

能美市国民健康保険
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

能美市

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) 市国保の役割
 - 2) 関係機関との連携
 - 3) 被保険者の役割
5. 保険者努力支援制度

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期データヘルス計画の評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期計画目標の達成状況一覧
 - 4) 第2期データヘルス計画に係る考察
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) ……37

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43

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

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

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し71

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72

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料73

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者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、いしかわ健康フロンティア戦略や健康のみ21計画、石川県医療費適正化計画、いきいきプラチナプラン、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

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

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高齢者の医療の確保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・4・5)

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

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

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

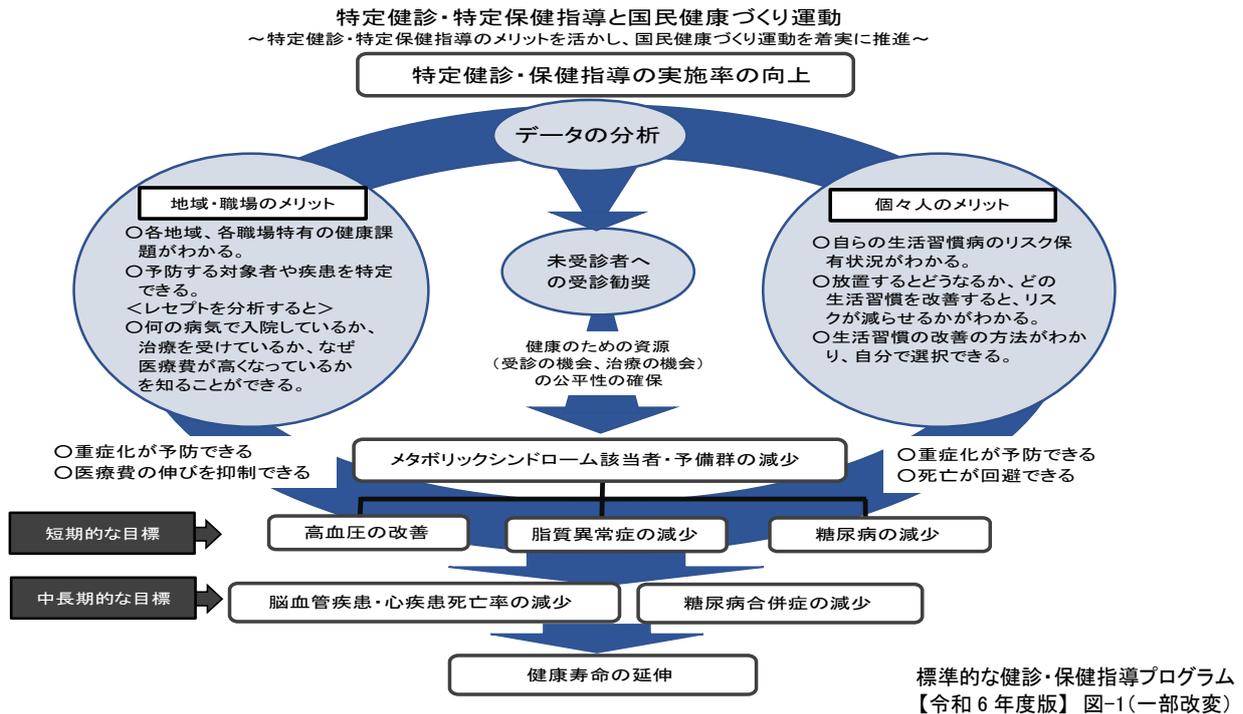
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

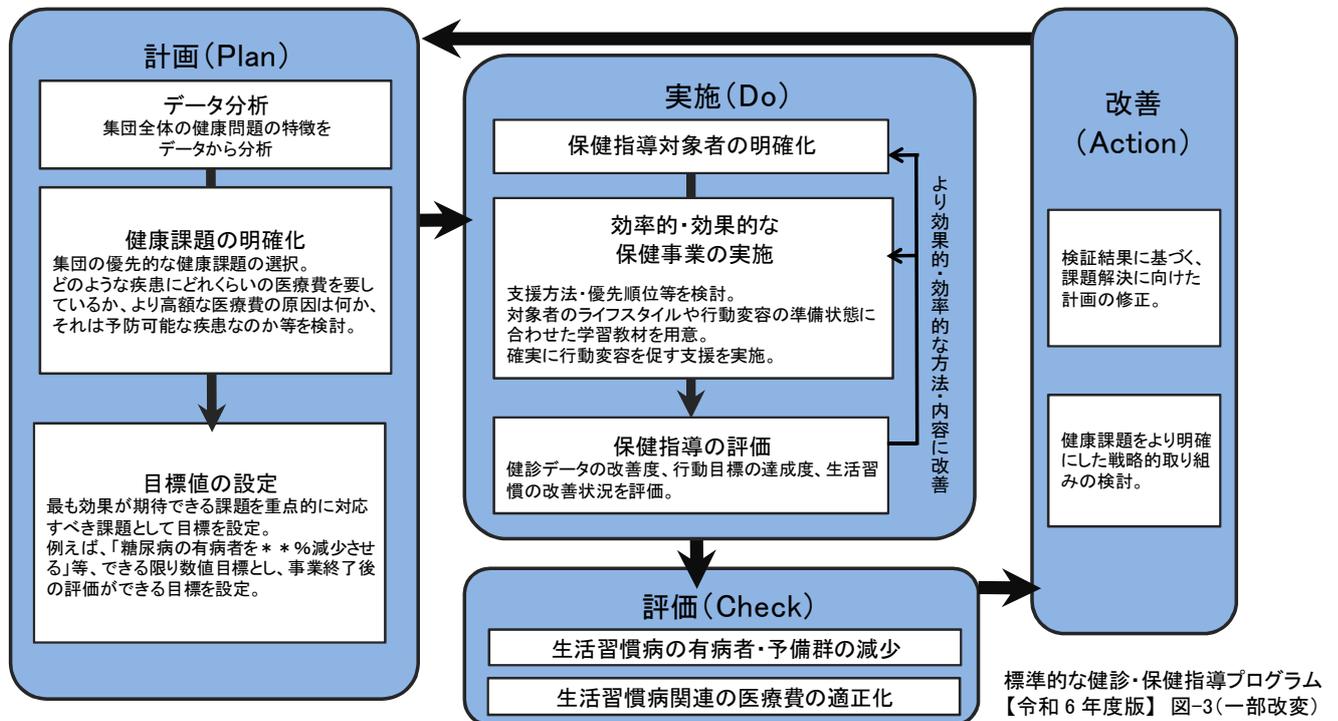
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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) 2024～2035年	指針 令和8～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和8～11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に心豊かに 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有効性を持 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。 保険者機能強化 高齢者の自立支援・重度 化防止	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 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)			がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能低下、低栄養	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1 生活習慣の改善 2 生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3 生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1 社会とのつながり・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特定健診指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持増進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効果的 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・事業費運助分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



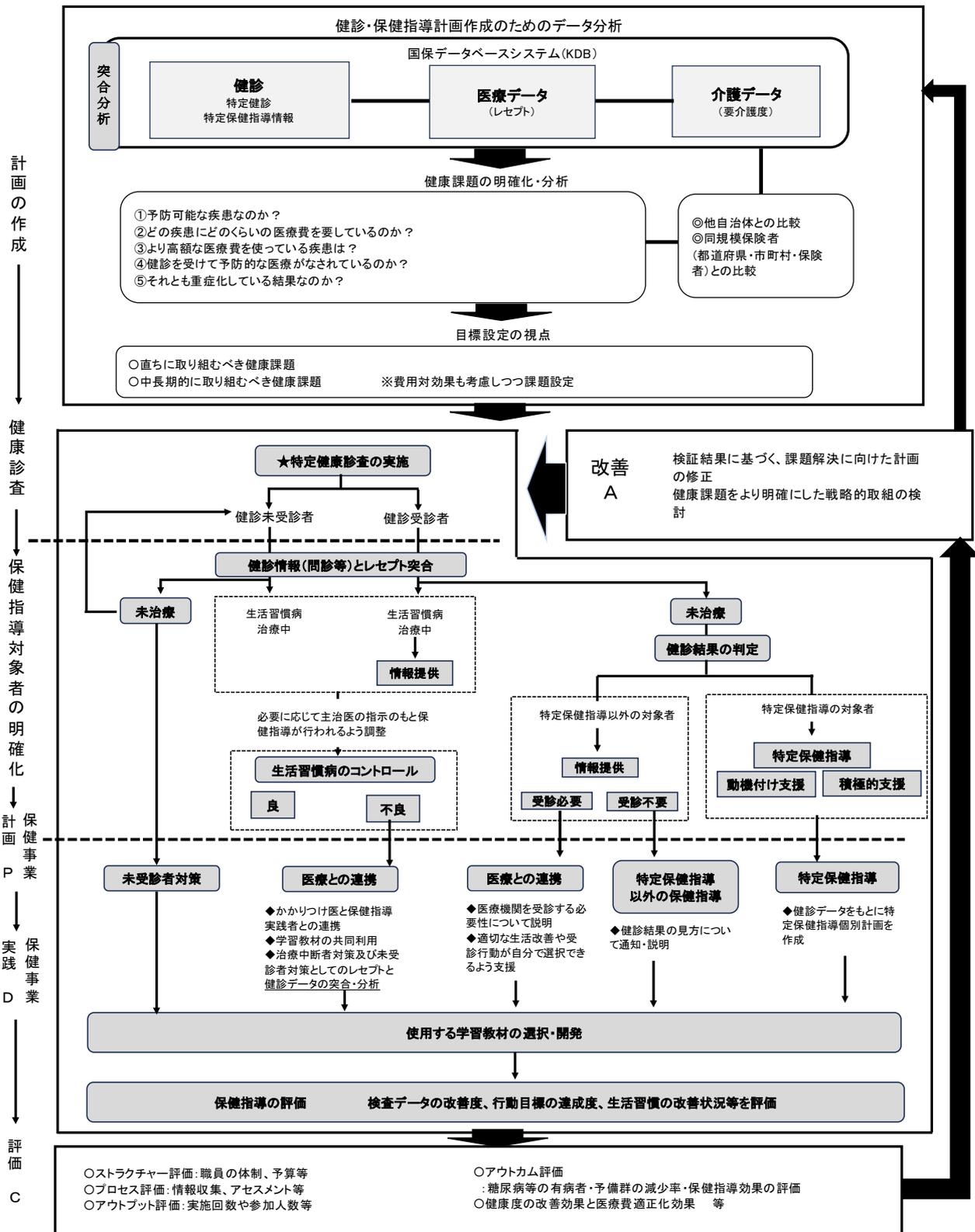
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

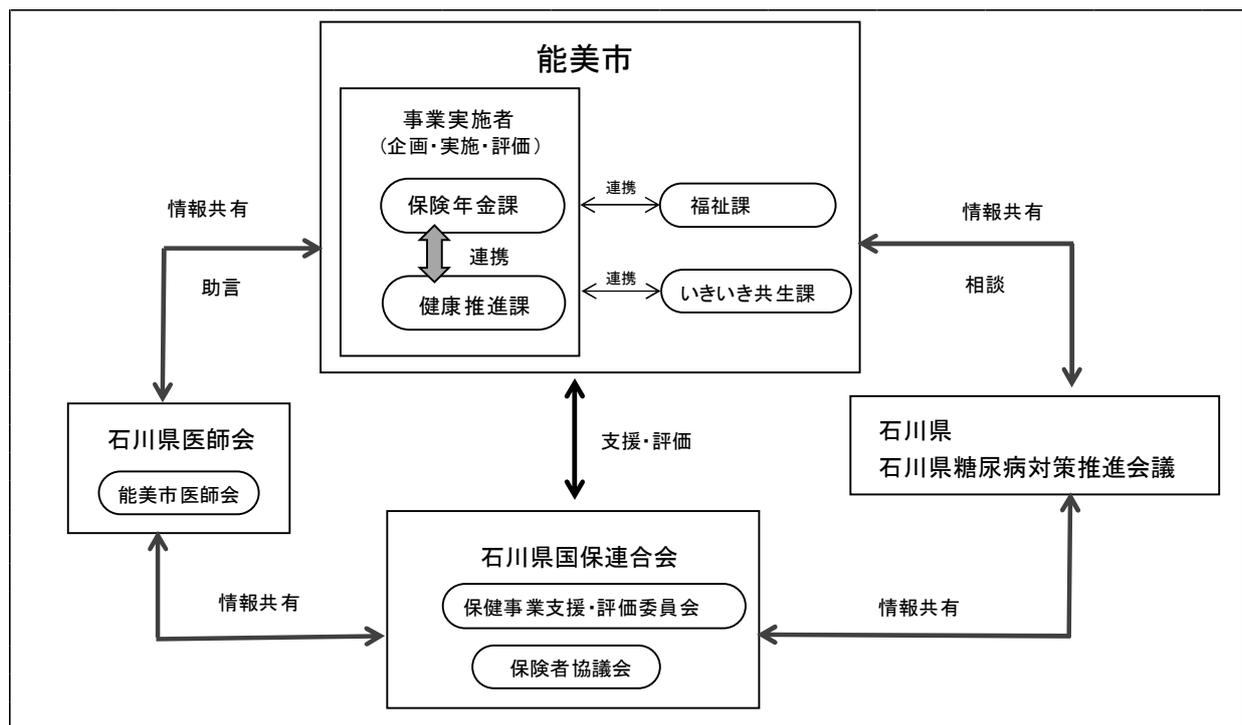
注) 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)を具体的な実践の流れでまとめたもの。

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・介護保険(保険年金課)、保健衛生(健康推進課)、地域共生社会(いきいき共生課)、生活保護(福祉課)とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 能美市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担 (参考 R5)

	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(課長)	保(補佐)	保(補佐)	保	保	保	保	保	保	保	保	保	保	保	保	保	管栄	管栄
国保事務		○				◎				○		○		○		○		○
特定健診 保健指導						○				◎		○		○		○		○
がん検診				◎			○			○					○	○		
一体的事務						○								◎				
長寿健診														○		◎		
新型コロナ ワクチン			◎				○	○										
予防接種								◎					○					○
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・協力が重要であることから、計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である県のほか、国保連合会や国保連合会に設置される保健事業支援・評価委員会、市医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力をします。

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、市国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、保険者間で連携して保健事業を展開したりすることに努めます。

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、取り組みを進めます。

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点		
		能美市	配点	能美市	配点	能美市	配点	
交付額(万円)		1848.7		1879.1		1702.5		
全国順位(1,741市町村中)		228位		116位		331位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70
		(2)特定保健指導実施率	125	70	80	70	80	70
		(3)メタリックシート・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	50	40	48	40	50	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	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	60	45	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		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	10	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	40	100	50	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	20	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	64	95	73	100	79	100
合計点		689	1,000	726	960	649	940	

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、人口約5万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で26.3%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、出生率や財政指数は高い市となっています。産業においては、第2次産業が40.7%と同規模と比較しても高く、繊維工業や電子部品などの製造業に従事する人口が多く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

国保加入率は17.0%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48.0%を占めています。(図表10)

また本市内には3つの病院、29の診療所があり、これはいずれも同規模と同様の割合です。被保者数千人当たりの病床数は、同規模や県よりも少ない割合です。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した能美市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者 数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千 対)	死亡率 (人口千 対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
能美市	48,286	26.3	8,192 (17.0)	54.9	7.1	9.6	0.7	1.9	40.7	57.3
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	30.0	18.2	55.5	6.9	11.4	0.5	3.1	28.5	68.3
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数(人)	割合(%)								
被保険者数	9,400		9,124		8,928		8,674		8,192	
65～74歳	4,592	48.9	4,448	48.8	4,482	50.2	4,315	49.7	3,935	48.0
40～64歳	2,614	27.8	2,542	27.9	2,501	28.0	2,457	28.3	2,396	29.2
39歳以下	2,194	23.3	2,134	23.4	1,945	21.8	1,902	21.9	1,861	22.7
加入率	19.3		18.7		18.3		17.8		17.0	

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

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数(人)	割合(%)	同規模 割合(人)	県 割合(%)								
病院数	3	0.3	3	0.3	3	0.3	3	0.3	3	0.4	0.4	0.5
診療所数	28	3.0	28	3.1	28	3.1	28	3.2	29	3.5	3.5	4.3
病床数	514	54.7	510	55.9	510	57.1	450	51.9	415	50.7	67.7	83.1
医師数	77	8.2	77	8.4	75	8.4	75	8.6	78	9.5	9.7	17.3
外来患者数	704.8		701.2		652.7		683.1		691.9		728.3	706.8
入院患者数	25.0		25.0		23.5		23.8		22.0		23.6	24.4

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期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な目標疾患(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R4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で34人(認定率0.21%)、1号(65歳以上)被保険者で2,217人(認定率17.5%)と同規模・県・国と比較すると低く、H30年度と比べても横ばいで推移しています。(図表12)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約37億円から約40億円に伸びています。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、1号被保険者と2号被保険者ともに約5割の、有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、1号被保険者で9割を超え、2号被保険者では約7割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表12 要介護認定者(率)の状況

	能美市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	11,983人	24.6%	12,692人	26.3%	36.2%	30.0%	28.7%
2号認定者	35人	0.22%	34人	0.21%	0.37%	0.27%	0.38%
新規認定者	10人		10人		--	--	--
1号認定者	2,065人	17.2%	2,217人	17.5%	19.1%	18.3%	19.4%
新規認定者	292人		309人		--	--	--
再掲	65～74歳		75歳以上		--	--	--
新規認定者	37人		32人		--	--	--
新規認定者	255人		277人		--	--	--

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	能美市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	37億2087万円	39億9779万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	310,513	314,985	300,230	298,719	290,668
1件あたり給付費(円)全体	77,161	74,620	70,503	69,621	59,662
居室サービス	49,951	47,779	43,936	45,482	41,272
施設サービス	287,912	297,048	291,914	290,453	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4 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)		34		172		2,046		2,218				
再)国保・後期		20		150		2,003		2,153				
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
			脳卒中	11 55.0%	脳卒中	71 47.3%	脳卒中	992 49.5%	脳卒中	1,063 49.4%	脳卒中	1,074 49.4%
	循環器 疾患	2	腎不全	4 20.0%	虚血性 心疾患	40 26.7%	虚血性 心疾患	824 41.1%	虚血性 心疾患	864 40.1%	虚血性 心疾患	866 39.9%
		3	虚血性 心疾患	2 10.0%	腎不全	24 16.0%	腎不全	375 18.7%	腎不全	399 18.5%	腎不全	403 18.5%
		4	糖尿病 合併症	3 15.0%	糖尿病 合併症	34 22.7%	糖尿病 合併症	342 17.1%	糖尿病 合併症	376 17.5%	糖尿病 合併症	379 17.4%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		基礎疾患	15 75.0%	基礎疾患	137 91.3%	基礎疾患	1,876 93.7%	基礎疾患	2,013 93.5%	基礎疾患	2,028 93.3%
			血管疾患合計	16 80.0%	合計	140 93.3%	合計	1,920 95.9%	合計	2,060 95.7%	合計	2,076 95.5%
	認知症	認知症	4 20.0%	認知症	49 32.7%	認知症	1,192 59.5%	認知症	1,241 57.6%	認知症	1,245 57.3%	
	筋・骨格疾患	筋骨格系	11 55.0%	筋骨格系	139 92.7%	筋骨格系	1,900 94.9%	筋骨格系	2,039 94.7%	筋骨格系	2,050 94.3%	

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、国保加入者の減少とともに総医療費も減少していますが、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約2万円低く、H30年度と比較すると2万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか3%程度にも関わらず、医療費全体の約43%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5万円も高くなっています。(図表15)

また国保の年齢調整をした地域差指数は、県平均よりは低くなっていますが、全国平均の1を超えており、入院外来とともにH30年度よりも伸びています。(図表16)

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制するためにも予防可能な生活習慣病の重症化予防の取り組みに力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

	能美市		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)	9,400人	8,192人	--	--	--
前期高齢者割合	4,592人 (48.9%)	3,935人 (48.0%)	--	--	--
総医療費	33億2276万円	30億5265万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)	353,486 県内16位 同規模161位	372,638 県内19位 同規模201位	394,521	404,392	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	529,680	582,740	585,610	617,950
	費用の割合	45.9	42.7	43.3	39.6
	件数の割合	3.4	3.1	3.1	2.5
外来	1件あたり費用額	22,120	24,850	24,850	24,220
	費用の割合	54.1	57.3	56.7	60.4
	件数の割合	96.6	96.9	96.9	97.5
受診率	729.776	713.921	751.942	731.257	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は能美市と同規模保険者280市の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	能美市 (県内市町村中)		県 (47県中)	能美市 (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	1.020 (15位)	1.039 (13位)	1.070 (13位)	0.980 (12位)	0.962 (11位)	1.020 (19位)
		入院	1.160 (14位)	1.206 (8位)	1.223 (11位)	1.102 (10位)	1.085 (11位)
	外来		0.943 (15位)	0.952 (12位)	0.985 (30位)	0.866 (15位)	0.853 (16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

中長期目標疾患である脳血管疾患・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おり、疾患それぞれでも、減少しています。同規模や県、国と比較すると、脳血管疾患については低く、虚血性心疾患は同規模や県、国よりも高くなっています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると脳血管疾患、虚血性心疾患が、患者数及び割合と減少していますが、人工透析については、患者数は減っていますが、割合は増えています(図表 18)。腎不全については、透析になると医療費がかかるなど、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、糖尿病、高血圧等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			能美市		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)			33億2276万円	30億5265万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			3億2189万円	2億3643万円	--	--	--
			9.69%	7.74%	7.84%	7.88%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.55%	1.87%	2.10%	2.07%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.92%	2.23%	1.39%	1.70%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.86%	3.30%	4.05%	3.88%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.36%	0.34%	0.30%	0.24%	0.29%
そ 疾 患 の 他 の	悪性新生物		14.26%	16.60%	16.91%	17.98%	16.69%
	筋・骨疾患		8.74%	8.21%	9.00%	8.47%	8.68%
	精神疾患		8.33%	8.66%	8.74%	9.02%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	9,400	8,192	a	895	639	735	535	32	29	
				a/A	9.5%	7.8%	7.8%	6.5%	0.3%	0.4%	
40歳以上	B	7,206	6,331	b	889	635	725	528	32	28	
	B/A	76.7%	77.3%	b/B	12.3%	10.0%	10.1%	8.3%	0.4%	0.4%	
再掲	40~64歳	C	2,614	2,396	c	170	109	135	90	14	11
		C/A	27.8%	29.2%	c/C	6.5%	4.5%	5.2%	3.8%	0.5%	0.5%
	65~74歳	D	4,592	3,935	d	719	526	590	438	18	17
		D/A	48.9%	48.0%	d/D	15.7%	13.4%	12.8%	11.1%	0.4%	0.4%

