

第 3 期鳥栖市保健事業実施計画(データヘルス計画)(案)

第 4 期鳥栖市特定健康診査等実施計画(案)

令和 6 年度～令和 11 年度

鳥 栖 市

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化 ……10

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……34

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

第4章 課題解決するための個別保健事業 ……41

- I. 保健事業の方向性

Ⅱ. 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
3. 虚血性心疾患重症化予防
4. 脳血管疾患重症化予防

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

Ⅳ. 発症予防

Ⅴ. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し69

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70

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料71

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

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

※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に

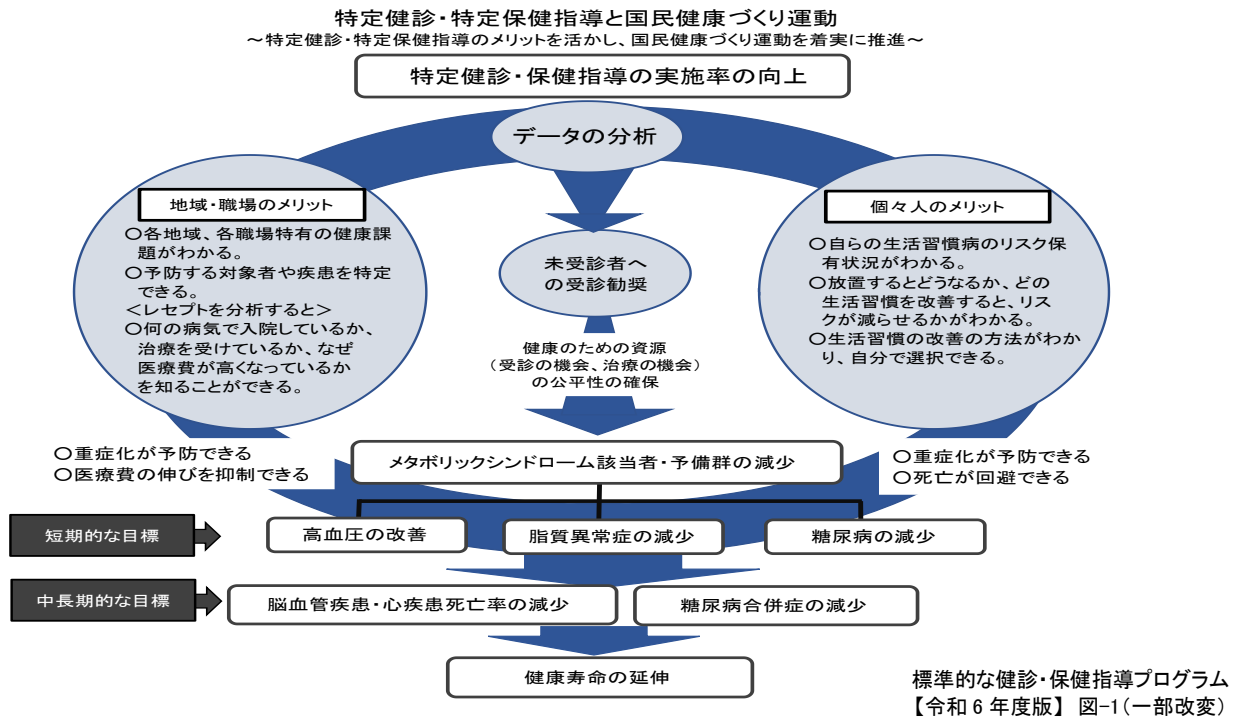
係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

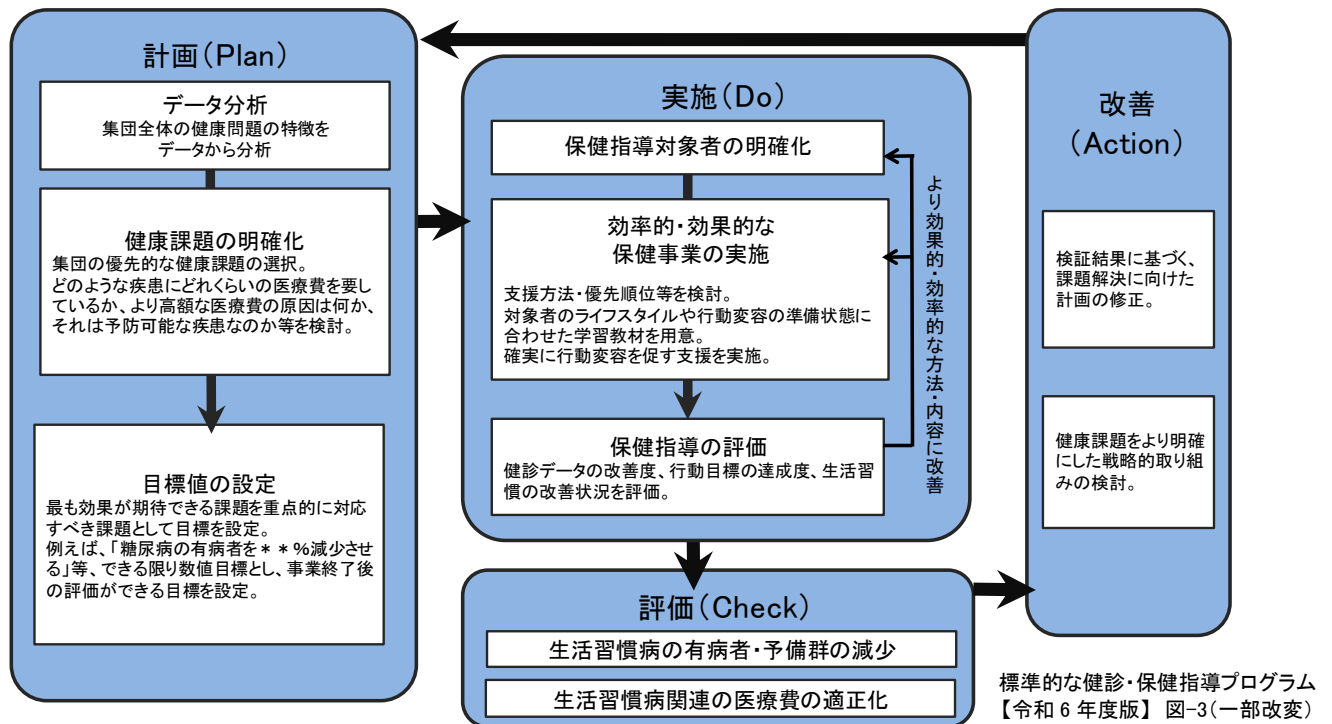
	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高規格法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより効果性を持 つ組織の推進を通じて、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、地域の条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患、 精神神経疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCD)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診実施率 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 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



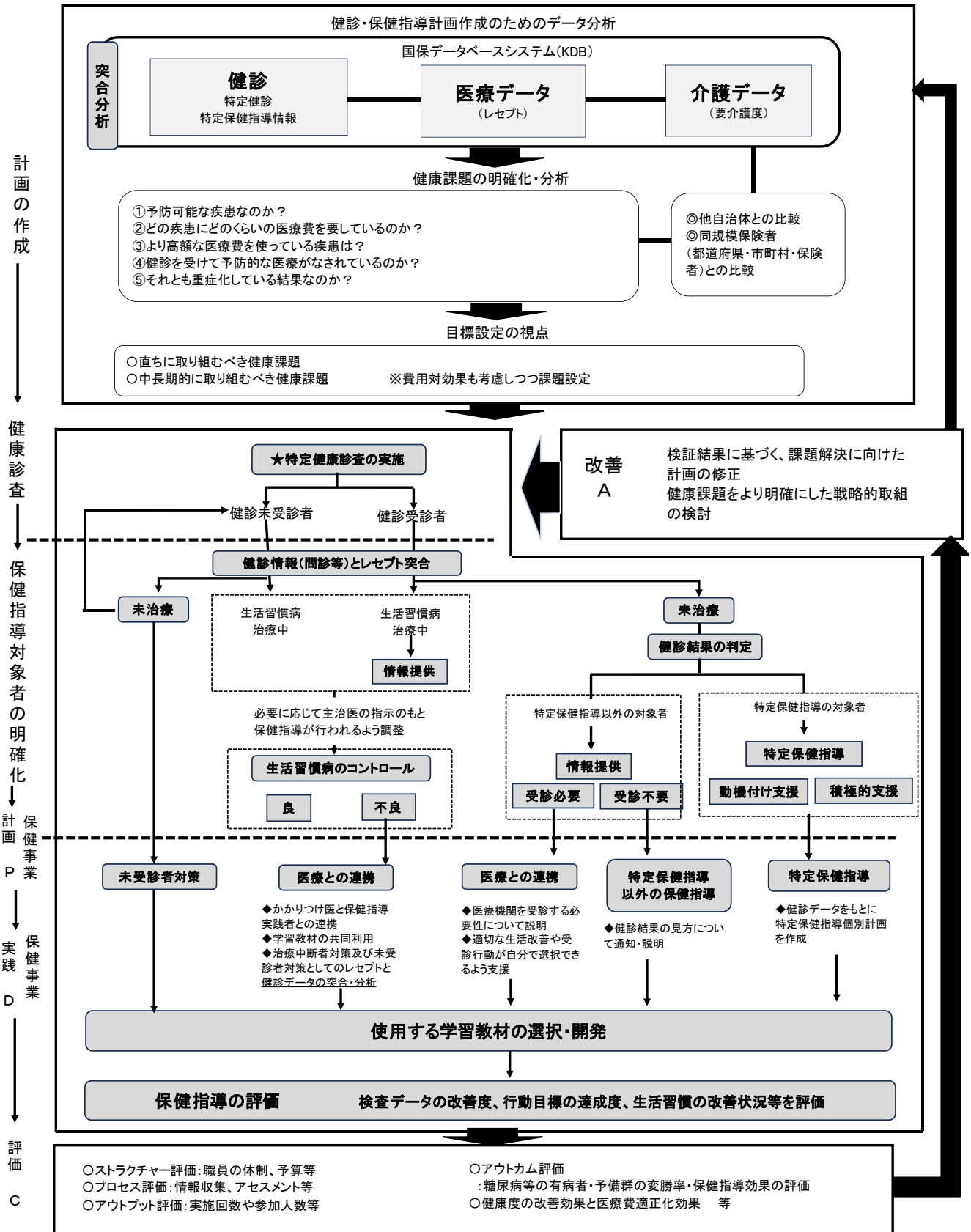
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

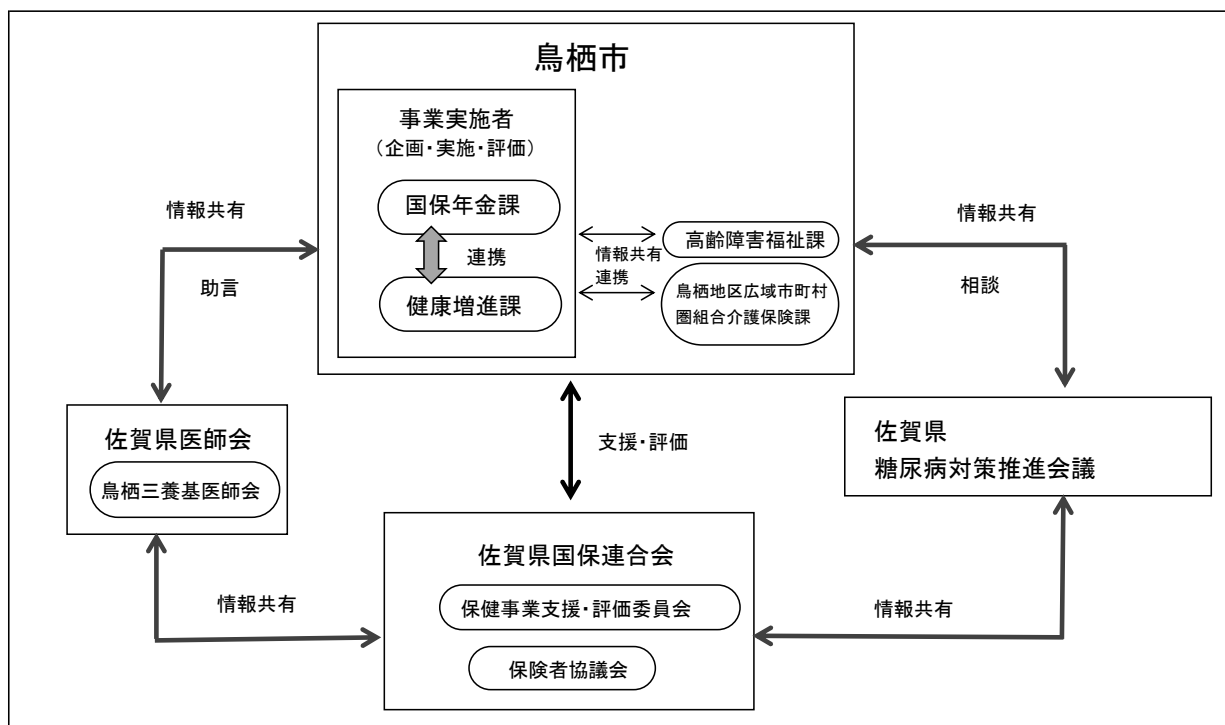
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、国保部局(国保年金課)、保健衛生部局(健康増進課)、介護保険部局(高齢障害福祉課、鳥栖地区広域市町村圏組合介護保険課)とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 鳥栖市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

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

	健康増進課																	国保年金課						
	保(係長)	保	管栄	保	保	保(再任用)	保(再任用)	管栄(会計年度)	管栄(会計年度)	保(会計年度)	保(会計年度)	事(会計年度)	保(課長補佐)	保(再任用)	保	保	保	保	保	保	事(係長)	事	事	
国保事務	○	○	○																		○	◎		
健康診断 保健指導	○	○	◎	◎				○																
(地区担当)		◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎						◎	◎	◎						
一体化		◎							○	○	○													◎
がん検診	○				◎		○					○												
新型コロナ ワクチン							○						○	○							◎	◎		
予防接種					◎	○									◎	○	○	○						
母子保健													○	○	◎	◎	◎	◎						
歯科保健			○														◎							
精神保健												○		◎										

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要です。

計画の策定等を進めるにあたっては、共同保険者である佐賀県のほか、佐賀県国保連合会や国保連合会に設置される保健事業支援・評価委員会・佐賀県保険者協議会、鳥栖三養基医師会、佐賀県後期高齢者医療広域連合、佐賀県糖尿病対策推進会議、協会けんぽ等の他の医療保険者、地域の医療機関等の社会資源と連携、協力します。

また、退職や転職等に伴う被用者保険からの国保への加入者が多いことを踏まえ、佐賀県保険者協議会等を活用して、被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、協会けんぽ等他保険者とも連携して保健事業を展開したりすることに努めます。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、被保険者が参画する市国民健康保険の運営に関する協議会の場を通じ、意見交換等を行います。

5. 保険者努力支援制度

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

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする(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			
		鳥栖市	配点	鳥栖市	配点	鳥栖市	配点		
交付額(万円)		3259万		2986万		—			
全国順位(1,741市町村中)		164位		316位		313位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査実施率		70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	125	70	115	70	115	70	
		(3)メタリックシフトロム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	20	40	15	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	100	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	60	45	65	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	80	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	5	100	30	100
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	20	30	35	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組	40	40	45	50	50	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	78	95	54	100	67	100	
合計点		708	1,000	664	960	652	940		

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、令和2年度国勢調査で、人口約7.3万人、高齢化率は24.6%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、被保険者の平均年齢も53歳と同規模と比べて若く、出生率も高い市で財政指数も高い市となっています。産業においては、第3次産業が73.6%と同規模と比較しても高く、サービス業の割合が多く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

国保加入率は16.8%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約45%を占めています。(図表10)

また本市内には8か所の病院、74か所の診療所があり、これはいずれも同規模と比較しても多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した鳥栖市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (人) (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
鳥栖市	73,006	24.6	12,268 (16.8)	52.9	8.6	9.7	1.0	2.0	24.4	73.6
同規模	--	30.4	20.5	54.7	6.5	11.8	0.7	5.6	28.6	65.8
県	--	30.8	21.7	53.4	7.5	12.5	0.4	8.7	24.2	67.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、鳥栖市と同規模保険者(250市)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

実数：人 割合：%

	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	13,194		12,857		12,843		12,355		12,268	
65～74歳	5,941	45.0	5,861	45.6	5,939	46.2	5,799	46.9	5,508	44.9
40～64歳	3,849	29.2	3,674	28.6	3,619	28.2	3,531	28.6	3,521	28.7
39歳以下	3,404	25.8	3,322	25.8	3,285	25.6	3,025	24.5	3,239	26.4
加入率	18.2		17.8		17.7		17.1		16.8	

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)

実数：人 割合：%

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
病院数	8	0.6	8	0.6	8	0.6	8	0.6	8	0.7	0.3	0.6
診療所数	73	5.5	73	5.7	72	5.6	72	5.8	74	6.0	3.6	4.0
病床数	1,227	93.0	1,227	95.4	1,334	103.9	1,334	108.0	1,347	109.8	59.4	83.5
医師数	158	12.0	158	12.3	160	12.5	160	13.0	172	14.0	10.0	14.1
外来患者数	750.2		751.1		709.0		751.6		756.2		719.9	
入院患者数	27.9		27.8		27.3		28.1		28.2		27.7	

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。(図表 29)

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、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)の医療費の変化を設定しました。

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の状況

① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で57人(認定率0.24%)、1号(65歳以上)被保険者で3,140人(認定率17.5%)と同規模・県・国と比較すると低く、平成30年度と比べても横ばいで推移しています。(図表 12)

しかし、令和4年度から団塊の世代後期高齢者医療へ移行したことにより、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約40億円から約43億円に伸びています。(図表 13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で6割以上、第1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 14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	鳥栖市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	16,200人	22.4%	17,938人	24.6%	30.4%	30.8%	28.7%
2号認定者	56人	0.24%	57人	0.24%	0.36%	0.33%	0.38%
新規認定者	9人		10人		--	--	--
1号認定者	2,881人	17.8%	3,140人	17.5%	18.1%	18.6%	19.4%
新規認定者	390人		446人		--	--	--
65~74歳	328人	4.0%	330人	3.7%	--	--	--
新規認定者	75人		85人		--	--	--
75歳以上	2,553人	32.3%	2,810人	31.0%	--	--	--
新規認定者	315人		361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

	鳥栖市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	40億9617万円	43億6728万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	252,850	243,465	274,536	286,277	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	59,674	55,729	63,298	69,755	59,662
居室サービス	48,247	45,870	41,822	50,348	41,272
施設サービス	280,244	281,060	292,502	290,902	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)		57		330		2,810		3,140				
再)国保・後期		29		281		2,755		3,036				
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数		
				割合		割合		割合		割合		
	循環器 疾患	1	脳卒中	18 62.1%	脳卒中	133 47.3%	脳卒中	1,364 49.5%	脳卒中	1,497 49.3%	脳卒中	1,515 49.4%
		2	腎不全	6 20.7%	虚血性 心疾患	68 24.2%	虚血性 心疾患	1,256 45.6%	虚血性 心疾患	1,324 43.6%	虚血性 心疾患	1,328 43.3%
		3	虚血性 心疾患	4 13.8%	腎不全	36 12.8%	腎不全	515 18.7%	腎不全	551 18.1%	腎不全	557 18.2%
		4	糖尿病 合併症	3 10.3%	糖尿病 合併症	36 12.8%	糖尿病 合併症	301 10.9%	糖尿病 合併症	337 11.1%	糖尿病 合併症	340 11.1%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		26 89.7%	基礎疾患	248 88.3%	基礎疾患	2,594 94.2%	基礎疾患	2,842 93.6%	基礎疾患	2,868 93.6%	
	血管疾患合計		26 89.7%	合計	257 91.5%	合計	2,648 96.1%	合計	2,905 95.7%	合計	2,931 95.6%	
	認知症		3 10.3%	認知症	80 28.5%	認知症	1,411 51.2%	認知症	1,491 49.1%	認知症	1,494 48.7%	
	筋・骨格疾患		19 65.5%	筋骨格系	242 86.1%	筋骨格系	2,649 96.2%	筋骨格系	2,891 95.2%	筋骨格系	2,910 94.9%	

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者が減少しているにもかかわらず総医療費は横ばいで維持しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 7 万円高く、平成 30 年度と比較しても 3 万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3.6%程度であるにもかかわらず、医療費全体の約 48%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 6 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 を大きく超えており、全国 1 位の県平均よ

りも高く、特に入院の地域差指数が平成30年度よりも伸びています。(図表16)

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

図表15 医療費の推移

割合：%

	鳥栖市		同規模 ^(※1)	県	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数(人)	13,194人	12,268人	--	--	--	
前期高齢者割合	5,941人 (45.0%)	5,508人 (44.9%)	--			
総医療費	53億6737万円	53億6810万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	406,803	437,570	366,294	431,999	339,680	
	県内9位 同規模16位	県内14位 同規模14位				
入院	1件あたり費用額(円)	557,880	615,440	610,160	585,050	617,950
	費用の割合	46.8	48.2	40.5	46.2	39.6
	件数の割合	3.6	3.6	2.7	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額(円)	23,540	24,620	24,470	24,060	24,220
	費用の割合	53.2	51.8	59.5	53.8	60.4
	件数の割合	96.4	96.4	97.3	96.6	97.5
受診率 ^(※2)	778.048	784.378	739.503	812.114	705.439	

※1 同規模順位は鳥栖市と同規模保険者250市の平均値を表す

※2 受診率はレセプト件数÷被保険者数

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			
	鳥栖市 (県内市町村中)		県 (47県中)	鳥栖市 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指数・順位	全体	1.242	1.231	1.218	1.243	1.281	1.144
		(7位)	(10位)	(1位)	(2位)	(3位)	(6位)
	入院	1.447	1.461	1.398	1.350	1.417	1.232
		(10位)	(9位)	(2位)	(5位)	(2位)	(9位)
	外来	1.116	1.086	1.108	1.137	1.144	1.057
		(6位)	(11位)	(2位)	(2位)	(3位)	(6位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患については、平成30年度より

0.5%も伸びており、同規模、県よりも高くなっています。(図表 17)

