

# 南九州市国民健康保険 第 3 期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)  
令和 6 年度～令和 11 年度

南九州市国民健康保険

# 保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

## 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 .....1

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

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

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

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) .....33

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

## 第4章 課題解決するための個別保健事業 .....40

### I. 保健事業の方向性

### II. 重症化予防の取組

#### II-1 脳心腎の重症化予防

1. 脳血管疾患重症化予防
2. 糖尿病性腎症重症化予防
3. 虚血性心疾患重症化予防

#### II-2 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

### 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 .....68

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

## 第6章 計画の公表・周知及び個人情報情報の取扱い .....69

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報情報の取扱い

## 参考資料 .....70

# 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

## 1. 背景・目的

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

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

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

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

---

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

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

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

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

---

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

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

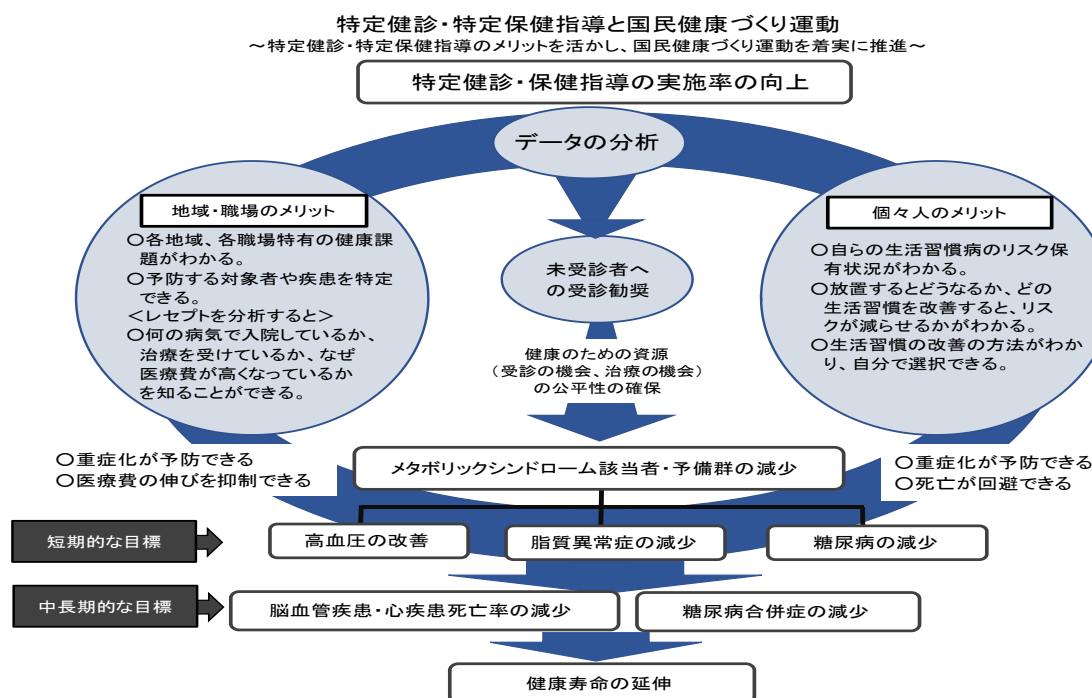
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

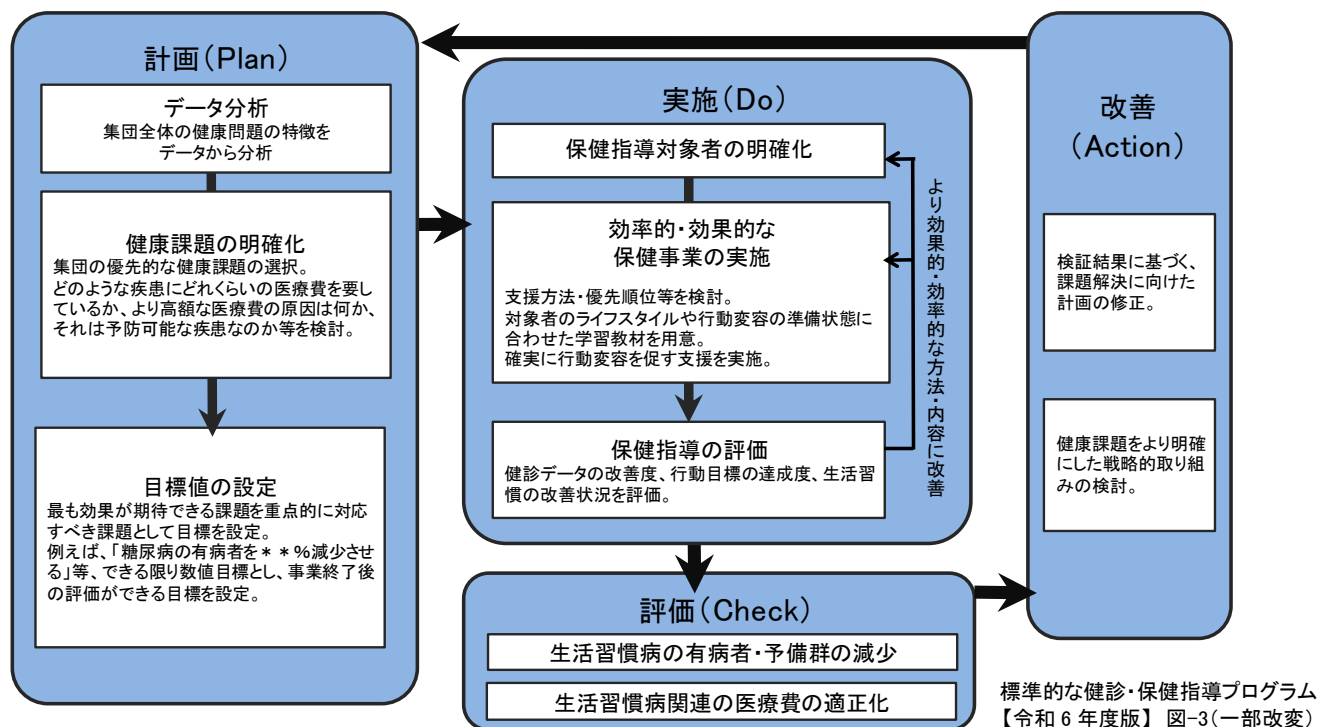
	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法					
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症)  循環器病 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム  糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病  糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止  生活習慣病  虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん  精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」  51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心  参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進  (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)  6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に 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・事業費連動分)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



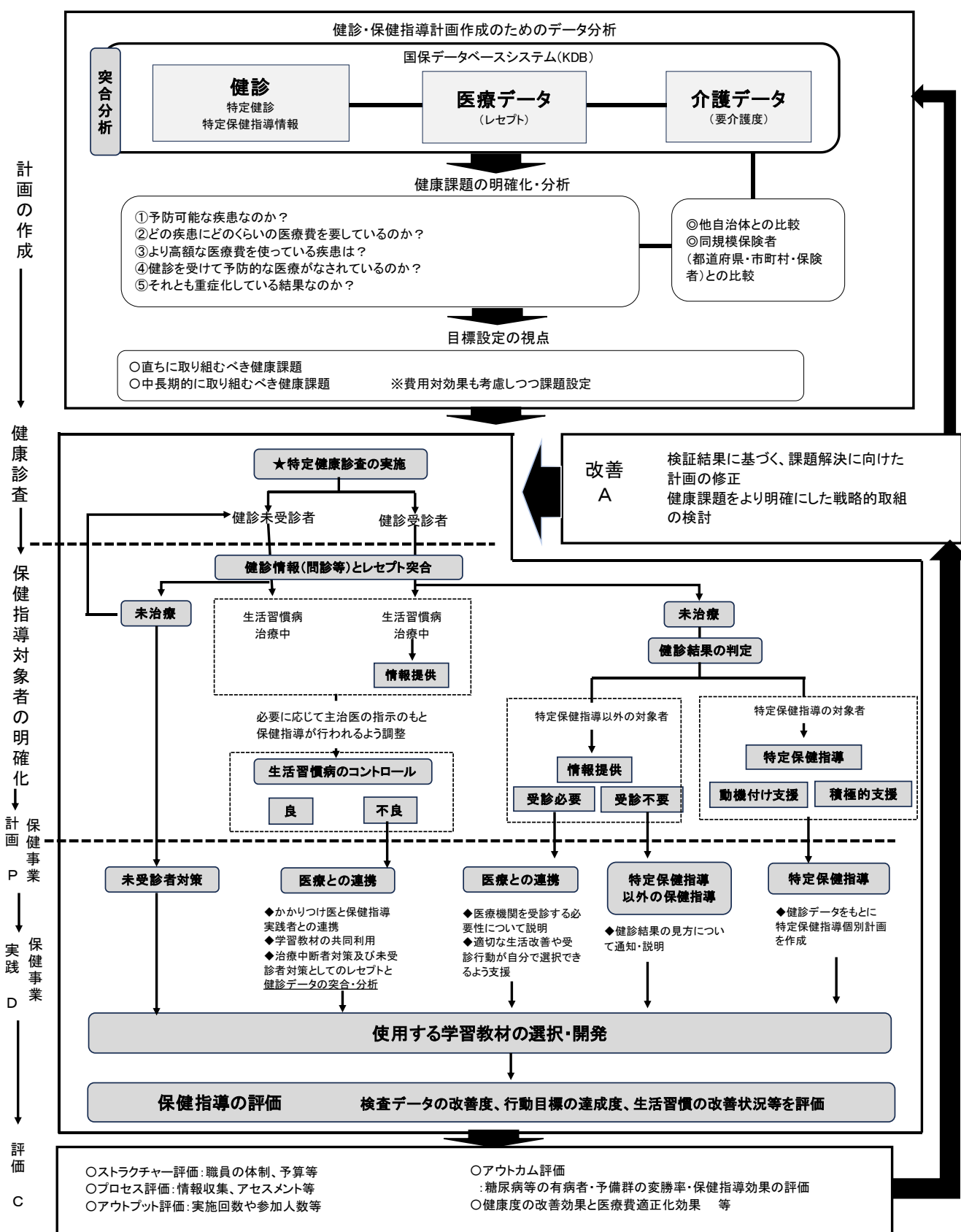
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

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
	<b>かつての健診・保健指導</b>		<b>現在の健診・保健指導</b>
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	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)	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げる保健指導を行う
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	行動変容を促す手法	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 個人の健康結果を積み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

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

### 3. 計画期間

この計画の期間は、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が6年を一期としていことから、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

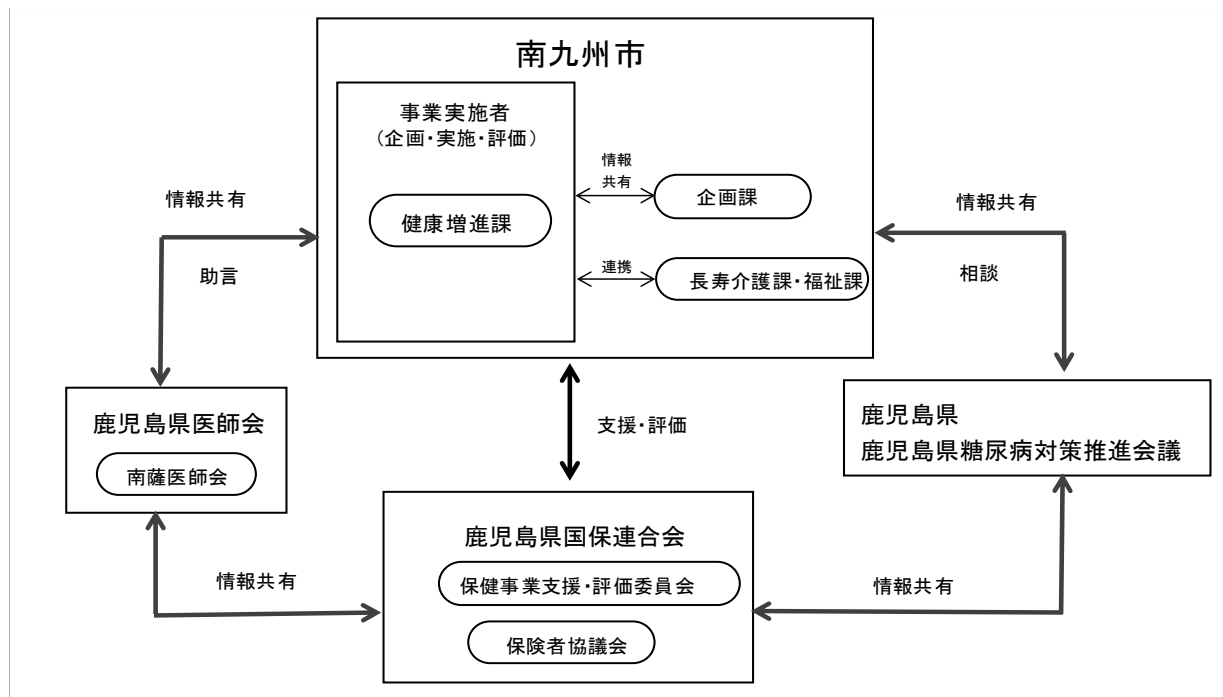
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画を見直し、次

期計画に反映させます。

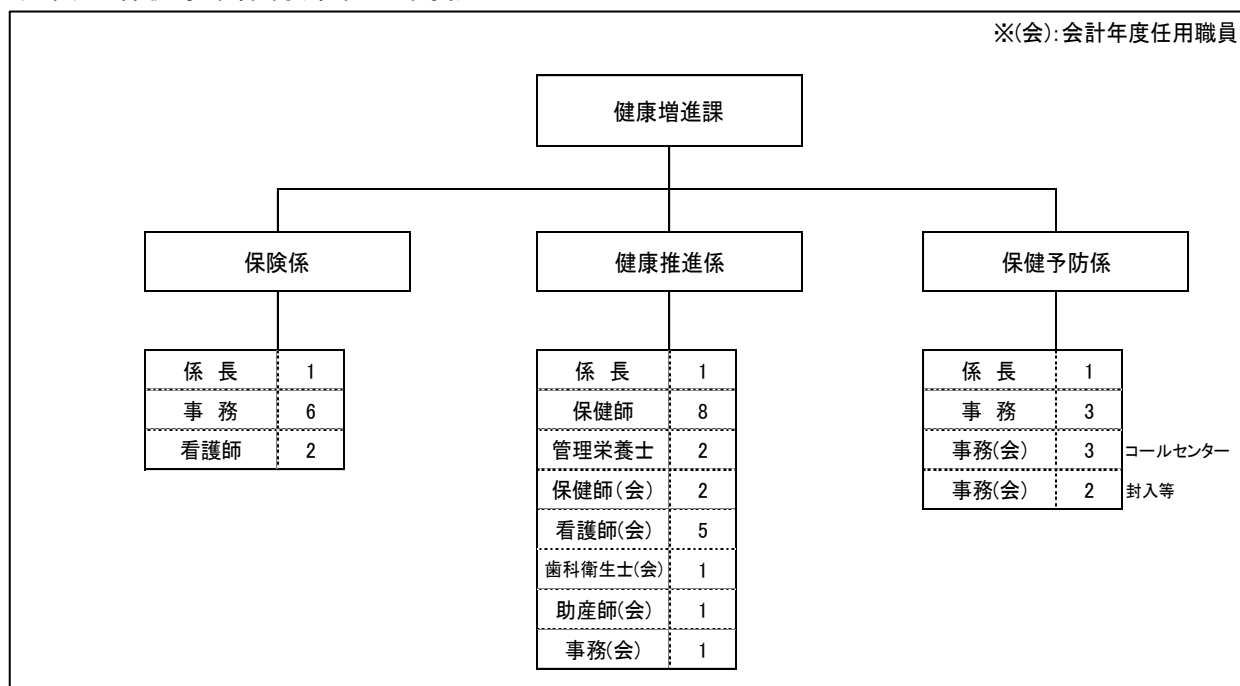
高齢者医療部局・介護保険部局(長寿介護課), 保健衛生部局(健康増進課), 企画部局(企画課), 生活保護部局(福祉課)とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 南九州市の実施体制図(令和 5 年度)



図表 7 保健事業体制(令和 5 年度)



## 2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において関係機関との連携・協力が重要となり、計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合等と連携、協力が必要です。

県は市町村国保の財政責任の運営主体であり、共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となります。このため、市町村国保は、計画素案について県と意見交換を行う等、連携に努める必要があります。また、国保連に設置される保健事業支援・評価委員会においては、委員の幅広い専門的知見を活用し、積極的に支援を受けられることが期待されます。

市町村国保は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、市町村国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有し、保険者間で連携して保健事業の展開に努めることが重要です。

## 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。国保運営協議会では、委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行っています。

# 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を後押しする保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			南九州市	配点	南九州市	配点	南九州市	配点
交付額(万円)			2587		2875			
全国順位(1,741市町村中)			914位	548	716位	592	462位	625
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	35	70	35	70	40	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシフトロム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	35	40	40	40	42	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	10	90	15	90	55	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	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	130	130	130	130	100	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	40	100	50	100	50	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	0	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	10	30	35	30	35	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	48	95	42	100	68	100
合計点			548	1,000	592	960	625	940

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1. 保険者の特性

本市は、人口約 3.3 万人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査では 40.1%で年々上昇しています。同規模・県・国と比較しても高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢は 55.5 歳と県・国と比べて高い状況です。出生率は県・国と比べて低く、財政指数は同規模・県・国とほぼ同じです。

産業においては、第1次産業が 24.5%と非常に高く、農業・林業の割合が多いのが特徴です。農業従事者は勤務時間が拘束されておらず、長時間労働による不規則な生活リズムや生活習慣への影響が考えられます。被保険者のライフスタイルをふまえて、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 27.1%で、加入率及び被保険者数は減少傾向、年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約半数を占めています。(図表 10)

また本市には 6 つの病院、31 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、病床数も多い一方、医師数が少なく、外来患者数及び入院患者数が多いため、医師の確保が課題です。(図表 11)

図表 9 同規模・県・国と比較した南九州市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
南九州市	33,069	40.1	8,975 (27.1)	55.5	5.8	18.8	0.4	24.5	21.5	54.1
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	32.8	23.1	54.8	7.5	13.9	0.4	9.5	19.4	71.1
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、南九州市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	10,164		9,876		9,735		9,387		8,975	
65～74歳	4,268	42.0	4,322	43.8	4,456	45.8	4,543	48.4	4,374	48.7
40～64歳	3,615	35.6	3,394	34.4	3,220	33.1	2,998	31.9	2,843	31.7
39歳以下	2,281	22.4	2,160	21.9	2,059	21.2	1,846	19.7	1,758	19.6
加入率	28.0		27.2		26.8		25.8		27.1	

出典：KDBシステム\_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
病院数	6	0.6	6	0.6	6	0.6	6	0.6	6	0.7	0.4	0.7
診療所数	30	3.0	30	3.0	29	3.0	28	3.0	31	3.5	3.5	3.8
病床数	796	78.3	796	80.6	796	81.8	796	84.8	748	83.3	67.7	90.2
医師数	57	5.6	57	5.8	55	5.6	55	5.9	61	6.8	9.7	13.0
外来患者数	771.6		781.0		741.5		777.3		806.8		728.3	755.6
入院患者数	36.2		35.1		35.2		35.1		34.8		23.6	30.3

出典：KDBシステム\_地域の全体像の把握

## 2. 第2期計画にかかる評価及び考察

### 1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

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

#### ① 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50人(認定率0.49%)、1号(65歳以上)被保険者で2,848人(認定率21.5%)と同規模・県・国と比較すると高いですが、H30年度と比べると減少傾向にあります。(図表12)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約45億円から約47億円に伸びています。(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8割以上、第1号被保険者でも約7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9.5割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表12 要介護認定者(率)の状況

	南九州市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	13,144人	36.2%	13,247人	40.1%	36.2%	32.8%	28.7%
2号認定者	50人	0.42%	50人	0.49%	0.37%	0.37%	0.38%
新規認定者	15人		8人		--	--	--
1号認定者	3,043人	23.2%	2,848人	21.5%	19.1%	20.1%	19.4%
新規認定者	381人		286人		--	--	--
再掲 65～74歳	195人	3.8%	210人	3.5%	--	--	--
新規認定者	46人		52人		--	--	--
75歳以上	2,848人	35.8%	2,638人	36.0%	--	--	--
新規認定者	335人		234人		--	--	--

