

合志市国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)
令和 6 年度～令和 11 年度

合志市国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方1

1. 背景・目的
2. 計画の位置付けと基本的な考え方
3. 計画期間
4. 関係者が果たすべき役割と連携
 - 1) 市町村国保の役割
 - 2) 関係機関との連携
 - 3) 被保険者の役割
5. 保険者努力支援制度

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期計画に係る評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
3. 第3期における健康課題の明確化
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 健康課題の明確化
 - 3) 目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)34

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

第4章 課題解決するための個別保健事業41

- I. 保健事業の方向性

Ⅱ. 重症化予防の取組

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

Ⅳ. 発症予防

Ⅴ. ポピュレーションアプローチ

第 5 章 計画の評価・見直し69

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第 6 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い70

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料71

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第 3 期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

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

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

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和 6 年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高確法に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表 2・3・4・5)

本市では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB^{※6})を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

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

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

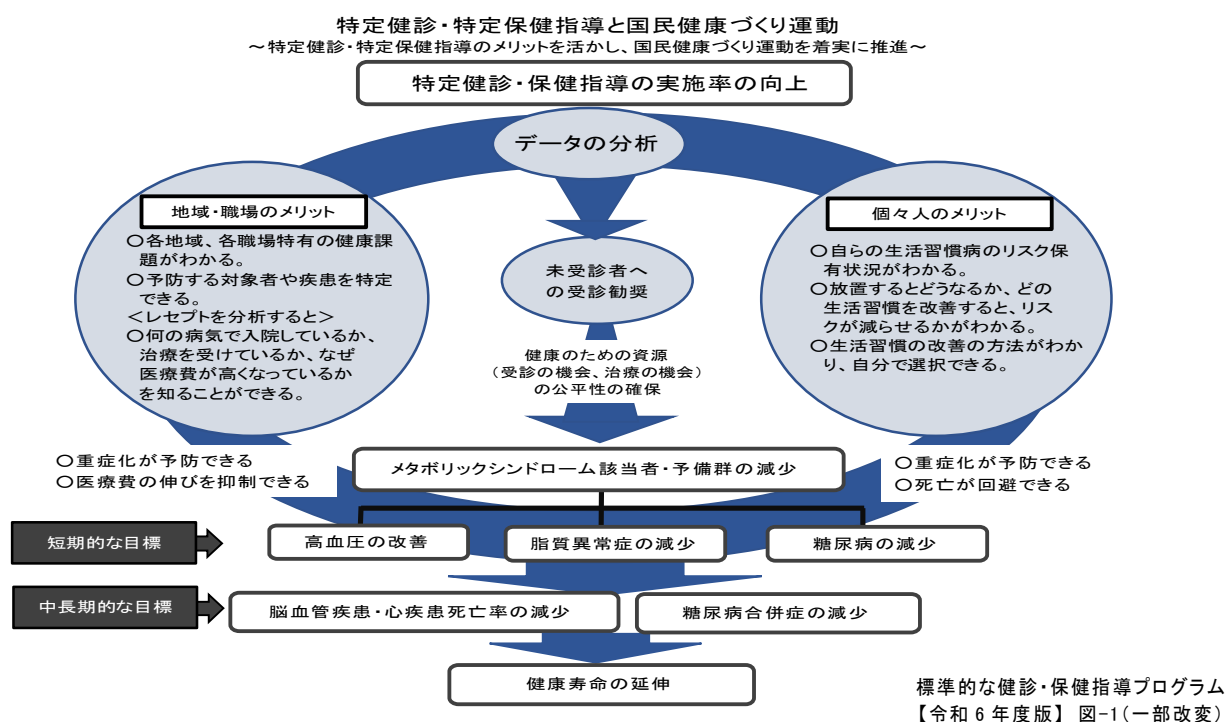
※6 KDB: 国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

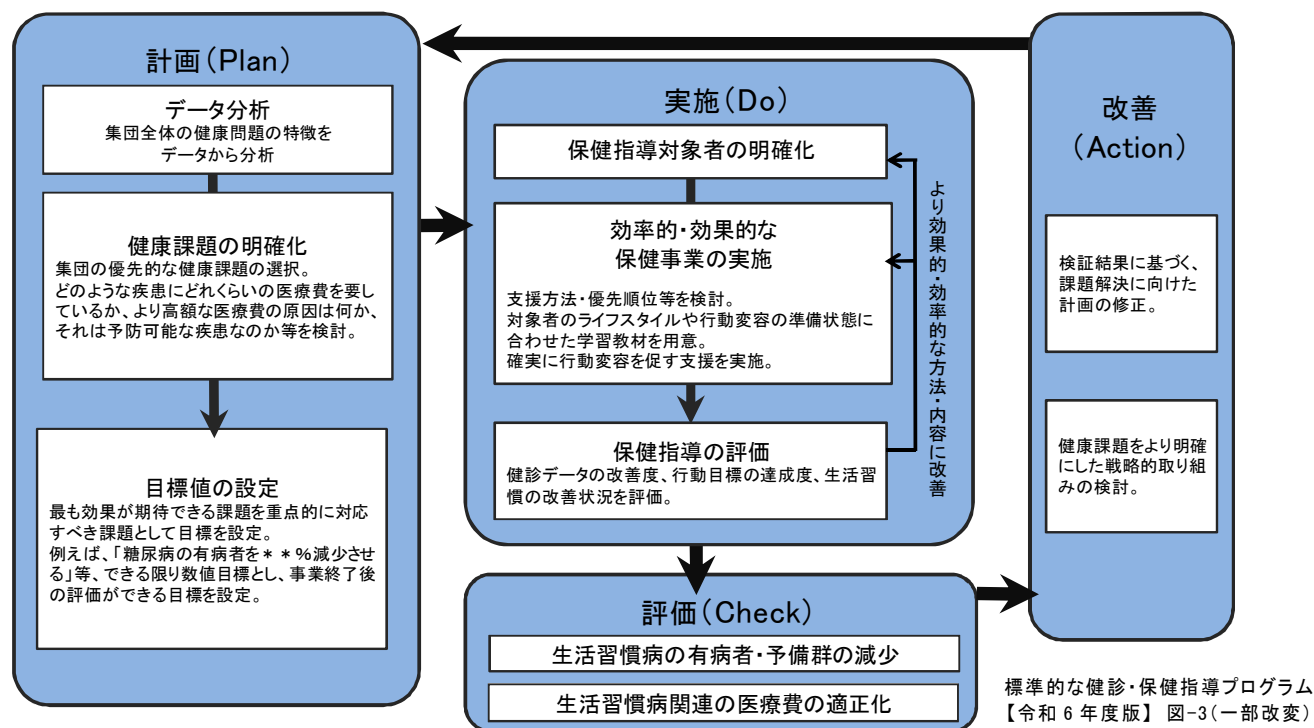
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老前期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
評 価	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安) 「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 ことも、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	がん 精神疾患 ①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養 ①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



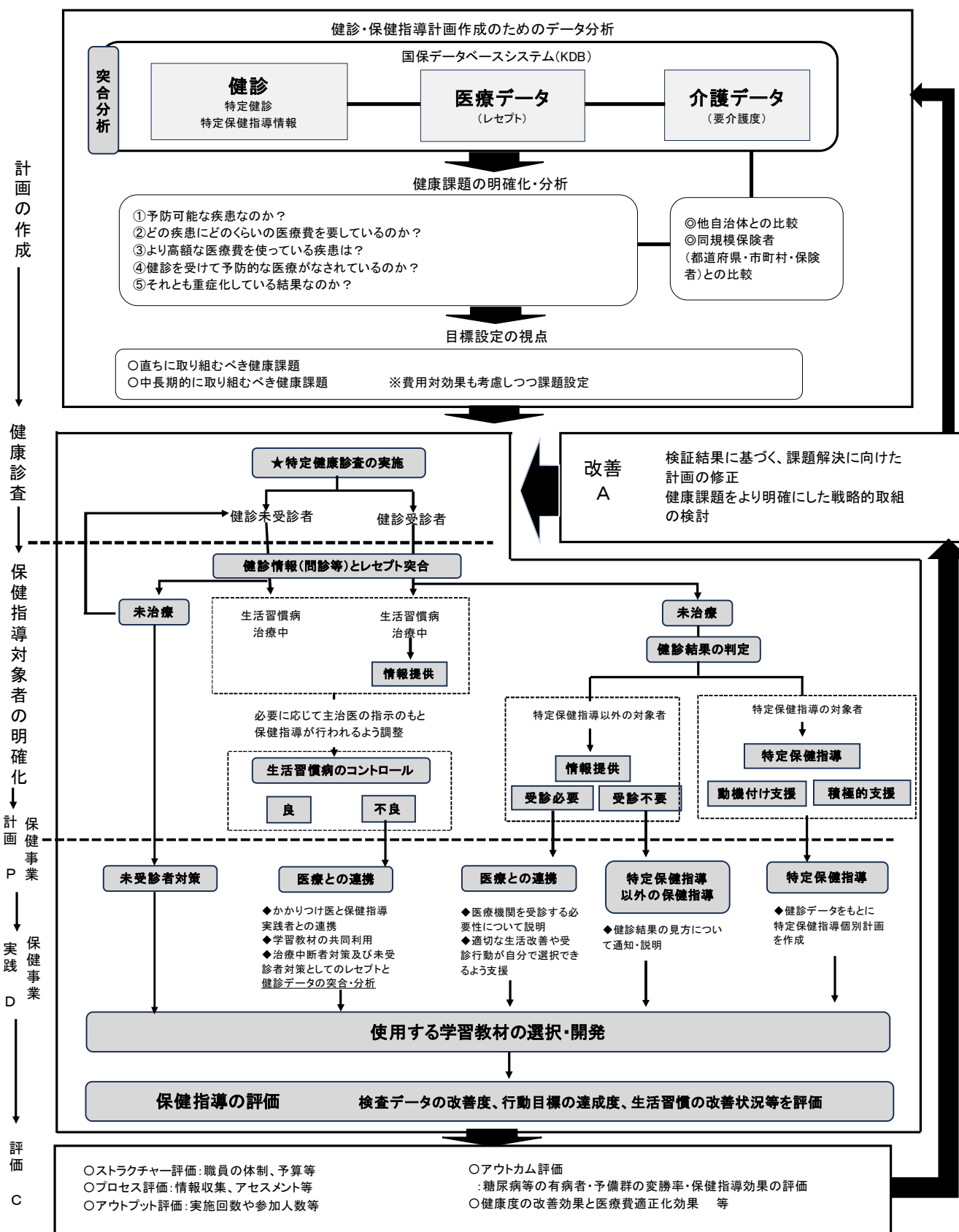
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながります。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

図表 5 標準的な健診・保健指導プログラム(H30 年度版)における基本的な考え方(一部改変)

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考>計画期間の根拠について

データヘルス計画の期間については、国指針第5の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮としており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画とが6年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

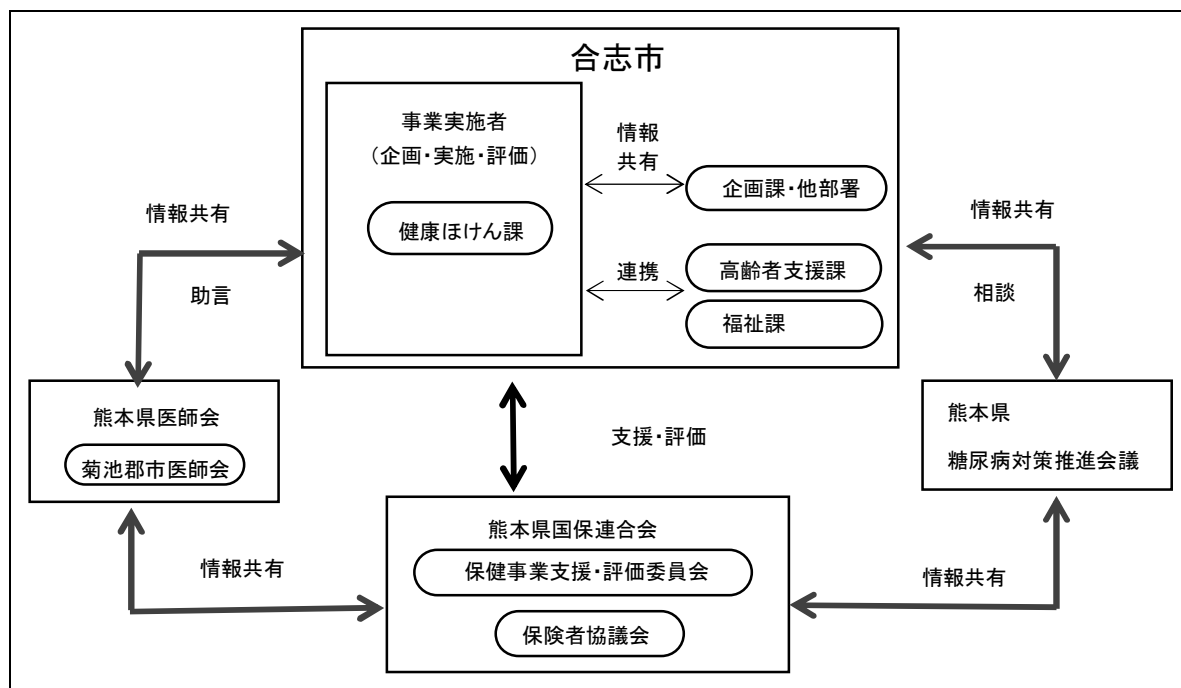
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に

反映させます。

具体的には、高齢者医療部局・保健衛生部局（健康ほけん課）、介護保険部局（高齢者支援課）企画部局（企画課）、生活保護部局（福祉課）とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 合志市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担＜例＞

保…保健師 管栄…管理栄養士 事…事務(注:支払い事務、受診券送付等) ◎…主担当 ○…副担当

	保 (班長)	保	保	保	保	保	管栄	管栄	事 (主幹)	事
国保事務									◎	○
健康診断 保健指導	○	◎	○	○	◎	○	◎	○		◎
がん検診				◎	○	○				
新型コロナ ワクチン	◎	○							○	○
予防接種			◎	○	○	○				
精神保健		◎	○	○	○	○				

2) 関係機関との連携

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

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置され

る保健事業支援・評価委員会、菊池郡市医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力していきます。

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

さらに、保険者等と菊池郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要です。

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めていきます。国保連に設置される評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者への支援等を積極的に行うことが期待されます。

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

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。(図表8)

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする(事業費分・事業費連動分)保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			合志市	配点	合志市	配点	合志市	配点
交付額(万円)			2450		2693		2790	
全国順位(1,741市町村中)			740位		437位		303位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	75	70	70	70	70	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	45	40	55	40	70	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	100	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	105	90	55	90	55	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	40	50	45	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	105	130	100	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	15	100	15	100	15	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	25	30	35	30	40	40
	⑤	第三者求償の取組	24	40	24	50	43	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	75	95	67	100	77	100
合計点			579	1,000	641	960	655	940

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、人口約6万2千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で24.3%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、被保険者の平均年齢も53歳と同規模と比べて若く、出生率も高い市で財政指数も高い市となっています。産業においては、第3次産業が68.1%と同規模と比較しても高く、サービス業等の割合が多く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

国保加入率は17.9%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約46.6%を占めています。(図表10)

また本市内には5つの病院、40の診療所があり、病院数は同規模と比較しても多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した合志市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
合志市	61,550	24.3	10,988 (17.9)	53.3	10.3	8.2	0.7	5.3	26.6	68.1
県	-	31.6	22.4	53.6	7.6	12.3	0.4	9.8	21.1	69.1
同規模	-	30.4	20.5	54.7	6.5	11.8	0.7	5.6	28.6	65.8
国	-	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、市と同規模保険者(85市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	12,022		11,749		11,679		11,514		10,988	
65～74歳	5,300	44.1	5,309	45.2	5,442	46.6	5,395	46.8	5,115	46.6
40～64歳	3,669	30.5	3,447	29.3	3,364	28.8	3,303	28.7	3,197	29.0
39歳以下	3,053	25.4	2,993	25.5	2,873	24.6	2,816	24.5	2,676	24.4
加入率	20.6		20.1		20.0		19.7		17.9	

出典：KDBシステム_人口及び被保険者の状況
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
病院数	5	0.4	5	0.4	5	0.4	5	0.4	5	0.5	0.3	0.5
診療所数	35	2.9	36	3.1	37	3.2	39	3.4	40	3.6	3.6	3.8
病床数	1,654	137.6	1,654	140.8	1,654	141.6	1,587	137.8	1,379	125.5	59.4	85.4
医師数	117	9.7	117	10.0	118	10.1	118	10.2	117	10.6	10.0	14.1
外来患者数	744.1		770.2		721.5		747.2		774.6		719.9	768.9
入院患者数	25.9		28.3		26.6		26.9		25.8		19.6	26.2

