

水俣市国民健康保険
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

水俣市国民健康保険

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期データヘルス計画の評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期データヘルス計画に係る考察
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) ……………35

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

第4章 課題解決するための個別保健事業	42
I. 保健事業の方向性	
II. 重症化予防の取組	
1. 糖尿病性腎症重症化予防	
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	
3. 虚血性心疾患重症化予防	
4. 脳血管疾患重症化予防	
III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
IV. 発症予防	
V. ポピュレーションアプローチ	
第5章 計画の評価・見直し	72
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	73
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
参考資料	74

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと(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あたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表2・3・4・5)

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

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

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

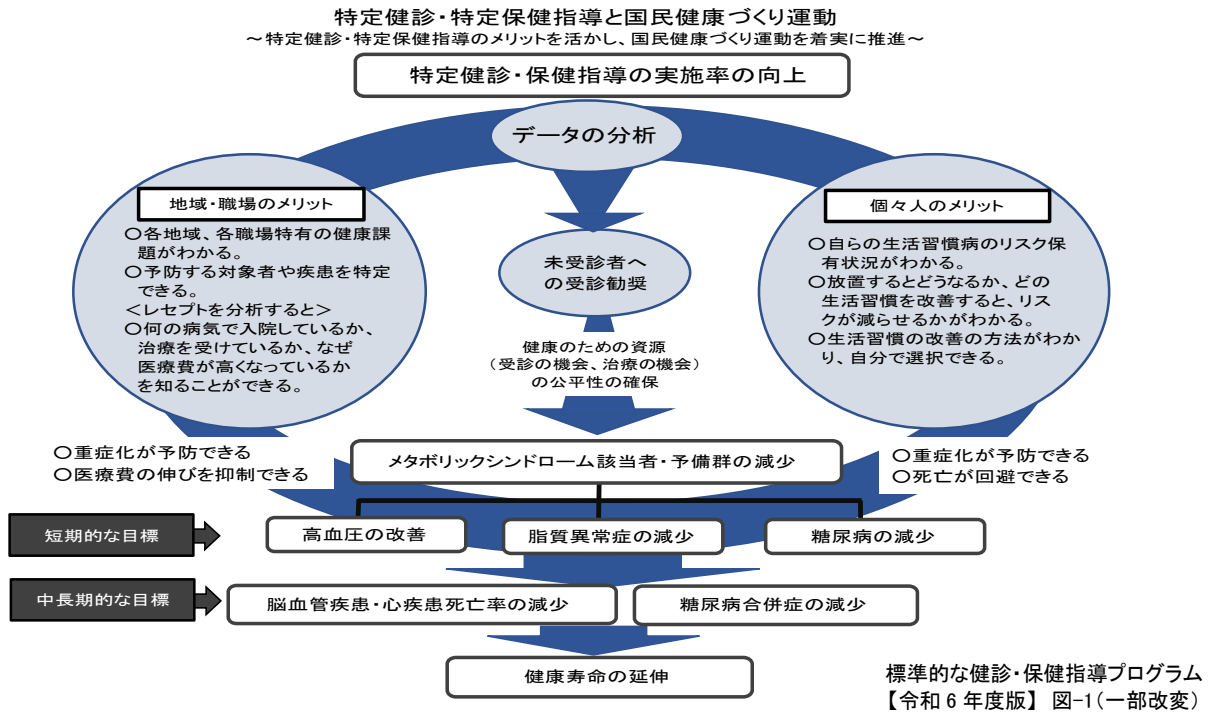
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

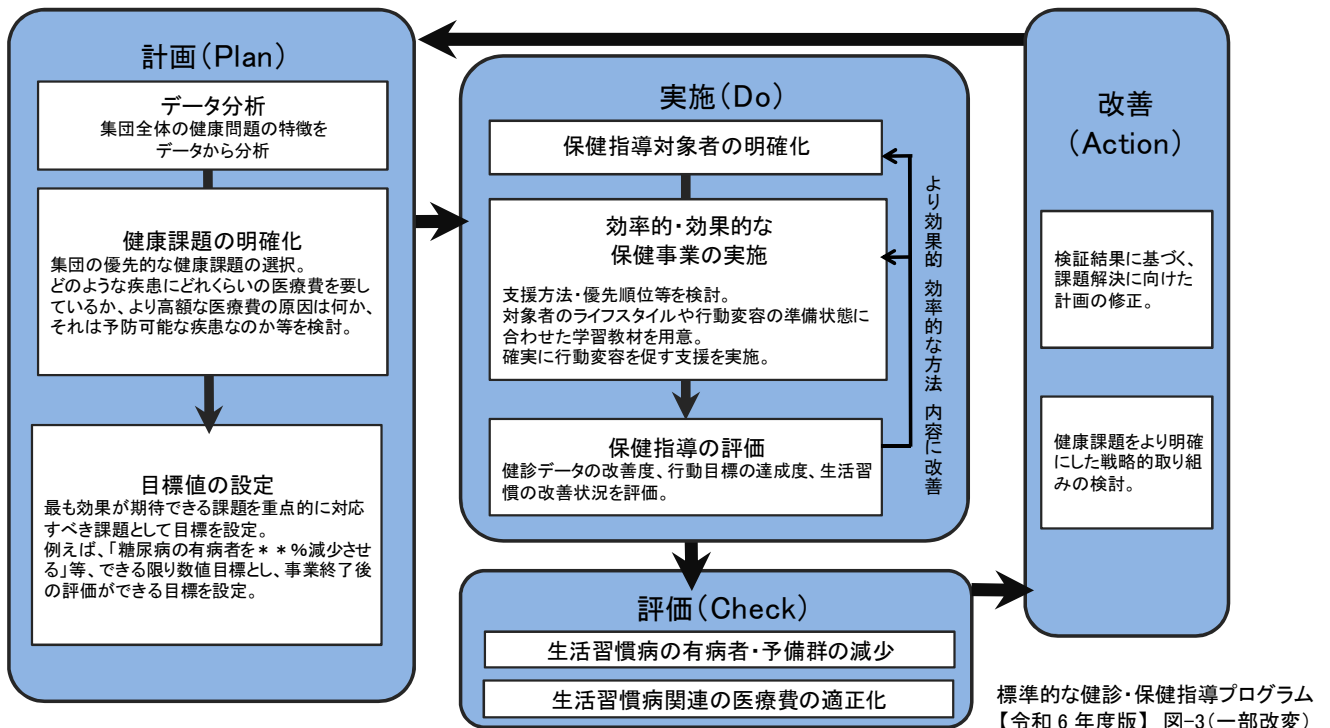
	健康増進計画		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画	
	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画				
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・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
	慢性閉塞性肺炎疾患(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(NCD)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用し 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



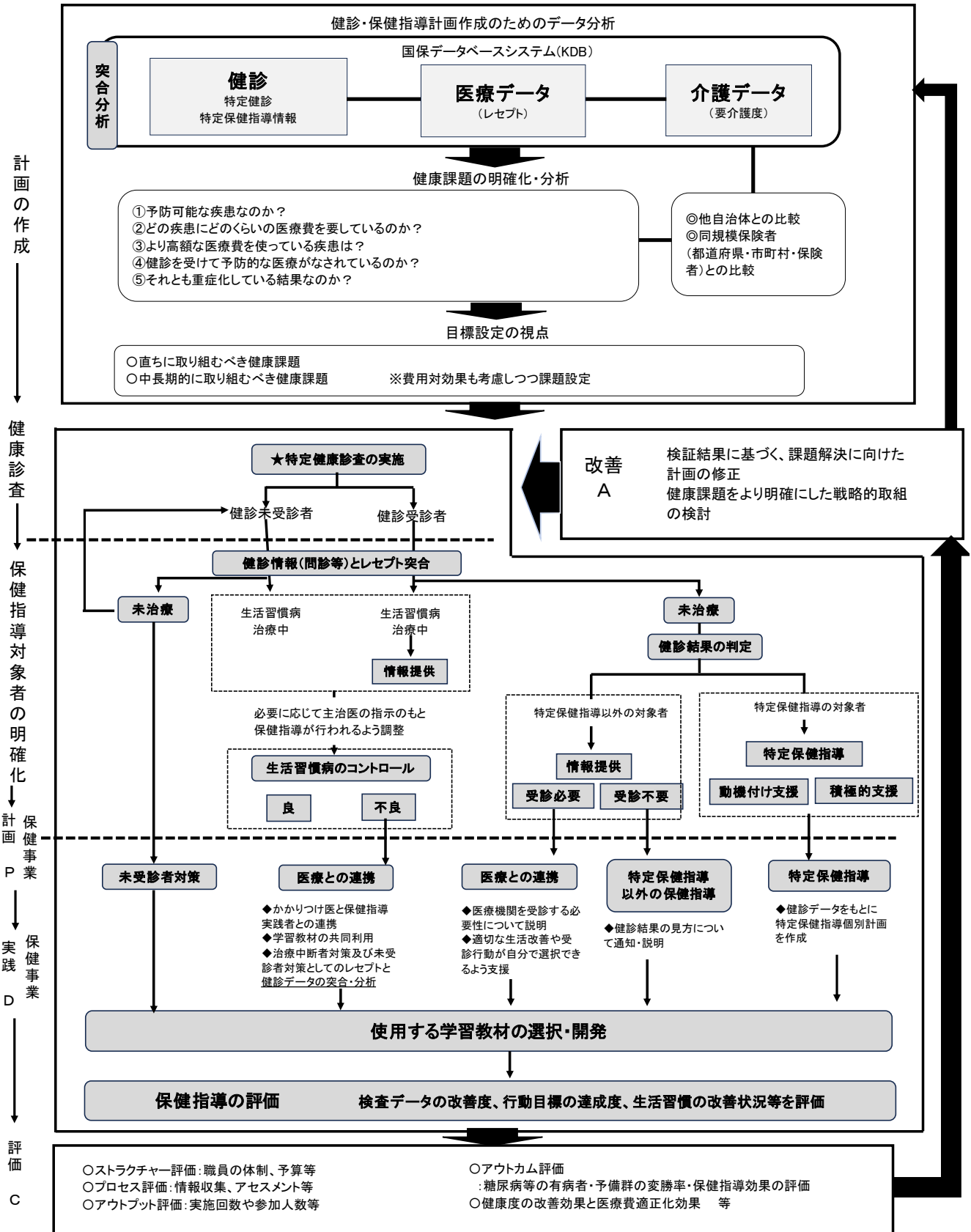
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

図表 4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

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。

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

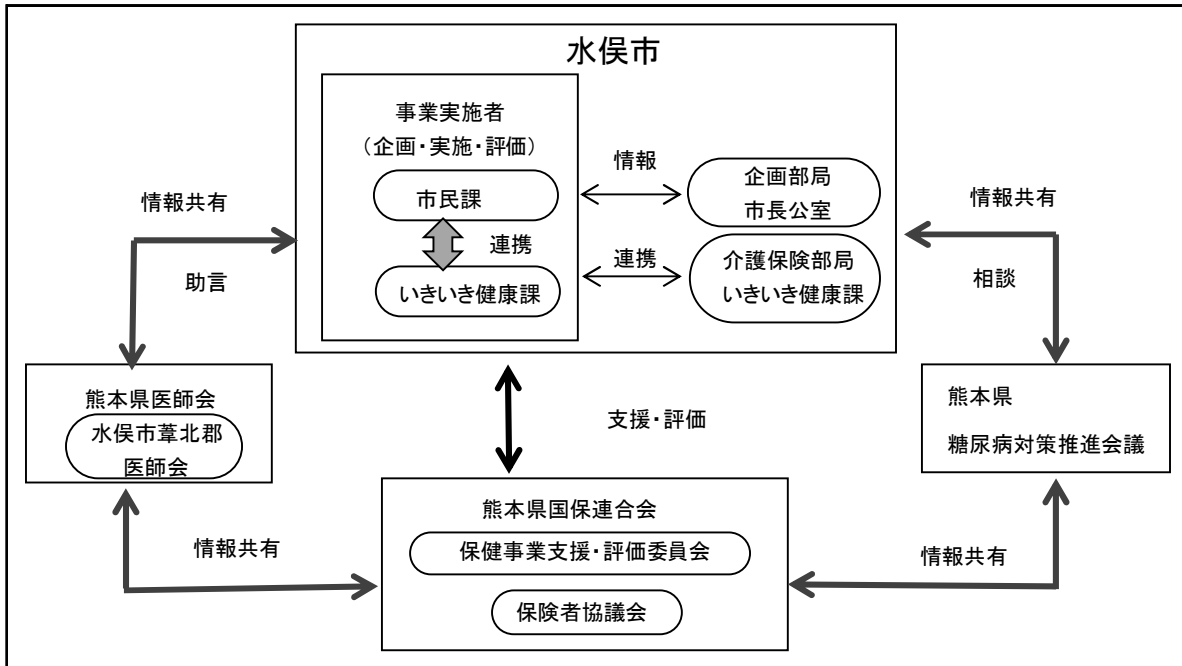
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局(市民課、いきいき健康課)、保健衛生部局(いきいき健康課)、介護

保険部局(いきいき健康課課)、企画部局(市長公室)、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 水俣市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

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

	いきいき健康課										市民課	
	保 (課長補佐)	保 (主幹)	事 (係長)	事	保	保	保	保	保	管栄	事 (係長)	事
国保事務											○	◎
健康診断 保健指導	○	○		◎	○	○	◎	○	○	○		◎
がん検診				◎			◎	○				
新型コロナ ワクチン	◎		◎		○							
予防接種			◎		○			◎				
母子保健		○	○			◎			◎			
精神保健						◎			○			
歯科保健					◎					○		◎
食育・食改								○		◎		

国民健康保険の主管課である市民課において、被保険者の資格情報の管理、特定健診の除外対象となる人の管理を行い、健診、保健指導実施に必要な契約事務を所管します。

いきいき健康課では、総合健診や複合健診などの各種健診、また、その後の保健指導といった事務を所管します。

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・協力が重要となります。計画の策定から評価までの一連のプロセスにおいて、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、水俣市葦北郡医師会、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、協力します。

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成30年度より本格的に実施されています。(図表8)

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金(事業費連動分)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・効率的な活用を検討していきます。

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		
			水俣市	配点	水俣市	配点	水俣市	配点	
交付額(万円)			863		1,003		1,243		
全国順位(1,741市町村中)			1242位		1110位		530位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	-15	70	50	70	95	70	
		(3)メタリックシート・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	5	40	40	40	50	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組		120	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供		75	90	10	90	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供			20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組		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	10	130	10	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率		40	100	60	100	60	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		30	30	20	30	20	40
	⑤	第三者求償の取組		34	40	43	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況		77	95	74	100	76	100
合計点			486	1,000	527	960	611	940	

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、令和4年度時点で人口約23,500人、高齢化率は令和2年度国勢調査で40.9%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も59.9歳と同規模と比べて高くなっています。出生率は、国、県と比較すると低く、少子高齢化が進んでいる現状が分かります。

産業においては、第3次産業が69.8%と同規模と比較しても高く、サービス業の割合が多く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、特定健診受診率の低い若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

国保加入率は22.1%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60%を占めています。(図表10)

また本市内には7つの病院、24の診療所があり、これはいずれも同規模と比較しても多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した水俣市の特性

	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
水俣市	23,516	40.9	5,195 (22.1)	59.9	5.7	16.1	0.4	6.5	23.7	69.8
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、水俣市と同規模保険者(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	6,279		5,873		5,823		5,589		5,195	
65～74歳	3,364	53.6	3,314	56.4	3,358	57.7	3,357	60.1	3,144	60.5
40～64歳	1,885	30.0	1,702	29.0	1,637	28.1	1,498	26.8	1,366	26.3
39歳以下	1,030	16.4	857	14.6	828	14.2	734	13.1	685	13.2
加入率	24.7		23.1		22.9		22.0		22.1	

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

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		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	8	1.3	8	1.4	8	1.4	8	1.4	7	1.3	0.4	0.5
診療所数	25	4.0	25	4.3	25	4.3	24	4.3	24	4.6	3.5	3.8
病床数	1,269	202.1	1,204	205.0	1,204	206.8	1,204	215.4	1,069	205.8	67.7	85.4
医師数	111	17.7	111	18.9	109	18.7	109	19.5	107	20.6	9.7	14.1
外来患者数	899.8		919.7		881.8		907.5		922.8		728.3	768.9
入院患者数	43.0		42.3		40.6		41.6		41.1		23.6	26.2

出典: KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

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)の状況

① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で23人(認定率0.33%)、1号(65歳以上)被保険者で1,955人(認定率20.3%)と同規模・県・国と比較すると僅かに高いですが、H30年度と比べると減少傾向で推移しています。(図表12)

しかし、1件あたり給付費は増加しており、介護給付費は、約32億円から約33億円に伸びています。(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)が上位を占めており、第1号、第2号いずれの被保険者でも約4割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	水俣市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	9,272人	36.5%	9,624人	40.9%	36.2%	31.6%	28.7%
2号認定者	21人	0.26%	23人	0.33%	0.37%	0.35%	0.38%
新規認定者	2人		5人		--	--	--
1号認定者	1,989人	21.5%	1,955人	20.3%	19.1%	20.2%	19.4%
新規認定者	248人		265人		--	--	--
再掲	65～74歳		159人		3.7%	--	--
新規認定者	39人		39人		--	--	--
再掲	75歳以上		1,796人		33.8%	--	--
新規認定者	209人		226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

	水俣市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	31億7484万円	32億9538万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	342,412	342,413	300,230	310,858	290,668
1件あたり給付費(円)全体	74,953	77,349	70,503	62,823	59,662
居宅サービス	38,036	38,390	43,936	42,088	41,272
施設サービス	301,821	313,056	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)		23		159		1,796		1,955		1,978		
再)国保・後期		13		135		1,744		1,879		1,892		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
				割合		割合		割合		割合		割合
	循環器疾患	1	脳卒中	5 38.5%	脳卒中	57 42.2%	虚血性心疾患	869 49.8%	虚血性心疾患	914 48.6%	虚血性心疾患	916 48.4%
		2	腎不全	3 23.1%	虚血性心疾患	45 33.3%	脳卒中	800 45.9%	脳卒中	857 45.6%	脳卒中	862 45.6%
		3	虚血性心疾患	2 15.4%	腎不全	18 13.3%	腎不全	306 17.5%	腎不全	324 17.2%	腎不全	327 17.3%
	合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	38 28.1%	糖尿病合併症	235 13.5%	糖尿病合併症	273 14.5%	糖尿病合併症	273 14.4%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			11 84.6%	基礎疾患	126 93.3%	基礎疾患	1,650 94.6%	基礎疾患	1,776 94.5%	基礎疾患	1,787 94.5%
	血管疾患合計			12 92.3%	合計	127 94.1%	合計	1,684 96.6%	合計	1,811 96.4%	合計	1,823 96.4%
	認知症		認知症	3 23.1%	認知症	43 31.9%	認知症	935 53.6%	認知症	978 52.0%	認知症	981 51.8%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	13 100.0%	筋骨格系	118 87.4%	筋骨格系	1,685 96.6%	筋骨格系	1,803 96.0%	筋骨格系	1,816 96.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者の減少に伴い総医療費も減少していますが、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 16 万円高く、H30 年度と比較しても約 5 万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 4.3%程度にも関わらず、医療費全体の 45.4%を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較しても約 4 万円も高くなっています。1 件当たり費用額は同規模等と比較しても低いものの、件数の割合が1ポイント以上高く、入院の件数が多いことも分かります。(図表 15)

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の 1 を大きく超えており、特に入院の地域差指数が 1.639 と平均を大きく上回っていることが分かります。

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。(図表 16)

図表 15 医療費の推移

		水俣市		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)		6,279人	5,195人	--	--	--
前期高齢者割合		3,364人 (53.6%)	3,144人 (60.5%)	--	--	--
総医療費		31億7997万円	28億8703万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		506,446	555,732	394,521	407,772	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	452,320	490,470	585,610	574,060	617,950
	費用の割合	46.9	45.4	43.3	45.5	39.6
	件数の割合	4.6	4.3	3.1	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	24,450	26,310	24,850	23,430	24,220
	費用の割合	53.1	54.6	56.7	54.5	60.4
	件数の割合	95.4	95.7	96.9	96.7	97.5
受診率		942.851	963.964	751.942	795.102	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は水俣市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		水俣市 (県内市町村中)		県 (47県中)	水俣市 (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	1.400	1.380	1.139	1.158	1.169	1.130
		(2位)	(2位)	(9位)	(8位)	(8位)	(7位)
	入院	1.684	1.639	1.309	1.291	1.304	1.277
		(3位)	(2位)	(8位)	(9位)	(13位)	(6位)
	外来	1.276	1.265	1.036	1.032	1.051	0.982
		(2位)	(1位)	(12位)	(6位)	(3位)	(22位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30年度と比較すると増加しており、慢性腎不全(透析有)については、H30年度より2ポイントも伸びており、同規模、国、県よりも高くなっています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況をH30年度と比較してみると脳血管疾患は減少していますが、虚血性心疾患は横ばい、腎不全は微増でした。(図表 18)

腎不全による人工透析は、生涯に渡り受診が必要となり日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			水俣市		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)			31億7997万円	28億8703万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			2億4822万円	2億7432万円	--	--	--
			7.81%	9.50%	7.84%	8.69%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.36%	1.29%	2.10%	1.89%	2.03%
		心	狭心症・心筋梗塞	1.28%	1.13%	1.39%	1.02%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.94%	6.89%	4.05%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.22%	0.19%	0.30%	0.26%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		10.32%	14.92%	16.91%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		9.98%	8.63%	9.00%	8.56%	8.68%
	精神疾患		13.65%	11.93%	8.74%	9.62%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾 患 別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	6,279	5,195	a	827	628	1,098	902	44	47	
				a/A	13.2%	12.1%	17.5%	17.4%	0.7%	0.9%	
40歳以上	B	5,249	4,510	b	823	623	1,085	898	42	46	
	B/A	83.6%	86.8%	b/B	15.7%	13.8%	20.7%	19.9%	0.8%	1.0%	
再 掲	40~64歳	C	1,885	1,366	c	152	106	236	141	20	13
		C/A	30.0%	26.3%	c/C	8.1%	7.8%	12.5%	10.3%	1.1%	1.0%
	65~74歳	D	3,364	3,144	d	671	517	849	757	22	33
		D/A	53.6%	60.5%	d/D	19.9%	16.4%	25.2%	24.1%	0.7%	1.0%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
地域の全体像の把握

