

南島原市国民健康保険

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】

南島原市国民健康保険

令和6年3月

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期データヘルス計画にかかる考察及び 第3期データヘルス計画における健康課題の明確化	9
1 保険者の特性	
2 第2期データヘルス計画に係る評価及び考察	
1) 第2期データヘルス計画の評価	
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期データヘルス計画における健康課題の明確化	
1) 基本的な考え方	
2) 健康課題の明確化	
3) 目標の設定	
第3章 特定健康診査・特定保健指導の実施(法定義務)	31
1 第4期特定健康診査等実施計画について	
2 目標値の設定	
3 対象者の見込み	
4 特定健康診査の実施	
5 特定保健指導の実施	
6 個人情報保護	
7 結果の報告	
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 課題解決するための個別保健事業	37
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	

- 1 糖尿病性腎臓病重症化予防
- 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	61
---------------	----

- 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	62
------------------------	----

- 1 計画の公表・周知
- 2 個人情報の取扱い

参考資料	63
------	----

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。」と掲げられました。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・改善等を行うことと定められました。

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。

本計画の策定にあたっては、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などの他計画との調和のとれたものとする必要があります。（図表1）

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

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）^{※5}」（以下「プログラム」という。）は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査・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、以上の事を踏まえ、国保データベース（KDB^{※6}）システム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、国民健康保険加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

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

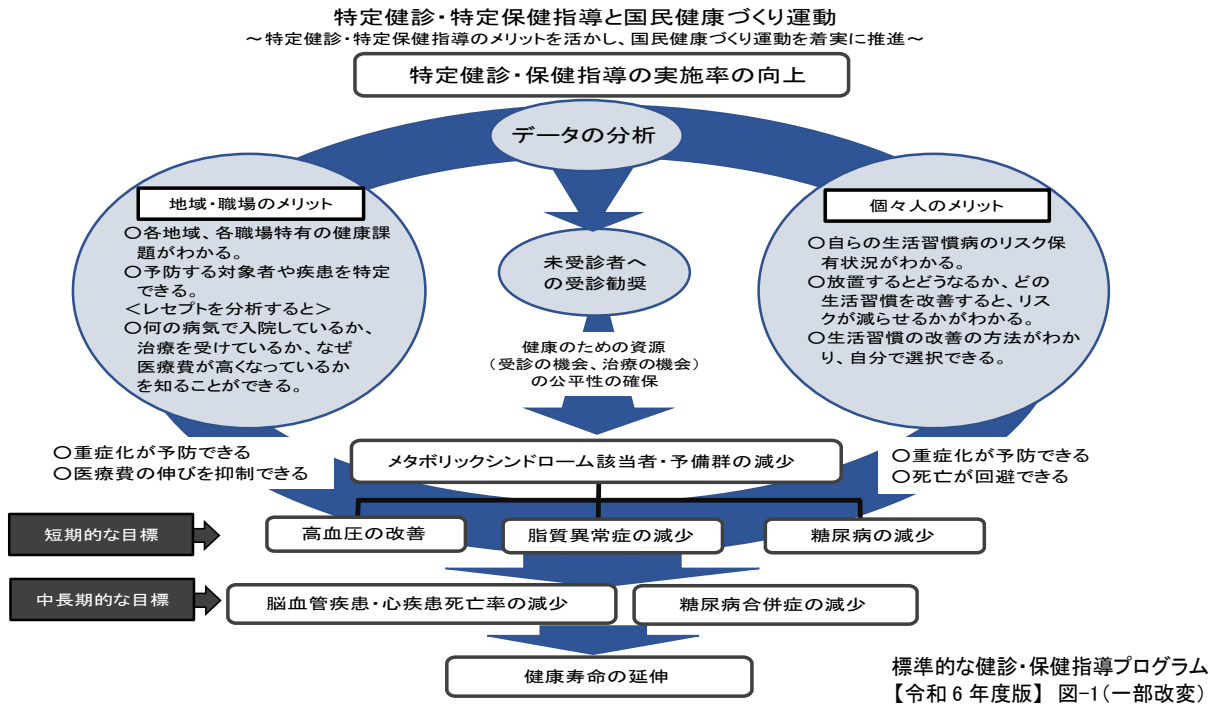
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施（データヘルス）計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

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

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

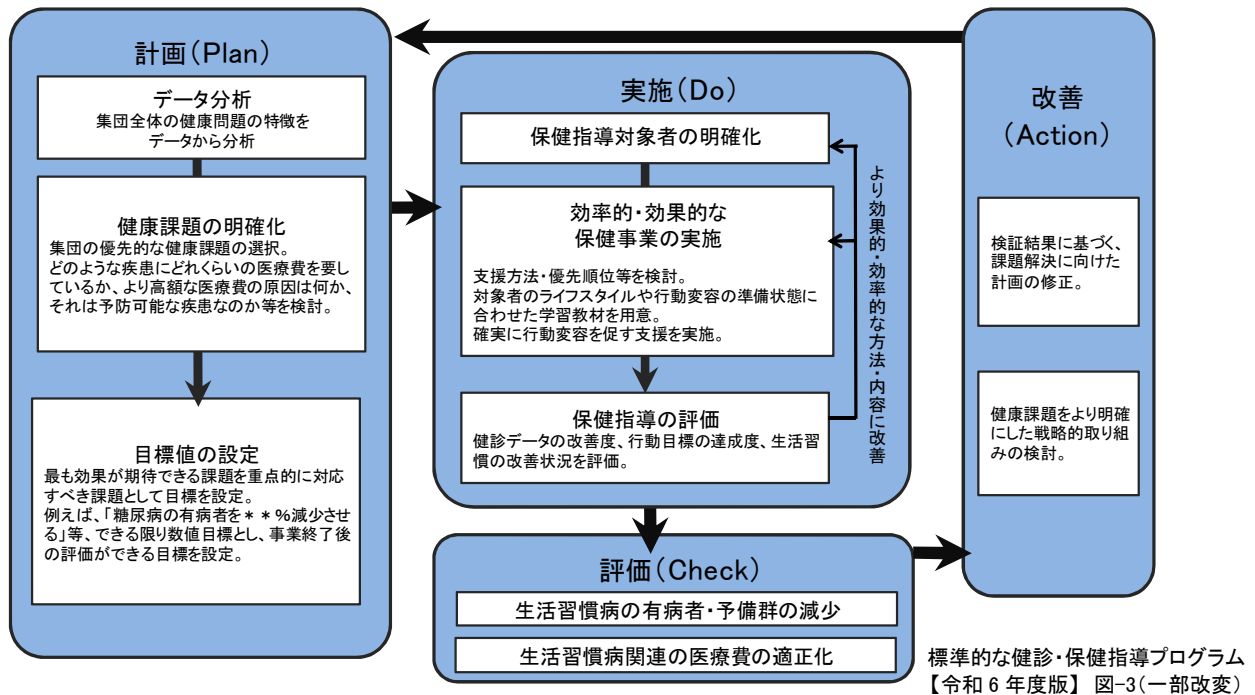
	健康増進計画		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画	
	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画				
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5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に心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給 付等サービス提供体制の確 保及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 保険者機能強化 高齢者の自立支援・重度 化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・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 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能低下、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 ことも、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動助)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



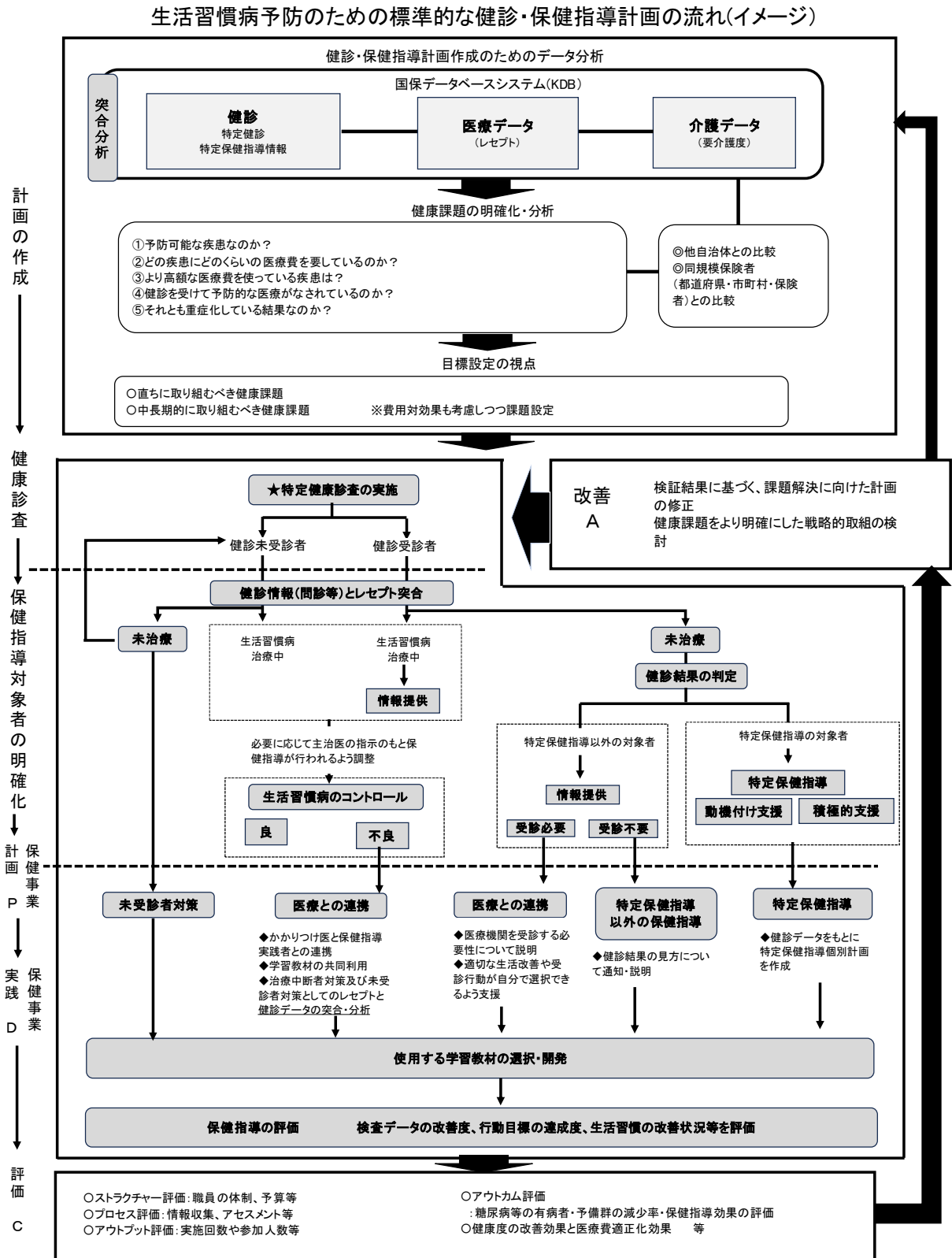
注) プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸については社会保障制度を持続可能なものとするにつがる。

図表 3 保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル



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

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



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

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

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
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	<p>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）</p> <p>→</p> <p>行動変容を促す手法</p>	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、生活習慣の改善を自らが選択し、実施する。
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

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

3 計画期間

この計画の期間は、関係する他計画との整合性を踏まえ、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

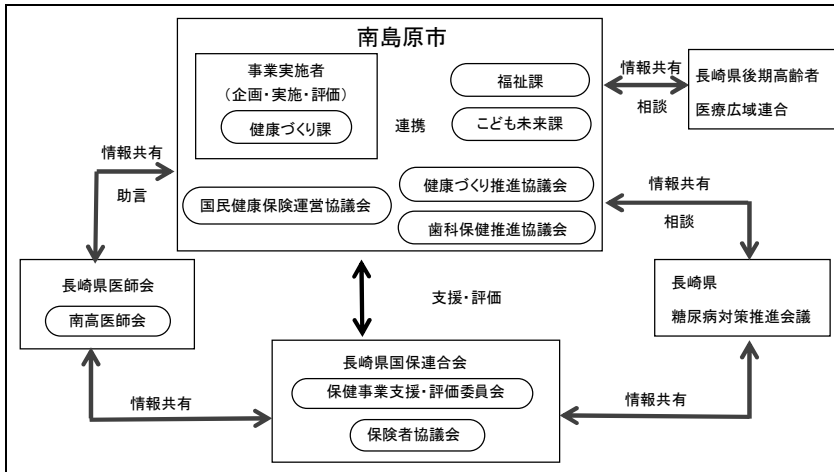
4 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

本計画は、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、健康づくり課が中心となって、福祉課・こども未来課等の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、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。

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ることも重要です。(図表6・7)

図表 6 南島原市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

	健康づくり課	こども未来課	福祉課
国保事務	○		
健康診断 保健指導	○		
がん検診	○		
歯科保健	○		
予防接種		○	
母子保健		○	
精神保健			○
高齢者福祉			○

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。共同保険者である長崎県のほか、国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会、保険者協議会、国保運営協議会等と健康課題を共有し連携強化に努めます。

また、都道府県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となります。このため、計画について、県関係課と意見交換を行う等連携に努めます。

さらに、南高医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県が県医師会等との連携を推進することが重要です。国民健康保険団体連合会は、保険者である市町村の共同連合体として、計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、国保データベースシステム（以下、「KDB システム」という。）の活用によるデータ分析や技術支援を行っており、保険者の職員向け研修の充実に努めることも期待されます。

国民健康保険は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、他の医療保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等の共有、保健事業の連携等に努めます。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、国民健康保険運営協議会等の場を通じて、被保険者を含む市民全体の意見反映に努めます。

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国が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、保険者努力支援制度の中に、「事業費」として交付する部分(事業費分)が設けられ、保険者における予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して分配する部分(事業費連動分)と合わせて交付することにより、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が助成されています。県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表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	
			南島原市	配点	南島原市	配点	南島原市	配点
交付額(万円)			3,099万円		3,338万円		3,240万円	
全国順位(1,741市町村中)			352位		73位		139位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	90	70	105	70	105	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		
		(3)メタリックシフトロム該当者・予備群の減少率		50		50		
	②	(1)がん検診受診率等	38	40	35	40	27	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	90	90	45	45	55	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	45	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	60	100	85	100	85	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	25	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	38	50	43	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	80	95	72	100	75	100
合計点			658	1,000	745	960	700	940

第2章 第2期データヘルス計画にかかる考察及び 第3期データヘルス計画における健康課題の明確化

1 保険者の特性

本市は、人口約4万人で、高齢化率は40.4%、出生率5.6、死亡率18.1で、同規模・県・国と比較すると高齢化が進んでいます。被保険者の平均年齢は53歳と同規模、県と比べて若く、産業においては、第1次産業が23.9%と同規模・県・国と比較して高い市です。(図表9)

国保加入率は34.2%で、被保険者数は減少傾向にあります。年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約40%を占めています。第1次産業が多いため、国保の加入率も高いと考えられます。(図表10)

また、本市内の病院数・診療所数・病床数・医師数はいずれも同規模・県と比較して少ない一方で、外来患者数及び入院患者数は同規模・県と比較して多い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した南島原市の特性 (令和2年国勢調査)

	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
南島原市	42,313	40.4	14,450 (34.2)	53.0	5.6	18.1	0.3	23.9	19.8	56.3
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	33.1	24.1	54.2	7.1	13.6	0.4	7.7	20.1	72.2
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、南島原市と同規模保険者(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	16,819		16,179		15,874		15,160		14,450	
65～74歳	6,363	37.8	6,330	39.1	6,464	40.7	6,403	42.2	6,090	42.1
40～64歳	6,119	36.4	5,829	36.0	5,560	35.0	5,255	34.7	4,990	34.5
39歳以下	4,337	25.8	4,020	24.8	3,850	24.3	3,502	23.1	3,370	23.3
加入率	36.2		34.8		34.2		32.6		34.2	

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

図表11 医療の状況 (被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	県 割合
病院数	4	0.2	4	0.2	4	0.3	4	0.3	4	0.3	0.4	0.5
診療所数	32	1.9	32	2.0	32	2.0	31	2.0	31	2.1	3.5	4.3
病床数	456	27.1	453	28.0	453	28.5	453	29.9	453	31.3	67.7	82.0
医師数	52	3.1	52	3.2	53	3.3	53	3.5	53	3.7	9.7	14.0
外来患者数	713.9		718.1		698.5		735.8		762.7		728.3	743.9
入院患者数	29.7		29.9		28.4		29.0		27.3		23.6	27.2

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2 第2期データヘルス計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期データヘルス計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析）の達成状況

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56人（認定率0.41%）、1号（65歳以上）被保険者で3,799人（認定率22.2%）と同規模・県・国と比較すると高くなっていますが、平成30年度と比較すると減少しています。新規認定者についても、2号被保険者・1号被保険者ともに減少しています。（図表12）

介護給付費は、約61億円から約59億円に減少しています。一人あたり給付費も減少してはいるものの、同規模・県・国と比較すると高くなっています。（図表13）

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳卒中が上位を占めており、2号被保険者で約7割、1号被保険者でも約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

	南島原市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	16,866人	36.3%	17,109人	40.4%	36.2%	33.1%	28.7%
2号認定者	73人	0.46%	56人	0.41%	0.37%	0.38%	0.38%
新規認定者	18人		11人		--	--	--
1号認定者	4,059人	24.1%	3,799人	22.2%	19.1%	20.5%	19.4%
新規認定者	478人		443人		--	--	--
再掲							
65～74歳	322人	4.5%	338人	4.3%	--	--	--
新規認定者	85人		75人		--	--	--
75歳以上	3,737人	38.8%	3,461人	37.2%	--	--	--
新規認定者	393人		368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

	南島原市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	61億4912万円	59億9276万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	364,587	350,270	300,230	310,443	290,668
1件あたり給付費(円)全体	86,929	85,051	70,503	69,584	59,662
居宅サービス	60,454	58,647	43,936	49,376	41,272
施設サービス	278,192	285,113	291,914	298,997	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)		56		338		3,462		3,800				
再)国保・後期		39		269		3,320		3,589				
レセプトの診断名より重複して計上 有病状況	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
			割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合			
	循環器疾患	1	脳卒中	27 69.2%	脳卒中	124 46.1%	脳卒中	1,432 43.1%	脳卒中	1,556 43.4%	脳卒中	1,583 43.6%
		2	虚血性心疾患	13 33.3%	虚血性心疾患	68 25.3%	虚血性心疾患	1,397 42.1%	虚血性心疾患	1,465 40.8%	虚血性心疾患	1,478 40.7%
		3	腎不全	8 20.5%	腎不全	36 13.4%	腎不全	698 21.0%	腎不全	734 20.5%	腎不全	742 20.5%
	合併症	4	糖尿病合併症	8 20.5%	糖尿病合併症	49 18.2%	糖尿病合併症	340 10.2%	糖尿病合併症	389 10.8%	糖尿病合併症	397 10.9%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		38 97.4%	基礎疾患	244 90.7%	基礎疾患	3,163 95.3%	基礎疾患	3,407 94.9%	基礎疾患	3,445 95.0%
	血管疾患合計		38 97.4%	合計	251 93.3%	合計	3,227 97.2%	合計	3,478 96.9%	合計	3,516 96.9%	
	認知症		認知症	6 15.4%	認知症	55 20.4%	認知症	1,378 41.5%	認知症	1,433 39.9%	認知症	1,439 39.7%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	36 92.3%	筋骨格系	244 90.7%	筋骨格系	3,255 98.0%	筋骨格系	3,499 97.5%	筋骨格系	3,535 97.4%

出典：ヘルスサポートラボツール

②医療費の状況

本市の総医療費は、国保加入者が減少していることもあり、平成30年度と比較して約5億円低くなっています。しかし、一人あたり医療費は、同規模・県と比較すると低いものの、平成30年度と比較すると約2万円伸びています。

また、入院医療費は、全体のレセプト件数のわずか3.5%程度にも関わらず、費用は医療費全体の約46%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較して約4万円も高くなっています。(図表15)

また、年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の1を超えており、特に入院の地域差指数が高いです。(図表16)

一人あたり医療費の地域差は入院が主要因です。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みに力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

	南島原市		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)	16,819人	14,450人	--	--	--	
前期高齢者割合	6,363人 (37.8%)	6,090人 (42.1%)	--			
総医療費	61億1405万円	55億8722万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	363,521 県内15位 同規模124位	386,659 県内17位 同規模162位	394,521	411,157	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	481,450	528,340	585,610	564,870	617,950
	費用の割合	48.0	46.0	43.3	46.5	39.6
	件数の割合	4.0	3.5	3.1	3.5	2.5
外来	1件あたり費用額	21,690	22,250	24,850	23,780	24,220
	費用の割合	52.0	54.0	56.7	53.5	60.4
	件数の割合	96.0	96.5	96.9	96.5	97.5
受診率	743.651	789.997	751.942	771.133	705.439	

※同規模順位は南島原市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

出典：ヘルスサポートラボツール

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			
	南島原市 (県内市町村中)		県 (47県中)	南島原市 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度	
地域差指数・順位	全体	1.137	1.116	1.128	1.057	1.045	1.155
		(7位)	(6位)	(7位)	(14位)	(14位)	(4位)
	入院	1.337	1.301	1.316	1.161	1.160	1.284
		(10位)	(11位)	(7位)	(14位)	(13位)	(4位)
	外来	1.002	0.980	1.007	0.956	0.924	1.023
		(7位)	(8位)	(17位)	(8位)	(11位)	(11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

中長期目標疾患である脳梗塞・脳出血、狭心症・心筋梗塞、慢性腎不全の医療費合計が総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると減少しています。中長期目標疾患すべてで平成30年度と比較すると割合は減少しています。しかし、狭心症・心筋梗塞は、同規模・県・国と比較すると高く、慢性腎不全で透析をしている割合は同規模・国に比べ高い状況です。(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平成30年度と比較してみると、脳血管疾患は減少していました。虚血性心疾患は、患者数は減少しているものの割合は増加しており、特に40～64歳では増加していました。(図表18)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

