

(素案)

佐世保市国民健康保険

第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

第4期特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度

佐世保市国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	1
1. 背景・目的	
2. 計画の位置づけ	
3. 計画期間	
4. 本計画策定における関係者の役割	
1) 保険者(佐世保市国民健康保険)の役割	
2) 関係機関との連携	
3) 被保険者の役割	
第2章 現状の整理	5
1. 保険者の特性	
2. 特定健康診査・特定保健指導の実施状況	
3. 医療給付費の状況	
4. 介護給付費の状況	
第3章 第2期計画にかかる評価	11
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	
1) 重症化予防の取組の評価	
2) ポピュレーションアプローチの取組の評価	
第4章 健康・医療情報等の分析と健康課題	16
1. 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の状況	
1) 短期的な目標疾患の特定健康診査の結果	
2) 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方	
2. 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の状況	
1) 特定健康診査の結果からみる動脈硬化性疾患のリスクの状況	
2) 中長期目標疾患の医療の状況	
3. 短期的な目標疾患・中長期的な目標疾患医療の状況	
4. 中長期目標疾患の介護給付費の状況	
5. 中長期目標疾患の標準化死亡比の状況	
6. 第3期における健康課題	

- 1) 基本的考え方
- 2) 本市国民健康保険の健康課題
- 7. 第3期の目標の設定
 - 1) 中長期的な目標の設定
 - 2) 短期的な目標の設定

第5章 課題解決するための個別保健事業36

- 1. 保健事業の方向性
- 2. 主な個別保健事業
 - 1) 慢性腎臓病・糖尿病性腎臓病重症化予防
 - 2) 生活習慣病重症化予防
 - 3) 若年者健診・若年者保健指導
 - 4) 特定健康診査受診率向上
- 3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
- 4. 地域包括ケアに係る取組

第6章 特定健康診査・特定保健指導の実施(法定義務)49

- 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. 目標達成に向けた取組
- 5. 特定健康診査の実施
 - 1) 実施方法
 - 2) 特定健康診査委託基準
 - 3) 特定健康診査実施機関リスト
 - 4) 特定健康診査実施項目
 - 5) 実施時期
 - 6) 医療機関との適切な連携
 - 7) 代行機関
 - 8) 特定健康診査の案内方法・実施スケジュール
- 6. 特定保健指導の実施
 - 1) 特定保健指導の対象者
 - 2) 特定保健指導の内容
 - 3) 特定健康診査から特定保健指導の実施の流れ
 - 4) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法
 - 5) 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
- 7. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方	
2) 特定健康診査・特定保健指導の記録の管理・保存期間について	
8. 結果の報告	
9. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第7章 計画の評価・見直し	58
1. 評価の時期	
2. 評価方法・体制	
第8章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	59
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
参考資料	60

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

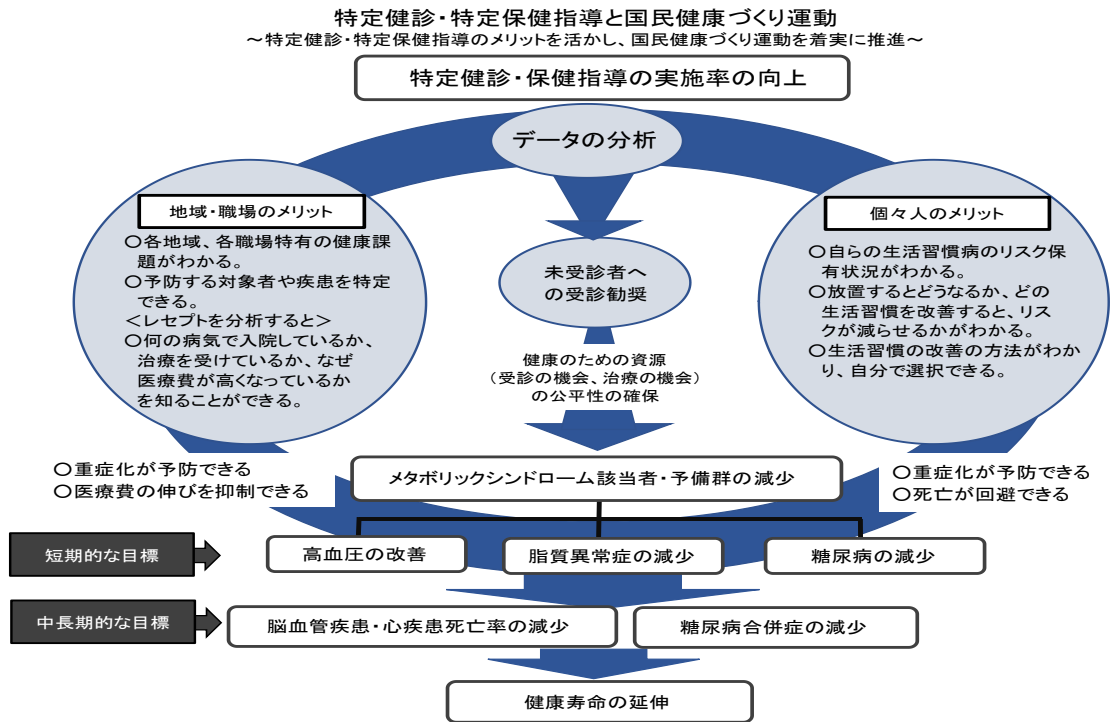
平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成 26 年 3 月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健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

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)」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 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 K P I の設定を推進する。」と示されました。

また、特定健康診査・特定保健指導と国民健康づくり運動のプログラムに本計画(図表 1-1)の対象とする疾病について、『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の持続可能なものとするにつながる。』とされています。

このような国の動きや要介護や疾病予防の考え方、本市の課題等を踏まえ、保健事業を実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第 3 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。また、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づいて作成する「特定健康診査等実施計画」においては、保健事業の中核をなす特定健康診査及びの具体的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。

図表 1-1 特定健康診査・特定保健指導と国民健康づくり運動



標準的な健診・保健指導プログラム【令和 6 年度版】 図-1(一部改変)

2. 計画の位置づけ

本計画は、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、特定健康診査等の結果、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、介護保険事業計画と調和のとれたものとしします。

3. 計画期間

本計画の期間は、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。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 1 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。

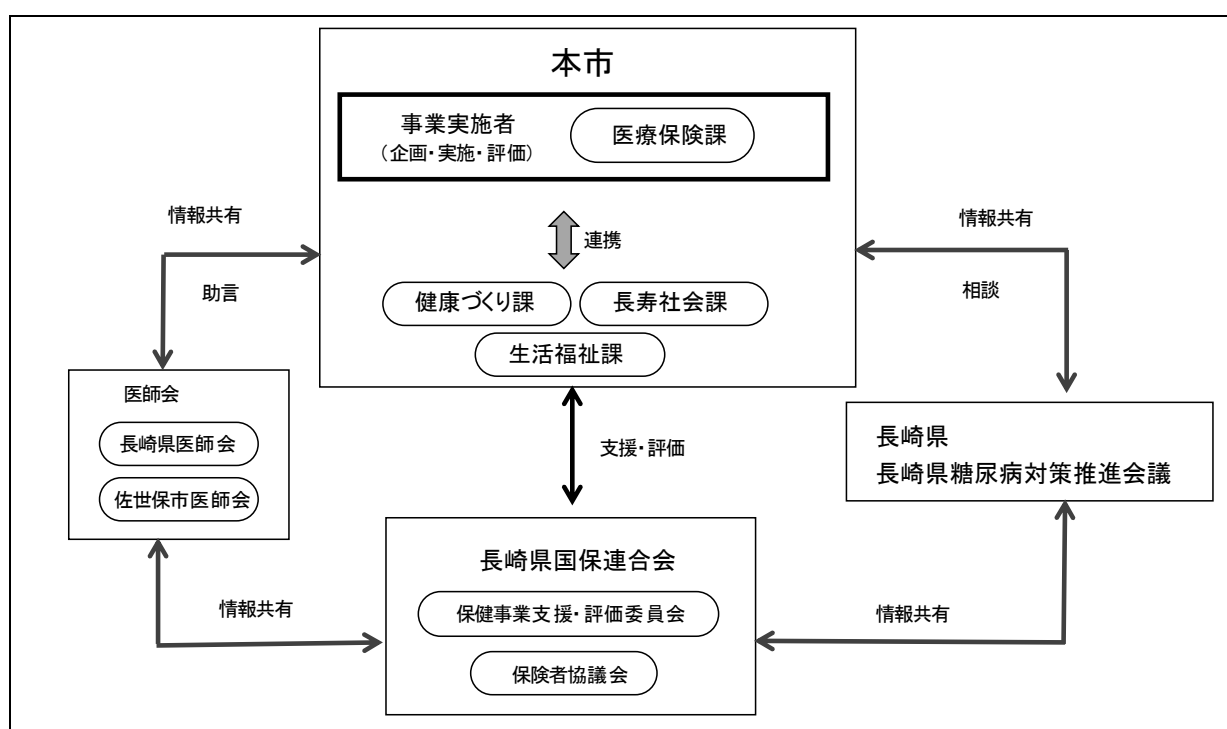
4. 本計画策定における関係者の役割

1) 保険者(佐世保市国民健康保険)の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、本市が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、高齢者関係部局（長寿社会課）、保健衛生部局（健康づくり課）、生活保護部局（生活福祉課）とも十分連携を図ることとします。（図表 1-2）

図表 1-2 本市の実施体制図



2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。

計画の策定等を進めるにあたっては、共同保険者である長崎県のほか、長崎県国民健康保険連合会（以下国保連）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、佐世保市医師会等、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、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力します。

市国保は、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、市国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有し、保健事業を展開することに努めます。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが期待されています。被保険者は、国保運営協議会の委員として計画策定に参画しています。なお、本計画策定にあたっては、被保険者を含めた広く市民の意見等を求めることを目的に、令和 年 月 日から令和 年 月 日まで、本市ホームページ等でパブリックコメントを実施しました。

第2章 現状の整理

1. 保険者の特性

本市は、人口約24万人で高齢化率は令和2年度国勢調査で32.1%となっています。同規模と比較すると高齢化率は32.1%、平均年齢は54.5歳、出生率は7.8人と高くなっています。また、死亡率、標準化死亡比が高く、平均寿命や平均自立期間が短くなっています。(図表2-1)

財政指数は同規模や国に比べて低く、第3次産業は76.7%と同規模と比べて若干低いものの、全国と比較すると割合は高くなっています。(図表2-2)

国保加入率は20.2%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で、年齢構成は65～74歳の前期高齢者が48.3%を占めており、前期高齢者が多くなっています。(図表2-3)

また、被保険者千人当たりで医療の状況は、病院数の割合、病床数の割合は同規模と比較して高く、医療資源に恵まれ、外来及び入院患者数の割合も高くなっています。(図表2-4)

図表2-1 同規模・県・国と比較した本市の特性

	人口 (人)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	高齢化率 (%)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	標準化死亡比		平均寿命		平均自立期間 (要介護2以上)	
							男性	女性	男性	女性	男性	女性
佐世保市	240,390	48,556 (20.2)	54.5	32.1	7.8	13.7	105.8	102.2	80.4	87.0	78.9	84.3
同規模	--	19.4	52.0	26.4	7.3	10.2	99.3	99.4	80.9	87.1	80.1	84.4
県	--	24.1	54.2	33.1	7.1	13.6	103.3	100.1	80.4	87.0	79.6	84.3
国	--	22.3	51.9	28.7	6.8	11.1	100.0	100.0	80.8	87.0	80.1	84.4

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

図表2-2 同規模・県・国と比較した本市の特性

	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
佐世保市	0.5	4.3	19.0	76.7
同規模	0.7	1.8	21.5	76.8
県	0.4	7.7	20.1	72.2
国	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

図表2-3 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	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	55,156		53,249		52,307		50,527		48,556	
65～74歳	25,378	46.0	25,092	47.1	25,409	48.6	24,829	49.1	23,435	48.3
40～64歳	16,762	30.4	15,911	29.9	15,264	29.2	14,774	29.2	14,375	29.6
39歳以下	13,016	23.6	12,246	23.0	11,634	22.2	10,924	21.6	10,746	22.1
加入率	21.7		21.0		20.6		19.9		20.2	

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

図表 2-3 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	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	26	0.5	25	0.5	24	0.5	24	0.5	24	0.5	0.3	0.5
診療所数	225	4.1	226	4.2	224	4.3	222	4.4	221	4.6	4.9	4.3
病床数	4,815	87.3	4,769	89.6	4,634	88.6	4,609	91.2	4,609	94.9	64.5	82.0
医師数	662	12.0	662	12.4	695	13.3	695	13.8	719	14.8	17.9	14.0
外来患者数	725.3		732.1		700.9		730.5		745.0		704.0	743.9
入院患者数	27.8		27.6		26.1		25.7		25.2		17.7	27.2

出典: KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 特定健康診査・特定保健指導の状況

本市の特定健康診査受診率は、平成 30 年度にはこれまでの受診率でもっと高い 35.9%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響もあり令和元年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健康診査等実施計画の目標は達成できませんでした。(図表 2-5)

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健康診査の年代別の受診率では、40~50 歳代の受診率は伸びてきているものの低い状況が続いています。(図表 2-6)

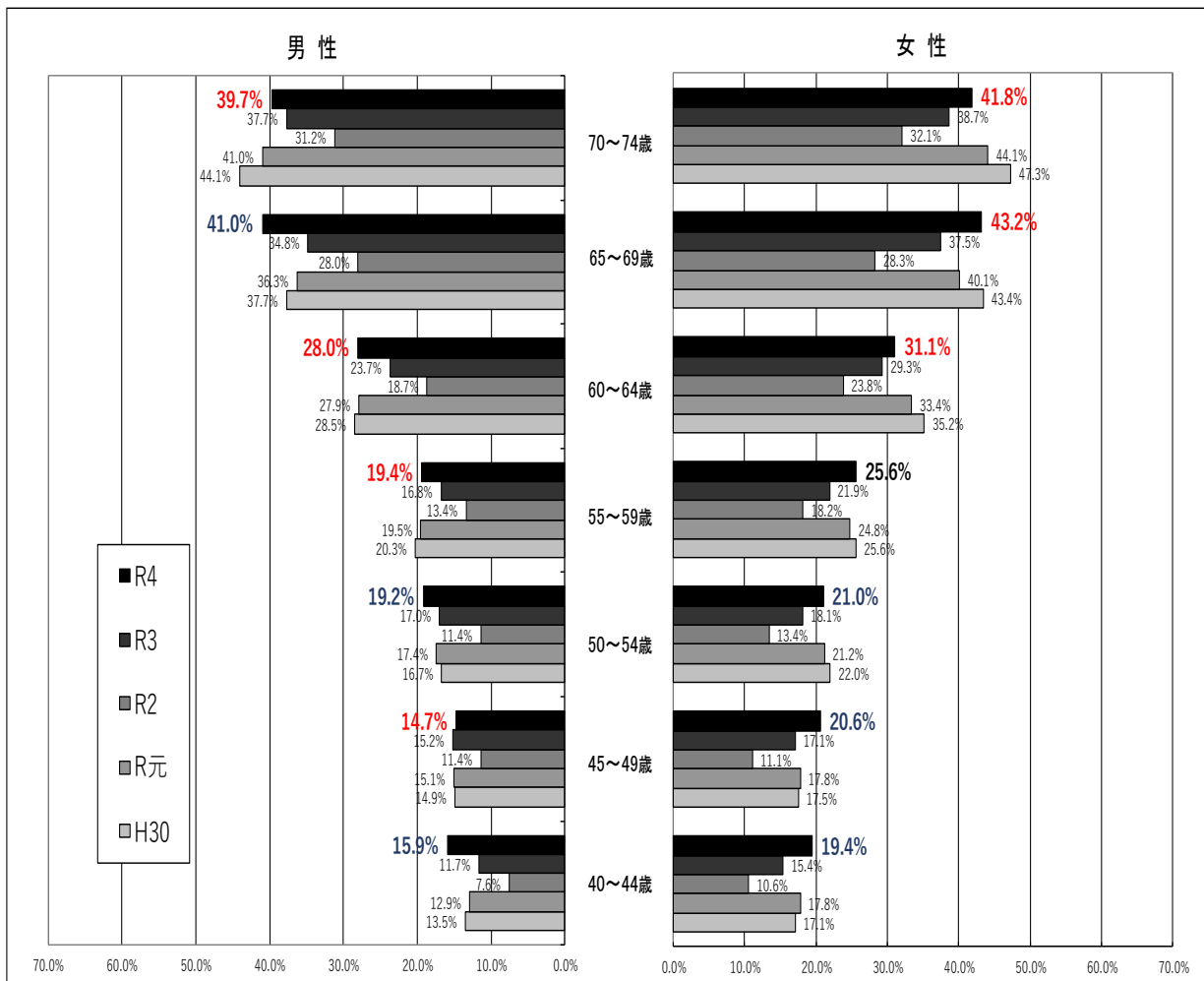
特定保健指導は、令和 2 年度以降、公共施設等で実施する特定健康診査会場において、健診当日に保健指導を開始した結果、実施率 75.5%と大きく向上しました。(図表 2-5)

図表 2-5 特定健康診査・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	13,649	12,692	9,221	11,143	11,681	健診受診率 36.0%
	受診率	35.9%	34.2%	25.0%	31.3%	34.7%	
特定保健指導	該当者数	1,409	1,295	815	1,100	1,164	特定保健指導 実施率 65.0%
	割合	10.3%	10.2%	8.8%	9.9%	10.0%	
	実施者数	893	820	527	829	879	
	実施率	63.4%	63.3%	64.7%	75.4%	75.5%	

出典: 法定報告値

図表 2-6 年代別特定健康診査受診率の推移



出典：法定報告値

図表 2-7 特定健康診査の継続受診の状況

	H30 年度	R 元年度	R2 年度	R3 年度
健診受診者数	14,132 人	13,137 人	9,488 人	11,480 人
翌年度の健診受診者数	9,547 人	7,085 人	6,689 人	7,638 人
翌年度の継続受診率	67.6%	53.9%	70.5%	66.5%

出典：KDB システムより加工

3. 医療給付費の状況

本市の令和4年度の総医療費は、平成30年度と比較して約20億円の減少となっていますが、一人あたり医療費は、約1万円伸び、同規模と比べて約3万円高くなっています。また、入院医療費は全体レセプト件数の3%程度でありながら、医療費全体の44.8%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比べて約3万円高くなっています。(図表2-8)

また、年齢調整をした地域差指数は、医療費の影響が大きい項目である入院については、全国平均の1を大きく超えています。しかしながら、平成30年度と令和2年度地域差指数を比較すると、入院がわずかながら改善したことにより、減少しています。(図表2-9)

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受診控えがあった影響により減少したものの、令和3年度以降は増加傾向であり、令和4年度には382,615円、後期高齢者では一人あたり88.4万円となり、国民健康保険の2.3倍と高い状況になっています。

(図表2-10)

1件当たり80万以上となる高額レセプトの状況を確認してみると、国民健康保険においては毎年500件以上発生しています。後期高齢者になると国民健康保険の約3倍の1,652件となっています。(図表2-11)

図表 2-8 医療費の推移

	佐世保市		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)	55,156人	48,556人	--	--	--	
前期高齢者割合	25,378人 (46.0%)	23,435人 (48.3%)	--			
総医療費	204億5671万円	185億7826万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	370,888	382,615	350,112	411,157	339,680	
		県内10位 同規模12位		県内18位 同規模17位		
入院	1件あたり費用額(円)	523,310	552,040	628,960	564,870	617,950
	費用の割合	48.1	44.8	39.2	46.5	39.6
	件数の割合	3.7	3.3	2.5	3.5	2.5
外来	1件あたり費用額	21,680	23,010	24,570	23,780	24,220
	費用の割合	51.9	55.2	60.8	53.5	60.4
	件数の割合	96.3	96.7	97.5	96.5	97.5

※同規模順位は佐世保市と同規模保険者83市町村の平均値を表す

出典: KDBシステムより加工

図表 2-9 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		
		本市(県内市町中)		県(47県中)	本市(県内市町中)		県(47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	1.098	1.078	1.161	1.081	1.072	1.168
		(13位)	(14位)	(6位)	(11位)	(12位)	(3位)
	入院	1.300	1.242	1.366	1.144	1.143	1.297
		(13位)	(17位)	(4位)	(15位)	(15位)	(4位)
	外来	0.966	0.967	1.025	1.018	0.997	1.036
		(10位)	(12位)	(15位)	(5位)	(6位)	(9位)

出典:地域差分析(厚労省)

図表 2-10 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:R4年度
被保険者数		55,156人	53,249人	52,307人	50,527人	48,556人	40,646人
総件数及び総費用額	件数	508,585件	494,741件	461,029件	467,849件	460,733件	663,588件
	費用額	204億5671万円	202億1871万円	191億7791万円	191億3754万円	185億7826万円	359億3716万円
一人あたり医療費		37.1万円	38.0万円	36.7万円	37.9万円	38.3万円	88.4万円

出典:KDBシステムより加工

図表 2-11 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	470人	448人	463人	438人	421人	1,240人
	件数	580件	579件	554件	537件	527件	1,652件
	総件数に占める割合	0.11%	0.12%	0.12%	0.11%	0.11%	0.25%
	費用額	8億2951万円	7億7978万円	7億7061万円	7億5784万円	7億2943万円	12億5761万円
総費用に占める割合	4.1%	3.9%	4.0%	4.0%	3.9%	3.5%	

出典:KDBシステムより加工

4. 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、1号（65歳以上）被保険者で15,004人（認定率19.4%）、2号（40～64歳）被保険者で267人（認定率0.36%）と同規模・県・国と比較すると低く、平成30年度と比べても減少しています。（図表2-12）

また、介護給付費の総額は、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、約222億円から約225億円に伸びていますが、一人あたり給付費は292,259円に減少しています。（図表2-13）

図表2-12 要介護認定者(率)の状況

	佐世保市				同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	73,685人	29.1%	77,173人	32.1%	26.4%	33.1%	28.7%
1号認定者	15,854人	21.5%	15,004人	19.4%	20.5%	20.5%	19.4%
新規認定者	1,651人		1,908人		--	--	--
再掲	65～74歳		1,591人		4.2%	--	--
新規認定者	354人		331人		--	--	--
75歳以上	14,155人	37.4%	13,413人	34.2%	--	--	--
新規認定者	1,297人		1,577人		--	--	--
2号認定者	324人	0.40%	267人	0.36%	0.39%	0.38%	0.38%
新規認定者	69人		55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2-13 介護給付費の変化

	佐世保市		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	222億8262万円	225億5447万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	302,404	292,259	301,091	310,443	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	78,890	77,617	55,521	69,584	59,662
居宅サービス	55,381	55,266	41,018	49,376	41,272
施設サービス	294,080	299,051	300,596	298,997	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

第3章 第2期計画にかかる評価

1. 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、中長期的には「医療費の伸びを抑える」ことを目指し、「脳血管疾患及び虚血性心疾患の患者数割合を増加させない」「新規透析患者数を減少させる」ことを目標として、重症化予防に重点を置き進めてきました。その結果、目標としていた項目は達成し、医療費の伸びを抑えることができました。しかしながら、全国と比べると国民健康保険加入者が減少している中で人工透析患者数は高い位置を占めているため、今後も慢性腎臓病重症化予防の対策が必要になります。

また、短期的な目標は、4指標とも未達成となりました。「メタボ該当者の割合を同規模平均までに減少」については、同規模までには至らなかったものの0.1ポイント減少しました。「高血圧Ⅱ度以上の割合を1%減少」については、一時減少しましたが、その後受診率増加に伴い同様に増加し、最終年度の減少には至りませんでした。「LDL コレステロール 180 mg/dl 以上の割合を0.03%ずつ減少」については、令和元年度に一時増加しましたがその後減少幅は計画通り、減少しました。「HbA1c6.5%以上の割合を0.1%ずつ減少」については、5年間で0.2ポイントの減少に留まりました。