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1 つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、社会保障費(医療費・介護費)の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を設定しました。

2 つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました。(図表2参照)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で59人(認定率0.31%)、1号(65歳以上)被保険者で2,823人(認定率18.8%)と県・国と比較すると低く、H30年度と比べても低くなっています。(図表12)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約38億円から約42億円に伸びています。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で5割以上、第1号被保険者でも約4割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表12 要介護認定者(率)の状況

		合志市				同規模	県	国
		H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率		13,199人	22.6%	14,960人	24.3%	30.4%	31.6%	28.7%
2号認定者		55人	0.30%	59人	0.31%	0.36%	0.35%	0.38%
	新規認定者	14人		15人		--	--	--
1号認定者		2,530人	19.3%	2,823人	18.8%	18.1%	20.2%	19.4%
	新規認定者	304人		408人		--	--	--
再掲	65～74歳	263人	3.8%	296人	3.8%	--	--	--
	新規認定者	40人		60人		--	--	--
	75歳以上	2,267人	36.0%	2,527人	35.4%	--	--	--
	新規認定者	264人		348人		--	--	--

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	合志市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	38億4,212万円	42億8,191万円	—	—	—
一人あたり給付費(円)	291,092	286,224	274,536	310,858	290,668
1件あたり給付費(円)全体	61,019	58,969	63,298	62,823	59,662
居宅サービス	40,598	40,430	41,822	42,088	41,272
施設サービス	293,022	306,203	292,502	303,857	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分				2号		1号						合計	
年齢				40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
介護件数(全体)				59		296		2,527		2,823		2,882	
再)国保・後期				35		221		2,414		2,635		2,670	
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	19	脳卒中	95	脳卒中	972	脳卒中	1,067	脳卒中	1,086
				54.3%	43.0%		40.3%		40.5%		40.7%		
			2	虚血性心疾患	10	虚血性心疾患	57	虚血性心疾患	961	虚血性心疾患	1,018	虚血性心疾患	1,028
		28.6%		25.8%	39.8%	38.6%	38.5%						
		3	腎不全	4	腎不全	34	腎不全	596	腎不全	630	腎不全	634	
			11.4%	15.4%	24.7%	23.9%	23.7%						
	合併症	4	糖尿病合併症	6	糖尿病合併症	31	糖尿病合併症	266	糖尿病合併症	297	糖尿病合併症	303	
			17.1%	14.0%	11.0%	11.3%	11.3%						
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			30	基礎疾患	198	基礎疾患	2,304	基礎疾患	2,502	基礎疾患	2,532	
				85.7%		89.6%		95.4%		95.0%		94.8%	
	血管疾患合計			31	合計	207	合計	2,333	合計	2,540	合計	2,571	
				88.6%		93.7%		96.6%		96.4%		96.3%	
	認知症		認知症	4	認知症	49	認知症	1,146	認知症	1,195	認知症	1,199	
				11.4%		22.2%		47.5%		45.4%		44.9%	
筋・骨格疾患		筋骨格系	31	筋骨格系	207	筋骨格系	2,334	筋骨格系	2,541	筋骨格系	2,572		
			88.6%		93.7%		96.7%		96.4%		96.3%		

※新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は年々増えており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 5 万円高く、H30 年度と比較しても 5 万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3%程度にも関わらず、医療費全体の約 44%を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較しても 7 万円も高くなっています。

また年齢調整をした地域差指数でみても、国民健康保険では、全国平均の 1 を大きく超えており、県平均よりも高く、特に入院の地域差指数がH30 年度よりも伸びています。

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

図表 15 医療費の推移

		合志市		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		12,022人	10,988人	--	--	--
前期高齢者割合		5,300人 (44.1%)	5,115人 (46.6%)	47.4	45.4	40.5
総医療費		44億4,413万円	46億3,911万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		369,666 県内24位 同規模43位	422,198 県内20位 同規模24位	366,294	407,772	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	511,620	580,090	610,160	574,060	617,950
	費用の割合	43.8	43.7	40.5	45.5	39.6
	件数の割合	3.4	3.2	2.7	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	22,850	24,930	24,470	23,430	24,220
	費用の割合	56.2	56.3	59.5	54.5	60.4
	件数の割合	96.6	96.8	97.3	96.7	97.5
受診率		770.006	800.469	739.503	795.102	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は市と同規模保険者85市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		合志市(県内市町村中)		県(47県中)	合志市(県内市町村中)		県(47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	1.148	1.218	1.139	1.040	1.076	1.130
		(12位)	(6位)	(9位)	(26位)	(25位)	(7位)
	入院	1.246	1.420	1.309	1.149	1.193	1.277
		(23位)	(8位)	(8位)	(28位)	(24位)	(6位)
	外来	1.084	1.084	1.036	0.912	0.938	0.982
		(7位)	(12位)	(12位)	(30位)	(25位)	(22位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30年度と比較すると横ばいですが、虚血性心疾患については、H30年度より3ポイントも伸びており、腎疾患については同規模、県よりも高くなっています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況をH30年度と比較してみると各疾患割合が増えて

います。(図表 18)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			合志市		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			44億4,412万円	46億3,911万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			8億8,369万円	8億8,347万円	--	--	--
			19.88	19.04%	19.17%	19.15%	18.60%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.66%	1.42%	2.08%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.95%	1.25%	1.42%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	7.30%	6.67%	4.16%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.25%	0.35%	0.29%	0.26%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		11.94%	15.28%	17.03%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		8.81%	7.96%	8.72%	8.56%	8.68%
	精神疾患		10.76%	9.24%	8.04%	9.62%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

注)KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	12,249	11,272	a	467	818	395	718	313	628	
				a/A	3.8%	7.2%	3.2%	6.3%	2.5%	5.5%	
40歳以上	B	7,018	7,444	b	465	812	394	708	308	612	
	B/A	57.3%	66.0%	b/B	6.6%	10.9%	5.6%	9.5%	4.3%	8.2%	
再掲	40～64歳	C	2,765	2,662	c	82	144	68	145	67	130
		C/A	22.6%	23.6%	c/C	2.9%	5.4%	2.4%	5.4%	2.4%	4.8%
	65～74歳	D	4,253	4,782	d	383	668	326	563	241	482
		D/A	34.7%	42.4%	d/D	9.0%	13.9%	7.6%	11.7%	5.6%	10.0%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
地域の全体像の把握

(2) 短期的な目標疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症（重症化）でもある糖尿病性網膜症の割合は減っています。

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲			
				40～64歳		65～74歳	
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)	A	3,373	3,987	425	761	1,651	2,532
	A/被保数	24.3%	28.7%	11.6%	23.8%	31.2%	49.5%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	392	423	43	63	188
		B/A	11.6%	10.6%	10.1%	8.3%	11.4%
	虚血性心疾患	C	551	675	45	103	264
		C/A	16.3%	16.9%	10.6%	13.5%	16.0%
	人工透析	D	437	579	53	95	191
		D/A	13.0%	14.5%	12.5%	12.5%	11.6%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧（高血圧症）
地域の全体像の把握

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲			
				40～64歳		65～74歳	
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)	A	1,905	2,312	262	446	936	1,509
	A/被保数	13.7%	17.8%	7.1%	14.0%	17.7%	11.6%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	221	259	23	37	107
		B/A	11.6%	11.2%	8.8%	8.3%	11.4%
	虚血性心疾患	C	339	418	28	54	168
		C/A	17.8%	18.1%	10.7%	12.1%	17.9%
	人工透析	D	338	508	44	92	160
		D/A	17.7%	22.0%	16.8%	20.6%	17.1%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	198	261	19	46	93
		E/A	10.4%	11.3%	7.3%	10.3%	9.9%
	糖尿病性網膜症	F	233	249	33	48	120
		F/A	12.2%	10.8%	12.6%	10.8%	12.8%
	糖尿病性神経障害	G	87	99	15	19	48
		G/A	4.6%	4.3%	5.7%	4.3%	5.1%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧（糖尿病）
地域の全体像の把握

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	48	35	14	11	34	24
		A/被保数	0.05%	0.04%	0.03%	0.03%	0.07%	0.06%
(中長期合併症疾患)	脳血管疾患	B	3	3	1	2	2	1
		B/A	6.3%	8.6%	7.1%	18.2%	5.9%	4.2%
	虚血性心疾患	C	5	6	1	2	4	4
		C/A	10.4%	17.1%	7.1%	18.2%	11.8%	16.7%
	人工透析	D	4	4	1	1	3	3
		D/A	8.3%	11.4%	7.1%	9.1%	8.8%	12.5%

出典：KDBシステム_ 疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を H30 年度と R03 年度で比較してみたところ、有所見者の割合は、Ⅱ度高血圧は横ばい、HbA1c7.0 以上は減っています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約 36%、糖尿病で 2.5%ほどとなっています。(図表 22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、新型コロナウイルスの影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧__Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R03年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率									未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
合志市	2,557	31.8	2,264	28.9	113	4.4	67	59.3	103	4.5	64	62.1	38	36.9	4	3.9
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病__HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移（結果の改善）								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率			未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
合志市	2,557	31.8	2,264	28.9	112	4.9	22	19.6	80	3.5	18	22.5	2	2.5	3	3.8
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典：ヘルスサポートラボツール

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、H30 年度とR04 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、3 ポイントも伸びており、**その**中でも2 項目の危険因子が重なっている割合が増加しています。

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160 以上の有所見割合を見ると、いずれも微減しているものの、翌年度の結果を見ると、全て改善率が下がってきています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも 3 割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	2,509 (31.2%)	443 (17.6%)	152 (6.0%)	291 (11.6%)	284 (11.1%)
R04年度	2,395 (32.2%)	471 (19.6%)	158 (6.6%)	313 (13.0%)	231 (9.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	230 (9.0%)	53 (23.0%)	79 (34.3%)	22 (9.6%)	76 (33.0%)
R03→R04	189 (8.3%)	38 (20.1%)	66 (34.9%)	22 (11.6%)	63 (33.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	113 (4.4%)	56 (49.5%)	20 (17.7%)	5 (4.4%)	32 (28.3%)
R03→R04	103 (4.5%)	42 (40.8%)	15 (14.5%)	8 (7.7%)	38 (36.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	393 (15.4%)	158 (40.2%)	94 (24.0%)	30 (7.6%)	110 (28.0%)
R03→R04	320 (14.1%)	126 (39.3%)	72 (22.5%)	20 (6.3%)	102 (31.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

②健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、平成 30 年度には 31.2%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R01 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。（図表 27）またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。（図表 28）

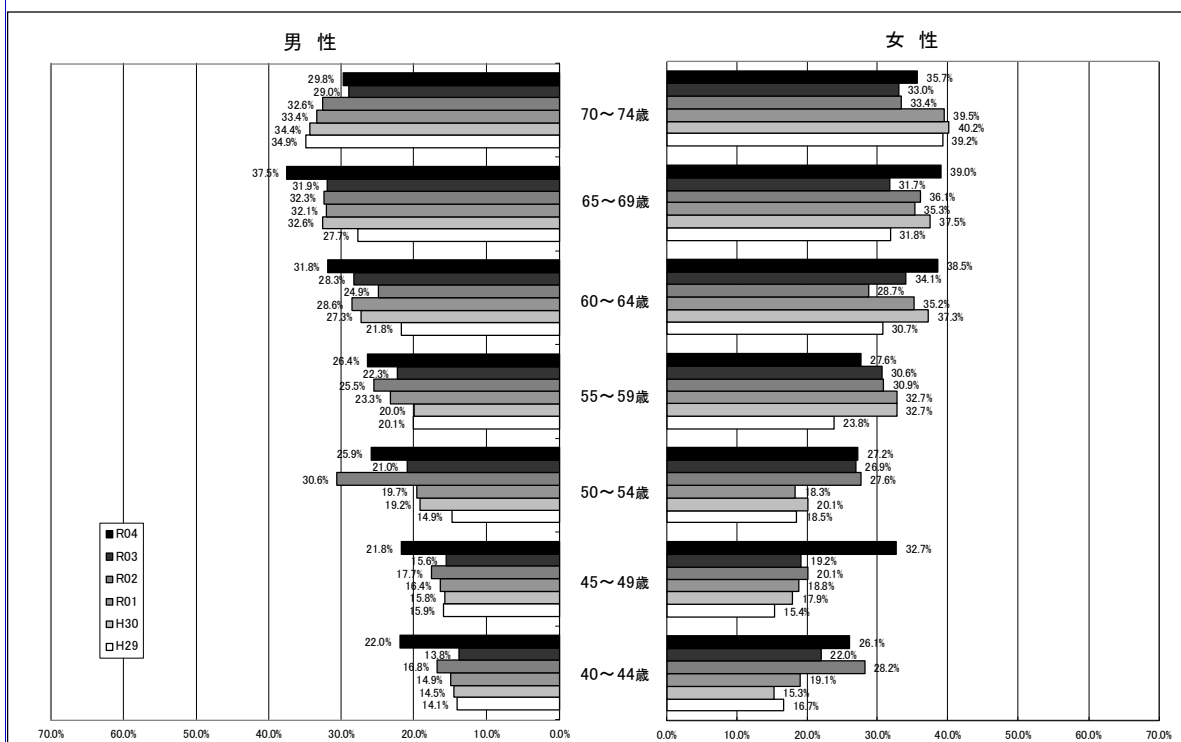
特定保健指導については、目標値の 60%を超えています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	2,509	2,453	2,386	2,219	2,395	健診受診率 60%
	受診率	31.2%	30.9%	30.1%	28.4%	32.2%	
特定保健 指導	該当者数	305	299	313	284	324	特定保健指 導実施率 60%
	割合	12.2%	12.2%	13.1%	12.8%	13.5%	
	実施者数	186	203	205	199	218	
	実施率	61.0%	67.9%	65.5%	70.1%	67.3%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

健診受診者で糖尿病型の者の割合は、約 10%の横ばいですが、未治療者の割合が増加傾向にあります。

H30 年度から HbA1c6.5%以上の未治療者、HbA1c7.0%以上の治療者を対象に保健指導を実施しましたが、未治療者の約 6~7 割しか治療につながっておらず、受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、又治療中断者にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援をおこないます。

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

※1 インスリン抵抗性: 血中インスリン濃度に見合ったインスリン作用が得られない状態

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	2669	2600	2483	2367	2557
糖尿病型	人(b)	290	278	280	264	273
	(b/a)	10.9%	10.7%	11.3%	11.2%	10.7%
	治療中	人(c)	239	227	224	198
		(c/b)	82.4%	81.7%	80.0%	77.3%
	未治療	人(d)	51	51	56	66
		(d/b)	17.6%	18.3%	20.0%	22.7%

②脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約4%の横ばいで、約4割が未治療者です。

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。高リスクの未治療者、中等リスクで第3層（糖尿病、尿蛋白等のリスクあり）の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭での血圧測定を勧め、血圧手帳の活用を促していきます。

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	2669	2600	2483	2367	2557
血圧Ⅱ度以上	人(b)	92	104	113	98	120
	(b/a)	3.4%	4.0%	4.6%	4.1%	4.7%
	治療中	人(c)	64	78	73	59
		(c/b)	69.6%	75.0%	64.6%	60.2%
	未治療	人(d)	28	26	40	39
		(d/b)	30.4%	25.0%	35.4%	39.8%

(2)ポピュレーションアプローチ

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

合志市においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法
				初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	
				(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.7%	2.0%	1.4%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.0%	1.1%	1.3%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	7.3%	6.9%	6.7%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	2.4%	2.2%	2.0%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	4.9%	3.7%	2.2%	合志市調べ
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	28.4%	32.1%	28.6%	合志市健康づくり推進課
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	4.5%	5.1%	5.4%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	15.4%	13.4%	12.7%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	9.0%	9.2%	9.0%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	1.0%	1.0%	0.9%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	68.4%	62.0%	75.8%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	94.6%	93.2%	95.6%	
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	31.2	30.1	32.2	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	61.0	65.5	67.3	
			特定保健指導対象者の割合の減少	12.2	13.1	13.5	
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	10.5	15.5	17.2	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)
			肺がん検診受診者の増加	17.5	16.4	12.5	
			大腸がん検診受診者の増加	36.2	33.3	28.3	
			子宮がん検診受診者の増加	5.2	23.0	18.0	
			乳がん検診受診者の増加	5.2	27.6	23.4	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	12.8	23.2	19.9	
		後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	74.9%	79.7%	81.7%	厚生労働省

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

中長期目標である糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患の総医療費に占める割合は虚血性心疾患のみ増加している。虚血性心疾患のリスク及び、短期目標である高血圧の者の割合も増加しており、減少には至っていない。原因として新型コロナウイルス感染症の影響で生活様式に変化があり、外食や中食が増加したこと、運動の機会が減ったことなどが考えられる。一方で、特定健診受診率は微増しており、また、糖尿病未治療者が治療に繋がった割合も増加しているため特定健診受診者が適切な医療に繋がっていると言える。

