

臼杵市国民健康保険  
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

臼杵市国民健康保険

# 保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

## 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……9

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
  - 1) 第2期計画に係る評価
  - 2) 主な保健事業の評価と課題
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) ……33

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

第4章 課題解決するための個別保健事業 .....42

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取り組み

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

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し .....68

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 .....69

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料 .....70

# 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本市の課題等を踏まえ、臼杵市では、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、高齢者医療確保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)

臼杵市では、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)

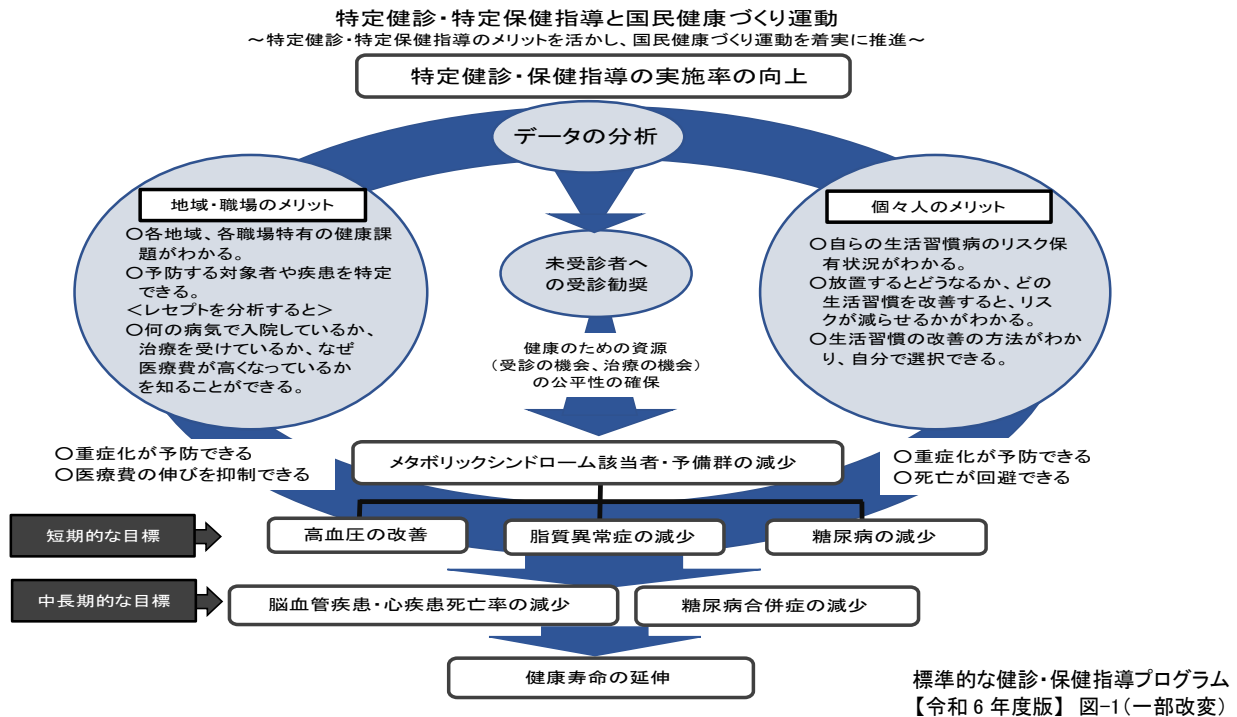
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

※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

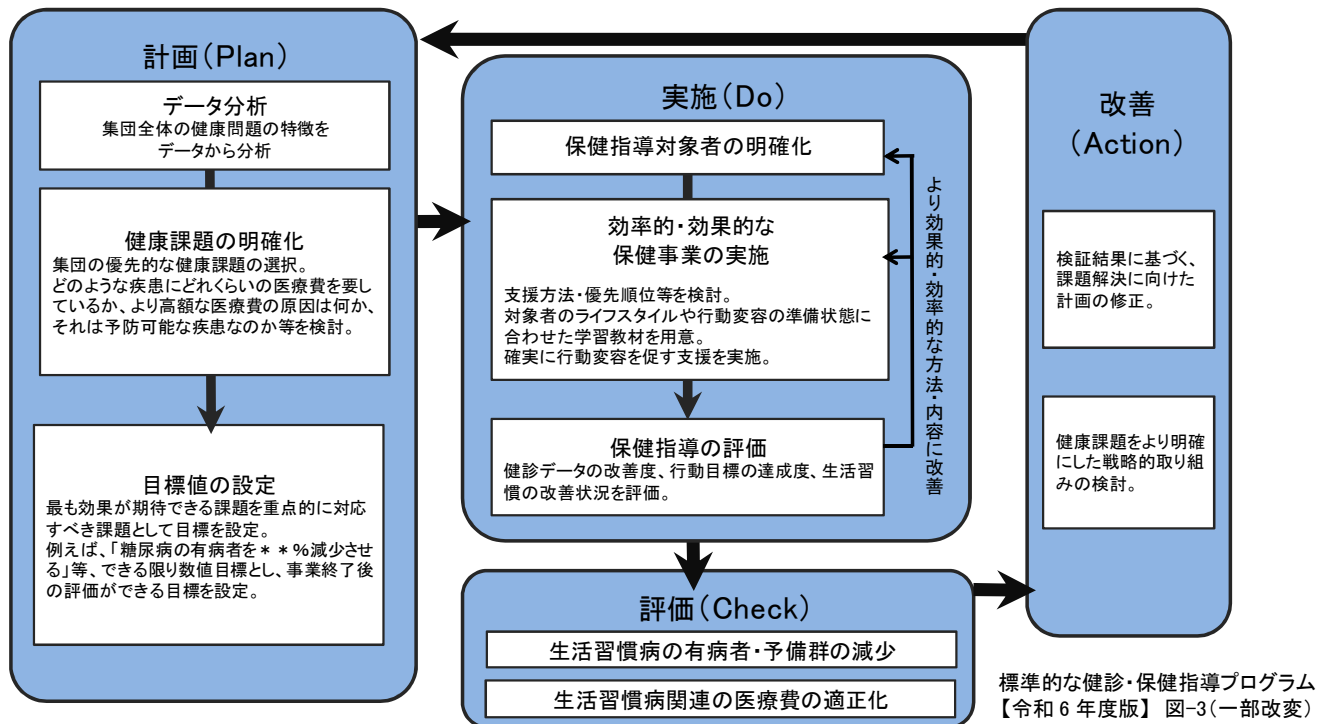
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024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、青少年期、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青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳~74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、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
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)			がん  精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養	
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 子ども、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介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



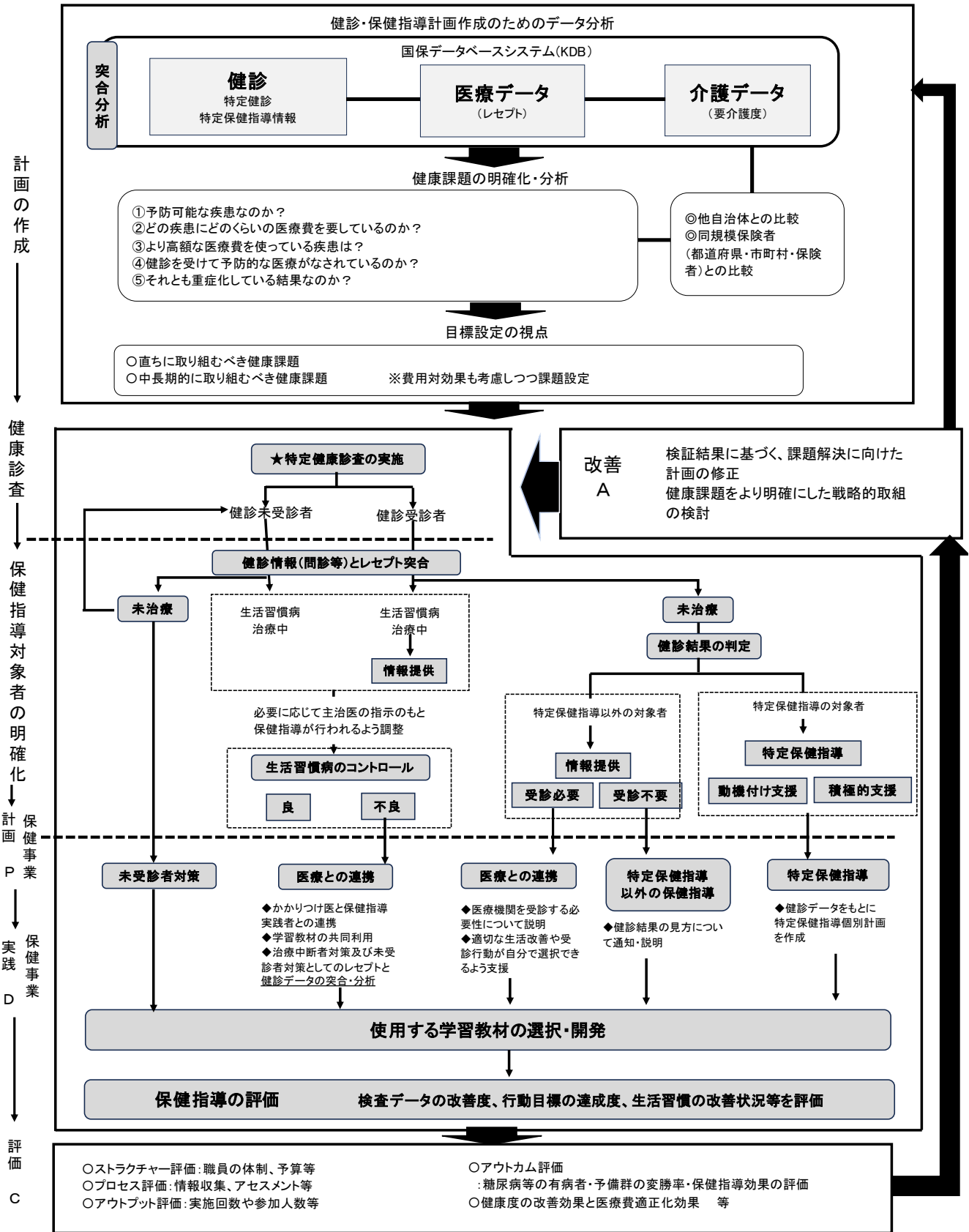
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取り組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

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(Actin))サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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



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

	老人保健法		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げる保健指導を行う
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

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方を整理。  
(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

計画期間については、国指針第5の5においては、「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図る観点より、計画期間を令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 市町村国保の役割

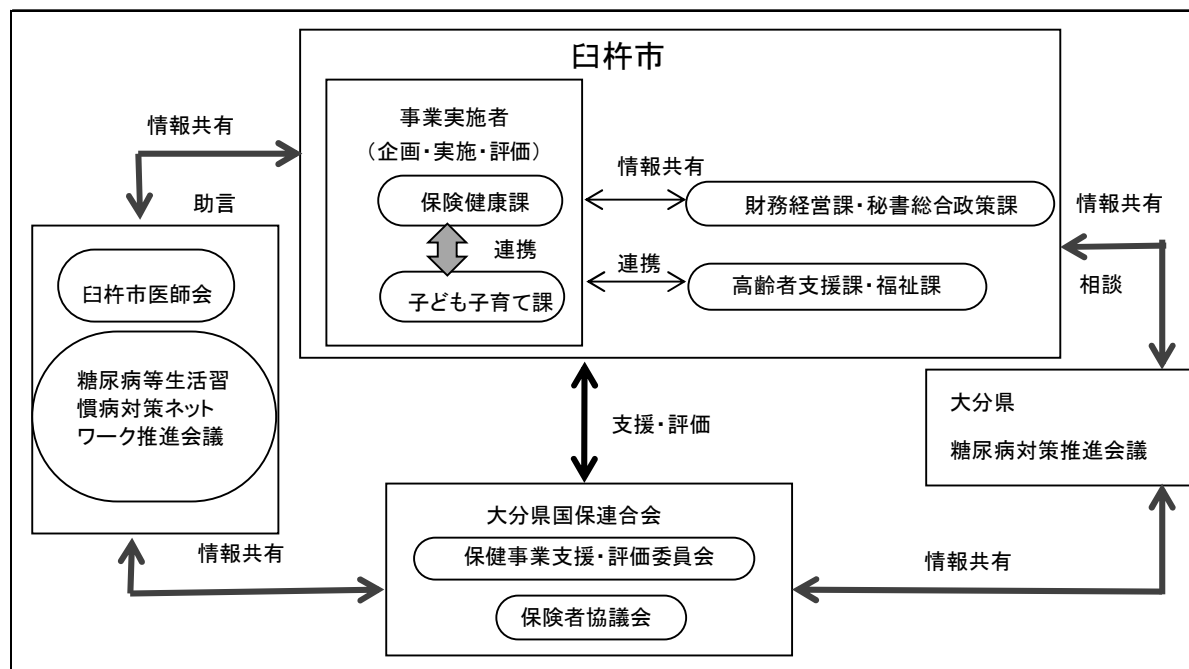
本計画は、保険健康課が主体となり、市民の健康の保持増進に関わりのある他部局とも連携し、策定しました。

具体的には、保険健康課内では、国保の運営を担当する国保年金グループ、保健衛生を担当する健康推進グループ、医療等の施策に関わる医療福祉政策グループで、事業の企画・実施・評価において協力し、若年者の健康支援を担当する子ども子育て課、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施や介護保険を担当する高齢者支援課、生活保護等を担当する福祉課と実態の共有や保健事業での役割分担等を行ってきました。財政経営課とは予算策定時に医療費等の社会保障費の状

況や市の財政に及ぼす影響等について情報を交換し、秘書・総合政策課とは第2次臼杵市総合計画で設定している「健康長寿を実現する」ことを目指し情報共有を行ってきました。

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・チームの業務を明確化・標準化するとともに、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など、体制を整えていきます。(図表 6)

図表 6 臼杵市の実施体制図



## 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、市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者である都道府県のほか、国保連合会(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、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、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力することが重要となります。

臼杵市においては、臼杵市国民健康保険運営協議会や糖尿病等生活習慣病対策ネットワーク推進会議等で医師会、歯科医師会、薬剤師会、中部保健所等と協議を行いながら連携を推進しています。

市町村国保は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、市町村国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有し、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。

## 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しています。(事業費分・事業費連動分)

保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、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		
		臼杵市	配点	臼杵市	配点	臼杵市	配点	
交付額(万円)		24,249		28,120		27,737		
全国順位(1,741市町村中)		406位		70位		173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	90	70	110	70	110	70
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	38	40	38	40	40	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	60	40	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	110	130	75	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	20	100	35	100	35	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	20	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	38	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	86	95	89	100	84	100
合計点		647	1,000	747	960	689	940	

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1. 保険者の特性

臼杵市は、人口約3万6千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で41.1%であり、同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も57.6歳と同規模と比べて高齢化が進んでおり、出生率も低い市となっています。(図表8)

国保加入率は22.9%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約54.9%を占めています。(図表9)

また臼杵市には4つの病院、30の診療所があり、これはいずれも同規模と比較すると同等ですが、病床数、医師数は少なく、医療資源は多くありません。しかし、外来患者数及び入院患者数は同規模と比較して高い傾向のため、市外の医療機関に受診や入院をしている方も多いためと考えます。(図表10)

図表8 同規模・県・国と比較した臼杵市の特性(R2年度)

	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
臼杵市	36,054	41.1 ↑	8,271 (22.9)	57.6	4.7 ↓	15.6	0.4	9.3	28.2	62.5
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	33.5	21.7	55.0	6.9	13.1	0.4	7.0	23.4	69.6
国	--	28.7	20	53.4	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、臼杵市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

図表9 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	9,611		9,262		9,042		8,826		8,271	
65～74歳	5,060	52.6	4,963	53.6	4,952	54.8	4,839	54.8	4,538	54.9
40～64歳	2,822	29.4	2,685	29.0	2,562	28.3	2,480	28.1	2,351	28.4
39歳以下	1,729	18.0	1,614	17.4	1,528	16.9	1,507	17.1	1,382	16.7
加入率	24.8		23.9		23.3		22.8		22.9	

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

図表10 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	県 割合
病院数	4	0.4	4	0.4	4	0.4	4	0.5	4	0.5	0.4	0.6
診療所数	32	3.3	32	3.5	32	3.5	31	3.5	30	3.6	3.5	3.9
病床数	493	51.3	512	55.3	512	56.6	508	57.6	508	61.4 ↓	67.7	82.3
医師数	62	6.5	62	6.7	68	7.5	68	7.7	61	7.4 ↓	9.7	14.1
外来患者数	792.3		792.7		765.3		801.8		815.7 ↑		728.3	702.1
入院患者数	35.9		37.0		32.9		34.4		33.0 ↓		23.6	28.2

出典：KDBシステム\_地域の全体像の把握

## 2. 第2期計画にかかる評価及び考察

### 1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1 つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の3つの疾患の医療費の割合を抑えること、特に脳血管疾患については、40歳～64歳での80万以上の高額レセプト数が減少することを目標として掲げました。

また、短期的な目標としては、中長期的な目標を達成するために、共通のリスクとなる、「高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくこと」を目標として掲げ保健指導等を実施してまいりました。(図表 2)

### (1) 中長期的な目標の達成状況

#### ① 介護給付費の状況

R4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で38人(認定率0.34%)、1号(65歳以上)被保険者で2,761人(認定率18.6%)と同規模・県・国と比較すると低く、H30年度と比べても認定率は同等で推移しています。(図表 11)

しかし、前期高齢者が多いこともあり、1号認定者数は増加しており、介護給付費は、約37億円から約41億円に伸びています。(図表 11、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、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者、第1号被保険者ともに5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の有病状況は、第2号被保険者で8割以上、第1号被保険者で9割以上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

	臼杵市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	14,618人	37.7%	14,828人	41.1%	36.2%	33.5%	28.7%
2号認定者 (R4:11,052人)	46人	0.38%	38人	0.34%	0.37%	0.30%	0.38%
新規認定者	10人		11人		--	--	--
1号認定者	2,685人	18.4%	2,761人	18.6%	19.1%	19.2%	19.4%
新規認定者	375人		368人		--	--	--
再掲	65～74歳 R4:6,785人	217人	3.2%	232人	↑ 3.4%	--	--
新規認定者	60人		57人		--	--	--
75歳以上 R4:8,043人	2,468人	31.8%	2,529人	31.4%	--	--	--
新規認定者	315人		311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

	臼杵市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	37億6626万円	↑41億1359万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	257,645	277,420	300,230	302,054	290,668
1件あたり給付費(円)全体	61,199	58,493	70,503	61,467	59,662
居宅サービス	40,948	40,171	43,936	43,594	41,272
施設サービス	279,065	288,006	291,914	297,567	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)		38		232		2,529		2,761				
再)国保・後期		18		181		2,428		2,609				
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	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数		
			割合	割合	割合	割合	割合	割合				
	循環器疾患	1	脳卒中	10 55.6%	脳卒中	100 55.2%	脳卒中	1,286 53.0%	脳卒中	1,386 53.1%	脳卒中	1,396 53.1%
		2	腎不全	2 11.1%	虚血性心疾患	54 29.8%	虚血性心疾患	1,157 47.7%	虚血性心疾患	1,211 46.4%	虚血性心疾患	1,212 46.1%
		3	虚血性心疾患	1 5.6%	腎不全	45 24.9%	腎不全	767 31.6%	腎不全	812 31.1%	腎不全	814 31.0%
	合併症	4	糖尿病合併症	4 22.2%	糖尿病合併症	30 16.6%	糖尿病合併症	355 14.6%	糖尿病合併症	385 14.8%	糖尿病合併症	389 14.8%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		15 83.3%	基礎疾患	164 90.6%	基礎疾患	2,332 96.0%	基礎疾患	2,496 95.7%	基礎疾患	2,511 95.6%
	血管疾患合計		16 88.9%	合計	173 95.6%	合計	2,373 97.7%	合計	2,546 97.6%	合計	2,562 97.5%	
	認知症		3 16.7%	認知症	74 40.9%	認知症	1,311 54.0%	認知症	1,385 53.1%	認知症	1,388 52.8%	
	筋・骨格疾患		16 88.9%	筋骨格系	169 93.4%	筋骨格系	2,363 97.3%	筋骨格系	2,532 97.0%	筋骨格系	2,548 97.0%	

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

出典：KDBシステム

## ②医療費の状況

医療費は、国保加入者が減少しており、総医療費も減少していますが、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて8万円以上高く、H30年度と比較しても4万円以上伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか3.9%にも関わらず、医療費全体の約49%を占めており、1件あたりの入院医療費もH30年度と比較して4万円以上も高くなっています。(図表14)

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4位の県平均よりも高い状況です。一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制することが必要です。そのためには、予防可能な生活習慣病対策に引き続き、力を入れる必要があります。(図表15)

図表 14 医療費の推移(R4年度)

	臼杵市		同規模	県	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数(人)	9,611人	8,271人 ↓	--	--	--	
前期高齢者割合	5,060人 (52.6%)	4,538人 (54.9%)	--	--	--	
総医療費	41億9004万円	39億6217万円 ↓	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	435,169 県内1位 同規模19位	479,043 県内2位 同規模24位 ↑	394,521	417,072	378,638	
入院	1件あたり費用額(円)	523,610 ↑	585,610	549,140	619,090	
	費用の割合	52.8%	43.3%	46.1%	39.6%	
	件数の割合	4.3%	3.9%	3.1%	3.8%	2.5%
外来	1件あたり費用額	21,200	24,070	24,850	25,520	24,520
	費用の割合	47.2%	51.2%	56.7%	53.9%	60.4%
	件数の割合	95.7%	96.1%	96.9%	96.2%	97.5%

