

小城市国民健康保険
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

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期計画に係る考察及び第3期における健康課題の明確化	9
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期計画の評価	
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)	35
1. 第4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. 個人情報の保護	
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44

- 1. 保健事業の方向性
- 2. 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
- 3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
- 4. 発症予防
- 5. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し74

- 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75

- 1. 計画の公表・周知
- 2. 個人情報の取扱い

参考資料76

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月からは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、保健事業を引き続き実施するにあたり、国指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

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

※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}」は、高齢者の医療に関する法律に基づく特定健診・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)

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ます。(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します。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が大きい糖尿病腎症に着目することとします。

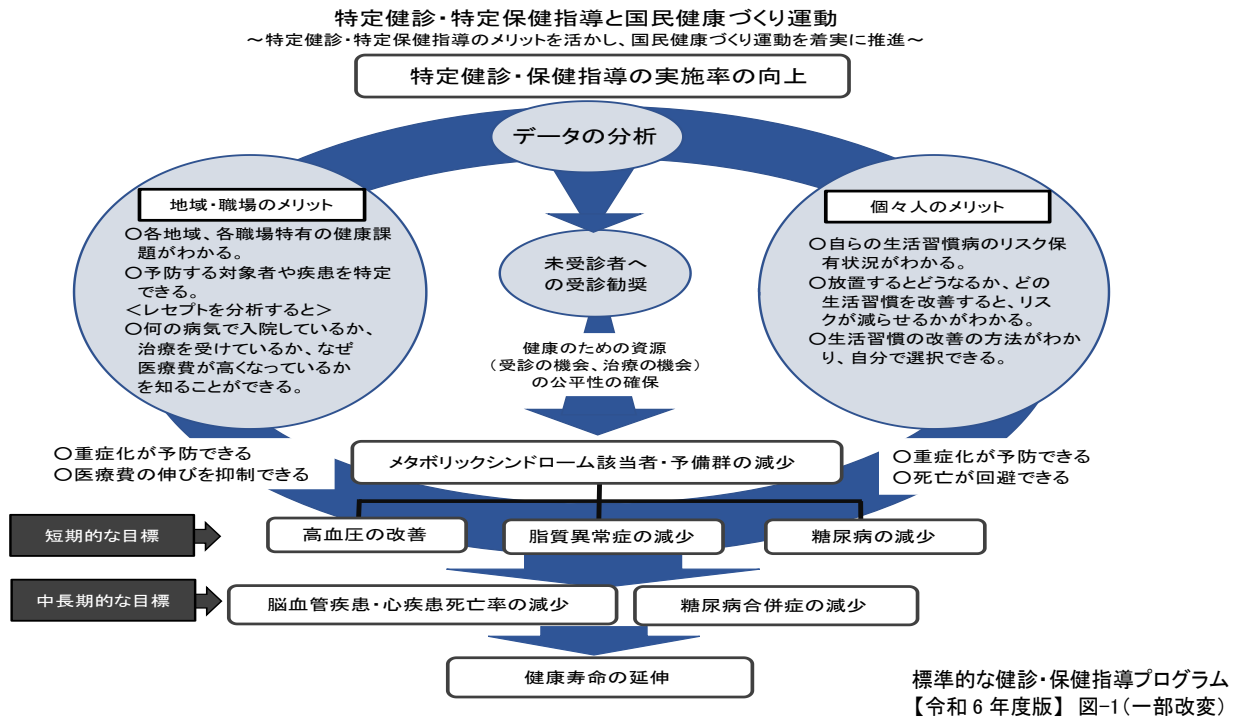
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

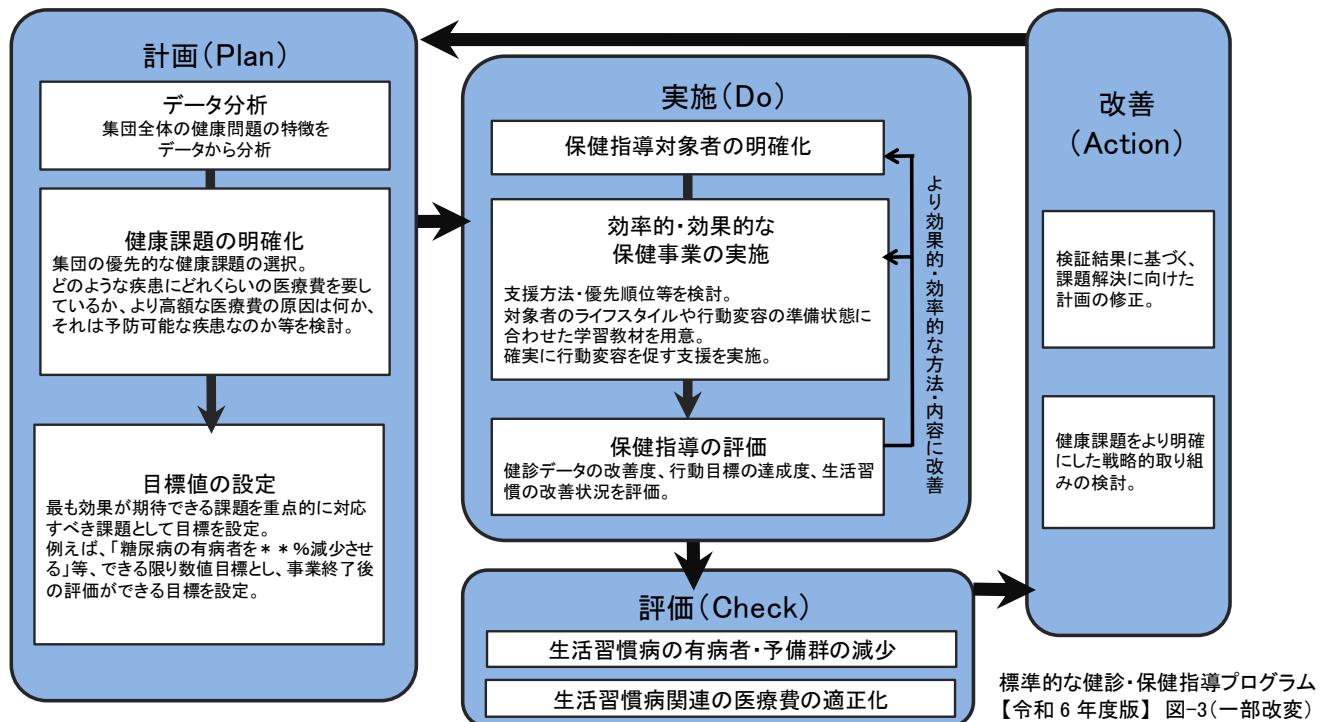
	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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 (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期 に高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣等の改善、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
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)			がん 精神疾患	がん 認知症 フレイル 口腔機能、低栄養	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2 高齢者、3 女性	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 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に 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ます。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、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながります。

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(Actin))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す。

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するとしており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画とが 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

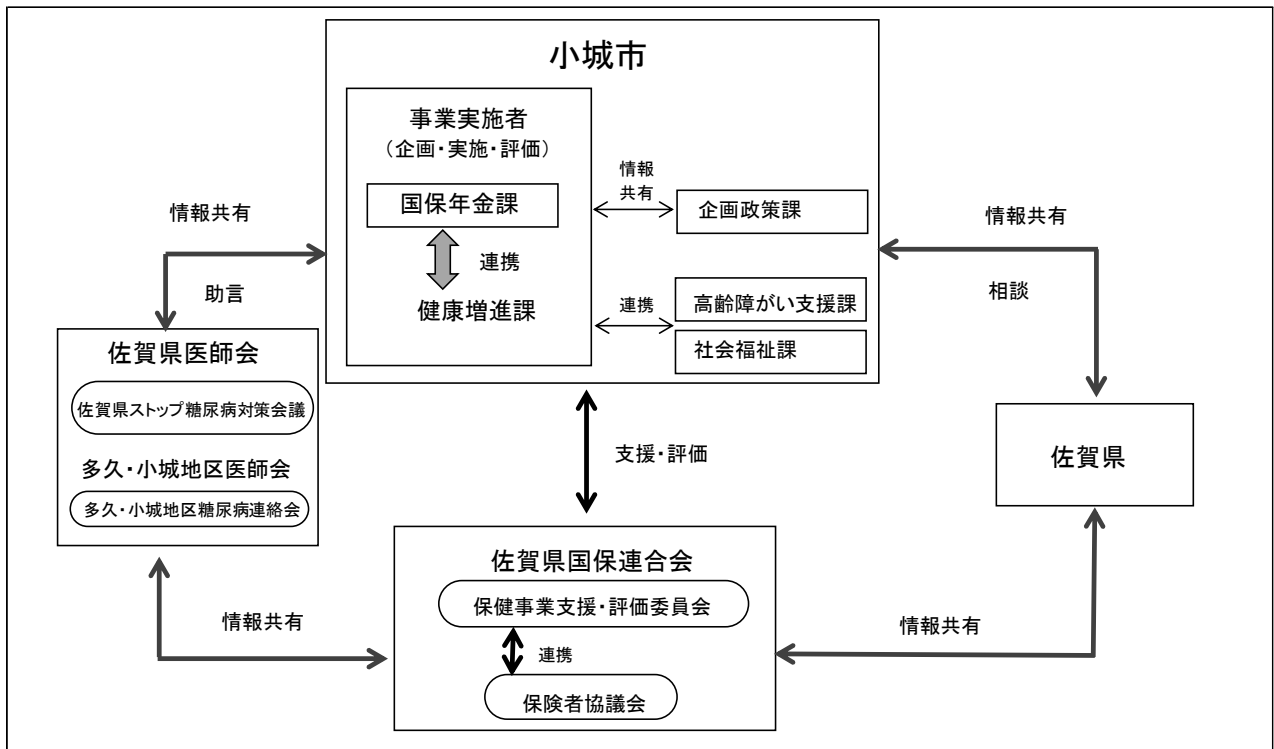
1) 市町村国保の役割

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(国保年金課)、保健衛生部局(健康増進課)、介護保険部局(高齢障がい支援課)、企画部局(企画政策課)、生活保護部局(社会福祉課)と十分に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 4、5)

図表 4 小城市の実施体制図



図表 5 保健事業体制と主な保健事業の分担 (令和5年度)

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 (係長)	保	保	保	保	事務(会計 年度任用)	保 (係長)	管栄	保	保
健康診断 保健指導	○	○	◎	○	○	○	○	○	○	○
がん検診	○	○	○	◎	○	○	○	○	○	○
一体化	○	◎	○	○	○		○	○	○	○
新型コロナ ワクチン	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
母子保健	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
精神保健	○	○	○	○	○		◎	○	○	○
歯科保健	○	○	○	○	◎	○	○	○	○	○

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・協力が重要です。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である佐賀県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の多久・小城地区医師会等や、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、協力します。

また、佐賀県は小城市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小城市国保の保険者機能の強化については、佐賀県の関与が更に重要となります。

さらに、保険者等と多久・小城地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、佐賀県が佐賀県医師会等との連携を推進することが重要です。

国保連と佐賀県は、ともに小城市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ます。

小城市国保は、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、保険者間で連携して保健事業を展開することに努めます。

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、意見交換等を行いました。

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 6)

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します(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、また佐賀県は、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 6 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			小城市	配点	小城市	配点	小城市	配点
交付額(万円)								
全国順位(1,741市町村中)			356位		606位		753位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	15	70	15	70	10	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタ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	25	40	45	40	55	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	60	90	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	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	110	130	110	130	80	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	30	30	40	30	40	40
	⑤	第三者求償の取組	40	40	38	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	77	95	69	100	71	100
合計点			657	1,000	612	960	571	940

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

小城市は、人口約4万3千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で29.1%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54.6歳と同規模と比べて若く、出生率も高い市ですが、財政指数は同規模と変わらない数値となっています。産業においては、第3次産業が68.0%と同規模と比較しても高く、サービス業の割合が多く、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7)

国保加入率は18.8%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47.9%を占めています。(図表8)

また小城市内には3つの病院、31診療所があり、これはいずれも同規模と比較して変わらないものの、病床数の割合も低く、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9)

図表7 同規模・県・国と比較した小城市の特性

	人口 (人)年度末現在	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
小城市	43,346	29.1	8,160 (18.8)	54.6	9.1	10.9	0.4	8.2	23.8	68.0
同規模	--	36.2	22.5	56.2	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	30.8	21.8	53.4	7.5	12.5	0.4	8.7	24.2	67.1
国	--	28.7	22.3	52.0	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、小城市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

図表8 国保の加入状況

(年度末現在)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	8,856		8,644		8,617		8,408		8,160	
65～74歳	3,941	44.5	3,997	46.2	4,113	47.7	4,076	48.5	3,910	47.9
40～64歳	2,799	31.6	2,660	30.8	2,588	30.0	2,497	29.7	2,475	30.3
39歳以下	2,116	23.9	1,987	23.0	1,916	22.2	1,835	21.8	1,775	21.8
加入率	20.1		19.6		19.5		19.1		18.8	

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 9 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	3	0.3	3	0.3	3	0.3	3	0.4	3	0.4	0.4	0.6
診療所数	33	3.7	33	3.8	32	3.7	32	3.8	31	3.8	3.5	4.0
病床数	387	43.7	387	44.8	387	44.9	387	46.0	387	47.4	67.6	83.2
医師数	84	9.5	84	9.7	84	9.7	84	10.0	84	10.3	9.6	14.1
外来患者数	784.3		804.0		765.4		798.3		813.8		725.1	781.6
入院患者数	27.7		28.4		27.1		28.8		28.1		23.5	27.6

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期計画の評価

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)の抑制及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)減少を設定しました。

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、脂質異常症の改善や減少を設定しました。(図表 2)

(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47人(認定率0.32%)、1号(65歳以上)被保険者で2,495人(認定率29.1%)と同規模・県・国と比較すると高く、H30年度と比べても横ばいで推移しています。(図表10)そして、総給付費は、一人あたりの給付費は減少したものの、約37億円かかっています。(図表11)

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、第1号被保険者も5割以上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12)

図表 10 要介護認定者(率)の状況

	小城市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	11,387人	25.8%	12,599人	29.1%	36.2%	30.8%	28.7%
2号認定者	58人	0.40%	47人	0.32%	0.37%	0.33%	0.38%
新規認定者	12人		11人		--	--	--
1号認定者	2,449人	21.5%	2,495人	21.9%	19.1%	18.6%	19.4%
新規認定者	351人		318人		--	--	--
再掲							
65～74歳	231人	4.2%	223人	4.0%	--	--	--
新規認定者	54人		40人		--	--	--
75歳以上	2,218人	37.8%	2,272人	38.7%	--	--	--
新規認定者	297人		278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 11 介護給付費の変化

	小城市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	37億0843万円	37億4820万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	325,673	271,812	274,603	261,772	265,628
1件あたり給付費(円) 全体	64,959	62,829	70,336	69,620	59,537
居宅サービス	45,657	45,090	43,814	29	41,165
施設サービス	287,307	283,890	291,438	290,237	295,813

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 12 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)		48		205		2,228		2,433				
再)国保・後期		26		142		2,171		2,313				
レセプトの診断名より重複して計上 有病状況	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		
	循環器 疾患	1	脳卒中	13 50.0%	脳卒中	79 55.6%	脳卒中	1,197 55.1%	脳卒中	1,276 55.2%	脳卒中	1,289 55.1%
		2	虚血性 心疾患	6 23.1%	虚血性 心疾患	46 32.4%	虚血性 心疾患	1,002 46.2%	虚血性 心疾患	1,048 45.3%	虚血性 心疾患	1,054 45.1%
		3	腎不全	5 19.2%	腎不全	27 19.0%	腎不全	385 17.7%	腎不全	412 17.8%	腎不全	417 17.8%
	合併症	4	糖尿病 合併症	7 26.9%	糖尿病 合併症	28 19.7%	糖尿病 合併症	254 11.7%	糖尿病 合併症	282 12.2%	糖尿病 合併症	289 12.4%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			23 88.5%	基礎疾患	125 88.0%	基礎疾患	2,061 94.9%	基礎疾患	2,186 94.5%	基礎疾患	2,209 94.4%
	血管疾患合計			23 88.5%	合計	128 90.1%	合計	2,107 97.1%	合計	2,235 96.6%	合計	2,258 96.5%
	認知症			9 34.6%	認知症	44 31.0%	認知症	1,237 57.0%	認知症	1,281 55.4%	認知症	1,290 55.2%
	筋・骨格疾患			20 76.9%	筋骨格系	130 91.5%	筋骨格系	2,112 97.3%	筋骨格系	2,242 96.9%	筋骨格系	2,262 96.7%

※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令和4年度で約37億円と平成30年度より増加しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約10万円高く、H30年度と比較しても約6万2千円と伸びています。また入院医療費は、全体のレセプトのわずか3.3%にも関わらず、医療費全体の44.9%を占めており、1件あたりの入院医療費もH30年度と比較しても約4万円も高くなっています。(図表13)

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均を1とすると1を大きく超えており、全国1位の県平均よりも高く、特に外来の地域差指数がH30年度よりも伸びています。(図表14)

一人あたり医療費の地域差は、外来が主に入院であり、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13 医療費の推移

	小城市		同規模	県	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数(人)	8,856人	8,160人	--	--	--	
前期高齢者割合	3,941人 (44.5%)	3,910人 (47.9%)	--	--	--	
総医療費	35億7120万円	37億3394万円 ↑	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	395,832 県内11位 同規模51位	457,590 県内9位 同規模39位	358,849	392,272	309,237	
入院	1件あたり費用額(円)	546,020	590,280	583,910	583,300	616,230
	費用の割合	45.9	44.9	43.2	46.2	39.6
	件数の割合	3.4	3.3	3.1	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	22,770	24,960	24,780	23,990	24,160
	費用の割合	54.1	55.1	56.8	53.8	60.4
	件数の割合	96.6	96.7	96.9	96.6	97.5
受診率	81.2	84.2	74.9	80.9	70.2	

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

※同規模順位は小城市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

図表14 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	小城市 (県内市町村中)		県 (47県中)	小城市 (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	1.240	1.234	1.218	1.112	1.156	1.144
		(8位)	(9位)	(1位)	(11位)	(9位)	(6位)
	入院	1.453	1.380	1.398	1.157	1.239	1.232
		(9位)	(13位)	(2位)	(15位)	(12位)	(9位)
	外来	1.108	1.143	1.108	1.067	1.070	1.057
		(9位)	(5位)	(2位)	(8位)	(6位)	(6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年度と比較すると減少していますが、同規模・県と比較すると依然として高い割合です。(図表 15)

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、被保険者数の減少に伴って、脳血管疾患及び虚血性心疾患の患者は減少していますが、透析治療者数は増加しています。(図表 16)

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 15 中長期目標疾患の医療費の推移

			小城市		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)			35億7120万円	37億3394万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			3億4732万円	3億3942万円	--	--	--
			9.73%	9.09%	7.85%	8.87%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	3.78%	2.27%	2.10%	2.16%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.76%	0.68%	1.39%	1.03%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.94%	5.92%	4.06%	5.39%	4.27%
		慢性腎不全(透析無)	0.24%	0.22%	0.30%	0.29%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		12.98%	14.00%	16.89%	14.38%	16.67%
	筋・骨疾患		9.50%	10.92%	9.01%	8.92%	8.69%
	精神疾患		9.48%	9.14%	8.73%	10.70%	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 16 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	8,856	8,160	a	674	637	569	508	48	51	
				a/A	7.6%	7.8%	6.4%	6.2%	0.5%	0.6%	
40歳以上	B	6,740	6,385	b	668	665	562	502	48	51	
	B/A	76.1%	78.2%	b/B	9.9%	9.9%	8.3%	7.9%	0.7%	0.8%	
再掲	40～64歳	D	2,799	2,475	d	140	120	108	87	21	17
		D/A	31.6%	30.3%	d/D	5.0%	4.8%	3.9%	3.5%	0.8%	0.7%
	65～74歳	C	3,941	3,910	c	528	515	454	415	27	34
		C/A	44.5%	47.9%	c/C	13.4%	13.2%	11.5%	10.6%	0.7%	0.9%

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)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減少していますが、高血圧・脂質異常症を治療されている方で人工透析の方の割合は増加しています。

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、今後も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げていくことが必要となります。(図表 17、18、19)

図表 17 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	2,767	2,773	732	694	2,035	2,079	
	A/被保数	41.1%	43.4%	29.1%	28.0%	51.6%	53.2%	
(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	385	354	73	66	312	288
		B/A	13.9%	12.8%	10.0%	9.5%	15.3%	13.9%
	虚血性心疾患	C	414	364	82	56	332	308
		C/A	15.0%	13.1%	11.2%	8.1%	16.3%	14.8%
	人工透析	D	41	48	18	16	23	32
		D/A	1.5%	1.7%	2.5%	2.3%	1.1%	1.5%