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

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

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。

しかし、糖尿病治療者の経年変化では、総数は減少しておりますが、糖尿病合併症である糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症の割合は上昇しており、糖尿病治療者の重症化を抑制するためには、医療機関等と、より連携して継続した保健指導と、治療を続けていく必要があります。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覽)		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	2,639	2,430	612	458	2,027	1,972	
	A/被保数	50.3%	53.9%	32.5%	33.5%	60.3%	62.7%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	291	229	49	40	242	189
		B/A	11.0%	9.4%	8.0%	8.7%	11.9%	9.6%
	虚血性心疾患	C	713	622	135	88	578	534
		C/A	27.0%	25.6%	22.1%	19.2%	28.5%	27.1%
	人工透析	D	37	42	17	10	20	32
		D/A	1.4%	1.7%	2.8%	2.2%	1.0%	1.6%

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	1,426	1,234	337	258	1,089	976	
	A/被保数	27.2%	27.4%	17.9%	18.9%	32.4%	31.0%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	161	115	34	21	127	94
		B/A	11.3%	9.3%	10.1%	8.1%	11.7%	9.6%
	虚血性心疾患	C	394	321	77	51	317	270
		C/A	27.6%	26.0%	22.8%	19.8%	29.1%	27.7%
	人工透析	D	21	31	7	7	14	24
		D/A	1.5%	2.5%	2.1%	2.7%	1.3%	2.5%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	232	265	59	57	173	208
		E/A	16.3%	21.5%	17.5%	22.1%	15.9%	21.3%
	糖尿病性網膜症	F	233	289	55	48	178	241
		F/A	16.3%	23.4%	16.3%	18.6%	16.3%	24.7%
	糖尿病性神経障害	G	112	91	30	17	82	74
		G/A	7.9%	7.4%	8.9%	6.6%	7.5%	7.6%

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	
脂質異常症治療者(人)	A	2,416	2,104	590	412	1,826	1,692	
	A/被保数	46.0%	46.7%	31.3%	30.2%	54.3%	53.8%	
（中長期合併症目標疾患）	脳血管疾患	B	246	187	48	34	198	153
		B/A	10.2%	8.9%	8.1%	8.3%	10.8%	9.0%
	虚血性心疾患	C	708	603	130	79	578	524
		C/A	29.3%	28.7%	22.0%	19.2%	31.7%	31.0%
	人工透析	D	28	35	13	8	15	27
		D/A	1.2%	1.7%	2.2%	1.9%	0.8%	1.6%

出典：KDBシステム_ 疾病管理一覽(脂質異常症)
地域の全体像の把握

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を H30 年度と R3 年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約31%、糖尿病で11%おり、糖尿病においては、同規模市町村と比較しても高くなっています。高血圧では、未治療者は同規模市町村より低いですが、治療中断者の割合が高い傾向にあることが分かります。(図表 22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の更なる受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療		治療中断	
													G	G/E	H	H/E
水俣市	1,533	29.9	1,836	38.4	105	6.8	42	40.0	143	7.8	79	55.2	45	31.5	12	8.4
同規模平均	210,761	42.9	185,504	40.2	11,219	5.3	6,322	56.4	10,663	5.7	5,988	56.2	3,715	34.8	522	4.9

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	未治療		治療中断	
													M	M/K	N	N/K
水俣市	1,233	80.4	1,399	76.2	47	3.8	8	17.0	64	4.6	17	26.6	7	10.9	0	0.0
同規模平均	206,875	98.2	183,084	98.7	9,576	4.6	2,472	25.8	9,366	5.1	2,316	24.7	615	6.6	274	2.9

出典：ヘルスサポートラボツール

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、H30年度とR4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、4ポイントも伸びており、その中でも3項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上の有所見割合は微増しています。また、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割程度存在し、結果が把握できていません。翌年度の健診結果から改善率を見るといずれも減少しているため、健診受診者の結果改善につながる保健指導の実施に努め、年度当初に重症化予防対象者から毎年の特定健診の継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

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	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,533 (29.9%)	295 (19.2%)	96 (6.3%)	199 (13.0%)	159 (10.4%)
R04年度	1,747 (39.5%)	407 (23.3%)	150 (8.6%)	257 (14.7%)	195 (11.2%)

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	110 (8.9%)	24 (21.8%)	27 (24.5%)	9 (8.2%)	50 (45.5%)
R03→R04	130 (9.3%)	28 (21.5%)	34 (26.2%)	23 (17.7%)	45 (34.6%)

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	105 (6.9%)	54 (51.4%)	13 (12.4%)	2 (1.9%)	36 (34.3%)
R03→R04	143 (7.8%)	61 (42.7%)	31 (21.7%)	2 (1.4%)	49 (34.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	119 (7.8%)	60 (50.4%)	26 (21.8%)	6 (5.0%)	27 (22.7%)
R03→R04	124 (7.0%)	58 (46.8%)	26 (21.0%)	5 (4.0%)	35 (28.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

②健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、平成 30 年度 31.6%でしたが、みなし健診による定期通院者の情報提供等に注力し、令和 4 年度には 41.5%まで上昇しましたが、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 30 代の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28)

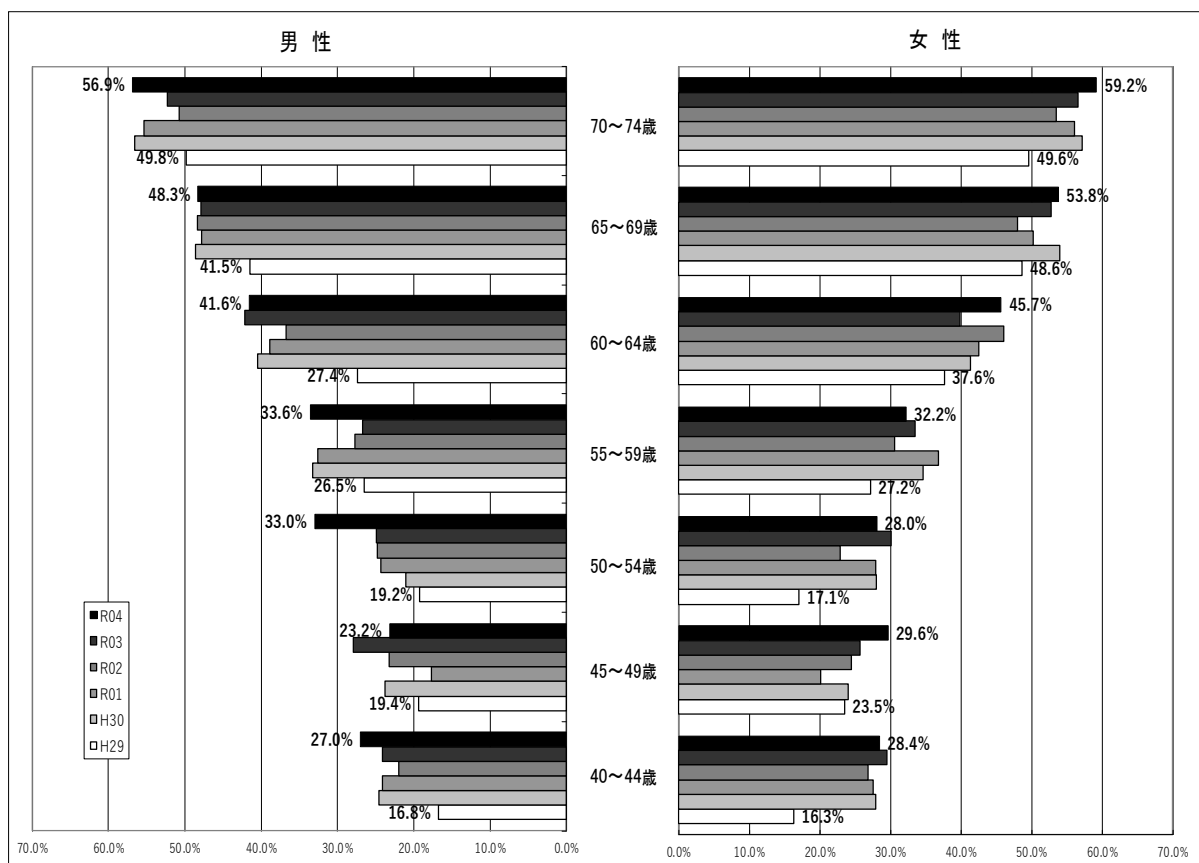
特定保健指導については、R2 年度に 68.1%まで実施率が上昇しましたが、健診受診者の急増により保健指導対象者も相対的に増加したため、R3 以降減少しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながるため、健診受診率、保健指導実施率の向上には継続して取り組みます。

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	1,487	1,418	1,581	1,786	1,685	健診受診率 60%
	受診率	31.6%	31.3%	35.4%	41.0%	41.5	
特定保健指導	該当者数	123	131	144	166	137	特定保健指導 実施率 60%
	割合	8.3%	9.2%	9.1%	9.3%	8.1%	
	実施者数	43	70	98	99	80	
	実施率	35.0%	53.4%	68.1%	59.6%	58.4%	

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) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、R2 年度 71.6%と増加しており、血糖値所見者割合、未治療・中断の割合も増加傾向にあります。

HbA1c8%以上の高血糖者は保健指導の優先度を上げて支援していますが、HbA1c8%以上の未治療者は H30 年 2 人から R4 年 8 人に増えています。また、受診勧奨のための保健指導を実施した人でも、未治療者の約半数しか治療につながっておらず、受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、又治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援をおこなう必要があります。(図表 29・30・31)

図表 29 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,233	1,269	1,271	1,399	1,305
血糖値有所見者 * 1	人(b)	110	98	134	130	142
	(b/a)	8.9%	7.7%	10.5%	9.3%	10.9%
保健指導実施者 * 2	人(c)	58	64	96	68	34
	(c/b)	52.7%	65.3%	71.6%	52.3%	23.9%

* 1 HbA1c6.5%以上のもの

* 2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

図表 30 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 * 1	人(a)	110	98	134	130	142
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 3	人(b)	33	31	42	38	55
	(b/a)	30.0%	31.6%	31.3%	29.2%	38.7%

* 3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

図表 31 HbA1c8.0 以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,233	1,269	1,271	1,399	1,305
HbA1c8.0%以上	人(b)	8	11	16	20	20
	(b/a)	0.6%	0.9%	1.3%	1.4%	1.5%
保健指導実施	人(c)	2	9	10	11	4
	(c/b)	25.0%	81.8%	62.5%	55.0%	20.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	2	3	2	7	8
	(b/a)	25.0%	27.3%	12.5%	35.0%	40.0%

内服治療開始	1人	2人	3人
元々治療中	9人	14人	17人
死亡、転出	0人	0人	0人

R1 年度から、発症予防(おおむね HbA1c6.0~6.4%)と重症化予防(おおむね HbA1c6.5%以上)を目的に、医療機関と連携した保健指導を行うよう、糖尿病連絡票の活用を始めました。しかし、その活用実績は伸び悩んでいます。(図表 32)

肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

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

図表 32 糖尿病連絡票の活用状況

糖尿病連絡票 (R5.3月現在)		発行数	返信数		75g糖負荷 試験実施		指導依頼 (病院→市)		指導返信 (市→病院)	
			実数	率	実数	率	実数	率	実数	率
R1	発症予防	27	18	66.7%	11	40.7%	9	33.3%	15	55.6%
R2	発症予防	1	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%
R3	発症予防	1	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%
R4	発症予防	7	5	71.4%	1	14.3%	4	57.1%	5	71.4%

糖尿病連絡票 (R5.3月現在)		発行数	返信数		微量アルブミン 検査実施		指導依頼 (病院→市)		指導返信 (市→病院)	
			実数	率	実数	率	実数	率	実数	率
R1	重症化予防	6	5	83.3%	4	66.7%	4	66.7%	4	66.7%
R2	重症化予防	6	3	50.0%	2	33.3%	3	50.0%	3	50.0%
R3	重症化予防	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R4	重症化予防	0	0	0	0	0	0	0	0	0

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、集団での特定健診では心電図検査を全数実施していますが、近年、個別健診や情報提供でのみなし健診の実施数が増えていることもあり、全体での心電図検査は約5割実施にとどまります。(図表 33)

有所見者のうち ST 所見と心房細動の人を重症化予防対象者として位置づけ、保健指導を行っています。今後も、ST所見で要精査・要医療以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。

図表 33 特定健診心電図検査の結果 有所見者(要医療・要精査)の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者(人)	a	1,533	1,457	1,622	1,836	1,747
心電図受診者(人)	b	977	977	917	917	853
心電図実施率	b/a	63.7%	67.1%	56.5%	49.9%	48.8%
有所見者(人)	c	221	206	226	235	207
有所見率	c/b	22.6%	21.1%	24.6%	25.6%	24.3%
心房細動(人)	e	6	7	5	6	6
心房細動有所見率	e/b	0.6%	0.7%	0.5%	0.7%	0.7%
うち、心房細動未治療(人)		2	1	1	2	0

ヘルスサポートラボツール(健診結果集計ツール)

脳血管疾患重症化予防対策

特定健診受診者のうち、血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約5～9%で推移しており、その約5割が未治療者です。令和4年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者52人のうち、健診後に治療へつながったものは、わずか10人(19.2%)でした。血圧Ⅲ度においては、15人のうち6人が未治療者でした。(図表34)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。図表35は、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)です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。保健指導対象者には家庭血圧の測定をすすめ、血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が52.7%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。(図表34)

図表34 高血圧Ⅱ度以上(収縮期血圧160以上または拡張期血圧100以上)の者

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	1,531	1,457	1,622	1,836	1,746	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	105	74	150	143	110	
	(b/a)	6.9%	5.1%	9.2%	7.8%	6.3%	
	治療あり	人(c)	63	32	63	64	58
		(c/b)	60.0%	43.2%	42.0%	44.8%	52.7%
	治療なし	人(d)	42	42	87	79	52
		(d/b)	40.0%	56.8%	58.0%	55.2%	47.3%
治療開始	人(e)	未把握	未把握	31	19	10	
	(e/d)			35.6%	24.1%	19.2%	
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	9	11	26	14	15
		(f/a)	0.6%	0.8%	1.6%	0.8%	0.9%
	治療あり	人	4	4	14	4	9
	治療なし	人	5	7	12	10	6

図表 35 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設定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 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
481		222 46.2%	207 43.0%	46 9.6%	6 1.2%
リスク第1層 予後影響因子がない	26 5.4%	C 16 7.2%	B 6 2.9%	B 2 4.3%	A 2 33.3%
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	295 61.3%	C 141 63.5%	B 121 58.5%	A 30 65.2%	A 3 50.0%
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	160 33.3%	B 65 29.3%	A 80 38.6%	A 14 30.4%	A 1 16.7%

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	130 27.0%
	概ね1ヵ月後に再評価	194 40.3%
B	概ね3ヵ月後に再評価	157 32.6%

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

(2) ポピュレーションアプローチ

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

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

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、健診後の結果説明会や各種団体への出前講座の際に、広く市民へ周知を行います。

また、生活習慣の改善を目的として集団健診や結果説明会の会場で、1日に必要な野菜をフードモデルの展示や、甘味飲料、アルコールに含まれる砂糖量の展示などを実施していきます。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 36 第2期データヘルス計画目標管理一覧

評価項目		評価指標	目標値	H28実績	中間評価 H31実績	最終評価 R4実績	目標達成 状況※
成果目標	①医療費の伸び抑制	総医療費（円）		32億4610万	30億6130万	28億8703万円	A
中長期目標	②入院の伸び率	レセプトに占める入院の割合		4.3%	4.4%	4.3%	B
	③重症化した結果の疾患の発生状況	高額（80万円）以上の虚血性心疾患割合	2.4%	4.4%	4.5%	4.5%	C
		6か月以上入院の脳血管疾患割合	4.5%	7.7%	6.5%	9.9%	C
		人工透析患者における糖尿病性腎症割合	28.0%	42.0%	38.9%	56.1%	C
		新規 脳血管疾患患者数（人）	4人	7人	10人	13人	C
		新規 虚血性心疾患患者数（人）	20人	27人	13人	19人	A
		新規 人工透析患者数（人）	0人	2人	1人	3人	C
		短期目標	④特定健診・保健指導の実施率	特定健診受診率	60.0%	31.0%	31.3%
特定保健指導実施率	60.0%			38.1%	52.2%	58.4%	B
特定保健指導対象者				134人	134人	137人	B
40～64歳の特定健診受診率	50.0%			27.4%	27.7%	26.1%	C
30代健診の受診率	20.0%			15.1%	15.1%	15.2%	B
⑤基礎疾患の重症化予防	メタボリックシンドローム予備群の割合			9.6%	8.7%	10.9%	C
	継続受診者におけるメタボ該当・予備群の割合		17.0%	22.8%	32.9%	34.7%	C
	健診受診者の高血圧者（160/100以上）の割合		5.0%	6.0%	5.1%	6.3%	C
	継続受診者における高血圧者（160/100以上）の割合		5.0%	5.6%	4.5%	5.2%	B
	健診受診者の脂質異常者（LDL160）以上の割合		5.0%	7.8%	8.5%	6.1%	B
	継続受診者におけるLDL180以上の割合		2.0%	2.3%	2.3%	1.4%	A
	健診受診者の糖尿病（未治療HbA1c6.5以上）の割合		1.0%	2.1%	2.7%	4.2%	C
	継続受診者におけるHbA1c6.5以上の割合		3.7%	6.5%	9.5%	5.3%	C
	健診受診者の糖尿病（治療中HbA1c7.0以上）の割合		2.0%	2.6%	2.7%	3.4%	C
	重症化予防対象者への保健指導実施率		85.0%	63.3%	75.5%	51.8%	C

※目標達成状況：A 目標を達成、B 目標値には達していないが改善傾向、C 悪化傾向

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

水俣市国民健康保険の総医療費は、平成28年度から令和4年度の間には被保険者数が減少したことに伴い約3億6,000万円減少しました。しかし、一人あたり医療費では平成30年度から約5万円上昇しており、同規模市町村と比較すると約16万円も高くなっています。入院件数の割合から見ても同規模市町村や、県平均よりも高いポイントになっていることから、重症化してから医療に係る人が多い傾向にあるのではないかと推察されます。

総医療費のうち予防につなげることができる中長期目標疾患の医療費合計を見ても約2ポイント増加し、特に透析有の慢性腎不全が増加していることが分かりました。併せて、糖尿病治療者の経年変化から糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症の対象者が増加しているため、特に糖尿病に関する重症化予防に対してより注力して取り組む必要があることが分かりました。本市では熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、特定健診の受診者のうちHbA1cの数値などで対象者を選出し、保健指導後に希望された方に対して「糖尿病連絡票」や「CKD連絡票」を発行することで医療機関への受診勧奨と、医療機関と連携した保健指導に役立ててきましたが、実際の発行数は伸び悩んでいます。糖尿病連絡票及びCKD連絡票は医療機関と、保健指導をつなぐツールとして、保健指導時に糖尿病や腎機能低下の重症化リスク等についても丁寧に説明を行い、対象者に積極的に利用してもらえよう注力します。

血圧に関しては、健診受診者の血圧Ⅱ度以上の人数は減少傾向にあります。該当者のうち健診後も治療を受けない方が約半数にのぼり、治療を始めたものの中断してしまった方も同規模市町村と比較して多い傾向にあります。

健診後の指導対象者の抽出や階層化はタイムリーに行うことができていますが、保健指導を行った後の経過を追うことが出来ていませんでした。そのため、対象者が治療につながったのか、治療につながった後の生活はどうか、治療を続けているのかというフォローまで実施していることが少なく、その結果が未治療・中断者の増加や次年度健診での改善率の低下につながっているものと考えます。

次期計画では、特定健診後に個別訪問や、電話での現状確認など、優先度の高い方を明確にした上で、フォローを継続していく保健指導の実施方法を検討します。

また、中長期目標疾患の新規患者数を減少させるためには特定健診を受診いただき、健康状態の不明瞭者を減らしていく必要があります。本市は特定健診の受診率を向上させる取組として、医療機関へ協力いただき、特定健康診査等情報提供（以下、みなし健診という。）に注力することで特定健診の受診率を向上させることができたが、目標としていた60%には届きませんでした。レセプト分析から、定期通院時に健診相当の検査を受けている方が多いことが分かりましたので、引き続きみなし健診による勧奨を実施していきます。

