

第3期多久市国民健康保険
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

多久市国民健康保険
令和6年3月

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期計画にかかる評価及び考察
 - 1) 第2期データヘルス計画の評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
3. 第3期における健康課題の明確化
 - 1) 基本的考え方
 - 2) 健康課題の明確化
 - 3) 目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……………34

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

第4章 課題解決するための個別保健事業42

1. 保健事業の方向性

2. 重症化予防の取組

(1). 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

(2). 糖尿病性腎症重症化予防

(3). 脳血管疾患重症化予防

(4). 虚血性心疾患重症化予防

3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

4. 発症予防

5. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し74

1. 評価の時期

2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い75

1. 計画の公表・周知

2. 個人情報の取扱い

参考資料76

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

このような国の動きや多久市の課題等を踏まえ、多久市では、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期多久市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことにより、保健事業実施計画(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。

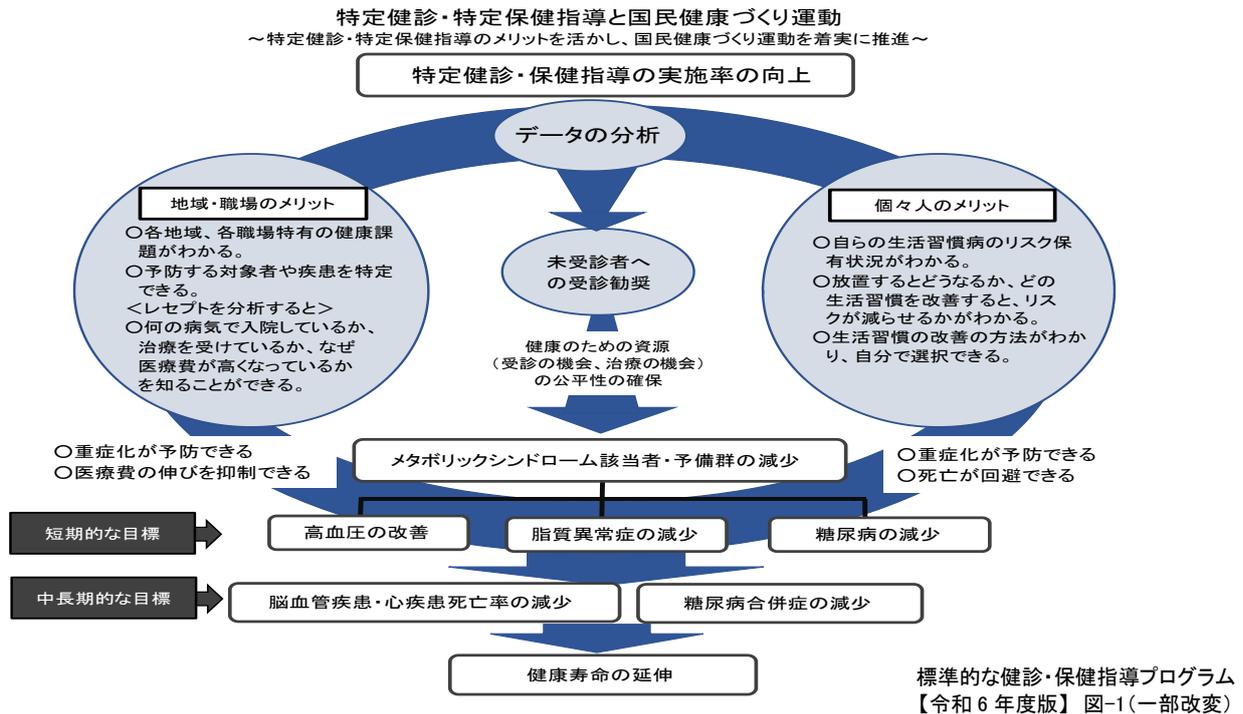
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

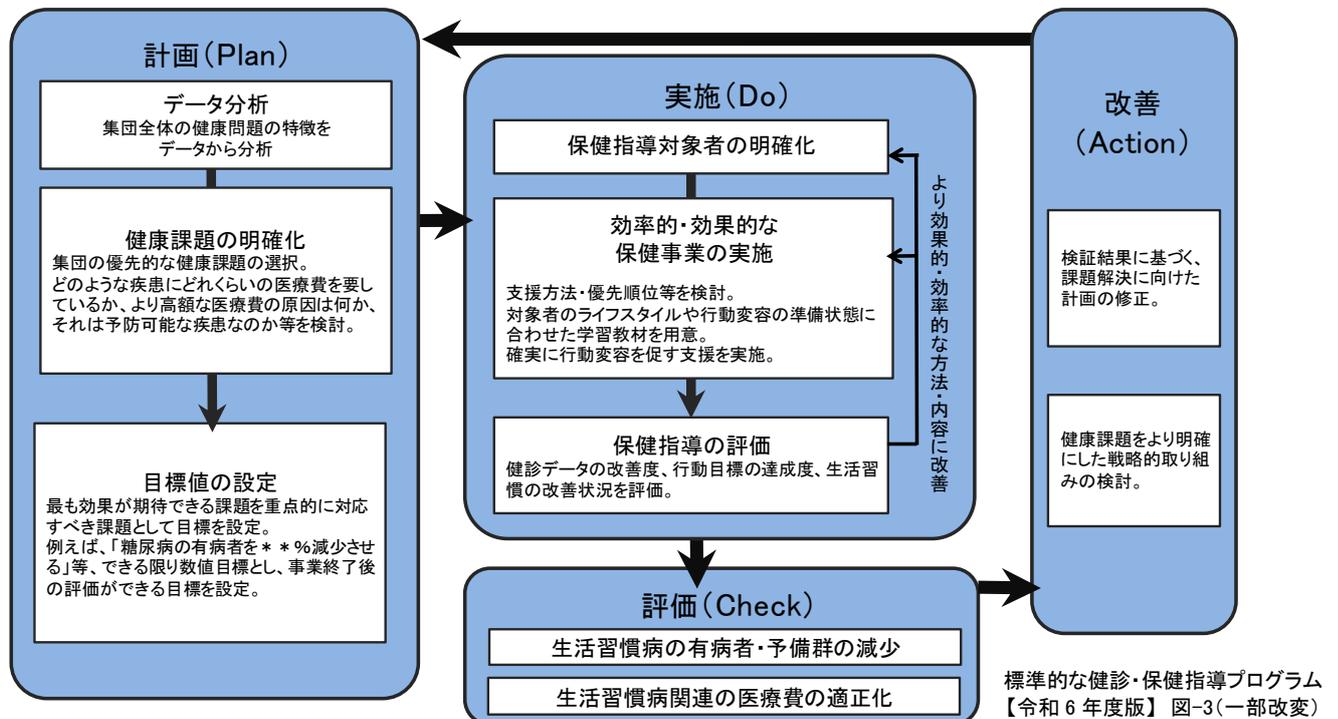
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法					
		健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条	
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針	
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年	
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務	
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより有効性を持 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 (給乳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		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 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患	
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				が ん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養	
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



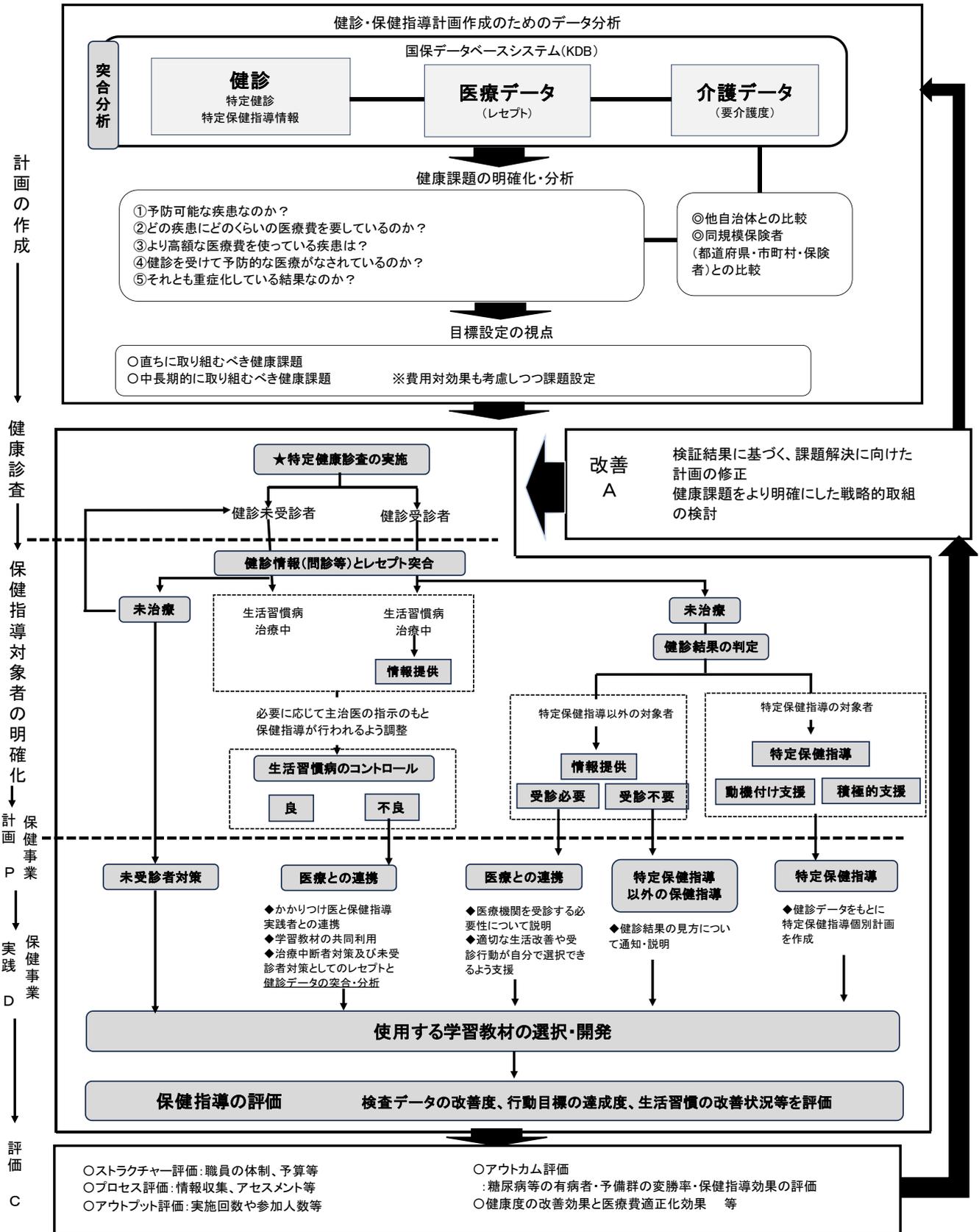
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

図表3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

図表4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

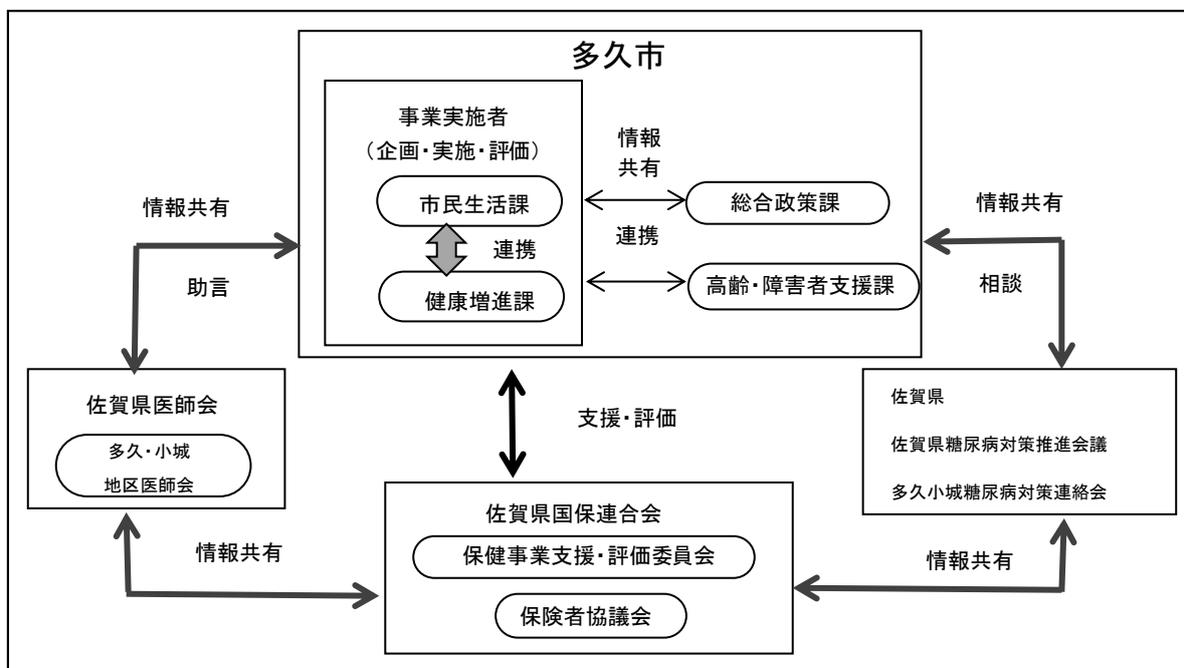
1) 市町村国保の役割

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、多久市において、健康増進課が主体となり本計画を策定しますが、住民の健康の保持増進に係る部署に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、市民課、高齢・障害者支援課、総合政策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 多久市の実施体制図



図表7 保健事業体制と主な保健事業の分担

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

	保 (課長補佐)	保 (係長)	保 (主任)	保 (主任)	保 (主任)	保	保	保	管栄	事
国保事務		◎		○	○	○			○	
健康診断 保健指導	○	◎	○	◎	◎	○	○	○	◎	○
がん検診	○	○	○	◎	○	○	○	○	○	◎
新型コロナ ワクチン				◎						◎
予防接種		○	◎							
母子保健	○	○	◎	○	○	◎	◎	◎	○	○
精神保健	○	○	○	○	○	○	○	○		
歯科保健				◎ 成人				◎ 母子		

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、関係機関との連携・協力が重要です。(図表6)

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である佐賀県のほか、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、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関等の社会資源と連携、協力します。

また、佐賀県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に市町村国保の保険者機能の強化については、佐賀県の関与が更に重要です。

さらに、保険者と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、佐賀県が佐賀県医師会との連携を推進することが重要です。

国保連と佐賀県は、ともに市町村等の保険者を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めます。

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を共有したり、保険者間で連携して保健事業を展開したりすることに努めます。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあり、「自分の健康は自分で守る」ために、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。

5. 保険者努力支援制度

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

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする(事業費分・事業費連動分)保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また佐賀県は、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		
		多久市	配点	多久市	配点	多久市	配点	
交付額(万円)		826万 7千円		934万 円		983万 7千円		
全国順位(1,741市町村中)		823位		421位		288位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	140	70	120	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	25	40	60	40	60	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	35	90	25	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	10	130	30	130	110	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	5	100	10	100	10	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	20	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	25	30	40	30	40	40
	⑤	第三者求償の取組	40	40	50	50	36	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	77	95	69	100	47	100
合計点		562	1,000	644	960	658	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

多久市は、人口約1万8千人で高齢化率は令和2年度国勢調査で36.9%でした。同規模、県、国と比較すると高齢化率は高く、被保険者の平均年齢は57歳です。死亡率の高さ、出生率の低さも特徴であり、財政指数は同規模、県、国とほぼ変わりません。産業においては、同規模と比較すると第1次産業が少なく、第2次産業、第3次産業が多いため、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高く、若い世代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

国保加入率は、R4年度は21%で割合は大きく変わりありませんが、年々被保険者数は減少しています。65～74歳の前期高齢者が約54%を占めており、ここ3年間で割合は増え、一方で40～64歳までの割合は年々減少しています。(図表10)

また、多久市には3つの病院、11の診療所があり、同規模と比較すると、病床数は多く外来患者数や入院患者数も多くなっていますが、一方で医師の数が少ない傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した多久市の特性

	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
多久市	18,279	36.9	3,844 (21.0)	57.0	5.7	15.3	0.4	8.7	28.1	63.1
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	30.8	21.7	53.4	7.5	12.5	0.4	8.7	24.2	67.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、多久市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数	割合								
被保険者数	4,258		4,128		4,006		3,968		3,844	
65～74歳	2,144	50.4	2,125	51.5	2,184	54.5	2,173	54.8	2,085	54.2
40～64歳	1,330	31.2	1,249	30.3	1,163	29.0	1,140	28.7	1,094	28.5
39歳以下	784	18.4	754	18.3	659	16.5	655	16.5	665	17.3
加入率	21.7		21.0		20.4		20.2		21.0	

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		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
	実数	割合	同規模 割合	県 割合								
病院数	3	0.7	3	0.7	3	0.7	3	0.8	3	0.8	0.4	0.6
診療所数	12	2.8	10	2.4	11	2.7	11	2.8	11	2.9	3.5	4.0
病床数	356	83.6	356	86.2	304	75.9	304	76.6	304	79.1	67.7	83.5
医師数	32	7.5	32	7.8	27	6.7	27	6.8	27	7.0	9.7	14.1
外来患者数	860.9		858.7		822.3		854.9		879.8		728.3	784.4
入院患者数	33.5		34.8		32.9		34.8		33.9		23.6	27.7

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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ました。具体的には、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を減らすことと、3つの疾患の医療費に占める割合を減らすことを目標設定しました。

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、脂質異常症等を減らしていくことを目標設定しました。(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

多久市の高齢化は平成30年度からの変化でも急速に進んでおり、県や国と比較しても高い割合となっています。令和4年度の要介護認定者は、第2号(40～64歳)被保険者で22人(認定率0.38%)と平成30年度と比較すると減っています。第1号(65歳以上)被保険者で1,234人(認定率17.9%)と同規模・県・国と比較すると認定率も低く、平成30年度と比べ若干減っています。しかし、新規認定者が214人と平成30年度に比べ大幅に増えており、その中でも75歳以上の新規認定者数が大幅に増加しています。(図表12)

平成30年度と令和4年度の介護総給付費や1人あたり及び1件あたりの給付費は、減っていますが、1件あたりの給付費(全体)や施設サービス給付費は同規模・県・国と比較して多くなっています。(図表13)

また、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況をみるとどの年代においても、脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めています。第2号被保険者で8割弱、第1号被保険者で約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は全年齢で約9割と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

	多久市				同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	6,300人	32.1%	6,753人	36.9%	36.2%	30.8%	28.7%
2号認定者	31人	0.47%	22人	0.38%	0.37%	0.33%	0.38%
新規認定者	6人		6人		--	--	--
1号認定者	1,267人	20.1%	1,234人	17.9%	19.1%	18.6%	19.4%
新規認定者	168人		214人		--	--	--
再掲	65～74歳	116人	4.0%	132人	3.9%	--	--
新規認定者	23人		30人		--	--	--
75歳以上	1,151人	34.0%	1,102人	33.1%	--	--	--
新規認定者	145人		184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

	多久市		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	19億5694万円	19億0817万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	310,626	282,567	300,230	286,277	290,668
1件あたり給付費(円) 壱体	77,851	73,752	70,503	69,755	59,662
居宅サービス	43,747	42,209	43,936	50,348	41,272
施設サービス	311,727	304,538	291,914	290,902	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		22		132		1,102		1,234		1,256		
再)国保・後期		13		98		1,070		1,168		1,181		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
				割合		割合		割合		割合		割合
	循環器疾患	1	脳卒中	10	脳卒中	48	脳卒中	536	脳卒中	584	脳卒中	594
				76.9%		49.0%		50.1%		50.0%		50.3%
		2	虚血性心疾患	3	虚血性心疾患	30	虚血性心疾患	430	虚血性心疾患	460	虚血性心疾患	463
			23.1%		30.6%		40.2%		39.4%		39.2%	
	3	腎不全	1	腎不全	17	腎不全	182	腎不全	199	腎不全	200	
			7.7%		17.3%		17.0%		17.0%		16.9%	
	合併症	4	糖尿病合併症	2	糖尿病合併症	14	糖尿病合併症	139	糖尿病合併症	153	糖尿病合併症	155
			15.4%		14.3%		13.0%		13.1%		13.1%	
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			11	基礎疾患	87	基礎疾患	998	基礎疾患	1,085	基礎疾患	1,096	
		84.6%		88.8%		93.3%		92.9%		92.8%		
血管疾患合計			12	合計	88	合計	1,021	合計	1,109	合計	1,121	
			92.3%		89.8%		95.4%		94.9%		94.9%	
認知症			1	認知症	25	認知症	516	認知症	541	認知症	542	
			7.7%		25.5%		48.2%		46.3%		45.9%	
筋・骨格疾患			10	筋骨格系	88	筋骨格系	1,042	筋骨格系	1,130	筋骨格系	1,140	
			76.9%		89.8%		97.4%		96.7%		96.5%	

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

多久市の医療費は、国保加入者が減少しているにもかかわらず、総医療費は横ばいであり、令和4年度の一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約10万円高く、平成30年度と比較しても約5万円伸びています。(図表15)

また年齢調整をした地域差指数では、国民健康保険でみると、全国平均の1を大きく超えており、特に平成30年度では県内でも上位となっていました。佐賀県は地域差指数全国1位であるため、いかに医療費が高いかということがうかがえます。しかし多久市は、平成30年度と令和2年度を比較すると、指数は下がり、県内順位も2位から7位へと低下してきています。(図表16)

