

藤 井 寺 市
第三期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

第四期特定健康診査等実施計画

2024(R6)年度～2029(R11)年度

2024年(R6)3月



藤 井 寺 市



目 次

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

1. 背景・目的
2. 計画の位置付けと基本的な考え方
3. 計画期間
4. 関係者が果たすべき役割と連携
5. 保険者努力支援制度

第 2 章 第二期計画に関する考察及び第三期での健康課題の明確化 ……9

1. 市の特徴と保険者の特性
2. 第二期計画に関する評価及び考察
3. 第三期での健康課題の明確化

第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……36

1. 第四期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定と対象者等の見込み
3. 特定健診の実施
4. 特定保健指導の実施
5. 個人情報保護
6. 結果の報告
7. 特定健診等実施計画の公表・周知

第4章 課題を解決するための個別保健事業44

I. 保健事業の方向性

- 1. ポピュレーションアプローチ
- 2. ハイリスクアプローチ

II. 重症化予防の取り組み

- 1. 脳血管疾患重症化予防
- 2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
- 3. 糖尿病性腎症重症化予防
- 4. 虚血性心疾患重症化予防

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

第5章 計画の評価・見直し64

- 1. 評価の時期
- 2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い65

- 1. 計画の公表・周知
- 2. 個人情報の取扱い

参考資料66



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」では、「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り組みを行うことを推進する。」とされています。

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。)では、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。

その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)³」では、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取り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での「新経済・財政再生計画 改革行程表⁴2022」では、「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、標準化の取り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。

上記の国の動きや、本市の課題等を踏まえ、保健事業を効果的に実施するため、国の指針に基づいて、「第三期藤井寺市保健事業実施計画(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)を繰り返すこと

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

第三期保健事業実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査(以下「特定健診」という)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。

本計画は、大阪府の健康増進計画や医療費適正化計画、本市の健康増進計画、高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画、国民健康保険運営方針、特定健診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診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和 6 年度版)⁵」(以下「プログラム」という。)は、高齢者の医療の確保に関する法律(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、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB⁶)(以下「KDB」という)を活用して特定健診の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、QOL の向上、ひいては医療費適正化を目指します。

計画の目的

健康寿命の
延伸

QOL(生活の質)
の向上

医療費の
適正化

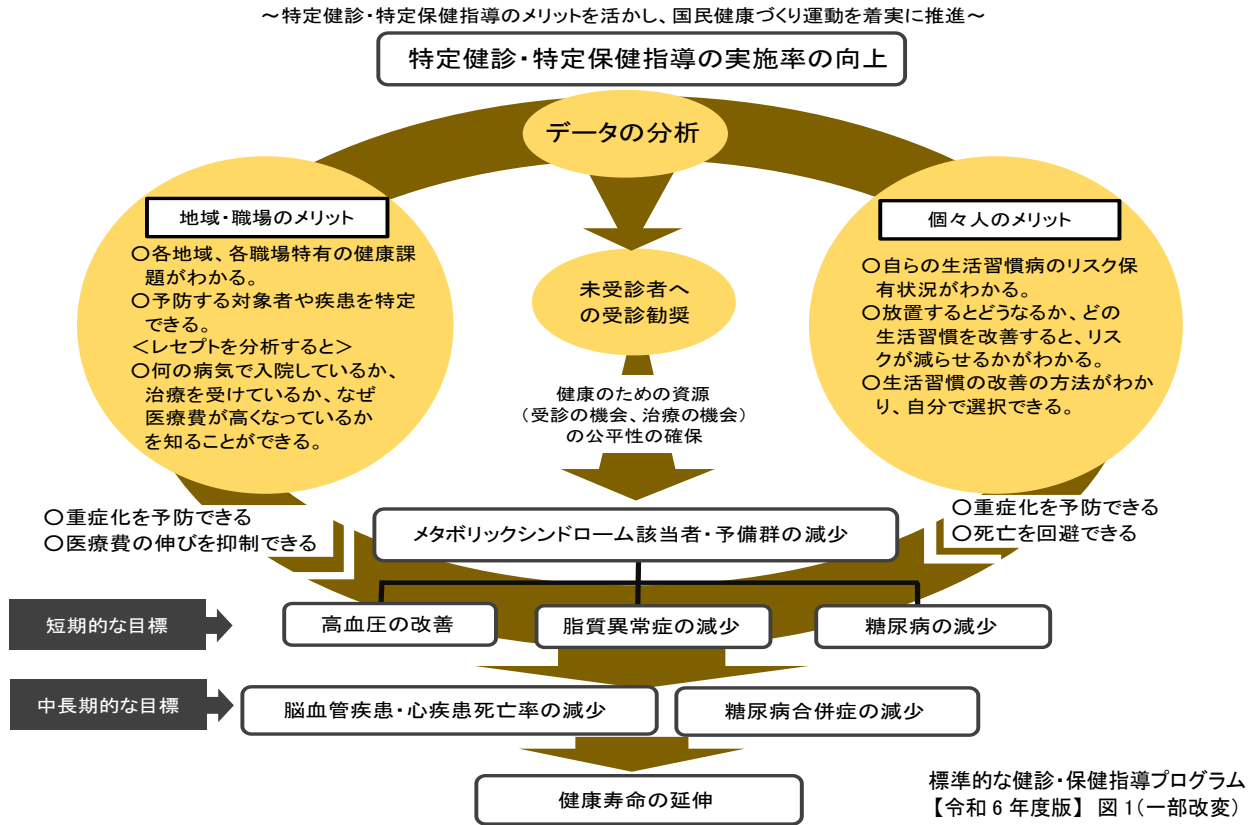
⁵ 標準的な健診・保健指導プログラム(令和 6 年度版)では、中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。(図表 2 参照)なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指しますことより、保健事業実施(データヘルス)計画では、第二期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

⁶ KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に関する統計情報。KDBシステムはその情報を保険者向けに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

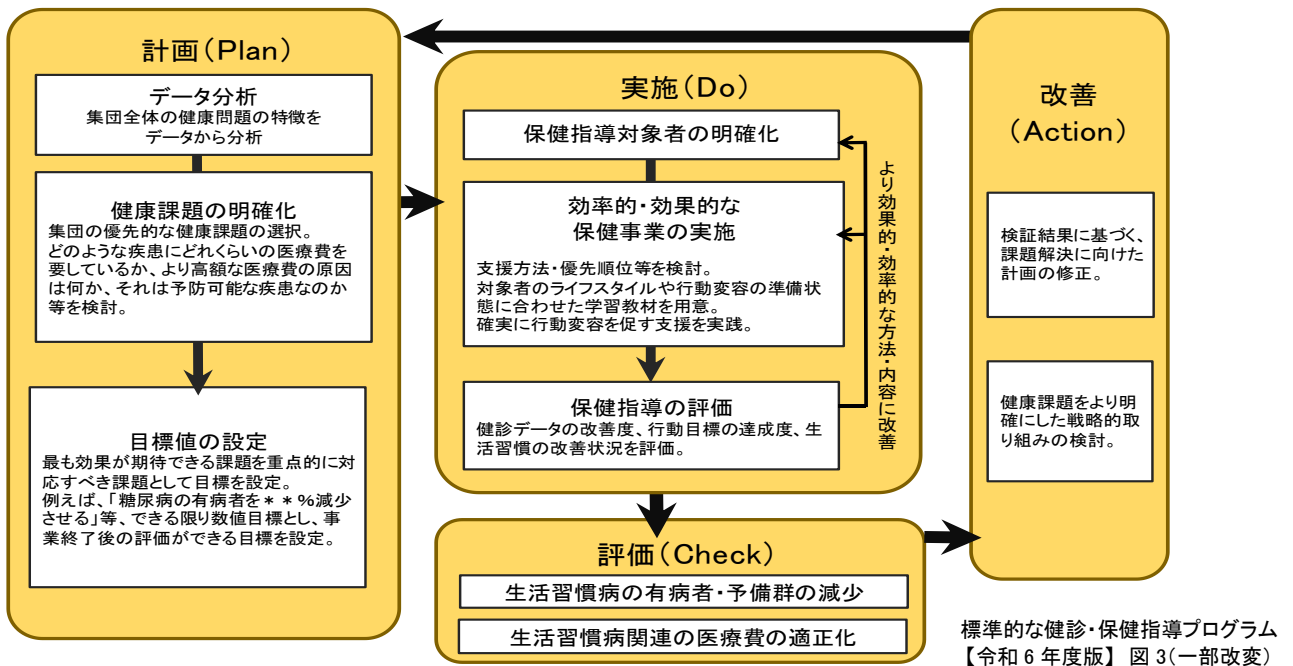
	健康増進計画		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画	
	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画				
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 <u>健康増進事業実施者(※)</u>	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の効率的かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年7月改正 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6～17年(12年) 2024～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給 付等サービス提供体制の確 保及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 保険者機能強化 高齢者の自立支援・重度 化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青年期、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	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 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)			がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能低下、低栄養	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会のつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持増進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	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	①保険者機能強化に向け た体制等 (地域支援事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携	地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金	

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



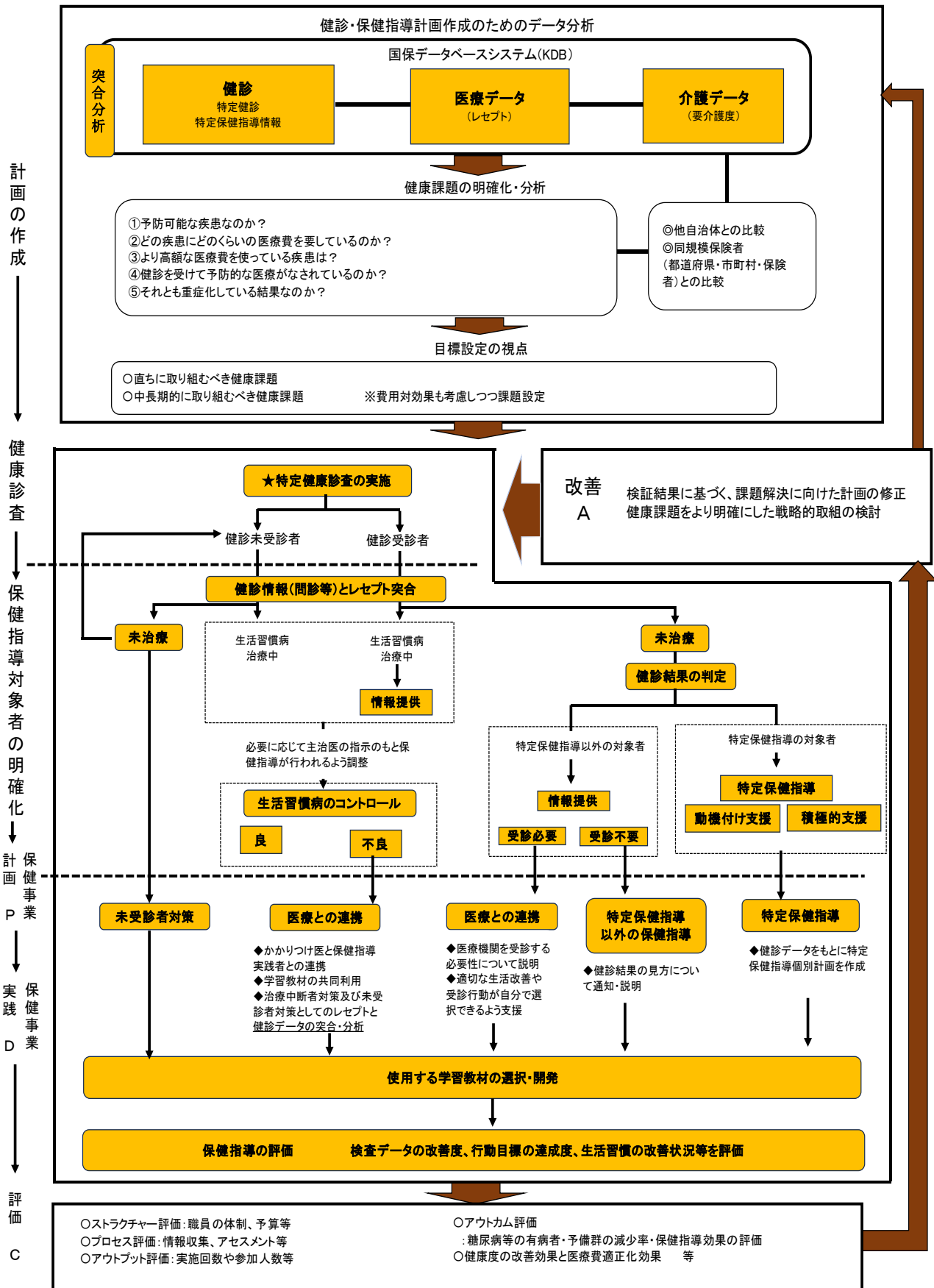
注)プログラムでは、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取り組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム[R6年度版]、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)

→

行動変容を促す手法

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

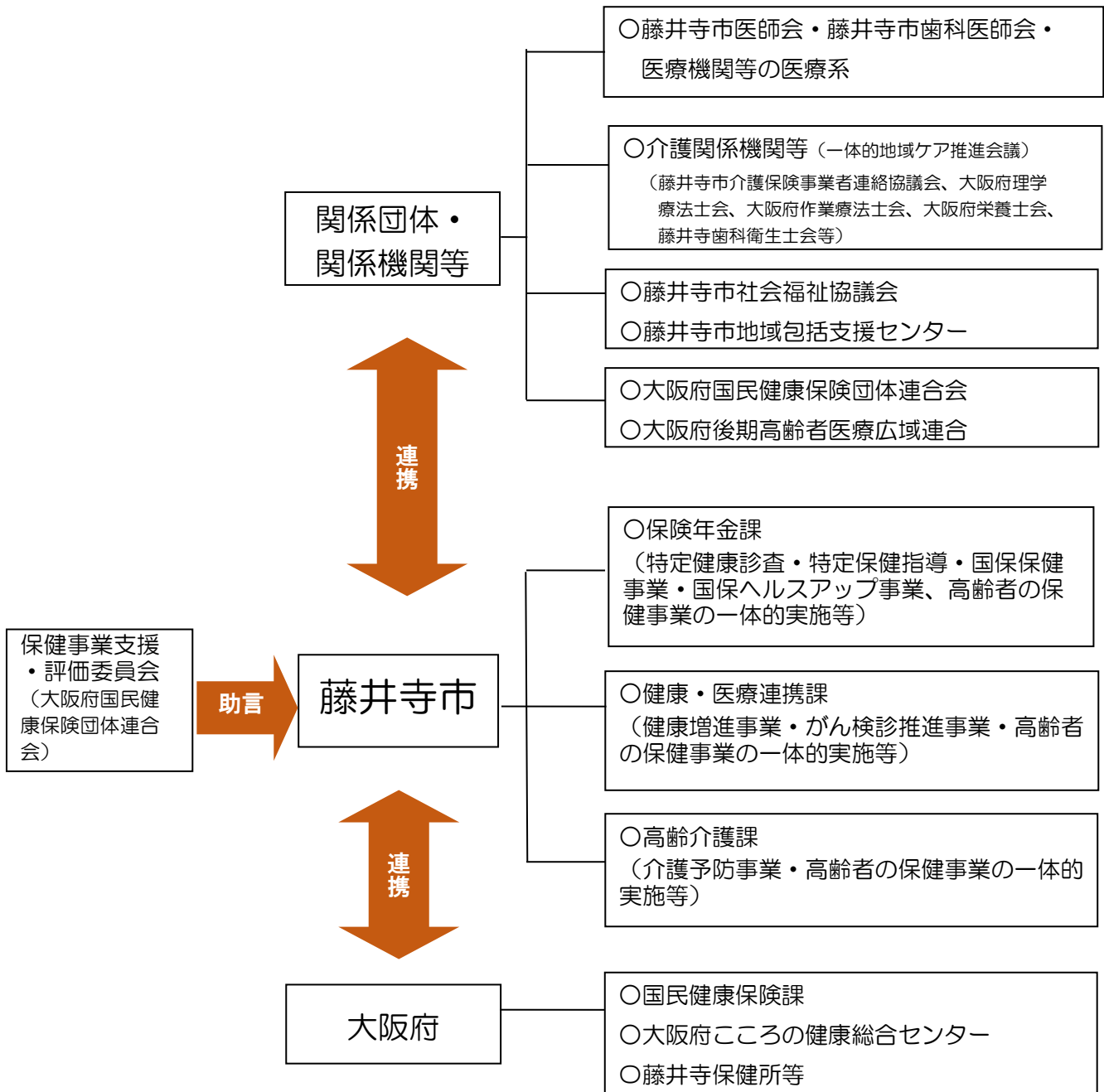
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、中心となって、健康・医療連携課等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、一体的に推進します。

また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、健康・医療連携課、高齢介護課、福祉総務課、生活支援課等とも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。(図表 6・7)

図表 6 藤井寺市の実施体制図



図表 7 保健事業の実施体制(保険年金課)

担当課	保健師		管理栄養士	事務職	
	常勤	非常勤(※)	非常勤(※)	常勤	非常勤(※)
保険年金課(保健事業担当)	3	1	3	-	1

※会計年度任用職員(週2日～週5日)
(令和6年3月時点)

2) 関係機関との連携

企画の段階から藤井寺市医師会、藤井寺市歯科医師会、藤井寺市商工会などの関係者とともに事業内容について検討しています。

健診の受診勧奨、糖尿病性腎症の重症化予防事業等については医療機関との連携が不可欠であることから、事前に医師会理事に相談し、医師会を通じて、各医療機関に周知を図っています。

また、大阪府国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会の助言を得て評価を行うことができるよう、委員会の開催時期に合わせて評価を行い、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムのすべての視点から評価指標・評価方法を設定しています。

市町村国保は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、藤井寺保健所圏地域・職域連携推進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することに努めます。

3) 被保険者の役割と連携

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

被保険者へは、ご自身の健康を大切にしたいという気持ちをもっていただけるような情報提供を行います。

計画策定にあたっては、藤井寺市国民健康保険運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を適宜行っていきます。

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、保険者での医療費適正化に向けた取り組み等に対する支援を行うため、保険者の取り組み状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者での予防・健康づくり事業の取り組みを後押しする(事業費分・事業費連動分)保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に関する費用の一部に対して助成しています。

また、都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。



第2章 第二期計画に関する考察 及び

第三期計画での健康課題の明確化

1. 市の特徴と保険者の特性

本市は大阪平野の南東部に位置し、市域面積約8.89k㎡で、大阪府内では最もコンパクトな市となっています。大阪都心部とは近鉄南大阪線で結ばれており、約13分の時間距離のベッドタウンです。

市内には緑豊かな古墳が数多く点在し、本市から隣接の羽曳野市にかけて広がる古市古墳群は、堺市の百舌鳥古墳群とともに大阪府で初めての世界遺産として登録されています。

人口は約6万2千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査では28.8%で、府、国と比較すると高齢者の割合は同程度です。

本市の財政指数は府や同規模より、少し低くなっています。

また、被保険者の平均年齢は、約52歳と国や同規模と比べると若くなっています。

産業では、第3次産業が72%と同規模と比較して高く、サービス業等の割合が多く、生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。

図表8 同規模・府・国と比較した藤井寺市の特性

	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
藤井寺市	62,781	28.8	12,929 (20.6)	51.7	6.5	10.7	0.6	0.5	27.5	72.0
同規模	--	30.4	20.5	54.7	6.5	11.8	0.7	5.6	28.6	65.8
府	--	27.5	20.3	50.9	7.2	10.7	0.8	0.6	24.3	75.1
国	--	28.7	20	53.4	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⁷

※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被保険者」を指し、藤井寺市と同規模被保険者(250市町村)の平均値を表す

国保加入率は約20%で、加入率及び被保険者数はいずれも年々減少傾向です。年齢構成については65～74歳の前期高齢者が40%を占めています。

図表9 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	15,226		14,690		14,367		13,589		12,929	
65～74歳	6,227	40.9	6,035	41.1	5,960	41.5	5,637	41.5	5,172	40.0
40～64歳	4,855	31.9	4,680	31.9	4,593	32.0	4,479	33.0	4,340	33.6
39歳以下	4,144	27.2	3,975	27.1	3,814	26.5	3,473	25.6	3,417	26.4
加入率	23.4		22.6		22.1		20.9		20.6	

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⁷

⁷ KDBデータの人口構成等は、全国で比較するため、国勢調査の値を使用している。

本市内には 72 の診療所があり、これは同規模と比較しても多いですが、病院は 4 機関で、病床数は少ないです。外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して低い傾向にあります。