出典:KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	南九州市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	45億7749万円	47億6225万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	348,257	359,496	300,230	316,197	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	75,279	77,873	70,503	68,209	59,662
居宅サービス	45,509	45,724	43,936	44,980	41,272
施設サービス	298,472	305,715	291,914	298,436	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)			47		205		2,648		2,853		2,900		
再)国保・後期			31		169		2,575		2,744		2,775		
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	26 83.9%	脳卒中	97 57.4%	脳卒中	1,790 69.5%	脳卒中	1,887 68.8%	脳卒中	1,913 68.9%
			2	虚血性心疾患	4 12.9%	虚血性心疾患	55 32.5%	虚血性心疾患	1,055 41.0%	虚血性心疾患	1,110 40.5%	虚血性心疾患	1,114 40.1%
			3	腎不全	2 6.5%	腎不全	36 21.3%	腎不全	675 26.2%	腎不全	711 25.9%	腎不全	713 25.7%
		合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	25 14.8%	糖尿病合併症	314 12.2%	糖尿病合併症	339 12.4%	糖尿病合併症	339 12.2%
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		28 90.3%	基礎疾患	157 92.9%	基礎疾患	2,443 94.9%	基礎疾患	2,600 94.8%	基礎疾患	2,628 94.7%
		血管疾患合計		29 93.5%	合計	161 95.3%	合計	2,503 97.2%	合計	2,664 97.1%	合計	2,693 97.0%	
	認知症		認知症	4 12.9%	認知症	55 32.5%	認知症	1,481 57.5%	認知症	1,536 56.0%	認知症	1,540 55.5%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	26 83.9%	筋骨格系	155 91.7%	筋骨格系	2,494 96.9%	筋骨格系	2,649 96.5%	筋骨格系	2,675 96.4%	

※新規認定者についてはNO.49\_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

出典：ヘルスサポートラボツール

## ② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者の減少にともない、総医療費は減少しておりますが、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 8 万円高く、H30 年度と比較しても約 4 万円増えています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか4%程度にも関わらず、医療費全体の約 48%占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較しても 4.5 万円も高くなっています。

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 2 位の県平均よりも高く、特に入院の地域差指数が H30 年度よりも伸びています。

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能

な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

※地域差指数：1人当たり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を1として指数化したもの。

図表 15 医療費の推移

			南九州市		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)			10,164人	8,975人	--	--	--
	前期高齢者割合		4,268人 (42.0%)	4,374人 (48.7%)	--		
総医療費			43億5777万円	42億3520万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)			428,746 県内10位 同規模30位	471,889 県内12位 同規模23位	394,521	444,085	339,680
入院	1件あたり費用額(円)		489,130	534,170	585,610	573,470	617,950
	費用の割合		50.5	48.4	43.3	48.0	39.6
	件数の割合		4.5	4.1	3.1	3.8	2.5
外来	1件あたり費用額		22,510	24,570	24,850	24,840	24,220
	費用の割合		49.5	51.6	56.7	52.0	60.4
	件数の割合		95.5	95.9	96.9	96.2	97.5
受診率			807.734	841.617	751.942	785.808	705.439

※同規模順位は南九州市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		南九州市 (県内市町村中)		県 (47県中)	南九州市 (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	1.257	1.271	1.212	1.250	1.298	1.168
		(9位)	(8位)	(2位)	(3位)	(3位)	(4位)
	入院	1.575	1.595	1.484	1.568	1.654	1.357
		(8位)	(12位)	(1位)	(5位)	(2位)	(2位)
	外来	1.075	1.082	1.048	0.921	0.927	0.991
		(13位)	(12位)	(7位)	(23位)	(20位)	(18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

医療費が総医療費に占める割合を H30 と比較すると、脳血管疾患については減少傾向にあるが、依然として同規模・県・国よりも高くなっています。虚血性心疾患、腎疾患については増加傾向にあり、慢性腎不全(透析有)は同規模・県・国より高い状況です(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると、脳血管疾患・



虚血性心疾患・腎不全ともに、患者数及び割合はほぼ横ばいとなっています。脳血管疾患については、40～64歳で増加しています(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

			南九州市		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)			43億5777万円	42億3520万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			4億6819万円	4億5588万円	--	--	--
			10.74%	10.76%	7.84%	9.45%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	3.53%	3.11%	2.10%	2.38%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.95%	1.20%	1.39%	1.44%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	6.03%	6.20%	4.05%	5.30%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.24%	0.26%	0.30%	0.33%	0.29%
そ 疾 の 患 他 の	悪性新生物			15.62%	16.91%	14.42%	16.69%
	筋・骨疾患		8.84%	9.07%	9.00%	9.49%	8.68%
	精神疾患		13.58%	11.89%	8.74%	9.59%	7.63%

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

出典:KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

(最大医療資源傷病名とは、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	10,164	8,975	a	1,214	1,117	613	624	70	60
					a/A	11.9%	12.4%	6.0%	7.0%	0.7%	0.7%
40歳以上		B	7,883	7,217	b	1,203	1,107	608	619	68	58
		B/A	77.6%	80.4%	b/B	15.3%	15.3%	7.7%	8.6%	0.9%	0.8%
再掲	40～64歳	D	3,615	2,843	d	277	236	171	116	36	19
		D/A	35.6%	31.7%	d/D	7.7%	8.3%	4.7%	4.1%	1.0%	0.7%
	65～74歳	C	4,268	4,374	c	926	871	437	503	32	39
		C/A	42.0%	48.7%	c/C	21.7%	19.9%	10.2%	11.5%	0.7%	0.9%

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

## (2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

### ① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、いずれの疾患も治療者の割合が増えています。合併症(重症化)については、虚血性心疾患の割合は増えています。脳血管疾患の割合は減少していますが、40～64歳については増加傾向です。(図表 19・20・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脳血管疾患の重症化予防につながっていることが考えられますが、虚血性心疾患については今後の課題といえます。

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	3,273	3,318	985	804	2,288	2,514
		A/被保数	41.5%	46.0%	27.2%	28.3%	53.6%	57.5%
(中 長 合 期 併 目 症 標 疾 患)	脳血管疾患	B	676	591	129	115	547	476
		B/A	20.7%	17.8%	13.1%	14.3%	23.9%	18.9%
	虚血性心疾患	C	395	449	104	78	291	371
		C/A	12.1%	13.5%	10.6%	9.7%	12.7%	14.8%
	人工透析	D	62	54	31	15	31	39
		D/A	1.9%	1.6%	3.1%	1.9%	1.4%	1.6%

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

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	1,966	1,979	595	492	1,371	1,487
		A/被保数	24.9%	27.4%	16.5%	17.3%	32.1%	34.0%
(中長期併症標疾患)	脳血管疾患	B	400	387	63	61	337	326
		B/A	20.3%	19.6%	10.6%	12.4%	24.6%	21.9%
	虚血性心疾患	C	267	347	76	59	191	288
		C/A	13.6%	17.5%	12.8%	12.0%	13.9%	19.4%
	人工透析	D	32	34	19	11	13	23
		D/A	1.6%	1.7%	3.2%	2.2%	0.9%	1.5%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	241	272	61	64	180	208
		E/A	12.3%	13.7%	10.3%	13.0%	13.1%	14.0%
	糖尿病性網膜症	F	342	326	94	61	248	265
		F/A	17.4%	16.5%	15.8%	12.4%	18.1%	17.8%
	糖尿病性神経障害	G	80	71	22	17	58	54
		G/A	4.1%	3.6%	3.7%	3.5%	4.2%	3.6%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲			
				40～64歳		65～74歳	
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
脂質異常症治療者(人)	A	2,654	2,699	896	712	1,758	1,987
	A/被保数	33.7%	37.4%	24.8%	25.0%	41.2%	45.4%
(中長期併目標疾患)	脳血管疾患	B	534	452	99	76	435
		B/A	20.1%	16.7%	11.0%	10.7%	24.7%
	虚血性心疾患	C	324	402	88	75	236
		C/A	12.2%	14.9%	9.8%	10.5%	13.4%
	人工透析	D	30	32	18	10	12
		D/A	1.1%	1.2%	2.0%	1.4%	0.7%

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

## ② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上をH30年度とR03年度で比較してみたところ、有所見者の割合が増えてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約28%、糖尿病で約7%いますが、市町村合計と比較すると、高血圧の未治療者(放置)が少ない状況です。(図表22)

新型コロナウイルスの影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					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		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
南九州市	3,868	53.6	3,715	54.1	148	3.8	81	54.7	171	4.6	86	50.3	47	27.5	11	6.4
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病											
					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		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
南九州市	3,841	99.3	3,680	99.1	202	5.3	64	31.7	216	5.9	50	23.1	15	6.9	8	3.7
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

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月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

### ③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、H30年度とR04年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、1.2%増えており、その中でも3項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、HbA1c、血圧は微増しており、翌年度の結果においても、いずれも改善率が下がっています。LDLの有所見者割合はほぼ横ばいですが、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。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	3,868 (53.6%)	718 (18.6%)	239 (6.2%)	479 (12.4%)	478 (12.4%)
R04年度	3,329 (51.1%)	659 (19.8%)	250 (7.5%)	409 (12.3%)	414 (12.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	445 (11.6%)	135 (30.3%)	161 (36.2%)	36 (8.1%)	113 (25.4%)
R03→R04	469 (12.7%)	118 (25.2%)	155 (33.0%)	44 (9.4%)	152 (32.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	148 (3.8%)	83 (56.1%)	19 (12.8%)	4 (2.7%)	42 (28.4%)
R03→R04	171 (4.6%)	92 (53.8%)	19 (11.1%)	4 (2.3%)	56 (32.7%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 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	337 (8.8%)	128 (38.0%)	99 (29.4%)	28 (8.3%)	82 (24.3%)
R03→R04	309 (8.6%)	131 (42.4%)	70 (22.7%)	19 (6.1%)	89 (28.8%)

出典:ヘルスサポートラボツール

## ②健診受診率及び保健指導実施率の推移

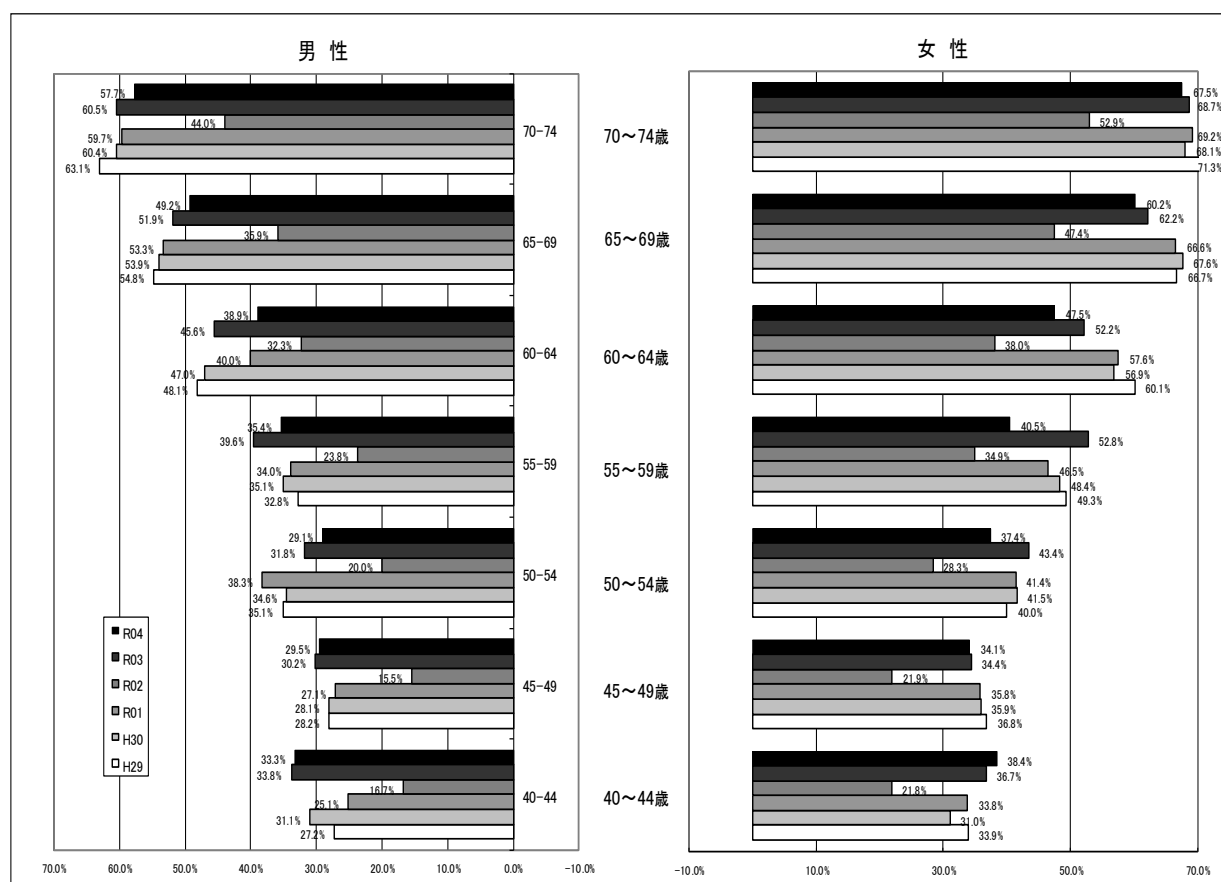
本市の特定健診受診率は、R2 年は新型コロナウイルス感染症の影響で 37.9%まで低下し、その後コロナ禍前の受診率まで戻ってきていますが、第 3 期特定健診等実施計画の目標はまだ達成できていません(図表 27)。また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています(図表 29)。

特定保健指導については、実施率は増加傾向にありますが、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、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	3,795	3,705	2,642	3,638	3,340	健診受診率 60%
	受診率	52.6%	52.1%	37.9%	53.0%	50.8%	
特定保健 指導	該当者数	432	415	265	405	380	特定保健 指導実施率 60%
	割合	11.4%	11.2%	10.0%	11.1%	11.4%	
	実施者数	228	225	146	224	190	
	実施率	52.8%	54.2%	55.1%	55.3%	50.0%	

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

## 2) 主な個別事業の評価と課題

### (1) 重症化予防の取組

#### ① 脳血管疾患重症化予防対策

特定健診の結果、重症化のリスクの高い未治療者(血圧Ⅱ度以上)、コントロール不良者(同じく血圧Ⅱ度以上)に対し、訪問による保健指導を実施しました。どちらの保健指導も 60~80%台の実施率となっています(表A)。

未治療者の医療機関受診率は70%台と、高い割合で治療につながっており、また、コントロール不良者については、翌年度本事業の対象からはずれる割合は 80%台と、こちらも高い割合となっています(表A)。

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。重症化しやすいⅡ度以上の方の割合を経年的にみると(表B)、受診者に占めるⅡ度以上高血圧者の割合が H30 から R3 にかけて上昇しましたが、R4 は減少傾向に転じています。

未治療者及びコントロール不良者への取組を継続し、治療の必要性を理解してもらうための受診勧奨や、治療継続及び生活習慣改善のための保健指導を実施します。

表A 高血圧重症化予防

			H30	H31(R1)	R2	R3	R4
未治療者	対象者数	人	15	15	19	24	41
	保健指導実施率	%	66.9%	53.3%	21.1%	87.5%	68.2%
	医療機関受診率	%	70.0%	70.3%	34.4%	71.9%	68.2%
コントロール不良者	対象者数	人	25	44	77	50	36
	保健指導実施率	%	52.6%	68.2%	74.0%	86.0%	80.6%
	改善率	%	84.2%	76.9%	77.8%	87.2%	未

表B II度高血圧以上の方の推移

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I度 高血圧	II度高血圧以上						
					再)III度高血圧	未治療	治療				
H29	4,057	2,001 49.3%	1,160 28.6%	741 18.3%	155 3.8%	82 52.9%	73 47.1%				
					22 0.5%	13 59.1%	9 40.9%				
H30	3,868	1,875 48.5%	1,160 30.0%	685 17.7%	148 3.8%	81 54.7%	67 45.3%				
					21 0.5%	13 61.9%	8 38.1%				
R01	3,785	1,790 47.3%	1,090 28.8%	765 20.2%	140 3.7%	80 57.1%	60 42.9%				
					20 0.5%	9 45.0%	11 55.0%				
R02	2,680	1,180 44.0%	842 31.4%	544 20.3%	114 4.3%	53 46.5%	61 53.5%				
					19 0.7%	13 68.4%	6 31.6%				
R03	3,715	1,658 44.6%	1,102 29.7%	784 21.1%	171 4.6%	86 50.3%	85 49.7%				
					27 0.7%	12 44.4%	15 55.6%				
R04	3,329	1,632 49.0%	996 29.9%	590 17.7%	111 3.3%	68 61.3%	43 38.7%				
					12 0.4%	7 58.3%	5 41.7%				

## ②糖尿病性腎症重症化予防

特定健診の結果、重症化のリスクの高い未治療者(HbA1c6.5%以上)、コントロール不良者(HbA1c7.0%以上)に対し、訪問による保健指導を実施しました。いずれも、保健指導実施率は60～70%台となっています。

未治療者の医療機関受診率はおおむね80%を超え、高い割合で治療につながっており、コントロール不良者については翌年度本事業の対象からはずれる割合は20～30%台となっています(表C)。

HbA1cの数値をH30からの経年的にみると(表D)、HbA1c6.5%以上で未治療の方の割合はあまり変化がなく、HbA1c7.0%以上で治療中の方についてはR2に悪化しましたが、その後減少傾向にあります。未治療者への受診勧奨により、高い割合で治療につながっているため、その後治療中断にならないよう、継続した保健指導を行い、支援していく必要があります。治療中でコントロール不良の方に対しては、医療機関とも連携しながら支援を行っていきます。

### 表C 糖尿病重症化予防対策

			H30	H31(R1)	R2	R3	R4
未治療者	対象者数	人	45	46	52	58	50
	保健指導実施率	%	51.1	60.9%	44.0%	79.3%	72.0%
	医療機関受診率	%	69.5%	84.1%	66.3%	84.3%	未
コントロール不良者	対象者数	人	114	268	45	117	117
	保健指導実施率	%	63.0%	63.1%	82.2%	73.5%	71.8%
	改善率	%	29.8%	26.0%	22.6%	31.1%	未

表D HbA1c6.5%以上の方の推移

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	再掲												
					再掲 7.0以上	未治療	治療										
H29	4,044	2,006 49.6%	1,190 29.4%	518 12.8%	330	120	210										
					8.2%	36.4%	63.6%										
					142 3.5%	37 26.1%	105 73.9%	3.5%									
H30	3,841	1,274 33.2%	1,461 38.0%	661 17.2%	445	170	275										
					11.6%	38.2%	61.8%										
					202 5.3%	64 31.7%	138 68.3%	5.3%									
R01	3,754	1,509 40.2%	1,307 34.8%	537 14.3%	401	141	260										
					10.7%	35.2%	64.8%										
					177 4.7%	43 24.3%	134 75.7%	4.7%									
R02	2,670	1,092 40.9%	879 32.9%	409 15.3%	290	96	194										
					10.9%	33.1%	66.9%										
					125 4.7%	27 21.6%	98 78.4%	4.7%									
R03	3,680	1,214 33.0%	1,319 35.8%	678 18.4%	469	167	302										
					12.7%	35.6%	64.4%										
					216 5.9%	50 23.1%	166 76.9%	5.9%									
R04	3,285	1,308 39.8%	1,082 32.9%	505 15.4%	390	137	253										
					11.9%	35.1%	64.9%										
					180 5.5%	49 27.2%	131 72.8%	5.5%									

### ③心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

本市では、心電図検査の全数実施は集団健診のみとなっており、個別健診(市内医療機関)では実施率が低い状況にあります。心房細動有所見者については、全員が治療につながっています(表E)。急性心筋梗塞のSMRが高いため(表F)、個別健診においても、詳細健診の対象だった方への全数実施を目指し、毎年医療機関に働きかけを行っていきます。

表 E

		H30	R1	R2	R3	R4
個別	受診者 a	1,757	1,654	2,136	1,815	1,556
	心電図実施者 b	28	25	28	126	40
	受診率 b/a	1.6%	1.5%	1.3%	6.9%	2.6%
集団	受診者 a	1,609	1,580	未実施	1,259	1,398
	心電図実施者 b	1,609	1,579		1,255	1,395
	受診率 b/a	100.0%	99.9%		99.7%	99.8%
その他	受診者 a	508	547	543	770	545
	心電図実施者 b	312	299	282	302	200
	受診率b/a	61.4%	54.7%	51.9%	39.2%	36.7%
計	受診者合計 c	3,874	3,781	2,679	3,844	3,499
	心電図受診者合計 d	1,949	1,903	310	1,683	1,635
	受診率 d / c	50.3%	50.3%	11.6%	43.8%	46.7%