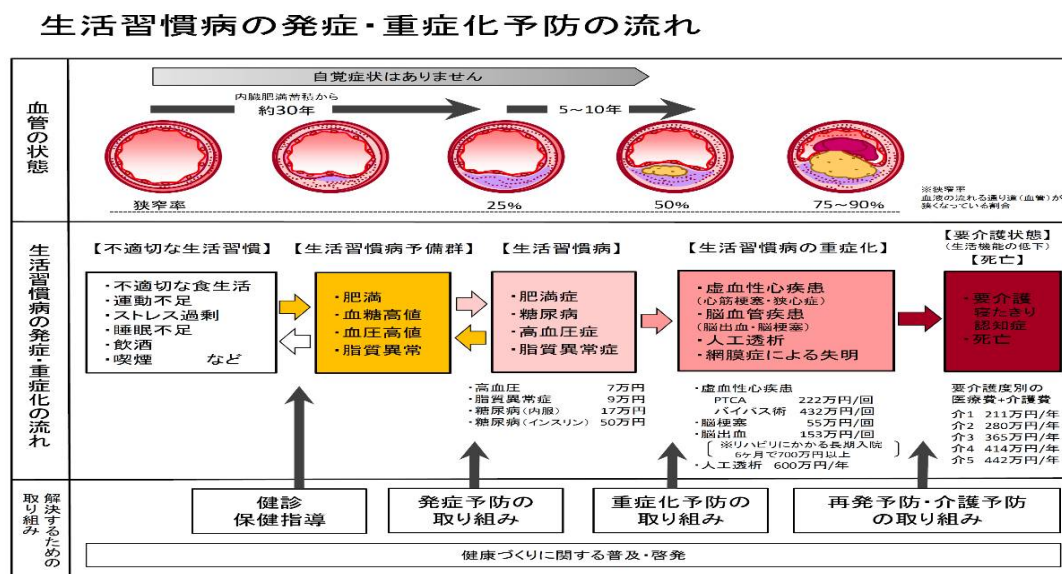
生活習慣の見直しを図り、早期から重症化予防に取り組んでいくためにも特定健診受診率を増加し、ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチを行っていく必要がある。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

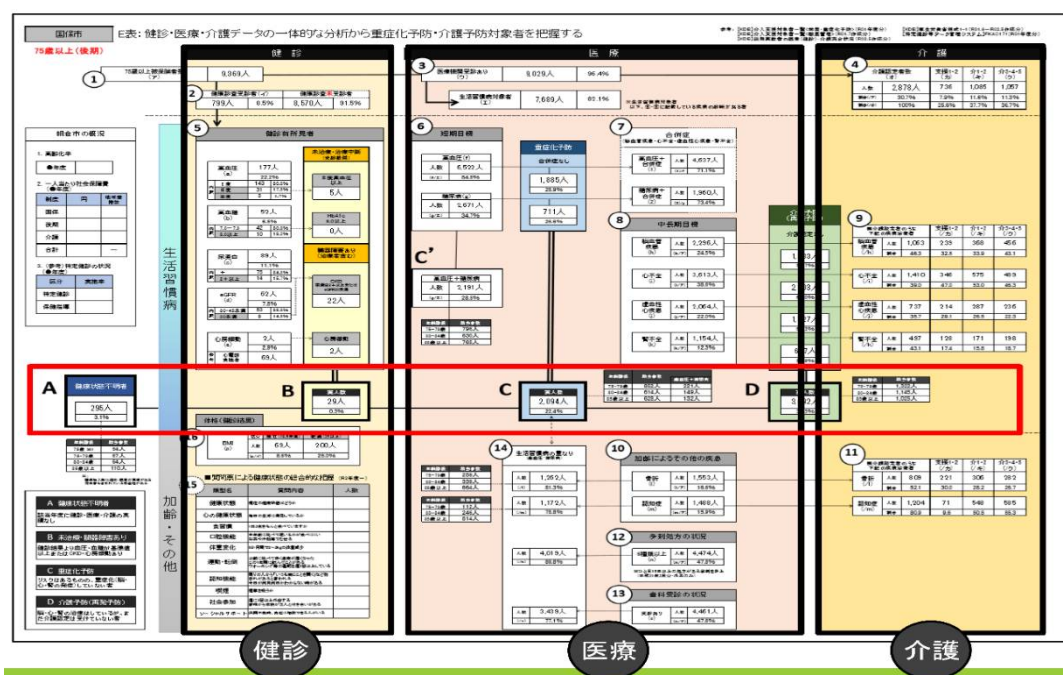
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65 歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 31 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

なお、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		12,022人	11,749人	11,679人	11,514人	10,988人	7,761人
総件数及び 総費用額	件数	113,177件	114,107件	105,418件	108,476件	108,476件	128,510件
	費用額	44億4413万円	47億8946万円	46億5144万円	47億3728万円	46億3911万円	68億639万円
一人あたり医療費		36.9万円	40.7万円	39.8万円	41.1万円	42.2万円	87.7万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
				腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞								
① 国保	合志市	46億3911万円	34,297	6.67%	0.35%	1.42%	1.25%	5.12%	2.70%	1.54%	8億8347万円	19.0%	15.3%	9.24%	7.96%
	同規模	--	29,595	4.16%	0.29%	2.08%	1.42%	5.79%	3.28%	2.15%	--	19.2%	17.0%	8.04%	8.72%
	県	--	33,050	5.52%	0.26%	1.89%	1.02%	5.62%	3.12%	1.72%	--	19.2%	14.1%	9.62%	8.56%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	合志市	68億639万円	74,806	4.27%	0.52%	3.06%	1.07%	4.26%	2.74%	1.19%	11億6412万円	17.1%	11.2%	4.14%	13.0%
	同規模	--	66,448	4.63%	0.47%	3.89%	1.57%	4.23%	3.13%	1.40%	--	19.3%	11.2%	3.74%	12.1%
	県	--	81,455	4.72%	0.47%	3.74%	1.12%	3.70%	2.88%	1.04%	--	17.7%	9.2%	4.70%	13.2%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 34 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	236人	276人	325人	347人	466人	917人
	件数	B	441件	533件	644件	652件	887件	1,698件
		B/総件数	0.39%	0.47%	0.61%	0.60%	0.08%	1.32%
	費用額	C	5億6036万円	7億0025万円	8億3627万円	8億3449万円	11億8681万円	16億2486万円
		C/総費用	12.6%	14.6%	18.0%	17.6%	25.5%	23.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
脳血管疾患	人数	D	11人		16人		16人		18人		17人		56人		
		D/A	4.7%		5.8%		4.9%		5.2%		3.6%		6.1%		
	件数	E	18件		39件		41件		41件		25件		105件		
		E/B	4.1%		7.3%		6.4%		6.3%		2.8%		6.2%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	2.4%	1	2.4%	0	0.0%	65-69歳	1	1.0%
		40代	0	0.0%	5	12.8%	3	7.3%	0	0.0%	3	12.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	4	10.3%	0	0.0%	9	22.0%	3	12.0%	75-80歳	26	24.8%
		60代	13	72.2%	17	43.6%	15	36.6%	12	29.3%	6	24.0%	80代	68	64.8%
		70-74歳	5	27.8%	13	33.3%	22	53.7%	19	46.3%	13	52.0%	90歳以上	10	9.5%
	費用額	F	2136万円		5300万円		5051万円		5382万円		3241万円		9111万円		
		F/C	3.8%		7.6%		6.0%		6.4%		2.7%		5.6%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
虚血性心疾患	人数	G	5人		12人		13人		17人		19人		25人		
		G/A	2.1%		4.3%		4.0%		4.9%		4.1%		2.7%		
	件数	H	6件		13件		15件		22件		23件		26件		
		H/B	1.4%		0.0%		2.3%		3.4%		2.6%		1.5%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	13.6%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	9	34.6%
		60代	4	66.7%	8	61.5%	5	33.3%	10	45.5%	9	39.1%	80代	16	61.5%
		70-74歳	2	33.3%	5	38.5%	10	66.7%	9	40.9%	14	60.9%	90歳以上	1	3.8%
	費用額	I	691万円		2062万円		1989万円		3711万円		3551万円		2253万円		
		I/C	1.2%		2.9%		2.4%		4.4%		3.0%		1.4%		

出典：ヘルスサポートラボツール

■表：健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える

参考：【KDB】介入支援対象者一覧<栄養・重症化予防>
【KDB】介入支援対象者一覧<困窮管理>
【KDB】厚生労働省様式-1
【特定健診等データ管理システム】FKAC171

図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①				②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数				健診受診率			体格(健診結果)					
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	34.8		3,347	4,652	7,177	20.6	32.5	17.1	9.2	6.8	8.1	26.0	22.5	20.7
R04	31.7		3,194	5,260	7,938	22.4	30.9	15.2	11.0	8.4	7.1	26.6	23.2	21.9

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																													
年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	
H30	9	1.3	-	19	1.3	-	21	1.7	-	0	0.0	-	5	0.3	-	0	0.0	-	7	1.0	17	1.1	54	4.4	3	0.4	18	1.2	17	1.4
R04	19	2.6	-	35	2.2	-	29	2.4	-	5	0.7	-	6	0.4	-	1	0.1	-	3	0.4	16	1.0	35	2.9	5	0.7	13	0.8	15	1.2

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥												⑦								
年度	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症											
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症								
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-						
H30	82.6	92.7	97.4	31.0	59.4	78.8	70.9	78.5	86.2	44.4	44.9	43.9	26.6	31.5	36.0	43.9	50.5	52.6	46.1	54.2	57.4						
R04	83.3	91.8	95.7	31.8	62.8	81.4	73.3	80.3	86.0	42.7	47.2	44.4	26.4	34.6	37.3	41.8	52.0	67.5	47.3	56.1	72.6						

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険者数)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	5.4	11.4	4.3	4.2	10.0	3.4	6.4	14.8	31.8	4.8	10.3	17.5	8.8	12.5	79.1	0.7	6.4	68.6	2.3	6.4	44.9	2.5	8.8	46.5
R04	4.6	12.8	23.0	4.4	11.0	20.4	6.4	16.4	34.7	5.7	11.4	18.2	16.2	12.6	44.0	4.2	6.3	39.0	3.9	8.1	44.3	4.4	7.7	40.4

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	58.3	83.3	75.0	78.9	3.5	3.2	1.1	15.1	6.1	80.3	44.2	84.0
R04	64.4	84.5	79.7	82.9	4.4	14.5	1.3	14.7	12.9	61.3	56.5	84.2

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化(図表 32～42)

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は、令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和 3 年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり 87 万円を超え、国保の 2 倍も高い状況です。(図表 32)

合志市は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、中長期目標疾患の慢性腎不全の総医療費に占める割合は、同規模と比べて 2 ポイント以上高くなっており、一人あたりの医療費も同規模・県・国と比べて高くなっています。(図表 33)

高額レセプトについては、国保においては毎年件数が増えています。後期高齢になると、約 2 倍に増えることがわかります。

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和 3 年度が一番多く 41 件で 5,000 万円以上の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 25 件と件数が減り、費用額も約 3200 万円と減っています。しかし、後期高齢においては、105 件発生し、約 9000 万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 34、35)

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は、40～64 歳は減っていますが、65 歳～74 歳は 608 名、75 歳以上では 761 名増え、高齢化率の低い合志市でも 75 歳以上の後期高齢者が確実に増えていることがわかります。

⑮の体格をみると、各年代横ばいとなっています。図表 39 健診有所見の状況をみると、Ⅱ度高血圧以上、HbA1c7.0 以上は各年代で対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧も糖尿病も 75 歳以上は高くなっています。

図表 41 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30 年度と R4 年度を比較すると、特に変化はなく横ばいであるが、脳血管疾患、虚血性心疾患の 75 歳以上の割合は大幅に上がっており、高額レセプト分析において入院費が伸びている要因が、一体的分析においても課題であることがわかります。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全）に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 43)設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておく。

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指す。

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目指す。

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

③ 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指す。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられるが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行う。具体的には、日本人食事摂取基準(2020 年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指す。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

(2) 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
				初期値 R 6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.42			KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.25			
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	6.67			
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	2.04			
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	2.2			
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	28.6			合志市健康ほけん課
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	5.4			
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	12.7			
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	9.0			
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	0.9			
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	75.8			
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	32.2			法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	67.3			
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	15.6			

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としていたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	33.50%	38.00%	42.50%	47.00%	51.50%	60%以上
特定保健指導実施率	68.00%	70%	72%	74%	75%	75%以上

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	7350人	7250人	7200人	7150人	7100人	7050人
	受診者数	2462人	2755人	3060人	3360人	3656人	4230人
特定保健指導	対象者数	330人	350人	370人	390人	410人	430人
	受診者数	225人	245人	259人	273人	287人	301人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

- ① 集団健診
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、熊本県国保連合会(市町村)のホームページに掲載する。

(参照) URL : <https://www.kokuho-kumamoto.or.jp>

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

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

図表 46 特定健診検査項目(例示)

○合志市特定健診検査項目

健診項目		合志市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)		
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	□	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	□	□
	尿酸	○	

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

(5) 実施時期

6 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

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

ます。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47 特定健診実施スケジュール(例示)

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

5. 特定保健指導の実施

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

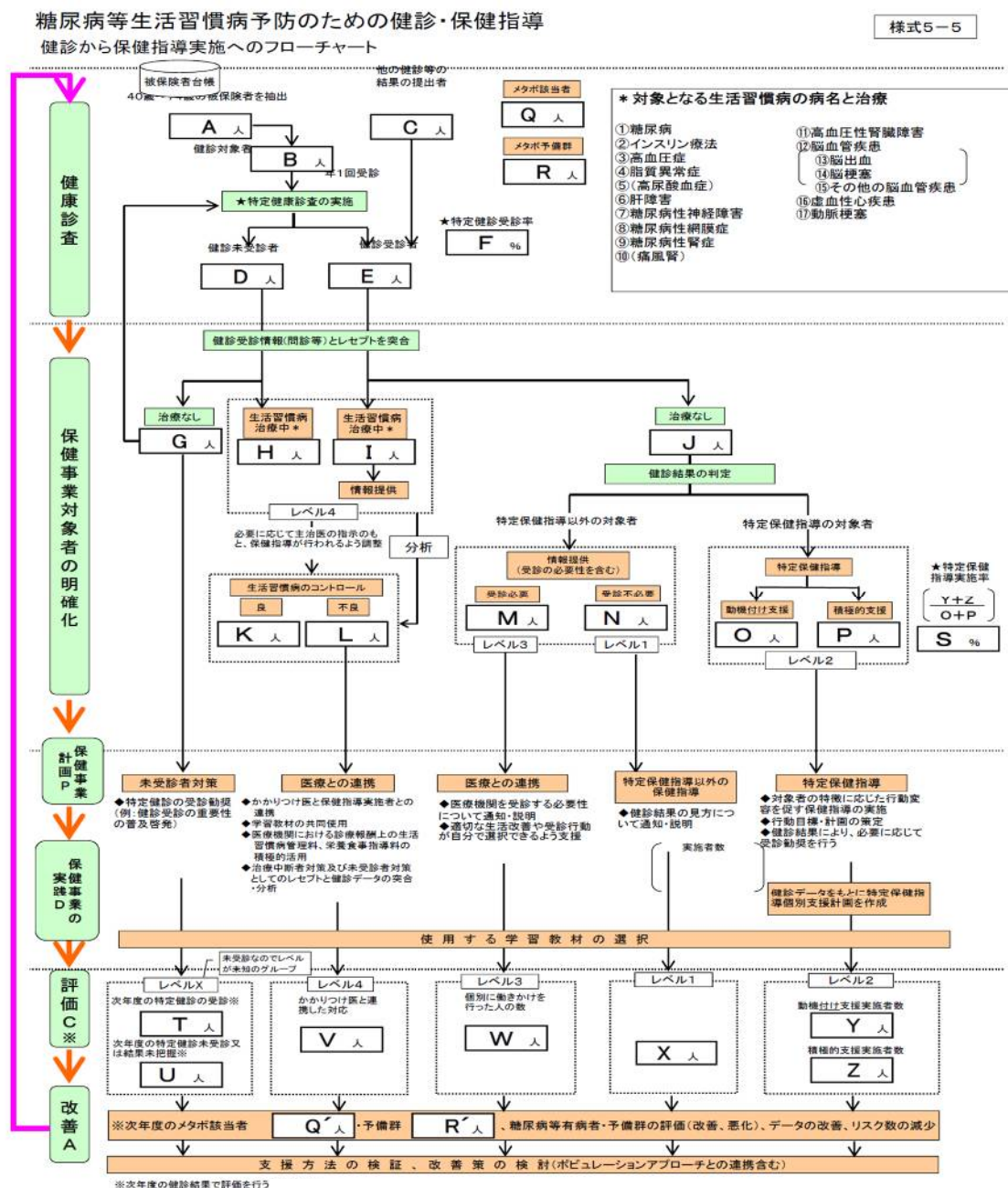
○第4期(2024年以降)における変更点 特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を 促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診 勧奨を行う	400人 (9.4%)	75%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性につい て通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分 で選択できるよう支援	600人 (14.1%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診 の重要性の普及啓発、簡易健診の実 施による受診勧奨)	※受診率目標達成 までにあと1,261人	51.50%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	600人 (14.1%)	100%
5	L	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との 連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生 活習慣病管理料、栄養食事指導料の 積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策 としてのレセプトと健診データの突合・ 分析	700人 (16.5%)	100%

