

嬉野市国民健康保険  
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

**【案】**

嬉野市国民健康保険

# 保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

## 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

## 第2章 第2期計画に係る考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

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

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……38

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

## 第4章 課題解決するための個別保健事業 ……46

- I. 保健事業の方向性

## II. 重症化予防の取り組み

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

## III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1. 基本的な考え方
2. 事業の実施

## IV. 発症予防

## V. ポピュレーションアプローチ

## 第5章 計画の評価・見直し .....75

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

## 第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い .....76

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

## 参考資料 .....77

# 第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

## 1. 背景・目的

平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略<sup>※1</sup>」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り組みを行うことを推進する。」とされました。平成 26 年 3 月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCA サイクル<sup>※2</sup>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)<sup>※3</sup>」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取り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<sup>※4</sup>2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

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

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

---

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

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

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

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

---

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

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

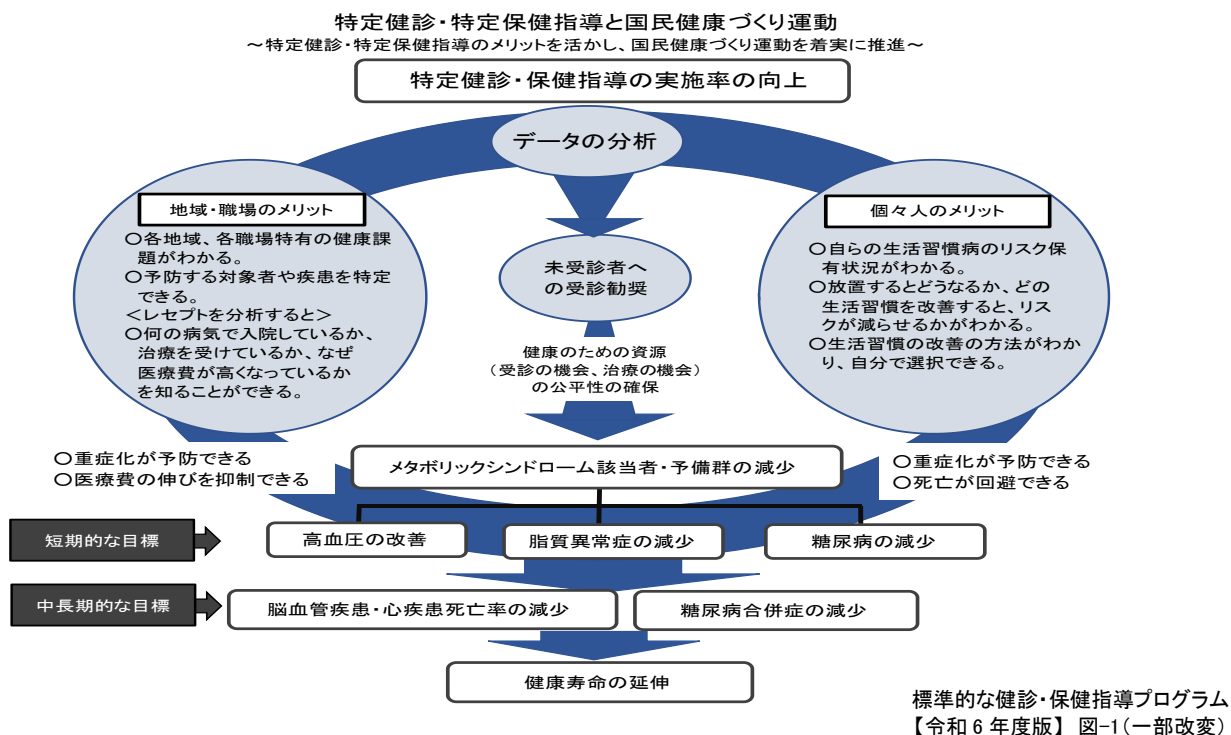
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

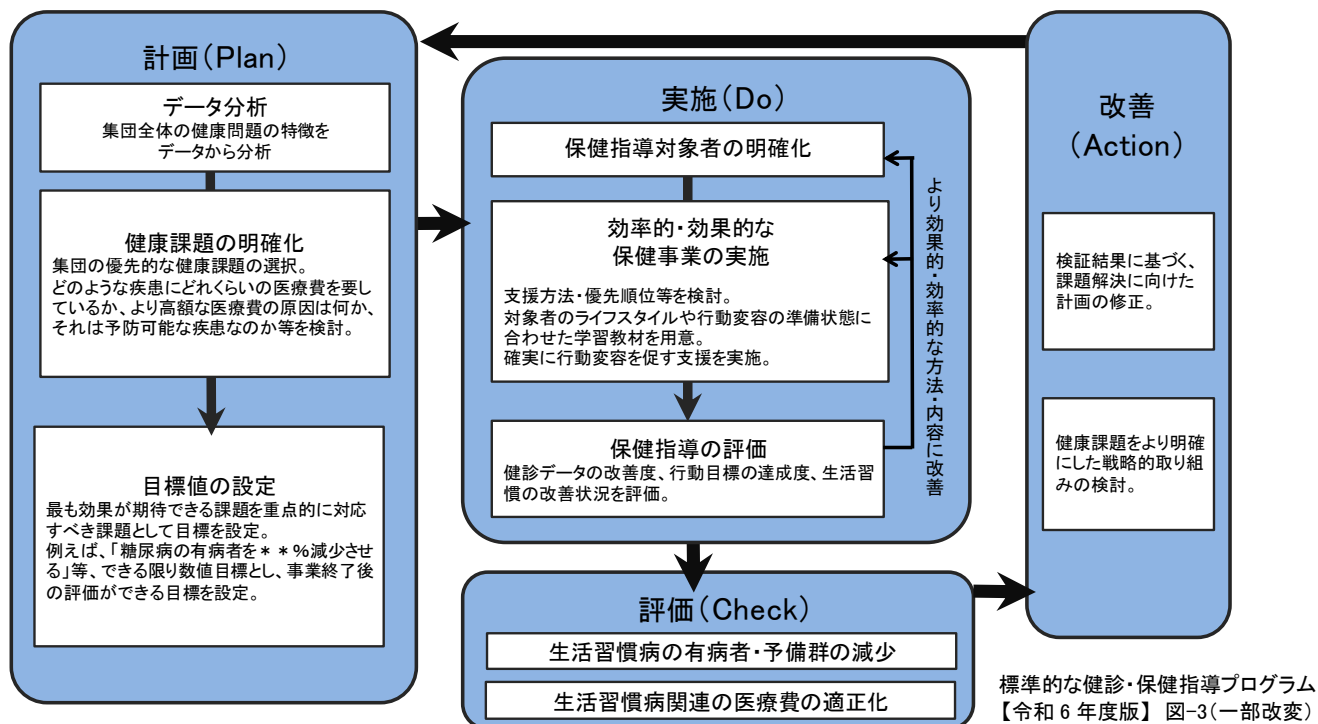
	健康増進計画			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るた めの保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨質・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
	慢性閉塞性肺炎( COPD ) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん  精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
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 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	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介護運営運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



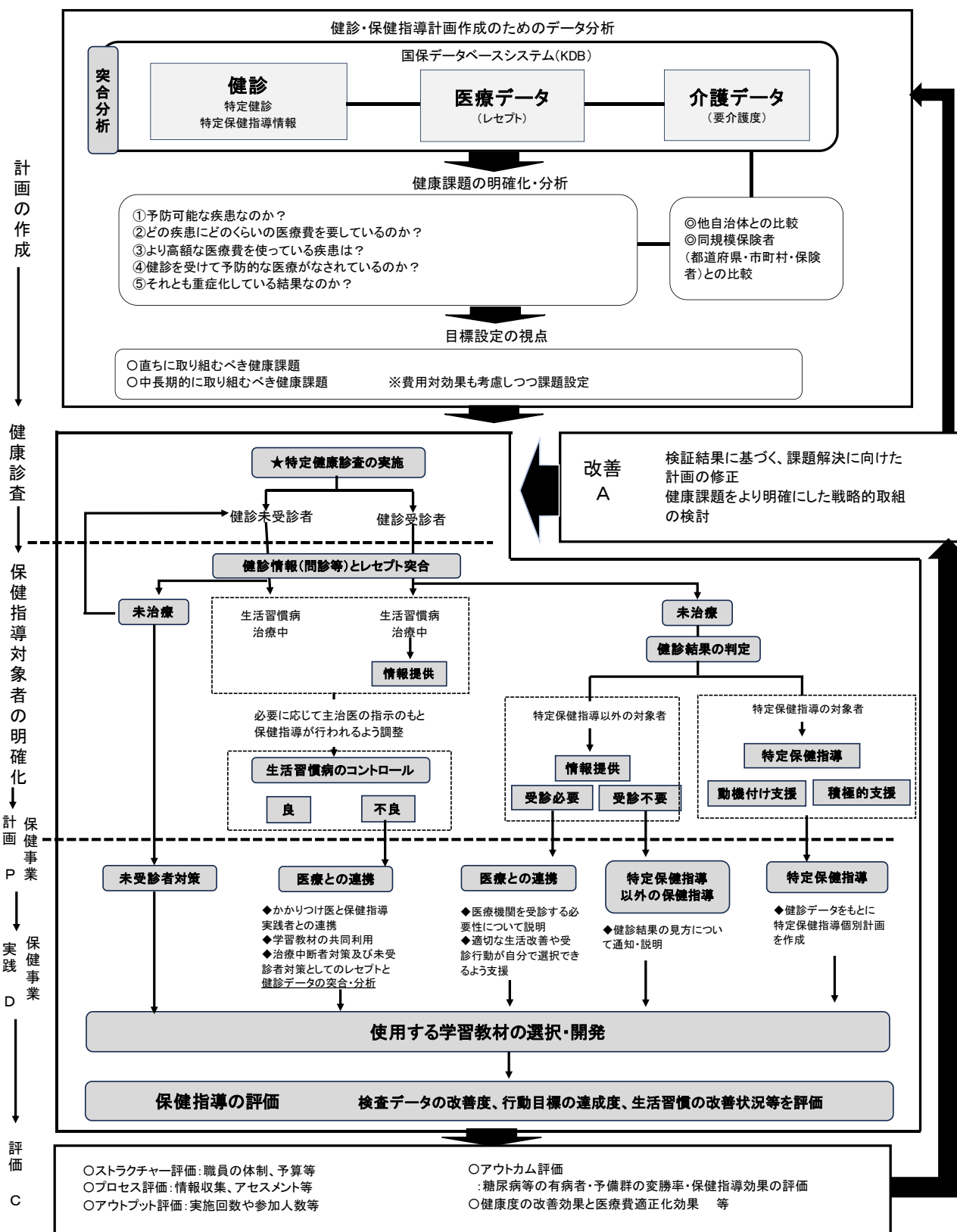
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取り組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸については社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル



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

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



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



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

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
	<b>かつての健診・保健指導</b>		<b>現在の健診・保健指導</b>
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体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 個人の健康結果を講み解くとともに、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

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

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

### 3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

#### 【参考】計画期間の根拠について

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

### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 国保の役割

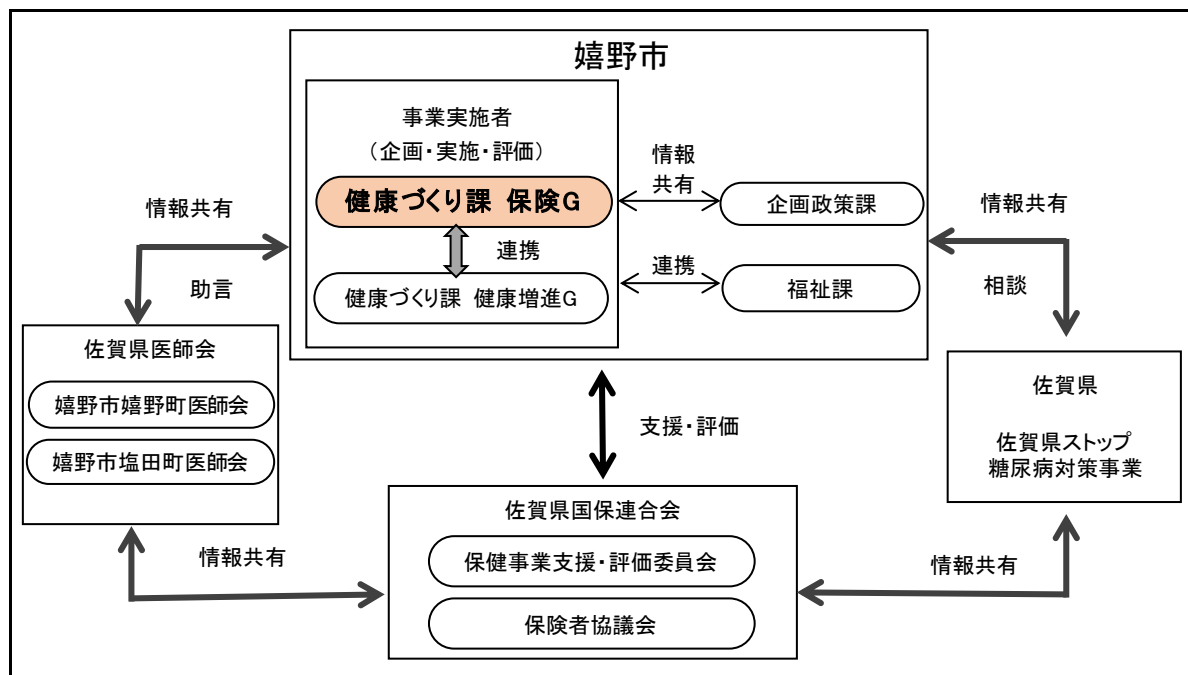
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健

事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局(健康づくり課保険 G)、保健衛生部局(健康づくり課健康増進 G)、介護保険部局(福祉課)、企画部局(企画政策課)、生活保護部局(福祉課)とも十分連携を図ります。

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

図表 6 嬉野市の実施体制図



## 2) 関係機関との連携

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者等の社会資源等と連携、協力します。

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

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

国保連と都道府県は、ともに保険者を支援する立場にあることから、平素から両者と積極的に連携に努めます。

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

### 3) 被保険者の役割

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

## 5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取り組み等に対する支援を行うため、保険者の取り組み状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。(図表 7)

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

図表 7 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			
		嬉野市	配点	嬉野市	配点	嬉野市	配点		
交付額(万円)		14,835		15,422		15,274			
全国順位 (1,741市町村中)		127位		38位		42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	60	70	125	70	125	70	
		(3)メボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	35	40	35	40	55	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	100	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	45	60	90	65	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		15		20		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	130	130	130	130	100	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	30	100	50	100
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	25	40	40	30	40	40	
⑤		第三者求償の取組	38	40	50	50	50	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	89	95	81	100	81	100	
合計点		722	1,000	771	960	756	940		

## 第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1. 保険者の特性

嬉野市は人口約2万5千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で35.8%でした。県や国との比較では高齢者の割合が高く、平均年齢や死亡率も高い状況です。産業では、第3次産業が65.9%と最も高く、同規模と比較しても高い状況です。(図表8) 国保加入率は20.5%で被保険者数は年々減少傾向で、年齢構成では65～74歳の前期高齢者が48.2%を占め増加しているのに対し、39歳以下の被保険者数は年々減少しています。(図表9) また嬉野市には、4つの病院と15の診療所があり、これは同規模比較でも多く、病床数や医師数も多いことから、医療資源に恵まれているとも言えます。一方で、外来患者数や入院患者数は同規模や県と比較して高い傾向にあります。(図表10)

図表8 同規模・県・国と比較した嬉野市の特性

	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
嬉野市	25,778	35.8	5,273 (20.5)	55.2	6.7	15.3	0.4	9.1	25.0	65.9
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	30.8	21.7	53.4	7.5	12.5	0.4	8.7	24.2	67.1
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

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

図表9 国保の加入状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	6,099		5,892		5,691		5,513		5,273	
65～74歳	2,568	42.1	2,598	44.1	2,674	47.0	2,658	48.2	2,542	48.2
40～64歳	2,083	34.2	1,963	33.3	1,819	32.0	1,752	31.8	1,686	32.0
39歳以下	1,448	23.7	1,331	22.6	1,198	21.1	1,103	20.0	1,045	19.8
加入率	22.3		21.6		20.8		20.2		20.5	

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 10 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	4	0.7	4	0.7	4	0.7	4	0.7	4	0.8	0.4	0.6
診療所数	14	3.1	15	3.1	15	3.2	15	3.3	15	3.6	3.5	4.0
病床数	1,335	218.9	1,335	226.6	1,335	234.6	1,310	237.6	1,298	246.2	67.7	83.5
医師数	146	23.9	146	24.8	143	25.1	143	25.9	160	30.3	9.7	14.1
外来患者数	766.3		768.7		765.7		814.1		837.2		728.3	784.4
入院患者数	33.9		34.3		34.4		36.5		34.1		23.6	27.7

出典: KDBシステム\_地域の全体像の把握

## 2. 第2期データヘルス計画に係る評価及び考察

### 1) 第2期データヘルス計画に係る評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

2 つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、『メタボリックシンドローム』『高血圧』『糖尿病』『脂質異常症』を設定しました。(図表 11)

#### (1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

##### ① 介護給付費の状況

嬉野市の令和4年度の要介護認定率は、2号(40～64歳)で27人(認定率0.34%)、1号(65歳以上)で1,573人(認定率17.2%)と同規模・県・国と比較して低い状況です。(図表 11)

また団塊の世代の後期高齢者医療への移行に伴い、75歳以上の認定者数が増加していますが、その一方で介護給付費はH30年度と比較して約1億円減少しています。(図表 12)

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、どの年代においても『脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)』と『虚血性心疾患』が1位もしくは2位となっています。基礎疾患である『高血圧』や『糖尿病』等の有病状況も40～64歳で76.9%、65～74歳で86.9%、75歳以上では97.3%と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 13)

図表 11 要介護認定者(率)の状況

	嬉野市				同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	8,610人	31.5%	9,219人	35.8%	36.2%	30.8%	28.7%
2号認定者	37人	0.41%	27人	0.34%	0.37%	0.33%	0.38%
新規認定者	8人		1人		--	--	--
1号認定者	1,527人	17.7%	1,573人	17.2%	19.1%	18.6%	19.4%
新規認定者	218人		232人		--	--	--
再掲							
65～74歳	141人	3.8%	144人	3.3%	--	--	--
新規認定者	36人		32人		--	--	--
75歳以上	1,386人	28.6%	1,429人	29.4%	--	--	--
新規認定者	182人		200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 12 介護給付費の変化

	嬉野市		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	24億8064万円	23億6653万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	288,112	256,701	300,230	286,277	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	79,566	75,591	70,503	69,755	59,662
居宅サービス	58,695	56,567	43,936	50,348	41,272
施設サービス	295,402	294,901	291,914	290,902	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 13 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4 年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		27		144		1,429		1,573		1,600		
再)国保・後期		13		99		1,370		1,469		1,482		
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
	循環器 疾患	1	脳卒中	11 84.6%	脳卒中	48 48.5%	虚血性 心疾患	835 60.9%	虚血性 心疾患	868 59.1%	虚血性 心疾患	875 59.0%
		2	虚血性 心疾患	7 53.8%	虚血性 心疾患	33 33.3%	脳卒中	798 58.2%	脳卒中	846 57.6%	脳卒中	857 57.8%
		3	腎不全	2 15.4%	腎不全	12 12.1%	腎不全	323 23.6%	腎不全	335 22.8%	腎不全	337 22.7%
	合併症	4	糖尿病 合併症	2 15.4%	糖尿病 合併症	12 12.1%	糖尿病 合併症	174 12.7%	糖尿病 合併症	186 12.7%	糖尿病 合併症	188 12.7%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			10 76.9%	基礎疾患	86 86.9%	基礎疾患	1,333 97.3%	基礎疾患	1,419 96.6%	基礎疾患	1,429 96.4%
	血管疾患合計			12 92.3%	合計	90 90.9%	合計	1,349 98.5%	合計	1,439 98.0%	合計	1,451 97.9%
	認知症			4 30.8%	認知症	34 34.3%	認知症	888 64.8%	認知症	922 62.8%	認知症	926 62.5%
	筋・骨格疾患			12 92.3%	筋骨格系	80 80.8%	筋骨格系	1,335 97.4%	筋骨格系	1,415 96.3%	筋骨格系	1,427 96.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