次に、患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると虚血性心疾患・腎不全が、患者数及び割合と減少していますが、脳血管疾患については横ばいでした。(図表 18)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、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 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			鳥栖市		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)			53億6737万円	53億6810万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			4億3180万円	4億1710万円	--	--	--
			8.04%	7.77%	7.95%	8.86%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.86%	2.39%	2.08%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.08%	0.87%	1.42%	1.04%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.78%	4.20%	4.16%	5.37%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.32%	0.30%	0.29%	0.29%	0.29%
そ 疾 患 の 他 の	悪性新生物		13.93%	15.00%	17.03%	14.40%	16.69%
	筋・骨疾患		9.51%	8.36%	8.72%	8.87%	8.68%
	精神疾患		12.11%	12.62%	8.04%	10.73%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	15,301	14,506	a	1,247	1,246	861	758	63	58	
				a/A	8.1%	8.6%	5.6%	5.2%	0.4%	0.4%	
40歳以上	B	10,633	10,062	b	1,236	1,230	850	738	61	55	
	B/A	69.5%	69.4%	b/B	11.6%	12.2%	8.0%	7.3%	0.6%	0.5%	
再掲	40~64歳	D	4,449	4,182	d	261	261	180	132	29	28
		D/A	29.1%	28.8%	d/D	5.9%	6.2%	4.0%	3.2%	0.7%	0.7%
	65~74歳	C	6,184	5,880	c	975	969	670	606	32	27
		C/A	40.4%	40.5%	c/C	15.8%	16.5%	10.8%	10.3%	0.5%	0.5%

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平成30年度と令和4年度で比較してみたところ、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減っています。(図表19～21)

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

図表19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		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	3,816	3,729	882	808	2,934	2,921
		A/被保数	35.9%	37.1%	19.8%	19.3%	47.4%	49.7%
(中長期 合併 目標 疾患)	脳血管疾患	B	497	476	98	95	399	381
		B/A	13.0%	12.8%	11.1%	11.8%	13.6%	13.0%
	虚血性心疾患	C	613	499	122	86	491	413
		C/A	16.1%	13.4%	13.8%	10.6%	16.7%	14.1%
	人工透析	D	61	53	29	27	32	26
		D/A	1.6%	1.4%	3.3%	3.3%	1.1%	0.9%

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	1,929	1,839	477	431	1,452	1,408
		A/被保数	18.1%	18.3%	10.7%	10.3%	23.5%	23.9%
(中長期 合併 目標 疾患)	脳血管疾患	B	243	221	41	49	202	172
		B/A	12.6%	12.0%	8.6%	11.4%	13.9%	12.2%
	虚血性心疾患	C	312	294	67	61	245	233
		C/A	16.2%	16.0%	14.0%	14.2%	16.9%	6.5%
	人工透析	D	33	35	18	19	15	16
		D/A	1.7%	1.9%	3.8%	4.4%	1.0%	1.1%
糖尿病 合併 症	糖尿病性腎症	E	189	186	45	43	144	143
		E/A	9.8%	10.1%	9.4%	10.0%	9.9%	10.2%
	糖尿病性網膜症	F	261	271	70	74	191	197
		F/A	13.5%	14.7%	14.7%	17.2%	13.2%	14.0%
	糖尿病性神経障害	G	91	85	22	21	69	64
		G/A	4.7%	4.6%	4.6%	4.9%	4.8%	4.5%

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	3,712	3,524	929	838	2,783	2,686
		A/被保数	34.9%	35.0%	20.9%	20.0%	45.0%	45.7%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	436	396	79	85	357	311
		B/A	11.7%	11.2%	8.5%	10.1%	12.8%	11.6%
	虚血性心疾患	C	552	469	106	79	446	390
		C/A	14.9%	13.3%	11.4%	9.4%	16.0%	14.5%
	人工透析	D	34	33	18	16	16	17
		D/A	0.9%	0.9%	1.9%	1.9%	0.6%	0.6%

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・HbA1c7.0%以上を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、有所見者の割合が高血圧、糖尿病ともに伸びています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が、高血圧で3割、糖尿病で1割程おり、糖尿病未治療者は、全国と比較しても割合が高くなっています。(図表 22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の実施率向上に取り組みながら、今後も医療機関への受診勧奨や保健指導を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

実数：人 割合：%

	健診実施率				高血圧											
					結果の改善 Ⅱ度高血圧の推移						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R03年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	実施率	受診者 B	実施率									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				
市	4,115	45.9	3,801	45.4	216	5.2	121	56.0	228	6.0	131	57.5	72	31.6	4	1.8

	健診実施率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R03年度		問診結果 未治療 (内服なし)		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		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				
市	3,917	95.2	3,610	95.0	226	5.8	62	27.4	263	7.3	57	21.7	24	9.1	10	3.8

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者
②中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3ヶ月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者
③Ⅱ度高血圧…血圧160/100以上

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、虚血性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、3.2%も伸びており、その中でも3項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。(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-C160以上の有所見割合を見ると、いずれも微増しているものの、翌年度の結果を見ると、全て改善率が上がってきています。一方で、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。(図表24~26)HbA1c6.5%以上の方については、継続的に家庭訪問をしているため、翌年度の健診未受診者が25.6%で、高血圧症や脂質異常症に比べて、継続受診者が増えてきています。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、重症化予防対象者に対しては特に、継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表23 メタボリックシンドロームの経年変化

実数:人

年度	健診受診者 (実施率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	4,115 (45.9%)	786 (19.1%)	242 (5.9%)	544 (13.2%)	510 (12.4%)
R04年度	3,847 (47.6%)	858 (22.3%)	301 (7.8%)	557 (14.5%)	502 (13.0%)

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)

実数:人

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	476 (12.2%)	81 (17.0%)	179 (37.6%)	57 (12.0%)	159 (33.4%)
R03→R04	555 (15.4%)	119 (21.4%)	209 (37.7%)	85 (15.3%)	142 (25.6%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

実数:人

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	216 (5.3%)	106 (49.1%)	27 (12.5%)	2 (0.9%)	81 (37.5%)
R03→R04	228 (6.0%)	119 (52.2%)	32 (14.0%)	10 (4.4%)	67 (29.4%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

実数:人

年度	LDL-C 160mg/dℓ以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	498 (12.1%)	185 (37.1%)	100 (20.1%)	26 (5.2%)	187 (37.6%)
R03→R04	407 (10.7%)	170 (41.8%)	78 (19.2%)	28 (6.9%)	131 (32.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

(ア) 特定健診実施率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診実施率は、平成 30 年度には 45.7%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和元年度以降は実施率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の実施率では、40~50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28) 今後は、庁内や関係団体とも連携し、既存の取組にとどまらず、市全体で未受診者対策に取り組んでいけるように努めます。

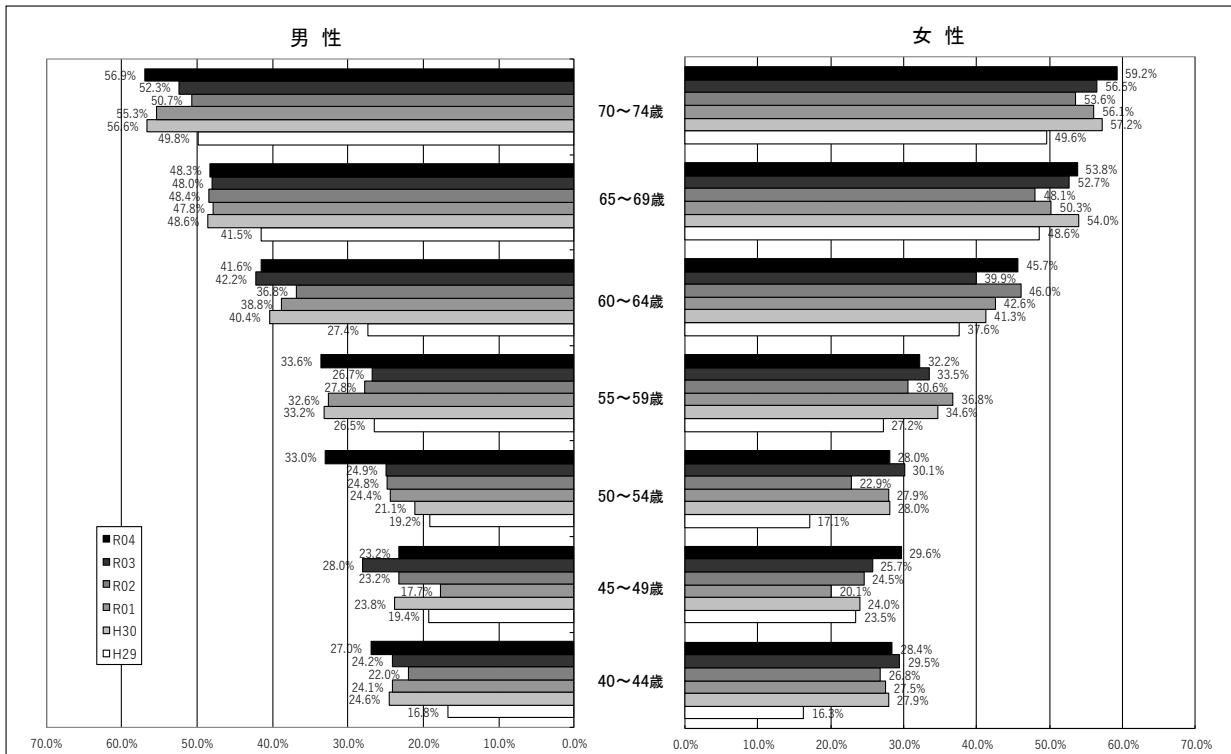
特定保健指導についても、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和 2 年度以降、大きく実施率が下がり、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。生活習慣病は自覚症状がないため、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながるよう、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導に努めます。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

実数:人

		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	3,963	3,778	3,608	3,639	3,787	健診実施率 60%
	実施率	45.7%	44.5%	42.5%	44.2%	47.9	
特定保健 指導	該当者数	447	391	409	412	399	特定保健 指導実施率 78%
	割合	11.3%	10.3%	11.3%	11.3%	10.5	
	実施者数	320	290	255	260	292	
	実施率	71.6%	74.2%	62.3%	63.1%	73.2%	

図表 28 年代別特定健診実施率の推移



2) 主な個別事業の評価と課題

出典:ヘルスサポートラボツール

(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 97%と増加しているものの、血糖値所見者割合は増加しています。(表 A)

糖尿病を最優先課題と位置づけ、HbA1c6.5%以上、特に HbA1c8%以上の高血糖者に対しては、特に重点的に保健指導を実施してきました。その結果、HbA1c8%以上の未治療者は、平成 30 年度の 27 人から令和 4 年度の 18 人に減っています。令和 4 年度は HbA1c8%以上の未治療者に対しては複数回にわたる保健指導を実施し、18 人中 14 人が医療機関に受診し、3 人が食事と運動による経過観察、11 人が内服開始となりました。受診のない 4 人の方には継続して保健指導を実施し、又治療開始後も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継続支援を行います。(表C)

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、行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

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

表A 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者 (HbA1c測定者)	人(a)	3,915	3,668	3,557	3,610	3,662
血糖値有所見者 *1	人(b)	476	530	499	555	587
	(b/a)	12.2%	14.4%	14.0%	15.4%	16.0%
保健指導実施者 *2	人(c)	334	417	422	527	569
	(c/b)	70.2%	78.6%	84.5%	95.0%	96.9%

*1 HbA1c6.5%以上の割合。

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上。

表B 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 *1	人(a)	476	530	499	555	587
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *3	人(b)	190	223	176	214	220
	(b/a)	39.9%	42.1%	35.3%	38.6%	37.5%
受診した者	人(c)	82	89	92	85	124
	(c/b)	43.2%	39.9%	52.3%	39.7%	56.4%
治療開始した者	人(c)	23	31	27	36	36
	(c/b)	12.1%	13.9%	15.3%	16.8%	16.4%

*3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

表C HbA1c8.0%以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者 (HbA1c測定者)	人(a)	3,915	3,668	3,557	3,610	3,662
HbA1c8.0%以上	人(b)	65	64	72	56	84
	(b/a)	1.7%	1.7%	2.0%	1.6%	2.3%
保健指導実施	人(c)	40	41	41	47	84
	(c/b)	61.5%	64.1%	56.9%	83.9%	100.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(d)	27	18	19	14	18
	(d/b)	41.5%	28.1%	26.4%	25.0%	21.4%

内服治療開始	5人	8人	10人	7人	11人
元々治療中	0人	0人	0人	0人	0人
死亡、転出	0人	1人	0人	0人	1人
	18.5%	29.6%	52.6%	50.0%	61.1%

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心電図検査は、65歳以上に全数実施をしており、心電図検査は約8割実施できていますが、若い世代を中心に肥満が増えてきており虚血性心疾患のリスクが高まっていることや、心原性脳梗塞等の予防のために、特定健診における全数実施や、若年健診においても肥満を中心とするリスク重複者に心電図を実施する等、検討する必要があります。県全体で保健事業の標準化についての検討を行っているため、心電図検査の対象者について考えていく必要があります。

有所見者のうちST所見をみると、要精査・要医療と判定を受けた者のうち、80%が医療機関を受診しています。心房細動未治療者については、ほぼ全数が治療や精密検査につながっています。ST所見で要精査・要医療以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っていきます。

表D 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人)	a	3,606	1,561	2,045	3,361	1,452	1,909	3,215	1,378	1,837	3,223	1,352	1,871	3,371	1,439	1,871
心電図受診者(人)	b	2,813	1,242	1,572	2,636	1,158	1,478	2,554	1,105	1,449	2,464	1,021	1,443	2,600	1,096	1,443
心電図実施率	b/a	78.0%	79.6%	76.9%	78.4%	79.8%	77.4%	79.4%	80.2%	78.9%	76.5%	75.5%	77.1%	77.1%	76.2%	77.1%
要医療者(人)	c	18	11	7	22	16	6	20	15	5	6	5	1	15	12	3
要精査者(人)	d	68	42	26	50	28	22	68	45	23	72	46	26	74	33	41
有所見率	$\frac{(c+d)}{b}$	3.1%	4.3%	2.1%	2.7%	3.8%	1.9%	3.4%	5.4%	1.9%	3.2%	5.0%	1.9%	3.4%	4.1%	3.0%
心房細動(人)	e	27	19	8	30	19	11	33	23	10	23	14	9	22	15	7
心房細動有所見率	e/b	1.0%	1.5%	0.5%	1.1%	1.6%	0.7%	1.3%	2.1%	0.7%	0.9%	1.4%	0.6%	0.8%	1.4%	0.5%
うち、心房細動未治療(人)		10	7	3	12	7	5	12	9	3	11	6	5	7	4	3

表E 心電図受診者のうち、ST所見の状況

実数:人

	H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者	2,813		2,636		2,554		2,464		2,600	
ST異常所見	272	9.7%	253	9.6%	258	10.1%	241	9.8%	249	9.6%
要医療・要精査	20	7.4%	24	9.5%	23	8.9%	15	6.2%	21	8.4%
医療機関受診あり	17	85.0%	21	87.5%	18	78.3%	12	80.0%	15	71.4%
医療機関受診なし	3	15.0%	3	12.5%	5	21.7%	3	20.0%	6	28.6%
それ以外の判定	252	92.6%	229	90.5%	235	91.1%	226	93.8%	228	91.6%

表F 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

実数:人

	H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者	27		30		33		23		22	
心房細動未治療者	10	37.0%	12	40.0%	12	36.4%	11	47.8%	7	31.8%
検査後、異常なしと診断(等、治療開始に至らず)	1	10.0%	1	8.3%	1	8.3%	1	9.1%	2	28.6%
治療開始	9	90.0%	11	91.7%	11	91.7%	10	90.9%	5	71.4%

③脳血管疾患重症化予防

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、5%台の横ばいで、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117人のうち、保健指導後、治療につながった方は、わずか31人(26.5%)で86人は未治療のままです。血圧Ⅲ度においては、29人のうち22人が未治療者でした。

保健指導は9割程度実施しているにも関わらず、なぜ治療に繋がらなかったのか、未治療者86人の実態について確認すると、家庭血圧は正常な方が半数いました。家庭血圧が不明な方に対しては、血圧記録手帳を使って家庭血圧を記録することを勧め、また、自宅に血圧計を持っていない人には血圧計の貸し出しを行うことで家庭血圧測定を推進しています。自覚症状がないため、高血圧と分かっても受診しない方も多いため、住民の考え方を知り、住民自身が高血圧ガイドラインの方針を理解し、納得することで適切な治療に結びつくよう、継続的な保健指導を行う必要があります。

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

表H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、家庭血圧測定をすすめ血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにも関わらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が40%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

表G 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	3,963	3,778	3,608	3,639	3,847	
血圧Ⅱ度以上の者 (160/100以上)	人(b)	216	163	179	228	195	
	(b/a)	5.5%	4.3%	5.0%	6.3%	5.1%	
	治療あり	人(c)	95	63	64	97	78
		(c/b)	44.0%	38.7%	35.8%	42.5%	40.0%
	治療なし	人(d)	121	100	115	131	117
		(d/b)	56.0%	61.3%	64.2%	57.5%	60.0%
	治療開始	人(e)	27	20	21	39	31
(e/d)	22.3%	20.0%	18.3%	29.8%	26.5%		
(再掲)	血圧Ⅲ度の者 (180/110以上)	人(f)	32	19	27	44	29
		(f/a)	0.8%	0.5%	0.7%	1.2%	0.8%
	治療あり	人	13	7	10	15	7
	治療なし	人	19	12	17	29	22

表H 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	1,139	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
			641 56.3%	381 33.5%	95 8.3%	22 1.9%
リスク第1層 予後影響因子がない		42	C 30 4.7%	B 9 2.4%	B 3 3.2%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある		617	C 363 54.2%	B 203 56.6%	A 42 44.2%	A 9 40.9%
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		480	B 248 42.1%	A 169 38.7%	A 50 44.4%	A 13 52.6%

区分

区分	該当者数
A	283
B	463
C	393

ただちに薬物療法を開始
概ね1ヵ月後に再評価
概ね3ヵ月後に再評価

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

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

(2)ポピュレーションアプローチ

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

本市においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、市民一人ひとりが、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、特に糖尿病の重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている市の実態や、食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、出前講座や集団健診結果説明会会場で、市民との学習を行うとともに、食品に含まれる脂質や糖質について、季節に応じた展示コーナーを設置します。また、毎月市報に糖尿病に関する市の実態を掲載します。

表9 ポピュレーションアプローチ資料

いつも健診を受けていただきありがとうございます。
 全国と同規模の市と比べたら 鳥栖市の健康の実態が見えてきました。

※同規模とは、全国で同じ人口規模の市町村のことをいう
 (%や金額は令和4年度の数字です)

健診を受けていただいた皆さんの結果をみました	医療の状況です	介護の状況をみてみました	死亡をみました																																																																	
<p>メタボと血糖の関係は？</p> <table border="1"> <tr> <td>健診率</td> <td>メタボ</td> <td>予備群</td> <td>腹囲</td> <td>BMI</td> </tr> <tr> <td>鳥栖市</td> <td>45</td> <td>23</td> <td>13</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>※同規模</td> <td>39</td> <td>21</td> <td>11</td> <td>35</td> </tr> </table> <p>血管を傷める検査項目は？</p> <table border="1"> <tr> <td>鳥栖市</td> <td>8</td> <td>1.1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>※同規模</td> <td>7</td> <td>0.7</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> </table> <p>内服している病名は？</p> <table border="1"> <tr> <td>鳥栖市</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>※同規模</td> <td>9</td> </tr> </table> <p>生活の仕方は？</p> <table border="1"> <tr> <td>鳥栖市</td> <td>10</td> <td>34</td> <td>14</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>※同規模</td> <td>9</td> <td>24</td> <td>9</td> <td>2</td> </tr> </table> <p>外見上、太いタイプの人ではなく、一見スリムであるが、お腹に脂肪がつくメタボの人が多く、少し体重が増えると高血糖になり医療機関を受診している人が多い。その背景には、生活の仕方も関係しているかも…？</p>	健診率	メタボ	予備群	腹囲	BMI	鳥栖市	45	23	13	40	※同規模	39	21	11	35	鳥栖市	8	1.1	4	2	※同規模	7	0.7	3	1	鳥栖市	13	※同規模	9	鳥栖市	10	34	14	3	※同規模	9	24	9	2	<p>費用の割合</p> <table border="1"> <tr> <td>外来</td> <td>入院</td> </tr> <tr> <td>52</td> <td>48</td> </tr> <tr> <td>60</td> <td>41</td> </tr> </table> <p>入院の費用の割合が高い。悪くなってから入院する人が多いようだ。重症者が多いためみんなの医療費の負担が増える。</p>	外来	入院	52	48	60	41	<p>介護で多い病気の名前</p> <table border="1"> <tr> <td>認知症</td> <td>アルツハイマー病</td> </tr> <tr> <td>71</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>61</td> <td>23</td> </tr> </table> <p>認知症でアルツハイマー病</p> <table border="1"> <tr> <td>34</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>24</td> <td>19</td> </tr> </table> <p>糖尿病の悪化で心臓や脳も傷み認知症にもなる。重症者が多いためみんなの介護費の負担が増える。</p>	認知症	アルツハイマー病	71	31	61	23	34	27	24	19	<p>死因</p> <table border="1"> <tr> <td>心臓病</td> <td>脳疾患</td> </tr> <tr> <td>25</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>28</td> <td>15</td> </tr> </table> <p>糖尿病</p> <table border="1"> <tr> <td>1.6</td> <td>3.5</td> </tr> <tr> <td>1.9</td> <td>3.6</td> </tr> </table>	心臓病	脳疾患	25	13	28	15	1.6	3.5	1.9	3.6
健診率	メタボ	予備群	腹囲	BMI																																																																
鳥栖市	45	23	13	40																																																																
※同規模	39	21	11	35																																																																
鳥栖市	8	1.1	4	2																																																																
※同規模	7	0.7	3	1																																																																
鳥栖市	13																																																																			
※同規模	9																																																																			
鳥栖市	10	34	14	3																																																																
※同規模	9	24	9	2																																																																
外来	入院																																																																			
52	48																																																																			
60	41																																																																			
認知症	アルツハイマー病																																																																			
71	31																																																																			
61	23																																																																			
34	27																																																																			
24	19																																																																			
心臓病	脳疾患																																																																			
25	13																																																																			
28	15																																																																			
1.6	3.5																																																																			
1.9	3.6																																																																			

