

観音寺市国民健康保険  
第3期 データヘルス計画  
第4期 特定健康診査等実施計画

令和6年度(2024年)～令和11年度(2029年)

令和6年3月  
香川県観音寺市

# 目次

第1章 基本的事項.....	1
1 計画の趣旨.....	1
2 計画の位置づけ.....	1
3 標準化の推進.....	1
4 計画期間.....	2
5 実施体制・関係者連携.....	2
第2章 現状の整理.....	3
1 観音寺市の特性.....	3
(1) 人口動態.....	3
(2) 平均余命・平均自立期間.....	4
(3) 産業構成.....	5
(4) 医療サービス(病院数・診療所数・病床数・医師数).....	5
(5) 被保険者構成.....	5
2 前期計画等に係る考察.....	6
(1) 第2期データヘルス計画の目標評価・考察.....	6
(2) 第2期データヘルス計画の個別事業評価・考察.....	8
第3章 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の抽出.....	19
1 死亡の状況.....	20
(1) 死因別の死亡者数・割合.....	20
(2) 死因別の標準化死亡比(SMR).....	21
2 介護の状況.....	23
(1) 要介護(要支援)認定者数・割合.....	23
(2) 介護給付費.....	23
(3) 要介護・要支援認定者の有病状況.....	24
3 医療の状況.....	25
(1) 医療費の3要素.....	25
(2) 疾病分類別入院医療費及び受診率.....	27
(3) 疾病分類別外来医療費及び受診率.....	31
(4) 生活習慣病(重篤な疾患・基礎疾患)における受診率.....	34
(5) 生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況.....	36
(6) 高額なレセプトの状況.....	37
(7) 長期入院レセプトの状況.....	38
4 特定健康診査・特定保健指導・生活習慣の状況.....	39
(1) 特定健康診査受診率.....	39
(2) 有所見者の状況.....	41
(3) メタボリックシンドロームの状況.....	43
(4) 特定保健指導実施率.....	46
(5) 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率.....	47
(6) 受診勧奨対象者の状況.....	48
(7) 質問票の状況.....	52
5 一体的実施に係る介護及び高齢者の状況.....	54
(1) 保険種別(国民健康保険及び後期高齢者医療制度)の被保険者構成.....	54

(2) 年代別の要介護(要支援)認定者の有病状況.....	54
(3) 保険種別の医療費の状況.....	55
(4) 前期高齢者における骨折及び骨粗しょう症の受診率.....	56
(5) 後期高齢者の健診受診状況.....	56
(6) 後期高齢者における質問票の回答状況.....	57
6 その他の状況.....	58
(1) 重複服薬の状況.....	58
(2) 多剤服薬の状況.....	58
(3) 後発医薬品の使用状況.....	59
(4) 5がん(胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん)検診の受診率.....	59
7 健康課題の整理.....	60
(1) 県全体の健康課題と標準事業.....	60
(2) 観音寺市の健康課題の全体像の整理.....	62
(3) 観音寺市の生活習慣病に関する健康課題.....	64
(4) 一体的実施及び社会環境・体制整備に関する課題.....	64
第4章 データヘルス計画の目的・目標.....	65
1 健康課題の整理まで.....	65
2 取り組む分野、計画全体の目的.....	65
3 分野別の目標設定.....	66
4 目的・目標を達成するための戦略.....	67
第5章 保健事業の内容.....	68
1 保健事業の整理.....	68
(1) 一次予防.....	68
(2) 発症予防.....	70
(3) 重症化予防.....	72
(4) 健康づくり.....	85
(5) 適正服薬・医療費適正化.....	86
(6) 一体的実施.....	90
2 香川県標準指標における観音寺市の目標.....	94
第6章 計画の評価・見直し.....	96
1 個別事業計画の評価・見直し.....	96
2 個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し.....	96
(1) 評価の時期.....	96
(2) 評価方法・体制.....	96
第7章 計画の公表・周知.....	96
第8章 個人情報取扱い.....	96
第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項.....	97
1 地域包括ケアの構築に向けた取組み.....	97
2 KDB・レセプトデータを活用した健康事業・介護予防・生活支援の対象となる被保険者の抽出.....	97

第10章 第4期 特定健康診査等実施計画.....	98
1 計画の背景・趣旨.....	98
(1) 計画策定の背景・趣旨.....	98
(2) 特定健康診査・特定保健指導を巡る国の動向.....	98
(3) 計画期間.....	99
2 第3期計画における目標達成状況.....	100
(1) 全国の状況.....	100
(2) 観音寺市の状況.....	101
(3) 国の示す目標.....	106
(4) 観音寺市の目標.....	106
3 特定健康診査・特定保健指導の実施方法.....	107
(1) 特定健康診査.....	107
(2) 特定保健指導.....	108
4 その他.....	109
(1) 計画の公表・周知.....	109
(2) 個人情報の保護.....	109
(3) 実施計画の評価・見直し.....	109
参考資料 用語集.....	110
疾病中分類別単位の「その他の…」に含まれる主な細小分類別疾病.....	113
香川県標準指標出典元.....	114

## 第1章 基本的事項

### 1 計画の趣旨

平成 25 年に「日本再興戦略」の重要施策である「健康寿命の延伸」の実現のため、全ての健康保険組合にデータヘルス計画の実行が求められ、その後、平成 26 年度末には、国民健康保険者についても策定が求められた。

「データヘルス計画」とは、「レセプトや健診データ情報から医療費分析を行い、明らかになった健康課題から保健事業を決定し、PDCA サイクルで効果的・効率的に保健事業を実施するための事業計画」であり、これを受けて、本市では平成 30 年度から令和 5 年度を第 2 期としたデータヘルス計画を策定し、エビデンスに基づく保健事業を実施している。

一方、国民健康保険を取り巻く環境も変わりつつある。平成 30 年 4 月から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 年度からは高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を推進するための枠組みが構築され、人生 100 年時代を迎えた疾病予防・健康づくりが強化された。さらに、令和 2 年以降、新型コロナウイルス感染症が流行した影響もあり、最新のテクノロジーを活用した保健事業や健康情報のデジタル化の動きが加速化している。

このような中、令和 5 年度が第 2 期計画の最終年度となることから、これまでの保健事業の取組みや、国における標準化の動き、国民健康保険制度改革の進展を踏まえ、本市の「第 3 期データヘルス計画」を策定するものである。

### 2 計画の位置づけ

国民健康保険においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、KDB(国保データベース)やレセプトデータから、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、データヘルス計画により課題に応じた保健事業を実施し、PDCA 管理を行うことで、より効果的に健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上を図る。また、この結果、医療費の適正化にも資すると考えられる。

本計画は、健康増進法に基づく基本方針を踏まえるとともに、第 2 期香川県国民健康保険運営方針及び第 4 期医療費適正化計画等、他の法定計画と調和のとれたものとし、第 4 期特定健康診査等実施計画については、一体的に策定することとする。

特に、本計画で実施するポピュレーションアプローチについては、「第 3 次ヘルスプラン 観音寺市健康増進計画及び食育推進計画」における施策と重なることから、計画策定時から連携して効率的に事業化する必要がある。

### 3 標準化の推進

県内の市町では、第 2 期計画中から継続して健康課題の見える化作業を行ってきたほか、第 3 期計画の策定に当たっては、県の方針により、県域での標準化(現状把握、課題の抽出、目標値・指標の設定、評価等の一連の流れの共通化)を行い、県内共通の健康課題に対し、全市町が同じ目的の事業を実施、同じ指標での経年的評価を行うこととした。また、他の市町と比較することで、本市の客観的な状況が把握でき、より効果的な事業実施が期待できる。さらに、標準化により PDCA 管理を共通化することで、本市の業務負担を軽減化することができ、人材が不足する場合であっても県・香川県国民健康保険団体連合会(以下、「国保連」という。)等の支援を受けやすくなる。

なお、標準化は、保険者の健康課題を効果的・効率的に解決するために行うものであり、地域の実情に応じて、把握すべき情報や評価指標を加えることにより、本市の特徴を踏まえる必要がある。

## 4 計画期間

本計画の期間は、令和6年度(2024年)から令和11年度(2029年)までの6年間である。

## 5 実施体制・関係者連携

本計画の実施に当たっては、健康増進課が主体となり、関係部局との情報交換や相互の連携を図り、保健事業を効率的・効果的に推進するとともに、高齢者に対する取組みについては、香川県後期高齢者医療広域連合や介護保険部局と連携を密にして一体的に取り組むこととする。

また、個別事業の実施に際しては、医師会、歯科医師会、薬剤師会等の保健医療関係団体に協力依頼するとともに、評価に際しては、国民健康保険事業の運営に関する協議会、国保連及び国保連が事務局である香川県保健事業支援・評価委員会等の外部有識者の協力も得て実効性を高めることとする。

さらに、本計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高めるためには、被保険者自身が健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに、主体的・積極的に健康増進に取り組むことが重要である。

## 第2章 現状の整理

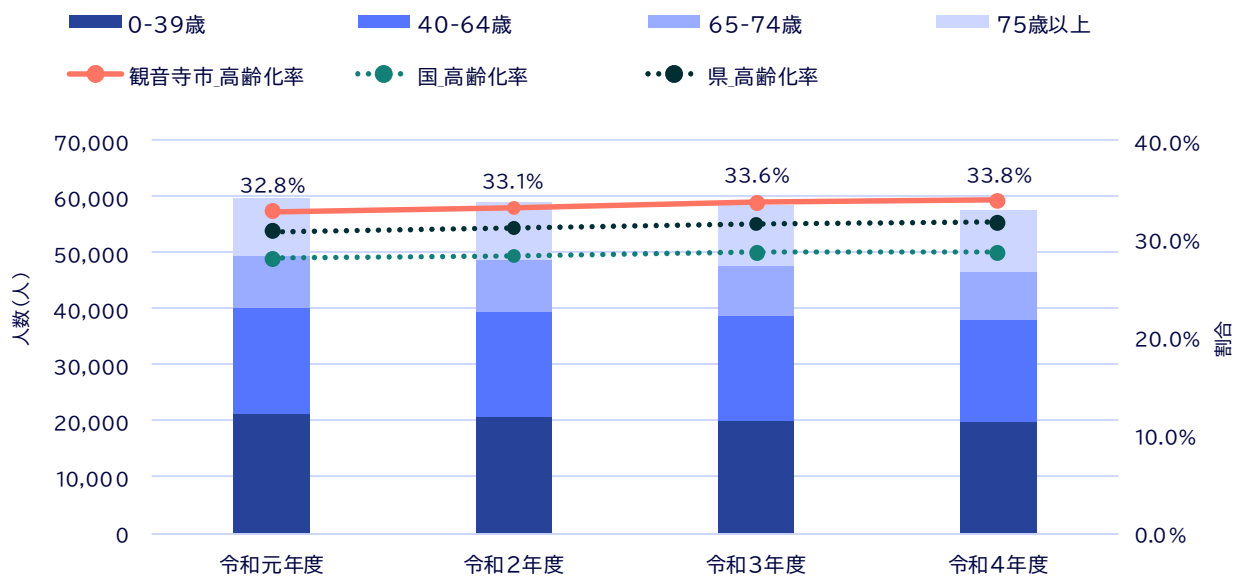
### 1 観音寺市の特性

#### (1) 人口動態

観音寺市の人口をみると(図表 2-1-1-1)、令和 4 年度の人口は 57,441 人で、令和元年度(59,692 人)以降 2,251 人減少している。

令和 4 年度の 65 歳以上人口の占める割合(高齢化率)は 33.8%で、令和元年度の割合(32.8%)と比較して、1.0 ポイント上昇している。国や県と比較すると、高齢化率は高い。

図表 2-1-1-1：人口の変化と高齢化率



	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
0-39 歳	21,342	35.8%	20,953	35.4%	20,232	34.8%	19,736	34.4%
40-64 歳	18,794	31.5%	18,594	31.5%	18,398	31.6%	18,275	31.8%
65-74 歳	9,129	15.3%	9,275	15.7%	9,070	15.6%	8,626	15.0%
75 歳以上	10,427	17.5%	10,296	17.4%	10,502	18.0%	10,804	18.8%
合計	59,692	-	59,118	-	58,202	-	57,441	-
観音寺市_高齢化率	32.8%		33.1%		33.6%		33.8%	
国_高齢化率	27.9%		28.2%		28.5%		28.6%	
県_高齢化率	30.7%		31.1%		31.5%		31.6%	

【出典】住民基本台帳 令和元年度から令和4年度

※観音寺市に係る数値は、各年度の3月末時点の人口を使用し、国及び県に係る数値は、総務省が公表している住民基本台帳を参照しているため各年度の1月1日の人口を使用している(住民基本台帳を用いた分析においては以下同様)

## (2) 平均余命・平均自立期間

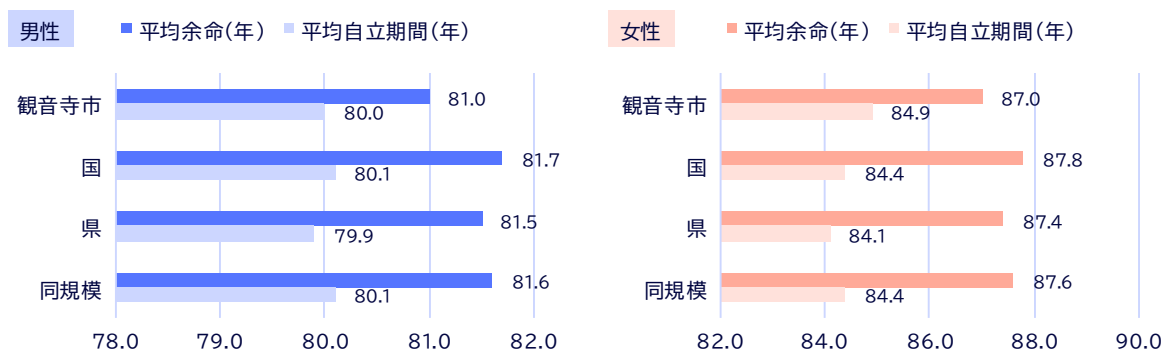
男女別に平均余命(図表 2-1-2-1)をみると、男性の平均余命は 81.0 年で、国・県より短い。国と比較すると、-0.7 年である。女性の平均余命は 87.0 年で、国・県より短い。国と比較すると、-0.8 年である。

男女別に平均自立期間(図表 2-1-2-1)をみると、男性の平均自立期間は 80.0 年で、国より短い、県より長い。国と比較すると、-0.1 年である。女性の平均自立期間は 84.9 年で、国・県より長い。国と比較すると、+0.5 年である。

令和 4 年度における平均余命と平均自立期間の推移(図表 2-1-2-2)をみると、男性ではその差は 1.0 年で、令和元年度以降ほぼ一定で推移している。女性ではその差は 2.1 年で、令和元年度以降縮小している。

※平均余命：ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、下表では 0 歳での平均余命を示している  
 ※平均自立期間：0 歳の人が要介護 2 の状態になるまでの期間

図表 2-1-2-1：平均余命・平均自立期間



	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)
観音寺市	81.0	80.0	1.0	87.0	84.9	2.1
国	81.7	80.1	1.6	87.8	84.4	3.4
県	81.5	79.9	1.6	87.4	84.1	3.3
同規模	81.6	80.1	1.5	87.6	84.4	3.2

【出典】KDB 帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和 4 年度 累計

※表内の「国」とは、市町村国保全体を指す(KDB 帳票を用いた分析においては以下同様)

※表内の「同規模」とは、人口規模が同程度の市町村を指す。区分は以下の通り

同規模区分		区分		同規模区分		区分	
指定都市		1		[人口]			
中核市・特別区		2		以上	未満		
特例市		3		~50,000		~5,000	8
				50,000~100,000		5,000~10,000	9
				100,000~150,000		10,000~15,000	10
				150,000~		15,000~20,000	11
						20,000~	12

図表 2-1-2-2：平均余命と平均自立期間の推移

	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)
令和元年度	80.6	79.6	1.0	87.8	85.4	2.4
令和 2 年度	80.8	79.8	1.0	87.7	85.4	2.3
令和 3 年度	81.2	80.1	1.1	87.4	85.1	2.3
令和 4 年度	81.0	80.0	1.0	87.0	84.9	2.1

【出典】KDB 帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和 4 年度 累計



### (3) 産業構成

産業構成の割合(図表 2-1-3-1)をみると、国と比較して第一次産業及び第二次産業比率が高く、県と比較して第一次産業及び第二次産業比率が高い。

図表 2-1-3-1：産業構成

	観音寺市	国	県	同規模
一次産業	10.5%	4.0%	5.4%	5.6%
二次産業	32.6%	25.0%	25.9%	28.6%
三次産業	56.9%	71.0%	68.7%	65.8%

【出典】KDB 帳票 S21\_003-健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 令和4年度 累計

※KDB システムでは国勢調査をもとに集計している

### (4) 医療サービス(病院数・診療所数・病床数・医師数)

被保険者千人当たりの医療サービスの状況(図表 2-1-4-1)をみると、病院数、病床数、医師数ともに国より多い。

図表 2-1-4-1：医療サービスの状況

(千人当たり)	観音寺市	国	県	同規模
病院数	0.4	0.3	0.5	0.3
診療所数	4.0	4.0	4.5	3.5
病床数	100.8	59.4	76.2	57.6
医師数	15.5	13.4	15.6	9.7

【出典】KDB 帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

※病院数・診療所数・病床数・医師数を各月ごとの被保険者数から算出する年間平均被保険者数で割ったものである

※KDB システムでは医療施設(動態)調査及び医師・歯科医師・薬剤師統計をもとに集計している

### (5) 被保険者構成

被保険者構成をみると(図表 2-1-5-1)、令和4年度における国保加入者数は11,754人で、令和元年度の人数(12,988人)と比較して1,234人減少している。国保加入率は20.5%で、国・県より高い。

65歳以上の被保険者の割合は50.8%で、令和元年度の割合(50.3%)と比較して0.5ポイント増加している。

図表 2-1-5-1：被保険者構成

	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
0-39歳	2,473	19.0%	2,357	18.3%	2,180	17.7%	2,137	18.2%
40-64歳	3,976	30.6%	3,904	30.3%	3,701	30.1%	3,650	31.1%
65-74歳	6,539	50.3%	6,605	51.3%	6,428	52.2%	5,967	50.8%
国保加入者数	12,988	100.0%	12,866	100.0%	12,309	100.0%	11,754	100.0%
観音寺市_総人口	59,692		59,118		58,202		57,441	
観音寺市_国保加入率	21.8%		21.8%		21.1%		20.5%	
国_国保加入率	21.3%		21.0%		20.5%		19.7%	
県_国保加入率	20.2%		20.1%		19.6%		18.8%	

【出典】住民基本台帳 令和元年度から令和4年度

KDB 帳票 S21\_006-被保険者構成 令和1年から令和4年 年次

※加入率は、KDB 帳票における年度毎の国保加入者数を住民基本台帳における年毎の人口で割って算出している

## 2 前期計画等に係る考察

### (1) 第2期データヘルス計画の目標評価・考察

第2期データヘルス計画の中長期目標及び短期目標について、下表のとおり評価した。

【評価の凡例】	
○「指標評価」欄：5段階	
A：目標達成	B：目標達成はできていないが改善傾向
D：悪化傾向	E：評価が難しい・設定した指標または把握方法が異なるため評価困難
C：変わらない	

	項目名	開始時	目標値	実績値						指標評価
				平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	
中長期目標	平均余命(男性)	—	延伸	80.3	80.6	80.8	81.2	81.0	—	
	平均余命(女性)	—	延伸	87.7	87.8	87.7	87.4	87.0	—	
	平均自立期間(男性)	—	延伸	79.3	79.6	79.8	80.1	80.0	—	
	平均自立期間(女性)	—	延伸	85.4	85.4	85.4	85.1	84.9	—	
	「平均余命」と「平均自立期間」の差(男性)	—	縮小	1.0	1.0	1.0	1.1	1.0	—	
	「平均余命」と「平均自立期間」の差(女性)	—	縮小	2.1	2.4	2.3	2.3	2.1	—	
短期目標	特定健康診査受診率(法定報告)	39.0%	向上60%	38.5%	43.8%	39.8%	44.4%	43.1%	—	B
	特定保健指導実施率(法定報告)	24.4%	向上60%	30.9%	18.2%	16.7%	16.8%	17.4%	—	D
	メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の人数(法定報告)	1,306人	減少	1,297	1,491	1,445	1,527	1,367	—	D
	脂質(LDL コレステロール)高値の人数、割合 特定健康診査受診者のうちLDL コレステロール160mg/dl以上の者の人数(40歳以上、内服加療中の者を含む)	370人 8.7%	ベースライン値から25%の減少	342人 8.9%	429人 10.1%	362人 9.4%	382人 9.3%	324人 8.6%	—	C
	高血圧の改善 収縮期血圧の平均値(40歳以上、内服加療中の者を含む)(年齢調整値)	—(全体)	ベースライン値から5mmHgの低下	—	収縮期127.2	収縮期129.14	収縮期129.7	収縮期131.2	—	D
		—(高血圧の方のみ)		—	収縮期142.1	収縮期143.1	収縮期143.1	収縮期143.7	—	C
	死因 脳血管疾患の割合(%)	16.2%	減少	17.4%	21.5%	19.5%	19.8%	19.5%	—	D
	死因 心臓病疾患の割合(%)	31.4%	減少	31.2%	28.1%	27.9%	32.0%	27.4%	—	C
	年間透析患者数	65人	減少	—	▲1人	▲3人	+1人	±0人	—	C
	特定健康診査受診者のうちHbA1c8.0%以上の者の割合	1.0%	減少	1.3%	1.2%	1.3%	1.4%	1.1%	—	C
糖尿病有病率(糖尿病が強く疑われる者)推計値	25%	抑制	—	25.6%	26.2%	26.5%	26.8%	—	D	

振り返り① データヘルス計画全体の指標評価の振り返り
<ul style="list-style-type: none"> <li>・平均余命、平均自立期間、平均余命と平均自立期間の差、全てにおいて維持・延伸できている。</li> <li>・特定健康診査受診率は年々微増させることができているが、特定保健指導実施率は伸び悩んでいる。</li> <li>・脳血管疾患・心疾患の死因割合については、悪化傾向がみられる。</li> <li>・高血圧の改善もあまり変化がみられていない。</li> <li>・年間透析患者数及び特定健康診査受診者のうち HbA1c8.0%以上の者の割合は、維持できているが、糖尿病有病率(糖尿病が強く疑われる者)推計値は、悪化傾向。</li> </ul>
振り返り② 第2期計画全体をとおしてうまくできていた点
<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査受診率向上事業において、AI 分析による受診勧奨通知の発送を取り入れ、2年連続特定健康診査を受診した者の定期受診の定着化、レセプト無しの特定健康診査未受診者の受診率を向上させることができた点。</li> </ul>
振り返り③ 第2期計画全体をとおしてうまくできていなかった点
<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査不定期受診者の離脱、レセプトデータのある健診未受診者が定期受診者へと行動変容につながっていない点。</li> <li>・重篤な病気を引き起こす大きな要因である高血圧の改善、脳血管疾患・心疾患の死因割合の改善まで至らなかった点。</li> <li>・事業の変遷で評価指標や把握方法が変更し、評価困難な事業や項目が生じ PDCA サイクルで事業評価が不十分であった点。</li> </ul>
振り返り④ 第3期計画への考察
<p>(1次予防)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国民健康保険加入者の減少に伴い、介入対象者の把握を具体的な抽出条件にて絞り込みを行いアプローチする必要がある。</li> <li>・引き続き、特定健康診査受診率向上及び特定保健指導の実施率の向上を目指す。</li> <li>・健診未受診者の未受診理由を調査し、対象者像を把握することで、初回受診及び離脱者の受診を促すアプローチ手法を考えていく。</li> </ul> <p>(発症予防)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導実施率が伸び悩み、働き盛りの世代、前期高齢者の世代等、世代別に介入する新たな手法を検討していく必要がある。</li> </ul> <p>(重症化予防)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査異常値の3重層(血圧、脂質異常、HbA1cの保健指導値以上)の者、HbA1c8.0以上の者に対し、電話にて健康相談に呼び込むも、参加者は1割未満であり、アプローチ手法の再検討をしていく必要がある。</li> <li>・受診勧奨値の方へ医療機関の受診を促す電話勧奨や訪問の継続。</li> <li>・令和5年度より「腎臓を守るという視点」を大切に、CKD(慢性腎臓病)や糖尿病性腎症などの原因疾患をまとめて相談できる「腎臓サポート相談」を新設。生活習慣を改善し異常値が少しでも改善できるよう引き続きサポートしていく。</li> </ul> <p>(健康づくり)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・運動習慣の定着した人の割合が増えるようなしなやかづくりの工夫をしていく。</li> <li>・運動習慣のない方へのきっかけづくり。</li> </ul> <p>(適正服薬・医療費適正化)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診行動適正化事業において、医師会薬剤師会と連携し、お薬手帳及び連携カードの活用を通じて医療費適正化に向けた連携体制の構築を目指す。</li> </ul> <p>(一体的実施)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・前期高齢者から後期高齢者へ移行しても、加齢にともなう健康課題に切れ目なく対応できるようハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチを企画しサポートしていく。</li> </ul>

## (2) 第2期データヘルス計画の個別事業評価・考察

第2期データヘルス計画における個別事業について、下表のとおり評価をした。

<p>【評価の凡例】</p> <p>○「事業評価」欄：5段階  A：うまくいっている B：まあうまくいっている C：あまりうまくいっていない  D：まったくうまくいっていない E：わからない</p> <p>○「指標評価」欄：5段階  A：目標達成 B：目標達成はできていないが改善傾向 C：変わらない  D：悪化傾向 E：評価困難・設定した指標または把握方法がことなるため評価困難</p>
--

### ● 一次予防

事業タイトル	事業目標	事業概要	事業評価						
特定健康診査受診率向上対策事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診率向上を目指し、勸奨時期、内容、勸奨方法等の評価に基づくアプローチ手法を検討し続ける。(PDCA サイクル)</li> <li>医師会と協働し、継続受診者を増加させ市民の健康意識を高めていく。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①節目年齢(40・45・50・55・60歳)の健診自己負担金を無料化し、受けやすい健診体制を継続する。</li> <li>②連続受診者や新規受診者を増やすために、受診勧奨(個人通知及び電話勧奨)を実施する。</li> <li>③若い世代の健康意識の向上を図るためにスマホ de ドック事業を実施する(令和2年度廃止)</li> <li>④医療機関との連携を行い、治療中・通院中のため特定健康診査未受診者に対しては、健診受診勧奨または情報提供事業を拡充させる。</li> <li>⑤モデル地区を指定し、住民への健康啓発活動を実施し、受診勧奨を行う。</li> </ul>	B						
<b>アウトプット</b>									
評価指標	開始時		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
特定健康診査受診率	39.0%	目標値	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	B
		実績値	38.5%	43.8%	39.8%	44.4%	43.1%	—	
節目年齢の受診率	—	目標値	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	E
		実績値	—	—	—	—	—	—	
特定健康診査初年度の受診率	—	目標値	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	E
		実績値	—	—	—	—	—	—	
スマホ de ドック受診率 (平成28年度～令和2年度実施)	8.6%	目標値	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	E
		実績値	6.4%	7.1%	7.2%	—	—	—	
<b>アウトカム</b>									
評価指標	開始時		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
肥満率(BMI)	29.1%	目標値	30.0% 未満	30.0% 未満	30.0% 未満	30.0% 未満	30.0% 未満	30.0% 未満	D
		実績値	29.3%	30.8%	32.5%	32.1%	30.4%	—	
血糖高値者の割合	63.3%	目標値	50.0% 未満	50.0% 未満	50.0% 未満	50.0% 未満	50.0% 未満	50.0% 未満	C
		実績値	56.5%	62.5%	57.6%	58.6%	62.8%	—	
<b>振り返り 成功・促進要因</b>			<b>振り返り 課題・阻害要因</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>国保新規加入者に対して、窓口で全数特定健康診査等の説明を実施している。健診の大切さについて直接伝えることができ、一度受診につながった方の継続受診率が高い傾向にあり、啓発の大切な面接となっている。</li> <li>AI分析を取り入れた特定健康診査受診勧奨通知及び電話勧奨を行うことで受診率向上につながっている。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>40歳、50歳代の若い働き盛りの世代、情報提供(みなし健診)の受診率の伸び悩みが課題である。</li> </ul>						
<b>第3期計画への考察及び補足事項</b>									
<ul style="list-style-type: none"> <li>特定健康診査の受診率向上を目指し、継続受診者を増加させること、また、レセプトデータありかつ健診未受診者の方を受診につなげることなど、それぞれの未受診理由への課題に対し、多角的なアプローチ手法を検討していく。</li> <li>特定健康診査実施に向けて、医師会との打ち合わせや実施期間中の声かけなどにご協力いただき連携体制を整えていく。</li> </ul>									

● 発症予防

事業タイトル	事業目標	事業概要	事業評価						
特定保健指導利用率向上対策事業	・特定保健指導の重要性について啓発することで保健指導利用が増え、生活習慣を見直すことができる。	①特定保健指導未利用者に対し、個別に電話や訪問による積極的な利用勧奨を行う。 ②特定保健指導利用者に対し、アンケート等で利用したきっかけ、期待する内容等の把握し、未利用者へのアプローチにつなげる。 ③健診結果説明時に保健指導につながるよう、健診委託医療機関からの働きかけを依頼する。 ④健診委託医療機関と定期的な情報交換を行い、実施方法や内容の検討を実施する。	C						
<b>アウトプット</b>									
評価指標	開始時		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
特定保健指導実施率	14.8%	目標値	60.0%	60%	60%	60%	60%	60%	C
		実績値	30.9%	18.2%	16.7%	16.8%	17.4%	—	
<b>アウトカム</b>									
評価指標	開始時		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
メタボリックシンドローム該当者減少率	21.2%	目標値	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	C
		実績値	18.3%	21.0%	12.9%	12.3%	17.3%	—	
<b>振り返り 成功・促進要因</b>					<b>振り返り 課題・阻害要因</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導は日中に設定しているため、前期高齢者の利用率が高い。特に市で開催している集団指導はすべて前期高齢者である。</li> <li>・人間ドック後の特定保健指導においては、当日に対象者に声かけを行うため、働き世代の方でも利用しやすく効果が見られる。また、自分の健診結果を知り、生活改善に向けての意識や意欲が高まるタイミングであることから、今後も確実に上げることができるよう健診当日の声かけを継続していく。</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>・平日かつ日中の設定である集団指導はアプローチしたい働き盛り世代がなかなかつながらない現状にある。夜間や休日にも忙しい年代であり、どのように設定すれば利用につながるか検証が必要。</li> <li>・電話等による勧奨を実施しても、未利用者は、生活習慣を見直すことに関心が低く、重篤な疾患につながる可能性があるという危機感を持っていないこと、仕事や家庭内での役割に追われる中で自分の健康にかかる時間が確保できないとの理由が多く、特定保健指導の利用に繋がらない要因になっている。</li> </ul>				
<b>第3期計画への考察及び補足事項</b>									
<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査受診時から特定保健指導勧奨までのタイムラグを無くし、特定保健指導の初回面談を特定健康診査の結果説明時に実施するなど、可能な限り速やかに利用開始できるように努める。また、未利用者に対して、個別に電話や訪問により、利用につなげるための勧奨アプローチを再検討する。</li> <li>・「特定保健指導」により一層、関心を持ってもらえるように、広報紙(広報かんおんじ、国保だより等)を通して啓発を継続し、利用者の感想や生活習慣の改善ポイントを掲載するなど啓発内容を工夫していく。</li> <li>・若い働き世代の利用率向上のために、利用しやすい体制を検討・整備していく。</li> </ul>									

● 重症化予防

事業タイトル	事業目標	事業概要	事業評価						
健診異常値放置者受診勧奨、保健指導事業	・ 早期受診につなげ、異常値の放置による生活習慣病等の重症化を予防する。	①特定健康診査受診後、受診・改善が必要な者に対し個人通知を送付し、受診勧奨及び保健指導を実施する。 ②受診が必要であるにもかかわらず未受診の者に対し、訪問や電話等で再勧奨を実施する。 ③健診異常値放置者の状態を把握し、アプローチにつなげる。	C						
<b>アウトプット</b>									
評価指標	開始時		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
対象者への通知率	100%	目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
		実績値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
健康栄養相談実施率	20%	目標値	20%	20%	20%	20%	20%	20%	D
		実績値	—	11.5%	8.2%	9.1%	9.5%	—	
未参加者へのフォロー率	—	目標値	—	—	—	5%	5%	5%	C
		実績値	—	—	—	0.7%	0.4%	—	
対象者の医療機関受診率	—	目標値	10%	10%	10%	10%	10%	10%	E
		実績値	—	—	—	—	—	—	
<b>アウトカム</b>									
評価指標	開始時		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
健診異常値放置者の割合	—	目標値	10.0%減少	10.0%減少	10.0%減少	10.0%減少	10.0%減少	10.0%減少	D
		実績値	—	88.5%	91.8%	90.2%	90.1%	—	
<b>振り返り 成功・促進要因</b>			<b>振り返り 課題・阻害要因</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健診受診後早めの通知送付を心掛け、対象者への通知は100%実施できている。</li> <li>・ 令和元年度より希望者には骨密度測定を同時実施するなど、気軽に相談に来てもらえるよう工夫している。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 年間約2,300通の健康相談の案内通知発送となるため、通知到達後、健康相談未参加者のうち、HbA1c8.0以上の者にしか状況確認ができていない。</li> <li>・ 開催が平日のため、働き盛りの世代にとっては来所が難しく、通知しても健康相談の予約につながりにくい。</li> </ul>						
<b>第3期計画への考察及び補足事項</b>									
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 引き続き、異常値の者に対しては、通知の送付を行い生活習慣の改善ができるように努めていく。</li> <li>・ 令和5年度より血圧、脂質異常、HbA1cのすべてが保健指導値以上の者のうち未利用者に対して電話勧奨を実施し来所を促している。参加を希望しない人には電話または訪問にて聞き取りを行い、生活習慣の改善につなげていく。</li> </ul>									

事業タイトル	事業目標	事業概要	事業評価						
糖尿病重症化予防事業	・正しい知識を身につけ生活習慣を見直し改善することができ、必要時は早期治療につながる。	①特定健康診査受診者のうち、HbA1c 値が 6.5 以上の者で「受診歴なし、または受診継続が確認できない者」に対し受診勧奨を行う。 ②受診状況が把握できないものに対しては、電話や訪問等による再勧奨を実施する。 ③受診後、保健指導が必要と医師が判断した者については「健康栄養相談」（個別保健指導）を実施する。	C						
アウトプット									
評価指標	開始時		平成 30 年度	令和 元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	指標 評価
対象者への通知率	100%	目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
		実績値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
対象者の医療機関受診率	44.0%	目標値	50%	50%	50%	50%	50%	50%	D
		実績値	37.1%	50.0%	26.4%	13.5%	17.1%	—	
要保健指導者への指導実施率	27.3%	目標値	50%	50%	50%	50%	50%	50%	D
		実績値	23.1%	13%	0%	0%	0%	—	
アウトカム									
評価指標	開始時		平成 30 年度	令和 元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	指標 評価
医療機関受診者の受診継続率	—	目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	E
		実績値	—	—	—	—	—	—	
指導実施者の検査結果維持・改善率	—	目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	E
		実績値	—	—	—	—	—	—	
振り返り 成功・促進要因					振り返り 課題・阻害要因				
<ul style="list-style-type: none"> <li>令和 5 年度からは、糖尿病医療受診勧奨票を送付後に電話勧奨を行い、併せてレセプトでも受診状況の確認を行っている。また、連絡がつかない人に対して訪問を行い、その場での受診勧奨を行っている。</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病医療受診勧奨票を送付した後、医療機関の受診率が低い状態が続いているのは、送付後のフォローが不十分であったことが要因であると考えられる。送付した後、月日をあまり空けずに受診行動を促していく必要がある。また医療レセプトから受診確認をしていなかったため、受診勧奨実施に併せてレセプトでも事前に受診確認を行っていく必要がある。</li> <li>糖尿病医療受診勧奨票にて受診した後に保健指導につながる人が少ないため、かかりつけ医へ指導内容をフィードバックし、保健医療分野での連携を図っていく必要がある。</li> </ul>				
第 3 期計画への考察及び補足事項									
<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病医療受診勧奨票送付者に対して、未受診者には個別に電話や訪問による利用勧奨をより一層強化する。</li> <li>糖尿病で通院を要する者(糖尿病性腎症を含む)が重症化予防のため適切な治療及び保健指導が受けられるように、令和 5 年度に引き続き、医師会・かかりつけ医・専門医を含めて支援体制の充実を図っていく。</li> <li>糖尿病における保健指導の重要性を市民及びかかりつけ医へ周知していく。</li> <li>保健指導の内容をかかりつけ医へフィードバックし、保健・医療の連携を充実させていく。</li> <li>健康栄養相談の周知を行い、市民が健康について考えるきっかけになる場にしていく。</li> </ul>									

事業名	事業目標	具体的内容							事業判定
歯科受診勧奨、保健指導事業	・正しい知識を知り、身体とともに口腔内の状況にも関心が持ち、受診につなげる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯周病が糖尿病の合併症であることを基礎とし、特定健康診査に歯科問診項目を設け、有所見結果と健診(HbA1c)の値、喫煙の有無、レセプト情報の突合、階層化し、歯科受診勧奨と保健指導を実施する。</li> <li>・歯科医師会委託により健診と指導を行う。</li> </ul>							B
アウトプット									
評価指標	開始時		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
対象者への通知率	100%	目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
		実績値	100%	—	100%	100%	100%	100%	
対象者の医療機関受診率	9.7%	目標値	20%	20%	20%	20%	20%	20%	D
		実績値	2.6%	3.2%	—	23.1%	2.9%	—	
要保健指導者への指導実施率	18.3%	目標値	20%	20%	20%	20%	20%	20%	A
		実績値	24.8%	22%	—	24.5%	20%	—	
アウトカム									
評価指標	開始時		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
指導実施後の歯科問診改善率	—	目標値	50%	50%	50%	50%	50%	50%	E
		実績値	—	—	—	—	—	—	
歯科有所見率	4.5%	目標値	20.0%減少	20.0%減少	20.0%減少	20.0%減少	20.0%減少	20.0%減少	A
		実績値	4.7%	6.8%	3.4%	3.5%	—	—	
振り返り うまくいった要因			振り返り うまくいかなかった要因						
<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康増進事業による「歯周病検診」と特定健康診査の結果に基づく「歯科受診勧奨事業」受診勧奨の時期が重ならないよう、歯科医師会と調整して令和5年度より勧奨期間の設定月をずらして勧奨を開始した。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診を受診した翌年度に、勧奨通知を発送するため、対象者が何の通知か理解しにくく、受診につながりにくい。</li> <li>・現行の受診勧奨票の通知文では、すでに糖尿病と診断されている方や定期的に受診している人にとっては、受診の際に通知を持っていくという行動につながりにくい。</li> <li>・受診勧奨、保健指導ともに通知発送後、受診確認のフォローができていない。</li> </ul>						
第3期計画への考察及び補足事項									
<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診率向上のため、文章内容や添付文書をブラッシュアップし、確実に受診確認を行う。また、健診未受診者に向けて、電話や訪問を通じて引き続き生活改善のフォローを実施していく必要がある。</li> </ul>									



事業名	事業目標	具体的内容	事業判定						
慢性腎臓病受診勧奨、保健指導事業	・腎機能だけでなく生活習慣病にかかる正しい知識を身につけ、対象者が自ら生活習慣を継続して改善することができる。	①保健指導対象者には保健師、管理栄養士による腎臓サポート相談(個別指導)を実施。 ②受診勧奨対象者にはかかりつけ医への受診を勧奨し、必要時、専門医につなげてもらう。 ③健康相談を継続利用してもらえるような体制づくり	B						
<b>アウトプット</b>									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
対象者への通知率	100%	目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
		実績値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
対象者の医療機関受診率	67.4%	目標値	40%	40%	40%	40%	40%	40%	A
		実績値	57.8%	54.4%	55.7%	68.8%	50.7%	-	
要保健指導者への指導実施率	34.6%	目標値	30%	30%	30%	30%	30%	30%	D
		実績値	25.3%	18.8%	22.0%	26.4%	27.9%	-	
<b>アウトカム</b>									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
医療機関受診者の受診継続率	-	目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	E
		実績値	-	-	-	-	-	-	
指導実施者の検査結果維持・改善率	27.5%	目標値	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	C
		実績値	27.8%	-	57.1%	-	35.0%	-	
<b>振り返り うまくいった要因</b>					<b>振り返り うまくいかなかった要因</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関受診勧奨を受け取った者のうち半数以上が受診につながっている。</li> <li>・受診勧奨票発送から1か月後に、未受診者に対し、電話勧奨や訪問を実施。対象者の受診状況や健康状態の確認を行い、医療機関受診につなげている。</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導の対象の者には、市が月1~2回で実施している「腎臓サポート相談」へ案内し希望者が予約をしているが、平日の日に開催するため、働き盛りの世代の予約が少ない。</li> <li>・添付文書をブラッシュアップし、今後も効果検証しながらアプローチ手法を検討していく必要がある。</li> <li>・保健指導対象者へ通知発送を行った後、未利用者へ相談の利用を促すアプローチができておらず、毎年連続して対象になる者がいる。</li> </ul>				
<b>第3期計画への考察及び補足事項</b>									
<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導対象の者に対しては「腎臓サポート相談」に案内し、生活習慣の改善ができるよう個別指導を続けていく。</li> <li>・受診勧奨対象の者に対する電話勧奨・訪問指導を継続して実施する。</li> <li>・毎年連続して対象者になる者がいるため、通知送付後、受診や相談の申し込みなど、反応が無い者に対してアプローチの方法を検討する。</li> <li>・送付書類をブラッシュアップする。</li> </ul>									