		南島原市		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)		61億1405万円	55億8722万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		6億2807万円	4億8386万円	--	--	--	
		10.27%	8.66%	7.84%	8.86%	8.03%	
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.97%	1.68%	2.10%	1.93%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.04%	1.65%	1.39%	1.37%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	6.04%	5.02%	4.05%	5.27%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.22%	0.30%	0.30%	0.29%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		13.87%	13.67%	16.91%	15.50%	16.69%
	筋・骨疾患		9.83%	11.12%	9.00%	9.25%	8.68%
	精神疾患		8.50%	8.40%	8.74%	9.41%	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) 最大医療資源傷病名(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	16,819	14,450	a	952	761	979	878	85	73	
				a/A	5.7%	5.3%	5.8%	6.1%	0.5%	0.5%	
40歳以上	B	12,482	11,080	b	944	751	973	871	84	73	
	B/A	74.2%	76.7%	b/B	7.6%	6.8%	7.8%	7.9%	0.7%	0.7%	
再 掲	40~64歳	C	6,119	4,990	c	237	177	257	220	37	30
		C/A	36.4%	34.5%	c/C	3.9%	3.5%	4.2%	4.4%	0.6%	0.6%
	65~74歳	D	6,363	6,090	d	707	574	716	651	47	43
		D/A	37.8%	42.1%	d/D	11.1%	9.4%	11.3%	10.7%	0.7%	0.7%

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

(2) 短期的な目標疾患(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・人工透析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、年代別にみると、40~64歳では虚血性心疾患や人工透析の割合が増加しているため、引き続き健診の受診勧奨と保健指導を実施することが重要と考えます。(図表 19・20・21)

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	4,833	4,706	1,540	1,311	3,293	3,395	
	A/被保数	38.7%	42.5%	25.2%	26.3%	51.8%	55.7%	
(中長期併発目標疾患)	脳血管疾患	B	563	441	137	92	426	349
		B/A	11.6%	9.4%	8.9%	7.0%	12.9%	10.3%
	虚血性心疾患	C	694	640	164	143	530	497
		C/A	14.4%	13.6%	10.6%	10.9%	16.1%	14.6%
	人工透析	D	80	72	35	30	45	42
		D/A	1.7%	1.5%	2.3%	2.3%	1.4%	1.2%

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

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	2,510	2,293	836	702	1,674	1,591	
	A/被保数	20.1%	20.7%	13.7%	14.1%	26.3%	26.1%	
(中長期併発目標疾患)	脳血管疾患	B	325	249	77	47	248	202
		B/A	12.9%	10.9%	9.2%	6.7%	14.8%	12.7%
	虚血性心疾患	C	416	364	100	81	316	283
		C/A	16.6%	15.9%	12.0%	11.5%	18.9%	17.8%
	人工透析	D	50	40	21	18	29	22
		D/A	2.0%	1.7%	2.5%	2.6%	1.7%	1.4%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	241	245	92	63	149	182
		E/A	9.6%	10.7%	11.0%	9.0%	8.9%	11.4%
	糖尿病性網膜症	F	426	377	122	106	304	271
		F/A	17.0%	16.4%	14.6%	15.1%	18.2%	17.0%
	糖尿病性神経障害	G	86	65	22	13	64	52
		G/A	3.4%	2.8%	2.6%	1.9%	3.8%	3.3%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		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	4,097	4,004	1,354	1,199	2,743	2,805	
	A/被保数	32.8%	36.1%	22.1%	24.0%	43.1%	46.1%	
(中長期併発目標疾患)	脳血管疾患	B	434	348	97	79	337	269
		B/A	10.6%	8.7%	7.2%	6.6%	12.3%	9.6%
	虚血性心疾患	C	634	601	164	152	470	449
		C/A	15.5%	15.0%	12.1%	12.7%	17.1%	16.0%
	人工透析	D	49	42	22	17	27	25
		D/A	1.2%	1.0%	1.6%	1.4%	1.0%	0.9%

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

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧以上・HbA1c7.0%以上を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、有所見者の割合は減っていました。しかし、未治療者について、健診後に医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約30%、糖尿病で約13%いました。(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、新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も治療が必要な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 特定健康診査結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				Ⅱ度高血圧以上高血圧											
					Ⅱ度高血圧以上の推移(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)			
	受診者A	受診率	受診者B	受診率	未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療		治療中断	
				C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E	
南島原市	5,531	44.5	4,213	36.3	235	4.2	124	52.8	151	3.6	88	58.3	46	30.5	4	2.6

	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	未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療		治療中断	
				I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K	
南島原市	5,436	98.3	4,209	99.9	194	3.6	37	19.1	148	3.5	34	23.0	19	12.8	1	0.7

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も重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、微増しており、その中でも脂質異常・血圧高値・高血糖のうち3項目もしくは2項目の危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表23)

また、重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上・Ⅱ度高血圧以上・LDLコレステロール160mg/dl以上の有所見割合を見ると、いずれも減少しているものの、翌年度の結果を見るとHbA1c6.5%以上・Ⅱ度高血圧以上の改善率が下がっており、翌年の健診の結果が悪化している割合が増加していました。また、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割弱存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、継続受診を勧める働きかけを

行っていきます。(図表 24・25・26)

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	5,531 (44.5%)	1,024 (18.5%)	293 (5.3%)	731 (13.2%)	648 (11.7%)
R04年度	4,243 (38.6%)	811 (19.1%)	228 (5.4%)	583 (13.7%)	469 (11.1%)

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			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	456 (8.4%)	138 (30.3%)	161 (35.3%)	44 (9.6%)	113 (24.8%)
R03→R04	307 (7.3%)	84 (27.4%)	93 (30.3%)	41 (13.4%)	89 (29.0%)

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			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	235 (4.2%)	137 (58.3%)	44 (18.7%)	3 (1.3%)	51 (21.7%)
R03→R04	151 (3.6%)	81 (53.6%)	25 (16.6%)	5 (3.3%)	40 (26.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160mg/dl 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	LDL-C 160mg/dl以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	430 (7.8%)	199 (46.3%)	110 (25.6%)	30 (7.0%)	91 (21.2%)
R03→R04	305 (7.2%)	150 (49.2%)	59 (19.3%)	10 (3.3%)	86 (28.2%)

出典：ヘルスサポートラボツール

④特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の推移（第3期特定健康診査等実施計画評価）

本市の特定健康診査受診率は、平成30年度には46.1%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷しており、第3期特定健康診査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40歳未満の若年者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も、実施率が低下傾向にありましたが、令和4年度は3%以上上昇しまし

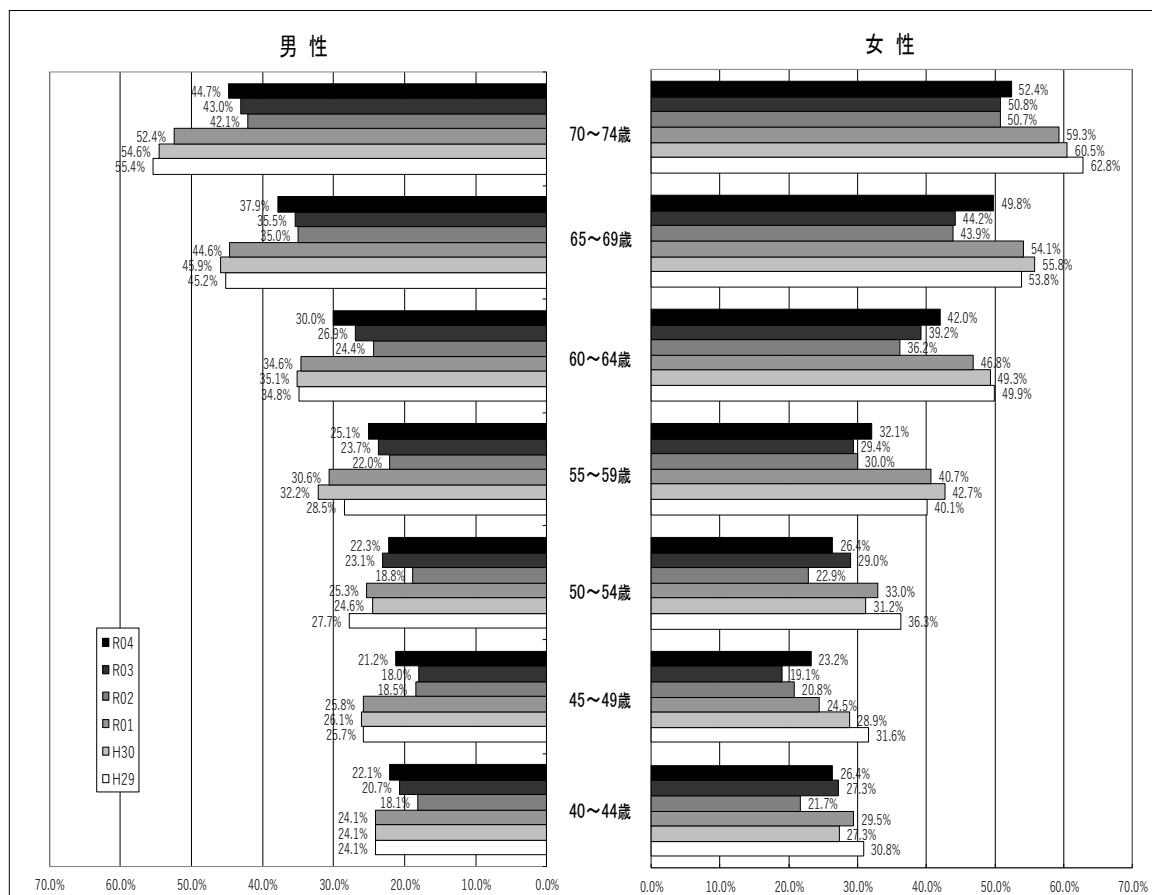
た。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健康診査・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	5,456	5,170	4,115	4,140	4,120	健診受診率 60%
	受診率	46.1%	45.3%	36.4%	37.9%	40.0%	
特定保健 指導	該当者数	581	547	401	391	362	特定保健 指導実施率 68%
	割合	10.6%	10.6%	9.7%	9.4%	8.8%	
	実施者数	382	358	259	251	244	
	実施率	65.7%	65.4%	64.6%	64.2%	67.4%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健康診査受診率の推移



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 糖尿病性腎臓病重症化予防

HbA1c6.5%以上の者の割合は、ほとんど横ばいで推移しています。市では、HbA1c6.5%以上の未治療者へ受診勧奨を実施していますが、そのうち約半数が受診につながっている状況です。また、治療中断者については、令和4年度から個別通知による受診勧奨を実施していますが、受診につながらずあまり効果が見られていないため、今後受診勧奨方法を見直していく必要があります。HbA1c7.0%以上の治療中者の保健指導実施率は伸び悩んでいるものの、HbA1c値の改善率は増加傾向にあるため、今後も医療機関と連携しながら保健指導を実施していきます。(図表29・30)

HbA1c8.0%以上の未治療者の割合は、平成30年度と令和4年度を比較すると微増しています。未治療者の約4割しか治療につながっておらず、受診につながらない方には継続して保健指導を実施し、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行います。(図表31)

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士等が保健指導・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29 40～74歳 糖尿病性腎臓病重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	5,523	5,280	4,165	4,207	4,234
HbA1c6.5%以上の者	人(b)	460	439	327	308	344
	(b/a)	8.3%	8.3%	7.9%	7.3%	8.1%

図表30 40～74歳 治療が必要な者の適切な受診勧奨及び治療中者の保健指導

		H30	R1	R2	R3	R4	
HbA1c6.5%以上の未治療者	人(a)	167	149	150	87	101	
	受診勧奨実施者	人(b)	115	99	113	56	80
		(b/a)	68.9%	66.4%	75.3%	64.4%	79.2%
	受診した者	人(d)	57	58	55	30	42
(d/b)		49.6%	58.6%	48.7%	53.6%	52.5%	
糖尿病治療中断者	人(e)	-	-	23	17	16	
	受診勧奨実施者	人(f)	-	-	0	0	16
		人(g)	-	-	0	0	1
	(g/f)	-	-	0.0%	0.0%	6.3%	
HbA1c7.0%以上の治療中者	人(h)	108	76	110	94	92	
	保健指導実施者	人(i)	56	32	37	38	30
		(i/h)	51.9%	42.1%	33.6%	40.4%	32.6%
	HbA1c値が維持または改善した者	人(j)	15	3	6	7	18
		(j/i)	26.8%	9.4%	16.2%	18.4%	60.0%

県版プログラム評価表(※H30及びR1の糖尿病治療中断者については、報告指標になかったため未記入)

図表 31 40～74 歳 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)	5,523	5,280	4,165	4,207	4,234
HbA1c8.0%以上	人(b)	59	52	48	32	42
	(b/a)	1.1%	1.0%	1.2%	0.8%	1.0%
保健指導実施	人(c)	13	29	24	17	13
	(c/b)	22.0%	55.8%	50.0%	53.1%	31.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	12	15	9	6	9
	(b/a)	20.3%	28.8%	18.8%	18.8%	21.4%

内服治療開始	7人	3人	2人	集計中
死亡、転出	2人	0人	0人	

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患重症化予防

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、令和 2 年度から心電図検査を 65 歳から 74 歳までの受診者には全員実施しています。

有所見者のうち ST 所見の割合は、平成 30 年度と比較すると減少しています。一方、心房細動有所見者の割合は横ばいで推移していますが、未治療者の割合は減少傾向にあり、令和 4 年度では約 9 割が治療につながっています。(図表 32)

ST 所見や心房細動所見は、場合によっては検査や治療の緊急性を有することもあるため、必要に応じて受診勧奨を行うとともに、治療中の者に対しては治療中断を防ぐための保健指導を継続して行っていきます。

図表 32 40～74 歳心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者		1,549		1,479		2,253		3,112		3,071	
ST異常所見		47	3.0%	44	3.0%	47	2.1%	67	2.2%	76	2.5%
心房細動所見		13	0.8%	15	1.0%	16	0.7%	31	1.0%	29	0.9%
	(再掲)心房細動未治療者	6	46.2%	6	40.0%	2	12.5%	5	16.1%	3	10.3%

③脳血管疾患重症化予防

Ⅱ度高血圧以上の者の割合は減少傾向にありますが、半数程度が未治療者です。令和 4 年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者 76 人のうち、保健指導後治療につながったものは、わずか 17 人(22.4%)でした。Ⅲ度高血圧においては、23 人のうち 14 人が未治療者でした。(図表 33)

高血圧は、脳心血管疾患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ます。今後も治療の必要性を理解してもらうための支援や適切な受診勧奨を行う必要があります。血圧が高値の者においては、家庭血圧の測定をすすめ血圧手帳の活用を引き続き促してまいります。

図表 33 40～74 歳 II 度高血圧以上(収縮期血圧 160 以上または拡張期血圧 100 以上)の者

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	6,044	5,799	4,541	4,355	4,439	
血圧 II 度以上の者	人(b)	245	220	179	156	152	
	(b/a)	4.1%	3.8%	3.9%	3.6%	3.4%	
	治療あり	人(c)	116	110	93	66	76
		(c/b)	47.3%	50.0%	52.0%	42.3%	50.0%
	治療なし	人(d)	129	110	86	90	76
		(d/b)	52.7%	50.0%	48.0%	57.7%	50.0%
	治療開始	人(e)	29	14	17	22	17
		(e/d)	22.5%	12.7%	19.8%	24.4%	22.4%
(再掲)	血圧 III 度の者	人(f)	34	24	19	26	23
		(f/a)	0.6%	0.4%	0.4%	0.6%	0.5%
	治療あり	人	19	9	9	12	9
	治療なし	人	15	15	10	14	14

(2) ポピュレーションアプローチ

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

本市においては、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市民へ周知を行いました。

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。

(3) 第2期データヘルス計画目標の達成状況一覧

図表 34 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	
			(H30)	(R1)	(R4)	
実施計画 特定健診等	短期目標 医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率 目標60%	46.1%	45.3%	40.0%	法定報告値
		特定保健指導実施率 目標72%	64.5%	65.4%	67.4%	
データヘルス計画	中長期目標 脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合減少(目標2.2%(同規模))	2.0%	2.6%	1.7%	・KDBシステム ・データヘルス支援ツール
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合減少(目標1.6%(同規模))	2.1%	1.9%	1.7%	
		新規透析導入者における糖尿病性腎症による者の割合減少	6/9人	1/3人	3/4人	
	短期目標 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	健診受診者のメタボリックシンドローム予備群の割合減少	11.7%	11.5%	11.1%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
		健診受診者のメタボリックシンドローム該当者の割合減少	18.5%	19.0%	19.1%	
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(収縮期160mmHg以上、拡張期100mmHg以上)	4.2%	4.0%	3.5%	・KDBシステム ・保健指導支援ツール(健診結果集計)
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDLコレステロール180mg/dl以上)	2.3%	2.8%	2.1%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上、治療中者は7.0%以上)	5.8%	5.5%	5.6%	
		健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療者の割合減少	0.2%	0.3%	0.2%	
		健診受診者の蛋白尿(2+以上)者の割合減少	1.7%	1.1%	1.6%	
		健診受診者の腎機能低下者の割合減少(eGFR50未満、70歳以上は40未満)	2.0%	2.1%	2.1%	
		糖尿病の未治療者の保健指導を実施した割合	68.9%	66.4%	79.2%	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	66.0%	58.6%	52.5%	
		努力支援制度 その他	がんの早期発見、早期治療	5つのがん検診の平均受診率の増加	15.3%	15.3%
歯の喪失や生活習慣病と関連がある歯周病を予防する	歯周病予防健診の受診率向上		0.8%	1.5%	1.4%	市歯科保健推進協議会資料
後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%		73.6%	76.5%	80.7%	南島原市 健康保険班
要介護状態の原因疾患となる脳心血管疾患、認知症等の予防	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施				実施	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期データヘルス計画において、脳血管疾患・虚血性心疾患の医療費の割合の減少、新規透析導入者における糖尿病性腎症の割合の減少を中長期目標とし、それらの共通のリスクとなる高血圧症・糖尿病・脂質異常症の減少を短期目標として取り組みました。

中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全の総医療費に占める割合は減少し

ましたが、虚血性心疾患・慢性腎不全については、同規模自治体や国と比較すると高い割合であるため、今後も推移をみていく必要があります。

短期目標疾患である高血圧症・糖尿病・脂質異常症については3疾患とも治療者の割合が増え、重症化しないうちに治療を受けることで合併症でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合の減少につながったと考えられます。これは、重症化予防等の保健事業の成果が出ていると考えられ、今後も引き続き取り組んでいく必要があります。一方で、年代別にみると40歳から64歳までの若い世代で虚血性心疾患・人工透析の割合が増加していたため、若い年代への取り組みは課題であると言えます。

健診結果を見ると、メタボリックシンドロームの割合が増加しており、内臓脂肪に着目した発症予防対策も重要です。高血糖・高血圧であった者の翌年の健診結果では悪化している割合が増加しており、翌年度の健診を受診していない割合も増加していました。経年的な状況を把握するためにも、継続受診を促す必要があります。

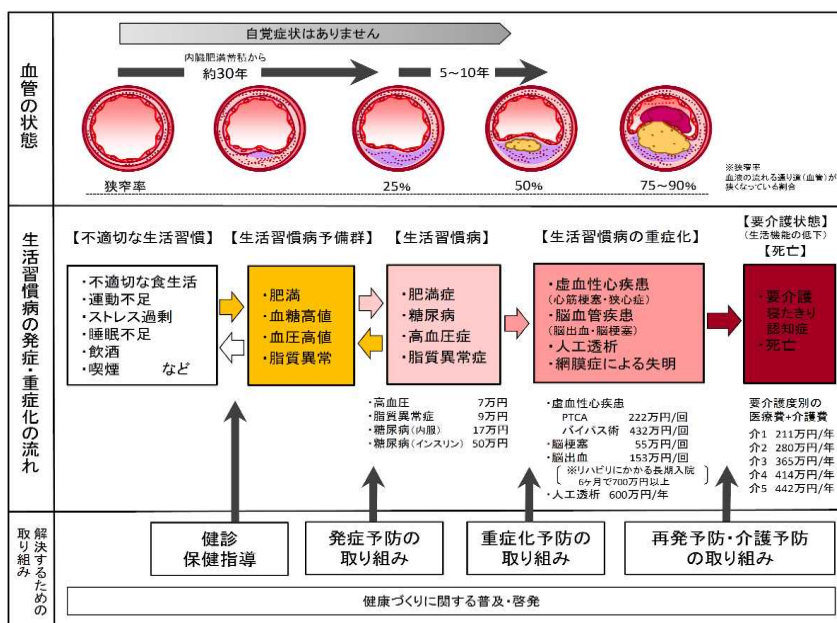
保健事業の入り口となる特定健診は、被保険者が自らの体の状態を確認できる場としても重要であるため、特定健診の受診率向上に向けた取り組みは引き続き行っていく必要があります。併せて、医療費の抑制のために重症化予防に向けた取り組みの継続が重要です。

3 第3期データヘルス計画における健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

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

図表 35 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ですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市国保及び広域連合は、健康課題の分析結果等を共有し、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期データヘルス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进行分析、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。若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を継続実施し、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。

(1) 医療費分析

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年度は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年度は増加に転じ、令和4年度は平成30年度よりも2万円ほど高くなっています。後期高齢者になると一人あたり90万円を超え、国保の2.5倍も高い状況です。(図表36)

短期的目標疾患の総医療費に占める割合は、同規模と比べて低く、国保では中長期目標疾患である脳血管疾患は減っているものの、国保の心血管疾患、後期の脳血管疾患・心血管疾患の医療費に占める割合は、同規模と比較して高い状況となっています。(図表37)

高額レセプト(1件80万円以上)については、国保においては毎年約1,000件発生していますが、後期高齢になると、約2倍に増えることがわかります。(図表38)

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、国保では令和2年度が一番多く103件で1億円以上の費用がかかっていましたが、令和4年度は61件と件数が減り、費用額も約7,000万円と減っています。しかし、後期高齢においては、217件発生し、約2億5,000万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継続して取り組む必要があります。(図表39)虚血性心疾患で高額になったレセプトでも、後期では3倍以上の費用がかかっています。(図表40)

図表 36 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		16,819人	16,179人	15,874人	15,160人	14,450人	9,517人
総件数及び 総費用額	件数	152,638件	147,790件	139,677件	142,398件	140,482件	156,822件
	費用額	61億1405万円	59億6920万円	57億8261万円	59億3332万円	55億8722万円	87億7373万円
一人あたり医療費		36.4万円	36.9万円	36.4万円	39.1万円	38.7万円	92.2万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞									
① 国保	南島原市	55億8722万円	31,420	5.02%	0.30%	1.68%	1.65%	4.73%	3.08%	1.74%	10億1710万円	18.2%	13.7%	8.40%	11.1%
	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	---	33,055	5.27%	0.29%	1.93%	1.37%	4.78%	3.31%	1.65%	---	18.6%	15.5%	9.41%	9.25%
	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	南島原市	87億7373万円	77,070	1.78%	0.59%	4.89%	2.64%	3.44%	3.34%	1.22%	15億7002万円	17.9%	8.9%	4.25%	14.6%
	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	---	82,405	3.52%	0.45%	4.13%	1.36%	3.43%	3.32%	1.12%	---	17.3%	9.6%	4.52%	14.0%
	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

