

人吉市国民健康保険
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

人吉市国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 計画の概要	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 関係者の役割と連携	
(1) 実施主体関係部局の役割と体制	
(2) 関係機関との連携	
(3) 被保険者の役割	
(4) 計画の公表・周知	
5 保険者努力支援制度の活用	
第2章 第2期計画のまとめ及び第3期計画の健康課題	10
1 保険者の特性	
2 第2期計画の評価及び考察	
(1) 中長期目標疾患の状況	
(2) 短期的目標疾患の状況	
(3) 第2期計画目標の達成状況	
3 第3期計画の健康課題と目標設定	
(1) 基本的な考え方	
(2) 健康課題の明確化と優先順位	
(3) 目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施	32
1 対象者及び目標値	
2 特定健診・特定保健指導の実施	
3 進捗管理及び留意事項	

第4章 個別保健事業の実施 — 重症化予防の取組39

1 肥満・メタボリックシンドローム対策

- (1) 疾患に関する考え方
- (2) 本市における当該疾患の状況
- (3) 対象者
- (4) 対策

2 糖尿病性腎症重症化予防

- (1) 疾患に関する考え方
- (2) 本市における当該疾患の状況
- (3) 対象者
- (4) 対策

3 脳血管疾患重症化予防

- (1) 疾患に関する考え方
- (2) 本市における当該疾患の状況
- (3) 対象者
- (4) 対策

4 虚血性心疾患重症化予防

- (1) 疾患に関する考え方
- (2) 本市における当該疾患の状況
- (3) 対象者
- (4) 対策

第5章 効果的な保健事業の展開70

1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

2 発症予防

3 ポピュレーションアプローチ

第6章 計画の評価・見直し73

1 評価の時期

2 評価方法

参考資料74

第 1 章 計画の概要

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」)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 2022※4」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。

熊本県は国民健康保険法第 82 条の 2 により、国保運営方針(令和 6 年 4 月～令和 12 年 3 月)を定め、「第 5 章 国民健康保険の安定的な財政運営及び被保険者の健康の保持の推進に必要な医療費の適正化の取組」により、市町村保険者に対しひな型や共通の評価指標を設定するなど、データヘルス計画の標準化を図っています。

保険者である人吉市は、県の運営方針に基づき、国民健康保険事業計画を毎年度策定するとともに、県運営方針第 5 章に対応する事業として、第 3 期保健事業実施計画(データヘルス計画)を策定します。

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

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

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

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

2 計画の位置付けと基本的な考え方

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

また、「高齢者の医療を確保に関する法律 第19条」に定める特定健康診査等実施計画※5は保健事業の中核であることから、データヘルス計画と一体的に策定することとし、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)※6」に準じて保健事業を展開します。

データヘルス計画の策定手順は、国保データベース(KDB※7)を活用し、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ます。生活習慣病の発症や重症化予防に取り組み、被保険者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

※5 特定検診・特定保健指導の具体的な実施方法を定めるもの

※6 特定検診・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ために、理解しておくべき基本的な考え方や留意点等を記したもの

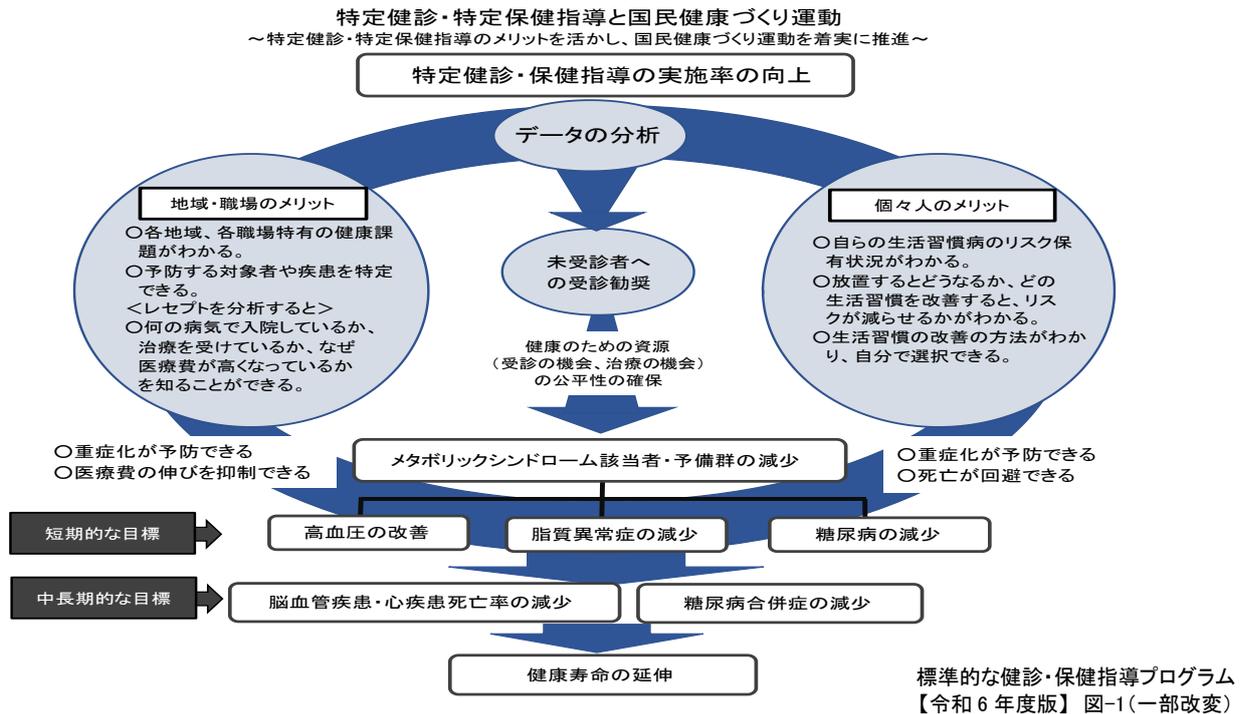
※7 KDB: 国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

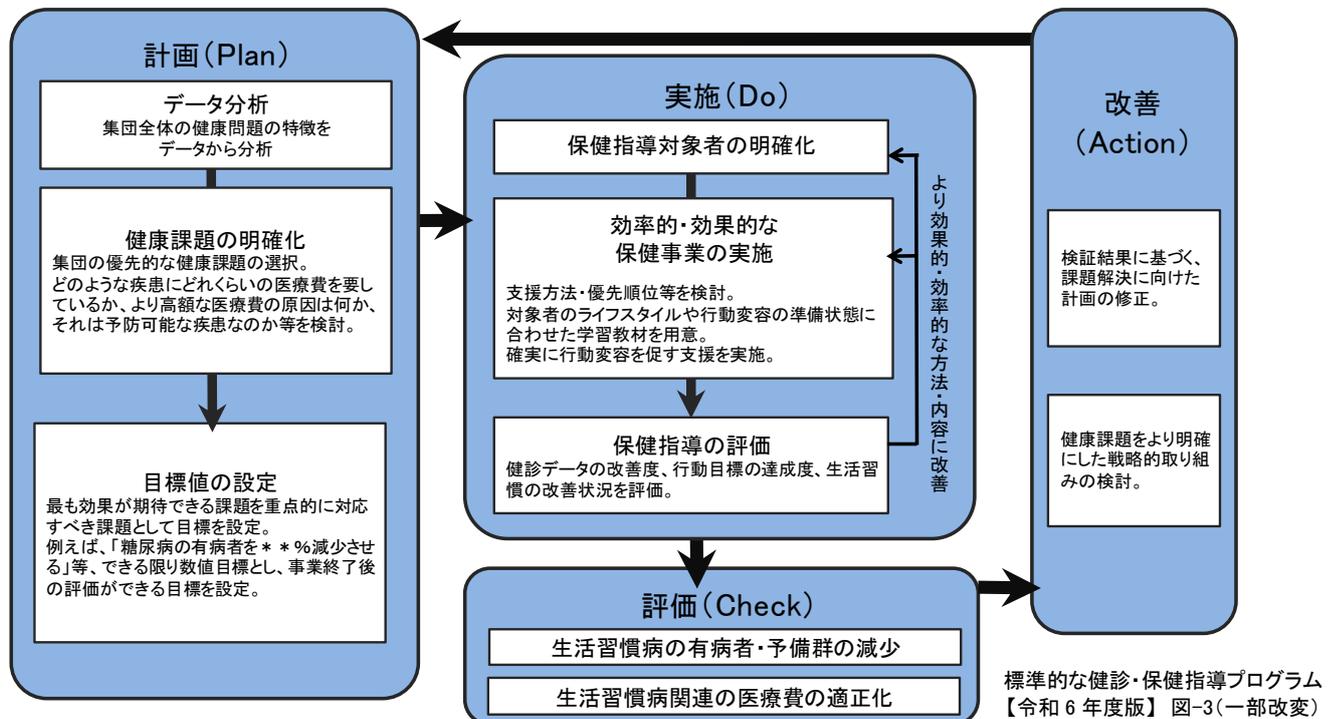
	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

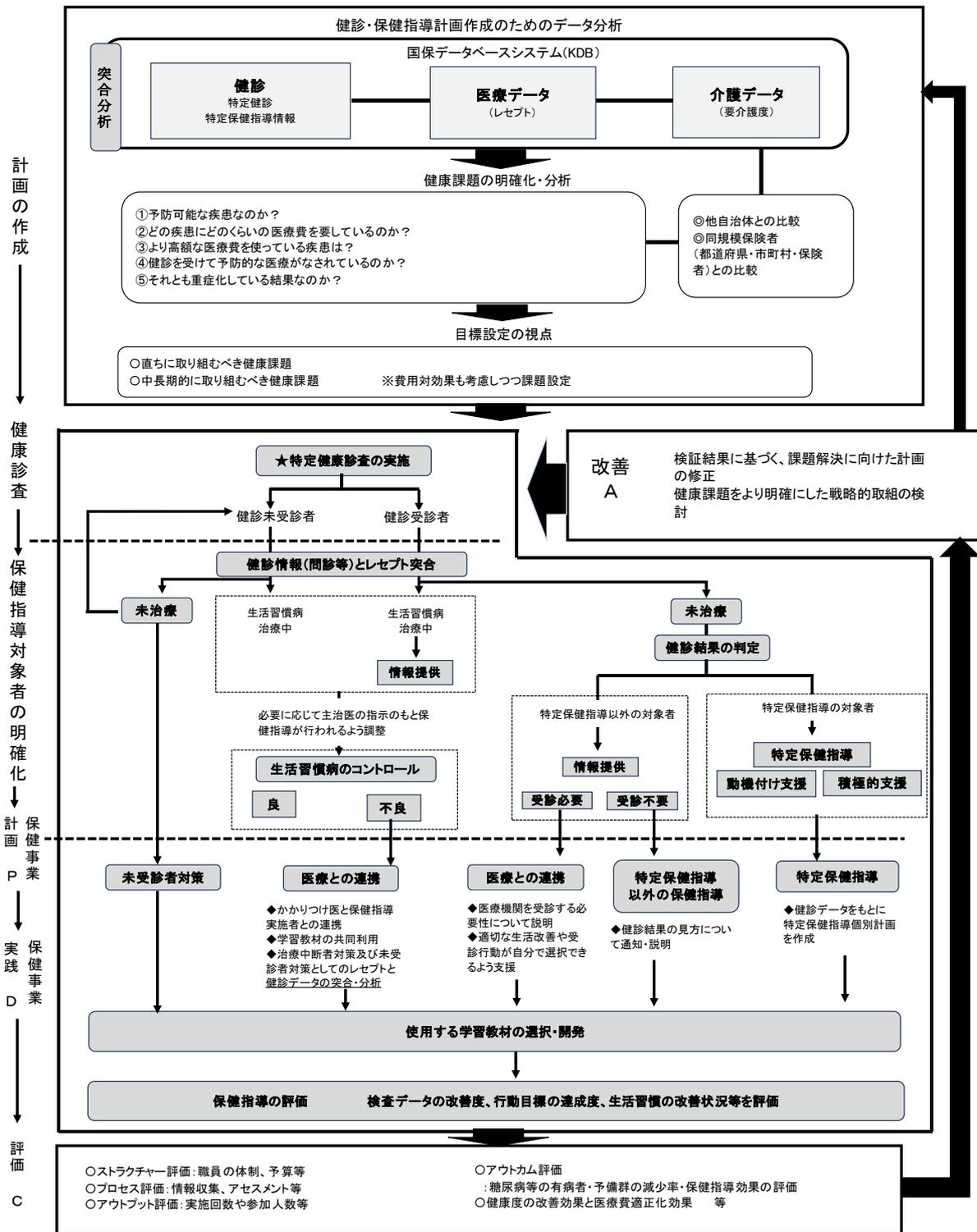


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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)



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

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

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

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

3 計画期間

本計画の期間は、第 4 期人吉市健康増進計画・食育推進計画(令和 6 年度～令和 11 年度)との整合性を踏まえ、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

4 関係者の役割と連携

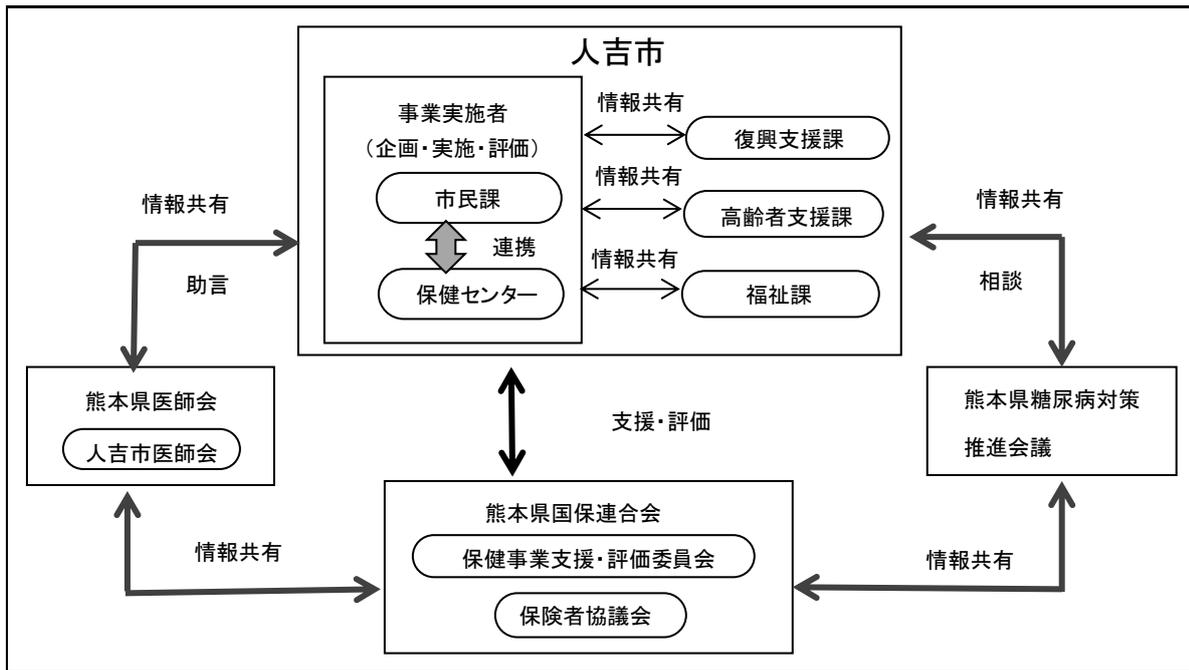
(1) 実施主体関係部局の役割と体制

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、人吉市総合計画、第 4 期人吉市健康増進計画・食育推進計画との整合性のもと、国保部局の市民課と、保健衛生部局の保健センターが一体となって策定します。

計画の策定、推進にあたっては、高齢者医療や介護保険の担当部局の高齢者支援課や福祉担当部局の福祉課と十分な連携を図ります。

計画期間を通じて、PDCA サイクルに沿った運用を行うため、業務のマニュアル化やチームによる分担などの実施体制を整えます。(図表 6・7)

図表 6 人吉市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

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

	市民課			保健センター								
	係長(事)	事	事	係長(保)	保	保	保	管栄	管栄	係長(保)	保	事
国保事務	◎	◎	○									
健康診断 保健指導				○	◎	○	○	○	○	○	○	○
がん検診					○					○	◎	○
新型コロナ ワクチン										○	◎	○
予防接種										○	◎	○
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、計画の策定から評価までの一連のプロセスにおいて、共同保険者である熊本県（以下、「県」）のほか、国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、人吉市国民健康保険運営協議会（以下、「運営協議会」）、人吉市医師会等、外部有識者等との連携、協力が必要となります。

県は、市町村国保の財政責任の運営主体となり、共同保険者となることから、特に市国保の保険者機能の強化については、県の関与がより重要となります。また、人吉市医師会及び球磨郡医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県が県医師会等との連携を推進することが重要であり、国保連と県との連携もまた、ともに市国保の保険者を支援する立場にあることから、両者が積極的に連携に努めることが重要です。

国保連は、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB の活用によってデータ分析や技術支援、保険者等の職員向け研修等を行っており、国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し保険者等への支援を行っていることから、引き続き積極的な支援が期待されます。

さらに、市国保は退職や転職等に伴う被用者の往来が多いことを踏まえ、運営協議会を活用して、他の医療保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の共有等に努めることが重要です。

このようなことから、本計画の推進にあたっては、各事業や各種会議の場を活用し、関係機関との情報共有、連携推進を行います。

(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。

本計画の推進により、被保険者の主体意識向上及び健康づくり推進を支援します。

(4) 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が内容を知り、理解を促進するため、国の指針において公表します。

5 保険者努力支援制度の活用

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 年度から本格的に実施されています。(図表 8)

令和 2 年度からは、保険者努力支援制度において、保険者が取り組む予防・健康づくり事業の取組みを後押しするため、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が助成されています。

本計画においても、当該制度の指標を PDCA サイクルの指標の一つとして、積極的に活用します。

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	
			人吉市	配点	人吉市	配点	人吉市	配点
交付額(万円)			1267		1408		1129	
全国順位(1,741市町村中)			432位		509位		168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	70	70	80	70	80	70
		(3)メタリックシフト・ロム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	40	40	60	40	70	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	100	120	90	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	65	90	40	45	45	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	40	50	40	50	40	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	130	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	25	100	30	100	30	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	15	30	33	40	33	40
	⑤	第三者求償の取組	27	40	29	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	83	95	66	100	78	100
合計点			640	1,000	628	960	691	940

第2章 第2期計画のまとめ及び第3期計画の健康課題

1 保険者の特性

本市の人口は減少傾向にあり、令和4年度の高齢化率は38.0%、サービス業等の第3次産業が73.4%と同規模・県・国の平均よりも高くなっています。

本市の国保加入率は22.2%で、被保険者数は年々減少傾向です。また、被保険者の平均年齢は56.1歳で、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約50%を占めています。

本市の医療状況については、いずれも同規模・県・国の平均と比較して高く、医療資源に恵まれています。(図表9・10・11)

図表9 同規模・県・国と比較した人吉市の特性

	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
人吉市	30,619	38.0	6,796 (22.2)	56.1	6.6	16.8	0.5	7.9	18.7	73.4
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	31.6	22.4	53.6	7.6	12.3	0.4	9.8	21.1	69.1
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

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合								
被保険者数	7,899		7,606		7,487		7,196		6,796	
65～74歳	3,751	47.5	3,673	48.3	3,747	50.0	3,651	50.7	3,453	50.8
40～64歳	2,536	32.1	2,384	31.3	2,296	30.7	2,185	30.4	2,043	30.1
39歳以下	1,612	20.4	1,549	20.4	1,444	19.3	1,360	18.9	1,300	19.1
加入率	23.4		22.5		22.2		21.3		22.2	

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

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	同規模	県								
											割合	割合
病院数	11	1.4	11	1.4	11	1.5	11	1.5	9	1.3	0.4	0.5
診療所数	41	5.2	39	5.1	39	5.2	39	5.4	38	5.6	3.5	3.8
病床数	1,341	169.8	1,341	176.3	1,341	179.1	1,245	173.0	1,171	172.3	67.7	85.4
医師数	129	16.3	129	17.0	139	18.6	139	19.3	142	20.9	9.7	14.1
外来患者数	745.9		757.4		700.4		773.8		777.6		728.3	768.9
入院患者数	27.8		28.3		27.5		26.1		28.1		23.6	26.2

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

2 第2期計画の評価及び考察

第2期計画では、社会保障費(医療費・介護給付費)の抑制及び糖尿病性腎症(人工透析)、脳血管疾患、虚血性心疾患の患者数の減少を中長期的な目標とし、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症の有病者の改善・減少を短期的な目標として設定しました。(図表2参照)

(1) 中長期目標疾患の状況

中長期目標疾患(糖尿病性腎症(人工透析)、脳血管疾患、虚血性心疾患)の状況は次のとおりです。

① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で27人(認定率0.28%)、1号(65歳以上)被保険者で1,896人(認定率16.3%)と同規模・県・国の平均と比較すると低く、平成30年度と比べて認定者、認定率ともに減少傾向となっています。(図表12)

