.0%	9.0%	9.0%	9.0%	9.2%以下
	HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合の減少	18.1%	17%	16%	15%	14%	13%	12.9%以下
	血圧が保健指導判定値以上の者の割合	51.9%	50.6%	49.4%	48.1%	46.8%	45.6%	44%以下

V 個別の保健事業

事業番号	虚血性心疾患重症化予防
------	-------------

1. 事業の目的	メタボリックシンドロームの改善、動脈硬化の改善、更に高血糖や高血圧、喫煙等のリスクの重なる改善から虚血性心疾患の発症予防・重症化予防を目指す。
----------	---

1) 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の一つである。「安静時心電図にST-T異常、異常Q波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)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、血糖等のリスクと併せて医療機関で判定してもらう必要がある。

高島市において健診受診者3,324人のうち心電図検査実施者は1,252人(37.7%)であり、そのうちST所見、異常Q波があったのは121人であった。そのうち82人は要精査である。また要精査には該当しないがST所見、異常Q波ありの39人へは、心電図からの所見がどのようなものであるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

心電図検査結果

	健診受診者 (a)		心電図検査 (b)		A					
	(人)	(%)	(人)	(b/a)	ST所見・異常Q波 (c)		その他の所見		異常なし	
					(人)	(c/b)	(人)	(d/b)	(人)	(e/b)
R4年度	3,324	100	1,246	37.5%	121	9.7%	401	32.2%	724	58.1%

2. 対象者

2) 心電図以外からの把握

虚血性心疾患を発症しやすい、高LDLコレステロール及びメタボリックシンドロームの者に対し、積極的に保健指導を行う。特に高コレステロールは単独で重要なリスクであり、メタボリックシンドロームに高LDLが重なった場合はさらに危険が高まると指摘されている。

健診データにおいて、LDLコレステロール180mg/dl以上の者(複合優先)を優先する。

健診受診者 (a)	脂質異常 (LDL-C)		脂質異常症治療中 990人				その他のリスク			
	160以上 (b)	180以上 (c)	治療中 (d)		BMI25以上	高血糖 HbA1c6.5以上 空腹時126以上 随時200以上	高血圧 I度高血圧以上	高尿酸 7.1以上		
			LDL160以上	180以上						
3,235人 (36.7)	261人 (8.1)	74人 (2.3)	30人 11.5	16人 b/d 21.6	10人 33.3	8人 26.7	20人 66.7	3人 10.0		
			未治療者 (e)							
			231人 88.5	58人 e/b 78.4	67人 29.0	12人 5.2	123人 53.2	24人 10.4		

心電図でST所見、異常Q波ありの者に対し、個別保健指導を実施してきた。要医療判定の者のうち、既に医療機関受診している者もいるが、84.1%の医療機関受診率であった。13人は未受診であった。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て受診勧奨を行う必要がある。

ST所見・異常Q波 (a)		要精査 (b)							
						医療機関受診あり		受診なし	
(人)	(%)	(人)	(b/a) (%)	(人)	(c/b) (%)	(人)	(d/b) (%)		
121	100	82	67.8%	69	84.1%	13	15.9%		

LDLコレステロール180以上の者に対し保健指導を実施してきた。その中でも未治療の者を優先的に実施してきたが、保健指導実施率は65.5%、また、58.2%は医療機関未受診であった。

健診受診率		脂質異常					
		結果の改善 LDL180以上				医療のかかり方	
R4年度		R4年度		問診結果		レセプト情報	
受診者(人)	受診率			未治療(内服無)		未治療	
A		人数(人)(B)	割合(B/A)	人数(人)(C)	割合(C/B)	人数(人)(D)	割合(D/B)
3,235	36.7	74	2.3	58	78.4	46	62.2

4. 今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4 (2022)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム	心電図有所見者の医療機関受診率	84.1%	84.6%	85.1%	86.0%	87.0%	88.0%	90.0%
	LDLコレステロール180以上の者の医療機関受診率	20.7%	25.9%	31.0%	36.2%	41.4%	46.6%	51.7%
アウトプット	LDLコレステロール180以上の者の保健指導実施率	65.5%	69.0%	72.4%	75.9%	79.3%	82.8%	82.8%

5. 実施内容 (プロセス)	<p>虚血性心疾患の危険因子は動脈硬化であり、高血圧や肥満、耐糖能異常、脂質異常等がある。血圧の値からは対象者が絞られ詳細健診として心電図を実施するが、肥満や耐糖能異常があり、血圧が140/90mmHg以下の者は心電図は実施していない。肥満や耐糖能異常、脂質異常があることでプラークは形成され、虚血性心疾患を発症していくことから、令和6年度以降は、集団健診の受診者全員に心電図を実施していく。</p> <p>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う。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る。治療が必要にも関わらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。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う。</p> <p>1) 集団健診では健診結果を全員、個別健診は毎月取込み、受診勧奨判定値の者を打ち出し、各地域でデータの読み取りを行い、保健指導の優先順位を決める。 基本は前述対象者の A:心電図所見でST所見・異常Q波のうち要医療判定の者 B:LDLコレステロール180以上未治療かつその他のリスクが重なる者 C:LDLコレステロール180以上治療中かつその他のリスクが重なる者かつ心疾患の既往のある者</p> <p>2) 保健指導の準備をする。 ①KDBシステムで治療状況を確認する。 ②過去の面接記録などから経過を読み取る。 ③保健指導のポイントを決め、学習教材を選択する。</p> <p>3) 原則保健指導は訪問にて実施する。</p> <p>4) 記録・入力をし、個別ファイルに綴じる。</p>
	<p>保健指導教材</p> <p>◆心電図所見 心電図所見からどうすればいいの?フロー図 等</p> <p>◆脂質異常 私のLDLコレステロールは? 食べた物は体の中でどのように利用されているのでしょうか? 等</p> <p>◆メタボリックシンドローム 脂肪細胞ってね 肥満がもたらすもの 等</p>

6. 今後の実施体制(ストラクチャー)

保健指導実施のための専門職の配置
KDB、ツール活用環境の確保

7. 評価計画

- 1) 短期的評価
高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、LDLコレステロール等重症化予防対象者の減少
- 2) 中長期的評価
虚血性心疾患の高額レセプト件数の減少

V 個別の保健事業

事業番号2	脳血管疾患重症化予防
-------	-------------------

1. 事業の目的	高血圧を発症しても、治療の継続と適切な食生活を実践し、脳血管疾患を予防していくこと。脳血管疾患の予防が介護の予防に大きく結びつく。
----------	---

脳血管疾患重症化予防の取組みにあたっては、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る。

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ある。Ⅱ度高血圧以上で未治療の者、治療しているが血圧管理が不十分な者を対象に保健指導を実施する。

健診受診者 (a)	高血圧 (b) 140/90以上	高血圧治療中 (質問票 服薬有) 1,173人 (36.3)				血圧分類	その他のリスク			
		治療中 (c) (Ⅰ度以上)	分類	人数	割合		肥満 BMI25以上	高血糖 HbA1c6.5以上 空腹時126以上 随時200以上	高尿酸 7.1以上	脂質異常症 LDL120以上 HDL40未満 TG150以上
3,235	981人	410人	Ⅰ度	332人	81%	Ⅰ度	136 (41.0%)	63 (19.0%)	34 (10.2%)	188 (56.6%)
			Ⅱ度	70人	17.1%	Ⅱ度	32 (45.7%)	15 (21.4%)	4 (5.7%)	48 (68.6%)
			Ⅲ度	8人	2.0%	Ⅲ度	3 (37.5%)	2 (25.0%)	0 (0.0%)	5 (62.5%)
36.70%	30.30%	41.8% (c/b)	9.6% (c/a)							