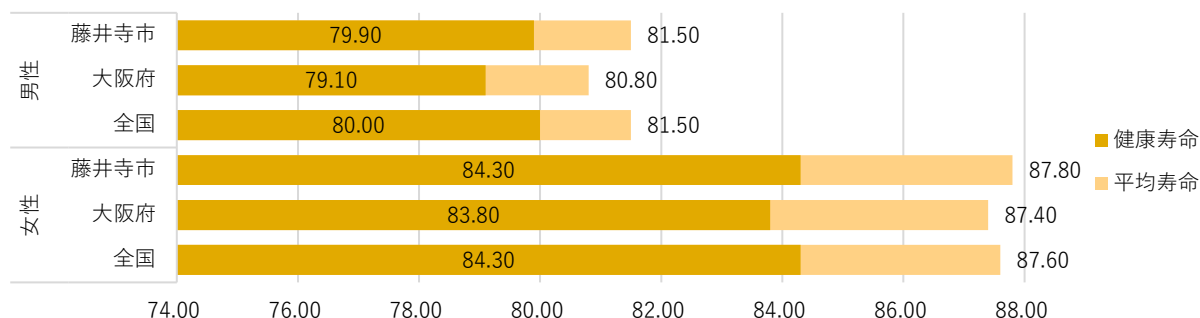
図表 10 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	府
病院数	3	0.2	3	0.2	3	0.2	3	0.2	4	0.3	0.3	0.3
診療所数	73	4.8	70	4.8	71	4.9	71	5.2	72	5.6	3.6	4.9
病床数	273	17.9	273	18.6	273	19.0	273	20.1	300	23.2	59.4	59.8
医師数	121	7.9	121	8.2	120	8.4	120	8.8	132	10.2	10.0	15.1
外来患者数	702.9		700.8		647.1		686.6		708.2		719.9	706.7
入院患者数	19.8		19.5		16.9		17.6		17.6		19.6	17.5

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

大阪府と比較すると男女ともに平均寿命、健康寿命ともに長いですが、国と比較すると同じかやや短い傾向にあります。

図表 11 男女別の平均寿命および健康寿命の比較⁸



出典：大阪府健康推進室健康づくり課提供データ(R03 年)



⁸ KDB データは健康寿命の計算方法が違うため使用していない

・健康寿命：平成 24 年度厚生労働科学研究補助金「健康寿命における将来予想と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究班」の「健康寿命の算定プログラム」より大阪府が公表データ等を用いて算出(健康寿命の算出方法は複数あるため注意)

・平均寿命：「健康寿命」+「不健康な期間」

2. 第二期計画に関する評価及び考察

1) 第二期計画に関する評価

第二期計画では、計画最終年度(令和5年度)までに達成を目指す目標を2つに分類、設定しました。

- ①中長期的な目標:脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の罹患者の減少
- ②短期的な目標:中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患であるメタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症の罹患者の減少(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、慢性腎不全)の達成状況

① 介護給付費の状況

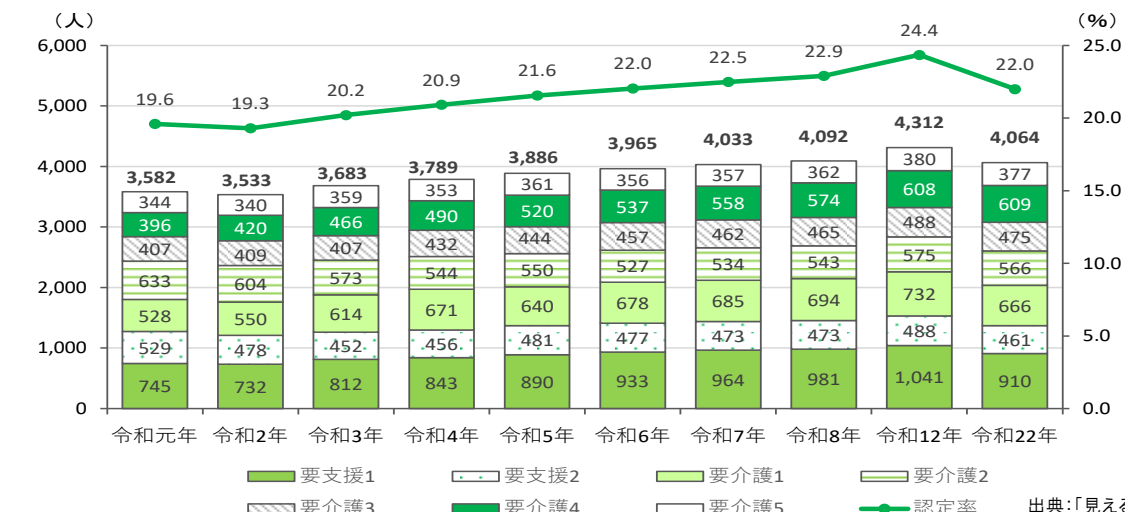
本市の令和4年度の要介護(要支援)認定者は、令和元年度と比べて増加しています。

図表12 要介護(要支援)認定者(率)の状況⁹

	藤井寺市				同規模	府	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	17,413人	26.8%	18,074人	28.8%	30.4%	27.5%	28.7%
2号認定者	100人	0.46%	104人	0.49%	0.36%	0.42%	0.38%
新規認定者	10人		11人		--	--	--
1号認定者	3,612人	20.7%	3,853人	21.3%	18.1%	21.8%	19.4%
新規認定者	495人		535人		--	--	--
再掲	65~74歳		367人 4.3%		--	--	--
新規認定者	79人		65人		--	--	--
再掲	75歳以上		3,486人 36.3%		--	--	--
新規認定者	416人		470人		--	--	--

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表13 要介護(要支援)認定者数の推移と将来推計¹⁰



⁹ 新規認定者(1号・2号)数は、国保と後期のKDB_NO49 要介護突合状況の年度累計「開始年月日」で集計(社保の新規認定者は含まず)

¹⁰ 将来推計人口及び厚生労働省「介護保険事業状況報告」令和5(2023)年月報をもとに、地域包括ケア「見える化」システムで推計

介護給付費は、平成 30 年度の約 50 億円から、令和 4 年度は約 55 億円に伸びています。

図表 14 介護給付費の変化

	藤井寺市		同規模	府	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	50億2052万円	55億8151万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	288,320	308,815	274,536	307,301	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	50,603	50,408	63,298	50,199	59,662
居室サービス	38,984	39,215	41,822	38,654	41,272
施設サービス	290,254	299,750	292,502	304,394	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

また要介護(要支援)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¹¹と、どの年代でも脳卒中(脳血管疾患)が上位を占めています。

基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約 9 割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でも重要な位置づけであると言えます。

図表 15 血管疾患の視点でみた要介護(要支援)認定者の有病状況(令和 4 年度)

受給者区分		2号		1号				合計							
年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計							
介護件数(国保・後期)		46		238		3,105		3,343		3,389					
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
		循環器疾患	1	脳卒中	29	63.0%	脳卒中	100	42.0%	脳卒中	1,270	40.9%	脳卒中	1,399	41.3%
			2	虚血性心疾患	10	21.7%	虚血性心疾患	73	30.7%	虚血性心疾患	1,146	36.9%	虚血性心疾患	1,219	36.5%
			3	腎不全	9	19.6%	腎不全	46	19.3%	腎不全	606	19.5%	腎不全	652	19.5%
		合併症	4	糖尿病合併症	8	17.4%	糖尿病合併症	40	16.8%	糖尿病合併症	398	12.8%	糖尿病合併症	438	13.1%
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		41	89.1%	基礎疾患	209	87.8%	基礎疾患	2,945	94.8%	基礎疾患	3,154	94.3%
		血管疾患合計		41	89.1%	合計	219	92.0%	合計	2,978	95.9%	合計	3,197	95.6%	
		認知症		4	8.7%	認知症	53	22.3%	認知症	1,387	44.7%	認知症	1,440	43.1%	
		筋・骨格疾患		36	78.3%	筋骨格系	217	91.2%	筋骨格系	2,980	96.0%	筋骨格系	3,197	95.6%	
				4	8.7%	認知症	53	22.3%	認知症	1,387	44.7%	認知症	1,440	43.1%	
		36	78.3%	筋骨格系	217	91.2%	筋骨格系	2,980	96.0%	筋骨格系	3,197	95.6%			

出典：ヘルスサポートラボツール

¹¹ 国保・後期被保険者の要介護認定者のレセプトから有病状況を集計。(KDB_健診・医療・介護データから見る地域の健康課題は、医療保険に関わらず、要介護認定者全員の集計)

② 医療費の状況

総医療費はやや減少していますが、一人あたり医療費は、同規模保険者と同じくらいではあるものの、平成30年度と比較すると約3万円高くなっています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか3%程度にも関わらず、医療費全体の約40%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較しても約10万円も高くなっています。

図表16 医療費の推移

	藤井寺市		同規模	府	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数(人)	15,226人	12,929人	--	--	--	
前期高齢者割合	6,227人 (40.9%)	5,172人 (40.0%)	--	--	--	
総医療費	50億5713万円	47億2172万円 ↓	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	332,138	365,203 ↑	366,294	329,982	321,633	
入院	1件あたり費用額(円)	556,800	654,620	610,160	658,240	619,090
	費用の割合	40.7	39.1	40.5	39.5	40.1
	件数の割合	2.7	2.4	2.7	2.4	2.6
外来	1件あたり費用額	22,830	25,370	24,470	24,970	24,520
	費用の割合	59.3	60.9	59.5	60.5	59.9
	件数の割合	97.3	97.6	97.3	97.6	97.4
受診率	722.706	725.766	739.503	724.165	728.39	

出典:ヘルスサポートラボツール

一人あたり医療費は、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減少したものの、令和3年度以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり90万円と、国保の2.5倍も高い状況です。

図表17 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	15,226人	14,690人	14,367人	13,589人	12,929人	9,988人	
総件数及び総費用額	件数	135,000件	129,273件	115,584件	117,862件	116,227件	164,824件
	費用額	50億5713万円	49億4807万円	44億6317万円	46億2549万円	47億2172万円	89億8133万円
一人あたり医療費	33.2万円	33.7万円	31.1万円	34.0万円	36.5万円	89.9万円	

出典:ヘルスサポートラボツール

年齢調整をした地域差指数でも、国保の入院を除いて全国平均の1を超えており、全国12位の府平均よりは低いものの、国保と比較して後期高齢者医療で増加しており、国保加入時に適切な治療等を受けて、重症化を予防することが必要です。

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取り組みに力を入れる必要があります。

図表 18 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			
	藤井寺市 (府内市町村中)		府 (47県中)	藤井寺市 (府内市町村中)		府 (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	1.050	1.004	1.069	1.046	1.093↑	1.139
		(25位)	(35位)	(12位)	(38位)	(32位)	(6位)
	入院	1.025	0.934	1.041	0.975	1.037↑	1.135
		(26位)	(40位)	(23位)	(40位)	(36位)	(13位)
	外来	1.045	1.022	1.068	1.093	1.123↑	1.119
		(23位)	(30位)	(3位)	(17位)	(5位)	(1位)

出典：地域差分析(厚労省)

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について国保をみると、糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模と比べて約1ポイント以上低い一方、腎不全(透析有)の医療費に占める割合が高いことから、適切な治療を受けずに重症化している可能性があります。

図表 19 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		
			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	藤井寺市	47億2172万円	29,484	4.81%	0.24%	2.20%	1.23%	4.80%	2.98%	1.99%	8億6161万円	18.2%
	同規模	---	29,595	4.16%	0.29%	2.08%	1.42%	5.79%	3.28%	2.15%	---	19.2%
	府	---	29,161	4.83%	0.28%	2.03%	1.42%	4.97%	2.81%	2.11%	---	18.5%
	国	---	29,043	4.38%	0.29%	2.07%	1.46%	5.45%	3.06%	2.11%	---	18.8%
② 後期	藤井寺市	89億8133万円	76,167	4.36%	0.46%	2.51%	1.48%	4.22%	3.01%	1.51%	15億7671万円	17.6%
	同規模	---	68,448	4.63%	0.47%	3.89%	1.57%	4.23%	3.13%	1.40%	---	19.3%
	府	---	79,325	4.09%	0.41%	3.47%	1.59%	4.05%	2.83%	1.57%	---	18.0%
	国	---	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	---	19.1%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)・慢性腎不全(透析無)の医療費合計が、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るものの、脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)と慢性腎不全(透析有)については、平成30年度より微増しています。

図表 20 中長期目標疾患の医療費の推移

		藤井寺市		同規模	府	国	
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
総医療費(円)		50億5713万円	47億2172万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		4億4936万円	4億0025万円	--	--	--	
		8.89%	8.48% ↓	7.95%	8.56%	8.20%	
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.16%	2.20% ↑	2.08%	2.03%	2.07%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.88%	1.23% ↓	1.42%	1.42%	1.46%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.50%	4.81% ↑	4.16%	4.83%	4.38%
		慢性腎不全(透析無)	0.35%	0.24% ↓	0.29%	0.28%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		17.57%	18.15%	17.03%	16.43%	16.77%
	筋・骨疾患		7.39%	8.37%	8.72%	8.82%	8.71%
	精神疾患		6.43%	5.94%	8.04%	6.49%	7.88%

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。

次に患者数(治療状況)の視点で中長期的な目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると虚血性心疾患・脳血管疾患が、患者数及び割合とやや減少しているものの、人工透析¹²については、増加しており、40 歳以上で61 人、内 65 歳未満が 30 人と約半数を占めています。

人工透析は医療費だけでなく、患者本人や家族に長期にわたって日常生活と精神的にも大きな負担を強いるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要です。

図表 21 中長期的な目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				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	15,226	12,929	a	1,189	↓ 961	883	↓ 681	45	↑ 63	
	a/A				7.8%	↓ 7.4%	5.8%	↓ 5.3%	0.3%	↑ 0.5%	
40歳以上	B	11,082	9,512	b	1,183	950	877	676	45	61	
	B/A	72.8%	73.6%	b/B	10.7%	10.0%	7.9%	7.1%	0.4%	0.6%	
再掲	40~64歳	C	4,855	4,340	c	233	205	181	152	23	30
		C/A	31.9%	33.6%	c/C	4.8%	4.7%	3.7%	3.5%	0.5%	0.7%
	65~74歳	D	6,227	5,172	d	950	745	696	524	22	31
		D/A	40.9%	40.0%	d/D	15.3%	14.4%	11.2%	10.1%	0.4%	0.6%

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)〔

高額レセプトは、国保では、毎年約 900 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、1,634 件と約 1.8 倍に増加しています。

図表 22 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	478人	485人	404人	468人	495人	943人
	件数	B	901件	911件	745件	842件	901件	1,634件 ↑
		B/総件数	0.67%	0.70%	0.64%	0.71%	0.78%	0.99%
	費用額	C	12億7881万円	13億1111万円	10億5480万円	11億8269万円	13億3430万円	17億3014万円
C/総費用		25.3%	26.5%	23.6%	25.6%	28.3%	19.3%	

出典:ヘルスサポートラボツール

高額レセプトの脳血管疾患の推移をみると、国保では令和元年度が一番多く、65 件で約 7,700 万円でしたが、令和 4 年度は 41 件で約 5,000 万円と減少しています。

一方、後期高齢では、81 件で約 8,100 万円の費用額がかかっています。

¹² R4 年度に人工透析(腹膜透析)の処置がある者(外傷による循環不全や尿路の閉塞等による急性腎不全から、一時的に透析が必要になった場合も含む)。患者数の視点からの分析の際は、KDB のデータをレセプトと突合させているため、「人工透析」で分析しています。

脳血管疾患は、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすだけでなく、介護を要する状態となり不自由な生活を強いられる可能性が高い疾患でもあるので、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。

図表 23 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
人数	D	22人	29人	22人	22人	18人	45人
	D/A	4.6%	6.0%	5.4%	4.7%	3.6%	4.8%
件数	E	46件	65件	47件	42件	41件	81件
	E/B	5.1%	7.1%	6.3%	5.0%	4.6%	5.0%
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%	9 13.8%	1 2.1%	9 21.4%	1 2.4%	70-74歳 0 0.0%
	50代	0 0.0%	8 12.3%	7 14.9%	8 19.0%	4 9.8%	75-80歳 30 37.0%
	60代	25 54.3%	21 32.3%	13 27.7%	4 9.5%	15 36.6%	80代 31 38.3%
	70-74歳	21 45.7%	27 41.5%	26 55.3%	21 50.0%	21 51.2%	90歳以上 20 24.7%
費用額	F	5623万円	7748万円	6112万円	6000万円	4929万円	8161万円
	F/C	4.4%	5.9%	5.8%	5.1%	3.7%	4.7%

出典:ヘルスサポートラボツール

高額レセプトの虚血性心疾患の推移をみると、国保では平成 30 年度が一番多く 54 件で、約 7,700 万円の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 27 件と半分に減少し、費用額も約 3,800 万円と減少しています。しかし、後期高齢では、37 件発生し、約 5,200 万円の費用額がかかっています。

虚血性心疾患のリスクとなる高血圧等の重症化予防に力を入れる必要があります。

図表 24 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
人数	G	35人	28人	24人	22人	23人	32人
	G/A	7.3%	5.8%	5.9%	4.7%	4.6%	3.4%
件数	H	54件	32件	29件	26件	27件	37件
	H/B	6.0%	3.5%	3.9%	3.1%	3.0%	2.3%
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%	2 6.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	70-74歳 0 0.0%
	50代	3 5.6%	3 9.4%	7 24.1%	4 15.4%	2 7.4%	75-80歳 13 35.1%
	60代	29 53.7%	13 40.6%	8 27.6%	5 19.2%	16 59.3%	80代 23 62.2%
	70-74歳	22 40.7%	14 43.8%	14 48.3%	17 65.4%	9 33.3%	90歳以上 1 2.7%
費用額	I	7764万円	5405万円	4998万円	4454万円	3828万円	5298万円
	I/C	6.1%	4.1%	4.7%	3.8%	2.9%	3.1%

出典:ヘルスサポートラボツール

③ 健診・医療・介護の一体的分析からの健康課題の明確化

図表 25～26 の全体像は、参考資料 2¹³。健診・医療・介護の一体的分析で再掲します。

令和元年度と令和 4 年度を、中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・腎不全)をお持ちの方で比較すると、要介護認定者は脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全で増加しています。

図表 25 中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)と要介護認定の状況

年度	中長期疾患のうち要介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
R01	14.2	15.6	42.8	6.0	9.0	37.2	3.4	10.1	40.9	6.5	10.9	38.9
R04	16.3	13.9	44.1	5.5	10.0	39.7	4.3	9.6	42.5	4.0	8.5	36.8

加齢によるその他の疾患を見ると、75 歳以上の方の 13%以上に骨折・認知症があり、骨折された方の 60%以上、認知症の方の 77%以上が要介護状態になっています。

また、骨折された方、認知症のある方の生活習慣病との重なりを見ると、80%以上の方が、基礎疾患として高血圧・糖尿病をお持ちです。生活習慣病の重症化を予防することが、要介護状態を予防することにつながるとうかがえます。

図表 26 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭ 生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				⑩ 加齢による その他の疾患 (被保数割)				⑪ 加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
R01	65.5	80.7	72.0	82.2	3.7	14.1	1.2	15.4	21.1	60.4	64.0	77.2
R04	66.7	81.7	76.9	83.1	4.2	13.8	1.5	14.2	19.9	63.8	53.8	81.4

出典：ヘルスサポートラボツール

¹³ 保険者別で国保(40歳～64歳、65歳～74歳)と後期(65歳～74歳、75歳以上)をそれぞれ集計し、年齢別に再集計して割合を算出しています。後期高齢者保健事業の一体的実施は、R2年度からの開始のため、後期高齢者医療の介護情報との突合データはR1年度からの提供となるため、R1とR4の比較分析をしています。

(2)短期的な目標疾患(メタボリックシンドローム・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

高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増加しており、重症化した脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は、年代別でも減少傾向にある一方で、人工透析は増加しています。

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられますが、人工透析に移行しないような対策が必要です。(図表 27・28・29)

図表 27 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	4,295	3,753	1,067	987	3,228	2,766	
	A/被保数	38.8%	39.5%	22.0%	22.7%	51.8%	53.5%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	504	407	105	95	399	312
		B/A	11.7%	10.8%	9.8%	9.6%	12.4%	11.3%
	虚血性心疾患	C	642	500	126	114	516	386
		C/A	14.9%	13.3%	11.8%	11.6%	16.0%	14.0%
	人工透析	D	44	60	22	29	22	31
		D/A	1.0%	1.6%	2.1%	2.9%	0.7%	1.1%

出典:KDBシステム、疾病管理一覧(高血圧症)
地域の全体像の把握

図表 28 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	2,435	2,174	635	609	1,800	1,565	
	A/被保数	22.0%	22.9%	13.1%	14.0%	28.9%	30.3%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	286	202	51	43	235	159
		B/A	11.7%	9.3%	8.0%	7.1%	13.1%	10.2%
	虚血性心疾患	C	433	341	74	71	359	270
		C/A	17.8%	15.7%	11.7%	11.7%	19.9%	17.3%
	人工透析	D	27	41	13	20	14	21
		D/A	1.1%	1.9%	2.0%	3.3%	0.8%	1.3%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	361	400	109	117	252	283
		E/A	14.8%	18.4%	17.2%	19.2%	14.0%	18.1%
	糖尿病性網膜症	F	233	235	64	72	169	163
		F/A	9.6%	10.8%	10.1%	11.8%	9.4%	10.4%
	糖尿病性神経障害	G	71	49	25	17	46	32
		G/A	2.9%	2.3%	3.9%	2.8%	2.6%	2.0%