図表15 医療費の推移

		多久市		同規模	県	国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数(人)		4,258人	3,844人	--	--	--
前期高齢者割合		2,144人 (50.4%)	2,085人 (54.2%)	--		
総医療費		19億2292万円	19億2620万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		451,602	501,092	394,521	431,999	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	496,730	577,660	585,610	585,050	617,950
	費用の割合	45.3	47.9	43.3	46.2	39.6
	件数の割合	3.7	3.7	3.1	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	23,330	24,160	24,850	24,060	24,220
	費用の割合	54.7	52.1	56.7	53.8	60.4
	件数の割合	96.3	96.3	96.9	96.6	97.5
受診率		894.451	913.64	751.942	812.114	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は多久市と同規模保険者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		
		多久市(県内市町村中)		県(47県中)	多久市(県内市町村中)		県(47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	1.314	1.284	1.207	1.135	1.159	1.140
		(2位)	(4位)	(1位)	(8位)	(11位)	(5位)
	入院	1.537	1.564	1.396	1.098	1.175	1.239
		(6位)	(3位)	(2位)	(17位)	(15位)	(9位)
	外来	1.193	1.121	1.094	1.195	1.156	1.045
		(2位)	(6位)	(2位)	(1位)	(1位)	(7位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると減少していますが、虚血性心疾患の割合は増えています。また、慢性腎不全(透析無)の割合が同規模・県・国と比較して多いことから、透析となるリスクを持つ方も多くいるということが読みとれます。(図表17)

次に、中長期目標疾患の治療状況を令和元年度と比較してみると、令和4年度は脳血管疾患・虚血性心疾患が共に微増し、人工透析は横ばいでした。年代別に見ると、脳血管疾患は40～64歳が増え、虚血性心疾患は65～75歳が増えています。その原因となる高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病の発症予防および重症化予防の対策が重要であると考えます。(図表18)

図表17 中長期目標疾患の医療費の推移

			多久市		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			19億2292万円	19億2620万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億9194万円	1億3052万円	--	--	--
			9.98%	6.78%	7.84%	8.86%	8.03%
患 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.93%	1.78%	2.10%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.65%	0.72%	1.39%	1.04%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.96%	3.90%	4.05%	5.37%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.44%	0.39%	0.30%	0.29%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		13.82%	14.63%	16.91%	14.40%	16.69%
	筋・骨疾患		11.07%	10.94%	9.00%	8.87%	8.68%
	精神疾患		10.57%	11.82%	8.74%	10.73%	7.63%

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注) 最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾 患 別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
					R元年度	R4年度	R元年度	R4年度	R元年度	R4年度	
治療者(人) 0～74歳	A	4,128	3,844	a	398	371	353	349	24	24	
				a/A	9.6%	9.7%	8.6%	9.1%	0.6%	0.6%	
40歳以上	B	3,374	3,179	b	391	366	347	344	22	22	
	B/A	81.7%	82.7%	b/B	11.6%	11.5%	10.3%	10.8%	0.7%	0.7%	
再 掲	40～64歳	D	1,249	1,094	d	65	69	76	63	9	9
		D/A	30.3%	28.5%	d/D	5.2%	6.3%	6.1%	5.8%	0.7%	0.8%
	65～74歳	C	2,125	2,085	c	326	297	271	281	13	13
		C/A	51.5%	54.2%	c/C	15.3%	14.2%	12.8%	13.5%	0.6%	0.6%

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

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

多久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生活改善や適切な治療を受けるなどの自己管理への意識付けとなり、重症化予防につながっていると考えられます。

図表19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		R元年度	R4年度	R元年度	R4年度	R元年度	R4年度	
高血圧症治療者(人)		A	1,587	1,598	389	327	1,198	1,271
		A/被保数	47.0%	50.3%	31.1%	29.9%	56.4%	61.0%
(中長期 合併 目標 疾患)	脳血管疾患	B	224	202	42	34	182	168
		B/A	14.1%	12.6%	10.8%	10.4%	15.2%	13.2%
	虚血性心疾患	C	244	245	47	39	197	206
		C/A	15.4%	15.3%	12.1%	11.9%	16.4%	16.2%
	人工透析	D	21	20	8	7	13	13
		D/A	1.3%	1.3%	2.1%	2.1%	1.1%	1.0%

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		
		R元年度	R4年度	R元年度	R4年度	R元年度	R4年度	
糖尿病治療者(人)		A	856	846	233	174	623	672
		A/被保数	25.4%	26.6%	18.7%	15.9%	29.3%	32.2%
(中長期 合併 目標 疾患)	脳血管疾患	B	114	109	24	16	90	93
		B/A	13.3%	12.9%	10.3%	9.2%	14.4%	13.8%
	虚血性心疾患	C	145	139	30	22	115	117
		C/A	16.9%	16.4%	12.9%	12.6%	18.5%	17.4%
	人工透析	D	16	15	7	3	9	12
		D/A	1.9%	1.8%	3.0%	1.7%	1.4%	1.8%
糖尿病 合併 症	糖尿病性腎症	E	118	111	34	21	84	90
		E/A	13.8%	13.1%	14.6%	12.1%	13.5%	13.4%
	糖尿病性網膜症	F	154	158	34	23	120	135
		F/A	18.0%	18.7%	14.6%	13.2%	19.3%	20.1%
	糖尿病性神経障害	G	43	31	11	8	32	23
		G/A	5.0%	3.7%	4.7%	4.6%	5.1%	3.4%

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		
		R元年度	R4年度	R元年度	R4年度	R元年度	R4年度	
脂質異常症治療者(人)		A	1,368	1,391	378	328	990	1,063
		A/被保数	40.5%	43.8%	30.3%	30.0%	46.6%	51.0%
（中長期併発疾患）	脳血管疾患	B	147	141	26	24	121	117
		B/A	10.7%	10.1%	6.9%	7.3%	12.2%	11.0%
	虚血性心疾患	C	213	214	40	35	173	179
		C/A	15.6%	15.4%	10.6%	10.7%	17.5%	16.8%
	人工透析	D	12	14	6	5	6	9
		D/A	0.9%	1.0%	1.6%	1.5%	0.6%	0.8%

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%以上を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で22.8%、糖尿病で5.5%であり、その割合は健診結果やレセプト等の情報が得られた448市町村合計と比較しても低いため、治療につながっている割合が高いと考えます。(図表22)

①で前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきています。しかし、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、今後も健診の受診率向上を図りつつ、治療が必要な方には受診勧奨を徹底し、未治療をなくし、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R03.4～R04.3)			
	受診者A	受診率	受診者B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療		治療中断	
多久市	2,039	65.3	1,796	60.9	53	2.6	31	58.5	57	3.2	26	45.6	13	22.8	2	3.5
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_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R03.4～R04.3)			
	HbA1c実施者A	実施率	HbA1c実施者B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	未治療		治療中断	
多久市	1,924	94.4	1,689	94.0	128	6.7	20	15.6	163	9.7	32	19.6	9	5.5	3	1.8
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典：ヘルスサポートラボツール

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。多久市の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、約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。(図表23)

また重症化予防の観点から、有所見割合を見ると、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上は増加、LDL-C160mg/dl以上は減少しています。翌年度の結果を見ると、改善率が HbA1c6.5%以上、LDL-C160mg/dl以上は増え、Ⅱ度高血圧以上の者も悪化はならず、全体的に維持・改善傾向となっています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも2割程度存在し、結果が把握できていません。(図表24、25、26)

今後も結果の改善につながる保健指導を継続し、重症化予防対象者こそ健診受診を勧める働きかけに努めることが重要です。

図表23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	2,039 (65.3%)	467 (22.9%)	164 (8.0%)	303 (14.9%)	269 (13.2%)
R4年度	1,725 (61.5%)	432 (25.0%)	162 (9.4%)	270 (15.7%)	225 (13.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表24 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R元	248 (12.9%)	55 (22.2%)	97 (39.1%)	40 (16.1%)	56 (22.6%)
R3→R4	293 (17.3%)	92 (31.4%)	117 (39.9%)	31 (10.6%)	53 (18.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R元	53 (2.6%)	38 (71.7%)	2 (3.8%)	2 (3.8%)	11 (20.8%)
R3→R4	57 (3.2%)	38 (66.7%)	10 (17.5%)	0 (0.0%)	9 (15.8%)

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→R元	200 (9.8%)	84 (42.0%)	55 (27.5%)	14 (7.0%)	47 (23.5%)
R3→R4	152 (8.5%)	74 (48.7%)	40 (26.3%)	5 (3.3%)	33 (21.7%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

多久市の特定健診受診率は、目標の65%には達成できていませんが、国が目標としている60%は令和2年度を除いては達成できています。令和2年度は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、受診控えによる未受診なども考えられましたが、受診率もまた向上してきました。年代別の受診率をみると、特に40～50歳代は60～74歳と比べると低い状況が続いています。生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行し、数十年かけて動脈硬化を悪化させていきます。そのため、早期から、生活習慣病に意識を向けてもらうために20～39歳の一般健診も行っています。

特定保健指導についても、目標の75%には達成できていませんが、国が目標としている60%は令和2年度を除いては達成できています。メタボリックシンドロームに焦点をあてた特定保健指導を着実に実施していくことによって、中長期疾患を発症する前の段階で予防ができます。自覚症状がないまま経過する生活習慣病の発症予防、重症化予防には、継続的な健診の受診そして個のデータや背景に合わせた保健指導が重要となります。(図表27・28)

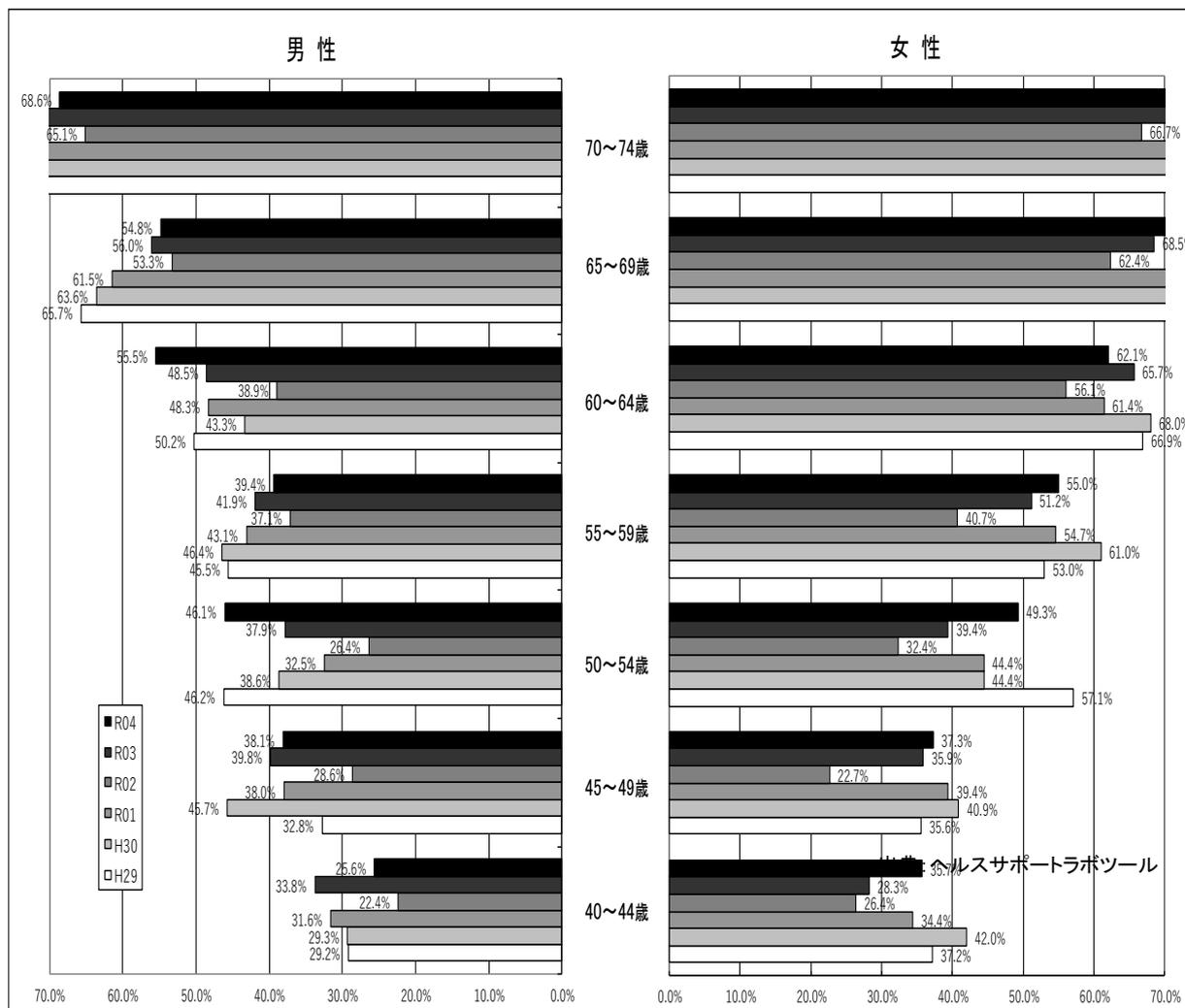
図表27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	1,981	1,809	1,588	1,771	1,690	健診受診率 65%
	受診率	63.5%	60.2%	53.0%	60.1%	60.2%	
特定保健指導	該当者数	232	161	154	182	160	特定保健指導実施率 75%
	割合	11.7%	8.9%	9.7%	10.3%	8.2%	
	実施者数	180	123	80	137	114	
	実施率	77.6%	76.4%	51.9%	75.3%	71.3%	

出典:特定健診法定報告データ

図表28 年代別特定健診受診率の推移

特定健診受診率の推移



2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

プログラム対象者の割合は、年々少しずつ増加しており、平成30年、令和元年は80%を超える保健指導ができていました。コロナ禍の令和2年は77.9%と落ち込みましたが、令和3・4年度は前年よりも保健指導率の伸びが回復してきています。そのうち未治療者・治療中断者は年々減っていますが、受診につながった者も減っており、今後も治療の必要性への理解を得られるような受診勧奨と保健指導を継続して行います。また、通院者のうちハイリスク者の血糖検査値の変化を保健指導実施後で見ると、改善した割合が平成30年～令和2年は22%程度でしたが、令和3年は29.3%に増加しました。医療機関との連携として、連絡票や糖尿病連携手帳の活用、連絡会などを行っており、今後も引き続き実施していきます。

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

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

表1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R元	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	2,039	1,862	1,609	1,796	1,725
プログラム対象者 *1	人(b)	161	156	149	187	146
	(b/a)	7.9%	8.4%	9.3%	10.4%	8.5%
保健指導実施者 *2	人(c)	136	137	116	147	117
	(c/b)	84.5%	87.8%	77.9%	78.6%	80.1%

*1 小城市・多久市糖尿病性腎症重症化予防プログラム

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

表2 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R元	R2	R3	R4
プログラム対象者 *1	人(a)	161	156	149	187	146
プログラム対象者の 未治療者・治療中断者 *3	人(b)	23	30	23	23	17
	(b/a)	14.3%	19.2%	15.4%	12.3%	11.6%
受診した者	人(c)	10	26	15	12	4
	(c/b)	43.5%	86.7%	65.2%	52.2%	23.5%

*3 プログラム対象者で問診にて糖の治療なしと答えた者

表3 通院者のうちハイリスク者の血糖検査値(HbA1c)の変化(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
プログラム対象者 保健指導実施者	人(a)	136	137	116	147	105
改善	人(b)	30	30	26	43	30
	(b/a)	22.1%	21.9%	22.4%	29.3%	28.6%
変化なし	人(c)	53	37	47	57	27
	(c/a)	39.0%	27.0%	40.5%	38.8%	25.7%
悪化	人(d)	14	15	12	11	32
	(d/a)	10.3%	10.9%	10.3%	7.5%	30.5%
検査値確認なし	人(e)	26	17	7	6	16
	(e/a)	19.1%	12.4%	6.0%	4.1%	15.2%

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、平成28年度より集団健診では心電図検査を全員に実施し、令和4年度は健診受診者の約6割が心電図の実施をしています。コロナ禍前までは健診受診者の約7割が実施できていましたが、令和2年度はコロナ禍により集団健診の受診者が少なくなり、個別健診の受診者が増えていたため、心電図実施率が低くなっています。

有所見者(心房細動、ST異常)の割合で見ると、コロナ禍前と比べても大きな変化はありません。

ST所見で要精査・要医療以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。

表4 特定健診心電図検査の結果

		H30	R元	R2	R3	R4
健診受診者(人)	a	2,039	1,862	1,609	1,796	1,725
心電図受診者(人)	b	1,418	1,349	634	1,012	1,041
心電図実施率	b/a	69.5%	72.4%	39.4%	56.3%	60.3%
心房細動(人)	c	12	18	5	11	12
	c/b	0.8%	1.3%	0.8%	1.1%	1.2%
ST異常所見(人)	d	62	41	32	48	46
	d/b	4.4%	3.0%	5.0%	4.7%	4.4%

③脳血管疾患重症化予防対策

令和4年度の高血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約3%で平成30年度と比較し微増しています。その中で61.1%が未治療者です。また、高血圧Ⅲ度以上の者は9人いて4人が未治療でした。血管を守る意味で高血圧Ⅱ度以上の者には、必ず保健指導の中で家庭血圧測定のもと受診勧奨を行うこととしています。

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因のひとつでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。表6は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①高リスクの未治療者②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらい受診勧奨に取り組んでいく必要があります。既往がある人もリスクに含まれるため、再梗塞を防ぐという意味でも必ず介入していく対象になります。また、高値血圧の者についても診察室血圧(健診時)での判断のみならず家庭血圧の計測をすすめ、血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が38.9%いました。服薬状況の確認に加えて、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

表5 血圧Ⅱ度以上(収縮期血圧160以上または拡張期血圧100以上)の者

		H30	R元	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	2,039	1,862	1,609	1,796	1,725	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	53	34	46	57	54	
	(b/a)	2.6%	1.8%	2.9%	3.2%	3.1%	
	治療あり	人(c)	22	19	26	31	21
		(c/b)	41.5%	55.9%	56.5%	54.4%	38.9%
	治療なし	人(d)	31	15	20	26	33
		(d/b)	58.5%	44.1%	43.5%	45.6%	61.1%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	9	6	9	7	9
		(f/a)	0.4%	0.3%	0.6%	0.4%	0.5%
	治療あり	人	5	3	2	3	5
	治療なし	人	4	3	7	4	4

表6 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	339	高血圧	I度高血圧	II度高血圧	Ⅲ度高血圧
			130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
			189 55.8%	117 34.5%	29 8.6%	4 1.2%
リスク第1層 予後影響因子がない		14 4.1%	C 11 5.8%	B 3 2.6%	B 0 0.0%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある		178 52.5%	C 104 55.0%	B 58 49.6%	A 15 51.7%	A 1 25.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある		147 43.4%	B 74 39.2%	A 56 47.9%	A 14 48.3%	A 3 75.0%

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

区分	該当者数
A	ただちに薬物療法を開始 89 26.3%
B	概ね1カ月後に再評価 135 39.8%
C	概ね3カ月後に再評価 115 33.9%

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

(2) ポピュレーションアプローチ

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

多久市においては、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、健診を受け、納得した上で健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。取組内容としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために、個人の実態と社会環境等について地区の集まりに出向き、市民へ周知を行いました。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表29 データヘルス計画の目標管理一覧

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		
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)	
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10%減少	2.9%	2.0%	1.8%	KDBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少	0.7%	1.2%	0.7%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合10%減少	2.0%	2.2%	2.5%		
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者の割合減少25%	36.1%	37.6%	37.7%	多久市健康増進課
			健診受診者の高血圧者の割合減少20% (160/100以上)	2.6%	2.8%	3.2%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少30% (LDL180以上)	9.8%	10.2%	7.8%	
			健診受診者のHbA1cコントロール不良群の割合減少	12.9%	16.0%	15.8%	
			健診受診者の糖尿病の未治療者の割合15%	0.06%	0.39%	0.37%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合 100%	88.1%	65.3%	81.4%	
			糖尿病中断者の割合減少 10%	43.5%	65.2%	62.5%	
	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65%以上	63.5	53.0	60.2	法定報告値	
		特定保健指導実施率75%以上	77.6	51.9	71.3		
		特定保健指導対象者の減少率 25%	11.7	9.7	9.5		
努力支援制度	その他	胃がん検診受診率 25.5%以上	…	18.5	16.6	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 30%以上	20.6	22.8	22.0		
		大腸がん検診受診率 30%以上	20.4	20.9	18.8		
		子宮がん検診受診率 30%以上	…	30.7	28.0		
		乳がん検診受診率 30%以上	…	34.7	31.6		
	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 70%以上	74.6%	77.8%	82.5%	厚生労働省	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

【考察】

第2期データヘルス計画においては、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)に重点を置いた重症化予防と、短期目標の疾患として高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドロームの改善、減少に向けて取り組んできました。

特定健診受診率を維持してきたことで、多久市の実態がより見えてきました。多久市の受診率は、コロナ禍であった R2年度を除いては60%以上を維持できており、毎年 8 割の人が継続受診し、経年で血管変化をみることでできています。新規受診者も毎年約 1 割で健診結果から身体の状態を血管の視点で知るきっかけになっています。年代別健診受診率をみると、特に40～50歳代受診率が低くなっています。経年でみると、若年層なりの受診率の伸びはありますが、今後さらに受診率が伸びることが若い世代の健康課題の明確化につながります。