事業名	事業目標	具体的内容							事業判定
高血圧性疾患重症化予防事業	・40歳代からの特定健康診査受診勧奨を促進し、高血圧症に該当する者へ早期に関わる。	①若い世代に特定健康診査に対する関心をもってもらう。 ②特定健康診査受診者のうち、血圧値が保健指導値以上の者について個別、集団指導を実施する。							C
<b>アウトプット</b>									
評価指標	開始時		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
対象者への通知率	100%	目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
		実績値	100%	100%	—	100%	100%	100%	
対象者の参加率	—	目標値	20%	20%	20%	20%	20%	20%	D
		実績値	17.3%	5.5%	—	2.9%	0%	0%	
未参加者へのフォロー率 (電話・訪問)	—	目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
		実績値	—	—	—	—	100%	100%	
<b>アウトカム</b>									
評価指標	開始時		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
健康教育参加者の生活習慣改善率	43.3%	目標値	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	E
		実績値	—	—	—	—	—	—	
<b>振り返り うまくいった要因</b>					<b>振り返り うまくいかなかった要因</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>令和4年度より、対象者をより明確化するため、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの2つの手法による高血圧重症化予防に取り組んだ。その結果、よりアプローチしたい対象者の選定をKDBデータやレセプトデータを基に分析し、確実に優先度の高い対象者を絞り込むことができた。また、教室未参加者に対しても、電話や訪問で100%フォローアップを行った。</li> <li>コロナ禍で調理実習や試食等の栄養指導が思うように行えなかったが、令和4年度より再開し、より日々の生活のなかでイメージしやすい改善方法を取り入れた教室内容を工夫している。</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>働き盛りの40代、50代の対象者は仕事が忙しく、自分なりに体調管理をされており、少し血圧が高くても体調に大きな異変がない限り、日々の生活を継続するので、健康づくり(健康相談・健康教室)への関心度が低い。</li> <li>この年代だからこそ、生活習慣病重症化予防が必要であることを伝えるために、対象に合わせた保健指導の方法について再度検討していく必要がある。</li> </ul>				
<b>第3期計画への考察及び補足事項</b>									
<ul style="list-style-type: none"> <li>計画策定段階での評価方法では、生活習慣改善率をどのように評価するのかがバラバラであり、指標が定まらず、正確な評価が行えていない。</li> <li>40代、50代に向けた対象者の選定と参加しやすい高血圧の指導方法についてアプローチ先を検討していく。</li> </ul>									

事業名	事業目標	具体的内容	事業判定						
糖尿病性腎症重症化予防事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症を早期に発見し重症化予防のための適切な保健指導が受けられるように、かかりつけ医と専門医の支援体制を構築する。</li> <li>・指導終了後も評価を実施し、適切な支援が受けられるような体制づくりを目指す。</li> </ul>	<p>医療機関(三豊総合病院・香川井下病院・みとよ内科にれクリニック)へ委託。</p> <p>【対象者】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・観音寺市国民健康保険被保険者で、委託医療機関内に糖尿病性腎症の第2期・第3期と思われる者のうち、保健指導により病状の維持・改善が認めると判断した者や重症化するリスクの高い者のうち、事業について同意が得られた者。</li> <li>・*R3年度より保健指導対象者を拡充するとともに主治医での継続管理が可能となる体制を構築するため、特定健康診査追加項目として微量アルブミン尿検査を実施する。</li> </ul> <p>【実施者・方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・専門職によるおおむね12か月間の個別指導を行う。</li> <li>指導内容は、食事、運動、服薬指導とし、指導完了後も自立して正しい生活習慣や疾病の自己管理が継続できるようにし、人工透析への移行を予防または遅延することを目的とする。</li> </ul>	A						
<b>アウトプット</b>									
評価指標	開始時		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
指導対象者への指導同意率	—	目標値	20%	20%	20%	20%	20%	20%	A
		実績値	—	—	—	27.5%	27.6%	—	
指導完了者の生活習慣改善率	100%	目標値	70%	70%	70%	70%	70%	70%	A
		実績値	92.8%	100%	100%	100%	100%	—	
指導完了者の検査維持改善率	—	目標値	50%	50%	50%	50%	50%	50%	A
		実績値	33.3%	66.7%	57.1%	85.7%	100%	—	
<b>アウトカム</b>									
評価指標	開始時		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
指導完了者の糖尿病性腎症における病態進行者	0人	目標値	0人	0人	0人	0人	0人	0人	A
		実績値	2人	1人	0人	0人	0人	—	
<b>振り返り うまくいった要因</b>					<b>振り返り うまくいかなかった要因</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和5年度より糖尿病性腎症重症化予防事業について、医師会・かかりつけ医・専門医を含めた支援体制を構築していくことが決定した。今後、適切な治療・保健指導を受けることができるよう支援体制の充実を図っていく。</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導者への指導同意率が低水準で推移している。糖尿病性腎症重症化予防事業における保健指導の重要性をより多くの市民及びかかりつけ医へ周知する必要がある。</li> </ul>				
<b>第3期計画への考察及び補足事項</b>									
<ul style="list-style-type: none"> <li>・微量アルブミン尿医療受診勧奨票送付者に対して、未受診者には個別に電話や訪問による利用勧奨をより一層強化する。</li> <li>・令和5年度に引き続き、糖尿病性腎症で通院を要する者が重症化予防のため適切な治療及び保健指導が受けられるように、医師会・かかりつけ医・専門医を含めた支援体制の充実を図っていく。</li> <li>・糖尿病性腎症重症化予防事業における保健指導の重要性を市民及びかかりつけ医へ周知していく。</li> <li>・市での保健指導内容はかかりつけ医へフィードバックを行い、保健医療の連携の充実を図っていく。</li> </ul>									

● 適正服薬・医療費適正化

事業名	事業目標	具体的内容							事業判定
受診行動適正化指導事業	・重複・頻回受診者、重複服薬者に対し、適正な医療受診や内服ができるよう正しい知識を伝えることができる。	①レセプトから医療機関での過度な受診が確認できる対象者、また重複して服薬している対象者を特定する。 ②適切な医療機関への受診方法について、保健師等が訪問等により指導する。							C
アウトプット									
評価指標	開始時		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
指導対象者の指導実施率	—	目標値	20%	20%	20%	20%	20%	20%	A
		実績値	—	—	71.4%	27.3%	33.3%	—	
指導実施完了者の受診行動適正化率	—	目標値	50%	50%	50%	50%	50%	50%	E
		実績値	—	—	—	—	—	—	
指導実施完了者の医療費減少率	—	目標値	50%減少	50%減少	50%減少	50%減少	50%減少	50%減少	E
		実績値	—	—	—	—	—	—	
アウトカム									
評価指標	開始時		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
重複・頻回受診者数 重複服薬者数	—	目標値	10%減少	10%減少	10%減少	10%減少	10%減少	10%減少	E
		実績値	—	—	—	—	—	—	
振り返り うまくいった要因					振り返り うまくいかなかった要因				
<ul style="list-style-type: none"> <li>令和5年度より対象者の抽出条件、訪問対象者の絞り込み基準を検討し、医師会、薬剤師会の協力のもと、実施要領を作成した。</li> <li>市保健師が訪問した時の状況を連携カードに記載し、お薬手帳に貼り付け、かかりつけ医、かかりつけ薬剤師に情報共有した。数ヶ月後に再度確認訪問を行い、受診確認、改善確認を実施している。</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>計画策定時から令和4年度まで、訪問対象の抽出条件抽出月、を試行錯誤してきたため、通年での評価ができていなかった。</li> <li>平日かつ日中訪問のため不在の事が多く、面会できなかった対象者も多かった。</li> </ul>				
第3期計画への考察及び補足事項									
<ul style="list-style-type: none"> <li>令和5年度より、国・県の方針に基づき、訪問対象者を、内服関係(重複、多剤)及び頻回受診者に定め、対象者の抽出月のスケジュール管理を行い、通年で訪問指導を実施していく。</li> <li>訪問マニュアルの見直しを行い、訪問指導の平準化を図る。</li> <li>多剤対象者には、おくすり手帳活用及び連携カードの導入を行い、訪問指導内容が見える化し、かかりつけ医、かかりつけ薬剤師との連携を行っていく。また、対象者が訪問時不在の際は、手紙をポストインするなど、アプローチ手法を検討していく。</li> </ul>									

事業名	事業目標	具体的内容								事業判定
ジェネリック医薬品差額通知事業	・医療費の抑制	①レセプト情報からジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を特定する。対象者に差額通知を発送することでジェネリック医薬品への切り替えを促す。 ②医師会等関係機関への協力依頼を行う。								B
<b>アウトプット</b>										
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価	
ジェネリック医薬品普及率 (数量ベース)	65.9%	目標値	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	B	
		実績値	70.5%	72.4%	76.2%	77.8%	78.2%	—		
<b>アウトカム</b>										
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価	
医療費の抑制	64億円	目標値	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	A	
		実績値	63億円	64億円	61億円	62億円	60億円	—		
<b>振り返り うまくいった要因</b>					<b>振り返り うまくいかなかった要因</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者に「ジェネリック(後発)医薬品使用促進のお知らせ」により、切り替えた場合の差額通知を年2回行った。</li> <li>地域サポート薬局を紹介した。</li> <li>国保運営協議会にてお薬について検討した結果、薬剤師会よりお薬手帳の活用に関するチラシを無償提供いただき、国保だよりと同封し、全戸配布を行った。</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>医師会、薬剤師会への協力依頼が十分にできていない。</li> </ul>					
<b>第3期計画への考察及び補足事項</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>ジェネリック医薬品の切り替えに際し、正しい知識(メリットやデメリット等)やわかりやすい啓発を工夫していく。</li> <li>医師会・薬剤師会との連携していく。</li> <li>お薬手帳の活用の普及啓発を続けていく。</li> </ul>										

事業名	事業目標	具体的内容							事業判定
薬剤併用禁忌防止及び長期多剤服薬防止指導事業	・医師・薬剤師間の連携を図ることができる。また、かかりつけ薬局の定着により処方薬剤の指導を受けることができる。	・レセプト情報から薬剤併用禁忌の発生状況を把握する。薬剤併用禁忌の対象者事例を作成し、医師会・薬剤師会への情報提供を行う。							E
アウトプット									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
薬剤併用禁忌対象者数	—	目標値	10.0% 減少	10.0% 減少	10.0% 減少	10.0% 減少	10.0% 減少	10.0% 減少	E
		実績値	—	—	—	—	—	—	
アウトカム									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
薬剤併用禁忌による健康被害	—	目標値	0件	0件	0件	0件	0件	0件	E
		実績値	—	—	—	—	—	—	
長期多剤服薬者割合	—	目標値	5%減少	5%減少	5%減少	5%減少	5%減少	5%減少	E
		実績値	—	—	—	—	—	—	
振り返り うまくいった要因					振り返り うまくいかなかった要因				
<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診行動適正化指導事業と合わせて事業を実施した。</li> <li>・薬局において、薬剤併用、禁忌に関する事項が発生した場合は、システム上で把握し指導を受けている。</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画策定段階での評価指標を把握できず、正確な評価が行えていない。</li> </ul>				
第3期計画への考察及び補足事項									
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師会・薬剤師会と連携し、市民に向けて、お薬に関する正しい知識の普及啓発を継続していく。</li> <li>・第3期計画においては「受診行動適正化指導事業」に重点を置いて事業を実施する。</li> </ul>									

### 第3章 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の抽出

第3章においては、死亡、介護、医療、健診などの関連データを分析し、地域における健康課題を抽出する。

社会全体の健康や病気の進行は、しばしば、川の流れに例えられる。厚生労働省は、生活習慣病の進行を川の上流から下流まで5段階に分け、レベルが進むごとに下流に流れ、流された先には生活機能の低下や要介護状態が待っていることを図で示している。

第3章では、より多くの人々が川の上流で健やかに生活できるよう課題を抽出し、施策の検討につなげるため、川のどの位置にどのくらいの人々がいて、どのような疾病構造になっているか等について、死亡、介護、医療、健診の順に川の下流から上流に向かって関連データを分析する。また、データ分析に際しては、保健事業における介入によって予防可能な疾患という観点から生活習慣病に着目し、川の下流に位置する重篤な疾患として主に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にもあげられている「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「慢性腎臓病(透析あり)」に、川の上流に位置する基礎疾患として「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」に焦点をあてる。

まず、第1節では死亡に関するデータを分析する。

第2節では介護に関するデータを分析する。

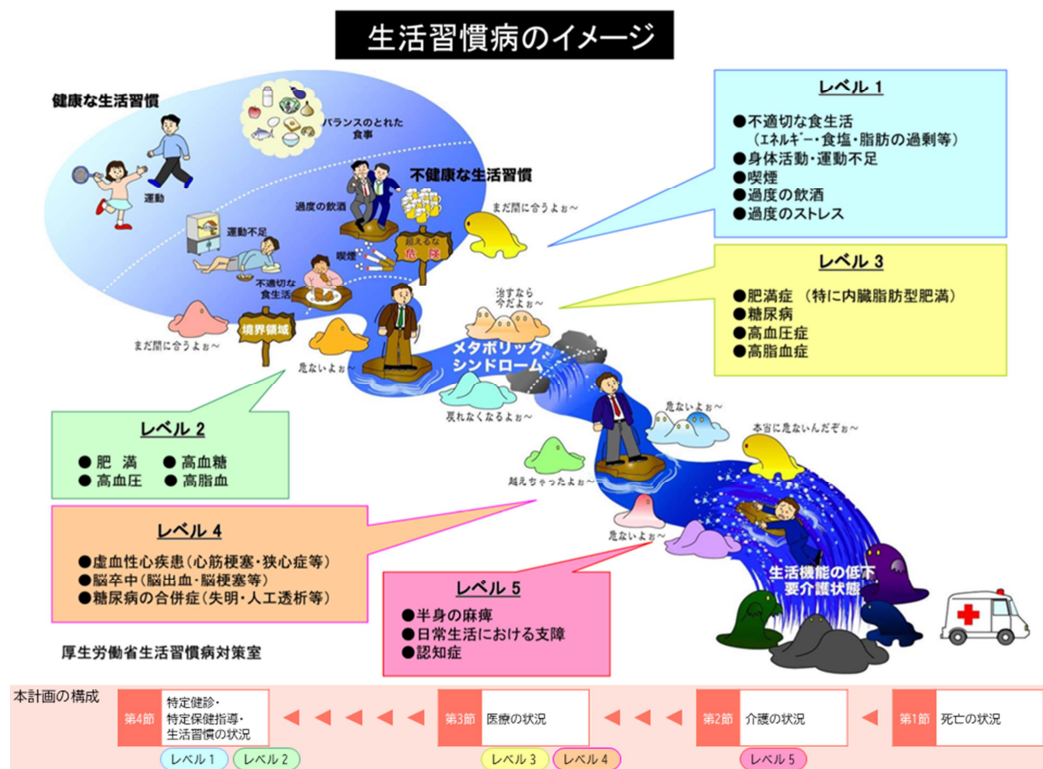
第3節では入院と外来に分けて医療費について医療費の3要素に分解して分析した後、保健事業により予防可能な疾患における健康課題を抽出するという観点で、生活習慣病に焦点をあて、前述の重篤な疾患と基礎疾患に分けてデータを分析する。

第4節では、さらに上流に遡り、特定健康診査や特定保健指導に関するデータと医療に関するデータを組み合わせて分析する。

第5節では、後期高齢者医療制度との接続を踏まえ、介護データと後期高齢者データを分析する。

第6節では、重複服薬や多剤服薬、後発医薬品などの分析を行う。

これを踏まえ、第7節において、地域における健康課題の全体像を整理した後、生活習慣病に関する健康課題とその他の健康課題について長期的評価指標及び短期的評価指標を設定する。



【出典】厚生労働省 新たな健診・保健指導と生活習慣病対策 一部改変

※生活習慣病とは、「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症と進行に関与する疾患群」を指す

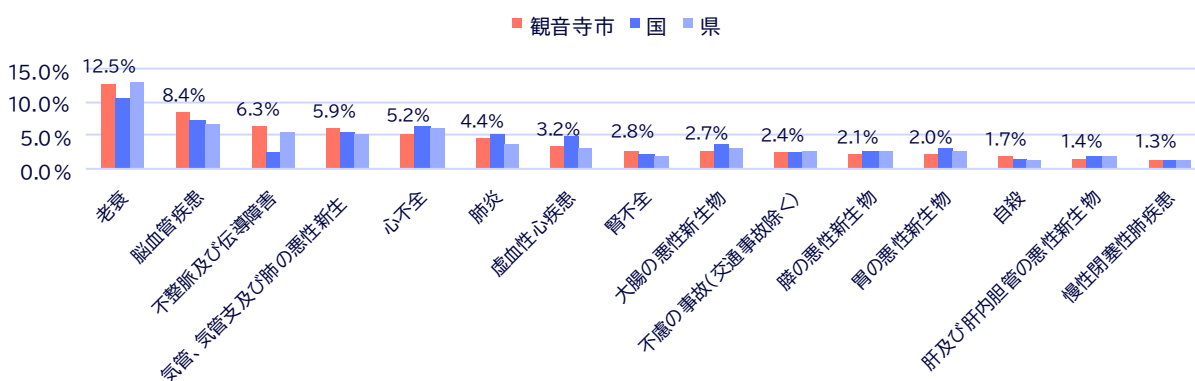
# 1 死亡の状況

## (1) 死因別の死亡者数・割合

まず、死亡の状況について概観する。令和3年の人口動態調査から、国保被保険者以外も含む全住民の死因別の死亡者数を死因順位別にみると(図表 3-1-1-1)、死因第1位は「老衰」で全死亡者の12.5%を占めている。次いで「脳血管疾患」(8.4%)、「不整脈及び伝導障害」(6.3%)となっている。死亡者数の多い上位15死因について、全死亡者に占める死因別の死亡者数の割合を国や県と比較すると、「脳血管疾患」「不整脈及び伝導障害」「気管、気管支及び肺の悪性新生物」「腎不全」「自殺」の割合が高い。

保健事業により予防可能な疾患における健康課題を抽出するという観点で、生活習慣病の重篤な疾患に焦点をあてて死因別の順位と割合をみると、「虚血性心疾患」は第7位(3.2%)、「脳血管疾患」は第2位(8.4%)、「腎不全」は第8位(2.8%)と、いずれも死因の上位に位置している。

図表 3-1-1-1：死因別の死亡者数・割合



順位	死因	観音寺市		国	県
		死亡者数(人)	割合		
1位	老衰	106	12.5%	10.6%	12.8%
2位	脳血管疾患	71	8.4%	7.3%	6.7%
3位	不整脈及び伝導障害	53	6.3%	2.3%	5.4%
4位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	50	5.9%	5.3%	5.0%
5位	心不全	44	5.2%	6.2%	5.9%
6位	肺炎	37	4.4%	5.1%	3.5%
7位	虚血性心疾患	27	3.2%	4.7%	3.1%
8位	腎不全	24	2.8%	2.0%	1.9%
9位	大腸の悪性新生物	23	2.7%	3.6%	3.1%
10位	不慮の事故(交通事故除く)	20	2.4%	2.4%	2.7%
11位	膵の悪性新生物	18	2.1%	2.7%	2.7%
12位	胃の悪性新生物	17	2.0%	2.9%	2.8%
13位	自殺	14	1.7%	1.4%	1.1%
14位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	12	1.4%	1.7%	1.8%
15位	慢性閉塞性肺疾患	11	1.3%	1.1%	1.3%
-	その他	321	37.9%	40.7%	40.1%
-	死亡総数	848	-	-	-

【出典】厚生労働省 人口動態調査 令和3年



## (2) 死因別の標準化死亡比(SMR)

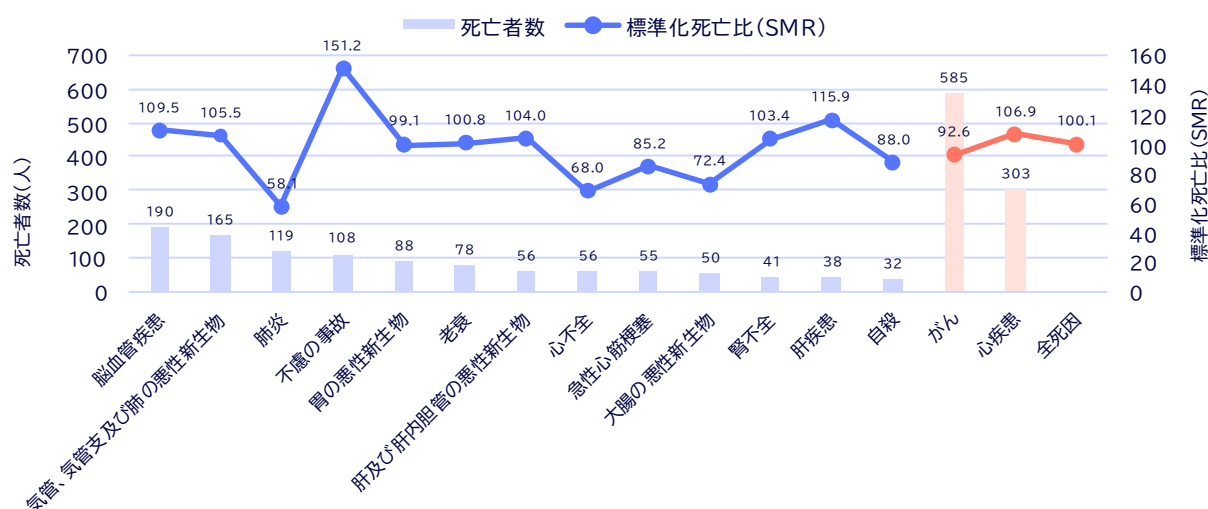
平成25年から平成29年までの累積疾病別死亡者数(図表3-1-2-1・図表3-1-2-2)をみると、男性の死因第1位は「脳血管疾患」、第2位は「気管、気管支及び肺の悪性新生物」、第3位は「肺炎」となっている。女性の死因第1位は「老衰」、第2位は「脳血管疾患」、第3位は「肺炎」となっている。

国・県と死亡状況を比較するため年齢調整を行った標準化死亡比(SMR)を求めると、男性では、「不慮の事故」(151.2)「肝疾患」(115.9)「脳血管疾患」(109.5)が高くなっている。女性では、「老衰」(121.1)「肝疾患」(106.7)「不慮の事故」(105.8)が高くなっている。

保健事業により予防可能な疾患に焦点をあててSMRをみると、男性では「急性心筋梗塞」は85.2、「脳血管疾患」は109.5、「腎不全」は103.4となっており、女性では「急性心筋梗塞」は92.9、「脳血管疾患」は99.3、「腎不全」は100.1となっている。

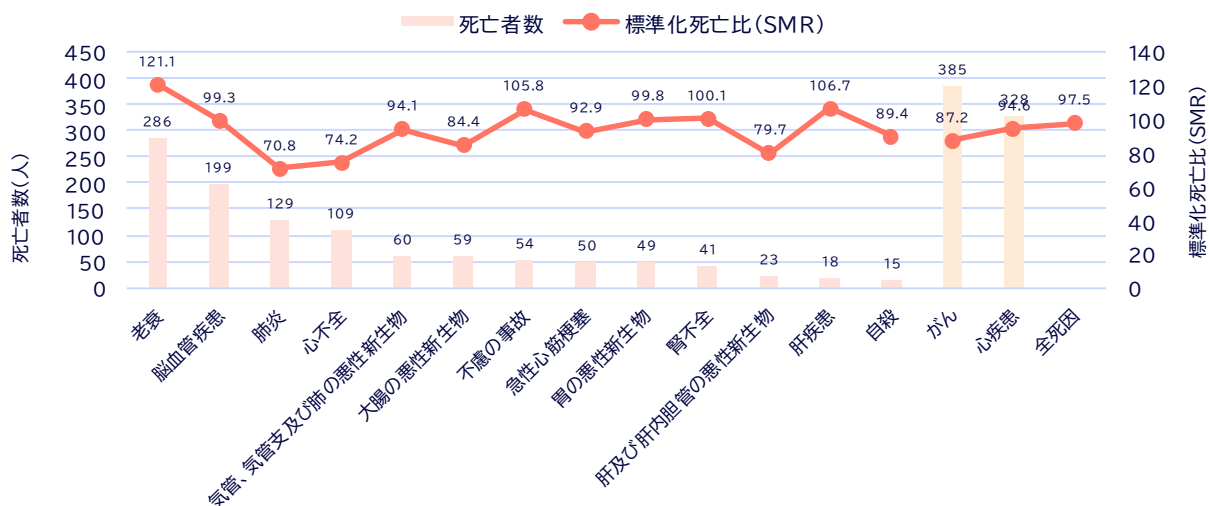
※標準化死亡比(SMR)：基準死亡率(人口10万対の死亡者数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡者数と実際に観察された死亡者数を比較するものである。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される

図表3-1-2-1：平成25年から平成29年までの死因別の死亡者数とSMR\_男性



順位	死因	死亡者数(人)	標準化死亡比(SMR)		
			観音寺市	県	国
1位	脳血管疾患	190	109.5	92.7	100
2位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	165	105.5	100.4	
3位	肺炎	119	58.1	66.1	
4位	不慮の事故	108	151.2	111.5	
5位	胃の悪性新生物	88	99.1	100.5	
6位	老衰	78	100.8	105.3	
7位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	56	104.0	105.1	
7位	心不全	56	68.0	91.6	
9位	急性心筋梗塞	55	85.2	76.1	100
10位	大腸の悪性新生物	50	72.4	81.3	
11位	腎不全	41	103.4	101.7	
12位	肝疾患	38	115.9	89.9	
13位	自殺	32	88.0	91.7	
参考	がん	585	92.6	93.8	
参考	心疾患	303	106.9	109.9	
参考	全死因	2,045	100.1	97.3	

図表 3-1-2-2：平成 25 年から平成 29 年までの死因別の死亡者数と SMR\_女性



順位	死因	死亡者数 (人)	標準化死亡比 (SMR)		
			観音寺市	県	国
1 位	老衰	286	121.1	100.3	100
2 位	脳血管疾患	199	99.3	91.1	
3 位	肺炎	129	70.8	71.8	
4 位	心不全	109	74.2	87.4	
5 位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	60	94.1	94.6	
6 位	大腸の悪性新生物	59	84.4	84.2	
7 位	不慮の事故	54	105.8	108.3	
8 位	急性心筋梗塞	50	92.9	89.8	
9 位	胃の悪性新生物	49	99.8	100.0	100
10 位	腎不全	41	100.1	110.9	
11 位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	23	79.7	96.4	
12 位	肝疾患	18	106.7	108.0	
13 位	自殺	15	89.4	92.2	
参考	がん	385	87.2	91.8	
参考	心疾患	328	94.6	105.3	
参考	全死因	1,991	97.5	98.7	

【出典】厚生労働省 平成 25～29 年 人口動態保健所・市区町村別統計

※SMR の算出に際してはペイズ推定の手法が適用されている

※「がん」は、表内の「がん」を含む ICD-10 死因簡単分類における「悪性新生物」による死亡者数の合計

※「心疾患」は、表内の「急性心筋梗塞」「心不全」を含む ICD-10 死因簡単分類における「心疾患」による死亡者数の合計

## 2 介護の状況

### (1) 要介護(要支援)認定者数・割合

次に介護の状況について概観する。要介護または要支援の認定を受けた人の数・割合(図表 3-2-1-1)をみると、令和4年度の認定者数は3,388人(要支援1-2、要介護1-2、及び要介護3-5の合計)で、「要介護1-2」の人数が最も多くなっている。

第1号被保険者における要介護認定率は17.1%で、国・県より低い。第1号被保険者のうち65-74歳の前期高齢者の要介護認定率は3.2%、75歳以上の後期高齢者では28.2%となっている。

第2号被保険者における要介護認定率は0.4%となっており、国・県と同程度である。

図表 3-2-1-1：令和4年度における要介護(要支援)認定区分別の認定者数・割合

	被保険者数 (人)	要支援1-2		要介護1-2		要介護3-5		観音寺市	国	県
		認定者数(人)	認定率	認定者数(人)	認定率	認定者数(人)	認定率	認定率	認定率	認定率
1号										
65-74歳	8,626	103	1.2%	92	1.1%	78	0.9%	3.2%	-	-
75歳以上	10,804	922	8.5%	1,169	10.8%	959	8.9%	28.2%	-	-
計	19,430	1,025	5.3%	1,261	6.5%	1,037	5.3%	17.1%	18.7%	19.8%
2号										
40-64歳	18,275	22	0.1%	23	0.1%	20	0.1%	0.4%	0.4%	0.4%
総計	37,705	1,047	2.8%	1,284	3.4%	1,057	2.8%	-	-	-

【出典】住民基本台帳 令和4年度

KDB 帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

KDB 帳票 S24\_001-要介護(支援)者認定状況 令和4年度 累計

※認定率は、KDB 帳票における年度毎の介護認定者数を住民基本台帳における年毎の人口で割って算出している

### (2) 介護給付費

介護レセプト一件当たりの介護給付費(図表 3-2-2-1)をみると、居宅サービスの給付費が国より多くなっている。

図表 3-2-2-1：介護レセプト一件当たりの介護給付費

	観音寺市	国	県	同規模
計_一件当たり給付費(円)	77,533	59,662	61,981	63,298
(居宅)一件当たり給付費(円)	41,815	41,272	43,109	41,822
(施設)一件当たり給付費(円)	278,090	296,364	284,317	292,502

【出典】KDB 帳票 S25\_004-医療・介護の突合の経年比較 令和4年度 年次

### (3) 要介護・要支援認定者の有病状況

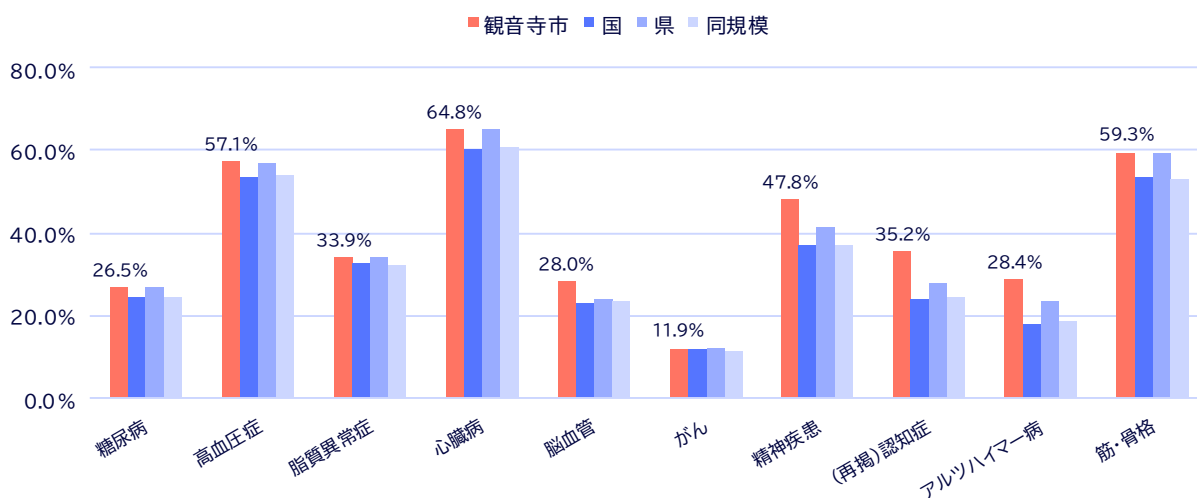
要介護または要支援の認定を受けた人の有病割合(図表 3-2-3-1)をみると、「心臓病」(64.8%)が最も高く、次いで「筋・骨格関連疾患」(59.3%)、「高血圧症」(57.1%)となっている。

国と比較すると、いずれの疾病も有病割合が高い。

県と比較すると、「高血圧症」「脳血管疾患」「精神疾患」「認知症」「アルツハイマー病」「筋・骨格関連疾患」の有病割合が高い。

保健事業により予防可能な疾患に焦点をあて、介護認定者における重篤な疾患の有病割合をみると、「心臓病」は64.8%、「脳血管疾患」は28.0%となっている。また、重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患の有病割合をみると、「糖尿病」は26.5%、「高血圧症」は57.1%、「脂質異常症」は33.9%となっている。

図表 3-2-3-1：要介護・要支援認定者の有病状況



疾病名	要介護・要支援認定者(1・2号被保険者)		国	県	同規模
	該当者数(人)	割合			
糖尿病	937	26.5%	24.3%	26.5%	24.2%
高血圧症	1,981	57.1%	53.3%	56.6%	53.8%
脂質異常症	1,192	33.9%	32.6%	34.1%	31.8%
心臓病	2,242	64.8%	60.3%	65.0%	60.8%
脳血管疾患	956	28.0%	22.6%	23.7%	23.1%
がん	423	11.9%	11.8%	12.3%	11.3%
精神疾患	1,621	47.8%	36.8%	41.3%	37.0%
うち_認知症	1,181	35.2%	24.0%	27.7%	24.4%
アルツハイマー病	947	28.4%	18.1%	23.1%	18.5%
筋・骨格関連疾患	2,065	59.3%	53.4%	59.0%	53.1%

【出典】KDB 帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

### 3 医療の状況

#### (1) 医療費の3要素

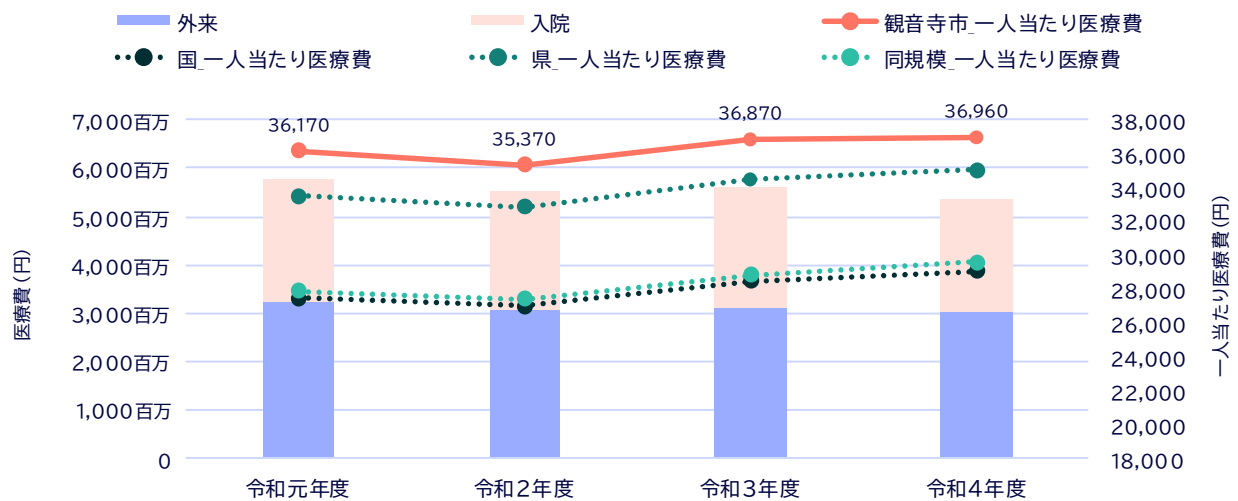
##### ① 総医療費及び一人当たり医療費の推移

ここからは、医療の状況について概観する。令和4年度の総医療費は53億6,500万円で(図表3-3-1-1)、令和元年度と比較して6.7%減少している。令和4年度の総医療費に占める入院医療費の割合は43.4%、外来医療費の割合は56.6%となっている。

令和4年度の1か月当たりの一人当たり医療費は36,960円で、令和元年度と比較して2.2%増加している。国や県と比較すると一人当たり医療費は国・県より高い。

医療費を集団や経年で比較する際には、総医療費を加入者数で割った一人当たり医療費が用いられる。一人当たり医療費は、受診率、レセプト一件当たり日数、及び一日当たり医療費を乗じて算出できることから、次頁以降は、一人当たり医療費をこれらの3要素に分解して分析する。

図表3-3-1-1：総医療費・一人当たりの医療費



		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	割合	令和元年度からの変化率(%)
医療費 (円)	総額	5,752,362,230	5,509,187,850	5,583,378,510	5,364,714,140	-	-6.7
	入院	2,514,626,480	2,422,037,640	2,472,949,280	2,326,910,060	43.4%	-7.5
	外来	3,237,735,750	3,087,150,210	3,110,429,230	3,037,804,080	56.6%	-6.2
一人当たり月額医療費 (円)	観音寺市	36,170	35,370	36,870	36,960	-	2.2
	国	27,470	26,960	28,470	29,050	-	5.8
	県	33,520	32,870	34,480	35,050	-	4.6
	同規模	27,900	27,400	28,820	29,600	-	6.1

【出典】KDB 帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和4年度 累計

※一人当たり医療費は、月平均を算出

## ② 入院外来別医療費の3要素

前頁の一人当たり月額医療費を入院別及び外来別に国や県と比較する。

令和4年度の一人当たり月額医療費(図表3-3-1-2)は、入院が16,030円で、国の一人当たり月額医療費11,650円と比較すると4,380円多い。これは受診率、一件当たり日数が国の値を上回っているためである。県の一人当たり月額医療費14,750円と比較すると1,280円多い。これは受診率、一件当たり日数が県の値を上回っているためである。

外来の一人当たり月額医療費は20,930円で、国の一人当たり月額医療費17,400円と比較すると3,530円多い。これは受診率、一件当たり日数が国の値を上回っているためである。県の一人当たり月額医療費20,300円と比較すると630円多くなっており、これは受診率、一件当たり日数が県の値を上回っているためである。

図表3-3-1-2：入院外来別医療費の3要素

入院	観音寺市	国	県	同規模
一人当たり月額医療費(円)	16,030	11,650	14,750	11,980
受診率(件/千人)	28.0	18.8	25.0	19.6
一件当たり日数(日)	18.1	16.0	17.7	16.3
一日当たり医療費(円)	31,670	38,730	33,380	37,500

外来	観音寺市	国	県	同規模
一人当たり月額医療費(円)	20,930	17,400	20,300	17,620
受診率(件/千人)	784.4	709.6	767.1	719.9
一件当たり日数(日)	1.7	1.5	1.6	1.5
一日当たり医療費(円)	15,760	16,500	16,610	16,630

【出典】KDB 帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

※一人当たり医療費は、月平均を算出

※受診率：被保険者千人当たりのレセプト件数

※一件当たり日数：受診した日数/レセプト件数

※一日当たり医療費：総医療費/受診した日数

## (2) 疾病分類別入院医療費及び受診率

### ① 疾病分類(大分類)別入院医療費

入院医療費について疾病19分類(大分類)別の構成をみる(図表3-3-2-1)。統計の制約上、医療費の3要素のうち、一日当たり医療費及び一件当たり日数が把握できないため、レセプト一件当たり医療費で代替する。なお、一枚のレセプトに複数の傷病名がある場合は、最も点数が高い疾病で集計している。

入院医療費が最も高い疾病は「循環器系の疾患」で、年間医療費は4億2,000万円、入院総医療費に占める割合は18.1%である。次いで高いのは「精神及び行動の障害」で3億4,300万円(14.8%)であり、これらの疾病で入院総医療費の32.9%を占めている。

保健事業により予防可能な疾患についてみると、「循環器系の疾患」の受診率及びレセプト一件当たり医療費は、いずれも他の疾病と比較して高い傾向にあり、「循環器系の疾患」の入院医療費が高額な原因となっている。

図表3-3-2-1：疾病分類(大分類)別\_入院医療費(男女合計)

順位	疾病分類(大分類)	医療費(円)	割合				
			一人当たり 医療費(円)	割合	受診率	割合 (受診率)	レセプト 一件当たり 医療費(円)
1位	循環器系の疾患	419,803,870	34,706	18.1%	40.9	12.2%	848,089
2位	精神及び行動の障害	343,132,870	28,367	14.8%	71.3	21.3%	397,605
3位	新生物	320,654,380	26,509	13.8%	36.2	10.8%	732,088
4位	筋骨格系及び結合組織の疾患	298,472,540	24,675	12.8%	34.8	10.4%	708,961
5位	神経系の疾患	180,478,010	14,920	7.8%	30.9	9.2%	482,562
6位	尿路性器系の疾患	148,846,740	12,305	6.4%	20.3	6.0%	607,538
7位	損傷、中毒及びその他の外因の影響	125,702,910	10,392	5.4%	15.6	4.7%	665,095
8位	消化器系の疾患	114,224,130	9,443	4.9%	23.5	7.0%	402,198
9位	呼吸器系の疾患	98,647,680	8,155	4.2%	14.7	4.4%	554,200
10位	症状、徴候及び異常臨床検査所見で他に分類されないもの	64,227,120	5,310	2.8%	10.3	3.1%	517,961
11位	内分泌、栄養及び代謝疾患	32,399,280	2,679	1.4%	6.0	1.8%	449,990
12位	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	31,678,670	2,619	1.4%	2.1	0.6%	1,218,410
13位	眼及び付属器の疾患	27,770,340	2,296	1.2%	7.2	2.1%	319,199
14位	皮膚及び皮下組織の疾患	25,804,970	2,133	1.1%	4.2	1.3%	505,980
15位	感染症及び寄生虫症	9,266,890	766	0.4%	1.7	0.5%	463,345
16位	先天奇形、変形及び染色体異常	4,920,650	407	0.2%	0.5	0.1%	820,108
17位	妊娠、分娩及び産じょく	4,047,210	335	0.2%	1.0	0.3%	337,268
18位	耳及び乳様突起の疾患	3,960,400	327	0.2%	0.9	0.3%	360,036
19位	周産期に発生した病態	134,480	11	0.0%	0.1	0.0%	134,480
-	その他	68,809,510	5,689	3.0%	13.2	3.9%	430,059
-	総計	2,322,982,650	-	-	-	-	-

【出典】KDB 帳票 S23\_003-疾病別医療費分析(大分類) 令和4年度 累計

※図表3-3-1-1の入院医療費と総計が異なるのは、図表3-3-1-1においては年齢に関係なく、国保のレセプトを集計しているのに対し、本表では被保険者の生年月日から算出した年齢によって集計対象のレセプトを絞り込んでいるためである

※疾病分類別の一人当たり医療費は、該当疾病分類における年間の医療費を各年度の各月毎の被保険者数から算出する年間平均被保険者数で割ったものである(以下同様)