図表 3-1 同規模保険者別人工透析率

	H29		H30		R01		R02		R03		R04	
1	鹿児島市	0.528	鹿児島市	0.543	鹿児島市	0.563	鹿児島市	0.571	鹿児島市	0.592	鹿児島市	0.578
2	大分市	0.496	大分市	0.514	長崎市	0.525	長崎市	0.533	長崎市	0.530	長崎市	0.560
3	那覇市	0.468	長崎市	0.501	大分市	0.493	大分市	0.497	大分市	0.505	大分市	0.514
4	横須賀市	0.452	那覇市	0.490	那覇市	0.489	倉敷市	0.478	下関市	0.485	下関市	0.489
5	長崎市	0.448	下関市	0.447	高松市	0.470	高松市	0.469	倉敷市	0.471	川崎市	0.482
14	北区	0.399	墨田区	0.407	枚方市	0.415	横須賀市	0.436	墨田区	0.436	北区	0.436
15	佐世保市	0.397	豊中市	0.406	墨田区	0.414	川口市	0.431	枚方市	0.429	東大阪市	0.435
16	江東区	0.396	江東区	0.405	宮崎市	0.408	高知市	0.421	宇都宮市	0.427	枚方市	0.422
17	葛飾区	0.390	北区	0.399	川口市	0.407	墨田区	0.414	高知市	0.425	葛飾区	0.419
22	高槻市	0.357	大津市	0.381	大津市	0.398	葛飾区	0.398	江東区	0.417	川口市	0.410
23	板橋区	0.353	佐世保市	0.381	豊中市	0.396	江東区	0.398	荒川区	0.413	高槻市	0.410
24	岐阜市	0.351	大田区	0.374	下関市	0.390	豊中市	0.394	高槻市	0.407	寝屋川市	0.409
25	川崎市	0.218	高知市	0.362	高槻市	0.383	高槻市	0.388	豊中市	0.394	姫路市	0.399
26	大津市	0.354	岐阜市	0.360	佐世保市	0.381	大津市	0.387	宮崎市	0.392	高知市	0.398
27	越谷市	0.339	板橋区	0.358	葛飾区	0.378	岐阜市	0.386	姫路市	0.382	尼崎市	0.396
28	高知市	0.339	高槻市	0.358	板橋区	0.375	板橋区	0.384	越谷市	0.381	江東区	0.396
29	松山市	0.336	越谷市	0.349	大田区	0.374	姫路市	0.376	岐阜市	0.379	荒川区	0.395
30	品川区	0.330	姫路市	0.329	岐阜市	0.368	越谷市	0.373	寝屋川市	0.377	豊中市	0.386
31	姫路市	0.327	品川区	0.328	姫路市	0.360	佐世保市	0.369	大津市	0.373	大津市	0.383
32	柏市	0.324	松山市	0.327	越谷市	0.350	寝屋川市	0.369	板橋区	0.367	岐阜市	0.378
33	八王子市	0.322	前橋市	0.327	高崎市	0.343	宮崎市	0.358	佐世保市	0.366	船橋市	0.375
34									長野市	0.318	越谷市	0.370
35									高崎市	0.317	佐世保市	0.37
36											八王子市	0.367
83											岡崎市	0.171
84											富山市	0.167
		15位/69		23位/70		26位/76		31位/79		33位/81		35位/84

出典：KDB システムより一部抜粋

図表 3-2 第 2 期データヘルス計画目標一覧表

中長期的な目標							
目標	年度	H30	R1	R2	R3	R4	評価
脳血管疾患の患者数割合 (%)を増加させない	目標値	4.5%以下にする					達成
	実績値	4.4	3.9	3.5	3.4	3.3	
虚血性心疾患の患者数割合 (%)を増加させない	目標値	4.4%以下にする					達成
	実績値	3.0	2.6	2.8	2.1	2.1	
新規透析患者の患者数 (人)を減少させる	目標値	34 人以下にする					達成
	実績値	33	31	27	31	34	
短期的な目標							
目標	年度	H30	R1	R2	R3	R4	評価
メタボ該当者の割合 (%)を同規模平均まで減少させる	目標値	18.7	19.3	20.8	20.5	20.4	未達成だが、 差が 0.1 ポイント 減少
	実績値	19.7	20.5	22.8	22.1	21.3	
高血圧Ⅱ度以上の割合 (%)を減少させる	目標値	6.0	5.8	5.3	5.2	5.1	未達成で 変化なし
	実績値	5.5	5.0	5.1	5.3	5.5	
LDL コレステロール 180 mg/dl 以上の割合を 0.03%ずつ減少させる	目標値	3.74	3.71	3.68	3.65	3.62	未達成で、 0.1 ポイント増加
	実績値	3.7	4.5	4.0	4.0	3.8	
HbA1c 6.5%以上の割合を 0.1%ずつ減少させる	目標値	8.0	7.9	7.8	7.7	7.6	未達成だが、 0.2 ポイント減少
	実績値	9.7	9.0	9.4	9.2	9.5	

2. 主な個別事業の評価

1) 重症化予防の取組みの評価

(1) 糖尿病性腎臓病重症化予防

平成 30 年度と比較して未治療者数は減少し、血糖値有所見者（対象者）への保健指導及び中断者の数は変化ありません。（図表 3-3）

令和元年度からは、レセプトや特定健康診査受診状況から治療中断者（かつ特定健康診査未受診者）を抽出し、医療機関や特定健康診査の受診勧奨を始めました。支援した人の 3 分の 1 が特定健康診査や医療とつながり、健康状態の把握や医療とのかかわりを持つことができました。また、医療機関受診中の血糖コントロールがうまくいっていない方に対して管理栄養士による支援を行っています。令和 4 年度は利用者 6 人と少ない状況ですが、介入したほぼすべての方が改善しています。今後も医療機関と連携した保健指導・栄養指導を行っていく必要があります。（図表 3-4）

平成 30 年度より健診で把握した未治療者 HbA1c7.0%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきた結果、HbA1c8.0%以上の未治療者の割合は、平成 30 年度 0.56%から令和 3 年度 0.49%に減り、令和 4 年度は 0.56%と増加しました。一時的に減少に転じた背景には、特定健康診査受診率の低下によるものがあり、未治療者の発生状況に変化がないため、受診勧奨の方法や体制を強化し、治療中断とならないよう継続受診できるための支援が必要です。（図表 3-5）

図表 3-3 糖尿病性腎臓病重症化予防対象者

	H30 年度	R元年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
未受診者の受診勧奨	186 人	253 人	98 人	127 人	139 人
治療中のコントロール不良者の保健指導	6 人	4 人	4 人	4 人	6 人
治療中断者支援	--	53 人	50 人	47 人	48 人

図表 3-4 保健指導後、受診勧奨後の状況（アウトカム評価）

	H30 年度	R元年度	R2 年度	R3 年度
未受診者の勧奨後の受診者数（割合）	156 人 (83.9%)	231 人 (98.3%)	97 人 (99.0%)	115 人 (82.7%)
治療中のコントロール不良者の保健指導の結果	5 人実施し、 HbA1c が 3 人改善	4 人実施し、 HbA1c が 3 人改善	4 人実施し、 HbA1c が 4 人改善	4 人実施し、 HbA1c が 4 人改善
治療中断者の受診者数（割合）	--	25 人 (47.2%)	25 人 (50.0%)	18 人 (37.5%)

図表 3-5 糖尿病性腎臓病重症化予防の状況(アウトカム評価)

指標	年度	H30	R元	R2	R3	R4	評価
新規人工透析患者数(人)	目標値	34	34	34	34	34	達成
	実績値	33	28	27	31	34	
HbA1c8.0%以上の未治療者割合(%)	目標値	-	-	0.6	0.6	0.6	達成
	実績値	0.56	0.56	0.34	0.49	0.56	
糖尿病性腎症患者数(人)	目標値	-	-	619	619	619	減少後再増加
	実績値	707	659	619	696	701	

(2)慢性腎臓病重症化予防

慢性腎臓病重症化予防対象者の生活背景等を踏まえて保健師・管理栄養士による保健指導を行いました。その結果、8割程度が治療開始となりました。また、令和2年度より慢性腎臓病等連携医登録制度の創設を始めとした慢性腎臓病に対する医療と医療の連携の構築を推進しました。平成29年度より実施している意見交換会では腎臓及び糖尿病専門医並びにかかりつけ医、歯科医師会・薬剤師会等と慢性腎臓病等予防対策として、専門医との連携方法の構築について検討を重ねました。これらの取組の結果、対象者や患者数の増減はあるものの、医療費の適正化につなげることができました。(図表3-6、3-7、3-8)

図表 3-6 慢性腎臓病重症化予防対象者

	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
保健指導対象	51人	58人	34人	46人	43人

図表 3-7 保健指導、受診勧奨の状況(アウトカム評価)

	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
保健指導後の受診状況	44人 (86.8%)	39人 (67.2%)	26人 (76.5%)	36人 (78.3%)	集計中

図表 3-8 尿蛋白定性検査、eGFR検査の状況(アウトカム評価)

指標	年度	H30	R元	R2	R3	R4	評価
新規人工透析患者数(人)	目標値	34	34	34	34	34	達成
	実績値	33	28	27	31	34	

2)ポピュレーションアプローチの取組の評価

第2期データヘルス計画では、ポピュレーションアプローチとして本市の実態やその背景にある地域特定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周知を行う取組を行いました。

生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、各種団体への出前講座や広報させばにおける特集記事の掲載を毎年行い、広く市民へ周知しました。(図表 3-9)

また、本市の健康課題の一つである血圧の改善を目的として、集団健診会場において食品に含まれる脂質量や塩分量についての展示を集中的に実施してきました。(図表 3-10)

図表 3-9 広報させばの掲載内容

図表 3-10 食品に含まれる塩分量についての展示状況



第4章 健康・医療情報等との分析と健康課題

1. 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の状況

図表 1-1 の考え方を参考に、予防可能な視点から短期的な状況について、血圧、血糖、脂質、メタボリックシンドロームを位置づけ、本市の状況を確認しました。

1) 短期的な目標疾患の特定健康診査の結果

(1) 血圧

特定健康診査の血圧の結果を平成 30 年度と令和 4 年度で年次比較すると、重症化しやすいとされる高血圧（Ⅰ度からⅢ度）の割合は、減少しています。しかし、より重症化するとされるⅡ度高血圧以上では、変化がありません。（図表 4-1、4-2）

また、治療中と治療なしを分け、平成 30 年度と令和 4 年度のⅡ度高血圧者以上の割合で比較すると、治療中の割合は減少し、治療なしの割合が増加しています。（図表 4-3）

一方、2 年連続特定健康診査を受診している者（以下継続受診者）でⅡ度高血圧以上の前年度からの改善率は悪化率を上まわり、平成 30 年度からの変化で 43.1%、令和 3 年度からの変化で 46.6%おり、改善率が増加しています。（図表 4-4）

図表 4-1 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						
H30	14,132	3,490	24.7%	2,666	18.9%	4,227	29.9%	2,977	21.1%	664	4.7%	108	0.8%
R元	13,137	3,209	24.4%	2,696	20.5%	3,948	30.1%	2,633	20.0%	561	4.3%	90	0.7%
R2	9,488	2,063	21.7%	1,904	20.1%	2,862	30.2%	2,142	22.6%	444	4.7%	73	0.8%
R3	11,480	2,577	22.4%	2,250	19.6%	3,650	31.8%	2,391	20.8%	515	4.5%	97	0.8%
R4	12,151	2,935	24.2%	2,323	19.1%	3,733	30.7%	2,491	20.5%	572	4.7%	97	0.8%

図表 4-2 II 度高血圧以上の割合

年度	II 度高血圧以上			再掲							
	再)III 度高血圧	未治療	治療								
H30	772 5.5%	423 54.8%	349 45.2%			0.8%	5.5%				
	108 0.8%	73 67.6%	35 32.4%								
R元	651 5.0%	377 57.9%	274 42.1%			0.7%	5.0%				
	90 0.7%	53 58.9%	37 41.1%								
R2	517 5.4%	226 43.7%	291 56.3%			0.8%	5.4%				
	73 0.8%	36 49.3%	37 50.7%								
R3	612 5.3%	363 59.3%	249 40.7%			0.8%	5.3%				
	97 0.8%	64 66.0%	33 34.0%								
R4	669 5.5%	396 59.2%	273 40.8%			0.8%	5.5%				
	97 0.8%	74 76.3%	23 23.7%								

図表 4-3 血圧の結果と治療・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		
治療中	H30	5,705	40.4%	827	14.5%	1,111	19.5%	1,931	33.8%	1,487	26.1%	314	5.5%	35	0.6%
	R元	5,351	40.7%	751	14.0%	1,161	21.7%	1,839	34.4%	1,326	24.8%	237	4.4%	37	0.7%
	R2	4,378	46.1%	584	13.3%	855	19.5%	1,456	33.3%	1,192	27.2%	254	5.8%	37	0.8%
	R3	4,891	42.6%	644	13.2%	966	19.8%	1,780	36.4%	1,252	25.6%	216	4.4%	33	0.7%
	R4	5,090	41.9%	772	15.2%	1,007	19.8%	1,743	34.2%	1,295	25.4%	250	4.9%	23	0.5%
治療なし	H30	8,427	59.6%	2,663	31.6%	1,555	18.5%	2,296	27.2%	1,490	17.7%	350	4.2%	73	0.9%
	R元	7,786	59.3%	2,458	31.6%	1,535	19.7%	2,109	27.1%	1,307	16.8%	324	4.2%	53	0.7%
	R2	5,110	53.9%	1,479	28.9%	1,049	20.5%	1,406	27.5%	950	18.6%	190	3.7%	36	0.7%
	R3	6,589	57.4%	1,933	29.3%	1,284	19.5%	1,870	28.4%	1,139	17.3%	299	4.5%	64	1.0%
	R4	7,061	58.1%	2,163	30.6%	1,316	18.6%	1,990	28.2%	1,196	16.9%	322	4.6%	74	1.0%

図表 4-4 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R元	772 (5.5%)	333 (43.1%)	88 (11.4%)	21 (2.7%)	330 (42.7%)
R3→R4	612 (5.3%)	285 (46.6%)	71 (11.6%)	12 (2.0%)	244 (39.9%)

出典: KDBシステムより加工

(2) 血糖値の状況

血糖の評価指標である HbA1c を平成 30 年度と令和 4 年度で年次比較すると、重症化しやすいとされる HbA1c5.6%以上の割合は、0.2 ポイント減少しています。より重症化し合併症のリスクが高まる HbA1c8.0%の割合も、0.1 ポイント減少しています。(図表 4-5、4-6)

また、治療中と治療なしを分け、平成 30 年度と令和 4 年度の HbA1c6.5%以上 7.9%以下の割合は、治療中の割合は増加し、治療なしの割合が減少しています。一方で HbA1c8.0%の割合は、治療中の割合は減少しています。(図表 4-7)

一方、継続受診者で HbA1c6.5%の前年度からの改善率は悪化率を上まわっているものの、平成 30 年度からの変化で 25.4%、令和 3 年度からの変化で 21.8%となり、改善率が減少しています。(図表 4-8)

図表 4-5 HbA1c の年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病					
								合併症予防の ための目標		最低限達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる	
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上	
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H30	14,075	5,792	41.2%	4,987	35.4%	1,935	13.7%	686	4.9%	477	3.4%	198	1.4%
R元	13,091	6,366	48.6%	4,003	30.6%	1,548	11.8%	567	4.3%	424	3.2%	183	1.4%
R2	9,456	4,572	48.4%	2,899	30.7%	1,094	11.6%	442	4.7%	326	3.4%	123	1.3%
R3	11,453	5,641	49.3%	3,473	30.3%	1,280	11.2%	523	4.6%	397	3.5%	139	1.2%
R4	12,132	5,504	45.4%	3,911	32.2%	1,567	12.9%	554	4.6%	441	3.6%	155	1.3%

図表 4-6 重症化しやすい HbA1c6.5 以上の方の変化

年度	6.5以上		再掲		割合
	再)7.0以上	未治療	治療	割合	
H30	1,361	543	818		9.7%
	9.7%	39.9%	60.1%		
R元	675	199	476		4.8%
	4.8%	29.5%	70.5%		
R2	1,174	439	735		9.0%
	9.0%	37.4%	62.6%		
R3	607	189	418		4.6%
	4.6%	31.1%	68.9%		
R4	891	306	585		9.4%
	9.4%	34.3%	65.7%		
R元	449	114	335		4.7%
	4.7%	25.4%	74.6%		
R2	1,059	365	694		9.2%
	9.2%	34.5%	65.5%		
R3	536	130	406		4.7%
	4.7%	24.3%	75.7%		
R4	1,150	391	759		9.5%
	9.5%	34.0%	66.0%		
R元	596	154	442		4.9%
	4.9%	25.8%	74.2%		

図表 4-7 HbA1c の結果と治療・未治療の状況

		保健指導判定値				受診勧奨判定値					
		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病					
						合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる	
		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
治療中	H30	132	10.0%	329	24.9%	342	25.9%	350	26.5%	126	9.5%
	R元	136	11.1%	301	24.6%	317	25.9%	301	24.6%	117	9.5%
	R2	109	11.3%	226	23.4%	250	25.9%	241	24.9%	94	9.7%
	R3	114	9.9%	294	25.7%	288	25.1%	318	27.7%	88	7.7%
	R4	82	7.0%	298	25.4%	317	27.0%	348	29.6%	94	8.0%
治療なし	H30	4,855	38.1%	1,606	12.6%	344	2.7%	127	1.0%	72	0.6%
	R元	3,867	32.6%	1,247	10.5%	250	2.1%	123	1.0%	66	0.6%
	R2	2,790	32.9%	868	10.2%	192	2.3%	85	1.0%	29	0.3%
	R3	3,359	32.6%	986	9.6%	235	2.3%	79	0.8%	51	0.5%
	R4	3,829	34.9%	1,269	11.6%	237	2.2%	93	0.8%	61	0.6%

図表 4-8 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R元	1,361 (9.7%)	346 (25.4%)	363 (26.7%)	141 (10.4%)	511 (37.5%)
R3→R4	1,059 (9.2%)	231 (21.8%)	293 (27.7%)	134 (12.7%)	401 (37.9%)

出典: KDBシステムより加工

(3)LDL コレステロールの状況

LDL コレステロールの結果を平成 30 年度と令和 4 年度で年次比較すると、リスク要因によらずコントロール目標が未達成である LDL コレステロール 160 mg/dl の割合は、減少しています。

(図表 4-9、4-10)

また、治療中と治療なしを分け、平成 30 年度と令和 4 年度の LDL コレステロール 160 mg/dl の割合で比較してもと、治療中の割合と治療なしの割合ともに減少しています。(図表 4-11)

また、継続受診者で LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の前年度からの改善率は悪化率上まわり、平成 30 年度からの変化で 36.5%、令和 3 年度からの変化で 39.4%おり、改善率が増加しています。(図表 4-12)

図表 4-9 LDLコレステロールの年次比較

	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
H30	14,131	6,746	47.7%	3,443	24.4%	2,291	16.2%	1,128	8.0%	523	3.7%
R元	13,137	5,992	45.6%	3,335	25.4%	2,176	16.6%	1,044	7.9%	590	4.5%
R2	9,487	4,633	48.8%	2,381	25.1%	1,453	15.3%	644	6.8%	376	4.0%
R3	11,480	5,741	50.0%	2,664	23.2%	1,791	15.6%	825	7.2%	459	4.0%
R4	12,151	6,192	51.0%	2,907	23.9%	1,777	14.6%	818	6.7%	457	3.8%

図表 4-10 LDL コレステロール 160mg/dl 以上の割合

年度	160以上		再掲		割合
	再)180以上	未治療	治療	割合	
H30	1,651	1,499	152		11.7%
	11.7%	90.8%	9.2%		
R元	523	480	43		3.7%
	3.7%	91.8%	8.2%		
R2	1,634	1,469	165		12.4%
	12.4%	89.9%	10.1%		
R3	590	526	64		4.5%
	4.5%	89.2%	10.8%		
R4	1,020	906	114		10.8%
	10.8%	88.8%	11.2%		
R元	1,284	1,168	116		11.2%
	11.2%	91.0%	9.0%		
R2	459	417	42		4.0%
	4.0%	90.8%	9.2%		
R3	1,275	1,164	111		10.5%
	10.5%	91.3%	8.7%		
R4	457	429	28		3.8%
	3.8%	93.9%	6.1%		

図表 4-11 LDL コレステロールの結果と治療・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	H30	3,934	27.8%	2,706	68.8%	776	19.7%	300	7.6%	109	2.8%	43	1.1%
	R元	3,780	28.8%	2,457	65.0%	836	22.1%	322	8.5%	101	2.7%	64	1.7%
	R2	3,120	32.9%	2,134	68.4%	627	20.1%	245	7.9%	76	2.4%	38	1.2%
	R3	3,614	31.5%	2,596	71.8%	643	17.8%	259	7.2%	74	2.0%	42	1.2%
	R4	3,729	30.7%	2,707	72.6%	683	18.3%	228	6.1%	83	2.2%	28	0.8%
治療なし	H30	10,197	72.2%	4,040	39.6%	2,667	26.2%	1,991	19.5%	1,019	10.0%	480	4.7%
	R元	9,357	71.2%	3,535	37.8%	2,499	26.7%	1,854	19.8%	943	10.1%	526	5.6%
	R2	6,367	67.1%	2,499	39.2%	1,754	27.5%	1,208	19.0%	568	8.9%	338	5.3%
	R3	7,866	68.5%	3,145	40.0%	2,021	25.7%	1,532	19.5%	751	9.5%	417	5.3%
	R4	8,422	69.3%	3,485	41.4%	2,224	26.4%	1,549	18.4%	735	8.7%	429	5.1%

図表 4-12 LDL160 mg/dl 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	LDL-C 160mg/dl以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R元	1,651 (11.7%)	602 (36.5%)	334 (20.2%)	126 (7.6%)	589 (35.7%)
R3→R4	1,284 (11.2%)	506 (39.4%)	231 (18.0%)	72 (5.6%)	475 (37.0%)

出典：KDBシステムより加工

(4)メタボリックシンドロームの状況

メタボリックシンドロームとは、特定健康診査の腹囲、血圧、中性脂肪、血糖の値をもとに判定することができ、内臓脂肪からでる物質が、血管に与える障害のリスクを確認できる指標になります。このメタボリックシンドローム予備・該当者の年次比較をすると、令和2年度をピークに、令和3年度より減少傾向にありますが、平成30年度と比較すると増加しています。

(図表 4-13)

また、メタボリックシンドローム該当者の該当項目数を比較すると該当項目2個が1.3ポイント、該当数3個が0.4ポイント増加しています。(図表 4-14)

肥満度 (BMI) の状況を平成30年度と令和4年度を比較すると40歳代の肥満度Ⅰ度は改善していますが、それ以外の年代や分類は令和4年度の割合が多くなっています。また、脂肪細胞の数が増えてきていると言われている肥満度Ⅱ度以上になると40代の発生割合が7.7%とどの世代より、もっとも高くなっています。(図表 4-15)

腹囲該当者の状況を確認した結果、令和2年度をピークに、令和3年度より減少傾向にありますが、平成30年度より高く、37.1%となっています。また、男性の割合が女性の割合より高くなっています。(図表 4-16)

図表 4-13 メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者の年次推移

年度	健診 受診者数	該当者		
	受診率	予備群		
H30	13,649	2,688 19.7%	12.2%	19.7%
	35.9%	1,660 12.2%		
R元	12,692	2,596 20.5%	12.3%	20.5%
	34.2%	1,560 12.3%		
R2	9,221	2,105 22.8%	13.1%	22.8%
	25.0%	1,208 13.1%		
R3	11,143	2,463 22.1%	12.8%	22.1%
	31.3%	1,492 12.8%		
R4	11,656	2,485 21.3%	12.3%	21.3%
	34.6%	1,436 12.3%		

図表 4-14 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者			予備群
			3項目	2項目	
H30年度	14,132 (40.3%)	2,776 (19.6%)	836 (5.9%)	1,940 (13.7%)	1,735 (12.3%)
R4年度	12,151 (35.5%)	2,588 (21.3%)	766 (6.3%)	1,822 (15.0%)	1,506 (12.4%)