出典:KDBシステム、疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握

図表 29 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	3,761	3,364	1,002	938	2,759	2,426	
	A/被保険者	33.9%	35.4%	20.6%	21.6%	44.3%	46.9%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	402	316	73	70	329	246
		B/A	10.7%	9.4%	7.3%	7.5%	11.9%	10.1%
	虚血性心疾患	C	554	458	104	98	450	360
		C/A	14.7%	13.6%	10.4%	10.4%	16.3%	14.8%
	人工透析	D	19	30	10	15	9	15
		D/A	0.5%	0.9%	1.0%	1.6%	0.3%	0.6%

出典：KDBシステム、疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度以上高血圧(収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100 mmHg 以上)・HbA1c7.0%以上を平成 30 年度と令和 3 年度で比較¹⁴してみたところ、いずれも有所見者の割合が増加してきています。また、健診後、医療につながったのかどうかを、レセプトと突合したところ、未治療のままの方が高血圧で約 40%、糖尿病は 4%ほどで、高血圧では同規模市¹⁵と比較しても高くなっています。

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、重症化を予防することが重要です。

図表 30 結果の改善と医療のかかり方

高血圧	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
藤井寺市	5,107	46.1	5,076	48.1	285	5.6	171	60.0	309	6.1	188	60.8	120	38.8	18	5.8
同規模5合計	309,485	40.3	278,818	38.7	16,067	5.2	9,448	58.8	16,799	6.0	9,823	58.5	6,164	36.7	869	5.2

高血糖	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者 A	J	J/I	K	K/実施者 B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
藤井寺市	5,071	99.3	5,042	99.3	241	4.8	67	27.8	275	5.5	81	29.5	11	4.0	11	4.0
同規模5合計	307,071	99.2	276,405	99.1	14,053	4.6	3,869	27.5	13,660	4.9	3,554	26.0	947	6.9	2,760	20.2

出典：ヘルスサポートラボツール

¹⁴ R4 年度の健診結果をふまえて評価するため、R3 年度の分析結果(R3 年度健診受診者に対して、1年間のレセプト情報から医療のかかり方を確認)を用いています。高血圧の受診率は、健診全受診者の受診率。HbA1cは全数実施ではありません。

・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

・治療中断…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もの

¹⁵ ヘルスサポートラボ提供、同規模 5 の 67 市の集計

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重複した病態のことで、軽度であっても危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。

本市の特定健診結果について、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の該当者は、約 2 ポイント伸びています。

図表 31 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	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	5,107 (46.1%)	938 (18.4%)	300 (5.9%)	638 (12.5%)	599 (11.7%)
R04年度	4,754 (47.4%)	963 (20.3%)	306 (6.4%)	657 (13.8%)	583 (12.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

重症化予防の観点から、継続受診者の有所見割合と翌年度の健診結果を見ると、HbA1c6.5 以上とⅡ度高血圧以上の該当者割合は微増し、高血圧の改善率が減少していますが、LDL コレステロール 160 以上の方の該当割合は減少、改善率は増加しています。一方で、翌年度健診を受診していない方は、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL コレステロール 160 以上の方のいずれも低下しているものの、2-3 割程度存在し、その方たちの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よう努めると共に、重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 32 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)¹⁶

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善	変化なし	悪化	
H30→R01	472 (9.3%)	121 (25.6%)	152 (32.2%)	65 (13.8%)	134 (28.4%)
R03→R04	522 (10.4%)	134 (25.7%)	199 (38.1%)	65 (12.5%)	124 (23.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)¹⁷

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善	変化なし	悪化	
H30→R01	285 (5.6%)	138 (48.4%)	36 (12.6%)	8 (2.8%)	103 (36.1%)
R03→R04	309 (6.1%)	143 (46.3%)	67 (21.7%)	9 (2.9%)	90 (29.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 34 LDL コレステロール 160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)¹⁸

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善	変化なし	悪化	
H30→R01	605 (11.9%)	254 (42.0%)	141 (23.3%)	25 (4.1%)	185 (30.6%)
R03→R04	579 (11.4%)	249 (43.0%)	131 (22.6%)	36 (6.2%)	163 (28.2%)

出典：ヘルスサポートラボツール

¹⁶ HbA1c①6.4 以下②6.5-6.9③7.0-7.9④8.0 以上の段階に分け、それぞれ段階が下がると「改善」、上がると「悪化」と分類

¹⁷ 血圧①高値血圧以下(139/89)②Ⅰ度高血圧(140-159/90-99)③Ⅱ度高血圧(160-179/100-109)④Ⅲ度高血圧(180 以上/110 以上)の段階に分け、それぞれ段階が下がると「改善」、上がると「悪化」と分類

¹⁸ LDL コレステロール①140 未満②140-159③160-179④180 以上の段階に分け、それぞれ段階が下がると「改善」、上がると「悪化」と分類

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、平成 30 年度には 47.6%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和元年度は一時的に低下しました。しかし、翌年度には回復し、令和 3 年度は過去最高の 49.1%となり大阪府内 1 位の受診率となりました。

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳代に特に力を入れて受診勧奨していましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は低い状況が続いています。(図表 37)

特定保健指導については、平成 30 年度に特定保健指導の実施期間が 6 か月から 3 か月に変更となったことから、前年度の積み上げで 42.6%と一時的に実施率は向上しましたが、令和 4 年度は 35.2%となっています。

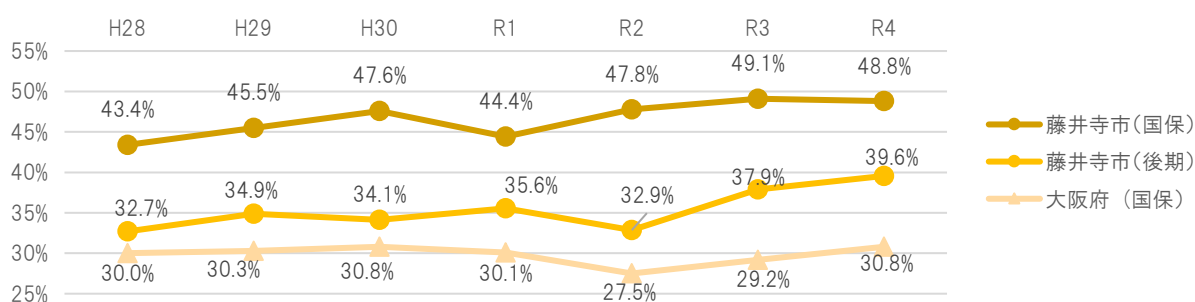
特定健診受診率・特定保健指導実施率ともに国・府の平均よりも高いですが、第三期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 35 特定健診・特定保健指導の推移

		年	2017年度 (H29年度)	2018年度 (H30年度)	2019年度 (R01年度)	2020年度 (R02年度)	2021年度 (R03年度)	2022年度 (R04年度)	2023年度 (R05年度)
特定健康診査	対象者数【A】	藤井寺市	10,499	10,157	9,785	9,594	9,248	8,609	健診受診率 目標値 60.0%
	受診者数【B】		4,781	4,833	4,341	4,582	4,542	4,203	
	特定健康診査受診率【B】/【A】		45.5%	47.6%	44.4%	47.8%	49.1%	48.8%	
	府内順位		3位	2位	3位	2位	1位	2位	
	特定健診受診率		国	37.2%	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	
	府	30.3%	30.8%	30.1%	27.5%	29.2%	30.8%		
特定保健指導	特定保健指導対象者数【C】	藤井寺市	455	465	381	402	399	375	保健指導 実施率 目標値 60.0%
	特定保健指導該当者割合【C】/【B】		9.5%	9.6%	8.8%	8.8%	8.8%	8.9%	
	特定保健指導終了者数【D】		119	198	131	143	147	132	
	特定保健指導実施率【D】/【C】		26.2%	42.6%	34.4%	35.6%	36.8%	35.2%	
	府内順位		16位	10位	13位	7位	8位	10位	
	特定保健指導実施率		国	26.9%	28.9%	29.3%	27.9%	27.9%	
	府	16.6%	18.5%	19.1%	16.9%	18.7%	18.1%		

出典：特定健康診査・特定保健指導実施状況(法定報告)R5.12月

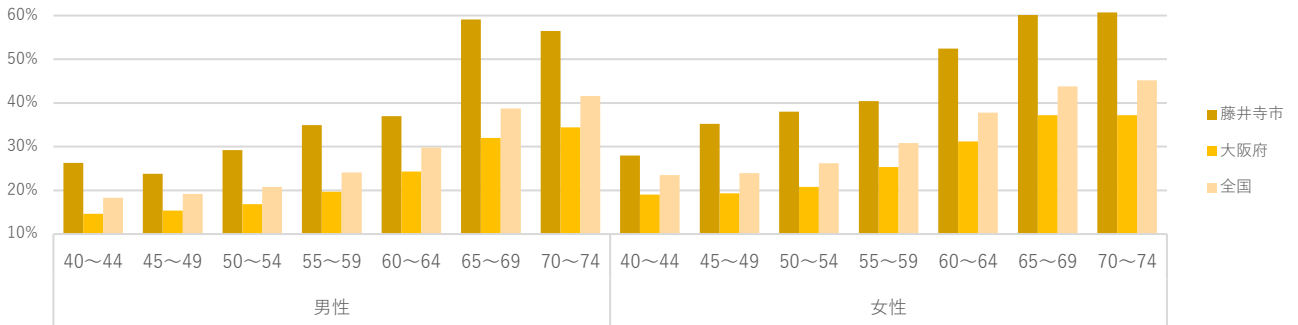
図表 36 特定健診と後期高齢者健診受診率の推移¹⁹



¹⁹ 後期高齢者の健診は、小数点第 2 位までの表示だが、特定健診と表記を合わせ、小数点第 1 位で表示

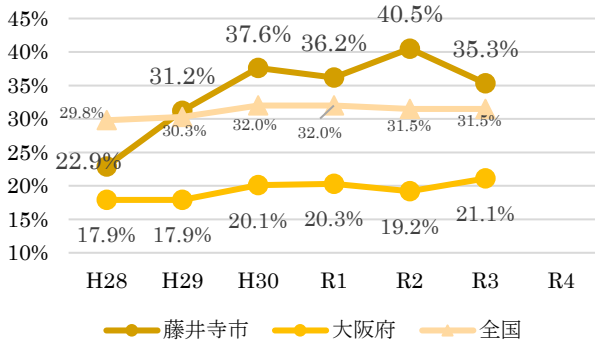
図表 37 性・年代別特定健診受診率の推移

出典：法定報告データ

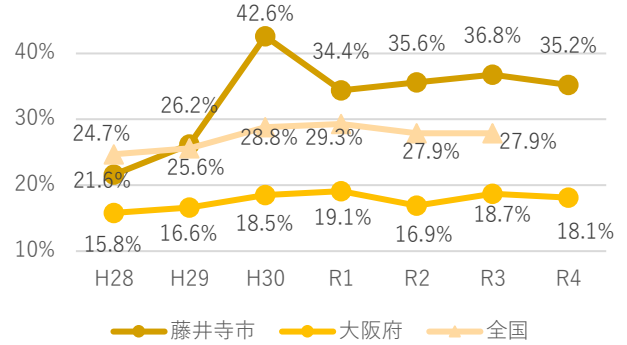


出典：法定報告データ(R03)

図表 38 特定保健指導利用率の推移



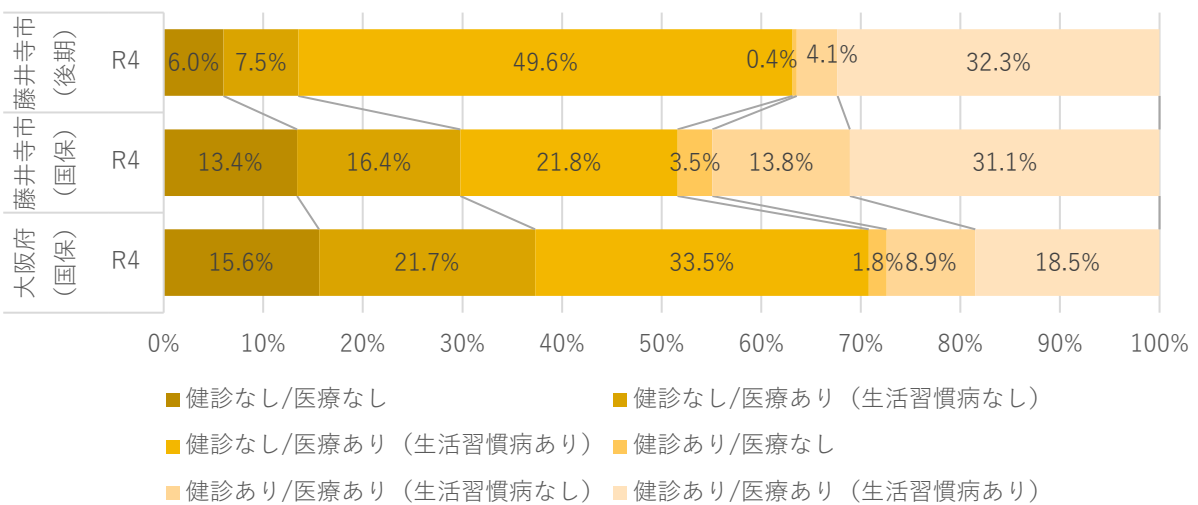
図表 39 特定保健指導実施率の推移



資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

特定健診の受診状況と医療機関受診状況から、健診も医療も受けていない方が 13.4%です。健康状態が不明の方に対して、健診を受けていただけるような取り組みが必要です。

図表 40 特定健診受診状況と医療利用状況



出典：KDB_医療機関受診と健診受診の関係表

2)主な個別事業の評価と課題

(1)重症化予防の取り組み

①特定保健指導未利用者対策

特定健診結果送付時に特定保健指導の予約日時を記載した案内を同封して送付し、その後に保健師・管理栄養士等が電話利用勧奨を行いました。

また、電話が繋がらなかった方や電話勧奨時に拒否的ではなかった方には、アポイントなしで保健師・管理栄養士が訪問し、特定保健指導を実施しました。

図表 41 特定保健指導未利用者へのアプローチ

方法（人数）	H30	R1	R2	R3	R4
訪問	17	73	70	76	92
訪問時不在（ポストに通知等）	21	105	73	38	66
電話	431	190	315	433	333

出典：健康かるて（藤井寺市）

②生活習慣病の重症化予防対策

平成 30 年度から令和 2 年度までは、委託先の保健師・管理栄養士が、電話により受療勧奨及び保健指導を行い、一定期間後にレセプトを確認し、未受療の場合は、再勧奨を行いました。

電話番号が不通等で電話勧奨ができなかった場合は、保険年金課の保健師・管理栄養士が訪問し、受療勧奨及び保健指導を行っていましたが、令和 3 年度からは特定保健指導に関しては全て保険年金課の職員が実施しています。

KDB システムで医療の情報を 5 年履歴で確認し、平成 20 年度からの特定健診及び住民健診結果を経年で読み取り、よりきめ細やかな保健指導を行っています。

●高血圧の重症化予防対策

特定健診時に収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上の方について、肥満の有無や受療状況等により、対象者を選定しています。

●糖尿病の重症化予防対策

特定健診時に HbA1c6.5%以上の方について、肥満の有無や受療状況等により、対象者を選定しています。

●脂質異常の重症化予防

特定健診時に LDL コレステロール 180mg/dl 以上または中性脂肪 400 mg/dl 以上の方について、受療状況等により、対象者を選定しています。

●心電図異常の対策

特定健診時に心房細動の所見があった方について、受療状況等により対象者を選定しています。

図表 42 生活習慣病をお持ちの方への重症化予防へのアプローチ

分類・方法（人数）	H30	R1	R2	R3	R4
高血圧					
訪問	10	9	117	162	121
訪問時不在（ポストに通知等）	16	10	58	82	51
電話	163	116	104	236	169
面談	0	3	2	3	6
糖尿病					
訪問	1	7	23	27	61
訪問時不在（ポストに通知等）	0	1	9	25	36
電話	228	186	47	85	110
面談	1	2	5	10	17
脂質異常					
訪問	0	9	0	1	6
訪問時不在（ポストに通知等）	0	5	0	1	1
電話	0	32	75	96	36
面談	3	0	2	0	3
心房細動等心電図異常					
訪問	0	0	0	2	10
訪問時不在（ポストに通知等）	0	0	0	0	3
電話	0	0	0	16	4
面談	0	0	0	0	0

出典：健康かるて（藤井寺市）

●糖尿病性腎症重症化予防対策

特定健診でHbA1c6.5%以上または糖尿病治療中でかつ尿蛋白やeGFRの数値で対象者を選定、または、かかりつけ医からの紹介等により、6か月間の継続保健指導を行っています。

図表 43 糖尿病性腎症重症化予防事業

方法	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
6か月間継続支援（実人数）	19	26	34	23	19	14	8

出典：藤井寺市糖尿病性腎症重症化予防事業名簿

(2)ポピュレーションアプローチ

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

生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている実態を広報等で広く市民へ周知を行いました。

本市では、生涯を通じた健康づくりの取り組みとして、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受けていただけるよう、受診勧奨を行っています。

新規に国民健康保険に加入された方や、40歳に到達された方など優先順位をつけています。

さらに、健診の受診率向上を目指しますとともに、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サポートしています。

① 特定健診未受診者対策

図表 44 特定健診未受診の方へのアプローチ

方法（人数）	H30	R1	R2	R3	R4
訪問	1,303	1,307	1,133	611	552
訪問時不在（ポストに通知等）	1,178	1,201	1,091	650	564
電話	5,011	5,179	5,132	5,200	4,975
通知（封書・はがき）	7,369	7,006	5,869	11,434	5,748

出典：保健事業支援評価委員会への報告（各年度）

(3)第二期計画目標の達成状況一覧

図表 45 第二期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画等	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法	
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5		
			(H30)	(R1)	(R4)	(活用データ)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.2%	3.0%	2.2%	KDBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.9%	1.7%	1.2%		
		慢性腎不全(透析有)総医療費に占める割合の維持	4.5%	5.0%	4.8%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	56.6%	53.0%	50.9%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	42.9%	25.0%	66.7%		
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	30.3%	29.6%	32.4%	法定報告値
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	5.6%	4.5%	6.7%	藤井寺市 保険年金課
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	11.9%	10.5%	10.1%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	9.3%	9.5%	10.4%	
			健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者割合の減少	0.43%	0.59%	0.63%	
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	47.6%	47.8%	48.8%	法定報告値		
	★特定保健指導実施率60%以上	42.6%	35.6%	35.2%			
	★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少	27.1%	24.7%	25.8%			
保険者努力支援制度	その他	胃がん検診受診率の増加	11.2%	10.4%	9.6%	地域保健 事業報告 (R04年度 データがないため、R03 年度を記載)	
		肺がん検診受診率の増加	9.5%	8.6%	8.1%		
		大腸がん検診受診率の増加	9.8%	8.9%	8.6%		
		子宮がん検診受診率の増加	12.3%	11.6%	11.1%		
		乳がん検診受診率の増加	15.7%	15.7%	15.6%		
		5つのがん検診の平均受診率の増加	11.7%	11.0%	10.6%		
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	67.3%	72.8%	74.0%	厚生労働省	
一体的	高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施	後期高齢者医療の健診の受診率向上※	39.56%	32.86%	39.56%	広域連合 ホームページ	

※当市はR2年度より「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」事業を開始。大阪府後期高齢者医療広域連合では健診の受診率を小数点以下2桁で公表している

3) 第二期計画に関する考察

ヘルスサポート事業ガイドライン『保健事業の手順に沿った評価基準の評価項目』に基づいて、保健事業のストラクチャー評価とアウトカム評価を行いました。

1. 事業の企画・立案

①企画・立案に関するもの

項番	評価項目	評価			評価理由
		a	b	c	
I-1	健診データ、レセプトその他統計資料等のデータに基づいて現状分析をしている	●			特定健診のみでなく、市の住民健診、後期高齢者医療健診・医療・介護のデータを一体的に分析している。 現状分析について、保健事業評価・支援委員会等(以下「評価委員会」という)の有識者の助言を得ている。
I-2	現行実施している保健事業の内容・体制の評価をしている	●			保健事業の効果や必要性を検討し、必要に応じて適宜、現行の事業の再構築や実施方法・体制の見直しを行っている。 また、当該年度、受診した人から優先順位を決めるのではなく、以前血圧が高く、昨年度健診を受診していない人も台帳管理等することで、継続的に管理・評価できるため、忘れない仕組みづくりが重要。
I-3	健康課題を明確にしている	●			健康課題を設定した根拠が学会のガイドライン等を参考にしており、明確である。 健康課題の設定に際して、評価委員会の有識者の助言を得ている。 現行の保健事業の評価により一定の成果が出ている保健事業と成果が出にくい保健事業を把握している。
I-4	地域資源を把握している		●		地域の介護事業所、地域包括支援センター、社会福祉協議会、住民組織、市内の運動施設、ウォーキングコース等の地域資源を把握している。 これまでの連携実績や今後の連携の可能性も含め、健康課題に密着した地域資源をさらに把握していく余地がある。
I-5	事業目的を明確にしている	●			健康課題に応じて事業内容を設定し、優先順位を付けて最終的に期待する変化を明確にしている。
I-6	事業目的に応じた各種保健事業を企画している	●			「対象者」「事業内容」「実施方法」「実施者」「実施場所」「実施期間」を明確にした保健事業計画を作成している。 企画の段階から医師会や商工会等に事業について相談・助言を得ている。
I-7	個別事業の優先順位を付けている	●			「予防可能な疾患」に着目し、影響する人数の多い事業や緊急性のある事業等を検討し、個別の保健事業の優先順位を付けている。
I-8	企画段階から市内及び市外の関係者とともに事業内容について検討している		●		企画の段階から医師会、商工会、高齢介護課、健康・医療連携課などの関係者とともに事業内容について検討している。 健診の受診勧奨、糖尿病性腎症の重症化予防事業等については医療機関との連携が不可欠であることから、事前に担当医に相談し、医師会の理事会等を通じて、医師会長や担当医より各医療機関に周知を図っている。 しかし、本市の特定健診の体制は個別健診のみで、健診後に必要な治療につながりやすい傾向にある反面、健診受診後に国保連合会を經由して健診結果が届くのは、2-3か月後となるため、自分の身体に関心をもち、生活習慣を見直すきっかけとする時期を逃す可能性もある。 健診結果後に保健指導をスムーズに利用できるような取り組みが必要である。
I-9	事業目的に応じた対象者の選定基準を設定している	●			学会のガイドライン等を参考に選定基準を設定している。 現状分析を基に対象者を特定し、対象者数を把握している。 脳血管疾患の最大の危険因子は高血圧であることから、まずは未治療者については、優先順位を高く設定して取り組むこととする。