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎受診券の送付		
6月	◎特定健康診査の開始	◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	◎生活習慣病健診、後期高齢者健診開始 ◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月			◎未受診者勧奨開始
8月			
9月			◎がん検診開始 ◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	◎健診の終了		

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および合志市個人情報保護法施行条例を踏まえた対応を行います。

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

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

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知していきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

II. 重症化予防の取組

合志市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、841人(34.4%)です。そのうち治療なしが334人(23.7%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が134人です。

また、合志市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、334人中168人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新発透析導入患者数の減少							
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)						
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓症 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞			心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症										
	※脳卒中 データはリンク 2013年分													
優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)						
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)			動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)						
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動	LDL-C 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者					
該当者数	133	5.4%	19	0.8%	105	4.3%	55	2.2%	471	19.2%	174	7.1%	171	7.0%
治療なし	91	5.4%	6	0.4%	96	5.1%	40	2.1%	118	8.4%	105	4.6%	63	4.5%
(再掲) 特定保健指導	35	26.3%	3	15.8%	26	24.8%	16	29.1%	118	25.1%	29	16.7%	22	12.9%
治療中	42	5.5%	13	1.3%	9	1.6%	15	2.6%	353	34.1%	69	41.1%	108	10.4%
臓器障害あり	37	40.7%	6	100.0%	23	24.0%	16	40.0%	43	36.4%	39	37.1%	63	100.0%
CKD(専門医対象者)	8		4		3		6		11		8		63	
心電図所見あり	32		6		21		12		36		36		18	
臓器障害なし	54	59.3%	—	—	73	76.0%	24	60.0%	75	63.6%	66	62.9%	—	—

■各疾患の治療状況

	治療中	治療なし
高血圧	763	1,684
脂質異常症	580	1,867
糖尿病	168	2,279
3疾患 いずれか	1,035	1,412
※問診結果による		

出典:ヘルサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

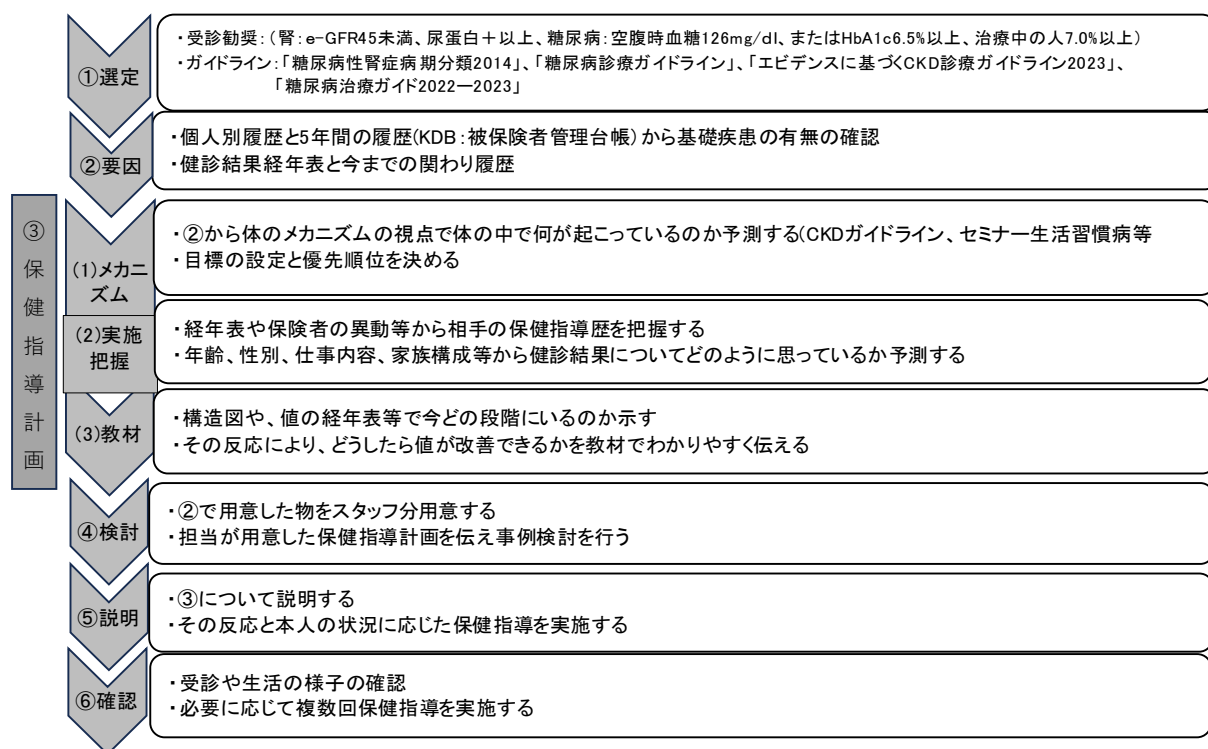
1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及びA県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

- (1) 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者

② 医療機関受診中断者

③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73㎡)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。

合志市においては、特定健診にて尿蛋白(定性)検査を必須項目、血清クレアチニン検査は詳細な健診項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(ー)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

② 基準に基づく該当者数の把握

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

合志市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、136人(44.7%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者2,147人のうち、特定健診受診者が168人(55.3%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者1,920人(92.0%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③ 介入方法と優先順位

図表 54 より合志市においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・136人

優先順位 2

【保健指導】

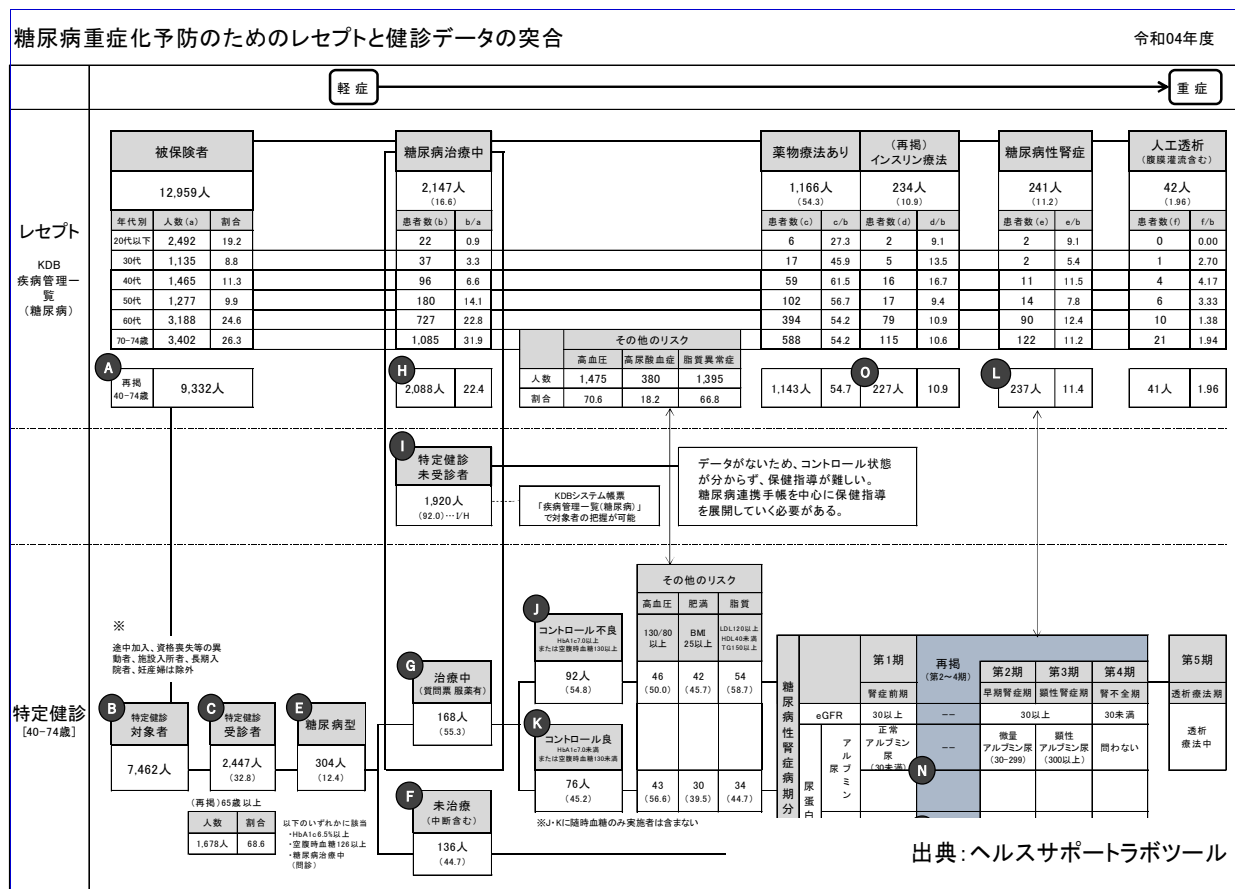
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・92人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

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

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。合志市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます。

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

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始めます
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグロコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

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

(2) 治療中の者への対応

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1c の変化

○eGFR の変化（1 年で 25%以上の低下、1 年で 5 ml/1.73 m²以上低下）

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			突 合 表	合志市										同規模保険者（平均）	
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	①	被保険者数	A	12,511人		12,127人		11,824人		11,883人		11,584人			
	②	（再掲）40～74歳		9,230人		9,077人		8,866人		8,989人		8,772人			
2	①	対象者数	B	8,031人		7,946人		7,930人		7,819人		7,435人			
	②	特定健診 受診者数	C	2,509人		2,453人		2,386人		2,219人		2,395人			
	③	受診率		31.2%		30.9%		30.1%		28.4%		32.2%			
3	①	特定 対象者数		305人		299人		313人		284人		324人			
	②	保健指導 実施率		61.0%		67.9%		65.5%		70.1%		67.3%			
4	①	糖尿病型	E	316人	12.4%	304人	12.2%	310人	12.8%	286人	12.6%	304人	12.4%		
	②	未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	133人	42.1%	118人	38.8%	136人	43.9%	127人	44.4%	136人	44.7%		
	③	治療中（質問票 服薬あり）	G	183人	57.9%	186人	61.2%	174人	56.1%	159人	55.6%	168人	55.3%		
	④	コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖180mg/dl以上	J	112人	61.2%	110人	59.1%	93人	53.4%	88人	55.3%	92人	54.8%		
	⑤	血圧 130/80以上		56人	50.0%	65人	59.1%	54人	58.1%	50人	56.8%	46人	50.0%		
	⑥	肥満 BMI25以上		51人	45.5%	45人	40.9%	38人	40.9%	38人	43.2%	42人	45.7%		
	⑦	コントロール良好 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖180未満	K	71人	38.8%	76人	40.9%	81人	46.6%	71人	44.7%	76人	45.2%		
	⑧	第1期 尿蛋白（－）	M	254人	80.4%	245人	80.6%	254人	81.9%	249人	87.1%	252人	82.9%		
	⑨	第2期 尿蛋白（±）		31人	9.8%	31人	10.2%	24人	7.7%	20人	7.0%	27人	8.9%		
	⑩	第3期 尿蛋白（＋）以上		21人	6.6%	22人	7.2%	28人	9.0%	12人	4.2%	21人	6.9%		
	⑪	第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	3人	1.0%	4人	1.3%	4人	1.4%	4人	1.3%		
5	①	糖尿病受療率（被保険者千対）		110.4人		117.7人		105.0人		117.1人		118.7人			
	②	（再掲）40～74歳（被保険者千対）		147.8人		154.9人		137.2人		152.4人		154.1人			
	③	レセプト件数 （40～74歳） （内は再掲あり）		7,252件	(808.6)	7,812件	(892.2)	7,889件	(895.9)	8,278件	(951.7)	8,084件	(972.6)	2,480,774件	(911.6)
	④	入院外（件数）		70件	(7.8)	70件	(8.0)	67件	(7.6)	102件	(11.7)	61件	(7.3)	10,514件	(3.9)
	⑤	入院（件数）	H	1,381人	11.0%	1,427人	11.8%	1,242人	10.5%	1,392人	11.7%	1,375人	11.9%		
	⑥	（再掲）40～74歳		1,364人	14.8%	1,406人	15.5%	1,216人	13.7%	1,370人	15.2%	1,352人	15.4%		
	⑦	健診未受診者	I	1,181人	86.6%	1,223人	87.0%	1,042人	85.7%	1,211人	88.4%	1,184人	87.6%		
	⑧	インスリン治療	O	141人	10.2%	136人	9.5%	132人	10.6%	136人	9.8%	136人	9.9%		
	⑨	（再掲）40～74歳		138人	10.1%	134人	9.5%	127人	10.4%	133人	9.7%	128人	9.5%		
	⑩	糖尿病性腎症	L	122人	8.8%	134人	9.4%	114人	9.2%	133人	9.6%	137人	10.0%		
	⑪	（再掲）40～74歳		121人	8.9%	133人	9.5%	110人	9.0%	130人	9.5%	136人	10.1%		
	⑫	慢性人工透析患者数 （糖尿病性腎症中に占める割合）		40人	2.9%	40人	2.8%	36人	2.9%	38人	2.7%	36人	2.6%		
	⑬	（再掲）40～74歳		39人	2.9%	39人	2.8%	35人	2.9%	37人	2.7%	35人	2.6%		
	⑭	新規透析患者数		7	4.86	4	2.85	5	3.65	2	1.46	2	1.47		
	⑮	（再掲）糖尿病性腎症		2	1.39	1	0.71	3	2.19	0	0	1	0.74		
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 （糖尿病性腎症中に占める割合）		32人	2.0%	36人	2.1%	35人	2.1%	34人	1.9%	36人	1.9%		
6	①	総医療費		44億4413万円		47億8946万円		46億5144万円		47億3728万円		46億3911万円		50億8753万円	
	②	生活習慣病総医療費		22億9593万円		24億8585万円		24億4440万円		24億8889万円		23億9881万円		27億0662万円	
	③	（総医療費に占める割合）		51.7%		51.9%		52.6%		52.5%		51.7%		53.2%	
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり 健診受診者		4,759円		5,744円		5,466円		4,905円		4,656円		6,937円	
	⑤	健診未受診者		35,229円		38,344円		40,672円		41,512円		40,513円		38,519円	
	⑥	糖尿病医療費		2億1384万円		2億3271万円		2億3609万円		2億6148万円		2億3749万円		2億9434万円	
	⑦	（生活習慣病総医療費に占める割合）		9.3%		9.4%		9.7%		10.5%		9.9%		10.9%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費		7億6810万円		7億6527万円		7億5352万円		8億1315万円		7億7919万円			
	⑨	1件あたり		42,939円		41,625円		42,188円		43,060円		42,530円			
	⑩	糖尿病入院総医療費		4億4286万円		5億8307万円		6億0709万円		5億8275万円		4億6953万円			
	⑪	1件あたり		554,262円		615,057円		661,313円		643,924円		583,264円			
	⑫	在院日数		18日		19日		18日		18日		19日			
	⑬	慢性腎不全医療費		3億3524万円		3億6203万円		3億3153万円		3億1260万円		3億2564万円		2億2640万円	
	⑭	透析有り		3億2420万円		3億5174万円		3億1944万円		2億9975万円		3億0930万円		2億1152万円	
	⑮	透析なし		1104万円		1028万円		1209万円		1285万円		1634万円		1487万円	
7	①	介護給付費		38億4213万円		39億9851万円		41億5494万円		41億9675万円		42億8191万円		56億7154万円	
	②	（2号認定者）糖尿病合併症		3件	10.0%	5件	16.7%	4件	11.1%	6件	15.8%	6件	17.1%		
8	①	死亡 糖尿病（死因別死亡数）		5人	1.1%	5人	1.1%	6人	1.3%	7人	1.5%	6人	1.2%	3,958人	1.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