未治療者 (e)			
571人	Ⅰ度	425人	74.4%
	Ⅱ度	109人	19.1%
58.2% (e/b)	Ⅲ度	37人	6.5%

血圧分類	肥満	高血糖	高尿酸	脂質異常症
Ⅰ度	106 (24.9%)	43 (10.1%)	33 (7.8%)	294 (69.2%)
Ⅱ度	35 (32.1%)	12 (11.0%)	14 (12.8%)	70 (64.2%)
Ⅲ度	12 (32.4%)	6 (16.2%)	3 (8.1%)	27 (73.0%)

2. 対象者

2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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対象者を明確にしていく。

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より (降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	I度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
リスク層 予後影響因子がない	1,113	542 48.7%	425 38.2%	109 9.8%	37 3.3%
	64 5.8%	C 43 7.9%	B 17 4.0%	B 3 2.8%	A 1 2.7%
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	636 57.1%	C 313 57.7%	B 246 57.9%	A 58 53.2%	A 19 51.4%
	413 37.1%	B 186 34.3%	A 162 38.1%	A 48 44.0%	A 17 45.9%

2.対象者	<p>3)心電図検査における心房細動 Ⓓ</p> <p>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い。心原性脳塞栓症の最大の原因である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ある。</p> <p>令和4年度の特定健診の結果、心房細動の所見がある者は18人であった。</p>																																														
3.現在までの事業結果	<p>重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上(B)が224人(6.9%)であり、90人は未治療(G)であった。また、治療中であってもⅡ度高血圧である者も78人いること、そのうち4割は肥満もあり、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くる。</p> <table border="1" data-bbox="339 461 1453 712"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2">健診受診率</th> <th colspan="6">高血圧</th> </tr> <tr> <th colspan="4">結果の改善 Ⅱ度高血圧以上</th> <th colspan="2">医療のかかり方</th> </tr> <tr> <th colspan="2">R4年度</th> <th colspan="2">R4年度</th> <th colspan="2">問診結果</th> <th colspan="2">レセプト情報</th> </tr> <tr> <th>受診者(人)</th> <th>受診率</th> <th colspan="2">未治療(内服無)</th> <th colspan="2">未治療</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <th>A</th> <th></th> <th>人数(人)(B)</th> <th>割合(B/A)</th> <th>人数(人)(C)</th> <th>割合(C/B)</th> <th>人数(人)(D)</th> <th>割合(D/B)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3,235</td> <td>36.7</td> <td>224</td> <td>6.9</td> <td>146</td> <td>65.2</td> <td>90</td> <td>40.2</td> </tr> </tbody> </table> <p>心房細動の所見がある18人は既に受診中であるか、健診後の受診も確認できており、医療機関受診率は100%である。</p>	健診受診率		高血圧						結果の改善 Ⅱ度高血圧以上				医療のかかり方		R4年度		R4年度		問診結果		レセプト情報		受診者(人)	受診率	未治療(内服無)		未治療				A		人数(人)(B)	割合(B/A)	人数(人)(C)	割合(C/B)	人数(人)(D)	割合(D/B)	3,235	36.7	224	6.9	146	65.2	90	40.2
健診受診率				高血圧																																											
		結果の改善 Ⅱ度高血圧以上				医療のかかり方																																									
R4年度		R4年度		問診結果		レセプト情報																																									
受診者(人)	受診率	未治療(内服無)		未治療																																											
A		人数(人)(B)	割合(B/A)	人数(人)(C)	割合(C/B)	人数(人)(D)	割合(D/B)																																								
3,235	36.7	224	6.9	146	65.2	90	40.2																																								

4.今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4(2022)	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R9(2027)	R10(2028)	R11(2029)
アウトカム	Ⅱ度高血圧以上の者の医療機関受診率	38.4%	42.5%	46.6%	50.7%	54.8%	58.9%	63.0%
	心房細動有所見者の医療機関受診率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトプット	Ⅱ度高血圧以上の者の保健指導実施率	54.7%	62.7%	62.7%	70.7%	78.7%	78.7%	86.7%

5. 実施内容 (プロセス)	<p>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う。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る。治療が必要にも関わらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。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う。</p> <p>高血圧の受診勧奨は薬を飲みたくないと考える方も多く、血圧が高くなる要因、家庭血圧の測定、薬の働きなどを含めてイメージしやすい保健指導教材を活用する。</p> <p>1) 集団健診では健診結果を全員、個別健診は毎月取込み、受診勧奨判定値の者を打ち出し、各地域でデータの読み取りを行い、保健指導の優先順位を決める。 基本は前述対象者の D: 心電図所見で心房細動のある者 A: II度高血圧以上未治療の者 B: II度高血圧以上治療中でその他のリスクが重なる者 C: I度高血圧でリスク第3層の者</p> <p>2) 保健指導の準備をする。 ① KDBシステムで治療状況を確認する。 ② 過去の面接記録などから経過を読み取る。 ③ 保健指導のポイントを決め、学習教材を選択する。</p> <p>3) 原則保健指導は訪問にて実施する。</p> <p>4) 記録・入力をし、個別ファイルに綴じる。</p> <p>心房細動がある場合は継続的な治療、管理が重要。心電図検査において心房細動が確認された場合は、継続的な管理ができる様台帳を作成し、適正な受診が行われているかを確認していく。</p> <p>保健指導教材</p> <p>◆ 高血圧・脳卒中 血圧が高いと言われても自覚症状がないのですが測るたびに血圧が変わる。どれが本当かわからないので下の血圧が高いとはどういうことか？ 血圧の薬を飲んでいるのに血圧がさがらない 誰でも起こるかもしれない「脳卒中」はどうしてなるの？ 等</p>
-------------------	---

6. 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

保健指導実施のための専門職の配置
KDB、ツール活用環境の確保

7. 評価計画

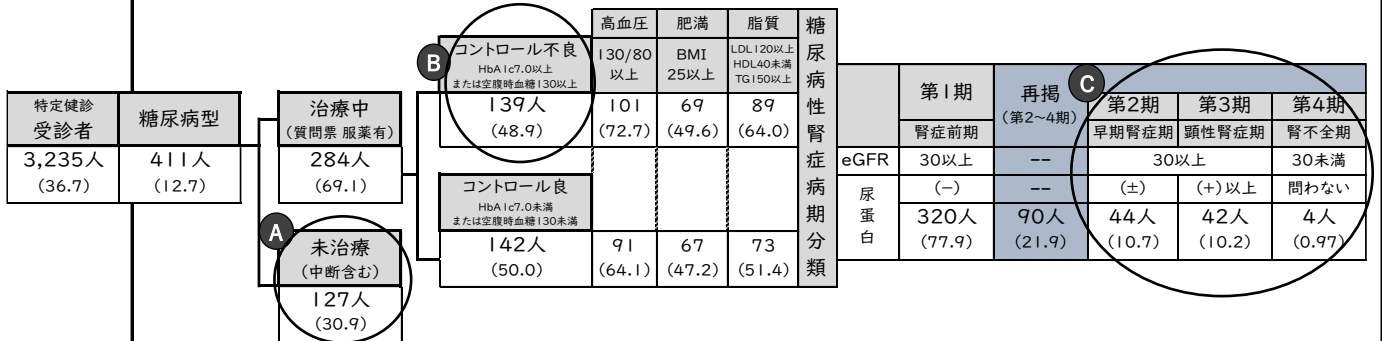
- 1) 短期的評価
高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、LDLコレステロール等重症化予防対象者の減少
- 2) 中長期的評価
脳血管疾患の高額レセプト件数の減少

V 個別の保健事業

事業番号3	糖尿病性腎症重症化予防
-------	--------------------

1.事業の目的	糖尿病の重症化を予防し、人工透析への移行を防止することによって、住民や被保険者の健康増進と医療費の増加抑制を図ることを目的とする。
---------	---