最大医療資源傷病名(※1)による分類結果

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

図表 38 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
高額 レセプト (80万円/ 以上/件)	人数	A 548人	542人	520人	560人	524人	1,253人
	件数	B 1,001件	1,016件	982件	1,080件	981件	2,227件
		B/総件数	0.66%	0.69%	0.70%	0.76%	0.70%
	費用額	C 13億0709万円	12億9866万円	13億1978万円	14億7885万円	12億9170万円	25億8793万円
C/総費用		21.4%	21.8%	22.8%	24.9%	23.1%	29.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 39 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
脳 血 管 疾 患	人数	D 36人	39人	39人	37人	27人	103人	
		D/A 6.6%	7.2%	7.5%	6.6%	5.2%	8.2%	
	件数	E 72件	92件	103件	102件	61件	217件	
		E/B 7.2%	9.1%	10.5%	9.4%	6.2%	9.7%	
	年 代 別	40歳未満	1 1.4%	17 18.5%	13 12.6%	6 5.9%	0 0.0%	65-69歳 0 0.0%
		40代	7 9.7%	2 2.2%	8 7.8%	10 9.8%	7 11.5%	70-74歳 1 0.5%
		50代	12 16.7%	6 6.5%	25 24.3%	4 3.9%	12 19.7%	75-80歳 25 11.5%
		60代	24 33.3%	29 31.5%	24 23.3%	36 35.3%	14 23.0%	80代 155 71.4%
		70-74歳	28 38.9%	38 41.3%	33 32.0%	46 45.1%	28 45.9%	90歳以上 36 16.6%
	費用額	F 8766万円	1億0744万円	1億2743万円	1億2994万円	7194万円	2億5960万円	
F/C 6.7%		8.3%	9.7%	8.8%	5.6%	10.0%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 40 高額レセプト（80万円／件）以上の推移（虚血性心疾患）

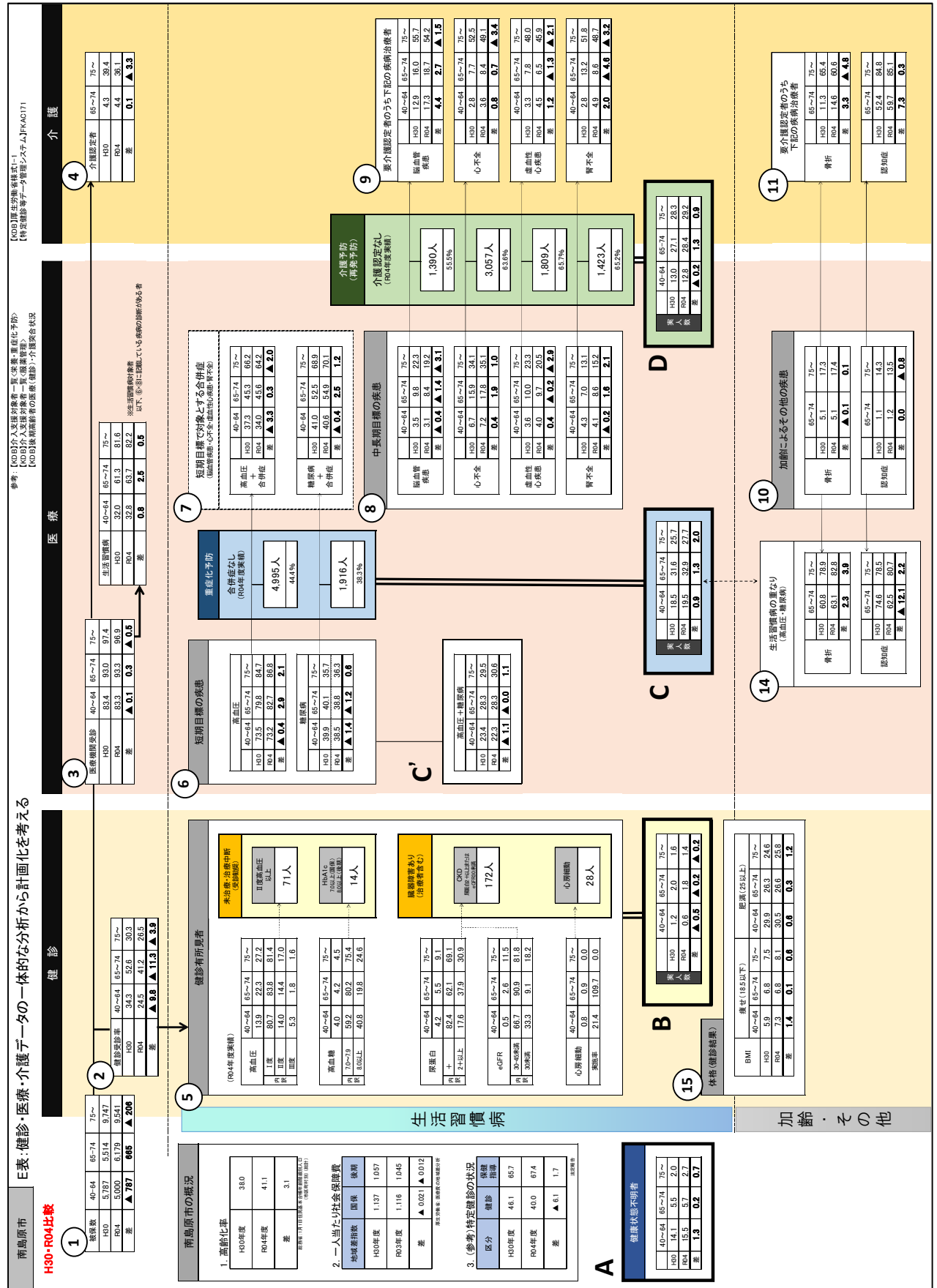
対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	36人		32人		35人		33人		27人		78人		
		G/A	6.6%		5.9%		6.7%		5.9%		5.2%		6.2%		
	件数	H	44件		36件		41件		39件		33件		99件		
		H/B	4.4%		3.5%		4.2%		3.6%		3.4%		4.4%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	1	2.3%	3	8.3%	4	9.8%	3	7.7%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	3	6.8%	2	5.6%	6	14.6%	5	12.8%	7	21.2%	75-80歳	16	16.2%
		60代	22	50.0%	18	50.0%	16	39.0%	17	43.6%	20	60.6%	80代	52	52.5%
	70-74歳	18	40.9%	13	36.1%	15	36.6%	14	35.9%	6	18.2%	90歳以上	31	31.3%	
	費用額	I	5883万円		5194万円		5776万円		6735万円		4327万円		1億4591万円		
I/C		4.5%		4.0%		4.4%		4.6%		3.3%		5.6%			

出典：ヘルスサポートラボツール

（2）健診・医療・介護の一体的分析

健診・医療・介護のデータを平成30年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表41・42の①被保険者数は、40～64歳は減っていますが、65～74歳は約600名増え、今後も高齢化が進んでいくと考えられます。図表41・42の⑮体格をみると、どの年代でもBMI25以上の割合が微増しています。図表41・42の②健診受診率をみると、どの年代も受診率は低下しています。図表41・43の⑤健診有所見者の状況では、どの年代でもⅡ度高血圧以上の有所見割合は減っていますが、HbA1c7.0%以上の有所見割合は増えています。今後も、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。図表41・44の⑥短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症をみると、高血圧も糖尿病も高くなっている年代があります。図表41・45の⑧中長期目標疾患（脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全）において、若い年代において中長期目標疾患で介護認定を受けている割合が増えています。図表41・46の⑭生活習慣病との重なりでは、75歳以上で高血圧・糖尿病といった生活習慣病のある方の認知症の割合が増えています。（図表41～46）

図表 41 健診・医療・介護データの一体的な分析



図表 42 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
		被保険者数			健診受診率			BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	39.4	5,787	5,514	9,747	34.3	52.6	30.3	5.9	6.8	7.5	29.9	26.3	24.6
R04	36.1	5,000	6,179	9,541	24.5	41.2	26.5	7.3	6.8	8.1	30.5	26.6	25.8

図表 43 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動														
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-												
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%						
H30	67	3.4	(23)	137	4.7	(43)	176	6.0	(31)	56	2.8	(7)	116	4.0	(5)	16	0.5	(0)	36	1.8	53	1.8	130	4.4	3	0.2	7	0.2	1	0.0
R04	33	2.7	(15)	92	3.6	(23)	128	5.1	(33)	49	4.0	(5)	106	4.2	(9)	28	1.1	(0)	10	0.8	55	2.2	107	4.2	2	0.2	26	1.0	0	--

図表 44 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③ 医療機関受診						⑥ 短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									⑦ 短期目標で対象とする 合併症					
	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	83.4	93.0	97.4	32.0	61.3	81.6	73.5	79.8	84.7	39.9	40.1	35.7	23.4	28.3	29.5	37.3	45.3	66.2	41.0	52.5	68.9
R04	83.3	93.3	96.9	32.8	63.7	82.2	73.2	82.7	86.8	38.5	38.8	36.3	22.3	28.3	30.6	34.0	45.6	64.2	40.6	54.9	70.1

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 45 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 中長期目標の疾患(被保険者割)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.5	9.8	22.3	3.6	10.0	23.3	6.7	15.9	34.1	4.3	7.0	13.1	12.9	16.0	55.7	3.3	7.8	48.0	2.8	7.7	52.5	2.8	13.2	51.8
R04	3.1	8.4	19.2	4.0	9.7	20.5	7.2	17.8	35.1	4.1	8.6	15.2	17.3	18.7	54.2	4.5	6.5	45.9	3.6	8.4	49.1	4.9	8.6	48.7

図表 46 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知症		骨折		認知症		骨折		認知症	
65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	
H30	60.8	78.9	74.6	78.5	5.1	17.3	1.1	14.3	11.3	65.4	52.4	84.8
R04	63.1	82.8	62.5	80.7	5.1	17.4	1.2	13.5	14.6	60.6	59.7	85.1

出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 健康課題の明確化と優先順位付け

脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全などの中長期目標疾患には、短期目標疾患である高血圧・糖尿病などがリスクとしてあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患・虚血性心疾患等への重症化を防ぎ、要介護状態につながることを防ぐこととなります。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、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。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 47)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

②中長期的な目標の設定

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

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

また、軽症時に通院せず、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、十分な改善に至っていない疾患に糖尿病が考えられますが、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ます。また、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す。その目標値は、第3章の「特定健康診査・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 47 第3期データヘルス計画目標管理一覧

		すべての都道府県で設定することが望ましい指標	地域の実情に応じて県が設定する指標	長崎県が独自に設定する指標	南島原市	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)	
							初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)		
1	中長期目標				◇	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.7%			KDB データヘルス計画作成・評価支援ツール	
2					◇	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.7%			KDB データヘルス計画作成・評価支援ツール	
3					◇	慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	5.0%			KDB データヘルス計画作成・評価支援ツール	
4					◇	糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	3/4人			FocusV3	
5	短期目標		○			健診受診者の収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上の割合の減少	44.8%			KDB	
6					◇	健診受診者の収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上の割合の減少	3.5%			KDB	
7				△		健診受診者のLDLコレステロール120mg/dl以上の者の割合の減少	43.4%			KDB	
8					◇	健診受診者のLDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合の減少	7.1%			KDB	
9			○			健診受診者のHbA1c6.5%以上の者の割合の減少	8.1%			KDB	
10			◎			健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	1.0%			KDB	
11			○			健診受診者のHbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合の減少	13.8%			KDB	
12						◇	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合の増加	52.5%			県版プログラム評価表
13				△		健診受診者の尿蛋白(+)以上の者の割合の減少	5.2%			KDB	
14						◇	メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	19.1%			KDB 保健指導支援ツール (健診結果集計ツール)
15						◇	メタボリックシンドローム予備群の割合の減少	11.1%			KDB 保健指導支援ツール (健診結果集計ツール)
16		アウトプット	◎				特定健診受診率60%以上	40.0%			法定報告
17			◎				特定保健指導実施率70%以上	67.4%			法定報告
18			◎				特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	21.5%			法定報告
19		その他		○			運動習慣「1回30分以上運動習慣なし」の割合の減少	67.5%			KDB
20			○			50歳以上74歳以下における咀嚼が良好な者(咀嚼_何でもかんで食べることができる)の割合の増加	72.2%			KDB	
21				△		食習慣「朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物を毎日摂っている者」の割合の減少	20.2%			KDB	
22				△		喫煙習慣「喫煙している者」の割合の減少	12.4%			KDB	
23				△		BMIが20kg/m ² 以下の者の割合(前期高齢者)の減少	18.1%			KDB	
24				△		要介護認定者の割合(65歳以上)の減少	22.1%			見える化システム	

第3章 特定健康診査・特定保健指導の実施（法定義務）

1 第4期特定健康診査等実施計画について

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

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

2 目標値の設定

図表 48 特定健康診査受診率・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
特定健康診査受診率	60%	60%	60%	60%	60%	60% (国の市町村国保の受診率目標60%以上)
特定保健指導実施率	68%	68%	69%	69%	70%	70% (国の市町村国保の実施率目標60%以上)

3 対象者の見込み

図表 49 特定健康診査・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
特定健康診査	対象者数	10,866人	10,540人	10,224人	9,917人	9,620人	9,331人
	受診者数	6,520人	6,324人	6,134人	5,950人	5,772人	5,599人
特定保健指導	対象者数	652人	632人	613人	595人	577人	560人
	実施者数	443人	430人	423人	411人	404人	392人

4 特定健康診査の実施

(1) 実施方法

特定健康診査については、外部委託により実施します。

- ①集団健診（南島原市内保健センター他）
- ②個別健診（委託医療機関）

(2) 特定健康診査委託基準

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) 特定健康診査実施機関リスト

特定健康診査実施機関については、市のホームページ等に掲載します。

(4) 特定健康診査実施項目

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・心電図）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 50 特定健康診査検査項目

健診項目		南島原市	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	□	□
	心電図(65歳～74歳)	○	
	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

5月から翌年2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康診査の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、医師会・医療機関と情報共有を行い、受診率向上を目指します。

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

(7) 代行機関

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

(8) 特定健康診査の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 51 特定健康診査実施スケジュール

	前年度	当年度	翌年度
4月		健診機関との契約 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可)	特定保健指導の実施
5月		特定健診の開始	
6月			
7月		費用決裁 健診データ受取 → 保健指導対象者の抽出	
8月			特定保健指導の開始
9月			
10月	予算手続き	特定健診・特定保健指導の実施	受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告(ファイル作成・送付)
11月			
12月			
1月			
2月		健診終了	
3月	契約準備		

5 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者である市が行います。

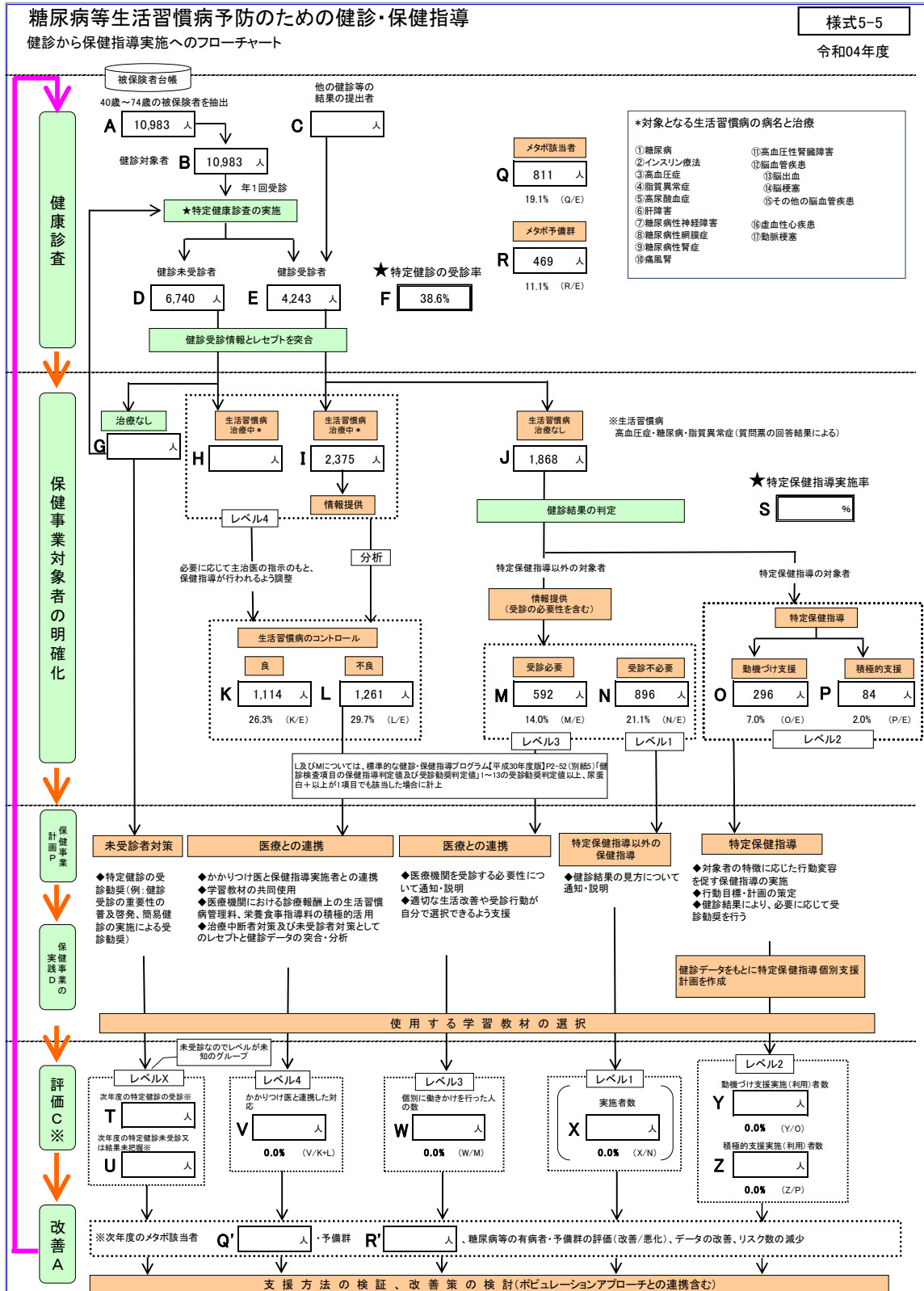
○第4期(2024年以降)における変更点 特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

特定保健指導の見直し	<p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>
------------	---

(1) 特定健康診査から特定保健指導実施の流れ

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

図表52 特定健康診査から特定保健指導へのフローチャート（様式5-5）



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 53 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)
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	380人 (9.0%)
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	592人 (14.0%)
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)	6,740人 ※受診率目標達成まであと2,346人
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	896人 (21.1%)
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	2,375人 (56.0%)

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 54 特定健康診査・特定保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎個別健康診査実施の依頼	◎前年度対象者の指導	◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎特定健康診査の開始		◎特定健診、若年者健診、後期高齢者健診、がん検診開始
6月			
7月	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 集団健診 ・保健センター等 ・がん検診も合わせた総合健診(午前または午後) </div>	◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
8月		◎保健指導の開始	
9月	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 個別健診 ・指定医療機関 ・翌年2月まで </div>		
10月		◎セット券・利用券の登録	◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
11月			
12月	◎特定健診未受診者にかかる特定健康診査情報提供事業の依頼		
1月			
2月	◎健診の終了		
3月			

6 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

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

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムおよび市健康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、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臓病、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、糖尿病性腎臓病重症化予防・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、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増大につながっている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

本市の特定健康診査受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎臓病の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、1,315人（31.0%）です。そのうち治療なしが314人（16.8%）を占め、さらに臓器障害があり直ちに取組むべき対象者が138人です。また、本市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なる者が、314人中148人いるため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。（図表55）

図表 55 脳・心・腎を守るために

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

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	4,243人 38.6%
	クモ膜下出血 (5.6%)	脳出血 (18.5%)	脳梗塞 (75.9%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症				■各疾患の治療状況
	心原性 脳塞栓症 (27.7%)		ラクナ 梗塞 (31.2%)	アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)		非心原性脳梗塞				治療中 治療なし
	Ⅱ度高血圧以上		心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		高血圧 1,768 2,475
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)		脂質異常症 1,282 2,961
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)			動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		糖尿病 442 3,797
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		3疾患 いずれも 2,375 1,868
	該当者数	148 3.5%	29 0.7%	87 2.1%	74 1.7%	811 19.1%	237 5.6%	341 8.0%		※問診結果による
	治療なし	74 3.0%	3 0.2%	79 2.7%	51 1.7%	105 5.6%	99 2.6%	86 4.6%		
	(再掲) 特定保健指導	32 21.6%	0 0.0%	13 14.9%	18 24.3%	105 12.9%	27 11.4%	19 5.6%		
	治療中	74 4.2%	26 1.1%	8 0.6%	23 1.8%	706 29.7%	138 31.2%	255 10.7%		
	臓器障害 あり	27 36.5%	3 100.0%	17 21.5%	18 35.3%	30 28.6%	41 41.4%	86 100.0%		
	CKD(専門医対象者)	9	0	5	4	9	16	86		
	心電図所見あり	21	3	12	14	23	29	19		
	臓器障害 なし	47 63.5%	--	62 78.5%	33 64.7%	75 71.4%	58 58.6%	--		
	重症化予防対象者 (実人数)	1,315 31.0%		314 16.8%		148 11.3%		1,001 42.1%		