健診結果を短期目標重症化予防の視点で見えていくと、メタボリックシンドロームの該当者が平成30年度と令和4年度で比較すると大幅に増加しています。メタボリックシンドロームは内臓脂肪蓄積に加え、重複した危険因子を保有していることで循環器疾患の死亡率や発症率が高くなります。そのため、基礎疾患の内服治療だけでは解決できないものであり、内臓脂肪の蓄積の解消につながる食事や運動などの生活改善が必須となります。メタボリックシンドローム該当者の減少が短期目標から中長期目標にかかる疾患を防ぐ鍵となります。

また、HbA1c7%以上、Ⅱ度高血圧以上の有所見者の割合は、平成30年度と令和3年度で比較すると増加していますが、経年変化で見えていくと HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160 以上は、いずれも悪化率は減少し、これまでの保健指導や受診勧奨等による効果と考えられます。短期目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)治療において、いずれの疾患も治療者の割合は増えています。しかし、いずれの 3 疾患においても中長期目標疾患の合併症を持ち合わせた割合はH30年度とR4年度と比べると減っています。このことは内服ありきではない、まずは自分の身体で起こっていることのイメージ化による体の理解と生活との結びつきを伝える保健指導を繰り返し実践してきた結果とも言えます。また、治療が必要な人を適切な医療につなげることで重症化を防ぐことができているため、保健指導の効果が少しずつできてきていると考えます。

生活習慣病にかかる対策は、社会保障費(医療費・介護費)の適正化において、重要な位置づけとなります。総医療費に占める中長期的な疾患を血管疾患の視点で見た要介護者の有病状況では、どの年代においても脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、2号被保険者では7割を超えています。高血圧や糖尿病などの基礎疾患を合わせ持つ割合がどの年代でも9割ほどいるため、介護予防においても短期目標疾患に重点を置いた生活習慣病対策が重要と言えます。

まずは特定健診を受けてもらうことが始まりであり、その結果を生かし、メタボリックシンドロームをはじめとした個々の生活習慣病のリスクを理解し、生活習慣の改善や必要な治療につなげることで医療費適正化、健康寿命の延伸に向かうことができると考えます。第2期で明らかになった課題に重点を置き、継続した更なる取り組みを実施していきます。

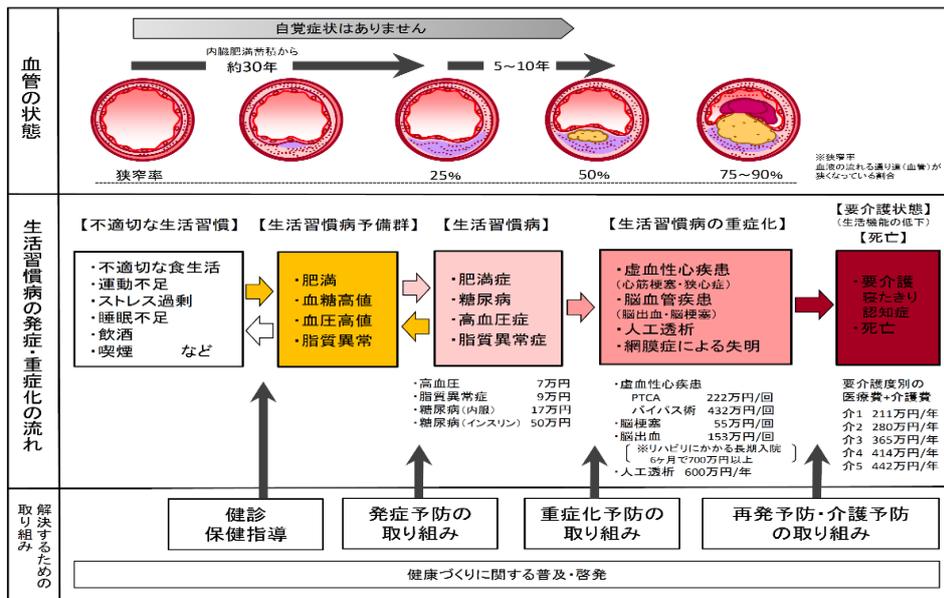
3. 第3期における健康課題の明確化

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。

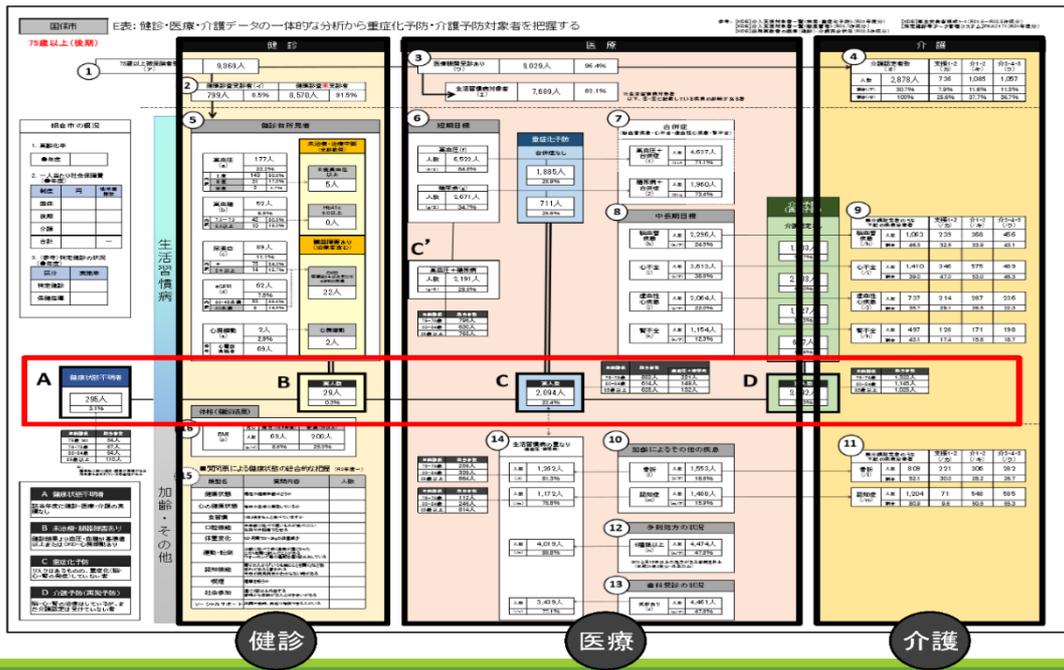
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、多久市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	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R04年度
被保険者数	4,258人	4,128人	4,006人	3,968人	3,844人	3,407人
総件数及び総費用額	件数 46,812件	45,057件	41,727件	43,243件	43,111件	59,080件
	費用額 19億2292万円	19億1389万円	18億2928万円	19億7009万円	19億2620万円	35億6972万円
一人あたり医療費	45.2万円	46.4万円	45.7万円	49.6万円	50.1万円	104.8万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費(月額)	中長期目標疾患			短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
			慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
① 国保	多久市	19億2620万円	40,821	3.90%	0.39%	1.78%	0.72%	5.06%	3.34%	1.66%	3億2430万円	16.8%	14.6%	11.82%	10.94%
	同規模	--	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	--	19.1%	16.9%	8.74%	9.00%
	県	--	35,091	5.37%	0.29%	2.15%	1.04%	4.89%	2.99%	1.93%	--	18.7%	14.4%	10.73%	8.87%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	多久市	35億6972万円	88,033	4.76%	0.41%	5.54%	0.89%	3.59%	2.70%	0.88%	6億7016万円	18.8%	8.3%	3.85%	16.1%
	同規模	--	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	--	18.7%	10.5%	4.11%	12.6%
	県	--	84,251	4.29%	0.42%	4.62%	1.00%	3.61%	3.08%	1.27%	--	18.3%	9.2%	4.85%	13.6%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期:R4年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	153人	172人	174人	199人	188人	474人
	件数	B	287件	315件	345件	371件	348件	867件
		B/総件数	0.61%	0.70%	0.83%	0.86%	0.81%	1.47%
	費用額	C	3億7072万円	4億2169万円	4億3409万円	5億0106万円	4億8493万円	10億6939万円
		C/総費用	19.3%	22.0%	23.7%	25.4%	25.2%	30.0%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期:R4年度								
脳血管疾患	人数	D	9人	6人	6人	11人	11人	45人							
		D/A	5.9%	3.5%	3.4%	5.5%	5.9%	9.5%							
	件数	E	22件	12件	19件	31件	21件	95件							
		E/B	7.7%	3.8%	5.5%	8.4%	6.0%	11.0%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	9.5%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	6	19.4%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	6	31.6%	0	0.0%	1	4.8%	75-80歳	18	18.9%
		60代	9	40.9%	7	58.3%	11	57.9%	20	64.5%	5	23.8%	80代	45	47.4%
		70-74歳	13	59.1%	4	33.3%	2	10.5%	5	16.1%	13	61.9%	90歳以上	32	33.7%
	費用額	F	3368万円	1382万円	2363万円	3945万円	3257万円	1億0818万円							
		F/C	9.1%	3.3%	5.4%	7.9%	6.7%	10.1%							

出典:ヘルスサポートラボツール

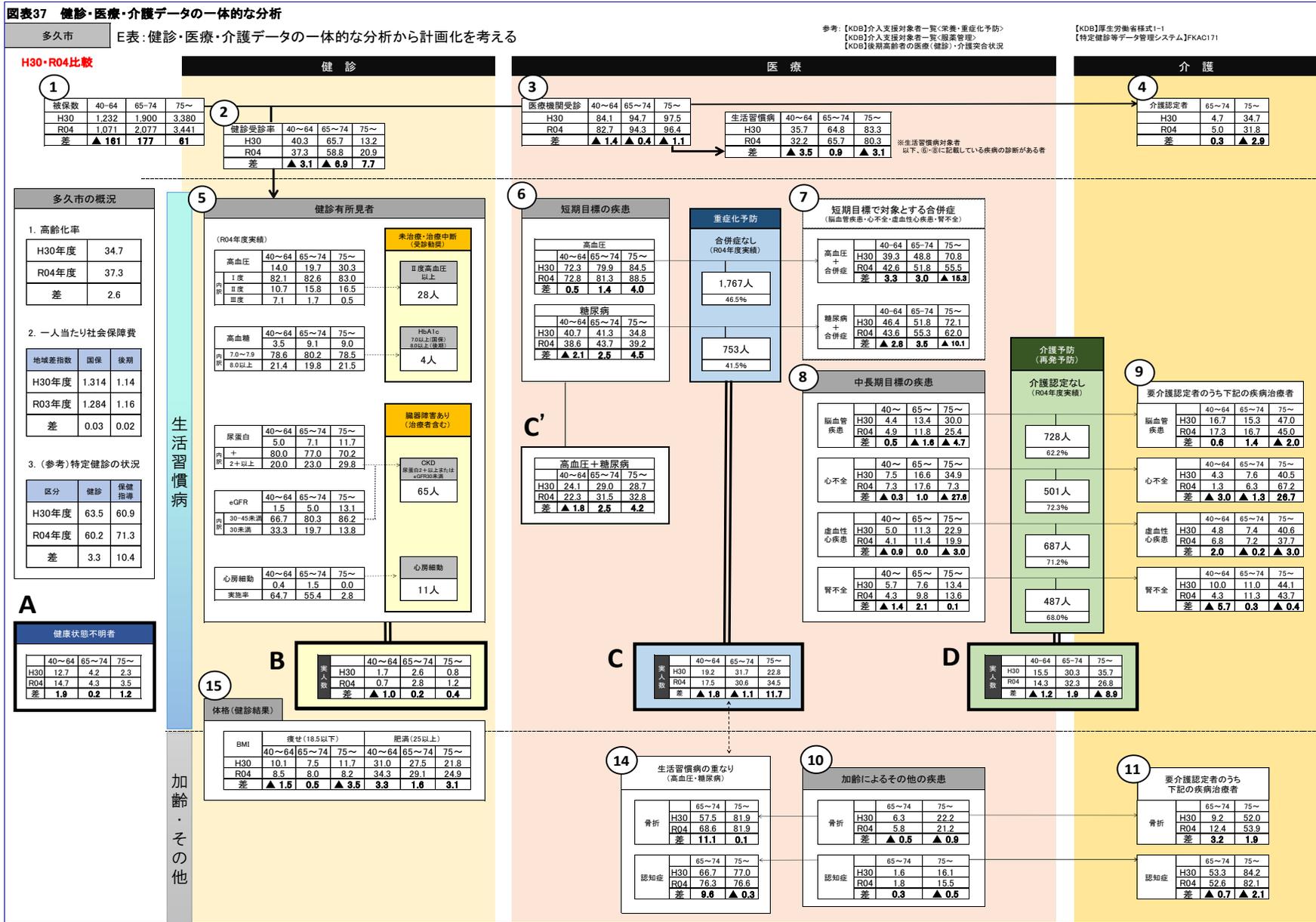
図表36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期:R4年度								
虚血性心疾患	人数	G	2人	10人	10人	7人	5人	9人							
		G/A	1.3%	5.8%	5.7%	3.5%	2.7%	1.9%							
	件数	H	2件	11件	12件	8件	5件	11件							
		H/B	0.7%	3.5%	3.5%	2.2%	1.4%	1.3%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	12.5%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	2	16.7%	1	12.5%	0	0.0%	75-80歳	3	27.3%
		60代	1	50.0%	7	63.6%	4	33.3%	4	50.0%	3	60.0%	80代	7	63.6%
		70-74歳	1	50.0%	4	36.4%	6	50.0%	2	25.0%	2	40.0%	90歳以上	1	9.1%
	費用額	I	410万円	2048万円	1710万円	1117万円	852万円	1509万円							
		I/C	1.1%	4.9%	3.9%	2.2%	1.8%	1.4%							

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

(2) 健診・医療・介護の一体的分析



図表38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数				② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	34.7	1,232	1,900	3,380	40.3	65.7	13.2	10.1	7.5	11.7	31.0	27.5	21.8	
R4	31.8	1,071	2,077	3,441	37.3	58.8	20.9	8.5	8.0	8.2	34.3	29.1	24.9	

図表39 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動														
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-												
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%						
H30	17	3.4	(7)	31	2.5	(11)	13	2.9	(6)	24	4.8	(4)	73	5.8	(3)	3	0.7	(0)	9	1.8	29	2.3	22	4.9	1	0.2	8	0.6	0	--
R04	10	2.5	(2)	42	3.4	(19)	37	5.1	(7)	14	3.5	(1)	111	9.1	(3)	14	1.9	(0)	4	1.0	27	2.2	34	4.7	1	0.3	10	0.8	0	--

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 医療機関受診						⑥ 短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									⑦ 短期目標の疾患とする 合併症					
	生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)						高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	84.1	94.7	97.5	35.7	64.8	83.3	72.3	79.9	84.5	40.7	41.3	34.8	24.1	29.0	28.7	39.3	48.8	70.8	46.4	51.8	72.1
R4	82.7	94.3	96.4	32.2	65.7	80.3	72.8	81.3	88.5	38.6	43.7	39.2	22.3	31.5	32.8	42.6	51.8	55.5	43.6	55.3	62.0

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 中長期目標の疾患(被保険者割)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.4	13.4	30.0	5.0	11.3	22.9	7.5	16.6	34.9	5.7	7.6	13.4	16.7	15.3	47.0	4.8	7.4	40.6	4.3	7.6	40.5	10.0	11.0	44.1
R04	4.9	11.8	25.4	4.1	11.4	19.9	7.3	17.6	7.3	4.3	9.8	13.6	17.3	16.7	45.0	6.8	7.2	37.7	1.3	6.3	67.2	4.3	11.3	43.7

図表42 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑬				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		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	57.5	81.9	66.7	77.0	6.3	22.2	1.6	16.1	9.2	52.0	53.3	84.2
R4	68.6	81.9	76.3	76.6	5.8	21.2	1.8	15.5	12.4	53.9	52.6	82.1

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化(図表32～42)

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年度以降は増加に転じ、横ばいの状況です。(図表32)

多久市は、これまで糖尿病に重点をおき、重症化予防に取り組んできたため、国保においては、中長期目標疾患の「脳」、「心」および「腎(透析あり)」の総医療費に占める割合が、同規模、県、国と比べて低い状況です。しかし、「筋・骨疾患」は、国保・後期ともに、同規模、県、国と比べて1ポイント以上高くなっています。(図表33)

高額レセプト(80万円以上/1件)について、国保においては毎年約350件強のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約2.5倍に増えることがわかります。高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、令和3年度では31件で約4,000万円の費用がかかっています。年代別件数では40代の若年層と60代の発症者が増えており、令和4年度も40歳未満の発症もあり、若年者の発症率も目立っています。後期高齢においては、95件発生し、約1億1千万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧等基礎疾患の重症化予防について若年者から見逃さず力を入れる必要があります。(図表34、35)

健診・医療・介護のデータを平成30年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表38の①被保険者数は、40～64歳は減っていますが、65歳以上では増え、高齢者が確実に増えていることがわかります。⑮の体格をみると、どの年齢層においても、BMI25以上の率が2～3ポイントも高くなっています。

図表39健診有所見の状況を見ると、65歳以上で有所見者が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表40の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況を見ると、③では、年代を追うごとに生活習慣病で医療機関を受診する者は増え、⑥の各疾患の治療中者も高血圧・糖尿病のどちらにおいても65～74歳については、合併症の割合が増加し高血圧では75歳以上になるとさらに増加しています。また⑦の高血圧、糖尿病と合併症を併せ持つ者は平成30年度、令和4年度とともに増えていきますが、比較をすると令和4年度では75歳以上の合併症を伴う治療中者の割合が減少しており、若年期から必要な治療を継続させることが高齢期の合併症の予防につながると考えます。

図表41の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、平成30年度と令和4

年度を比較すると、ほとんどの項目が低下または横ばいですが、65～74歳の心不全と慢性腎不全においては増加していました。また、要介護認定者は40～64歳で脳血管疾患および虚血性心疾患で増加していたため、受診勧奨や早期介入が重要となります。

(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、その割合は増加しています。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ、また疾患を有していても、健診を毎年受診し、自分の結果を自ら関心を持って確認できるような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、評価指標については、まず全ての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表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、医療費そのものを減らす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、糖尿病連携手帳や糖尿病性腎症重症化予防連絡票を活用し、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す。その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2) 管理目標の設定

図表43 第3期データヘルス計画目標管理一覧 ★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			目標値		データの把握方法 (活用データ)
				初期値 R6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)	中間目標値 (R7)	最終目標値 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.78	1.72	1.63	1.72	1.63	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	0.72	0.68	0.62	0.68	0.62	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	3.9	3.8	3.65	3.8	3.65	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	2.5	2.3	2	2.3	2	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	2.7	2.5	2.2	2.5	2.2	
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少率	37.7	36.3	33.8	36.3	33.8	多都市健康増進課
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	3.2	3	2.7	3	2.7	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	7.8	7.6	7.3	7.6	7.3	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	15.8	14.6	12.8	14.6	12.8	
			★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	0.37	0.34	0.25	0.34	0.25	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	62.5	65	70	65	70	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	100	100	100	100	100	
			特定健診実施率、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	★特定健診実施率60%以上	60.2	61.6	63.5	61.6	
	★特定保健指導実施率60%以上	71.3	73.8	77.6	73.8	77.6			
	★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	16.4	19.8	25.1	19.8	25.1			

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表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	60.2%	60.6%	60.9%	61.3%	61.6%	62.0%
特定保健指導実施率	71.3%	71.6%	72.0%	72.3%	72.7%	73.0%

3. 対象者の見込み

図表45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	2539人	2410人	2285人	2171人	2062人	1959人
	受診者数	1528人	1467人	1407人	1352人	1299人	1243人
特定保健指導	対象者数	173人	166人	159人	153人	147人	132人
	受診者数	123人	120人	117人	114人	112人	102人

4. 特定健診の実施

1)実施方法

(1)集団健診(各町公民館等)

(2)個別健診(委託医療機関)

上記①については、特定健診実施機関に委託します。(2)については県医師会が実施機関の取りまとめを行い、佐賀県医師会と佐賀県内の国民健康保険者の代表である佐賀県が集合契約を行います。

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機関の基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、多久市ホームページに掲載する。

4) 特定健診実施項目

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

多久市独自の取り組みとして、集団健診受診者に限り、心電図検査、貧血検査(赤血球数、血色素、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値)を実施します。

図表46 特定健診検査項目

○多久市特定健診検査項目

健診項目		多久市	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

4月から翌年3月末まで実施します。

6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、医療機関へ十分な説明を実施していきます。同時に市内の医療機関のスタッフとの連絡会議を開催し、受診率向上に向けた取り組みの共有化を図ります。

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

7) 代行機関

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

8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

受診券については、対象者全員に受診券を発行し、郵送します。また健診期間中には、受診再勧奨通知や訪問を行い健診受診を促します。

また、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、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	(特定保健指導の実施)
5月		健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可) ↓ (特定健診の開始)	健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取 → 費用決裁 → 保健指導対象者の抽出	
7月		↓ (特定保健指導の開始)	
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	契約に関わる	↓	受診・実施率実績の算出
11月	予算手続き	↓	支払基金(連合会)への報告
12月		↓	(ファイル作成・送付)
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、保険者直営実施(健康増進課への執行委任)で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