2.対象者	<p>1) 医療機関未受診者・・・医療機関受診勧奨 健康診査において、糖尿病型（空腹時血糖126mg/dl以上、またはHbA1c6.5%以上）の者で、糖尿病治療をしていない者 （上記のうち、腎専門医紹介基準に該当する者については、重症度が高いと考えられるため、必ず医療機関につなげるようにより強く受診勧奨を行う） 【腎専門医紹介基準】 (1) 尿蛋白2+以上 (2) 尿蛋白・尿潜血ともに1+以上 (3) 40歳未満 eGFR60mL/分/1.73㎡未満 40～70歳未満 eGFR50mL/分/1.73㎡未満 70歳以上 eGFR40mL/分/1.73㎡未満</p> <p>2) 糖尿病治療中断者・・・糖尿病管理台帳から対象者を把握し訪問等で実態把握 過去5年の健診結果において、HbA1c6.5%以上が確認されている者のうち、直近の健診受診歴やレセプト情報における糖尿病受診歴がない者（糖尿病管理台帳）</p> <p>3) 糖尿病治療中者・・・かかりつけ医の了承を得て市の保健師・管理栄養士による継続的な保健指導 (ア) 特定健診において、糖尿病治療中であり、糖尿病性腎症の病期が第2～4期と思われる以下のいずれかに該当する者（HbA1c6.5%以上） ①尿蛋白1+以上の者 ②eGFR60mL/分/1.73㎡未満の者（70歳以上は50mL/分/1.73㎡未満の者） (イ) 特定健康診査において糖尿病治療中であり、糖尿病性腎症を発症していないが、以下に該当する者・・・未治療の場合は医療機関受診勧奨 HbA1c7.0%以上の者</p>
-------	--



4) その他必要な者 医療機関からの紹介等

上記の対象者に対して介入を実施してきた。医療機関未受診者に対しては全員に受診勧奨を行い、医療機関につながった割合は76.4%であった。糖尿病治療中者に対する介入は、プログラムの実施率としては低いが、指導の同意がなくとも、受診が継続できているか、医師はどう伝えているか、本人の生活の確認などを行い、治療中断や合併症を防ぐことを目的としていく。

健診受診率		糖尿病							
		結果の改善 糖尿病型				医療のかかり方			
R4年度		R4年度		問診結果		レセプト情報			
受診者(人)	受診率	R4年度		未治療(内服無)		未治療		治療中断 D	
A		人数(人)(B)	割合(B/A)	人数(人)(C)	割合(C/B)	人数(人)(D)	割合(D/B)	人数(人)(E)	割合(E/B)
3,235	36.7	411	12.7	127	30.9	23	5.6	3	0.7

4.今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4 (2022)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム	糖尿病型医療機関受診率	81.9%	82.7%	83.5%	84.3%	85.0%	85.8%	87.1%以上
アウトプット	糖尿病型保健指導実施率	53.1%	61.4%	61.4%	69.7%	69.7%	77.9%	86.2%

5.実施内容 (プロセス)	<p>糖尿病は遺伝との関連も深いだけでなく、生活習慣とも強く結びつき、合併症も多い疾患である。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う。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る。治療が必要にも関わらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。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う。</p> <p>1) 集団健診では健診結果を全員、個別健診は毎月取込み、受診勧奨判定値の者を打ち出し、各地域でデータの読み取りを行い、保健指導の優先順位を決める。 基本は前述対象者の A:糖尿病未治療者 C:糖尿病治療中者(ア) B:糖尿病治療中者(イ) D:糖尿病治療中断者</p> <p>2) 保健指導の準備をする。 A: 医療機関未受診者 B:糖尿病治療中者(イ) D:糖尿病治療中断者 ①KDBシステムで治療状況を確認する。 ②過去の面接記録などから経過を読み取る。 ③保健指導のポイントを決め、学習教材を選択する。 C:糖尿病治療中者(ア) ①KDBシステムで治療状況を確認する。 ②カンファレンスにて健診結果の読み取り、保健指導ポイントの検討を行う。 ③保健指導のポイントを決め、学習教材を選択する。</p> <p>3) 原則保健指導は訪問にて実施する。 糖尿病治療中者のみ、本人の同意のもと、主治医から指導指示書を受け取り、糖尿病性腎症重症化予防に視点を合わせた、継続した保健指導を行う。</p> <p>4) 記録・入力をし、個別ファイルに綴じる。</p> <p style="text-align: center;">保健指導教材</p> <p>◆糖尿病性腎症重症化予防のための学習教材 健診結果経年表 HbA1cとeGFRの経年変化 糖尿病腎症の経過～私はどの段階?～ 等</p> <p>◆糖尿病のための学習教材 高血糖状態が続くと体に何が起こるのでしょうか 糖尿病のタイプ どうして体重を減らさないといけないの? 等</p>
------------------	--

6. 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

保健指導実施のための専門職の配置
KDB、ツール活用環境の確保

7. 評価計画

- 1) 短期的評価
HbA1c6.5%以上の者の増加の抑制、eGFRの変化を確認する
- 2) 中長期的評価
糖尿病性腎症による、新規透析患者数の減少

V 個別の保健事業

事業番号4	慢性腎臓病 (CKD対策)
-------	----------------------

1. 事業の目的	慢性腎不全の重症化から、人工透析への移行を防止することによって、住民や被保険者の健康増進と医療費の増加抑制を図ることを目的とする。
----------	---

健診結果から
 40歳未満 eGFR60mL/分/1.73㎡未満
 40~70歳未満 eGFR50mL/分/1.73㎡未満
 70歳以上 eGFR40mL/分/1.73㎡未満
 の者で、医療機関未受診者。または、治療中であっても、健診の初回の所見の者

かかりつけ医から腎臓専門医への紹介基準対象者 ■ …紹介基準対象

原疾患	糖尿病		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿		
	高血圧・腎炎など		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿		
尿蛋白区分			A1	A2	A3		
GFR区分 (ml/分/1.73㎡)			尿検査・GFR 共に実施 3,197 人	【再掲】 尿潜血+以上			
				2,797 人 87.5%	258 人 8.1%	40 人 15.5%	142 人 4.4%
G1	正常 または高値	90以上	280 人 8.8%	247 人 7.7%	25 人 0.8%	3 人 12.0%	8 人 0.3%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	2,295 人 71.8%	2,043 人 63.9%	174 人 5.4%	30 人 17.2%	78 人 2.4%
G3a	軽度~ 中等度低下	45-60 未満	544 人 17.0%	456 人 14.3%	53 人 1.7%	7 人 13.2%	35 人 1.1%
G3b	中等度~ 高度低下	30-45 未満	66 人 2.1%	45 人 1.4%	5 人 0.2%	0 人 0.0%	16 人 0.5%
G4	高度低下	15-30 未満	11 人 0.3%	5 人 0.2%	1 人 0.0%	0 人 0.0%	5 人 0.2%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	1 人 0.0%	1 人 0.0%	0 人 0.0%	0 人 --	0 人 0.0%

		総数	40代	50代	60代	70-74歳
腎専門医受診対象者		287 人	11 人 3.8%	15 人 5.2%	92 人 32.1%	169 人 58.9%
治療なし		71 人	9 人 12.7%	8 人 11.3%	25 人 35.2%	29 人 40.8%
治療中		216 人	2 人 0.9%	7 人 3.2%	67 人 31.0%	140 人 64.8%

3. 現在までの事業結果

eGFR50mL/分/1.73㎡未満の者に対し過去の受診結果の経過も見ながら保健指導を実施してきた。その中でも未治療の者を優先的に実施したが、66.7%が医療機関未受診である。