## ② 医療費の状況

嬉野市の総医療費は、国保加入者が減少しているにもかかわらず増加しており、一人あたり医療費については、同規模保険者と比べて約 9 万円高く、H30 年度と比較しても約 7 万円増加しています。入院医療費は、レセプト全体のわずか 4%程度であるにもかかわらず、医療費全体の 51%を占めています。(図表 14)



図表 14 医療費の推移

	嬉野市		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数(人)	6,099人	5,273人	--	--	--
前期高齢者割合	2,568人 (42.1%)	2,542人 (48.2%)	--		
総医療費	25億2730万円	25億5788万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)	414,380 県内7位 同規模44位	485,090 県内4位 同規模19位	394,521	431,999	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	500,920	587,950	585,610	617,950
	費用の割合	50.6	51.0	43.3	39.6
	件数の割合	4.2	3.9	3.1	2.5
外来	1件あたり費用額	21,580	23,020	24,850	24,220
	費用の割合	49.4	49.0	56.7	60.4
	件数の割合	95.8	96.1	96.9	97.5
受診率	800.183	871.294	751.942	812.114	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は嬉野市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の1を大きく超えており、全国1位の県平均よりも高く、特に入院の地域差指数がH30年度よりも伸びています。

一人あたり医療費の地域差は『入院』が主要因であるため、引き続き生活習慣病の重症化予防に取り組み、重症化による入院を抑制することが重要になります。(図表 15)

図表 15 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			
	嬉野市 (県内市町村中)		県 (47県中)	嬉野市 (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	1.280	1.344	1.207	1.296	1.320	1.140
		(5位)	(2位)	(1位)	(1位)	(1位)	(5位)
	入院	1.599	1.683	1.396	1.572	1.601	1.239
		(3位)	(1位)	(2位)	(1位)	(1位)	(9位)
	外来	1.049	1.112	1.094	0.985	1.008	1.045
		(16位)	(7位)	(2位)	(16位)	(14位)	(7位)

出典：地域差分析(厚労省)

### ③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である『脳血管疾患』『虚血性心疾患』『腎疾患』の医療費合計が総医療費に占める割合は、H30年度と比較して令和4年度においては全て増加しており、腎疾患については同規模を上回っています。(図表 16)

図表 16 中長期目標疾患の医療費の推移

			嬉野市		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			25億2730万円	25億5788万円	---	---	---
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億8119万円	2億0244万円	---	---	---
			7.17%	7.91%	7.84%	8.86%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.75%	↑ 1.95%	2.10%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.30%	↑ 1.35%	1.39%	1.04%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.88%	↑ 4.28%	4.05%	5.37%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.24%	↑ 0.33%	0.30%	0.29%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		11.46%	13.26%	16.91%	14.40%	16.69%
	筋・骨疾患		8.82%	8.59%	9.00%	8.87%	8.68%
	精神疾患		12.72%	10.24%	8.74%	10.73%	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。

治療者数で見ると、令和4年度では3疾患全てにおいて減少していますが(図表17)、県や国とレセプトで比較すると(図表18)、『虚血性心疾患』の全国における佐賀県の位置が11位と上位にある中で、さらに嬉野市は県内1位が続いています。

これらのことから、中長期目標疾患にならないように、予防可能な基礎疾患である『糖尿病』や『高血圧』等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の治療状況

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	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者(人) 0~74歳	A	6,099	5,273	a	705	622	560	491	26	24	
	a/A				11.6%	11.8%	9.2%	9.3%	0.4%	0.5%	
40歳以上	B	4,651	4,228	b	699	620	558	487	26	23	
	B/A	76.3%	80.2%	b/B	15.0%	14.7%	12.0%	11.5%	0.6%	0.5%	
再掲	40~64歳	C	2,083	1,686	c	150	113	123	86	14	12
		C/A	34.2%	32.0%	c/C	7.2%	6.7%	5.9%	5.1%	0.6%	0.7%
	65~74歳	D	2,568	2,542	d	549	507	435	401	12	11
		D/A	42.1%	48.2%	d/D	21.4%	19.9%	16.9%	15.8%	0.5%	0.4%

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

図表 18 中長期目標疾患における嬉野市の位置

令和4年度

	脳血管疾患						虚血性心疾患						透析					
	平成30年			令和4年			平成30年			令和4年			平成30年			令和4年		
	人数(D)	割合(C/D)	順位	人数(D)	割合(C/D)	順位	人数(D)	割合(C/D)	順位	人数(E)	割合(E/C)	順位	人数(D)	割合(O/D)	順位	人数(F)	割合(F/C)	順位
嬉野市	410	14.6%	県内4位	360	14.0%	県内7位	460	16.4%	県内1位	347	13.5%	県内1位	24	0.9%	県内15位	28	1.1%	県内12位
佐賀県	9,524	11.8%	県内11位	9,039	12.2%	県内11位	9,748	12.1%	県内9位	7,861	10.6%	県内9位	793	1.0%	県内12位	858	1.2%	県内10位
全国	9,536	12.9%	全国4位	9,039	12.2%	全国4位	8,945	12.1%	全国11位	1,488	12.5%	全国11位	796	1.08%	全国11位	858	1.2%	全国6位

出典：生活習慣病に係るレセプト分析 平成30年5月、令和4年5月診療分【KDB 帳票(様式3-1)データにて作成】佐賀県国保連合会提供

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標疾患である『高血圧』『糖尿病』『脂質異常症』の治療者の割合は増加する一方で、中長期目標疾患に挙げる合併症(重症化)の『脳血管疾患』『虚血性心疾患』『人工透析』の割合は減少しています。(図表 19)(図表 20)(図表 21)

嬉野市では、特定健診の結果で治療を要する数値の方へ、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、適切な治療につなげることで重症化予防が図られていると考えられます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		全体 (0~74歳)		40歳以上		再掲				
						40~64歳		65~74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
高血圧症治療者(人)	A	2,013	2,009	1,994	1,993	557	459	1,437	1,534	
	A/被保数	33.0%	38.1%	42.9%	47.1%	26.7%	27.2%	56.0%	60.3%	
(中長期 合併目標 疾患)	脳血管疾患	B	349	291	349	290	67	52	282	238
		B/A	17.3%	14.5%	17.5%	14.6%	12.0%	11.3%	19.6%	15.5%
	虚血性心疾患	C	429	367	428	364	81	52	347	312
		C/A	21.3%	18.3%	21.5%	18.3%	14.5%	11.3%	24.1%	20.3%
	人工透析	D	27	29	25	19	13	9	12	10
		D/A	1.3%	1.4%	1.3%	1.0%	2.3%	2.0%	0.8%	0.7%

出典: KDBシステム\_疾病管理一覧(高血圧症)、地域の全体像の把握 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		全体 (0~74歳)		40歳以上		再掲				
						40~64歳		65~74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者(人)		A	1,136	1,170	1,118	1,152	322	273	796	879
		A/被保数	18.6%	22.2%	24.0%	27.2%	15.5%	16.2%	31.0%	34.6%
(中長期併症目標疾患)	脳血管疾患	B	205	174	204	173	32	28	172	145
		B/A	18.0%	14.9%	18.2%	15.0%	9.9%	10.3%	21.6%	16.5%
	虚血性心疾患	C	272	261	271	260	47	39	224	221
		C/A	23.9%	22.3%	24.2%	22.6%	14.6%	14.3%	28.1%	25.1%
	人工透析	D	15	19	15	13	9	5	6	8
		D/A	1.3%	1.6%	1.3%	1.1%	2.8%	1.8%	0.8%	0.9%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	115	175	114	174	35	43	79	131
		E/A	10.1%	15.0%	10.2%	15.1%	10.9%	15.8%	9.9%	14.9%
	糖尿病性網膜症	F	179	168	178	167	46	37	132	130
		F/A	15.8%	14.4%	15.9%	14.5%	14.3%	13.6%	16.6%	14.8%
	糖尿病性神経障害	G	36	23	36	23	12	10	24	13
		G/A	3.2%	2.0%	3.2%	2.0%	3.7%	3.7%	3.0%	1.5%

出典: KDBシステム\_疾病管理一覧(糖尿病)、地域の全体像の把握 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		全体 (0~74歳)		40歳以上		再掲				
						40~64歳		65~74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者(人)		A	1,728	1,682	1,692	1,655	530	392	1,162	1,263
		A/被保数	28.3%	31.9%	36.4%	39.1%	25.4%	23.3%	45.2%	49.7%
(中長期併症目標疾患)	脳血管疾患	B	234	206	234	205	43	33	191	172
		B/A	13.5%	12.2%	13.8%	12.4%	8.1%	8.4%	16.4%	13.6%
	虚血性心疾患	C	347	310	346	308	67	44	279	264
		C/A	20.1%	18.4%	20.4%	18.6%	12.6%	11.2%	24.0%	20.9%
	人工透析	D	14	18	14	12	9	6	5	6
		D/A	0.8%	1.1%	0.8%	0.7%	1.7%	1.5%	0.4%	0.5%

出典: KDBシステム\_疾病管理一覧(脂質異常症)、地域の全体像の把握 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度以上高血圧』『HbA1c7.0以上』をH30年度とR3年度で比較すると、有所見者の割合が増加しています。しかし、未治療者について健診後に医療につながったか否かをレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方の割合は国と比較すると低く、治療につながっていることが分かります。(図表22)(図表23)

前述したとおり、短期目標疾患である『高血圧』『糖尿病』『脂質異常症』の治療者の割合は増加する一方で、中長期目標疾患に挙げる合併症(重症化)の『脳血管疾患』『虚血性心疾患』『人工透析』の割合は減少しています。(図表19)(図表20)(図表21)

今後も健診の受診率向上を図りつつ、医療を必要とする方には医療機関への受診勧奨を徹底し、医療機関等と連携しながら重症化予防に取り組むことが重要であると考えます。

図表22 結果の改善と医療のかかり方(高血圧)

	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		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R4.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
嬉野市	1,936	42.7	1,896	45.1	71	3.7	33	46.5	73	3.9	36	49.3	18	24.7	2	2.7
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

出典:ヘルスサポートラボツール

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

図表23 結果の改善と医療のかかり方(糖尿病)

	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		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R4.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
嬉野市	1,905	98.4	1,872	98.7	110	5.8	22	20.0	118	6.3	17	14.4	4	3.4	6	5.1
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典:ヘルスサポートラボツール

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

## ③健診結果の経年変化

『メタボリックシンドローム』は、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患等の循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指します。その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。

嬉野市の特定健診結果において H30 年度と R4 年度を比較したところ、メタボリックシンドローム該当者は、2 ポイントも伸びており、その中でも 3 項目(『高血圧』『糖尿病』『脂質異常症』)全ての危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表 24)

図表 24 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	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,936 (42.7%)	409 (21.1%)	128 (6.6%)	281 (14.5%)	241 (12.4%)
R4年度	1,838 (45.3%)	↑ 424 (23.1%)	↑ 157 (8.5%)	267 (14.5%)	217 (11.8%)

出典:ヘルスサポートラボツール

また、重症化予防の観点から、『HbA1c6.5 以上』『Ⅱ度高血圧以上』『LDL160 以上』の有所見者割合を見ると、多少の増減はみられるものの、翌年度の結果を見ると全て改善率が減少しています。さらに翌年度健診を受診していない方の割合も増えてきており、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めるとともに、特定健診の継続受診への働きかけも行う必要があります。(図表 25)(図表 26)(図表 27)

図表 25 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R1	235 (12.3%)	59 (25.1%)	100 (42.6%)	37 (15.7%)	39 (16.6%)
R3→R4	↓ 229 (12.2%)	↓ 51 (22.3%)	91 (39.7%)	27 (11.8%)	↑ 60 (26.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R1	71 (3.7%)	43 (60.6%)	12 (16.9%)	3 (4.2%)	13 (18.3%)
R3→R4	↑ 73 (3.9%)	↓ 31 (42.5%)	16 (21.9%)	0 (0.0%)	↑ 26 (35.6%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 27 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→R1	134 (6.9%)	66 (49.3%)	34 (25.4%)	8 (6.0%)	26 (19.4%)
R3→R4	127 ↓ (6.7%)	52 ↓ (40.9%)	34 (26.8%)	8 (6.3%)	33 ↑ (26.0%)

出典:ヘルスサポートラボツール

#### ④健診受診率及び保健指導実施率の推移

嬉野市の特定健診受診率は、R2 年度には 50.5%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で R3 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。また、早期からの生活習慣病対策を目的として、40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別受診率では 40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28)(図表 29) 特定保健指導については、目標値である 60%以上を毎年維持できています。

今後も状態に応じた保健指導を実施することで、生活習慣病の発症予防・重症化予防に努めていくことが重要です。

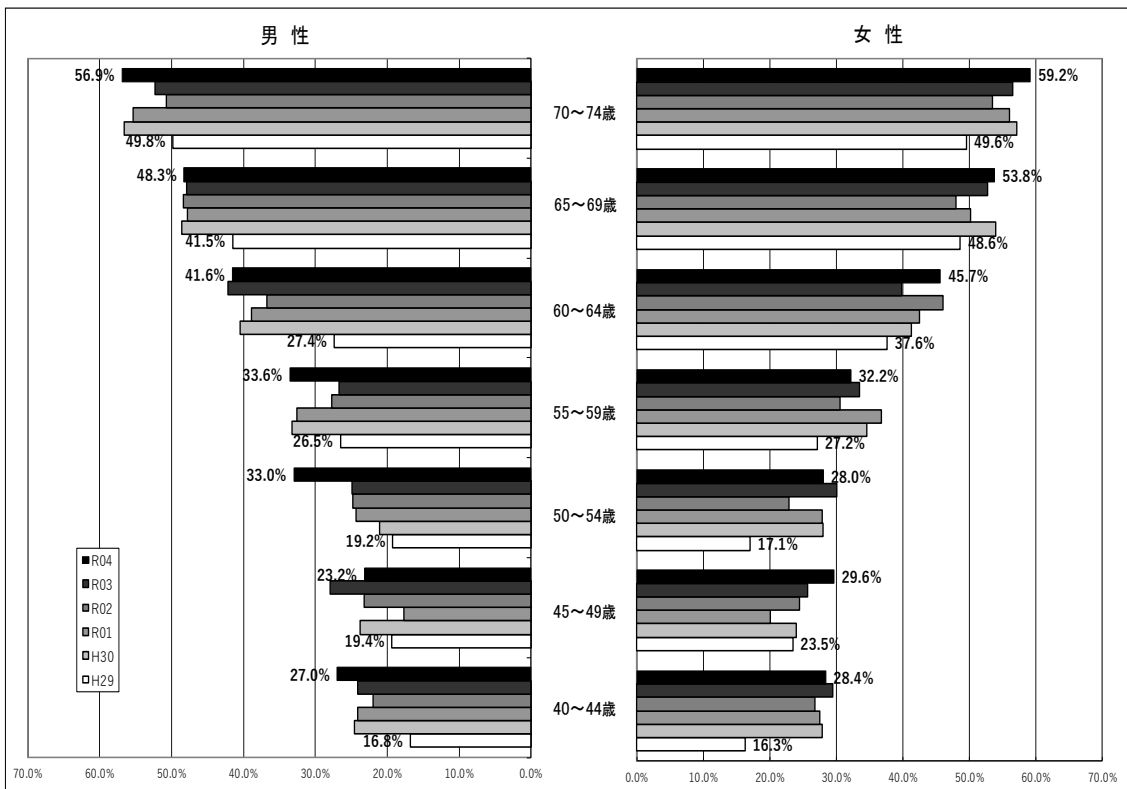
図表 28 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	1,892	2,048	2,029	1,830	1,764	健診受診率 60%
	受診率	44.7%	50.3%	50.5%	46.7%	47.1%	
特定保健指導	該当者数	178	207	206	158	158	特定保健指導 実施率 60%
	割合	9.4%	10.1%	10.2%	8.6%	9.0%	
	実施者数	109	129	128	97	98	
	実施率	61.2%	62.3%	62.1%	61.4%	62.1%	

出典:特定健診法定報告データ



図表 29 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

## 2) 主な個別事業の評価と課題

### (1) 重症化予防の取り組み

#### ① 糖尿病性腎症重症化予防

『糖尿病性腎症重症化予防プログラム』に基づく保健指導の実施状況は(表 1)の結果となりました。『HbA1c6.5%以上』の血糖値有所見者割合は増加傾向にある一方で、保健指導実施の割合は H30 年度以降減少が続いています。(図表 30)

図表 30 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
特定健診受診者	人(a)	1,892	2,048	2,029	1,830	1,764
血糖値有所見者 (HbA1c6.5以上)	人(b)	235	286	316	229	249
	(b/a)	12.4%	14.0%	15.6%	12.5%	14.1%
保健指導対象者 *1	人(c)	29	37	46	59	59
保健指導実施者 *2	人(d)	29	34	44	56	44
	(d/c)	100.0%	91.9%	95.7%	94.9%	74.6%

\*1 保健指導対象者は糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者①～⑧

\*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

しかし、特に介入すべき優先順位の高い『糖尿病未治療かつ ①尿蛋白+以上 ②eGFR が 60 ml/分 1.73 m<sup>2</sup>未満の者』、『③糖尿病治療中断者』への保健指導者数は増加傾向にあり、医療機関受診または翌年度の特定健康診査受診に繋がった者の割合も、年度によって差がありますが、ここ 2～3 年では受診へつながるケースが増えつつあります。(図表 31) このことは、保健師・管理栄養士の介入が受診行動のために有効であると読み取ることができます。

血糖値有所見者の減少は糖尿病性腎症の重症化予防の最優先事項であるため、医療と連携した保健指導・栄養指導を行う体制の強化が課題と考えます。

図表 31 血糖値有所見者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
特定健診受診者	人(a)	1,892	2,048	2,029	1,830	1,764
血糖値有所見者 (HbA1c6.5以上)	人(b)	235	286	316	229	249
	(b/a)	12.4%	14.0%	15.6%	12.5%	14.1%
保健指導実施者 *1 *2	人(d)	9	28	16	28	20
医療機関受診 または 翌年度の特定健診を 受診した者	人(e)	3	9	9	27	16
	(e/d)	33.3%	32.1%	↑ 56.3%	↑ 96.4%	80.0%

\*1 保健指導実施者は糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者①②③

\*2 保健指導は訪問・来所等による介入者を計上

## ②生活習慣病重症化予防

第2期データヘルス計画中間見直し(R2年度)で、優先順位と対象者とする者の数値を見直しました。(図表32)具体的には、R2年度までの対象者は『HbA1c7.0%以上で未治療』『HbA1c8.0%以上で治療中』の者としていたところを、より多くの方へ保健指導を実施するために、R3年度からは『A. HbA1c6.5%以上で未治療』『B. HbA1c7.0%で治療中』の者を対象としました。『糖尿病未治療』『糖尿病治療中の重症化ハイリスク者』への介入を最優先として保健指導、医師との連携を通して重症化予防対策を進めてきました。翌年度の特定健診の結果を評価指標として分析したものが(図表33)です。改善率が低下傾向で、翌年度健診を受診していない方の割合も増えていることから、今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めるとともに、特定健診の継続受診への働きかけも行う必要があります。『糖尿病』にターゲットを絞った継続した取り組みは必要不可欠です。