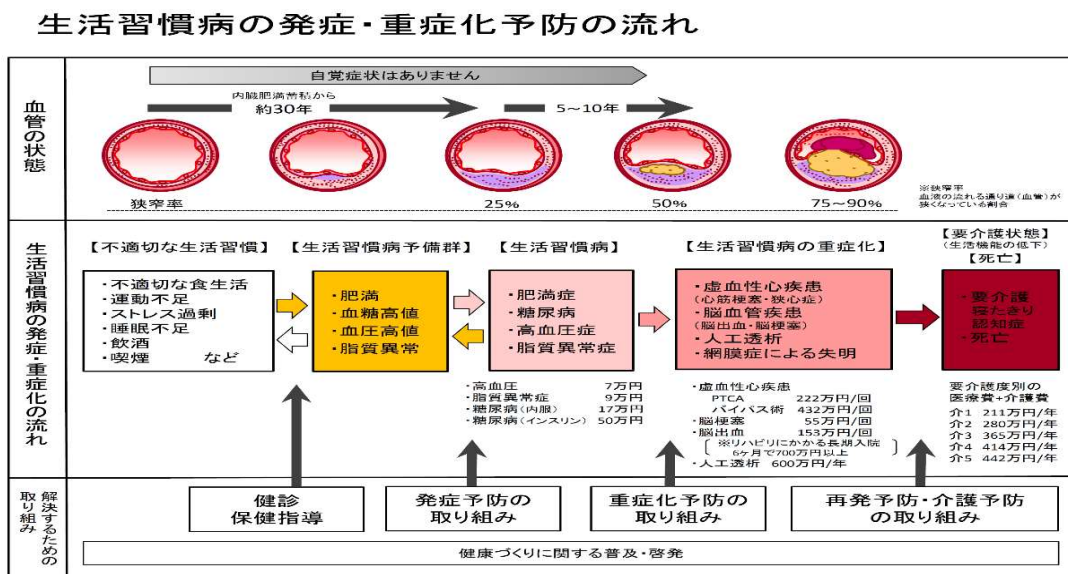
一方で、定期通院していない、30代～50代の若年層の受診率は依然として低い状態です。30代健診の申し込みでは、インターネットでの申し込み受付を開始し、自身の都合に合わせて申込みを行える環境を整備しました。同様に、特定健診や、特定保健指導の実施に当たりICT活用の可能性を検討します。若年層は健康に関心な方が多いため、少しでも受診のハードルを下げるとともに、健康状態を把握しないことのリスクを知ってもらい健診受診につながるよう通知物や、方法についても検討します。

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 37 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。

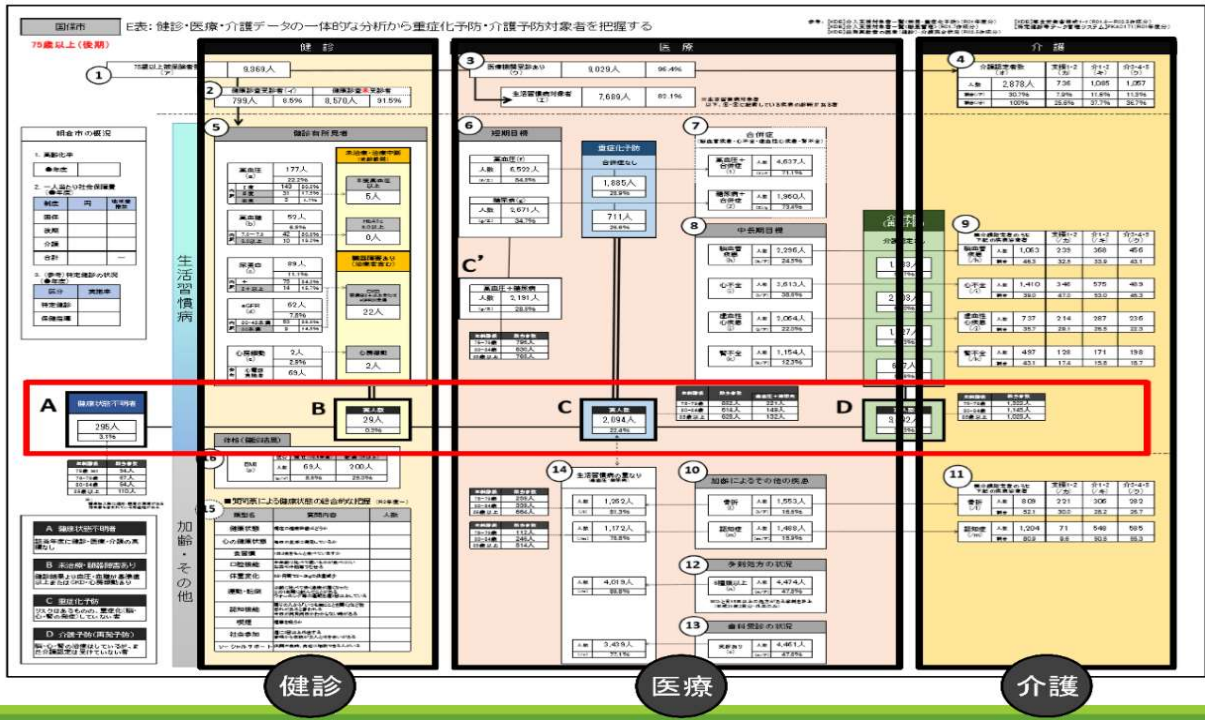
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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、総医療費に占める65歳以上医療費の割合も68.4%と過半数を超えております。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38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 38 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 39 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	6,279人	5,873人	5,823人	5,589人	5,195人	5,265人	
総件数及び総費用額	件数	72,311件	69,264件	64,849件	65,344件	62,621件	83,151件
	費用額	31億7997万円	30億6131万円	29億9479万円	30億2731万円	28億8703万円	50億4485万円
一人あたり医療費	50.6万円	52.1万円	51.4万円	54.2万円	55.6万円	95.8万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 40 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費(月額)	中長期目標疾患			短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患			
			慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	心臓病 心筋梗塞	糖尿病	高血圧					脂質異常症		
① 国保	水俣市	28億8703万円	44.442	6.89%	0.19%	1.29%	1.13%	6.55%	2.71%	1.99%	5億9910万円	20.8%	14.9%	11.93%	8.63%
	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	水俣市	50億4485万円	81,236	4.44%	0.79%	3.74%	1.19%	4.32%	2.77%	1.22%	9億3199万円	18.5%	9.0%	6.59%	11.5%
	同規模	---	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	---	18.7%	10.5%	4.11%	12.6%
	県	---	81,455	4.72%	0.47%	3.74%	1.12%	3.70%	2.88%	1.07%	---	17.7%	9.2%	4.70%	13.2%
	国	---	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	---	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム・健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 41 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	223人	224人	229人	257人	247人	599人	
	件数	B	361件	372件	458件	437件	428件	945件	
		B/総件数		0.50%	0.54%	0.71%	0.67%	0.68%	1.14%
	費用額	C	4億8186万円	5億0091万円	6億2351万円	5億7952万円	5億6556万円	10億9695万円	
C/総費用			15.2%	16.4%	20.8%	19.1%	19.6%	21.7%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 42 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度								
脳血管疾患	人数	D	11人	9人	16人	15人	14人	35人							
		D/A	4.9%	4.0%	7.0%	5.8%	5.7%	5.8%							
	件数	E	19件	18件	32件	26件	17件	66件							
		E/B	5.3%	4.8%	7.0%	5.9%	4.0%	7.0%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	2	10.5%	0	0.0%	0	0.0%	3	11.5%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	23.1%	2	11.8%	75-80歳	19	28.8%
		60代	4	21.1%	16	88.9%	24	75.0%	11	42.3%	6	35.3%	80代	29	43.9%
		70-74歳	13	68.4%	2	11.1%	8	25.0%	6	23.1%	9	52.9%	90歳以上	18	27.3%
	費用額	F	1925万円	1955万円	4355万円	2906万円	2073万円	7259万円							
		F/C	4.0%	3.9%	7.0%	5.0%	3.7%	6.6%							

出典：ヘルスサポートラボツール

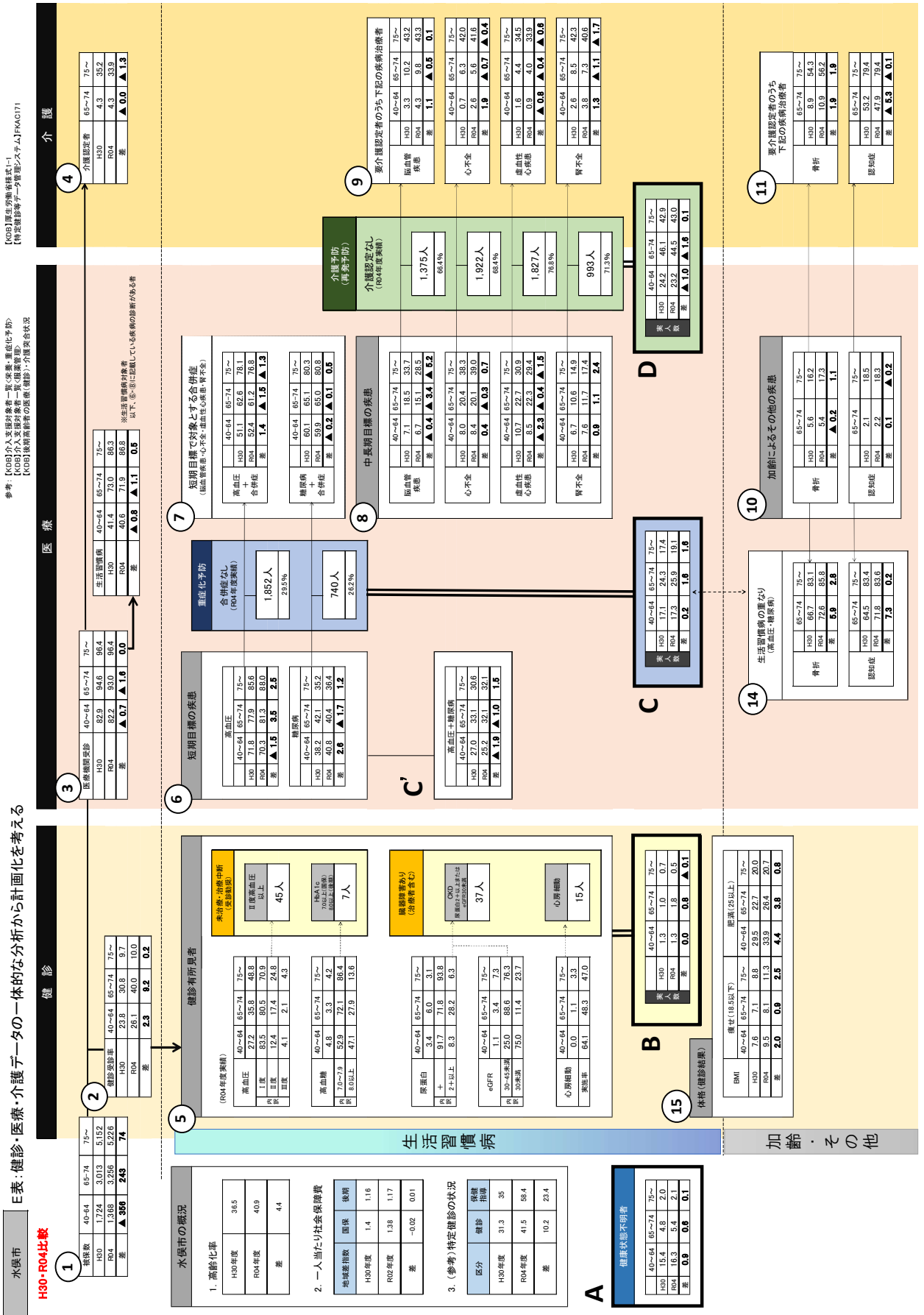
図表 43 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度								
虚血性心疾患	人数	G	13人	10人	20人	13人	11人	20人							
		G/A	5.8%	4.5%	8.7%	5.1%	4.5%	3.3%							
	件数	H	13件	10件	26件	14件	12件	22件							
		H/B	3.6%	0.0%	5.7%	3.2%	2.8%	2.3%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	7.7%	0	0.0%	2	7.7%	1	7.1%	0	0.0%	75-80歳	7	31.8%
		60代	10	76.9%	5	50.0%	14	53.8%	2	14.3%	4	33.3%	80代	11	50.0%
		70-74歳	1	7.7%	5	50.0%	10	38.5%	11	78.6%	8	66.7%	90歳以上	4	18.2%
	費用額	I	1827万円	1336万円	4465万円	2310万円	1541万円	2994万円							
		I/C	3.8%	2.7%	7.2%	4.0%	2.7%	2.7%							

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 44 健診・医療・介護データの一体的な分析

(2) 健診・医療・介護の一体的分析



図表 45 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数				② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	35.2	1,724	3,013	5,152	23.8	30.8	9.7	7.6	7.1	8.8	29.5	22.7	20.0	
R04	33.9	1,368	3,256	5,226	26.1	40.0	10.0	9.5	8.1	11.3	33.9	26.4	20.7	

図表 46 健診有所見状況

E表	⑤																															
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動							
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-			
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%
H30	24	5.9	(12)	64	6.9	(13)	64	12.8	(17)	17	4.1	(3)	26	2.8	(0)	4	0.8	(0)	7	1.7	12	1.3	9	1.8	1	0.2	4	0.4	8	1.6		
R04	16	4.5	(9)	91	7.0	(26)	74	14.2	(10)	17	4.8	(5)	43	3.3	(2)	3	0.6	(0)	4	1.1	24	1.8	9	1.7	0	--	7	0.5	8	1.5		

図表 47 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			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	82.9	94.6	96.4	41.4	73.0	86.3	71.8	77.9	85.6	38.2	42.1	35.2	27.0	33.1	30.6	51.1	62.6	78.1	60.1	65.1	80.3
R04	82.2	93.0	96.4	40.6	71.9	86.8	70.3	81.3	88.0	40.8	40.4	36.4	25.2	32.1	32.1	52.4	61.2	76.8	59.9	65.0	80.8

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 48 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保数割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	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	7.1	18.5	33.7	10.7	22.7	30.9	8.0	20.4	38.3	6.7	10.6	14.9	3.3	10.2	43.2	1.6	4.4	34.5	0.7	6.3	42.0	2.6	8.5	42.3
R04	6.7	15.1	28.5	8.5	22.3	29.4	8.4	20.1	39.0	7.6	11.7	17.4	4.3	9.8	43.3	0.9	4.0	33.9	2.6	5.6	41.6	3.8	7.3	40.6

図表 49 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 (被保険者割)				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	66.7	83.1	64.5	83.4	5.6	16.2	2.1	18.5	8.9	54.3	53.2	79.4
R04	72.6	85.8	71.8	83.6	5.4	17.3	2.2	18.3	10.9	56.2	47.9	79.4

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 39～49)

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は令和2年度に新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年以降は増加傾向で推移し、後期高齢者になると一人あたり95.8万円となり、国保の約2倍の医療費がかかっている状況です。(図表 39)

水俣市は、これまで高血圧に重点をおいて保健事業に取り組んできたため、短期的目標疾患の高血圧の総医療費に占める割合は、同規模と比べて低く、その結果脳梗塞脳出血の医療費に占める割合が、国保及び後期高齢においても、同規模、県、国と比べて低い状況です。(図表 40)

高額レセプトについては、国保においては毎年約430件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約2倍に増えることがわかります。

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和2年度が一番多く32件で4,355万円の費用がかかっていましたが、令和4年度は17件と件数が減り、費用額も2,073万円と減っています。しかし、後期高齢においては、66件発生し、7,259万円の費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても引き続き力を入れていきます。(図表 41、42)

健診・医療・介護のデータをH30年度とR4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 45の①被保険者数は、40～64歳の被保険者数は減少し、65歳～74歳と75歳以上の被保険者数は増加しており、高齢化率の上昇に伴い75歳以上の後期高齢者が確実に増えていることがわかります。

⑮の体格をみると、40～64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が4ポイントも高くなってきています。図表 46 健診有所見の状況で、治療が必要となる数値の方に保健指導を行ったものの治療のために通院していない方、治療に行ったものの中断してしまっている人の数をみると、Ⅱ度高血圧以上の65～74歳で人数が増えており、降圧剤の服用で治ったと思い治療を中断してしまっているケースが想定されます。保健指導においても、指導後のフォローが課題となります。

図表 47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、糖尿病どちらも合併症の割合は、各年代ともほぼ横ばいとなっており数値の改善までには至っていません。

図表 48の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30年度とR4年度を比較すると、中長期疾患のうち介護認定者となった割合において40～64歳の脳血管疾患、心不全、腎不全の割合が1ポイント以上上昇しており、若い年代への健診受診勧奨や、保健指導の実施が一体的分析においても課題であることがわかります。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、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期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表50)を設定しています。

② 中長期的な目標の設定

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

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。

しかし、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とし、地域差指数の減少を目指します。

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

③ 短期的な目標の設定

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

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

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

が重要であるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2) 管理目標の設定

図表 50 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

達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標値	実績				データの把握方法 (活用データ)
			R11 数値 目標	初期値 R6 (R4)	中間評 価 (R7)	最終評 価 (R9)	
中長期目標	新規脳梗塞患者数	維持	11人	11人			データヘルス 支援システム
	新規脳出血患者数	維持	2人	2人			
	新規虚血性心疾患患者数	5%減少 (割合の維持・減少)	18人	19人			
	新規人工透析導入患者数	減少・発症させない	0人	3人			
	糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数	減少・発症させない	0人	2人			
短期目標	★特定健診受診率	60%以上	60.0%	41.5%			法定報告値
	40代、50代の特定健診受診率	上昇	40.0%	30.0%			
	★特定保健指導実施率	65%以上	65.0%	58.4%			
	(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	15.0%	21.0%			マルチマーカー
	メタボリックシンドローム該当者の割合	減少	16.5%	23.1%			・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
	メタボリックシンドローム予備群の割合	減少	7.6%	10.9%			
	健診受診者の血圧Ⅱ度以上者(160/100以上)の割合	減少	5.8%	6.3%			
	健診受診者の脂質異常者(LDL160以上)の割合	減少	5.2%	6.1%			
	40代、50代の健診受診者の血糖異常者(HbA1c6.5%以上)の割合	減少	3.5%	5.6%			
	★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	減少	1.0%	1.5%			ラボツール
	健診受診者のうち糖尿病(HbA1c6.5%以上)の未治療者(治療中断者を含む)の割合	減少	25.0%	30.5%			
	★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	1%増 又は県平均以上	17.2%	16.2%			
メタボリックシンドローム該当者の減少率	1%増 又は県平均以上	16.3%	15.3%				

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 51 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	46.8%	49.5%	52.1%	54.8%	57.4%	60%以上
特定保健指導実施率	59.5%	60.6%	61.7%	62.8%	63.9%	65%以上

3. 対象者の見込み

図表 52 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	3,855人	3,760人	3,667人	3,576人	3,487人	3,400人
	受診者数	1,804人	1,859人	1,910人	1,957人	2,001人	2,040人
特定保健指導	対象者数	159人	164人	168人	172人	176人	180人
	終了者数	94人	99人	104人	108人	113人	117人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。契約については、集団健診は直接健診機関行い、個別健診は直接医療機関と契約を行う場合と、県医師会が取りまとめ、集合契約を行う場合の二通りで実施します。情報提供（みなし健診）については、熊本県国民健康保険団体連合会と、直接契約を行うこととします。

- ① 集団健診(委託健診機関等)
- ② 個別健診(委託医療機関)
- ③ 情報提供(熊本県国民健康保険団体連合会)

(2)特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関

特定健診実施機関については、集団健診に申し込みをしなかった人に郵送する、「特定健診受診券」に委託医療機関を掲載します。

(4) 特定健診実施項目

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

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

図表 53 特定健診検査項目(例示)

○水俣市特定健診検査項目

健診項目		水俣市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	□	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

(5) 実施時期

9 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、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(情報提供)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。また、特定健診相当の検査データが不足する際は、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行っていただけるよう、医療機関へ十分な説明を実施していきます。

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、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。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 54 特定健診実施スケジュール(例示)

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約	(特定保健指導の実施)
5月			健診データ抽出(前年度)
6月		集団健診申込受付	実施実績の分析 実施方法の見直し等
7月		健診対象者の抽出	
8月		個別健診受診券の印刷・送付	
9月		(特定健診の開始)	
10月	予算手続き	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)	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		(特定健診・特定保健指導の実施)	
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、健診機関への委託の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

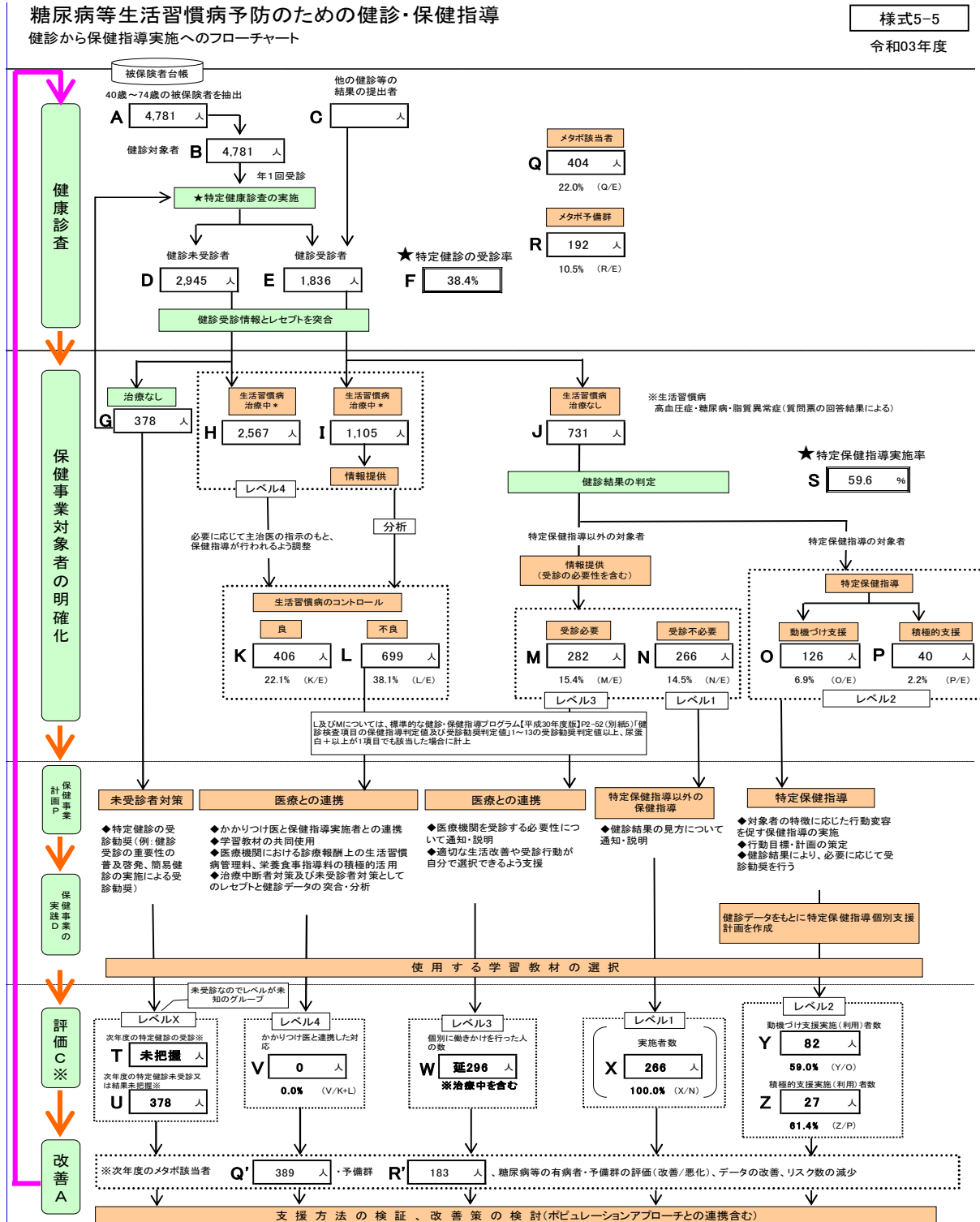
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(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 55 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルサポータルツール

(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 56 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	144人 (8.2%)	65%
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	241人 (13.8%)	HbA1c8.0以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	2672 ※受診率目標達成まであと905人	受診勧奨 100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	266人 (15.2%)	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	1,096人 (62.7%)	要指導者への 指導率 80%

(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 57 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診期間との契約		
5月			◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
6月			
7月	◎健診対象者の抽出		
8月	◎個別健診受診券の送付		
9月	◎特定健康診査の開始		◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了 ◎総合健診実施 ◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
10月		◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	◎市民健診、後期高齢者健診、がん検診開始
11月			
12月			
1月			
2月	◎来年度の個別健康診査実施の依頼	◎利用券の登録	
3月	◎健診の終了		

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

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

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

具体的には、適切な生活習慣を自ら行うことができるような保健指導や、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

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

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

II. 重症化予防の取組

水俣市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、654人(37.4%)です。そのうち治療なしが129人(19.8%)を占め、さらに臓器障害があり直ちに取り組むべき対象者が72人です。

また、水俣市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、129人中78人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効果的であることが分かります。(図表58)

図表 58 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		
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)
	クモ膜下出血 (5.6%)	脳出血 (18.5%)	脳梗塞 (75.9%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症			
	心原性 脳塞栓症 (27.7)		ラクナ 梗塞 (31.2%)	アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)					
	非心原性脳梗塞								
	※脳卒中 データリンク 2015より								
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		重症化予防対象者 (実人数)
該当者数	110 6.3%	6 0.3%	31 1.8%	30 1.7%	407 23.3%	100 5.7%	176 10.1%	654 37.4%	
治療なし	52 5.7%	0 0.0%	25 2.3%	18 1.6%	49 7.5%	55 4.7%	23 3.5%	129 19.8%	
(再掲) 特定保健指導	19 17.3%	0 0.0%	10 32.3%	5 16.7%	49 12.0%	11 11.0%	9 5.1%	78 11.9%	
治療中	58 6.9%	6 0.5%	6 0.9%	12 1.9%	358 32.7%	45 32.8%	153 14.0%	525 47.9%	
臓器障害 あり	33 63.5%	0 --	4 16.0%	7 38.9%	20 40.8%	21 38.2%	23 100.0%	72 55.8%	
CKD(専門医対象者)	2	0	1	3	2	7	23	23	
心電図所見あり	32	0	3	5	18	15	7	56	
臓器障害 なし	19 36.5%	--	21 84.0%	11 61.1%	29 59.2%	34 61.8%	--	--	

<参考>
健診受診者(受診率)

1,747人	39.5%
--------	-------

■各疾患の治療状況

	治療中	治療なし
高血圧	837	909
脂質異常症	636	1,111
糖尿病	137	1,168
3疾患 いずれも	1,096	651

※問診結果による

出典:ヘルサポータルボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

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

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付けるとともに、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) 人工透析に係る水俣市の実態と対象者の明確化

(1)人工透析患者の実態

第2章で述べたとおり、水俣市の総医療費における慢性腎不全(透析有)の割合が増加しています。特定健診が始まった平成20年度からの人工透析診療費の経過を見ると、一度減少に転じましたが、近年は再び増加傾向にあります。(図表 59)また、人工透析患者の件数割合を見ても、令和4年度には県内1位となっています。(図表 60)さらに、新規人工透析患者の経過を見ると、糖尿病性腎症の診断がある者の割合が増加しています。(図表 61)

そのため、水俣市においても、熊本県版プログラムに基づき、糖尿病性腎症重症化予防への取組を重点的に進めていきます。

図表 59 国保における人工透析診療費(総診療費に占める割合・県内順位)

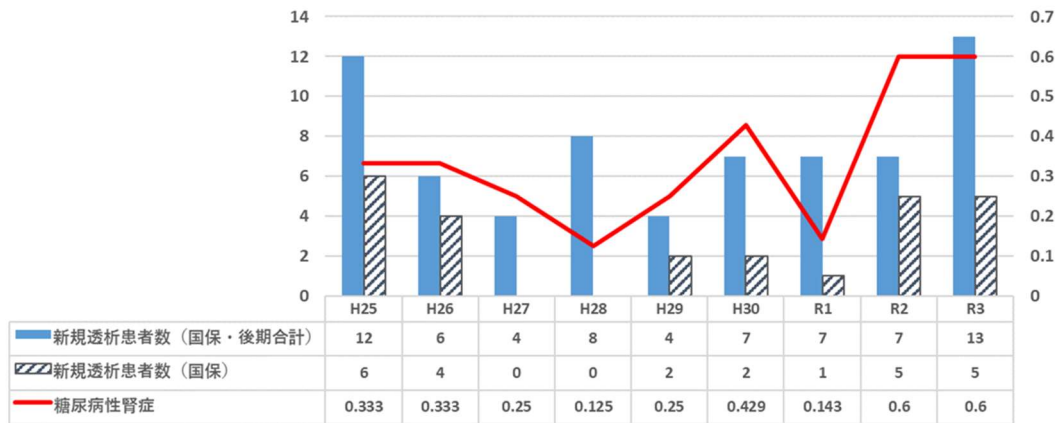
	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
人工透析診療費(万円)	2,161	1,972	2,229	1,962	1,939	2,196	2,000	1,629	1,577	1,208	1,561	1,789	1,745	2,051	1,904
総診療費に占める割合	9.6%	8.6%	10.7%	8.5%	5.4%	8.5%	8.9%	7.4%	7.3%	5.59%	7.0%	8.78%	8.66%	10.45%	9.62%
県内順位	1位	6位	4位	13位	33位	11位	6位	20位	14位	30位	32位	18位	23位	7位	5位

図表 60 人工透析患者の経過

	平成30年			令和2年			令和4年		
	透析件数(件)	件数割合(%)	県内順位(位)	透析件数(件)	件数割合(%)	県内順位(位)	透析件数(件)	件数割合(%)	県内順位(位)
国保	40	0.63	9	38	0.64	9	48	0.86	1
後期高齢者	45	0.87	28	61	1.18	15	56	1.1	22

「国保医療費の疾病分類別統計状況」各年度5月診療分

図表 61 新規人工透析患者の経過



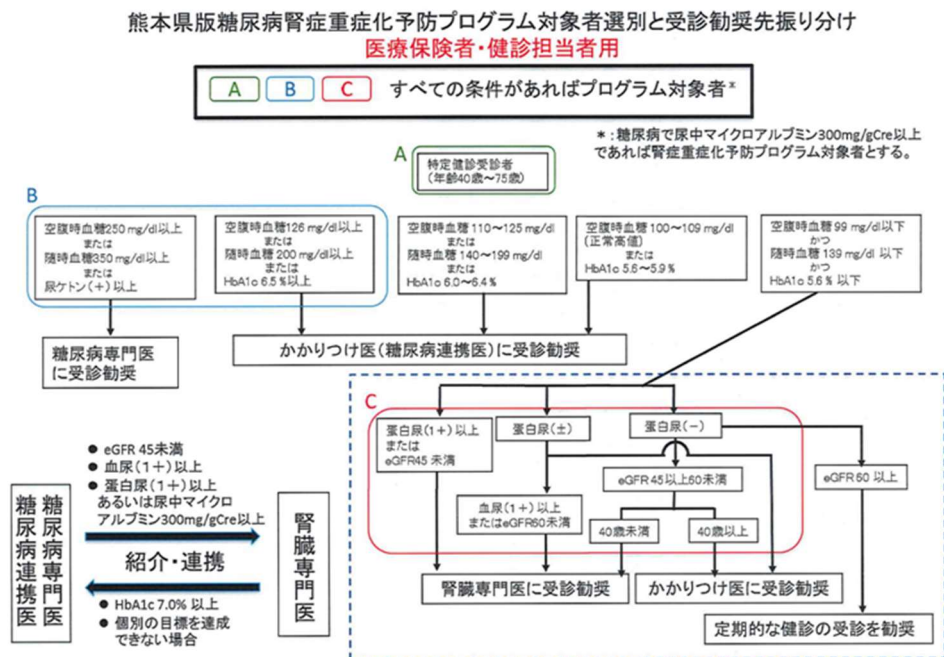
(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、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。(※図表 62 熊本県版糖尿病性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)

- 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)
- 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)
- ③ 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 62 熊本県版糖尿病性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



(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

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

図表 63 糖尿病性腎症病期分類

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

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

水俣市においては、集団での特定健診では血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しており、尿蛋白(定性)検査で(±)だった者には、尿蛋白(定量)検査も実施しています。微量アルブミン尿検査は実施していませんが、尿蛋白(定性・定量)検査の結果によって腎症病期の推測が可能となります。

② 基準に基づく該当者数の把握

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

水俣市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、92人(30.3%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者1,234人のうち、特定健診受診者が212人(69.7%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者1,022人(82.8%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入(健診の受診勧奨等)が必要になってきます。(図表 64)

③ 介入方法と優先順位

図表 64 より水俣市においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・92人
(HbA1c8%以上を最優先で実施)

優先順位 2

【保健指導】

- ・ 糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・93人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・ 介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・ 糖尿病連絡票を活用し医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

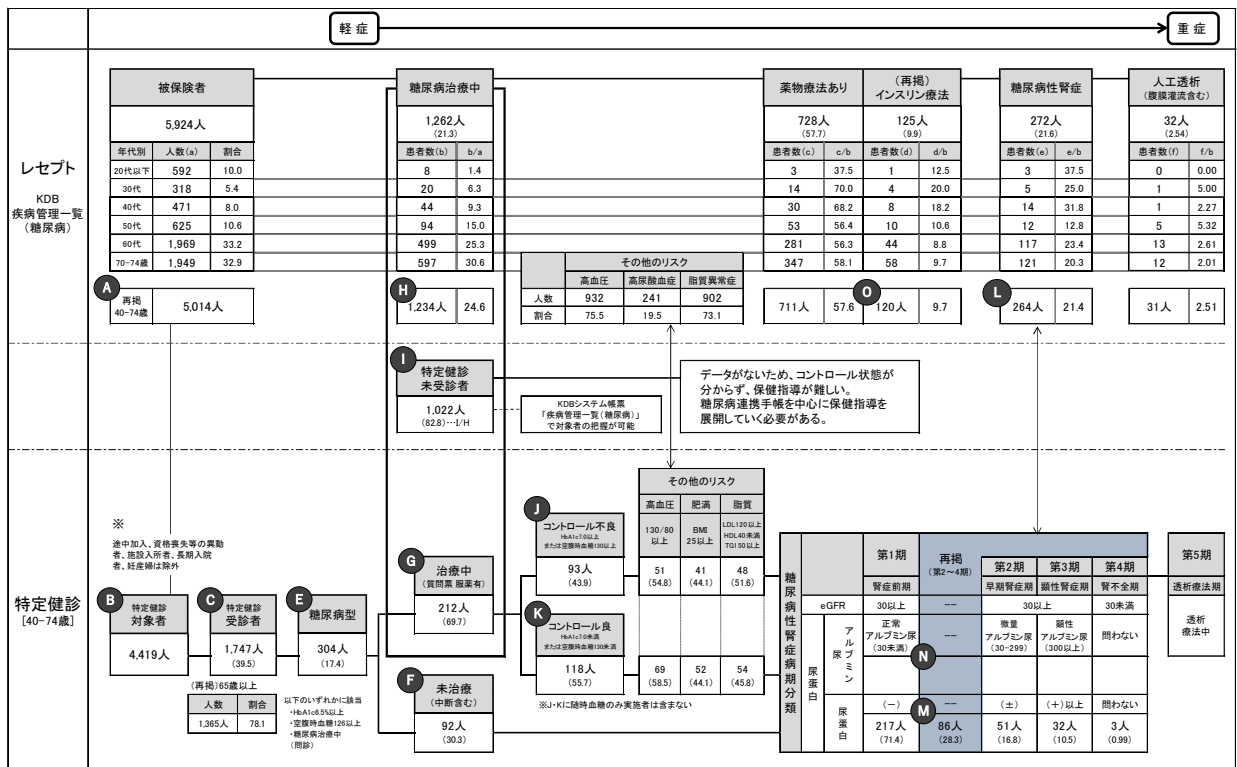
【保健指導】

- ・ Iの中から、過去に特定健診で上記優先順位1, 2にあてはまった者
- ・ 介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・ 医療機関と連携した保健指導

図表 64 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



出典：ヘルスサポートラボツール

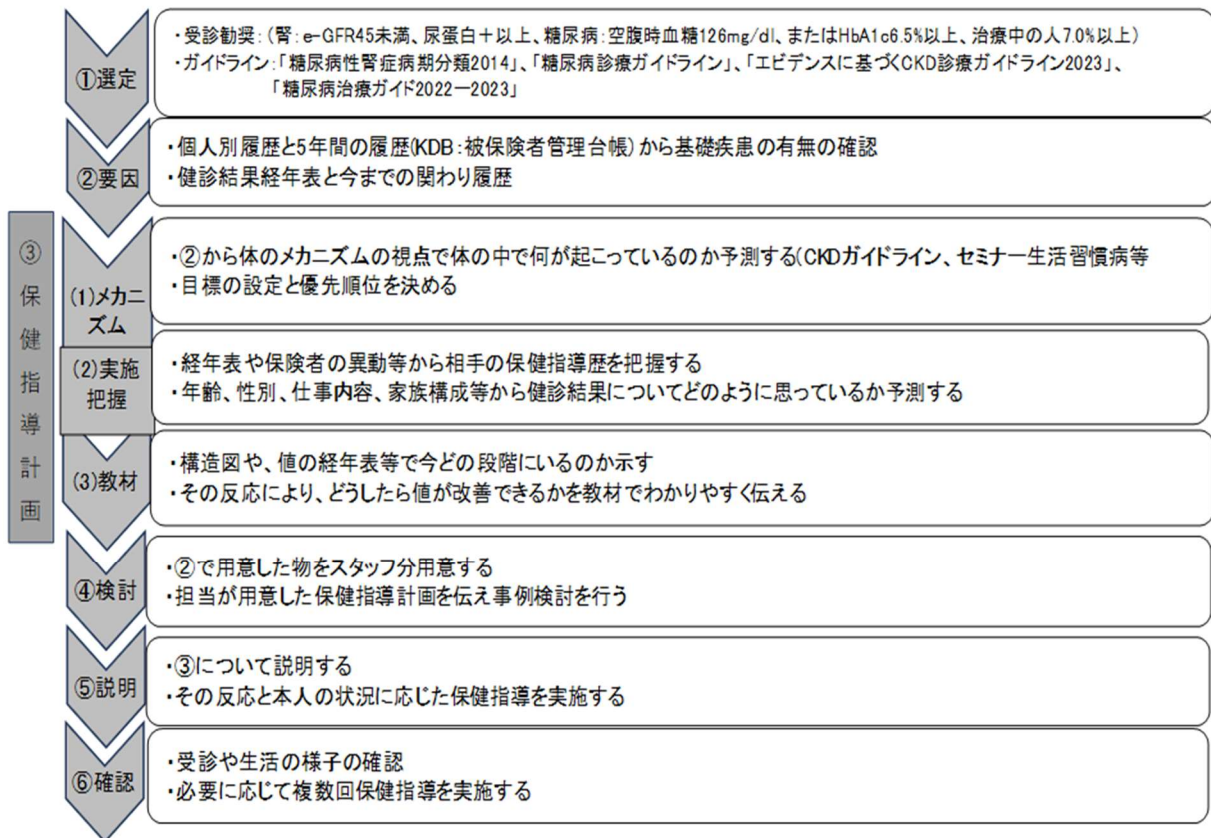
3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

なお、取組にあたっては図表 65 に沿って実施します。

図表 65 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



図表 66 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

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

(2) 二次健診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のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは、二次健診等で尿アルブミン検査の実施を検討します。

4) 医療との連携

(1) 発症予防対象者について

HbA1c6~6.4%または空腹時血糖 110~125 mg/dl程度の者には、事前に水俣市芦北郡医師会等と協議した糖尿病連絡票を用いて医療機関につなぎます。また、その受診により 75g 糖負荷試験の結果を把握し、主治医からの栄養指導等の指示を受け、支援をおこないます。

(2) 重症化予防対象者について

HbA1c6.5%以上または空腹時血糖 126 mg/dl程度以上の者には、事前に水俣市芦北郡医師会等と協議した糖尿病連絡票を用いて医療機関と連携し、微量アルブミン等の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては熊本県プログラムに準じて行い、糖尿病連携手帳を活用します。

(3)CKD 予防対象者について

腎臓専門医紹介域の対象者には、CKD 連絡票を用いて専門医療機関と連携し、主治医の助言を得て栄養指導等をおこないます。

図表 67 腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準

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

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

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとし、その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表68糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価(熊本県版プログラムアウトカム評価)

① 糖尿病性腎症病期分類ステージの維持・改善・悪化の数

- ② 新規人工透析導入患者数（糖尿病性腎症患者数）の推移
- ③ 人工透析に係る医療費の推移
- ④ 医療機関未受診者の割合
- ⑤ 治療中断者（糖尿病及び糖尿病性腎症）の割合
- ⑥ 糖尿病連絡票、CKD 連絡票の活用状況

図表 68 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	実合表	保険者						同規模保険者(平均)	
		R01年度		R02年度		R03年度		R03年度同規模保険者数2/4	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1 ① 被保険者数	A	12,295人		12,295人		12,295人			
		(再掲)40-74歳		8,366人		8,366人		8,366人	
2 ① 特定健診	B	8,000人		8,000人		8,000人			
	C	466人		450人		407人			
		受診率		5.8%		5.6%		5.1%	
3 ① 特定保健指導		100人		100人		100人			
		実施率		80.0%		80.0%		80.0%	
4 ① 健診データ	E	87人	18.7%	84人	18.7%	76人	18.7%		
	F	24人	27.6%	23人	27.4%	23人	30.3%		
	G	63人	72.4%	61人	72.6%	53人	69.7%		
	H	28人	44.4%	28人	45.9%	27人	50.9%		
	I	19人	67.9%	19人	67.9%	18人	66.7%		
	J	13人	46.4%	13人	46.4%	12人	44.4%		
	K	35人	40.2%	33人	39.3%	26人	34.2%		
	L	62人	71.3%	61人	72.6%	56人	73.7%		
	M	12人	13.8%	11人	13.1%	9人	11.8%		
		11人	12.6%	11人	13.1%	10人	13.2%		
		2人	2.3%	1人	1.2%	1人	1.3%		
5 ① レセプト		70.6人		70.6人		70.6人			
		102.3人		102.3人		102.3人			
		5,087件	(604.4)	5,087件	(604.4)	5,087件	(604.4)	5,517件	(877.2)
		19件	(2.3)	19件	(2.3)	19件	(2.3)	31件	(4.9)
		868人	7.1%	868人	7.1%	868人	7.1%		
		856人	10.2%	856人	10.2%	856人	10.2%		
		793人	92.6%	795人	92.9%	803人	93.8%		
		68人	7.8%	68人	7.8%	68人	7.8%		
		66人	7.7%	66人	7.7%	66人	7.7%		
		107人	12.3%	107人	12.3%	107人	12.3%		
		106人	12.4%	106人	12.4%	106人	12.4%		
		27人	3.1%	27人	3.1%	27人	3.1%		
		27人	3.2%	27人	3.2%	27人	3.2%		
		2	2	2	2	2	2		
		1	1	1	1	1	1		
		32人	3.1%	32人	3.1%	32人	3.1%		
6 ① 医療費		37億9946万円		37億9946万円		37億9946万円		28億2684万円	
		20億2869万円		20億2869万円		20億2869万円		15億6708万円	
		53.4%		53.4%		53.4%		55.4%	
		5,747円	5,747円	5,747円	5,747円	5,692円	5,692円		
		41,069円	41,069円	41,069円	41,069円	39,435円	39,435円		
		1億5345万円		1億5345万円		1億5345万円		1億6835万円	
		7.6%		7.6%		7.6%		10.7%	
		5億6798万円		5億6798万円		5億6798万円			
		45,067円		45,067円		45,067円			
		4億4318万円		4億4318万円		4億4318万円			
		664,430円		664,430円		664,430円			
		18日		18日		18日			
		2億8151万円		2億8151万円		2億8151万円		1億2872万円	
		2億6928万円		2億6928万円		2億6928万円		1億1992万円	
		1223万円		1223万円		1223万円		879万円	
7 ① 介護		37億1569万円		37億1569万円		37億1569万円		34億7756万円	
		1件	50.0%	1件	50.0%	1件	50.0%		
8 ① 死亡		7人	1.8%	7人	1.8%	7人	1.8%	5人	1.1%

