

宇土市国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)
令和6年度～令和11年度

宇土市国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化10

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)38

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

第4章 課題解決するための個別保健事業46

- 1 保健事業の方向性

- 2 重症化予防の取組
 - (1)脳血管疾患予防
 - (2)糖尿病性腎症重症化予防
 - (3)メタボリックシンドローム重症化予防
 - (4)虚血性心疾患予防

3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

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73

- 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74

- 1 計画の公表・周知
- 2 個人情報の取扱い

参考資料75

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)を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

またその後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針^{※3}2020(骨太方針2020)」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当たり、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当たり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

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

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

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

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

2 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

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

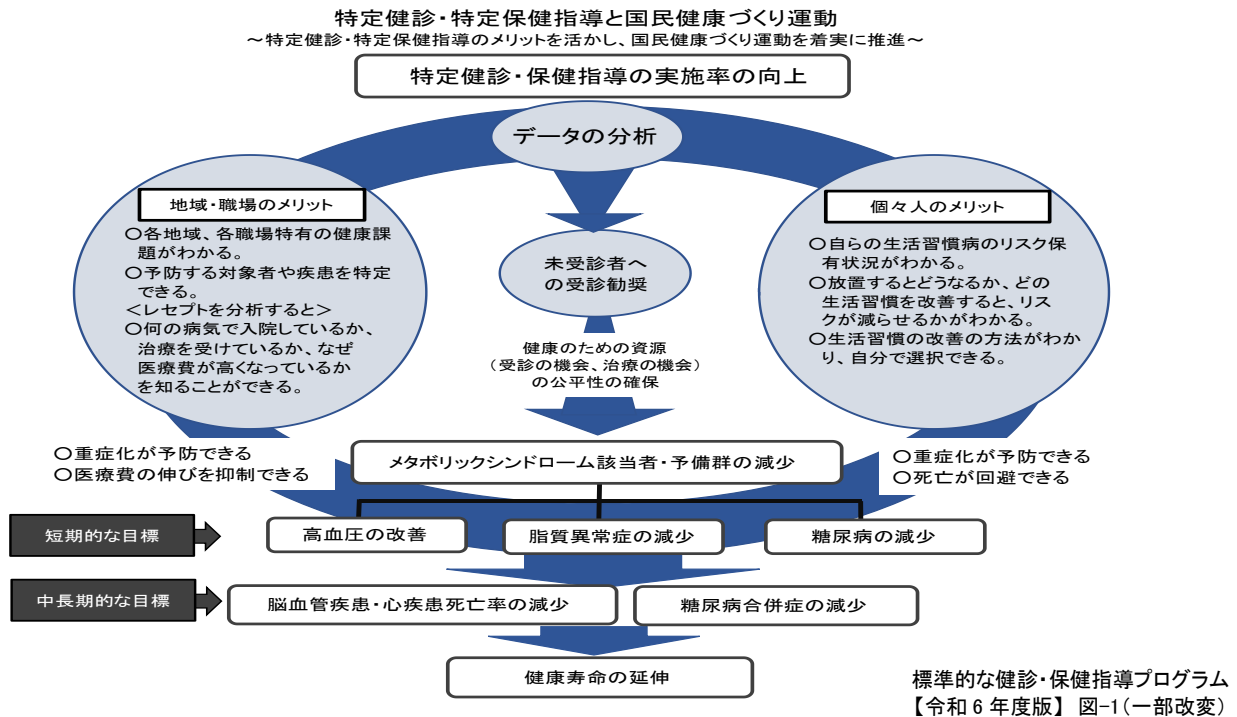
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

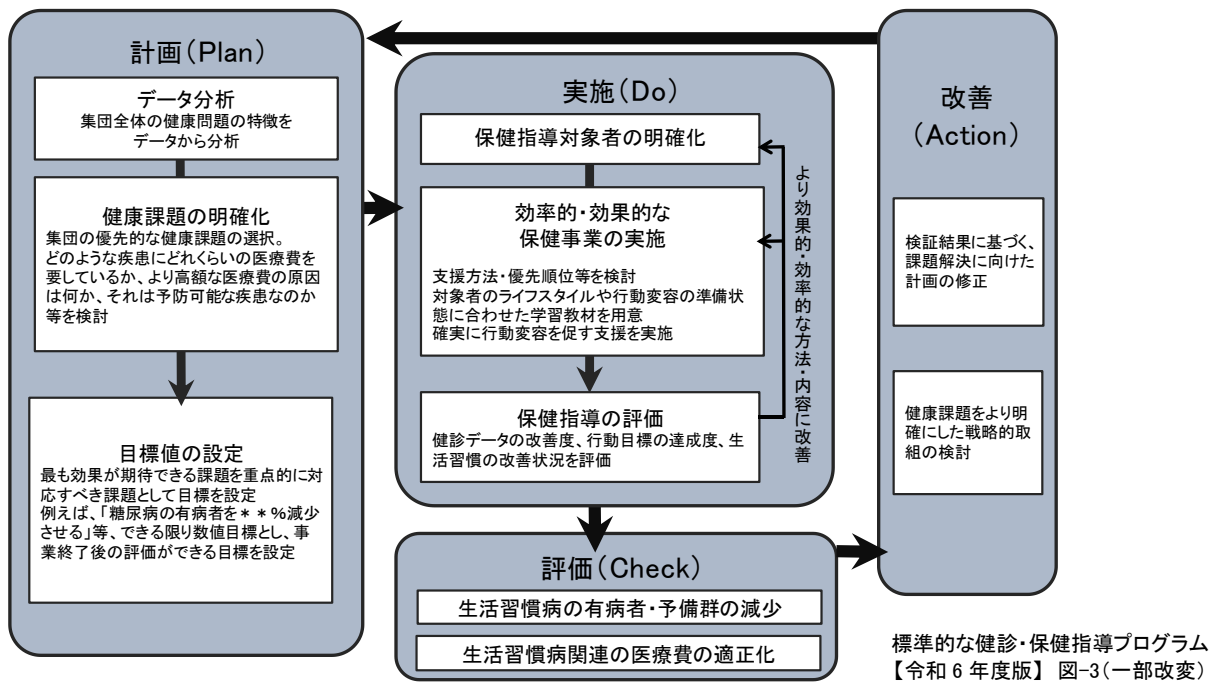
	健康増進計画		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画	
	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画				
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第160条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5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 導の効率的かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかに心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るた めの保健事業実施計画を策定、保健 事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・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、老年症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 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社会とつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健康診査実施率	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 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携	地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金	

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



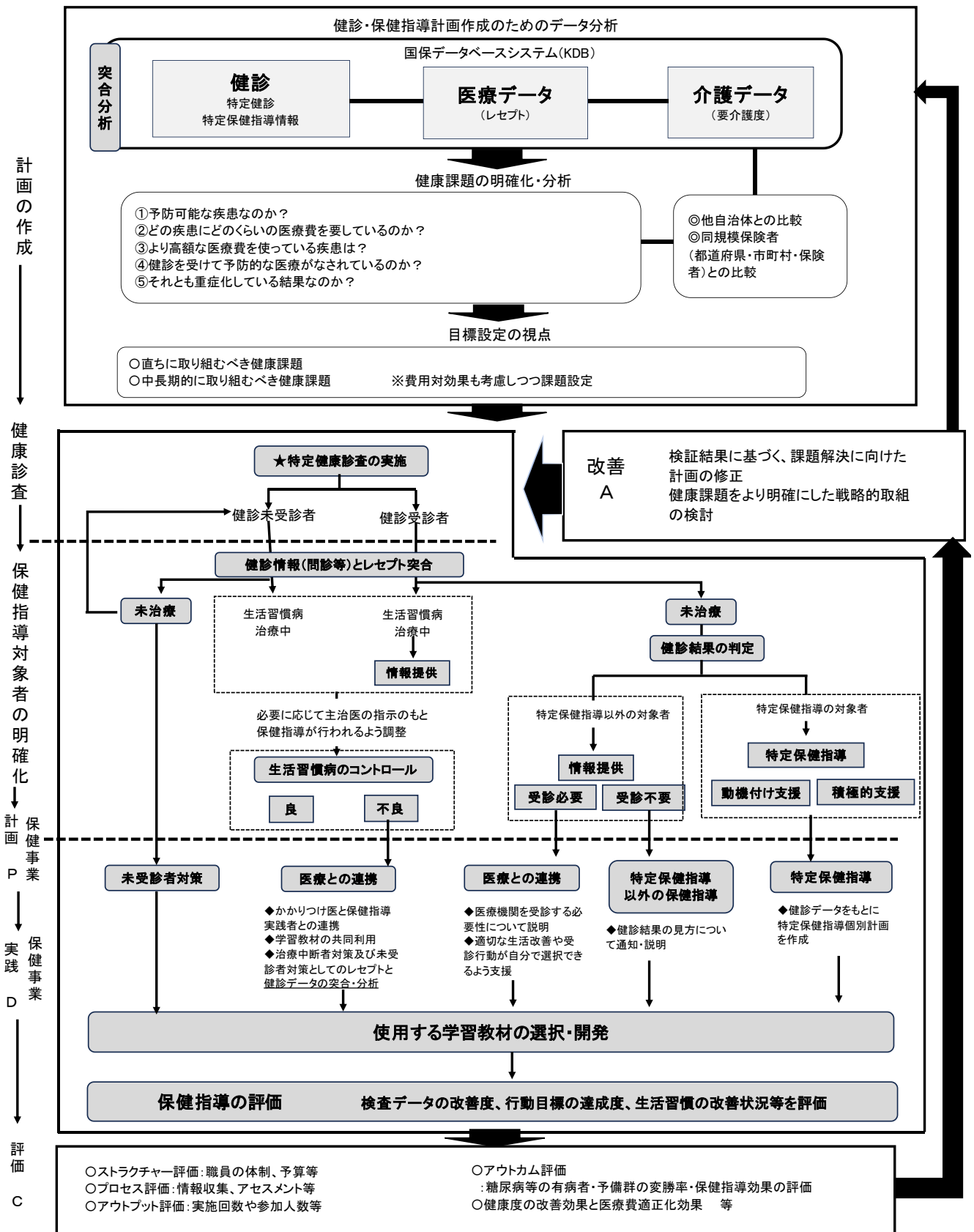
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組を実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながら PDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(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)



標準的な健診・保健指導プログラム[R6年度版]、厚生労働省様式5-5参考

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

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

老人保健法		高齢者の医療を確保する法律	
	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のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らを選択し、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方を整理(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

3 計画期間

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

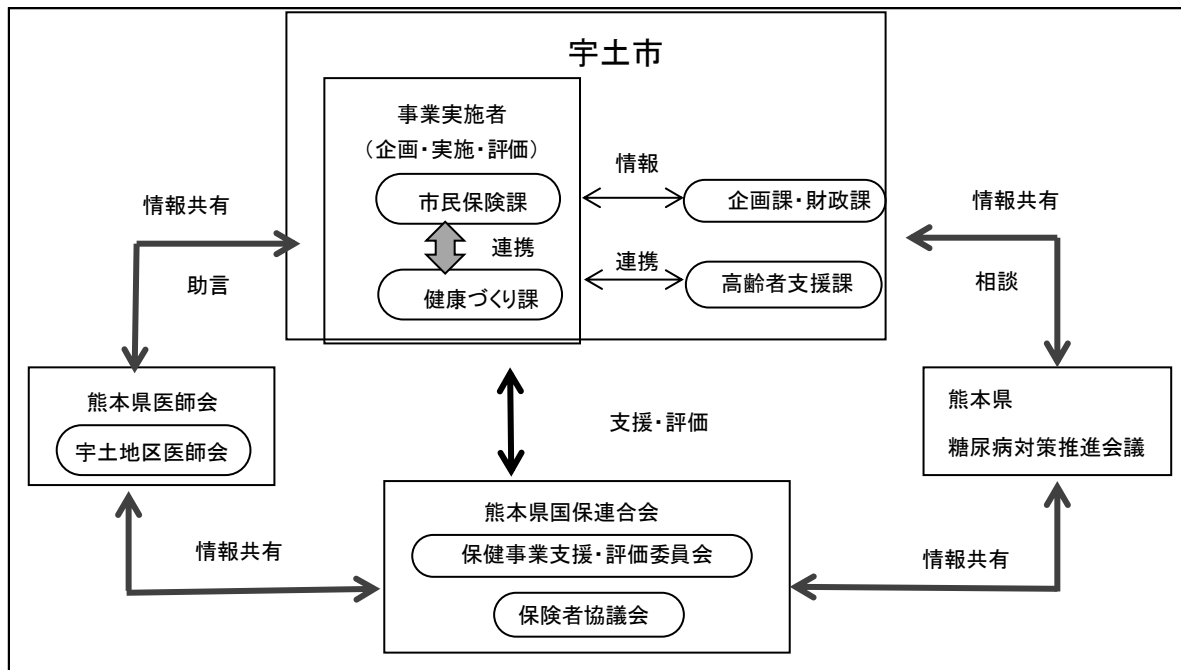
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、保健衛生部局(健康づくり課)、介護保険部局(高齢者支援課)、企画財政部局(企画課、財政課)、生活保護部局(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 宇土市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担<例>

保…保健師 管栄…管理栄養士 事…事務(注:支払い事務、受診券送付等) ◎…主担当 ○…副担当

	健康づくり課										市民保険課		
	健康推進係					母子保健係					国保年金係		
	事 (係長)	保	保	保	管栄	保 (係長)	保	保	保	管栄	事	事 (係長)	事
国保事務 (保健事業)												○	◎
特定健診・がん検診	○				◎								
特定保健指導 ・重症化予防		◎			○								
健康増進				◎									
高齢者一体的事業			◎										
精神保健			○	◎									
母子保健									◎	○			
子育て支援						○	◎						
歯科保健								◎					
予防接種								○			◎		

※上記以外に会計年度任用職員(専門職・事務職)も上記の業務に携わる。
 ※専門職は地区担当という立場で保健指導や家庭訪問といった業務を母子・成人問わずに携わる。

(2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要です。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である熊本県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、宇土地区医師会、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、地域の医療機関等の社会資源等と連携します。

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

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

国保連と都道府県は、ともに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が求められます。

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ます。

(3) 被保険者の役割

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

5 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取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」として交付する部分が設けられ、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されています(事業費分・事業費連動分)。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され、また都道府県は、事業費連動分を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
		宇土市	配点	宇土市	配点	宇土市	配点		
交付額(万円)		1,494		2,055		1,979			
全国順位(1,741市町村中)		1194位		211位		331位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	25	70	70	70	50	70	
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70	
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	30	40	40	40	40	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	95	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	95	90	60	45	65	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	50	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	110	130	110	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	5	100	35	100	35	100
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	20	30	40	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組	27	40	38	50	50	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	83	95	77	100	74	100	
合計点		495	1,000	690	960	649	940		

【参考】令和5年度評価基準

- ・ 特定健康診査の受診率・特定保健指導の実施率…令和元年度の実績
- ・ メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率…令和2年度の実績
- ・ がん検診受診率等・歯科健診受診率等…令和元年度の実績・令和4年度の実施状況
- ・ 発症予防・重症化予防の取組…令和4年度の実施状況
- ・ 個人へのインセンティブの提供・個人への分かりやすい情報提供…令和4年度の実施状況
- ・ 重複・多剤投与者に対する取組…令和4年度の実施状況・令和3年度の実績
- ・ 後発医薬品の促進の取組…令和4年度の実施状況
- ・ 後発医薬品の使用割合…令和3年度の実績
- ・ 保険料(税)収納率…令和元年度実績
- ・ データヘルス計画の実施状況…令和4年度の実施状況
- ・ 医療費通知の取組…令和4年度の実施状況
- ・ 地域包括ケア・一体的実施…令和4年度の実施状況
- ・ 第三者求償の取組…令和4年度の実施状況
- ・ 適正かつ健全な事業運営の実施状況…令和4年度(一部令和3年度)の実施状況、令和3年度の実績

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1 保険者の特性

本市は人口約3万6千人で、高齢化率は30.4%と県や同規模と比較すると高齢者の割合はやや少なく、被保険者の平均年齢は53.2歳と県や同規模と比べて若いです。出生率も、国や同規模と比べて高くなっています。財政指数は国、同規模と同程度です。産業においては、第3次産業の割合が67.7%と最も多いです。県と比較すると第1次産業の割合が低く、第2次産業の割合が高い状況にあることから、被保険者の生活習慣及び生活のリズムの実態を把握し、健康課題との関連を明確にすることが重要だと考えます。(図表9)

令和4年度の国保加入率は22.2%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約4割を占めています。(図表10)

また本市には1つの病院、20の診療所があります。政令指定都市である熊本市に隣接していることから医療資源に恵まれており、特に入院患者数が同規模と比較して多い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した宇土市の特性

	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
宇土市	35,832	30.4	7,961 (22.2)	53.2	7.3	11.6	0.5	9.4	22.9	67.7
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	31.6	22.4	53.6	7.6	12.3	0.4	9.8	21.1	69.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※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、宇土市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す。

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	9,009		8,723		8,506		8,282		7,961	
65～74歳	3,717	41.3	3,678	42.2	3,739	44.0	3,656	44.1	3,471	43.6
40～64歳	2,931	32.5	2,776	31.8	2,676	31.5	2,642	31.9	2,569	32.3
39歳以下	2,361	26.2	2,269	26.0	2,091	24.6	1,984	24.0	1,921	24.1
加入率	24.4		23.6		23.0		22.4		22.2	

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

図表 11 医療の状況(被保険者千人当たり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	0.4	0.5
診療所数	21	2.3	21	2.4	21	2.5	20	2.4	20	2.5	3.5	3.8
病床数	322	35.7	322	36.9	310	36.4	296	35.7	282	35.4	67.7	85.4
医師数	39	4.3	39	4.5	43	5.1	43	5.2	42	5.3	9.7	14.1
外来患者数	730.6		720.7		675.9		706.7		726.3		728.3	768.9
入院患者数	27.1		27.8		28.4		27.7		26.2		23.6	26.2

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

2 第2期計画にかかる評価及び考察

(1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

①中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

ア 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40人(認定率0.34%)、1号(65歳以上)被保険者で1,907人(認定率17.5%)と、県や同規模と比較すると低いですが、新規認定者は1号認定者・2号認定者ともに、H30年度と比べて多くなっていました。(図表12)

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するに当たり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約31億円から約33億円に伸びています。また一人当たり給付費も増加し、国や同規模と比べても高くなっています。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が1位となっており、第2号被保険者で54.5%、第1号被保険者でも40%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93.7%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であるといえます。(図表14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	宇土市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	10,299人	27.9%	10,885人	30.4%	36.2%	31.6%	28.7%
2号認定者	39人	0.32%	40人	0.34%	0.37%	0.35%	0.38%
新規認定者	3人		11人		--	--	--
1号認定者	1,819人	17.7%	1,907人	17.5%	19.1%	20.2%	19.4%
新規認定者	211人		286人		--	--	--
再掲	65~74歳	131人	2.7%	147人	2.9%	--	--
新規認定者	24人		38人		--	--	--
75歳以上	1,688人	30.8%	1,760人	30.1%	--	--	--
新規認定者	187人		248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

	宇土市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	31億0848万円	33億0413万円	--	--	--
一人当たり給付費(円)	301,823	303,549	300,230	310,858	290,668
1件当たり給付費(円)全体	65,118	65,806	70,503	62,823	59,662
居室サービス	44,537	45,777	43,936	42,088	41,272
施設サービス	292,007	305,708	291,914	303,857	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 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)		40		147		1,760		1,907				
再)国保・後期		22		124		1,665		1,789				
レセプトの診断名より重複して計上 有病状況	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	割合	割合			
	循環器疾患	1	脳卒中	12	脳卒中	55	脳卒中	661	脳卒中	716	脳卒中	728
				54.5%	44.4%	39.7%	40.0%	40.2%				
		2	虚血性心疾患	6	虚血性心疾患	29	虚血性心疾患	613	虚血性心疾患	642	虚血性心疾患	648
				27.3%	23.4%	36.8%	35.9%	35.8%				
	合併症	3	腎不全	4	腎不全	23	腎不全	437	腎不全	460	腎不全	464
				18.2%	18.5%	26.2%	25.7%	25.6%				
	4	糖尿病合併症	3	糖尿病合併症	19	糖尿病合併症	209	糖尿病合併症	228	糖尿病合併症	231	
			13.6%	15.3%	12.6%	12.7%	12.8%					
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		18	基礎疾患	117	基礎疾患	1,562	基礎疾患	1,679	基礎疾患	1,697		
		81.8%	94.4%	93.8%	93.9%	93.7%						
血管疾患合計		18	合計	119	合計	1,598	合計	1,717	合計	1,735		
		81.8%	96.0%	96.0%	96.0%	96.0%						
認知症		2	認知症	40	認知症	891	認知症	931	認知症	933		
		9.1%	32.3%	53.5%	52.0%	51.5%						
筋・骨格疾患		19	筋骨格系	109	筋骨格系	1,618	筋骨格系	1,727	筋骨格系	1,746		
		86.4%	87.9%	97.2%	96.5%	96.4%						

出典：ヘルスサポートラボツール

イ 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者が減少し、総医療費はやや減少していますが、一人当たり医療費は国や同規模と比べて高く、また平成 30 年度と比較すると約 4 万円も伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3.5%にも関わらず、医療費全体の 44%を占めており、1件当たりの入院医療費は約 54 万円と、H30 年度と比較して約 5 万円も高くなっています。(図表 15)

また、令和 2 年度国保では、年齢調整をした入院の地域差指数が全国平均の 1 を大きく超えており、県内順位も上昇しました。また、後期高齢者の入院の地域差指数については、平成 30 年度より

高くなっています。(図表 16)

図表 15 医療費の推移

		宇土市		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		9,009人	7,961人	--	--	--
前期高齢者割合		3,717人 (41.3%)	3,471人 (43.6%)	--	--	--
総医療費		32億1110万円	31億8554万円	--	--	--
一人当たり医療費(円)		356,432	400,143	394,521	407,772	339,680
		県内28位 同規模148位	県内30位 同規模131位			
入院	1件当たり費用額(円)	488,020	542,790	585,610	574,060	617,950
	費用の割合	45.4	44.0	43.3	45.5	39.6
	件数の割合	3.6	3.5	3.1	3.3	2.5
外来	1件当たり費用額	21,770	24,930	24,850	23,430	24,220
	費用の割合	54.6	56.0	56.7	54.5	60.4
	件数の割合	96.4	96.5	96.9	96.7	97.5
受診率		757.687	752.548	751.942	795.102	705.439

出典:ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は宇土市と同規模保険者280市町村の平均値を表す。

図表 16 一人当たり(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		
		宇土市 (県内市町村中)		県 (47県中)	宇土市 (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	1.085	1.190	1.139	1.084	1.081	1.130
		(25位)	(8位)	(9位)	(19位)	(24位)	(7位)
	入院	1.232	1.474	1.309	1.150	1.184	1.277
		(24位)	(5位)	(8位)	(27位)	(27位)	(6位)
	外来	1.006	1.020	1.036	1.026	0.987	0.982
		(26位)	(25位)	(12位)	(7位)	(13位)	(22位)

出典:地域差分析(厚労省)

ウ 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・慢性腎不全の医療費合計が、総医療費に占める割合は、平成30年度と比較すると減少していますが、同規模、県、国と比較すると高い状況です。中でも慢性腎不全(透析あり)については割合が増加しており、同規模、県、国と比較して高い状況にあります。脳血管疾患については割合が減少していますが、県、国と比較して高い状況にあります。虚

血性心疾患については、割合は減少し、同規模、県、国と比較しても低い状況にあります。(図表 17)

次に、中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と令和 4 年度で比較してみると、被保険者数の減少もあり、患者数は減少しています。年齢別にみると、65～74 歳の脳血管疾患と虚血性心疾患の割合の減少率が大きく、40～64 歳では横ばいでした。人工透析者は、40～64 歳、65～74 歳いずれの年代でも割合が減少しています。(図表 18)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			宇土市		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			32億1110万円	31億8554万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			2億9418万円	2億8364万円	--	--	--
			9.16%	8.90%	7.84%	8.69%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.21%	2.07%	2.10%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.54%	0.75%	1.39%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.73%	5.75%	4.05%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.69%	0.33%	0.30%	0.26%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		11.73%	14.51%	16.91%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		8.10%	8.06%	9.00%	8.56%	8.68%
	精神疾患		9.44%	9.70%	8.74%	9.62%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患の治療者(人)						
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
0～74歳	A	9,009	7,961	a	529	453	538	427	57	41
				a/A	5.9%	5.7%	6.0%	5.4%	0.6%	0.5%
40歳以上	B	6,648	6,040	b	521	451	534	422	57	41
	B/A	73.8%	75.9%	b/B	7.8%	7.5%	8.0%	7.0%	0.9%	0.7%
再掲	40～64歳	2,931	2,569	c	135	117	133	110	32	21
				c/A	32.5%	32.3%	c/C	4.6%	4.6%	4.5%
	65～74歳	3,717	3,471	d	386	334	401	312	25	20
				d/A	41.3%	43.6%	d/D	10.4%	9.6%	10.8%