※KDB 帳票にて設定されている疾病分類は、「国際疾病分類(ICD-10)」に準拠しています。

※大分類区分のうち、特殊目的用コード、傷病及び死亡の外因、健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他(上記以外のもの)を「その他」にまとめている

## ② 疾病分類(中分類)別入院医療費

入院医療費を疾病中分類別にみると(図表 3-3-2-2)、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」の医療費が最も高く 2 億 1,000 万円で、9.0%を占めている。

循環器系疾患の入院医療費をみると、「脳梗塞」が 8 位(3.3%)、「虚血性心疾患」が 10 位(2.9%)、「脳内出血」が 18 位(2.0%)、「その他の循環器系の疾患」が 19 位(1.9%)となっている。

これらの上位 20 疾病で、入院総医療費の 68.5%を占めている。

図表 3-3-2-2：疾病分類(中分類)別入院医療費\_上位 20 疾病(男女合計)

順位	疾病分類(中分類)	医療費(円)	割合					レセプト 一件当たり 医療費(円)
			一人当たり 医療費(円)	割合	受診率	割合 (受診率)		
1 位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	209,903,750	17,353	9.0%	47.0	14.0%	368,899	
2 位	その他の心疾患	141,669,470	11,712	6.1%	14.4	4.3%	814,192	
3 位	腎不全	121,102,490	10,012	5.2%	13.0	3.9%	771,353	
4 位	その他の悪性新生物	99,994,090	8,267	4.3%	13.2	3.9%	624,963	
5 位	関節症	95,785,920	7,919	4.1%	8.2	2.4%	967,535	
6 位	骨折	83,429,930	6,897	3.6%	9.0	2.7%	765,412	
7 位	その他の神経系の疾患	80,753,770	6,676	3.5%	14.2	4.2%	469,499	
8 位	脳梗塞	77,375,260	6,397	3.3%	8.3	2.5%	766,092	
9 位	その他の消化器系の疾患	72,992,820	6,034	3.1%	15.4	4.6%	392,435	
10 位	虚血性心疾患	67,666,880	5,594	2.9%	6.0	1.8%	926,944	
11 位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	65,054,510	5,378	2.8%	8.8	2.6%	613,722	
12 位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	64,912,680	5,366	2.8%	5.9	1.8%	914,263	
13 位	症状、徴候及び異常臨床所見・異常、検査所見で他に分類されないもの	64,227,120	5,310	2.8%	10.3	3.1%	517,961	
14 位	脊椎障害(脊椎症を含む)	63,110,710	5,217	2.7%	7.7	2.3%	678,610	
15 位	その他の呼吸器系の疾患	57,700,380	4,770	2.5%	7.6	2.3%	627,178	
16 位	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	52,323,080	4,326	2.3%	12.1	3.6%	358,377	
17 位	その他の精神及び行動の障害	48,570,430	4,015	2.1%	5.9	1.8%	684,091	
18 位	脳内出血	46,353,590	3,832	2.0%	4.9	1.5%	785,654	
19 位	その他の循環器系の疾患	43,313,020	3,581	1.9%	2.6	0.8%	1,397,194	
20 位	てんかん	34,840,330	2,880	1.5%	7.9	2.4%	362,920	

【出典】KDB 帳票 S23\_004-疾病別医療費分析(中分類) 令和 4 年度 累計

※KDB 帳票にて設定されている疾病分類は、「国際疾病分類(ICD-10)」に準拠しています。「その他の…」と表記される疾病については、P113『疾病中分類別単位の「その他の…」に含まれる主な細小分類別疾病』を参照してください。

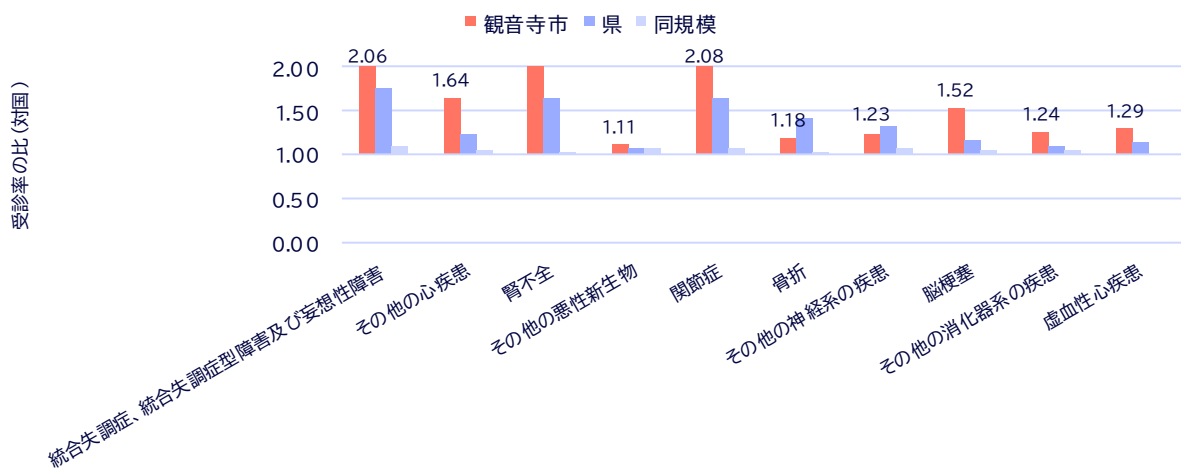


### ③ 疾病分類(中分類)別入院受診率の比較

入院医療費が上位の疾病について、国と受診率を比較する(図表 3-3-2-3)。国との比が1を超えているものは国よりも受診率が高い疾病、すなわち医療機関を受診している人が国平均よりも多い疾病である。国と比較して受診率が特に高い疾病は「症状、徴候及び異常臨床所見・異常、検査所見で他に分類されないもの」「脊椎障害(脊椎症を含む)」「腎不全」である。

また、前述した循環器系疾患について受診率をみると、「脳梗塞」が国の1.5倍、「虚血性心疾患」が国の1.3倍、「脳内出血」が国の1.7倍、「その他の循環器系の疾患」が国の1.4倍となっている。

図表 3-3-2-3：疾病分類(中分類)別\_入院受診率比較\_上位の疾病(男女合計)



順位	疾病分類(中分類)	受診率						
		観音寺市	国	県	同規模	国との比		
						観音寺市	県	同規模
1位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	47.0	22.8	40.0	25.1	2.06	1.75	1.10
2位	その他の心疾患	14.4	8.8	10.8	9.1	1.64	1.23	1.04
3位	腎不全	13.0	5.8	9.4	5.9	2.25	1.63	1.02
4位	その他の悪性新生物	13.2	11.9	12.8	12.6	1.11	1.07	1.06
5位	関節症	8.2	3.9	6.4	4.2	2.08	1.63	1.07
6位	骨折	9.0	7.7	10.8	7.8	1.18	1.41	1.02
7位	その他の神経系の疾患	14.2	11.5	15.1	12.3	1.23	1.31	1.07
8位	脳梗塞	8.3	5.5	6.3	5.7	1.52	1.16	1.04
9位	その他の消化器系の疾患	15.4	12.4	13.6	12.9	1.24	1.10	1.04
10位	虚血性心疾患	6.0	4.7	5.3	4.7	1.29	1.14	1.00
11位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	8.8	5.1	5.3	5.0	1.71	1.04	0.97
12位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	5.9	3.9	4.1	4.0	1.50	1.05	1.01
13位	症状、徴候及び異常臨床所見・異常、検査所見で他に分類されないもの	10.3	3.7	7.6	3.6	2.77	2.05	0.99
14位	脊椎障害(脊椎症を含む)	7.7	3.0	4.5	3.2	2.59	1.50	1.06
15位	その他の呼吸器系の疾患	7.6	6.8	10.6	7.0	1.11	1.55	1.03
16位	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	12.1	7.9	11.3	8.8	1.53	1.43	1.12
17位	その他の精神及び行動の障害	5.9	3.4	5.5	3.5	1.70	1.60	1.01
18位	脳内出血	4.9	2.8	2.8	2.9	1.72	0.99	1.01
19位	その他の循環器系の疾患	2.6	1.9	1.7	1.9	1.38	0.91	1.02
20位	てんかん	7.9	4.9	7.4	5.1	1.60	1.49	1.03

【出典】 KDB 帳票 S23\_004-疾病別医療費分析(中分類) 令和4年度 累計

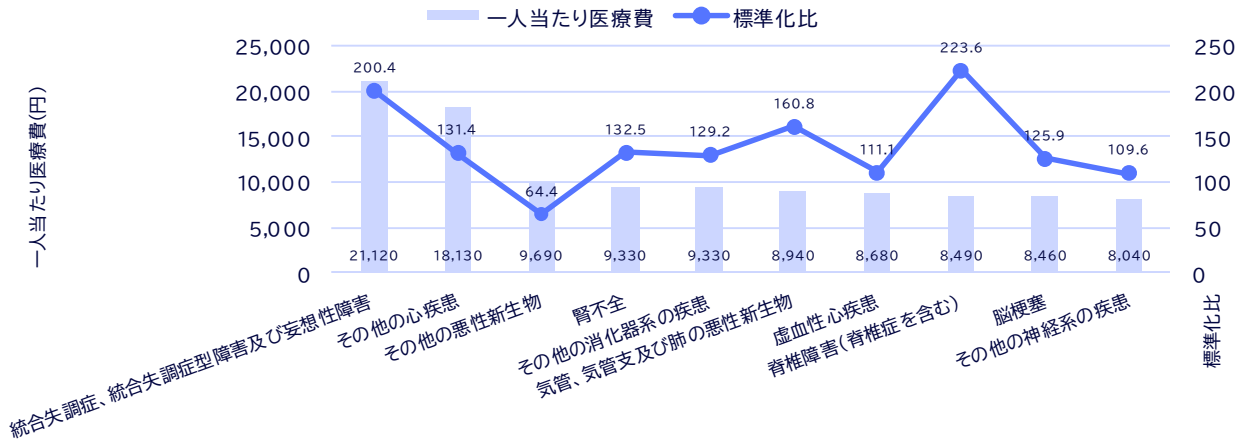
#### ④ 疾病分類(中分類)別入院に係る一人当たり医療費と標準化比

疾病別の入院医療費について、国の一人当たり医療費を 100 とした標準化比を国立保健医療科学院のツールを使って算出し、国と比較する。医療費の地域差要因としては人口構成、医療提供体制、健康意識、受診行動、生活習慣、診療パターンなどが指摘されているが、標準化比を算出することで、これらの要因のうち人口構成による影響を取り除いた上で一人当たり医療費を比較することが可能となる。

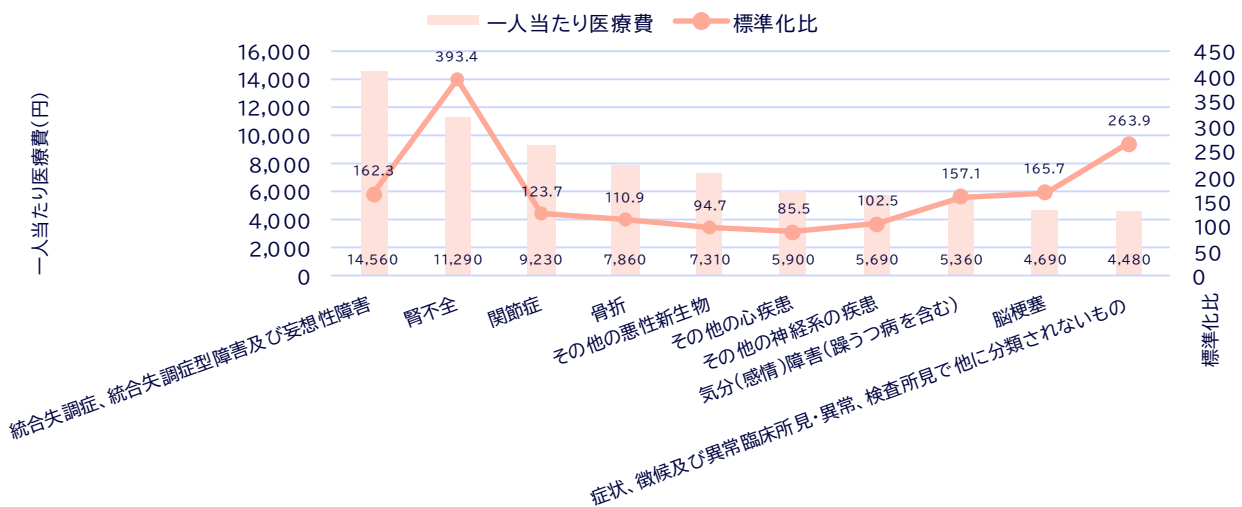
男性においては(図表 3-3-2-4)、一人当たり入院医療費は「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」「その他の心疾患」「その他の悪性新生物」の順に高く、標準化比は「脊椎障害(脊椎症を含む)」「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」「気管、気管支及び肺の悪性新生物」の順に高くなっている。また、循環器系疾患についてみると、「虚血性心疾患」が第 7 位(標準化比 111.1)、「脳梗塞」が第 9 位(標準化比 125.9)となっている。

女性においては(図表 3-3-2-5)、一人当たり入院医療費は「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」「腎不全」「関節症」の順に高く、標準化比は「腎不全」「症状、徴候及び異常臨床所見・異常、検査所見で他に分類されないもの」「脳梗塞」の順に高くなっている。循環器系疾患についてみると、「脳梗塞」が第 9 位(標準化比 165.7)となっている。

図表 3-3-2-4：疾病分類(中分類)別\_入院医療費・標準化比\_一人当たり医療費上位 10 疾病\_男性



図表 3-3-2-5：疾病分類(中分類)別\_入院医療費・標準化比\_一人当たり医療費上位 10 疾病\_女性



【出典】KDB 帳票 S23\_004-疾病別医療費分析(中分類) 令和 4 年度 累計

### (3) 疾病分類別外来医療費及び受診率

#### ① 疾病分類(中分類)別外来医療費

入院医療費に続き外来医療費について、疾病別医療費、受診率、一人当たり医療費をみる。

疾病別の外来医療費をみると(図表 3-3-3-1)、「腎不全」の医療費が最も高く2億9,200万円で、外来総医療費の9.7%を占めている。受診率とレセプト一件当たり医療費をみると、一件当たり医療費が他の疾病と比較して高く、「腎不全」の外来医療費が高額な原因となっている。

次いで外来医療費が高いのは「糖尿病」で2億9,200万円(9.7%)、「その他の悪性新生物」で1億9,200万円(6.4%)となっており、上位20疾病で外来総医療費の67.1%を占めている。

保健事業により予防可能な疾患という観点で重篤な疾患についてみると、「腎不全」が外来医療費の上位に入っている。

一方で、重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患については、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」が外来医療費の上位に入っている。

図表 3-3-3-1：疾病分類(中分類)別\_外来医療費\_上位20疾病(男女合計)

順位	疾病分類(中分類)	医療費(円)					
			一人当たり 医療費(円)	割合	受診率	割合 (受診率)	レセプト 一件当たり 医療費(円)
1位	腎不全	291,799,380	24,124	9.7%	85.7	0.9%	281,388
2位	糖尿病	291,767,470	24,121	9.7%	882.3	9.4%	27,340
3位	その他の悪性新生物	192,401,560	15,906	6.4%	91.9	1.0%	173,023
4位	その他の心疾患	157,626,560	13,031	5.2%	324.8	3.5%	40,119
5位	高血圧症	152,994,920	12,648	5.1%	1044.7	11.1%	12,107
6位	脂質異常症	113,752,670	9,404	3.8%	634.3	6.7%	14,827
7位	その他の消化器系の疾患	94,232,570	7,790	3.1%	322.4	3.4%	24,162
8位	その他の眼及び付属器の疾患	83,385,000	6,894	2.8%	471.6	5.0%	14,619
9位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	76,297,880	6,308	2.5%	146.6	1.6%	43,033
10位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	72,719,620	6,012	2.4%	21.9	0.2%	274,414
11位	炎症性多発性関節障害	72,212,250	5,970	2.4%	129.5	1.4%	46,113
12位	その他の神経系の疾患	61,511,400	5,085	2.0%	267.2	2.8%	19,032
13位	脊椎障害(脊椎症を含む)	47,600,300	3,935	1.6%	182.5	1.9%	21,568
14位	その他(上記以外のもの)	46,739,280	3,864	1.5%	393.8	4.2%	9,811
15位	乳房の悪性新生物	46,716,190	3,862	1.5%	40.9	0.4%	94,376
16位	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	46,536,850	3,847	1.5%	176.8	1.9%	21,767
17位	喘息	46,218,820	3,821	1.5%	171.0	1.8%	22,350
18位	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	45,525,900	3,764	1.5%	6.5	0.1%	576,277
19位	関節症	43,411,210	3,589	1.4%	260.3	2.8%	13,786
20位	悪性リンパ腫	41,683,030	3,446	1.4%	13.9	0.1%	248,113

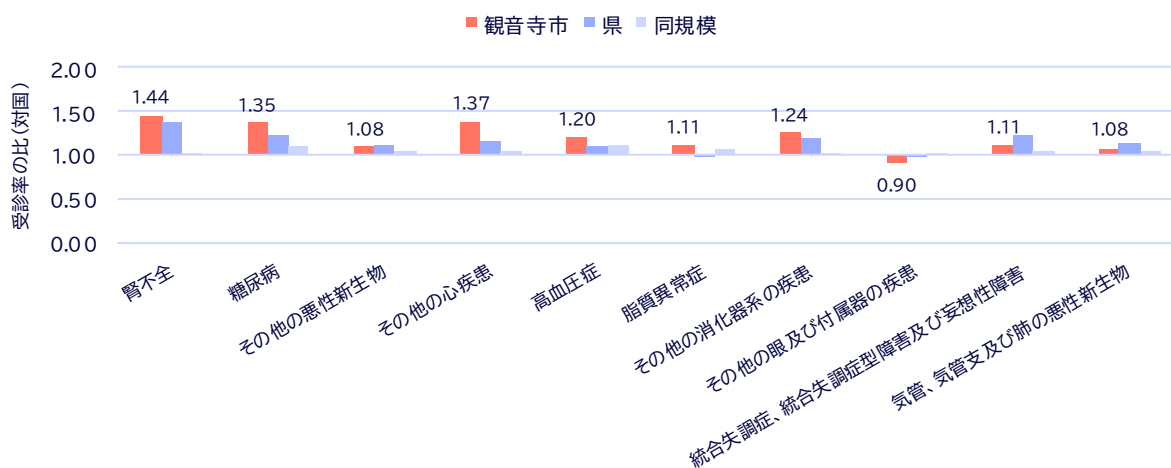
【出典】KDB 帳票 S23\_004-疾病別医療費分析(中分類) 令和4年度 累計

## ② 疾病分類(中分類)別外来受診率の比較

外来医療費が上位の疾病について、国と受診率を比較する(図表 3-3-3-2)。国との比が1を超えているものは、国よりも受診率が高い疾病、すなわち医療機関を受診している人が国平均よりも多い疾病である。国と比較して受診率が特に高い疾病は「悪性リンパ腫」「その他(上記以外のもの)」「腎不全」である。

重篤な疾患について国との受診率の比をみると、「腎不全」(1.4)となっている。基礎疾患については「糖尿病」(1.4)、「高血圧症」(1.2)、「脂質異常症」(1.1)となっている。

図表 3-3-3-2：疾病分類(中分類)別\_外来受診率比較\_上位の疾病(男女合計)



順位	疾病分類(中分類)	受診率						
		観音寺市	国	県	同規模	国との比		
						観音寺市	県	同規模
1位	腎不全	85.7	59.5	80.5	61.0	1.44	1.35	1.03
2位	糖尿病	882.3	651.2	795.6	711.9	1.35	1.22	1.09
3位	その他の悪性新生物	91.9	85.0	95.3	88.6	1.08	1.12	1.04
4位	その他の心疾患	324.8	236.5	276.0	249.1	1.37	1.17	1.05
5位	高血圧症	1044.7	868.1	940.4	963.1	1.20	1.08	1.11
6位	脂質異常症	634.3	570.5	556.3	605.8	1.11	0.98	1.06
7位	その他の消化器系の疾患	322.4	259.2	306.4	264.2	1.24	1.18	1.02
8位	その他の眼及び付属器の疾患	471.6	522.7	510.6	528.1	0.90	0.98	1.01
9位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	146.6	132.0	161.7	136.9	1.11	1.22	1.04
10位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	21.9	20.4	22.9	21.2	1.08	1.13	1.04
11位	炎症性多発性関節障害	129.5	100.5	125.2	103.9	1.29	1.24	1.03
12位	その他の神経系の疾患	267.2	288.9	287.9	281.8	0.92	1.00	0.98
13位	脊椎障害(脊椎症を含む)	182.5	153.3	166.1	152.3	1.19	1.08	0.99
14位	その他(上記以外のもの)	393.8	255.3	345.4	255.1	1.54	1.35	1.00
15位	乳房の悪性新生物	40.9	44.6	44.4	42.7	0.92	1.00	0.96
16位	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	176.8	223.8	203.8	212.9	0.79	0.91	0.95
17位	喘息	171.0	167.9	145.7	159.7	1.02	0.87	0.95
18位	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	6.5	6.2	6.3	6.1	1.06	1.03	0.99
19位	関節症	260.3	210.3	241.1	211.0	1.24	1.15	1.00
20位	悪性リンパ腫	13.9	8.3	11.1	8.6	1.67	1.34	1.04

【出典】 KDB 帳票 S23\_004-疾病別医療費分析(中分類) 令和4年度 累計

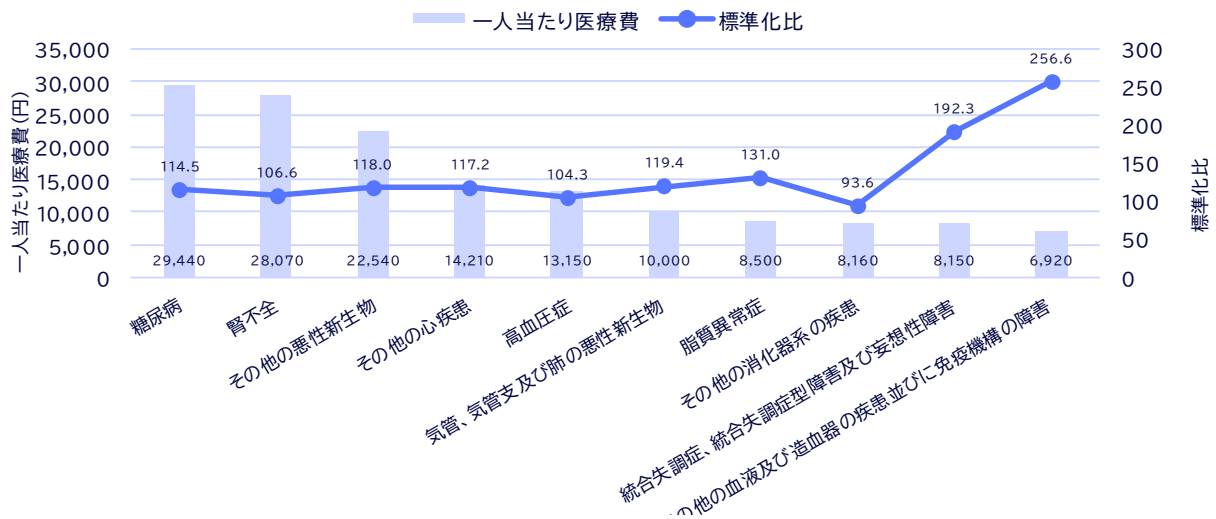
### ③ 疾病分類(中分類)別外来に係る一人当たり医療費と標準化比

疾病別の一人当たり外来医療費について、国の一人当たり医療費を100とした標準化比を求め、人口構成による影響を取り除いた上で国と比較する。

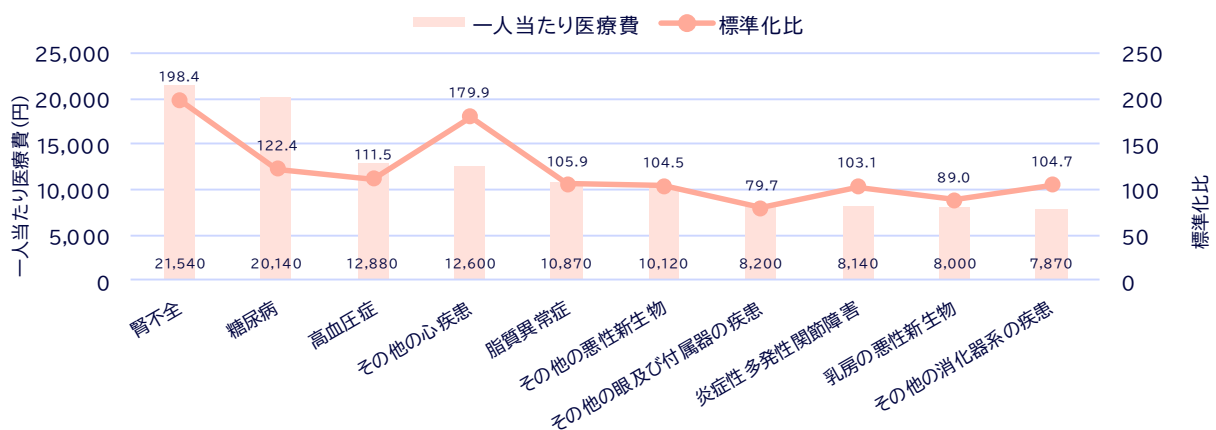
男性においては(図表 3-3-3-3)、一人当たり外来医療費は「糖尿病」「腎不全」「その他の悪性新生物」の順に高く、標準化比は「その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害」「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」「脂質異常症」の順に高くなっている。重篤な疾患である「腎不全」は2位(標準化比 106.6)、基礎疾患である「糖尿病」は1位(標準化比 114.5)、「高血圧症」は5位(標準化比 104.3)、「脂質異常症」は7位(標準化比 131.0)となっている。

女性においては(図表 3-3-3-4)、一人当たり外来医療費は「腎不全」「糖尿病」「高血圧症」の順に高く、標準化比は「腎不全」「その他の心疾患」「糖尿病」の順に高くなっている。重篤な疾患である「腎不全」は1位(標準化比 198.4)、基礎疾患である「糖尿病」は2位(標準化比 122.4)、「高血圧症」は3位(標準化比 111.5)、「脂質異常症」は5位(標準化比 105.9)となっている。

図表 3-3-3-3：疾病分類(中分類)別\_外来医療費・標準化比\_一人当たり医療費上位 10 疾病\_男性



図表 3-3-3-4：疾病分類(中分類)別\_外来医療費・標準化比\_一人当たり医療費上位 10 疾病\_女性



【出典】KDB 帳票 S23\_004-疾病別医療費分析(中分類) 令和4年度 累計

#### (4) 生活習慣病(重篤な疾患・基礎疾患)における受診率

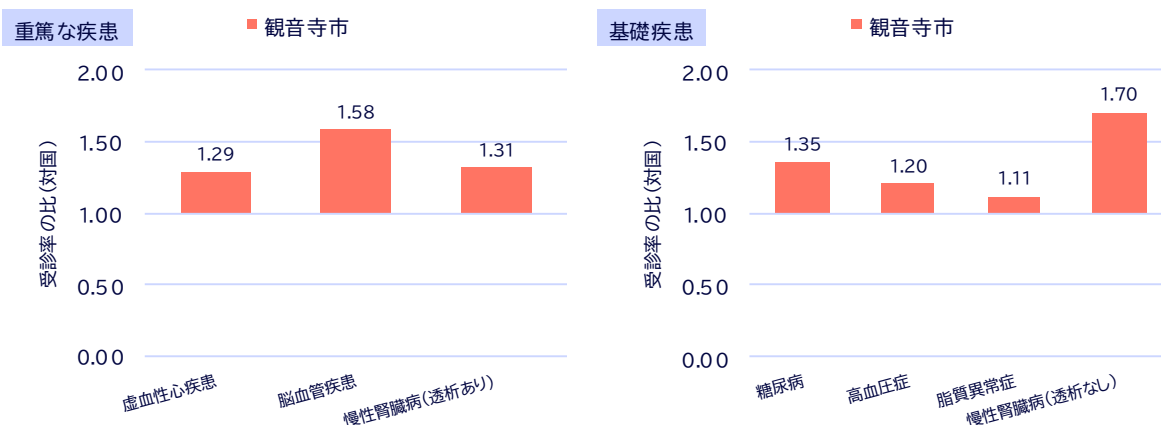
##### ① 生活習慣病における重篤な疾患と基礎疾患の受診率

ここでは、保健事業により予防可能な疾患における健康課題を抽出するという観点で生活習慣病に焦点をあて、重篤な疾患、基礎疾患及び人工透析が必要になる前段階の「慢性腎臓病(透析なし)」に絞り、受診率や有病状況の推移について概観する。

国との比が1を超えている場合、その疾患における受診率は国より高い、すなわちその疾患において医療機関にかかっている人が国平均よりも多いことを意味している。国との比が1を下回る場合には、該当する人が国平均よりも少ないことを意味する。

重篤な疾患・基礎疾患の受診率をみると(図表 3-3-4-1)、いずれも国より高い。

図表 3-3-4-1：生活習慣病における重篤な疾患と基礎疾患の受診率



重篤な疾患	受診率						
	観音寺市	国	県	同規模	国との比		
					観音寺市	県	同規模
虚血性心疾患	6.0	4.7	5.3	4.7	1.29	1.14	1.00
脳血管疾患	16.1	10.2	11.2	10.5	1.58	1.09	1.03
慢性腎臓病(透析あり)	39.8	30.3	36.8	29.2	1.31	1.21	0.96

基礎疾患及び慢性腎臓病(透析なし)	受診率						
	観音寺市	国	県	同規模	国との比		
					観音寺市	県	同規模
糖尿病	882.3	651.2	795.6	711.9	1.35	1.22	1.09
高血圧症	1044.7	868.1	940.4	963.1	1.20	1.08	1.11
脂質異常症	634.3	570.5	556.3	605.8	1.11	0.98	1.06
慢性腎臓病(透析なし)	24.6	14.4	21.1	15.0	1.70	1.46	1.04

【出典】KDB 帳票 S23\_004-疾病別医療費分析(中分類) 令和4年度 累計  
KDB 帳票 S23\_005-疾病別医療費分析(細小(82)分類) 令和4年度 累計

※表内の脳血管疾患は、KDB システムにて設定されている疾病分類(中分類)区分のうち「くも膜下出血」「脳内出血」「脳梗塞」「脳動脈硬化(症)」「その他の脳血管疾患」をまとめている

※表内の「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」は、KDB システムにて設定されている疾病分類(中分類)区分を集計している

※表内の「虚血性心疾患」「脳血管疾患」は入院、それ以外の疾病分類は外来を集計している

## ② 生活習慣病における重篤な疾患の受診率の推移

重篤な疾患における受診率の推移(図表 3-3-4-2)をみると、令和4年度の「虚血性心疾患」の受診率は、令和元年度と比較して-35.5%で減少率は国・県より大きい。

「脳血管疾患」の受診率は、令和元年度と比較して+2.5%で、国・県が減少している中、増加している。

「慢性腎臓病(透析あり)」の受診率は、令和元年度と比較して+11.5%で伸び率は国・県より大きい。

図表 3-3-4-2：生活習慣病における重篤な疾患の受診率

虚血性心疾患	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和元年度と令和4年度 の変化率(%)
観音寺市	9.3	7.4	7.3	6.0	-35.5
国	5.7	5.0	5.0	4.7	-17.5
県	6.7	6.2	5.7	5.3	-20.9
同規模	5.6	5.0	5.0	4.7	-16.1

脳血管疾患	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和元年度と令和4年度 の変化率(%)
観音寺市	15.7	14.9	16.6	16.1	2.5
国	10.6	10.4	10.6	10.2	-3.8
県	12.0	10.8	10.6	11.2	-6.7
同規模	10.9	10.9	10.8	10.5	-3.7

慢性腎臓病(透析あり)	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和元年度と令和4年度 の変化率(%)
観音寺市	35.7	38.4	39.5	39.8	11.5
国	28.6	29.1	29.8	30.3	5.9
県	35.0	36.1	36.8	36.8	5.1
同規模	27.3	27.7	28.5	29.2	7.0

【出典】KDB 帳票 S23\_004-疾病別医療費分析(中分類) 令和元年度から令和4年度 累計  
KDB 帳票 S23\_005-疾病別医療費分析(細小(82)分類) 令和元年度から令和4年度 累計

※表内の「虚血性心疾患」と「脳血管疾患」は入院、「慢性腎臓病(透析あり)」は外来を集計している

## ③ 人工透析患者数の推移

人工透析患者数の推移(図表 3-3-4-3)をみると、令和4年度の患者数は65人で、令和元年度の62人と比較して3人増加している。令和4年度における新規の人工透析患者数は令和元年度と比較して同程度で推移しており、令和4年度においては男性13人、女性7人となっている。

図表 3-3-4-3：人工透析患者数

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
人工透析患者数	男性(人)	38	41	39	36
	女性(人)	24	25	27	28
	合計(人)	62	66	65	65
	男性_新規(人)	16	10	15	13
	女性_新規(人)	4	3	8	7

【出典】KDB 帳票 S23\_001-医療費分析(1)細小分類 令和1年から令和5年 各月

※表内の「男性」「女性」「合計」は、各月の患者数から平均患者数を集計している

※表内の「男性\_新規」「女性\_新規」は、各年度内の新規の人工透析患者数を集計している

## (5) 生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

### ① 生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

生活習慣病の重篤な疾患患者において、基礎疾患のレセプトが同時に出ている人の割合をみる。

令和4年度3月時点の「虚血性心疾患」の患者704人のうち(図表3-3-5-1)、「糖尿病」は52.1%、「高血圧症」は81.1%、「脂質異常症」は78.4%である。「脳血管疾患」の患者672人では、「糖尿病」は47.3%、「高血圧症」は84.1%、「脂質異常症」は73.1%となっている。人工透析の患者64人では、「糖尿病」は59.4%、「高血圧症」は95.3%、「脂質異常症」は46.9%となっている。

図表3-3-5-1：生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

	男性		女性		合計		
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	
虚血性心疾患	433	-	271	-	704	-	
基礎疾患	糖尿病	238	55.0%	129	47.6%	367	52.1%
	高血圧症	364	84.1%	207	76.4%	571	81.1%
	脂質異常症	345	79.7%	207	76.4%	552	78.4%

	男性		女性		合計		
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	
脳血管疾患	411	-	261	-	672	-	
基礎疾患	糖尿病	214	52.1%	104	39.8%	318	47.3%
	高血圧症	366	89.1%	199	76.2%	565	84.1%
	脂質異常症	298	72.5%	193	73.9%	491	73.1%

	男性		女性		合計		
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	
人工透析	37	-	27	-	64	-	
基礎疾患	糖尿病	23	62.2%	15	55.6%	38	59.4%
	高血圧症	35	94.6%	26	96.3%	61	95.3%
	脂質異常症	16	43.2%	14	51.9%	30	46.9%

【出典】KDB 帳票 S21\_018-厚生労働省様式(様式3-5) 令和5年5月  
 KDB 帳票 S21\_019-厚生労働省様式(様式3-6) 令和5年5月  
 KDB 帳票 S21\_020-厚生労働省様式(様式3-7) 令和5年5月

### ② 基礎疾患の有病状況

また、令和4年度3月時点での被保険者における基礎疾患の有病者数及びその割合は(図表3-3-5-2)、「糖尿病」が1,826人(15.5%)、「高血圧症」が3,177人(27.0%)、「脂質異常症」が2,726人(23.2%)となっている。

図表3-3-5-2：基礎疾患の有病状況

	男性		女性		合計		
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	
被保険者数	5,913	-	5,841	-	11,754	-	
基礎疾患	糖尿病	1,005	17.0%	821	14.1%	1,826	15.5%
	高血圧症	1,675	28.3%	1,502	25.7%	3,177	27.0%
	脂質異常症	1,304	22.1%	1,422	24.3%	2,726	23.2%

【出典】KDB 帳票 S21\_014-厚生労働省様式(様式3-1) 令和5年5月



## (6) 高額なレセプトの状況

医療費のうち、1か月当たり30万円以上のレセプト(以下、「高額なレセプト」という。)についてみる(図表3-3-6-1)。

令和4年度のレセプトのうち、高額なレセプトは29億5,700万円、4,375件で、総医療費の55.1%、総レセプト件数の3.7%を占めており、上位10疾病で高額なレセプトの51.3%を占めている。

保健事業により予防可能な疾患という観点で、重篤な疾患についてみると、「腎不全」「脳梗塞」が上位に入っている。

図表3-3-6-1：疾病分類(中分類)別\_1か月当たり30万円以上のレセプトの状況

	医療費(円)	総医療費に占める割合	レセプト件数(累計)(件)	レセプト件数に占める割合
令和4年度 総数	5,364,714,140	-	117,919	-
高額なレセプトの合計	2,957,480,240	55.1%	4,375	3.7%

### 内訳(上位の疾病)

順位	疾病分類(中分類)	医療費(円)	高額なレセプトの医療費に占める割合	件数(累計)(件)	高額なレセプトのレセプト件数に占める割合
1位	腎不全	392,757,240	13.3%	793	18.1%
2位	その他の悪性新生物	239,674,600	8.1%	312	7.1%
3位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	203,607,180	6.9%	531	12.1%
4位	その他の心疾患	164,145,900	5.6%	147	3.4%
5位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	126,966,410	4.3%	129	2.9%
6位	関節症	91,663,750	3.1%	79	1.8%
7位	骨折	78,208,820	2.6%	80	1.8%
8位	その他の神経系の疾患	75,769,180	2.6%	141	3.2%
9位	脳梗塞	73,610,620	2.5%	82	1.9%
10位	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	68,803,710	2.3%	40	0.9%

【出典】KDB 帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計  
KDB 帳票 S21\_011-厚生労働省様式(様式1-1) 令和4年6月から令和5年5月

## (7) 長期入院レセプトの状況

医療費のうち、6か月以上の入院患者のレセプト(以下、「長期入院レセプト」という。)についてみる(図表 3-3-7-1)。

令和4年度のレセプトのうち、長期入院レセプトは5億9,500万円、1,300件で、総医療費の11.1%、総レセプト件数の1.1%を占めている。

保健事業により予防可能な疾患という観点で、重篤な疾患についてみると、「腎不全」「脳内出血」が上位に入っている。

図表 3-3-7-1：疾病分類(中分類)別\_6か月以上の入院レセプトの状況

	医療費(円)	総医療費に占める割合	レセプト件数(累計)(件)	レセプト件数に占める割合
令和4年度_総数	5,364,714,140	-	117,919	-
長期入院レセプトの合計	595,369,220	11.1%	1,300	1.1%

内訳(上位の疾病)

順位	疾病分類(中分類)	医療費(円)	長期入院レセプトの医療費に占める割合	件数(累計)(件)	長期入院レセプトのレセプト件数に占める割合
1位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	179,935,900	30.2%	489	37.6%
2位	腎不全	55,333,340	9.3%	70	5.4%
3位	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	45,409,570	7.6%	119	9.2%
4位	その他の神経系の疾患	38,151,240	6.4%	91	7.0%
5位	症状、徴候及び異常臨床所見・異常、検査所見で他に分類されないもの	31,050,700	5.2%	54	4.2%
6位	てんかん	29,740,200	5.0%	79	6.1%
7位	その他の消化器系の疾患	22,643,140	3.8%	36	2.8%
8位	その他の心疾患	22,318,730	3.7%	26	2.0%
9位	その他の呼吸器系の疾患	20,220,670	3.4%	26	2.0%
10位	脳内出血	16,885,900	2.8%	27	2.1%

【出典】KDB 帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計  
KDB 帳票 S21\_012-厚生労働省様式(様式 2-1) 令和4年6月から令和5年5月

## 4 特定健康診査・特定保健指導・生活習慣の状況

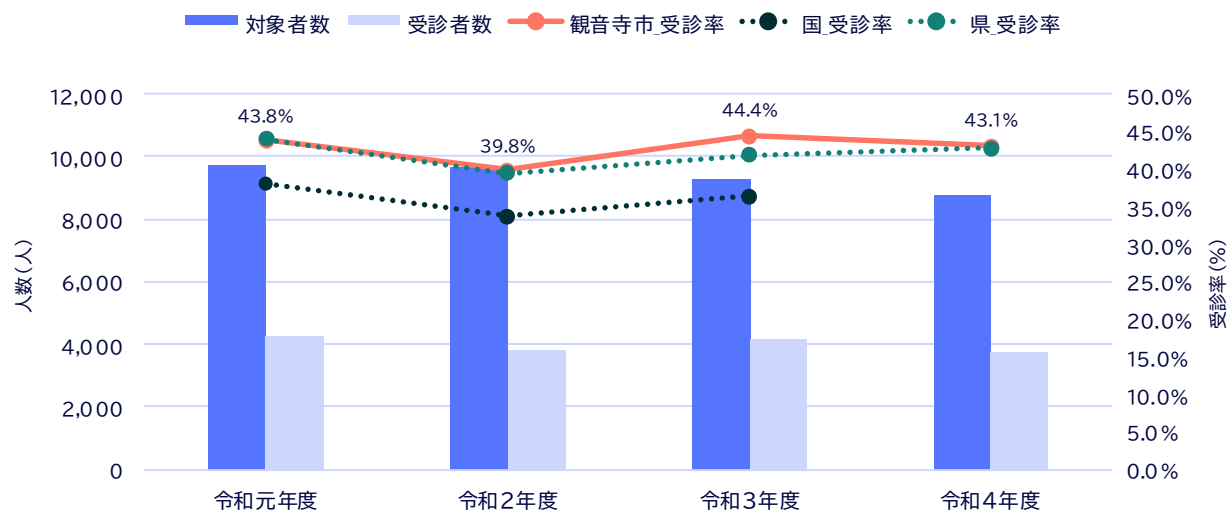
### (1) 特定健康診査受診率

#### ① 特定健康診査受診率の推移

以降では、生活習慣病の発症及び重症化予防を目的に実施している、特定健康診査、特定保健指導及び生活習慣病の治療状況に関連するデータを概観する。

まず、特定健康診査の実施状況をみると(図表 3-4-1-1)、令和4年度の特定健康診査受診率は43.1%であり、令和元年度と比較して0.7ポイント低下している。年齢階層別にみると(図表 3-4-1-2)、特に60-64歳の特定健康診査受診率が低下している。