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 18 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	1,618	1,570	433	390	1,185	1,180
		A/被保数	24.0%	24.6%	15.5%	15.8%	30.1%	30.2%
(中長期 合併症 目標疾患)	脳血管疾患	B	210	186	34	30	176	156
		B/A	13.0%	11.8%	7.9%	7.7%	14.9%	13.2%
	虚血性心疾患	C	242	228	46	42	196	186
		C/A	15.0%	14.5%	10.6%	10.8%	16.5%	15.8%
	人工透析	D	28	26	12	9	16	17
		D/A	1.7%	1.7%	2.8%	2.3%	1.4%	1.4%
糖尿病 合併症	糖尿病性腎症	E	148	144	44	42	104	102
		E/A	9.1%	9.2%	↑ 10.2%	10.8%	8.8%	8.6%
	糖尿病性網膜症	F	262	274	66	60	196	214
		F/A	16.2%	17.5%	↑ 15.2%	15.4%	16.5%	18.1%
	糖尿病性神経障害	G	57	46	17	18	40	28
		G/A	3.5%	2.9%	3.9%	4.6%	3.4%	2.4%

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 19 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	2,477	2,502	670	631	1,807	1,871
		A/被保数	36.8%	39.2%	↑ 23.9%	25.5%	45.9%	47.9%
(中長期 合併症 目標疾患)	脳血管疾患	B	290	261	49	43	241	218
		B/A	11.7%	10.4%	7.3%	6.8%	13.3%	11.7%
	虚血性心疾患	C	354	329	64	50	290	279
		C/A	14.3%	13.1%	9.6%	7.9%	16.0%	14.9%
	人工透析	D	28	34	14	11	14	23
		D/A	1.1%	1.4%	↑ 2.1%	1.7%	0.8%	1.2%

出典:KDBシステム_ 疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

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以上の方を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。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38.4%、糖尿病で5.8%おり、448市町村合計と比較して高い割合となっています。(図表20)

新型コロナウイルス感染症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20 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧												
					結果の改善 Ⅱ度高血圧の推移								医療のかかり方				
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)				
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断						
	C	C/A	29.1	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E					
小城市	2,662	43.7	2,335	39.0	123	4.6	77	62.6	151	6.5	88	58.3	58	38.4	6	4.0	
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												
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								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					
小城市	2,632	98.9	2,292	98.2	149	5.7	40	26.8	172	7.5	47	27.3	10	5.8	5	2.9	
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	

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、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は増加傾向で、2項目及び3項目すべての危険因子が重なっている割合のどちらも増加しています。(図表21)

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、いずれも微増しています。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

図表 21 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	2,662 (43.7%)	500 (18.8%)	164 (6.2%)	336 (12.6%)	365 (13.7%)
R04年度	2,274 (39.5%)	505 (22.2%)	157 ↑ (6.9%)	348 ↑ (15.3%)	293 (12.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 22 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	311 (11.8%)	66 (21.2%)	132 (42.4%)	36 (11.6%)	77 (24.8%)
R03→R04	314 (13.7%)	50 ↓ (15.9%)	124 (39.5%)	40 ↑ (12.7%)	100 ↑ (31.8%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 23 II度高血圧以上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	123 (4.6%)	75 (61.0%)	15 (12.2%)	1 (0.8%)	32 (26.0%)
R03→R04	151 (6.5%)	73 ↓ (48.3%)	32 (21.2%)	4 ↑ (2.6%)	42 ↑ (27.8%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 24 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	216 (8.1%)	90 (41.7%)	64 (29.6%)	18 (8.3%)	44 (20.4%)
R03→R04	200 (8.6%)	80 (40.0%)	41 (20.5%)	11 (5.5%)	68 (34.0%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、平成 30 年度には 42.0%でしたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和元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 25)また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 26)

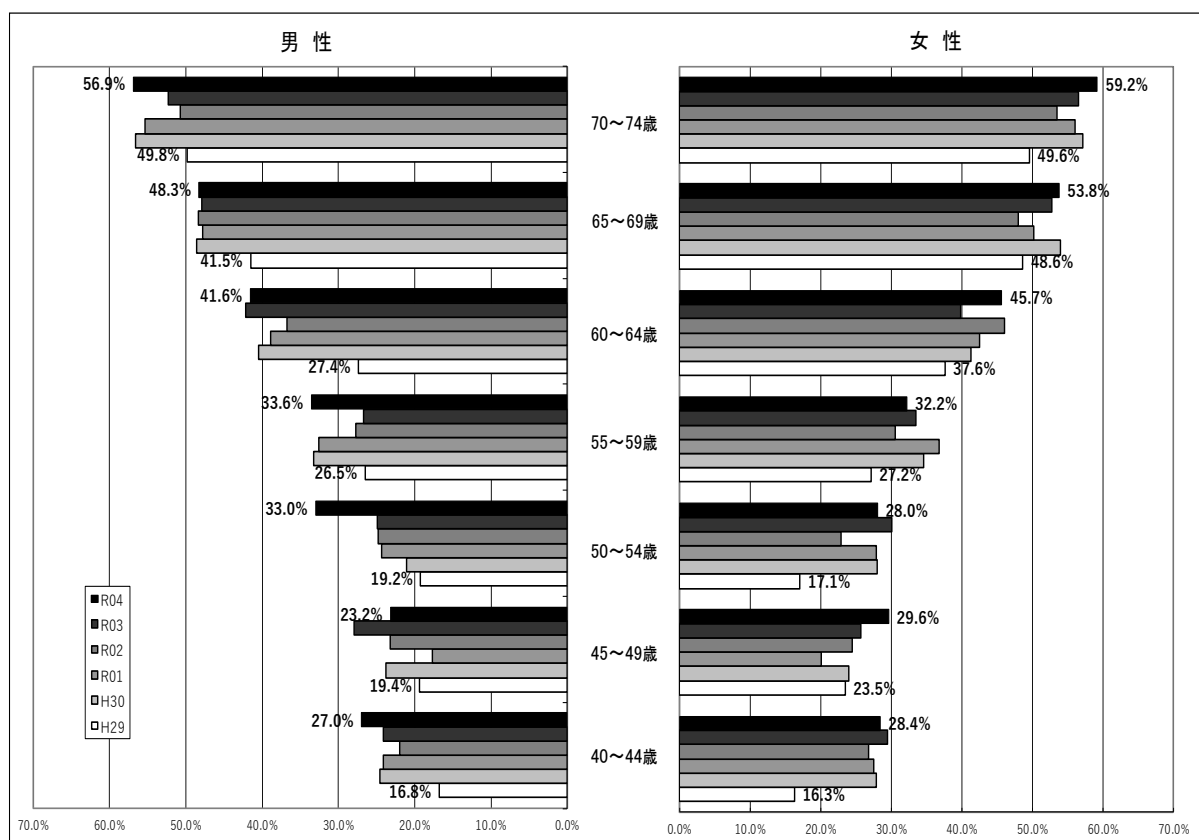
特定保健指導についても、令和 3 年度以降、大きく実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 25 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	2,562	2,612	2,178	2,274	2192	健診受診率 60%
	受診率	42.0%	42.9%	35.7%	38.0%	38.3	
特定保健指導	該当者数	1,477	327	1,547	273	271	特定保健指導実施率 60%
	割合	11.4%	12.5%	12.3%	12.0%	12.4%	
	実施者数	148	149	140	113	95	
	実施率	50.9%	45.6%	52.4%	41.4%	35.1%	

出典:特定健診法廷報告データ

図表 26 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

本市及び佐賀県は医療費及び有病状況で糖尿病が課題となっていたため、平成 29 年度から佐賀県糖尿病腎症重症化予防プログラムに基づき対象者を選定して、小城市糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施しています。

本プログラムの対象者は、令和元年度から比較すると、増加しており、保健指導実施は年々減少しています。未治療及び治療中断者には受診勧奨をしていますが、医療機関に繋がった数が半数にもならないことから、今後も医療機関と情報共有し連携を図ることが重要になります。

(図表 27)

また、特定健診受診者の HbA1c7.0 以上及び 8.0 以上の割合は増加していますが、平成 30 年度と比較すると、未治療者の割合は減少しています。また、新規人工透析患者数(糖尿病性腎症)減少傾向ですが、国保透析導入者の特定健診受診者数が平成 30 年度から全て未受診でした。(図表 28、29)

図表 27 糖尿病性腎症重症化予防対象者と保健指導数

		R1	R2	R3	R4	
健診受診者		人(a)	2,697	2,243	2,335	2,274
糖尿病性腎症重症化予防対象者		人(b)	180	86	140	166
		(b/a)	6.7%	3.8%	6.0%	7.3%
未治療者 (HbA1c6.5%以上)		人(c)	8	9	13	33
		(c/b)	4.4%	10.5%	9.3%	19.9%
医療機関に受診に繋がった数		人(d)	2	7	4	8
		(d/c)	25.0%	77.8%	30.8%	24.2%
中断者 (HbA1c6.5%以上)		人(e)	7	4	2	6
		(e/b)	3.9%	4.7%	1.4%	3.6%
医療機関に受診に繋がった数		人(f)	2	2	1	1
		(f/e)	28.6%	50%	50%	17%
コントロール不良者 (HbA1c7.0%以上)		人(g)	165	73	125	127
		(g/b)	91.7%	84.9%	89.3%	76.5%
保健指導数		人(h)	63	51	28	46
		(h/b)	35.0%	59.3%	20.0%	27.7%

図表 28 HbA1cの状況及び未治療者の割合

		H30	R1	R2	R3	R4	
HbA1c実施者		人(a)	2,632	2,656	2,203	2,292	2,255
HbA1c7.0%以上		人(b)	149	172	160	172	160
		(b/a)	5.7%	6.5%	7.3%	7.5%	7.1%
未治療者		人(c)	40	35	36	47	34
		(c/b)	26.8%	20.3%	22.5%	27.3%	21.3%
HbA1c8.0%以上		人(d)	42	37	43	42	33
		(d/b)	1.6%	1.4%	2.0%	1.8%	1.5%
未治療者		人(e)	15	10	7	10	7
		(e/d)	35.7%	27.0%	16.3%	23.8%	21.2%

図表 29 新規人工透析導入患者数

		H30	R1	R2	R3	R4	
新規人工透析導入患者の推移 (糖尿病性腎症)		人(g)	4	5	1	2	1
うち透析導入時国保		人	2	2	1	2	0
特定健診受診者		人	0	0	0	0	-

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患の重症化予防を目的として、心電図検査全数実施を目指し健診受診勧奨を実施しています。

心房細動未治療者については、ほぼ全数が治療や精密検査につながっています。心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行います。(図表 30)

図表 30 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

	H30			H31			R2			R3			R4		
	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人)	2,591	1,152	1,439	2,697	1,187	1,510	2,127	954	1,173	2,335	1,049	1,286	2,274	1,031	1,243
心電図受診者(人)	1,460	667	793	1,373	623	750	1,056	490	566	1,130	502	628	1,098	499	599
心電図実施率	56.3%	57.9%	55.1%	50.9%	52.5%	49.7%	49.6%	51.4%	48.3%	48.4%	47.9%	48.8%	48.3%	48.4%	48.2%
有所見者	580	299	281	555	287	268	440	232	208	443	221	222	499	251	248
要精密者	36	18	18	43	25	18	35	22	13	67	33	34	47	27	20
要精密率	6.2%	6.0%	6.4%	7.7%	8.7%	6.7%	8.0%	9.5%	6.3%	15.1%	14.9%	15.3%	9.4%	10.8%	8.1%
心房細動(人)	13	10	3	6	4	2	8	6	2	9	8	1	11	7	4
心房細動有所見者率	0.9%	1.5%	0.4%	0.4%	0.6%	0.3%	0.8%	1.2%	0.4%	0.8%	1.6%	0.2%	1.0%	1.4%	0.7%
その後、心房細動治療開始	13	10	3	6	4	2	5	3	2	7	6	1	9	7	2

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、わずかに増加傾向で、約 4 割が未治療者です。特に、血圧Ⅲ度以上の未治療者のうち、治療開始割合が年々減少しており、令和 4 年度は 23.5%となっています。

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。(図表 31)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)し区分 A、B、C の順に優先順位をつけ、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。(図表 32)

図表 31 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者		人(a)	2,662	2,697	2,243	2,335	2,274
再掲	血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	123	126	144	155	127
		(b/a)	4.6%	4.7%	6.4%	6.6%	5.6%
	治療あり	人(c)	77	76	87	88	84
		(c/b)	62.6%	60.3%	60.4%	56.8%	66.1%
	治療なし	人(d)	46	50	57	63	43
		(d/b)	37.4%	39.7%	39.6%	40.6%	33.9%
再掲	血圧Ⅲ度の者	人(e)	21	19	24	19	21
		(e/a)	0.8%	0.7%	1.1%	0.8%	0.9%
	治療あり	人(f)	9	3	7	6	4
		(f/e)	42.9%	15.8%	29.2%	31.6%	19.0%
	治療なし	人(g)	11	16	17	13	17
		(g/e)	52.4%	84.2%	70.8%	68.4%	81.0%
治療開始	人(h)	7	10	4	3	4	
(h/g)	63.6%	62.5%	23.5%	23.1%	23.5%		

図表 32 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

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)	高血圧			
		高血圧 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
763		407 53.3%	272 35.6%	67 8.8%	17 2.2%
リスク第1層 予後影響因子がない	36 4.7%	C 21 5.2%	B 12 4.4%	B 2 3.0%	A 1 5.9%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	400 52.4%	C 222 54.5%	B 142 52.2%	A 29 43.3%	A 7 41.2%
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	327 42.9%	B 164 40.3%	A 118 43.4%	A 36 53.7%	A 9 52.9%

...高リスク
 ...中等リスク
 ...低リスク

区分	該当者数
A	200 26.2%
B	320 41.9%
C	243 31.8%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

(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。

本市においては、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。

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっています。県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、広く市民へ周知を行います。

(3) 第 2 期計画目標の達成状況について

本市の健康課題から、達成すべき目標を 3 つ設定し、さらに課題を解決するための目標として 19 項目を掲げていました。(図表 33)

しかし、令和 2 年 1 月に新型コロナウイルス感染症の最初の感染者が確認された後、感染者が増加し、感染症拡大防止のために事業を中止及び縮小して進めてきました。そして、新型コロナウイルス感染症への対策業務が加わったことによって、受診勧奨や保健指導等特定健診業務への取組みが減少し、特定健診受診率、特定保健指導率ともに最終目標値よりも大幅に下回りました。令和 5 年 5 月に新型コロナウイルス感染症が 5 類感染症に位置付けられ、徐々に濃厚接触者や陽性者の行動制限等も緩和されたことから、事業整理等を行い受診率向上への対策を検討する必要があります。

また、目標に掲げている総医療費に占める脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減少していますが、依然として、同規模・県・国と比較して総医療費に占める中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・人口透析)の割合が高い水準です。中長期疾患を引き起こす原因となるメタボリックシンドローム・高血圧・糖尿病・脂質異常症の割合が平成 30 年度よりも令和 4 年度で全ての割合が増加しており、健診の結果から住民が体のメカニズムを理解できるような、効果的な保健指導につながっていないと考えられます。そのためにも、1 年に 1 回健診を受けてもらえるような体制づくりと、効果的な保健指導を行うことが課題です。

図表 33 第 2 期データヘルス計画目標管理一覽

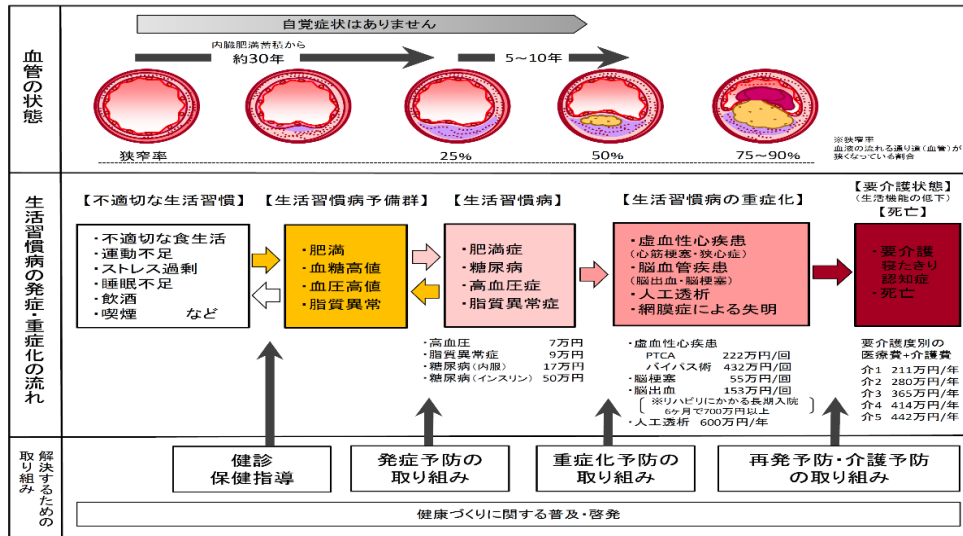
関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績					目標値		現状値の把握方法
				H30	R1	R2	R3	R4	H30	R4	
特定保健計画	医療費削減のために、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす ・脳血管疾患の医療費の割合が3.4%と県、国と比較し高い。 ・男女ともメタボ、高血糖者の割合が県内、同規模と比較して高い。 ・糖尿病性腎症を原因とする透析者の割合が0.7%を占めている。	特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	特定保健指導対象者の減少率25% 脳血管疾患の総医療費に占める割合1.2%減少 虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.1%減少 糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少25%（新規）	42.0%	42.9%	35.7%	38.0%	38.3%	52.0%	特定健診・特定保健指導結果（厚生労働省）	
				50.9%	45.6%	52.4%	41.4%	35.1%	68.0%		
中長期データヘルス計画	・がんの早期発見、早期治療 ・肺がんの死亡率が81.1%、子宮がんの死亡率が21.2%で国、県と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25% 健診受診者の高血圧者の割合減少31.1%（160/100以上） 健診受診者の脂質異常者の割合減少18.4%（LDL180以上） 健診受診者の糖尿病者の割合減少7.1%（HbA1c6.5以上） 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合90% 糖尿病の保健指導を実施した割合60%以上 がん健診受診率 胃がん健診 50%以上 肺がん健診 50%以上 大腸がん健診 50%以上 子宮頸がん健診 50%以上 乳がん健診 50%	32.6%	33.0%	36.4%	31.4%	35.3%	23.5%	KDBシステム 小城市健康増進計画	
				4.6%	4.7%	6.4%	6.4%	5.6%	3.3%		
短期保険者努力支援制度	・数量シェアH28年度68.1%	自己の健康に関心を持つ住民が増える 後発医薬品の使用により、医療費の削減	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合11%以上 後発医薬品の使用割合80%以上	11.8%	15.7%	16.9%	14.3%	15.2%	20.0%	地域保健事業報告	
				11.5%	23.6%	10.4%	18.7%	18.2%	38.5%		
				10.3%	17.8%	12.9%	14.9%	15.1%	32.5%		
				25.6%	28.9%	27.7%	19.6%	23.7%	30.0%		
				23.6%	27.6%	21.3%	28.1%	23.7%	34.0%		
					3.8%	3.4%	3.9%	3.5%	10.0%	小城市健康増進課	
					77.2%	81.6%	82.7%	82.2%	80.0%	厚生労働省公表結果	

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

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発症、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の発症予防、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 34)

図表 34 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。

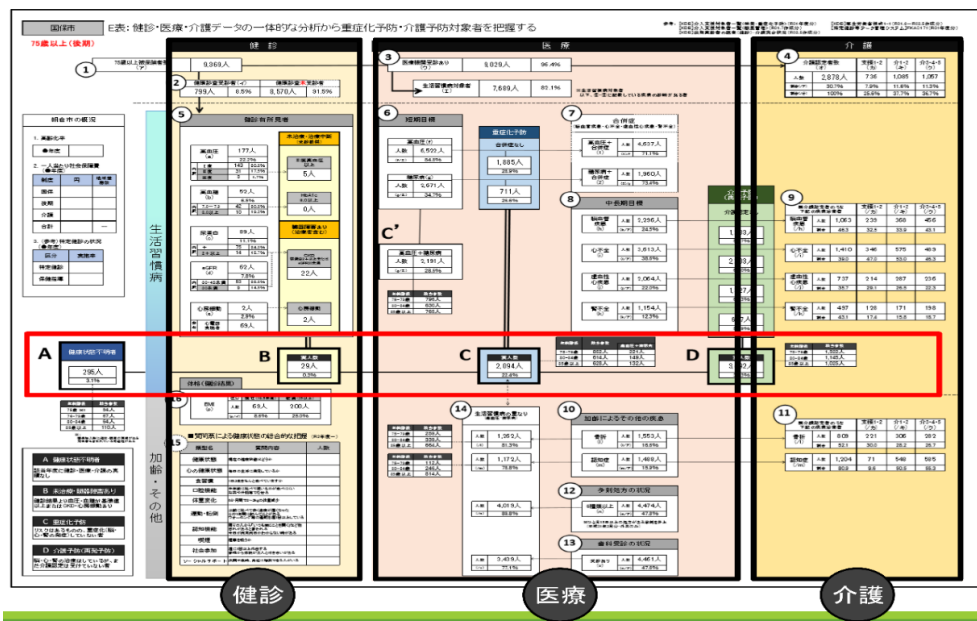
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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、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。(図表 35)