※同規模順位は臼杵市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

出典:KDBシステム

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			
	臼杵市 (県内市町村中)		県 (47県中)	臼杵市 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度	
地域差指数・順位	全体	1.224 (1位)	1.263 ↑ (1位)	1.153 (4位)	1.132 (4位)	1.147 (3位)	1.122 (8位)
		入院	1.602 (1位)	1.570 (1位)	1.359 (3位)	1.328 (3位)	1.329 (6位)
	外来	0.988 (12位)	1.086 (4位)	1.042 (9位)	0.931 (13位)	0.970 (8位)	0.996 (16位)

出典:地域差分析(厚労省)

### ③中長期目標疾患の医療費の変化

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症に係る医療費の割合を抑えることを目標に重症化予防に取り組み、医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30 年度と比較すると減少していますが、心疾患については、H30 年度より 0.13 ポイント伸びており、同規模、県よりも高くなっています。(図表 16)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると人工透析が、治療者数及び割合は減少していますが、脳血管疾患、虚血性心疾患については、割合が増加しています。(図表 17)

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

図表 16 中長期目標疾患の医療費の推移

			臼杵市		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)			41億9004万円	39億6217万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			3億7394万円	2億4690万円	--	--	--
			8.92%	6.23% ↓	7.84%	8.79%	8.20%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.97%	1.25% ↓	2.10%	1.82%	2.07%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.61%	1.74% ↑	1.39%	1.38%	1.46%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.01%	2.93% ↓	4.05%	5.26%	4.38%
		慢性腎不全(透析無)	0.34%	0.31% ↓	0.30%	0.33%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		12.59%	16.19% ↑	16.91%	14.98%	16.77%
	筋・骨疾患		9.80%	7.72%	9.00%	8.61%	8.71%
	精神疾患		10.13%	8.36%	8.74%	9.97%	7.88%

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 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	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	9,611	8,271	a	895	885	801	747	45	35	
				a/A	9.3%	10.7% ↑	8.3%	9.0% ↑	0.5%	0.4% ↓	
40歳以上	B	7,882	6,889	b	889	874	800	743	45	35	
	B/A	82.0%	83.3%	b/B	11.3%	12.7%	10.1%	10.8%	0.6%	0.5%	
再掲	40~64歳	C	2,822	2,351	c	168	140	134	109	19	10
		C/A	29.4%	28.4%	c/C	6.0%	6.0%	4.7%	4.6%	0.7%	0.4%
	65~74歳	D	5,060	4,538	d	721	734	666	634	26	25
		D/A	52.6%	54.9%	d/D	14.2%	16.2% ↑	13.2%	14.0% ↑	0.5%	0.6% ↑

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)短期目標の達成状況

### ①高血圧・糖尿病・脂質異常症の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患は減っており、人工透析の割合も減少傾向です。

臼杵市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、受診勧奨も含めた保健指導を個



別に実施しており、重症化する前に適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。しかし合併症（重症化）である虚血性心疾患は増加傾向にあるため、虚血性心疾患の危険因子でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症等の治療コントロール不良者も含めた更なる対策が必要と考えます。（図表 18,19,20）

図表 18 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
短期	高血圧症治療者(人)	A	3,385	3,200	687	613	2,698	2,587
		A/被保数	42.9%	↑ 46.5%	24.3%	↑ 26.1%	53.3%	↑ 57.0%
中長期 (合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	456	393	74	56	382	337
		B/A	13.5%	↓ 12.3%	10.8%	↓ 9.1%	14.2%	↓ 13.0%
	虚血性心疾患	C	501	507	77	77	424	430
		C/A	14.8%	↑ 15.8%	11.2%	↑ 12.6%	15.7%	↑ 16.6%
	人工透析	D	45	34	19	9	26	25
		D/A	1.3%	↓ 1.1%	2.8%	↓ 1.5%	1.0%	↓ 1.0%

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 19 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
短期	糖尿病治療者(人)	A	2,015	1,911	467	423	1,548	1,488
		A/被保数	25.6%	↑ 27.7%	16.5%	↑ 18.0%	30.6%	↑ 32.8%
中長期 (合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	259	238	42	31	217	207
		B/A	12.9%	↓ 12.5%	9.0%	↓ 7.3%	14.0%	↓ 13.9%
	虚血性心疾患	C	347	379	57	55	290	324
		C/A	17.2%	↑ 19.8%	12.2%	↑ 13.0%	18.7%	↑ 21.8%
	人工透析	D	37	22	15	5	22	17
		D/A	1.8%	↓ 1.2%	3.2%	↓ 1.2%	1.4%	↓ 1.1%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	369	482	93	82	276	400
		E/A	18.3%	25.2%	19.9%	19.4%	17.8%	26.9%
	糖尿病性網膜症	F	265	252	62	45	203	207
		F/A	13.2%	13.2%	13.3%	10.6%	13.1%	13.9%
	糖尿病性神経障害	G	85	94	29	21	56	73
		G/A	4.2%	4.9%	6.2%	5.0%	3.6%	4.9%

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 20 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
短期	脂質異常症治療者 (人)	A	3,258	3,114	713	648	2,545	2,466
		A/被保数	41.3%	↑ 45.2%	25.3%	↑ 27.6%	50.3%	↑ 54.3%
中 長期 (合併 目 標 疾 患)	脳血管疾患	B	365	323	54	36	311	287
		B/A	11.2%	↓ 10.4%	7.6%	↓ 5.6%	12.2%	↓ 11.6%
	虚血性心疾患	C	464	500	66	70	398	430
		C/A	14.2%	↑ 16.1%	9.3%	↑ 10.8%	15.6%	↑ 17.4%
	人工透析	D	25	25	9	5	16	20
		D/A	0.8%	0.8%	1.3%	↓ 0.8%	0.6%	0.8%

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・糖尿病の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を H30 年度と R3 年度で比較してみたところ、HbA1c7.0 以上の有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で 38.2%と、他市町村と比較して高くなっています。治療中断に至っては、15.7%と他市町村の 3 倍以上となっています。糖尿病は、未治療や治療中断ともに、他市町村と比較し低い状況です。(図表 21)しかし、HbA1c7.0 以上が高くなってきており、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底します。また、糖尿病は薬物療法による治療だけでは改善が難しく、食事療法と併用することが必要な疾患であることから、治療中の方の保健指導を医療と連携して行うことが重要です。

図表 21 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	G	G/E	H	H/E
臼杵市	3,497	44.4	3,070	48.1	157	4.5	100	63.7	102	3.3	66	64.7	39	38.2	16	15.7
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

	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	M	M/K	N	N/K
臼杵市	3,495	99.9	3,068	99.9	152	4.3	22	14.5	157	5.1	27	17.2	6	3.8	4	2.5
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

448市町村合計：統計比較可能市町村(全国1,724市町村中)

出典：KDBシステム

- 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

短期目標の一つでもあるメタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。臼杵市の特定健診結果において、H30年度とR4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、1.7ポイント伸びています。(図表 22)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧 160/110以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、Ⅱ度高血圧 160/110以上、LDL-C160以上は、下がっているものの、HbA1c6.5以上は上がっています。翌年度の結果を見ると、改善している人の割合がすべてにおいて減っており、一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割前後存在し、結果が把握できていません。今後、結果の改善につながる保健指導を実施するよう努め、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけが重要です。(図表 23、24、25)

図表 22 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	予備群		
			3項目	2項目	
H30年度	3,497 (44.4%)	632 (18.1%)	214 (6.1%)	418 (12.0%)	356 (10.2%)
R04年度	3,046 (44.2%)	602 (19.8%) ↑	207 (6.8%)	395 (13.0%)	260 (8.5%)

出典:KDBシステム

図表 23 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	390 (11.2%)	80 (20.5%)	145 (37.2%)	57 (14.6%)	108 (27.7%)
R03→R04	380 (12.4%) ↑	60 (15.8%) ↓	138 (36.3%)	45 (11.8%)	137 (36.1%)

出典:KDBシステム

図表 24 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	157 (4.5%)	73 (46.5%)	33 (21.0%)	4 (2.5%)	47 (29.9%)
R03→R04	102 (3.3%) ↓	44 (43.1%) ↓	19 (18.6%)	10 (9.8%)	29 (28.4%)

出典:KDBシステム

図表 25 LDL-C160 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	461 (13.2%)	216 (46.9%)	112 (24.3%)	22 (4.8%)	111 (24.1%)
R03→R04	330 (10.7%)	146 (44.2%)	74 (22.4%)	24 (7.3%)	86 (26.1%)

出典:KDBシステム

#### ④健診受診率及び保健指導実施率の推移

臼杵市の特定健診受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響で、R 2 年度は低迷しましたが、R4 年度は 48.8%と回復しました。しかしながら、第 3 期特定健診等実施計画の目標(52.3%)は達成できていません。(図表 26)

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 19 歳以上から 39 歳までの若年者健診も実施し、健診受診の定着を図ってきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 27)

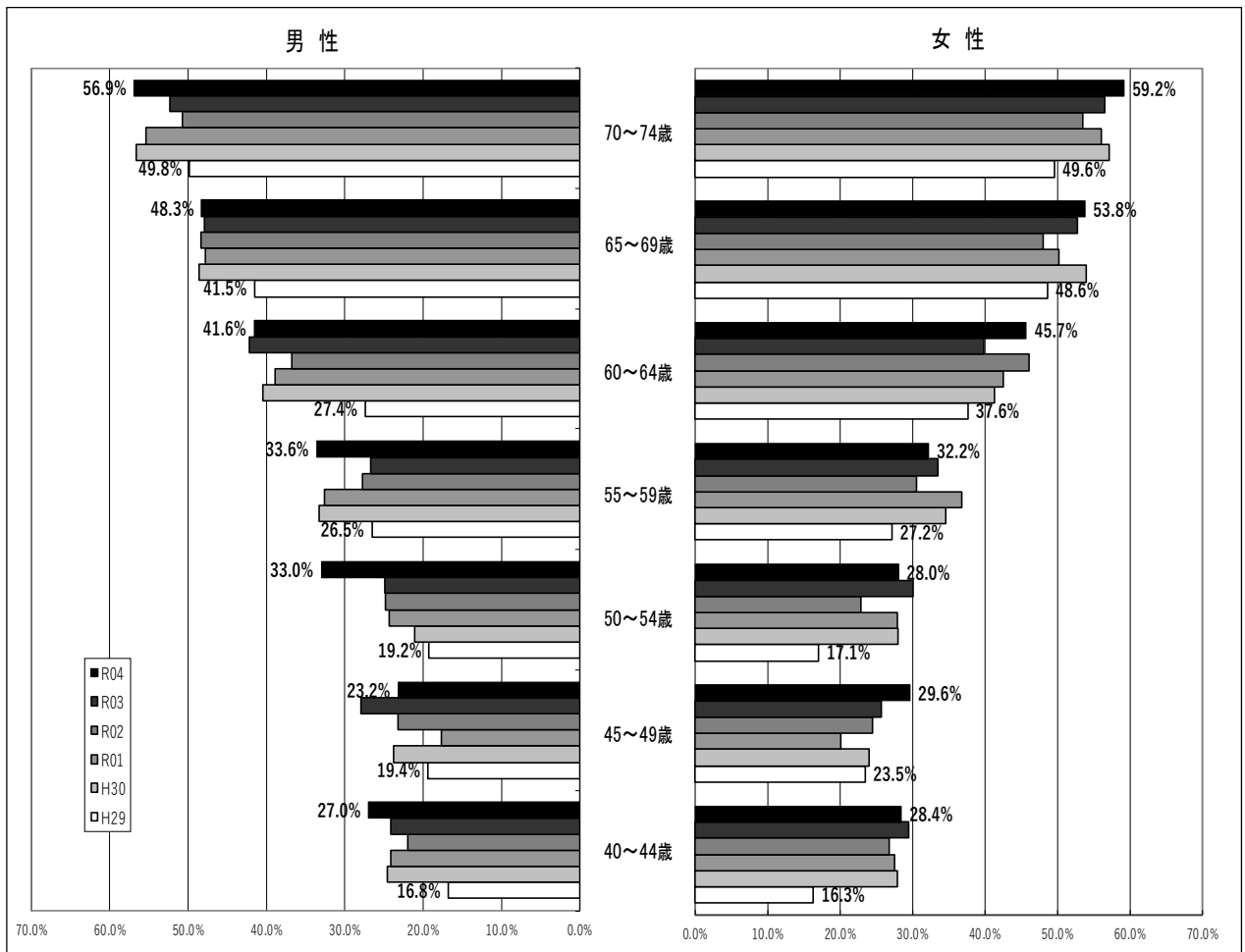
特定保健指導については、R 2 年度は、新型コロナウイルス感染症対策のため、保健指導の実施そのものを控えた影響で、実施率が下がりましたが、特定保健指導率は国の目標(60%以上)で維持しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。(図表 26)

図表 26 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	3,371	3,340	2,678	3,020	2,951	健診受診率 52.3%
	受診率	48.4%	49.6%	40.2%	47.3%	48.8%	
特定保健 指導	該当者数	389	370	289	302	287	特定保健指 導実施率 81.3%
	割合	11.5%	11.1%	10.8%	10.0%	9.7%	
	実施者数	279	308	193	250	221	
	実施率	71.7%	83.2%	66.8%	82.8%	77.0%	

出典:特定健診法定報告データ

図表 27 年代別特定健診受診率の推移



出典：KDB システム

## 2) 主な保健事業の評価と課題

### (1) 重症化予防の取り組み

#### ① 脳血管性疾患及び虚血性心疾患(以下「脳心血管病」という。)等重症化予防

脳心血管病等による重症化予防を目的として、受診勧奨判定値となった対象の方に対して、特定健診受診後の保健指導を実施し、受診勧奨判定値となった方の受診勧奨と、受診につながっているかの確認をしています。重症化予防対象者の保健指導率は、80%以上であるにも関わらず、受診勧奨判定値となった対象の方の医療機関受診率は、高血圧、脂質は半数しか治療につながっておらず、今後も治療につながるための保健指導の実施を行っていきます。(図表 28)

図表 28 重症化対象者の健診有所見者の保健指導・医療機関受診の経年状況

年	項目	高血圧	脂質	eGFR (治療中含)	尿蛋白 2 +	尿蛋白 + 尿潜血 +	心電図異常
H30	対象者	91	175	101	39	54	24
	保健指導実施数	84	162	90	36	49	19
	保健指導率	92.3%	92.6%	89.1%	92.3%	90.7%	79.2%
	受診者数	53	101	86	34	45	18
	医療機関受診率	58.2%	57.7%	85.1%	87.2%	83.3%	75%
R1	対象者	81	115	105	33	56	25
	保健指導実施数	68	102	96	31	47	24
	保健指導率	84%	88.7%	91.4%	93.9%	83.9%	96%
	受診者数	51	64	61	21	32	15
	医療機関受診率	63%	55.7%	58.1%	63.6%	57.1%	60%
R2	対象者	66	97	77	26	42	14
	保健指導実施数	52	80	70	26	40	13
	保健指導率	78.8%	82.5%	90.9%	100%	95.2%	92.9%
	受診者数	43	58	43	24	35	12
	医療機関受診率	65.2%	59.8%	55.8%	92.3%	83.3%	85.7%
R3	対象者	72	119	110	31	40	14
	保健指導実施数	61	111	108	30	40	12
	保健指導率	84.7%	93.3%	98.2%	96.8%	100%	85.7%
	受診者数	40	62	97	28	34	12
	医療機関受診率	55.6%	52.1%	88.2%	90.3%	85%	85.7%
R4	対象者	90	105	112	46	47	17
	保健指導実施数	82	92	107	44	40	16
	保健指導率	91.1%	87.6%	94.7%	93.6%	83.3%	94.1%
	受診者数	60	58	102	44	38	12
	医療機関受診率	64.5%	50.9%	90.3%	93.6%	79.2%	75%

R5.3月時点 白杵市

重症化予防対象者の評価として、令和3年度に健診受診した重症化予防対象者の方の令和4年度の健診受診状況を見たところ、約3割が未受診でした。コントロール状況の確認等をおこなうため

にも、継続受診の勧奨が必要です。同じく、受診している約 7 割の方の結果をみると、血圧は 54.8%、糖は 25.3%、LDL は 78.5%の方が改善しており、一方で、改善していない方が、血圧は 45.2%、糖は 74.7%、LDL は 21.5%います。重症化予防対象者の改善率をさらにあげていく保健指導を行っていき必要があります。また、コントロール不良者の中には、治療中の方もいることから、医療機関と連携して取り組むことも必要です。(図表 29)

図表 29 重症化予防対象者の評価(令和 3 年度～令和 4 年度)

	Ⅱ度高血圧以上	HbA1c(NGSP)7.0以上	LDL-C180以上
令和 03 年度	<p>Ⅱ度高血圧以上 102人</p> <p>高血圧症 治療中 36 (35.3%) 高血圧症 治療なし 66 (64.7%)</p>	<p>HbA1c 7.0以上 157人</p> <p>糖尿病 治療中 130 (82.8%) 糖尿病 治療なし 27 (17.2%)</p>	<p>LDL-C 180以上 95人</p> <p>脂質異常症 治療中 6 (6.3%) 脂質異常症 治療なし 89 (93.7%)</p>
令和 04 年度	<p>次年度の健診受診</p> <p>健診未受診 29 (28.4%) *75歳到達者 8名を含む</p> <p>健診受診 73 (71.6%)</p> <p>高血圧 治療中 9 (12.3%) 高血圧 治療なし 13 (17.8%) Ⅱ度以上 19 (26.0%) 45.2%</p> <p>血圧分類</p> <p>高値血圧以下 4 (5.5%) Ⅰ度 14 (19.2%) Ⅱ度以上 14 (19.2%)</p>	<p>次年度の健診受診</p> <p>健診未受診 58 (36.9%) *75歳到達者 19名を含む</p> <p>健診受診 99 (63.1%)</p> <p>糖尿病 治療中 5 (5.1%) 糖尿病 治療なし 18 (18.2%) 66.7% 66</p> <p>HbA1c</p> <p>6.4以下 0 (0.0%) 6.5~6.9 2 (2.0%) 7.0以上 8 (8.1%) 74.7%</p>	<p>次年度の健診受診</p> <p>健診未受診 30 (31.6%) *75歳到達者 7名を含む</p> <p>健診受診 65 (68.4%)</p> <p>脂質異常症 治療中 21 (32.3%) 脂質異常症 治療なし 0 (0.0%) 78.5%</p> <p>LDL-C</p> <p>159以下 21 (32.3%) 160~179 9 (13.8%) 180以上 14 (21.5%) 21.5%</p>

脳心血管の状態を把握するために必要な心電図検査においては、特定健診で詳細健診項目に該当した方を対象としており、健診受診者の半数に実施できています。心電図検査後に、受診勧奨判定値と判定を受けた方のうち、7割が医療機関を受診しています。(図表 30)

また、心房細動有所見者は、約 7 割が医療機関受診につながっていますが、未受診者も数人おり、治療に向けた継続的な関わりが必要です。(図表 31)

図表30 心電図要精査者の医療機関受診状況

	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
全体	17	4.0%	12	70.6%	5	29.4%
男性	14	6.6%	9	64.3%	5	35.7%
女性	3	1.4%	3	100.0%	0	0.0%

令和4年度・臼杵市調べ

図表31 心房細動有所見者の治療状況

心房細動有所見者	治療の有無			
	治療中		未治療者	
人数	人数	割合	人数	割合
19	15	78.9%	4	21.1%

令和4年度・臼杵市調べ

臼杵市においては、令和元年度から、脳心血管病予防の早期介入・早期治療を目的に健診結果から優先順位の高い方を抽出し、頸動脈エコー検査を実施しています。延べ 174 人に実施しており、結果に応じた個別の保健指導、受診勧奨を行っています。今後も引き続き行っていきます。(図表 32)

図表32 頸動脈エコー検査

年度	対象者数	受診者数(割合)		検査結果					
				異常なし/割合		経過観察/割合		精密/割合	
R1	173	53	30.6%	15	28.3%	19	35.8%	19	35.8%
R2	121	47	38.8%	20	42.5%	11	23.4%	16	34.0%
R3	102	42	41.2%	12	28.5%	10	23.8%	20	47.6%
R4	95	32	33.7%	4	12.5%	10	31.3%	18	56.3%
合計	491	174		51		50		73	

臼杵市調べ

## ②糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病の発症予防としては、19歳以上から39歳までの若年者健診や特定健診を受診された方で、糖尿病境界域もしくは正常高値に該当する方に対して、糖負荷検査を実施しています。糖尿病重症化予防としては、健診後、糖尿病の受診勧奨対象者に対して、保健指導と医療機関への受診勧奨を徹底しています。また腎症の重症化の恐れがある対象者に、糖尿病専門医を始めとした医師会等関係機関の医師で構成されている腎症判定会議を実施し、リスクに応じた保健指導を医師の指示に従い実施しています。

糖尿病有所見者の保健指導状況は、糖負荷検査を毎年 40 人以上の方に実施し、糖尿病の受診勧奨対象者への保健指導率も 9 割以上と高く、糖尿病コントロール不良者や治療中断者に、臼杵市糖尿病等生活習慣病対策ネットワーク推進会議を通じて、様々な取り組みを行っています。(図表 33)