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

②短期的な目標疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の達成状況

ア 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

血圧の治療状況をみると、平成 30 年度と比較し治療者の割合が増え、合併症（重症化）の疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合が減っています。（図表 19）

糖尿病の治療状況をみると、平成 30 年度と比較し治療者の割合が増え、合併症（重症化）の疾患である、脳血管疾患の割合はやや増加していますが、虚血性心疾患・人工透析の割合が減っています。糖尿病合併症の中では、糖尿病性腎症の割合が増加しています。（図表 20）

脂質異常症の治療状況をみると、平成 30 年度と比較し治療者の割合が増えており、特に 40～64 歳が増加しています。合併症（重症化）の疾患である、脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合も 40～64 歳では減少しています。（図表 21）

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	2,641	2,515	793	695	1,848	1,820
		A/被保数	39.7%	41.6%	27.1%	27.1%	49.7%	52.4%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	269	242	76	60	193	182
		B/A	10.2%	9.6%	9.6%	8.6%	10.4%	10.0%
	虚血性心疾患	C	374	289	92	68	282	221
		C/A	14.2%	11.5%	11.6%	9.8%	15.3%	12.1%
	人工透析	D	55	39	32	20	23	19
		D/A	2.1%	1.6%	4.0%	2.9%	1.2%	1.0%

出典:KDBシステム、疾病管理一覽(高血圧症)
地域の全体像の把握

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	1,498	1,400	481	422	1,017	978
		A/被保数	22.5%	23.2%	16.4%	16.4%	27.4%	28.2%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	148	144	38	32	110	112
		B/A	9.9%	10.3%	7.9%	7.6%	10.8%	11.5%
	虚血性心疾患	C	206	179	54	48	152	131
		C/A	13.8%	12.8%	11.2%	11.4%	14.9%	13.4%
	人工透析	D	36	28	22	15	14	13
		D/A	2.4%	2.0%	4.6%	3.6%	1.4%	1.3%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	183	219	64	77	119	142
		E/A	12.2%	15.6%	13.3%	18.2%	11.7%	14.5%
	糖尿病性網膜症	F	215	193	60	47	155	146
		F/A	14.4%	13.8%	12.5%	11.1%	15.2%	14.9%
	糖尿病性神経障害	G	56	47	21	12	35	35
G/A	3.7%	3.4%	4.4%	2.8%	3.4%	3.6%		

出典:KDBシステム、疾病管理一覽(糖尿病)
地域の全体像の把握

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	2,188	2,018	636	600	1,552	1,418	
	A/被保数	32.9%	33.4%	21.7%	23.4%	41.8%	40.9%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	194	178	50	35	144	143
		B/A	8.9%	8.8%	7.9%	5.8%	9.3%	10.1%
	虚血性心疾患	C	323	261	87	67	236	194
		C/A	14.8%	12.9%	13.7%	11.2%	15.2%	13.7%
	人工透析	D	35	24	19	11	16	13
		D/A	1.6%	1.2%	3.0%	1.8%	1.0%	0.9%

出典: KDBシステム_ 疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

イ 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0%以上者の割合について平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、Ⅱ度以上高血圧者・HbA1c7.0%以上者の割合は増えています。また、医療のかかり方においては、未治療のまま放置されている方が高血圧で40.8%、糖尿病で10.4%おり、どちらも448市町村合計より高い割合にあります。高血圧については、治療中断者も8.8%と448市町村合計より高い割合にあります。(図表22)

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療 (内服なし)		治療中断	
													G	G/E	H	H/E
宇土市	2,300	35.9	2,072	32.3	114	5.0	75	65.8	125	6.0	82	65.6	51	40.8	11	8.8
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	未治療 (内服なし)		治療中断	
													M	M/K	N	N/K
宇土市	2,300	100.0	2,071	100.0	130	5.7	32	24.6	134	6.5	32	23.9	14	10.4	4	3.0
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

※448市町村は、ヘルスサポートラボに上記データを提出した市町村数

- ①未治療…12か月間、全く高血圧(又は糖尿病)のレセプトがない者
- ②中断…高血圧(又は糖尿病)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

ウ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発生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、H30年度とR4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合がいずれも伸びています。(図表 23)

また継続受診者における、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合は、HbA1c6.5%以上者とⅡ度高血圧以上者は増加、LDL-C160以上者は減少しています。血圧やLDL-Cでは翌年の改善率は4~5割ですが、HbA1cの改善率は2割程度となっており、保健指導の成果が課題です。一方で、翌年度健診を受診していない方が2割程度存在しています。

H30→R01とR03→R04を比較すると、翌年度改善した人の割合は増加し、健診未受診者の割合は減少しています。健診結果から医療機関受診勧奨も含めた個別の保健指導を実施していることで、翌年度の健診結果の改善と健診の継続受診につながっていると考えられます。(図表 24・25・26)

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		2項目		予備群
H30年度	2,300 (35.9%)	487 (21.2%)	155 (6.7%)	332 (14.4%)	270 (11.7%)		
R04年度	2,269 (36.2%)	493 (21.7%)	139 (6.1%)	354 (15.6%)	277 (12.2%)		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	241 (10.5%)	37 (15.4%)	100 (41.5%)	45 (18.7%)	59 (24.5%)
R03→R04	246 (11.9%)	58 (23.6%)	101 (41.1%)	32 (13.0%)	55 (22.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 II度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	114 (5.0%)	62 (54.4%)	27 (23.7%)	1 (0.9%)	24 (21.1%)
R03→R04	125 (6.0%)	69 (55.2%)	26 (20.8%)	4 (3.2%)	26 (20.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL-C160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	306 (13.3%)	129 (42.2%)	87 (28.4%)	24 (7.8%)	66 (21.6%)
R03→R04	268 (12.9%)	119 (44.4%)	80 (29.9%)	18 (6.7%)	51 (19.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール

エ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

特定健診受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、平成30年度は36.6%、令和4年度は39.8%とわずかな伸びで推移しており、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)。

特定健診の年代別の受診率をみると、40～50代の受診率は60代以上と比べると低い状況ですが、ナッジ理論とAIを活用した関心度別の受診勧奨通知を実施した令和4年度は上昇しています(図表28)。

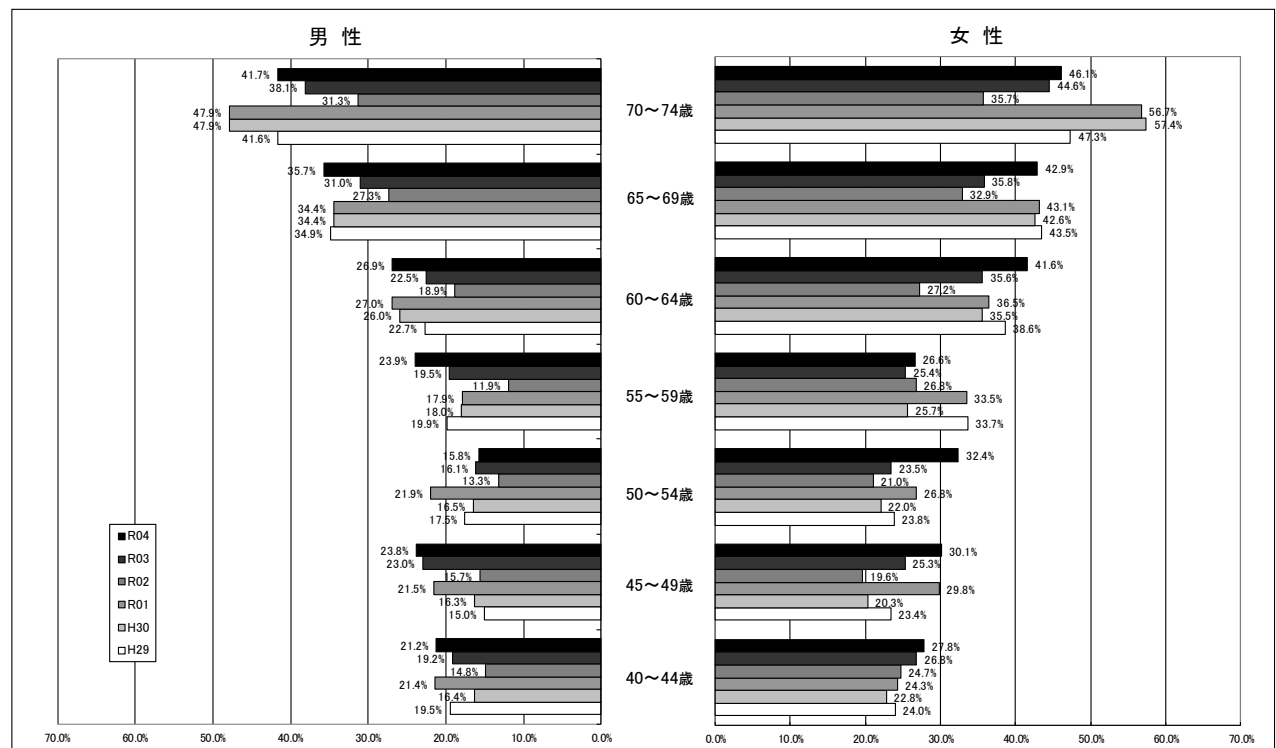
特定保健指導については、令和3年度に初めて目標値を達成しました。現在、一部委託で実施していますが、継続的なフォローが必要な方への保健指導については市の専門職も関わる必要があることから、その体制についても考えていく必要があります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	2,221	2,311	1,666	2,014	2,189	健診受診率 45%
	受診率	36.6%	39.7%	28.6%	35.4%	39.8%	
特定保健指導	該当者数	317	341	266	291	297	特定保健指導 実施率 60%
	割合	14.3%	14.8%	16.0%	14.4%	13.6%	
	実施者数	124	155	87	219	211	
	実施率	39.1%	45.5%	32.7%	75.3%	71%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 主な個別事業の評価と課題

① 重症化予防の取組

ア 糖尿病性腎症重症化予防

「宇土市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の対象者に基づき、特定健診受診者のうち空腹時血糖 126mg/dl以上又は HbA1c6.5%以上の未服薬治療者や、服薬治療中で HbA1c7.0%以上(70歳以上は 8.0%以上)、eGFR と尿蛋白からCKD重症度分類でハイリスクと判断された人のうち、8~9割の方へ個別の訪問や面談での保健指導を実施しています。その成果として、特定健診受診者のうち、糖尿病型の割合や糖尿病未治療・中断者の割合は減少し、新規透析導入者数・割合も横ばいと増加は押さえられているものの、合併症予防の対象となるHbA1c7.0%以上のうち未治療者の割合が多いことから、未治療者や治療中断者を確実に医療に繋ぐ必要があります(図表 22・29)。また、翌年度健診未受診者も2割程度いることから、糖尿病管理台帳で把握できている健診未受診者や治療中断者について訪問等を実施し、継続的な健診受診や医療機関受診に繋げる必要があります(図表 24)。

これらを達成するには、訪問等で継続して関わり、健診データを元に体の状態を説明したり、市民の実情を把握し、生活に合わせた社会資源等の情報提供を繰り返し行うことが必要であるため、地区担当制を確立し、継続して保健指導ができる体制を整えていく必要があります。

図表 29 糖尿病性腎症重症化予防評価

項目	宇土市										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		
健診データ	糖尿病型	330人	14.3%	398人	16.4%	267人	15.6%	317人	15.3%	339人	14.9%			特定健診結果
	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	130人	39.4%	188人	47.2%	105人	39.3%	116人	36.6%	115人	33.9%			
	治療中(質問票 服薬あり)	200人	60.6%	210人	52.8%	162人	60.7%	201人	63.4%	224人	66.1%			
	コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130以上	130人	65.0%	150人	71.4%	111人	68.5%	135人	67.2%	134人	59.8%			
	血圧 130/80以上	77人	59.2%	89人	59.3%	80人	72.1%	90人	66.7%	86人	64.2%			
	肥満 BMI25以上	69人	53.1%	76人	50.7%	45人	40.5%	55人	40.7%	53人	39.6%			
	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	70人	35.0%	60人	28.6%	51人	31.5%	66人	32.8%	90人	40.2%			
	第1期 尿蛋白(-)	271人	82.1%	339人	85.2%	230人	86.1%	273人	86.1%	287人	84.7%			
	第2期 尿蛋白(±)	20人	6.1%	13人	3.3%	12人	4.5%	9人	2.8%	14人	4.1%			
	第3期 尿蛋白(+)以上	26人	7.9%	36人	9.0%	19人	7.1%	29人	9.1%	29人	8.6%			
	第4期 eGFR30未満	3人	0.9%	2人	0.5%	6人	2.2%	6人	1.9%	8人	2.4%			
レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)	114.0人		113.3人		102.1人		111.3人		116.3人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	(再掲)40-74歳(被保険者千対)	151.9人		149.5人		134.5人		143.7人		150.6人				
	レセプト件数(40-74歳) (1円は被保険者千対)	6,043件	(909.0)	5,710件	(884.7)	5,614件	(875.1)	5,922件	(940.3)	5,718件	(946.7)	1,557,522件	(951.6)	KDB_疾病別医療費分析(生活習慣病)
	入院(件数)	52件	(7.8)	50件	(7.7)	55件	(8.6)	30件	(4.8)	27件	(4.5)	7,406件	(4.5)	
	糖尿病治療中	1,066人	11.4%	1,015人	11.3%	879人	10.2%	948人	11.1%	974人	11.6%			KDB_厚生労働省様式様式3-2
	(再掲)40-74歳	1,053人	15.2%	994人	14.9%	868人	13.4%	933人	14.4%	956人	15.1%			
	健診未受診者	853人	81.0%	794人	79.9%	706人	81.3%	732人	78.5%	732人	76.6%			
	インスリン治療	93人	8.7%	102人	10.0%	91人	10.4%	86人	9.1%	84人	8.6%			
	(再掲)40-74歳	91人	8.6%	97人	9.8%	90人	10.4%	85人	9.1%	83人	8.7%			
	糖尿病性腎症	100人	9.4%	116人	11.4%	103人	11.7%	118人	12.4%	116人	11.9%			
	(再掲)40-74歳	97人	9.2%	113人	11.4%	103人	11.9%	118人	12.6%	115人	12.0%			
	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	25人	2.3%	27人	2.7%	28人	3.2%	28人	3.0%	27人	2.8%			
	(再掲)40-74歳	25人	2.4%	27人	2.7%	28人	3.2%	28人	3.0%	27人	2.8%			
	新規透析患者数	4人		4人		3人		4人		1人				
	(再掲)糖尿病性腎症	2人		2人		2人		0人		0人				
	【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)	32人	2.5%	38人	2.9%	37人	3.0%	37人	2.8%	37人	2.7%			KDB_厚生労働省様式様式3-2_※後期

出典:ヘルスサポートラボツール

イ 心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心電図検査は 9 割の健診受診者に実施できており、心原性脳梗塞の要因となる心房細動の所見がある未治療者へ、訪問や面接で医療機関受診勧奨も含めた保健指導を実施していますが、令和 4 年度の医療機関受診率は 0%と受診につながっていません(図表 30)。心房細動の割合も熊本県市町村平均よりも多いことから、①糖尿病性腎症重症化予防と同様に、訪問等で対象者に継続して関わり、健診データを元に体の状態を説明したり、市民の実情を把握し、生活に合わせた社会資源等の情報提供を繰り返し行うことが必要であるため、地区担当制を確立し、継続して保健指導ができる体制を整えていく必要があります。

また脳・心血管疾患を起こす可能性が高いハイリスク者については、経年的に心電図所見を含む健診データを確認し、保健指導に生かしていくことで、中長期目標疾患を発症させない取組が大切です。

図表 30 心房細動有所見者(令和 4 年度)

	心電図実施者		心房細動有所見者		未治療者		医療機関受診者	
	A		B	B/A	C	C/B	D	D/C
宇土市	2,269	90.7%	24	1.1%	4	17%	0	0%
熊本県市町村合計	101,313	68.9%	721	0.7%	—	—	—	—

ウ 脳血管疾患重症化予防

高血圧は、脳血管疾患において最大の危険因子であり、高血圧以外の危険因子との組合せにより、脳、心、腎疾患など臓器障害と深く関与しています。

健診受診者のうち、Ⅱ度高血圧以上で未治療の 8 割の方に個別の保健指導を行っていますが、未治療者が 4 割、治療中断者が 1 割おり、半数の方が定期的な受診につながっていません(図表 22)。Ⅱ度血圧以上者も増加傾向にあります(図表 31)。

また、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)を参考に、保健指導の対象者について再検討が必要です(図表 32)。さらに、血圧手帳を活用して家庭血圧測定の普及に努めながら、市民が血圧の学習を深めて脳血管疾患の発症予防行動がとれるよう、ポピュレーションアプローチも併せて実施していきます。

図表 31 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

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	再掲
					再)III度高血圧	再掲			
						未治療	治療		
H29	2,379	1,181 49.6%	723 30.4%	384 16.1%	91 3.8%	50 54.9%	41 45.1%	0.6%	3.8%
H30	2,300	1,038 45.1%	704 30.6%	444 19.3%	114 5.0%	75 65.8%	39 34.2%	0.5%	5.0%
R01	2,434	1,127 46.3%	720 29.6%	457 18.8%	130 5.3%	82 63.1%	48 36.9%	0.6%	5.3%
R02	1,717	708 41.2%	555 32.3%	345 20.1%	109 6.3%	63 57.8%	46 42.2%	0.6%	6.3%
R03	2,072	894 43.1%	623 30.1%	430 20.8%	125 6.0%	82 65.6%	43 34.4%	0.8%	6.0%
R04	2,269	982 43.3%	702 30.9%	452 19.9%	133 5.9%	80 60.2%	53 39.8%	1.0%	5.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 32 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
718		413 57.5%	225 31.3%	65 9.1%	15 2.1%
リスク第1層 予後影響因子がない	39 5.4%	C 24 5.8%	B 11 4.9%	B 4 6.2%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	388 54.0%	C 233 56.4%	B 112 49.8%	A 37 56.9%	A 6 40.0%
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	291 40.5%	B 156 37.8%	A 102 45.3%	A 24 36.9%	A 9 60.0%

高血圧リスク

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	178 24.8%
B 概ね1カ月後に再評価	283 39.4%
C 概ね3カ月後に再評価	257 35.8%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、又は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、又は空腹時血糖≥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)又は心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療又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

②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程されることも大きい。」とされています。

生活習慣病の重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている市の実態や、生活習慣病と食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、健診結果説明会や健康づくり推進員研修会、食生活改善推進員の出前講座、広報でのシリーズ記事掲載等により、広く市民へ周知を行っています。

また、肥満や高血糖、高血圧の改善を目的として、集団健診会場や乳幼児健診会場で、飲み物に含まれる糖の展示や減塩食品の紹介を行っており、継続して周知していきます。

③第2期計画目標の達成状況一覧

図表 33 第2期データヘルス計画目標管理一覧

	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
			初年度 H29	中間評価 R2	最終評価 R5	
			(H28)	(H31)	(R4)	
大目標	総医療費に占める入院医療費の伸びの抑制	標準化医療費(入院)	1.27(H27)	1.232(H30)	1.474(R2)	標準化医療費(地域差指数)
	糖尿病性による新規人工透析患者の増加の防止	更生医療申請者における糖尿病性を原因とする者の数	7人	4人	2人	更生医療
	脳血管疾患や虚血性心疾患の発症を予防	高額レセプト(100万以上) 脳血管疾患の人数 高額レセプト(100万以上) 虚血性心疾患の人数	16人 12人	4人 11人	7人 7人	
中長期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の入院医療費の伸びを抑制	脳血管疾患 レセプト1件あたりの費用額(入院)伸び率	4.7%	-1.5%	23.3%	KDB
		心疾患 レセプト1件あたりの費用額(入院)伸び率	6.2%	1.2%	-16.5%	
		糖尿病 レセプト1件あたりの費用額(入院)伸び率	11.7%	11.2%	11%	
		糖尿病性腎症(糖尿病の入院医療費の伸び)伸び率	-18.3%	-17.1%	-51.8%	
	早期受診した者の割合の増加	入院外のレセプト件数割合	96.5%	96.3%	96.5%	
	糖尿病性腎症の早期治療者の増加	患者千人あたり糖尿病性腎症新規患者数	1.202	1.738	0.476	
	健診結果において、HbA1c、血圧、LDLコレステロール受診勧奨値に達する者の割合の減少	HbA1c6.5%以上	11.7%	13.6%	11.9%	健診結果
I度高血圧(140/90)以上		21.0%	24.1%	25.8%		
LDLコレステロール140mg/dl以上		29.8%	30.1%	29.4%		
短期目標	特定健診受診率、特定保健指導実施率の増加	特定健診受診率	33.2%	39.7%	39.8%	法定報告
		特定保健指導実施率	32.6%	45.5%	71.0%	
	生活習慣病の危険因子である高血糖、高血圧、脂質異常症、メタボの減少	レセプトによる糖尿病患者の割合	10.5%	11.3%	11.6%	KDB
		レセプトによる高血圧患者の割合	20.5%	21.1%	21.2%	
		レセプトによる脂質異常症患者の割合	16.9%	16.9%	16.9%	
		メタボリックシンドローム該当者の割合	17.7%	20.5%	21.9%	法定報告
		メタボリックシンドローム予備群の割合	12.6%	11.6%	12.1%	法定報告
	治療が必要にもかかわらず未治療の者の減少	健診結果で受診勧奨値以上における未治療者の割合 HbA1c6.5%以上	53.2%	46.5%	35.3%	保健事業支援ツール
		健診結果で受診勧奨値以上における未治療者の割合 I度高血圧(140/90)以上	58.0%	54.5%	52.1%	
		健診結果で受診勧奨値以上における未治療者の割合 LDLコレステロール140mg/dl以上	88.9%	89.8%	90.1%	
	適切な生活習慣(減塩・運動・禁煙・適切な飲酒等)に取り組む人の増加	週3日以上朝食抜き	7.7%	8.1%	9.6%	健診結果質問票
		週3回以上就寝前2時間以内に夕食をとる	15.6%	15.7%	15.7%	
		1回30分以上の運動習慣なしの者	57.0%	59.6%	59.8%	
睡眠不足を感じている者		23.2%	22.6%	24.4%		
喫煙率		13.8%	15.2%	15.8%		
飲酒量(毎日飲酒)		28.5%	30.2%	29.9%		

(3) 第 2 期データヘルス計画に係る考察

介護給付費の状況では、新規要介護認定者や一人当たり介護給付費が増加していること、脳血管疾患の有病状況が半数いることから、疾病の重症化が推測されます。また、人工透析患者数は減少していますが、最大医療資源傷病名による慢性腎不全の医療費の割合が増加していることから、人工透析を実施している人が複数の疾患を抱えており、一人当たりの医療費が高くなっていると考えられます。そのため基礎疾患である高血圧・糖尿病対策が必要です。

高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療者の割合は増加し、治療者の脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の割合は減少していることから、早期に適切な治療に繋がることで、重症化予防に繋がっています。一方で、健診の未受診者や健診を受けた要治療者が未治療のまま放置され重症化した結果として、医療費や介護給付費の増加につながっていると考えられます。以上のことから、健診受診率を向上させ、健診結果を元に早期に適切な医療に繋ぐことが必要です。

市では令和 4 年度からナッジ理論と AI を活用した受診勧奨事業を実施し、新型コロナウイルス感染症発生以前並みの受診率まで回復してきましたが、健診受診率は目標値に達成しておらず、特に 40～50 代の若い年代での受診率向上が急務です。今後は医療機関と連携したみなし健診の活用や、商工会や各種団体、国保以外の被用者保険とも連携して受診率向上の取組を推進していく必要があります。また、重症化予防事業の対象となった人のうち、翌年度健診未受診者が 2 割程度いることから、糖尿病管理台帳等を活用し確実な受診に繋がるような保健指導プロセスの見直しが必要です。

特定保健指導率や重症化予防事業の実施率は高くなっていますが、高血圧、糖尿病の未治療者の割合は他市町村と比べて高くなっています。特に高血圧は未治療者と治療中断者が合わせて 5 割いるため、確実に医療に繋がられるよう、保健指導のプロセスの見直しや評価の仕組みを整えていく必要があります。

メタボリックシンドローム該当者・予備群も増加しているため、特定保健指導に加え、発症予防の視点で若年期からの生活リズムや食行動、運動習慣の獲得などについて、ポピュレーションアプローチにもさらに力を入れて取り組んでいく必要があります。

