

第3期霧島市国民健康保険
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

霧島市国民健康保険

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期計画に係る評価及び考察と第3期計画における健康課題の明確化…10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期計画に係る評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期計画目標の達成状況一覧
 - 4) 第2期データヘルス計画に係る考察
3. 第3期計画における健康課題の明確化
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 健康課題の明確化
 - 3) 目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……35

1. 第4期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
 - 1) 実施方法
 - 2) 特定健診委託基準
 - 3) 健診実施期間リスト
 - 4) 特定健診実施項目
 - 5) 実施時期
 - 6) 医療機関との適切な連携
 - 7) 代行機関

- 8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール
- 5. 特定保健指導の実施
 - 1) 健診から保健指導実施の流れ
 - 2) 保健指導対象者の見込み、優先順位・支援方法
 - 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
- 6. 個人情報の保護
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について
- 7. 結果の報告
- 8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業43

- 1. 保健事業の方向性
- 2. 重症化予防の取組
 - 1) 糖尿病性腎症重症化予防
 - 2) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
 - 3) 虚血性心疾患重症化予防
 - 4) 脳血管疾患重症化予防
- 3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 事業の実施
- 4. 発症予防
- 5. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し70

- 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71

- 1. 計画の公表・周知
- 2. 個人情報の取扱

参考資料72

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

※1 日本再興戦略：我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと（平成25年6月閣議決定）

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

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

本市では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB^{※6})を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康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)

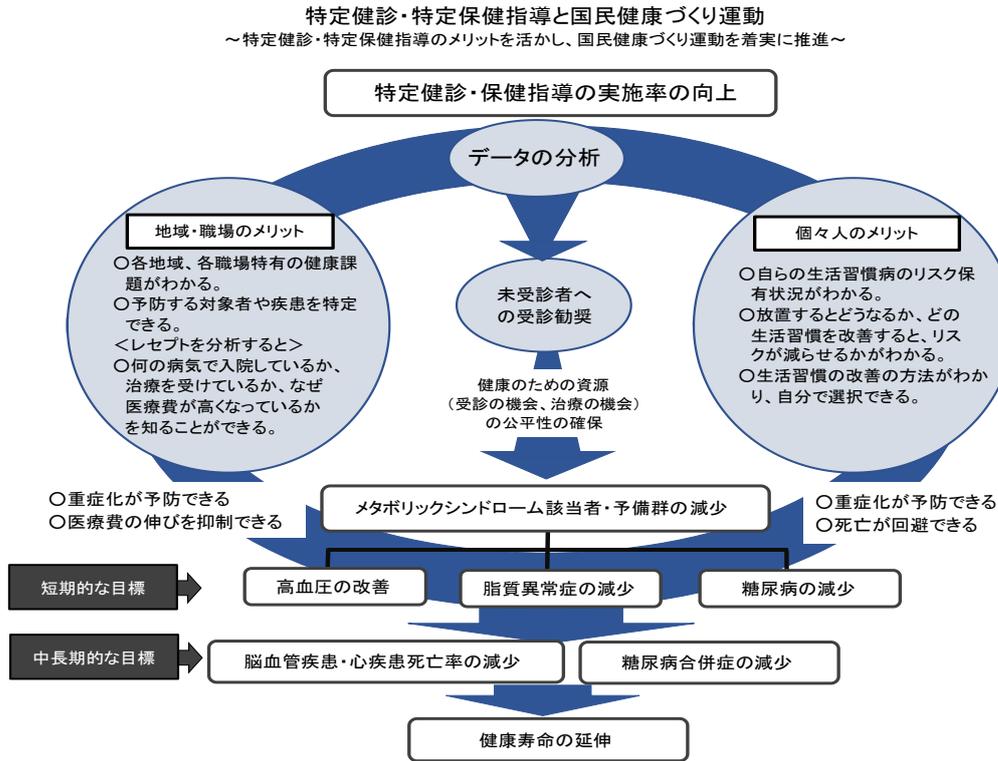
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

※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

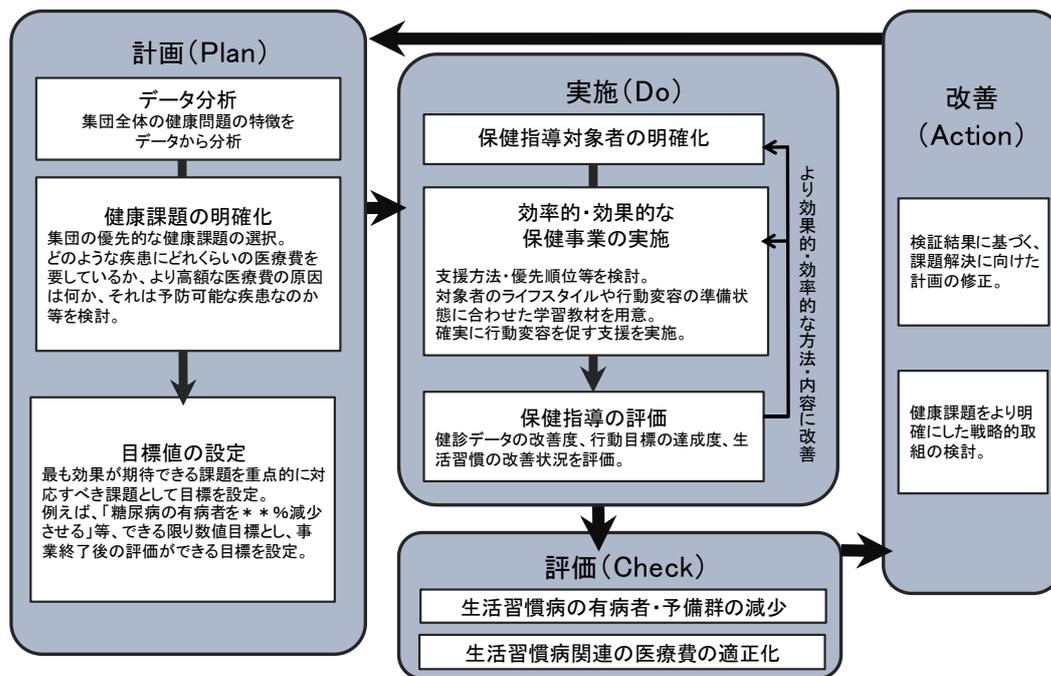
	健康増進計画		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画	
	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画				
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給 付等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老前期まで継続的)	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		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 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以上の割合 <アウトプット> 特定健康診査実施率	①特定健康診査受診率 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) ・特定健康診査実施率 ・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 ・ハイイテック品の使用促進 ・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 (地域の実状に応じた設定) 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新病感染症発生・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 (地域支援事業) 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・事業費連動分)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



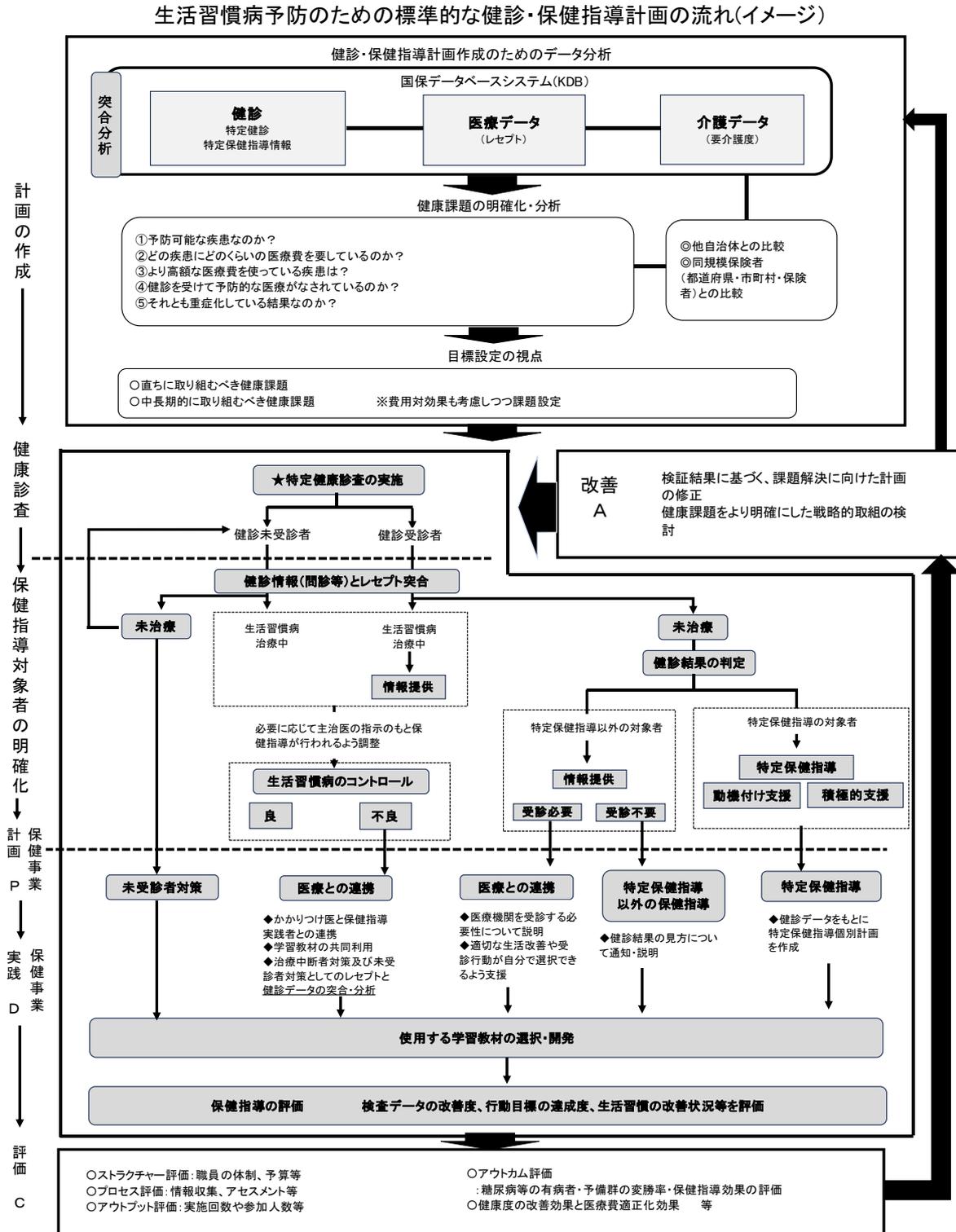
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取組を実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表3 保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル



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

図表4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



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

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

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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)

➔

行動変容を促す手法

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

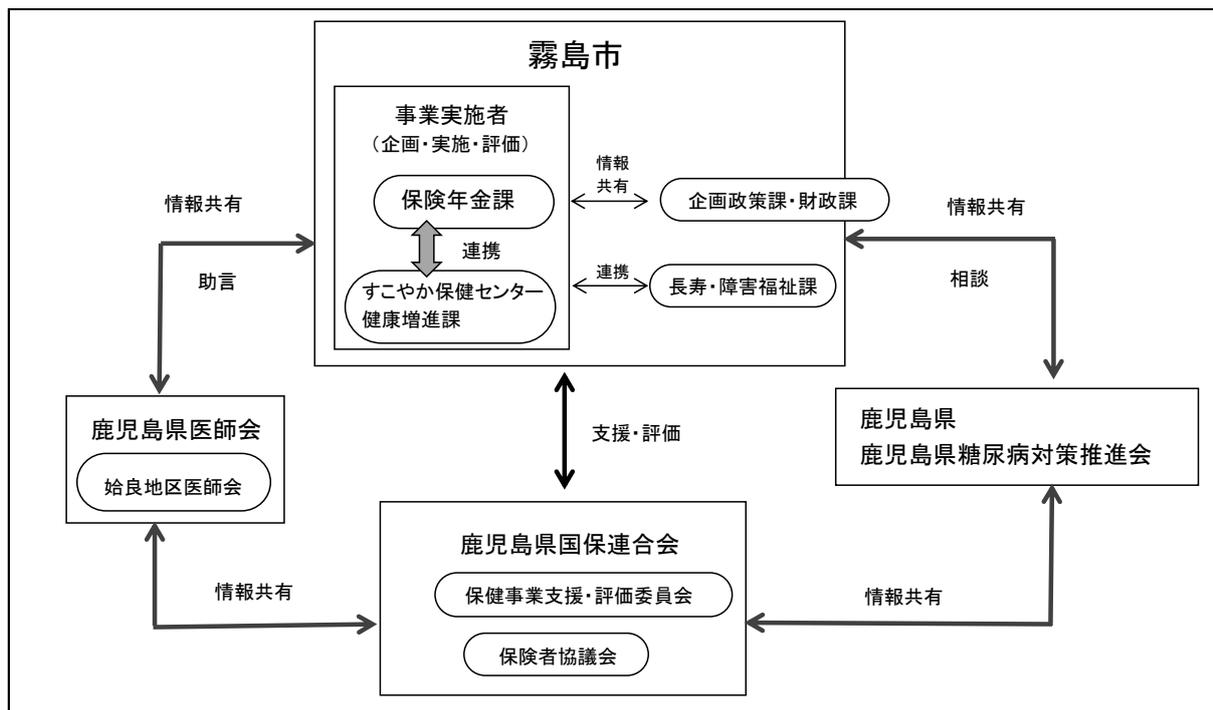
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また、計画に基づき、効果的・効

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

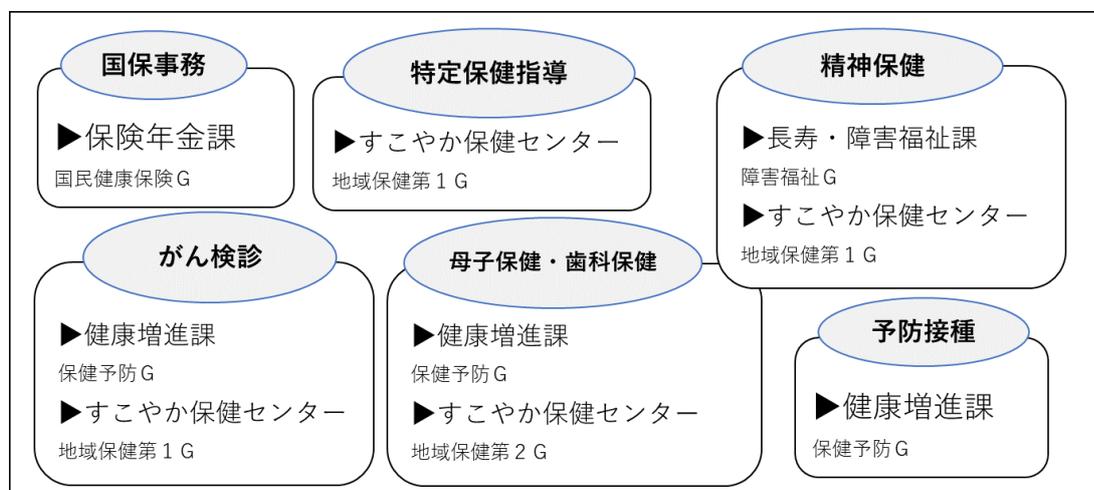
具体的には、高齢者医療部局(保険年金課後期高齢者医療グループ)、保健衛生部局(健康増進課)、介護保険部局(長寿・障害福祉課)、企画部局(企画政策課・財政課)、生活保護部局(生活福祉課)とも十分連携を図ることとします。

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

図表6 霧島市の実施体制図



図表7 保健事業体制と主な保健事業の分担



2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、外部有識者等との連携・協力が重要となります。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいいます。この支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待されます。国保連は保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待されています。

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

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

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める必要があります。

なお、計画の策定等を進めるに当たっては、始良地区医師会等、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、地域の医療機関といった社会資源等と連携、協力していきます。

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たり、保険者間で連携して保健事業を展開したりすることに努めていきます。

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組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成30年度より本格的に実施されています。(図表8)

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組を後押しする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(事業費分・事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		R3年度得点		R4年度得点		R5年度得点		
		霧島市	配点	霧島市	配点	霧島市	配点	
交付額(千円)		51,263		53,243		52,378		
全国順位(1,741市町村中)		286位		170位		210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	95	70	70	70	70	
		(3)メタ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	20	40	30	40	35	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	90	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	50	90	30	45	35	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	100	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	50	100	85	100	85	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	25	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	83	95	75	100	78	100
合計点		673	1,000	705	960	678	940	

第2章 第2期計画に係る評価及び考察と第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、人口約12万人、高齢化率は28.0%で同規模、県、国より低くなっています。被保険者の平均年齢は54.9歳と同規模より高いですが、出生率は高く、財政指数も県・国より高くなっています。産業においては、広大な工業用地があり第2次産業が27.3%と同規模・県・国より高いです。特性としては、工場のラインや作業現場で体を使って作業する製造業が多く、夜勤や交代制勤務で生活のリズムが作りにくいとため、食事時間が不規則になるといった問題があります。よって、若い年代を含め健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

国保加入率は20.1%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあり、年齢構成については65～74歳の前期高齢者がおよそ半数を占めています。(図表10)

また、本市には15の病院、97の診療所があり、いずれも同規模より多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数も同規模より高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した霧島市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千 対)	死亡率 (人口千 対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
霧島市	120,963	28.0	24,326 (20.1)	54.9	8.1	12.0	0.6	5.6	27.3	67.1
同規模	--	29.1	20.4	53.8	6.7	11.0	0.8	3.3	26.7	70.0
県	--	32.8	23.1	54.8	7.5	13.9	0.4	9.5	19.4	71.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題(令和4年度累計)

※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、霧島市と同規模保険者(103市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数	割合								
被保険者数	26,443		25,828		25,800		25,131		24,326	
65～74歳	12,081	45.7	12,158	47.1	12,446	48.2	12,463	49.6	12,178	50.1
40～64歳	8,155	30.8	7,699	29.8	7,545	29.2	7,200	28.6	6,891	28.3
39歳以下	6,207	23.5	5,971	23.1	5,809	22.5	5,468	21.8	5,257	21.6
加入率	21.2		20.7		20.7		20.1		20.1	

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

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
	実数	割合	同規模	県								
											割合	割合
病院数	15	0.6	15	0.6	14	0.5	16	0.6	15	0.6	0.3	0.7
診療所数	103	3.9	99	3.8	97	3.8	97	3.9	97	4.0	3.7	3.8
病床数	2,341	88.5	2,341	90.6	2,257	87.5	2,352	93.6	2,237	92.0	62.0	90.2
医師数	220	8.3	220	8.5	210	8.1	210	8.4	218	9.0	11.5	13.0
外来患者数	771.7		773.9		741.9		772.5		791.7		707.3	755.6
入院患者数	34.1		33.8		31.9		32.3		31.2		19.1	30.3

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期計画に係る評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

I 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

(1) 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で131人(認定率0.33%)、1号(65歳以上)被保険者で6,325人(認定率18.7%)と同規模・県・国より高く、後者の割合については、平成30年度と比べると約1.5倍に増えています。(図表12)

また、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約95億8千万円から約97億5千万円に伸びています。(図表13)

さらに、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で6割以上、第1号被保険者でも半数以上の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表12 要介護認定者(率)の状況

	霧島市				同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	31,662人	25.3%	33,905人	28.0%	29.1%	32.8%	28.7%
2号認定者	149人	0.36%	131人	0.33%	0.38%	0.37%	0.38%
新規認定者	37人		31人		--	--	--
1号認定者	6,373人	20.1%	6,325人	18.7%	18.4%	20.1%	19.4%
新規認定者	884人		886人		--	--	--
再掲	65～74歳	586人	4.0%	686人	4.1%	--	--
新規認定者	136人		148人		--	--	--
75歳以上	5,787人	33.7%	5,639人	33.2%	--	--	--
新規認定者	748人		738人		--	--	--

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表13 介護給付費の変化

	霧島市		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	95億8028万円	97億4714万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	302,580	287,484	275,832	316,197	290,668
1件あたり給付費(円)全体	71,509	67,627	60,207	68,209	59,662
居宅サービス	49,237	46,882	41,618	44,980	41,272
施設サービス	305,027	302,786	295,426	298,436	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(令和4年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		131		687		5,639		6,326		6,457		
再)国保・後期		69		537		5,428		5,965		6,034		
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	疾病	件数
				割合		割合		割合		割合		割合
	循環器疾患	1	脳卒中	44 63.8%	脳卒中	287 53.4%	脳卒中	2,949 54.3%	脳卒中	3,236 54.2%	脳卒中	3,280 54.4%
		2	虚血性心疾患	13 18.8%	虚血性心疾患	126 23.5%	虚血性心疾患	2,080 38.3%	虚血性心疾患	2,206 37.0%	虚血性心疾患	2,219 36.8%
		3	腎不全	8 11.6%	腎不全	93 17.3%	腎不全	1,398 25.8%	腎不全	1,491 25.0%	腎不全	1,499 24.8%
	合併症	4	糖尿病合併症	9 13.0%	糖尿病合併症	97 18.1%	糖尿病合併症	663 12.2%	糖尿病合併症	760 12.7%	糖尿病合併症	769 12.7%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			60 87.0%	基礎疾患	489 91.1%	基礎疾患	5,186 95.5%	基礎疾患	5,675 95.1%	基礎疾患	5,735 95.0%
	血管疾患合計			63 91.3%	合計	502 93.5%	合計	5,296 97.6%	合計	5,798 97.2%	合計	5,861 97.1%
	認知症		認知症	5 7.2%	認知症	152 28.3%	認知症	2,814 51.8%	認知症	2,966 49.7%	認知症	2,971 49.2%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	62 89.9%	筋骨格系	491 91.4%	筋骨格系	5,287 97.4%	筋骨格系	5,778 96.9%	筋骨格系	5,840 96.8%