生活習慣病はどの段階でも 予防していくことが可能です。
 私達も結果説明会や保健指導で、みなさんと一緒に考えさせてください。

鳥栖市保健センター

(3) 第2期データヘルス計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	実績				最終評価値	データの把握方法
			H28	H30	R2	R4	R5		
最終目標	医療費の伸びを抑制し平均寿命(健康寿命)を延伸する。	1人当たり医療費の抑制	31,100円 (県内10位)	33,118円 (県内9位)	33,173円 (県内12位)	35,958円 (県内14位)	減少	KDBシステム	
		平均寿命延伸	男79.8 女86.0	男81.5 女87.7	男81.5 女87.8	男81.5 女87.7	延伸		
		健康寿命(平均自立期間・要介護2未満)延伸	男79.4 女86.0	男80.4 女84.5	男80.7 女84.4	男80.5 女84.2	延伸		
実施計画 特定健診	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60%以上	39.2%	45.7%	42.5%	47.9%	60.0%	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	58.4%	71.6%	62.3%	73.2%	78.0%		
		特定保健指導対象者の減少率25%	22.8%	19.8%	13.1%	18.4%	25.0%		
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30%減少	2.20%	1.86%	2.74%	2.39%	1.50%	KDBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合25%減少	1.47%	1.09%	0.93%	0.87%	0.97%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合5%減少	40.9%	48.1%	37.5%	46.2%	38.9%		
	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の割合20%減少	15.8%	19.1%	22.4%	22.3%	12.6%	市健康増進課	
		健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	3.8%	5.3%	4.8%	5.1%	3.4%		
		健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL180以上)	4.4%	4.1%	3.7%	3.4%	3.7%		
		健診受診者の糖尿病者の割合減少(HbA1c6.5以上)	10.6%	12.0%	14.0%	16.0%	12.1%		
		糖尿病の未治療者の割合減少	42.5%	37.0%	32.5%	33.4%	減少		
		健診受診者のHbA1c8%以上の未治療者の割合減少	0.5%	0.8%	0.5%	0.6%	減少		
		糖尿病の保健指導を実施した割合80%	55.1%	70.2%	84.5%	96.6%	80.0%		
保険者努力支援制度 短期目標	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 10%以上	6.7%	6.0%	4.8%	10.2%	10.0%	市健康増進課	
		肺がん検診 10%以上	5.4%	5.3%	3.6%	9.2%	10.0%		
		大腸がん検診 10%以上	5.7%	5.9%	4.0%	9.7%	10.0%		
		子宮頸がん検診 25%以上	20.6%	20.3%	22.0%	17.8%	25.0%		
		乳がん検診 25%以上	21.8%	21.0%	19.7%	20.6%	25.0%		
		5つのがん検診の平均受診率	12.0%	11.7%	10.8%	13.5%	20.0%		
	歯科健診	歯科健診(歯周疾患検診)の受診率増加	3.2%	3.1%	3.7%	3.1%	20.0%	厚生労働省公表結果	
	自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者数	2,360人	2,704人	2,812人	2,704人	増加		
	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	74.0%	76.5%	82.5%	81.4%	80.0%		

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

中長期目標の脳、心臓、腎臓疾患をみると、心臓、腎臓の総医療費に占める割合や糖尿病性腎症の新規透析導入の割合は減少しており、糖尿病重症化予防を中心とする保健事業の一定の成果があったと考えます。一方、脳血管疾患の総医療費に占める割合は1.86%から2.39%に増加しており、課題が残っています。脳血管疾患については、医療機関受診控えもあったコロナ禍に最も医療費が増加しました。脳血管疾患の発症者の健診データを確認したところ、肥満や高血糖、高血圧等複数リスクが重なっており、脳梗塞を発症した方が多くなっていました。脳血管疾患は再発する可能性も高いことから、発症予防、再発予防の為には、肥満や高血糖、高血圧等のリスクを一つでも軽減できるよう、保健指導に努める必要があります。

短期目標の健診有所見割合で改善があった項目として、高血圧、脂質異常症があります。高血圧と脂質異常症はどちらも薬物療法の効果が得られやすい疾患であることから、健診後に適切な治療に結び付いた方が増えたと考えられます。

また、メタボリックシンドローム・予備群の割合が31.7%から35.8%に増加し、血糖異常者(HbA1c 6.5%以上)の割合が12.0%から16.0%に増加していました。糖尿病が治療に結び付いた割合は増加しましたが、糖尿病は薬物療法だけでは解決しない疾患であり、また肥満は糖尿病を助長するため、糖尿病の有所見者は減少しませんでした。食環境の変化により、脂質・糖質の多い食品を手軽に摂取できる社会の中で、市民自身が食の選択力・判断力を持つことで、肥満や糖尿病を予防できるように保健指導に取り組む必要があります。

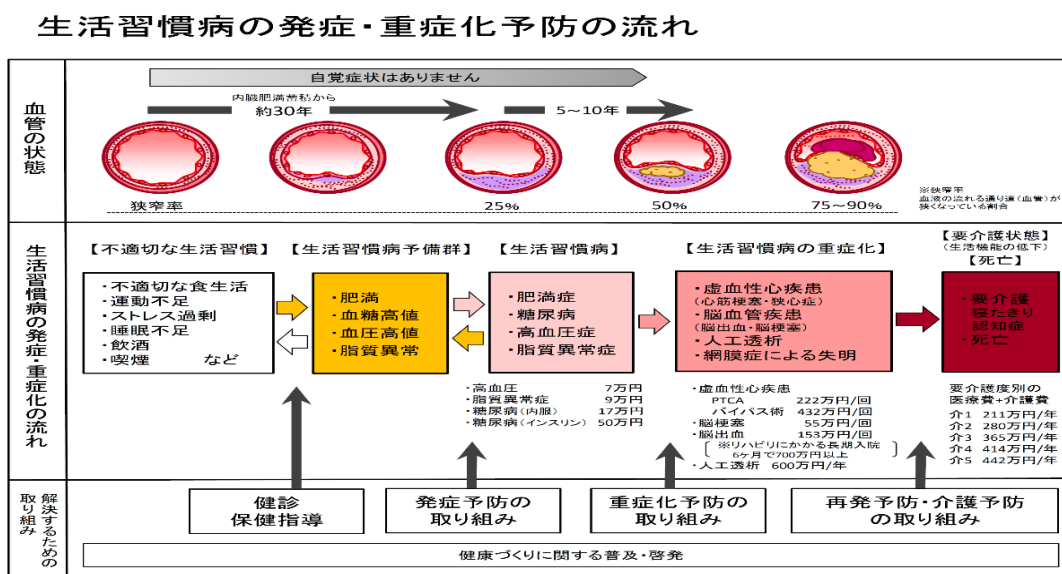
健診実施率は経年的に上昇しており、令和4年度は過去最高の健診実施率となりました。有所見者は、新規健診受診者に多いことから、健診受診による有所見者の発見ができたと考えられます。今後は、健診の継続受診をしていただきながら、健診データが経年的に改善していくように、一人ひとりに保健指導を丁寧に取り組んでいく必要があります。

3. 第3期計画における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不適切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 30 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。

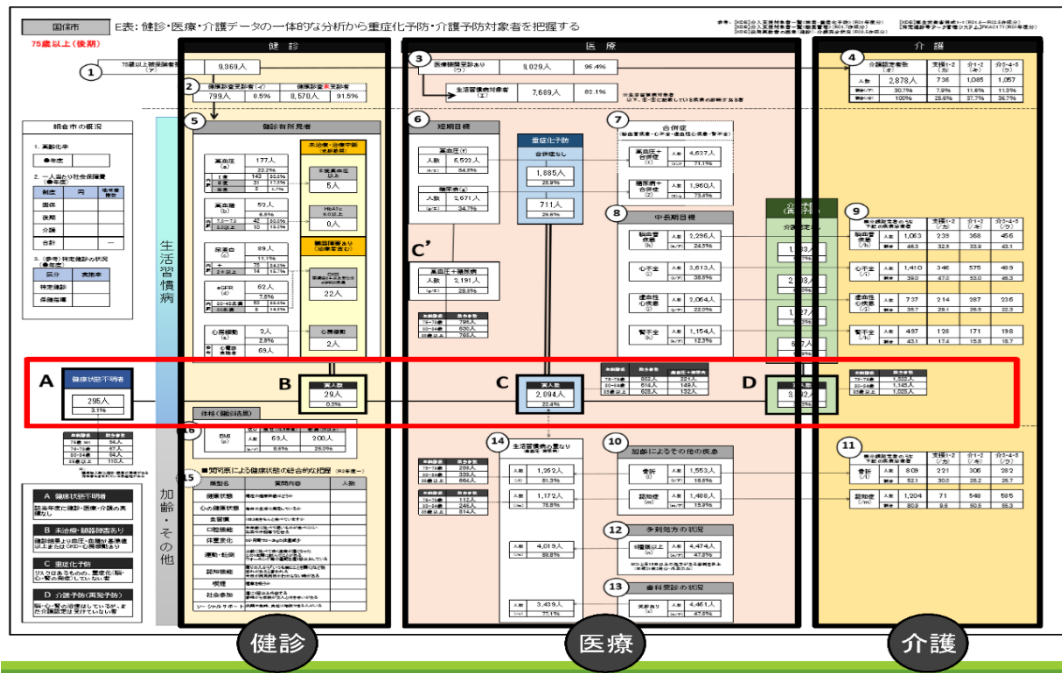
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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、市町村国保及び後期高齢者医療広域連合は、図表31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 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 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	13,194人	12,857人	12,843人	12,355人	12,268人	9,229人	
総件数及び 総費用額	件数	125,794件	122,060件	113,480件	117,997件	117,099件	154,648件
	費用額	53億6737万円	52億4336万円	51億1331万円	53億9695万円	53億6810万円	98億7421万円
一人あたり医療費	40.7万円	40.8万円	39.8万円	43.7万円	43.8万円	107.0万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質 異常症	9億1612万円	17.07%				
															4.20%
① 国保	鳥栖市	53億6810万円	35,958	4.20%	0.30%	2.39%	0.87%	4.35%	2.48%	2.46%	9億1612万円	17.07%	15.00%	12.62%	8.36%
	同規模	--	29,595	4.16%	0.29%	2.08%	1.42%	5.79%	3.28%	2.15%	--	19.17%	17.03%	8.04%	8.72%
	県	--	35,091	5.37%	0.29%	2.15%	1.04%	4.89%	2.99%	1.93%	--	18.67%	14.40%	10.73%	8.87%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	鳥栖市	98億7421万円	90,914	4.19%	0.38%	6.10%	1.25%	3.33%	2.38%	1.70%	19億0904万円	19.33%	8.79%	5.70%	12.62%
	同規模	--	68,448	4.63%	0.47%	3.89%	1.57%	4.23%	3.13%	1.40%	--	19.32%	11.19%	3.74%	12.09%
	県	--	84,251	4.29%	0.42%	4.62%	1.00%	3.61%	3.08%	1.27%	--	18.28%	9.23%	4.85%	13.57%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

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

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 34 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	491人	474人	456人	526人	496人	1,287人
	件数	B	950件	920件	977件	1,071件	1,052件	2,651件
		B/総件数	0.76%	0.75%	0.86%	0.91%	0.90%	1.71%
	費用額	C	12億5697万円	12億1786万円	12億4364万円	13億4036万円	13億8814万円	32億5560万円
C/総費用		23.4%	23.2%	24.3%	24.8%	25.9%	33.0%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 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	26人	39人	35人	51人	27人				142人				
		D/A	5.3%	8.2%	7.7%	9.7%	5.4%				11.0%				
	件数	E	45件	77件	99件	115件	68件				356件				
		E/B	4.7%	8.4%	10.1%	10.7%	6.5%				13.4%				
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.7%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	1	2.2%	3	3.9%	14	14.1%	13	11.3%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	9	20.0%	1	1.3%	8	8.1%	8	7.0%	17	25.0%	75-80歳	65	18.3%
		60代	15	33.3%	30	39.0%	30	30.3%	29	25.2%	12	17.6%	80代	185	52.0%
		70-74歳	20	44.4%	43	55.8%	47	47.5%	63	54.8%	38	55.9%	90歳以上	106	29.8%
	費用額	F	5760万円	9461万円	1億2083万円	1億2999万円	8695万円				4億3962万円				
F/C		4.6%	7.8%	9.7%	9.7%	6.3%				13.5%					

出典：ヘルスサポートラボツール

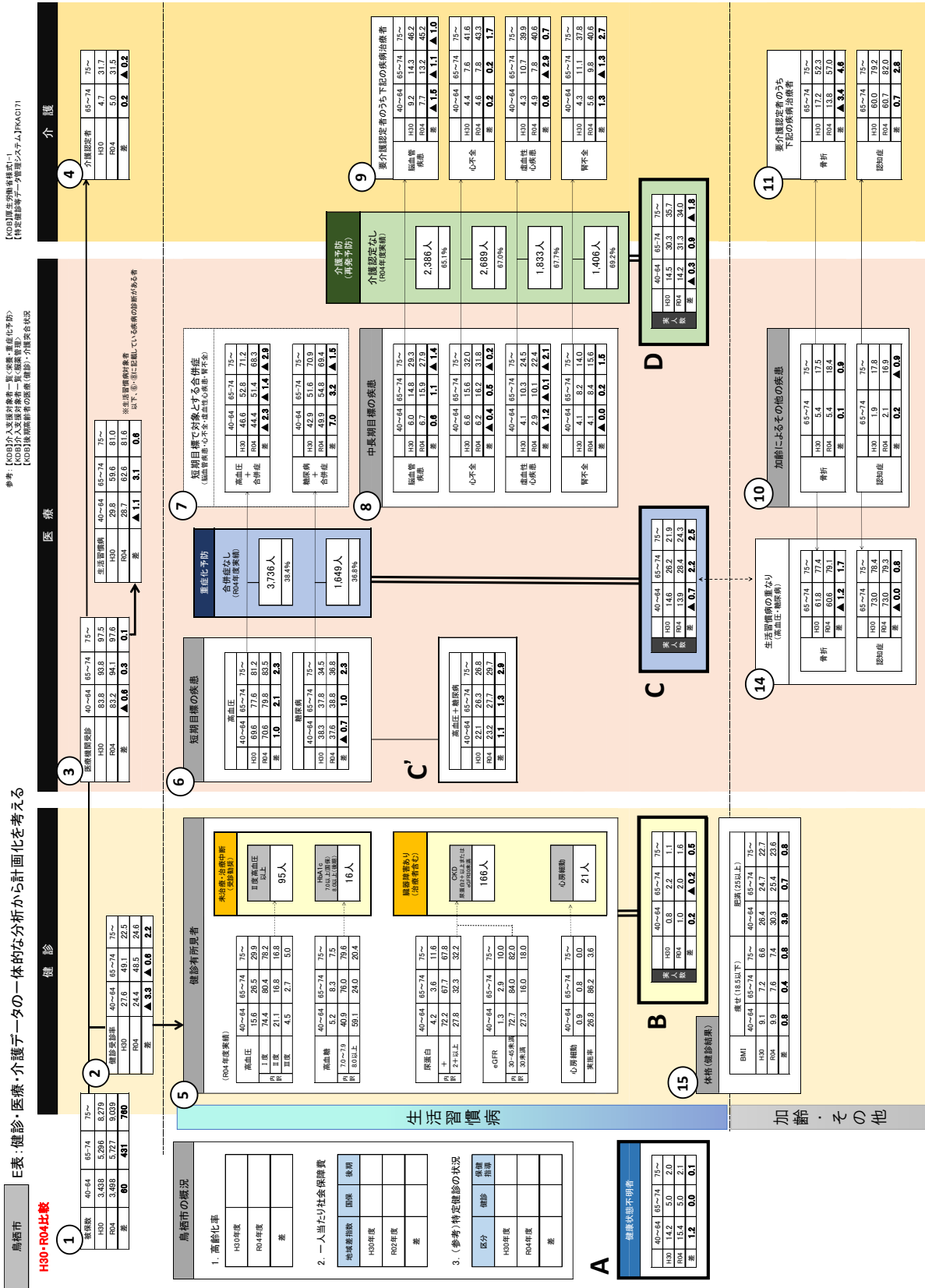
図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

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	21人	17人	14人	21人	18人				37人				
		G/A	4.3%	3.6%	3.1%	4.0%	3.6%				2.9%				
	件数	H	23件	20件	15件	22件	23件				39件				
		H/B	2.4%	0.0%	1.5%	2.1%	2.2%				1.5%				
	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	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	4.3%	2	10.0%	3	20.0%	2	9.1%	1	4.3%	75-80歳	16	41.0%
		60代	12	52.2%	4	20.0%	5	33.3%	13	59.1%	10	43.5%	80代	22	56.4%
		70-74歳	10	43.5%	14	70.0%	7	46.7%	7	31.8%	12	52.2%	90歳以上	1	2.6%
	費用額	I	3190万円	2570万円	2312万円	3746万円	2910万円				6903万円				
I/C		2.5%	2.1%	1.9%	2.8%	2.1%				2.1%					

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析

E表: 健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定率(介護) (%)	① 被保険者数(人)			② 健診受診率(%)			⑮ 体格(健診結果)(%)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		年齢	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64
H30	31.7	3,438	5,296	8,279	27.6	49.1	22.5	9.1	7.2	6.6	26.4	24.7	22.7
R04	31.5	3,498	5,727	9,039	24.4	48.5	24.6	9.9	7.6	7.4	30.3	25.4	23.6

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																													
	年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動													
		40-64歳		65-74歳		75歳-		40-64歳		65-74歳		75歳-		40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-											
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%									
H30	36	3.8	(13)	151	5.8	(48)	78	4.2	(20)	38	4.0	(7)	141	5.4	(6)	17	0.9	(1)	10	1.1	41	1.6	60	3.2	0	--	21	0.8	8	0.4
R04	34	4.0	(16)	144	5.2	(48)	145	6.5	(31)	44	5.2	(6)	229	8.3	(10)	34	1.5	(0)	12	1.4	41	1.5	113	5.1	2	0.2	19	0.7	0	--

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

割合:%

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			高血圧			糖尿病			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	83.8	93.8	97.5	29.8	59.6	81.0	69.6	77.6	81.2	38.3	37.8	34.5	22.1	26.3	26.8	46.6	52.8	71.2	42.9	51.6	70.9
R04	83.2	94.1	97.6	28.7	62.6	81.6	70.6	79.8	83.5	37.6	38.8	36.8	23.2	27.7	29.7	44.4	51.4	68.3	49.9	54.8	69.4

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 41 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

割合:%

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年齢	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	6.0	14.8	29.3	4.1	10.3	24.5	6.6	15.6	32.0	4.1	8.2	14.0	9.2	14.3	46.2	4.3	10.7	39.9	4.4	7.6	41.6	4.3	11.1	37.8
R04	6.7	15.9	27.9	2.9	10.1	22.4	6.2	16.2	31.8	4.1	8.4	15.6	7.7	13.2	45.2	4.9	7.8	40.6	4.6	7.8	43.3	5.6	9.8	40.6

図表 42 骨折・認知症の状況

割合：%

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
年齢	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	61.8	77.4	73.0	78.4	5.4	17.5	1.9	17.8	17.2	52.3	60.0	79.2
R04	60.6	79.1	73.0	79.3	5.4	18.4	2.1	16.9	13.8	57.0	60.7	82.0

(※図表 38～42 の①～⑮の数字は図表 37 の数字に対応)

(3) 健康課題の明確化(図表 32～42)

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は令和2年度に新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり100万円を超え、国保の2.5倍も高い状況です。(図表 32)

本市は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、糖尿病は増え続けています。短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合が、同規模と比べて1%以上低いのは、未治療者が適切な治療に結び付いていないことも考えられます。腎不全の医療費に占める割合は、後期高齢においては、同規模、県、国と比べて低い状況となっており、保健事業の一定の成果はあったと考えますが、40～64歳の若い年齢層では糖尿病の合併症が経年的に増加しているため、糖尿病重症化予防の取組の強化が必要です。(図表 33、40)

高額レセプトについては、国保においては毎年約1,000件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約2.5倍に増えることがわかります。(図表 34)

脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和3年度が一番多く115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68件と件数が減り、費用額も約8700万円に減っています。しかし、後期高齢においては、356件発生し、約4億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 35)

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 38 の①被保険者数は、40～64歳、65歳～74歳と減っていますが、75歳以上では約800名増え、高齢化率の低い本市でも75歳以上の後期高齢者が確実に増えていることがわかります。

⑮の体格をみると、40～64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が約4%も高くなってきています。図表 39 健診有所見の状況をみると、各年代で対象人数が増えており、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 40 の⑦短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧においては、若干割合が減っていますが、糖尿病においては、各年代高くなっており、特に、40～64歳の若い年齢層で7%も増加しています。

図表 41 の⑧中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、平成30年度と令和4年度を比較すると、特に変化はなく横ばいですが、脳血管疾患だけは、若い年代で令和4年度の

割合が上がっています。高額レセプトでは、特に後期高齢者において脳血管疾患の占める割合が高くなっていることから、一体的事業においても脳血管疾患は課題であることが分かります。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患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、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 43)を設定し、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標とします。

一方で、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標とします。

③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられるが、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実施率の向上を目指し、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事が重要であるため、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 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			目標値		データの把握方法 (活用データ年度)		
			初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)			
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	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.39			2.24	2.08	KDBシステム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	0.87			0.86	0.85		
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.20			4.18	4.16		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	59.3			58.0	57.0		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	42.9			42.8	42.7		
	データヘルス計画	アウトカム指標	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・予備群の割合の減少	35.8			35.0	34.0	法定報告値
				健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	5.1			5.0	4.9	市健康増進課
				健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	9.9			9.8	9.7	
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	16.0			15.5	15.0	
				★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	0.60			0.55	0.50	
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	77.3			78.0	79.0	
				★特定健診受診率60%以上	47.9			54.0	60.0	
				★特定保健指導実施率60%以上	73.2			75.6	78.0	
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	18.5			19.0	20.0	

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診実施率・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
特定健診実施率	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
特定保健指導実施率	74.0%	74.8%	75.6%	76.4%	77.2%	78.0%

3. 対象者の見込み

図表 45 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	7,500人	7,400人	7,300人	7,200人	7,100人	7,000人
	受診者数	3,750人	3,848人	3,942人	4,032人	4,118人	4,200人
特定保健指導	対象者数	431人	443人	453人	464人	474人	483人
	受診者数	319人	331人	342人	354人	365人	376人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