図表 3-4-1-1：特定健康診査受診率(法定報告値)



	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和元年度と令和4年度の差	
特定健康診査対象者数(人)	9,693	9,612	9,275	8,715	-978	
特定健康診査受診者数(人)	4,253	3,825	4,120	3,757	-496	
特定健康診査受診率	観音寺市	43.8%	39.8%	44.4%	43.1%	-0.7
	国	38.0%	33.7%	36.4%	-	-
	県	44.0%	39.4%	41.8%	42.7%	-1.3

【出典】厚生労働省 2019年度から2021年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況(保険者別)  
公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度

図表 3-4-1-2：年齢階層別\_特定健康診査受診率

	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
令和元年度	25.0%	24.8%	30.0%	33.5%	41.5%	48.2%	51.5%
令和2年度	17.1%	21.8%	23.1%	30.7%	35.7%	45.9%	46.9%
令和3年度	23.3%	24.9%	30.6%	34.4%	39.8%	49.4%	52.0%
令和4年度	22.7%	22.9%	28.1%	34.2%	38.9%	49.3%	50.2%

【出典】KDB 帳票 S21\_008-健診の状況 令和元年度から令和4年度 累計

※KDB 帳票と法定報告値は、データの登録時期が異なるため値がずれる(以下同様)

## ② 特定健康診査の受診状況と生活習慣病の治療状況

特定健康診査受診者と未受診者における生活習慣病のレセプト保有割合の差は、健康意識の差によるものとも考え得るし、健診受診が医療機関受診につながっている可能性もある。

特定健康診査を受診した人のうち、生活習慣病のレセプトが出ている人、すなわち生活習慣病を治療中の人は3,010人で、対象者の34.5%、受診者の80.0%を占めている。他未受診者のうち、生活習慣病のレセプトが出ている人は3,156人で、対象者の36.2%、未受診者の63.6%を占めている(図表3-4-1-3)。

特定健康診査未受診者のうち、生活習慣病のレセプトが出ていない人は1,808人で、対象者の20.7%であり、これらの人の健康状態を把握するのは難しい状況にある。

※この項における生活習慣病とは、KDBが定める生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、がん、筋・骨格関連疾患、及び精神疾患)を指す

図表3-4-1-3：特定健康診査の受診状況と生活習慣病の治療状況

	40-64 歳		65-74 歳		合計		
	人数(人)	対象者に占める割合	人数(人)	対象者に占める割合	人数(人)	対象者に占める割合	特定健康診査受診者・未受診者に占める割合
対象者数	3,139	-	5,589	-	8,728	-	-
特定健康診査受診者数	977	-	2,787	-	3,764	-	-
生活習慣病_治療なし	297	9.5%	457	8.2%	754	8.6%	20.0%
生活習慣病_治療中	680	21.7%	2,330	41.7%	3,010	34.5%	80.0%
特定健康診査未受診者数	2,162	-	2,802	-	4,964	-	-
生活習慣病_治療なし	1,018	32.4%	790	14.1%	1,808	20.7%	36.4%
生活習慣病_治療中	1,144	36.4%	2,012	36.0%	3,156	36.2%	63.6%

【出典】KDB 帳票 S21\_027-厚生労働省様式(様式5-5) 令和4年度 年次

## (2) 有所見者の状況

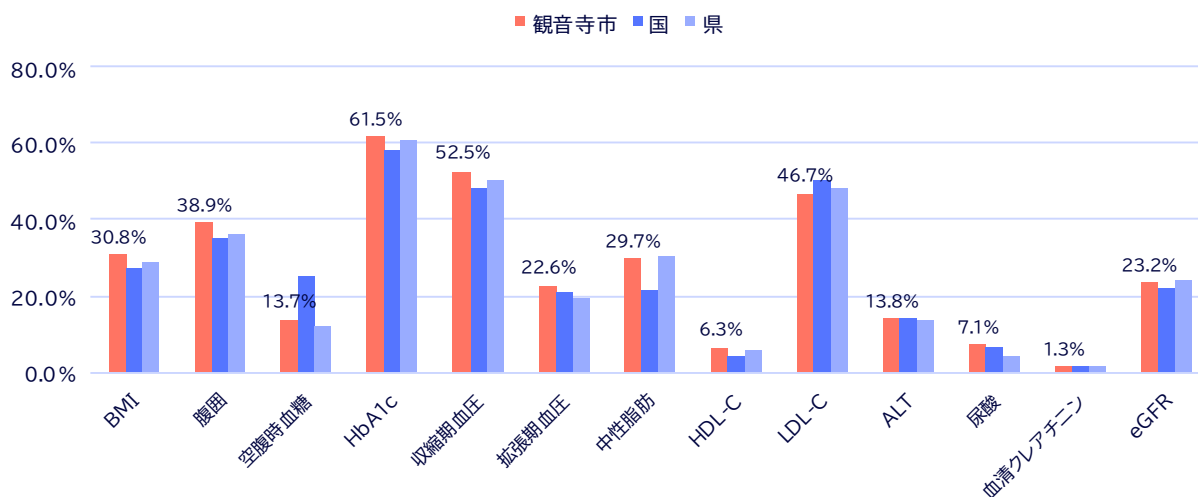
### ① 特定健康診査受診者における有所見者の割合

ここでは、特定健康診査受診者における検査項目ごとの有所見者の割合から、観音寺市の特定健康診査受診者において、どの検査項目で有所見者の割合が高いのか、その傾向を概観する。

令和4年度の特定健康診査受診者における有所見者の割合をみると(図表3-4-2-1)、国や県と比較して「BMI」「腹囲」「HbA1c」「収縮期血圧」「拡張期血圧」「HDL-C」「尿酸」の有所見率が高い。

※有所見とは、医師の診断が異常なし、要精密検査、要治療等のうち、異常なし以外のものを指す

図表 3-4-2-1：特定健康診査受診者における有所見者の割合



	BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン	eGFR
観音寺市	30.8%	38.9%	13.7%	61.5%	52.5%	22.6%	29.7%	6.3%	46.7%	13.8%	7.1%	1.3%	23.2%
国	26.9%	34.9%	24.9%	58.2%	48.3%	20.7%	21.1%	3.8%	50.1%	14.0%	6.6%	1.3%	21.8%
県	28.8%	36.2%	11.8%	60.6%	50.0%	19.3%	30.0%	5.8%	47.9%	13.3%	4.1%	1.5%	24.1%

【出典】KDB 帳票 S21\_024-厚生労働省様式(様式5-2) 令和4年度 年次

参考：検査項目ごとの有所見定義

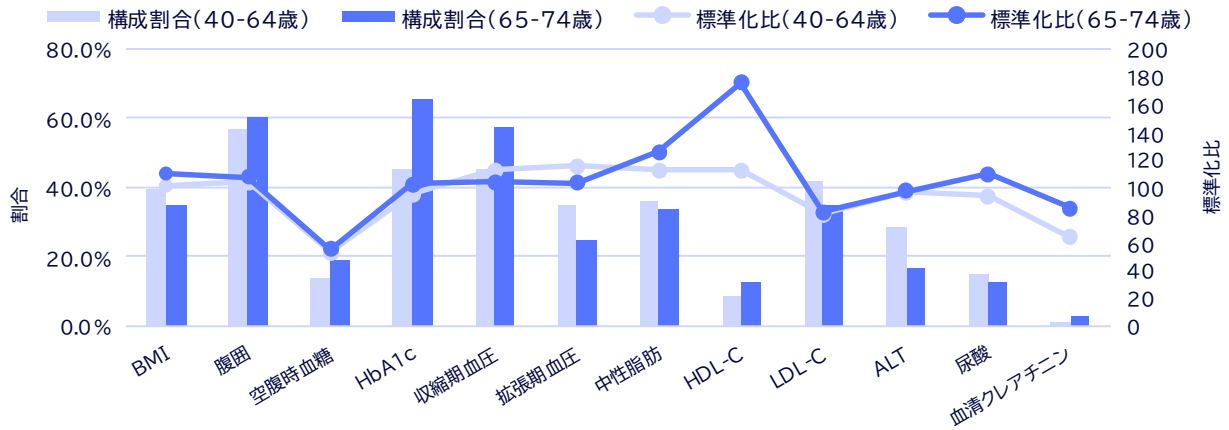
BMI	25kg/m <sup>2</sup> 以上	中性脂肪	150mg/dL 以上
腹囲	男性：85 cm以上、女性：90 cm以上 (内臓脂肪面積の場合：100 cm <sup>2</sup> 以上)	HDL-C	40mg/dL 未満
		LDL-C	120mg/dL 以上
空腹時血糖	100mg/dL 以上	ALT	31U/L 以上
HbA1c	5.6%以上	尿酸	7.0mg/dL 超過
収縮期血圧	130mmHg 以上	血清クレアチニン	1.3mg/dL 以上
拡張期血圧	85mmHg 以上	eGFR	60ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 未満

【出典】KDB システム 各帳票等の項目にかかる集計要件

② 特定健康診査受診者における年代別有所見者の割合と標準化比

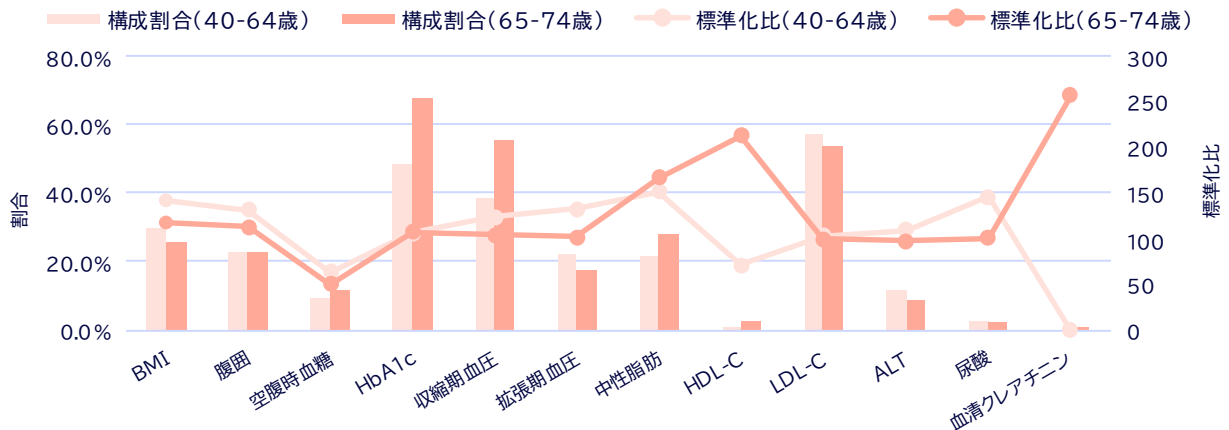
さらに、年代別の有所見者の割合について、国における有所見者の割合を100とした標準化比を国立保健医療科学院のツールを使って算出し国と比較すると(図表3-4-2-2・図表3-4-2-3)、男性では「BMI」「腹囲」「収縮期血圧」「拡張期血圧」「中性脂肪」「HDL-C」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。女性では「BMI」「腹囲」「HbA1c」「収縮期血圧」「拡張期血圧」「中性脂肪」「尿酸」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。

図表3-4-2-2：特定健康診査受診者における年代別有所見者の割合・標準化比\_男性



		BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン
40-64歳	構成割合	39.2%	56.6%	13.5%	45.2%	45.2%	34.9%	35.5%	8.7%	41.3%	28.0%	14.9%	0.8%
	標準化比	100.8	103.5	53.0	95.0	112.4	115.1	112.0	112.8	80.9	96.8	93.7	63.7
65-74歳	構成割合	34.8%	60.3%	18.9%	65.4%	57.5%	24.7%	33.3%	12.3%	34.7%	16.6%	12.7%	2.8%
	標準化比	109.4	107.2	55.0	101.8	103.4	102.9	125.6	175.6	82.3	97.3	109.3	84.5

図表3-4-2-3：特定健康診査受診者における年代別有所見者の割合・標準化比\_女性



		BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン
40-64歳	構成割合	29.9%	22.4%	9.3%	48.5%	38.6%	22.2%	21.4%	0.8%	57.2%	11.3%	2.6%	0.0%
	標準化比	141.6	131.4	63.6	105.7	123.7	132.5	151.7	70.8	103.0	109.9	145.8	0.0
65-74歳	構成割合	25.5%	22.8%	11.2%	67.6%	55.3%	17.6%	27.9%	2.8%	53.9%	8.3%	1.9%	0.8%
	標準化比	117.5	113.7	50.3	107.4	104.6	102.1	167.0	213.0	99.9	97.9	100.7	256.8

【出典】 KDB 帳票 S21\_024-厚生労働省様式(様式5-2) 令和4年度 年次

### (3) メタボリックシンドロームの状況

#### ① 特定健康診査受診者におけるメタボ該当者数とメタボ予備群該当者数

ここでは、特定健康診査受診者におけるメタボリックシンドローム該当者(以下、「メタボ該当者」という。)及びメタボリックシンドローム予備群該当者(以下、「メタボ予備群該当者」という。)のデータを概観する。メタボリックシンドロームとは、「内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態」(厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイトより引用)を指している。ここでは観音寺市のメタボ該当者及びメタボ予備群該当者の割合及び高血圧、高血糖及び脂質代謝異常リスクの該当状況を見る。

令和4年度の特定健康診査受診者におけるメタボリックシンドロームの状況を見ると(図表3-4-3-1)、メタボ該当者は965人で特定健康診査受診者(3,764人)における該当者割合は25.6%で、該当者割合は国・県より高い。男女別にみると、男性では特定健康診査受診者の38.8%が、女性では15.1%がメタボ該当者となっている。

メタボ予備群該当者は403人で特定健康診査受診者における該当者割合は10.7%となっており、該当者割合は国より低いが、県より高い。男女別にみると、男性では特定健康診査受診者の16.5%が、女性では6.1%がメタボ予備群該当者となっている。

なお、メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の定義は、下表(メタボリックシンドローム判定値の定義)のとおりである。

図表3-4-3-1：特定健康診査受診者におけるメタボ該当者数・メタボ予備群該当者数

	観音寺市		国	県	同規模
	対象者数(人)	割合	割合	割合	割合
メタボ該当者	965	25.6%	20.6%	23.2%	20.9%
男性	648	38.8%	32.9%	37.0%	32.8%
女性	317	15.1%	11.3%	13.2%	11.5%
メタボ予備群該当者	403	10.7%	11.1%	10.4%	11.0%
男性	276	16.5%	17.8%	16.8%	17.5%
女性	127	6.1%	6.0%	5.8%	6.0%

【出典】KDB 帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

参考：メタボリックシンドローム判定値の定義

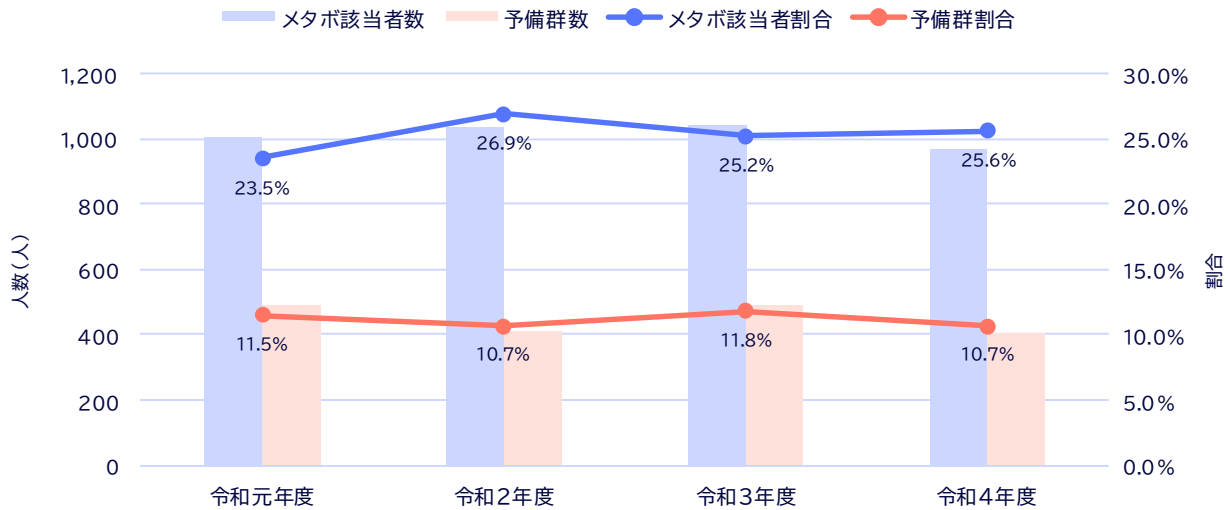
メタボ該当者	腹囲	以下の追加リスクのうち2つ以上該当
メタボ予備群該当者	85 cm(男性) 90 cm(女性)以上	以下の追加リスクのうち1つ該当
追加リスク	血糖	空腹時血糖 110mg/dL 以上(空腹時血糖の結果値が存在しない場合、HbA1c 6.0%以上)
	血圧	収縮期血圧 130mmHg 以上、または拡張期血圧 85mmHg 以上
	脂質	中性脂肪 150mg/dL 以上、またはHDL コレステロール 40mg/dL 未満

【出典】厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準

## ② メタボ該当者数とメタボ予備群該当者数の推移

令和4年度と令和元年度の該当者割合を比較すると(図表3-4-3-2)、特定健康診査受診者のうちメタボ該当者の割合は2.1ポイント増加しており、メタボ予備群該当者の割合は0.8ポイント減少している。

図表3-4-3-2：メタボ該当者数・メタボ予備群該当者数の推移



	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		令和元年度と令和4年度の割合の差
	対象者(人)	割合	対象者(人)	割合	対象者(人)	割合	対象者(人)	割合	
メタボ該当者	1,002	23.5%	1,034	26.9%	1,039	25.2%	965	25.6%	2.1
メタボ予備群該当者	490	11.5%	412	10.7%	488	11.8%	403	10.7%	-0.8

【出典】KDB 帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和4年度 累計



### ③ メタボ該当者とメタボ予備群該当者における追加リスクの重複状況

メタボ該当者及びメタボ予備群該当者における追加リスクの重複状況をみる(図表 3-4-3-3)。

メタボ該当者においては「高血圧・脂質異常該当者」が多く、965 人中 410 人が該当しており、特定健康診査受診者数の 10.9%を占めている。

メタボ予備群該当者では「高血圧該当者」が多く、403 人中 288 人が該当しており、特定健康診査受診者数の 7.7%を占めている。

図表 3-4-3-3：メタボ該当者・メタボ予備群該当者における追加リスクの重複状況

	男性		女性		合計	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
特定健康診査受診者数	1,669	-	2,095	-	3,764	-
腹囲基準値以上	989	59.3%	475	22.7%	1,464	38.9%
メタボ該当者	648	38.8%	317	15.1%	965	25.6%
高血糖・高血圧該当者	97	5.8%	28	1.3%	125	3.3%
高血糖・脂質異常該当者	25	1.5%	22	1.1%	47	1.2%
高血圧・脂質異常該当者	276	16.5%	134	6.4%	410	10.9%
高血糖・高血圧・脂質異常該当者	250	15.0%	133	6.3%	383	10.2%
メタボ予備群該当者	276	16.5%	127	6.1%	403	10.7%
高血糖該当者	22	1.3%	3	0.1%	25	0.7%
高血圧該当者	193	11.6%	95	4.5%	288	7.7%
脂質異常該当者	61	3.7%	29	1.4%	90	2.4%
腹囲のみ該当者	65	3.9%	31	1.5%	96	2.6%

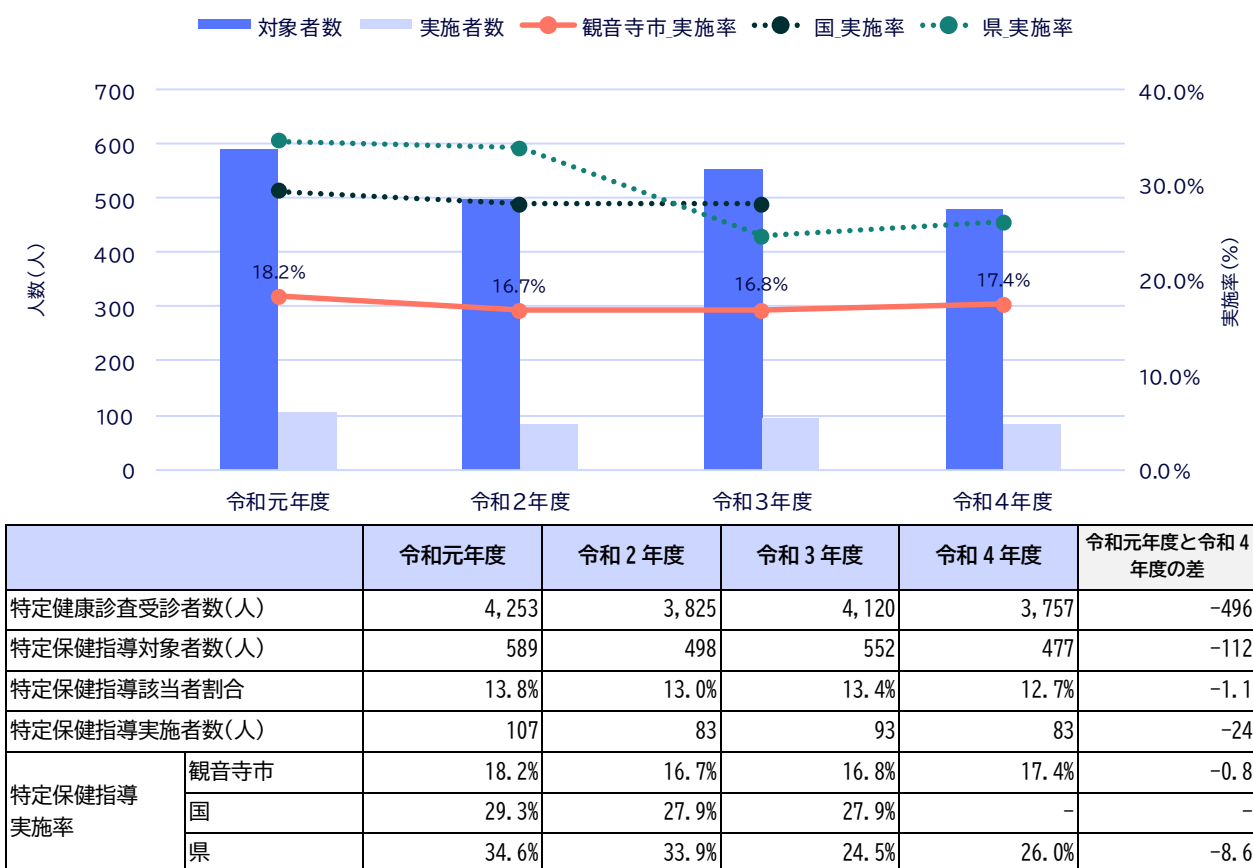
【出典】KDB 帳票 S21\_025-厚生労働省様式(様式 5-3) 令和4年度 年次

#### (4) 特定保健指導実施率

ここでは、特定保健指導の実施状況を概観する。特定保健指導とは、「特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援」（厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイトより引用）である。特定保健指導実施率をみることで、前述のメタボ該当者とメタボ予備群該当者のうち、どの程度の特定保健指導の対象者に対して支援できているのかわかる。

特定健康診査受診者のうち特定保健指導の対象者数は(図表 3-4-4-1)、令和4年度は477人で、特定健康診査受診者3,757人中12.7%を占める。特定保健指導対象者のうち特定保健指導を終了した人の割合、すなわち特定保健指導実施率は17.4%で、令和元年度の実施率18.2%と比較すると0.8ポイント低下している。令和3年度までの実施率でみると国・県より低い。

図表 3-4-4-1：特定保健指導実施率(法定報告値)



【出典】厚生労働省 2019年度から2021年度 特定健診・特定保健指導実施状況(保険者別)

公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度

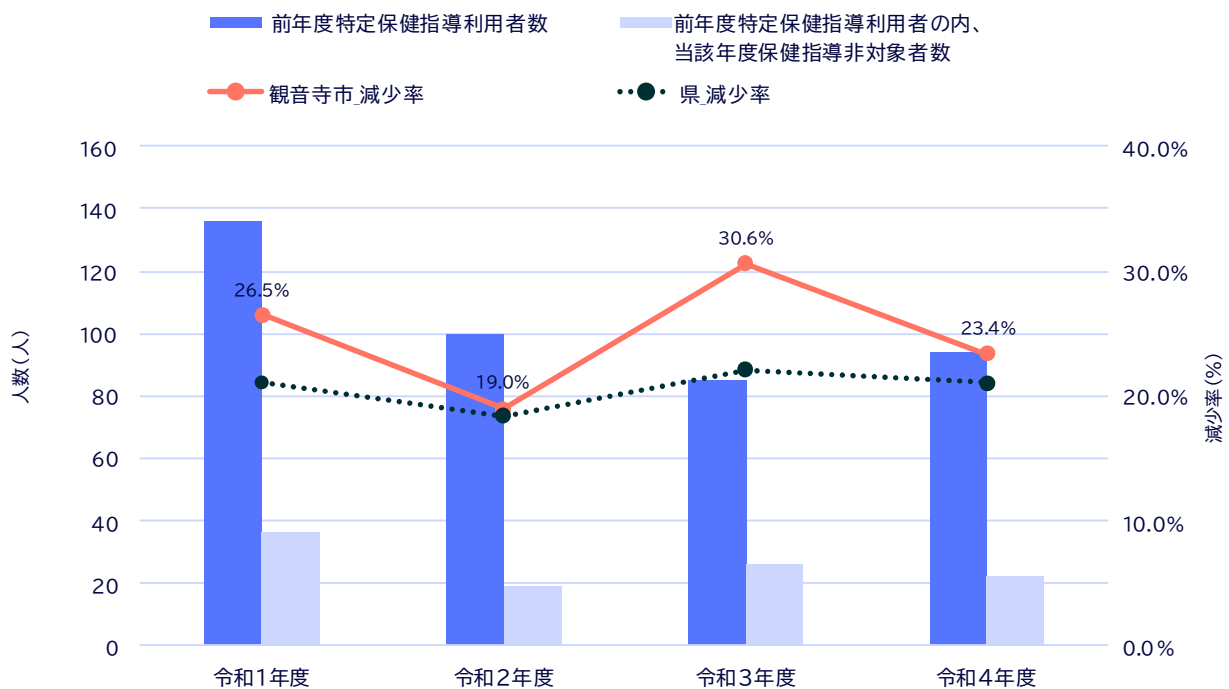
### (5) 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

ここでは、前年度の特定保健指導利用者の内、当該年度に特定保健指導の対象ではなくなったものを概観することで、特定保健指導が適切に実施できているかどうか分かる。

令和4年度では前年度特定保健指導利用者94人のうち当該年度に特定保健指導の対象ではなくなった者の数は22人で、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は23.4%であり、県より高くなっている。

令和4年度の特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は、令和元年度の26.5%と比較すると3.1ポイント低下している。(図表3-3-4-1)

図表3-4-5-1：特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(法定報告値)



	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和元年度と令和4年度の差	
前年度特定保健指導利用者数(人)	136	100	85	94	-	
前年度特定保健指導利用者の内、当該年度保健指導非対象者数(人)	36	19	26	22	-	
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	観音寺市	26.5%	19.0%	30.6%	23.4%	-3.1
	県	21.1%	18.4%	22.1%	21.1%	0

【出典】特定健診等データ管理システム TKCA014 令和元年度から令和4年度

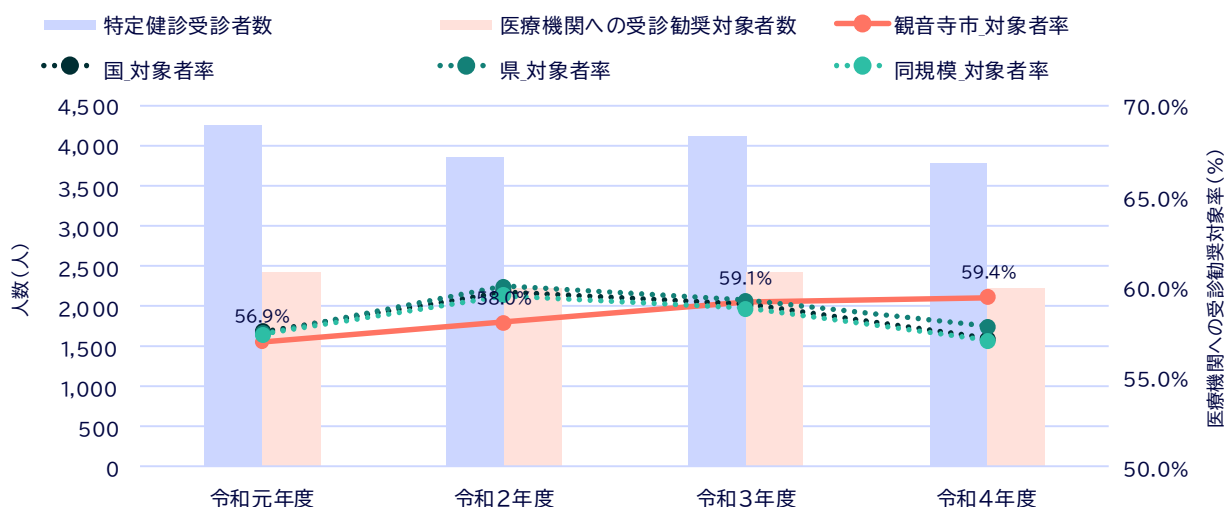
## (6) 受診勧奨対象者の状況

### ① 特定健診受診者における医療機関への受診勧奨対象者の割合

ここでは、特定健康診査受診者において、医療機関の受診を促す基準として設定されている受診勧奨判定値を超えるもの(受診勧奨対象者)の割合から、観音寺市の特定健康診査受診者において、受診勧奨対象者がどの程度存在するのかをみる。

受診勧奨対象者の割合をみると(図表 3-4-6-1)、令和4年度における受診勧奨対象者数は2,237人で、特定健康診査受診者の59.4%を占めている。該当者割合は、国・県より高く、令和元年度と比較すると2.5ポイント増加している。なお、図表における受診勧奨対象者は一項目でも受診勧奨判定値以上の項目があった人を指している。

図表 3-4-6-1：特定健康診査受診者における医療機関への受診勧奨対象者の割合



		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和元年度と令和4年度の受診勧奨対象者率の差
特定健康診査受診者数(人)		4,259	3,842	4,126	3,764	-
医療機関への受診勧奨対象者数(人)		2,422	2,230	2,437	2,237	-
受診勧奨対象者率	観音寺市	56.9%	58.0%	59.1%	59.4%	2.5
	国	57.5%	59.7%	59.0%	57.1%	-0.4
	県	57.4%	60.0%	59.2%	57.8%	0.4
	同規模	57.3%	59.5%	58.8%	57.0%	-0.3

【出典】KDB 帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和4年度 累計

参考：各健診項目における受診勧奨判定値

空腹時血糖	126mg/dL 以上	中性脂肪	300mg/dL 以上	AST	51U/L 以上
HbA1c	6.5%以上	HDL コレステロール	34mg/dL 以下	ALT	51U/L 以上
随時血糖	126mg/dL 以上	LDL コレステロール	140mg/dL 以上	γ-GTP	101U/L 以上
収縮期血圧	140mmHg 以上	Non-HDL コレステロール	170mg/dL 以上	eGFR	45ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 未満
拡張期血圧	90mmHg 以上	ヘモグロビン	男性 12.1g/dL 未満、女性 11.1g/dL 未満		

※厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」に準拠

## ② 特定健康診査受診者における受診勧奨対象者の経年推移

血糖・血圧・脂質の受診勧奨対象者の経年推移を検査値ごとにみる(図表 3-4-6-2)。

令和4年度において、血糖ではHbA1c8.0%以上の人は43人で特定健康診査受診者の1.1%を占めており、令和元年度と比較すると割合は減少している。

血圧では、I度高血圧以上の人は1,209人で特定健康診査受診者の32.1%を占めており、令和元年度と比較すると割合は増加している。

脂質ではLDL-C140mg/dL以上の人は845人で特定健康診査受診者の22.4%を占めており、令和元年度と比較すると割合は減少している。

図表 3-4-6-2：特定健康診査受診者における受診勧奨対象者(血糖・血圧・脂質)の経年推移

		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
		人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
特定健康診査受診者数		4,259	-	3,842	-	4,126	-	3,764	-
血糖 (HbA1c)	6.5%以上7.0%未満	225	5.3%	228	5.9%	226	5.5%	215	5.7%
	7.0%以上8.0%未満	139	3.3%	150	3.9%	146	3.5%	138	3.7%
	8.0%以上	50	1.2%	51	1.3%	56	1.4%	43	1.1%
	合計	414	9.7%	429	11.2%	428	10.4%	396	10.5%

		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
		人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
特定健康診査受診者数		4,259	-	3,842	-	4,126	-	3,764	-
血圧	I度高血圧	865	20.3%	837	21.8%	977	23.7%	960	25.5%
	II度高血圧	164	3.9%	198	5.2%	189	4.6%	211	5.6%
	III度高血圧	34	0.8%	46	1.2%	45	1.1%	38	1.0%
	合計	1,063	25.0%	1,081	28.1%	1,211	29.4%	1,209	32.1%

		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
		人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
特定健康診査受診者数		4,259	-	3,842	-	4,126	-	3,764	-
脂質 (LDL-C)	140mg/dL以上160mg/dL未満	624	14.7%	554	14.4%	638	15.5%	521	13.8%
	160mg/dL以上180mg/dL未満	282	6.6%	229	6.0%	242	5.9%	217	5.8%
	180mg/dL以上	147	3.5%	133	3.5%	140	3.4%	107	2.8%
	合計	1,053	24.7%	916	23.8%	1,020	24.7%	845	22.4%

【出典】KDB 帳票 S21\_008-健診の状況 令和元年度から令和4年度 累計  
KDB 帳票 S26\_005-保健指導対象者一覧(受診勧奨判定値の者) 令和元年度から令和4年度 累計

参考：I度・II度・III度高血圧の定義

I度高血圧	収縮期血圧 140-159mmHg かつ/または 拡張期血圧 90-99mmHg
II度高血圧	収縮期血圧 160-179mmHg かつ/または 拡張期血圧 100-109mmHg
III度高血圧	収縮期血圧 180mmHg以上 かつ/または 拡張期血圧 110mmHg以上

【出典】KDB システム 各帳票等の項目にかかる集計要件

### ③ 受診勧奨対象者における医療機関の受診状況

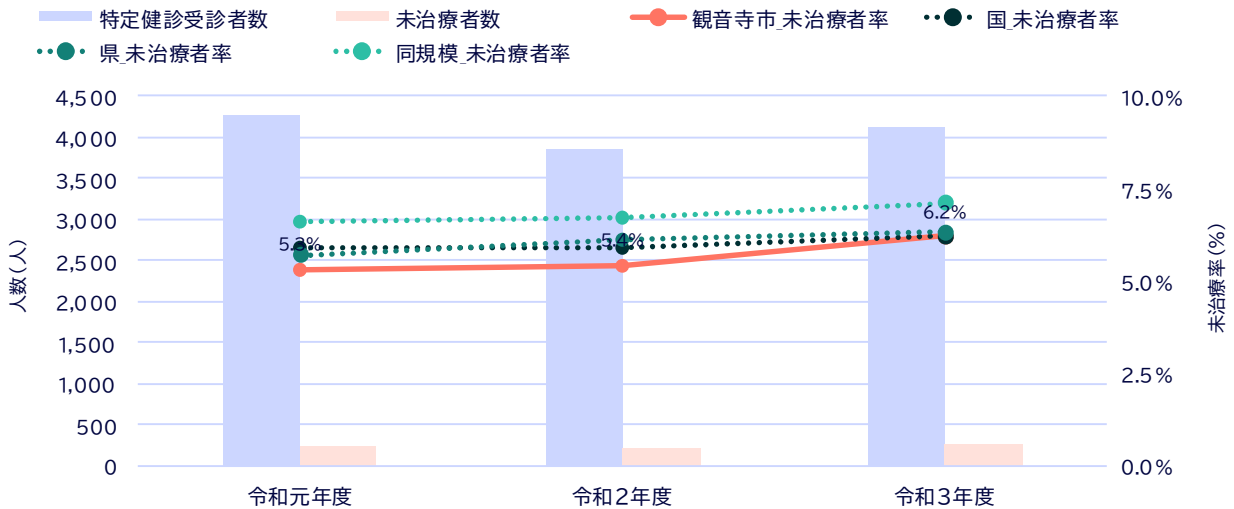
ここでは、受診勧奨対象者の医療機関受診状況について概観する。受診勧奨対象者のうち医療機関への受診が確認されない人(未治療者)の割合から、特定健康診査を受診し医療機関の受診が促されているにも関わらず医療機関への受診が確認されない人がどの程度存在するのかが把握できる。

受診勧奨対象者の医療機関の受診状況を見ると(図表 3-4-6-3)、令和3年度の特定健康診査受診者4,126人のうち、医療機関の受診が確認されていない未治療者の割合は6.2%であり、国と同程度で、県より低い。

未治療者率は、令和元年度と比較して0.9ポイント増加している。

※未治療者：特定健康診査受診者のうち、受診勧奨対象者かつ特定健康診査実施から6か月以内に医療機関を受診していない者

図表 3-4-6-3：受診勧奨対象者における未治療者率



		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和元年度と令和3年度の未治療者率の差
特定健康診査受診者数(人)		4,259	3,842	4,126	-
(参考)医療機関への受診勧奨対象者数(人)		2,422	2,230	2,437	-
未治療者数(人)		224	209	255	-
未治療者率	観音寺市	5.3%	5.4%	6.2%	0.9
	国	5.9%	5.9%	6.2%	0.3
	県	5.7%	6.1%	6.3%	0.6
	同規模	6.6%	6.7%	7.1%	0.5

【出典】KDB 帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和3年度 累計

#### ④ 受診勧奨対象者における服薬状況

次に、血糖、血圧、脂質及び腎機能の受診勧奨対象者について、検査値ごとに健診受診年度のレセプトにおける服薬状況をみる(図表)。受診勧奨対象者のうち、特に検査値が高い者は服薬による治療が必要な可能性があり、レセプトから服薬が確認されない場合、医療機関の受診を促す必要がある。

令和4年度の健診において、血糖がHbA1c6.5%以上であった396人の19.4%が、血圧がⅠ度高血圧以上であった1,209人の48.2%が、脂質がLDL-C140mg/dL以上であった845人の75.9%が服薬をしていない。

また、腎機能については、eGFR45ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満であった72人の9.7%が血糖や血圧などの薬剤の服薬をしていない。

図表 3-4-6-4：特定健康診査受診者における受診勧奨対象者(血糖・血圧・脂質・腎機能)の服薬状況

血糖(HbA1c)	該当者数(人)	服薬なし_人数(人)	服薬なし_割合
6.5%以上 7.0%未満	215	65	30.2%
7.0%以上 8.0%未満	138	10	7.2%
8.0%以上	43	2	4.7%
合計	396	77	19.4%

血圧	該当者数(人)	服薬なし_人数(人)	服薬なし_割合
Ⅰ度高血圧	960	456	47.5%
Ⅱ度高血圧	211	111	52.6%
Ⅲ度高血圧	38	16	42.1%
合計	1,209	583	48.2%

脂質(LDL-C)	該当者数(人)	服薬なし_人数(人)	服薬なし_割合
140mg/dL 以上 160mg/dL 未満	521	411	78.9%
160mg/dL 以上 180mg/dL 未満	217	161	74.2%
180mg/dL 以上	107	69	64.5%
合計	845	641	75.9%

腎機能(eGFR)	該当者数(人)	服薬なし_人数(人)	服薬なし_割合	服薬なしのうち、 透析なし_人数(人)	該当者のうち、 服薬なし_透析なし_割合
30ml/分/1.73m <sup>2</sup> 以上 45ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満	60	6	10.0%	6	10.0%
15ml/分/1.73m <sup>2</sup> 以上 30ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満	9	0	0.0%	0	0.0%
15ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満	3	1	33.3%	0	0.0%
合計	72	7	9.7%	6	8.3%

【出典】KDB 帳票 S26\_005-保健指導対象者一覧(受診勧奨判定値の者) 令和4年度 累計

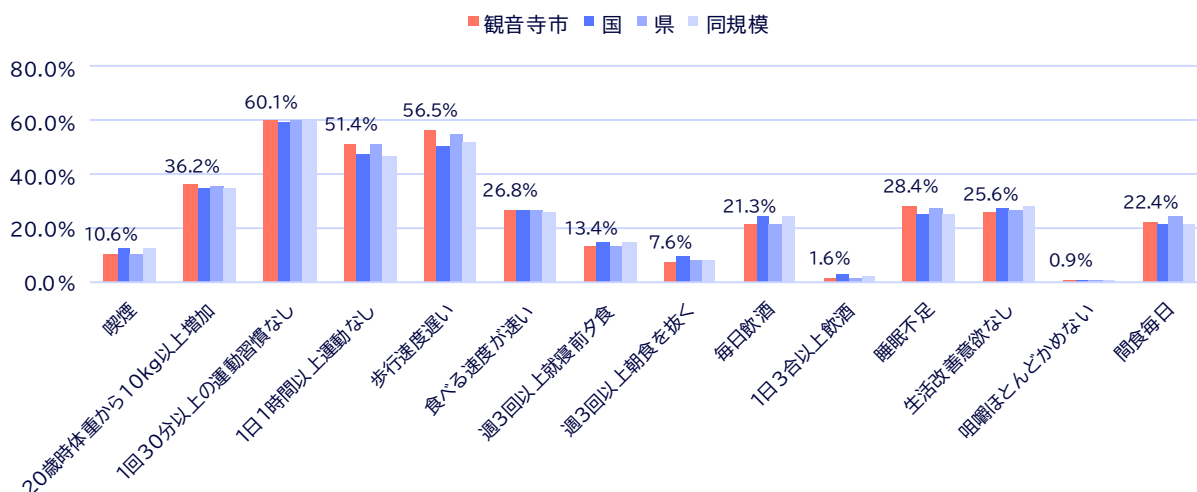
## (7) 質問票の状況

### ① 特定健康診査受診者における質問票の回答状況

ここでは、特定健康診査での質問票の回答状況から、観音寺市の特定健康診査受診者における喫煙や運動習慣、食事、睡眠などの生活習慣における傾向を概観する。

令和4年度の特定健康診査受診者の質問票から生活習慣の状況をみると(図表3-4-7-1)、国や県と比較して「20歳時体重から10kg以上増加」「1回30分以上の運動習慣なし」「1日1時間以上運動なし」「歩行速度遅い」「睡眠不足」の回答割合が高い。