出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は微減にとどまっており、一人あたり医療費は、同規模より約9万円高く、平成30年度より約3万円伸びています。入院医療費は、全体のレセプトのわずか4%程度にも関わらず、医療費全体のおよそ半数を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度より約7万円も高くなっています。(図表15)

また、年齢調整をした地域差指数でも、本市は入院・外来どちらも全国平均の1を大きく超えており、全体で全国2位の県平均よりも高くなっています。(図表16)

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表15 医療費の推移

		霧島市		同規模	県	国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数(人)		26,443人	24,326人	--	--	--
前期高齢者割合		12,081人 (45.7%)	12,178人 (50.1%)	--	--	--
総医療費		112億0450万円	110億0938万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		423,723 県内13位 同規模2位	452,577 県内18位 同規模2位	359,130	444,085	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	514,530	581,830	616,530	573,470	617,950
	費用の割合	50.4	49.3	40.6	48.0	39.6
	件数の割合	4.2	3.8	2.6	3.8	2.5
外来	1件あたり費用額	22,360	23,590	24,420	24,840	24,220
	費用の割合	49.6	50.7	59.4	52.0	60.4
	件数の割合	95.8	96.2	97.4	96.2	97.5
受診率		805.856	822.953	726.377	785.808	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は霧島市と同規模保険者103市町村の平均値を表す

図表16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		霧島市(県内市町村中)		県(47県中)	霧島市(県内市町村中)		県(47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差 指数・ 順位	全体	1.245	1.236	1.212	1.208	1.253	1.168
		(11位)	(14位)	(2位)	(9位)	(7位)	(4位)
	入院	1.564	1.533	1.484	1.446	1.537	1.357
		(9位)	(15位)	(1位)	(7位)	(6位)	(2位)
	外来	1.061	1.058	1.048	0.975	0.963	0.991
		(15位)	(17位)	(7位)	(14位)	(16位)	(18位)

出典：地域差分析(厚労省)

(3) 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成30年度より減少していますが、脳血管疾患と腎疾患については、同規模、県よりも高い水準を保っています。特に慢性腎不全(透析有)は、同規模の1.4倍となっています。(図表17)

次に、患者数の視点として中長期目標疾患の治療状況は、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の全てにおいて人数は減っていますが、割合は横ばいでした。(図表18)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患です。そのため、原因となる高血圧や糖尿病等の生活習慣病の発症及び重症化の予防対策が重要です。

図表17 中長期目標疾患の医療費の推移

			霧島市		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			112億0450万円	110億0938万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			12億9687万円	12億0047万円	--	--	--
			11.57%	10.90%	8.40%	9.45%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.94%	2.77%	2.11%	2.38%	2.03%
		心	狭心症・心筋梗塞	1.50%	1.37%	1.50%	1.44%
	腎	慢性腎不全(透析有)	6.65%	6.23%	4.49%	5.30%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.48%	0.53%	0.29%	0.33%	0.29%
その 他の 疾患	悪性新生物		12.73%	12.69%	16.76%	14.42%	16.69%
	筋・骨疾患		9.21%	9.31%	8.52%	9.49%	8.68%
	精神疾患		10.51%	10.46%	8.12%	9.59%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者(人) 0~74歳	A	26,443	24,326	a	2,341	2,155	1,604	1,471	204	201	
				a/A	8.9%	8.9%	6.1%	6.0%	0.8%	0.8%	
40歳以上	B	20,236	19,069	b	2,316	2,138	1,590	1,455	199	197	
	B/A	76.5%	78.4%	b/B	11.4%	11.2%	7.9%	7.6%	1.0%	1.0%	
再掲	40~64歳	C	8,155	6,891	c	454	362	366	298	82	78
		C/A	30.8%	28.3%	c/C	5.6%	5.3%	4.5%	4.3%	1.0%	1.1%
	65~74歳	D	12,081	12,178	d	1,862	1,776	1,224	1,157	117	119
		D/A	45.7%	50.1%	d/D	15.4%	14.6%	10.1%	9.5%	1.0%	1.0%

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

II 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

(1)短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減っています。

しかし、糖尿病性腎症は平成30年度より5.4%増加しており、40~64歳では3.5%、65~7

4歳では6%増加しています。また、40～64歳の人工透析については、高血圧症・糖尿病・脂質異常症全てにおいて増加しています。(図表19～21)

また、本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療機関への受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しています。引き続き、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理ができるよう、予防に努めていく必要があります。

図表19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
高血圧症治療者(人)	A	8,501	8,791	2,205	1,926	6,296	6,865	
	A/被保数	42.0%	46.1%	27.0%	27.9%	52.1%	56.4%	
(中長期合併症標疾患)	脳血管疾患	B	1,377	1,292	230	193	1,147	1,099
		B/A	16.2%	14.7%	10.4%	10.0%	18.2%	16.0%
	虚血性心疾患	C	1,137	1,057	238	194	899	863
		C/A	13.4%	12.0%	10.8%	10.1%	14.3%	12.6%
	人工透析	D	188	184	78	72	110	112
		D/A	2.2%	2.1%	3.5%	3.7%	1.7%	1.6%

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

図表20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者(人)	A	4,391	4,363	1,209	1,059	3,182	3,304	
	A/被保数	21.7%	22.9%	14.8%	15.4%	26.3%	27.1%	
(中長期合併症標疾患)	脳血管疾患	B	729	628	123	90	606	538
		B/A	16.6%	14.4%	10.2%	8.5%	19.0%	16.3%
	虚血性心疾患	C	657	641	145	129	512	512
		C/A	15.0%	14.7%	12.0%	12.2%	16.1%	15.5%
	人工透析	D	109	120	39	50	70	70
		D/A	2.5%	2.8%	3.2%	4.7%	2.2%	2.1%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	494	727	135	156	359	571
		E/A	11.3%	16.7%	11.2%	14.7%	11.3%	17.3%
	糖尿病性網膜症	F	719	708	160	152	559	556
		F/A	16.4%	16.2%	13.2%	14.4%	17.6%	16.8%
	糖尿病性神経障害	G	150	140	45	38	105	102
		G/A	3.4%	3.2%	3.7%	3.6%	3.3%	3.1%

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

図表21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者(人)		A	6,613	6,926	1,876	1,621	4,737	5,305
		A/被保数	32.7%	36.3%	23.0%	23.5%	39.2%	43.6%
(中長期合併症疾患)	脳血管疾患	B	940	919	161	132	779	787
		B/A	14.2%	13.3%	8.6%	8.1%	16.4%	14.8%
	虚血性心疾患	C	941	939	200	172	741	767
		C/A	14.2%	13.6%	10.7%	10.6%	15.6%	14.5%
	人工透析	D	79	101	30	41	49	60
		D/A	1.2%	1.5%	1.6%	2.5%	1.0%	1.1%

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

(2) 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びています。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約30%、糖尿病で約4%いますが、その割合は市町村平均よりも低い水準になっています。(図表22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図り、医療機関を受診する必要があるにも関わらず受診していない者(治療中断者を含む)に受診勧奨し、医療につながるまで支援する必要があると考えます。

図表22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧													
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)						医療のかかり方							
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4～R4.3)					
	受診者A	受診率	受診者B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療	治療中断	G	G/E	H	H/E
霧島市	8,642	46.7	8,211	47.1	289	3.3	154	53.3	287	3.5	158	55.1	88	30.7	20	7.0		
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0		

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移													
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方							
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4～R4.3)					
	HbA1c実施者A	実施率	HbA1c実施者B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	未治療	治療中断	M	M/K	N	N/K
霧島市	8,633	99.9	8,204	99.9	401	4.6	94	23.4	409	5.0	80	19.6	16	3.9	8	2.0		
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1		

出典：ヘルスサポートラボツール

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

(3) 健診結果の経年変化

メタリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタリックシンドロームの該当者は、2.8ポイントも伸びており、その中でも2項目の危険因子が重なっている割合が1.9ポイント増加しています。(図表23)

また、重症化予防の観点からみると、HbA1c6.5以上有所見者の改善率が9.1ポイントも下がっていることが翌年度の結果から分かります。(図表24) 同じく、Ⅱ度高血圧以上有所見者の改善率も3.8ポイント下がっています。(図表25) さらに、LDL160以上有所見者の改善率は約0.4ポイント減少しています。(図表26)

図表23 メタリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	8,642 (46.7%)	1,626 (18.8%)	484 (5.6%)	1,142 (13.2%)	1,108 (12.8%)
R4年度	7,844 (46.0%)	1,692 (21.6%)	510 (6.5%)	1,182 (15.1%)	978 (12.5%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表24 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	850 (9.8%)	275 (32.4%)	275 (32.4%)	85 (10.0%)	215 (25.3%)
R3→R4	823 (10.0%)	192 (23.3%)	262 (31.8%)	87 (10.6%)	282 (34.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	289 (3.3%)	159 (55.0%)	42 (14.5%)	4 (1.4%)	84 (29.1%)
R3→R4	287 (3.5%)	147 (51.2%)	41 (14.3%)	6 (2.1%)	93 (32.4%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表26 LDL160以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	887 (10.3%)	407 (45.9%)	223 (25.1%)	52 (5.9%)	205 (23.1%)
R3→R4	748 (9.1%)	340 (45.5%)	169 (22.6%)	40 (5.3%)	199 (26.6%)

出典:ヘルスサポートラボツール

(4) 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、令和元年度には47.4%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和2年度以降は受診率が低迷しており、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表27) また、特定健診の年代別の受診率では、40・50代の7割以上は受診しておらず、若い世代が特に低い状況が続いています。(図表28)

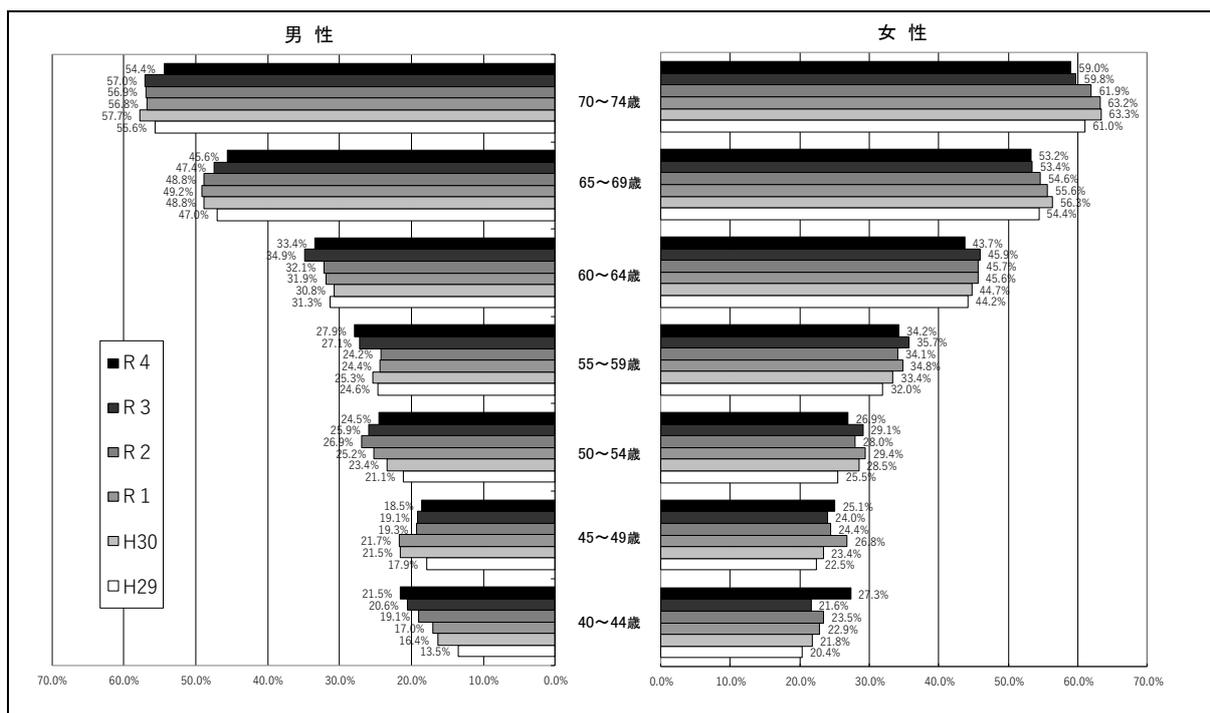
特定保健指導の該当者数は、平成30年度からは1.3ポイント減少し、令和2年度からは横ばいで推移しています。実施率は、目標値の60%は達成しているものの令和元年度以降は減少傾向にあります。

図表27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	8,642	8,586	8,589	8,211	7,844	健診受診率 60%
	受診率	46.7%	47.4%	47.3%	47.1%	46.0%	
特定保健指導	該当者数	883	821	768	734	698	特定保健指導 実施率 60%
	割合	10.2%	9.6%	8.9%	8.9%	8.9%	
	実施(終了)者数	598	523	492	444	445	
	実施(終了)率	67.7%	63.7%	64.1%	60.5%	63.8%	

出典:特定健診法定報告データ

図表28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

I 重症化予防の取組

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

平成30年度から令和4年度の血糖値有所見者の割合は、1割程度となっており、保健指導実施の割合は、約19%から27%程度となっています。また、血糖値有所見者割合の未治療・中断の割合も増加傾向にあります。(図表29・31)

令和元年度からはHbA1c8.0%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきました。その結果、HbA1c8.0%以上の未治療者は、平成30年30人から令和3年22人に減っています。(図表30)

しかし、令和3年度は約8割の方に受診勧奨のための保健指導を実施しましたが、未治療者の半数しか治療につながっていません。受診していない方には継続して保健指導を実施し、また、治療を中断しないように医療機関と連携して受診できるための支援を行っていく必要があります。(図表31)

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中ながら肥満があり、血糖コントロール不良の者には、医療機関と連携して保健師・管理栄養士が優先的に保健指導・栄養指導を行い、血糖が改善するよう支援を継続することが必要です。

※1インスリン抵抗性：血中インスリン濃度に見合ったインスリン作用が得られない状態

図表29 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	8,642	8,586	8,589	8,211	7,844
血糖値有所見者 * 1	人(b)	850	806	853	823	804
	(b/a)	9.8%	9.4%	9.9%	10.0%	10.2%
保健指導実施者 * 2	人(c)	165	261	196	259	217
	(c/b)	19.4%	32.4%	23.0%	31.5%	27.0%

* 1 HbA1c6.5%以上のもの

* 2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

図表30 HbA1c8.0%以上の状況（アウトカム評価）

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	8,642	8,586	8,589	8,211	7,844
HbA1c8.0%以上	人(b)	110	97	117	94	92
	(b/a)	1.3%	1.1%	1.4%	1.1%	1.2%
保健指導実施	人(c)	5	10	9	6	7
	(c/b)	4.5%	10.3%	7.7%	6.4%	7.6%
HbA1c8.0%以上の 未治療者	人(b)	30	22	35	22	28
	(b/a)	27.3%	22.7%	29.9%	23.4%	30.4%

図表31 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 * 1	人(a)	850	806	853	823	804
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 3	人(b)	283	260	259	236	262
	(b/a)	33.3%	32.3%	30.4%	28.7%	32.6%
受診した者	人(c)	240	199	211	187	208
	(c/b)	84.8%	76.5%	81.5%	79.2%	79.4%
治療開始した者	人(c)	50	36	42	21	38
	(c/b)	17.7%	13.8%	16.2%	8.9%	14.5%

* 3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

(2)脳血管疾患重症化予防

Ⅱ度高血圧以上の者の割合は、約3.5%前後で、未治療者が5割強となっており増加傾向にあります。令和4年度においてⅢ度高血圧は、50人のうち30人が未治療者でした。（図表32）

高血圧は、脳心血管病において最大の危険因子ですが、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与してい

ます。図表33は、血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化(降圧薬治療者を除く)です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援が必要です。また、高値血圧の者においても、家庭血圧測定をすすめ、血圧手帳の活用を促していきます。

さらに、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が43.2%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要です。

図表32 Ⅱ度高血圧以上(収縮期血圧160以上または拡張期血圧100以上)の者

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	8,642	8,586	8,589	8,211	7,844	
Ⅱ度高血圧以上の者	人(b)	289	295	305	287	280	
	(b/a)	3.3%	3.4%	3.6%	3.5%	3.6%	
	治療あり	人(c)	135	144	147	129	121
		(c/b)	46.7%	48.8%	48.2%	44.9%	43.2%
	治療なし	人(d)	154	151	158	158	159
		(d/b)	53.3%	51.2%	51.8%	55.1%	56.8%
(再掲)	Ⅲ度高血圧の者	人(f)	38	43	46	41	50
		(f/a)	0.4%	0.5%	0.5%	0.5%	0.6%
	治療あり	人	13	19	20	17	20
	治療なし	人	25	24	26	24	30

図表33 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
	1,886	1,135 60.2%	592 31.4%	129 6.8%	30 1.6%
リスク第1層 予後影響因子がない	102	C 64 5.4%	B 33 5.6%	B 5 3.9%	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	1,026	C 638 54.4%	B 310 52.4%	A 65 50.4%	A 13 43.3%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	758	B 433 40.2%	A 249 38.1%	A 59 42.1%	A 17 45.7%

...高リスク
 ...中等リスク
 ...低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	403 21.4%
	概ね1か月後に再評価	781 41.4%
B	概ね1か月後に再評価	781 41.4%
	概ね3か月後に再評価	702 37.2%

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

II ポピュレーションアプローチ

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

本市においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援しました。

また、地域や各種団体への健康講話、がん検診等の機会を捉え、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県や市の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、広く市民へ周知を行いました。

3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表34 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	中間評価値	最終評価
			H28	R1	R4
特定健診等計画	医療費適正化のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、生活習慣病の発症・重症化に影響するメタボリックシンドロームに対して該当者及び予備群者を減らす	特定健診受診率60%以上	46.7%	47.4%	46.0%
		特定保健指導実施率65%以上(平成30年度目標値60%、毎年度1%ずつ増加)	56.0%	63.7%	63.8%
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率25%	25.7%	26.1%	20.7%
データヘルス計画	適正受診を推進し、重症化して入院する患者を減らす	一人当たりの入院費の伸び率を国並みの10%以下に抑える(H28年度比)	12.1%	12.8%	14.9%
		必要な医療動員を行い入院外医療の割合を県並みとする(0p)	0.9P	1.3P	1.3P
	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0.5p減少(H28年度比)	3.2%	-0.2p (3.0%)	-0.4p (2.8%)
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合は現状維持(0p)(H28年度比)	1.5%	-0.04p (1.46%)	-0.1p (1.40%)
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少1.5p(H28年度比)	8.7%	-1.8p (6.9%)	-2.5p (6.2%)
	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	健診受診者の高血圧の割合を1.8p減とする(160/100以上)(H28年度比)	4.3%	-0.9p (3.4%)	-0.8p (3.5%)
		健診受診者の脂質異常者の割合を0.6p減とする(LDL160以上)(H28年度比)	9.6%	+0.8p (10.4%)	±0p (9.6%)
		健診受診者の糖尿病有病者の割合を1.5p減少とする(HbA1c6.5以上)(H28年度比)	10.5%	-1.1p (9.4%)	-0.2p (10.3%)
		メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合を5.8p減とする(H28年度比)	30.8%	+1.8p (32.6%)	+2.1p (32.9%)
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合90%		83.0%	77.6%
糖尿病の保健指導を実施した割合25%以上			18.8%	9.0%	
保険者努力支援制度	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診毎年度1.0%増加5年間で5%増加	12.8%	7.8%	5.5%
		肺がん検診毎年度1.0%増加5年間で5%増加	9.4%	4.9%	4.5%
	大腸がん検診毎年度1.0%増加5年間で5%増加	7.9%	7.2%	6.0%	
	子宮頸がん検診毎年度1.0%増加5年間で5%増加	16.4%	12.2%	11.6%	
	乳がん検診毎年度1.0%増加5年間で5%増加	21.2%	16.1%	15.7%	
	歯科健診(歯周病健診)	歯科健診(歯周病健診含む)の受診率 増加	12.3%	13.7%	15.2%
	後発医薬品の使用による、医療費適正化	後発医薬品の使用割合80%以上		83.3%	86.5%

4) 第2期データヘルス計画に係る考察

特定健診受診率については、中間評価実施の翌年度から毎年度徐々に低下する結果となりました。新型コロナウイルス感染症の流行が長期化し、受診控えする人が多い傾向にあったことが最大の原因であると思われます。したがって、単純に比較することは困難ですが、効果的な受診勧奨や被保険者の健康意識の向上を図る必要があります。また、令和4年度は1月末に脱漏健診(集団健診)を4日間初めて実施し、40・50代に多く受診されたものの、全体としては受診率にあまり寄与しなかったため、実施日数や受診勧奨方法等を考えていく必要があります。

さらに、対象者全員に受診券送付時に情報提供票を交付していますが、利用率が非常に低いため、活用を促す案内方法を見直す必要があります。

一人当たり入院費の伸び率は増加傾向にあり、これは65歳以上の割合が被保険者数と反比例して増えていることや医療の高度化が背景にあると思われます。

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症がそれぞれ総医療費に占める割合は、中間評価時にはわずかに下がったにも関わらず、令和4年度には初期値よりも高くなりました。引き続き、効果的な重症化予防対策を講じる必要があります。

特定健診受診者のうち、Ⅱ度高血圧以上の割合は初期値より0.8ポイント減少していますが、平成29年度からは3.5%程度で推移しています。このため、令和4年度からは早期介入を目的としてⅠ度高血圧のメタボ該当者に対して訪問を開始し、重症化を予防する予防的な取り組みとして高血圧のメカニズムや家庭血圧測定の推奨等の保健指導を実施しています。また、Ⅲ度高血圧の未治療者には、健診結果を面談で説明し、受診勧奨も併せて実施しています。