**表F SMR(急性心筋梗塞)**

	H26～30	H27～R1	H28～R2	H29～R3
男性	160.7	146.3	177.8	172.2
女性	140.5	145.4	162.7	163.0

**◆肥満対策の重要性◆**

肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし生活習慣病悪化の原因となります。肥満者が増加傾向にあることから、保健事業においてはすべての対象者に対し、肥満解決の視点をもって保健指導を行っていくことが重要です。

※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

**(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定されることも大きい。」とされています。

南九州市においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

H30～R04の取組内容としては、脳卒中や高血圧予防・改善を目的とした取組を中心に行いました。全市民を対象にした講演会、特定健診(集団健診)の結果報告会での健康教育、保健推進員・食生活改善推進員への研修、広報紙を活用した情報提供など行いました。

家庭血圧の測定の重要性を周知するため、様々な機会をとらえて、正しい測定方法の周知を行いました。

### (3)第2期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	実績			データの把握方法
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	
			(H28)	(R1)	(R4)	(活用データ年度)
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合を2.22%(国平均)以下に減少	2.8%	2.9%	3.1%	KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合を1.38%(H25市)以下に減少	1.4%	1.2%	1.2%	
		糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	47.3%	48.5%	34.9%	
		Ⅱ度以上高血圧者のうち未治療の者の割合を50.1%(H27県)以下に減少	58.7%	56.4%	61.3%	
	短期目標	健診受診者の高血圧者の割合の減少(130/85以上)	44.1%	38.4%	33.0%	南九州市健康増進計画
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(TG150以上、またはHDL40未満、またはLDL120以上)	60.2%	62.5%	59.6%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(血糖値100以上、またはHbA1c5.6%以上)男性	56.2%	59.6%	56.9%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(血糖値100以上、またはHbA1c5.6%以上)女性	48.3%	53.5%	47.7%	
		メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合 男性33%以下	39.5%	43.3%	49.4%	
		メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合 女性12%以下	11.8%	16.2%	18.3%	
		BMI25以上の割合(20~60歳代)を男性15%以下に減少	27.7%	-	-	
		BMI25以上の割合(20~60歳代)を女性10%以下に減少	15.7%	-	-	
		健診受診者のHbA1c8.0%以上で未治療者の割合の減少	-	0.4%	0.6%	
	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率62%以上	56%	52%	50.8%	法定報告値
		特定保健指導実施率60%以上	48%	54%	50.0%	
		特定保健指導対象者の減少率25%	23%	19%	18.9%	
努力支援制度	その他	胃がん検診受診率 35%以上	9.1%	7.3%	7.9%	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)
		肺がん検診受診率 40%以上	21.2%	17.9%	13.9%	
		大腸がん検診受診率 45%以上	18.2%	17.2%	16.5%	
		子宮がん検診受診率 35%以上	14.7%	15.0%	16.1%	
		乳がん検診受診率 35%以上	23.6%	21.2%	24.5%	
	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	77.2%	87.5%	86.7%	厚生労働省

### 3) 第2期データヘルス計画に係る考察

#### 【考察】

本市では、第2期計画において、特定保健指導を筆頭に、脳血管疾患重症化予防、糖尿病性腎症重症化予防、虚血性心疾患重症化予防などの重症化予防事業を進めてきました。

特定保健指導については、実施率は年度によるばらつきはあるものの目標には達しておらず、メタボリックシンドロームの該当者は増加し、かつ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。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ため、引き続き、特定保健指導実施率の向上とあわせて、効果的な保健指導実施のための対策が重要となります。

重症化予防事業については、脳血管疾患重症化予防対策として高血圧の未治療者やコントロール不良者への保健指導を中心に取り組んだ結果、脳血管疾患の医療費の総医療費に占める割合や、高血圧治療中で脳血管疾患を合併している割合が減少するなど、効果が確認できています。

糖尿病性腎症重症化予防対策についても、糖尿病の未治療者やコントロール不良者への保健指導を行いました。健診受診者のHbA1c7.0%以上の方の割合は増加していますが、HbA1c6.5%以上の未治療者が減少傾向にあるなど、一定の効果が現れています。

脳血管疾患については、総医療費に占める医療費の割合が減少するなど、改善傾向にあります。が、同規模・県・国に比べ依然として高い状況にあり、継続して取り組んでいく必要があります。また、40～64歳の若い世代で患者数が増加していることや、介護保険の2号認定率も高い状況にあることから、若い世代への取組みを検討していく必要があります。

虚血性心疾患・腎疾患については、総医療費に占める医療費の割合が増加しています。虚血性心疾患・腎疾患ともに、これまでの取組を継続する必要があります。

また、脳血管疾患、虚血性心疾患、腎疾患に共通する課題として、高血圧、糖尿病等に重なりがある方への保健指導を継続していくことが重症化を防ぐことにつながります。

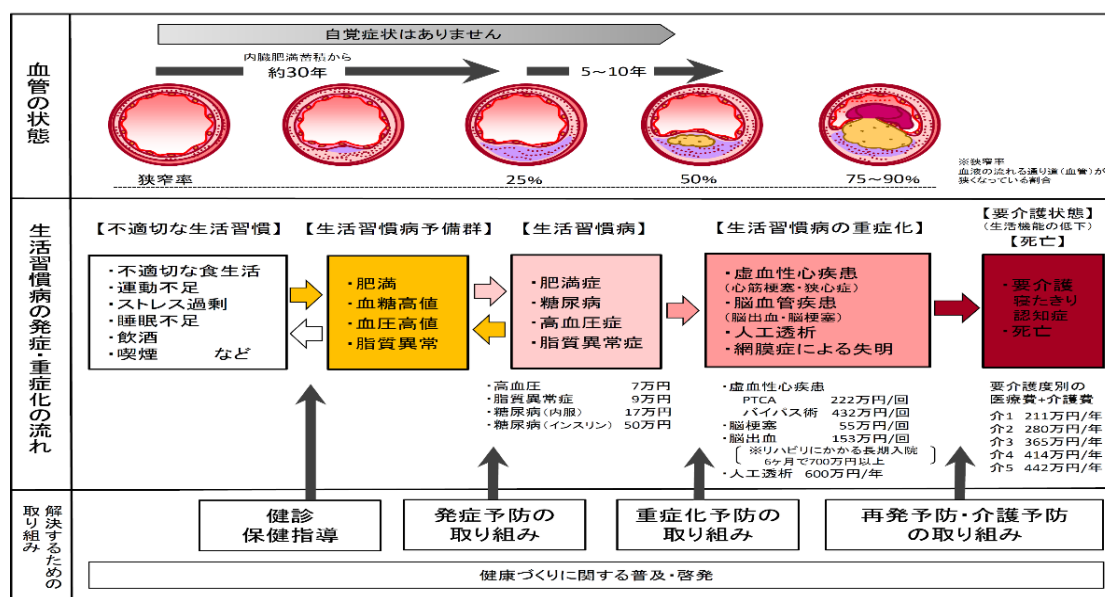
### 3. 第3期における健康課題の明確化

#### 1) 基本的考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

#### 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



#### 2) 健康課題の明確化

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

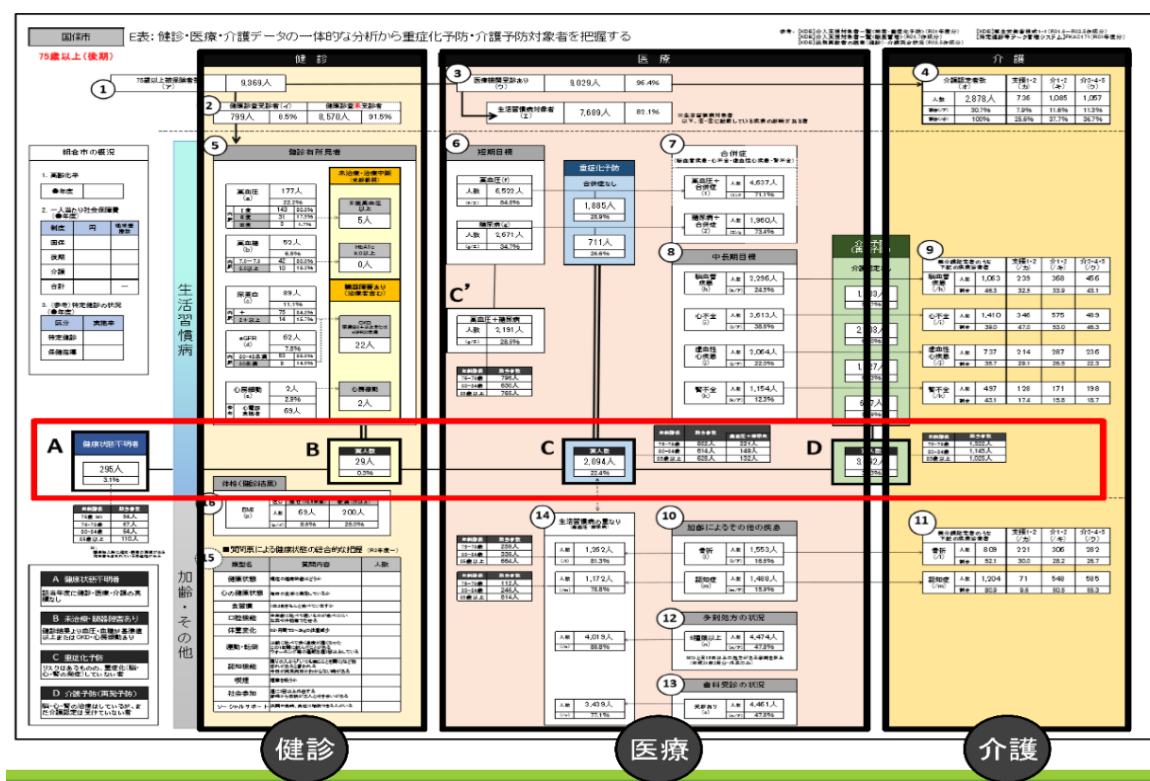
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 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	10,164人	9,876人	9,735人	9,387人	8,975人	7,476人
総件数及び総費用額	件数	100,390件	97,480件	91,271件	93,235件	122,650件
	費用額	43億5777万円	42億9195万円	42億0623万円	42億5619万円	84億6220万円
一人あたり医療費	42.9万円	43.5万円	43.2万円	45.3万円	47.2万円	113.2万円

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

出典：ヘルスサポートラボツール

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
				腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
① 国保	南九州市	42億3520万円	38,403	6.20%	0.26%	3.11%	1.20%	5.11%	2.82%	1.58%	8億5857万円	20.27%	15.62%	11.89%	9.07%
	同規模	--	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	--	19.11%	16.91%	8.74%	9.00%
	県	--	36,117	5.30%	0.33%	2.38%	1.44%	4.99%	2.87%	1.59%	--	18.90%	14.42%	9.59%	9.49%
	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	南九州市	84億6220万円	93,784	4.25%	0.48%	5.79%	1.03%	3.12%	2.35%	1.00%	15億2390万円	18.01%	6.80%	6.22%	15.62%
	同規模	--	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	--	18.69%	10.49%	4.11%	12.58%
	県	--	85,212	3.49%	0.48%	4.79%	1.38%	3.50%	2.59%	0.98%	--	17.22%	9.31%	4.33%	14.86%
	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	347人	253人	276人	302人	300人	902人
		B	685件	441件	529件	551件	519件	1,729件
	件数	B/総件数	0.68%	0.45%	0.58%	0.59%	0.56%	1.41%
		C	8億8399万円	5億8658万円	7億2392万円	7億2131万円	7億9434万円	16億8344万円
	費用額	C/総費用	20.3%	13.7%	17.2%	16.9%	18.8%	19.9%

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	30人		17人		21人		18人		19人		69人		
		D/A	8.6%		6.7%		7.6%		6.0%		6.3%		7.6%		
	件数	E	63件		33件		47件		37件		42件		121件		
		E/B	9.2%		7.5%		8.9%		6.7%		8.1%		7.0%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	2	4.3%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	5.4%	2	4.8%	70-74歳	3	2.5%
		50代	3	4.8%	4	12.1%	1	2.1%	2	5.4%	8	19.0%	75-80歳	18	14.9%
		60代	40	63.5%	13	39.4%	32	68.1%	19	51.4%	21	50.0%	80代	75	62.0%
		70-74歳	20	31.7%	16	48.5%	12	25.5%	14	37.8%	11	26.2%	90歳以上	25	20.7%
	費用額	F	7401万円		3938万円		6207万円		4303万円		5837万円		1億2151万円		
		F/C	8.4%		6.7%		8.6%		6.0%		7.3%		7.2%		

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	18人		13人		25人		13人		10人		30人		
		G/A	5.2%		5.1%		9.1%		4.3%		3.3%		3.3%		
	件数	H	18件		14件		31件		14件		11件		32件		
		H/B	2.6%		3.2%		5.9%		2.5%		2.1%		1.9%		
	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	2	6.3%
		40代	1	5.6%	0	0.0%	1	3.2%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	3	9.4%
		50代	2	11.1%	3	21.4%	2	6.5%	2	14.3%	0	0.0%	75-80歳	10	31.3%
		60代	8	44.4%	7	50.0%	17	54.8%	5	35.7%	4	36.4%	80代	17	53.1%
		70-74歳	7	38.9%	4	28.6%	11	35.5%	7	50.0%	7	63.6%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	2197万円		1906万円		5856万円		2321万円		2510万円		3308万円		
		I/C	2.5%		3.2%		8.1%		3.2%		3.2%		2.0%		

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

[illegible]

図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①				②			⑮					
年度	認定率	被保険者数				健診受診率			体格(健診結果)					
						特定健診	長寿健診		BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	37.8		3,389	3,981	7,939	37.8	54.8	21.8	6.9	7.7	6.7	28.3	26.0	27.7
R04	35.8		2,842	4,676	7,423	31.8	50.8	23.5	7.9	7.6	7.2	29.5	25.9	26.1

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			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	
H30	56	4.4	(23)	75	3.4	(22)	54	3.1	(12)	46	3.6	(8)	125	5.7	(11)	15	0.9	(1)	20	1.6	58	2.7	75	4.3	2	0.2	12	0.5	8	0.5
R04	20	2.2	(12)	88	3.7	(26)	66	3.8	(19)	36	4.0	(6)	141	5.9	(11)	12	0.7	(1)	23	2.5	58	2.4	82	4.7	1	0.1	11	0.5	3	0.2

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表		③						⑥										⑦								
年度	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)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症										
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症							
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-					
H30	84.7	93.4	97.2	35.4	65.5	84.6	72.2	76.9	81.6	42.2	45.4	38.5	27.4	32.5	31.4	45.4	56.0	77.1	48.0	58.8	80.8					
R04	84.3	92.1	95.7	33.8	65.7	83.5	76.6	81.9	83.9	46.9	49.0	43.1	30.9	37.3	35.8	39.0	46.7	76.7	45.0	55.1	81.4					

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

E表	⑧												⑨											
年度	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		
	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	6.9	19.0	42.5	4.4	9.6	19.3	8.6	18.2	38.1	5.1	10.7	17.9	8.5	11.2	49.7	1.3	8.4	46.6	2.1	8.0	48.3	1.7	9.2	48.6
R04	5.6	14.1	40.5	2.5	8.2	18.8	4.5	12.7	39.0	6.6	12.8	19.5	11.3	12.6	47.7	2.9	6.0	43.2	0.8	8.6	45.5	1.6	6.8	45.5



図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	61.2	81.2	74.7	79.5	6.0	20.0	1.9	20.3	12.7	61.3	52.0	83.4
R04	67.2	84.0	73.3	80.6	2.9	18.0	2.2	19.8	16.1	63.0	57.1	85.1

### (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2.4倍も高い状況です。(図表 32)

南九州市は、これまで高血圧に重点をおいて保健事業に取り組んできたため、短期目標疾患の高血圧症の総医療費に占める割合は、同規模、県、国と比べて低い状況です。中長期目標疾患である脳血管疾患の総医療費に占める割合は同規模、県、国と比べて高いですが(図表 33)、H30と比較すると減少しています(図表 17)。

高額レセプトについては、国保においては毎年300件前後のレセプトが発生しており、後期高齢になると、約3.0倍に増えています。高額レセプトにおける疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保でH30年度が一番多く、30件で7,000万円以上の費用がかかっていましたが、令和4年度は19件と件数が減り、費用額も5,800万円と減っています。しかし、後期高齢においては、69件発生し、約1億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を引き続き取り組んでいく必要があります。(図表 34, 35)

健診・医療・介護のデータをH30年度とR4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38の①被保険者数は、40～64歳、75歳以上では減り、65歳～74歳では増えています。

⑮の体格をみると、40～64歳の若い年齢層で、BMI25以上の割合が1%高くなっています。図表 39 健診有所見の状況をみると、Ⅱ度高血圧以上の40～60歳の割合が減っている他は、各年代・各項目とも大きな変化はありません。しかし、引き続き受診勧奨及び保健指導は継続していく必要があります。

図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況では、高血圧、糖尿病ともにすべての年代で治療中の割合が増えていますが、合併症を起こしている方の割合(⑦)は、おおむね減少しています。

図表 41 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)と介護認定の状況では、⑧中長期目標の疾患(被保険者割)は、脳血管疾患、虚血性心疾患、心不全はほぼすべての年代で減少し、腎不全のすべての年代で増加しています。

図表 42 では、75歳以上の20%前後の方が骨折、認知症があります(⑩)。また、75歳以上では、骨折をした方の約6割、認知症のある方の約8割が介護認定されており、65～74歳でも認知症のある方の認定率は高い状況です(⑪)。また、骨折をした方、認知症のある方、いずれについても多くの方が基礎疾患として高血圧や糖尿病を持っていることがわかります。

#### (4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

##### ② 中長期的な目標の設定

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

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

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

##### ③ 短期的な目標の設定

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

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

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

## (2) 管理目標の設定

図表 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			データの把握方法 (活用データ年度)
					初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	アウトカム指標	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	3.1%	維持	維持	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	1.2%	維持	維持	
				慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	6.2%	維持	維持	
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	45.8%	減少	減少	
				糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	44.4%	減少	減少	
	短期目標	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・予備群の減少	20.0%	減少	減少	南九州市健康増進課
				健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	3.3%	減少	減少	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	9.1%	減少	減少	
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1c6.5%以上）	11.9%	減少	減少	
				★健診受診者のHbA1c8.0%（NGSP値）以上の者の割合の減少	1.7%	減少	減少	
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合の増加	64.7%	増加	増加	
	アウトプット		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	50.8%	58%	60%	法定報告値
				★特定保健指導実施率60%以上	50.0%	58%	60%	
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	18.9%	減少	減少	

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

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

### 2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	57%	58%	59%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率	57%	58%	59%	59%	60%	60%

### 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	6,362	6,212	6,066	5,923	5,783	5,647
	受診者数	3,626	3,602	3,578	3,553	3,469	3,388
特定保健指導	対象者数	280	280	280	280	280	280
	受診者数	159	162	165	165	168	168

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。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国保連合会が集合契約を行います。

- ① 集団健診(南九州市保健センター)
- 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

特定健診実施期間については、南九州市のホームページに掲載します。

### (4) 特定健診実施項目

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

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

図表 46 特定健診検査項目

○南九州市特定健診検査項目

健診項目		南九州市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)		
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血		
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	□	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン (eGFR)	○	□
	尿酸		

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

### (5) 実施時期

個別健診: 6月～8月, 11～12 月(脱漏健診)      集団健診: 7～8月, 11 月頃(脱漏健診)

### (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、鹿児島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を通して行います。

図表 47 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 健診対象者の抽出	(特定保健指導の実施)
5月		健診対象者の受診券等の印刷・送付(随時可)	健診データ抽出(前年度)
6月		(特定健康診査の開始) 健診データ受取費用決裁 → 保健指導対象者の抽出	
7月			
8月			実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
10月			受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
11月	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、保険者直接実施及び一部委託にて行います。

○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う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