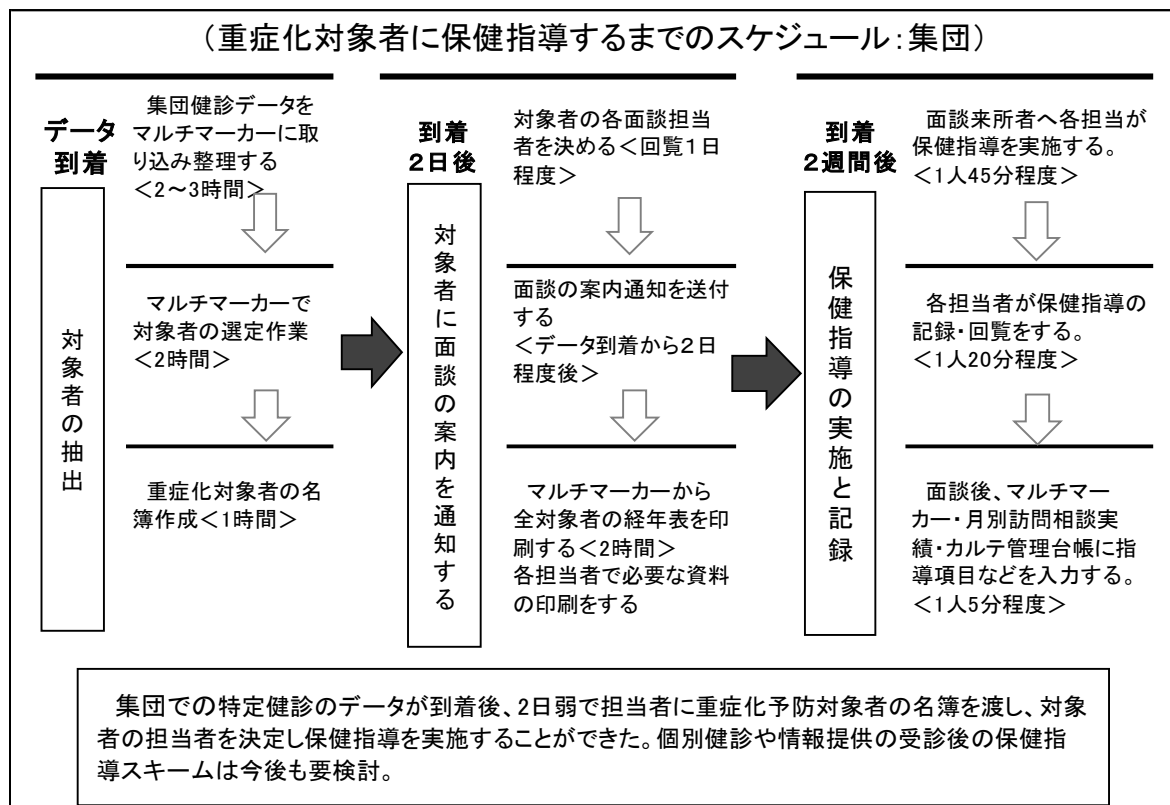
7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第、対象者へ介入(通年)

図表 69 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

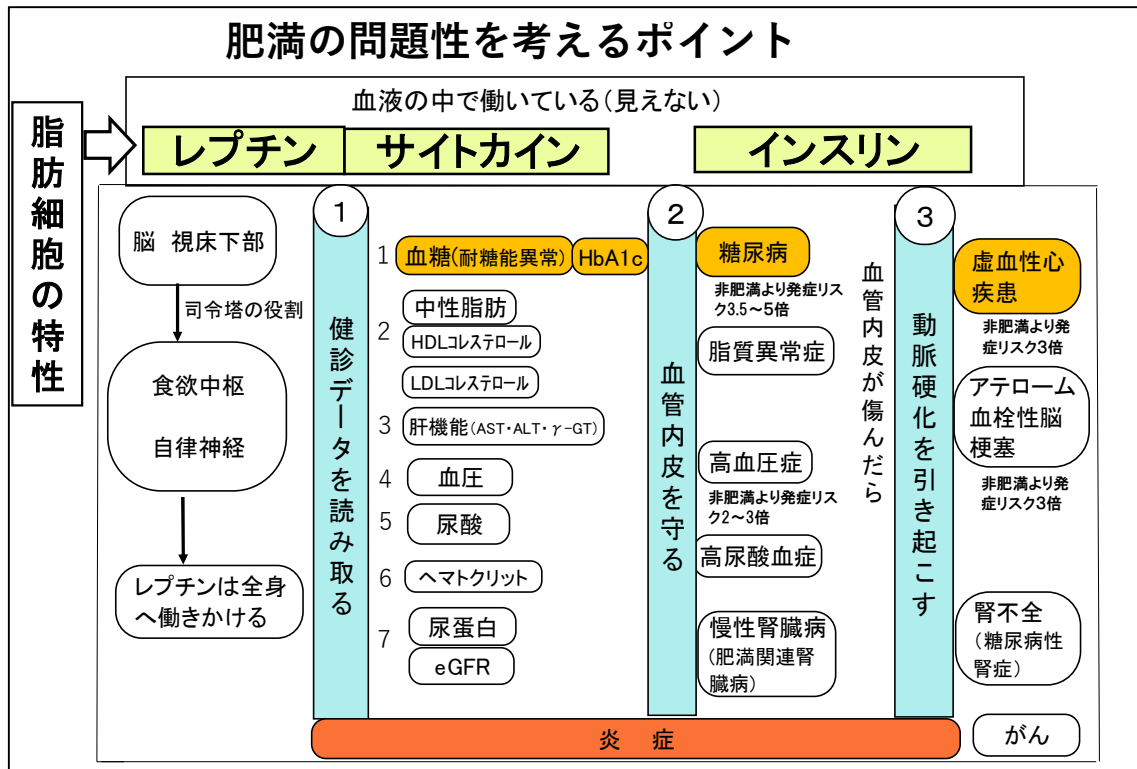
1) 基本的な考え方

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

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

なお、取組みにあたっては図表 70 に基づいて考えていきます。

図表 70 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 71 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	382	1,365	128	366	90	319	30	40	7	6	1	1	
				33.5%	26.8%	23.6%	23.4%	7.9%	2.9%	1.8%	0.4%	0.3%	0.1%
再掲	男性	190	628	78	202	57	178	17	20	4	4	0	0
				41.1%	32.2%	30.0%	28.3%	8.9%	3.2%	2.1%	0.6%	0.0%	0.0%
	女性	192	737	50	164	33	141	13	20	3	2	1	1
				26.0%	22.3%	17.2%	19.1%	6.8%	2.7%	1.6%	0.3%	0.5%	0.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

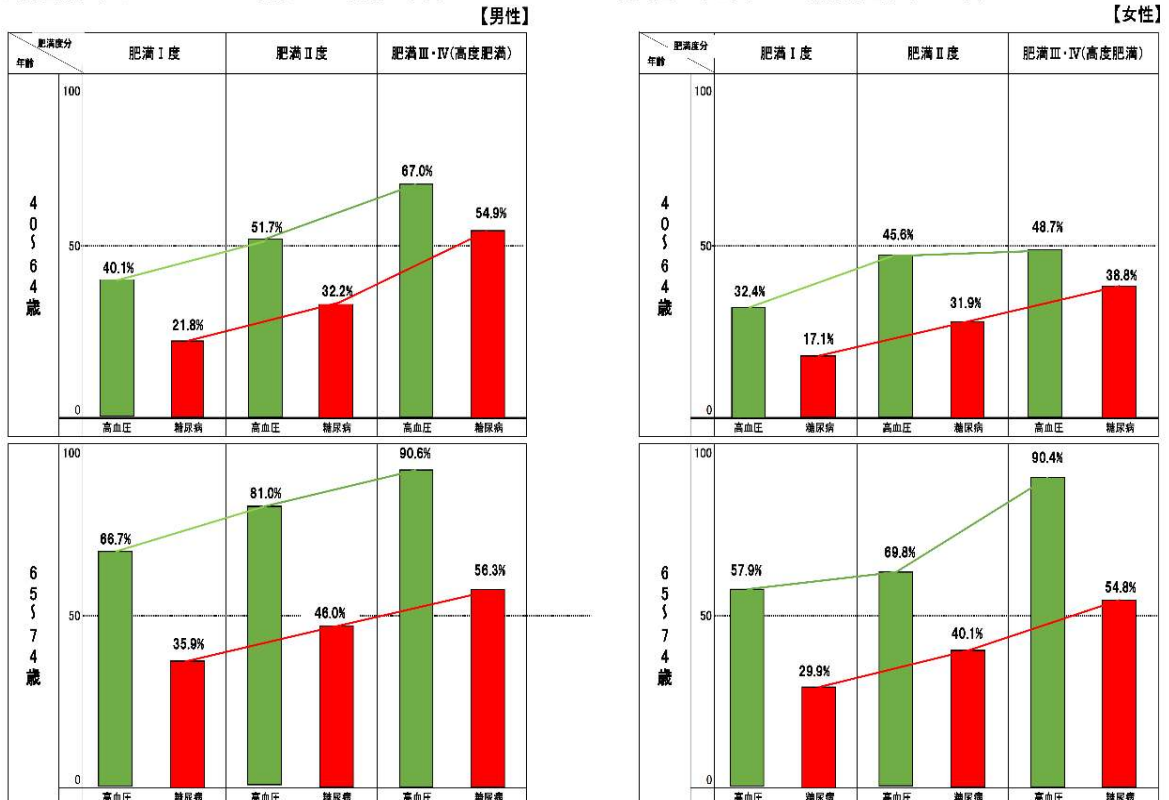
(2) 優先順位をつけます。

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

肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 72 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

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



まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要がある、としています。

次に図表 72 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満 I 度で、若い年代(40~64 歳)を対象とすることが効率いいことがわかります。

3)対象者の明確化

図表 73 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A	818	47	73	325	373	929	45	66	377	441	
メタボ該当者	B	284	8	25	118	133	123	3	10	47	63	
	B/A	34.7%	17.0%	34.2%	36.3%	35.7%	13.2%	6.7%	15.2%	12.5%	14.3%	
再掲	① 3項目全て	C	110	2	5	47	56	40	2	3	16	19
		C/B	38.7%	25.0%	20.0%	39.8%	42.1%	32.5%	66.7%	30.0%	34.0%	30.2%
	② 血糖+血圧	D	54	0	3	23	28	13	0	1	6	6
		D/B	19.0%	0.0%	12.0%	19.5%	21.1%	10.6%	0.0%	10.0%	12.8%	9.5%
	③ 血圧+脂質	E	103	4	13	41	45	67	1	6	23	37
		E/B	36.3%	50.0%	52.0%	34.7%	33.8%	54.5%	33.3%	60.0%	48.9%	58.7%
	④ 血糖+脂質	F	17	2	4	7	4	3	0	0	2	1
		F/B	6.0%	25.0%	16.0%	5.9%	3.0%	2.4%	0.0%	0.0%	4.3%	1.6%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 74 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし			
総数	818	284	34.7%	243	85.6%	41	14.4%	929	123	13.2%	115	93.5%	8	6.5%		
40代	47	8	17.0%	6	75.0%	2	25.0%	45	3	6.7%	2	66.7%	1	33.3%		
50代	73	25	34.2%	17	68.0%	8	32.0%	66	10	15.2%	9	90.0%	1	10.0%		
60代	325	118	36.3%	102	86.4%	16	13.6%	377	47	12.5%	44	93.6%	3	6.4%		
70~74歳	373	133	35.7%	118	88.7%	15	11.3%	441	63	14.3%	60	95.2%	3	4.8%		

出典:ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 73)は、男性で 50 代から受診者の 3 割を超えるが、女性では 60 代・70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

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 74)は、男女とも 8~9 割が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えると推測でき、メタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、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。
- ① 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。
- ② 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理は担当地区ごとに管理します。

4) 保健指導の実施

(1) 最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 75 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思えますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起こっているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いときよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

(2) 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。

水俣市においても国保ヘルスアップ事業を活用して、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

- ①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)
- ②負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

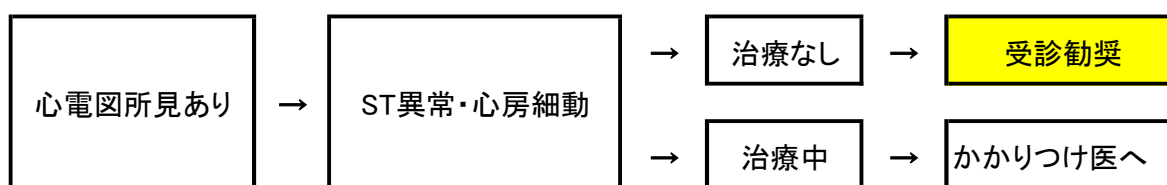
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定にあたっては、心電図所見でST異常または心房細動があった者を受診勧奨者及び保健指導対象者としています。

図表 76 心電図所見からのフロー図



(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

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

水俣市においては、心電図検査実を833人(47.1%)に実施し、そのうち有所見者が207人(24.8%)でした。所見の中では期外収縮が49人(23.7%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表77)

また、有所見者のうち要精査が53人(25.6%)で、その後の受診状況をみると15人(28.3%)は未受診でした。(図表78)。

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

図表 77 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査		所見内訳																	
				ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈									
		実施者数 A	有所見者数 B 実施率	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	833	47.1	207	24.8%	24	11.6%	28	13.5%	16	7.7%	39	18.8%	4	1.9%	38	18.4%	6	2.9%	49	23.7%
	男性	380	45.8	114	30.0%	15	13.2%	14	12.3%	8	7.0%	24	21.1%	4	3.5%	22	19.3%	6	5.3%	30	26.3%
	女性	453	48.3	93	20.5%	9	9.7%	14	15.1%	8	8.6%	15	16.1%	0	0.0%	16	17.2%	0	0.0%	19	20.4%

水俣市調べ(マルチマーカー)

図表 78 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	207		53	25.6%	38	71.7%	15	28.3%
男性	114	55.1%	33	28.9%	23	69.7%	10	30.3%
女性	93	44.9%	20	21.5%	15	75.0%	5	25.0%

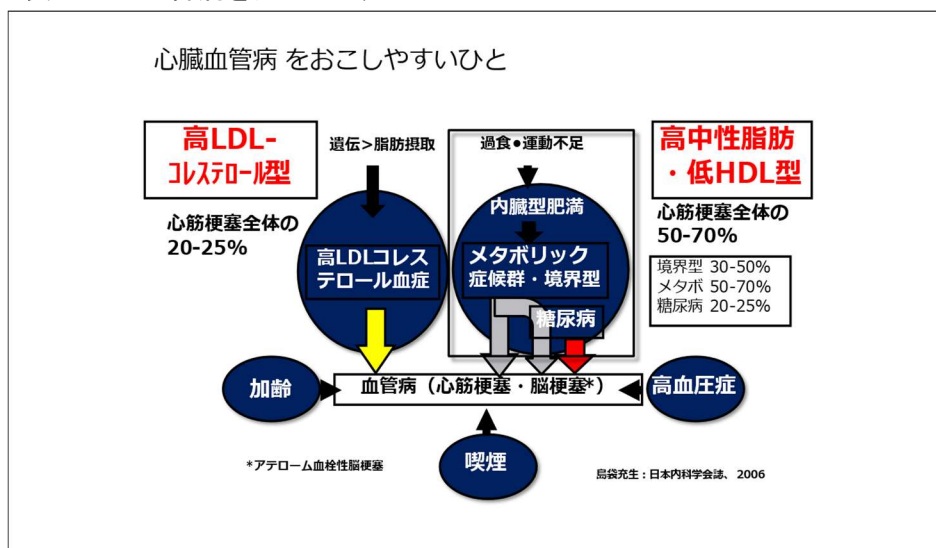
水俣市調べ

②心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は 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 79)

図表 79 心血管病をおこしやすいひと



図表 79 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタタイプについては、第 4 章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 73・74)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 80)

LDL コレステロール 160 mg/dl以上を保健指導対象者とし、訪問や面談、手紙などで支援をおこないます。

図表 80 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)				健診結果 (LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別			
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
576				307	181	63	25	8	11	37	32
				53.3%	31.4%	10.9%	4.3%	9.1%	12.5%	42.0%	36.4%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	42	27	7	5	3	2	6	0	0
			7.3%	8.8%	3.9%	7.9%	12.0%	25.0%	54.5%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	247	139	72	27	9	2	4	19	11
			42.9%	45.3%	39.8%	42.9%	36.0%	25.0%	36.4%	51.4%	34.4%
高リスク	120未満 (150未満)		247	121	85	28	13	4	1	17	19
			42.9%	39.4%	47.0%	44.4%	52.0%	50.0%	9.1%	45.9%	59.4%
	再掲	100未満 (130未満) ※1	19	14	2	2	1	1	0	2	0
			3.3%	4.6%	1.1%	3.2%	4.0%	12.5%	0.0%	5.4%	0.0%
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)	40	20	17	3	0	0	0	1	2
			6.9%	6.5%	9.4%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	2.7%	6.3%

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

図表 81 心電図所見からの保健指導教材

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

(2) 二次健診の実施

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

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

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

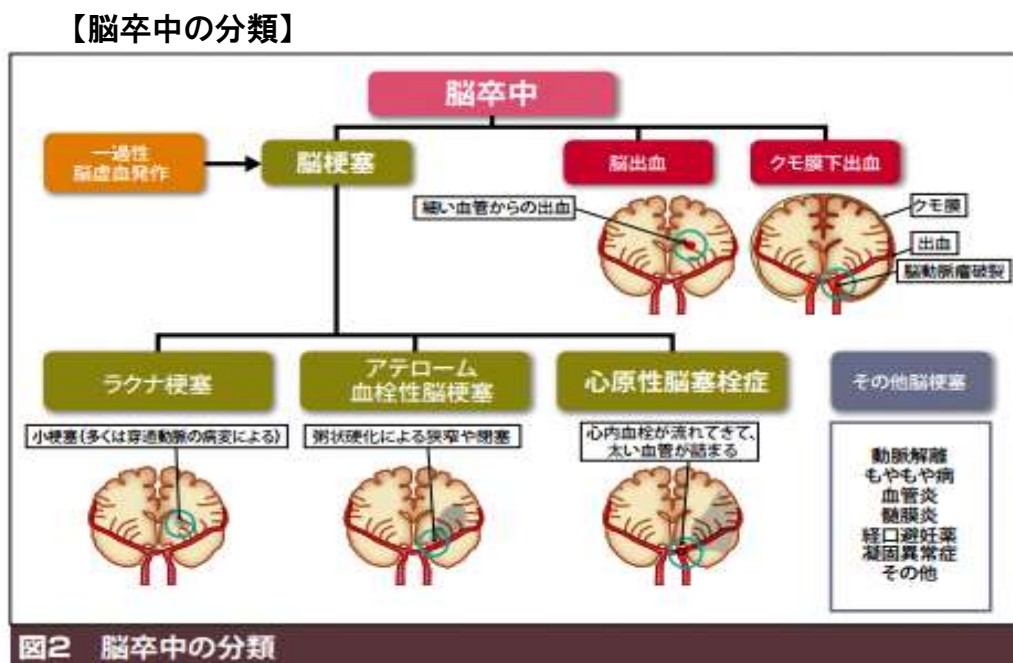
10月～特定健診結果が届き次第、対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 82・83)

図表 82 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 83 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 脳血管疾患発症の実態をみる

水俣市の脳血管疾患の種類をみると、図表 84 のとおり、国保、後期高齢者のどちらにおいても、脳梗塞の割合が最も多い状況でした。さらに、脳梗塞の種類を図表 85 でみてみると、市町村平均と比較し、国保世代ではアテローム血栓性脳梗塞の割合が高く、後期高齢者世代ではラクナ梗塞の割合が高くなっていました。図表 83 で示したように、アテローム血栓性脳梗塞は高血圧・糖尿病・脂質異常など生活習慣病の重なりが要因となり、ラクナ梗塞は主に高血圧が要因となってきます。

図表 84 脳血管疾患の種類

	被保険者数	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	
国保	市町村計	402,744	2,512	0.62%	639	0.16%	163	0.04%
	水俣市	5,600	38	0.68%	11	0.20%	7	0.13%
後期 高齢者	市町村計	284,602	8,874	3.12%	1,333	0.47%	270	0.09%
	水俣市	5,094	121	2.38%	16	0.31%	4	0.08%

図表 85 脳梗塞の種類

	被保険者数	脳梗塞								
		脳梗塞		ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳塞栓		心原性脳塞栓症		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
国保	市町村計	402,744	2,513	0.62%	737	29.3%	363	14.4%	279	11.1%
	水俣市	5,600	38	0.7%	5	13.2%	6	15.8%	4	10.5%
後期 高齢者	市町村計	284,602	8,874	3.1%	2,407	27.1%	1,103	12.4%	1,502	16.9%
	水俣市	5,094	121	2.4%	42	34.7%	15	12.4%	17	14.0%