糖尿病有病者の割合は、中間評価時は1.1ポイント減少しましたが、令和4年度は0.2ポイント減少に留まっています。糖尿病重症化予防の取り組みとして、糖尿病未治療者・治療者・糖尿病性腎症の者に対して、主治医からの指示書を基に訪問や面談で保健指導を行っています。また、糖尿病の未治療者が治療につながる割合は77.6%であり、中間評価より5.4ポイント減少しています。HbA1c8.0以上で未治療者の割合は、初期値より0.2ポイント減少しています。

糖尿病については、優先順位をつけて継続した保健指導を実施してきました。HbA1c6.5%以上やHbA1c8.0%以上の者が横ばいであることから、適切な治療につながるなどの医療機関と連携した保健指導の効果が、少しずつ出てきているのではないかと考えます。

メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合は年々増加しており、最終評価では2.1ポイントの増加がみられました。肥満度分類に基づく実態では、肥満に分類される者の割合が男性58.7%、女性47.9%となっており、高度肥満(肥満Ⅲ度・Ⅳ度)に値する者が男性4%、女性2.4%となっています。

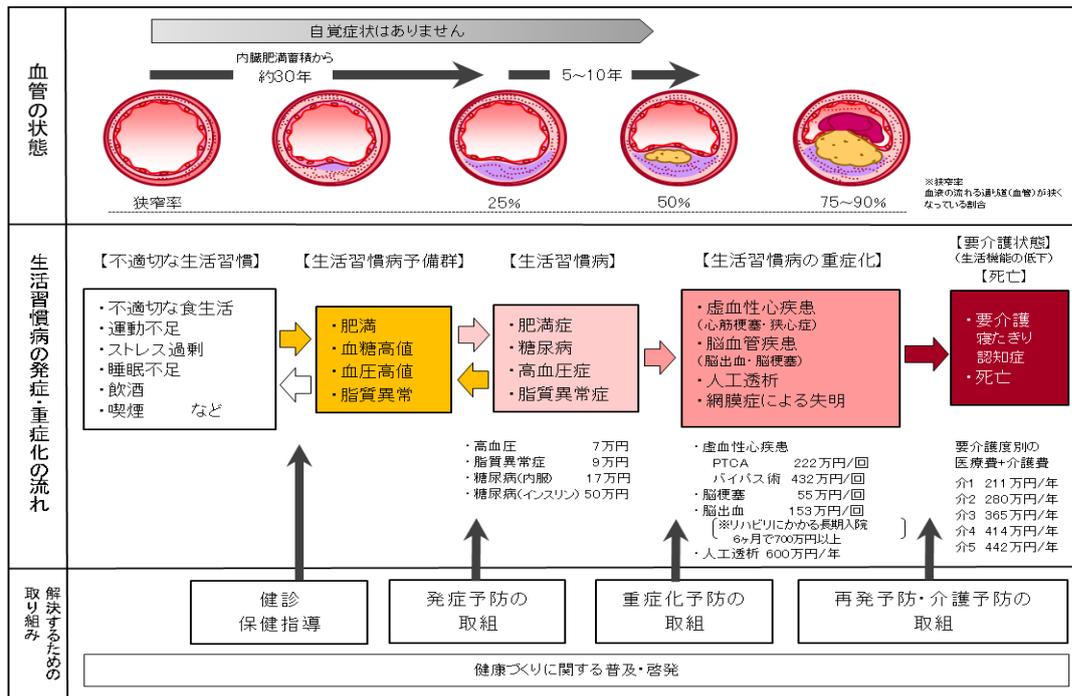
生活習慣病予防として早期介入していく必要があり、対象者の生活スタイルに合わせた保健指導や肥満症を意識した保健指導を行うことも重要であると考えます。

3. 第3期計画における健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。(図表35)

図表35 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。

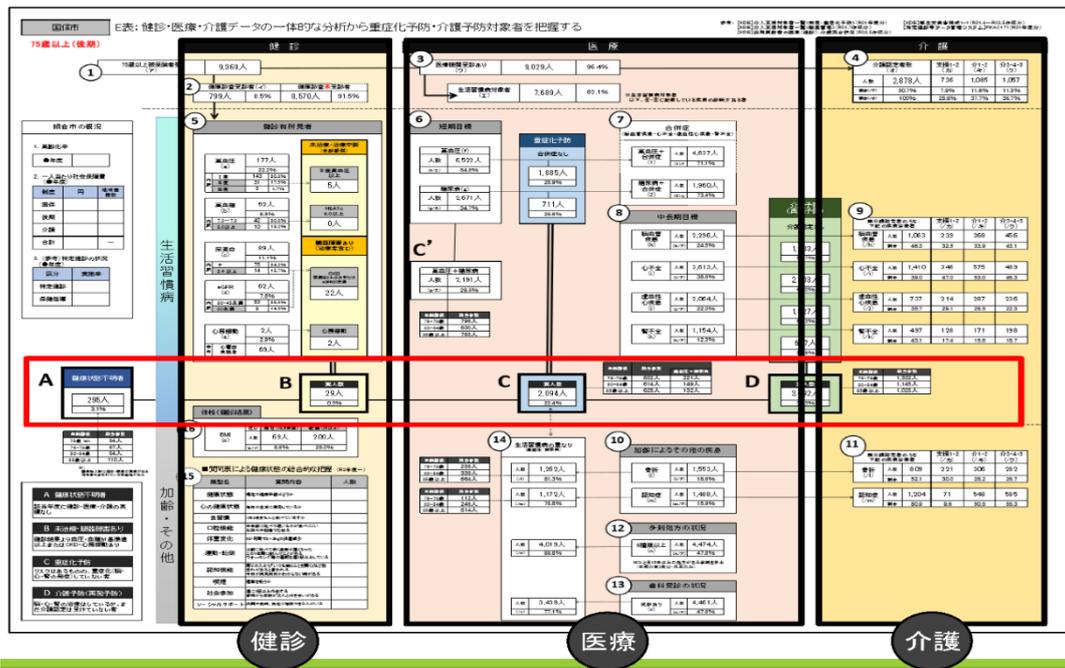
一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表36に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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。

本市は、40・50代の特定健診受診率が低いため、若い世代の受診率向上に向けた取組を進めていく必要があります。早期介入保健事業として40歳未満の健診(人間ドック)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、母子健診等で若年期からの食生活の重要性を伝えていく事も必要であると考えます。また、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36 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



I 医療費分析と健康課題の明確化

国保の被保険者数は年々減ってきていますが、一人あたり医療費について、令和2年度は新型コロナウイルスの影響で減ったものの、令和3年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり100万円を超え、国保の2.3倍も高い状況です。(図表37)

本市は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできたため、短期的目標疾患の糖尿病が総医療費に占める割合は、国保は同規模より約0.5ポイント、後期は約0.9ポイント低い状況です。ただし、腎不全の医療費に占める割合については、後期の透析有を除いて同規模・県・国よりも高く、依然として課題となっています。(図表38)

高額レセプトについては、国保においては令和2年度以降増加傾向で令和4年度に700件を超えています。後期高齢になると、約2,000件を超え約3倍に増えることがわかります。(図表39) 脳血管疾患における高額レセプトをみると、国保では令和3年度が一番多く60件で6,865万円かかっていましたが、令和4年度は43件と件数が減り、費用額も約4,885万円と減っています。しかし、後期高齢においては、201件発生し、約2億円近くの費用額となっています。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40)

図表37 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
被保険者数		26,443人	25,828人	25,800人	25,131人	24,326人	17,733人
総件数及び 総費用額	件数	259,309件	253,174件	239,822件	246,882件	245,840件	295,006件
	費用額	112億0450万円	111億6344万円	107億6940万円	109億8417万円	110億0938万円	184億9525万円
一人あたり医療費		42.4万円	43.2万円	41.7万円	43.7万円	45.3万円	104.3万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表38 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞									
① 国 保	霧島市	110億0938万円	36,854	6.23%	0.53%	2.77%	1.37%	4.94%	2.75%	1.42%	22億0338万円	20.0%	12.7%	10.46%	9.31%
	同規模	—	29,058	4.49%	0.29%	2.11%	1.50%	5.48%	3.12%	2.13%	—	19.1%	16.8%	8.12%	8.52%
	県	—	36,117	5.30%	0.33%	2.38%	1.44%	4.99%	2.87%	1.59%	—	18.9%	14.4%	9.59%	9.49%
	国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後 期	霧島市	184億9525万円	87,880	2.94%	0.64%	5.42%	1.15%	3.25%	2.53%	0.87%	31億0682万円	16.8%	8.8%	6.20%	14.2%
	同規模	—	69,773	4.74%	0.48%	3.91%	1.75%	4.14%	3.04%	1.47%	—	19.5%	11.3%	3.66%	12.3%
	県	—	85,212	3.49%	0.48%	4.79%	1.38%	3.50%	2.59%	0.98%	—	17.2%	9.3%	4.33%	14.9%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表39 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度		
(80 高 万 額 円 レ セ プ ト / 件)	人数	A	427人	377人	386人	430人	466人	1,333人	
	件数	B	660件	622件	630件	690件	707件	707件	2,063件
		B/総件数		0.25%	0.25%	0.26%	0.28%	0.29%	0.70%
	費用額	C	8億7620万円	8億3053万円	8億1309万円	9億4643万円	9億8505万円	20億2933万円	
		C/総費用		7.8%	7.4%	7.5%	8.6%	8.9%	11.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表40 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期：R4年度			
脳血管疾患	人数	D	35人		25人		32人		39人		28人		129人		
		D/A	8.2%		6.6%		8.3%		9.1%		6.0%		9.7%		
	件数	E	53件		36件		52件		60件		43件		201件		
		E/B	8.0%		5.8%		8.3%		8.7%		6.1%		9.7%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	1	1.9%	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	3	5.7%	0	0.0%	5	9.6%	2	3.3%	10	23.3%	75-80歳	30	14.9%
		60代	28	52.8%	21	58.3%	22	42.3%	31	51.7%	19	44.2%	80代	120	59.7%
		70-74歳	21	39.6%	15	41.7%	23	44.2%	27	45.0%	14	32.6%	90歳以上	51	25.4%
	費用額	F	6612万円		4676万円		5681万円		6865万円		4885万円		1億9034万円		
F/C		7.5%		5.6%		7.0%		7.3%		5.0%		9.4%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表41 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期：R4年度			
虚血性心疾患	人数	G	21人		14人		13人		17人		18人		35人		
		G/A	4.9%		3.7%		3.4%		4.0%		3.9%		2.6%		
	件数	H	22件		16件		14件		18件		22件		36件		
		H/B	3.3%		2.6%		2.2%		2.6%		3.1%		1.7%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	1	4.5%	1	6.3%	0	0.0%	1	5.6%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	4.5%	1	6.3%	1	7.1%	1	5.6%	1	4.5%	75-80歳	8	22.2%
		60代	7	31.8%	7	43.8%	8	57.1%	8	44.4%	12	54.5%	80代	22	61.1%
		70-74歳	13	59.1%	7	43.8%	5	35.7%	8	44.4%	9	40.9%	90歳以上	6	16.7%
	費用額	I	2677万円		3276万円		2213万円		2147万円		3451万円		3979万円		
I/C		3.1%		3.9%		2.7%		2.3%		3.5%		2.0%			

出典：ヘルスサポートラボツール

II 健診・医療・介護の一体的分析と健康課題の明確化

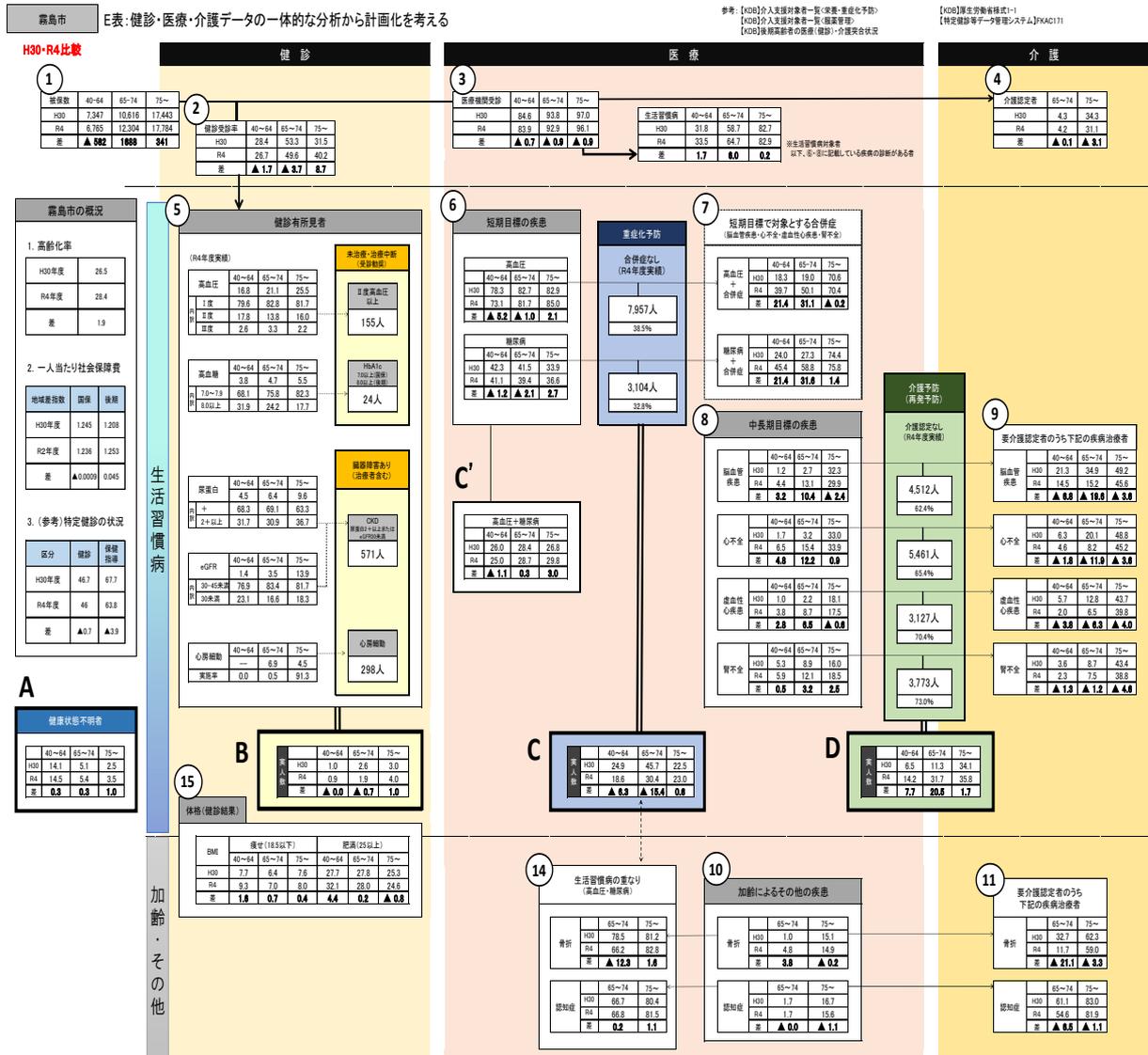
健診・医療・介護のデータを平成30年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表42の①被保険者数は、40～64歳の年代は600人近く減っていますが、65歳以上では2,000名以上増えており、高齢化が進んでいることが分かります。

⑮の体格をみると、40～64歳の若い年代で、BMI25以上の率が4.4ポイントも高くなってきています。図表44の健診有所見状況をみると、各年代で対象人数が増えています。若い年代を優先的に、さらなる受診勧奨及び保健指導を行っていくことが課題となります。

図表45の⑦短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧・糖尿病ともに平成30年度より大幅に増え、高血圧の65～74歳の年代に至っては約2.7倍になっています。

図表46の中長期目標疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、平成30年度と令和4年度を比較すると、腎不全を除いて令和4年度の割合が40～64歳は3.7～3.8倍、65～74歳は4～4.9倍となっています。

図表42 健診・医療・介護データの一体的な分析



図表43 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			⑬ 体格(健診結果)					
		被保険者数			健診受診率			BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	34.3	7,347	10,616	17,443	28.4	53.3	31.5	7.7	6.4	7.6	27.7	27.8	25.3
R4	31.1	6,765	12,304	17,784	26.7	49.6	40.2	9.3	7.0	8.0	32.1	28.0	24.6

図表44 健診有所見状況

E表		⑤																												
年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)
H30	61	2.9	(21)	196	3.5	(66)	252	4.6	(55)	76	3.6	(5)	280	4.9	(10)	49	0.9	(1)	36	1.7	133	2.4	292	5.3	10	0.5	71	1.3	207	3.8
R4	62	3.4	(27)	221	3.6	(68)	334	4.7	(60)	69	3.8	(6)	289	4.7	(15)	70	1.0	(3)	31	1.7	147	2.4	393	5.5	0	--	2	0.0	296	4.1

図表45 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表		③						⑥									⑦					
年度	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症						
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症			
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	
H30	84.6	93.8	97.0	31.8	58.7	82.7	78.3	82.7	82.9	42.3	41.5	33.9	26.0	28.4	26.8	18.3	19.0	70.6	24.0	27.3	74.4	
R4	83.9	92.9	96.1	33.5	64.7	82.9	73.1	81.7	85.0	41.1	39.4	36.6	25.0	28.7	29.8	39.7	50.1	70.4	45.4	58.8	75.8	

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表46 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表		⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険割合)												中長期疾患のうち介護認定者												
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	
H30	1.2	2.7	32.3	1.0	2.2	18.1	1.7	3.2	33.0	5.3	8.9	16.0	21.3	34.9	49.2	5.7	12.8	43.7	6.3	20.1	48.8	3.6	8.7	43.4	
R4	4.4	13.1	29.9	3.8	8.7	17.5	6.5	15.4	33.9	5.9	12.1	18.5	14.5	15.2	45.6	2.0	6.5	39.8	4.6	8.2	45.2	2.3	7.5	38.8	

図表47 骨折・認知症の状況

E表		⑬				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者				
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症		
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	
H30	78.5	81.2	66.7	80.4	1.0	15.1	1.7	16.7	32.7	62.3	61.1	83.0	
R4	66.2	82.8	66.8	81.5	4.8	14.9	1.7	15.6	11.7	59.0	54.6	81.9	

出典：ヘルスサポートラボソール

Ⅲ 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

3) 目標の設定

I 成果目標

(1) データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておきます。評価指標については、まず全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を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。(図表4-3)

(2) 中長期的な目標の設定

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

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

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

(3) 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者への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うことが重要です。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげるのが重要であるため、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。

II 管理目標の設定

図表48-1 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	中間評価	最終評価	
			R6 (R4実績)	R8 (R7実績)	R11 (R10実績)	
特定 健診 等 計画	医療費適正化のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、生活習慣病の発症・重症化に影響するメタボリックシンドロームに対して該当者及び予備群者を減らす	★特定健診受診率60%以上	46.0%	50.0%	58.0%	
		★特定保健指導実施率67%以上	63.8%	65.0%	66.5%	
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率25%	20.7%	22.5%	25.0%	
データヘルス計画	適正受診を推進し、重症化して入院する患者を減らす	一人当たりの入院費の伸び率を国並みの10%以下に抑える (R4年度実績比)	14.9%	12.5%	10.0%	
		必要な医療動員を行い入院外医療の割合を同規模並みとする (59.4%)	50.7%	54.9%	59.4%	
	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0.5%減少 (R4年度実績比)	2.8%	2.5%	2.3%
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の現状維持 (R4年度実績比)	1.4%	1.4%	1.4%	
		慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合1.5%減少 (R4年度実績比)	6.2%	5.5%	4.7%	
		新規人工透析導入者の減少(被保険者10万人あたり)	69.9人	66.9人	63.9人	
	短期	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	健診受診者の高血圧の割合1.8p減少(160/100以上) (R4年度実績比)	3.5%	2.5%	1.7%
			健診受診者の脂質異常者の割合0.3%減少(LDL180以上) (R4年度実績比)	2.6%	2.5%	2.3%
			健診受診者の糖尿病有病者の割合1.5%減少(HbA1c6.5以上) (R4年度実績比)	10.3%	9.5%	8.8%
			メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合5.8p減少 (R4年度実績比)	32.9%	30%	27.1%
糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合90%			77.6%	83.0%	90.0%	
糖尿病の保健指導を実施した割合25%以上			9.0%	17.0%	25.0%	
糖尿病性腎症重症化予防事業対象者のうち、未受診者や治療中断者の割合6%減少			4.3%	4.0%	3.7%	
★健診受診者のHbA1c8.0以上で未治療者の割合0%	0.4%	0.2%	0.0%			

図表 48-2 評価指標について

	指標	分母	分子	指標の必要性（考え方）
共通指標	特定健康診査実施率	特定健診対象者数	特定健診受診者数	・対象者が実際に受診したかを図るアウトプット指標 ・実施率低→メタボ該当者発見できず→特定健診効果↓
	特定保健指導実施率	特定保健指導対象者数	特定保健指導受診者数	・対象者が実際に指導を終了したかを図るアウトプット指標 ・実施率低→メタボ該当者に適切な保健指導実施できず→特定保健指導効果↓
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	昨年度の特定保健指導利用者数	今年度は特定保健指導対象でなくなった者の数	・特定保健指導の短・中期的アウトカム指標
	HbA1c8.0以上の者の割合	HbA1cの結果がある者	HbA1c8.0以上の者	・血糖コントロール不良者の状況を図るアウトカム指標 ・糖尿病受賞か予防の取組が適切かの検討に要
鹿児島県の指標	1人当たり医療費（入院及び外来）	国保被保険者数	医療費総額	・医療費適正化効果を図るアウトカム指標
	脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全の1人当たり医療費	国保被保険者数	疾病別医療費	・医療費適正化効果を図るアウトカム指標
	HbA1c6.5%以上の者の割合	特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c6.5%以上の者	・糖尿病重症化予防施策の効果 ・特定保健指導の効果
	血圧が受診勧奨地以上の者の割合	特定健康診査受診者のうち、血圧の検査結果がある者の数	①②のいずれかを満たす者 ①収縮期血圧 ≥ 160 ②拡張期血圧 ≥ 100	・重症化予防に着目し、受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベルを設定 ・特定保健指導の効果
	LDLが受診勧奨値以上の者の割合	特定健康診査受診者のうち、LDLの検査結果がある者の数	LDL180mg/dl以上の者	・重症化予防に着目し、受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベルを設定 ・特定保健指導の効果
	糖尿病性腎症重症化予防事業対象者のうち、未受診者や治療中断者の割合	特定健康診査受診者数（概算）（※）	糖尿病性腎症重症化予防事業対象者のうち、特定健康診査の結果から糖尿病治療なしの者	・糖尿病性腎症が疑われるが治療を受けていない者の数を評価 ・糖尿病重症化予防施策の効果
	被保険者10万人あたりの新規人工透析導入者	国保被保険者数	新規人工透析患者数	・糖尿病重症化予防の取組みが適切かの検討