集団健診は、本市が特定健診実施機関に委託し、個別健診は、県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である佐賀県が集合契約を行います。

- ① 集団健診(本市保健センター)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、本市のホームページに掲載します。

(参照) URL : <http://www.city.tosu.lg.jp/soshiki/15/2000.html>

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)、65歳以上の全員に心電図検査を実施します。

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変えられます。(実施基準第 1 条第 4 項)

図表 46 特定健診検査項目

○鳥栖市特定健診検査項目

健診項目		鳥栖市	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	□※65歳以上全員	□
	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

6月から翌年3月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータ

として円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47 特定健診実施スケジュール

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		健診データ抽出(前年度)
6月	(特定健診の開始)	
7月	健診データ受取 費用決裁	保健指導対象者の抽出 (特定保健指導の開始)
8月		実施実績の分析実施方法 の見直し等
9月	(特定健診・特定保健指導の実施)	
10月		実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
11月	契約に関わる 予算手続き	
12月		
1月		
2月		
3月	契約準備 (特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者が直接実施し、健康増進課の保健師・管理栄養士が兼任辞令で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

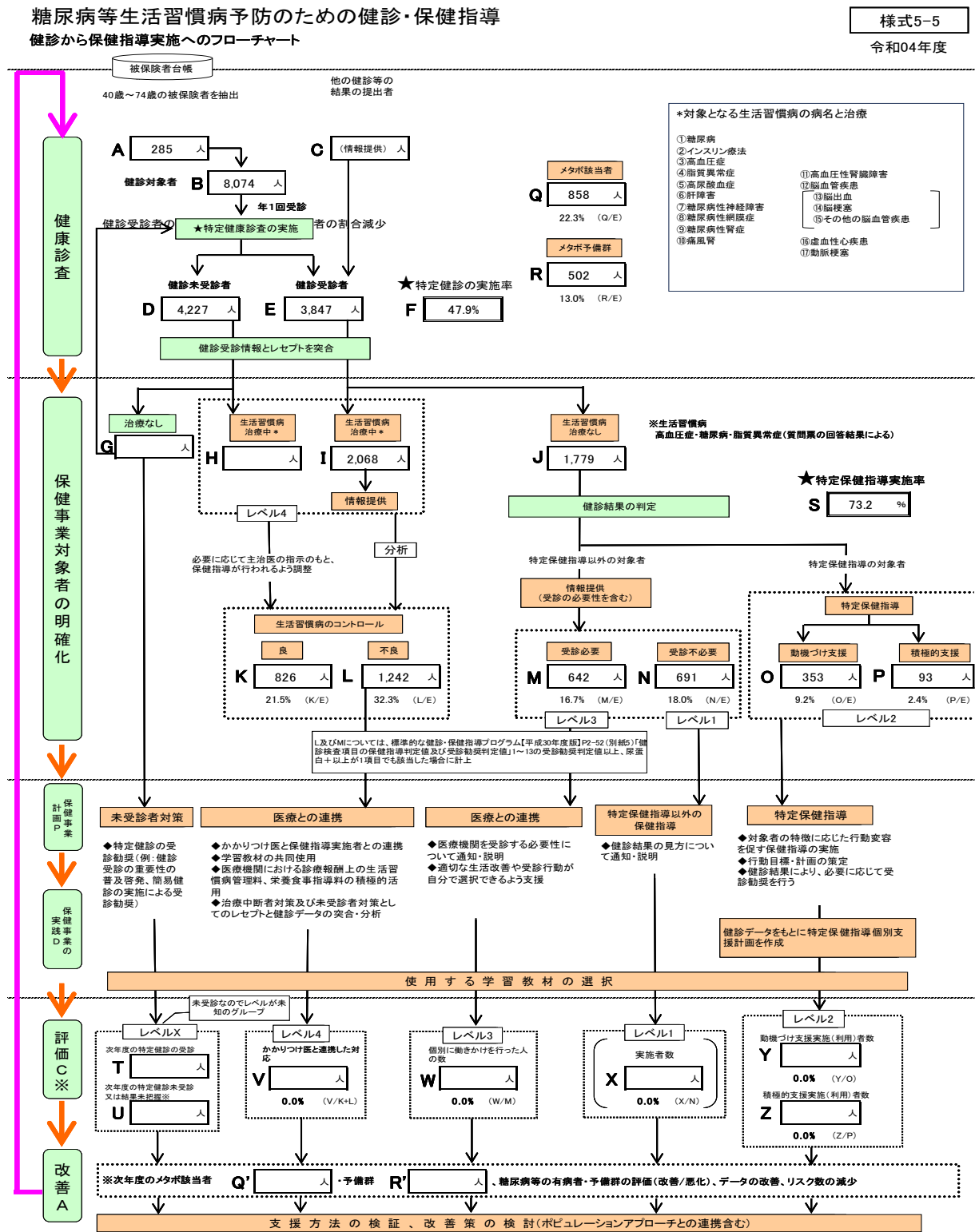
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルサポータルツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 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 (受診者の割合)	目標実施率	目標実施率
1	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	642人 (16.7%)	HbA1c6.5以上については 100%	HbA1c6.5以上については 100%
2	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	446人 (11.6%)	74.0%	74.0%
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)	4,227人 ※受診率目標達成までにあと700人	50%	50%
4	N	情報提供 (受診不必要)	◆健診結果の見方について通知・説明	691人 (18.0%)	33%	33%
5	I	情報提供 (生活習慣病治療中)	◆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	2,068人 (53.8%)	15%	15%

(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 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他	
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼			
5月	◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報	
6月	◎特定健康診査の開始	◎対象者の抽出	◎健診、がん検診開始	
7月	↓	◎保健指導の開始	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始	
8月				
9月				
10月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了	
11月				
12月				
1月				
2月				
3月		◎健診の終了	↓	

6. 個人情報保護

(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、個人情報保護に関する法律および本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、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、本市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

具体的には、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実施率、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。

佐賀県の市町国保においては、令和9年度に国民健康保険の保険税率を一本化することに伴い、市町国保保険者として実施している保健事業について、標準化を進める必要があります。これは、被保険者にとって、同一所得・同一世帯であれば県内どの市町に住所を有していても同じ税率・税額となるため、被保険者が受けられるサービス水準に非合理的な差があると不公平であること、保険者側にとっても、医療費水準が勘案されない納付金となるため、保険税率一本化後も医療費適正化に向けたインセンティブが働く仕組みの構築が必要であるためです。そのため、今後令和9年度に向けて、「標準的保健事業検討委員会」及び「医療費適正化勉強会」において、市町国保保険者として実施している保健事業について、標準化を進める事業の内容、基準、財源及び各事業の評価指標等を整理していくこととします。

II. 重症化予防の取組

本市の令和4年度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、1,407人(36.6%)です。そのうち治療なしが390人(21.9%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が153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ものが、390人中212人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効果的であることが分かります。(図表51)

図表 51 脳・心・腎を守るために

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

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(実施率)	
	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年委員会研究班編纂))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会) クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 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%) <small>※脳卒中のうち心原性脳塞栓症が約1割を占める</small>		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年委員会研究班編纂)) 心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症		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)	
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)	■各疾患の治療状況
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)	治療中 治療なし
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	高血圧 1,409 2,438 脂質異常症 1,156 2,690 糖尿病 468 3,195 3疾患いずれも 2,068 1,779 <small>※問診結果による</small>
該当者数	196 5.1%	21 0.5%	132 3.4%	119 3.1%	858 22.3%	434 11.3%	284 7.4%	重症化予防対象者 (実人数)
治療なし	117 4.8%	5 0.3%	114 4.2%	92 3.4%	132 7.4%	220 6.9%	80 4.5%	390 21.9%
(再掲) 特定保健指導	45 23.0%	2 9.5%	30 22.7%	34 28.6%	132 15.4%	62 14.3%	30 10.6%	212 15.1%
治療中	79 5.6%	16 0.8%	18 1.6%	27 2.3%	726 35.1%	214 45.7%	204 9.9%	1,017 49.2%
臓器障害あり	47 40.2%	5 100.0%	37 32.5%	32 34.8%	47 35.6%	82 37.3%	80 100.0%	153 39.2%
CKD(専門医対象者)	10	0	8	12	17	22	80	57
心電図所見あり	45	5	33	24	36	73	31	121
臓器障害なし	70 59.8%	--	77 67.5%	60 65.2%	85 64.4%	138 62.7%	--	--

出典:ヘルサポータルツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

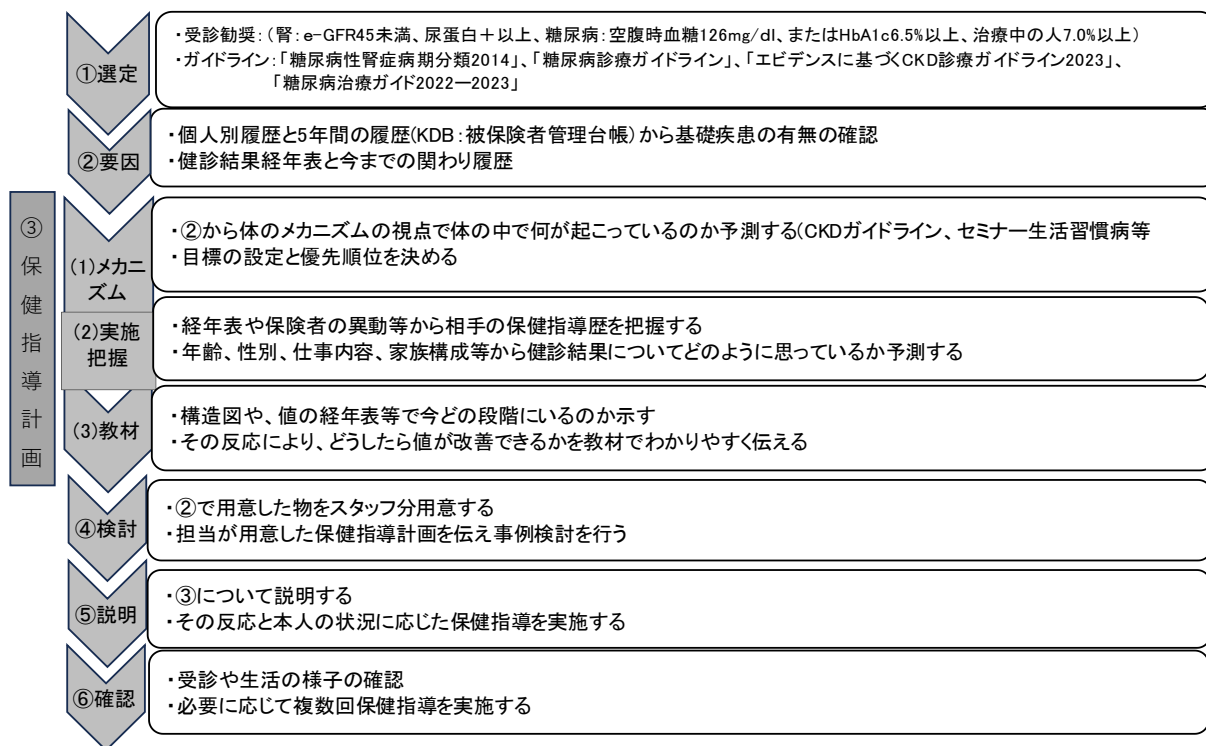
1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては図表 52 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 52 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、佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 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 53 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/1.73㎡)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。本市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しており、腎機能(eGFR)の把握が可能です。また、HbA1c6.5%以上の全員に対し、尿中アルブミン検査を実施し、糖尿病性腎症に早期に介入するよう取り組んでいます。

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。

本市において令和4年度特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、255人(34.9%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者1,822人のうち、特定健診受診者が476人(65.1%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者1,346人(73.9%・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。

③介入方法と優先順位

図表 54 より本市における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）・・・255人

優先順位 2

【保健指導】

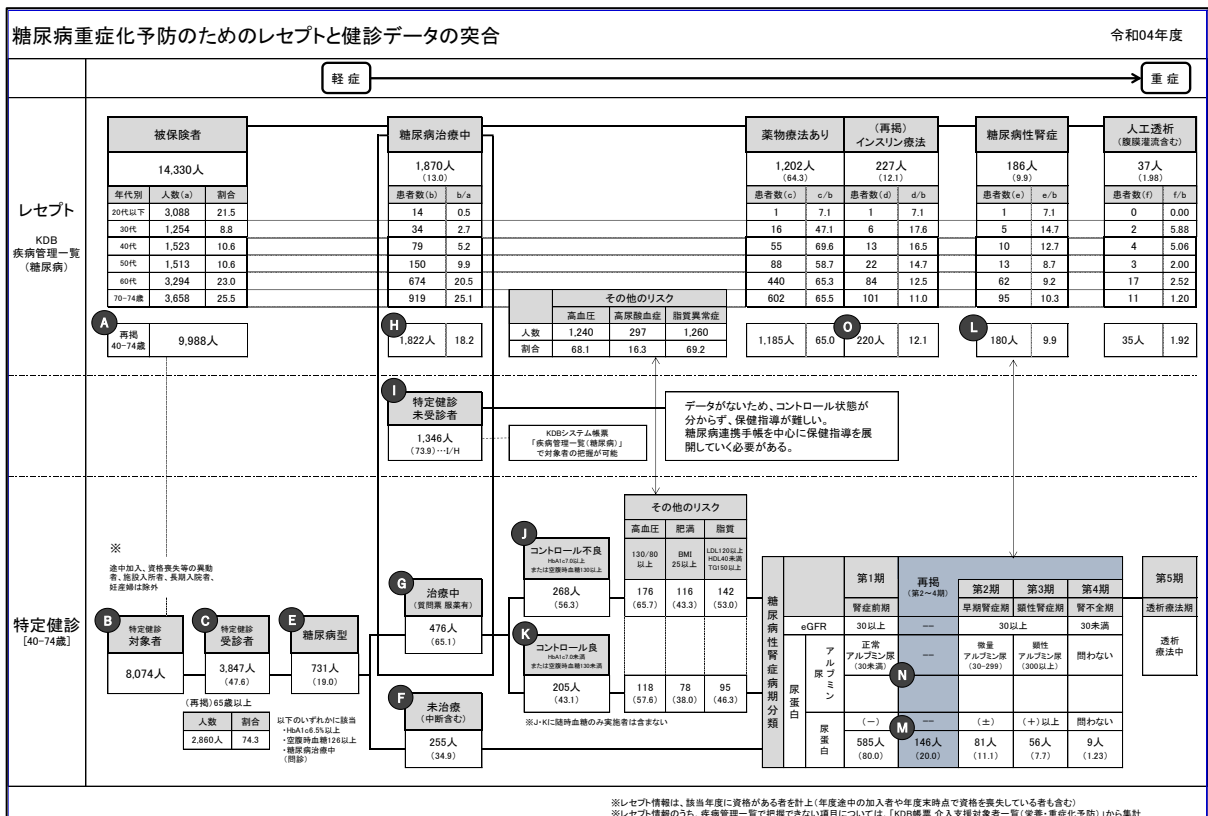
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・268人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

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、個別面談等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 54 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

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。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きます。

図表 55 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

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

(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、HbA1c6.5%以上の方には全員に尿中アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防に取り組めます。令和4年度は尿中アルブミン検査を509人に実施し、腎症第2期87人(18%)、腎症第3期25人(5%)については、糖尿病性腎症のハイリスク者として位置づけ、継続的な保健指導を実施しました。

又、肥満や耐糖能異常がある方に対しては、75g糖負荷試験を行い、令和4年度は157人に実施し、正常型125人(80%)、境界型28人(18%)、糖尿病型4人(2%)という結果でした。正常型であっても食後高血糖の方などが多数含まれているため、75g糖負荷試験の結果から、自覚症状がない段階で体の中で起こっていることに気づいてもらえるよう、保健指導を実施します。

若年健診も含め、75g糖負荷試験を推進し、糖尿病の発症予防に取り組めます。

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、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は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佐賀県糖尿病性腎症予防プログラムに準じて行っていきます。

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事業の中で、高齢者福祉部門の保健師を中心に、地域包括支援センター等と連携していきます。健康増進課だけでなく、高齢者福祉部門でも、認知症予防、認知症の要因になる糖尿病・高血圧重症化予防に取り組めます。

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回行います。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56糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

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

② 保健指導対象者に対する評価

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

- HbA1c の変化
- eGFR の変化 (1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)
- 尿蛋白の変化
- 服薬状況の変化

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価 (※P78に拡大資料を掲載)

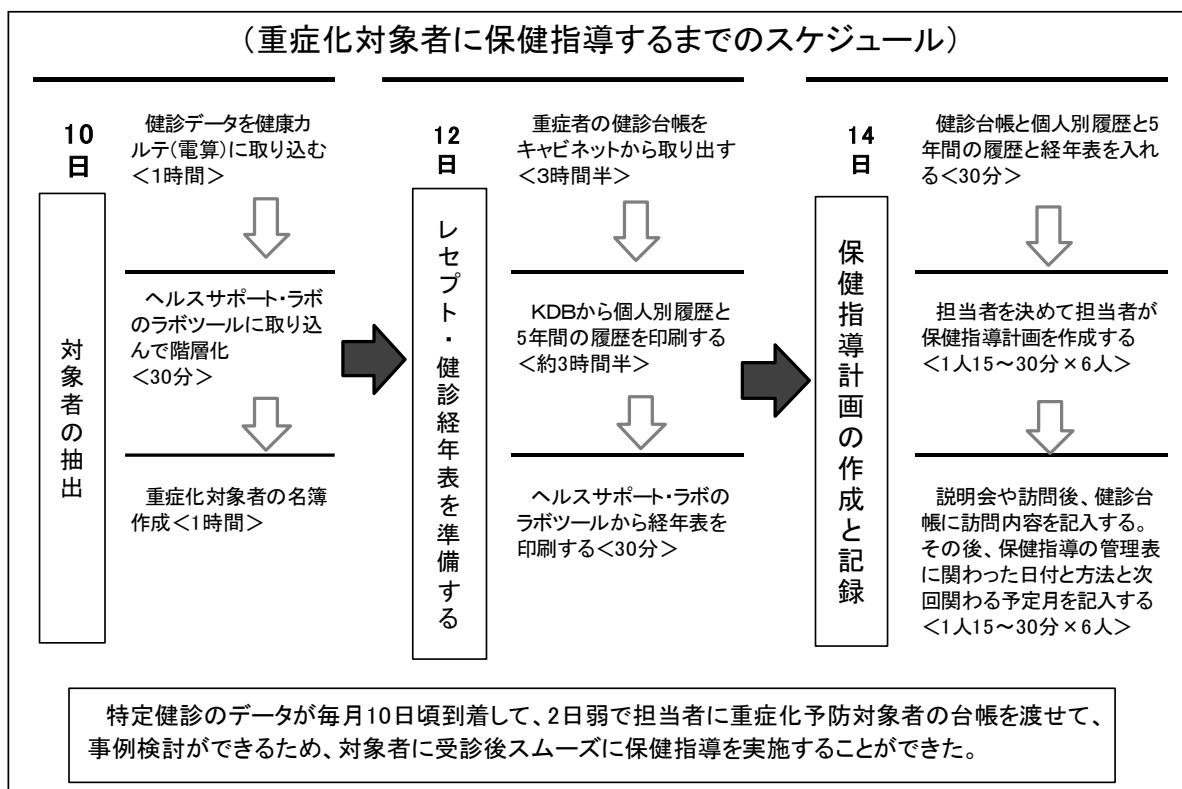
項目	変換表	鳥橋市										市規模保険者(平均)		データ基		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	被保険者数	①	13,674人		13,265人		12,998人		12,762人		12,545人			KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
		②	(再掲)40~74歳	10,108人		9,869人		9,670人		9,629人		9,474人				
		③	対象者数	8,669人		8,489人		8,498人		8,227人		7,914人				
2	特定健診	①	対象者数	3,953人		3,778人		3,608人		3,639人		3,787人		市町村別保健 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書		
		②	実施率	45.7%		44.5%		42.5%		44.2%		47.9%				
		③	対象者数	447人		391人		409人		412人		399人				
3	特定保健指導	①	対象者数	71.6%		74.2%		62.3%		63.1%		73.2%		特定健診結果		
		②	実施率													
		③	対象者数													
4	健診データ	①	糖尿病型	E	643人	15.6%	679人	17.4%	660人	17.6%	703人	18.6%	737人	19.7%		
		②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	238人	37.0%	268人	39.5%	211人	32.0%	251人	35.7%	246人	33.4%		
		③	治療中(質問票 服薬あり)	G	405人	63.0%	411人	60.5%	449人	68.0%	452人	64.3%	491人	66.6%		
		④	コントロール不良 (HbA1cが25.0%以上又は空腹時血糖値130以上)	H	230人	56.8%	238人	57.9%	245人	54.6%	264人	58.4%	277人	56.4%		
		⑤	血圧 130/80以上	J	132人	57.4%	133人	55.9%	146人	59.6%	179人	67.8%	181人	65.3%		
		⑥	肥満 BMI25以上	K	101人	43.9%	106人	44.5%	109人	44.5%	113人	42.8%	120人	43.3%		
		⑦	コントロール不良 (HbA1cが25.0%以上又は空腹時血糖値130未満)	K	175人	43.2%	173人	42.1%	204人	45.4%	188人	41.6%	214人	43.6%		
		⑧	第1期 尿蛋白(ー)	M	504人	78.4%	546人	80.4%	524人	79.4%	568人	80.8%	587人	79.6%		
		⑨	第2期 尿蛋白(±)	M	76人	11.8%	72人	10.6%	79人	12.0%	67人	9.5%	83人	11.3%		
		⑩	第3期 尿蛋白(+)以上	M	48人	7.5%	42人	6.2%	47人	7.1%	57人	8.1%	57人	7.7%		
5	レセプト	①	糖尿病受療率(被保険者対)		104.4人		107.4人		99.2人		107.0人		109.5人		KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
		②	(再掲)40~74歳(被保険者対)		139.3人		142.7人		131.9人		140.6人		142.8人			
		③	入院外(件数)		8,016件 (818.8)		8,074件 (846.8)		8,009件 (837.9)		8,302件 (889.8)		8,381件 (928.2)	2,480,774件 (911.6)		
		④	入院(件数)		40件 (4.1)		36件 (3.8)		44件 (4.6)		41件 (4.4)		46件 (5.1)	10,514件 (3.9)		
		⑤	糖尿病治療中		1,428人	10.4%	1,424人	10.7%	1,290人	9.9%	1,366人	10.7%	1,374人	11.0%		
		⑥	(再掲)40~74歳		1,408人	13.9%	1,408人	14.3%	1,275人	13.2%	1,354人	14.1%	1,353人	14.3%		
		⑦	健診未受診者		1,003人	71.2%	1,003人	71.2%	826人	64.8%	902人	66.6%	862人	63.7%		
		⑧	インスリン治療		130人	9.1%	135人	9.5%	123人	9.5%	125人	9.2%	131人	9.5%		
		⑨	(再掲)40~74歳		127人	9.0%	132人	9.4%	121人	9.5%	122人	9.0%	129人	9.5%		
		⑩	糖尿病性腎症		111人	7.8%	118人	8.3%	106人	8.2%	117人	8.6%	108人	7.9%		
6	医療費	①	(再掲)40~74歳		111人	7.9%	117人	8.3%	105人	8.2%	116人	8.6%	104人	7.7%	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
		②	慢性人工透析患者数 (被保険者中における割合)		21人	1.5%	20人	1.4%	23人	1.8%	23人	1.7%	32人	2.3%		
		③	(再掲)40~74歳		21人	1.5%	20人	1.4%	23人	1.8%	22人	1.6%	31人	2.3%		
		④	新規透析患者数		25人	-	23人	-	18人	-	21人	-	※13人 (※注釈)			
		⑤	(再掲)糖尿病性腎症		15人	60.0%	11人	47.8%	6人	33.3%	9人	42.0%	※6人	46.2%		
		⑥	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (被保険者中における割合)		34人	1.8%	33人	1.7%	36人	1.9%	33人	1.6%	36人	1.7%		
		⑦	総医療費		53億6737万円		52億4336万円		51億1331万円		53億9695万円		53億6810万円			50億8753万円
		⑧	生活習慣病総医療費		29億0600万円		28億3639万円		28億2252万円		29億4709万円		28億6176万円			27億0662万円
		⑨	(総医療費に占める割合)		54.1%		54.1%		55.2%		54.6%		53.2%			53.2%
		⑩	健診受診者		7,570円		9,535円		6,635円		7,946円		7,772円			6,937円
7	介護	①	生活習慣病 受診者(一人あたり)		34,311円		33,186円		39,910円		40,594円		38,352円		38,519円	
		②	健診未受診者		34,311円		33,186円		39,910円		40,594円		38,352円		38,519円	
		③	糖尿病医療費		2億1973万円		2億1973万円		2億2476万円		2億2877万円		2億3368万円		2億9434万円	
		④	(生活習慣病総医療費に占める割合)		7.6%		7.7%		8.0%		7.8%		8.2%		10.9%	
		⑤	糖尿病入院総医療費		7億1541万円		7億3158万円		7億5249万円		7億3981万円		7億3114万円			
		⑥	1件あたり		37,631円		38,581円		40,910円		39,726円		40,217円			
		⑦	糖尿病入院総医療費		4億9395万円		5億0042万円		5億0315万円		6億4027万円		5億5040万円			
		⑧	1件あたり		572,362円		614,006円		636,888円		710,624円		669,591円			
		⑨	在院日数		20日		20日		21日		20日		20日			
		⑩	慢性腎不全医療費		2億7397万円		2億7532万円		2億4779万円		2億5961万円		2億4174万円		2億2640万円	
8	死亡	①	透析有り		2億5677万円		2億5509万円		2億2821万円		2億4542万円		2億2552万円		2億1152万円	
		②	透析なし		1720万円		2023万円		1857万円		1419万円		1622万円		1487万円	
7	介護	①	介護給付費		40億9617万円		41億7096万円		41億9747万円		42億2316万円		43億6728万円		56億7154万円	
		②	(2号認定者)糖尿病合併症		4件	11.1%	6件	14.6%	4件	11.8%	7件	17.5%	3件	10.3%		