一方、介護給付費は約35.8億であり、平成30年度と比べると減少していますが、一人あたりの給付費は同規模平均と比較すると、やや高い傾向にあり、1件あたりの給付費は、同規模・県・国の平均と比較すると、高い傾向にあります。(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、基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の有病状況も高い割合となっています。(図表14)

図表12 要介護認定者(率)の状況

	人吉市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	11,633人	34.4%	11,649人	38.0%	36.2%	31.6%	28.7%
2号認定者	39人	0.35%	27人	0.28%	0.37%	0.35%	0.38%
新規認定者	6人		6人		--	--	--
1号認定者	2,048人	17.6%	1,896人	16.3%	19.1%	20.2%	19.4%
新規認定者	243人		256人		--	--	--
再掲	65～74歳	152人	3.0%	134人	2.5%	--	--
	新規認定者	39人		32人		--	--
	75歳以上	1,896人	28.6%	1,762人	27.8%	--	--
	新規認定者	204人		224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

	人吉市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	36億4644万円	35億8507万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	313,456	307,758	300,230	310,858	290,668
1件あたり給付費(円)全体	76,276	75,453	70,503	62,823	59,662
居宅サービス	44,584	44,040	43,936	42,088	41,272
施設サービス	312,262	319,725	291,914	303,857	296,364

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(令和4年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		27		134		1,762		1,896				
再)国保・後期		17		106		1,686		1,792				
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	12 70.6%	脳卒中	60 56.6%	脳卒中	902 53.5%	脳卒中	962 53.7%	脳卒中	974 53.8%
	循環器疾患	2	腎不全	2 11.8%	虚血性心疾患	18 17.0%	虚血性心疾患	639 37.9%	虚血性心疾患	657 36.7%	虚血性心疾患	658 36.4%
		3	虚血性心疾患	1 5.9%	腎不全	14 13.2%	腎不全	387 23.0%	腎不全	401 22.4%	腎不全	403 22.3%
		4	糖尿病合併症	3 17.6%	糖尿病合併症	16 15.1%	糖尿病合併症	174 10.3%	糖尿病合併症	190 10.6%	糖尿病合併症	193 10.7%
	血管疾患	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		14 82.4%	基礎疾患	92 86.8%	基礎疾患	1,584 94.0%	基礎疾患	1,676 93.5%	基礎疾患	1,690 93.4%
		血管疾患合計		14 82.4%	合計	97 91.5%	合計	1,620 96.1%	合計	1,717 95.8%	合計	1,731 95.7%
	認知症		認知症	0 0.0%	認知症	41 38.7%	認知症	1,037 61.5%	認知症	1,078 60.2%	認知症	1,078 59.6%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	12 70.6%	筋骨格系	91 85.8%	筋骨格系	1,611 95.6%	筋骨格系	1,702 95.0%	筋骨格系	1,714 94.7%

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況及び推移

被保険者数は減少しているものの、総医療費に大きな変化はありません。一人あたりの医療費は平成30年度と比べて約5万円伸びており、同規模平均と比較すると約4万円高い状況です。また、地域差指数は依然1.0を超えており、特に入院の地域差指数が高くなっています。(図表15・16)

図表15 医療費の推移

	人吉市		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)	7,899人	6,796人	--	--	--	
前期高齢者割合	3,751人 (47.5%)	3,453人 (50.8%)	--	--	--	
総医療費	29億8960万円	29億3699万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	382,591 県内15位 同規模86位	432,165 県内18位 同規模67位	394,521	407,772	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	496,810	536,290	585,610	574,060	617,950
	費用の割合	44.5	43.4	43.3	45.5	39.6
	件数の割合	3.6	3.5	3.1	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	22,630	25,280	24,850	23,430	24,220
	費用の割合	55.5	56.6	56.7	54.5	60.4
	件数の割合	96.4	96.5	96.9	96.7	97.5
受診率	773.716	805.655	751.942	795.102	705.439	

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は人吉市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

図表16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	人吉市 (県内市町村中)		県 (47県中)	人吉市 (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	1.111	1.082	1.139	1.037	1.036	1.130
		(20位)	(33位)	(9位)	(29位)	(30位)	(7位)
	入院	1.213	1.232	1.309	1.109	1.155	1.277
		(26位)	(28位)	(8位)	(33位)	(32位)	(6位)
	外来	1.059	0.994	1.036	0.975	0.915	0.982
		(14位)	(28位)	(12位)	(14位)	(29位)	(22位)

出典：地域差分析(厚労省)

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合は減少しています。また、脳血管疾患・虚血性心疾患の総医療費に占める割合は減少しており、同規模・県・国の平均より低くなっています。一方で、腎疾患の医

療費に占める割合は増加しています。特に慢性腎不全(透析無)の割合が伸びており、同規模・県・国の平均よりも高くなっています。(図表 17)

次に、治療者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を見ると、人工透析の治療者及び割合が増加しており、特に 65 歳～74 歳の伸びが大きくなっています。(図表 18)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

		人吉市		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)		29億8960万円	29億3699万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		2億9794万円	2億1812万円	--	--	--	
		9.97%	7.43%	7.84%	8.69%	8.03%	
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.11%	1.10%	2.10%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.58%	0.91%	1.39%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.95%	4.99%	4.05%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.32%	0.42%	0.30%	0.26%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		12.19%	13.94%	16.91%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		7.61%	7.17%	9.00%	8.56%	8.68%
	精神疾患		12.44%	11.10%	8.74%	9.62%	7.63%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾 患 別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	7,899	6,796	a	474	391	485	416	45	53	
				a/A	6.0%	5.8%	6.1%	6.1%	0.6%	0.8%	
40歳以上	B	6,287	5,496	b	473	389	481	415	43	52	
	B/A	79.6%	80.9%	b/B	7.5%	7.1%	7.7%	7.6%	0.7%	0.9%	
再 掲	40~64歳	C	2,536	2,043	c	111	75	103	82	26	20
		C/A	32.1%	30.1%	c/C	4.4%	3.7%	4.1%	4.0%	1.0%	1.0%
	65~74歳	D	3,751	3,453	d	362	314	378	333	17	32
		D/A	47.5%	50.8%	d/D	9.7%	9.1%	10.1%	9.6%	0.5%	0.9%

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

(2) 短期的目標疾患の状況

短期目標疾患(メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症)の状況は次のとおりです。

① 治療者数と合併症の状況

高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況は、いずれも被保険者に占める治療者の割合が増えています。特に、合併症(重症化)でもある人工透析の割合が増加しており、その中でも、糖尿病性腎症の割合は、40～64歳で平成30年度9.3%から令和4年度24.0%に、65～74歳では平成30年度6.5%から23.0%と大きく伸びています。(図表 19・20・21)

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (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	
高血圧症治療者(人)	A	2,820	2,578	796	627	2,024	1,951	
	A/被保数	44.9%	46.9%	31.4%	30.7%	54.0%	56.5%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	339	258	75	45	264	213
		B/A	12.0%	10.0%	9.4%	7.2%	13.0%	10.9%
	虚血性心疾患	C	298	257	70	50	228	207
		C/A	10.6%	10.0%	8.8%	8.0%	11.3%	10.6%
	人工透析	D	39	47	24	18	15	29
		D/A	1.4%	1.8%	3.0%	2.9%	0.7%	1.5%

出典: KDBシステム_疾病管理一覽(高血圧症)、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)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (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	
糖尿病治療者(人)	A	1,625	1,478	460	371	1,165	1,107	
	A/被保数	25.8%	26.9%	18.1%	18.2%	31.1%	32.1%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	149	127	31	24	118	103
		B/A	9.2%	8.6%	6.7%	6.5%	10.1%	9.3%
	虚血性心疾患	C	208	172	47	38	161	134
		C/A	12.8%	11.6%	10.2%	10.2%	13.8%	12.1%
	人工透析	D	27	35	17	16	10	19
		D/A	1.7%	2.4%	3.7%	4.3%	0.9%	1.7%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	119	344	43	89	76	255
		E/A	7.3%	23.3%	9.3%	24.0%	6.5%	23.0%
	糖尿病性網膜症	F	127	146	46	44	81	102
		F/A	7.8%	9.9%	10.0%	11.9%	7.0%	9.2%
	糖尿病性神経障害	G	67	67	21	17	46	50
		G/A	4.1%	4.5%	4.6%	4.6%	3.9%	4.5%

出典: KDBシステム_疾病管理一覽(糖尿病)、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)

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	2,282	2,166	628	518	1,654	1,648	
	A/被保数	36.3%	39.4%	24.8%	25.4%	44.1%	47.7%	
(中長期併目標疾患)	脳血管疾患	B	210	180	35	31	175	149
		B/A	9.2%	8.3%	5.6%	6.0%	10.6%	9.0%
	虚血性心疾患	C	278	235	62	40	216	195
		C/A	12.2%	10.8%	9.9%	7.7%	13.1%	11.8%
	人工透析	D	14	30	8	11	6	19
		D/A	0.6%	1.4%	1.3%	2.1%	0.4%	1.2%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧(脂質異常症)、地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(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Ⅱ度高血圧・HbA1c7.0%以上者の有所見者の割合が伸びています。また、医療のかかり方においては、未治療のまま放置されている方が高血圧で約 35%、糖尿病で約 11%であり、治療中断者の割合が高くなっています。(図表 22)

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	受診率	受診者 B	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
人吉市	2,550	45.1	2,406	45.9	119	4.7	74	62.2	118	4.9	78	66.1	42	35.6	8	6.8
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0%以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	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
人吉市	2,550	100.0	2,405	100.0	117	4.6	40	34.2	122	5.1	30	24.6	14	11.5	6	4.9
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

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、危険因子を複数保有していると、脳血管疾患や心疾患などの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、メタボリックシンドロームの該当者は、4.2 ポイント伸びており、3項目・2項目の危険因子が重なっている割合も増加しています。

また、重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上の有所見者の割合は増加しており、翌年度の結果では改善率が低下し、変化なしが大きく伸びています。Ⅱ度高血圧以上の有所見者の状況をみると、翌年度の結果で改善率が大きく低下し、悪化者が増加しています。HbA1c6.5以上者、Ⅱ度高血圧以上者、LDL160以上者で、次年度結果を把握できていない健診未受診者の方が、2～3割みられます。(図表 23・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	危険因子		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	2,550 (45.1%)	461 (18.1%)	139 (5.5%)	322 (12.6%)	322 (12.6%)
R04年度	2,370 (47.6%)	529 (22.3%)	180 (7.6%)	349 (14.7%)	311 (13.1%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	243 (9.5%)	69 (28.4%)	77 (31.7%)	30 (12.3%)	67 (27.6%)
R03→R04	270 (11.2%)	70 (25.9%)	106 (39.3%)	32 (11.9%)	62 (23.0%)

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			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	119 (4.7%)	66 (55.5%)	23 (19.3%)	1 (0.8%)	29 (24.4%)
R03→R04	118 (4.9%)	55 (46.6%)	21 (17.8%)	4 (3.4%)	38 (32.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	280 (11.0%)	127 (45.4%)	68 (24.3%)	23 (8.2%)	62 (22.1%)
R03→R04	242 (10.1%)	110 (45.5%)	54 (22.3%)	14 (5.8%)	64 (26.4%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、令和2年度、新型コロナウイルス感染症や7月豪雨災害の影響で受診率が低下しましたが、令和4年度に46.3%と過去最高値となりました。しかし、依然として目標値は達成できていません。(図表27)

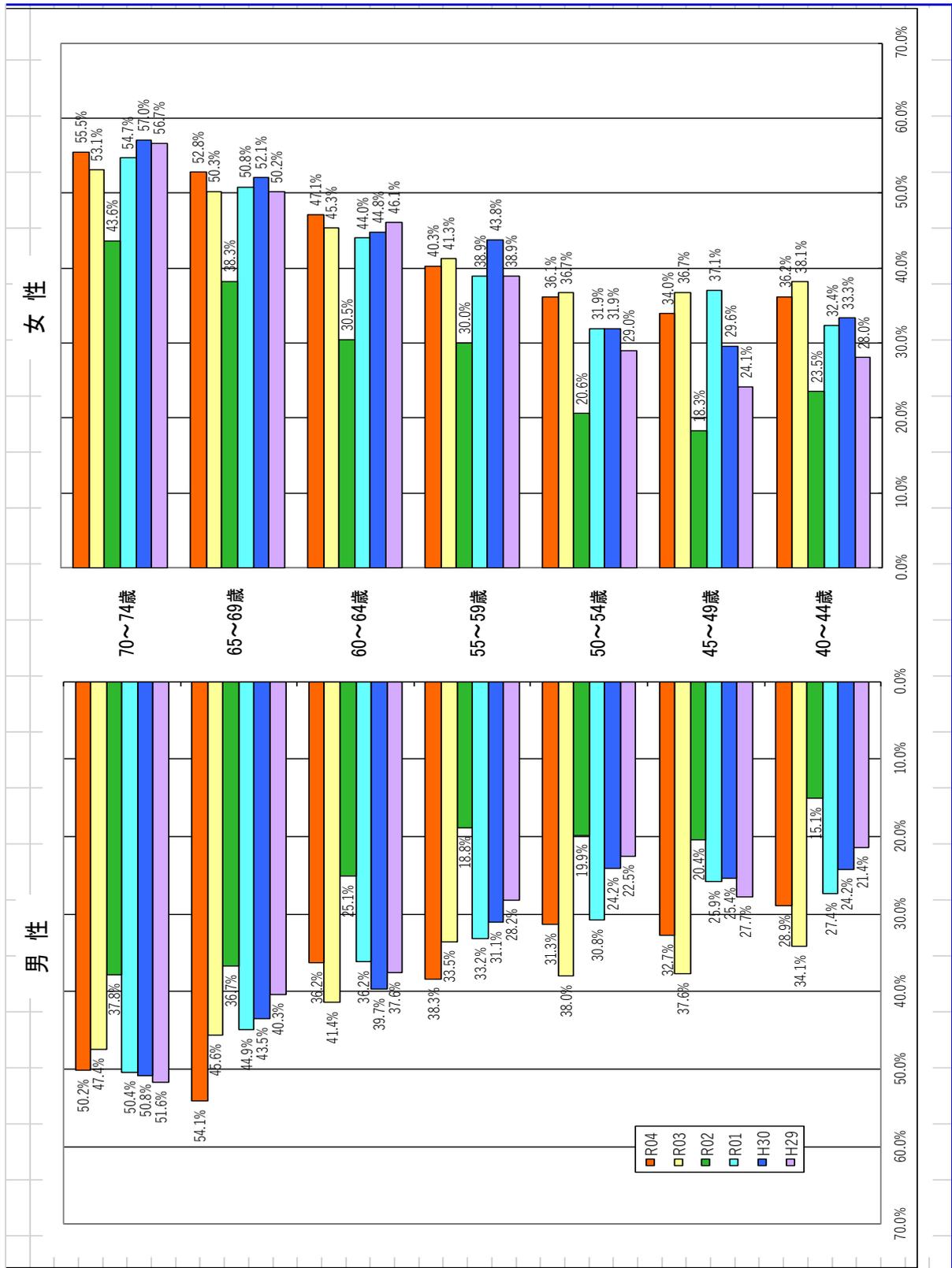
年代別特定健診受診率は、40～50代は低い状況が続いていますが、徐々に増加傾向にあります。特定保健指導実施率は、目標値をほぼ達成しています。(図表28)

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	2,481	2,419	1,766	2,352	2,275	健診受診率 60%
	受診率	43.9%	44.4%	32.9%	44.9%	46.3%	
特定保健 指導	該当者数	246	236	141	272	221	特定保健指 導実施率 60%
	割合	9.9%	9.8%	8.0%	11.6%	9.7%	
	実施者数	171	167	118	191	132	
	実施率	69.5%	70.8%	83.7%	70.2%	59.7%	

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

(3) 第2期計画目標の達成状況

第2期計画における成果目標、中長期目標、短期目標の達成状況は次のとおりです。

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	評価項目	評価指標	実績				データの把握方法 (活用データ)	
			初年度 H30 (H30)	中間評価 R2 (R2)	最終評価 R5 (R4)	目標値		達成状況
成果目標	医療費の伸びの抑制	標準化医療費(地域差指数)	1.10	1.08		1.00	未達成	厚生労働省
中長期目標	入院の伸び率	レセプトに占める入院の割合	3.6%	3.8%	3.5%	3.3%	改善しているが、未達成	KDBシステム
		新規人工透析患者数(国保)	4	4	5	4	概ね達成	
	重症化した結果の疾患の発生状況	新規虚血性心疾患患者数	161	133	77	162	達成し、更に改善	
		新規脳血管疾患患者数	173	150	87	134	達成し、更に改善	
		高額(80万円)以上のレセプト 人工透析患者数	40	33	41	41	達成	
		高額(80万円)以上のレセプト 虚血性心疾患患者数	14	16	5	22	達成し、更に改善	
		高額(80万円)以上のレセプト 脳血管疾患患者数	34	14	7	10	達成し、更に改善	
短期目標	特定健診・特定保健指導の実施率	特定健診受診率	43.9%	32.9%	46.3%	60.0%	改善しているが、未達成	法定報告値
		特定保健指導実施率	69.5%	83.7%	59.7%	60.0%	概ね達成	
		特定保健指導対象者の減少率	19.8%	15.2%	18.4%	25.0%	未達成	
	基礎疾患の重症化予防	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	30.7%	33.4%	35.4%	20.0%	未達成で、悪化している	人吉市保健センター
		健診受診者の高血圧者の割合(160/100以上)	4.7%	6.7%	4.1%	3.0%	改善しているが、未達成	
		健診受診者の脂質異常者の割合(LDL160以上)	11.0%	10.8%	9.3%	7.5%	改善しているが、未達成	
		健診受診者の糖尿病患者の割合(HbA1C6.5%以上)	3.3%	3.6%	4.2%	3.0%	未達成で、悪化している	
		健診受診者の糖尿病患者の割合(HbA1C7.0%以上)	3.0%	3.0%	3.8%	2.50%	未達成で、悪化している	
		糖尿病の未治療者の割合	35.0%	34.4%	35.7%	40.0%	達成し、更に改善	
		糖尿病の保健指導実施率(管理台)	85.4%	60.1%	78.4%	100.0%	未達成	
	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診率	27.2%	13.7%	17.6%	40.0%	未達成	人吉市保健センター
		肺がん検診受診率	38.7%	30.5%	38.6%	50.0%	未達成	
		大腸がん検診受診率	33.2%	27.1%	33.4%	40.0%	未達成	
		子宮頸がん検診受診率	25.0%	19.7%	24.0%	50.0%	未達成	
乳がん検診受診率		29.1%	23.0%	26.7%	50.0%	未達成		
自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合	23.1%	16.2%	22.4%	60.0%	改善しているが未達成	厚生労働省	
後発医薬品の使用による医療費の削減	後発医薬品の使用割合	80.1%	84.7%	86.9%	81.0%	達成		

① 成果目標について

医療費については、年齢調整をした地域差指数が依然 1.0 を超えており、全国平均より医療費が高い状況が続いています。特に、入院の地域差指数が高い状況です。

入院を抑制するためには予防可能な疾病の重症化予防が重要であり、未治療者を確実に医療に繋げていく必要があります。また、データ改善に向け継続した治療ができるよう医療機関と連携を行い、受診後も継続的に支援することが課題です。

② 中長期目標疾患について

中長期目標の疾患である糖尿病性腎症(人工透析)、虚血性心疾患、脳血管疾患の減少を重点に重症化予防に取り組んできましたが、人工透析患者数が増加しており、慢性腎不全における医療費の割合も増加している状況です。その中でも、糖尿病治療中の糖尿病性腎症者の割合が大きく増加しているため、今後透析へと移行しないよう医療機関との連携を図り、第3期でも引き続き、糖尿病性腎症重症化予防対策について重点的に取り組む必要があります。

③ 短期目標疾患について

本市では、短期目標の疾患である高血圧、脂質異常症、糖尿病のうち、糖尿病が増加傾向です。また、メタボリックシンドローム該当者・予備群が年々増加しており、リスク因子を複数保有している者の割合も増加しているため、第3期ではメタボリックシンドローム予防について、より重点的に取り組む必要があります。

また、現代では様々な生活習慣がみられ、食生活も多様化しています。本市では、令和2年7月豪雨の影響から生活環境の変化を受け、食生活や運動習慣が変化した方も多くいます。自らの生活習慣病のリスク保有状況がわかり、生活習慣改善のきっかけや適正な医療に繋げるため、特定健診の受診は重要です。本市の特定健診実施(受診)率は目標値に達成していないため、どの年代においても継続的に健診を受けてもらうよう今後も優先して実施(受診)率の向上に取り組む必要があります。