項番	評価項目	評価			評価理由
		a	b	c	
I-10	個別事業及び全体としての成果目標を設定している		●		「どのような項目」「いつまでに」「どれだけ変化させるか」を設定し、達成基準を明確にして成果目標を設定している。
I-11	事業の評価指標・評価方法を設定している	●			保健事業支援評価委員会の助言を得て評価を行うことができるよう、委員会の開催時期に合わせて評価を行い、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムのすべての視点から評価指標・評価方法を設定している。
I-12	事業運営委員会を設け、事業の運営状況を監理できる体制を整備している			●	保健事業支援評価委員会を活用している。 市の運営協議会では計画策定時のみの報告・意見聴取にとどまっており、定期的に報告・助言を受ける等、運営協議会で運営状況を監理する体制を整備することを検討する余地がある。
I-13	関係者と調整スケジュールを立てている	●			委託業者や医師会、庁内関係機関、委託業者と調整し、スケジュールを立て、共有している。
I-14	保健事業の質の確保のための取り組みを行っている	●			各学会のガイドラインや保健事業の実施方法等が記載された資料により、必要な知識を学習し、組織的に保健事業の質の確保のための取り組みを行っている。保健事業実施者が学習会に参加している。

② 準備に関するもの

項番	評価項目	評価			評価理由
		a	b	c	
I-15	事業に必要な予算を確保している	●			積算根拠に基づいた予算を計上し、保健事業に必要な経費をすべて盛り込んで予算を計上している。 実施体制の変動等により、事業費の変動が見込まれる場合は、必要に応じて予算を確保している。
I-16	関係機関・関係課と連携・調整の上、実施体制を構築している		●		委託先の事業実施状況等を把握する方法を明確にしている。 事業の段階(企画・立案、実施、評価)ごとに実施体制を検討し、構築している。 保健・医療分野を超えた地域資源等の情報を収集し、より充実した実施体制を構築する等、さらなる向上の余地がある。
I-17	個別事業の具体的な実施手順を明らかにし、保健指導実施関係者間で共有している	●			保健事業の手順、使用する教材等や保健指導に必要な知識・留意点を関係者間で認識し合っている。 委託業者と保健事業の実施方法等について協議し、マニュアルを作成している。
I-18	苦情処理の体制を確保している		●		苦情内容や対応結果を記録し、関係者間で共有し、課題や改善策を検討している。苦情処理の対応手順の明文化はしていない。
I-19	計画に基づいた参加者の募集を実施している		●		新型コロナウイルス感染症の影響で事業を実施できない期間があり、計画に基づいた利用勧奨等の事業展開が十分に行えていないため、社会情勢を鑑みて、スケジュールを変更する等、検討している。

2. 事業実施

項番	評価項目	評価			評価理由
		a	b	c	
Ⅱ-1	事業開始時より関係者間で情報共有を行っている	●			保健事業の円滑な実施や質の確保に向けて、委託業者も含めて、事業全体のスケジュールや事業内容、担当者の役割分担について調整している。 事業開始前から、関係者間で参加予定者の健診・医療・介護等の健康情報を共有している。
Ⅱ-2	参加者個人の目標を設定している		●		健診・医療・介護データより参加者個人の状態のアセスメントを実施したうえで目標設定を行っている。 設定した目標について、達成が難しい場合は参加者が達成できそうな無理のない目標を参加者とともに考え、設定するよう努めているが、参加者が準備段階にない場合等、達成できないことがある。
Ⅱ-3	保健指導実施者が参加者個人の状況をモニタリングしている	●			情報の更新が容易にできるよう、電子媒体で保健事業実施者の一覧を作成し、保健事業の利用状況や実施結果、健診結果等について経年的に管理している。 参加者の個人情報等を定期的にモニタリングし、医療機関の受診が必要な人が受診につながっているか等を確認し、必要に応じて再度保健指導を行っている。
Ⅱ-4	事業実施責任者が事業実施状況をモニタリングしている	●			事業実施状況を委託業者の事業進捗状況も含めて、定期的にモニタリングしている。 モニタリングの結果に応じて、スケジュールの調整、事業内容の見直しを行っている。
Ⅱ-5	脱落防止のために、対象者にフォローを行っている		●		利用の継続につなげるため、事業利用予定日の数日前に連絡をするほか、対象者に合わせてスケジュールを調整している。 また、当該年度、受診した人から優先順位を決めるのではなく、以前血圧が高く、昨年度健診を受診していない人も台帳管理等することで、継続的に管理・評価できるため、取り残さない仕組みを作っていく必要がある。
Ⅱ-6	安全管理に留意している			●	事前に健診結果やレセプト等で健康状態やかかりつけ医、個別の対象者の健康リスクを確認している。 利用者の健康状態が急変した場合や事故発生時の対応についてマニュアル化する等、検討の余地がある。
Ⅱ-7	個人情報を適切に管理している	●			保健事業実施者には個人情報の管理状況を定期的に確認し、日頃から個人情報の漏洩に細心の注意を払うよう周知している。 委託業者には情報の厳重管理や目的外使用の禁止等についての契約を締結している。
Ⅱ-8	個人目標の達成状況を評価している	●			個人目標の達成状況を評価し、評価結果を事業利用者にフィードバックしており、その後の取り組みに関してアドバイスを実施している。
Ⅱ-9	保健指導終了後のフォローアップを行っている	●			フォローアップの実施時期や方法、記録方法を定めており、利用者にも周知している。フォローアップを行いながら、保健指導の効果を把握している。

3. 評価

項番	評価項目	評価			評価理由
		a	b	c	
Ⅲ-1	事業評価を実施している	●			事業評価に際して、保健事業支援・評価委員会で公衆衛生の専門家等の助言を得ている。 外部委託については、評価に必要な指標に関するデータを委託業者から報告させている。
Ⅲ-2	事業結果を取りまとめている	●			保健事業の実施結果や事業成果、課題等を整理し、評価している。 実施したことによる効果や改善点を取りまとめている。
Ⅲ-3	外部アドバイザーから評価を受けている	●			保健事業支援・評価委員会で公衆衛生の専門家等の助言を得ており、受けた助言を基に課題や改善策を検討している。
Ⅲ-4	事業結果を公表している		●		被保険者に府内市町村の特定健診受診率の順位を健診の受診勧奨通知に掲載し、公表している。 医師会に府内市町村の特定健診受診率の順位を公表している。 被保険者や関係者間に事業結果を公表しているが、健診受診率のみにとどまっており、公表内容を検討する余地がある。
Ⅲ-5	次年度計画等に向けた改善点を明確にしている	●			企画・立案、事業実施、評価の各段階で発生した問題点や課題等を洗い出し、改善策を検討している。

～ 第二期計画最終年度での健康課題のまとめ ～

第二期計画最終年度での健康課題は次の通りです。

【地域差医療費指数から見える健康課題】

年齢調整をした地域差医療費指数をみると、国保の入院を除いて全国平均の1を超えており、後期高齢者医療で増加している。

→からだで起こっていることを具体的にイメージできるよう伝え、後期高齢者医療に移行する前に、早期に適切な治療を受けるなど、重症化を予防する必要があります。

【中長期的な目標(脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全)の健康課題】

脳血管疾患、虚血性心疾患の患者割合は減少しているものの、人工透析の患者割合は増加している。また、虚血性心疾患と慢性腎不全(透析無)の総医療費に占める割合は減少しているものの、脳血管疾患と慢性腎不全(透析有)ではやや増加しており、本市では脳血管疾患の総医療費に占める割合が、国や同規模よりもやや高い状況。

→高血圧や糖尿病等が複数重ならないようにすることが重要です。

→受診の必要性を感じていただけるよう、また、治療中断を防ぐための保健指導を継続・徹底し、重症化予防へのさらなる取り組みの強化が必要です。

【人工透析から見える健康課題】

人工透析の方が増加しており、人工透析となった方の約半数が40～64歳の若い世代。

65歳以上と比べて40～64歳の健診受診率が低い状況である。

糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模や国と比べて低い一方で、腎不全(透析有)の割合が同規模や国より高いことから、適切な治療を受けずに、人工透析へと重症化している可能性がある。

若い世代の人工透析への重症化を予防するためには、人数や割合だけでなく、誰がどのような状況でこのようになったのか、予防可能な段階はどこだったのか、予防の視点で掘り下げて見ていく必要がある。

→人工透析は医療費だけでなく、本人や家族に長期にわたって日常生活と精神的にも大きな負担を強いるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であり、若い世代への対策を強化する必要があります。

→若い世代の方の健診受診率の向上を図り、早い段階から自分の健康課題に気付いて、解決しようという気持ちになっていただけるようにサポートする必要があります。

【短期的な目標(メタボリックシンドローム・高血圧・糖尿病・脂質異常症)の健康課題】

健診結果について、メタボリックシンドローム予備群・該当者割合、HbA1cと血圧が高い方が増加。

高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療者の割合は増加しており、これらの方が脳血管疾患や虚血性心疾患へと重症化している割合は減少しているものの、人工透析へと重症化している割合は増加。

HbA1c、血圧、LDL コレステロールが高かった方の翌年度の健診未受診者は減少しているものの、2-3割が未受診。(健診未受診者＝結果未把握者)

2年連続健診を受診した方の改善割合は、HbA1cの3割弱に対して、血圧では5割近くと、改善率が高く、糖尿病に比べて高血圧は薬物療法で成果が得られ、合併症予防の観点でも費用対効果が高い。

健診で血圧が高かったにも関わらず、未治療・治療中断されている方が、約4割以上いる。

脳血管疾患の最大の危険因子は高血圧。

→未治療者への優先順位を高く設定し、受診勧奨への取り組みが重要です。

【生活環境から推測されるきめ細やかな健康サポートの必要性】

第三次産業の割合が高く、サービス業の方は、生活習慣や生活のリズムが不規則になりがちである。

→一人ひとりの生活環境を丁寧に確認しながら、日常生活の中で取り組めること、またそれが継続できるように、きめ細やかにサポートする必要があります。

3. 第三期での健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

医療保険制度については、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制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

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

一方、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市と広域連合で、健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化については、第二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。具体的な取り組み方法については、第4章に記載していきます。

2) 目標の設定

(1) 成果目標

① 中長期的な目標の設定

脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。

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

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

② 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の血管変化の共通のリスクとなる、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症等を減らしていくことを短期的な目標とします。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診を受けていただけるよう、健診受診率の向上を目指します。

(目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。)

医療機関な連携を図り、未治療・中断している方に保健師などの医療専門職が、現在の体の状態や将来のリスクについて、分かりやすく丁寧に説明し、受療への働きかけを行います。

また、生活習慣改善の重要性を認識し健康の維持・増進に取り組んでいただけるよう、普及・啓発を図るとともに、個人の健康状態や生活環境に応じた健康への取り組みをきめ細やかにサポートします。

守ろう！
脳・心・腎



減らそう！
メタボリックシンドローム・高血圧・糖尿病・脂質異常症

(2) 管理目標の設定

図表 46 第三期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画等	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)		
			初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)			
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.2%	2.2%	2.2%	KDBシステム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.2%	1.2%	1.2%		
			慢性腎不全(透析有)総医療費に占める割合の維持	4.8%	4.8%	4.8%		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少 ※1	50.9%	50.5%	50.0%		
	短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	★メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	32.4%	32.0%	32.0%	法定報告値
				健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	6.7%	6.5%	6.0%	藤井寺市 保険年金課
				健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	10.1%	10.0%	10.0%	
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	10.4%	10.0%	10.0%	
				★健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療者割合の減少	0.63%	0.60%	0.60%	
		アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボリックシンドローム該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	48.8%	52.5%	57.5%	法定報告値
				★特定保健指導実施率60%以上	35.2%	42.5%	55.0%	
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少 ※2	25.8%	27.0%	28.0%	
		後期高齢者医療の健診の受診率向上 ※3	39.56%	40.0%	40.0%以上	広域連合会 ホームページ		

★ :すべての都道府県で設定することが望ましい指標

※1 KDBシステム厚労省様式 2-2 NO12_糖尿病性腎症は、人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断のあるものの数

※2 分母のうち今年度は特定保健指導の対象者でなくなったものの数/昨年度の特定保健指導利用者数

※3 大阪府後期高齢者医療広域連合では受診率を小数点以下2桁で公表

後期高齢者医療の指標: 予防に関しては国保が増加していても後期で維持できている場合は、発症年齢を遅らせることができたと可能性、重症化に関しては、国保が減少して後期が増加している場合は、国保で重症化予防ができず、後期に移行してしまったという可能性もあることから、国保のみの指標と国保と後期の両方の指標を設定します。



第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は 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、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2. 目標値の設定と対象者等の見込み

特定健診受診者数の推計は、各年度の年齢階層別の国保被保険者数の推計値²⁰に、特定健診受診率の推計値を乗じて算出しました。

また、特定健診受診率の目標値は、令和 11 年度の目標受診率を踏まえて、令和 2 年度から令和 4 年度の状況を勘案して設定しました。

特定保健指導対象者数の推計についても同じく、令和 2 年度から令和 4 年度の 3 年間の実績値(法定報告値)から特定健診受診者数に占める特定保健指導対象者の割合(出現率)を算出し、各年度の特定健診受診者数(推計値)に乘じることで見込んでいます。

図表 47 特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値と対象者・実施者の見込み

			2024年度 (R06年度)	2025年度 (R07年度)	2026年度 (R08年度)	2027年度 (R09年度)	2028年度 (R10年度)	2029年度 (R11年度)	
特定健康診査	対象者数【A】	40-64歳	4,304	4,286	4,260	4,235	4,210	4,184	
		65-74歳	4,080	3,941	3,976	4,010	4,045	4,080	
		計	8,384	8,227	8,236	8,245	8,255	8,264	
	受診者数【B】	40-64歳	1,459	1,503	1,576	1,650	1,652	1,725	
		65-74歳	2,733	2,816	2,954	3,091	3,094	3,233	
		計	4,192	4,319	4,530	4,741	4,746	4,958	
特定健康診査目標受診率【B】/【A】			50.0%	52.5%	55.5%	57.5%	57.5%	60.0%	
特定保健指導	動機付け	対象者数【C①】	40-64歳	92	95	100	105	105	109
		出現率	65-74歳	186	191	201	210	210	220
		40-64歳 6.3% 65-74歳 7.2%	計	278	287	301	315	315	329
	実施者数【D①】	40-64歳	37	40	45	52	58	66	
		65-74歳	74	81	90	105	116	132	
		計	111	122	135	157	173	197	
	積極的	対象者数【C②】	40-64歳	98	101	106	111	111	116
		出現率6.7%							
	実施者数【D②】		40-64歳	39	43	48	55	61	69
	特定保健指導対象者数【C①+②】			376	387	406	425	426	445
特定保健指導実施者数【D①+②】			150	165	183	213	234	267	
特定保健指導目標実施率【D①+②】/【C①+②】			40.0%	42.5%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	

²⁰ 各年度の人口の推計値に国保加入率(令和 4 年度)を乗じて推計しています。また、各年度の人口推計値は 2025 年度・2030 年度の「日本の地域別将来推計人口(令和 5 年 12 月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)を基準とし、毎年均等に増減があると仮定し、算定しています。

3. 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、すべて個別検診とします。
府医師会が実施機関の取りまとめを行い、府医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である市町村代表が集合契約を行います。

(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で定められています。

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関一覧表を、受診券を送付する際に同封、また本市のホームページに掲載します。

(4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

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

○第 4 期(2024 年度以降)の変更点

特定健診・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第 4 版)

特定健診 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ついて、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(食事開始時から 3.5 時間未満)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な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。

図表 48 特定健診検査項目

○藤井寺市特定健診と住民健診検査項目

健診項目		藤井寺市	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)	赤血球数	□※	□
	血色素量	□※	□
	ヘマトクリット値	□※	□
	血清鉄	※	
その他	心電図	□※	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	
	尿素窒素	※	
	CRP(定量)	※	
	総ビリルビン	※	
	ALP	※	
	Ch-E	※	
	アミラーゼ	※	
	アルブミン	※	
	血小板	※	
	白血球	※	

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、

●…いずれかの項目の実施で可、※…住民健診項目

(5)実施時期

5月から翌年3月末まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、対象者に手渡す「医師である私からも健診お勧めします」リーフレットを作成し、医師から直接手渡すようにしています。各医療機関へは、藤井寺市医師会を通じて連携しています。

(7)代行機関

特定健診に関する費用の請求・支払い代行は、大阪府国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 49 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関と 健診対象者の抽出、受診券の印刷・送付の契約 ↓ 特定健診の開始(5月1日、すべて個別健診)	(特定保健指導の実施)
5月			健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取費用決裁 → 保健指導対象者の抽出	
7月			↓ 実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
8月			
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
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 (ファイル作成・送付)
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備	特定健診終了(3月31日)	

4. 特定保健指導の実施

特定保健指導は、保険年金課の職員が行います。

○第4期(2024年度以降)の変更点

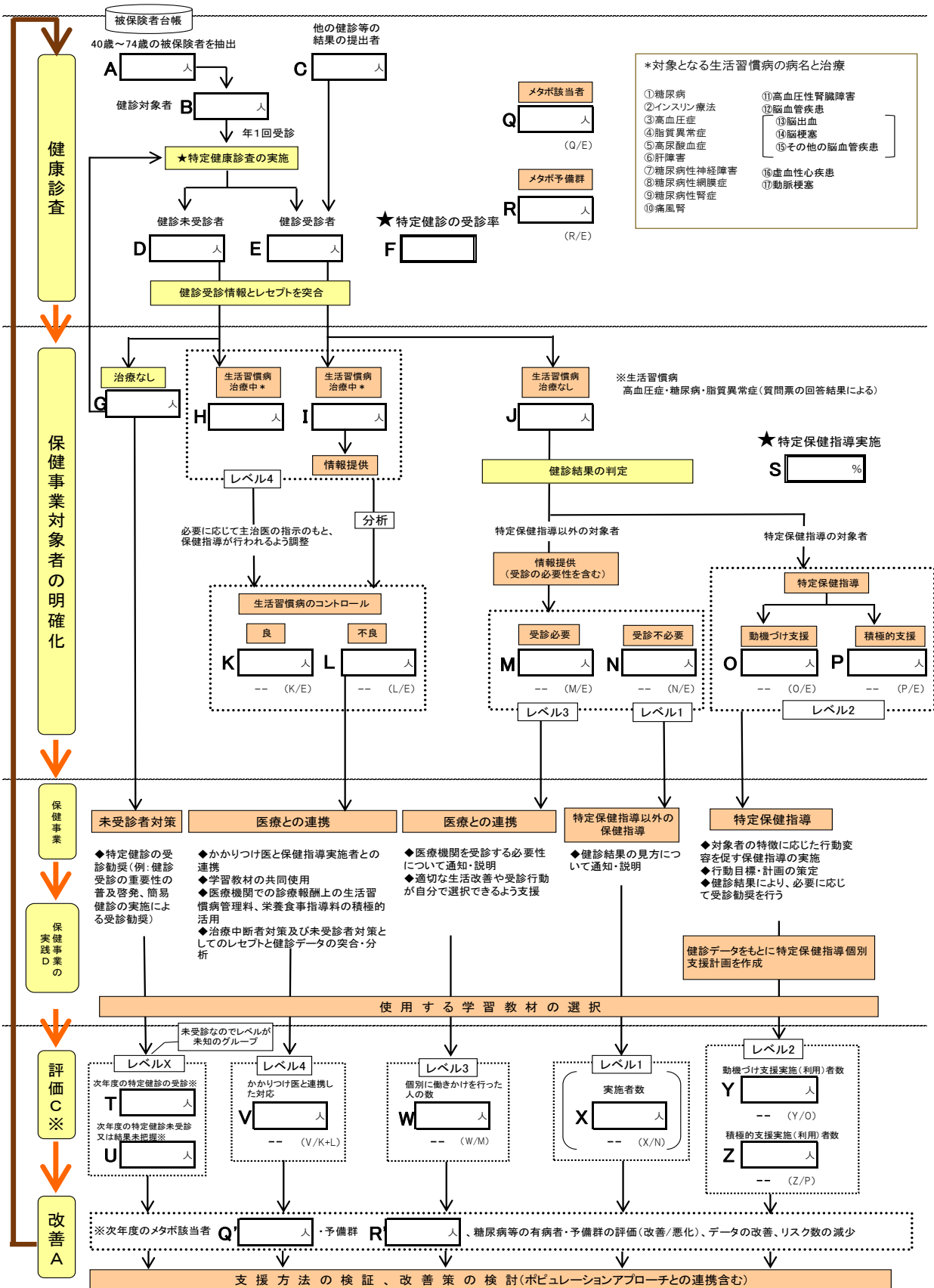
特定健診・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