出典:ヘルスサポートラボツール

1 糖尿病性腎臓病重症化予防

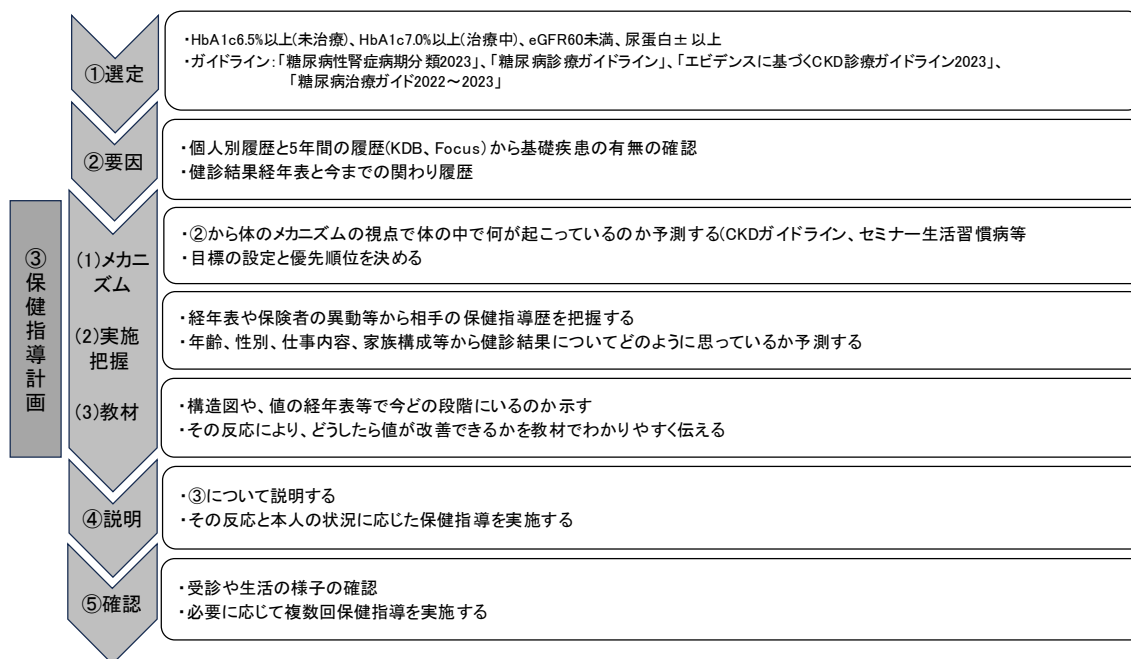
1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては図表 56 に沿って実施します。

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

図表 56 糖尿病性腎臓病重症化対象者の選定から保健指導までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、南島原市糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ①医療機関未受診者
- ②医療機関受診中断者
- ③糖尿病治療中者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出

取組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健康診査データを活用し、該当者数把握を行います。糖尿病性腎臓病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・糖尿病性腎症病期分類改訂ワーキンググループ）を基盤とします。

図表 57 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類 2023 ^{注1}		
病 期	尿中アルブミン・クレアチニン比(UACR, mg/g) あるいは 尿中蛋白・クレアチニン比(UPCR, g/g)	推算糸球体濾過量 ^{注3} (eGFR, ml/分/1.73m ²)
正常アルブミン尿期(第1期) ^{注2}	UACR30未満	30以上
微量アルブミン尿期(第2期) ^{注4}	UACR30~299	30以上
顕性アルブミン尿期(第3期) ^{注5}	UACR300以上あるいはUPCR0.5以上	30以上
GFR高度低下・末期腎不全期(第4期)	問わない	30未満
腎代替療法期(第5期)	透析療法中あるいは腎移植後	

注1: 糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。また評価の際には、腎症病期とともに、慢性腎臓病(CKD)重症度分類も併記することが望ましい。
注2: 正常アルブミン尿期は糖尿病性腎症の存在を否定するものではなく、この病期でも糖尿病性腎症に特有の組織変化を呈している場合がある。
注3: eGFR60ml/分/1.73m²未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外のCKDが存在しうするため、他のCKDとの鑑別診断が必要である。なお血清クレアチニンに基づくeGFRの低下を認めた場合、血清シスチンCに基づくeGFRを算出することで、より正確な腎機能を評価できる場合がある。
注4: 微量アルブミン尿を認めた患者では、糖尿病性腎症早期診断基準にしたがって鑑別診断を行ったうえで、微量アルブミン尿期と診断する。微量アルブミン尿は糖尿病性腎症の早期診断に必須のバイオマーカーであるのみならず、顕性アルブミン尿への移行及び大血管障害のリスクである。GFR60ml/分/1.73m²以上であっても微量アルブミン尿の早期発見が重要である。
注5: 顕性アルブミン尿の患者では、eGFR60ml/分/1.73m²未満からGFRの低下に伴い腎イベント(eGFRの半減、透析導入)が増加するため注意が必要である。

糖尿病性腎症病期分類 2023 では、尿中アルブミン・クレアチニン比（第3期では尿中蛋白・クレアチニン比）及び推算糸球体濾過量（eGFR）で把握していきます。本市においては、特定健康診査にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため、腎機能（eGFR）の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が困難です。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量（mg/dl）に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（－）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（＋）としていることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となります。

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康診査データを用い、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。本市において令和4年度の特定健康診査受診者のうち糖尿病未治療者は、123人（21.8%・F）でした。

また、40～74歳における糖尿病治療者2,431人（H）のうち、特定健診受診者が442人（G）でした。糖尿病治療者で特定健康診査未受診者1,989人（81.8%・I）については、治療中ですが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。（図表58）

③介入方法と優先順位

図表58より本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）・・・123人

優先順位2

【保健指導】

- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・183人

治療中断しない（継続受診）ための保健指導

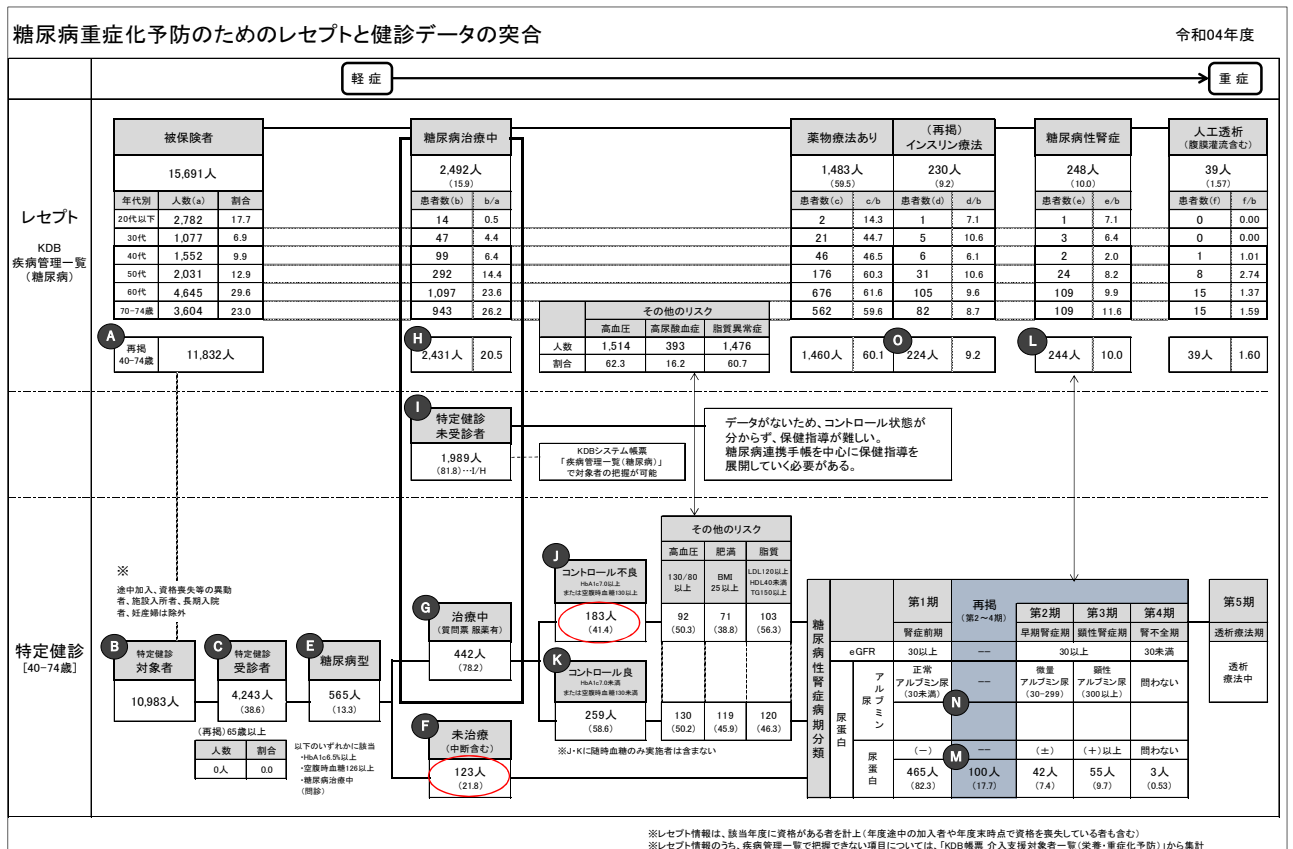
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

- ・Ⅰの中から、過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者、治療中断者を把握→管理台帳、Focus
- ・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 58 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



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

糖尿病性腎臓病の発症・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、腎臓病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。本市においては、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ます。(図表 59)

図表 59 南島原市保健指導教材(糖尿病・重症化)

糖尿病・重症化	
1 重症化-10 糖尿病のタイプ	36 重症化-22 血圧を下げる薬と作用
2 糖-2 検査値を記録してみよう	37 重症化-7-① 糖尿病による網膜症
3 重症化-4 HbA1cと体重の変化	38 重症化-7-② 眼(網膜症) ～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～
4 重症化-5 HbA1cとGFRの変化 ※南島原市版	39 重症化-7-④ 糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～
5 重症化-6 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？	40 糖-25 まさか！足切断？糖尿病の足病変はこんな些細なことからはじまる(写真)
6 重症化-1 ヘモグロビンA1cとは	41 糖-26 できるだけ早く見つけて、手当てをしたい「皮膚症状」
7 糖-5 インスリン分泌をみる検査は	42 糖-28 重症化すると足を切断しなければならぬ…閉塞性動脈硬化症とは？
8 重症化-13 私はどのパターン？(抵抗性)	43 糖-29 閉塞性動脈硬化症の予防法
9 糖-19 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	44 糖-30 脳(神経細胞)を守る
10 重症化-11 インスリンの仕事	45 重症化-23 薬を1回飲んだらやめられないけど聞くけど？
11 糖-9 糖(炭水化物)が入ってきた時のインスリンの仕事	46 重症化-24 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択
12 重症化-12 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします	47 糖-16 糖の流れと薬のメカニズム
13 新糖5 インスリンと食品 ※南島原市版	48 重症化-25 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
14 糖-6(1) 糖尿病の診断基準	49 重症化-26 ビグアナイド薬とは
15 糖-6(2) 糖尿病は 早期診断が予後に大きく影響します	50 重症化-27 チアソリジン薬とは
16 重症化-2 糖尿病の治療の進め方 ※南島原市版	51 重症化-28 SGLT2 阻害薬とは
17 重症化-2-① コントロール目標は?(成人・高齢者の目標) ※南島原市版	52 糖-17 インスリン注射？飲み薬では駄目なの？
18 C-6 私の血糖が上がる原因は何だろう？	53 C-10 血糖値は常に一定の量に調整されています。
19 重症化-14 なぜ体重を減らすのか	54 糖-32 低血糖症状
20 重症化-7 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょか？	55 糖-31 シックデイに注意！！～普段の血糖コントロールがよくても起こります
21 重症化-9 糖尿病とはどういった病気なのでしょうか？	56 糖-33 胃切除術を受けた方へ こういう症状はありませんか？(食)
22 重症化-9③ 血液中に流れている物質とくっつくとうなるのか	57 新糖11 いも類の糖質・食物繊維とビタミン
23 重症化-9④ 糖毒性による各臓器への影響	58 新糖12 野菜の炭水化物量・食物繊維とビタミン等
24 糖-10 血液の中に糖が多いと なぜ困るのでしょうか？	59 新糖13 甘いパンの砂糖の量
25 糖-11 「症状がないから大丈夫!!」と思いませんか？	60 新糖14 洋菓子の砂糖の量
26 C-11 高血糖になると影響を受ける臓器はどこか？	61 新糖15 和菓子の砂糖の量
27 重症化-15 自分の腎機能の位置と腎の構造	62 新糖16 おなかがすいたとき、おやつに果物やイモはどうですか
28 重症化-16 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？	63 新糖17 吸収の早い糖をカットした甘いおやつ
29 重症化-17 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？	64 食糖-4 飲み物からとる糖の目安をつけます
30 重症化-18 腎臓は	65 食糖-6 美味しくするために加える物の中身
31 糖-23 なぜ、過剰な過になるの？	66 食表-4 私の食べ方はインスリン量を増やしている？
32 重症化-21 血糖値で変化する腎機能の低下速度	67 新糖-5 インスリンの仕事量を減らす食べ方
33 重症化-19(A) なぜ血圧を130/80にするのでしょうか	68 糖-15 糖尿病治療とは「薬を飲むこと」だと思いませんか？
34 重症化-19(B) 糖尿病では、血圧のコントロールが腎臓を守ります。	
35 重症化-20 血圧値で変化する腎機能の低下速度	

(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(±)の者へは、再検査

等を勧奨します。また、医療機関でのアルブミン尿に関する検査の実施について、医療機関と連携していきます。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、健診機関が発行した紹介状等を使用します。また、長崎県作成の「CKD 病診連携基準」も活用し、かかりつけ医への紹介やかかりつけ医から専門医への紹介をします。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては長崎県及び南島原市のプログラムに準じ行っていきます。

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、医療・介護などの関係機関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回行うものとします。その際は市健康管理システム及びKDB等の情報を活用します。

①医療機関受診勧奨者に対する評価

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

②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1c の変化
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

また、中長期的評価においては、図表 60 糖尿病性腎臓病重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

図表 60 糖尿病性腎臓病重症化予防の取組評価

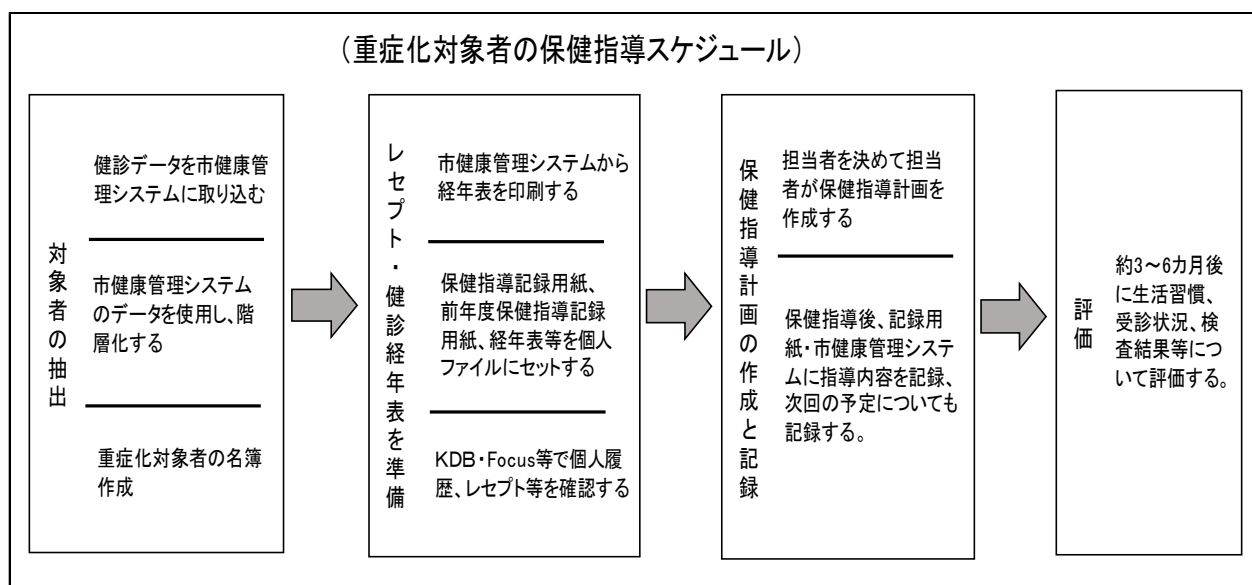
項目		突出表	南島市										同規模保険者(平均)		データ基	
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	17,371人		16,738人		16,185人		15,848人		15,128人				KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		12,915人		12,507人		12,231人		12,101人		11,685人					
2	① 対象者数	B	11,825人		11,415人		11,318人		10,936人		10,298人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書	
	② 特定健診 受診者数	C	5,456人		5,170人		4,115人		4,140人		4,120人					
	③ 受診率		46.1%		45.3%		36.4%		37.9%		40.0%					
3	① 特定 保健指導 対象者数		581人		547人		401人		391人		362人					
	② 実施率		65.7%		65.4%		64.6%		64.2%		67.4%					
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	685人	12.4%	663人	12.6%	575人	13.8%	513人	12.2%	565人	13.3%			特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	194人	28.3%	175人	26.4%	138人	24.0%	121人	23.6%	123人	21.8%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	491人	71.7%	488人	73.6%	437人	76.0%	392人	76.4%	442人	78.2%			
		④ コントロール不良 HbA1c 6.5以上または空腹時血糖130以上	J	198人 40.3%		180人 36.9%		173人 39.6%		159人 40.6%		183人 41.4%				
		⑤ 血圧 130/80以上		106人 53.5%		78人 43.3%		100人 57.8%		92人 57.9%		92人 50.3%				
		⑥ 肥満 BMI25以上		81人 40.9%		78人 43.3%		70人 40.5%		73人 45.9%		71人 38.8%				
		⑦ コントロール良 HbA1c 6未満かつ空腹時血糖130未満	K	293人 59.7%		308人 63.1%		264人 60.4%		233人 59.4%		259人 58.6%				
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	488人 71.2%		506人 76.3%		479人 83.3%		418人 81.5%		465人 82.3%				
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		93人 13.6%		89人 13.4%		40人 7.0%		44人 8.6%		42人 7.4%				
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		69人 10.1%		61人 9.2%		50人 8.7%		48人 9.4%		55人 9.7%				
		⑪ 第4期 eGFR30未満		5人 0.7%		6人 0.9%		5人 0.9%		3人 0.6%		3人 0.5%				
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)	99.6人		99.8人		94.6人		100.5人		102.3人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2 KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病) KDB_厚生労働省様式 様式3-2 FocusV3 KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)	132.2人		131.4人		123.0人		129.2人		130.2人					
		③ レセプト件数 (40-74歳) ()内は医療費千対	9,556件 (765.6)		9,443件 (776.6)		9,414件 (782.9)		9,622件 (825.4)		9,418件 (850.0)		1,557,522件 (951.6)			
		④ 入院外(件数)	100件 (8.0)		100件 (8.2)		97件 (8.1)		83件 (7.1)		68件 (6.1)		7,406件 (4.5)			
		⑤ 糖尿病治療中	H	1,730人 10.0%		1,671人 10.0%		1,531人 9.5%		1,593人 10.1%		1,548人 10.2%				
		⑥ (再掲)40-74歳		1,707人 13.2%		1,643人 13.1%		1,505人 12.3%		1,564人 12.9%		1,521人 13.0%				
		⑦ 健診未受診者	I	1,216人 71.2%		1,152人 70.1%		1,068人 71.0%		1,172人 74.9%		1,079人 70.9%				
		⑧ インスリン治療	O	140人 8.1%		143人 8.6%		131人 8.6%		138人 8.7%		137人 8.9%				
		⑨ (再掲)40-74歳		137人 8.0%		140人 8.5%		128人 8.5%		133人 8.5%		133人 8.7%				
		⑩ 糖尿病性腎症	L	156人 9.0%		173人 10.4%		166人 10.8%		166人 10.4%		183人 11.8%				
		⑪ (再掲)40-74歳		154人 9.0%		169人 10.3%		164人 10.9%		164人 10.5%		183人 12.0%				
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		41人 2.4%		39人 2.3%		32人 2.1%		33人 2.1%		30人 1.9%				
		⑬ (再掲)40-74歳	41人 2.4%		39人 2.4%		32人 2.1%		33人 2.1%		30人 2.0%					
		⑭ 新規透析患者数	6人 0.3%		3人 0.2%		3人 0.2%		5人 0.3%		4人 0.3%					
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症	3人 0.2%		1人 0.1%		0人 0.0%		1人 0.1%		3人 0.2%					
⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	14人 0.7%		12人 0.6%		20人 1.0%		21人 1.1%		19人 0.9%							
6	医療費	① 総医療費	61億1405万円		59億6920万円		57億8261万円		59億3332万円		55億8722万円		28億4626万円		KDB 健診・医療・介護データか らみられる地域の健康課題	
		② 生活習慣病総医療費	32億4799万円		32億2566万円		31億2791万円		31億5918万円		28億8202万円		15億3700万円			
		③ (総医療費に占める割合)	53.1%		54.0%		54.1%		53.2%		51.6%		54.0%			
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	7,219円		6,832円		4,775円		5,381円		4,696円		7,237円			
		⑤ 健診未受診者	35,664円		38,065円		40,837円		40,144円		36,706円		38,862円			
		⑥ 糖尿病医療費	2億8287万円		2億7745万円		2億8036万円		2億7927万円		2億6401万円		1億6596万円			
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	8.7%		8.6%		9.0%		8.8%		9.2%		10.8%			
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	8億8244万円		9億1385万円		8億6707万円		9億3618万円		8億5919万円					
		⑨ 1件あたり	38,496円		41,046円		40,614円		43,318円		41,757円					
		⑩ 糖尿病入院総医療費	6億8261万円		6億8407万円		6億8474万円		6億6535万円		6億1281万円					
		⑪ 1件あたり	542,614円		549,892円		576,865円		558,177円		583,077円					
		⑫ 在院日数	18日		19日		18日		18日		18日					
		⑬ 慢性腎不全医療費	3億8287万円		3億2664万円		2億8607万円		3億0007万円		2億9739万円		1億2396万円			
		⑭ 透析有り	3億6949万円		3億1515万円		2億7159万円		2億8466万円		2億8065万円		1億1532万円			
		⑮ 透析なし	1338万円		1149万円		1448万円		1541万円		1674万円		863万円			
7	介護	① 介護給付費	61億4912万円		62億0804万円		62億3763万円		61億4508万円		59億9276万円		34億9905万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症	7件 14.3%		5件 11.6%		7件 15.9%		7件 17.9%		8件 20.5%					
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	4人 0.5%		4人 0.5%		7人 0.9%		6人 0.8%		2人 0.3%		2,819人 1.0%		KDB_健診・医療・介護データ からみられる地域の健康課題	

出典:ヘルスサポートラボツール

7) 実施期間及びスケジュール

- 4月 前年度の健診結果が、市健康管理システムにすべて登録
- 7月～ 糖尿病管理台帳及び年次計画表を作成して、対象者を抽出
レセプトと健診データを突合させ、糖尿病重症化予防のための対象者を明確化
- 8月～ 糖尿病治療中断者、健診未受診者は対象者が確定し、順次、対象者へ介入（通年）
ハイリスク者及び医療機関未受診者は、当該年度の健診結果が届き次第、名簿を作成し、順次、対象者へ介入（通年）
※初回介入時期により、当該年度内に評価できない場合には、翌年度に評価する。