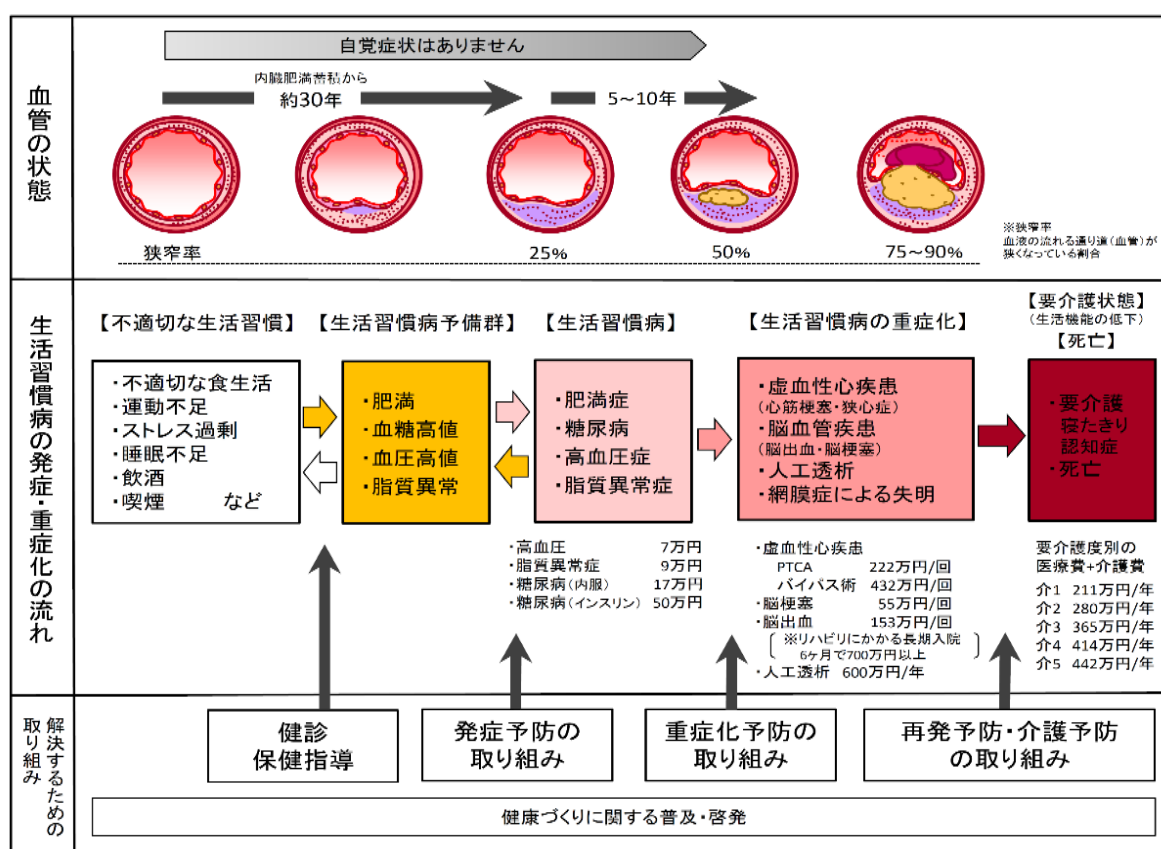
3 第3期における健康課題の明確化

(1) 基本的考え方

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

図表 34 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



(2) 健康課題の明確化

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

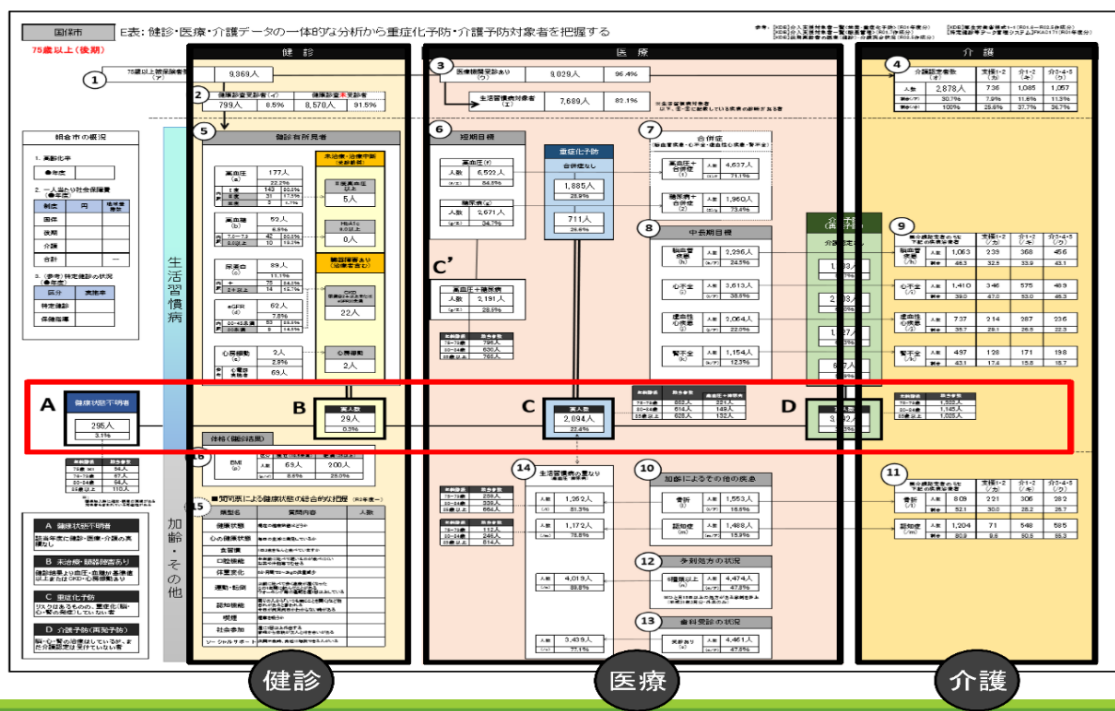
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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 35 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

図表 35 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



①医療費分析

図表 36 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
被保険者数	9,009人	8,723人	8,506人	8,282人	7,961人	6,116人	
総件数及び総費用額	件数	83,588件	79,613件	72,717件	74,047件	74,135件	98,111件
	費用額	32億1110万円	31億9481万円	33億1705万円	31億8892万円	31億8554万円	57億6250万円
一人当たり医療費	35.6万円	36.6万円	39.0万円	38.5万円	40.0万円	94.2万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 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(令和4年度)

市町村名	総医療費	一人当たり 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	宇土市	31億8554万円	32,337	5.75%	0.33%	2.07%	0.75%	5.16%	2.66%	1.59%	5億8326万円	18.3%	14.5%	9.70%	8.06%
	同規模	—	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	—	19.1%	16.9%	8.74%	9.00%
	県	—	33,050	5.52%	0.26%	1.89%	1.02%	5.62%	3.12%	1.72%	—	19.2%	14.1%	9.62%	8.56%
	国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	宇土市	57億6250万円	79,140	4.54%	0.57%	3.60%	1.47%	3.80%	2.42%	0.99%	10億0227万円	17.4%	8.8%	4.09%	11.3%
	同規模	—	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	—	18.7%	10.5%	4.11%	12.6%
	県	—	81,455	4.72%	0.47%	3.74%	1.12%	3.70%	2.88%	1.07%	—	17.7%	9.2%	4.70%	13.2%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典: KDBシステム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 38 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	287人	241人	329人	340人	312人	766人
	件数	B	501件	451件	661件	591件	574件	1,345件
		B/総件数	0.60%	0.57%	0.91%	0.80%	0.77%	1.37%
	費用額	C	6億8048万円	5億8276万円	9億3880万円	8億0234万円	7億8198万円	17億0326万円
C/総費用		21.2%	18.2%	28.3%	25.2%	24.5%	29.6%	

出典: ヘルズサポートラボツール

図表 39 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度							
人数	D	20人	7人	17人	11人	15人	58人							
	D/A	7.0%	2.9%	5.2%	3.2%	4.8%	7.6%							
件数	E	36件	13件	35件	12件	23件	96件							
	E/B	7.2%	2.9%	5.3%	2.0%	4.0%	7.1%							
年代別	40歳未満	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
	40代	1	2.8%	0	0.0%	6	17.1%	1	8.3%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
	50代	3	8.3%	0	0.0%	2	5.7%	3	25.0%	0	0.0%	75-80歳	17	17.7%
	60代	19	52.8%	11	84.6%	11	31.4%	2	16.7%	11	47.8%	80代	70	72.9%
	70-74歳	13	36.1%	1	7.7%	16	45.7%	6	50.0%	12	52.2%	90歳以上	9	9.4%
費用額	F	5888万円	1440万円	4357万円	1337万円	3374万円	1億1909万円							
	F/C	8.7%	2.5%	4.6%	1.7%	4.3%	7.0%							

出典: ヘルズサポートラボツール

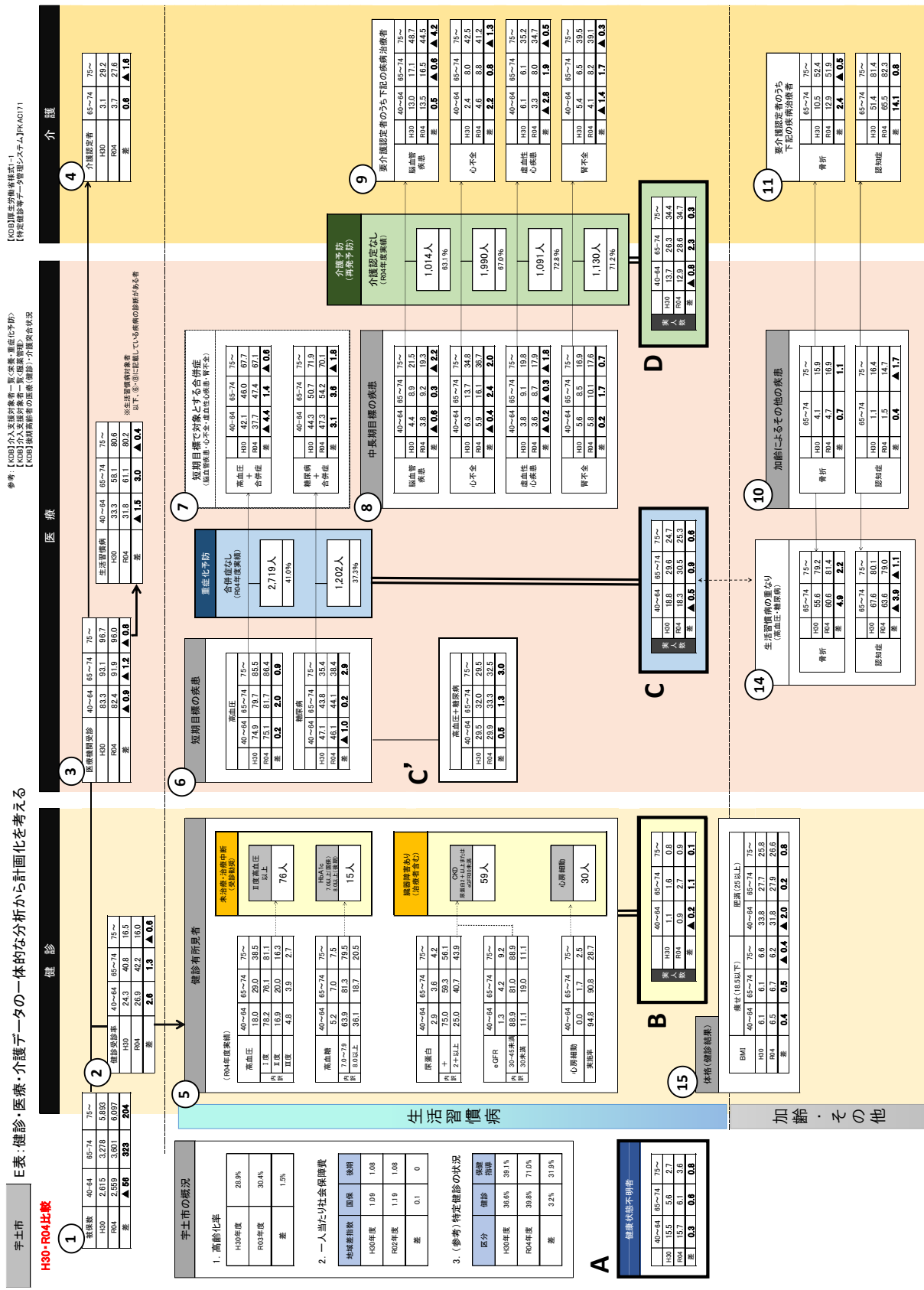
図表 40 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度		
人数	G	18人	13人	15人	13人	10人	24人		
	G/A	6.3%	5.4%	4.6%	3.8%	3.2%	3.1%		
件数	H	20件	13件	17件	13件	11件	29件		
	H/B	4.0%	2.9%	2.6%	2.2%	1.9%	2.2%		
年代別	40歳未満	0	0	0	0	0	65-69歳	0	0.0%
	40代	2	0	1	1	1	70-74歳	0	0.0%
	50代	2	2	1	1	0	75-80歳	11	37.9%
	60代	11	8	8	4	4	80代	14	48.3%
	70-74歳	5	3	7	7	6	90歳以上	4	13.8%
費用額	I	3952万円	2698万円	2152万円	1708万円	1493万円	5767万円		
	I/C	5.8%	4.6%	2.3%	2.1%	1.9%	3.4%		

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 41 健診・医療・介護データの一体的な分析

宇土市 E表・健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える



図表 42 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	29.2	2,615	3,278	5,893	24.3	40.8	16.5	6.1	6.1	6.6	33.8	27.7	25.8
R04	27.6	2,559	3,601	6,097	26.9	42.2	16.0	6.5	6.7	6.2	31.8	27.9	26.6

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 43 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上又は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	%	
H30	32	5.0	(10)	66	4.9	(23)	71	7.3	(17)	37	5.8	(7)	79	5.9	(6)	7	0.7	(0)	4	0.6	17	1.3	18	1.8	7	1.1	10	0.7	11	1.1
R04	27	3.9	(12)	105	6.9	(42)	71	7.3	(22)	36	5.2	(4)	107	7.0	(11)	15	1.5	(0)	6	0.9	28	1.8	25	2.6	0	--	23	1.5	7	0.7

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 44 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③ 医療機関受診						⑥ 短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									⑦ 短期目標の疾患とする 合併症								
	生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)						高血圧			糖尿病			C'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	83.3	93.1	96.7	33.3	58.1	80.6	74.9	79.7	85.5	47.1	43.8	35.4	29.5	32.0	29.5	42.1	46.0	67.7	44.3	50.7	71.9			
R04	82.4	91.9	96.0	31.8	61.1	80.2	75.1	81.7	86.4	46.1	44.1	38.4	29.9	33.3	32.5	37.7	47.4	67.1	47.3	54.2	70.1			

出典:ヘルスサポートラボツール

注)合併症とは、脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全を指す。

図表 45 中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧ 中長期目標の疾患(被保険者割)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.4	8.9	21.5	3.8	9.1	19.8	6.3	13.7	34.8	5.6	8.5	16.9	13.0	17.1	48.7	6.1	6.1	35.2	2.4	8.0	42.5	5.4	6.5	39.5
R04	3.8	9.2	19.3	3.6	8.7	17.9	5.9	16.1	36.7	5.8	10.1	17.6	13.5	16.5	44.5	3.3	8.0	34.7	4.6	8.8	41.2	4.1	8.2	39.1

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 46 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	55.6	79.2	67.6	80.1	4.1	15.9	1.1	16.4	10.5	52.4	51.4	81.4
R04	60.6	81.4	63.6	79.0	4.7	16.9	1.5	14.7	12.9	51.9	65.5	82.3

出典：ヘルスサポートラボツール

③健康課題の明確化(図表 36～46)

国保の被保険者数は年々減っているものの、一人当たり医療費は5年間で4.4万円の増加がみられています。また、後期高齢者になると一人当たり94.2万円と、国保の2倍以上の金額になっています。(図表 36)

その中身を見てみると、国保では、慢性腎不全の総医療費に占める割合が同規模・県・国と比較して高くなっています。また脳血管疾患も県・国と比較して高くなっています。虚血性心疾患では国保は県よりも低くなっていますが、後期高齢者では県よりも高く、同規模並みになっています。(図表 37)

また、高額レセプトについて見てみると、国保は、令和2年度以降人数・件数の増加に伴い費用額や総費用に占める割合も高くなっており、医療費増加の一因となっています。

脳血管疾患と虚血性心疾患で高額になったレセプトをそれぞれ見てみると、国保では平成30年度と令和4年度を比較すると、件数・費用額ともに減少しています。しかし、どちらも40代・50代・60代の働き盛りの年代も一定数おり、若年期からの脳血管疾患予防・虚血性心疾患予防について今後も注力していく必要があります。(図表 38、39、40)

脳血管疾患や虚血性心疾患の新規発症者を見ると、特に40～50代では健診未受診者がほとんどで、保険者として健康状態の把握ができていない方でした。また、発症まで医療機関の受診履歴がなく、発症後に高血圧や糖尿病の治療開始になっている方や、発症までの数か月間治療中断していた方もいました。健診受診者で治療中の方の中には、メタボリックシンドロームや糖尿病のコントロール不良者も見受けられました。健診・医療の未受診者対策や治療中断者対策、また、治療中であっても生活習慣改善が必要な方へのフォローについて、これらの実態を基に、第3期計画に盛り込む必要があります。

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⑮体格をみると、BMI18.5未満が40～64歳・65～74歳で増加している一方、BMI25以上は65～74歳・75歳以上で増加しています。

図表43 健診有所見の状況を見ると、特に65～74歳の年代で、Ⅱ度高血圧以上・HbA1c7.0%以上・CKD・心房細動すべての項目での割合が増えました。Ⅱ度高血圧以上者やHbA1c7.0%以上者のうち未治療・中断者も増加しており、必要な対象者への医療機関への繋ぎを確実に実施する必要があります。

図表 44 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況を見ると、高血圧+合併症は 65～74 歳で、糖尿病+合併症は 40～64 歳・65～74 歳で H30 年度と比較して高くなっており、壮年期～前期高齢者では平成 30 年度と比較して重症化している実態がみえます。

図表 45 の中長期目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患・心不全・腎不全)では、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、65 歳～74 歳の脳血管疾患、65 歳～74 歳・75 歳以上の心不全の割合が増加し、腎不全では全年代割合が高くなっています。また、40～64 歳の若い世代で脳血管疾患・心不全の介護認定者が増加しています。特に若い世代の脳血管疾患や腎不全については、しっかりと原因を分析し、予防計画に反映させていく必要があります。

図表 46 の骨折・認知症の状況を見ると、平成 30 年度と比較し、令和 4 年度は骨折は 65～74 歳・75 歳以上の両方で、認知症は 65～74 歳で割合が高くなっていました。特に、高血圧・糖尿病との重なりがある方が、65～74 歳では 6 割、75 歳以上では 8 割いました。介護予防の観点からも生活習慣病の発症予防と重症化予防が重要です。

④優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、65 歳以下の若い世代の発症予防と重症化予防、65～74 歳の今後後期高齢者に移行する年代の重症化予防と再発予防が必要です。

被保険者の健康実態を把握し早期に予防活動を行うため、第 3 期においても、健診未受診者対策は大変重要だと考えます。特に、40～50 代の健診受診率向上に力を入れていく必要があります。

また、高額レセプトも増えており、医療費の増加もみられることから、予防可能な疾患である脳・心・腎を守るための活動に注力していく必要があります。

そのための具体的な取組方法については、第 3 章及び第 4 章に記載します。

(3) 目標の設定

①成果目標

ア データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、分析結果や実態から計画の見直し、改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが目標です。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。また、第 3 期の評価指標については、すべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 47)を設定します。

イ 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患が増えており、また、入院の医療費割合が増えています。特に、脳血管疾患や人工透析の医療費や発症状況に課題がみられました。

そのため、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、また、医療費が

高額になる虚血性心疾患について、新規の患者数・割合を維持・減少させることを目標とします。

また、高齢化が進展する昨今では、医療費の増加を抑えることは難しいことから、医療費の伸びの抑制を目標とし、地域差指数の減少を目指します。

ウ 短期的な目標の設定

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

特に、若い世代の健診受診率の向上及び特定保健指導の充実による、短期目標疾患の発症予防に努めます(特定健診・特定保健指導の具体的な取組については、第3章に記載)。

また、中長期目標疾患の発症予防のためには、短期目標疾患における適切な医療機関受診と疾病管理が重要です。医療機関未治療者や治療中断者等、重症化するリスクの高い対象者について把握し、医療機関への受診勧奨や必要な保健指導、栄養指導を行います。特に、糖尿病とメタボリックシンドロームについては、薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法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、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目標とします。

②管理目標の設定

図表 47 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	目標値	R11 数値目標	実績			データの 把握方法 (活用データ)
					初期値 R 5 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	新規脳梗塞患者数	減少 (割合の維持・減少)	-	61			データヘルス支援システム
		新規脳出血患者数	減少 (割合の維持・減少)	-	20			
		新規虚血性心疾患患者数	減少 (割合の維持・減少)	-	123			
		新規人工透析導入患者数	減少・発症させない	0	1			
		糖尿病性腎症による新規透析導入患者数	減少・発症させない	0	0			
	短期目標	★特定健診受診率	60%以上	60%	39.8%			法定報告値
		40代、50代の健診実施（受診）率	上昇	32%	27.1%			
		★特定保健指導実施率	上昇	74%	71.0%			
		(問診)朝食を抜くことが週3回以上ある40代、50代の割合	減少	-	20.1%			・特定健診等データ管理システム ・ラボツール ・データヘルス支援システム
		内臓脂肪症候群該当者・予備群の割合	減少	-	33.9%			
		血圧Ⅱ度以上者（160/100以上）の割合	減少	-	5.9%			
		LDLコレステロール180以上者の割合	減少	-	4.3%			
		40代、50代のHbA1c6.5以上者の割合	減少	-	5.9%			
		★健診受診者のHbA1c8.0以上の者の割合	減少	-	1.7%			
		健診受診者で糖尿病の治療が必要な人のうち、未治療者（治療中断者を含む）の割合	減少	-	23.7%			
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	1%増 又は全国平均以上	20.4%	19.4%			法定報告値
		内臓脂肪症候群該当者の減少率	1%増 又は全国平均以上	21.7%	20.7%			

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

2 目標値の設定

図表 48 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	40%	44%	48%	52%	56%	60%以上
特定保健指導実施率	72%	72%	73%	73%	74%	74%以上

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
40代の健診受診率	27%	28%	29%	30%	31%	32%以上
50代の健診受診率	28%	29%	30%	31%	32%	33%以上

3 対象者の見込み

図表 49 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	5,702	5,505	5,315	5,131	4,953	4,782
	受診者数	2,281	2,422	2,551	2,668	2,774	2,869
特定保健指導	対象者数	312	332	350	366	380	393
	受診者数	225	239	255	267	281	291

4 特定健診の実施

(1)健診については、特定健診実施機関に委託します。

- ① 集団健診(宇土市保健センター他)
- ② 施設健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委

託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、受診券に記載するとともに、市のホームページに掲載します。

(参照) <https://www.city.uto.lg.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・尿酸・尿潜血)を実施します。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又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 50 特定健診検査項目

○宇土市特定健診検査項目

健診項目		宇土市	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	○(集団) □(施設)	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

(5) 実施時期

- ① 集団健診 4月～10月
- ② 施設健診 4月～12月
- ③ 情報提供事業 4月～3月

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ます。

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

(6) 代行機関

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

(7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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 51 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 ↓ (特定健診の開始)	(特定保健指導の実施)
5月		健診データ受取 費用決裁 → 保健指導対象者の抽出 ↓ (特定保健指導の開始)	健診データ抽出(前年度)
6月			↓
7月			↓
8月			実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
9月			↓
10月	契約に関わる 予算手続き		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	↓		
12月			
1月	健診希望調査票		
2月	送付・回収		
3月	健診機関との契約 受診券送付	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

5 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者の直接実施(一般衛生部門への執行委任)と業者委託との形態で行います。