出典：KDBシステムより加工

図表 4-15 年代別体重の経年変化

BMI		肥満		(再掲)			
		25以上		肥満Ⅰ度		肥満Ⅱ度以上	
		25以上	30以上	25～29.9	30以上	25～29.9	30以上
H30年度	40-49歳	233	30.9%	182	24.1%	51	6.8%
	50-59歳	330	29.0%	252	22.1%	78	6.8%
	60-69歳	1,651	25.8%	1,421	22.2%	230	3.6%
	70-74歳	1,477	25.3%	1,325	22.7%	152	2.6%
	合計	3,691	26.1%	3,180	22.5%	511	3.6%
R4年度	40-49歳	210	28.4%	153	20.7%	57	7.7%
	50-59歳	333	31.3%	258	24.3%	75	7.1%
	60-69歳	1,298	27.9%	1,122	24.1%	176	3.8%
	70-74歳	1,553	25.7%	1,376	22.7%	177	2.9%
	合計	3,394	27.1%	2,909	23.3%	485	3.9%

図表 4-16 男女別メタボリックシンドローム腹囲基準該当者の経年変化

対象年度		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
腹囲	割合	35.2%	36.1%	38.9%	38.4%	37.1%
	男性(85cm以上)	54.3%	55.2%	58.4%	59.2%	56.6%
	女性(90cm以上)	21.0%	21.7%	23.6%	22.0%	21.4%

2) 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧以上と血管内皮が痛むリスクが高くなってくるHbA1c7.0%以上を平成30年度と令和3年度で比較すると、有所見者の割合が減少してきています。また未治療者についてレセプトと突合したところ、未治療の方が高血圧で39.4%、糖尿病で8.2%いました。(図表4-17)

図表4-17 結果の改善と医療のかかり方

	受診率	H30年度	問診結果	R3年度	問診結果	レセプト情報 (R3.4~R4.3)	
			未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)	未治療	治療中断
Ⅱ度高血圧	人数	772	423	612	363	241	28
	割合	5.5%	54.8%	5.3%	59.3%	39.4%	4.6%
HbA1c7.0以上	人数	675	199	536	130	44	21
	割合	4.8%	29.5%	4.7%	24.3%	8.2%	3.9%

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

2. 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の状況

図表 1-1 の考え方を参考に、予防可能な視点から中長期的な疾患として、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析を位置づけ本市の状況を確認しました。

1) 特定健康診査の結果からみる動脈硬化性疾患のリスクの状況

動脈硬化性疾患には、脳卒中や冠動脈疾患が含まれます。特定健康診査で把握できる項目(血圧、血糖、脂質、喫煙、年齢、性別)を参考に、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 の基準に照らし合わせて動脈硬化性疾患のリスクに応じたカテゴリー分類を行いました。その結果、高リスクに該当した割合は平成 30 年度 43.1%から令和 4 年度 42.3%と減少し、中リスクは 41.5%と変化なく、低リスクに該当した割合は平成 30 年度 9.1%から令和 4 年度 10.6%と増加しました。また、LDL コレステロールのコントロール目標の達成割合は、令和 4 年度に 25.2%と 1.2 ポイント増加しました。(図表 4-18)

図表 4-18 動脈硬化性疾患のリスクに応じたカテゴリー分類の経年変化

年度	低リスク	中リスク	高リスク	コントロール目標達成
H30年度	558 (9.1%)	2,555 (41.5%)	2,656 (43.1%)	1,479 (24.0%)
R4年度	524 (10.6%)	2,051 (41.5%)	2,086 (42.3%)	1,260 (25.2%)

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)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

出典: 健診データより集計

2) 中長期目標疾患における医療の状況

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の総医療費に占める割合は、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると減少し、同規模、県、国よりも低くなっています。(図表 4-19)

また、脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の患者数及び割合を平成 30 年度と令和 4 年度で比較すると脳血管疾患、人工透析は、患者数及び割合は減少していますが、虚血性心疾患は、変化ありません。(図表 4-20)

人工透析患者の推移は、同規模が増加する中、平成 30 年度 0.38%から令和 4 年度 0.37%と減少し、同規模を人工透析者が多い順でくらべた順位が改善しました。(図表 4-21)

脳血管疾患、虚血性心疾患の高額レセプトを平成 30 年度と令和 4 年度で比較すると人数及び割合はともに減少していました。(図表 4-22)

高額になるレセプトの内、脳血管疾患では、平成 30 年度が一番多く 27 件で 3525 万以上の費用でしたが、令和 4 年度には、13 件で 1694 万円となりました。(図表 4-23)

図表 4-19 中長期目標疾患の医療費の推移

			佐世保市		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)			204億5671万円	185億7826万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			19億3025万円	13億6892万円	--	--	--
			9.44%	7.37%	8.39%	8.86%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.43%	1.74%	2.05%	1.93%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.63%	1.13%	1.45%	1.37%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.10%	4.23%	4.59%	5.27%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.28%	0.27%	0.30%	0.29%	0.29%

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臓病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 4-20 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		治療状況						
				脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者(人) 0~74歳	人数	55,156	48,556	4,187	3,573	3,870	3,415	268	217	
	割合			7.6%	7.4%	7.0%	7.0%	0.5%	0.4%	
40歳以上	人数	42,140	37,810	4,151	3,544	3,834	3,393	262	212	
	割合	76.4%	77.9%	9.9%	9.4%	9.1%	9.0%	0.6%	0.6%	
再掲	40~64歳	人数	16,762	14,375	824	661	762	657	113	99
		割合	30.4%	29.6%	4.9%	4.6%	4.5%	4.6%	0.7%	0.7%
	65~74歳	人数	25,378	23,435	3,327	2,883	3,072	2,736	149	113
		割合	46.0%	48.3%	13.1%	12.3%	12.1%	11.7%	0.6%	0.5%

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

図表 4-21 人工透析患者の状況

		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
佐世保市	人数	210	203	193	185	179
	割合	0.38%	0.38%	0.37%	0.36%	0.37%
	同規模順位	23位/70	26位/76	31位/79	33位/81	35位/83
同規模	割合	0.34%	0.34%	0.35%	0.35%	0.36%

出典:KDBシステム_同規模比較

図表 4-22 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	21人		19人		12人		15人		10人		82人			
		4.5%		4.2%		2.6%		3.4%		2.4%		6.6%			
	件数	27件		25件		14件		19件		13件		108件			
		4.7%		4.3%		2.5%		3.5%		2.5%		6.5%			
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%	0	0.0%	65-69歳	2	1.9%
		40代	2	7.4%	1	4.0%	1	7.1%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	7.4%	0	0.0%	0	0.0%	3	15.8%	2	15.4%	75-80歳	21	19.4%
		60代	14	51.9%	8	32.0%	7	50.0%	5	26.3%	5	38.5%	80代	54	50.0%
		70-74歳	9	33.3%	16	64.0%	6	42.9%	10	52.6%	6	46.2%	90歳以上	31	28.7%
	費用額	3525万円		3119万円		2058万円		2688万円		1694万円		7315万円			
4.2%		4.0%		2.7%		3.5%		2.3%		5.8%					

出典:KDBシステムより加工

図表 4-23 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	17人		14人		16人		10人		12人		19人			
		3.6%		3.1%		3.5%		2.3%		2.9%		1.5%			
	件数	18件		14件		16件		10件		13件		21件			
		3.1%		2.4%		2.9%		1.9%		2.5%		1.3%			
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	2	11.1%	0	0.0%	1	6.3%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	1	4.8%
		50代	0	0.0%	1	7.1%	1	6.3%	2	20.0%	1	7.7%	75-80歳	5	23.8%
		60代	8	44.4%	6	42.9%	5	31.3%	3	30.0%	5	38.5%	80代	15	71.4%
		70-74歳	8	44.4%	7	50.0%	9	56.3%	5	50.0%	7	53.8%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	4228万円		2830万円		3429万円		1587万円		2036万円		3342万円			
5.1%		3.6%		4.4%		2.1%		2.8%		2.7%					

出典:KDBシステムより加工

3.短期的な目標疾患と中長期的な目標疾患に関する医療の状況

糖尿病、脂質異常症、脳、心臓、腎臓疾患の医療費の一人当たりの割合は、同規模、県、国と比べて低い状況でした。一方で、高血圧の医療費の一人当たりの割合は、高い状況でした。(図表 4-24)

高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を平成 30 年度と令和 4 年度で比較すると、令和 4 年度において治療者の割合は 3 疾患すべてで増えていますが、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析、糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害を合併した割合は減少しています。しかし、糖尿病の合併症である糖尿病性腎症と 40～64 歳の脳血管疾患の割合と脂質異常症の合併症の虚血性心疾患の割合は、増加しています。(図表 4-25、4-26、4-27)

図表 4-24 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		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症			
			慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞						
① 国保	佐世保市	185億7826万円	31,056	4.23%	0.27%	1.74%	1.13%	5.14%	3.62%	2.05%	33億7541万円	18.17%
	同規模	--	28,428	4.59%	0.30%	2.05%	1.45%	5.17%	2.87%	2.06%	--	18.49%
	県	--	33,055	5.27%	0.29%	1.93%	1.37%	4.78%	3.31%	1.65%	--	18.60%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%
② 後期	佐世保市	359億3716万円	74,683	4.48%	0.53%	3.90%	1.18%	3.61%	3.29%	1.38%	66億0141万円	18.37%
	同規模	--	73,306	4.49%	0.47%	3.76%	1.70%	4.08%	2.91%	1.47%	--	18.89%
	県	--	82,405	3.52%	0.45%	4.13%	1.36%	3.43%	3.32%	1.12%	--	17.33%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※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 4-25 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
高血圧症治療者(人)		人数	17,394	16,703	4,027	3,693	13,367	13,010
		割合	41.3%	44.2%	24.0%	25.7%	52.7%	55.5%
(中長期目標疾患合併症)	脳血管疾患	人数	2,412	2,018	438	361	1,974	1,657
		割合	13.9%	12.1%	10.9%	9.8%	14.8%	12.7%
	虚血性心疾患	人数	2,821	2,456	498	447	2,323	2,009
		割合	16.2%	14.7%	12.4%	12.1%	17.4%	15.4%
	人工透析	人数	247	203	108	94	139	109
		割合	1.4%	1.2%	2.7%	2.5%	1.0%	0.8%

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 4-26 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者(人)		人数	10,147	9,661	2,555	2,340	7,592	7,321
		割合	24.1%	25.6%	15.2%	16.3%	29.9%	31.2%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	人数	1,316	1,162	225	210	1,091	952
		割合	13.0%	12.0%	8.8%	9.0%	14.4%	13.0%
	虚血性心疾患	人数	1,991	1,714	373	315	1,618	1,399
		割合	19.6%	17.7%	14.6%	13.5%	21.3%	19.1%
	人工透析	人数	151	128	62	54	89	74
		割合	1.5%	1.3%	2.4%	2.3%	1.2%	1.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	人数	1,080	1,127	272	300	808	827
		割合	10.6%	11.7%	10.6%	12.8%	10.6%	11.3%
	糖尿病性網膜症	人数	1,356	1,285	311	284	1,045	1,001
		割合	13.4%	13.3%	12.2%	12.1%	13.8%	13.7%
	糖尿病性神経障害	人数	430	348	98	79	332	269
		割合	4.2%	3.6%	3.8%	3.4%	4.4%	3.7%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(糖尿病)地域の全体像の把握

図表 4-27 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者(人)		人数	15,264	14,688	3,693	3,366	11,571	11,322
		割合	36.2%	38.8%	22.0%	23.4%	45.6%	48.3%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	人数	1,951	1,691	352	293	1,599	1,398
		割合	12.8%	11.5%	9.5%	8.7%	13.8%	12.3%
	虚血性心疾患	人数	2,628	2,382	468	434	2,160	1,948
		割合	17.2%	16.2%	12.7%	12.9%	18.7%	17.2%
	人工透析	人数	144	113	52	44	92	69
		割合	0.9%	0.8%	1.4%	1.3%	0.8%	0.6%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(脂質異常症)地域の全体像の把握

4. 中長期目標疾患における介護給付費の状況

血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況は、全年代で脳卒中（脳出血・脳梗塞）が上位を占めており、第1号被保険者で51.7%、第2号被保険者で62.7%の有病状況となっています。（図表4-28）

図表4-28 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況（令和4年度）

受給者区分		1号						2号		合計		
年齢		65～74歳		75歳以上		計		40～64歳				
介護件数(全体)		1,592		13,413		15,005		267		15,272		
再)国保・後期		1,183		12,869		14,052		158		14,210		
（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	疾患	順位	疾病		疾病		疾病		疾病		疾病	
			件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
	循環器疾患	1	脳卒中	590 49.9%	脳卒中	6,679 51.9%	脳卒中	7,269 51.7%	脳卒中	99 62.7%	脳卒中	7,368 51.9%
		2	虚血性心疾患	308 26.0%	虚血性心疾患	5,224 40.6%	虚血性心疾患	5,532 39.4%	虚血性心疾患	44 27.8%	虚血性心疾患	5,576 39.2%
		3	腎不全	204 17.2%	腎不全	2,774 21.6%	腎不全	2,978 21.2%	腎不全	24 15.2%	腎不全	3,002 21.1%
		4	糖尿病合併症	185 15.6%	糖尿病合併症	1,705 13.2%	糖尿病合併症	1,890 13.5%	糖尿病合併症	28 17.7%	糖尿病合併症	1,918 13.5%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		1,046 88.4%	基礎疾患	12,380 96.2%	基礎疾患	13,426 95.5%	基礎疾患	132 83.5%	基礎疾患	13,558 95.4%	
	血管疾患合計		1,087 91.9%	合計	12,546 97.5%	合計	13,633 97.0%	合計	137 86.7%	合計	13,770 96.9%	

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

出典：KDBシステムより加工

5. 中長期目標疾患における標準化死亡比の状況

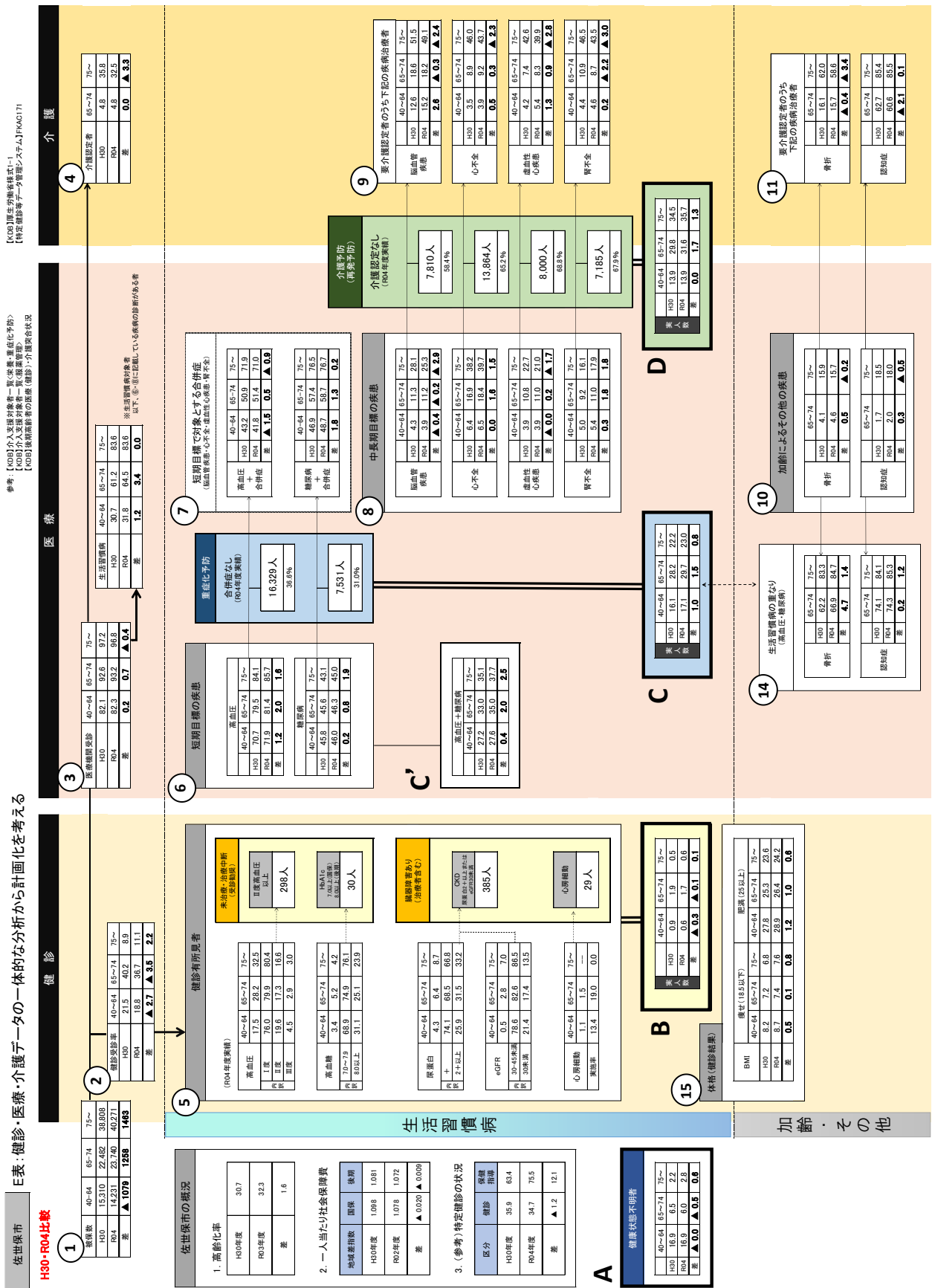
厚生労働省が公表している本市の標準化死亡比は、全国を100で表した指標で、本市男性が脳血管疾患は107.7、急性心筋梗塞は155.7と高くなっていました。長崎県全体と比較したところ、脳血管疾患、急性心筋梗塞、腎不全の死亡比がすべて高い値となっていました。（図表4-29）

図表4-29 佐世保市の標準化死亡比(H25年～H29年)の状況

	脳血管疾患		急性心筋梗塞		腎不全	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
佐世保市	107.7	97.1	155.7	145.5	114.1	110.0
長崎県	95.2	90.4	136.9	130.4	110.6	104.5
全国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出典：平成25年～平成29年人口動態保健所・市区町村別統計_第5章

図表 4-30 健診・医療・介護の一体的状況



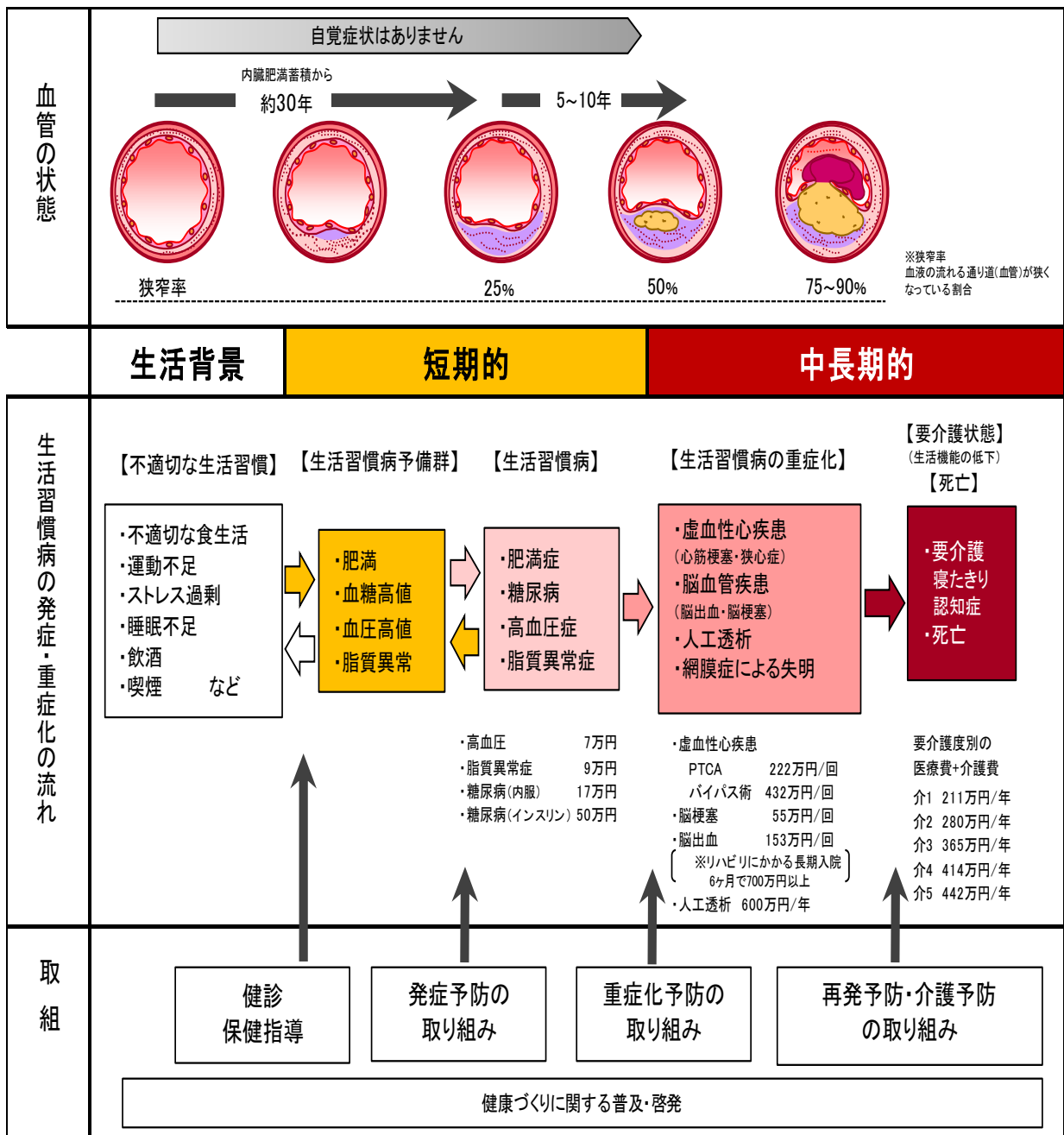
6. 第3期における健康課題

1) 基本的な考え方

健康課題においては、第2期計画の評価を踏まえ、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し、医療給付費や介護給付費、標準化死亡比等の状況から明確化しました。

また、生活習慣病の発症予防や重症化予防のために、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病の発症、さらには重症化・合併症へと悪化させない取り組みへつなぐことが重要です。

図表 4-31 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2)本市国民健康保険の健康課題

(1)特定健康診査受診率が低いため、健康状態の改善に影響を及ぼしている

自らの身体の状態をイメージするための材料となる特定健康診査の受診率が、県内においても低い状況の上、中核市、全国と比べても低く、健康状態の確認ができにくい状況になっています。60歳代については、令和元年度以降、受診率が低下しています。一方、40～50歳代の若年層において、受診率は2割に満たないもの徐々に受診率が向上してきています。年代により健診受診率や増減に違いがあります。

第2期データヘルス計画において、特定保健指導や重症化予防に取り組む中で、血压、血糖対策に重点をおいた対策を講じてきましたが、Ⅱ度高血压以上割合やHbA1cの割合は顕著な改善とはなりません。しかしながら、特定健康診査を継続して受診している人の割合は6割程度で、その方の結果の改善や医療機関への受診につながるなど効果が表れています。生活習慣病の発症予防や重症化予防のために、特定健康診査継続受診の定着を図ることが重要です。

(2)腎不全に伴う、人工透析患者数の減少は鈍化している

人工透析の主な原因疾患は、糖尿病性腎臓病と腎硬化症によるものです。本市において、平成25年よりCKD対策として、血压対策を中心とした個別保健指導や専門医による意見交換会、市民公開講座などを実施してきました。中長期的な視点で見ると、動脈硬化からくる脳心血管に関連する患者数割合や人工透析患者数割合は減少していますが、新規透析導入患者数は微増傾向であり、人工透析導入率についても他都市と比較すると高い状況が続いています。