『プログラム』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(保健指導対象者の見込みから選択と優先順位)、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表 50 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)²¹



出典:ヘルサポートラボツール

²¹ KDB システム帳票 N026 は、※ I・H 生活習慣病治療中の集計に、がん、筋骨格系、精神疾患も含まれるため、ツールを用いています。ただし、本市の特定保健指導は 75 歳到達の方も対象としています。

(2)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。

図表 51 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 (新規・中途加入者に対し、毎月受診券を送付)		◎特定健康診査についての広報実施 ↓
5月	◎特定健康診査の開始		◎住民健康診査の開始
6月		◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎保健指導の開始 ◎利用券の登録	
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			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	◎健診の終了		

5. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健診・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を踏まえた対応を行います。

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、『特定健診等データ管理システム』、『健康かるて』で行います。

6. 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。

7. 特定健診等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項(保険者は、特定健診等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、本市ホームページ等への掲載により公表、周知します。



第4章 課題を解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては介護が必要となるリスクの高い生活習慣病である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(糖尿病性腎症等)の発症を予防するため、共通のリスクとなるメタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症の減少を目指し、生活習慣病の発症・重症化予防に向けて、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの両輪で取り組みます。

1. ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチでは、生活習慣病の重症化により、医療費・介護費等の社会保障費の増大につながっている本市の実態やその背景にある地域特性や社会環境等について、普及啓発を行い、健康意識の向上を図ります。

2. ハイリスクアプローチ

短期目標疾患であるメタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症の減少に向けて、特定健診の受診率の向上対策を強化し、血糖、血圧、脂質等の検査結果の改善を図ります。

長期目標疾患である重症化予防の取り組みでは、脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全(糖尿病性腎症)等に取り組めます。

具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を行うなど、個別の状態に応じたサポートを行います。

そのためには特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。

実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

Ⅱ. 重症化予防の取り組み

本市では、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(糖尿病性腎症等)の発症予防を中長期目標としています。

令和4年度の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、1,934人(40.7%)²²です。

そのうち治療なしが648人(28.5%)を占め、さらに心電図所見やCKD(慢性腎臓病)などの臓器障害があり、直ちに取り組むべき対象者が385人です。

また、本市では、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、648人中286人と多いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 52 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-								令和04年度	
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)		
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%)	脳出血 (18.5%)	脳梗塞 (75.9%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症	■各疾患の治療状況		
	心原性 脳塞栓症 (27.7%)	ラクナ 梗塞 (31.2%)	アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)					治療中	治療なし
	非心原性脳梗塞						高血圧	1,818	2,930
	※脳卒中 データリンク 2015より						脂質異常 高症	1,427	3,326
							糖尿病	456	4,271
							3疾患 いずれも	2,483	2,271
							※問診結果による		
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		
該当者数	319 6.7%	28 0.6%	163 3.4%	116 2.4%	963 20.3%	354 7.4%	806 17.0%		
治療なし	183 6.2%	5 0.2%	143 4.3%	81 2.4%	157 6.9%	177 4.1%	289 12.7%		
(再掲) 特定保健指導	78 24.5%	1 3.6%	39 23.9%	28 24.1%	157 16.3%	45 12.7%	85 10.5%		
治療中	136 7.5%	23 0.9%	20 1.4%	35 2.5%	806 32.5%	177 38.8%	517 20.8%		
臓器障害 あり	76 41.5%	5 100.0%	43 30.1%	34 42.0%	71 45.2%	88 49.7%	289 100.0%		
CKD(専門医対象者)	38	2	20	20	29	41	289		
心電図所見あり	51	5	28	21	52	57	80		
臓器障害 なし	107 58.5%	--	100 69.9%	47 58.0%	86 54.8%	89 50.3%	--		
							重症化予防対象者 (実人数)		
							1,934 40.7%		
							648 28.5%		
							286 14.8%		
							1,286 51.8%		
							385 59.4%		

出典:ヘルスサポートラボツール

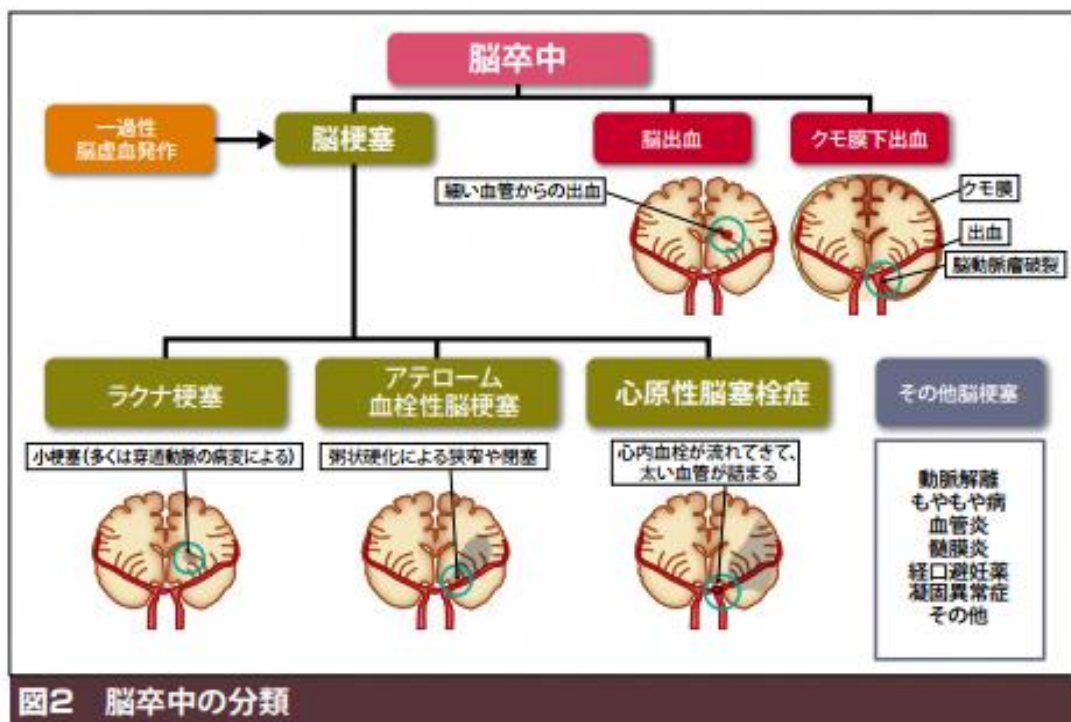
²² 本人から提供いただいた職場健診・人間ドックのデータ、年度途中加入者・健診受診後の国保被保険者資格喪失者の健診データも含んでいるため、法定報告の数値とは異なります。(図表 55・56・66 も同じ)

1. 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り組みにあたっては『脳卒中治療ガイドライン 2021 年』、『脳卒中予防への提言 2018 年』、『高血圧治療ガイドライン 2019 年』等に基づいて進めます。(図表 53・54)

図表 53 脳卒中の分類



(脳卒中予防への提言より引用)

図表 54 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	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳塞栓症	●			●			○	○
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

脳血管疾患では、高血圧は最も重要な危険因子です。図表 55²³で見ると、高血圧治療者 4,178 人 **H** のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 456 人(10.9%・**O**)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 319 人(6.7%)であり、そのうち 183 人(40.1%)は未治療者です。

医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や高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ります。

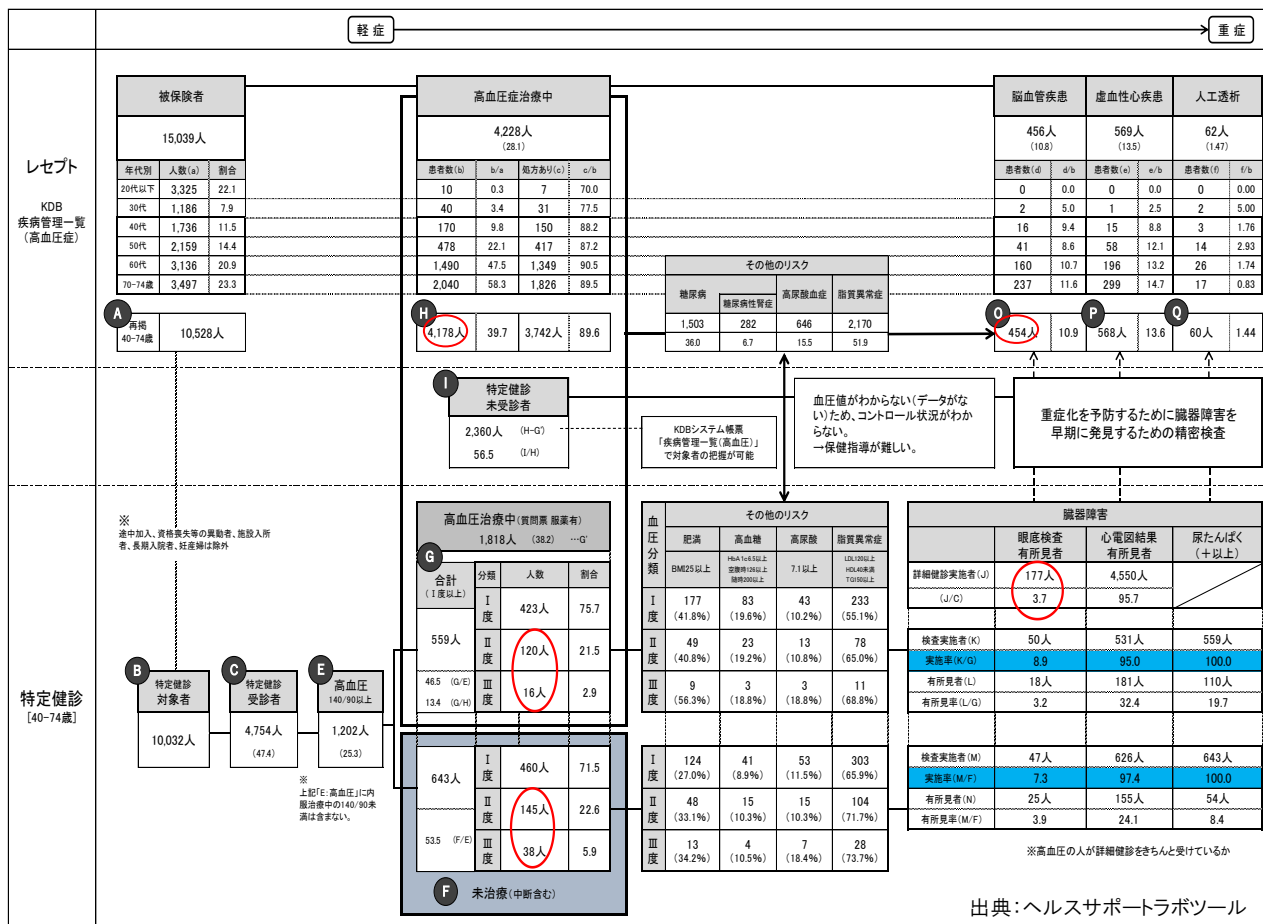
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 136 人(24.4%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)は、177 人(3.7%)に実施している状況です。

脳血管疾患の特徴として、要介護(要支援)状態となられる方が、他の疾患と比べて多く、障害の認定を受け、後期高齢者医療へ異動されることがあります。また年間医療費が高いことから、生活保護を受給される方もおられます。さらに、複数回の発作の後、死亡することもあります。

生活習慣病は自覚症状がないまま進行することが最大の特徴であり、その対策は健診を受診することから始まります。

図表 55 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



²³ レセプト情報は、該当年度に国保被保険者資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)また、レセプト情報のうち、疾病管理一覽で把握できない項目については、「KDB 帳票 介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防)」からR4年度の集計(図表 66も同様)をしています。

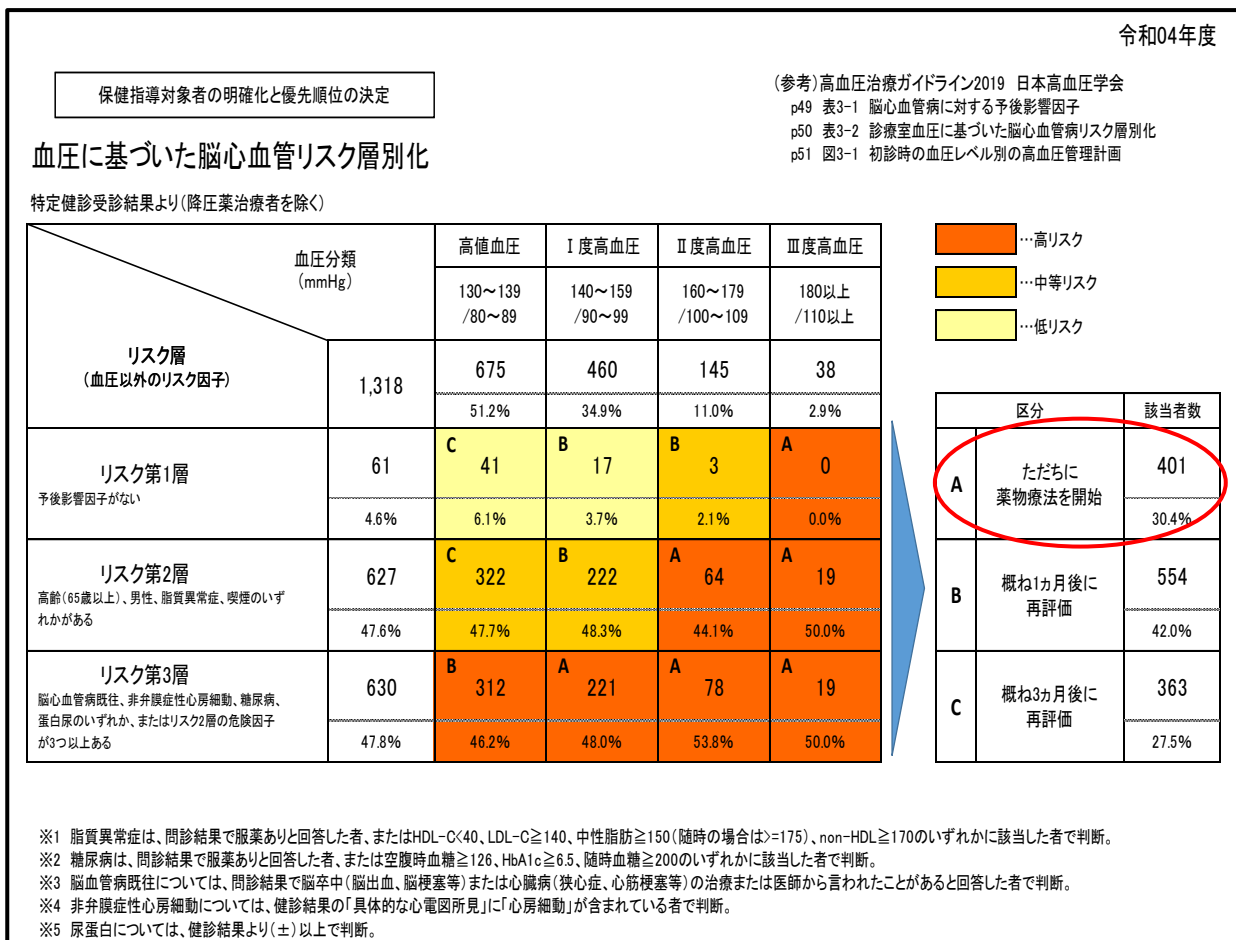
(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患は、高血圧が最大の危険因子ですが、脳・心・腎疾患などの臓器障害の程度は、高血圧以外の危険因子との組み合わせが深く関与しています。

そのため健診受診者も、高血圧とその他のリスク因子で層別化し、対象者を明確にしていく必要があります。

図表 56 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、高リスク群となる「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 56 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化



出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 心電図検査からの心房細動の実態



(脳卒中予防への提言より引用)

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するため、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 57・58 は、令和4年度の特定健診受診者の心房細動の有所見状況をみています。

図表 57 心房細動の有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	2,035	2,719	1,933	95.0%	2,617	96.2%	20	1.0%	8	0.3%	--	--
40代	208	206	202	97.1%	201	97.6%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	291	317	281	96.6%	305	96.2%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	658	984	609	92.6%	933	94.8%	6	1.0%	3	0.3%	1.9%	0.4%
70～74歳	878	1,212	841	95.8%	1,178	97.2%	14	1.7%	5	0.4%	3.4%	1.1%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

心電図検査では、27人²⁴に心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図での心房細動の有所見者のうち24人は、既に治療が開始されていましたが、3人はまだ治療につながっていません。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、医療機関の受診勧奨と継続受診の必要性の説明を行う必要があります。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも、継続した関わりが必要です。

図表 58 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
27	3	11.1%	24	88.9%

藤井寺市調べ

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。

治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。

また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

(2) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

健診受診時の心電図検査では、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。

²⁴ 治療状況を調査した時に、国保被保険者資格があつた方

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

医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していきます。

5) 高齢者福祉部門(高齢介護課等)との連携

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

6) 評価

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

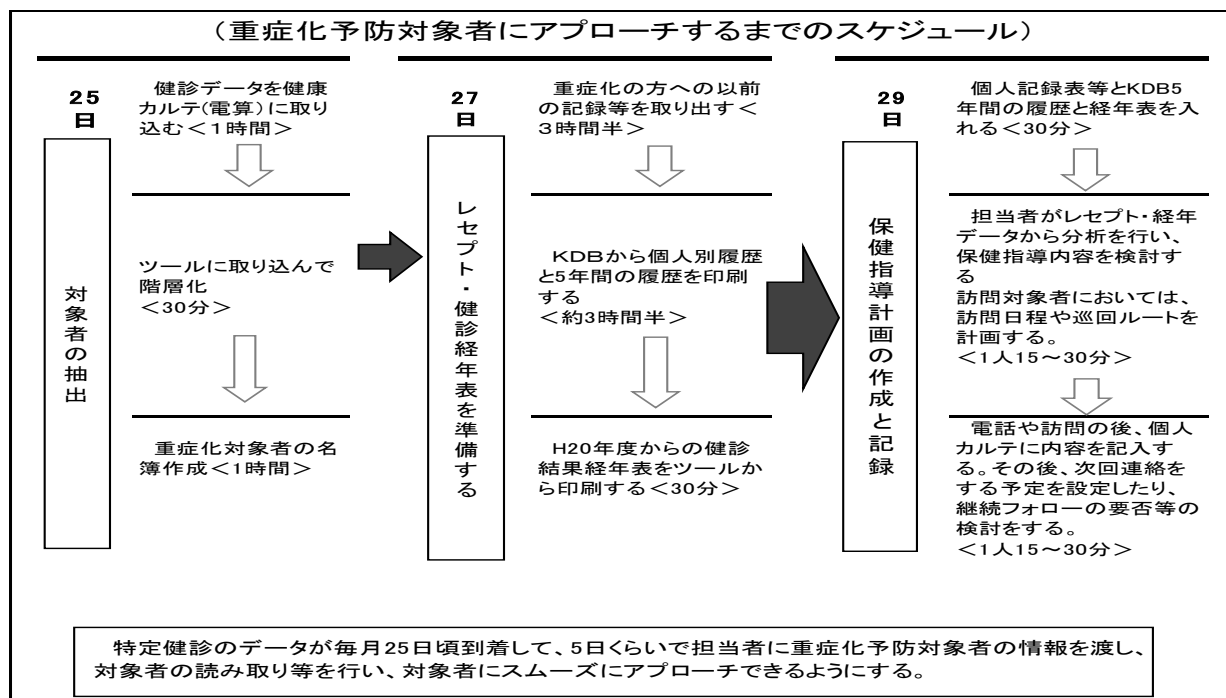
また、中長期的評価では虚血性心疾患・糖尿病性腎症等と合わせて行っていきます。

7) 実施期間及びスケジュール

7月 対象者の選定基準の決定対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8月～ 特定健診結果が届き次第、順次、対象者へ介入(通年)