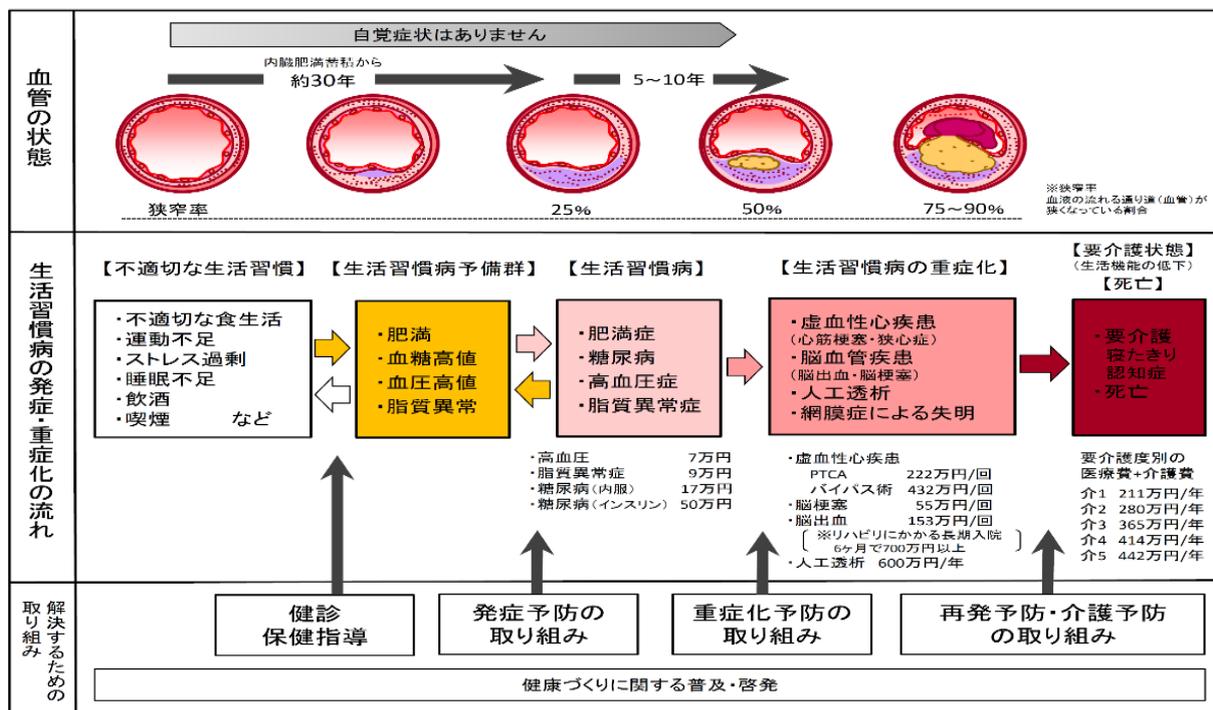
3 第3期計画の健康課題と目標設定

(1) 基本的な考え方

生活習慣病の発症・重症化予防において、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人を減少させること、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人を増加させることが必要となります。

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



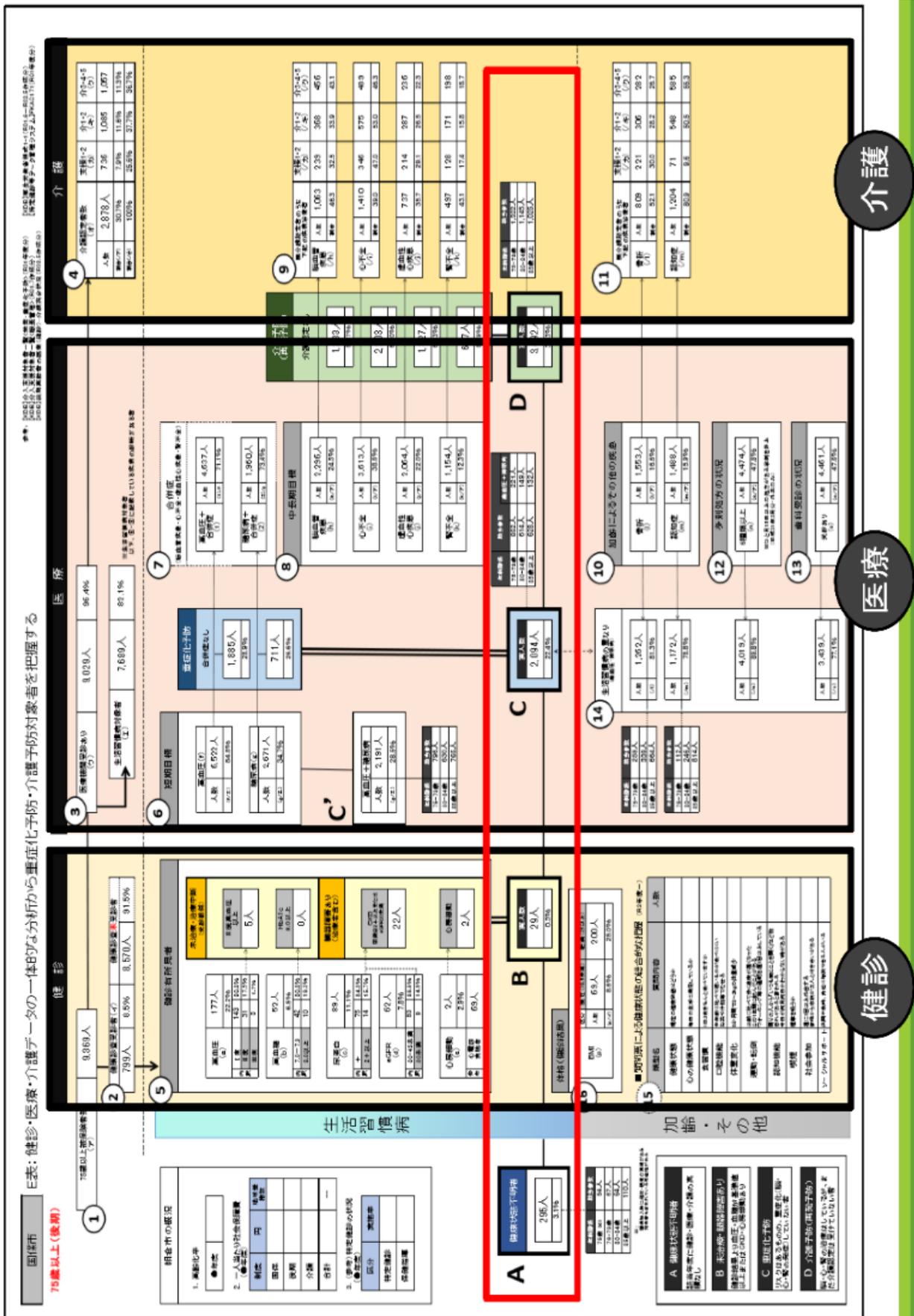
(2) 健康課題の明確化と優先順位

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移行するため、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と考えます。

また、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、図表 31 に基づいた一体的な健康課題の分析や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。

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析(75歳以上(後期))



① 医療費分析

被保険者数は減少しており、総医療費に大きな変化はありませんが、一人あたりの医療費は増加傾向です。また、後期高齢者になると一人あたりの医療費は 90 万円を超え、国保の 2 倍も高い状況です。(図表 32)

国保の腎疾患の医療費に占める割合は、特に慢性腎不全(透析無)の割合が同規模・県・国の平均よりも高くなっています。後期高齢者においても同様の傾向であり、その割合は国保よりも増加しています。(図表 33)

高額レセプト件数の占める割合は、後期になると国保の約 2 倍に増えています。脳血管疾患・虚血性心疾患の高額レセプトの推移をみると、国保で減少傾向にあります。後期の脳血管疾患の費用に占める割合は国保よりも高くなっています。また、脳血管疾患は発症すると介護を要する状態となることが考えられ、長期にわたって医療費と介護給付費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防について力を入れる必要があります。(図表 34～36)

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度
被保険者数		7,899人	7,606人	7,487人	7,196人	6,796人	6,327人
総件数及び 総費用額	件数	75,394件	72,560件	66,120件	70,629件	68,152件	95,569件
	費用額	30億2209万円	29億3961万円	27億8612万円	28億8634万円	29億3699万円	57億5272万円
一人あたり医療費		38.3万円	38.6万円	37.2万円	40.1万円	43.2万円	90.9万円

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞									
国保	人吉市	29億3699万円	34,720	4.99%	0.42%	1.10%	0.91%	6.58%	3.44%	2.18%	5億7668万円	19.6%	13.9%	11.10%	7.17%
	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	---	33,050	5.52%	0.26%	1.89%	1.02%	5.62%	3.12%	1.72%	---	19.2%	14.1%	9.62%	8.56%
	国	---	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	---	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
後期	人吉市	57億5272万円	76,216	3.63%	0.68%	3.79%	0.69%	3.99%	3.48%	1.24%	10億0763万円	17.5%	8.8%	5.08%	12.5%
	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	---	81,455	4.72%	0.47%	3.74%	1.12%	3.70%	2.88%	1.07%	---	17.7%	9.2%	4.70%	13.2%
	国	---	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	---	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度	
高額 レセプト (80万円 以上/件)	人数	A	259人	244人	260人	209人	237人	729人
		B	958件	468件	420件	368件	439件	1,191件
	件数	B/総件数	1.27%	0.64%	0.64%	0.52%	0.64%	1.25%
		C	12億8495万円	5億8133万円	5億6180万円	4億8853万円	5億8757万円	14億2988万円
	費用額	C/総費用	42.5%	19.8%	20.2%	16.9%	20.0%	24.9%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度								
脳血管疾患	人数	D	14人	10人	16人	12人	5人	37人							
		D/A	5.4%	4.1%	6.2%	5.7%	2.1%	5.1%							
	件数	E	47件	16件	21件	15件	13件	50件							
		E/B	4.9%	3.4%	5.0%	4.1%	3.0%	4.2%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%				
		40代	2	4.3%	0	0.0%	2	9.5%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%		
		50代	10	21.3%	1	6.3%	4	19.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	10	20.0%
		60代	19	40.4%	4	25.0%	8	38.1%	5	33.3%	1	7.7%	80代	26	52.0%
		70-74歳	16	34.0%	11	68.8%	7	33.3%	10	66.7%	12	92.3%	90歳以上	14	28.0%
	費用額	F	6269万円	2103万円	2191万円	1738万円	1259万円	5128万円							
		F/C	4.9%	3.6%	3.9%	3.6%	2.1%	3.6%							

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度								
虚血性心疾患	人数	G	34人	27人	14人	12人	7人	11人							
		G/A	13.1%	11.1%	5.4%	5.7%	3.0%	1.5%							
	件数	H	86件	32件	17件	15件	7件	12件							
		H/B	9.0%	6.8%	4.0%	4.1%	1.6%	1.0%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%				
		40代	2	2.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	6.7%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	14	16.3%	5	15.6%	4	23.5%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	5	41.7%
		60代	25	29.1%	11	34.4%	3	17.6%	5	33.3%	1	14.3%	80代	5	41.7%
		70-74歳	45	52.3%	16	50.0%	10	58.8%	9	60.0%	6	85.7%	90歳以上	2	16.7%
	費用額	I	1億3102万円	4389万円	2556万円	1961万円	1751万円	2111万円							
		I/C	10.2%	7.5%	4.5%	4.0%	3.0%	1.5%							

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・介護のデータを平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の被保険者数は、40～64 歳及び 75 歳以上では減少していますが、65～74 歳では増加しています。

とくに、40～64 歳の若い年齢層について、②の健診受診率と⑮の体格をみると、健診受診率の変化がないにもかかわらず、BMI25 以上の割合が 7.5 ポイント伸びています。また、図表 39 の健診有所見の状況をみると、全ての所見で割合が増加しています。図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況をみても糖尿病と高血圧の重なりがある者の割合が増えており、⑦の合併症をみると、特に、糖尿病と合併症を併せ持つ割合が伸びています。図表 41 の⑧をみても腎不全の割合が増えていることから、肥満に伴い腎機能への影響が出ていることが考えられます。若い世代からの更なる受診勧奨及び効果的な保健指導等、予防的介入が課題です。

図表 39 の慢性腎臓病(CKD)の割合をみると全ての年代で増えており、図表 41 の⑧においても腎不全の割合が全ての年代で増えています。図表 40 の⑦からも、糖尿病による腎症の影響が大きいと考えられるため、糖尿病性腎症への介入が必要です。(図表 37～42)

また、肥満者増加に伴い、内臓脂肪の蓄積や血圧・血糖・脂質などの危険因子を複数保有することで脳血管疾患や心疾患などの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ることから、脳血管疾患・虚血性心疾患への介入も必要です。

以上のことより、抽出された健康課題及び優先順位は次のとおりです。

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

課題解決にあたっては、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、若年期からの適正体重の維持に向けた啓発を行う等、40 歳未満の若い世代の健診への意識向上や肥満対策も重要であると考えられます。

図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①						②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数						健診受診率			体格(健診結果)					
								特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-		
H30	28.7	2,293	3,358	6,405	30.2	45.4	27.7	7.9	7.0	7.3	31.2	26.8	26.4			
R04	26.7	2,010	3,507	6,360	30.4	46.6	27.2	7.4	6.9	7.3	38.7	29.6	25.1			

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																																			
年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動											
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-							
	人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%							
H30	26	3.8	(13)	74	4.9	(29)	115	6.5	(32)	28	4.0	(4)	73	4.8	(6)	17	1.0	(2)	2	0.3		20	1.3		76	4.3		5	0.7		27	1.8		11	0.6	
R04	35	5.7	(16)	56	3.4	(14)	89	5.2	(14)	32	5.2	(7)	93	5.7	(4)	18	1.0	(3)	7	1.1		32	2.0		83	4.8		5	0.8		25	1.5		2	0.1	

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
年度	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症					
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	80.8	91.3	97.3	36.8	61.8	81.2	77.5	82.0	88.6	45.9	47.3	40.2	29.8	35.4	35.0	34.6	41.8	66.8	38.0	42.9	66.8
R04	82.7	91.6	96.1	35.8	63.5	79.5	77.1	84.1	88.7	45.6	47.4	40.5	30.9	37.2	35.6	36.5	46.0	65.6	47.9	53.1	67.6

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保者割合)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.7	8.8	24.3	3.6	8.3	18.6	5.7	12.6	31.4	4.4	7.5	14.4	14.3	15.3	43.0	2.4	3.2	29.4	0.0	5.2	36.4	3.9	5.6	41.2
R04	3.2	8.5	21.1	3.3	8.7	16.7	5.9	14.1	31.1	6.8	12.5	17.0	12.3	14.8	44.5	1.5	4.6	30.4	1.7	5.1	36.6	2.9	5.5	34.1

図表 42 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保数割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	
H30	70.0	84.6	79.0	83.6	3.6	14.6	1.8	19.1	12.5	51.3	40.3	75.8
R04	72.1	84.6	75.7	81.2	3.9	15.7	2.0	17.2	8.1	47.6	42.9	74.5

出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 目標の設定

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、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、分析結果や実態から計画を見直し、改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。また、第 3 期の評価指標から、すべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 43)を設定しています。

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が増えており、また、入院の地域差指数が高く、一人あたりの入院費用額も増加しています。特に、本市では糖尿病性腎症者の割合が大きく増加しており、慢性腎不全や人工透析の医療費について課題が見られます。しかし、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、医療費の伸びの抑制を目標とし、地域差指数の減少が望ましいと考えられます。

そのため、新規透析導入者数減少だけでなく、糖尿病性腎症者の割合や慢性腎不全の医療費に占める割合を維持・減少させることや、要介護者の有病状況として多い脳血管疾患の新規患者数の割合、虚血性心疾患の新規患者数の割合を維持・減少させることを目標とします。

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、若い世代からの肥満が課題であることから、若い世代の健診受診率の向上及び特定保健指導の充実により、短期目標疾患の発症予防に努めます(特定健診・特定保健指導の具体的な取組については、第3章に記載)。

また、中長期目標疾患の発症予防のためには、適切な医療機関受診と疾病管理が重要です。未治療者や治療中断者等、重症化するリスクの高い対象者を把握し、医療機関への受診勧奨や必要な保健指導、栄養指導を行います。特に、糖尿病とメタボリックシンドロームについては、薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法や運動療法を併用して治療を行うことが効果的であるため、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標とします。

図表 43 データヘルス計画の目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標値	実績			データの把握方法 (活用データ)				
					R11 数値目標	初期値 (R4)	中間評価 (R7)		最終評価 (R10)			
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	新規 脳梗塞患者数	減少 (割合の維持・減少)	60人	79人		保険者データヘルス支援システム				
			新規 脳出血患者数	減少 (割合の維持・減少)	10人	20人						
			新規 虚血性心疾患患者数	減少 (割合の維持・減少)	65人	88人						
			年間新規透析導入者数	減少・発症させない	3人	5人						
			糖尿病性腎症による透析導入者数	減少・発症させない	1人	3人						
			糖尿病治療中者の糖尿病性腎症者の割合	維持・減少	20%未満	21.7%						
			慢性腎不全（透析あり）の総医療費に占める割合	維持・減少	全国値以下	4.99%						
			慢性腎不全（透析なし）の総医療費に占める割合	維持・減少	全国値以下	0.42%						
			短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	(問診)朝食を抜くことが週3回以上ある40代の割合	減少		25%	36.1%		特定健診等データ管理システム ①保健指導実践ツール
						(問診)朝食を抜くことが週3回以上ある50代の割合	減少		15%	22.1%		
	メタボリックシンドローム該当者の割合	減少				16%	22.3%					
	メタボリックシンドローム予備群の割合	減少				10%	13.1%					
	健診受診者の高血圧者(160/100以上)の割合	減少				3.0%	4.1%					
	40代の健診受診者の糖尿病患者(HbA1c6.5以上)の割合 ※健診受診者で、未治療・治療中含む	減少				3.0%	6.3%					
	50代の健診受診者の糖尿病患者(HbA1c6.5以上)の割合 ※健診受診者で、未治療・治療中含む	減少				6.0%	9.9%					
	★健診受診者のHbA1c8.0以上の者の割合	減少				0.5%未満	1.7%					
	健診受診者の脂質異常者(LDL180以上)の割合	減少				2.5%	3.2%					
	健診受診者の糖尿病の未治療者(治療中断者を含む)の割合	減少				2.0%	3.42%		保険者データヘルス支援システム			
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少		★特定健診実施(受診)率	60.0%	60%	46.3%		特定健診等データ管理システム ※法定報告値			
				★特定保健指導実施率	75%以上	75%以上	59.7%					
				40代の健診実施(受診)率	40.0%	40%	29.6%					
				50代の健診実施(受診)率	40.0%	45%	35.1%					
				★特定保健指導対象者の減少率	25.0%	25.0%	18.1%					
				メタボリックシンドローム該当者の減少率	25.0%	25.0%	20.4%					

第3章 特定健診・特定保健指導の実施

「高齢者の医療の確保に関する法律(以後、「高確法」という。)」第19条に基づく特定健康診査等実施計画は次のとおりです。

1 対象者及び目標値

特定健診健康診査等の対象者は、40歳以上75歳未満の国民健康保険被保険者、目標値については、データヘルス計画の短期目標と共通とし、それぞれの対象者数を図表45のとおり想定します。

図表44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	50%	52%	54%	56%	58%	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
40代の健診受診率	30%	32%	34%	36%	38%	40%以上
50代の健診受診率	36%	38%	40%	42%	44%	45%以上

図表45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	4,525人	4,344人	4,170人	4,003人	3,843人	3,689人
	受診者数	2,263人	2,259人	2,252人	2,242人	2,229人	2,231人
特定保健指導	対象者数	213人	206人	196人	186人	176人	167人
	実施者数	160人	155人	147人	140人	132人	125人

＜参考＞「高齢者の医療の確保に関する法律」

(特定健康診査等実施計画)

第十九条 保険者(国民健康保険法の定めるところにより都道府県が当該都道府県内の市町村とともに行う国民健康保険(以下「国民健康保険」という。))にあつては、市町村。以下この節並びに第二百五条の三第一項及び第四項において同じ。)は、特定健康診査等基本指針に即して、六年ごとに、六年を一期として、特定健康診査等の実施に関する計画(以下「特定健康診査等実施計画」という。)を定めるものとする。

2 特定健康診査等実施計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 特定健康診査等の具体的な実施方法に関する事項
- 二 特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標
- 三 前二号に掲げるもののほか、特定健康診査等の適切かつ有効な実施のために必要な事項

3 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、遅滞なく、これを公表しなければならない。

(平一八法八三・全改、平二七法三一・令三法六六・一部改正)

2 特定健診・特定保健指導の実施

(1) 特定健診の実施

特定健診は、人吉市保健センター等で行う「集団検診」と委託医療機関で行う「個別健診」の 2 つの方法をとります。「個別健診」は市医師会等にて医療機関の取りまとめを行います。委託にあたっては、高確法第 28 条等に定める基準によります。

実施項目は、国が定めた項目に加え、検査項目（HbA1C・結成クレアチニン・尿酸・尿潜血）を追加し、図表 46 のとおり実施します。

実施にあたっては、医療機関との適切な連携を図ることとし、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なえるよう、医療機関へ十分な説明を行います。

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（みなし健診）できるよう、かかりつけ医との協力及び連携を行います。

健診の実施スケジュールは図表 47 のとおりとし、年間を通して、周知広報活動を行います。

図表 46 特定健診検査項目

健診項目		人吉市	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、●…いずれかの項目の実施で可

★…人吉市が追加する項目

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替えることができます。(実施基準第 1 条第 4 項)