図表3-4-7-1：特定健康診査受診者における質問票項目別回答者の割合



	喫煙	20歳時体重から10kg以上増加	1回30分以上の運動習慣なし	1日1時間以上運動なし	歩行速度遅い	食べる速度が速い	週3回以上就寝前夕食	週3回以上朝食を抜く	毎日飲酒	1日3合以上飲酒	睡眠不足	生活改善意欲なし	咀嚼ほとんどかめない	間食毎日
観音寺市	10.6%	36.2%	60.1%	51.4%	56.5%	26.8%	13.4%	7.6%	21.3%	1.6%	28.4%	25.6%	0.9%	22.4%
国	12.7%	34.6%	59.3%	47.5%	50.4%	26.4%	14.7%	9.7%	24.6%	2.5%	24.9%	27.5%	0.8%	21.7%
県	10.6%	35.9%	60.0%	51.2%	54.6%	26.9%	13.0%	8.1%	21.4%	1.7%	27.2%	26.5%	1.0%	24.6%
同規模	12.7%	34.5%	59.7%	46.5%	51.5%	25.8%	14.4%	8.4%	24.4%	2.3%	25.0%	27.9%	0.8%	21.7%

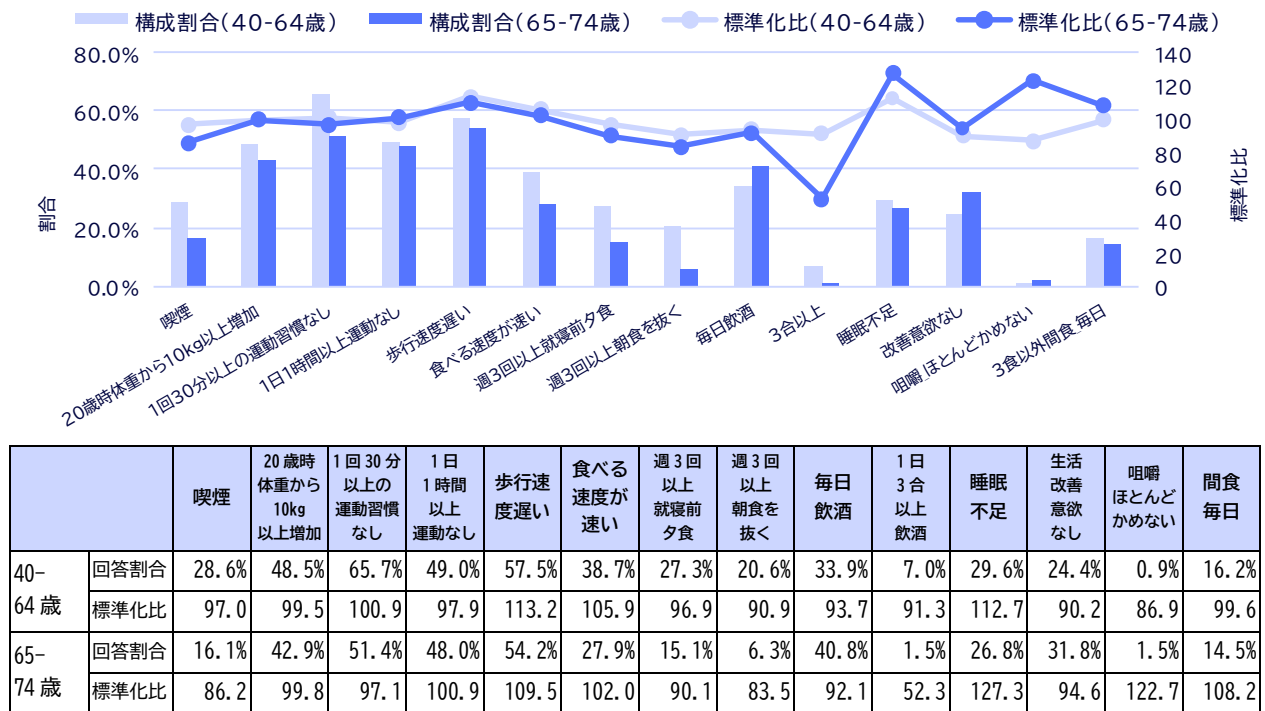
【出典】KDB 帳票 S25\_001-質問票調査の経年比較 令和4年度 年次



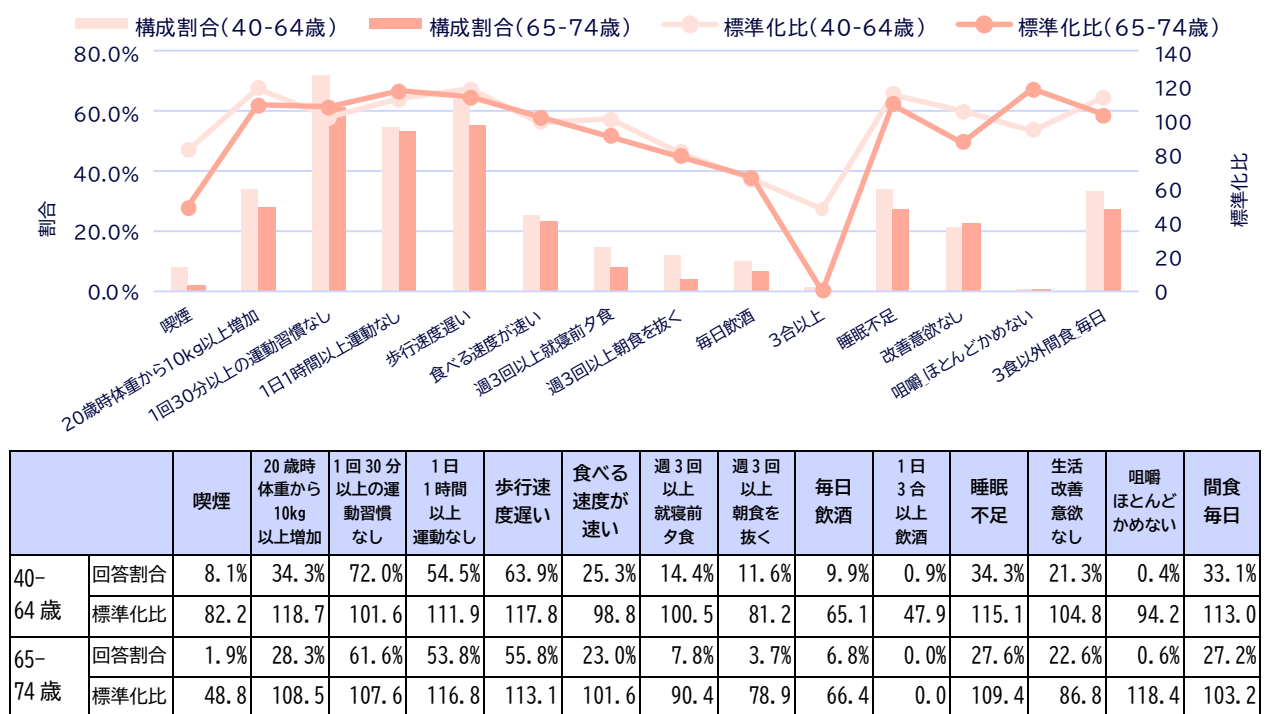
## ② 特定健康診査受診者における年代別質問票の回答状況と標準化比

さらに、国における各設問への回答者割合を100とした標準化比を国立保健医療科学院のツールを使って算出し、年代別の回答者割合を国と比較すると(図表3-4-7-2・図表3-4-7-3)、男性では「睡眠不足」「歩行速度遅い」「食べる速度が速い」の標準化比がいずれの年代においても高く、女性では「1日1時間以上運動なし」「歩行速度遅い」「睡眠不足」の標準化比がいずれの年代においても高い。

図表 3-4-7-2：特定健康診査受診者における年代別質問項目回答者の割合・標準化比\_男性



図表 3-4-7-3：特定健康診査受診者における年代別質問項目回答者の割合・標準化比\_女性



【出典】 KDB 帳票 S21\_007-質問票調査の状況 令和4年度 累計

## 5 一体的実施に係る介護及び高齢者の状況

本項では、後期高齢者医療制度や介護保険との一体的実施との接続を踏まえ、介護及び高齢者に係るデータを分析する。

### (1) 保険種別(国民健康保険及び後期高齢者医療制度)の被保険者構成

保険種別の被保険者構成をみると(図表 3-5-1-1)、国民健康保険(以下、「国保」という)の加入者数は 11,754 人、国保加入率は 20.5%で、国・県より高い。後期高齢者医療制度(以下、「後期高齢者」という。)の加入者数は 10,855 人、後期高齢者加入率は 18.9%で、国・県より高い。

図表 3-5-1-1：保険種別の被保険者構成

	国保			後期高齢者		
	観音寺市	国	県	観音寺市	国	県
総人口	57,441	125,416,877	956,787	57,441	125,416,877	956,787
保険加入者数(人)	11,754	24,660,500	179,644	10,855	19,252,733	164,244
保険加入率	20.5%	19.7%	18.8%	18.9%	15.4%	17.2%

【出典】住民基本台帳 令和4年度  
KDB 帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計(国保・後期)

### (2) 年代別の要介護(要支援)認定者の有病状況

生活習慣病における重篤な疾患である「心臓病」「脳血管疾患」やフレイル予防という観点で「筋・骨格関連疾患」に焦点をあて、概観する。

年代別の要介護(要支援)認定者における有病状況(図表 3-5-2-1)をみると、前期高齢者である 65-74 歳の有病割合の国との差は、「心臓病」(6.2 ポイント)、「脳血管疾患」(8.4 ポイント)、「筋・骨格関連疾患」(8.0 ポイント)である。75 歳以上の認定者の有病割合の国との差は、「心臓病」(3.5 ポイント)、「脳血管疾患」(4.7 ポイント)、「筋・骨格関連疾患」(4.7 ポイント)である。

図表 3-5-2-1：年代別の要介護(要支援)認定者の有病状況

疾病名	65-74 歳			75 歳以上		
	観音寺市	国	国との差	観音寺市	国	国との差
糖尿病	28.9%	21.6%	7.3	26.5%	24.9%	1.6
高血圧症	41.8%	35.3%	6.5	59.0%	56.3%	2.7
脂質異常症	27.2%	24.2%	3.0	34.9%	34.1%	0.8
心臓病	46.3%	40.1%	6.2	67.1%	63.6%	3.5
脳血管疾患	28.1%	19.7%	8.4	27.8%	23.1%	4.7
筋・骨格関連疾患	43.9%	35.9%	8.0	61.1%	56.4%	4.7
精神疾患	34.6%	25.5%	9.1	49.4%	38.7%	10.7

【出典】KDB 帳票 S25\_006-医療・介護の突合(有病状況)令和4年度 年次

### (3) 保険種別の医療費の状況

#### ① 保険種別の一人当たり医療費と入院医療費の割合

国保及び後期高齢者の一人当たり月額医療費をみると(図表 3-5-3-1)、国保の入院医療費は、国と比べて 4,380 円多く、外来医療費は 3,530 円多い。後期高齢者の入院医療費は、国と比べて 10,420 円多く、外来医療費は 170 円多い。

また、医療費に占める入院医療費の割合は、国保では 3.3 ポイント高く、後期高齢者では 6.1 ポイント高い。

図表 3-5-3-1：保険種別の一人当たり月額医療費及び入院医療費の状況

	国保			後期高齢者		
	観音寺市	国	国との差	観音寺市	国	国との差
入院_一人当たり医療費(円)	16,030	11,650	4,380	47,240	36,820	10,420
外来_一人当たり医療費(円)	20,930	17,400	3,530	34,510	34,340	170
総医療費に占める入院医療費の割合	43.4%	40.1%	3.3	57.8%	51.7%	6.1

【出典】 KDB 帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和 4 年度 累計(国保・後期)

#### ② 保険種別の医療費の疾病別構成

保険種別に医療費の疾病別構成割合をみると(図表 3-5-3-2)、国保では「がん」の医療費が占める割合が最も高く、医療費の 14.9%を占めており、国と比べて 1.9 ポイント低い。後期高齢者では「筋・骨格関連疾患」の医療費が占める割合が最も高く、医療費の 15.8%を占めており、国と比べて 3.4 ポイント高い。

重篤な生活習慣病の医療費に絞って疾病別構成割合をみると、「脳梗塞」「狭心症」の後期の総医療費に占める割合は、同疾患の国保の総医療費に占める割合と比べて大きい。

図表 3-5-3-2：保険種別医療費の状況

疾病名	国保			後期高齢者		
	観音寺市	国	国との差	観音寺市	国	国との差
糖尿病	5.6%	5.4%	0.2	3.6%	4.1%	-0.5
高血圧症	2.9%	3.1%	-0.2	2.5%	3.0%	-0.5
脂質異常症	2.1%	2.1%	0.0	1.6%	1.4%	0.2
高尿酸血症	0.0%	0.0%	0.0	0.0%	0.0%	0.0
脂肪肝	0.1%	0.1%	0.0	0.0%	0.0%	0.0
動脈硬化症	0.1%	0.1%	0.0	0.2%	0.2%	0.0
がん	14.9%	16.8%	-1.9	8.2%	11.2%	-3.0
脳出血	0.9%	0.7%	0.2	0.6%	0.7%	-0.1
脳梗塞	1.6%	1.4%	0.2	4.0%	3.2%	0.8
狭心症	1.4%	1.1%	0.3	1.5%	1.3%	0.2
心筋梗塞	0.3%	0.3%	0.0	0.3%	0.3%	0.0
慢性腎臓病(透析あり)	5.3%	4.4%	0.9	3.0%	4.6%	-1.6
慢性腎臓病(透析なし)	0.4%	0.3%	0.1	0.4%	0.5%	-0.1
精神疾患	9.2%	7.9%	1.3	5.4%	3.6%	1.8
筋・骨格関連疾患	10.5%	8.7%	1.8	15.8%	12.4%	3.4

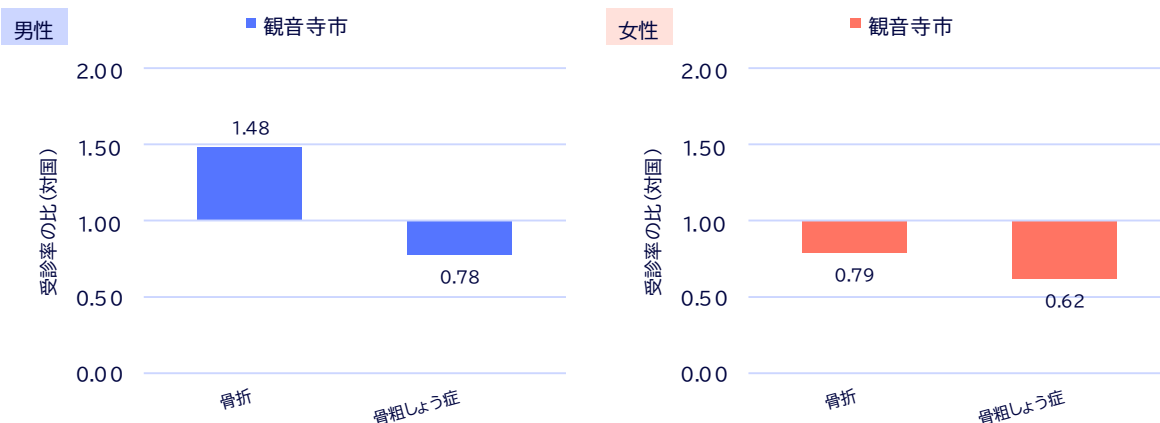
【出典】 KDB 帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和 4 年度 累計(国保・後期)

※ここでは、総医療費に占める各疾病の医療費の割合を集計している

#### (4) 前期高齢者における骨折及び骨粗しょう症の受診率

前期高齢者における「骨折」及び「骨粗しょう症」の受診率(図表 3-5-4-1)をみると、国と比べて、男性では「骨折」の受診率は高く、「骨粗しょう症」の受診率は低い。また、女性では「骨折」の受診率は低く、「骨粗しょう症」の受診率は低い。

図表 3-5-4-1：前期高齢者の骨折及び骨粗しょう症の受診率比較



【出典】KDB 帳票 S23\_005-疾病別医療費分析(細小(82)分類) 令和4年度 累計

※表内の「骨折」は入院及び外来、「骨粗しょう症」は外来を集計している

#### (5) 後期高齢者の健診受診状況

健診受診の状況(図表 3-5-5-1)をみると、後期高齢者の健診受診率は 30.9%で、国と比べて 6.1 ポイント高い。続いて、健診受診者に占める受診勧奨対象者の割合をみると、後期高齢者の受診勧奨対象者率は 65.7%で、国と比べて 4.8 ポイント高い。また、検査項目ごとの健診受診者に占める有所見者の割合を国と比べると、後期高齢者では「血糖」「血压」「血糖・血压」「血压・脂質」「血糖・血压・脂質」の該当割合が高い。

図表 3-5-5-1：後期高齢者の健診状況

	後期高齢者			
	観音寺市	国	国との差	
健診受診率	30.9%	24.8%	6.1	
受診勧奨対象者率	65.7%	60.9%	4.8	
有所見者の状況	血糖	6.6%	5.7%	0.9
	血压	25.5%	24.3%	1.2
	脂質	9.5%	10.8%	-1.3
	血糖・血压	4.1%	3.1%	1.0
	血糖・脂質	1.1%	1.3%	-0.2
	血压・脂質	7.8%	6.9%	0.9
	血糖・血压・脂質	1.3%	0.8%	0.5

【出典】KDB 帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計(後期)

参考：健診項目における受診勧奨判定値

空腹時血糖	126mg/dL 以上	収縮期血压	140mmHg 以上	中性脂肪	300mg/dL 以上	LDL コレステロール	140mg/dL 以上
HbA1c	6.5%以上	拡張期血压	90mmHg 以上	HDL コレステロール	34mg/dL 以下		

【出典】KDB システム 各帳票等の項目にかかる集計要件

## (6) 後期高齢者における質問票の回答状況

後期高齢者における質問票の回答状況をみると(図表 3-5-6-1)、国と比べて、「健康状態が「よくない」「半年前に比べて硬いものが「食べにくくなった」「お茶や汁物等で「むせることがある」「6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少が「あった」「以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う」「この1年間に「転倒したことがある」「ウォーキング等の運動を「週に1回以上していない」「周囲の人から「物忘れがあるとされたことがある」「今日が何月何日かわからない日がある」「週に1回以上外出して「いない」」の回答割合が高い。

図表 3-5-6-1：後期高齢者における質問票の回答状況

カテゴリー	項目・回答	回答割合		
		観音寺市	国	国との差
健康状態	健康状態が「よくない」	1.4%	1.1%	0.3
心の健康	毎日の生活に「不満」	0.9%	1.1%	-0.2
食習慣	1日3食「食べていない」	3.6%	5.4%	-1.8
口腔・嚥下	半年前に比べて硬いものが「食べにくくなった」	32.5%	27.7%	4.8
	お茶や汁物等で「むせることがある」	25.6%	20.9%	4.7
体重変化	6か月間で2~3kg以上の体重減少が「あった」	12.4%	11.7%	0.7
運動・転倒	以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う」	61.1%	59.1%	2.0
	この1年間に「転倒したことがある」	24.2%	18.1%	6.1
	ウォーキング等の運動を「週に1回以上していない」	43.6%	37.1%	6.5
認知	周囲の人から「物忘れがあるとされたことがある」	19.3%	16.2%	3.1
	今日が何月何日かわからない日がある」	26.7%	24.8%	1.9
喫煙	たばこを「吸っている」	3.0%	4.8%	-1.8
社会参加	週に1回以上外出して「いない」	11.2%	9.4%	1.8
	ふだんから家族や友人との付き合いが「ない」	4.2%	5.6%	-1.4
ソーシャルサポート	体調が悪いときに、身近に相談できる人が「いない」	3.5%	4.9%	-1.4

【出典】KDB 帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計(後期)

## 6 その他の状況

### (1) 重複服薬の状況

重複服薬の状況をみると(図表 3-6-1-1)、重複処方該当者数は 106 人である。被保険者 1 万人当たりでは 90.2 人、県全体では 106.3 人である。

※重複処方該当者：重複処方を受けた人のうち、3 医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数が 1 以上、または 2 医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数が 2 以上に該当する者

図表 3-6-1-1：重複服薬の状況(薬効分類単位で集計)

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数(同一月内)		複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数(同一月内)									
		1 以上	2 以上	3 以上	4 以上	5 以上	6 以上	7 以上	8 以上	9 以上	10 以上
重複処方を 受けた人	2 医療機関以上	391	87	19	7	1	0	0	0	0	0
	3 医療機関以上	19	7	4	2	0	0	0	0	0	
	4 医療機関以上	2	1	1	1	0	0	0	0	0	
	5 医療機関以上	2	1	1	1	0	0	0	0	0	

【出典】 KDB 帳票 S27\_013-重複・多剤処方の状況 令和 5 年 3 月診療分

図表 3-6-1-2：香川県の重複服薬の状況(薬効分類単位で集計)

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数(同一月内)		複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数(同一月内)									
		1 以上	2 以上	3 以上	4 以上	5 以上	6 以上	7 以上	8 以上	9 以上	10 以上
重複処方を 受けた人	2 医療機関以上	5,947	1,550	511	187	93	43	25	12	6	4
	3 医療機関以上	360	244	151	88	51	26	15	8	5	3
	4 医療機関以上	59	46	40	29	20	16	10	4	3	2
	5 医療機関以上	19	13	11	7	4	4	2	1	1	1

【出典】 KDB 帳票 S27\_013-重複・多剤処方の状況 令和 5 年 3 月診療分

### (2) 多剤服薬の状況

多剤服薬の状況をみると(図表 3-6-2-1)、多剤処方該当者数は 22 人である。被保険者 1 万人当たりでは 18.7 人、県全体では 27.8 人である。

※多剤処方該当者：同一薬効に関する処方日数が 1 日以上かつ処方薬効数(同一月内)が 15 以上に該当する者

図表 3-6-2-1：多剤服薬の状況(薬効分類単位で集計)

		処方薬効数(同一月内)											
		1 以上	2 以上	3 以上	4 以上	5 以上	6 以上	7 以上	8 以上	9 以上	10 以上	15 以上	20 以上
処方 日数	1 日以上	6,249	5,257	4,137	3,067	2,251	1,572	1,069	705	462	288	22	0
	15 日以上	5,105	4,577	3,744	2,854	2,135	1,522	1,055	697	460	287	22	0
	30 日以上	3,936	3,579	2,990	2,362	1,821	1,324	927	626	425	266	22	0
	60 日以上	1,926	1,765	1,519	1,226	970	730	520	364	250	165	14	0
	90 日以上	801	735	631	518	409	308	228	163	118	77	7	0
	120 日以上	345	318	275	231	177	139	103	75	58	34	3	0
	150 日以上	181	163	143	121	84	66	54	41	33	19	2	0
	180 日以上	96	85	78	70	45	36	31	23	20	9	1	0

【出典】 KDB 帳票 S27\_013-重複・多剤処方の状況 令和 5 年 3 月診療分

図表 3-6-2-2：香川県が多剤服薬の状況(薬効分類単位で集計)

		処方薬効数(同一月内)											
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
処方日数	1日以上	91,305	75,300	59,210	44,023	31,761	22,328	15,510	10,480	6,862	4,466	500	51
	15日以上	74,707	65,909	53,604	40,990	30,244	21,602	15,156	10,289	6,774	4,428	500	51
	30日以上	61,910	55,062	45,452	35,531	26,698	19,344	13,741	9,446	6,308	4,163	489	50
	60日以上	31,630	28,692	24,530	19,924	15,463	11,570	8,507	6,066	4,179	2,849	385	46
	90日以上	13,980	12,809	11,119	9,209	7,264	5,538	4,112	3,001	2,090	1,456	230	34
	120日以上	6,219	5,839	5,204	4,378	3,469	2,698	2,035	1,500	1,073	745	130	21
	150日以上	3,184	2,965	2,626	2,196	1,748	1,378	1,061	775	560	382	71	14
	180日以上	1,889	1,725	1,512	1,246	1,000	785	591	427	307	207	44	8

【出典】KDB 帳票 S27\_013-重複・多剤処方の状況 令和5年3月診療分

### (3) 後発医薬品の使用状況

令和4年9月時点の後発医薬品の使用割合は78.0%で、県の77.4%と比較して0.6ポイント高い(図表3-6-3-1)。

図表 3-6-3-1：後発医薬品の使用状況

	令和1年9月	令和2年3月	令和2年9月	令和3年3月	令和3年9月	令和4年3月	令和4年9月
観音寺市	71.1%	74.2%	76.6%	77.7%	77.4%	77.9%	78.0%
県	72.3%	75.3%	76.3%	77.1%	77.0%	77.2%	77.4%

【出典】厚生労働省 保険者別の後発医薬品の使用割合

### (4) 5がん(胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん)検診の受診率

国保被保険者におけるがん検診の受診状況をみると(図表3-6-4-1)、下表の5つのがんの検診平均受診率は18.4%で、国・県より高い。

図表 3-6-4-1：国保被保険者におけるがん検診の受診状況

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん	5がん平均
観音寺市	11.9%	19.0%	16.9%	17.7%	26.5%	18.4%
国	12.1%	15.2%	16.0%	16.2%	18.2%	15.5%
県	13.5%	16.3%	19.6%	18.3%	22.7%	18.1%

【出典】厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告 令和3年度

## 7 健康課題の整理

### (1) 県全体の健康課題と標準事業

3章の1～6では、本市の健康・医療情報等の分析を示したが、これらに記載されている県の現状に加え、改めて県全体の状況を次ページのとおり示す。これらから導き出される健康課題を下記のとおり整理し、第3期データヘルス計画では、以下の6事業を標準事業として全市町が取り組んでいくこととなった。また、これら標準事業の実施に際しては、94ページに記載する標準指標を設定し経年評価することで、事業の評価及び見直しを行い、効率的に事業を実施する。

- ① 特定健康診査受診率向上事業
- ② 特定保健指導実施率向上事業
- ③ 生活習慣病等重症化予防事業
- ④ 重複・多剤服薬者対策事業
- ⑤ 後発医薬品使用促進事業
- ⑥ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業

項目	健康課題	標準事業
平均余命・死亡原因に着目した分析	平均余命は男女ともに全国よりやや低い。脳血管疾患や虚血性心疾患を原因とする死亡については、全国より低い。糖尿病を原因とする死亡については、全国より高い状況にある。発症している者には、適切な受診勧奨や継続した治療を促す必要がある。	③ 生活習慣病等重症化予防事業
生活習慣病等の医療費(入院・外来)に着目した分析	1人当たりの月額医療費は、全国より高い状態にあるが、1保険者当たりの主要生活習慣病(筋・骨格、高血圧、狭心症、糖尿病)の医療費の点数は、全国に比して低い状況にある。単年度でなく複数年で傾向を見ていく必要がある。	
生活習慣病の患者数に着目した分析	主要生活習慣病の患者数及び新規患者数は全国より高い状況にある。特定健康診査などで早期に発見し、継続した治療や生活改善を促す必要がある。	
特定健康診査受診率・特定保健指導実施率・メタボ率に着目した分析	特定健康診査受診率・特定保健指導実施率は、全国より高いものの、国の国保全体の目標である60%には届いていない。メタボリックシンドローム該当者やその予備軍を減少させることを目的に受診率を向上させる必要がある。	① 特定健康診査受診率向上事業 ② 特定保健指導実施率向上事業
要介護認定率及び要介護者の有病率に着目した分析	介護保険の第1号被保険者における要介護認定率は、全国より高い状況にあり、要介護者の有病率は筋・骨格、心臓病、高血圧症、糖尿病のいずれもが、全国より高い状況にある。壮年期からの高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防や介護予防が必要である。	⑥ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業
重複多剤投与者に着目した分析	1万人当たり重複投与者数については、全国より高い状況にあり、多剤投与者についても一定数いる。医療費適正化、健康増進の観点から、専門家の支援を得ながら服薬指導する必要がある。	④ 重複・多剤服薬者対策事業
後発医薬品使用割合に着目した分析	後発医薬品の使用については、一部の市町において目標の数量シェア80%は達しているものの、全市町は達成していない。医療費適正化の観点から、数量ベースだけでなく、国が示す金額ベースでの目標に沿って後発医薬品の使用を推進する必要がある。	⑤ 後発医薬品使用促進事業



【参考】令和4年度の状況

国より高い 国より低い

No.	項目	単位	観音寺市	県	国
1	平均余命(男)	年	81.0	81.5	81.7
2	平均余命(女)	年	87.0	87.4	87.8
3	死因(脳血管疾患)	%	8.4	6.7	7.3
4	死因(虚血性心疾患)	%	3.2	3.1	4.7
5	死因(糖尿病)	%	0.6	1.3	1.0
6	要介護認定率(第1号)	%	17.3	20.4	19.4
7	要介護支援認定者の有病状況(筋・骨格)	%	59.3	59.0	53.4
8	要介護支援認定者の有病状況(心臓病)	%	64.8	65.0	60.3
9	要介護支援認定者の有病状況(高血圧症)	%	57.1	56.6	53.3
10	要介護支援認定者の有病状況(糖尿病)	%	26.5	26.5	24.3
11	1人当たり月額医療費	円	36,958	35,050	29,043
12	入院医療費点数(筋・骨格)	千点	29,847	17,969	18,514
13	入院医療費点数(狭心症)	千点	5,397	3,534	3,771
14	入院医療費点数(高血圧症)	千点	313	326	393
15	入院医療費点数(糖尿病)	千点	1,485	1,585	1,690
16	外来医療費点数(筋・骨格)	千点	26,357	24,162	25,747
17	外来医療費点数(狭心症)	千点	2,322	1,714	1,908
18	外来医療費点数(高血圧症)	千点	15,299	12,328	15,170
19	外来医療費点数(糖尿病)	千点	28,752	25,107	25,992
20	1千人当たり患者数(筋・骨格)	人	508.1	465.6	408.6
21	1千人当たり患者数(狭心症)	人	101.0	71.4	61.8
22	1千人当たり患者数(高血圧症)	人	484.9	441.2	414.4
23	1千人当たり患者数(糖尿病)	人	278.9	255.1	229.7
24	1千人当たり新規患者数(筋・骨格)	人	61.7	62.8	61.7
25	1千人当たり新規患者数(狭心症)	人	3.2	2.9	2.8
26	1千人当たり新規患者数(高血圧症)	人	11.9	13.6	13.5
27	1千人当たり新規患者数(糖尿病)	人	12.7	14.3	13.9
28	メタボ率	%	25.6	23.2	20.6
29	特定健康診査受診率	%	43.1	43.9	-
30	特定保健指導実施率	%	17.4	28.6	-
31	1万人当たり重複投与者数	人	-	93.4	69.5 (※R3.3月)
32	1万人当たり多剤投与者数	人	-	26.5	-
33	後発医薬品使用割合(数量シェア)	%	78.2	77.2	-

【出典】

KDB 帳票「地域の全体像の把握」

(R4年度累計、国保組合含まない、令和5年9月22日現在)【No. 1, 2, 6~10、28】

KDB 帳票「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(R4年度累計、国保組合含まない、令和5年9月22日現在)【No. 11】

KDB 帳票「医療費分析(1)細小分類」

(R4年度累計、国保組合含まない、令和5年9月22日現在)【No. 12~27】

国保連合会 特定健診データ管理システムー特定健診・特定保健指導実施結果集計表【No. 29, 30】

厚生労働省 令和5年度保険者努力支援制度(取組評価分)の市町村分資料【No. 31, 32】

※R4.3月全国国保主管課長会議資料より

厚生労働省 令和3年人口動態調査【No. 3~5】

厚生労働省 医療費に関するデータの見える化についてー保険者別の後発医薬品の使用割合【No. 33】

## (2) 観音寺市の健康課題の全体像の整理

死亡・要介護状態	
平均余命 平均自立期間	<ul style="list-style-type: none"> <li>・男性の平均余命は81.0年で、国・県より短い。国と比較すると、-0.7年である。女性の平均余命は87.0年で、国・県より短い。国と比較すると、-0.8年である。(図表2-1-2-1)</li> <li>・男性の平均自立期間は80.0年で、国より短い、県より長い。国と比較すると、-0.1年である。女性の平均自立期間は84.9年で、国・県より長い。国と比較すると、+0.5年である。(図表2-1-2-1)</li> </ul>
死亡	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健事業により予防可能な重篤な疾患について、令和3年の死因別の順位と割合をみると、「虚血性心疾患」は第7位(3.2%)、「脳血管疾患」は第2位(8.4%)、「腎不全」は第8位(2.8%)と、いずれも死因の上位に位置している。(図表3-1-1-1)</li> <li>・平成25年から平成29年までの重篤な疾患の標準化死亡比は、急性心筋梗塞85.2(男性)92.9(女性)、脳血管疾患109.5(男性)99.3(女性)、腎不全103.4(男性)100.1(女性)。(図表3-1-2-1・図表3-1-2-2)</li> </ul>
介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平均余命と平均自立期間の差は、男性は1.0年、女性は2.1年となっている。(図表2-1-2-1)</li> <li>・介護認定者における有病割合をみると「心臓病」は64.8%、「脳血管疾患」は28.0%であり、これらの重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患の有病割合は「糖尿病」(26.5%)、「高血圧症」(57.1%)、「脂質異常症」(33.9%)である。(図表3-2-3-1)</li> </ul>

生活習慣病重症化	
医療費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院 <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健事業により予防可能な疾患について入院医療費の上位をみると、「脳梗塞」が8位(3.3%)となっている。これらの疾患の受診率をみると、「脳梗塞」が国の1.5倍となっている。(図表3-3-2-2・図表3-3-2-3)</li> <li>・重篤な疾患の患者は、基礎疾患(「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」)を有している人が多い。(図表3-3-5-1)</li> </ul> </li> <li>・外来(透析) <ul style="list-style-type: none"> <li>・「腎不全」の外来医療費は、外来医療費全体の9.7%を占めている。(図表3-3-3-1)</li> <li>・生活習慣病における重篤な疾患のうち「慢性腎臓病(透析あり)」の受診率は、国より高い。(図表3-3-4-1)</li> <li>・「慢性腎臓病(透析あり)」患者のうち、「糖尿病」を有している人は59.4%、「高血圧症」は95.3%、「脂質異常症」は46.9%となっている。(図表3-3-5-1)</li> </ul> </li> <li>・入院・外来 <ul style="list-style-type: none"> <li>・重篤な生活習慣病の医療費に絞って疾病別構成割合をみると、「脳梗塞」「狭心症」「心筋梗塞」の後期の総医療費に占める割合は、同疾患の国保の総医療費に占める割合と比べて大きい。(図表3-5-3-2)</li> </ul> </li> </ul>



### ◀重症化予防

生活習慣病	
医療費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来 <ul style="list-style-type: none"> <li>・「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」及び「慢性腎臓病(透析なし)」の外来受診率は、いずれも国より高い。(図表3-3-4-1)</li> <li>・令和4年度3月時点の被保険者における基礎疾患の有病者数及びその割合は、「糖尿病」が1,826人(15.5%)、「高血圧症」が3,177人(27.0%)、「脂質異常症」が2,726人(23.2%)である。(図表3-3-5-2)</li> </ul> </li> </ul>
特定健康診査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨対象者 <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨対象者数は2,237人で、特定健康診査受診者の59.4%となっており、2.5ポイント増加している。(図表3-4-5-1)</li> <li>・受診勧奨対象者のうち服薬が確認されていない人の割合は、血糖ではHbA1cが6.5%以上であった396人の19.4%、血圧ではI度高血圧以上であった1,209人の48.2%、脂質ではLDL-Cが140mg/dL以上であった845人の75.9%、腎機能ではeGFRが45ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満であった72人の9.7%である。(図表3-4-6-4)</li> </ul> </li> </ul>



### ◀発症予防

生活習慣病予備群・メタボリックシンドローム	
特定健康診査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メタボ該当者 <ul style="list-style-type: none"> <li>・令和4年度のメタボ該当者は965人(25.6%)で増加しており、メタボ予備群該当者は403人(10.7%)で減少している。(図表3-4-3-2)</li> </ul> </li> <li>・メタボ予備群該当者 <ul style="list-style-type: none"> <li>・令和4年度の特定保健指導実施率は17.4%であり、令和3年度までの実施率でみると国・県より高い。(図表3-4-4-1)</li> </ul> </li> <li>・特定健康診査有所見者 <ul style="list-style-type: none"> <li>・有所見該当者の割合について、国を100とした標準化比は、男性では「BMI」「腹囲」「収縮期血圧」「拡張期血圧」「中性脂肪」「HDL-C」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。女性では「BMI」「腹囲」「HbA1c」「収縮期血圧」「拡張期血圧」「中性脂肪」「尿酸」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。(図表3-4-2-2・図表3-4-2-3)</li> </ul> </li> </ul>

▲  
不健康な生活習慣

健康に関する意識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和4年度の特定健康診査受診率は43.1%であり、令和3年度までの受診率でみると国・県より高い。(図表3-4-1-1)</li> <li>・令和4年度の特定健康診査未受診者のうち、生活習慣病のレセプトが出ていない人は1,808人で、特定健康診査対象者の20.7%となっている。(図表3-4-1-3)</li> </ul>
特定健康診査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣</li> <li>・特定健康診査受診者の質問票の回答割合について、国を100とした標準化比は、男性では「睡眠不足」「歩行速度遅い」「食べる速度が速い」の標準化比がいずれの年代においても高く、女性では「1日1時間以上運動なし」「歩行速度遅い」「睡眠不足」の標準化比がいずれの年代においても高い。(図表3-4-7-2)</li> </ul>

▲ ◀健康づくり ▶適正服薬・医療費適正化

地域特性・背景

観音寺市の特性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢化率は33.8%で、国や県と比較すると、高い。(図表2-1-1-1)</li> <li>・国保加入者数は11,754人で、65歳以上の被保険者の割合は50.8%となっている。(図表2-1-5-1)</li> </ul>
健康維持増進のための社会環境・体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一人当たり医療費は増加している。(図表3-3-1-1)</li> <li>・重複処方該当者数は106人であり、多剤処方該当者数は22人である。(図表3-6-1-1・図表3-6-2-1)</li> <li>・後発医薬品の使用割合は78.0%であり、県と比較して0.6ポイント高い。(図表3-6-3-1)</li> </ul>
その他(がん)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・悪性新生物(「気管、気管支及び肺」「大腸」)は死因の上位にある。(図表3-1-1-1)</li> <li>・5がんの検診平均受診率は国・県より高い。(図表3-6-4-1)</li> </ul>

### (3) 観音寺市の生活習慣病に関する健康課題

考察	健康課題
<p><b>◀重症化予防</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保健事業により予防可能な重篤疾患をみると、観音寺市では脳血管疾患・腎不全いずれの死因割合・SMRとも国と比べて高い。脳血管疾患や腎不全の入院受診率、慢性腎臓病(透析あり)の外来受診率は国と比べて高いことから、同疾患は、国と比べて多く発生しており入院を経て死亡に至っている可能性が考えられる。</li> <li>虚血性心疾患による死亡は国と比べて低い状況にあるものの、虚血性心疾患の入院受診率や入院医療費は国と比べて高い水準にあるため、これらの疾患の発生頻度が高いことは、依然として課題である。</li> <li>外来治療の状況と合わせて見ると、虚血性心疾患・脳血管疾患・腎不全の原因となる動脈硬化を促進する糖尿病・高血圧・脂質異常症の外来受診率が国と比べて高いことから、一定水準の外来治療はなされていると考えられる。</li> <li>しかし他方、特定健康診査受診者においては、血糖・血圧・脂質に関して受診勧奨判定値を上回って当該疾患に関する服薬が出ていないものが血糖(HbA1c6.5%以上)では約2割、血圧(I度高血圧以上)では約5割、血中脂質(LDL-C140mg/dL以上)では約8割存在しており、この状態が継続すると生活習慣病が重症化し、脳血管疾患、糖尿病、および慢性腎臓病の発症につながる可能性が考えられる。</li> </ul>	<p>#1 重篤な疾患の発症を防ぐことを目的に、健診を受診し受診勧奨判定値を超えた者に対して適切な医療機関の受診を促進することが必要。</p>
<p><b>◀生活習慣病発症予防・保健指導</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健康診査受診者のうち、受診勧奨判定値を上回る人の割合メタボリックシンドローム該当者割合は国と比べて高く、経年でみても横ばいである。また、有所見者についても、特に血圧や脂質について、国と比べて高い割合となっている。一方で、特定保健指導実施率は最新年度において国と比べて低く、経年でみても横ばいであることから、メタボ該当者や有所見者への対策が不十分であることが考えられる。特定保健指導の実施率が高まることで、メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者を減少させられ、生活習慣病への移行を抑制できる可能性が考えられる。</li> </ul>	<p>#2 メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者を減少させることを目的に、特定保健指導の実施率を向上させることが必要。</p>
<p><b>◀早期発見・特定健康診査</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健康診査受診率が国と比べて高く、経年でみると横ばい。</li> <li>一方、特定健康診査未受診者の内、約2割が生活習慣病の治療を受けておらず、健康状態が不明の状況にあるから、本来医療機関受診勧奨や特定保健指導による介入が必要な人が特定健康診査で捉えられていない可能性が考えられる。</li> </ul>	<p>#3 今以上に適切に特定保健指導や重症化予防事業につなぐことを目的に、特定健康診査の受診率を向上することが必要。</p>
<p><b>◀健康づくり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健康診査受診者における質問票の回答割合を見ると、男女ともに毎日間食をとる人の割合が国と比べて多いことから、このような生活習慣が継続した結果、高血糖や高血圧、脂質異常の状態に至り、動脈硬化が進行した結果、最終的に脳血管疾患や慢性腎臓病の発症に至る者が多い可能性が考えられる。</li> </ul>	<p>#4 生活習慣病の進行、重篤疾患の発症を防ぐことを目的に、被保険者における食習慣、運動習慣の改善が必要。</p>