健診受診率		腎機能					
R4年度		結果の改善 eGFR50mL/分/1.73㎡未満の推移			医療のかかり方		
受診者(人)	受診率	R4年度		問診結果		レセプト情報	
		未治療(内服無)		未治療			
A		人数(人)(B)	割合(B/A)	人数(人)(C)	割合(C/B)	人数(人)(D)	割合(D/B)
3,235	36.7	179	5.5	39	21.8	26	14.5

4. 今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4 (2022)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム	eGFR50未満の者の医療機関受診率	33.3%	38.5%	43.6%	48.7%	53.8%	59.0%	64.1%
アウトプット	eGFR50未満の者の保健指導実施率	41.0%	71.8%	71.8%	71.8%	87.2%	87.2%	87.2%

5. 実施内容 (プロセス)	<p>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う。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る。治療が必要にも関わらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。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う。</p> <p>1) 集団健診では健診結果を全員、個別健診は毎月取込み、受診勧奨判定値の者を打ち出し、各地域でデータの読み取りを行い、保健指導の優先順位を決める。 基本は前述対象者の A: 腎専門医紹介基準の未治療者(血圧・血糖・脂質いずれも未治療) B: 治療中であるが、腎専門医紹介基準が初回の者</p> <p>2) 保健指導の準備をする。 ①KDBシステムで治療状況を確認する。 ②過去の面接記録などから経過を読み取る。 ③保健指導のポイントを決め、学習教材を選択する。</p> <p>3) 原則保健指導は訪問にて実施する。</p> <p>4) 記録・入力をし、個別ファイルに綴じる。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">保健指導教材</div> <p>腎機能低下の保健指導については、医療機関と連携し、長い経過での透析予防を視点に保健指導を実施していく。eGFRのデータを長期間でグラフにプロットし、eGFRの下降幅を確認する。また、この先の腎機能低下を予測し、生活改善をすることで低下速度を緩やかにできるよう保健指導を実施する。</p>
-------------------	---

6. 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

保健指導実施のための専門職の配置
KDB、ツール活用(マルチマーカー等)環境の確保

7. 評価計画

- 1) 短期的評価
G3b・G4の者の増加の抑制
- 2) 中長期的評価
国保加入1年以上の被保険者の新規透析患者数の減少

V 個別の保健事業

事業番号5	未受診者対策事業
-------	-----------------

1. 事業の目的	特定健診受診率が40%未満と低迷しており、市民の健康課題の解決や把握が難しい。まずは健診を受診すること、その後は継続的に受診することで、健康状態を把握し生活改善に繋げていく。
2. 対象者	1) 国保連合会から提供される「未受診者データ」を活用し、 ①連続受診者 ②不定期受診者(3年間) ③生活習慣病で治療中の者 ④健診未受診者 にカテゴリー分けを行い、それぞれの対象者に合わせた勧奨通知を発送 2) 40代・50代の健診受診率を上げるために、電話勧奨を実施
3. 現在までの事業結果	H30~R4年度:上記の対象者へ年2~3回勧奨通知を送付。

4. 今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4 (2022)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム	3年連続未受診者割合	44.8%	44.0%	43.0%	42.0%	41.0%	40.0%	39.5%
アウトプット	継続受診割合	70.3%	71.0%	71.5%	72.0%	72.5%	73.0%	73.5%

5. 実施内容 (プロセス)	①業者選定 ②契約 ③6~8月に1回目の勧奨通知発送 ④8月に市内各医療機関へ勧奨の周知と治療中情報提供の依頼に回る ⑤11月に再勧奨通知 電話勧奨 ポピュレーションアプローチとして、受診勧奨啓発資材を市内飲食店や理美容店、公共施設等に配布
-------------------	---

6. 今後の実施体制(ストラクチャー)