出典：KDBシステム- 疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

(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きます。高血圧・脂質異常症治療者の脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の合併症の割合は、減少または横ばいですが、糖尿病治療者では、人工透析の割合が増えており、また糖尿病合併症の腎症・網膜症の割合も増えていきます。(図表 19・20・21)

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、医療に繋がることで、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。また、コントロール不良者には、重症化予防の効果のある保健指導を継続して実施していく必要があると考えます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
		H30年度	R04年度	40～64歳		65～74歳		
				H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	3,037	2,776	624	598	2,413	2,178	
	A/被保数	42.1%	43.8%	23.9%	25.0%	52.5%	55.3%	
(中長期 合併目標 疾患)	脳血管疾患	B	414	291	70	57	344	234
		B/A	13.6%	10.5%	11.2%	9.5%	14.3%	10.7%
	虚血性心疾患	C	487	412	84	70	403	342
		C/A	16.0%	14.8%	13.5%	11.7%	16.7%	15.7%
	人工透析	D	30	27	14	10	16	17
		D/A	1.0%	1.0%	2.2%	1.7%	0.7%	0.8%

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
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
		H30年度	R04年度	40～64歳		65～74歳		
				H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	1,765	1,594	390	356	1,375	1,238	
	A/被保数	24.5%	25.2%	14.9%	14.9%	29.9%	31.5%	
(中長期 合併目標 疾患)	脳血管疾患	B	246	184	40	33	206	151
		B/A	13.9%	11.5%	10.3%	9.3%	15.0%	12.2%
	虚血性心疾患	C	352	289	62	48	290	241
		C/A	19.9%	18.1%	15.9%	13.5%	21.1%	19.5%
	人工透析	D	14	18	8	7	6	11
		D/A	0.8%	1.1%	2.1%	2.0%	0.4%	0.9%
糖尿病 合併症	糖尿病性腎症	E	264	287	47	69	217	218
		E/A	15.0%	18.0%	12.1%	19.4%	15.8%	17.6%
	糖尿病性網膜症	F	217	242	48	50	169	192
		F/A	12.3%	15.2%	12.3%	14.0%	12.3%	15.5%
	糖尿病性神経障害	G	105	85	19	17	86	68
G/A	5.9%	5.3%	4.9%	4.8%	6.3%	5.5%		

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
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覽)		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	2,641	2,471	608	551	2,033	1,920	
	A/被保数	36.7%	39.0%	23.3%	23.0%	44.3%	48.8%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	292	240	47	49	245	191
		B/A	11.1%	9.7%	7.7%	8.9%	12.1%	9.9%
	虚血性心疾患	C	451	397	79	73	372	324
		C/A	17.1%	16.1%	13.0%	13.2%	18.3%	16.9%
	人工透析	D	15	19	6	8	9	11
		D/A	0.6%	0.8%	1.0%	1.5%	0.4%	0.6%

出典: KDBシステム 疾病管理一覽(脂質異常症)
地域の全体像の把握
介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防等)

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 H30 年度と R3 年度で比較してみたところ、Ⅱ度以上高血圧の有所見の割合は伸びてきており、HbA1c7.0 以上の有所見者の割合は横ばいです。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約 30%、糖尿病で 3%ほどおり、その割合は同規模と比較して低くなっています。(図表 22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は高血圧・脂質異常症治療者の脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の合併症の割合は、減少または横ばいですが、糖尿病治療者では、人工透析の割合が増えており、また糖尿病合併症の腎症・網膜症の割合も増えていきます。生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧 Ⅱ度以上高血圧													
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)					
	受診者 A(人)	受診率	受診者 B(人)	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療	治療中断	G	G/E	H	H/E
能美市	3,842	54.6	3,158	49.6	182	4.7	93	51.1	162	5.1	92	56.8	48	29.6	14	8.6		
同規模4	210,761	42.9	185,504	40.2	11,219	5.3	6,322	56.4	10,663	5.7	5,988	56.2	3,715	34.8	522	4.9		

	健診受診率				糖尿病 HbA1c7.0以上の推移													
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)					
	HbA1c 実施者 A(人)	実施率	HbA1c 実施者 B(人)	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	未治療	治療中断	M	M/K	N	N/K
能美市	3,776	98.3	3,100	98.2	234	6.2	46	19.7	193	6.2	46	23.8	6	3.1	6	3.1		
同規模4	206,875	98.2	183,084	98.7	9,576	4.6	2,472	25.8	9,366	5.1	2,316	24.7	615	6.6	274	2.9		

出典: ヘルスサポートラボツール

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それぞれが軽度であっても、その危険因子を複数保有することで、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、H30年度とR4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、3ポイントも伸びており、その中でも3項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表 23)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDLコレステロール160以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5以上、LDLコレステロール160以上の割合は減少し、改善率があがっています。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、年度当初から重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行います。(図表 24・25・26)

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	3,842 (54.6%)	764 (19.9%)	262 (6.8%)	502 (13.1%)	396 (10.3%)
R04年度	3,297 (53.6%)	748 (22.7%)	281 (8.5%)	467 (14.2%)	338 (10.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	479 (12.7%)	106 (22.1%)	175 (36.5%)	84 (17.5%)	114 (23.8%)
R03→R04	368 (11.9%)	90 (24.5%)	138 (37.5%)	48 (13.0%)	92 (25.0%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	182 (4.7%)	98 (53.8%)	25 (13.7%)	7 (3.8%)	52 (28.6%)
R03→R04	162 (5.1%)	84 (51.9%)	31 (19.1%)	4 (2.5%)	43 (26.5%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL コレステロール 160mg/dl 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	348 (9.1%)	155 (44.5%)	98 (28.2%)	21 (6.0%)	74 (21.3%)
R03→R04	262 (8.3%)	120 (45.8%)	63 (24.0%)	19 (7.3%)	60 (22.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール

②健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響でR2年度低下した受診率はその後回復しましたが、特定健診等実施計画の目標は達成できていません。特定保健指導については、R4年度77.1%で目標値を達成しています。(図表27)

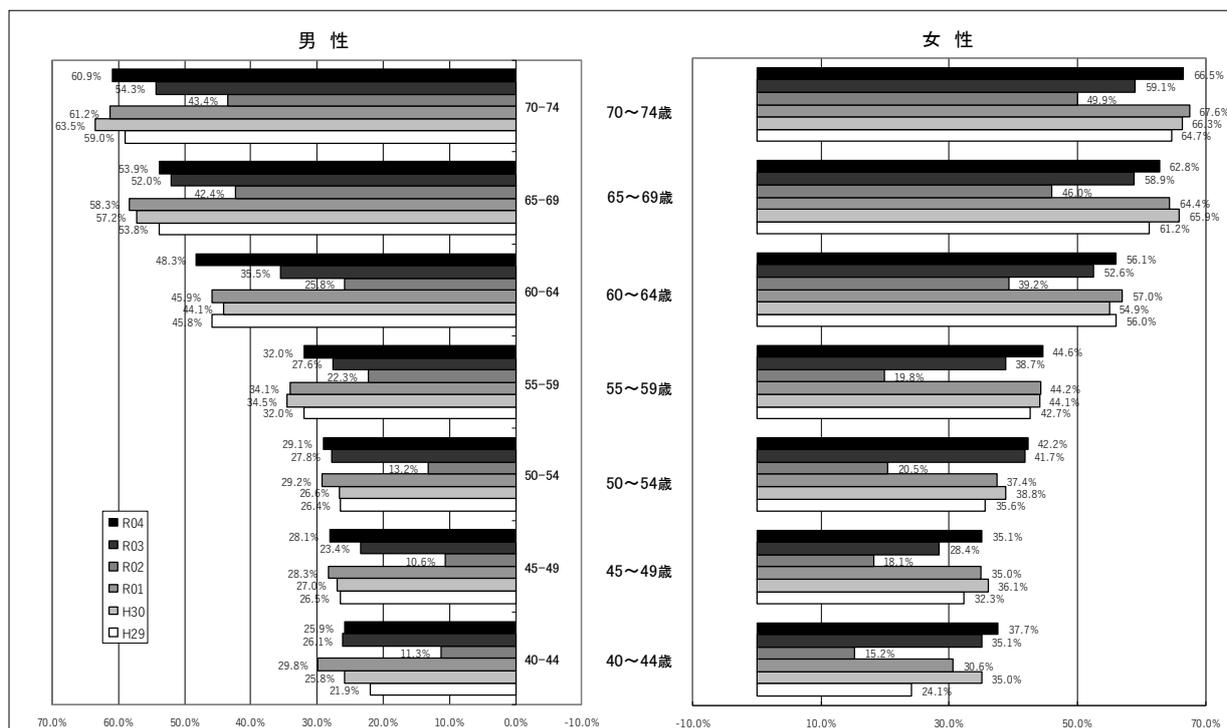
また特定健診の年代別の受診率では、40～50代は特に低い状況が続いています。(図表28)本市では、40歳未満の若年者向けに、早期からの健診受診への意識向上や生活習慣病対策を目的に健診の機会を提供し、保健指導を実施しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	3,709	3,561	2,432	3,074	3,149	健診受診率 60%
	受診率	56.2%	56.3%	38.5%	50.7%	55.6%	
特定保健 指導	該当者数	354	321	180	288	280	特定保健 指導実施率 75%
	割合	9.5%	9.0%	7.4%	9.4%	8.9%	
	実施者数	263	227	128	175	216	
	実施率	74.3%	70.7%	71.1%	60.8%	77.1%	

出典:特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



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

HbA1c が 5.6～6.4 の保健指導判定値の割合は R4 年度 57.1%で県の 54.3%と比べて高く、8.0 以上は 1.7%で県の 1.4%に比べて高く、いずれも H30 年度から増加しています(図表 29)。これらの治療状況については、治療中で R4 年度の HbA1c7.0 以上の割合が 45.1%と高く、未治療の耐糖能異常がある者 5.6～6.9 が 65.4%で県の 60.5%よりも高い割合となっています(図表 30)。さらに、重症化しやすい HbA1c6.5 以上の推移では、未治療者の割合が H30 年度から約 4 ポイント増え 36.6%、7.0 以上では治療中が 81.0%と多く、医療機関との連携が重要となります。(図表 31)

本市では、糖尿病未治療者の発症予防として、HbA1c が 5.6～6.4 の方への 75g 糖負荷試験の実施や対象者のリスク因子や生活習慣に合わせた保健指導を実施し、その評価として 3 か月経過後に HbA1c 簡易検査等により継続的な支援を行っています。

次に、重症化予防の対象として HbA1c6.5 以上のうち、保健指導を実施できた者は約 9 割(図表 32)であり、そのうち受診した者は R1 年度の 71.7%から R4 年度の 61.5%に低下しています。また、受診後に治療開始となった者は R1 年度の 72.7%から R4 年度の 54.2%です(図表 33)。受診しなかった者では HbA1c6.5～6.9%が約 8 割で、生活習慣改善後に翌年度以降の健診で確認という理由が多く、次年度の健診を確実に受診してもらえよう勧奨していきます。

アウトカム評価としての HbA1c8.0 以上の割合は、R4 年度に 1.7%で、ほぼ横ばいにあります。8.0 以上のうち、市の健診受診者に対する保健指導率は R4 年度に 87.0%となっており、年度を超えて継続支援を行うために今後も糖尿病管理台帳を活用して切れ目なく支援を行う必要があります。本市

では未治療者を優先的に保健指導を行い、R1 年度～R4 年度まで全員が治療につながっています（図表 34）。糖尿病は経過が長く、治療が長期に渡るため、特に初回の保健指導や医療機関での教育が合併症予防に重要であり、糖尿病専門医やかかりつけ医との医療機関連携を推進することが必要と考えます。

図表 29 HbA1c の年次推移

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる	
		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	
H30	3,776	1,163	30.8%	1,465	38.8%	669	17.7%	245	6.5%	177	4.7%	57	1.5%
R4	3,236	956	29.5%	1,246	38.5%	602	18.6%	222	6.9%	155	4.8%	55	1.7%
県R4	61,367	20,828	33.9%	23,011	37.5%	10,338	16.8%	3,662	6.0%	2,659	4.3%	869	1.4%

出典：ヘルスサポートラボ

図表 30 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							
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病							
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A			
治療中	H30	442	11.7%	2	0.5%	15	3.4%	103	23.3%	134	30.3%	137	31.0%	51	11.5%
	R4	377	11.7%	8	2.1%	14	3.7%	81	21.5%	104	27.6%	122	32.4%	48	12.7%
	県R4	6,718	10.9%	102	1.5%	418	6.2%	1,517	22.6%	1,975	29.4%	2,034	30.3%	672	10.0%
未治療	H30	3,334	88.3%	1,161	34.8%	1,450	43.5%	566	17.0%	111	3.3%	40	1.2%	6	0.2%
	R04	2,859	88.3%	948	33.2%	1,232	43.1%	521	18.2%	118	4.1%	33	1.2%	7	0.2%
	県R4	54,649	89.1%	20,726	37.9%	22,593	41.3%	8,821	16.1%	1,687	3.1%	625	1.1%	197	0.4%

出典：ヘルスサポートラボ

図表 31 重症化しやすい HbA1c6.5 以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲
					再)7.0以上	未治療	治療	
H30	3,776	1,163 30.8%	1,465 38.8%	669 17.7%	479	157	322	12.7%
					234 6.2%	46 19.7%	188 80.3%	
R4	3,236	956 29.5%	1,246 38.5%	602 18.6%	432	158	274	13.3%
					210 6.5%	40 19.0%	170 81.0%	

図表 32 3疾患未治療の HbA1c6.5 以上の割合と保健指導実施率

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	3,776	3,636	2,457	3,100	3,236
3疾患未治療の血糖値 有所見者 *1	人(b)	48	46	29	32	39
	(a/b)	1.3%	1.3%	1.2%	1.0%	1.2%
保健指導 *2	人(c)	42	41	24	24	34
	(c/b)	87.5%	89.1%	82.8%	75.0%	87.2%

*1 HbA1c6.5以上の者

出典: 支援ファイル

*2 保健指導は訪問・来所による面談実施者を計上

※健診受診者はラボツールの人数と合わせる(75歳除く)

図表 33 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
3疾患未治療の血糖値有所見者 *3	人(a)	48	46	29	32	39
受診した者	人(b)	31	33	24	21	24
	(a/b)	64.6%	71.7%	82.8%	65.6%	61.5%
治療開始した者	人(c)	25	24	19	13	13
	(c/b)	80.6%	72.7%	79.2%	61.9%	54.2%

*3 HbA1c6.5以上の者で問診にて糖尿病の治療なしと回答した者

出典: 支援ファイル

図表 34 HbA1c8.0 以上の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c8.0以上 (受診者に占める割合)	人(b)	57	55	44	54	55
	%	1.5%	1.5%	1.8%	1.7%	1.7%
結果提出	人(a)	20	25	24	27	32
	(a/b)	35.1%	45.5%	54.5%	50.0%	58.2%
健診受診者	人(d)	37	30	20	27	23
	(d/b)	64.9%	54.5%	45.5%	50.0%	41.8%
保健指導	人(e)	33	27	15	16	20
	(e/d)	89.2%	90.0%	75.0%	59.3%	87.0%
糖尿病未治療者	人(f)	6	8	4	4	6
	(f/d)	16.2%	26.7%	20.0%	14.8%	26.1%
治療開始			2	4	3	5
元々治療中			6	0	1	1

出典: ヘルスサポートラボツール、167ファイル、結果ファイル、支援ファイル

また本市では、特定健診の尿蛋白定性検査のみの実施では可逆的な糖尿病性腎症2期を逃す恐れがあることから、H28年度から尿アルブミン検査を活用した重症化予防対策にも取り組んでいます。検査の対象者や介入すべき保健指導対象者については、かけはしネットワーク能美や糖尿病・慢性腎不全予防保健医療会議で検討してきました。

尿アルブミン検査を実施したことで、尿蛋白定性では（－）、（±）だった者のうち 尿アルブミンの値 30mg/gCr 以上だった者 60～80 人程に保健指導で介入することができています(図表 35)。

糖尿病治療中の者で尿アルブミン検査の結果が 30mg/gCr 以上の者や、尿蛋白定性で(+)以上だった者へは、糖尿病腎症連絡票を交付し、主治医へ精査を依頼をしています。再検後、糖尿病性腎症第2期・3期と診断された者には管理栄養士が栄養指導を実施するとともに、糖尿病合併症検査を勧めています。また、非典型的な糖尿病関連腎症が疑われる腎機能低下の者を抽出し、腎機能悪化をより広くひろうために、R2 年度からは eGFR の値が直近の eGFR の値と比較して 10 以上低下した者を対象者に加え、糖尿病腎症の連絡票を交付をしています。必要者には、主治医と連絡調整を行い、主治医の指示のもと管理栄養士が栄養指導を実施しています。

本市の特定健診を受診した方以外にも、市内医療機関から診療情報提供書を元に、糖尿病等の方への栄養指導の依頼を受け、指導を行っています。

図表 35 尿アルブミン検査実施人数、該当者数

	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
実施人数	331	393	382	411	446	358	313
実施割合	8.8%	12.5%	9.6%	10.5%	18.5%	12.2%	9%
30～ 299mg/gCr	59 17.8%	73 18.6%	76 19.9%	78 19.0%	75 16.8%	62 17.3%	63 20.1%
300mg/gCr 以上	6 1.8%	3 0.8%	1 0.3%	1 0.2%	1 0.2%	1 0.3%	0 0.0%

出典:支援ファイル

図表 36 糖尿病性腎症対象者数、新規糖尿病性腎症 2 期・3 期者数

		H29					H30					R1					R2					R3					R4					
		対象者	面談	返信	2期	3期	対象者	面談	返信	2期	3期	対象者	面談	返信	2期	3期	対象者	面談	返信	2期	3期	対象者	面談	返信	2期	3期	対象者	面談	返信	2期	3期	
I. 糖尿病未治療者																																
アルブミン尿30以上	地区担当	12	11	8			5	4	3	1		6	6	4			12	10	10	1			5	3	5			4	3	1	1	0
II. 糖尿病治療中者																																
①アルブミン尿30以上 (2期以上の診断がない者)	担当 一栄養士	64	47	49	27	3	53	48	47	29	2	43	39	37	12	1	39	34	31	12	1	33	26	27	16	2	30	21	14	8	1	
②尿蛋白(+)以上 (3期の診断がない者)																						20	13	14	4	8	31	22	20	9	6	
③尿蛋白(2+)以上																	12	10	8	1	6											
④60未満で直近(5年以内) のeGFRから10以上低下	担当 一栄養士																※11	9	7	1	2	※10	9		1		5	3	5	3	0	
	実人数	76	58	57	27	3	58	52	50	30	2	49	45	41	12	1	71	60	55	15	8	67	50	45	21	10	70	49	40	21	7	

※Ⅱ②と3人重複

※Ⅱ①と1人重複

出展:結果ファイル・支援ファイル

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による重症化予防を目的として、H30 年度より心電図検査を全数実施しています。

有所見者のうち心筋虚血を示す ST 所見をみると、要精査・要医療と判定を受けた者のうち、約 90% が医療機関を受診しています(図表 37)。心房細動未治療者については、約 70% が治療や精密検査につながっています。心房細動の有所見者は、R4 年度は 22 名、そのうち未治療者は 7 名であり、2 名は健診後医療機関未受診です。心房細動は、脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医

療機関の受診勧奨を行う必要があり、今後も継続していきます。(図表 38)

ST所見で要医療・要精査以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスクに合わせた保健指導を継続して行っています。

図表 37 心電図受診者のうち、ST 異常所見者の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者	3,413		3,326		2,152		2,753		2,846	
ST異常所見	37	1.1%	52	1.6%	51	2.37%	34	1.2%	39	1.4%
要医療・要精査	31	83.8%	37	71.2%	44	86.3%	26	76.5%	28	71.8%
医療機関受診あり	13	41.9%	25	67.6%	35	79.5%	20	77%	25	89%
医療機関受診なし	18	58.1%	12	32.4%	9	20.5%	6	23.1%	3	10.7%
それ以外の判定	6	16.2%	15	28.8%	7	13.7%	8	23.5%	11	28.2%
治療中	1	2.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.6%
軽度異常	4	10.8%	12	23.1%	7	13.7%	7	20.6%	6	15.4%
要経過観察	1	2.7%	3	5.8%	0	0.0%	0	0.0%	3	7.7%
有所見正常(精検不要)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.9%	1	2.6%
正常	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

出典: 支援ファイル(連絡票)、KDB

図表 38 特定健診 心電図検査 心房細動有所見者の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者数 (人)	3,413		3,326		2,152		2,753		2,846	
心房細動有所見者	32		33		15		24		22	
健診時 既に治療中の者	22	68.8%	24	72.7%	12	80.0%	15	62.5%	15	68.2%
心房細動未治療者(健診時)	10	31.3%	9	27.3%	3	20.0%	9	37.5%	7	31.8%
連絡票交付者	7	70.0%	8	88.9%	1	33.3%	7	77.8%	4	57.1%
異常なし ※1	4	57.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	0	0.0%
治療開始	1	14.3%	5	62.5%	1	100.0%	5	71.4%	3	75.0%
未受診	2	28.6%	3	37.5%	0	0.0%	1	14.3%	1	25.0%
連絡票未交付	3	30.0%	1	11.1%	2	66.7%	1	11.1%	3	42.9%
健診後受診し治療開始	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	66.7%
未受診	3	100.0%	1	100.0%	2	100.0%	1	100.0%	1	33.3%
健診後未受診者	5	50%	4	44%	2	67%	2	22%	2	29%

※1 検査後、異常なしと診断(等、治療開始に至らず)

出典: 支援ファイル(連絡票)、KDB

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上で未治療の者の割合は、R4年度は2.6%と増加傾向にあり、面談者の約5割が医療機関未受診者です。R4年度において保健指導後、医療機関受診につながった者は、血圧Ⅱ度以上の未治療者73人のうち、わずか16人、血圧Ⅲ度以上においては、11人のうち4人でした。未受診の理由の中には、「家庭血圧が正常」、「減塩や運動等の生活習慣を改善し経過をみる」等があり、

次年度の健診で結果を確認しています。(図表 39)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、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 40 は、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)です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第 3 層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうため、受診勧奨していきます。リスク因子が重なる方へは、二次検査の実施をすすめていきます。また、高値血圧も含めて、家庭血圧測定のおすすめや血圧手帳の活用、減塩指導の実施を継続していきます。