### (4) 一体的実施及び社会環境・体制整備に関する課題

考察	健康課題
<p><b>◀介護予防・一体的実施</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護認定者における有病割合を見ると、心臓病や高血圧症、脂質異常症といった基礎疾患において、有病割合は前期高齢者に比べ後期高齢者の方が多い。また、医療費の観点では、脳梗塞の医療費が総医療費に占める割合は、前期高齢者よりも後期高齢者の方が多い。</li> <li>これらの事実から、国保被保険者への生活習慣病の重症化予防が、後期高齢者における重篤疾患発症の予防につながる可能性が考えられる。</li> <li>また「筋・骨格関連疾患」においても同様の傾向にあることから、国保被保険者へのフレイル予防により「骨折」の予防につながる可能性がある。</li> </ul>	<p>#5 将来の重篤な疾患の予防のために国保世代への重症化予防が必要。</p>
<p><b>◀社会環境・体制整備</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>重複服薬者が106人、多剤服薬者が22人と、医療費適正化・健康増進の観点で服薬を適正化すべきと考える人が一定数存在する可能性がある。また、後発医薬品の使用割合は78.0%で、県の77.4%と比較して0.6ポイント高い。</li> </ul>	<p>#6 重複・多剤服薬者に対して服薬の適正化が必要。また、後発医薬品のさらなる利用促進が必要。</p>

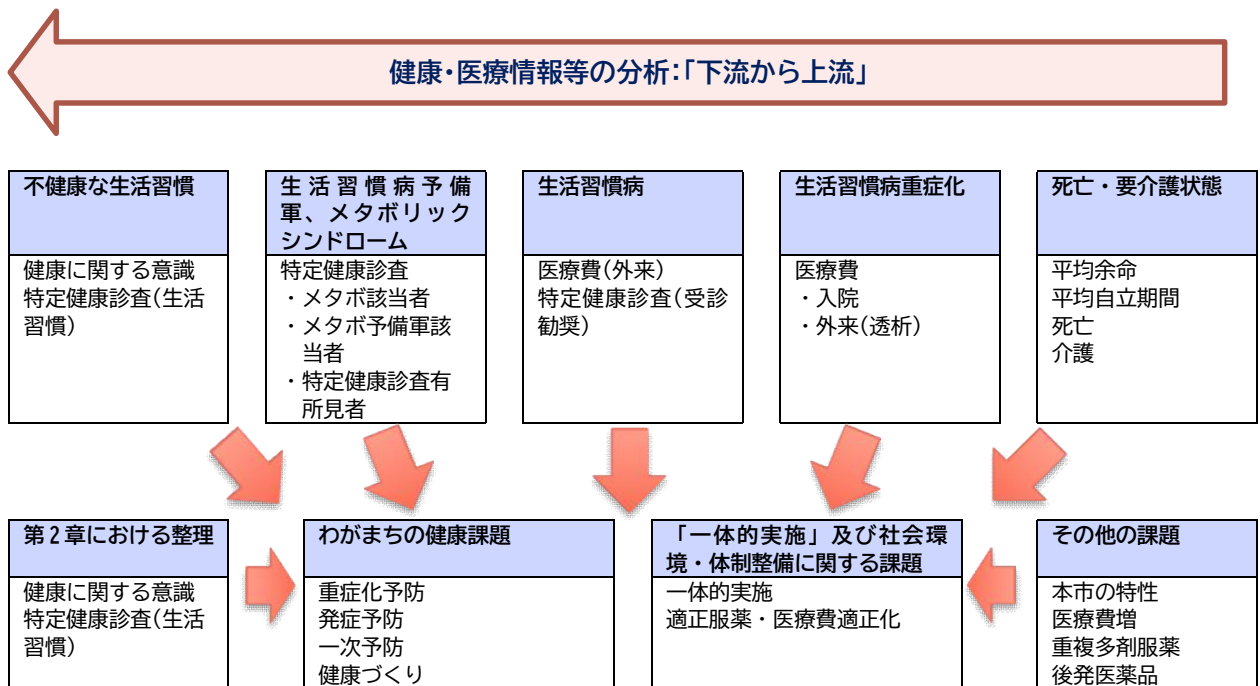
## 第4章 データヘルス計画の目的・目標

第3章では、「より多くの方が川の上流で健やかに生活できるよう」、「死亡・介護・医療・健診の順に川の下流から上流に向かって関連データを分析」した上で、第2章での現状の整理も踏まえて、健康課題の整理を行った。

整理した健康課題の改善・解消を目指して、保健事業として取り組むに当たっては、発症予防・重症化予防の観点から重要なことから、「川の上流から下流に向かって」段階に応じて、また、全ての段階で取り組む必要がある課題も考慮して、本計画で取り組む分野に再整理した上で、計画全体の目的を設定する。

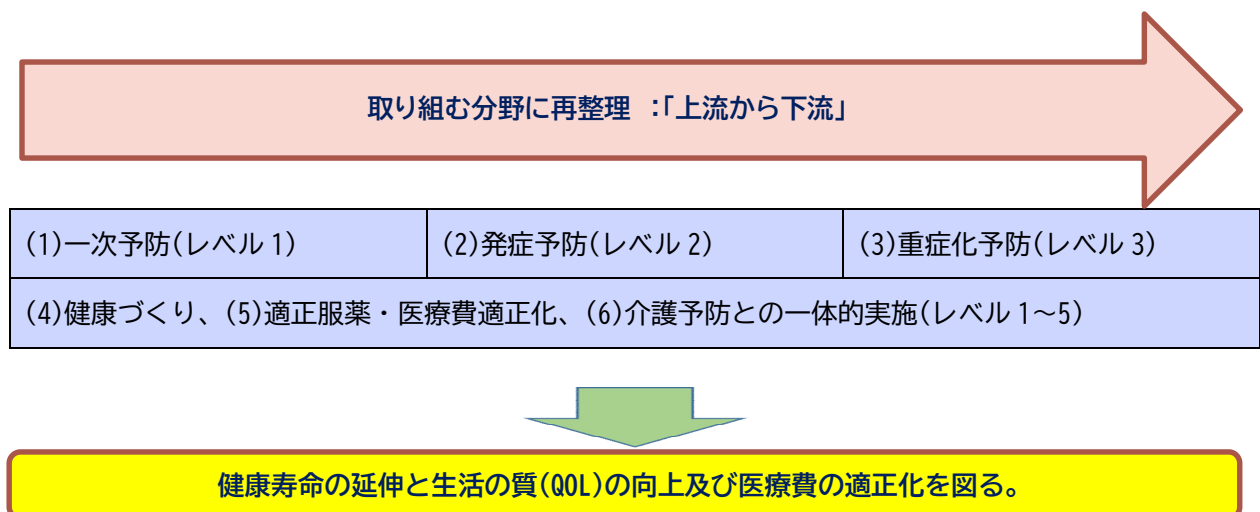
### 1 健康課題の整理まで

次のとおり第2章及び第3章で現状分析から健康課題の整理までを行った。



### 2 取り組む分野、計画全体の目的

本計画で取り組む分野に再整理した上で、計画全体の目的を設定する。



### 3 分野別の目標設定

取り組む分野ごとに目標を設定し、各目標を達成することで、本計画全体の目的の実現を目指す。取り組む分野ごとの目標は、次のとおりである。

計画全体の目的(6年後に目指したい姿)	
健康寿命の延伸と生活の質(QOL)の向上及び医療費の適正化を図る	

目標を達成するために設定する分野(1) 一次予防	
目標	特定健康診査受診率 60%
主な取組	特定健康診査受診率向上対策事業

目標を達成するために設定する分野(2) 発症予防	
目標	メタボリックシンドローム該当者 減少
主な取組	特定保健指導利用率向上対策事業

目標を達成するために設定する分野(3) 重症化予防	
目標	新規透析患者数 増加しない 健診異常値放置者 減少 高血圧該当者 減少 歯科受診率 向上
主な取組	健診異常値放置者受診勧奨、保健指導事業 糖尿病重症化予防事業 歯科受診勧奨、保健指導事業 慢性腎臓病受診勧奨、保健指導事業 高血圧性疾患重症化予防事業 糖尿病性腎症重症化予防事業

目標を達成するために設定する分野(4) 健康づくり	
目標	参加者の運動習慣の獲得
主な取組	プラス10 <sup>テン</sup> 運動教室

目標を達成するために設定する分野(5) 適正服薬・医療費適正化	
目標	適正な受診行動の獲得
主な取組	受診行動適正化指導事業 ジェネリック医薬品差額通知事業

目標を達成するために設定する分野(6) 一体的実施	
目標	高齢者の心身の多様な課題に対応し、高齢者にきめ細やかな支援を実施することで「健康寿命の延伸」を図る
主な取組	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 (高齢者に対するハイリスクアプローチ)重複頻回・多剤投薬等 (通いの場等への積極的な関与等ポピュレーションアプローチ)健康教育・健康相談

#### 4 目的・目標を達成するための戦略

本計画の目的・目標を達成するために、被保険者の利便性向上や効率的な事業の実施のため、KDB システム、レセプトデータ等の活用、情報通信技術の活用、委託事業者の活用のほか、県、国民健康保険運営協議会、国民健康保険団体連合会支援・評価委員会などの外部有識者の支援を受け、より効果的な取組を行う。

## 第5章 保健事業の内容

### 1 保健事業の整理

第2期に実施した保健事業の振り返りを行った上で、第3期データヘルス計画における目的・目標を達成するための保健事業を整理した。

#### (1) 一次予防

第2期計画における取組と評価		
事業評価	個別事業名	事業の概要
B	特定健康診査受診率向上対策事業	①節目年齢(40・45・50・55・60歳)の健診自己負担金を無料化し、受けやすい健診体制を継続する。 ②連続受診者や新規受診者を増やすために、受診勧奨(個人通知及び電話勧奨)を実施する。 ③若い世代の健康意識の向上を図るためにスマホ de ドック事業を実施する(令和2年度廃止) ④医療機関との連携を行い、治療中・通院中のため特定健康診査未受診者に対しては、健診受診勧奨または情報提供事業を拡充させる。 ⑤モデル地区を指定し、住民への健康啓発活動を実施し、受診勧奨を行う。



第3期計画における一次予防に関連する健康課題
今以上に適切に特定保健指導や重症化予防事業につなぐことを目的に、特定健康診査の受診率を向上することが必要。
第3期計画における一次予防に関連するデータヘルス計画の目標
特定健康診査受診率 60%



第3期計画における一次予防に関連する保健事業			
継続/新規	香川県標準事業	個別事業名	事業の概要
継続	✓	特定健康診査受診率向上対策事業	・脳疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の予防や重症化を防ぐため、特定健康診査の受診勧奨や周知などの取り組みを行うことで、特定健康診査の受診率向上を図る。



① 特定健康診査受診率向上対策事業

実施計画															
事業概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の予防や重症化を防ぐため、特定健康診査の受信勧奨や周知などの取り組みを行うことで、特定健康診査の受診率向上を図る。</li> <li>①節目年齢(40・45・50・55・60歳)の健診自己負担金を無料化し、受けやすい健診体制を継続する。</li> <li>②連続受診者や新規受診者を増やすために、受診勧奨(個人通知及び電話勧奨)を実施する。</li> <li>③医療機関との連携を行い、治療中・通院中のため特定健康診査未受診者に対しては、健診受診勧奨または情報提供事業を拡充させる。</li> <li>④モデル地区を指定し、住民への健康啓発活動を実施し、受診勧奨を行う。</li> </ul>														
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>①国民健康保険加入者(節目年齢：40・45・50・55・60歳の者)</li> <li>②③レセ有健診未受診者、また、委託業者による特定健康診査受診者の分析等を活用し、受診率がより高く効果のある人へアプローチをする。</li> <li>(対象者選定条件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・過去3年以内に特定健康診査の受診歴があるもの</li> <li>・過去3年以内に特定健康診査の受診歴がなくレセプトなしの者</li> <li>・過去3年以内に特定健康診査の受診歴がなくレセプトありの者</li> <li>・前年度国保に加入した者</li> <li>・生活習慣病のレセプトがある者</li> <li>・今年度未受診者で、定期受診者で検尿・採血をしている人</li> </ul> </li> <li>④KDBデータ分析により対象地区を選定する。</li> </ul>														
ストラクチャー(体制)	実施体制：市、委託業者、特定健康診査・人間ドック委託医療機関 関係機関：医師会														
プロセス(方法)	実施方法： <ul style="list-style-type: none"> <li>①国保加入手続きの時に、特定健康診査の説明・受診勧奨を行う</li> <li>②③年3回勧奨はがきや情報提供勧奨通知を発送</li> <li>④KDBで地区分析を行い、受診率が低い地区をモデル地区とし受診勧奨を行う</li> </ul>														
評価指標・目標値															
ストラクチャー(体制)	法定報告 健康管理システム														
プロセス(方法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・10月の法定報告で前年度の受診率を把握する</li> <li>・翌年5月、健康管理システムで受診率、受診者分析を行う</li> </ul>														
事業アウトプット	①特定健康診査受診率 <table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>43.1%</td> <td>60.0%</td> <td>60.0%</td> <td>60.0%</td> <td>60.0%</td> <td>60.0%</td> <td>60.0%</td> </tr> </tbody> </table> ※開始時の数値はR4年度法定報告より算出	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	43.1%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度								
	43.1%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%								
②40歳の健診初年度の受診率 <table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.6%</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> </tr> </tbody> </table> ※開始時の数値はR4年度法定報告より算出	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	0.6%	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度									
0.6%	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増									
※開始時の数値はR4年度法定報告より算出															
事業アウトカム	①特定健康診査3年継続受診者の割合(%) <table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>58.8%</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> </tr> </tbody> </table> ※開始時の数値はR4年度法定報告より算出	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	58.8%	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度								
	58.8%	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増								
②死因 脳血管疾患の割合(%) <table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19.5%</td> <td>前年度より減</td> <td>前年度より減</td> <td>前年度より減</td> <td>前年度より減</td> <td>前年度より減</td> <td>前年度より減</td> </tr> </tbody> </table> ※開始時の数値はR4年度法定報告より算出	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	19.5%	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度									
19.5%	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減									
③死因 心臓病疾患の割合(%) <table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>27.4%</td> <td>前年度より減</td> <td>前年度より減</td> <td>前年度より減</td> <td>前年度より減</td> <td>前年度より減</td> <td>前年度より減</td> </tr> </tbody> </table> ※開始時の数値はR4年度法定報告より算出	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	27.4%	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度									
27.4%	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減									
評価時期	(事業アウトプット) <ul style="list-style-type: none"> <li>①翌年度10月末 法定報告</li> <li>②翌年度5月末 健康管理システム</li> </ul> (事業アウトカム) <ul style="list-style-type: none"> <li>①②③翌年度5月末 健康管理システム</li> </ul>														

## (2) 発症予防

第2期計画における取組と評価		
事業評価	個別事業名	事業の概要
C	特定保健指導利用率向上対策事業	①特定保健指導未利用者に対し、個別に電話や訪問による積極的な利用勧奨を行う。 ②特定保健指導利用者に対し、アンケート等で利用したきっかけ、期待する内容等の把握し、未利用者へのアプローチにつなげる。 ③健診結果説明時に保健指導につながるよう、健診委託医療機関からの働きかけを依頼する。 ④健診委託医療機関と定期的な情報交換を行い、実施方法や内容の検討を実施する。

第3期計画における発症予防に関連する健康課題
メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者を減少させることを目的に、特定保健指導の実施率を向上することが必要。
第3期計画における発症予防に関連するデータヘルス計画の目標
メタボリックシンドローム該当者 減少

第3期計画における発症予防に関連する保健事業			
継続/新規	香川県標準事業	個別事業名	事業の概要
継続	✓	特定保健指導利用率向上対策事業	脳疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の予防や重症化を防ぐため、特定保健指導実施率の向上を図る。

### ① 特定保健指導利用率向上対策事業

実施計画																																									
事業概要	・脳疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の予防や重症化を防ぐため、特定保健指導の実施率向上を図る。 ①特定保健指導未利用者に対し、個別に電話や訪問による積極的な利用勧奨を行う。 ②特定保健指導利用者に対し、アンケート等で利用したきっかけ、期待する内容等の把握し、未利用者へのアプローチにつなげる。 ③特定保健指導実施医療機関と定期的な情報交換を行い、実施方法や内容の検討を行い、健診委託医療機関からの働きかけを依頼する。																																								
対象者	下記の対象に該当する者 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">腹囲</th> <th colspan="2">追加リスク ※1</th> <th rowspan="2">喫煙歴</th> <th colspan="2">対象</th> </tr> <tr> <th>①血糖</th> <th>②脂質</th> <th>③血圧</th> <th>40～64歳</th> <th>65～74歳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">≥85cm(男性) ≥90cm(女性)</td> <td colspan="2">2つ以上該当</td> <td rowspan="2">なし</td> <td colspan="2">積極的支援</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1つ該当</td> <td>あり</td> <td>動機付け支援相当 ※2</td> <td rowspan="2">動機付け支援</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">上記以外で BMI ≥25 kg/m<sup>2</sup></td> <td colspan="2">3つ該当</td> <td rowspan="3">なし</td> <td colspan="2">積極的支援</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2つ該当</td> <td>あり</td> <td>動機付け支援相当 ※2</td> <td rowspan="2">動機付け支援</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1つ該当</td> <td>なし</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				腹囲	追加リスク ※1		喫煙歴	対象		①血糖	②脂質	③血圧	40～64歳	65～74歳	≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当		なし	積極的支援		1つ該当		あり	動機付け支援相当 ※2	動機付け支援	上記以外で BMI ≥25 kg/m <sup>2</sup>	3つ該当		なし	積極的支援		2つ該当		あり	動機付け支援相当 ※2	動機付け支援	1つ該当		なし	
腹囲	追加リスク ※1		喫煙歴	対象																																					
	①血糖	②脂質		③血圧	40～64歳	65～74歳																																			
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当		なし	積極的支援																																					
	1つ該当			あり	動機付け支援相当 ※2	動機付け支援																																			
上記以外で BMI ≥25 kg/m <sup>2</sup>	3つ該当		なし	積極的支援																																					
	2つ該当			あり	動機付け支援相当 ※2	動機付け支援																																			
	1つ該当			なし																																					
	※1 追加リスク <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>① 血糖</td> <td>HbA1c5.6%以上</td> <td>または</td> <td>空腹時血糖 100mg/dl 以上</td> </tr> <tr> <td>② 脂質</td> <td>中性脂肪 150mg/dl 以上</td> <td>または</td> <td>HDL コレステロール 40mg/dl 未満</td> </tr> <tr> <td>③ 血圧</td> <td>収縮期 130mmHg 以上</td> <td>または</td> <td>拡張期 85mmHg 以上</td> </tr> </tbody> </table> 注意：糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服薬している者を除く				① 血糖	HbA1c5.6%以上	または	空腹時血糖 100mg/dl 以上	② 脂質	中性脂肪 150mg/dl 以上	または	HDL コレステロール 40mg/dl 未満	③ 血圧	収縮期 130mmHg 以上	または	拡張期 85mmHg 以上																									
① 血糖	HbA1c5.6%以上	または	空腹時血糖 100mg/dl 以上																																						
② 脂質	中性脂肪 150mg/dl 以上	または	HDL コレステロール 40mg/dl 未満																																						
③ 血圧	収縮期 130mmHg 以上	または	拡張期 85mmHg 以上																																						
	※2 動機付け支援相当 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>BMI &lt; 30</td> <td>腹囲 1.0 cm 以上かつ体重 1.0 kg 以上減少している者</td> </tr> <tr> <td>BMI ≥ 30</td> <td>腹囲 2.0 cm 以上かつ体重 2.0 kg 以上減少している者</td> </tr> </tbody> </table>				BMI < 30	腹囲 1.0 cm 以上かつ体重 1.0 kg 以上減少している者	BMI ≥ 30	腹囲 2.0 cm 以上かつ体重 2.0 kg 以上減少している者																																	
BMI < 30	腹囲 1.0 cm 以上かつ体重 1.0 kg 以上減少している者																																								
BMI ≥ 30	腹囲 2.0 cm 以上かつ体重 2.0 kg 以上減少している者																																								

ストラクチャー (体制)	実施体制：市、特定保健指導委託医療機関 関係機関：医師会														
プロセス (方法)	実施方法： ①特定保健指導未利用者に対し、年1回、個別に電話や訪問による積極的な利用勧奨を行う。 ②特定保健指導利用者に対し、アンケート等で利用したきっかけ、期待する内容等の把握し、未利用者へのアプローチにつなげる。 ③特定保健指導実施医療機関と定期的な情報交換を行い、実施方法や内容の検討を行い、健診委託医療機関からの働きかけを依頼する。														
<b>評価指標・目標値</b>															
ストラクチャー (体制)	・ KDB ・ 法定報告														
プロセス (方法)	・ 法定報告による利用率等の分析 ・ 実施機関から報告される初回指導・中間・実績評価時等の指導後状況報告を分析 ・ 保健指導終了後アンケート結果などを分析														
事業アウトプット	①特定保健指導実施率(%)														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>17.4%</td> <td>60%</td> <td>60%</td> <td>60%</td> <td>60%</td> <td>60%</td> <td>60%</td> </tr> </tbody> </table>	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	17.4%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度								
17.4%	60%	60%	60%	60%	60%	60%									
※開始時の数値は、R4年度法定報告より算出。終了者の割合とは異なる。															
事業アウトカム	①特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>23.4%</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> </tr> </tbody> </table>	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	23.4%	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度								
	23.4%	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増								
※開始時の数値は、R4年度法定報告より算出。															
②メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の人数(法定報告)															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1,367人</td> <td>前年度より減</td> <td>前年度より減</td> <td>前年度より減</td> <td>前年度より減</td> <td>前年度より減</td> <td>前年度より減</td> </tr> </tbody> </table>	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	1,367人	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度									
1,367人	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減									
※開始時の数値は、R4年度法定報告より算出。															
評価時期	(事業アウトプット) ①翌年度10月末 法定報告 (事業アウトカム) ①②翌年度10月末 法定報告														

### (3) 重症化予防

第2期計画における取組と評価		
事業評価	個別事業名	事業の概要
C	健診異常値放置者受診勧奨、保健指導	①特定健康診査受診後、受診・改善が必要な者に対し個人通知を送付し、受診勧奨及び保健指導を実施する。 ②受診が必要であるにもかかわらず未受診の者に対し、訪問や電話等で再勧奨を実施する。 ③健診異常値放置者の状態を把握し、アプローチにつなげる。
C	糖尿病重症化予防事業	①特定健康診査受診者のうち、HbA1c値が6.5以上の者で「受診歴なし、または受診継続が確認できない者」に対し受診勧奨を行う。 ②受診状況が把握できないものに対しては、電話や訪問等による再勧奨を実施する。 ③受診後、保健指導が必要と医師が判断した者については「健康栄養相談」（個別保健指導）を実施する。
B	歯科受診勧奨、保健指導事業	・歯周病が糖尿病の合併症であることを基礎とし、特定健康診査に歯科問診項目を設け、有所見結果と健診(HbA1c)の値、喫煙の有無、レセプト情報の突合、階層化し、歯科受診勧奨と保健指導を実施する。 ・歯科医師会委託により健診と指導を行う。
B	慢性腎臓病受診勧奨、保健指導事業	①保健指導対象者には保健師、管理栄養士による腎臓サポート相談(個別指導)を実施する。 ②受診勧奨対象者にはかかりつけ医への受診を勧奨し、必要時、専門医につなげてもらう。 ③健康相談を継続利用してもらえるような体制を構築する。
C	高血圧性疾患重症化予防事業	①若い世代に特定健康診査に対する関心をもってもらう。 ②特定健康診査受診者のうち、血圧値が保健指導値以上の者について個別、集団指導を実施する。
A	糖尿病性腎症重症化予防事業	・医療機関(三豊総合病院・香川井下病院・みとよ内科にれクリニック)へ委託実施。 【対象者】 ・観音寺市国民健康保険被保険者で、委託医療機関内に糖尿病性腎症の第2期・第3期と思われる者のうち、保健指導により病状の維持・改善が認めると判断した者や重症化するリスクの高い者のうち、事業について同意が得られた者。 【実施者・方法】 ・専門職によるおおむね12か月間の個別指導を行う。指導内容は、食事、運動、服薬指導とし、指導完了後も自立して正しい生活習慣や疾病の自己管理が継続できるようにし、人工透析への移行を予防または遅延することを目的とする。

### 第3期計画における重症化予防に関連する健康課題

重篤な疾患の発症を防ぐことを目的に、健診を受診し受診勧奨判定値を超えたものに対して適切な医療機関の受診を促進することが必要。

### 第3期計画における重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標

新規透析患者数 増加しない  
健診異常値放置者 減少  
高血圧該当者 減少  
歯科受診率 向上

**第3期計画における重症化予防に関連する保健事業**

継続/新規	香川県標準事業	個別事業名	事業の概要
継続	✓	健診異常値放置者受診勧奨、保健指導事業	・特定健康診査受診後、受診・改善が必要な者に対し、個人通知の送付や訪問、電話等による受診勧奨及び保健指導を実施する。
継続	✓	糖尿病重症化予防事業	・特定健康診査受診者のうち、HbA1c 値が 6.5 以上の者で「受診歴なし、または、受診継続が確認できない者」に対し受診勧奨を行う。
継続	✓	歯科受診勧奨、保健指導事業	・歯周病が糖尿病の合併症であることを基礎とし、特定健康診査の歯科質問票における、有所見結果と HbA1c 値を突合、階層化し、歯科受診勧奨と保健指導を実施する。歯科医師会に委託し、健診と指導を行う。
継続	✓	慢性腎臓病受診勧奨、保健指導事業	・eGFR 値と尿たんぱくの健診結果から抽出した保健指導対象者に対し保健師、管理栄養士による腎臓サポート相談(個別指導)を実施する。
継続	✓	高血圧性疾患重症化予防事業	・特定健康診査受診者のうち、血圧値が保健指導値以上の者に対し個別、集団指導を実施する。
継続	✓	糖尿病性腎症重症化予防事業	・糖尿病が重症化するリスクの高い未治療者・治療中断者に対し、関係機関からの適切な受診勧奨・保健指導を行うことにより治療に結び付けるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対してかかりつけ医の判断により保健指導候補者を選定し、糖尿病管理の徹底により合併症である腎不全、人工透析への移行を防止または遅らせる。

① 特定健康診査異常値放置者受診勧奨、保健指導

実施計画							
事業概要	・ 特定健康診査受診後、受診・改善が必要な者に対し、個人通知の送付や訪問、電話等による受診勧奨及び保健指導を実施する。						
対象者	通知発送対象者 特定健康診査受診後、1つでも保健指導値以上に該当する者(下記表のいずれかに該当する者) ※特定保健指導、受診勧奨(CKD、尿酸)、CKD 保健指導対象者を除く						
	BMI	18.5 未満または 25 以上	AST	31U/L 以上			
	腹囲	男性 85cm、女性 90cm 以上	ALT	31U/L 以上			
	血圧	130/85mmHg 以上	γ-GTP	51U/L 以上			
	中性脂肪	150mg/dl 以上	HbA1c	5.6%以上			
	HDL コレステロール	40mg/dl 以上	血色素量	男性 13~16mg/dl 女性 12~15mg/dl			
	LDL コレステロール	120mg/dl 以上	尿酸	7.1mg/dl 以上			
ストラクチャー (体制)	健康栄養相談 回数：30 回程度 会場：観音寺市保健センター、大野原いきいきセンター、豊浜福祉会館 スタッフ：保健師、管理栄養士、看護師 関係機関：医師会						
プロセス (方法)	①特定健康診査受診勧奨・保健指導対象者を選定する。 特定健康診査の結果、検査値に異常値がある人のうち、下記除外対象者を除く者。 (除外者) ・ 特定保健指導該当者 ・ 腎臓サポート相談(CKD 保健指導)対象者 ・ 受診勧奨対象者(CKD、尿酸) ②健康栄養相談の案内を個人通知する。 ③健康相談希望者からの電話申し込みを受け付ける。 ④健康相談を実施する。 ⑤健康栄養相談未利用者に対し、次の流れでフォロー(個別保健指導)を実施する。 ・ HbA1c8.0 以上の者かつ、74 歳までの者に対し、電話または訪問にて個別保健指導を実施。 ・ 3 重層【血圧(収縮期・拡張期のどちらかが1つ以上)、脂質(中性脂肪、HDL、LDL のいずれか1つ以上)、HbA1c5.6 以上】の3つともが保健指導値以上かつ 40 歳~64 歳の者に対し、電話または訪問にて個別保健指導を実施。 ・ 3 重層【血圧(収縮期・拡張期のどちらかが1つ以上)、脂質(中性脂肪、HDL、LDL のいずれか1つ以上)、HbA1c5.6 以上】の3つともが保健指導値以上かつ 65 歳以上の者に対し、電話にて個別保健指導を実施。 ・ 健康栄養相談未利用所、かつ、保健指導値に1つ該当した方に対しては、健診結果を返却時に「ふりかえりシート」にて主治医より指導いただく。 ⑥健康栄養相談案内者の次年度に継続受診できているかを確認する。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	KDB データ 健康管理システム						
プロセス	・ 健康管理システムより、対象者の翌年度の健診受診状況や改善率を分析						
事業アウトプット	①健康栄養相談の実施率						
	開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	9.5%	15%	15%	15%	15%	15%	15%
	※開始時の数値は、R4 年度実績より算出						
事業アウトプット	②未参加者へのフォロー率						
	開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	0.4%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

事業アウトカム	①保健指導介入者における次年度の健診受診率						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	81.4%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
	※開始時の数値は、R3年度保健指導介入者とR4年度の比較より算出						
	②脂質(LDL コレステロール)高値の人数、割合						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	324人 8.6%	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減
	※開始時の数値は、R4年度KDBデータより算出						
	※特定健康診査受診者のうちLDLコレステロール160mg/dl以上の者の人数(40歳以上、内服加療中の者を含む)						
	③高血圧の改善						
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
収縮期 131.2	前年度より 低下	前年度より 低下	前年度より 低下	前年度より 低下	前年度より 低下	前年度より 低下	
※開始時の数値は、R4年度KDBデータより算出							
※収縮期血圧の平均値(40歳以上、内服加療中の者を含む)(年齢調整値)							
評価時期	(事業アウトプット) ①年度末(3月)    ②年度末(3月) (事業アウトカム) ①健診受診年の翌年度(9月)に受診状況を確認し、未受診者に対しては健診受診の再勧奨を行う。 健診受診年の翌年度(3月)に前年度健康栄養相談対象者の受診状況最終評価を行う。 ②③翌年度6月 KDBデータより算出						

## ② 糖尿病重症化予防事業

実施計画							
事業概要	・ 特定健康診査受診者のうち、HbA1c 値が 6.5 以上の者で「受診歴なし、または、受診継続が確認できない者」に対し受診勧奨を行う。						
対象者	①市独自で抽出した対象者(HbA1c：6.9 以上、3 か月以上レセなし) ②表より受診勧奨①～④の者 直近 12 ヶ月のレセプト情報で判定						
	レベル	医療受診中断の有無	特定健康診査 HbA1c 値				
			健診未受診	6.5～6.9 未満	6.9 以上		
	レベル0 糖尿病治療なし	健診実施年月 + 3 ヶ月のデータが存在しない		受診勧奨①			
レベル1 糖尿病治療中断	前年度に糖尿病レセプト有 + 当該年度レセプトなし			受診勧奨②			
レベル2 糖尿病性腎症 治療中断	前年度に糖尿病のレセプト有 + 当該年度レセプトなし	受診勧奨⑤	受診勧奨③	受診勧奨④			
ストラクチャー (体制)	実施体制： 通知時期：年 1 回 7 月 個別通知を発送 受診勧奨実施期間：通年 関係機関：医師会、香川県国保連合会						
プロセス (方法)	実施方法：個別受診勧奨 ①対象者を選定する。 前年度の健診受診者分を基に KDB データ、レセプトデータより分析し、対象者を抽出。 ②個人通知を発送する。 ③受診後、主治医より受診勧奨票(報告書)が返却される。 ④医師の指示による個別指導が必要な者は「健康栄養相談」(個別保健指導)へ案内する。 ⑤報告書に基づき、結果入力する。 ⑥未受診者に対するフォローを実施する。電話、訪問にて受診勧奨の実施する。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	KDB データ、レセプトデータ						
プロセス	①対象者が医療機関を受診したかどうかを主治医より医療受診勧奨票(報告書)またはレセプトにて確認し、受診率を出す。 ②医療受診勧奨票(報告書)またはレセプトにて確認できなかった者に関しては、電話または訪問して受診勧奨を行い、再度医療受診勧奨票(報告書)またはレセプトにて確認し、受診率に反映させる。						
事業アウトプット	①対象者の医療機関受診率						
	開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	②要保健指導者への指導実施率						
	開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	10%	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増
	③未受診者へのフォロー率						
	開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	④健康相談実施率(受診後、主治医から保健指導要の指示が出た者)						
	開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
*開始時の数値は R4 医療受診勧奨票の返却データより算出							



事業アウトカム	① 保健指導介入者における次年度の健診受診率						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	70%	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増
	② 保健指導介入者における次年度健診値改善率(HbA1C値)						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
50%	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	
*開始時の数値はR4健診結果データより算出							
評価時期	(事業アウトプット) ①~④8月~3月 (事業アウトカム) ①②8月~3月						

### ③ 歯科受診勧奨、保健指導事業

実施計画								
事業概要	・ 歯周病が糖尿病の合併症であることを基礎とし、特定健康診査の歯科質問票における、有所見結果とHbA1c 値を突合、階層化し、歯科受診勧奨と保健指導を実施する。歯科医師会に委託し、健診と指導を行う。							
対象者	歯科受診	医科受診	特定健康診査(質問票)		特定健康診査(HbA1c)		受診勧奨  保健指導	
			自覚症状	喫煙	5.6~6.4	6.5以上		
	歯科受診の有無問わず	糖尿病治療中	噛めない	喫煙の有無問わず				
			定期的な通院なし					
未治療(血糖)、糖尿病治療なし、治療中断者	噛めない							
	歯茎が腫れている							
ストラクチャー(体制)	<p>実施体制：</p> <p>KKDA システムにより、前年度健診結果から歯科受診の有無を問わず、糖尿病の治療中の者のうち、特定健康診査の結果HbA1c6.5以上の者、歯科問診に該当する者に対し医療機関への受診勧奨を行う。</p> <p>糖尿病未治療者等のうち、HbA1c5.6以上の者、歯科問診に該当する者に対し、保健指導対象者として歯科医師会への委託により健診と指導を行う。</p> <p>通知時期：年1回 11月 個別通知を発送</p> <p>受診勧奨実施期間：通年</p> <p>関係機関：歯科医師会、香川県国保連合会</p>							
プロセス(方法)	<p>実施方法：個別受診勧奨</p> <p>①対象者を選定する。 前年度の健診受診者分を基に KKDA システムにより対象者を抽出。</p> <p>②個人通知を発送する。</p> <p>③受診後、主治医より受診勧奨票(報告書)が返却される。</p> <p>④報告書に基づき、結果入力する。(データ管理し、国保連合会に報告)</p> <p>⑤未受診者に対するフォローを実施する。電話、訪問にて受診勧奨の実施する。</p>							
評価指標・目標値								
ストラクチャー	KKDA システム							
プロセス	<p>①対象者が医療機関を受診したかどうかを主治医より医療受診勧奨票(報告書)またはレセプトにて確認し、受診率を出す。</p> <p>②医療受診勧奨票(報告書)またはレセプトにて確認できなかった者に関しては、電話または訪問して受診勧奨を行い、再度医療受診勧奨票(報告書)またはレセプトにて確認し、受診率に反映させる。</p>							
事業アウトプット	①対象者の医療機関受診率							
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
	2.9%	10%	15%	20%	20%	20%	20%	
	※開始時はR4年度発送分の結果を記載							
事業アウトプット	②要保健指導者への指導実施率							
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
	20.3%	25%	30%	50%	50%	50%	50%	
	※開始時はR4年度発送分の結果を記載							

事業アウトカム	①受診勧奨対象者割合						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	0.8%	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減
	②保健指導対象者割合						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	3.1%	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減
	③食事を何でもかんで食べることができる人の割合(質問票より)						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	74.9%	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増
	※開始時の数値は、R4 特定健康診査の質問票より抽出。						
評価時期	(事業アウトプット) ①受診勧奨票発送後翌年の11月(次年度分発送前)、KKDAシステム(管理表)を分析 ②保健指導票発送後翌年の11月(次年度分発送前)、KKDAシステム(管理表)を分析 (事業アウトカム) ①②11月(KKDAシステムより対象者選出) ③KDBデータ質問票より抽出						

#### ④ 慢性腎臓病受診勧奨、保健指導事業

実施計画			
事業概要	・ eGFR 値と尿たんぱくの健診結果から抽出した保健指導対象者に対し保健師、管理栄養士による腎臓サポート相談(個別指導)を実施する。		
対象者		尿たんぱく(-, ±)	尿たんぱく(+)
	60 ≤ eGFR	勧奨等なし	保健指導
	45 ≤ eGFR < 60	保健指導	
	30 ≤ eGFR < 45	受診勧奨	
eGFR < 30			
ストラクチャー (体制)	<p>実施体制： eGFR 値と尿たんぱくの健診結果から保健指導・受診勧奨対象者を KKDA システムより抽出する。保健指導対象者には、市が個別指導を実施、受診勧奨対象者にはかかりつけ医への受診を勧奨する。</p> <p>【受診勧奨】 通知時期：毎月 個別通知を発送 受診勧奨実施期間：通年 関係機関：医師会、香川県国保連合会</p> <p>【保健指導】 保健指導対象者には、保健指導票と共に市が実施する個別指導「腎臓サポート相談」へ案内し、予約者へ市の保健師・栄養士が個別指導を実施する。</p> <p>回数：月 1～2 回 会場：観音寺市保健センター スタッフ：保健師、管理栄養士、看護師</p>		
プロセス (方法)	<p>実施方法：個別通知発送</p> <p>【受診勧奨】 ①対象者を選定する。 KKDA システムを用い、今年度健診結果より eGFR 値と尿たんぱくの結果から対象者を抽出する。 ②個人通知を発送する。 ③受診後、主治医より受診勧奨票(報告書)が返却される。 ④報告書に基づき、結果入力する。(データ管理し、国保連合会に報告) ⑤未受診者に対するフォローを実施する。 電話、訪問にて受診勧奨を実施する。</p> <p>【保健指導】 ①対象者を選定する。 KKDA システムを用い、今年度健診結果より eGFR 値と尿たんぱくの結果から対象者を抽出する。 ②保健指導票とともに、個別指導「腎臓サポート相談」の案内を個人通知する。 ③希望者からの電話にて予約を受け付ける。 ④「腎臓サポート相談」を実施する。 ⑤「腎臓サポート相談」未利用者に対し、フォロー(個別保健指導)を実施する。</p>		
評価指標・目標値			
ストラクチャー	KKDA システム		
プロセス	<p>【受診勧奨】 ①対象者が医療機関を受診したかどうかを主治医より医療受診勧奨票(報告書)またはレセプトにて確認し、受診率を出す。 ②医療受診勧奨票(報告書)またはレセプトにて確認できなかった者に関しては、電話または訪問して受診勧奨を行い、再度医療受診勧奨票(報告書)またはレセプトにて確認し、受診率に反映させる。</p> <p>【保健指導】 ①保健指導実施率を出す。</p>		

事業アウトプット	①対象者の医療機関受診率						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	50.7%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
	※開始時はR4年度発送分の結果を記載						
	②要保健指導者への指導実施率						
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
27.9%	30%	40%	50%	50%	50%	50%	
※開始時はR4年度発送分の結果を記載							
事業アウトカム	①受診勧奨対象者割合						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	3.4%	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減
	※開始時はR4年度発送分の結果を記載						
	②保健指導対象者割合						
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
21.5%	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	
※開始時はR4年度発送分の結果を記載							
評価時期	(事業アウトプット) ①国保連合会へ管理表提出時、KKDAシステム(管理表)にて分析 ②国保連合会へ管理表提出時、KKDAシステム(管理表)にて分析 (事業アウトカム) ①受診勧奨票発送の翌々年、健康管理システムより分析 ②保健指導票発送の翌々年、健康管理システムより分析						

### ⑤ 高血圧性疾患重症化予防事業

実施計画							
事業概要	・ 特定健康診査受診者のうち、血圧値が保健指導値以上の者に対し個別、集団指導を実施する。						
対象者	前年度の特定健康診査の結果より高血圧に該当した者 ※抽出条件は年度によって変更あり						
ストラクチャー (体制)	実施体制：健康教育(未申込者には電話・訪問にて個別指導実施) 回数：年1回 スタッフ：保健師、管理栄養士 関係機関：医師会						
プロセス (方法)	実施方法： ①対象者の抽出をする ②対象者への周知する 〈方法〉個別通知、広報掲載、回覧板など ③対象者から申し込みを受け付ける ④未申込者には電話や訪問にて勧奨または個別指導を行う。 ⑤教室を実施する。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	KDB データ 健康管理システム						
プロセス	・ 教室実施後のアンケート結果の分析 ・ KDB データの健診受診者や有所見者を分析						
事業アウトプット	①対象者の参加率						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	0%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
	※開始時の数値は、R4年度実績より算出						
事業アウトカム	②未申込者へのフォロー率(電話・訪問)						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	※開始時の数値は、R4年度実績より算出						
事業アウトカム	①対象者の次年度健診受診率						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	7.7%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	※開始時の数値は、R4年度実績より算出						
事業アウトカム	②対象者の次年度血圧値改善率						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	0%	15%	15%	15%	15%	15%	15%
	※改善率：対象者のうち、収縮期血圧が5mmHg低下している者の割合						
評価時期	(事業アウトプット) ①②年度末 (事業アウトカム) ①②翌年度(3月) 健康管理システム						