図表33 糖尿病有所見者の保健指導実施状況

		H29	H30	R1	R2	R3	R4
保健指導対象者	①糖負荷検査受診者	63	66	44	47	60	41
	②糖精密対象者	105	80	91	68	73	95
	③糖尿病台帳コントロール不良者(HbA1c7以上)	126	140	171	150	161	161
	④糖尿病治療中断者			16		7	14
	合計	294	286	322	265	301	311
保健指導実施者	①糖負荷検査保健指導実施者	63	66	44	47	60	41
	②糖精密保健指導実施者	70	77	86	68	69	89
	②糖精密保健指導実施率	67%	96%	95%	100%	95%	94%
	③糖尿病台帳コントロール不良者(HbA1c7以上)保健指導実施者	63	42	45	48	38	44
	④糖尿病治療中断者保健指導実施者			16		2	2
合計	196	185	191	163	169	176	
割合		66.7	64.7	59.3	61.5	56.1	56.6

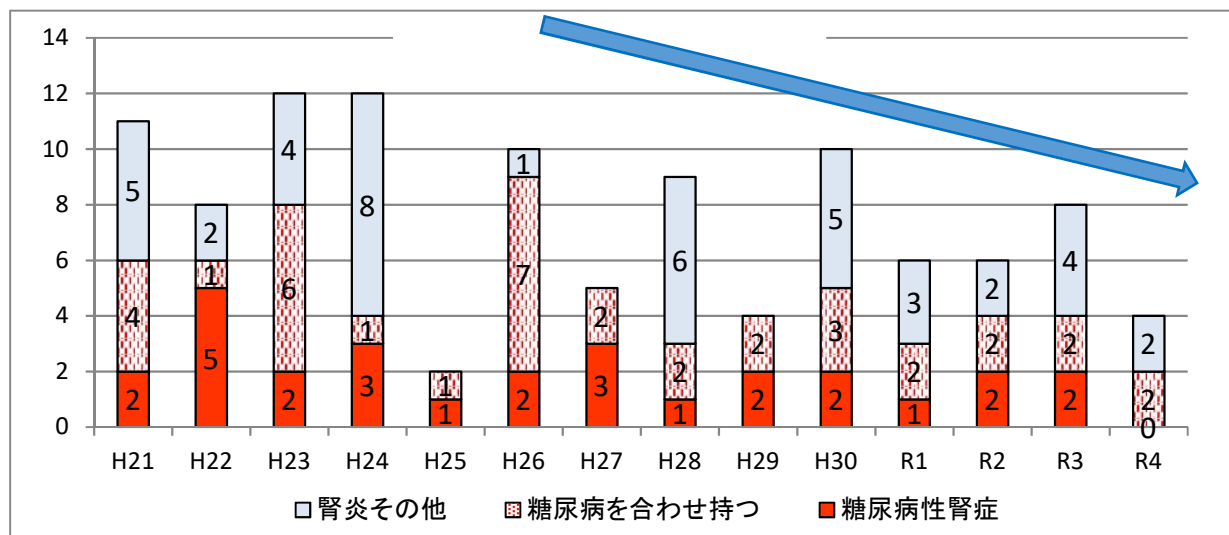
臼杵市調べ



糖尿病性腎症重症化予防の成果である新規透析導入者数ですが、腎症判定会議の判定後、医師の指示に従い半年間の保健指導を医師と連携し行ってきた結果、新規透析導入者は減少傾向にあります。(図表 34)

今後も医療と連携した糖尿病性腎症重症化予防を引き続き行っていきます。

図表34 新規透析導入者数の推移



## (2)ポピュレーションアプローチ

白杵市調べ

標準的な健診・保健指導(令和6年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規程されることも大きい。」とされています。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、納得した上で健診を受診し、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

取り組み内容としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県・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、各種団体への講話や糖尿病講演会などを通じて、広く市民へ周知を行いました。

また、脳・心・腎の重症化予防には欠かせない減塩の周知を目的として、令和4年度から、「市内スーパーと連携した健康づくり事業」を行っています。内容としては、小学校区毎の塩分摂取量の掲示、塩分チェック、健康相談、店内の減塩商品の紹介や減塩商品を示すポップの設置をしました。

また、若い世代での生活習慣病の早期発見・早期予防の取り組みも重要な課題であるため、平成30年度には「子どもの生活習慣病対策プロジェクト」を立ち上げました。関係機関と連携し、子どもの頃からの健康的な生活習慣を心がけるための対策を検討・実施しており、今後も継続して取り組みを行っていきます。

### (3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 35 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法		
				初年度 H30	中間評 価 R2	最終評 価 R5			
				(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)		
データヘルス計画	長期	1人当たり医療費の伸びを抑える	1人当たり医療費の伸びを抑える(前年比)	1.0%	0.98%	0.98%	KDBシステム		
	中長期	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	2.97%	↓ 2.03%	↓ 1.25%			
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.61%	↑ 2.04%	○ 1.74%			
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	65.1%	↓ 59.4%	↓ 53.8%			
	アウトカム評価	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少	28.2%	○ 29.1%	○ 28.4%	KDBシステム		
			健診受診者の収縮期血圧有所見者の割合減少	43.8%	41.8%	○ 44.8%			
			健診受診者のLDL有所見者の割合減少	23.3%	25.4%	25.1%			
			健診受診者のHbA1C有所見者の割合減少	36.9%	○ 39.1%	○ 38.1%	日杵市保険健康課		
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	83.7%	80.8%	○ 75.0%			
			糖尿病の保健指導を実施した割合	64.7%	61.5%	56.6%			
			短期	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上により重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率向上(R5目標値 52.3%)	48.4%		40.2%	48.8%
	特定保健指導実施率向上(R5目標値 81.3%)	71.7%			66.8%	77.0%			
	特定保健指導対象者の割合の減少	11.5%			10.8%	9.7%			
	保険者努力支援制度	アウトプット評価	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診率の増加	22.2%	20.3%	21.4%	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)	
				肺がん検診受診率の増加	42.4%	24.4%	26.8%		
				大腸がん検診受診率の増加	33.5%	19.8%	23.2%		
				子宮がん検診受診率の増加	45.0%	29.0%	36.9%		
				乳がん検診受診率の増加	34.3%	33.8%	27.4%		
		自分の健康に関心を持つ住民が増える	健康マイレージの申請者数の増加	415人	497人	720人	日杵市保険健康課		
				後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	74.5%		79.1%	81.4%
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について				高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について	—	実施		実施	

#### (4)第2期データヘルス計画に係る考察

第2期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の3疾患に重点をおいて重症化予防を進めてきました。特に3疾患の基礎疾患である糖尿病については、臼杵市糖尿病等生活習慣病対策ネットワーク推進会議を軸に、医師会等と連携しながら、重症化する前に医療機関の受診につなげること、また治療を中断している方への、個別訪問や保健指導に積極的に取り組んできました。高血圧、脂質異常症についても、健診の結果、受診勧奨判定値となった方には必ず保健指導を行い受診につなげられるよう取り組んできました。

令和2年度に中間評価を行い、脳血管疾患における総医療費に占める割合と糖尿病性腎症による透析導入者は、減少傾向にありました。中長期目標の虚血性心疾患と短期目標のメタボリックシンドローム該当者の割合・健診受診者のHbA1c 有所見者の割合が課題として残っており、令和元年度より「頸動脈エコー検査」を取り組みはじめました。令和2年度より健診時に「尿中推定一日食塩摂取量検査」を追加しました。

その結果、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の総医療費に占める割合が減少しており、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の重症化予防を中心とした保健指導を実践した結果が出てきました。(図表 35)

しかし、中長期目標の虚血性心疾患の割合が下がらず(図表 18・19・20)、健診受診者のHbA1c7.0以上者では、未治療の人は少なく、治療中のコントロール不良が考えられ、治療につながった後の保健指導も重要と言えます。また、メタボリックシンドローム該当者も増加傾向にあり、どちらも内服だけの改善は難しいことから、生活実態(生活リズムや食環境)に合わせた保健指導が求められます。(図表 21・22・23・24・25)

今後も優先課題である生活習慣病の予防として高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の改善に引き続き取り組む必要があります。また、現在実施している保健指導に加え、治療中コントロール不良者への介入を臼杵市糖尿病等生活習慣病対策ネットワーク推進会議で対策を検討し、治療中の方への保健指導を医療と連携して実施していきます。

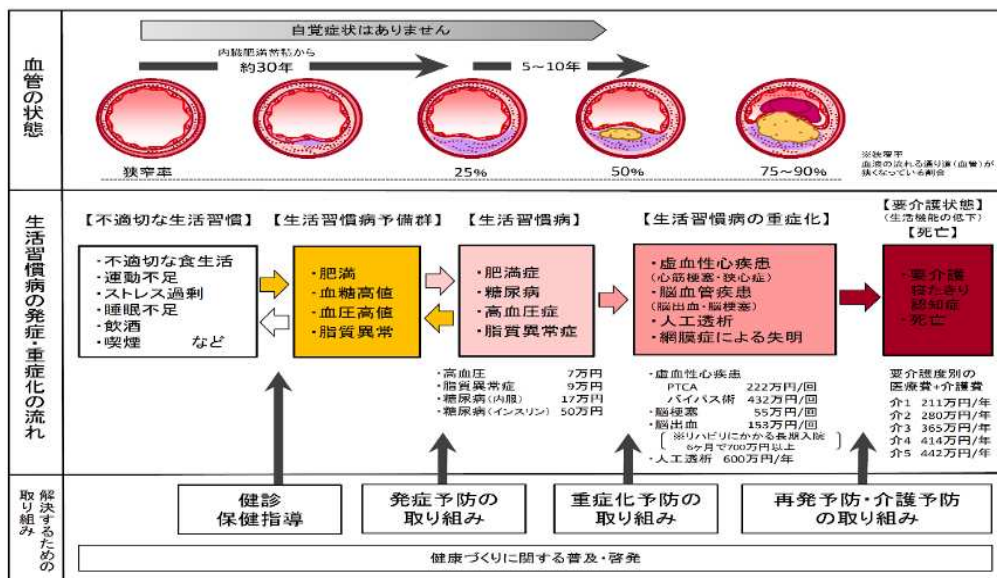
対象者が保健指導により確実に成果を出すためには、具体的な活動計画を立て、保健指導担当者間で共有し、PDCA サイクルを意識して取り組むことが必要です。保健指導の結果をみながら、内容を随時見直し、充実させていきます。

### 3. 第3期における健康課題の明確化

#### 1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。(図表 36)

図表 36 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歳に到達した後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

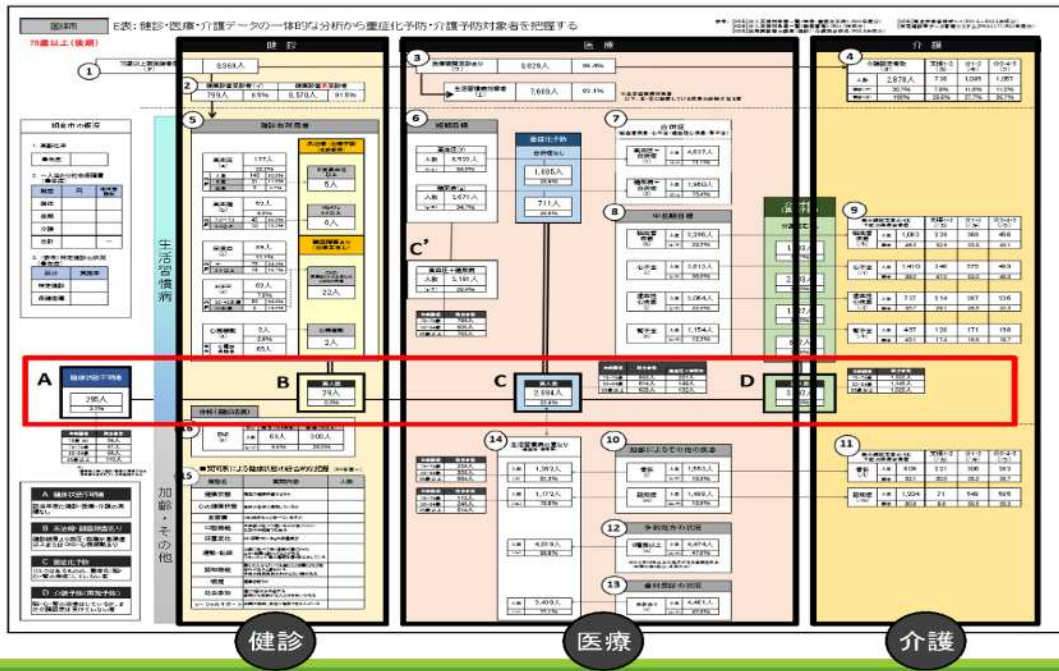
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 37 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若年者健診を実施し、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 37 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 38 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度	
被保険者数	9,611人	9,262人	9,042人	8,826人	8,271人	8,445人	
総件数及び総費用額	件数	97,499件	94,007件	87,804件	90,555件	87,651件	138,790件
	費用額	41億9004万円	41億4488万円	40億3578万円	42億1183万円	39億6217万円	82億7766万円
一人あたり医療費	43.6万円	44.8万円	44.6万円	47.7万円	47.9万円	98.0万円	

出典: KDBシステム

図表 39 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 (R4年度)

市町村名	総医療費	一人あたり医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	白杵市	39,621万円	38,366	2.93%	0.31%	1.25%	1.74%	6.23%	3.16%	2.15%	7億0386万円	17.8%	16.2%	8.36%	7.72%
	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	--	33,395	5.26%	0.33%	1.82%	1.38%	5.35%	2.90%	1.76%	--	18.8%	15.0%	9.97%	8.61%
	国	--	29,043	4.38%	0.29%	2.07%	1.46%	5.45%	3.06%	2.11%	--	18.8%	16.8%	7.88%	8.71%
② 後期	白杵市	82,776万円	82,545	4.99%	0.56%	3.23%	1.48%	4.02%	3.24%	1.03%	15億3561万円	18.6%	9.1%	6.16%	13.3%
	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	--	80,584	3.91%	0.54%	3.28%	1.67%	3.77%	2.83%	1.10%	--	17.1%	9.9%	4.24%	13.3%
	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

※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 40 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	390人	383人	381人	386人	373人	1,161人
	件数	B	795件	794件	838件	867件	817件	2,074件 ↑
		B/総件数	0.82%	0.84%	0.95%	0.96%	0.93%	1.49%
	費用額	C	10億3489万円	10億3223万円	11億8268万円	12億5216万円	10億9792万円	24億8005万円
		C/総費用	24.7%	24.9%	29.3%	29.7%	27.7%	30.0%

出典：KDBシステム

図表 41 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度								
脳 血 管 疾 患	人数	D	23人	20人	22人	19人	13人	89人							
		D/A	5.9%	5.2%	5.8%	4.9%	3.5%	7.7%							
	件数	E	52件 ↑	41件	38件	22件	21件 ↓	134件							
		E/B	6.5%	5.2%	4.5%	2.5%	2.6%	6.5%							
	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	2.4%	0	0.0%	0	0.0%	3	14.3%	70-74歳	1	0.7%
		50代	5	9.6%	5	12.2%	1	2.6%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	32	23.9%
		60代	20	38.5%	18	43.9%	15	39.5%	13	59.1%	8	38.1%	80代	68	50.7%
		70-74歳	27	51.9%	17	41.5%	22	57.9%	9	40.9%	10	47.6%	90歳以上	33	24.6%
	費用額	F	6250万円 ↑	4638万円	4346万円	2656万円	2668万円 ↓	1億4724万円							
		F/C	6.0%	4.5%	3.7%	2.1%	2.4%	5.9%							

出典：KDBシステム

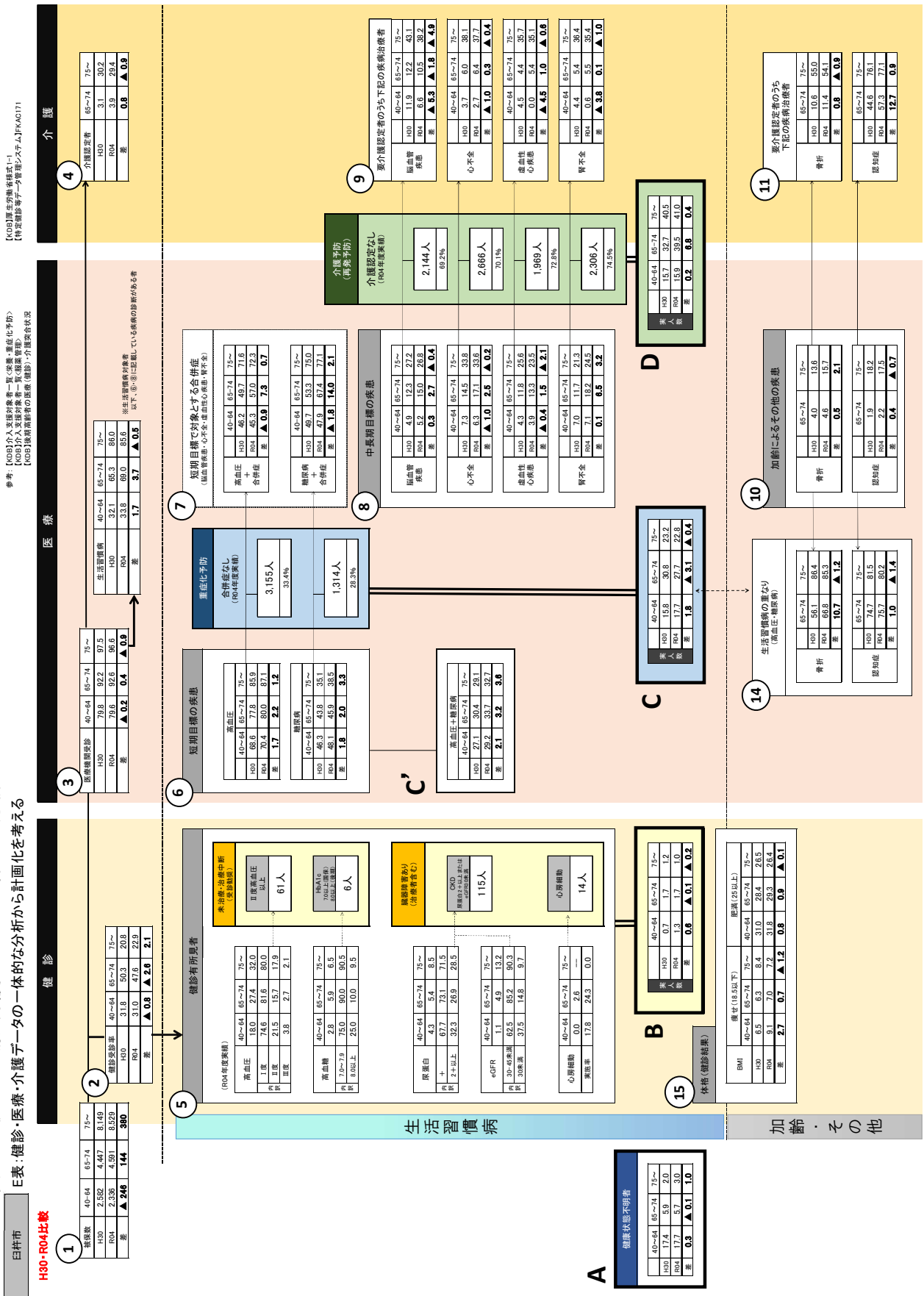
図表 42 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

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	23人	26人	24人	27人	24人	40人							
		G/A	5.9%	6.8%	6.3%	7.0%	6.4%	3.4%							
	件数	H	25件	32件	31件	34件 ↑	28件 ↓	42件							
		H/B	3.1%	4.0%	3.7%	3.9%	3.4%	2.0%							
	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	0	0.0%	1	3.1%	3	9.7%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	3	7.1%
		50代	0	0.0%	1	3.1%	2	6.5%	1	2.9%	0	0.0%	75-80歳	15	35.7%
		60代	16	64.0%	11	34.4%	16	51.6%	15	44.1%	12	42.9%	80代	18	42.9%
		70-74歳	9	36.0%	19	59.4%	10	32.3%	18	52.9%	16	57.1%	90歳以上	6	14.3%
	費用額	I	3803万円	5233万円	5670万円	6454万円 ↑	4783万円 ↓	5410万円							
		I/C	3.7%	5.1%	4.8%	5.2%	4.4%	2.2%							

出典：KDBシステム

## (2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 43 健診・医療・介護データの一体的な分析  
E表: 健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える



図表 44 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			⑤ 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	30.2	2,582	4,447	8,149	31.8	50.3	20.8	6.5	6.3	8.4	31.0	28.4	26.5	
R04	29.4	2,336	4,591	8,529	31.0	47.6	22.9	9.1	7.0	7.2	31.8	29.3	26.4	

出典:KDB システム

図表 45 健診有所見状況

E表	年度	⑤																												
		Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動													
		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-											
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%						
H30	31	3.8	(8)	106	4.7	(34)	106	6.3	(22)	29	3.5	(1)	96	4.3	(8)	14	0.8	(0)	8	1.0	30	1.3	80	4.7	0	--	4	0.2	0	--
R04	33	4.6	(18)	110	5.0	(20)	125	6.4	(23)	20	2.8	(2)	130	5.9	(4)	12	0.6	(0)	11	1.5	41	1.9	63	3.2	0	--	14	0.6	0	--

出典:KDB システム

図表 46 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	年度	③ 医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			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	79.8	92.2	97.5	32.1	65.3	86.0	68.6	77.8	85.9	46.3	43.8	35.1	27.1	30.4	29.1	46.2	49.7	71.6	49.7	53.3	75.0				
R04	79.6	92.6	96.6	33.8	69.0	85.6	70.4	80.0	87.1	48.1	45.9	38.5	29.2	33.7	32.7	45.3	57.0	72.3	47.9	67.4	77.1				