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 35 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 (p78 拡大版参照)



(3)健康課題の明確化(図表 36~46)

国保の被保険者数は年々減っていますが、1人あたり医療費は令和2年度において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1人あたり100万円を超え、国保の約2倍も高い状況です。(図表 36)

本市は、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たため、短期的目標疾患の糖尿病及の総医療費に占める割合は、同規模と比べて0.3ポイント低く、その結果腎不全の医療費に占める割合が、国保及び後期高齢においても、同規模、県、国と比べて低い状況です。(図表 37)

高額レセプトについては、国保においては令和4年度約700件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約2.5倍に増えることがわかります。(図表 38)

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額(80万円以上)になったレセプトは、国保で年々増加傾向にありH30年度では52件約7,200万円だったのが令和4年度では33件約4,700万円の費用となっています。詳細をみると40・50代の若年で発症している症例があります。(図表 39)

一方後期高齢においては、令和4年度149件発生し、約1億7,800万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患のレセプト件数は減少傾向にあるものの、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 39)

健診・医療・介護のデータを平成30年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、①被保険者数は、40~64歳は減っていますが、65歳以上ではそれぞれ増加傾向にあり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、40~64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が1.7ポイント高くなってきています。健診有所見の状況をみると、各年代で対象人数が増えています。(図表 41)

被保険者数と健診受診状況を見ると、65歳から74歳までは被保険者数が増えています。受診率は減少しています。この世代は疾病の発症及び重症化予防に大切な時期であり、この世代への受診勧奨が必要と思われます。(図表 42)

健診の有所見状況を見ると、Ⅱ度高血圧以上、HbA1c7.0以上、CKD、心房細動どの項目も全体的に有所見率がH30年度に比べR4年度があがってきていることがわかります。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 43)

短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症を見ると、高血圧においても糖尿病においても各年代高くなっています。(図表 44)

中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、平成30年度と令和4年度を比較すると、⑨心不全だけは、若い年代で令和4年度の割合が、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。(図表 45)

図表 36 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数	8,856人	8,644人	8,617人	8,408人	8,160人	6,699人
総件数及び総費用額	件数	87,907件	87,854件	82,692件	85,040件	112,950件
	費用額	35億7120万円	37億3005万円	36億2240万円	37億5221万円	37億3394万円
一人あたり医療費	39.5万円	43.2万円	42.0万円	44.6万円	44.6万円	104.5万円

29.1

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費(月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
①国保	小城市	37億3394万円	37,243	5.92%	0.22%	2.27%	0.68%	5.51%	2.73%	2.04%	72億2837万円	19.36%	14.00%	9.14%	10.92%
	同規模	--	31,662	4.06%	0.30%	2.10%	1.39%	5.85%	3.40%	2.05%	--	19.15%	16.89%	8.73%	9.01%
	県	--	34,826	5.39%	0.29%	2.16%	1.03%	4.90%	3.00%	1.95%	--	18.71%	14.38%	10.70%	8.92%
	国	--	27,347	4.27%	0.29%	2.03%	1.45%	5.43%	3.07%	2.12%	--	18.66%	16.67%	7.63%	8.69%
②後期	小城市	69億9726万円	88,171	4.19%	0.30%	4.58%	0.74%	3.63%	2.58%	1.34%	12億1433万円	17.35%	9.86%	4.19%	14.83%
	同規模	--	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	--	18.69%	10.49%	4.11%	12.58%
	県	--	84,251	4.29%	0.42%	4.62%	1.00%	3.61%	3.08%	1.27%	--	18.28%	9.23%	4.85%	13.57%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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

図表 38 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	265人	285人 ↑	294人 ↑	319人 ↑	382人	914人
	件数	B	450件	488件	547件	612件	696件	1,726件
		B/総件数	0.51%	0.56%	0.66%	0.72%	0.90%	1.53%
	費用額	C	5億9620万円	6億2878万円 ↑	7億2884万円 ↑	8億1023万円 ↑	9億4025万円	21億5477万円
		C/総費用	16.7%	2910.0%	20.1%	21.6%	27.7%	30.8%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 39 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	26人		22人		17人		18人		21人		65人		
		D/A	9.8%		7.7%		5.8%		5.6%		5.5%		7.1%		
	件数	E	52件		40件 ↓		33件 ↓		36件		33件 ↓		149件		
		E/B	11.6%		8.2%		6.0%		5.9%		4.7%		8.6%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	1	2.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	6	11.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	12.1%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	1.9%	0	0.0%	1	3.0%	0	0.0%	3	9.1%	75-80歳	30	20.1%
		60代	9	17.3%	14	35.0%	14	42.4%	10	27.8%	14	42.4%	80代	63	42.3%
		70-74歳	36	69.2%	25	62.5%	17	51.5%	26	72.2%	12	36.4%	90歳以上	56	37.6%
	費用額	F	7182万円		5437万円		4367万円		5023万円		4721万円		1億7835万円		
		F/C	12.0%		8.6%		6.0%		6.2%		5.0%		8.3%		

出典:ヘルスサポートラボツール

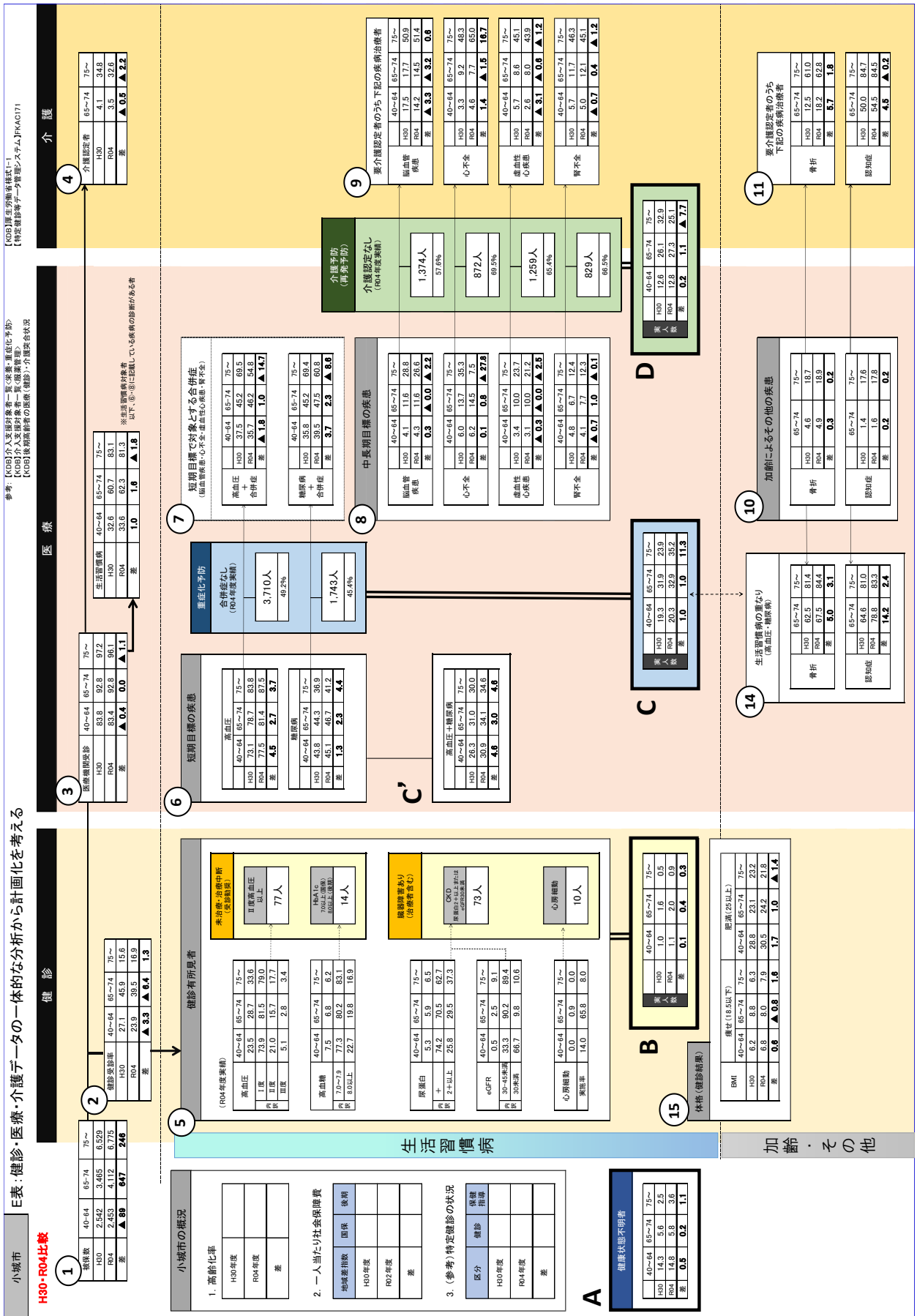
図表 40 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

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	7人		18人		10人		10人		9人		16人		
		G/A	2.6%		6.3%		3.4%		3.1%		2.4%		1.8%		
	件数	H	7件		18件 ↑		11件 ↓		11件		10件		16件		
		H/B	1.6%		3.7%		2.0%		1.8%		1.4%		0.9%		
	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%	1	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	1	5.6%	2	18.2%	1	9.1%	2	20.0%	75-80歳	5	31.3%
		60代	4	57.1%	2	11.1%	2	18.2%	8	72.7%	0	0.0%	80代	9	56.3%
		70-74歳	3	42.9%	14	77.8%	7	63.6%	2	18.2%	8	80.0%	90歳以上	2	12.5%
	費用額	I	809万円		2080万円		1588万円		1818万円		1111万円		1913万円		
		I/C	1.4%		3.3%		2.2%		2.2%		1.2%		0.9%		

出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 41 健診・医療・介護データの一体的な分析



図表 42 被保険者数と健診受診状況 **65歳から74歳は被保険者数↑だが、受診率は↓**

E表	④ 認定 介護 率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 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
H30	34.8	2,542	3,465	6,529	27.1	45.9	15.6	6.2	8.8	6.3	28.8	23.1	23.2
R04	32.6↓	2,453↓	4,112↑	6,775	23.9↓	39.5↓	16.9	6.8	8.0	7.9	30.5	24.2	21.8

図表 43 健診有所見状況 **全体的に有所見率が↑**

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動														
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-												
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%											
H30	27	3.9	(13)	71	4.5	(23)	60	5.9	(15)	32	4.6	(5)	92	5.8	(6)	15	1.5	(0)	8	1.2	16	1.0	20	2.0	0	--	10	0.6	0	--
R04	36	6.1	(17)	86	5.3	(35)	81	7.1	(25)	44	7.5	(5)	111	6.8	(8)	12	1.0	(1)	9	1.5	30	1.8	34	3.0	0	--	10	0.6	0	--

図表 44 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

糖尿病と高血圧等併せ持ちリスク大の者も↑

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			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	83.8	92.8	97.2	32.6	60.7	83.1	73.1	78.7	83.8	43.8	44.3	36.9	26.3	31.0	30.0	37.5	45.2	69.5	35.8	45.2	69.4
R04	83.4	92.8	96.1	33.6	62.3	81.3	77.5	81.4	87.5	45.1	46.7	41.2	30.9	34.1↑	34.6↑	35.7	46.2	54.8	39.5	47.5	60.8↑

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 45 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											
	中長期目標の疾患(被保数割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全↑			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.1	11.6	28.8	3.4	10.0	23.7	6.0	13.7	35.3	4.8	6.7	12.4	17.5	17.7	50.9	5.7	8.6	45.1	3.3	9.2	48.3	5.7	11.7	46.3
R04	4.3	11.6	26.6	3.1	10.0	21.2	6.2	14.5	7.5	4.1	7.7	12.3	14.2	14.5	51.4	2.6	8.0	43.9	4.6	7.7	65.0	5.0	12.1	45.1

図表 46 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	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 (被保数割)				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	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	62.5	81.4	64.6	81.0	4.6	18.7	1.4	17.6	12.5	61.0	50.0	84.7
R04	67.5	84.4	78.8	83.3	4.9	18.9	1.6	17.8	18.2	62.8	54.5	84.5

(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(図表 47)

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きます。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設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、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、最終年度には維持及び減少させることを目指します。

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、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標とします。

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

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します。

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します。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います。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ますが、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います。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します。

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)」に記載します。

(2) 管理目標の設定

(1) での成果目標を一覧表にします。(図表 46)

図表 47 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 (活用データ年度)	
			初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.3%	2.3%	2.2%	KDB システム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	0.4%	0.4%	0.4%	
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	5.9%	5.8%	5.7%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	14.2%	14.2%	14%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	16.7%	16%	15%	
	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、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	35.2%	34.7%	34.2%	小城市 健康増進課
			特定受診者の高血圧者の割合減少（16/100以上）	5.6%	5.4%	5.2%	
			特定受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	3.3%	3.2%	3.1%	
			特定受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1c 5%以上）	13.4%	13.3%	13.2%	
			★特定受診者のHbA1c 0%（NGSP値）以上の者の割合の減少	0.4%	0.3%	0.2%	
			糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合	61.9%	63%	65%	
	アウトブット	特定受診率、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	★特定受診率60%以上	40%	46%	55%	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	45%	55%	70%	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	21.9%	22%	25%	

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

2. 目標値の設定

図表 48 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	43%	47%	49%	51%	53%	55%
特定保健指導実施率	45%	50%	55%	60%	65%	70%

※国の目標値は特定健診受診率、特定保健指導率ともに60%以上であるが、小城市総合計画で目標としている令和7年度で47%とし第2期計画で令和5年度達成出来なかった目標値を令和11年度の目標値とした。

3. 対象者の見込み

図表 49 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	5,755人	5,318人	5,018人	4,817人	4,574人	4,474人
	受診者数	2,474人	2,499人	2,458人	2,456人	2,424人	2,460人
特定保健指導	対象者数	286人	289人	285人	284人	281人	285人
	受診者数	129人	145人	157人	171人	183人	200人

※特定健診対象者数は令和4年度に基づき算定

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(小城市保健福祉センター他)
- ② 個別健診(委託医療機関)
- ③ 人間ドッグ

(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、佐賀県国保連合会(市町村)のホームページに掲載します。

(参照)URL : <https://www.sagakokuho.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 50 小城市特定健診検査項目(例示)

健診項目		小城市	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	○※集団健診	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン (eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

(5)実施時期

4月から翌年2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、佐賀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 51 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、受診券等の印刷・通知組み ↓ 特定健診開始 (随時発送も可)	特定保健指導の実施
5月		連休明けに通知発送 ↓ 集団健診開始	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		(特定健診・特定保健指導の実施)	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、 保健指導対象者の抽出
9月		未受診対象者抽出、未受診者への受診勧奨通知発送	↓
10月		↓ 集団健診 (未受診者健診)	受診・実施率実績の算出 法定報告
11月	契約に関わる 予算手続き		
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備 受診券準備	↓ (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、引き続き健康増進課が実施します。

令和6年度以降については特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)での変更どおり実施していきます。(図表52)

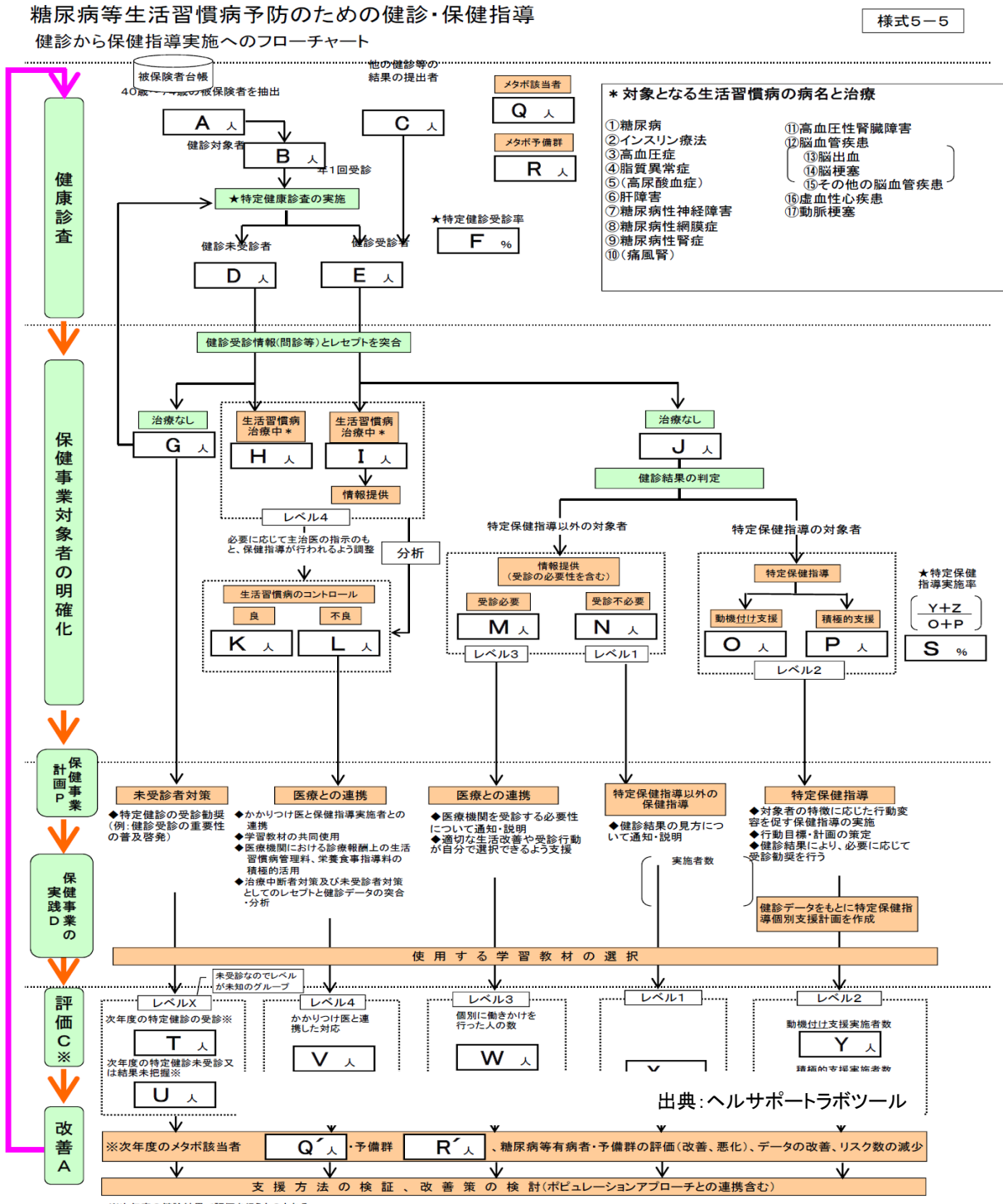
図表 52

○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 53 健診から保健指導へのフローチャート



出典:ヘルサポータルツール

(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 54 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	286人 (12.5%)	45%
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	410人 (16.6%)	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)	2,474人 ※受診率目標達成まであと人	43%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	475人 (19.2%)	-
5	I	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	977人 (51.3%)	-

(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 55 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 ◎特定健康診査の開始		◎一般健診、後期高齢者健診、がん検診開始
6月		◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎保健指導の開始	
8月			
9月			
10月		◎利用券の登録	◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
11月			
12月			
1月			
2月	◎健診の終了		
3月			

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

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

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

1. 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。

2. 重症化予防の取組

小城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、877人(38.6%)です。そのうち治療なしが276人(24.9%)を占め、さらに臓器障害あり直ちに取組むべき対象者が121人です。

また、小城市においては、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、276人中138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 56)

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り組みとしては生活習慣病の重症化により医療費や介護費など社会保障費の増大につながっている実態等について市報やホームページ等を通して知識の普及啓発を行います。

