

西都市国民健康保険  
第3期データヘルス計画  
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度

令和6年3月  
西都市

## 目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	1
1. 背景・目的	
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	
3. 計画期間	
4. 関係者が果たすべき役割と連携	
1)市町村国保の役割	
2)関係機関との連携	
3)被保険者の役割	
5. 保険者努力支援制度	
第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における 健康課題の明確化	10
1. 保険者の特性	
2. 第2期計画に係る評価及び考察	
1)第2期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3期における健康課題の明確化	
1)基本的な考え方	
2)健康課題の明確化	
3)目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	36
1. 第4期特定健康診査等実施計画について	
2. 目標値の設定	
3. 対象者の見込み	
4. 特定健診の実施	
5. 特定保健指導の実施	
6. 個人情報の保護	
7. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
8. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	

第4章 課題解決するための個別保健事業	43
1. 保健事業の方向性	
2. 重症化予防の取組	
I. 糖尿病性腎症重症化予防	
1) 基本的な考え方	
2) 対象者の明確化	
3) 保健指導の実施	
4) 医療との連携	
5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携	
6) 評価	
7) 実施期間及びスケジュール	
II. 脳血管疾患重症化予防	
1) 基本的な考え方	
2) 対象者の明確化	
3) 保健指導の実施	
4) 医療との連携	
5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携	
6) 評価	
7) 実施期間及びスケジュール	
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
4. 発症予防	
5. ポピュレーションアプローチ	
6. 特定健診の受診率向上対策	
第5章 計画の評価・見直し	60
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	61
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
参考資料	62

# 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

## 1. 背景・目的

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

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

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

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

---

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

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

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

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

---

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

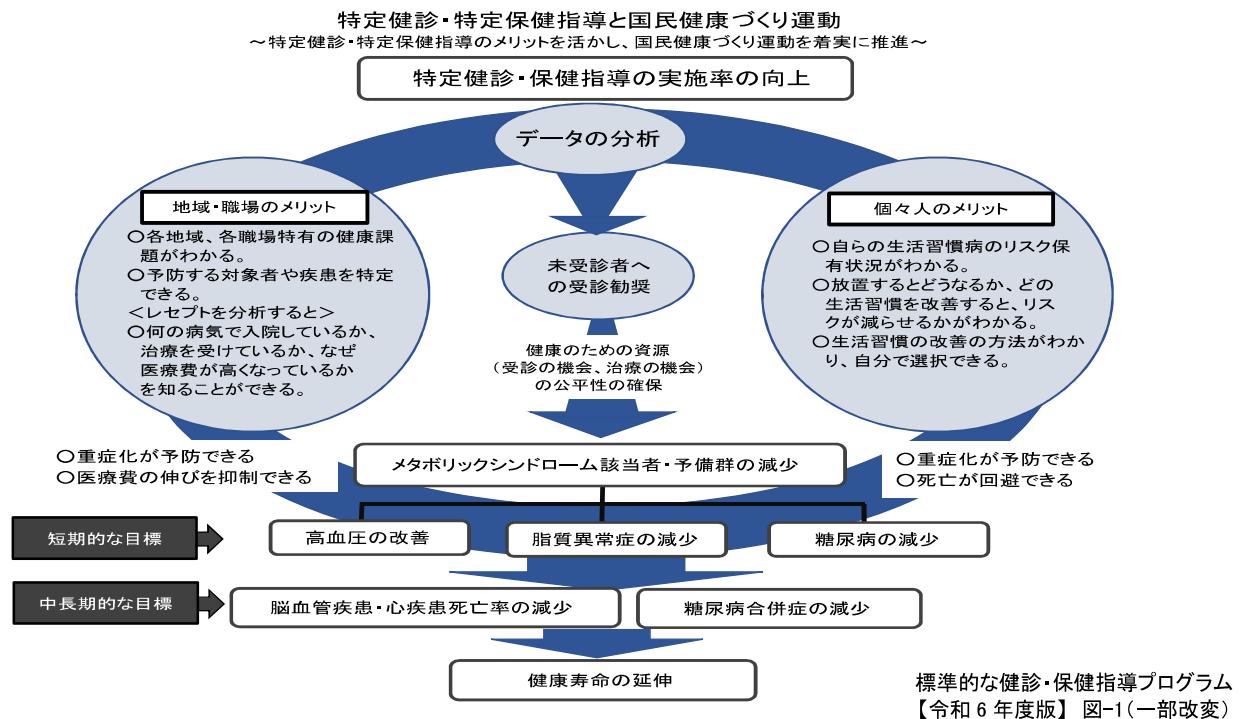
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

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

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

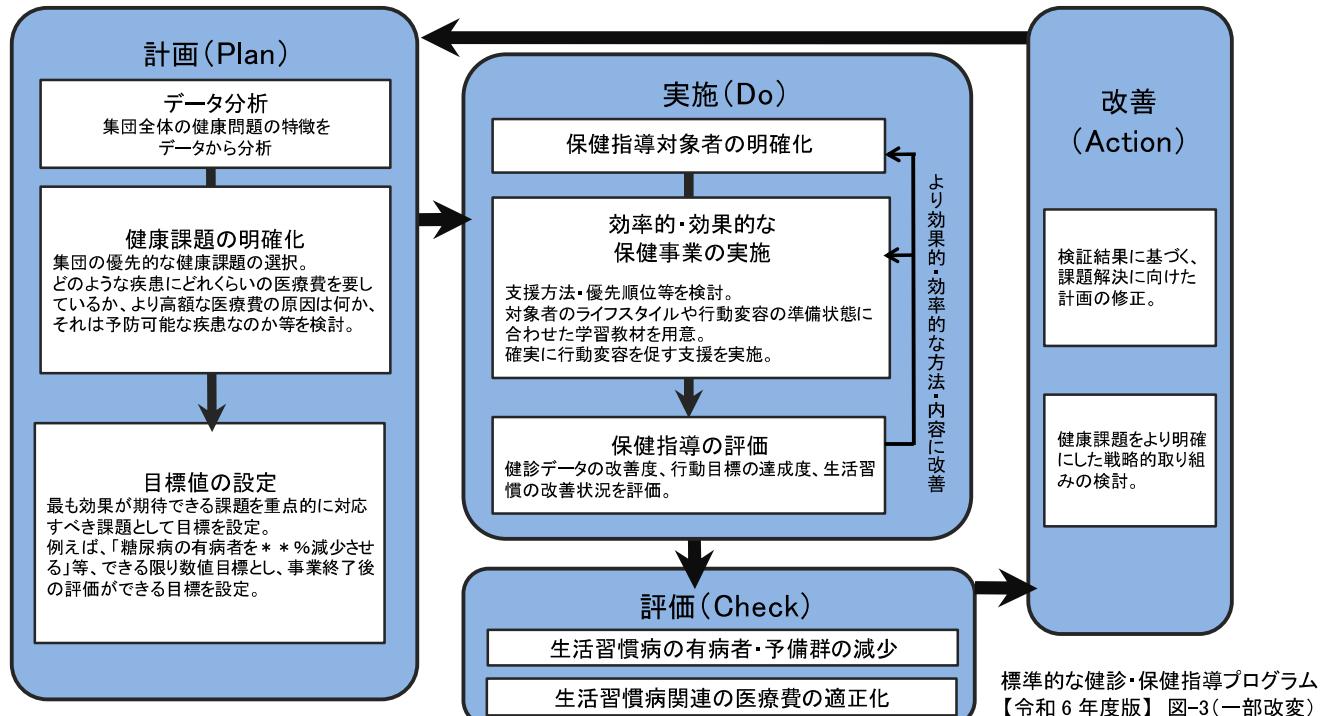
	健康増進計画	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村・母子保健法、介護保険法、学校保健法		医療費適正化計画	医療計画(地域医療構想含む)	介護保険事業(支援)計画
		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健診等実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高齢法 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健診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3月改正 医療費適正化に関する施策について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開に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に、保健事業実施計画を策定し、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、特定健診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、被保険者・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経時の)	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、小児期からの健常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 特定期疾患(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折・骨粗鬆症、バーチンゾー病・閉塞性肺疾患、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 高血压 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 高血压 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 高血压 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
評価	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティビティシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)  「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ごとも、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メタボルック該当者・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 ・バイオ後発品の使用促進 ・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	がん 精神疾患  ①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制(地域の実状に応じて設定)  6事業  ①救急医療 ②災害時における医療 ③べき地医療 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	認知症 フレイル 口腔機能低下、低栄養  ①PDCAサイクルを活用する保険者 機能強化に向けた体制等(地域介護保険事業)  ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連)  ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、人材の確保)	
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金	宮崎県保険者協議会を通じて、 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、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとすることにつながる。

図表3 保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル

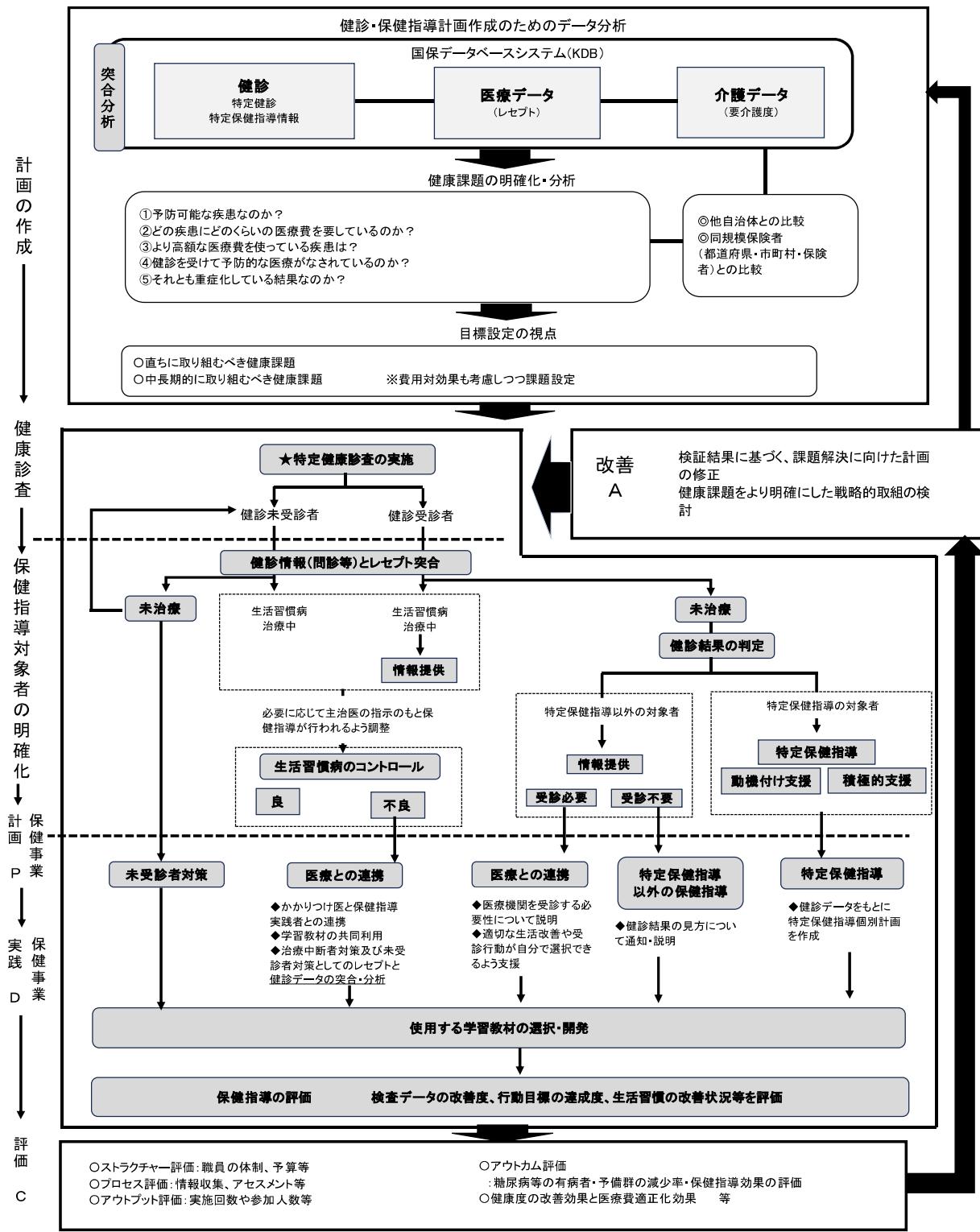


注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながらPDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(Action))サイクルを意識した保健事業を開展していくことが必要である。

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)

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

### 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)



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	
<b>かつての健診・保健指導</b>		<b>現在の健診・保健指導</b>	
<b>健診・保健指導の関係</b>	健診に付加した保健指導	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診	
<b>特徴</b>	<b>事業中心</b> の保健指導	<b>結果を出す</b> 保健指導	
<b>目的</b>	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	
<b>内容</b>	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	リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、看護師等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う	
<b>保健指導の対象者</b>	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	自己選択	
<b>方法</b>	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	
<b>評価</b>	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数	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	
<b>実施主体</b>	市町村	アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少 医療保険者	

注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考え方を整理。

(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

### 3. 計画期間

この計画の期間は、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

#### <参考>計画期間の根拠について

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

### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 市町村国保の役割

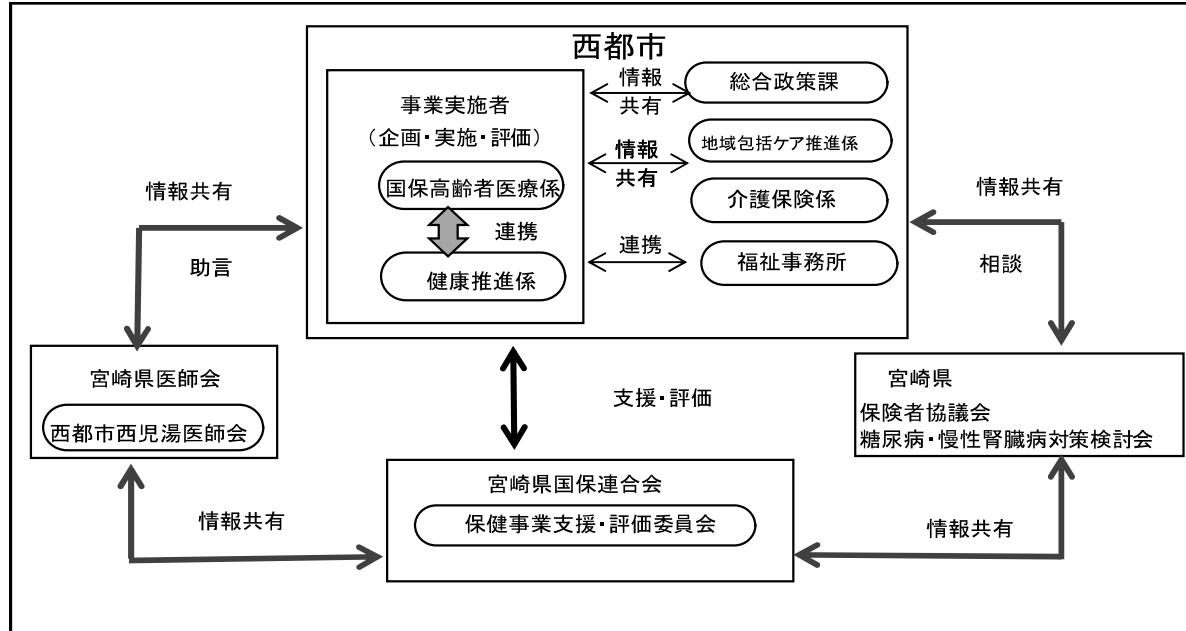
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、健康管理課の国保高齢者医療係、健康推進係、地域包括ケア推進係、介護保険係、及び総合政策課、福祉事務所とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 西都市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担 R5 年度

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

	保 (主幹)	保	保	保 (主幹)	保	保	保	保	保	管栄	事 (補佐)	事 (係長)
国保事務	◎	○									◎	◎
健康診断 保健指導	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○
がん検診					◎	◎	◎					
一体化事業	○		◎									
予防接種				◎						◎		
母子保健								◎	◎	◎	○	
精神保健				◎	◎	◎	◎	◎	◎			
歯科保健										◎		