※第3期データヘルス計画管理目標の考え方

「糖尿病の保健指導を実施した割合 50%」

⇒糖尿病未治療者、治療中、糖尿病性腎症、糖尿病管理台帳対象者のうち、面談や訪問で保健指導を実施した者の割合とする。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

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

2. 目標値の設定

図表49 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	48.0%	50.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60%以上
特定保健指導実施率	64.5%	65.0%	65.5%	66.0%	66.5%	67.0%

3. 対象者の見込み

図表50 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	18,500人	17,500人	16,000人	15,000人	14,000人	13,000人
	受診者数	8,880人	8,750人	8,640人	8,400人	8,120人	7,800人
特定保健指導	対象者数	888人	875人	864人	840人	812人	780人
	受診者数	573人	569人	566人	554人	540人	523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。契約形態は、個別健診については原則、実施機関の取りまとめを行う始良地区医師会との随意契約とし、非会員の医療機関については、個別に随意契約をします。令和4年度から開始した脱漏者を対象とする集団健診については、指名競争入札で落札した医療機関と個別で契約をします。情報提供については、県医師会と霧島市国保、とりまとめ機関である鹿児島県国民健康保険団体連合会が集合契約を行います。

2) 特定健診委託基準

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

3) 健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、その一覧を受診券に同封するとともに、霧島市のホームページに掲載します。

(参照) URL : <http://www.city-kirishima.jp>

4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿潜血)を実施します。

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

図表51 特定健診検査項目

○霧島市特定健診検査項目

健診項目		霧島市	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)	○	□

○…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も可

5) 実施時期

個別健診については5月から10月末まで、集団健診については、冬季に実施します。

6) 医療機関との適切な連携

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

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

7) 代行機関

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

8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表52 特定健診実施スケジュール

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

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行いますが、一部医療機関への委託も行います。契約形態は、個別健診は特定健康診査と同様、集団健診は落札業者と随意契約をします。

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

出典：ヘルサポートラボツール

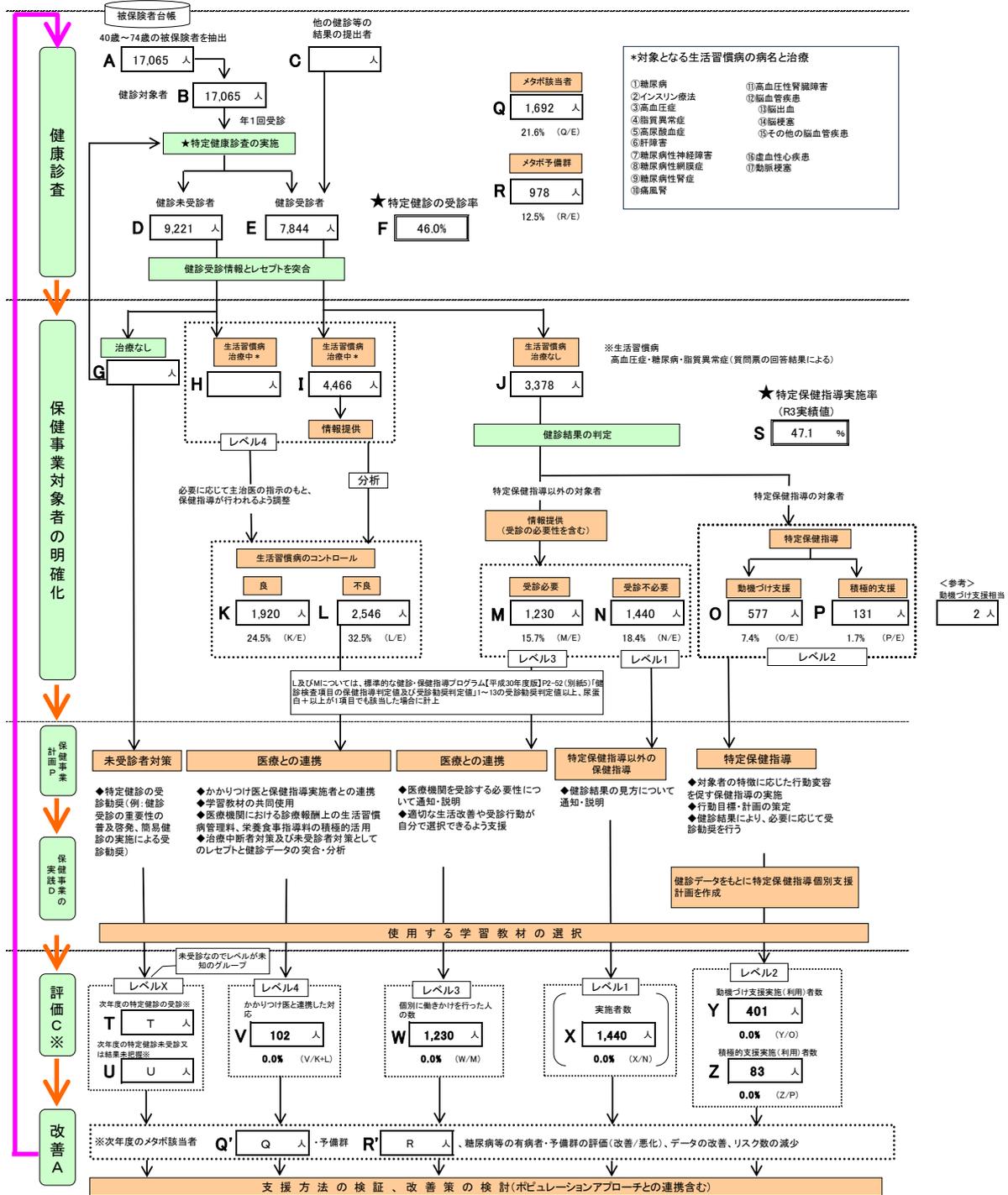
1) 健診から保健指導実施の流れ

「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(図表53)をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表53 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5
令和4年度



※T、U、Q'、R'については、次年度実績となるため空欄

2) 保健指導対象者の見込み、優先順位・支援方法

図表54 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	708人 (9.0%)	67%
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	1,230人 (15.7%)	100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	9221	受診率 60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	1,440人 (18.4%)	100%
5	I	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明 ◆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	4,466人 (56.9%)	100%

3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。(図表55)

図表55 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎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(個別)の開始		◎長寿健診(後期高齢者)の開始(10月末まで)
6月		◎対象者の抽出	◎がん検診の開始 ◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月			
8月		◎保健指導の実施(翌年6月頃まで) ◎利用券の登録	
9月			
10月	◎健診(個別)の終了		
11月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
12月			
1月	◎特定健康診査(集団)の実施		
2月			
3月			

6. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方

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

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

2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、霧島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

1. 保健事業の方向性

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

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

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

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

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

2. 重症化予防の取組

本市の特定健診受診者(令和4年度)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、2,846人(36.3%)です。そのうち治療なしが669人(19.8%)を占め、さらに臓器障害あり直ちに取組むべき対象者が445人です。

また、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、669人中333人と約半数を占め、治療なしの臓器障害ありの割合が6割以上を占めることから、特定保健指導を確実に行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表56)

図表56 脳・心・腎を守るために

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

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減		R4年度 <参考> 健診受診者(受診率)		
科学的根拠に基づき ↓ 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	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究協議会))			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)	7,844人	46.0%	
	クモ膜下出血 (5.6%)	脳出血 (18.5%)	脳梗塞 (75.9%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症			■各疾患の治療状況		
	心原性 脳塞栓症 (27.7%)		ラクナ 梗塞 (31.2%)	アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)					治療中	治療なし	
	非心原性脳梗塞								高血圧	3,528	4,316
									脂質異 常症	2,166	5,678
									糖尿病	920	6,908
									3疾患 いっしょ	4,466	3,378
									※問診結果による		
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)		重症化予防対象者 (実人数)		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)				
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者				
該当者数	280 3.6%	107 1.4%	207 2.6%	191 2.4%	1,692 21.6%	543 6.9%	900 11.5%		2,846 36.3%		
治療なし	159 3.7%	17 0.5%	185 3.3%	134 2.4%	219 6.5%	262 3.8%	185 5.5%		669 19.8%		
(再掲) 特定保健指導	64 22.9%	6 5.6%	47 22.7%	53 27.7%	219 12.9%	56 10.3%	64 7.1%		333 11.7%		
治療中	121 3.4%	90 2.0%	22 1.0%	57 2.6%	1,473 33.0%	281 30.5%	715 16.0%		2,177 48.7%		
臓器障害 あり	96 60.4%	17 100.0%	93 50.3%	82 61.2%	124 56.6%	168 64.1%	185 100.0%		445 66.5%		
CKD(専門医対象者)	18	3	10	26	26	41	185		185		
心電図所見あり	86	17	87	70	112	150	94		354		
臓器障害 なし	63 39.6%	--	92 49.7%	52 38.8%	95 43.4%	94 35.9%	--		--		

出典：ヘルサポータルツール

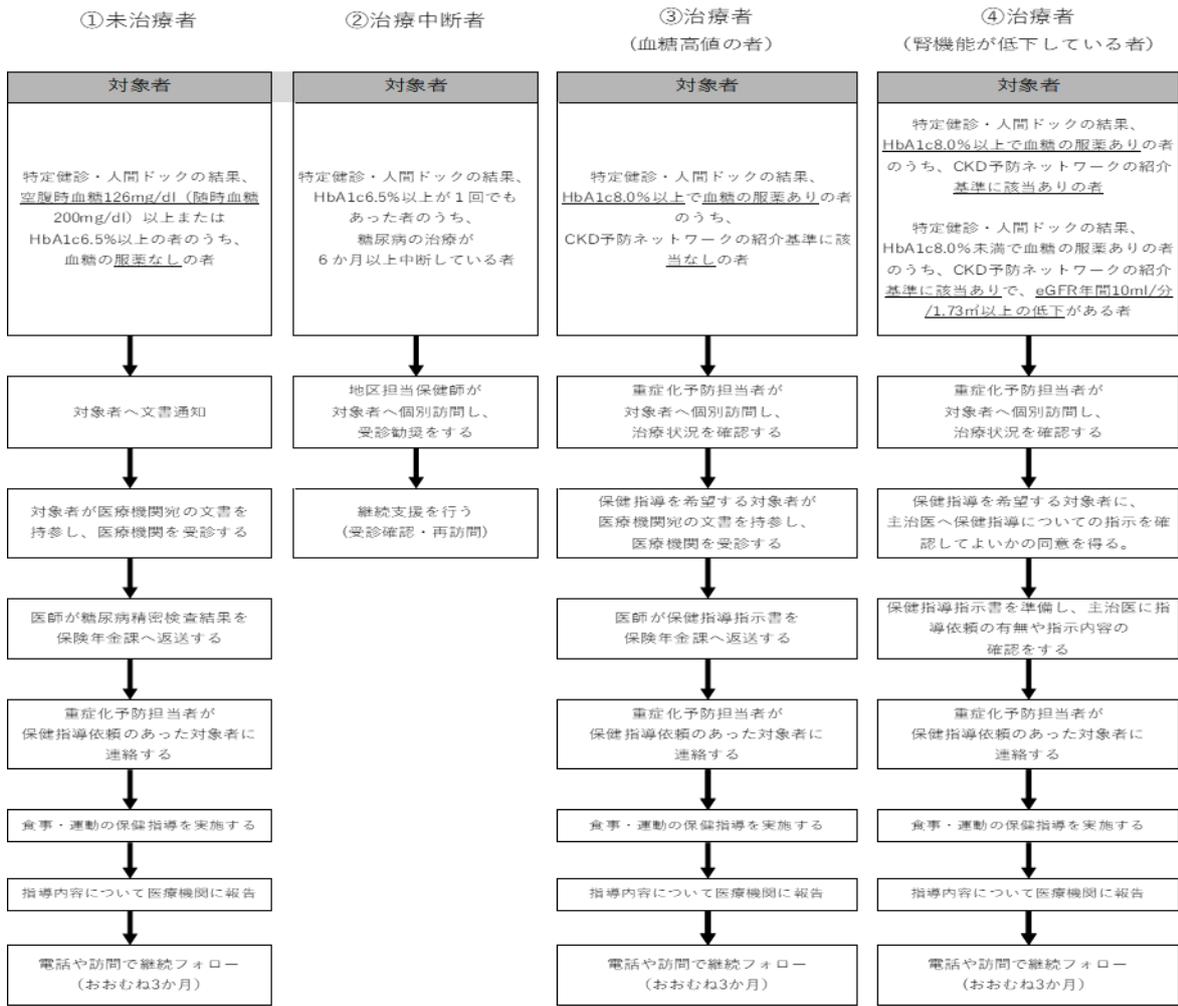
1) 糖尿病性腎症重症化予防

I 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

- (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) 高血圧・糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応
- (3) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

図表57 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導の流れ(令和5年度)



II 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、鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 未受診者
- ② 治療中断者
- ③ 治療者(血糖高値の者)
- ④ 治療者(腎機能が低下している者)

(2)選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。(図表58)

図表58 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能（eGFR）で把握していきます。

本市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため、腎機能（eGFR）の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が困難です。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量（mg/dl）に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（-）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（+）としていることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となります。しかしながら、早期の糖尿病性腎症の者を抽出するために、二次検査としてアルブミン定量検査の実施を検討する必要があります。

②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。（図表59）

本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、335人（26.7%・F）でした。

また、40～74歳における糖尿病治療者4,363人のうち、特定健診受診者が921人（73.3%・G）でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者3,442人（78.9%・I）については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。（図表59）

③介入方法と優先順位

本市における介入方法を以下のとおりとします。(図表54)

ア 優先順位1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・335人

イ 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)・・・390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

ウ 優先順位3

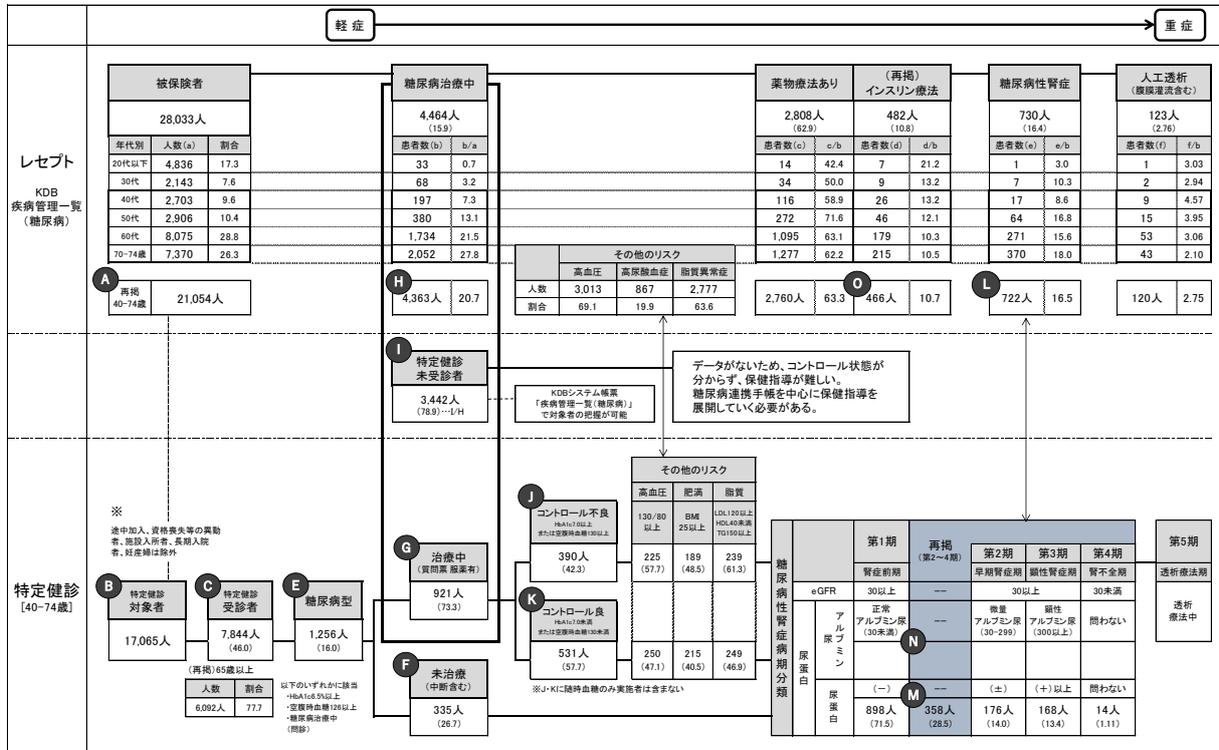
【保健指導】

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

図表59 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和4年度



※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、疾病管理一貫で把握できない項目については、「KDB検索・介入支援対象者一貫(栄養・重症化予防)」から集計

Ⅲ 保健指導の実施(糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導)

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。霧島市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていきます。(図表60)

図表60 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
目次	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しわかりません 伺うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグロコンダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

Ⅳ 医療との連携

(1) 未受診者について

医療機関未受診者を医療機関につなぐ場合、事前に始良地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は、かかりつけ医から指示書を通じて保健指導の助言をもらい、糖尿病連携手帳を活用し、対象者の検査データの収集を行います。

かかりつけ医、専門医との連携にあたっては鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行っていきます。

V 高齢者福祉部門(長寿・障害福祉課等)との連携

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

VI 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、その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。(図表6-1)

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

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

② 保健指導対象者に対する評価

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

(2) 中長期的評価

図表61 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	霧島市										同規模保険者(平均)		データ基	
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1 被保険者数	A	①	27,121人		26,417人		26,031人		25,942人		25,348人			KDB 厚生労働省様式様式3-2	
		② (再掲)40-74歳	20,772人		20,353人		20,115人		20,286人		19,964人				
2 特定健診	B	①	18,525人		18,125人		18,145人		17,451人		17,314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 対象者数	8,955人		8,936人		8,949人		8,559人		8,236人				
		③ 受診率	48.3%		49.3%		49.3%		49.0%		47.6%				
3 特定保健指導	C	① 対象者数	4人		821人		768人		734人		711人				
		② 実施率	67.7%		63.7%		64.1%		60.5%		55.3%				
4 健診データ	E	① 糖尿病型	1,345人	15.0%	1,330人	14.9%	1,441人	16.1%	1,377人	16.1%	1,309人	15.9%		特定健診結果	
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	386人	28.7%	352人	26.5%	377人	26.2%	344人	25.0%	350人	26.7%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	959人	71.3%	978人	73.5%	1,064人	73.8%	1,033人	75.0%	959人	73.3%			
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	464人	48.4%	422人	43.1%	465人	43.7%	489人	47.3%	408人	42.5%			
		⑤ 血圧 130/80以上	270人	58.2%	252人	59.7%	279人	60.0%	280人	57.3%	232人	56.9%			
		⑥ 肥満 BMI25以上	218人	47.0%	207人	49.1%	225人	48.4%	226人	46.2%	196人	48.0%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	495人	51.6%	556人	56.9%	599人	56.3%	544人	52.7%	551人	57.5%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	916人	68.1%	934人	70.2%	1,059人	73.5%	988人	71.8%	939人	71.7%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)	220人	16.4%	191人	14.4%	192人	13.3%	195人	14.2%	184人	14.1%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上	190人	14.1%	184人	13.8%	171人	11.9%	176人	12.8%	171人	13.1%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満	16人	1.2%	19人	1.4%	19人	1.3%	18人	1.3%	15人	1.1%			
5 レセプト	H	① 糖尿病受療率(被保険者千対)	112.4人		111.3人		107.9人		111.7人		116.7人			KDB 厚生労働省様式様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)	145.0人		142.4人		137.8人		141.3人		146.6人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)は被保険者千対			18,669件	(940.2)	19,011件	(951.0)	20,012件	(1017.7)	19,738件	(1035.1)	1,663,960件	(868.5)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ 入院外(件数)			113件	(5.7)	79件	(4.0)	100件	(5.1)	103件	(5.4)	6,923件	(3.6)	
		⑤ 糖尿病治療中	3,049人	11.2%	2,941人	11.1%	2,809人	10.8%	2,897人	11.2%	2,958人	11.7%		KDB 厚生労働省様式様式3-2	
		⑥ (再掲)40-74歳	3,011人	14.5%	2,899人	14.2%	2,772人	13.8%	2,867人	14.1%	2,926人	14.7%			
		⑦ 健診未受診者	2,052人	68.2%	1,940人	66.9%	1,708人	61.6%	1,834人	64.0%	1,967人	67.2%			
		⑧ インスリン治療	250人	8.2%	241人	8.2%	226人	8.0%	233人	8.0%	235人	7.9%			
		⑨ (再掲)40-74歳	241人	8.0%	233人	8.0%	220人	7.9%	229人	8.0%	231人	7.9%			
		⑩ 糖尿病性腎症	284人	9.3%	307人	10.4%	345人	12.3%	438人	15.1%	464人	15.7%			
		⑪ (再掲)40-74歳	280人	9.3%	304人	10.5%	341人	12.3%	437人	15.2%	461人	15.8%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	80人	2.6%	91人	3.1%	90人	3.2%	94人	3.2%	87人	2.9%			
		⑬ (再掲)40-74歳	80人	2.7%	89人	3.1%	88人	3.2%	93人	3.2%	85人	2.9%			
		⑭ 新規透析患者数	41		43		51		36		33				
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症	20	4.8%	11	25.6%	22	43.1%	16	44.4%	11	33.3%			
		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)	64人	1.8%	62人	1.7%	63人	1.8%	59人	1.7%	62人	1.7%		KDB 厚生労働省様式様式3-2 ※後期	
6 医療費	I	① 総医療費	112億0450万円		111億6344万円		107億6940万円		109億8417万円		110億0938万円		87億1825万円	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	60億1122万円		60億1011万円		57億8778万円		59億3668万円		58億1114万円		46億0048万円		
		③ (総医療費に占める割合)	53.7%		53.8%		53.7%		54.0%		52.8%		52.8%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	10,780円		11,153円		10,048円		9,926円		9,627円		6,461円		
		⑤ 健診未受診者	35,604円		36,568円		36,564円		38,042円		38,497円		39,594円		
		⑥ 糖尿病医療費	5億1514万円		4億8916万円		4億9721万円		5億3199万円		5億4426万円		4億7740万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	8.6%		8.1%		8.6%		9.0%		9.4%		10.4%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	14億8986万円		14億9842万円		14億9690万円		15億7238万円		15億6688万円				
		⑨ 1件あたり	36,084円		36,678円		36,825円		37,968円		38,394円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費	14億0597万円		13億6238万円		12億5202万円		13億4439万円		13億4627万円				
		⑪ 1件あたり	588,027円		616,741円		594,500円		598,039円		675,162円				
		⑫ 在院日数	19日		19日		19日		18日		18日				
		⑬ 慢性腎不全医療費	7億9948万円		8億2474万円		8億2065万円		8億3805万円		7億4439万円		4億1714万円		
		⑭ 透析有り	7億4527万円		7億6846万円		7億7570万円		7億6477万円		6億8586万円		3億9180万円		
		⑮ 透析なし	5421万円		5628万円		4494万円		7328万円		5853万円		2534万円		
7 介護	J	① 介護給付費	95億8028万円		96億4032万円		97億9178万円		96億9284万円		97億4714万円		95億8144万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症	11件	12.9%	11件	13.8%	13件	14.0%	8件	10.0%	9件	13.0%			
8 死亡	K	① 糖尿病(死因別死亡数)	18人	1.4%	17人	1.3%	10人	0.8%	7人	0.5%	20人	1.4%	2,639人	1.0%	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題