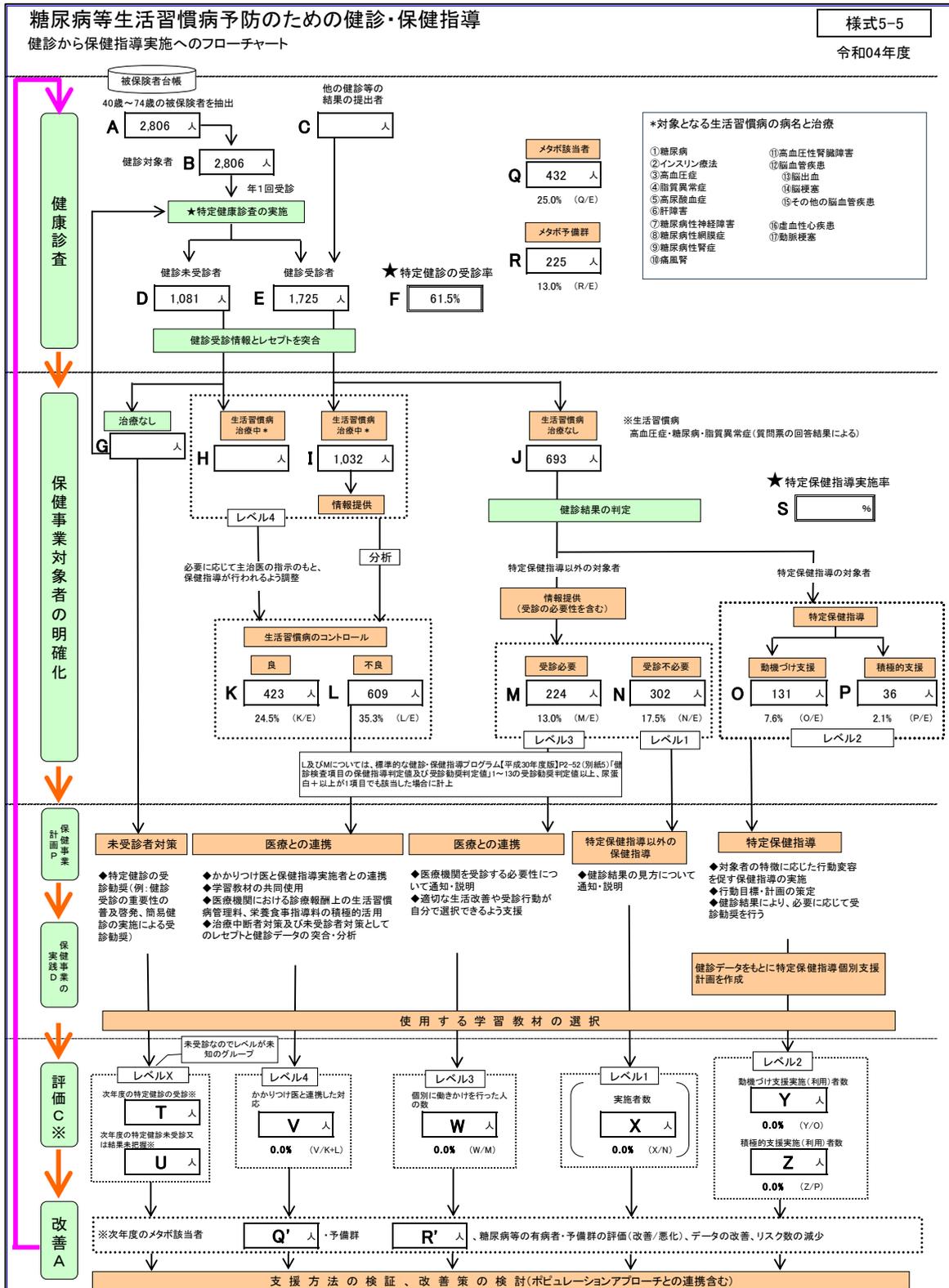
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



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
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	〇〇人 ▲%	%
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	□□人 ▲%	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	××人 ※受診率目標達成までにあと〇〇人	%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	△△人 ▲%	%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	◎◎人 ▲%	%

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。

保健指導の実施にあたり、従事する保健師・管理栄養士は日々生活習慣病予防のための学習を深めることが必要であり、保健指導の力量形成に努めることで、個の課題解決を目的とした保健指導を行うことが重要となります。

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	◎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	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎特定健康診査の開始		◎市健診、後期高齢者健診
6月		◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始 ◎一般健診開始
7月		◎保健指導の開始	
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了 ◎がん検診開始
10月		◎利用券の登録	
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	◎健診の終了		

6. 個人情報の保護

1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および多久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、多久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

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症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、脳血管疾患重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・糖尿病性腎症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給付費等の実態を広く市民へ周知していきます。

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。

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

2. 重症化予防の取組

多久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、702人(40.7%)です。そのうち治療なしが156人(22.5%)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98人(62.8%)です。

また、多久市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、156人中70人と半数を占めているため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表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-										令和04年度		
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)		
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		1,725人	61.5%
	クモ膜下出血 (5.6%)	脳出血 (18.5%)	脳梗塞 (75.9%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症				■各疾患の治療状況		
	心原性 脳塞栓症 (27.7%)		ラクナ 梗塞 (31.2%)	アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)		非心原性脳梗塞				治療中	治療なし	
	※脳卒中 データは 2015年									高血圧	746	979
										脳血管 障害	568	1,157
										糖尿病	250	1,355
										3疾患 いずれか	1,032	693
										※問診結果による		
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)		重症化予防対象者 (実人数)			
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)					
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		702			
該当者数	53	11	35	48	432	189	230	702		40.7%		
	3.1%	0.6%	2.0%	2.8%	25.0%	11.0%	13.3%	156		22.5%		
治療なし	33	3	32	30	41	77	58	70		10.0%		
	3.4%	0.4%	2.8%	2.6%	5.9%	5.7%	8.4%	546		52.9%		
(再掲) 特定保健指導	11	1	8	16	41	13	16	98		62.8%		
	20.8%	9.1%	22.9%	33.3%	9.5%	6.9%	7.0%	58				
治療中	20	8	3	18	391	112	172	57				
	2.7%	0.8%	0.5%	3.2%	37.9%	44.8%	16.7%	11				
	3.3%	--	62.5%	80.0%	51.2%	51.9%	--	11				
臓器障害 あり	22	3	12	6	20	37	58	98		62.8%		
	66.7%	100.0%	37.5%	20.0%	48.8%	48.1%	100.0%	58				
CKD(専門医対象者)	8	0	4	4	6	14	58	58				
心電図所見あり	16	3	9	2	15	25	17	57				
臓器障害 なし	11	--	20	24	21	40	--	11				
	33.3%	--	62.5%	80.0%	51.2%	51.9%	--	11				

出典:ヘルサポートラボツール

(1) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

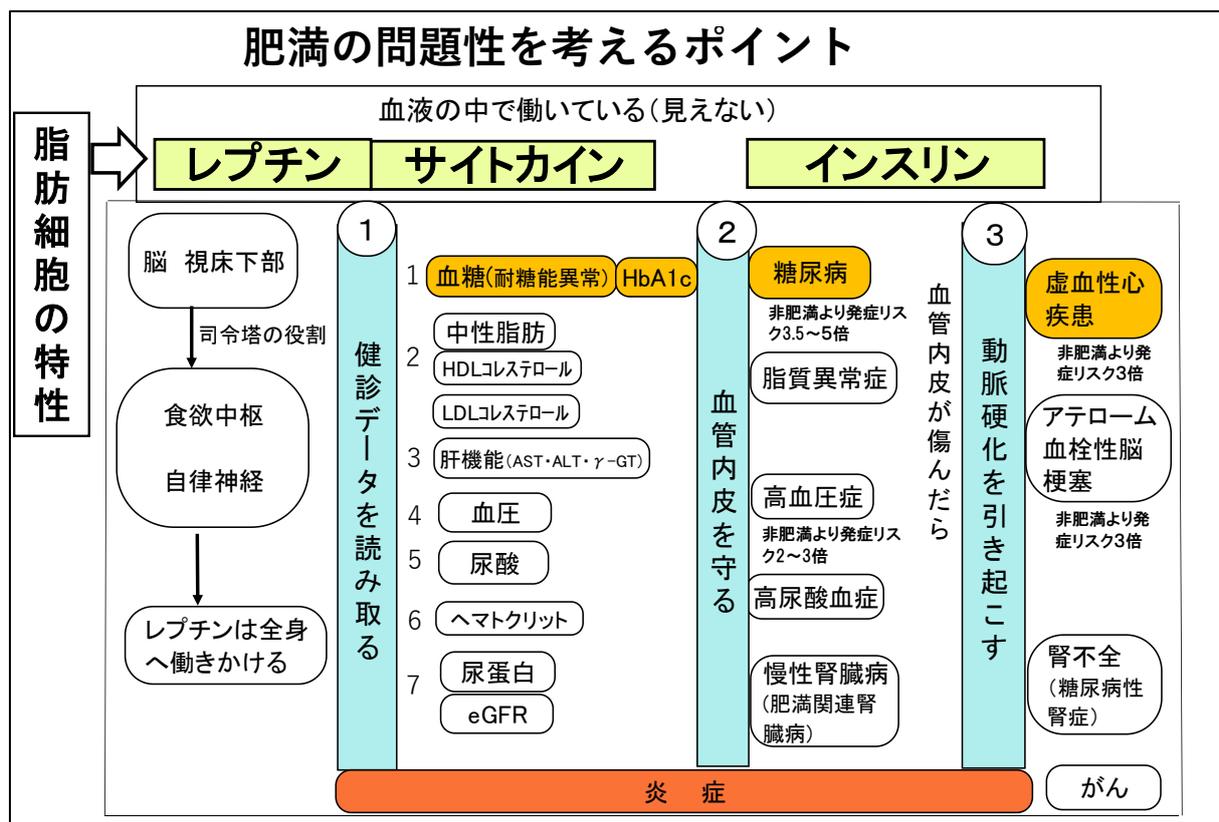
1) 基本的な考え方

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

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

これらを踏まえ、取組みにあたっては図表52に基づいて考えていきます。

図表52 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

① 多久市は40～64歳の男性がBMI25以上の肥満に該当する者が41.8%と半数近い状況です。肥満度分類別にみると、肥満度Ⅰ度に集中して多くなっています。

図表53 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	427	1,298	149	381	112	325	31	47	4	8	2	1	
				34.9%	29.4%	26.2%	25.0%	7.3%	3.6%	0.9%	0.6%	0.5%	0.1%
再掲	男性	208	568	87	183	67	161	19	20	1	1	0	1
				41.8%	32.2%	32.2%	28.3%	9.1%	3.5%	0.5%	0.2%	0.0%	0.2%
	女性	219	730	62	198	45	164	12	27	3	7	2	0
				28.3%	27.1%	20.5%	22.5%	5.5%	3.7%	1.4%	1.0%	0.9%	0.0%

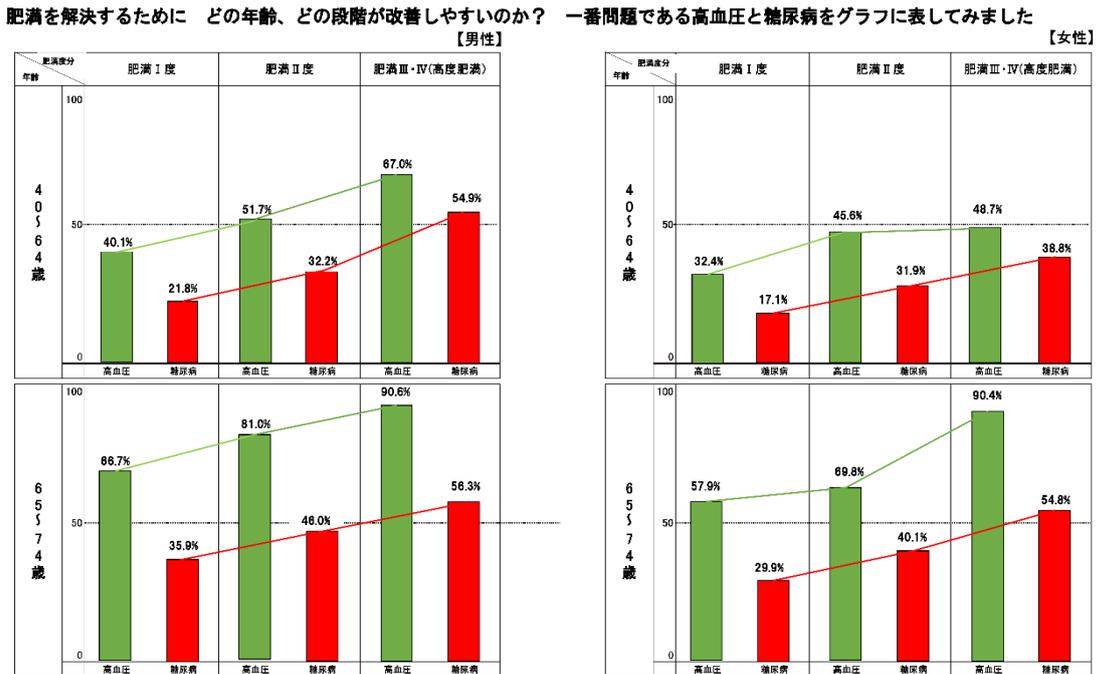
出典：ヘルスサポートラボツール

② 優先順位をつけます。

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

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

図表54 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？



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

図表55 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~
健康	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているからか腸の蠕動もおこるよ	・逆流性食道炎になった。
排泄	排便			・便秘になって大変	・便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年くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする	・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩くとき足がしびれる	・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 ・だるくて寝ることが多い
	日常動作		・回めず、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		・お腹が邪魔で前に目めない ・シャワーがつらい ・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 ・1年前から動悸あり、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	・動悸がする ・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悸が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がつらい ・皮膚科に毎月通院している

まず、「肥満症診療ガイドライン2022」によると、6か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満3度・4度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種が連携してフォローアップを行う必要がある。そのことは、図表55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54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、効率がよいということがわかります。

図表53より、多久市は、40~64歳の男性の肥満I度の割合が30%以上と多くなっています。肥満I度の早期の段階から保健指導を行い、高血圧・糖尿病の発症前からの改善を目指すことが重要です。

iii) 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表56 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									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				介護		
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	

3) 対象者の明確化

図表57 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	776	53	84	254	385	949	45	79	365	460	
メタボ該当者	B	284	5	23	106	150	148	5	6	52	85	
	B/A	36.6%	9.4%	27.4%	41.7%	39.0%	15.6%	11.1%	7.6%	14.2%	18.5%	
再 掲	① 3項目全て	C	111	1	11	41	58	51	1	5	22	23
		C/B	39.1%	20.0%	47.8%	38.7%	38.7%	34.5%	20.0%	83.3%	42.3%	27.1%
	② 血糖＋血圧	D	53	1	2	15	35	20	2	0	7	11
		D/B	18.7%	20.0%	8.7%	14.2%	23.3%	13.5%	40.0%	0.0%	13.5%	12.9%
	③ 血圧＋脂質	E	93	1	7	38	47	63	1	1	18	43
		E/B	32.7%	20.0%	30.4%	35.8%	31.3%	42.6%	20.0%	16.7%	34.6%	50.6%
	④ 血糖＋脂質	F	27	2	3	12	10	14	1	0	5	8
		F/B	9.5%	40.0%	13.0%	11.3%	6.7%	9.5%	20.0%	0.0%	9.6%	9.4%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表58 メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		人数	割合	あり	なし	あり	なし		あり	なし	あり	なし		
総数	776	284	36.6%	253	89.1%	31	10.9%	949	148	15.6%	138	93.2%	10	6.8%
40代	53	5	9.4%	4	80.0%	1	20.0%	45	5	11.1%	3	60.0%	2	40.0%
50代	84	23	27.4%	19	82.6%	4	17.4%	79	6	7.6%	5	83.3%	1	16.7%
60代	254	106	41.7%	94	88.7%	12	11.3%	365	52	14.2%	47	90.4%	5	9.6%
70～74歳	385	150	39.0%	136	90.7%	14	9.3%	460	85	18.5%	83	97.6%	2	2.4%

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57)は、男性で50代が27.4%、60代では41.7%を占めますが、女性では60代・70代で1割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表58)は、男女6~9割が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると言えます。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。

4)対象者の選定基準の考え方

- ①メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ②治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ③特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)を行います。

5)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

(6) 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てまいります。

図表59 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思えますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいつでしたか？
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。多久市においても特定保健指導対象者を中心に、二次健診の実施を行います。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための二次健診

- i) 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)
- ii) 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- iii) 75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

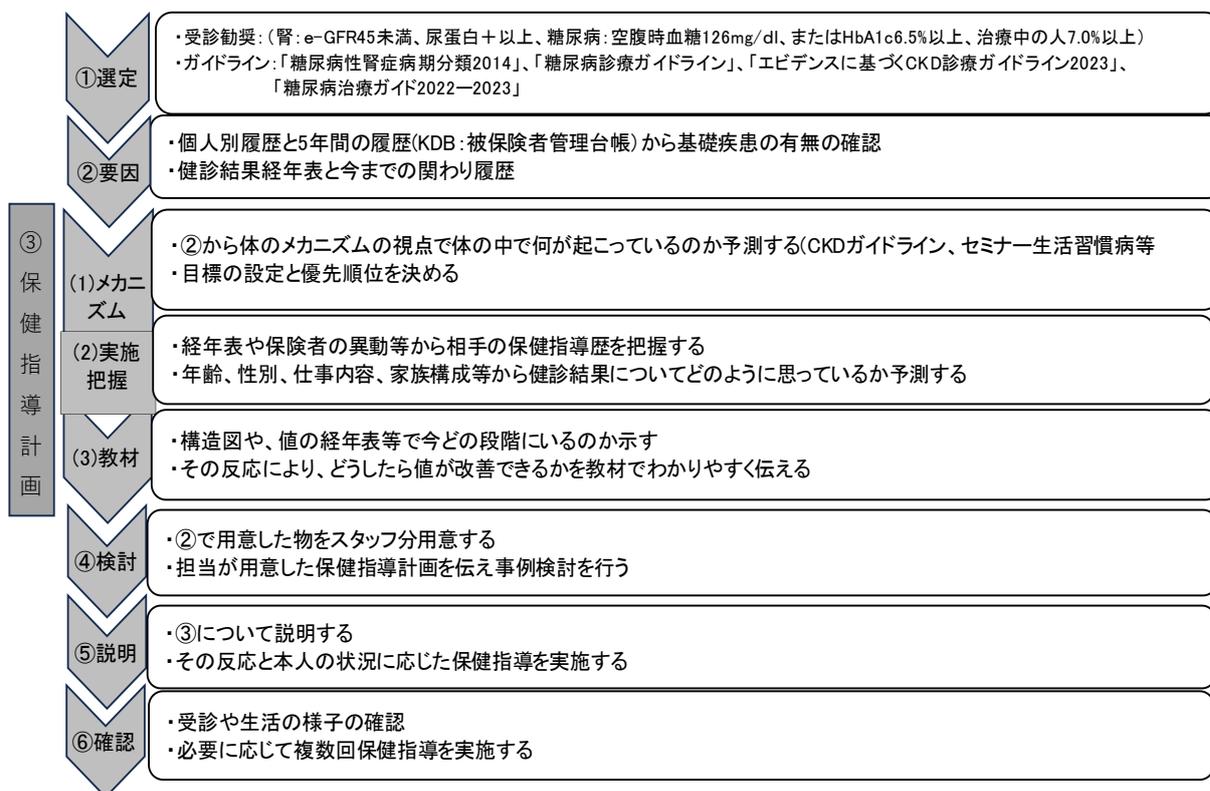
(2) 糖尿病性腎症重症化予防

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)及び多久市・小城市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60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60 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、多久市・小城市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、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 糖尿病治療中断者
- ③ 特定健診受診後、糖尿病治療中の患者のうち腎症が重症化するリスクの高い者
 健診データ、本人・医師からの情報提供により尿アルブミン、尿たんぱく、腎機能(e-GFR)等により腎機能低下が判明した者又は治療中でHbA1c7.0%以上の者
 ただし、次の者については保健指導対象者から除外する
 - ・がん等で終末期にある者
 - ・認知機能障害のある者
 - ・その他の疾患を有していて、かかりつけ医等が除外することが望ましいと判断した者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、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61 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73㎡)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

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

多久市においては、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状況です。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を

正常アルブミン尿と尿蛋白（－）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（＋）としていることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となります。

②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、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。

特定健診受診者のうち糖尿病未治療者（治療中断者含む）は、103人（28.7%・F）でした。

また、40～74歳における糖尿病治療者778人のうち、特定健診受診者が256人（32.9%・G）となっています。糖尿病治療者で特定健診未受診者522人（67.1%・I）については、治療中ですが、データが不明であるため重症化予防に向けて特定健診の受診勧奨をはじめ、医療機関と連携した介入が必要になってきます。（図表62）

③介入方法と優先順位

図表54より多久市における介入方法を以下のとおりとします。

<優先順位1>

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（治療中断者含む）（F）・・・103人
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