図表 61 重症化予防対象者の保健指導スケジュール



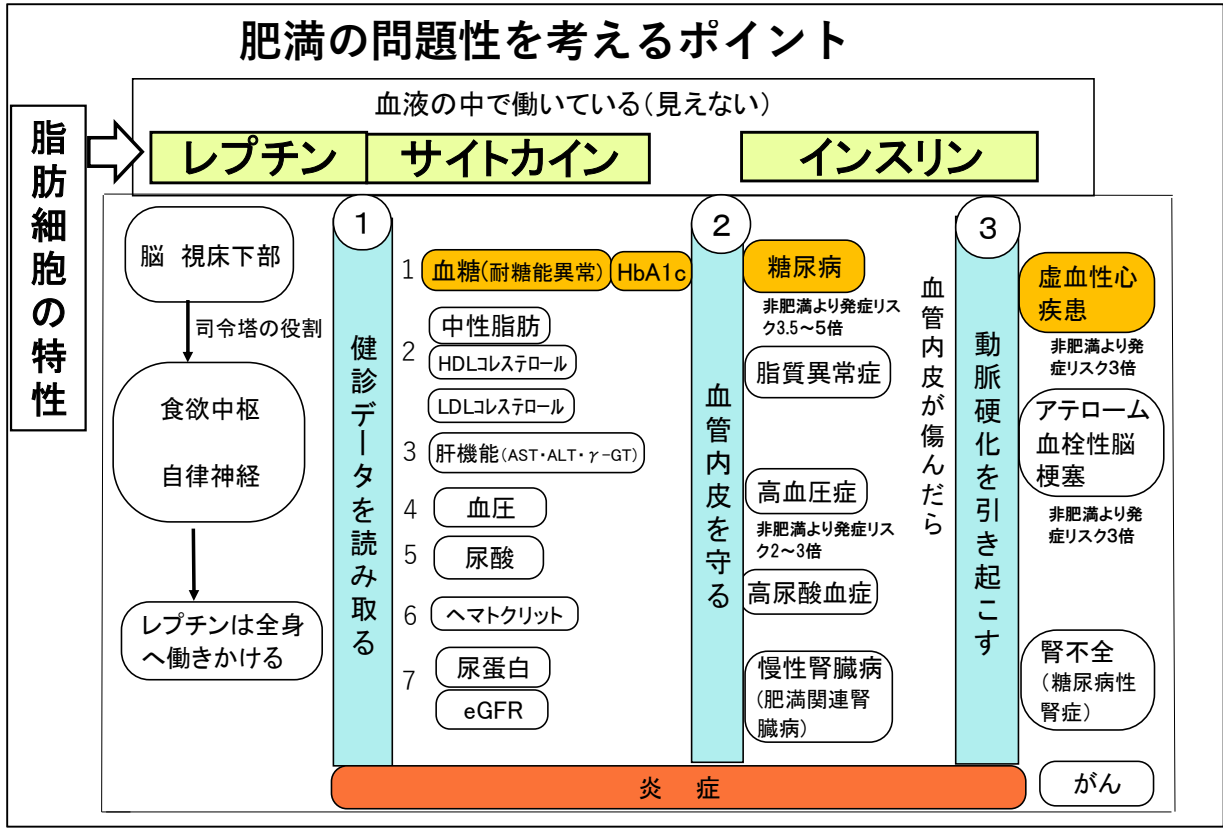
2 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームの定義と診断基準において、「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る。」
「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。」と明記されています。

なお、取組みにあたっては図表 62 に基づいて考えていきます。

図表 62 肥満の問題性を考えるポイント



2) 対象者の明確化

「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Ⅲ度・Ⅳ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。」と明記されています。

本市の健診の結果から BMI25 以上の割合を見てみると、男性の方が女性よりも割合が高く、さらに、40 から 64 歳までの若い年代が多くなっています。(図表 63)

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、男性で 50 代から受診者の 2~3 割を超えています。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。(図表 64) また、メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況は、男女とも半数以上が治療中ですが、3 疾患を治療していてもメタボリックシンドローム該当者は増加していることから、3 疾患の治療だけではメタボリックシンドロームを解決できないことがわかります。(図表 65)

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ことから、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。

図表 63 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	1,412	2,831	437	766	362	686	60	70	11	10	4	0	
			30.9%	27.1%	25.6%	24.2%	4.2%	2.5%	0.8%	0.4%	0.3%	0.0%	
再掲	男性	669	1,222	254	385	211	357	32	26	9	2	2	0
				38.0%	31.5%	31.5%	29.2%	4.8%	2.1%	1.3%	0.2%	0.3%	0.0%
再掲	女性	743	1,609	183	381	151	329	28	44	2	8	2	0
				24.6%	23.7%	20.3%	20.4%	3.8%	2.7%	0.3%	0.5%	0.3%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 64 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	1,891	171	245	727	748	2,352	144	243	1,032	933	
メタボ該当者	B	570	28	62	232	248	241	5	14	108	114	
	B/A	30.1%	16.4%	25.3%	31.9%	33.2%	10.2%	3.5%	5.8%	10.5%	12.2%	
再掲	① 3項目全て	C	165	3	14	61	87	63	1	4	23	35
		C/B	28.9%	10.7%	22.6%	26.3%	35.1%	26.1%	20.0%	28.6%	21.3%	30.7%
	② 血糖＋血圧	D	94	0	12	46	36	35	0	1	21	13
		D/B	16.5%	0.0%	19.4%	19.8%	14.5%	14.5%	0.0%	7.1%	19.4%	11.4%
③ 血圧＋脂質	E	279	18	32	114	115	133	1	7	60	65	
	E/B	48.9%	64.3%	51.6%	49.1%	46.4%	55.2%	20.0%	50.0%	55.6%	57.0%	
④ 血糖＋脂質	F	32	7	4	11	10	10	3	2	4	1	
	F/B	5.6%	25.0%	6.5%	4.7%	4.0%	4.1%	60.0%	14.3%	3.7%	0.9%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 65 メタボリックシンドローム該当者の治療状況

	受診者	男性						女性						
		メタボ該当者		3疾患治療の有無				メタボ該当者		3疾患治療の有無				
		人数	割合	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし			
総数	1,891	570	30.1%	480	84.2%	90	15.8%	2,352	241	10.2%	226	93.8%	15	6.2%
40代	171	28	16.4%	17	60.7%	11	39.3%	144	5	3.5%	2	40.0%	3	60.0%
50代	245	62	25.3%	46	74.2%	16	25.8%	243	14	5.8%	12	85.7%	2	14.3%
60代	727	232	31.9%	188	81.0%	44	19.0%	1,032	108	10.5%	102	94.4%	6	5.6%
70～74歳	748	248	33.2%	229	92.3%	19	7.7%	933	114	12.2%	110	96.5%	4	3.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ①メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上

の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。

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

③特定保健指導対象者の保健指導（食事指導）を行います。

（２）対象者の管理

対象者の進捗管理は市健康管理システムおよび特定保健指導対象者名簿で管理します。

３）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ます。

図表 66 南島原市保健指導教材(基本・メタボリックシンドローム)

基本	メタボリックシンドローム
1 基本-1 私の家族歴・病気歴	1 メタボ-1 メタボリックシンドロームの構造図
2 基本-2 健診経年結果一覧 ※南島原市版	1-1 脂肪細胞ってね②
3 基本-3 健診検査項目の保健指導判定値及び受診勧奨判定値	1-2 脂肪細胞ってね①
4 基本-4 健診結果と生活との関連の読み取り	2 肥満3 脂肪がたまる場所
5 基本-〇 特定保健指導とは？ ※南島原市版	3 肥満5 異所性脂肪 心臓
6 A-11 検査項目の読み取り	4 肥満6 -3%、-5%の体重になった時のデータの変化
(食)	5 メタボ-2 メタボリックシンドロームと動脈硬化
7 基礎編4 住民が日常生活の中で必要な食品を考えられる方法(長野県方式)	6 メタボ-3 血管の状態
8 基礎編5① 体が生きるために必要な栄養素の量があります	7 メタボ-4 脂肪細胞のなかみってなんだろう？
9 基礎編5② 食品の特徴ごとに大きく4つのグループに分けました	8 メタボ-5 内臓脂肪と皮下脂肪の違い
10 基礎編6 健診データと食品と栄養素	9 B-15 脂肪細胞から分泌される物質とその働き
11 基礎編8 目標体重で私の食事量を計算してみよう	10 B-2 高インスリン状態は何を引き起こすのでしょうか
12 基礎編9 健診データで1日の食品の種類と目安の量を決めます	11 メタボ-8 75グラム糖負荷試験結果
13 1日の食品基準量の目安(イラスト) ※南島原市版	12 メタボ-9 私はどのパターン？
14 基礎編10① 総エネルギー早見表(男性)	13 メタボ-10 体重変化とインスリン量の変化
15 基礎編10② ごはんと油の早見表(男性)	14 メタボ-12 脂肪肝(写真)
16 基礎編11① 総エネルギー早見表(女性)	15 メタボ-16 私の食べ方と飲み方は 肝臓の仕事を増やしていませんか
17 基礎編11② ごはんと油の早見表(女性)	16 メタボ-17 アルコールとからだ
18 基礎編12 ごはんとその他の穀類の目安(私の穀物の量)	17 メタボ-20 眼底検査
19 食-9 主食と違って食べている穀類の目安のつけ方	18 B-9 頸動脈超音波検査
20 基礎編13② シリアル栄養素を見てみました	19 B-10 頸動脈超音波検査
21 基礎編15 アルコールの種類とアルコールと糖の量	20 血管内皮1 血管内皮を傷めるリスクは何だろう
22 食基本-9① 私の飲んでいるアルコール量は？早見表	21 血管内皮2 グリコカリックスの血管の中の動き
23 食基本-9② 私の飲んでいるアルコール量は？早見表	(食)
24 基礎編16 嗜好品を食べたい場合の量の目安と砂糖と脂質の量	22 血管内皮3 血管内皮細胞の材料
25 基礎編17 調味料の油の選択	23 血管内皮4 血管内皮を酸化ストレスから守る
26 基礎編18① 脂肪にも種類があります	24 血管内皮5 血管内皮を守る栄養素はどの食品にどの割合で含まれるか
27 選択1 食品の特色	25 血管内皮8 なぜ生活リズムが大事なのでしょう
28 1群1【1群】卵、乳・乳製品の特徴	26 食表4 生活リズムと体のリズム 私の食べ方は体のリズムに合っているでしょうか
29 1群2 牛乳・乳製品の特徴 ※南島原市版	27 肥満9 無理なく体重を減らすための早見表
30 2群1【2群】魚類の特徴	28 肥満10 食品とインスリン
31 2群2【2群】肉類の特徴	29 肥満11 脂肪は大事なエネルギー源です
32 2群3【2群】大豆・大豆製品の特徴	30 肥満12① 毎日の食事で食べている肉類の脂質とたんぱく質は？
33 3群1(食品の特徴) 野菜の仕事	31 肥満12② 毎日の食事で食べている魚類の脂質とたんぱく質は？ ※南島原市版
34 3群2(食品の選択) 野菜	32 肥満14 料理などでとれる油(脂質)量は？
35 3群3(食品の特徴) 野菜を食べなかったら、 何%栄養素が摂れないか ※南島原市版	33 肥満15 次の食事までおながすかない食べ方
36 3群4(食品の特徴) 野菜の組み合わせ	34 肥満16 1群から4群の食物繊維の目安 ※南島原市版
37 3群5(食品の特徴) 野菜と野菜ジュースの選択	35 肥満17 低カロリーでもお腹いっぱいになりたい時は？
38 4群1(食品の特徴) 油脂の特徴	36 肥満18 ジュースと野菜・果物を比較してみました
39 4群2(食品の選択) 種実類	37 野菜ジュース・サプリと野菜の違い(ベジノート)
40 調味料1 調味料等からとる糖・油・塩分量	
41 中食2 今、忙しい生活の方が多いため買ったものだけでそろえられます	
42 中食3 一日必要量を「おはこ」でそろえよう①	

(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、

動脈硬化の有無や進行の程度を見るための二次健診として 75g 糖負荷検査（高インスリン状態を見る検査）を実施します。

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

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、自覚症状や危険因子等を十分確認した上で考えていきます。

(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、「ST-T 異常は左室肥大、高血圧症、心筋虚血などの様々な心疾患でみられる。（標準 12 誘導心電図検診判定マニュアル(2023 年度版)：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会）ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

本市においては、心電図検査を 3,071 人(72.5%)に実施し、そのうち有所見者が 1,026 人(33.4%)でした。ST-T 変化が 76 人(7.4%)で、虚血の所見では一番多いことがわかります。(図表 67) また、有所見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 67 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	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	3,071	72.5%	1,026	33.4%	16	1.6%	76	7.4%	15	1.5%	71	6.9%	50	4.9%	162	15.8%	29	2.8%	124	12.1%
	男性	1,355	71.8%	530	39.1%	7	1.3%	33	6.2%	10	1.9%	42	7.9%	40	7.5%	100	18.9%	24	4.5%	65	12.3%
	女性	1,716	73.1%	496	28.9%	9	1.8%	43	8.7%	5	1.0%	29	5.8%	10	2.0%	62	12.5%	5	1.0%	59	11.9%

南島原市健康管理システム

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、心筋梗塞の60%は前駆症状がないことから、隠れ狭心症を想定して積極的に保健指導を行う必要があります。

本市の令和4年度の特定健康診査では、LDLコレステロールが180mg/dl以上の未治療者が5.3%いる状況から、まずは受診勧奨を行い、適切な治療につなげていく必要があります。(図表68) また、虚血性心疾患はメタボリックシンドロームやLDLコレステロールに関連することからも特定保健指導と併せて、高LDLコレステロール未治療者への保健指導を引き続き行う必要があります。

図表68 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設定							令和04年度				
動脈硬化性心血管疾患の予防から見たLDLコレステロール管理目標							(参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版				
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)											
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
		1,504	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
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)	194	118	47	23	6	13	50	132	76
			12.9%	15.5%	10.0%	12.0%	7.6%	4.8%	18.5%	48.7%	28.0%
	中リスク	140未満(170未満)	671	311	227	97	36	10	19	0	0
			44.6%	40.8%	48.2%	50.5%	45.6%	76.9%	38.0%	0.0%	0.0%
	高リスク	120未満(150未満)	537	277	164	66	30	1	18	83	31
		35.7%	36.4%	34.8%	34.4%	38.0%	7.7%	36.0%	62.9%	40.8%	
再掲	100未満(130未満) ※1	42	25	9	4	4	2	12	42	40	
		2.8%	3.3%	1.9%	2.1%	5.1%	15.4%	24.0%	31.8%	52.6%	
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)	102	56	33	6	7	1	1	3	3
		6.8%	7.3%	7.0%	3.1%	8.9%	7.7%	2.0%	2.3%	3.9%	
							0	1	7	5	
							0.0%	2.0%	5.3%	6.6%	

※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の検討も必要です。

図表 69 南島原市保健指導教材(心臓)

心臓	
1	○ 心臓を守るための構造図
2	○ 心電図
3	G-1 心臓 ～全身の細胞に血液を送り出すポンプ～
4	G-2 心電図の読み取り ～自分の心電図所見があらわす「脈」と血管を見る
5	心-3 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
6	心-4 虚血性心疾患は心臓細胞で虚血・壊死を起こす
7	心-5 心電図検査で「心房細動」が見つかった方に 知っておいて欲しいこと
8	G-6 心房細動といわれたあなたへ
9	心-6 ワーファリンを服用している人にビタミンKを含む食品に注意

(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)、脈波伝播速度 (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、台帳を作成し経過を把握します。

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導の検討も必要です。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、医療・介護などの関係機関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臓病・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

3月 対象者の選定基準の決定、対象者の概数の試算、介入方法、実施方法の決定

8月～ 特定健診結果が届き次第、対象者の抽出、心房細動管理台帳に記載

順次、対象者へ介入

(通年)

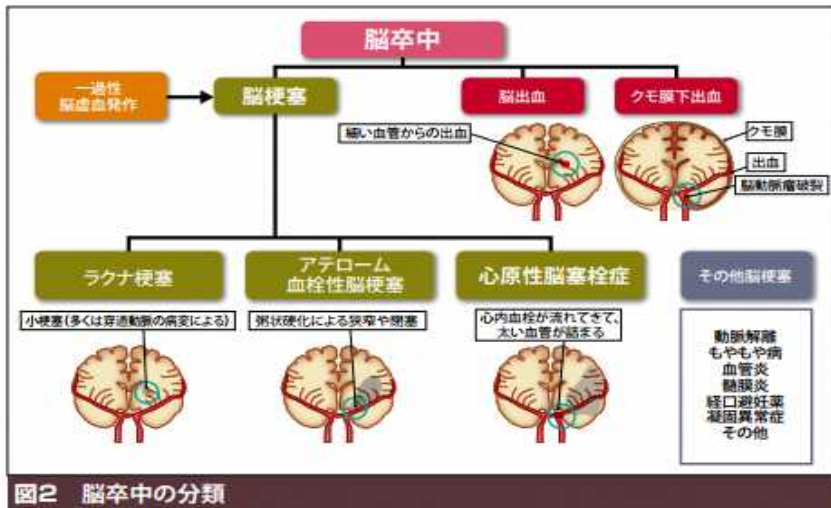
※初回介入時期により、当該年度内に評価できない場合には、翌年度に評価する。

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みにあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 70・71)

図表 70 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 71 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	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳塞栓症	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2) 対象者の明確化

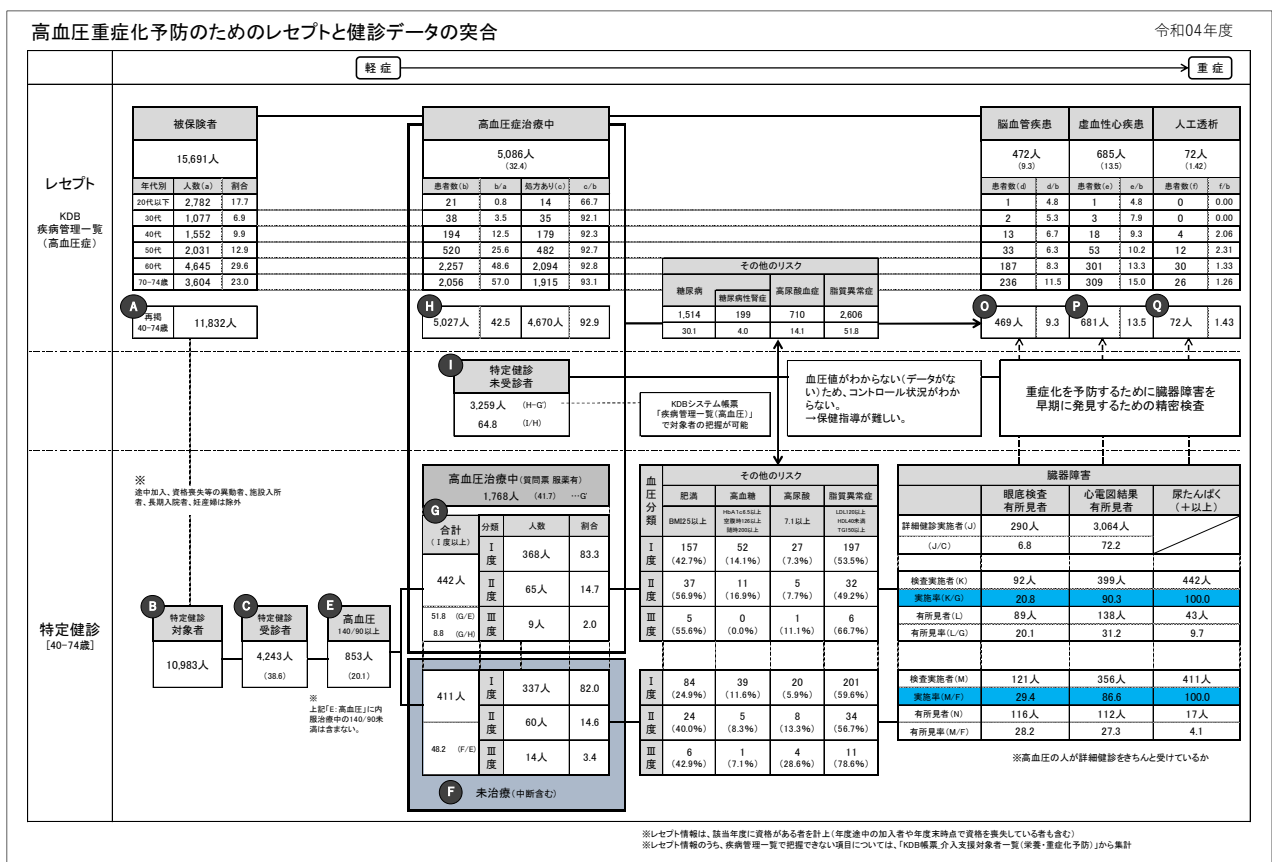
(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 72 でみると、高血圧治療者 5, 027 人 (H) のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 469 人 (9.3%・O) でした。健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 148 人 (3.5%・G・F) であり、そのうち 74 人 (50.0%・F) は未治療者です。

医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が74人(4.2%・G)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導の検討も必要です。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)の実施が、わずか290人(6.8%)です。眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっており、853人(20.1%・E)は眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査ができていません。今後、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 72 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すが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

図表 73 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

図表 73 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
p50 表3-2 診察室血圧に基づいた脳心血管リスク層別化
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)	人数	高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
			130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
		1,019	608	337	60	14
			59.7%	33.1%	5.9%	1.4%
リスク第1層 予後影響因子がない		73	C 57	B 14	B 2	A 0
			7.2%	9.4%	4.2%	3.3%
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		586	C 345	B 197	A 38	A 6
			57.5%	56.7%	58.5%	63.3%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある		360	B 206	A 126	A 20	A 8
			35.3%	33.9%	37.4%	33.3%

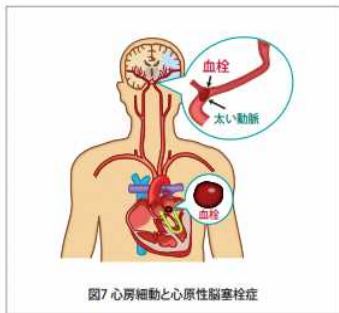
…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

区分	該当者数
A	198
B	419
C	402

※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、問診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

出典:ヘルスサポートラボツール

(3) 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、心房細動によって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 74 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 74 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				日循環学調査 (※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	1,891	2,352	1,351	71.4%	1,713	72.8%	24	1.8%	5	0.3%	--	--
40代	171	144	33	19.3%	13	9.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	245	243	43	17.6%	40	16.5%	1	2.3%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	727	1,032	535	73.6%	740	71.7%	3	0.6%	1	0.1%	1.9%	0.4%
70~74歳	748	933	740	98.9%	920	98.6%	20	2.7%	4	0.4%	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