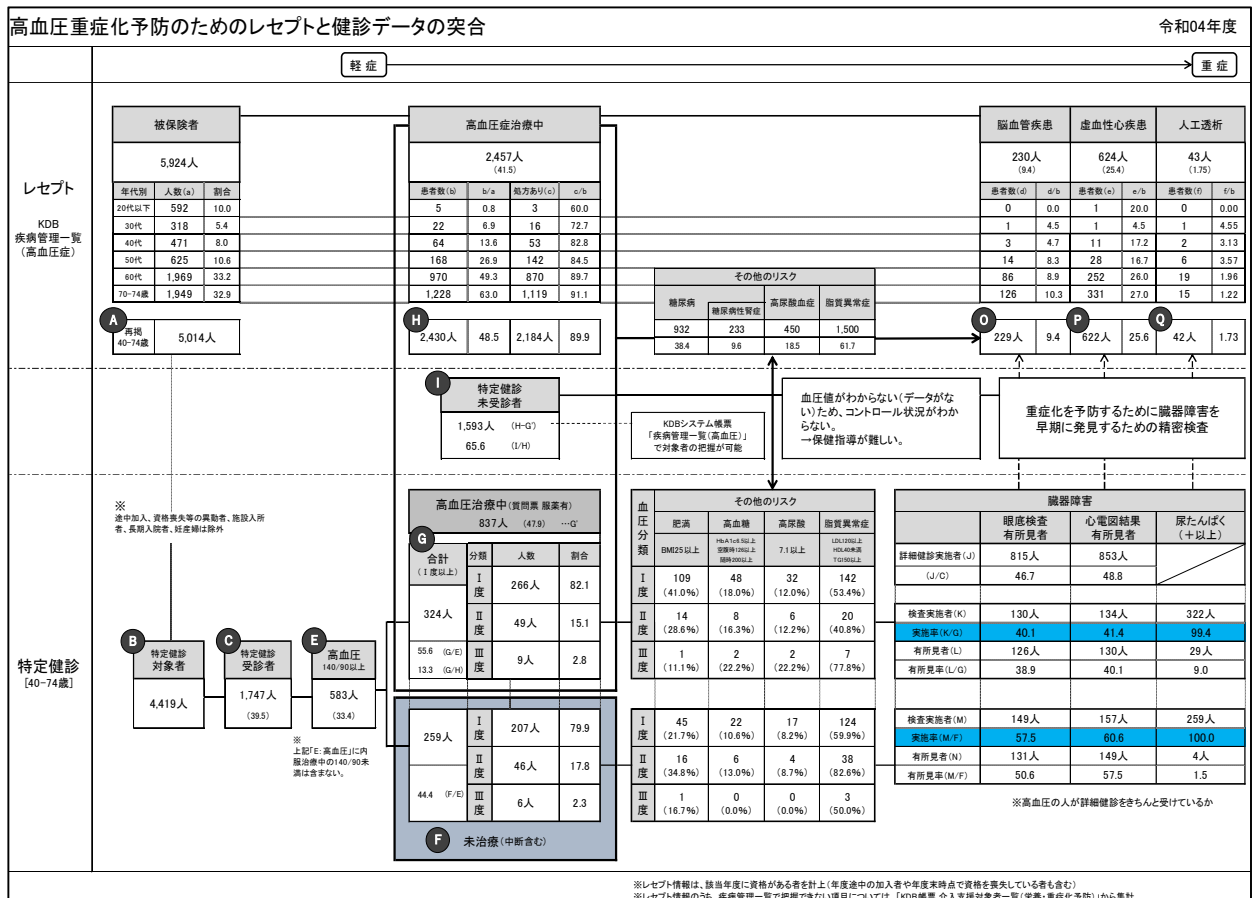
(2) 重症化予防対象者の抽出

図表 86 でみると、高血圧治療者 2,430 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 229 人(9.4%)でした。健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 110 人(6.3%)であり、そのうち 52 人(47.3%)は未治療者です。また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 58 人(17.9%)いることがわかりました。このことから、未治療者を医療へつなぎ、その後の治療継続を支援していく必要があります。

さらに、メタボリックシンドロームや糖尿病の対象者も増えていることから、今後はアテローム血栓性塞栓症の発症が増加する懸念があるため、対象者の状態に応じて受診勧奨や生活習慣等の保健指導を行う必要があります。

重症化予防として臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)は、集団での特定健診では必須項目としていますが、全体でみると 815 人(46.7%)の実施にとどまります。そのため、個別健診やみなし健診での受診者で眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有していく必要があります。

図表 86 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

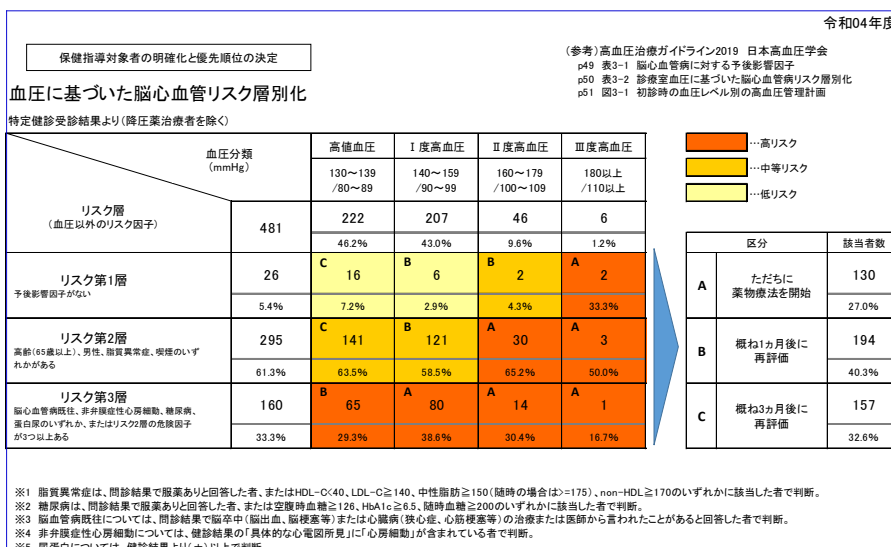


出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

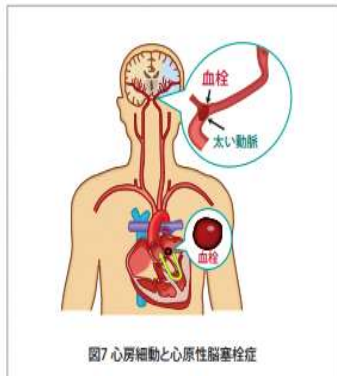
脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

図表 87 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化



図表 87 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



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

図表 88 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 88 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	818	929	388	47.4%	465	50.1%	6	1.5%	0	0.0%	--	--
40代	47	45	34	72.3%	37	82.2%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	73	66	48	65.8%	50	75.8%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	325	377	156	48.0%	185	49.1%	2	1.3%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	373	441	150	40.2%	193	43.8%	4	2.7%	0	0.0%	3.4%	1.1%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 89 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
6	0	0.0%	6	100.0%

水俣市調べ

心電図検査において6人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれます。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

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

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していきます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

10月～特定健診結果が届き次第、対象者へ介入(通年)

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、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

水俣市は、令和5年度より熊本県後期高齢者広域連合から、本市が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行ってまいります。

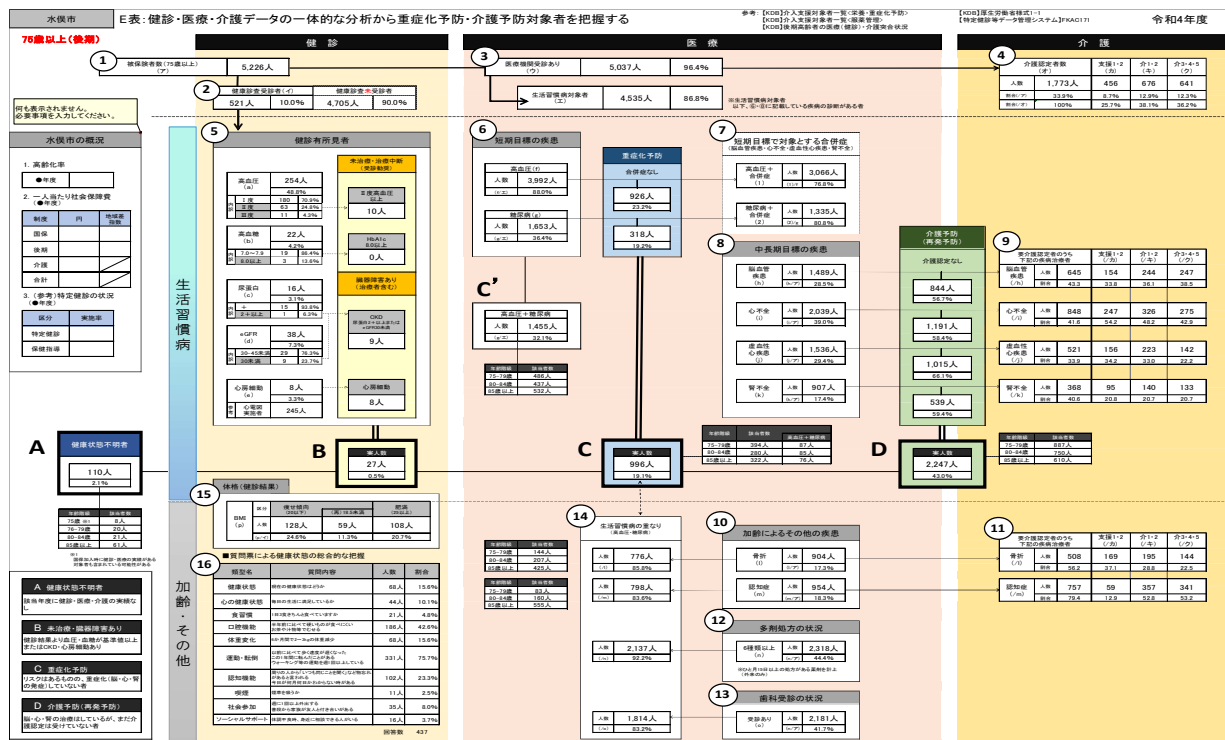
具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

② 地域を担当する保健師を配置し、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糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 90 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

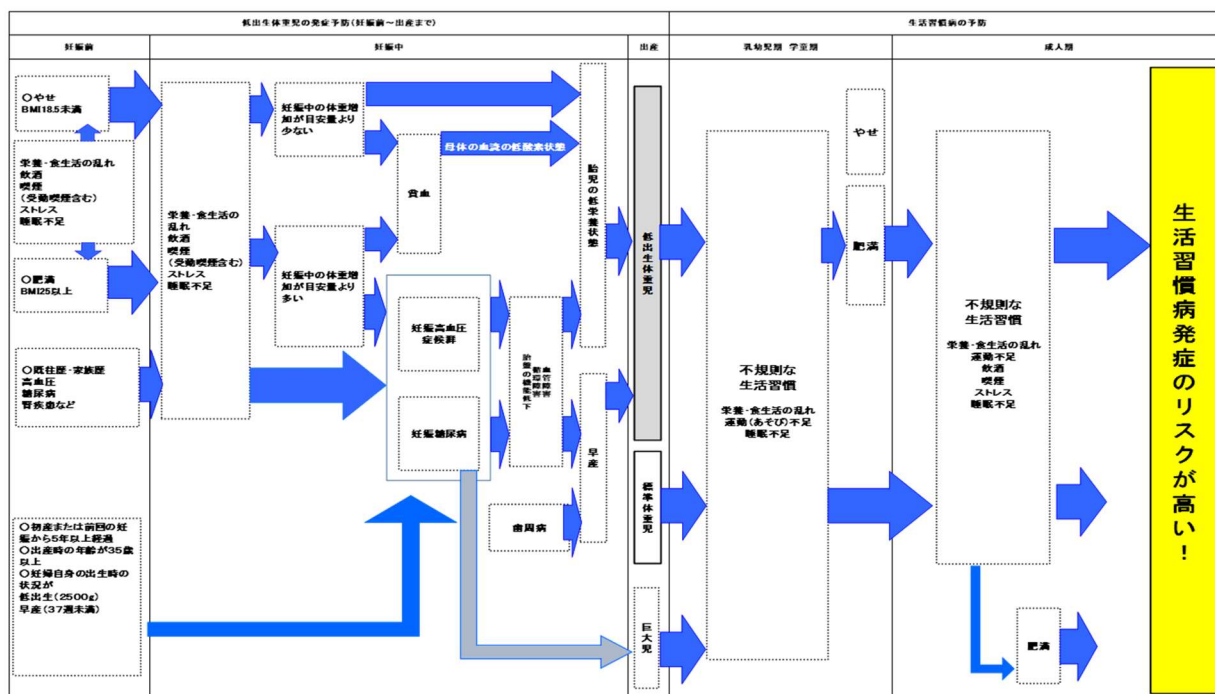


IV. 発症予防

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

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

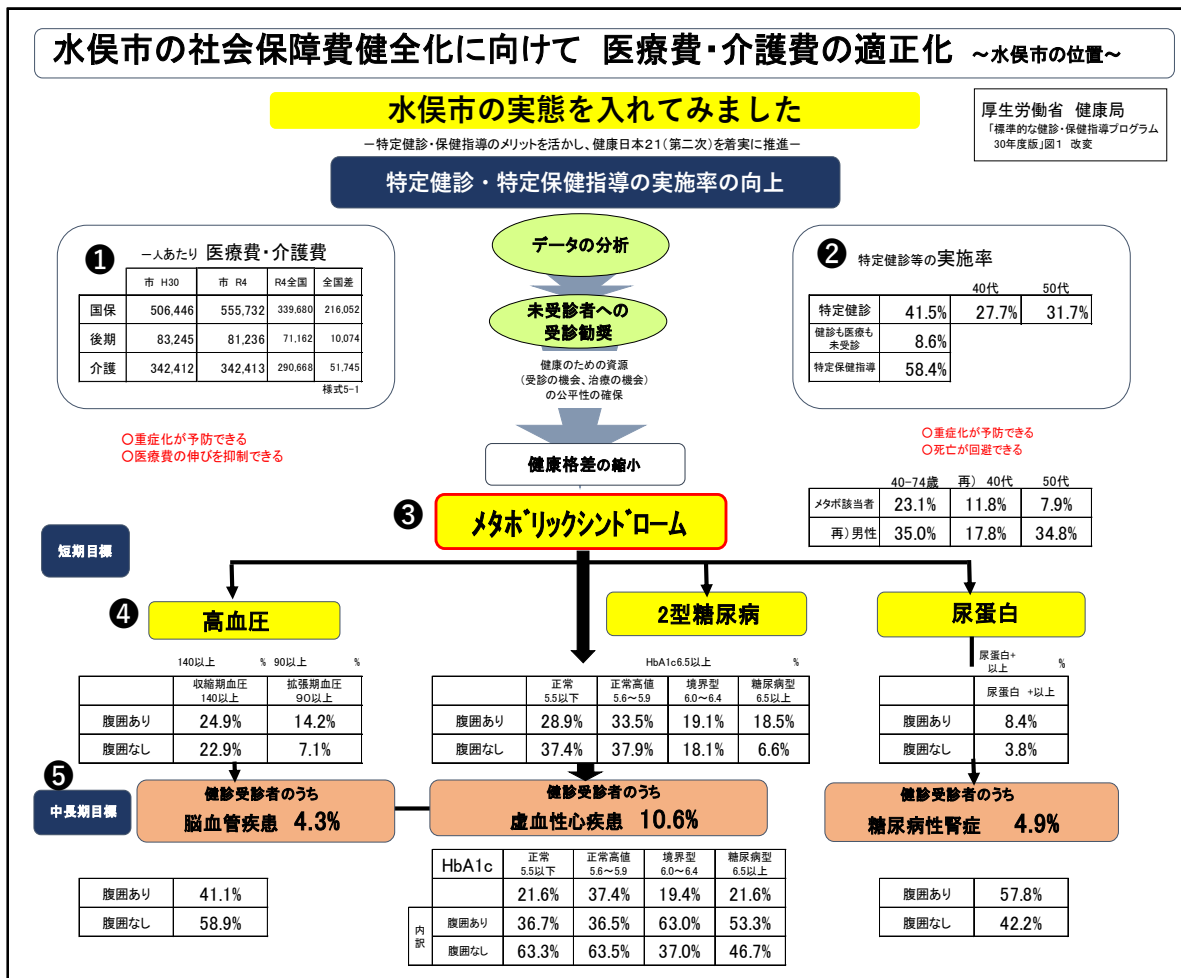
図表 91 ライフステージ別の生活習慣病発症のリスク



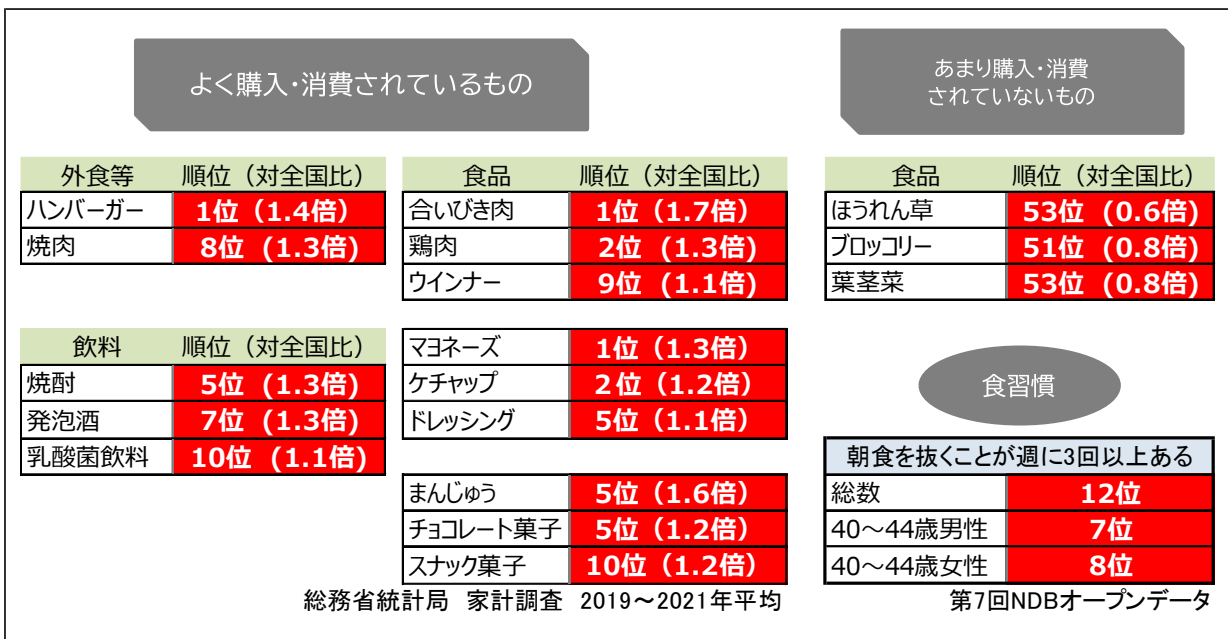
V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 92・93)

図表 92 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 93 統計からみえる熊本の食



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた水俣市の位置

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4 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5 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6 HbA1c の年次比較

参考資料7 血圧の年次比較

参考資料8 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水俣市の位置

R04年度

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口	23,516		9,014,657		1,713,102		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)	9,624	40.9	3,263,279	36.2	540,538	31.6	35,335,805	28.7		
		75歳以上	5,307	22.6	--	--	282,460	16.5	18,248,742	14.8		
		65～74歳	4,317	18.4	--	--	258,078	15.1	17,087,063	13.9		
		40～64歳	7,022	29.9	--	--	543,167	31.7	41,545,893	33.7		
	39歳以下	6,870	29.2	--	--	629,397	36.7	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業	6.5		10.7		9.8		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第2次産業	23.7		27.3		21.1		25.0			
		第3次産業	69.8		62.0		69.1		71.0			
	③ 平均寿命	男性	80.8		80.4		81.2		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		87.4		86.9		87.5		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	79.8		79.7		80.4		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性	85.0		84.3		85.0		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比(SMR)	93.6		103.4		94.9		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		男性	93.6		103.4		94.9		100			
		女性	94.0		101.4		94.5		100			
		がん	85	41.7	34,996	47.8	5,349	48.2	378,272	50.6		
		心臓病	67	32.8	21,437	29.3	3,242	29.2	205,485	27.5		
		脳疾患	38	18.6	10,886	14.9	1,547	13.9	102,900	13.8		
	死因	糖尿病	2	1.0	1,391	1.9	202	1.8	13,896	1.9		
		腎不全	10	4.9	2,819	3.9	476	4.3	26,946	3.6		
		自殺	2	1.0	1,654	2.3	282	2.5	20,171	2.7		
		合計										
② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査		
	男性											
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	1,955	20.2	619,810	19.1	108,069	20.2	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者	6	0.3	10,081	0.3	1,261	0.3	11,028	0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2	8,248	19.4	1,984,426	14.3	380,309	14.2	21,785,044		12.9
			要介護1.2	20,844	48.9	6,527,659	47.0	1,309,567	49.0	78,107,378		46.3
			要介護3以上	13,512	31.7	5,384,278	38.7	984,793	36.8	68,963,503		40.8
	2号認定者	23	0.33	10,759	0.37	1,879	0.35	156,107	0.38			
	② 有病状況	糖尿病	420	20.7	154,694	23.8	25,945	23.1	1,712,613	24.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症	1,133	56.7	352,398	54.8	65,761	58.7	3,744,672	53.3		
		脂質異常症	695	35.0	203,112	31.2	37,156	32.8	2,308,216	32.6		
		心臓病	1,271	63.3	397,324	61.9	73,556	65.7	4,224,628	60.3		
		脳疾患	509	26.1	151,330	23.9	25,387	22.8	1,568,292	22.6		
		がん	266	12.5	74,764	11.4	13,445	12.0	837,410	11.8		
		筋・骨格	1,248	62.0	350,465	54.5	66,287	59.2	3,748,372	53.4		
		精神	874	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	342,413	3,295,384,284	300,230	979,734,915,124	310,858	168,030,405,720	290,668	1,007,427,426,898	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		1件当たり給付費(全体)	77,349		70,503		62,823		59,662			
		居宅サービス	38,390		43,936		42,088		41,272			
施設サービス		313,056		291,914		303,857		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	9,362	認定あり	9,043	認定あり	9,463	認定あり	8,610	認定あり	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		4,531	認定なし	4,284	認定なし	4,221	認定なし	4,020	認定なし			
4	① 国保の状況	被保険者数	5,195		2,020,054		383,407		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		65～74歳	3,144	60.5			174,230	45.4	11,129,271	40.5		
		40～64歳	1,366	26.3			118,490	30.9	9,088,015	33.1		
		39歳以下	685	13.2			90,687	23.7	7,271,596	26.5		
	加入率		22.1		22.4		22.4		22.3			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	7	1.3	873	0.4	208	0.5	8,237	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況	
		診療所数	24	4.6	7,141	3.5	1,473	3.8	102,599	3.7		
		病床数	1,069	205.8	136,833	67.7	32,745	85.4	1,507,471	54.8		
		医師数	107	20.6	19,511	9.7	5,415	14.1	339,611	12.4		
		外来患者数	922.8		728.3		768.9		687.8			
	入院患者数	41.1		23.6		26.2		17.7				
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	555,732	県内2位 同規模3位	394,521		407,772		339,680		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		外来	受診率	963.964		751.942		795.102		705.439		
費用の割合			54.6		56.7		54.5		60.4			
件数の割合		95.7		96.9		96.7		97.5				
入院		費用の割合	45.4		43.3		45.5		39.6			
		件数の割合	4.3		3.1		3.3		2.5			
1件あたり在院日数	19.7日		17.1日		18.1日		15.7日					