図表 47 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		広報掲載 特定健診受診等の印刷・送付(随時可) 健診機関との契約 ↓ 特定健診の開始(集団:4・5月、個別:5月～8月)	↓ (特定保健指導の実施)
5月		健診データ受取 → 保健指導対象者の抽出 ↓ 費用決裁	健診データ抽出(前年度)
6月		受診勧奨 ↓ (特定保健指導の開始)	
7月			
8月			↓ 実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
9月			
10月	契約に関わる		
11月	予算手続き	特定健診の実施(集団モレ検診)	受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
12月			
1月	↓ 申込書 発送		
2月		広報掲載	
3月	↓ 契約準備	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

(2) 特定保健指導の実施

特定保健指導は、次の変更点に留意して行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

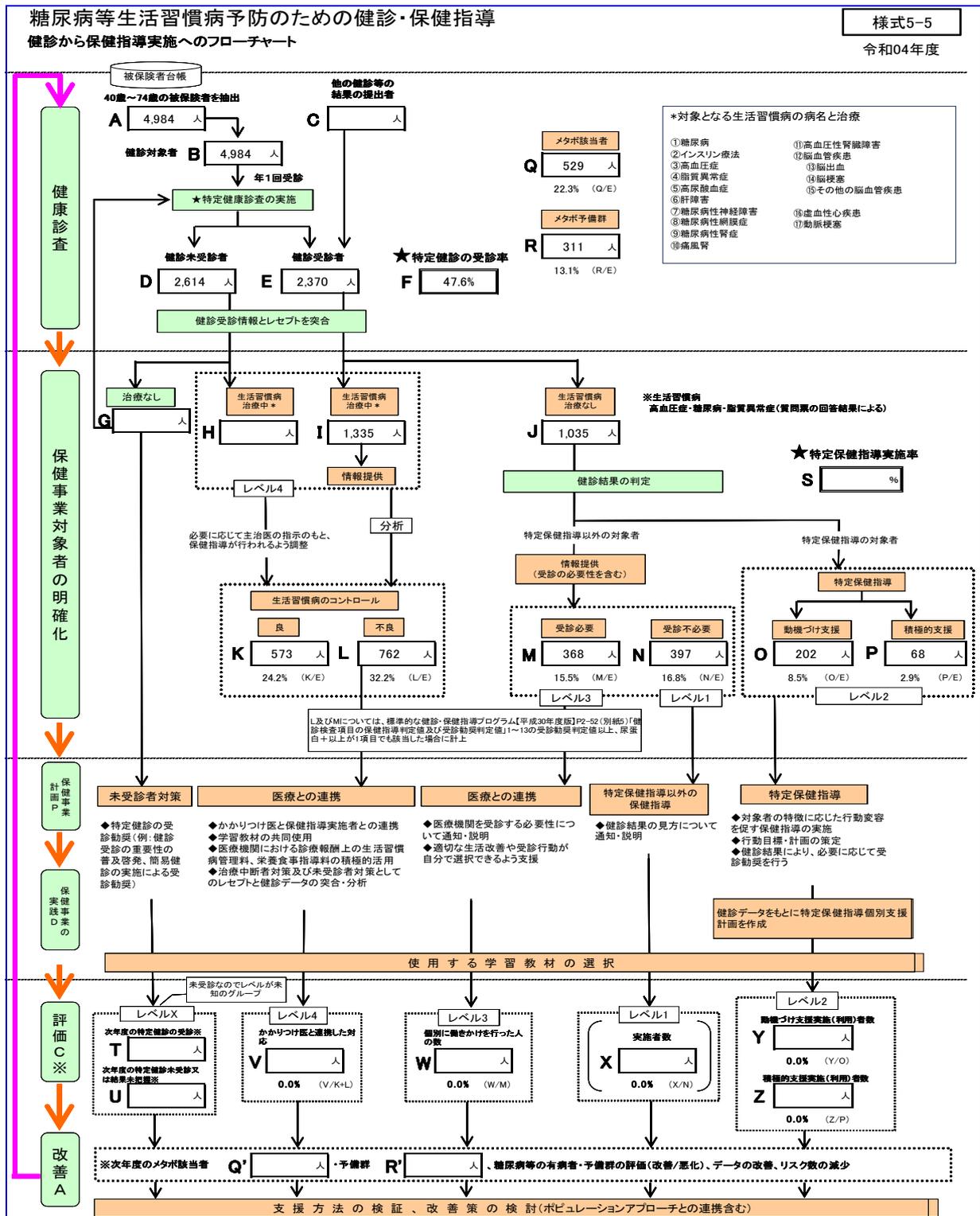
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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。

図表 48 のフローチャートに基づき、特定健診と特定保健指導を一連のものとして位置付けます。データヘルス計画の目標値と連動させ、要保健指導対象者の見込み数と目標実施率を図表 49 のとおりとします。

特定健康診査と特定保健指導を連動させた年間スケジュールは、図表 50 のとおりです。

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



出典:ヘルサポータルツール

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込(受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	270人 (11.4%)	75.0%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	368人 (15.5%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	2,614人 ※受診率目標達成まであと630人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	397人 (16.8%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1,335人 (56.3%)	コントロール不良者については 100%

図表 50 特定健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診受診票の送付 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼 ◎特定健康診査(集団)の実施		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報 ◎市民健診、がん検診開始
5月	◎特定健康診査(個別)の開始	◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	
6月			◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月			
8月			
9月			◎後期高齢者健診開始
10月		◎利用券の登録	◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
11月	◎特定健康診査(集団)の実施 ※モレ健診		
12月			
1月			
2月		◎利用券の登録	
3月			

3 進捗管理及び留意事項

(1) 進捗管理の方法

特定健康診査等実施計画については、データヘルス計画とともに市ホームページに掲載します。

実績については、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 日までにとりまとめて、国に報告します。

(2) 個人情報の保護及び記録の管理

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

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。

第4章 個別保健事業の実施 — 重症化予防の取組

第2章で特定した健康課題を解決するには、特定健診における血糖値、血圧、脂質、腹囲・体重の検査結果を改善し、それぞれの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必要があります。

重症化予防の取組としては、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のため、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行い、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。

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。実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に基づき、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努めます。

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894人(37.7%)で、そのうち治療なしが253人(24.4%)を占めます。さらに、臓器障害があり、直ちに取り組むべき対象者が128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、253人中143人と多いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表51)

図表 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-										令和04年度														
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)														
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器科の診療と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		■各疾患の治療状況													
↓	<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 アータリンク 2015より</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>									<table border="1" style="font-size: x-small;"> <tr><th>治療中</th><th>治療なし</th></tr> <tr><td>高血圧</td><td>1,007 / 1,363</td></tr> <tr><td>脂質異常症</td><td>746 / 1,624</td></tr> <tr><td>糖尿病</td><td>297 / 2,070</td></tr> <tr><td>3疾患 いずれか</td><td>1,335 / 1,035</td></tr> </table> <p style="font-size: x-small;">※問診結果による</p>		治療中	治療なし	高血圧	1,007 / 1,363	脂質異常症	746 / 1,624	糖尿病	297 / 2,070	3疾患 いずれか	1,335 / 1,035
治療中	治療なし																							
高血圧	1,007 / 1,363																							
脂質異常症	746 / 1,624																							
糖尿病	297 / 2,070																							
3疾患 いずれか	1,335 / 1,035																							
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)		重症化予防対象者 (実人数)															
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)																	
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者																	
該当者数	98 / 4.1%	31 / 1.3%	77 / 3.2%	76 / 3.2%	529 / 22.3%	190 / 8.0%	202 / 8.5%		894 / 37.7%															
治療なし	55 / 4.0%	12 / 1.2%	67 / 4.1%	55 / 3.4%	88 / 8.5%	100 / 4.8%	53 / 5.1%		253 / 24.4%															
(再掲) 特定保健指導	22 / 22.4%	8 / 25.8%	18 / 23.4%	20 / 26.3%	88 / 16.6%	31 / 16.3%	25 / 12.4%		143 / 16.0%															
治療中	43 / 4.3%	19 / 1.4%	10 / 1.3%	21 / 2.8%	441 / 33.0%	90 / 30.3%	149 / 11.2%		641 / 48.0%															
臓器障害 あり	24 / 43.6%	12 / 100.0%	26 / 38.8%	22 / 40.0%	40 / 45.5%	51 / 51.0%	53 / 100.0%		128 / 50.6%															
CKD(専門医対象者)	3	2	2	6	11	16	53		53															
心電図所見あり	23	12	25	18	34	45	22		97															
臓器障害 なし	31 / 56.4%	--	41 / 61.2%	33 / 60.0%	48 / 54.5%	49 / 49.0%	--		--															

出典:ヘルサポートラボツール

1 肥満・メタボリックシンドローム対策

(1) 疾患に関する基本的な考え方

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積を共通因子として、代謝性危険因子である血糖高値、脂質異常、血圧高値を呈する病態であり、重複数が多いほど、虚血性心疾患等の心血管疾患や脳梗塞等の脳血管疾患の発症リスクが高くなることが分かっています。

メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して、効率の良い予防対策を確立することです。

また、メタボリックシンドロームを呈する多くの人々はインスリン抵抗性をもち、2型糖尿病の発症リスクも高く、このようにして発症した糖尿病は特に心血管疾患の基盤としての認識が必要です。

【参考:「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」、標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)】

(2) 本市における当該疾患の状況

① 本市の肥満・メタボリックシンドロームの実態

健診受診者のうち肥満者(BMI25以上者)の割合は、図37のとおり、40～64歳の肥満の割合が特に増加しています。また、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合は、年々増加傾向にあり、同規模と比較しても高い状況です。ヤング健診受診者の状況をもみても、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合が増加傾向にあります。(図表52・53)

図表 52 特定健診メタボ該当者及び予備群割合の経年変化

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
人吉市	30.7%	32.0%	33.4%	35.0%	35.4%
同規模	30.2%	30.7%	32.3%	32.3%	32.1%

出典:人吉市調べ

図表 53 ヤング健診(19～39歳)メタボ該当者及び予備群割合の経年変化

H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
16.7%	20.4%	19.7%	28.4%	21.4%

出典:人吉市調べ

図表 54 年代別メタボリック該当者の状況（令和 4 年度）

		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	1,068	88	126	403	451	1,302	70	127	517	588	
メタボ該当者	B	371	26	43	144	158	158	4	11	64	79	
	B/A	34.7%	29.5%	34.1%	35.7%	35.0%	12.1%	5.7%	8.7%	12.4%	13.4%	
再掲	① 3項目全て	C	132	4	12	57	59	48	0	4	19	25
		C/B	35.6%	15.4%	27.9%	39.6%	37.3%	30.4%	0.0%	36.4%	29.7%	31.6%
	② 血糖＋血圧	D	64	0	8	27	29	20	1	3	3	13
		D/B	17.3%	0.0%	18.6%	18.8%	18.4%	12.7%	25.0%	27.3%	4.7%	16.5%
	③ 血圧＋脂質	E	155	21	20	53	61	82	3	4	38	37
		E/B	41.8%	80.8%	46.5%	36.8%	38.6%	51.9%	75.0%	36.4%	59.4%	46.8%
	④ 血糖＋脂質	F	20	1	3	7	9	8	0	0	4	4
		F/B	5.4%	3.8%	7.0%	4.9%	5.7%	5.1%	0.0%	0.0%	6.3%	5.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 55 ヤング健診（19～39 歳）男女別メタボリック該当者及び予備群割合の経年変化

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
男	37.7%	47.1%	39.3%	60.0%	48.8%
女	5.6%	7.1%	8.9%	11.5%	8.3%

出典：人吉市調べ

(3) 対象者

① 選定基準

ア 特定保健指導の対象者

以下に該当し、①～③の疾患未治療の者

腹囲	追加リスク	喫煙	対象者		
	①血糖②脂質③血圧		40-64歳	65-74歳	
≧85cm(男性) ≧90cm(女性)	2つ以上該当	あり	積極的 支援	動機付け 支援	
	1つ以上該当				なし
上記以外でBMI ≧25kg/m ²	3つ該当	あり	積極的 支援	動機付け 支援	
	2つ該当				なし
	1つ該当				なし

イ 特定保健指導の対象者以外

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は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。(図表 56)

また、脳血管疾患及び虚血性心疾患の発症状況をみると、脳血管疾患の 62.9%が、虚血性心疾患の 51.9%がメタボリックシンドローム該当者・予備群となっています。これは、メタボリックシンドロームが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られます。(図表 57)

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るため、治療中でメタボリックシンドローム該当者・予備群の者への介入が必要です。

図表 56 メタボリックシンドローム該当者の治療状況 (令和 4 年度)

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	1,068	371	34.7%	293	79.0%	78	21.0%	1,302	158	12.1%	148	93.7%	10	6.3%		
40代	88	26	29.5%	12	46.2%	14	53.8%	70	4	5.7%	2	50.0%	2	50.0%		
50代	126	43	34.1%	32	74.4%	11	25.6%	127	11	8.7%	10	90.9%	1	9.1%		
60代	403	144	35.7%	116	80.6%	28	19.4%	517	64	12.4%	60	93.8%	4	6.3%		
70~74歳	451	158	35.0%	133	84.2%	25	15.8%	588	79	13.4%	76	96.2%	3	3.8%		

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 57 心・脳血管疾患発症者のメタボリックシンドロームの状況 (令和 4 年度)

R4年度	脳血管疾患21名	虚血性心疾患27名
メタボリックシンドローム 該当者・予備群	62.9%	48.1%
非該当者	37.1%	51.9%

出典:人吉市調べ

② 優先順位

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

図表 58 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

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

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

図表 59 肥満度分類による実態 (令和4年度)

	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	667	1,703	250	507	199	433	38	65	8	9	5	0	
			37.5%	29.8%	29.8%	25.4%	5.7%	3.8%	1.2%	0.5%	0.7%	0.0%	
再掲	男性	314	754	153	263	124	229	24	31	4	3	1	0
				48.7%	34.9%	39.5%	30.4%	7.6%	4.1%	1.3%	0.4%	0.3%	0.0%
再掲	女性	353	949	97	244	75	204	14	34	4	6	4	0
				27.5%	25.7%	21.2%	21.5%	4.0%	3.6%	1.1%	0.6%	1.1%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要があるとされています。そのことは、図表 58 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。そのため、肥満Ⅲ度、Ⅳ度の未治療者においては、専門医療機関への受診勧奨を行います。

保健指導対象者について、メタボリックシンドローム該当者は男性が多くを占め、どの年代においても高い状況です。40 代、50 代においては受診率が低い状況にもかかわらず肥満者の割合が増加している状況であることから、40 代 50 代の男性を最優先の対象とします。また、39 歳以下の男性のメタボリックシンドローム該当者・予備群の割合も高いため、40 歳未満の男性においても保健指導を実施していく必要があります。

女性は 60 代、70 代のメタボリックシンドローム該当者の割合が高い状況であり、女性においても 40 代、50 代の若いうちからメタボリックシンドローム該当者を増やさないよう介入が必要です。(図表 54・55)

③ 対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボリックシンドローム(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。また、台帳をもとに特定健診への受診勧奨や継続フォローを行います。

(4) 対策

① 保健指導

ア 実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の介入方法、実施方法の決定(保健指導計画の作成)
- 5 月 健診結果が届き次第、対象者へ保健指導を実施(通年)※参考資料 10 参照
- 3 月 評価にあげた対象者・項目の数値を把握し、評価を実施
 - 次年度のメタボリックシンドローム管理台帳作成
 - 特定健診の受診勧奨と継続支援を行う(通年)

特定保健指導対象者へは減量のための保健指導(食事指導)を行い、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。

メタボリックシンドローム該当者・予備群で治療中の者へは、医療機関と連携し、心血管疾患を起さ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。

イ 最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用してまいります。(図表 60)

図表 60 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材) ヘルスサポートラボ

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 大型化した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思えますか？
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きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いときよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化は進行します
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 たくさん汗が出るので、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、心・脳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。

本市においても糖尿病をはじめとする生活習慣病の発症とその合併症である心血管疾患等(脳梗塞や心筋梗塞等)の重症化を予防することを目的として、二次健診を実施します。

動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ア 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)
- イ 心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)・・・ヤング健診、特定健診受診者対象
- ウ 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- エ 尿蛋白定量検査(尿で腎臓の状態を見る検査)・・・検診車のみ
- オ 75g 糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

③ 医療との連携

メタボリックシンドローム重症化予防のためには、減量(適正体重の維持)に加え、血圧、血糖、脂質等リスク因子のコントロールが重要となります。未治療者の場合は受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク軽減に向け、医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療機関と連携した保健指導を実施するためには、医療の情報が必要なことから、本人やかかりつけ医に聞き取りを行い、KDB 等を活用するなど、データの収集に努めます。

④ 事業評価

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標について年に1回評価します。その際は、保険者データヘルス支援システムやヤング健診の結果等の情報を活用します。個々の評価については、特定保健指導対象者や他の重症化予防対象者と重複すると考えられるため、他の事業の中で実施していきます。

ストラクチャー評価 :実施体制・事業構成	専門職(保健師・栄養士等)・事務職の配置、体制
プロセス評価 :実施過程	ア. 実施した期間 イ. 手段・方法 ウ. 関係機関との連携状況
アウトプット評価 :事業実施量	保健指導対象者数と保健指導実施人数(率)
アウトカム評価:成果	ア. メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の減少 イ. 前年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群のうち、メタボリックシンドローム該当者及び予備群ではなくなった者の割合 ウ. メタボリックシンドローム該当者のうち3項目(高血圧、高血糖、高脂質)該当者

2 糖尿病性腎症重症化予防

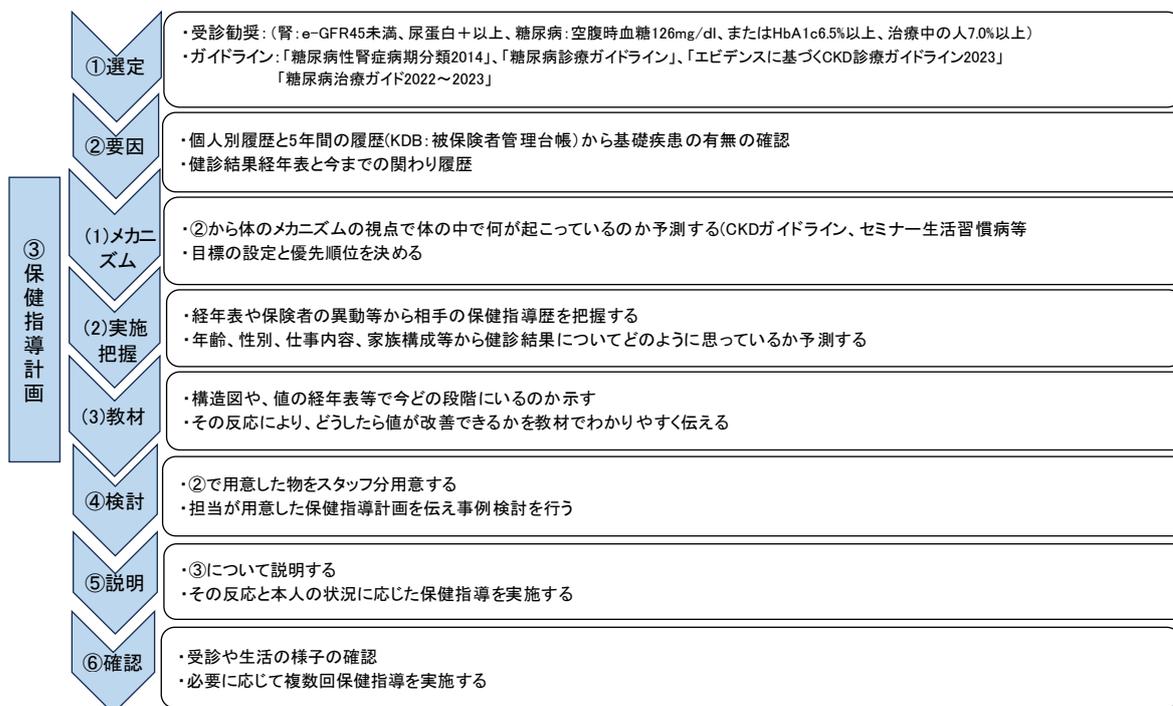
(1) 疾患に対する考え方

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)及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(以下、「熊本県版プログラム」とする)に基づき実施します。

プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者を適切な受診勧奨によって医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、医療機関と連携した保健指導等を行い、人工透析等への移行を防止することが目的です。

なお、取組にあたっては図表 61 に沿って実施します。

図表 61 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) 本市における当該疾患の状況

本市における人工透析の実態は、慢性人工透析患者の割合が増加しており、医療費に占める割合も大きくなっていることが課題です。新規透析者の状況をみると、市町村平均よりも割合が高く、年度で差はあるものの、糖尿病性腎症が半数以上を占めています。そのため、本市においても、熊本県版プログラムに基づき、糖尿病性腎症重症化予防への取組を進めていきます。(図表 62・63)

新規透析患者の特定健診受診状況をみると、8割が健診未受診で、検査値等実態を把握できていません。また、国保に加入し5年以内に透析導入となった方が4割で、国保加入前から重症化していることから、他の医療保険者と健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることや、重症化予防に向け医療機関と連携した介入が必要です。(図表 64)