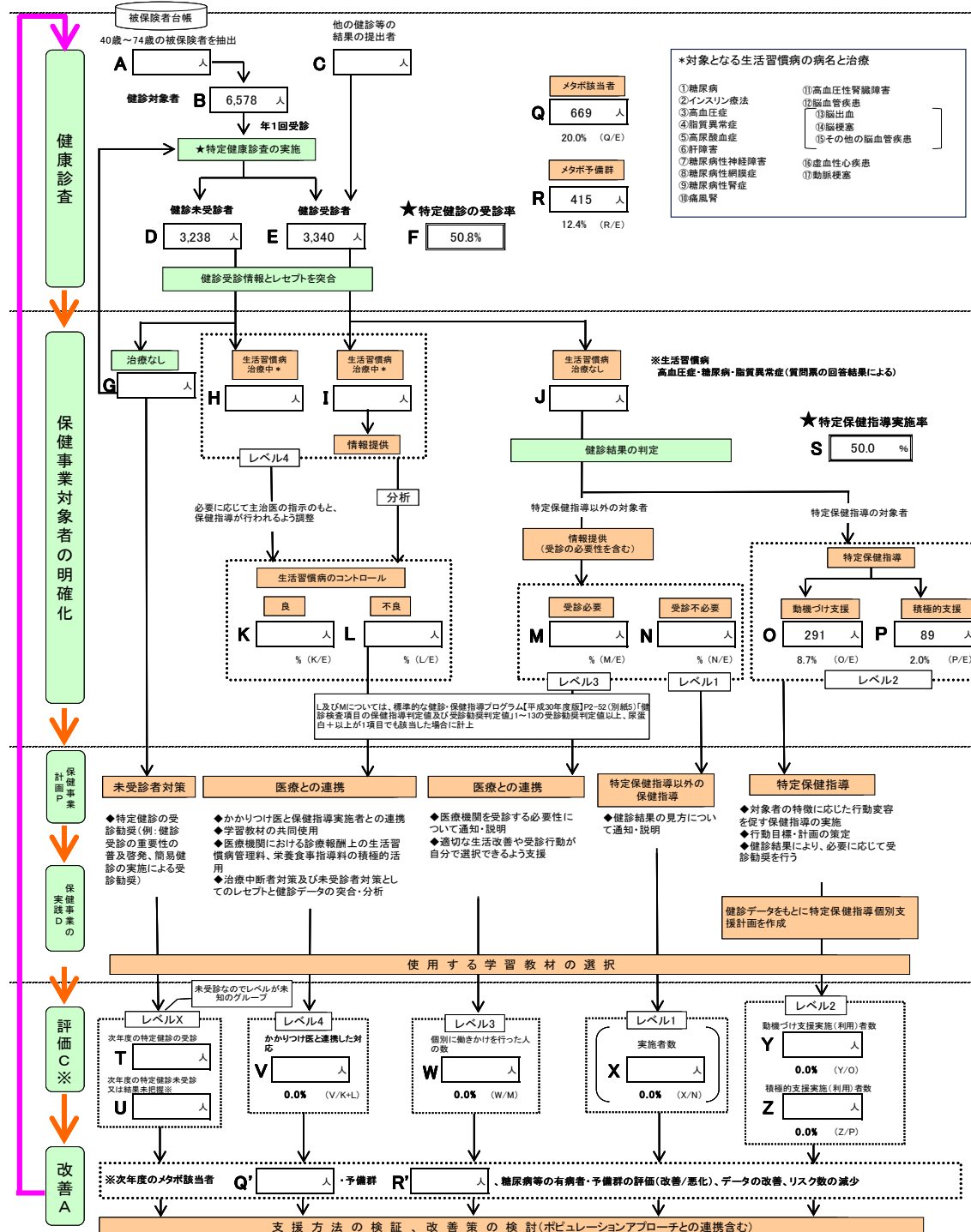
「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導  
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5

令和04年度



出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 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 (受診者の〇%)	目標実施率 (R6年度)
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を 促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受 診勧奨を行う	365人 (11.0%)	57%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性につい て通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自 分で選択できるよう支援	547人 (16.4%)	100%
3	L	情報提供 (コントロール不良)	◆個人へのわかりやすい情報提供 (経年での対象者の検査結果の変化 の説明) ◆適切な生活習慣改善についての アドバイス	1,059人 (31.8%)	70%
4	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受 診の重要性の普及啓発、簡易健診 の実施による受診勧奨)	3,183人  ※受診率目標達成 まであと410人	15%
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説 明	682人  (20.5%)	100%



### (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 ◎診療情報提供の依頼 ◎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
5月	◎健診対象者の受診券送付		
6月	◎特定健康診査の開始	◎保健指導対象者の抽出	◎市民健診、後期高齢者健診、がん検診開始 ◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎特定保健指導の開始	
8月			
9月			◎前年度特定健康診査・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
11月			
12月			
1月			
2月	◎健診の終了		
3月			

## 6. 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および南九州市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

### (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

## 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、南九州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実態を広く市民へ周知していきます。

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

### II. 重症化予防の取組

南九州市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、1,244人(37.4%)です。そのうち治療なしが374人(23.5%)を占め、さらに臓器障害があり、直ちにに取り組むべき対象者が196人です。

また、南九州市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なる者が、374人中162人と多いため、特定保健指導を徹底して実施することが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 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－

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

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年間新発診断導入患者数の減少	
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	
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	<div>クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div>脳出血 (18.5%)</div> <div>脳梗塞 (75.9%)</div> <div>心原性 脳塞栓症 (27.7)</div> <div>ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div>アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> <div>非心原性脳梗塞</div>		<div>心筋梗塞</div> <div>労作性 狭心症</div> <div>安静 狭心症</div>	

優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)
該当者数	111 3.3%	12 0.4%	101 3.0%	74 2.2%	659 19.8%	268 8.1%
治療なし	68 3.5%	5 0.3%	92 3.8%	57 2.3%	86 5.4%	137 4.8%
(再掲) 特定保健指導	18 16.2%	2 16.7%	36 35.6%	21 28.4%	86 13.1%	35 13.1%
治療中	43 3.1%	7 0.4%	9 1.1%	17 2.0%	573 33.0%	131 31.5%
臓器障害 あり	32 47.1%	5 100.0%	24 26.1%	14 24.6%	29 33.7%	51 37.2%
CKD(専門医対象者)	13	2	8	10	7	31
心電図所見あり	24	5	21	6	25	30
臓器障害 なし	36 52.9%	—	68 73.9%	43 75.4%	57 66.3%	86 62.8%

＜参考＞ 健診受診者(受診率)	3,329人	51.1%
■各疾患の治療状況		
治療中	治療なし	
高血圧	1,377 1,952	
脂質異常症	807 2,430	
糖尿病	416 2,869	
3疾患 いずれか	1,735 1,594	
※問診結果による		
重症化予防対象者 (実人数)	1,244 37.4%	
	374 23.5%	
	162 13.0%	
	870 50.1%	
	196 52.4%	
	137	
	111	
	—	

出典:ヘルスサポートラボツール

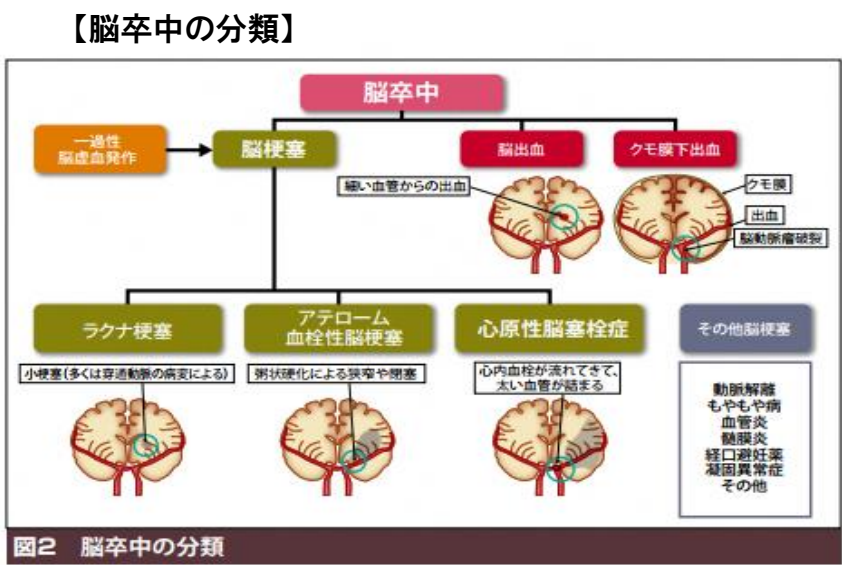
Ⅱ-1 脳心腎の重症化予防

1. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます(図表 52, 53)。

図表 52 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 53 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 54 でみると、高血圧治療者 3,590 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 658 人(18.3%)(O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 111 人(21.1%)であり、そのうち 68 人(2.4%)は未治療者です。

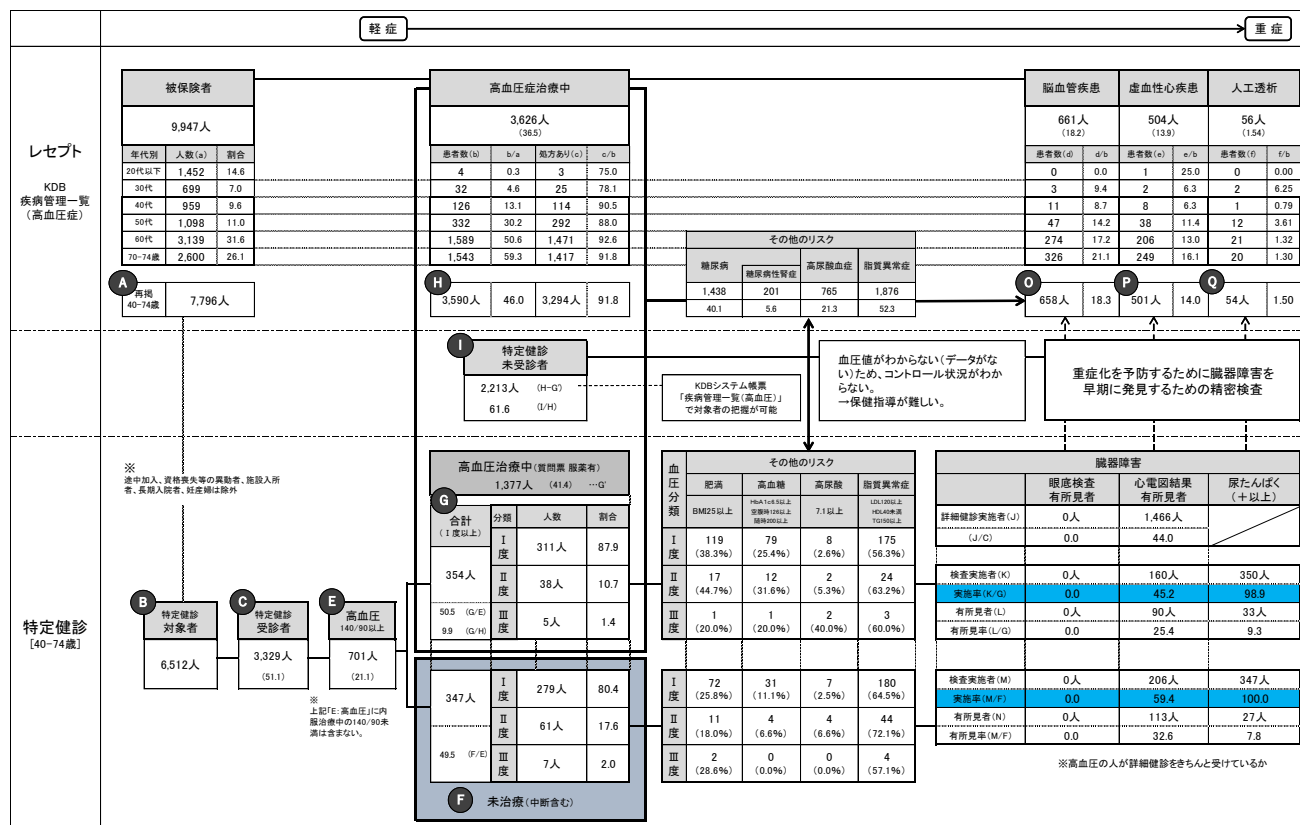
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 43 人(3.12%)いることがわかりました。

図表 54 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



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

### (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ける必要があります。

図表 55 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

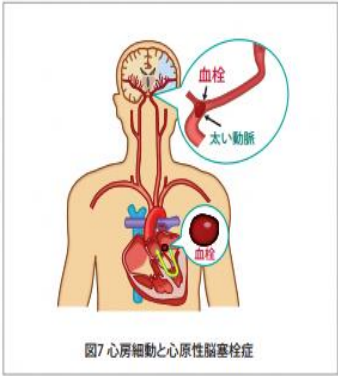
血圧分類 (mmHg)		高値血圧	I 度高血圧	II 度高血圧	III 度高血圧	
		130～139 /80～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	876	529 60.4%	279 31.8%	61 7.0%	7 0.8%	
リスク第1層 予後影響因子がない	46 5.3%	C 31 5.9%	B 14 5.0%	B 1 1.6%	A 0 0.0%	A ただちに 薬物療法を開始 200 22.8%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のい ずれかがある	457 52.2%	C 289 54.6%	B 132 47.3%	A 32 52.5%	A 4 57.1%	
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	373 42.6%	B 209 39.5%	A 133 47.7%	A 28 45.9%	A 3 42.9%	
						B 概ね1ヵ月後に 再評価 356 40.6%
						C 概ね3ヵ月後に 再評価 320 36.5%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は≥175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。  
※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。  
※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。  
※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」「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 55 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3)心電図検査における心房細動の実態



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

図表 56 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況を見ています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 56 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				日循環疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	1,505	1,824	693	46.0%	773	42.4%	12	1.7%	0	0.0%	--	--
40代	132	114	78	59.1%	62	54.4%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	153	158	75	49.0%	71	44.9%	1	1.3%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	572	770	244	42.7%	319	41.4%	6	2.5%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	648	782	296	45.7%	321	41.0%	5	1.7%	0	0.0%	3.4%	1.1%

出典:ヘルスサポートラボツール

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

図表 57 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	%
12	0	0%	12	100%

心電図検査において 12 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 12 人全員、治療を開始しています。

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

### 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、過去に治療中であつ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。



## (2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。二次健診を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、形態学的検査法や血管機能検査法といった検査方法が用いられています。

## (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過去の健診受診歴なども踏まえ、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。

## 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評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

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

## 7) 実施期間及びスケジュール

対象者の選定基準の決定

対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

特定健診結果が届き次第順次、対象者へ介入(通年)

## 2. 糖尿病性腎症重症化予防

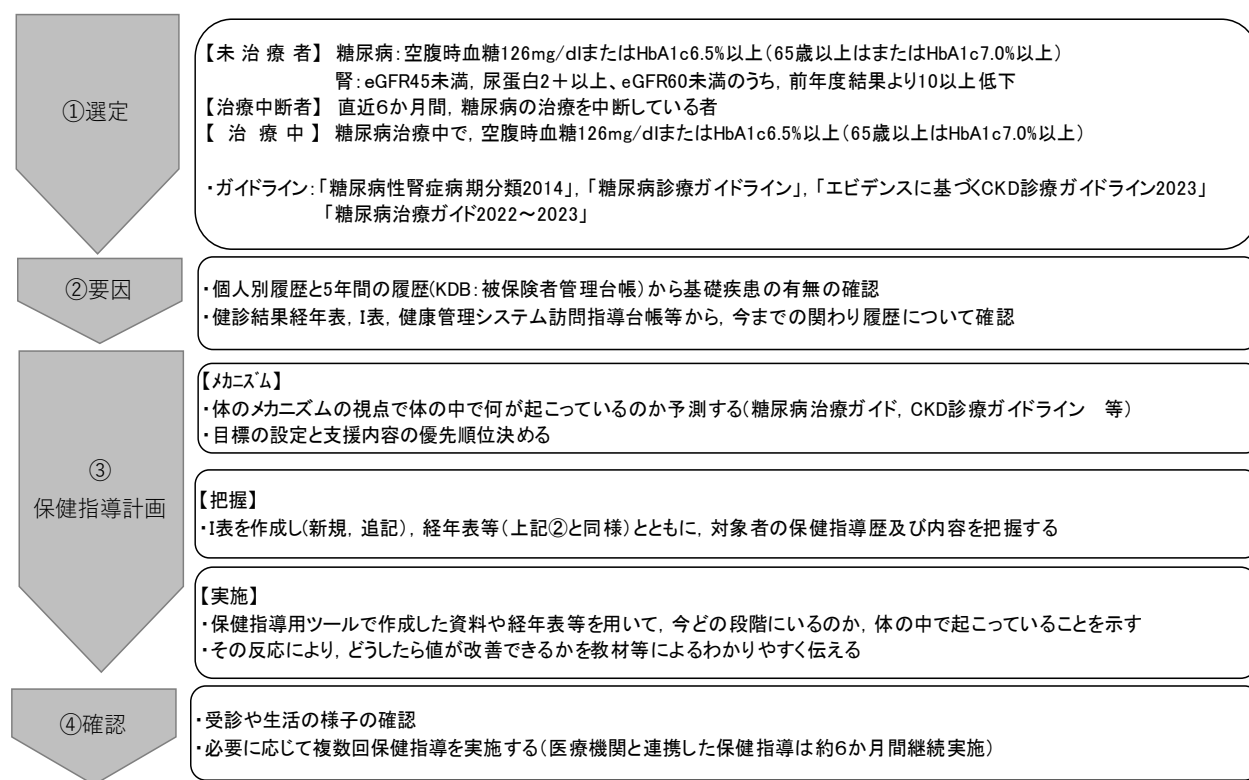
### 1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「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)及び鹿児島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 58 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 58 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、鹿児島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 59 糖尿病性腎症病期分類

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

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

南九州市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が難しいです。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(－)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿と尿蛋白(＋)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

### ② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、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。南九州市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、181人(30.1%・F)でした。また、40～74歳における糖尿病治療者2,153人のうち、特定健診受診者が421人(69.9%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者1,701人(80.2%・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ります。

### ③介入方法と優先順位

図表 60 より南九州市においての介入方法を以下のとおりとします。

#### 優先順位 1

##### 【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・181人

#### 優先順位 2

##### 【保健指導】

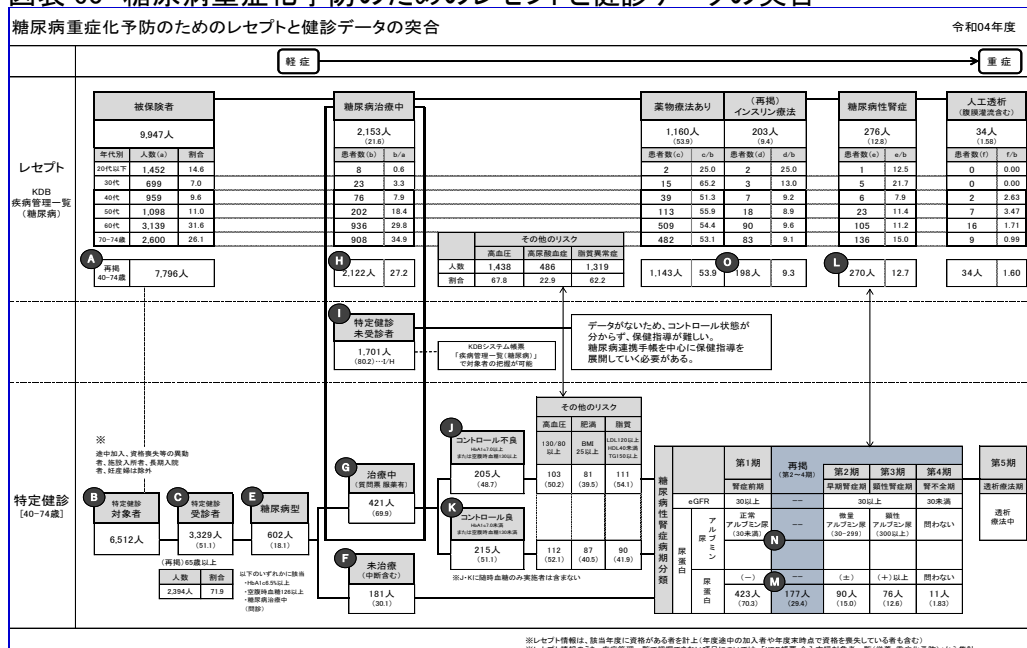
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・205人  
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

#### 優先順位 3

##### 【保健指導】

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

図表 60 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



### 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。南九州市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っています。

図表 61 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	
<b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b>	<b>2 高血糖を解決するための食</b>
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいますのか、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	<b>3 薬物療法</b>
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けど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともと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グリコナーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのか
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	<b>4 参考資料</b>
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 期を見逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)への、二次健診等の実施について、今後検討していきます。