## 2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となります。外部有識者等とは、宮崎県国民健康保険団体連合会（以下「宮崎県国保連」という。）及び宮崎県国保連に設置される保健事業支援・評価委員会等のことであり、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待されます。このため、可能な限り支援・評価員会等の支援・評価を受けて計画の策定等を進めます。

宮崎県国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待されます。

また、都道府県は市町村国保の財政運営の責任主体として、保険者機能の強化や効果的・効率的な保健事業実施のための関与がさらに重要となります。さらに、西都市国保と西都市西児湯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、宮崎県が宮崎県医師会等との連携を推進することが重要です。

宮崎県国保連と宮崎県は、ともに保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携するとともに、西都市国保は、退職や転職等による他保険者からの加入が多いことから、保険者協議会等を活用して、西都市国保と保険者間で、健康・医療情報の分析結果や健康課題等を共有し、保険者事業の連携等に努めていきます。

## 3) 被保険者の役割

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

## 5. 保険者努力支援制度

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

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする（事業費分・事業費連動分）保険者努力支援制度（事業費分）では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金（事業費連動分）を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表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	
			西都市	配点	西都市	配点	西都市	配点
交付額(千円)			19,837		16,828		15,057	
全国順位(1,741市町村中)			110位		412位		728位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	70	70	50	70	70
		(2)特定保健指導実施率		70				70
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50				50
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	20	30	40	40
		(2)歯科健診受診率等		30				35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	105	90	55	15	45	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20				20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	25	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	55	100	55	100	55	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	20	40	20	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	32	40	24	50	40	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	83	95	72	100	68	100
合計点			730	1,000	646	960	575	940

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1. 保険者の特性

本市は、人口約2万8,280人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で38.3%でした。同規模・県・国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢は53.5歳と同規模と比べて若く出生率は高い、財政指数は国や同規模より低くなっています。産業別で比較すると、第3次産業が53.7%と高くなっています。また、第1次産業は25.3%で国、県、同規模と比較して高くなっています。(図表9)

国保加入率は29.1%で、平成30年度と比較すると、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約45%を占めています。(図表10)

また本市内には5つの病院、25の診療所があり、診療所は、県、同規模と比較しても少なく、病床数や医師数も少ないとから、医療資源が不足しており、外来患者数は県、同規模と比較して少ない傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した西都市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者 数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千 対)	死亡率 (人口千 対)	財政 指標	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
西都市	28,280	38.3	8,230 (29.1)	53.5	6.5	16.3	0.4	25.3	21.0	53.7
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	32.7	23.1	54.0	7.3	13.4	0.4	11.0	21.1	67.9
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

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

※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、西都市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数	割合								
被保険者数	9,623		9,206		8,966		8,629		8,230	
65～74歳	3,941	41.0	3,885	42.2	3,939	43.9	3,879	45.0	3,687	44.8
40～64歳	3,285	34.1	3,115	33.8	2,951	32.9	2,769	32.1	2,633	32.0
39歳以下	2,397	24.9	2,206	24.0	2,076	23.2	1,981	23.0	1,910	23.2
加入率	31.4		30.0		29.3		28.2		29.1	

出典：KDBシステム\_

人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
	実数	割合	同規模	県								
病院数	5	0.5	5	0.5	5	0.6	5	0.6	5	0.6	0.4	0.6
診療所数	26	2.7	26	2.8	25	2.8	28	3.2	25	3.0	3.5	3.7
病床数	514	53.4	514	55.8	514	57.3	514	59.6	514	62.5	67.7	76.6
医師数	53	5.5	53	5.8	54	6.0	54	6.3	50	6.1	9.7	11.8
外来患者数	697.9		702.4		669.6		692.1		707.9		728.3	720.5
入院患者数	27.0		26.6		23.9		23.7		24.2		23.6	24.5

出典：KDBシステム\_地域の全体像の把握

## 2. 第2期計画にかかる評価及び考察

### 1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

#### (1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

##### ① 死亡の状況

本市の死亡状況をみると、脳血管疾患および腎不全の割合が同規模・県・国より高くなっています。

また、早世の状況をみてみると、割合は男女ともに県・国より低い状況となっています。

図表12 死亡の状況

項目			保険者		同規模平均		県		国	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	105.6		103.4		100.4		100	
		女性	95.9		101.4		97.6		100	
	死因	がん	110	44.7	34,996	47.8	3,564	46.1	378,272	50.6
		心臓病	69	28.0	21,437	29.3	2,325	30.1	205,485	27.5
		脳疾患	45	18.3	10,886	14.9	1,161	15.0	102,900	13.8
		糖尿病	4	1.6	1,391	1.9	156	2.0	13,896	1.9
		腎不全	13	5.3	2,819	3.9	305	3.9	26,946	3.6
	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	自殺	5	2.0	1,654	2.3	217	2.8	20,171	2.7
		合計	38	6.8			1,154	7.2	129,016	8.2
		男性	26	9.1			748	9.5	84,891	10.6
		女性	12	4.4			406	4.9	44,125	5.7

出典:KDBシステム\_地域の全体像の把握「令和4年度(累計)」

##### ② 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、第2号(40~64歳)被保険者で33人(認定率0.38%)、第1号(65歳以上)被保険者で1,858人(認定率17.2%)と県より高く、同規模・国より低く、H30年度と比べ減少しています。(図表13)

また、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行しますが、75歳以上の認定者数は減少しています。しかし、介護給付費は、約33億円から約34億円に伸びています。(図表14)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第1号・第2号被保険者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、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15)

図表 13 要介護認定者(率)の状況

	西都市				同規模	県	国
	H30年度	R4年度		R4年度			
高齢化率	10,432人	34.0%	10,826人	38.3%	36.2%	32.7%	28.7%
第2号認定者	36人	0.36%	33人	0.38%	0.37%	0.33%	0.38%
新規認定者	10人		10人		--	--	--
第1号認定者	1,900人	18.2%	1,858人	17.2%	19.1%	16.8%	19.4%
新規認定者	343人		313人		--	--	--
65～74歳	198人	4.2%	180人	3.6%	--	--	--
新規認定者	61人		41人		--	--	--
75歳以上	1,702人	29.8%	1,678人	29.0%	--	--	--
新規認定者	282人		272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 14 介護給付費の変化

	西都市		R4年度	R4年度	R4年度
	H30年度	R4年度			
総給付費	33億2965万円	34億6628万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	319,177	320,181	300,230	292,336	290,668
1件あたり給付費(円)全体	84,023	85,676	70,503	70,156	59,662
居宅サービス	56,712	57,731	43,936	50,961	41,272
施設サービス	294,994	299,625	291,914	294,840	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 15 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4年度)

受給者区分		第2号		第1号				合計		
年齢	40～64歳	65～74歳	75歳以上	計						
介護件数(全体)	33	180	1,678	1,858		1,891				
再)国保・後期	12	126	1,563	1,689		1,701				
(レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数割合	疾病	件数割合	疾病	件数割合	疾病	件数割合
	循環器疾患	1	脳卒中	58.3%	脳卒中	57.1%	脳卒中	51.1%	脳卒中	51.6%
		2	虚血性心疾患	25.0%	虚血性心疾患	27.8%	虚血性心疾患	31.7%	虚血性心疾患	31.4%
		3	腎不全	16.7%	腎不全	19.8%	腎不全	19.4%	腎不全	19.5%
	合併症	4	糖尿病合併症	41.7%	糖尿病合併症	15.9%	糖尿病合併症	8.5%	糖尿病合併症	9.1%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		11 91.7%	基礎疾患	114 90.5%	基礎疾患	1,474 94.3%	基礎疾患	1,588 94.0%
	血管疾患合計		合計		120 95.2%		合計		1,511 96.7%	
	認知症		4 33.3%		30 23.8%		772 49.4%		802 47.5%	
	筋・骨格疾患		11 91.7%		113 89.7%		1,508 96.5%		1,621 96.0%	
	筋骨格系								1,632 95.9%	

出典:ヘルスサポートラボツール

### ③ 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者が減少しており、総医療費は減少しています。一人あたり医療費は、

同規模保険者と比べて約1万7千円安くなっていますが、平成30年度と比較すると2万7千円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか3.3%程度にも関わらず、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年度と比較しても7万6千円高くなっています。(図表16)

また年齢調整をした地域差指数でみると、入院が全国平均の1を超えていましたが、県平均よりも低く、入院および外来の地域差指数が平成30年度よりも低下しています。一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。(図表17)

図表16 医療費の推移

		西都市		同規模	県	国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数(人)		9,623人	8,230人	--	--	--
前期高齢者割合		3,941人 (41.0%)	3,687人 (44.8%)	--	--	--
総医療費		33億6719万円	31億0325万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		349,911 県内15位 同規模157位	377,065 県内19位 同規模185位	394,521	382,037	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	507,960	584,500	585,610	552,530	617,950
	費用の割合	47.4	46.3	43.3	43.7	39.6
	件数の割合	3.7	3.3	3.1	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	21,820	23,190	24,850	24,210	24,220
	費用の割合	52.6	53.7	56.7	56.3	60.4
	件数の割合	96.3	96.7	96.9	96.7	97.5
受診率		724.9	732.064	751.942	744.987	705.439

出典:ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は西都市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

図表17 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		
		西都市(県内市町村中)		県(47県中)	西都市		県(47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指數・順位	全体	1.079 (11位)	0.986 (21位)	1.043 (18位)	0.955 (9位)	1.020 (3位)	0.961 (28位)
	入院	1.279 (10位)	1.082 (20位)	1.161 (14位)	1.047 (7位)	1.166 (3位)	0.977 (27位)
	外来	0.952 (16位)	0.922 (17位)	0.974 (33位)	0.863 (17位)	0.870 (18位)	0.955 (30位)

出典:地域差分析(厚労省)

#### ④ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると増加しています。脳血管疾患については、平成30年度より1.4ポイント伸びており、同規模・県よりも高くなっています。また、慢性腎不全(透析)については、平成30年度より0.5ポイント減少していますが、同規模・県・国よりも著しく高くなっています。(図表18)

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・虚血性心疾患の割合が増加していますが、人工透析については、横ばいでした。(図表19)

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

図表18 中長期目標疾患の医療費の推移

			西都市		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			33億6719万円	31億0325万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			3億6779万円	3億4872万円	--	--	--
			10.92%	11.24%	7.84%	8.32%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.11%	3.53%	2.10%	2.04%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.71%	1.19%	1.39%	1.43%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	6.78%	6.29%	4.05%	4.61%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.33%	0.23%	0.30%	0.24%	0.29%
その 他の 疾 患	悪性新生物		14.05%	13.83%	16.91%	15.01%	16.69%
	筋・骨疾患		9.20%	9.33%	9.00%	8.73%	8.68%
	精神疾患		9.93%	7.95%	8.74%	9.23%	7.63%

出典:KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表19 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患						
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
		H30年度	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
治療者(人) 0~74歳	A	9,623	8,230	a	740	710	457	454	57	50
				a/A	7.7%	8.6%	4.7%	5.5%	0.6%	0.6%
40歳以上	B	7,226	6,320	b	729	700	447	453	57	50
	B/A	75.1%	76.8%	b/B	10.1%	11.1%	6.2%	7.2%	0.8%	0.8%
再 掲 40~64歳	C	3,285	2,633	c	167	159	103	99	28	21
	C/A	34.1%	32.0%	c/C	5.1%	6.0%	3.1%	3.8%	0.9%	0.8%
65~74歳	D	3,941	3,687	d	562	541	344	354	29	29
	D/A	41.0%	44.8%	d/D	14.3%	14.7%	8.7%	9.6%	0.7%	0.8%

出典:KDBシステム\_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)、地域の全体像の把握、  
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ます。また、合併症(重症化)でもある虚血性心疾患の割合が増加していますが、脳血管疾患の割合は減っています。人工透析の割合は、高血圧治療者や脂質異常症治療者では横ばいですが、糖尿病治療者では、減少しています。

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

図表 20 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		
高血圧症治療者(人)	A	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
	A/被保数	3,019	2,817	829	706	2,190	2,111	
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	404	348	85	65	319	283
	B/A	13.4%	12.4%	10.3%	9.2%	14.6%	13.4%	
	虚血性心疾患	C	300	303	71	58	229	245
	C/A	9.9%	10.8%	8.6%	8.2%	10.5%	11.6%	
	人工透析	D	53	50	26	21	27	29
	D/A	1.8%	1.8%	3.1%	3.0%	1.2%	1.4%	

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)

図表 21 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		
糖尿病治療者(人)	A	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
	A/被保数	1,667	1,786	504	488	1,163	1,298	
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	211	196	44	32	167	164
	B/A	12.7%	11.0%	8.7%	6.6%	14.4%	12.6%	
	虚血性心疾患	C	181	214	37	44	144	170
	C/A	10.9%	12.0%	7.3%	9.0%	12.4%	13.1%	
	人工透析	D	32	29	15	10	17	19
	D/A	1.9%	1.6%	3.0%	2.0%	1.5%	1.5%	
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	244	258	78	70	166	188
	E/A	14.6%	14.4%	15.5%	14.3%	14.3%	14.5%	
	糖尿病性網膜症	F	188	187	62	43	126	144
	F/A	11.3%	10.5%	12.3%	8.8%	10.8%	11.1%	
	糖尿病性神経障害	G	71	87	26	21	45	66
	G/A	4.3%	4.9%	5.2%	4.3%	3.9%	5.1%	

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)

図表 22 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	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者(人)		A	2,368	2,272	694	623	1,674	1,649
		A/被保数	32.8%	35.9%	21.1%	23.7%	42.5%	44.7%
(中長期併合症目標疾患)	脳血管疾患	B	300	255	57	47	243	208
		B/A	12.7%	11.2%	8.2%	7.5%	14.5%	12.6%
	虚血性心疾患	C	242	281	47	57	195	224
		C/A	10.2%	12.4%	6.8%	9.1%	11.6%	13.6%
	人工透析	D	27	24	12	10	15	14
		D/A	1.1%	1.1%	1.7%	1.6%	0.9%	0.8%

出典: KDBシステム、疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)、地域の全体像の把握、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・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Ⅱ度以上高血圧の有所見者の割合が増加しています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約 35.3%、糖尿病で 15.4%ほどおり、その割合は比較データが存在する全国 448 市町村と比較すると糖尿病未治療者の割合が高いことがわかります。(図表 23)

図表 23 結果の改善と医療のかかり方

健診受診率		高血圧_Ⅱ度以上高血圧																
		Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方								
		H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4～R4.3)				
受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A			D	D/C			E	E/B	F	F/E	G	G/E	H
西都市	2,451	36.5	2,249	36.1	117	4.8	68	58.1	133	5.9	78	58.6	47	35.3	7	5.3		
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0		

健診受診率		糖尿病_HbA1c 7.0以上の推移																
		HbA1c 7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方								
		H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4～R4.3)				
HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K			
西都市	2,432	99.2	2,233	99.3	114	4.7	29	25.4	78	3.5	21	26.9	12	15.4	2	2.6		
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1		

出典: ヘルスサポートラボツール

### ③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、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、1.6ポイントも伸びており、3項目・2項目の危険因子が重なっている割合も増加しています。

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5以上やLDL-C160以上は低下していますが、Ⅱ度高血圧以上は、増加しています。翌年度の結果を見ると、HbA1c6.5は改善率が横ばい、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160の改善率が下がっています。また、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割程度存在し、結果が把握できていません。

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、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表24 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者			予備群
			3項目	2項目	
H30年度	2,451 (36.5%)	492 (20.1%)	134 (5.5%)	358 (14.6%)	357 (14.6%)
R4年度	1,941 (33.2%)	422 (21.7%)	123 (6.3%)	299 (15.4%)	256 (13.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表25 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→R1	230 (9.5%)	56 (24.3%)	73 (31.7%)	20 (8.7%)	81 (35.2%)	
R3→R4	185 (8.3%)	45 (24.3%)	68 (36.8%)	12 (6.5%)	60 (32.4%)	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表26 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→R1	117 (4.8%)	67 (57.3%)	14 (12.0%)	6 (5.1%)	30 (25.6%)	
R3→R4	133 (5.9%)	58 (43.6%)	21 (15.8%)	3 (2.3%)	51 (38.3%)	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 27 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	234 (9.5%)	103 (44.0%)	56 (23.9%)	12 (5.1%)	63 (26.9%)
R3→R4	206 (9.2%)	77 (37.4%)	43 (20.9%)	10 (4.9%)	76 (36.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール

#### ④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、令和元年度には 36.6%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和 2 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 28)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 29)

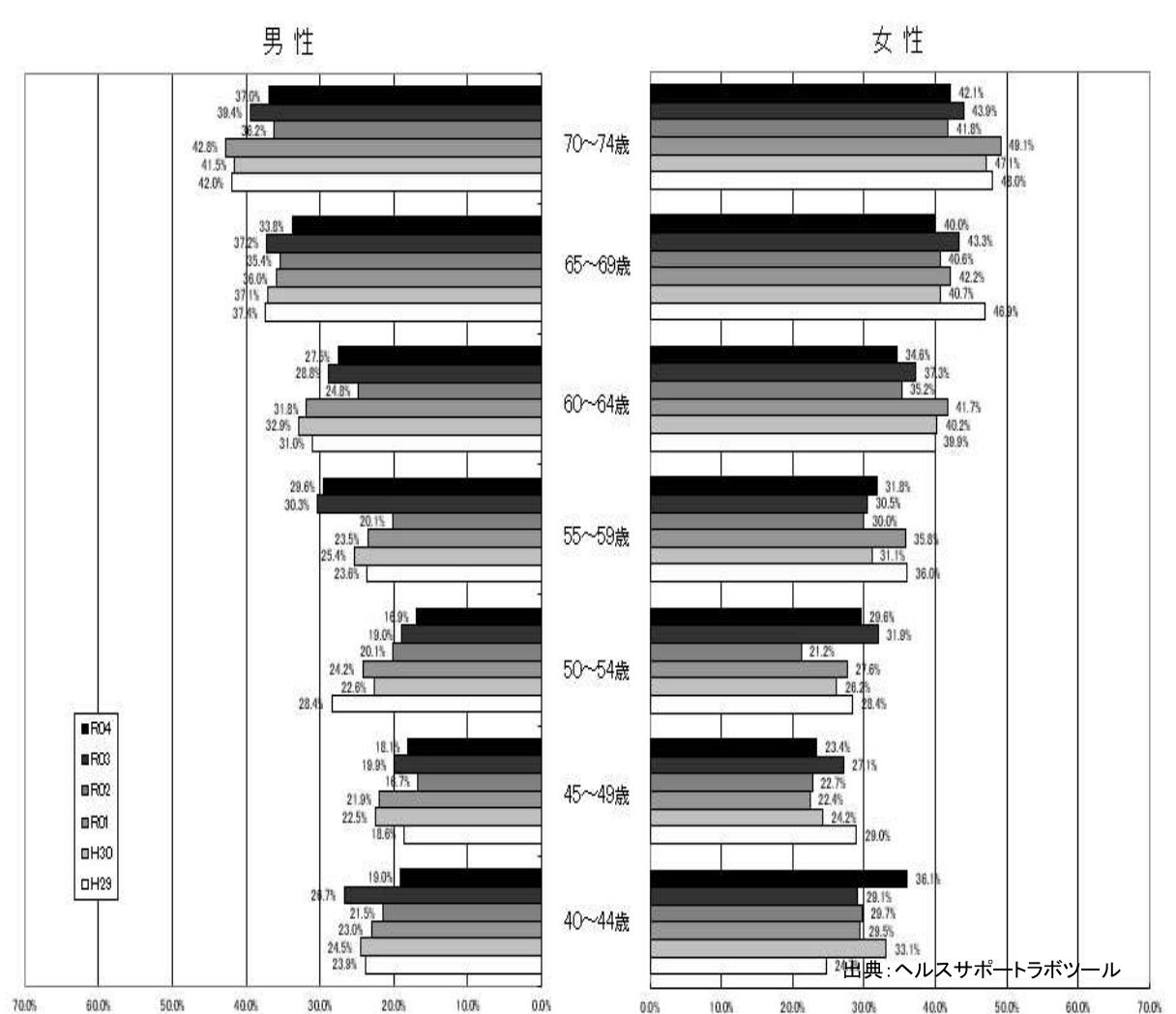
特定保健指導についても、令和元年度以降、大きく実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 28 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	2,380	2,413	2,097	2,208	集計中	健診受診率 60%
	受診率	35.5%	36.6%	32.6%	35.5%		
特定保健指導	該当者数	295	304	244	286	集計中	特定保健指導実施率 60%
	割合	12.4%	12.6%	11.6%	13.0%		
	実施者数	280	257	206	194		
	実施率	94.9%	84.5%	84.4%	67.8%		

出典:特定健診法定報告データ

図表 29 年代別特定健診受診率の推移



## 2) 主な個別事業の評価と課題

### (1) 重症化予防の取組み

#### ① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、令和4年度18.8%と減少しており、血糖値有所見者割合、未治療・中断の割合が増加しています。

平成30年度からはHbA1c8.0%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきましたが、HbA1c8.0%以上の未治療者は増加しています。令和4年度は、全員に受診勧奨のための保健指導を実施しましたが、未治療者の2割しか治療につながっておらず、受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、又治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援をおこないます。

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 30 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H3O	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	2,432	2,436	2,112	2,233	1,965
血糖値有所見者 * 1	人(b)	230	216	185	185	170
血糖値有所見者 * 2	(b/a)	9.5%	8.9%	8.8%	8.3%	8.7%
	人(c)	168	156	122	98	32
保健指導実施者 * 2	(c/b)	73.0%	72.2%	65.9%	53.0%	18.8%

\* 1 HbA1c6.5%以上のもの

\* 2 保健指導は訪問・来所等による実施者を計上

図表 31 治療が必要な者の適切な受診

		H3O	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 * 1	人(a)	230	216	185	185	170
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 3	人(b)	90	84	69	72	76
	(b/a)	39.1%	38.9%	37.3%	38.9%	44.7%
受診した者	人(c)	73	58	50	38	19
	(c/b)	81.1%	69.0%	72.5%	52.8%	25.0%
治療開始した者	人(d)	39	30	19	15	14
	(d/b)	43.3%	35.7%	27.5%	20.8%	18.4%

\* 3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

図表 32 HbA1c8.0 以上の状況(アウトカム評価)

		H3O	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	2,432	2,436	2,112	2,233	1,965
HbA1c8.0%以上	人(b)	30	19	16	18	20
	(b/a)	1.23%	0.78%	0.76%	0.81%	1.02%
保健指導実施	人(c)	30	19	11	13	20
	(c/b)	100%	100%	68.8%	72.2%	100%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(d)	6	10	6	6	15
	(d/b)	20.0%	52.6%	37.5%	33.3%	75.0%

## ②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図検査の全数実施を目指し健診受診勧奨を実施しており、令和4年度は、全員に実施できています。

令和4年度の心房細動有所見者率は、1.3%、未治療は3名、そのうち1名が治療につながっています。

図表33 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H3O	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	2,451	2,453	2,128	2,249	1,972
心電図受診者	人(b)	2,428	2,433	2,118	2,246	1,972
心電図受診率	(b/a)	99.1%	99.2%	99.5%	99.9%	100%
心房細動有所見者	人(c)	28	20	19	20	26
心房細動有所見率	(c/b)	1.2%	0.8%	0.9%	0.9%	1.3%
うち心房細動未治療者	人(d)	4	2	4	2	3
治療開始	人(e)	4	1	2	1	1

## ③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、令和4年度は3.7%と減少し、約6割が未治療者です。令和4年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者のうち、保健指導後、治療につながったものは、わずか13人(31.7%)でした。血圧Ⅲ度においては、17人のうち10人が未治療者でした。

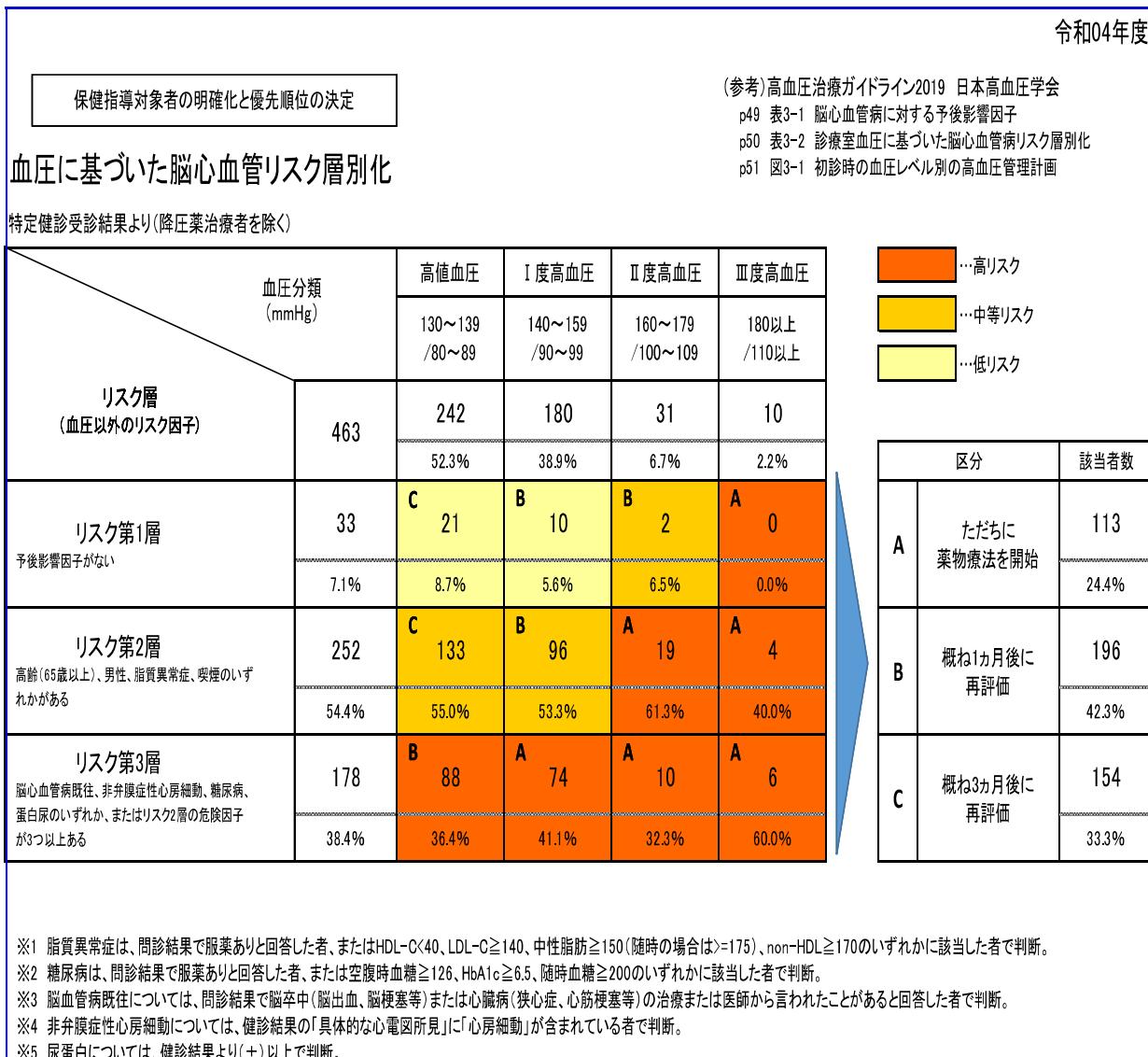
高血圧は、脳血管疾患において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。図表35は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血圧測定のすすめと血圧手帳の活用を促します。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が43%いました。

図表34 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H3O	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	2,451	2,453	2,128	2,249	1,972
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	117	128	115	133	72
	(b/a)	4.8%	5.2%	5.4%	5.9%	3.7%
治療あり	人(c)	49	51	53	55	31
	(c/b)	41.9%	39.8%	46.1%	41.4%	43.1%
治療なし	人(d)	68	77	62	78	41
	(d/b)	58.1%	60.2%	53.9%	58.6%	56.9%
治療開始	人(e)	13	17	26	26	13
	(e/d)	19.1%	22.1%	41.9%	33.3%	31.7%
（再掲）	血圧Ⅲ度以上の者	人(f)	22	22	16	19
		(f/a)	0.9%	0.9%	0.8%	0.8%
治療あり	人(g)	9	5	4	7	7
治療なし	人(h)	13	17	12	12	10

図表 35 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化



## (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。

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

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、各種団体や地域づくり協議会で出前講座を実施し、広報紙で市民へ周知を行いました。

また、健康支援を目的として集団健診会場で個別保健指導を実施してきました。

### (3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 36 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	基準値 (H28)	実績			評価	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)	(R2)	(R4)			
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10%減少	1.75%	2.11%	1.94%	3.53% (目標値1.58%)	×	KDBシステム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少	2.98%	1.71%	1.77%	1.19% (目標値2.68%)	◎		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少10%減少	34.5%	54.00%	47.70%	53.2% (目標値31.1%)	×		
	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	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少25%	23.0%	19.1%	17.6%	17.2% (目標値25%)	×	西都市健康管理課	
			健診受診者の高血圧者の割合減少20% (160/100以上)	5.0%	4.8%	5.4%	3.7% (目標値4%)	◎		
			健診受診者の脂質異常者の割合減少20% (LDL160以上)	8.9%	9.5%	10.3%	9.6% (目標値7%)	×		
			健診受診者の糖尿病者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上)	9.1%	9.5%	8.8%	8.7% (目標値減少)	◎		
			健診受診者の糖尿病未治療者割合の減少 (HbA1C6.5%以上)	29.8%	39.1%	37.3%	44.7% (目標値減少)	×		
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少 (HbA1C6.5%以上)	R1 0.41%	-	0.30%	0.8% (目標値減少)	×		
	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少		糖尿病の保健指導を実施した割合100%	92.3%	96.0%	98.4%	94.1% (目標値100%)	○	法定報告値	
			特定健診受診率45%以上	29.1%	35.5	32.6	33.5 (目標値45%)	○		
			特定保健指導実施率80%以上	84.1%	94.9	84.4	71.3 (目標値80%)	×		
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	特定保健指導対象者の割合の減少率25%	22.5%	12.4	11.6	18.1 (目標値25%)	×	健康日本21(第2次) 西都市計画	
			胃がん検診 17%以上	7.0%	6.4	6.0	6.3 (目標値17%)	△		
			肺がん検診 14%以上	3.3%	3.8	1.1	20 (目標値14%)	◎		
			大腸がん検診16%以上	10.6%	12.8	10.2	9.8 (目標値16%)	×		
			子宮がん検診19%以上	14.4%	14.5	14.3	14.1 (目標値19%)	△		
			乳がん検診 18%以上	10.0%	11.6	11.6	11.6 (目標値18%)	○		
			5つのがん検診の平均受診率	R1 9.7%	-	8.6	12.4 (目標値16.8%)	○	西都市健康管理課	
		歯科検診 (歯周疾患等検診)	歯周疾患等検診受診率10%以上	R1 3.5%	-	2.66	5.08 (目標値10%)	○		
			高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	-	未実施	未実施	実施	◎		
		後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	78.3%	-	83.2%	84.0% (目標値80%)	◎	厚生労働省	

#### 【判定基準】

目標値に達成した(達成率 100%以上)	◎
目標値に達成していないが策定時より改善 (達成率 10%以上100%未満)	○
変化なし(達成率 -10%以上10%未満)	△
策定時より悪化(達成率 -10%未満)	×

#### (4) 第2期データヘルス計画に係る考察

##### 【考察】

第2期データヘルス計画では、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制することに重点をおき、中長期目標疾患の予防のため、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指し取り組んできました。その結果、虚血性心疾患の総医療費に占める割合は減少していますが、脳血管疾患の総医療費に占める割合や糖尿病性腎症による透析導入者の割合は、増加しています。

特定健診受診率向上対策として、業者委託による受診勧奨通知や未受診者訪問を実施しています。令和4年度は、新型コロナウイルス感染症の影響や台風災害の影響を受け、平成30年度に比べて2ポイント減少し、目標には達していない状況です。

令和4年度の特定保健指導実施率は、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、平成30年度に比べて23.6ポイント減少しており目標達成には至っていませんが、特定保健指導対象者の減少率は、増加しています。また、メタボリックシンドローム該当者の割合は、減少しています。

生活習慣病重症化予防のため、健診結果が受診勧奨値以上の者のうち、Ⅱ度高血圧以上及びLDLコレステロール180mg/dl以上への受診勧奨や保健指導を実施しており、健診受診者の高血圧の割合は減少していますが、脂質異常症の割合は、増加しています。