また、特定保健指導委託業者とは、定期的に進捗状況等について確認を行うとともに、フォローが必要なケースの連携等、効率的な事業の実施に努めます。

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

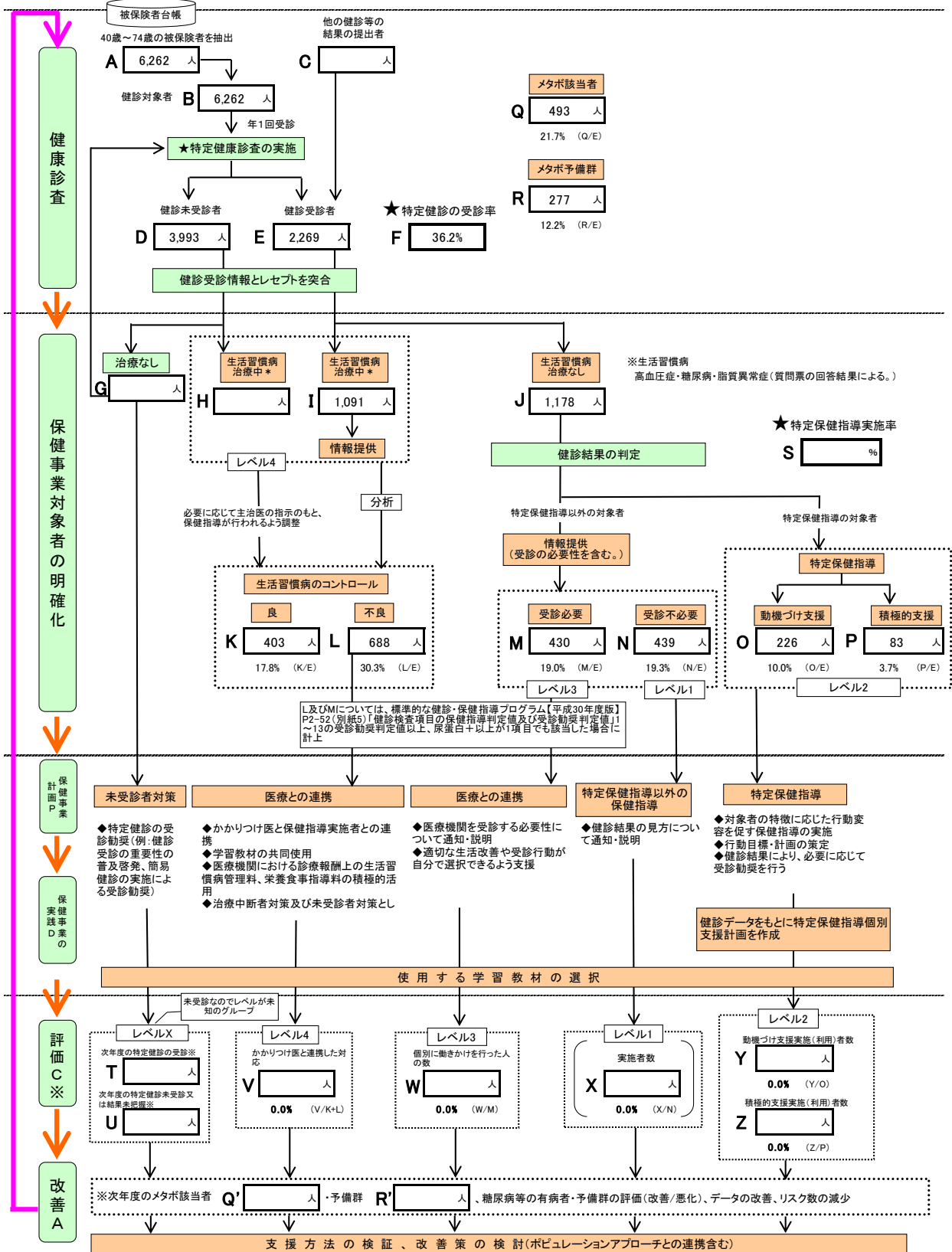
(1)健診から保健指導実施の流れ

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

図表 52 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04年度



出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 53 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	左記のうち優先すべき要保健指導対象者	目標実施率
1	OP	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。	309人 (13.6%)	全員	74%
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	430人 (19.0%)	重症化予防事業対象者	90%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	3,993人 ※受診率目標達成まであと1,489人	①高血圧・糖尿病の未治療者・治療中断者 ②40～50代	90%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	439人 (19.3%)	—	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1,091人 (48.1%)	重症化予防事業対象者	90%

※

1

- ・ 特定保健指導対象者の中で、重症化予防に該当する者については、その後のフォローや医療機関との連携を踏まえ、委託業者だけでなくできる限り市の専門職も関わることとする。
- ・ 将来の臓器障害を防ぐためにも、特に 40 代、50 代の若い世代の対象者の実施率を上げる。
- ・ 特定保健指導のポイント（回数）にこだわらず、対象に応じた支援を実施し、改善率の向上に努める。

3

- ・ 特に 40 代、50 代の健診受診率向上に向けた未受診者対策に努める。
- ・ 過去に健診受診歴のある者、過去の健診で重症化予防対象者に該当した者（糖尿病管理台帳記載者等）について、状況確認も兼ねた未受診者の訪問を行う。
- ・ 若年健診受診者へは、できる限り丁寧な健診結果の説明に努め、1年に1回の健診受診の習慣化を目指す。

(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 54 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
前年度3月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎施設健康診査実施の依頼		
4月	◎特定健康診査の開始		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報 ◎後期高齢者健診、がん検診開始
5月		◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	
6月			◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月			
8月		◎利用券の登録	
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月	◎診療情報提供の依頼		
12月	◎健診の終了		
1月			
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診等データ管理シ

ステムで行います。

7 結果の報告

実績報告については、特定健診等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、宇土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

保健事業の実施に当たっては、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、特定健診結果を基に、発症及び重症化予防の取組について、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを組み合わせ実施します。

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

具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し、臓器障害を防ぐための保健指導や栄養指導を実施します。

また、ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により、自分自身の生活や将来設計にも支障を及ぼしてしまうことや、高額な医療費や介護費用がかかることで、社会全体に及ぼす影響等について、広く住民へ周知していくことで、住民が自らの健康管理の大切さや、予防可能な生活習慣病の発症予防に関心を向けることができるように努めます。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努め、健診と保健指導により、多くの住民に、現在の自分の身体の状態を把握していただく必要があります。その実施に当たっては、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

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について、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、令和4年度の特定健診受診者 2,269 人(健診受診率 36.2%)のうち、836 人(36.8%)です。治療なし者(高血圧・糖尿病・脂質異常症の3疾患で内服がないと問診で答えた者)は 292 人(24.8%)で、そのうち、特定保健指導対象者が 171 人と、治療なし者の約 6 割に当たります。このことから、特定保健指導に注力することは重症化予防にもつながり、効率的であるといえます。

さらに、治療なし者の 37.7%にあたる 110 人は、すでに臓器障害があり、直ちに取り組むべき対象者であることや、血圧Ⅱ度以上者の約 6 割・HbA1c6.5%以上者の約半数は治療なし者にあたることから、医療機関への定期的な受診に繋げるための保健指導が重要といえます。(図表 55)

図表 55 脳・心・腎を守るために

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

令和04年度

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少																				
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)			CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)																	
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										<p>■各疾患の治療状況</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>治療中</th> <th>治療なし</th> </tr> <tr> <td>高血圧</td> <td>808</td> <td>1,461</td> </tr> <tr> <td>脂質異常症</td> <td>539</td> <td>1,730</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>224</td> <td>2,045</td> </tr> <tr> <td>3疾患 いづれか</td> <td>1,091</td> <td>1,178</td> </tr> </table> <p>※問診結果による</p>				治療中	治療なし	高血圧	808	1,461	脂質異常症	539	1,730	糖尿病	224	2,045	3疾患 いづれか	1,091	1,178
	治療中	治療なし																									
高血圧	808	1,461																									
脂質異常症	539	1,730																									
糖尿病	224	2,045																									
3疾患 いづれか	1,091	1,178																									
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 健康結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)																				
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/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	133 5.9%	24 1.1%	97 4.3%	75 3.3%	493 21.7%	206 9.1%	145 6.4%		836 36.8%																		
治療なし	80 5.5%	6 0.5%	89 5.1%	56 3.2%	117 9.9%	95 4.6%	42 3.6%		292 24.8%																		
(再掲) 特定保健指導	28 21.1%	3 12.5%	27 27.8%	21 28.0%	117 23.7%	31 15.0%	19 13.1%		171 20.5%																		
治療中	53 6.6%	18 1.6%	8 1.5%	19 3.5%	376 34.5%	111 49.6%	103 9.4%		544 49.9%																		
臓器障害 あり	28 35.0%	6 100.0%	25 28.1%	23 41.1%	39 33.3%	39 41.1%	42 100.0%		110 37.7%																		
CKD(専門医対象者)	6	2	6	6	10	13	42		42																		
心電図所見あり	25	6	20	18	31	34	11		79																		
臓器障害 なし	52 65.0%	--	64 71.9%	33 58.9%	78 66.7%	56 58.9%	--		--																		

治療中

臓器障害 あり	15 28.3%	18 100.0%	5 62.5%	8 42.1%	143 38.0%	55 49.5%	103 100.0%		241 44.3%	
CKD(専門医対象者)	8	4	1	4	48	23	103		103	
心電図所見あり	11	18	4	8	115	42	36		174	
臓器障害 なし	38 71.7%	--	3 37.5%	11 57.9%	233 62.0%	56 50.5%	--		--	

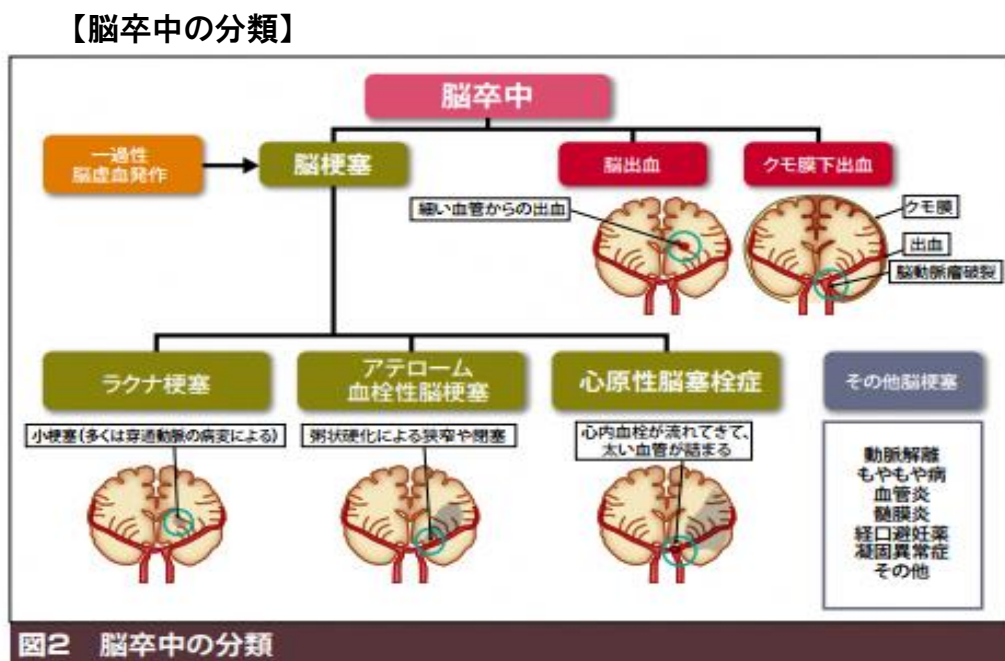
出典:ヘルサポートラボツール

(1)脳血管疾患予防

①基本的な考え方

脳血管疾患予防の取組に当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 56)。

図表 56 脳卒中の分類、脳血管疾患とリスク因子



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

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

②脳血管疾患に係る宇土市の実態と対象者の明確化

ア 脳血管疾患発症の実態をみる

脳血管疾患の種類をみると、国保、後期高齢者のいずれも脳梗塞が最も多い状況でした。県内市町村平均との割合比較においては、国保の脳内出血やくも膜下出血、後期高齢者のくも膜下出血がやや高くなっていました。(図表 57)

脳梗塞の種類でみると、国保では、ラクナ梗塞の割合が最も多く、県内市町村平均の割合と比較しても高い状況でした。後期高齢者においても、ラクナ梗塞の割合が最も高いものの、心原脳梗塞の割合は県内市町村平均を上回っていました。介護認定者では、脳梗塞のうちラクナ梗塞の割合が最も多いですが、心原性脳梗塞の割合が県内市町村平均を上回っていました。(図表 58)

図表 57 脳血管疾患の種類をみる (令和4年度)

	国保 被保険者	脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
宇土市	8,544	45	0.53%	16	0.19%	4	0.05%
県内市町村計	402,744	2,513	0.62%	639	0.16%	163	0.04%

	後期高齢者 被保険者	脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
宇土市	5,972	167	2.80%	21	0.35%	7	0.12%
県内市町村計	284,602	8,874	3.12%	1,333	0.47%	270	0.09%

出典：保険者データヘルス支援システム

図表 58 脳梗塞の種類をみる (令和4年度)

国保	被保険者	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	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
宇土市	8,544	45	0.53%	15	33.33%	3	6.67%	5	11.11%
県内市町村計	402,744	2,513	0.62%	737	29.33%	363	14.44%	279	11.10%

後期高齢者	被保険者	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	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
宇土市	5,972	167	2.80%	42	25.15%	24	14.37%	34	20.36%
県内市町村計	284,602	8,874	3.12%	2,407	27.12%	1,103	12.43%	1,502	16.93%

介護認定者	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	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
宇土市	387		90	23.26%	42	10.85%	51	13.18%
県内市町村計	21,139		5,524	26.13%	2,227	10.54%	2,543	12.03%

出典：保険者データヘルス支援システム

イ 重症化予防対象者の実態

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。また、心原性脳塞栓症の原因となる心房細動の発症においても、高血圧はリスクとなります。図表 59 でみると、高血圧治療者 2,739 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 259 人(9.5%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 133 人(5.9%)であり、そのうち 80 人(60.2%)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高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。

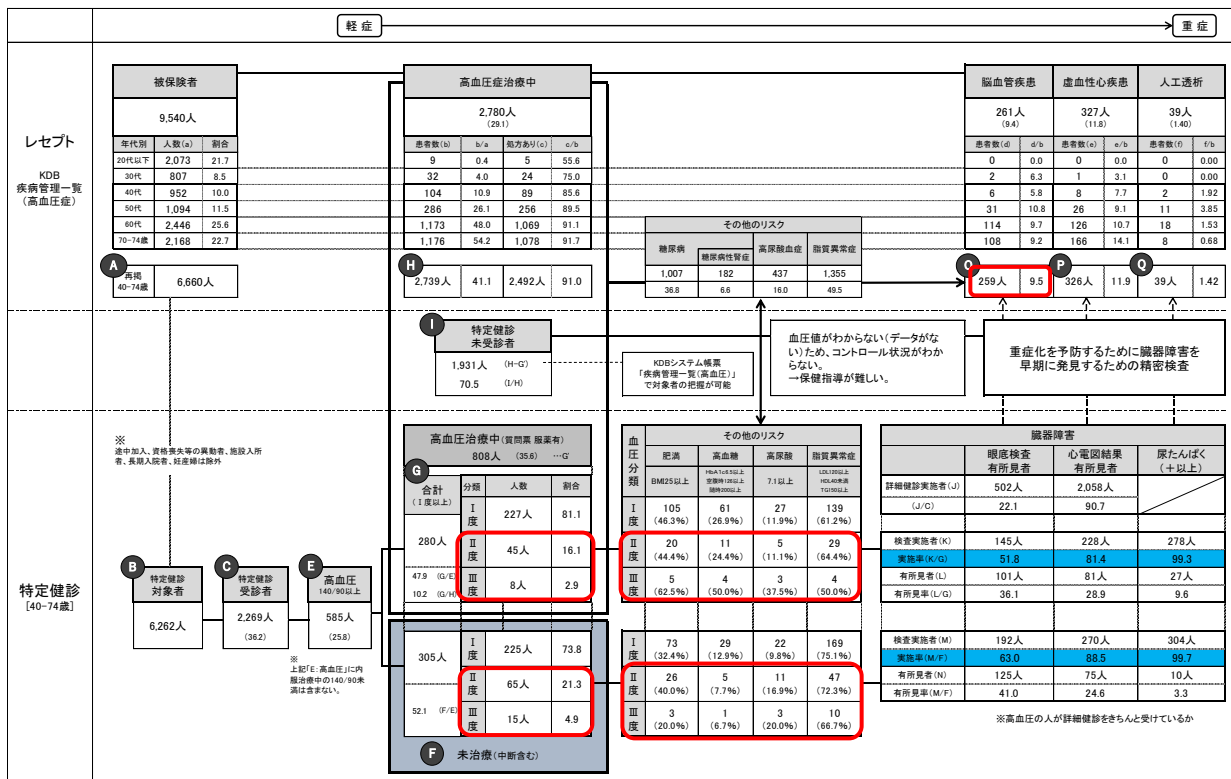
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上の者が 53 人(6.6%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

臓器障害を早期に発見するための詳細検査の実施率について、眼底検査が約 6 割、心電図検査が約 9 割です。第 3 期計画期間中に、必要な方への詳細検査実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。また、特に若い世代で脳血管疾患の発症や医療費割合が高くなっていることから、健診結果におけるハイリスク者については、重点的に取り組んでいく必要があると考えます。

図表 59 血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

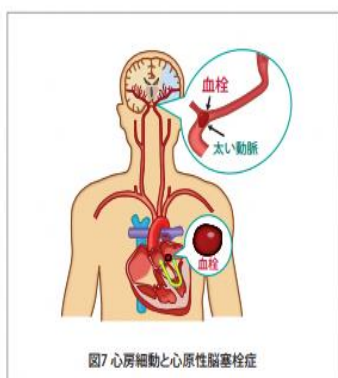
令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を対象とし(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む。)
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一覽で把握できない項目については、「KDB構築 介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防)」から集計

出典：ヘルスサポートラボツール

ウ 心電図検査における心房細動者の把握



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。その原因となる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 60 で、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況を見てみました。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 60 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	981	1,288	889	90.6%	1,169	90.8%	19	2.1%	5	0.4%	--	--
40代	91	105	89	97.8%	101	96.2%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	105	136	97	92.4%	125	91.9%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	360	531	322	89.4%	484	91.1%	7	2.2%	4	0.8%	1.9%	0.4%
70~74歳	425	516	381	89.6%	459	89.0%	12	3.1%	1	0.2%	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

令和4年度健診における心電図検査において、24人に心房細動の所見がみられました。特に男性に多く、全て60歳以上の方でした。その発生率は60代で日循疫学調査の割合よりも高く、心房細動所見者の未治療者については、速やかに医療機関受診に繋げるとともに、治療中者についても、治療中断が引き起こすリスクについて十分な説明を行い、治療や内服の中断を防ぐ必要があります。また、心房細動等の不整脈の早期発見のために、自己検脈の周知についても行っていきます。(図表60)

すでに約9割の健診受診者に心電図検査が実施できていますが、第3期計画においても心電図検査の全数実施に努め、心電図検査結果で把握できるハイリスク者について、確実に必要な受診勧奨や保健指導を実施していきます。

エ 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であり、高血圧以外の危険因子との組合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。

第2期計画では、保健指導の対象者をⅡ度高血圧以上者としていましたが、図表61のとおり、リ

スク第 3 層に該当する高値血圧者や I 度高血圧者などは高リスク者にあたるため、より脳心疾患リスクの高い対象者に保健指導を実施できるよう、対象者の見直しを行っていきます。

図表 61 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(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 診療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)	高値血圧	I 度高血圧	II 度高血圧	III 度高血圧	区分	該当者数
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上		
リスク第1層 予後影響因子がない	718	413	225	65	15	A	ただちに 薬物療法を開始
	5.4%	57.5%	31.3%	9.1%	2.1%		
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	39	C 24	B 11	B 4	A 0	B	概ね1ヵ月後に 再評価
	54.0%	5.8%	4.9%	6.2%	0.0%		
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	388	C 233	B 112	A 37	A 6	C	概ね3ヵ月後に 再評価
	54.0%	56.4%	49.8%	56.9%	40.0%		
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	291	B 156	A 102	A 24	A 9	C	概ね3ヵ月後に 再評価
	40.5%	37.8%	45.3%	36.9%	60.0%		

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、又は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、又は空腹時血糖≥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)又は心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療又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

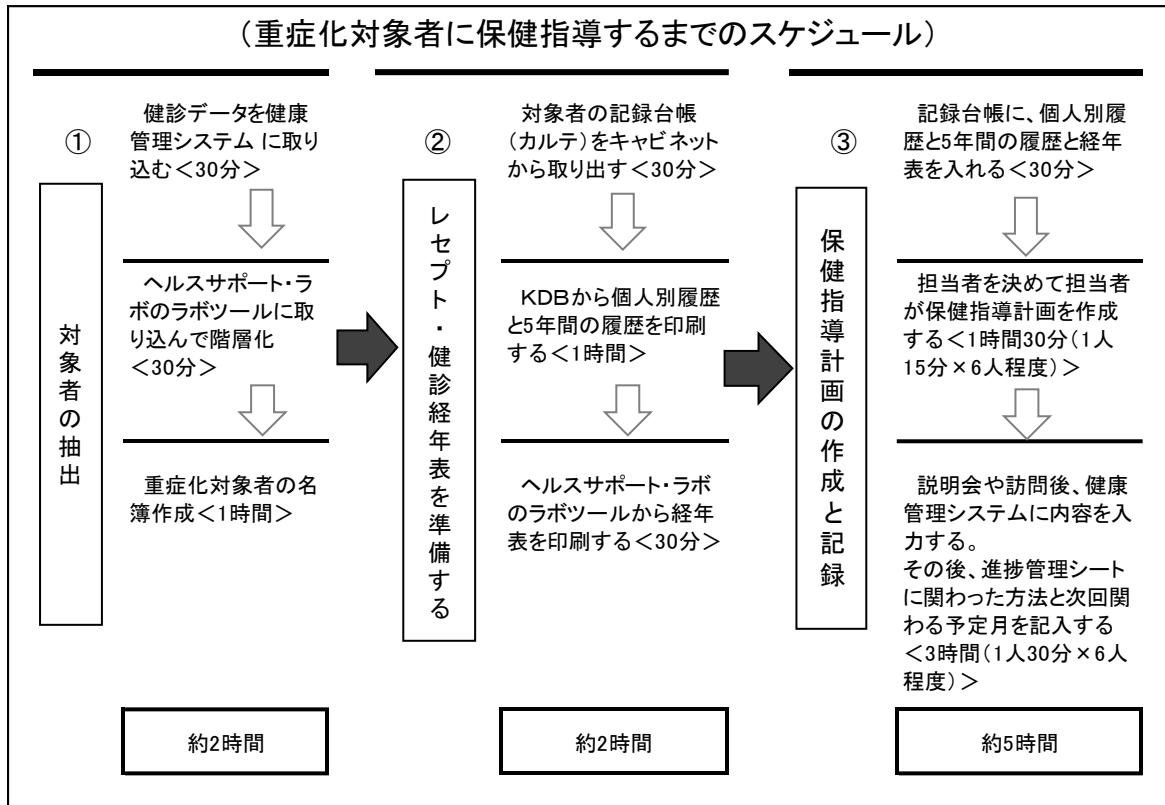
出典：ヘルスサポートラボツール

③保健指導の実施

ア 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)



イ 受診勧奨及び保健指導

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

ウ 対象者の管理

(ア) 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、脳心血管リスク層別化の高リスク者の未治療者・治療中断者を対象に、血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況等の経過を確認し、受診勧奨を行います。

(イ) 心房細動者の管理

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

④ 医療との連携

脳血管疾患発症予防のためには、血圧をはじめとするリスク因子のコントロールが重要となります。すでに医療機関に受診中であっても、健診結果においてコントロールが不十分な方については、健診結果(経年表)やその他の連携ツール(糖尿病連携手帳、血圧記録手帳等)等を基に、対象者本人

を介して医療機関と連携することとします。また、コントロール状況に課題が大きい方や治療中断が心配される方については、直接医療機関へ出向き連携を図る等、対象者の状況に応じた連携を行っていきます。

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

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

健診結果と合わせて血管変化を早期に捉えるため、二次健診の実施についても検討していく必要があります。

⑤評価

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標について年に1回評価します。

アウトプット評価やプロセス評価については年度内(2月頃)に実施し、課題を整理し次年度計画へ反映します。また、アウトカム評価については、年度内は暫定値で評価し、最終的にはデータが揃う次年度に確認します。

また、保健指導を実施した対象者の評価については、次年度の健診結果で行います。

(2) 糖尿病性腎症重症化予防

① 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組に当たっては、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(以下「熊本県版プログラム」という。)に基づき実施します。

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

② 人工透析に係る宇土市の実態と対象者の明確化

ア 人工透析患者の実態をみる(図表 62)

	H30			R2			R4		
	被保険者	透析患者人数・割合		被保険者	透析患者人数・割合		被保険者	透析患者人数・割合	
宇土市国保	9,554	56	0.59%	8,852	50	0.56%	8,544	41	0.48%
県内市町村合計	451,989	2,455	0.54%	423,336	2,361	0.56%	402,744	2,232	0.55%
宇土市後期	5,731	87	1.52%	5,883	95	1.61%	5,972	91	1.52%
県内市町村合計	279,004	3,592	1.29%	282,718	3,587	1.27%	284,602	3,675	1.29%

出典：保険者データヘルス支援システム

イ 新規人工透析患者の実態をみる(図表 63)