図表 39 高血圧Ⅱ度以上者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4		
健診受診者(75歳、フレッシュ健診、生保除く)		人(a)	3,397	3,327	2,152	2,754	2,847	
血圧Ⅱ度以上の者(未治療者)		人(b)	72	61	38	70	73	
		%(b/a)	2.1%	1.8%	1.8%	2.5%	2.6%	
面談者		人(c)	57	52	31	30	32	
		受診済み	人(d)	39	19	17	14	16
		%(d/c)	68.4%	36.5%	54.8%	46.7%	50.0%	
未受診		人(e)	18	33	14	16	16	
		%(e/c)	31.6%	63.5%	45.2%	53.3%	50.0%	
面談なし		人(f)	15	9	7	40	41	
		受診済み	人(g)	6	3	3	19	17
		%(g/f)	40.0%	33.3%	42.9%	47.5%	41.5%	
未受診		人(h)	9	6	4	21	24	
		%(h/f)	60.0%	66.7%	57.1%	52.5%	58.5%	
(再掲)	血圧Ⅲ度以上の者(未治療者)		人(i)	16	14	4	11	11
			%(i/a)	0.5%	0.4%	0.2%	0.4%	0.4%
	面談者	人	13	12	4	7	11	
	受診済み	人	9	7	2	6	4	
	未受診	人	4	7	2	5	7	
血圧Ⅱ度以上の者(血圧以外で治療中)		人			13	11	3	
		%			0.6%	0.4%	0.1%	
面談者		人			1	0	2	
		受診済み	人		13	9	3	
		%			100.0%	81.8%	100.0%	
未受診		人			0	2	0	
		%			0.0%	18.2%	0.0%	
保健指導対象者		Ⅱ・Ⅲ度高血圧			Ⅱ・Ⅲ度高血圧 (単独リスク除く)	Ⅱ度高血圧 (単独リスク除く)・Ⅲ度高血圧		
		Ⅱ度高血圧以上の方へは、健診会場で保健指導実施						

出典: 結果ファイル・支援ファイル

図表 40 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 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
	928	506 54.5%	331 35.7%	76 8.2%	15 1.6%
リスク第1層 予後影響因子がない	51 5.5%	C 35 6.9%	B 9 2.7%	B 7 9.2%	A 0 0.0%
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	504 54.3%	C 278 54.9%	B 179 54.1%	A 42 55.3%	A 5 33.3%
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	373 40.2%	B 193 38.1%	A 143 43.2%	A 27 35.5%	A 10 66.7%

…高リスク

…中等リスク

…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	227
		24.5%
B	概ね1ヵ月後に再評価	388
		41.8%
C	概ね3ヵ月後に再評価	313
		33.7%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 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る県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、各種団体や町内・町内会単位で出前講座などを行い、広く市民へ周知を行ってきました。また、結果の見方をお伝えする結果学習会や、町会・町内会のイベント等で、食品に含まれる糖や減塩食品の展示等を実施してきました。

3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 41 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値					中間評価値					最終評価値	中間評価時の見直し点	現状値の把握方法	
			H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5						
特定健診等計画	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	53.5%	53.8%	56.2%	56.3%	38.5%	50.7%	55.6%	60.0%				60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
		特定保健指導実施率75%以上	63.9%	72.3%	74.3%	70.7%	71.1%	60.8%	77.1%	75.0%	既に目標を達成したため、目標値を変更					
		特定保健指導対象者の減少率25%以上	18.6%	18.8%	19.9%	19.0%	10.8%	20.5%	19.4%	25.0%	昨年度特定保健指導の対象者のうち今年度は対象ではなくなった者の数					
		脳血管疾患の総医療費に占める割合15%減少	2.27%	2.15%	2.55%	2.08%	1.83%	1.66%	1.87%	1.93%	既に目標を達成したため、初期値の1%→15%減少に変更する					
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合15%減少	3.08%	2.73%	2.93%	2.28%	2.09%	1.30%	2.23%	2.62%	既に目標を達成したため、初期値の1%→15%減少に変更する					
		糖尿病性腎症による透析導入者数(国保)5人未満	4人	3人	1人	1人	4人	2人	3人	5人未満	国保の新規者が減っており、1人の割合が大きいため、指標の変更					
		メタボリックシンドローム該当・予備群の割合25%	28.9%	29.1%	30.3%	31.1%	33.8%	32.4%	33.1%	25.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)					
		健診受診者の高血圧の割合3%減少(160/100以上)	4.4%	4.1%	4.7%	4.8%	5.3%	5.1%	5.4%	4.3%	目標の表現を変更					
		健診受診者の脂質異常者の割合3%減少(LDL160以上)	8.5%	8.8%	9.1%	9.0%	7.7%	8.3%	7.7%	8.2%	目標の表現を変更					
		健診受診者の糖尿病有病者の割合15%減少(HbA1c6.5以上)	13.6%	13.8%	12.7%	12.2%	13.7%	11.9%	13.3%	11.6%	目標に到達したため、初期値の10%→15%減少とする					
データヘルス計画	がんの早期発見、早期治療	糖尿病の治療継続者の割合の増加(HbA1c6.5以上の治療中の割合)	57.7%	59.9%	67.2%	63.4%	62.6%	63.4%	63.4%	初期値より増加					保健指導ツール※全受診者(法廷とは異なる)なる	
		HbA1c6%以上の未治療者の割合の減少	0.2%	0.4%	0.2%	0.3%	0.2%	0.3%	0.2%	初期値より減少						
		糖尿病治療中の血糖コントロール不良者の割合の減少(HbA1cがNGSP値8.0%以上の者の割合の減少)	9.3%	10.7%	11.6%	11.5%	13.2%	14.7%	12.7%	12.7%	初期値より減少 ※治療者の割合を上限に追加したため、治療中に変更し8.4%以上に修正					
		がん検診受診率 胃がん検診 40%以上	14.0%	14.4%	13.8%	13.6%	11.8%	10.4%	11.7%	40.0%						
		肺がん検診 40%以上	16.1%	15.9%	15.1%	15.0%	6.0%	12.5%	12.5%	40.0%						
		大腸がん検診 40%以上	14.1%	13.7%	13.1%	13.7%	7.9%	11.4%	11.6%	40.0%						
		子宮頸がん検診 50%以上	20.1%	20.9%	20.2%	18.4%	16.8%	16.6%	9.8%	50.0%						
		乳がん検診 50%以上	22.6%	21.7%	22.5%	21.3%	18.1%	15.6%	17.3%	50.0%						
		健康ポイントの取組み(肘筋運動帳利用者)を行う実施者の割合90%以上	7.4%	7.3%	7.2%	7.2%	7.2%	7.1%	7.2%	9.0%	目標値に達していないため、修正。既に届出を扱いで改めて利用者を出し直し。					能美市健康推進課
		後発医薬品の使用割合80%以上	74.4%	75.5%	78.2%	79.0%	81.5%	80.9%	81.9%	80.0%	R5評価値がこれまでの累計報告値がなくなつたため、厚生労働省公表結果					厚生労働省公表結果

* 令和元年度中間評価時に目標の一部変更、最終評価値の設定

4) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症を重点に重症化予防を進めてきました。

その結果、総医療費に占める疾患の割合では、目標の1%減少は達成できなかったものの、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全いずれも減少しており、重症化予防を目的とした保健指導を重点的に行った成果と考えられます。また、一人あたり医療費が増加した背景として、新規人工透析導入者の増加や慢性腎不全における透析費用の増加などが影響しており、引き続き重症化予防を進めていく必要があります。

特定健診未受診者対策として、新型コロナウイルス感染症の影響により大幅に受診率が低下しましたが、住民自ら体の状態を確認できる場として、まずは健診を受けることが大切です。健診受診率向上対策として、電話や通知による勧奨や毎年受診する必要性を市民全体への普及啓発を引き続き実施する必要があります。不定期受診者、退職者、健診開始年齢等、それぞれに合わせた効果的な勧奨方法、さらに、適正な医療につなげるためには、糖尿病管理台帳を活用した受診勧奨を今後も継続して取り組むべき重要な課題と考えます。

メタボリックシンドロームの解消に向けた特定保健指導の実施については、令和4年度は実施率を70%を上回り、高い実施状況となりました。しかし、健診データの経年変化によると、メタボリックシンドローム該当者の割合の増加、健診データの改善率は減少している現状にあります。国が示す第4期特定保健指導実施計画でも、指導実施後の成果が重要視され、引き続き健診データの改善につながるような指導の力量形成に努めていきます。

重症化予防対策として、優先的に取り組んできた糖尿病性腎症重症化予防事業については、対象者として設定している要治療域の未治療者への保健指導実施率、また、治療に繋がったあとも治療が継続できているかなど、重症化予防の視点として治療開始後の支援も重要な課題であります。対象者が自分の健診データや将来予測までを理解し自己管理できるよう、指導の力量形成、事業の進捗管理を引き続き実施する必要があります。また、未治療者への保健指導を優先的に行い、糖尿病治療中の高血糖者についても必要に応じて医療機関と連携を図りながら、きめ細かな支援が必要と考えます。

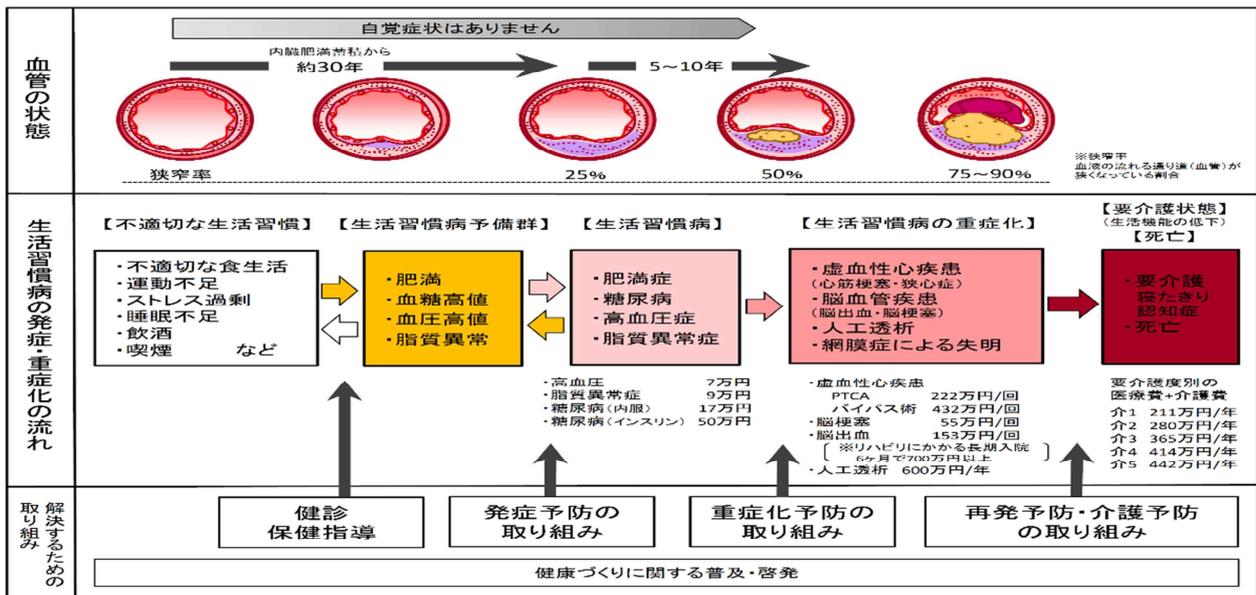
ポピュレーションアプローチについて、第2期においては地域での課題(高血圧者や高血糖者の割合が高いなど)で、地域に出向き健康講座や運動実践を実施してきました。保健指導による個への支援はもちろん、食環境を中心とした時代の変遷や自分の地域の食の実態を知ってもらうことが重要です。自分や家族の健康状態を知り、生活改善につながるような事業の実施が引き続き必要です。

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

図表 42 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。

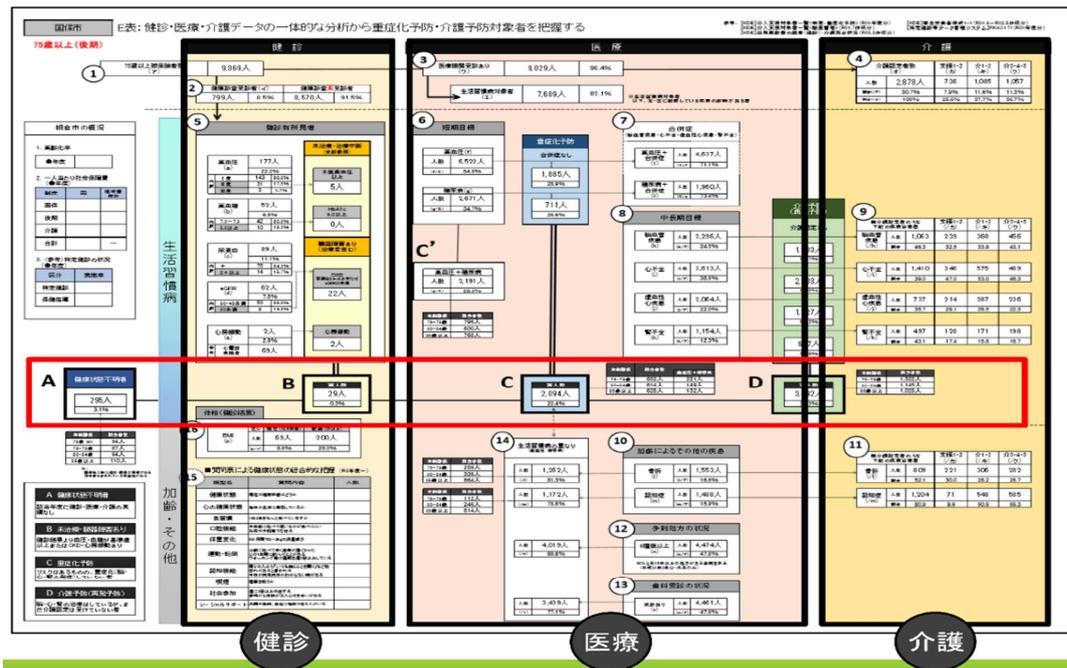
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 43 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診等を実施し、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、若年期から保健指導、啓発を行う等、40歳未満からの対策も重要であると考えます。

図表 43 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

国保の被保険者数は年々減少しており、一人あたり医療費は R2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減少したものの、R3 年度には増加し、後期高齢者になると一人あたり 80 万円を超え、国保の 2 倍も高い状況です。(図表 44)

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、同規模よりは低いが、県や国よりは高い状況です。(図表 45)

高額レセプト(80 万円/件~)については、国保においては毎年約 500~600 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 3 倍に増えることがわかります。(図表 46)

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で H30 年度が一番多く 34 件で 4,000 万円以上の費用でしたが、R4 年度は 26 件と件数が減り、費用額も約 3,200 万円と減少しています。しかし、後期高齢においては、171 件発生し、約 2 億円の費用額となっており、虚血性心疾患でも同様です。国保で件数は減少しており、後期高齢においては R4 年度 60 件発生し、約 1 億円の費用となっています。脳血管疾患や虚血性心疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、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 47.48)

図表 44 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		9,400人	9,124人	8,928人	8,674人	8,192人	7,293人
総件数及び 総費用額	件数	84,114件	80,434件	73,341件	74,647件	72,615件	99,132件
	費用額	33億2276万円	33億5111万円	32億728万円	32億5698万円	30億5265万円	60億2807万円
一人あたり医療費		35.3万円	36.7万円	35.9万円	37.5万円	37.3万円	82.7万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 45 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	能美市	30億5265万円	30,012	3.30%	0.34%	1.87%	2.23%	5.66%	3.13%	1.98%	5億6530万円	18.5%	16.6%	8.66%	8.21%
	同規模	--	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	--	19.1%	16.9%	8.74%	9.00%
	県	--	32,632	3.88%	0.24%	2.07%	1.70%	5.29%	2.73%	1.95%	--	17.9%	18.0%	9.02%	8.47%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	能美市	60億2807万円	70,818	3.89%	0.54%	4.98%	2.68%	5.02%	2.35%	1.12%	12億4010万円	20.6%	11.6%	4.09%	10.7%
	同規模	--	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	--	18.7%	10.5%	4.11%	12.6%
	県	--	73,719	4.06%	0.50%	4.28%	1.88%	4.18%	2.43%	1.21%	--	18.5%	11.9%	4.25%	11.5%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム・健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 46 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	293人	291人	299人	328人	292人	892人
	件数	B	522件	558件	580件	620件	496件	1,651件
		B/総件数	0.62%	0.69%	0.79%	0.83%	0.68%	1.67%
	費用額	C	6億7007万円	7億1528万円	7億7388万円	8億2703万円	6億7785万円	20億859万円
		C/総費用	20.2%	21.3%	24.1%	25.4%	22.2%	33.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 47 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	23人		17人		19人		16人		14人		96人		
		D/A	7.8%		5.8%		6.4%		4.9%		4.8%		10.8%		
	件数	E	34件		24件		27件		24件		26件		171件		
		E/B	6.5%		4.3%		4.7%		3.9%		5.2%		10.4%		
	年代別	40歳未満	2	5.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	11.5%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	1	3.7%	0	0.0%	1	3.8%	70-74歳	0	0.0%
		50代	8	23.5%	1	4.2%	0	0.0%	1	4.2%	0	0.0%	75-80歳	37	21.6%
		60代	10	29.4%	9	37.5%	9	33.3%	8	33.3%	10	38.5%	80代	87	50.9%
		70-74歳	14	41.2%	14	58.3%	17	63.0%	15	62.5%	12	46.2%	90歳以上	47	27.5%
	費用額	F	4216万円		2891万円		3189万円		3360万円		3185万円		1億9772万円		
F/C		6.3%		4.0%		4.1%		4.1%		4.7%		9.8%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 48 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	33人		23人		20人		11人		21人		53人		
		G/A	11.3%		7.9%		6.7%		3.4%		7.2%		5.9%		
	件数	H	36件		29件		25件		16件		22件		60件		
		H/B	6.9%		5.2%		4.3%		2.6%		4.4%		3.6%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	5.6%	0	0.0%	1	4.0%	0	0.0%	2	9.1%	75-80歳	25	41.7%
		60代	11	30.6%	8	27.6%	9	36.0%	9	56.3%	6	27.3%	80代	32	53.3%
		70-74歳	23	63.9%	21	72.4%	15	60.0%	7	43.8%	14	63.6%	90歳以上	3	5.0%
	費用額	I	5778万円		4314万円		4174万円		2147万円		3788万円		1億355万円		
I/C		8.6%		6.0%		5.4%		2.6%		5.6%		5.2%			

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

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、①被保険者数は、75 歳以上では約 800 名程増えており、後期高齢者が確実に増えていることが分かります。⑮の体格をみると、65～74 歳の年齢層で、BMI25 以上の率が 2 ポイント高くなってきています。(図表 49)

健診有所見の状況を見ると、Ⅱ度高血圧以上は各年代で該当者の割合が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。(図表 51)

短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧と糖尿病ともに、各年代高くなっていきます。(図表 52)

中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30 年度と R4 年度を比較すると、心不全、腎不全がどの年代でも高くなっており、なかでも腎不全で 75 歳以上が 4.1 ポイント上がっています。一体的分析の視点においても、中長期的疾患が取り組むべき課題であることが分かります。(図表 53)

(3) 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。

図表 50 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	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	75-
H30	29.4	2,382	3,987	6,406	37.4	61.0	32.0	9.7	6.5	6.9	27.3	23.2	24.7	
R04	27.8	2,381	4,105	7,239	36.2	56.7	29.1	10.9	7.2	7.3	26.8	25.2	24.4	

図表 51 健診有所見状況

E表	年度	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-						
		人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)		
H30	24	2.7	(12)	129	5.3	(26)	90	4.4	(17)	38	4.3	(0)	158	6.5	(5)	26	1.3	(0)	10	1.1	35	1.4	99	4.8	3	0.3	25	1.0	--	--
R04	49	5.7	(24)	126	5.4	(38)	121	5.8	(19)	35	4.1	(3)	165	7.1	(7)	42	2.0	(1)	11	1.3	59	2.5	93	4.4	4	0.5	21	0.9	--	--

図表 52 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	年度	③ 医療機関受診						⑥ 生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)									⑦ 短期目標の疾患とする合併症					
								高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症		
		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	84.8	94.5	97.5	30.3	62.7	82.1	72.4	79.7	82.3	43.5	44.3	43.9	27.4	32.2	35.8	43.0	50.3	70.4	48.1	60.0	77.2	
R04	82.9	90.8	96.9	30.0	63.0	82.2	73.3	80.9	83.4	43.6	46.2	47.9	28.0	34.9	39.4	42.9	53.9	72.4	48.7	62.9	78.7	

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 53 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	年度	⑧ 中長期目標の疾患(被保険者)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
		脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30	5.3	13.4	29.0	3.8	11.0	24.2	6.1	16.0	36.5	4.9	9.2	14.5	12.7	12.9	43.7	5.5	5.0	35.6	2.1	6.3	39.0	2.6	6.0	38.5	
R04	4.4	13.0	26.8	3.6	11.1	22.4	6.4	19.3	37.8	5.9	11.4	18.6	9.6	13.5	42.3	2.3	6.6	33.8	2.6	6.4	37.2	2.9	7.9	34.5	

図表 54 骨折・認知症の状況

E表	年度	⑭ 生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				⑩ 加齢による その他の疾患 (被保険者)				⑪ 加齢による疾患のうち 要介護認定者			
		骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
		65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	66.4	77.9	56.3	79.4	5.4	17.5	1.8	18.4	8.8	47.4	71.8	80.4	
R04	57.4	78.1	76.1	81.6	5.0	16.7	1.6	16.8	13.7	48.9	58.2	82.3	

出典:ヘルスサポートラボツール

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておきます。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(図表 55)とし、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

別添資料 第 3 期データヘルス計画目標管理一覧

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. 目標値の設定と対象者の見込み

図表 55 特定健診受診率・特定保健指導実施率と対象者の見込み

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	56%	56%	57%	58%	59%	60%以上
特定保健指導実施率	75%以上	75%以上	75%以上	75%以上	75%以上	75%以上

		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	5,400人	5,230人	5,070人	4,920人	4,770人	4,630人
	受診者数	3,024人	2,929人	2,890人	2,854人	2,814人	2,778人
特定保健指導	対象者数	365人	350人	347人	340人	335人	330人
	受診者数	274人	263人	261人	255人	252人	248人

3. 特定健診の実施

(1)実施方法・実施期間・実施場所

特定健診実施機関に委託し、6月中旬から10月中旬まで実施します。

- ①集団健診(根上総合文化会館・寺井地区公民館・辰口福社会館)
- ②個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、全世帯配布の能美市健診・がん検診のご案内、及び能美市ホームページに掲載します。

(4) 特定健診実施項目

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

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

図表 56 特定健診検査項目

○能美市特定健診検査項目

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

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

(5) 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。

(6) 代行機関

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

(7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

6月初旬に特定健診対象者に受診券を発行し健診のお知らせ等とともに通知を行います。受診の案内送付に関わらず、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 57 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診対象者の抽出 ↓ 健診機関・医師会と契約	特定保健指導の継続
5月			
6月		受診券等の印刷・送付 ↓ 健診開始	
7月		健診データ受取 → 保健指導対象者の抽出	実施実績の分析 実施方法の見直し
8月		↓ 特定保健指導の開始	
9月			
10月	契約に関わる 予算手続き	特定健診終了	法定報告
11月			
12月		未受診者健診 ↓	
1月		健診データ受取 → 保健指導対象者の抽出 ↓ 特定保健指導の開始	
2月			
3月			

4. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。特定保健指導以外の必要者にも優先順位を決めて保健指導を行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

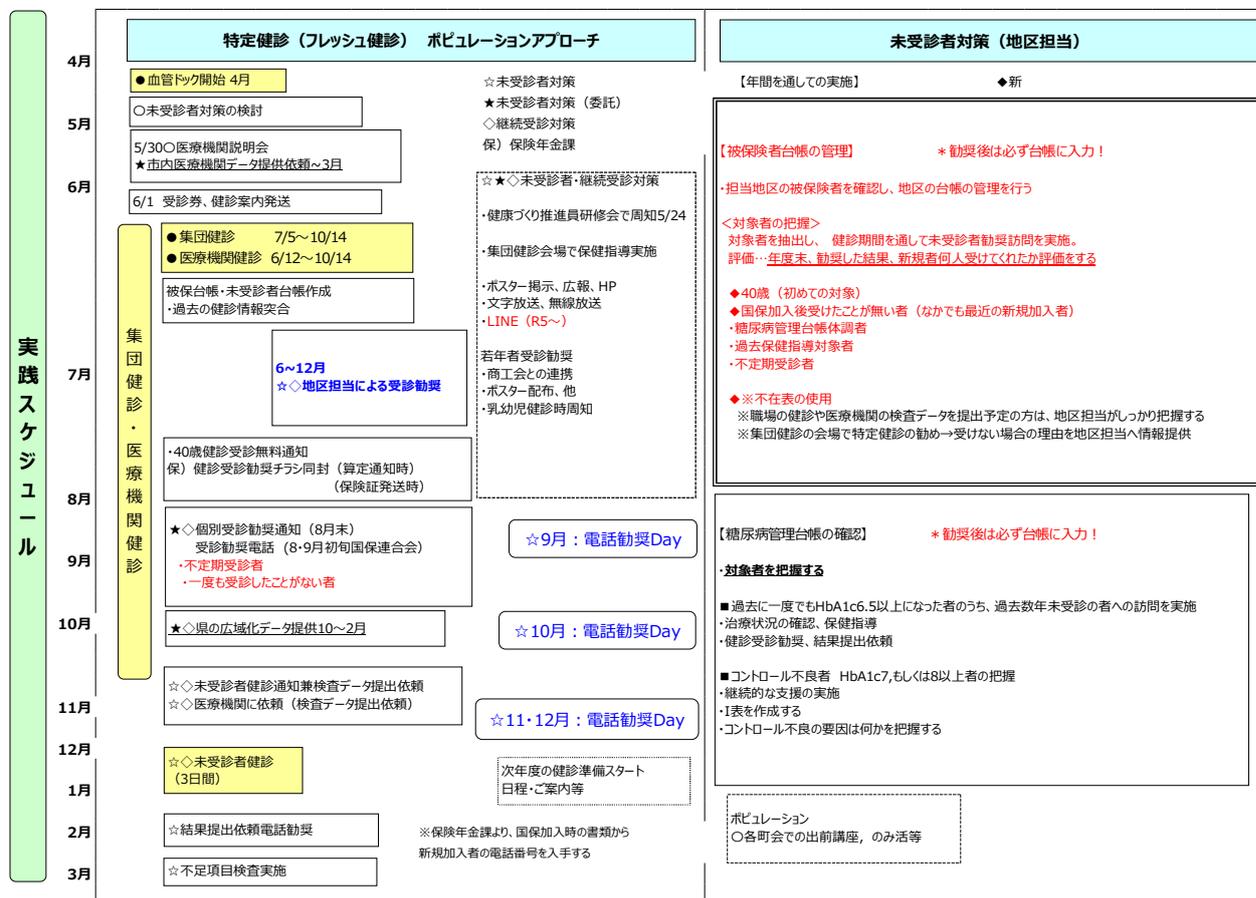
図表 59 要保健指導対象者の見込み

階層化	支援方法	対象者数見込 (受診者割合)
特定保健指導 ・動機付け支援 ・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 ○健診結果に応じて受診勧奨を行う	286人 (9.1%)
重症化予防 (受診勧奨)	○医療機関を受診する必要性について説明 ○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	239人 (7.6%)
糖尿病性腎症 重症化予防	○健診結果の見方について説明・保健指導 ○医療機関を受診する必要性について説明 ○主治医との連携 ○病気分類に応じた栄養指導の実施	181人 (5.7%)
糖尿病発症予防	○健診結果の見方について説明・保健指導	75人 (2.4%)
連絡受診勧奨	○医療機関を受診する必要性について通 知・説明	594人 (18.9%)
健診未受診者	○特定健診の受診勧奨	2,019人

(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 60 健診・保健指導年間スケジュール



5. 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を踏まえた対応を行います。

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

6. 結果の報告

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

7. 特定健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、能美市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

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

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

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

II. 重症化予防の取組

本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、1,296人(39.3%)です。そのうち治療なしが312人(21.9%)を占め、さらに臓器障害あり直ちに取組むべき対象者が139人です。

また、本市においては、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、312人中150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 61)

図表 61 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-

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ		脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年齢調整新導入患者数の減少		令和04年度 <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) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年厚生労働省研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)																		
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心原性 脳塞栓症 (27.7%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※脳卒中 データ(リンク 2015年)</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">非心原性脳梗塞</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">安静 狭心症</div> </div>							■各疾患の治療状況 <table border="1" style="font-size: x-small; margin-top: 5px;"> <tr><th></th><th>治療中</th><th>治療なし</th></tr> <tr><td>高血圧</td><td>1,333</td><td>1,964</td></tr> <tr><td>脂質異常症</td><td>1,074</td><td>2,215</td></tr> <tr><td>糖尿病</td><td>377</td><td>2,859</td></tr> <tr><td>3疾患 いづれか</td><td>1,871</td><td>1,426</td></tr> </table> <p style="font-size: x-small; margin-top: 5px;">※問診結果による</p>			治療中	治療なし	高血圧	1,333	1,964	脂質異常症	1,074	2,215	糖尿病	377	2,859	3疾患 いづれか	1,871	1,426
	治療中	治療なし																										
高血圧	1,333	1,964																										
脂質異常症	1,074	2,215																										
糖尿病	377	2,859																										
3疾患 いづれか	1,871	1,426																										
優先すべき 課題の明確化		高血圧症		心房細動		脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)																
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出		高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)				動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)																
重症化予防対象		Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/d以上		中性脂肪 300mg/d以上		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)		腎臓専門医 紹介基準対象者																
該当者数		178	5.4%	23	0.7%	96	2.9%	105	3.2%	748	22.7%	328	9.9%	369	11.2%	重症化予防対象者 (実人数)												
治療なし		91	4.6%	4	0.3%	83	3.7%	62	2.8%	97	6.8%	158	5.5%	88	6.2%	1,296	39.3%											
〈再掲〉 特定保健指導		34	19.1%	1	4.3%	22	22.9%	15	14.3%	97	13.0%	27	8.2%	29	7.9%	312	21.9%											
治療中		87	6.5%	19	1.0%	13	1.2%	43	4.0%	651	34.8%	170	45.1%	281	15.0%	150	11.6%	984	52.6%									
臓器障害 あり		28	30.8%	4	100.0%	17	20.5%	19	30.6%	34	35.1%	50	31.6%	88	100.0%	139	44.6%											
CKD(専門医対象者)		11		2		5		6		9		22		88		88												
心電図所見あり		24		4		13		15		30		40		27		78												
臓器障害 なし		63	69.2%	--		66	79.5%	43	69.4%	63	64.9%	108	68.4%	--		--												

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

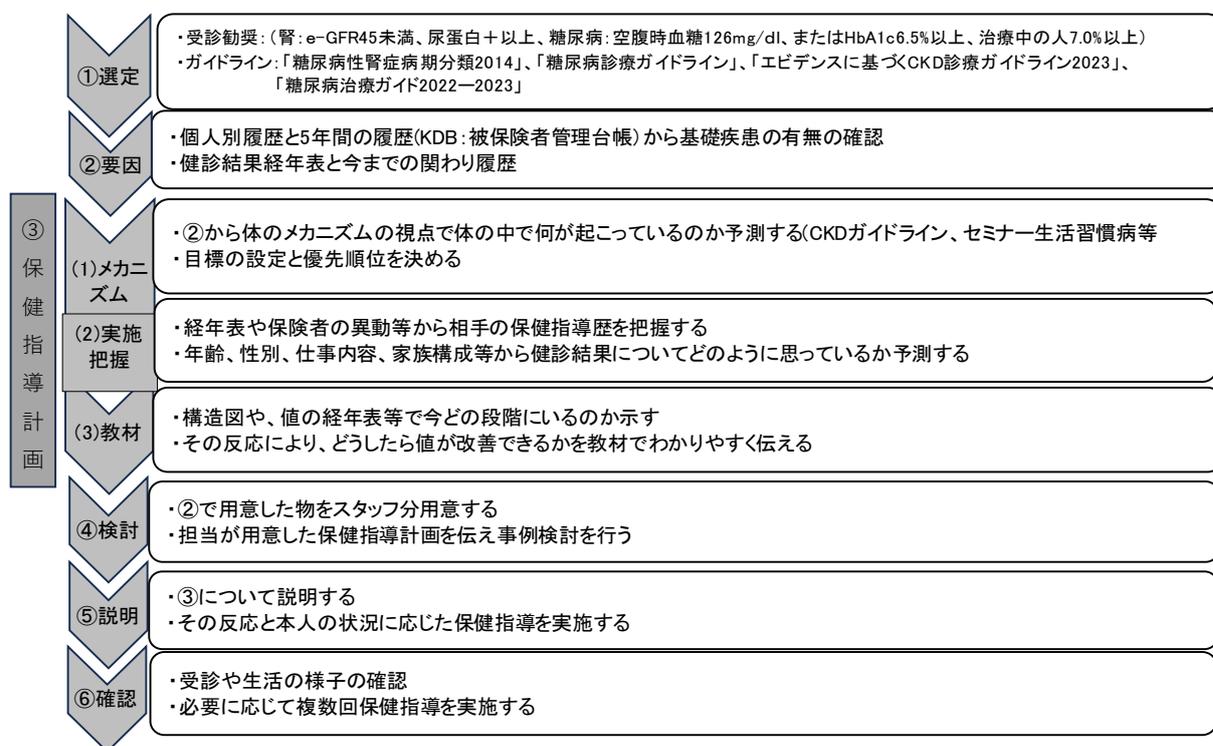
1) 基本的な考え方

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)及び石川県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(令和5年4月1日改定)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62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62 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、いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

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

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

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

図表 63 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。

本市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施し、以下の対象者には追加で尿アルブミン定量検査を実施しています。

- ・ 過去2年の特定健診直近データでHbA1c6.5%以上かつ尿蛋白(定性)検査(-)(±)
- ・ 糖尿病治療者かつ尿蛋白(定性)検査(-)(±)

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 64)

本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、185人(32.9%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者1,594人のうち、特定健診未受診者1,216人(76.3%・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ります。

③介入方法と優先順位

図表 64 より本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）・・・185人

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・192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

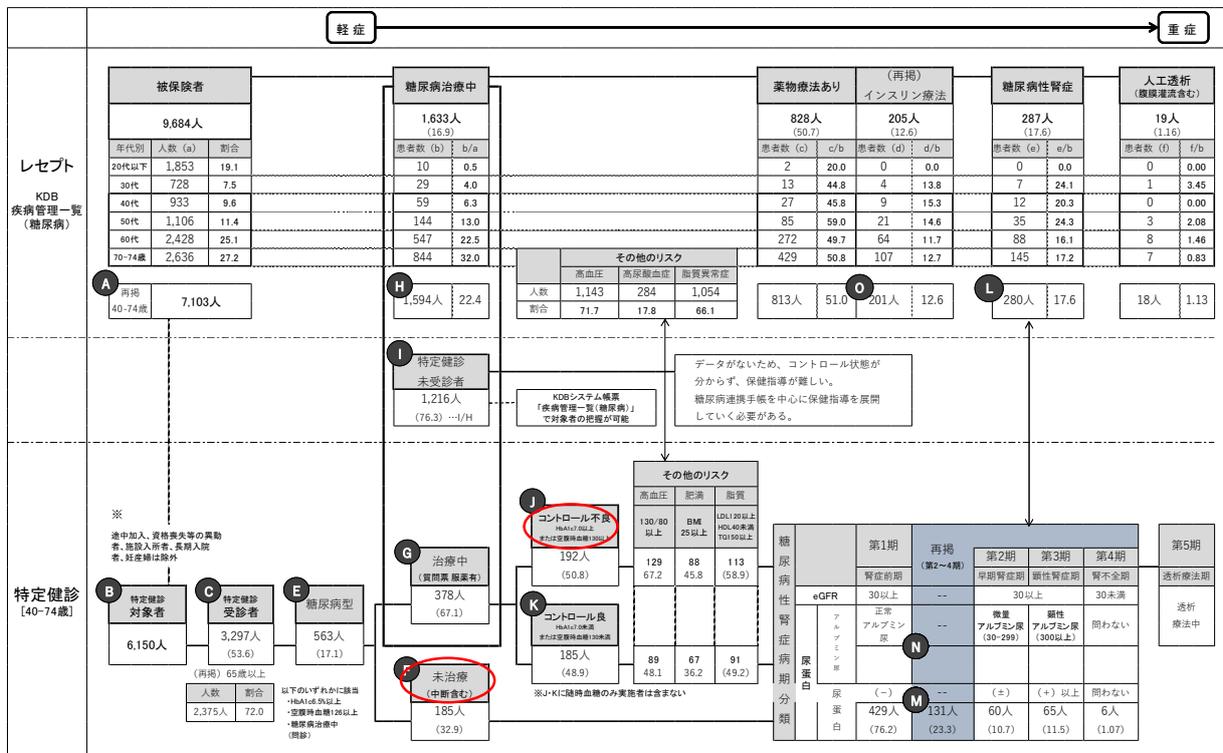
【保健指導】

- ・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、電話等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 64 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

令和04年度



出典：ヘルサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となります。本市においては、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います。

図表 65 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 私の飲んでる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもと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グリコンダーゼ阻害薬」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でしょう
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

(2) 尿アルブミン検査を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施では可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、糖尿病治療中または過去2年の直近データがHbA1c6.5%以上で、かつ尿蛋白定性(一)、(±)の者へは特定健診で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。尿アルブミン検査3回測定の結果、2回以上30~299mg/gCrであった場合、糖尿病性腎症2期の診断となります(糖尿病治療ガイド2022-2023)。特定健診の尿アルブミン検査の結果が30mg/gCr以上の者で、糖尿病治療中の者へは主治医へ精査依頼します。再検後、尿中アルブミン30mg/gCr以上の場合は、糖尿病性腎症第2期として保健指導を実施するとともに、糖尿病合併症検査を勧めていきます。尿アルブミン検査の結果30mg/gCr以上の者で、糖尿病未治療者へは、糖尿病の診断と同時に合併症検査ができるよう糖尿病専門医・腎専門医へ精査を依頼します。

【事後対応のフロー】

糖尿病治療中又は過去2回以上HbA1c 6.5%以上の者における尿アルブミン定量検査の事後対応フロー

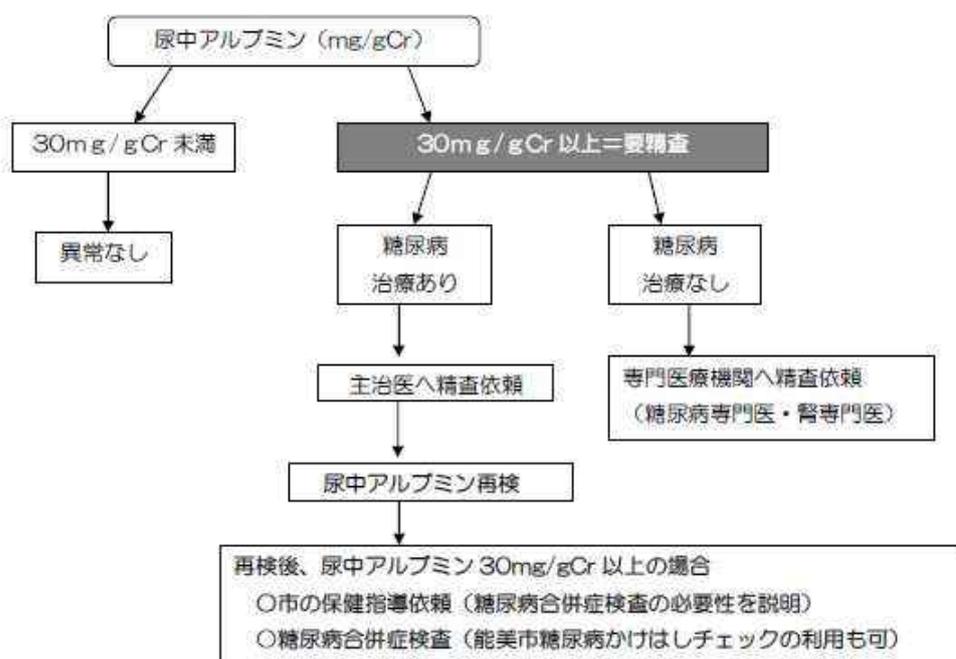
① 尿中アルブミンの再検(必須)

尿中アルブミン排泄量は採尿条件によって変動するため、早期腎症の診断には複数回の検査が必要です。尿中アルブミンの再検査をお願いします。尿中アルブミン検査3回測定の結果、2回以上尿中アルブミン値30~299mg/gCrであった場合、糖尿病腎症2期の診断となります。

(糖尿病治療ガイド2016-2017.文光堂、2016)

② その他の糖尿病合併症の評価(推奨)

糖尿病腎症の診断は、検尿所見、腎機能と臨床経過を合わせて総合的に診断するため、他疾患との鑑別が重要です。糖尿病腎症の場合、神経障害や網膜症など他の合併症を伴うことが多いことから、この機会に合併症評価を提案します。自院での実施が困難な場合には、「糖尿病かけはしチェック」の利用もご検討ください。市の保健指導依頼があれば、市からも本人へ提案させていただきます。



4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に能美市医師会等と協議した連絡票を使用します。

(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いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ行います。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、いきいき共生課、あんしん相談センターと連携していきます。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表66 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行います。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/分/1.73m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

図表 66 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	能美市										同規模保険者(平均)		データ基			
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度					
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 被保険者数	A	9,730人		9,303人		9,139人		8,891人		8,609人					KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		7,501人		7,179人		7,099人		7,002人		6,759人						
2	① 対象者数	B	7,035人		6,742人		6,733人		6,366人		6,150人						
	② 特定健診 受診者数	C	3,842人		3,688人		2,508人		3,158人		3,297人					市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書	
	③ 受診率		54.6%		54.7%		37.2%		49.6%		53.6%						
3	① 特定保健指導 対象者数		354人		321人		180人		288人		296人						
	② 実施率		74.3%		70.7%		71.1%		60.8%		78.4%						
4	健診データ	① 糖尿病型	E	633人	16.5%	602人	16.3%	444人	17.7%	481人	15.2%	563人	17.1%				特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	189人	29.9%	197人	32.7%	147人	33.1%	161人	33.5%	185人	32.9%				
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	444人	70.1%	405人	67.3%	297人	66.9%	320人	66.5%	378人	67.1%				
		④ コントロール不良 HbA1c7.0%未満かつ空腹時血糖130以上	J	225人	50.7%	205人	50.6%	155人	52.2%	173人	54.1%	192人	50.8%				
		⑤ 血圧 130/80以上		150人	66.7%	128人	62.4%	104人	67.1%	109人	63.0%	130人	67.7%				
		⑥ 肥満 BMI25以上		98人	43.6%	87人	42.4%	72人	46.5%	75人	43.4%	88人	45.8%				
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0%未満かつ空腹時血糖130未満	K	219人	49.3%	200人	49.4%	142人	47.8%	147人	45.9%	186人	49.2%				
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	405人	64.0%	413人	68.6%	339人	76.4%	371人	77.1%	429人	76.2%				
		⑨ 第2期 尿蛋白(+)		50人	7.9%	39人	6.5%	50人	11.3%	68人	14.1%	60人	10.7%				
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		49人	7.7%	51人	8.5%	47人	10.6%	38人	7.9%	65人	11.5%				
		⑪ 第4期 eGFR30未満		1人	0.2%	5人	0.8%	4人	0.9%	4人	0.8%	6人	1.1%				
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		121.9人		119.4人		107.3人		120.0人		124.6人					KDB_厚生労働省様式 様式3-2
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		155.7人		152.5人		135.9人		149.5人		156.4人					
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1円未満未満)	H	入院外(件数)	6,262件 (869.0)	6,048件 (865.2)	5,602件 (802.2)	5,751件 (849.2)	5,582件 (881.7)	1,557,522件 (951.6)							KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ 入院(件数)		49件 (6.8)	36件 (5.2)	21件 (3.0)	39件 (5.8)	30件 (4.7)	7,406件 (4.5)								
		⑤ 糖尿病治療中		1,186人	12.2%	1,111人	11.9%	981人	10.7%	1,067人	12.0%	1,073人	12.5%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
		⑥ (再掲)40-74歳		1,168人	15.6%	1,095人	15.3%	965人	13.6%	1,047人	15.0%	1,057人	15.6%				
		⑦ 健診未受診者	I	724人	62.0%	651人	59.5%	668人	69.2%	727人	69.4%	679人	64.2%				
		⑧ インスリン治療	O	99人	8.3%	91人	8.2%	93人	9.5%	102人	9.6%	97人	9.0%				
		⑨ (再掲)40-74歳		97人	8.3%	89人	8.1%	91人	9.4%	99人	9.5%	93人	8.8%				
		⑩ 糖尿病性腎症	L	155人	13.1%	173人	15.6%	142人	14.5%	154人	14.4%	169人	15.8%				
		⑪ (再掲)40-74歳		153人	13.1%	170人	15.5%	139人	14.4%	149人	14.2%	166人	15.7%				
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病透析中に占める割合)		13人	1.1%	10人	0.9%	12人	1.2%	14人	1.3%	14人	1.3%				
		⑬ (再掲)40-74歳		13人	1.1%	10人	0.9%	12人	1.2%	14人	1.3%	14人	1.3%				
		⑭ 新規透析患者数		13人	1.1%	22人	2.0%	19人	1.9%	15人	1.4%	16人					
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		5人	0.4%	9人	0.8%	9人	9.2%	6人	0.7%	9人					
⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病透析中に占める割合)		18人	1.1%	25人	1.4%	25人	1.5%	32人	1.8%	29人	1.6%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期		
6	医療費	① 総医療費		33億2276万円		33億5111万円		32億0728万円		32億5698万円		30億5265万円		28億4626万円		KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	
		② 生活習慣病総医療費		17億7076万円		17億9708万円		17億2063万円		17億1409万円		15億9628万円		15億3700万円			
		③ (総医療費に占める割合)		53.3%		53.6%		53.6%		52.6%		52.3%		54.0%			
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	10,663円		11,932円		7,204円		8,487円		11,095円		7,237円			
		⑤ 健診未受診者		32,556円		33,690円		38,440円		37,354円		35,377円		38,862円			
		⑥ 糖尿病医療費		1億9639万円		1億8800万円		1億7163万円		1億9034万円		1億7280万円		1億6596万円			
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		11.1%		10.5%		10.0%		11.1%		10.8%		10.8%			
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		5億2198万円		5億6490万円		5億6415万円		5億8944万円		5億6840万円					
		⑨ 1件あたり		35,577円		39,262円		41,789円		42,909円		42,647円					
		⑩ 糖尿病入院総医療費		3億9443万円		4億3625万円		4億2549万円		4億4766万円		4億0541万円					
		⑪ 1件あたり		546,299円		616,168円		628,500円		647,839円		660,284円					
		⑫ 在院日数		16日		17日		17日		17日		15日					
		⑬ 慢性腎不全医療費		1億4027万円		1億3195万円		1億3648万円		1億4082万円		1億1121万円		1億2396万円			
		⑭ 透析有り		1億2831万円		1億2613万円		1億3122万円		1億3004万円		1億0077万円		1億1532万円			
		⑮ 透析なし		1196万円		582万円		526万円		1078万円		1044万円		863万円			
7	介護	① 介護給付費		37億2087万円		38億5985万円		39億3231万円		40億0206万円		39億9779万円		34億9905万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症		2件 8.3%	3件 14.3%	1件 6.3%	2件 11.8%	3件 15.0%									
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		1人 0.2%	5人 1.1%	8人 1.8%	10人 2.3%	5人 1.1%	2,819人 1.0%						KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題		