## 4) 医療との連携

### (1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、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鹿児島県プログラムに準じ行っていきます。

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

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

### 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/1.73 m<sup>2</sup>以上低下）

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 62 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価																	
項目				実 合 表	南九州市										前規模保険者（平均）		
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	A		10,511人		10,064人		9,813人		9,705人		9,330人				
	②	（再掲）40-74歳			8,134人		7,904人		7,754人		7,727人		7,544人				
2	①	対象者数	B		7,214人		7,105人		6,977人		6,864人		6,896人				
	②	特定健診 受診者数	C		3,868人		3,786人		2,680人		3,715人		3,329人				
	③	受診率			53.6%		53.3%		38.4%		54.1%		48.3%				
3	①	特定 対象者数			432人		415人		265人		405人		322人				
	②	保健指導 実施率			52.8%		54.2%		55.1%		55.3%		55.0%				
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	632人	16.3%	612人	16.2%	464人	17.3%	702人	18.9%	602人	18.1%			
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	222人	35.1%	192人	31.4%	145人	31.3%	219人	31.2%	181人	30.1%			
	③		治療中（質問票 服薬あり）	G	410人	64.9%	420人	68.6%	319人	68.8%	483人	68.8%	421人	69.9%			
	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	209人	51.0%	218人	51.9%	148人	46.4%	224人	46.4%	205人	48.7%			
	⑤		血圧 130/80以上		122人	58.4%	130人	59.6%	89人	60.1%	139人	62.1%	103人	50.2%			
	⑥		肥満 BMI25以上		92人	44.0%	103人	47.2%	66人	44.6%	96人	42.9%	81人	39.5%			
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	201人	49.0%	202人	48.1%	171人	53.6%	259人	53.6%	216人	51.3%			
	⑧		第1期 尿蛋白（－）	M	386人	61.1%	392人	64.1%	341人	73.5%	520人	74.1%	423人	70.3%			
	⑨		第2期 尿蛋白（±）		108人	17.1%	78人	12.7%	61人	13.1%	71人	10.1%	90人	15.0%			
	⑩		第3期 尿蛋白（＋）以上		82人	13.0%	88人	14.4%	52人	11.2%	98人	14.0%	76人	12.6%			
	⑪		第4期 eGFR30未満		4人	0.6%	10人	1.6%	7人	1.5%	11人	1.6%	11人	1.8%			
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）		128.3人		135.9人		136.9人		142.8人		150.5人				
	②		（再掲）40-74歳（被保険者千対）		163.9人		171.1人		171.4人		177.2人		184.5人				
	③		レセプト件数 （40-74歳）		7,580件	(961.6)	7,678件	(995.1)	7,773件	(1012.6)	8,048件	(1067.2)	7,880件	(1091.9)	1,557,522件	(951.6)	
	④		入院外（件数） （1）内は被保険者千対		59件	(7.5)	44件	(5.7)	67件	(8.7)	76件	(10.1)	35件	(4.8)	7,406件	(4.5)	
	⑤		糖尿病治療中	H	1,349人	12.8%	1,368人	13.6%	1,343人	13.7%	1,386人	14.3%	1,404人	15.0%			
	⑥		（再掲）40-74歳		1,333人	16.4%	1,352人	17.1%	1,329人	17.1%	1,369人	17.7%	1,392人	18.5%			
	⑦		健診未受診者	I	923人	69.2%	942人	69.7%	1,010人	76.0%	886人	64.7%	971人	69.8%			
	⑧		インスリン治療	O	119人	8.8%	115人	8.4%	118人	8.8%	121人	8.7%	110人	7.8%			
	⑨		（再掲）40-74歳		114人	8.6%	112人	8.3%	114人	8.6%	118人	8.6%	109人	7.8%			
	⑩		糖尿病性腎症	L	140人	10.4%	170人	12.4%	151人	11.2%	171人	12.3%	171人	12.2%			
	⑪		（再掲）40-74歳		137人	10.3%	167人	12.4%	149人	11.2%	168人	12.3%	169人	12.1%			
	⑫		慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）		25人	1.9%	28人	2.0%	24人	1.8%	28人	2.0%	22人	1.6%			
	⑬		（再掲）40-74歳		25人	1.9%	28人	2.1%	24人	1.8%	28人	2.0%	22人	1.6%			
	⑭		新規透析患者数		8		6		9		9		9				
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症		4		5		7		5		9				
	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）		28人	1.3%	24人	1.1%	24人	1.2%	23人	1.1%	27人	1.3%			
6	①	医療費	総医療費		43億5777万円		42億9195万円		42億0623万円		42億5619万円		42億3520万円		28億4626万円		
	②		生活習慣病総医療費		24億1942万円		23億4473万円		23億9526万円		24億6056万円		24億1986万円		15億3700万円		
	③		（総医療費に占める割合）		55.5%		54.6%		56.9%		57.8%		57.1%		54.0%		
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり		健診受診者		13,344円		13,122円		8,434円		13,114円		13,040円		7,237円
	⑤		健診未受診者			30,029円		30,552円		39,432円		35,270円		35,086円		38,862円	
	⑥		糖尿病医療費		2億1176万円		2億1446万円		2億2819万円		2億3567万円		2億1628万円		1億6596万円		
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）		8.8%		9.1%		9.5%		9.6%		8.9%		10.8%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費		6億1983万円		6億3421万円		6億3523万円		6億9103万円		6億6775万円				
	⑨		1件あたり		34,175円		33,933円		34,601円		35,769円		35,334円				
	⑩		糖尿病入院総医療費		4億8434万円		5億1825万円		5億4849万円		5億5873万円		4億7781万円				
	⑪		1件あたり		498,809円		538,160円		550,690円		551,012円		572,227円				
	⑫		在院日数		20日		20日		19日		19日		19日				
	⑬		慢性腎不全医療費		2億7332万円		2億7680万円		2億6668万円		2億7129万円		2億7344万円		1億2396万円		
	⑭		透析有り		2億6290万円		2億6206万円		2億5514万円		2億6192万円		2億6258万円		1億1532万円		
	⑮		透析なし		1042万円		1474万円		1155万円		937万円		1087万円		863万円		
7	①	介護	介護給付費		45億7749万円		46億4084万円		49億0613万円		49億1542万円		47億6225万円		34億9905万円		
	②		（2号認定者）糖尿病合併症		2件	6.7%	1件	3.1%	1件	2.9%	2件	5.6%	0件	0.0%			
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）		4人	0.6%	3人	0.5%	4人	0.6%	9人	1.4%	11人	1.8%	2,819人	1.0%	
	②																

出典：ヘルスサポートラボツール

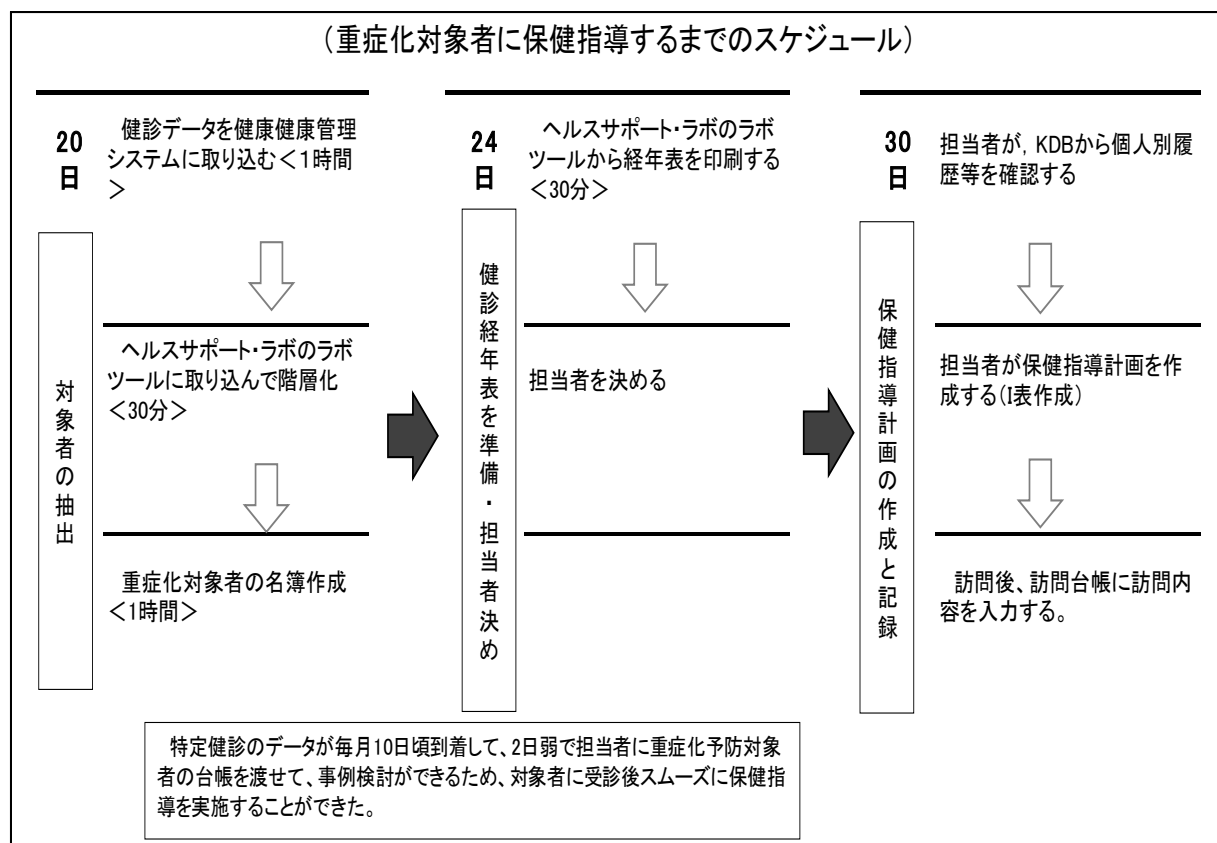
## 7) 実施期間及びスケジュール

対象者の選定基準の決定

対象者の抽出(概数の試算), 介入方法, 実施方法の決定

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

図表 63 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール





### 3. 虚血性心疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

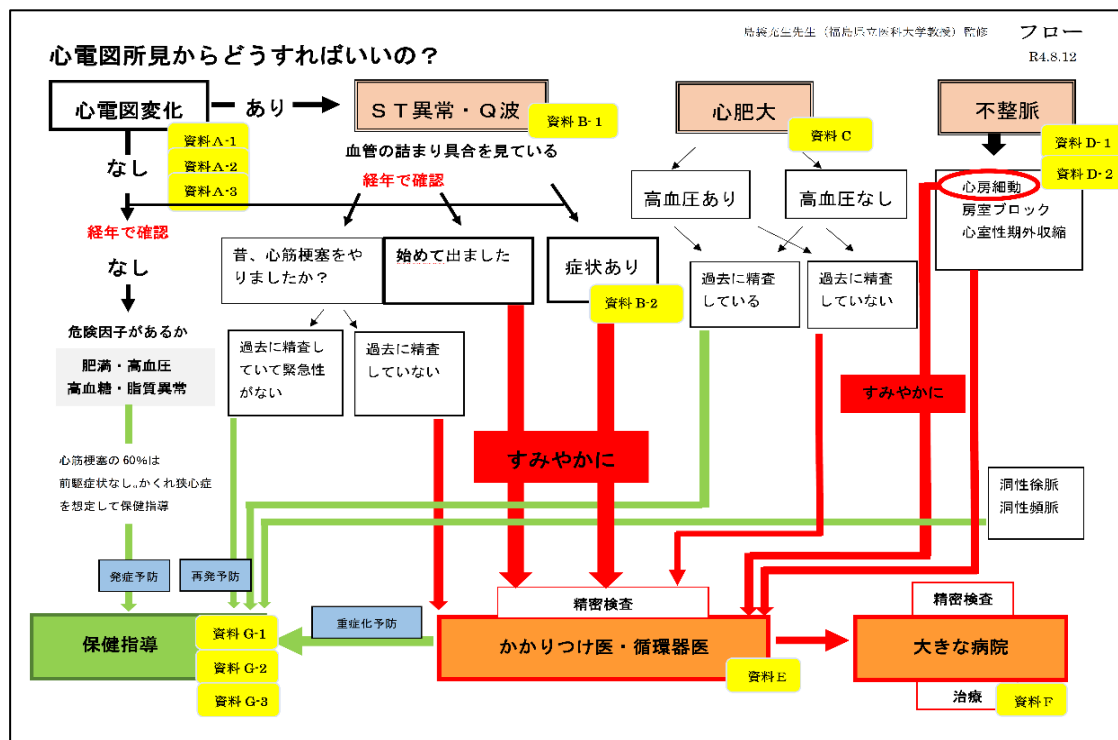
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019 冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版, 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

#### 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 64 に基づいて考えます。

図表 64 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。

南九州市においては、心電図検査を受診者全員に実施している集団健診(厚生連分)では、受診者 1,298 人のうち有所見者が 292 人(22.5%)でした。所見の中でも ST-T 変化が 62 人(21.2%)で、所見率が高いことがわかります。(図表 65)

また、有所見者のうち要精査が 12 人(4.1%)で、その後の受診状況を見ると 4 人(33.3%)は未受診でした。(図表 66)。

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 65 心電図検査結果(厚生連分)

性別・ 年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		実施者数 A		有所見者数 B	有所見 率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内 訳	40～74歳	1,298		292	22.5%	9	3.1%	62	21.2%	41	14.0%	117	40.1%	5	1.7%	76	26.0%	10	3.4%	63	21.6%
	男性	556	99.6	142	25.5%	7	4.9%	27	19.0%	23	16.2%	56	39.4%	3	2.1%	42	29.6%	10	7.0%	30	21.1%
	女性	742	100.0	150	20.2%	2	1.3%	35	23.3%	18	12.0%	61	40.7%	2	1.3%	34	22.7%	0	0.0%	33	22.0%

南九州市市調べ

図表 66 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合b/a	人数	割合c/b	人数	割合d/b
全体	337		12	3.6%	12	100%	0	0%
男性	174	52%	5	2.9%	5	100%	0	0%
女性	163	48%	7	4.3%	3	42.9%	4	57.1%

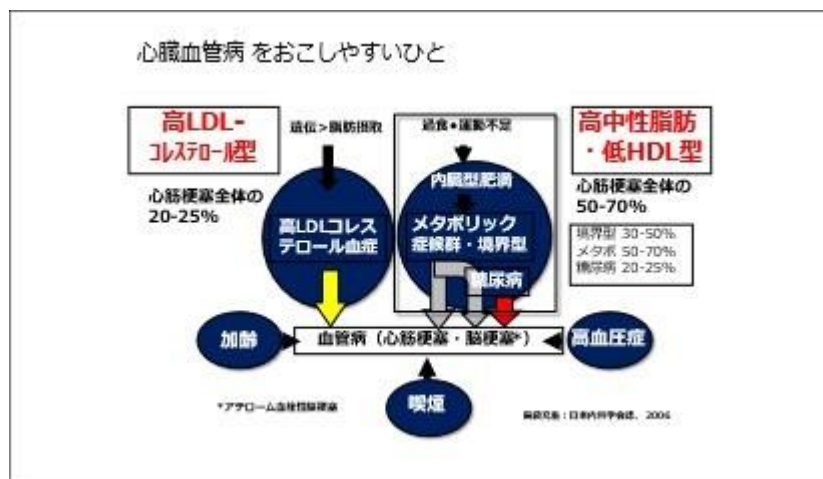
南九州市調べ

## ②心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の60%は前駆症状ないため)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 67)

図表 67 心血管病をおこしやすいひと



図表 67 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

- ・メタボタイプ: 第4章「肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 75・76)を参照
- ・LDLコレステロールタイプ: 図表 68 を参照

図表 68 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見たLDLコレステロール管理目標

(参考)  
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL				健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
				1,315	639	412	172	92	15	33	136	80
				48.6%	31.3%	13.1%	7.0%	5.7%	12.5%	51.5%	30.3%	
一次予防  まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	141	81	39	13	8	9	12	0	0	
			10.7%	12.7%	9.5%	7.6%	8.7%	60.0%	36.4%	0.0%	0.0%	
	中リスク	140未満 (170未満)	511	233	157	78	43	5	8	76	32	
			38.9%	36.5%	38.1%	45.3%	46.7%	33.3%	24.2%	55.9%	40.0%	
	高リスク	120未満 (150未満)	580	273	193	74	40	1	13	57	43	
			44.1%	42.7%	46.8%	43.0%	43.5%	6.7%	39.4%	41.9%	53.8%	
再掲 100未満 (130未満) ※1		51	17	20	7	7	1	4	6	3		
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)	83	52	23	7	1	0	0	3	5	
			6.3%	8.1%	5.6%	4.1%	1.1%	0.0%	0.0%	2.2%	6.3%	

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病かつ喫煙ありの場合に考慮  
※2 間接で脳卒中(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と判断。

※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と判断。

### 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中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

図表 69 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、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

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

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

#### (3) 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者への継続的な医療受診ができるよう、健康管理システムを活用し、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ていきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集します。

#### 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

#### 6) 評価

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

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

#### 7) 実施期間及びスケジュール

対象者の選定基準の決定

対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

特定健診結果が届き次第、対象者へ介入(通年)

## Ⅱ-2 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

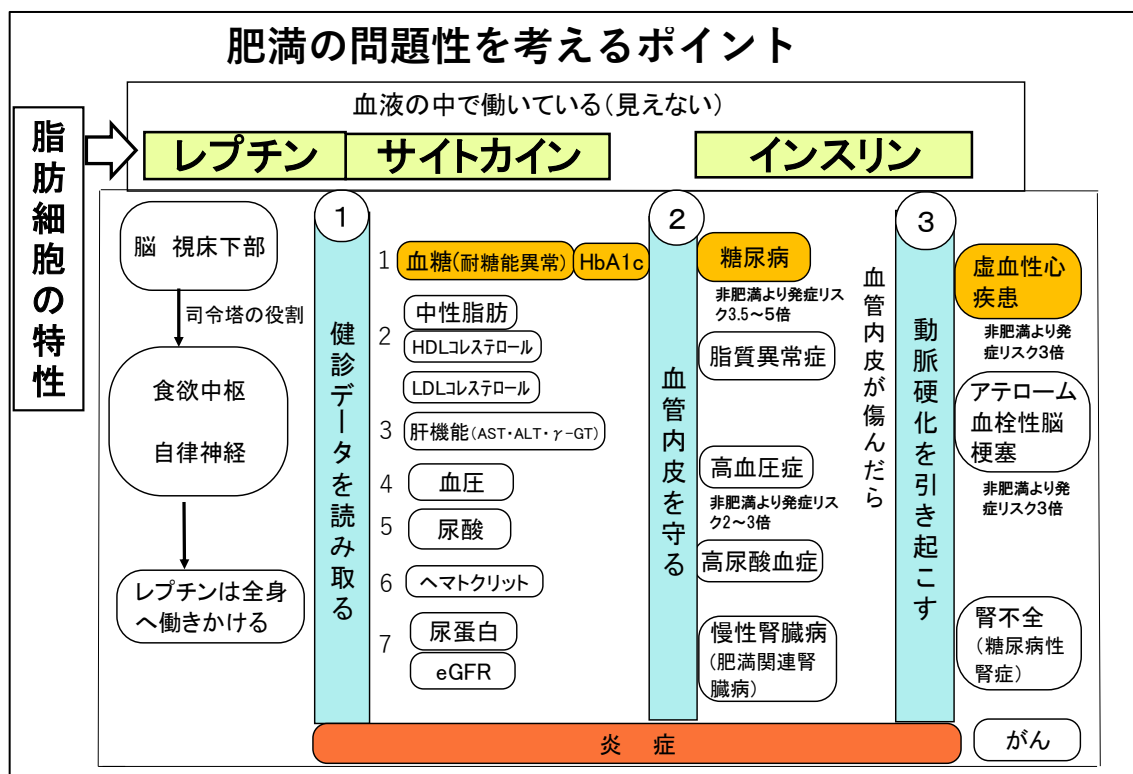
### 1) 基本的な考え方

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

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

なお，取組にあたっては図表 70 に基づいて考えていきます。

図表 70 肥満の問題性を考えるポイント



## 2) 肥満の実態把握

### (1) 肥満度分類による実態把握

図表 71 肥満度分類による実態

		受診者数		BMI25以上		(再掲) 肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
						40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数		935	2,394	275	618	222	540	44	64	6	10	3	4
				29.4%	25.8%	23.7%	22.6%	4.7%	2.7%	0.6%	0.4%	0.3%	0.2%
再掲	男性	436	1,069	157	302	123	276	28	23	5	3	1	0
				36.0%	28.3%	28.2%	25.8%	6.4%	2.2%	1.1%	0.3%	0.2%	0.0%
	女性	499	1,325	118	316	99	264	16	41	1	7	2	4
				23.6%	23.8%	19.8%	19.9%	3.2%	3.1%	0.2%	0.5%	0.4%	0.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