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 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
- 6 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)

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

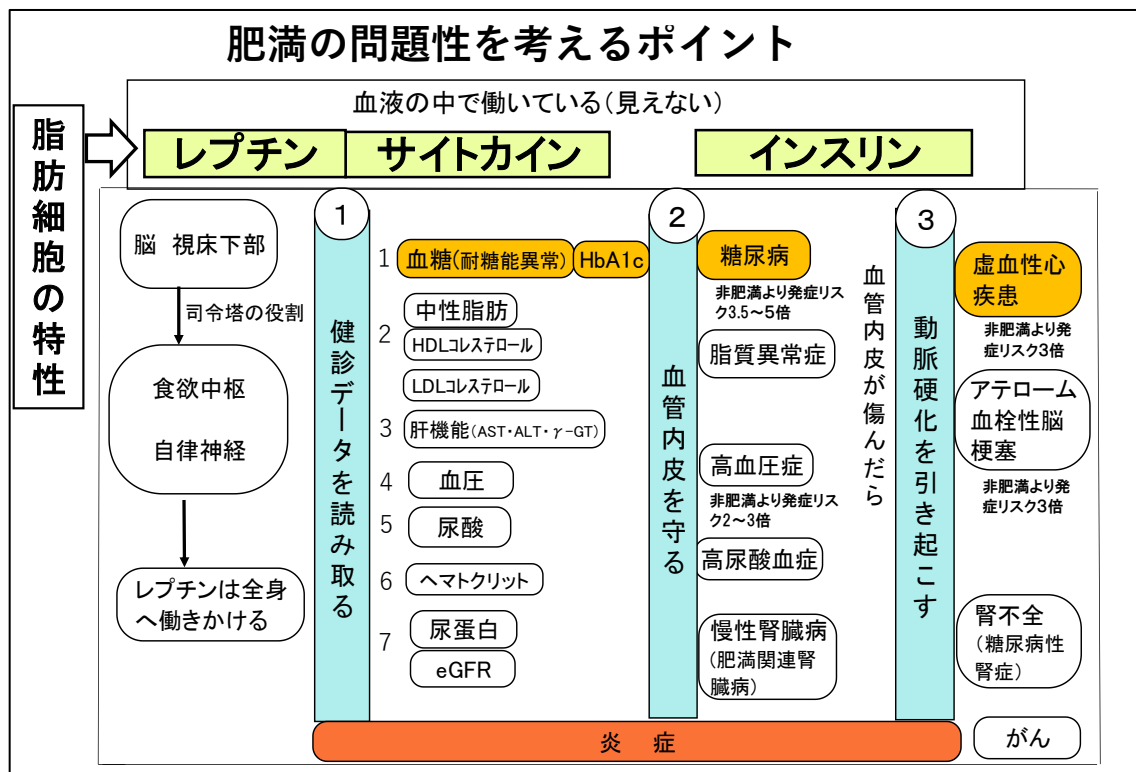
1) 基本的な考え方

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

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

なお、取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、令和4年度の実態把握をします。

図表 59 肥満度分類による実態

実数:人

	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	987	2,860	287	706	217	603	57	88	10	15	3	0	
			29.1%	24.7%	22.0%	21.1%	5.8%	3.1%	1.0%	0.5%	0.3%	0.0%	
再掲	男性	489	1,213	182	359	135	316	40	40	6	3	1	0
				37.2%	29.6%	27.6%	26.1%	8.2%	3.3%	1.2%	0.2%	0.2%	0.0%
	女性	498	1,647	105	347	82	287	17	48	4	12	2	0
				21.1%	21.1%	16.5%	17.4%	3.4%	2.9%	0.8%	0.7%	0.4%	0.0%

出典:ヘルスサポートラボツール

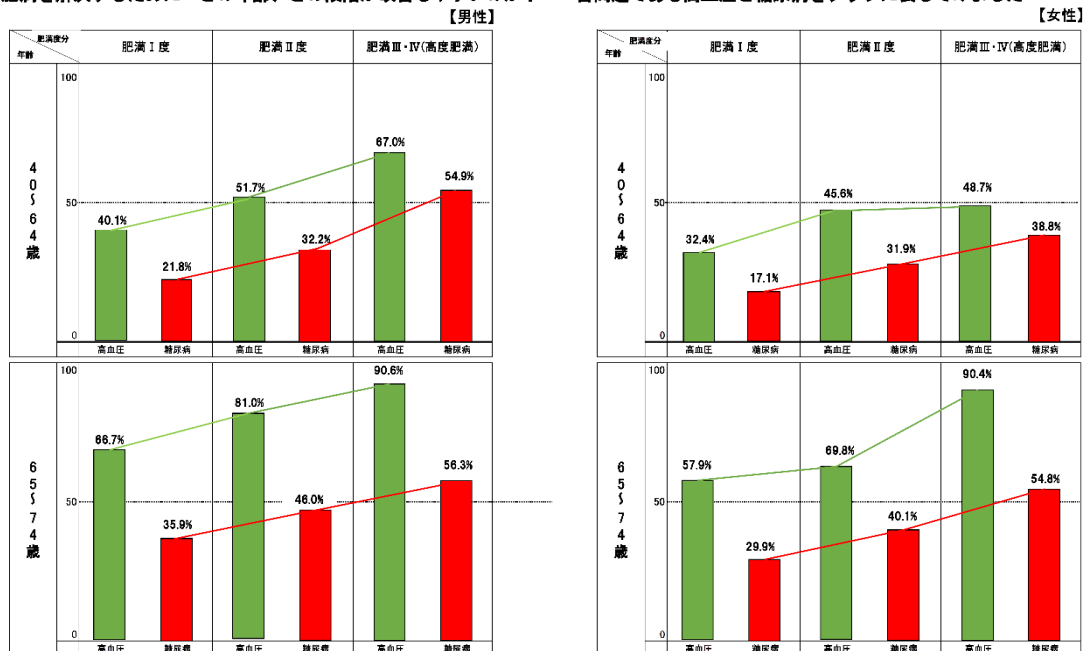
(2) 優先順位をつけます。

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

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます。

図表 60 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

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



② 保健指導を実施した時の住民の声(意識)から「日常生活」で困っていることを教えてもらいました。

図表 61 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

「肥満」になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

生活	I 度		II 度		III 度		IV 度	
	25~29.9		30~34.9		35~39.9		40~	
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない			
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているからか腸の蠕動もおこるよ	・逆流性食道炎になった。			
排泄	排便			・便秘になって大変	・便秘に座ると便座が割れる			
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる	・尿意を感じて夜中に3回起きる	・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない			
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする	・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩くと足がしびれる	・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い			
	日常動作		・屈めず、足の爪を切ることができない ・勢起ると体重で手がしびれて色が変わっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かさづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない			
身体	胸	・2~3年前から胸の変な感じがある ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動機あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグッと	・動機がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動機が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。			
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す			
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している			

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満3度・4度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。そのことは、図表 61 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に図表 60 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなるため、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満 I 度で、若い年代(40~64 歳)を対象とすることが、効率が良いことがわかります。

③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例(例示)

心・脳血管疾患を発症した事例から課題を整理する

事例 No.	性別	発症年齢	KDBから把握								介護	特定健診	転帰		
			レセプト												
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患								
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症					
1	男	60代		●	●			●		●					
2	男	60代	●		●			●		●	●				死亡
3	男	50代	●					●	●	●		要介護2			メタボ
4	男	50代		●		●		●	●	●	●				メタボ
5	男	40代		●		●		●	●	●	●				メタボ

3) 対象者の明確化

図表 63 年代別メタボリック該当者の状況

実数:人

		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	1,702	149	197	516	840	2,145	129	146	783	1,087	
メタボ該当者	B	590	27	51	198	314	268	3	12	107	146	
	B/A	34.7%	18.1%	25.9%	38.4%	37.4%	12.5%	2.3%	8.2%	13.7%	13.4%	
再掲	① 3項目全て	C	216	10	18	76	112	85	0	2	32	51
		C/B	36.6%	37.0%	35.3%	38.4%	35.7%	31.7%	0.0%	16.7%	29.9%	34.9%
	② 血糖+血圧	D	101	3	4	31	63	37	0	2	12	23
		D/B	17.1%	11.1%	7.8%	15.7%	20.1%	13.8%	0.0%	16.7%	11.2%	15.8%
	③ 血圧+脂質	E	224	8	22	74	120	122	1	8	51	62
		E/B	38.0%	29.6%	43.1%	37.4%	38.2%	45.5%	33.3%	66.7%	47.7%	42.5%
	④ 血糖+脂質	F	49	6	7	17	19	24	2	0	12	10
		F/B	8.3%	22.2%	13.7%	8.6%	6.1%	9.0%	66.7%	0.0%	11.2%	6.8%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 64 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし			
総数	1,702	590	34.7%	483	81.9%	107	18.1%	2,145	268	12.5%	243	90.7%	25	9.3%		
40代	149	27	18.1%	14	51.9%	13	48.1%	129	3	2.3%	3	100.0%	0	0.0%		
50代	197	51	25.9%	29	56.9%	22	43.1%	146	12	8.2%	10	83.3%	2	16.7%		
60代	516	198	38.4%	163	82.3%	35	17.7%	783	107	13.7%	96	89.7%	11	10.3%		
70~74歳	840	314	37.4%	277	88.2%	37	11.8%	1,087	146	13.4%	134	91.8%	12	8.2%		

出典:ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 63)は、男性で 50 代から受診者の 2~3 割を超えますが、女性では 60 代・70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 64)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、全員がメタボリックシンドローム該当者であり、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た結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣

病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- 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)

4) 保健指導の実施

(1) 最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 65 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

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

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。本市においても国保ヘルスアップ事業等を活用して、二次健診の実施を推進します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ① 頸動脈エコー検査（心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査）
- ② 微量アルブミン尿検査（尿で腎臓の状態を見る検査）
- ③ 75g糖負荷検査（高インスリン状態を見る検査）

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

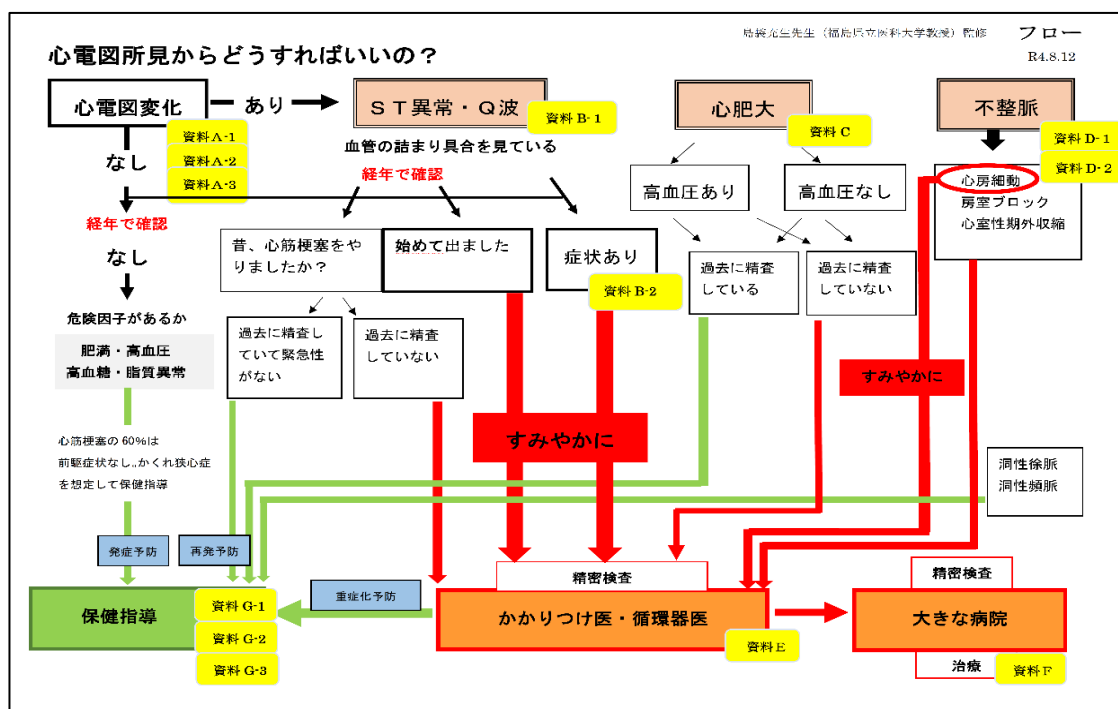
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 66 に基づいて考えます。

図表 66 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

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

本市においては、心電図検査を 2,600 人(77.1%)に実施し、そのうち有所見者が 1,111 人(42.7%)

でした。所見の中でも ST-T 変化が 249 人(22.4%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 67)

また、有所見者のうち要精査が 74 人(6.7%)で、その後の受診状況を見ると 20 人(要精査のうち 27%)は未受診でした。(図表 68)。

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

図表 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
40～74歳 内訳		2,600	77.1	1,111	42.7%	50	4.5%	249	22.4%	32	2.9%	121	10.9%	29	2.6%	206	18.5%	23	2.1%	137	12.3%
	男性	1,096	76.2%	518	47.3%	31	6.0%	88	17.0%	14	2.7%	69	13.3%	15	2.9%	129	24.9%	14	2.7%	66	12.7%
	女性	1,504	77.8%	593	39.4%	19	3.2%	161	27.2%	18	3.0%	52	8.8%	5	0.8%	77	13.0%	9	1.5%	71	12.0%

鳥栖市調べ

図表 68 心電図有所見者の医療機関受診状況

実数:人 割合:%

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合(b/a)	人数	割合(c/d)	人数	割合(d/b)
全体	1,111		74	6.7	54	73.0	20	27.0
男性	518	46.6	33	6.4	23	69.7	10	30.3
女性	593	53.4	41	6.9	31	75.6	10	24.4

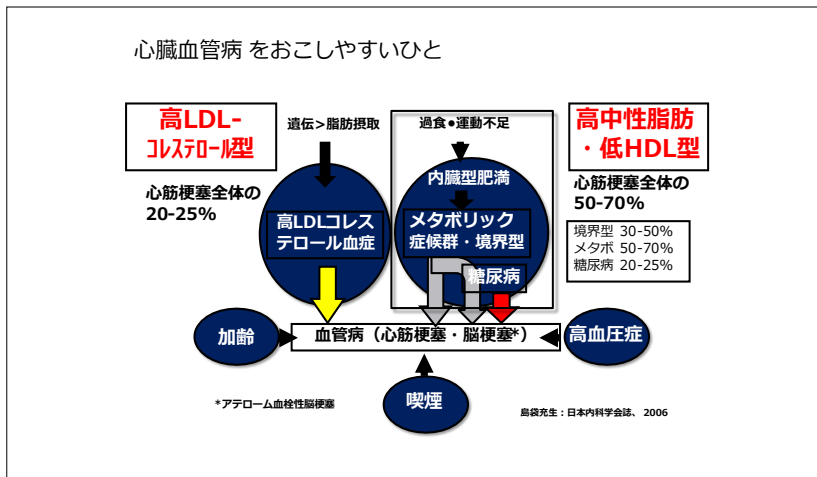
鳥栖市調べ

② 心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 69)

図表 69 心血管病をおこしやすいひと



図表 69 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、第4章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 63・64)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ^①(図表 70)

図表 70 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定				令和04年度				
動脈硬化性心血管疾患の予防から見たLDLコレステロール管理目標				(参考)動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版				
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)								
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果(LDL-C)				
				120-139	140-159	160-179	180以上	
				1,531	727	472	218	114
				47.5%	30.8%	14.2%	7.4%	
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する ※4	低リスク	160未満 (190未満)	272 17.8%	152 20.9%	98 20.8%	18 8.3%	4 3.5%	
	中リスク	140未満 (170未満)	592 38.7%	264 36.3%	184 39.0%	101 46.3%	43 37.7%	
	高リスク ※3	120未満 (150未満)	656 42.8%	305 42.0%	186 39.4%	98 45.0%	67 58.8%	
		再掲 100未満 (130未満) ※1	44 2.9%	23 3.1%	12 2.6%	5 2.1%	4 3.9%	
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)	11 0.7%	6 0.8%	4 0.8%	1 0.5%	0 0.0%	

※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 糖尿病(服薬あり・健診結果で糖尿病型)、CKD(eGFR60未満、尿蛋白(±)以上)を考慮。
 ※4 ※1~3がない場合、動脈硬化性疾患の発症リスク(性別・収縮期血圧・糖代謝異常・LDL・HDL・喫煙)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、過去に治療中であつたにもかかわらず、治療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。治療中でも重症化するリスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

図表 71 心電図所見からの保健指導教材

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

(2) 二次健診の実施

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

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

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

現在、本市は二次健診で、頸動脈エコー検査を実施しています。また、尿中アルブミン検査からも、心血管イベントの予測ができるため、尿中アルブミン検査も推進していきます。

(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を実施していきます。

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の中で、高齢者福祉部門の保健師を中心に、地域包括支援センター等と連携していきます。健康増進課だけでなく、高齢者福祉部門でも、認知症予防、認知症の要因になる糖尿病・高血圧重症化予防に取り組みます。

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回行います。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他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていきます。(図表 72,73)

図表 72 脳卒中の分類

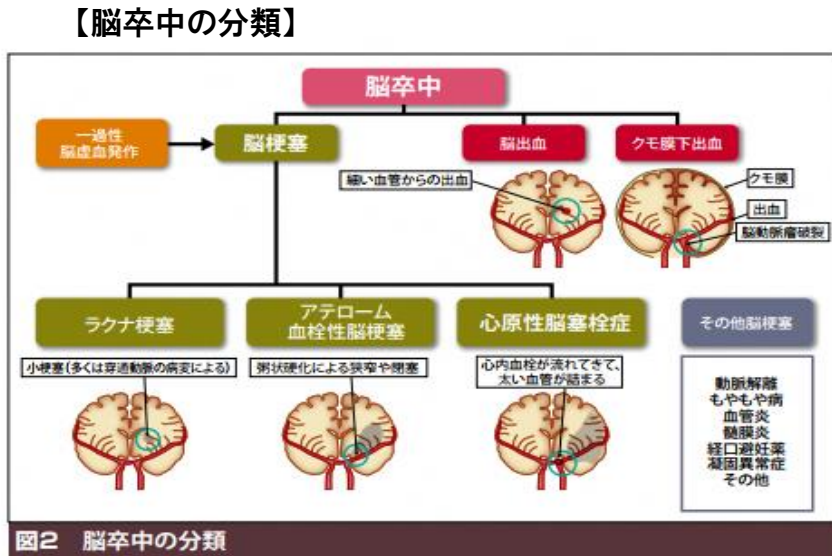


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 73 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 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 74 でみると、高血圧治療者 3,719 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 477 人(O・12.8%)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 196 人(5%)であり、そのうち 117 人(60%)は未治療者です。