糖尿病性腎症重症化予防については、未治療者や治療中であるがコントロール不良者へ保健指導を実施しています。その結果、健診受診者のHbA1c6.5%以上の割合は減少しています。しかし、HbA1c6.5%以上の未治療者の割合は、増加しています。

がん検診は、受診率向上のために肺がん検診の対象者拡大や広報紙での周知、受診しやすい環境整備等の取組を行いました。また、未受診者対策としてリコールはがきの対象者拡大を行いました。その結果、肺がん検診は、目標達成しましたが、他のがん検診は、新型コロナウイルス感染症や台風災害の影響を受けたこともあり、目標達成には至りませんでした。

歯周疾患等検診は、令和2年度に比べて増加していますが、目標値には届いていません。

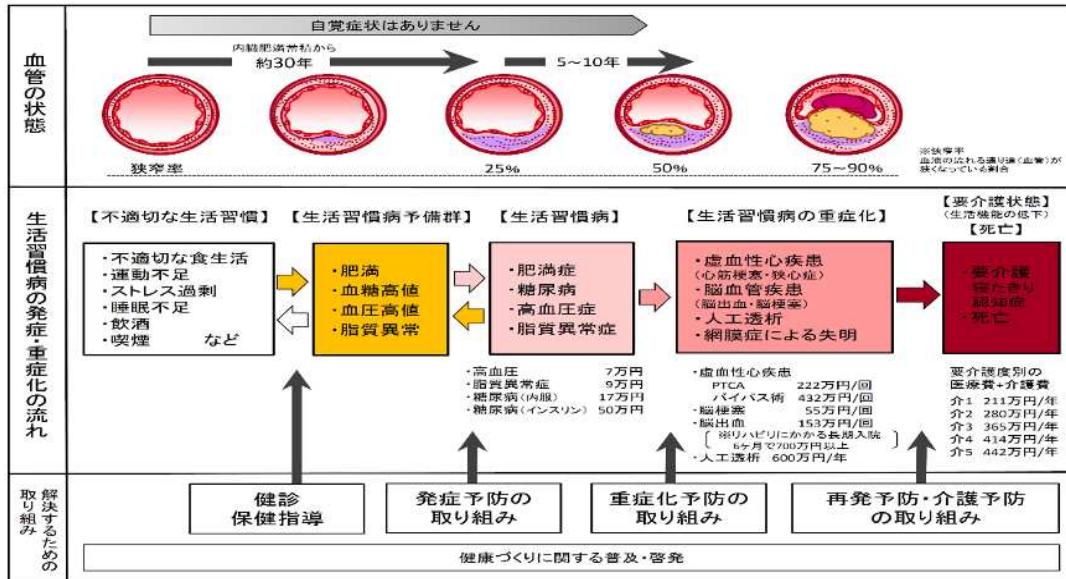
高齢者の保健事業と介護予防の一體的実施は、高齢者医療係・健康推進係・地域包括ケア推進係等関係部署と健康課題の共有を行い、令和4年度から実施しています。

### 3. 第3期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による、生活習慣病への進展や重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。

図表 37 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



#### 2) 健康課題の明確化

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

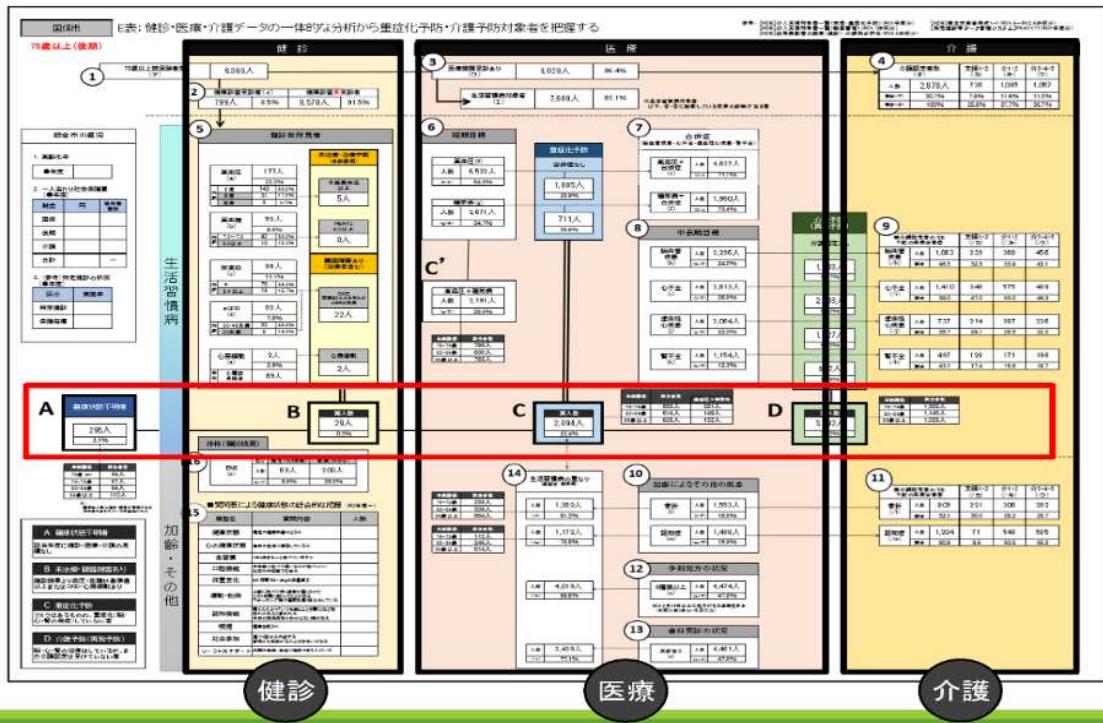
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表38に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

図表 38 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



### (1) 医療費分析

国保の被保険者数は年々減っていますが、令和2年度の一人あたり医療費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4年度は増加しています。後期高齢者医療になると一人あたり80万円を超え、国保の2.1倍も高い状況です。(図表39)

西都市は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、県、国より高く、中長期的目標の腎不全(透析有)及び脳梗塞・脳出血の医療費に占める割合が、同規模、県、国と比べて高い状況です。(図表40)

高額レセプトについては、国保においては毎年約400～550件のレセプトが発生していますが、後期高齢者医療になると、約1.5倍に増えることがわかります。

高額における疾病をみてみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和4年度が一番多く58件で7,207万円の費用がかかっています。年代別に見ると40歳未満・40代で8件となっています。後期高齢者医療においては、81件発生し、約8,443万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表41、42)

図表 39 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期:R4年度
被保険者数		9,623人	9,206人	8,966人	8,629人	8,230人	5,789人
総件数及び 総費用額	件数	84,337件	82,295件	75,734件	75,956件	74,366件	85,520件
	費用額	33億6719万円	33億4227万円	30億4730万円	29億9767万円	31億0325万円	47億4060万円
一人あたり医療費		35.0万円	36.3万円	34.0万円	34.7万円	37.7万円	81.9万円

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 40 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患			短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			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	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
① 国 保	西都市	31億0325万円	30,549	6.29%	0.23%	3.53%	1.19%	5.72%	3.05%	1.48%	6億6662万円	21.5%	13.8%	7.95%	9.33%
	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	--	30,988	4.61%	0.24%	2.04%	1.43%	5.28%	3.33%	1.54%	--	18.5%	15.0%	9.23%	8.73%
	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	西都市	47億4060万円	68,919	3.75%	0.48%	4.20%	1.44%	3.31%	3.11%	0.87%	8億1332万円	17.2%	8.4%	5.82%	14.2%
	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	--	69,078	4.73%	0.53%	3.92%	1.59%	3.88%	3.22%	1.06%	--	18.9%	9.2%	4.73%	11.8%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典:KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

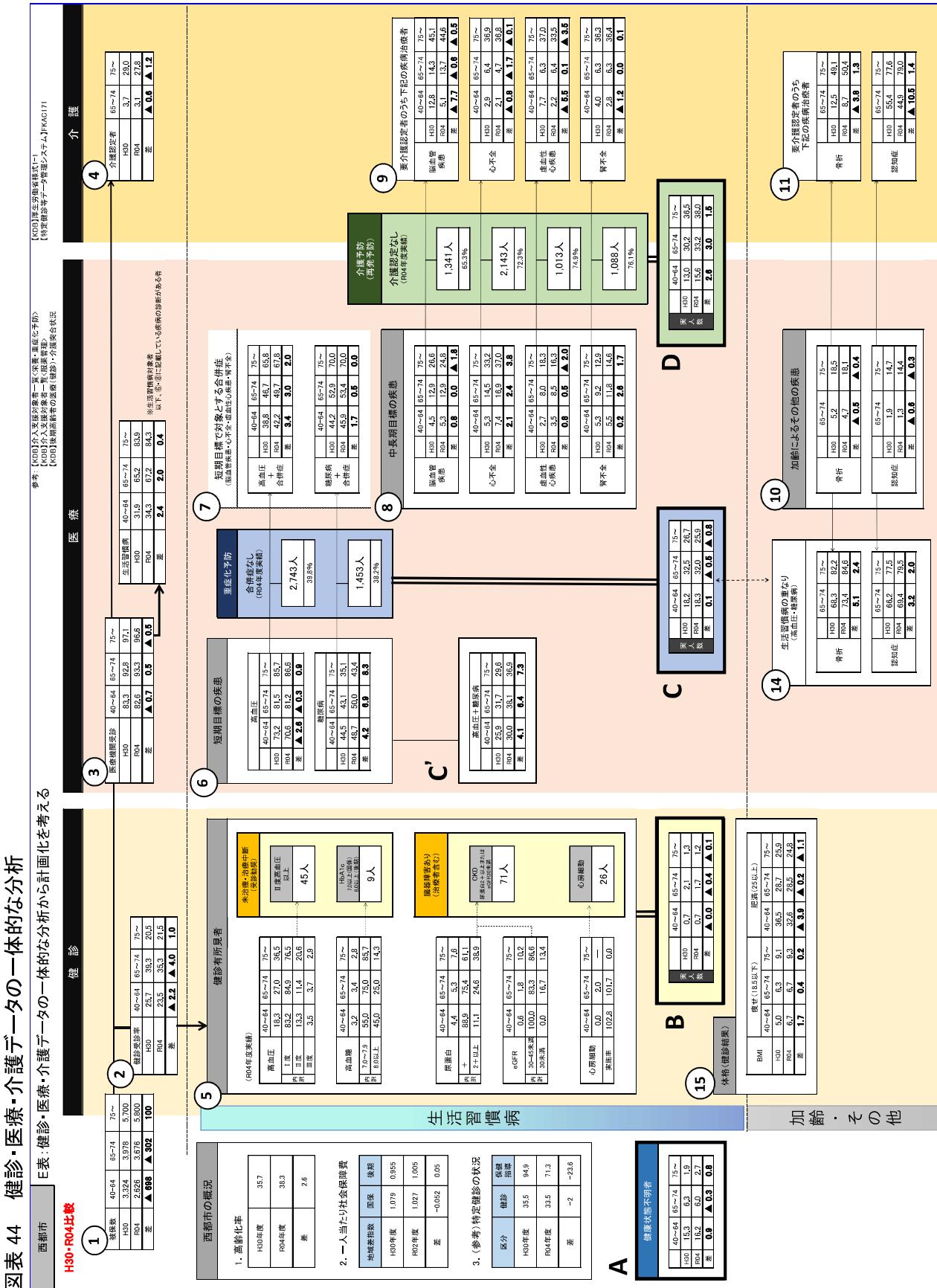
図表 41 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度			H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期:R4年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	291人	289人	263人	260人	291人	584人
	件数	B	477件	475件	459件	439件	549件	909件
		B/総件数	0.57%	0.58%	0.61%	0.58%	0.74%	1.06%
	費用額	C	6億5252万円	6億3583万円	6億0276万円	5億4351万円	7億3547万円	10億8272万円
		C/総費用	19.4%	19.0%	19.8%	18.1%	23.7%	22.8%

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 45 の①被保険者数は、40～64 歳、65 歳～74 歳と減っていますが、75 歳以上では 100 名増え、75 歳以上の後期高齢者が確実に増えていることが分かります。

⑯の体格をみると、40～64 歳の若い年齢層で、BMI25 以上の率 3.9 ポイントも低くなっています。図表 46 健診有所見の状況をみると、各年代で対象人数は減っていますが、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 47 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧においては、若干割合が減っていますが、糖尿病においては、各年代高くなっています。

図表 48 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30 年度と R4 年度を比較すると、40～64 歳の全ての疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)割合で増加しており、若年層の重症化予防が課題であることがわかります。



図表 49 骨折・認知症の状況

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 (被保数割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	68.3	82.1	66.2	77.5	5.2	18.5	1.9	14.7	12.5	49.3	55.4	77.6
R4	73.4	84.6	69.4	79.5	4.7	18.1	1.3	14.4	8.7	50.4	44.9	79.0

出典:ヘルスサポートラボツール

### (3) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

### 3) 目標の設定

#### (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ます。評価指標については、まず全ての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表50)設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

##### ② 中長期的な目標の設定

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

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、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・予備群の割合の減少を目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられるが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

## (2) 管理目標の設定

図表 50 第3期データヘルス計画目標管理一覧

### ●保険者の健康課題

項目	健 康 課 題	優先度	保健事業との対応
A	脳血管疾患と腎不全の死亡者割合の増加と医療費増大	1	1、3、4
B	糖尿病の増加と重症化による医療費増大	2	1、4、5
C	糖尿病未治療・中断者の増加	3	1、5

### ●データヘルス計画全体における目的・目標

項目	データヘルス計画全体における目的	評価指標	実績値		目標値(%)					
			令和4年	令和6年	令和7年	令和8年	令和9年	令和10年	令和11年	
中長期目標	A 脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合	3.53	-	-	-	-	-	-	3.53
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合	1.19	-	-	-	-	-	-	1.19
		慢性腎不全(透析あり)の総医療費に占める割合	6.29	-	-	-	-	-	-	6.29
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合	33.3	-	-	-	-	-	-	30.0
短期目標	A 特定健診受診率・特定保健指導の向上により、重症化予防対象者を減らす。	特定健診実施率	33.5	38.0	39.0	40.0	42.0	43.0	45.0	
		特定保健指導実施率	71.3	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	
		特定保健指導対象者の減少率	17.9	21.5	22.0	22.5	23.0	24.0	25.0	
	A 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、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす。	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	21.6 予備群	20.0 13.0	20.0 13.0	20.0 13.0	20.0 13.0	20.0 13.0	20.0 13.0	
		健診受診者の高血圧者の割合(160/100以上)	3.7	3.5	3.5	3.0	3.0	3.0	3.0	
		血圧が保健指導判定値以上の者の割合	42.7	42.0	42.0	41.0	41.0	40.0	40.0	
		健診受診者の脂質異常者の割合(LDL160以上)	9.6	9.5	9.4	9.3	9.2	9.1	9.0	
		HbA1c 8.0%以上の者の割合	1.0	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	
		高血糖者の割合	8.7	8.6	8.5	8.4	8.3	8.2	8.0	
		HbA1c 6.5%以上のうち、糖尿病レセプトがない者の割合	16.8	15.0	14.0	13.0	12.0	11.0	10.0	

## ●個別の保健事業

番号	事業分類	事業名称	事業概要	優先度
1	特定健康診査・特定保健指導対策	特定健診実施率向上対策	健診未受診者に対して、効果的な受診勧奨通知を発送する。 管理栄養士等の訪問または電話による健診受診勧奨を行う。	1
2	特定健康診査・特定保健指導対策	広報事業	広報紙・回覧板等を活用し、特定健診の周知や健康づくりの啓発を行う。	5
3	生活習慣病重症化予防	生活習慣病重症化予防	健診結果が受診勧奨値以上の者のうち、Ⅱ度高血圧以上及びLDL180mg/dl以上、心房細動の未治療者に対して、医療機関への受診勧奨や保健指導を行う。	3
4	糖尿病性腎症重症化予防	糖尿病性腎症重症化予防	健診結果で、HbA1c7.0%以上の未治療者に対して、医療機関への受診勧奨及び保健指導を行う。また、治療中であるがHbA1c8.0%以上のコントロール不良者、腎機能低下がみられる者に保健指導を実施する。	2
5	糖尿病治療未受診者対策	糖尿病治療未受診者対策	保健師・管理栄養士等による未受診者への受診勧奨を行う。	4