図表 32 生活習慣病重症化予防(糖尿病)

		R2 *2	R3	R4
特定健診受診者	人(a)	2,029	1,830	1,764
A. HbA1c6.5%以上で未治療 *1	人(b)	23	60	65
保健指導実施者 *2 *3	人(c)	10	35	51
	(c/b)	43.5%	↑ 58.3%	↑ 78.5%
B. HbA1c7.0%以上で治療中 *1	人(c)	39	83	76
保健指導実施者 *2 *3	人(d)	15	40	44
	(d/c)	38.5%	↑ 48.2%	↑ 57.9%

\*1 保健指導対象者は生活習慣病重症化予防訪問対象者に基づく。

\*2 R2年度までの対象者は『HbA1c7.0%以上で未治療』『HbA1c8.0%以上で治療中』の者。

R2年度の中間見直し後、対象者を『A.HbA1c6.5%以上で未治療』『B. HbA1c7.0%で治療中』に改訂し、R3年度とR4年度実施。

\*3 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

図表 33 翌年度の特定健診結果

### A. HbA1c6.5%以上で未治療

対象者数	R2	R3	R4
(参考データ)	(R3健診)	(R4健診)	(R5健診)
(人)	23	60	65
改善	10	25	実施中
	43.5%	↓ 41.7%	
変化なし	1	8	実施中
	4.3%	13.3%	
悪化	4	8	実施中
	17.4%	13.3%	
不明	8	19	実施中
	34.8%	31.7%	

### B. HbA1c7.0%以上で治療中

対象者数	R2	R3	R4
(参考データ)	(R3健診)	(R4健診)	(R5健診)
(人)	39	83	76
改善	21	34	実施中
	53.8%	↓ 41.0%	
変化なし	1	5	実施中
	2.6%	6.0%	
悪化	5	16	実施中
	12.8%	19.3%	
不明	12	28	実施中
	30.8%	↑ 33.7%	

③心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心電図検査全数実施(心疾患、脳血管疾患治療中を除く。)を目指して健診を実施しましたが、心電図検査は 65.2%しか実施できておらず、そのうち有所見者で医療機関を受診した者は 71.4%でした。(図表 34)(図表 35)

『心房細動』の有所見者数は年々減少しており、これは、治療中で健診未受診である、もしくは、治療中の者は心電図検査の対象外であることや、後期高齢者へ移行していることなどが要因として考えられます。(図表 36)

嬉野市においては、心電図検査全数実施のための健診医療機関との連携や治療中断の予防、個別リスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続しています。

図表 34 心電図検査の結果 令和 4 年度

性別・年齢	所見	心電図検査			
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A
内訳	40～74歳	1,122	65.2%	492	43.9%
	男性	500	63.1%	225	45.0%
	女性	622	67.1%	267	42.9%

嬉野市調べ

図表 35 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	492		14	2.8%	10	71.4%	4	28.6%
男性	225	45.0%	9	4.0%	7	77.8%	2	22.2%
女性	267	42.9%	5	1.9%	3	60.0%	2	40.0%

図表 36 心房細動有所見者の状況 令和 4 年度

	H30	R1	R2	R3	R4
心房細動 有所見者数	5人	5人	4人	1人	0人

嬉野市調べ

#### ④脳血管疾患重症化予防対策

特定健診受診者のうち、血圧Ⅱ度以上は 3.9%で、そのうち 24.7%が未治療です。(図表 37) 高血圧は、脳心血管疾患において最大の危険因子で、要介護認定の原因の一つでもあります。

『血圧Ⅱ度以上で未治療』の方へ重症化予防訪問を実施し、受診勧奨や家庭血圧測定の実践を勧めました。また、治療中の方には服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導を行っています。

図表 37 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

特定健診				血 圧							
対象者	受診者	HbA1c 実施者	受診率	Ⅱ度以上		未治療		治療中断		不定期受診	
				D	D/B	E	E/D	F	F/D	G	G/D
A	B	C	B/A	D	D/B	E	E/D	F	F/D	G	G/D
4,205	1,896	1,872	45.1	73	3.9	18	24.7	2	2.7	7	9.6

R3年度

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧のレセプトがない

②中断…高血圧(HbA1cの場合は糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3ヶ月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない。

③不定期受診…②以外で直近半年の受診が3回以下(ただし、治療開始と考えられる者を除く)

#### (2)ポピュレーションアプローチ

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

嬉野市においては、生涯を通じた健康づくりの取り組みとして、一人ひとりの市民が自分の住む地域の実情を知り納得したうえで健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援することが必要です。

取り組み内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている市の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、ヘルスマイト養成講座での出前講座や行政区長会議での資料提示を毎年行い、毎月発行の市報に記事を掲載するなど、市民への周知を図りました。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 38 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法	
			初年度 H30	中間 評価 R2	最終 評価 R5		
			(H29)	(R1)	(R4)	(活用データ)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合を増加させない	2.29%	1.58%	1.95%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合を減少させる	1.47%	1.38%	1.35%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合を減少させる	4.52%	5.15%	4.28%	
			糖尿病性腎症による透析導入者をゼロにする	2人	3人	2人	嬉野市調べ
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	【男】メタボリックシンドローム該当者の割合を減少させる	26.6%	30.5%	32.4%	嬉野市健康づくり課
			【女】メタボリックシンドローム該当者の割合を減少させる	12.4%	15.4%	14.8%	
			健診受診者の高血圧者の割合を15%減少させる(160/100以上)	2.8%	3.9%	4.9%	
			健診受診者の脂質異常者の割合を15%減少させる(LDL180以上)	1.5%	2.4%	2.1%	
			健診受診者の糖尿病者の割合を7%減少させる(HbA1C6.5%以上)	11.9%	13.7%	13.7%	
			健診受診者の糖尿病者の割合を4%減少させる(HbA1C7.0%以上)	5.7%	7.1%	6.9%	
			糖尿病の未治療者の割合を減少させる(HbA1C6.5%以上未治療者)	34.0%	30.8%	36.5%	
	重症化予防対象者の割合を減少させる	23.2%	26.2%	26.5%			
	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	44.0%	50.3%	47.1%	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	75.2%	62.3%	62.0%		
		特定保健指導対象者を25%減少させる	22.6%	23.9%	22.7%		
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	12.4%	12.4%	9.1%	地域保健事業報告
			肺がん検診受診者の増加	12.6%	10.8%	9.3%	
			大腸がん検診受診者の増加	13.8%	12.5%	10.5%	
			子宮がん検診受診者の増加	20.9%	20.0%	18.1%	
			乳がん検診受診者の増加	28.3%	25.3%	22.5%	
	自分自身の健康に関心を持つ住民を増やす	健康ポイントの取り組みを行う実施者の増加	未実施	345人	777人	健康マイレージ申請者	
	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%以上	80.8%	87.1%	90.2%	厚労省HP	

### 3) 第 2 期データヘルス計画に係る考察

中長期目標のターゲットとなる疾患である『虚血性心疾患』『脳血管疾患』『慢性腎臓病(CKD)』の重症化が、高額医療、長期入院、要介護状態等と密接に関係することから、これらの重症化予防を目標として事業を実施してきました。その結果、総医療費に占める割合は平成 30 年度と比較して令和 4 年度は 3 疾患全てにおいて増加傾向となりましたが、人数は減少しました。医療費の抑制のためには、特に、基礎疾患でありつつ、生活習慣の改善によって予防が可能な疾患である『糖尿病』にターゲットを絞り、発症させない、重症化予防への取り組みを強化することが医療費抑制の鍵になると考察されます。

また、短期目標には上記の中長期目標疾患である『虚血性心疾患』『脳血管疾患』『慢性腎臓病(CKD)』のリスク要因となる基礎疾患 3 疾患（『高血圧』『糖尿病』『脂質異常症』）の減少を挙げ、特定健診の受診勧奨、医療機関未受診者への受診勧奨、保健指導を実施してきました。結果的には、3 疾患すべてにおいて増加傾向となっており、改善の余地があります。特に、予防可能で医療費削減につながる『糖尿病性腎症重症化予防』及び『生活習慣病重症化予防』の取り組みをより一層強化し、短期目標疾患を確実に減らしていくことが重要です。

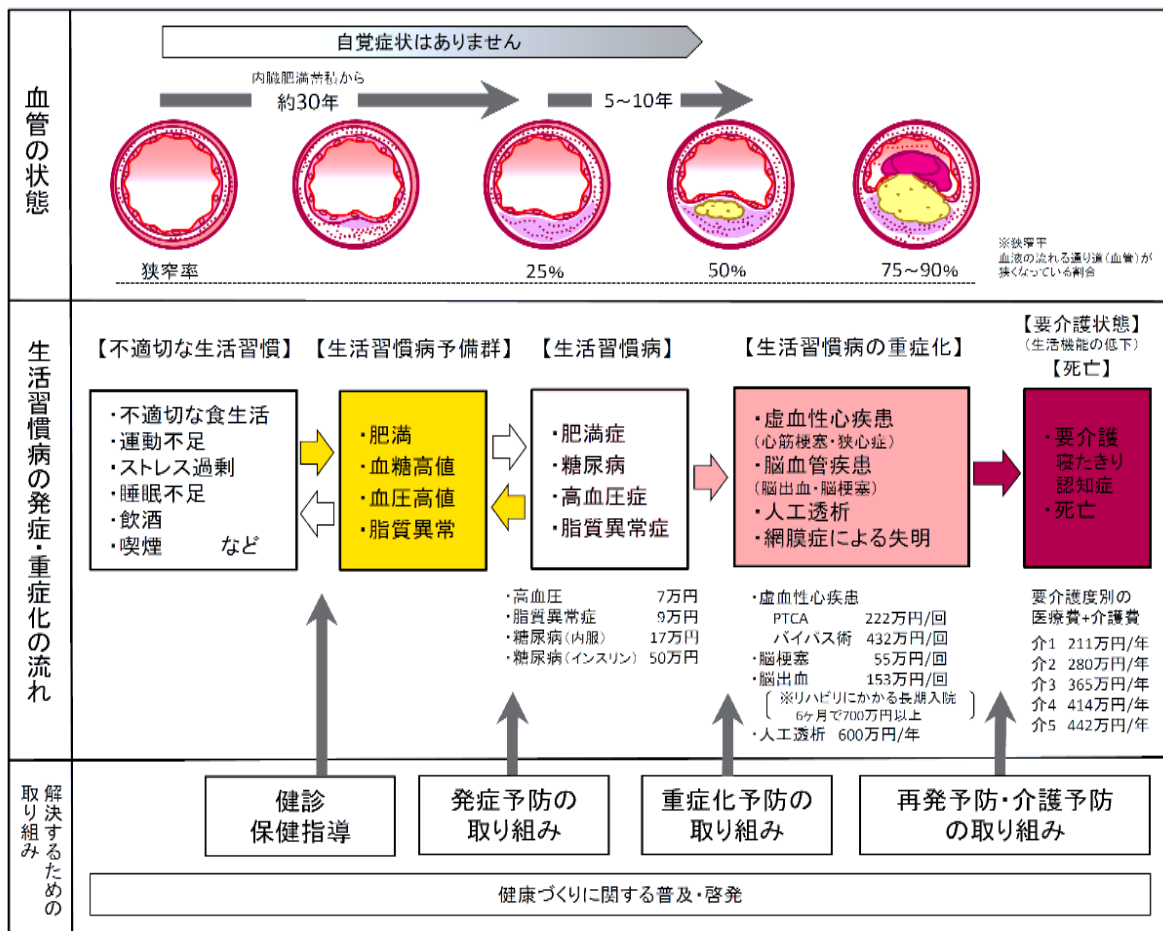
これらのことを踏まえ基本的な方針として、第一に、住民自ら身体状態を確認する機会としての『特定健診の受診率を向上させること』を必須とし、第二に、医療機関未受診者への受診勧奨、医療機関受診後の治療継続ができていないかの確認、疾患のコントロール不良者に対しては生活習慣の改善のための支援等、重症化予防の視点で取り組む必要があります。第三として、疾病予防と適切な医療の提供のために地区医師会等の関係機関と積極的な連携を図ることも欠かせません。

### 3. 第3期における健康課題の明確化

#### 1) 基本的な考え方

生活習慣病の発症や重症化を予防するためには、特定健診の保健指導により生活習慣病予備軍を減少させ、生活習慣病の者を増やさないこと、生活習慣病を重症化させないように、各ステージに応じた取り組みが必要です。(図表 39)

図表 39 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



#### 2)健康課題の明確化

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

保健事業は、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のですが、制度的な背景により、支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化や複数の慢性疾患につながるため、市国保及び広域連合は、図表 40 に基づいて健康課題

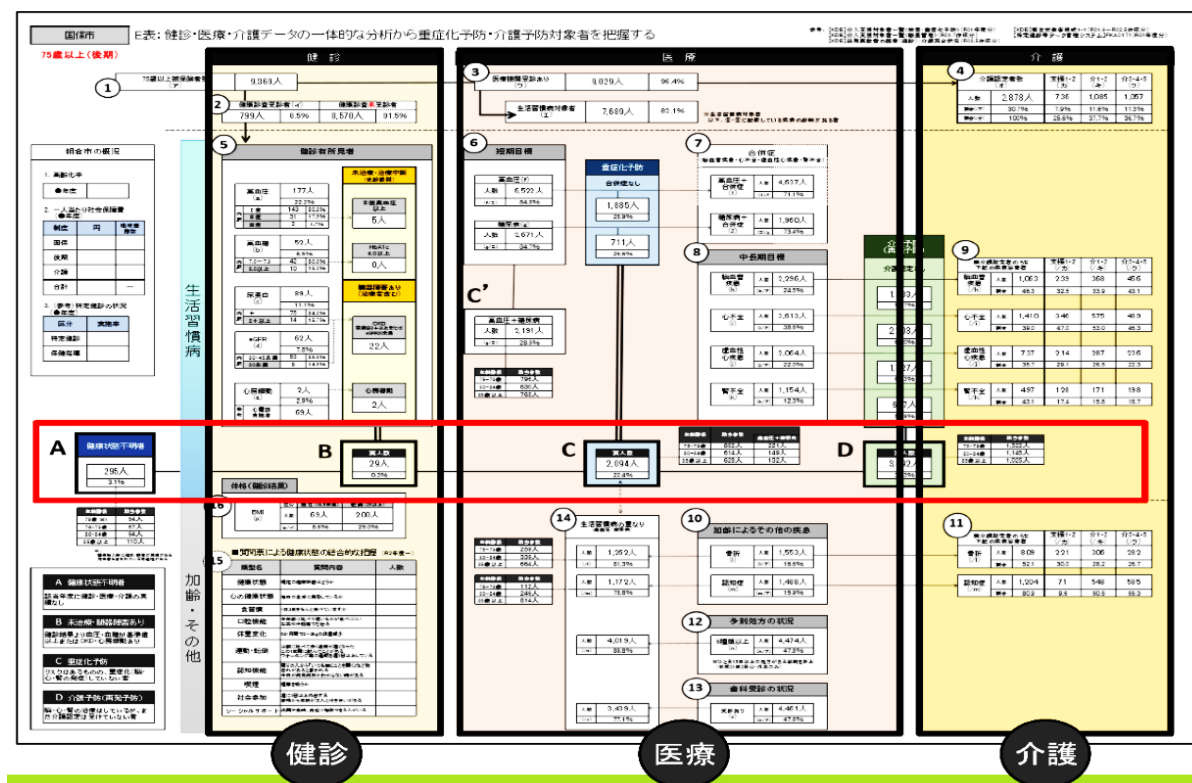


の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

図表 40 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(例示)



(1) 医療費分析

国保被保険者数は年々減少し、一人あたり医療費を見ると令和 3 年度に急増し、後期高齢者になると一人あたり 117.3 万円で、国保の 2 倍以上に増えています。(図表 41)

『糖尿病』の総医療費に占める割合は、同規模や国と比較すると下回りましたが、短期目標疾患 3 疾患(『糖尿病』『高血圧』『脂質異常症』)の中では、『糖尿病』が依然として医療費の割合が高いことを示しています。(図表 42)

図表 41 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
被保険者数		6,099人	5,892人	5,691人	5,513人	5,273人	4,623人
総件数及び 総費用額	件数	60,353件	58,051件	55,761件	57,637件	56,689件	80,739件
	費用額	25億2730万円	26億0305万円	25億1290万円	26億7855万円	25億5788万円	54億2448万円
一人あたり医療費		41.4万円	44.2万円	44.2万円	48.6万円	48.5万円	117.3万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 42 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	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞									
国 保	嬉野市	25億5788万円	39,314	4.61%	1.95%	1.35%	5.07%	3.24%	1.90%	4億6365万円	18.1%	13.3%	10.24%	8.59%
	同規模	—	31,918	4.35%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	—	19.1%	16.9%	8.74%	9.00%
	県	—	35,091	5.66%	2.15%	1.04%	4.89%	2.99%	1.93%	—	18.7%	14.4%	10.73%	8.87%
	国	—	27,570	4.55%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
後 期	嬉野市	54億2448万円	98,396	3.27%	4.18%	0.95%	3.24%	3.13%	1.28%	8億7021万円	16.0%	7.3%	7.28%	12.0%
	同規模	—	70,726	4.70%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	—	18.7%	10.5%	4.11%	12.6%
	県	—	84,251	4.71%	4.62%	1.00%	3.61%	3.08%	1.27%	—	18.3%	9.2%	4.85%	13.6%
	国	—	71,162	5.06%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

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

高額レセプトについては、国保においては毎年 390 件前後のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、2.5 倍を超えています。(図表 43) 疾病を見ると、『脳血管疾患』で高額になったレセプトは、国保で平成 30 年度が一番多く 30 件で、令和元年度以降は 17 件前後に減少しました。しかし、後期高齢においては、50 件発生し、国保以上に費用がかかっています。

脳血管疾患は、医療費のみならず介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる『高血圧』の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 44)(図表 45)

図表 43 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期:R4年度	
高額レセプト (80万円以上 /件)	人数	A	219人	240人	222人	257人	222人	586人
	件数	B	385件	394件	399件	432件	386件	↑ 1,002件
		B/総件数	0.64%	0.68%	0.72%	0.75%	0.68%	1.24%
	費用額	C	5億0195万円	5億6710万円	5億4309万円	6億0950万円	5億6453万円	11億6062万円
		C/総費用	19.9%	21.8%	21.6%	22.8%	22.1%	21.4%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 44 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	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期:R4年度								
脳血管疾患	人数	D	17人	12人	11人	10人	9人	36人							
		D/A	7.8%	5.0%	5.0%	3.9%	4.1%	6.1%							
	件数	E	30件	↓ 16件	18件	↓ 17件	17件	↑ 50件							
		E/B	7.8%	4.1%	4.5%	3.9%	4.4%	5.0%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	1	3.3%	5	31.3%	2	11.1%	4	23.5%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	1	6.3%	6	33.3%	2	11.8%	1	5.9%	75-80歳	4	8.0%
		60代	20	66.7%	6	37.5%	3	16.7%	2	11.8%	1	5.9%	80代	21	42.0%
		70-74歳	9	30.0%	4	25.0%	7	38.9%	9	52.9%	15	88.2%	90歳以上	25	50.0%
	費用額	F	3717万円	2131万円	2950万円	1794万円	2128万円	5785万円							
		F/C	7.4%	3.8%	5.4%	2.9%	3.8%	5.0%							