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

出典:KDB システム

図表 47 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	年度	⑧ 中長期目標の疾患(被保険者割)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
		脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30	4.9	12.3	27.2	4.3	11.8	25.6	7.3	14.5	33.8	7.0	11.7	21.3	11.9	12.2	43.1	4.5	4.4	35.7	3.7	6.0	38.1	4.4	5.4	36.4	
R04	5.2	15.0	26.8	3.9	13.3	23.5	6.3	17.1	33.6	7.1	18.2	24.5	6.6	10.5	38.2	0.0	5.4	35.1	2.7	6.4	37.7	0.6	5.5	35.4	

出典:KDB システム



### (3)健康課題の明確化(図表 38～47)

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり医療費は、98 万円であり、国保の 2 倍も高い状況です。(図表 38)

臼杵市は、これまで、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、その共通リスクである、高血圧、糖尿病、脂質異常症も合わせた医療費(目標疾患医療費)は、総医療費に対して 17.8%と、同規模、県、国と比べて低く、これまでの成果が確認できます。(図表 39)

高額レセプトについては、国保においては毎年約 800 件を超えるレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 2.5 倍に増えています。(図表 40)

第 2 期中長期目標で、脳血管疾患で 40 歳～64 歳での 80 万円以上の高額レセプト数が減少することを目標としていましたが、40 歳～64 歳のレセプトは減少し、また国保で平成 30 年度が一番多く 52 件で 6250 万円の費用がかかっていましたが、R4 年度は 21 件と件数が減り、費用額も約 2668 万円と減っています。しかし、後期高齢においては、134 件発生し、約 1 億円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 41) 同じく、虚血性心疾患では、R3 年度までは増加していましたが、R4 年度では件数も費用額も下がっています。(図表 42)

図表 43 の健診・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 44 の①被保険者数は、40～64 歳は減っていますが、65 歳～74 歳、75 歳以上は増えており、高齢化率が確実に増えていくことがわかります。②健診受診率については、40～64 歳、65～74 歳で下がってきています。⑤体格(健診結果)では BMI25 以上が増えており、健診受診勧奨の強化と、肥満対策が必要です。

図表 45 の⑤健診有所見状況においては、Ⅱ度高血圧以上は各年代で、HbA1c7.0 以上は 65～74 歳で対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 46 の⑥短期目標の疾患をみると、高血圧、糖尿病、糖尿病+高血圧の割合が各年代で高くなっており、⑦短期目標の疾患のある方で、合併症(脳血管性疾患など)を併せもつ方が高血圧、糖尿病ともに、65 歳以上で高くなっています。

図表 47 の⑧中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全)の被保険者数の割合は、65～74 歳はすべての疾患で対象割合が増えており、依然として重症化予防、再発予防が課題であることがわかります。

### (4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取り組み方法については、第 4 章に記載していきます。

### 3) 目標の設定

#### (1) 成果目標

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

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 48)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

##### 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と考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

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

##### ③ 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の対象者を減らすことを短期的な目標とします。

そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられるが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。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

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

図表 48 第3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	
			初期値 R 6	中間評価 R 8	最終評価 R 11		
			(R4)	(R7)	(R10)	(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	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	1.25%	減少傾向へ	KDBシステム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.74%			
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の減少	2.93%			
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	53.8%			
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の維持	0	継続へ		臼杵市調べ
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	28.1%	減少傾向へ	KDBシステム	
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	5.0%			
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	9.4%			
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	12.5%			
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	0.7%			
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	75.0%	増加傾向へ		臼杵市調べ
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率向上(R10年度目標:51.2%)	48.8%	50.0%	51.2%	法定報告値
			★特定保健指導実施率向上(R10年度目標:83.0%)	77.0%	80.0%	83.0%	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	20.7%	減少傾向へ		

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

### 2. 目標値の設定

特定健診受診率の目標値は、毎年 0.4 ポイントずつ上げ、R11 年度には 51.6%以上を目指します。特定保健指導実施率の目標値は、毎年 1 ポイントずつ上げ、R11 年度には、84.0%以上を目指します。（図表 49）

図表 49 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
特定健診受診率	49.6%	50.0%	50.4%	50.8%	51.2%	51.6%以上
特定保健指導実施率	79.0%	80.0%	81.0%	82.0%	83.0%	84.0%以上

#### 【目標設定の要点】

特定健診の受診率を、0.4 ポイントずつ上げ、R11 年度(2029 年度)の目標値を 51.6%とします。高齢化の進行に伴い、受診率の高い高齢者層が毎年、後期高齢者へ移行しています。受診率の向上には、新規の受診者を増やしていく必要がありますが、過去 5 年の平均伸び率 0.4 ポイントの伸びを維持増進できるよう、受診勧奨に取り組めます。

特定保健指導実施率を、1 ポイントずつ上げ、R11 年度(2029 年度)の目標値を 84.0%とします。すでに、国の目標実施率である 60%を達成できています。過去 5 年の平均伸び率は 1.3 ポイントです。

重症化対象者の方の中には、特定保健指導の実績としてはカウントできない非肥満の高血糖の方や治療中コントロール不良の方も含まれるため、特定保健指導の実施率は、毎年1ポイントずつ上げていく目標値とします。

受診率向上に向け、より予防効果の高い若い世代から定期健診受診を定着化し、将来の重症化を予防するため、未受診者対策を次のように行います。(図表 50)

図表 50 受診率向上に向けた取り組み

目的	受診率向上に向けた取り組み内容
若年者の受診率向上	・35～39 歳の人を対象に、個別受診勧奨 ・乳幼児健診、小・中学校、事業所等での健康教育及び受診勧奨の充実
各年代の受診率向上	・年度末年齢 40 歳の人を対象に人間ドック(無料)の受診勧奨 ・健診を受診しやすい場所や日程の調整と啓発活動の工夫
継続受診率の向上	・個別訪問等での保健指導の実施 ・科学的根拠に基づく保健指導の質の向上
治療中の人の受診率向上	・かかりつけ医に特定健診受診率向上に向けた協力依頼
＜さらなる受診率向上に向けた新規取り組み＞	
若年者の受診率向上	・インターネット等を活用したWeb予約の体制整備
各年代の受診率向上	・目玉となる健診項目の検討と対象者への周知の工夫 ・健診未受診者へターゲット別の受診勧奨通知、電話かけ
継続受診率の向上	・継続受診者への特典「とくとく健診」を活用した啓発(R5 新規)
治療中の人の受診率向上	・個別健診等の健診受診方法の周知啓発の強化

### 3. 対象者の見込み

国保加入者数は、減少傾向にあると見込まれるため、特定健診・特定保健指導対象者を次のように見込みました。(図表 51)

図表 51 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
特定健診	対象者数	5,268人	4,770人	4,333人	3,981人	3,620人	3,293人
	受診者数	2,612人	2,385人	2,183人	2,022人	1,853人	1,699人
特定保健指導	対象者数	261人	238人	218人	202人	185人	169人
	受診者数	206人	190人	176人	165人	153人	141人

## 4. 特定健診の実施

### (1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。個別健診については県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市国保側の取りまとめ機関である県下代表の市が集合契約を行います。

- ① 集団健診(市内施設・市外施設)
- ② 個別健診(委託医療機関)

### (2)特定健診委託基準

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

### (3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、臼杵市のホームページに掲載します。

(参照) URL : [http:// www.city.usuki.oita.jp/](http://www.city.usuki.oita.jp/)

### (4)対象者

特定健診の対象者は、臼杵市の国民健康保険加入者のうち、実施年度中に 40 歳から 74 歳までになる人としてします。ただし、妊産婦や厚生労働大臣が定める人(特別養護老人ホーム入所者、長期入院等の人)は対象外とします。

また、19 歳から 39 歳までの人は、特定健診と同じ内容の若年者健診を臼杵市独自事業として実施します。

### (5)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・尿中推定1日食塩摂取量)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 52)

### (6)実施時期

年度当初の 4 月から翌年 3 月末まで実施します。

### (7)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、医療機関へ協力を依頼していきます。

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。

### (8) 請求・支払い事務の代行機関

特定健診に係る費用(自己負担額を除く)の請求・支払い事務は、大分県国保連合会に委託します。

### (9) 健診の案内・周知方法

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、様々な機会を通じて、受診の案内の送付を行いつつ、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。

- ① 郵送による特定健康診査の意向調査を実施後、特定健康診査受診券(以下「受診券」という。)及び特定健康診査日程等の案内
- ② 市報・地区回覧等の紙媒体による周知
- ③ インターネット・SNS等を活用した周知及び予約体制の充実
- ④ 未受診者の状況把握及び受診勧奨の実施

図表 52 特定健診検査項目

健診項目		臼杵市	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	○	
	推定1日食塩摂取量(尿中)	○	

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

## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、第4期(2024年以降)における変更的に留意しながら保険者の直接実施、一部外部委託により実施します。(図表53)

図表53 第4期における変更点

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)

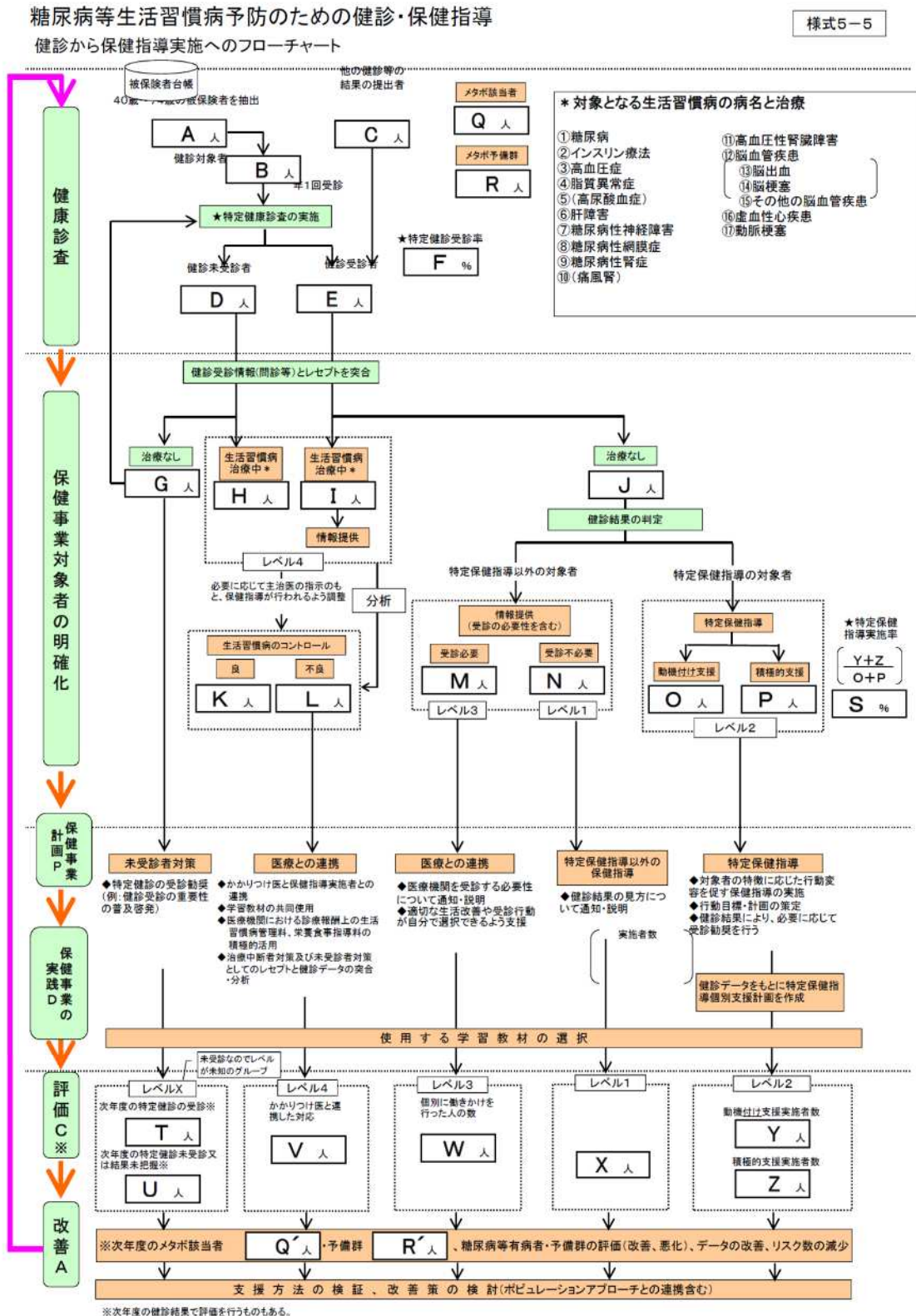
特定保健指導 の見直し	(1)評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2)特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母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54)

図表54 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



(2)要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

健診受診者には保健指導の順位をつけ、効果的な保健指導を実施します。(図表 55)

図表 55 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	305人 (10.0%)	84.0%
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	564人 (18.5%)	100% ※HbA1c6.5以上
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)	3,844人 ※受診率目標達成まであと557人	52.3%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について健診結果郵送時に、説明資料と個別保健指導の希望案内を同封。	486人 (16.0%)	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	1,690人 (55.5%)	33% (L:治療中コントロール不良者)

※R4 年度特定健診より算出

### (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 56)

図表 56 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	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報	
5月	◎特定健康診査の開始		◎市民健診、後期高齢者健診、がん検診開始	
6月	↓	◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始	
7月		◎保健指導の開始		
8月				
9月				◎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、特定健康診査・特定保健指導委託契約書第 12 条、別紙個人情報取扱注意事項、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、その保有する個人情報の取り扱いが確保されるように措置を講じます。

また、特定健康診査・特定保健指導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

特定健康診査及び特定保健指導の実施結果については、厚生労働省の定める電子的標準様式に基づく電子データとして実施機関が作成し、取りまとめ、代行機関へ送付を行うものとします。

受領したデータファイルは、特定健康診査等データ管理システムに保管されます。特定保健指導の実績については、特定健康診査等データ管理システムへのデータ登録を行います。

## 7. 結果の報告

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 日までに実績報告を行います。

## 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、臼杵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脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症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の減少を目指すために、特定健診における血圧、血糖、脂質の有所見率を改善していきます。そのためには、生活習慣病の重症化予防の取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、生活習慣病の重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、脳血管疾患重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・糖尿病性腎症重症化予防等の取組みを行います。

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

ポピュレーションアプローチの取組みとしては、青壮年期への支援を強化するため、全国健康保険協会や他保険者と連携した啓発活動や、働き盛り世代へのアプローチとして健康経営に係る推進に中部保健所と連携しながら取組みます。また、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等への増大につながる実態などを広く市民へ周知していきます。

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の実施も重要となってきます。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に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基づいて計画的に実施します。

### II. 重症化予防の取組

臼杵市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、1,193人(39.2%)です。そのうち治療なしが351人(25.9%)を占め、さらに臓器障害ありで直ちに取組むべき対象者が192人(54.7%)です。

また、臼杵市においては、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、351人中160人(13.4%)と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表 57)

図表 57 脳・心・腎を守るために

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

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新発透析導入患者数の減少		<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) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	3,046人	44.2%															
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							<b>■各疾患の治療状況</b> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>治療中</td> <td>治療なし</td> </tr> <tr> <td>高血圧</td> <td>1,184</td> <td>1,862</td> </tr> <tr> <td>脂質異常症</td> <td>1,057</td> <td>1,989</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>357</td> <td>2,689</td> </tr> <tr> <td>3疾患 いずれも</td> <td>1,690</td> <td>1,356</td> </tr> </table> <small>※問診結果による</small>			治療中	治療なし	高血圧	1,184	1,862	脂質異常症	1,057	1,989	糖尿病	357	2,689	3疾患 いずれも	1,690	1,356
	治療中	治療なし																					
高血圧	1,184	1,862																					
脂質異常症	1,057	1,989																					
糖尿病	357	2,689																					
3疾患 いずれも	1,690	1,356																					
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)																
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 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	重症化予防対象者 (実人数)															
該当者数	151   5.0%	19   0.6%	104   3.4%	79   2.6%	602   19.8%	270   8.9%	366   12.0%	1,193   39.2%															
治療なし	88   4.7%	11   0.8%	99   5.0%	53   2.7%	93   6.9%	137   5.1%	108   8.0%	351   25.9%															
(再掲) 特定保健指導	36   23.8%	3   15.8%	27   26.0%	20   25.3%	93   15.4%	17   6.3%	37   10.1%	160   13.4%															
治療中	63   5.3%	8   0.5%	5   0.5%	26   2.5%	509   30.1%	133   37.3%	258   15.3%	842   49.8%															
臓器障害 あり	49   55.7%	11   100.0%	29   29.3%	22   41.5%	34   36.6%	45   32.8%	108   100.0%	192   54.7%															
CKD(専門医対象者)	14	3	12	9	7	17	108	108															
心電図所見あり	44	11	20	15	31	33	27	111															
臓器障害 なし	39   44.3%	--	70   70.7%	31   58.5%	59   63.4%	92   67.2%	--	--															

出典: KDB システム

# 1. 虚血性心疾患重症化予防

## 1) 基本的な考え方

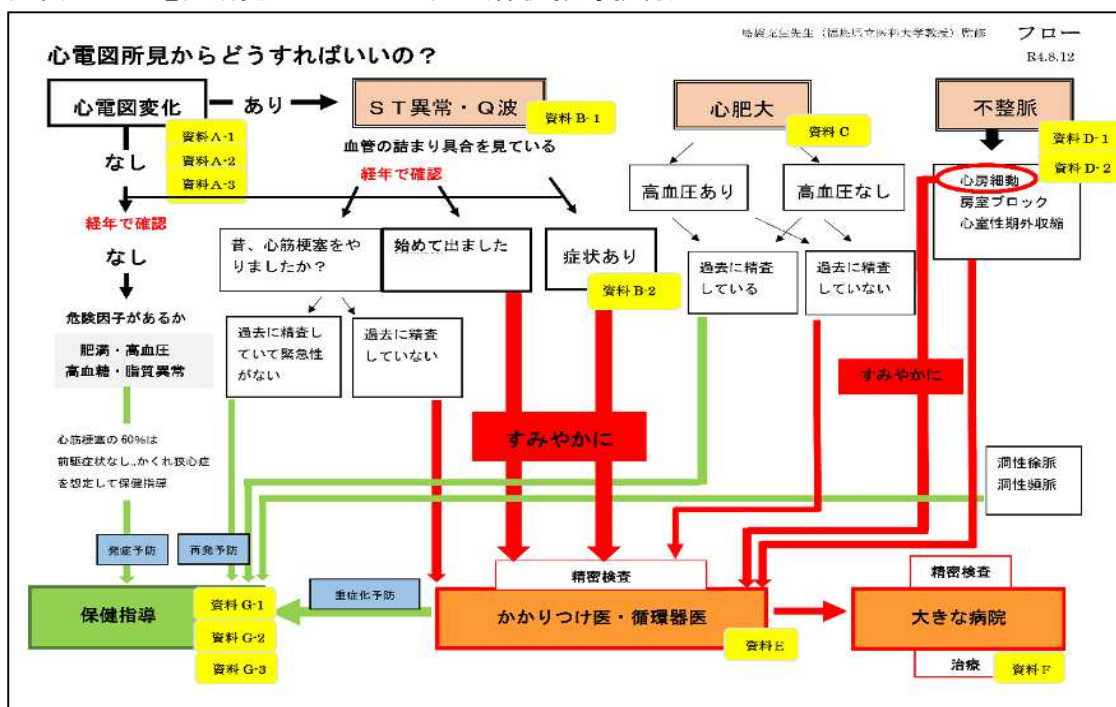
虚血性心疾患重症化予防の取組みにあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づき実施します。

## 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 58 に基づいて考えます。

図表 58 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



### (2) 重症化予防対象者の抽出

#### ① 心電図検査からの把握

心電図検査は、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。

臼杵市において、健診受診者のうち、心電図検査実施者は、1,288 人(42.4%)であり、所見の中でも心肥大(軸偏位)変化が 132 人(30.7%)で、所見率が一番高いことがわかります。また ST 変化の所見

があったのは、72人(16.7%)で、異常Q波の方は1人(0.2%)でした。(図表59)

また、有所見者のうち要精査が17人(4.0%)で、その後の受診状況を見ると5人(29.4%)は未受診でした。(図表60)。

要精査の方には、全員保健指導を実施していますが、医療機関未受診者5人の方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59 心電図検査結果

性別・年齢	所見	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
内訳	40～74歳	1,288	42.4%	430	33.4%	1	0.2%	72	16.7%	25	5.8%	132	30.7%	29	6.7%	83	19.3%	19	4.4%	53	12.3%
	男性	609	47.9%	212	34.8%	0	0.0%	25	11.8%	8	3.8%	73	34.4%	23	10.8%	46	21.7%	17	8.0%	30	14.2%
	女性	679	38.5%	218	32.1%	1	0.5%	47	21.6%	17	7.8%	59	27.1%	6	2.8%	37	17.0%	2	0.9%	23	10.6%

令和4年度・臼杵市調べ

図表60 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	430		17	4.0%	12	70.6%	5	29.4%
男性	212	34.8%	14	6.6%	9	64.3%	5	35.7%
女性	218	32.1%	3	1.4%	3	100.0%	0	0.0%