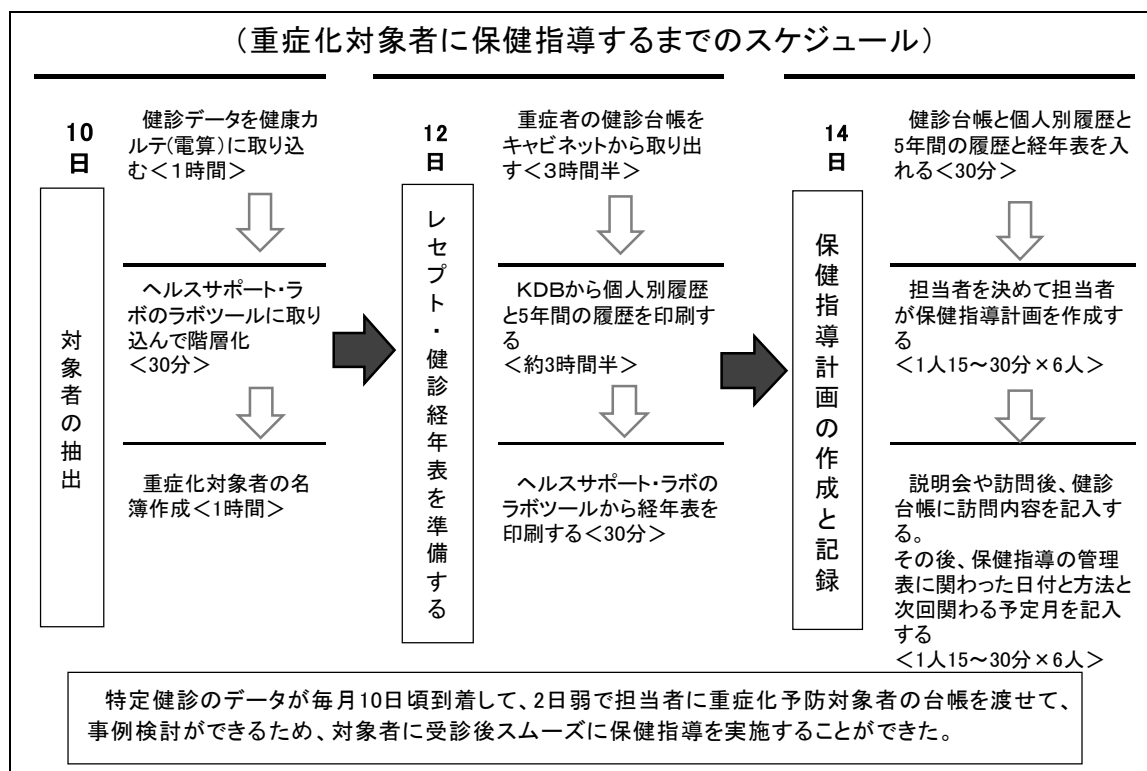
7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

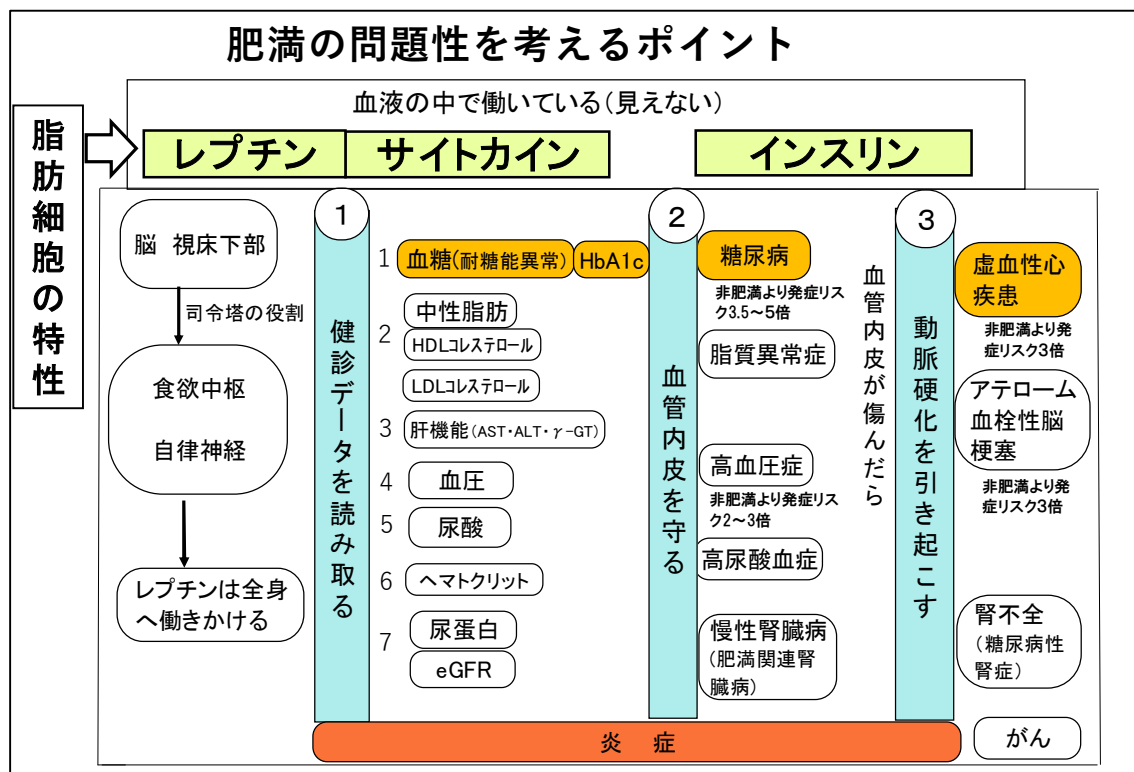
1) 基本的な考え方

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

「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」（メタボリックシンドロームの定義と診断基準より）

なお、取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59 肥満度分類による実態

		受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
						40～59歳	60～74歳	40～59歳	60～74歳	40～59歳	60～74歳	40～59歳	60～74歳
総数		483	1,964	136	455	106	400	24	49	3	6	3	0
				28.1%	23.1%	21.9%	20.3%	4.9%	2.4%	0.6%	0.3%	0.6%	0.0%
再掲	男性	248	801	92	260	73	231	17	27	1	2	1	0
				37.0%	32.4%	29.4%	28.8%	6.8%	3.3%	0.4%	0.2%	0.4%	0.0%
	女性	235	1,163	44	195	33	169	7	22	2	4	2	0
				18.7%	16.7%	14.0%	14.5%	2.9%	1.8%	0.8%	0.3%	0.8%	0.0%

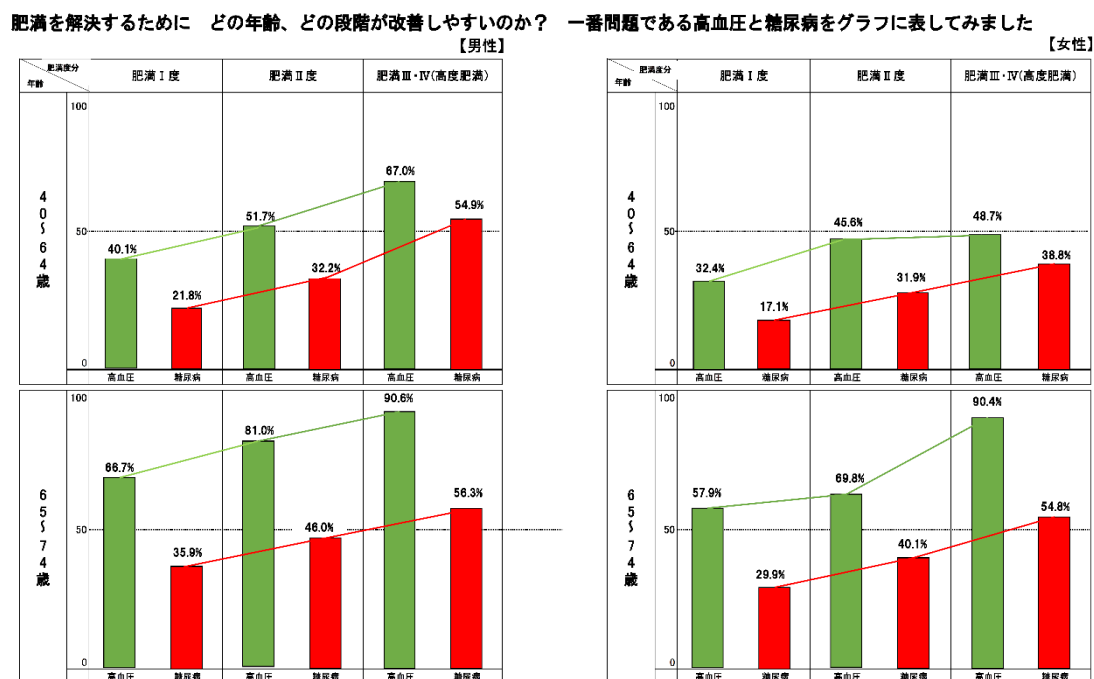
出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位をつけます。

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠(EBM)「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 60 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



② 保健指導を実施した時の住民の声(意識)から「日常生活」で困っていることを教えてもらいました。

図表 61 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

「肥満」になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

生活	肥満度 BMI	I 度		II 度		III 度		IV 度	
		25～29.9		30～34.9		35～39.9		40～	
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない		・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない		・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う		・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない	
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる				・太っているからか腸の蠕動もおこるよ		・逆流性食道炎になった。	
排泄	排便					・便秘になって大変		・便秘に座ると便座が割れる	
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる		・尿意を感じて夜中に3回起きる		・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい		・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない	
動作	歩行	・疲労感がある		・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする		・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩く足がしびれる		・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い	
	日常動作			・屈めず、足の爪を切ることができない ・動き回ると体重で手がしびれて色が変わっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かしづらい				・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない	
身体	胸	・2～3年前から胸の変な感じがある ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動機あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグツと		・動機がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい		・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする		・左を向いて寝ると動機が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。	
	免疫	・蜂窩織炎になる				・風邪をひきやすい		・よく風邪をひく ・よく体調を崩す	
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる		・湿疹ができる ・痒い		・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる		・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している	

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満3度・4度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要がある。そのことは、図表 61 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に図表 60 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満 I 度で、若い年代(40～64 歳)を対象とすることが効率いいことがわかります。

③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例(例示)

心・脳血管疾患を発症した事例から課題を整理する

事例 No.	性別	発症 年齢	KDBから把握								介護	特定 健診	転 帰
			レセプト										
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患						
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性 心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質 異常症	高尿酸 血症			
1	男	60代		●	●		●		●			メタボ	
2	男	60代	●		●		●		●	●		メタボ	死亡
3	男	50代	●				●	●	●		要介護2	メタボ	
4	男	50代		●		●	●	●	●	●		メタボ	
5	男	40代		●		●	●	●	●	●		メタボ	

3) 対象者の明確化

図表 63 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者		A	1,049	121	127	397	404	1,398	117	118	563	600
メタボ該当者		B	336	19	32	135	150	135	3	7	56	69
		B/A	32.0%	15.7%	25.2%	34.0%	37.1%	9.7%	2.6%	5.9%	9.9%	11.5%
再掲	① 3項目全て	C	114	8	7	45	54	44	0	3	22	19
		C/B	23.3%	20.5%	13.2%	23.1%	26.6%	20.8%	0.0%	16.7%	27.2%	17.9%
	② 血糖＋血圧	D	67	0	8	30	29	19	0	1	3	15
		D/B	13.7%	0.0%	15.1%	15.4%	14.3%	9.0%	0.0%	5.6%	3.7%	14.2%
	③ 血圧＋脂質	E	133	9	17	48	59	63	2	2	28	31
		E/B	27.1%	23.1%	32.1%	24.6%	29.1%	29.7%	28.6%	11.1%	34.6%	29.2%
	④ 血糖＋脂質	F	22	2	0	12	8	9	1	1	3	4
		F/B	4.5%	5.1%	0.0%	6.2%	3.9%	4.2%	14.3%	5.6%	3.7%	3.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 64 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	1,049	336	32.0%	252	75.0%	84	25.0%	1,398	135	9.7%	101	74.0%	34	26.0%		
40代	121	19	15.7%	3	16.0%	16	84.0%	117	3	2.6%	2	66.7%	1	33.3%		
50代	127	32	25.2%	18	6.8%	14	93.2%	118	7	5.9%	5	71.4%	2	28.6%		
60代	397	135	34.0%	102	34.0%	33	66.0%	563	56	9.9%	45	80.4%	11	19.6%		
70～74歳	404	150	37.1%	129	86.0%	21	14.0%	600	69	11.5%	49	71.0%	20	29.0%		

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 63)は、男性で 50 代から受診者の 2～3 割を超えるが、女性では 60 代・70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 64)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、全員がメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接

影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ④ 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ⑤ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 65 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001 年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。合志市においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施を検討します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④75 g 糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

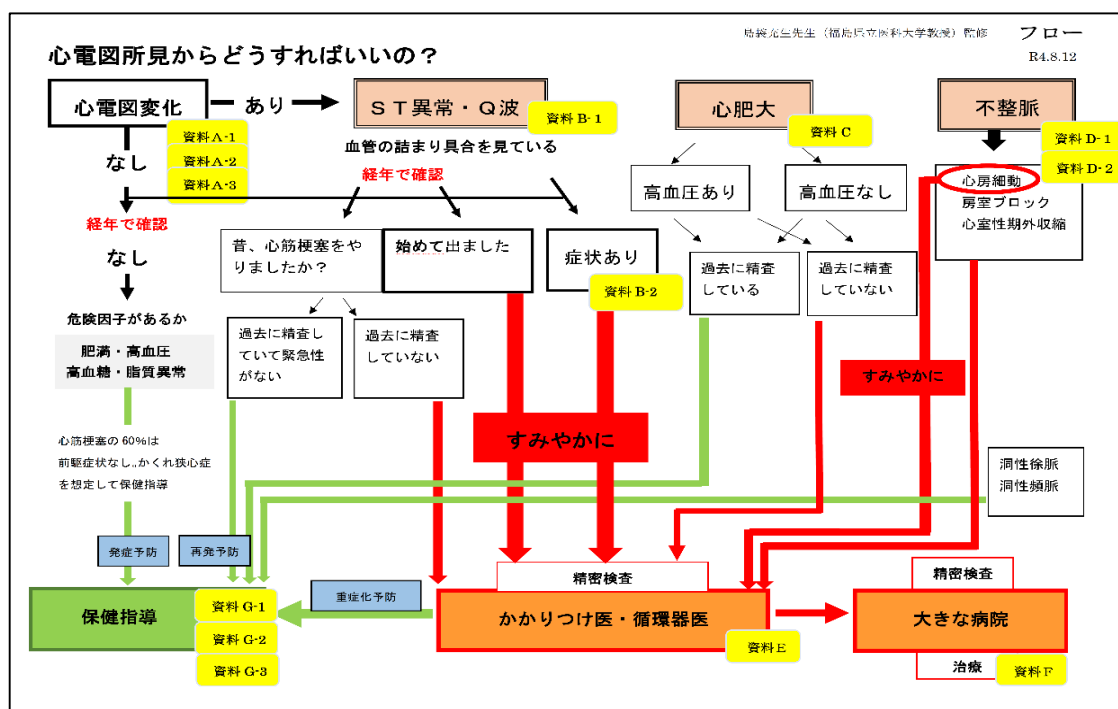
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 66 に基づいて考えます。

図表 66 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

合志市においては、心電図検査実を235人(9.6%)に実施し、そのうち有所見者が88人(37.4%)でし

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

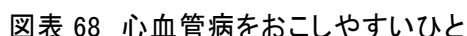
図表 67 心電図検査結果

合志市調べ

②心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 68)



図表 68 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、第4章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表63・64)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ^①(図表 69)

図表 69 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70～74歳	
				1,198	508	399	195	96	29	38	116	108
				42.4%	33.3%	16.3%	8.0%	10.0%	13.1%	39.9%	37.1%	
一次予防 まず生活習慣の改善を 行った後、薬物療法の 適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	164	91	39	26	8	16	18	0	0	
			13.7%	17.9%	9.8%	13.3%	8.3%	55.2%	47.4%	0.0%	0.0%	
	中リスク	140未満 (170未満)	507	201	174	88	44	5	12	68	47	
			42.3%	39.6%	43.6%	45.1%	45.8%	17.2%	31.6%	58.6%	43.5%	
	高リスク	120未満 (150未満)	481	188	172	77	44	8	8	47	58	
			40.2%	37.0%	43.1%	39.5%	45.8%	27.6%	21.1%	40.5%	53.7%	
		再掲 100未満 (130未満) ※1	29	10	10	6	3	1	1	0	7	
			2.4%	2.0%	2.5%	3.1%	3.1%	3.4%	2.6%	0.0%	6.5%	
二次予防 生活習慣の是正と共に 薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2		100未満 (130未満)	46	28	14	4	0	0	0	1	3
				3.8%	5.5%	3.5%	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	2.8%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病＋喫煙ありの場合に考慮