### (2) 優先順位考える

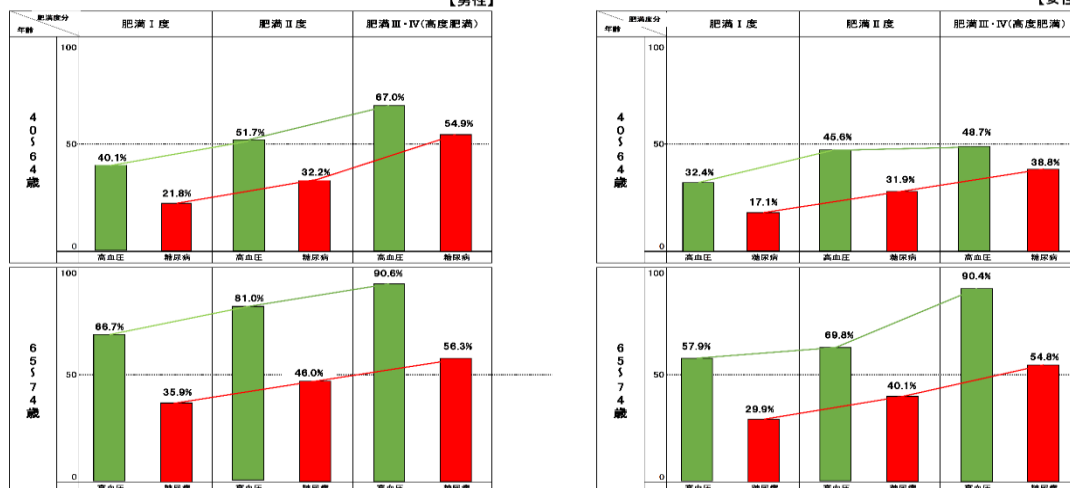
肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠(EBM)「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位を考えます。

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種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 73 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 72 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満Ⅰ度で、若い年代(40～64 歳)を対象とすることが効率が良いことがわかります。

図表 72 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

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



図表 73 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	肥満度 BMI	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い ・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		・便器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 ・朝起き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 ・身体が動かしづらい				・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ツと		・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 ・心臓の圧迫感苦しさで10年前狭心症力テール ・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	

図表 74 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		●	●		●		●			メタボ	
2	男	60代	●		●		●		●	●		メタボ	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	

南九州市



### 3) 対象者の明確化

図表 75 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者		A	1,505	132	153	572	648	1,824	114	158	770	782
メタボ該当者		B	449	21	32	188	208	210	3	16	88	103
		B/A	29.8%	15.9%	20.9%	32.9%	32.1%	11.5%	2.6%	10.1%	11.4%	13.2%
再掲	① 3項目全て	C	171	6	14	77	74	79	0	3	34	42
		C/B	38.1%	28.6%	43.8%	41.0%	35.6%	37.6%	0.0%	18.8%	38.6%	40.8%
	② 血糖＋血圧	D	80	6	7	33	34	32	1	4	13	14
		D/B	17.8%	28.6%	21.9%	17.6%	16.3%	15.2%	33.3%	25.0%	14.8%	13.6%
	③ 血圧＋脂質	E	174	8	10	69	87	89	2	8	35	44
		E/B	38.8%	38.1%	31.3%	36.7%	41.8%	42.4%	66.7%	50.0%	39.8%	42.7%
	④ 血糖＋脂質	F	24	1	1	9	13	10	0	1	6	3
		F/B	5.3%	4.8%	3.1%	4.8%	6.3%	4.8%	0.0%	6.3%	6.8%	2.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 76 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					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	1,505	449	29.8%	380	84.6%	69	15.4%	1,824	210	11.5%	193	91.9%	17	8.1%		
40代	132	21	15.9%	9	42.9%	12	57.1%	114	3	2.6%	3	100.0%	0	0.0%		
50代	153	32	20.9%	27	84.4%	5	15.6%	158	16	10.1%	11	68.8%	5	31.3%		
60代	572	188	32.9%	159	84.6%	29	15.4%	770	88	11.4%	79	89.8%	9	10.2%		
70～74歳	648	208	32.1%	185	88.9%	23	11.1%	782	103	13.2%	100	97.1%	3	2.9%		

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 75)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 50 代以上で 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 76)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 74 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を行います。
- ③ 特定保健指導対象者の保健指導

## (2) 対象者の管理

対象者の進捗管理は健康管理システム等で管理します。

## 4) 保健指導の実施

### (1) 最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 77 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 おたすね	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せんか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起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、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いのですか？	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、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

## (2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001 年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。南九州市においても、二次健診の実施を今後検討していきます。

### ◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

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

### 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と、生活機能の低下を防止する取組の双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

#### 2) 事業の実施

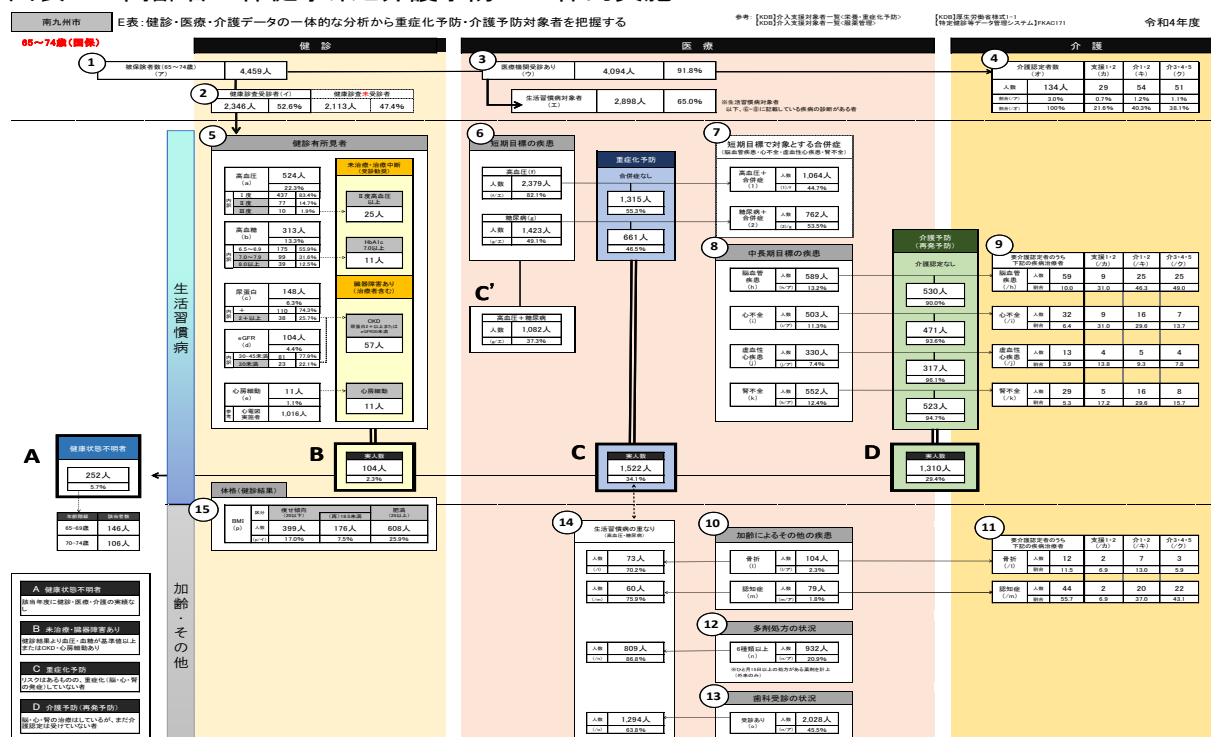
南九州市は、令和3年度より鹿児島県後期高齢者広域連合から、本市が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。具体的には、

##### ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

##### ② 地域を担当する医療専門職を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう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軽度認知障害予防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、その予防は重要な課題であります。生活習慣が小児期に確立されるため、小児における生活習慣病対策、特に肥満予防は重要です。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。

南九州市においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていくことが必要であります。

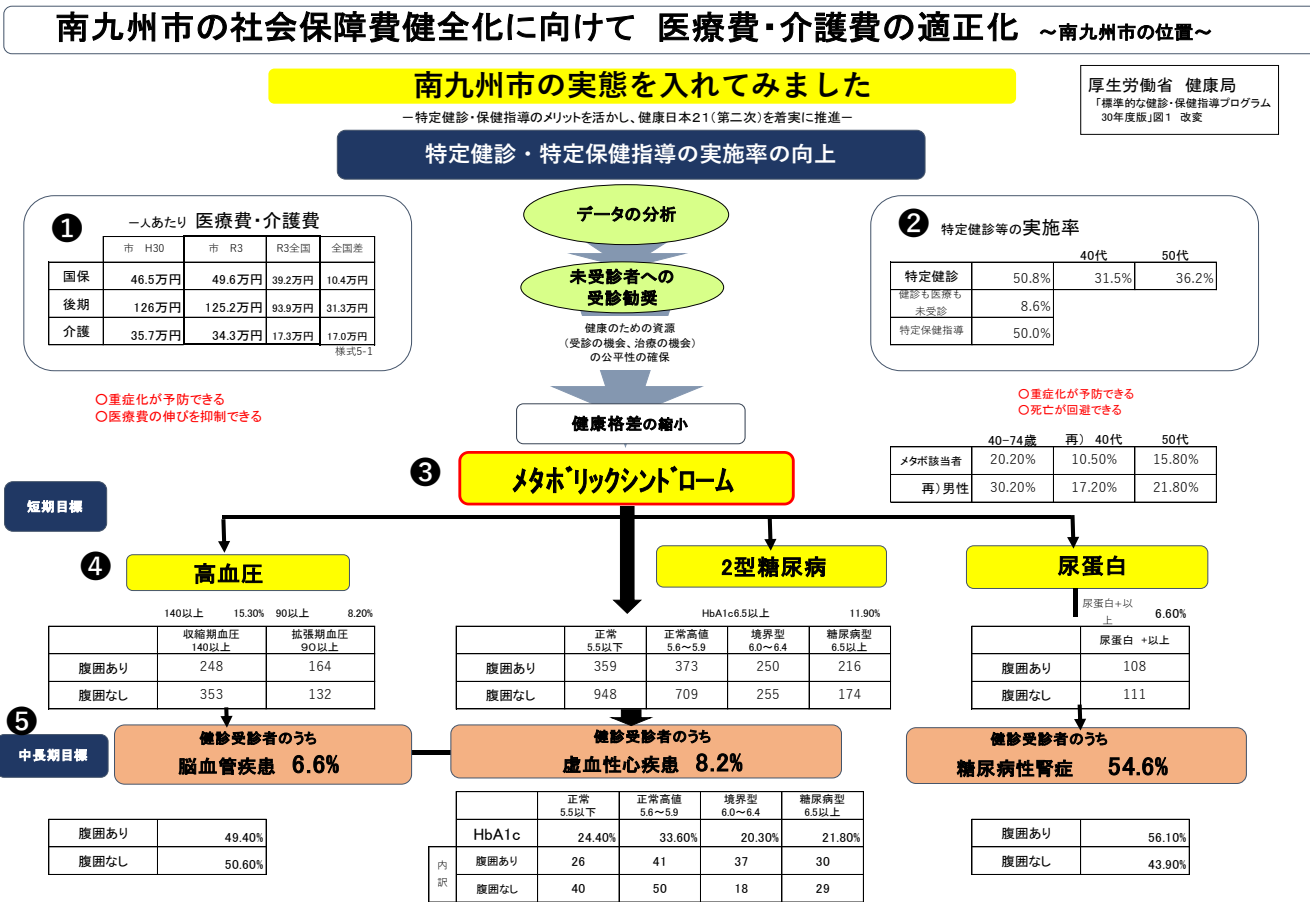
図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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>発症予防</div> <div>重症化予防</div>																									
1 根拠法		健康増進法																							
6条 健康増進事業の実施者		母子保健法					児童福祉法			学校保健安全法			労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全法）		高齢者の医療の確保に関する法律 （介護保険）										
2 計画		健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）																							
3 年代		妊婦 （胎児期）		産婦		0歳～5歳			6歳～14歳		15～18歳		～29歳		30歳～39歳		40歳～64歳		65歳～74歳		75歳以上				
4 健康 診査 （根拠法）		妊婦健康診査 （13条）		産婦 健診 （13条）		乳幼児健康診査 （第12・13条）			保育所・幼稚園 健康診断		就学時 健診 （11・12条）		児童・生徒の定期健康診断 （第1・13・14条）		定期健康診断 （第66条）		特定健康診査 （第18・20・21条）		後期高齢者 健康診査 （第125条）						
		妊娠前		妊娠中		産後 1年以内		乳児		1.6歳児		3歳児		保育園 児 / 幼稚園 児		小学校		中学校		高等学校		労働安全衛生規則（第13・44条）		標準的な特定健診・保健指導プログラム（第2章）	
5 対 象 者	健 診 内 容	血糖		100mg/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			
		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			
		精密検査 （診断）		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																					
		妊娠 糖尿病																							
		身長																							
		体重																							
		BMI																				25以上			
		肥満度						加ア 18以上		肥満度15%以上		肥満度20%以上		肥満度20%以上		肥満度20%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めます。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实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 統計からみえる鹿児島県の食

統計からみえる鹿児島県の食		～ 総務省統計局 家計調査 2020～2022年平均 ～	
食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	調味料等	全国ランキング (購入金額)
乳酸菌飲料	1位	食用油	2位
焼酎	2位	酢	1位
緑茶	2位	砂糖	1位
		しょうゆ	2位
		みそ	10位
食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)		
さば	1位		
キャベツ	1位		
干しいたけ	1位		
ほうれん草	49位		
チーズ	48位		

## 第5章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

具体的には、国保データベース(KDB)システムで、健診・医療・介護のデータをもとに、受診率・受療率、医療の動向等について、保健師・栄養士等が定期的に評価を行います。

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

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

### 2. 個人情報の取扱い

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



## 参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた南九州市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

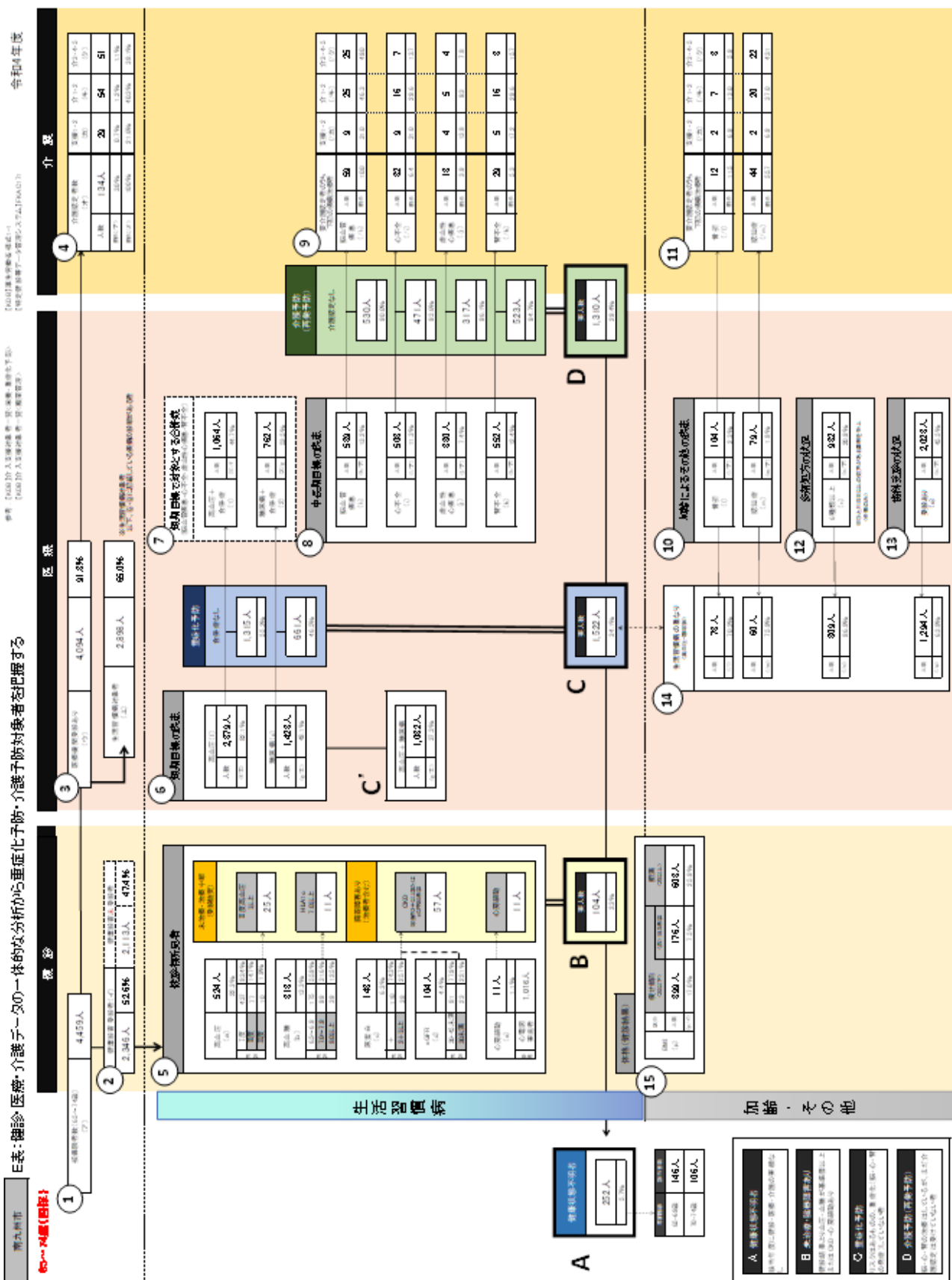
参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた南九州市の位置