図表 62 人工透析患者の実態をみる

	H30年度			R2年度			R4年度		
	被保険者	慢性人工透析患者		被保険者	慢性人工透析患者		被保険者	慢性人工透析患者	
		人数	割合		人数	割合		人数	割合
市町村計	451,989	2,455	0.54%	423,336	2,361	0.56%	402,744	2,232	0.55%
人吉市国保	7,899	21	0.27%	7,487	17	0.23%	6,796	24	0.35%

人吉市調べ

図表 63 新規人工透析患者の実態をみる

		H30年度				R2年度				R4年度			
		新規透析患者数	糖尿病性腎症			新規透析患者数	糖尿病性腎症			新規透析患者数	糖尿病性腎症		
			人数	割合	割合		人数	割合	割合		人数	割合	割合
国保	市町村計	189	0.04%	104	55.0%	195	0.05%	97	49.7%	152	0.04%	90	59.2%
	人吉市	4	0.05%	2	50.0%	4	0.05%	3	75.0%	5	0.07%	3	60.0%

人吉市調べ

図表 64 新規透析患者の特定健診受診状況

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
新規透析患者数	4	2	4	5	5
健診受診者数	1	1	0	1	1

※健診受診者は透析導入となった年度から過去5年間に受診歴がある者を記載

人吉市調べ

(3) 対象者

① 選定基準

対象者の選定基準にあたっては、熊本県版プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします(※熊本県版プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け参照)。(図表 65)

ア 健診を受診した者のうち医療機関未受診者

早期に積極的に受診勧奨が必要な者

イ 糖尿病治療中断者

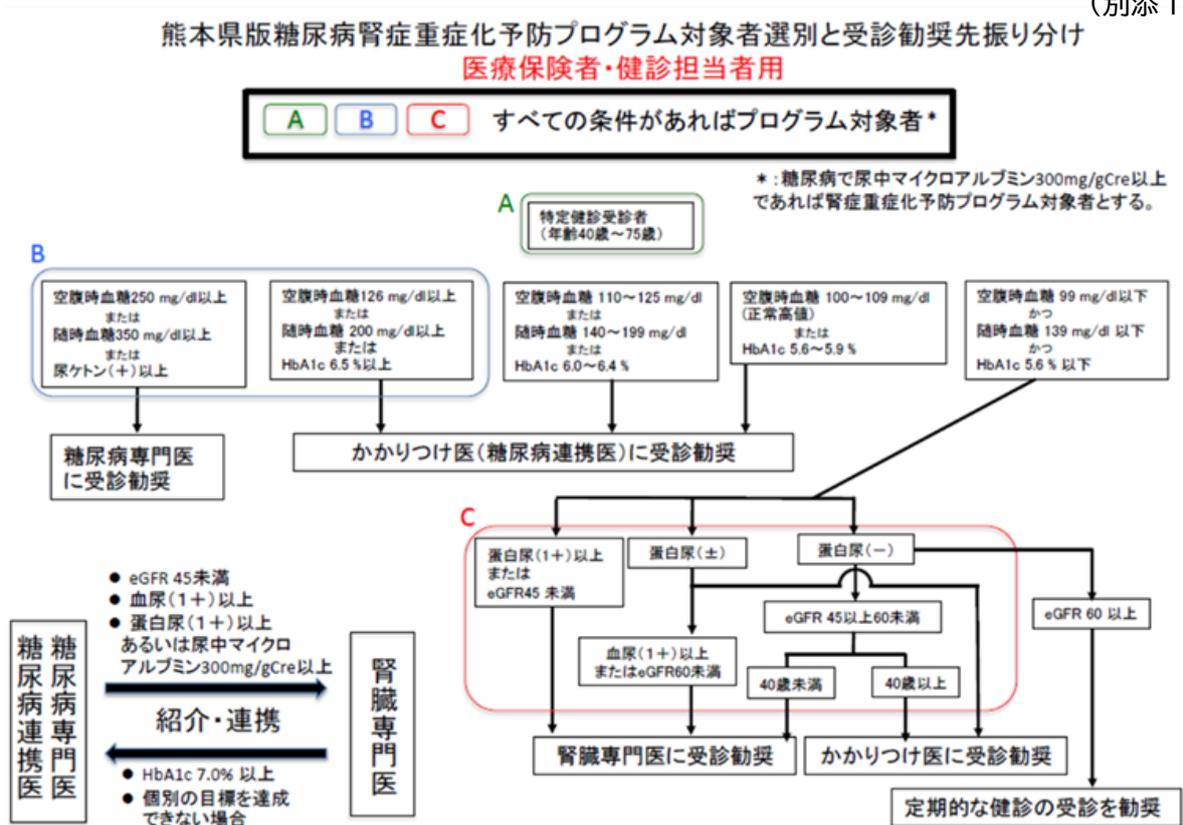
最終の受診日から6か月以上経過している者

ウ 重症化するリスクの高い者

健診データ、本人・医療機関からの情報提供により、糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成できていない者や、尿アルブミン、尿たんぱく、eGFR 等により腎症と診断された者及び腎症が疑われる者

図表 65 熊本県版糖尿病重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け

(別添1)



② 優先順位付け

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。糖尿病性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 66)

図表 66 糖尿病性腎症病期分類

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ているため、腎機能(eGFR)の把握は可能です。また、尿アルブミンについては対象者を絞り二次健診として実施しています。慢性腎臓病(CKD)診療ガイド 2023 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

ア 優先順位 1

健診を受診した者のうち医療機関未受診者(早期に積極的に受診勧奨が必要な者)
(図表 67 F)・・・57人

【受診勧奨】

- ・個別面談(訪問・来所)、電話による受診勧奨を実施します。
- ・必要に応じ、医療機関と連携します。

イ 優先順位 2

糖尿病治療中断者(最終の受診日から6か月以上経過している者)

(図表 67 T 治療中断者)健診受診者・・・24人

(図表 67 R 治療中断者)健診未受診者・・・182人

【保健指導】

- ・介入方法として個別面談(訪問・来所)、電話、手紙等に対応します。
- ・健診受診者については、健診結果を基に保健指導を実施し治療へつなげます。
- ・治療中断を繰り返す対象者等、地域でフォローが必要な対象者については医療機
席と連携し保健指導を実施します。

ウ 優先順位 3

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

(図表 67 K)・・・121 人

前年度までの結果で糖尿病管理台帳に名前がある対象者

(ア) HbA1c8.0%以上

(イ) 未治療者(HbA1c6.5%以上又は FBS126mg/dl 以上)

(ウ) コントロール不良者(HbA1c7.0%以上又は FBS130mg/dl 以上)

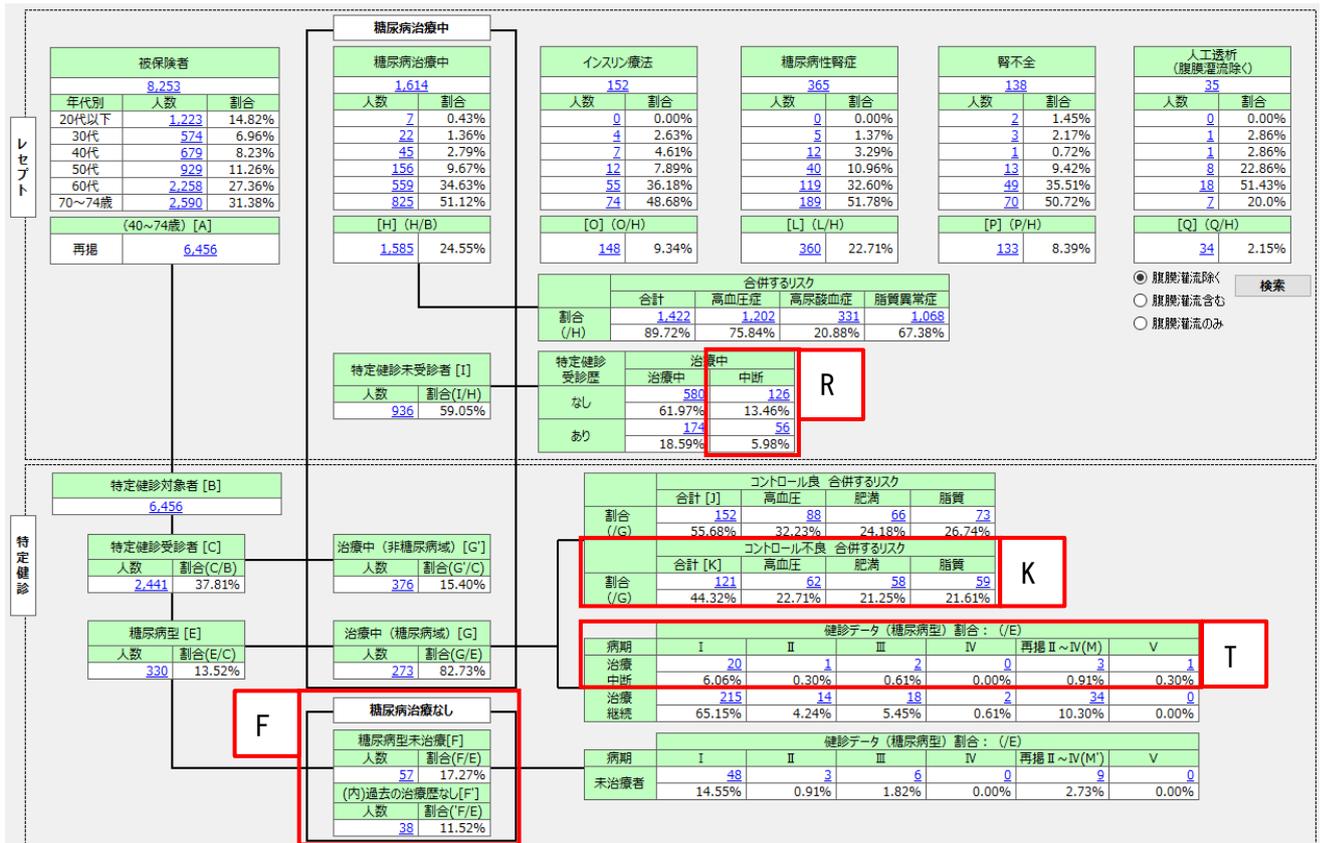
(エ) 腎フォロー者(図表 68 慢性腎臓病(CKD)ガイドライン:かかりつけ医から腎臓
門医・専門医療機関への紹介基準)

(オ) (ア)～(エ)以外で過去 5 年間に HbA1c6.5%以上

【保健指導】治療中断しない(継続受診)ための保健指導を実施

- ・介入方法として個別面談(訪問・来所)、電話等に対応します。
- ・健診受診者については、健診結果を基に、血糖値やその他のリスク因子の数値があ
がっている要因に気づき、数値の改善につながるよう保健指導を実施します。
- ・糖尿病管理台帳の対象者に訪問し、現在の状況を確認し、必要な保健指導を行う
など、継続支援を行います。
- ・必要時、医療機関との情報共有を行い、連携した保健指導を実施します。

図表 67 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4年度)



保険者データヘルス支援システム

図表 68 かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準

かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準 (作成:日本腎臓学会, 監修:日本医師会)

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病性腎臓病	尿アルブミン定量 (mg/日)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	30 未満	30~299	300 以上
高血圧性腎硬化症 腎炎 多発性囊胞腎 その他	尿蛋白定量 (g/日)	正常	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+~)
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	0.15 未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1 正常または高値	≥90	血尿+なら紹介, 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G2 正常または軽度低下	60~89	血尿+なら紹介, 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G3a 軽度~中等度低下	45~59	40歳未満は紹介, 40歳以上は生活指導・診療継続	紹介
	G3b 中等度~高度低下	30~44	紹介	紹介
	G4 高度低下	15~29	紹介	紹介
	G5 高度低下~末期腎不全	<15	紹介	紹介

上記以外に、3か月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と腎臓専門医・専門医療機関で連絡や併診等の受診形態を検討する。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的（原疾患を問わない）

- 1) 血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査
- 2) 進展抑制目的の治療強化（治療抵抗性の蛋白尿（顕性アルブミン尿）、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など）
- 3) 保存期腎不全の管理、腎代替法の導入

原疾患に糖尿病がある場合

- 1) 腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
- 2) それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - ① 糖尿病治療方針の決定に専門的知識（3カ月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など）を要する場合
 - ② 糖尿病合併症（網膜症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など）発症のハイリスク患者（血糖・血圧・脂質・体重等の難治例）である場合
 - ③ 上記糖尿病合併症を発症している場合なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。

(4) 対策

① 保健指導

ア 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（保健指導計画の作成）
対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 5月 健診結果が届き次第、対象者へ保健指導を実施（通年）※参考資料 10 参照
- 7月 糖尿病管理台帳を作成
対象者へ健診の受診勧奨や継続支援を行う（通年）
- 3月 評価にあげた対象者・項目の数値を把握し、評価を実施

イ 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。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、慢性腎臓病（CKD）診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用していきます。

図表 69 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	2-1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2-2 生活は住民の方しかわかりません 何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	2-3 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・・・	2-4 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	2-5 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？	2-6 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？	3 薬物療法
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	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	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
1-12 糖尿病による網膜症	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
1-13 眼(網膜症)	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-15 64歳以下 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」
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-8 ビグアナイド薬とは
1-17 腎臓の機能の結果をみていきます	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるのでしょうか
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	4 参考資料
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	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
1-21 糖尿病治療の進め方	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
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	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	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
1-26 HbA1cが高くなる要因はタイプによって違います	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	

② 二次健診

重症化予防対策と併せて、糖尿病発症予防としてメタボリックシンドローム該当者で血糖値 126mg/dl 未満かつ HbA1c5.6～6.5%未満を対象に、75g 糖負荷試験を実施し結果に基づき介入します。

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、HbA1c6.5%以上で三疾患(高血圧、糖尿病、脂質異常症)未治療者の中で、尿蛋白(-)、(±)、(+)の方には二次検査で尿中微量アルブミン定量検査を実施します。結果に基づき早期介入を行うことで糖尿病性腎症重症化予防を目指します。

③ 医療との連携

ア 医療機関未受診者について

治療が必要であるにもかかわらず治療を中断した者や医療機関未受診者には、本人に受診勧奨を行います。必要に応じて保険者から医療機関へ事前連絡や、重症化予防連絡票を用いて連携を行います。

イ 治療中の者について

治療中の場合は糖尿病連携手帳や重症化予防連絡票等を活用し、かかりつけ医から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。また、熊本県版プログラムに基づき、かかりつけ医、専門医との連携を行います。

④ 事業評価

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。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。保健指導の評価は、糖尿病連携手帳や医療機関との連携で把握した値(体重、HbA1c、eGFR 等)により実施します。

また、中長期的評価においては、図表 70 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行います。全体的な評価は 3 月に前年度と当該年度の値の比較を行います。

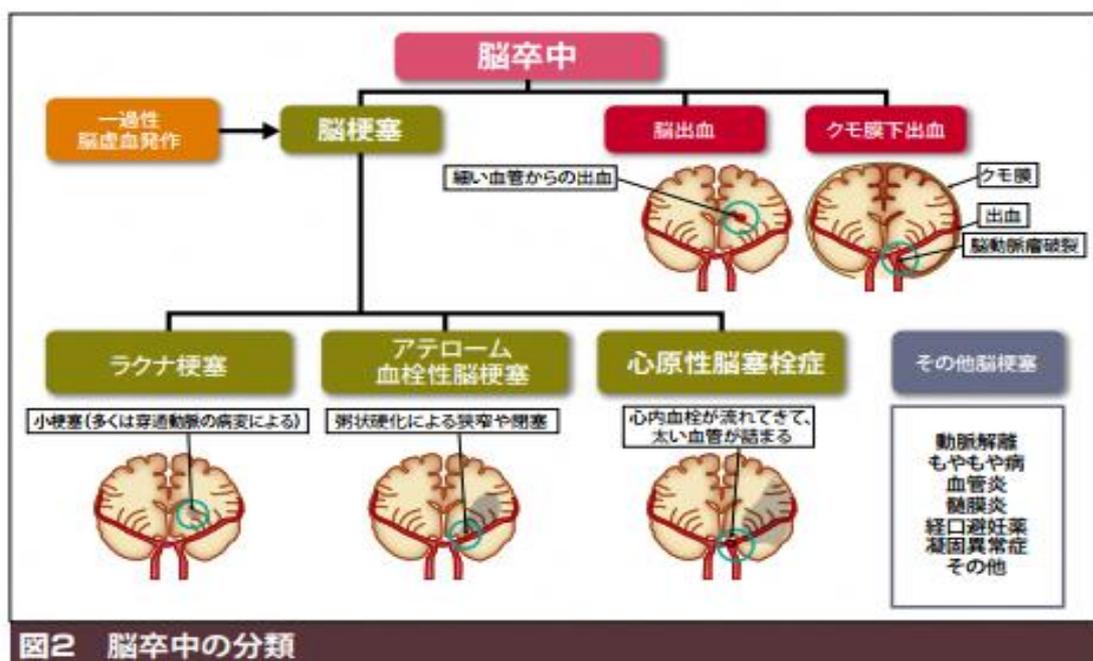
ストラクチャー評価 :実施体制・事業構成	専門職(保健師・栄養士等)・事務職の配置、体制
プロセス評価 :実施過程	ア 実施した期間 イ 手段・方法 ウ 関係機関との連携状況
アウトプット評価 :事業実施量	ア プログラム対象者数と保健指導実施人数(率) イ かかりつけ医等と連携して対応を行った数
アウトカム評価:成果	ア 糖尿病管理台帳や健診結果データから介入前後の検査値の変化(HbA1c、eGFR、尿蛋白、服薬状況等) 【熊本県版プログラムアウトカム評価】 イ 糖尿病性腎症病期分類のステージの維持・改善・悪化の数 ウ 新規人工透析導入患者数(糖尿病性腎症患者数)の推移 エ 人工透析に係る医療費の推移 オ 医療機関未受診者の割合 カ 治療中断者(糖尿病及び糖尿病性腎症)の割合

3 脳血管疾患重症化予防

(1) 疾患に対する考え方

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ていきます。(図表 71・72)

図表 71 脳卒中の分類



図表 72 脳血管疾患とリスク因子

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

(2) 本市における当該疾患の状況

① 新規脳血管疾患の状況

令和4年度新規脳血管疾患の状況は脳出血が5名、脳梗塞が17名となっています。

また、脳血管疾患を発症した者の基礎疾患の治療状況は、高血圧が約8割、脂質異常症が約6割となっています。(図表 73)

図表 73 新規脳血管疾患の状況(令和4年度)

脳血管疾患		基礎疾患治療状況		
脳出血	脳梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常症
5名	17名	76.2%	52.4%	61.9%

※脳出血と脳梗塞の重複者あり

出典:人吉市調べ

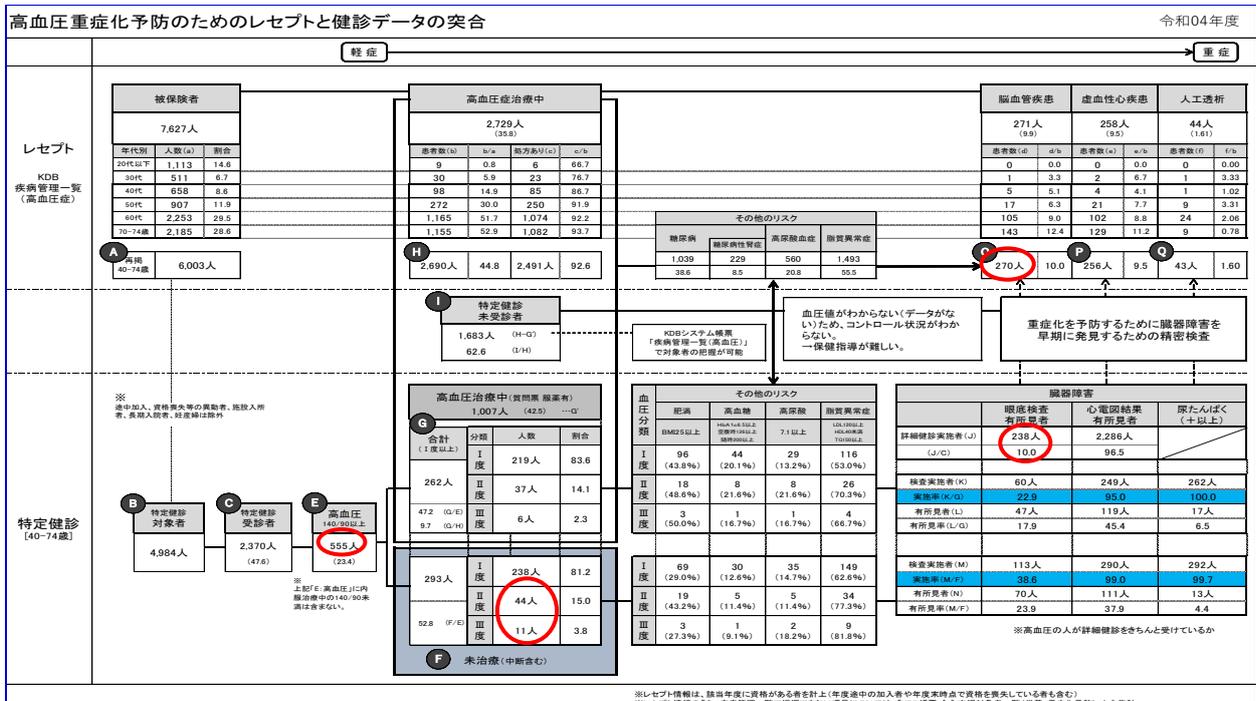
② 高血圧者の実態

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。令和4年度の高血圧治療者2,690人のうち、既に脳血管疾患を起こしている人は270人(10.0%)でした(図表74)。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が98人(4.1%)であり、そのうち55人(56.1%)は未治療者です。高血圧未治療者の中には、肥満や高血糖などのリスクを有する者もあり、特に脂質異常症のリスクを抱える者の割合が高くなっているため、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、治療中かつⅡ度高血圧以上の人が43人(4.3%)であり、医療機関と連携した保健指導が必要です。

臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)については、わずか238人(10.0%)しか実施していない状況です。眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、検査対象者は555人(23.4%)ですが、実際は半数以上に検査がされていません。関係機関と実態を共有し、眼底検査(詳細検査)が必要な方へ働きかけをしていく必要があります。

図表 74 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4年度)



出典:ヘルスサポートラボツール

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」になる可能性が高いといわれています。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 75 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況です。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 75 心房細動有所見状況 (令和4年度)

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	1,068	1,302	1,027	96.2%	1,259	96.7%	28	2.7%	3	0.2%	--	--
40代	88	70	84	95.5%	70	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	126	127	124	98.4%	126	99.2%	3	2.4%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	403	517	387	96.0%	494	95.6%	10	2.6%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70~74歳	451	588	432	95.8%	569	96.8%	15	3.5%	3	0.5%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 76 心房細動有所見者の治療状況 (令和4年度)

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
31	12	38.7%	19	61.3%

人吉市調べ

令和4年度の心電図検査において、31人が心房細動の所見がみられました。有所見率を見ると50歳以上の男性において、日本循環器学会疫学調査と比較して高く、特に50代男性は3倍とかなり高いことが分かります。また、心電図有所見者31人のうち19人は既に治療が開始されていますが、12人はまだ治療につながっておらず、受診勧奨が必要な対象となっています。(図表 75・76)

心房細動は脳梗塞のリスクであることから、継続受診のため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し介入するためにも今後も心電図検査の全数実施を継続していきます。

(3) 対象者

① 選定基準

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子となりますが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳・心・腎疾患などの臓器障害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きます。

図表 77 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（令和4年度）

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化		高血圧				区分		該当者数
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	A	B	C
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上			
638		345 54.1%	238 37.3%	44 6.9%	11 1.7%			
リスク第1層 予後影響因子がない	35	C 14 4.1%	B 17 7.1%	B 2 4.5%	A 2 18.2%	140 21.9%		
	375	C 208 58.8%	B 134 60.3%	A 27 61.4%	A 6 54.5%	276 43.3%		
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	228	B 123 35.7%	A 87 36.6%	A 15 34.1%	A 3 27.3%	222 34.8%		

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 77 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ります。

I度高血圧のリスク第3層に関しては、高リスク群 A の中でも人数が多く、詳細健診の結果によっては受診勧奨が必要なため、介入の検討が必要です。

また、心房細動も脳梗塞のリスクであることから、心房細動の所見がみられた者のうち、未治療者については早急な受診勧奨が必要になります。治療中者においても保健指導や、継続受診のための受診勧奨を実施し、重症化を予防することが必要です。

② 優先順位

優先順位をつけて脳血管疾患重症化予防対象者へ介入を行います。

ア 早期に積極的に受診勧奨が必要な者

- ・ II度高血圧以上の未治療者
- ・ 心房細動有所見者の未治療者

イ 重症化予防のため介入が必要な者

- ・Ⅱ度高血圧以上の治療中者
- ・心房細動有所見者の治療中者
- ・Ⅰ度高血圧のリスク第3層の者

(4) 対策

① 保健指導

ア 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(保健指導計画の作成)

対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月 健診結果が届き次第、対象者へ保健指導を実施(通年)※参考資料10参照

10月 血圧評価表及び血圧管理台帳を作成し健診未受診者へ受診勧奨

イ 受診勧奨及び保健指導

健診受診者については、健診結果を基に訪問、電話、手紙等にて保健指導を行います。対象者に応じた保健指導を行い、対象者がイメージしやすいよう保健指導教材を活用します。訪問対象者で、治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は、受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中でリスクがある場合は、重症化予防連絡票等を活用し、医療機関と連携した保健指導を行います。

ウ 対象者の管理

・ 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。

・ 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、対象者に合わせて受診勧奨を行い、医療機関の継続的な受診ができるよう、台帳を作成し経過を把握します。

② 二次健診

脳血管疾患重症化予防対象者においては、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え介入していく必要があり、対象者へは二次健診の受診を勧めていく必要があります。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、本市においては特定健診の結果をもとに、リスクの高い人へ頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))の検査を実施していきます。

③ 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て、医療機関と連携した保健指導を実施します。医療機関と連携した保健指導を実施するためには、医療の情報が必要なことから、本人やかかりつけ医に聞き取りを行い、KDB 等を活用するなど、データの収集に努めます。

④ 事業評価

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・虚血性心疾患等と合わせて行っていきます。

短期的・中長期的評価

ストラクチャー評価 :実施体制・事業構成	専門職(保健師・栄養士等)・事務職の配置、体制
プロセス評価 :実施過程	ア 実施した期間 イ 手段・方法 ウ 関係機関との連携状況
アウトプット評価 :事業実施量	ア プログラム対象者数と保健指導実施人数(率) イ かかりつけ医等と連携して対応を行った数
アウトカム評価:成果	ア 糖尿病管理台帳や健診結果データから介入前後の検査値の変化 (腹囲・体重、血圧、HbA1c、LDL コレステロール、服薬状況等) イ 脳血管疾患治療者の割合 ウ 脳血管疾患にかかる医療費の推移 エ 医療機関未受診者の割合 オ 治療中断者(高血圧症、糖尿病、脂質異常症)の割合

4 虚血性心疾患重症化予防

(1) 疾患に対する考え方

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

(2) 本市における当該疾患の状況

① 新規虚血性心疾患の状況

令和 4 年度新規虚血性心疾患の状況は狭心症が 22 名、心筋梗塞が 7 名となっています。また、虚血性心疾患を発症した者の基礎疾患治療状況は、脂質異常症が約 9 割、高血圧約 8 割となっています。(図表 78)

図表 78 新規虚血性心疾患の状況(令和 4 年度)

虚血性心疾患		基礎疾患治療状況		
狭心症	心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常症
22名	7名	77.8%	40.7%	88.9%

※狭心症と心筋梗塞の重複者あり

出典：人吉市調べ

② 心電図検査の状況

本市はみなし健診・人間ドック以外の対象者全員に心電図検査を実施しています。

令和 4 年度、心電図検査を 2,286 人(96.5%)に実施し、そのうち有所見者が 921 人(38.9%)でした。所見の中でも ST-T 変化が 77 人(8.3%)で、所見率が一番高いことがわかります。また、有所見者のうち要精査 7 人(0.8%)で、その後の受診状況をみると 2 人(0.2%)は未受診でした。(図表 79・80)

図表 79 心電図検査結果 (令和 4 年度)

性別・年齢	心電図検査				所見内訳																
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
40～74歳					2,286	96.5%	921	38.9%	15	1.6%	77	8.3%	12	1.3%	127	13.7%	31	3.4%	153	16.6%	31
内訳	男性	1,027	96.2%	464	43.4%	10	2.1%	37	7.9%	7	1.5%	65	13.9%	25	5.4%	86	18.5%	28	6.0%	44	9.4%
	女性	1,259	96.7%	457	35.1%	5	1.1%	40	8.7%	5	1.1%	62	13.5%	6	1.3%	67	14.6%	3	0.7%	43	9.4%

人吉市調べ

図表 80 心電図有所見者の医療機関受診状況（令和 4 年度）

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	921		7	0.8%	5	71.4%	2	28.6%
男性	464	43.4%	6	1.3%	5	83.3%	1	16.7%
女性	457	35.1%	1	0.2%	0	0.0%	1	100.0%

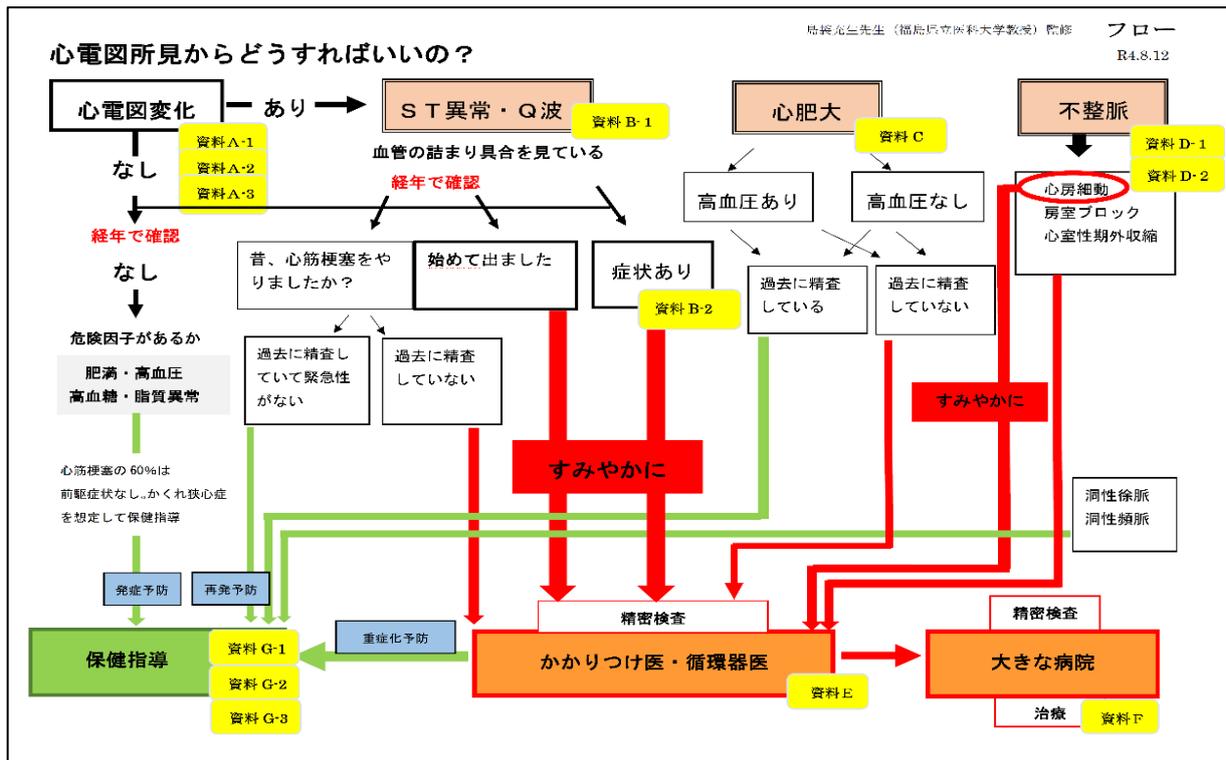
人吉市調べ

(3) 対象者

① 選定基準

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 81 に基づいて考えます。

図表 81 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



ア 心電図検査からの把握

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

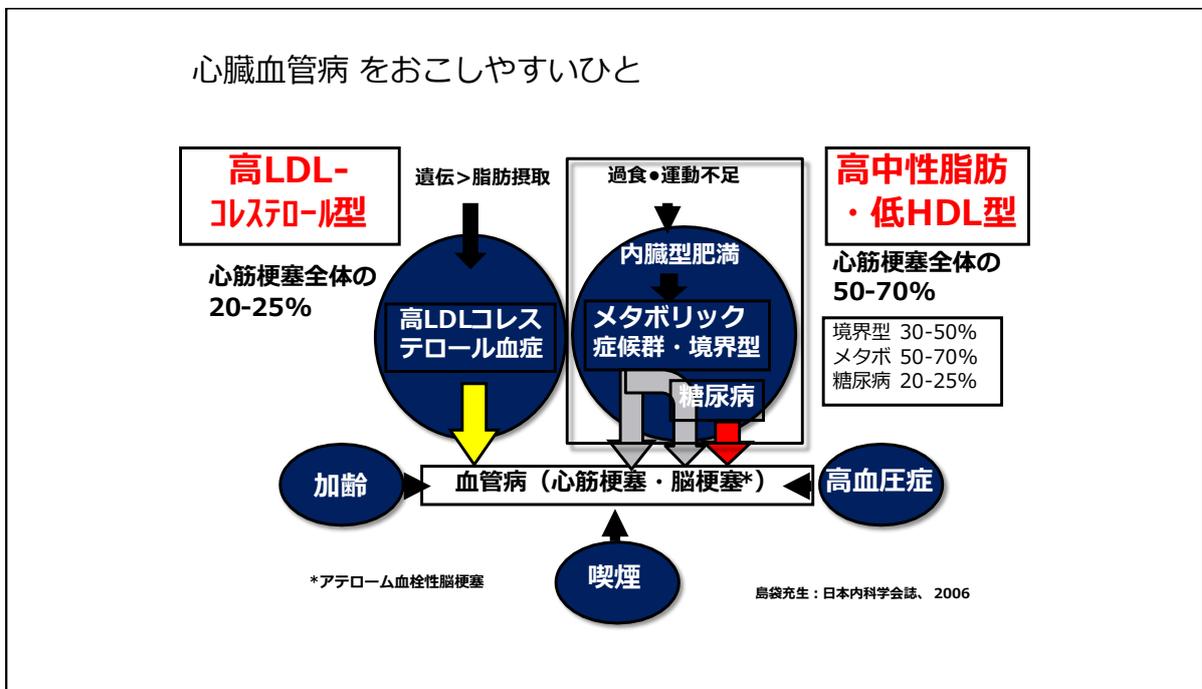
イ 心電図以外からの把握

心電図検査の所見以外でも、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 82)

メタボリックシンドロームタイプについては、第 4 章「1 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 54・58)を、LDL コレステロールタイプについては、図表 83 を参照します。

図表 82 心血管病をおこしやすいひと



図表 83 冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標（令和4年度）

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定											令和04年度			
動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標											(参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版			
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)														
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別						
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳			
				885	429	268	121	67	15	35	89	49		
				48.5%	30.3%	13.7%	7.6%	8.0%	18.6%	47.3%	26.1%			
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	103	59	25	10	9	6	13	0	0			
			11.6%	13.8%	9.3%	8.3%	13.4%	40.0%	37.1%	0.0%	0.0%			
	中リスク	140未満 (170未満)	359	160	116	54	29	5	8	53	17			
			40.6%	37.3%	43.3%	44.6%	43.3%	33.3%	22.9%	59.6%	34.7%			
高リスク	120未満 (150未満)	378	189	112	52	25	4	13	30	30				
		42.7%	44.1%	41.8%	43.0%	37.3%	26.7%	37.1%	33.7%	61.2%				
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	再掲	100未満 (130未満) ※1	21	8	7	4	2	0	2	1	3			
			2.4%	1.9%	2.6%	3.3%	3.0%	0.0%	5.7%	1.1%	6.1%			
		冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	45	21	15	5	4	0	1	6	2			
			5.1%	4.9%	5.6%	4.1%	6.0%	0.0%	2.9%	6.7%	4.1%			

※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。

出典:ヘルスサポートラボツール

② 対象者の管理

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから、虚血性心疾患重症化予防対象者に対して、糖尿病管理台帳で進捗管理を行います。

(4) 対策

① 保健指導の実施

ア 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(保健指導計画の作成)

対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月 健診結果が届き次第、対象者の保健指導を実施(通年)※参考資料 10 参照

7 月 糖尿病管理台帳を作成

対象者へ健診への受診勧奨や継続支援を行う(通年)

3 月 評価にあげた対象者・項目の数値を把握し、評価を実施

イ 受診勧奨及び保健指導

訪問、電話、手紙等で対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し、対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合や、治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中でリスクがある場合は、重症化予防連絡票を活用し、医療機関と連携した保健指導を行います。

図表 84 心電図所見からの保健指導教材

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

② 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者においては、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え介入していく必要があります、対象者へは、二次健診の受診を勧め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います。優れている検査方法として、頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))や尿中アルブミン検査があげられることから、特定健診の結果をもとに対象者へこれらの二次健診を実施していきます。

③ 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ます。また、治療中の者へは血管リスク低減に向けて、医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療機関と連携した保健指導を実施するためには、医療の情報が必要なことから、本人やかかりつけ医に聞き取りを行い、KDB 等を活用するなど、データの収集に努めます。

④ 事業評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中間的評価の視点で考えていきます。データヘルス計画評価等と合せ年 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・脳血管疾患と合わせて行っていきます。

ストラクチャー評価 :実施体制・事業構成	専門職(保健師・栄養士等)・事務職の配置、体制
プロセス評価 :実施過程	ア 実施した期間 イ 手段・方法 ウ 関係機関との連携状況
アウトプット評価 :事業実施量	ア プログラム対象者数と保健指導実施人数(率) イ かかりつけ医等と連携して対応を行った数
アウトカム評価:成果	ア 糖尿病管理台帳や健診結果データから介入前後の検査値の変化 (腹囲・体重、血圧、HbA1c、LDL コレステロール、服薬状況等) イ 虚血性心疾患治療者の割合 ウ 虚血性心疾患にかかる医療費の推移 エ 医療機関未受診者の割合 オ 治療中断者(高血圧症、糖尿病、脂質異常症)の割合

第5章 効果的な保健事業の展開

1 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していく必要があります。

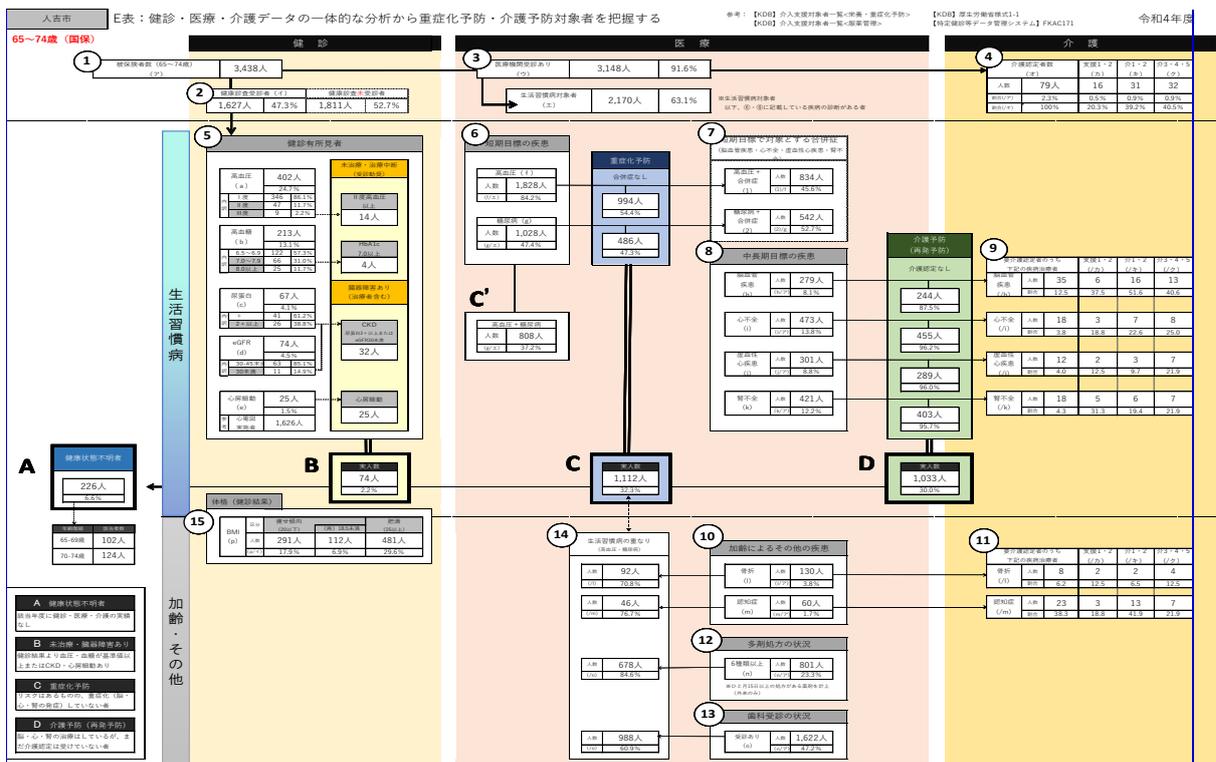
(2) 専門職の配置による事業実施

本市は、令和3年度より熊本県後期高齢者広域連合から事業を受託し、「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。

企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置し、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。

また、地域を担当する医療専門職を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防の啓発、健康相談を実施し、生活支援等の必要が出てきた場合は、人吉市地域包括支援センターと連携していきます。

図表 85 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施(65~74歳(国保))