出典:ヘルスサポートラボツール

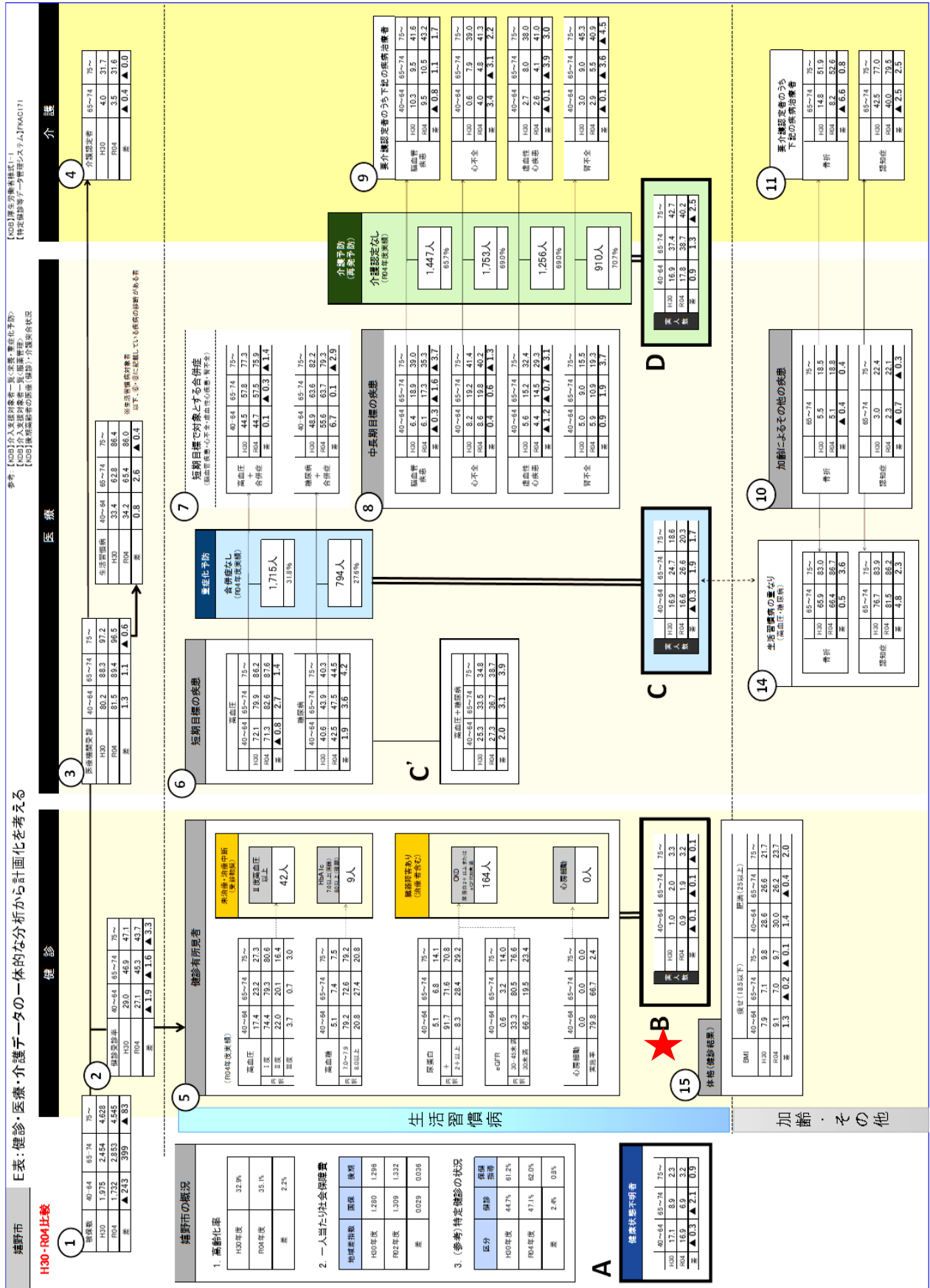
図表 45 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期:R4年度								
虚血性心疾患	人数	G	7人	13人	11人	14人	10人	8人							
		G/A	3.2%	5.4%	5.0%	5.4%	4.5%	1.4%							
	件数	H	8件	15件	12件	15件	13件	8件							
		H/B	2.1%	0.0%	3.0%	3.5%	3.4%	0.8%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	0	0.0%	1	6.7%	0	0.0%	2	13.3%	1	7.7%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	12.5%	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	1	12.5%
		60代	2	25.0%	8	53.3%	8	66.7%	3	20.0%	7	53.8%	80代	5	62.5%
		70-74歳	5	62.5%	6	40.0%	3	25.0%	10	66.7%	5	38.5%	90歳以上	2	25.0%
	費用額	I	1402万円	2109万円	1564万円	2136万円	1587万円	926万円							
		I/C	2.8%	3.7%	2.9%	3.5%	2.8%	0.8%							

出典:ヘルスサポートラボツール

## (2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 46 健診・医療・介護データの一体的な分析



健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 46 の ①被保険者数は、40～64 歳で減少し、65 歳～74 歳で増加しており、今後、後期高齢者が増加することが予測されます。⑮の体格をみると、40～64 歳の若年齢層で、BMI25 以上の率が 1.4 ポイント増加しています。(図表 47)

図表 47 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
					特定健診		後期健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	31.7	1,975	2,454	4,628	29.0	46.9	47.1	7.9	7.1	9.8	28.6	26.6	21.7
R4	31.6	↓1,732	↑2,853	4,545	27.1	45.3	43.7	9.1	7.0	9.7	↑30.0	26.2	23.7

健診有所見の状況を見ると、40～64 歳、65 歳～74 歳の年代で『Ⅱ度高血圧』と『HbA1c7.0 以上』の増加が著明です。(図表 48)

図表 48 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上 または eGFR30未満						心房細動											
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-							
	人	%	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%					
H30	19	3.3	(6)	46	4.0	(16)	133	6.1	(24)	19	3.3	(3)	67	5.8	(6)	25	1.1	(0)	12	2.1	24	2.1	128	5.9	0	--	4	0.3	0	--
R4	21	4.5	↑(9)	62	4.8	↑(17)	105	5.3	(16)	24	5.1	↑(2)	95	7.4	↑(7)	31	1.6	(0)	4	0.9	30	2.3	130	6.5	0	--	0	--	0	--

短期目標疾患(『高血圧』『糖尿病』)と合併症をみると、『高血圧+合併症』も『糖尿病+合併症』いずれにおいても増加しています。(図表 49)

図表 49 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

単位: %

E表	③ 医療機関受診						⑥ 短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									⑦ 短期目標の疾患と合併症					
				生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			高血圧			糖尿病			C' 高血圧+糖尿病			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	80.2	88.3	97.2	33.4	62.8	86.4	72.1	79.9	86.2	40.6	43.9	40.3	25.3	33.5	34.8	44.5	57.8	77.3	48.9	63.6	82.2
R4	81.5	89.4	96.5	34.2	65.4	86.0	71.3	82.6	87.6	42.5	47.5	44.5	27.3	36.7	38.7	44.7	57.5	75.9	55.6	63.7	79.3

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 50 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

単位: %

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	6.4	18.9	39.0	5.6	15.2	32.4	8.2	19.2	41.4	5.0	9.0	15.5	10.3	9.5	41.6	2.7	8.0	38.0	0.6	7.9	39.0	3.0	9.0	45.3
R4	6.1	17.3	35.3	4.4	14.5	29.3	8.6	19.8	40.2	5.9	10.9	19.3	9.5	10.5	43.2	2.6	4.1	41.0	4.0	4.8	41.3	2.9	5.5	40.9

「骨粗鬆症からの骨折」「認知症」は『糖尿病』重症化からの合併症として挙げられており、令和4年度には65-74歳、75歳以上いずれにおいても患者の割合が増加しています。(図表51 ⑭) 要介護認定者のうち「骨折」「認知症」の割合も増加しています。(図表51 ⑩)

図表 51 骨折・認知症の状況

単位: %

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知症		骨折		認知症		骨折		認知症	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	65.9	83.0	76.7	83.9	5.5	18.5	3.0	22.4	14.8	51.9	42.5	77.0
R4	66.4	86.7	81.5	86.2	5.1	18.8	2.3	22.1	8.2	52.6	40.0	79.5

出典:ヘルスサポートラボツール

糖尿病の重症化により、転倒、骨折、要介護状態となる者が増加し、介護給付費も増加することが予測されます。要介護認定、介護給付費の増加抑制のためにも、糖尿病の適切なコントロールのための支援が必要です。

### (3) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

嬉野市においては、『糖尿病』『高血圧』『若年層の肥満』の減少に向けた生活習慣の改善や早期受診勧奨、治療中断を防ぐ保健指導に優先的に取り組むことが、『脳血管疾患』『虚血性心疾患』『慢性腎臓病(CKD)』の重症化予防に有効であると考えられます。

具体的な取り組み方法については、第4章に記載します。

### 3) 目標の設定

#### (1) 成果目標

##### ① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておきます。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図 52)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

##### ② 中長期的な目標の設定

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

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

また、軽症時に通院せずに、重症化に至った結果入院してしまうことから、重症化予防、医療費適正化へつなげるためには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指すことが重要です。

##### ③ 短期的な目標の設定

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

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

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

(2) 管理目標の設定

図表 52 第3期データヘルス計画の目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	中間評価	最終評価	データの把握方法 (活用データ)
			R6 (2024)	R8 (2026)	R11 (2027)	
			(R4)	(R7)	(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	1.95%	1.95%	1.95%	KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.35%	1.35%	1.35%	
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.28%	4.28%	4.28%	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	2人	1人	0人	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	2人	1人	0人	
	アウトカム指標	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	14.0%	12.4%	10.0%	嬉野市健康づくり課
		◎【男性】メタボリックシンドローム予備群の割合の減少	19.7%	19.5%	19.0%	
		◎【女性】メタボリックシンドローム予備群の割合の減少	5.0%	4.8%	4.5%	
		◎【男性】メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	32.4%	30.0%	27.8%	
		◎【女性】メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	14.8%	13.3%	12.0%	
		健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	4.9%	4.3%	3.4%	
		健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL180以上)	2.1%	2.1%	1.9%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	13.7%	12.6%	10.9%	
		★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	1.6%	1.4%	1.1%	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	100%	100%	100%	
特定健診等計画	アウトプット	★特定健診実施率60%以上	47.1%	54.8%	60%以上	法定報告値
		★特定保健指導実施率60%以上	62.0%	62.0%	62.0%	
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 ※分母のうち今年度は特定保健指導の対象者ではなくったものの数/昨年度の特定保健指導の利用	22.7%	22.6%	22.6%	



## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。なお、第1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年1期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を一期として策定します。

### 2. 目標値の設定

図表 53 特定健診実施率・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
特定健診実施率	49.7%	52.3%	54.8%	57.4%	60.0%	60%以上
特定保健指導実施率	62.0%	62.5%	63.0%	63.5%	64.0%	65%

### 3. 対象者の見込み

図表 54 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	3,486	3,363	3,245	3,131	3,021	2,915
	受診者数	1,732	1,758	1,778	1,797	1,812	1,749
特定保健指導	対象者数	161	163	165	167	168	162
	受診者数	99	101	102	103	107	105

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

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

- ① 個別健診(委託医療機関)
- ② 集団健診(塩田保健センター他)

#### (2)特定健診委託基準

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

### (3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、嬉野市のホームページに掲載します。

(参照) URL : [https://www.city.ureshino.lg.jp/kenko/kenshin/\\_20308.html](https://www.city.ureshino.lg.jp/kenko/kenshin/_20308.html)

### (4) 特定健診実施項目

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

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

図表 55 特定健診検査項目

健診項目		嬉野市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	★	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	★	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	■	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	★	□
	尿酸	★	

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

●…いずれの項目の実施で可、■…脳血管疾患、心疾患治療中の者以外が実施

★…佐賀県における追加の検査項目

### (5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

### (6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

(図表 56)

図表 56 健診実施スケジュール

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

## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導は、保険者において直接実施します。

○第4期(2024年以降)における変更点

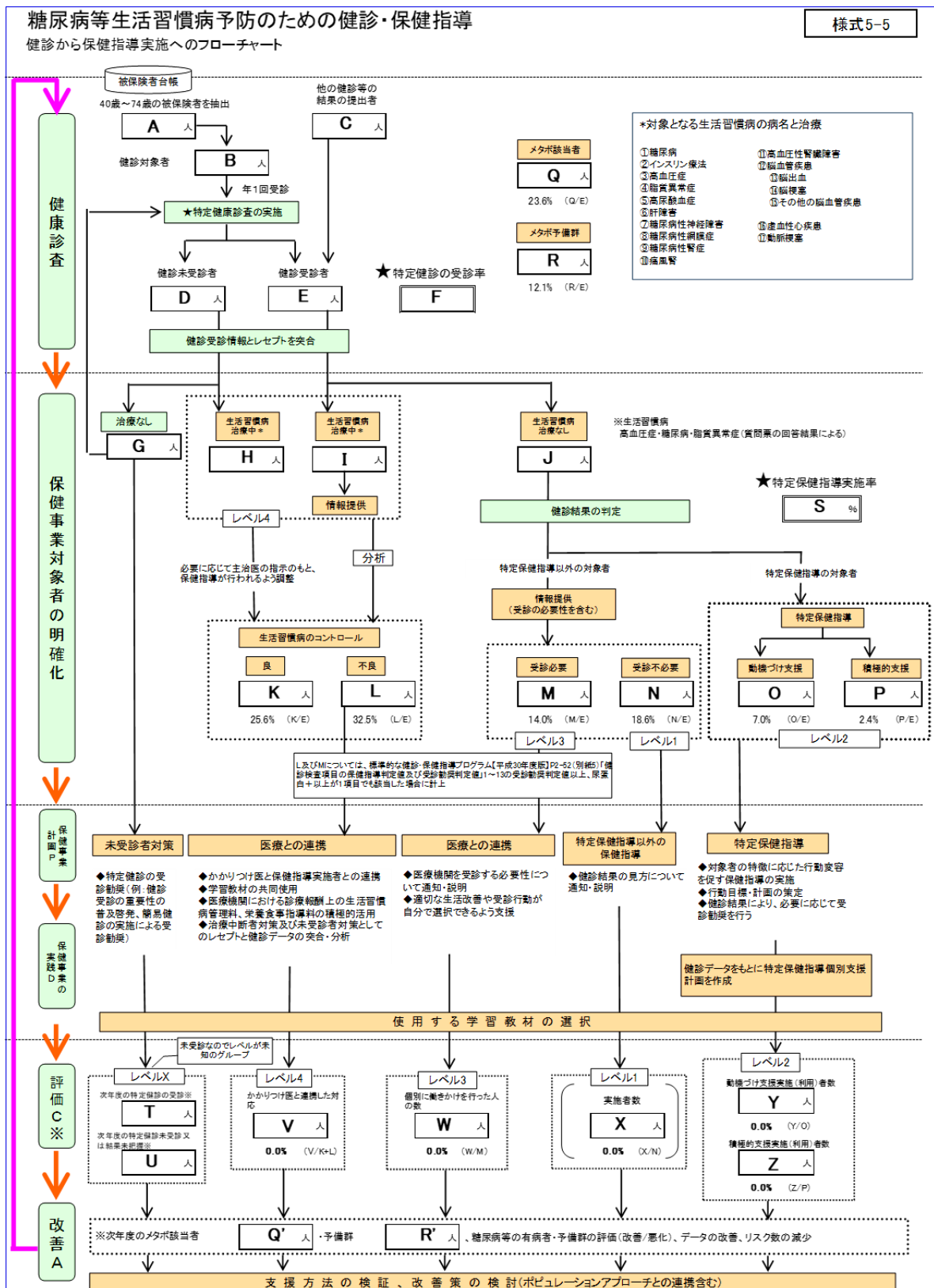
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

### (1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。(図表 57)

図表 57 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



出典: ヘルサポートラボツール

## (2) 要保健指導数、選定と優先順位・支援方法

図表 58

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	令和4年度実績 (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	169人 (9.4%)	62%
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	251人 (14.0%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆未受診者への受診勧奨(はがき電話) ◆健診データの持込み ◆医療機関からの受診勧奨	2,261人	100%
4	N	情報提供 (受診不必要)	◆健診結果の通知・説明	334人 (18.6%)	集団健診受診者には 100%
5	I	情報提供 (生活習慣病治療者)	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の活用 ◆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	1,044人 (58.1%)	糖尿病治療中コントロール不良者には100%

## (3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 59 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出 ◎受診券・受診票発送準備開始		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎受診券・受診票の送付 ◎特定健診実施医療機関向け事務説明会開催		◎がん検診開始
6月	◎特定健康診査の開始	◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	◎後期健診開始
7月			◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	◎健診の終了		

## 6. 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

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

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

### (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

## 7. 結果の報告

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

## 8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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



## 第4章 課題解決するための個別保健事業

### I. 保健事業の方向性

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

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

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

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

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

佐賀県の市町国保においては、令和9年度に国民健康保険の保険税率を一本化することに伴い、市町国保保険者として実施している保健事業について、標準化を進める必要があります。これは、被保険者にとって、同一所得・同一世帯であれば県内どの市町に住所を有していても同じ税率・税額となるため、被保険者が受けられるサービス水準に非合理的な差があると不公平であること、保険者側にとっても、医療費水準が勘案されない納付金となるため、保険税率一本化後も医療費適正化に向けたインセンティブが働く仕組みの構築が必要であるためです。そのため、今後令和9年度に向けて、「標準的保健事業検討委員会」及び「医療費適正化勉強会」において、市町国保保険者として実施している保健事業について、標準化を進める事業の内容、基準、財源及び各事業の評価指標等を整理していくこととします。

### II. 重症化予防の取り組み

嬉野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 647 人(35.2%)です。そのうち治療なしが 148 人(19.3%)、さらに臓器障害があり、直ちにに取り組むべき対象者が 71 人です。

(図表 60)

重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なる者もあることから、特定保健指導の徹底も併せて行うことが重症化予防にもつながります。また、重症化予防対象者の中でも嬉野市の課題である『糖尿病』『高血圧』『メタボリックシンドローム』にターゲットを絞った効率的な事業展開で重症化予防を図ります。

図表 60 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 による年齢調整新発患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)				
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (高血圧者の診断と治療に関するガイドライン(2011年度)共同研究班編纂)	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)	1,838人	45.3%			
レセプトデータ、 介護保険データ その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓症 (27.7) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症			■各疾患の治療状況				
					治療中	治療なし			
					高血圧	791 1,047			
					脂質異常症	611 1,226			
					糖尿病	231 1,596			
					3疾患 いずれも	1,073 765			
					※健診結果による				
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 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NSSP) 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	90 4.9%	0 0.0%	39 2.1%	43 2.3%	424 23.1%	187 10.2%	200 10.9%	647 35.2%	
治療なし	43 4.1%	0 0.0%	33 2.7%	22 1.8%	48 6.3%	91 5.7%	56 7.3%	148 19.3%	
(再掲) 特定保健指導	15 16.7%	0 --	9 23.1%	9 20.9%	48 11.3%	19 10.2%	16 8.0%	76 11.7%	
治療中	47 5.9%	0 0.0%	6 1.0%	21 3.4%	376 35.0%	96 41.6%	144 13.4%	499 46.5%	
臓器障害 あり	15 34.8%	0 --	8 24.2%	8 36.4%	16 33.3%	29 31.8%	56 100.0%	71 48.0%	
CKD(専門医対象者)	2	0	1	5	4	15	56	40	
心電図所見あり	13	0	7	3	13	18	28	66	
臓器障害 なし	28 65.1%	--	25 75.8%	14 63.6%	32 66.7%	62 68.1%	--	--	