(3)40～50歳代の生活習慣病発症のリスクが高まっている

本市では、内臓脂肪の数が増えているとされるBMI30以上の該当者が、40～50歳代の若い世代において多くなっています。また、この年代は、受診率が徐々に高くなってきているものの2割程度に留まっています。気が付かない間に体重が増加することで、内臓脂肪が蓄積し、長い年月を経て、高血压、糖尿病を発症し、心臓や腎臓への負担に繋がる懸念されます。

(4)メタボリックシンドローム該当者が増加している

メタボリックシンドローム該当者が多い状況です。この状況は、本市だけではなく、全国的にも増加傾向にあります。要因としては、男性の腹囲該当者の増加が顕著であることと、新型コロナウイルス感染拡大により、外出の機会が減ったことや受診控えによるものなど様々な社会環境が影響していると思われます。また、本市は、第3次サービスが多く、食事のタイミング不規則になりやすく、飲食店や中食（惣菜、レトルト食品）で食事をするようになってきているなどが予想されます。

7. 第3期の目標の設定

健康日本21（第3次）で示された目標を共通の理念とし、先に述べた本市の健康課題をもとに、重症化予防を図ることや、医療費の適正化につなげるため、成果目標を設定しました。

1) 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、慢性腎不全の患者数割合を指標とします。また、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管が傷んでくることを考えると、高齢化が伸展している本市においても医療費適正化に向けた取り組みが必要であることから、中長期的な目標を次の通り設定します。（図表4-32）

- 新規透析患者の患者数（人）を増加させない
- 人工透析率を同規模平均以下にする
- 脳血管疾患の患者数割合（%）を増加させない
- 虚血性心疾患の患者数割合（%）を増加させない

2) 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎臓病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。それぞれの疾患の減少割合は、次のとおり算出しています。

- Ⅱ度高血圧以上の割合（%）が年0.1ポイント減少
- HbA1c8.0%以上の割合（%）が年0.03ポイント減少
- メタボリックシンドローム該当者の割合（%）が、同規模平均以下

Ⅱ度高血圧以上については、全国平均の収縮期血圧、160mmHg以上が3.8%（第8回NDBデータ）であることから、その割合に少しでも近づけることや過去10年間の減少割合を参考に毎年0.1ポイント減少させることを目標とします。

HbA1c8.0%以上の割合の減少については、健康日本21において、その目標を令和14年度に（約10年間で）1.0%にするとされており、同率の減少として、毎年0.03%の減少を目標と設定しました。

メタボリックシンドローム該当者については、減少傾向にあるものの同規模と比較すると高い状況にあることから、目標を同規模平均以下にします。

これらの取組を踏まえ、図表4-32の短期目標を設定します。

なお、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第6章の「特定健康診査・特定保健指導の実施（法定義務）」に記載します。

図表 4-32 第3期データヘルス計画目標管理一覧

中長期的な目標								
目標	年度	R6	R7	R8	R9	R10	R11	評価データ
新規透析患者の患者数 (人)を増加させない	目標値	34						長崎 腎不全協会
人工透析率を同規模 平均以下にする	目標値	同規模平均の人工透析率						KDB 登録データ
脳血管疾患の患者数割合 (%)を増加させない	目標値	3.3						KDB 登録データ 生活習慣病に 占める割合
虚血性心疾患の患者数割合 (%)を増加させない	目標値	2.1						KDB 登録データ 生活習慣病に 占める割合
短期的な目標								
目標	年度	R6	R7	R8	R9	R10	R11	評価データ
Ⅱ度高血圧以上の割合(%) を年 0.1 ポイント減少	目標値	5.4	5.3	5.2	5.1	5.0	4.9	KDB 登録データ 全データ
HbA1c 8.0%以上の割合(%) を年 0.03 ポイント減少	目標値	1.3	1.27	1.24	1.21	1.18	1.16	KDB 登録データ 全データ
メタボ該当者の割合(%)を 同規模平均以下	目標値	同規模平均の メタボリックシンドローム該当者割合						KDB 登録データ 全データ

【参考】図表 6-1 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率 ※第6章にて掲載

	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
特定健康診査受診率	36.5%	37.0%	37.5%	38.0%	38.5%	39.0%
特定保健指導実施率	65%以上	65%以上	65%以上	65%以上	65%以上	65%以上

第5章 課題解決の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中長期的な疾患である糖尿病性腎臓病、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる短期的な疾患である糖尿病、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ことが重要です。そのため、特定健康診査における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくことが必要です。ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを組み合わせることで効果的な取り組みを目指していきます。

また、生活習慣病の発症予防には、小児期からの生活習慣が大きくかかわっています。望ましい生活習慣の確立を目指すために、より若い世代からの予防の視点で見えていくことが必要です。(図表 5-1)

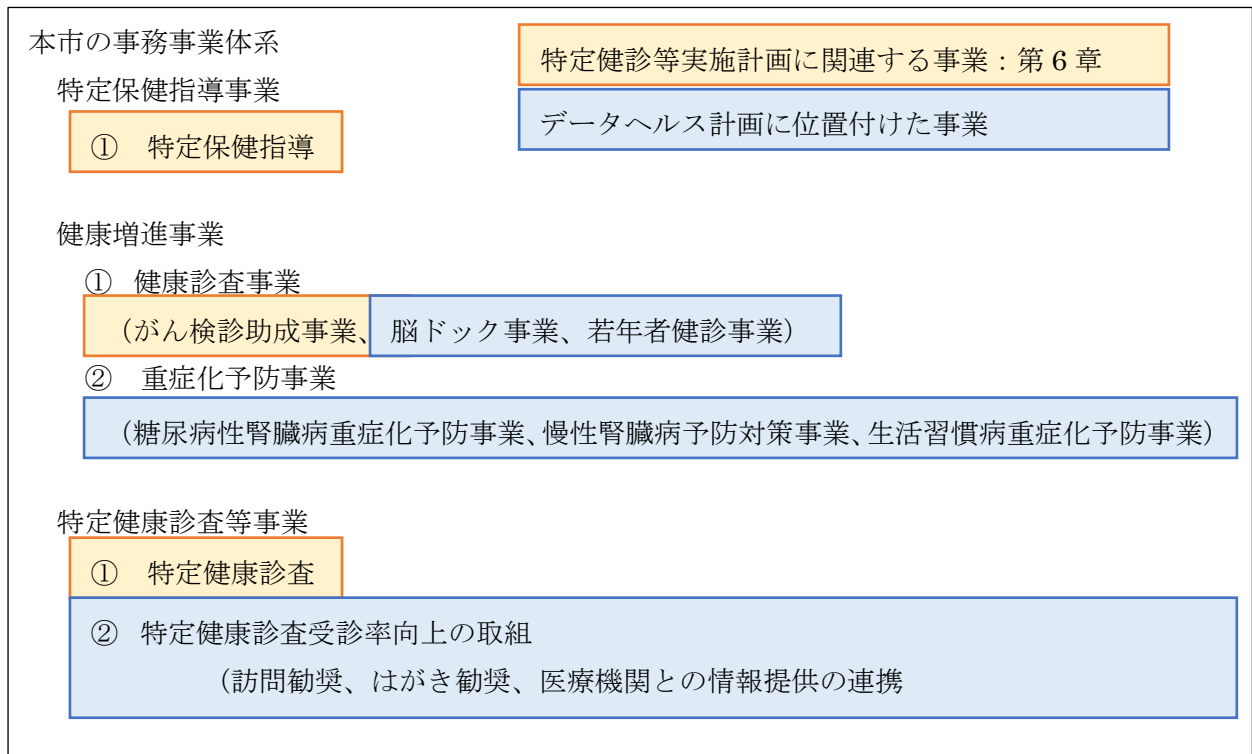
そこで、本市においては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、明らかになった主な健康課題を踏まえ、主な取り組みとして、特定健康診査等事業、健康増進事業として、以下の対策を実施していきます。また、特定健康診査等実施計画には、特定保健指導事業、特定健康診査等事業に位置付け実施していきます。(図表 5-2)

- 1) 慢性腎臓病、糖尿病性腎臓病重症化予防
- 2) 生活習慣病重症化予防
- 3) 若年者健康診査・保健指導
- 4) 特定健康診査受診率向上対策
 - (1) 受診率向上の取組
 - (2) 脳ドック検診

図表 5-1 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

		健康増進法													
根拠法		母子保健法			学校保健安全法			労働安全衛生法 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>					
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)													
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
健康診査(根拠法)		妊婦健康診査 <small>(13条)</small>		産婦健診 <small>(13条)</small>	乳幼児健康診査 <small>(第12・13条)</small>			保育所・幼稚園健康診査 <small>(11・12条)</small>	児童・生徒の定期健康診断 <small>(第1・13・14条)</small>		定期健康診断 <small>(第66条)</small>		特定健康診査 <small>(第18・20・21条)</small>		後期高齢者健康診査 <small>(第125条)</small>
対象者		妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 <small>(第13・44条)</small>	標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)		
検査項目		収縮期血圧140mmHg以上 拡張期血圧85mmHg以上	95mg/dl以上	6.5%以上	空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上	25以上	加ア 18以上	肥満度15%以上	肥満度20%以上	(+)以上	(+)以上				
		HbA1c	75gOGTT	BMI	肥満度	尿蛋白	尿糖								
		① 空腹時92mg/dl以上 ② 1時間値180mg/dl以上 ③ 2時間値153mg/dl以上													
		① 特定健康診査 (がん検診助成事業、脳ドック事業、若年者健診事業)													
		② 重症化予防事業 (糖尿病性腎臓病重症化予防事業、慢性腎臓病予防対策事業、生活習慣病重症化予防事業)													
		① 特定健康診査													
		② 特定健康診査受診率向上の取組 (訪問勧奨、はがき勧奨、医療機関との情報提供の連携)													

図表 5-2 本市の事務事業体系



2. 主な個別保健事業

1) 慢性腎臓病(CKD)・糖尿病性腎臓病(DKD)重症化予防

【目的】

重症化リスクがある人が、慢性腎臓病・糖尿病性腎臓病重症化予防を図ることができる。

【目標】

新規透析患者の患者数(人)を増加させない

Ⅱ度高血圧以上の割合(%)を年0.1ポイント減少させる

HbA1c 8.0%以上の割合(%)を年0.03ポイント減少させる

メタボ該当者の割合(%)を同規模市平均以下にする

【対象者】 ハイリスクアプローチの対象者

- 慢性腎臓病重症化予防事業の選定基準にあたっては、慢性腎臓病の重症度分類に基づいて、抽出すべき対象者を以下とします。
 - ・医療機関未受診者
- 糖尿病性腎臓病重症化予防事業対象者の選定基準にあたっては、佐世保市国民健康保険糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。
 - ・医療機関未受診者
 - ・医療機関受診中断者
 - ・以下に該当する糖尿病治療中者
 - ア)糖尿病性腎臓病で通院している者
 - イ)糖尿病性腎臓病を発症していないが高血圧等のリスクを有する者

【実施方法】

- 体制整備
 - ・慢性腎臓病・糖尿病性腎臓病に関する意見交換する場を設け、事業の推進を図ります。
 - ・新規透析患者の主要因である慢性腎臓病(CKD)の予防対策について、腎臓病専門医及び糖尿病専門並びにかかりつけ医、歯科医師、薬剤師と意見交換を年2回実施し、体制を構築します。
 - ・腎臓病専門医等とかかりつけ医が連携し適切な検査及び腎機能評価を行うことで慢性腎臓病及び糖尿病性腎臓病の早期発見・早期治療につなげるため、慢性腎臓病等連携医登録研修会を実施します。
 - ・腎機能低下が認められる方に対して、令和5年8月より長崎県のCKDシールを利用し、お薬手帳貼付の取組を進めることで、医師・薬剤師等が情報共有できる環境整備を行っています。
 - ・令和5年度より特定健康診査において、腎機能低下のリスクを評価するために尿蛋白定量検査を導入しました。この効果を検証し、早期に対応するための仕組みづくりや効果的な保健指導の在り方について検討を行います。

●ハイリスクアプローチ：保健指導

- ・家庭訪問等による個別保健指導を実施します。
- ・医療機関と連携し、個別相談会を実施します。
- ・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いきます。

●ポピュレーションアプローチ：情報提供及び健康教育

- ・生活習慣病の重症化により医療費や介護費等の社会保障につながっている実態や、その背景にある地域特性との関連について把握し、ホームページを活用し、広く市民へ周知を図ります。

【実施体制】

●保健指導、情報提供及び健康教育

- ・本市の保健師、管理栄養士で実施し、一部医療機関に委託します。

●医療との連携

- ・医療機関未受診者の支援で、医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医と連携します。
- ・治療中の者への対応する際に、糖尿病性腎臓病重症化予防対象者で、治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては佐世保市国民健康保険糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに準じて行っていきます。

●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検討していく中で、担当者と連携していきます。

【実施期間・スケジュール】 未受診および治療中断者の場合

- | | |
|-----|-------------------------------|
| 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～ | 特定健康診査結果が届き次第、台帳の作成し対象者へ支援の実施 |

【実施場所】

- 対象者宅、公共施設等

【評価体制・方法】

- ・短期的評価については糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用し、年 1 回行います。
- ・中長期的評価においては、図表 5-3 を用いて行っていきます。

図表 5-3 糖尿病性腎臓病重症化予防の取組評価

項目		突合表	佐世保市										同規模保険者(平均)		
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	57,266人		55,244人		53,398人		52,440人		50,858人				
	② (再掲)40-74歳		43,615人		42,467人		41,367人		41,101人		39,895人				
2	① 特定健診 対象者数	B	38,058人		37,130人		36,928人		35,589人		33,748人				
	② 受診者数	C	13,649人		12,692人		9,221人		11,143人		11,656人				
③ 受診率	35.9%		34.2%	25.0%	31.3%	34.5%									
3	① 特定保健指導 対象者数		1,409人		1,295人		815人		1,100人		1,161人				
	② 実施率		63.4%	63.3%	64.7%	75.4%	75.5%								
4	健診データ	① 糖尿病型	E	2,080人	14.7%	1,821人	13.9%	1,431人	15.1%	1,666人	14.5%	1,696人	14.0%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	757人	36.4%	591人	32.5%	463人	32.4%	519人	31.2%	521人	30.7%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	1,323人	63.6%	1,230人	67.5%	968人	67.6%	1,147人	68.8%	1,175人	69.3%		
		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	672人	50.8%	615人	50.0%	509人	52.6%	596人	52.0%	584人	49.7%		
		⑤ 血圧 130/80以上		419人	62.4%	387人	62.9%	338人	66.4%	374人	62.8%	366人	62.7%		
		⑥ 肥満 BMI25以上		275人	40.9%	269人	43.7%	223人	43.8%	258人	43.3%	248人	42.5%		
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	651人	49.2%	615人	50.0%	459人	47.4%	551人	48.0%	591人	50.3%		
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	1,302人	62.6%	1,244人	68.3%	980人	68.5%	1,134人	68.1%	1,191人	70.2%		
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		336人	16.2%	273人	15.0%	243人	17.0%	278人	16.7%	244人	14.4%		
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		268人	12.9%	221人	12.1%	194人	13.6%	229人	13.7%	243人	14.3%		
		⑪ 第4期 eGFR30未満		17人	0.8%	17人	0.9%	14人	1.0%	25人	1.5%	18人	1.1%		
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		120.4人		120.0人		113.4人		123.9人		124.5人			
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		156.4人		154.1人		144.7人		156.6人		157.0人			
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対	入院外(件数)	34,924件	(828.8)	34,350件	(837.7)	33,993件	(835.8)	35,205件	(888.9)	34,328件	(907.9)	3,649,945件	(816.0)
		④ 入院(件数)		290件	(6.9)	271件	(6.6)	211件	(5.2)	192件	(4.8)	180件	(4.8)	16,113件	(3.6)
		⑤ 糖尿病治療中	H	6,897人	12.0%	6,628人	12.0%	6,058人	11.3%	6,499人	12.4%	6,334人	12.5%		
		⑥ (再掲)40-74歳		6,821人	15.6%	6,544人	15.4%	5,987人	14.5%	6,436人	15.7%	6,263人	15.7%		
		⑦ 健診未受診者	I	5,498人	80.6%	5,221人	79.8%	5,019人	83.8%	5,289人	82.2%	5,088人	81.2%		
		⑧ インスリン治療	O	548人	7.9%	499人	7.5%	469人	7.7%	499人	7.7%	483人	7.6%		
		⑨ (再掲)40-74歳		535人	7.8%	489人	7.5%	461人	7.7%	488人	7.6%	474人	7.6%		
		⑩ 糖尿病性腎症	L	707人	10.3%	659人	9.9%	619人	10.2%	696人	10.7%	701人	11.1%		
		⑪ (再掲)40-74歳		700人	10.3%	649人	9.9%	612人	10.2%	687人	10.7%	695人	11.1%		
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		110人	1.6%	109人	1.6%	98人	1.6%	88人	1.4%	90人	1.4%		
		⑬ (再掲)40-74歳		109人	1.6%	108人	1.7%	97人	1.6%	88人	1.4%	90人	1.4%		
		⑭ 新規透析患者数		33人	--	31人	--	27人	--	31人	--	33人	--		
		⑮ 【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)		175人	1.7%	185人	1.8%	179人	1.8%	180人	1.8%	184人	1.8%		
6	医療費	① 総医療費		204億5671万円		202億1871万円		191億7791万円		191億3754万円		185億7826万円		251億4242万円	
		② 生活習慣病総医療費		113億1573万円		110億8120万円		103億9477万円		102億1981万円		98億4222万円		129億6680万円	
		③ (総医療費に占める割合)		55.3%	54.8%	54.2%	53.4%	53.0%	51.6%						
		④ 生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者	5,946円		5,896円		4,078円		5,412円		5,929円		5,971円	
		⑤ 健診未受診者		37,070円		37,708円		39,811円		37,753円		36,810円		41,315円	
		⑥ 糖尿病医療費		10億2654万円		10億0229万円		9億8802万円		9億8564万円		9億5471万円		13億0086万円	
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		9.1%	9.0%	9.5%	9.6%	9.7%	10.0%						
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		30億4960万円		30億5293万円		30億2346万円		31億0517万円		30億6033万円			
		⑨ 1件あたり		34,238円		34,881円		35,417円		35,663円		36,318円			
		⑩ 糖尿病入院総医療費		24億3758万円		22億9482万円		21億3423万円		21億6915万円		19億5379万円			
		⑪ 1件あたり		590,070円		587,662円		603,742円		632,775円		615,754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		10億9990万円		10億7175万円		8億1408万円		8億0167万円		8億3492万円		12億2826万円	
		⑭ 透析有り		10億4324万円		10億1782万円		7億6086万円		7億4859万円		7億8526万円		11億5400万円	
		⑮ 透析なし		5666万円		5393万円		5322万円		5308万円		4965万円		7426万円	
7	介護	① 介護給付費		222億8262万円		224億5803万円		222億8136万円		223億4495万円		225億5447万円		294億5259万円	
		② (2号認定者)糖尿病合併症		27件	14.7%	21件	11.5%	18件	10.4%	26件	15.8%	28件	17.7%		
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		25人	0.8%	26人	0.9%	34人	1.1%	40人	1.3%	39人	1.2%	6,268人	1.1%

2) 生活習慣病重症化予防

【目的】

血圧、脂質異常などの重症化リスクがある人が、腎臓病・虚血性心疾患・脳血管疾患の予防を図ることができる。

【目標】

- ・脳血管疾患の患者数割合（％）を減少させる
- ・虚血性心疾患の患者数割合（％）を減少させる
- ・Ⅱ度高血圧以上の割合（％）を年 0.1 ポイント減少
- ・HbA1c 8.0％以上の割合（％）を年 0.03 ポイント減少

【対象者】

- ・Ⅱ度高血圧以上に該当する方
- ・Ⅰ度高血圧またはHbA1c6.5％以上で、LDL コレステロールが 180 mg/dl 以上に該当する方
- ・心電図所見に、不整脈（期外収縮、心房細動等）や心肥大、心血管の虚血が疑われる所見がある方

【事業内容】

脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

【実施方法】

●ハイリスクアプローチ：保健指導

- ・保健指導の実施には対象者に応じた保健指導を行います。その際、「血圧記録手帳」や「わたしの血圧」などの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。
- ・医療機関と連携し、個別相談会を実施します。

●ポピュレーションアプローチ：情報提供及び健康教育

生活習慣病の重症化により医療費や介護費等の社会保障につながっている実態や、その背景にある地域特性との関連について把握し、広報させばや出前講座を活用し、広く市民へ周知を図ります。

【実施体制】

●保健指導、情報提供及び健康教育

本市の保健師、管理栄養士で実施し、一部医療機関に委託します。

●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ます。治療中の方に対しては、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。

【実施期間・スケジュール】 ハイリスクアプローチの場合

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）、支援方法、実施方法の決定

5月～ 特定健康診査結果が届き次第台帳に記載

台帳記載後順次、対象者へ支援の実施（通年）

【実施場所】

保健指導：対象者宅、公共施設等

【評価体制・方法】

短期的評価は、台帳の情報及び KDB 等の情報を活用し、下記の評価指標を使って年 1 回行います。

- ・Ⅱ度高血圧以上の割合（％）
- ・HbA1c 8.0%以上の割合（％）

中長期的評価は、下記の評価指標を用いて評価します。

- ・脳血管疾患の患者数割合（％）
- ・虚血性心疾患の患者数割合（％）

3) 若年者健診・若年者保健指導

【目的】

30歳代から肥満・メタボリックシンドロームについて理解を深め、必要な生活習慣を獲得し、生活習慣病の予防を図ることができる。

【目標】

40歳代の肥満・メタボリックシンドローム該当者の減少

【対象者】

年度末年齢が30～39歳になる国民健康保険加入者

【事業内容】

ハイリスクアプローチ：

特定健康診査と同様の検査項目で健康診査を実施し、特定保健指導の対象者の抽出方法と同様に保健指導対象者を選定し、保健指導を実施します。

ポピュレーションアプローチ：

- ・生活習慣病に関連する情報を、出前講座や各種媒体を利用して広く市民に周知します。

【実施方法】

●健康診査

特定健康診査の健診項目と同様とし、実施会場は公共施設等で行います。

●保健指導

- ・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。
- ・治療中の者へは、健康診査の実施会場で、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導を行います。
- ・特定保健指導対象者と同等の区分の方へは、保健指導を行います。

【評価体制・方法】

短期的評価は、データヘルス計画評価等と合わせ下記の評価指標を使って年1回行います。

- ・30歳代のメタボリックシンドローム該当者割合
- ・特定保健指導の最終評価まで実施できた割合と最終評価の改善状況

中長期的評価は、40歳代のメタボリックシンドローム該当者割合で評価を行います。

【実施体制】

健康診査は、特定健康診査実施機関に委託します。

保健指導は、本市の保健師、管理栄養士で実施します。

【実施期間・スケジュール】

- 5月 37～39歳の被保険者に対して受診券の送付
- 5～2月 健康診査の実施
- 5月 対象者の抽出（概数の試算）、支援方法の決定
- 6月～ 特定健康診査結果を通知し、対象者へ支援（通年）
受診勧奨はがきの送付（30～36歳）
- 9月～ 受診勧奨はがきの送付（37～39歳）

【実施場所】

健康診査：公共施設等

保健指導：対象者宅、健康診査実施会場、公共施設等

4) 特定健康診査受診率向上対策

(1) 受診率向上の取組

【目的】

生活習慣改善の方法がわかり自分で選択できるためには、毎年特定健診を受診することが重要です。被保険者が、自らの生活習慣病のリスク保有状況がわかるよう、受診率向上のための取組を重点的に行い、受診しやすい環境作りを図ります。

【目標】

特定健康診査受診率の向上（数値目標は第6章に記載）

【実施内容・方法・体制】

- ・ 健診受診にかかる費用を無料にする
- ・ 看護師による戸別訪問での健診の必要性を含めた受診勧奨
- ・ 過去2年特定健診の受診が無いものに対して、集団健診の日程に合わせたはがきでの受診勧奨を行う
- ・ 集団健診において、できるだけがん検診と同時実施する。また、特定健康診査同様、無料で受診できるよう、がん検診にかかる費用を助成する
- ・ 広報させば国保特集号、ラッピングバス、イベント等によるPR
- ・ 町内会などの地区組織を通じて健診の必要性の説明や受診勧奨の呼びかけ
- ・ 県と連携して、ナッジ理論を取り入れたメッセージの送り分けにICTを活用した受診勧奨を行う