出典:ヘルスサポートラボツール

VII 実施期間及びスケジュール

(1) 未治療者

4月～5月 事業実施に係る準備を行う。

6月～3月 毎月対象者を抽出。医療機関宛ての文書を同封し、文書で受診勧奨を行う。医療機関から保健指導依頼があった対象者に連絡し、管理栄養士が保健指導を実施する。指導後は指導内容を医療機関に報告する。電話や訪問等で継続支援する。

9月～3月 (翌年度4月～5月頃まで)医療機関からの返書がなく、レセプトで受診状況の確認が出来なかった者については、保健師・管理栄養士が電話や訪問等で受診勧奨を行う。必要に応じ、保健指導を行う。

3月 実績まとめ・次年度計画を行う。

(2) 治療中断者

4月～5月 事業実施に係る準備を行う。

6月～3月 糖尿病管理台帳を作成する。対象者を抽出し、治療中断している者に、地区担当保健師や管理栄養士が電話や訪問等で受診勧奨を行う。

3月 実績まとめ・次年度計画を行う。

(3) 治療者(血糖高値の者)

4月～5月 事業実施に係る準備を行う。

6月～3月 (翌年度4月～5月頃まで)毎月対象者を抽出。対象者を管理栄養士が訪問し、治療状況や生活状況を確認する。保健指導について、本人の同意が得られた者に対し、医療機関宛文書を渡す。かかりつけ医より保健指導依頼があった対象者に連絡し、保健指導を実施する。指導後は、指導内容を医療機関に報告する。電話や訪問等で継続支援する。

3月 実績まとめ・次年度計画を行う。

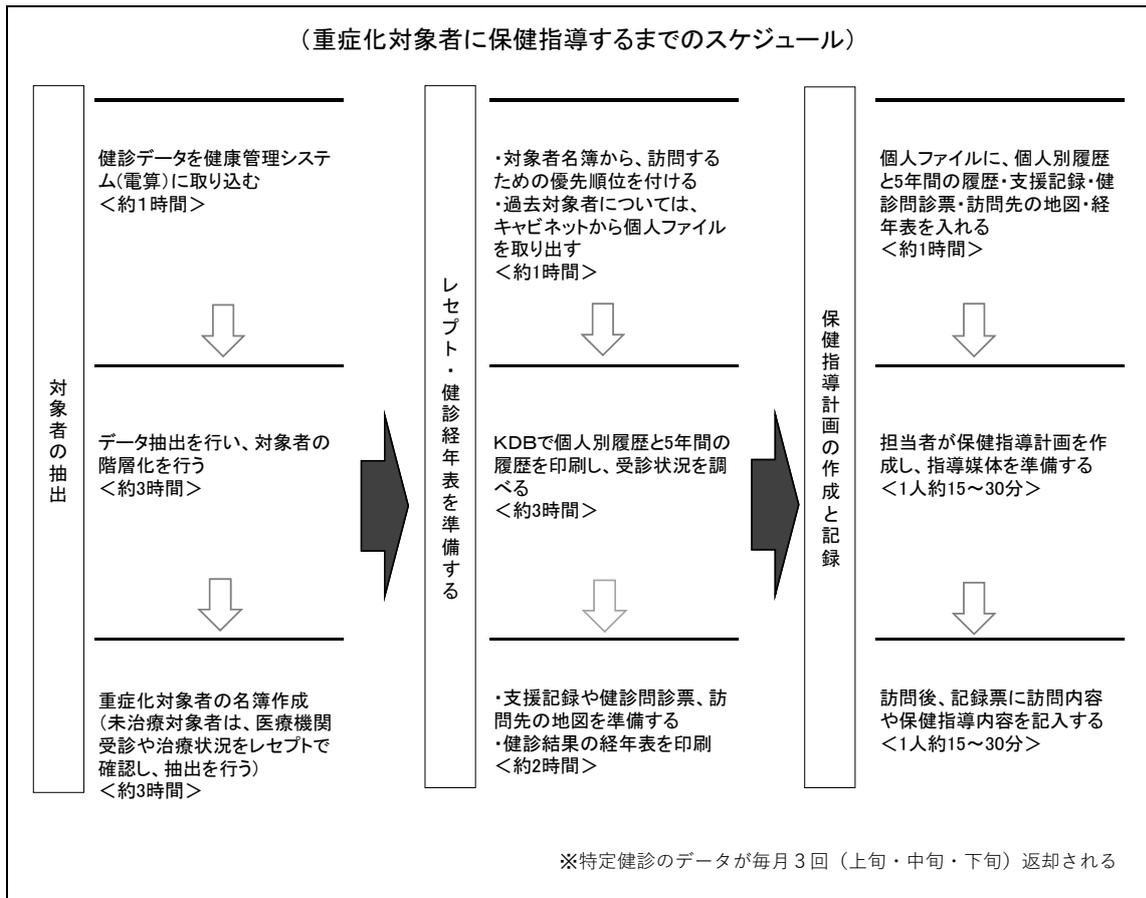
(4) 治療者(腎機能が低下している者)

4月～5月 事業実施に係る準備を行う。

6月～3月 (翌年度4月～5月頃まで)毎月対象者を抽出。対象者を管理栄養士が訪問し、治療状況や生活状況を確認する。保健指導について、本人の同意が得られた者に対し、主治医へ保健指導についての指示を確認する。かかりつけ医より保健指導依頼があった対象者に連絡し、保健指導を実施する。指導後は、指導内容を医療機関に報告する。電話や訪問等で継続支援する。

3月 実績まとめ・次年度計画を行う。

図表62 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

I 基本的な考え方

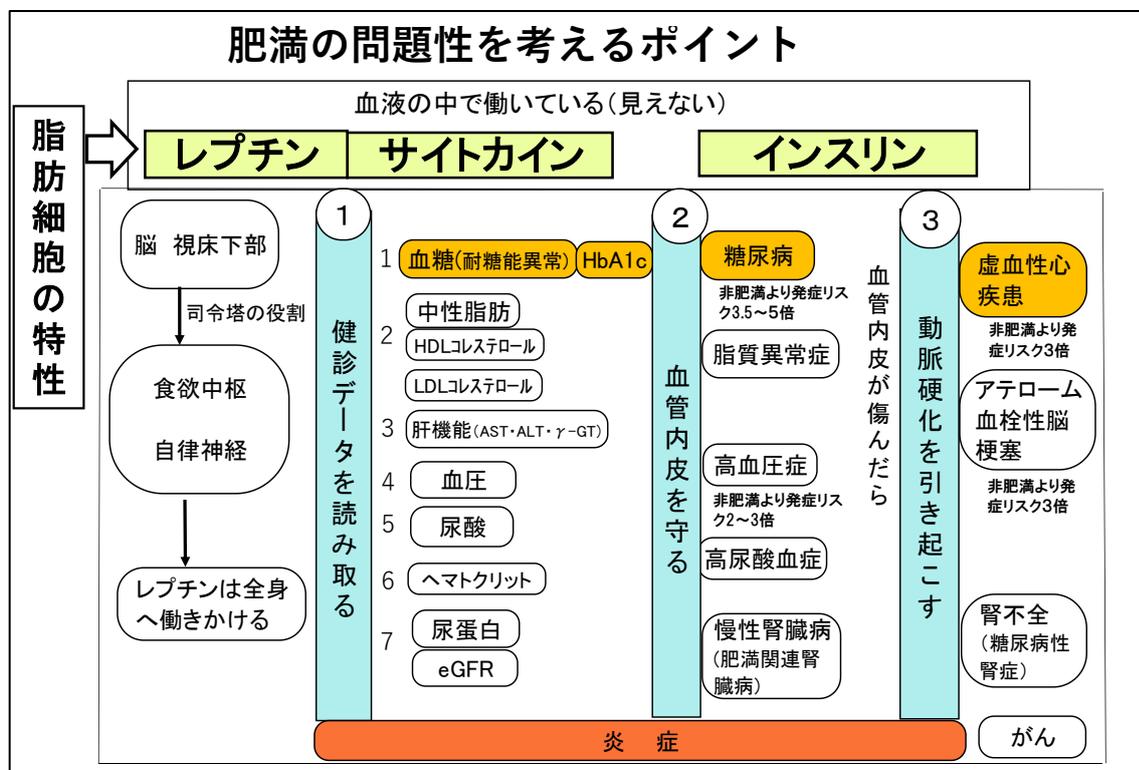
メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態です。

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

「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する必要があります。

なお、肥満・メタボリックシンドローム重症化予防の取組にあたっては図表63に基づいて考えていきます。

図表63 肥満の問題性を考えるポイント



II 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づいた実態把握

図表64 肥満度分類による実態

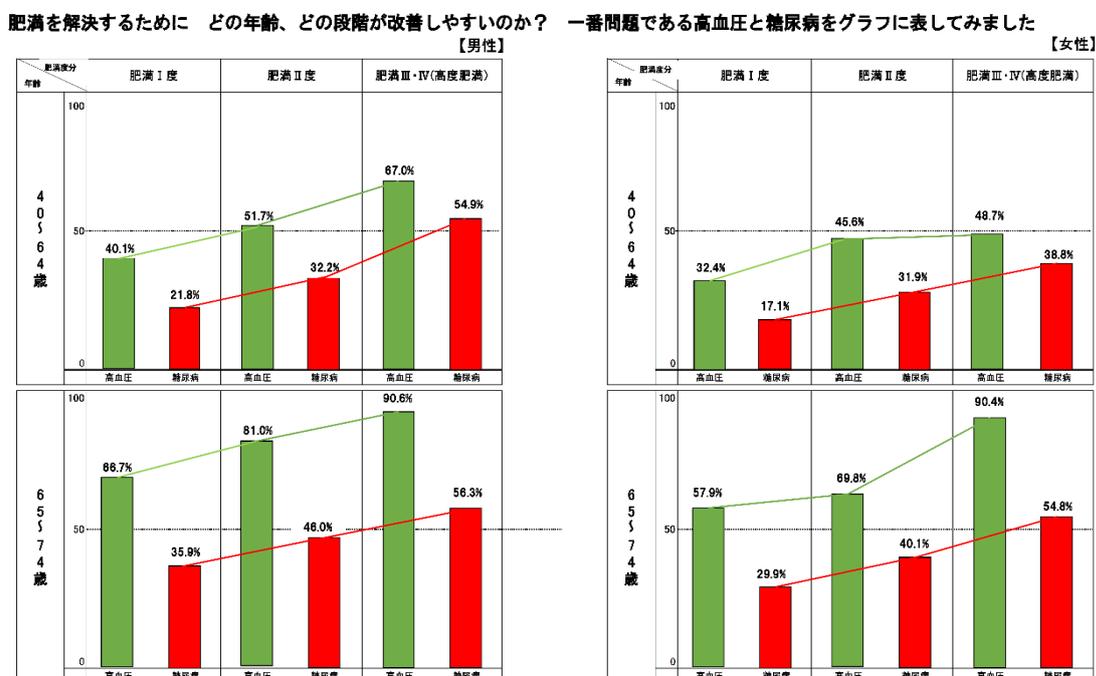
	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	1,752	6,092	565	1,706	409	1,470	119	205	29	24	8	7	
			32.2%	28.0%	23.3%	24.1%	6.8%	3.4%	1.7%	0.4%	0.5%	0.1%	
再掲	男性	741	2,640	310	839	228	737	62	95	16	5	4	2
				41.8%	31.8%	30.8%	27.9%	8.4%	3.6%	2.2%	0.2%	0.5%	0.1%
再掲	女性	1,011	3,452	255	867	181	733	57	110	13	19	4	5
				25.2%	25.1%	17.9%	21.2%	5.6%	3.2%	1.3%	0.6%	0.4%	0.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 肥満を解決するための優先順位

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

図表65 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



図表65みると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病を合併する割合が高くなることから、まだ両疾患の発症が50%に満たない肥満Ⅰ度で、若い年代(40～64歳)を対象とすることの効率がいいことがわかります。

Ⅲ 対象者の明確化

図表66 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A	3,381	202	256	1,232	1,691	4,463	216	322	1,822	2,103	
メタボ該当者	B	1,105	39	74	421	571	587	13	31	232	311	
	B/A	32.7%	19.3%	28.9%	34.2%	33.8%	13.2%	6.0%	9.6%	12.7%	14.8%	
再掲	① 3項目全て	C	344	6	23	133	182	166	4	10	64	88
		C/B	31.1%	15.4%	31.1%	31.6%	31.9%	28.3%	30.8%	32.3%	27.6%	28.3%
	② 血糖＋血圧	D	173	1	11	68	93	78	0	8	30	40
		D/B	15.7%	2.6%	14.9%	16.2%	16.3%	13.3%	0.0%	25.8%	12.9%	12.9%
	③ 血圧＋脂質	E	534	28	34	203	269	312	5	12	122	173
		E/B	48.3%	71.8%	45.9%	48.2%	47.1%	53.2%	38.5%	38.7%	52.6%	55.6%
	④ 血糖＋脂質	F	54	4	6	17	27	31	4	1	16	10
		F/B	4.9%	10.3%	8.1%	4.0%	4.7%	5.3%	30.8%	3.2%	6.9%	3.2%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表67 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし			
総数	3,381	1,105	32.7%	944	85.4%	161	14.6%	4,463	587	13.2%	529	90.1%	58	9.9%		
40代	202	39	19.3%	28	71.8%	11	28.2%	216	13	6.0%	8	61.5%	5	38.5%		
50代	256	74	28.9%	53	71.6%	21	28.4%	322	31	9.6%	28	90.3%	3	9.7%		
60代	1,232	421	34.2%	349	82.9%	72	17.1%	1,822	232	12.7%	207	89.2%	25	10.8%		
70～74歳	1,691	571	33.8%	514	90.0%	57	10.0%	2,103	311	14.8%	286	92.0%	25	8.0%		

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者（図表66）は、男性で40代から受診者の2～3割を超えるが、女性では50代から1割強程度であるため、男性を優先とすることが効果的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況（図表67）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。

また、メタボリックシンドローム該当者は、高インスリン血症（インスリン抵抗性）になり、その状態が続いたために高血圧症や糖尿病、高尿酸血症等を発症し、動脈硬化を進行させ早くに重症化する人も少なくないと考えられます。尿酸値はメタボリックシンドロームの項目には含まれず、特定健診の必須項目ではありませんが、インスリン抵抗性が強くなると、尿酸は腎臓から排泄されにくくなり、血液中の尿酸濃度が高くなるため、特定健診に尿酸値を追加することを検討していきます。

(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、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための受診勧奨と保健指導を行います。
- ② 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)を行います。
- ③ 尿酸値の検査が追加されたら、尿酸高値の者にはインスリン抵抗性の改善と尿酸の産生を抑えるための保健指導を優先的に行います。

(2) 対象者の管理

対象者の進捗管理は、業務担当や地区担当が管理します。

IV 保健指導の実施(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68 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
目次	
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 脳の変動を起こす原因は？
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 体重が増えたと、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	

3) 虚血性心疾患重症化予防

I 基本的な考え方

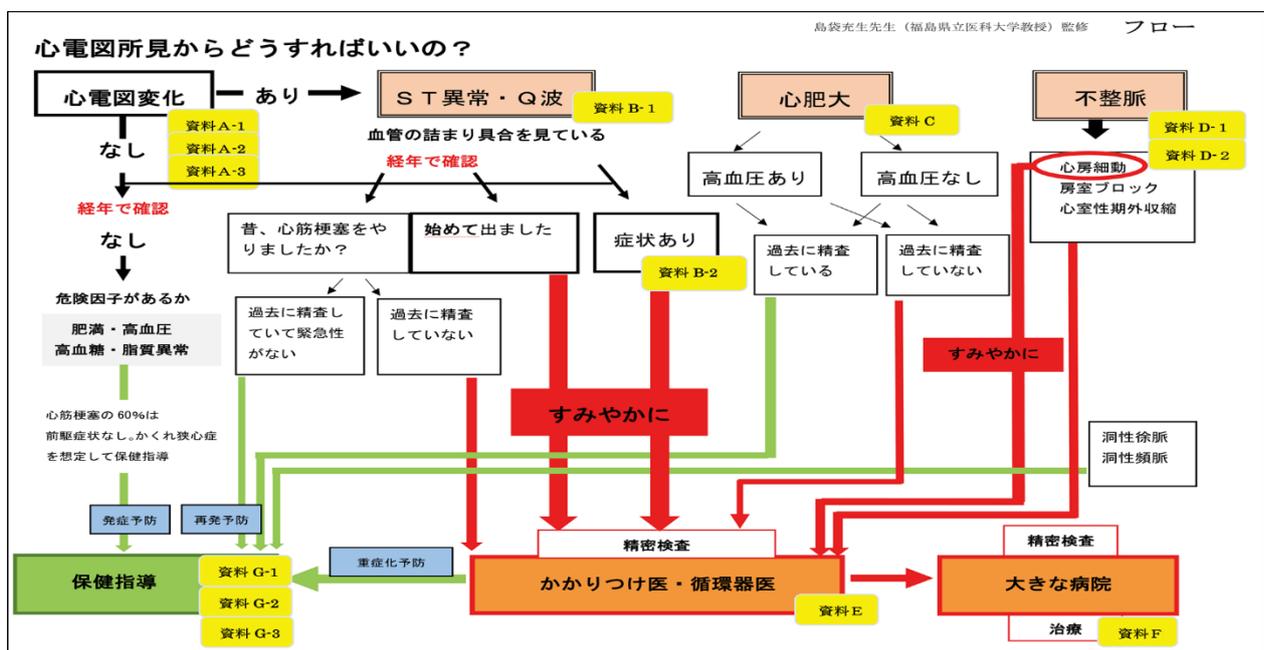
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

II 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69に基づいて考えます。

図表69 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出（心電図検査からの把握）

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

本市においては、心電図検査を7,778人(99%)に実施し、そのうち有所見者が2,551人(32.8%)でした。所見の中でも脚ブロックが427人(16.7%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表70)

また、有所見者のうち要精査が176人(6.9%)で、その後の受診状況をみると59人(33.5%)は未受診でした。(図表71)。

医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者

もいることから、対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表70 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		実施者数 A		有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
		人数	実施率			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	7,778	99%	2,551	32.8%	50	2.0%	235	9.2%	74	2.9%	182	7.1%	63	2.5%	427	16.7%	107	4.2%	337	13.2%
	男性	3,349	99%	1,256	37.5%	32	2.5%	103	8.2%	42	3.3%	90	7.2%	43	3.4%	274	21.8%	90	7.2%	178	14.2%
	女性	4,429	99%	1,295	29.2%	18	1.4%	132	10.2%	32	2.5%	92	7.1%	20	1.5%	153	11.8%	17	1.3%	159	12.3%

霧島市調べ

図表71 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	2,551		176	6.9%	117	66.5%	59	33.5%
男性	1,256	49.2%	94	53.4%	62	53.0%	32	54.2%
女性	1,295	50.8%	82	46.6%	55	47.0%	27	45.8%