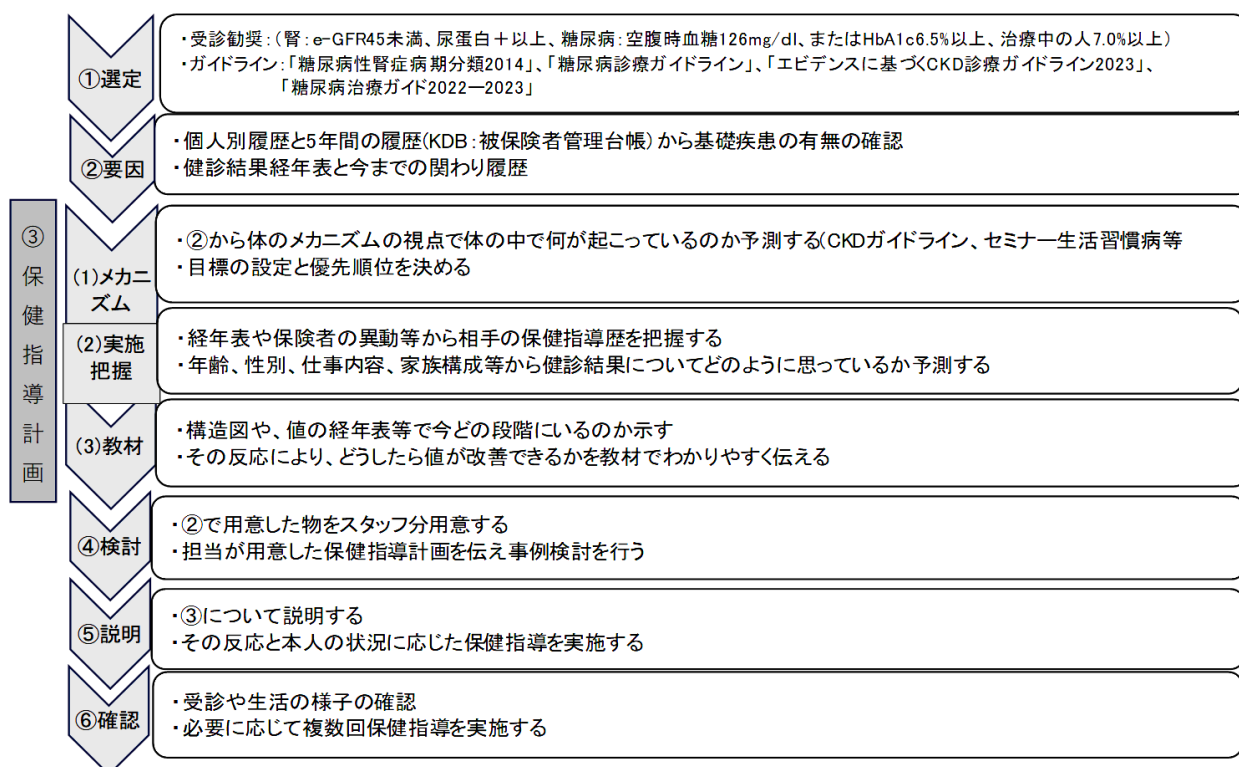
## 1. 糖尿病性腎症重症化予防

### 1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取り組みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、以下の視点でPDCAサイクルに沿って実施していきます。(図表 61)

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

図表 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) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を次のようにします。

- ①糖尿病未治療者
- ②糖尿病治療中断者（治療中断者等抽出ツールにて抽出した対象者）
- ③糖尿病治療中の者のうちで腎専門医紹介レベルに該当する者（ハイリスク者）
- ④特定健診結果からアルブミン尿検査を行い、医師より保健指導の依頼があった者

### (2) 選定基準に基づく該当者の把握

#### ①対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。(図表 62)

図表 62 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 <sup>2</sup> )
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。CKD診療ガイド2012では、尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、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。

嬉野市の特定健診では、『尿蛋白(定性)検査』と『血清クレアチニン検査(佐賀県独自)』を実施しているだけでなく、早期発見を目指して、HbA1c 6.5%以上で尿蛋白(-)(±)の者に対して『アルブミン尿検査』を実施しています。

## ②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。(図表 63) 嬉野市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、99人(29.4%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者1,152人(23.1%・H)のうち、特定健診受診者が238人(70.5%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者914人(79.3%・I)については、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

## ③介入方法と優先順位

嬉野市における介入方法は以下のとおりとします。

### 優先順位 1

#### 【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・99人

### 優先順位 2

#### 【保健指導】

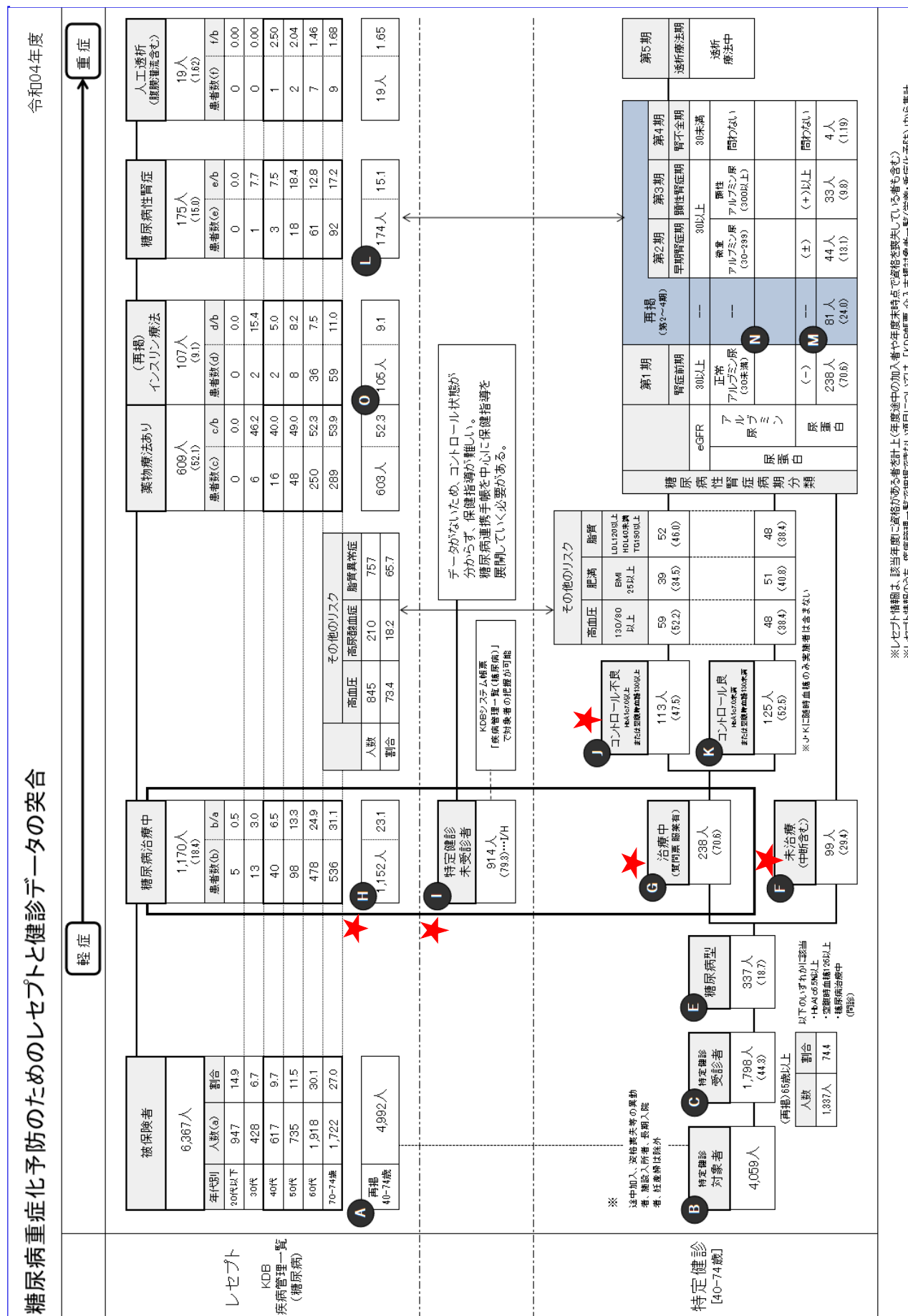
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者(J)・・・113人
- ・治療中断しない(継続受診)のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、郵便等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

### 優先順位3

#### 【保健指導】

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

図表 63 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



※レセプト情報および、該当年度に資格がある者で計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む) ※レセプト情報から、疾病管理一貫で把握できなかった項目については、TKDB帳票(介入記録)患者一貫( disease重症化予防)から集計

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。嬉野市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し実施します。(図表 64)

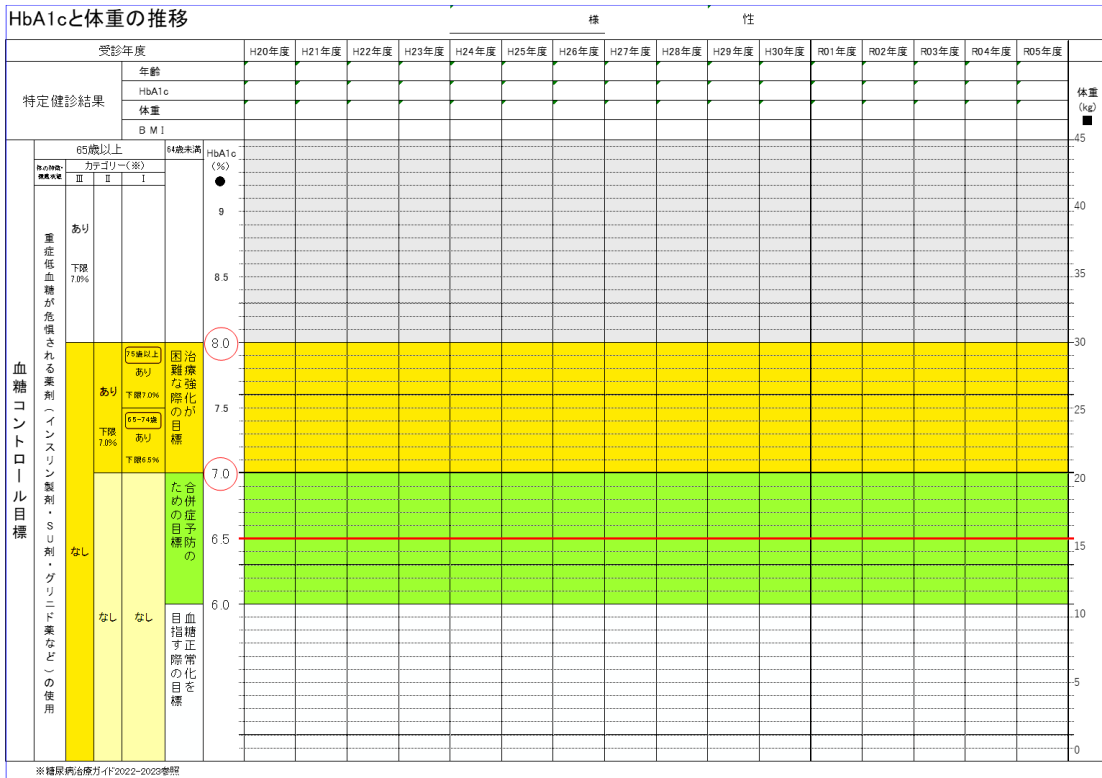
図表 64 保健指導教材(例示)

#### ◎ 経年表

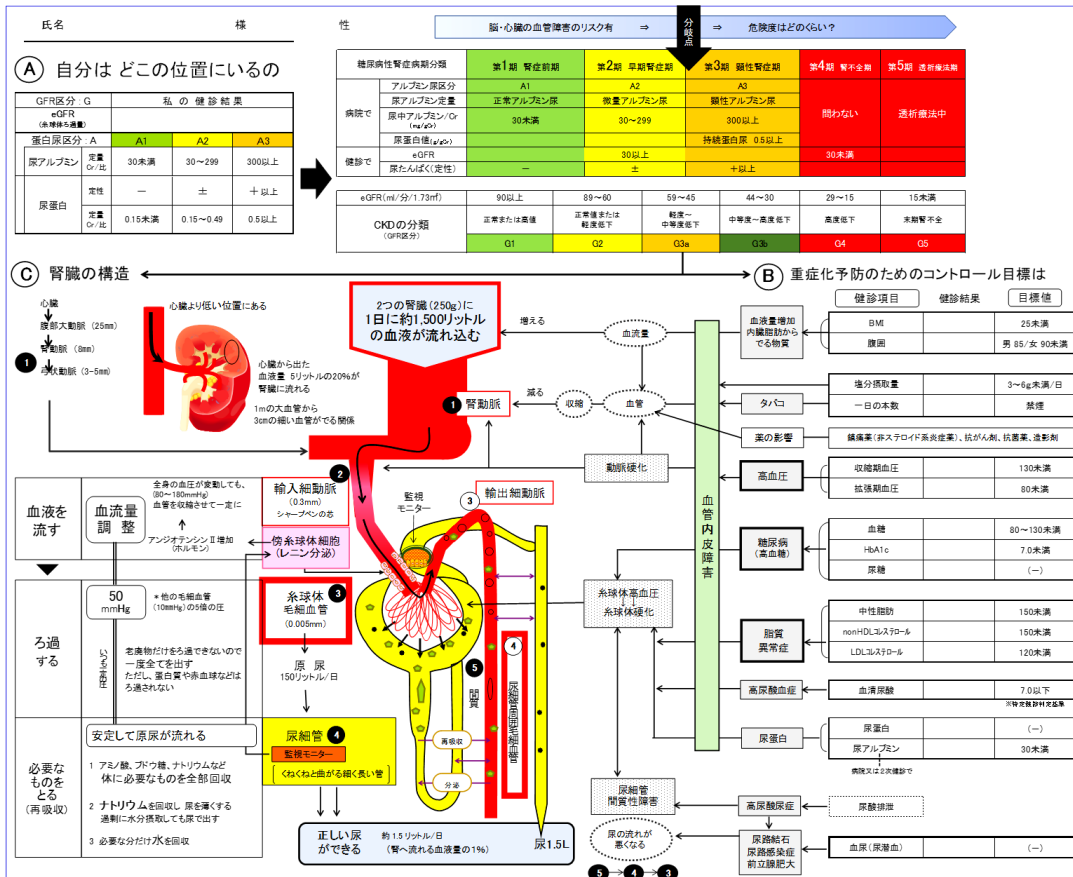
氏名 \_\_\_\_\_ 種 \_\_\_\_\_ 性 \_\_\_\_\_ 問診結果で「服薬がある」と回答した場合は、血圧・血糖・脂質の値に「治」が表示されます。

健診経年結果 一覧	年齢																年齢			
	実施年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度	実施年度		
	健診実施日																健診実施日			
検査項目	基準値																検査項目			
身体 の 大き さ	身長																		身長	
	体重																		体重	
	BMI	18.5~24.9																	BMI	
	腹囲	男 ~85cm未満 女 ~90cm未満																	腹囲	
内 臓 器 の 重 積	中性脂肪	空腹 ~149mg/dL 食後 ~174mg/dL																	中性脂肪	
	HDL コレステロール	40~80mg/dL																	HDL コレステロール	
	AST (GOT)	~30U/L																	AST (GOT)	
	ALT (GPT)	~30U/L																	ALT (GPT)	
	γ-GT (γ-GTP)	~50U/L																	γ-GT (γ-GTP)	
	内 皮 障 害	収縮期 血圧	130mmHg未満																	収縮期 血圧
		拡張期 血圧	80mmHg未満																	拡張期 血圧
尿酸		~7.0mg/dL																	尿酸	
血糖		~89mg/dL																	血糖	
イ ン ス リ ン	HbA1c (NGSP)	~5.5%																	HbA1c (NGSP)	
	尿酸	—																	尿酸	
其 他 の 動 脈 硬 化 の 指 標 等	LDL コレステロール	~119mg/dL																	LDL コレステロール	
	non-HDL コレステロール	~149mg/dL																	non-HDL コレステロール	
	血清 クレアチニン	男 ~1.0mg/dL 女 ~0.7mg/dL																	血清 クレアチニン	
腎 臓	eGFR (糸球体ろ過量)	60~ml/min/1.73m <sup>2</sup>																	eGFR (糸球体ろ過量)	
	尿蛋白	—																	尿蛋白	
	尿潜血	—																	尿潜血	
心 臓	心電図	所見なし																	心電図	
	眼底検査	所見なし																	眼底検査	
血 管 の 硬 化 化	ヘマトクリット	男 38.0~48.9% 女 35.3~43.9%																	ヘマトクリット	
	血色素 (ヘモグロビン)	男 13.1~18.8g/dL 女 12.1~16.8g/dL																	血色素 (ヘモグロビン)	
(標準的な質問票)喫煙習慣																			喫煙習慣	
メタボリックシンドローム判定																			メタボ判定	
保健指導レベル																			保健指導 レベル	

# ◎ HbA1cと体重の推移



# ◎ 腎機能





## (2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

① 特定健診受診者のうち特定保健指導対象者であって、HbA1c5.6以上6.4%以下または空腹時血糖値100mg/dl以上125mg/dl以下の者

○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)

○アルブミン尿検査(尿で腎臓の状態を見る検査)

○75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

②アルブミン尿検査

糖尿病性腎症発症リスクのある HbA1c6.5%以上で尿蛋白(-)(±)の者に対して『アルブミン尿検査』を嬉野市独自で実施します。

## 4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者については、必要に応じて医師との連携を図ります。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて実施します。

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

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の評価等と合わせ年1回行います。中長期的評価においては、(図表56)糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価や(参考資料2)を用います。

### 【短期的評価】

① 受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 介入前後の検査値の変化を比較(定期受診の検査結果や翌年度の特定健診結果から)