図表 59 重症化予防対象者にアプローチするまでのスケジュール



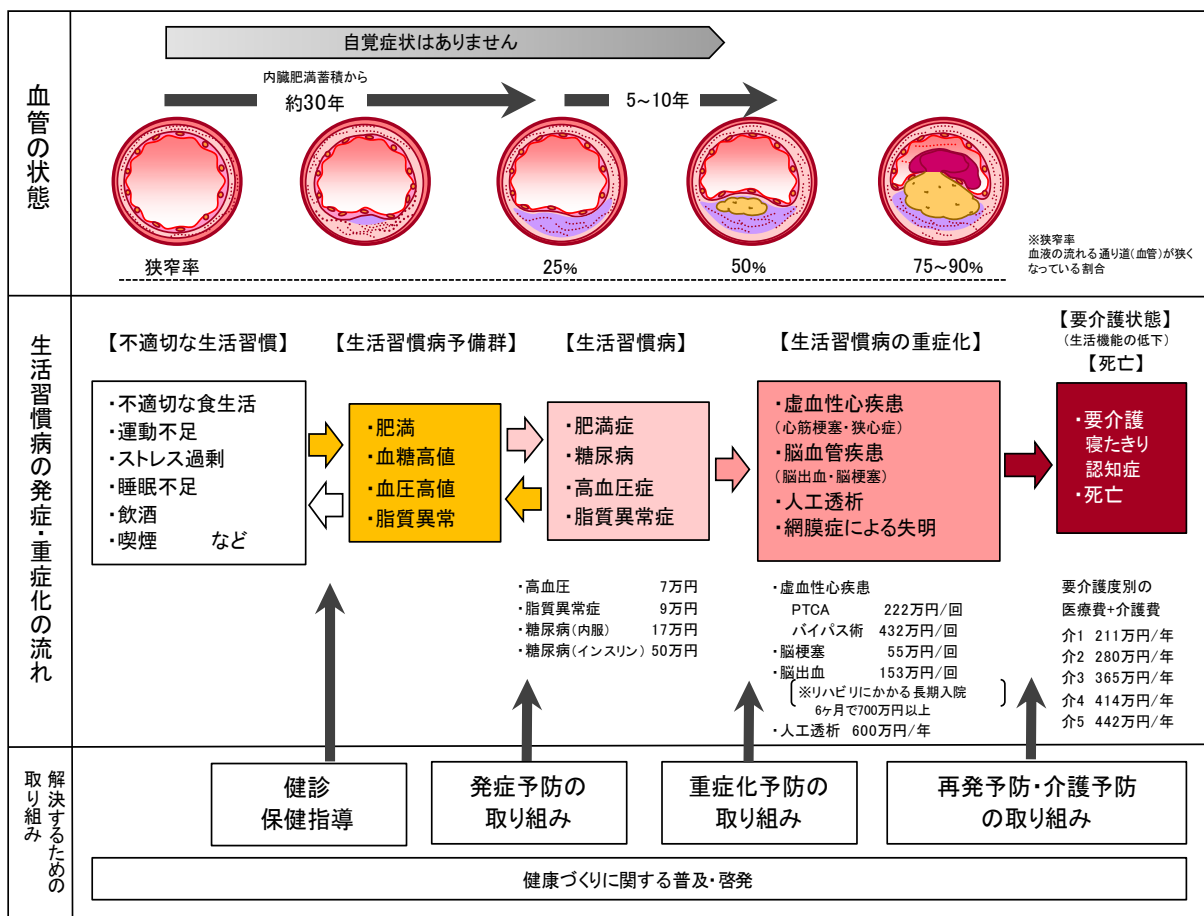
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

1) 基本的な考え方

生活習慣病の有病者や予備群の方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方を減少させる、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方を増加させる必要があります。

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なため、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です。

図表 60 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



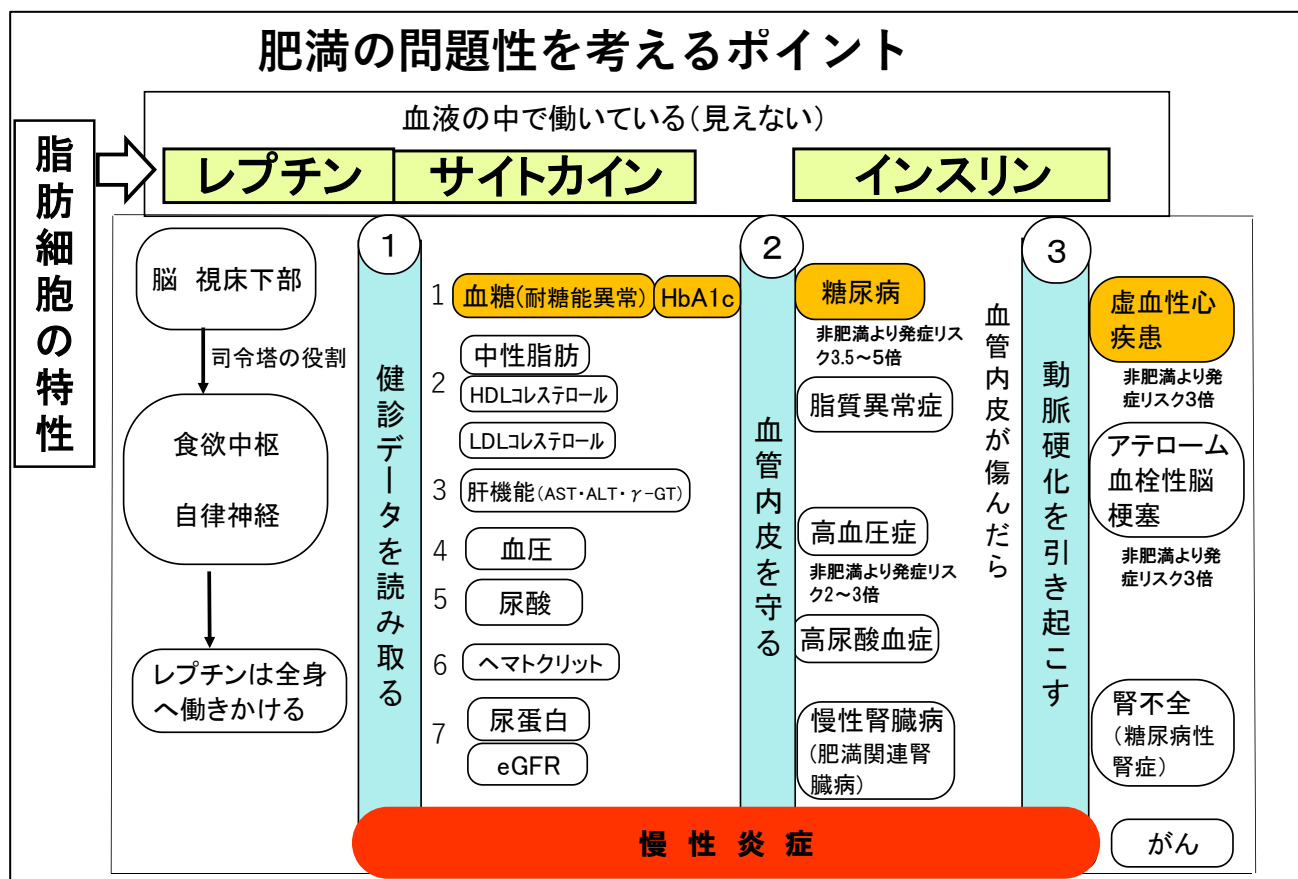
メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態であります。

内臓に蓄積した脂肪細胞は、TNF- α などの悪玉因子(炎症性サイトカイン)を分泌します。

この悪玉因子は、インスリン抵抗性となり、耐糖能異常を引き起こします。

さらに脂質異常症、高血圧にもつながり、結果として動脈硬化を引き起こすことから、図表 61 に基づいて、肥満・メタボリックシンドロームの予防に向けての取り組みを考えていきます。

図表 61 肥満の問題性を考えるポイント



図表 62 では、年代別のメタボリックシンドローム該当者は、高血圧と脂質異常症の重なりが最も多いことが分かります。

また、メタボリックシンドローム該当者は、女性では 60 代・70 代で 1 割程度ですが、男性では 50 代から受診者の 2～3 割を超えます。そのため、男性のメタボリックシンドローム該当者に対して保健指導を優先することが効率的であることが伺えます。

図表 62 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A	2,034	208	291	657	878	2,720	206	317	984	1,213	
メタボ該当者	B	666	35	78	245	308	297	10	18	110	159	
	B/A	32.7%	16.8%	26.8%	37.3%	35.1%	10.9%	4.9%	5.7%	11.2%	13.1%	
再掲	① 3項目全て	C	217	6	21	86	104	89	3	5	33	48
		C/B	32.6%	17.1%	26.9%	35.1%	33.8%	30.0%	30.0%	27.8%	30.0%	30.2%
	② 血糖＋血圧	D	103	3	8	38	54	33	0	0	9	24
		D/B	15.5%	8.6%	10.3%	15.5%	17.5%	11.1%	0.0%	0.0%	8.2%	15.1%
	③ 血圧＋脂質	E	316	24	42	109	141	165	6	12	64	83
		E/B	47.4%	68.6%	53.8%	44.5%	45.8%	55.6%	60.0%	66.7%	58.2%	52.2%
	④ 血糖＋脂質	F	30	2	7	12	9	10	1	1	4	4
		F/B	4.5%	5.7%	9.0%	4.9%	2.9%	3.4%	10.0%	5.6%	3.6%	2.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 63 では、メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況が、40 代の男性以外は半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者については増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善が必要となります。

図表 63 メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし	
総数	2,035	667	32.8%	545	81.7%	122	18.3%	2,720	297	10.9%	262	88.2%	35	11.8%
40代	208	35	16.8%	13	37.1%	22	62.9%	206	10	4.9%	5	50.0%	5	50.0%
50代	291	78	26.8%	51	65.4%	27	34.6%	317	18	5.7%	16	88.9%	2	11.1%
60代	658	246	37.4%	206	83.7%	40	16.3%	984	110	11.2%	101	91.8%	9	8.2%
70～74歳	878	308	35.1%	275	89.3%	33	10.7%	1,213	159	13.1%	140	88.1%	19	11.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ① 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)
- ② メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上で医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ③ 治療中の者へは、治療を中断しない、心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて、減量のための保健指導(食事指導)を行います。

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はセルフチェンジプログラム(特定保健指導)台帳を作成し、管理します。

2)肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 64 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	1,516	3,239	423	830	330	721	74	96	12	11	7	2	
			27.9%	25.6%	21.8%	22.3%	4.9%	3.0%	0.8%	0.3%	0.5%	0.1%	
再掲	男性	673	1,362	265	445	213	396	43	46	4	2	5	1
	女性	843	1,877	158	385	117	325	31	50	8	9	2	1
			18.7%	20.5%	13.9%	17.3%	3.7%	2.7%	0.9%	0.5%	0.2%	0.1%	

出典：ヘルスサポートラボツール

3)対象者の明確化

(1)優先順位をつけます。

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、また効率がいいのかを、科学的な根拠(EBM)に基づき、優先順位をつけます。

肥満を解決するためには、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなるため、肥満Ⅰ度で、若い年代(40～64歳)を対象にすることが、効率的であることが伺えます。

『肥満症診療ガイドライン 2022年』によると、「6か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満3度・4度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種 of 医療者が連携してフォローアップを行う必要がある。」とあります。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っています。

5) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。

短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行うものとします。

その際は KDB 等の情報を活用します。

中長期的評価は脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

6) 実施期間及びスケジュール

7 月 対象者の選定基準の決定、対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8 月～ 特定健診結果が届き次第、対象者へ介入(通年)

3. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取り組みにあたっては『糖尿病性腎症重症化予防プログラム(日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)』等に基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

- (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) 糖尿病治療中断者への受療勧奨や健診未受診者への健診受診勧奨

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、上記に準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中の者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取り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、KDB 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・糖尿病性腎症病期分類改訂ワーキンググループ)を基盤とします。

図表 65 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類 2023 ^{注1}		
病 期	尿中アルブミン・クレアチニン比(UACR, mg/g) あるいは 尿中蛋白・クレアチニン比(UPCR, g/g)	推算糸球体濾過量 ^{注3} (eGFR, ml/分/1.73m ²)
正常アルブミン尿期(第1期) ^{注2}	UACR30未満	30以上
微量アルブミン尿期(第2期) ^{注4}	UACR30~299	30以上
顕性アルブミン尿期(第3期) ^{注5}	UACR300以上あるいはUPCR0.5以上	30以上
GFR高度低下・末期腎不全期(第4期)	問わない	30未満
腎代替療法期(第5期)	透析療法中あるいは腎移植後	

注1: 糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。また評価の際には、腎症病期とともに、慢性腎臓病(CKD)重症度分類も併記することが望ましい。

注2: 正常アルブミン尿期は糖尿病性腎症の存在を否定するものではなく、この病期でも糖尿病性腎症に特有の組織変化を呈している場合がある。

注3: eGFR60mL/分/1.73m²未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外のCKDが存在しうるため、他のCKDとの鑑別診断が必要である。なお血清クレアチニンに基づくeGFRの低下を認めた場合、血清シスチンCに基づくeGFRを算出することで、より正確な腎機能を評価できる場合がある。

注4: 微量アルブミン尿を認めた患者では、糖尿病性腎症早期診断基準にしたがって鑑別診断を行ったうえで、微量アルブミン尿期と診断する。微量アルブミン尿は糖尿病性腎症の早期診断に必須のバイオマーカーであるのみならず、顕性アルブミン尿への移行及び大血管障害のリスクである。GFR60mL/分/1.73m²以上であっても微量アルブミン尿の早期発見が重要である。

注5: 顕性アルブミン尿の患者では、eGFR60mL/分/1.73m²未満からGFRの低下に伴い腎イベント(eGFRの半減、透析導入)が増加するため注意が必要である。

糖尿病性腎症病期分類 2023 では、尿中アルブミン・クレアチニン比(第3期では尿中蛋白・クレアチニン比)及び推算糸球体濾過量(eGFR)で把握していくこと、となっています。

本市は、特定健診で血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が難しいです。しかし、CKD診療ガイド2018 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(+/-)、顕性アルブミン尿と尿蛋白(+~)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

② 基準に基づく該当者数の把握

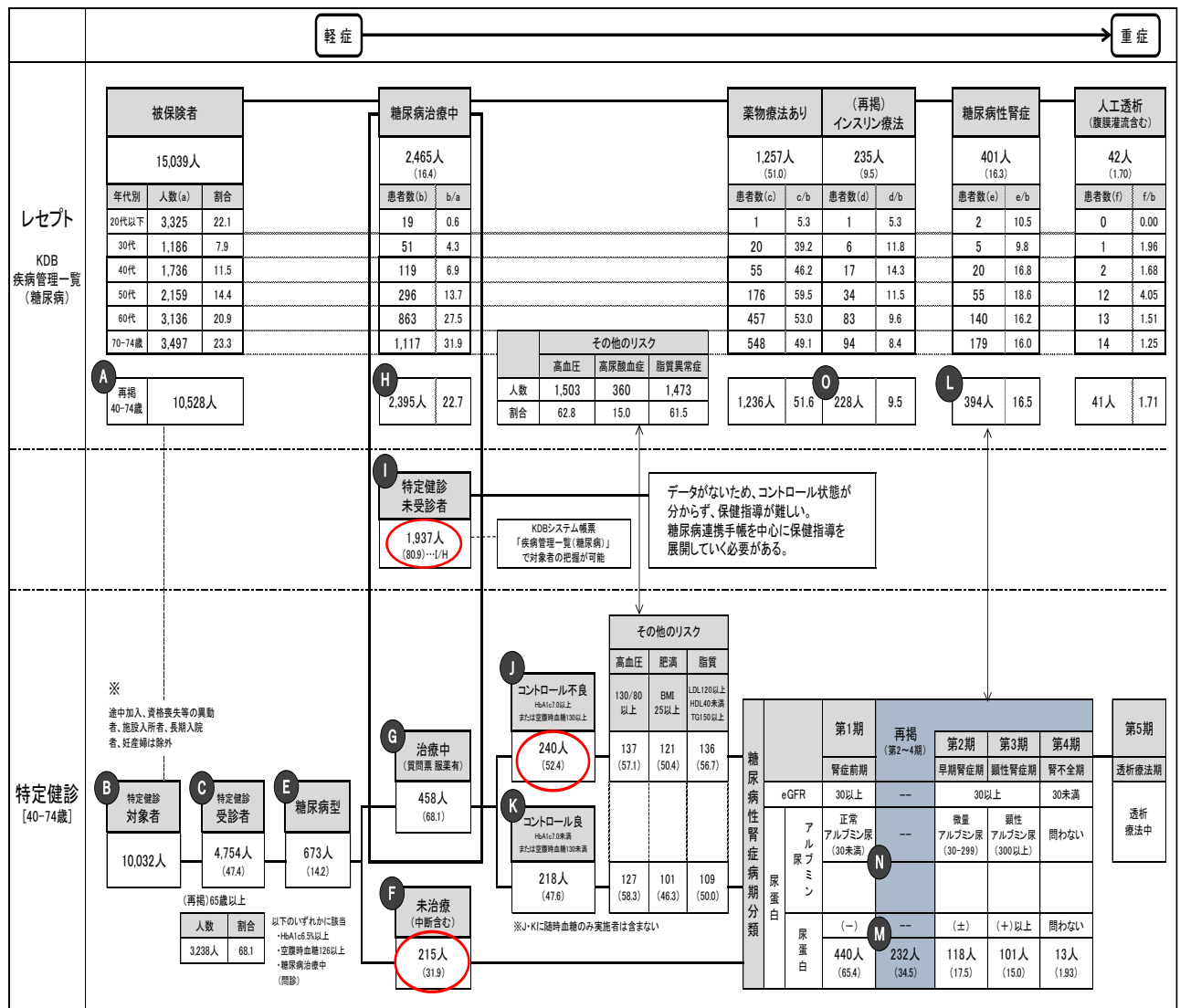
レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。

本市では、令和4年度の特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、215人(31.9%・F)でした。

また、40~74歳の糖尿病治療者2,465人のうち、特定健診受診者は、458人(68.1%・G)でした。

糖尿病治療者で特定健診未受診者1,937人(80.9%・I)については、治療中ですが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

図表 66 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 介入方法と優先順位

図表 66 より本市では、介入方法を以下のとおりとします。

優先順位1【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者…… **F**

優先順位2【保健指導】

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

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(特に治療中断者)
- ・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

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、血糖値と血圧の管理が重要です。

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。

本市では、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。

また、対象者への保健指導については、糖尿病・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ていただけるよう、糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、糖尿病連携手帳等を使用します。

(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受けます。

5) 高齢者福祉部門(高齢介護課等)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。

短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行うものとします。

その際は KDB 等の情報を活用します。

また、中長期的評価は、脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

7) 実施期間及びスケジュール

7 月 対象者の選定基準の決定、対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8 月～ 特定健診結果が届き次第、対象者へ介入(通年)

4. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

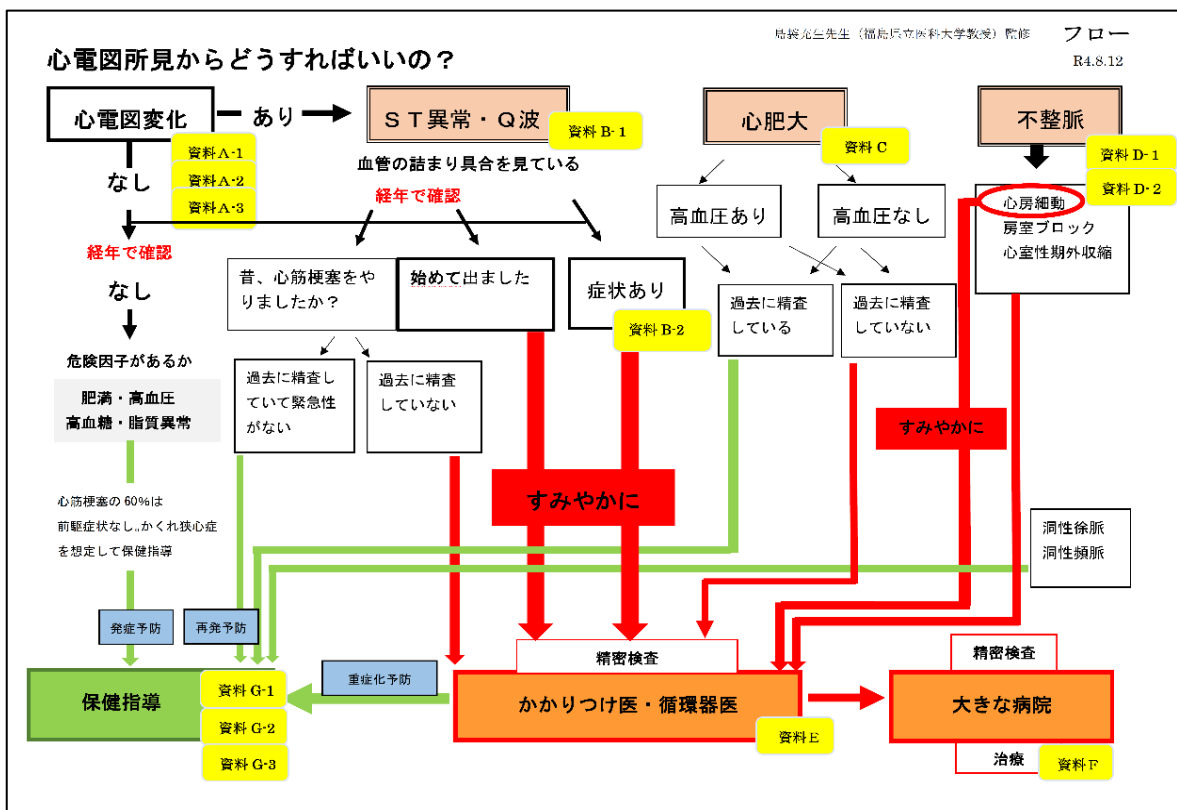
虚血性心疾患重症化予防の取り組みにあたっては『動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年』等各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