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

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

### 2. 目標値の設定

図表51 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	38%	39%	40%	42%	43%	45%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%

### 3. 対象者の見込み

図表52 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	5,074人	4,752人	4,449人	4,166人	3,900人	3,651人
	受診者数	1,928人	1,853人	1,780人	1,750人	1,677人	1,643人
特定保健指導	対象者数	210人	200人	180人	180人	160人	160人
	実施者数	126人	120人	108人	108人	96人	96人

### 4. 特定健診の実施

#### (1) 実施場所

- ① 集団健診：西都市保健センター、他各地区館(穂北地区館、三納地区館、三財地区館、都於郡地区館)にて実施
- ② 個別健診：市内委託医療機関

#### (2) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する法定の実施項目(基本的な健診項目と、医師の判断によって追加的に実施する詳細な健診項目)を実施し、階層化を行います(「円滑な実施に向けた手引き(第4版)」参照)。また、保険者独自の項目として、心電図、血清クレアチニン、尿酸、尿潜血検査等を実施し、必要に応じて見直します。

図表 53 特定健診検査項目

○西都市特定健診検査項目

健診項目		西都市	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	●	●
	随时中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
血糖検査	(NON-HDLコレステロール)		
	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随时血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	
	尿蛋白定量	○	

○…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

(3) 実施時期

- ①集団健診：6月から翌年2月
- ②個別健診：4月から翌年2月

(4) 外部委託の方法

- ①集団健診：宮崎県健康づくり協会へ個別契約により委託
- ②個別健診：西都市西児湯医師会へ集合契約により委託

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

(5) 医療機関との適切な連携

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

## (6) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 54 特定健診実施スケジュール

<年間スケジュール>

特定健診・ 特定保健指導	年度当初	5月下旬：特定健診受診券の発券、案内の発送 (保健指導については年間を通じた随時発券・案内)
	年度の前半	8月：前年度の実施結果の検証や評価、翌年度の事業計画
	年度の後半	11月：次年度の委託契約の設定準備(実施機関との調整)、予算組み
年間スケジュール		毎月25日請求支払

## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

### ○ 第4期(2024年以降)における変更点

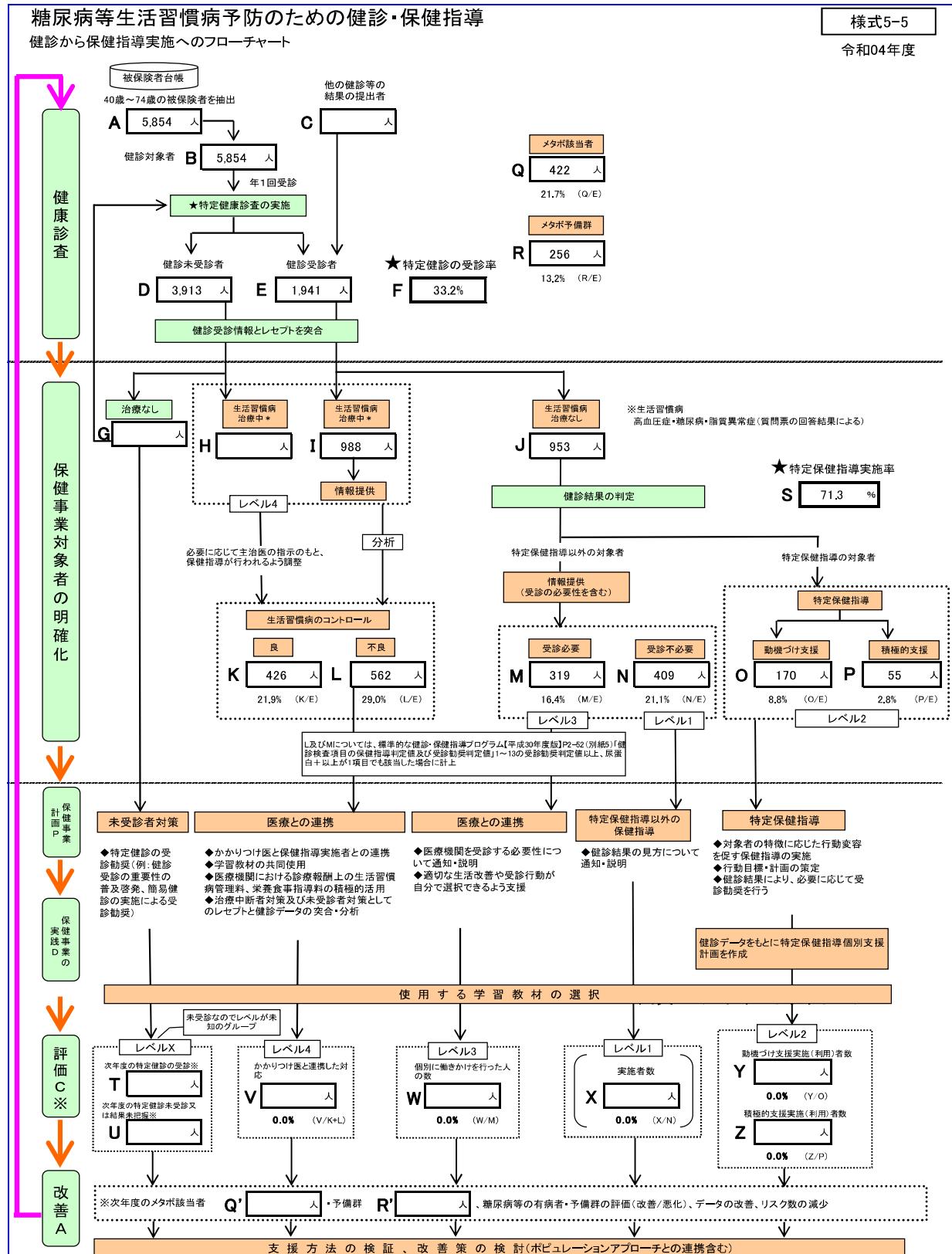
### 特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

## (1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表55 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



(2)要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 56 要保健指導対象者の見込み(令和 6 年度受診見込数 1,928 人)

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	国民健康保険	対象者数見込 (受診者の60%)
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	210人 (10.9%)
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	319人 (16.5%)
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)	3,146人
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	406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	981人 (50.9%)

### (3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 57 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出 ◎個別健康診査実施の依頼 ◎個別健康診査の開始		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎受診券の送付		◎がん検診開始 ◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
6月	◎集団健康診査の開始	◎対象者の抽出 ◎利用券登録 ◎保健指導の開始	
7月			
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月			◎翌年度の予算組み
12月			
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を踏まえた対応を行います。

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

### (2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

## 7. 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、西都市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

## 8. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者・予備群(特定保健指導の対象者)の減少率については、毎年度達成状況を評価します。

実施計画の見直しについては、目標達成状況の評価結果を活用し、必要に応じてあるいは令和 8 年度に中間評価を行います。

## 第4章 課題解決するための個別保健事業

### 1. 保健事業の方向性

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

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

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

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

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

### 2. 重症化予防の取組

令和4年度の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、661人(34.1%)です。そのうち治療なしで184人(19.3%)を占め、さらに臓器障害あり直ちに取り組むべき対象者が114人です。

また、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、184人中92人というため、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58)

図表 58 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-								令和4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(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン2011年度合同研究班報告)		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)	1,941人 33.2%
		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%)	アローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)				
		※参考まで データ(平成 2016より)						※問診結果による
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	重症化予防対象者 (実人数)	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)	661	34.1%
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	
	該当者数	72 3.7%	26 1.3%	55 2.8%	39 2.0%	422 21.7%	113 5.8%	139 7.2%
	治療なし	41 3.4%	9 0.9%	49 3.5%	31 2.2%	60 6.3%	74 4.2%	37 3.9%
	(再掲) 特定保健指導	14 19.4%	2 7.7%	15 27.3%	8 20.5%	60 14.2%	21 18.6%	12 8.6%
	治療中	31 4.2%	17 1.7%	6 1.1%	8 1.5%	362 36.6%	39 23.6%	102 10.3%
	臓器障害 あり	28 68.3%	9 100.0%	26 53.1%	14 45.2%	34 56.7%	41 55.4%	37 100.0%
	CKD(専門医対象者)	3	0	1	4	6	13	37
	心電図所見あり	27	9	26	11	31	35	17
	臓器障害 なし	13 31.7%	--	23 46.9%	17 54.8%	26 43.3%	33 44.6%	--

出典:ヘルスサポートラボツール

# I. 糖尿病性腎症重症化予防

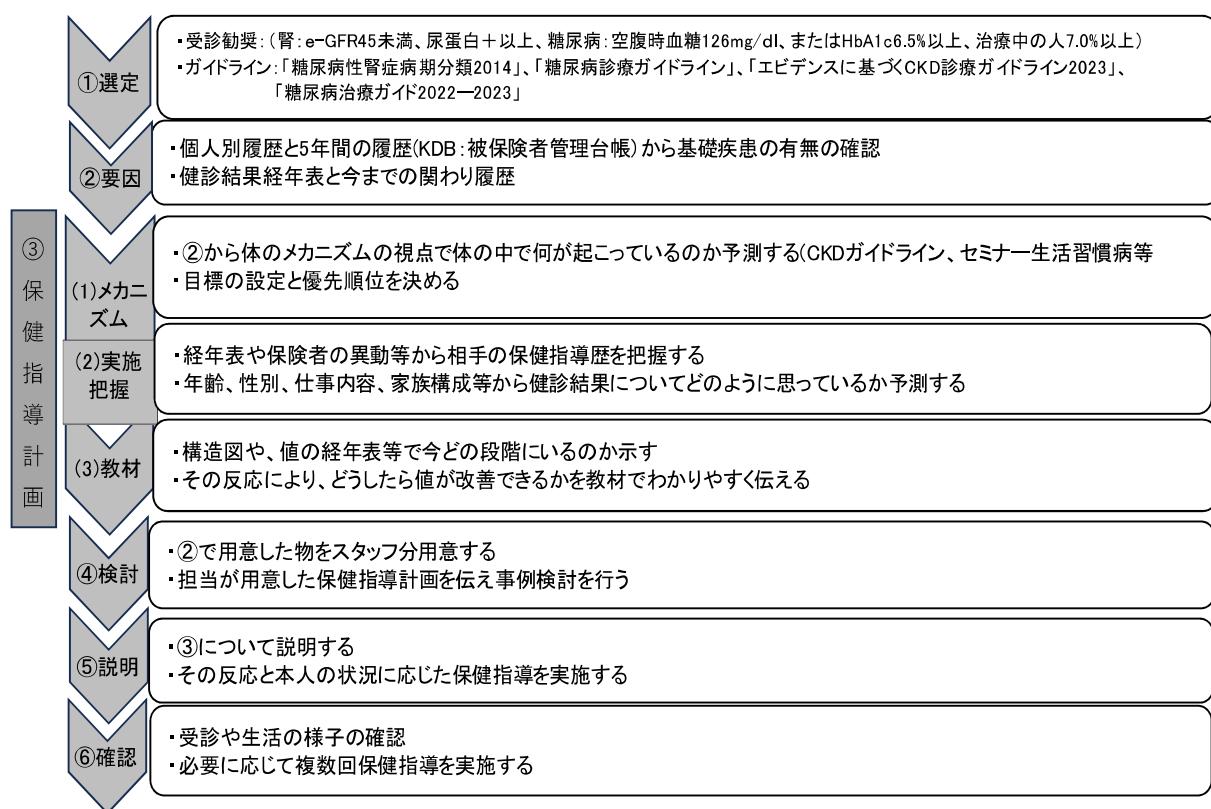
## 1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び宮崎県糖尿病発症予防糖尿病性腎症重症化予防指針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59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59 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、宮崎県糖尿病発症予防糖尿病性腎症重症化予防指針に準じ、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
  - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
  - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

## (2)選定基準に基づく該当者の把握

### ①対象者の抽出

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

図表 60 糖尿病性腎症病期分類

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

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

西都市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が困難です。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（-）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（+）としていることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となります。また、尿の濃縮状態によらず正確な尿蛋白量がわかる尿蛋白定量検査を実施していますので、慢性腎臓病(CKD)重症化予防の対象者を把握して早期の介入に努めています。

### ②基準に基づく該当者数の把握

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

令和4年度の特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、98人(37.3%・F)でした。

また、40～74歳における糖尿病治療者1,786人のうち、特定健診受診者が165人(62.7%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者1,621人(90.8%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

### ③ 介入方法と優先順位

図表61より西都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)・・・98人

#### 優先順位2

##### 【保健指導】

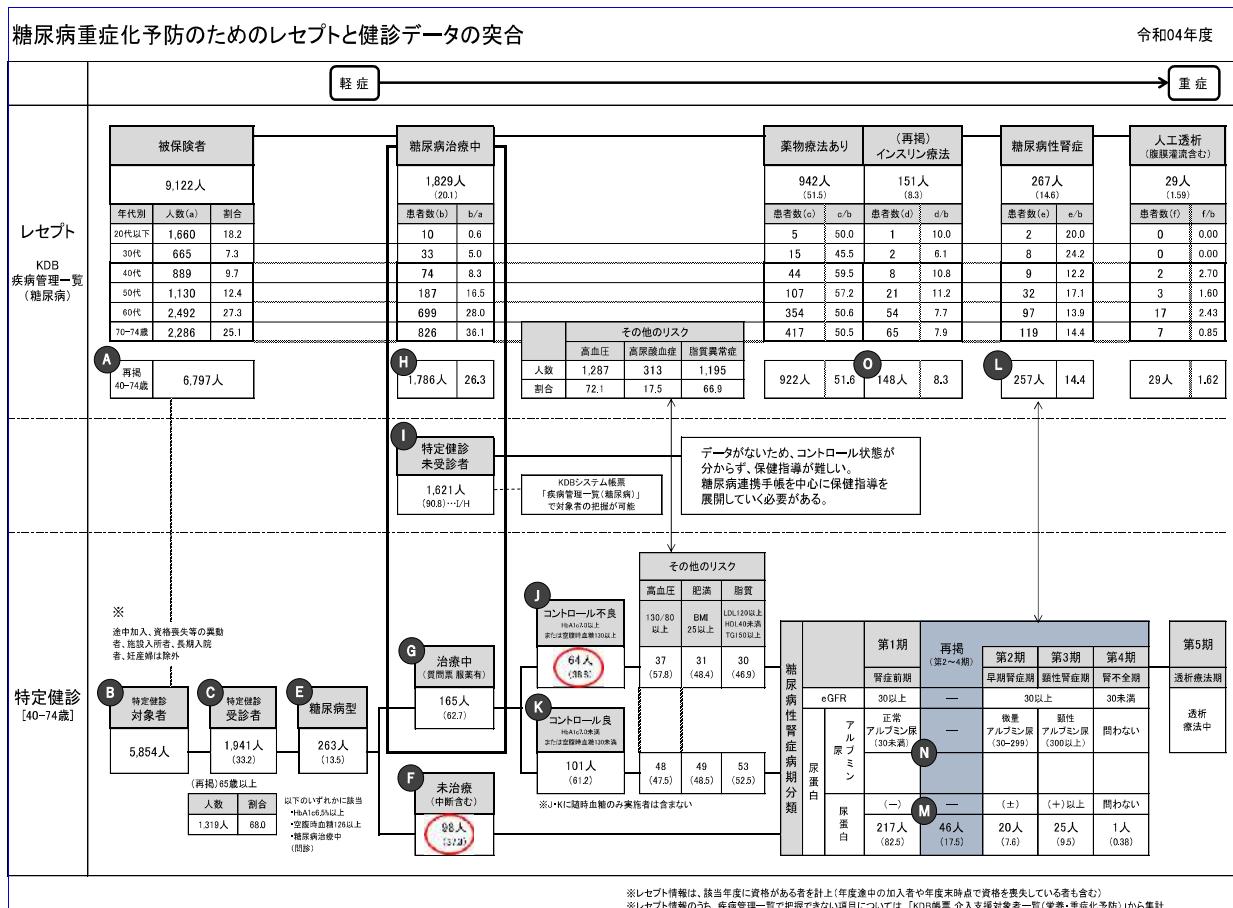
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者(J)・・・64人  
　　治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