霧島市調べ

Ⅲ 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、図表72の保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は、受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず、中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。

図表72 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	
目次	
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) 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者が適切な医療受診ができるよう、経過を把握します。対象者やKDB等を活用しデータを収集します。

IV 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併せて年1回行います。その際はKDB等の情報を活用します。

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

V 実施期間及びスケジュール

4月～5月 対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定

事業実施に係る準備を行う。前年度対象者の受診状況をレセプトで

6月～3月 特定健診データから、心電図検査で要精密判定、要医療判定の者を抽出し、特定健診結果送付時に受診勧奨文書を同封する。

9月～3月 (翌年度4月～5月頃まで) 文書で受診勧奨後にレセプトで受診状況を確認し、受診していない者については、保健師等(会計年度任用職員含む)が電話や訪問により、受診勧奨を行う。必要に応じ、保健指導を行う。

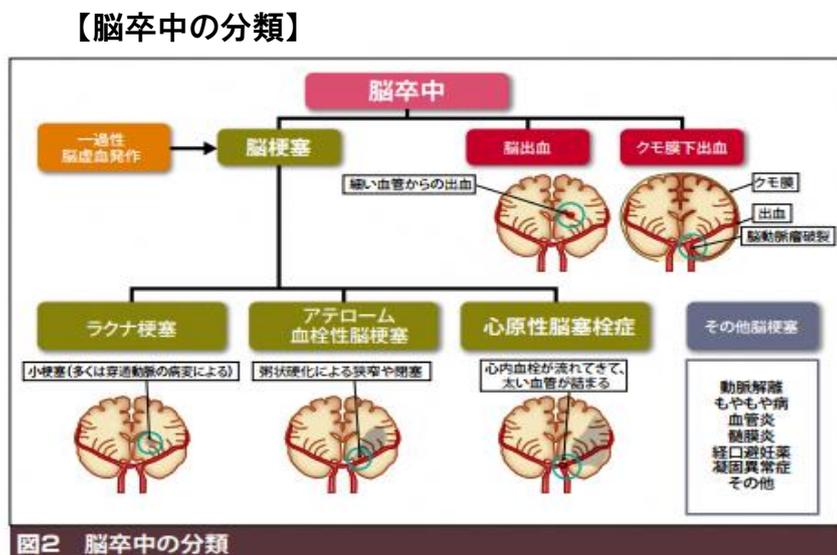
3月 まとめ・次年度計画を行う。

4)脳血管疾患重症化予防

I 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表73・74)

図表73 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表74 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

II 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75でみると、高血圧治療者8,791人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が1,292人(14.7%・O)でした。

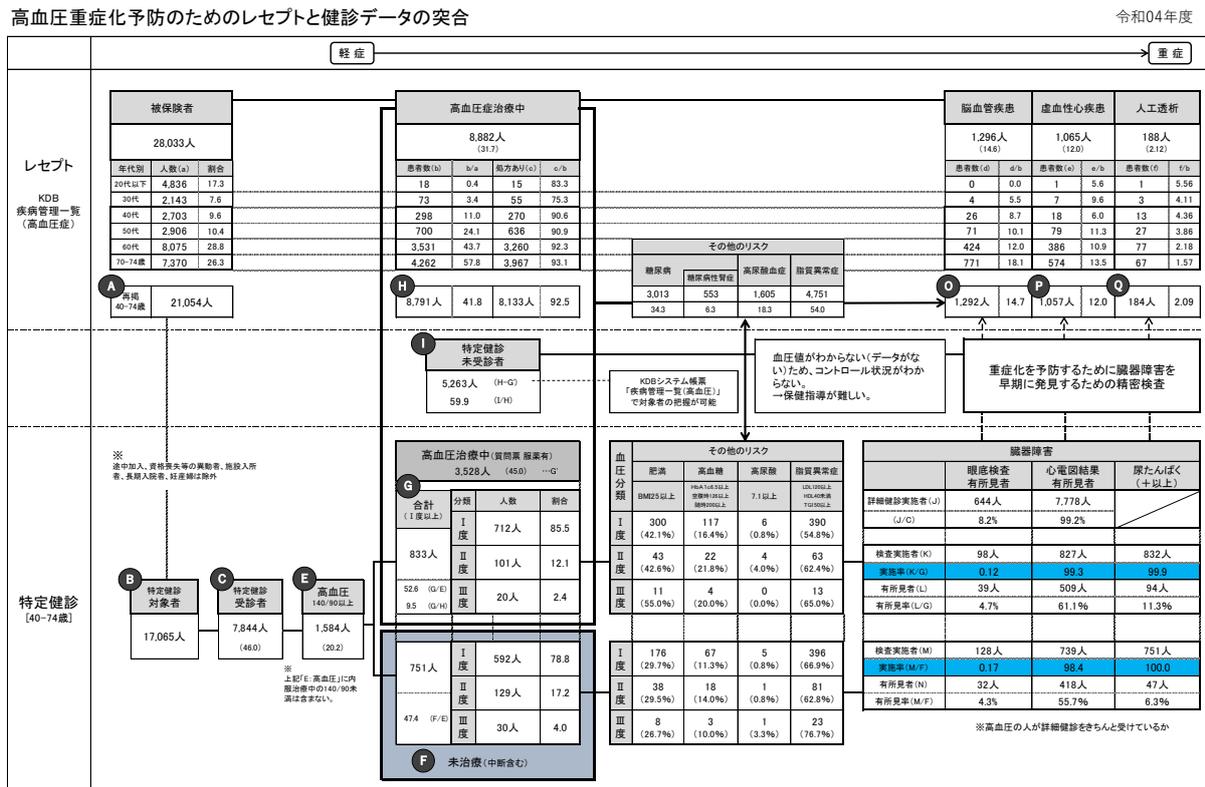
健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が280人(3.5%)であり、そのうち159人(57%)は未治療者です。

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

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が121人(3.4%)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)を受ける条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、令和4年度は644人に実施しており、眼底検査対象者の約4割が検査をしている現状にあります。第3期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、より多くの方に実施できるよう働きかけをしていく必要があります。

図表75 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

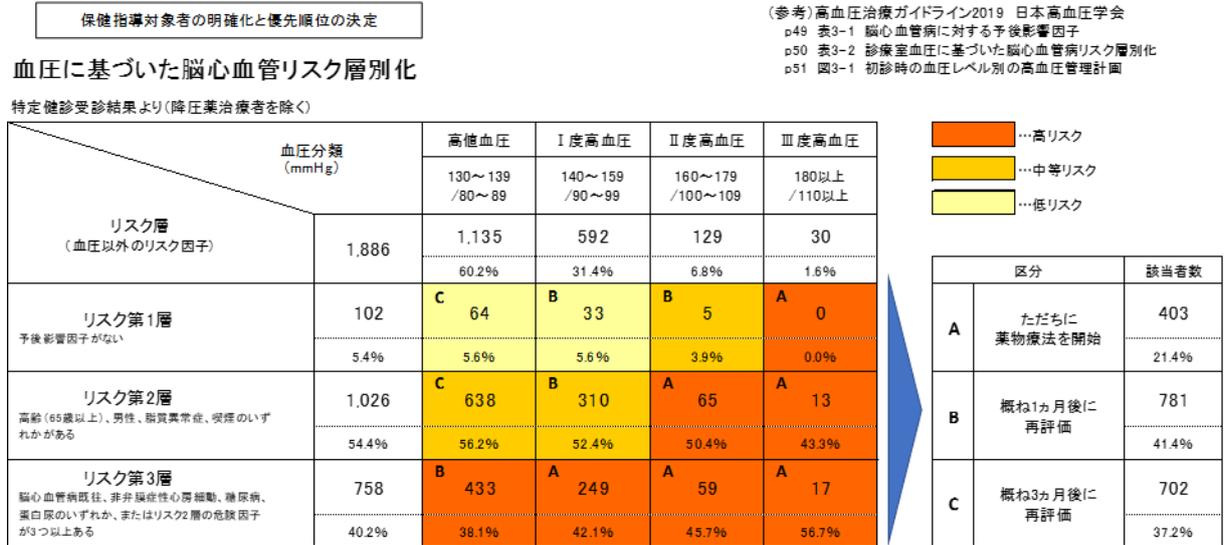


(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表76 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和4年度

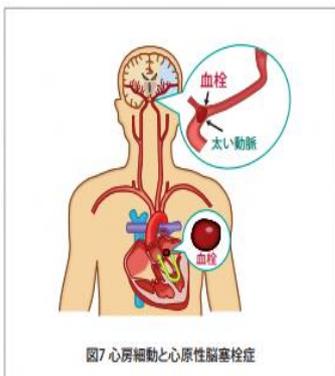


※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表76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(21.4%)については、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3)心電図検査における心房細動の実態



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

図表77は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表77 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	3,381	4,463	3,349	99.1%	4,429	99.2%	90	2.7%	17	0.4%	--	--
40代	202	216	201	99.5%	213	98.6%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	256	322	252	98.4%	319	99.1%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	1,232	1,822	1,219	98.9%	1,805	99.1%	32	2.6%	4	0.2%	1.9%	0.4%
70～74歳	1,691	2,103	1,677	99.2%	2,092	99.5%	58	3.5%	13	0.6%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表78 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
107	5	4.7	102	95.3

霧島市調べ

心電図検査において、107人が心房細動の所見がありました。有所見率をみると、60代から70代へと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107人のうち102人は既に治療が開始されていましたが、5人はまだ治療につながっていません。(図表78)

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。本市は心電図検査が全数実施となっているため、有所見者の早期発見・早期介入ができる状況にあります。

Ⅲ 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は、受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も、同様に受診勧奨を行います。また、I度高血圧の未治療者でメタボ該当者に対し、受診勧奨や保健指導、栄養指導を行います。

(2) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

くと尿蛋白が出やすくなり、尿蛋白量の推移を確認していくことも重要になってくるため、尿蛋白(定量)検査も実施することも検討していきます。

② 心房細動者の管理

健診受診時の心電図検査において心房細動の未受診者に対しては、医療機関への受診ができるように受診勧奨していきます。対象者台帳を作成し、受診状況を把握していきます。

IV 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ます。また、家庭血圧測定を推奨し、血圧手帳の活用を勧め医療機関に持参する等の保健指導を実施していきます。医療の情報については対象者、KDB等を活用しデータを収集していきます。

V 高齢者福祉部門(長寿・障害福祉課等)との連携

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

VI 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併せて年1回行います。その際はKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と併せて行っていきます。

VII 実施期間及びスケジュール

4月～5月 対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定

事業実施に係る準備を行う。

6月～3月 特定健診データから、血圧が高値であって服薬なしの者、心電図検査で心房細動のある者の中から治療中でない者を抽出し、特定健診結果送付時に受診勧奨文書を同封する。

9月～3月 (翌年度4月～5月頃まで)文書で受診勧奨後にレセプトで受診状況を確認し、受診していない者については、保健師等(会計年度任用職員含む)が電話や訪問により、受診勧奨を行う。必要に応じ、保健指導を行う。

3月 まとめ・次年度計画を行う。

3.高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

本市は、令和2年度より鹿児島県後期高齢者医療広域連合から、本市が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

具体的には、

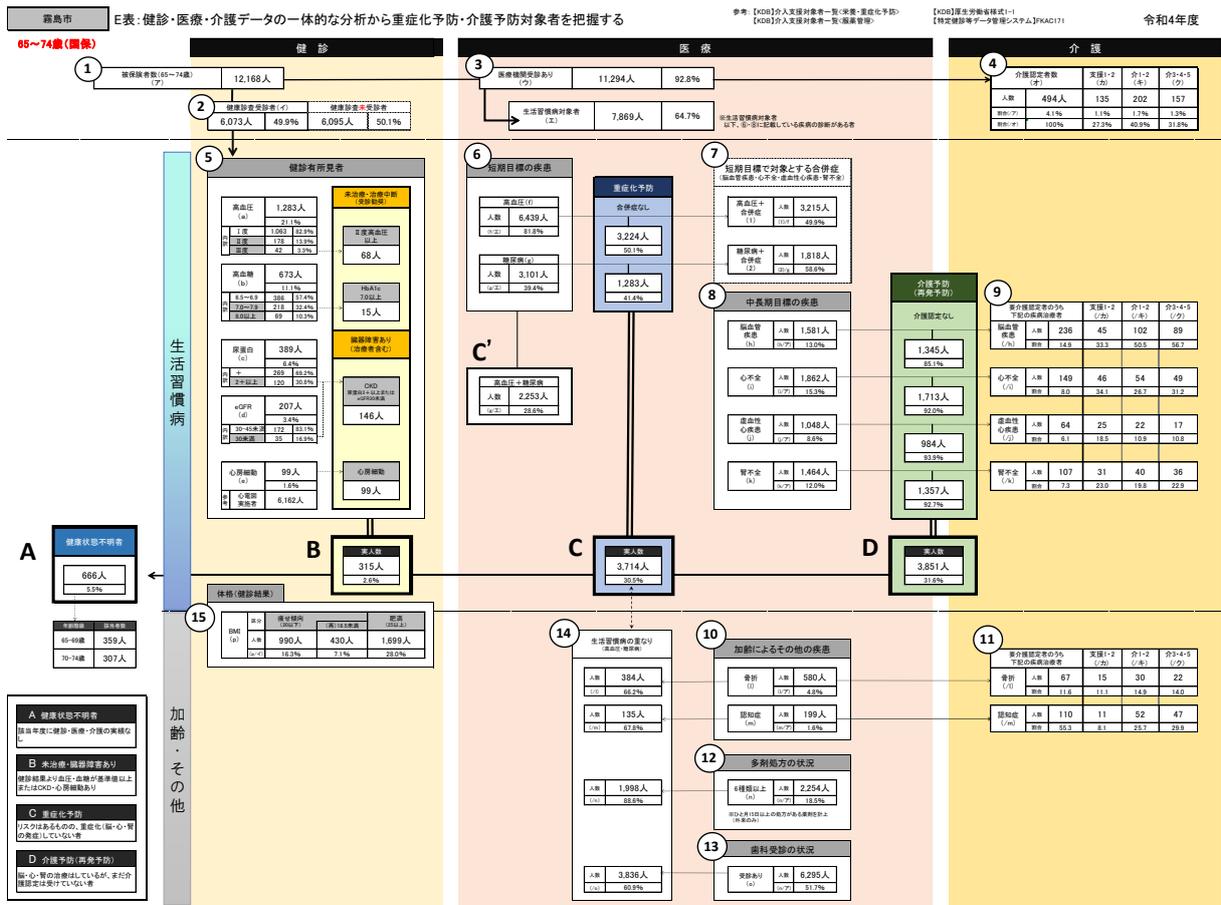
I 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

II 地域を担当する医療専門職を配置

高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、地域のひろば等の通いの場に医療専門職を派遣し、フレイル予防を目的に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79 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



4. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題です。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防は重要です。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。（図表80）

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

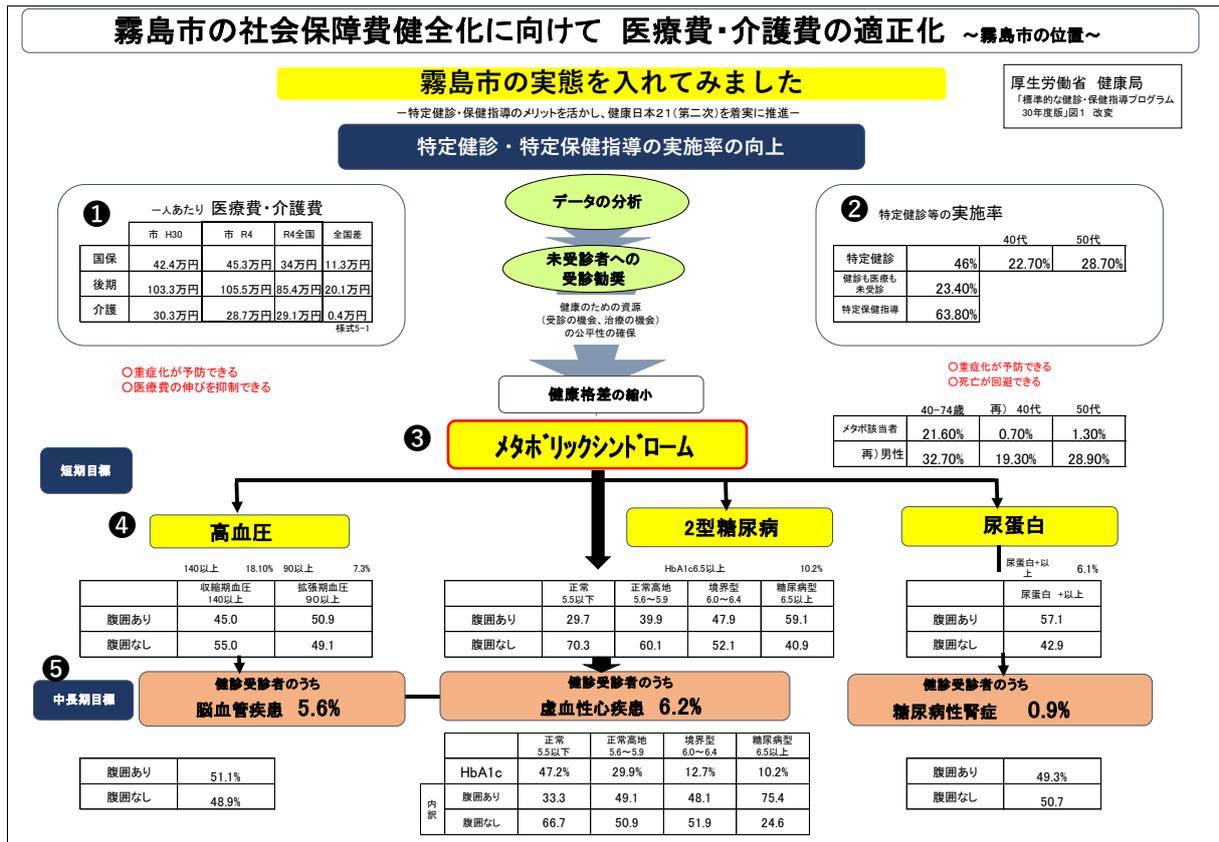
図表80 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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

5. ポピュレーションアプローチ

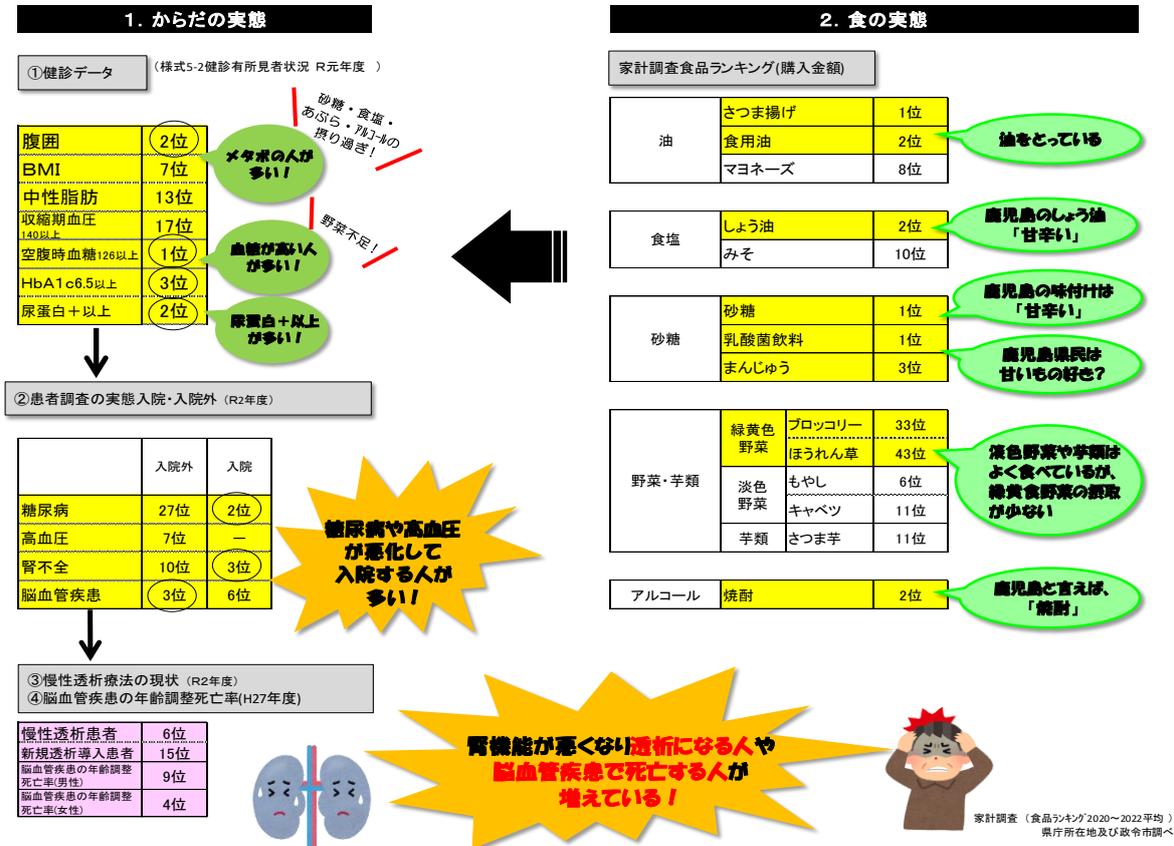
生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表81・82)

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



図表82 統計からみえる鹿児島県民の実態

＜ 鹿児島県民の実態 ＞ 全国ランキング! 鹿児島は何位?