○HbA1c    ○eGFR    ○尿蛋白    ○服薬状況

図表 65 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	嬉野市										同規模保険者(平均)		データ基												
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度														
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合													
1 ① 被保険者数	A	6,441人		6,132人		5,917人		5,737人		5,547人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2												
		(再掲) 40-74歳		4,864人		4,684人		4,606人		4,549人		4,444人														
2 ① 対象者数	B	4,537人		4,357人		4,332人		4,205人		4,059人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書												
		② 特定健診 受診者数	1,939人		2,117人		2,107人		1,896人		1,838人															
3 ① 特定 保健指導	C	--		--		--		--		--																
		② 対象者数	178人		207人		206人		158人		158人															
3 ② 実施率		61.2%		62.3%		62.1%		61.4%		62.0%																
		① 糖尿病型	E	298人	15.4%	369人	17.4%	402人	19.1%	328人	17.3%	337人	18.3%													
4 ② 健診 データ	F	未治療・中断者(質問票 服薬なし)		71人		23.8%		101人		27.4%		105人		26.1%		74人		22.6%		99人		29.4%				
		G	治療中(質問票 服薬あり)		227人		76.2%		268人		72.6%		297人		73.9%		254人		77.4%		238人		70.6%			
			H	コントロール不良		101人		44.5%		136人		50.7%		149人		50.2%		119人		46.9%		113人		47.5%		
				J	HbA1c7.0以上または空腹時血糖130mg/dl以上		43人		42.6%		69人		50.7%		88人		59.1%		57人		47.9%		64人		56.6%	
					肥満 BMI25以上		51人		50.5%		59人		43.4%		62人		41.6%		48人		40.3%		42人		37.2%	
			M	コントロール良		126人		55.5%		132人		49.3%		148人		49.8%		135人		53.1%		125人		52.5%		
				第1期 尿蛋白(-)		216人		72.5%		279人		75.6%		292人		72.6%		234人		71.3%		250人		74.2%		
				第2期 尿蛋白(±)		41人		13.8%		43人		11.7%		59人		14.7%		46人		14.0%		47人		13.9%		
				第3期 尿蛋白(+)		37人		12.4%		43人		11.7%		44人		10.9%		42人		12.8%		36人		10.7%		
			4 ③ 第4期	K	eGFR30未満		4人		1.3%		4人		1.1%		7人		1.7%		6人		1.8%		4人		1.2%	
					糖尿病受療率(被保険者千対)		121.1人		121.8人		123.5人		139.1人		133.8人											
5 ① レセプト	L		(再掲) 40-74歳(被保険者千対)		158.5人		157.8人		157.0人		173.9人		165.4人													
		レセプト件数(40-74歳)		4,351件(935.5)		4,435件(972.4)		4,708件(1047.9)		4,824件(1093.9)		4,738件(1120.6)		1,557,522件(951.6)		7,406件(4.5)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)								
5 ② 入院	H	入院(件数)		36件(7.7)		37件(8.1)		47件(10.5)		48件(10.9)		21件(5.0)		7,406件(4.5)												
		糖尿病治療中		780人		12.1%		747人		12.2%		731人		12.4%		798人		13.9%		742人		13.4%				
5 ③ (再掲) 40-74歳	I	健診未受診者		771人		15.9%		739人		15.8%		723人		15.7%		791人		17.4%		735人		16.5%				
		インスリン治療		65人		8.3%		66人		8.8%		68人		9.3%		68人		8.5%		66人		8.9%				
5 ④ (再掲) 40-74歳	O	(再掲) 40-74歳		64人		8.3%		66人		8.9%		68人		9.4%		68人		8.6%		66人		9.0%				
		糖尿病性腎症		76人		9.7%		72人		9.6%		68人		9.3%		80人		10.0%		79人		10.6%				
5 ⑤ (再掲) 40-74歳	L	(再掲) 40-74歳		76人		9.9%		72人		9.7%		68人		9.4%		80人		10.1%		79人		10.7%				
		慢性人工透析患者数 (慢性病治療中に占める割合)		10人		1.3%		12人		1.6%		10人		1.4%		13人		1.6%		13人		1.8%				
5 ⑥ (再掲) 40-74歳		(再掲) 40-74歳		10人		1.3%		12人		1.6%		10人		1.4%		13人		1.6%		13人		1.8%				
		新規透析患者数		4人		0.5%		3人		0.4%		5人		0.7%		4人		0.5%		2人		0.3%				
5 ⑦ (再掲) 40-74歳		(再掲) 40-74歳		3人		0.4%		0人		0.0%		4人		0.5%		2人		0.3%		2人		0.3%				
		【参考】後期高齢者慢性人工透析患者数 (慢性病治療中に占める割合)		16人		1.3%		15人		1.2%		16人		1.3%		17人		1.4%		19人		1.5%				
6 ① 医療費		総医療費		25億2730万円		26億0305万円		25億1290万円		26億7855万円		25億5788万円		28億4626万円												
		生活習慣病総医療費		13億0949万円		13億3268万円		13億0038万円		13億8942万円		12億8814万円		15億3700万円												
		(総医療費に占める割合)		51.8%		51.2%		51.7%		51.9%		50.4%		54.0%												
		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		12,735円		12,948円		12,022円		11,565円		11,381円		7,237円											
			健診未受診者		30,004円		30,942円		31,697円		33,993円		31,716円		38,862円											
		糖尿病医療費		1億2498万円		1億2880万円		1億4334万円		1億4582万円		1億2961万円		1億6596万円												
		(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.5%		9.7%		11.0%		10.5%		10.1%		10.8%												
		糖尿病入院外総医療費		3億5033万円		3億8184万円		3億7329万円		4億1003万円		3億9093万円														
		1件あたり		33,384円		36,269円		35,031円		37,742円		37,069円														
		糖尿病入院総医療費		2億6575万円		3億0772万円		2億7961万円		3億5963万円		2億8096万円														
		1件あたり		572,740円		627,996円		580,099円		668,458円		656,455円														
		在院日数		17日		17日		18日		17日		19日														
		慢性腎不全医療費		1億0406万円		1億3841万円		1億1833万円		1億3323万円		1億1808万円		1億2396万円												
		透析有り		9811万円		1億3389万円		1億1468万円		1億2977万円		1億0959万円		1億1532万円												
		透析なし		595万円		452万円		364万円		347万円		849万円		863万円												
7 ① 介護	②	介護給付費		24億8064万円		24億8419万円		24億6606万円		24億3362万円		23億6653万円		34億9905万円												
		(2号認定者)糖尿病合併症		3件		15.0%		2件		9.1%		1件		4.8%		2件		15.4%								
8 ① 死亡	②	糖尿病(死因別死亡数)		2人		0.5%		1人		0.3%		2人		0.5%		1人		0.3%		4人		1.0%				
				2,819人		1.0%																				

出典:ヘルスサポートラボツール

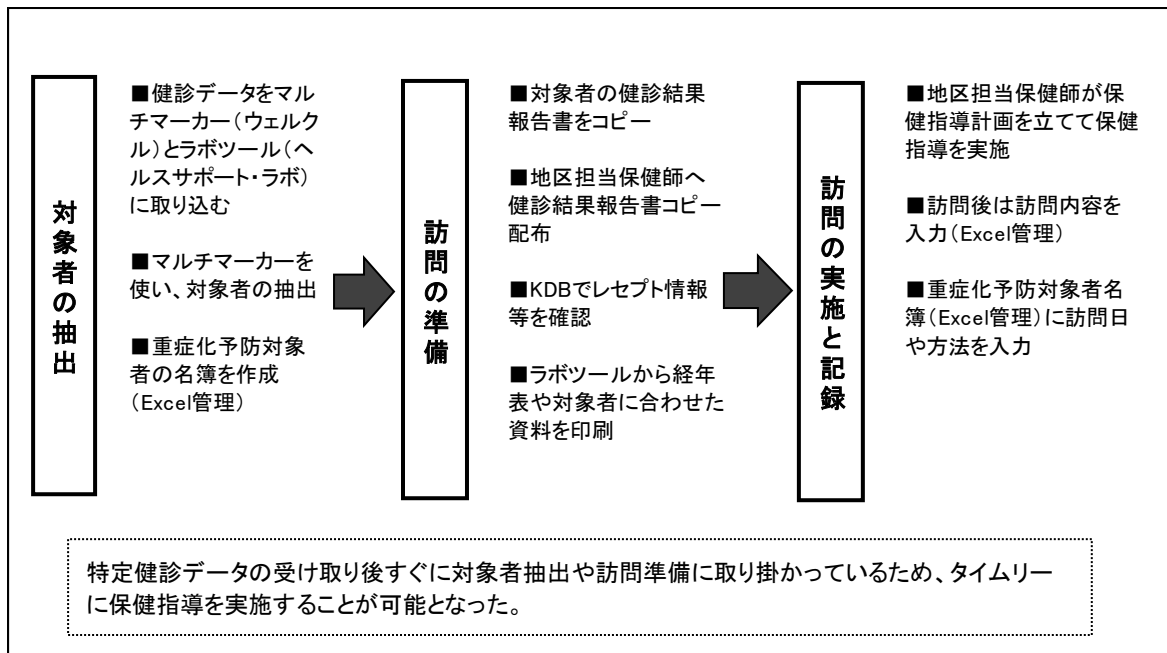
## 7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定。糖尿病管理台帳の作成。

6月～特定健診結果が届き次第、対象者名簿作成。その後順次、対象者へ介入(通年)

図表 66 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



## 2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

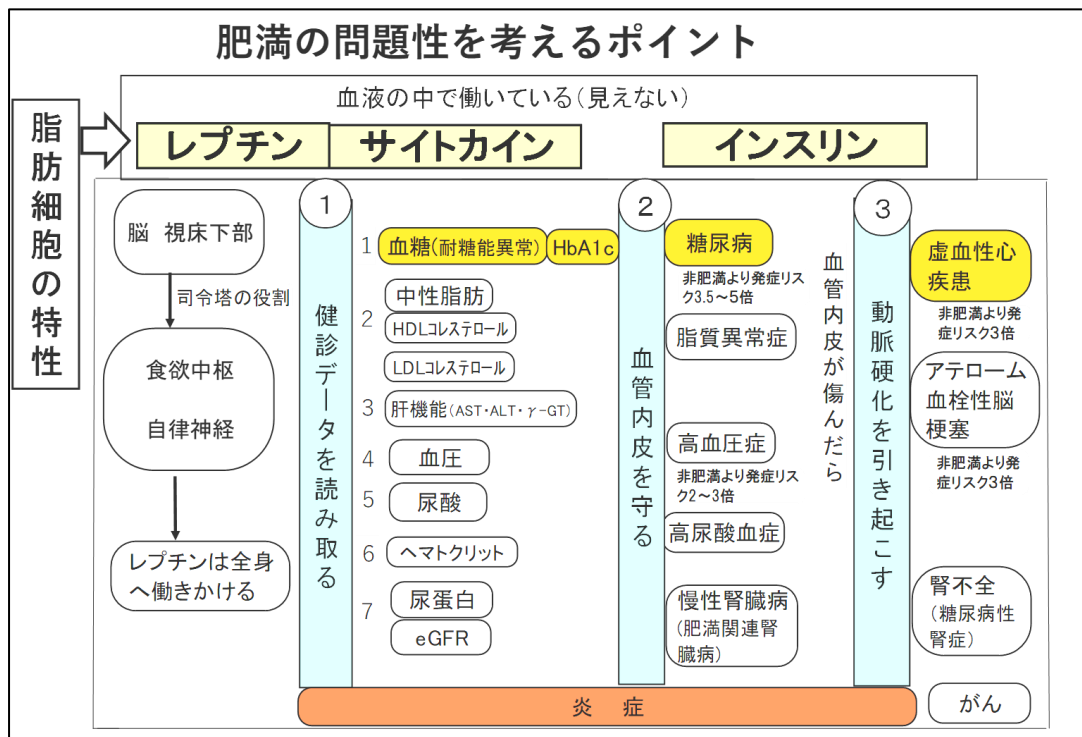
### 1) 基本的な考え方

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

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

なお、取り組みにあたっては(図表 67)に基づいて考えていきます。

図表 67 肥満の問題性を考えるポイント



### 2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。肥満I度の割合が高くなっています。(図表 68)

図表 68 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥 満				高 度 肥 満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳			
総 数	501	1,337	152	350	101	300	35	43	8	4	8	3	
			30.3%	26.2%	20.2%	22.4%	7.0%	3.2%	1.6%	0.3%	1.6%	0.2%	
再掲	男性	232	614	86	186	59	163	19	21	4	2	4	0
				37.1%	30.3%	25.4%	26.5%	8.2%	3.4%	1.7%	0.3%	1.7%	0.0%
再掲	女性	269	723	66	164	42	137	16	22	4	2	4	3
				24.5%	22.7%	15.6%	18.9%	5.9%	3.0%	1.5%	0.3%	1.5%	0.4%

出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位をつけます。

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

### 3) 対象者の明確化

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、男性で60代・70～74歳の受診者で3割を超えていることから、若い世代から働きかけていくことが必要と思われます。(図表 69)

脂肪細胞から分泌されるサイトカインは内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こします。それによって易炎症性状態、インスリン抵抗性となって動脈硬化を引き起こし、心血管疾患へ直接影響を与えます。『メタボリックシンドローム』は、薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活習慣の改善も併せて必要です。

図表 69 メタボリック該当者の治療状況

	男 性								女 性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	846	275	32.5%	239	86.9%	36	13.1%	992	149	15.0%	137	91.9%	12	8.1%		
40代	49	10	20.4%	3	30.0%	7	70.0%	53	3	5.7%	2	66.7%	1	33.3%		
50代	92	18	19.6%	10	55.6%	8	44.4%	86	12	14.0%	9	75.0%	3	25.0%		
60代	316	103	32.6%	92	89.3%	11	10.7%	409	49	12.0%	44	89.8%	5	10.2%		
70～74歳	389	144	37.0%	134	93.1%	10	6.9%	444	85	19.1%	82	96.5%	3	3.5%		

出典:ヘルスサポートラボツール

(1) 対象者の選定基準の考え方

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

②治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて、減量のための保健指導(食事指導)を行います。

③特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(2)対象者の管理

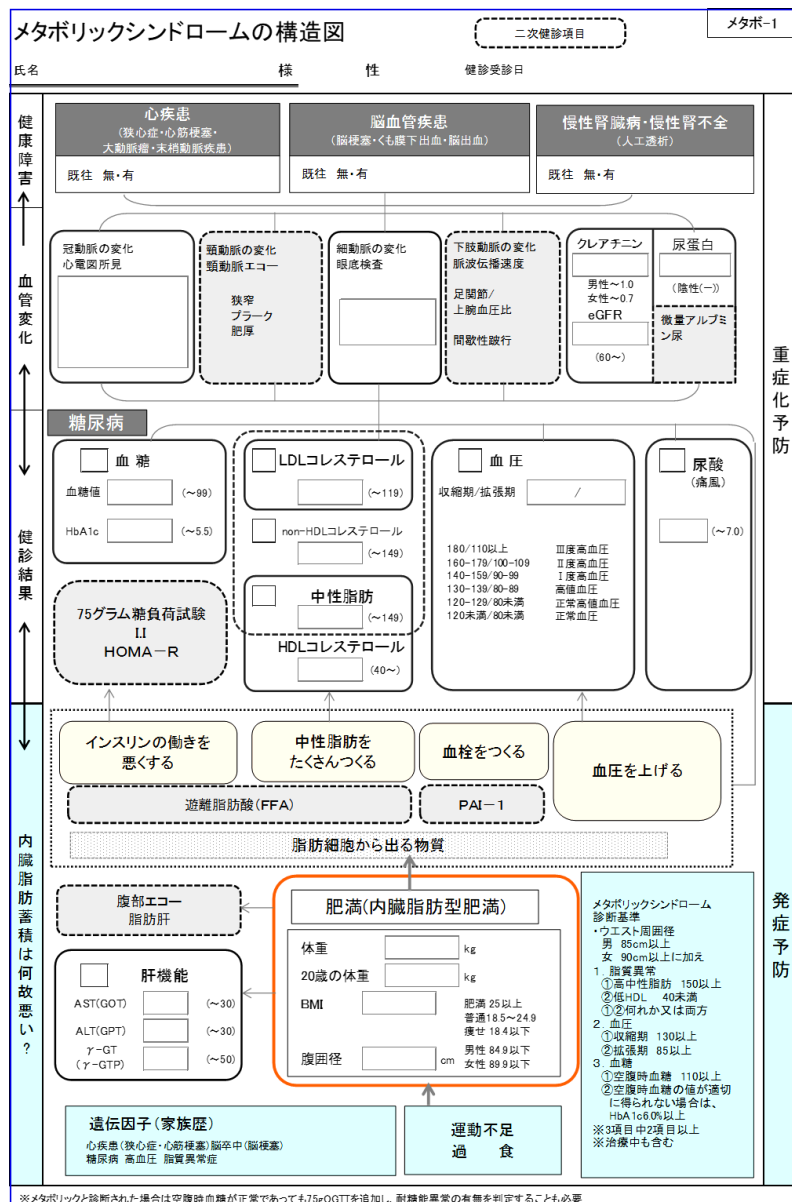
対象者の進捗管理は糖尿病性腎症重症化予防と同様に、担当地区ごとに管理します。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に、保健指導用教材を活用して実施します。(図表 70)

図表 70 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)



## (2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、二次健診等を実施し、その結果に基づき早期介入を行うことで重症化予防に取り組みます。

① 特定健診受診者のうち特定保健指導対象者であって、HbA1c 5.6以上6.4%以下または空腹時血糖値 100mg/dl 以上 125mg/dl 以下の者

○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)

○アルブミン尿検査(尿で腎臓の状態を見る検査)

○75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

②アルブミン尿検査

糖尿病性腎症発症リスクのある『HbA1c 6.5%以上で尿蛋白(-)(±)の者』に対してアルブミン尿検査を嬉野市独自で実施します。

## 5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者については、必要に応じて医師との連携を図ります。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて実施します。

## 6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 7) 評価

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の評価等と合わせ年1回行います。その際はKDB等の情報を活用します。

中長期的評価においては、参考資料2を用います。

## 8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届き次第、対象者名簿作成。その後順次、対象者へ介入(通年)

### 3. 虚血性心疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

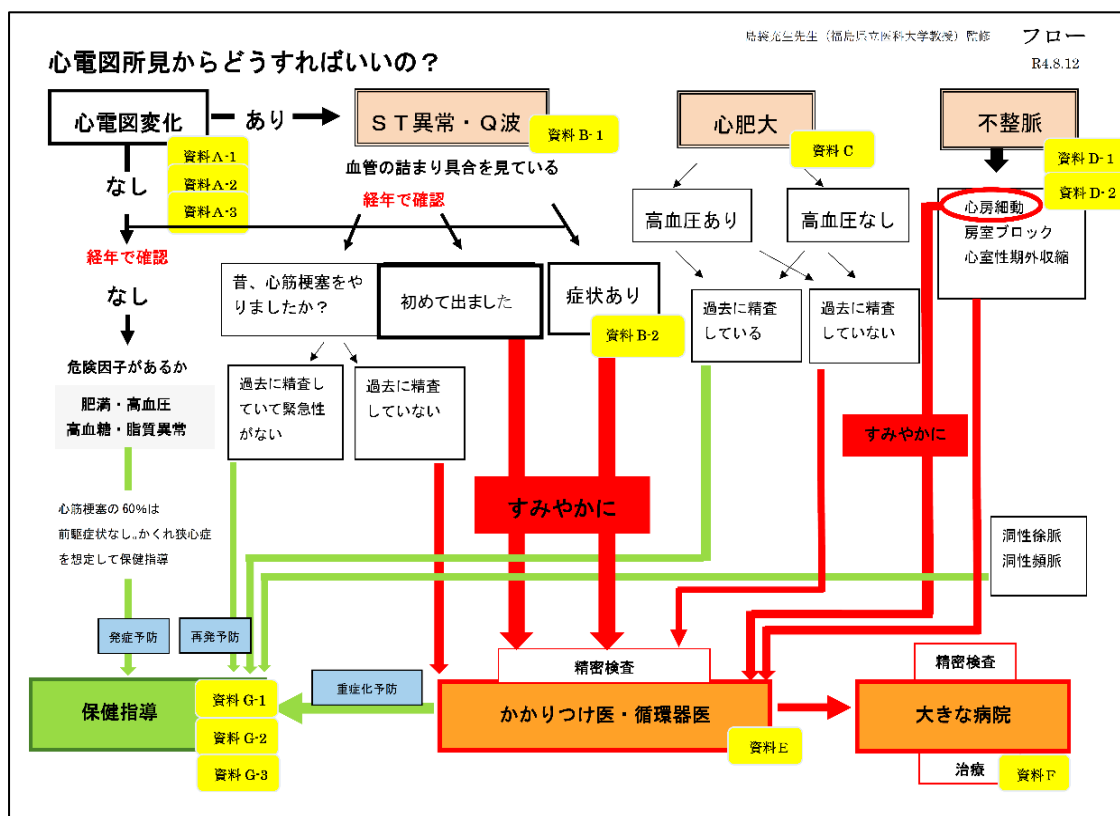
虚血性心疾患重症化予防の取り組みにあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

#### 2) 対象者の明確化

##### (1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、(図表 71)に基づいて考えます。

図表 71 心電図所見からのフロー図 (例示)