対象者選定の事務作業の職員配置 スケジュールの調整・業者との打ち合わせ実施
--

V 個別の保健事業

事業番号6 生涯を通じた生活習慣病予防、ポピュレーションアプローチ

1. 事業の目的	<p>高島市の課題である肥満の増加について、子どもの頃からの肥満予防が必要であり、子どもの頃からの生活習慣が将来の生活習慣病の予防に繋がっていく。</p>																																																																																																																																																																																																																								
2. 対象者	<p>1) 乳幼児とその親世代</p> <p>R4年度乳幼児健診の結果より、現状は以下のとおりである。乳児期では約31%が太り気味から太りすぎの判定、幼児健診ではそれぞれ約5%が太り気味から太りすぎの判定であった。</p> <p style="text-align: right;">R4年度</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">やせすぎ</th> <th colspan="2">やせぎみ</th> <th colspan="2">普通</th> <th colspan="2">太り気味</th> <th colspan="2">太りすぎ</th> <th rowspan="2">合計</th> </tr> <tr> <th colspan="2">14.5未満</th> <th colspan="2">14.5~16.0未満</th> <th colspan="2">16.0~18.0未満</th> <th colspan="2">18.0~20.0未満</th> <th colspan="2">20.0以上</th> </tr> <tr> <th>人数</th><th>割合</th> <th>人数</th><th>割合</th> <th>人数</th><th>割合</th> <th>人数</th><th>割合</th> <th>人数</th><th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3</td><td>1.3%</td> <td>45</td><td>19.7%</td> <td>108</td><td>47.2%</td> <td>61</td><td>26.6%</td> <td>12</td><td>5.2%</td> <td>229</td> </tr> </tbody> </table> <p>1歳8か月児健診</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">やせすぎ</th> <th colspan="2">やせぎみ</th> <th colspan="2">普通</th> <th colspan="2">太り気味</th> <th colspan="2">やや太りすぎ</th> <th colspan="2">太りすぎ</th> <th rowspan="2">合計</th> </tr> <tr> <th colspan="2">-20%以下</th> <th colspan="2">-20%超 -15%未満</th> <th colspan="2">-15%超 +15%未満</th> <th colspan="2">+15%以上 +20%未満</th> <th colspan="2">+20%以上 +30%未満</th> <th colspan="2">+30%以上</th> </tr> <tr> <th>人数</th><th>割合</th> <th>人数</th><th>割合</th> <th>人数</th><th>割合</th> <th>人数</th><th>割合</th> <th>人数</th><th>割合</th> <th>人数</th><th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td><td>0.0%</td> <td>1</td><td>0.4%</td> <td>224</td><td>94.5%</td> <td>7</td><td>3.0%</td> <td>4</td><td>1.7%</td> <td>1</td><td>0.4%</td> <td>237</td> </tr> </tbody> </table> <p>3歳6か月児健診</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">やせすぎ</th> <th colspan="2">やせぎみ</th> <th colspan="2">普通</th> <th colspan="2">太り気味</th> <th colspan="2">やや太りすぎ</th> <th colspan="2">太りすぎ</th> <th rowspan="2">合計</th> </tr> <tr> <th colspan="2">-20%以下</th> <th colspan="2">-20%超 -15%未満</th> <th colspan="2">-15%超 +15%未満</th> <th colspan="2">+15%以上 +20%未満</th> <th colspan="2">+20%以上 +30%未満</th> <th colspan="2">+30%以上</th> </tr> <tr> <th>人数</th><th>割合</th> <th>人数</th><th>割合</th> <th>人数</th><th>割合</th> <th>人数</th><th>割合</th> <th>人数</th><th>割合</th> <th>人数</th><th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td><td>0.0%</td> <td>1</td><td>0.3%</td> <td>284</td><td>94.7%</td> <td>10</td><td>3.3%</td> <td>3</td><td>1.0%</td> <td>2</td><td>0.7%</td> <td>300</td> </tr> </tbody> </table> <p>幼児健診の質問票集計結果から、22時以降に就寝している幼児は、1歳8か月健診では約18%、3歳6か月児健診では約27%であった。睡眠不足は食欲増進を招くこともあり、幼児の肥満と関係していると考えられる。また、幼児期の肥満が成人期以降の肥満にもつながることから、乳幼児期からの啓発が重要である。</p> <p>1歳8か月児健診</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">20時台(前も含む)</th> <th colspan="2">21時台</th> <th colspan="2">22時以降</th> <th rowspan="2">合計</th> </tr> <tr> <th>人数</th><th>割合</th> <th>人数</th><th>割合</th> <th>人数</th><th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>59</td><td>25.1%</td> <td>134</td><td>57.0%</td> <td>42</td><td>17.9%</td> <td>235</td> </tr> </tbody> </table> <p>3歳6か月児健診</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">20時台(前も含む)</th> <th colspan="2">21時台</th> <th colspan="2">22時以降</th> <th rowspan="2">合計</th> </tr> <tr> <th>人数</th><th>割合</th> <th>人数</th><th>割合</th> <th>人数</th><th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>35</td><td>11.8%</td> <td>181</td><td>60.9%</td> <td>81</td><td>27.3%</td> <td>297</td> </tr> </tbody> </table> <p>30代の健診受診者の肥満の割合</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2"></th> <th>健診受診者</th> <th>該当者</th> <th>割合</th> </tr> <tr> <th>人数</th> <th>人数</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">男性</td> <td>R2年度</td> <td>33</td> <td>16</td> <td>48.5</td> </tr> <tr> <td>R3年度</td> <td>33</td> <td>20</td> <td>60.6</td> </tr> <tr> <td>R4年度</td> <td>28</td> <td>16</td> <td>57.1</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">女性</td> <td>R2年度</td> <td>52</td> <td>7</td> <td>13.5</td> </tr> <tr> <td>R3年度</td> <td>48</td> <td>10</td> <td>20.8</td> </tr> <tr> <td>R4年度</td> <td>68</td> <td>9</td> <td>13.2</td> </tr> </tbody> </table>	やせすぎ		やせぎみ		普通		太り気味		太りすぎ		合計	14.5未満		14.5~16.0未満		16.0~18.0未満		18.0~20.0未満		20.0以上		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	3	1.3%	45	19.7%	108	47.2%	61	26.6%	12	5.2%	229	やせすぎ		やせぎみ		普通		太り気味		やや太りすぎ		太りすぎ		合計	-20%以下		-20%超 -15%未満		-15%超 +15%未満		+15%以上 +20%未満		+20%以上 +30%未満		+30%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	0	0.0%	1	0.4%	224	94.5%	7	3.0%	4	1.7%	1	0.4%	237	やせすぎ		やせぎみ		普通		太り気味		やや太りすぎ		太りすぎ		合計	-20%以下		-20%超 -15%未満		-15%超 +15%未満		+15%以上 +20%未満		+20%以上 +30%未満		+30%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	0	0.0%	1	0.3%	284	94.7%	10	3.3%	3	1.0%	2	0.7%	300	20時台(前も含む)		21時台		22時以降		合計	人数	割合	人数	割合	人数	割合	59	25.1%	134	57.0%	42	17.9%	235	20時台(前も含む)		21時台		22時以降		合計	人数	割合	人数	割合	人数	割合	35	11.8%	181	60.9%	81	27.3%	297			健診受診者	該当者	割合	人数	人数	%	男性	R2年度	33	16	48.5	R3年度	33	20	60.6	R4年度	28	16	57.1	女性	R2年度	52	7	13.5	R3年度	48	10	20.8	R4年度	68	9	13.2
	やせすぎ		やせぎみ		普通		太り気味		太りすぎ		合計																																																																																																																																																																																																														
	14.5未満		14.5~16.0未満		16.0~18.0未満		18.0~20.0未満		20.0以上																																																																																																																																																																																																																
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合																																																																																																																																																																																																															
	3	1.3%	45	19.7%	108	47.2%	61	26.6%	12	5.2%	229																																																																																																																																																																																																														
	やせすぎ		やせぎみ		普通		太り気味		やや太りすぎ		太りすぎ		合計																																																																																																																																																																																																												
	-20%以下		-20%超 -15%未満		-15%超 +15%未満		+15%以上 +20%未満		+20%以上 +30%未満		+30%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																																																																																																																																																																																																													
	0	0.0%	1	0.4%	224	94.5%	7	3.0%	4	1.7%	1	0.4%	237																																																																																																																																																																																																												
	やせすぎ		やせぎみ		普通		太り気味		やや太りすぎ		太りすぎ		合計																																																																																																																																																																																																												
-20%以下		-20%超 -15%未満		-15%超 +15%未満		+15%以上 +20%未満		+20%以上 +30%未満		+30%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																																																																																																																																																																																																														
0	0.0%	1	0.3%	284	94.7%	10	3.3%	3	1.0%	2	0.7%	300																																																																																																																																																																																																													
20時台(前も含む)		21時台		22時以降		合計																																																																																																																																																																																																																			
人数	割合	人数	割合	人数	割合																																																																																																																																																																																																																				
59	25.1%	134	57.0%	42	17.9%	235																																																																																																																																																																																																																			
20時台(前も含む)		21時台		22時以降		合計																																																																																																																																																																																																																			
人数	割合	人数	割合	人数	割合																																																																																																																																																																																																																				
35	11.8%	181	60.9%	81	27.3%	297																																																																																																																																																																																																																			
		健診受診者	該当者	割合																																																																																																																																																																																																																					
		人数	人数	%																																																																																																																																																																																																																					
男性	R2年度	33	16	48.5																																																																																																																																																																																																																					
	R3年度	33	20	60.6																																																																																																																																																																																																																					
	R4年度	28	16	57.1																																																																																																																																																																																																																					
女性	R2年度	52	7	13.5																																																																																																																																																																																																																					
	R3年度	48	10	20.8																																																																																																																																																																																																																					
	R4年度	68	9	13.2																																																																																																																																																																																																																					

<p>2. 対象者</p>	<p>2) 妊娠中に妊娠糖尿病等異常があった者 妊娠期における高血糖は、出産以降改善したとしても、壮年期になると高血糖の所見として現れることがある。糖尿病への移行を防ぐために、妊娠期や産褥期の健康管理について正しい知識を持ってもらえるように広く周知する必要がある。</p> <p style="text-align: center;">妊娠糖尿病所見ありの妊婦の割合</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>R4年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>母子手帳発行者数</td> <td>211人</td> </tr> <tr> <td>該当者数</td> <td>16人</td> </tr> <tr> <td>割合</td> <td>7.6%</td> </tr> </tbody> </table> <p>3) 市民全員 高島市において、脳血管疾患、虚血性心疾患が課題と考えられるため、その一番の原因である高血圧について広く啓発する必要がある。 野菜を多く取り入れる生活、減塩を心掛ける生活など。</p>		R4年度	母子手帳発行者数	211人	該当者数	16人	割合	7.6%
	R4年度								
母子手帳発行者数	211人								
該当者数	16人								
割合	7.6%								
<p>3. 実施内容</p>	<p>1) 乳幼児 ・幼児健診時、肥満度の高い者について個別指導を行う。</p> <p>2) 学童期 ・養護教諭等と連携する。</p> <p>2) 妊婦産婦 ・新生児訪問時、妊娠期の健診結果を確認し、個別指導を行う。 ・子の乳幼児健診時、母親へ健診・がん検診の受診を勧奨する。</p> <p>3) 市民全員 ・健康推進員を通じて、野菜の摂取や減塩について周知する。 ・血管年齢測定器を用いて、動脈硬化等自身の血管や身体について市民が関心を持てるよう啓発する。</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">保健指導教材</p> <p>◆子どもノート</p>								