【国保版】 様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた南九州市の位置											R04年度		
項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	人口構成	総人口		33,069		9,014,657		1,543,466		123,214,261		KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			65歳以上(高齢化率)		13,247	40.1	3,263,279	36.2	505,891	32.8	35,335,805	28.7	
			75歳以上		7,319	22.1	---	---	262,354	17.0	18,248,742	14.8	
			65～74歳		5,928	17.9	---	---	243,537	15.8	17,087,063	13.9	
			40～64歳		10,210	30.9	---	---	492,960	31.9	41,545,893	33.7	
	39歳以下		9,612	29.1	---	---	544,615	35.3	46,332,563	37.6			
	②	産業構成	第1次産業		24.5		10.7		9.5		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		21.5		27.3		19.4		25.0		
			第3次産業		54.1		62.0		71.1		71.0		
	③	平均寿命	男性		79.7		80.4		80.0		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握
女性			86.7		86.9		86.8		87.0				
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性		78.0		79.7		79.4		80.1		KDB NO.1 地域全体像の把握	
		女性		83.8		84.3		84.3		84.4			
2	①	死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	男性	107.1		103.4		103.1		100		KDB NO.1 地域全体像の把握
				女性	101.5		101.4		99.7		100		
			死因	がん	148	41.3	34,996	47.8	5,358	47.1	378,272	50.6	
				心臓病	107	29.9	21,437	29.3	3,295	29.0	205,485	27.5	
				脳疾患	72	20.1	10,886	14.9	1,726	15.2	102,900	13.8	
				糖尿病	11	3.1	1,391	1.9	244	2.1	13,896	1.9	
				腎不全	12	3.4	2,819	3.9	471	4.1	26,946	3.6	
				自殺	8	2.2	1,654	2.3	270	2.4	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)		2,848	22.1	619,810	19.1	101,053	20.1	6,724,030	19.4	KDB NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者		46	0.3	10,081	0.3	1,591	0.3	110,289	0.3	
			介護度別 総件数	要支援1.2	11,500	18.8	1,984,426	14.3	358,656	15.3	21,785,044	12.9	
				要介護1.2	28,310	46.3	6,527,659	47.0	1,063,368	45.3	78,107,378	46.3	
				要介護3以上	21,344	34.9	5,384,278	38.7	923,149	39.4	68,963,503	40.8	
			2号認定者		50	0.49	10,759	0.37	1,817	0.37	156,107	0.38	
	②	有病状況	糖尿病	713	23.1	154,694	23.8	25,071	23.7	1,712,613	24.3	KDB NO.1 地域全体像の把握	
			高血圧症	1,752	58.3	352,398	54.8	61,694	59.0	3,744,672	53.3		
			脂質異常症	980	32.9	203,112	31.2	34,712	32.8	2,308,216	32.6		
			心臓病	2,014	67.4	397,324	61.9	69,819	66.9	4,224,628	60.3		
			脳疾患	1,169	40.5	151,330	23.9	32,194	31.3	1,568,292	22.6		
			がん	383	12.6	74,764	11.4	12,898	12.3	837,410	11.8		
			筋・骨格	1,856	61.9	350,465	54.5	63,601	61.0	3,748,372	53.4		
			精神	1,381	46.8	246,296	38.6	44,293	42.7	2,569,149	36.8		
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		359,496	4,762,249,707	300,230	979,734,915,124	316,197	159,961,256,470	290,668	10074274226888	
			1件当たり給付費(全体)		77,873		70,503		68,209		59,662		
			居宅サービス		45,724		43,936		44,980		41,272		
			施設サービス		305,715		291,914		298,436		296,364		
	④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	10,275		9,043		10,143		8,610		
			認定なし	4,893		4,284		4,611		4,020			
4	①	国保の状況	被保険者数		8,975		2,020,054		356,708		27,488,882		KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況
			65～74歳		4,374	48.7			172,817	48.4	11,129,271	40.5	
			40～64歳		2,843	31.7			107,061	30.0	9,088,015	33.1	
			39歳以下		1,758	19.6			76,830	21.5	7,271,596	26.5	
			加入率		27.1		22.4		23.1		22.3		
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	6	0.7	873	0.4	234	0.7	8,237	0.3	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	
			診療所数	31	3.5	7,141	3.5	1,368	3.8	102,599	3.7		
			病床数	748	83.3	136,833	67.7	32,164	90.2	1,507,471	54.8		
			医師数	61	6.8	19,511	9.7	4,653	13.0	339,611	12.4		
			外来患者数	806.8		728.3		755.6		687.8			
			入院患者数	34.8		23.6		30.3		17.7			
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		471,889	県内12位 同規模23位	394,521		444,085		339,680		
			受診率		841.617		751.942		785.808		705.439		
			外 来	費用の割合	51.6	56.7	52.0	60.4					
				件数の割合	95.9	96.9	96.2	97.5					
			入 院	費用の割合	48.4	43.3	48.0	39.6					
				件数の割合	4.1	3.1	3.8	2.5					
			1件あたり在院日数		19.6日		17.1日		18.4日		15.7日		

④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	661,421,640	27.3	31.3	27.4	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)	262,575,030	10.9	7.5	10.1	8.2							
			糖尿病	216,281,920	8.9	10.8	9.5	10.4							
			高血圧症	119,626,770	4.9	6.3	5.4	5.9							
			脂質異常症	66,776,300	2.8	3.8	3.0	4.1							
			脳梗塞・脳出血	131,582,850	5.4	3.9	4.6	3.9							
			狭心症・心筋梗塞	50,857,090	2.1	2.6	2.8	2.8							
			精神	503,562,670	20.8	16.2	18.2	14.7							
筋・骨格	384,336,360	15.9	16.7	18.0	16.7										
4	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	450	0.2	380	0.2	449	0.2	256	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分類)			
			糖尿病	1,495	0.7	1,531	0.9	1,980	0.9	1,144	0.9				
			脂質異常症	65	0.0	89	0.1	81	0.0	53	0.0				
			脳梗塞・脳出血	12,285	5.4	7,151	4.2	8,934	4.2	5,993	4.5				
			虚血性心疾患	4,431	1.9	4,385	2.6	5,262	2.5	3,942	2.9				
			腎不全	10,596	4.6	4,815	2.8	8,626	4.0	4,051	3.0				
			高血圧症	12,879	5.3	13,011	5.8	12,272	5.3	10,143	4.9				
			糖尿病	23,295	9.6	22,014	9.8	20,864	9.0	17,720	8.6				
	医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	脂質異常症	7,376	3.0	7,959	3.6	6,969	3.0	7,092	3.5				
			脳梗塞・脳出血	2,376	1.0	1,056	0.5	1,546	0.7	825	0.4				
			虚血性心疾患	1,793	0.7	1,975	0.9	2,274	1.0	1,722	0.8				
			腎不全	24,441	10.0	18,492	8.3	25,661	11.1	15,781	7.7				
			健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	5,034	2,592	3,342	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	13,545	13,920	14,258	13,295								
			生活習慣病対象者 一人当たり	13,040	7,237	9,072	6,142								
			健診未受診者	35,086	38,862	38,697	40,210								
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,747	53.8	340,133	57.4	59,555	55.9	3,698,441	56.9	KDB NO.1 地域全体像の把握				
		医療機関受診率	1,593	49.0	307,970	52.0	55,033	51.6	3,375,719	51.9					
		医療機関非受診率	154	4.7	32,163	5.4	4,522	4.2	322,722	5.0					
5	①	健診受診者	3,250	592,263	106,558	6,503,152	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	受診率	49.3	県内18位 同規模35位	39.7	42.2		全国12位	35.3						
	③	特定保健指導終了者(実施率)	175	49.3	11,197	16.7		3,003	28.1	69,327	9.0				
	④	非肥満高血糖	332	10.2	62,750	10.6		10,004	9.4	588,083	9.0				
	⑤	特定健診の 状況	メタボ	該当者	645	19.8		125,726	21.2	23,256	21.8	1,321,197	20.3		
				男性	438	29.8		86,891	32.6	15,707	33.2	923,222	32.0		
				女性	207	11.6		38,835	11.9	7,549	12.8	397,975	11.0		
				予備群	402	12.4		64,270	10.9	12,927	12.1	730,607	11.2		
				男性	283	19.3		44,986	16.9	8,642	18.2	515,813	17.9		
				女性	119	6.7		19,284	5.9	4,285	7.2	214,794	5.9		
	⑥	県内市町村数 45市町村  同規模市区町村数 280市町村	メタボ該当・ 予備群 レベル	BMI	総数	1,189		36.6	207,581	35.0	40,073	37.6	2,273,296	35.0	
					男性	823		56.0	143,863	54.0	26,835	56.7	1,592,747	55.3	
					女性	366		20.6	63,718	19.6	13,238	22.4	680,549	18.8	
					総数	143		4.4	31,109	5.3	5,250	4.9	304,276	4.7	
					男性	13		0.9	4,873	1.8	764	1.6	48,780	1.7	
					女性	130		7.3	26,236	8.1	4,486	7.6	255,496	7.1	
					血糖のみ	50		1.5	3,957	0.7	788	0.7	41,541	0.6	
					血圧のみ	266		8.2	46,037	7.8	9,545	9.0	514,593	7.9	
					脂質のみ	86		2.6	14,276	2.4	2,594	2.4	174,473	2.7	
					血糖・血圧	109		3.4	19,597	3.3	4,031	3.8	193,722	3.0	
					血糖・脂質	34		1.0	6,479	1.1	1,133	1.1	67,212	1.0	
					血糖・脂質	259		8.0	57,258	9.7	10,450	9.8	630,648	9.7	
					血糖・血圧・脂質	243		7.5	42,392	7.2	7,642	7.2	429,615	6.6	
①					問診の状況	服薬	高血圧	1,353	41.6	231,630	39.1	47,132	44.2	2,324,538	35.8
							糖尿病	410	12.6	58,534	9.9	12,307	11.6	564,473	8.7
脂質異常症							836	25.7	172,940	29.2	30,413	28.5	1,817,350	28.0	
②					既往歴		脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	177	5.4	18,808	3.3	4,949	4.7	199,003	3.1
	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	211	6.5	34,129			5.9	7,419	7.1	349,845	5.5				
	腎不全	47	1.4	5,247			0.9	1,880	1.8	51,680	0.8				
	貧血	255	7.9	57,291	10.0	8,234	7.8	669,737	10.6						
6	生活習慣の 状況	喫煙	397	12.2	76,177	12.9	12,154	11.4	896,676	13.8	KDB NO.1 地域全体像の把握				
		週3回以上朝食を抜く	249	7.7	43,784	7.8	9,484	9.0	609,166	10.3					
		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～)	638	19.6	84,037	14.9	18,414	17.6	932,218	15.7					
		週3回以上就寝前夕食	638	19.6	84,037	14.9	18,414	17.6	932,218	15.7					
		食べる速度が速い	780	24.0	150,446	26.8	26,948	25.7	1,590,713	26.8					
		20歳時体重から10kg以上増加	1,094	33.7	194,667	34.7	37,872	36.1	2,083,152	34.9					
		1回30分以上上運動習慣なし	1,997	61.5	351,379	62.7	59,633	56.9	3,589,415	60.3					
		1日1時間以上運動なし	1,582	48.7	266,155	47.2	47,988	45.8	2,858,913	48.0					
		睡眠不足	665	20.6	140,728	25.0	23,137	22.1	1,521,685	25.6					
		毎日飲酒	870	26.8	145,485	25.4	26,824	25.6	1,585,206	25.5					
		時々飲酒	673	20.7	117,378	20.5	22,580	21.5	1,393,154	22.4					
		⑭	一日飲酒量	1合未満	1,126	60.3	233,047	62.9	40,060	62.9		2,851,798	64.2		
				1～2合	581	31.1	93,110	25.1	18,006	28.3		1,053,317	23.7		
2～3合	147			7.9	35,293	9.5	4,817	7.6	414,658	9.3					
3合以上	13			0.7	9,221	2.5	813	1.3	122,039	2.7					

①40～64 歳(国保)





物理



④75 歳以上(後期)

令和4年度

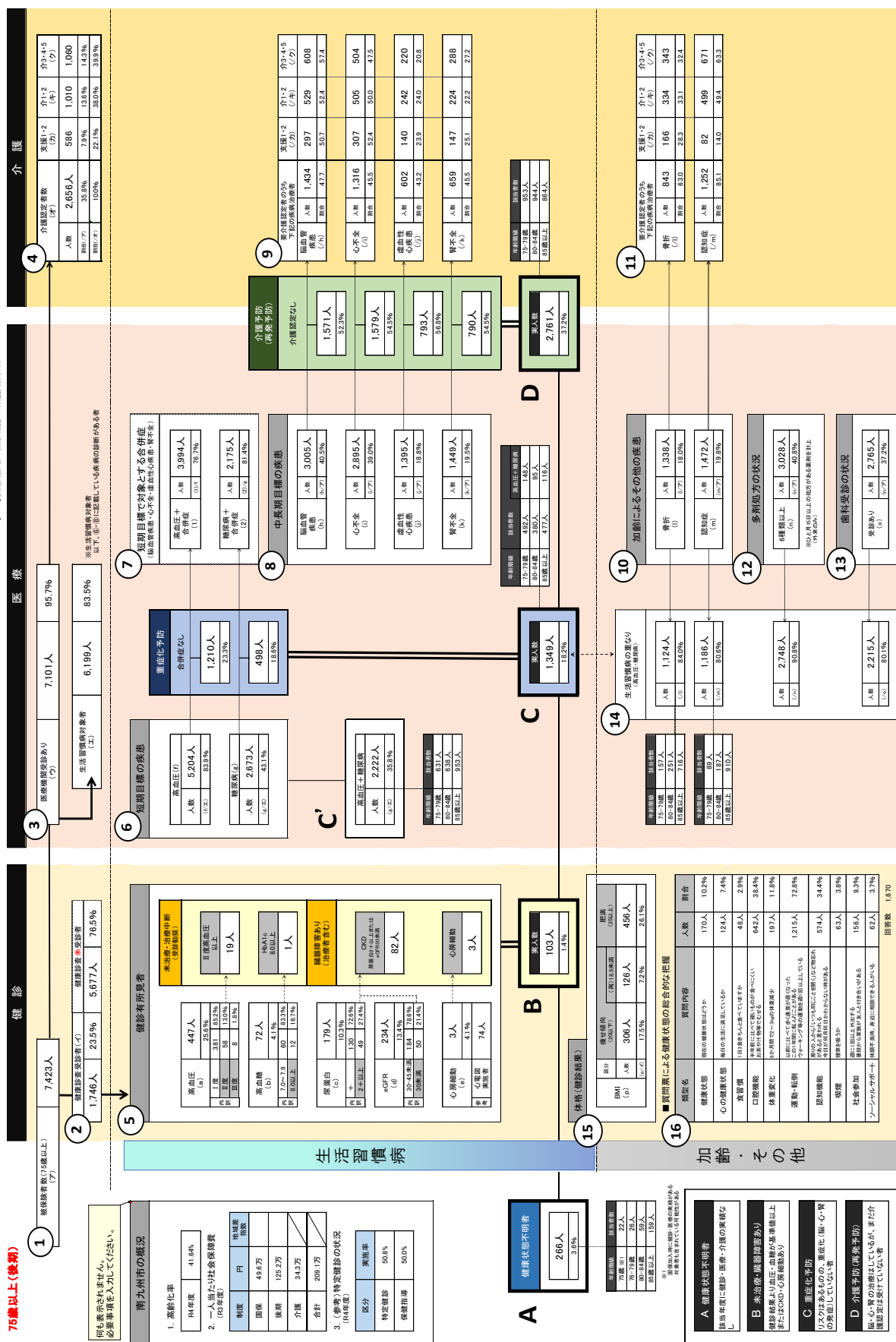
【KDB】厚生労働省様式1-1  
特定健診等データ管理システム【FKAC171

【KOB】介入支援対象者一覧<栄養・重症化予防>  
 【KOB】介入支援対象者一覧<服薬管理>  
 【KOB】後期高齢者の医療（健診）・介護実状状況

三表・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

75歳以上(後期)