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。

図表 56 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4年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢別罹患率の減少			虚血性心疾患 の年齢別罹患率の減少			糖尿病性腎症 による年間新発症・診断患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)																
	科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(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年度全国研究班報告))			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 (日本腎臓学会)	2,274人	39.5%														
↓ 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									■各疾患の治療状況 <table border="1"> <tr> <th></th> <th>治療中</th> <th>治療なし</th> </tr> <tr> <td>高血圧</td> <td>779</td> <td>1,495</td> </tr> <tr> <td>糖尿病 患者</td> <td>635</td> <td>1,639</td> </tr> <tr> <td>糖尿病 性腎症</td> <td>274</td> <td>1,981</td> </tr> <tr> <td>3疾患 いっしょ</td> <td>1,166</td> <td>1,108</td> </tr> </table> ※調剤情報による			治療中	治療なし	高血圧	779	1,495	糖尿病 患者	635	1,639	糖尿病 性腎症	274	1,981	3疾患 いっしょ	1,166	1,108
	治療中	治療なし																							
高血圧	779	1,495																							
糖尿病 患者	635	1,639																							
糖尿病 性腎症	274	1,981																							
3疾患 いっしょ	1,166	1,108																							
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 健康課題から 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 (日本腎臓学会)																			
重症化予防対象	Ⅲ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中JLD以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者			重症化予防対象者 (実人数)																
該当者数	127 5.6%	11 0.5%	74 3.3%	50 2.2%	505 22.2%	223 9.8%	238 10.5%	877 38.6%																	
治療なし	84 5.6%	4 0.4%	70 4.3%	39 2.4%	97 8.8%	97 4.9%	67 6.0%	276 24.9%																	
(再掲) 特定保健指導	35 27.8%	1 9.1%	22 29.7%	16 32.0%	97 19.2%	28 12.6%	16 6.7%	138 15.7%																	
治療中	43 5.5%	7 0.6%	4 0.6%	11 1.7%	408 35.0%	126 46.0%	171 14.7%	801 51.5%																	
臓器障害 あり	35 41.7%	4 100.0%	15 21.4%	14 35.9%	32 33.0%	40 41.2%	67 100.0%	121 43.8%																	
CKD(専門医対象者)	13	1	6	6	8	18	67	67																	
心電図所見あり	28	4	11	10	29	31	23	77																	
臓器障害 なし	49 58.3%	—	55 78.6%	25 64.1%	65 67.0%	57 58.8%	—	—																	

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

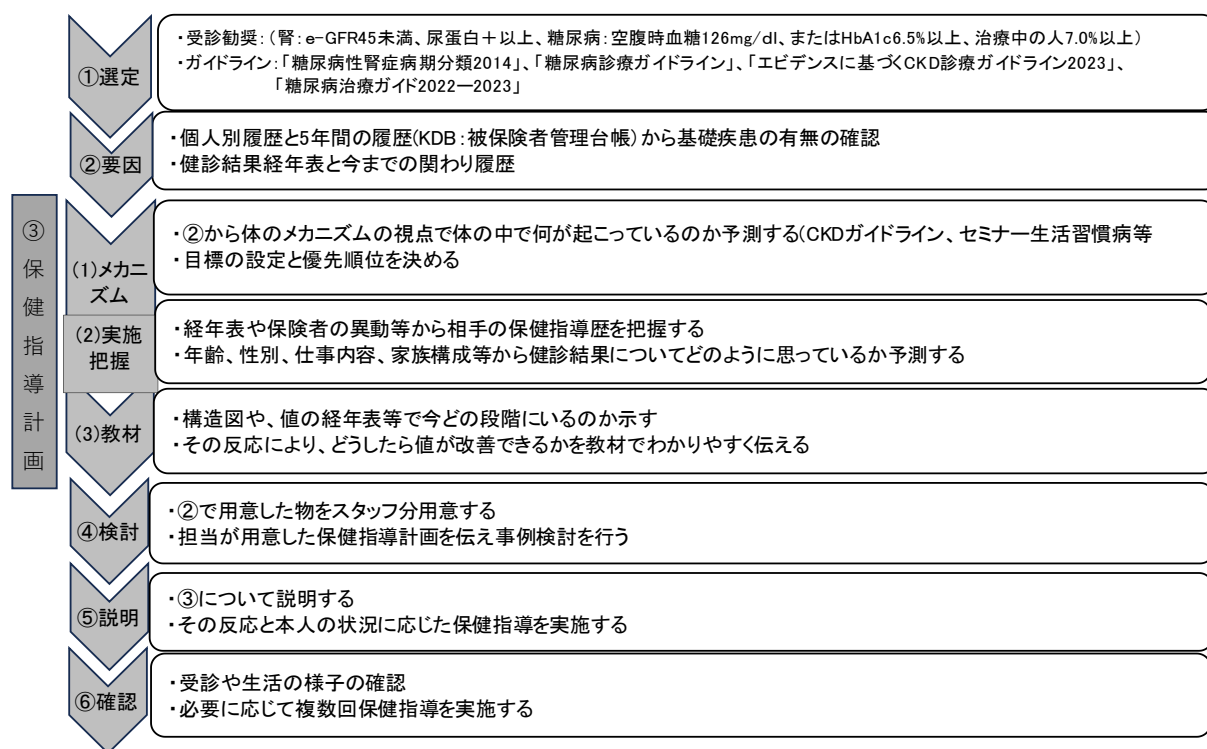
(1) 基本的な考え方

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)及び佐賀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 54 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 57 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、佐賀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

過去の健診において、空腹時 126mg/dl(随時血糖 200mg/dl) 以上又は HbA1c(NGSP) 6.5% 以上の者のうち、尿蛋白を認める者又は eGFR が 60ml/分/1.73 m²未満の者(県プログラム基準)

2. 糖尿病治療中断者

HbA1c 7% 以上で 3 か月以上受診を中断している者等

3. 糖尿病治療者のうち、腎機能低下者又は HbA1c 7.0% 以上のコントロール不良者

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 58 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/1.73m ²)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

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。
小城市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目、追加(2次検査)項目として尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+))としていることから、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(図表 58)。

小城市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、118 人(29.9%・F)でした。

また、40～74 歳における糖尿病治療者 1,598 人のうち、特定健診受診者が 277 人(70.1%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者 1,293 人(82.4%・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 56 より小城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)・・・118 人
- ・糖尿病治療中であったが中断者

介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

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)・・・151 人

治療中断しない(継続受診)のための保健指導

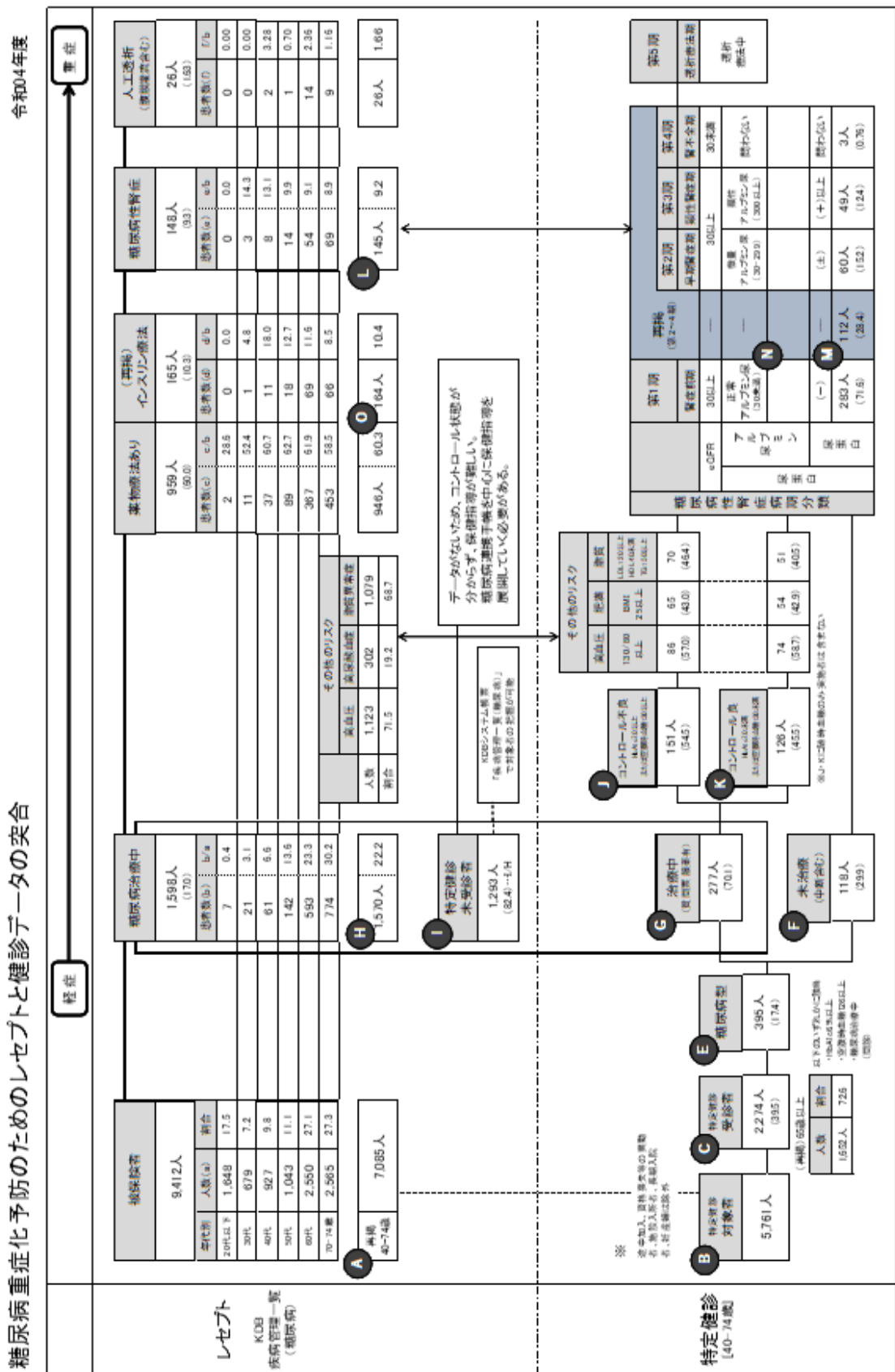
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

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 59 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



※レセプト情報は、該当年度に収指がある者を対象とし、年度途中の加入者や年度末時点で収指を削除している者も含む。
※レセプト情報のうち、疾患別一覧で把握できない項目については、ICD-B編最高介入記録対象者一覧(年齢・年齢・重症化予防)から集計

(3)対象者の進捗管理

- ・糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は、糖尿病台帳を担当地区ごとに作成し管理していきます。

健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

【糖尿病台帳作成手順】

1. 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載します。

- ①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

* HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上記載する

* 当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c6.5%以上になった場合は記載する

2. 資格を確認します。

3. レセプトを確認し情報を記載します。

- ① 治療状況の把握

・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認

・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認

・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入

・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

4. 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算します。

5. 担当地区の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)

- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

(4) 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。小城市においては、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行っていきます。

図表 60 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 伺うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみます
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グリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起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	4 参考資料
1-21 糖尿病治療の進め方	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
1-22 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	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-24 64歳以下 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
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	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
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	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
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	

②二次健診等を活用した重症化予防対策

二次健診として、HbA1c6.5%以上の者のうち尿蛋白定性(-)、(±)の者へは尿中アルブミン検査を実施し、メタボリックシンドローム該当者・予備群である特定保健指導対象者のうち、HbA1c が 5.6~6.4%の境界域の者等に糖負荷試験を実施します。その結果に基づき早期介入を行うことで、生活習慣改善の動機付けや腎症の重症化を防ぐよう努めます。

(5)医療との連携

①医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に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佐賀県プログラムに準じて行っています。

(6)高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行う中で、地域包括支援センターと連携します。

(7)評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行うものとします。その際は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、糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。(図表 61)

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 5ml/1.73 m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化
- ウ. 医療機関との連携による改善率

図表 61 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

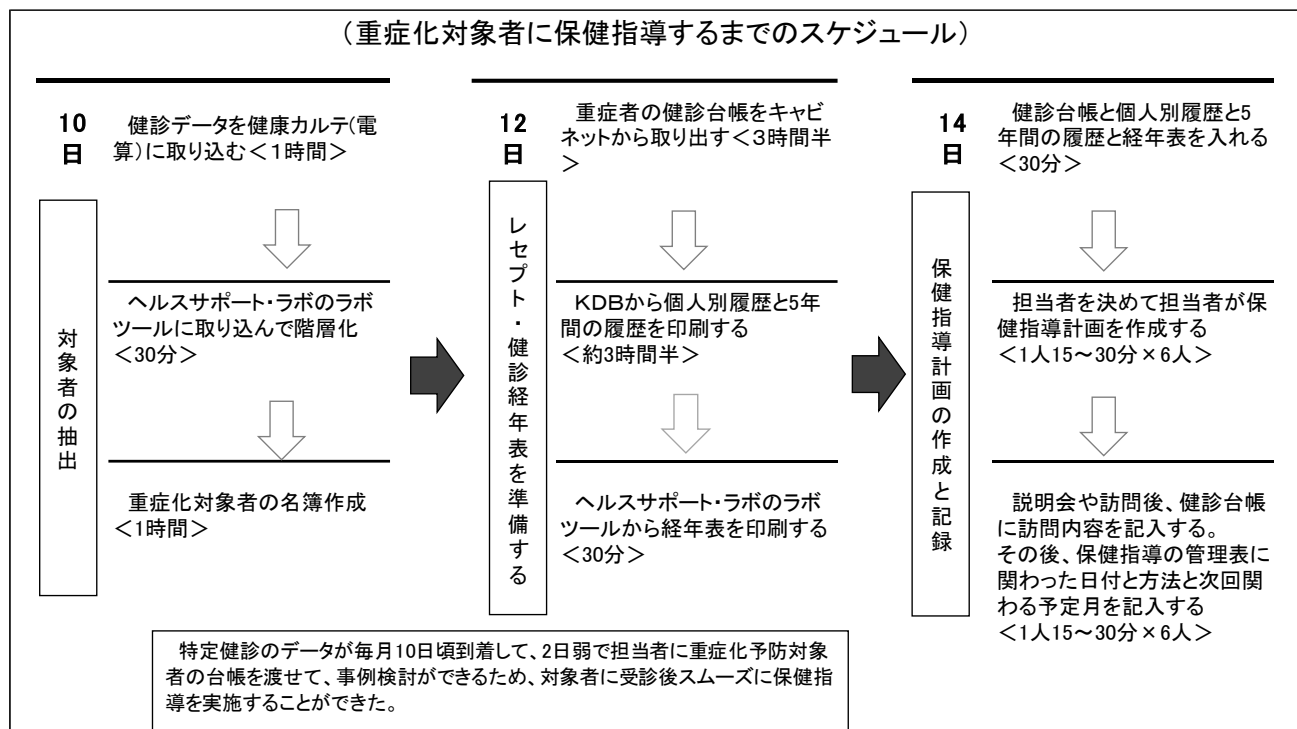
項目		区分	小城市										同規模保険者(平均)			
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	9,178人		8,928人		8,764人		8,691人		8,546人					
	② (再掲)40-74歳		6,960人		6,808人		6,783人		6,785人		6,661人					
2	① 特定健診 対象者数	B	6,096人		6,093人		6,093人		5,980人		5,761人					
	② 受診者数	C	2,662人		2,697人		2,243人		2,335人		2,274人					
	③ 受診率		--		--		--		--		--					
3	① 特定保健指導 対象者数		208人		243人		217人		311人		293人					
	② 実施率		50.9%		45.6%		52.4%		41.4%		35.1%					
4	健診データ	① 糖尿病型	E	435人	16.3%	468人	17.4%	404人	18.0%	415人	17.8%	395人	17.4%			
		② 未治療・中断者(異国異 服薬なし)	F	130人	29.9%	153人	32.7%	126人	31.2%	136人	32.8%	118人	29.9%			
		③ 治療中(異国異 服薬あり)	G	305人	70.1%	315人	67.3%	278人	68.8%	279人	67.2%	277人	70.1%			
		④ コントロール不良 HbA1c 7.0%以上かつ空腹時血糖130mg/dL以上	J	④ コントロール不良	134人	43.9%	172人	54.6%	152人	54.7%	149人	53.4%	151人	54.5%		
				⑤ 血圧 130/80以上	75人	56.0%	108人	62.8%	94人	61.8%	93人	62.4%	86人	57.0%		
				⑥ 肥満 BMI25以上	43人	32.1%	78人	45.3%	66人	43.4%	65人	43.6%	65人	43.0%		
		⑦ コントロール良 HbA1c 7.0%未満かつ空腹時血糖130未満	K	171人	56.1%	143人	45.4%	126人	45.3%	130人	46.6%	126人	45.5%			
		⑧	M	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	332人	76.3%	297人	63.5%	296人	73.3%	282人	68.0%	283人	71.6%		
				⑨ 第2期 尿蛋白(±)	51人	11.7%	96人	20.5%	60人	14.9%	66人	15.9%	60人	15.2%		
				⑩ 第3期 尿蛋白(+)	39人	9.0%	55人	11.8%	47人	11.6%	65人	15.7%	49人	12.4%		
				⑪ 第4期 eGFR30未満	3人	0.7%	0人	0.0%	1人	0.2%	2人	0.5%	3人	0.8%		
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		130.2人		129.1人		125.2人		134.3人		131.1人				
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		169.7人		167.5人		160.1人		170.4人		166.2人				
		③ レセプト枚数 (40-74歳) (11/14)受療率100%	H	③ 入院外(件数)	6,915件	(1026.0)	6,985件	(1049.3)	7,047件	(1051.6)	7,324件	(1114.3)	6,470件	(1013.3)	1,429,257件	(869.1)
				④ 入院(件数)	59件	(8.8)	33件	(5.0)	45件	(6.7)	41件	(6.2)	44件	(6.9)	6,744件	(4.1)
		⑤ 糖尿病治療中	H	⑤ 1,195人	13.0%	1,153人	12.9%	1,097人	12.5%	1,167人	13.4%	1,120人	13.1%			
		⑥ (再掲)40-74歳		1,181人	17.0%	1,140人	16.7%	1,086人	16.0%	1,156人	17.0%	1,107人	16.6%			
		⑦ 健診未受診者	I	876人	74.2%	835人	73.2%	808人	74.4%	877人	75.9%	830人	75.0%			
		⑧ インスリン治療	O	⑧ 111人	9.3%	104人	9.0%	97人	8.8%	117人	10.0%	120人	10.7%			
				⑨ (再掲)40-74歳	106人	9.0%	102人	8.9%	96人	8.8%	115人	9.9%	119人	10.7%		
		⑩ 糖尿病性腎症	L	⑩ 88人	7.4%	83人	7.2%	98人	8.9%	111人	9.5%	112人	10.0%			
				⑪ (再掲)40-74歳	85人	7.2%	82人	7.2%	96人	8.8%	108人	9.3%	109人	9.8%		
		⑫ 慢性人工透析患者数 (療養病棟中に占める割合)		22人	1.8%	24人	2.1%	27人	2.5%	22人	1.9%	22人	2.0%			
		⑬ (再掲)40-74歳		21人	1.8%	24人	2.1%	27人	2.5%	22人	1.9%	22人	2.0%			
		⑭ 新規透析患者数		4人	-	7人	-	4人	-	4人	-	7人	-			
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		4人	100%	5人	71.4%	1人	25.0%	2人	50.0%	1人	14.3%			
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (療養病棟中に占める割合)				28人	1.7%	29人	1.9%	35人	2.1%	33人	1.9%			
		6	医療費	① 総医療費		35億7120万円		37億3005万円		36億2240万円		37億5221万円		37億3394万円		28億4626万円
② 生活習慣病総医療費				19億1417万円		19億6521万円		19億9727万円		21億0276万円		20億0226万円		15億3700万円		
				53.6%		52.7%		55.1%		56.0%		53.6%		54.0%		
③ 生活習慣病 総医療費 一人あたり				8,154円		8,886円		5,816円		6,513円		8,236円		7,237円		
				34,677円		37,756円		41,511円		42,395円		41,038円		38,862円		
④ 糖尿病医療費				2億0822万円		1億9550万円		2億0789万円		2億1371万円		2億0555万円		1億6596万円		
⑤ (生活習慣病総医療費に占める割合)				10.9%		9.9%		10.4%		10.2%		10.3%		10.8%		
⑥ 糖尿病入院外総医療費				5億6289万円		6億3115万円		6億0304万円		6億2985万円		6億2142万円				
				35,431円		39,356円		38,391円		39,708円		40,576円				
⑦ 糖尿病入院総医療費				3億6408万円		3億3614万円		3億9602万円		3億9370万円		4億4191万円				
				599,801円		568,770円		623,652円		637,061円		672,625円				
⑧ 在院日数				16日		16日		16日		16日		16日				
⑨ 慢性腎不全医療費				1億8492万円		1億9421万円		1億8834万円		1億9799万円		2億2917万円		1億2396万円		
		1億7626万円		1億8839万円		1億8085万円		1億9163万円		2億2088万円		1億1532万円				
⑩ 透析あり		866万円		582万円		749万円		636万円		829万円		863万円				
⑪ 透析なし																
7	① 介護 介護給付費		37億0843万円		37億8995万円		38億5102万円		38億1630万円		37億4821万円		34億9905万円			
			② (2号認定者)糖尿病合併症	7件		22.6%		6件		24.0%		2件		10.5%		
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		7人		1.5%		2人		0.4%		5人		1.1%			
			4人		0.9%		4人		0.9%		4人		0.8%			

出典:ヘルスサポートラボツール

(8)実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5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 62 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