##### (2) 重症化予防対象者の抽出

###### ① 心電図検査からの把握

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



断してもらう必要があります。

嬉野市においては、心臓・脳血管疾患治療中以外の方には心電図検査を実施するようにしています。令和4年度は1,122人(65.2%)に実施し、そのうち有所見者が492人(43.9%)でした。所見の中でも『不整脈』の所見率が高いことがわかります。(図表72) また、有所見者のうち要精査が14人(2.8%)で、その後の受診状況を見ると4人(28.6%)は未受診でした。(図表73)。

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

図表72 心電図検査結果

性別・年齢	心電図検査				所見内訳															
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
					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	
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
40～74歳	1,122	65.2%	492	43.9%	10	2.0%	32	6.5%	10	2.0%	66	13.4%	3	0.6%	71	14.4%	0	0.0%	34	6.9%
男性	500	63.1%	225	45.0%	9	4.0%	15	6.7%	4	1.8%	31	13.8%	3	1.3%	43	19.1%	0	0.0%	16	7.1%
女性	622	67.1%	267	42.9%	1	0.4%	17	6.4%	6	2.2%	35	13.1%	0	0.0%	28	10.5%	0	0.0%	18	6.7%

嬉野市調べ

図表73 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	492		14	2.8%	10	71.4%	4	28.6%
男性	225	45.0%	9	4.0%	7	77.8%	2	22.2%
女性	267	42.9%	5	1.9%	3	60.0%	2	40.0%

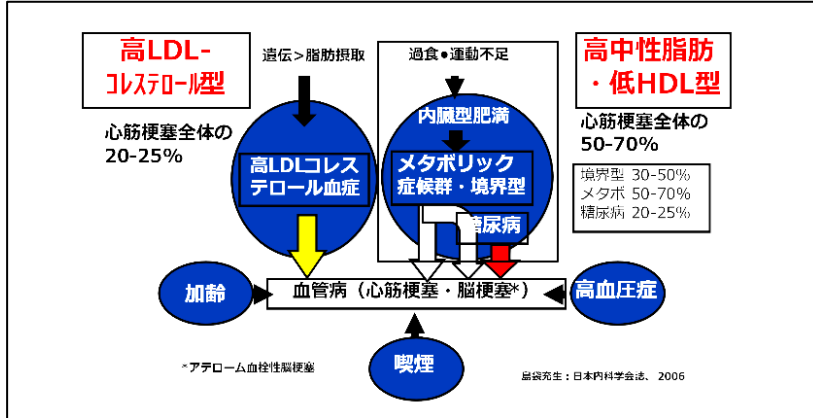
嬉野市調べ

## ②心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患は『メタボリックシンドローム』または『LDLコレステロール』に関連することから、タイプ別に把握する必要があります。嬉野市においては、『糖尿病』『脂質異常症』等の短期目標疾患に加え、『肥満・メタボリックシンドローム』の重症化予防の視点を持って取り組むことで、虚血性心疾患の重症化予防につなげていくことが有効と思われます。

図表 74 心血管病をおこしやすいひと



### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては、対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。(図表 75)

図表 75 心電図所見からの保健指導教材 (例示)

心臓の働きと健診結果

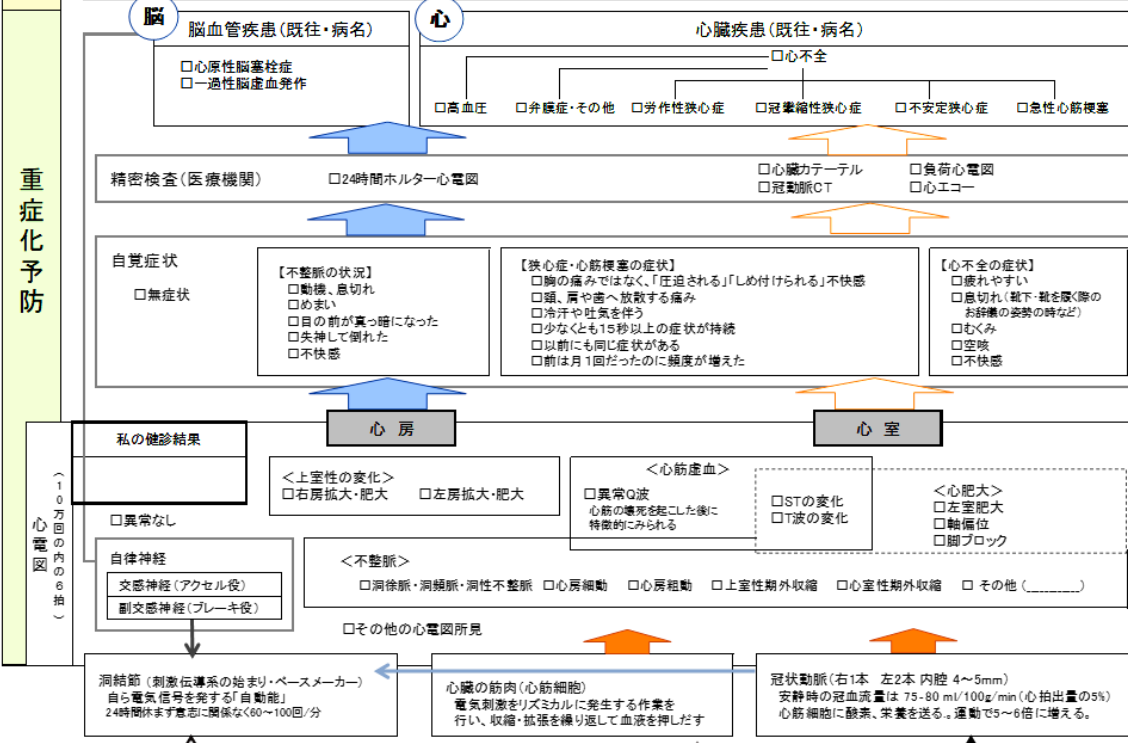
2 心臓の仕組みと働き	1 心電図検査	3 心臓に影響を与えるもの (健診結果など)
<p>心臓はにぎりこぶし大の大きさ、心筋という筋肉でできている</p> <p>心臓は何によって動いているのか?</p> <p>1 自ら電気信号を発する—「自動能」</p> <p>24時間休まず 意志に関係なく 60-100回/分</p> <p>2 調節節 ペースメーカー細胞 (社長役)</p> <p>3 房室結節 (副社長役)</p> <p>4 ヒス束 (専務役)</p> <p>5 右 (部長役)</p> <p>6 左 (部長役)</p> <p>7 心臓全体の心筋細胞 (平社員)</p> <p>8 心臓全体の心筋細胞 (平社員)</p> <p>脳は心臓より高い位置にあるため、血液を送り出すには100mmHg(水圧で135cm)の圧が必要</p> <p>1回のドクン(拍動)で40-50cc 酸素、栄養を含んだ血液が全身の細胞に送られる</p>	<p>異常/所見/なし</p> <p>洞性徐脈(60BPM/分以下)</p> <p>洞性頻脈(100BPM/分以上)</p> <p>心房粗動(300BPM/分程度)</p> <p>心房細動(500BPM/分程度)</p> <p>房室ブロック</p> <p>上室性期外収縮</p> <p>心室細動(400BPM/分程度)</p> <p>右室ブロック</p> <p>不完全 完全</p> <p>左室ブロック</p> <p>心室性期外収縮</p> <p>陰性T波</p> <p>ST低下</p> <p>異常Q波</p> <p>ST上昇</p> <p>左房負荷</p> <p>左室肥大</p>	<p>2 心臓は自分(心筋細胞)に酸素や栄養を送る</p> <p>「冠状動脈」</p> <p>1回の収縮で 右1本 左2本 4cc(約2cc1杯)の血液が流れる</p> <p>冠状動脈が狭くなる(動脈硬化)</p> <p>血液が流れにくい</p> <p>血管の内腔が狭くなる(動脈硬化)</p> <p>血管壁にコレステロールなどが溜り</p> <p>細胞壊死</p> <p>酸素不足(心筋虚血)</p> <p>一時的 閉塞</p> <p>完全に通絶える</p> <p>心筋細胞の特徴</p> <p>細胞の入れ替わりが速い</p> <p>たたくの酸素と脂肪が必要</p> <p>一度壊死すると回復できない (心筋梗塞/MI/CHD1,2,3Aの酸素消費)</p> <p>心臓の収縮力の低下</p> <p>心肥大(線維化)</p> <p>血管が硬くなるほど、心臓は高い圧で血液を送り出す</p> <p>全身の細胞が酸素・栄養不足 脳細胞が最も弱い</p> <p>心不全</p> <p>血液が 出まわらぬ 脳に流れると</p> <p>一過性脳虚血発作 脳梗塞の発症</p> <p>加齢</p> <p>自律神経 (脳の命令)</p> <p>交感神経 (アクセル役)</p> <p>副交感神経 (ブレーキ役)</p> <p>ホルモン分泌 (副腎)</p> <p>自律神経より遅れて働く</p> <p>自律神経により遅れて働く</p> <p>加齢</p> <p>甲状腺の病気・サルコイドーシス</p> <p>薬の副作用として 気管支拡張剤・抗うつ薬・血管拡張薬やβ遮断薬など</p> <p>自律神経に影響</p> <p>副腎から出るホルモンの働き (カテコールアミン)</p> <p>不規則な生活 過労 睡眠不足 過度なストレス</p> <p>タニコ</p> <p>全身に酸素を送るヘモグロビンが、一酸化炭素が結合</p> <p>貧血</p> <p>血色素(ヘモグロビン) g/dl</p> <p>糖尿病(高血糖)</p> <p>血糖値 mg/dl</p> <p>HbA1c %</p> <p>高中性脂肪血症</p> <p>中性脂肪 mg/dl</p> <p>低HDL血症</p> <p>HDLコレステロール mg/dl</p> <p>高nonHDLコレステロール</p> <p>nonHDLコレステロール mg/dl</p> <p>肥満</p> <p>BMI</p> <p>腰圍 cm</p> <p>高LDLコレステロール血症</p> <p>LDLコレステロール mg/dl</p> <p>高尿酸血症</p> <p>尿酸値 mg/dl</p> <p>高血圧</p> <p>収縮期血圧値 mmHg</p> <p>拡張期血圧値 mmHg</p> <p>多量飲酒</p> <p>純アルコール量/日 g/日</p> <p>慢性腎臓病</p> <p>eGFR(糸球体濾過量) 蛋白質</p>

# 心臓を守るための構造図

様

心-1(2)

再発予防	<b>脳</b> 脳血管疾患(既往・病名) <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 非心原性(動脈硬化性)、 <input type="checkbox"/> 心原性、 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 脳出血	<b>心</b> 心臓疾患(既往・病名) <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 不整脈 ( <input type="checkbox"/> 心房細動、 <input type="checkbox"/> その他____) <input type="checkbox"/> 急性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症( <input type="checkbox"/> 冠攣縮性 <input type="checkbox"/> 労作性 <input type="checkbox"/> 不安定、 <input type="checkbox"/> 冠動脈ステント) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他の心臓血管病(____)
	冠動脈疾患 <input type="checkbox"/> LDL-C <input type="checkbox"/> nonHDL-C <input type="checkbox"/> 中性脂肪 <input type="checkbox"/> HDL-C <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> BMI	冠動脈疾患    ~99    ~129    ~149    40~    ~129/79    ~5.5    ~24.9 急性冠症候群    ~69    ~100
	手術 <input type="checkbox"/> ペースメーカー植込み <input type="checkbox"/> 植込み型除細動器(ICD) <input type="checkbox"/> カテーテルアブレーション	<input type="checkbox"/> 冠動脈バイパス術 <input type="checkbox"/> カテーテル治療(ステント)
薬 <input type="checkbox"/> DOAC・抗凝固薬 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> β遮断薬 <input type="checkbox"/> Ca拮抗薬 <input type="checkbox"/> ARB・ACE阻害 <input type="checkbox"/> スタチン <input type="checkbox"/> ニトログリセリン <input type="checkbox"/> その他		



血管

血管内皮機能障害 頸部超音波検査 狭窄 プラーク 肥厚

微量アルブミン検査

発症予防(私の健診結果)	血液 血色素(ヘモグロビン) 男性 13.1~ 女性 12.1~	LDL コレステロール (~119) non-HDL コレステロール (~149)	中性脂肪 (~149) HDL コレステロール (40~)	血圧(収縮期/拡張期) / (~129/~79)	HbA1c (~5.5) 血糖 (~99)	
	AST(GOT) (~30)    ALT(GPT) (~30)    γ-GT(γ-GTP) (~50)					
	腹囲 (男性85未満、女性90未満)    BMI (~24.9)	20歳から15%以上の体重増加    最高体重    歳    kg				

<b>家族歴</b> 両親、祖父、兄弟姉妹における <input type="checkbox"/> 突然死 <input type="checkbox"/> 若年発症(50歳未満)の狭心症・心筋梗塞の発症 <input type="checkbox"/> 高血圧・糖尿病・脂質異常	<b>既往歴・服薬</b> <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 気管支拡張剤 <input type="checkbox"/> 抗うつ剤 <input type="checkbox"/> 血管拡張薬、β遮断薬 <input type="checkbox"/> 貧血	<b>ホルモン分泌(副腎)</b> 0 _____ 24	<b>生活リズム・生活習慣</b> <input type="checkbox"/> 喫煙    本/日 <input type="checkbox"/> 仕事の時間    時間 <input type="checkbox"/> 睡眠時間    時間 <input type="checkbox"/> カフェインを含む飲料の過剰摂取 <input type="checkbox"/> アルコール量(純アルコール g/日) <input type="checkbox"/> 交代制勤務・夜勤
---	---	---------------------------------	--

## (2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、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ために二次健診を実施します。

① 特定健診受診者のうち特定保健指導対象者であって、HbA1c5.6以上6.4%以下または空腹時血糖値100mg/dl以上125mg/dl以下の者

○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)

○アルブミン尿検査(尿で腎臓の状態を見る検査)

○75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

②アルブミン尿検査

糖尿病性腎症発症リスクのある『HbA1c6.5%以上で尿蛋白(-)(±)の者に対してアルブミン尿検査を嬉野市独自で実施します。』

## (3) 対象者の管理

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

## 4) 医療との連携

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

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行います。その際はKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては(参考資料1、参考資料2)を用います。

## 7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定

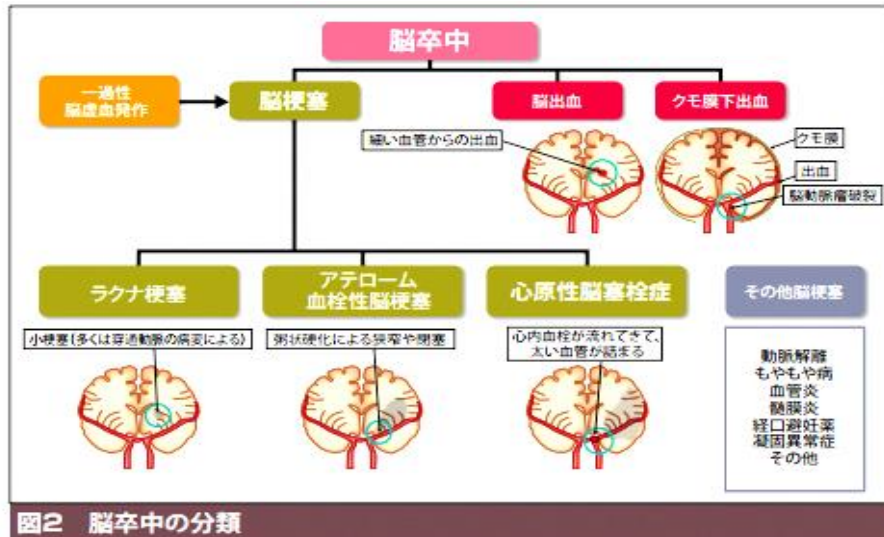
6月～特定健診結果が届き次第、対象者名簿作成。その後順次、対象者へ介入(通年)

## 4. 脳血管疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取り組みにあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 76)(図表 77)

図表 76 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 77 脳血管疾患とリスク因子

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

### 2) 対象者の明確化

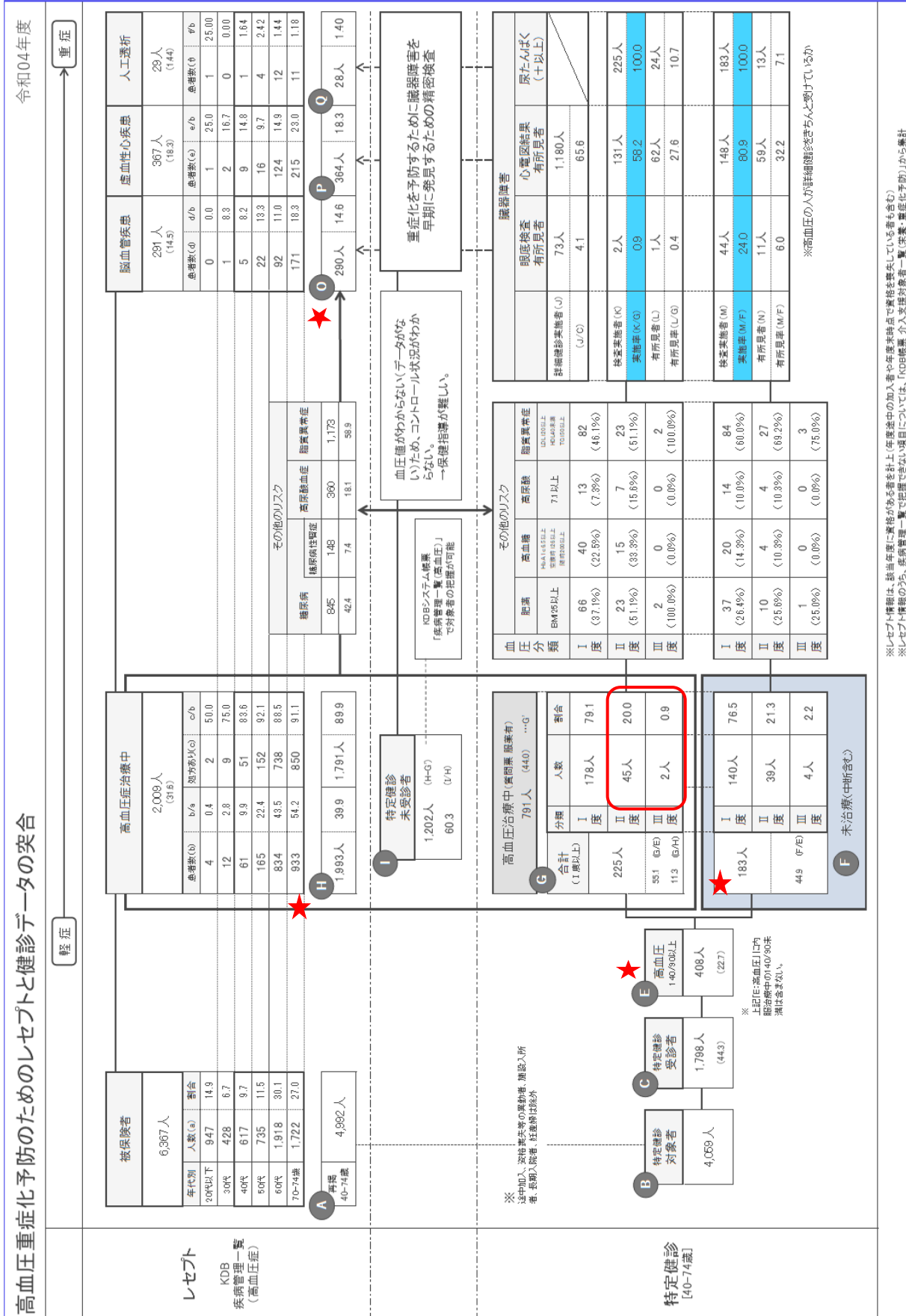
#### (1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において『高血圧』は最も重要な危険因子です。高血圧治療者 1,993 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 290 人(14.6% :O)でした。(図表 78)