※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病＋喫煙ありの場合に考慮

※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

図表 70 心電図所見からの保健指導教材

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

(2) 二次健診の実施

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

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

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

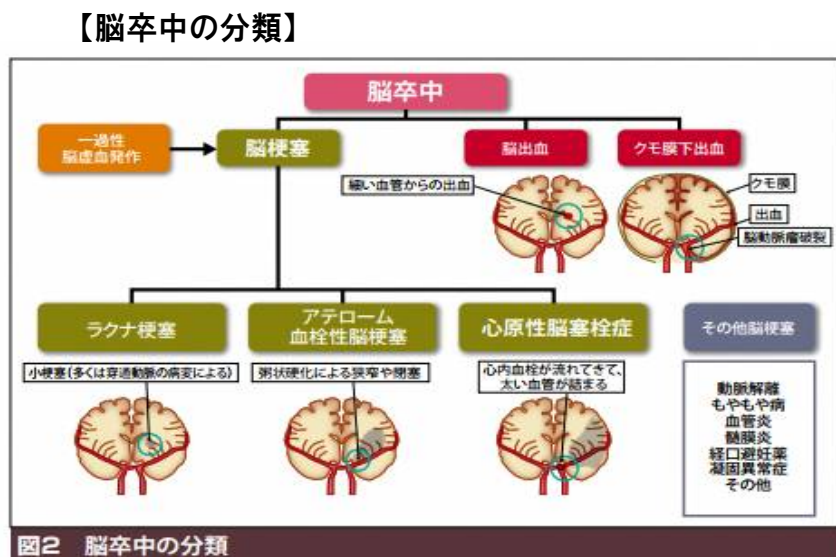
6月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 71,72)

図表 71 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 72 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 73 でみると、高血圧治療者 3,554 人 (H) のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 347 人 (9.8%・O) でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 133 人 (22.0%) であり、そのうち 91 人 (38.4%) は未治療者です。

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

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 42 人 (5.5%) いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか 160 人 (15.9%) しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、604 人 (24.7%・E) は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

図表 73 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合										令和 04 年度				
軽 症												重 症		
レセプト	被保険者			高血圧治療中			脳血管疾患			虚血性心疾患			人工透析	
	12,959 人			3,597 人 (27.8%)			349 人 (9.7%)			552 人 (15.3%)			70 人 (1.9%)	
	年代別	人数(a)	割合	患者数(b)	b/a	処方あり(c)	d/b	患者数(d)	d/b	患者数(e)	e/b	患者数(f)	f/b	
	20代以下	2,492	19.2	14	0.6	9	64.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	30代	1,135	8.8	29	2.6	23	79.3	2	6.9	1	3.4	1	3.45	
	40代	1,465	11.3	145	9.9	123	84.8	6	4.1	13	9.0	9	6.21	
	50代	1,277	9.9	309	24.2	280	90.6	24	7.8	41	13.3	11	3.56	
	60代	3,188	24.6	1,275	40.0	1,139	89.3	134	10.5	181	14.2	19	1.49	
	70~74歳	3,402	26.3	1,825	53.6	1,675	91.8	183	10.0	316	17.3	30	1.64	
	再掲 40~74歳	9,332 人			3,554 人			347 人			551 人			69 人
特定健診	特定健診 未受診者			特定健診 受診者			その他のリスク			臓器障害			重症化を予防するために臓器障害を 早期に発見するための精密検査	
	2,791 人 (H・G)			2,447 人 (I・J)			糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	眼底検査 有所見者	心電図結果 有所見者	尿たんぱく (+以上)		
	78.5 (I/H)			60.4 (J/I)			1,475 41.5	186 5.2	592 16.7	2,116 59.5	1,003 人	2,147 人		
							KDBシステム構築 「疾病管理一覧(高血圧)」 で対象者の把握が可能			血圧値がわからない(データが ない)ため、コントロール状況が わからない。 →保健指導が難しい。				
特定健診 【40~74歳】	特定健診 対象者			特定健診 受診者			高血圧治療中(質問票調査有)			臓器障害				
	7,462 人			2,447 人 (32.8%)			763 人 (31.2%) ...G			眼底検査 有所見者				
							合計 (Ⅰ度以上)	Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度				
							231 人	189 人	35 人	7 人				
							38.2 (G/E)	24.1 (I/H)	15.2 (J/I)	3.0 (K/J)				
							6.5 (G/H)	1.8 (I/J)	0.3 (J/K)	0.1 (K/L)				
							373 人	282 人	70 人	21 人				
							61.8 (F/E)	41.1 (I/H)	18.8 (J/I)	5.6 (K/J)				
							37.3 (G/E)	24.1 (I/H)	15.2 (J/I)	3.0 (K/J)				
							6.5 (G/H)	1.8 (I/J)	0.3 (J/K)	0.1 (K/L)				
特定健診 【40~74歳】	特定健診 対象者			特定健診 受診者			高血圧治療中(質問票調査有)			臓器障害				
	7,462 人			2,447 人 (32.8%)			763 人 (31.2%) ...G			眼底検査 有所見者				
							合計 (Ⅰ度以上)	Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度				
							231 人	189 人	35 人	7 人				
							38.2 (G/E)	24.1 (I/H)	15.2 (J/I)	3.0 (K/J)				
							6.5 (G/H)	1.8 (I/J)	0.3 (J/K)	0.1 (K/L)				
							373 人	282 人	70 人	21 人				
							61.8 (F/E)	41.1 (I/H)	18.8 (J/I)	5.6 (K/J)				
							37.3 (G/E)	24.1 (I/H)	15.2 (J/I)	3.0 (K/J)				
							6.5 (G/H)	1.8 (I/J)	0.3 (J/K)	0.1 (K/L)				
							37.3 (G/E)	24.1 (I/H)	15.2 (J/I)	3.0 (K/J)				

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

図表 74 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130～139 /80～89	I度高血圧 140～159 /90～99	II度高血圧 160～179 /100～109	III度高血圧 180以上 /110以上
	837	464 55.4%	282 33.7%	70 8.4%	21 2.5%
リスク第1層 予後影響因子がない	47	C 30 6.5%	B 14 5.0%	B 1 1.4%	A 2 9.5%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれがある	506	C 294 60.5%	B 171 60.6%	A 37 52.9%	A 4 19.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	284	B 140 33.9%	A 97 34.4%	A 32 45.7%	A 15 71.4%

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	187
		22.3%
B	概ね1ヵ月後に再評価	326
		38.9%
C	概ね3ヵ月後に再評価	324
		38.7%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は≥175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。

※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。

※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

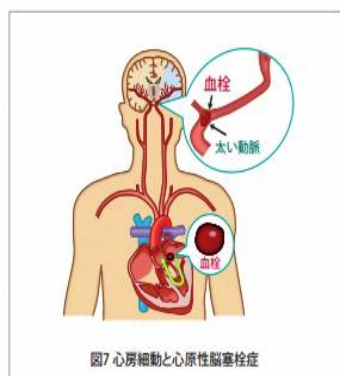
※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。

※5 蛋白尿については、健診結果より(±)以上で判断。

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 74 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれます。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

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

①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)

②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価につい

てはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。
また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

合志市は、令和2年度より熊本県後期高齢者広域連合から、本市が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 75 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

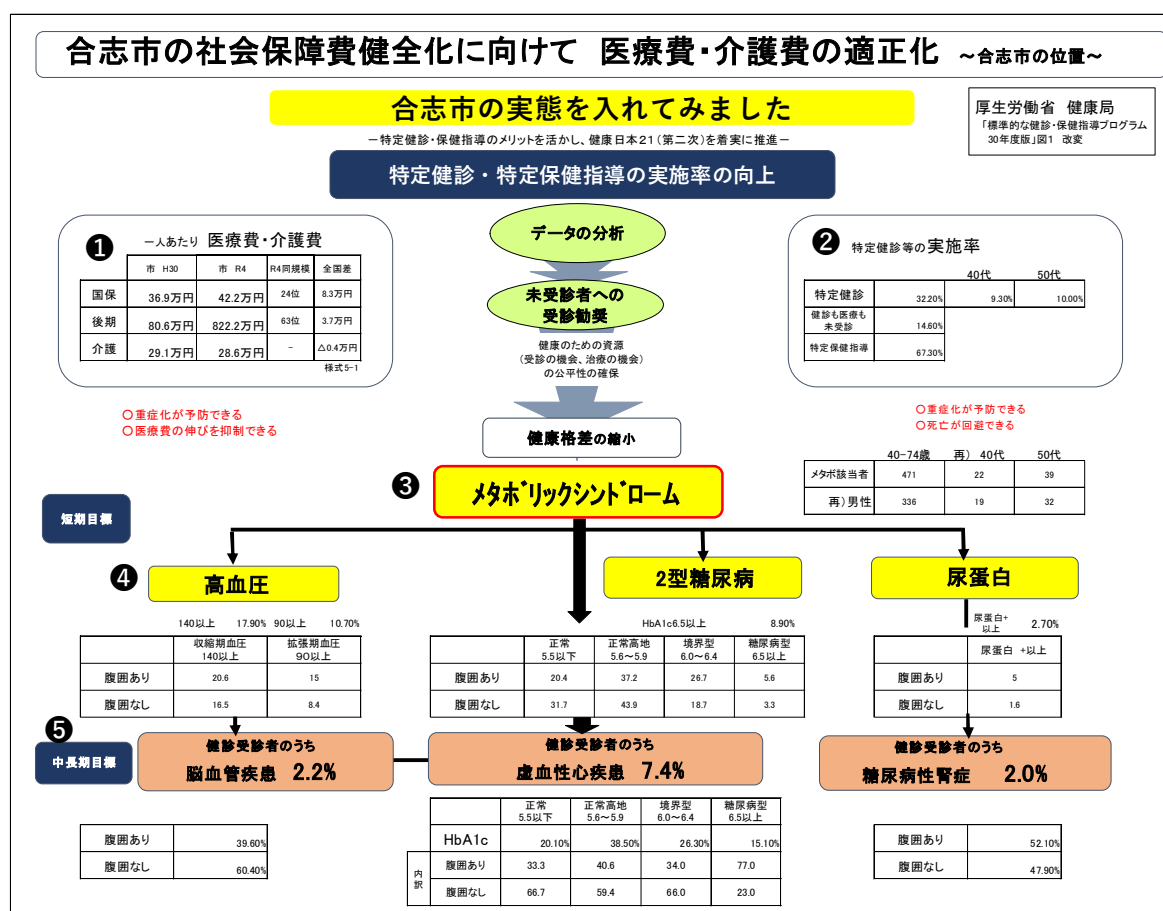
図表 76 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える　　－基本的考え方－　　（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）																	
発症予防 重症化予防																	
1　根拠法 6条　健康増進事業実施者		健康増進法															
		母子保健法				学校保健安全法			労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全法）		高齢者の医療の確保に関する法律		（介護保険）				
2　計画		健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）															
3　年代		妊婦 （胎児期）		産婦	0歳～5歳				6歳～14歳		15～18歳	～29歳　30歳～39歳		40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上	
4　健康診査 （根拠法）		妊婦健康診査 （13条）		産婦健診 （13条）	乳幼児健康診査 （第12・13条）			保育所・幼稚園健康診査		就学時健診 （11・12条）	児童・生徒の定期健康診断 （第1・13・14条）		定期健康診断 （第66条）		特定健康診査 （第18・20・21条）		後期高齢者健康診査 （第125条）
		妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育所 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 （第13・44条）		標準的な特定健診・保健指導プログラム（第2章）			
5　対象者 健康診査内容	血糖	95mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上								
	HbA1c	6.5%以上							6.5%以上								
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上															
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上								
	（診断） 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの															
	身長 体重																
	BMI											25以上					
	肥満度				約7・18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上								
	尿糖	（+）以上					（+）以上										
	糖尿病家族歴																

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。（図表 77.78）

図表 77 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 78 統計からみえる熊本の食

統計からみえる熊本の食		～ 総務省統計局 家計調査 2020～2022年平均 ～	
食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
即席めん	3位	魚介類	52位
ハンバーガー	1位	ほうれんそう	53位
マヨネーズ	1位	にんじん	53位
ケチャップ	2位	ヨーグルト	51位
カレールウ	3位	乾物・海藻	48位
		豆腐	50位
店舗・種別	店舗数 (人口10万対)		
すいか	6位		
まんじゅう	5位		
チョコレート	5位		
焼ちゅう	5位		

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

- 参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた合志市の位置
- 参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料 3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 7 HbA1c の年次比較
- 参考資料 8 血圧の年次比較
- 参考資料 9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた合志市の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた合志市の位置												R04年度			
項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	①	人口構成	総人口		61,550		16,969,503		1,713,102		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題		
			65歳以上(高齢化率)		14,960	24.3	5,164,670	30.4	540,538	31.6	35,335,805	28.7			
			75歳以上		7,137	11.6	---	---	282,460	16.5	18,248,742	14.8			
			65～74歳		7,823	12.7	---	---	258,078	15.1	17,087,063	13.9			
			40～64歳		19,273	31.3	---	---	543,167	31.7	41,545,893	33.7			
	39歳以下		27,317	44.4	---	---	629,397	36.7	46,332,563	37.6					
	②	産業構成	第1次産業		5.3		5.6		9.8		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題		
			第2次産業		26.6		28.6		21.1		25.0				
			第3次産業		68.1		65.8		69.1		71.0				
	③	平均寿命	男性		81.6		80.7		81.2		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			女性		87.9		87.0		87.5		87.0				
	④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性		81.3		80.1		80.4		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			女性		85.3		84.4		85.0		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	90.0		100.3		94.9		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
				女性	88.9		101.2		94.5		100				
			死因	がん	126	48.6	53,892	49.4	5,349	48.2	378,272	50.6			
				心臓病	70	27.0	30,362	27.8	3,242	29.2	205,485	27.5			
				脳疾患	42	16.2	16,001	14.7	1,547	13.9	102,900	13.8			
				糖尿病	6	2.3	2,063	1.9	202	1.8	13,896	1.9			
				腎不全	6	2.3	3,958	3.6	476	4.3	26,946	3.6			
				自殺	9	3.5	2,854	2.6	282	2.5	20,171	2.7			
			合計	56		9.3	-		-		1730	7.1		129016	8.2
				男性	36	12.3	-		-		1124	9.6		84891	10.6
	女性		20	6.5	-		-		606	4.8	44125	5.7			
	②	早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計		56		9.3	-		-		1730	7.1	129016	8.2
			男性	36	12.3	-		-		1124	9.6	84891	10.6		
	女性		20	6.5	-		-		606	4.8	44125	5.7			
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		2,823	18.8	932,725	18.1	108,069	20.2	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				新規認定者		26	0.3	15,476	0.3	1,261	0.3	110,289	0.3		
				介護度別 総件数	要支援1.2	8,866	12.2	2,980,586	13.3	380,309	14.2	21,785,044	12.9		
要介護1.2					33,858	46.6	10,399,684	46.4	1,309,567	49.0	78,107,378	46.3			
要介護3以上					29,889	41.2	9,019,896	40.3	984,793	36.8	68,963,503	40.8			
2号認定者		59	0.31	20,148	0.36	1,879	0.35	156,107	0.38						
②		有病状況	糖尿病	720	24.3	237,003	24.2	25,945	23.1	1,712,613	24.3				
			高血圧症	1,711	57.9	523,600	53.8	65,761	58.7	3,744,672	53.3				
			脂質異常症	969	32.2	312,282	31.8	37,156	32.8	2,308,216	32.6				
			心臓病	1,915	65.4	590,733	60.8	73,556	65.7	4,224,628	60.3				
			脳疾患	627	22.8	221,742	23.1	25,387	22.8	1,568,292	22.6				
			がん	322	10.8	111,991	11.3	13,445	12.0	837,410	11.8				
			筋・骨格	1,744	59.4	516,731	53.1	66,287	59.2	3,748,372	53.4				
			精神	1,182	40.2	358,088	37.0	45,259	40.5	2,569,149	36.8				
③		介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		286,224	4,281,911,059	274,536	1,417,885,670,317	310,858	168,030,405,720	290,668	10,074,274,226,869			
			1件当たり給付費(全体)		58,969		63,298		62,823		59,662				
			居宅サービス		40,430		41,822		42,088		41,272				
	施設サービス		306,203		292,502		303,857		296,364						
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	8,844		8,654		9,463		8,610						
		認定あり 認定なし	4,003		4,013		4,221		4,020						
4	①	国保の状況	被保険者数		10,988		3,472,300		383,407		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況		
			65～74歳		5,115	46.6			174,230	45.4	11,129,271	40.5			
			40～64歳		3,197	29.1			118,490	30.9	9,088,015	33.1			
			39歳以下		2,676	24.4			90,687	23.7	7,271,596	26.5			
	加入率		17.9		20.5		22.4		22.3						
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	5	0.5	1146	0.3	208	0.5	8,237	0.3				
			診療所数	40	3.6	12,471	3.6	1,473	3.8	102,599	3.7				
			病床数	1,379	125.5	206,222	59.4	32,745	85.4	1,507,471	54.8				
			医師数	117	10.6	34,837	10.0	5,415	14.1	339,611	12.4				
			外来患者数	774.6		719.9		768.9		687.8					
			入院患者数	25.8		19.6		26.2		17.7					
			1人あたり医療費	422,198	県内20位 同規模24位	366,294		407,772		339,680					
	③	医療費の 状況	受診率		800.469		739.503		795.102		705.439				
			外 来	費用の割合	56.3	59.5		54.5		60.4					
				件数の割合	96.8	97.3		96.7		97.5					
			入 院	費用の割合	43.7	40.5		45.5		39.6					
				件数の割合	3.2	2.7		3.3		2.5					
1件あたり在院日数			18.1日		16.3日		18.1日		15.7日						