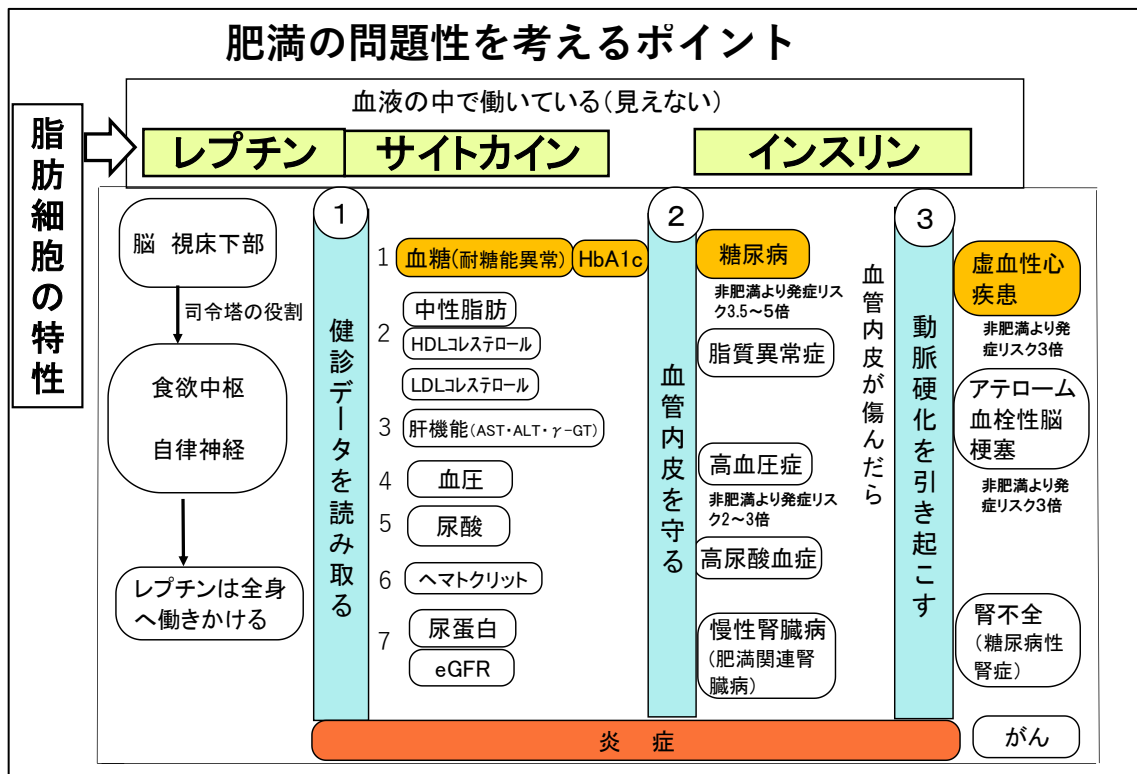
(1) 基本的な考え方

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 63 に基づいて考えていきます。

図表 63 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 64)

図表 64 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	622	1,652	189	401	149	354	34	42	5	4	1	1	
				30.4%	24.3%	24.0%	21.4%	5.5%	2.5%	0.8%	0.2%	0.2%	0.1%
再掲	男性	287	744	115	227	97	205	14	19	3	3	1	0
				40.1%	30.5%	33.8%	27.6%	4.9%	2.6%	1.0%	0.4%	0.3%	0.0%
	女性	335	908	74	174	52	149	20	23	2	1	0	1
				22.1%	19.2%	15.5%	16.4%	6.0%	2.5%	0.6%	0.1%	0.0%	0.1%

出典：ヘルスサポートトラボツール

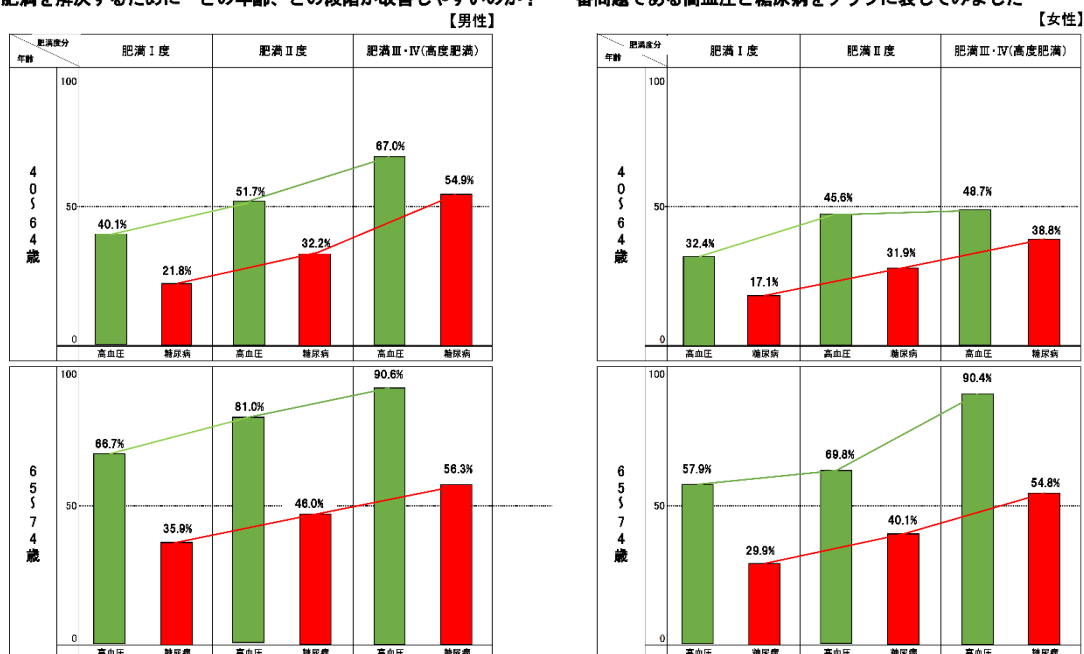
② 優先順位をつけます。

・肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます(図表 65)

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ります。

図表 65 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？

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？ 一番問題である高血圧と糖尿病をグラフに表してみました



(3)対象者の明確化

肥満度分類に基づき、実態把握をします。肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、また、効率がいいのかを科学的な根拠(EBM)「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけ対象者を明確にしていきます。

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、男性で50代から受診者の3割を超えますが、女性では60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。(図表 66)

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3疾患治療状況は、男女とも8割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。(図表 67)また、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。

図表 66 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	1,031	71	103	355	502	1,243	75	120	467	581	
メタボ該当者	B	342	12	31	127	172	163	5	13	61	84	
	B/A	33.2%	16.9%	30.1%	35.8%	34.3%	13.1%	6.7%	10.8%	13.1%	14.5%	
再掲	① 3項目全て	C	111	1	8	43	59	46	0	3	14	29
		C/B	32.5%	8.3%	25.8%	33.9%	34.3%	28.2%	0.0%	23.1%	23.0%	34.5%
	② 血糖+血圧	D	76	2	11	22	41	23	0	5	9	9
		D/B	22.2%	16.7%	35.5%	17.3%	23.8%	14.1%	0.0%	38.5%	14.8%	10.7%
	③ 血圧+脂質	E	134	7	8	57	62	83	5	3	32	43
		E/B	39.2%	58.3%	25.8%	44.9%	36.0%	50.9%	100.0%	23.1%	52.5%	51.2%
	④ 血糖+脂質	F	21	2	4	5	10	11	0	2	6	3
		F/B	6.1%	16.7%	12.9%	3.9%	5.8%	6.7%	0.0%	15.4%	9.8%	3.6%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 67 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし			
			人数	割合	人数	割合				人数	割合	人数	割合			
総数	1,031	342	33.2%	275	80.4%	67	19.6%	1,243	163	13.1%	133	81.6%	30	18.4%		
40代	71	12	16.9%	4	33.3%	8	66.7%	75	5	6.7%	0	0.0%	5	100.0%		
50代	103	31	30.1%	22	71.0%	9	29.0%	120	13	10.8%	10	76.9%	3	23.1%		
60代	355	127	35.8%	101	79.5%	26	20.5%	467	61	13.1%	46	75.4%	15	24.6%		
70~74歳	502	172	34.3%	148	86.0%	24	14.0%	581	84	14.5%	77	91.7%	7	8.3%		

出典:ヘルスサポートラボツール

(4) 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。
- ②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。
- ③特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(5) 対象者の管理

メタボリックシンドローム該当者はリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療を受けている者が多い状況です。よって糖尿病管理台帳、高血圧管理、LDL コレステロール管理台帳等により、血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認します。

(6) 保健指導の実施

①最新の脳科学を活用した保健指導

メタボリックシンドローム該当者への指導は、特定健診結果による「動機づけ支援」「積極的支援」としての特定保健指導として実施していきます。内臓脂肪蓄積によりインスリン抵抗性となって動脈硬化を引き起こすことが分かっているので、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の指導を行い、減量のための保健指導も実施します。

また、治療が必要にもかかわらず医療機関未受診や、治療中断者である場合は受診勧奨を行い、治療中であるがリスクが高い場合は主治医(医療機関)と連携して保健指導を行います。

図表 68 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 肥満症診療ガイドライン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、労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。
小城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

- ・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)
- ・微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ・75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

(7)医療との連携

未治療や治療中断を把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の人へは血管リスク低減に向けて医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

医療の情報はかかりつけ医や対象者、KDB システムを活用しデータを収集していきます。

3) 虚血性心疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

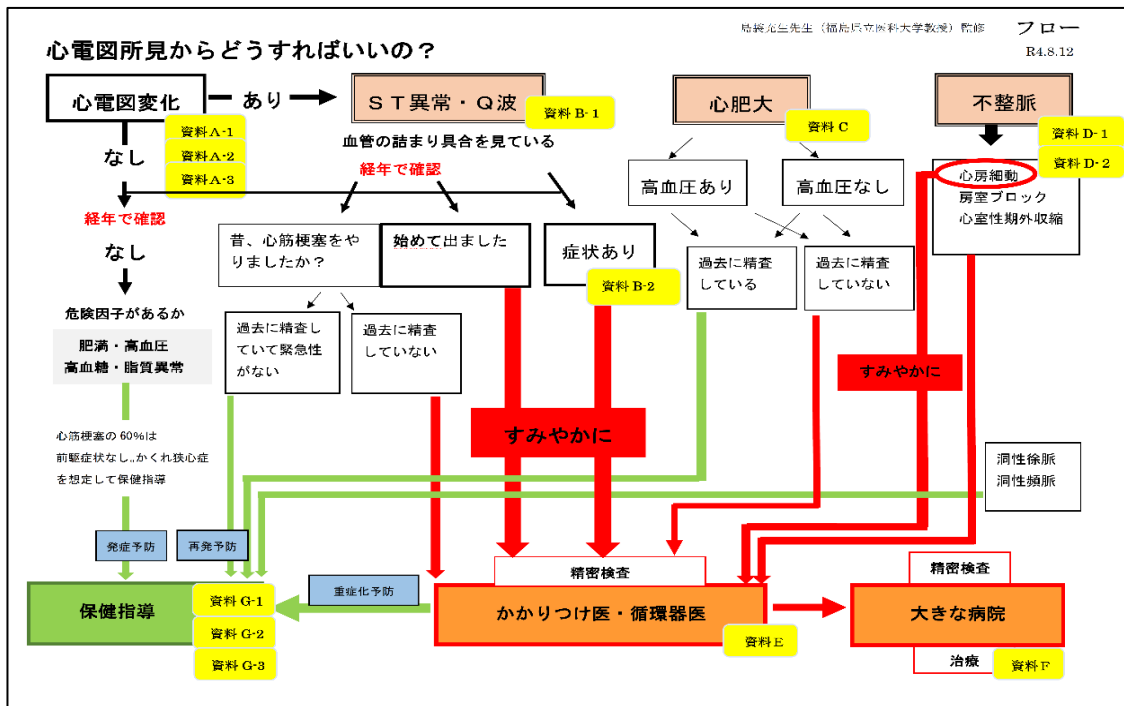
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

(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 68 に基づいて考えます。

図表 69 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(3)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。

本市においては、令和4年度心電図検査実を1,098人(48.3%)に実施し、そのうち有所見者が635人(57.8%)でした。所見の中でも ST-T 変化が38人(6.0%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表70)

また、有所見者のうち要精査が47人(4.3%)で、その後の受診状況をみると30人(63.8%)は未受診でした。(図表71)。

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70 心電図検査結果

性別・ 年齢	所見	心電図検査			所見内訳																
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		輪偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
40~74歳 内訳		1,098	48.3	635	57.8	30	4.7	38	6.0	6	0.9	24	3.8	5	0.8	65	10.2	11	1.7	46	7.2
	男性	499	48.4	269	53.9	15	5.6	6	2.2	3	1.1	14	5.2	4	1.5	41	15.2	7	2.6	30	11.2
	女性	599	48.2	366	61.1	15	4.1	32	8.7	3	0.8	10	2.7	1	0.3	24	6.6	47	1.1	16	4.4

小城市調べ

図表 71 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	635	57.8	47	4.3	17	36.2	30	63.8
男性	269	53.9	27	5.4	12	44.4	15	55.6
女性	366	61.1	20	3.3	5	25.0	15	75.0

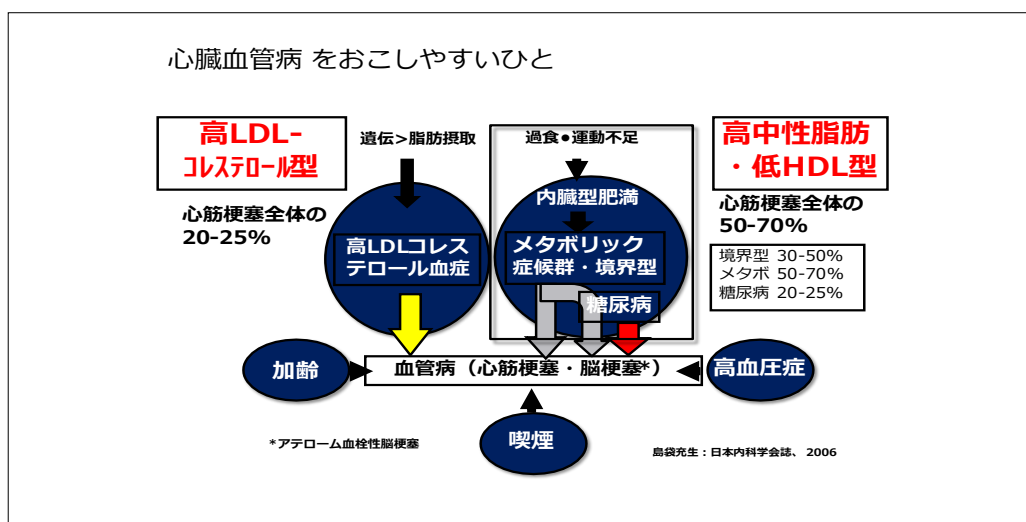
小城市調べ

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 72)

図表 72 心血管病をおこしやすいひと



図表 69 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」を参照します。

B: LDL コレステロールタイプ(図表 73)

図表 73 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

令和4年度

保健指導対象者の明確化と優先順位決定

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(再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	
			893	442	263	118	70	12	25	77	74
				48.5%	29.5%	13.2%	7.8%	6.4%	13.3%	41.0%	39.4%
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)	110	64	24	12	10	9	13	0	0
			12.3%	14.5%	9.1%	10.2%	14.3%	75.0%	52.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	367	163	122	53	29	3	4	46	29
			41.1%	36.9%	46.4%	44.9%	41.4%	25.0%	16.0%	59.7%	39.2%
高リスク	120未満 (150未満)	399	206	113	51	29	0	7	30	43	
		44.7%	46.6%	43.0%	43.2%	41.4%	0.0%	28.0%	39.0%	58.1%	
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 アテローム血性性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	17	9	4	2	2	0	1	1	2
			1.9%	2.0%	1.5%	1.7%	2.9%	0.0%	4.0%	1.3%	2.7%
	再掲	100未満 (130未満) ※1	39	17	12	4	6	0	4	4	2
			4.4%	3.8%	4.6%	3.4%	8.6%	0.0%	16.0%	5.2%	2.7%

※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。

(4)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 74 心電図所見からの保健指導教材（例示）

心電図所見からの保健指導教材
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？

(5) 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。

メタボリックシンドロームの該当者・予備群である特定保健指導対象者で糖尿病境界域の人に糖尿病域の人に頸動脈エコー、糖尿病域の人に尿中アルブミン検査をし、保健指導を実施します。

「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)

(6) 対象者の管理

虚血性心疾患は、糖尿病、CKD(慢性腎臓病)が高リスクであることから、糖尿病管理台帳で行います。

(7) 医療との連携

未治療や治療中断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て主治医(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。

(8) 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。

(9) 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。

(10) 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

5 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 74)

図表 75 脳卒中の分類

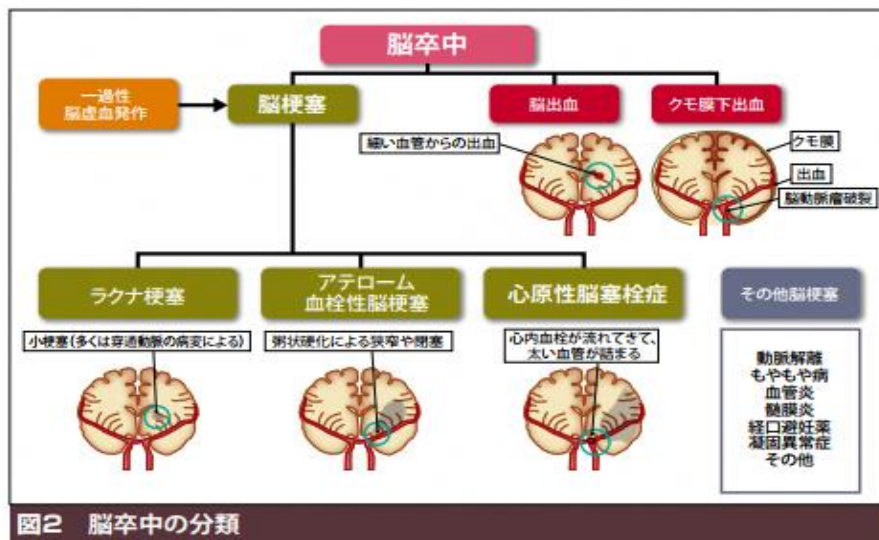


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 76 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。高血圧治療者 2,800 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 354 人(12.8%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 127 人(5.6%)であり、そのうち 84 人(66.1%)は未治療者です。

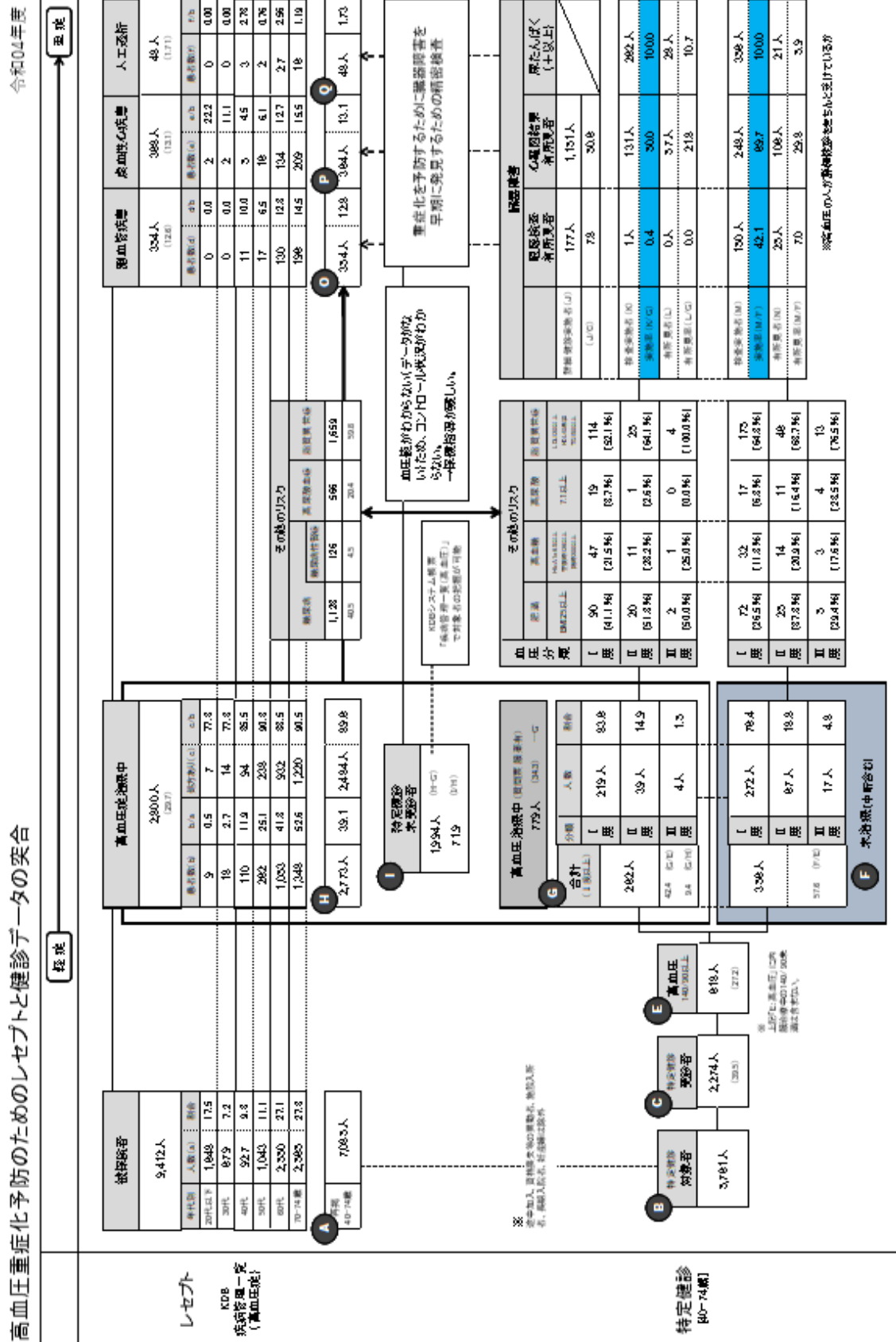
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 43 人(1.9%)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 177 人(7.8%)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、618 人(27.2%・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。(図表 77)