心電図検査において 29 人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者 29 人のうち 26 人は既に治療が開始されていましたが、3 人はまだ治療につながっていません。(図表 75)

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の検討が必要です。

図表 75 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	%
29	3	10.3%	26	89.7%

ヘルスサポートツール

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検討も必要です。

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります、対象者へは二次健診として検討していく必要があります。

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

- ①形態学的検査法…頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)
- ②血管機能検査法…足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝播速度(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台帳を作成し経過を把握していきます。

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行います。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の検討も必要です。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、医療・介護などの関係機関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臓病・虚血性心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

3月 対象者の選定基準の決定、対象者の概数の試算、介入方法、実施方法の決定

8月～ 特定健診結果が届き次第、対象者の抽出、高血圧管理台帳の作成・心房細動管理台帳への記載。順次、対象者へ介入（通年）

※初回介入時期により、当該年度内に評価できない場合には、翌年度に評価する。

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

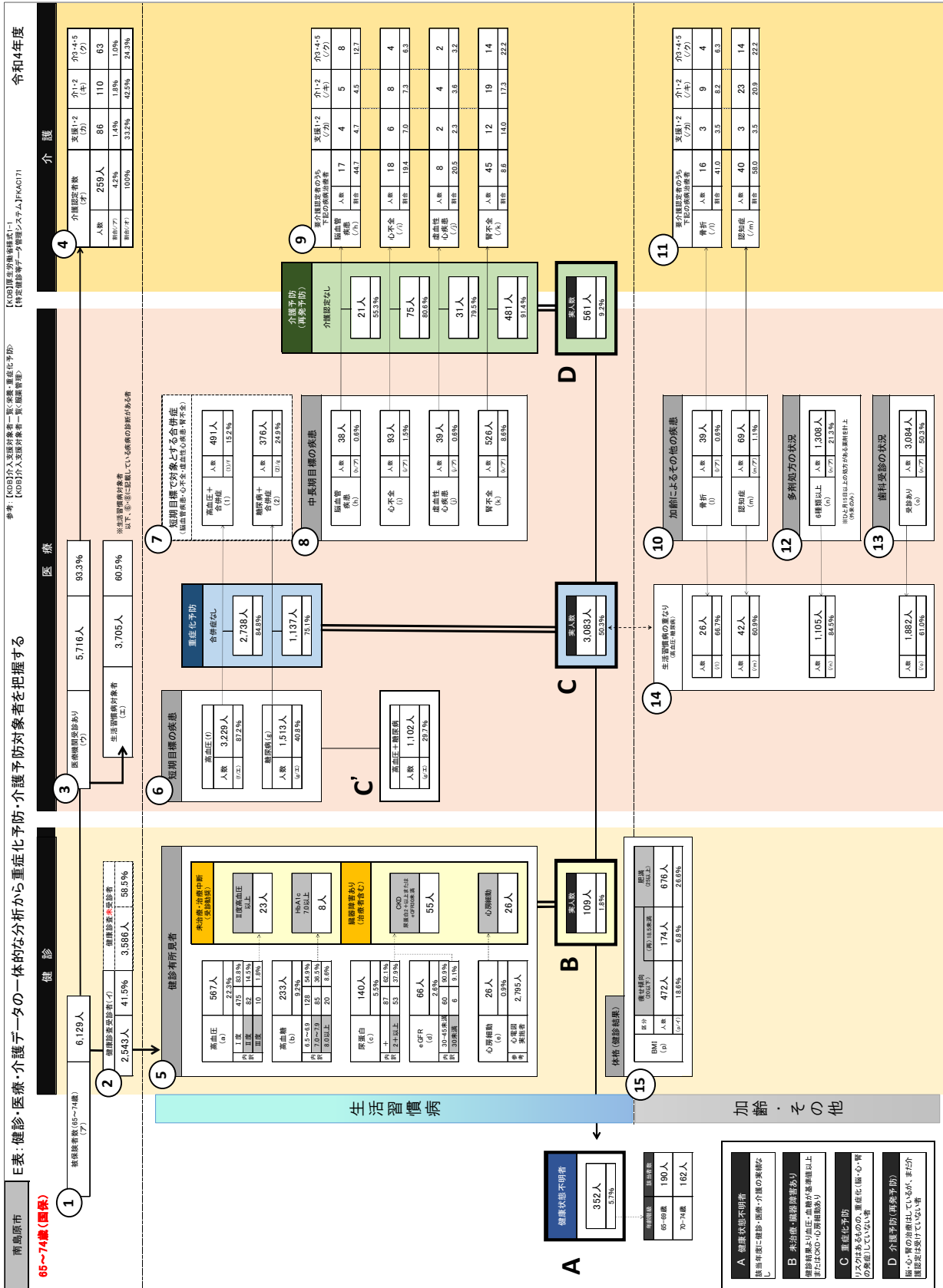
本市は、令和3年度より長崎県後期高齢者広域連合から、本市が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。具体的には、

①企画・調整等を担当する医療専門職（保健師）を配置

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

②地域を担当する医療専門職を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）を行います。75歳を過ぎても支援が途切れない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予防などの健康教育や健康相談を実施していきます。（ポピ

図表 76 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す。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防は重要です。小児の肥満は、こどもたちの心身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。また、妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病は低出生体重児や早産になるリスクを高めるだけでなく、母体の将来の高血圧、糖尿病などの生活習慣病発症にも関係するため、妊娠期において適切な関わりが必要です。

本市においては、健康増進法のもと「南島原市こころと体、口腔の健康づくり、食育推進計画（ひまわりプランⅣ）」を策定し、すべての市民に向けた健康づくりに関する取り組みを総合的に推進しています。データヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていくことが必要です。

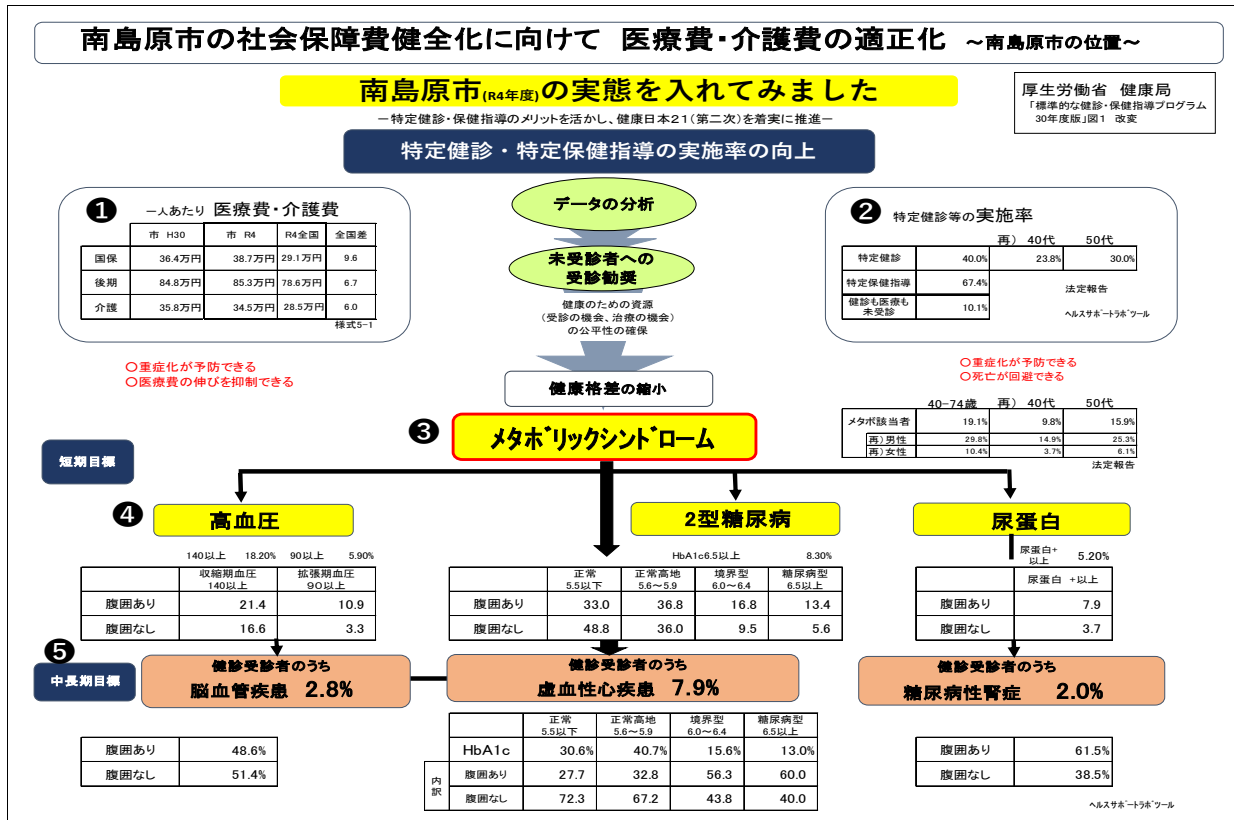
図表 77 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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

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 78、79)

図表 78 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 79 統計からみえる長崎の食

統計からみえる長崎の食
 ~ 食品ランキング(県庁所在市及び政令都市) 2020~2022年平均 総務省統計局 家計調査 ~
 (長崎市/53市・政令都市)

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
米	6位	牛乳	48位
他のパン(菓子パン等)	5位	乳製品	52位
さしみ盛合わせ	7位	葉野菜	48位
魚肉練製品(全体)	1位	にんじん	51位
キャベツ	2位	他のきのこ	50位
たまねぎ	11位	食塩	48位
かぼちゃ	3位	コーヒー・ココア	53位
みかん	1位	スポーツドリンク	52位
バナナ	7位		
しょうゆ	10位		
みそ	8位		
砂糖	5位		
まんじゅう	15位		
カステラ	1位		
キャンデー	12位		

第5章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の令和11年度においては、次期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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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、KDBシステムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

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紙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します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2 個人情報の取扱い

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

参考資料

- 参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた南島原市の位置
- 参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料 3 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価
- 参考資料 4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 7 HbA1c の年次比較
- 参考資料 8 血圧の年次比較
- 参考資料 9 LDL-C の年次比較

参考資料 1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた南島原市の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた南島原市の位置

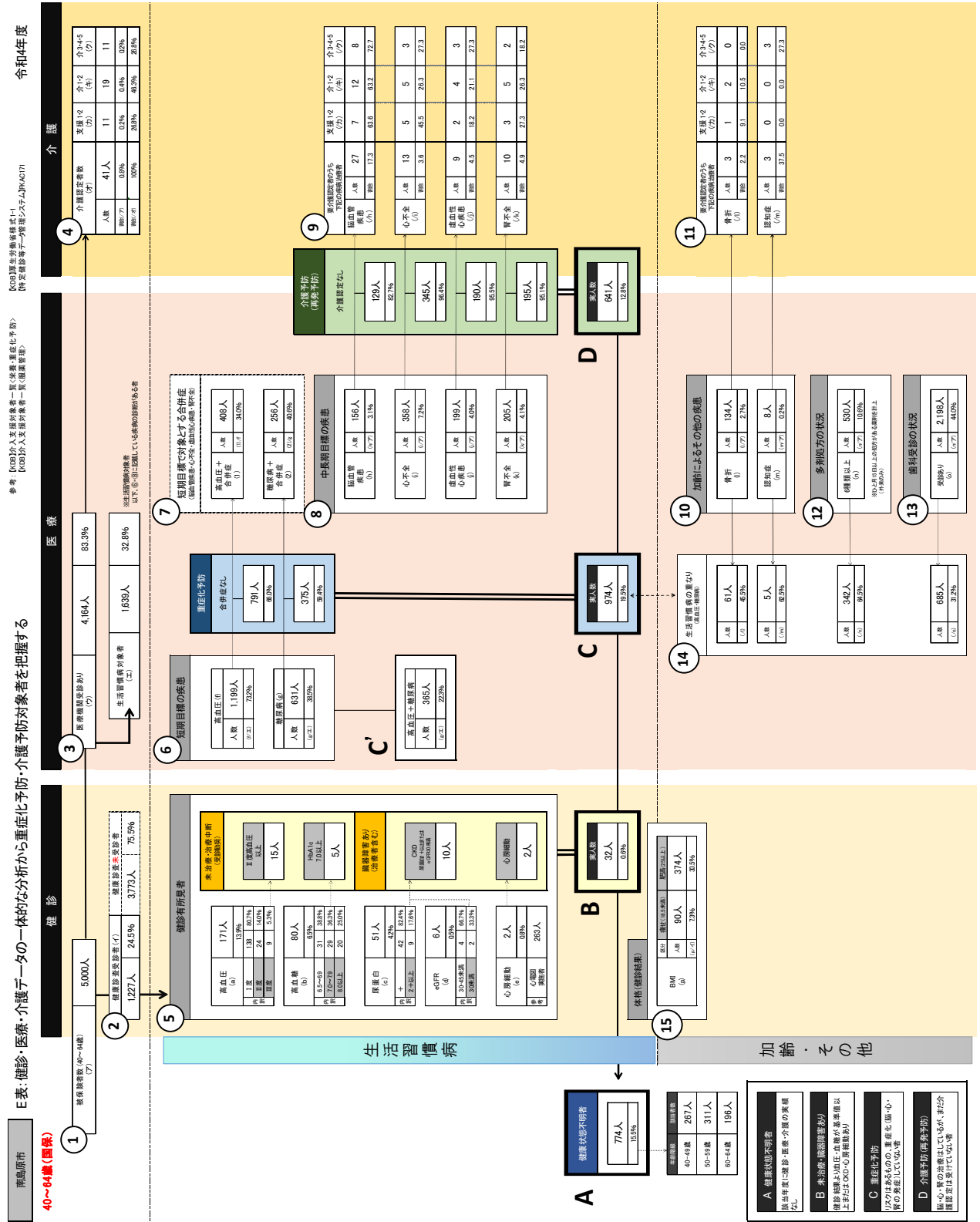
R04年度

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		42,313		9,014,657		1,300,733		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)		17,109 40.4		3,263,279 36.2		430,353 33.1		35,335,805 28.7			
		75歳以上		9,300 22.0		---		220,086 16.9		18,248,742 14.8			
		65~74歳		7,809 18.5		---		210,267 16.2		17,087,063 13.9			
		40~64歳		13,596 32.1		---		421,528 32.4		41,545,893 33.7			
	39歳以下		11,608 27.4		---		448,852 34.5		46,332,563 37.6				
	② 産業構成	第1次産業		23.9		10.7		7.7		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第2次産業		19.8		27.3		20.1		25.0			
		第3次産業		56.3		62.0		72.2		71.0			
	③ 平均寿命	男性		80.6		80.4		80.4		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		女性		86.9		86.9		87.0		87.0			
	④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		79.8		79.7		79.6		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		84.0		84.3		84.3		84.4					
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比(SMR)		103.3		103.4		103.3		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				男性		103.4		103.3		100			
				女性		101.4		100.1		100			
		死因	がん		183 46.9		34,996 47.8		4,804 50.8		378,272 50.6		
			心臓病		144 36.9		21,437 29.3		2,734 28.9		205,485 27.5		
			脳疾患		47 12.1		10,886 14.9		1,220 12.9		102,900 13.8		
			糖尿病		2 0.5		1,391 1.9		147 1.6		13,896 1.9		
			腎不全		11 2.8		2,819 3.9		376 4.0		26,946 3.6		
	自殺		3 0.8		1,654 2.3		183 1.9		20,171 2.7				
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		45 5.0		---		1,305 6.8		129,016 8.2		厚労省HP 人口動態調査	
		男性		30 6.9		---		853 9.2		84,891 10.6			
			女性		15 3.2		---		452 4.5		44,125 5.7		
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		3,799 22.3		619,810 19.1		87,519 20.5		6,724,030 19.4		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者		75 0.3		10,081 0.3		1,289 0.3		110,289 0.3			
		介護度別 総件数	要支援1,2		11,267 16.0		1,984,426 14.3		253,919 13.2		21,785,044 12.9		
			要介護1,2		36,587 51.9		6,527,659 47.0		975,333 50.8		78,107,378 46.3		
			要介護3以上		22,607 32.1		5,384,278 38.7		690,736 36.0		68,963,503 40.8		
	2号認定者		56 0.41		10,759 0.37		1,600 0.38		156,107 0.38				
	② 有病状況	糖尿病		862 21.8		154,694 23.8		24,954 27.2		1,712,613 24.3		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症		2,324 59.0		352,398 54.8		55,445 60.9		3,744,672 53.3			
		脂質異常症		1,467 36.8		203,112 31.2		32,599 35.4		2,308,216 32.6			
		心臓病		2,611 66.3		397,324 61.9		62,241 68.6		4,224,628 60.3			
		脳疾患		778 20.0		151,330 23.9		22,629 25.1		1,568,292 22.6			
		がん		532 13.2		74,764 11.4		13,112 14.2		837,410 11.8			
		筋・骨格		2,460 62.8		350,465 54.5		56,502 62.3		3,748,372 53.4			
		精神		1,371 35.7		246,296 38.6		39,483 43.6		2,569,149 36.8			
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		350,270 5,992,762.721		300,230 979,734,915.124		310,443 133,600,063.478		290,668 10,074,274,226.869		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		1件当たり給付費(全体)		85,051		70,503		69,584		59,662			
		居宅サービス		58,647		43,936		49,376		41,272			
		施設サービス		285,113		291,914		298,997		296,364			
医療費等		要介護認定別 医療費(40歳以上)		認定あり 8,188 認定なし 4,098		9,043 4,284		9,008 4,220		8,610 4,020			
4	① 国保の状況	被保険者数		14,450		2,020,054		313,943		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		65~74歳		6,090 42.1		---		146,116 46.5		11,129,271 40.5			
		40~64歳		4,990 34.5		---		97,783 31.1		9,088,015 33.1			
		39歳以下		3,370 23.3		---		70,044 22.3		7,271,596 26.5			
			加入率		34.2		22.4		24.1		22.3		
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		4 0.3		873 0.4		148 0.5		8,237 0.3		KDB_NO.5 被保険者の状況	
		診療所数		31 2.1		7,141 3.5		1,348 4.3		102,599 3.7			
		病床数		453 31.3		136,833 67.7		25,756 82.0		1,507,471 54.8			
		医師数		53 3.7		19,511 9.7		4,399 14.0		339,611 12.4			
		外来患者数		762.7		728.3		743.9		687.8			
		入院患者数		27.3		23.6		27.2		17.7			
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		386,659 県内17位 同規模162位		394,521		411,157		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		789.997		751.942		771.133		705.439			
		費用の割合		54.0		56.7		53.5		60.4			
件数の割合		96.5		96.9		96.5		97.5					
入院		費用の割合		46.0		43.3		46.5		39.6			
		件数の割合		3.5		3.1		3.5		2.5			
1件あたり在院日数		17.2日		17.1日		18.0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 最大医療資源圏別(調 査含む)	がん	763,837,780	26.5	31.3	29.3	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)	280,649,810	9.7	7.5	10.0	8.2						
			糖尿病	264,006,370	9.2	10.8	9.0	10.4						
			高血圧症	172,163,910	6.0	6.3	6.2	5.9						
			脂質異常症	97,077,800	3.4	3.8	3.1	4.1						
			脳梗塞・脳出血	94,136,360	3.3	3.9	3.7	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	92,333,300	3.2	2.6	2.6	2.8						
			精神 筋・骨格	469,064,960 621,173,110	16.3 21.6	16.2 16.7	17.8 17.5	14.7 16.7						
	⑤	医療費分析 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	445	0.2	380	0.2	446	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分 析(中分類)			
				糖尿病	1,718	1.0	1,531	0.9	1,531	0.8				
脂質異常症	249			0.1	89	0.1	118	0.1						
脳梗塞・脳出血	6,001			3.4	7,151	4.2	6,885	3.6						
虚血性心疾患	4,356			2.5	4,385	2.6	4,438	2.3						
腎不全	5,629			3.2	4,815	2.8	5,719	3.0						
⑤	医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療費に 占める割合	外来	高血圧症	11,470	5.5	13,011	5.8	13,145	6.0	KDB NO.43 疾病別医療費分 析(中分類)				
			糖尿病	17,028	8.2	22,014	9.8	18,810	8.5					
			脂質異常症	6,469	3.1	7,959	3.6	6,679	3.0					
			脳梗塞・脳出血	514	0.2	1,056	0.5	961	0.4					
			虚血性心疾患	2,453	1.2	1,975	0.9	2,017	0.9					
			腎不全	20,119	9.6	18,492	8.3	22,033	10.0					
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	1,712		2,592		2,096		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	13,382		13,920		13,290						
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	4,696		7,237		6,228						
			健診未受診者	36,706		38,862		39,484						
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,964	47.7	345,730	57.5	45,081	55.1	3,835,832	57.0	KDB NO.1 地域全体の把握			
		医療機関受診率	1,832	44.5	313,063	52.0	41,310	50.5	3,501,508	52.0				
		医療機関非受診率	132	3.2	32,667	5.4	3,771	4.6	334,324	5.0				
5	特定健診の 状況	メタボ 該当・予 備群 レベル	健診受診者	4,114		601,639		81,765		6,735,405		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 地域全体の把握		
			受診率	39.8	県内11位 同規模151位	40.4		34.5	全国34位	36.7				
			特定保健指導終了者(実施率)	75	20.7	15,566	22.8	1,770	21.7	91,478	11.5			
			非肥満高血糖	301	7.3	64,197	10.7	6,337	7.8	608,503	9.0			
			メタボ	該当者	782	19.0	127,981	21.3	17,575	21.5	1,366,220		20.3	
					男性	545	29.8	88,474	32.7	12,005	33.2		953,975	32.0
					女性	237	10.4	39,507	11.9	5,570	12.2		412,245	11.0
					予備群	456	11.1	65,260	10.8	9,891	12.1		756,692	11.2
			県内市町村数	男性	311	17.0	45,668	16.9	6,836	18.9	533,553		17.9	
					女性	145	6.3	19,592	5.9	3,055	6.7		223,139	5.9
			25市町村	総数	1,405	34.2	211,082	35.1	30,058	36.8	2,352,941		34.9	
					男性	974	53.3	146,298	54.0	20,568	56.9		1,646,925	55.3
			同規模市区町村数	女性	431	18.9	64,784	19.6	9,490	20.8	706,016		18.8	
					総数	231	5.6	31,765	5.3	3,960	4.8		316,378	4.7
			280市町村	男性	30	1.6	4,968	1.8	574	1.6	50,602		1.7	
					女性	201	8.8	26,797	8.1	3,386	7.4		265,776	7.1
			血糖のみ	25	0.6	4,020	0.7	427	0.5	43,022	0.6			
			血圧のみ	326	7.9	46,733	7.8	7,528	9.2	533,361	7.9			
			脂質のみ	105	2.6	14,507	2.4	1,936	2.4	180,309	2.7			
血糖・血圧	126	3.1	19,961	3.3	2,656	3.2	200,700	3.0						
血糖・脂質	39	0.9	6,610	1.1	683	0.8	69,468	1.0						
血圧・脂質	398	9.7	58,126	9.7	8,853	10.8	651,885	9.7						
血糖・血圧・脂質	219	5.3	43,284	7.2	5,383	6.6	444,167	6.6						
6	服薬 問診の状況	高血圧	1,719	41.8	235,433	39.1	35,622	43.6	2,401,322	35.7	KDB NO.1 地域全体の把握			
		糖尿病	426	10.4	59,612	9.9	7,738	9.5	582,344	8.6				
		脂質異常症	1,246	30.3	175,568	29.2	23,955	29.3	1,877,854	27.9				
		脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	146	3.6	19,102	3.3	3,013	3.7	205,223	3.1				
既往歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	318	7.7	34,697	5.9	5,591	6.9	361,423	5.5					
	腎不全	35	0.9	5,359	0.9	666	0.8	53,281	0.8					
	貧血	779	19.0	58,132	10.0	11,539	14.2	694,361	10.7					
	喫煙	510	12.4	77,562	12.9	10,745	13.1	927,614	13.8					
6	生活習慣の 状況	週3回以上朝食を抜く	346	8.4	44,667	7.9	8,154	10.1	633,871	10.3	KDB NO.1 地域全体の把握			
		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～)	561	13.7	85,374	15.0	10,858	13.4	964,244	15.7				
		週3回以上就寝前夕食	561	13.7	85,374	15.0	10,858	13.4	964,244	15.7				
		食べる速度が速い	1,128	27.5	152,554	26.8	22,285	27.5	1,640,770	26.8				
		20歳時体重から10kg以上増加	1,361	33.2	197,783	34.7	28,725	35.5	2,149,988	34.9				
		1回30分以上運動習慣なし	2,764	67.5	356,755	62.7	48,575	60.0	3,707,647	60.4				
		1日1時間以上運動なし	1,166	28.5	270,288	47.3	35,599	44.0	2,949,573	48.0				
		睡眠不足	909	22.2	142,775	25.0	19,085	23.6	1,569,769	25.6				
		毎日飲酒	912	22.2	147,614	25.4	19,802	24.4	1,639,941	25.5				
		時々飲酒	757	18.4	119,206	20.5	16,886	20.8	1,446,573	22.5				
		日 飲 酒 量	1合未満	924	53.4	236,347	62.8	40,235	68.4	2,944,274		64.2		
			1～2合	536	31.0	94,518	25.1	13,057	22.2	1,088,435		23.7		
2～3合	227		13.1	35,904	9.5	4,452	7.6	428,995	9.3					
3合以上	42		2.4	9,402	2.5	1,071	1.8	126,933	2.8					