#### 優先順位3

##### 【保健指導】

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

図表 61 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

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

### 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、事前に西都市西児湯医師会等と協議し、連絡票を活用できるように連携していきます。

#### (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宮崎県糖尿病発症予防糖尿病性腎症重症化予防指針に準じ行っています。

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、必要に応じて、地域包括支援センター等と連携していきます。

## 6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表62 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

### 短期的評価

#### ①受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率

#### ②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFRの変化（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m<sup>2</sup>以上低下）

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化



## 7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

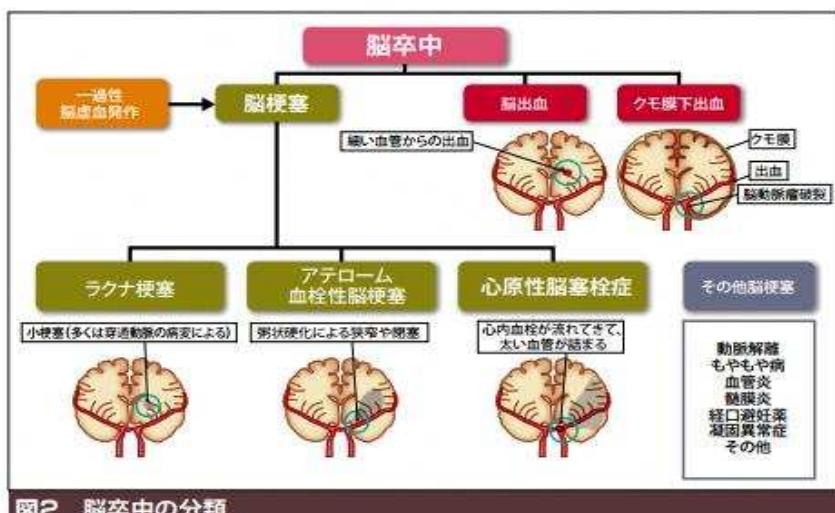
5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

## II. 脳血管疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 63,64)

図表 63 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 64 脳血管疾患とリスク因子

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

## 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 65 でみると、高血圧治療者 2,817 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 348 人(12.4%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 72 人(3.7%)であり、そのうち 41 人(57%)は未治療者です。

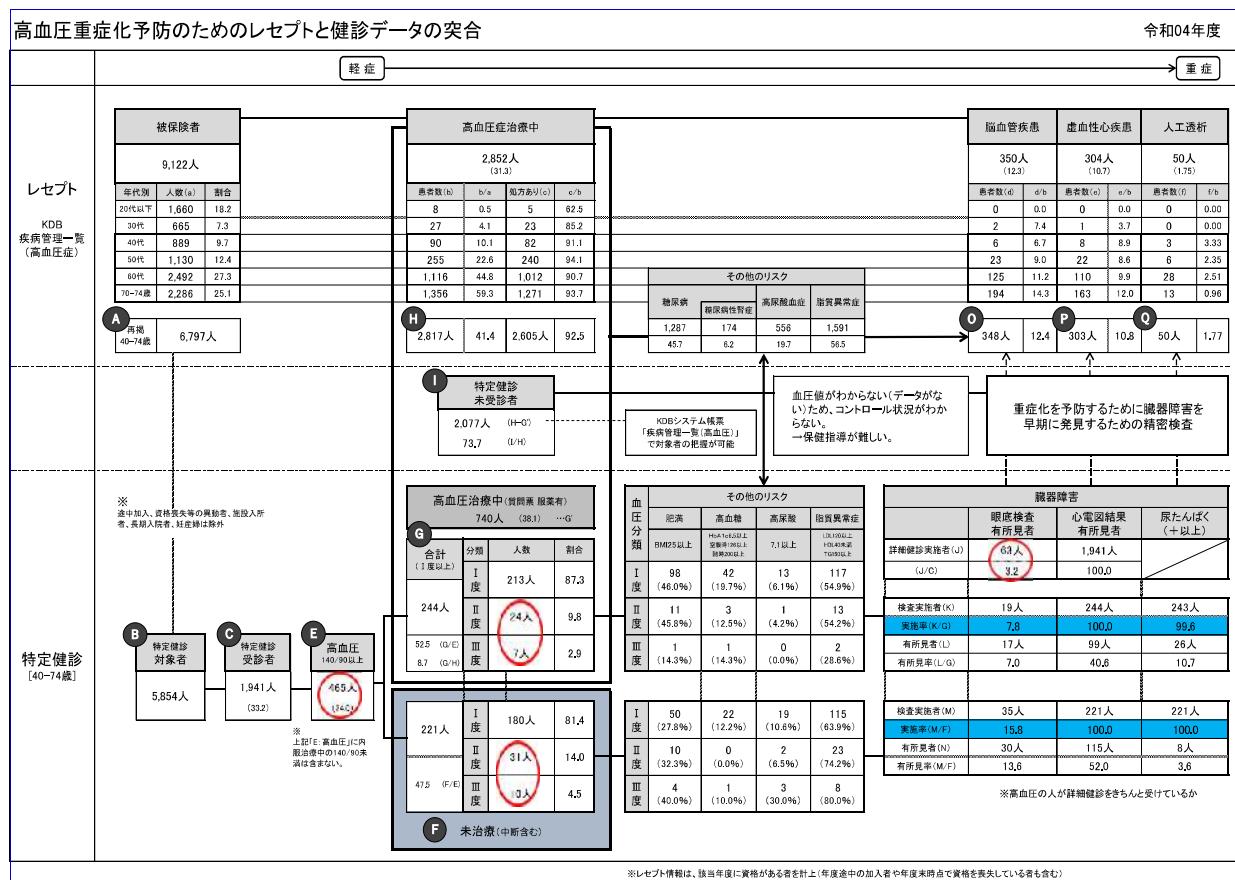
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 31 人(4.2%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか 63 人(3.2%)しか実施していない状況です。しかし、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いることから、465 人(24%・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されていません。

第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

図表 65 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



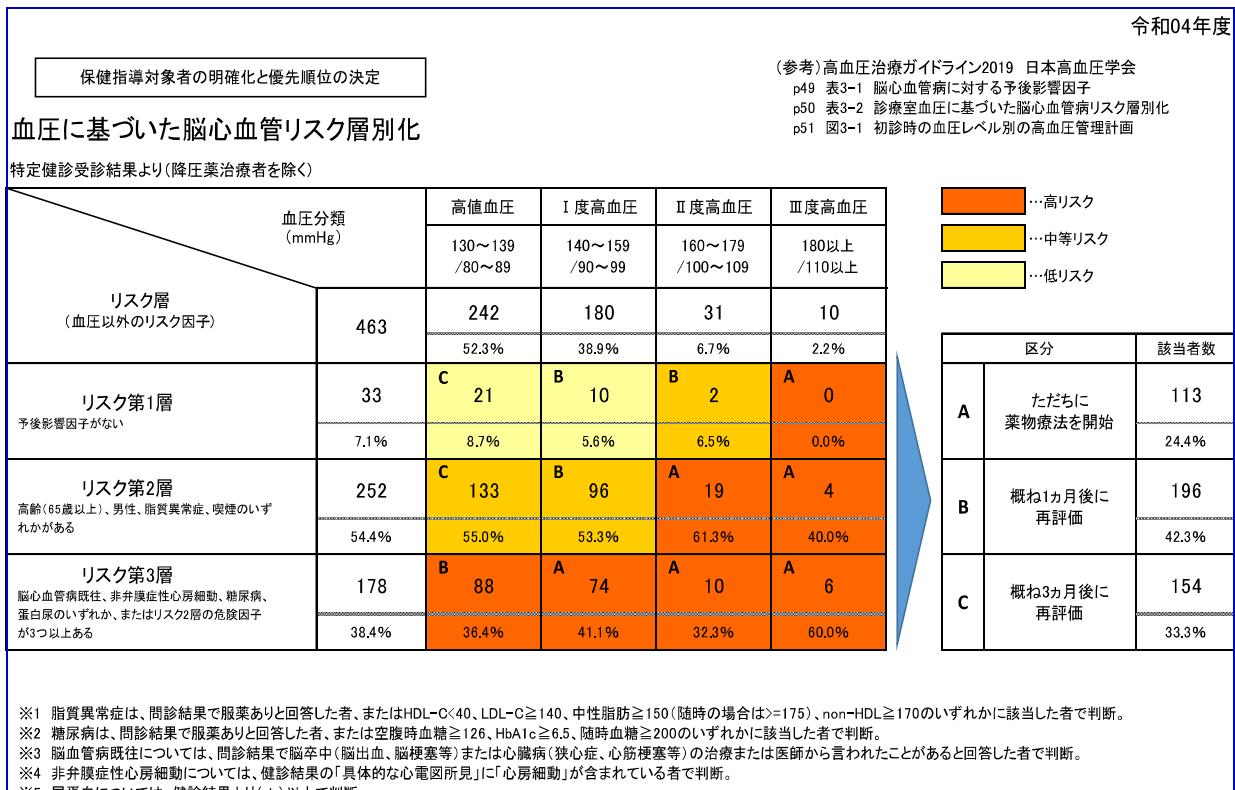
出典:ヘルスサポートラボツール

## (2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

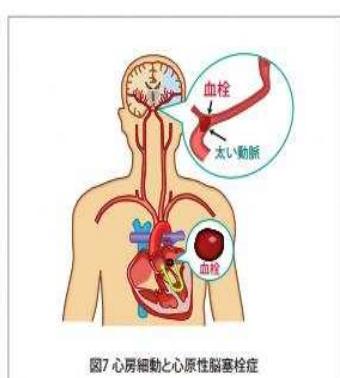
図表66は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

図表66 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化



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、心臓にできた血栓が血流にの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。心原性脳塞栓症の主な要因は心房細動であり、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。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 67 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。

心電図検査において 26 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 26 人のうち 23 人は既に治療が開始されていましたが、未治療者は 3 人でした。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要があり、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継続が重要です。

図表 67 心房細動有所見状況(令和 4 年度)

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	884	1,088	884	100.0%	1,088	100.0%	18	2.0%	8	0.7%	--	--
40代	73	89	73	100.0%	89	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	112	124	112	100.0%	124	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	334	418	334	100.0%	418	100.0%	3	0.9%	3	0.7%	1.9%	0.4%
70～74歳	365	457	365	100.0%	457	100.0%	15	4.1%	5	1.1%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 68 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	%
26	3	11.5%		23	88.5%

西都市調べ

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

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

#### (2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入してい

く必要があり、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

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

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

### (3) 対象者の管理

#### ① 高血圧者の管理

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

#### ② 心房細動者の管理

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように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治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していきます。

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、必要に応じて、地域包括支援センター等と連携していきます。

## 6) 評価

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

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・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

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第、対象者へ介入(通年)

### 3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

#### 1) 基本的な考え方

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

西都市は、令和4年度より宮崎県後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を行っており、令和6年度以降も引き続き事業を実施します。

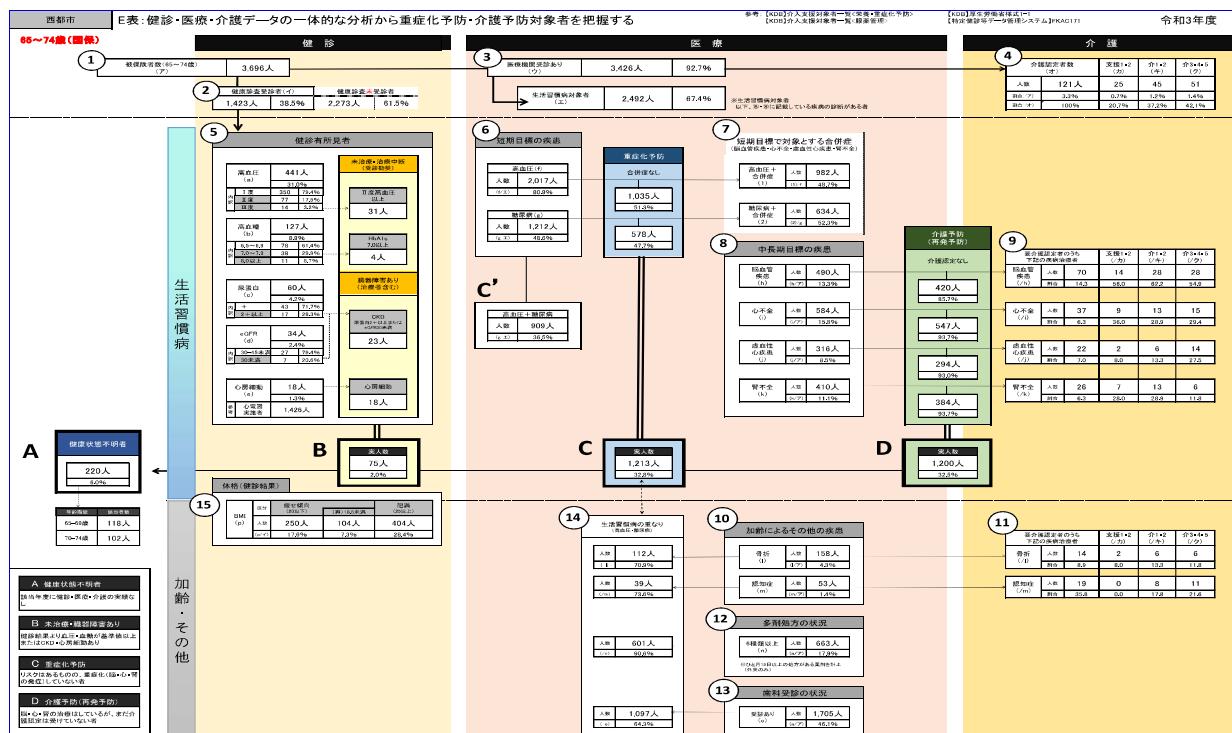
具体的には、

##### 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する  
対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

##### ② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別の支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう国保保健事業からの継続した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の健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 69 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



## 4. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題であります。生活習慣は小児期に確率することから、小児における生活習慣病対策は重要です。特に小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

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

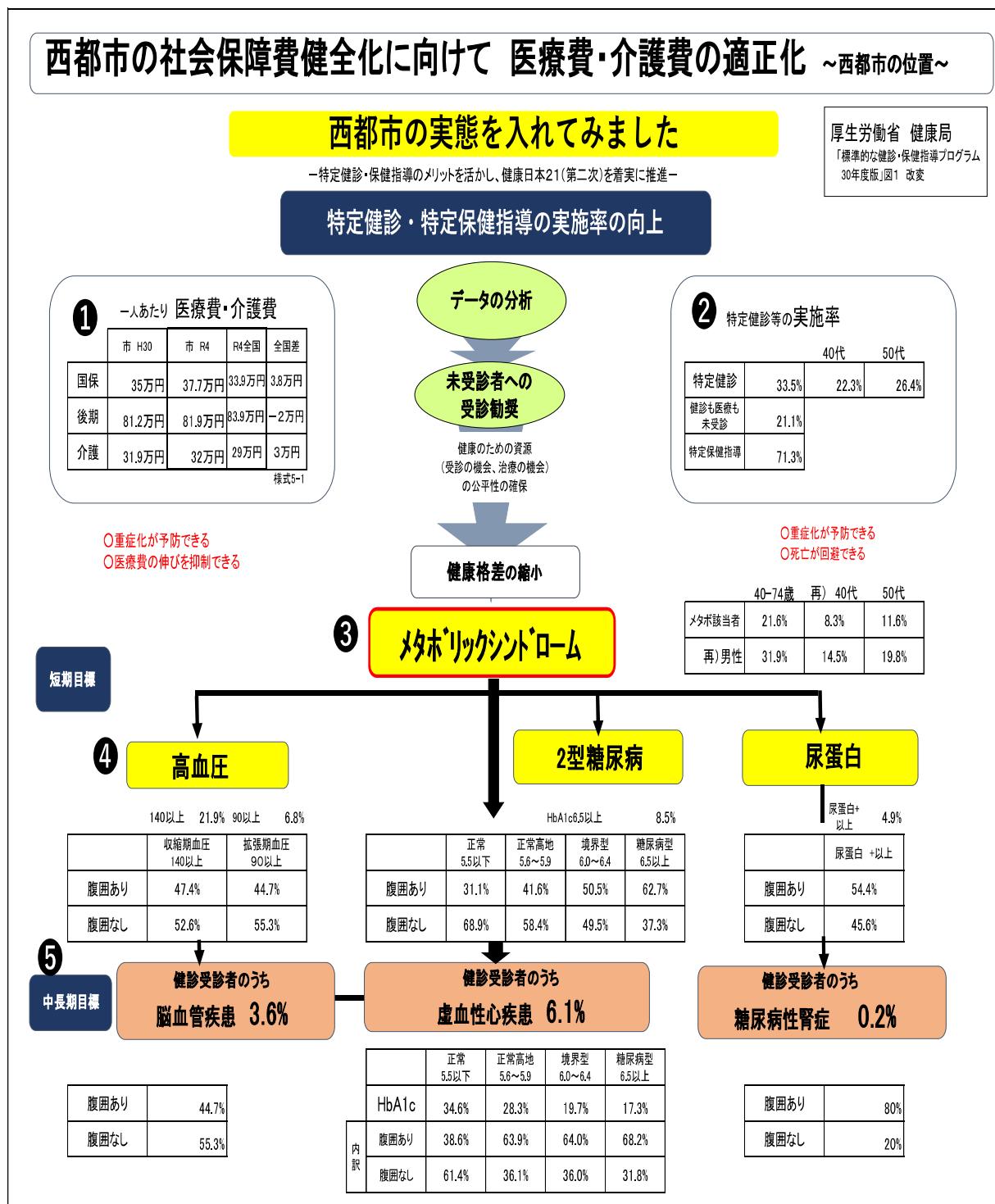
図表 70 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える　—基本的考え方—　（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）												
		発症予防 → 重症化予防										
1 根拠法		健康増進法										
6条 健康増進事業実施者		母子保健法										
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】												
2 計画		データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）										
3 年代		妊娠（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)		妊娠健康診査 (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	就学前健診 (11・12歳)	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)
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 (診断) 妊娠糖尿病		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 HbA1c6.5%以上 75GTTの①～③の 1点以上満たすもの						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上			
	身長 体重 BMI											
	肥満度			かぎり18以上	肥満度15%以上		肥満度20%以上					25以上
	尿糖		(+) 以上				(+) 以上					
	糖尿病家族歴											