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 77 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



(3) 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。

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化を表にすると、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。(図表 78)

重症化予防対象者として高血圧Ⅱ度以上(160/100以上)の未治療者を受診勧奨します。

図表 78 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 (mmHg)			
		高血圧 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
763		407 53.3%	272 35.6%	67 8.8%	17 2.2%
リスク第1層 予後影響因子がない	36 4.7%	C 21 5.2%	B 12 4.4%	B 2 3.0%	A 1 5.9%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	400 52.4%	C 222 54.5%	B 142 52.2%	A 29 43.3%	A 7 41.2%
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層の危険因子が一つ以上ある	327 42.9%	B 164 40.3%	A 118 43.4%	A 36 53.7%	A 9 52.9%

区分 該当者数

A	ただちに薬物療法を開始	200 26.2%
B	概ね1か月後に再評価	320 41.9%
C	概ね3か月後に再評価	243 31.8%

●…高リスク
 ●…中等リスク
 ●…低リスク

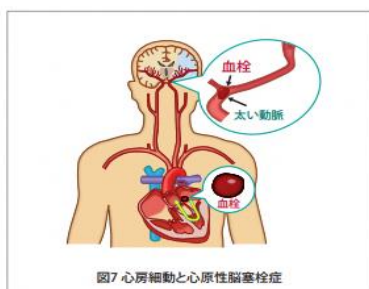
※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は≥175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

(4) 心電図検査における心房細動の実態

出典：ヘルスサポートラボツール

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流にの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。(図表 79)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。特定健診受診者における心房細動の有所見の状況のみてみます。(図表 80)

図表 79 心房細動と新原生脳梗塞症



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 80 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	1,031	1,243	530	51.4%	621	50.0%	7	1.3%	4	0.6%	--	--
40代	71	75	15	21.1%	5	6.7%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	103	120	18	17.5%	14	11.7%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	355	467	168	47.3%	225	48.2%	0	0.0%	1	0.4%	1.9%	0.4%
70~74歳	502	581	329	65.5%	377	64.9%	7	2.1%	3	0.8%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

※1 日本循環器学会疫学調査(2006)

心電図検査において11人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者11人のうち9人は既に治療が開始されていましたが、2人はまだ治療につながっていません。(図表 81)

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。

図表 81 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
11	2	18.2	9	81.8

小城市調べ

(5) 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。

(6) 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。

「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)

(7) 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。

(8) 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。

(9) 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。

(10) 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高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の状況の確認を年 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。

(11) 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
- 5 月～ 特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

3. 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

本市は、令和3年度より佐賀県後期高齢者広域連合から、小城市が事業を受託し「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います。

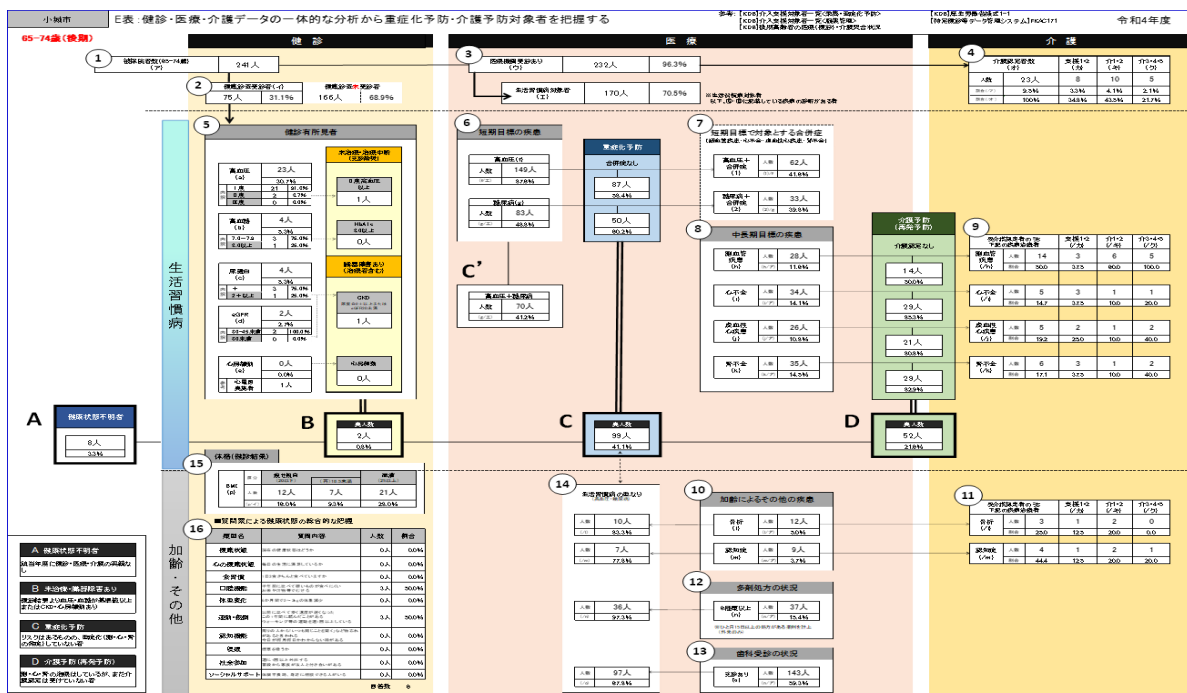
具体的には、

(1) 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

(2) 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者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通いの場での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 82 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



4. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題であります。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

小城市においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていく必要があります。

5. 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めます。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。

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)システムで、受診率・受療率、医療の動向等を国・県・同規模市平均と比較して毎年評価します。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業実施状況は、毎年取りまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとします。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、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小城市の位置

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

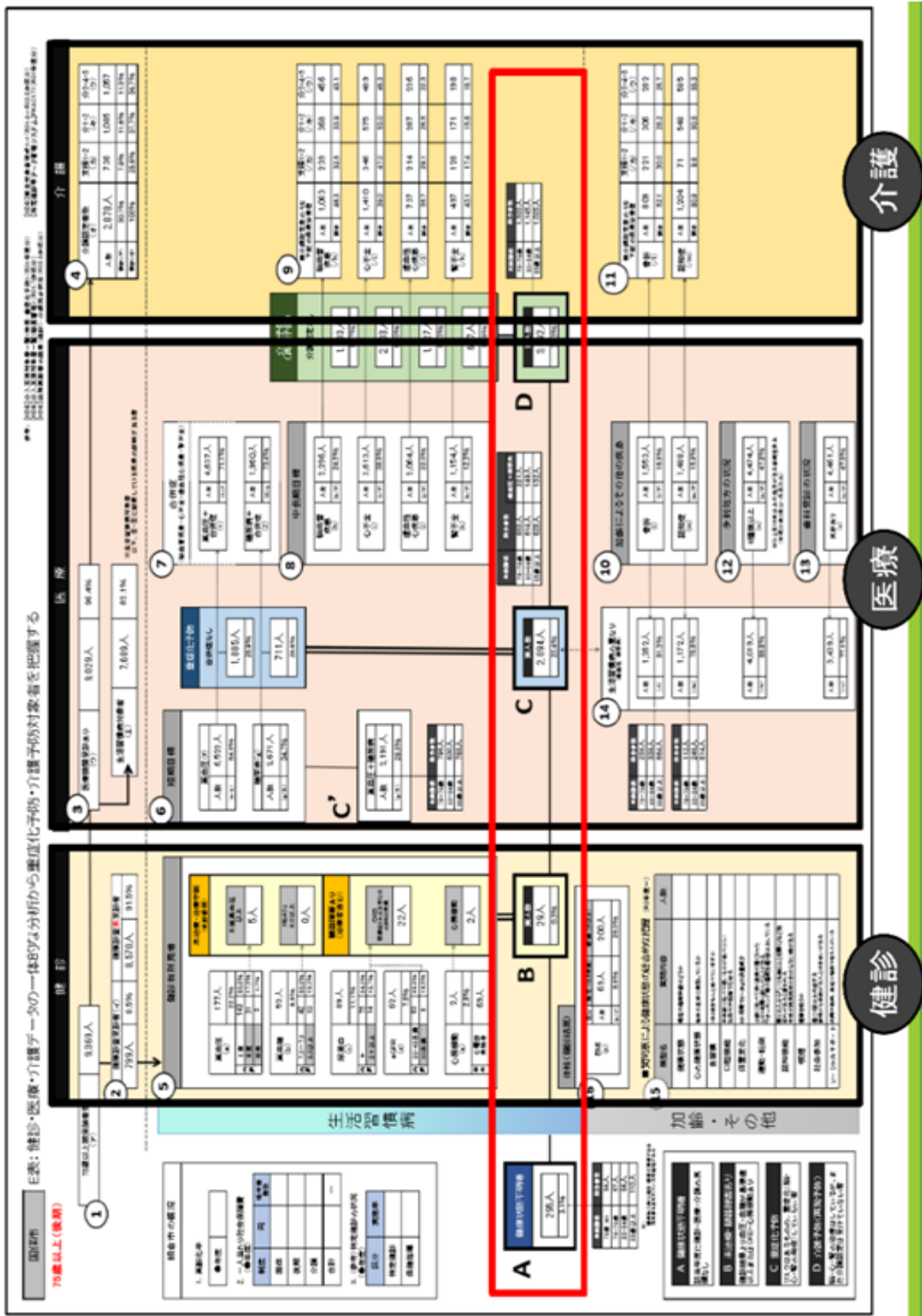
参考資料9 LDL-C の年次比較

項目		小城市		同規模平均		佐賀県		国		データ先 (CSV)			
		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度					
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1 概況	①	人口構成	総人口		43,346		9,014,657		797,881		123,214,261	KDBNo5 人口の状況 KDBNo3 健診・医療・介護 データから見る地 域の健康課題	
			65歳以上(高齢化率)	12,599	29.1	3,263,279	36.2	246,061	30.8	35,335,805	28.7		
			75歳以上	6,215	14.3	--	--	125,245	15.7	18,248,742	14.8		
			65~74歳	6,384	14.7	--	--	120,816	15.1	17,087,063	13.9		
			40~64歳	13,790	31.8	--	--	253,839	31.8	41,545,893	33.7		
	39歳以下	16,957	39.1	--	--	297,981	37.3	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業	8.2		10.7		8.7		4.0	KDBNo3 健診・医療・介護 データから見る地 域の健康課題		
			第2次産業	23.8		27.3		24.2		25.0			
			第3次産業	68.0		62.0		67.1		71.0			
	③	平均寿命	男性	80.4		80.4		80.7		80.8	KDBNo1 地域全体像の把握		
女性			87.0		86.9		87.1		87.0				
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	80.6		79.7		80.1		80.1	KDBNo1 地域全体像の把握			
		女性	86.1		84.3		85.2		84.4				
2 死亡	①	死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		104.2		103.4		102.0		100.0	KDBNo1 地域全体像の把握	
			男性	104.2		103.4		102.0		100.0			
			女性	99.9		101.4		99.1		100.0			
			がん	127	53.1	34,996	47.8	2,689	51.1	378,272	50.6		
			心臓病	60	25.1	21,437	29.3	1,488	28.3	205,485	27.5		
			脳疾患	36	15.1	10,886	14.9	687	13.0	102,900	13.8		
			糖尿病	4	1.7	1,391	1.9	95	1.8	13,896	1.9		
	腎不全	9	3.8	2,819	3.9	198	3.8	26,946	3.6				
	自殺	3	1.3	1,654	2.3	108	2.1	20,171	2.7				
	②	早世予防からみ た死亡 (65歳未満)	合計								厚労省HP 人口動態調査		
男性													
		女性											
3 介護	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		2,417	19.5	618,461	19.1	45,232	18.6	6,705,390	19.4	KDB NO1 地域全体像の把握
			新規認定者	29	0.3	9,054	0.3	645	0.3	97,010	0.3		
			介護度別 総件数	要支援1.2	12,711	23.3	1,818,246	14.3	176,429	19.1	19,947,863	12.9	
				要介護1.2	26,103	47.9	5,985,760	47.0	458,576	49.6	71,557,272	46.3	
				要介護3以上	15,692	28.8	4,936,311	38.7	290,194	31.4	63,129,222	40.8	
			2号認定者		45	0.3	10,760	0.4	825	0.3	155,709	0.4	
	②	有病状況	糖尿病	565	23.2	146,825	23.8	10,712	23.3	1,630,799	24.2		
			高血圧症	1,490	61.6	337,128	54.7	27,709	60.6	3,584,707	53.2		
			脂質異常症	883	35.2	192,975	31.1	15,459	33.6	2,194,035	32.5		
			心臓病	1,665	69.2	380,614	61.8	31,214	68.3	4,051,848	60.2		
			脳疾患	758	32.1	144,504	23.8	12,878	28.7	1,498,592	22.6		
			がん	412	16.8	69,900	11.4	6,284	13.9	784,700	11.8		
			筋・骨格 精神	1,589 1,255	64.8 51.7	335,486 237,099	54.4 38.5	27,728 21,050	60.9 46.2	3,596,968 2,472,603	53.3 36.8		
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	271,812	3,424,555,217	274,603		261,772		265,628			
			1件当たり給付費(全体)	62,829		70,336		69,620		59,537			
			居宅サービス	45,090		43,814		50,244		41,165			
施設サービス			283,890		291,438		290,237		295,813				
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	9,800		8,989		9,261		8,567				
		認定あり 認定なし	4,440		4,264		4,304		4,002				
4 医療	①	国保の状況	被保険者数		8,160		2,024,825		173,695		27,519,654	KDBNo1 地域全体像の把握 KDB NO5 被保険者の状況	
			65~74歳	3,910	47.9	--	--	78,878	45.4	11,204,121	40.7		
			40~64歳	2,475	30.3	--	--	53,583	30.8	9,103,171	33.1		
			39歳以下	1,775	21.8	--	--	41,234	23.7	7,212,362	26.2		
	加入率		18.8		22.5		21.8		22.3				
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	3	0.4	873	0.4	100	0.6	8,237	0.3		
			診療所数	31	3.8	7,141	3.5	691	4.0	102,599	3.7		
			病床数	387	47.4	136,833	67.6	14,451	83.2	1,507,471	54.8		
			医師数	84	10.3	19,511	9.6	2,445	14.1	339,611	12.3		
			外来患者数	813.8		725.1		781.6		684.1			
入院患者数	28.1		23.5		27.6		17.6						
③	医療費の 状況	一人当たり医療費	416,460		358,849		392,272		309,237				
		受診率	841.884		748.595		809.114		701.615				
		外 来	55.1		56.8		53.8		60.4				
		費 用 の 割 合	96.7		96.9		96.6		97.5				
		入 院	44.9		43.2		46.2		39.6				
		費 用 の 割 合	3.3		3.1		3.4		2.5				
1件あたり在院日数		16.4日		17.1日		18.0日		15.7日					

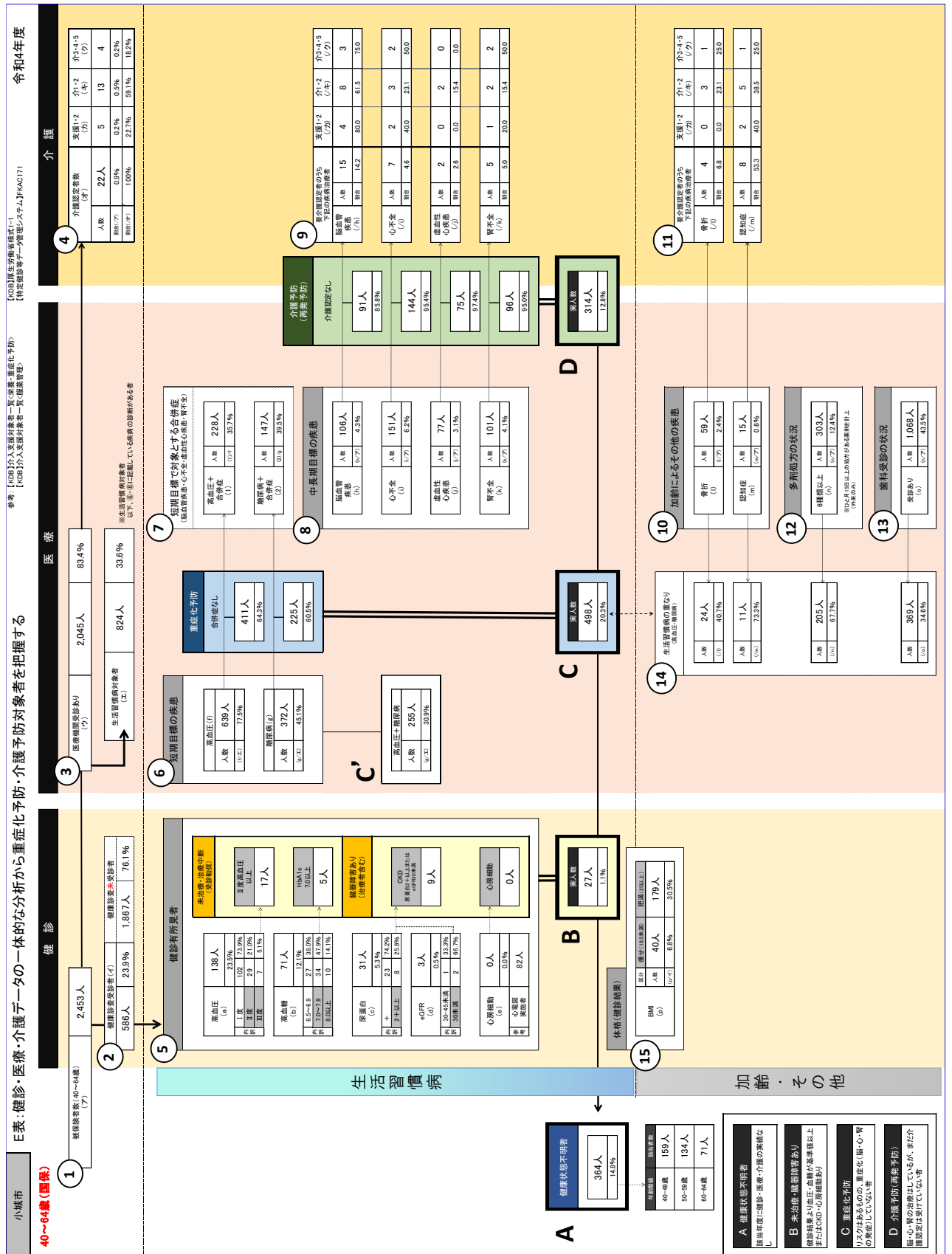
4 医療	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	477,781,300	26.2	31.3	27.2	32.1	KDBNo3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題						
			慢性腎不全(透析あり)	200,475,570	11.0	7.5	10.2	8.2							
			糖尿病	187,204,260	10.3	10.8	9.2	10.5							
			高血圧症	92,101,470	5.0	6.3	5.7	5.9							
			脂質異常症	69,668,060	3.8	3.8	3.7	4.1							
			脳梗塞・脳出血	79,026,610	4.3	3.9	4.1	3.9							
			狭心症・心筋梗塞	24,694,140	1.3	2.6	2.0	2.8							
			精神	309,768,400	17.0	16.2	20.2	14.7							
	筋・骨格	369,436,440	20.2	16.7	16.9	16.7									
	⑤	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	450	0.2	343	0.2	340	0.2	233	0.2	KDBNo43 疾病別医療費分析 (中分類)		
糖尿病				1,895	1.0	1,386	0.9	1,260	0.7	1,034	0.8				
脂質異常症				43	0.0	83	0.1	55	0.0	48	0.0				
脳梗塞・脳出血				8,807	4.7	6,500	4.2	7,514	4.2	5,454	4.5				
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	虚血性心疾患	2,516	1.3	3,988	2.6	3,183	1.8	3,587	2.9				
			腎不全	8,351	4.5	4,379	2.8	5,654	3.1	3,683	3.0				
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	2,797		2,308		2,742		1,779		KDBNo3 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	15,633		14,032		14,282		13,379					
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	7,441		6,466		7,292		5,401					
			健診未受診者	41,584		39,314		37,987		40,628					
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,214	55.9	329,529	57.3	24,430	55.0	3,451,551	56.7	KDBNo1 地域全体像の把握				
		医療機関受診率	1,097	50.5	296,228	51.5	22,069	49.7	3,128,259	51.4					
		医療機関非受診率	117	5.4	33,301	5.8	2,361	5.3	323,292	5.3					
5 健診	①	特定健診の 状況	健診受診者	2,171		575,413		44,439		6,091,755		KDBNo3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDBNo1 地域全体像の把握			
	②		受診率	37.3		県内19位 同規模156位	38.5	37.3	全国19位	32.9					
	③		特定保健指導終了者(実施率)	47	16.7	7,515	11.6	736	14.5	47,946	6.7				
	④		非肥満高血糖	198	9.1	60,768	10.6	4,271	9.6	549,654	9.0				
	⑤		メタボ	該当者	482	22.2	121,510	21.1	9,644	21.7	1,236,725		20.3		
				男性	326	33.1	84,065	32.5	6,568	32.8	865,159		32.0		
				女性	156	13.2	37,445	11.8	3,076	12.6	371,566		11.0		
				予備群	282	13.0	62,227	10.8	5,427	12.2	684,578		11.2		
	⑥		県内市町村数	男性	190	19.3	43,614	16.9	3,714	18.5	484,365		17.9		
				女性	92	7.8	18,613	5.9	1,713	7.0	200,213		5.9		
	⑦		23市町村	メタボ 該当・ 予備 レベル	総数	874	40.3	200,855	34.9	17,088	38.5		2,128,725	34.9	
	⑧		腹囲		男性	586	59.4	139,347	53.8	11,590	57.9		1,493,753	55.2	
	女性				288	24.3	61,508	19.4	5,498	22.5	634,972		18.8		
	⑨		BMI		総数	57	2.6	30,066	5.2	1,666	3.7		282,296	4.6	
	男性				10	1.0	4,693	1.8	240	1.2	45,165		1.7		
	⑩		同規模市区町村数 280市町村		女性	47	4.0	25,373	8.0	1,426	5.8		237,131	7.0	
	⑪				血糖のみ	20	0.9	3,825	0.7	447	1.0		38,857	0.6	
	⑫				血糖のみ	198	9.1	44,523	7.7	3,607	8.1		481,192	7.9	
	⑬				脂質のみ	64	2.9	13,879	2.4	1,373	3.1		164,529	2.7	
⑭	血糖・血圧	93			4.3	18,848	3.3	1,678	3.8	180,015	3.0				
⑮	血糖・脂質	32			1.5	6,284	1.1	705	1.6	63,221	1.0				
⑯	血圧・脂質	209			9.6	55,574	9.7	4,126	9.3	592,133	9.7				
⑰	血糖・血圧・脂質	148			6.8	40,804	7.1	3,135	7.1	401,356	6.6				
6 問診	①	問診の状況			服薬	高血圧	738	34.0	224,439	39.0	16,587	37.3	2,181,720	35.8	KDBNo1 地域全体像の把握
					糖尿病	261	12.0	56,498	9.8	5,051	11.4	529,868	8.7		
	②	既往 歴	脂質異常症		611	28.1	167,778	29.2	12,875	29.0	1,704,963	28.0			
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)		34	1.6	18,183	3.2	703	1.7	186,631	3.2			
	③	生活習慣の 状況	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)		42	1.9	33,137	5.9	1,014	2.5	327,973	5.5	KDBNo1 地域全体像の把握		
			腎不全		17	0.8	5,044	0.9	311	0.8	48,394	0.8			
			貧血	332	15.4	55,871	10.0	3,736	9.1	627,726	10.6				
			喫煙	301	13.9	73,880	12.8	6,164	13.9	840,997	13.8				
			④	週3回以上朝食を抜く	202	9.4	42,292	7.8	4,310	10.0	564,019	10.1			
			⑤	週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
			⑥	週3回以上就寝前夕食(H30～)	280	13.0	81,586	14.9	5,913	13.7	870,197	15.6			
			⑦	週3回以上就寝前夕食	280	13.0	81,586	14.9	5,913	13.7	870,197	15.6			
			⑧	食べる速度が速い	552	25.6	146,229	26.8	11,623	27.0	1,490,472	26.8			
			⑨	20歳時体重から10kg以上増加	795	37.0	188,905	34.6	15,401	35.7	1,950,108	34.8			
⑩			1回30分以上運動習慣なし	1,193	55.4	341,655	62.6	24,874	57.6	3,359,534	60.1				
⑪			1日1時間以上運動なし	899	41.8	258,549	47.1	19,439	45.1	2,679,664	47.9				
⑫	睡眠不足	470	21.8	137,172	25.1	10,194	23.7	1,430,357	25.6						
⑬	毎日飲酒	量	568	26.3	141,428	25.4	11,155	25.7	1,486,537	25.5					
		時々飲酒	388	17.9	114,072	20.5	8,852	20.4	1,299,707	22.3					
⑭	一日 飲 酒 量	1合未満	578	53.4	225,984	62.9	11,534	52.5	2,667,130	64.2					
		1～2合	339	31.3	90,401	25.2	7,168	32.6	984,523	23.7					
		2～3合	134	12.4	34,174	9.5	2,667	12.1	386,917	9.3					
		3合以上	32	3.0	8,867	2.5	621	2.8	113,054	2.7					