出典：ヘルサポータルツール

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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 67 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール

時期	事業担当	地区担当
4月 5月	<ul style="list-style-type: none"> ・R4年度 取り組みの振り返り、評価 ・R5年度 計画 	<ul style="list-style-type: none"> ～継続支援～ ・R4年度の連絡票返信により糖尿病性腎症 2期の者への栄養士による栄養指導の実施 ・前年度受診勧奨対象者で、未受診者への再勧奨
6月	<ul style="list-style-type: none"> ・アルブミン検査対象者の抽出 ・R4 「糖尿病性腎症連絡票」未返信分を医療機関に記載依頼 	<ul style="list-style-type: none"> 【透析導入者の訪問から学ぶ】 ■5.6月 訪問を実施する1表を作成し、事例から学ぶ ■7月 島での二検診会で報告業務連絡会で報告
7月	<ul style="list-style-type: none"> ●糖尿病管理台帳更新 ●集団健診 7/5～10/14 ●医療機関健診 6/12～10/14 ・今年度の脂質化の検討 ・栄養指導対象者、優先順位の検討 	
8月	<ul style="list-style-type: none"> ○R4年度人工透析台帳を作成 新規透析導入者の事例を振り返る 	<ul style="list-style-type: none"> 地区担当が訪問、未所等で、保健指導実施 ・受診勧奨、かけはしチェックの勧め ・糖尿病性腎症精査 ⇒糖尿病性腎症2期以上者に栄養指導を実施
9月	<ul style="list-style-type: none"> ●糖尿病管理台帳更新 	<ul style="list-style-type: none"> 随時、主治医に報告書で報告 【糖尿病】栄養指導・保健指導報告書
10月	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病学習会 	
11月	<ul style="list-style-type: none"> ○医療機関歯周疾患検診 10/2～1/31 糖尿病予防保健医療連携会議 事業報告、事例検討を行う 	<ul style="list-style-type: none"> 未受診者対策と併せて通年の管理 ●糖尿病管理台帳による対象者の継続的な支援
12月	<ul style="list-style-type: none"> ・結果提出依頼通知 DHバイトで対象者抽出 (糖尿病治療中者) 	<ul style="list-style-type: none"> 未受診者把握・治療状況確認・合併症検査確認・学習会お誘い 歯周疾患検診の勧め ・R2.3.4年度HbA1c8以上者を中心に、受診勧奨、治療状況の確認を行う
1月	<ul style="list-style-type: none"> ●糖尿病管理台帳更新 結果提出者追加 	
2月		
3月	<ul style="list-style-type: none"> ・アルブミン尿検査、糖尿病性腎症 対象者の実績をまとめる 	

2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

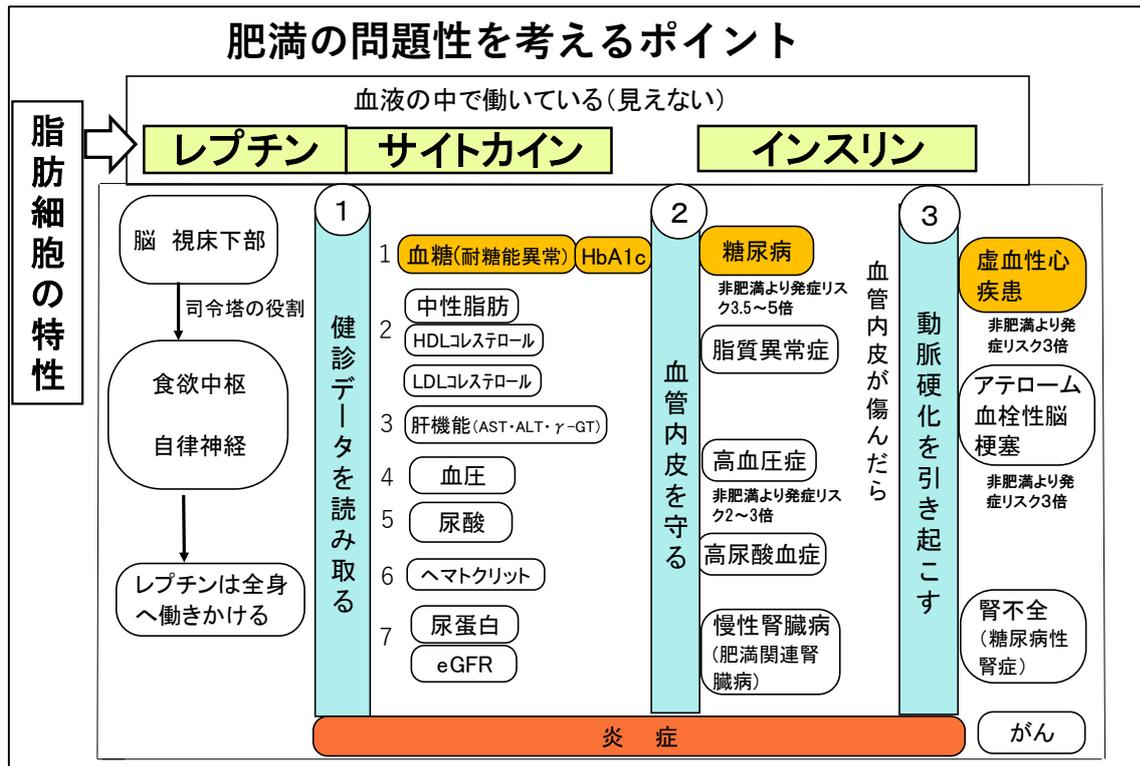
1) 基本的な考え方

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 68 に基づいて考えます。

図表 68 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、実態把握を行います。

図表 69 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	922	2,375	250	590	198	514	44	70	6	6	2	0		
				27.1%	24.8%	21.5%	21.6%	4.8%	2.9%	0.7%	0.3%	0.2%	0.0%	
再掲	男性	389	999	144	285	117	259	25	23	2	3	0	0	
					37.0%	28.5%	30.1%	25.9%	6.4%	2.3%	0.5%	0.3%	0.0%	0.0%
	女性	533	1,376	106	305	81	255	19	47	4	3	2	0	
					19.9%	22.2%	15.2%	18.5%	3.6%	3.4%	0.8%	0.2%	0.4%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

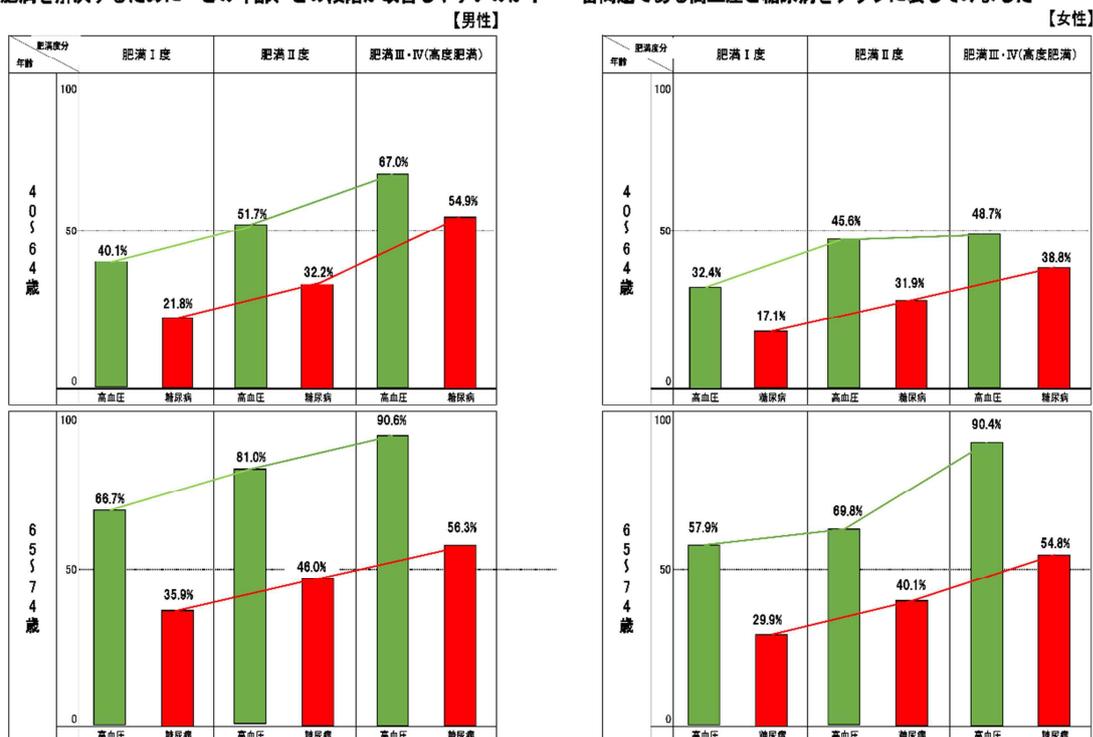
(2) 優先順位をつけます。

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

図表 70 をみると、肥満度及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなります。肥満度Ⅰ度では両疾患の発症がまだ 50%に満たないことから、若い年代(40～64 歳)を対象とし早期に介入する必要があります。

図表 70 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



また、図表 71 心・脳血管疾患を新規で発症した事例を整理すると、3 割が健診未受診、7 割がメタボリックシンドローム該当者または予備群であり、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 71 心・脳血管疾患新規発症者（高額レセプト）の状況

	脳血管疾患		虚血性心疾患		合計	割合
	人数	割合	人数	割合		
未受診	4	14.3%	0	0.0%	4	33.3%
受診者	2	7.1%	6	100.0%	8	66.7%
メタボあり	2	100.0%	4	66.7%	6	75.0%
メタボなし	0	0.0%	2	33.3%	2	25.0%
合計	6		6		12	

出典：ヘルスサポートラボツール

※1 R3年度新規発症者のうち80万円以上のレセプトがある者(40～64歳)を計上

※2 メタボありには、基準該当及び予備群を含む

3) 対象者の明確化

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ①メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- 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)

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 72)は、男性で 50 代から受診者の 3～4 割を超えますが、女性では 60 代・70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 73)は、男女とも 6 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 72 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	1,388	108	143	449	688	1,909	127	198	709	875	
メタボ該当者	B	489	18	44	180	247	259	2	16	95	146	
	B/A	35.2%	16.7%	30.8%	40.1%	35.9%	13.6%	1.6%	8.1%	13.4%	16.7%	
再掲	① 3項目全て	C	188	4	11	66	107	93	1	6	38	48
		C/B	38.4%	22.2%	25.0%	36.7%	43.3%	35.9%	50.0%	37.5%	40.0%	32.9%
	② 血糖+血圧	D	84	0	6	34	44	21	0	1	8	12
		D/B	17.2%	0.0%	13.6%	18.9%	17.8%	8.1%	0.0%	6.3%	8.4%	8.2%
	③ 血圧+脂質	E	196	11	22	72	91	139	1	9	44	85
		E/B	40.1%	61.1%	50.0%	40.0%	36.8%	53.7%	50.0%	56.3%	46.3%	58.2%
	④ 血糖+脂質	F	21	3	5	8	5	6	0	0	5	1
		F/B	4.3%	16.7%	11.4%	4.4%	2.0%	2.3%	0.0%	0.0%	5.3%	0.7%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 73 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	1,388	489	35.2%	419	85.7%	70	14.3%	1,909	259	13.6%	232	89.6%	27	10.4%
40代	108	18	16.7%	11	61.1%	7	38.9%	127	2	1.6%	2	100.0%	0	0.0%
50代	143	44	30.8%	33	75.0%	11	25.0%	198	16	8.1%	11	68.8%	5	31.3%
60代	449	180	40.1%	157	87.2%	23	12.8%	709	95	13.4%	83	87.4%	12	12.6%
70~74歳	688	247	35.9%	218	88.3%	29	11.7%	875	146	16.7%	136	93.2%	10	6.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

4) 保健指導の実施

(1) 最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 74 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うち
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えますか？
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こっているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いと言われますが、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 膝のどこが痛いのですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。本市においても二次検査の実施をしています。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②75g糖負荷検査(高インスリン状態、インスリン初期分泌反応を見る検査)

虚血性心疾患が疑われる所見のある人、健診結果で肥満・高血圧・高血糖・脂質異常の重なりもある人へは、心電図所見を視点とした保健指導を実施します。

心電図所見でST 変化、Q 波異常があり、要医療・要精査の判定の場合は、早急な医療機関受診が必要な場合もあるため、優先的に保健指導を実施します。(図表76)

図表 76 心電図有所見者の状況

	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		有所見者数		異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
	実施率		有所見率	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
40～74歳	2,846	99.96%	744	26.1%	40	5.4%	74	9.9%	4	0.5%	86	11.6%	39	5.2%	105	14.1%	22	3.0%	92	12.4%
男性	1,169	41.1%	332	28.4%	18	5.4%	29	8.7%	3	0.9%	47	14.2%	25	7.5%	55	16.6%	19	5.7%	41	12.3%
女性	1,677	58.9%	412	24.6%	22	5.3%	45	10.9%	1	0.2%	39	9.5%	14	3.4%	50	12.1%	3	0.7%	51	12.4%

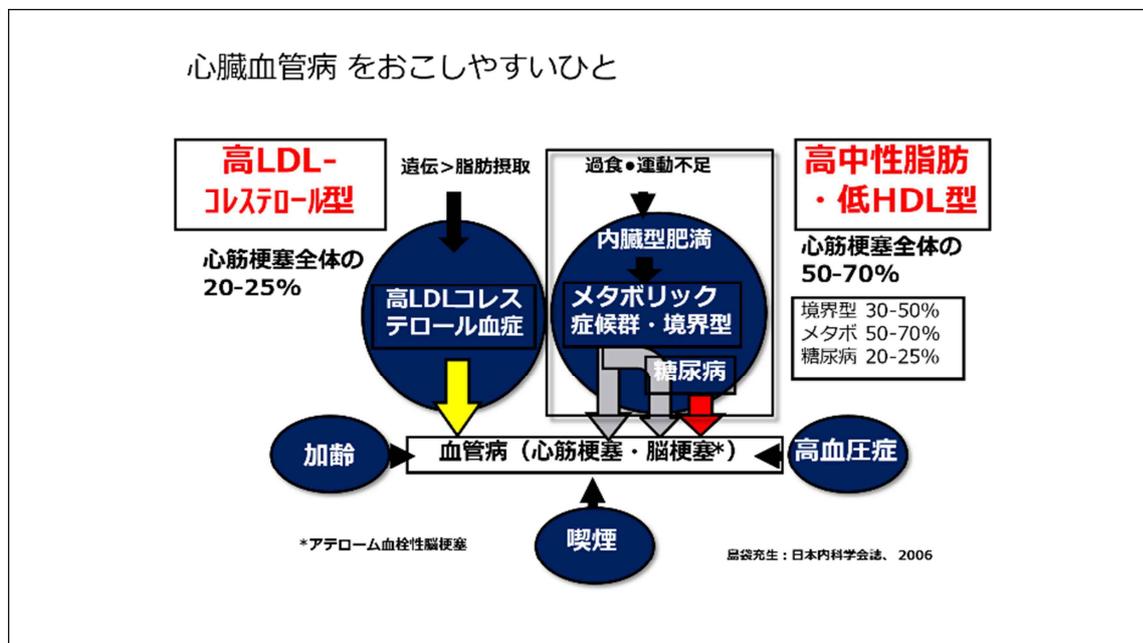
出典：結果ファイル

②心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないが、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 77)

図表 77 心血管病をおこしやすい人



図表 77 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、第4章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 72・73)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 78)

図表 78 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04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定			健診結果 (LDL-C)				(再掲) LDL160以上の年代別				
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
1,222			606	397	136	83	21	43	73	82	
			49.6%	32.5%	11.1%	6.8%	9.6%	19.6%	33.3%	37.4%	
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)	152	87	32	20	13	12	21	0	0
			12.4%	14.4%	8.1%	14.7%	15.7%	57.1%	48.8%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	441	203	162	48	28	7	10	32	27
			36.1%	33.5%	40.8%	35.3%	33.7%	33.3%	23.3%	43.8%	32.9%
高リスク	120未満 (150未満)	574	286	186	64	38	2	12	38	50	
		47.0%	47.2%	46.9%	47.1%	45.8%	9.5%	27.9%	52.1%	61.0%	
再掲	100未満 (130未満) ※1	44	27	7	6	4	0	1	6	3	
		3.6%	4.5%	1.8%	4.4%	4.8%	0.0%	2.3%	8.2%	3.7%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	55	30	17	4	4	0	0	3	5
		4.5%	5.0%	4.3%	2.9%	4.8%	0.0%	0.0%	4.1%	6.1%	

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては、健診結果経年表や保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいよう保健指導を行います。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、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。

図表 79 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
<p>もくじ</p> <p>心電図所見からどうすればいいの？ フロー図</p> <p>資料A-1 休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです</p> <p>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</p> <p>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！</p> <p>資料B-1 心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？</p> <p>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！！</p> <p>資料C 左室肥大って？</p> <p>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？</p> <p>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</p> <p>資料E ST変化・異常Q波 所見がある方へ</p> <p>資料F 精密検査を受けて治療が必要になった方へ</p> <p>資料G-1 狭心症になった人から学びました</p> <p>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</p> <p>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？</p> <p>資料G-4 肥満(BMI25以上)になると心臓はどうなるの？</p>

(2) 二次検査の実施

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、二次検査として検討していく必要があります。

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 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)

本市では、二次検査として必要者に頸動脈エコー検査を実施しています。今後対象者について見直しをするとともに、その他の検査を実施していくか検討します。

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、関係機関と連携していきます。

6) 評価

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

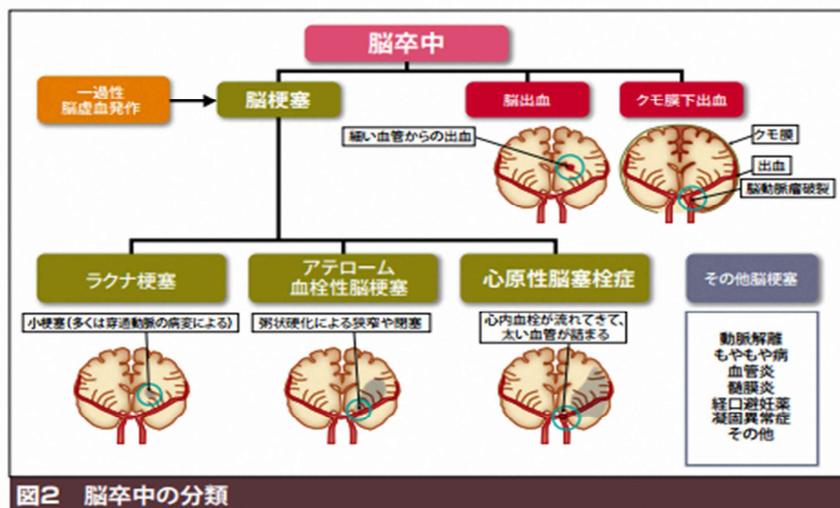
また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

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 80・81)

図表 80 脳卒中の分類



図表 81 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

(脳卒中予防の提言より引用)

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 82 でみると、高血圧治療者 2,776 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 291 人(10.5%・O)でした。

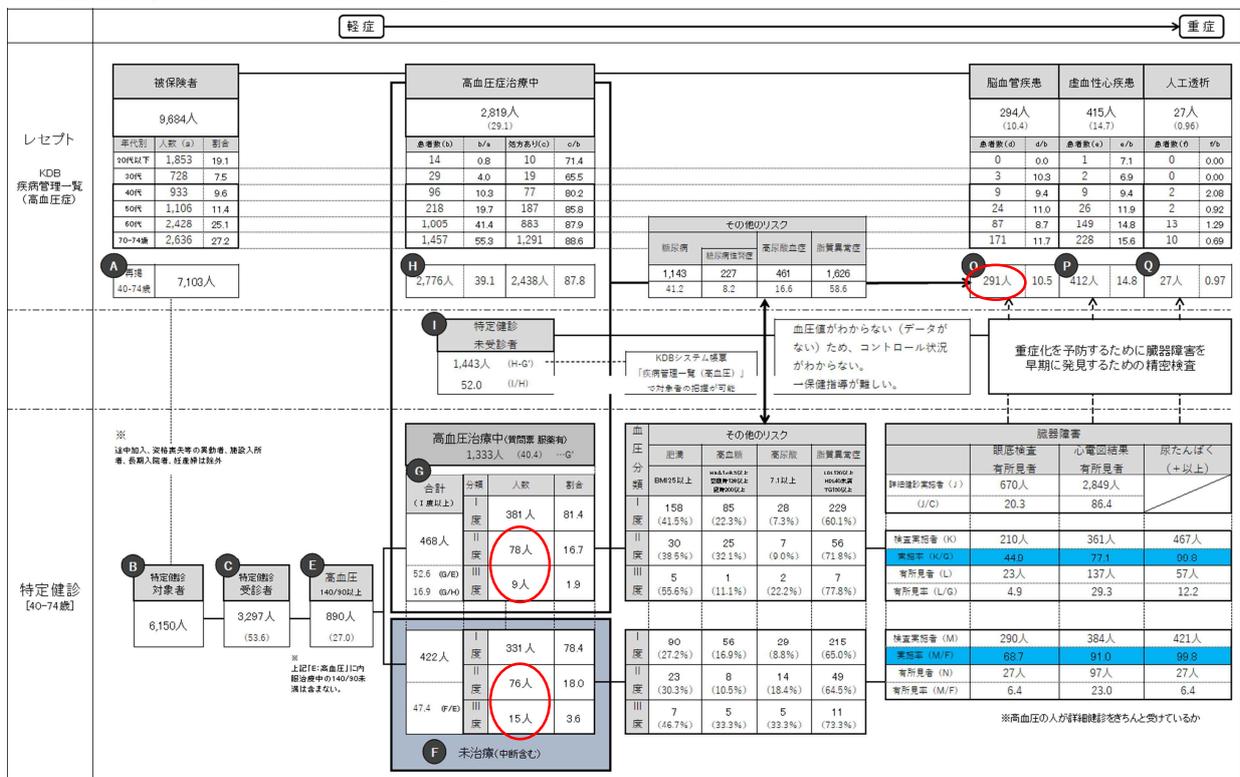
健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 178 人(5.4%)であり、そのうち 91 人(51.1%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 87 人(6.5%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