	H30				R2				R4			
	新規透析患者数		糖尿病性腎症(内訳)		新規透析患者数		糖尿病性腎症(内訳)		新規透析患者数		糖尿病性腎症(内訳)	
宇土市国保	4	0.04%	3	75.0%	3	0.03%	2	66.7%	0	0%	0	0%
県内市町村合計	189	0.04%	104	55.0%	195	0.05%	97	49.7%	152	0.04%	90	59.2%
宇土市後期	7	0.12%	3	42.9%	7	0.12%	2	28.6%	7	0.12%	5	71.4%
県内市町村合計	257	0.09%	87	33.9%	249	0.09%	86	34.5%	226	0.08%	81	35.8%

出典：保険者データヘルス支援システム

人工透析の実態をみると、国保の透析者割合は県内市町村平均より低いものの、後期高齢者になると市町村平均を上回っており、医療費に占める割合も大きくなっていることが課題です。

新規透析者の状況をみると、国保では人数が減少し、糖尿病性腎症の割合も減少しています。後期高齢者では患者数は横ばいですが、透析者割合は県内市町村合計より高く、直近の令和 4 年度では糖尿病性腎症の割合が高くなっていました。後期高齢者の透析予防は、国保世代からの予防活

動が大変重要となります。熊本県版プログラムに基づき、糖尿病性腎症重症化予防への取組を重点的に進めていきます。(図表 62・63)

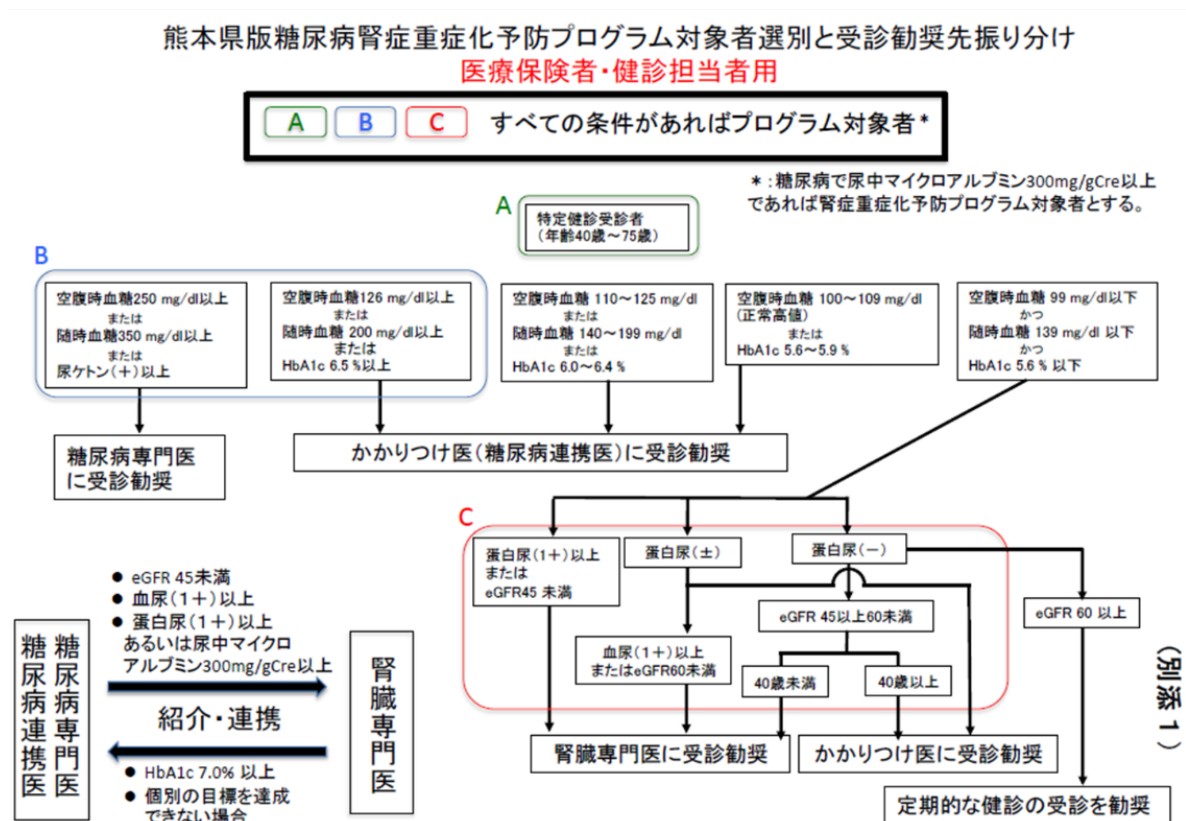
ウ 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準に当たっては、熊本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(※熊本県版糖尿病腎症重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け参照)。

- (ア) 健診を受診した者のうち医療機関未受診者(早期に積極的に受診勧奨が必要な者)
- (イ) 糖尿病治療中断者(最終の受診日から6か月以上経過している者)
- (ウ) 重症化するリスクの高い者

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

図表 64 熊本県版糖尿病重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け

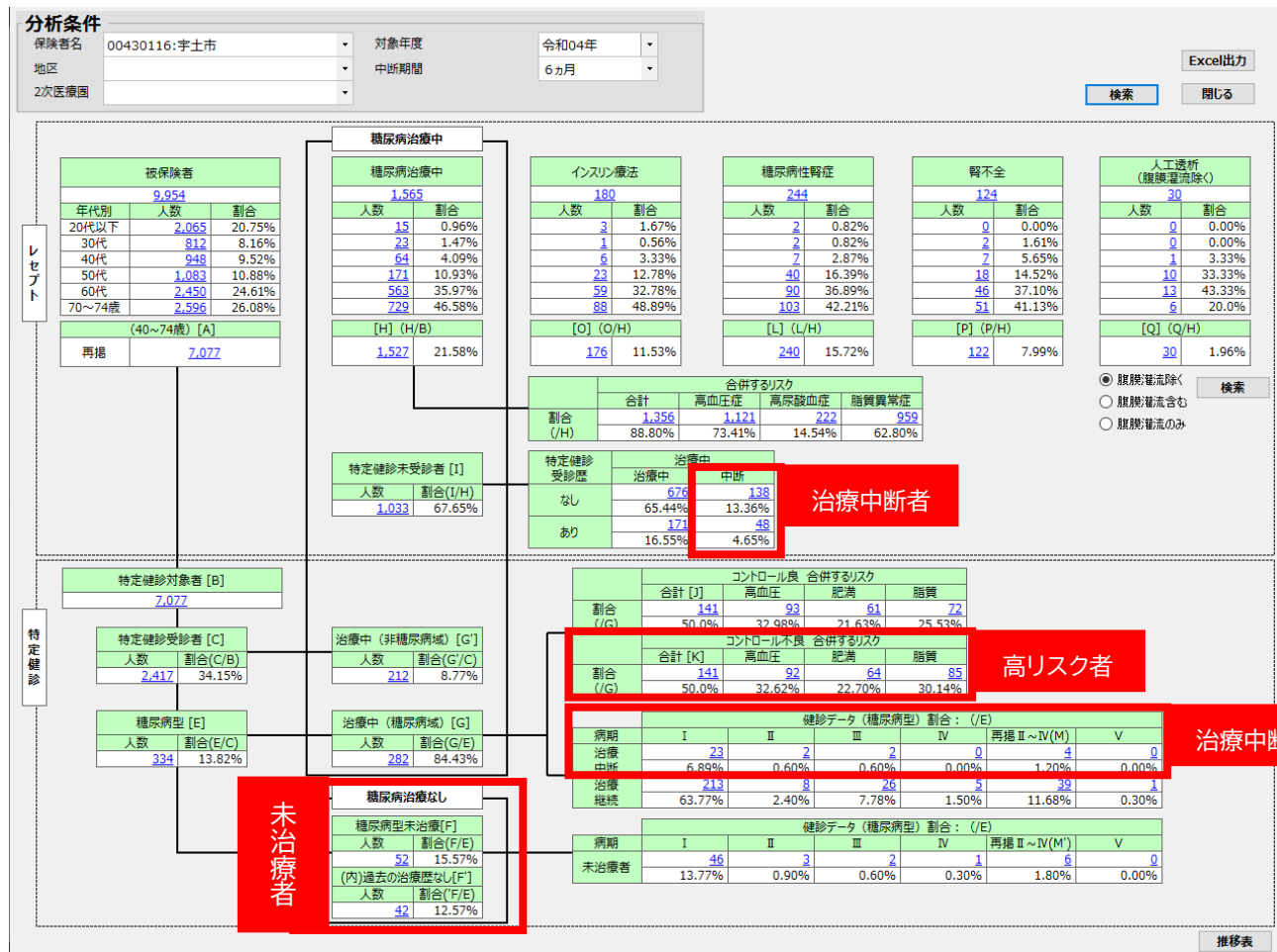


エ 選定基準に基づく該当者の把握

(ア)対象者の抽出

対象者の抽出については、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、把握及び抽出を行います(「KDB」、「保険者データヘルス支援システム」、「ラボツール」)。

図表 65 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



(イ) 介入方法と優先順位

優先順位 1 健診を受診した者のうち医療機関未受診者(早期に積極的に受診勧奨が必要な者)
(図表 65 F)・・・52人

【受診勧奨】

訪問・面接による受診勧奨を実施

優先順位 2 糖尿病治療中断者(最終の受診日から6か月以上経過している者)

- ・(図表 65 治療中断者) 健診受診者・・・27人
- ・(図表 65 治療中断者) 健診未受診者・・・138人

【保健指導】

- ・ 健診受診者については、健診結果を基に保健指導を実施し治療再開に繋げる。
- ・ 健診未受診者については、過去の健診受診歴がある者を優先して訪問等を行う。
- ・ 頻繁に治療中断となる対象者等、地域でフォローが必要な対象者について医療機関との情報共有を行い、連携した保健指導を実施する。

優先順位 3 糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者

- ・ (図表 65 K)・・・141人
- ・ 過去に特定健診歴のある糖尿病治療者（糖尿病管理台帳で把握）

【保健指導】

- ・ 健診受診者については、健診結果を基に保健指導を実施し、血糖値やその他のリスク因子の数値が高くなっている要因に気づき、数値の改善に繋がるよう保健指導を実施する。
- ・ 過去に受診歴がある糖尿病管理台帳登録者に訪問し、現在の状況を確認し、必要な保健指導や関わりを行う。
- ・ 地域でフォローが必要な対象者について医療機関との情報共有を行い、連携した保健指導を実施する。

③保健指導の実施

ア 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準、概数試算、介入方法、実施方法の決定
- 5月～特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)

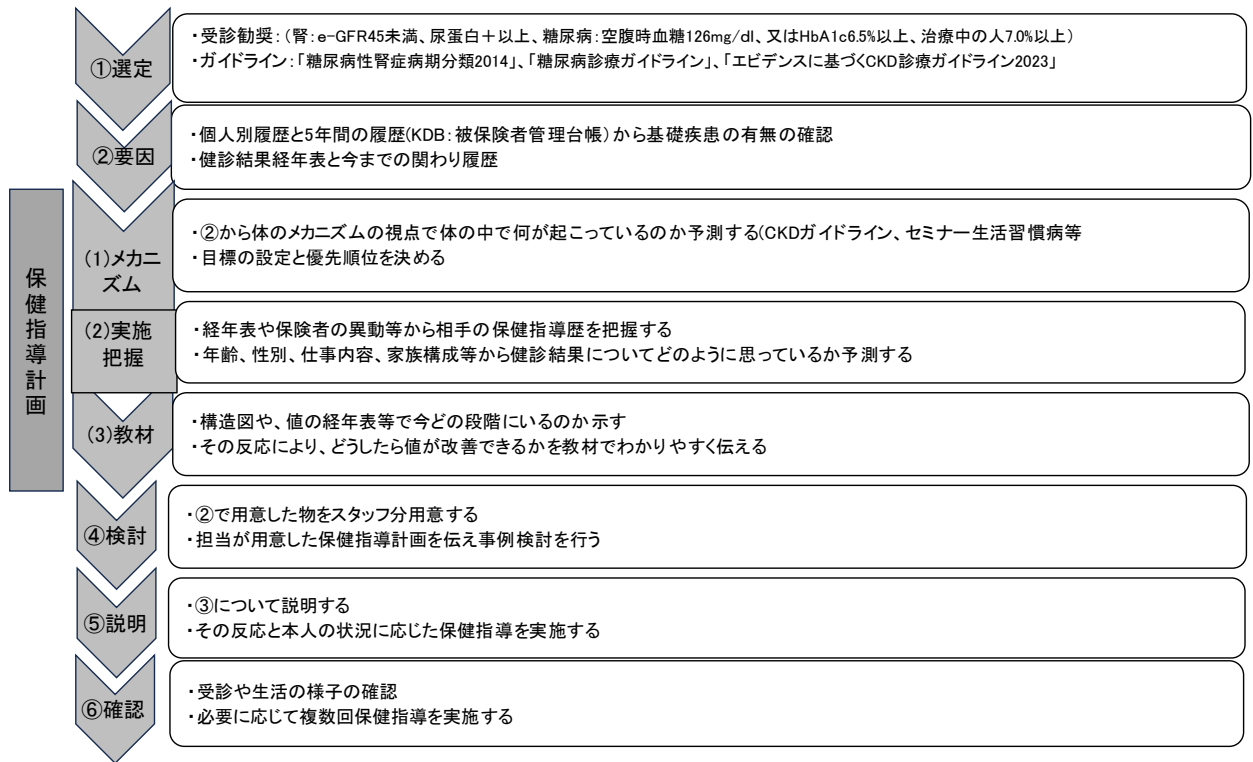
イ 糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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。特定健診受診者のうち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行います。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ます。

ウ 二次検査等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施であるため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。健診当日の尿蛋白定量検査の実施や、二次検査として、HbA1c6.5%以上者へ微量アルブミン尿検査を実施する等、腎症ハイリスク者への早期介入のための取組を行います。

図表 66 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



④医療との連携

ア 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関に繋ぐ場合、健診結果経年表や糖尿病連携手帳、連絡票、CKD精密検査照会様式(熊本県版)等を使用します。糖尿病連携手帳を持っていない方には、その後の自己管理に繋げることができるよう、手帳の使い方等について、丁寧な説明を行います。

イ 治療中の者への対応

治療中の場合は、糖尿病連携手帳や連絡票、CKD精密検査照会様式(熊本県版)を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携に当たっては熊本県版プログラムに準じ行っていきます。

⑤評価

評価を行うに当たっては、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、熊本県版プログラムのアウトカム評価指標に加え、データヘルス計画の評価について、年1回行うものとします。その際はKDBシステムや保険者データヘルス支援システム等の情報を活用します。

また、中長期的評価については、図表 67 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価も行います。

【短期的評価（熊本県版プログラムアウトカム評価）】

- ア 糖尿病性腎症病期分類ステージの維持・改善・悪化の数
- イ 新規人工透析導入患者数（糖尿病性腎症患者数）の推移
- ウ 人工透析に係る医療費の推移
- エ 医療機関未受診者の割合
- オ 治療中断者（糖尿病及び糖尿病性腎症）の割合

図表 67 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	宇土市										同規模保険者(平均)		データ基		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1 ① 被保険者数	A	9,349人		8,960人		8,610人		8,516人		8,377人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
		(再掲)40~74歳		6,931人		6,650人		6,455人		6,494人		6,347人				
2 ① 特定健診 ② 対象者数	B	6,068人		5,826人		5,831人		5,682人		5,498人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書		
		③ 受診者数	2,300人		2,434人		1,717人		2,072人		2,269人					
③ 受診率	37.9%		41.8%		29.4%		36.5%		41.3%							
	3 ① 特定 保健指導 ② 実施率	317人		341人		266人		291人		297人						
39.1%		45.5%		32.7%		75.3%		71.0%								
4 ① 健診 データ	E	330人 14.3%		398人 16.4%		267人 15.6%		317人 15.3%		339人 14.9%				特定健診結果		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	130人 39.4%		188人 47.2%		105人 39.3%		116人 36.6%		115人 33.9%					
			③ 治療中(質問票 服薬あり)	200人 60.6%		210人 52.8%		162人 60.7%		201人 63.4%		224人 66.1%				
		④ コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖126以上		130人 65.0%		150人 71.4%		111人 68.5%		135人 67.2%		134人 59.8%				
			⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	77人 59.2%		89人 59.3%		80人 72.1%		90人 66.7%		86人 64.2%				
				69人 53.1%		76人 50.7%		45人 40.5%		55人 40.7%		53人 39.6%				
		④ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖126未満	70人 35.0%		60人 28.6%		51人 31.5%		66人 32.8%		90人 40.2%					
			⑧ 第1期 尿蛋白(-)	271人 82.1%		339人 85.2%		230人 86.1%		273人 86.1%		287人 84.7%				
		⑨ 第2期 尿蛋白(+)		20人 6.1%		13人 3.3%		12人 4.5%		9人 2.8%		14人 4.1%				
			⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上	26人 7.9%		36人 9.0%		19人 7.1%		29人 9.1%		29人 8.6%				
		⑪ 第4期 eGFR30未満		3人 0.9%		2人 0.5%		6人 2.2%		2人 1.9%		8人 2.4%				
5 ① レセプト	H		114.0人		113.3人		102.1人		111.3人		116.3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)	151.9人		149.5人		134.5人		143.7人		150.6人					
			③ レセプト件数 (40~74歳) ④ 入院外(件数) ⑤ 入院(件数)	6,043件 (909.0)		5,710件 (884.7)		5,614件 (875.1)		5,922件 (940.3)		5,718件 (946.7)		1,557,522件 (951.6)		
		52件 (7.8)		50件 (7.7)		55件 (8.6)		30件 (4.8)		27件 (4.5)		7,406件 (4.5)				
		⑥ 糖尿病治療中	1,066人 11.4%		1,015人 11.3%		879人 10.2%		948人 11.1%		974人 11.6%					
			⑦ (再掲)40~74歳	1,053人 15.2%		994人 14.9%		868人 13.4%		933人 14.4%		956人 15.1%				
		⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		853人 81.0%		794人 79.9%		706人 81.3%		732人 78.5%		732人 76.6%				
			⑧ インスリン治療	93人 8.7%		102人 10.0%		91人 10.4%		86人 9.1%		84人 8.6%				
		⑨ (再掲)40~74歳		91人 8.6%		97人 9.8%		90人 10.4%		85人 9.1%		83人 8.7%				
			⑩ 糖尿病性腎症	100人 9.4%		116人 11.4%		103人 11.7%		118人 12.4%		116人 11.9%				
		⑪ (再掲)40~74歳		97人 9.2%		113人 11.4%		103人 11.9%		118人 12.6%		115人 12.0%				
			⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	25人 2.3%		27人 2.7%		28人 3.2%		28人 3.0%		27人 2.8%				
		⑬ (再掲)40~74歳		25人 2.4%		27人 2.7%		28人 3.2%		28人 3.0%		27人 2.8%				
			⑭ 新規透析患者数	4人		4人		3人		4人		1人				
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		2人		2人		2人		0人		0人				
			⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	32人 2.5%		38人 2.9%		37人 3.0%		37人 2.8%		37人 2.7%				
6 ① 医療費	KDB	32億1110万円		31億9481万円		33億1705万円		31億8892万円		31億8554万円		28億4626万円		健診・医療・介護データから みられる地域の健康課題		
		② 生活習慣病総医療費	15億9040万円		16億5940万円		17億1234万円		16億8696万円		16億1736万円		15億3700万円			
			③ (総医療費に占める割合)	49.5%		51.9%		51.6%		52.9%		50.8%			54.0%	
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		7,601円		8,802円		4,124円		7,925円		10,057円			7,237円	
			⑤ 健診未受診者	32,061円		35,127円		44,784円		38,244円		36,313円			38,862円	
		⑥ 糖尿病医療費		1億7190万円		1億7229万円		1億7672万円		1億7065万円		1億6442万円			1億6596万円	
			⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	10.8%		10.4%		10.3%		10.1%		10.2%			10.8%	
		⑧ 糖尿病入院総医療費		5億3904万円		5億5401万円		5億4623万円		5億8670万円		5億7681万円				
			⑨ 1件あたり	39,021円		42,603円		43,379円		45,013円		45,903円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費		3億2714万円		3億7638万円		4億1423万円		3億1976万円		3億1763万円				
			⑪ 1件あたり	518,453円		599,324円		610,056円		575,102円		598,171円				
		⑫ 在院日数		16日		17日		17日		18日		17日				
			⑬ 慢性腎不全医療費	1億7396万円		1億9237万円		1億9976万円		2億0334万円		1億9394万円			1億2396万円	
		⑭ 透析有り		1億5186万円		1億6912万円		1億8294万円		1億8635万円		1億8331万円			1億1532万円	
			⑮ 透析なし	2211万円		2325万円		1682万円		1699万円		1063万円			863万円	
7 ① 介護	31億0848万円			31億9117万円		32億8000万円		33億2119万円		33億0413万円		34億9905万円		KDB_健診・医療・介護データ からみられる地域の健康課題		
	② (2号認定者)糖尿病合併症	5件 17.9%		8件 30.8%		8件 27.6%		6件 23.1%		3件 13.6%						
8 ① 死亡		KDB	6人 1.6%		3人 0.8%		4人 1.0%		4人 1.0%		8人 1.9%		2,819人 1.0%			
	糖尿病(死因別死亡数)															

(3)メタボリックシンドローム重症化予防

①基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態であり、心血管病の重要な予防ターゲットとなっていることに加え、ライフスタイルが関与する多くの病態を含んでいます。

メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することです。また、メタボリックシンドロームを呈する多くの人々はインスリン抵抗性をもち、2型糖尿病の発症リスクも高く、このようにして発症した糖尿病は特に心血管疾患の基盤としての認識が必要です。【参考：「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）添付資料】

②肥満・メタボリックシンドロームの状況

ア 宇土市の肥満・メタボリックシンドロームの実態

健診受診者のうち、メタボリック該当者・予備群の割合は県内市町村平均より高く、平成25年度と比較すると、令和3年度は約5%伸びています。（図表68）

メタボリック該当者を性別・年代別にみると、男性では40代から各年代で健診受診者の2~3割を超え、女性では50代以上の各年代で1割を超えています。また、男女ともに、血圧+脂質異常の組み合わせが多いことが分かります。（図表69）

メタボリック該当者の3疾患治療状況をみると、50代以上のメタボリック該当者の半数以上の方は、高血圧、脂質異常、糖尿病のいずれかの疾患で治療中の状況にあります。（図表70）

図表 68 メタボリック該当者・予備群割合の経年変化

	H25		H28		R1		R3	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
宇土市	720	28.3%	659	30.2%	738	31.9%	677	33.6%
県内市町村合計	30,843	27.1%	30,245	28.3%	34,555	31.8%	33,326	33.1%

図表 69 年代別メタボリック該当者・予備群の状況(令和4年度)

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A	981	91	105	360	425	1,288	105	136	531	516	
メタボ該当者	B	346	20	35	140	151	147	3	17	54	73	
	B/A	35.3%	22.0%	33.3%	38.9%	35.5%	11.4%	2.9%	12.5%	10.2%	14.1%	
再掲	① 3項目全て	C	105	5	12	44	44	34	0	5	11	18
		C/B	30.3%	25.0%	34.3%	31.4%	29.1%	23.1%	0.0%	29.4%	20.4%	24.7%
	② 血糖+血压	D	74	3	4	29	38	22	1	3	13	5
		D/B	21.4%	15.0%	11.4%	20.7%	25.2%	15.0%	33.3%	17.6%	24.1%	6.8%
	③ 血压+脂質	E	150	10	15	62	63	85	2	9	28	46
		E/B	43.4%	50.0%	42.9%	44.3%	41.7%	57.8%	66.7%	52.9%	51.9%	63.0%
	④ 血糖+脂質	F	17	2	4	5	6	6	0	0	2	4
		F/B	4.9%	10.0%	11.4%	3.6%	4.0%	4.1%	0.0%	0.0%	3.7%	5.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 70 メタボリック該当者の治療状況(令和4年度)

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし	
総数	981	346	35.3%	255	73.7%	91	26.3%	1,288	147	11.4%	121	82.3%	26	17.7%
40代	91	20	22.0%	8	40.0%	12	60.0%	105	3	2.9%	0	0.0%	3	100.0%
50代	105	35	33.3%	18	51.4%	17	48.6%	136	17	12.5%	11	64.7%	6	35.3%
60代	360	140	38.9%	103	73.6%	37	26.4%	531	54	10.2%	46	85.2%	8	14.8%
70～74歳	425	151	35.5%	126	83.4%	25	16.6%	516	73	14.1%	64	87.7%	9	12.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

イ 保健指導対象者の優先順位

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。

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満3度・4度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種 of 医療者が連携してフォローアップを行う必要があるとされています。そのため、肥満3度・4度の未治療者については、可能であれば専門医療機関受診を勧めることで対応します。

保健指導対象者については、図表 69 のとおり、メタボリック該当者は男性が多くを占めること、若い男性に心血管病は多いことを踏まえ、40～64 歳の若い世代の男性を最優先の対象者とすることとします。