<優先順位2>

【保健指導】

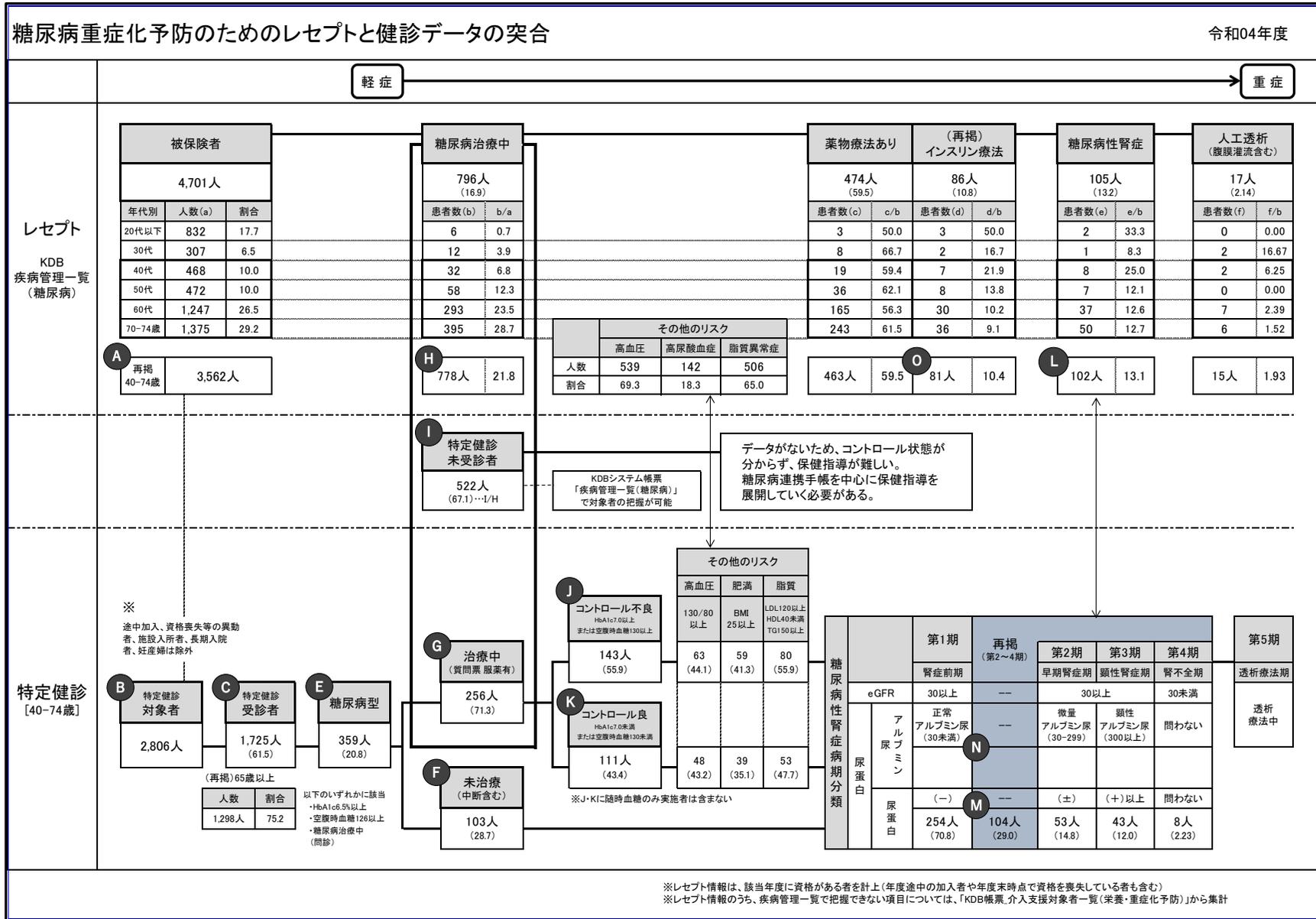
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・143人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

<優先順位3>

【保健指導】

- ・（I）の中から、過去に特定健診歴があり、HbA1cが未治療の者は6.5%以上、治療中の者は7.0%以上を把握→糖尿病管理台帳
- ・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62 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



※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帳票 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

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。多久市においては、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く予定です。これは、後期高齢者となっても一体的事業として、保健指導を切れ目なく継続していきます。

また、糖尿病早期介入として、HbA1c 5.6～6.4%または空腹時血糖 100～125 であり、①または②の基準を満たす者（①収縮期血圧 130～139 または拡張期血圧 85～89 ②LDL 120～139 または中性脂肪 150～229）へは糖負荷試験を実施し、早期からの生活習慣改善に向けた保健指導を行い、糖尿病に移行しないことを目指します。

図表63糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

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

②二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは、二次健診等を活用し、尿たんぱく定量検査を実施します。(平成30年度より) またHbA1c6.5%以上(未治療者)、HbA1c7.0%以上(治療中)で尿たんぱく定性(-)(±)の者に尿アルブミン検査を実施し、結果に基づいた早期介入を行うことで糖尿病性腎症重症化予防を目指します。

さらに、HbA1c6.5%以上(未治療者)、HbA1c7.0%以上(治療中)で歯科未受診者については、歯周病検診を促し、治療へとつなげ、糖尿病の重症化予防を目指します。

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、事前に多久市・小城市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿って、糖尿病性腎症重症化予防連絡票や糖尿病連携手帳を使用します。

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いただきます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては多久市・小城市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき行っていきます。

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、高齢・障害者支援課等と連携していきます。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ、年1回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表6-3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

- i) 受診勧奨対象者への介入率
- ii) 医療機関受診率
- iii) 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

i) 保健指導実施率

ii) 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA 1 c の変化

○腎機能 (eGFR) の変化 (1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表64 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	突合表	多久市										同規模保険者(平均)		
		H30年度		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4年度		
		実数	割合	実数	割合									
1	① 被保険者数	A	4,426人		4,281人		4,119人		4,099人		4,007人			
	② (再掲)40-74歳		3,596人		3,493人		3,416人		3,427人		3,342人			
2	① 特定健診 対象者数	B	3,121人		3,000人		2,996人		2,948人		2,806人			
	② 特定健診 受診者数	C	2,025人		1,854人		1,592人		1,801人		1,707人			
3	① 特定保健指導 対象者数		232人		161人		154人		182人		160人			
	② 特定保健指導 実施率		77.6%		76.4%		51.9%		75.3%		71.3%			
4	① 健診データ 糖尿病型	E	390人	19.3%	369人	19.9%	343人	21.5%	404人	22.4%	351人	20.6%		
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	88人	22.6%	92人	24.9%	96人	28.0%	128人	31.7%	101人	28.8%		
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	302人	77.4%	277人	75.1%	247人	72.0%	276人	68.3%	250人	71.2%		
	④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	158人	52.3%	149人	53.8%	134人	54.3%	168人	60.9%	137人	54.8%		
	⑤ 血圧 130/80以上	J	75人	47.5%	63人	42.3%	73人	54.5%	92人	54.8%	58人	42.3%		
	⑥ 肥満 BMI25以上	J	58人	36.7%	57人	38.3%	53人	39.6%	70人	41.7%	55人	40.1%		
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	144人	47.7%	128人	46.2%	113人	45.7%	108人	39.1%	113人	45.2%		
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	296人	75.9%	284人	77.0%	249人	72.6%	286人	70.8%	248人	70.7%		
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)	M	44人	11.3%	40人	10.8%	44人	12.8%	65人	16.1%	52人	14.8%		
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上	M	41人	10.5%	39人	10.6%	46人	13.4%	45人	11.1%	42人	12.0%		
	⑪ 第4期 eGFR30未満	M	7人	1.8%	2人	0.5%	3人	0.9%	7人	1.7%	8人	2.3%		
5	① レセプト 糖尿病受診率(被保険者千対)		145.5人		145.5人		134.7人		142.7人		141.5人			
	② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		177.4人		176.1人		160.1人		168.4人		167.3人			
	③ レセプト件数 (40-74歳) 1)内は被保険者千対		4,001件 (1151.7)		3,799件 (1126.0)		3,507件 (1047.8)		3,586件 (1082.4)		3,532件 (1111.0)	1,557,522件 (951.6)		
	④ 入院外(件数) 入院(件数)		25件 (7.2)		28件 (8.3)		5件 (1.5)		15件 (4.5)		18件 (5.7)	7,406件 (4.5)		
	⑤ 糖尿病治療中	H	644人	14.6%	623人	14.6%	555人	13.5%	585人	14.3%	567人	14.2%		
	⑥ (再掲)40-74歳	H	638人	17.7%	615人	17.6%	547人	16.0%	577人	16.8%	559人	16.7%		
	⑦ 健診未受診者	I	336人	52.7%	313人	50.9%	300人	54.8%	301人	52.2%	309人	55.3%		
	⑧ インスリン治療	O	61人	9.5%	53人	8.5%	62人	11.2%	74人	12.6%	66人	11.6%		
	⑨ (再掲)40-74歳	O	58人	9.1%	51人	8.3%	58人	10.6%	72人	12.5%	62人	11.1%		
	⑩ 糖尿病性腎症	L	87人	13.5%	78人	12.5%	63人	11.4%	58人	9.9%	73人	12.9%		
	⑪ (再掲)40-74歳	L	87人	13.6%	77人	12.5%	62人	11.3%	57人	9.9%	72人	12.9%		
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		13人	2.0%	13人	2.1%	12人	2.2%	12人	2.1%	14人	2.5%		
	⑬ (再掲)40-74歳		12人	1.9%	12人	2.0%	11人	2.0%	11人	1.9%	13人	2.3%		
	⑭ 新規透析患者数		3人		3人		1人		2人		4人			
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		1人		2人		1人		1人		2人			
	⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		14人	1.8%	16人	2.0%	23人	2.9%	19人	2.3%	25人	2.9%		
6	① 総医療費		19億2292万円		19億1389万円		18億2928万円		19億7009万円		19億2620万円		28億4626万円	
	② 生活習慣病総医療費		10億9599万円		10億7777万円		10億3440万円		11億3657万円		10億4861万円		15億3700万円	
	③ (総医療費に占める割合)		57.0%		56.3%		56.5%		57.7%		54.4%		54.0%	
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		13,968円		14,738円		11,476円		15,433円		15,685円		7,237円	
	⑤ 健診受診者 健診未受診者		34,986円		35,484円		41,164円		40,391円		37,753円		38,862円	
	⑥ 糖尿病医療費		1億0421万円		1億0737万円		9489万円		9876万円		9742万円		1億6596万円	
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		9.5%		10.0%		9.2%		8.7%		9.3%		10.8%	
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		3億3511万円		3億2466万円		3億1146万円		3億1113万円		3億1037万円			
	⑨ 1件あたり		38,093円		39,050円		38,743円		38,269円		39,427円			
	⑩ 糖尿病入院総医療費		2億2525万円		2億1965万円		2億0513万円		1億8450万円		2億1701万円			
	⑪ 1件あたり		516,623円		530,549円		547,009円		539,488円		616,502円			
	⑫ 在院日数		18日											
	⑬ 慢性腎不全医療費		1億2324万円		9309万円		7775万円		8392万円		8246万円		1億2396万円	
	⑭ 透析有り		1億1469万円		8843万円		7460万円		7903万円		7503万円		1億1532万円	
	⑮ 透析なし		855万円		466万円		315万円		489万円		743万円		863万円	
7	① 介護 介護給付費		19億5694万円		19億9749万円		19億2107万円		19億3383万円		19億0817万円		34億9905万円	
	② (2号認定者)糖尿病合併症		4件	28.6%	3件	25.0%	1件	6.3%	1件	7.7%	2件	15.4%		
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		2人	0.7%	3人	1.0%	7人	2.4%	3人	1.0%	4人	1.4%	2,819人	1.0%

出典:ヘルスサポートラボツール

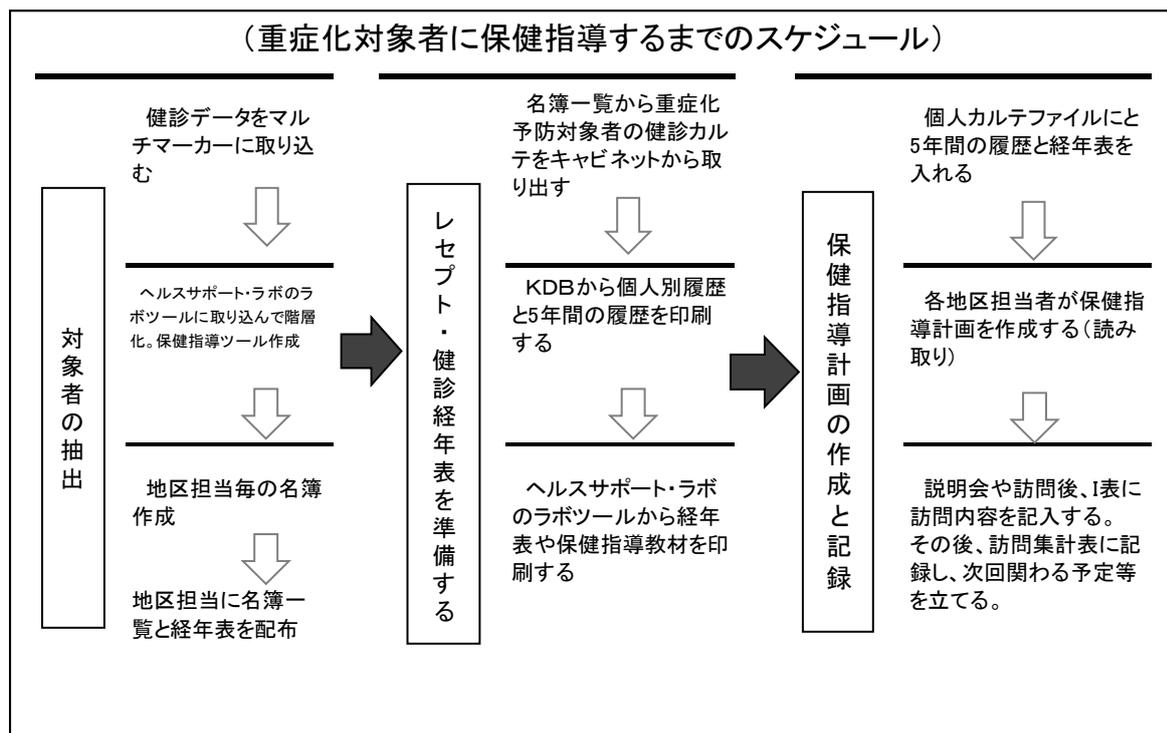
7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

図表65 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



(3)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66,67)

図表66 脳卒中の分類

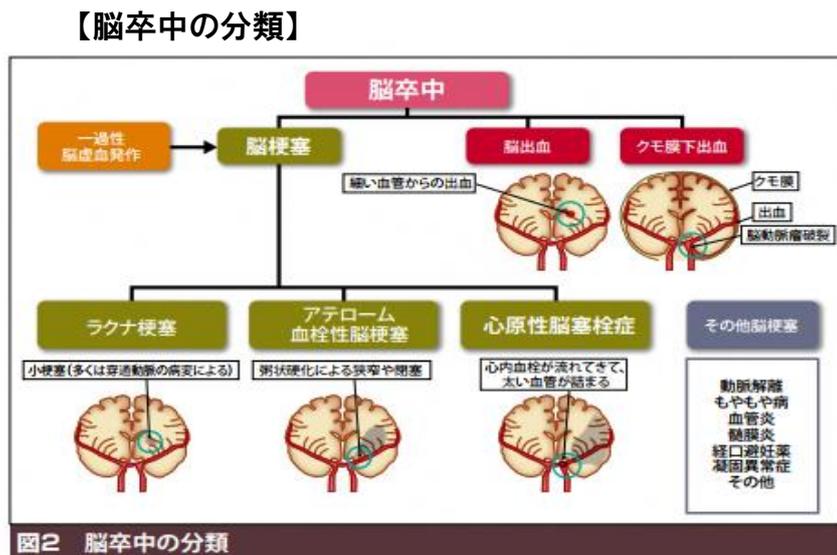


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

図表67 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

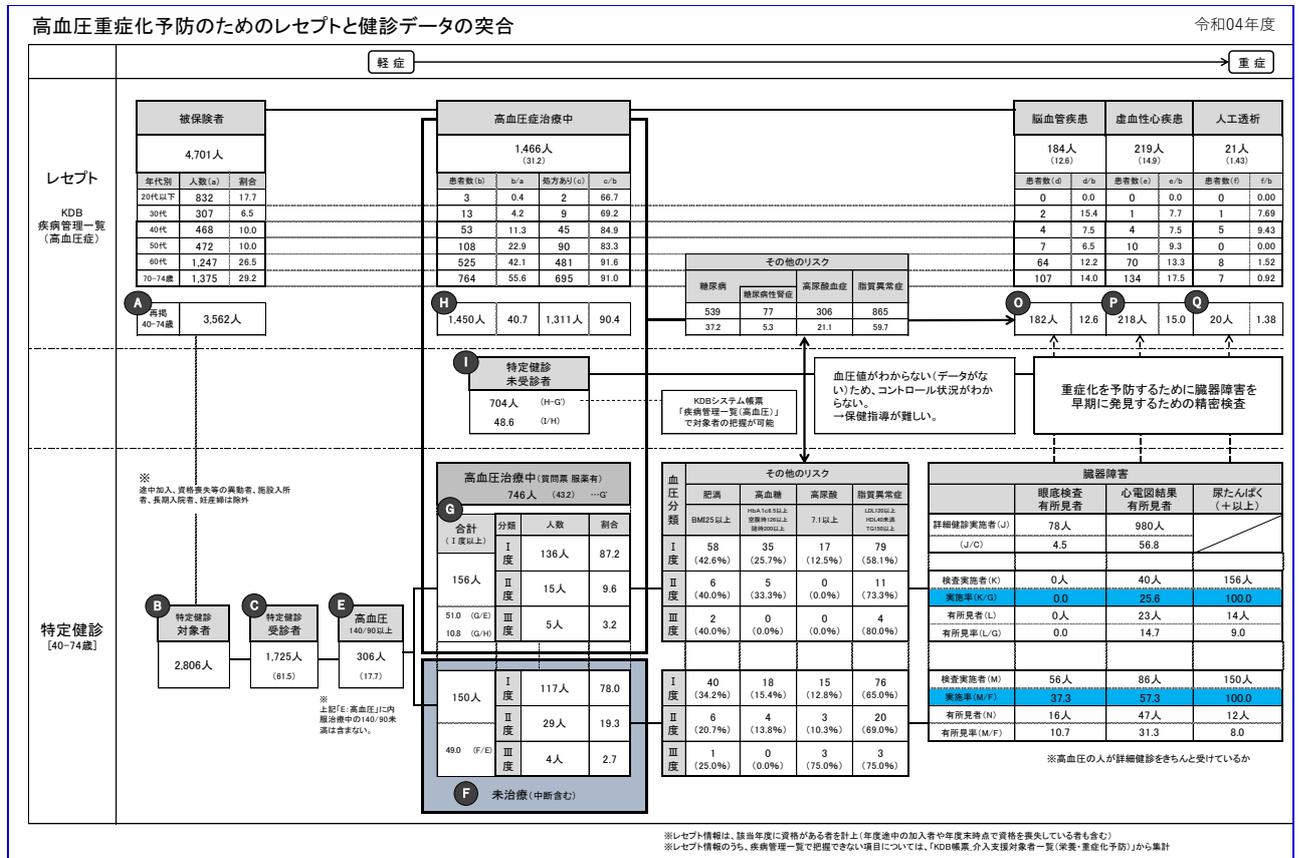
①重症化予防対象者の抽出

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68でみると、高血圧治療者1450人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が182人(12.6%・O)でした。健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が53人(3.1%)であり、そのうち33人(62.3%)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20人(2.7%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)は、Ⅰ度高血圧以上の場合でかつ、高血圧、糖尿病、脂質異常症で治療中の者を中心に行っています。R4年度はⅠ度高血圧以上で3疾患で治療していない方が150人、うち56人が眼底検査を実施しています。そのうち16人(10.7%)は有所見者となっています。眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施は、動脈硬化を早期に予測し、重症化予防の一助となることを考慮し、未治療者への受診を促していく必要があります。

図表68 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典：ヘルスサポートラボツール

②保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表69 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リスク層別化
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	339	血圧分類 (mmHg)			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
		189 55.8%	117 34.5%	29 8.6%	4 1.2%
リスク第1層 予後影響因子がない	14 4.1%	C 11 5.8%	B 3 2.6%	B 0 0.0%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	178 52.5%	C 104 55.0%	B 58 49.6%	A 15 51.7%	A 1 25.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	147 43.4%	B 74 39.2%	A 56 47.9%	A 14 48.3%	A 3 75.0%

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	89
		26.3%
B	概ね1カ月後に再評価	135
		39.8%
C	概ね3カ月後に再評価	115
		33.9%

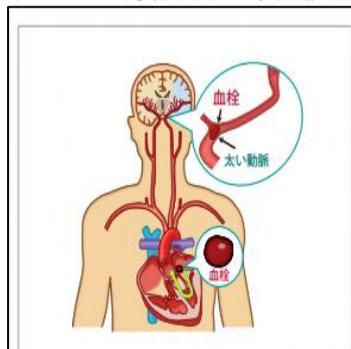
※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表69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

図表70 心房細動と心原性脳塞症



(脳卒中予防の提言より引用)

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

図表71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。

図表71 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	776	949	452	58.2%	528	55.6%	9	2.0%	2	0.4%	--	--
40代	53	45	39	73.6%	28	62.2%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	84	79	56	66.7%	56	70.9%	0	0.0%	1	1.8%	0.8%	0.1%
60代	254	365	145	57.1%	201	55.1%	4	2.8%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	385	460	212	55.1%	243	52.8%	5	2.4%	1	0.4%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表72 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	%
11	1	9.1%	10	90.9%

多久市調べ

心電図検査において11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11人のうち10人は既に治療が開始され内服していましたが、1人はまだ治療(内服)につながっていません。

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特定健診においては心電図検査を全員に実施していく必要があります。

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。特に、家庭での血圧測定を勧め、必要に応じて、自動血圧計の貸し出しを行い、血圧手帳に記載してもらいます。その結果、治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

②二次健診の実施

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

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

- i) 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)
- ii) 血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

現在、多久市においては、対象者を特定し、二次健診として、頸動脈エコーを実施しています。対象者が、自身の血管機能を知る機会となると同時に、生活習慣改善を促すために有用であり継続していきます。