2 発症予防

年代ごとの健診データ等を基に、ライフサイクルの視点で捉え、生活習慣病対策を講じます。

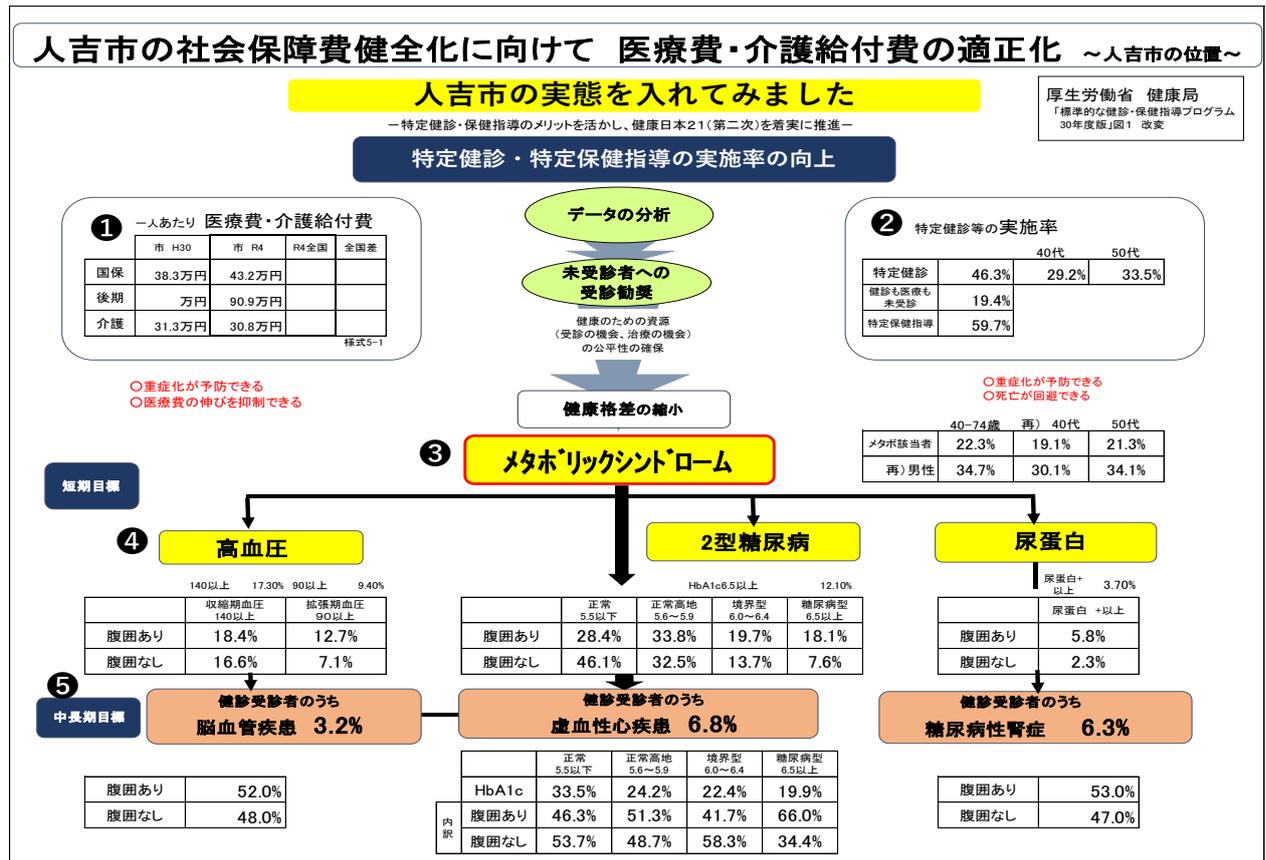
図表 86 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える - 基本的考え方 - (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)																		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>																		
1 根拠法 <small>6条 健康増進事業実施者</small>	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 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>							
2 計画	健康増進計画(県) (市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】																	
	データヘルズ計画(保健事業実施計画) (各保険者)																	
3 年代	妊婦(胎児期)		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	
	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査		就学時健診 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)			定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)	
5 対象者 健診内容	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育 / 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)					
	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)妊婦糖尿病	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																	
	BMI																	
	肥満度				加齢 [*] 18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上							25以上		
	尿糖	(+)以上							(+)以上									
糖尿病家族歴																		

3 ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の重症化により医療費や介護給付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)

図表 87 社会保障費健全化に向けて医療費・介護給付費の適正化



第6章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

計画の中間年度である令和8年度に、進捗確認のための中間評価を行い、必要に応じて見直しを行います。また、計画の最終年度である令和11年度においては、次期計画の策定に向け、最終評価を行います。

2 評価方法

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、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の担当地区について、毎月の国保データベース(KDB)システムによる健診・医療・介護のデータをもとに行います。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。

参考資料

- 参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた人吉市の位置
- 参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料 3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 7 HbA1c の年次比較
- 参考資料 8 血圧の年次比較
- 参考資料 9 LDL-C の年次比較
- 参考資料 10 保健指導を実施するまでのスケジュール

参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた人吉市の位置

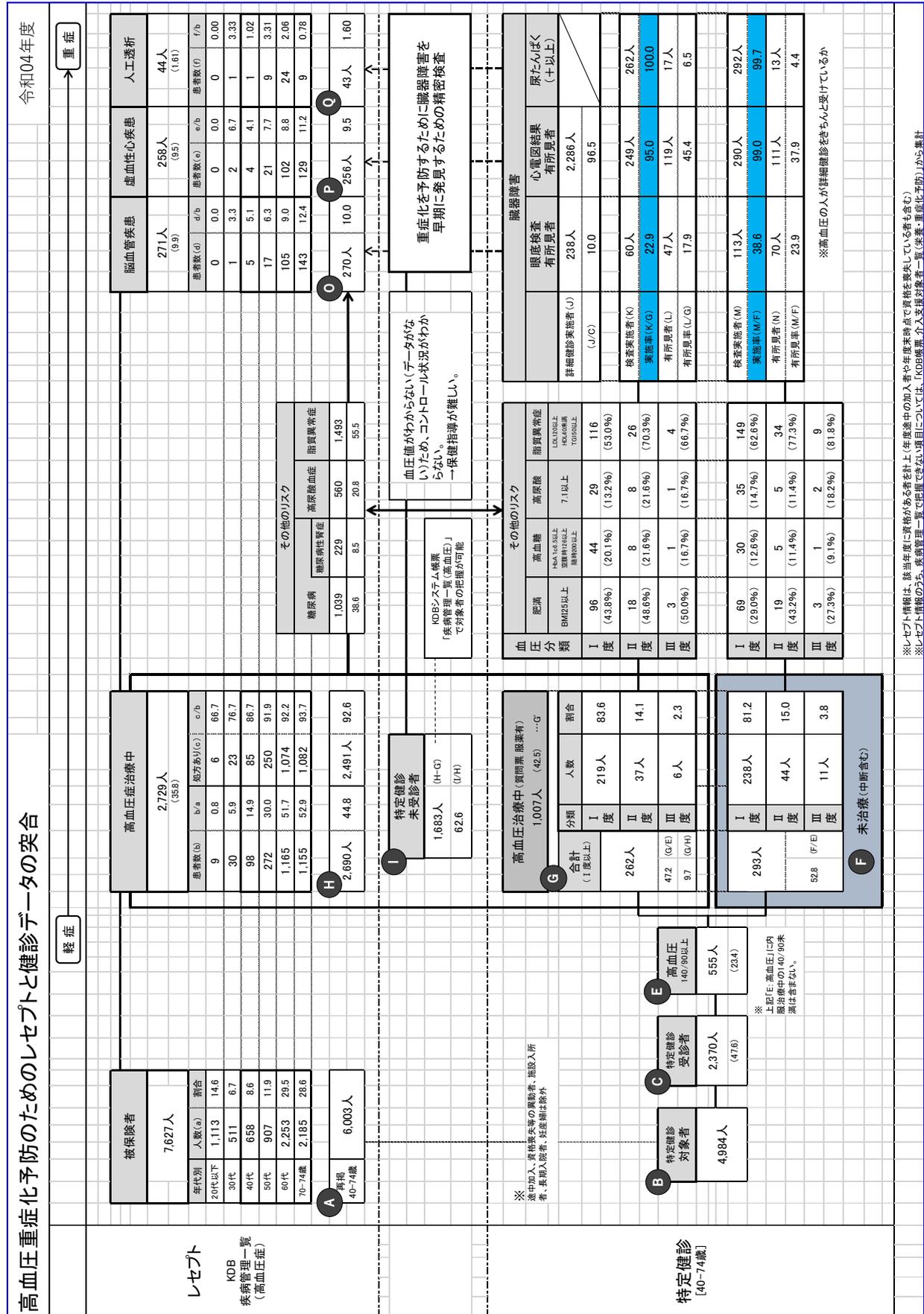
様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた人吉市の位置										R04年度			
項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 人口構成	総人口		30,619		9,014,657		1,713,102		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)		11,649 38.0		3,263,279 36.2		540,538 31.6		35,335,805 28.7			
		75歳以上		6,330 20.7		-- --		282,460 16.5		18,248,742 14.8			
		65~74歳		5,319 17.4		-- --		258,078 15.1		17,087,063 13.9			
		40~64歳		9,655 31.5		-- --		543,167 31.7		41,545,893 33.7			
	39歳以下		9,315 30.4		-- --		629,397 36.7		46,332,563 37.6				
	② 産業構成	第1次産業		7.9		10.7		9.8		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第2次産業		18.7		27.3		21.1		25.0			
		第3次産業		73.4		62.0		69.1		71.0			
	③ 平均寿命	男性		80.4		80.4		81.2		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.8		86.9		87.5		87.0					
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		79.7		79.7		80.4		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性		85.0		84.3		85.0		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		93.1		103.4		94.9		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				男性		103.4		94.9		100			
				女性		93.5		101.4		94.5			
		死因	がん		120 46.9		34,996 47.8		5,349 48.2		378,272 50.6		
			心臓病		69 27.0		21,437 29.3		3,242 29.2		205,485 27.5		
			脳疾患		42 16.4		10,886 14.9		1,547 13.9		102,900 13.8		
			糖尿病		7 2.7		1,391 1.9		202 1.8		13,896 1.9		
	腎不全		14 5.5		2,819 3.9		476 4.3		26,946 3.6				
	自殺		4 1.6		1,654 2.3		282 2.5		20,171 2.7				
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計										厚労省HP 人口動態調査	
男性													
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		1,896 16.5		619,810 19.1		108,069 20.2		6,724,030 19.4		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者		38 0.2		10,081 0.3		1,261 0.3		110,289 0.3			
		介護度別 総件数	要支援1.2		5,742 12.1		1,984,426 14.3		380,309 14.2		21,785,044 12.9		
			要介護1.2		24,284 51.1		6,527,659 47.0		1,309,567 49.0		78,107,378 46.3		
	要介護3以上		17,488 36.8		5,384,278 38.7		984,793 36.8		68,963,503 40.8				
	2号認定者		27 0.28		10,759 0.37		1,879 0.35		156,107 0.38				
	② 有病状況	糖尿病		415 21.7		154,694 23.8		25,945 23.1		1,712,613 24.3		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症		1,108 57.5		352,398 54.8		65,761 58.7		3,744,672 53.3			
		脂質異常症		596 30.6		203,112 31.2		37,156 32.8		2,308,216 32.6			
		心臓病		1,206 62.4		397,324 61.9		73,556 65.7		4,224,628 60.3			
脳疾患		473 25.1		151,330 23.9		25,387 22.8		1,568,292 22.6					
がん		204 10.6		74,764 11.4		13,445 12.0		837,410 11.8					
筋・骨格		1,110 56.5		350,465 54.5		66,287 59.2		3,748,372 53.4					
精神		841 42.3		246,296 38.6		45,259 40.5		2,569,149 36.8					
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		307,758 3,585,070,531		300,230 979,734,915,124		310,858 168,030,405,720		290,668 100,742,422,989		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	1件当たり給付費(全体)		75,453		70,503		62,823		59,662				
	居宅サービス		44,040		43,936		42,088		41,272				
	施設サービス		319,725		291,914		303,857		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		認定あり 10,293		9,043		9,463		8,610		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	認定なし		4,504		4,284		4,221		4,020				
4	① 国保の状況	被保険者数		6,796		2,020,054		383,407		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65~74歳		3,453 50.8				174,230 45.4		11,129,271 40.5			
		40~64歳		2,043 30.1				118,490 30.9		9,088,015 33.1			
		39歳以下		1,300 19.1				90,687 23.7		7,271,596 26.5			
	加入率		22.2		22.4		22.4		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		9 1.3		873 0.4		208 0.5		8,237 0.3			
		診療所数		38 5.6		7,141 3.5		1,473 3.8		102,599 3.7			
		病床数		1,171 172.3		136,833 67.7		32,745 85.4		1,507,471 54.8			
		医師数		142 20.9		19,511 9.7		5,415 14.1		339,611 12.4			
		外来患者数		777.6		728.3		768.9		687.8			
入院患者数		28.1		23.6		26.2		17.7					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		432,165		394,521		407,772		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		805.655		751.942		795.102		705.439				
	外来	費用の割合		56.6		56.7		54.5		60.4			
		件数の割合		96.5		96.9		96.7		97.5			
	入院	費用の割合		43.4		43.3		45.5		39.6			
		件数の割合		3.5		3.1		3.3		2.5			
1件あたり在院日数		18.7日		17.1日		18.1日		15.7日					

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	409,296,360	26.7	31.3	27.3	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健 康課題				
				慢性腎不全(透析あり)	146,680,190	9.6	7.5	10.7	8.2					
				糖尿病	193,376,570	12.6	10.8	10.9	10.4					
				高血圧症	101,095,060	6.6	6.3	6.0	5.9					
				脂質異常症	64,083,530	4.2	3.8	3.3	4.1					
				脳梗塞・脳出血	32,273,240	2.1	3.9	3.6	3.9					
				狭心症・心筋梗塞	26,709,790	1.7	2.6	2.0	2.8					
				精神	326,136,660	21.3	16.2	18.6	14.7					
	筋・骨格	210,444,370	13.8	16.7	16.6	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	317	0.2	380	0.2	435	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)			
				糖尿病	3,025	1.6	1,531	0.9	2,168	1.2		1,144	0.9	
				脂質異常症	39	0.0	89	0.1	117	0.1		53	0.0	
		脳梗塞・脳出血	3,629	1.9	7,151	4.2	7,036	3.8	5,993	4.5				
		虚血性心疾患	2,810	1.5	4,385	2.6	3,398	1.8	3,942	2.9				
腎不全		6,555	3.5	4,815	2.8	5,404	2.9	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	14,558	5.9	13,011	5.8	12,283	5.5	10,143	4.9				
		糖尿病	25,991	10.6	22,014	9.8	21,299	9.6	17,720	8.6				
		脂質異常症	9,390	3.8	7,959	3.6	6,890	3.1	7,092	3.5				
脳梗塞・脳出血	1,088	0.4	1,056	0.5	625	0.3	825	0.4						
虚血性心疾患	1,864	0.8	1,975	0.9	1,621	0.7	1,722	0.8						
腎不全	25,858	10.6	18,492	8.3	23,648	10.6	15,781	7.7						
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,928		2,592		2,450		2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健 康課題			
		健診未受診者	12,070		13,920		13,484		13,295					
	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	10,036		7,237		6,758		6,142					
	健診未受診者	30,838		38,862		37,197		40,210						
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,251	54.9	345,730	57.5	57,075	56.9	3,835,832	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	1,117	49.0	313,063	52.0	51,573	51.4	3,501,508	52.0				
		医療機関非受診率	134	5.9	32,667	5.4	5,502	5.5	334,324	5.0				
5	特定健診の 状況	①	健診受診者	2,279		601,639		100,345		6,735,405	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	46.1	県内28位 同規模69位	40.4	37.3	全国25位	36.7				
		②	特定保健指導終了者(実施率)	0	0.0	15566	22.8	3,840	32.0	91,478		11.5		
		③	非肥満高血糖	169	7.4	64,197	10.7	8,908	8.9	608,503		9.0		
		⑤	メタボ	該当者	518	22.7	127,981	21.3	20,824	20.8		1,366,220	20.3	
				男性	362	35.0	88,474	32.7	14,539	32.4		953,975	32.0	
				女性	156	12.5	39,507	11.9	6,285	11.3		412,245	11.0	
				予備群	296	13.0	65,260	10.8	12,091	12.0		756,692	11.2	
		⑥	メタボ	男性	191	18.5	45,668	16.9	8,297	18.5		533,553	17.9	
				女性	105	8.4	19,592	5.9	3,794	6.8		223,139	5.9	
		⑦	総数	912	40.0	211,082	35.1	36,480	36.4	2,352,941		34.9		
		⑧	メタボ 該当・予 備群レ ベル	腹囲	男性	611	59.0	146,298	54.0	25,195		56.1	1,646,925	55.3
					女性	301	24.2	64,784	19.6	11,285		20.4	706,016	18.8
				BMI	総数	107	4.7	31,765	5.3	4,276		4.3	316,378	4.7
					男性	15	1.4	4,968	1.8	631		1.4	50,602	1.7
				女性	92	7.4	26,797	8.1	3,645	6.6		265,776	7.1	
				血糖のみ	19	0.8	4,020	0.7	725	0.7		43,022	0.6	
				血圧のみ	199	8.7	46,733	7.8	8,770	8.7		533,361	7.9	
				脂質のみ	78	3.4	14,507	2.4	2,596	2.6		180,309	2.7	
血糖・血圧	81			3.6	19,961	3.3	3,625	3.6	200,700	3.0				
血糖・脂質	28			1.2	6,610	1.1	1,026	1.0	69,468	1.0				
血圧・脂質	231			10.1	58,126	9.7	9,418	9.4	651,885	9.7				
血糖・血圧・脂質	178			7.8	43,284	7.2	6,755	6.7	444,167	6.6				
6	①	問診の状況	服薬	高血圧	981	43.0	235,433	39.1	38,030	37.9	2,401,322	35.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				糖尿病	289	12.7	59,612	9.9	9,308	9.3	582,344	8.6		
				脂質異常症	728	31.9	175,568	29.2	26,909	26.8	1,877,854	27.9		
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	50	2.2	19,102	3.3	2,985	3.0	205,223	3.1		
	②	既往歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	162	7.1	34,697	5.9	5,601	5.6	361,423	5.5			
			腎不全	17	0.7	5,359	0.9	672	0.7	53,281	0.8			
	③	貧血	166	7.3	58,132	10.0	10,832	11.0	694,361	10.7				
	④	生活習慣の 状況	喫煙	333	14.6	77,562	12.9	13,650	13.6	927,614	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			週3回以上朝食を抜く	269	11.8	44,667	7.9	9,473	10.4	633,871	10.3			
			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～)	366	16.1	85,374	15.0	13,769	14.9	964,244	15.7			
			週3回以上就寝前夕食	366	16.1	85,374	15.0	13,769	14.9	964,244	15.7			
			食べる速度が速い	678	29.7	152,554	26.8	25,396	27.4	1,640,770	26.8			
			20歳時体重から10kg以上増加	930	40.8	197,783	34.7	32,939	36.1	2,149,988	34.9			
1回30分以上運動習慣なし			1,388	60.9	356,755	62.7	57,059	61.7	3,707,647	60.4				
1日1時間以上運動なし			1,246	54.7	270,288	47.3	47,060	50.9	2,949,573	48.0				
睡眠不足			601	26.4	142,775	25.0	22,910	24.7	1,569,769	25.6				
⑤	時々飲酒	毎日飲酒	721	31.6	147,614	25.4	25,909	26.2	1,639,941	25.5				
		時々飲酒	527	23.1	119,206	20.5	23,659	24.0	1,446,573	22.5				
		一日飲酒	1,166	65.0	236,347	62.8	54,350	68.5	2,944,274	64.2				
		3合以上	503	28.0	94,518	25.1	17,847	22.5	1,088,435	23.7				
⑥	2～3合	107	6.0	35,904	9.5	5,660	7.1	428,995	9.3					
⑦	酒量	19	1.1	9,402	2.5	1,463	1.8	126,933	2.8					