4. 今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4 (2022)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム	幼児期の肥満児の割合の減少	5.0%	5.0%	5.0%	4.8%	4.6%	4.3%	4.0%

5. 今後の実施体制(ストラクチャー)

保健指導実施のための専門職の配置

V 個別の保健事業

事業番号7 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1. 事業の目的

国保加入の約半数が65歳以上の前期高齢者となっており、保健事業の実施にあたっては、高齢者の特性を踏まえた生活習慣病等の重症化予防と、生活機能の低下を防止する取り組みが必要となる。また、75歳に達すると後期高齢者医療保険制度の被保険者となることを踏まえ、国保の保健事業と後期高齢者の保健事業、介護予防事業を一体的に進める必要がある。

2. 対象者と実施内容

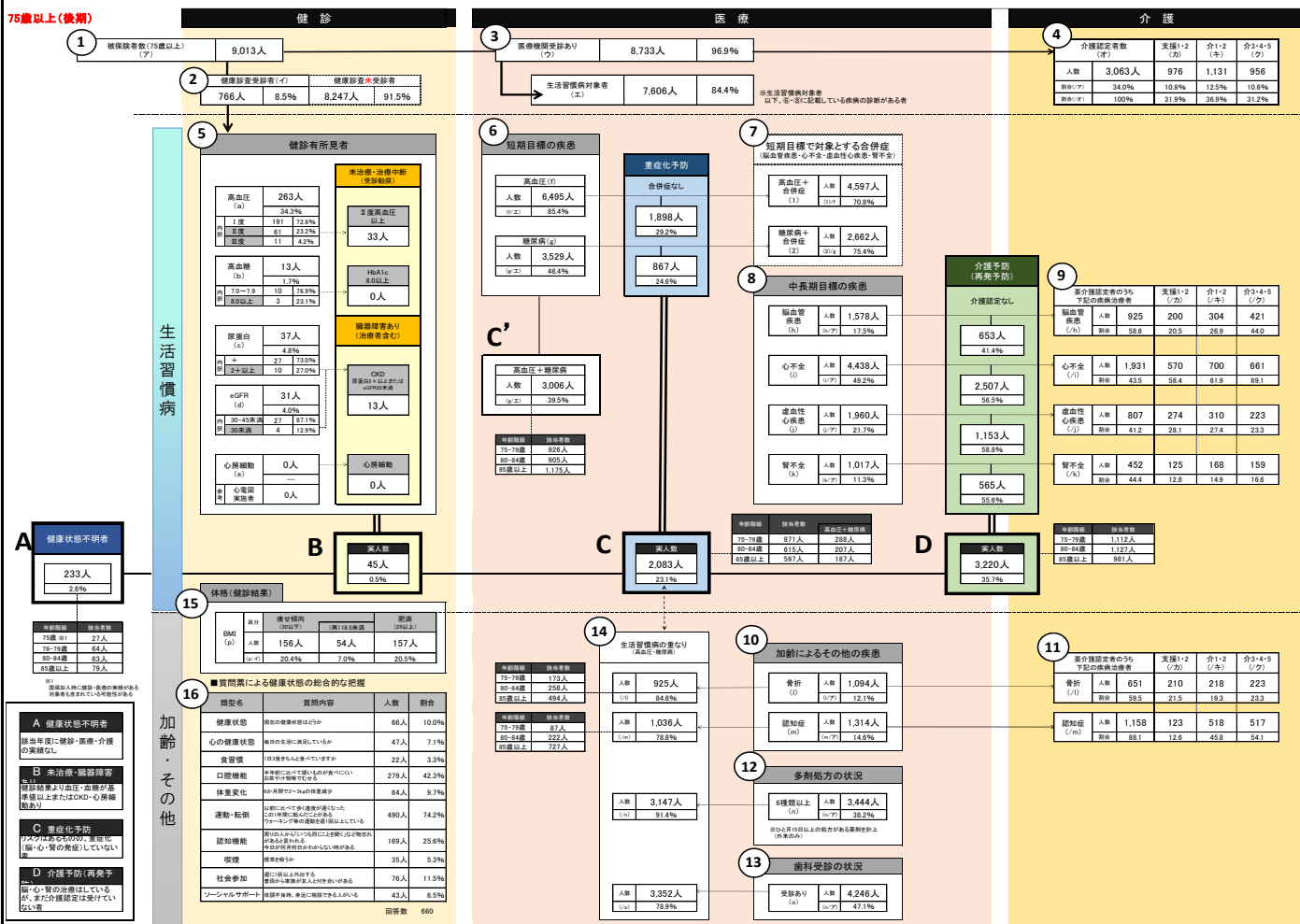
1) 個別保健指導(ハイリスクアプローチ)

高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、個別保健指導を実施する。

国保事業で保健指導対象者であった方が75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳等をもとに、重症化予防を実施する。

2) ポピュレーションアプローチ

地域の通いの場やサロン等を活用し、生活習慣病の重症化予防やフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施する。



E表により高齢者の健診、医療、介護の全体像を把握し、優先順位を決定する。高島市は特に後期の脳血管疾患、心不全が課題であることから、虚血性心疾患を引き続き一体化でも実施する。

		R3年度	R4年度	
3. 現在までの事業結果	個別アプローチ（ハイリスク）	糖尿病性腎症重症化予防支援実施者数(a)	17	7
		支援基準該当者(b)	20	7
		(a)/(b) %	85%	100%
		その他生活習慣病等重症化予防支援実施者数(c)	48	42
		支援基準該当者(d)	51	47
		(c)/(d) %	94%	89%
		健康状態未把握者支援数		地域包括支援課にて訪問支援中

(ポピュレーションアプローチ)
R3年度8地区、R4年度12地区でフレイル予防講座を実施

4. 実施内容	<p>1) ハイリスクアプローチについては、健診結果のデータから対象者を抽出し、個別に保健指導を実施。集団健診では健診結果を全員、個別健診はハイリスクアプローチ対象者を打ち出し、各地域でデータの読み取りを行い、保健指導の優先順位を決める。 75歳から80歳未満を対象とする。 未治療で ①HbA1c8.0%以上の者 ②Ⅱ度高血圧以上の者 ③eGFR40mL/分/1.73㎡未満の者</p> <p>2) ポピュレーションアプローチについては、6つの生活圈域の各1箇所を選定し、健康教育を実施する。内容はフレイルと認知症の予防</p>
---------	---

5. 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

一体化実施のための専門職の配置

6. 評価計画

中長期的評価
脳血管疾患の高額レセプト件数の増加抑制

V 個別の保健事業

事業番号8	医療費適正化
-------	---------------

1.事業の目的	1)医療費通知:受診状況と医療費の状況を把握してもらう 2)後発医薬品利用啓発:ジェネリック医薬品の利用促進による医療費抑制を行う 3)重複・頻回受診者等訪問指導事業:重複・頻回受診者等を対象にした訪問指導を実施し、適正な医療の受診及び医療費適正化につなげることを目的とする。
2.対象者	1)医療費通知:受診者全員 2)後発医薬品利用啓発:調剤処方のうちジェネリック医薬品該当者 3)重複・頻回受診者等訪問指導事業:重複受診者・頻回受診者・重複服薬者の抽出を国保連合会が行い、市で対象者を決定。
3.現在までの事業結果	1.2)R4年7月通知分では、333人に通知し、R5.1月確認後、15.6%がジェネリック医薬品に切り替えを行った。 3)訪問実施4名/訪問対象者9名 レセプト点数-3,682点 受診日数-33日