図表 71 肥満度分類で対象者をみる（令和 4 年度）

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳			
総数	727	1,542	237	427	180	378	47	46	10	2	0	1	
			32.6%	27.7%	24.8%	24.5%	6.5%	3.0%	1.4%	0.1%	0.0%	0.1%	
再掲	男性	308	673	128	226	101	201	23	24	4	0	0	1
				41.6%	33.6%	32.8%	29.9%	7.5%	3.6%	1.3%	0.0%	0.0%	0.1%
再掲	女性	419	869	109	201	79	177	24	22	6	2	0	0
				26.0%	23.1%	18.9%	20.4%	5.7%	2.5%	1.4%	0.2%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

③対象者の明確化

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 70)は、男女とも 7 割以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

ア 対象者の選定基準の考え方

- (ア)メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- (イ)治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と、併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- (ウ)特定保健指導対象者の保健指導については、第 3 章 特定健康診査等実施計画のとおり実施します。

イ 対象者の管理

特定保健指導対象者及び他の重症化予防対象者の管理と同様とします。

④保健指導の実施

ア 実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定
- 5 月～ 特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)

イ 最新の脳科学を活用した保健指導

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

ウ 二次健診の実施

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

対象者の早期介入を目的として、二次健診の実施を検討します。

動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

(ア) 頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)

(イ) 負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)

(ウ) 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)

(エ) 75 g 糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

④医療との連携

メタボリックシンドローム重症化予防のためには、減量(適正体重の維持)に加え、血圧、血糖、脂質等リスク因子のコントロールが重要となります。

メタボリックの該当者については、特定保健指導対象者や他の重症化予防対象者と重複すると考えられるため、他の事業と同様の対応とします。

⑤評価

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標について年に 1 回評価します。

個々の評価については、特定保健指導対象者や他の重症化予防対象者と重複すると考えられるため、他の事業の中で実施して行きます。

(4) 虚血性心疾患予防

① 基本的な考え方

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

② 対象者の明確化

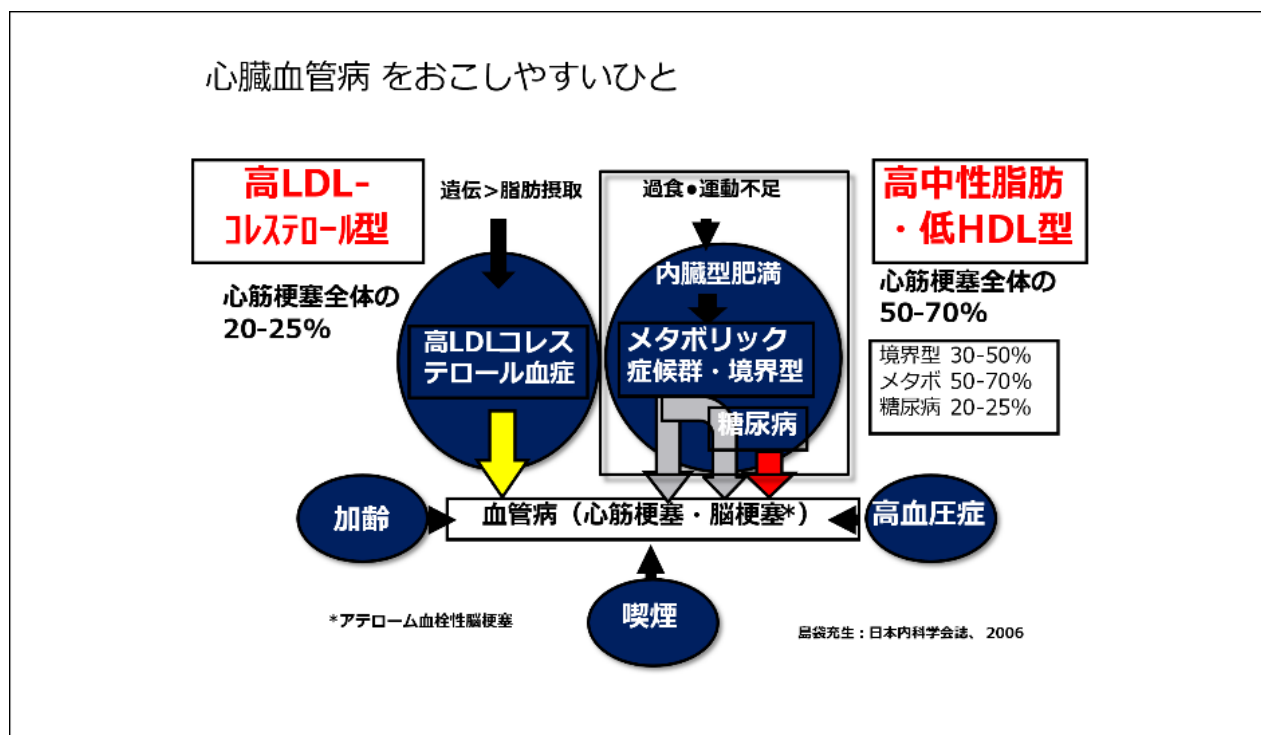
ア 宇土市の実態

第 2 章での分析結果(図表 40)のとおり、虚血性心疾患で高額になったレセプトは、件数・費用額ともに減少しています。しかし、虚血性心疾患のうち介護認定者の割合は、特に 65～74 歳で高くなっており、虚血性心疾患のリスク因子を持つ方の把握と、発症予防に向けた保健指導が重要と考えます。(図表 45)

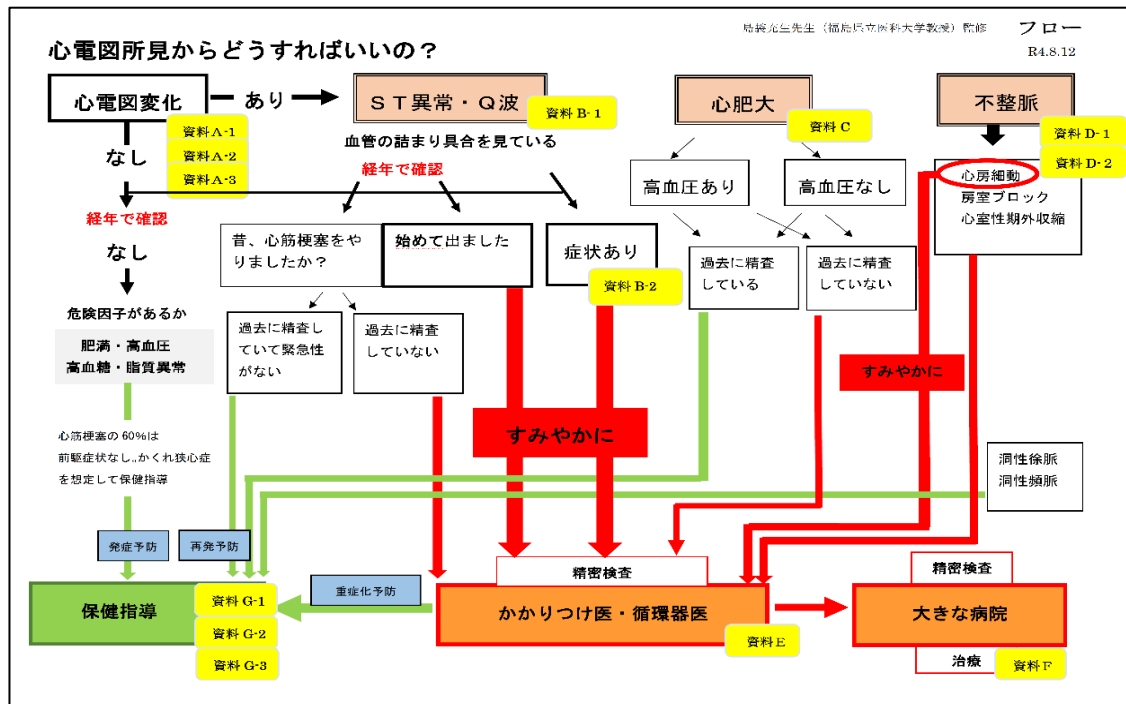
イ 対象者選定基準の考え方

虚血性心疾患予防の対象者は、メタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します(図表 72)。また、心電図所見からのフロー図を活用します(図表 73)。

図表 72 心血管病をおこしやすいひと



図表 73 心電図所見からのフロー図



ウ 重症化予防対象者の抽出

(ア)高 LDL コレステロール者

心筋梗塞全体の 20~25%を占める高 LDL コレステロール者について、これまで LDL コレステロール 180 以上の未治療者へ受診勧奨を実施してきた結果、その割合は減少傾向にあります。県内市町村平均と比較すると高い状況が続いています。(図表 74・75)

第 3 期においては、図表 76 を参考に、高リスク者にあたる者について優先的に関わり、確実な医療機関受診や服薬による管理に繋がるよう、効果的な保健指導の実施を目指します。

図表 74 LDLコレステロール 160 以上の割合の推移

年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			割合
					再180以上	未治療	治療	
H29	2,379	39.9%	26.4%	20.0%	327	299	28	13.7%
					13.7%	91.4%	8.6%	
H30	2,300	42.1%	26.8%	17.7%	306	277	29	13.3%
					13.3%	90.5%	9.5%	
R01	2,434	43.1%	26.7%	16.2%	339	308	31	13.9%
					13.9%	90.9%	9.1%	
R02	1,717	42.7%	26.2%	17.4%	235	221	14	13.7%
					13.7%	94.0%	6.0%	
R03	2,072	43.1%	26.4%	17.6%	268	245	23	12.9%
					12.9%	91.4%	8.6%	
R04	2,269	45.4%	25.2%	17.0%	282	262	20	12.4%
					12.4%	92.9%	7.1%	

図表 75 LDLコレステロール 180 以上の割合の推移

	H30		R2		R4	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
宇土市	117	4.8%	74	4.2%	104	4.3%
県内市町村合計	4,718	4.0%	3,466	3.5%	3,156	3.0%

図表 76 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬ありを除く))

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果(LDL-C)					(再掲)LDL160以上の年代別			
			人数	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
			1,033	432	339	173	89	19	29	121	93
				41.8%	32.8%	16.7%	8.6%	7.3%	11.1%	46.2%	35.5%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	132	64	43	17	8	13	12	0	0
			12.8%	14.8%	12.7%	9.8%	9.0%	68.4%	41.4%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	432	158	149	80	45	2	11	72	40
			41.8%	36.6%	44.0%	46.2%	50.6%	10.5%	37.9%	59.5%	43.0%
	高リスク	120未満 (150未満)	404	177	131	66	30	3	5	41	47
		39.1%	41.0%	38.6%	38.2%	33.7%	15.8%	17.2%	33.9%	50.5%	
再掲	100未満 (130未満) ※1	27	15	8	1	3	0	1	2	1	
		2.6%	3.5%	2.4%	0.6%	3.4%	0.0%	3.4%	1.7%	1.1%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	65	33	16	10	6	1	1	8	6
			6.3%	7.6%	4.7%	5.8%	6.7%	5.3%	3.4%	6.6%	6.5%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮
※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

(イ)メタボタイプ

第 4 章「(3)メタボリックシンドローム重症化予防」を参照

(ウ)心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患予防においても重要な検査の1つです。心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見がみられた場合は図表 73 フロー図に基づき適切な受診勧奨や保健指導を実施します。

令和4年度は心電図検査を2,269人(90.7%)に実施し、そのうち有所見者が614人(27.1%)でした。有所見率は男性が高く、心肥大や不整脈の割合が高い状況でした。ST変化については女性の有所見率が高くなっていました(図表 77)。これまでは、心電図検査結果からの対象者としては心房細動の有所見者のみとしていたため、その他の異常所見についても、図表 73 フロー図を基に必要な方への受診勧奨や保健指導を実施します。

図表 77 心電図検査結果（令和4年度）

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	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						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	2,269	90.7%	614	27.1%	5	0.8%	51	8.3%	4	0.7%	107	17.4%	34	5.5%	155	25.2%	24	3.9%	98	16.0%
	男性	981	90.6%	281	28.6%	3	1.1%	20	7.1%	3	1.1%	56	19.9%	28	10.0%	90	32.0%	19	6.8%	41	14.6%
	女性	1,288	90.8%	333	25.9%	2	0.6%	31	9.3%	1	0.3%	51	15.3%	6	1.8%	65	19.5%	5	1.5%	57	17.1%

宇土市調べ

③保健指導の実施

ア 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準、概数試算、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)

イ 受診勧奨及び保健指導

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

ウ 重症化予防対象者の管理

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

④医療との連携

虚血性心疾患発症予防のためには、LDLコレステロールやメタボリックシンドロームをはじめとするリスク因子のコントロールが重要となります。すでに医療機関に受診中であっても、健診結果においてコントロールが不十分な方については、健診結果(経年表)やその他の連携ツール(糖尿病連携手帳、血圧記録手帳、連絡票等)等を基に、対象者本人を介して医療機関と連携することとします。コントロール状況に課題が大きい方や治療中断が心配される方については、直接医療機関へ出向き連携を図る等、対象者の状況に応じた連携を行っていきます。

また、「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 202 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

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

健診結果と合わせて血管変化を早期に捉えるため、二次健診の実施についても検討していく必要があります。

⑤評価

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標について年に1回評価します。

アウトプット評価やプロセス評価については年度内(2月頃)に実施し、課題を整理し次年度計画へ反映します。また、アウトカム評価については、年度内は暫定値で評価し、最終的にはデータが揃う次年度に確認します。

また、保健指導を実施した対象者の評価については、次年度の健診結果で行います。

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

本市では、令和3年度より熊本県後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。

具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

② 地域を担当する専門職を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう、国保の保健事業で活用している糖尿病管理台帳や重症化予防対象者の台帳等をもとに、継続した保健指導を実施します。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していきます(ポピュレーションアプローチ)。

(3) 関係者間での連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行うに当たっては、庁内の関係部署(保健・国保・後期・介護・包括支援センター)が連携し実施することが重要となります。

必要な情報及び実態の共有、対象者の引継ぎ等が円滑に進むよう、年度はじめ、年度末の関係者間でのミーティングに加え、必要時連携を図ることとします。

4 発症予防

生活習慣病の重症化予防が介護予防や健康寿命の延伸と深く関わることから、生活習慣病の予防は大変重要です。

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(食習慣・運動習慣の確立)が重要であり、特に小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点から、ますます注目されています。

本市においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人期のデータを保有しています。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、ライフサイクルの視点で妊娠期からの保健事業についても、生活習慣病予防の視点を加え実施していく必要があります。特に、妊娠期や乳幼児健診で把握できる情報をもとにハイリスク者台帳を作成し、経過が確認できるようなフォロー体制の構築を行っていきます。

医療機関受診者のうち、40～64歳の生活習慣病の医療機関受診者は3割を超えており、40代ですでに臓器障害を起こしている方もおられます。より若い世代からの健康管理が大切であることから、30代の被保険者が受診できる若年健診を実施していますが、妊婦健診等で把握した生活習慣病ハイリスク者についても機会を捉えて保健指導を実施し、健診受診により被保険者自身で身体の状態を確認することが習慣化できるような取組の推進に努めていきます。

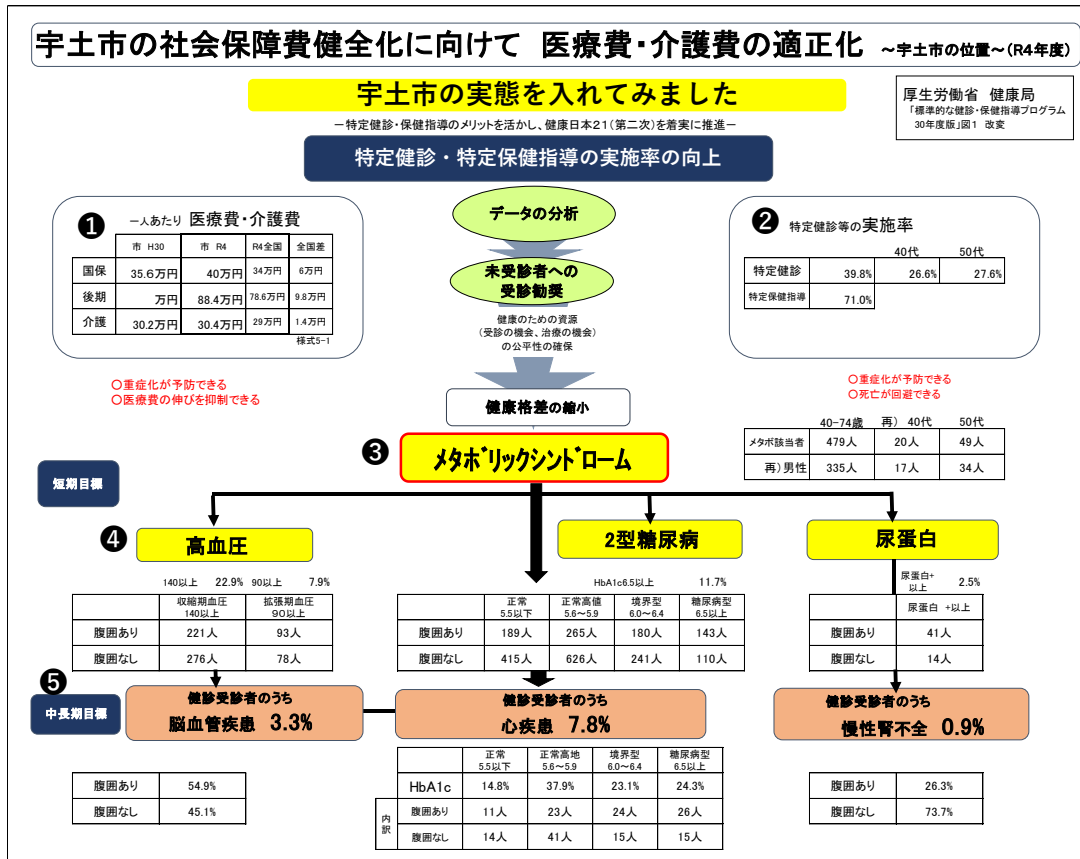
図表 78 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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)														
1 根拠法 6条 健康増進事業実施者	健康増進法													
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)			
2 計画	健康増進計画(県) (市町村努力義務) 【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】													
	データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)													
3 年代	妊婦 (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 (13条)	産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査		就学時健診 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)	特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)
5 対象者 健診内容	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)	標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)		
	血糖	95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
	HbA1c	6.5%以上						6.5%以上						
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上												
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
	(診断) 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの												
	身長													
	体重													
	BMI							25以上						
	肥満度			加 ^o 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														

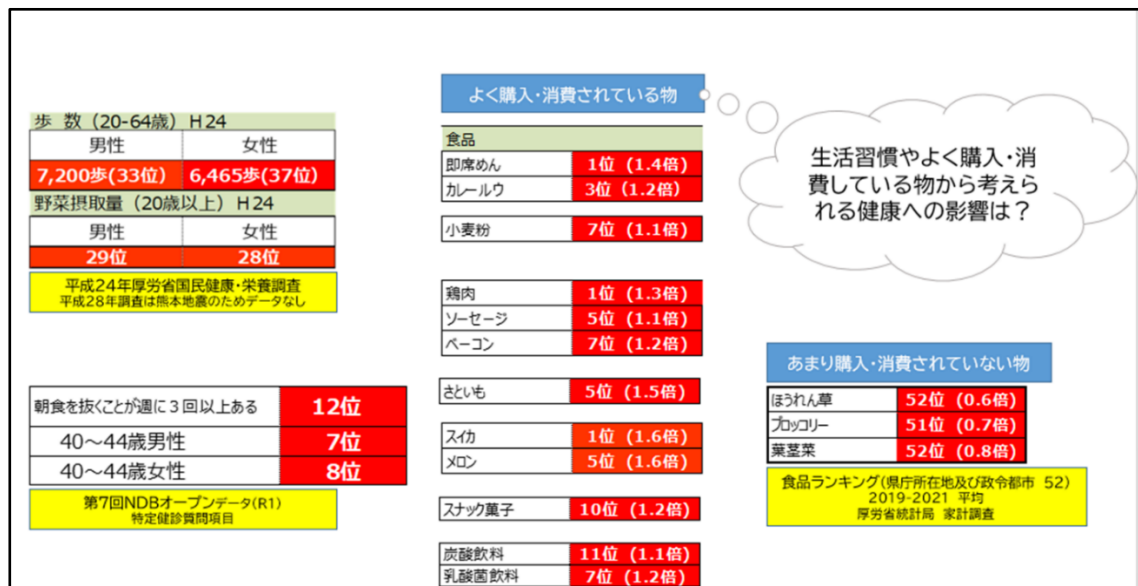
5 ポピュレーションアプローチ

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 79・80)

図表 79 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 80 統計からみえる生活習慣と食(熊本県)



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、次の第4期計画の策定を円滑に行うため評価を行います。

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います。

評価には、国保データベース(KDB)システムや保険者データヘルス支援システムを活用し、評価指標に基づいて各年度の事業評価を実施します。

また、中間評価や最終評価における医療費やメタボ減少率等の評価については、年齢補正された国の公表データを使用することとします。

評価は、国保担当部署及び保健指導を実施する部署において、評価担当者を予め決めておき、年間スケジュールに基づき評価を実施することとします。

※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)

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知をおこないます。また、計画の概要版を作成し、市の健康づくりに係る会議等で説明します。

2 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた宇土市の位置

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

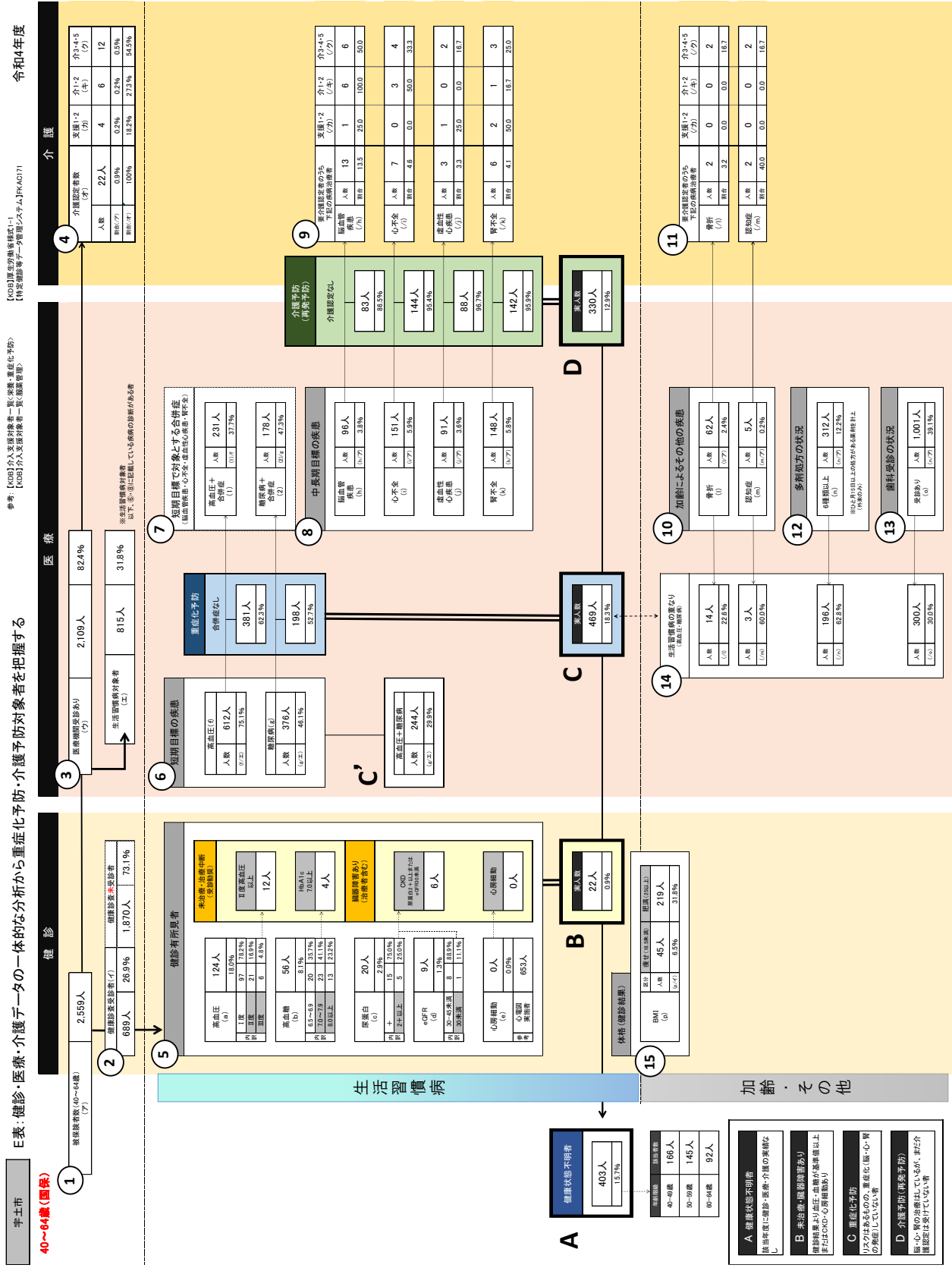
参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた宇土市の位置