【評価体制・方法】

評価は、毎年実施する特定健康診査受診率の法定報告値で評価を行っていきます。

【実施期間】

5月から2月 看護師による戸別訪問、はがき勧奨
通年 地区組織への働きかけ、広報させば等の媒体での周知

【実施場所】

対象者宅、健康診査実施会場、公共施設等

(2)脳ドック検診

【目的】

頭部 MRI 等の医療機器を用い、自覚症状のない脳動脈瘤や動脈狭窄を早期発見することで脳出血や脳梗塞などの重大な疾患を早期治療つなげる。

また、脳ドックと特定健康診査を同時に実施することで、生活習慣病予防のための取組につなげることができる。

【目標】

特定健康診査受診率の向上（数値目標は第 6 章に記載）

【対象者】

40～74 歳までの国民健康保険被保険者

【内容方法】

- ・ MR I や MR A など高度な医療機器を保有しており、脳神経外科を専門としている医師が在籍している医療機関へ委託を行います。
- ・ 脳ドックの結果においては、該当医療機関において受診者本人に伝えられ、医療（治療や定期観察）が必要な方については、医療機関でフォローされます。
- ・ 特定保健指導等に該当される方は、訪問や来所での保健指導につなげます。

【評価体制・方法】

評価は、毎年実施する特定健康診査受診率の法定報告値で評価を行っていきます。

【実施体制】

脳ドックは医療機関に委託します。

【実施期間】

- 4 月～ 実施医療機関との調整
- 6 月～ 広報させば 6 月号へ掲載、募集開始
- 8～3 月 各医療機関にて実施、健診結果による特定保健指導の実施

【実施場所】

脳ドック：医療機関

保健指導：対象者宅、公共施設等

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るためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組と、生活機能の低下を防止する取組の双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

2) 事業の実施

長崎県後期高齢者広域連合より本市が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施していくこと目指していきます。

具体的には、

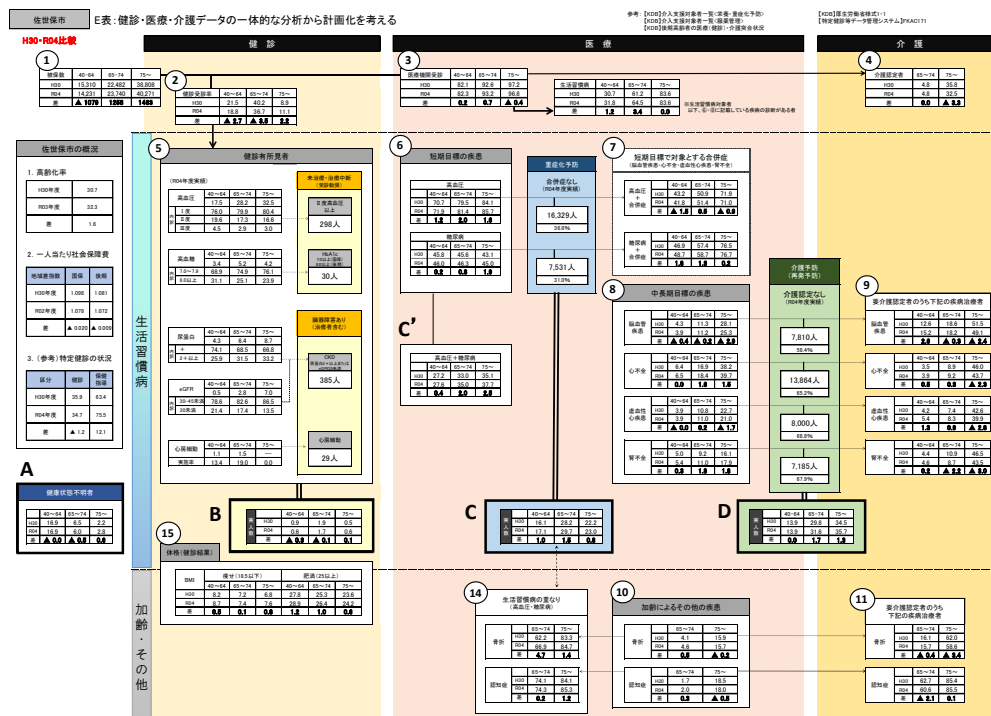
① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のため、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 5-5 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



4. 地域包括ケアに係る取組

「地域包括ケアシステム」とは、「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・生活支援・介護予防・住まいが一体的に提供される仕組み」のことを言います。

本市においても、地域包括ケアシステムの構築及び深化が進められていますが、当市国保保健事業を推進するに当たり、地域包括ケアの視点も重視し、長寿社会課等の関係課及び、地域における関係機関・団体等と連携していきます。

- ①地域包括ケアの構築に向けた組織横断的な議論の場への国保部局としての参画
- ②KDBやレセプトデータの活用

第6章 特定健康診査・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

目標値は、保険者の区分に応じて挙げられた目標値60%を踏まえつつ、本市の第2期の実績及びその伸びを考慮して目標値を設定しました。

図表 6-1 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健康診査受診率	36.5%	37.0%	37.5%	38.0%	38.5%	39.0%
特定保健指導実施率	65%以上	65%以上	65%以上	65%以上	65%以上	65%以上

3. 対象者の見込み

図表 6-2 特定健康診査・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健康診査	対象者数	30,832人	30,008人	29,206人	28,426人	27,667人	26,927人
	受診者数	11,254人	11,110人	1,096人	10,810人	10,660人	10,510人
特定保健指導	対象者数	1,161人	1,111人	1,149人	1,081人	1,066人	1,051人
	受診者数	755人	722人	712人	703人	693人	683人

4. 目標達成に向けた取組

国が示す特定健康診査等基本指針に基づき、保険者の区分に応じて挙げられた目標値を踏まえつつ、本市の第2期の実績及びその伸びを考慮して設定した目標値を達成できるよう、特定健康診査受診率の向上を目指し、下記のとおり取り組みます。

- ・健診受診にかかる費用を無料にする
- ・看護師による戸別訪問での健診の必要性を含めた受診勧奨を行う
- ・過去2年特定健診の受診が無いものに対して、集団健診の日程に合わせたはがきでの受診勧奨を行う
- ・がん検診と同時実施する。また、無料で受診できるようがん検診にかかる費用を助成する
- ・広報させば国保特集号、ラッピングバス、イベント等によるPR
- ・町内会などの地区組織を通じて健診の必要性の説明や受診勧奨の呼びかけ
- ・県と連携して、ナッジ理論を取り入れたメッセージの送り分けにICTを活用した受診勧奨を行う

5. 特定健康診査の実施

1) 実施方法

健診については、特定健康診査実施機関に委託します。

(1) 公共施設等での健診（地区コミュニティセンター等）

(2) 委託医療機関での健診

※委託医療機関での健診は、市内登録医療機関に加えて、佐々町の4カ所の医療機関でも受診できるようにしています。なお、市町国保が県単位化することに伴い、県内どこの医療機関でも特定健康診査が受診できるよう、市町国保による特定健康診査の集合契約を検討します。

2) 特定健康診査委託基準

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

3) 特定健康診査実施機関リスト

特定健康診査実施機関については、本市のホームページに掲載する。

4) 特定健康診査実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血）を実施します。なお、血中脂質検査のうちLDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合は、non-HDLコレステロールの測定にかえられます。（実施基準第1条第4項）

図表 6-3 特定健康診査検査項目

○佐世保市特定健診検査項目

健診項目		佐世保市	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)	○	○
	血清アルブミン	○	○
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(定性)	○	○
	尿蛋白(定量)	○	○
	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	○	□
	血小板数	○	○
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

各年度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康診査の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、医療機関へ十分な説明を実施していきます。

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

7)代行機関

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

8)特定健康診査の案内方法・実施スケジュール

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

図表 6-4 特定健康診査実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関と 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可)の契約 ↓ (特定健診の開始)	(特定保健指導の実施)
5月			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	(特定保健指導の当該年度受付終了)
7月			↓ 実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
8月			
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	(特定健診の当該年度受付終了)	

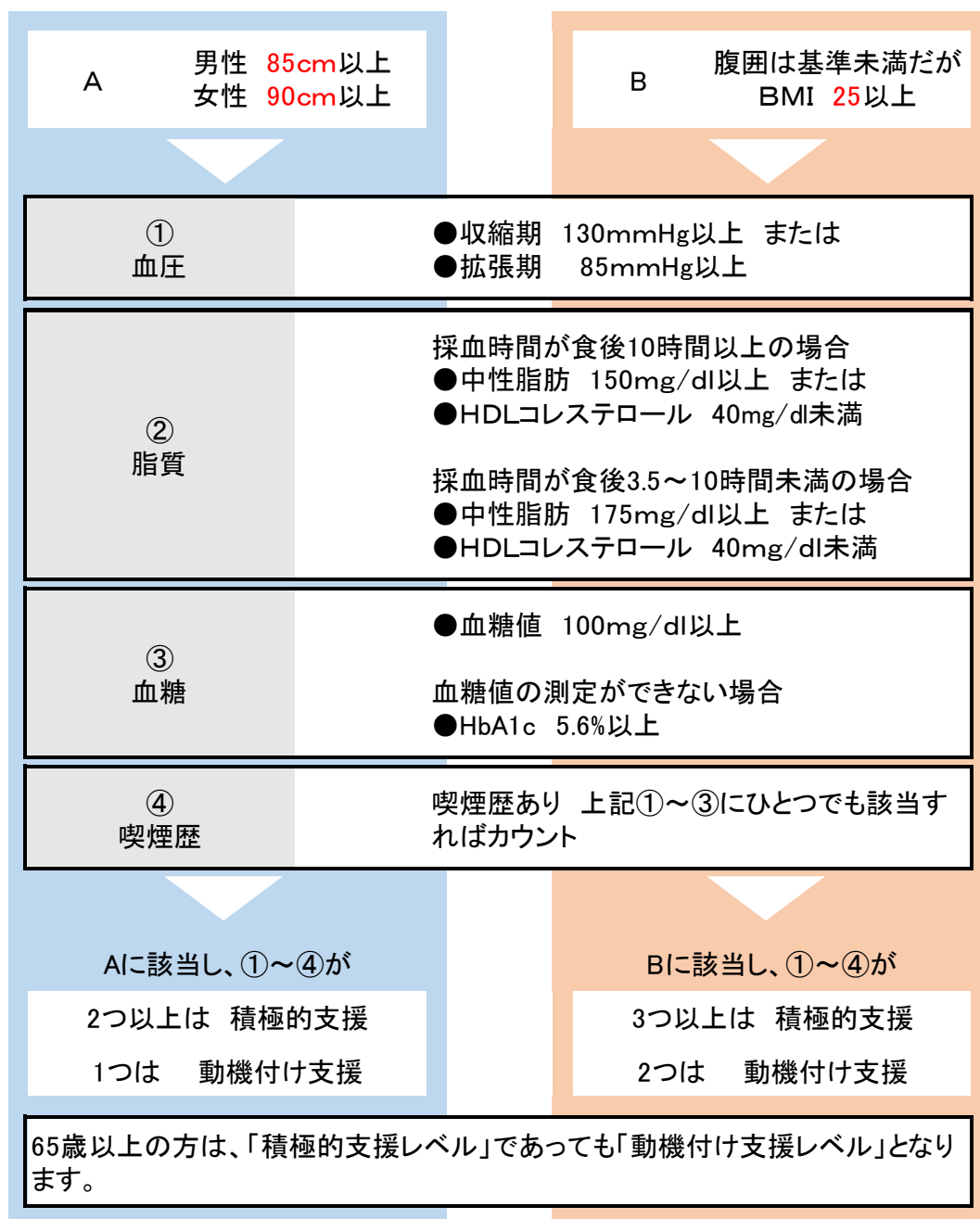
6. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施する形態、一部外部委託する形態で行います。

1) 特定保健指導の対象者

厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づき特定健康診査結果から内臓脂肪蓄積に着目して特定保健指導の対象者を階層化し選定します。なお、服薬中の人や健診後服薬開始になった人は、医療機関による管理中であり、指導対象外となっております。(図表 6-6)

図表 6-6 特定保健指導の対象者(階層化)



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。

2) 特定保健指導の内容

特定保健指導は、階層化によって、「動機付け支援」「積極的支援」に分けられます。「動機付け支援」「積極的支援」の該当者は、専門職である医師・保健師又は管理栄養士による保健指導の対象になります。保健指導の対象とならなかった方には「情報提供」を行います。

【動機付け支援】

専門職による個別面接で、対象者が体の中で何が起きているのかイメージでき、その結果対象者自ら生活改善の必要性を理解し、取組可能な目標を立て、状況に応じて、3 か月経過後に対象者の健康状態や生活習慣の確認と評価を行います。

【積極的支援】

動機付け支援の内容に加えて、電話や通知、面接等により、3 か月以上の継続した支援を行います。

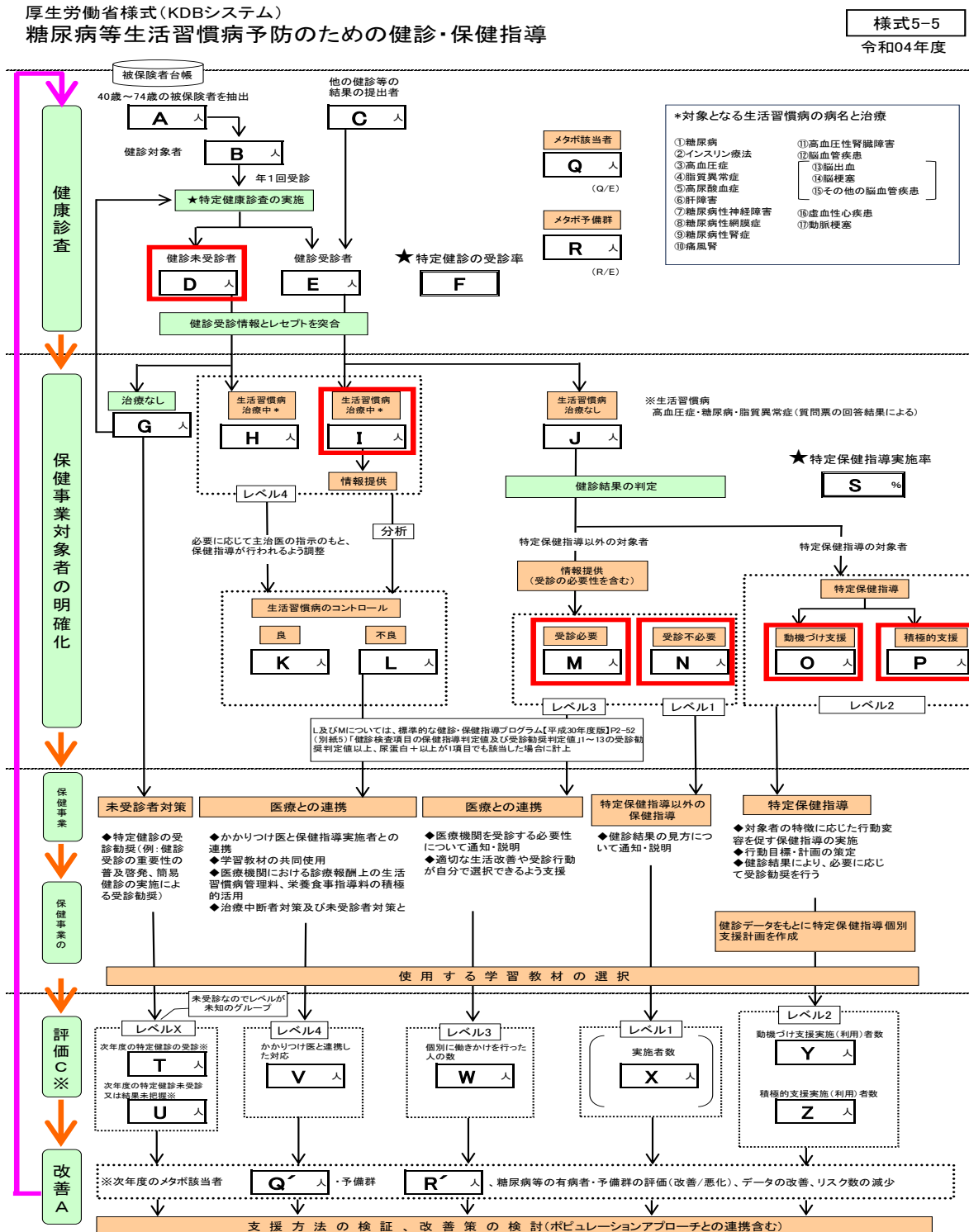
【情報提供】

対象者が健診結果を確認するとともに、生活習慣病予防の必要性を理解し、生活習慣の見直しや改善に役立つ情報を提供します。

3) 特定健康診査から特定保健指導実施の流れ

KDB システム厚生労働省様式 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 6-7)

図表 6-7 厚生労働省様式(様式 5-5 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導)



4) 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 6-8 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 (受診者中の割合)	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	1,229人 (10.1%)	75.0%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	2,133人 (17.6%)	
3	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	22,099人	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	2,037人 (16.8%)	
5	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	6,752人 (55.6%)	

5)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P D C Aサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを策定していきます。

図表 6-9 健診・保健指導年間スケジュール

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

7. 個人情報の保護

1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律を踏まえた対応を行います。

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

2)特定健康診査・特定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。

8. 結果の報告

実績報告については、特定健康診査等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。

9. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、本市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第7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います。

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

第8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

データヘルス計画は、本市ホームページ等にて公表します。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、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 法定計画等の位置づけ

参考資料2 国・県・同規模と比べてみた本市の位置

参考資料3 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料4 血圧の年次比較

参考資料5 HbA1c の年次比較

参考資料6 LDL コレステロールの年次比較

参考資料7 脳・心・腎を守るために保健指導対象者を明らかにする(令和4年度)

参考資料8 用語集

参考資料9 同規模

参考資料10 佐世保市国民健康保険糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム

参考資料1 法定計画等の位置づけ

		※健康増進事業実施とは 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 健康増進事業実施法(※)	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) 2024～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかに心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青年期、高齢期) ライフコースアプローチ (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青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 精神疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

参考資料2 国・県・同規模と比べてみた本市の位置

【国保版】国・県・同規模平均と比べてみた佐世保市の位置

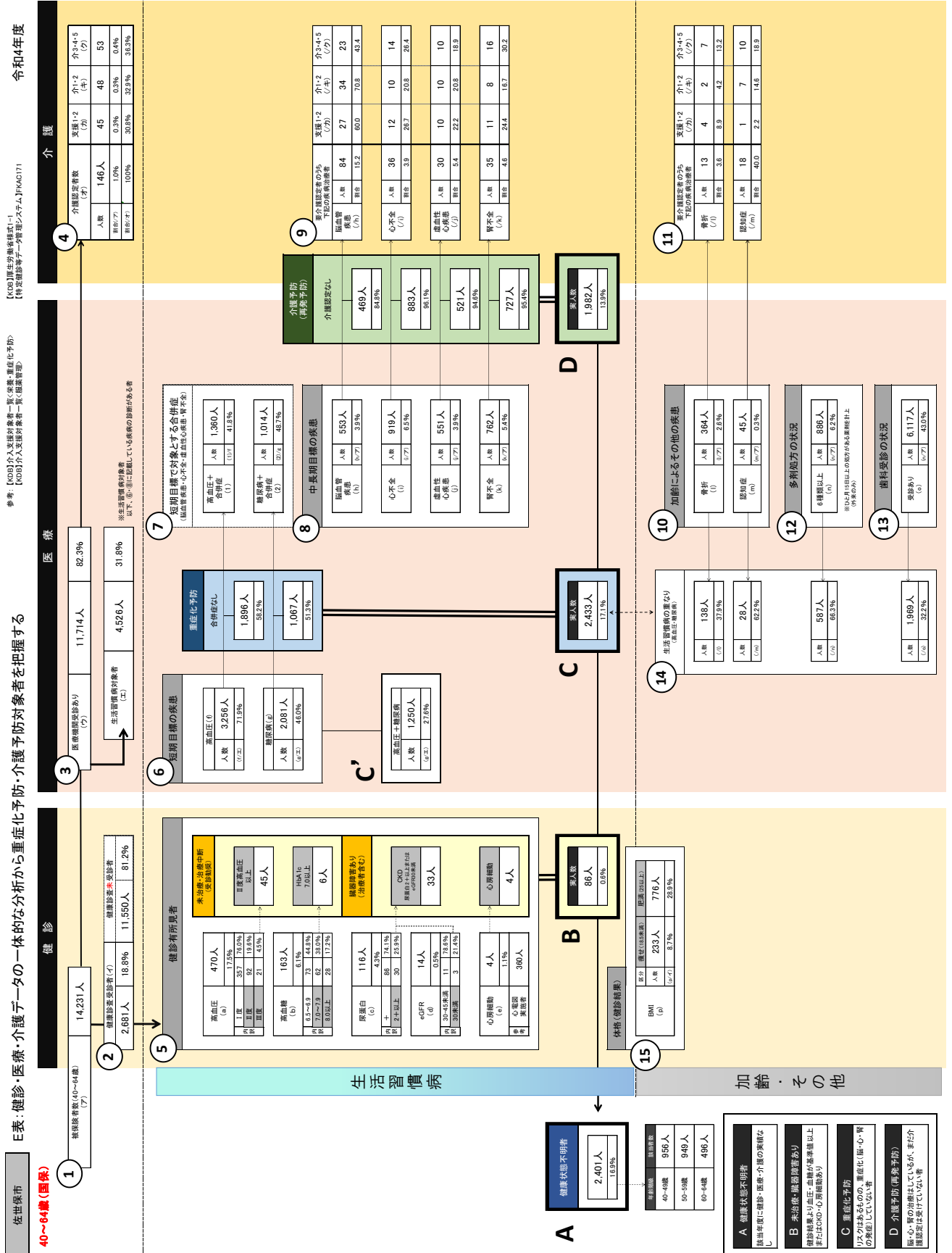
R04年度

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口	240,390		31,452,289		1,300,733		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)	77,173	32.1	8,314,675	26.4	430,353	33.1	35,335,805	28.7		
		75歳以上	39,263	16.3	--	--	220,086	16.9	18,248,742	14.8		
		65~74歳	37,910	15.8	--	--	210,267	16.2	17,087,063	13.9		
		40~64歳	75,171	31.3	--	--	421,528	32.4	41,545,893	33.7		
	39歳以下	88,046	36.6	--	--	448,852	34.5	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業	4.3		1.8		7.7		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第2次産業	19.0		21.5		20.1		25.0			
		第3次産業	76.7		76.8		72.2		71.0			
	③ 平均寿命	男性	80.4		80.9		80.4		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		87.0		87.1		87.0		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	78.9		80.1		79.6		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性	84.3		84.4		84.3		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	105.8		99.3		103.3		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		男性	102.2		99.4		100.1		100			
		女性	105.8		99.3		103.3		100			
		がん	919	52.0	90,510	51.2	4,804	50.8	378,272	50.6		
		心臓病	472	26.7	48,318	27.3	2,734	28.9	205,485	27.5		
		脳疾患	238	13.5	23,515	13.3	1,220	12.9	102,900	13.8		
		糖尿病	39	2.2	3,382	1.9	147	1.6	13,896	1.9		
	腎不全	69	3.9	6,268	3.5	376	4.0	26,946	3.6			
	自殺	32	1.8	4,928	2.8	183	1.9	20,171	2.7			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査	
男性												
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	15,004	19.7	1,702,783	20.5	87,519	20.5	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者	214	0.2	27,537	0.3	1,289	0.3	110,289	0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2	54,556	18.8	5,515,296	12.2	253,919	13.2	21,785,044		12.9
			要介護1.2	135,806	46.7	20,534,112	45.5	975,333	50.8	78,107,378		46.3
			要介護3以上	100,226	34.5	19,041,017	42.2	690,736	36.0	68,963,503		40.8
	2号認定者	267	0.36	41,864	0.39	1,600	0.38	156,107	0.38			
	② 有病状況	糖尿病	4,057	25.7	443,953	24.8	24,954	27.2	1,712,613	24.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症	9,227	58.9	952,945	53.6	55,445	60.9	3,744,672	53.3		
		脂質異常症	5,874	37.0	602,481	33.6	32,599	35.4	2,308,216	32.6		
		心臓病	10,415	66.7	1,076,085	60.6	62,241	68.6	4,224,628	60.3		
		脳疾患	4,034	26.2	396,610	22.6	22,629	25.1	1,568,292	22.6		
		がん	1,883	11.6	219,003	12.2	13,112	14.2	837,410	11.8		
		筋・骨格	9,188	58.7	961,876	54.1	56,502	62.3	3,748,372	53.4		
	精神	6,843	44.2	653,718	37.0	39,483	43.6	2,569,149	36.8			
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	292,259	22,554,472,085	301,091	2,503,469,980,886	310,443	133,600,063,478	290,668	10,742,742,889	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		1件当たり給付費(全体)	77,617		55,521		69,584		59,662			
		居宅サービス	55,266		41,018		49,376		41,272			
施設サービス		299,051		300,596		298,997		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	8,494		8,543		9,008		8,610	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	認定なし	3,992		3,918		4,220		4,020				
4	① 国保の状況	被保険者数	48,556		6,104,064		313,943		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		65~74歳	23,435	48.3			146,116	46.5	11,129,271	40.5		
		40~64歳	14,375	29.6			97,783	31.1	9,088,015	33.1		
		39歳以下	10,746	22.1			70,044	22.3	7,271,596	26.5		
	加入率	20.2		19.4		24.1		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	24	0.5	2076	0.3	148	0.5	8,237	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況	
		診療所数	221	4.6	29,803	4.9	1,348	4.3	102,599	3.7		
		病床数	4,609	94.9	393,610	64.5	25,756	82.0	1,507,471	54.8		
		医師数	719	14.8	109,226	17.9	4,399	14.0	339,611	12.4		
		外来患者数	745.0		704.0		743.9		687.8			
		入院患者数	25.2		17.7		27.2		17.7			
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	382,615	県内18位 同規模17位	350,112		411,157		339,680		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		受診率	770.171		721.674		771.133		705.439			
外 来		費用の割合	55.2		60.8		53.5		60.4			
		件数の割合	96.7		97.5		96.5		97.5			
入 院		費用の割合	44.8		39.2		46.5		39.6			
		件数の割合	3.3		2.5		3.5		2.5			
1件あたり在院日数	18.2日		15.7日		18.0日		15.7日					