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 67 に基づいて選定します。

図表 67 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られます。

また、虚血性心疾患重症化予防でも重要な検査の1つであり、『標準 12 誘導心電図検診判定マニュアル 2023: 日本人間ドック学会』には、「軽度～高度の ST-T 異常の単独、または電気軸異常、構造異常との複合所見では、心血管疾患死亡リスクが増加した」と書かれています。

心電図検査は、ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

本市では、心電図検査を 4,549 人(95.5%)に実施し、そのうち有所見者が 1,149 人(25.3%)でした。有所見の中でも ST-T 変化が 324 人(28.2%)で、有所見率が一番高いことがわかります。

図表 68 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査		所見内訳																	
				ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈									
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
40～74歳		4,549	95.5%	1,149	25.3%	17	1.5%	324	28.2%	45	3.9%	28	2.4%	10	0.9%	46	4.0%	27	2.3%	55	4.8%
	男性	1,932	94.8%	574	29.7%	14	2.4%	122	21.3%	28	4.9%	14	2.4%	8	1.4%	31	5.4%	20	3.5%	30	5.2%
	女性	2,617	96.1%	575	22.0%	3	0.5%	202	35.1%	17	3.0%	14	2.4%	2	0.3%	15	2.6%	7	1.2%	25	4.3%

藤井寺市調べ

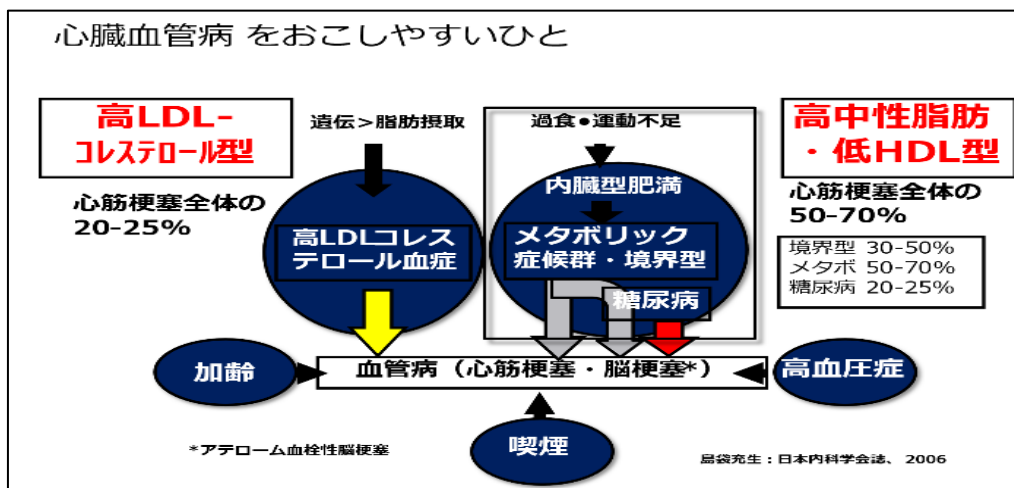
② 心電図以外からの把握

心電図検査で異常がない、または心電図検査をしていなくても、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、心筋梗塞の 60%は前駆症状ないため、隠れ狭心症を想定して、積極的に保健指導を行う必要があります。

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することから、タイプ別に把握します。(図表 69)

メタボリックシンドロームのタイプについては、第 4 章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 62・63)を参照します。

図表 69 心血管病をおこしやすいひと



3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し、対象者がイメージしやすいように心がけます。

治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は、受診勧奨を行います。

また、過去に治療中であつたにもかかわらず、中断していることが把握された場合も同様に、受診勧奨を行います。

治療中であるがリスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

(2) 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診、及び治療が必要な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

未治療や治療中断であることを把握した場合には、虚血性心疾患重症化予防のために、受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

医療の情報については、かかりつけ医や対象者から、また KDB 等を活用しデータを収集します。

5) 高齢者福祉部門(高齢介護課等)との連携

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

6) 評価

評価を行うときは、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。

短期的評価については年 1 回行います。

その際は KDB 等の情報を活用します。

中長期的評価は脳血管疾患・糖尿病性腎症等と合わせて行っていきます。

7) 実施期間及びスケジュール

6 月 対象者の選定基準の決定

7 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取り組みと、生活機能の低下を防止する取り組みの双方を一体的に行う必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

2) 事業の実施

本市は、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」については、令和 2 年度から大阪府後期高齢者広域連合から事業を受託しています。令和 6 年度以降も引き続き事業を行っていきます。

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

・ハイリスクアプローチ : 75 歳を過ぎても支援が途切れないよう台帳等をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防(個別サポート)を行います。

・ポピュレーションアプローチ: 生活習慣病を起因としたフレイルなどの健康教育や、健康相談を行います。



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の最終年度の令和 11 年度は、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

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

※評価のときの 4 つの指標

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

具体的な評価方法は、KDBシステムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健師等が定期的に行います。

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



第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえることが重要であり、国の指針では、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報ふじいでらによる周知のほか、藤井寺市医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・府・同規模と比べてみた藤井寺市の位置²⁵

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析²⁶

参考資料3 HbA1c の年次比較²⁷

参考資料4 血圧の年次比較

参考資料5 LDL コレステロールの年次比較

²⁵ KDB の CSV データ 5 種類(国・府・同規模と比較するため、KDB データのみで作成): 数字は KDB 帳票番号

- 1 地域の全体像の把握
- 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
- 5 人口及び被保険者の状況_人口
- 5 人口及び被保険者の状況_被保険者
- 43 疾病別医療費分析(中分類)

²⁶健康からて(本人から提供いただいた職場健診・人間ドックのデータ、年度途中加入者・健診受診後の国保被保険者資格喪失者の健診データ)とKDBのCSVデータ4種類(一体的に分析し、対象者名簿を作成): 数字は KDB 帳票番号

- 10 厚生労働省様式(様式1-1)(基準金額以上となったレセプト一覧)
- 76 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)
- 81 介入支援対象者一覧(服薬管理): 多剤処方の「日数=15日以上」、「薬剤数=6以上」
- 71 後期高齢者の医療(健診)・介護突合状況【後期のみ】

²⁷ 健康からて(本人から提供いただいた職場健診・人間ドックのデータ、年度途中加入者・健診受診後の国保被保険者資格喪失者の健診データ)(参考資料3・4・5)

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた藤井寺市の位置

R04年度

項目			藤井寺市		同規模平均		府		国		データ元 (CSV)	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 人口構成	総人口	62,781		16,969,503		8,590,726		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)	18,074	28.8	5,164,670	30.4	2,361,723	27.5	35,335,805	28.7		
		75歳以上	9,598	15.3	--	--	1,243,742	14.5	18,248,742	14.8		
		65~74歳	8,476	13.5	--	--	1,117,981	13.0	17,087,063	13.9		
		40~64歳	21,334	34.0	--	--	2,905,026	33.8	41,545,893	33.7		
	39歳以下	23,373	37.2	--	--	3,323,977	38.7	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業	0.5		5.6		0.6		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		第2次産業	27.5		28.6		24.3		25.0			
		第3次産業	72.0		65.8		75.1		71.0			
	③ 平均寿命	男性	80.9		80.7		80.2		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.9		87.0		86.7		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	79.7		80.1		79.9		80.1				
	女性	84.0		84.4		84.1		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	98.1		100.3		105.9		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		死因	がん	211	56.6	53,892	49.4	26,728	52.0	378,272		50.6
			心臓病	118	31.6	30,362	27.8	14,754	28.7	205,485		27.5
			脳疾患	22	5.9	16,001	14.7	5,437	10.6	102,900		13.8
			糖尿病	3	0.8	2,063	1.9	893	1.7	13,896		1.9
	腎不全		10	2.7	3,958	3.6	2,024	3.9	26,946	3.6		
	自殺	9	2.4	2,854	2.6	1,515	3.0	20,171	2.7			
	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計	75	9.3	--	--	9,567	9.0	129,016	8.2	厚労省HP 人口動態調査(R4)	
		男性	46	10.9	--	--	6,369	11.4	84,891	10.6		
		女性	29	7.5	--	--	3,198	6.4	44,125	5.7		
1号認定者数(認定率)		3,853	21.2	932,725	18.1	368,607	21.8	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
新規認定者		要支援1.2	12,733	11.5	2,980,586	13.3	1,248,382	12.1	21,785,044			12.9
	要介護1.2	45,337	40.9	10,399,684	46.4	4,508,089	43.7	78,107,378	46.3			
	要介護3以上	52,657	47.6	9,019,896	40.3	4,557,859	44.2	68,963,503	40.8			
2号認定者	104	0.49	20,148	0.36	8,383	0.42	156,107	0.38				
② 有病状況	糖尿病	1,093	26.5	237,003	24.2	93,564	24.2	1,712,613	24.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	高血圧症	2,152	53.1	523,600	53.8	200,445	52.1	3,744,672	53.3			
	脂質異常症	1,354	33.4	312,282	31.8	129,626	33.6	2,308,216	32.6			
	心臓病	2,457	60.6	590,733	60.8	226,436	59.0	4,224,628	60.3			
	脳疾患	867	21.6	221,742	23.1	81,205	21.4	1,568,292	22.6			
	がん	586	14.3	111,991	11.3	51,644	13.2	837,410	11.8			
	筋・骨格	2,277	55.5	516,731	53.1	209,611	54.6	3,748,372	53.4			
	精神	1,373	34.6	358,088	37.0	128,243	33.6	2,569,149	36.8			
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	308,815	5,581,514,799	274,536	1,417,885,670,317	307,301	517,772,811,735	290,668	10,074,274,226,869	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	1件当たり給付費(全体)	50,408		63,298		50,199		59,662				
	居宅サービス	39,215		41,822		38,654		41,272				
	施設サービス	299,750		292,502		304,394		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	8,977	8,654	8,709	8,610	認定なし	3,874	4,013	4,366	4,020	
4	① 国保の状況	被保険者数	12,929		3,472,300		1,908,682		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65~74歳	5,172	40.0			678,023	35.5	11,129,271	40.5		
			40~64歳	4,340	33.6			660,943	34.6	9,088,015		33.1
			39歳以下	3,417	26.4			569,716	29.8	7,271,596		26.5
		加入率	20.6		20.5		20.3		20.0			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	4	0.3	1146	0.3	512	0.3	8,237	0.3		
		診療所数	72	5.6	12,471	3.6	8,534	4.9	102,599	4.2		
		病床数	300	23.2	206,222	59.4	104,561	59.8	1,507,471	61.1		
		医師数	132	10.2	34,837	10.0	26,431	15.1	339,611	13.8		
		外来患者数	708.2		719.9		706.7		709.6			
		入院患者数	17.6		19.6		17.5		18.8			
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	365,203		366,294		329,982		321,633		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		受診率	725.766		739.503		724.165		728.39			
		外来	費用の割合	60.9		59.5		60.5		59.9		
			件数の割合	97.6		97.3		97.6		97.4		
入院		費用の割合	39.1		40.5		39.5		40.1			
		件数の割合	2.4		2.7		2.4		2.6			
1件あたり在院日数	13.6日		16.3日		14.8日		16.0日					

40~64歳(国保)

健診

医療

介護

① 被保険者数(40~64歳) (ア) 4,291人

② 健康診査受診者(イ) 1,408人 32.8%
健康診査未受診者 2,883人 67.2%

③ 医療機関受診あり (ウ) 3,488人 81.3%

生活習慣病対象者 (エ) 1,222人 28.5%

※生活習慣病対象者以下、⑥・⑧に記載している疾病の診断がある者

④ 介護認定者数(オ)

人数	47人	支援1・2(カ)	9	介1・2(キ)	15	介3・4・5(ク)	23
割合(ア)	1.1%	0.2%	0.3%	0.5%			
割合(オ)	100%	19.1%	31.9%	48.9%			

⑤ 健診有所見者

高血圧 (a)	267人	19.0%
内訳		
Ⅰ度	191	71.5%
Ⅱ度	61	22.8%
Ⅲ度	15	5.6%
高血糖 (b)	91人	6.5%
内訳		
6.5~6.9	37	40.7%
7.0~7.9	33	36.3%
8.0以上	21	23.1%
尿蛋白 (c)	94人	6.7%
内訳		
+	73	77.7%
2+以上	21	22.3%
eGFR (d)	13人	0.9%
内訳		
30-45未満	12	92.3%
30未満	1	7.7%
心房細動 (e)	1人	0.1%
参考 心電図実施者	1,454人	

未治療・治療中断 (受診勧奨)

Ⅱ度高血圧以上	34人
HbA1c 7.0以上	8人
臓器障害あり (治療者含む)	
CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満	22人
心房細動	1人

⑥ 短期目標の疾患

高血圧 (f)	880人	72.0%
人数 (f/エ)		
糖尿病 (g)	527人	43.1%
人数 (g/エ)		

重症化予防

合併症なし	494人	56.1%
256人	48.6%	

⑦ 短期目標で対象とする合併症 (脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)

高血圧+合併症 (1)	386人	43.9%
人数 (1/フ)		
糖尿病+合併症 (2)	271人	51.4%
人数 (2/グ)		

⑧ 中長期目標の疾患

脳血管疾患 (h)	172人	4.0%
人数 (h/ア)		
心不全 (i)	257人	6.0%
人数 (i/ア)		
虚血性心疾患 (j)	127人	3.0%
人数 (j/ア)		
腎不全 (k)	252人	5.9%
人数 (k/ア)		

介護予防(再発予防)

介護認定なし	144人	83.7%
246人	95.7%	
120人	94.5%	
242人	96.0%	

⑨ 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

脳血管疾患 (/h)	28人	3	10	15
割合 (/h)	16.3	33.3	66.7	65.2
心不全 (/i)	11人	5	2	4
割合 (/i)	4.3	55.6	13.3	17.4
虚血性心疾患 (/j)	7人	3	2	2
割合 (/j)	5.5	33.3	13.3	8.7
腎不全 (/k)	10人	4	2	4
割合 (/k)	4.0	44.4	13.3	17.4

生活習慣病

加齢・その他

A 健康状態不明者

703人	16.4%
------	-------

年齢階級	該当者数
40-49歳	301人
50-59歳	285人
60-64歳	117人

B 実人数

64人	1.5%
-----	------

⑮ 体格(健診結果)

BMI (p)	区分	痩せ(18.5未満)	肥満(25以上)
	人数 (p/イ)	123人	398人
		8.7%	28.3%

C 実人数

628人	14.6%
------	-------

D 実人数

559人	13.0%
------	-------

- A 健康状態不明者**
該当年度に健診・医療・介護の実績なし
- B 未治療・臓器障害あり**
健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはCKD・心房細動あり
- C 重症化予防**
リスクはあるものの、重症化(脳・心・腎の発症)していない者
- D 介護予防(再発予防)**
脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

⑭ 生活習慣病の重なり (高血圧・糖尿病)

人数 (/l)	29人	34.5%
人数 (/m)	6人	66.7%

⑩ 加齢によるその他の疾患

骨折 (l)	84人	2.0%
人数 (l/ア)		
認知症 (m)	9人	0.2%
人数 (m/ア)		

⑫ 多剤処方の状況

6種類以上 (n)	406人	9.5%
人数 (n/ア)		

※ひと月15日以上処方がある薬剤を計上(外来のみ)

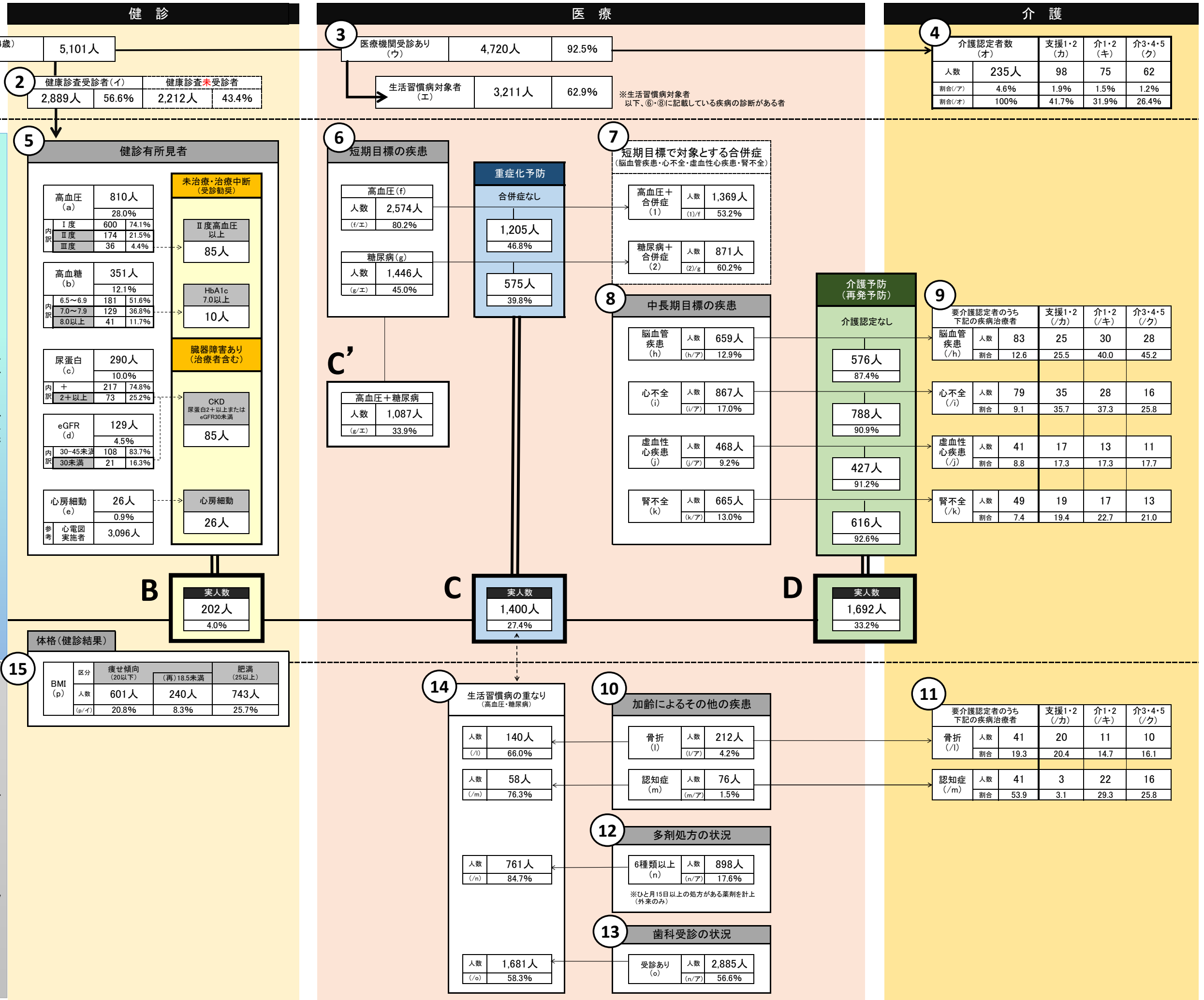
⑬ 歯科受診の状況

受診あり (o)	1,915人	44.6%
人数 (o/ア)		

⑪ 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

骨折 (/l)	4人	0	2	2
割合 (/l)	4.8	0.0	13.3	8.7
認知症 (/m)	3人	0	1	2
割合 (/m)	33.3	0.0	6.7	8.7

65~74歳(国保)