また、「脳卒中ガイドライン2021」においては、疫学的に高血圧は、脳卒中および、脳卒中を含めた心血管イベントの最大の危険因子であり、高血圧治療は、脳卒中予防にきわめて有効であるとされています。治療には、食事(減塩・野菜や果物の積極的摂取。適正体重維持・節酒など)・運動などの生活習慣病の改善が勧められています。このことから、血圧Ⅱ度以上と、腎専門医紹介レベルの者に対して、尿中ナトリウムを測定し、1回推定塩分摂取量を示すことで減塩のための保健指導に役立てます。

④ 対象者の管理

i) 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。

ii) 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、高齢・障害者支援課と連携していきます。

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定、特定健康診査開始

6月 特定健康診査開始、結果データ受け取り後、保健指導対象者の抽出し、台帳に記載

7月 特定健診結果が届き次第、保健指導対象者を抽出し台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

でした。所見の中でも ST-T 変化が90人(21.3%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表74)

まずはこれらの生命予後に危険をもたらす有所見者を医療機関へつなげるための受診勧奨を行う必要があります。それと同時に、有所見者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多数いることから対象者の状態に応じた保健指導を行う必要があります。

図表74 心電図検査結果

性別・年齢	心電図検査				所見内訳																
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
40～74歳	980	56.8	422	43.1%	2	0.5%	90	21.3%	8	1.9%	45	10.7%	6	1.4%	63	14.9%	11	2.6%	33	7.8%	
内訳	男性	452	58.2	205	45.4%	1	0.5%	39	19.0%	5	2.4%	29	14.1%	5	2.4%	37	18.0%	9	4.4%	17	8.3%
女性	528	55.6	217	41.1%	1	0.5%	51	23.5%	3	1.4%	16	7.4%	1	0.5%	26	12.0%	2	0.9%	16	7.4%	

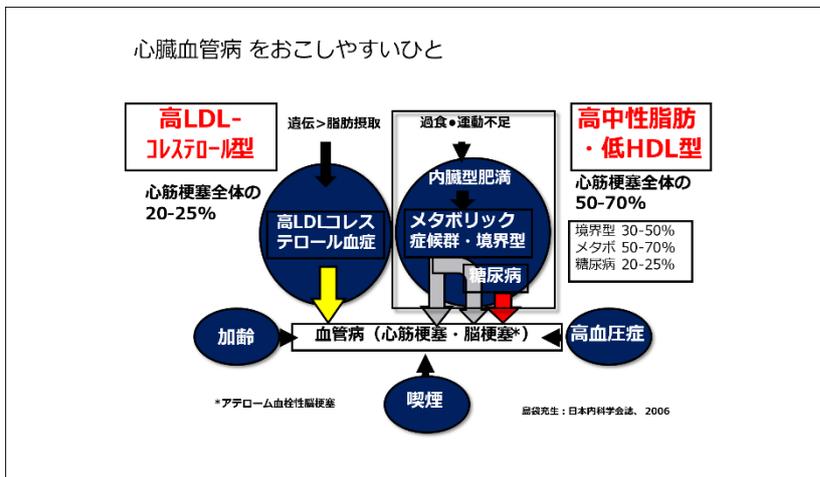
多久市調べ

ii)心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表75)

図表75 心血管病をおこしやすいひと



図表76 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			608	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
				312	177	87	32	4	15	54	46
				51.3%	29.1%	14.3%	5.3%	3.4%	12.6%	45.4%	38.7%
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)	58	35	17	4	2	0	6	0	0
			9.5%	11.2%	9.6%	4.6%	6.3%	0.0%	40.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	233	116	68	35	14	1	3	25	20
			38.3%	37.2%	38.4%	40.2%	43.8%	25.0%	20.0%	46.3%	43.5%
	高リスク	120未満 (150未満)		292	151	82	45	14	3	6	29
			48.0%	48.4%	46.3%	51.7%	43.8%	75.0%	40.0%	53.7%	45.7%
再掲		100未満 (130未満) ※1	31	14	10	7	0	1	1	4	1
		5.1%	4.5%	5.6%	8.0%	0.0%	25.0%	6.7%	7.4%	2.2%	
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)	25	10	10	3	2	0	0	0	5
			4.1%	3.2%	5.6%	3.4%	6.3%	0.0%	0.0%	0.0%	10.9%

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

3) 保健指導の実施

① 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。なお、特定保健指導対象者については、第3章に示した流れに沿って実施していきます。

図表77 心電図所見からの保健指導教材（例示）

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

「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。

- i) 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)
- ii) 血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

現在多久市においては、対象者を特定し、二次健診として、頸動脈エコーを実施しています。対象者が自身の血管機能を知る機会になると同時に生活習慣改善を促すために有用であり、継続していきます。

③対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者への継続的な医療受診ができるよう、LDL-C評価表を作成し、過去の受診歴なども踏まえ、LDL-C180mg/dl以上の者を対象に、経過を地区担当者が確認し、未治療者や、中断者の把握に努め、必要に応じて受診勧奨を含む保健指導を行っていきます。

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、高齢・障害者支援課と連携していきます。

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定、特定健康診査開始

6月 特定健康診査開始、結果データ受け取り後、保健指導対象者の抽出し、台帳に記載

7月 特定健診結果が届き次第、保健指導対象者を抽出し台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

多久市は、令和3年度より佐賀県後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。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管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防を視野に入れ、通いの場などでの健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

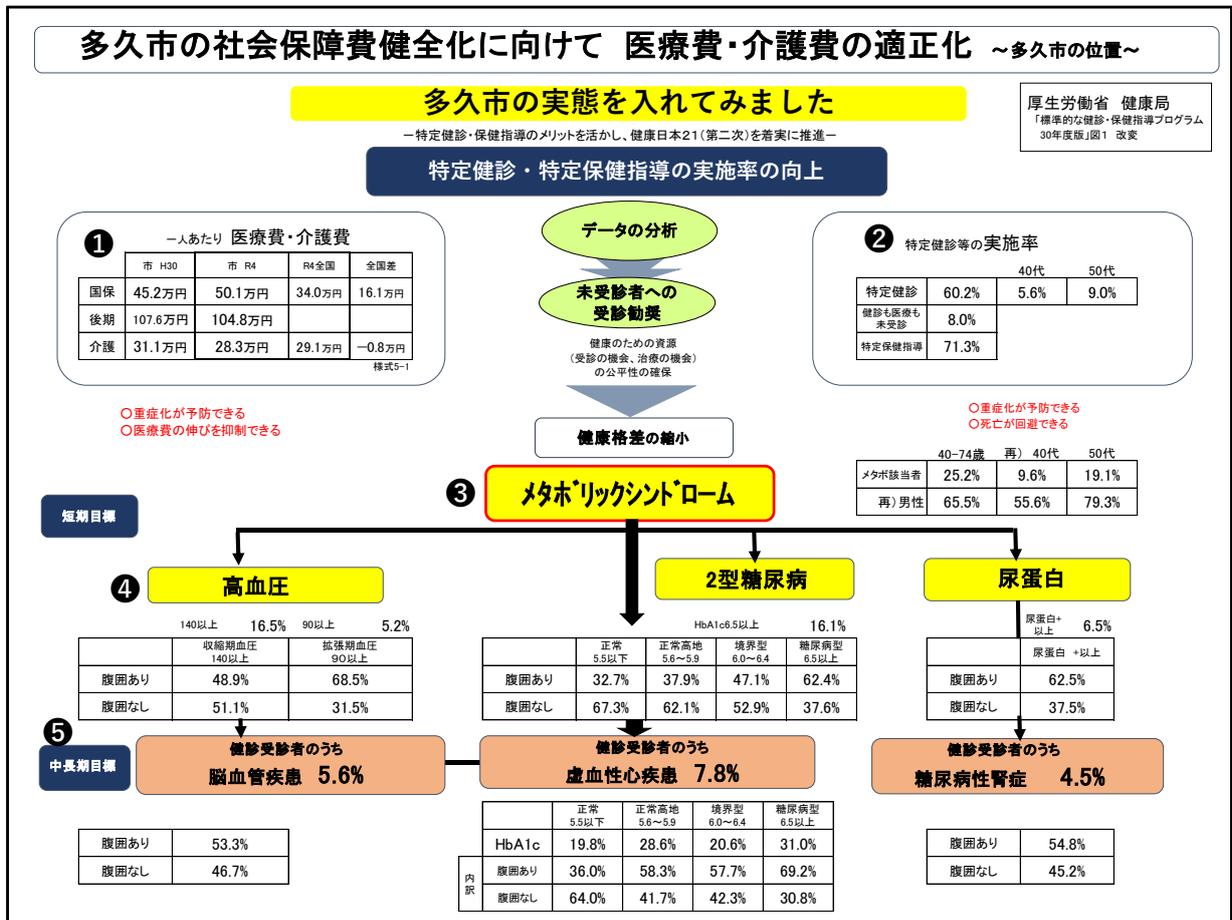
図表79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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)													
発症予防 重症化予防													
1 根拠法 6条 健康増進事業実施者	健康増進法												
	母子保健法			児童福祉法	学校保健安全法		労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)	高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)					
2 計画	健康増進計画(県) (市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)												
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・幼稚園健康診査	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	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. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 80・81)

図表80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表81 統計から見える佐賀の食

統計から見える佐賀の食 ～ 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)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
冷凍調理食品	3位	ブロッコリー	52位
マヨネーズ	5位	にんじん	48位
インスタントめん	2位	果物	52位
生鮮肉(全体)	6位	牛乳	47位
魚肉練製品(全体)	5位	豆腐	47位
食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)		
ようかん	2位		
まんじゅう	9位		
カステラ	5位		
キャンデー	8位		
砂糖	9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)

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。特に、直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、県内20市町との情報交換による情報収集を行い、投資の課題改善に役立てるとともに、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとします。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。

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法律および多久市個人情報保護条例に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。

参考資料

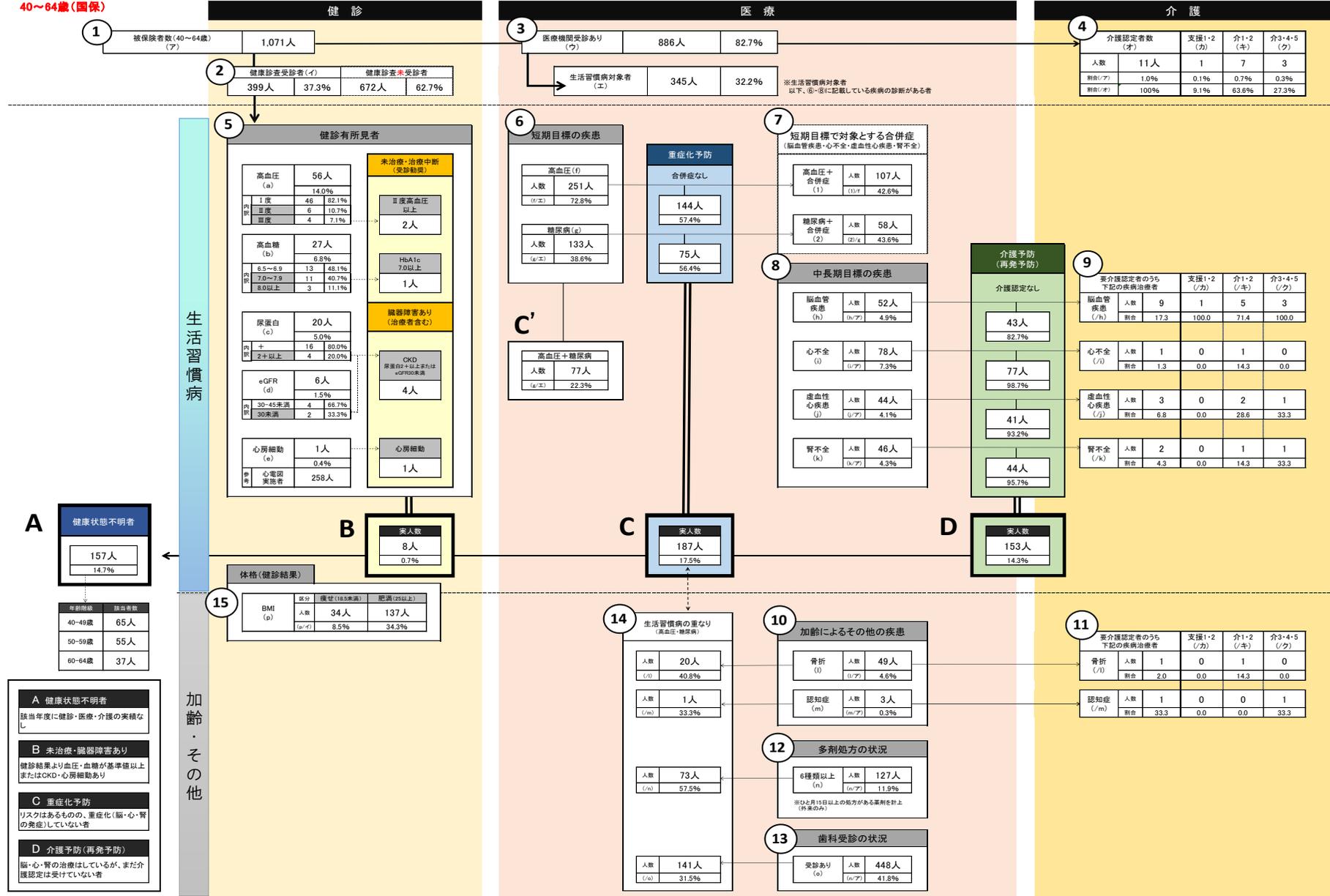
- 参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた多久市の位置
- 参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料7 HbA1c の年次比較
- 参考資料8 血圧の年次比較
- 参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた多久市の位置

項目			多久市		同規模平均		佐賀県		国		データ元 (CSV)		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1 概況	①	人口構成	総人口	18,279		9,014,657		797,881		123,214,261	KDB No.5 人口の状況 KDB No.3 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題		
			65歳以上(高齢化率)	6,753	36.9	3,263,279	36.2	246,061	30.8	35,335,805		28.7	
			75歳以上	3,326	18.2	--	--	125,245	15.7	18,248,742		14.8	
			65～74歳	3,427	18.7	--	--	120,816	15.1	17,087,063		13.9	
			40～64歳	5,734	31.4	--	--	253,839	31.8	41,545,893		33.7	
	39歳以下	5,792	31.7	--	--	297,981	37.3	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業	8.7		10.7		8.7		4.0	KDB No.3 健診・医療・介護データから見る地域の健康		
			第2次産業	28.1		27.3		24.2		25.0			
			第3次産業	63.1		62.0		67.1		71.0			
	③	平均寿命	男性	79.9		80.4		80.7		80.8	KDB No.1 地域全体像の把握		
女性			87.2		86.9		87.1		87.0				
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	80.5		79.7		80.1		80.1	KDB No.1 地域全体像の把握			
		女性	85.7		84.3		85.2		84.4				
2 死亡	①	死亡の状況	標準化死亡比(SMR)								KDB No.1 地域全体像の把握		
			男性	108.7		103.4		102.0		100.0			
			女性	103.7		101.4		99.1		100.0			
			がん	85	64.4	34,996	47.8	2,689	51.1	378,272		50.6	
			心臓病	23	17.4	21,437	29.3	1,488	28.3	205,485		27.5	
			脳疾患	14	10.6	10,886	14.9	687	13.0	102,900		13.8	
			糖尿病	4	3.0	1,391	1.9	95	1.8	13,896		1.9	
	腎不全	4	3.0	2,819	3.9	198	3.8	26,946	3.6				
	自殺	2	1.5	1,654	2.3	108	2.1	20,171	2.7				
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満R3確定値)	合計	16	6.1			786	7.7		厚労省HP 人口動態調査が情報統計館		
男性			10	7.6			514	10.5					
女性			6	3.8			272	5.2					
3 介護	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	1,234	17.9	619,810	19.1	45,455	18.6	6,724,030	19.4	KDB No.1 地域全体像の把握	
			新規認定者	39	0.3	10,081	0.3	831	0.3	110,289	0.3		
			介護度別 総件数	要支援1.2	7,692	29.7	1,984,426	14.3	192,586	19.1	21,785,044		12.9
				要介護1.2	11,782	45.5	6,527,659	47.0	500,432	49.6	78,107,378		46.3
				要介護3以上	6,399	24.7	5,384,278	38.7	316,821	31.4	68,963,503		40.8
	2号認定者	22	0.4	10,759	0.4	825	0.3	156,107	0.4				
	②	有病状況	糖尿病	276	21.2	154,694	23.8	11,160	23.4	1,712,613	24.3		
			高血圧症	724	56.9	352,398	54.8	28,610	60.7	3,744,672	53.3		
			脂質異常症	407	31.5	203,112	31.2	16,120	33.7	2,308,216	32.6		
			心臓病	800	62.6	397,324	61.9	32,225	68.4	4,224,628	60.3		
			脳疾患	324	25.8	151,330	23.9	13,290	28.7	1,568,292	22.6		
			がん	139	10.4	74,764	11.4	6,572	14.0	837,410	11.8		
			筋・骨格 精神	731	59.2	350,465	54.5	28,736	61.0	3,748,372	53.4		
	532	41.0	246,296	38.6	21,641	46.2	2,569,149	36.8					
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	282,567	1,908,172,867	300,230		286,277		290,668			
			1件当たり給付費(全体)	73,752		70,503		69,755		59,662			
			居宅サービス	42,209		43,936		50,348		41,272			
			施設サービス	304,538		291,914		290,902		296,364			
	④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	9,814		9,043		9,309		8,610		
認定なし			4,466		4,284		4,328		4,020				