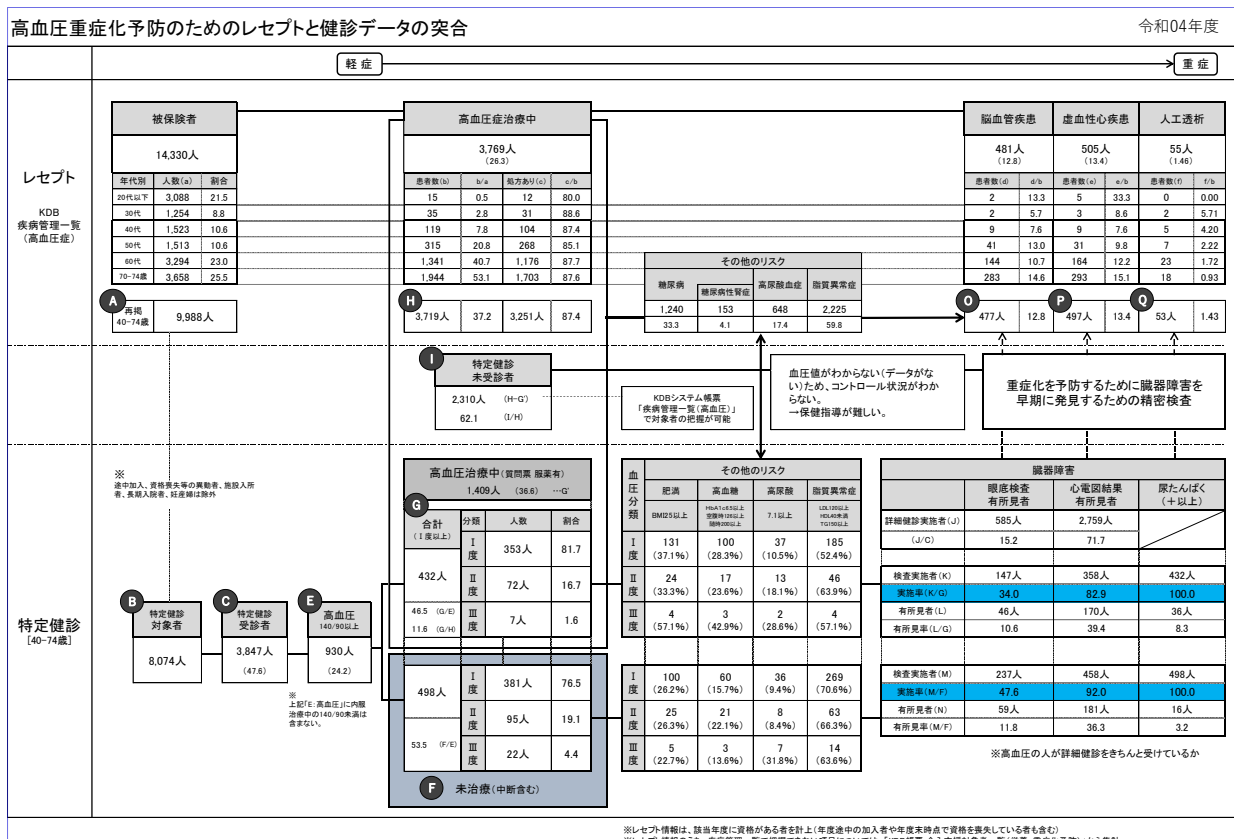
医療機関未受診者の中には、メタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 79 人(18.3%)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)の条件は、Ⅰ度高血圧以上となっており、930 人(24.2%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、わずか 585 人(15.2%)しか実施していない状況です。集団健診では健診と同時に眼底検査を実施していますが、個別健診では、健診後に眼科に行く必要があるため、眼底検査未実施となる状況もあり、十分に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、関係機関と実態を情報共有し、働きかけをしていく必要があります。

図表 74 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 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和03年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
	9,010	4,549 50.5%	3,293 36.5%	929 10.3%	239 2.7%
リスク第1層 予後影響因子がない	562	C 357 6.2%	B 156 4.7%	B 43 4.6%	A 6 2.5%
	5,034	C 2,529 55.9%	B 1,885 57.2%	A 502 54.0%	A 118 49.4%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁脈症性心房細動、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	3,414	B 1,663 37.9%	A 1,252 36.6%	A 384 41.3%	A 115 48.1%

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

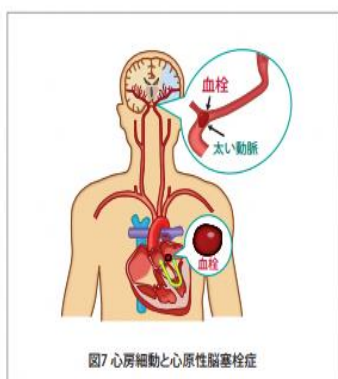
区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	2,377
		26.4%
B	概ね1ヵ月後に再評価	3,747
		41.6%
C	概ね3ヵ月後に再評価	2,886
		32.0%

※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≥160、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁脈症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 75 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流に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。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 76 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況を表しています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 76 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	1,702	2,145	1,214	71.3%	1,545	72.0%	16	1.3%	5	0.3%	--	--
40代	149	129	55	36.9%	10	7.8%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	197	146	61	31.0%	30	20.5%	1	1.6%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	516	783	371	71.9%	555	70.9%	3	0.8%	1	0.2%	1.9%	0.4%
70～74歳	840	1,087	727	86.5%	950	87.4%	12	1.7%	4	0.4%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 77 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	%
21	7	4.8	14	95.2

令和4年度の心電図検査において21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21人のうち14人は既に治療が開始されており、未治療者が7人いました。未治療者に対しては保健指導を実施し、7人全員が医療機関に受診し、健診後に5人が内服開始、2人は経過観察(内服なし)となりました。

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

く必要があり、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

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

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

現在、本市は二次健診で、頸動脈エコー検査を実施しています。また、尿中アルブミン検査からも、心血管イベントの予測ができるため、尿中アルブミン検査も推進していきます。

(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

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、地域包括支援センターと連携していきます。

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

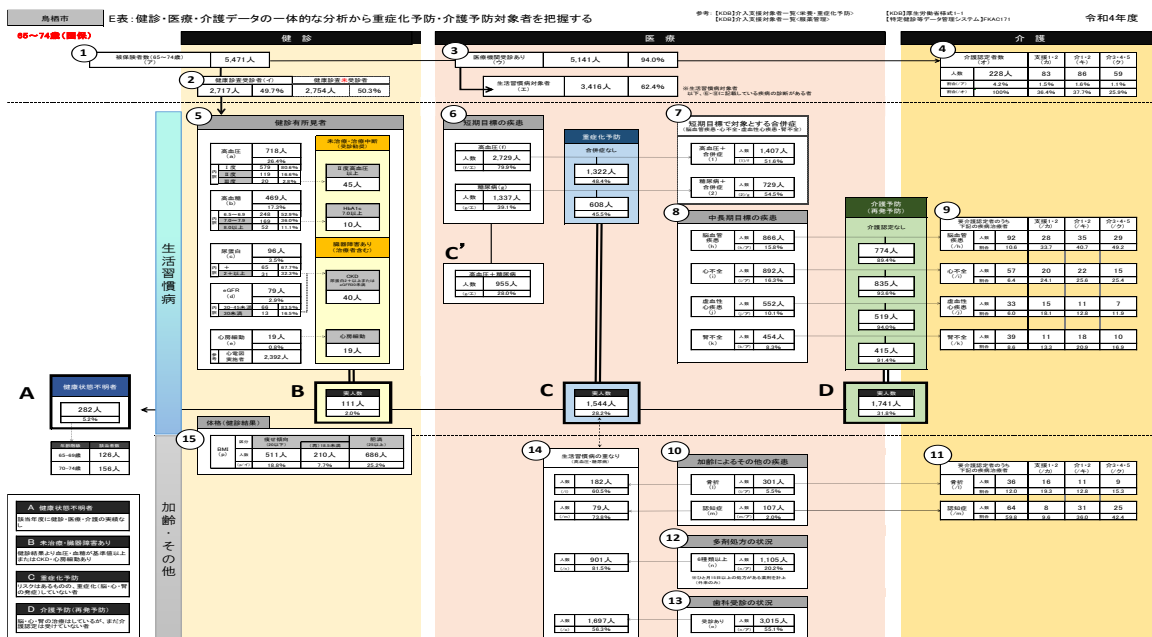
本市は、令和2年度より佐賀県後期高齢者広域連合から、本市が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。具体的には、

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 地域を担当する保健師・管理栄養士を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳等をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための教室など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 78 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 発症予防

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

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

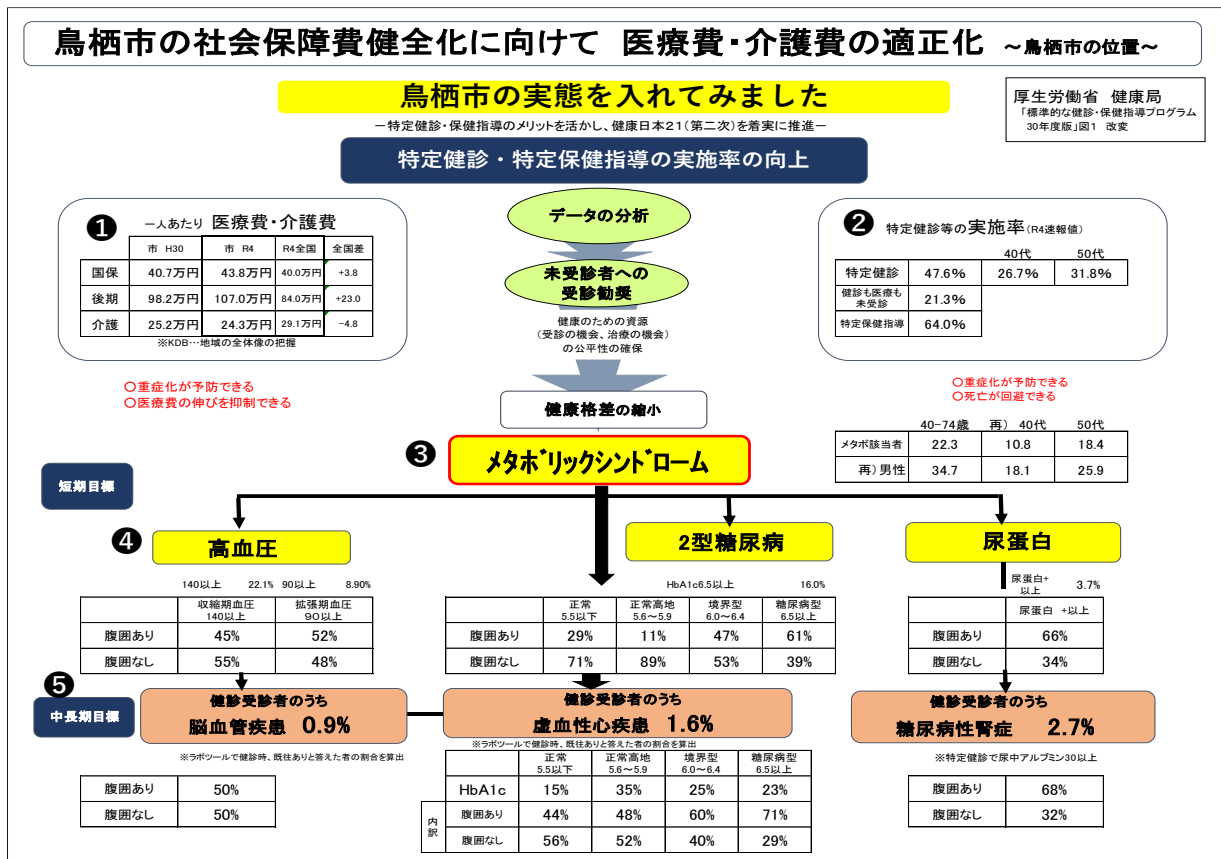
図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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)																
		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>														
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	
	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)	
5 対象者	妊娠前		産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)			
	血糖	95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上								
	HbA1c	6.5%以上						6.5%以上								
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上														
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上								
	(診断)妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①~③の1点以上満たすもの														
	身長															
	体重															
	BMI							25以上								
	肥満度			加齢18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上								
尿糖	(+)以上			(+)以上												
糖尿病家族歴																

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 80, 81)

図表 80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 81 統計からみえる佐賀県(本市)の食



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の令和11年度においては、次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)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診実施率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

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

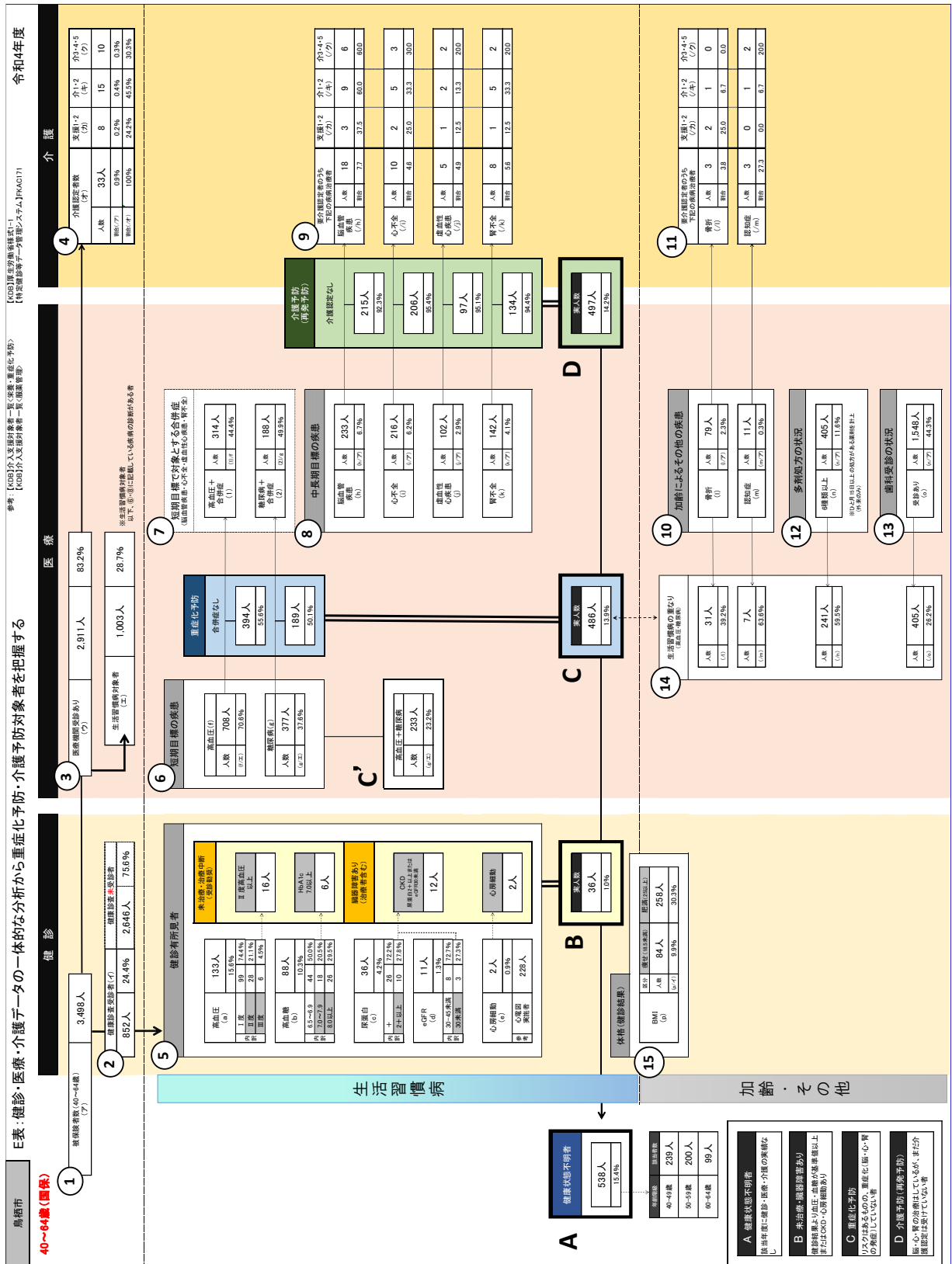
参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた本市の位置