項目	保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)						
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合							
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源確保病名 (請割合む)	がん	2,950,767.230	30.0	31.9	29.3	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健 康課題						
			慢性腎不全(透析あり)	785,264.670	8.0	8.9	10.0	8.2							
			糖尿病	954,711.450	9.7	10.0	9.0	10.4							
			高血圧症	671,766.580	6.8	5.6	6.2	5.9							
			脂質異常症	380,013.200	3.9	4.0	3.1	4.1							
			脳梗塞・脳出血	323,875.520	3.3	4.0	3.7	3.9							
			狭心症・心筋梗塞	210,121.030	2.1	2.9	2.6	2.8							
			精神	1,795,822.780	18.2	15.2	17.8	14.7							
			筋・骨格	1,675,819.860	17.0	16.6	17.5	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	380	0.2	241	0.2	446	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)				
				糖尿病	1,296	0.8	1,146	0.8	1,531	0.8		1,144	0.9		
				脂質異常症	134	0.1	49	0.0	118	0.1		53	0.0		
				脳梗塞・脳出血	5,299	3.1	6,274	4.6	6,885	3.6		5,993	4.5		
				虚血性心疾患	3,120	1.8	4,079	3.0	4,438	2.3		3,942	2.9		
一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合		外来	高血圧症	4,923	2.9	4,408	3.2	5,719	3.0	4,051		3.0			
			糖尿病	13,452	6.4	9,803	4.6	13,145	6.0	10,143		4.9			
			脂質異常症	19,084	9.0	17,457	8.2	18,810	8.5	17,720		8.6			
			脳梗塞・脳出血	7,692	3.6	7,157	3.4	6,679	3.0	7,092		3.5			
			虚血性心疾患	1,256	0.6	829	0.4	961	0.4	825		0.4			
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	2,217		2,000		2,096		2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健 康課題					
		健診未受診者	13,767		13,838		13,290		13,295						
⑦	健診・レセ 実合	生活習慣病対象者 一人当たり	5,929		5,971		6,228		6,142	KDB_NO.1 地域全体像の把握					
		健診未受診者	36,810		41,315		39,484		40,210						
		受診勧奨者	6,165	55.1	793,092	56.4	42,628	54.9	3,698,441		56.9				
5	特定健診の 状況 県内市町村数 25市町村 同規模市区町村数 85市町村	メタボ	医療機関受診率	5,804	51.9	742,016	52.8	39,130	50.4	3,375,719	51.9	KDB_NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健 康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			医療機関非受診率	361	3.2	51,076	3.6	3,498	4.5	322,722	5.0				
			健診受診者 11,182		1,406,078		77,613		6,503,152						
			受診率	33.0	県内21位 同規模51位	34.7	32.7	全国37位	35.3						
			特定保健指導終了者(実施率)	425	38.6	7217	4.7	1,513	19.7	69,327	9.0				
			非肥満高血糖	859	7.7	118,789	8.4	6,001	7.7	588,083	9.0				
			⑤	メタボ	該当者	2,384	21.3	287,168	20.4	16,730	21.6		1,321,197	20.3	
					男性	1,632	33.2	196,245	33.6	11,454	33.2		923,222	32.0	
			⑥	メタボ	女性	752	12.0	90,923	11.1	5,276	12.2		397,975	11.0	
					予備群	1,379	12.3	154,962	11.0	9,369	12.1		730,607	11.2	
			⑦	メタボ 該当・予 備群レ ベル	腹囲	男性	953	19.4	105,943	18.1	6,510		18.9	515,813	17.9
						女性	426	6.8	49,019	6.0	2,859		6.6	214,794	5.9
					BMI	総数	4,113	36.8	488,057	34.7	28,558		36.8	2,273,296	35.0
						男性	2,798	57.0	332,689	57.0	19,605		56.9	1,592,747	55.3
					血糖のみ	女性	1,315	21.0	155,368	18.9	8,953		20.7	680,549	18.8
						男性	67	1.4	8,855	1.5	537		1.6	48,780	1.7
					血圧のみ	女性	396	6.3	54,841	6.7	3,170		7.3	255,496	7.1
						男性	64	0.6	8,264	0.6	414		0.5	41,541	0.6
					脂質のみ	血圧のみ	1,039	9.3	108,584	7.7	7,121		9.2	514,593	7.9
脂質のみ	276	2.5				38,114	2.7	1,834	2.4	174,473	2.7				
血糖・血圧	血糖・血圧	368	3.3	39,447	2.8	2,527	3.3	193,722	3.0						
	血糖・脂質	93	0.8	14,338	1.0	657	0.8	67,212	1.0						
血圧・脂質	血圧・脂質	1,223	10.9	139,735	9.9	8,445	10.9	630,648	9.7						
	血糖・血圧・脂質	700	6.3	93,648	6.7	5,101	6.6	429,615	6.6						
6	問診の状況	服薬	高血圧	4,731	42.3	512,446	36.4	33,877	43.7	2,324,538	35.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		糖尿病	1,074	9.6	124,361	8.8	7,341	9.5	564,473	8.7					
6	生活習慣の 状況	既往歴	脂質異常症	3,508	31.4	412,274	29.3	22,838	29.4	1,817,350	28.0				
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	471	4.2	46,376	3.4	2,901	3.7	199,003	3.1				
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	719	6.4	78,631	5.7	5,320	6.9	349,845	5.5				
			腎不全	108	1.0	11,913	0.9	639	0.8	51,680	0.8				
			貧血	1,420	12.7	155,031	11.3	11,008	14.2	669,737	10.6				
			喫煙	1,652	14.8	180,042	12.8	10,209	13.2	896,676	13.8				
			週3回以上朝食を抜く	1,245	11.2	142,011	11.6	7,705	10.0	609,166	10.3				
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	1,359	12.2	187,406	15.4	10,274	13.4	932,218	15.7				
			週3回以上就寝前夕食	1,359	12.2	187,406	15.4	10,274	13.4	932,218	15.7				
			食べる速度が遅い	2,970	26.6	327,707	27.0	21,156	27.5	1,590,713	26.8				
			20歳時体重から10kg以上増加	3,861	34.6	425,473	34.6	27,175	35.3	2,083,152	34.9				
			1回30分以上運動習慣なし	6,551	58.8	715,763	58.1	45,981	59.8	3,589,415	60.3				
			1日1時間以上運動なし	4,892	43.9	584,252	48.1	33,738	43.9	2,858,913	48.0				
睡眠不足	2,630	23.8	305,017	24.9	18,119	23.6	1,521,685	25.6							
毎日飲酒	2,683	24.0	325,280	24.7	18,847	24.5	1,585,206	25.5							
時々飲酒	2,421	21.7	309,291	23.5	16,007	20.8	1,393,154	22.4							
⑭	一日飲 酒量	1合未満	5,193	67.3	656,829	66.0	38,047	68.3	2,851,798	64.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
		1～2合	1,744	22.6	224,121	22.5	12,434	22.3	1,053,317	23.7					
		2～3合	618	8.0	87,290	8.8	4,217	7.6	414,658	9.3					
		3合以上	165	2.1	27,471	2.8	1,003	1.8	122,039	2.7					

参考資料3 健診・医療・介護の一体的な分析

② 40～64歳(国保)



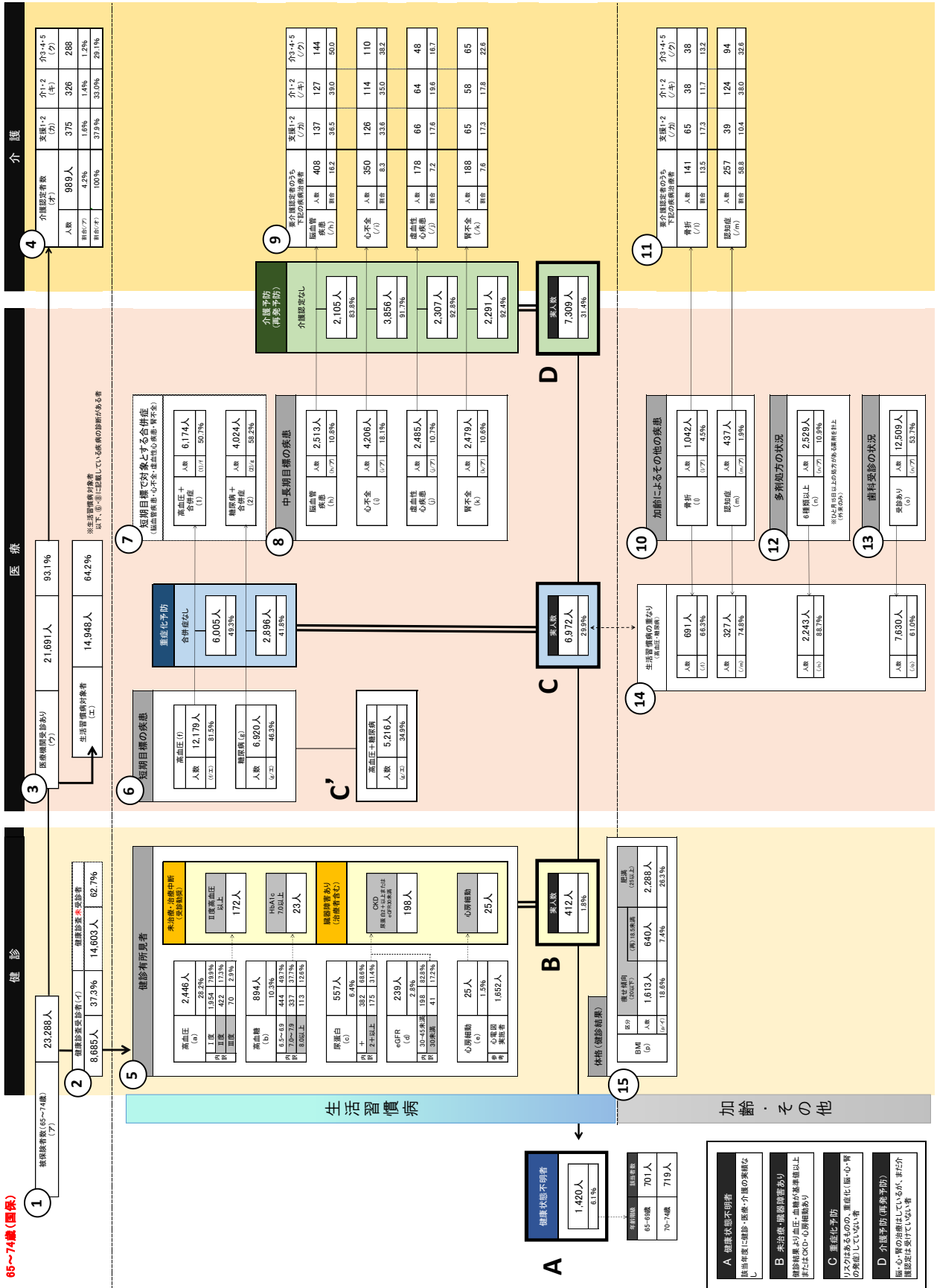
① 65～74歳(国保)

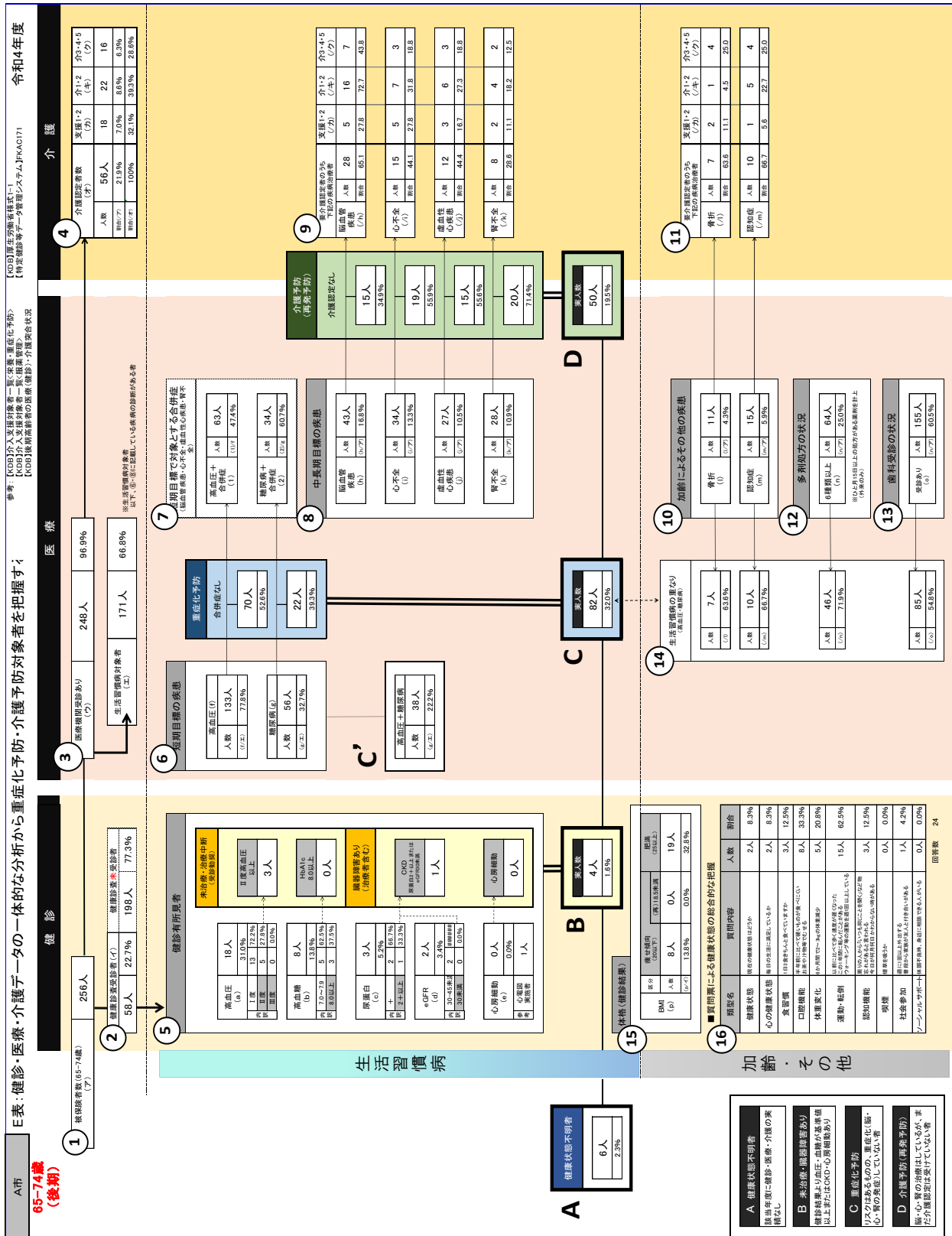
令和4年度

【KOB]厚生労働省標準値-1
【特定高齢者】一歩管理シナジFAC171

参考:【KOB]介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)
【KOB]介入支援対象者一覧(臨床管理)

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





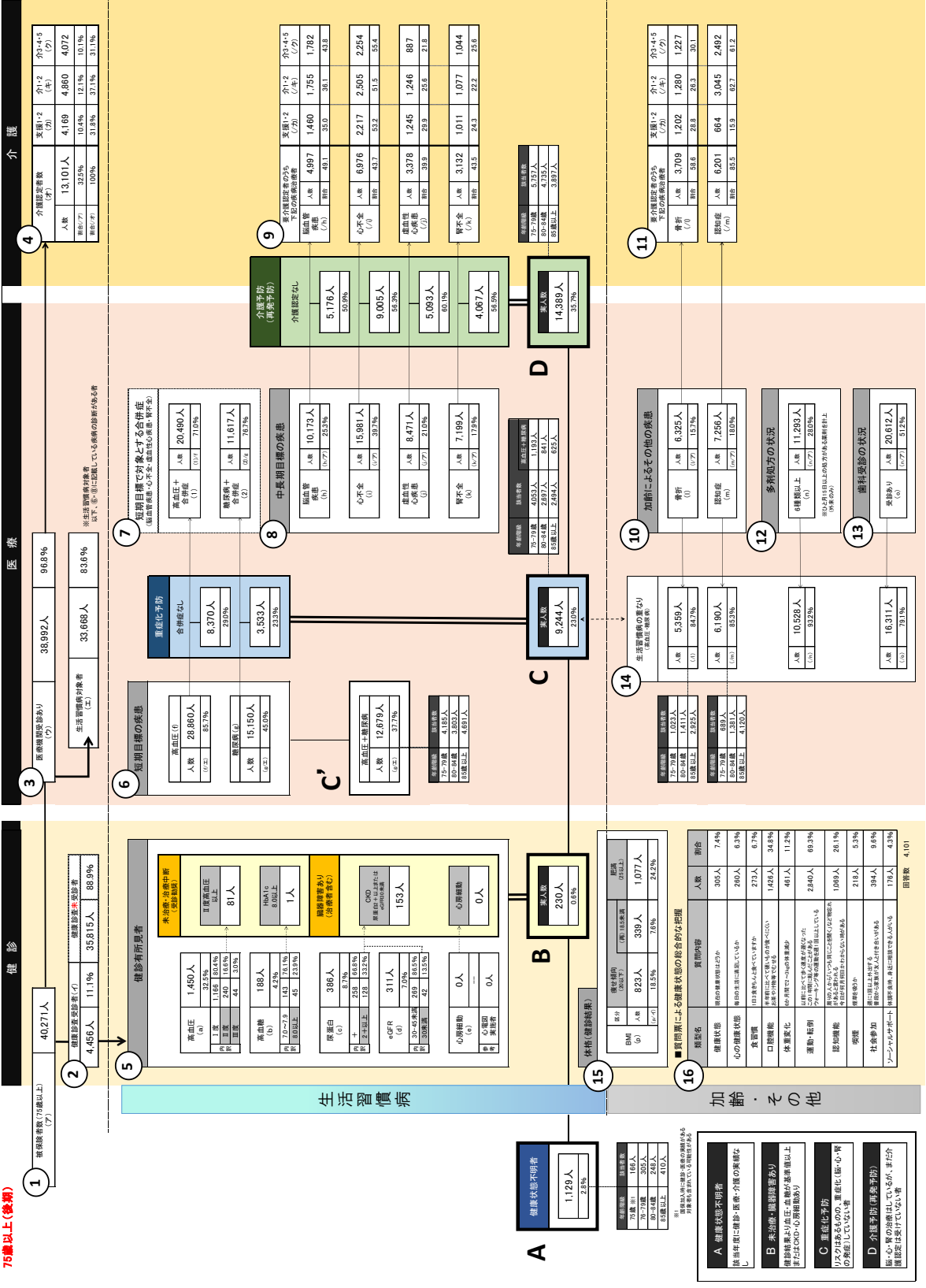
③ 75歳以上(後期)

令和4年度

【CRF】75歳以上(後期)の健康状態
【CRF】75歳以上(後期)の生活習慣病

参考: 【CRF】A 介護予防対象者
【CRF】B 介護予防対象者
【CRF】C 介護予防対象者
【CRF】D 介護予防対象者

介護予防対象者の把握



介護

介護認定者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

介護予防対象者数 (件)	介護・2 (件)	介護・1 (件)
13,101人	4,169人	8,932人
32.5%	10.4%	26.6%
100%	31.8%	77.8%

参考資料4 血圧の年次比較

【KDB システム】

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	
H30	14,132	3,490	24.7%	2,666	18.9%	4,227	29.9%	2,977	21.1%	664	4.7%	108	0.8%
R元	13,137	3,209	24.4%	2,696	20.5%	3,948	30.1%	2,633	20.0%	561	4.3%	90	0.7%
R2	9,488	2,063	21.7%	1,904	20.1%	2,862	30.2%	2,142	22.6%	444	4.7%	73	0.8%
R3	11,480	2,577	22.4%	2,250	19.6%	3,650	31.8%	2,391	20.8%	515	4.5%	97	0.8%
R4	12,151	2,935	24.2%	2,323	19.1%	3,733	30.7%	2,491	20.5%	572	4.7%	97	0.8%

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

重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I 度 高血圧	II 度高血圧以上			再掲		割合
					再)III度高血圧	未治療	治療	再掲	割合	
H30	14,132	6,156 43.6%	4,227 29.9%	2,977 21.1%	772	423	349			5.5%
					108 0.8%	73 67.6%	35 32.4%	0.8%		
R元	13,137	5,905 44.9%	3,948 30.1%	2,633 20.0%	651	377	274			5.0%
					90 0.7%	53 58.9%	37 41.1%	0.7%		
R2	9,488	3,967 41.8%	2,862 30.2%	2,142 22.6%	517	226	291			5.4%
					73 0.8%	36 49.3%	37 50.7%	0.8%		
R3	11,480	4,827 42.0%	3,650 31.8%	2,391 20.8%	612	363	249			5.3%
					97 0.8%	64 66.0%	33 34.0%	0.8%		
R4	12,151	5,258 43.3%	3,733 30.7%	2,491 20.5%	669	396	273			5.5%
					97 0.8%	74 76.3%	23 23.7%	0.8%		