⑥ 糖尿病性腎症重症化予防事業

実施計画	
事業概要	<p>・糖尿病が重症化するリスクの高い未治療者・治療中断者に対し、関係機関からの適切な受診勧奨・保健指導を行うことにより治療に結び付けるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対してかかりつけ医の判断により保健指導候補者を選定し、糖尿病管理の徹底により合併症である腎不全、人工透析への移行を防止または遅らせる。</p>
対象者	<p>観音寺市国民健康保険被保険者で、下記の条件を満たす者</p> <p>◆<b>受診勧奨</b> 観音寺市特定健康診査による微量アルブミン尿検査の受診勧奨対象者</p> <p>◆<b>保健指導</b></p> <p>(1)三豊総合病院</p> <p>①糖尿病性腎症の病期分類第2期・第3期(表1)と思われる者のうち、保健指導により病状の維持・改善が見込めると判断した者や重症化のリスクが高い者で、事業の参加について本人の同意が得られた者。</p> <p>②以下ア～エのいずれかに該当する者のうち、かかりつけ医により保健指導が必要と判断した者。(三豊総合病院『連携外来』への紹介)</p> <p>ア 血糖コントロール不良(HbA1c8.0%以上が3か月以上続く等)の者</p> <p>イ HbA1c7.0%以上かつ微量アルブミン尿30mg/gCr以上の者</p> <p>ウ 観音寺市特定健康診査による微量アルブミン尿検査の受診勧奨対象者</p> <p>エ 生活習慣改善指導教育を要する者</p> <p>(2)香川井下病院</p> <p>自院に通院する糖尿病性腎症患者のうち、保健指導により病状の維持・改善が見込めると判断した者や重症化のリスクが高い者(病期分類第2期、第3期(表1))で、事業の参加について本人の同意が得られた者。ただし、既に各実施機関において保健指導と同等の指導を受けている者は対象から除外する。</p> <p>*対象から除外する者</p> <p>(i)1型糖尿病の者</p> <p>(ii)がん等で終末期の者</p> <p>(iii)認知機能障害がある者</p> <p>(iv)糖尿病透析予防指導管理料および生活習慣病管理料の算定対象となっている者</p> <p>◆<b>かかりつけ医と糖尿病専門医等の連携(三豊総合病院『初診外来』への紹介)</b></p> <p>①インスリン導入が困難な者</p> <p>②慢性合併症の精査・加療を要する者</p> <p>③急性合併症併発など病状が悪化した者</p> <p>④教育入院が必要な者</p> <p>⑤糖尿病等の治療の中断歴がある</p> <p>※初診外来への紹介については、観音寺市国民健康保険被保険者以外の者も含む。</p>
ストラクチャー	<p>実施体制：</p> <p>◆<b>保健指導</b></p> <p>専門職によるおおむね12か月間の個別指導を行う。指導内容は、食事、運動、服薬指導とし、指導完了後も自立して正しい生活習慣や疾病の自己管理が持続できるようにし、人工透析への移行を予防または遅延することを目的とする。</p> <p>◆<b>かかりつけ医と糖尿病専門医等の連携(三豊総合病院『初診外来』への紹介)</b></p> <p>糖尿病及び糖尿病性腎症の重症化予防を図るためには、かかりつけ医を中心に専門医と連携し、地域で切れ目なく生涯を通じて支援する事が重要である。かかりつけ医は、三豊総合病院『初診外来』に紹介し、専門医と連携を図ることで重症化予防に努める。</p> <p>【関係機関】 医師会 委託医療機関 かかりつけ医 専門医</p>
プロセス	<p>実施方法：</p> <p>①市から対象者へ微量アルブミン尿検査医療受診勧奨通知を発送する。</p> <p>②受診が確認できない者について、電話または訪問等により受診状況を確認し、未受診者へ勧奨を行う。</p> <p>◆<b>三豊総合病院『連携外来』への紹介</b></p> <p>①主治医の判断により別紙「診療情報提供書(かかりつけ医→三豊総合病院)」を用いて紹介する。</p> <p>②三豊総合病院は、保健指導実施の有無に関係なく、その結果を三豊総合病院所定の様式を用いて速やかに報告する。</p> <p>◆<b>保健指導</b></p> <p>①保健指導を要すると判断した者に参加勧奨を行い、「利用申込書・同意書(様式第1号)」を用いて同意を取る。</p> <p>②治療及び保健指導方針について参加者と協議の上、「指示書(様式第2号)」を作成する。</p>

	<p>③医師、保健師、管理栄養士、看護師等による保健指導を実施する。</p> <p>④実施期間は12か月程度とし、初回支援と最終支援を除いた継続的な支援について、特定保健指導のポイント算定要件に準じて算定した合計260ポイント以上の指導を行うものとする。 ※ただし、ポイント算定においては、保健指導に有した時間のみを換算する。</p> <p>⑤指導内容、評価方法等実施については、観音寺市と実施機関が協議し、効果的な方法を設定する。</p> <p>⑥保健指導及び検査実施後は、指導内容・検査結果等を市へ報告する。</p>																																																																																																		
<b>評価指標・目標値</b>																																																																																																			
ストラクチャー	KDB データ、レセプトデータ																																																																																																		
プロセス	<p>◆医療受診勧奨票(微量アルブミン尿検査)の評価</p> <p>①対象者が医療機関を受診したかどうかを主治医より医療受診勧奨票(報告書)にて確認し、受診率・糖尿病性腎症の結果内訳・専門医への紹介率・保健指導実施率を出す。</p> <p>②医療受診勧奨票(報告書)にて確認できなかった者に関しては、電話または訪問して受診勧奨を行い、再度医療受診勧奨票(報告書)またはレセプトにて確認し、受診率に反映させる。</p> <p>◆保健指導</p> <p>初回・中間・最終の報告をもとに、検査数値の改善率・塩分チェック率・生活改善率・最終アンケートの改善率を出す。</p>																																																																																																		
事業アウトプット	<p>①医療受診勧奨票送付者の内、医療機関受診率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>60.5%</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> </tr> </tbody> </table> <p>②医療受診勧奨票から専門医へつながった率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10.9%</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> </tr> </tbody> </table> <p>③医療受診勧奨票から保健指導へつながった率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15.8%</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> <td>前年度より増</td> </tr> </tbody> </table> <p>④指導完了者の生活習慣改善率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>⑤指導完了者の検査値維持改善率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>※開始時の数値は R4 医療受診勧奨票の結果・指導後結果データより算出</p> <p>⑥指導完了者の新規透析導入者数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> </tr> </tbody> </table> <p>⑦指導完了者の糖尿病性腎症における病態進行者</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> </tr> </tbody> </table> <p>※開始時の数値は R4 年度 KDB・健診結果データより算出</p>	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	60.5%	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	10.9%	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	15.8%	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度																																																																																													
60.5%	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増																																																																																													
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度																																																																																													
10.9%	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増																																																																																													
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度																																																																																													
15.8%	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増																																																																																													
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度																																																																																													
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																																																																																													
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度																																																																																													
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																																																																																													
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度																																																																																													
0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人																																																																																													
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度																																																																																													
0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人																																																																																													
事業アウトカム	<p>①年間透析患者数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>65人</td> <td>前年度より減</td> <td>前年度より減</td> <td>前年度より減</td> <td>前年度より減</td> <td>前年度より減</td> <td>前年度より減</td> </tr> </tbody> </table> <p>※開始時の数値は R4KDB データより算出</p>	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	65人	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減																																																																																				
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度																																																																																													
65人	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減																																																																																													
評価時期	<p>(事業アウトプット)</p> <p>①～③毎月(4～3月)                      ④、⑤年度末(3月)</p> <p>⑥健診受診年の翌年度(4～5月)       ⑦健診受診年度の翌年度(7月)</p> <p>(事業アウトカム)</p> <p>①4月 KDB データ</p>																																																																																																		



#### (4) 健康づくり

第3期計画における健康づくりに関連する健康課題	
生活習慣病の進行、重篤疾患の発症を防ぐことを目的に、被保険者における食習慣、運動習慣の改善が必要。	
第3期計画における健康づくりに関連するデータヘルス計画の目標	
参加者の運動習慣の獲得	



第3期計画における健康づくりに関連する保健事業			
継続/新規	香川県標準事業	個別事業名	事業の概要
新規		テン プラス10運動教室	・有酸素運動を取り入れた運動教室を開催し、1人1人が自分に合った運動を身につけ、生活習慣病の予防や改善を図る。

#### ① プラス<sup>テン</sup>10運動教室

実施計画							
事業概要	・有酸素運動を取り入れた運動教室を開催し、1人1人が自分に合った運動を身につけ、生活習慣病の予防や改善を図る。						
対象者	健康診断を受けた方、健康に関心のある方(40～74歳)						
ストラクチャー (体制)	実施体制：市広報にて周知、各事業にて運動習慣の無い者や興味のある者にチラシを配布 実施回数：月に1～2回、1回1時間程度 実施内容：有酸素運動 講師：健康運動指導士 スタッフ：健康運動指導士、保健師、看護師						
プロセス (方法)	実施方法： ①健康運動指導士による強度の違う運動教室を計画する。(筋トレ・体幹トレーニングを中心とした筋力アップコース、体幹トレーニングによる美しい身体づくりを目指すボディメイクコース) ②市広報や各事業でのチラシ配布にて周知を行い、希望者には電話にて希望のグループへの申し込みを行ってもらう。 ③各グループ50名程度を定員とし予約を受け付ける。 ④参加者には体重測定を行う。また、毎日の運動実施の記録を行い、次回参加時にスタッフと運動継続について確認する。 ⑤クール初回月・最終月にはアンケートを行い、運動習慣や健康観の変化を分析する。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	参加時の記録シート(体重・健診結果経年比較)、アンケート(運動習慣、健康観等)						
プロセス	・記録シートの確認・分析を行う。 ・初回月・最終月にアンケートを行い、教室参加前後で運動習慣や健康観の変化を分析する。						
事業アウトプット	①教室参加者のうち40代50代の参加率						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	3.8%	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増
	②健康状態の維持・改善率(アンケート調査にて)						
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
—	80%	80%	100%	100%	100%	100%	
事業アウトカム	①運動習慣のある者の割合(1回30分以上、週2回以上)(質問票より)						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	33.5%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
評価時期	(事業アウトプット) ①21クール終了時に集計、実施年度末(3月)に評価。 (事業アウトカム) ①翌年度5月 KDB データ						

## (5) 適正服薬・医療費適正化

第2期計画における取組と評価		
事業評価	個別事業名	事業の概要
C	受診行動適正化指導事業	①レセプトから医療機関での過度な受診が確認できる対象者、また重複して服薬している対象者を特定する。 ②適切な医療機関への受診方法について、保健師等が訪問等により指導する。
B	ジェネリック医薬品差額通知事業	①レセプト情報からジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を特定する。対象者に差額通知を発送することでジェネリック医薬品への切り替えを促す。 ②医師会等関係機関への協力依頼を行う。
E	薬剤併用禁忌防止及び長期多剤服薬防止指導事業	・レセプト情報から薬剤併用禁忌の発生状況を把握する。薬剤併用禁忌の対象者事例を作成し、医師会・薬剤師会への情報提供を行う。



第3期計画における適正服薬・医療費適正化に関連する健康課題
重複・多剤服薬者に対して服薬の適正化が必要。
第3期計画における適正服薬・医療費適正化に関連するデータヘルス計画の目標
適正な受診行動の獲得



第3期計画における適正服薬・医療費適正化に関連する保健事業			
継続/新規	香川県標準事業	個別事業名	事業の概要
継続		受診行動適正化指導事業	・重複・多剤処方者、頻回受診者に対し適正な服薬、療養方法について指導を行い、健康保持・疾病の早期回復を目指す。
継続	✓	ジェネリック医薬品差額通知事業	・レセプト情報からジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を特定する。対象者に対し差額通知を発送することでジェネリック医薬品への切り替えを促す。

① 受診行動適正化指導事業

実施計画							
事業概要	・重複・多剤処方者、頻回受診者に適正な服薬、療養方法について指導を行い、健康保持・疾病の早期回復を目指す。						
対象者	<b>【重複処方者】</b> (1)3 医療機関以上で 1 種類以上(薬効数)の処方を受けた者 (2)2 医療機関以上で 2 種類以上(薬効数)の処方を受けた者 <b>【多剤処方者】</b> 同一薬剤に関する処方日数が 1 日以上かつ、前日・前々日までさかのぼった同一月内の処方薬剤数が 15 種類以上である者 <b>【頻回受診者】</b> 同一月内に 15 日以上を受診歴がある者かつ、前月・前々月までさかのぼった同一傷病での受診日数の合計が 40 日以上である者						
ストラクチャー(体制)	実施体制：訪問 訪問従事者：保健師、看護師 関係機関：医師会、薬剤師会						
プロセス(方法)	実施方法： ①訪問対象者を選定する。 KDB データ・レセプト分析から次の条件で対象者の絞り込みを行う。 <b>【重複処方者】</b> * 第 3 次香川県データヘルス計画・努力支援に基づき抽出。 (1)3 医療機関以上で 1 種類以上(薬効数)の処方を受けた者 (2)2 医療機関以上で 2 種類以上(薬効数)の処方を受けた者 <b>【多剤処方者】</b> * 第 3 次香川県データヘルス計画・努力支援に基づき抽出。 同一薬剤に関する処方日数が 1 日以上かつ、前日・前々日までさかのぼった同一月内の処方薬剤数が 15 種類以上である者 <b>【頻回受診者】</b> * 香川県の医療費の状況(医療費分析)に基づき抽出。 同一月内に 15 日以上を受診歴がある者かつ、前月・前々月までさかのぼった同一傷病での受診日数の合計が 40 日以上である者 〈除外条件〉 ・がん、認知症、うつ、統合失調症、在宅医療、要介護(対象者抽出の段階で) ・年齢：国保：40 歳以下、後期 80 歳以上(健康状態確認者は除外なし) ・レセプトより耳鼻科、皮膚科、眼科、歯科を受診している者 ・勸奨除外 ・今年度訪問し、状況確認できた者 ②家庭訪問を行い、適正な服薬・療養方法等について指導を行う。不在の場合、手紙の投函を行う。 ③重複・多剤処方者には必要時「かかりつけ医・薬剤師との連携カード」を記入し、お薬手帳の表紙に添付し、かかりつけ医・かかりつけ薬剤師に相談するように指導する。後日再度訪問する。状況を確認し、カードを外す。未改善者には、再度指導を行い、定期的にフォローしていく。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	KDB データ レセプトデータ(医療費、長期多剤服薬者の割合、受診行動の改善率等) 指導者数(訪問・電話・窓口相談等)						
プロセス	・介入月の数ヶ月後に、訪問にて改善状況の確認を行う。 ・次年度に KDB データ、健康管理システム、レセプトデータにて改善率の分析を行う。						
事業アウトプット	①重複処方者への訪問介入数						
	開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	24 人 (実人数)	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増
	30 人 (延人数)	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増
	②頻回受診者への訪問介入数						
	開始時	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
44 人 (実人数)	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	
60 人 (延人数)	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	

	③多剤処方者への訪問介入数						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	44人 (実人数)	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増
	60人 (延人数)	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増
事業アウトカム	①重複・頻回受診者数、重複服薬者対象者数(実人数)						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	570人 (重複処方)	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減
	86人 (多剤処方)	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減
	218人 (頻回受診)	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減
※KDB データ(40歳以上の実人数)年間累計数							
評価時期	(事業アウトプット) ①～③年度末(3月) (事業アウトカム) ①事業実施翌々年5月に重複・頻回受診者数、重複服薬者対象者数(実人数)の経年変化を評価する						

## ② ジェネリック医薬品差額通知事業

実施計画							
事業概要	・レセプト情報からジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を特定する。対象者に対し差額通知を発送することでジェネリック医薬品への切り替えを促す。						
対象者	・20歳以上の国民健康保険有資格者で、ジェネリック医薬品を使用することにより、一薬剤100円以上の財政効果(自己負担額)が見込まれる者。(先発品から最も高額な後発品に切り替え時)						
ストラクチャー	実施体制：国保総合システム 関係機関：香川県国民健康保険団体連合会						
プロセス	実施方法：現在、服用している先発医薬品からジェネリック医薬品に切替えた場合、薬代の自己負担額がどのくらい軽減できるかを試算した内容を年2回お知らせする。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	・国保総合システム						
プロセス	・香川県国民健康保険団体連合会が抽出する通知対象者一覧を確認する。 ・国保総合システムより数量シェア集計表、診査年月別数量シェア(5月作成分)より数値を把握する。						
事業アウトプット	①差額通知回数						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回
※開始時の数値は、R4年度実績より算出							
事業アウトカム	②ジェネリック医薬品使用率(数量ベース)						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	78.2%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
※開始時の数値は、R4年度実績より算出							
評価時期	5月末。国保総合システムより数量シェア集計表、診査年月別数量シェア(5月作成分)が作成される時期。						

(6) 一体的実施

第3期計画における一体的実施に関連する健康課題
将来の重篤な疾患の予防のために国民健康保険世代への重症化予防が必要。
第3期計画における一体的実施に関連するデータヘルス計画の目標
高齢者の心身の多様な課題に対応し、高齢者にきめ細やかな支援を実施することで「健康寿命の延伸」を図る



第3期計画における一体的実施に関連する保健事業			
継続/新規	香川県標準事業	個別事業名	事業の概要
新規	✓	(高齢者に対するハイリスクアプローチ) 重複頻回・多剤投薬等	・高齢者自身が自分の身体状態に関心を持ち、栄養状態の改善、口腔機能低下防止、服薬管理状態の改善、適正な受診を意識し、健康の保持増進を図ることができるよう保健事業を実施する。
新規	✓	(通いの場等への積極的関与等ポピュレーションアプローチ) 健康教育・健康相談	・フレイル予防の普及啓発活動や運動、栄養、口腔等のフレイル予防など健康教育、健康相談を実施する。 ・後期高齢者の質問票を活用するなど、フレイル状態にある高齢者等を把握し、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上に向けた支援等を行う。

① (高齢者に対するハイリスクアプローチ)重複頻回・多剤投薬等

実施計画	
事業概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者自身が自分の身体状態に関心を持ち、栄養状態の改善、口腔機能低下防止、服薬管理状態の改善、適正な受診を意識し、健康の保持増進を図ることができるよう保健事業を実施する。(令和5年度開始事業)</li> <li>・重複頻回・多剤投薬等へ適正受診・適正服薬の促進のため相談指導を実施する。</li> <li>・健康状態不明者の把握及び必要なサービスへの接続を実施する。</li> </ul>
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・後期高齢者(75歳以上)</li> <li>【対象者の抽出条件】</li> <li>KDB データ・レセプト分析から次の条件で対象者の絞り込みを行う。</li> <li>【重複処方者】</li> <li>①3 医療機関以上で 1 種類以上(薬効数)の処方を受けた者</li> <li>②2 医療機関以上で 2 種類以上(薬効数)の処方を受けた者</li> <li>* 第3 次香川県データヘルス計画・努力支援に基づき抽出。</li> <li>【頻回受診】</li> <li>同一月内に 15 日以上を受診歴がある者かつ、前月・前々月までさかのぼった同一傷病での受診日数の合計が 40 日以上である者</li> <li>【多剤処方者】</li> <li>同一薬剤に関する処方日数が 1 日以上かつ、前日・前々日までさかのぼった同一月内の処方薬剤数が 15 種類以上である者(香川県の医療費の状況(医療費分析)に基づき抽出)。</li> <li>【健康状態確認者】</li> <li>後期高齢者で過去 3 年間の健診受診歴やレセプトがない者</li> <li>〈除外条件〉</li> <li>・がん、認知症、うつ、統合失調症、在宅医療、要介護(対象者抽出の段階で)</li> <li>・年齢：国保：40 歳以下、後期 80 歳以上</li> <li>・レセプトより耳鼻科、皮膚科、眼科、歯科を受診している者</li> <li>・勸奨除外</li> <li>・今年度訪問し、状況確認できた者</li> </ul>
ストラクチャー(体制)	実施体制：保健師、看護師 関係機関：医師会、薬剤師会、地域包括支援センター等
プロセス(方法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>【対象者の選定】</li> <li>毎月、KDB よりデータ抽出し、疾病・年齢・介護度で対象者を決定。また、対象者の中から、服薬数や受診回数、受診科などで優先順位をつけて、訪問対象者を選定する。</li> <li>(高齢者に対するハイリスクアプローチ)</li> <li>重複頻回・多剤投薬等</li> <li>①重複・多剤処方者、頻回受診者に適正な服薬、療養方法について指導を行い、健康保持・疾病の早期回復を目指す。</li> <li>②特定健康診査の結果、受診勧奨値の者に受診勧奨票を発送しているが、反応がない者を訪問し、早期受診を促し、重症化予防を目指す。</li> <li>③後期高齢者のうち、過去 3 年間で健診未受診、通院歴がない者に訪問し、健康状態を確認し健診受診を促す。</li> <li>④訪問対象者以外にはハガキにてアプローチする(ハガキ対象者は、KDB より対象者として選出された者のうち、優先順位で訪問対象とならなかった者)</li> </ul>
評価指標・目標値	
ストラクチャー(体制)	KDB データ レセプトデータ(医療費、長期多剤服薬者の割合、受診行動の改善率等) 指導者数(訪問・電話・窓口相談等)
プロセス(方法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介入月の数ヶ月後に、訪問にて改善状況の確認を行う</li> <li>・次年度に KDB データ、健康管理システム、レセプトデータにて改善率の分析を行う。</li> </ul>

事業アウトプット	①重複処方者への訪問等介入数						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	24人 (実人数)	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増
	30人 (延人数)	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増
	②頻回受診者への訪問等介入数						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	44人 (実人数)	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増
	60人 (延人数)	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増
	③多剤処方者への訪問等介入数						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	44人 (実人数)	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増
	60人 (延人数)	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増
	④健康状態確認者への訪問等介入数(後期 KDB 年1回抽出)						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	150人 (実人数)	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増
	160人 (延人数)	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増
	⑤一体的実施 保健事業の事業数(ハイリスクアプローチ)						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	1事業	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増
事業アウトカム	①重複・頻回受診者数、重複服薬者対象者数(実人数)						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	68人 (重複処方)	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減
	600人 (多剤処方)	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減
	184人 (頻回受診)	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減
※KDB(後期 KDB データの実人数)年間累計数							
評価時期	(事業アウトプット) ①～⑤年度末(3月)						
	(事業アウトカム) ①事業実施翌々年5月に重複・頻回受診者数、重複服薬者対象者数(実人数)の経年変化を評価する						



② (通いの場等への積極的関与等ポピュレーションアプローチ)健康教育・健康相談

実施計画							
事業概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>フレイル予防の普及啓発活動や運動、栄養、口腔等のフレイル予防など健康教育、健康相談を実施する。</li> <li>後期高齢者の質問票を活用するなど、フレイル状態にある高齢者等を把握し、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上に向けた支援等を行う。</li> </ul>						
対象者	後期高齢者(75歳以上)						
ストラクチャー(体制)	実施体制：健康教育の実施 回数：年1回以上 実施場所：5圏域 従事者：保健師、看護師、管理栄養士 関係機関：医師会、薬剤師会、地域包括支援センター等						
プロセス(方法)	実施方法： <ul style="list-style-type: none"> <li>通いの場において、健康教育・気軽に相談できる体制を構築し、実施する。</li> </ul> 【出前講座】 <ul style="list-style-type: none"> <li>時間栄養学講座</li> <li>高血圧予防教室 等</li> </ul> ＊講座の内容の中で運動・栄養・口腔等のフレイル予防にも取り組む ＊後期高齢者の質問票の活用						
評価指標・目標値							
ストラクチャー(体制)	後期 KDB データ レセプトデータ 質問票						
プロセス(方法)	健康教育を実施した翌年度の後期高齢者特定健康診査の結果を分析する。						
事業アウトプット	①健康教育の参加者数						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	50名	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増
	②健康状態が良い人の割合(質問票より)						
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
21.3%	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	
事業アウトカム	③一体的実施 保健事業の事業数(ポピュレーションアプローチ)						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	1事業	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増
	①後期健診受診率						
開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
31.9%	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	前年度より増	
※開始時はR4年度健診受診率							
評価時期	(事業アウトプット) ①～③事業実施ごとに集計、年度末に評価する (事業アウトカム) ①翌年度5月 健康管理システム						

## 2 香川県標準指標における観音寺市の目標

香川県標準指標とは、香川県が設定した県内保険者共通の指標のことです。当市においても、目標値を設定し、客観的かつ経年的に評価を行うことで、保健事業の向上につなげていきます。

項番	指標	計画開始時	目標値
(1)	特定健康診査受診率		
	特定健康診査受診率(%)	43.1	60%
	県内順位(特定健康診査受診率)	7位	上がる
	40～64歳受診率(%)	31.2	増
	65～74歳受診率(%)	48.8	増
(2)	特定保健指導実施率		
	特定保健指導実施率(%)	17.4	60%
	県内順位(特定保健指導実施率)	14位	上がる
	40～64歳受診率(%)	14.3	減
	65～74歳受診率(%)	19.4	減
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 総計(%)	23.4	減
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 男性(%)	28.0	減
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 女性(%)	18.2	減
	メタボ該当者(%)	25.6	減
	県内順位・全国順位(メタボ該当者割合)	2	下がる
	メタボ該当者予備群(%)	10.7	減
	県内順位・全国順位(メタボ該当者予備群割合)	8	下がる
	(3)	生活習慣病等重症化予防対策	
①受診勧奨による受診率			
受診勧奨者の受診率(糖尿病)(%)		14.7	増
受診勧奨者の受診率(歯科)(%)		2.9	増
受診勧奨者の受診率(CKD)(%)		52.9	増
受診勧奨者の受診率(循環器病)(%)		54.5	増
②介入者の改善率			
糖尿病介入者の改善状況(HbA1c)(%)		24.3	増
CKD介入者の改善状況(CKDステージ)(%)		88.1	増
③糖尿病性腎症重症化予防対象者の概数			
糖尿病性腎症+受診なし(人)(腎症4期+腎症3期)		5	減
糖尿病性腎症+受診あり(人)(腎症4期+腎症3期+腎症2期以下)		992	減
糖尿病基準該当+受診なし(人)(腎症2期以下+腎症病期不明)		46	減
糖尿病治療中健診未受診者(人)(当年度に糖尿病(2型糖尿病)に該当するレセプトまたは糖尿病性腎症が発生)		1,420	減
糖尿病治療中断中 健診未受診者(人)		90	減
④HbA1c8.0%以上者の割合			
HbA1c8.0%以上者の割合(40～74歳)(%)		1.1	減
HbA1c8.0%以上者の割合(40～64歳)(%)		0.4	減
HbA1c8.0%以上者の割合(65～74歳)(%)		0.7	減

	⑤人工透析者の状況		
	人工透析者数(総数 合計)(人)	64	減
	被保険者数あたり人工透析発生割合(総数 合計)(%)	0.54	減
	人工透析(糖尿病レセプト有)者数(総数 合計)(人)	38	減
	被保険者数あたり人工透析(糖尿病レセプト有)発生割合(総数 合計)(%)	0.32	減
(4)	重複・多剤投与者に対する取組み		
	重複投与者数(年間平均)(人)	217.8	減
	重複投与者数(対1万人)(人)	91	減
	多剤投与者数(年間平均)(人)	94.6	減
	多剤投与者数(対1万人)(人)	17	減
(5)	後発医薬品の使用促進の取組み		
	後発医薬品の使用割合(金額シェア全体)(%)	—	増
	後発医薬品の切替割合(計)(%)	10.0	増
(6)	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に寄与する取組み		
	①骨折(入院)医療費		
	1人当たり骨折(入院・外来)医療費 (前期高齢者・後期高齢者)	33,008	減
	②要介護認定の状況と平均自立期間		
	要介護1号認定率(%)	17.3	減
	平均自立期間(要介護2以上)(男) (N年度)(年)	79.9	延伸
	平均自立期間(要介護2以上)(女) (N年度)(年)	84.4	延伸
	平均寿命と平均自立期間(要介護2以上)の差(不健康期間)(男)(N年度)(年)	0.5	短縮
	平均寿命と平均自立期間(要介護2以上)の差(不健康期間)(女)(N年度)(年)	3.1	短縮

## 第6章 計画の評価・見直し

### 1 個別事業計画の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。県の標準指標についても同様とする。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させる。

### 2 個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し

#### (1) 評価の時期

設定した評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、中間時点等計画期間の途中で進捗確認及び中間評価を実施する。また、計画の最終年度においては、その次の期の計画の策定を円滑に行うため、当該最終年度の上半期に仮評価を行う。

#### (2) 評価方法・体制

本計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行う。

評価方法は、次の5段階評価とする。

区分	A：目標値に達した。
	B：目標値に達していないが改善した。(50%以上)
	C：目標値に達していないが少し改善した。(50%未満)
	D：良くなっていない。
	E：評価困難

評価に際しては、県や支援・評価委員会の支援を受ける。また、国民健康保険事業の運営に関する協議会において本計画に関する事項も報告し、意見聴取を行い事業に反映するよう努める。

## 第7章 計画の公表・周知

本計画は、広報やホームページ等で公表するとともに、本実施計画をあらゆる機会を通じて周知・啓発を図る。また、目標の達成状況等の公表に努め、本計画の円滑な実施等について広く意見を求めるものとする。

## 第8章 個人情報の取扱い

計画の推進に当たり、住民の個人情報は、「個人情報の保護に関する法律」(平成15年法律第57号)及び「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン(行政機関等編)」(令和4年1月(令和4年9月一部改正)個人情報保護委員会)に基づき、庁内等での利用及び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る。

## 第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

### 1 地域包括ケアの構築に向けた取組み

地域包括ケアシステムの構築に向け、保健医療と福祉サービスに関する施策とその他の関連施策との連携がより一層進むよう、介護・保健・福祉・住まい等部局横断的な議論の場へ参画することに加え、施策の実施に際しても積極的に関わる。

### 2 KDB・レセプトデータを活用した健康事業・介護予防・生活支援の対象となる被保険者の抽出

国民健康保険データベース(KDB)システム及びレセプトデータ等の健診・医療に係る情報基盤を活用し、健康事業・介護予防・生活支援の対象者の抽出、受診勧奨等を行う。

## 第10章 第4期 特定健康診査等実施計画

### 1 計画の背景・趣旨

#### (1) 計画策定の背景・趣旨

生活習慣病の発症や重症化予防により、国民の健康保持及び医療費適正化を達成することを目的に、保険者においては平成20年度より「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57年法律第80号）に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施が義務付けられてきた。

観音寺市においても、同法律に基づき作成された特定健康診査等基本方針に基づき、実施計画を策定し、特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率の向上に取り組んできたところである。

近年、全世代型社会保障の構築に向け、生活習慣病の発症や重症化予防の重要性は一層高まっており、より効率的かつ効果的な特定健康診査及び特定保健指導の実施が求められている。令和5年3月に発表された「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)」では、成果を重視した特定保健指導の評価体系の見直し、特定保健指導の成果等の見える化の推進などの新たな方向性が示され、成果(アウトカム)に着目したより効率的かつ効果的な事業運営が求められることとなった。

本計画は、第3期計画期間(平成30年度から令和5年度)が終了することから、国での方針の見直しの内容を踏まえ、観音寺市の現状を考慮した事業の運営を図ることを目的に策定するものである。

#### (2) 特定健康診査・特定保健指導を巡る国の動向

##### ① エビデンスに基づく効率的かつ効果的な特定健康診査・特定保健指導の推進

わが国においては、厳しい財政状況の中、より効率的かつ効果的な財政運営が必要とされており、国を挙げてエビデンスに基づく政策運営が進められている。

特定健康診査及び特定保健指導に関しても、第3期中に、大規模実証事業や特定保健指導のモデル実施の効果検証を通じたエビデンスの構築、並びにエビデンスに基づく効果的な特定健康診査及び特定保健指導が推進されてきたところである。

「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)」においても、特定健康診査及び特定保健指導の第一の目的は生活習慣病に移行させないことであることに立ち返り、対象者の行動変容につながり成果が出たことを評価するという方針で、成果の見える化と事業の効果分析に基づいた効果的な特定健康診査及び特定保健指導が求められることとなった。

##### ② 第4期特定健康診査・特定保健指導の見直しの方向性

令和5年3月に発表された「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)」での主な変更点は図表10-1-2-1のとおりである。

観音寺市においても、これらの変更点を踏まえて第4期特定健康診査及び特定保健指導を実施していく。

図表 10-1-2-1：第 4 期特定健康診査・特定保健指導の主な変更点

区分	変更点の概要	
特定健康 診査	基本的な 健診の項目	・血中脂質検査の中性脂肪は、やむを得ない場合は随時中性脂肪での測定を可とする。
	標準的な 質問票	・喫煙や飲酒の項目は、より正確にリスクを把握するために詳細な選択肢へ修正。 ・特定保健指導の項目は、利用意向から利用歴を確認する内容へ修正。
特定保健 指導	評価体系	・実績評価にアウトカム評価を導入。主要達成目標を腹囲 2cm・体重 2kg 減、その他目標を生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣・運動習慣・喫煙習慣・休養習慣・その他生活習慣の改善)や腹囲 1cm・体重 1kg 減と設定。 ・プロセス評価は、個別支援、グループ支援、電話及び電子メール等とする。時間に比例したポイント設定ではなく介入 1 回ごとの評価とし、支援 A と支援 B の区別は廃止。ICT を活用した場合も同水準の評価。特定健康診査実施後の特定保健指導の早期実施を新たに評価。 ・モデル実施は廃止。
	その他	①初回面接の分割実施の条件緩和 ・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取り扱う。 ②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 ・特定健康診査または特定保健指導開始後に服薬開始の場合、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する。 ③生活習慣病に係る服薬中の者への服薬状況の確認、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り、確認する医薬品の種類、確認手順等を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外でも事実関係の再確認と同意取得を行うことを可能とする。 ④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。

【出典】特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第 4 版) 改変

### (3) 計画期間

本計画の期間は、令和 6 年度(2024 年)から令和 11 年度(2029 年)までの 6 年間である。

## 2 第3期計画における目標達成状況

### (1) 全国の状況

特定健康診査及び特定保健指導の目標としては、特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の向上、並びにメタボリックシンドローム該当者及びメタボリックシンドローム予備群該当者の減少が掲げられている。

第3期計画においては、全保険者で特定健康診査受診率を令和5年度までに70.0%まで、特定保健指導実施率を45.0%まで引き上げることが目標とされていたが、令和3年度時点で全保険者の特定健康診査平均受診率は56.5%、特定保健指導平均実施率は24.6%となっており、目標値から大きく乖離して目標達成が困難な状況にある(図表10-2-1-1)。市町村国保の特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率も、全保険者と同様の傾向となっている。

図表 10-2-1-1：第3期計画における全保険者及び市町村国保の特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の目標値及び実績

	全保険者		市町村国保				
	令和5年度 目標値	令和3年度 実績	令和5年度 目標値	令和3年度 実績			
				全体	特定健康診査対象者数		
				10万人以上	5千人以上 10万人未満	5千人未満	
特定健康診査平均受診率	70.0%	56.5%	60.0%	36.4%	28.2%	37.6%	42.5%
特定保健指導平均実施率	45.0%	24.6%	60.0%	27.9%	13.9%	27.7%	44.9%

【出典】厚生労働省 特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)

厚生労働省 2021年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の減少率は、令和5年度までに平成20年度比25.0%以上減が目標として設定されていたが、令和3年度時点では13.8%減となっており、目標達成が厳しい状況にある(図表10-2-1-2)。

なお、メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の減少率は、保険者ごとに目標設定されているものではなく、特定保健指導の効果を検証するための指標として保険者が活用することを推奨されているものである。

図表 10-2-1-2：第3期計画におけるメタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率の目標値及び実績

	令和5年度 目標値 全保険者	令和3年度 実績 全保険者
メタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率(平成20年度比)	25.0%	13.8%

【出典】厚生労働省 特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)

厚生労働省 2021年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

※平成20年度と令和3年度の推定数の差分を平成20年度の推定数で除して算出

※推定数は、特定健康診査の実施率及び年齢構成比の変化による影響を排除するため、性・年齢階層別に各年度の特定健康診査受診者に占める出現割合に各年度の住民基本台帳の人口を乗じて算出



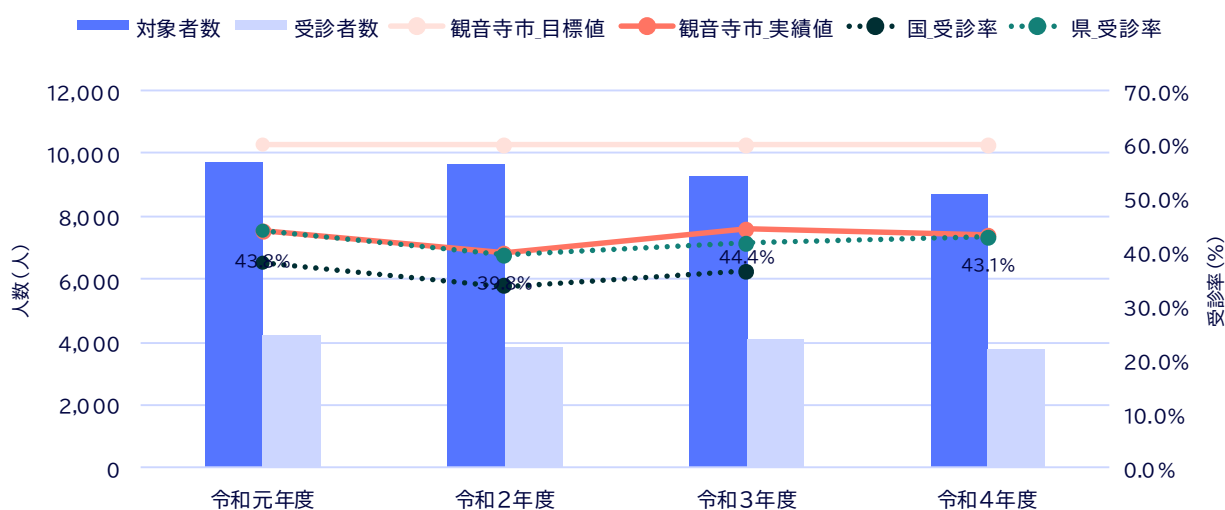
## (2) 観音寺市の状況

### ① 特定健康診査受診率

第3期計画における特定健康診査の受診状況をみると(図表10-2-2-1)、特定健康診査受診率は、前期計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を60.0%としていたが、令和4年度は43.1%となっており、令和元年度の特定健康診査受診率43.9%と比較すると0.8ポイント低下している。令和3年度までで国や県の推移をみると、令和元年度と比較して令和3年度の特定健康診査受診率は低下している。

男女別及び年代別における令和元年度と令和4年度の特定健康診査受診率をみると(図表10-2-2-2・図表10-2-2-3)、男性では55-59歳で最も伸びており、45-49歳で最も低下している。女性では65-69歳で最も伸びており、40-44歳で最も低下している。

図表10-2-2-1：第3期計画における特定健康診査の受診状況(法定報告値)



		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健康診査受診率	観音寺市_目標値	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	観音寺市_実績値	43.8%	39.8%	44.4%	43.1%
	国	38.0%	33.7%	36.4%	-
	県	44.0%	39.4%	41.8%	42.7%
特定健康診査対象者数(人)		9,693	9,612	9,275	8,715
特定健康診査受診者数(人)		4,253	3,825	4,120	3,757

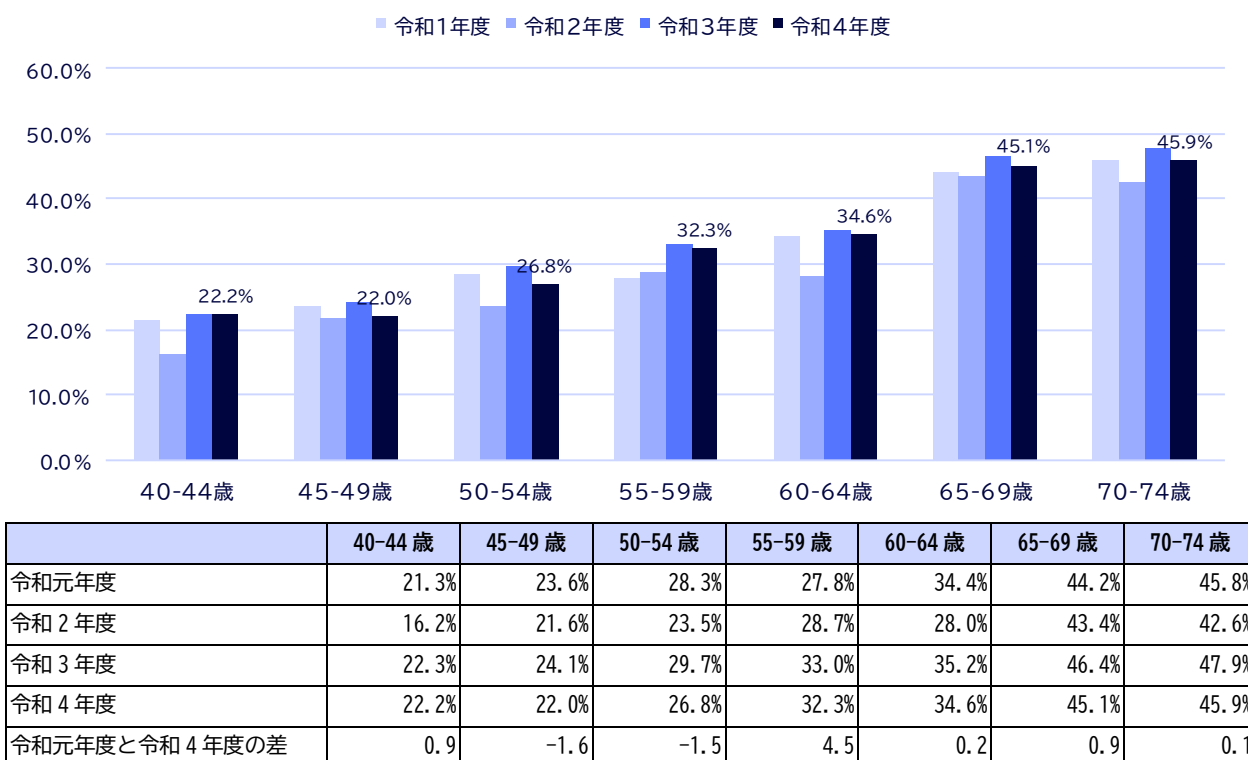
【出典】目標値：前期計画

実績値：厚生労働省 2019年度から2021年度 特定健診・特定保健指導の実施状況(保険者別)