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 408 人(22.7% :E)であり、そのうち 183 人(44.9% :F)は未治療者です。医療機関未受診者の中には、メタボリックシンドローム該当者や血糖高値などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 47 人(20.9% :G)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

図表 78 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



## (2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

### 【 成人における血圧値の分類 】

分類	診察室血圧 (mmHg)		家庭血圧 (mmHg)	
	収縮期血圧	拡張期血圧	収縮期血圧	拡張期血圧
正常血圧	< 120	かつ < 80	< 115	かつ < 75
正常高値血圧	120-129	かつ < 80	115-124	かつ < 75
高値血圧	130-139	かつ/または 80-89	125-134	かつ/または 75-84
I 度高血圧	140-159	かつ/または 90-99	135-144	かつ/または 85-89
II 度高血圧	160-179	かつ/または 100-109	145-159	かつ/または 90-99
III 度高血圧	≥ 180	かつ/または ≥ 110	≥ 160	かつ/または ≥ 100
(孤立性) 収縮期高血圧	≥ 140	かつ < 90	≥ 135	かつ < 85

## (3) 心電図検査における心房細動の実態

(図表 79)は、特定健診受診者における心房細動有所見者の状況です。心房細動は脳梗塞のリスクであり、脳梗塞は「死亡」や「寝たきり」の原因となります。早期発見・早期介入のためにも、心電図検査は有効であり、嬉野市においては、治療中を除くすべての対象者に実施する体制を整えており、今後も継続する必要があります。

図表 79 特定健診受診者のうち心房細動有所見者の状況

	H30	R1	R2	R3	R4
心房細動 有所見者数	5人	5人	4人	1人	0人

嬉野市調べ

## 3) 保健指導の実施

### (1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては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。『血圧 II 度以上で未治療』の方や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、過去に治療歴があるものの中絶している場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であってもリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

### (2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者は、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ために二次健診を実施します。

① 特定健診受診者のうち特定保健指導対象者であって、HbA1c5.6 以上 6.4% 以下または空腹

時血糖値 100mg/dl 以上 125mg/dl 以下の者

○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)

○アルブミン尿検査(尿で腎臓の状態を見る検査)

○75g 糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

## ②アルブミン尿検査

糖尿病性腎症発症リスクのある、『HbA1c 6.5%以上で尿蛋白(-)(±)の者に対してアルブミン尿検査を嬉野市独自で実施します。

## (3)対象者の管理

### ①高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧以上を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者、治療中であってもコントロール不良者の把握に努め受診勧奨と保健指導を行っていきます。

### ②心房細動者の管理

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

## 4)医療との連携

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

## 5)高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6)評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行います。その際はKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては(参考資料1、参考資料2)を用います。

## 7)実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定。心房細動台帳の作成。

6月～特定健診結果が届き次第、対象者名簿作成。その後順次、対象者へ介入(通年)



### Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

#### 1. 基本的な考え方

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

#### 2. 事業の実施

嬉野市は、令和3年度より佐賀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。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

具体的には、

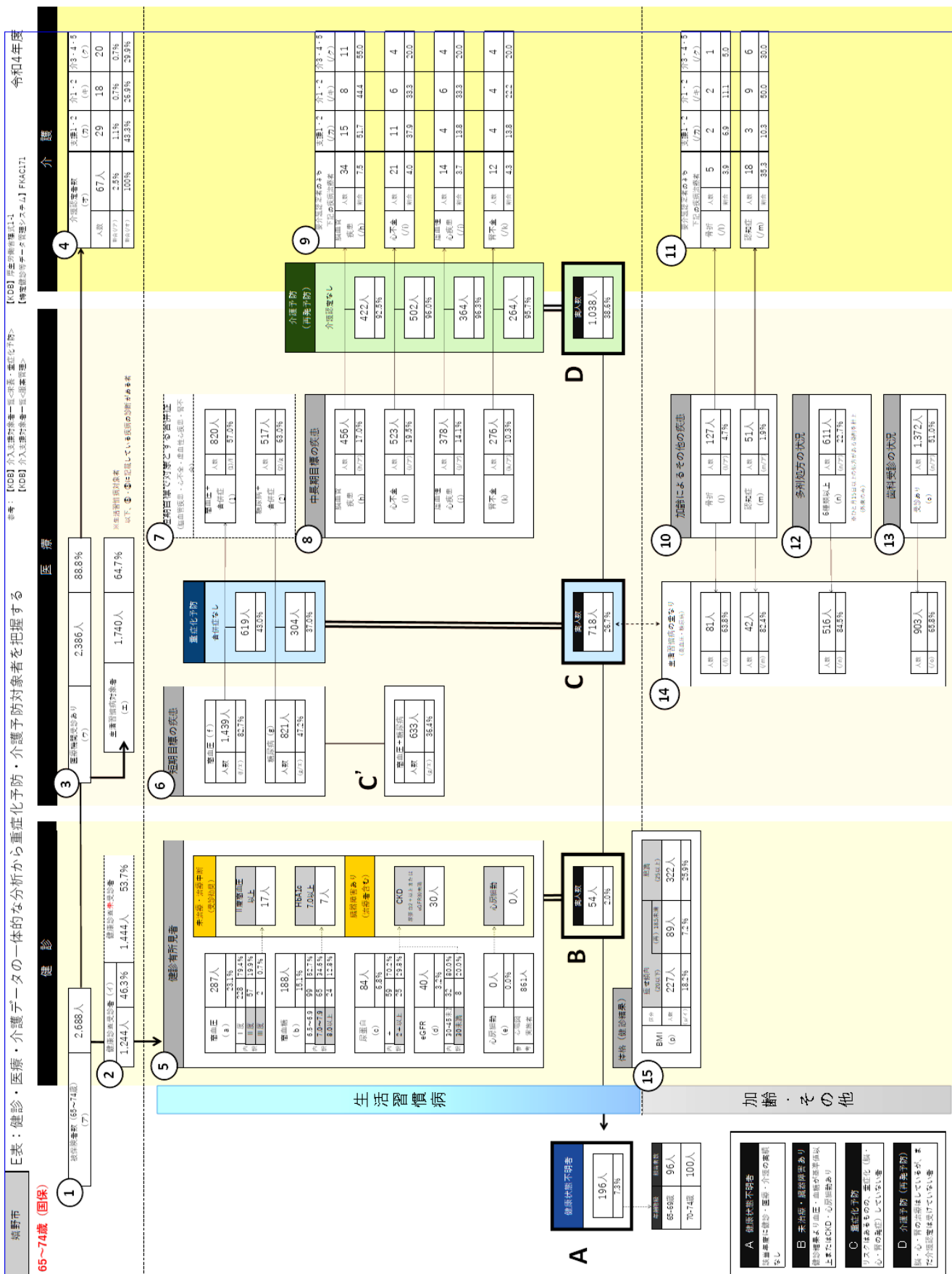
##### ①企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

##### ②地域を担当する保健師を配置

75歳を過ぎても支援が途切れないよう、糖尿病管理台帳等から抽出された高血圧や糖尿病の未治療者・重症化予防対象者等に対して個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 80 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



## IV. 発症予防

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

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

図表 81 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える																
— 基本的考え方 — （ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）																
発症予防 → 重症化予防																
健康増進法																
1 根拠法	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的なものとして策定することも可能】															
データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）																
3 年代	妊婦 <small>（胎児期）</small>		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳			15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上	
4 健康診査 <small>（根拠法）</small>	妊婦健康診査 <small>（13条）</small>		産婦健康診査 <small>（13条）</small>	乳幼児健康診査 <small>（第12・13条）</small>			就学時健康診査 <small>（11・12条）</small>			児童・生徒の定期健康診断 <small>（第1・13・14条）</small>		定期健康診断 <small>（第66条）</small>		特定健康診査 <small>（第18・20・21条）</small>		後期高齢者健康診査 <small>（第125条）</small>
	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 <small>（第13・44条）</small>		標準的な特定健診・保健指導プログラム <small>（第2章）</small>			
5 対象者 健診内容	血糖	95mg/dl以上			空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上											
	HbA1c	6.5%以上			6.5%以上											
	50GCT	1時間値140mg/dl以上														
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上			空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上											
	（診断） 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの														
	身長 体重															
	BMI 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															

## V. ポピュレーションアプローチ

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

## 第5章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

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

### 2. 評価方法・体制

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

#### 【 評価における4つの指標 】

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

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

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

## 第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

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

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

### 2. 個人情報の取扱い

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

## 参考資料

参考資料 1 …………… 様式 5-1 国・県・同規模平均と比べてみた嬉野市の位置(国保)

参考資料 2 …………… 嬉野市の実態と目指すべき方向性

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた嬉野市の位置(国保) R04年度 参考資料1

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	25,778		9,014,657		797,881		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)	9,219	35.8	3,263,279	36.2	246,061	30.8	35,335,805	28.7		
		75歳以上	4,868	18.9	--	--	125,245	15.7	18,248,742	14.8		
		65~74歳	4,351	16.9	--	--	120,816	15.1	17,087,063	13.9		
		40~64歳	7,914	30.7	--	--	253,839	31.8	41,545,893	33.7		
	39歳以下	8,645	33.5	--	--	297,981	37.3	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業	9.1		10.7		8.7		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	25.0		27.3		24.2		25.0			
		第3次産業	65.9		62.0		67.1		71.0			
	③ 平均寿命	男性	80.6		80.4		80.7		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		女性	87.4		86.9		87.1		87.0			
	④ 平均自立期間(要介護2以上)	男性 ※保険者欄は二次医療圏データ	80.4		79.7		80.1		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		女性 ※保険者欄は二次医療圏データ	85.1		84.3		85.2		84.4			
	2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	96.0		103.4		102.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			男性	91.3		101.4		99.1		100		
			女性	96.0		103.4		102.0		100		
がん			80	40.0	34,996	47.8	2,689	51.1	378,272	50.6		
心臓病			75	37.5	21,437	29.3	1,488	28.3	205,485	27.5		
② 早世予防からみた死亡(65歳未満)		合計	37	8.67	--	--	809	7.22	129,016	8.22	厚労省HP 人口動態調査	
		男性	24	11.94	--	--	543	10.08	84,891	10.62		
		女性	13	5.75	--	--	266	4.57	44,125	5.73		
		1号認定者数(認定率)	1,573	17.2	619,810	19.1	45,455	18.6	6,724,030	19.4		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	介護度別総件数	27	0.3	10,081	0.3	831	0.3	110,289		
要支援1.2	4,612		14.7	1,984,426	14.3	192,586	19.1	21,785,044	12.9			
要介護1.2	16,663		53.2	6,527,659	47.0	500,432	49.6	78,107,378	46.3			
要介護3以上	10,032		32.0	5,384,278	38.7	316,821	31.4	68,963,503	40.8			
2号認定者	27	0.34	10,759	0.37	825	0.33	156,107	0.38				
② 有病状況	糖尿病	452	26.6	154,694	23.8	11,160	23.4	1,712,613	24.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	高血圧症	1,076	66.8	352,398	54.8	28,610	60.7	3,744,672	53.3			
	脂質異常症	567	34.3	203,112	31.2	16,120	33.7	2,308,216	32.6			
	心臓病	1,186	74.1	397,324	61.9	32,225	68.4	4,224,628	60.3			
	脳疾患	585	36.5	151,330	23.9	13,290	28.7	1,568,292	22.6			
	がん	242	14.2	74,764	11.4	6,572	14.0	837,410	11.8			
	筋・骨格	999	63.3	350,465	54.5	28,736	61.0	3,748,372	53.4			
	精神	846	54.3	246,296	38.6	21,641	46.2	2,569,149	36.8			
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	256,701	2,366,528,368	300,230	979,734,915,124	286,277	70,441,691,145	290,668	10,074,214,268,868	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	1件当たり給付費(全体)	75,591		70,503		69,755		59,662				
	居宅サービス	56,567		43,936		50,348		41,272				
	施設サービス	294,901		291,914		290,902		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	10,573	9,043	9,309	8,610				KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	認定なし	4,735	4,284	4,328	4,020							
4	① 国保の状況	被保険者数	5,273		2,020,054		172,974		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		65~74歳	2,542	48.2			78,402	45.3	11,129,271	40.5		
		40~64歳	1,686	32.0			53,309	30.8	9,088,015	33.1		
		39歳以下	1,045	19.8			41,263	23.9	7,271,596	26.5		
	加入率	20.5		22.4		21.7		22.3				
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	4	0.8	873	0.4	100	0.6	8,237	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況	
		診療所数	19	3.6	7,141	3.5	691	4.0	102,599	3.7		
		病床数	1,298	246.2	136,833	67.7	14,451	83.5	1,507,471	54.8		
		医師数	160	30.3	19,511	9.7	2,445	14.1	339,611	12.4		
		外来患者数	837.2		728.3		784.4		687.8			
	入院患者数	34.1		23.6		27.7		17.7				
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	485,090	県内4位 同規模19位	394,521		431,999		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	871,294		751,942		812,114		705,439			
		外来	費用の割合	49.0		56.7		53.8		60.4		
			件数の割合	96.1		96.9		96.6		97.5		
入院		費用の割合	51.0		43.3		46.2		39.6			
		件数の割合	3.9		3.1		3.4		2.5			
1件あたり在院日数		19.5日		17.1日		17.9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	339,063,330	26.3	31.3	27.2	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)	109,593,210	8.5	7.5	10.2	8.2						
			糖尿病	129,614,360	10.1	10.8	9.2	10.4						
			高血圧症	82,897,550	6.4	6.3	5.6	5.9						
			脂質異常症	48,694,160	3.8	3.8	3.7	4.1						
			脳梗塞・脳出血	49,903,670	3.9	3.9	4.0	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	34,455,730	2.6	2.6	2.0	2.8						
			精神	261,819,670	20.3	16.2	20.3	14.7						
	筋・骨格	219,656,140	17.1	16.7	16.8	16.7								
	⑤	一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症	294	0.1	380	0.2	370	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)			
				糖尿病	1,419	0.6	1,531	0.9	1,416	0.7		1,144	0.9	
				脂質異常症	--	--	89	0.1	64	0.0		53	0.0	
				脳梗塞・脳出血	8,220	3.3	7,151	4.2	8,250	4.1		5,993	4.5	
				虚血性心疾患	4,737	1.9	4,385	2.6	3,573	1.8		3,942	2.9	
腎不全		5,300	2.1	4,815	2.8	6,245	3.1	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	15,427	6.5	13,011	5.8	12,536	5.4	10,143		4.9		
			糖尿病	23,795	10.0	22,014	9.8	20,303	8.7	17,720		8.6		
			脂質異常症	9,235	3.9	7,959	3.6	8,279	3.6	7,092		3.5		
			脳梗塞・脳出血	1,244	0.5	1,056	0.5	1,022	0.4	825		0.4		
	虚血性心疾患		2,449	1.0	1,975	0.9	1,800	0.8	1,722	0.8				
腎不全	22,283	9.4	18,492	8.3	23,024	9.9	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	4,183		2,592		3,014		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	11,658		13,920		14,170		13,295				
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	11,381		7,237		7,990		6,142				
			健診未受診者	31,716		38,862		37,560		40,210				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	912	51.6	340,133	57.4	25,957	55.2	3,698,441	56.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	医療機関受診率	772	43.6	307,970	52.0	23,565	50.1	3,375,719		51.9		
			医療機関非受診率	140	7.9	32,163	5.4	2,392	5.1	322,722		5.0		
5	特定健診の 状況 県内市町村数 23市町村 同規模市区町村数 280市町村	①	健診受診者	1,769		592,263		46,997		6,503,152				
				②	受診率	46.3	県内10位 同規模61位	39.7	39.6	全国16位	35.3			
		③	特定保健指導終了者(実施率)	69	41.1	11,197	16.7	1,049	19.4	69,327	9.0			
		④	非肥満高血糖	143	8.1	62,750	10.6	4,529	9.6	588,083	9.0			
		⑤	メタボ	該当者	405	22.9	125,726	21.2	10,252	21.8	1,321,197	20.3	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	
				男性	262	32.2	86,891	32.6	6,954	32.9	923,222	32.0		
				女性	143	15.0	38,835	11.9	3,298	12.8	397,975	11.0		
				予備群	209	11.8	64,270	10.9	5,760	12.3	730,607	11.2		
		⑥	メタボ 該当・ 予備 レベル	腹囲	男性	161	19.8	44,986	16.9	3,928	18.6	515,813		17.9
					女性	48	5.0	19,284	5.9	1,832	7.1	214,794		5.9
					総数	686	38.8	207,581	35.0	18,140	38.6	2,273,296		35.0
					女性	472	58.0	143,863	54.0	12,261	58.0	1,592,747		55.3
		⑦	BMI	総数	男性	66	3.7	31,109	5.3	1,785	3.8	304,276		4.7
					女性	214	22.4	63,718	19.6	5,879	22.7	680,549		18.8
					男性	11	1.4	4,873	1.8	256	1.2	48,780		1.7
					女性	55	5.8	26,236	8.1	1,529	5.9	255,496		7.1
		⑧	メタボ 該当・ 予備 レベル	血糖のみ	15	0.8	3,957	0.7	486	1.0	41,541	0.6		
					146	8.3	46,037	7.8	3,847	8.2	514,593	7.9		
					48	2.7	14,276	2.4	1,427	3.0	174,473	2.7		
62	3.5				19,597	3.3	1,794	3.8	193,722	3.0				
19	1.1				6,479	1.1	744	1.6	67,212	1.0				
176	9.9				57,258	9.7	4,364	9.3	630,648	9.7				
148	8.4				42,392	7.2	3,350	7.1	429,615	6.6				
758	42.8				231,630	39.1	17,603	37.5	2,324,538	35.8				
227	12.8				58,534	9.9	5,331	11.3	564,473	8.7				
591	33.4				172,940	29.2	13,630	29.0	1,817,350	28.0				
②	既往歴				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	37	2.1	18,808	3.3	751	1.7	199,003	3.1	
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	39	2.2	34,129	5.9	1,076	2.5	349,845	5.5				
③	生活習慣の 状況	喫煙	240	13.6	76,177	12.9	6,482	13.8	896,676	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		週3回以上朝食を抜く	171	9.7	43,784	7.8	4,585	10.1	609,166	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～)	206	11.6	84,037	14.9	6,259	13.8	932,218	15.7				
		週3回以上就寝前夕食	206	11.6	84,037	14.9	6,259	13.8	932,218	15.7				
		食べる速度が速い	469	26.5	150,446	26.8	12,310	27.1	1,590,713	26.8				
		20歳時体重から10kg以上増加	635	35.9	194,667	34.7	16,331	35.9	2,083,152	34.9				
		1回30分以上運動習慣なし	1,054	59.6	351,379	62.7	26,377	57.9	3,589,415	60.3				
		1日1時間以上運動なし	807	45.6	266,155	47.2	20,705	45.5	2,858,913	48.0				
		睡眠不足	408	23.1	140,728	25.0	10,777	23.7	1,521,685	25.6				
		毎日飲酒	519	29.3	145,485	25.4	11,712	25.6	1,585,206	25.5				
		時々飲酒	346	19.6	117,378	20.5	9,319	20.3	1,393,154	22.4				
		④	一日飲 酒量	1合未満	442	50.1	233,047	62.9	12,128	52.4		2,851,798	64.2	
1～2合	301			34.1	93,110	25.1	7,535	32.6	1,053,317	23.7				
2～3合	115			13.0	35,293	9.5	2,797	12.1	414,658	9.3				
3合以上	25			2.8	9,221	2.5	667	2.9	122,039	2.7				