図表 82 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

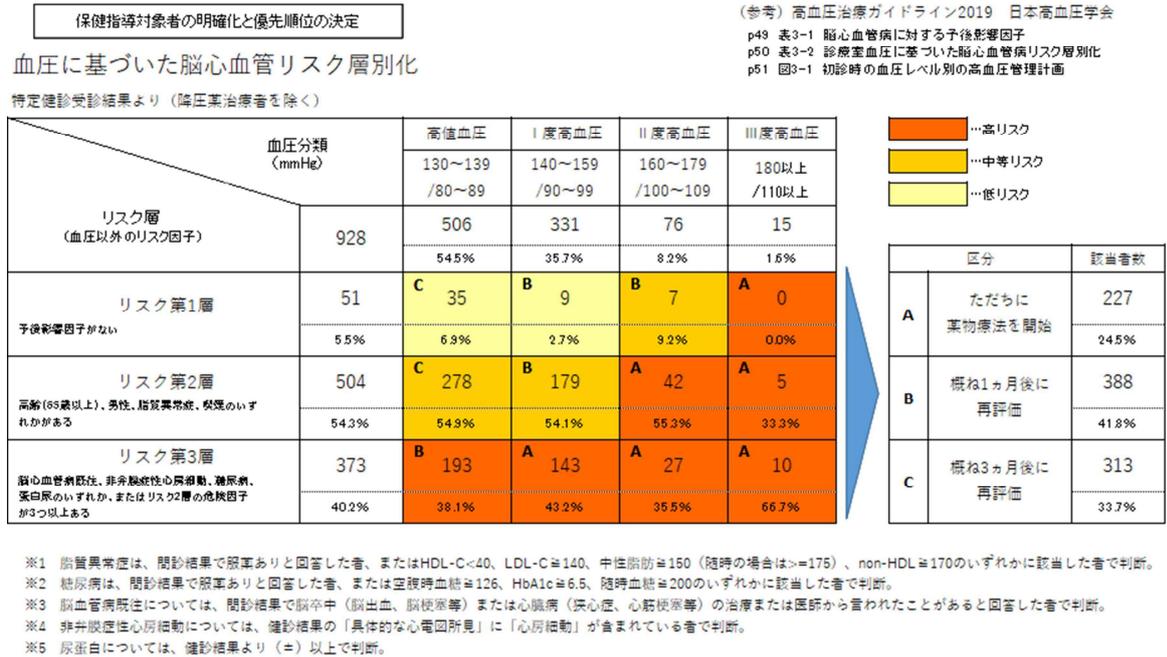


(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、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する必要があります。

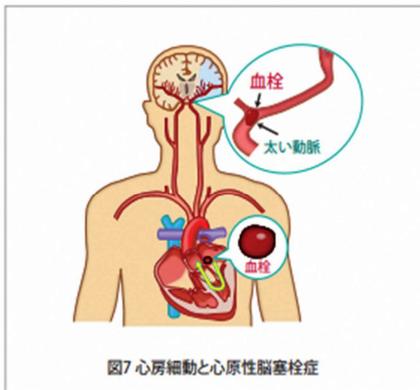
図表 83 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度



図表 83 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3)心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 84 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 84 心房細動有所見状況・治療状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者数 (人)	3,413		3,326		2,152		2,753		2,846	
心房細動有所見者 (人)	32		33		15		24		22	
健診時 既に治療中の者	22	68.8%	24	72.7%	12	80.0%	15	62.5%	15	68.2%
心房細動未治療者(健診時)	10	31.3%	9	27.3%	3	20.0%	9	37.5%	7	31.8%
連絡票交付者	7	70.0%	8	88.9%	1	33.3%	7	77.8%	4	57.1%
異常なし ※1	4	57.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	0	0.0%
治療開始	1	14.3%	5	62.5%	1	100.0%	5	71.4%	3	75.0%
未受診	2	28.6%	3	37.5%	0	0.0%	1	14.3%	1	25.0%
連絡票未交付	3	30.0%	1	11.1%	2	66.7%	1	11.1%	3	42.9%
健診後受診し治療開始	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	66.7%
未受診	3	100.0%	1	100.0%	2	100.0%	1	100.0%	1	33.3%
健診後未受診者	5	50%	4	44%	2	67%	2	22%	2	29%

※1 検査後、異常なしと診断(等、治療開始に至らず)

出典：支援ファイル(連絡票)、KDB

心電図検査において 22 人が心房細動の所見がありました(図表 84)。また、心電図有所見者 22 人のうち 15 人は既に治療が開始されていましたが、7 人が未治療者で 2 人はまだ治療につながっていません。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、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の継続が望まれます。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては、健診結果経年表や保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいよう保健指導を行います。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、また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。

(2) 二次検査の実施

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、二次検査として検討していく必要があります。

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 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)

本市では、二次検査として必要者に頸動脈エコー検査を実施しています。今後対象者について見直しをするとともに、その他の検査を実施していくか検討していきます。

(3) 対象者の管理

①高血圧者の管理

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

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保健指導をしていきます。

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、関係機関と連携していきます。

6) 評価

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

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

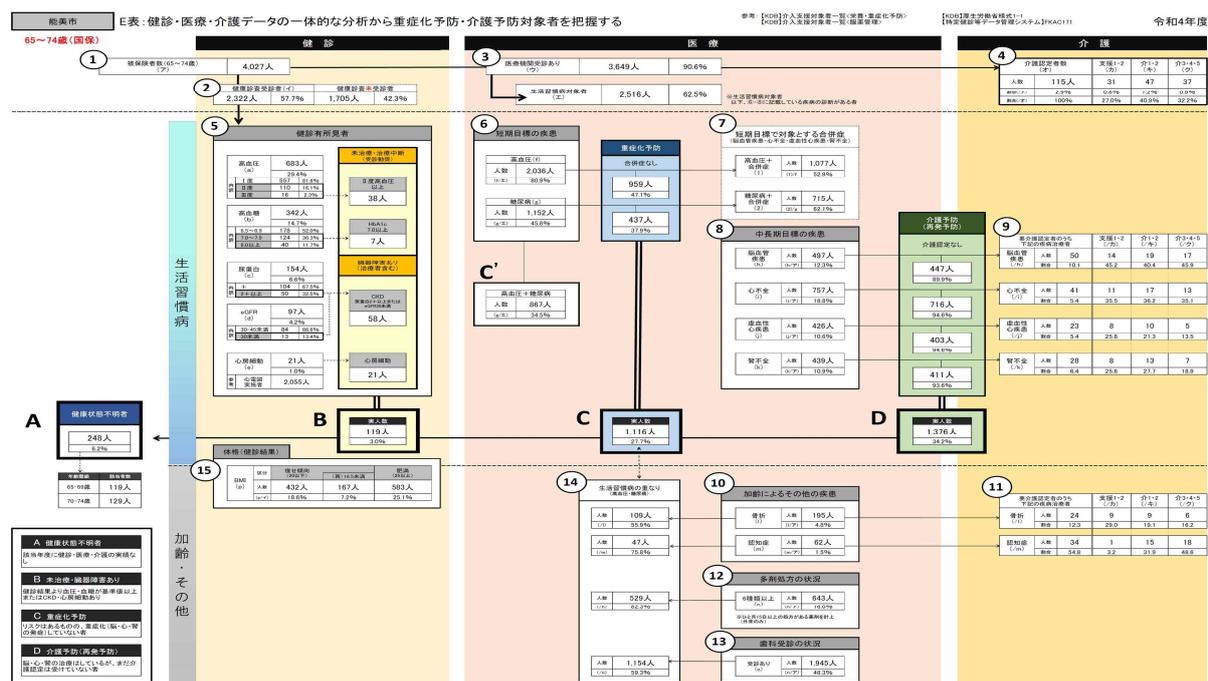
本市は、令和3年度より石川県後期高齢者広域連合から、本市が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を実施します。具体的には、

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 長寿健診結果から高血圧や高血糖で未治療者、コントロール不良者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳をもとに、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 85 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 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。

本市においては、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、データをライフコースの視点で見えていくことが必要であります。

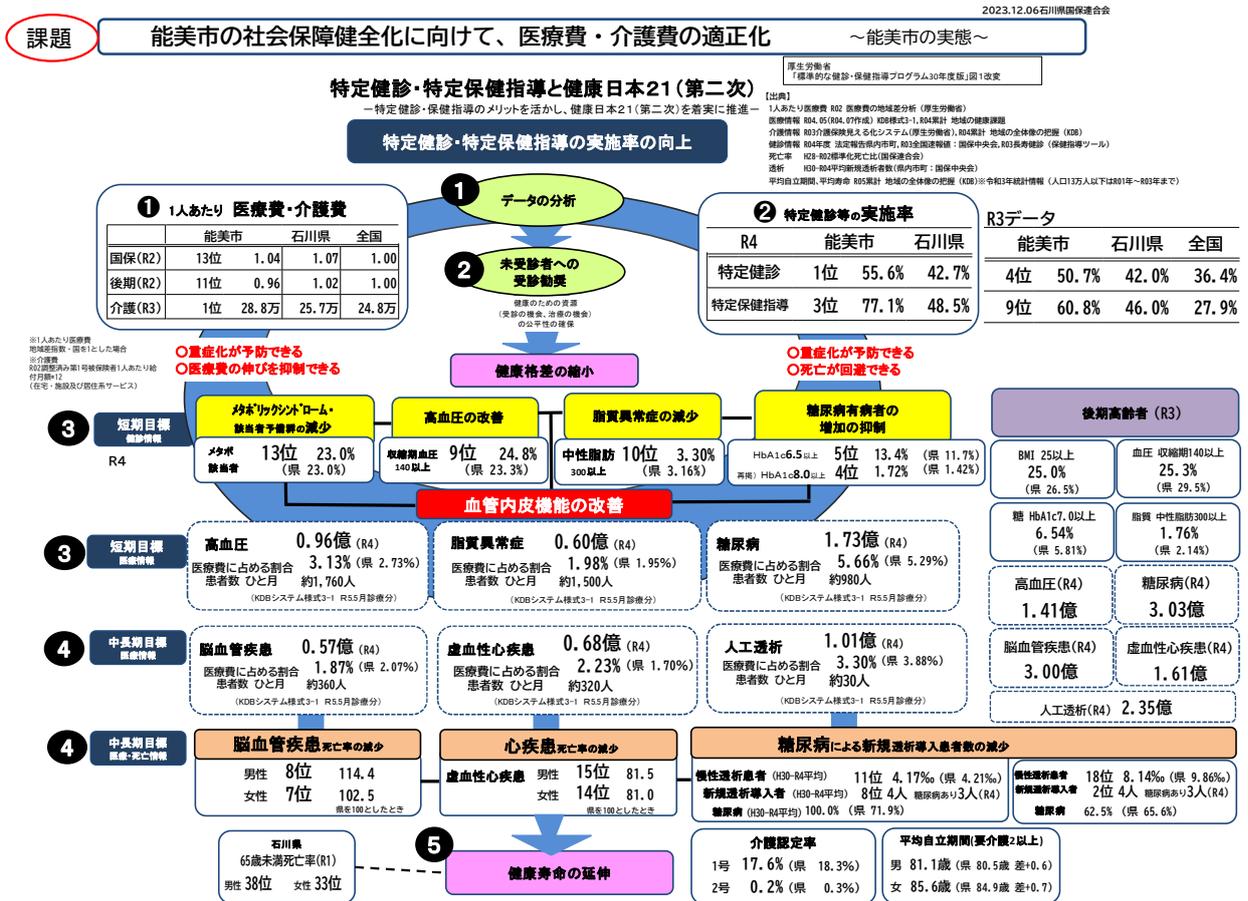
図表 86 生活習慣病の予防をライフコースの視点で考える

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

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 87・88)

図表 87 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 88 統計からみえる石川県の食

統計からみえる石川県の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2020～2022年平均 ～

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
もち	1位	他の穀類(全体)(米、パン、雑類以外)	1位
菓子類(全体)	1位	乳酸菌飲料	3位
和生菓子(大福餅、ゆべし、どら焼きなど)	1位	カレールウ	4位
チョコレート	1位	コーヒー・ココア(全体)	5位
ケーキ	1位		
アイスクリーム・シャーベット	1位		
店舗・種別	店舗数 (人口10万対)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
すし(外食)	1位	キャベツ	43位
焼肉	5位	しめじ	46位
外食(全体)	6位	他の野菜のその他	46位

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、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します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定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能美市の位置
- 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評価
- 参考資料 4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 7 HbA1c の年次比較
- 参考資料 8 血圧の年次比較
- 参考資料 9 LDL-C の年次比較
- 参考資料 10 要保健指導対象者の見込み

参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた能美市の位置

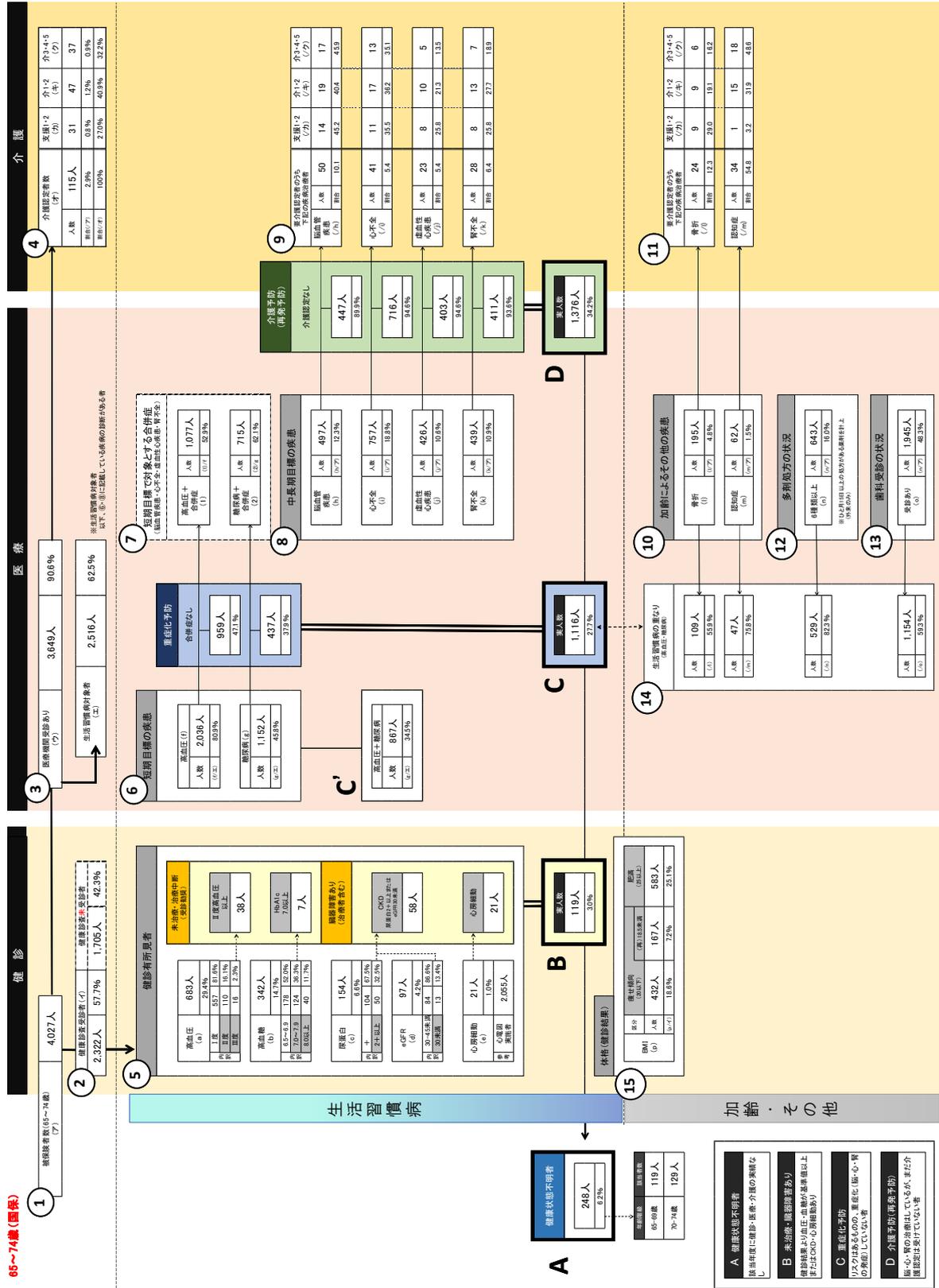
様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた能美市の位置

R04年度

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 人口構成	総人口		48,286		9,014,657		1,112,139		123,214,261			
		65歳以上(高齢化率)		12,692	26.3	3,263,279	36.2	333,660	30.0	35,335,805	28.7	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		75歳以上		6,404	13.3	--	--	170,118	15.3	18,248,742	14.8		
		65~74歳		6,288	13.0	--	--	163,542	14.7	17,087,063	13.9		
		40~64歳		16,313	33.8	--	--	366,850	33.0	41,545,893	33.7		
	39歳以下		19,281	39.9	--	--	411,629	37.0	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業		1.9		10.7		3.1		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第2次産業		40.7		27.3		28.5		25.0			
		第3次産業		57.3		62.0		68.3		71.0			
	③ 平均寿命	男性		81.1		80.4		81.1		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		女性		87.5		86.9		87.3		87.0			
	④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		81.0		79.7		80.3		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		女性		84.8		84.3		84.9		84.4			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		93.6		103.4		98.6		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				男性		101.4		98.2		100			
		死因	がん		147	54.2	34,996	47.8	3,625	51.5	378,272		50.6
			心臓病		60	22.1	21,437	29.3	1,894	26.9	205,485		27.5
			脳疾患		42	15.5	10,886	14.9	1,013	14.4	102,900		13.8
			糖尿病		5	1.8	1,391	1.9	125	1.8	13,896		1.9
			腎不全		9	3.3	2,819	3.9	215	3.1	26,946		3.6
	自殺		8	3.0	1,654	2.3	168	2.4	20,171	2.7			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計										厚生省HP 人口動態調査	
		男性											
女性													
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		2,217	17.6	619,810	19.1	60,695	18.3	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者		34	0.2	10,081	0.3	866	0.3	110,289	0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2		6,932	12.9	1,984,426	14.3	204,794	14.3	21,785,044		12.9
			要介護1.2		26,775	50.0	6,527,659	47.0	693,812	48.5	78,107,378		46.3
			要介護3以上		19,868	37.1	5,384,278	38.7	533,013	37.2	68,963,503		40.8
	2号認定者		34	0.21	10,759	0.37	1,006	0.27	156,107	0.38			
	② 有病状況	糖尿病		648	27.2	154,694	23.8	18,829	29.4	1,712,613	24.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症		1,192	51.5	352,398	54.8	33,308	52.6	3,744,672	53.3		
		脂質異常症		769	32.7	203,112	31.2	20,323	31.7	2,308,216	32.6		
		心臓病		1,413	61.2	397,324	61.9	39,445	62.4	4,224,628	60.3		
		脳疾患		647	28.4	151,330	23.9	15,336	24.5	1,568,292	22.6		
		がん		286	12.9	74,764	11.4	7,719	12.0	837,410	11.8		
		筋・骨格		1,209	52.1	350,465	54.5	33,894	53.6	3,748,372	53.4		
	精神		1,075	45.8	246,296	38.6	26,509	42.0	2,569,149	36.8			
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		314,985	3,997,786,381	300,230	978,734,915,124	298,719	99,670,511,379	290,668	10,074,274,226,889	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		1件当たり給付費(全体)		74,620		70,503		69,621		59,662			
		居室サービス		47,779		43,936		45,482		41,272			
施設サービス		297,048		291,914		290,453		296,364					
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		認定あり 10,566		認定あり 9,043		認定あり 9,905		認定あり 8,610		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			認定なし 4,313		認定なし 4,284		認定なし 4,551		認定なし 4,020				
4	① 国保の状況	被保険者数		8,192		2,020,054		202,031		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		65~74歳		3,935	48.0			98,793	48.9	11,129,271	40.5		
		40~64歳		2,396	29.2			62,251	30.8	9,088,015	33.1		
		39歳以下		1,861	22.7			40,987	20.3	7,271,596	26.5		
	加入率		17.0		22.4		18.2		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		3	0.4	873	0.4	91	0.5	8,237	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況	
		診療所数		29	3.5	7,141	3.5	869	4.3	102,599	3.7		
		病床数		415	50.7	136,833	67.7	16,795	83.1	1,507,471	54.8		
		医師数		78	9.5	19,511	9.7	3,486	17.3	339,611	12.4		
		外来患者数		691.9		728.3		706.8		687.8			
	入院患者数		22.0		23.6		24.4		17.7				
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		372,638	県内19位 同規模201位	394,521		404,392		339,680		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	受診率		713.921		751.942		731.257		705.439				
	外来	費用の割合		57.3		56.7		55.7		60.4			
		件数の割合		96.9		96.9		96.7		97.5			
	入院	費用の割合		42.7		43.3		44.3		39.6			
		件数の割合		3.1		3.1		3.3		2.5			
1件あたり在院日数		16.1日		17.1日		17.1日		15.7日					