項目		多久市		同規模平均		佐賀県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
4 医療	① 国保の状況	被保険者数	3,844		2,020,054		172,974		27,488,882	KDB.No.1 地域全体像の把握			
		65～74歳	2,085	54.2	--	--	78,402	45.3	11,129,271		40.5		
		40～64歳	1,094	28.5	--	--	53,309	30.8	9,088,015		33.1		
		39歳以下	665	17.3	--	--	41,263	23.9	7,271,596		26.5		
		加入率	21.0		22.4		21.7		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	3	0.8	873	0.4	100	0.6	8,237	0.3	KDB.No.5 被保険者の状況		
		診療所数	11	2.9	7,141	3.5	691	4.0	102,599	3.7			
		病床数	304	79.1	136,833	67.7	14,451	83.5	1,507,471	54.8			
		医師数	27	7.0	19,511	9.7	2,445	14.1	339,611	12.4			
		外来患者数	879.8		728.3		784.4		687.8				
	③ 医療費の状況	入院患者数	33.9		23.6		27.7		17.7		KDB.No.3 健康・医療・介護データから見る地域の健康課題 KDB.No.1 地域全体像の把握		
		一人当たり医療費	501,092		394,521		431,999		339,680				
		受診率	913.64		751.942		812.114		705.439				
		外来	費用の割合	52.1		56.7		53.8		60.4			
入院		費用の割合	47.9		43.3		46.2		39.6				
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 (調剤含む)	1件あたり在院日数	18.2日		17.1日		17.9日		15.7日		KDB.No.3 健康・医療・介護データから見る地域			
	がん	281,778,890	26.9	31.3		27.2		32.2					
	慢性腎不全(透析あり)	75,034,530	7.2	7.5		10.2		8.2					
	糖尿病	97,416,820	9.3	10.8		9.2		10.4					
	高血圧症	64,290,910	6.1	6.3		5.6		5.9					
	脂質異常症	32,069,300	3.1	3.8		3.7		4.1					
	脳梗塞・脳出血	34,192,770	3.3	3.9		4.0		3.9					
	狭心症・心筋梗塞	13,867,400	1.3	2.6		2.0		2.8					
	精神	227,605,820	21.7	16.2		20.3		14.7					
	筋・骨格	210,721,900	20.1	16.7		16.8		16.7					
⑤ 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	973	0.4	380	0.2	370	0.2	256	0.2	KDB.No.43 疾病別医療費分析(中分類)		
		糖尿病	1,881	0.8	1,531	0.9	1,416	0.7	1,144	0.9			
		脂質異常症	34	0.0	89	0.1	64	0.0	53	0.0			
		脳梗塞・脳出血	7,559	3.1	7,151	4.2	8,250	4.1	5,993	4.5			
		虚血性心疾患	2,819	1.2	4,385	2.6	3,573	1.8	3,942	2.9			
	外来	腎不全	5,786	2.4	4,815	2.8	6,245	3.1	4,051	3.0			
		高血圧症	15,752	6.0	13,011	5.8	12,536	5.4	10,143	4.9			
		糖尿病	23,949	9.2	22,014	9.8	20,303	8.7	17,720	8.6			
		脂質異常症	8,307	3.2	7,959	3.6	8,279	3.6	7,092	3.5			
		脳梗塞・脳出血	1,336	0.5	1,056	0.5	1,022	0.4	825	0.4			
⑥ 健診の有無別一人当たり点数	健康診断対象者一人当たり	健診受診者	6,538		2,592		3,014		2,031	KDB.No.3 健康・医療・介護データから見る地域			
		健診未受診者	15,737		13,920		14,170		13,295				
	生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	15,685		7,237		7,990		6,142				
		健診未受診者	37,753		38,862		37,560		40,210				
	⑦ 健診・レセ突合	受診勧奨者	904	53.7	348,284	57.5	26,371	55.4	3,907,895		57.0	KDB.No.1 地域全体像の把握	
		医療機関受診率	830	49.3	315,438	52.1	23,943	50.3	3,567,258		52.0		
		医療機関非受診率	74	4.4	32,846	5.4	2,428	5.1	340,637		5.0		
		5 健診	健診受診者	1,683		605,976		47,642			6,860,354		KDB.No.3 健康・医療・介護データから見る地域の健康課題 KDB.No.1 地域全体像の把握
			受診率	58.1	県内2位 同規模4位	40.7		40.3	全国17位		37.5		
			特定保健指導終了者(実施率)	112	70.4	24,049	35.0	2,728	49.9		163,209		
非肥満高血糖			166	9.9	64,805	10.7	4,603	9.7	619,558	9.0			
メタボ			該当者	422	25.1	129,044	21.3	10,428	21.9	1,391,901	20.3		
			男性	276	36.8	89,223	32.7	7,085	33.0	972,647	32.0		
			女性	146	15.6	39,821	12.0	3,343	12.8	419,254	11.0		
	予備群		215	12.8	65,656	10.8	5,822	12.2	771,076	11.2			
県内市町村数 23市町村	メタボ該当		男性	143	19.1	45,947	16.8	3,966	18.5	544,159	17.9		
			女性	72	7.7	19,709	5.9	1,856	7.1	226,917	5.9		
	腹囲		総数	708	42.1	212,662	35.1	18,394	38.6	2,397,978	35.0		
			男性	463	61.8	147,410	54.0	12,444	58.0	1,679,742	55.3		
	BMI		女性	245	26.2	65,252	19.6	5,950	22.7	718,236	18.8		
			総数	74	4.4	32,021	5.3	1,830	3.8	322,312	4.7		
	予備群レベル	男性	4	0.5	5,009	1.8	262	1.2	51,704	1.7			
		女性	70	7.5	27,012	8.1	1,568	6.0	270,608	7.1			
	同規模市区町村数 280市町村	血糖のみ	15	0.9	4,044	0.7	493	1.0	43,873	0.6			
		血圧のみ	133	7.9	47,037	7.8	3,886	8.2	543,403	7.9			
脂質のみ		67	4.0	14,575	2.4	1,443	3.0	183,800	2.7				
血糖・血圧		71	4.2	20,134	3.3	1,817	3.8	204,574	3.0				
血糖・脂質		40	2.4	6,661	1.1	753	1.6	70,790	1.0				
血圧・脂質		151	9.0	58,524	9.7	4,425	9.3	663,671	9.7				
血糖・血圧・脂質		160	9.5	43,725	7.2	3,433	7.2	452,866	6.6				
6 問診		① 問診の状況	高血圧	737	43.8	237,309	39.2	17,887	37.5	2,442,287	35.6	KDB.No.1 地域全体像の把握	
			糖尿病	249	14.8	60,210	9.9	5,458	11.5	593,480	8.7		
			脂質異常症	564	33.5	177,115	29.2	13,876	29.1	1,911,140	27.9		
	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	45	3.3	19,234	3.3	767	1.8	208,342	3.1			
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	69	5.0	34,922	5.9	1,113	2.6	367,173	5.5			
		腎不全	16	1.2	5,405	0.9	331	0.8	54,164	0.8			
	貧血	123	8.9	58,431	10.0	3,968	9.1	705,668	10.7				
	② 生活習慣の状況	喫煙	231	13.8	78,111	12.9	6,554	13.8	946,556	13.8			
		週3回以上朝食を抜く	147	10.7	44,820	7.9	4,653	10.1	647,897	10.4			
		週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
		週3回以上就寝前夕食(H30～)	188	13.6	85,743	15.0	6,352	13.8	983,592	15.8			
		週3回以上就寝前夕食	188	13.6	85,743	15.0	6,352	13.8	983,592	15.8			
		食べる速度が遅い	375	27.2	153,257	26.8	12,464	27.2	1,669,600	26.8			
		20歳時体重から10kg以上増加	484	35.1	198,801	34.7	16,527	36.0	2,188,158	35.0			
1回30分以上運動習慣なし		778	56.4	358,816	62.7	26,669	57.9	3,771,643	60.4				
1日1時間以上運動なし		627	45.4	271,923	47.3	20,940	45.6	3,000,422	48.0				
睡眠不足		354	25.7	143,426	25.0	10,910	23.7	1,587,721	25.6				
毎日飲酒		348	25.2	148,537	25.4	11,831	25.5	1,669,112	25.5				
③ 時々飲酒	286	20.7	119,979	20.5	9,428	20.3	1,473,066	22.5					
	1合未満	825	69.7	237,994	62.8	12,269	52.5	2,993,843	64.1				
	1～2合	253	21.4	95,194	25.1	7,602	32.5	1,108,857	23.7				
④ 1日飲酒量	2～3合	93	7.9	36,115	9.5	2,834	12.1	437,744	9.4				
	3合以上	12	1.0	9,433	2.5	677	2.9	129,912	2.8				

40~64歳(国保)



②65～74歳(国保)

多久市

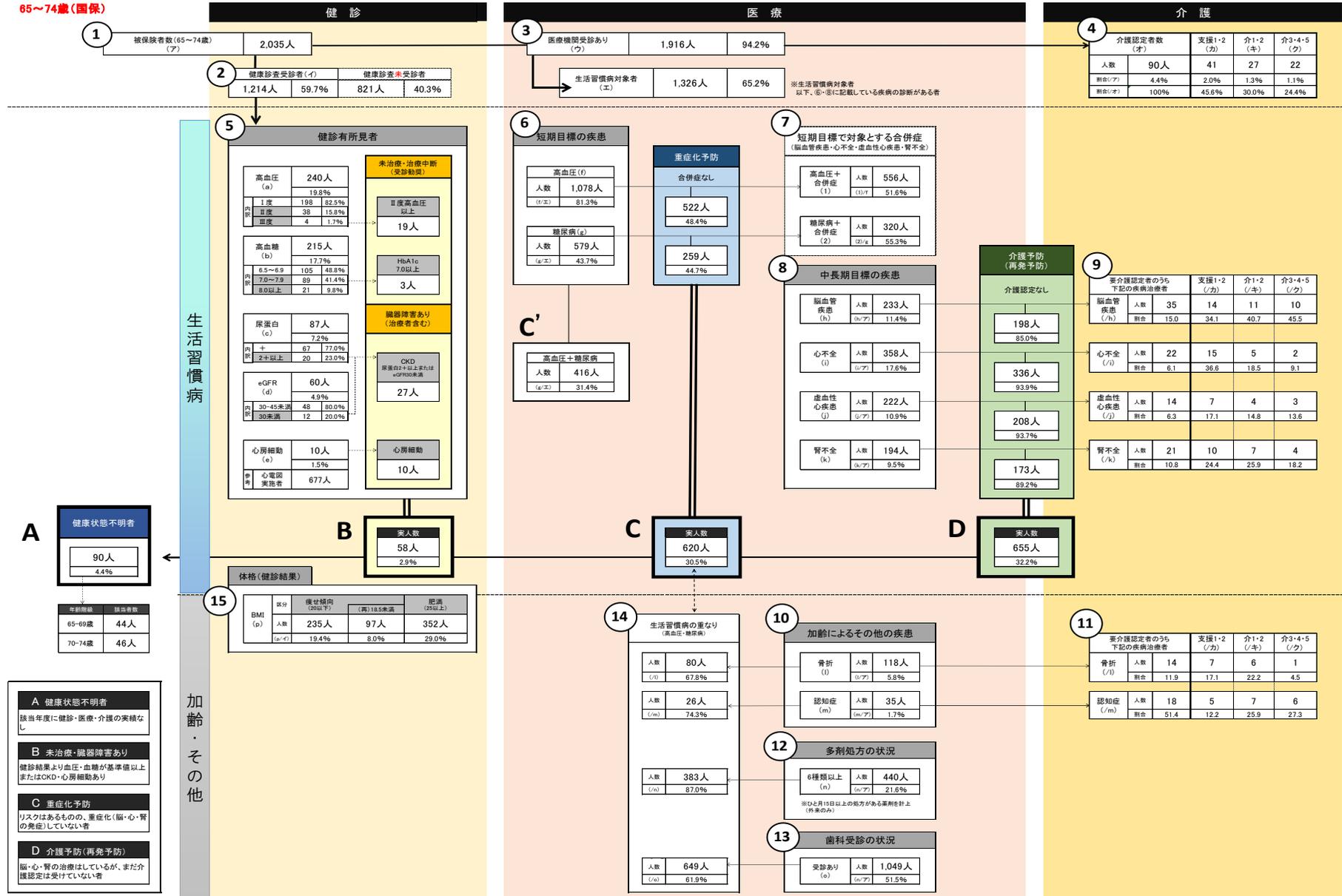
E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

参考：【KDB】介入支援対象者一覧<栄養・重症化予防>
【KDB】介入支援対象者一覧<服薬管理>

【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

令和4年度

65～74歳(国保)



④75歳以上後期

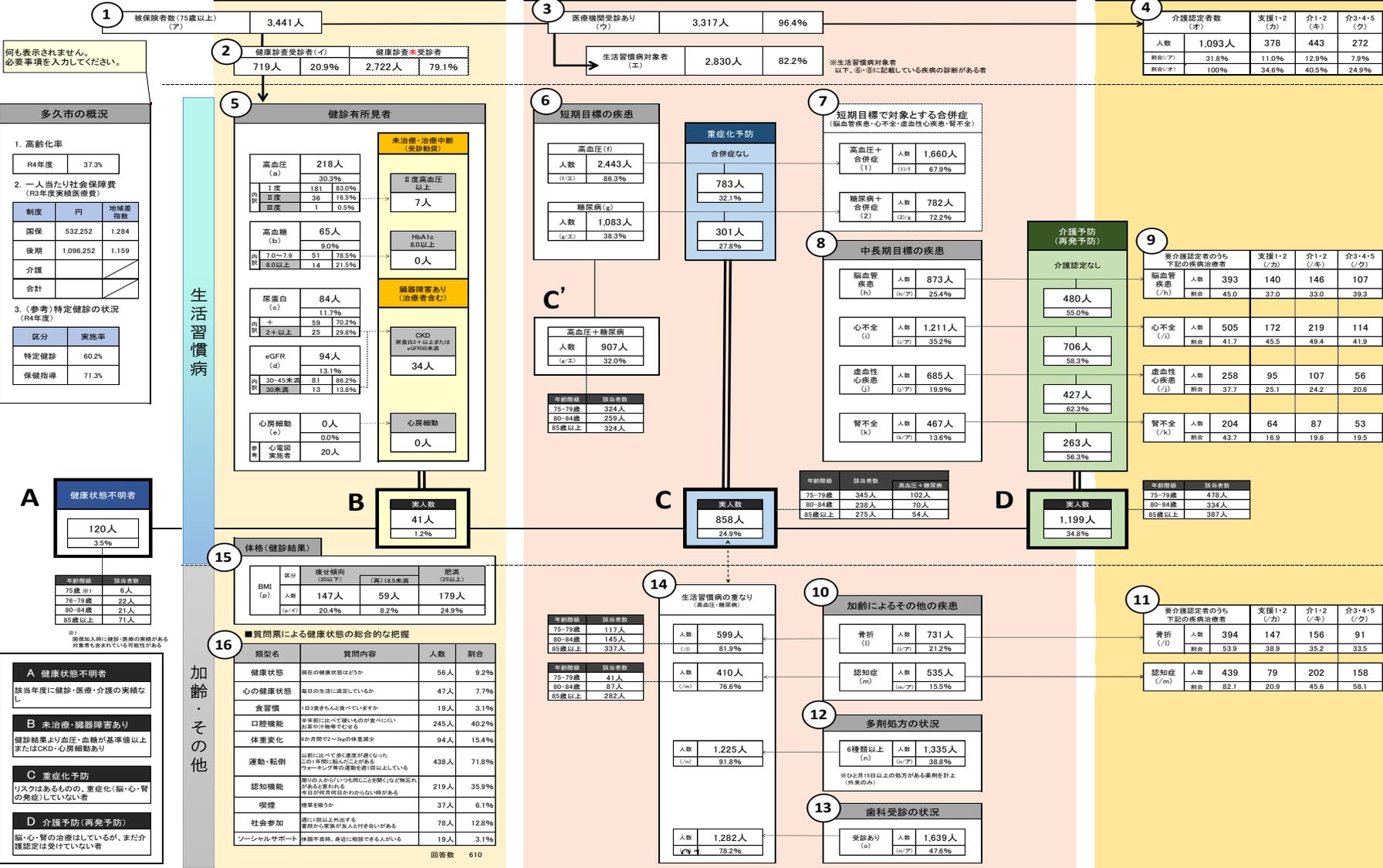
多久市 E表: 健診・医療・介護データの体系的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

参考: 【KDB】介入支援対象者一覧<栄養・重症化予防>
【KDB】介入支援対象者一覧<健康管理>
【KDB】後期高齢者の健康(健診)・介護受診状況

【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

令和4年度

75歳以上(後期)



何も表示されません。必要事項を入力してください。

多久市の概況

1. 高齢化率

R4年度	37.3%
------	-------

2. 一人当たり社会保障費 (R3年度実績医療費)

制度	円	地域差指数
国保	532,252	1.284
後期	1,096,252	1.159
介護		
合計		

3. (参考) 特定健診の状況 (R4年度)

区分	実施率
特定健診	60.2%
保健指導	71.3%

A 健康状態不明者

人数	120人
割合	3.5%

年齢階級	該当者数
75歳以上	6人
76-79歳	22人
80-84歳	21人
85歳以上	71人

- A 健康状態不明者**
該当年度に健診・医療・介護の実績なし
- B 未治療・臓器障害あり**
健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはORLD・心臓病あり
- C 重症化予防**
リスクはあるものの、重症化(脳・心・腎の発症)していない者
- D 介護予防(再発予防)**
脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

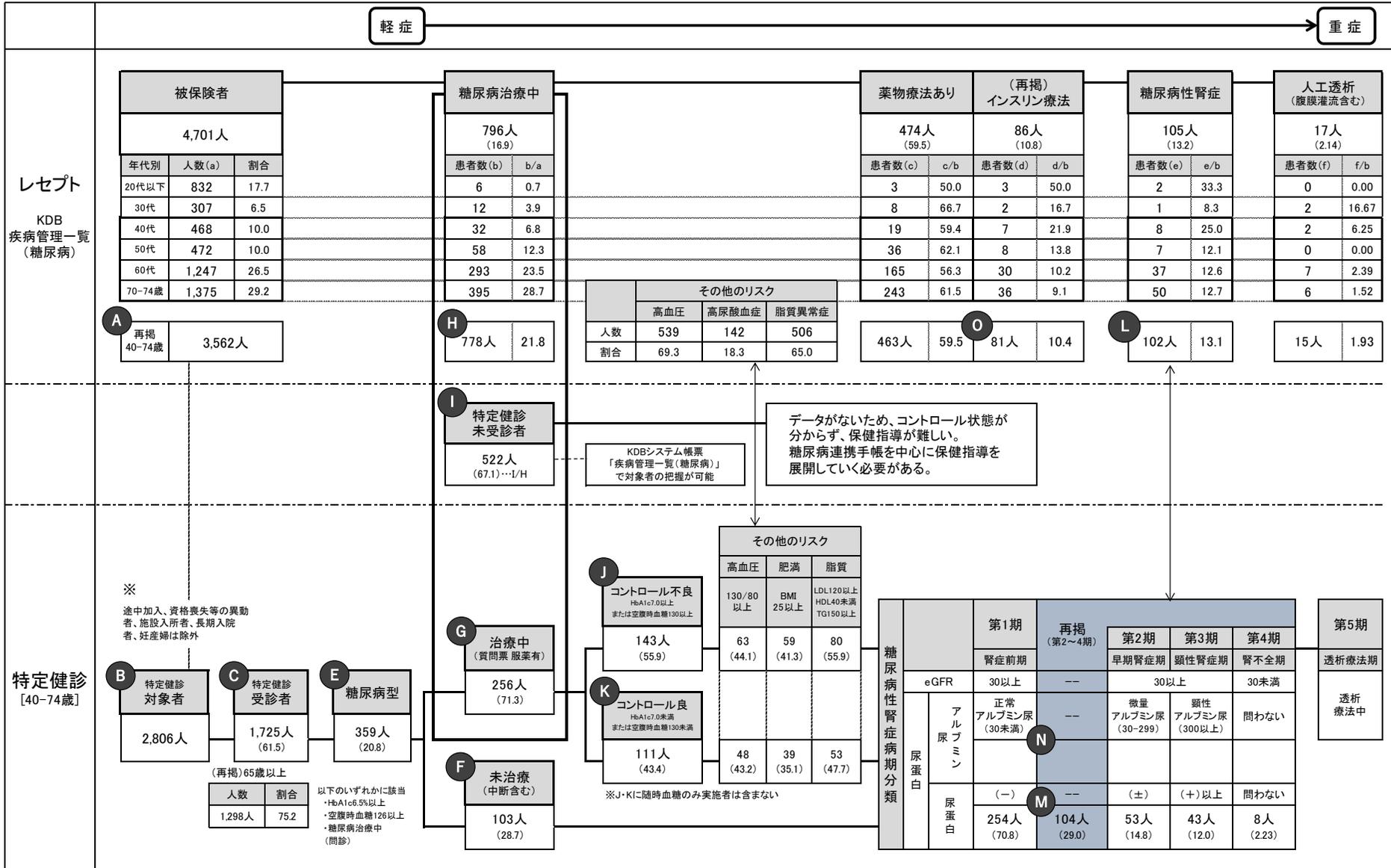
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目+A3:R54			突合表	多久市										同規模保険者(平均)	
				H30年度		R元年度		R2年度		R3年度		R5年度		R04年度	
				実数	割合	実数	割合								
1	①	被保険者数	A	4,426人		4,281人		4,119人		4,099人		4,007人			
	②	(再掲)40-74歳		3,596人		3,493人		3,416人		3,427人		3,342人			
2	①	特定健診 対象者数	B	3,121人		3,000人		2,996人		2,948人		2,806人			
	②	受診者数	C	2,025人		1,854人		1,592人		1,801人		1,707人			
	③	受診率		64.9%		61.8%		53.1%		61.1%		60.8%			
3	①	特定保健指導 対象者数		232人		161人		154人		182人		160人			
	②	実施率		77.6%		76.4%		51.9%		75.3%		71.3%			
4	①	糖尿病型	E	390人	19.3%	369人	19.9%	343人	21.5%	404人	22.4%	351人	20.6%		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	88人	22.6%	92人	24.9%	96人	28.0%	128人	31.7%	101人	28.8%		
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	302人	77.4%	277人	75.1%	247人	72.0%	276人	68.3%	250人	71.2%		
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	158人	52.3%	149人	53.8%	134人	54.3%	168人	60.9%	137人	54.8%		
	⑤	血圧 130/80以上		75人	47.5%	63人	42.3%	73人	54.5%	92人	54.8%	58人	42.3%		
	⑥	肥満 BMI25以上		58人	36.7%	57人	38.3%	53人	39.6%	70人	41.7%	55人	40.1%		
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	144人	47.7%	128人	46.2%	113人	45.7%	108人	39.1%	113人	45.2%		
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	296人	75.9%	284人	77.0%	249人	72.6%	286人	70.8%	248人	70.7%		
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		44人	11.3%	40人	10.8%	44人	12.8%	65人	16.1%	52人	14.8%		
	⑩	第3期 尿蛋白(+)		41人	10.5%	39人	10.6%	46人	13.4%	45人	11.1%	42人	12.0%		
	⑪	第4期 eGFR30未満		7人	1.8%	2人	0.5%	3人	0.9%	7人	1.7%	8人	2.3%		
5	①	糖尿病受診率(被保険者千対)		145.5人		145.5人		134.7人		142.7人		141.5人			
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)		177.4人		176.1人		160.1人		168.4人		167.3人			
	③	レセプト件数 (40-74歳)		4,001件	(1151.7)	3,799件	(1126.0)	3,507件	(1047.8)	3,586件	(1082.4)	3,532件	(1111.0)	1,557,522件	(951.6)
	④	入院外(件数)		25件	(7.2)	28件	(8.3)	5件	(1.5)	15件	(4.5)	18件	(5.7)	7,406件	(4.5)
	⑤	糖尿病治療中	H	644人	14.6%	623人	14.6%	555人	13.5%	585人	14.3%	567人	14.2%		
	⑥	(再掲)40-74歳		638人	17.7%	615人	17.6%	547人	16.0%	577人	16.8%	559人	16.7%		
	⑦	健診未受診者	I	336人	52.7%	313人	50.9%	300人	54.8%	301人	52.2%	309人	55.3%		
	⑧	インスリン治療	O	61人	9.5%	53人	8.5%	62人	11.2%	74人	12.6%	66人	11.6%		
	⑨	(再掲)40-74歳		58人	9.1%	51人	8.3%	58人	10.6%	72人	12.5%	62人	11.1%		
	⑩	糖尿病性腎症	L	87人	13.5%	78人	12.5%	63人	11.4%	58人	9.9%	73人	12.9%		
	⑪	(再掲)40-74歳		87人	13.6%	77人	12.5%	62人	11.3%	57人	9.9%	72人	12.9%		
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		13人	2.0%	13人	2.1%	12人	2.2%	12人	2.1%	14人	2.5%		
	⑬	(再掲)40-74歳		12人	1.9%	12人	2.0%	11人	2.0%	11人	1.9%	13人	2.3%		
	⑭	新規透析患者数		3人		3人		1人		2人		4人			
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		1人		2人		1人		1人		2人			
	⑯	【参考】後高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		14人	1.8%	16人	2.0%	23人	2.9%	19人	2.3%	25人	2.9%		
6	①	総医療費		19億2292万円		19億1389万円		18億2928万円		19億7009万円		19億2620万円		28億4626万円	
	②	生活習慣病総医療費		10億9599万円		10億7777万円		10億3440万円		11億3657万円		10億4861万円		15億3700万円	
	③	(総医療費に占める割合)		57.0%		56.3%		56.5%		57.7%		54.4%		54.0%	
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	13,968円		14,738円		11,476円		15,433円		15,685円		7,237円	
	⑤	健診未受診者		34,986円		35,484円		41,164円		40,391円		37,753円		38,862円	
	⑥	糖尿病医療費		1億0421万円		1億0737万円		9489万円		9876万円		9742万円		1億6596万円	
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.5%		10.0%		9.2%		8.7%		9.3%		10.8%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費		3億3511万円		3億2466万円		3億1146万円		3億1113万円		3億1037万円			
	⑨	1件あたり		38,093円		39,050円		38,743円		38,269円		39,427円			
	⑩	糖尿病入院総医療費		2億2525万円		2億1965万円		2億0513万円		1億8450万円		2億1701万円			
	⑪	1件あたり		516,623円		530,549円		547,009円		539,488円		616,502円			
	⑫	在院日数		18日		18日		18日		18日		18日			
	⑬	慢性腎不全医療費		1億2324万円		9309万円		7775万円		8392万円		8246万円		1億2396万円	
	⑭	透析有り		1億1469万円		8843万円		7460万円		7903万円		7503万円		1億1532万円	
	⑮	透析なし		855万円		466万円		315万円		489万円		743万円		863万円	
7	①	介護給付費		19億5694万円		19億9749万円		19億2107万円		19億3383万円		19億0817万円		34億9905万円	
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		4件	28.6%	3件	25.0%	1件	6.3%	1件	7.7%	2件	15.4%		
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		2人	0.7%	3人	1.0%	7人	2.4%	3人	1.0%	4人	1.4%	2,819人	1.0%