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

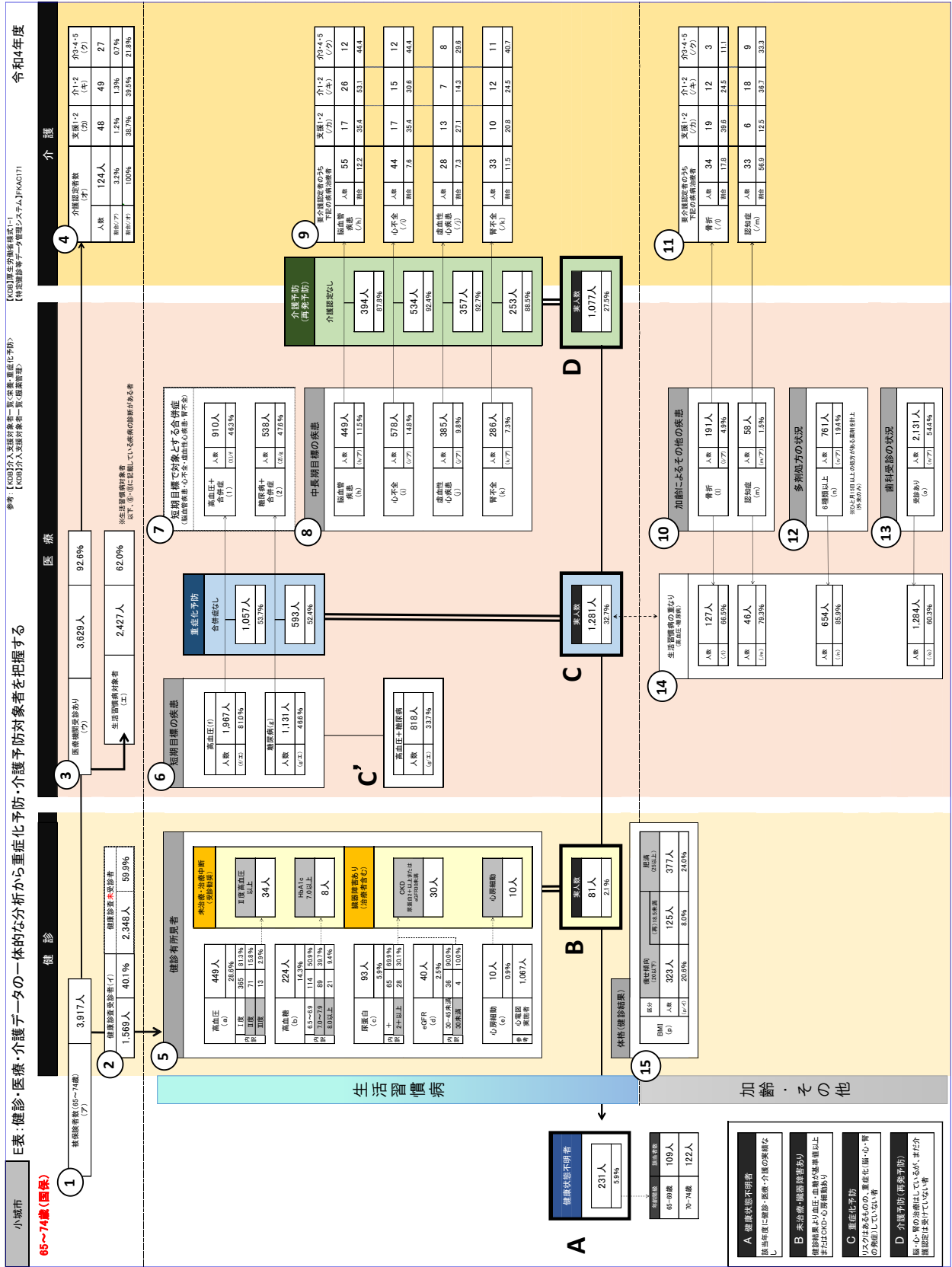
図表 34(拡大版)



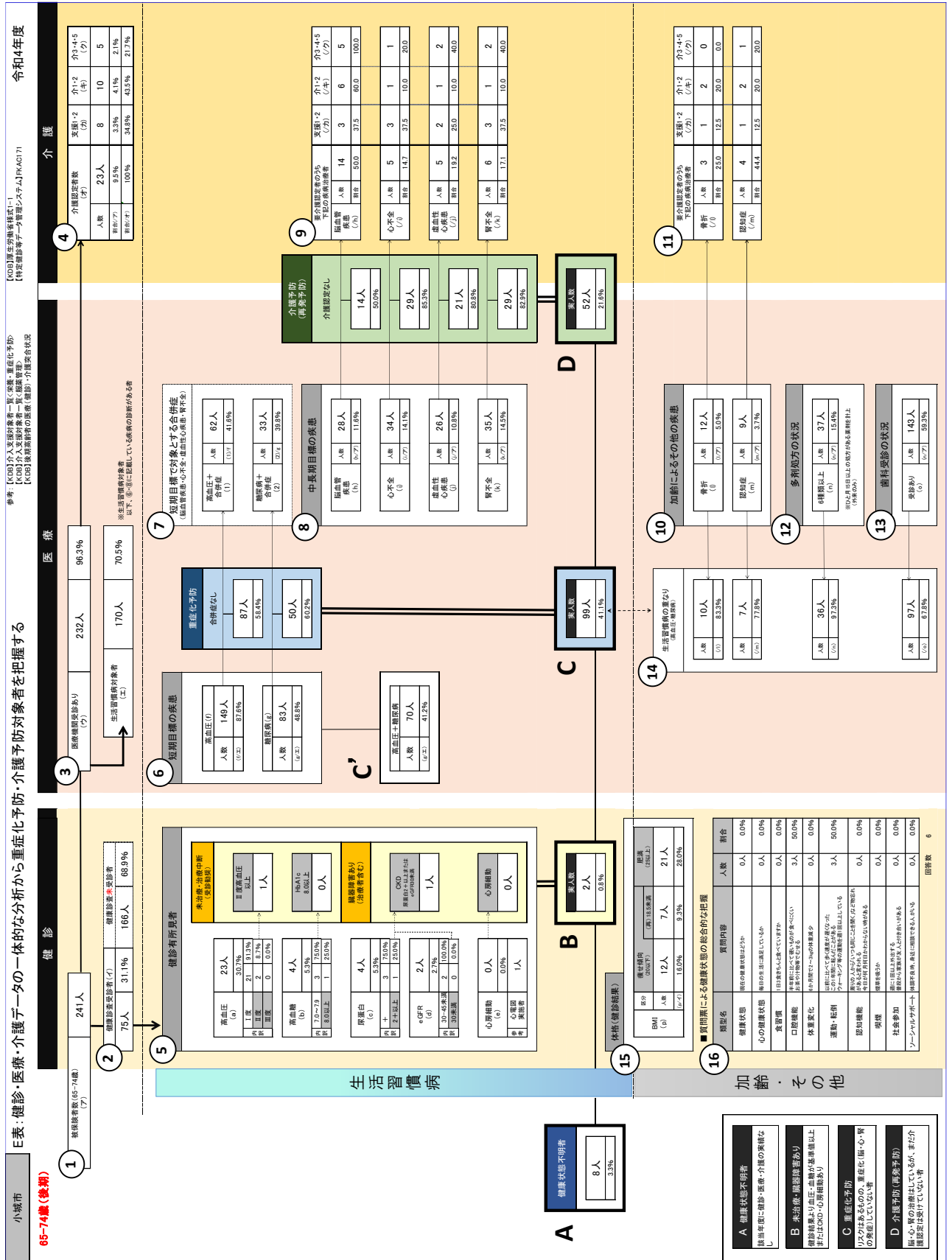
① 40～64歳(国保)



② 65～74歳(国保)



③ 65～74 歳(後期)

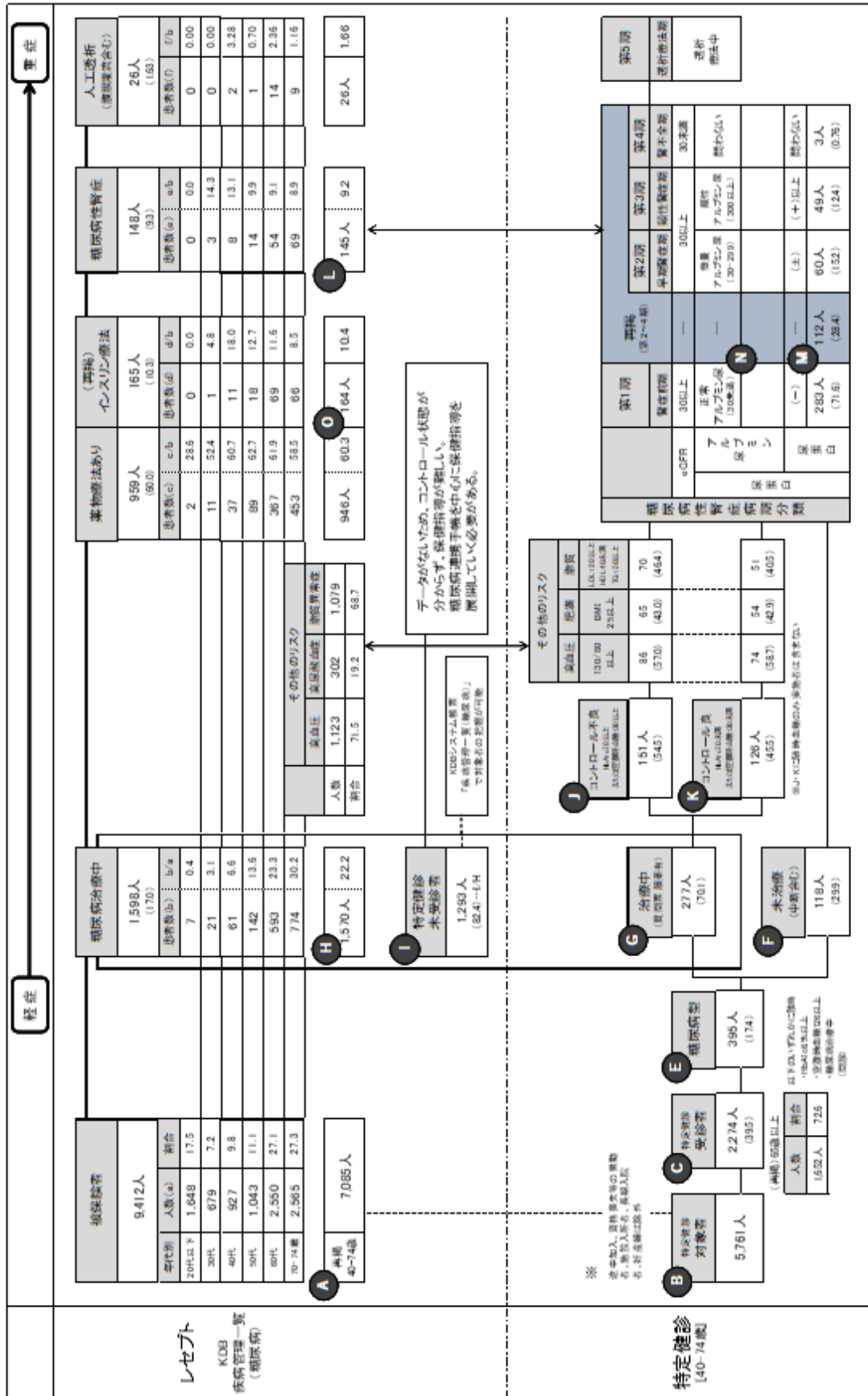


参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	小城市										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		9,178人		8,928人		8,764人		8,691人		8,546人		
	② (再掲)40-74歳	A		6,960人		6,808人		6,783人		6,785人		6,661人		
2	① 特定健診 対象者数	B		6,096人		6,093人		6,093人		5,980人		5,761人		
	② 特定健診 受診者数	C		2,662人		2,697人		2,243人		2,335人		2,274人		
	③ 特定健診 受診率	C		--		--		--		--		--		
3	① 特定保健指導 対象者数			208人		243人		217人		311人		293人		
	② 特定保健指導 実施率			50.9%		45.6%		52.4%		41.4%		35.1%		
4	①-⑪ 健診データ	① 糖尿病型	E	435人	16.3%	468人	17.4%	404人	18.0%	415人	17.8%	395人	17.4%	
		② 未治療・中断者(質問票 返事なし)	F	130人	29.9%	153人	32.7%	126人	31.2%	136人	32.8%	118人	29.9%	
		③ 治療中(質問票 返事あり)	G	305人	70.1%	315人	67.3%	278人	68.8%	279人	67.2%	277人	70.1%	
		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	134人	43.9%	172人	54.6%	152人	54.7%	149人	53.4%	151人	54.5%	
		⑤ 血圧 130/80以上	J	75人	56.0%	108人	62.8%	94人	61.8%	93人	62.4%	86人	57.0%	
		⑥ 肥満 BMI25以上	J	43人	32.1%	78人	45.3%	66人	43.4%	65人	43.6%	65人	43.0%	
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	171人	56.1%	143人	45.4%	126人	45.3%	130人	46.6%	126人	45.5%	
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	332人	76.3%	297人	63.5%	296人	73.3%	282人	68.0%	283人	71.6%	
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)	M	51人	11.7%	96人	20.5%	60人	14.9%	66人	15.9%	60人	15.2%	
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)	M	39人	9.0%	55人	11.8%	47人	11.6%	65人	15.7%	49人	12.4%	
		⑪ 第4期 eGFR30未満	M	3人	0.7%	0人	0.0%	1人	0.2%	2人	0.5%	3人	0.8%	
5	①-⑮ レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		130.2人		129.1人		125.2人		134.3人		131.1人		
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		169.7人		167.5人		160.1人		170.4人		166.2人		
		③ レセプト枚数 (40-74歳)		6,915件 (1,026.0)	6,985件 (1,049.3)	7,047件 (1,051.6)	7,324件 (1,114.3)	6,470件 (1,013.3)	1,429.257件 (869.1)					
		④ (再掲)40-74歳 入院(件数)		59件 (8.8)	33件 (5.0)	45件 (6.7)	41件 (6.2)	44件 (6.9)	6,744件 (4.1)					
		⑤ 糖尿病治療中	H	1,195人	13.0%	1,153人	12.9%	1,097人	12.5%	1,167人	13.4%	1,120人	13.1%	
		⑥ (再掲)40-74歳	H	1,181人	17.0%	1,140人	16.7%	1,086人	16.0%	1,156人	17.0%	1,107人	16.6%	
		⑦ 健診未受診者	I	876人	74.2%	835人	73.2%	808人	74.4%	877人	75.9%	830人	75.0%	
		⑧ インスリン治療	O	111人	9.3%	104人	9.0%	97人	8.8%	117人	10.0%	120人	10.7%	
		⑨ (再掲)40-74歳	O	106人	9.0%	102人	8.9%	96人	8.8%	115人	9.9%	119人	10.7%	
		⑩ 糖尿病性腎症	L	88人	7.4%	83人	7.2%	98人	8.9%	111人	9.5%	112人	10.0%	
		⑪ (再掲)40-74歳	L	85人	7.2%	82人	7.2%	96人	8.8%	108人	9.3%	109人	9.8%	
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症に占める割合)		22人	1.8%	24人	2.1%	27人	2.5%	22人	1.9%	22人	2.0%	
		⑬ (再掲)40-74歳		21人	1.8%	24人	2.1%	27人	2.5%	22人	1.9%	22人	2.0%	
		⑭ 新規透析患者数		4人	-	7人	-	4人	-	4人	-	7人	-	
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		4人	100%	5人	71.4%	1人	25.0%	2人	50.0%	1人	14.3%	
⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症に占める割合)				28人	1.7%	29人	1.9%	35人	2.1%	33人	1.9%			
6	①-⑮ 医療費	① 総医療費		35億7120万円		37億3005万円		36億2240万円		37億5221万円		37億3394万円		28億4626万円
		② 生活習慣病総医療費		19億1417万円		19億6521万円		19億9727万円		21億0276万円		20億0226万円		15億3700万円
		③ (総医療費に占める割合)		53.6%		52.7%		55.1%		56.0%		53.6%		54.0%
		④ 生活習慣病 対象者 1人あたり		8,154円		8,886円		5,816円		6,513円		8,236円		7,237円
		⑤ 健診未受診者		34,677円		37,756円		41,511円		42,395円		41,038円		38,862円
		⑥ 糖尿病医療費		2億0822万円		1億9550万円		2億0789万円		2億1371万円		2億0555万円		1億6596万円
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.9%		9.9%		10.4%		10.2%		10.3%		10.8%
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		5億6289万円		6億3115万円		6億0304万円		6億2985万円		6億2142万円		
		⑨ 1件あたり		35,431円		39,356円		38,391円		39,708円		40,576円		
		⑩ 糖尿病入院総医療費		3億6408万円		3億3614万円		3億9602万円		3億9370万円		4億4191万円		
		⑪ 1件あたり		599,801円		568,770円		623,652円		637,061円		672,625円		
		⑫ 在院日数		16日		16日		16日		16日		16日		
		⑬ 慢性腎不全医療費		1億8492万円		1億9421万円		1億8834万円		1億9799万円		2億2917万円		1億2396万円
		⑭ 透析有り		1億7626万円		1億8839万円		1億8085万円		1億9163万円		2億2088万円		1億1532万円
		⑮ 透析なし		866万円		582万円		749万円		636万円		829万円		863万円
7	① 介護 介護給付費		37億0843万円		37億8995万円		38億5102万円		38億1630万円		37億4821万円		34億9905万円	
	② (2号認定者)糖尿病合併症		7件	22.6%	6件	24.0%	2件	10.5%	5件	26.3%	7件	26.9%		
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		7人	1.5%	2人	0.4%	5人	1.1%	4人	0.9%	4人	0.8%	2,819人	1.0%