R4 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		35,832		9,014,657		1,713,102		123,214,261		
		65歳以上(高齢化率)		10,885 30.4		3,263,279 36.2		540,538 31.6		35,335,805 28.7		
		75歳以上		5,842 16.3		---		282,460 16.5		18,248,742 14.8		
		65~74歳		5,043 14.1		---		258,078 15.1		17,087,063 13.9		
		40~64歳		11,770 32.8		---		543,167 31.7		41,545,893 33.7		
	39歳以下		13,177 36.8		---		629,397 36.7		46,332,563 37.6			
	② 産業構成	第1次産業		9.4		10.7		9.8		4.0		
		第2次産業		22.9		27.3		21.1		25.0		
		第3次産業		67.7		62.0		69.1		71.0		
	③ 平均寿命	男性		82.1		80.4		81.2		80.8		
		女性		87.9		86.9		87.5		87.0		
	④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		80.7		79.7		80.4		80.1		
		女性		85.3		84.3		85.0		84.4		
	2	① 死亡の状況	標準化死亡率比(SMR)		89.2		103.4		94.9		100	
			男性		88.3		101.4		94.5			
			女性		---		---		---			
死因			がん		103 50.7		34,996 47.8		5,349 48.2		378,272 50.6	
			心臓病		62 30.5		21,437 29.3		3,242 29.2		205,485 27.5	
			脳疾患		20 9.9		10,886 14.9		1,547 13.9		102,900 13.8	
			糖尿病		8 3.9		1,391 1.9		202 1.8		13,896 1.9	
			腎不全		7 3.4		2,819 3.9		476 4.3		26,946 3.6	
		自殺		3 1.5		1,654 2.3		282 2.5		20,171 2.7		
② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)		合計		---		---		---		---		
		男性		---		---		---		---		
3		① 介護保険	1号認定者数(認定率)		1,907 17.6		619,810 19.1		108,069 20.2		6,724,030 19.4	
			新規認定者		3 0.3		10,081 0.3		1,261 0.3		110,289 0.3	
			介護度別 総件数	要支援1.2		5,053 10.1		1,984,426 14.3		380,309 14.2		21,785,044 12.9
	要介護1.2			25,215 50.2		6,527,659 47.0		1,309,567 49.0		78,107,378 46.3		
	要介護3以上			19,942 39.7		5,384,278 38.7		984,793 36.8		68,963,503 40.8		
	2号認定者		40 0.34		10,759 0.37		1,879 0.35		156,107 0.38			
	② 有病状況	糖尿病		414 21.2		154,694 23.8		25,945 23.1		1,712,613 24.3		
		高血圧症		1,094 55.6		352,398 54.8		65,761 58.7		3,744,672 53.3		
		脂質異常症		629 31.5		203,112 31.2		37,156 32.8		2,308,216 32.6		
		心臓病		1,276 64.8		397,324 61.9		73,556 65.7		4,224,628 60.3		
		脳疾患		435 22.3		151,330 23.9		25,387 22.8		1,568,292 22.6		
		がん		228 11.5		74,764 11.4		13,445 12.0		837,410 11.8		
		筋・骨格		1,174 59.2		350,465 54.5		66,287 59.2		3,748,372 53.4		
		精神		858 43.5		246,296 38.6		45,259 40.5		2,569,149 36.8		
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		303,549 3,304,134,773		300,230 979,734,915,124		310,858 168,030,405,720		290,668 10074274226889			
	1件当たり給付費(全体)		65,806		70,503		62,823		59,662			
	居宅サービス		45,777		43,936		42,088		41,272			
	施設サービス		305,708		291,914		303,857		296,364			
④ 医療費等	要介護認定別		認定あり 10,244		9,043		9,463		8,610			
	医療費(40歳以上)		認定なし 4,322		4,284		4,221		4,020			
4	① 国保の状況	被保険者数		7,961		2,020,054		383,407		27,488,882		
		65~74歳		3,471 43.6		---		174,230 45.4		11,129,271 40.5		
		40~64歳		2,569 32.3		---		118,490 30.9		9,088,015 33.1		
		39歳以下		1,921 24.1		---		90,687 23.7		7,271,596 26.5		
	加入率		22.2		22.4		22.4		22.3			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		1 0.1		873 0.4		208 0.5		8,237 0.3		
		診療所数		20 2.5		7,141 3.5		1,473 3.8		102,599 3.7		
		病床数		282 35.4		136,833 67.7		32,745 85.4		1,507,471 54.8		
		医師数		42 5.3		19,511 9.7		5,415 14.1		339,611 12.4		
		外来患者数		726.3		728.3		768.9		687.8		
		入院患者数		26.2		23.6		26.2		17.7		
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		400,143 県内30位 同規模131位		394,521		407,772		339,680		
		受診率		752.548		751.942		795.102		705.439		
		外 来	費用の割合		56.0		56.7		54.5		60.4	
件数の割合			96.5		96.9		96.7		97.5			
入 院		費用の割合		44.0		43.3		45.5		39.6		
		件数の割合		3.5		3.1		3.3		2.5		
1件あたり在院日数		17.2日		17.1日		18.1日		15.7日				

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40~64歳(国保)



② 65～74歳(国保)

宇土市

令和4年度

【65～74歳(国保)】
【特定高齢者等一斉管理システム(FAC17)】

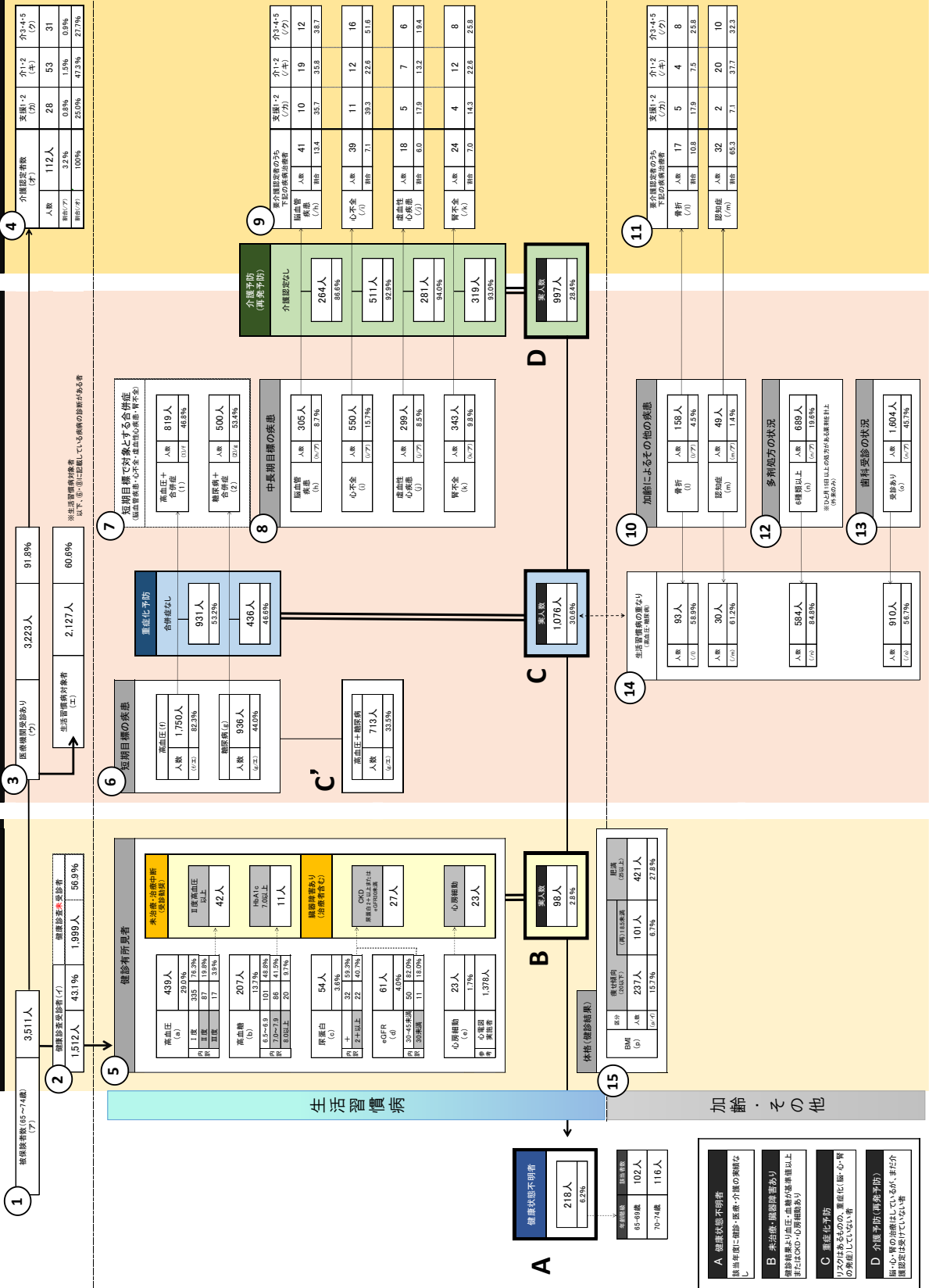
E表: 健診・医療・介護・予防データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

65～74歳(国保)

健診

医療

介護



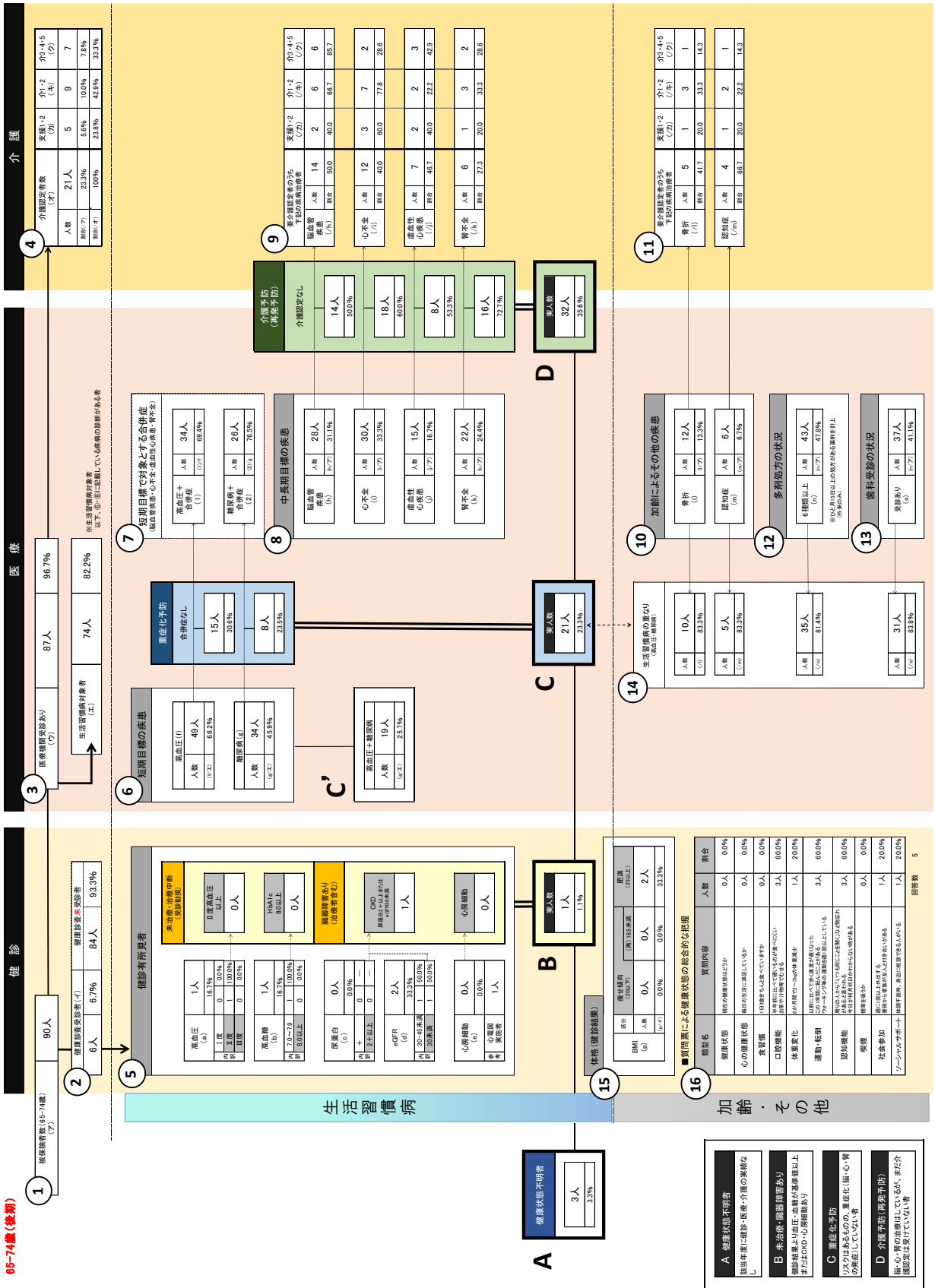
③ 65～74 歳(後期)

宇土市

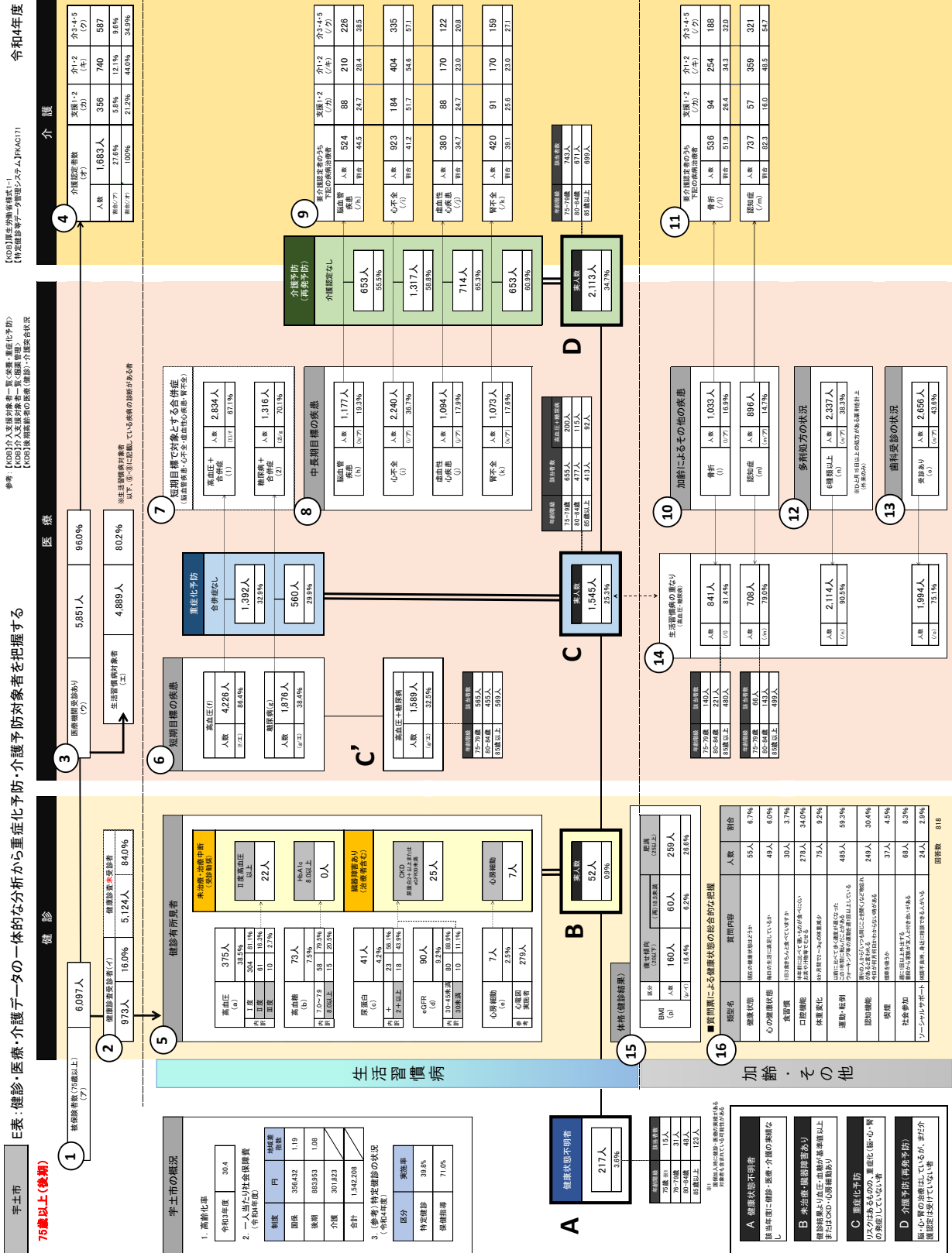
E表: 健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

参考: 【KOD】介入支援対象者一覧(医療・重症化予防)
 【KOD】介入支援対象者一覧(介護・介護予防)
 【KOD】加齢による健康状態の把握(加齢・介護予防)

令和4年度



② 75歳以上(後期)

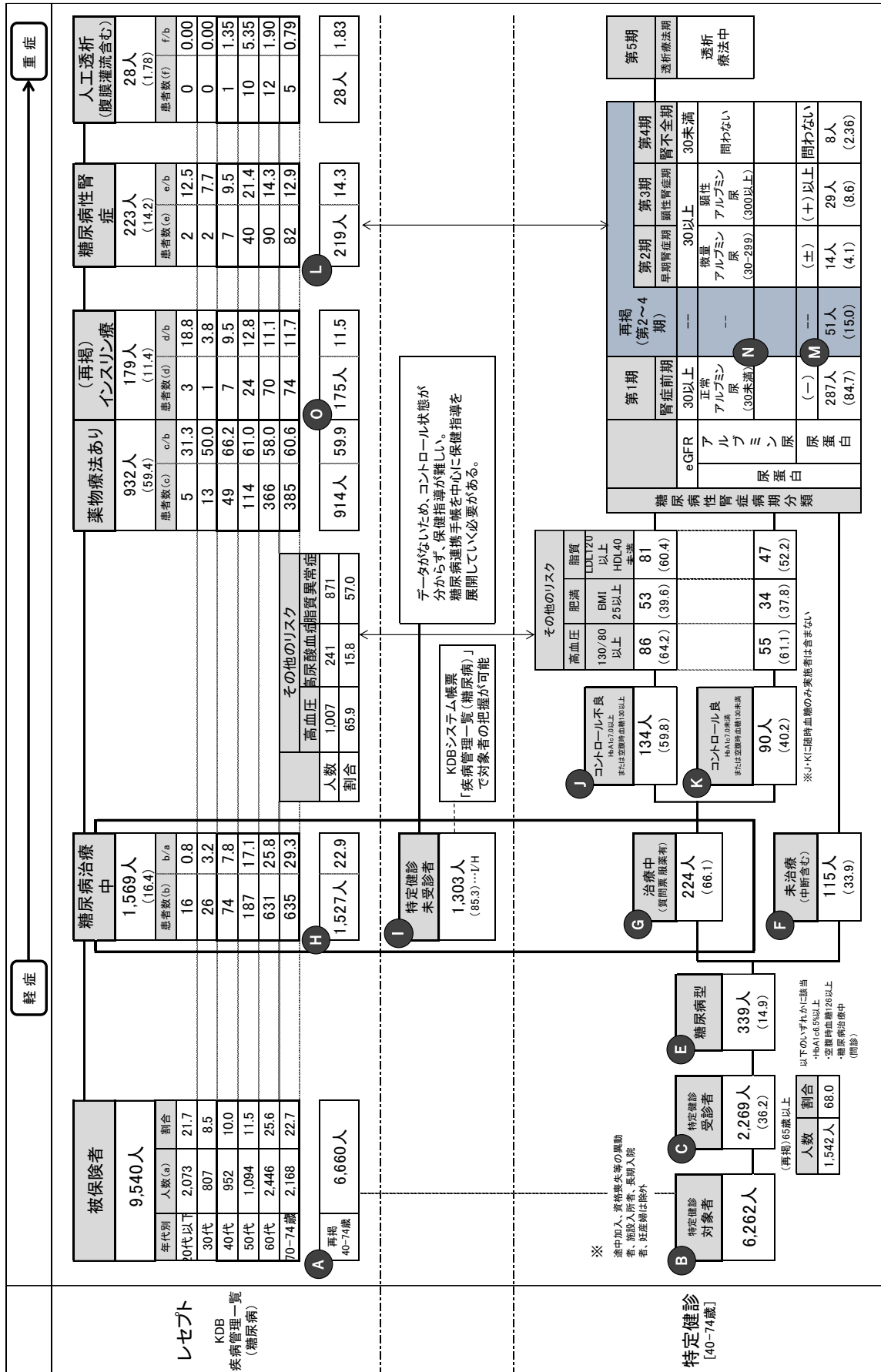


参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	宇土市										同規模保険者(平均)		データ基
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1 ① 被保険者数	A	9,349人		8,960人		8,610人		8,516人		8,377人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
		(再掲)40-74歳		6,931人		6,650人		6,455人		6,494人		6,347人		
2 ① 対象者数 ② 特定健診 ③ 受診者数 ④ 受診率	B	6,068人		5,826人		5,831人		5,682人		5,498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
	C	2,300人		2,434人		1,717人		2,072人		2,269人				
		37.9%		41.8%		29.4%		36.5%		41.3%				
3 ① 特定 保健指導		317人		341人		266人		291人		297人				特定健診結果
	② 実施率	39.1%		45.5%		32.7%		75.3%		71.0%				
4 ① 健診 データ	E	330人	14.3%	398人	16.4%	267人	15.6%	317人	15.3%	339人	14.9%			
	F	130人	39.4%	188人	47.2%	105人	39.3%	116人	36.6%	115人	33.9%			
	G	200人	60.6%	210人	52.8%	162人	60.7%	201人	63.4%	224人	66.1%			
	H	130人	65.0%	150人	71.4%	111人	68.5%	135人	67.2%	134人	59.8%			
	I	77人	59.2%	89人	59.3%	80人	72.1%	90人	66.7%	86人	64.2%			
	J	69人	53.1%	76人	50.7%	45人	40.5%	55人	40.7%	53人	39.6%			
	K	70人	35.0%	60人	28.6%	51人	31.5%	66人	32.8%	90人	40.2%			
	L	271人	82.1%	339人	85.2%	230人	86.1%	273人	86.1%	287人	84.7%			
	M	20人	6.1%	13人	3.3%	12人	4.5%	9人	2.8%	14人	4.1%			
		26人	7.9%	36人	9.0%	19人	7.1%	29人	9.1%	29人	8.6%			
		3人	0.9%	2人	0.5%	6人	2.2%	6人	1.9%	8人	2.4%			
5 ① レセプト		114.0人		113.3人		102.1人		111.3人		116.3人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	② (再掲)40-74歳(被保険者対)	151.9人		149.5人		134.5人		143.7人		150.6人				
	③ レセプト件数 (40-74歳) (1件は被保険者対)	6,043件	(909.0)	5,710件	(884.7)	5,614件	(875.1)	5,922件	(940.3)	5,718件	(946.7)	1,557,522件	(951.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④ 入院(件数) 入院(件数)	52件	(7.8)	50件	(7.7)	55件	(8.6)	30件	(4.8)	27件	(4.5)	7,406件	(4.5)	
	⑤ 糖尿病治療中	H	1,066人	11.4%	1,015人	11.3%	879人	10.2%	948人	11.1%	974人	11.6%		
	⑥ (再掲)40-74歳	I	1,053人	15.2%	994人	14.9%	868人	13.4%	933人	14.4%	956人	15.1%		
	⑦ 健診未受診者		853人	81.0%	794人	79.9%	706人	81.3%	732人	78.5%	732人	76.6%		
	⑧ インスリン治療	O	93人	8.7%	102人	10.0%	91人	10.4%	86人	9.1%	84人	8.6%		
	⑨ (再掲)40-74歳		91人	8.6%	97人	9.8%	90人	10.4%	85人	9.1%	83人	8.7%		
	⑩ 糖尿病性腎症	L	100人	9.4%	116人	11.4%	103人	11.7%	118人	12.4%	116人	11.9%		
	⑪ (再掲)40-74歳		97人	9.2%	113人	11.4%	103人	11.9%	118人	12.6%	115人	12.0%		
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		25人	2.3%	27人	2.7%	28人	3.2%	28人	3.0%	27人	2.8%		
	⑬ (再掲)40-74歳		25人	2.4%	27人	2.7%	28人	3.2%	28人	3.0%	27人	2.8%		
	⑭ 新規透析患者数		4人		4人		3人		4人		1人			保険者データヘルス支援 システム
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		2人		2人		2人		0人		0人			
	⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		32人	2.5%	38人	2.9%	37人	3.0%	37人	2.8%	37人	2.7%		
6 ① 医療費		32億1110万円		31億9481万円		33億1705万円		31億8892万円		31億8554万円		28億4626万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題
	② 生活習慣病総医療費	15億9040万円		16億5940万円		17億1234万円		16億8696万円		16億1736万円		15億3700万円		
	③ (総医療費に占める割合)	49.5%		51.9%		51.6%		52.9%		50.8%		54.0%		
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	7,601円		8,802円		4,124円		7,925円		10,057円		7,237円		
	⑤ 健診受診者	32,061円		35,127円		44,794円		38,244円		36,313円		38,862円		
	⑥ 健診未受診者	1億7190万円		1億7229万円		1億7672万円		1億7065万円		1億6442万円		1億6596万円		
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	10.8%		10.4%		10.3%		10.1%		10.2%		10.8%		
	⑧ 糖尿病入院外総医療費	5億3904万円		5億5401万円		5億4623万円		5億8670万円		5億7681万円				
	⑨ 1件あたり	39,021円		42,603円		43,379円		45,013円		45,903円				
	⑩ 糖尿病入院総医療費	3億2714万円		3億7638万円		4億1423万円		3億1976万円		3億1763万円				
	⑪ 1件あたり	518,453円		599,324円		610,056円		575,102円		598,171円				
	⑫ 在院日数	16日		17日		17日		18日		17日				
	⑬ 慢性腎不全医療費	1億7396万円		1億9237万円		1億9976万円		2億0334万円		1億9394万円		1億2396万円		
	⑭ 透析有り	1億5186万円		1億6912万円		1億8294万円		1億8635万円		1億8331万円		1億1532万円		
	⑮ 透析なし	2211万円		2325万円		1682万円		1699万円		1063万円		863万円		
7 ① 介護		31億0848万円		31億9117万円		32億8000万円		33億2119万円		33億0413万円		34億9905万円		
	② (2号認定者)糖尿病合併症	5件 17.9%		8件 30.8%		8件 27.6%		6件 23.1%		3件 13.6%				
8 ① 死亡		6人 1.6%		3人 0.8%		4人 1.0%		4人 1.0%		8人 1.9%		2,819人 1.0%		KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