4.今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実	目標値					
		R4 (2022)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム	被保険者1人あたり医療費(*)	420,813円	433,437円	446,440円	459,833円	473,628円	487,837円	502,472円
アウトプット	後発医薬品使用割合	82.2%	82.2%以上を維持	82.2%以上を維持	82.2%以上を維持	82.2%以上を維持	82.2%以上を維持	82.2%以上を維持

*医療費統計・分析システム(年度別医療費推移帳票)

5.実施内容(プロセス)	1)医療費通知:年2回 4月の調剤分にて7月通知 2)後発医薬品差額通知:年2回 3)重複・頻回受診者等訪問指導事業:重複受診者・頻回受診者・重複服薬者の抽出を国保連合会が行い、市で対象者を決定、訪問実施する。
--------------	--

6.今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

1.2)国民健康保険資格取得時、後発医薬品チラシ等で啓発を行い医療費の抑制につなげる 3)訪問実施する専門職の配置
--

7.評価計画

1)短期的評価 後発医薬品利用促進、重複・頻回受診者の評価 2)中長期的評価 被保険者1人あたりの医療費の維持
--

VI その他

<p>1.データヘルス計画の評価・見直し</p>	<p>実効性のある計画となるよう、毎年度、個別の保健事業について進捗状況等を把握し、評価を行う。</p> <p>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う。また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。</p> <table border="1" data-bbox="443 510 1390 1274"> <tr> <td data-bbox="443 510 817 701"> <p>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)</p> </td> <td data-bbox="817 510 1390 701"> <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 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 701 817 891"> <p>プロセス (保健事業の実施過程)</p> </td> <td data-bbox="817 701 1390 891"> <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導等の手順・共済はそろっているか ・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 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 891 817 1081"> <p>アウトプット (保健事業の実施)</p> </td> <td data-bbox="817 891 1390 1081"> <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 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1081 817 1274"> <p>アウトカム (成果)</p> </td> <td data-bbox="817 1081 1390 1274"> <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、有病者の変化、要介護率など) </td> </tr> </table>	<p>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)</p>	<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 	<p>プロセス (保健事業の実施過程)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導等の手順・共済はそろっているか ・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 	<p>アウトプット (保健事業の実施)</p>	<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 	<p>アウトカム (成果)</p>	<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、有病者の変化、要介護率など)
<p>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)</p>	<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 								
<p>プロセス (保健事業の実施過程)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導等の手順・共済はそろっているか ・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 								
<p>アウトプット (保健事業の実施)</p>	<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 								
<p>アウトカム (成果)</p>	<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、有病者の変化、要介護率など) 								
<p>2.データヘルス計画の公表・周知</p>	<p>計画は、被保険者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る。</p> <p>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、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知する。</p> <p>これらの公表・配布にあたっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。</p>								
<p>3.個人情報の取扱い</p>	<p>保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。</p>								

Ⅶ 第4期高島市国民健康保険特定健康診査等実施計画

1. 第4期特定健診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、特定健診等実施計画を定める。
なお、第1期及び第2期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を一期として策定する。

2. 目標値の設定

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診実施率	42%	46%	50%	54%	58%	60%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%

3. 特定健診の実施

1) 実施方法

集団健診については、特定健診実施機関に委託する。

個別健診については、県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県内市町国保保険者と契約をした医療機関で実施。

2) 特定健診委託基準

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

3) 健診実施機関リスト

特定健診実施医療機関については、滋賀県国保連合会（滋賀県医師会HP内）のホームページに掲載する。

4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・及びeGFR・尿酸・尿潜血）を実施する。

○第4期（R6年度以降）における変更点

特定健康診査の見直し	(1) 基本的な健診の項目 血中脂質検査における中性脂肪において、やむを得ず空腹時以外で中性脂肪を測定する場合は、食直後を除き随時中性脂肪による血中脂質検査を可とした。
	(2) 標準的な質問票 喫煙や飲酒に係る質問項目については、より正確にリスクを把握できるように詳細な選択肢へ修正した。 特定保健指導の受診歴を確認する質問項目に修正した。

○高島市特定健診検査項目

健診項目		国	高島市
身体計測	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		○
貧血検査	ヘマトクリット値	△	△
	血色素量	△	△
	赤血球数	△	△
その他	心電図検査	△	集団健診○ 医療機関△
	眼底検査	△	△
	血清クレアチニン及びeGFR	△	○
	尿酸		○

○:必須項目 ●:いずれかの項目の実施で可
△:実施基準に該当する者に対して、医師の判断により実施する項目

5) 実施期間

5月から翌年1月末まで実施する。

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よう、医療機関へ十分な説明を実施する。

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

7) 事業主健診等の結果収集方法

特定健診の対象となる被保険者で、事業主健診、人間ドック等ほかの健康診査を受診した者については、その健診内容のうち特定健診の実施項目と重複する場合、医療保険者での実施不要となる。また、生活習慣病治療中の者のうち、治療検査項目が特定健康診査実施項目と重複しているものは、被保険者から健診機関に申し出ることによって、特定健康診査項目の提出を行うことができる。

事業主健診、人間ドック等ほかの健康診査を受診した場合には、受診結果を書面またはデータで提供、申し出ただけのよう、受診券送付時に併せて案内することにより、受診結果の収集に努める。

8) 代行機関

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

9) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		受診券の発送	
5月		特定健診の開始	
6月	契約準備	健診データ受取・費用決済 保健指導対象者の抽出・保健指導開始	
7月			
8月		未受診者勧奨	
9月	健診機関との契約	(特定健診・特定保健指導等の実施)	
10月			法定報告
11月			
12月			
1月		特定健診の終了	
2月			
3月	健診対象者の抽出 受診券等の印刷		

10) その他

特定健診の実施にあたっては、市民の利便性に考慮し、市で実施する各種がん検診等と併せて実施する。なお、特定健診の対象外となる30歳から39歳の者や生活保護受給者については健康増進法により、後期高齢者医療被保険者は保険者である滋賀県後期高齢者広域連合からの受託により、特定健診と同会場で併せて実施する。

4. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、専門職による個別保健指導を行う。ただし、個別健診を実施した健診機関において特定保健指導を受託している場合、対象者が希望すれば健診機関でも実施する。

○第4期(R6年度以降)における変更点

(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し、かつポイントも付与される。

(3) 糖尿病等の生活習慣病にかか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または特定保健指導開始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、特定保健指導の対象者として、分母に含めないことを可能とした。