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

①40～64歳(国保)

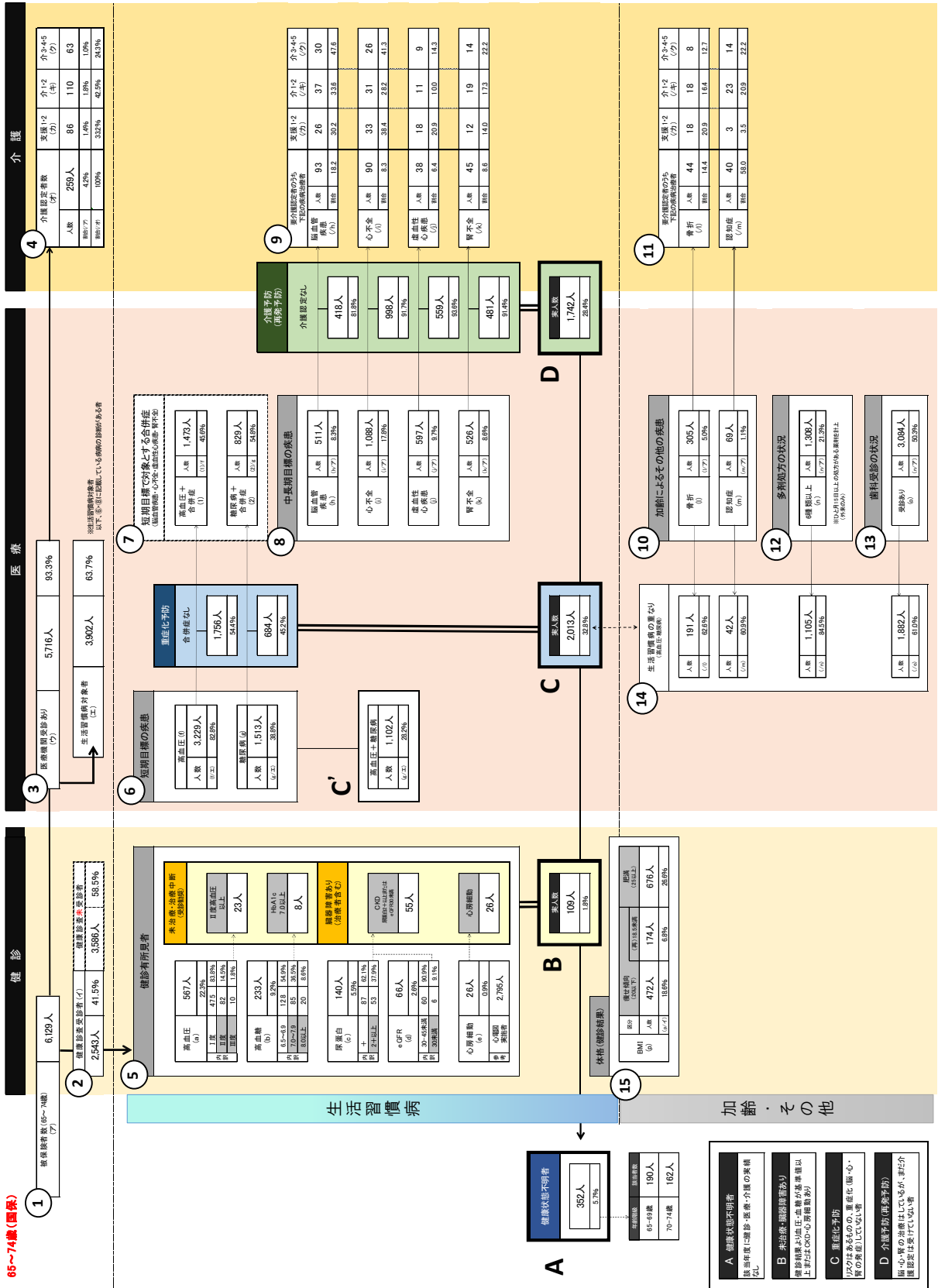


② 65～74 歳 (国保)

令和4年度

参考：(国保)加入者層を対象する一宮(学業・重産化予防) 【国保】厚生労働省健康づくり推進事業「特定高齢者層(国保)に対する健康づくり推進事業」

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



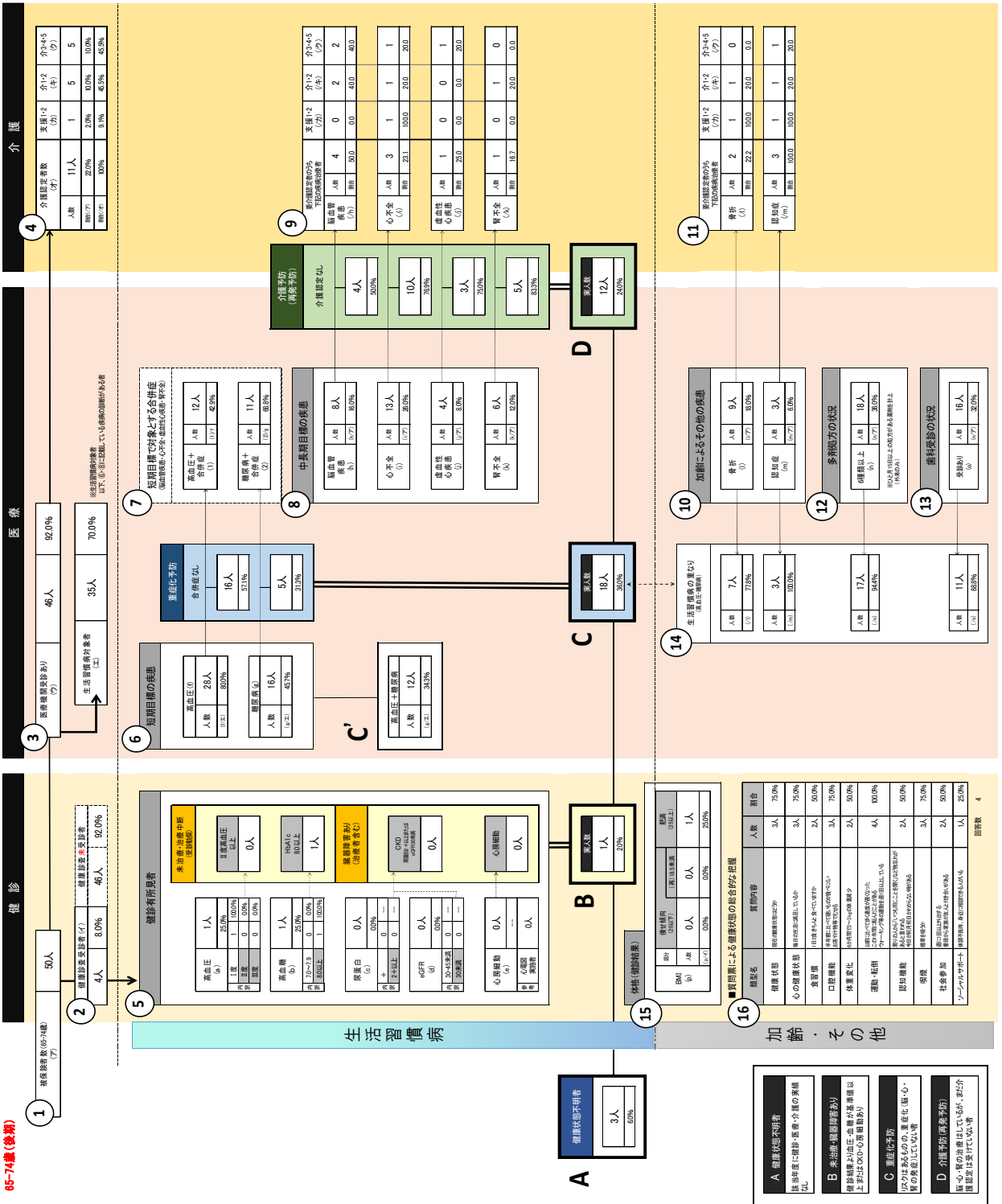
③ 65～74 歳（後期）

令和4年度

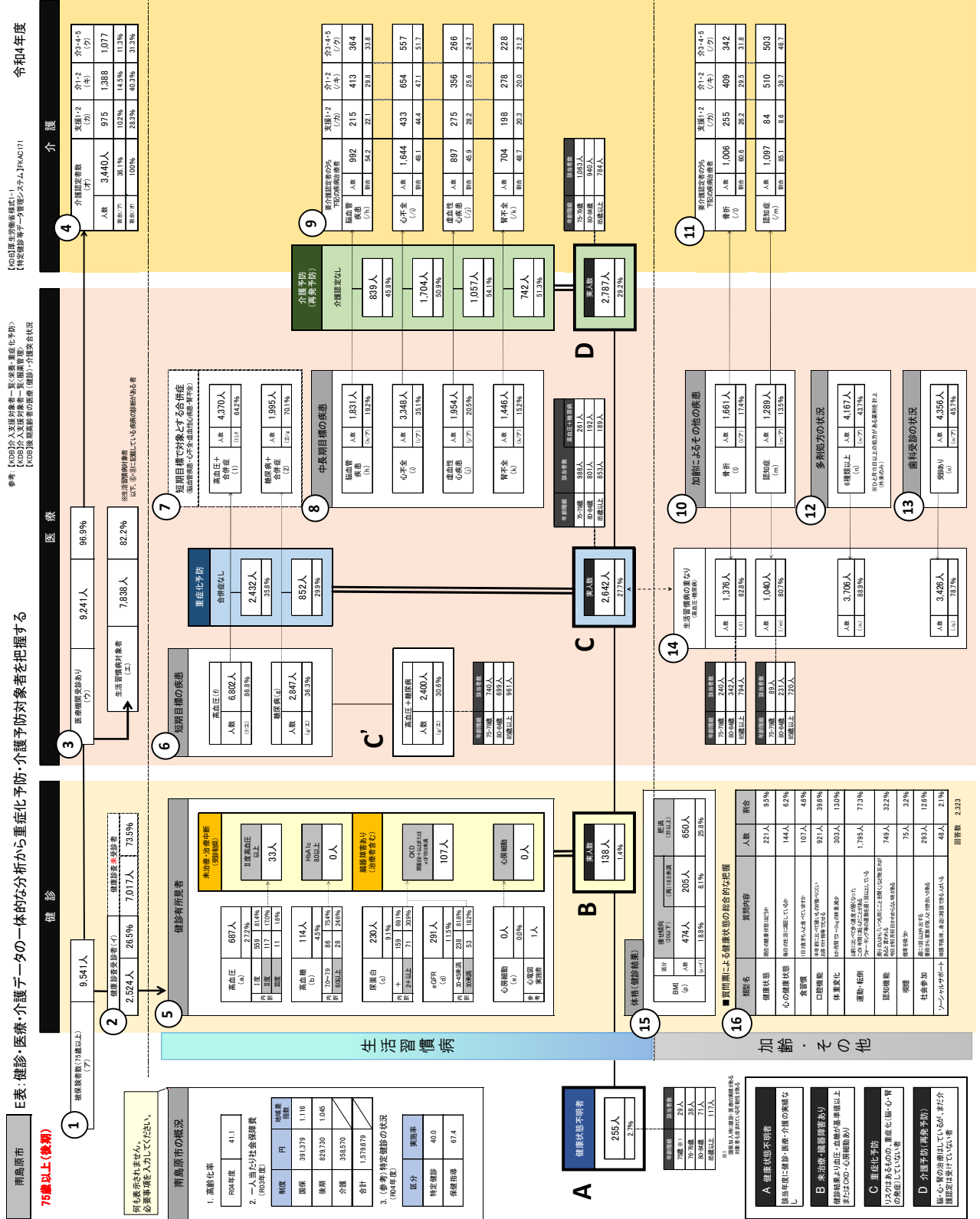
【65歳以上高齢者健康状況】
【特定高齢者予備管理システム（PRACTICE）】

参考：【65歳以上高齢者健康第一歩】健康意識向上プログラム
【65歳以上高齢者健康第一歩】健康意識向上プログラム
【65歳以上高齢者健康第一歩】健康意識向上プログラム

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



④75歳以上(後期)



参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

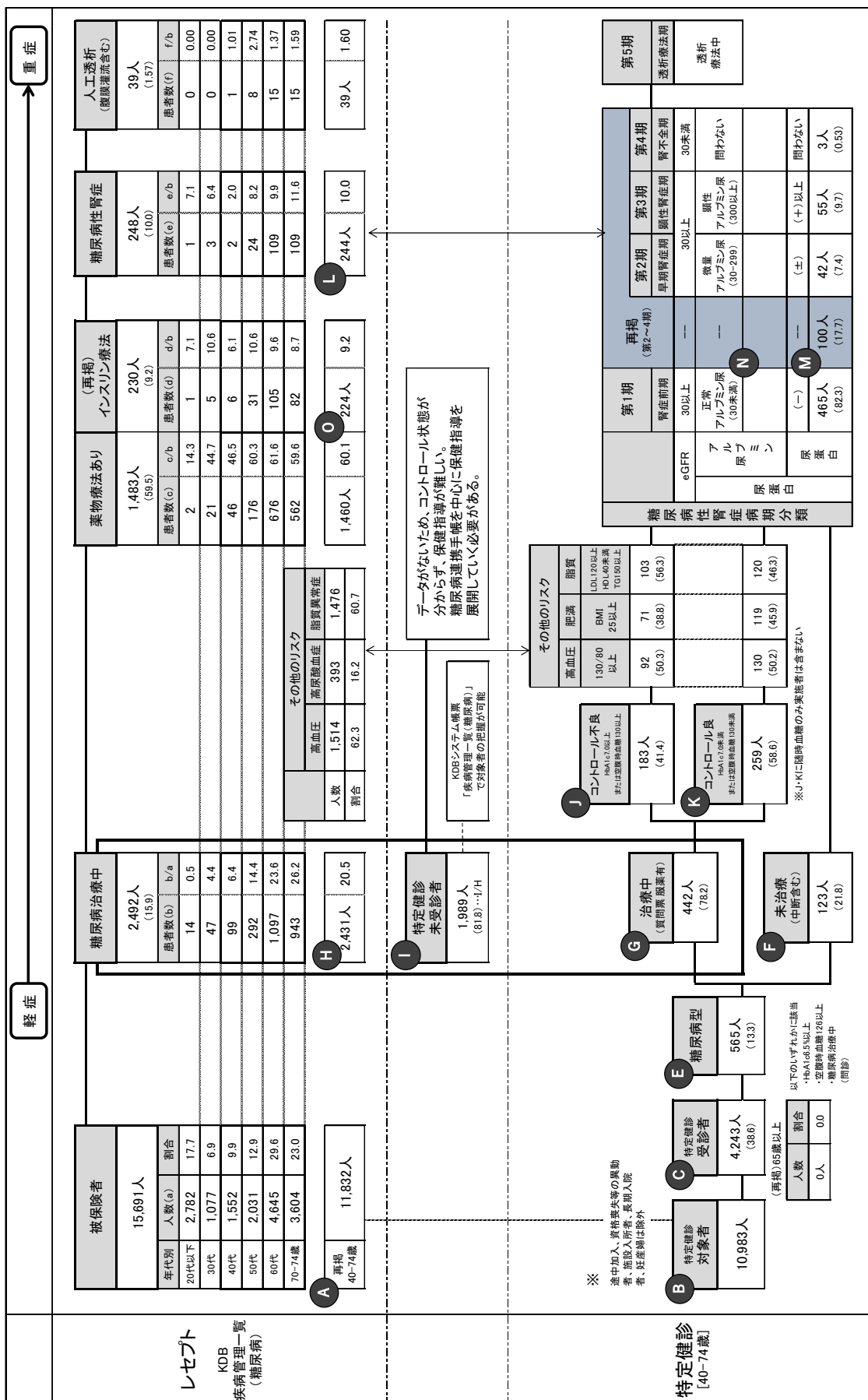
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	実合表	南島原市										同規模保険者(平均)		データ基	
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	17,371人		16,738人		16,185人		15,848人		15,128人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳	12,915人		12,507人		12,231人		12,101人		11,685人					
2	① 対象者数	11,825人		11,415人		11,318人		10,936人		10,298人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書	
	② 特定健診 受診者数	5,456人		5,170人		4,115人		4,140人		4,120人					
	③ 受診率	46.1%		45.3%		36.4%		37.9%		40.0%					
3	① 特定保健指導 対象者数	581人		547人		401人		391人		362人					
	② 実施率	65.7%		65.4%		64.4%		64.2%		67.4%					
4	健診データ	① 糖尿病型	E 685人 12.4%		663人 12.6%		575人 13.8%		513人 12.2%		565人 13.3%				特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F 194人 28.3%		175人 26.4%		138人 24.0%		121人 23.6%		123人 21.8%				
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G 491人 71.7%		488人 73.6%		437人 76.0%		392人 76.4%		442人 78.2%				
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J 198人 40.3%		180人 36.9%		173人 39.6%		159人 40.6%		183人 41.4%				
		⑤ 血圧 130/80以上	106人 53.5%		78人 43.3%		100人 57.8%		92人 57.9%		92人 50.3%				
		⑥ 肥満 BMI25以上	81人 40.9%		78人 43.3%		70人 40.5%		73人 45.9%		71人 38.8%				
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K 293人 59.7%		308人 63.1%		264人 60.4%		233人 59.4%		259人 58.6%				
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M 488人 71.2%		506人 76.3%		479人 83.3%		418人 81.5%		465人 82.3%				
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)	93人 13.6%		89人 13.4%		40人 7.0%		44人 8.6%		42人 7.4%				
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)	69人 10.1%		61人 9.2%		50人 8.7%		48人 9.4%		55人 9.7%				
		⑪ 第4期 eGFR30未満	5人 0.7%		6人 0.9%		5人 0.9%		3人 0.6%		3人 0.5%				
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)	99.6%		99.8%		94.6%		100.5%		102.3%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)	132.2人		131.4人		123.0人		129.2人		130.2人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1年内請求数対)	9,556件 (765.6)		9,443件 (776.6)		9,414件 (782.9)		9,622件 (825.4)		9,418件 (850.0)		1,557,522件 (951.6)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ 入院外(件数)	100件 (8.0)		100件 (8.2)		97件 (8.1)		83件 (7.1)		68件 (6.1)		7,406件 (4.5)		
		⑤ 糖尿病治療中	H 1,730人 10.0%		1,671人 10.0%		1,531人 9.5%		1,593人 10.1%		1,548人 10.2%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
		⑥ (再掲)40-74歳	1,707人 13.2%		1,643人 13.1%		1,505人 12.3%		1,564人 12.9%		1,521人 13.0%				
		⑦ 健診未受診者	I 1,216人 71.2%		1,152人 70.1%		1,068人 71.0%		1,172人 74.9%		1,079人 70.9%				
		⑧ インスリン治療	O 140人 8.1%		143人 8.6%		131人 8.6%		138人 8.7%		137人 8.9%				
		⑨ (再掲)40-74歳	137人 8.0%		140人 8.5%		128人 8.5%		133人 8.5%		133人 8.7%				
		⑩ 糖尿病性腎症	L 156人 9.0%		173人 10.4%		166人 10.8%		166人 10.4%		183人 11.8%				
		⑪ (再掲)40-74歳	154人 9.0%		169人 10.3%		164人 10.9%		164人 10.5%		183人 12.0%				
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	41人 2.4%		39人 2.3%		32人 2.1%		33人 2.1%		30人 1.9%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期
		⑬ (再掲)40-74歳	41人 2.4%		39人 2.4%		32人 2.1%		33人 2.1%		30人 2.0%				
		⑭ 新規透析患者数	6人 0.3%		3人 0.2%		3人 0.2%		5人 0.3%		4人 0.3%				
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症	3人 0.2%		1人 0.1%		0人 0.0%		1人 0.1%		3人 0.2%				
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	14人 0.7%		12人 0.6%		20人 1.0%		21人 1.1%		19人 0.9%				
6	医療費	① 総医療費	61億1405万円		59億6920万円		57億8261万円		59億3332万円		55億8722万円		28億4626万円		KDB 健診・医療・介護データか らみる地域の健康課題
		② 生活習慣病総医療費	32億4799万円		32億2566万円		31億2791万円		31億5918万円		28億8202万円		15億3700万円		
		③ (総医療費に占める割合)	53.1%		54.0%		54.1%		53.2%		51.6%		54.0%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	7,219円		6,832円		4,775円		5,381円		4,696円		7,237円		
		⑤ 健診未受診者	35,664円		38,065円		40,837円		40,144円		36,706円		38,862円		
		⑥ 糖尿病医療費	2億8287万円		2億7745万円		2億8036万円		2億7927万円		2億6401万円		1億6596万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	8.7%		8.6%		9.0%		8.8%		9.2%		10.8%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	8億8244万円		9億1385万円		8億6707万円		9億3618万円		8億5919万円				
		⑨ 1件あたり	38,496円		41,046円		40,614円		43,318円		41,757円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費	6億8261万円		6億8407万円		6億8474万円		6億6535万円		6億1281万円				
		⑪ 1件あたり	542,614円		549,892円		576,865円		558,177円		583,077円				
		⑫ 在院日数	18日		19日		18日		18日		18日				
		⑬ 慢性腎不全医療費	3億8287万円		3億2664万円		2億8607万円		3億0007万円		2億9739万円		1億2396万円		
		⑭ 透析有り	3億6949万円		3億1515万円		2億7159万円		2億8466万円		2億8065万円		1億1532万円		
		⑮ 透析なし	1338万円		1149万円		1448万円		1541万円		1674万円		863万円		
7	介護	① 介護給付費	61億4912万円		62億0804万円		62億3763万円		61億4508万円		59億9276万円		34億9905万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症	7件 14.3%		5件 11.6%		7件 15.9%		7件 17.9%		8件 20.5%				
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		4人 0.5%		4人 0.5%		7人 0.9%		6人 0.8%		2人 0.3%		KDB_健診・医療・介護データか らみる地域の健康課題	