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					
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	430,659,720	26.4	31.3	27.3	32.2	KDB NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健 康課題					
			慢性腎不全(透析あり)	198,945,590	12.2	7.5	10.7	8.2						
			糖尿病	189,150,910	11.6	10.8	10.9	10.4						
			高血圧症	78,312,470	4.8	6.3	6.0	5.9						
			脂質異常症	57,317,420	3.5	3.8	3.3	4.1						
			脳梗塞・脳出血	37,158,340	2.3	3.9	3.6	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	32,729,500	2.0	2.6	2.0	2.8						
			精神	344,531,980	21.1	16.2	18.6	14.7						
	筋・骨格	249,016,750	15.2	16.7	16.6	16.7								
	⑤	一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症	1,028	0.4	380	0.2	435	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)			
				糖尿病	4,283	1.7	1,531	0.9	2,168	1.2		1,144	0.9	
				脂質異常症	36	0.0	89	0.1	117	0.1		53	0.0	
				脳梗塞・脳出血	6,552	2.6	7,151	4.2	7,036	3.8		5,993	4.5	
		一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	虚血性心疾患	4,022	1.6	4,385	2.6	3,398	1.8		3,942	2.9	
				腎不全	9,257	3.7	4,815	2.8	5,404	2.9		4,051	3.0	
				高血圧症	14,047	4.6	13,011	5.8	12,283	5.5		10,143	4.9	
				糖尿病	32,751	10.8	22,014	9.8	21,299	9.6		17,720	8.6	
				脂質異常症	10,998	3.6	7,959	3.6	6,890	3.1	7,092	3.5		
				脳梗塞・脳出血	601	0.2	1,056	0.5	625	0.3	825	0.4		
				虚血性心疾患	3,236	1.1	1,975	0.9	1,621	0.7	1,722	0.8		
				腎不全	37,740	12.4	18,492	8.3	23,648	10.6	15,781	7.7		
	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,238	2,592	2,450	2,031	KDB NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健 康課題					
				健診未受診者	16,981	13,920	13,484	13,295						
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,406	7,237	6,758	6,142						
健診未受診者				41,023	38,862	37,197	40,210							
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	967	56.5	346,525	57.5	57,103	56.9	3,881,055	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	899	52.6	313,811	52.0	51,599	51.4	3,543,116	52.0				
		医療機関非受診率	68	4.0	32,714	5.4	5,504	5.5	337,939	5.0				
5	特定健診の 状況 県内市町村数 47市町村 同規模市区町村数 280市町村	①	健診受診者	1,710		602,959		100,397		6,812,842		KDB NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健 康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握		
				受診率	40.5	県内37位 同規模141位	40.5	37.4	全国25位	37.1				
		②	特定保健指導終了者(実施率)	48	35.0	17,768	26.0	4,220	35.2	107,925	13.4			
		③	非肥満高血糖	172	10.1	64,401	10.7	8,910	8.9	615,549	9.0			
		⑤	メタボ	該当者	398	23.3	128,378	21.3	20,842	20.8	1,382,506		20.3	
				男性	279	34.9	88,752	32.7	14,553	32.4	965,486		32.0	
				女性	119	13.1	39,626	12.0	6,289	11.3	417,020		11.0	
				予備群	183	10.7	65,375	10.8	12,101	12.1	765,405		11.2	
		⑥	メタボ	男性	126	15.8	45,739	16.8	8,299	18.5	539,738		17.9	
				女性	57	6.3	19,636	5.9	3,802	6.9	225,667		5.9	
		⑦	メタボ該当・ 予備群レ ベル	腹囲	総数	634	37.1	211,634	35.1	36,516	36.4		2,380,778	34.9
					男性	444	55.6	146,680	54.0	25,219	56.1		1,666,592	55.3
					女性	190	20.9	64,954	19.6	11,297	20.4		714,186	18.8
					総数	66	3.9	31,853	5.3	4,279	4.3		320,038	4.7
				BMI	男性	13	1.6	4,979	1.8	632	1.4		51,248	1.7
					女性	53	5.8	26,874	8.1	3,647	6.6		268,790	7.1
				血糖のみ	9	0.5	4,028	0.7	725	0.7	43,519		0.6	
				血圧のみ	136	8.0	46,822	7.8	8,779	8.7	539,490		7.9	
				脂質のみ	38	2.2	14,525	2.4	2,597	2.6	182,396		2.7	
血糖・血圧	67			3.9	20,016	3.3	3,629	3.6	203,072	3.0				
血糖・脂質	19			1.1	6,637	1.1	1,026	1.0	70,267	1.0				
血圧・脂質	166			9.7	58,253	9.7	9,426	9.4	659,446	9.7				
血糖・血圧・脂質	146	8.5	43,472	7.2	6,761	6.7	449,721	6.6						
6	①	問診の状況	服薬	高血圧	824	48.4	236,115	39.2	38,063	37.9	2,428,038	35.6	KDB NO.1 地域全体像の把握	
				糖尿病	205	12.1	59,860	9.9	9,312	9.3	589,470	8.7		
				脂質異常症	627	36.9	176,172	29.2	26,927	26.8	1,899,637	27.9		
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	67	4.0	19,155	3.3	2,984	3.0	207,385	3.1		
	②	既往 歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	131	7.7	34,801	5.9	5,604	5.6	365,407	5.5			
			腎不全	21	1.2	5,373	0.9	672	0.7	53,898	0.8			
			貧血	93	9.0	58,230	10.0	10,832	11.0	702,088	10.7			
	③	生活習慣の 状況	喫煙	223	13.2	77,778	12.9	13,656	13.6	939,212	13.8			
			週3回以上朝食を抜く	101	11.1	44,690	7.9	9,465	10.4	642,886	10.4			
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	108	11.9	85,443	15.0	13,769	14.9	976,348	15.7			
			週3回以上就寝前夕食	108	11.9	85,443	15.0	13,769	14.9	976,348	15.7			
			食べる速度が速い	222	24.4	152,716	26.8	25,388	27.4	1,659,705	26.8			
			20歳時体重から10kg以上増加	300	32.9	197,996	34.7	32,936	36.1	2,175,065	35.0			
1回30分以上運動習慣なし			519	57.0	357,338	62.7	57,040	61.6	3,749,069	60.4				
1日1時間以上運動なし			429	47.1	270,721	47.2	47,045	50.9	2,982,100	48.0				
睡眠不足			234	25.7	142,888	25.0	22,904	24.7	1,587,311	25.6				
④	毎日飲酒 時々飲酒	1日1回	229	22.0	147,864	25.4	25,909	26.2	1,658,999	25.5				
		2日1回	254	24.4	119,430	20.5	23,658	24.0	1,463,468	22.5				
		3日1回	634	74.9	236,943	62.8	54,337	68.5	2,978,351	64.1				
		4日1回以上	144	17.0	94,723	25.1	17,843	22.5	1,101,465	23.7				
⑤	酒量	1～2合	67	7.9	35,964	9.5	5,655	7.1	434,461	9.4				
		2～3合	2	0.2	9,408	2.5	1,463	1.8	128,716	2.8				
		3合以上												

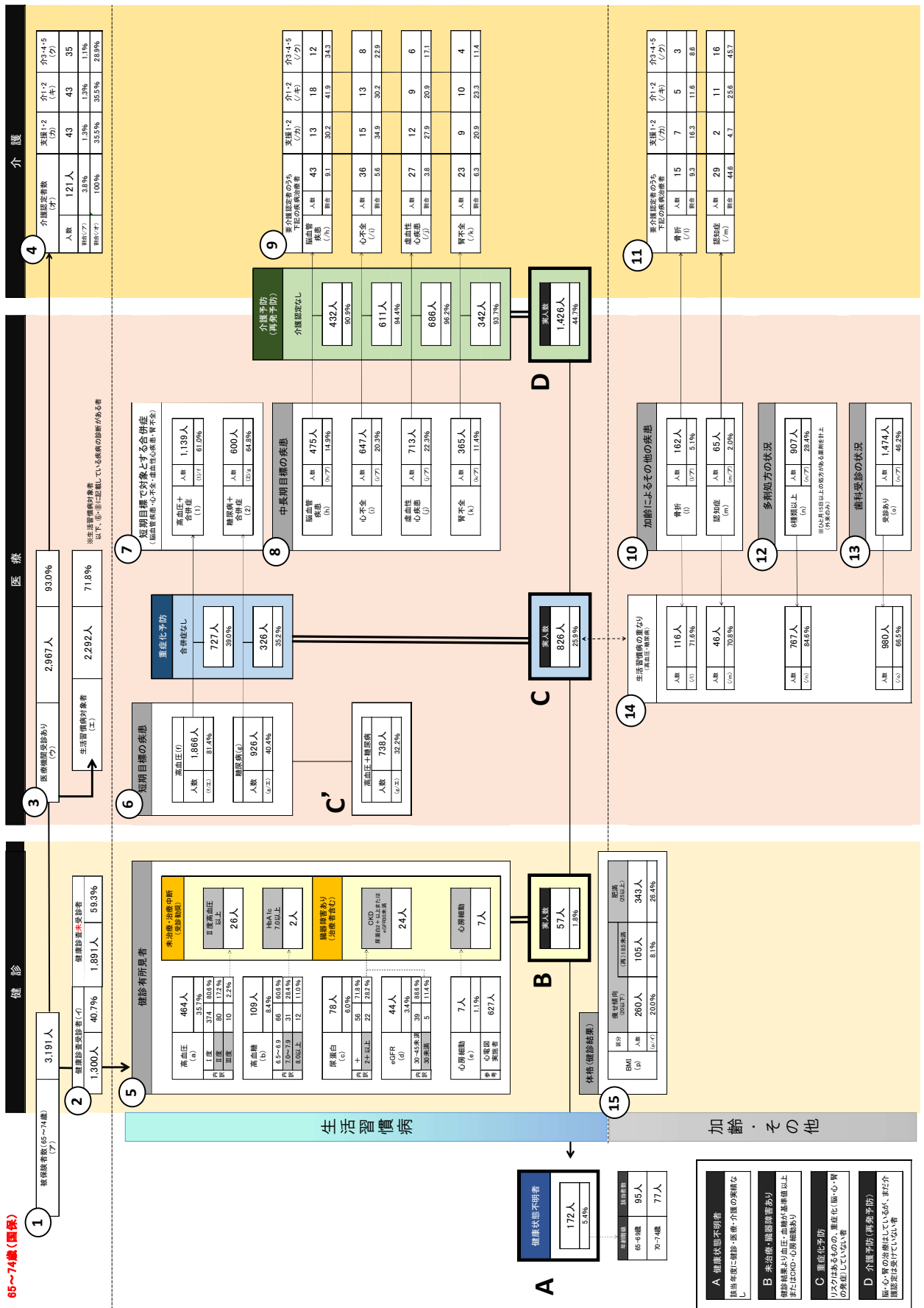
② 65～74 歳(国保)

令和4年度

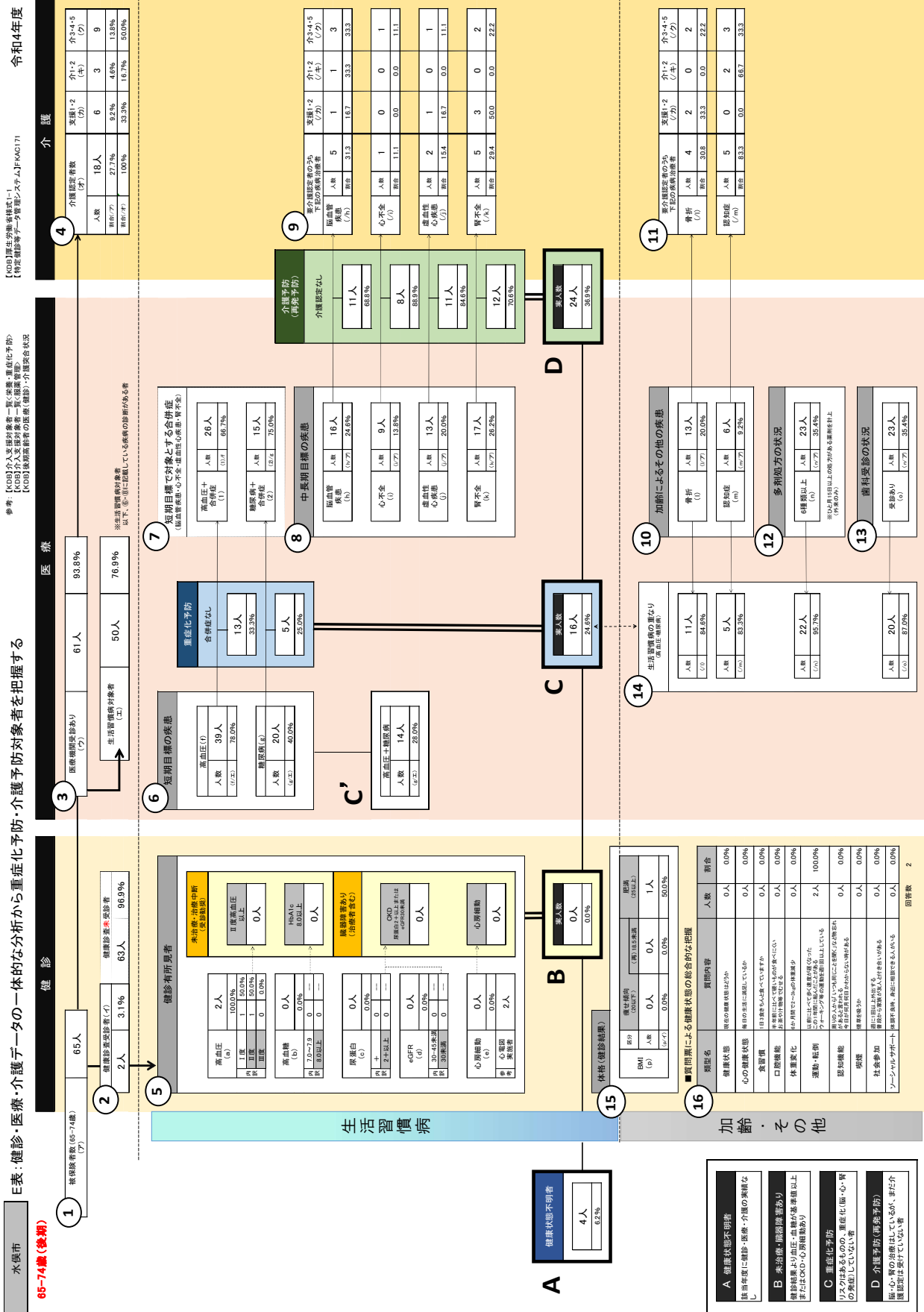
【OD】厚生労働省標準「1」
【特定】特定高齢者介護支援システム(JFAC17)

参考：【OD】介入支援対象者＝要介護・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
【特定】介入支援対象者＝要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

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



③ 65～74 歳(後期)

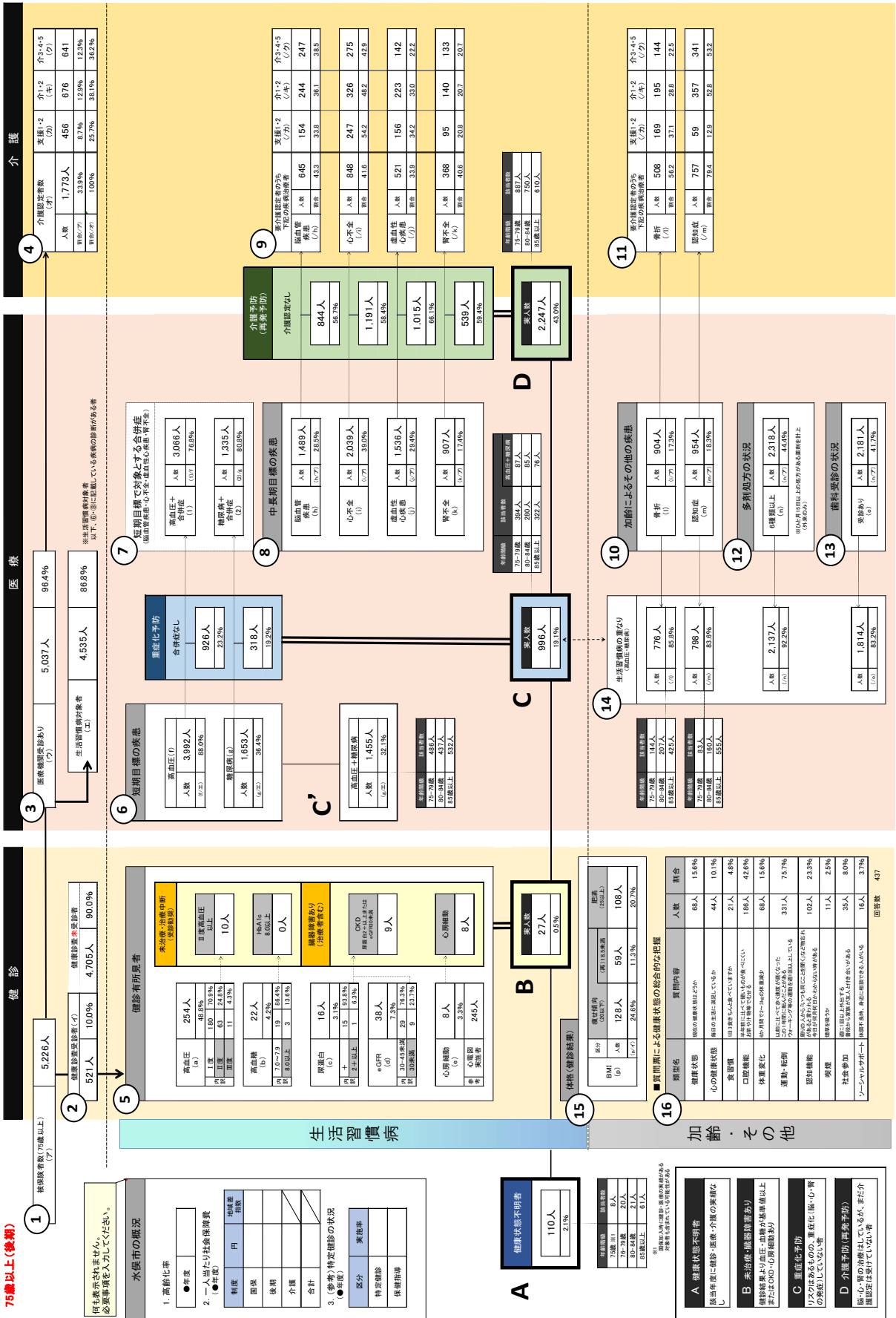


④ 75歳以上(後期)

参考: 【DB1】介護予防対象者一覧(家族・重症化予防)
【DB2】介入支援対象者一覧(家族・重症化予防)
【DB3】介入支援対象者一覧(認知・重症化予防)
【DB4】長期継続対象者の医療(認知・介護受給状況)

参考: 【DB1】介護予防対象者一覧(家族・重症化予防)
【DB2】介入支援対象者一覧(家族・重症化予防)
【DB3】介入支援対象者一覧(認知・重症化予防)
【DB4】長期継続対象者の医療(認知・介護受給状況)