令和4年度・臼杵市調べ

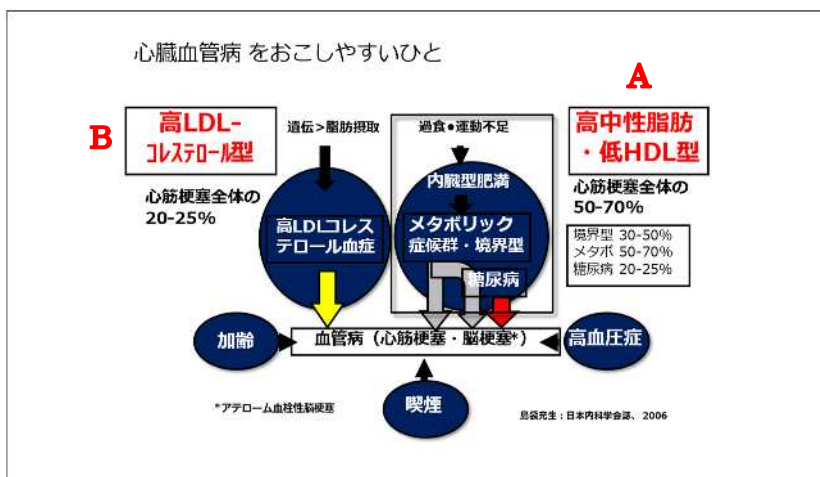
## ②心電図以外からの把握

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方で、高血圧・高血糖・脂質異常・肥満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61)



図表 61 心血管病をおこしやすいひと



図表 61 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A: メタボタイプですが、第 4 章「4. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 78・79)を参照し、対象者管理を行います。

B: LDL コレステロールタイプ(図表 62)を参照し、対象者管理を行います。

図表 62 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定				令和04年度			
動脈硬化性心血管疾患の予防から見たLDLコレステロール管理目標				(参考)動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版			
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)							
管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL			人数	健診結果(LDL-C)			
				120-139	140-159	160-179	180以上
			1,531	727	472	218	114
				47.5%	30.8%	14.2%	7.4%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する  ※4	低リスク	160未満 (190未満)	272	152	98	18	4
			17.8%	20.9%	20.8%	8.3%	3.5%
	中リスク	140未満 (170未満)	592	264	184	101	43
			38.7%	36.3%	39.0%	46.3%	37.7%
高リスク  ※3	再掲	120未満 (150未満)	656	305	186	98	67
			42.8%	42.0%	39.4%	45.0%	58.8%
		100未満 (130未満) ※1	44	23	12	5	4
			2.9%	3.1%	2.6%	2.1%	3.9%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	11	6	4	1	0
			0.7%	0.8%	0.8%	0.5%	0.0%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮  
 ※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。  
 ※3 糖尿病(服薬あり・健診結果で糖尿病型)、CKD(eGFR60未満、尿蛋白(±)以上)を考慮。  
 ※4 ※1~3がない場合、動脈硬化性疾患の発症リスク(性別・収縮期血圧・糖代謝異常・LDL・HDL・喫煙)で判断

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材(図表63)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を中断している場合は受診勧奨し、医療機関と連携した保健指導を行います。

図表 63 心電図所見からの保健指導教材

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

#### (2) 二次健診の実施

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

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

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

臼杵市においては、上記検査方法のうち、令和元年度より、早期介入・早期治療を目的に頸動脈エコー検査を実施し、結果に応じた個別の保健指導を行っています。今後も継続していきます。

#### (3) 対象者の管理

心電図検査の要精査の方へは、継続的な健診受診、医療機関への継続的な受診状況の把握を重症化予防台帳にて行っていきます。

#### 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) 高齢者支援課等との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、介護保険等のサービスの利用や生活支援などの必要性が出てきた場合は、高齢者支援課等と連携していきます。

#### 6) 評価

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

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

#### 7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6 月～特定健診結果が届き次第、「重症化予防台帳」に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入  
(通年)

## 2. 脳血管疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組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ていきます。(図表 64,65)

図表 64 脳卒中の分類

【脳卒中の分類】

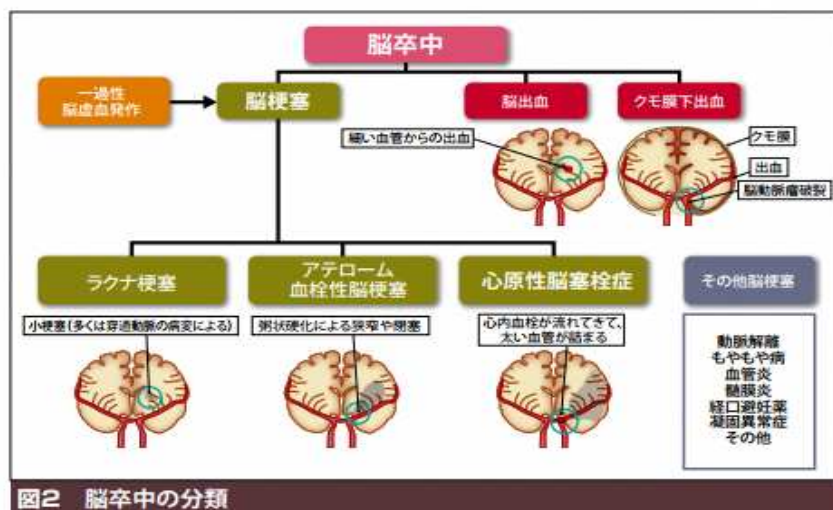


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 65 脳血管疾患とリスク因子

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 66 でみると、高血圧治療者 3,566 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 441 人(12.4%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 151 人(19%)であり、そのうち 88 人(58%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する方もいることから、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 63 人(18%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

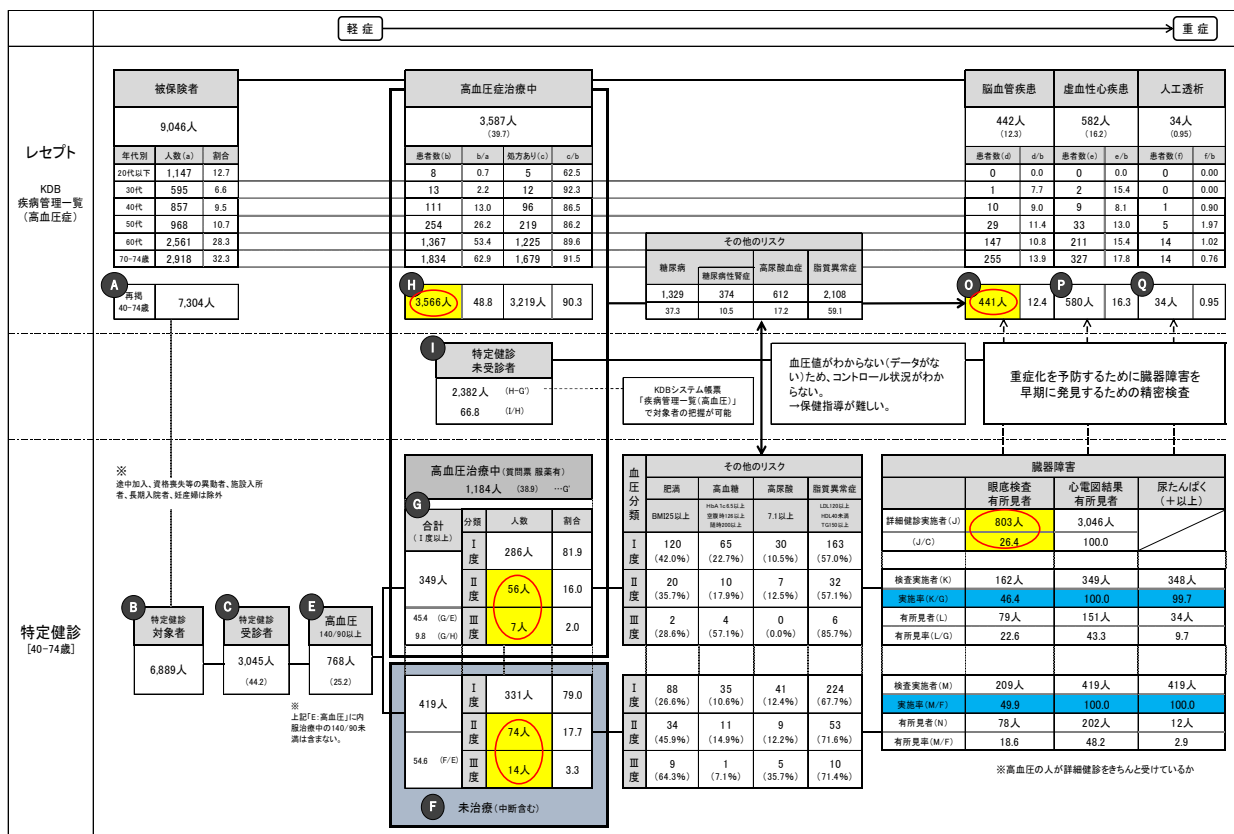
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)は 803 人(26.4%)実施している状況です。

第 3 期計画においても、眼底検査(詳細検査)を引き続き実施していきます。

図表 66 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を対象とし(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む) ※レセプト情報のうち、医療管理一覧で把握できない項目については、「KDB構築・介入支援対象者一覧(医療・重症化予防)」から集計

出典: KDB システム

### (2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血

圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

図表 67 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

図表 67 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

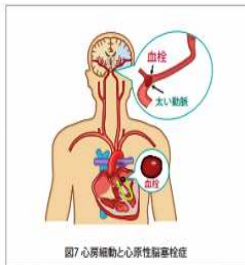
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値高血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
	894	475 53.1%	331 37.0%	74 8.3%	14 1.6%
リスク第1層 予後影響因子がない	54 6.0%	C 37 7.8%	B 10 3.0%	B 7 9.5%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	491 54.9%	C 268 56.4%	B 183 55.3%	A 35 47.3%	A 5 35.7%
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	349 39.0%	B 170 35.8%	A 138 41.7%	A 32 43.2%	A 9 64.3%

■ …高リスク  
■ …中等リスク  
■ …低リスク

区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	219 24.5%
B 概ね1か月後に再評価	370 41.4%
C 概ね3か月後に再評価	305 34.1%

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

(3) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。図表 68 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。このように心電図検査によって早期に発見することが可能です。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 68 心房細動有所見状況 (R4年度)

	健診受診者		心房細動有所見者				日循環学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	1,276	1,770	17	1.3%	2	0.1%	--	--
40代	108	126	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	109	143	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	428	686	9	2.1%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70~74歳	631	815	8	1.3%	2	0.2%	3.4%	1.1%

出典: KDBシステム

図表 69 心房細動有所見者の治療状況

心房細動有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人数	人数	割合	人数	割合
19	4	21.1%	15	78.9%

令和4年度・臼杵市調べ

心電図検査において 19 人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者 19 人のうち 15 人は継続治療がされていますが、4 人は、一度は医療機関受診をしていますが、継続治療にはつながっていません。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要があります。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の対象者の拡大が望まれます。(図表 69)

### 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、保健指導教材や令和 2 年度より実施している「尿中推定一日食塩摂取量検査」の結果を活用し、減塩に向けた保健指導を強化しました。また、治療中断者、治療コントロール不良者には医療機関の受診勧奨や医療機関と連携した保健指導を行います。

#### (2) 二次健診の実施

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

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

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

臼杵市においては、上記検査方法のうち、令和元年度より、早期介入・早期治療を目的に頸動脈エコー検査を実施し、結果に応じた個別の保健指導を行っています。今後も継続していきます。

#### (3) 対象者の管理

##### ①高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧以上を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過、健診受診状況や治療状況等を高血圧管理台帳に作成し、管理していきます。未治療者や治療中断者、健診未受診者、血圧のコントロール状況の把握に努め、受診勧奨や保健指導の継続的

支援を行っていきます。

## ②心房細動有所見者の管理

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) 高齢者支援課等との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、介護保険等のサービスの利用や生活支援などの必要性が出てきた場合は、高齢者支援課等と連携していきます。

## 6) 評価

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

また、中長期的評価においては他の虚血性心疾患・糖尿病性腎症等と合わせて行っていきます。

## 7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6 月～特定健診結果が届き次第、「重症化予防台帳」に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入  
(通年)



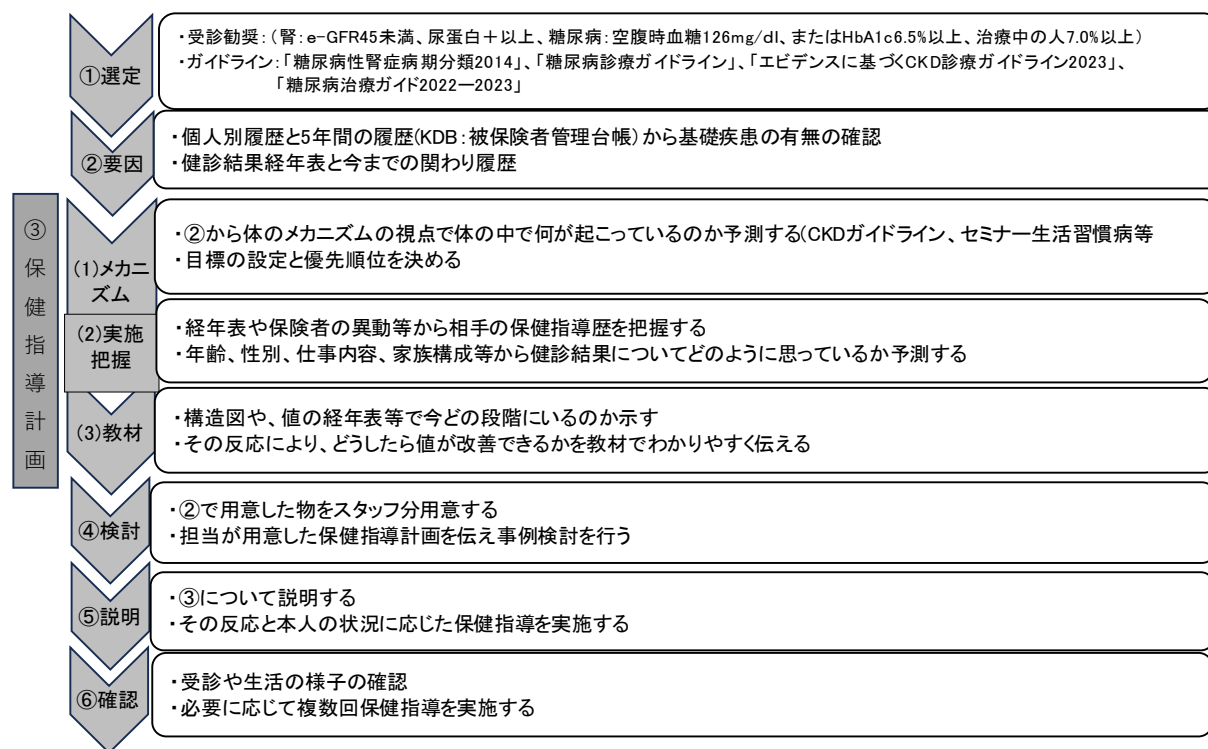
### 3. 糖尿病性腎症重症化予防

#### 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)を基に、「臼杵市糖尿病性腎症等重症化予防プログラム」に基づき、以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。なお取り組みにあたっては図表70に沿って実施します。

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

図表 70 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、臼杵市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中で、重症化するリスクの高い人

- ア. 糖尿病及び糖尿病歴があり、尿蛋白＋以上
- イ. 糖尿病及び糖尿病歴があり、eGFR 45(ml/min/1.73m<sup>2</sup>)未満
- ウ. eGFR が 60(ml/min/1.73m<sup>2</sup>)未満で、2年前と比較して eGFR が 30%以上低下している者

## (2) 選定基準に基づく該当者の把握

### ①対象者の抽出

取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」を基盤とします。(図表 71)

図表 71 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m <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	

出典：糖尿病性腎症合同委員会

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。臼杵市においては、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)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が難しくなっています。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尿蛋白(+)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。これらを踏まえて、レセプトデータ、特定健診データから対象者を試算します。

### 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て、対象者の状況を見ると、特定健診受診者のうちで糖尿病未治療者は、172人(32.5%・F)となっていました。また、40~74歳における糖尿病治療者2,105人(28.8%・H)のうち、特定健診受診者が357人(67.5%・G)でありました。糖尿病治療者で特定健診未受診者1,748人(83.0%・I)については、治療中ではありますが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。(図表 72)

### ③介入方法と優先順位

臼杵市における介入方法を以下のとおりとします。(図表 72)

#### 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(中断含む)(F)・・・172人
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

#### 優先順位 2【保健指導】

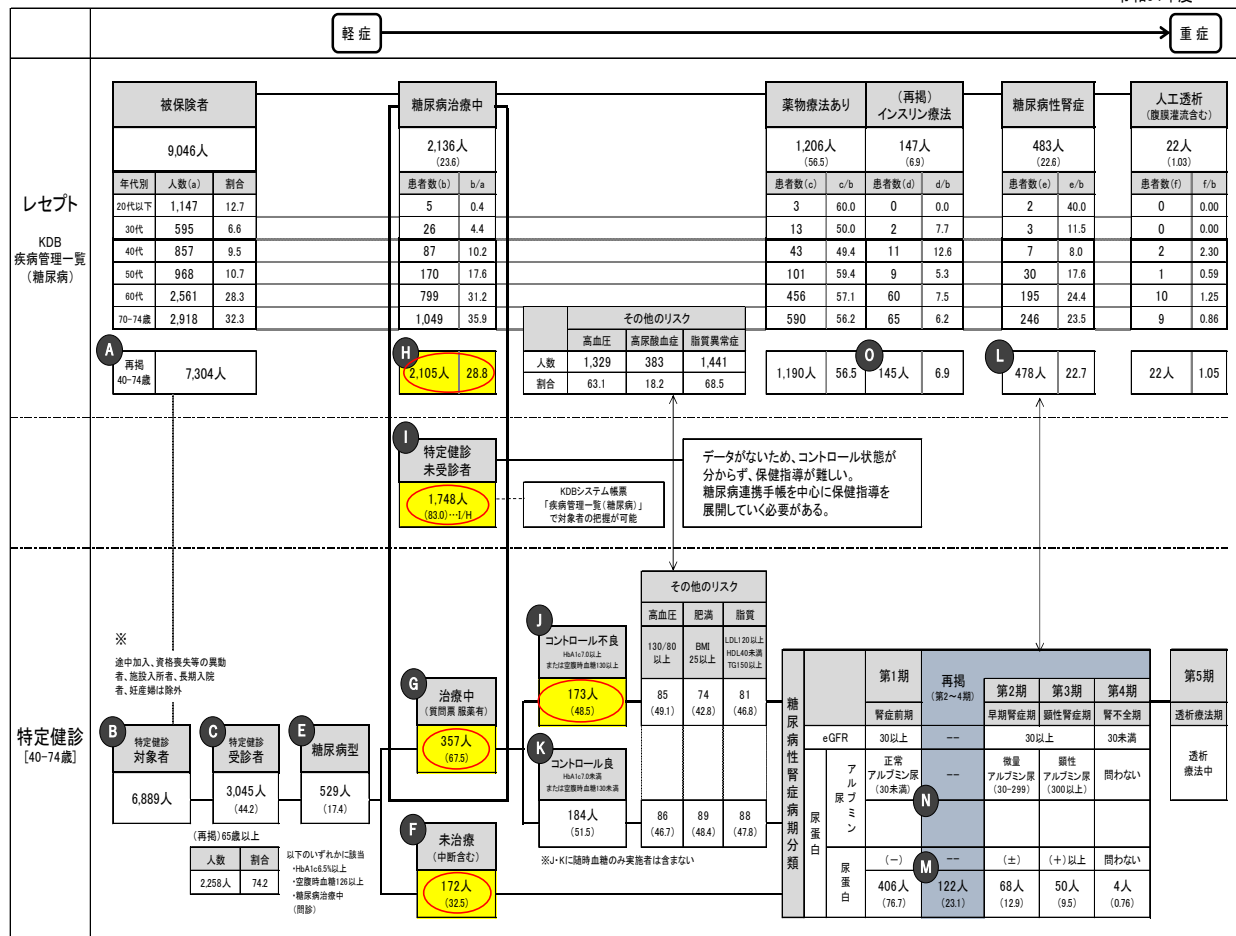
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者(J)・・・173人  
治療中断しない(継続受診)のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

#### 優先順位 3【保健指導】

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

図表 72 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)  
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB標準\_介入管理対象者一覧(※※※)」から集計  
 出典: KDB システム

### 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。臼杵市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていきます。

#### (2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

糖尿病性腎症を予防するためには、糖尿病の発症予防、早期診断・早期治療が大切です。そのため臼杵市では、特定健診の結果、糖尿病未治療者で糖尿病境界型の方を対象に糖負荷検査と尿中アルブミン検査を実施し、結果に基づき保健指導や受診勧奨などの早期介入を行うことで糖尿病の発症予防ひいては糖尿病性腎症重症化予防を目指します。

### 4) 医療との連携

臼杵市糖尿病等生活習慣病対策ネットワーク推進会議を通じて医師会等と協議し、臼杵市糖尿病性腎症等重症化プログラム等に準じ、連携体制を強化します。

#### (1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者等を糖尿病専門医やかかりつけ医に紹介します。

#### (2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳やうすき石仏ねっと等を活用し、治療状況の確認を行います。また、かかりつけ医、糖尿病専門医との連携を行います。

### 5) 高齢者支援課等との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、介護保険等のサービスの利用や生活支援などの必要性が出てきた場合は、高齢者支援課等と連携していきます。

### 6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価を用いて行っていきます。(図表 73)

## 短期的評価

### ①受診勧奨者に対する評価

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

### ②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
  - HbA1cの変化
  - eGFRの変化
  - 尿蛋白の変化
  - 服薬状況の変化

## 7) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 6月～特定健診結果が届き次第、「重症化予防台帳」に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入  
(通年)