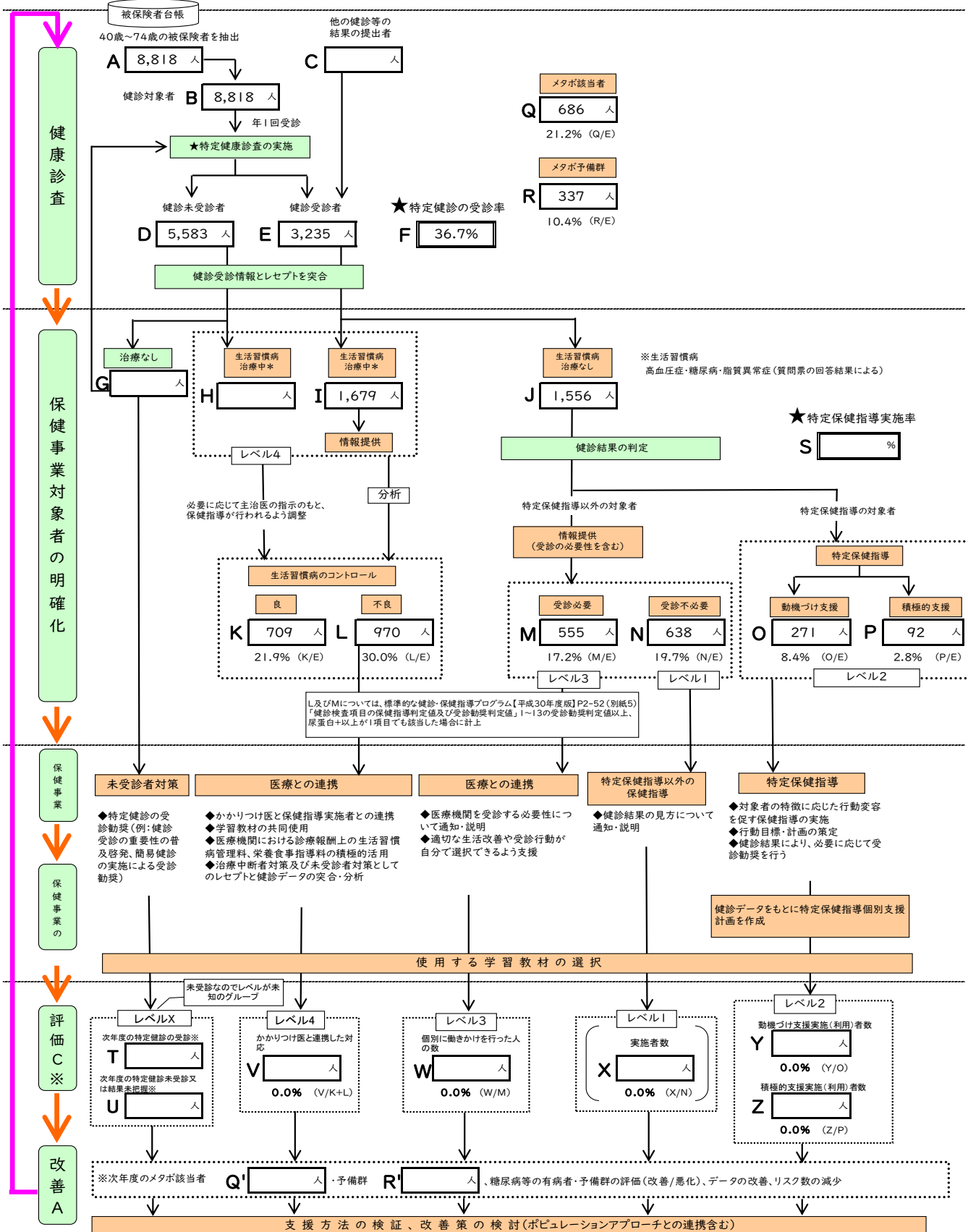
1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(令和6年版)」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・実践評価を行う。

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5
令和04年度



2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者見込(人)
1	OP	特定保健指導 O:動機付け保健指導 P:積極的保健指導	◆対象者の特徴に応じた保健指導の実施 ◆必要に応じて受診勧奨のための保健指導	363
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取できるよう支援	555
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 ◆前年度重症化予防対象者には個別に電話、訪問	5,583
4	N	情報提供	◆健診結果の見方、健診データと生活との関連についての結果説明	638
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆栄養指導の活用 ◆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	1,679

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する。

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	◎受診券の送付 ◎医療機関に健診実施と治療中患者情報提供の依頼		◎特定健診や健康診査、各種がん検診の広報
5月	◎特定健康診査の開始	◎集団健診の保健指導開始	
6月		◎対象者の抽出 ◎個別健診の保健指導の開始	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月			
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
11月			
12月			
1月	◎健診の終了		
2月			
3月	◎健診対象者の抽出		◎健康だよりの配布

4) 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日までに報告する。

VIII 用語の解説

○OE表

被保険者の健診、医療、介護の全体像を記載したものです。これを用いて、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に対する介入の優先順位を検討します。

○通いの場

地域の住民同士が気軽に集い、一緒に活動内容を企画し、ふれあいを通して「生きがいつくり」「仲間づくり」の輪を広げる場所です。

○QOL

生活の質のことで、疾患や治療が、住民の主観的健康観や、毎日行っている仕事、家事、社会活動にどのようなインパクトを与えているか、これを定量化したものです。

○虚血性心疾患

狭心症、心筋梗塞などの総称です。これらの疾患は、動脈硬化や血栓などで心臓の血管が狭くなり、血液の流れが悪くなることにより、心臓の筋肉に必要な酸素や栄養がいきわたりにくくなり心臓の筋肉が一時的に血液不足となり、主に前胸部に痛みや圧迫感等の症状が現れます。

○居宅サービス

介護が必要な方が、自宅で受けることのできるサービスのことです。

○健康推進員

行政機関の指導と援助により、正しい知識と技術を持って、生活習慣病予防をはじめとする健康づくりを推進するボランティアです。

○高齢者と保健事業の一体的実施

それぞれの組織・団体の取組みを連携して、高齢者が健康に生活できるようにするための仕組みです。通いの場を活用して高齢者への健康指導や相談を行うことで、適切な医療サービスへの継続が可能になります。

○CKD(慢性腎臓病)

腎臓の機能が低下すること、あるいは蛋白尿が出るなどの腎臓の異常が3か月以上続く状態のことをいいます。

○ジェネリック医薬品

新薬の特許が切れた後に製造販売される、新薬と同一の効能・効果を持つ医薬品のことです。

○施設サービス

介護が必要な方が、施設で受けることのできるサービスのことです。

○心房細動

不整脈のひとつであり、心房が無秩序に電気活動をして、脈拍のリズムが不規則となる状態。脳梗塞を起こす原因の一つです。

○耐糖能異常

インスリンの不足や作用低下が原因で、血糖値の上昇を抑える働きが低下していることで、空腹時の血糖値が110~125mg/dlまたはHbA1cが5.6~6.4%の状態のことです。

○糖尿病管理台帳

過去5年以内の健診結果で、血糖値やHbA1cが有所見であった方を一覧にし、継続して受診できているかどうかの聞き取り結果を記すことができる台帳のことです。

○動脈硬化

動脈の血管が硬くなって弾力性が失われた状態のことです。内腔にプラークがついたり血栓が生じたりして血管が詰まりやすくなります。

○特定健診データ管理システム

国保保険者が、効果的・効率的に特定健診等を実施するためのシステムです。健診等実施機関、国保連合会、国保保険者等とネットワークを活用して効率的にデータを管理し、特定健診等の実施の円滑化を図ります。

○ハイリスクアプローチ

疾病リスクの高い対象者に絞り込んで、働きかけを行うことです。

○標準化死亡比

年齢構成の違いの影響を除いて死亡率を全国と比較したものです。基準値(全国を100とする)よりも低い方が望ましく、高い場合は全国に比べ死亡率が高いことを示します。

○FOCUS(KDB補完システム)

健康・医療・介護におけるビッグデータ分析・保健事業支援および評価が可能なシステムです。KDBと他のデータベースを合わせた分析や、未受診者対策・重症化予防・重複服薬等の保健事業の対象者や事業評価に活用しています。

○プラーク

動脈の内膜に血液中の悪玉コレステロールなどが沈着してできた粥状の物質のことです。柔らかいプラークが剥離し、血管内で血栓を作ってしまうことがあり、これが心筋梗塞や脳梗塞などを引き起こします。

○フレイル

加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態のことで、健康な状態と日常生活でサポートが必要な介護状態の中間を意味します。

○平均自立期間

健康寿命の一つであり、日常生活が要介護でなく、自立して暮らせる生存期間の平均を指します。介護保険データなどを用いて、要介護2以上でない状態で生活することを期待できる年数の平均値として算出しています。

○ヘルスサポートラボツール

市町村が実施した健診結果の分析を支援するためのツールです。

○ポピュレーションアプローチ

多くの人々が少しずつリスクを軽減することで、集団全体としては多大な恩恵をもたらすことに注目し、集団全体をよい方向にシフトさせることです。