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名（調剤含む）	がん	708,692,200	29.5	32.0	27.3	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題				
			慢性腎不全（透析あり）	309,303,150	12.9	7.8	10.7	8.2					
			糖尿病	237,490,350	9.9	10.9	10.9	10.4					
			高血圧症	125,299,520	5.2	6.2	6.0	5.9					
			脂質異常症	71,277,640	3.0	4.0	3.3	4.1					
			脳梗塞・脳出血	65,945,680	2.7	3.9	3.6	3.9					
			狭心症・心筋梗塞	57,819,480	2.5	2.7	2.0	2.8					
			精神	428,729,330	17.9	15.1	18.6	14.7					
筋・骨格	369,446,980	15.4	16.4	16.6	16.7								
4	⑤	医療費分析 一人当たり医療 費／入院医療 費に占める割 合	入院	高血圧症	362	0.2	299	0.2	435	0.2	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析（中分類）
				糖尿病	2,670	1.4	1,297	0.9	2,168	1.2	1,144	0.9	
				脂質異常症	123	0.1	61	0.0	117	0.1	53	0.0	
				脳梗塞・脳出血	5,426	2.9	6,621	4.5	7,036	3.8	5,993	4.5	
				虚血性心疾患	4,097	2.2	4,143	2.8	3,398	1.8	3,942	2.9	
				腎不全	3,738	2.0	4,389	3.0	5,404	2.9	4,051	3.0	
	医療費分析 一人当たり医 療費／外来医 療費に占める割 合	外来	高血圧症	11,040	4.6	11,711	5.4	12,283	5.5	10,143	4.9		
			糖尿病	19,576	8.2	20,415	9.4	21,299	9.6	17,720	8.6		
			脂質異常症	6,363	2.7	7,802	3.6	6,890	3.1	7,092	3.5		
			脳梗塞・脳出血	575	0.2	937	0.4	625	0.3	825	0.4		
			虚血性心疾患	1,906	0.8	1,875	0.9	1,621	0.7	1,722	0.8		
			腎不全	28,876	12.1	17,220	7.9	23,648	10.6	15,781	7.7		
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,690		2,421		2,450		2,031		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題	
			健診未受診者	14,700		13,441		13,484		13,295			
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	4,656		6,937		6,758		6,142			
			健診未受診者	40,513		38,519		37,197		40,210			
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨受者	医療機関受診率	1,229	52.1	516,819	51.7	51,599	51.4	3,543,116	52.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			医療機関非受診率	142	6.0	53,130	5.3	5,504	5.5	337,939	5.0		
5	①	特定健診の 状況 県内市町村数 47市町村 同規模市区町村 数 250市町村	メタボ 										

① 40～64 歳(国保)



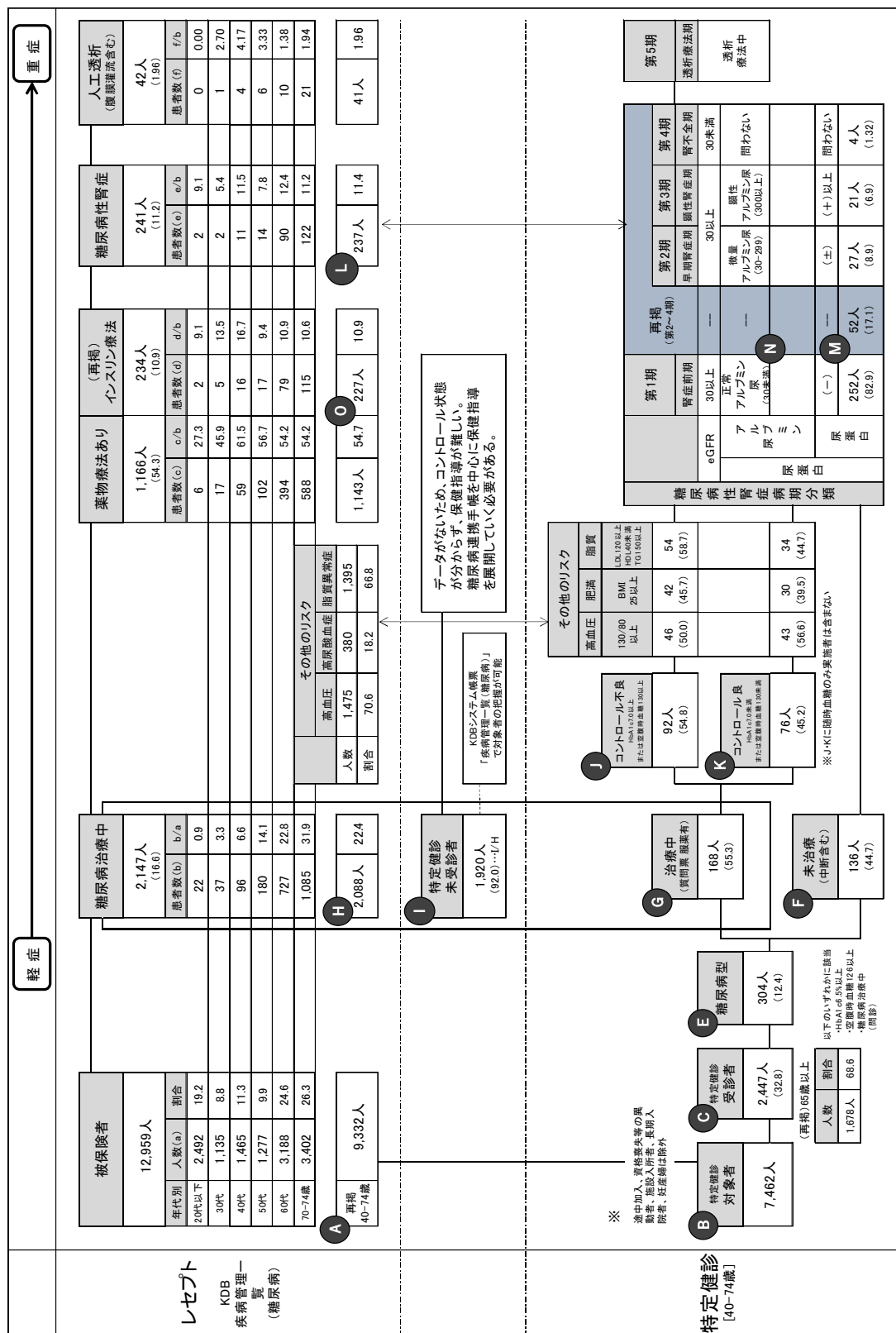
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			突合表	合志市										同規模保険者(平均)		データ基	
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	A	12,511人		12,127人		11,824人		11,883人		11,584人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳		9,230人		9,077人		8,866人		8,989人		8,772人					
2	①	対象者数	B	8,031人		7,946人		7,930人		7,819人		7,435人				市町村国保 特定健康診査・特定保 健指導状況概況報告書	
	②	特定健診 受診者数	C	2,509人		2,453人		2,386人		2,219人		2,395人					
	③	受診率		31.2%		30.9%		30.1%		28.4%		32.2%					
3	①	特定 保健指導 対象者数		305人		299人		313人		284人		324人					
	②	実施率		61.0%		67.9%		65.5%		70.1%		67.3%					
4	①	糖尿病型	E	316人	12.4%	304人	12.2%	310人	12.8%	286人	12.6%	304人	12.4%			特定健診結果	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	133人	42.1%	118人	38.8%	136人	43.9%	127人	44.4%	136人	44.7%				
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	183人	57.9%	186人	61.2%	174人	56.1%	159人	55.6%	168人	55.3%				
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	112人	61.2%	110人	59.1%	93人	53.4%	88人	55.3%	92人	54.8%				
	⑤	血圧 130/80以上		56人	50.0%	65人	59.1%	54人	58.1%	50人	56.8%	46人	50.0%				
	⑥	肥満 BMI25以上		51人	45.5%	45人	40.9%	38人	40.9%	38人	43.2%	42人	45.7%				
	⑦	コントロール良好 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	71人	38.8%	76人	40.9%	81人	46.6%	71人	44.7%	76人	45.2%				
	⑧	第1期 尿蛋白(ー)	M	254人	80.4%	245人	80.6%	254人	81.9%	249人	87.1%	252人	82.9%				
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		31人	9.8%	31人	10.2%	24人	7.7%	20人	7.0%	27人	8.9%				
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		21人	6.6%	22人	7.2%	28人	9.0%	12人	4.2%	21人	6.9%				
	⑪	第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	3人	1.0%	4人	1.3%	4人	1.4%	4人	1.3%				
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)		110.4人		117.7人		105.0人		117.1人		118.7人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)		147.8人		154.9人		137.2人		152.4人		154.1人					
	③	レセプト件数 (40-74歳) (1件は被保険者対)		7,252件	(808.6)	7,812件	(892.2)	7,889件	(895.9)	8,278件	(951.7)	8,084件	(972.6)	2,480,774件	(911.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④	入院外(件数)		70件	(7.8)	70件	(8.0)	67件	(7.6)	102件	(11.7)	61件	(7.3)	10,514件	(3.9)		
	⑤	糖尿病治療中	H	1,381人	11.0%	1,427人	11.8%	1,242人	10.5%	1,392人	11.7%	1,375人	11.9%				
	⑥	(再掲)40-74歳		1,364人	14.8%	1,406人	15.5%	1,216人	13.7%	1,370人	15.2%	1,352人	15.4%				
	⑦	健診未受診者	I	1,181人	86.6%	1,223人	87.0%	1,042人	85.7%	1,211人	88.4%	1,184人	87.6%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑧	インスリン治療	O	141人	10.2%	136人	9.5%	132人	10.6%	136人	9.8%	136人	9.9%				
	⑨	(再掲)40-74歳		138人	10.1%	134人	9.5%	127人	10.4%	133人	9.7%	128人	9.5%				
	⑩	糖尿病性腎症	L	122人	8.8%	134人	9.4%	114人	9.2%	133人	9.6%	137人	10.0%				
	⑪	(再掲)40-74歳		121人	8.9%	133人	9.5%	110人	9.0%	130人	9.5%	136人	10.1%				
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		40人	2.9%	40人	2.8%	36人	2.9%	38人	2.7%	36人	2.6%				
	⑬	(再掲)40-74歳		39人	2.9%	39人	2.8%	35人	2.9%	37人	2.7%	35人	2.6%				
	⑭	新規透析患者数		7	4.86	4	2.85	5	3.65	2	1.46	2	1.47				
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		2	1.39	1	0.71	3	2.19	0	0	1	0.74			KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		32人	2.0%	36人	2.1%	35人	2.1%	34人	1.9%	36人	1.9%				
6	①	総医療費		44億4413万円		47億8946万円		46億5144万円		47億3728万円		46億3911万円		50億8753万円		KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課 題	
	②	生活習慣病総医療費		22億9593万円		24億8585万円		24億4440万円		24億8889万円		23億9881万円		27億0662万円			
	③	(総医療費に占める割合)		51.7%		51.9%		52.6%		52.5%		51.7%		53.2%			
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり 健診受診者		4,759円		5,744円		5,466円		4,905円		4,656円		6,937円			
	⑤	健診未受診者		35,229円		38,344円		40,672円		41,512円		40,513円		38,519円			
	⑥	糖尿病医療費		2億1384万円		2億3271万円		2億3609万円		2億6148万円		2億3749万円		2億9434万円			
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.3%		9.4%		9.7%		10.5%		9.9%		10.9%			
	⑧	糖尿病入院外総医療費		7億6810万円		7億6527万円		7億5352万円		8億1315万円		7億7919万円					
	⑨	1件あたり		42,939円		41,625円		42,188円		43,060円		42,530円					
	⑩	糖尿病入院総医療費		4億4286万円		5億8307万円		6億0709万円		5億8275万円		4億6953万円					
	⑪	1件あたり		554,262円		615,057円		661,313円		643,924円		583,264円					
	⑫	在院日数		18日		19日		18日		18日		19日					
	⑬	慢性腎不全医療費		3億3524万円		3億6203万円		3億3153万円		3億1260万円		3億2564万円		2億2640万円			
	⑭	透析有り		3億2420万円		3億5174万円		3億1944万円		2億9975万円		3億0930万円		2億1152万円			
	⑮	透析なし		1104万円		1028万円		1209万円		1285万円		1634万円		1487万円			
7	①	介護給付費		38億4213万円		39億9851万円		41億5494万円		41億9675万円		42億8191万円		56億7154万円			
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		3件 10.0%		5件 16.7%		4件 11.1%		6件 15.8%		6件 17.1%					
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		5人 1.1%		5人 1.1%		6人 1.3%		7人 1.5%		6人 1.2%		3,958人 1.0%		KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	

糖尿病重症化予防のためのセプトと健診データの実合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報のうち、疾病管理・一貫化把握できない項目については、KDB帳票「介入支援対象者一貫化（養護・重症化予防）」から集計

レセプト
KDB
疾病管理一覽
(高血圧症)

被保險者	12,959人	年別別	人數(a)	割合
		20代以下	2,492	19.2
		30代	1,135	8.8
		40代	1,465	11.3
		50代	1,277	9.9
		60代	3,188	24.6
		70~74歳	3,402	26.3
		再掲 40~74歳	9,332人	

高血圧症治療中				
3,597人 (2718)				
患者数 (h)	b/a	短方数(c)	c/b	
14	0.6	9	64.3	
29	2.6	23	79.3	
145	9.9	123	84.8	
309	24.2	280	90.6	
1,275	40.0	1,139	89.3	
1,825	53.6	1,675	91.8	

H	3,554人			
	患者数 (h)	b/a	短方数(c)	c/b
3,554	38.1	3,217	90.5	

脳血管疾患	虚血性心疾患	人工透析			
349人 (9.7)	552人 (15.3)	70人 (1.95)			
患者数(n)	d/a	e/b	患者数(f)	f/a	
0	0.0	0	0.0	0.000	
2	6.9	1	3.4	1	3.45
6	4	13	9.0	9	6.21
24	7.8	41	13.3	11	3.56
134	10.5	181	14.2	19	1.49
183	10.0	316	17.3	30	1.64
347人	9.8	551人	15.5	69人	1.94

その他のリスク			
糖尿病	脂質異常症		脂質異常症
	脂質異常症	高尿酸血症	
1.475	186	592	2.116
41.5	52	167	59.5

重症化を予防するために臓器障害を早期に発見するための精密検査

血圧値がわからない(データがない)ため、コントロール状況がわからない。
一保健指導が難しい。

KDBシステム帳票
疾病管理一覧(高血圧)」
で対象者の把握が可能

特定健診 未受診者	2,791人 (H-G)	78.5 Q/H)
--------------	--------------	-----------

※ 金中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外

特定健診
[40-74歳]

高血圧治療中（質問票 服薬者）	763人 (31.2) ...G		割合
	分類	人数	
	I 度	189人	
	II 度	35人	
231人	III 度	7人	3.0
38.2 (G/E)	III 度		
6.5 (G/H)			
373人	I 度	282人	75.6
	II 度	70人	18.8
	III 度	21人	5.6
	61.8 (F/E)		

血圧分類		その他のリスク				
		肥満	高血糖	高尿酸	脂質異常症	
Ⅰ度	68 (36.0%)	39 (20.6%)	16 (8.5%)	112 (59.3%)	LDL 100以上 HDL 40未満 TG 150以上	
	10 (28.6%)	4 (11.4%)	2 (5.7%)	22 (62.9%)		
	2 (28.6%)	1 (14.3%)	3 (42.9%)	4 (57.1%)		
Ⅱ度						
Ⅲ度						
Ⅰ度	68 (24.1%)	23 (8.2%)	23 (8.2%)	197 (69.9%)		
	21 (30.0%)	11 (15.7%)	11 (15.7%)	52 (74.3%)		
Ⅱ度						
Ⅲ度						