補

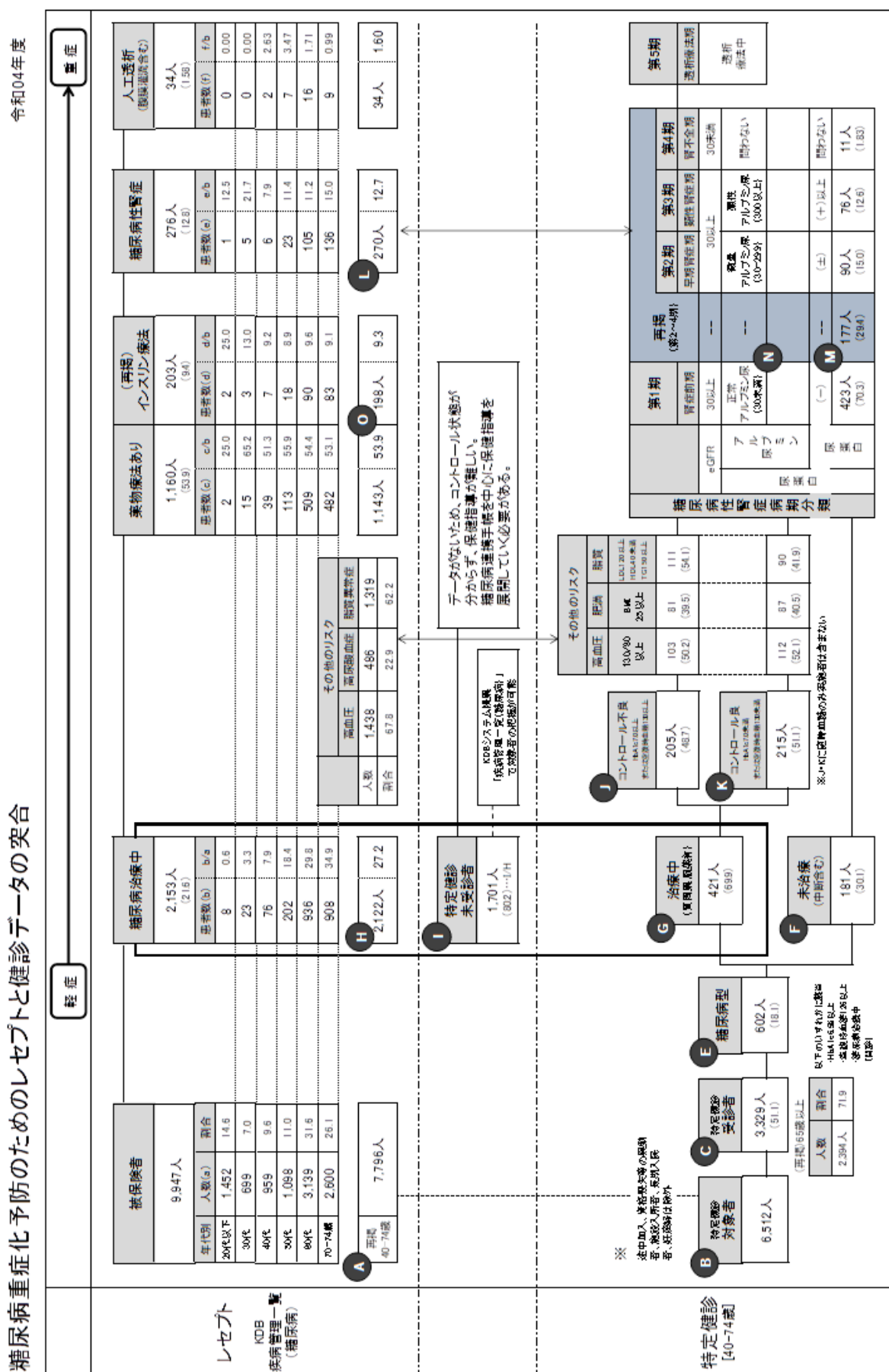


### 参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

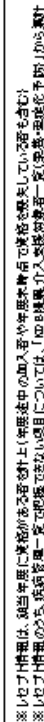
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価																								
項目			実 合 表	南九州市										同規模保険者(平均)										
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度										
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合									
1	①	被保険者数	A	10,511人		10,064人		9,813人		9,705人		9,330人												
	②	(再掲)40-74歳		8,134人		7,904人		7,754人		7,727人		7,544人												
2	①	対象者数	B	7,214人		7,105人		6,977人		6,864人		6,896人												
	②	特定健診 受診者数	C	3,868人		3,786人		2,680人		3,715人		3,329人												
	③	受診率		53.6%		53.3%		38.4%		54.1%		48.3%												
3	①	特定 保健指導 対象者数		432人		415人		265人		405人		322人												
	②	実施率		52.8%		54.2%		55.1%		55.3%		55.0%												
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	632人	16.3%	612人	16.2%	464人	17.3%	702人	18.9%	602人	18.1%										
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	222人	35.1%	192人	31.4%	145人	31.3%	219人	31.2%	181人	30.1%										
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	410人	64.9%	420人	68.6%	319人	68.8%	483人	68.8%	421人	69.9%										
	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	209人	51.0%	218人	51.9%	148人	46.4%	224人	46.4%	205人	48.7%										
	⑤				血圧 130/80以上	122人	58.4%	130人	59.6%	89人	60.1%	139人	62.1%	103人	50.2%									
	⑥				肥満 BMI25以上	92人	44.0%	103人	47.2%	66人	44.6%	96人	42.9%	81人	39.5%									
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	201人	49.0%	202人	48.1%	171人	53.6%	259人	53.6%	216人	51.3%										
	⑧		M	第1期 尿蛋白(－)	386人	61.1%	392人	64.1%	341人	73.5%	520人	74.1%	423人	70.3%										
	⑨			第2期 尿蛋白(±)	108人	17.1%	78人	12.7%	61人	13.1%	71人	10.1%	90人	15.0%										
	⑩			第3期 尿蛋白(＋)以上	82人	13.0%	88人	14.4%	52人	11.2%	98人	14.0%	76人	12.6%										
	⑪			第4期 eGFR30未満	4人	0.6%	10人	1.6%	7人	1.5%	11人	1.6%	11人	1.8%										
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		128.3人		135.9人		136.9人		142.8人		150.5人											
	②		(再掲)40-74歳(被保険者千対)		163.9人		171.1人		171.4人		177.2人		184.5人											
	③		レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)	7,580件	(961.6)	7,678件	(995.1)	7,773件	(1012.6)	8,048件	(1067.2)	7,880件	(1091.9)	1,557,522件	(951.6)								
	④		入院(件数)		59件	(7.5)	44件	(5.7)	67件	(8.7)	76件	(10.1)	35件	(4.8)	7,406件	(4.5)								
	⑤		糖尿病治療中	H	1,349人	12.8%	1,368人	13.6%	1,343人	13.7%	1,386人	14.3%	1,404人	15.0%										
	⑥		(再掲)40-74歳		1,333人	16.4%	1,352人	17.1%	1,329人	17.1%	1,369人	17.7%	1,392人	18.5%										
	⑦		健診未受診者	I	923人	69.2%	942人	69.7%	1,010人	76.0%	886人	64.7%	971人	69.8%										
	⑧		インスリン治療	O	119人	8.8%	115人	8.4%	118人	8.8%	121人	8.7%	110人	7.8%										
	⑨		(再掲)40-74歳		114人	8.6%	112人	8.3%	114人	8.6%	118人	8.6%	109人	7.8%										
	⑩		糖尿病性腎症	L	140人	10.4%	170人	12.4%	151人	11.2%	171人	12.3%	171人	12.2%										
	⑪		(再掲)40-74歳		137人	10.3%	167人	12.4%	149人	11.2%	168人	12.3%	169人	12.1%										
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		25人	1.9%	28人	2.0%	24人	1.8%	28人	2.0%	22人	1.6%										
	⑬		(再掲)40-74歳		25人	1.9%	28人	2.1%	24人	1.8%	28人	2.0%	22人	1.6%										
	⑭		新規透析患者数 (人工透析患者数に占める割合)		3	5.0%	4	6.7%	7	12.5%	3	6.1%	9	16.9%										
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		1	1.6%	2	3.3%	2	3.5%	1	2.0%	4	7.5%										
	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)		28人	1.3%	24人	1.1%	24人	1.2%	23人	1.1%	27人	1.3%										
6	①	医療費	総医療費		43億7777万円		42億9195万円		42億0623万円		42億5619万円		42億3520万円		28億4626万円									
	②		生活習慣病総医療費		24億1942万円		23億4473万円		23億9526万円		24億6056万円		24億1986万円		15億3700万円									
	③		(総医療費に占める割合)		55.5%		54.6%		56.9%		57.8%		57.1%		54.0%									
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		13,344円		13,122円		8,434円		13,114円		13,040円		7,237円								
	⑤			健診未受診者		30,029円		30,552円		39,432円		35,270円		35,086円		38,862円								
	⑥		糖尿病医療費		2億1176万円		2億1446万円		2億2819万円		2億3567万円		2億1628万円		1億6596万円									
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		8.8%		9.1%		9.5%		9.6%		8.9%		10.8%									
	⑧		糖尿病入院外総医療費		6億1983万円		6億3421万円		6億3523万円		6億9103万円		6億6775万円											
	⑨		1件あたり		34,175円		33,933円		34,601円		35,769円		35,334円											
	⑩		糖尿病入院総医療費		4億8434万円		5億1825万円		5億4849万円		5億5873万円		4億7781万円											
	⑪		1件あたり		498,809円		538,160円		550,690円		551,012円		572,227円											
	⑫		在院日数		20日		20日		19日		19日		19日											
	⑬		慢性腎不全医療費		2億7332万円		2億7680万円		2億6668万円		2億7129万円		2億7344万円		1億2396万円									
	⑭		透析有り		2億6290万円		2億6206万円		2億5514万円		2億6192万円		2億6258万円		1億1532万円									
	⑮		透析なし		1042万円		1474万円		1155万円		937万円		1087万円		863万円									
7	①	介護	介護給付費		45億7749万円		46億4084万円		49億0613万円		49億1542万円		47億6225万円		34億9905万円									
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		2件 6.7%		1件 3.1%		1件 2.9%		2件 5.6%		0件 0.0%											
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		4人 0.6%		3人 0.5%		4人 0.6%		9人 1.4%		11人 1.8%		2,819人 1.0%									



#### 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

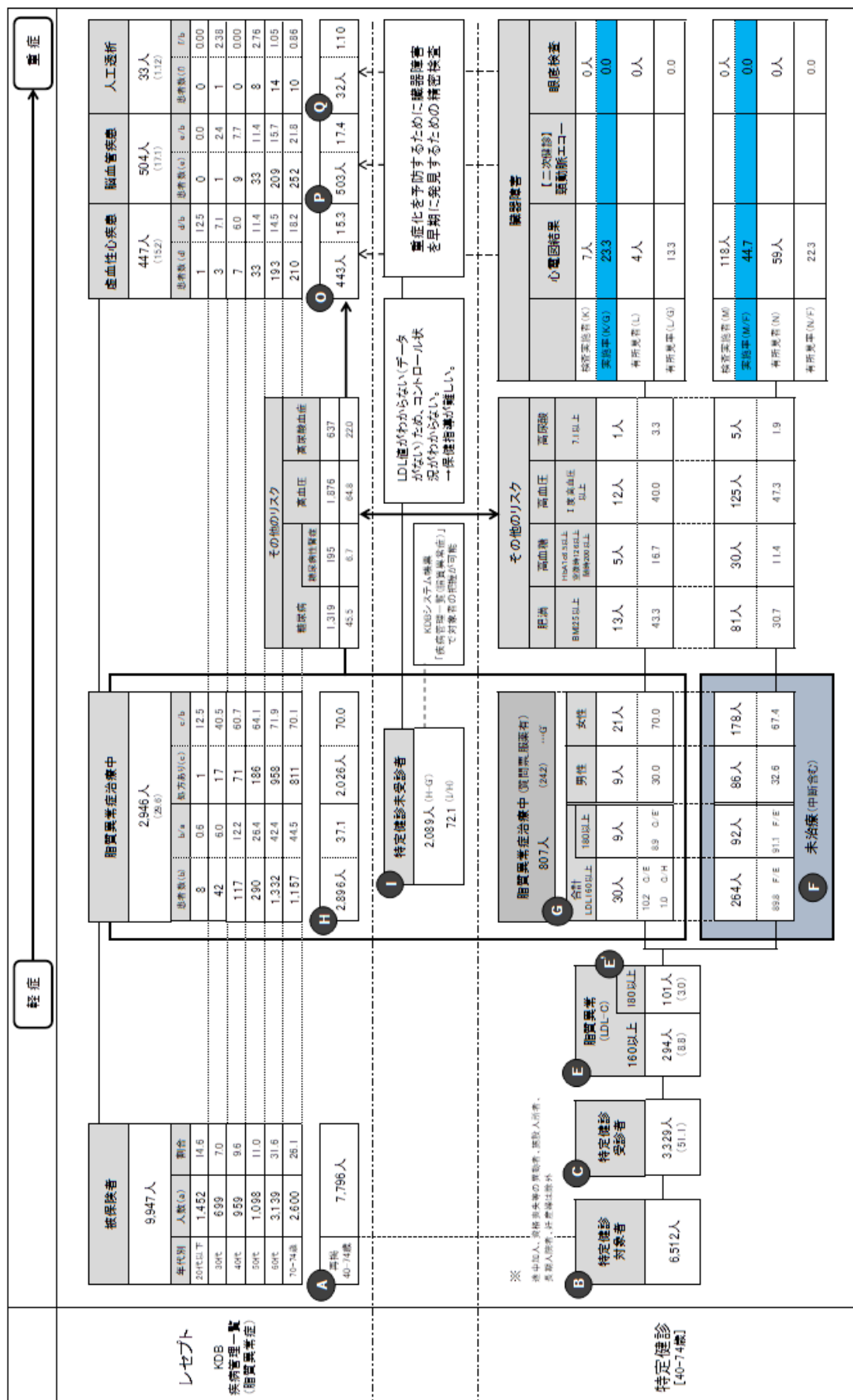


※セレクト価格は、該当年度の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）  
※※セレクト価格は、疾病管理一覽を把握できない項目については、(NDB)観察介入支援対象者一覽(要保・重症化予防)から算計



参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

## 脂質異常症重症化予防のためのしセプトと健診データの突合



※「シブシブ」の加入時に、既に「シブシブ」の加入期間が満了している場合は、加入期間が満了した日から1ヶ月以内に入会し、入会料を納入する必要があります。

## 参考資料7 HbA1Cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲				
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病										
								合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる						
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
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	4,044	2,006	49.6%	1,190	29.4%	518	12.8%	188	4.6%	103	2.5%	39	1.0%	87	2.2%	22	0.5%	
H30	3,841	1,274	33.2%	1,461	38.0%	661	17.2%	243	6.3%	151	3.9%	51	1.3%	110	2.9%	38	1.0%	
R01	3,754	1,509	40.2%	1,307	34.8%	537	14.3%	224	6.0%	134	3.6%	43	1.1%	101	2.7%	27	0.7%	
R02	2,670	1,092	40.9%	879	32.9%	409	15.3%	165	6.2%	97	3.6%	28	1.0%	74	2.8%	16	0.6%	
R03	3,680	1,214	33.0%	1,319	35.8%	678	18.4%	253	6.9%	162	4.4%	54	1.5%	120	3.3%	28	0.8%	
R04	3,285	1,308	39.8%	1,082	32.9%	505	15.4%	210	6.4%	124	3.8%	56	1.7%	114	3.5%	31	0.9%	

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上												
					再掲												
						再掲7.0以上	未治療	治療									
H29	4,044	2,006 49.6%	1,190 29.4%	518 12.8%	330	120	210										
					8.2%	36.4%	63.6%								8.2%		
					142 3.5%	37 26.1%	105 73.9%								3.5%		
H30	3,841	1,274 33.2%	1,461 38.0%	661 17.2%	445	170	275										
					11.6%	38.2%	61.8%								11.6%		
					202 5.3%	64 31.7%	138 68.3%								5.3%		
R01	3,754	1,509 40.2%	1,307 34.8%	537 14.3%	401	141	260										
					10.7%	35.2%	64.8%								10.7%		
					177 4.7%	43 24.3%	134 75.7%								4.7%		
R02	2,670	1,092 40.9%	879 32.9%	409 15.3%	290	96	194										
					10.9%	33.1%	66.9%								10.9%		
					125 4.7%	27 21.6%	98 78.4%								4.7%		
R03	3,680	1,214 33.0%	1,319 35.8%	678 18.4%	469	167	302										
					12.7%	35.6%	64.4%								12.7%		
					216 5.9%	50 23.1%	166 76.9%								5.9%		
R04	3,285	1,308 39.8%	1,082 32.9%	505 15.4%	390	137	253										
					11.9%	35.1%	64.9%								11.9%		
					180 5.5%	49 27.2%	131 72.8%								5.5%		

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									
				合併症予防の ための目標						最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる							
						5.5以下		5.6～5.9						6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9	
				A		人数 B	割合 B/A	人数 C	割合 C/A	人数 D	割合 D/A	人数 E	割合 E/A	人数 F	割合 F/A	人数 G	割合 G/A	人数 H	割合 H/A
治療中	H29	385	9.5%	9	2.3%	31	8.1%	135	35.1%	105	27.3%	78	20.3%	27	7.0%	65	16.9%	15	3.9%
	H30	409	10.6%	3	0.7%	22	5.4%	109	26.7%	137	33.5%	103	25.2%	35	8.6%	76	18.6%	24	5.9%
	R01	418	11.1%	7	1.7%	31	7.4%	120	28.7%	126	30.1%	105	25.1%	29	6.9%	74	17.7%	18	4.3%
	R02	319	11.9%	6	1.9%	28	8.8%	91	28.5%	96	30.1%	78	24.5%	20	6.3%	61	19.1%	11	3.4%
	R03	481	13.1%	8	1.7%	42	8.7%	129	26.8%	136	28.3%	123	25.6%	43	8.9%	97	20.2%	22	4.6%
	R04	416	12.7%	12	2.9%	31	7.5%	120	28.8%	122	29.3%	95	22.8%	36	8.7%	83	20.0%	15	3.6%
治療なし	H29	3,659	90.5%	1,997	54.6%	1,159	31.7%	383	10.5%	83	2.3%	25	0.7%	12	0.3%	22	0.6%	7	0.2%
	H30	3,432	89.4%	1,271	37.0%	1,439	41.9%	552	16.1%	106	3.1%	48	1.4%	16	0.5%	34	1.0%	14	0.4%
	R01	3,336	88.9%	1,502	45.0%	1,276	38.2%	417	12.5%	98	2.9%	29	0.9%	14	0.4%	27	0.8%	9	0.3%
	R02	2,351	88.1%	1,086	46.2%	851	36.2%	318	13.5%	69	2.9%	19	0.8%	8	0.3%	13	0.6%	5	0.2%
	R03	3,199	86.9%	1,206	37.7%	1,277	39.9%	549	17.2%	117	3.7%	39	1.2%	11	0.3%	23	0.7%	6	0.2%
	R04	2,869	87.3%	1,296	45.2%	1,051	36.6%	385	13.4%	88	3.1%	29	1.0%	20	0.7%	31	1.1%	16	0.6%

## 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	4,057	1,146	28.2%	855	21.1%	1,160	28.6%	741	18.3%	133	3.3%	22	0.5%
H30	3,868	1,071	27.7%	804	20.8%	1,160	30.0%	685	17.7%	127	3.3%	21	0.5%
R01	3,785	1,004	26.5%	786	20.8%	1,090	28.8%	765	20.2%	120	3.2%	20	0.5%
R02	2,680	610	22.8%	570	21.3%	842	31.4%	544	20.3%	95	3.5%	19	0.7%
R03	3,715	908	24.4%	750	20.2%	1,102	29.7%	784	21.1%	144	3.9%	27	0.7%
R04	3,329	894	26.9%	738	22.2%	996	29.9%	590	17.7%	99	3.0%	12	0.4%

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

### 重症化しやすい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)Ⅲ度高血圧	未治療	治療		
H29	4,057	2,001 49.3%	1,160 28.6%	741 18.3%	155 3.8%	82 52.9%	73 47.1%		
					22 0.5%	13 59.1%	9 40.9%	0.5%	3.8%
H30	3,868	1,875 48.5%	1,160 30.0%	685 17.7%	148 3.8%	81 54.7%	67 45.3%		
					21 0.5%	13 61.9%	8 38.1%	0.5%	3.8%
R01	3,785	1,790 47.3%	1,090 28.8%	765 20.2%	140 3.7%	80 57.1%	60 42.9%		
					20 0.5%	9 45.0%	11 55.0%	0.5%	3.7%
R02	2,680	1,180 44.0%	842 31.4%	544 20.3%	114 4.3%	53 46.5%	61 53.5%		
					19 0.7%	13 68.4%	6 31.6%	0.7%	4.3%
R03	3,715	1,658 44.6%	1,102 29.7%	784 21.1%	171 4.6%	86 50.3%	85 49.7%		
					27 0.7%	12 44.4%	15 55.6%	0.7%	4.6%
R04	3,329	1,632 49.0%	996 29.9%	590 17.7%	111 3.3%	68 61.3%	43 38.7%		
					12 0.4%	7 58.3%	5 41.7%	0.4%	3.3%

### 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	1,533	37.8%	222	14.5%	348	22.7%	520	33.9%	370	24.1%	64	4.2%
	H30	1,489	38.5%	232	15.6%	319	21.4%	505	33.9%	366	24.6%	59	4.0%
	R01	1,487	39.3%	216	14.5%	308	20.7%	490	33.0%	413	27.8%	49	3.3%
	R02	1,122	41.9%	134	11.9%	233	20.8%	404	36.0%	290	25.8%	55	4.9%
	R03	1,563	42.1%	222	14.2%	308	19.7%	542	34.7%	406	26.0%	70	4.5%
	R04	1,377	41.4%	243	17.6%	313	22.7%	467	33.9%	311	22.6%	38	2.8%
治療なし	H29	2,524	62.2%	924	36.6%	507	20.1%	640	25.4%	371	14.7%	69	2.7%
	H30	2,379	61.5%	839	35.3%	485	20.4%	655	27.5%	319	13.4%	68	2.9%
	R01	2,298	60.7%	788	34.3%	478	20.8%	600	26.1%	352	15.3%	71	3.1%
	R02	1,558	58.1%	476	30.6%	337	21.6%	438	28.1%	254	16.3%	40	2.6%
	R03	2,152	57.9%	686	31.9%	442	20.5%	560	26.0%	378	17.6%	74	3.4%
	R04	1,952	58.6%	651	33.4%	425	21.8%	529	27.1%	279	14.3%	61	3.1%

## 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
総数	H29	4,057	2,149	53.0%	981	24.2%	584	14.4%	235	5.8%	108	2.7%
	H30	3,844	1,969	51.2%	962	25.0%	576	15.0%	241	6.3%	96	2.5%
	R01	3,743	1,825	48.8%	944	25.2%	602	16.1%	248	6.6%	124	3.3%
	R02	2,609	1,305	50.0%	670	25.7%	406	15.6%	154	5.9%	74	2.8%
	R03	3,612	1,868	51.7%	893	24.7%	542	15.0%	215	6.0%	94	2.6%
	R04	3,237	1,651	51.0%	809	25.0%	483	14.9%	193	6.0%	101	3.1%
男性	H29	1,816	1,067	58.8%	420	23.1%	214	11.8%	83	4.6%	32	1.8%
	H30	1,741	999	57.4%	406	23.3%	222	12.8%	92	5.3%	22	1.3%
	R01	1,667	933	56.0%	395	23.7%	235	14.1%	72	4.3%	32	1.9%
	R02	1,148	642	55.9%	287	25.0%	154	13.4%	45	3.9%	20	1.7%
	R03	1,655	980	59.2%	371	22.4%	201	12.1%	75	4.5%	28	1.7%
	R04	1,460	876	60.0%	316	21.6%	173	11.8%	57	3.9%	38	2.6%
女性	H29	2,241	1,082	48.3%	561	25.0%	370	16.5%	152	6.8%	76	3.4%
	H30	2,103	970	46.1%	556	26.4%	354	16.8%	149	7.1%	74	3.5%
	R01	2,076	892	43.0%	549	26.4%	367	17.7%	176	8.5%	92	4.4%
	R02	1,461	663	45.4%	383	26.2%	252	17.2%	109	7.5%	54	3.7%
	R03	1,957	888	45.4%	522	26.7%	341	17.4%	140	7.2%	66	3.4%
	R04	1,777	775	43.6%	493	27.7%	310	17.4%	136	7.7%	63	3.5%

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)180以上	再掲												
						未治療	治療											
H29	4,057	2,149 53.0%	981 24.2%	584 14.4%	343 8.5%	315 91.8%	28 8.2%											
					108 2.7%	94 87.0%	14 13.0%											
H30	3,844	1,969 51.2%	962 25.0%	576 15.0%	337 8.8%	303 89.9%	34 10.1%											
					96 2.5%	81 84.4%	15 15.6%											
R01	3,743	1,825 48.8%	944 25.2%	602 16.1%	372 9.9%	336 90.3%	36 9.7%											
					124 3.3%	107 86.3%	17 13.7%											
R02	2,609	1,305 50.0%	670 25.7%	406 15.6%	228 8.7%	203 89.0%	25 11.0%											
					74 2.8%	63 85.1%	11 14.9%											
R03	3,612	1,868 51.7%	893 24.7%	542 15.0%	309 8.6%	277 89.6%	32 10.4%											
					94 2.6%	85 90.4%	9 9.6%											
R04	3,237	1,651 51.0%	809 25.0%	483 14.9%	294 9.1%	264 89.8%	30 10.2%											
					101 3.1%	92 91.1%	9 9.8%											

### 治療と未治療の状況

				正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
				LDL測定者		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	814	20.1%	537	66.0%	176	21.6%	73	9.0%	14	1.7%	14	1.7%		
	H30	810	21.1%	538	66.4%	172	21.2%	66	8.1%	19	2.3%	15	1.9%		
	R01	789	21.1%	522	66.2%	157	19.9%	74	9.4%	19	2.4%	17	2.2%		
	R02	610	23.4%	410	67.2%	120	19.7%	55	9.0%	14	2.3%	11	1.8%		
	R03	878	24.3%	595	67.8%	179	20.4%	72	8.2%	23	2.6%	9	1.0%		
	R04	807	24.9%	536	66.4%	170	21.1%	71	8.8%	21	2.6%	9	1.1%		
治療なし	H29	3,243	79.9%	1,612	49.7%	805	24.8%	511	15.8%	221	6.8%	94	2.9%		
	H30	3,034	78.9%	1,431	47.2%	790	26.0%	510	16.8%	222	7.3%	81	2.7%		
	R01	2,954	78.9%	1,303	44.1%	787	26.6%	528	17.9%	229	7.8%	107	3.6%		
	R02	1,999	76.6%	895	44.8%	550	27.5%	351	17.6%	140	7.0%	63	3.2%		
	R03	2,734	75.7%	1,273	46.6%	714	26.1%	470	17.2%	192	7.0%	85	3.1%		
	R04	2,430	75.1%	1,115	45.9%	639	26.3%	412	17.0%	172	7.1%	92	3.8%		