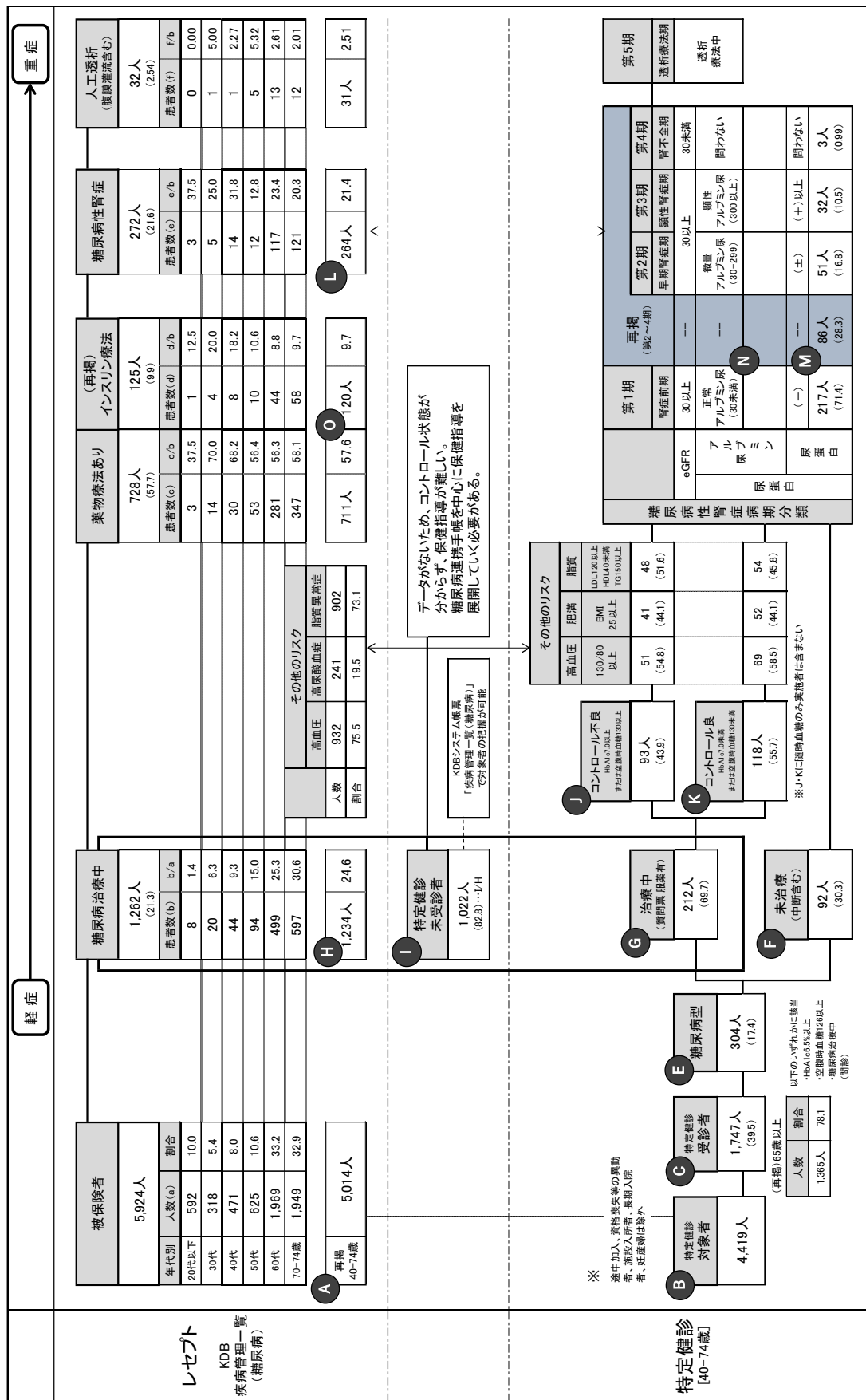
E表: 健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する



参考資料3 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

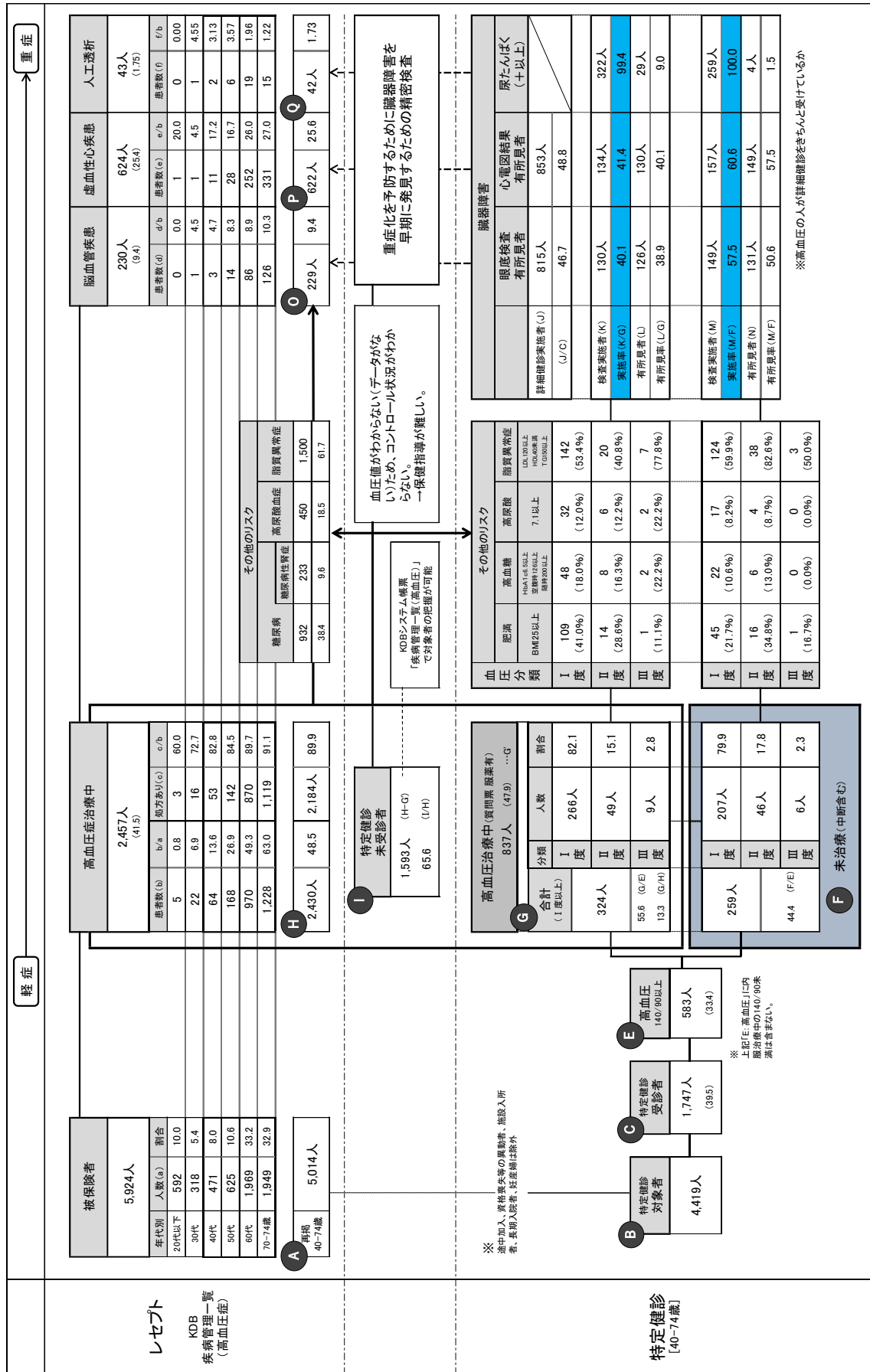
令和04年度



参考資料4 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

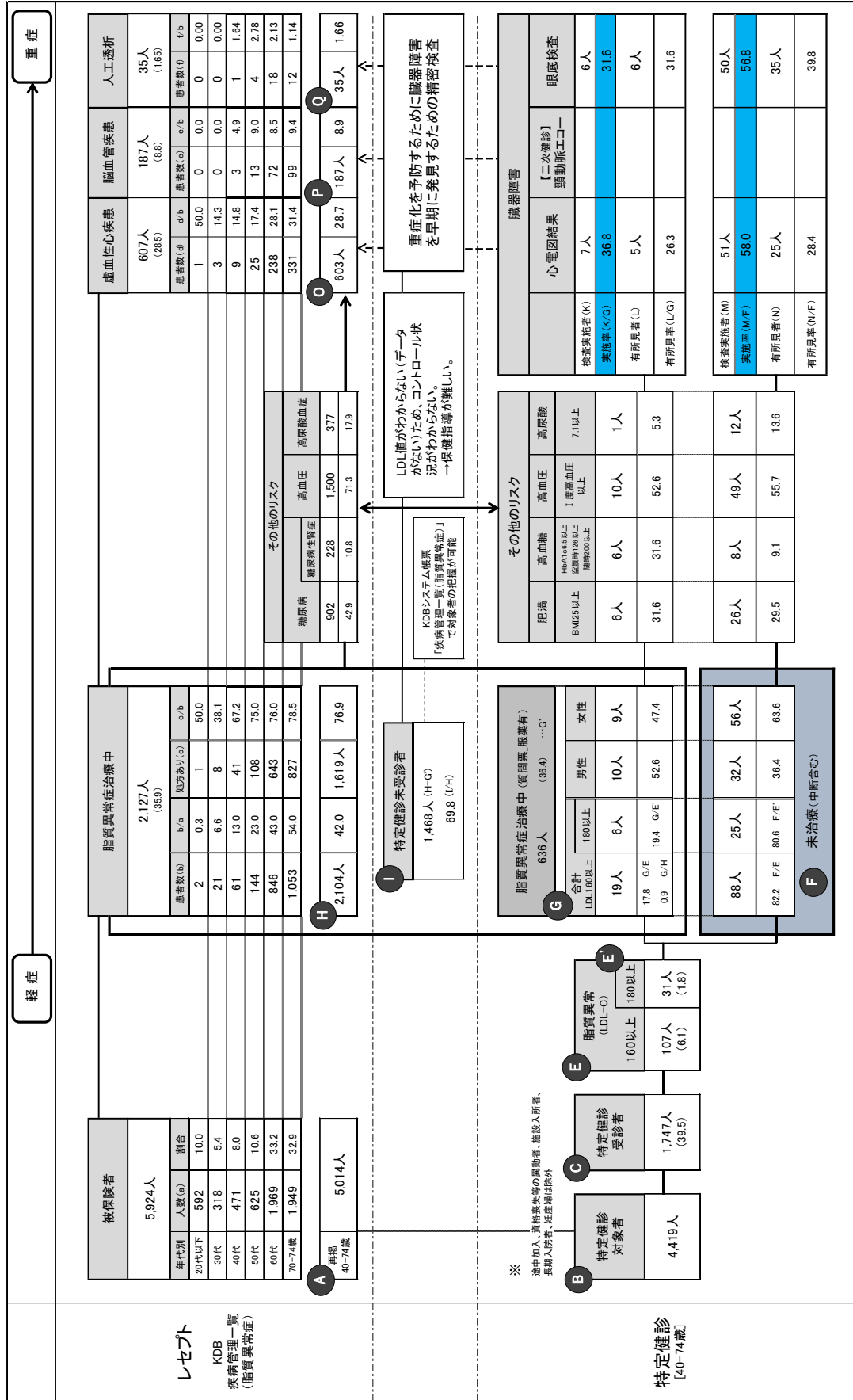


※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB: 薬果 介入支援対象者一覧（薬果 重症化予防）」から集計

参考資料5 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



参考資料6 HbA1Cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
								合併症予防のための目標	最低限度達成が望ましい目標	合併症の危険が更に大きくなる							
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
A		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H29	1,246	429	34.4%	531	42.6%	194	15.6%	55	4.4%	30	2.4%	7	0.6%	19	1.5%	6	0.5%
H30	1,233	497	40.3%	445	36.1%	181	14.7%	63	5.1%	39	3.2%	8	0.6%	19	1.5%	6	0.5%
R01	1,269	572	45.1%	444	35.0%	155	12.2%	54	4.3%	33	2.6%	11	0.9%	25	2.0%	9	0.7%
R02	1,271	391	30.8%	524	41.2%	222	17.5%	60	4.7%	58	4.6%	16	1.3%	42	3.3%	13	1.0%
R03	1,399	440	31.5%	560	40.0%	269	19.2%	66	4.7%	44	3.1%	20	1.4%	42	3.0%	10	0.7%
R04	1,305	448	34.3%	474	36.3%	241	18.5%	78	6.0%	44	3.4%	20	1.5%	43	3.3%	15	1.1%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		7.4以上	8.4以上
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合		
H29	1,246	429	531	194	92	32	60	7.4%	3.0%	7.4%	
H30	1,233	497	445	181	110	33	77	8.9%	3.8%	8.9%	
R01	1,269	572	444	155	98	31	67	7.7%	3.5%	7.7%	
R02	1,271	391	524	222	134	42	92	10.5%	5.8%	10.5%	
R03	1,399	440	560	269	130	38	92	9.3%	4.6%	9.3%	
R04	1,305	448	474	241	142	55	87	10.9%	4.9%	10.9%	

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
								合併症予防のための目標	最低限度達成が望ましい目標	合併症の危険が更に大きくなる									
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
A		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
治療中	H29	92	7.4%	4	4.3%	6	6.5%	22	23.9%	30	32.6%	26	28.3%	4	4.3%	16	17.4%	3	3.3%
	H30	113	9.2%	2	1.8%	8	7.1%	26	23.0%	38	33.6%	33	29.2%	6	5.3%	15	13.3%	5	4.4%
	R01	119	9.4%	2	1.7%	16	13.4%	34	28.6%	33	27.7%	26	21.8%	8	6.7%	21	17.6%	7	5.9%
	R02	133	10.5%	3	2.3%	13	9.8%	25	18.8%	26	19.5%	52	39.1%	14	10.5%	38	28.6%	11	8.3%
	R03	146	10.4%	2	1.4%	16	11.0%	36	24.7%	45	30.8%	34	23.3%	13	8.9%	32	21.9%	7	4.8%
	R04	137	10.5%	6	4.4%	13	9.5%	31	22.6%	42	30.7%	33	24.1%	12	8.8%	28	20.4%	8	5.8%
治療なし	H29	1,154	92.6%	425	36.8%	525	45.5%	172	14.9%	25	2.2%	4	0.3%	3	0.3%	3	0.3%	3	0.3%
	H30	1,120	90.8%	495	44.2%	437	39.0%	155	13.8%	25	2.2%	6	0.5%	2	0.2%	4	0.4%	1	0.1%
	R01	1,150	90.6%	570	49.6%	428	37.2%	121	10.5%	21	1.8%	7	0.6%	3	0.3%	4	0.3%	2	0.2%
	R02	1,138	89.5%	388	34.1%	511	44.9%	197	17.3%	34	3.0%	6	0.5%	2	0.2%	4	0.4%	2	0.2%
	R03	1,253	89.6%	438	35.0%	544	43.4%	233	18.6%	21	1.7%	10	0.8%	7	0.6%	10	0.8%	3	0.2%
	R04	1,168	89.5%	442	37.8%	461	39.5%	210	18.0%	36	3.1%	11	0.9%	8	0.7%	15	1.3%	7	0.6%

参考資料7 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	1,392	365	26.2%	235	16.9%	353	25.4%	365	26.2%	62	4.5%	12	0.9%
H30	1,531	395	25.8%	239	15.6%	423	27.6%	369	24.1%	96	6.3%	9	0.6%
R01	1,457	423	29.0%	231	15.9%	404	27.7%	325	22.3%	63	4.3%	11	0.8%
R02	1,622	315	19.4%	258	15.9%	436	26.9%	463	28.5%	124	7.6%	26	1.6%
R03	1,836	398	21.7%	314	17.1%	483	26.3%	498	27.1%	129	7.0%	14	0.8%
R04	1,746	389	22.3%	308	17.6%	466	26.7%	473	27.1%	95	5.4%	15	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Ⅲ度高血圧	再掲											
						未治療	治療										
H29	1,392	600 43.1%	353 25.4%	365 26.2%	74	43	31										
					5.3%	58.1%	41.9%										
H30	1,531	634 41.4%	423 27.6%	369 24.1%	105	42	63										
					6.9%	40.0%	60.0%										
R01	1,457	654 44.9%	404 27.7%	325 22.3%	74	42	32										
					5.1%	56.8%	43.2%										
R02	1,622	573 35.3%	436 26.9%	463 28.5%	150	87	63										
					9.2%	58.0%	42.0%										
R03	1,836	712 38.8%	483 26.3%	498 27.1%	143	79	64										
					7.8%	55.2%	44.8%										
R04	1,746	697 39.9%	466 26.7%	473 27.1%	110	52	58										
					6.3%	47.3%	52.7%										

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	526	37.8%	85	16.2%	96	18.3%	161	30.6%	153	29.1%	28	5.3%	3	0.6%
	H30	662	43.2%	101	15.3%	106	16.0%	203	30.7%	189	28.5%	59	8.9%	4	0.6%
	R01	582	39.9%	115	19.8%	100	17.2%	190	32.6%	145	24.9%	28	4.8%	4	0.7%
	R02	734	45.3%	84	11.4%	122	16.6%	221	30.1%	244	33.2%	49	6.7%	14	1.9%
	R03	832	45.3%	114	13.7%	146	17.5%	234	28.1%	274	32.9%	60	7.2%	4	0.5%
	R04	837	47.9%	117	14.0%	152	18.2%	244	29.2%	266	31.8%	49	5.9%	9	1.1%
治療なし	H29	866	62.2%	280	32.3%	139	16.1%	192	22.2%	212	24.5%	34	3.9%	9	1.0%
	H30	869	56.8%	294	33.8%	133	15.3%	220	25.3%	180	20.7%	37	4.3%	5	0.6%
	R01	875	60.1%	308	35.2%	131	15.0%	214	24.5%	180	20.6%	35	4.0%	7	0.8%
	R02	888	54.7%	231	26.0%	136	15.3%	215	24.2%	219	24.7%	75	8.4%	12	1.4%
	R03	1,004	54.7%	284	28.3%	168	16.7%	249	24.8%	224	22.3%	69	6.9%	10	1.0%
	R04	909	52.1%	272	29.9%	156	17.2%	222	24.4%	207	22.8%	46	5.1%	6	0.7%

参考資料8 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	1,392	735	52.8%	334	24.0%	191	13.7%	90	6.5%	42	3.0%
	H30	1,518	832	54.8%	347	22.9%	220	14.5%	75	4.9%	44	2.9%
	R01	1,435	766	53.4%	334	23.3%	213	14.8%	87	6.1%	35	2.4%
	R02	1,570	931	59.3%	350	22.3%	187	11.9%	69	4.4%	33	2.1%
	R03	1,774	993	56.0%	414	23.3%	243	13.7%	87	4.9%	37	2.1%
	R04	1,747	1,024	58.6%	402	23.0%	214	12.2%	76	4.4%	31	1.8%
男性	H29	626	381	60.9%	137	21.9%	58	9.3%	33	5.3%	17	2.7%
	H30	692	416	60.1%	147	21.2%	85	12.3%	29	4.2%	15	2.2%
	R01	625	382	61.1%	126	20.2%	66	10.6%	39	6.2%	12	1.9%
	R02	705	448	63.5%	154	21.8%	63	8.9%	27	3.8%	13	1.8%
	R03	792	469	59.2%	182	23.0%	101	12.8%	29	3.7%	11	1.4%
	R04	818	518	63.3%	170	20.8%	88	10.8%	31	3.8%	11	1.3%
女性	H29	766	354	46.2%	197	25.7%	133	17.4%	57	7.4%	25	3.3%
	H30	826	416	50.4%	200	24.2%	135	16.3%	46	5.6%	29	3.5%
	R01	810	384	47.4%	208	25.7%	147	18.1%	48	5.9%	23	2.8%
	R02	865	483	55.8%	196	22.7%	124	14.3%	42	4.9%	20	2.3%
	R03	982	524	53.4%	232	23.6%	142	14.5%	58	5.9%	26	2.6%
	R04	929	506	54.5%	232	25.0%	126	13.6%	45	4.8%	20	2.2%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲				
					再)180以上	未治療	治療					
H29	1,392	735 52.8%	334 24.0%	191 13.7%	132 9.5%	116 87.9%	16 12.1%					
					42 3.0%	38 90.5%	4 9.5%		3.0%	9.5%		
H30	1,518	832 54.8%	347 22.9%	220 14.5%	119 7.8%	108 90.8%	11 9.2%					
					44 2.9%	43 97.7%	1 2.3%		2.9%	7.8%		
R01	1,435	766 53.4%	334 23.3%	213 14.8%	122 8.5%	110 90.2%	12 9.8%					
					35 2.4%	32 91.4%	3 8.6%		2.4%	8.5%		
R02	1,570	931 59.3%	350 22.3%	187 11.9%	102 6.5%	91 89.2%	11 10.8%					
					33 2.1%	27 81.8%	6 18.2%		2.1%	6.5%		
R03	1,774	993 56.0%	414 23.3%	243 13.7%	124 7.0%	107 86.3%	17 13.7%					
					37 2.1%	30 81.1%	7 18.9%		2.1%	7.0%		
R04	1,747	1,024 58.6%	402 23.0%	214 12.2%	107 6.1%	88 82.2%	19 17.8%					
					31 1.8%	25 80.6%	6 19.4%		1.8%	6.1%		

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	404	29.0%	305	75.5%	62	15.3%	21	5.2%	12	3.0%	4	1.0%
	H30	481	31.7%	352	73.2%	81	16.8%	37	7.7%	10	2.1%	1	0.2%
	R01	450	31.4%	328	72.9%	78	17.3%	32	7.1%	9	2.0%	3	0.7%
	R02	522	33.2%	417	79.9%	65	12.5%	29	5.6%	5	1.0%	6	1.1%
	R03	602	33.9%	456	75.7%	98	16.3%	31	5.1%	10	1.7%	7	1.2%
	R04	636	36.4%	489	76.9%	95	14.9%	33	5.2%	13	2.0%	6	0.9%
治療なし	H29	988	71.0%	430	43.5%	272	27.5%	170	17.2%	78	7.9%	38	3.8%
	H30	1,037	68.3%	480	46.3%	266	25.7%	183	17.6%	65	6.3%	43	4.1%
	R01	985	68.6%	438	44.5%	256	26.0%	181	18.4%	78	7.9%	32	3.2%
	R02	1,048	66.8%	514	49.0%	285	27.2%	158	15.1%	64	6.1%	27	2.6%
	R03	1,172	66.1%	537	45.8%	316	27.0%	212	18.1%	77	6.6%	30	2.6%
	R04	1,111	63.6%	535	48.2%	307	27.6%	181	16.3%	63	5.7%	25	2.3%