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		
治療中	H30	5,705	40.4%	827	14.5%	1,111	19.5%	1,931	33.8%	1,487	26.1%	314	5.5%	35	0.6%
	R元	5,351	40.7%	751	14.0%	1,161	21.7%	1,839	34.4%	1,326	24.8%	237	4.4%	37	0.7%
	R2	4,378	46.1%	584	13.3%	855	19.5%	1,456	33.3%	1,192	27.2%	254	5.8%	37	0.8%
	R3	4,891	42.6%	644	13.2%	966	19.8%	1,780	36.4%	1,252	25.6%	216	4.4%	33	0.7%
	R4	5,090	41.9%	772	15.2%	1,007	19.8%	1,743	34.2%	1,295	25.4%	250	4.9%	23	0.5%
治療なし	H30	8,427	59.6%	2,663	31.6%	1,555	18.5%	2,296	27.2%	1,490	17.7%	350	4.2%	73	0.9%
	R元	7,786	59.3%	2,458	31.6%	1,535	19.7%	2,109	27.1%	1,307	16.8%	324	4.2%	53	0.7%
	R2	5,110	53.9%	1,479	28.9%	1,049	20.5%	1,406	27.5%	950	18.6%	190	3.7%	36	0.7%
	R3	6,589	57.4%	1,933	29.3%	1,284	19.5%	1,870	28.4%	1,139	17.3%	299	4.5%	64	1.0%
	R4	7,061	58.1%	2,163	30.6%	1,316	18.6%	1,990	28.2%	1,196	16.9%	322	4.6%	74	1.0%

【本市独自システム】

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常	正常高値	高値	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲		
						再Ⅱ度高血圧	未治療	治療	再掲	未治療	治療
H20 2008	12,434	2,466 19.8%	1,968 15.8%	3,187 25.6%	3,381 27.2%	1,432 11.5%	873 61.0%	559 39.0%			
						296 2.4%	200 67.6%	96 32.4%	2.4%	11.5%	
H21	14,515	3,070 21.2%	2,431 16.7%	3,664 25.2%	3,867 26.6%	1,483 10.2%	860 58.0%	623 42.0%			
						277 1.9%	198 71.5%	82 29.6%	1.9%	10.2%	
H22 2010	16,011	3,465 21.6%	2,755 17.2%	4,112 25.7%	4,117 25.7%	1,562 9.8%	933 59.7%	629 40.3%			
						308 1.9%	194 63.0%	114 37.0%	1.9%	9.8%	
H23	15,405	3,381 21.9%	2,628 17.1%	4,227 27.4%	3,841 24.9%	1,328 8.6%	807 60.8%	520 39.2%			
						229 1.5%	153 66.8%	76 33.2%	1.5%	8.6%	
H24 2012	16,823	3,800 22.6%	3,002 17.8%	4,716 28.0%	3,955 23.5%	1,350 8.0%	797 59.0%	553 41.0%			
						281 1.7%	184 65.5%	97 34.5%	1.7%	8.0%	
H25	16,496	3,703 22.4%	2,926 17.7%	4,538 27.5%	4,019 24.4%	1,310 7.9%	775 59.2%	535 40.8%			
						270 1.6%	185 68.5%	85 31.5%	1.6%	7.9%	
H26 2014	16,366	3,685 22.5%	2,833 17.3%	4,745 29.0%	3,944 24.1%	1,158 7.1%	651 56.2%	508 43.9%			
						232 1.4%	155 66.8%	77 33.2%	1.4%	7.1%	
H27	16,100	3,493 21.7%	2,828 17.6%	4,691 29.1%	3,921 24.4%	1,166 7.2%	679 58.2%	487 41.8%			
						207 1.3%	135 65.2%	72 34.8%	1.3%	7.2%	
H28 2016	15,341	3,439 22.4%	2,838 18.5%	4,391 28.6%	3,694 24.1%	979 6.4%	568 58.0%	411 42.0%			
						173 1.1%	123 71.1%	50 28.9%	1.1%	6.4%	
H29	14,858	3,481 23.4%	2,821 19.0%	4,313 29.0%	3,481 23.4%	944 6.4%	545 57.7%	399 42.3%			
						143 1.0%	91 63.6%	52 36.4%	1.0%	6.4%	
H30 2018	14,450	3,553 24.6%	2,732 18.9%	4,323 29.9%	3,053 21.1%	789 5.5%	430 54.5%	359 45.5%			
						110 0.8%	74 67.3%	36 32.7%	0.8%	5.5%	
R1	13,439	3,259 24.3%	2,777 20.7%	4,041 30.1%	2,695 20.1%	667 5.0%	383 57.4%	284 42.6%			
						93 0.7%	55 59.1%	38 40.9%	0.7%	5.0%	
R2 2020	9,636	2,090 21.7%	1,935 20.1%	2,907 30.2%	2,180 22.6%	524 5.4%	229 43.7%	295 56.3%			
						73 0.8%	36 49.3%	37 50.7%	0.8%	5.4%	
R3	11,812	2,621 22.2%	2,315 19.6%	3,763 31.9%	2,486 21.0%	627 5.3%	365 58.2%	262 41.8%			
						99 0.8%	64 64.6%	35 35.4%	0.8%	5.3%	
R4 2022	12,510	3,004 24.0%	2,413 19.3%	3,828 30.6%	2,577 20.6%	688 5.5%	409 59.4%	279 40.6%			
						100 0.8%	76 76.0%	24 24.0%	0.8%	5.5%	

参考資料5 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較

	保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
	正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
					合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
	5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H30	4,987	35.4%	1,935	13.7%	686	4.9%	477	3.4%	198	1.4%	396	2.8%	125	0.9%
R元	4,003	30.6%	1,548	11.8%	567	4.3%	424	3.2%	183	1.4%	361	2.8%	112	0.9%
R2	2,899	30.7%	1,094	11.6%	442	4.7%	326	3.4%	123	1.3%	259	2.7%	78	0.8%
R3	3,473	30.3%	1,280	11.2%	523	4.6%	397	3.5%	139	1.2%	309	2.7%	105	0.9%
R4	3,911	32.2%	1,567	12.9%	554	4.6%	441	3.6%	155	1.3%	335	2.8%	98	0.8%

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

年度	6.5以上		再掲		割合
	再)7.0以上	未治療	治療	割合	
H30	1,361	543	818	9.7%	9.7%
	675	199	476	4.8%	
R元	1,174	439	735	9.0%	9.0%
	607	189	418	4.6%	
R2	891	306	585	9.4%	9.4%
	449	114	335	4.7%	
R3	1,059	365	694	9.2%	9.2%
	536	130	406	4.7%	
R4	1,150	391	759	9.5%	9.5%
	596	154	442	4.9%	

治療と未治療の状況

	保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲				
	正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病										
					合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる						
	5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
治療中	H30	132	10.0%	329	24.9%	342	25.9%	350	26.5%	126	9.5%	284	21.5%	73	5.5%
	R元	136	11.1%	301	24.6%	317	25.9%	301	24.6%	117	9.5%	248	20.2%	60	4.9%
	R2	109	11.3%	226	23.4%	250	25.9%	241	24.9%	94	9.7%	196	20.3%	57	5.9%
	R3	114	9.9%	294	25.7%	288	25.1%	318	27.7%	88	7.7%	235	20.5%	61	5.3%
	R4	82	7.0%	298	25.4%	317	27.0%	348	29.6%	94	8.0%	238	20.3%	49	4.2%
治療なし	H30	4,855	38.1%	1,606	12.6%	344	2.7%	127	1.0%	72	0.6%	112	0.9%	52	0.4%
	R元	3,867	32.6%	1,247	10.5%	250	2.1%	123	1.0%	66	0.6%	113	1.0%	52	0.4%
	R2	2,790	32.9%	868	10.2%	192	2.3%	85	1.0%	29	0.3%	63	0.7%	21	0.2%
	R3	3,359	32.6%	986	9.6%	235	2.3%	79	0.8%	51	0.5%	74	0.7%	44	0.4%
	R4	3,829	34.9%	1,269	11.6%	237	2.2%	93	0.8%	61	0.6%	97	0.9%	49	0.4%

参考資料6 LDLコレステロール値の年次比較

LDLコレステロールの年次比較

	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	
総数	H30	14,131	6,746	47.7%	3,443	24.4%	2,291	16.2%	1,128	8.0%	523	3.7%
	R元	13,137	5,992	45.6%	3,335	25.4%	2,176	16.6%	1,044	7.9%	590	4.5%
	R2	9,487	4,633	48.8%	2,381	25.1%	1,453	15.3%	644	6.8%	376	4.0%
	R3	11,480	5,741	50.0%	2,664	23.2%	1,791	15.6%	825	7.2%	459	4.0%
	R4	12,151	6,192	51.0%	2,907	23.9%	1,777	14.6%	818	6.7%	457	3.8%
男性	H29	6,156	3,270	53.1%	1,527	24.8%	838	13.6%	349	5.7%	172	2.8%
	H30	6,011	3,205	53.3%	1,380	23.0%	891	14.8%	364	6.1%	171	2.8%
	R元	5,638	2,832	50.2%	1,359	24.1%	872	15.5%	377	6.7%	198	3.5%
	R2	4,176	2,241	53.7%	997	23.9%	577	13.8%	231	5.5%	130	3.1%
	R3	5,028	2,752	54.7%	1,103	21.9%	694	13.8%	323	6.4%	156	3.1%
	R4	5,305	2,955	55.7%	1,228	23.1%	692	13.0%	284	5.4%	146	2.8%
女性	H29	8,381	3,781	45.1%	2,175	26.0%	1,442	17.2%	627	7.5%	356	4.2%
	H30	8,120	3,541	43.6%	2,063	25.4%	1,400	17.2%	764	9.4%	352	4.3%
	R元	7,499	3,160	42.1%	1,976	26.4%	1,304	17.4%	667	8.9%	392	5.2%
	R2	5,311	2,392	45.0%	1,384	26.1%	876	16.5%	413	7.8%	246	4.6%
	R3	6,452	2,989	46.3%	1,561	24.2%	1,097	17.0%	502	7.8%	303	4.7%
	R4	6,846	3,237	47.3%	1,679	24.5%	1,085	15.8%	534	7.8%	311	4.5%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	割合
					再掲				
					再)180以上	未治療	治療		
H30	14,131	6,746 47.7%	3,443 24.4%	2,291 16.2%	1,651 11.7%	1,499 90.8%	152 9.2%	3.7%	11.7%
R元	13,137	5,992 45.6%	3,335 25.4%	2,176 16.6%	1,634 12.4%	1,469 89.9%	165 10.1%	4.5%	12.4%
R2	9,487	4,633 48.8%	2,381 25.1%	1,453 15.3%	1,020 10.8%	906 88.8%	114 11.2%	4.0%	10.8%
R3	11,480	5,741 50.0%	2,664 23.2%	1,791 15.6%	1,284 11.2%	1,168 91.0%	116 9.0%	4.0%	11.2%
R4	12,151	6,192 51.0%	2,907 23.9%	1,777 14.6%	1,275 10.5%	1,164 91.3%	111 8.7%	3.8%	10.5%

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	H30	3,934	27.8%	2,706	68.8%	776	19.7%	300	7.6%	109	2.8%	43	1.1%
	R元	3,780	28.8%	2,457	65.0%	836	22.1%	322	8.5%	101	2.7%	64	1.7%
	R2	3,120	32.9%	2,134	68.4%	627	20.1%	245	7.9%	76	2.4%	38	1.2%
	R3	3,614	31.5%	2,596	71.8%	643	17.8%	259	7.2%	74	2.0%	42	1.2%
	R4	3,729	30.7%	2,707	72.6%	683	18.3%	228	6.1%	83	2.2%	28	0.8%
治療なし	H30	10,197	72.2%	4,040	39.6%	2,667	26.2%	1,991	19.5%	1,019	10.0%	480	4.7%
	R元	9,357	71.2%	3,535	37.8%	2,499	26.7%	1,854	19.8%	943	10.1%	526	5.6%
	R2	6,367	67.1%	2,499	39.2%	1,754	27.5%	1,208	19.0%	568	8.9%	338	5.3%
	R3	7,866	68.5%	3,145	40.0%	2,021	25.7%	1,532	19.5%	751	9.5%	417	5.3%
	R4	8,422	69.3%	3,485	41.4%	2,224	26.4%	1,549	18.4%	735	8.7%	429	5.1%

参考資料7 脳・心・腎を守るために保健指導対象者を明らかにする(令和4年度)

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)			
科学的根拠に基づき	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)		12,151人	35.5%	
↓ 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											■各疾患の治療状況		
											治療中	治療なし	
											高血圧	5,090	7,061
											脂質異常症	3,729	8,422
											糖尿病	1,174	10,958
											3疾患 いずれか	6,752	5,399
											※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)							
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/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者						
該当者数	669	29	457	237	2,588	833	1,335	4,537		37.3%			
治療なし	396	8	429	166	368	391	363	1,314		24.3%			
(再掲) 特定保健指導	149	3	114	52	368	85	114	612		13.5%			
治療中	273	21	28	71	2,220	442	972	3,223		47.7%			
臓器障害 あり	108	8	59	30	62	88	363	441		33.6%			
CKD(専門医対象者)	52	1	41	27	41	69	363	363					
心電図所見あり	67	8	21	3	24	26	22	100					
臓器障害 なし	288	--	370	136	306	303	--	--					

参考資料8 用語集

	用語	解説
【イ】	eGFR	推算糸球体ろ過量の略で、腎臓の糸球体における血液のろ過量を表す。血清クレアチニン値及び年齢・性別の条件を用い、日本人の体格を考慮した推算式に入れて算出する。
	1号認定者・2号認定者	1号認定者とは、1号被保険者(65歳以上)の要介護(要支援)認定者のことで、介護が必要と認定された者をいう。2号認定者とは、2号被保険者(40歳以上65歳未満)の要介護(要支援)認定者のこと。
	医療保険者	単に「保険者」とも呼ばれ、医療保険事業を運営するために、加入者から保険料を徴収したり、加入者に対して各種保険給付を行ったりする事業主のことをいう。国民健康保険の場合は「市町村」または「国民健康保険組合」、その他に「健康保険組合」や「共済組合」などがある。
【エ】	HDLコレステロール	高比重リポ蛋白(HDL)として血中に存在するコレステロール。LDLコレステロールが悪玉コレステロールと呼ばれるのに対し、善玉コレステロールと呼ばれ、主に体内の組織からコレステロールを受け取り、肝臓に運ぶ時の形体のことをいう。
	MRI・MRA	MRIは、磁気の利用して、体の臓器や血管を撮影する。ただし、磁気を用いるため、ペースメーカーを装着している人や、アクセサリなど金属を体につけたままでは検査ができない。 MRAは、血管のMRI。カテーテルや造影剤なしで血管造影と同様の画像が得られる。
	LDLコレステロール	低比重リポ蛋白(LDL)として血中に存在するコレステロール。HDLコレステロールが善玉コレステロールと呼ばれるのに対し、悪玉コレステロールと呼ばれる。LDLは、肝臓で作られたコレステロールを体内の末梢まで運ぶ機能があり、過剰になると動脈硬化の原因となる。
【カ】	介護給付費	1年間の介護保険給付費の総額のこと。介護給付にかかる費用及び予防給付に要する費用の合計。
	介護保険	高齢者の介護サービスや介護支援を保障するための社会保険制度の一種。平成12年に施行された介護保険法に基づいて実施されるもので、市町村が運営し、被保険者はその住民で65歳以上の者(第1号被保険者)と、40歳以上65歳未満で医療保険に加入している者(第2号被保険者)とに分類される。
	介護保険事業計画	介護保険法第117条に基づき、介護を必要とする被保険者を対象に、介護サービス基盤の整備を計画的に進めるための基本となる実施計画のことで、介護を必要とする被保険者が安心して暮らせるための介護サービス基盤の整備を目的としている。
	ガイドライン	医療者と患者が特定の臨床状況での適切な診療の意思決定を行うことを助ける目的で系統的に作成された文書。ここでは、高血圧治療ガイドライン2019、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版、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、CKD診療ガイドライン2023をさす。
	学校保健安全法	学校における児童生徒等及び職員の健康の保持増進を図るため、学校における保健管理、安全管理に関し必要な事項を定めた法律。健康診断の検査の項目は、身長・体重及び座高、栄養状態、脊柱及び胸部の疾病及び異常の有無、視力及び聴力、歯及び口腔の疾病及び異常の有無等となっている。
【キ】	虚血性心疾患	心臓を動かしている筋肉である心筋の血液の流れが低下、または遮断され障害が生じた状態をいう。主な疾患は、狭心症と心筋梗塞で、冠動脈(心筋に酸素・栄養を送る血管)が動脈硬化で狭くなったり、詰まったりすることが、原因といわれている。
	居宅サービス、施設サービス	介護サービスのことで、大きく居宅サービスと施設サービスに分けられる。居宅サービスとは、通所介護(デイサービス)や訪問介護、訪問看護、通所リハビリテーションなどの自宅にいながら利用できる介護サービスのこと。施設サービスとは、介護老人福祉施設や介護老人保健施設などに入所している方が利用する介護サービスのこと。

	用語	解説																																												
【ク】	空腹時血糖	空腹時の血液中のブドウ糖濃度のこと。空腹時血糖が126mg/dl以上になると、糖尿病領域と判断される。10時間以上食事をしていない場合を空腹時とする。食事と採血時間との時間関係を問わないで測定した血糖値が「随時血糖値」とされる。特定健診では食後10時間未満の場合をいう。																																												
	血清クレアチニン	主に腎機能の指標に用いられる数値。クレアチンとは、筋肉中に含まれるクレアチン(筋肉を動かす時に必要なエネルギー物質)が分解された時にできる物質のこと。高いと腎機能低下や筋肉疲労の可能性がある。タンパク質が分解・代謝されてきた老廃物。通常は尿とともに排泄されるが、腎機能が低下すると排泄できず血液中に増えてくる。腎臓の機能低下や腎不全の指標となる。																																												
【ケ】	血圧値の分類	日本高血圧学会が発行した高血圧治療ガイドライン2019によると成人における血圧値の分類を下記のとおりとされている。 <table border="1" data-bbox="512 674 1358 1032"> <thead> <tr> <th rowspan="2">分類</th> <th colspan="2">診察室血圧</th> <th colspan="2">家庭血圧</th> </tr> <tr> <th>収縮期血圧</th> <th>拡張期血圧</th> <th>収縮期血圧</th> <th>拡張期血圧</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>正常血圧</td> <td><120</td> <td>かつ <80</td> <td><115</td> <td>かつ <75</td> </tr> <tr> <td>正常高値血圧</td> <td>120-129</td> <td>かつ <80</td> <td>115-124</td> <td>かつ <75</td> </tr> <tr> <td>高値血圧</td> <td>130-139</td> <td>かつ/または 80-89</td> <td>125-134</td> <td>かつ/または 75-84</td> </tr> <tr> <td>I度高血圧</td> <td>140-159</td> <td>かつ/または 90-99</td> <td>135-144</td> <td>かつ/または 85-89</td> </tr> <tr> <td>II度高血圧</td> <td>160-179</td> <td>かつ/または 100-109</td> <td>145-159</td> <td>かつ/または 90-99</td> </tr> <tr> <td>III度高血圧</td> <td>≥180</td> <td>かつ/または ≥110</td> <td>≥160</td> <td>かつ/または ≥100</td> </tr> <tr> <td>(孤立性) 収縮期高血圧</td> <td>≥140</td> <td>かつ <90</td> <td>≥135</td> <td>かつ <85</td> </tr> </tbody> </table>	分類	診察室血圧		家庭血圧		収縮期血圧	拡張期血圧	収縮期血圧	拡張期血圧	正常血圧	<120	かつ <80	<115	かつ <75	正常高値血圧	120-129	かつ <80	115-124	かつ <75	高値血圧	130-139	かつ/または 80-89	125-134	かつ/または 75-84	I度高血圧	140-159	かつ/または 90-99	135-144	かつ/または 85-89	II度高血圧	160-179	かつ/または 100-109	145-159	かつ/または 90-99	III度高血圧	≥180	かつ/または ≥110	≥160	かつ/または ≥100	(孤立性) 収縮期高血圧	≥140	かつ <90	≥135	かつ <85
分類	診察室血圧			家庭血圧																																										
	収縮期血圧	拡張期血圧	収縮期血圧	拡張期血圧																																										
正常血圧	<120	かつ <80	<115	かつ <75																																										
正常高値血圧	120-129	かつ <80	115-124	かつ <75																																										
高値血圧	130-139	かつ/または 80-89	125-134	かつ/または 75-84																																										
I度高血圧	140-159	かつ/または 90-99	135-144	かつ/または 85-89																																										
II度高血圧	160-179	かつ/または 100-109	145-159	かつ/または 90-99																																										
III度高血圧	≥180	かつ/または ≥110	≥160	かつ/または ≥100																																										
(孤立性) 収縮期高血圧	≥140	かつ <90	≥135	かつ <85																																										
【ケ】	KPI	業績管理評価指標。目標を達成するための中間目標。																																												
	血管疾患	血管そのもの、または血管腔に異常をきたした疾患の総称。脳の血管で疾患が起これば脳血管疾患といい、心臓の血管で疾患が起これば心血管疾患という。																																												
	血管内皮	血管内皮細胞の機能のこと。血管内皮細胞は、血管の最内層にある細胞で、一酸化窒素(NO)など数多くの血管に働きかける因子を放出しており、血管の収縮・弛緩のみならず、炎症制御、免疫応答、凝固・止血調整など様々な機能を発揮する。血管内皮機能は生活習慣病によりその機能が低下する。血管内皮細胞の表面を覆っている層を「グリコカリックス」といい、血管内皮機能を保つ役割を果たしている。																																												
	健康増進法	「健康日本21」を中核とする国民の健康づくり・疾病予防を更に積極的に推進するため、医療制度改革の一環として平成15年5月1日から施行された法律。																																												
	健康日本21 (健康ながさき21) (けんこうシップさせぼ21)	壮年期の死亡の減少や健康寿命の延伸を実現し、全ての人の生活の質の向上を図ることを目的としている。特に生活習慣病の一次予防に重点を置き、個人が主体的に健康づくりに取り組むことを重視し、科学的根拠に基づき対象者を明確にした上で、地域の実情に即した目標を設定して取り組むために策定された計画。県版「健康ながさき21」・佐世保版「けんこうシップさせぼ21」																																												
	健康保険組合 (健保組合)	健保組合が保険者となって運営する健康保険を「組管掌健康保険」といい、従業員700人以上の大企業体を母体としてつくられた健康保険組合を単一健保組合、同業・同種の事業所によって組織された健康保険組合を総合健保組合、同じ都道府県内で企業・業種を超えた事業所によって組織された健康保険組合を地域型健保組合という。																																												
【コ】	後発医薬品	ジェネリック医薬品のこと。新薬(先発医薬品)の独占的販売期間が終了した後に発売され、新薬と有効成分、効能、効果、用法、用量が同一である医療用医薬品。																																												

用語	解説
高齢者の医療の確保に関する法律	1982(昭和57)年に制定された「老人保健法」から変更された法律。従来の老人保健制度を全面的に改正し、高齢者の医療費の適正化を推進することを目的に定められた。このことにより、75歳以上の高齢者は2008(平成20)年から後期高齢者医療制度に加入することになった。また、保健事業として、40歳から74歳の者を対象に特定健康診査及び特定保健指導などの基本指針を定め、高齢期における健康の保持のための事業を積極的に推進することが保険者に義務付けられた。
国保データベースシステム(KDB)	国保中央会が開発したデータ分析システムのこと。医療費だけではなく、健診情報や介護認定情報も併せて分析できるシステム。
国民健康保険団体連合会(国保連合会)	「国民健康保険法」第83条に基づき設立された公的な法人で、都道府県ごとに47団体が組織されている。
国民健康保険運営協議会	市の国民健康保険事業の運営に関する重要事項を審議するために設置されている機関。国民健康保険法11条に定められており、市町村に設置することとされている。
【サ】 最大医療資源傷病名	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。 最大医療資源傷病名により傷病分析を行うことにより、地域において医療費負担の割合の大きい疾病を明らかにし、原因を究明するとともに保健事業のターゲットを絞ることが可能になる。また、全国で同一の方法で主傷病名を決定することにより、疾病別医療費について他県、同規模保険者や全国との比較を容易にすることができる。
【シ】 COPD (慢性閉塞性肺疾患)	長年にわたり有毒な粒子やガスの吸入が原因となり、肺に炎症が起き、呼吸に支障をきたす疾患。慢性気管支炎と肺気腫の総称。
脂質異常	血液に含まれる脂肪の量が基準よりも多い状態のこと。
社会保障費	医療・介護の自己負担分以外の給付額や年金の受給額など、社会保障制度によって国や地方公共団体から国民に給付される金銭・サービスの年間合計額。
収縮期血圧	心臓が収縮して全身に血液を送り出すときに、血管にかかる圧のこと。いわゆる上の血圧のこと。
腎硬化症	軽～中等度の高血圧の持続により生じる腎障害。高血圧性腎障害ともいう。
人工透析	腎不全や尿毒症などで腎臓の機能が阻害され、体内の老廃物を除去できなくなった場合などに、人工的に血液を浄化する方法。
心房細動	不整脈の一つで、心房内で起こる早く不規則な刺激により、心房全体が細かく震え、まとまった収縮と弛緩ができなくなる状態のこと。心臓内に血栓ができやすくなり、脳梗塞の危険因子となる。
診療報酬明細書(レセプト)	患者が受けた診療について、医療機関が保険者(市町村や健康保険組合等)に請求する医療費の明細書。
【セ】 生活習慣病	糖尿病、循環器病(脳血管疾患・心疾患など)、がん及び歯周病などが代表的なもので、食生活、運動、休養、喫煙及び飲酒など日常生活習慣の在り方が心身の健康状態を悪化することに大きく影響し、発症する疾病のこと。