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・介護のデータが収載されるので、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

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱

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り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 国・県・同規模と比べてみた霧島市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1cの年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-Cの年次比較

参考資料1 国・県・同規模と比べてみた霧島市の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた霧島市の位置

令和4年度

項目	保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 人口構成	総人口	120,963		12,282,328		1,543,466	123,214,261	KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題			
		65歳以上(高齢化率)	33,905	28.0	3,577,856	29.1	505,891	32.8		35,335,805	28.7	
		75歳以上	16,980	14.0	--	--	262,354	17.0		18,248,742	14.8	
		65~74歳	16,925	14.0	--	--	243,537	15.8		17,087,063	13.9	
		40~64歳	39,587	32.7	--	--	492,960	31.9		41,545,893	33.7	
	39歳以下	47,471	39.2	--	--	544,615	35.3	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業	5.6		3.3		9.5		4.0	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題		
		第2次産業	27.3		26.7		19.4		25.0			
		第3次産業	67.1		70.0		71.1		71.0			
	③ 平均寿命	男性	80.5		80.8		80.0		80.8	KDB NO.1 地域全体像の把握		
女性		87.2		87.0		86.8		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	80.0		80.2		79.4		80.1	KDB NO.1 地域全体像の把握			
	女性	84.0		84.4		84.3		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比(SMR)								KDB NO.1 地域全体像の把握		
		男性	98.8		99.3		103.1		100			
		女性	93.4		100.7		99.7		100			
		死因	がん	366	46.6	37,540	50.8	5,358	47.1		378,272	50.6
		心臓病	219	27.9	20,268	27.4	3,295	29.0	205,485		27.5	
		脳疾患	117	14.9	10,174	13.8	1,726	15.2	102,900		13.8	
		糖尿病	20	2.5	1,377	1.9	244	2.1	13,896		1.9	
		腎不全	44	5.6	2,639	3.6	471	4.1	26,946		3.6	
		自殺	20	2.5	1,929	2.6	270	2.4	20,171		2.7	
		合計	50				1,790		129,016			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	男性	36	0.7			1,176	0.7	84,891	0.7	厚労省HP 人口動態調査 ※県・全国は人口10万人対、 保険者は国保	
		女性	14	0.3			614	0.3	44,125	0.3		
	3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	6,325	18.8	658,763	18.4	101,053	20.1	6,724,030	19.4	KDB NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者	93	0.3	10,940	0.3	1,591	0.3	110,289	0.3	
			介護度別 総件数	要支援1.2	24,583	17.1	2,077,063	12.7	358,656	15.3	21,785,044	
要介護1.2				72,673	50.4	7,642,184	46.6	1,063,368	45.3	78,107,378	46.3	
要介護3以上				46,875	32.5	6,672,398	40.7	923,149	39.4	68,963,503	40.8	
2号認定者				131	0.33	15,752	0.38	1,817	0.37	156,107	0.38	
② 有病状況			糖尿病	1,424	21.3	162,985	23.6	25,071	23.7	1,712,613	24.3	
		高血圧症	3,878	58.8	361,290	52.5	61,694	59.0	3,744,672	53.3		
		脂質異常症	1,956	29.7	220,989	31.8	34,712	32.8	2,308,216	32.6		
		心臓病	4,371	66.6	407,933	59.3	69,819	66.9	4,224,628	60.3		
		脳疾患	2,022	32.0	153,310	22.6	32,194	31.3	1,568,292	22.6		
		がん	674	10.4	78,258	11.2	12,898	12.3	837,410	11.8		
		筋・骨格	3,942	60.3	358,731	52.1	63,601	61.0	3,748,372	53.4		
精神		2,612	39.9	247,133	36.1	44,293	42.7	2,569,149	36.8			
③ 介護給付費		一人当たり給付費/総給付費	287,484	9,747,140,970	275,832	986,888,262,898	316,197	159,961,256,470	290,668	107,142,712,989	KDB NO.1 地域全体像の把握	
	1件当たり給付費(全体)	67,627		60,207		68,209		59,662				
	居宅サービス	46,882		41,618		44,980		41,272				
	施設サービス	302,786		295,426		298,436		296,364				
	④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	10,288		8,676		10,143		8,610			
認定あり	4,514		4,007		4,611		4,020					
4	① 国保の状況	被保険者数	24,326		2,500,428		356,708		27,488,882	KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況		
		65~74歳	12,178	50.1			172,817	48.4	11,129,271		40.5	
		40~64歳	6,891	28.3			107,061	30.0	9,088,015		33.1	
		39歳以下	5,257	21.6			76,830	21.5	7,271,596		26.5	
	加入率	20.1		20.4		23.1		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	15	0.6	825	0.3	234	0.7	8,237	0.3		
		診療所数	97	4.0	9,194	3.7	1,368	3.8	102,599	3.7		
		病床数	2,237	92.0	154,913	62.0	32,164	90.2	1,507,471	54.8		
		医師数	218	9.0	28,704	11.5	4,653	13.0	339,611	12.4		
		外来患者数	791.7		707.3		755.6		687.6			
		入院患者数	31.2		19.1		30.3		17.7			
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	452,577		359,130		444,085		339,680	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握		
		受診率	822.953		726.377		785.808		705.439			
		外 費用の割合	50.7		59.4		52.0		60.4			
		来 件数の割合	96.2		97.4		96.2		97.5			
入 費用の割合		49.3		40.6		48.0		39.6				
院 件数の割合		3.8		2.6		3.8		2.5				
1件あたり在院日数		18.8日		16.3日		18.4日		15.7日				

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療費源病名 (該当含む)	がん	1,397,260,800	24.0	31.8	27.4	32.2	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題									
			慢性腎不全(透析あり)	685,858,940	11.8	8.5	10.1	8.2										
			糖尿病	544,262,890	9.4	10.4	9.5	10.4										
			高血圧症	302,397,400	5.2	5.9	5.4	5.9										
			脂質異常症	156,257,230	2.7	4.0	3.0	4.1										
			脳梗塞・脳出血	304,768,090	5.3	4.0	4.6	3.9										
			狭心症・心筋梗塞	151,308,200	2.6	2.9	2.8	2.8										
			精神	1,151,583,910	19.8	15.4	18.2	14.7										
			筋・骨格	1,025,099,130	17.6	16.2	18.0	16.7										
			5	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	557		0.2	283	0.2	449	0.2	256	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中 分類)	
糖尿病	2,553	1.1					1,237	0.8	1,980	0.9	1,144	0.9						
脂質異常症	140	0.1					58	0.0	81	0.0	53	0.0						
脳梗塞・脳出血	10,448	4.7					6,607	4.5	8,934	4.2	5,993	4.5						
虚血性心疾患	5,230	2.3					4,287	2.9	5,262	2.5	3,942	2.9						
腎不全	11,812	5.3					4,488	3.1	8,626	4.0	4,051	3.0						
一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	高血圧症					11,873	5.2	10,917	5.1	12,272	5.3	10,143	4.9				
		糖尿病					20,302	8.8	18,942	8.9	20,864	9.0	17,720	8.6				
		脂質異常症					6,283	2.7	7,585	3.6	6,969	3.0	7,092	3.5				
		脳梗塞・脳出血					2,080	0.9	922	0.4	1,546	0.7	825	0.4				
		虚血性心疾患	2,170	0.9	1,857	0.9	2,274	1.0	1,722	0.8								
		腎不全	30,601	13.3	17,549	8.2	25,661	11.1	15,781	7.7								
6	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	3,656		2,187		3,342		2,031	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題						
				健診未受診者	14,621		13,404		14,258		13,295							
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	9,627		6,461		9,072		6,142							
				健診未受診者	38,497		39,594		38,697		40,210							
7	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	4,184	53.2	369,173	57.4	59,555	55.9	3,698,441	56.9	KDB NO.1 地域全体像の把握						
			医療機関受診率	3,888	49.4	337,570	52.5	55,033	51.6	3,375,719	51.9							
			医療機関非受診率	298	3.8	31,603	4.9	4,522	4.2	322,722	5.0							
			5	①-⑱	特定健診の 状況 県内市町村数 45市町村 同規模市区町村数 103市町村	メタボ	健診受診者	7,870		643,027			106,558		6,503,152	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握		
							受診率	45.4		37.0			42.2		35.3			
							特定保健指導終了者(実施率)	391	54.8	7452	10.1		3,003	28.1	69,327		9.0	
							非肥満高血糖	593	7.5	58,459	9.1		10,004	9.4	588,083		9.0	
							該当者	1,694	21.5	133,622	20.8		23,256	21.8	1,321,197		20.3	
								男性	1,106	32.6	91,199		32.9	15,707	33.2		923,222	32.0
								女性	588	13.1	42,423		11.6	7,549	12.8		397,975	11.0
予備群	981	12.5						72,427	11.3	12,927	12.1	730,607	11.2					
男性	628	18.5					49,868	18.0	8,642	18.2	515,813	17.9						
	女性	353					7.9	22,559	6.2	4,285	7.2	214,794	5.9					
総数	2,995	38.1					227,022	35.3	40,073	37.6	2,273,296	35.0						
	男性	1,928	56.9	155,069	55.9	26,835	56.7	1,592,747	55.3									
女性	1,067	23.8	71,953	19.7	13,238	22.4	680,549	18.8										
メタボ 該当 ・ 予備群 レベル	BMI	総数	368	4.7	30,150	4.7	5,250	4.9	304,276	4.7								
		男性	47	1.4	4,434	1.6	764	1.6	48,780	1.7								
		女性	321	7.2	25,716	7.0	4,486	7.6	255,496	7.1								
		血糖のみ	45	0.6	3,914	0.6	788	0.7	41,541	0.6								
		血圧のみ	725	9.2	51,478	8.0	9,545	9.0	514,593	7.9								
		脂質のみ	211	2.7	17,035	2.6	2,594	2.4	174,473	2.7								
		血糖・血圧	252	3.2	19,126	3.0	4,031	3.8	193,722	3.0								
		血糖・脂質	85	1.1	6,658	1.0	1,133	1.1	67,212	1.0								
		血圧・脂質	846	10.7	64,495	10.0	10,450	9.8	630,648	9.7								
		血糖・血圧・脂質	511	6.5	43,343	6.7	7,642	7.2	429,615	6.6								
6	①-⑥	問診の状況	服薬 既往歴	高血圧	3,530	44.9	238,207	37.1	47,132	44.2	2,324,538	35.8	KDB NO.1 地域全体像の把握					
				糖尿病	923	11.7	57,544	9.0	12,307	11.6	564,473	8.7						
				脂質異常症	2,168	27.5	188,696	29.4	30,413	28.5	1,817,350	28.0						
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	441	6.2	20,815	3.4	4,949	4.7	199,003	3.1						
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	485	6.9	35,964	5.8	7,419	7.1	349,845	5.5						
				腎不全	67	0.9	5,142	0.8	1,880	1.8	51,680	0.8						
7	③-⑭	生活習慣の 状況	喫煙	週3回以上朝食を抜く	609	8.6	52,987	9.2	9,484	9.0	609,166	10.3	KDB NO.1 地域全体像の把握					
				週3回以上朝食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0						
				週3回以上就寝前夕食(H30～)	1,180	16.7	82,155	14.2	18,414	17.6	932,218	15.7						
				週3回以上就寝前夕食	1,180	16.7	82,155	14.2	18,414	17.6	932,218	15.7						
				食べる速度が速い	1,689	23.9	150,384	26.0	26,948	25.7	1,590,713	26.8						
				20歳時体重から10kg以上増加	2,562	36.2	201,748	34.9	37,872	36.1	2,083,152	34.9						
				1回30分以上運動習慣なし	3,804	53.8	338,294	58.6	59,633	56.9	3,589,415	60.3						
				1日1時間以上運動なし	3,292	46.5	280,773	48.6	47,988	45.8	2,858,913	48.0						
				睡眠不足	1,711	24.2	140,427	24.4	23,137	22.1	1,521,685	25.6						
				毎日飲酒	1,824	25.8	145,355	23.9	26,824	25.6	1,585,206	25.5						
				時々飲酒	1,449	20.5	131,329	21.6	22,580	21.5	1,393,154	22.4						
				日 飲 酒 量	1合未満	3,354	68.4	286,400	67.0	40,060	62.9	2,851,798		64.2				
					1～2合	1,202	24.5	95,668	22.4	18,006	28.3	1,053,317		23.7				
					2～3合	291	5.9	35,864	8.4	4,817	7.6	414,658		9.3				
3合以上	54	1.1	9,271		2.2	813	1.3	122,039	2.7									

4. 75歳以上(後期)

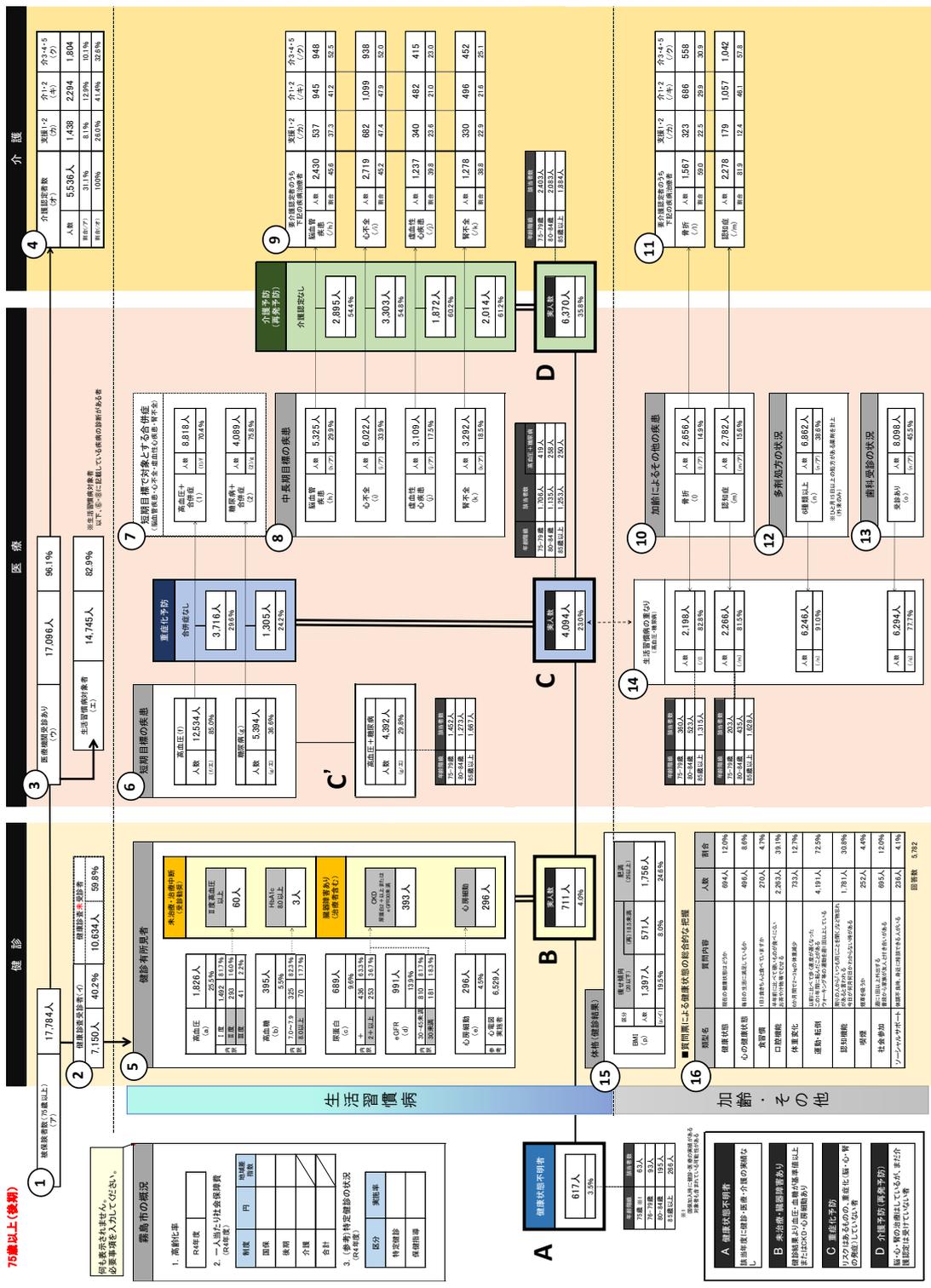
令和4年度

【60】健康状態不明者
【61】特定高齢者(75歳以上)の介護予防
【62】介護予防対象者
【63】介護予防対象者(要介護1・2)
【64】介護予防対象者(要介護3・4・5)

【65】健康状態不明者
【66】特定高齢者(75歳以上)の介護予防
【67】介護予防対象者
【68】介護予防対象者(要介護1・2)
【69】介護予防対象者(要介護3・4・5)

【70】健康状態不明者
【71】特定高齢者(75歳以上)の介護予防
【72】介護予防対象者
【73】介護予防対象者(要介護1・2)
【74】介護予防対象者(要介護3・4・5)

【75】健康状態不明者
【76】特定高齢者(75歳以上)の介護予防
【77】介護予防対象者
【78】介護予防対象者(要介護1・2)
【79】介護予防対象者(要介護3・4・5)