図表 73 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	臼杵市										同規模保険者(平均)		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	9,986人		9,642人		9,304人		9,127人		8,833人			
		② (再掲)40-74歳	8,131人		7,903人		7,711人		7,606人		7,347人			
2	① 特定健診	B	6,967人		6,729人		6,658人		6,388人		6,047人			
		② 対象者数	6,967人		6,729人		6,658人		6,388人		6,047人			
3	① 特定保健指導	C	3,427人		3,386人		2,678人		3,035人		3,001人			
		② 受診率	--		--		--		--		--			
4	① 健診データ	E	522人	15.2%	522人	15.4%	454人	17.0%	519人	17.1%	523人	17.4%		
		F	156人	29.9%	164人	31.4%	140人	30.8%	156人	30.1%	169人	32.3%		
		G	366人	70.1%	358人	68.6%	314人	69.2%	363人	69.9%	354人	67.7%		
		J	176人	48.1%	167人	46.6%	150人	47.8%	157人	43.3%	171人	48.3%		
		K	87人	49.4%	84人	50.3%	70人	46.7%	75人	47.8%	84人	49.1%		
		L	81人	46.0%	67人	40.1%	68人	45.3%	72人	45.9%	73人	42.7%		
		M	190人	51.9%	191人	53.4%	164人	52.2%	206人	56.7%	183人	51.7%		
		N	407人	78.0%	398人	76.2%	370人	81.5%	399人	76.9%	401人	76.7%		
		O	64人	12.3%	61人	11.7%	54人	11.9%	85人	16.4%	68人	13.0%		
		P	41人	7.9%	45人	8.6%	25人	5.5%	32人	6.2%	49人	9.4%		
		5	① レセプト	Q	1人	0.2%	3人	0.6%	2人	0.4%	2人	0.4%	4人	0.8%
R	142.2人			138.6人		136.4人		149.3人		156.0人				
S	172.3人			166.8人		162.4人		176.7人		186.2人				
T	8,219件 (1042.8)			7,923件 (1036.0)		8,163件 (1086.4)		8,450件 (1154.5)		8,425件 (1223.0)	1,557.522件 (951.6)			
U	66件 (8.4)			56件 (7.3)		51件 (6.8)		63件 (8.6)		48件 (7.0)	7,406件 (4.5)			
V	1,420人	14.2%		1,336人	13.9%	1,269人	13.6%	1,363人	14.9%	1,378人	15.6%			
W	1,401人	17.2%		1,318人	16.7%	1,252人	16.2%	1,344人	17.7%	1,368人	18.6%			
X	1,035人	73.9%		952人	72.2%	938人	74.9%	981人	73.0%	1,014人	74.1%			
Y	95人	6.7%		91人	6.8%	91人	7.2%	85人	6.2%	88人	6.4%			
Z	94人	6.7%		90人	6.8%	89人	7.1%	82人	6.1%	88人	6.4%			
AA	218人	15.4%		218人	16.3%	228人	18.0%	312人	22.9%	325人	23.6%			
AB	216人	15.4%		216人	16.4%	227人	18.1%	309人	23.0%	323人	23.6%			
AC	24人	1.7%		24人	1.8%	19人	1.5%	16人	1.2%	16人	1.2%			
AD	24人	1.7%		24人	1.8%	19人	1.5%	16人	1.2%	16人	1.2%			
AE	10人	0.7%		6人	0.45%	6人	0.47%	8人	0.59%	4人	0.29%			
AF	2人	0.14%	1人	0.07%	2人	0.16%	2人	0.15%	0人	0%				
AG	33人	1.8%	36人	1.9%	45人	2.3%	46人	2.3%	47人	2.2%				
6	① 医療費	AH	41億9004万円		41億4488万円		40億3578万円		42億1183万円		39億6217万円		28億4626万円	
		AI	22億4846万円		21億5711万円		21億2534万円		22億2079万円		19億9094万円		15億3700万円	
		AJ	53.7%		52.0%		52.7%		52.7%		50.2%		54.0%	
		AK	8,893円		9,217円		6,153円		9,941円		9,275円		7,237円	
		AL	34,438円		33,489円		38,303円		36,741円		36,371円		38,862円	
		AM	2億3714万円		2億3541万円		2億3643万円		2億4050万円		2億4688万円		1億6596万円	
		AN	10.5%		10.9%		11.1%		10.8%		12.4%		10.8%	
		AO	6億5459万円		6億2201万円		6億3330万円		6億7269万円		6億8793万円			
		AP	34,889円		34,197円		34,800円		35,825円		37,734円			
		AQ	5億0161万円		4億8440万円		3億9787万円		5億1353万円		5億4013万円			
		AR	570,015円		586,437円		614,939円		641,907円		657,090円			
		AS	15日		16日		17日		18日		19日			
		AT	1億8207万円		1億7833万円		1億4635万円		1億4147万円		1億2859万円		1億2396万円	
		AU	1億6792万円		1億6105万円		1億3549万円		1億2944万円		1億1623万円		1億1532万円	
		AV	1416万円		1728万円		1086万円		1203万円		1236万円		863万円	
7	① 介護	AW	37億6626万円		39億4052万円		40億9644万円		42億2968万円		41億1359万円		34億9905万円	
		AX	9件	30.0%	5件	20.0%	5件	23.8%	4件	30.8%	4件	22.2%		
8	① 死亡	AY	8人	1.3%	6人	1.0%	3人	0.5%	7人	1.2%	8人	1.4%	2,819人	1.0%

## 4. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

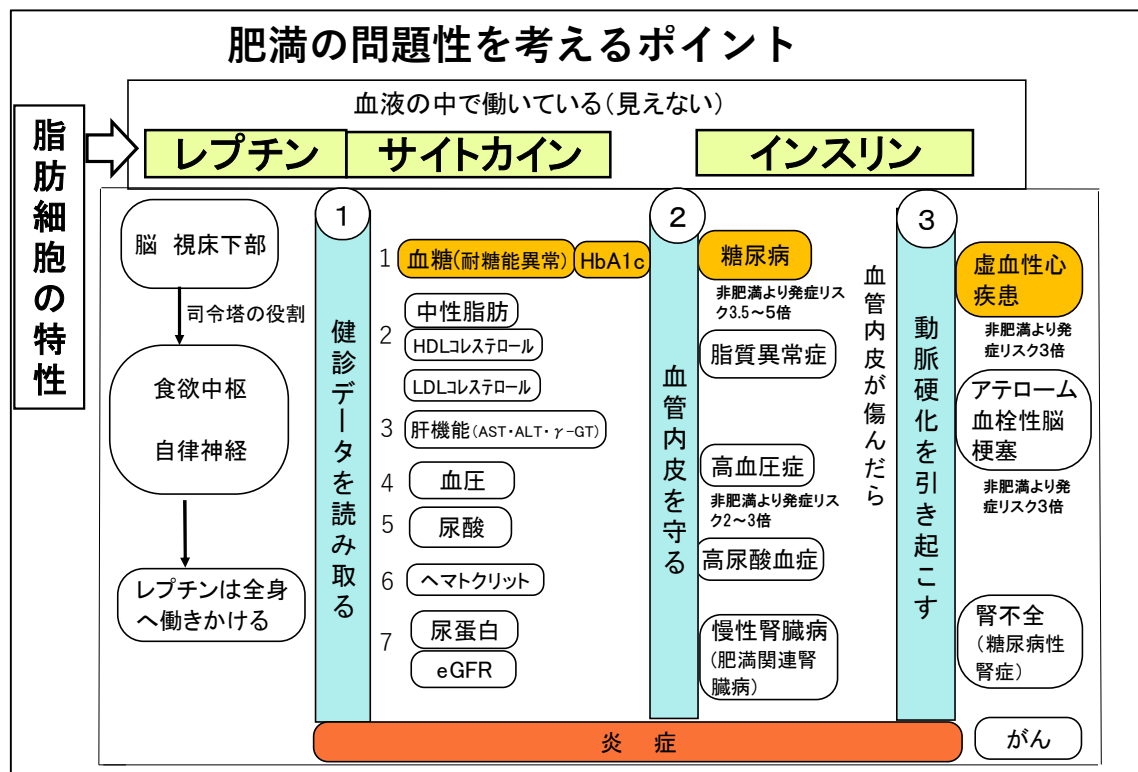
### 1) 基本的な考え方

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

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

なお、取り組みにあたっては図表 74 に基づいて考えていきます。

図表 74 肥満の問題性を考えるポイント



## 2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 75 肥満度分類による実態(R4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	788	2,258	255	665	186	588	52	69	13	8	4	0	
			32.4%	29.5%	23.6%	26.0%	6.6%	3.1%	1.6%	0.4%	0.5%	0.0%	
再掲	男性	326	950	134	343	102	315	28	27	4	1	0	0
				41.1%	36.1%	31.3%	33.2%	8.6%	2.8%	1.2%	0.1%	0.0%	0.0%
	女性	462	1,308	121	322	84	273	24	42	9	7	4	0
				26.2%	24.6%	18.2%	20.9%	5.2%	3.2%	1.9%	0.5%	0.9%	0.0%

出典: KDBシステム

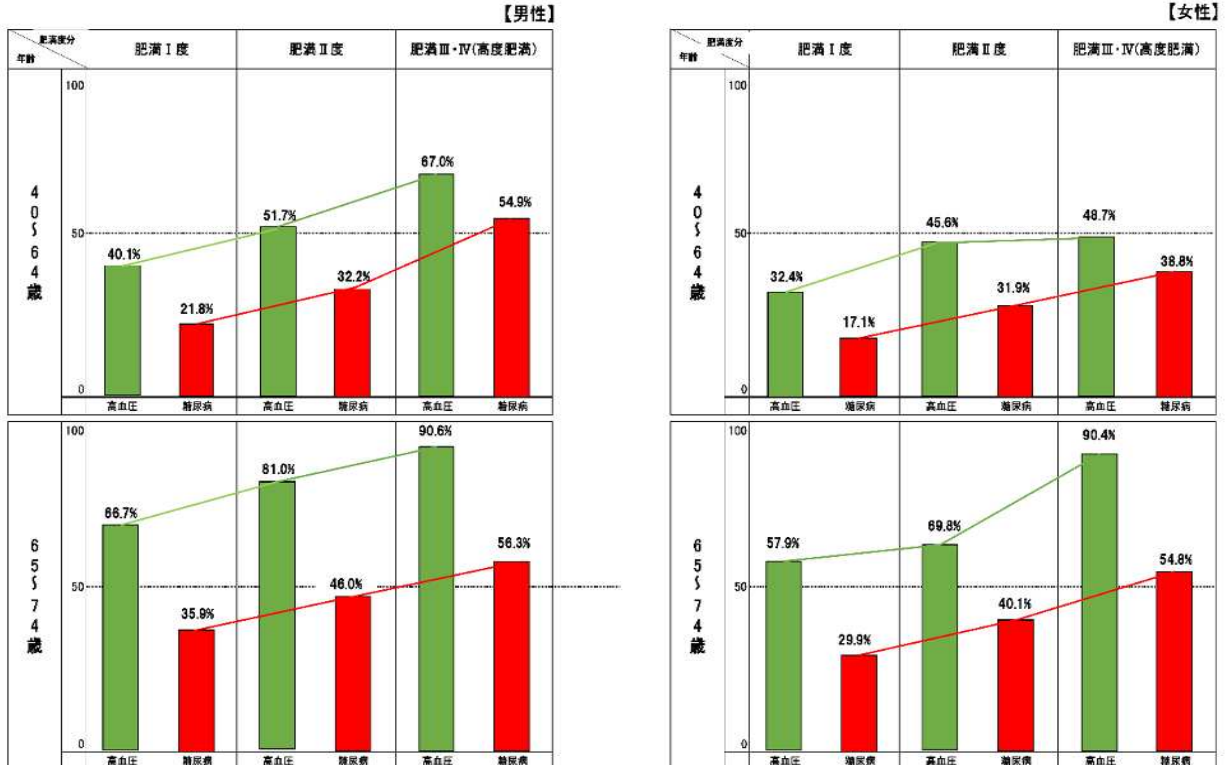
(2) 優先順位をつけます。

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。

肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます。

図表 76 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？ 一番問題である高血圧と糖尿病をグラフに表してみました





まず、「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、多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。

次に図表 77 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満 I 度で、若い年代 (40~64 歳) を対象とすることが効率の良いことがわかります。

### 3)対象者の明確化

図表 77 年代別メタボリック該当者の状況 (R4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	1,276	108	109	428	631	1,770	126	143	686	815	
メタボ該当者	B	397	16	29	142	210	205	4	15	69	117	
	B/A	31.1%	14.8%	↑26.6%	↑33.2%	↑33.3%	11.6%	3.2%	10.5%	10.1%	14.4%	
再掲	① 3項目全て	C	143	5	10	49	79	64	1	5	22	36
		C/B	36.0%	31.3%	34.5%	34.5%	37.6%	31.2%	25.0%	33.3%	31.9%	30.8%
	② 血糖+血圧	D	71	1	7	26	37	28	0	2	5	21
		D/B	17.9%	6.3%	24.1%	18.3%	17.6%	13.7%	0.0%	13.3%	7.2%	17.9%
	③ 血圧+脂質	E	147	5	9	54	79	95	2	6	32	55
		E/B	37.0%	31.3%	31.0%	38.0%	37.6%	46.3%	50.0%	40.0%	46.4%	47.0%
	④ 血糖+脂質	F	36	5	3	13	15	18	1	2	10	5
		F/B	9.1%	31.3%	10.3%	9.2%	7.1%	8.8%	25.0%	13.3%	14.5%	4.3%

出典:KDBシステム

図表 78 メタボリック該当者の治療状況 (R4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	1,276	397	31.1%	325	81.9%	72	18.1%	1,770	205	11.6%	184	89.8%	21	10.2%		
40代	108	16	14.8%	11	68.8%	5	31.3%	126	4	3.2%	4	100.0%	0	0.0%		
50代	109	29	26.6%	21	72.4%	8	27.6%	143	15	10.5%	12	80.0%	3	20.0%		
60代	428	142	33.2%	113	79.6%	29	20.4%	686	69	10.1%	61	88.4%	8	11.6%		
70~74歳	631	210	33.3%	180	85.7%	30	14.3%	815	117	14.4%	107	91.5%	10	8.5%		

出典:KDBシステム

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、男性で 50 代から受診者の 2~3 割を超えるが、女性では 50 代~70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。(図表 77)

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 78)

脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなります。メタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

### (1) 対象者の選定基準の考え方

- ①メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、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方には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ②治療中の方へは、治療中断し心血管病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

対象者の管理は、重症化予防の管理台帳で行います。

## 4)保健指導の実施

### (1)最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていきます。(図表 79)

図表 79 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思えますか？
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しんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いのですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

## **(2)対象者の管理**

メタボリックシンドローム該当者においては、心血管病のリスクが非常に高くなるため、重症化しないための継続的な関りができるよう、台帳を作成し経過を把握します。

## **5) 高齢者支援課等との連携**

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、介護保険等のサービスの利用や生活支援などの必要性が出てきた場合は、高齢者支援課等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特定健診等実施計画・データヘルス計画と合わせ、年1回行うものとしします。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、虚血性心疾患・脳血管疾患の評価を用いて行っていきます。

## **7) 実施期間及びスケジュール**

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

## Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

### 1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取り組みと、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

臼杵市は、令和3年度より大分県後期高齢者医療広域連合から、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、

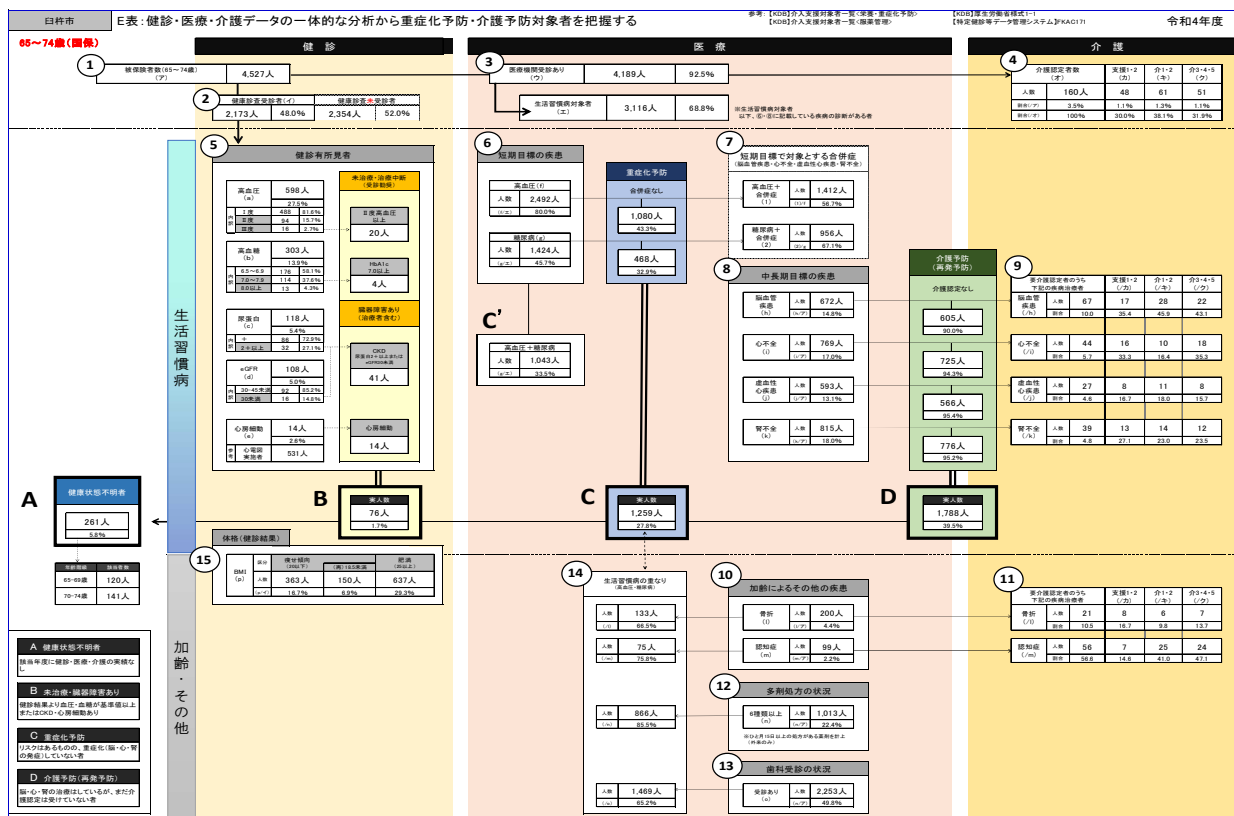
#### ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師・管理栄養士等)を配置

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 地域を担当する医療専門職(保健師・管理栄養士・理学療法士等)を配置

国保からのハイリスク者(糖尿病性腎症や頸動脈エコー検査該当者)、高血圧、糖尿病、脂質異常症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、高血圧、糖尿病、脂質異常症などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル・認知症予防のための、健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 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。

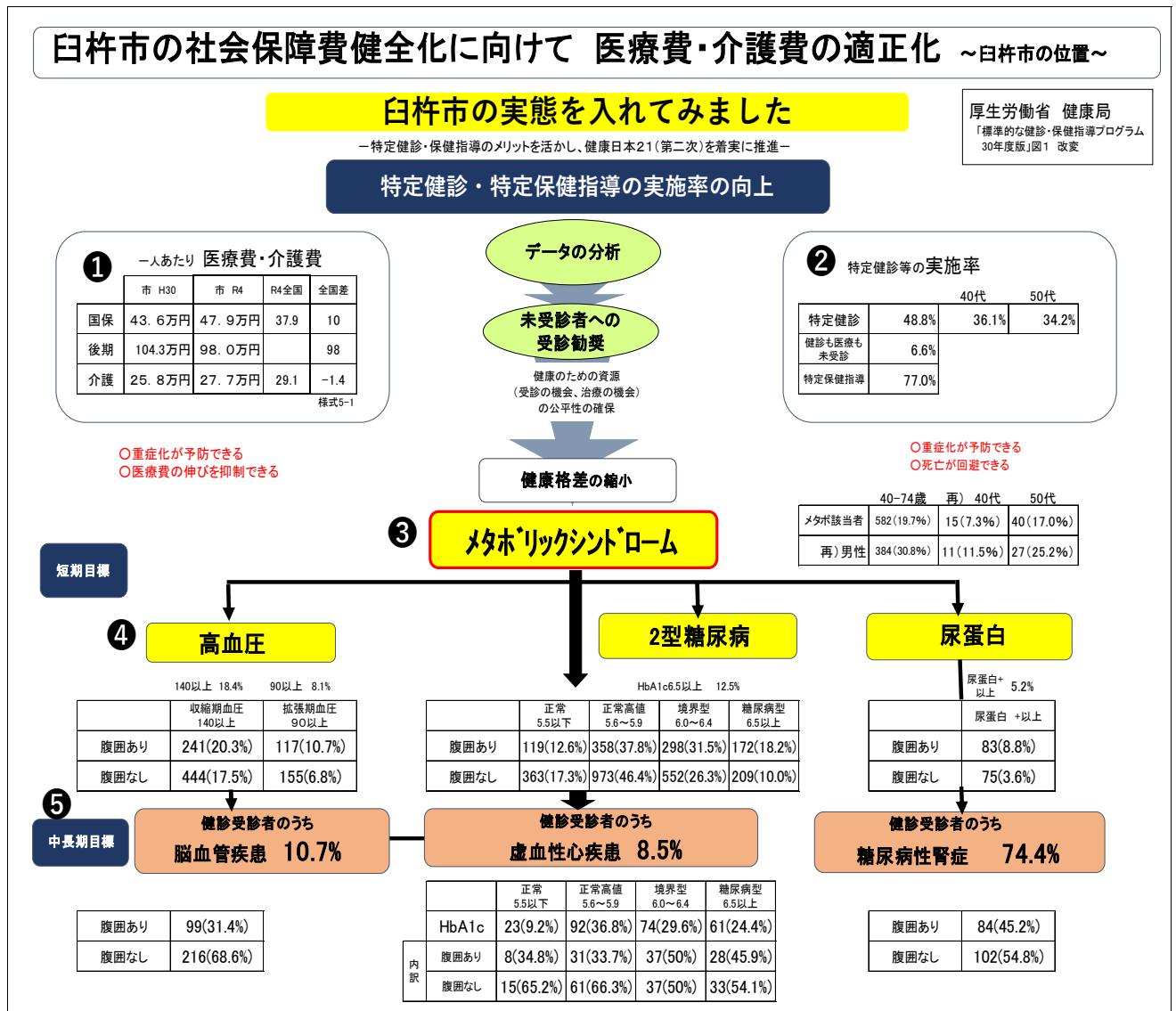
臼杵市においては、健康増進法のもと乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見えていくことが必要であります。