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		73,006		16,969,503		797,881		123,214,261				
		65歳以上(高齢化率)		17,938	24.6	5,164,670	30.4	246,061	30.8	35,335,805	28.7	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		
		75歳以上		9,061	12.4	--	--	125,245	15.7	18,248,742	14.8			
		65~74歳		8,877	12.2	--	--	120,816	15.1	17,087,063	13.9			
		40~64歳		23,998	32.9	--	--	253,839	31.8	41,545,893	33.7			
	39歳以下		31,070	42.6	--	--	297,981	37.3	46,332,563	37.6				
	② 産業構成	第1次産業		2.0		5.6		8.7		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		24.4		28.6		24.2		25.0				
		第3次産業		73.6		65.8		67.1		71.0				
	③ 平均寿命	男性		81.5		80.7		80.7		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握		
女性		87.7		87.0		87.1		87.0						
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		80.5		80.1		80.1		80.1					
	女性		84.2		84.4		85.2		84.4					
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		95.0		100.3		102.0		100		KDB NO.1 地域全体像の把握		
		男性		94.1		101.2		99.1		100				
		女性		94.1		101.2		99.1		100				
		がん		206	54.8	53,892	49.4	2,689	51.1	378,272	50.6			
		心臓病		92	24.5	30,362	27.8	1,488	28.3	205,485	27.5			
		脳疾患		48	12.8	16,001	14.7	687	13.0	102,900	13.8			
		糖尿病		6	1.6	2,063	1.9	95	1.8	13,896	1.9			
	腎不全		13	3.5	3,958	3.6	198	3.8	26,946	3.6				
	自殺		11	2.9	2,854	2.6	108	2.1	20,171	2.7				
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計										厚労省HP 人口動態調査		
男性														
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		3,140 17.5		932,725 18.1		45,455 18.6		6,724,030 19.4		KDB NO.1 地域全体像の把握		
		新規認定者		46 0.2		15,476 0.3		831 0.3		110,289 0.3				
		介護度別 総件数		要支援1.2		11,718 15.0		2,980,586 13.3		192,586 19.1			21,785,044 12.9	
				要介護1.2		41,466 52.9		10,399,684 46.4		500,432 49.6			78,107,378 46.3	
				要介護3以上		25,183 32.1		9,019,896 40.3		316,821 31.4			68,963,503 40.8	
	2号認定者		57 0.24		20,148 0.36		825 0.33		156,107 0.38					
	② 有病状況	糖尿病		758 23.0		237,003 24.2		11,160 23.4		1,712,613 24.3		KDB NO.1 地域全体像の把握		
		高血圧症		2,005 61.9		523,600 53.8		28,610 60.7		3,744,672 53.3				
		脂質異常症		1,226 37.8		312,282 31.8		16,120 33.7		2,308,216 32.6				
		心臓病		2,295 70.7		590,733 60.8		32,225 68.4		4,224,628 60.3				
		脳疾患		977 30.9		221,742 23.1		13,290 28.7		1,568,292 22.6				
		がん		495 15.7		111,991 11.3		6,572 14.0		837,410 11.8				
		筋・骨格		2,142 65.4		516,731 53.1		28,736 61.0		3,748,372 53.4				
		精神		1,605 49.6		358,088 37.0		21,641 46.2		2,569,149 36.8				
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		243,465 4,367,278,707		274,536 1,417,885,670,317		286,277 70,441,691,145		290,668 100,742,426,989		KDB NO.1 地域全体像の把握		
		1件当たり給付費(全体)		55,729		63,298		69,755		59,662				
		居宅サービス		45,870		41,822		50,348		41,272				
施設サービス		281,060		292,502		290,902		296,364						
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		認定あり 10,182		8,654		9,309		8,610		KDB NO.1 地域全体像の把握			
	認定なし		4,599		4,013		4,328		4,020					
4	① 国保の状況	被保険者数		12,268		3,472,300		172,974		27,488,882		KDB NO.1 地域全体像の把握		
		65~74歳		5,508 44.9				78,402 45.3		11,129,271 40.5				
		40~64歳		3,521 28.7				53,309 30.8		9,088,015 33.1				
		39歳以下		3,239 26.4				41,263 23.9		7,271,596 26.5				
	加入率		16.8		20.5		21.7		22.3					
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		8 0.7		1,146 0.3		100 0.6		8,237 0.3		KDB NO.5 被保険者の状況		
		診療所数		74 6.0		12,471 3.6		691 4.0		102,599 3.7				
		病床数		1,347 109.8		206,222 59.4		14,451 83.5		1,507,471 54.8				
		医師数		172 14.0		34,837 10.0		2,445 14.1		339,611 12.4				
		外来患者数		756.2		719.9		784.4		687.8				
		入院患者数		28.2		19.6		27.7		17.7				
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費		437,570		県内14位 同規模14位 366,294		431,999		339,680		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握		
		受診率		784,378		739,503		812,114		705,439				
		外来		費用の割合		51.8		59.5		53.8			60.4	
				件数の割合		96.4		97.3		96.6				97.5
		入院		費用の割合		48.2		40.5		46.2			39.6	
				件数の割合		3.6		2.7		3.4				2.5
1件あたり在院日数		20.1日		16.3日		17.9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 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源消費病名 (調剤含む)	がん	804,966,230	28.1	32.0	27.2	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)	225,524,090	7.9	7.8	10.2	8.2							
	糖尿病	233,675,450	8.2	10.9	9.2	10.4							
	高血圧症	133,026,790	4.6	6.2	5.6	5.9							
	脂質異常症	132,317,660	4.6	4.0	3.7	4.1							
	脳梗塞・脳出血	128,393,900	4.5	3.9	4.0	3.9							
	狭心症・心筋梗塞	46,969,420	1.6	2.7	2.0	2.8							
	精神	677,607,060	23.7	15.1	20.3	14.7							
	筋・骨格	448,972,190	15.7	16.4	16.8	16.7							
	⑤ 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	入院	高血圧症	294	0.1	299	0.2	370		0.2	256	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分類)
糖尿病			1,827	0.9	1,297	0.9	1,416	0.7	1,144	0.9			
脂質異常症			98	0.0	61	0.0	64	0.0	53	0.0			
脳梗塞・脳出血			9,435	4.5	6,621	4.5	8,250	4.1	5,993	4.5			
虚血性心疾患			2,937	1.4	4,143	2.8	3,573	1.8	3,942	2.9			
腎不全			3,118	1.5	4,389	3.0	6,245	3.1	4,051	3.0			
腎不全			10,549	4.7	11,711	5.4	12,536	5.4	10,143	4.9			
外来		糖尿病	17,805	7.9	20,415	9.4	20,303	8.7	17,720	8.6			
		脂質異常症	10,687	4.7	7,802	3.6	8,279	3.6	7,092	3.5			
		脳梗塞・脳出血	909	0.4	937	0.4	1,022	0.4	825	0.4			
		虚血性心疾患	1,831	0.8	1,875	0.9	1,800	0.8	1,722	0.8			
		腎不全	19,851	8.8	17,220	7.9	23,024	9.9	15,781	7.7			
		高血圧症	10,549	4.7	11,711	5.4	12,536	5.4	10,143	4.9			
		糖尿病	17,805	7.9	20,415	9.4	20,303	8.7	17,720	8.6			
⑥ 健診の有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	2,976		2,421		3,014		2,031		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
		健診未受診者	14,686		13,441		14,170		13,295				
	生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	7,772		6,937		7,990		6,142				
		健診未受診者	38,352		38,519		37,560		40,210				
⑦ 健診・レセ突合	受診勧奨者	2,188	57.8	571,947	57.0	26,393	55.4	3,915,807	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握			
	医療機関受診率	2,027	53.6	518,685	51.7	23,962	50.3	3,574,378	52.0				
	医療機関非受診率	161	4.3	53,262	5.3	2,431	5.1	341,429	5.0				
①-⑱ 特定健診の状況 県内市町村数 23市町村 同規模市区町村数 250市町村	①	健診受診者	3,785		1,003,256		47,681		6,874,715		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		
	②	実施率	47.7	県内7位 同規模36位	40.6	40.4	全国18位	37.6					
	③	特定保健指導終了者(実施率)	296	69.5	41,795	36.3	3,159	57.8	200,147	24.6			
	④	非肥満高血糖	353	9.3	102,355	10.2	4,605	9.7	620,920	9.0			
	⑤	メタボ	該当者	865	22.9	209,353	20.9	10,448	21.9	1,394,679		20.3	
			男性	587	35.1	144,492	32.8	7,098	33.1	974,740		32.0	
			女性	278	13.1	64,861	11.5	3,350	12.8	419,939		11.0	
			予備群	488	12.9	110,777	11.0	5,821	12.2	772,552		11.2	
	⑥-⑱	メタボ該当・予備群レベル	BMI	男性	325	19.5	77,015	17.5	3,966	18.5		545,269	17.9
				女性	163	7.7	33,762	6.0	1,855	7.1		227,283	5.9
				総数	1,497	39.6	351,240	35.0	18,411	38.6		2,402,739	35.0
			腹囲	男性	1,001	59.9	242,777	55.0	12,454	58.1		1,683,310	55.3
				女性	496	23.5	108,463	19.3	5,957	22.7		719,429	18.8
				総数	137	3.6	48,512	4.8	1,831	3.8		323,039	4.7
			血糖のみ	45	1.2	6,770	0.7	493	1.0	43,981		0.6	
			血圧のみ	323	8.5	78,198	7.8	3,887	8.2	544,462		7.9	
			脂質のみ	120	3.2	25,809	2.6	1,441	3.0	184,109		2.7	
			血糖・血圧	142	3.8	31,459	3.1	1,819	3.8	205,051		3.0	
			血糖・脂質	74	2.0	10,744	1.1	754	1.6	70,941		1.0	
血圧・脂質			340	9.0	97,317	9.7	4,434	9.3	664,823	9.7			
血糖・血圧・脂質			309	8.2	69,833	7.0	3,441	7.2	453,864	6.6			
①			服薬	高血圧	1,422	37.6	374,976	37.4	17,918	37.6	2,447,012	35.6	KDB NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病	496	13.1	93,288	9.3	5,466	11.5	594,898	8.7	
②	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	50	1.5	31,338	3.2	769	1.8	208,631	3.1			
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	64	1.9	58,007	6.0	1,114	2.6	367,800	5.5			
③-⑬ 生活習慣の状況	生活習慣の状況	喫煙	524	13.8	127,356	12.7	6,554	13.7	948,511	13.8	KDB NO.1 地域全体像の把握		
		週3回以上朝食を抜く	341	10.3	77,946	8.4	4,652	10.1	648,921	10.4			
		週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
		週3回以上就寝前夕食(～H30～)	375	11.3	134,498	14.4	6,353	13.8	985,237	15.8			
		週3回以上就寝前夕食	375	11.3	134,498	14.4	6,353	13.8	985,237	15.8			
		食べる速度が遅い	823	24.7	238,095	25.8	12,475	27.2	1,672,149	26.8			
		20歳時体重から10kg以上増加	1,209	36.4	319,388	34.5	16,537	35.9	2,190,989	35.0			
		1回30分以上運動習慣なし	1,831	54.0	554,249	59.7	26,689	57.9	3,777,098	60.4			
		1日1時間以上運動なし	1,546	46.5	434,096	46.5	20,956	45.6	3,004,715	48.0			
		睡眠不足	716	21.5	232,723	25.0	10,916	23.7	1,599,845	25.6			
		毎日飲酒	807	23.4	234,906	24.4	11,840	25.5	1,671,390	25.5			
		時々飲酒	644	18.7	205,537	21.3	9,433	20.3	1,475,561	22.5			
		⑭	一日飲酒量	1合未満	728	48.6	417,647	65.3	12,276	52.5		2,997,474	64.1
				1～2合	503	33.6	150,562	23.5	7,607	32.5		1,110,546	23.7
2～3合	215			14.3	56,979	8.9	2,837	12.1	438,404	9.4			
3合以上	53			3.5	14,747	2.3	678	2.9	130,123	2.8			

参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40～64歳(国保)



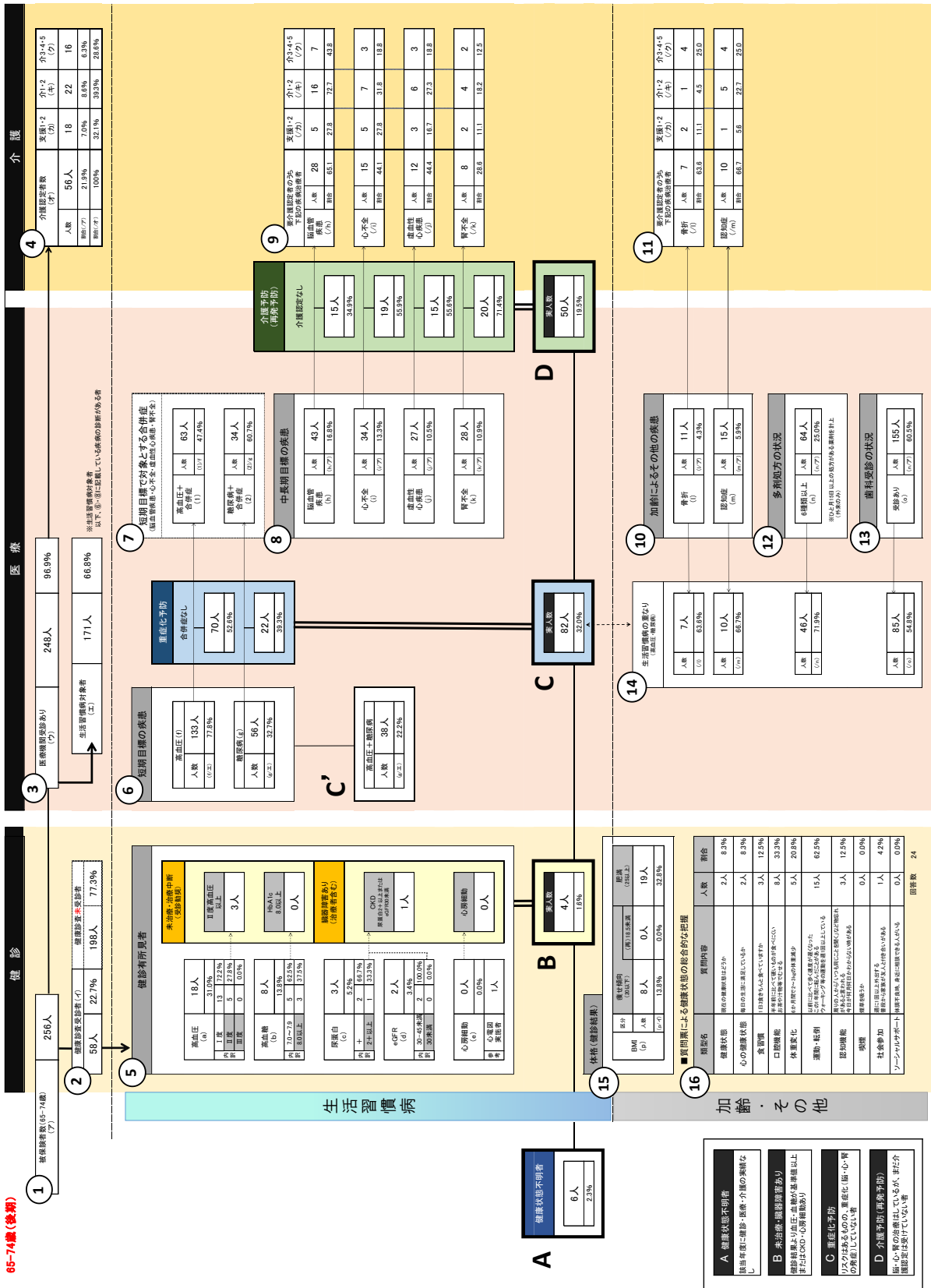
③ 65～74歳(後期)

令和4年度

【R03】厚生労働省標準値¹⁾
【特定高齢者等一斉健康診断システム(FK01)】

参考: 【R03】介入支援対象者一覽(医療・重症化予防)
【R03】保健師等一斉健康診断の医療・介護委員会状況

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



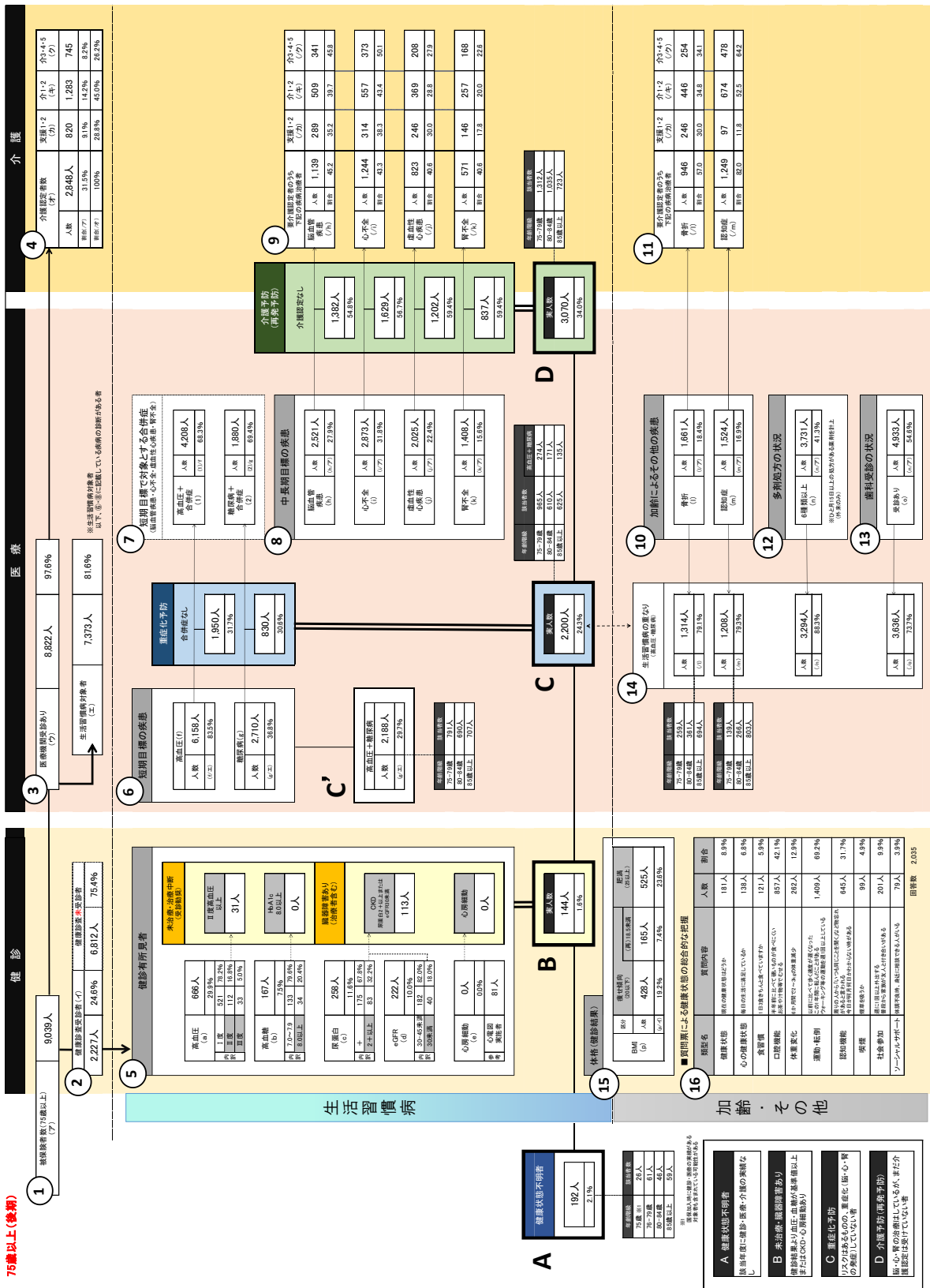
④75歳以上(後期)

令和4年度

【0101原生活計簿様式-1】
【0102高齢者生活管理システム(FAC1)】

参考：【0101】介護予防対象者一斉(学業・就業・重症化予防)
【0102】高齢者生活管理システム(FAC1) 介護予防対象者

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



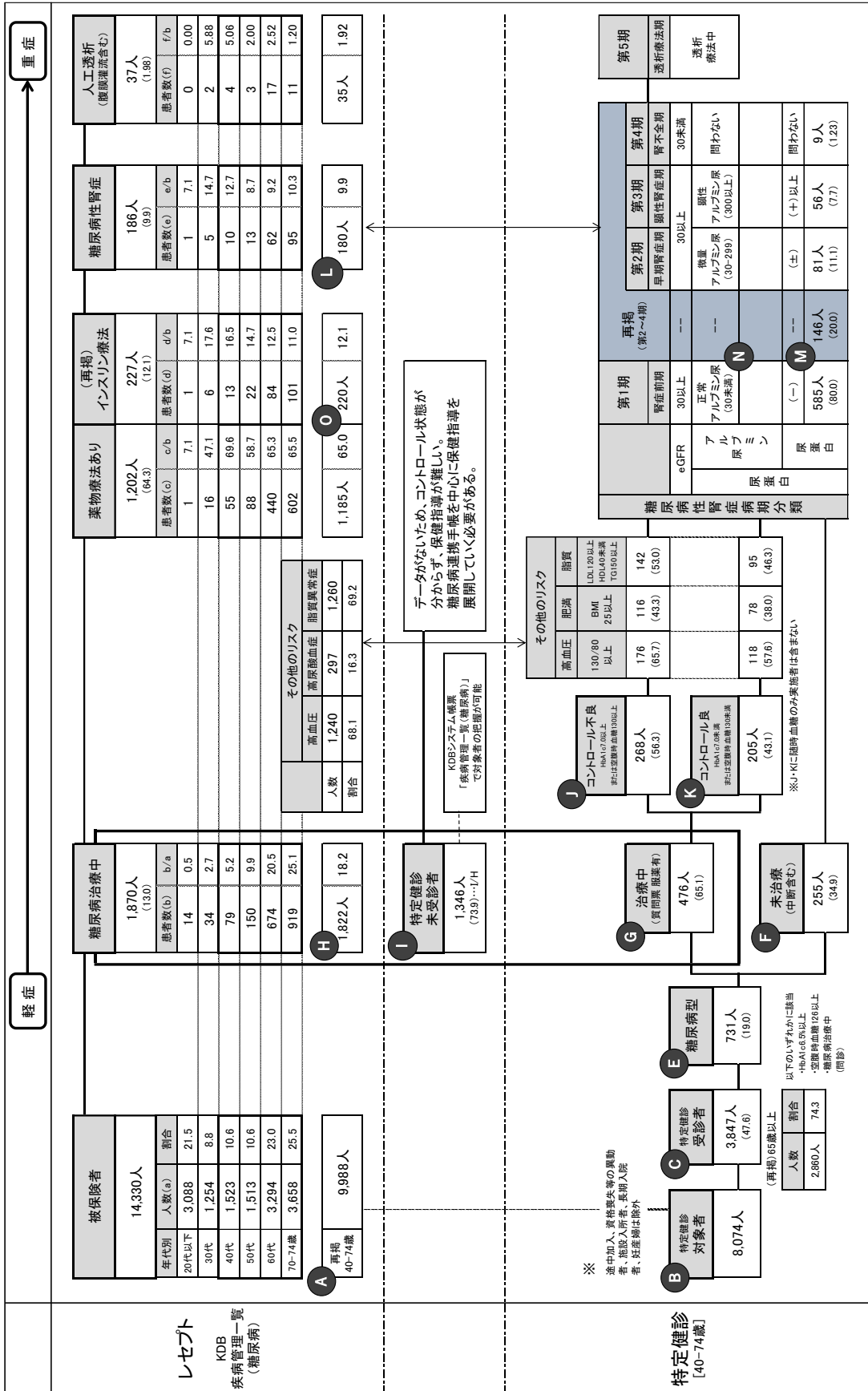
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	鳥栖市								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							
		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	13,674人		13,265人		12,998人		12,762人		12,545人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2					
	② (再掲)40-74歳	10,108人		9,869人		9,670人		9,629人		9,474人							
2	① 対象者数	8,669人		8,489人		8,498人		8,227人		7,914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	3,963人		3,778人		3,608人		3,639人		3,787人							
	③ 実施率	45.7%		44.5%		42.5%		44.2%		47.9%							
3	① 特定 保健指導 対象者数	447人		391人		409人		412人		399人		特定健診結果					
	② 実施率	71.6%		74.2%		62.3%		63.1%		73.2%							
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	643人	15.6%	679人	17.4%	660人	17.6%	703人	18.6%	737人	19.7%				
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	238人	37.0%	268人	39.5%	211人	32.0%	251人	35.7%	246人	33.4%				
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	405人	63.0%	411人	60.5%	449人	68.0%	452人	64.3%	491人	66.6%				
		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	230人	56.8%	238人	57.9%	245人	54.6%	264人	58.4%	277人	56.4%				
		⑤ 血圧 130/80以上		132人	57.4%	133人	55.9%	146人	59.6%	179人	67.8%	181人	65.3%				
		⑥ 肥満 BMI25以上		101人	43.9%	106人	44.5%	109人	44.5%	113人	42.8%	120人	43.3%				
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	175人	43.2%	173人	42.1%	204人	45.4%	188人	41.6%	214人	43.6%				
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	504人	78.4%	546人	80.4%	524人	79.4%	568人	80.8%	587人	79.6%				
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		76人	11.8%	72人	10.6%	79人	12.0%	67人	9.5%	83人	11.3%				
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		48人	7.5%	42人	6.2%	47人	7.1%	57人	8.1%	57人	7.7%				
		⑪ 第4期 eGFR30未満		9人	1.4%	14人	2.1%	10人	1.5%	11人	1.6%	10人	1.4%				
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)	104.4人		107.4人		99.2人		107.0人		109.5人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2				
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)	139.3人		142.7人		131.9人		140.6人		142.8人						
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対	H	入院外(件数)	8,016件	(818.8)	8,074件	(846.8)	8,009件	(837.9)	8,302件	(889.8)	8,381件	(928.2)	2,480,774件	(911.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ 入院(件数)		40件	(4.1)	36件	(3.8)	44件	(4.6)	41件	(4.4)	46件	(5.1)	10,514件	(3.9)		
		⑤ 糖尿病治療中	1,428人		10.4%	1,424人	10.7%	1,290人	9.9%	1,366人	10.7%	1,374人	11.0%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
		⑥ (再掲)40-74歳	1,408人		13.9%	1,408人	14.3%	1,275人	13.2%	1,354人	14.1%	1,353人	14.3%				
		⑦ 健診未受診者	I	1,003人	71.2%	1,003人	71.2%	826人	64.8%	902人	66.6%	862人	63.7%				
		⑧ インスリン治療	O	130人	9.1%	135人	9.5%	123人	9.5%	125人	9.2%	131人	9.5%				
		⑨ (再掲)40-74歳		127人	9.0%	132人	9.4%	121人	9.5%	122人	9.0%	129人	9.5%				
		⑩ 糖尿病性腎症	L	111人	7.8%	118人	8.3%	106人	8.2%	117人	8.6%	108人	7.9%				
		⑪ (再掲)40-74歳		111人	7.9%	117人	8.3%	105人	8.2%	116人	8.6%	104人	7.7%				
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	21人		1.5%	20人	1.4%	23人	1.8%	23人	1.7%	32人	2.3%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期		
		⑬ (再掲)40-74歳	21人		1.5%	20人	1.4%	23人	1.8%	22人	1.6%	31人	2.3%				
		⑭ 新規透析患者数	25人		-	23人	-	18人	-	21人	-	※13人	(※速報値)				
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症	15人		60.0%	11人	47.8%	6人	33.3%	9人	42.9%	※6人	46.2%				
		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)	34人		1.8%	33人	1.7%	36人	1.9%	33人	1.6%	36人	1.7%				
6	医療費	① 総医療費	53億6737万円		52億4336万円		51億1331万円		53億9695万円		53億6810万円		50億8753万円	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	29億0600万円		28億3639万円		28億2252万円		29億4709万円		28億6176万円		27億0662万円				
		③ (総医療費に占める割合)	54.1%		54.1%		55.2%		54.6%		53.3%		53.2%				
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	I	健診受診者	7,570円	9,535円	6,635円	7,946円	7,772円	6,937円							
		⑤ 健診未受診者		34,311円	33,186円	39,910円	40,594円	38,352円	38,519円								
		⑥ 糖尿病医療費	2億1973万円		2億1973万円		2億2476万円		2億2877万円		2億3368万円		2億9434万円				
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	7.6%		7.7%		8.0%		7.8%		8.2%		10.9%				
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	7億1541万円		7億3158万円		7億5249万円		7億3981万円		7億3114万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題				
		⑨ 1件あたり	37,631円		38,581円		40,910円		39,726円		40,217円						
		⑩ 糖尿病入院総医療費	4億9395万円		5億0042万円		5億0315万円		6億4027万円		5億5040万円						
		⑪ 1件あたり	572,362円		614,006円		636,898円		710,624円		669,591円						
		⑫ 在院日数	20日		20日		21日		20日		20日						
		⑬ 慢性腎不全医療費	2億7397万円		2億7532万円		2億4779万円		2億5961万円		2億4174万円		2億2640万円				
		⑭ 透析有り	2億5677万円		2億5509万円		2億2921万円		2億4542万円		2億2552万円		2億1152万円				
		⑮ 透析なし	1720万円		2023万円		1857万円		1419万円		1622万円		1487万円				
7	介護	① 介護給付費	40億9617万円		41億7095万円		41億9747万円		42億2316万円		43億6728万円		56億7154万円				
		② (2号認定者)糖尿病合併症	4件		11.1%	6件	14.6%	4件	11.8%	7件	17.5%	3件	10.3%				
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	5人		0.8%	4人	0.7%	2人	0.3%	6人	1.0%	6人	0.9%	3,958人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	