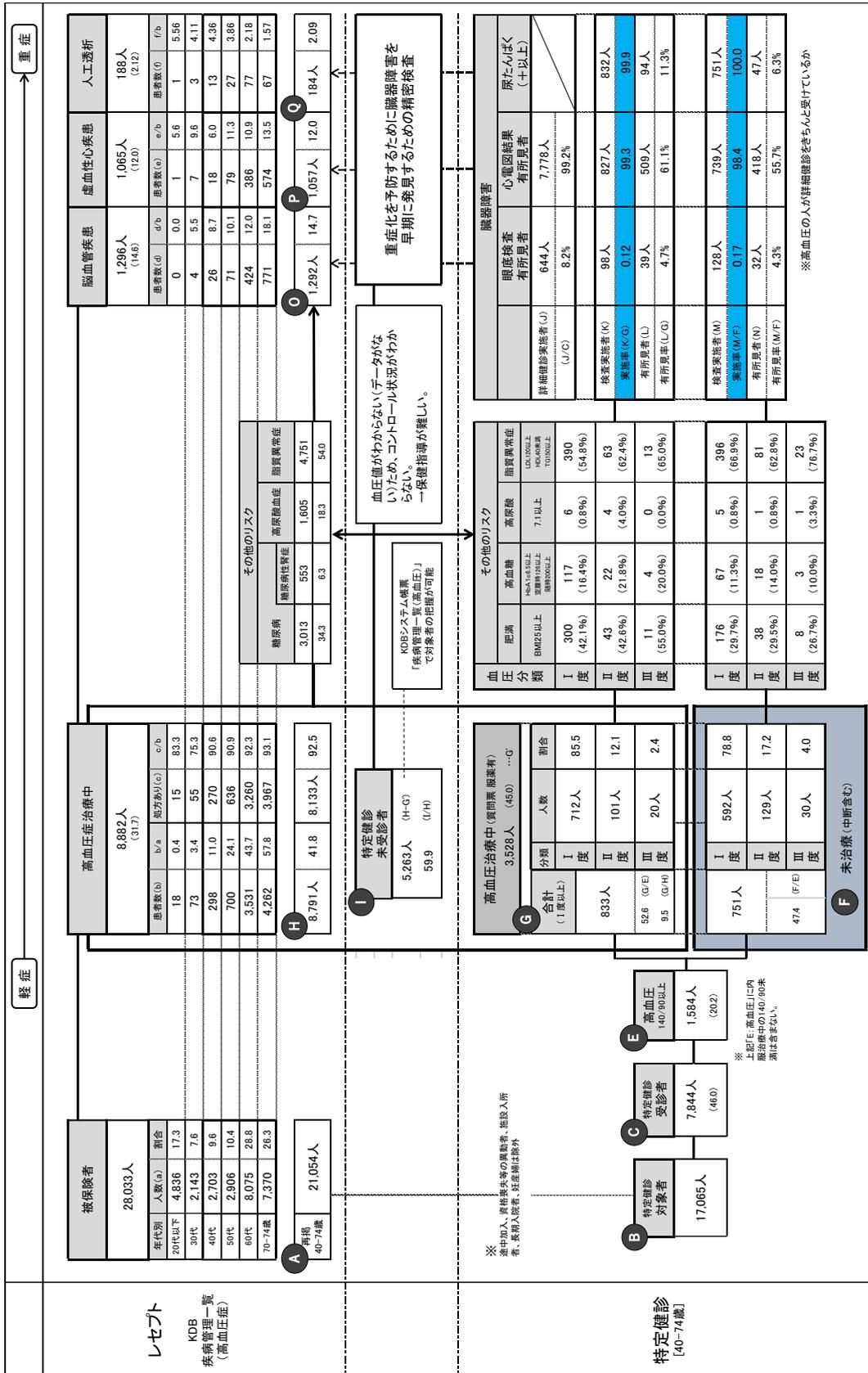
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突出表	霧島市										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	27,121人		26,417人		26,031人		25,942人		25,348人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳	20,772人		20,353人		20,115人		20,286人		19,964人						
2	①	対象者数	18,525人		18,125人		18,145人		17,451人		17,314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	8,955人		8,936人		8,949人		8,559人		8,236人						
	③	受診率	48.3%		49.3%		49.3%		49.0%		47.6%						
3	①	特定 保健指導 対象者数	4人		821人		768人		734人		711人						
	②	実施率	67.7%		63.7%		64.1%		60.5%		55.3%						
4	健診 データ	①	糖尿病型	1,345人	15.0%	1,330人	14.9%	1,441人	16.1%	1,377人	16.1%	1,309人	15.9%			特定健診結果	
		②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	386人	28.7%	352人	26.5%	377人	26.2%	344人	25.0%	350人	26.7%				
		③	治療中(質問票 服薬あり)	959人	71.3%	978人	73.5%	1,064人	73.8%	1,033人	75.0%	959人	73.3%				
		④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	コントロール不良	464人	48.4%	422人	43.1%	465人	43.7%	489人	47.3%	408人	42.5%			
		⑤		血圧 130/80以上	270人	58.2%	252人	59.7%	279人	60.0%	280人	57.3%	232人	56.9%			
		⑥		肥満 BMI25以上	218人	47.0%	207人	49.1%	225人	48.4%	226人	46.2%	196人	48.0%			
		⑦		コントロール良 HbA1c1.0未満かつ空腹時血糖130未満	495人	51.6%	556人	56.9%	599人	56.3%	544人	52.7%	551人	57.5%			
		⑧	第1期 尿蛋白(-)	916人	68.1%	934人	70.2%	1,059人	73.5%	988人	71.8%	939人	71.7%				
		⑨	第2期 尿蛋白(±)	220人	16.4%	191人	14.4%	192人	13.3%	195人	14.2%	184人	14.1%				
		⑩	第3期 尿蛋白(+)	190人	14.1%	184人	13.8%	171人	11.9%	176人	12.8%	171人	13.1%				
		⑪	第4期 eGFR30未満	16人	1.2%	19人	1.4%	19人	1.3%	18人	1.3%	15人	1.1%				
5	レセプト	①	糖尿病受療率(被保険者対)	112.4人		111.3人		107.9人		111.7人		116.7人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		②	(再掲)40-74歳(被保険者対)	145.0人		142.4人		137.8人		141.3人		146.6人					
		③	レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者対	入院外(件数)	18,669件 (940.2)		19,011件 (951.0)		20,012件 (1017.7)		19,738件 (1035.1)		1,663,960件 (868.5)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
		④		入院(件数)	113件 (5.7)		79件 (4.0)		100件 (5.1)		103件 (5.4)		6,923件 (3.6)				
		⑤	糖尿病治療中	3,049人	11.2%	2,941人	11.1%	2,809人	10.8%	2,897人	11.2%	2,958人	11.7%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		⑥	(再掲)40-74歳	3,011人	14.5%	2,899人	14.2%	2,772人	13.8%	2,867人	14.1%	2,926人	14.7%				
		⑦	健診未受診者	2,052人	68.2%	1,940人	66.9%	1,708人	61.6%	1,834人	64.0%	1,967人	67.2%				
		⑧	インスリン治療	250人	8.2%	241人	8.2%	226人	8.0%	233人	8.0%	235人	7.9%				
		⑨	(再掲)40-74歳	241人	8.0%	233人	8.0%	220人	7.9%	229人	8.0%	231人	7.9%				
		⑩	糖尿病性腎症	284人	9.3%	307人	10.4%	345人	12.3%	438人	15.1%	464人	15.7%				
		⑪	(再掲)40-74歳	280人	9.3%	304人	10.5%	341人	12.3%	437人	15.2%	461人	15.8%				
		⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	80人	2.6%	91人	3.1%	90人	3.2%	94人	3.2%	87人	2.9%				
		⑬	(再掲)40-74歳	80人	2.7%	89人	3.1%	88人	3.2%	93人	3.2%	85人	2.9%				
		⑭	新規透析患者数	41		43		51		36		33					
		⑮	(再掲)糖尿病性腎症	20	48.8	11	25.6	22	43.1	16	44.4	11	33.3				
		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)	64人	1.8%	62人	1.7%	63人	1.8%	59人	1.7%	62人	1.7%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期			
6	医療費	①	総医療費	112億0450万円		111億6344万円		107億6940万円		109億8417万円		110億0938万円		87億1825万円		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	60億1122万円		60億1011万円		57億8778万円		59億3668万円		58億1114万円		46億0048万円			
		③	(総医療費に占める割合)	53.7%		53.8%		53.7%		54.0%		52.8%		52.8%			
		④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	10,780円		11,153円		10,048円		9,926円		9,627円		6,461円		
		⑤		健診未受診者	35,604円		36,568円		36,564円		38,042円		38,497円		39,594円		
		⑥	糖尿病医療費	5億1514万円		4億8916万円		4億9721万円		5億3199万円		5億4426万円		4億7740万円			
		⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	8.6%		8.1%		8.6%		9.0%		9.4%		10.4%			
		⑧	糖尿病入院外総医療費	14億8986万円		14億9842万円		14億9690万円		15億7238万円		15億6688万円					
		⑨	1件あたり	36,084円		36,678円		36,825円		37,968円		38,394円					
		⑩	糖尿病入院総医療費	14億0597万円		13億6238万円		12億5202万円		13億4439万円		13億4627万円					
		⑪	1件あたり	588,027円		616,741円		594,500円		598,039円		675,162円					
		⑫	在院日数	19日		19日		19日		18日		18日					
		⑬	慢性腎不全医療費	7億9948万円		8億2474万円		8億2065万円		8億3805万円		7億4439万円		4億1714万円			
		⑭	透析有り	7億4527万円		7億6846万円		7億7570万円		7億6477万円		6億8586万円		3億9180万円			
		⑮	透析なし	5421万円		5628万円		4494万円		7328万円		5853万円		2534万円			
7	①	介護 介護給付費	95億8028万円		96億4032万円		97億9178万円		96億9284万円		97億4714万円		95億8144万円				
		②	(2号認定者)糖尿病合併症	11件 12.9%		11件 13.8%		13件 14.0%		8件 10.0%		9件 13.0%					
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	18人 1.4%		17人 1.3%		10人 0.8%		7人 0.5%		20人 1.4%		2,639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5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和4年度

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

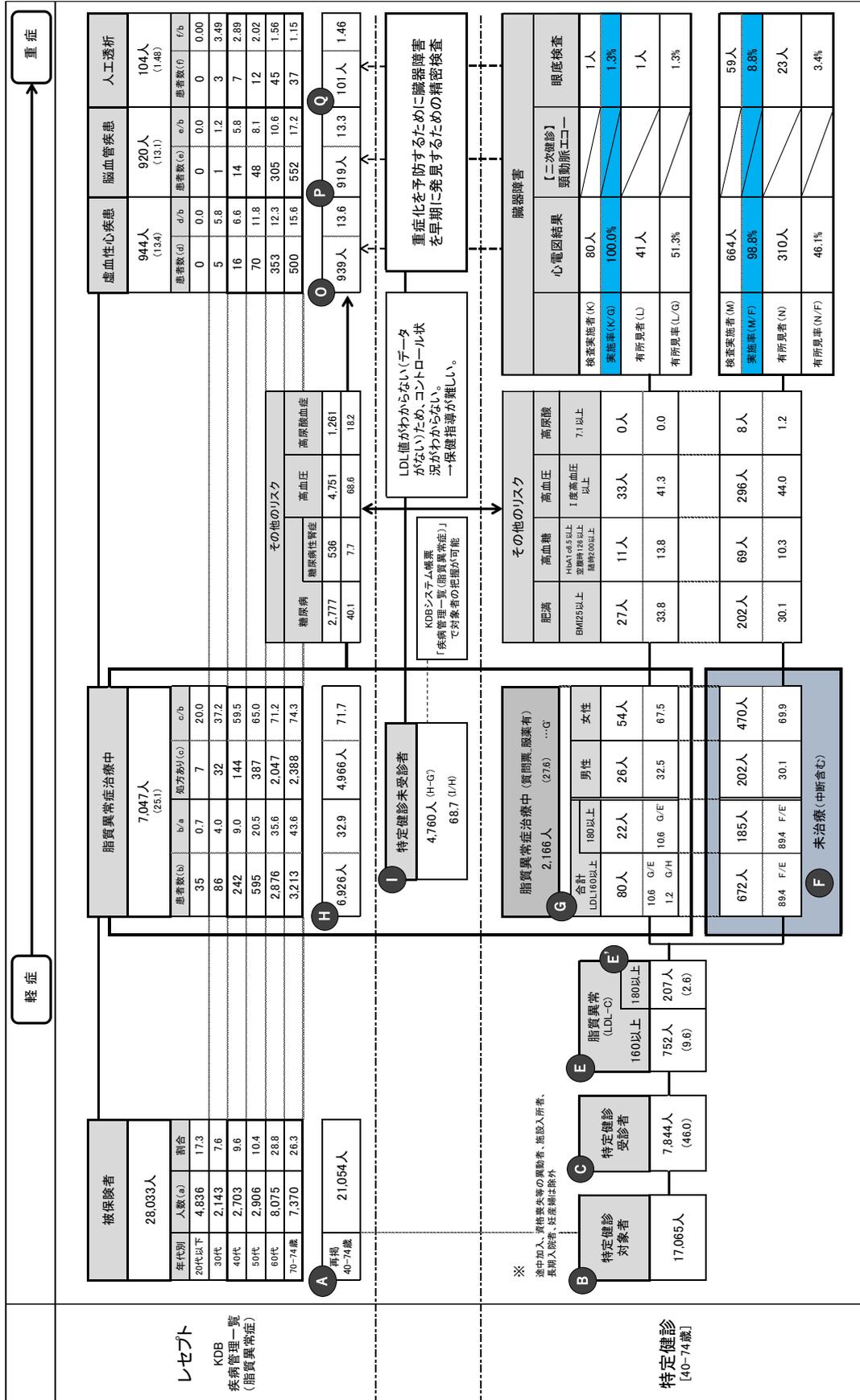


※レセプト情報は、該当年度に資格がある者(計上(年度途中の加入者や年度末時点に資格を喪失している者も含む))
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB構築」介入対象対象者一覧(薬療・重症化予防)」から集計

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

脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和4年度



参考資料7 HbA1Cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない	糖尿病										
							合併症予防の 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								
		5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5～6.9	7.0～7.9	8.0以上	7.4以上	8.4以上								
A		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
H29	8,387	3,333	39.7%	2,720	32.4%	1,334	15.9%	515	6.1%	365	4.4%	120	1.4%	280	3.3%	81	1.0%
H30	8,633	4,140	48.0%	2,534	29.4%	1,109	12.8%	449	5.2%	291	3.4%	110	1.3%	221	2.6%	75	0.9%
R01	8,575	4,377	51.0%	2,402	28.0%	990	11.5%	435	5.1%	274	3.2%	97	1.1%	202	2.4%	67	0.8%
R02	8,580	4,483	52.2%	2,273	26.5%	971	11.3%	438	5.1%	298	3.5%	117	1.4%	239	2.8%	85	1.0%
R03	8,204	4,048	49.3%	2,348	28.6%	985	12.0%	414	5.0%	315	3.8%	94	1.1%	240	2.9%	58	0.7%
R04	7,828	3,684	47.1%	2,342	29.9%	998	12.7%	439	5.6%	273	3.5%	92	1.2%	209	2.7%	67	0.9%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすい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	65以上			再掲		割合
					再)7.0以上	未治療	治療	割合	割合	
H29	8,387	3,333 39.7%	2,720 32.4%	1,334 15.9%	1,000	406	594	5.8%	11.9%	
					485 5.8%	148 30.5%	337 69.5%			
H30	8,633	4,140 48.0%	2,534 29.4%	1,109 12.8%	850	283	567	4.6%	9.8%	
					401 4.6%	94 23.4%	307 76.6%			
R01	8,575	4,377 51.0%	2,402 28.0%	990 11.5%	806	260	546	4.3%	9.4%	
					371 4.3%	90 24.3%	281 75.7%			
R02	8,580	4,483 52.2%	2,273 26.5%	971 11.3%	853	259	594	4.8%	9.9%	
					415 4.8%	96 23.1%	319 76.9%			
R03	8,204	4,048 49.3%	2,348 28.6%	985 12.0%	823	236	587	5.0%	10.0%	
					409 5.0%	80 19.6%	329 80.4%			
R04	7,828	3,684 47.1%	2,342 29.9%	998 12.7%	804	262	542	4.7%	10.8%	
					365 4.7%	84 23.0%	281 77.0%			

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない	糖尿病												
							合併症予防の 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										
		5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5～6.9	7.0～7.9	8.0以上	7.4以上	8.4以上										
A		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		
治療中	H29	879	10.5%	22	2.5%	89	10.1%	174	19.8%	257	29.2%	259	29.5%	78	8.9%	191	21.7%	48	5.5%
	H30	929	10.8%	21	2.3%	92	9.9%	249	26.8%	260	28.0%	227	24.4%	80	8.6%	166	17.9%	53	5.7%
	R01	952	11.1%	25	2.6%	111	11.7%	270	28.4%	265	27.8%	206	21.6%	75	7.9%	158	16.6%	47	4.9%
	R02	1,039	12.1%	42	4.0%	115	11.1%	288	27.7%	275	26.5%	237	22.8%	82	7.9%	180	17.3%	58	5.6%
	R03	998	12.2%	24	2.4%	100	10.0%	287	28.8%	258	25.9%	257	25.8%	72	7.2%	190	19.0%	41	4.1%
R04	920	11.8%	32	3.5%	91	9.9%	255	27.7%	261	28.4%	217	23.6%	64	7.0%	163	17.7%	41	4.5%	
治療なし	H29	7,508	89.5%	3,311	44.1%	2,631	35.0%	1,160	15.5%	258	3.4%	106	1.4%	42	0.6%	89	1.2%	33	0.4%
	H30	7,704	89.2%	4,119	53.5%	2,442	31.7%	860	11.2%	189	2.5%	64	0.8%	30	0.4%	55	0.7%	22	0.3%
	R01	7,623	88.9%	4,352	57.1%	2,291	30.1%	720	9.4%	170	2.2%	68	0.9%	22	0.3%	44	0.6%	20	0.3%
	R02	7,541	87.9%	4,441	58.9%	2,158	28.6%	683	9.1%	163	2.2%	61	0.8%	35	0.5%	59	0.8%	27	0.4%
	R03	7,206	87.8%	4,024	55.8%	2,248	31.2%	698	9.7%	156	2.2%	58	0.8%	22	0.3%	50	0.7%	17	0.2%
R04	6,908	88.2%	3,652	52.9%	2,251	32.6%	743	10.8%	178	2.6%	56	0.8%	28	0.4%	46	0.7%	26	0.4%	

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	8,400	2,346	27.9%	1,779	21.2%	2,505	29.8%	1,478	17.6%	252	3.0%	40	0.5%
H30	8,642	2,362	27.3%	1,892	21.9%	2,635	30.5%	1,464	16.9%	251	2.9%	38	0.4%
R01	8,586	2,426	28.3%	1,861	21.7%	2,609	30.4%	1,395	16.2%	252	2.9%	43	0.5%
R02	8,589	2,256	26.3%	1,856	21.6%	2,716	31.6%	1,456	17.0%	259	3.0%	46	0.5%
R03	8,211	2,137	26.0%	1,757	21.4%	2,564	31.2%	1,466	17.9%	246	3.0%	41	0.5%
R04	7,844	2,128	27.1%	1,677	21.4%	2,455	31.3%	1,304	16.6%	230	2.9%	50	0.6%

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	
					再)Ⅲ度高血圧	再掲			
						未治療	治療		
H29	8,400	4,125 49.1%	2,505 29.8%	1,478 17.6%	292 3.5%	151 51.7%	141 48.3%	0.5%	3.5%
H30	8,642	4,254 49.2%	2,635 30.5%	1,464 16.9%	289 3.3%	154 53.3%	135 46.7%	0.4%	3.3%
R01	8,586	4,287 49.9%	2,609 30.4%	1,395 16.2%	295 3.4%	151 51.2%	144 48.8%	0.5%	3.4%
R02	8,589	4,112 47.9%	2,716 31.6%	1,456 17.0%	305 3.6%	158 51.8%	147 48.2%	0.5%	3.6%
R03	8,211	3,894 47.4%	2,564 31.2%	1,466 17.9%	287 3.5%	158 55.1%	129 44.9%	0.5%	3.5%
R04	7,844	3,805 48.5%	2,455 31.3%	1,304 16.6%	280 3.6%	159 56.8%	121 43.2%	0.6%	3.6%

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	3,519	41.9%	531	15.1%	765	21.7%	1,263	35.9%	819	23.3%	128	3.6%	13	0.4%
	H30	3,637	42.1%	559	15.4%	827	22.7%	1,326	36.5%	790	21.7%	122	3.4%	13	0.4%
	R01	3,665	42.7%	617	16.8%	829	22.6%	1,308	35.7%	767	20.9%	125	3.4%	19	0.5%
	R02	3,803	44.3%	553	14.5%	830	21.8%	1,425	37.5%	848	22.3%	127	3.3%	20	0.5%
	R03	3,685	44.9%	576	15.6%	795	21.6%	1,335	36.2%	850	23.1%	112	3.0%	17	0.5%
	R04	3,528	45.0%	623	17.7%	752	21.3%	1,320	37.4%	712	20.2%	101	2.9%	20	0.6%
治療なし	H29	4,881	58.1%	1,815	37.2%	1,014	20.8%	1,242	25.4%	659	13.5%	124	2.5%	27	0.6%
	H30	5,005	57.9%	1,803	36.0%	1,065	21.3%	1,309	26.2%	674	13.5%	129	2.6%	25	0.5%
	R01	4,921	57.3%	1,809	36.8%	1,032	21.0%	1,301	26.4%	628	12.8%	127	2.6%	24	0.5%
	R02	4,786	55.7%	1,703	35.6%	1,026	21.4%	1,291	27.0%	608	12.7%	132	2.8%	26	0.5%
	R03	4,526	55.1%	1,561	34.5%	962	21.3%	1,229	27.2%	616	13.6%	134	3.0%	24	0.5%
	R04	4,316	55.0%	1,505	34.9%	925	21.4%	1,135	26.3%	592	13.7%	129	3.0%	30	0.7%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常			保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		120未満			120～139		140～159		160～179		180以上	
		人数	割合	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	8,400	4,024	47.9%	2,164	25.8%	1,332	15.9%	578	6.9%	302	3.6%
	H30	8,642	4,237	49.0%	2,109	24.4%	1,409	16.3%	579	6.7%	308	3.6%
	R01	8,586	4,225	49.2%	2,094	24.4%	1,377	16.0%	601	7.0%	289	3.4%
	R02	8,589	4,553	53.0%	2,069	24.1%	1,247	14.5%	469	5.5%	251	2.9%
	R03	8,211	4,277	52.1%	1,990	24.2%	1,196	14.6%	506	6.2%	242	2.9%
	R04	7,844	4,027	51.3%	1,893	24.1%	1,172	14.9%	545	6.9%	207	2.6%
男性	H29	3,616	2,005	55.4%	869	24.0%	491	13.6%	176	4.9%	75	2.1%
	H30	3,731	2,124	56.9%	866	23.2%	486	13.0%	166	4.4%	89	2.4%
	R01	3,711	2,133	57.5%	834	22.5%	500	13.5%	168	4.5%	76	2.0%
	R02	3,765	2,274	60.4%	830	22.0%	444	11.8%	142	3.8%	75	2.0%
	R03	3,629	2,147	59.2%	814	22.4%	432	11.9%	158	4.4%	78	2.1%
	R04	3,381	1,956	57.9%	783	23.2%	414	12.2%	167	4.9%	61	1.8%
女性	H29	4,784	2,019	42.2%	1,295	27.1%	841	17.6%	402	8.4%	227	4.7%
	H30	4,911	2,113	43.0%	1,243	25.3%	923	18.8%	413	8.4%	219	4.5%
	R01	4,875	2,092	42.9%	1,260	25.8%	877	18.0%	433	8.9%	213	4.4%
	R02	4,824	2,279	47.2%	1,239	25.7%	803	16.6%	327	6.8%	176	3.6%
	R03	4,582	2,130	46.5%	1,176	25.7%	764	16.7%	348	7.6%	164	3.6%
	R04	4,463	2,071	46.4%	1,110	24.9%	758	17.0%	378	8.5%	146	3.3%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	割合
					再180以上	未治療	治療		
H29	8,400	4,024	2,164	1,332	880	790	90	10.5%	3.6%
					302	279	23		
H30	8,642	4,237	2,109	1,409	887	794	93	10.3%	3.6%
					308	281	27		
R01	8,586	4,225	2,094	1,377	890	787	103	10.4%	3.4%
					289	263	26		
R02	8,589	4,553	2,069	1,247	720	637	83	8.4%	2.9%
					251	224	27		
R03	8,211	4,277	1,990	1,196	748	672	76	9.1%	2.9%
					242	221	21		
R04	7,844	4,027	1,893	1,172	752	672	80	9.6%	2.6%
					207	185	22		

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	1,993	23.7%	1,276	64.0%	433	21.7%	194	9.7%	67	3.4%	23	1.2%
	H30	2,080	24.1%	1,395	67.1%	415	20.0%	177	8.5%	66	3.2%	27	1.3%
	R01	2,158	25.1%	1,446	67.0%	408	18.9%	201	9.3%	77	3.6%	26	1.2%
	R02	2,336	27.2%	1,678	71.8%	412	17.6%	163	7.0%	56	2.4%	27	1.2%
	R03	2,292	27.9%	1,636	71.4%	426	18.6%	154	6.7%	55	2.4%	21	0.9%
	R04	2,166	27.6%	1,541	71.1%	387	17.9%	158	7.3%	58	2.7%	22	1.0%
治療なし	H29	6,407	76.3%	2,748	42.9%	1,731	27.0%	1,138	17.8%	511	8.0%	279	4.4%
	H30	6,562	75.9%	2,842	43.3%	1,694	25.8%	1,232	18.8%	513	7.8%	281	4.3%
	R01	6,428	74.9%	2,779	43.2%	1,686	26.2%	1,176	18.3%	524	8.2%	263	4.1%
	R02	6,253	72.8%	2,875	46.0%	1,657	26.5%	1,084	17.3%	413	6.6%	224	3.6%
	R03	5,919	72.1%	2,641	44.6%	1,564	26.4%	1,042	17.6%	451	7.6%	221	3.7%
	R04	5,678	72.4%	2,486	43.8%	1,506	26.5%	1,014	17.9%	487	8.6%	185	3.3%