臼杵市では、平成30年度より、「臼杵市子どもの生活習慣病プロジェクト」を立ち上げ、関係機関と子どもの頃からの生活習慣病予防を実施しております。今後も妊娠期からの切れ目のない生活習慣病対策を行ってまいります。

## V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 81、82)

図表 81 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化 (R4年度)



**⑤ 中長期目標**

健診受診者のうち **脳血管疾患 10.7%**

腹囲あり	99(31.4%)
腹囲なし	216(68.6%)

健診受診者のうち **虚血性心疾患 8.5%**

	正常 5.5以下	正常高値 5.6~5.9	境界型 6.0~6.4	糖尿病型 6.5以上
HbA1c	23(9.2%)	92(36.8%)	74(29.6%)	61(24.4%)
腹囲あり	8(34.8%)	31(33.7%)	37(50%)	28(45.9%)
腹囲なし	15(65.2%)	61(66.3%)	37(50%)	33(54.1%)

健診受診者のうち **糖尿病性腎症 74.4%**

腹囲あり	84(45.2%)
腹囲なし	102(54.8%)

図表 82 統計からみえる大分の食

出典:KDB システム

統計からみえる大分の食 ~ 総務省統計局 家計調査 2019~2021年平均 ~		統計からみえる大分の食	
食品名	全国ランキング	店舗・種別	店舗数 (購入量・購)
酢(果実酢、黒酢、ワインビネガー含む)	2位	焼き肉店	3位
チョコレート菓子	2位	持ち帰り・配達飲食サービ	3位
食用油	6位	ハンバーガー店	7位
即席めん	6位	バー・キャバレー・酒場	7位
まんじゅう	8位		
スナック菓子	8位		
鶏肉	7位		
生野菜全体	42位		
葉茎菜	45位		
牛乳	46位		
里芋	4位		
ごぼう	5位		
乾物・海藻(全体)	37位		
豆腐	41位		

## 第5章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

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

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

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

## 第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

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

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

### 2. 個人情報の取扱い

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



## 参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた臼杵市の位置

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り組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた臼杵市の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた臼杵市の位置(H30～R04年度)

項目		臼杵市				同規模平均		大分県		国				
		H30年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1 概況	① 人口構成	総人口		38,732		36,054		9,014,657		1,100,991		123,214,261		
		65歳以上(高齢化率)		14,618	37.7	14,828	41.1	3,263,279	36.2	369,192	33.5	35,335,805	28.7	
		75歳以上		7,762	20.0	8,043	22.3	--	--	193,392	17.6	18,248,742	14.8	
		65～74歳		6,856	17.7	6,785	18.8	--	--	175,800	16.0	17,087,063	13.9	
		40～64歳		12,172	31.4	11,052	30.7	--	--	350,256	31.8	41,545,893	33.7	
	39歳以下		11,942	30.8	10,174	28.2	--	--	381,543	34.7	46,332,563	37.6		
	② 産業構成	第1次産業		9.3		9.3		10.7		7.0		4.0		
		第2次産業		28.2		28.2		27.3		23.4		25.0		
		第3次産業		62.5		62.5		62.0		69.6		71.0		
	③ 平均寿命	男性		80.8		80.8		80.4		81.1		80.8		
女性		87.0		87.0		86.9		87.3		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		79.4		80.9		79.7		80.4		80.1			
	女性		84.4		85.1		84.3		85.2		84.4			
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		101.3		97.3		103.4		97.1		100.0		
				男性	101.3		97.3		103.4		97.1		100.0	
				女性	100.3		100.1		101.4		97.0		100.0	
		死因	がん		167	48.0	156	50.5	34,996	47.8	3,628	47.2	378,272	50.6
			心臓病		92	26.4	79	25.6	21,437	29.3	2,207	28.7	205,485	27.5
			脳疾患		61	17.5	46	14.9	10,886	14.9	1,200	15.6	102,900	13.8
			糖尿病		8	2.3	8	2.6	1,391	1.9	132	1.7	13,896	1.9
	腎不全		14	4.0	15	4.9	2,819	3.9	338	4.4	26,946	3.6		
	自殺		6	1.7	5	1.6	1,654	2.3	174	2.3	20,171	2.7		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		37	6.2	42	6.1	--		6.5		8.2		
男性		25	8.7	32	9.1	--		8.8		10.6				
女性		12	3.8	10	3.0	--		4.4		6.7				
3 介護	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		2,685	18.2	2,761	18.8	619,810	19.1	70,753	19.2	6,724,030	19.4	
		新規認定者		40	0.2	52	0.3	10,081	0.3	1,156	0.3	110,289	0.3	
		介護度別 総件数	要支援1.2		12,304	20.0	12,174	17.3	1,984,426	14.3	262,457	14.5	21,785,044	12.9
			要介護1.2		28,467	46.3	32,434	46.1	6,527,659	47.0	823,052	45.4	78,107,378	46.3
			要介護3以上		20,770	33.7	25,718	36.6	5,384,278	38.7	728,723	40.2	68,963,503	40.8
	2号認定者		46	0.4	38	0.3	10,759	0.4	1,051	0.3	156,107	0.4		
	② 有病状況	糖尿病		585	21.0	674	23.3	154,694	23.8	17,240	23.3	1,712,613	24.3	
		高血圧症		1,708	63.0	1,783	62.6	352,398	54.8	42,490	58.1	3,744,672	53.3	
		脂質異常症		956	34.5	1,091	37.9	203,112	31.2	24,965	33.8	2,308,216	32.6	
		心臓病		1,894	69.9	1,969	69.0	397,324	61.9	47,767	65.4	4,224,628	60.3	
		脳疾患		737	27.4	683	25.1	151,330	23.9	17,359	24.0	1,568,292	22.6	
		がん		186	6.7	246	8.2	74,764	11.4	8,704	11.5	837,410	11.8	
		筋・骨格		1,657	61.1	1,802	62.7	350,465	54.5	42,741	58.4	3,748,372	53.4	
		精神		1,251	44.3	1,310	46.4	246,296	38.6	31,439	43.3	2,569,149	36.8	
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		257,645	3,766,258,544	277,420	4,113,587,305	300,230		302,054		290,668		
		1件当たり給付費(全体)		61,199		58,493		70,503		61,467		59,662		
居宅サービス		40,948		40,171		43,936		43,594		41,272				
施設サービス		279,065		288,006		291,914		297,567		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		9,159		9,672		9,043		9,686		8,610			
	認定あり		4,260		4,481		4,284		4,561		4,020			
認定なし			9,611		8,271		2,020,054		238,553		24,660,500			
	加入率		24.8		22.9		22.4		21.7		20.0			
① 国保の状況	65～74歳		5,060	52.6	4,538	54.9	--	--	117,449	49.2	10,794,323	43.8		
	40～64歳		2,822	29.4	2,351	28.4	--	--	68,835	28.9	7,904,763	32.1		
	39歳以下		1,729	18.0	1,382	16.7	--	--	52,269	21.9	5,961,414	24.2		
	加入率		24.8		22.9		22.4		21.7		20.0			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		4	0.4	4	0.5	873	0.4	153	0.6	8,237	0.3	
		診療所数		32	3.3	30	3.6	7,141	3.5	939	3.9	102,599	4.2	
病床数		493	51.3	508	61.4	136,833	67.7	19,633	82.3	1,507,471	61.1			
医師数		62	6.5	61	7.4	19,511	9.7	3,370	14.1	339,611	13.8			
外来患者数		792.3		815.7		728.3		702.1		709.6				
入院患者数		35.9		33.0		23.6		28.2		18.8				
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		435,963	県内1位 同規模19位	479,043	県内2位 同規模24位	394,521		412,405		358,522			
	受診率		828.2		848,739		751,942		730,314		728.39			
	外来	費用の割合		47.2		51.2		56.7		53.7		59.9		
		件数の割合		95.7		96.1		96.9		96.1		97.4		
	入院	費用の割合		52.8		48.8		43.3		46.3		40.1		
		件数の割合		4.3		3.9		3.1		3.9		2.6		
	1件あたり在院日数		17.9日		18.0日		17.1日		17.1日		16.0日			

出典:KDB システム

項目		臼杵市				同規模平均		大分県		国				
		H30年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
4 医療	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合  最大医療資源病名 (調割合む)	がん	527,355,950	23.5	641,376,480	32.2	31.3	28.4	32.0				
			慢性腎不全(透析あり)	167,915,090	7.5	116,228,670	5.8	7.5	10.0	8.3				
			糖尿病	237,140,880	10.5	246,884,630	12.4	10.8	10.2	10.4				
			高血圧症	153,889,080	6.8	125,065,520	6.3	6.3	5.5	5.8				
			脂質異常症	107,033,820	4.8	85,006,030	4.3	3.8	3.4	4.0				
			脳梗塞・脳出血	124,400,590	5.6	49,348,370	2.5	3.9	3.5	4.0				
			狭心症・心筋梗塞	67,470,370	3.0	68,964,790	3.5	2.6	2.7	2.8				
			精神	424,422,880	18.9	331,125,070	16.6	16.2	18.9	15.0				
			筋・骨格	410,833,220	18.3	305,951,970	15.4	16.7	16.4	16.6				
	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	697	0.3	799	0.3	380	0.2	607	0.3	274	0.2
				糖尿病	2,824	1.2	2,673	1.1	1,531	0.9	1,756	0.9	1,235	0.9
				脂質異常症	1,579	0.7	901	0.4	89	0.1	148	0.1	57	0.0
		一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	脳梗塞・脳出血	11,284	4.9	4,558	1.9	7,151	4.2	6,523	3.4	6,468	4.5
				虚血性心疾患	6,105	2.7	7,220	3.1	4,385	2.6	4,765	2.5	4,199	2.9
				腎不全	5,956	2.6	4,331	1.9	4,815	2.8	7,439	3.9	4,409	3.1
	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	3,852		3,955		2,592		2,186		2,087	
				健診未受診者	14,914		15,512		13,920		14,954		13,715	
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	8,893		9,275		7,237		6,123		6,161	
				健診未受診者	34,438		36,371		38,862		41,894		40,479	
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	2,031	60.2	1,674	58.4	340,133	57.4	34,124	57.7	3,419,396	57.0		
		医療機関受診率	1,879	55.7	1,551	54.1	307,970	52.0	30,728	51.9	3,145,545	52.4		
		医療機関非受診率	152	4.5	123	4.3	32,163	5.4	3,396	5.7	273,851	4.6		
5 健診	特定健診の 状況  県内市町村数 20市町村  同規模市区町村数 280市町村	メタボ  メタボ該当・ 予備群 レベル	健診受診者	3,373		2,868		592,263		59,167		5,999,930		
			受診率	48.3	県内8位 同規模58位	48.8	県内4位	39.7	36.5	35.2				
			特定保健指導終了者(実施率)	303	77.9	221	77.0	11,197	16.7	990	16.4	64,453	9.5	
			非肥満高血糖	441	13.1	475	16.6	62,750	10.6	6,104	10.3	559,451	9.3	
			該当者	総数	607	18.0	559	19.5	125,726	21.2	11,853	20.0	1,236,157	20.6
				男性	371	26.8	366	30.3	86,891	32.6	7,912	31.2	850,990	32.9
				女性	236	11.9	193	11.6	38,835	11.9	3,941	11.7	385,167	11.3
				予備群	343	10.2	246	8.6	64,270	10.9	6,454	10.9	664,378	11.1
			男性	総数	231	16.7	170	14.1	44,986	16.9	4,328	17.1	459,829	17.8
				女性	112	5.6	76	4.6	19,284	5.9	2,126	6.3	204,549	6.0
			総数	総数	1,044	31.0	886	30.9	207,581	35.0	20,126	34.0	2,093,140	34.9
				男性	661	47.7	590	48.8	143,863	54.0	13,415	52.9	1,441,006	55.7
			女性	総数	383	19.3	296	17.8	63,718	19.6	6,711	19.9	652,134	19.1
				男性	210	6.2	189	6.6	31,109	5.3	2,981	5.0	280,816	4.7
			BMI	総数	40	2.9	36	3.0	4,873	1.8	518	2.0	40,860	1.6
				女性	170	8.6	153	9.2	26,236	8.1	2,463	7.3	239,956	7.0
			血糖のみ	総数	28	0.8	22	0.8	3,957	0.7	433	0.7	37,614	0.6
				男性	215	6.4	172	6.0	46,037	7.8	4,674	7.9	469,916	7.8
				女性	100	3.0	52	1.8	14,276	2.4	1,347	2.3	156,848	2.6
血糖・血圧	107	3.2		92	3.2	19,597	3.3	2,015	3.4	179,936	3.0			
血糖・脂質	50	1.5		49	1.7	6,479	1.1	620	1.0	62,339	1.0			
血圧・脂質	244	7.2		222	7.7	57,258	9.7	5,340	9.0	587,616	9.8			
血糖・血圧・脂質	206	6.1		196	6.8	42,392	7.2	3,878	6.6	406,266	6.8			
脂質のみ	28	0.8		22	0.8	3,957	0.7	433	0.7	37,614	0.6			
6 問診	①	服薬	高血圧	1,221	36.2	1,128	39.3	231,630	39.1	22,828	38.6	2,212,738	36.9	
			糖尿病	360	10.7	340	11.9	58,534	9.9	6,108	10.3	536,761	8.9	
			脂質異常症	991	29.4	1,015	35.4	172,940	29.2	17,710	29.9	1,748,878	29.2	
	②	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	19	0.6	26	0.9	18,808	3.3	1,777	3.0	191,098	3.3	
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	164	4.9	105	3.7	34,129	5.9	3,742	6.4	334,592	5.7	
			腎不全	6	0.2	17	0.6	5,247	0.9	808	1.4	49,526	0.8	
			貧血	195	5.8	123	4.3	57,291	10.0	5,896	10.1	623,853	10.7	
	③	生活習慣の 状況	喫煙	405	12.0	347	12.1	76,177	12.9	7,015	11.9	763,799	12.7	
			週3回以上朝食を抜く	205	6.1	215	7.5	43,784	7.8	5,226	8.9	524,122	9.6	
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	430	12.8	397	13.8	84,037	14.9	7,349	12.6	804,080	14.7	
			週3回以上就寝前夕食	430	12.8	397	13.8	84,037	14.9	7,349	12.6	804,080	14.7	
			食べる速度が速い	953	28.3	828	28.9	150,446	26.8	16,632	28.4	1,441,633	26.4	
20歳時体重から10kg以上増加			1,047	31.1	908	31.7	194,667	34.7	20,427	34.9	1,896,304	34.5		
1回30分以上運動習慣なし			1,953	58.1	1,680	58.6	351,379	62.7	33,806	57.8	3,245,295	59.2		
1日1時間以上運動なし			1,990	59.2	1,500	52.3	266,155	47.2	23,208	39.7	2,603,183	47.4		
睡眠不足			860	25.6	695	24.2	140,728	25.0	13,740	23.5	1,364,352	24.9		
④	日々飲酒	毎日飲酒	709	21.1	619	21.6	145,485	25.4	14,213	24.3	1,411,626	24.6		
		時々飲酒	768	22.8	644	22.5	117,378	20.5	11,780	20.1	1,275,564	22.2		
		一日飲酒量	775	22.4	674	22.7	233,047	40.9	24,489	41.8	2,677,669	45.6		
⑤	1～2合	1合未満	506	14.2	437	14.1	93,110	16.1	9,546	16.3	940,908	16.1		
		2～3合	159	4.7	134	4.7	35,293	6.1	2,938	5.1	359,082	6.1		
		3合以上	40	1.2	35	1.2	9,221	1.6	805	1.4	101,477	1.8		
		合計	705	20.1	606	20.4	137,624	23.8	13,284	23.4	1,301,460	23.6		

出典:KDB システム









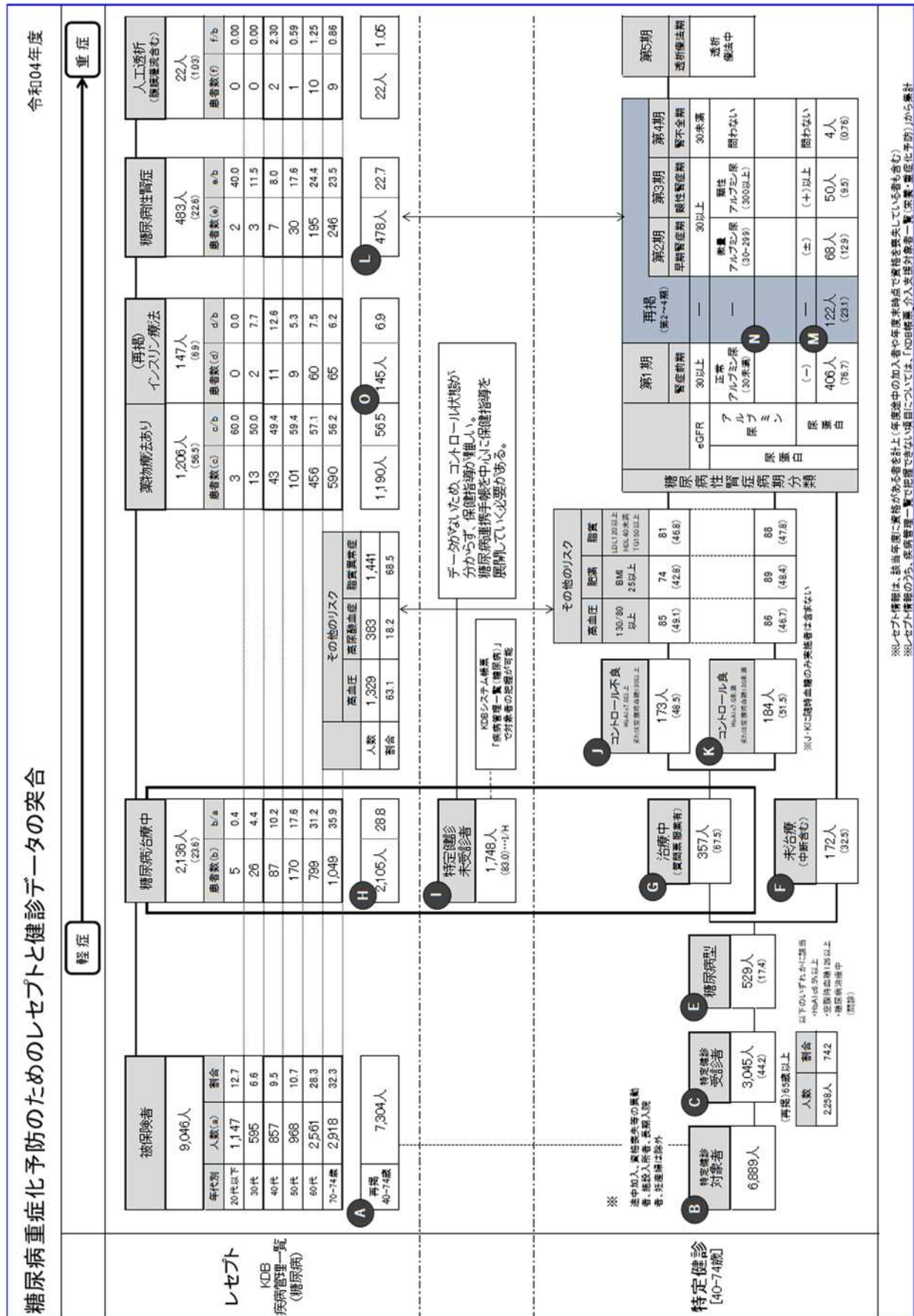
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