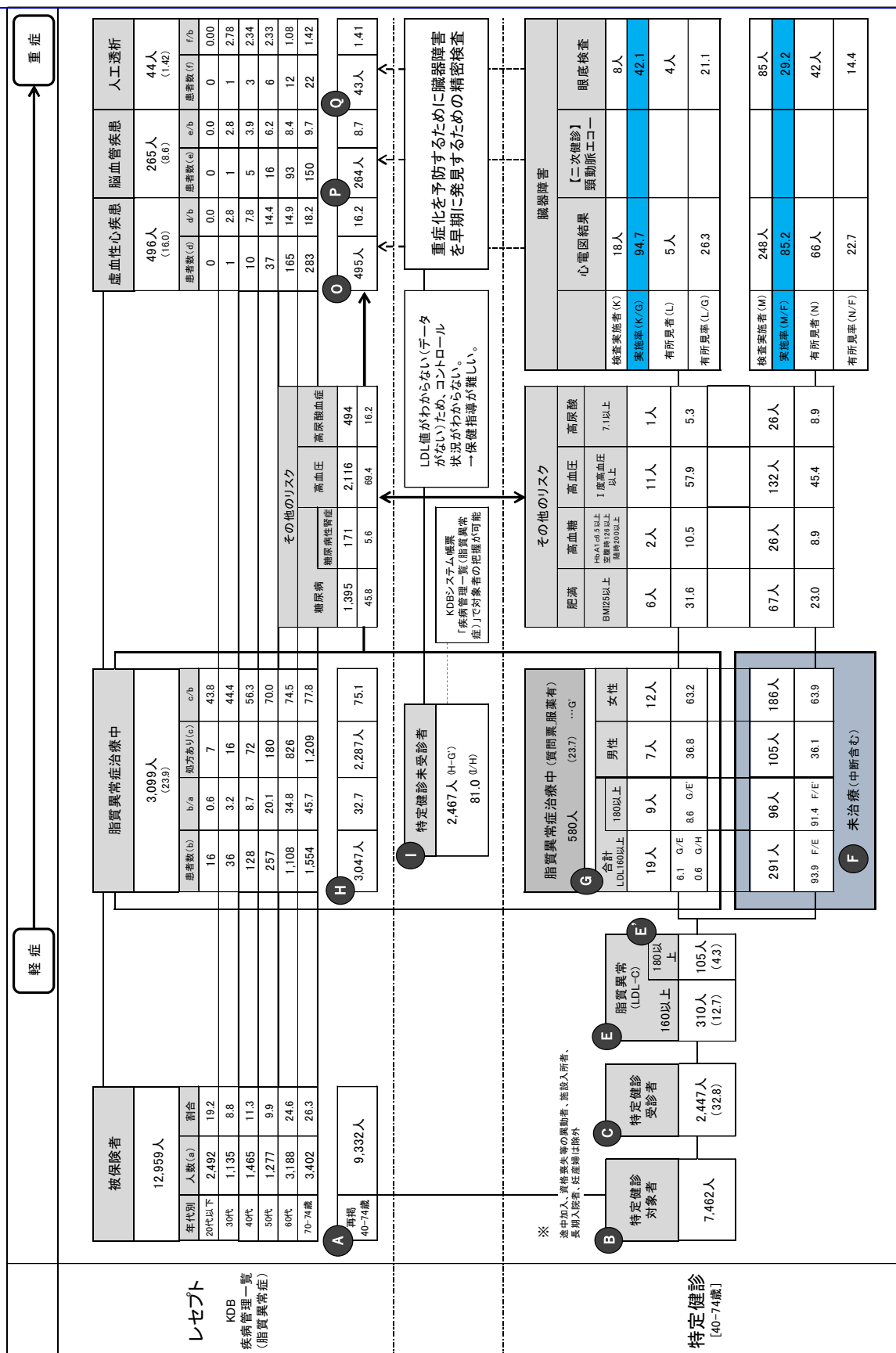
臓器障害			
詳細診察実施者 (J)	眼底検査 有所見者	心電図結果 有所見者	尿たんぱく (+以上)
	1,003人	2,147人	
(J/C)	41.0	87.7	
検査実施者 (K)	160人	212人	231人
実施率 (K/G)	69.3	91.8	100.0
有所見者 (L)	99人	85人	18人
有所見率 (L/G)	42.4	36.8	7.8
検査実施者 (M)	262人	347人	373人
実施率 (M/F)	70.2	93.0	100.0
有所見者 (N)	156人	119人	10人
有所見率 (M/F)	41.8	31.9	2.7

※高血圧の人が詳細健診をきちんと受けているか

※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報の一覧で把握できない項目については、「KDB販売介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)

脂質異常症重症化予防のためのしせつと健診データの突合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※※レセプト情報のうち、疾病管理一覽を把握できない項目については、「KDB嘱保 介入支援対象者一覽（栄養・重症化予防）」から集計

参考資料7 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H29	2,563	652	25.4%	1,150	44.9%	513	20.0%	131	5.1%	87	3.4%	30	1.2%	61	2.4%	19	0.7%
H30	2,556	777	30.4%	1,090	42.6%	459	18.0%	118	4.6%	87	3.4%	25	1.0%	59	2.3%	14	0.5%
R01	2,499	815	32.6%	1,010	40.4%	456	18.2%	115	4.6%	79	3.2%	24	1.0%	50	2.0%	17	0.7%
R02	2,427	681	28.1%	1,001	41.2%	521	21.5%	116	4.8%	83	3.4%	25	1.0%	53	2.2%	19	0.8%
R03	2,264	752	33.2%	917	40.5%	406	17.9%	109	4.8%	59	2.6%	21	0.9%	46	2.0%	13	0.6%
R04	2,447	686	28.0%	1,021	41.7%	521	21.3%	112	4.6%	85	3.5%	22	0.9%	56	2.3%	17	0.7%

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上														
					再掲														
					再)7.0以上	未治療	治療												
H29	2,563	652 25.4%	1,150 44.9%	513 20.0%	248	119	129												
					9.7%	48.0%	52.0%												
					117	36	81												
					4.6%	30.8%	69.2%												
H30	2,556	777 30.4%	1,090 42.6%	459 18.0%	230	93	137												
					9.0%	40.4%	59.6%												
					112	22	90												
					4.4%	19.6%	80.4%												
R01	2,499	815 32.6%	1,010 40.4%	456 18.2%	218	83	135												
					8.7%	38.1%	61.9%												
					103	28	75												
					4.1%	27.2%	72.8%												
R02	2,427	681 28.1%	1,001 41.2%	521 21.5%	224	104	120												
					9.2%	46.4%	53.6%												
					108	32	76												
					4.4%	29.6%	70.4%												
R03	2,264	752 33.2%	917 40.5%	406 17.9%	189	84	105												
					8.3%	44.4%	55.6%												
					80	18	62												
					3.5%	22.5%	77.5%												
R04	2,447	686 28.0%	1,021 41.7%	521 21.3%	219	105	114												
					8.9%	47.9%	52.1%												
					107	38	69												
					4.4%	35.5%	64.5%												

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標						合併症の危険が更に大きくなる	
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A		
治療中	H29	165	6.4%	1	0.6%	10	6.1%	25	15.2%	48	29.1%	63	38.2%	18	10.9%	42	25.5%	11	6.7%
	H30	183	7.2%	1	0.5%	15	8.2%	30	16.4%	47	25.7%	69	37.7%	21	11.5%	52	28.4%	11	6.0%
	R01	186	7.4%	4	2.2%	9	4.8%	38	20.4%	60	32.3%	62	33.3%	13	7.0%	37	19.9%	10	5.4%
	R02	174	7.2%	1	0.6%	7	4.0%	46	26.4%	44	25.3%	59	33.9%	17	9.8%	40	23.0%	11	6.3%
	R03	159	7.0%	4	2.5%	10	6.3%	40	25.2%	43	27.0%	48	30.2%	14	8.8%	35	22.0%	7	4.4%
	R04	168	6.9%	1	0.6%	9	5.4%	44	26.2%	45	26.8%	59	35.1%	10	6.0%	39	23.2%	7	4.2%
治療なし	H29	2,398	93.6%	651	27.1%	1,140	47.5%	488	20.4%	83	3.5%	24	1.0%	12	0.5%	19	0.8%	8	0.3%
	H30	2,373	92.8%	776	32.7%	1,075	45.3%	429	18.1%	71	3.0%	18	0.8%	4	0.2%	7	0.3%	3	0.1%
	R01	2,313	92.6%	811	35.1%	1,001	43.3%	418	18.1%	55	2.4%	17	0.7%	11	0.5%	13	0.6%	7	0.3%
	R02	2,253	92.8%	680	30.2%	994	44.1%	475	21.1%	72	3.2%	24	1.1%	8	0.4%	13	0.6%	8	0.4%
	R03	2,105	93.0%	748	35.5%	907	43.1%	366	17.4%	66	3.1%	11	0.5%	7	0.3%	11	0.5%	6	0.3%
	R04	2,279	93.1%	685	30.1%	1,012	44.4%	477	20.9%	67	2.9%	26	1.1%	12	0.5%	17	0.7%	10	0.4%

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	2,564	813	31.7%	459	17.9%	668	26.1%	533	20.8%	74	2.9%	17	0.7%
H30	2,557	810	31.7%	497	19.4%	682	26.7%	455	17.8%	96	3.8%	17	0.7%
R01	2,501	778	31.1%	478	19.1%	697	27.9%	437	17.5%	92	3.7%	19	0.8%
R02	2,430	650	26.7%	483	19.9%	693	28.5%	481	19.8%	107	4.4%	16	0.7%
R03	2,264	661	29.2%	425	18.8%	655	28.9%	420	18.6%	86	3.8%	17	0.8%
R04	2,447	662	27.1%	476	19.5%	705	28.8%	471	19.2%	105	4.3%	28	1.1%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上								
					再)Ⅲ度高血圧	再掲							
						未治療	治療						
H29	2,564	1,272 49.6%	668 26.1%	533 20.8%	91	55	36						
					3.5%	60.4%	39.6%						
					17	12	5						
H30	2,557	1,307 51.1%	682 26.7%	455 17.8%	113	67	46						
					4.4%	59.3%	40.7%						
					17	12	5						
R01	2,501	1,256 50.2%	697 27.9%	437 17.5%	111	63	48						
					4.4%	56.8%	43.2%						
					19	10	9						
R02	2,430	1,133 46.6%	693 28.5%	481 19.8%	123	83	40						
					5.1%	67.5%	32.5%						
					16	12	4						
R03	2,264	1,086 48.0%	655 28.9%	420 18.6%	103	64	39						
					4.5%	62.1%	37.9%						
					17	12	5						
R04	2,447	1,138 46.5%	705 28.8%	471 19.2%	133	91	42						
					5.4%	68.4%	31.6%						
					28	21	7						

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	C	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	805	31.4%	121	15.0%	140	17.4%	273	33.9%	235	29.2%	31	3.9%
	H30	814	31.8%	146	17.9%	161	19.8%	265	32.6%	196	24.1%	41	5.0%
	R01	821	32.8%	146	17.8%	162	19.7%	271	33.0%	194	23.6%	39	4.8%
	R02	784	32.3%	114	14.5%	151	19.3%	265	33.8%	214	27.3%	36	4.6%
	R03	737	32.6%	118	16.0%	150	20.4%	248	33.6%	182	24.7%	34	4.6%
	R04	763	31.2%	133	17.4%	158	20.7%	241	31.6%	189	24.8%	35	4.6%
治療なし	H29	1,759	68.6%	692	39.3%	319	18.1%	395	22.5%	298	16.9%	43	2.4%
	H30	1,743	68.2%	664	38.1%	336	19.3%	417	23.9%	259	14.9%	55	3.2%
	R01	1,680	67.2%	632	37.6%	316	18.8%	426	25.4%	243	14.5%	53	3.2%
	R02	1,646	67.7%	536	32.6%	332	20.2%	428	26.0%	267	16.2%	71	4.3%
	R03	1,527	67.4%	543	35.6%	275	18.0%	407	26.7%	238	15.6%	52	3.4%
	R04	1,684	68.8%	529	31.4%	318	18.9%	464	27.6%	282	16.7%	70	4.2%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F
総 数	H29	2,563	1,123	43.8%	680	26.5%	443	17.3%	203	7.9%	114	4.4%
	H30	2,557	990	38.7%	685	26.8%	489	19.1%	247	9.7%	146	5.7%
	R01	2,501	979	39.1%	697	27.9%	460	18.4%	235	9.4%	130	5.2%
	R02	2,430	1,012	41.6%	650	26.7%	441	18.1%	210	8.6%	117	4.8%
	R03	2,264	968	42.8%	560	24.7%	416	18.4%	215	9.5%	105	4.6%
男 性	R04	2,447	1,076	44.0%	610	24.9%	451	18.4%	205	8.4%	105	4.3%
	H29	1,095	550	50.2%	286	26.1%	168	15.3%	57	5.2%	34	3.1%
	H30	1,065	496	46.6%	267	25.1%	192	18.0%	71	6.7%	39	3.7%
	R01	1,057	489	46.3%	272	25.7%	175	16.6%	80	7.6%	41	3.9%
	R02	1,072	511	47.7%	281	26.2%	174	16.2%	72	6.7%	34	3.2%
女 性	R03	970	478	49.3%	225	23.2%	158	16.3%	70	7.2%	39	4.0%
	R04	1,049	512	48.8%	254	24.2%	171	16.3%	78	7.4%	34	3.2%
	H29	1,468	573	39.0%	394	26.8%	275	18.7%	146	9.9%	80	5.4%
	H30	1,492	494	33.1%	418	28.0%	297	19.9%	176	11.8%	107	7.2%
	R01	1,444	490	33.9%	425	29.4%	285	19.7%	155	10.7%	89	6.2%
	R02	1,358	501	36.9%	369	27.2%	267	19.7%	138	10.2%	83	6.1%
	R03	1,294	490	37.9%	335	25.9%	258	19.9%	145	11.2%	66	5.1%
	R04	1,398	564	40.3%	356	25.5%	280	20.0%	127	9.1%	71	5.1%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120～ 139	140～ 159	160以上								
					再180以上	未治療	治療						
H29	2,563	1,123 43.8%	680 26.5%	443 17.3%	317	281	36						
					12.4%	88.6%	11.4%						
					114	101	13					4.4%	12.4%
H30	2,557	990 38.7%	685 26.8%	489 19.1%	393	360	33						
					15.4%	91.6%	8.4%						
					146	137	9					5.7%	15.4%
R01	2,501	979 39.1%	697 27.9%	460 18.4%	365	330	35						
					14.6%	90.4%	9.6%						
					130	120	10					5.2%	14.6%
R02	2,430	1,012 41.6%	650 26.7%	441 18.1%	327	311	16						
					13.5%	95.1%	4.9%						
					117	112	5					4.8%	13.5%
R03	2,264	968 42.8%	560 24.7%	416 18.4%	320	292	28						
					14.1%	91.3%	8.8%						
					105	100	5					4.6%	14.1%
R04	2,447	1,076 44.0%	610 24.9%	451 18.4%	310	291	19						
					12.7%	93.9%	6.1%						
					105	96	9					4.3%	12.7%

治療と未治療の状況

		LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
			A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治 療 中	H29	522	20.4%	319	61.1%	117	22.4%	50	9.6%	23	4.4%	13	2.5%
	H30	569	22.3%	320	56.2%	148	26.0%	68	12.0%	24	4.2%	9	1.6%
	R01	582	23.3%	337	57.9%	139	23.9%	71	12.2%	25	4.3%	10	1.7%
	R02	574	23.6%	370	64.5%	139	24.2%	49	8.5%	11	1.9%	5	0.9%
	R03	537	23.7%	356	66.3%	106	19.7%	47	8.8%	23	4.3%	5	0.9%
治 療 な し	R04	580	23.7%	407	70.2%	102	17.6%	52	9.0%	10	1.7%	9	1.6%
	H29	2,041	79.6%	804	39.4%	563	27.6%	393	19.3%	180	8.8%	101	4.9%
	H30	1,988	77.7%	670	33.7%	537	27.0%	421	21.2%	223	11.2%	137	6.9%
	R01	1,919	76.7%	642	33.5%	558	29.1%	389	20.3%	210	10.9%	120	6.3%
	R02	1,856	76.4%	642	34.6%	511	27.5%	392	21.1%	199	10.7%	112	6.0%
	R03	1,727	76.3%	612	35.4%	454	26.3%	369	21.4%	192	11.1%	100	5.8%
	R04	1,867	76.3%	669	35.8%	508	27.2%	399	21.4%	195	10.4%	96	5.1%