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	506,791,410	31.7	31.3	33.6	32.2	KDB NO.3 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題					
			慢性腎不全(透析あり)	100,772,060	6.3	7.5	7.2	8.2						
			糖尿病	172,802,250	10.8	10.8	9.9	10.4						
			高血圧症	95,635,900	6.0	6.3	5.1	5.9						
			脂質異常症	60,436,400	3.8	3.8	3.6	4.1						
			脳梗塞・脳出血	57,167,780	3.5	3.9	3.9	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	68,050,260	4.3	2.6	3.1	2.8						
			精神	264,275,940	16.6	16.2	16.8	14.7						
	筋・骨格	250,539,720	15.7	16.7	15.8	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	303	0.2	380	0.2	289	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)			
				糖尿病	1,197	0.8	1,531	0.9	1,736	1.0		1,144	0.9	
				脂質異常症	84	0.1	89	0.1	65	0.0		53	0.0	
				脳梗塞・脳出血	5,782	3.6	7,151	4.2	7,431	4.2		5,993	4.5	
				虚血性心疾患	6,843	4.3	4,385	2.6	5,398	3.0		3,942	2.9	
		腎不全	4,487	2.8	4,815	2.8	4,967	2.8	4,051	3.0				
		一人当たり医療費 外来医療費に 占める割合	外来	高血圧症	11,371	5.3	13,011	5.8	10,762	4.8		10,143	4.9	
				糖尿病	20,515	9.6	22,014	9.8	20,313	9.0		17,720	8.6	
				脂質異常症	7,293	3.4	7,959	3.6	7,811	3.5		7,092	3.5	
				脳梗塞・脳出血	815	0.4	1,056	0.5	901	0.4		825	0.4	
虚血性心疾患				2,052	1.0	1,975	0.9	2,166	1.0	1,722		0.8		
腎不全	14,264			6.7	18,492	8.3	15,867	7.0	15,781	7.7				
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,841		2,592		3,228		2,031	KDB NO.3 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題			
			健診未受診者	12,249		13,920		14,444		13,295				
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	11,095		7,237		9,513		6,142				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,777	56.6	346,525	57.5	34,127	54.6	3,881,055	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	1,614	51.4	313,811	52.0	31,456	50.3	3,543,116	52.0				
		医療機関非受診率	163	5.2	32,714	5.4	2,671	4.3	337,939	5.0				
5	特定健診の 状況 県内市町村数 20市町村 同規模市区町村数 280市町村	①	健診受診者	3,142		602,959		62,516		6,812,842	KDB NO.3 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握			
		②	受診率	55.3	県内1位 同規模11位	40.5		42.5	全国13位			37.1		
		③	特定保健指導終了者(実施率)	0	0.0	17768	26.0	1,497	23.2	107,925		13.4		
		④	非肥満高血糖	328	10.4	64,401	10.7	6,189	9.9	615,549		9.0		
		⑤	メタボ	該当者	722	23.0	128,378	21.3	14,247	22.8		1,382,506	20.3	
				男性	473	35.6	88,752	32.7	9,249	36.1		965,486	32.0	
				女性	249	13.7	39,626	12.0	4,998	13.6		417,020	11.0	
				予備群	317	10.1	65,375	10.8	6,673	10.7		765,405	11.2	
		⑥	メタボ	男性	207	15.6	45,739	16.8	4,424	17.3		539,738	17.9	
				女性	110	6.1	19,636	5.9	2,249	6.1		225,667	5.9	
		⑦	メタボ 該当 予備群 レベル	腹囲	総数	1,125	35.8	211,634	35.1	22,810		36.5	2,380,778	34.9
					男性	741	55.8	146,680	54.0	14,909		58.2	1,666,592	55.3
				女性	384	21.2	64,954	19.6	7,901	21.4		714,186	18.8	
				BMI	総数	128	4.1	31,853	5.3	2,693		4.3	320,038	4.7
					男性	20	1.5	4,979	1.8	377		1.5	51,248	1.7
				女性	108	6.0	26,874	8.1	2,316	6.3		268,790	7.1	
				血糖のみ	18	0.6	4,028	0.7	383	0.6		43,519	0.6	
				血圧のみ	227	7.2	46,822	7.8	4,383	7.0		539,490	7.9	
				脂質のみ	72	2.3	14,525	2.4	1,907	3.1		182,396	2.7	
血糖・血圧	99			3.2	20,016	3.3	1,677	2.7	203,072	3.0				
血糖・脂質	27	0.9	6,637	1.1	795	1.3	70,267	1.0						
血圧・脂質	325	10.3	58,253	9.7	6,645	10.6	659,446	9.7						
血糖・血圧・脂質	271	8.6	43,472	7.2	5,130	8.2	449,721	6.6						
①	問診の状況	服薬	高血圧	1,285	40.9	236,115	39.2	24,626	39.4	2,428,038	35.6	KDB NO.1 地域全体像の把握		
			糖尿病	364	11.6	59,860	9.9	6,722	10.8	589,470	8.7			
			脂質異常症	1,048	33.4	176,172	29.2	20,462	32.7	1,899,637	27.9			
		既往 歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	79	2.9	19,155	3.3	2,204	3.6	207,385	3.1			
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	138	5.1	34,801	5.9	3,516	5.8	365,407	5.5			
			腎不全	29	1.1	5,373	0.9	536	0.9	53,898	0.8			
			貧血	328	12.0	58,230	10.0	7,590	12.5	702,088	10.7			
		②	生活習慣の 状況	喫煙	388	12.3	77,778	12.9	7,707	12.3	939,212		13.8	KDB NO.1 地域全体像の把握
				週3回以上朝食を抜く	230	8.5	44,690	7.9	5,235	9.2	642,886		10.4	
				週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0		0.0	
				週3回以上就寝前夕食(H30～)	475	17.5	85,443	15.0	10,266	18.1	976,348		15.7	
				週3回以上就寝前夕食	475	17.5	85,443	15.0	10,266	18.1	976,348		15.7	
				食べる速度が遅い	867	31.8	152,716	26.8	17,000	29.9	1,659,705		26.8	
				20歳時体重から10kg以上増加	900	33.1	197,996	34.7	19,149	33.8	2,175,065		35.0	
1日30分以上運動習慣なし	1,562			57.3	357,338	62.7	34,744	60.5	3,749,069	60.4				
1日1時間以上運動なし	1,011			37.1	270,721	47.2	27,069	47.2	2,982,100	48.0				
睡眠不足	572			21.1	142,888	25.0	13,162	23.1	1,587,311	25.6				
毎日飲酒	715			26.3	147,864	25.4	15,781	25.6	1,658,999	25.5				
時々飲酒	482	17.7	119,430	20.5	12,354	20.0	1,463,468	22.5						
③	一日 飲酒 量	1合未満	1,098	66.0	236,943	62.8	26,430	65.3	2,978,351	64.1				
		1～2合	395	23.7	94,723	25.1	9,615	23.8	1,101,465	23.7				
		2～3合	135	8.1	35,964	9.5	3,575	8.8	434,461	9.4				
		3合以上	36	2.2	9,408	2.5	860	2.1	128,716	2.8				

E表：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する



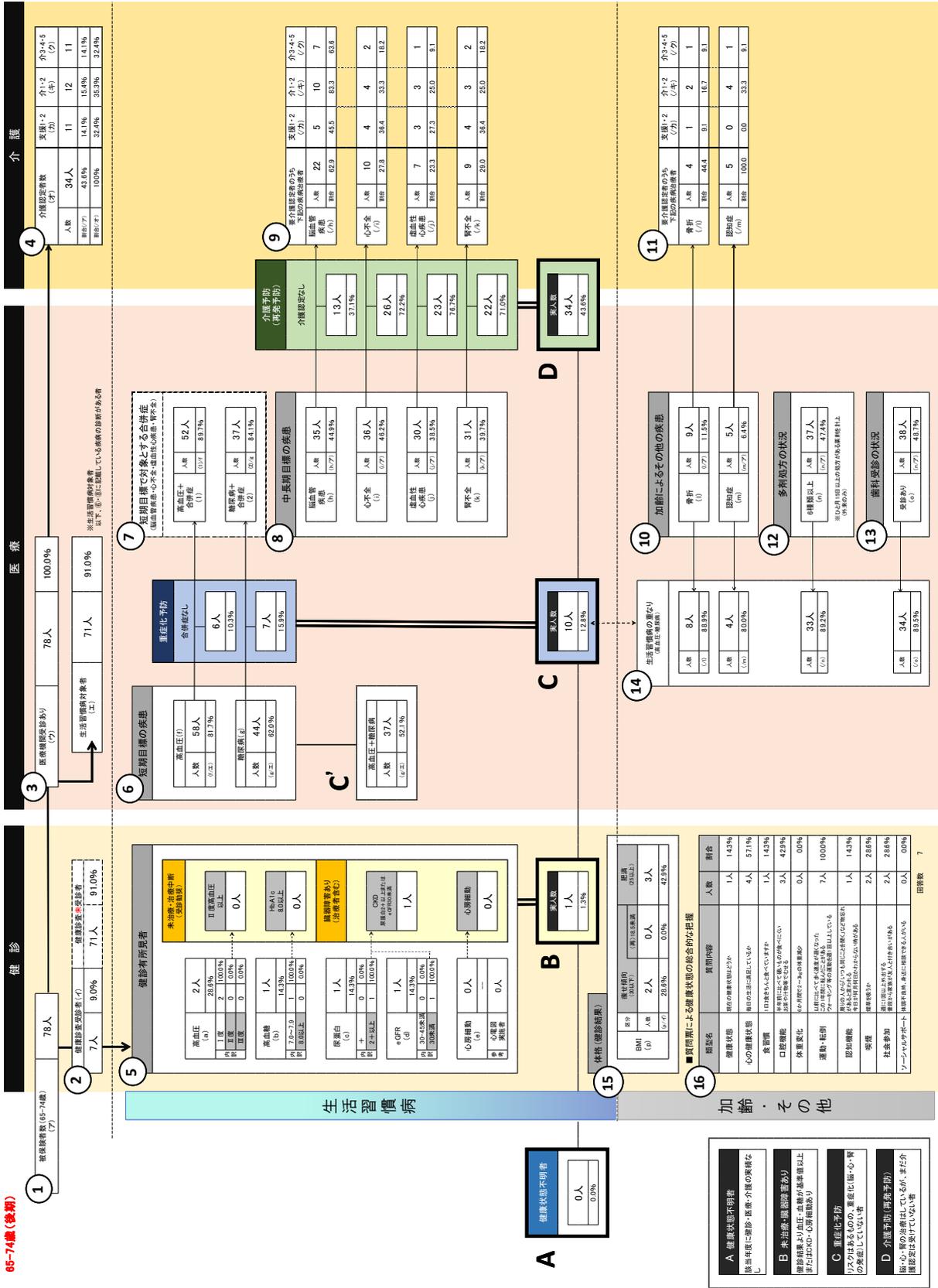
③ 65～74 歳(後期)

能美市

令和4年度

【KOB】厚生労働省特設サイト
【特定高齢者ケア管理システム(PAC17)】

E表：健診・医療・介護予防対象者の一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する



④75歳以上(後期)

令和4年度

【OD】厚生労働省標準式1-1
【特定高齢者】一歩前進システム(F64D17)

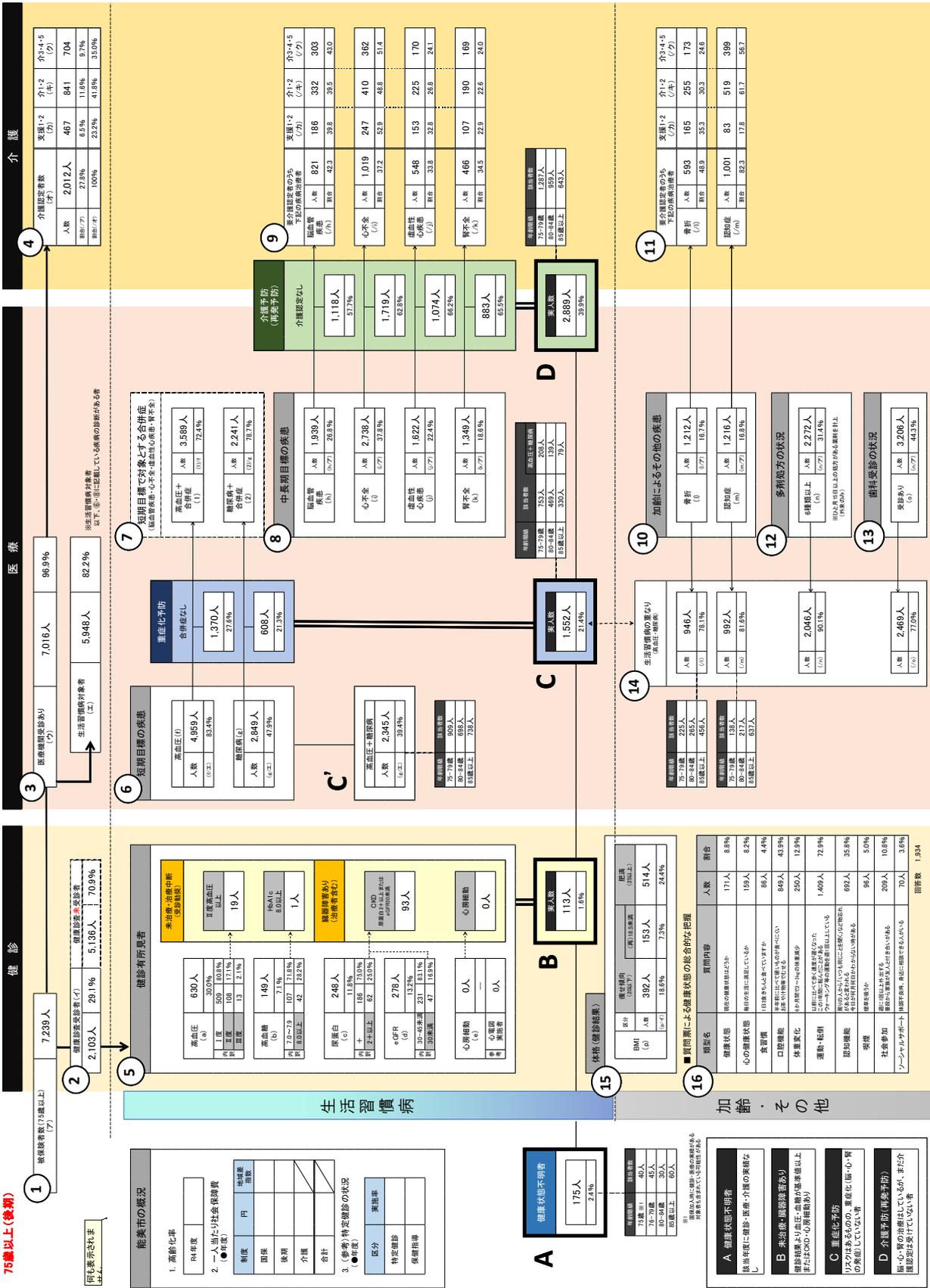
参考【OD】1.入居高齢者数、2.入居高齢者数、3.入居高齢者数、4.入居高齢者数、5.入居高齢者数、6.入居高齢者数、7.入居高齢者数、8.入居高齢者数、9.入居高齢者数、10.入居高齢者数、11.入居高齢者数、12.入居高齢者数、13.入居高齢者数、14.入居高齢者数

E表:健康・医療・介護・予防の一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

75歳以上(後期)

令和4年度

【OD】厚生労働省標準式1-1
【特定高齢者】一歩前進システム(F64D17)



参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

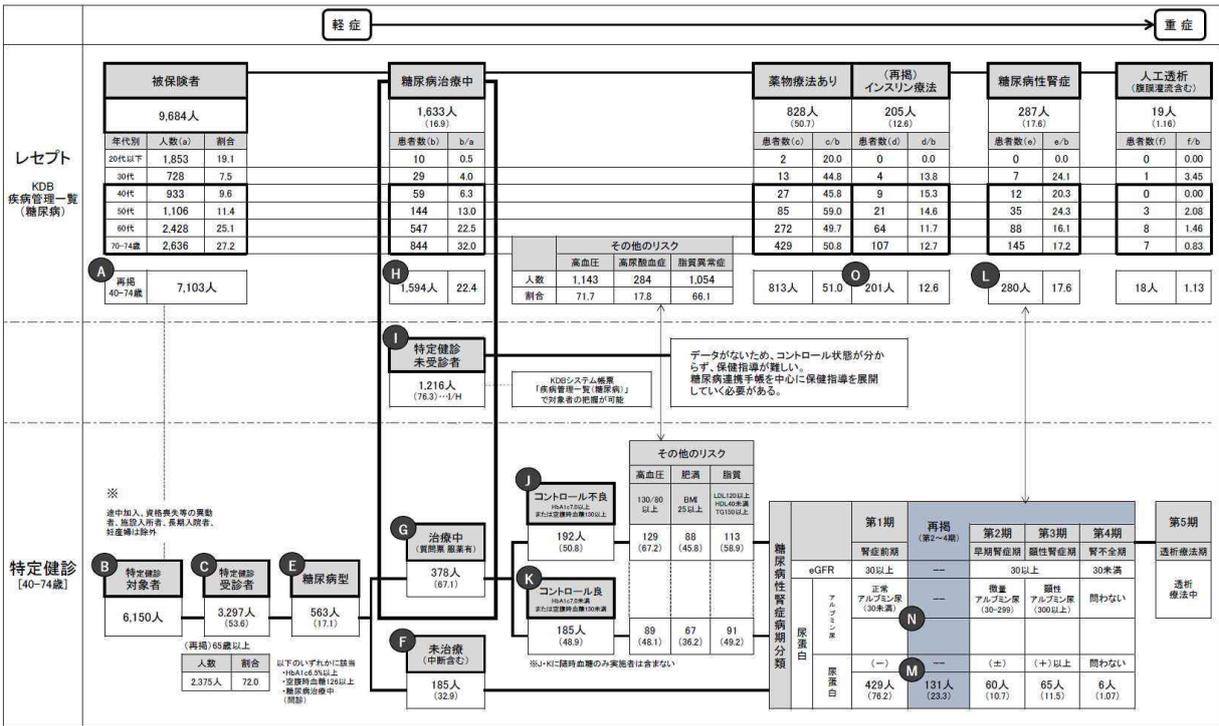
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	統合表	能美市										同規模保険者(平均)		データ基			
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度					
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	被保険者数	①	9,730人		9,303人		9,139人		8,891人		8,609人		KDB_厚生労働省様式様式3-2				
		②	7,501人		7,179人		7,099人		7,002人		6,759人						
2	特定健診	①	7,035人		6,742人		6,733人		6,366人		6,150人		市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書				
		②	3,842人		3,688人		2,508人		3,158人		3,297人						
		③	54.6%		54.7%		37.2%		49.6%		53.6%						
3	特定保健指導	①	354人		321人		180人		288人		296人						
		②	74.3%		70.7%		71.1%		60.8%		78.4%						
4	健診データ	①	糖尿病型		E	633人	16.5%	602人	16.3%	444人	17.7%	481人	15.2%	563人	17.1%	特定健診結果	
		②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)		F	189人	29.9%	197人	32.7%	147人	33.1%	161人	33.5%	185人	32.9%		
		③	治療中(質問票 服薬あり)		G	444人	70.1%	405人	67.3%	297人	66.9%	320人	66.5%	378人	67.1%		
		④	コントロール不良 HbA1c 7.0以上または空腹時血糖130以上		J	225人	50.7%	205人	50.6%	155人	52.2%	173人	54.1%	192人	50.8%		
		⑤	血圧 130/80以上		J	150人	66.7%	128人	62.4%	104人	67.1%	109人	63.0%	130人	67.7%		
		⑥	肥満 BMI25以上		J	98人	43.6%	87人	42.4%	72人	46.5%	75人	43.4%	88人	45.8%		
		⑦	コントロール良好 HbA1c 7.0未満かつ空腹時血糖130未満		K	219人	49.3%	200人	49.4%	142人	47.8%	147人	45.9%	186人	49.2%		
		⑧	第1期	尿蛋白(-)	M	405人	64.0%	413人	68.6%	339人	76.4%	371人	77.1%	429人	76.2%		
		⑨	第2期	尿蛋白(+)		50人	7.9%	39人	6.5%	50人	11.3%	68人	14.1%	60人	10.7%		
		⑩	第3期	尿蛋白(+)以上		49人	7.7%	51人	8.5%	47人	10.6%	38人	7.9%	65人	11.5%		
		⑪	第4期	eGFR30未満		1人	0.2%	5人	0.8%	4人	0.9%	4人	0.8%	6人	1.1%		
5	レポート	①	糖尿病受療率(被保険者対)			121.9人		119.4人		107.3人		120.0人		124.6人	KDB_厚生労働省様式様式3-2		
		②	(再掲)40-74歳(被保険者対)			155.7人		152.5人		135.9人		149.5人		156.4人			
		③	レセプト件数 (40-74歳) (1795年度標準平均)	入院外(件数)		6,262件 (869.0)	6,048件 (865.2)	5,602件 (802.2)	5,751件 (849.2)	5,582件 (881.7)	1,557,522件 (951.6)				KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
		④	入院(件数)		49件 (6.8)	36件 (5.2)	21件 (3.0)	39件 (5.8)	30件 (4.7)	7,406件 (4.5)							
		⑤	糖尿病治療中		H	1,186人	12.2%	1,111人	11.9%	981人	10.7%	1,067人	12.0%	1,073人	12.5%	KDB_厚生労働省様式様式3-2	
		⑥	(再掲)40-74歳		H	1,168人	15.6%	1,095人	15.3%	965人	13.6%	1,047人	15.0%	1,057人	15.6%		
		⑦	健診未受診者		I	724人	62.0%	651人	59.5%	668人	69.2%	727人	69.4%	679人	64.2%		
		⑧	インスリン治療		O	99人	8.3%	91人	8.2%	93人	9.5%	102人	9.6%	97人	9.0%		
		⑨	(再掲)40-74歳		O	97人	8.3%	89人	8.1%	91人	9.4%	99人	9.5%	93人	8.8%		
		⑩	糖尿病性腎症		L	155人	13.1%	173人	15.6%	142人	14.5%	154人	14.4%	169人	15.8%		
		⑪	(再掲)40-74歳		L	153人	13.1%	170人	15.5%	139人	14.4%	149人	14.2%	166人	15.7%		
		⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			13人	1.1%	10人	0.9%	12人	1.2%	14人	1.3%	14人	1.3%		
		⑬	(再掲)40-74歳			13人	1.1%	10人	0.9%	12人	1.2%	14人	1.3%	14人	1.3%		
		⑭	新規透析患者数			13人	1.1%	22人	2.0%	19人	1.9%	15人	1.4%	16人			
		⑮	(再掲)糖尿病性腎症			5人	0.4%	9人	0.8%	9人	9.2%	6人	0.7%	9人			
		⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			18人	1.1%	25人	1.4%	25人	1.5%	32人	1.8%	29人	1.6%		
6	医療費	①	総医療費			33億2276万円		33億5111万円		32億0728万円		32億5698万円		30億5265万円	28億4626万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題
		②	生活習慣病総医療費			17億7076万円		17億9708万円		17億2063万円		17億1409万円		15億9628万円	15億3700万円		
		③	(総医療費に占める割合)			53.3%		53.6%		53.6%		52.6%		52.3%	54.0%		
		④	生活習慣病 対象者 一人あたり		健診受診者		10,663円		11,932円		7,204円		8,487円		11,095円		
		⑤			健診未受診者		32,556円		33,690円		38,440円		37,354円		35,377円	38,862円	
		⑥	糖尿病医療費			1億9639万円		1億8800万円		1億7163万円		1億9034万円		1億7280万円	1億6596万円		
		⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)			11.1%		10.5%		10.0%		11.1%		10.8%	10.8%		
		⑧	糖尿病入院外総医療費			5億2198万円		5億6490万円		5億6415万円		5億8944万円		5億6840万円			
		⑨	1件あたり			35,577円		39,262円		41,789円		42,909円		42,647円			
		⑩	糖尿病入院総医療費			3億9443万円		4億3625万円		4億2549万円		4億4766万円		4億0541万円			
		⑪	1件あたり			546,299円		616,168円		628,500円		647,839円		660,284円			
		⑫	在院日数			16日		17日		17日		17日		15日			
		⑬	慢性腎不全医療費			1億4027万円		1億3195万円		1億3648万円		1億4082万円		1億1121万円	1億2396万円		
		⑭	透析有り			1億2831万円		1億2613万円		1億3122万円		1億3004万円		1億0077万円	1億1532万円		
		⑮	透析なし			1196万円		582万円		526万円		1078万円		1044万円	863万円		
7	介護	①	介護給付費			37億2087万円		38億5985万円		39億3231万円		40億0206万円		39億9779万円	34億9905万円		
		②	(2号認定者)糖尿病合併症			2件 8.3%	3件 14.3%	1件 6.3%	2件 11.8%	3件 15.0%							
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		1人 0.2%	5人 1.1%	8人 1.8%	10人 2.3%	5人 1.1%	2,819人 1.0%				KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題			