## 5. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 71、72)

図表 71 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 72 統計からみえる宮崎の食

統計からみえる宮崎の食 ~ 総務省統計局 家計調査 2020~2022年平均 ~			
県庁所在市及び政令都市53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)
干しあじ	10位	魚類	50位
鶏肉	3位	葉野菜	45位
餃子	1位	牛乳	40位
饅頭	14位	乾物・海藻	50位
焼酎	1位	卵	43位
※店舗・種別		豆腐	36位
飲食店総数	4位	※参照 宮崎県の健診結果と生活を科学的に解明する資料	
酒場ビアホール	4位		
バー・キャバレー・ナイトクラブ	2位		
焼き肉店	9位		

## 6. 特定健診の受診率向上対策

特定健診受診率向上に向けて、広報紙や市ホームページ等の媒体を活用し、特定健診の必要性について周知を図ります。

また、未受診者勧奨として個別勧奨通知や訪問または電話による健診受診勧奨を行います。

図表 73 特定健診受診率向上対策

	実施方法	内容
周知・啓発	広報紙	特定健診等の開始時期に合わせ掲載。
	ホームページ	特定健診について掲載。
	お知らせ(回覧板)	特定健診時期や受診利点等の周知。
	各種団体との連携	各種団体や地域づくり協議会での出前講座の実施。
	チラシの配布	国保窓口で国保加入の際に特定健診のチラシを配布。
	知つ得ガイド	健康づくりガイドブックに特定健診案内を掲載。
がん検診と 同時実施	集団・個別健診	市内各地区館・市保健センター・指定医療機関で実施。
	案内チラシ	受診券発送時のチラシにセットできるがん検診を掲載。
個別勧奨	受診勧奨通知	業者委託による未受診者への受診勧奨通知を発送
	未受診者訪問	管理栄養士等による未受診者訪問や電話での受診勧奨。
	結果提供	職場健診の結果の写しを提供してもらう。

## 第5章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

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

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"><li>・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)</li><li>・保健指導実施のための専門職の配置</li><li>・KDB活用環境の確保</li></ul>
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"><li>・保健指導等の手順・教材はそろっているか</li><li>・必要なデータは入手できているか。</li><li>・スケジュールどおり行われているか。</li></ul>
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"><li>・特定健診受診率、特定保健指導率</li><li>・計画した保健事業を実施したか。</li><li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li></ul>
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"><li>・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、要介護認定率など)</li></ul>

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

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

## **第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い**

### **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ことが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、西都市西児湯医師会等などの関係団体経由で医療機関等へ冊子を配布するなど周知に努めます。

### **2. 個人情報の取扱い**

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、府内等での利用、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西都市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

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

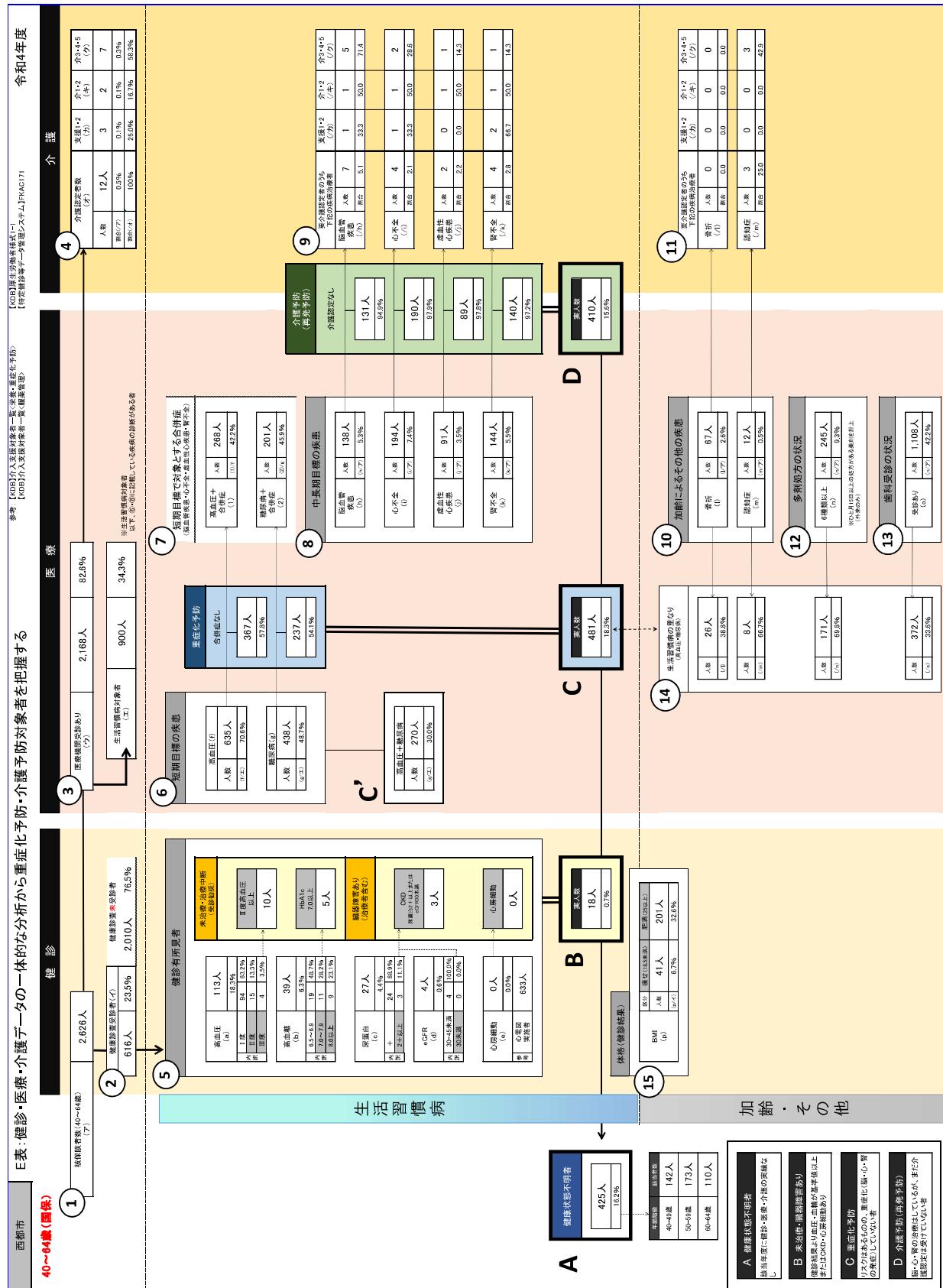
参考資料9 LDL-C の年次比較



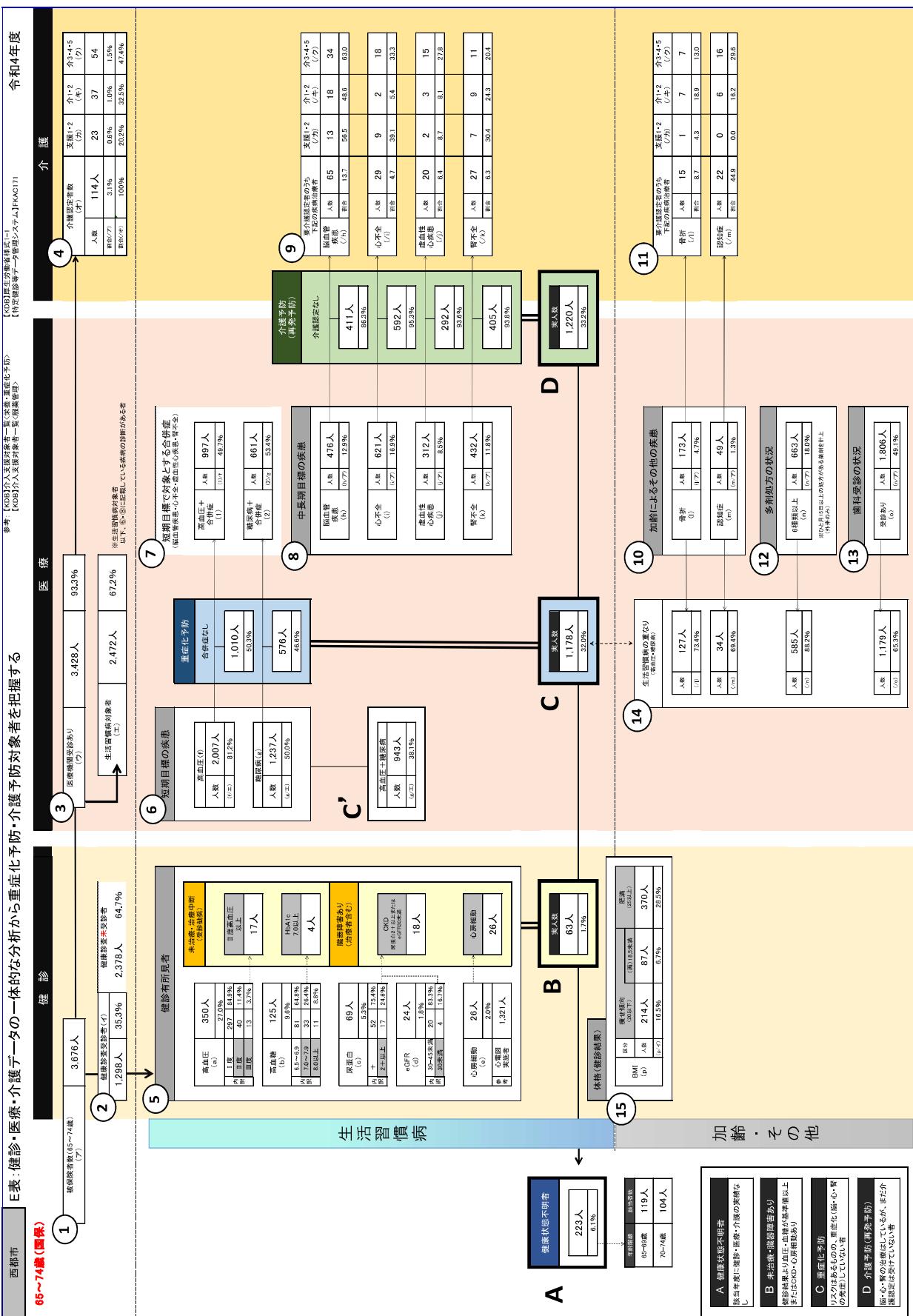


## 参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

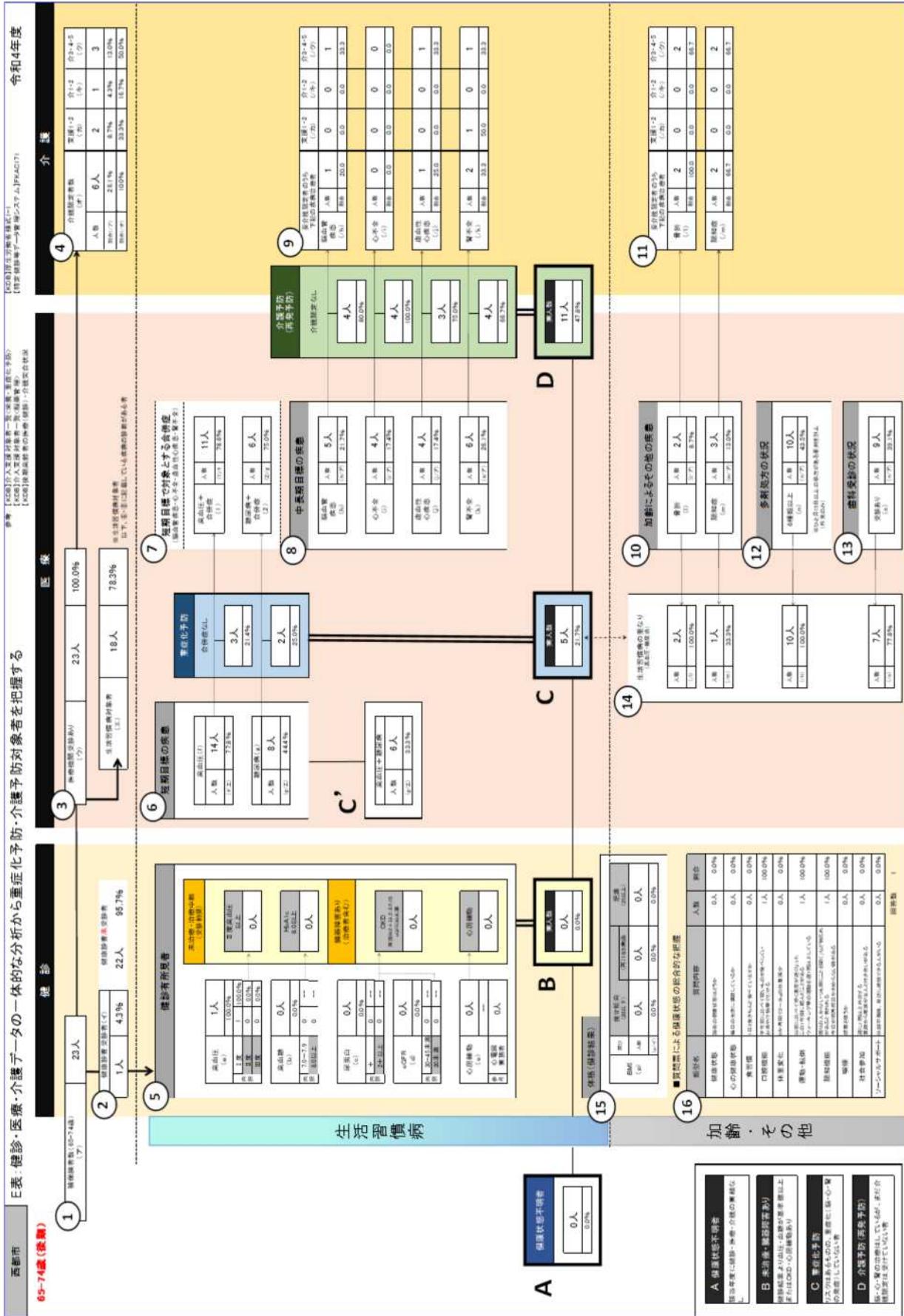
### ① 40～64歳(国保)