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

参考資料4 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

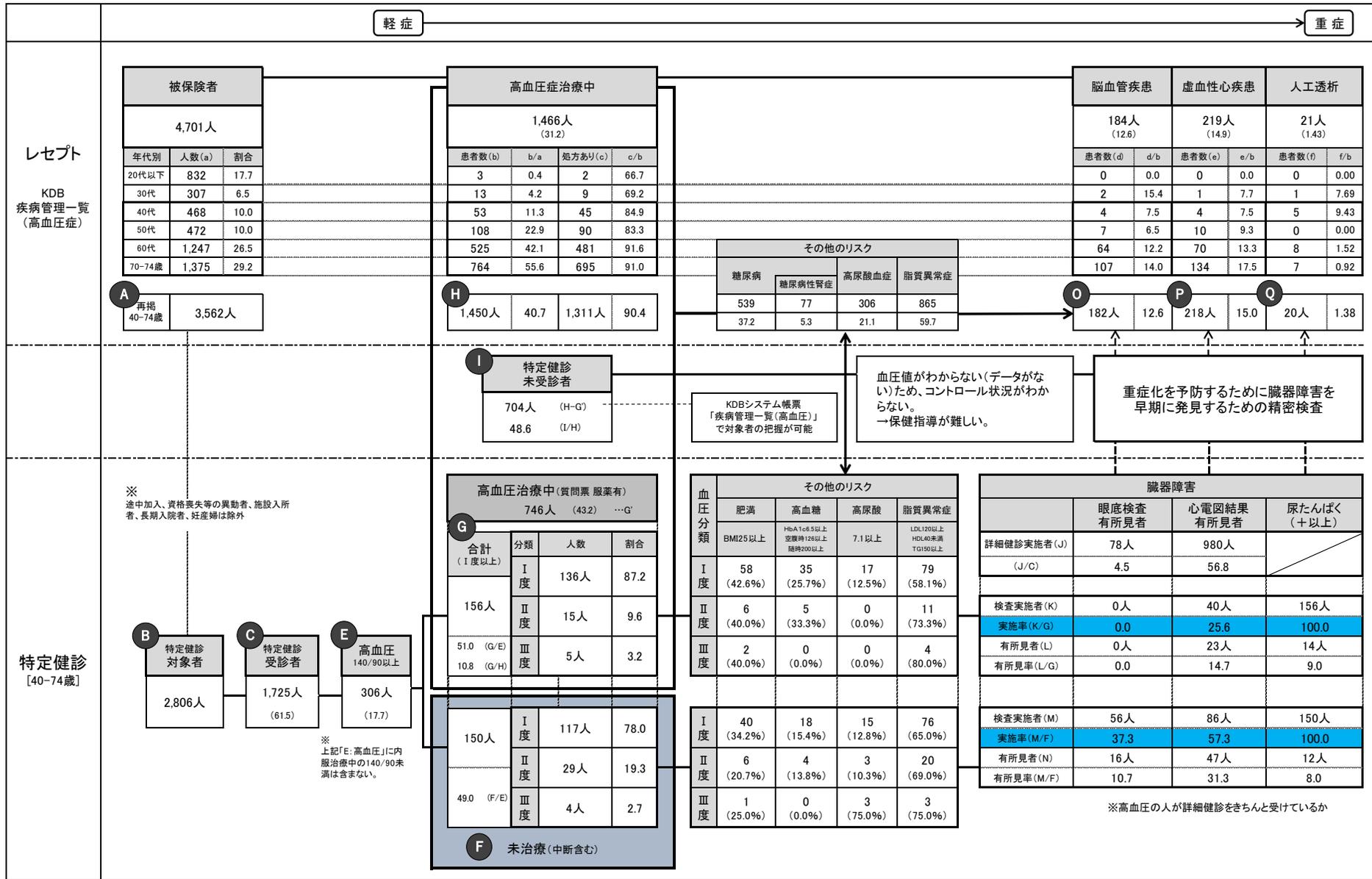


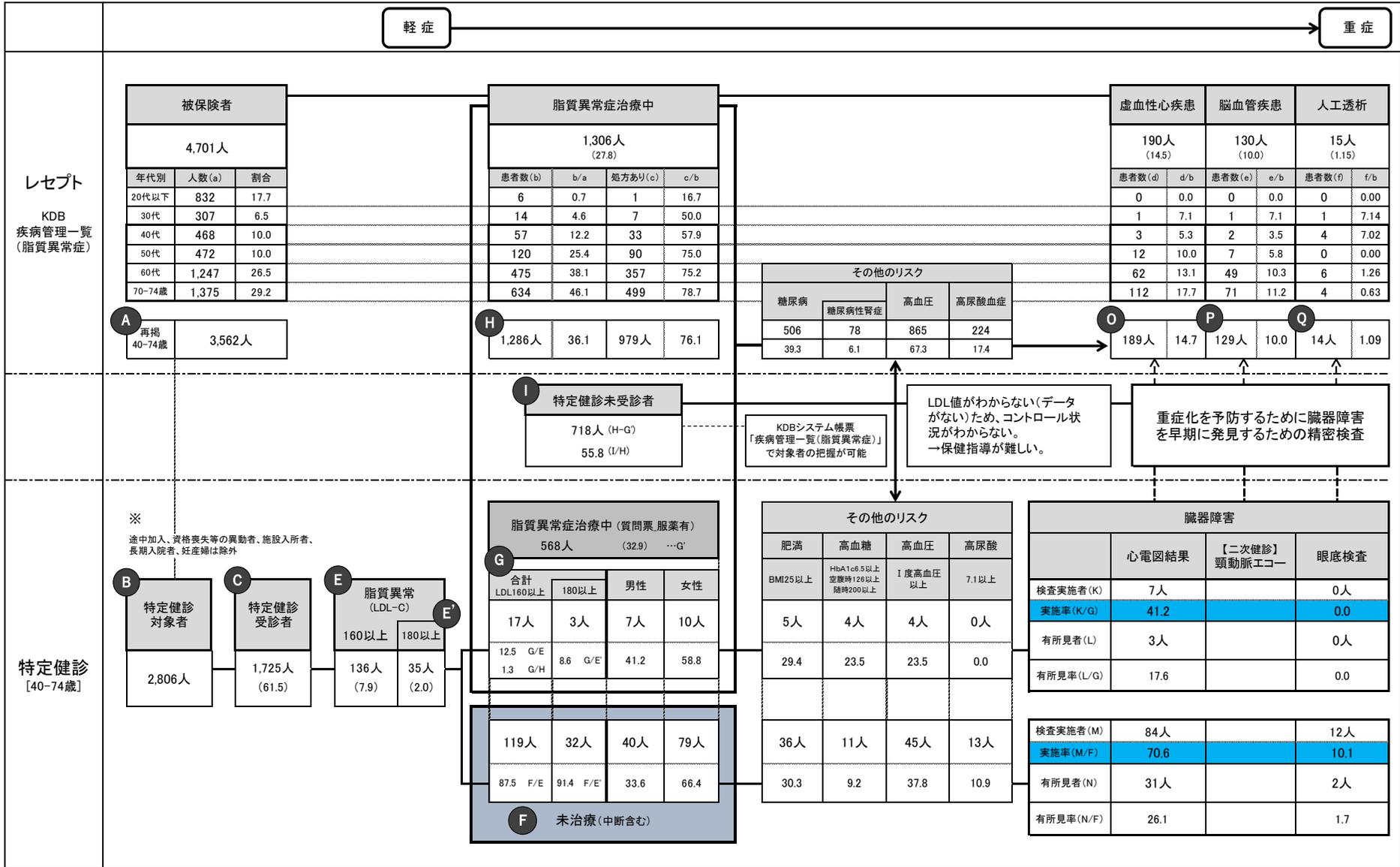
※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB帳票 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

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





※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帳票 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

参考資料7 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		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
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	1,955	481	24.6%	799	40.9%	395	20.2%	147	7.5%	104	5.3%	29	1.5%	63	3.2%	12	0.6%
H30	1,924	585	30.4%	690	35.9%	401	20.8%	120	6.2%	105	5.5%	23	1.2%	68	3.5%	11	0.6%
R元	1,773	502	28.3%	683	38.5%	339	19.1%	121	6.8%	96	5.4%	32	1.8%	75	4.2%	23	1.3%
R2	1,509	430	28.5%	529	35.1%	308	20.4%	113	7.5%	95	6.3%	34	2.3%	74	4.9%	19	1.3%
R3	1,689	484	28.7%	591	35.0%	321	19.0%	130	7.7%	129	7.6%	34	2.0%	83	4.9%	15	0.9%
R4	1,605	507	31.6%	507	31.6%	333	20.7%	125	7.8%	108	6.7%	25	1.6%	72	4.5%	15	0.9%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすい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		割合
					再>7.0以上	未治療	治療	人数	割合	
H29	1,955	481 24.6%	799 40.9%	395 20.2%	280 14.3%	77 27.5%	203 72.5%	143	6.8%	14.3%
					133 6.8%	29 21.8%	104 78.2%			
H30	1,924	585 30.4%	690 35.9%	401 20.8%	248 12.9%	54 21.8%	194 78.2%	129	6.7%	12.9%
					128 6.7%	20 15.6%	108 84.4%			
R元	1,773	502 28.3%	683 38.5%	339 19.1%	249 14.0%	64 25.7%	185 74.3%	128	7.2%	14.0%
					128 7.2%	23 18.0%	105 82.0%			
R2	1,509	430 28.5%	529 35.1%	308 20.4%	242 16.0%	74 30.6%	168 69.4%	129	8.5%	16.0%
					129 8.5%	24 18.6%	105 81.4%			
R3	1,689	484 28.7%	591 35.0%	321 19.0%	293 17.3%	92 31.4%	201 68.6%	163	9.7%	17.3%
					163 9.7%	32 19.6%	131 80.4%			
R4	1,605	507 31.6%	507 31.6%	333 20.7%	258 16.1%	77 29.8%	181 70.2%	133	8.3%	16.1%
					133 8.3%	21 15.8%	112 84.2%			

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		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		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	295	15.1%	5	1.7%	18	6.1%	69	23.4%	99	33.6%	78	26.4%	26	8.8%	53	18.0%	11	3.7%
	H30	300	15.6%	4	1.3%	15	5.0%	87	29.0%	86	28.7%	86	28.7%	22	7.3%	62	20.7%	10	3.3%
	R元	275	15.5%	4	1.5%	15	5.5%	71	25.8%	80	29.1%	78	28.4%	27	9.8%	64	23.3%	19	6.9%
	R2	246	16.3%	5	2.0%	13	5.3%	60	24.4%	63	25.6%	76	30.9%	29	11.8%	61	24.8%	18	7.3%
	R3	273	16.2%	3	1.1%	14	5.1%	55	20.1%	70	25.6%	101	37.0%	30	11.0%	74	27.1%	15	5.5%
	R4	250	15.6%	3	1.2%	14	5.6%	52	20.8%	69	27.6%	92	36.8%	20	8.0%	63	25.2%	11	4.4%
治療なし	H29	1,660	84.9%	476	28.7%	781	47.0%	326	19.6%	48	2.9%	26	1.6%	3	0.2%	10	0.6%	1	0.1%
	H30	1,624	84.4%	581	35.8%	675	41.6%	314	19.3%	34	2.1%	19	1.2%	1	0.1%	6	0.4%	1	0.1%
	R元	1,498	84.5%	498	33.2%	668	44.6%	268	17.9%	41	2.7%	18	1.2%	5	0.3%	11	0.7%	4	0.3%
	R2	1,263	83.7%	425	33.7%	516	40.9%	248	19.6%	50	4.0%	19	1.5%	5	0.4%	13	1.0%	1	0.1%
	R3	1,416	83.8%	481	34.0%	577	40.7%	266	18.8%	60	4.2%	28	2.0%	4	0.3%	9	0.6%	0	0.0%
	R4	1,355	84.4%	504	37.2%	493	36.4%	281	20.7%	56	4.1%	16	1.2%	5	0.4%	9	0.7%	4	0.3%

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	2,042	508	24.9%	437	21.4%	664	32.5%	343	16.8%	77	3.8%	13	0.6%
H30	2,039	601	29.5%	546	26.8%	512	25.1%	327	16.0%	44	2.2%	9	0.4%
R元	1,862	693	37.2%	504	27.1%	432	23.2%	199	10.7%	28	1.5%	6	0.3%
R2	1,609	430	26.7%	376	23.4%	482	30.0%	275	17.1%	37	2.3%	9	0.6%
R3	1,796	598	33.3%	409	22.8%	454	25.3%	278	15.5%	50	2.8%	7	0.4%
R4	1,725	609	35.3%	391	22.7%	419	24.3%	253	14.7%	44	2.6%	9	0.5%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	割合
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療		
H29	2,042	945 46.3%	664 32.5%	343 16.8%	90	54	36	4.4%	0.6%
					13 0.6%	8 61.5%	5 38.5%		
H30	2,039	1,147 56.3%	512 25.1%	327 16.0%	53	31	22	2.6%	0.4%
					9 0.4%	4 44.4%	5 55.6%		
R元	1,862	1,197 64.3%	432 23.2%	199 10.7%	34	15	19	1.8%	0.3%
					6 0.3%	3 50.0%	3 50.0%		
R2	1,609	806 50.1%	482 30.0%	275 17.1%	46	20	26	2.9%	0.6%
					9 0.6%	7 77.8%	2 22.2%		
R3	1,796	1,007 56.1%	454 25.3%	278 15.5%	57	26	31	3.2%	0.4%
					7 0.4%	4 57.1%	3 42.9%		
R4	1,725	1,000 58.0%	419 24.3%	253 14.7%	53	33	20	3.1%	0.5%
					9 0.5%	4 44.4%	5 55.6%		

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	783	38.3%	88	11.2%	185	23.6%	295	37.7%	179	22.9%	31	4.0%	5	0.6%
	H30	827	40.6%	130	15.7%	238	28.8%	248	30.0%	189	22.9%	17	2.1%	5	0.6%
	R元	766	41.1%	176	23.0%	240	31.3%	219	28.6%	112	14.6%	16	2.1%	3	0.4%
	R2	710	44.1%	95	13.4%	180	25.4%	261	36.8%	148	20.8%	24	3.4%	2	0.3%
	R3	765	42.6%	147	19.2%	195	25.5%	237	31.0%	155	20.3%	28	3.7%	3	0.4%
	R4	746	43.2%	169	22.7%	191	25.6%	230	30.8%	136	18.2%	15	2.0%	5	0.7%
治療なし	H29	1,259	61.7%	420	33.4%	252	20.0%	369	29.3%	164	13.0%	46	3.7%	8	0.6%
	H30	1,212	59.4%	471	38.9%	308	25.4%	264	21.8%	138	11.4%	27	2.2%	4	0.3%
	R元	1,096	58.9%	517	47.2%	264	24.1%	213	19.4%	87	7.9%	12	1.1%	3	0.3%
	R2	899	55.9%	335	37.3%	196	21.8%	221	24.6%	127	14.1%	13	1.4%	7	0.8%
	R3	1,031	57.4%	451	43.7%	214	20.8%	217	21.0%	123	11.9%	22	2.1%	4	0.4%
	R4	979	56.8%	440	44.9%	200	20.4%	189	19.3%	117	12.0%	29	3.0%	4	0.4%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常			保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		120未満			120～139		140～159		160～179		180以上	
		人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	2,042	1,077	52.7%	484	23.7%	298	14.6%	118	5.8%	65	3.2%
	H30	2,038	1,040	51.0%	503	24.7%	295	14.5%	151	7.4%	49	2.4%
	R元	1,861	1,023	55.0%	392	21.1%	252	13.5%	134	7.2%	60	3.2%
	R2	1,609	835	51.9%	392	24.4%	218	13.5%	110	6.8%	54	3.4%
	R3	1,796	960	53.5%	420	23.4%	264	14.7%	96	5.3%	56	3.1%
R4	1,725	966	56.0%	407	23.6%	216	12.5%	101	5.9%	35	2.0%	
男性	H29	969	557	57.5%	231	23.8%	117	12.1%	42	4.3%	22	2.3%
	H30	947	538	56.8%	230	24.3%	112	11.8%	57	6.0%	10	1.1%
	R元	867	530	61.1%	174	20.1%	93	10.7%	51	5.9%	19	2.2%
	R2	756	435	57.5%	174	23.0%	85	11.2%	47	6.2%	15	2.0%
	R3	838	502	59.9%	180	21.5%	98	11.7%	35	4.2%	23	2.7%
R4	776	477	61.5%	173	22.3%	79	10.2%	38	4.9%	9	1.2%	
女性	H29	1,073	520	48.5%	253	23.6%	181	16.9%	76	7.1%	43	4.0%
	H30	1,091	502	46.0%	273	25.0%	183	16.8%	94	8.6%	39	3.6%
	R元	994	493	49.6%	218	21.9%	159	16.0%	83	8.4%	41	4.1%
	R2	853	400	46.9%	218	25.6%	133	15.6%	63	7.4%	39	4.6%
	R3	958	458	47.8%	240	25.1%	166	17.3%	61	6.4%	33	3.4%
R4	949	489	51.5%	234	24.7%	137	14.4%	63	6.6%	26	2.7%	

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲		
					再)180以上	未治療	治療			
H29	2,042	1,077 52.7%	484 23.7%	298 14.6%	183 9.0%	168 91.8%	15 8.2%			
					65 3.2%	58 89.2%	7 10.8%	3.2%	9.0%	
H30	2,038	1,040 51.0%	503 24.7%	295 14.5%	200 9.8%	181 90.5%	19 9.5%			
					49 2.4%	43 87.8%	6 12.2%	2.4%	9.8%	
R元	1,861	1,023 55.0%	392 21.1%	252 13.5%	194 10.4%	173 89.2%	21 10.8%			
					60 3.2%	53 88.3%	7 11.7%	3.2%	10.4%	
R2	1,609	835 51.9%	392 24.4%	218 13.5%	164 10.2%	148 90.2%	16 9.8%			
					54 3.4%	45 83.3%	9 16.7%	3.4%	10.2%	
R3	1,796	960 53.5%	420 23.4%	264 14.7%	152 8.5%	136 89.5%	16 10.5%			
					56 3.1%	52 92.9%	4 7.1%	3.1%	8.5%	
R4	1,725	966 56.0%	407 23.6%	216 12.5%	136 7.9%	119 87.5%	17 12.5%			
					35 2.0%	32 91.4%	3 8.6%	2.0%	7.9%	

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常			保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満			120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	506	24.8%	367	72.5%	84	16.6%	40	7.9%	8	1.6%	7	1.4%
	H30	560	27.5%	394	70.4%	100	17.9%	47	8.4%	13	2.3%	6	1.1%
	R元	546	29.3%	404	74.0%	79	14.5%	42	7.7%	14	2.6%	7	1.3%
	R2	492	30.6%	362	73.6%	82	16.7%	32	6.5%	7	1.4%	9	1.8%
	R3	562	31.3%	412	73.3%	104	18.5%	30	5.3%	12	2.1%	4	0.7%
R4	568	32.9%	417	73.4%	95	16.7%	39	6.9%	14	2.5%	3	0.5%	
治療なし	H29	1,536	75.2%	710	46.2%	400	26.0%	258	16.8%	110	7.2%	58	3.8%
	H30	1,478	72.5%	646	43.7%	403	27.3%	248	16.8%	138	9.3%	43	2.9%
	R元	1,315	70.7%	619	47.1%	313	23.8%	210	16.0%	120	9.1%	53	4.0%
	R2	1,117	69.4%	473	42.3%	310	27.8%	186	16.7%	103	9.2%	45	4.0%
	R3	1,234	68.7%	548	44.4%	316	25.6%	234	19.0%	84	6.8%	52	4.2%
R4	1,157	67.1%	549	47.5%	312	27.0%	177	15.3%	87	7.5%	32	2.8%	