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

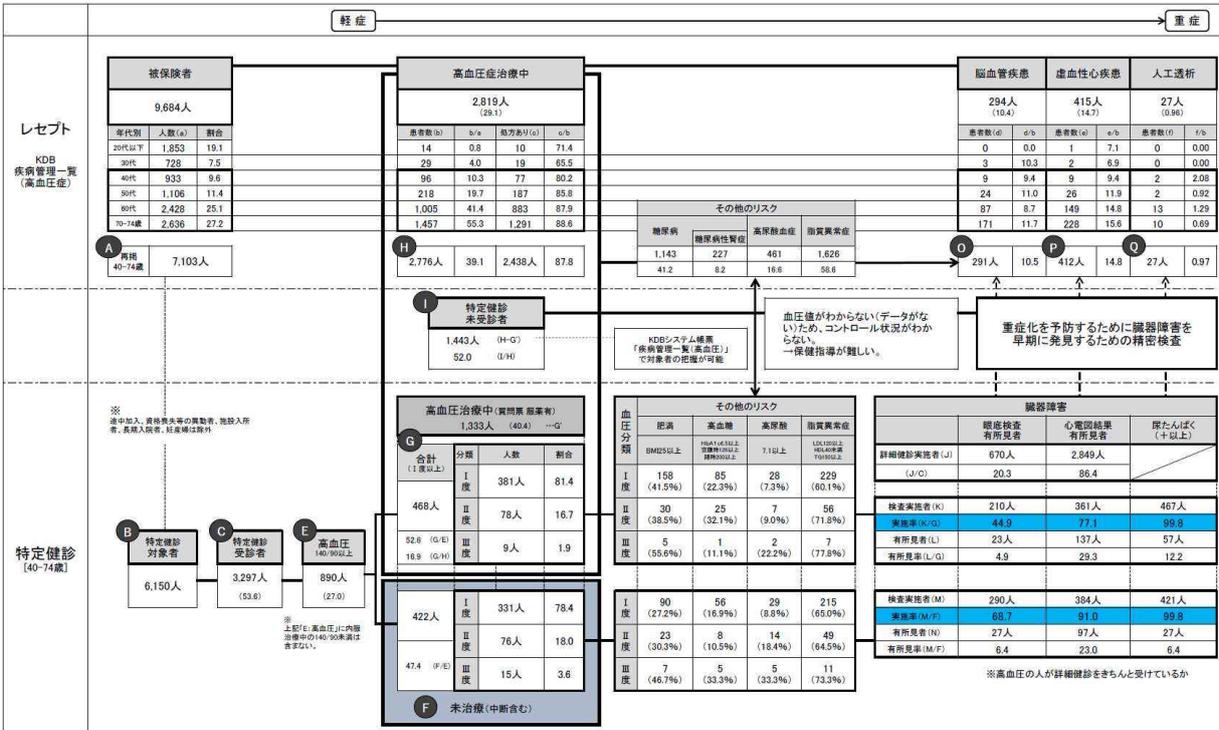
令和04年度



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

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

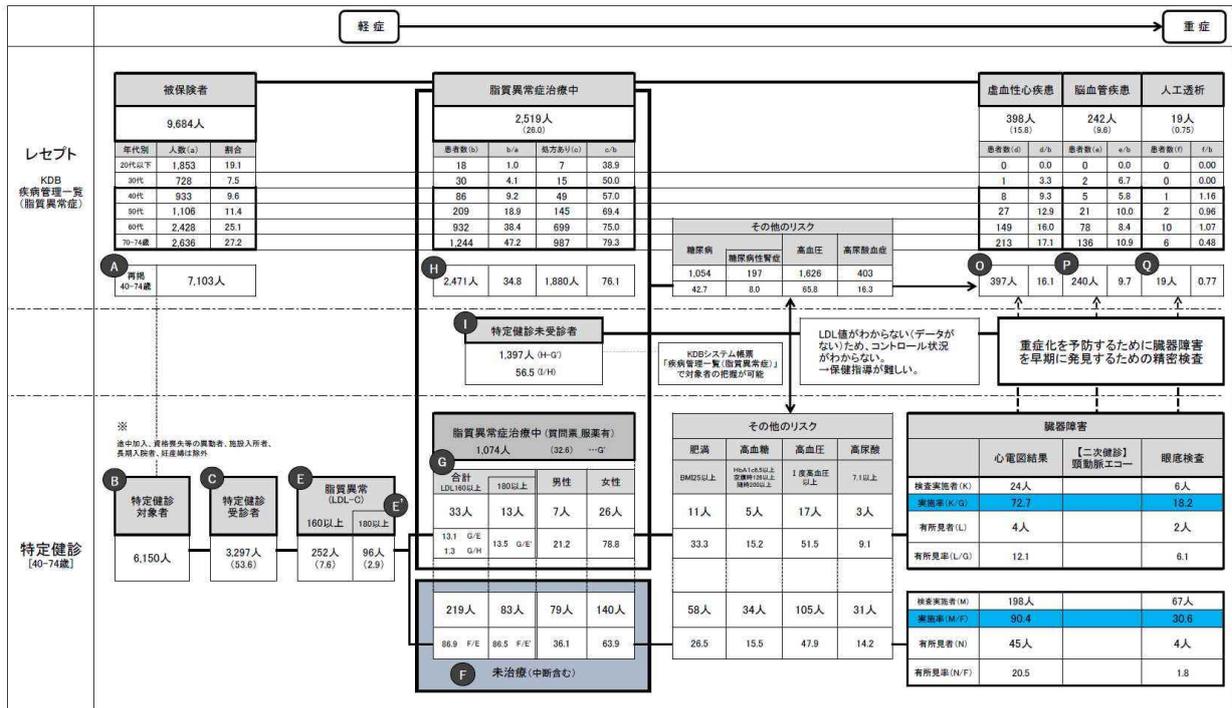
令和04年度



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

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4年度



参考資料 7 HbA1cの年次比較

HbA1cの年次比較

全受診者

	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		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		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	
		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	3,755	908	24.2%	1,492	39.7%	836	22.3%	270	7.2%	192	5.1%	57	1.5%	136	3.6%	39	1.0%				
H30	3,776	1,163	30.8%	1,465	38.8%	669	17.7%	245	6.5%	177	4.7%	57	1.5%	133	3.5%	38	1.0%				
R01	3,636	990	27.2%	1,429	39.3%	774	21.3%	218	6.0%	170	4.7%	55	1.5%	127	3.5%	27	0.7%				
R02	2,457	699	28.4%	978	39.8%	443	18.0%	158	6.4%	135	5.5%	44	1.8%	106	4.3%	22	0.9%				
R03	3,100	995	32.1%	1,210	39.0%	527	17.0%	175	5.6%	139	4.5%	54	1.7%	105	3.4%	29	0.9%				
R04	3,236	956	29.5%	1,246	38.5%	602	18.6%	222	6.9%	155	4.8%	55	1.7%	129	4.0%	34	1.1%				

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		再掲率
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合	
H29	3,755	908	1,492	836	519	208	311	13.8%	6.6%	13.8%
H30	3,776	1,163	1,465	669	479	157	322	12.7%	6.2%	12.7%
R01	3,636	990	1,429	774	443	162	281	12.2%	6.2%	12.2%
R02	2,457	699	978	443	337	126	211	13.7%	7.3%	13.7%
R03	3,100	995	1,210	527	368	136	232	11.9%	6.2%	11.9%
R04	3,236	956	1,246	602	432	158	274	13.3%	6.5%	13.3%

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		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		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	
		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	416	11.1%	7	1.7%	24	5.8%	74	17.8%	116	27.9%	150	36.1%	45	10.8%	113	27.2%	30	7.2%		
	H30	442	11.7%	2	0.5%	15	3.4%	103	23.3%	134	30.3%	137	31.0%	51	11.5%	114	25.8%	34	7.7%		
	R01	403	11.1%	6	1.5%	16	4.0%	100	24.8%	110	27.3%	125	31.0%	46	11.4%	108	26.8%	21	5.2%		
	R02	296	12.0%	3	1.0%	15	5.1%	67	22.6%	75	25.3%	97	32.8%	39	13.2%	84	28.4%	21	7.1%		
	R03	320	10.3%	4	1.3%	15	4.7%	69	21.6%	85	26.6%	100	31.3%	47	14.7%	86	26.9%	24	7.5%		
治療なし	H29	3,339	88.9%	901	27.0%	1,468	44.0%	762	22.8%	154	4.6%	42	1.3%	12	0.4%	23	0.7%	9	0.3%		
	H30	3,334	88.3%	1,161	34.8%	1,450	43.5%	566	17.0%	111	3.3%	40	1.2%	6	0.2%	19	0.6%	4	0.1%		
	R01	3,233	88.9%	984	30.4%	1,413	43.7%	674	20.8%	108	3.3%	45	1.4%	9	0.3%	19	0.6%	6	0.2%		
	R02	2,161	88.0%	696	32.2%	963	44.6%	376	17.4%	83	3.8%	38	1.8%	5	0.2%	22	1.0%	1	0.0%		
	R03	2,780	89.7%	991	35.6%	1,195	43.0%	458	16.5%	90	3.2%	39	1.4%	7	0.3%	19	0.7%	5	0.2%		
R04	2,859	88.3%	948	33.2%	1,232	43.1%	521	18.2%	118	4.1%	33	1.2%	7	0.2%	16	0.6%	5	0.2%			

参考資料 8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

全受診者

	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	3,817	897	23.5%	793	20.8%	1,160	30.4%	812	21.3%	133	3.5%	22	0.6%
H30	3,842	908	23.6%	827	21.5%	1,131	29.4%	794	20.7%	158	4.1%	24	0.6%
R01	3,688	828	22.5%	794	21.5%	1,117	30.3%	771	20.9%	155	4.2%	23	0.6%
R02	2,508	483	19.3%	508	20.3%	853	34.0%	532	21.2%	113	4.5%	19	0.8%
R03	3,158	731	23.1%	678	21.5%	979	31.0%	608	19.3%	144	4.6%	18	0.6%
R04	3,297	774	23.5%	653	19.8%	980	29.7%	712	21.6%	154	4.7%	24	0.7%

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

重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I 度 高血圧	II 度高血圧以上			再掲	割合
					再)III度高血圧	未治療	治療		
H29	3,817	1,690 44.3%	1,160 30.4%	812 21.3%	155 4.1%	91 58.7%	64 41.3%	4.1%	
H30	3,842	1,735 45.2%	1,131 29.4%	794 20.7%	182 4.7%	93 51.1%	89 48.9%	4.7%	
R01	3,688	1,622 44.0%	1,117 30.3%	771 20.9%	178 4.8%	99 55.6%	79 44.4%	4.8%	
R02	2,508	991 39.5%	853 34.0%	532 21.2%	132 5.3%	59 44.7%	73 55.3%	5.3%	
R03	3,158	1,409 44.6%	979 31.0%	608 19.3%	162 5.1%	92 56.8%	70 43.2%	5.1%	
R04	3,297	1,427 43.3%	980 29.7%	712 21.6%	178 5.4%	91 51.1%	87 48.9%	5.4%	

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		I 度		II 度		III 度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	1,455	38.1%	173	11.9%	254	17.5%	543	37.3%	421	28.9%	55	3.8%	9	0.6%
	H30	1,499	39.0%	162	10.8%	311	20.7%	534	35.6%	403	26.9%	82	5.5%	7	0.5%
	R01	1,407	38.2%	172	12.2%	271	19.3%	515	36.6%	370	26.3%	72	5.1%	7	0.5%
	R02	1,121	44.7%	118	10.5%	193	17.2%	441	39.3%	296	26.4%	62	5.5%	11	1.0%
	R03	1,224	38.8%	146	11.9%	240	19.6%	460	37.6%	308	25.2%	64	5.2%	6	0.5%
R04	1,333	40.4%	162	12.2%	229	17.2%	474	35.6%	381	28.6%	78	5.9%	9	0.7%	
治療なし	H29	2,362	61.9%	724	30.7%	539	22.8%	617	26.1%	391	16.6%	78	3.3%	13	0.6%
	H30	2,343	61.0%	746	31.8%	516	22.0%	597	25.5%	391	16.7%	76	3.2%	17	0.7%
	R01	2,281	61.8%	656	28.8%	523	22.9%	602	26.4%	401	17.6%	83	3.6%	16	0.7%
	R02	1,387	55.3%	365	26.3%	315	22.7%	412	29.7%	236	17.0%	51	3.7%	8	0.6%
	R03	1,934	61.2%	585	30.2%	438	22.6%	519	26.8%	300	15.5%	80	4.1%	12	0.6%
R04	1,964	59.6%	612	31.2%	424	21.6%	506	25.8%	331	16.9%	76	3.9%	15	0.8%	

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

全受診者

	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	3,817	1,927	50.5%	985	25.8%	569	14.9%	215	5.6%	121	3.2%
	H30	3,842	1,971	51.3%	967	25.2%	556	14.5%	235	6.1%	113	2.9%
	R01	3,681	1,837	49.9%	959	26.1%	552	15.0%	230	6.2%	103	2.8%
	R02	2,505	1,319	52.7%	596	23.8%	397	15.8%	129	5.1%	64	2.6%
	R03	3,152	1,641	52.1%	782	24.8%	467	14.8%	170	5.4%	92	2.9%
R04	3,289	1,776	54.0%	797	24.2%	464	14.1%	156	4.7%	96	2.9%	
男性	H29	1,652	932	56.4%	396	24.0%	220	13.3%	69	4.2%	35	2.1%
	H30	1,649	927	56.2%	396	24.0%	210	12.7%	82	5.0%	34	2.1%
	R01	1,575	854	54.2%	382	24.3%	225	14.3%	83	5.3%	31	2.0%
	R02	1,050	606	57.7%	233	22.2%	147	14.0%	42	4.0%	22	2.1%
	R03	1,311	745	56.8%	312	23.8%	176	13.4%	54	4.1%	24	1.8%
R04	1,385	844	60.9%	298	21.5%	157	11.3%	56	4.0%	30	2.2%	
女性	H29	2,165	995	46.0%	589	27.2%	349	16.1%	146	6.7%	86	4.0%
	H30	2,193	1,044	47.6%	571	26.0%	346	15.8%	153	7.0%	79	3.6%
	R01	2,106	983	46.7%	577	27.4%	327	15.5%	147	7.0%	72	3.4%
	R02	1,455	713	49.0%	363	24.9%	250	17.2%	87	6.0%	42	2.9%
	R03	1,841	896	48.7%	470	25.5%	291	15.8%	116	6.3%	68	3.7%
R04	1,904	932	48.9%	499	26.2%	307	16.1%	100	5.3%	66	3.5%	

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	再掲	再掲	
					再)180以上	未治療	治療				
H29	3,817	1,927 50.5%	985 25.8%	569 14.9%	336 8.8%	301 89.6%	35 10.4%	121 3.2%	105 86.8%	16 13.2%	3.8%
H30	3,842	1,971 51.3%	967 25.2%	556 14.5%	348 9.1%	307 88.2%	41 11.8%	113 2.9%	99 87.6%	14 12.4%	2.9%
R01	3,681	1,837 49.9%	959 26.1%	552 15.0%	333 9.0%	291 87.4%	42 12.6%	103 2.8%	91 88.3%	12 11.7%	2.8%
R02	2,505	1,319 52.7%	596 23.8%	397 15.8%	193 7.7%	164 85.0%	29 15.0%	64 2.6%	54 84.4%	10 15.6%	2.6%
R03	3,152	1,641 52.1%	782 24.8%	467 14.8%	262 8.3%	237 90.5%	25 9.5%	92 2.9%	78 84.8%	14 15.2%	2.9%
R04	3,289	1,776 54.0%	797 24.2%	464 14.1%	252 7.7%	219 86.9%	33 13.1%	96 2.9%	83 86.5%	13 13.5%	2.9%

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	1,140	29.9%	758	66.5%	250	21.9%	97	8.5%	19	1.7%	16	1.4%
	H30	1,137	29.6%	773	68.0%	242	21.3%	81	7.1%	27	2.4%	14	1.2%
	R01	1,133	30.8%	753	66.5%	223	19.7%	115	10.2%	30	2.6%	12	1.1%
	R02	921	36.8%	651	70.7%	175	19.0%	66	7.2%	19	2.1%	10	1.1%
	R03	996	31.6%	719	72.2%	173	17.4%	79	7.9%	11	1.1%	14	1.4%
R04	1,074	32.7%	783	72.9%	191	17.8%	67	6.2%	20	1.9%	13	1.2%	
治療なし	H29	2,677	70.1%	1,169	43.7%	735	27.5%	472	17.6%	196	7.3%	105	3.9%
	H30	2,705	70.4%	1,198	44.3%	725	26.8%	475	17.6%	208	7.7%	99	3.7%
	R01	2,548	69.2%	1,084	42.5%	736	28.9%	437	17.2%	200	7.8%	91	3.6%
	R02	1,584	63.2%	668	42.2%	421	26.6%	331	20.9%	110	6.9%	54	3.4%
	R03	2,156	68.4%	922	42.8%	609	28.2%	388	18.0%	159	7.4%	78	3.6%
R04	2,215	67.3%	993	44.8%	606	27.4%	397	17.9%	136	6.1%	83	3.7%	

参考資料 10 要保健指導対象者の見込み

参考資料 要保健指導対象者の見込み

R4保健指導対象者より

階層化		対象者数	支援内容	
1) 特定保健指導		286		
積極的支援 40～64歳	①HbA1c6.5以下	57	●結果説明・二次検査、記録等の勧め	
	②HbA1c6.5以上	15	●二次検査、記録等の結果返し	
動機付け支援 40～74歳	①40～64歳：HbA1c5.6～6.4	23	●適切な時期に評価を実施	
	②40～74歳：HbA1c6.5以上	12	簡易検査の実施（糖のリスクありの者）	
	③65～74歳：HbA1c6.4以下	167		
	④40～64歳：HbA1c5.5以下	12		
2) 重症化予防 ※3疾患内服なし ①～⑤・⑨は単独でも面談、		239		
19歳以上 *⑥⑦⑧単独は連絡票同封して郵送	①HbA1c (NGSP) 6.5以上	43	●結果説明、受診勧奨（集団健診で⑩の場合は指導ブースで実施）、連絡票交付、記録等の勧め	
	②空腹時血糖 126以上	25		
	③Ⅲ度高血圧 180/110以上	13	* HbA1c8以上でかかりつけ医がない場合はホットライン利用可	
	④LDL 180以上	66	●記録等の結果返し	
	⑤中性脂肪 500以上	8	●2.3か月後の受診確認。未受診の場合、再勧奨	
	⑥Ⅱ度高血圧 160/100以上	30	●値の改善確認 治療無の場合、簡易検査の実施（糖のリスクありの者） 連絡票の返書で指導依頼があった場合は、主治医への報告する	
	⑦尿酸 9以上	11		
	⑧眼底検査	0		
		⑨心電図 心房細動（3疾患治療の有無を問わず保健指導実施） レセプトで心疾患にて経過観察、治療中の場合は連絡票は発行しない。	18	
	CKD予防	⑩腎所見 (A) 尿蛋白 2+以上 (B) 尿蛋白+ 尿潜血+ (C) GFR19-39 歳：60未満/40-69 歳：50未満/70歳～：40未満 (D) GFR 60未満でかつ直近（5年以内）のeGFRから、10以上低下	25	
3) 糖尿病性腎症重症化予防		181		
糖尿病未治療者	①アルブミン尿30以上	4	●糖尿病未治療者のため、まず診断を受けるため、受診勧奨の実施	
糖尿病治療中者	①アルブミン尿30以上（2期以上の診断がない者）	29	①地区担当）：糖尿病性腎症連絡票を交付 ⇒診断後栄養士による指導	
	②尿蛋白（+）以上（3期の診断がない者）	30	②栄養士）：〃	
	③60未満でかつ直近（5年以内）のeGFRから、10以上低下	5	③地区担当）：〃	
	④上記に当てはまらない者（過去に連絡票交付・2期以上の診断あり・過去栄養指導対象者）	61	④2期の初回や悪化の場合は栄養士。栄養指導歴あり経過維持は地区担当	
糖尿病治療中のコントロール不良者	①治療中者：HbA1c 7以上	18	●I表を作成（HbA1c8以上者は必須）	
	②治療中者：HbA1c 7.5以上（65歳以上）	34	●糖尿病指導報告書の記入→主治医との連携	
4) 発症予防 ※3疾患内服なし		75		
	①40～74歳：HbA1c6.0～6.4	55	●結果説明・二次検査、記録等の勧め	
	②19～39歳：HbA1c5.6～5.9+ 糖尿遺伝あり	20	●二次検査、記録等の結果返し。3か月後以上経過後に簡易検査等による評価	
5) 連絡受診勧奨		554		
3疾患いずれか内服治療中で、内服中以外の項目が当てはまる場合	①血圧（3疾患未治療者）：Ⅰ度以上	240	●健診結果に連絡票を発行	
	②心電図（3疾患治療関係なく）：要受診・要精検・異常	120		
	③HbA1c (NGSP) 6.5以上	92	●健診結果の見方について通知（連絡票なし）	
	④空腹時血糖 126以上	34		
	⑤Ⅱ・Ⅲ度高血圧 160/100以上	14		
	⑥LDL 180以上	15		
	⑦中性脂肪 500以上	4		
	⑧GFR（糖尿未治療者）60未満かつ5年以内にeGFR10以上低下	35		