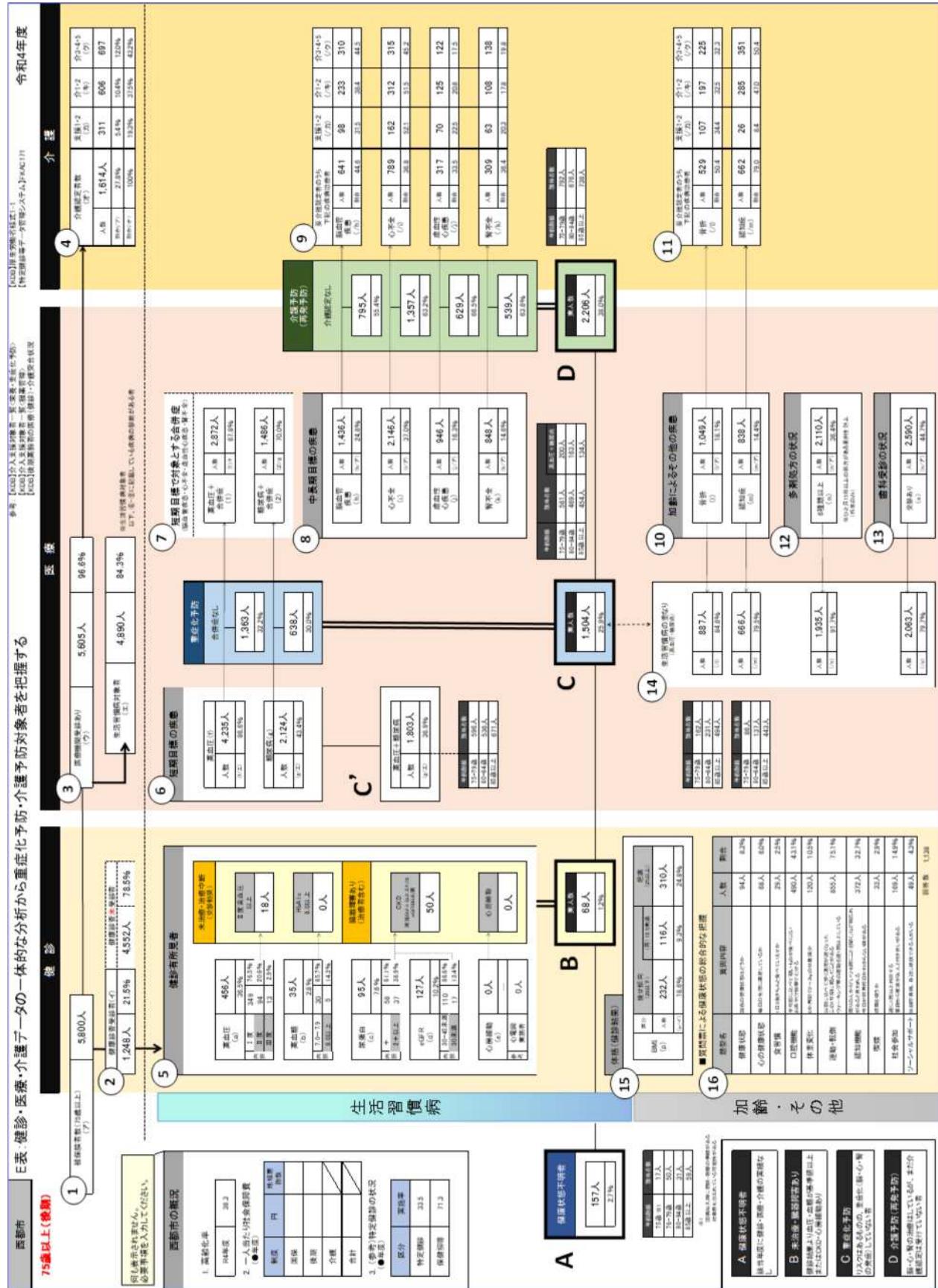
(2) 65～74歳(国保)



③ 65～74歳(後期)



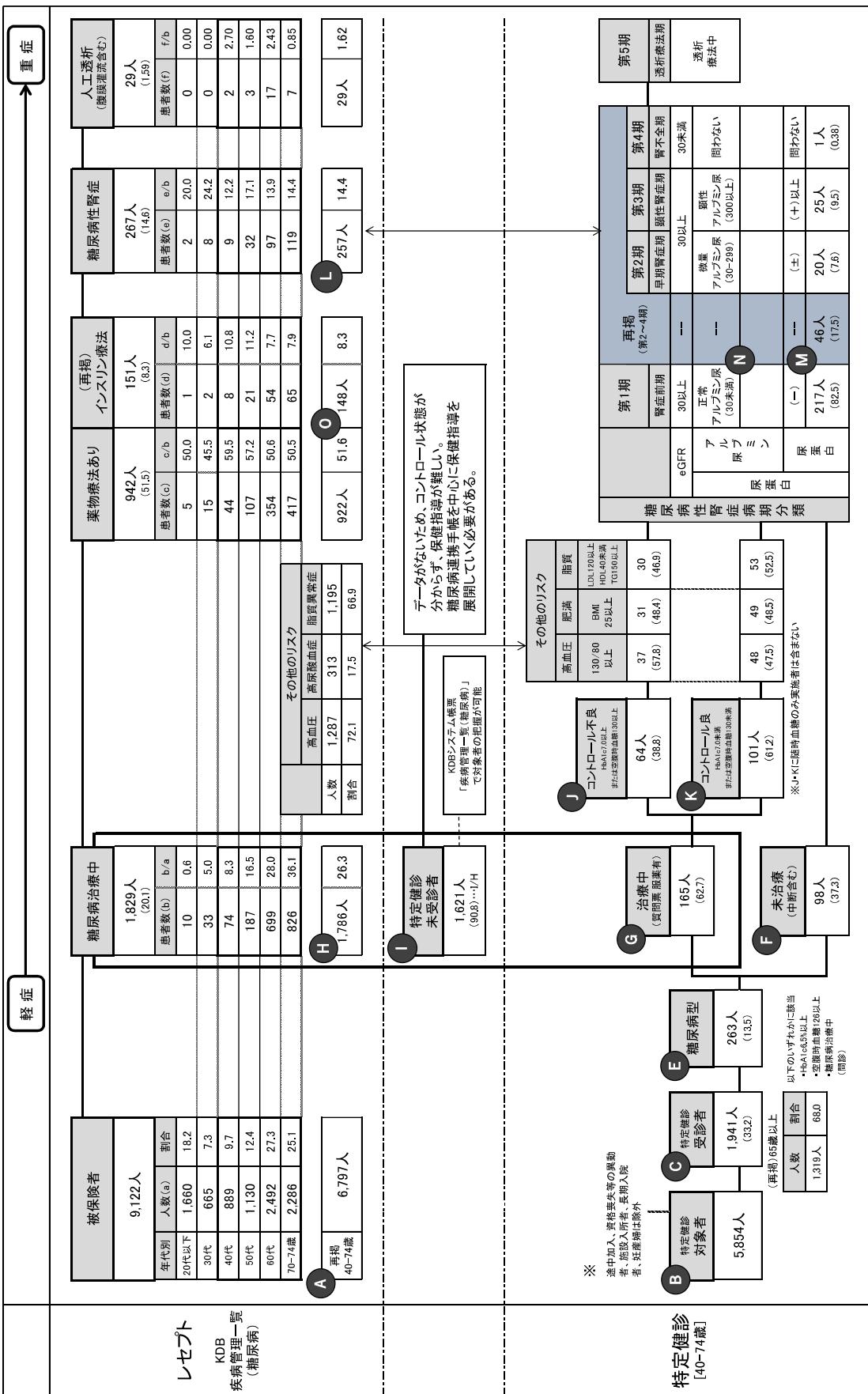
④ 75歳以上(後期)





## 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

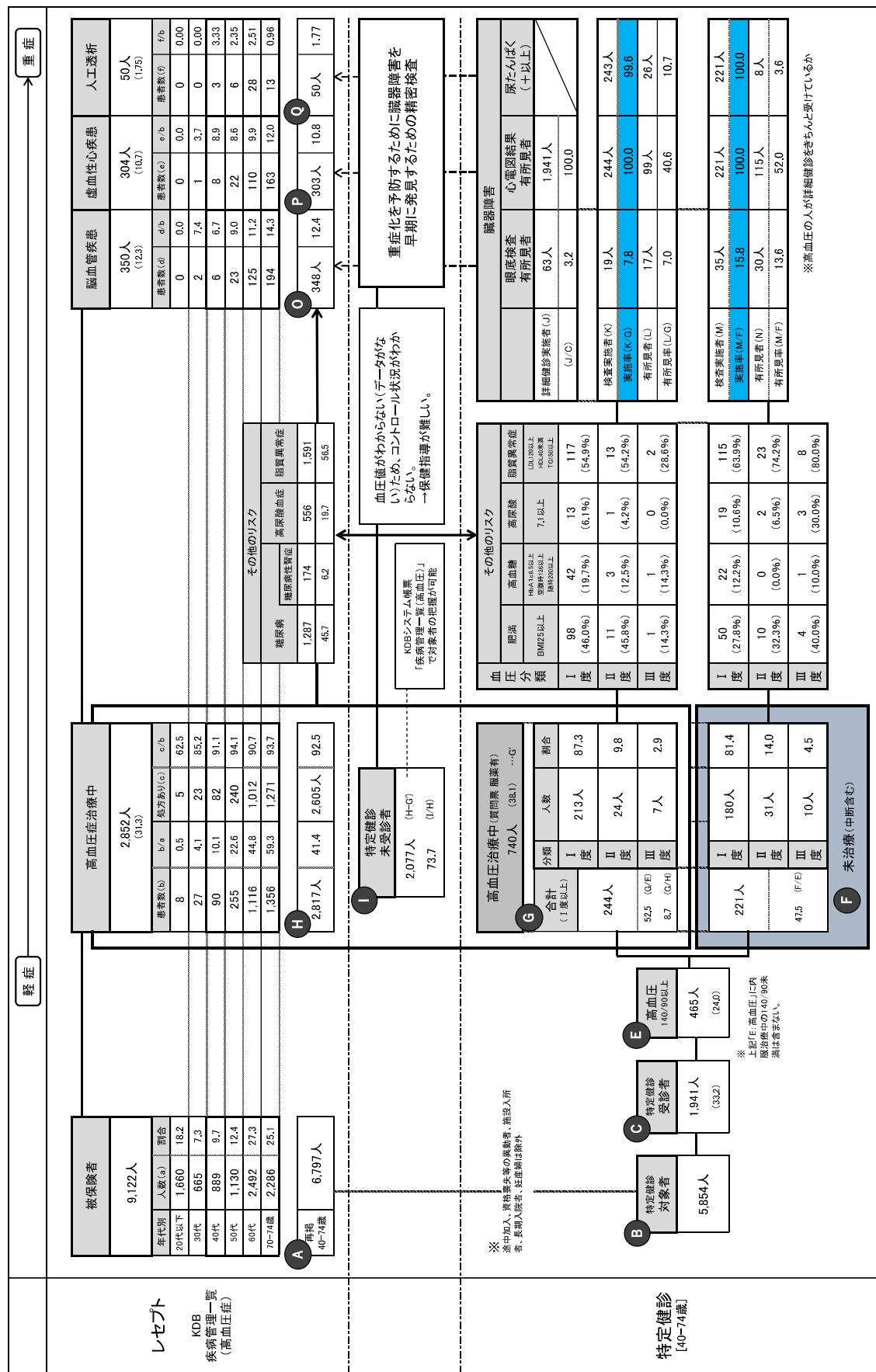
令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者が計上(年度途中の加入者や年暮れ時点を資格を喪失している者も含む)  
※レセプト情報のうち、疾患管理一覧で把握できない項目については、「KDBシステム帳票」へ支援対象者一覧(糖尿病予防)から集計

## 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

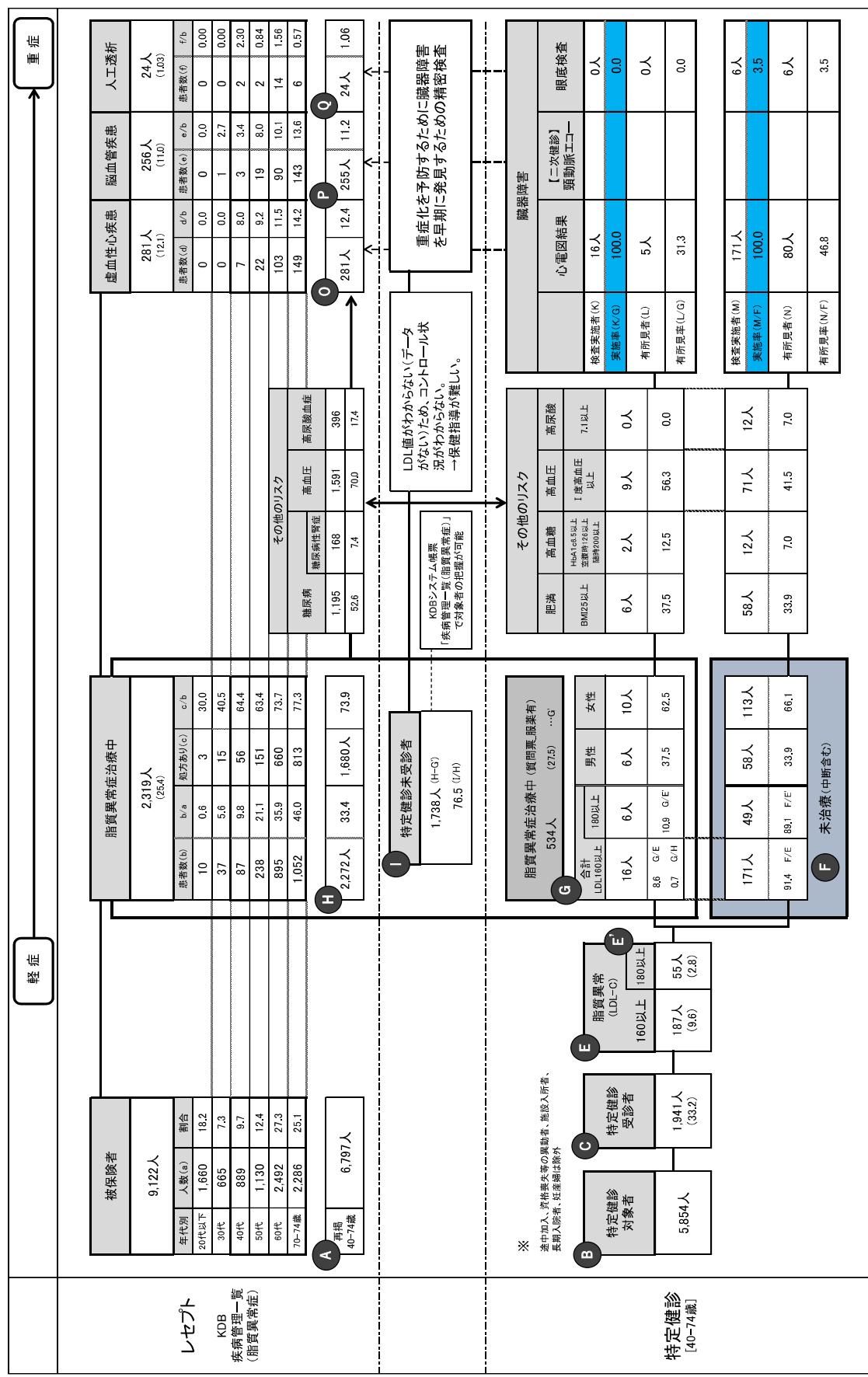
令和4年度



※レセプト情報は、該当年度に算定がある者を基にして年度途中の加入者や年度末時点での算定者を喪失している者も含む。  
※レセプト情報のうち、疾健康管理一覧で把握できない項目については、「KDB標準介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

## 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に算出がある者を計上。年度途中の加入者や年度末時点での様子を要する場合は、「KDB標準一覧(対象者登録一覧・対象者登録年齢区分)」から集計。









**西都市国民健康保険  
第3期データヘルス計画(保健事業実施計画)**

**発行年月日 令和6年3月**

**発行 西都市**

**健康管理課 国保高齢者医療係**

**〒881-8501 西都市聖陵町2丁目1番地**

**TEL 43-0378**