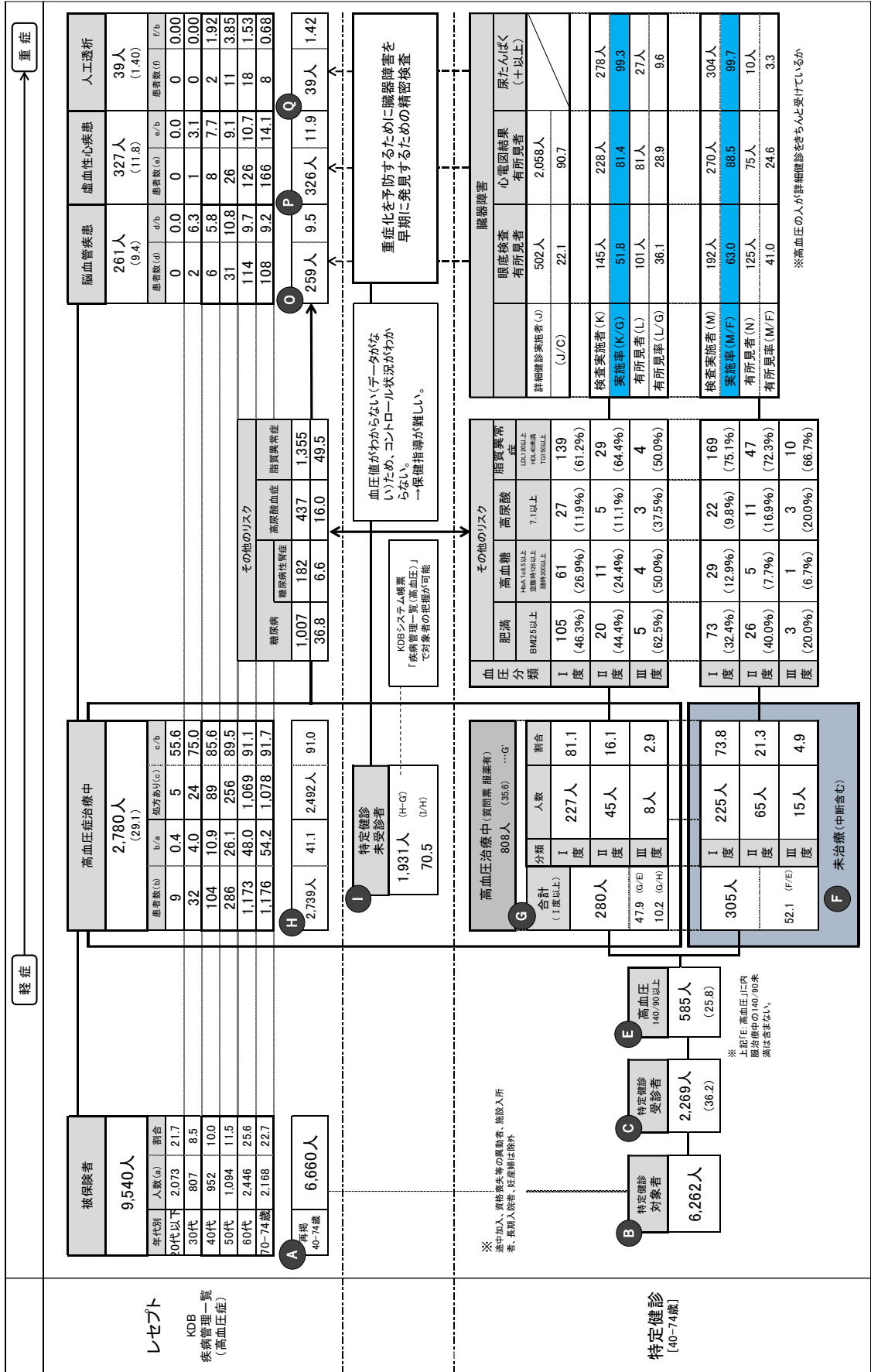
糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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04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



軽症 → 重症

レセプト

特定健診 [40~74歳]

被保険者	脳血管疾患	虚血性心疾患	人工透析
9,540人	261人 (9.4)	327人 (11.8)	39人 (1.40)
患者数(a)	d/b	e/a	f/b
患者数(b)	0	0	0
割合	0.0	0.0	0.0

高血圧症治療中 (291)	高血圧重症化 (14)
患者数(a)	患者数(b)
9	2
割合	割合
0.4	0.0
5	1
55.6	3.1
75.0	0.0

高血圧症治療中 (291)	高血圧重症化 (14)
患者数(a)	患者数(b)
32	6
割合	割合
4.0	5.8
24	8
75.0	7.7
85.6	2

高血圧症治療中 (291)	高血圧重症化 (14)
患者数(a)	患者数(b)
104	31
割合	割合
10.9	10.8
89	26
85.6	9.1
89.5	11

高血圧症治療中 (291)	高血圧重症化 (14)
患者数(a)	患者数(b)
1.173	114
割合	割合
48.0	9.7
1,069	126
91.1	10.7
91.7	18
	1.53

高血圧症治療中 (291)	高血圧重症化 (14)
患者数(a)	患者数(b)
1.176	108
割合	割合
54.2	9.2
1,078	166
91.7	14.1
91.7	8
	0.68

糖尿病	糖尿病性腎症	高尿酸血症	脂質異常症
1,007	182	437	1,355
患者数(a)	患者数(b)	患者数(c)	患者数(d)
36.8	6.6	16.0	49.5
割合	割合	割合	割合

高血圧値がわからない(データがない)ため、コントロール状況がわからない。一保健指導が難しい。

KDBシステム構築「療養管理一覧(高血圧)」で対象者の把握が可能

特定健診 未受診者 (H+C) 1,931人
(H) 70.5 (C) 1,931人

特定健診 対象者 (B) 6,262人
特定健診 受診者 (C) 2,269人 (36.2)
高血圧 140/90以上 (E) 585人 (25.8)

重症化を予防するために臓器障害を早期に発見するための精密検査

重症化を予防するための精密検査

高血圧治療中 (質問票 服薬者) (G)	割合
合計 (I度以上)	81.1
I度	16.1
II度	2.9
III度	
人数	
227人	
45人	
8人	

高血圧治療中 (質問票 服薬者) (G)	割合
合計 (I度以上)	73.8
I度	21.3
II度	4.9
III度	
人数	
225人	
65人	
15人	

眼底検査 有所見者	心電図結果 有所見者	尿たんぱく (+以上)
502人	2,056人	
患者数(a)	患者数(b)	患者数(c)
22.1	90.7	
割合	割合	割合

検査実施者 (K)	実施率 (K/G)	278人
145人	51.8	81.4
患者数(a)	患者数(b)	患者数(c)
101人	81人	27人
70.3	28.9	9.6
割合	割合	割合

検査実施者 (M)	実施率 (M/F)	304人
182人	88.5	99.7
患者数(a)	患者数(b)	患者数(c)
125人	75人	10人
68.1	24.6	3.3
割合	割合	割合

※高血圧の人が詳細健診をきちんと受けているか

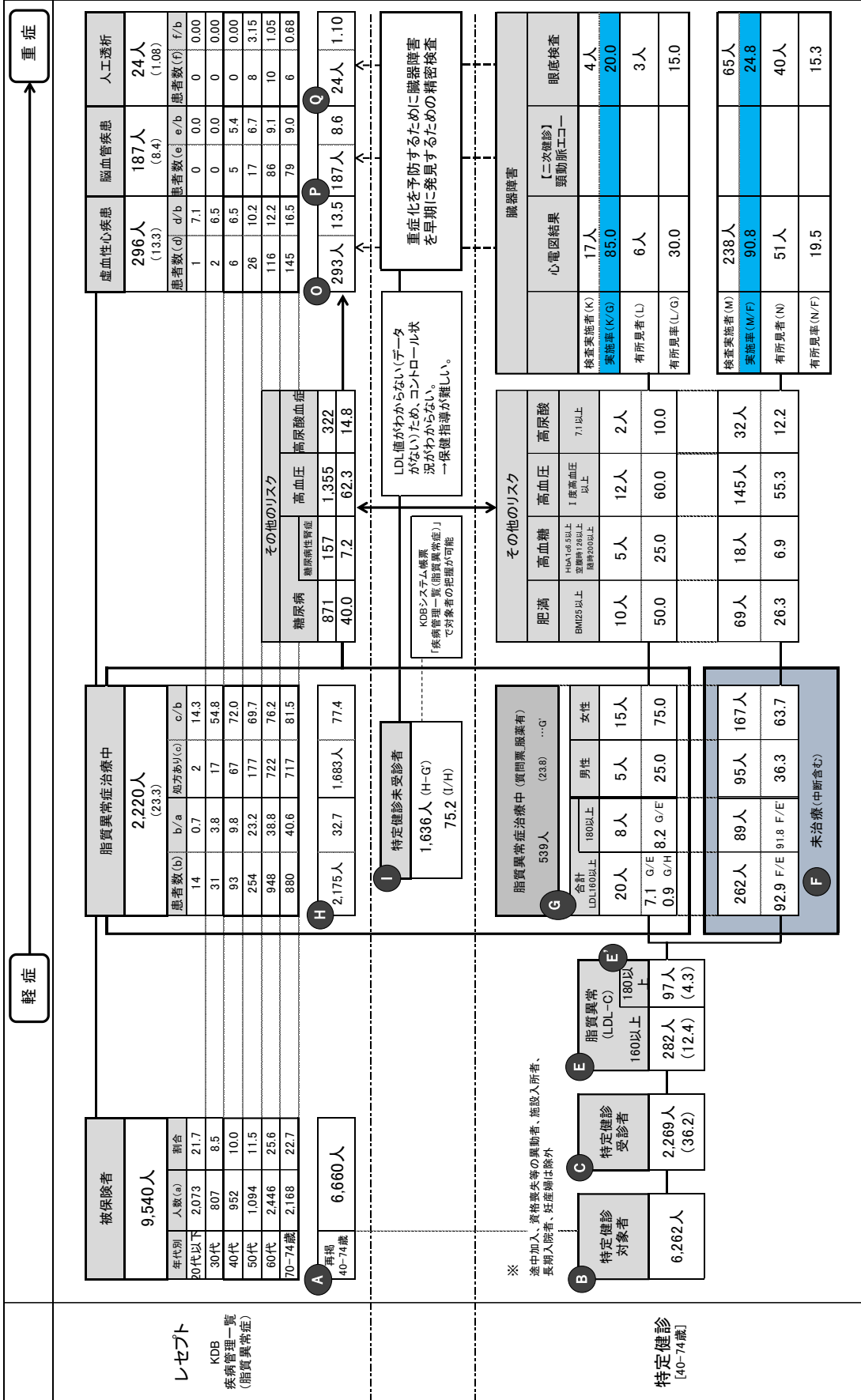
脂質異常症 (HDLコレステロール <70 mg/dL)	高尿酸血症 (尿酸 >7.0 mg/dL)	高血圧 (systolic BP >160 mmHg or diastolic BP >100 mmHg)	肥満 (BMI >25)	糖尿病 (HbA1c >5.7%)
139	27	5	4	4
患者数(a)	患者数(b)	患者数(c)	患者数(d)	患者数(e)
(61.2%)	(11.9%)	(1.1%)	(24.4%)	(50.0%)
割合	割合	割合	割合	割合

※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を対象とし、年度途中の加入者や年度末時点での資格を喪失している者も含む。
※レセプト情報のみならず、療養管理一覧で把握できない項目については、「KDB構築・介入支援対象者一覧(療養・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04年度



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

参考資料7 HbA1cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	2,379	525	22.1%	1,019	42.8%	536	22.5%	144	6.1%	103	4.3%	52	2.2%	95	4.0%	33	1.4%
H30	2,300	754	32.8%	949	41.3%	356	15.5%	111	4.8%	79	3.4%	51	2.2%	91	4.0%	34	1.5%
R01	2,434	474	19.5%	1,021	41.9%	608	25.0%	173	7.1%	109	4.5%	49	2.0%	101	4.1%	27	1.1%
R02	1,717	488	28.4%	728	42.4%	296	17.2%	102	5.9%	70	4.1%	33	1.9%	60	3.5%	25	1.5%
R03	2,071	532	25.7%	896	43.3%	397	19.2%	112	5.4%	102	4.9%	32	1.5%	86	4.2%	21	1.0%
R04	2,269	635	28.0%	934	41.2%	431	19.0%	125	5.5%	111	4.9%	33	1.5%	84	3.7%	21	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	6.5以上			再掲		再掲
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	再掲	
H29	2,379	525 22.1%	1,019 42.8%	536 22.5%	299 12.6%	141 47.2%	158 52.8%	144 6.1%	103 4.3%	12.6%
H30	2,300	754 32.8%	949 41.3%	356 15.5%	241 10.5%	91 37.8%	150 62.2%	111 4.8%	79 3.4%	10.5%
R01	2,434	474 19.5%	1,021 41.9%	608 25.0%	331 13.6%	154 46.5%	177 53.5%	173 7.1%	109 4.5%	13.6%
R02	1,717	488 28.4%	728 42.4%	296 17.2%	205 11.9%	79 38.5%	126 61.5%	102 5.9%	70 4.1%	11.9%
R03	2,071	532 25.7%	896 43.3%	397 19.2%	246 11.9%	89 36.2%	157 63.8%	112 5.4%	102 4.9%	11.9%
R04	2,269	635 28.0%	934 41.2%	431 19.0%	269 11.9%	95 35.3%	174 64.7%	125 5.5%	111 4.9%	11.9%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	193	8.1%	2	1.0%	6	3.1%	27	14.0%	48	24.9%	68	35.2%	42	21.8%	73	37.8%	25	13.0%
	H30	200	8.7%	3	1.5%	10	5.0%	37	18.5%	52	26.0%	66	33.0%	32	16.0%	66	33.0%	20	10.0%
	R01	210	8.6%	1	0.5%	6	2.9%	26	12.4%	57	27.1%	85	40.5%	35	16.7%	78	37.1%	18	8.6%
	R02	162	9.4%	2	1.2%	9	5.6%	25	15.4%	52	32.1%	52	32.1%	22	13.6%	43	26.5%	15	9.3%
	R03	201	9.7%	0	0.0%	9	4.5%	35	17.4%	55	27.4%	81	40.3%	21	10.4%	66	32.8%	12	6.0%
治療なし	R04	224	9.9%	4	1.8%	11	4.9%	35	15.6%	63	28.1%	90	40.2%	21	9.4%	66	29.5%	11	4.9%
	H29	2,186	91.9%	523	23.9%	1,013	46.3%	509	23.3%	96	4.4%	35	1.6%	10	0.5%	22	1.0%	8	0.4%
	H30	2,100	91.3%	751	35.8%	939	44.7%	319	15.2%	59	2.8%	13	0.6%	19	0.9%	25	1.2%	14	0.7%
	R01	2,224	91.4%	473	21.3%	1,015	45.6%	582	26.2%	116	5.2%	24	1.1%	14	0.6%	23	1.0%	9	0.4%
	R02	1,555	90.6%	486	31.3%	719	46.2%	271	17.4%	50	3.2%	18	1.2%	11	0.7%	17	1.1%	10	0.6%
R03	1,870	90.3%	532	28.4%	887	47.4%	362	19.4%	57	3.0%	21	1.1%	11	0.6%	20	1.1%	9	0.5%	
R04	2,045	90.1%	631	30.9%	923	45.1%	396	19.4%	62	3.0%	21	1.0%	12	0.6%	18	0.9%	10	0.5%	

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	2,379	783	32.9%	398	16.7%	723	30.4%	384	16.1%	77	3.2%	14	0.6%
H30	2,300	685	29.8%	353	15.3%	704	30.6%	444	19.3%	102	4.4%	12	0.5%
R01	2,434	735	30.2%	392	16.1%	720	29.6%	457	18.8%	115	4.7%	15	0.6%
R02	1,717	452	26.3%	256	14.9%	555	32.3%	345	20.1%	98	5.7%	11	0.6%
R03	2,072	573	27.7%	321	15.5%	623	30.1%	430	20.8%	108	5.2%	17	0.8%
R04	2,269	652	28.7%	330	14.5%	702	30.9%	452	19.9%	110	4.8%	23	1.0%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲		割合	割合	
					再)Ⅲ度高血圧	未治療		割合	割合			
						人数	割合					人数
H29	2,379	1,181 49.6%	723 30.4%	384 16.1%	91	50	41	3.8%	54.9%	45.1%	0.6%	3.8%
					14	7	7					
H30	2,300	1,038 45.1%	704 30.6%	444 19.3%	114	75	39	5.0%	65.8%	34.2%	0.5%	5.0%
					12	8	4					
R01	2,434	1,127 46.3%	720 29.6%	457 18.8%	130	82	48	5.3%	63.1%	36.9%	0.6%	5.3%
					15	11	4					
R02	1,717	708 41.2%	555 32.3%	345 20.1%	109	63	46	6.3%	57.8%	42.2%	0.6%	6.3%
					11	7	4					
R03	2,072	894 43.1%	623 30.1%	430 20.8%	125	82	43	6.0%	65.6%	34.4%	0.8%	6.0%
					17	12	5					
R04	2,269	982 43.3%	702 30.9%	452 19.9%	133	80	53	5.9%	60.2%	39.8%	1.0%	5.9%
					23	15	8					

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	808	34.0%	138	17.1%	155	19.2%	300	37.1%	174	21.5%	34	4.2%	7	0.9%
	H30	795	34.6%	115	14.5%	140	17.6%	302	38.0%	199	25.0%	35	4.4%	4	0.5%
	R01	842	34.6%	153	18.2%	144	17.1%	278	33.0%	219	26.0%	44	5.2%	4	0.5%
	R02	596	34.7%	95	15.9%	73	12.2%	216	36.2%	166	27.9%	42	7.0%	4	0.7%
	R03	700	33.8%	102	14.6%	102	14.6%	260	37.1%	193	27.6%	38	5.4%	5	0.7%
	R04	808	35.6%	127	15.7%	112	13.9%	289	35.8%	227	28.1%	45	5.6%	8	1.0%
治療なし	H29	1,571	66.0%	645	41.1%	243	15.5%	423	26.9%	210	13.4%	43	2.7%	7	0.4%
	H30	1,505	65.4%	570	37.9%	213	14.2%	402	26.7%	245	16.3%	67	4.5%	8	0.5%
	R01	1,592	65.4%	582	36.6%	248	15.6%	442	27.8%	238	14.9%	71	4.5%	11	0.7%
	R02	1,121	65.3%	357	31.8%	183	16.3%	339	30.2%	179	16.0%	56	5.0%	7	0.6%
	R03	1,372	66.2%	471	34.3%	219	16.0%	363	26.5%	237	17.3%	70	5.1%	12	0.9%
	R04	1,461	64.4%	525	35.9%	218	14.9%	413	28.3%	225	15.4%	65	4.4%	15	1.0%

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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H29	2,379	949	39.9%	627	26.4%	476	20.0%	201	8.4%	126	5.3%
	H30	2,300	969	42.1%	617	26.8%	408	17.7%	194	8.4%	112	4.9%
	R01	2,434	1,050	43.1%	651	26.7%	394	16.2%	229	9.4%	110	4.5%
	R02	1,717	734	42.7%	450	26.2%	298	17.4%	161	9.4%	74	4.3%
	R03	2,072	892	43.1%	548	26.4%	364	17.6%	172	8.3%	96	4.6%
男性	H29	999	426	42.6%	255	25.5%	198	19.8%	76	7.6%	44	4.4%
	H30	996	460	46.2%	267	26.8%	170	17.1%	62	6.2%	37	3.7%
	R01	1,050	495	47.1%	275	26.2%	165	15.7%	75	7.1%	40	3.8%
	R02	729	334	45.8%	190	26.1%	123	16.9%	58	8.0%	24	3.3%
	R03	896	421	47.0%	218	24.3%	158	17.6%	72	8.0%	27	3.0%
女性	H29	1,380	523	37.9%	372	27.0%	278	20.1%	125	9.1%	82	5.9%
	H30	1,304	509	39.0%	350	26.8%	238	18.3%	132	10.1%	75	5.8%
	R01	1,384	555	40.1%	376	27.2%	229	16.5%	154	11.1%	70	5.1%
	R02	988	400	40.5%	260	26.3%	175	17.7%	103	10.4%	50	5.1%
	R03	1,176	471	40.1%	330	28.1%	206	17.5%	100	8.5%	69	5.9%
R04	1,288	542	42.1%	329	25.5%	235	18.2%	113	8.8%	69	5.4%	

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

重症化しやすい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	再掲		割合		
						未治療	治療		割合	
H29	2,379	949	627	476	327	299	28	13.7%	8.6%	13.7%
					126	120	6	5.3%	4.8%	
H30	2,300	969	617	408	306	277	29	13.3%	9.5%	13.3%
					112	97	15	4.9%	13.4%	
R01	2,434	1,050	651	394	339	308	31	13.9%	9.1%	13.9%
					110	102	8	4.5%	7.3%	
R02	1,717	734	450	298	235	221	14	13.7%	6.0%	13.7%
					74	71	3	4.3%	4.1%	
R03	2,072	892	548	364	268	245	23	12.9%	8.6%	12.9%
					96	86	10	4.6%	10.4%	
R04	2,269	1,031	571	385	282	262	20	12.4%	7.1%	12.4%
					97	89	8	4.3%	8.2%	

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
治療中	H29	538	22.6%	309	57.4%	141	26.2%	60	11.2%	22	4.1%	6	1.1%
	H30	542	23.6%	331	61.1%	126	23.2%	56	10.3%	14	2.6%	15	2.8%
	R01	551	22.6%	351	63.7%	125	22.7%	44	8.0%	23	4.2%	8	1.5%
	R02	388	22.6%	251	64.7%	90	23.2%	33	8.5%	11	2.8%	3	0.8%
	R03	486	23.5%	306	63.0%	114	23.5%	43	8.8%	13	2.7%	10	2.1%
R04	539	23.8%	334	62.0%	139	25.8%	46	8.5%	12	2.2%	8	1.5%	
治療なし	H29	1,841	77.4%	640	34.8%	486	26.4%	416	22.6%	179	9.7%	120	6.5%
	H30	1,758	76.4%	638	36.3%	491	27.9%	352	20.0%	180	10.2%	97	5.5%
	R01	1,883	77.4%	699	37.1%	526	27.9%	350	18.6%	206	10.9%	102	5.4%
	R02	1,329	77.4%	483	36.3%	360	27.1%	265	19.9%	150	11.3%	71	5.3%
	R03	1,586	76.5%	586	36.9%	434	27.4%	321	20.2%	159	10.0%	86	5.4%
R04	1,730	76.2%	697	40.3%	432	25.0%	339	19.6%	173	10.0%	89	5.1%	

宇土市国民健康保険第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)

令和6年3月

発行 宇土市健康福祉部 健康づくり課
宇土市市民環境部 市民保険課
住所 〒869-0492 宇土市浦田町 51
電話 0964-22-1111