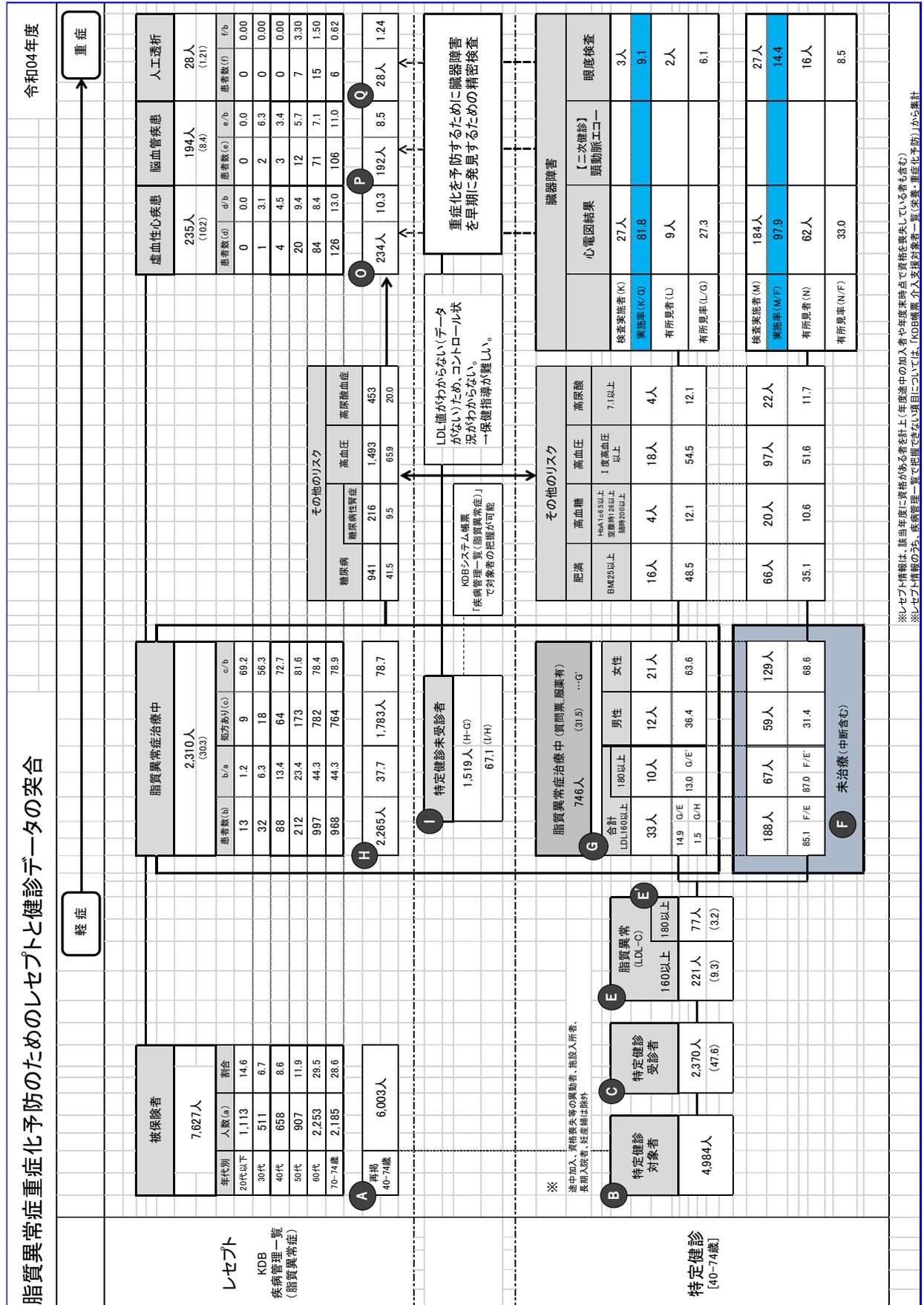
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	人吉市										同規模保険者(平均)		
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
			実数	割合	実数	割合									
1	① 被保険者数	A	8,382人		7,844人		7,573人		7,495人		7,190人				
	② (再掲)40-74歳		6,637人		6,258人		6,082人		6,087人		5,851人				
2	① 特定健診 対象者数	B	5,652人		5,453人		5,360人		5,251人		4,922人				
	② 受診者数	C	2,559人		2,492人		1,815人		2,406人		2,370人				
	③ 受診率		45.3%		45.7%		33.9%		45.8%		48.2%				
3	① 特定保健指導 対象者数		246人		236人		141人		289人		210人				
	② 実施率		69.5%		70.8%		83.7%		73.4%		62.0%				
4	健診データ	① 糖尿病型	E	389人	15.2%	445人	17.9%	344人	19.0%	425人	17.7%	421人	17.8%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	115人	29.6%	140人	31.5%	97人	28.2%	117人	27.5%	124人	29.5%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	274人	70.4%	305人	68.5%	247人	71.8%	308人	72.5%	297人	70.5%		
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	121人 44.2%		108人 35.4%		105人 42.5%		138人 44.8%		131人 44.1%			
		⑤ 血圧 130/80以上		65人 53.7%		62人 57.4%		60人 57.1%		80人 58.0%		71人 54.2%			
		⑥ 肥満 BMI25以上		51人 42.1%		52人 48.1%		56人 53.3%		75人 54.3%		57人 43.5%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	153人 55.8%		197人 64.6%		142人 57.5%		170人 55.2%		166人 55.9%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	311人 79.9%		367人 82.5%		289人 84.0%		363人 85.4%		363人 86.2%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		34人 8.7%		26人 5.8%		18人 5.2%		21人 4.9%		26人 6.2%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		31人 8.0%		39人 8.8%		35人 10.2%		38人 8.9%		30人 7.1%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		6人 1.5%		4人 0.9%		2人 0.6%		2人 0.5%		2人 0.5%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		141.7人		145.7人		138.4人		144.0人		143.9人			
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		176.7人		180.7人		170.7人		175.9人		175.4人			
		③ レセプト件数(40-74歳) (1)内は被保険者千対		6,754件 (1074.3)		6,490件 (1071.5)		6,149件 (1017.5)		6,702件 (1148.4)		6,695件 (1218.2)		1,557,522件	(951.6)
		④ 入院外(件数) 入院(件数)		37件 (5.9)		37件 (6.1)		31件 (5.1)		56件 (9.6)		51件 (9.3)		7,406件 (4.5)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	1,188人 14.2%		1,143人 14.6%		1,048人 13.8%		1,079人 14.4%		1,035人 14.4%			
		⑥ (再掲)40-74歳		1,173人 17.7%		1,131人 18.1%		1,038人 17.1%		1,071人 17.6%		1,026人 17.5%			
		⑦ 健診未受診者	I	899人 76.6%		857人 75.8%		791人 76.2%		763人 71.2%		729人 71.1%			
		⑧ インスリン治療	O	92人 7.7%		88人 7.7%		86人 8.2%		94人 8.7%		93人 9.0%			
		⑨ (再掲)40-74歳		88人 7.5%		85人 7.5%		83人 8.0%		93人 8.7%		92人 9.0%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	75人 6.3%		88人 7.7%		90人 8.6%		191人 17.7%		234人 22.6%			
		⑪ (再掲)40-74歳		74人 6.3%		88人 7.8%		90人 8.7%		190人 17.7%		233人 22.7%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		21人 1.8%		20人 1.7%		17人 1.6%		21人 1.9%		24人 2.3%			
		⑬ (再掲)40-74歳		19人 1.6%		18人 1.6%		15人 1.4%		19人 1.8%		22人 2.1%			
		⑭ 新規透析患者数		4人 0.34%		2人 0.18%		4人 0.39%		5人 0.47%		5人 0.49%			
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		2人 0.17%		1人 0.10%		3人 0.29%		4人 0.37%		3人 0.29%			
		⑯ 【参考】後高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		39人 2.4%		36人 2.1%		35人 2.1%		40人 2.6%		38人 2.4%			
6	医療費	① 総医療費		30億2209万円		29億3961万円		27億8612万円		19億4351万円		29億3699万円		28億4626万円	
		② 生活習慣病総医療費		16億6065万円		15億9978万円		15億0271万円		10億8936万円		15億3039万円		15億3700万円	
		③ (総医療費に占める割合)		55.0%		54.4%		53.9%		56.1%		52.1%		54.0%	
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		健診受診者 12,054円		11,645円		6,581円		9,739円		10,036円		7,237円	
		⑤ 健診未受診者		28,168円		27,935円		34,465円		33,170円		30,838円		38,862円	
		⑥ 糖尿病医療費		1億8126万円		1億8254万円		1億7130万円		1億2973万円		1億9338万円		1億6596万円	
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.9%		11.4%		11.4%		11.9%		12.6%		10.8%	
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		5億0631万円		4億7613万円		4億6296万円		3億7478万円		5億2470万円			
		⑨ 1件あたり		32,873円		32,215円		34,006円		38,145円		37,163円			
		⑩ 糖尿病入院総医療費		3億6629万円		3億7858万円		3億5534万円		2億2990万円		3億3715万円			
		⑪ 1件あたり		556,676円		586,034円		569,455円		535,886円		572,415円			
		⑫ 在院日数		18日		18日		18日		18日		19日			
		⑬ 慢性腎不全医療費		1億5758万円		1億6006万円		1億3829万円		1億0669万円		1億5914万円		1億2396万円	
		⑭ 透析有り		1億4808万円		1億5498万円		1億2755万円		9535万円		1億4668万円		1億1532万円	
		⑮ 透析なし		950万円		508万円		1073万円		1134万円		1246万円		863万円	
7	介護	① 介護給付費		36億4644万円		37億0979万円		37億2327万円		25億8412万円		35億8507万円		34億9905万円	
		② (2号認定者)糖尿病合併症		4件 21.1%		0件 0.0%		4件 22.2%		3件 17.6%		3件 17.6%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		5人 0.9%		1人 0.2%		7人 1.3%		4人 0.8%		7人 1.4%		2,819人 1.0%	

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

HbA1cの年次比較															R04年度				
HbA1c測定	正常		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲				
			正常高値		糖尿病の可能性が否定できない				糖尿病			合併症の危険が更に大きくなる							
			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		8.0以上		7.4以上		8.4以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
H29	2,527	453	17.9%	1,052	41.6%	679	26.9%	191	7.6%	111	4.4%	41	1.6%	94	3.7%	28	1.1%		
H30	2,550	1,056	41.4%	871	34.2%	380	14.9%	126	4.9%	86	3.4%	31	1.2%	63	2.5%	22	0.9%		
R01	2,448	1,108	45.3%	704	28.8%	394	16.1%	147	6.0%	70	2.9%	25	1.0%	50	2.0%	20	0.8%		
R02	1,813	776	42.8%	537	29.6%	294	16.2%	120	6.6%	69	3.8%	17	0.9%	41	2.3%	11	0.6%		
R03	2,405	969	40.3%	793	33.0%	373	15.5%	148	6.2%	100	4.2%	22	0.9%	63	2.6%	14	0.6%		
R04	2,367	925	39.1%	781	33.0%	381	16.1%	151	6.4%	88	3.7%	41	1.7%	65	2.7%	26	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		
H29	2,527	453 17.9%	1,052 41.6%	679 26.9%	343 13.6%	160 6.0%	183 7.2%	13.6%	13.6%
					152 6.0%	60 2.4%	92 3.6%	6.0%	6.0%
H30	2,550	1,056 41.4%	871 34.2%	380 14.9%	243 9.5%	85 3.3%	158 6.2%	9.5%	9.5%
					117 4.6%	40 1.6%	77 3.0%	4.6%	4.6%
R01	2,448	1,108 45.3%	704 28.8%	394 16.1%	242 9.9%	103 4.2%	139 5.7%	9.9%	9.9%
					95 3.9%	30 1.2%	65 2.6%	3.9%	3.9%
R02	1,813	776 42.8%	537 29.6%	294 16.2%	206 11.4%	69 3.8%	137 7.6%	11.4%	11.4%
					86 4.7%	23 1.3%	63 3.5%	4.7%	4.7%
R03	2,405	969 40.3%	793 33.0%	373 15.5%	270 11.2%	89 3.7%	181 7.5%	11.2%	11.2%
					122 5.1%	30 1.2%	92 3.8%	5.1%	5.1%
R04	2,367	925 39.1%	781 33.0%	381 16.1%	280 11.8%	100 4.2%	180 7.6%	11.8%	11.8%
					129 5.4%	39 1.6%	90 3.8%	5.4%	5.4%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない				糖尿病			合併症の危険が更に大きくなる						
				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		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	259	10.2%	7	2.7%	18	6.9%	51	19.7%	91	35.1%	69	26.6%	23	8.9%	56	21.6%	13	5.0%
	H30	273	10.7%	15	5.5%	34	12.5%	66	24.2%	81	29.7%	62	22.7%	15	5.5%	38	13.9%	11	4.0%
	R01	290	11.8%	31	10.7%	42	14.5%	78	26.9%	74	25.5%	47	16.2%	18	6.2%	34	11.7%	15	5.2%
	R02	247	13.6%	23	9.3%	26	10.5%	61	24.7%	74	30.0%	50	20.2%	13	5.3%	30	12.1%	8	3.2%
	R03	308	12.8%	24	7.8%	27	8.8%	76	24.7%	89	28.9%	77	25.0%	15	4.9%	50	16.2%	10	3.2%
	R04	297	12.5%	18	6.1%	34	11.4%	65	21.9%	90	30.3%	61	20.5%	29	9.8%	42	14.1%	16	5.4%
治療なし	H29	2,268	89.8%	446	19.7%	1,034	45.6%	628	27.7%	100	4.4%	42	1.9%	18	0.8%	38	1.7%	15	0.7%
	H30	2,277	89.3%	1,041	45.7%	837	36.8%	314	13.8%	45	2.0%	24	1.1%	16	0.7%	25	1.1%	11	0.5%
	R01	2,158	88.2%	1,077	49.9%	662	30.7%	316	14.6%	73	3.4%	23	1.1%	7	0.3%	16	0.7%	5	0.2%
	R02	1,566	86.4%	753	48.1%	511	32.6%	233	14.9%	46	2.9%	19	1.2%	4	0.3%	11	0.7%	3	0.2%
	R03	2,097	87.2%	945	45.1%	766	36.5%	297	14.2%	59	2.8%	23	1.1%	7	0.3%	13	0.6%	4	0.2%
	R04	2,070	87.5%	907	43.8%	747	36.1%	316	15.3%	61	2.9%	27	1.3%	12	0.6%	23	1.1%	10	0.5%

参考資料 8 血圧の年次比較

血圧の年次比較														R04年度	
	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		I度		II度		III度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
H29	2,536	783	30.9%	455	17.9%	706	27.8%	508	20.0%	69	2.7%	15	0.6%		
H30	2,550	824	32.3%	467	18.3%	711	27.9%	429	16.8%	101	4.0%	18	0.7%		
R01	2,450	749	30.6%	450	18.4%	697	28.4%	462	18.9%	82	3.3%	10	0.4%		
R02	1,815	454	25.0%	330	18.2%	491	27.1%	419	23.1%	104	5.7%	17	0.9%		
R03	2,406	704	29.3%	422	17.5%	678	28.2%	484	20.1%	99	4.1%	19	0.8%		
R04	2,370	698	29.5%	435	18.4%	682	28.8%	457	19.3%	81	3.4%	17	0.7%		

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

重症化しやすい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	2,536	1,238 48.8%	706 27.8%	508 20.0%	84	49	35	3.3%	0.6%
					15 0.6%	13 0.6%	2 0.0%		
H30	2,550	1,291 50.6%	711 27.9%	429 16.8%	119	74	45	4.7%	0.7%
					18 0.7%	12 0.5%	6 0.2%		
R01	2,450	1,199 48.9%	697 28.4%	462 18.9%	92	55	37	3.8%	0.4%
					10 0.4%	8 0.3%	2 0.1%		
R02	1,815	784 43.2%	491 27.1%	419 23.1%	121	70	51	6.7%	0.9%
					17 0.9%	10 0.6%	7 0.4%		
R03	2,406	1,126 46.8%	678 28.2%	484 20.1%	118	78	40	4.9%	0.8%
					19 0.8%	14 0.6%	5 0.2%		
R04	2,370	1,133 47.8%	682 28.8%	457 19.3%	98	55	43	4.1%	0.7%
					17 0.7%	11 0.5%	6 0.3%		

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	980	38.6%	216	22.0%	165	16.8%	306	31.2%	258	26.3%	33	3.4%	2	0.2%
	H30	1,015	39.8%	239	23.5%	189	18.6%	314	30.9%	228	22.5%	39	3.8%	6	0.6%
	R01	991	40.4%	218	22.0%	192	19.4%	315	31.8%	229	23.1%	35	3.5%	2	0.2%
	R02	804	44.3%	142	17.7%	157	19.5%	234	29.1%	220	27.4%	44	5.5%	7	0.9%
	R03	1,001	41.6%	242	24.2%	175	17.5%	316	31.6%	228	22.8%	35	3.5%	5	0.5%
	R04	1,007	42.5%	217	21.5%	191	19.0%	337	33.5%	219	21.7%	37	3.7%	6	0.6%
治療なし	H29	1,556	61.4%	567	36.4%	290	18.6%	400	25.7%	250	16.1%	36	2.3%	13	0.8%
	H30	1,535	60.2%	585	38.1%	278	18.1%	397	25.9%	201	13.1%	62	4.0%	12	0.8%
	R01	1,459	59.6%	531	36.4%	258	17.7%	382	26.2%	233	16.0%	47	3.2%	8	0.5%
	R02	1,011	55.7%	312	30.9%	173	17.1%	257	25.4%	199	19.7%	60	5.9%	10	1.0%
	R03	1,405	58.4%	462	32.9%	247	17.6%	362	25.8%	256	18.2%	64	4.6%	14	1.0%
	R04	1,363	57.5%	481	35.3%	244	17.9%	345	25.3%	238	17.5%	44	3.2%	11	0.8%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常			保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		120未満			120～139		140～159		160～179		180以上	
		人数	割合	B/A	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H29	2,536	1,171	46.2%	631	24.9%	412	16.2%	209	8.2%	113	4.5%
	H30	2,550	1,239	48.6%	626	24.5%	405	15.9%	179	7.0%	101	4.0%
	R01	2,450	1,167	47.6%	625	25.5%	398	16.2%	165	6.7%	95	3.9%
	R02	1,815	930	51.2%	439	24.2%	254	14.0%	133	7.3%	59	3.3%
	R03	2,406	1,243	51.7%	582	24.2%	339	14.1%	163	6.8%	79	3.3%
R04	2,370	1,271	53.6%	563	23.8%	315	13.3%	144	6.1%	77	3.2%	
男性	H29	1,071	555	51.8%	258	24.1%	141	13.2%	74	6.9%	43	4.0%
	H30	1,089	638	58.6%	215	19.7%	151	13.9%	52	4.8%	33	3.0%
	R01	1,069	592	55.4%	247	23.1%	131	12.3%	61	5.7%	38	3.6%
	R02	790	457	57.8%	189	23.9%	79	10.0%	50	6.3%	15	1.9%
	R03	1,079	613	56.8%	244	22.6%	134	12.4%	59	5.5%	29	2.7%
R04	1,068	647	60.6%	228	21.3%	122	11.4%	48	4.5%	23	2.2%	
女性	H29	1,465	616	42.0%	373	25.5%	271	18.5%	135	9.2%	70	4.8%
	H30	1,461	601	41.1%	411	28.1%	254	17.4%	127	8.7%	68	4.7%
	R01	1,381	575	41.6%	378	27.4%	267	19.3%	104	7.5%	57	4.1%
	R02	1,025	473	46.1%	250	24.4%	175	17.1%	83	8.1%	44	4.3%
	R03	1,327	630	47.5%	338	25.5%	205	15.4%	104	7.8%	50	3.8%
R04	1,302	624	47.9%	335	25.7%	193	14.8%	96	7.4%	54	4.1%	

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲
					再180以上	未治療	治療	
H29	2,536	46.2%	24.9%	16.2%	322	290	32	12.7%
					12.7%	90.1%	9.9%	
H30	2,550	48.6%	24.5%	15.9%	280	251	29	11.0%
					11.0%	89.6%	10.4%	
R01	2,450	47.6%	25.5%	16.2%	260	236	24	10.6%
					10.6%	90.8%	9.2%	
R02	1,815	51.2%	24.2%	14.0%	192	177	15	10.6%
					10.6%	92.2%	7.8%	
R03	2,406	51.7%	24.2%	14.1%	242	217	25	10.1%
					10.1%	89.7%	10.3%	
R04	2,370	53.6%	23.8%	13.3%	221	188	33	9.3%
					9.3%	85.1%	14.9%	

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	B/A	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	566	22.3%	323	57.1%	139	24.6%	72	12.7%	25	4.4%	7	1.2%
	H30	609	23.9%	382	62.7%	135	22.2%	63	10.3%	20	3.3%	9	1.5%
	R01	630	25.7%	423	67.1%	126	20.0%	57	9.0%	13	2.1%	11	1.7%
	R02	551	30.4%	377	68.4%	113	20.5%	46	8.3%	11	2.0%	4	0.7%
	R03	706	29.3%	479	67.8%	152	21.5%	50	7.1%	15	2.1%	10	1.4%
R04	746	31.5%	532	71.3%	134	18.0%	47	6.3%	23	3.1%	10	1.3%	
治療なし	H29	1,970	77.7%	848	43.0%	492	25.0%	340	17.3%	184	9.3%	106	5.4%
	H30	1,941	76.1%	857	44.2%	491	25.3%	342	17.6%	159	8.2%	92	4.7%
	R01	1,820	74.3%	744	40.9%	499	27.4%	341	18.7%	152	8.4%	84	4.6%
	R02	1,264	69.6%	553	43.8%	326	25.8%	208	16.5%	122	9.7%	55	4.4%
	R03	1,700	70.7%	764	44.9%	430	25.3%	289	17.0%	148	8.7%	69	4.1%
R04	1,624	68.5%	739	45.5%	429	26.4%	268	16.5%	121	7.5%	67	4.1%	

参考資料 10 保健指導を実施するまでのスケジュール