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	臼杵市										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	9,986人		9,642人		9,304人		9,127人		8,833人				KDB_厚生労働省様式様式3-2		
	② (再掲)40-74歳	8,131人		7,903人		7,711人		7,606人		7,347人						
2	① 対象者数	6,967人		6,729人		6,658人		6,388人		6,047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	3,427人		3,386人		2,678人		3,035人		3,001人						
	③ 受診率	48.4%		49.6%		40.2%		47.3%		48.8%						
3	① 特定保健指導 対象者数	389人		370人		289人		302人		287人						
	② 実施率	69.2%		83.2%		66.8%		67.9%		77.0%						
4	① 健診データ	① 糖尿病型	E	522人	15.2%	522人	15.4%	454人	17.0%	519人	17.1%	523人	17.4%	特定健診結果		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	156人	29.9%	164人	31.4%	140人	30.8%	156人	30.1%	169人	32.3%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	366人	70.1%	358人	68.6%	314人	69.2%	363人	69.9%	354人	67.7%			
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上かつ空腹時血糖130以上	J	176人	48.1%	167人	46.6%	150人	47.8%	157人	43.3%	171人	48.3%			
		⑤ 血圧 130/80以上	J	87人	49.4%	84人	50.3%	70人	46.7%	75人	47.8%	84人	49.1%			
		⑥ 肥満 BMI25以上	J	81人	46.0%	67人	40.1%	68人	45.3%	72人	45.9%	73人	42.7%			
		⑦ コントロール良 HbA1c6.9未満かつ空腹時血糖130未満	K	190人	51.9%	191人	53.4%	164人	52.2%	206人	56.7%	183人	51.7%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	407人	78.0%	398人	76.2%	370人	81.5%	399人	76.9%	401人	76.7%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		64人	12.3%	61人	11.7%	54人	11.9%	85人	16.4%	68人	13.0%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		41人	7.9%	45人	8.6%	25人	5.5%	32人	6.2%	49人	9.4%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		1人	0.2%	3人	0.6%	2人	0.4%	2人	0.4%	4人	0.8%			
5	① レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		142.2人		138.6人		136.4人		149.3人		156.0人		KDB_厚生労働省様式様式3-2		
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		172.3人		166.8人		162.4人		176.7人		186.2人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1件は被保険者対)		8,219件 (1042.8)		7,923件 (1036.0)		8,163件 (1086.4)		8,450件 (1154.5)		8,425件 (1123.0)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
		④ 入院外(件数)		66件 (8.4)		56件 (7.3)		51件 (6.8)		63件 (8.6)		48件 (7.0)				
		⑤ 糖尿病治療中	H	1,420人	14.2%	1,336人	13.9%	1,269人	13.6%	1,363人	14.9%	1,378人	15.6%	KDB_厚生労働省様式様式3-2		
		⑥ (再掲)40-74歳	H	1,401人	17.2%	1,318人	16.7%	1,252人	16.2%	1,344人	17.7%	1,368人	18.6%			
		⑦ 健診未受診者	I	1,035人	73.9%	952人	72.2%	938人	74.9%	981人	73.0%	1,014人	74.1%			
		⑧ インスリン治療	O	95人	6.7%	91人	6.8%	91人	7.2%	85人	6.2%	88人	6.4%			
		⑨ (再掲)40-74歳	O	94人	6.7%	90人	6.8%	89人	7.1%	82人	6.1%	88人	6.4%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	218人	15.4%	218人	16.3%	228人	18.0%	312人	22.9%	325人	23.6%			
		⑪ (再掲)40-74歳	L	216人	15.4%	216人	16.4%	227人	18.1%	309人	23.0%	323人	23.6%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		24人	1.7%	24人	1.8%	19人	1.5%	16人	1.2%	16人	1.2%			
		⑬ (再掲)40-74歳		24人	1.7%	24人	1.8%	19人	1.5%	16人	1.2%	16人	1.2%			
		⑭ 新規透析患者数		10人	0.7%	6人	0.45%	6人	0.47%	8人	0.59%	4人	0.29%			
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		2人	0.14%	1人	0.07%	2人	0.16%	2人	0.15%	0人	0%			
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		33人	1.8%	36人	1.9%	45人	2.3%	46人	2.3%	47人	2.2%	KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期		
6	① 医療費	① 総医療費		41億9004万円		41億4488万円		40億3578万円		42億1183万円		39億6217万円		28億4626万円	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
		② 生活習慣病総医療費		22億4846万円		21億5711万円		21億2534万円		22億2079万円		19億9094万円		15億3700万円		
		③ (総医療費に占める割合)		53.7%		52.0%		52.7%		52.7%		50.2%		54.0%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	8,893円	9,217円	6,153円	9,941円	9,275円	7,237円							
		健診未受診者	34,438円	33,489円	38,303円	36,741円	36,371円	38,862円								
		⑤ 糖尿病医療費		2億3714万円		2億3541万円		2億3643万円		2億4050万円		2億4688万円		1億6596万円		
		⑥ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.5%		10.9%		11.1%		10.8%		12.4%		10.8%		
		⑦ 糖尿病入院外総医療費		6億5459万円		6億2201万円		6億3330万円		6億7269万円		6億8793万円				
		⑧ 1件あたり		34,889円		34,197円		34,800円		35,825円		37,734円				
		⑨ 糖尿病入院総医療費		5億0161万円		4億8440万円		3億9787万円		5億1353万円		5億4013万円				
		⑩ 1件あたり		570,015円		586,437円		614,939円		641,907円		657,090円				
		⑪ 在院日数		15日		16日		17日		18日		19日				
		⑫ 慢性腎不全医療費		1億8207万円		1億7833万円		1億4635万円		1億4147万円		1億2859万円		1億2396万円		
		⑬ 透析あり		1億6792万円		1億6105万円		1億3549万円		1億2944万円		1億1623万円		1億1532万円		
		⑭ 透析なし		1416万円		1728万円		1086万円		1203万円		1236万円		863万円		
7	① 介護	① 介護総付費		37億6626万円		39億4052万円		40億9644万円		42億2968万円		41億1359万円		34億9905万円		
	② (2号認定者)糖尿病合併症		9件	30.0%	5件	20.0%	5件	23.8%	4件	30.8%	4件	22.2%				
8	① 死亡	① 糖尿病(死因別死亡数)		8人	1.3%	6人	1.0%	3人	0.5%	7人	1.2%	8人	1.4%	2,819人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題



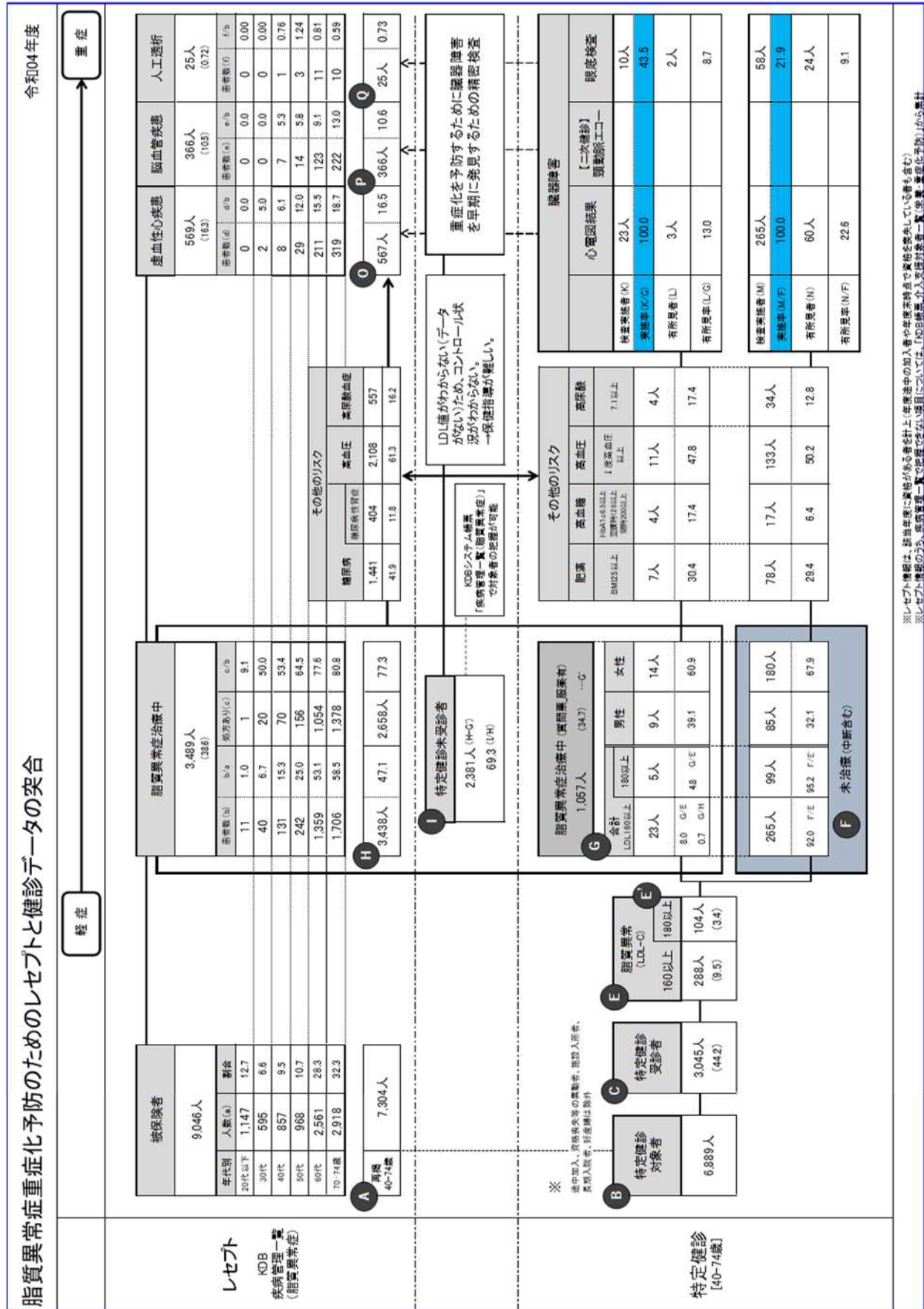
参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度途中時点で資格を喪失している者も含む)  
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KOB構築」介入支援対象者一覧(疾病管理一覧)から集計



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



※ 集中加入、資格喪失等の異動者、世帯入居者、新加入者、好意贈は除外

※レセプト情報は、該当年度に資格がある者統計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)  
※レセプト情報のみで把握できない項目については、「KOB構築」介入対象対象者(脂質異常症重症化予防)から統計

参考資料7 HbA1Cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標					
		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	3,546	824	23.2%	1,513	42.7%	840	23.7%	216	6.1%	119	3.4%	34	1.0%	69	1.9%	21	0.6%
H30	3,495	895	25.6%	1,487	42.5%	723	20.7%	238	6.8%	120	3.4%	32	0.9%	83	2.4%	18	0.5%
R01	3,450	800	23.2%	1,474	42.7%	795	23.0%	210	6.1%	134	3.9%	37	1.1%	89	2.6%	21	0.6%
R02	2,720	533	19.6%	1,147	42.2%	697	25.6%	193	7.1%	120	4.4%	30	1.1%	72	2.6%	18	0.7%
R03	3,068	629	20.5%	1,318	43.0%	741	24.2%	223	7.3%	122	4.0%	35	1.1%	80	2.6%	18	0.6%
R04	3,046	482	15.8%	1,332	43.7%	851	27.9%	220	7.2%	140	4.6%	21	0.7%	73	2.4%	13	0.4%

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7.0以上	未治療	治療	
H29	3,546	824 23.2%	1,513 42.7%	840 23.7%	369 10.4%	132 3.8%	237 6.7%	10.4%
H30	3,495	895 25.6%	1,487 42.5%	723 20.7%	390 11.2%	128 3.7%	262 7.5%	11.2%
R01	3,450	800 23.2%	1,474 42.7%	795 23.0%	381 11.0%	134 3.9%	247 7.2%	11.0%
R02	2,720	533 19.6%	1,147 42.2%	697 25.6%	343 12.6%	120 4.4%	223 8.2%	12.6%
R03	3,068	629 20.5%	1,318 43.0%	741 24.2%	380 12.4%	121 3.9%	259 8.4%	12.4%
R04	3,046	482 15.8%	1,332 43.7%	851 27.9%	381 12.5%	137 4.5%	244 8.0%	12.5%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標						合併症の危険が更に大きくなる	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	361	10.2%	1	0.3%	25	6.9%	98	27.1%	120	33.2%	93	25.8%	24	6.6%	53	14.7%	13	3.6%
治療中	H30	369	10.6%	3	0.8%	20	5.4%	84	22.8%	132	35.8%	101	27.4%	29	7.9%	76	20.6%	15	4.1%
治療中	R01	364	10.6%	3	0.8%	21	5.8%	93	25.5%	115	31.6%	103	28.3%	29	8.0%	67	18.4%	16	4.4%
治療中	R02	317	11.7%	1	0.3%	18	5.7%	75	23.7%	105	33.1%	94	29.7%	24	7.6%	60	18.9%	14	4.4%
治療中	R03	367	12.0%	8	2.2%	20	5.4%	80	21.8%	129	35.1%	102	27.8%	28	7.6%	70	19.1%	15	4.1%
治療中	R04	357	11.7%	1	0.3%	19	5.3%	93	26.1%	111	31.1%	117	32.8%	16	4.5%	59	16.5%	10	2.8%
治療なし	H29	3,185	89.8%	823	25.8%	1,488	46.7%	742	23.3%	96	3.0%	26	0.8%	10	0.3%	16	0.5%	8	0.3%
治療なし	H30	3,126	89.4%	892	28.5%	1,467	46.9%	639	20.4%	106	3.4%	19	0.6%	3	0.1%	7	0.2%	3	0.1%
治療なし	R01	3,086	89.4%	797	25.8%	1,453	47.1%	702	22.7%	95	3.1%	31	1.0%	8	0.3%	22	0.7%	5	0.2%
治療なし	R02	2,403	88.3%	532	22.1%	1,129	47.0%	622	25.9%	88	3.7%	26	1.1%	6	0.2%	12	0.5%	4	0.2%
治療なし	R03	2,701	88.0%	621	23.0%	1,298	48.1%	661	24.5%	94	3.5%	20	0.7%	7	0.3%	10	0.4%	3	0.1%
治療なし	R04	2,689	88.3%	481	17.9%	1,313	48.8%	758	28.2%	109	4.1%	23	0.9%	5	0.2%	14	0.5%	3	0.1%

出典:KDB システム

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	3,546	1,083	30.5%	610	17.2%	1,051	29.6%	635	17.9%	145	4.1%	22	0.6%
H30	3,497	1,082	30.9%	625	17.9%	967	27.7%	666	19.0%	131	3.7%	26	0.7%
R01	3,450	1,097	31.8%	624	18.1%	970	28.1%	597	17.3%	133	3.9%	29	0.8%
R02	2,721	872	32.0%	433	15.9%	805	29.6%	511	18.8%	84	3.1%	16	0.6%
R03	3,070	982	32.0%	540	17.6%	902	29.4%	544	17.7%	90	2.9%	12	0.4%
R04	3,046	956	31.4%	466	15.3%	856	28.1%	617	20.3%	130	4.3%	21	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
					再掲				
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療		
H29	3,546	1,693 47.7%	1,061 29.6%	635 17.9%	167 4.7%	104 2.9%	63 1.8%	4.7%	
					22 0.6%	13 0.4%	9 0.3%	0.6%	
H30	3,487	1,707 48.8%	967 27.7%	666 19.0%	157 4.5%	100 2.9%	57 1.6%	4.5%	
					26 0.7%	19 0.5%	7 0.2%	0.7%	
R01	3,450	1,721 49.3%	970 28.1%	597 17.3%	162 4.7%	100 2.9%	62 1.8%	4.7%	
					29 0.8%	18 0.5%	11 0.3%	0.8%	
R02	2,721	1,305 48.0%	805 29.6%	511 18.8%	100 3.7%	61 2.2%	39 1.4%	3.7%	
					16 0.6%	11 0.4%	5 0.2%	0.6%	
R03	3,070	1,522 49.6%	902 29.4%	544 17.7%	102 3.3%	66 2.1%	36 1.2%	3.3%	
					12 0.4%	8 0.3%	4 0.1%	0.4%	
R04	3,046	1,422 46.7%	856 28.1%	617 20.3%	151 5.0%	88 2.9%	63 2.1%	5.0%	
					21 0.7%	14 0.5%	7 0.2%	0.7%	

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A					
治療中	H29	1,207	34.0%	225	18.6%	244	20.2%	397	32.9%	278	23.0%	54	4.5%	9	0.7%
	H30	1,250	35.7%	226	18.1%	269	21.5%	392	31.4%	306	24.5%	50	4.0%	7	0.6%
	R01	1,244	36.1%	244	19.6%	268	21.5%	389	31.3%	281	22.6%	51	4.1%	11	0.9%
	R02	995	36.6%	221	22.2%	188	18.9%	321	32.3%	226	22.7%	34	3.4%	5	0.5%
	R03	1,167	38.0%	233	20.0%	246	21.1%	400	34.3%	252	21.6%	32	2.7%	4	0.3%
	R04	1,184	38.9%	236	19.9%	218	18.4%	381	32.2%	286	24.2%	56	4.7%	7	0.6%
治療なし	H29	2,339	66.0%	858	36.7%	366	15.6%	654	28.0%	357	15.3%	91	3.9%	13	0.6%
	H30	2,247	64.3%	856	38.1%	356	15.8%	575	25.6%	360	16.0%	81	3.6%	19	0.8%
	R01	2,206	63.9%	853	38.7%	356	16.1%	581	26.3%	316	14.3%	82	3.7%	18	0.8%
	R02	1,726	63.4%	651	37.7%	245	14.2%	484	28.0%	285	16.5%	50	2.9%	11	0.6%
	R03	1,903	62.0%	749	39.4%	294	15.4%	502	26.4%	292	15.3%	58	3.0%	8	0.4%
	R04	1,862	61.1%	720	38.7%	248	13.3%	475	25.5%	331	17.8%	74	4.0%	14	0.8%

出典:KDB システム

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	3,546	1,528	43.1%	993	28.0%	599	16.9%	284	8.0%	142	4.0%
	H30	3,497	1,479	42.3%	865	24.7%	692	19.8%	298	8.5%	163	4.7%
	R01	3,451	1,641	47.6%	851	24.7%	611	17.7%	242	7.0%	106	3.1%
	R02	2,720	1,311	48.2%	675	24.8%	424	15.6%	220	8.1%	90	3.3%
	R03	3,070	1,492	48.6%	755	24.6%	493	16.1%	235	7.7%	95	3.1%
R04	3,046	1,553	51.0%	725	23.8%	480	15.8%	184	6.0%	104	3.4%	
男性	H29	1,467	713	48.6%	356	24.3%	218	14.9%	124	8.5%	56	3.8%
	H30	1,436	688	47.9%	323	22.5%	253	17.6%	123	8.6%	49	3.4%
	R01	1,431	774	54.1%	312	21.8%	241	16.8%	74	5.2%	30	2.1%
	R02	1,141	624	54.7%	265	23.2%	149	13.1%	78	6.8%	25	2.2%
	R03	1,292	707	54.7%	294	22.8%	189	14.6%	72	5.6%	30	2.3%
R04	1,276	733	57.4%	269	21.1%	180	14.1%	65	5.1%	29	2.3%	
女性	H29	2,079	815	39.2%	637	30.6%	381	18.3%	160	7.7%	86	4.1%
	H30	2,061	791	38.4%	542	26.3%	439	21.3%	175	8.5%	114	5.5%
	R01	2,020	867	42.9%	539	26.7%	370	18.3%	168	8.3%	76	3.8%
	R02	1,579	687	43.5%	410	26.0%	275	17.4%	142	9.0%	65	4.1%
	R03	1,778	785	44.2%	461	25.9%	304	17.1%	163	9.2%	65	3.7%
R04	1,770	820	46.3%	456	25.8%	300	16.9%	119	6.7%	75	4.2%	

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	12.0%
					再)180以上	未治療	治療		
H29	3546	1528 43.1%	993 28.0%	599 16.9%	426 12.0%	367 86.2%	59 13.8%	4.0%	12.0%
H30	3497	1479 42.3%	865 24.7%	692 19.8%	461 13.2%	415 90.0%	46 10.0%	4.7%	13.2%
R01	3451	1641 47.6%	851 24.7%	611 17.7%	348 10.1%	316 90.8%	32 9.2%	3.1%	10.1%
R02	2720	1311 48.2%	675 24.8%	424 15.6%	310 11.4%	286 92.3%	24 7.7%	3.3%	11.4%
R03	3070	1492 48.6%	755 24.6%	493 16.1%	330 10.7%	297 90.0%	33 10.0%	3.1%	10.7%
R04	3046	1553 51.0%	725 23.8%	480 15.8%	288 9.5%	265 92.0%	23 8.0%	3.4%	9.5%

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	1,018	28.7%	561	55.1%	279	27.4%	119	11.7%	39	3.8%	20	2.0%
	H30	1,024	29.3%	599	58.5%	265	25.9%	114	11.1%	33	3.2%	13	1.3%
	R01	1,041	30.2%	692	66.5%	227	21.8%	90	8.6%	23	2.2%	9	0.9%
	R02	898	33.0%	611	68.0%	196	21.8%	67	7.5%	17	1.9%	7	0.8%
	R03	1,047	34.1%	714	68.2%	218	20.8%	82	7.8%	27	2.6%	6	0.6%
R04	1,057	34.7%	751	71.1%	201	19.0%	82	7.8%	18	1.7%	5	0.5%	
治療なし	H29	2,528	71.3%	967	38.3%	714	28.2%	480	19.0%	245	9.7%	122	4.8%
	H30	2,473	70.7%	880	35.6%	600	24.3%	578	23.4%	265	10.7%	150	6.1%
	R01	2,410	69.8%	949	39.4%	624	25.9%	521	21.6%	219	9.1%	97	4.0%
	R02	1,822	67.0%	700	38.4%	479	26.3%	357	19.6%	203	11.1%	83	4.6%
	R03	2,023	65.9%	778	38.5%	537	26.5%	411	20.3%	208	10.3%	89	4.4%
R04	1,989	65.3%	802	40.3%	524	26.3%	398	20.0%	166	8.3%	99	5.0%	