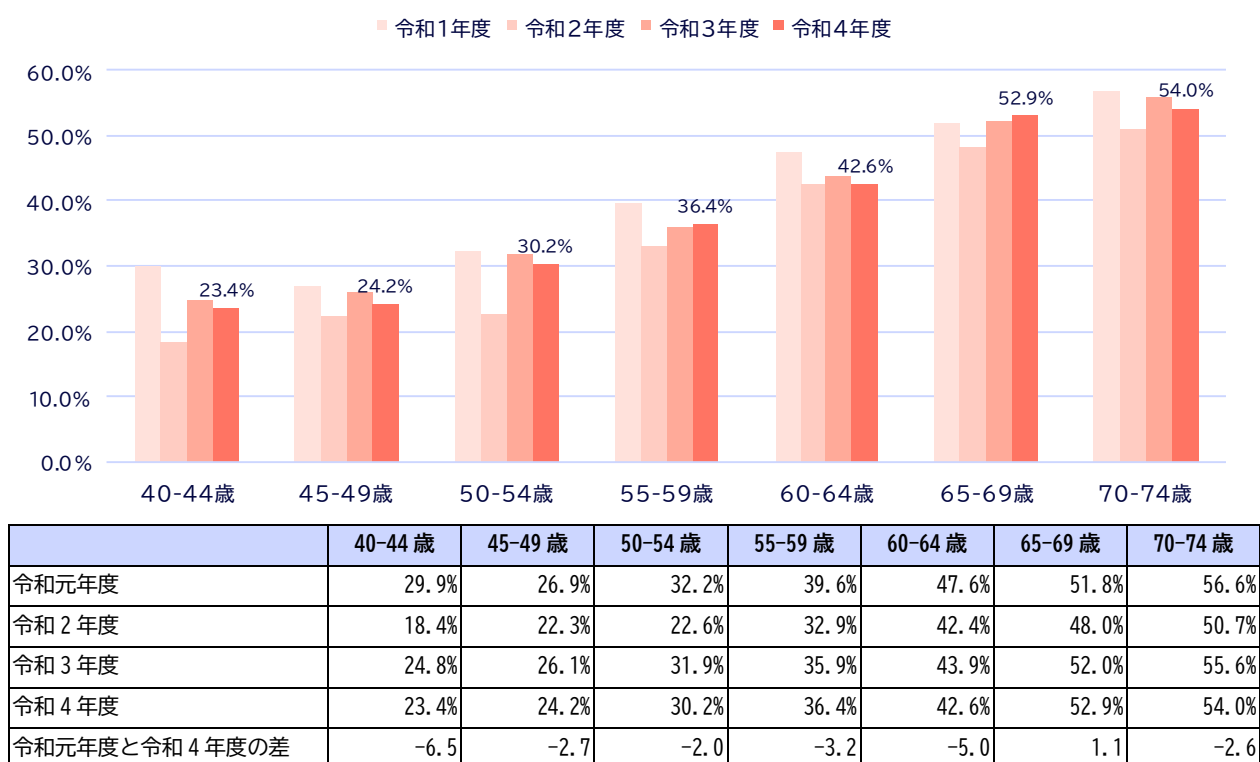
公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度

※表内の「国」とは、市町村国保全体を指す(以下同様)

図表 10-2-2-2：年齢階層別\_特定健康診査受診率\_男性



図表 10-2-2-3：年齢階層別\_特定健康診査受診率\_女性



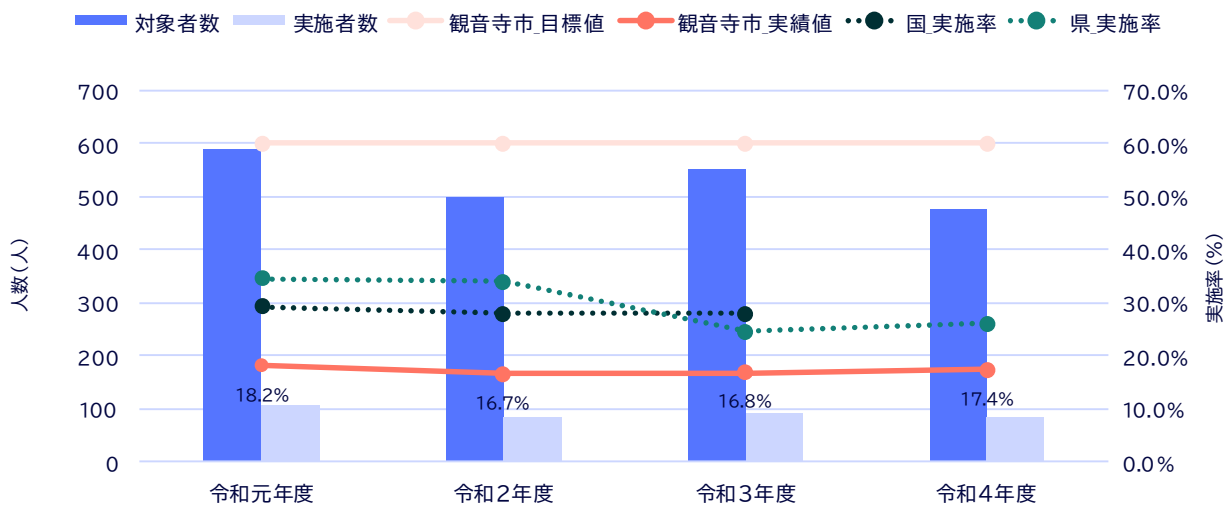
【出典】 KDB 帳票 S21\_008-健診の状況 令和元年度から令和4年度 累計

## ② 特定保健指導実施率

第3期計画における特定保健指導の実施状況をみると(図表 10-2-2-4)、特定保健指導実施率は、前期計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を60.0%としていたが、令和4年度は17.4%となっており、令和元年度の実施率18.2%と比較すると0.4ポイント低下している。令和3年度までの実施率で見ると国・県より低い。

支援区分別での特定保健指導実施率の推移をみると(図表 10-2-2-5)、積極的支援では令和4年度は12.7%で、令和元年度の実施率9.5%と比較して3.2ポイント上昇している。動機付け支援では令和4年度は19.6%で、令和元年度の実施率19.7%と比較して0.1ポイント低下している。

図表 10-2-2-4：第3期計画における特定保健指導の実施状況(法定報告値)



		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定保健指導 実施率	観音寺市_目標値	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	観音寺市_実績値	18.2%	16.7%	16.8%	17.4%	
	国	29.3%	27.9%	27.9%	-	
	県	34.6%	33.9%	24.5%	26.0%	
特定保健指導対象者数(人)		589	498	552	477	
特定保健指導実施者数(人)		107	83	93	83	

【出典】目標値：前期計画

実績値：厚生労働省 2019年度から2021年度 特定健診・特定保健指導の実施状況(保険者別)

公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度

図表 10-2-2-5：支援区分別特定保健指導の実施率・対象者数・実施者数

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
積極的支援	実施率	9.5%	15.9%	10.6%	12.7%
	対象者数(人)	137	113	123	110
	実施者数(人)	13	18	13	14
動機付け支援	実施率	19.7%	19.5%	19.1%	19.6%
	対象者数(人)	452	385	429	367
	実施者数(人)	89	75	82	72

【出典】KDB 帳票 S21\_008-健診の状況 令和元年度から令和4年度 累計

※図表 10-2-2-4 と図表 10-2-2-5 における対象者数・実施者数のずれは法定報告値と KDB 帳票の差によるもの

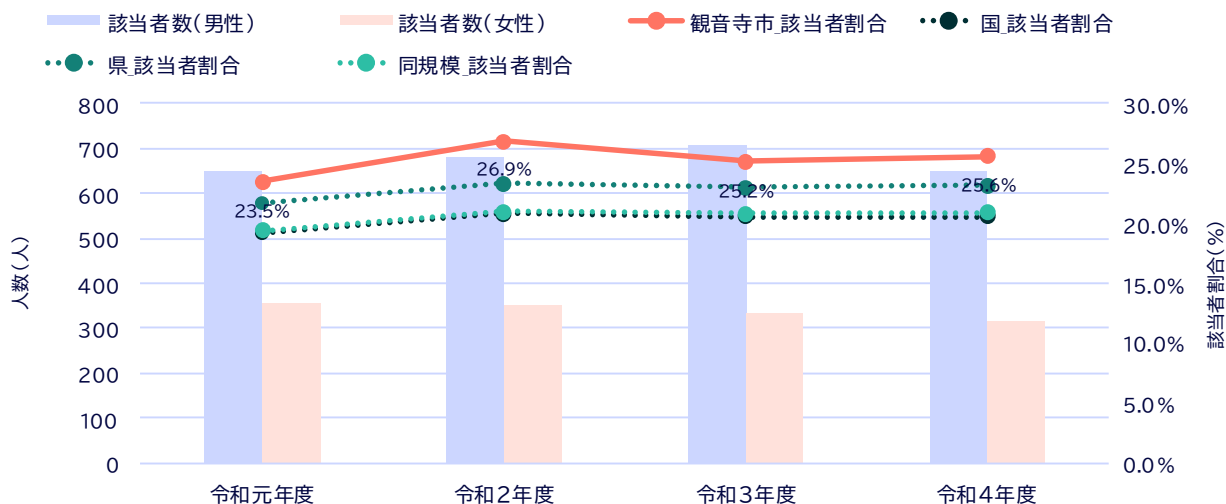
### ③ メタボリックシンドロームの該当者数・予備群該当者数

特定健康診査受診者におけるメタボ該当者数の数を見ると(図表 10-2-2-6)、令和4年度におけるメタボ該当者数は965人で、特定健康診査受診者の25.6%であり、国・県より高い。

前期計画中の推移をみると、メタボ該当者数は減少しており、特定健康診査受診者に占める該当割合は上昇している。

男女別にみると、メタボ該当者数はいずれの年度においても男性の方が多く、特定健康診査受診者に占める該当割合はいずれの年度においても男性の方が高い。

図表 10-2-2-6：特定健康診査受診者におけるメタボ該当者数・割合



メタボ該当者	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合
観音寺市	1,002	23.5%	1,034	26.9%	1,039	25.2%	965	25.6%
男性	648	35.3%	683	40.1%	706	38.1%	648	38.8%
女性	354	14.6%	351	16.4%	333	14.6%	317	15.1%
国	-	19.2%	-	20.8%	-	20.6%	-	20.6%
県	-	21.7%	-	23.3%	-	23.0%	-	23.2%
同規模	-	19.4%	-	21.0%	-	20.8%	-	20.9%

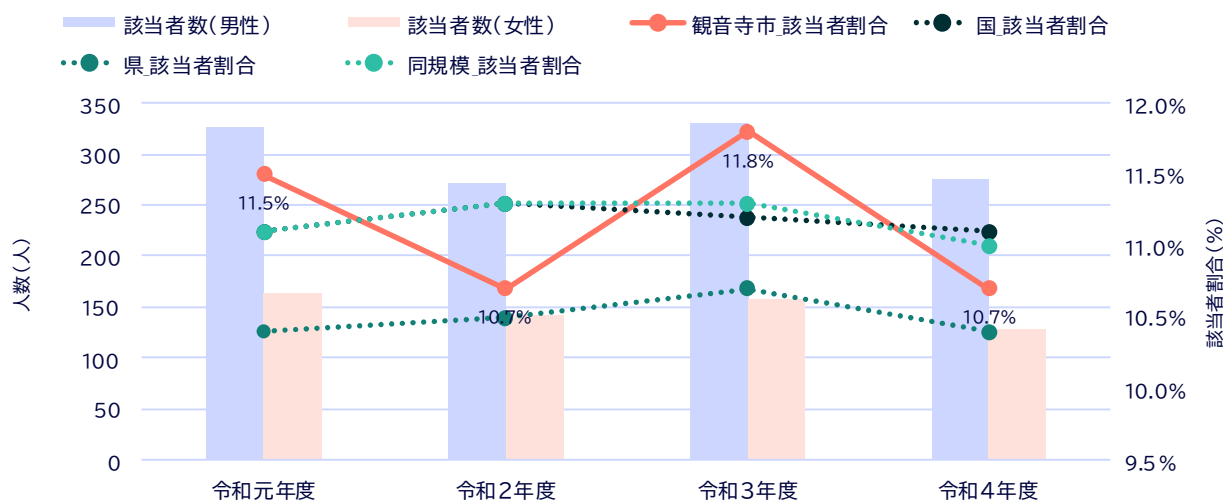
【出典】 KDB 帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和4年度 累計

特定健康診査受診者におけるメタボ予備群該当者数をみると(図表 10-2-2-7)、令和4年度におけるメタボ予備群該当者数は403人で、特定健康診査受診者における該当割合は10.7%で、国より低い  
が、県より高い。

前期計画中の推移をみると、メタボ予備群該当者数は減少しており、特定健康診査受診者における  
該当割合は低下している。

男女別にみると、メタボ予備群該当者数はいずれの年度においても男性の方が多く、特定健康診査  
受診者における該当割合はいずれの年度においても男性の方が高い。

図表 10-2-2-7：特定健康診査受診者におけるメタボ予備群該当者数・割合



メタボ予備群 該当者	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合
観音寺市	490	11.5%	412	10.7%	488	11.8%	403	10.7%
男性	327	17.8%	271	15.9%	330	17.8%	276	16.5%
女性	163	6.7%	141	6.6%	158	6.9%	127	6.1%
国	-	11.1%	-	11.3%	-	11.2%	-	11.1%
県	-	10.4%	-	10.5%	-	10.7%	-	10.4%
同規模	-	11.1%	-	11.3%	-	11.3%	-	11.0%

【出典】KDB 帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和4年度 累計

参考：メタボリックシンドローム判定値の定義

メタボ該当者	腹囲 85 cm(男性)	以下の追加リスクのうち2つ以上該当
メタボ予備群該当者	90 cm(女性)以上	
追加リスク	血糖	空腹時血糖 110mg/dL 以上(空腹時血糖の結果値が存在しない場合、HbA1c 6.0%以上)
	血圧	収縮期血圧 130mmHg 以上、または拡張期血圧 85mmHg 以上
	脂質	中性脂肪 150mg/dL 以上、またはHDL コレステロール 40mg/dL 未満

【出典】厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準

### (3) 国の示す目標

第4期計画においては図表10-2-3-1のとおりであり、令和11年度までに特定健康診査の全国平均受診率70%以上、特定保健指導の全国平均実施率45%以上を達成することが設定されている。目標値は、第3期計画目標の目標値から変更されていない。市町村国保における目標値も第3期からの変更はなく、特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率のいずれも60%以上と設定されている。

また、メタボ該当者及びメタボ予備群の減少率についても、第3期に引き続き、平成20年度比25%以上減と設定されている。

図表10-2-3-1：第4期計画における国が設定した目標値

	全国(令和11年度)	市町村国保(令和11年度)
特定健康診査受診率	70%以上	60%以上
特定保健指導の実施率	45%以上	60%以上
メタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率(平成20年度比)	25%以上減	

【出典】厚生労働省 第4期特定健康診査等実施計画期間における保険者種別の目標値について

### (4) 観音寺市の目標

特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の目標値は図表10-2-4-1のとおりであり、令和11年度までに特定健康診査受診率を60.0%、特定保健指導実施率を60.0%まで引き上げるように設定する。

特定健康診査対象者及び特定保健指導実施者の見込み数については、図表10-2-4-2のとおりである。

図表10-2-4-1：特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査受診率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

図表10-2-4-2：特定健康診査対象者・特定保健指導実施者の見込み数

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
特定 健診	対象者数(人)	8,821	8,638	8,457	8,275	8,092	7,910	
	受診者数(人)	5,293	5,183	5,074	4,965	4,855	4,746	
特定 保健 指導	対象者数 (人)	合計	671	657	643	629	615	601
		積極的支援	155	152	148	145	142	139
		動機付け支援	516	505	495	484	473	462
	実施者数 (人)	合計	403	394	386	377	369	360
		積極的支援	93	91	89	87	85	83
		動機付け支援	310	303	297	290	284	277

※各見込み数の算出方法

特定健康診査対象者数：40-64歳、65-74歳の推計人口に令和4年度の各層の国保加入率を乗じて算出

特定健康診査受診者数：特定健康診査対象者数に特定健康診査受診率の目標値を乗じて算出

特定保健指導対象者数：合計値は、特定健康診査受診者数に令和4年度の特定保健指導該当者割合を乗じて算出

支援区分別対象者数は、合計値に令和4年度の対象者割合を乗じて算出

特定保健指導実施者数：特定保健指導対象者数に特定保健指導実施率の目標値を乗じて算出

### 3 特定健康診査・特定保健指導の実施方法

#### (1) 特定健康診査

##### ① 実施目的・対象者

「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」(以下、「基本指針」という。)にあるとおり、特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行う。

対象者は、観音寺市国民健康保険加入者で、当該年度に40歳から74歳となる人に実施する。

##### ② 実施期間・実施場所

集団健診は、11月に実施する。実施場所は、特定健康診査を受ける人の利便性を考慮し、選定する。

個別健診は、6月から10月にかけて実施する。

集団健診、個別健診ともに具体的な会場については、特定健康診査実施時期にあわせて周知する。

##### ③ 実施項目

「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」で定められた項目に従い、特定健康診査受診者全員に図表10-3-1-1の「基本的な健診項目」を実施する。また、一定の基準のもと医師が必要と判断した場合には、「詳細な健診項目」を実施する。

図表 10-3-1-1：特定健康診査の健診項目

	項目
基本的な健診項目	<ul style="list-style-type: none"><li>・診察(既往歴(服薬歴、喫煙歴を含む)、自覚症状)</li><li>・身体計測(身長、体重、腹囲、BMI)</li><li>・血圧</li><li>・血中脂質検査(空腹時中性脂肪(やむを得ない場合には随時中性脂肪)、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))</li><li>・肝機能検査(AST(GOT)、ALT(GPT)、<math>\gamma</math>-GT(<math>\gamma</math>-GTP))</li><li>・血糖検査(HbA1c、空腹時血糖、やむを得ない場合には随時血糖)</li><li>・尿検査(尿糖、尿蛋白)</li></ul>
詳細な健診項目	<ul style="list-style-type: none"><li>・心電図検査</li><li>・眼底検査</li><li>・貧血検査</li><li>・血清クレアチニン検査</li></ul>
保険者独自の追加健診項目	<ul style="list-style-type: none"><li>・尿酸</li><li>・微量アルブミン尿検査(定量)</li></ul>

【出典】厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)

##### ④ 実施体制

健診の委託に際しては、利用者の利便性を考慮するとともに、健診の質の担保のために適切な精度管理維持が求められるため、国の委託基準(「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者」)を満たす健診機関を選定する。詳細は契約書及び仕様書で定める。

##### ⑤ 健診結果の通知方法

集団の特定健康診査受診者については、健診結果説明会を開催し、対象者に結果通知表を手渡しする。健診結果説明会に出席が困難な対象者については、結果通知表を郵送する。

個別の特定健康診査受診者については、実施医療機関が対象者に結果通知表を郵送する。

## ⑥ 事業者健診等の健診データ収集方法

観音寺市国民健康保険被保険者が「労働安全衛生法」に基づく健康診断や人間ドックを受診した場合は、本人から健診結果データを提供してもらい、特定健康診査受診率に反映する。

また、定期的に医療機関で検査をしている者などが、特定健康診査と同等の検査項目を検査済の場合、本人同意のもと、医療機関からデータ提供を受け、特定健康診査受診率に反映する。

## (2) 特定保健指導

### ① 実施目的・対象者階層化の基準

基本指針にあるとおり、特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活の維持ができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とするものである。

特定保健指導は、特定健康診査結果を腹囲、リスクの高さ、喫煙歴、年齢により階層化し、積極的支援対象者及び動機付け支援対象者に実施する。なお、特定健康診査の質問票において服薬中であることが判別できた者については、既に主治医の指導を受けていることから特定保健指導対象外とする。また、2年連続して積極的支援対象者に該当した対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している場合、2年目は、動機付け支援相当の支援を実施した場合であっても、特定保健指導を実施したこととなる。

図表 10-3-2-1：特定保健指導階層化の基準

腹囲	追加リスク (血糖・血圧・脂質)	喫煙歴	対象年齢	
			40-64 歳	65 歳-
男性 ≥ 85cm 女性 ≥ 90cm	2 つ以上該当	なし/あり	積極的支援	動機付け支援
	1 つ該当	あり		
上記以外で BMI ≥ 25kg/m <sup>2</sup>	3 つ該当	なし	動機付け支援	
		なし/あり	積極的支援	
	2 つ該当	あり	動機付け支援	
		なし		
1 つ該当	なし/あり			

参考：追加リスクの判定基準

追加リスク	血糖	空腹時血糖 100mg/dL 以上、または HbA1c 5.6% 以上
	血圧	収縮期血圧 130mmHg 以上、または拡張期血圧 85mmHg 以上
	脂質	空腹時中性脂肪 150mg/dL 以上(やむを得ない場合には随時中性脂肪 175mg/dL 以上)、または HDL コレステロール 40mg/dL 未満

【出典】厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)



## ② 実施期間・内容

特定保健指導は通年実施する。

積極的支援及び動機付け支援ともに初回面接では、医師、保健師または管理栄養士の指導のもと、生活習慣改善のための行動計画を作成する。

積極的支援は、初回面接後、体重 2kg 及び腹囲 2cm 減少の達成を目指し、概ね 3 ヶ月から 6 ヶ月間、面談または電話や訪問で継続支援を実施する。最終日に体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について評価を行う。

動機付け支援は、初回面接後、概ね 3 ヶ月から 6 ヶ月間、生活習慣の改善に取り組み、最終日に体重、腹囲の評価を行う。

## ③ 実施体制

特定保健指導の委託に際しては、特定健康診査と同様に国の委託基準を満たす機関を選定する。詳細は契約書及び仕様書で定める。保健指導の質を確保するなど適正な事業実施に努める。

# 4 その他

## (1) 計画の公表・周知

本計画については、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項に基づき、作成及び変更時は、観音寺市のホームページ等により公表し、広く内容等の周知を行う。

また、特定健康診査及び特定保健指導については、観音寺市のホームページ等への掲載、啓発用ポスターの掲示などにより、普及啓発に努める。

## (2) 個人情報の保護

特定健康診査及び特定保健指導の記録の保存に当たっては、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第 4 版)」を参考に、個人の健康情報を漏えいしないよう、厳格に管理した上で適切に活用する。

個人情報の取扱いに関しては、個人情報保護法に基づくガイドライン等(「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」等)を遵守し、情報の保存及び管理体制を確保する。外部への委託に際しては、委託先との契約書に個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を定めるとともに、委託先の契約遵守状況を適切に管理する。

## (3) 実施計画の評価・見直し

特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率、並びにメタボ該当者及びメタボ予備群の減少率については、本計画の最終年度(令和 11 年度)に評価を行う。

実施中は、設定した目標値の達成状況を 3 年ごとに点検し、評価の結果を活用して、必要に応じて実施計画の記載内容の見直しを行う。

## 参考資料 用語集

行	No.	用語	解説
あ行	1	アウトプット	成果を上げるため事業を実施した量(実施率、開催回数、参加人数等)を示す指標。
	2	アウトカム	事業を実施したことによる成果(検査値の改善率、特定保健指導の対象者割合、病気の発症率等)を示す指標。
	3	eGFR	血清クレアチニン値と年齢・性別から GFR を推算したもの。GFR は腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値であり、GFR が1分間に 60ml 未満の状態または尿たんぱくが3か月以上続くと CKD(慢性腎臓病)と診断される。
	4	一体的実施	「高齢者の保険事業と介護予防の一体的実施」のことで、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、高齢者の保健事業について、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施すること。
	5	医療費の3要素	医療費の比較には、医療費総額を被保険者数で割った1人当たり医療費を用いる。一人当たり医療費は以下の3つの要素に分解でき、これを医療費の3要素という。 受診率：被保険者千人当たりのレセプト件数 1件当たり日数：受診した日数/レセプト件数 一日当たり医療費：総医療費/受診した日数
	6	HDL コレステロール (HDL-C)	余分なコレステロールを回収して動脈硬化を抑える、善玉コレステロール。
	7	ALT	アミノ酸をつくり出す酵素で大部分が肝細胞に含まれている。肝臓の細胞が障害を受けると ALT が血液中に流れ出し血中濃度が上がるため、ALT の数値が高い場合は、肝臓の病気が疑われる。
	8	LDL コレステロール (LDL-C)	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる、悪玉コレステロール。
か行	9	香川県標準事業	香川県が設定した県内保険者共通して実施する保健事業のこと。
	10	香川県標準指標	香川県が設定した県内保険者共通の指標のこと。
	11	拡張期血圧	血圧は一般的には動脈内部の圧力のことを指し、心臓の収縮に伴って大きく変動する。最小となる血圧は心臓が拡張したときの血圧で拡張期血圧と呼ばれる。
	12	虚血性心疾患	虚血性心疾患には、狭心症や心筋梗塞がある。狭心症は動脈硬化などによって心臓の血管(冠動脈)が狭くなり、血液の流れが悪くなった状態。一方、心筋梗塞は、動脈硬化によって心臓の血管に血栓(血液の固まり)ができて血管が詰まり、血液が流れなくなって心筋の細胞が壊れてしまう病気。
	13	空腹時血糖	血糖値は、血液に含まれるブドウ糖(グルコース)の濃度のことで、食前食後で変動する。空腹時血糖は食後 10 時間以上経過した時点での血糖値。
	14	KDB(国保データベース)	国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療(後期高齢者医療含む)」「介護保険」等の情報。
	15	KDB システム	KDB データを活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供するなど、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。
	16	KKDA システム (国保データ分析システム)	香川県国民健康保険団体連合会が運用している国保データ分析システムのことで、特定健診結果やレセプト情報から、生活習慣病重症化予防のために受診勧奨の必要な者や保健指導対象者の抽出ができます。これら対象者データに基づき、各被保険者ごとへ保健事業を展開しています。
	17	血清クレアチニン	たんぱく質が分解・代謝されてできた老廃物。通常は尿とともに排泄されるが、腎機能が低下すると排泄できず血液中に増えていく。
	18	健康寿命	世界保健機関(WHO)が提唱した新しい指標で、平均寿命から寝たきりや認知症など介護状態の期間を差し引いた期間。
	19	後期高齢者医療制度	公的医療保険制度の1つで、75歳以上の人、そして65歳から74歳までで一定の障害の状態にあると後期高齢者医療広域連合から認定を受けた人が加入する医療保険。
	20	高血圧症	高血圧は、血圧が高いという病態。高血圧症とは、繰り返し測っても血圧が正常より高い場合をいう。

行	No.	用語	解説
	21	後発医薬品 (ジェネリック医薬品)	先発医薬品の特許期間終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が承認を行っているもの。
	22	高齢化率	全人口に占める 65 歳以上人口の割合。
さ行	23	CKD(慢性腎臓病)	腎臓の働き(GFR)が健康な人の 60%以下に低下するか、あるいは蛋白尿が出るといった腎臓の異常が続く状態のこと。
	24	脂質異常症	中性脂肪やコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたした状態。
	25	疾病分類	世界保健機関(WHO)により公表されている「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」(略称、国際疾病分類:ICD)に準じて定めたものであり、社会保険の分野で疾病統計を作成する際の統一的基準として、広く用いられているもの。
	26	収縮期血圧	血圧は一般的には動脈内部の圧力のことを指し、心臓の収縮に伴って大きく変動する。最大となる血圧は心臓が収縮したときの血圧で収縮期血圧と呼ばれる。
	27	受診勧奨対象者	特定健康診査受診者のうち、医療機関の受診を促す基準として設定されている受診勧奨判定値を超える者。
	28	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり、機械で老廃物を取り除くこと。一般的に行われている「血液透析」は、患者の腕の血管から血液を取り出し、老廃物を除去する。
	29	腎不全	腎臓の中にある毛細血管の集合体で、血液を濾過する「糸球体」の網の目が詰まり、腎臓の機能が落ち、老廃物を十分排泄できなくなる状態。
	30	生活習慣病	食事や運動・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣が原因で起こる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。日本人の 3 大死因であるがん・脳血管疾患・心疾患、更に脳血管疾患や心疾患の危険因子となる動脈硬化症・糖尿病・高血圧症・脂質異常症などはいずれも生活習慣病であるとされている。
	31	積極的支援	腹囲と BMI から、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに 2 又は 3 以上該当した者に対して実施する特定保健指導。65 歳以上 75 歳未満の者については「積極的支援」の対象となった場合でも「動機付け支援」とする。
た行	32	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	33	動機付け支援	腹囲と BMI から、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに 1 又は 2 つ該当した者に対して実施する特定保健指導。
	34	糖尿病	インスリンの作用不足により高血糖が慢性的に続く病気。網膜症・腎症・神経障害の 3 大合併症をしばしば伴う。
	35	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つ。高血糖状態が継続したことで腎臓の濾過装置である糸球体が障害され、腎機能の著しい低下を認める。一度低下した腎機能の回復は難しく、進行すると人工透析が必要となる場合も多い。
	36	特定健康診査	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、40 歳～74 歳の方を対象として、保険者が実施することになっている健診。メタボリックシンドロームの対策が目的の一つとなっているために、俗に「メタボ健診」と言われることもある。
	37	特定健康診査等実施計画	保険者が特定健康診査・特定保健指導の実施に当たって、その規模、加入者の年齢構成、保健事業の体制・人材等のリソース、地域的条件等を考慮し、あらかじめ実施率目標や実施方法等を定めることで、事業を効率的・効果的に実施し、その実施状況の評価ができるよう、作成する計画。
	38	特定保健指導	特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援のこと。メタボリックシンドロームの人には「積極的支援」、その予備群には「動機付け支援」、それ以外の受診者には「情報提供」が行われる。
	な行	39	日本再興戦略
40		尿酸	細胞内の核に含まれるプリン体が分解される際に生じる老廃物。
41		脳血管疾患	脳の動脈硬化が進み、脳の血管が詰まったり破れたりする病気の総称。

行	No.	用語	解説
は行	42	BMI	体格指数の一つで、肥満度を表す指標として国際的に用いられている。肥満や低体重(やせ)の判定に用いられ、体重(kg)/身長(m <sup>2</sup> )で算出される。
	43	PDCA サイクル	「Plan(計画)→Do(実行)→Check(評価)→Action(改善)」という一連のプロセスを繰り返し行うことで、業務の改善や効率化を図る手法の一つ。
	44	標準化死亡比(SMR)	基準死亡率(人口 10 万対の死亡者数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡者数と実際に観察された死亡者数を比較するもの。国の平均を 100 としており、標準化死亡比が 100 以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100 以下の場合は死亡率が低いと判断される。
	45	標準化比	人口構成の違いを除去して比較するための指標。100 以上の場合は平均より高いと判断され、100 以下の場合は平均より低いと判断される。
	46	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標の一つ。
	47	平均自立期間	要介護 2 以上を「不健康」と定義して、平均余命からこの不健康期間を除いたもので、0 歳の人が必要介護 2 の状態になるまでの期間。
	48	平均余命	ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、本計画書では 0 歳での平均余命を示している。
	49	HbA1c	赤血球の中にあるヘモグロビン A(HbA)にグルコース(血糖)が非酵素的に結合したものである。糖尿病の過去 1~3 か月のコントロール状態の評価を行う上での重要な指標。
	50	ポピュレーションアプローチ	保健事業の対象者を一部に限定せず集団全体へ働きかけを行い、全体としてリスクを下げるアプローチを指しています。一方で、疾患リスクの高い対象者に絞り込んで対処していく方法を、ハイリスクアプローチといいます。
ま行	51	未治療者	健診受診者のうち、受診勧奨対象者かつ健診実施から 6 か月以内に医療機関を受診していない者。
	52	メタボリックシンドローム	内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態のこと。単に腹囲が大きいだけでは、メタボリックシンドロームには当てはまらない。
や行	53	有所見者	特定健康診査受診者のうち、異常の所見のあった者。
ら行	54	レセプト(診療報酬明細書)	病院などが患者に対して治療を行った際、費用(医療費)を保険者に請求するときに使用する書類のこと。病院などは受診した患者ごとに毎月 1 枚レセプトを作成する。

## 疾病中分類別単位の「その他の…」に含まれる主な細小分類別疾病

疾病分類(中分類)	疾病分類(細小(82)分類)
その他の感染症及び寄生虫症	非定型(非結核性)抗酸菌症 ヘリコバクターピロリ感染症
その他の悪性新生物<腫瘍>	喉頭がん 食道がん 膵臓がん 骨がん 卵巣腫瘍(悪性) 前立腺がん 腎臓がん 膀胱がん 脳腫瘍 甲状腺がん
その他の内分泌、栄養及び代謝障害	痛風・高尿酸血症
その他の精神及び行動の障害	認知症
その他の神経系の疾患	一過性脳虚血発作 睡眠時無呼吸症候群
その他の眼及び付属器の疾患	糖尿病網膜症 緑内障
その他の耳疾患	難聴
その他の心疾患	心臓弁膜症 不整脈 心房・心室中隔欠損症
その他の循環器系の疾患	大動脈瘤 食道静脈瘤
その他の呼吸器系の疾患	インフルエンザ 間質性肺炎 気胸
その他の消化器系の疾患	逆流性食道炎 腸閉塞 虫垂炎 クローン病 潰瘍性腸炎 腸閉塞 大腸ポリープ
その他の肝疾患	肝硬変 脂肪肝
その他の皮膚及び皮下組織の疾患	尋常性乾せん<癬> アレルギー性じんま<蕁麻>疹
その他の腎尿路系の疾患	急性膀胱炎 腎性尿崩症

※ KDB 帳票にて設定されている疾病分類は、「国際疾病分類(ICD-10)」に準拠しています。上表は、「その他の…」と表記される項目のうち、主な疾病を例示したものです。詳細は「国際疾病分類(ICD-10)」を参照してください。

## 香川県標準指標出典元

### (1) 特定健診受診率

目標値 特定健診受診率 60%

項番	データ
ア	特定健診受診率(%)
イ	県内順位・全国順位
ウ	40～64歳受診率(%)
エ	65～74歳受診率(%)

(出典) ア～イ(KDB 健康スコアリング(特定健診・特定保健指導の実施状況))

ウ～エ(特定健診・保健指導総括表 総計 No. 3)

### (2) 特定保健指導実施率

目標値 特定保健指導実施率 60%

項番	データ
ア	特定保健指導実施率(%)
イ	県内順位・全国順位
ウ	40～64歳実施率(%)
エ	65～74歳実施率(%)
オ	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 総計(%)
カ	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 男性(%)
キ	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 女性(%)
ク	メタボ該当者(%)
ケ	県内順位・全国順位
コ	メタボ該当者予備群(%)
サ	県内順位・全国順位

(出典) ア～イ(KDB 健康スコアリング(特定健診・特定保健指導の実施状況))

ウ～エ(特定健診・保健指導総括表 総計 No. 50)

オ～キ(特定健診・特定保健指導実施結果報告 No. 29)

ク～サ(KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題③)

### (3) 生活習慣病等重症化予防対策

目標値 受診勧奨による受診率の増

介入者の改善率の増

#### ① 受診勧奨による受診率

項番	データ
ア	受診勧奨者の受診率(糖尿病)(%)※1
イ	受診勧奨者の受診率(歯科)(%)※1
ウ	受診勧奨者の受診率(CKD)(%)※1
エ	受診勧奨者の受診率(循環器病)(%)※2

(出典) ア～エ(KKDA 集計)

※1 受診者/受診勧奨者(受診者及び受診勧奨者ともに、N-1年度特定健診結果に基づき N-1年度又はN年度に受診勧奨及び受診した者の数)

※2 ウ(CKD)受診勧奨のうち優先勧奨者(循環器病)の受診率(再掲)

#### ② 介入者の改善率

項番	データ
オ	糖尿病介入者の改善状況(HbA1c)(※1)(%)
カ	CKD介入者の改善状況(CKDステージ)(※2)(%)

(出典) オ～カ(KKDA 集計)

※1 N-1年度特定健診受診者かつ受診勧奨発送者で 「N-1年度のHbA1c値」-「N年度のHbA1c値」=差>0の者の割合

※2 N-1年度特定健診受診者かつ受診勧奨発送者で 「N-1年度のCKDステージ」-「N年度のCKDステージ」=差≧0の者の割合

③糖尿病性腎症重症化予防対象者の概数

項番	データ
キ	A 糖尿病性腎症+受診なし(人) (腎症4期+腎症3期)
ク	B 糖尿病性腎症+受診あり(人) (腎症4期+腎症3期+腎症2期以下)
ケ	C 糖尿病基準該当+受診なし(人) (腎症2期以下+腎症病期不明)
コ	D 糖尿病治療中 健診未受診者(人) (当年度に糖尿病(2型糖尿病)に該当するレセプトまたは糖尿病性腎症が発生)
サ	E 糖尿病治療中断中 健診未受診者(人)

(出典)キ～サ(KDB 介入支援機能 csv による集計)

※糖尿病有の定義：空腹時血糖 126mg/dl または HbA1c6.5%以上または当年度に糖尿病(2型糖尿病)に該当するレセプトが発生している

※糖尿病治療ありの定義：問診で本人が糖尿病治療薬ありと回答または当年度に糖尿病(2型糖尿病)に該当するレセプトが発生している

※糖尿病治療中断の判定条件：前年度に糖尿病(2型糖尿病)と判定されたレセプトが存在するかかつ当年度に糖尿病(2型糖尿病)と判定されたレセプトが存在しない

④HbA1c8.0%以上者の割合

項番	データ
シ	HbA1c8.0%以上者の割合(40～74歳)(%)
ス	HbA1c8.0%以上者の割合(40～64歳 再掲)(%)
セ	HbA1c8.0%以上者の割合(65～74歳 再掲)(%)

(出典)シ～セ(KDB 介入支援機能 csv による集計)

⑤人工透析者の状況

項番	データ
ソ	人工透析者数(総数 合計)(人)
タ	被保険者数あたり人工透析発生割合(総数 合計)(%)
チ	人工透析(糖尿病レセプト有)者数(総数 合計)(人)
ツ	被保険者数あたり人工透析(糖尿病レセプト有)発生割合(総数 合計)(%)

(出典)ソ～ツ(KDB 厚生労働省様式 3-7 人工透析のレセプト分析)(N+1年度5月作成分)

(4)重複・多剤投与者に対する取組み

目標値 該当者数の減

①該当者数

項番	データ
ア	重複投与者数(年間平均)(人) ※1
イ	重複投与者数(対1万人)(人) ※1
ウ	多剤投与者数(年間平均)(人) ※2
エ	多剤投与者数(対1万人)(人) ※2

(出典)ア～エ(KDB 介入支援機能 csv による集計)

保険者努力支援制度における「重複・多剤投与者」の条件

※1 ア・イ 重複処方該当者数

①【絞込み条件】を「薬効分類単位で集計」とし、【資格情報】は、「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」としたうえで、次の②・③に該当する人数を加算した数を「重複処方該当者数」とする。

②「重複処方を受けた者(人)の【3 医療機関以上】・複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数【1 以上】

③「重複処方を受けた者(人)の【2 医療機関以上】・複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数【2 以上】

※2 ウ・エ 多剤処方該当者数

①【絞込み条件】を「薬効分類単位で集計」とし、【資格情報】を「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」としたうえで、同一薬剤に関する処方日数、「処方を受けた者(人)の【1 日以上】」、処方薬剤数(同一月内)【15 剤以上】に該当する人数を「多剤処方該当者数」とする。

(5)後発医薬品の使用促進の取組み

目標値 後発医薬品の使用割合 金額シェア(国が定める目標値)

項番	データ
ア	後発医薬品の使用割合(金額シェア全体)(%)
イ	後発医薬品の切替割合(計)(%)

(出典)ア(国統計資料)

イ(差額通知書通算集計表 表3-3 審査年月別切替割合(N+1年度5月作分)

(6)高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に寄与する取組み

目標値 1人当たり骨折(入院・外来)医療費の減

要介護認定率の減

フレイル対策 ポピュレーションアプローチ(健康増進計画との整合)

①骨折1人当たり医療費(65歳以上)

項番	データ
ア	1人当たり骨折(入院・外来)医療費 (前期高齢者・後期高齢者)

(出典)ア(KDB 疾病別医療費分析 中分類 116 骨折 CSVによる集計(N年度累計))

骨折医療費÷被保険者数=1人当たり医療費

骨折医療費(円)=1保険者当たり総点数×10

②要介護認定の状況と平均自立期間

項番	データ
イ	要介護1号認定率(%)
ウ	平均自立期間(要介護2以上)(男) (N年度)(年)
エ	平均自立期間(要介護2以上)(女) (N年度)(年)
オ	平均寿命と平均自立期間(要介護2以上)の差 (不健康期間)(男)(N年度)(年)
カ	平均寿命と平均自立期間(要介護2以上)の差 (不健康期間)(女)(N年度)(年)

(出典)イ～カ(KDB 地域の全体像の把握 介護,平均寿命,平均自立期間)