参考資料 4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

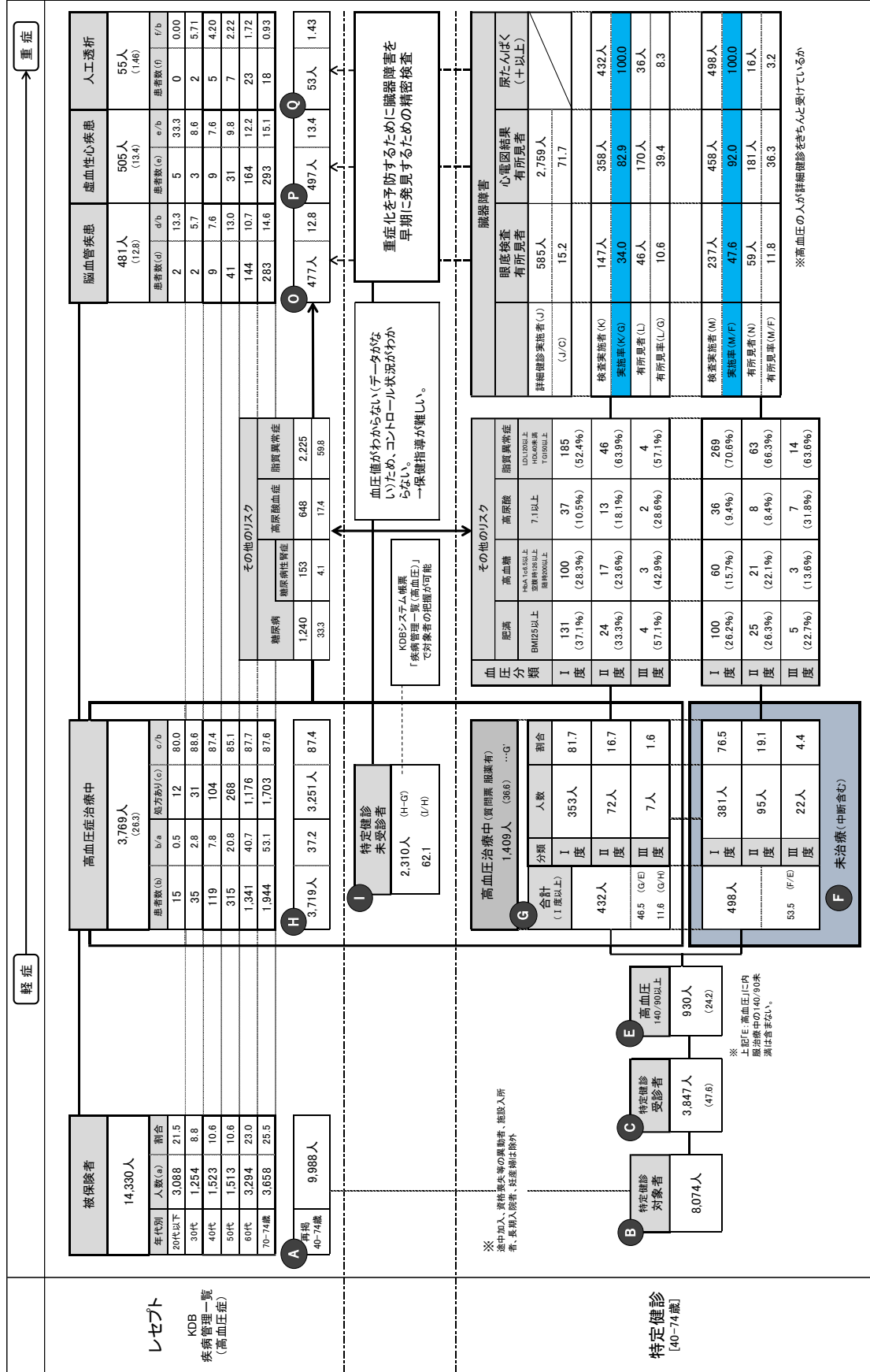
糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

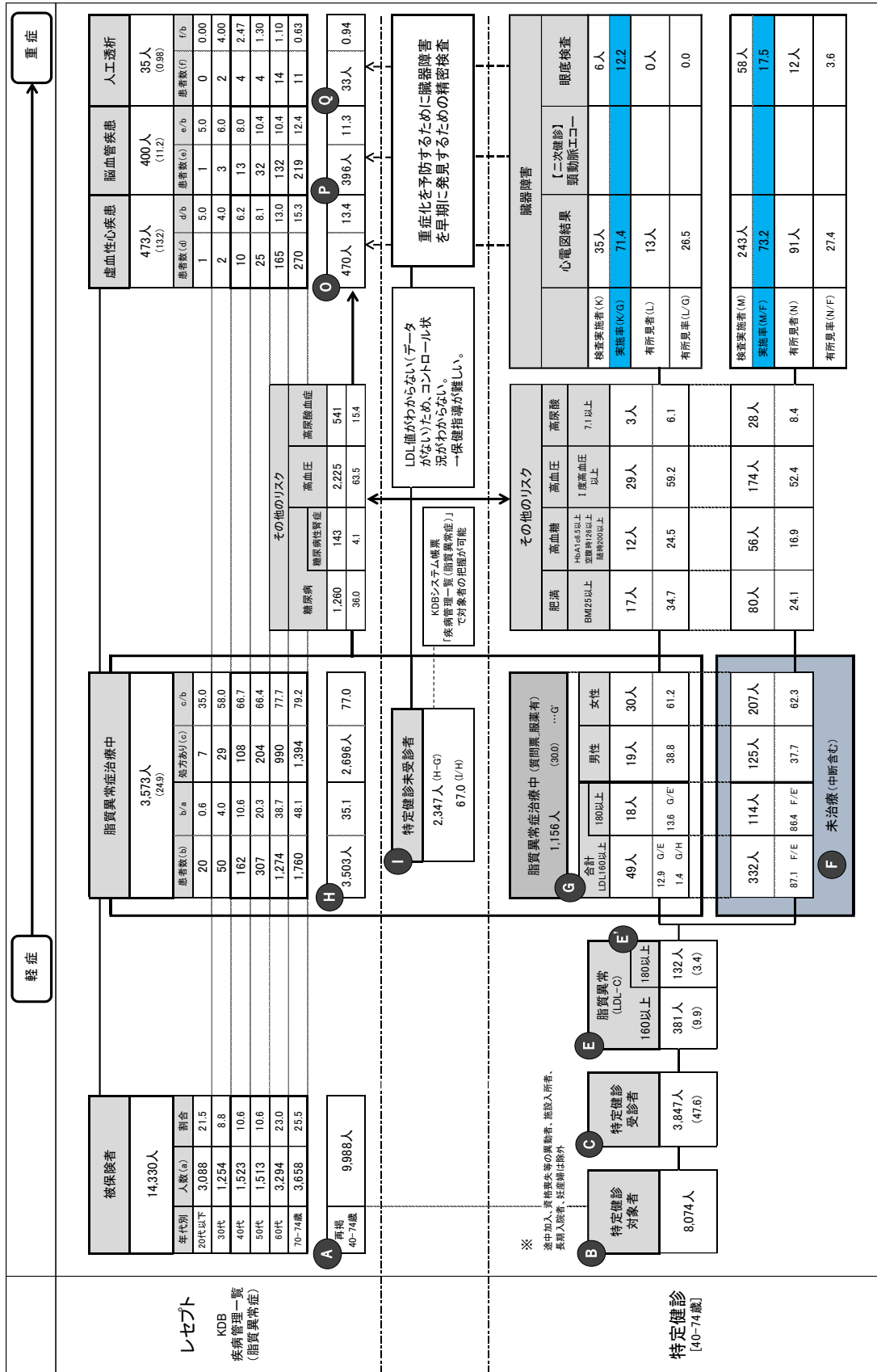
高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料 6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



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

参考資料 7 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	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									
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標					
		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	3,566	750	21.0%	1,541	43.2%	833	23.4%	243	6.8%	144	4.0%	55	1.5%	113	3.2%	41	1.1%
H30	3,915	969	24.8%	1,658	42.3%	812	20.7%	250	6.4%	161	4.1%	65	1.7%	124	3.2%	50	1.3%
R01	3,688	721	19.5%	1,614	43.8%	823	22.3%	289	7.8%	177	4.8%	64	1.7%	140	3.8%	41	1.1%
R02	3,557	924	26.0%	1,418	39.9%	716	20.1%	248	7.0%	179	5.0%	72	2.0%	144	4.0%	50	1.4%
R03	3,610	806	22.3%	1,532	42.4%	717	19.9%	292	8.1%	207	5.7%	56	1.6%	161	4.5%	36	1.0%
R04	3,662	780	21.3%	1,463	40.0%	833	22.7%	310	8.5%	192	5.2%	84	2.3%	169	4.6%	54	1.5%

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		12.4%	12.2%	14.4%	14.0%	15.4%	16.0%			
					再)7.0以上	未治療	治療	再)7.0以上	治療									
																人数	割合	人数
H29	3,566	750	1,541	833	442	210	232	12.4%	47.5%	52.5%	5.6%	12.4%	199	60	139	5.6%	30.2%	69.8%
					12.4%	47.5%	52.5%											
					199	60	139	5.6%	30.2%	69.8%								
H30	3,915	969	1,658	812	476	190	286	12.2%	39.9%	60.1%	5.8%	12.2%	226	62	164	5.8%	27.4%	72.6%
					12.2%	39.9%	60.1%											
					226	62	164	5.8%	27.4%	72.6%								
R01	3,688	721	1,614	823	530	223	307	14.4%	42.1%	57.9%	6.5%	14.4%	241	60	181	6.5%	24.9%	75.1%
					14.4%	42.1%	57.9%											
					241	60	181	6.5%	24.9%	75.1%								
R02	3,557	924	1,418	716	499	176	323	14.0%	35.3%	64.7%	7.1%	14.0%	251	58	193	7.1%	23.1%	76.9%
					14.0%	35.3%	64.7%											
					251	58	193	7.1%	23.1%	76.9%								
R03	3,610	806	1,532	717	555	214	341	15.4%	38.6%	61.4%	7.3%	15.4%	263	57	206	7.3%	21.7%	78.3%
					15.4%	38.6%	61.4%											
					263	57	206	7.3%	21.7%	78.3%								
R04	3,662	780	1,463	833	586	219	367	16.0%	37.4%	62.6%	7.5%	16.0%	276	62	214	7.5%	22.5%	77.5%
					16.0%	37.4%	62.6%											
					276	62	214	7.5%	22.5%	77.5%								

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											
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標						合併症の危険が更に大きくなる	
		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	320	9.0%	3	0.9%	18	5.6%	67	20.9%	93	29.1%	102	31.9%	37	11.6%	78	24.4%	26	8.1%
	H30	400	10.2%	6	1.5%	21	5.3%	87	21.8%	122	30.5%	126	31.5%	38	9.5%	88	22.0%	24	6.0%
	R01	403	10.9%	7	1.7%	20	5.0%	69	17.1%	126	31.3%	135	33.5%	46	11.4%	109	27.0%	24	6.0%
	R02	439	12.3%	3	0.7%	21	4.8%	92	21.0%	130	29.6%	140	31.9%	53	12.1%	111	25.3%	37	8.4%
	R03	449	12.4%	2	0.4%	26	5.8%	80	17.8%	135	30.1%	164	36.5%	42	9.4%	128	28.5%	24	5.3%
	R04	468	12.8%	2	0.4%	20	4.3%	79	16.9%	153	32.7%	148	31.6%	66	14.1%	134	28.6%	42	9.0%
	治療なし	H29	3,246	91.0%	747	23.0%	1,523	46.9%	766	23.6%	150	4.6%	42	1.3%	18	0.6%	35	1.1%	15
H30		3,515	89.8%	963	27.4%	1,637	46.6%	725	20.6%	128	3.6%	35	1.0%	27	0.8%	36	1.0%	26	0.7%
R01		3,285	89.1%	714	21.7%	1,594	48.5%	754	23.0%	163	5.0%	42	1.3%	18	0.5%	31	0.9%	17	0.5%
R02		3,118	87.7%	921	29.5%	1,397	44.8%	624	20.0%	118	3.8%	39	1.3%	19	0.6%	33	1.1%	13	0.4%
R03		3,161	87.6%	804	25.4%	1,506	47.6%	637	20.2%	157	5.0%	43	1.4%	14	0.4%	33	1.0%	12	0.4%
R04		3,194	87.2%	778	24.4%	1,443	45.2%	754	23.6%	157	4.9%	44	1.4%	18	0.6%	35	1.1%	12	0.4%

参考資料 8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	3,626	1,133	31.2%	754	20.8%	990	27.3%	601	16.6%	126	3.5%	22	0.6%
H30	4,108	1,204	29.3%	838	20.4%	1,135	27.6%	715	17.4%	184	4.5%	32	0.8%
R01	3,887	1,142	29.4%	828	21.3%	1,091	28.1%	663	17.1%	144	3.7%	19	0.5%
R02	3,752	945	25.2%	750	20.0%	1,103	29.4%	775	20.7%	152	4.1%	27	0.7%
R03	3,801	972	25.6%	726	19.1%	1,139	30.0%	736	19.4%	184	4.8%	44	1.2%
R04	3,846	1,013	26.3%	761	19.8%	1,143	29.7%	734	19.1%	166	4.3%	29	0.8%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	再掲
					再掲				
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療		
H29	3,626	1,887 52.0%	990 27.3%	601 16.6%	148 4.1%	90 60.8%	58 39.2%	0.6%	4.1%
H30	4,108	2,042 49.7%	1,135 27.6%	715 17.4%	216 5.3%	121 56.0%	95 44.0%	0.8%	5.3%
R01	3,887	1,970 50.7%	1,091 28.1%	663 17.1%	163 4.2%	100 61.3%	63 38.7%	0.5%	4.2%
R02	3,752	1,695 45.2%	1,103 29.4%	775 20.7%	179 4.8%	115 64.2%	64 35.8%	0.7%	4.8%
R03	3,801	1,698 44.7%	1,139 30.0%	736 19.4%	228 6.0%	131 57.5%	97 42.5%	1.2%	6.0%
R04	3,846	1,774 46.1%	1,143 29.7%	734 19.1%	195 5.1%	117 60.0%	78 40.0%	0.8%	5.1%

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	1,179	32.5%	170	14.4%	256	21.7%	422	35.8%	273	23.2%	51	4.3%	7	0.6%
	H30	1,338	32.6%	197	14.7%	275	20.6%	467	34.9%	304	22.7%	82	6.1%	13	1.0%
	R01	1,333	34.3%	226	17.0%	283	21.2%	448	33.6%	313	23.5%	56	4.2%	7	0.5%
	R02	1,359	36.2%	191	14.1%	266	19.6%	485	35.7%	353	26.0%	54	4.0%	10	0.7%
	R03	1,384	36.4%	176	12.7%	254	18.4%	503	36.3%	354	25.6%	82	5.9%	15	1.1%
治療なし	R04	1,408	36.6%	192	13.6%	283	20.1%	502	35.7%	353	25.1%	71	5.0%	7	0.5%
	H29	2,447	67.5%	963	39.4%	498	20.4%	568	23.2%	328	13.4%	75	3.1%	15	0.6%
	H30	2,770	67.4%	1,007	36.4%	563	20.3%	668	24.1%	411	14.8%	102	3.7%	19	0.7%
	R01	2,554	65.7%	916	35.9%	545	21.3%	643	25.2%	350	13.7%	88	3.4%	12	0.5%
	R02	2,393	63.8%	754	31.5%	484	20.2%	618	25.8%	422	17.6%	98	4.1%	17	0.7%
R03	2,417	63.6%	796	32.9%	472	19.5%	636	26.3%	382	15.8%	102	4.2%	29	1.2%	
R04	2,438	63.4%	821	33.7%	478	19.6%	641	26.3%	381	15.6%	95	3.9%	22	0.9%	

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	3,627	1,817	50.1%	897	24.7%	549	15.1%	248	6.8%	116	3.2%
	H30	4,099	1,948	47.5%	1,026	25.0%	627	15.3%	332	8.1%	166	4.0%
	R01	3,886	1,903	49.0%	959	24.7%	608	15.6%	275	7.1%	141	3.6%
	R02	3,749	1,814	48.4%	896	23.9%	631	16.8%	269	7.2%	139	3.7%
	R03	3,801	1,882	49.5%	895	23.5%	617	16.2%	268	7.1%	139	3.7%
R04	3,845	1,999	52.0%	921	24.0%	545	14.2%	248	6.4%	132	3.4%	
男性	H29	1,592	914	57.4%	356	22.4%	202	12.7%	83	5.2%	37	2.3%
	H30	1,827	962	52.7%	454	24.8%	250	13.7%	105	5.7%	56	3.1%
	R01	1,741	963	55.3%	423	24.3%	216	12.4%	99	5.7%	40	2.3%
	R02	1,672	900	53.8%	387	23.1%	240	14.4%	99	5.9%	46	2.8%
	R03	1,655	940	56.8%	348	21.0%	223	13.5%	99	6.0%	45	2.7%
R04	1,701	970	57.0%	392	23.0%	195	11.5%	94	5.5%	50	2.9%	
女性	H29	2,035	903	44.4%	541	26.6%	347	17.1%	165	8.1%	79	3.9%
	H30	2,272	986	43.4%	572	25.2%	377	16.6%	227	10.0%	110	4.8%
	R01	2,145	940	43.8%	536	25.0%	392	18.3%	176	8.2%	101	4.7%
	R02	2,077	914	44.0%	509	24.5%	391	18.8%	170	8.2%	93	4.5%
	R03	2,146	942	43.9%	547	25.5%	394	18.4%	169	7.9%	94	4.4%
R04	2,144	1,029	48.0%	529	24.7%	350	16.3%	154	7.2%	82	3.8%	

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲		
					再)180以上	未治療	治療			
H29	3,627	1,817 50.1%	897 24.7%	549 15.1%	364 10.0%	332 91.2%	32 8.8%	10.0%	3.2%	10.0%
					116 3.2%	97 83.6%	19 16.4%			
H30	4,099	1,948 47.5%	1,026 25.0%	627 15.3%	498 12.1%	449 90.2%	49 9.8%	12.1%	4.0%	12.1%
					166 4.0%	151 91.0%	15 9.0%			
R01	3,886	1,903 49.0%	959 24.7%	608 15.6%	416 10.7%	369 88.7%	47 11.3%	10.7%	3.6%	10.7%
					141 3.6%	127 90.1%	14 9.9%			
R02	3,749	1,814 48.4%	896 23.9%	631 16.8%	408 10.9%	354 86.8%	54 13.2%	10.9%	3.7%	10.9%
					139 3.7%	121 87.1%	18 12.9%			
R03	3,801	1,882 49.5%	895 23.5%	617 16.2%	407 10.7%	359 88.2%	48 11.8%	10.7%	3.7%	10.7%
					139 3.7%	127 91.4%	12 8.6%			
R04	3,845	1,999 52.0%	921 24.0%	545 14.2%	380 9.9%	331 87.1%	49 12.9%	9.9%	3.4%	9.9%
					132 3.4%	114 86.4%	18 13.6%			

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	958	26.4%	651	68.0%	195	20.4%	80	8.4%	13	1.4%	19	2.0%
	H30	1,092	26.6%	718	65.8%	232	21.2%	93	8.5%	34	3.1%	15	1.4%
	R01	1,043	26.8%	711	68.2%	203	19.5%	82	7.9%	33	3.2%	14	1.3%
	R02	1,085	28.9%	720	66.4%	226	20.8%	85	7.8%	36	3.3%	18	1.7%
	R03	1,101	29.0%	746	67.8%	218	19.8%	89	8.1%	36	3.3%	12	1.1%
R04	1,156	30.1%	840	72.7%	194	16.8%	73	6.3%	31	2.7%	18	1.6%	
治療なし	H29	2,669	73.6%	1,166	43.7%	702	26.3%	469	17.6%	235	8.8%	97	3.6%
	H30	3,007	73.4%	1,230	40.9%	794	26.4%	534	17.8%	298	9.9%	151	5.0%
	R01	2,843	73.2%	1,192	41.9%	756	26.6%	526	18.5%	242	8.5%	127	4.5%
	R02	2,664	71.1%	1,094	41.1%	670	25.2%	546	20.5%	233	8.7%	121	4.5%
	R03	2,700	71.0%	1,136	42.1%	677	25.1%	528	19.6%	232	8.6%	127	4.7%
R04	2,689	69.9%	1,159	43.1%	727	27.0%	472	17.6%	217	8.1%	114	4.2%	