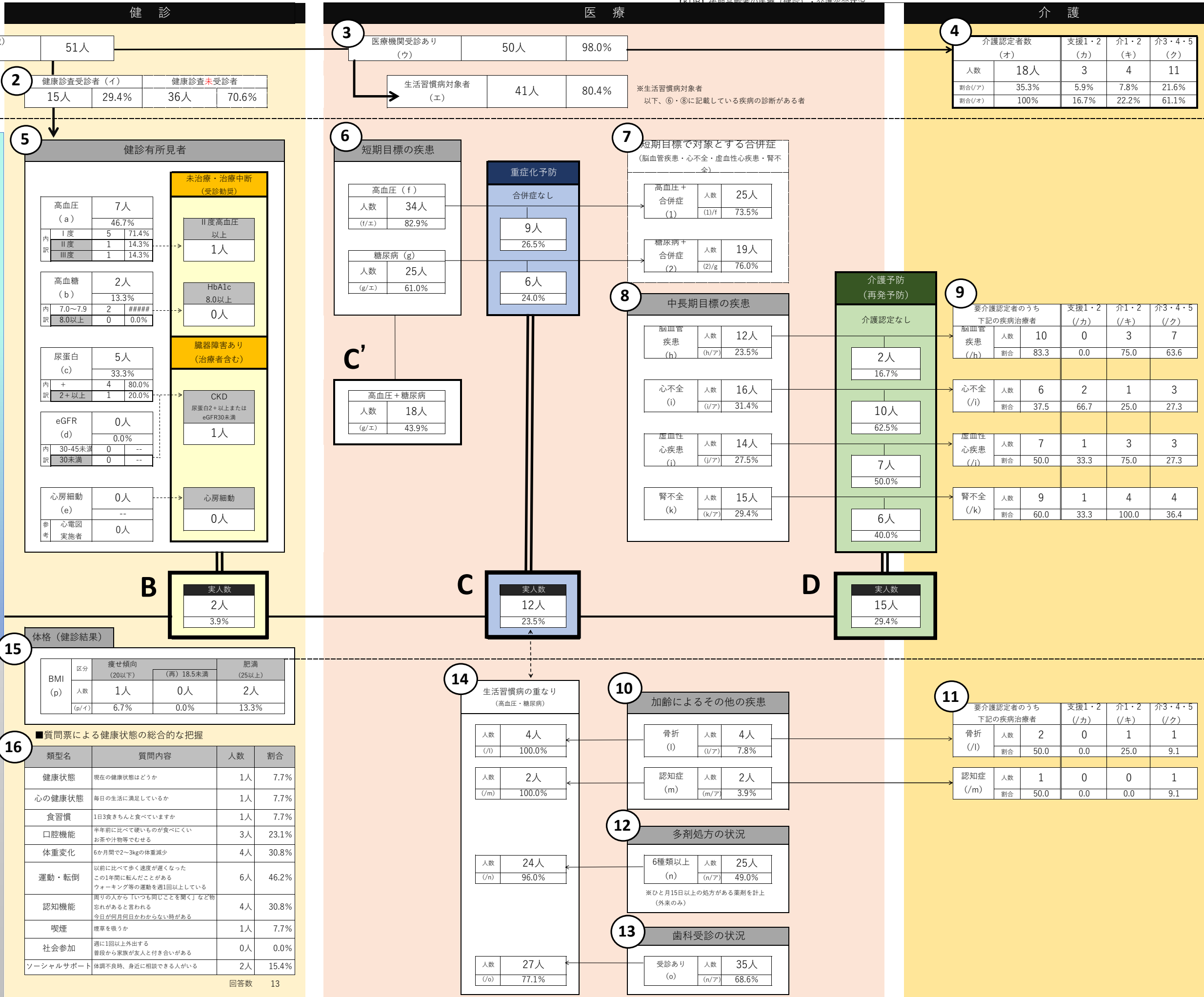
A 健康状態不明者
該当年度に健診・医療・介護の実績なし

B 未治療・臓器障害あり
健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはCKD・心房細動あり

C 重症化予防
リスクはあるものの、重症化(脳・心・腎の発症)していない者

D 介護予防(再発予防)
脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

65-74歳（後期）



75歳以上（後期）

健診

医療

介護

1 被保険者数（75歳以上）
(ア) 10,186人

2 健康診査受診者（イ） 4,013人 39.4%
健康診査未受診者 6,173人 60.6%

3 医療機関受診あり（ウ） 9,775人 96.0%

生活習慣病対象者（エ） 8,288人 81.4%

4 介護認定者数（オ）

人数	3,242人	1,153	1,051	1,038
割合(ア)	31.8%	11.3%	10.3%	10.2%
割合(イ)	100%	35.6%	32.4%	32.0%

藤井寺市の概況

1. 高齢化率

R4年度	28.8%
------	-------

2. 一人当たり社会保障費（R4年度）

制度	円/年	地域差指数（R2）
国保	36.5万円	1.003
後期	89.9万円	1.082
介護	30.8万円	
合計	157.2万円	

3. (参考) 特定健診の状況（R4年度）

区分	実施率
特定健診	48.8%
保健指導	35.2%

生活習慣病

5 健診有所見者

高血圧 (a)	1,317人	32.8%
内訳		
Ⅰ度	1,006	76.4%
Ⅱ度	274	20.8%
Ⅲ度	37	2.8%

未治療・治療中断（受診勧奨）

Ⅱ度高血圧以上	77人
HbA1c 8.0以上	2人
臓器障害あり（治療者含む）	
CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満	177人

高血糖 (b)	269人	6.7%
内訳		
7.0~7.9	216	80.3%
8.0以上	53	19.7%

尿蛋白 (c)	578人	14.4%
内訳		
+	449	77.7%
2+以上	129	22.3%

eGFR (d)	452人	11.3%
内訳		
30-45未満	385	85.2%
30未満	67	14.8%

心房細動 (e)	111人	2.8%
参考 心電図実施者	3,523人	

6 短期目標の疾患

高血圧 (f)	7,033人	84.9%
内訳 (f/エ)		
糖尿病 (g)	3,928人	47.4%
内訳 (g/エ)		

7 短期目標で対象とする合併症

高血圧+合併症 (1)	4,858人	69.1%
糖尿病+合併症 (2)	2,964人	75.5%

年齢階級 該当者数

75-79歳	1,128人
80-84歳	1,107人
85歳以上	1,032人

重症化予防

合併症なし	2,175人	30.9%
合計	964人	24.5%

8 中長期目標の疾患

脳血管疾患 (h)	2,510人	24.6%
心不全 (i)	3,696人	36.3%
虚血性心疾患 (j)	1,867人	18.3%
腎不全 (k)	1,808人	17.7%

年齢階級 該当者数

75-79歳	1,078人	335人
80-84歳	735人	232人
85歳以上	601人	158人

9 介護予防（再発予防）

介護認定なし	1,403人	55.9%
介護認定あり	2,124人	57.5%
合計	1,125人	60.3%
合計	1,142人	63.2%

要介護認定者のうち下記の疾病治療者

脳血管疾患 (/h)	1,107人	35.5	361	391
心不全 (/i)	1,572人	54.4	510	518
虚血性心疾患 (/j)	742人	25.1	241	212
腎不全 (/k)	666人	22.0	208	204

A 健康状態不明者 376人 3.7%

年齢階級 該当者数

75歳※1	41人
76-79歳	64人
80-84歳	94人
85歳以上	177人

加齢・その他

15 体格（健診結果）

BMI (p)	区分	人数	割合
(p/イ)	痩せ傾向 (20以下)	821人	20.5%
	(再) 18.5未満	340人	8.5%
	肥満 (25以上)	893人	22.3%

16 質問票による健康状態の総合的な把握

類型名	質問内容	人数	割合
健康状態	現在の健康状態はどうか	278人	7.5%
心の健康状態	毎日の生活に満足しているか	281人	7.6%
食習慣	1日3食きちんと食べていますか	169人	4.6%
口腔機能	半年前に比べて硬いものが食べにくいお茶や汁物等でむせる	1,340人	36.2%
体重変化	6か月間で2~3kgの体重減少	453人	12.2%
運動・転倒	以前に比べて歩く速度が遅くなったこの1年間に転んだことがあるウォーキング等の運動を週1回以上している	2,538人	68.5%
認知機能	周りの人から「いつも同じことを聞く」など物忘れがあるとされる今日が何月何日かわからない時がある	1,145人	30.9%
喫煙	煙草を吸うか	192人	5.2%
社会参加	週に1回以上外出する普段から家族が友人と付き合いがある	503人	13.6%
ソーシャルサポート	体調不良時、身近に相談できる人がいる	188人	5.1%

回答数 3,703

14 生活習慣病の重なり（高血圧・糖尿病）

人数	1,146人	81.7%
内訳 (/l)		
人数	1,204人	83.1%
内訳 (/m)		

年齢階級 該当者数

75-79歳	234人
80-84歳	368人
85歳以上	544人

年齢階級 該当者数

75-79歳	170人
80-84歳	355人
85歳以上	679人

10 加齢によるその他の疾患

骨折 (l)	1,402人	13.8%
認知症 (m)	1,449人	14.2%

11 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

骨折 (/l)	895人	27.7	273	345
認知症 (/m)	1,179人	12.5	470	565

12 多剤処方状況

6種類以上 (n)	3,745人	36.8%
-----------	--------	-------

13 歯科受診状況

受診あり (o)	5,900人	57.9%
----------	--------	-------

14 生活習慣病の重なり（高血圧・糖尿病）

人数	3,398人	90.7%
内訳 (/n)		
人数	4,570人	77.5%
内訳 (/o)		

参考資料3 HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない	糖尿病			合併症予防のための目標			最低限達成が望ましい目標			合併症の危険が更に大きくなる	
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4	6.5～6.9	7.0～7.9	8.0以上	7.4以上	8.4以上						
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	4,857	2,415	49.7%	1,503	30.9%	513	10.6%	201	4.1%	159	3.3%	66	1.4%	137	2.8%	53	1.1%
H30	5,071	2,514	49.6%	1,541	30.4%	544	10.7%	231	4.6%	167	3.3%	74	1.5%	135	2.7%	54	1.1%
R01	4,693	2,215	47.2%	1,483	31.6%	547	11.7%	226	4.8%	156	3.3%	66	1.4%	137	2.9%	45	1.0%
R02	4,950	2,374	48.0%	1,496	30.2%	564	11.4%	250	5.1%	187	3.8%	79	1.6%	153	3.1%	48	1.0%
R03	5,042	2,237	44.4%	1,669	33.1%	614	12.2%	247	4.9%	188	3.7%	87	1.7%	156	3.1%	63	1.2%
R04	4,728	2,160	45.7%	1,494	31.6%	584	12.4%	241	5.1%	183	3.9%	66	1.4%	144	3.0%	44	0.9%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲			
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合		
										人数	割合
H29	4,857	2,415 49.7%	1,503 30.9%	513 10.6%	426	8.8%	168	39.4%	258	60.6%	8.8%
					225	4.6%	75	33.3%	150	66.7%	
H30	5,071	2,514 49.6%	1,541 30.4%	544 10.7%	472	9.3%	157	33.3%	315	66.7%	9.3%
					241	4.8%	67	27.8%	174	72.2%	
R01	4,693	2,215 47.2%	1,483 31.6%	547 11.7%	448	9.5%	170	37.9%	278	62.1%	9.5%
					222	4.7%	65	29.3%	157	70.7%	
R02	4,950	2,374 48.0%	1,496 30.2%	564 11.4%	516	10.4%	182	35.3%	334	64.7%	10.4%
					266	5.4%	70	26.3%	196	73.7%	
R03	5,042	2,237 44.4%	1,669 33.1%	614 12.2%	522	10.4%	190	36.4%	332	63.6%	10.4%
					275	5.5%	81	29.5%	194	70.5%	
R04	4,728	2,160 45.7%	1,494 31.6%	584 12.4%	490	10.4%	177	36.1%	313	63.9%	10.4%
					249	5.3%	72	28.9%	177	71.1%	

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない	糖尿病			合併症予防のための目標			最低限達成が望ましい目標			合併症の危険が更に大きくなる			
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4	6.5～6.9	7.0～7.9	8.0以上	7.4以上	8.4以上								
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	401	8.3%	14	3.5%	34	8.5%	95	23.7%	108	26.9%	111	27.7%	39	9.7%	93	23.2%	27	6.7%
	H30	469	9.2%	16	3.4%	28	6.0%	110	23.5%	141	30.1%	120	25.6%	54	11.5%	99	21.1%	38	8.1%
	R01	443	9.4%	14	3.2%	40	9.0%	111	25.1%	121	27.3%	116	26.2%	41	9.3%	90	20.3%	27	6.1%
	R02	500	10.1%	17	3.4%	43	8.6%	106	21.2%	138	27.6%	142	28.4%	54	10.8%	114	22.8%	32	6.4%
	R03	490	9.7%	14	2.9%	38	7.8%	106	21.6%	138	28.2%	138	28.2%	56	11.4%	110	22.4%	38	7.8%
	R04	456	9.6%	15	3.3%	34	7.5%	94	20.6%	136	29.8%	138	30.3%	39	8.6%	101	22.1%	26	5.7%
治療なし	H29	4,456	91.7%	2,401	53.9%	1,469	33.0%	418	9.4%	93	2.1%	48	1.1%	27	0.6%	44	1.0%	26	0.6%
	H30	4,602	90.8%	2,498	54.3%	1,513	32.9%	434	9.4%	90	2.0%	47	1.0%	20	0.4%	36	0.8%	16	0.3%
	R01	4,250	90.6%	2,201	51.8%	1,443	34.0%	436	10.3%	105	2.5%	40	0.9%	25	0.6%	47	1.1%	18	0.4%
	R02	4,450	89.9%	2,357	53.0%	1,453	32.7%	458	10.3%	112	2.5%	45	1.0%	25	0.6%	39	0.9%	16	0.4%
	R03	4,552	90.3%	2,223	48.8%	1,631	35.8%	508	11.2%	109	2.4%	50	1.1%	31	0.7%	46	1.0%	25	0.5%
	R04	4,272	90.4%	2,145	50.2%	1,460	34.2%	490	11.5%	105	2.5%	45	1.1%	27	0.6%	43	1.0%	18	0.4%

参考資料4 血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	4,872	1,318	27.1%	1,123	23.1%	1,222	25.1%	979	20.1%	198	4.1%	32	0.7%
H30	5,100	1,393	27.3%	1,148	22.5%	1,306	25.6%	968	19.0%	237	4.6%	48	0.9%
R01	4,719	1,394	29.5%	1,074	22.8%	1,161	24.6%	877	18.6%	180	3.8%	33	0.7%
R02	4,978	1,308	26.3%	1,071	21.5%	1,297	26.1%	1,007	20.2%	245	4.9%	50	1.0%
R03	5,076	1,368	27.0%	1,078	21.2%	1,313	25.9%	1,008	19.9%	255	5.0%	54	1.1%
R04	4,749	1,291	27.2%	1,024	21.6%	1,232	25.9%	883	18.6%	265	5.6%	54	1.1%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲		再掲率	
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療	再掲率			
									人数		割合
H29	4,872	2,441 50.1%	1,222 25.1%	979 20.1%	230	146	84	4.7%	63.5%	36.5%	4.7%
					32	20	12	0.7%	62.5%	37.5%	
H30	5,100	2,541 49.8%	1,306 25.6%	968 19.0%	285	171	114	5.6%	60.0%	40.0%	5.6%
					48	34	14	0.9%	70.8%	29.2%	
R01	4,719	2,468 52.3%	1,161 24.6%	877 18.6%	213	132	81	4.5%	62.0%	38.0%	4.5%
					33	20	13	0.7%	60.6%	39.4%	
R02	4,978	2,379 47.8%	1,297 26.1%	1,007 20.2%	295	178	117	5.9%	60.3%	39.7%	5.9%
					50	36	14	1.0%	72.0%	28.0%	
R03	5,076	2,446 48.2%	1,313 25.9%	1,008 19.9%	309	188	121	6.1%	60.8%	39.2%	6.1%
					54	40	14	1.1%	74.1%	25.9%	
R04	4,749	2,315 48.7%	1,232 25.9%	883 18.6%	319	183	136	6.7%	57.4%	42.6%	6.7%
					54	38	16	1.1%	70.4%	29.6%	

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	1,779	36.5%	246	13.8%	423	23.8%	539	30.3%	487	27.4%	72	4.0%	12	0.7%
	H30	1,860	36.5%	284	15.3%	467	25.1%	563	30.3%	432	23.2%	100	5.4%	14	0.8%
	R01	1,785	37.8%	306	17.1%	462	25.9%	527	29.5%	409	22.9%	68	3.8%	13	0.7%
	R02	1,901	38.2%	255	13.4%	468	24.6%	582	30.6%	479	25.2%	103	5.4%	14	0.7%
	R03	1,959	38.6%	309	15.8%	456	23.3%	597	30.5%	476	24.3%	107	5.5%	14	0.7%
	R04	1,819	38.3%	293	16.1%	410	22.5%	557	30.6%	423	23.3%	120	6.6%	16	0.9%
治療なし	H29	3,093	63.5%	1,072	34.7%	700	22.6%	683	22.1%	492	15.9%	126	4.1%	20	0.6%
	H30	3,240	63.5%	1,109	34.2%	681	21.0%	743	22.9%	536	16.5%	137	4.2%	34	1.0%
	R01	2,934	62.2%	1,088	37.1%	612	20.9%	634	21.6%	468	16.0%	112	3.8%	20	0.7%
	R02	3,077	61.8%	1,053	34.2%	603	19.6%	715	23.2%	528	17.2%	142	4.6%	36	1.2%
	R03	3,117	61.4%	1,059	34.0%	622	20.0%	716	23.0%	532	17.1%	148	4.7%	40	1.3%
	R04	2,930	61.7%	998	34.1%	614	21.0%	675	23.0%	460	15.7%	145	4.9%	38	1.3%

参考資料5 LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H29	4,873	2,407	49.4%	1,196	24.5%	727	14.9%	344	7.1%	199	4.1%
	H30	5,099	2,469	48.4%	1,250	24.5%	775	15.2%	395	7.7%	210	4.1%
	R01	4,720	2,376	50.3%	1,107	23.5%	740	15.7%	337	7.1%	160	3.4%
	R02	4,982	2,429	48.8%	1,184	23.8%	779	15.6%	375	7.5%	215	4.3%
	R03	5,074	2,531	49.9%	1,211	23.9%	753	14.8%	382	7.5%	197	3.9%
	R04	4,754	2,450	51.5%	1,136	23.9%	690	14.5%	315	6.6%	163	3.4%
男性	H29	2,016	1,100	54.6%	454	22.5%	274	13.6%	117	5.8%	71	3.5%
	H30	2,130	1,107	52.0%	536	25.2%	274	12.9%	138	6.5%	75	3.5%
	R01	1,989	1,079	54.2%	467	23.5%	257	12.9%	137	6.9%	49	2.5%
	R02	2,142	1,142	53.3%	484	22.6%	322	15.0%	130	6.1%	64	3.0%
	R03	2,147	1,184	55.1%	481	22.4%	287	13.4%	131	6.1%	64	3.0%
	R04	2,034	1,147	56.4%	469	23.1%	257	12.6%	110	5.4%	51	2.5%
女性	H29	2,857	1,307	45.7%	742	26.0%	453	15.9%	227	7.9%	128	4.5%
	H30	2,969	1,362	45.9%	714	24.0%	501	16.9%	257	8.7%	135	4.5%
	R01	2,731	1,297	47.5%	640	23.4%	483	17.7%	200	7.3%	111	4.1%
	R02	2,840	1,287	45.3%	700	24.6%	457	16.1%	245	8.6%	151	5.3%
	R03	2,927	1,347	46.0%	730	24.9%	466	15.9%	251	8.6%	133	4.5%
	R04	2,720	1,303	47.9%	667	24.5%	433	15.9%	205	7.5%	112	4.1%

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

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲		割合	
					再)180以上	未治療	治療	再掲	割合		
H29	4,873	2,407 49.4%	1,196 24.5%	727 14.9%	543	492	51	11.1%	90.6%	9.4%	11.1%
					199	180	19	4.1%	90.5%	9.5%	
H30	5,099	2,469 48.4%	1,250 24.5%	775 15.2%	605	557	48	11.9%	92.1%	7.9%	11.9%
					210	193	17	4.1%	91.9%	8.1%	
R01	4,720	2,376 50.3%	1,107 23.5%	740 15.7%	497	457	40	10.5%	92.0%	8.0%	10.5%
					160	145	15	3.4%	90.6%	9.4%	
R02	4,982	2,429 48.8%	1,184 23.8%	779 15.6%	590	548	42	11.8%	92.9%	7.1%	11.8%
					215	200	15	4.3%	93.0%	7.0%	
R03	5,074	2,531 49.9%	1,211 23.9%	753 14.8%	579	529	50	11.4%	91.4%	8.6%	11.4%
					197	181	16	3.9%	91.9%	8.1%	
R04	4,754	2,450 51.5%	1,136 23.9%	690 14.5%	478	426	52	10.1%	89.1%	10.9%	10.1%
					163	143	20	3.4%	87.7%	12.3%	

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	1,289	26.5%	880	68.3%	257	19.9%	101	7.8%	32	2.5%	19	1.5%
	H30	1,357	26.6%	950	70.0%	266	19.6%	93	6.9%	31	2.3%	17	1.3%
	R01	1,299	27.5%	914	70.4%	258	19.9%	87	6.7%	25	1.9%	15	1.2%
	R02	1,400	28.1%	978	69.9%	285	20.4%	95	6.8%	27	1.9%	15	1.1%
	R03	1,460	28.8%	1,037	71.0%	273	18.7%	100	6.8%	34	2.3%	16	1.1%
	R04	1,428	30.0%	1,003	70.2%	273	19.1%	100	7.0%	32	2.2%	20	1.4%
治療なし	H29	3,584	73.5%	1,527	42.6%	939	26.2%	626	17.5%	312	8.7%	180	5.0%
	H30	3,742	73.4%	1,519	40.6%	984	26.3%	682	18.2%	364	9.7%	193	5.2%
	R01	3,421	72.5%	1,462	42.7%	849	24.8%	653	19.1%	312	9.1%	145	4.2%
	R02	3,582	71.9%	1,451	40.5%	899	25.1%	684	19.1%	348	9.7%	200	5.6%
	R03	3,614	71.2%	1,494	41.3%	938	26.0%	653	18.1%	348	9.6%	181	5.0%
	R04	3,326	70.0%	1,447	43.5%	863	25.9%	590	17.7%	283	8.5%	143	4.3%

藤井寺市
第三期保健事業実施計画（データヘルス計画）
第四期特定健康診査等実施計画
2024（R6）年度～2029（R11）年度

発行：令和6年3月

編集：藤井寺市 健康福祉部 保険年金課
〒583-8583

大阪府藤井寺市岡1丁目1番1号

電話：072-939-1353

FAX：072-939-0399

URL：<https://www.city.fujiidera.lg.jp>