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

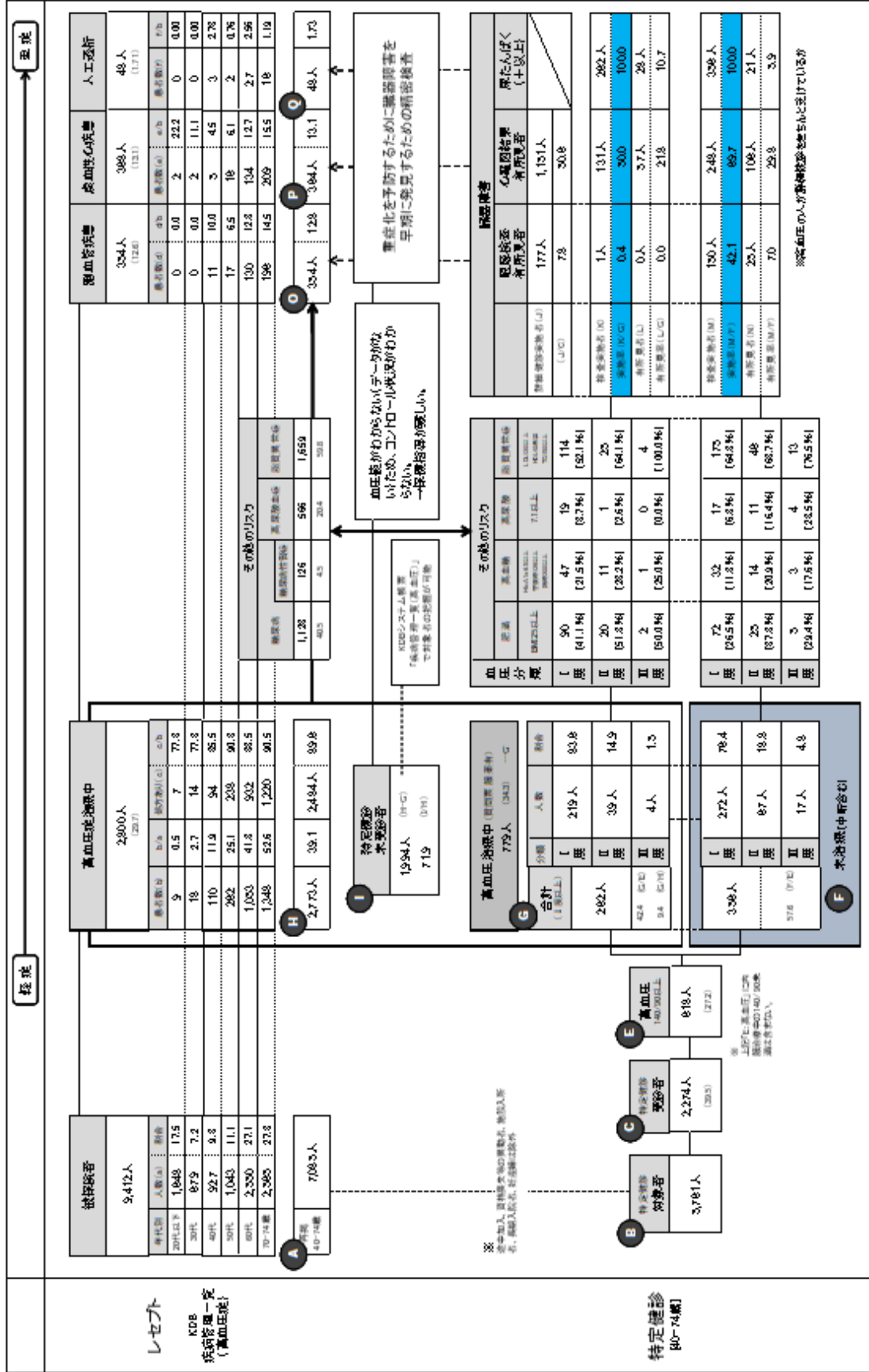
糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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

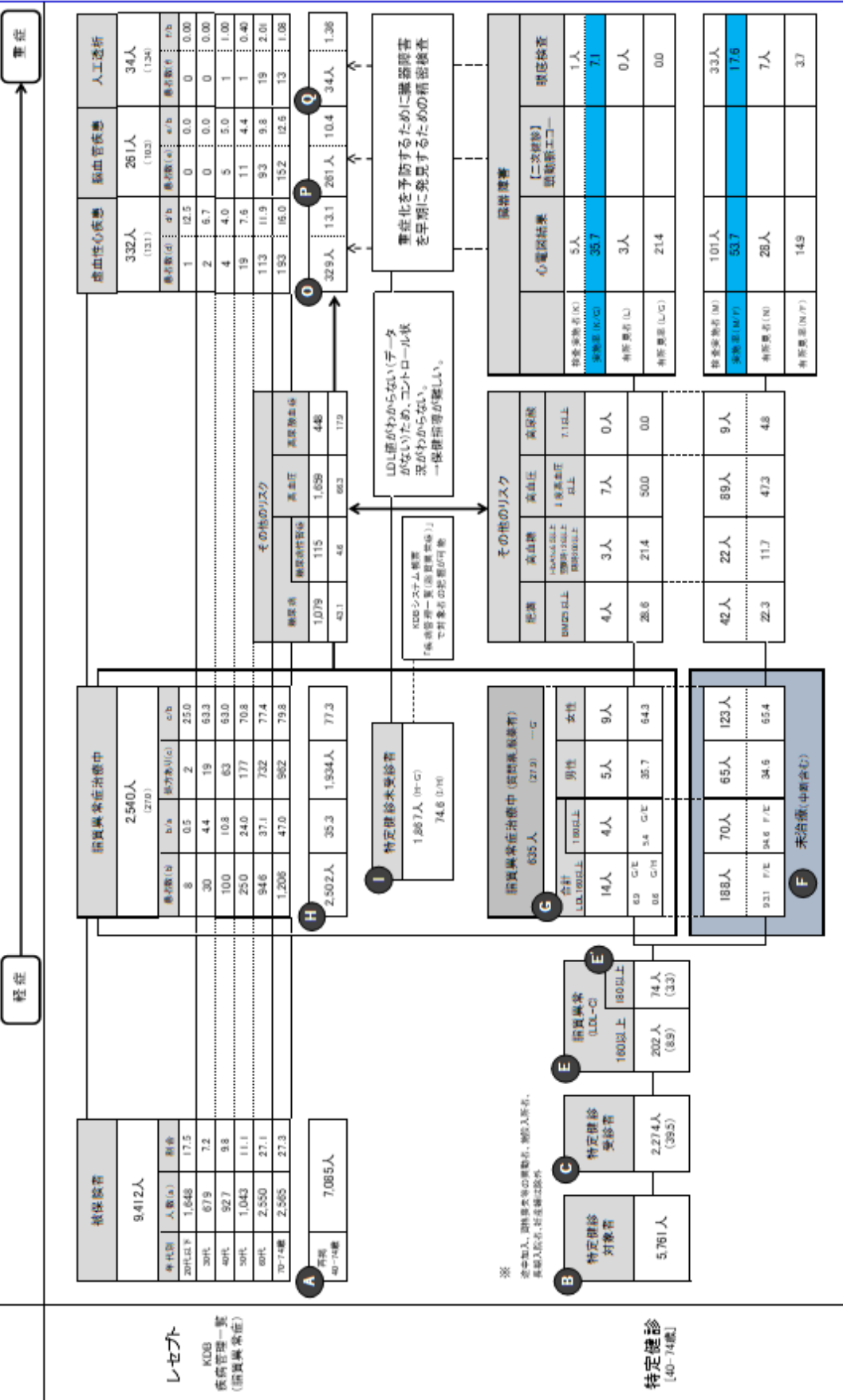
令和04年度

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



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

令和04年度



※レセプト情報は、保険料滞り滞り患者の加入者や年度半途中で退社し居る患者を含む
※レセプト情報は、保険料滞り滞り患者の加入者や年度半途中で退社し居る患者を含む
※レセプト情報は、保険料滞り滞り患者の加入者や年度半途中で退社し居る患者を含む

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					
	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	
	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	2,769	593	21.4%	1,225	44.2%	594	21.5%	178	6.4%	120	4.3%	59	2.1%	110	4.0%	35	1.3%							
H30	2,632	710	27.0%	1,098	41.7%	513	19.5%	162	6.2%	107	4.1%	42	1.6%	84	3.2%	24	0.9%							
R01	2,656	526	19.8%	1,158	43.6%	622	23.4%	178	6.7%	135	5.1%	37	1.4%	89	3.4%	27	1.0%							
R02	2,203	536	24.3%	908	41.2%	443	20.1%	156	7.1%	117	5.3%	43	2.0%	94	4.3%	28	1.3%							
R03	2,292	503	21.9%	984	42.9%	491	21.4%	142	6.2%	130	5.7%	42	1.8%	98	4.3%	26	1.1%							
R04	2,255	450	20.0%	987	43.8%	514	22.8%	144	6.4%	127	5.6%	33	1.5%	87	3.9%	23	1.0%							

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		割合
					再掲7.0以上	未治療	治療	割合	割合	
H29	2,769	593	1,225	594	357	124	233	129%	6.5%	
H30	2,632	710	1,098	513	311	116	195	118%	5.7%	
R01	2,656	526	1,158	622	350	130	220	132%	6.5%	
R02	2,203	536	908	443	316	113	203	143%	7.3%	
R03	2,292	503	984	491	314	117	197	137%	7.5%	
R04	2,255	450	987	514	304	97	207	135%	7.1%	

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					
		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	
		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	321	11.6%	4	1.2%	13	4.0%	71	22.1%	102	31.8%	87	27.1%	44	13.7%	78	24.3%	24	7.5%						
	H30	302	11.5%	2	0.7%	19	6.3%	86	28.5%	86	28.5%	82	27.2%	27	8.9%	62	20.5%	13	4.3%						
	R01	304	11.4%	4	1.3%	17	5.6%	63	20.7%	83	27.3%	110	36.2%	27	8.9%	71	23.4%	18	5.9%						
	R02	273	12.4%	2	0.7%	12	4.4%	56	20.5%	79	28.9%	88	32.2%	36	13.2%	76	27.8%	22	8.1%						
	R03	274	12.0%	0	0.0%	16	5.8%	61	22.3%	72	26.3%	93	33.9%	32	11.7%	75	27.4%	21	7.7%						
	R04	274	12.2%	4	1.5%	12	4.4%	51	18.6%	81	29.6%	100	36.5%	26	9.5%	70	25.5%	17	6.2%						
治療なし	H29	2,448	88.4%	589	24.1%	1,212	49.5%	523	21.4%	76	3.1%	33	1.3%	15	0.6%	32	1.3%	11	0.4%						
	H30	2,330	88.5%	708	30.4%	1,079	46.3%	427	18.3%	76	3.3%	25	1.1%	15	0.6%	22	0.9%	11	0.5%						
	R01	2,352	88.6%	522	22.2%	1,141	48.5%	559	23.8%	95	4.0%	25	1.1%	10	0.4%	18	0.8%	9	0.4%						
	R02	1,930	87.6%	534	27.7%	896	46.4%	387	20.1%	77	4.0%	29	1.5%	7	0.4%	18	0.9%	6	0.3%						
	R03	2,018	88.0%	503	24.9%	968	48.0%	430	21.3%	70	3.5%	37	1.8%	10	0.5%	23	1.1%	5	0.2%						
	R04	1,981	87.8%	446	22.5%	975	49.2%	463	23.4%	63	3.2%	27	1.4%	7	0.4%	17	0.9%	6	0.3%						

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
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	2,783	862	31.0%	562	20.2%	731	26.3%	484	17.4%	123	4.4%	21	0.8%
H30	2,662	768	28.9%	519	19.5%	766	28.8%	486	18.3%	103	3.9%	20	0.8%
R01	2,697	708	26.3%	508	18.8%	767	28.4%	588	21.8%	107	4.0%	19	0.7%
R02	2,243	530	23.6%	442	19.7%	600	26.7%	527	23.5%	120	5.3%	24	1.1%
R03	2,335	564	24.2%	436	18.7%	674	28.9%	510	21.8%	132	5.7%	19	0.8%
R04	2,274	572	25.2%	429	18.9%	655	28.8%	491	21.6%	106	4.7%	21	0.9%

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

重症化しやすい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			再発	割合
					再Ⅱ度高血圧	再発			
						未治療	治療		
H29	2,783	1,424 51.2%	731 26.3%	484 17.4%	144	93	51	5.2%	
					21 0.8%	19 90.5%	2 9.5%		
H30	2,662	1,287 48.3%	766 28.8%	486 18.3%	123	77	46	4.6%	
					20 0.8%	11 55.0%	9 45.0%		
R01	2,697	1,216 45.1%	767 28.4%	588 21.8%	126	76	50	4.7%	
					19 0.7%	16 84.2%	3 15.8%		
R02	2,243	972 43.3%	600 26.7%	527 23.5%	144	87	57	6.4%	
					24 1.1%	17 70.8%	7 29.2%		
R03	2,335	1,000 42.8%	674 28.9%	510 21.8%	151	88	63	6.5%	
					19 0.8%	13 68.4%	6 31.6%		
R04	2,274	1,001 44.0%	655 28.8%	491 21.6%	127	84	43	5.6%	
					21 0.9%	17 81.0%	4 19.0%		

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	912	32.8%	146	16.2%	184	20.2%	312	34.2%	217	23.8%	49	5.4%	2	0.2%
	H30	873	32.8%	139	15.9%	160	18.3%	300	34.4%	228	26.1%	37	4.2%	9	1.0%
	R01	909	33.7%	123	13.5%	164	18.0%	296	32.6%	276	30.4%	47	5.2%	3	0.3%
	R02	802	35.8%	103	12.8%	163	20.3%	212	26.4%	267	33.3%	50	6.2%	7	0.9%
	R03	809	34.6%	111	13.7%	146	18.0%	266	32.9%	223	27.6%	57	7.0%	6	0.7%
	R04	779	34.3%	122	15.7%	147	18.9%	248	31.8%	219	28.1%	39	5.0%	4	0.5%
治療なし	H29	1,871	67.2%	714	38.2%	378	20.2%	419	22.4%	267	14.3%	74	4.0%	19	1.0%
	H30	1,789	67.2%	629	35.2%	359	20.1%	466	26.0%	258	14.4%	66	3.7%	11	0.6%
	R01	1,788	66.3%	585	32.7%	344	19.2%	471	26.3%	312	17.4%	60	3.4%	16	0.9%
	R02	1,441	64.2%	427	29.6%	279	19.4%	388	26.9%	260	18.0%	70	4.9%	17	1.2%
	R03	1,526	65.4%	453	29.7%	290	19.0%	408	26.7%	287	18.8%	75	4.9%	13	0.9%
	R04	1,495	65.7%	450	30.1%	282	18.9%	407	27.2%	272	18.2%	67	4.5%	17	1.1%

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	F/A		
総数	H29	2,783	1,382	49.7%	685	24.6%	439	15.8%	175	6.3%	102	3.7%
	H30	2,662	1,374	51.6%	673	25.3%	399	15.0%	153	5.7%	63	2.4%
	R01	2,697	1,351	50.1%	642	23.8%	431	16.0%	189	7.0%	84	3.1%
	R02	2,243	1,114	49.7%	533	23.8%	375	16.7%	152	6.8%	69	3.1%
	R03	2,335	1,237	53.0%	545	23.3%	353	15.1%	130	5.6%	70	3.0%
R04	2,274	1,223	53.8%	542	23.8%	307	13.5%	128	5.6%	74	3.3%	
男性	H29	1,225	665	54.3%	277	22.6%	177	14.4%	74	6.0%	32	2.6%
	H30	1,182	684	57.9%	273	23.1%	144	12.2%	58	4.9%	23	1.9%
	R01	1,187	655	55.2%	260	21.9%	165	13.9%	75	6.3%	32	2.7%
	R02	1,018	566	55.6%	222	21.8%	162	15.9%	42	4.1%	26	2.6%
	R03	1,049	631	60.2%	216	20.8%	141	13.4%	39	3.7%	20	1.9%
R04	1,031	594	57.6%	248	24.1%	119	11.5%	46	4.5%	24	2.3%	
女性	H29	1,558	717	46.0%	408	26.2%	262	16.8%	101	6.5%	70	4.5%
	H30	1,480	690	46.6%	400	27.0%	255	17.2%	95	6.4%	40	2.7%
	R01	1,510	696	46.1%	382	25.3%	266	17.6%	114	7.5%	52	3.4%
	R02	1,225	548	44.7%	311	25.4%	213	17.4%	110	9.0%	43	3.5%
	R03	1,286	606	47.1%	327	25.4%	212	16.5%	91	7.1%	50	3.9%
R04	1,243	629	50.6%	294	23.7%	188	15.1%	82	6.6%	50	4.0%	

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			再掲	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	2,783	1,382 49.7%	685 24.6%	439 15.8%	277 10.0%	249 89.9%	28 10.1%	102 3.7%	10.0%
H30	2,662	1,374 51.6%	673 25.3%	399 15.0%	216 8.1%	199 92.1%	17 7.9%	63 2.4%	8.1%
R01	2,697	1,351 50.1%	642 23.8%	431 16.0%	273 10.1%	256 93.8%	17 6.2%	84 3.1%	10.1%
R02	2,243	1,114 49.7%	533 23.8%	375 16.7%	221 9.9%	206 93.2%	15 6.8%	69 3.1%	9.9%
R03	2,335	1,237 53.0%	545 23.3%	353 15.1%	200 8.6%	183 91.5%	17 8.5%	70 3.0%	8.5%
R04	2,274	1,223 53.8%	542 23.8%	307 13.5%	202 8.9%	188 93.1%	14 6.9%	74 3.3%	8.9%

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	640	23.0%	434	67.8%	132	20.6%	46	7.2%	18	2.8%	10	1.6%
	H30	649	24.4%	470	72.4%	128	19.7%	34	5.2%	14	2.2%	3	0.5%
	R01	679	25.2%	494	72.8%	112	16.5%	56	8.2%	11	1.6%	6	0.9%
	R02	643	28.7%	472	73.4%	117	18.2%	39	6.1%	10	1.6%	5	0.8%
	R03	668	28.6%	488	73.1%	119	17.8%	44	6.6%	14	2.1%	3	0.4%
R04	635	27.9%	477	75.1%	100	15.7%	44	6.9%	10	1.6%	4	0.6%	
治療なし	H29	2,143	77.0%	948	44.2%	553	25.8%	393	18.3%	157	7.3%	92	4.3%
	H30	2,013	75.6%	904	44.9%	545	27.1%	365	18.1%	139	6.9%	60	3.0%
	R01	2,016	74.8%	857	42.5%	530	26.3%	375	18.6%	178	8.8%	78	3.9%
	R02	1,600	71.3%	642	40.1%	416	26.0%	336	21.0%	142	8.9%	64	4.0%
	R03	1,667	71.4%	749	44.9%	426	25.6%	309	18.5%	116	7.0%	67	4.0%
R04	1,639	72.1%	746	45.5%	442	27.0%	263	16.0%	118	7.2%	70	4.3%	