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

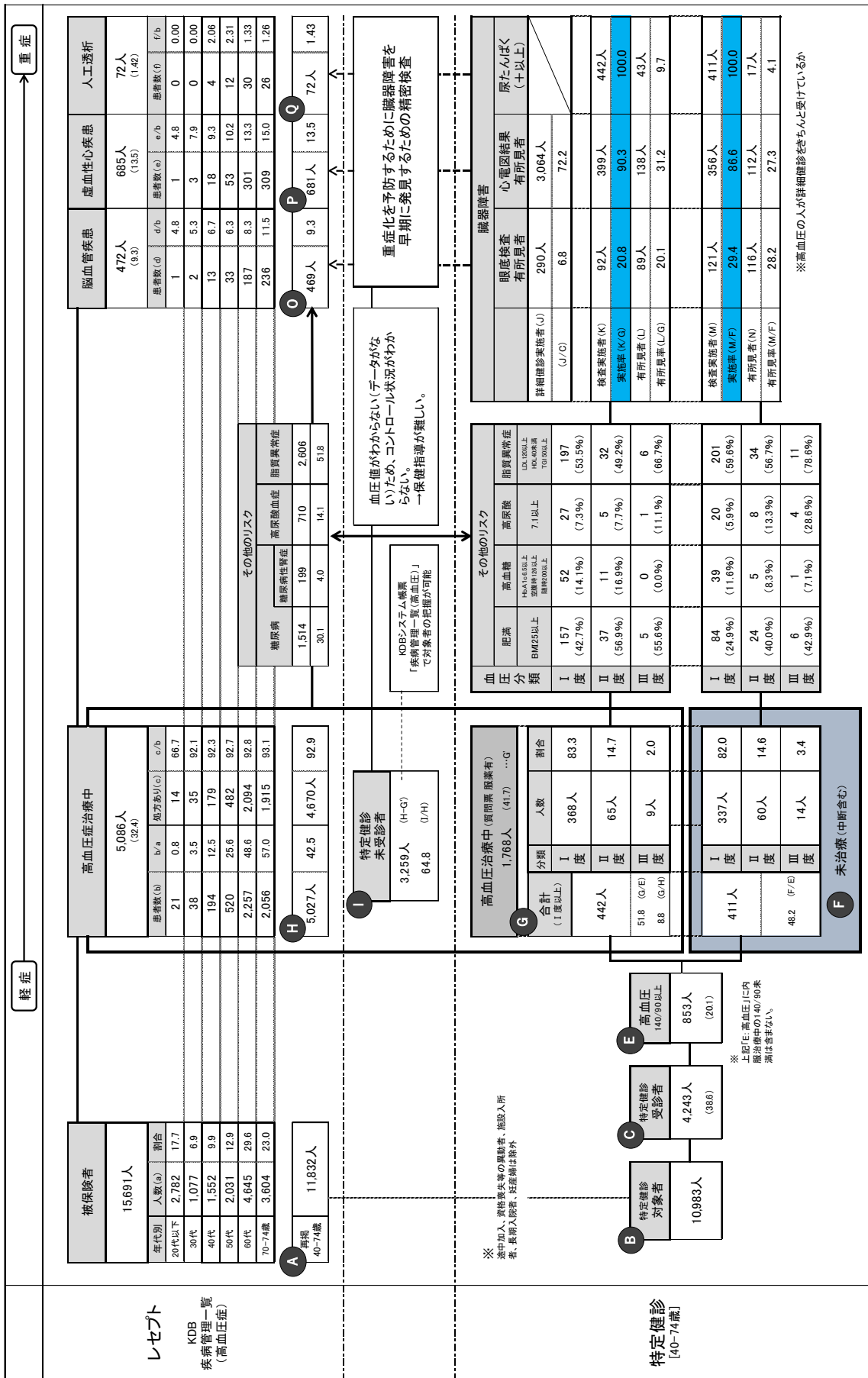
令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に算出される患者や年度末時点で見落としがある患者も含まれている。 ※レセプト情報は、該当年度に算出される患者や年度末時点で見落としがある患者も含まれている。 ※レセプト情報は、該当年度に算出される患者や年度末時点で見落としがある患者も含まれている。 ※レセプト情報は、該当年度に算出される患者や年度末時点で見落としがある患者も含まれている。

令和04年度

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

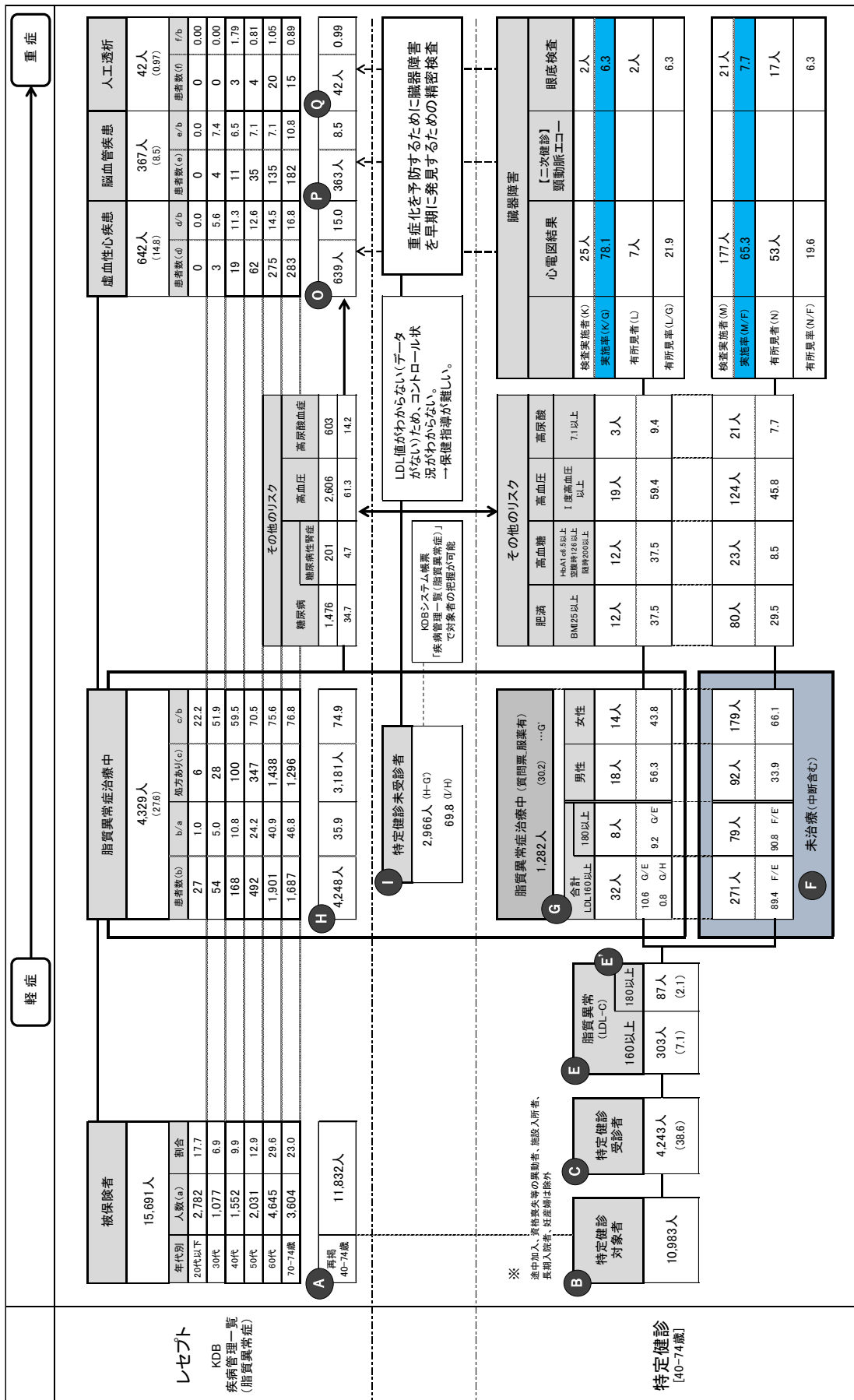


※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
 ※レセプト情報のうち、薬理管理一覧で把握できない項目については、「KDB構築」介入支援対象者一覧(薬業)重症化予防)から集計

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



参考資料 7 HbA1c の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上				7.4以上	
		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	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
H29	5,601	2,387	42.6%	2,038	36.4%	736	13.1%	223	4.0%	161	2.9%	56	1.0%	129	2.3%	39	0.7%		
H30	5,436	2,022	37.2%	2,084	38.3%	874	16.1%	262	4.8%	136	2.5%	58	1.1%	106	1.9%	41	0.8%		
R01	5,274	2,134	40.5%	1,945	36.9%	756	14.3%	255	4.8%	133	2.5%	51	1.0%	108	2.0%	34	0.6%		
R02	4,164	1,938	46.5%	1,424	34.2%	475	11.4%	172	4.1%	107	2.6%	48	1.2%	96	2.3%	29	0.7%		
R03	4,209	1,944	46.2%	1,457	34.6%	501	11.9%	159	3.8%	116	2.8%	32	0.8%	84	2.0%	24	0.6%		
R04	4,239	1,841	43.4%	1,539	36.3%	509	12.0%	176	4.2%	129	3.0%	45	1.1%	100	2.4%	30	0.7%		

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲		再掲率
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	再掲率	
H29	5,601	2,387	2,038	736	440	154	286			7.9%
					7.9%	35.0%	65.0%	3.9%	58	159
H30	5,436	2,022	2,084	874	456	166	290			8.4%
					8.4%	36.4%	63.6%	3.6%	37	157
R01	5,274	2,134	1,945	756	439	146	293			8.3%
					8.3%	33.3%	66.7%	3.5%	39	145
R02	4,164	1,938	1,424	475	327	102	225			7.9%
					7.9%	31.2%	68.8%	3.7%	31	124
R03	4,209	1,944	1,457	501	307	87	220			7.3%
					7.3%	28.3%	71.7%	3.5%	34	114
R04	4,239	1,841	1,539	509	350	99	251			8.3%
					8.3%	28.3%	71.7%	4.1%	36	138

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上				7.4以上	
		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	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	484	8.6%	21	4.3%	60	12.4%	117	24.2%	127	26.2%	113	23.3%	46	9.5%	101	20.9%	31	6.4%
	H30	490	9.0%	14	2.9%	37	7.6%	149	30.4%	133	27.1%	110	22.4%	47	9.6%	85	17.3%	32	6.5%
	R01	488	9.3%	17	3.5%	52	10.7%	126	25.8%	148	30.3%	108	22.1%	37	7.6%	87	17.8%	24	4.9%
	R02	437	10.5%	23	5.3%	69	15.8%	120	27.5%	101	23.1%	85	19.5%	39	8.9%	78	17.8%	21	4.8%
	R03	392	9.3%	14	3.6%	44	11.2%	114	29.1%	106	27.0%	88	22.4%	26	6.6%	67	17.1%	19	4.8%
	R04	442	10.4%	13	2.9%	52	11.8%	126	28.5%	113	25.6%	102	23.1%	36	8.1%	84	19.0%	23	5.2%
治療なし	H29	5,117	91.4%	2,366	46.2%	1,978	38.7%	619	12.1%	96	1.9%	48	0.9%	10	0.2%	28	0.5%	8	0.2%
	H30	4,946	91.0%	2,008	40.6%	2,047	41.4%	725	14.7%	129	2.6%	26	0.5%	11	0.2%	21	0.4%	9	0.2%
	R01	4,786	90.7%	2,117	44.2%	1,893	39.6%	630	13.2%	107	2.2%	25	0.5%	14	0.3%	21	0.4%	10	0.2%
	R02	3,727	89.5%	1,915	51.4%	1,355	36.4%	355	9.5%	71	1.9%	22	0.6%	9	0.2%	18	0.5%	8	0.2%
	R03	3,817	90.7%	1,930	50.6%	1,413	37.0%	387	10.1%	53	1.4%	28	0.7%	6	0.2%	17	0.4%	5	0.1%
	R04	3,797	89.6%	1,828	48.1%	1,487	39.2%	383	10.1%	63	1.7%	27	0.7%	9	0.2%	16	0.4%	7	0.2%

参考資料 8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	5,687	1,616	28.4%	1,126	19.8%	1,384	24.3%	1,185	20.8%	307	5.4%	69	1.2%
H30	5,531	1,646	29.8%	1,129	20.4%	1,514	27.4%	1,007	18.2%	202	3.7%	33	0.6%
R01	5,274	1,606	30.5%	1,103	20.9%	1,521	28.8%	833	15.8%	189	3.6%	22	0.4%
R02	4,165	1,018	24.4%	878	21.1%	1,304	31.3%	789	18.9%	158	3.8%	18	0.4%
R03	4,213	1,164	27.6%	929	22.1%	1,274	30.2%	695	16.5%	125	3.0%	26	0.6%
R04	4,243	1,209	28.5%	954	22.5%	1,227	28.9%	705	16.6%	125	2.9%	23	0.5%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲		割合
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療	割合	割合	
H29	5,687	2,742 48.2%	1,384 24.3%	1,185 20.8%	376	209	167	6.6%	1.2%	
					69 1.2%	52 75.4%	17 24.6%			
H30	5,531	2,775 50.2%	1,514 27.4%	1,007 18.2%	235	124	111	4.2%	0.6%	
					33 0.6%	15 45.5%	18 54.5%			
R01	5,274	2,709 51.4%	1,521 28.8%	833 15.8%	211	105	106	4.0%	0.4%	
					22 0.4%	14 63.6%	8 36.4%			
R02	4,165	1,896 45.5%	1,304 31.3%	789 18.9%	176	83	93	4.2%	0.4%	
					18 0.4%	8 44.4%	10 55.6%			
R03	4,213	2,093 49.7%	1,274 30.2%	695 16.5%	151	88	63	3.6%	0.6%	
					26 0.6%	14 53.8%	12 46.2%			
R04	4,243	2,163 51.0%	1,227 28.9%	705 16.6%	148	74	74	3.5%	0.5%	
					23 0.5%	14 60.9%	9 39.1%			

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	2,056	36.2%	299	14.5%	445	21.6%	595	28.9%	550	26.8%	150	7.3%	17	0.8%
	H30	2,058	37.2%	332	16.1%	439	21.3%	680	33.0%	496	24.1%	93	4.5%	18	0.9%
	R01	2,013	38.2%	344	17.1%	437	21.7%	711	35.3%	415	20.6%	98	4.9%	8	0.4%
	R02	1,720	41.3%	221	12.8%	358	20.8%	621	36.1%	427	24.8%	83	4.8%	10	0.6%
	R03	1,701	40.4%	259	15.2%	378	22.2%	621	36.5%	380	22.3%	51	3.0%	12	0.7%
	R04	1,768	41.7%	281	15.9%	426	24.1%	619	35.0%	368	20.8%	65	3.7%	9	0.5%
治療なし	H29	3,631	63.8%	1,317	36.3%	681	18.8%	789	21.7%	635	17.5%	157	4.3%	52	1.4%
	H30	3,473	62.8%	1,314	37.8%	690	19.9%	834	24.0%	511	14.7%	109	3.1%	15	0.4%
	R01	3,261	61.8%	1,262	38.7%	666	20.4%	810	24.8%	418	12.8%	91	2.8%	14	0.4%
	R02	2,445	58.7%	797	32.6%	520	21.3%	683	27.9%	362	14.8%	75	3.1%	8	0.3%
	R03	2,512	59.6%	905	36.0%	551	21.9%	653	26.0%	315	12.5%	74	2.9%	14	0.6%
	R04	2,475	58.3%	928	37.5%	528	21.3%	608	24.6%	337	13.6%	60	2.4%	14	0.6%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常			保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		120未満			120～139		140～159		160～179		180以上	
		人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	5,687	2,877	50.6%	1,505	26.5%	853	15.0%	300	5.3%	152	2.7%
	H30	5,531	3,006	54.3%	1,346	24.3%	749	13.5%	302	5.5%	128	2.3%
	R01	5,274	2,745	52.0%	1,296	24.6%	779	14.8%	305	5.8%	149	2.8%
	R02	4,165	2,266	54.4%	998	24.0%	582	14.0%	216	5.2%	103	2.5%
	R03	4,212	2,328	55.3%	987	23.4%	592	14.1%	219	5.2%	86	2.0%
R04	4,243	2,402	56.6%	1,000	23.6%	538	12.7%	216	5.1%	87	2.1%	
男性	H29	2,541	1,370	53.9%	654	25.7%	343	13.5%	114	4.5%	60	2.4%
	H30	2,528	1,426	56.4%	618	24.4%	311	12.3%	129	5.1%	44	1.7%
	R01	2,414	1,311	54.3%	580	24.0%	360	14.9%	105	4.3%	58	2.4%
	R02	1,856	1,061	57.2%	433	23.3%	234	12.6%	85	4.6%	43	2.3%
	R03	1,885	1,093	58.0%	418	22.2%	256	13.6%	90	4.8%	28	1.5%
R04	1,891	1,133	59.9%	442	23.4%	206	10.9%	77	4.1%	33	1.7%	
女性	H29	3,146	1,507	47.9%	851	27.1%	510	16.2%	186	5.9%	92	2.9%
	H30	3,003	1,580	52.6%	728	24.2%	438	14.6%	173	5.8%	84	2.8%
	R01	2,860	1,434	50.1%	716	25.0%	419	14.7%	200	7.0%	91	3.2%
	R02	2,309	1,205	52.2%	565	24.5%	348	15.1%	131	5.7%	60	2.6%
	R03	2,327	1,235	53.1%	569	24.5%	336	14.4%	129	5.5%	58	2.5%
R04	2,352	1,269	54.0%	558	23.7%	332	14.1%	139	5.9%	54	2.3%	

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	
					再)160以上	未治療	治療		
H29	5,687	2,877 50.6%	1,505 26.5%	853 15.0%	452 7.9%	410 90.7%	42 9.3%	2.7%	7.9%
					152 2.7%	138 90.8%	14 9.2%		
H30	5,531	3,006 54.3%	1,346 24.3%	749 13.5%	430 7.8%	391 90.9%	39 9.1%	2.3%	7.8%
					128 2.3%	117 91.4%	11 8.6%		
R01	5,274	2,745 52.0%	1,296 24.6%	779 14.8%	454 8.6%	416 91.6%	38 8.4%	2.8%	8.8%
					149 2.8%	138 92.6%	11 7.4%		
R02	4,165	2,266 54.4%	998 24.0%	582 14.0%	319 7.7%	293 91.8%	26 8.2%	2.5%	7.7%
					103 2.5%	94 91.3%	9 8.7%		
R03	4,212	2,328 55.3%	987 23.4%	592 14.1%	305 7.2%	281 92.1%	24 7.9%	2.0%	7.2%
					86 2.0%	76 88.4%	10 11.6%		
R04	4,243	2,402 56.6%	1,000 23.6%	538 12.7%	303 7.1%	271 89.4%	32 10.6%	2.1%	7.1%
					87 2.1%	79 90.8%	8 9.2%		

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常			保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満			120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	1,494	26.3%	999	66.9%	327	21.9%	126	8.4%	28	1.9%	14	0.9%
	H30	1,528	27.6%	1,099	71.9%	288	18.8%	102	6.7%	28	1.8%	11	0.7%
	R01	1,499	28.4%	1,075	71.7%	287	19.1%	99	6.6%	27	1.8%	11	0.7%
	R02	1,315	31.6%	950	72.2%	243	18.5%	96	7.3%	17	1.3%	9	0.7%
	R03	1,296	30.8%	978	75.5%	218	16.8%	76	5.9%	14	1.1%	10	0.8%
R04	1,282	30.2%	945	73.7%	238	18.6%	67	5.2%	24	1.9%	8	0.6%	
治療なし	H29	4,193	73.7%	1,878	44.8%	1,178	28.1%	727	17.3%	272	6.5%	138	3.3%
	H30	4,003	72.4%	1,907	47.6%	1,058	26.4%	647	16.2%	274	6.8%	117	2.9%
	R01	3,775	71.6%	1,670	44.2%	1,009	26.7%	680	18.0%	278	7.4%	138	3.7%
	R02	2,850	68.4%	1,316	46.2%	755	26.5%	486	17.1%	199	7.0%	94	3.3%
	R03	2,916	69.2%	1,350	46.3%	769	26.4%	516	17.7%	205	7.0%	76	2.6%
R04	2,961	69.8%	1,457	49.2%	762	25.7%	471	15.9%	192	6.5%	79	2.7%	