	用語	解説
	早世	早く世を去ること。早死にしまうこと。
【タ】	第1・2・3次産業 (本文には3次のみ)	第1次産業:原材料・食料など最も基礎的な生産物の生産に関わる産業。農林水産業など。 第2次産業:製造業・建築業・鉱工業などをいう。 第3次産業:商業・運輸・通信・金融・公務・サービス業・電気・ガス・水道業などをいう。
【チ】	地域包括ケア(システム)	団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるケアシステムのこと。
	中性脂肪	肝臓で作られたり、食物から吸収されたりする脂質の一種で、体を動かしたり、体温を保持したりするエネルギー源となる。中性脂肪の値が高くなり、皮下脂肪や肝臓などに過剰に蓄積されると、脂質異常症やメタボリックシンドローム、脂肪肝、肥満、動脈硬化などへとつながっていく。
【テ】	データヘルス計画	特定健診の結果やレセプト等のデータ、介護保険の認定状況等を活用し、PDCAサイクルの考えに基づき効果的かつ効率的な保健事業を行うための実施計画。
【ト】	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つで、腎臓の機能(主に糸球体)に障害が起きること。確定診断は腎生検によって行われる。
	糖尿病性腎臓病	糖尿病がその発症や進展に関係していると考えられる慢性腎臓病(CKD)で包括的な概念。血糖高値+慢性腎臓病(eGFR<60または尿たんぱく)。その中に「糖尿病性腎症」が含まれる。
	糖尿病連携手帳	日本糖尿病協会が発行しており、検査値や治療内容、合併症の検査所見等が記録でき、かかりつけ医、専門医、その他歯科・眼科、かかりつけ薬局、地域の保健師・管理栄養士等と連携し、
	特定健康診査	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、生活習慣病を予防するという観点で、平成20年4月から医療保険者に義務付けられた40歳から74歳までを対象とする健診。
	特定保健指導	特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い方に対して、医師や保健師、管理栄養士等が対象者一人ひとりの身体状況に合わせた生活習慣を見直すためのサポートを行うもの。特定保健指導には、リスクの程度に応じて、動機付け支援と積極的支援がある。(よりリスクの高い方が積極的支援)
【ナ】	ナッジ理論	行動科学に基づいた小さなきっかけで意思決定に影響を与え、行動を促す手法・戦略
【ニ】	日本再興戦略	平成25年6月14日に閣議決定され、経済成長に向けて民間活力を引き出すことを主目的に産業基盤の強化策を打ち出した成長戦略で、安倍政権の経済政策であるアベノミクスの3本の矢(第1の矢:「大胆な金融政策」、第2の矢:「機動的な財政政策」)のうちの第3の矢といわれている。その中で健康長寿社会の実現を目指している。
	尿蛋白	尿蛋白の検査は、定性検査と定量検査の2つがある。定性検査は尿試験紙を使って調べる方法。定量検査は、尿中蛋白濃度を尿中クレアチニン濃度で割って、推定1日尿蛋白量を算出する。定性検査では、尿の濃さでばらつきがあるため、定量検査で評価することが推奨されている。(CKD診療ガイドライン2012より)
	尿酸	物質代謝の最終生産物(プリン体等)の血中濃度のこと。通常は、老廃物として尿と一緒に排泄される。

	用語	解説
【ノ】	脳血管疾患	脳内の動脈が破れたり、詰まったりすることで血液が流れなくなり、脳に障害が及ぶもので、一般に脳卒中といわれるものなど、脳血管に関する病気の総称。脳の血管が破れて出血する脳出血、クモ膜下出血、脳の血管が詰まる脳梗塞に大別され、脳梗塞は、さらにアテローム血栓性脳梗塞、ラクナ梗塞、心原性脳塞栓症に大別される。 <ul style="list-style-type: none"> ・アテローム血栓性脳梗塞：血管の壁にLDLコレステロールが沈着し、血管の内腔が狭くなり、最終的に血管が詰まるもの。 ・ラクナ梗塞：穿通枝(せんつうし)という脳内の微小血管が詰まるもの。 ・心原性脳塞栓症：心房細動などの心臓の異常により、心臓内にできた血栓(血液の塊)が脳に移動し、脳の血管が詰まるもの。
	non-HDLコレステロール	総コレステロールからHDLコレステロールを引いた式で表される。
【ハ】	ハイリスクアプローチ	健康リスクが高い方に対して、そのリスクを下げるように働きかけること。
【ヒ】	BMI	「体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)」で算出される体格指数のことで、肥満度を測るための標準的な指標。Body Mass Index の略。
	PDCAサイクル	Plan/Do/Check/Action の頭文字を揃えたもので、計画(Plan)－実行(Do)－評価・検証(Check)－改善(Action)の流れを次の計画に活かしていくプロセスのことをいう。
	病院、診療所	病院とは、入院できるベッド数が20床以上の医療機関のこと。診療所は入院できる設備が全くないか、19床以下の施設のこと。
	被用者保険	被用者保険は職域保険と呼ばれ、企業で働く被用者が加入する保険。職業によっていくつかの種類があり、企業の被用者が加入する健保組合、協会けんぽ、公務員が加入する共済組合などに分かれている。
	標準化死亡比(SMR)	死亡者数を人口で除した死亡率と比較すると、高齢者の多い地域では死亡率が高くなる傾向があるため、人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標。国平均を100とし、100以上は国平均より死亡率が高く、100以下は低いとされる。Standardized mortality ratioの略。 $SMR = (D / \sum p_i d_i) \times 100D$: 当該市町村死亡数(過去5年間の和) p_i : 当該市町村5歳階級別人口 d_i : 基準死亡率=全国5歳階級死亡数/全国5歳階級別人口
	標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)	糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群の減少、中長期的な医療費の伸びの適正化を図るため、医療保険者が効果的・効率的な保健指導を実施するよう厚生労働省が平成19年4月に作成した健診・保健指導の方向性を示すもの。
【ヘ】	平均医療費、平均介護給付費	12ページに記載されている平均医療費とは、平成24年度に脳出血で医療を要した者の医療費の総額を人数で割った数値。また、平均介護給付費とは平成26年度の要介護5の介護給付費の総額を人数で割った数値。
	HbA1c(NGSP)	赤血球の中にある酸素を運ぶヘモグロビンに血液中の糖が結合したもので、過去1～2か月間の平均血糖値を表す。NGSP値は国際標準値のことで、日本で従来使用されていたJDS値よりも0.3～0.5%加算された値で示される。
【ホ】	保険給付費	被保険者や被扶養者が病気やけが、出産、死亡した場合、保険者は医師の診療を提供するほか、定められた各種の給付金を現金で支給する。また、診療を提供する方法を現物給付、給付金を支給する方法を現金給付というが、それらを総称して保険給付といい、それにかかる費用を保険給付費という。

用語	解説
保険者協議会	医療保険者と医療関係者による協議会。高齢者医療確保法では、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で「保険者協議会」を組織し、①特定健診・保健指導の実施等に関する保険者間の連絡調整、②保険者に対する必要な助言または援助、③医療費などに関する情報の調査及び分析の業務を行うことが規定されている。
保険者努力支援制度	保険者としての努力を行う都道府県や市町村に対し、国が交付金を交付する制度のことをいう。後発医薬品使用割合や収納率など、適正かつ客観的な指標に基づき、インセンティブ強化を図り、医療費適正化の取組みや国民健康保険固有の構造的な課題への対応等を通じて、保険者機能の役割を発揮し、国民の財政基盤を強化することに狙いがある。
母子保健法	1965(昭和40)年に制定された法律。「母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進を図るため、母子保健に関する原理を明らかにするとともに、母性並びに乳児及び幼児に対する保健指導、健康診査、医療その他の措置を講じ、もって国民保健の向上に寄与する」ことを目的としている。
ポピュレーションアプローチ	対象を一部に限定せずに集団に対して、集団全体がリスクを軽減したり、病気を予防したりできるようにする働きかけ。
【マ】 慢性腎不全(CKD)	①蛋白尿など腎障害を示す所見 ②腎機能低下(eGFR(用語集No58)が60ml/分/1.73m ² 未満) ①、②のいずれか、または両方が3か月以上持続する状態。
慢性腎臓病の重症度分類	原疾患、腎機能(GFR)、蛋白尿による分類で評価する。蛋白尿のステージを糖尿病はアルブミン尿、糖尿病以外では蛋白尿によって決める。GFRの低下や尿蛋白が多いほど重症度が上がる。
【メ】 メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群)	内臓脂肪型肥満に加えて、脂質異常・血圧高値・血糖高値のうち、2つ以上を併せ持っている状態のこと。(1つの場合はメタボリックシンドローム予備群とされる)。内臓脂肪型肥満とは、腹腔内の超のまわりに脂肪が過剰に蓄積している状態をいう。
【ラ】 ライフサイクル	人の一生を妊娠期、乳幼児期、学童・思春期、成人期、高齢期などに分けた、それぞれの段階。
【ロ】 ロコモティブシンドローム	骨、関節、筋肉などの運動器の障害のために、要支援になったり、要介護になったりする危険が高い状態。

参考資料9 同規模

データヘルス計画は、KDB システム（国保データベースシステムを活用して被保険者の健康課題の分析や保健事業の評価を行うこととされています。そのため、本計画で表記している同規模とは、KDB システムに基づき、設定しています。

KDB システムは、地域の現状や健康課題を把握するための膨大なデータ分析を効率的に行い、より効果的な保健事業を実施するために作られたシステムです。

同規模自治体との比較ができる機能が備わっており、同規模自治体は人口規模に応じて13段階に区分されています。

現在本市は同規模区分「2」となっており、構成する自治体は53の自治体があります。

【同規模区分「2」の自治体一覧(53自治体)】

函館市、旭川市、青森市、八戸市、盛岡市、山形市、福島市、郡山市、いわき市、水戸市、宇都宮市、前橋市、高崎市、川越市、川口市、越谷市、船橋市、柏市、千代田区、中央区、港区、新宿区、文京区、台東区、墨田区、江東区、品川区、目黒区、大田区、世田谷区、渋谷区、中野区、杉並区、豊島区、北区、荒川区、板橋区、練馬区、足立区、葛飾区、江戸川区、八王子市、横須賀市、富山市、金沢市、福井市、長野市、松本市、岐阜市、豊橋市、岡崎市、一宮市、豊田市、大津市、豊中市、吹田市、高槻市、枚方市、八尾市、寝屋川市、東大阪市、姫路市、尼崎市、明石市、西宮市、奈良市、和歌山市、鳥取市、松江市、倉敷市、呉市、福山市、下関市、高松市、松山市、高知市、久留米市、長崎市、佐世保市、大分市、宮崎市、鹿児島市、那覇市

佐世保市国民健康保険糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム

令和3年3月4日改定

1. 目的

糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者（以下、「ハイリスク者」という）に対して佐世保市国民健康保険（以下、「市国保」という）が医療機関と連携して保健指導等を行い、人工透析への移行を防止することによって、被保険者の健康増進と医療費の増加抑制を図ることを目的とする。また、慢性腎臓病（CKD）重症化予防を図ることについても目的とする。

2. 医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨

（1）対象者

1）医療機関未受診者

過去の健診において、空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上又はHbA1c(NGSP)6.5%以上の者。

ただし、当該基準を満たす者のうち、尿蛋白を認める者又は、eGFR が60ml/分/1.73 m²未満の者（特定健診等の際に血清クレアチンを測定している場合）については、糖尿病性腎臓病のリスクが高いため、強めの受診勧奨を行う。

注）慢性腎臓病（CKD）対策としては、血清クレアチニン検査を実施することが望ましいとともに、空腹時血糖等の結果によらず、尿蛋白、eGFR により、受診勧奨を行う。なお、長崎県における健診結果によるかかりつけ医への受診勧奨基準は、次のいずれかを満たす場合であるためこれに準ずる。

①eGFR 60 ml/分/1.73 m²未満

②蛋白尿陽性（1+以上）

2）糖尿病治療中断者

通院中の患者で最終の受診月から6か月経過しても受診した記録がない者

(2) 受診勧奨の方法

- ① 特定健診等の結果の通知(必要に応じて糖尿病の合併症についての資料を追加)
- ② 特定健診等の結果とは別の郵送による通知
- ③ 電話
- ④ 個別面談

注) 糖尿病治療中断者については、レセプトにより継続的な受診が認められない場合であっても、医療機関を継続的に受診する必要がないとの医師の判断に基づき、医療機関を受診していないこともあるため、電話、個別面談等により、受診勧奨を行う場合には、医療機関を受診しなくなった経緯について十分に把握した上で行うことが重要である。

3. ハイリスク者に対する保健指導

(1) 対象者

糖尿病により医療機関受診中の者のうち、糖尿病性腎臓病を発症している者だけでなく、そのリスクが高い者についても、優先順位をつけて保健指導を行うことが望ましいことから、本プログラムでの基準は、次のとおりとする。

ただし、高齢者については、厳格な管理を行うべきではないとの考え方もあるため、年齢を考慮して候補者の抽出を行うことが重要である。

1) 糖尿病性腎臓病の病期が第2期、第3期及び第4期と思われる者(特定健診等の結果から抽出する場合には、糖尿病により治療中であり、次のいずれかに該当する者)

- ① 尿蛋白±以上
- ② 血清クレアチニン検査を行っている場合、eGFR60ml/分/1.73 m²未満

2) その他、かかりつけ医等が必要と認めた者(例)

- ・ II度高血圧(160/100mmHg)以上の者
- ・ 内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)該当者
- ・ 脂質異常症(LDL-C120mg/dl以上)、高尿酸血症(7.0mg/dl以上)等を認める者
- ・ 糖尿病の家族歴がある者

(2) 保健指導対象者選定方法

特定健診等データ、患者・医師からの情報提供等により、保健指導対象の候補者を抽出し、そのうち、保健指導への参加について本人及びかかりつけ医の理解があった者を対象とする。

ただし、ハイリスク者の基準を満たすため、かかりつけ医が必要と認めた者については、対応可能な範囲において対象とする。特に、市国保ではアルブミン尿の情報を有していないため、医療機関においてアルブミン尿に関する検査を実施するとともに、アルブミン尿を認めた者については、かかりつけ医と連携の下、保健指導が実施されることが重要である。

なお、次の者については保健指導対象者から除外する。

- ①がん等で終末期にある者
- ②認知機能障害のある者
- ③その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

(3) 保健指導実施までの手順（かかりつけ医との連携体制の構築）

市医師会及びかかりつけ医と連携した上で、保健指導を実施する。

- ① 市国保は、本取組の目的、保健指導対象者の選定基準、実施する保健指導の内容等について市医師会に説明する。
- ② 市国保は、かかりつけ医に本取組について説明し、了解を得たのち、上記3（1）を踏まえ、保健指導の候補者名簿を作成し送付する。
- ③ かかりつけ医は、送付された名簿をもとに3（2）を踏まえて、保健指導対象者を選定し、当該対象者に対して保健指導へ参加するよう促す。
- ④ かかりつけ医は、医療機関における治療に加えて、市国保による保健指導を実施することが適当と認めた者について、情報提供書を提出する。
- ⑤ 市国保は、保健指導対象者の参加希望を確認した上で、かかりつけ医から提供された保健指導に当たっての留意事項を踏まえて保健指導を行うとともに、保健指導実施後、必要に応じて、糖尿病連携手帳等を活用し、保健指導の内容をかかりつけ医へ報告する。

注1）個別に確認すべき対象者の基準を明確にした上で、該当者についてのみかかりつけ医に名簿を送付することも考えられる。

注2）かかりつけ医が、患者の状況等から、医療機関における治療に加えて、市国保による保健指導をすることが適当でない判断することも考えられるため、必ずしも本プログラムに基づき、情報提供書を提出することとはならない。

注3）保健指導の候補者を通じて、かかりつけ医から同意を取得する方法も考えられる。

注4）保健指導対象者の情報の提供をかかりつけ医に依頼する場合には、保健指導対象者から同意を取得しておく必要がある。

(4) 保健指導の内容

糖尿病性腎臓病第4期の者に対して保健指導を実施する場合には、医療機関と十分に連携を取りながらスキルの高い専門職が保健指導を実施する必要がある。

4. かかりつけ医、糖尿病連携医・糖尿病専門医・腎臓専門医を含むCKD診療を担う医師等の連携

糖尿病患者への医療提供に当たり、本県では、かかりつけ医の他に、糖尿病連携医がいる医療機関、糖尿病専門医がいる医療機関を認定している。患者の病状を維持・改善するため、相互に紹介、逆紹介を行うとともに、必要に応じて、合併症の治療を行う医師、歯科医師等と有機的な連携関係を構築するなどして、患者を中心とした医療を提供する。

なお、紹介又は逆紹介を行う対象者は、例を参考に検討するものとする。

※糖尿病連携医とは、長崎県糖尿病対策推進会議が開催する糖尿病診療セミナー（基礎講座）を終了している医師のこと。

【かかりつけ医から糖尿病専門医への紹介】（例）

- 1型糖尿病の場合
- 血糖コントロール不良(HbA1c(NGSP)8.4%以上が3か月以上続く場合)
- 教育入院が必要な場合
- インスリン療法を開始する場合
- 急性合併症併発など病状が悪化した場合
- 妊娠時に糖尿病が発見された場合、妊娠を希望する糖尿病患者の場合 など

【糖尿病専門医からかかりつけ医への逆紹介】（例）

- 病状が安定した場合
- 血糖コントロールが良好の場合
- 自己管理が改善された場合
- インスリン導入が良好の場合 など

【かかりつけ医からCKDの専門診療を行う医師への紹介】（例）

次の1)～6)のいずれかに該当する場合は、CKDの専門診療を行う医師へ紹介を行う。（佐世保市国民健康保険慢性腎臓病（CKD）及び糖尿病性腎臓病（DKD）の対策における意見交換会 令和2年7月30日）

- 1) eGFR 45 ml/分/1.73 m²未満
- 2) または尿蛋白/CR 比0.50 g/gCR 以上、または尿蛋白定量2+以上
- 3) 糖尿病症例の場合 尿中アルブミン尿300mg/gCR以上
- 4) 蛋白尿と血尿がともに陽性（1+以上）
- 5) 急性増悪（eGFRが3か月以内に30%以上低下、または15ml/分/1.73 m²以上低下）
- 6) かかりつけ医が必要と判断した場合

※eGFRは変動するため、進行性の腎機能低下が疑われるときは、適時再検して確認。なお、下降度の数字は目安であり、低下が進行性であるときには、全身状態、蛋白尿などを検討し紹介。

5. 事業の評価について

ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行う。また、中長期的な観点からの評価も行う。

（1）評価項目

1）個別評価

①アウトプット（事業実施量）

事業の目的・目標の達成に向けた事業内容への評価

- ・ 受診勧奨を全ての対象者に対して、文書の送付等により実施できたか。
- ・ 実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診が無い者には更に面談等を実施できたか。
- ・ 保健指導を受け入れることを同意した全ての対象者に対して、面談、電話又は個別通知を含む方法で実施できたか。

②アウトカム（結果）

事業の目的・目標の達成度に対する評価

- ・ 保健指導実施後、対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、実施前後で評価できたか。

2）全体評価

①レセプトデータから

- ・ 人工透析患者数（糖尿病性腎臓病患者数）の推移
- ・ 新規人工透析導入患者数の推移

②特定健診等結果から

- ・ 健診受診率の向上
- ・ 医療機関未受診者及び治療中断者（糖尿病及び糖尿病性腎臓病）の減少
- ・ 治療中であるがコントロール不良者の減少
- ・ 糖尿病性腎臓病病期分類第2期～第4期が疑われる者の減少
- ・ 健診受診者の糖尿病性腎臓病の進行にかかるリスク要因の改善状況
（血圧、肥満（体重、BMIなど）、HbA1c、eGFR、尿蛋白など）

③レセプトデータ・特定健診等結果から

- ・ 糖尿病治療中かつ健診未受診者数の減少

6. 取組にあたっての市国保の役割

1) 庁内体制の整備

糖尿病性腎臓病重症化予防は、住民の健康保持・増進、健康寿命の延伸、ひいてはQOLの向上につながるものであるとともに、結果的には医療費の適正化にも関わることから、自治体全体の問題として扱う。

健康増進担当課や高齢者担当課等の担当者による庁内連携体制を整え、定期的な会議の場を持ち、糖尿病性腎臓病重症化予防事業に取り組む意義について共通認識を持つ。

実施に当たっては、健康増進担当課や高齢者担当課等の連携を深め、保健師・管理栄養士等の専門職や事務職の人材を効率的に活用する、専門的知見や人材を有する外部委託事業者を活用する、国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）の知見や人材を活用するなど、柔軟な取り組みを検討する。

糖尿病性腎臓病重症化予防の取組には、財源の確保、人材の育成、地域連携、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等を活用した健康課題分析や対象者抽出・評価など、多彩で膨大な事務作業が発生する。効率的に取組を進めるため、手続の円滑化などにおいて事務職等が役割を果たす。

糖尿病性腎臓病重症化予防の取組では内外と連携することが多く、窓口となる担当者が誰なのかを外部の関係者に明示するなど、業務における情報共有や協議を円滑に進めやすくする工夫を行う。

人事異動がある場合には、後任の担当者に業務の引き継ぎを行う。

2) 地域連携を通じた課題分析と情報共有

健診データやレセプトデータ等を用いて、被保険者の疾病構造や健康問題などを分析し、課題分析や解釈を行うに当たっては、地域の関係団体（市医師会等）に相談する。

課題分析においては、その地域が有する保健医療等に関する資源の実態（社会資源、専門的な医療人材の有無や数、かかりつけ医や専門医療機関との連携体制の状況など）を明らかにする。

市医師会や地域の専門医療機関、県（保健所を含む。）、広域連合、糖尿病対策推進会議等の関係機関の担当窓口と顔の見える関係性を築く。協議会等を開催し、事業の目標設定や企画、実施方法、評価について共有する。特に後期高齢者医療制度の保健事業との一体的な実施に当たっては、広域連合との連携内容について、十分協議する。

健診・レセプトデータ等の分析については、国保連合会に支援を求め、KDBの活用や国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の活用等について助言を受ける。

3) 事業計画の立案

2) で協議した内容を踏まえ、対象者の抽出条件や取組の優先順位等を考慮し事業計画を立案する。

立案に当たっては、地域の医療機関における連携体制のあり方、ハイリスク者を抽出するための健診項目やレセプト情報、健診実施方法、食生活の改善や運動対策などのポピュレーションアプローチなど、様々な観点から総合的に検討した上で、保健指導や受診勧奨の内容について検討する。

その際、地域の医師会等の関係団体と、これらの課題、対策について協議する。

4) 事業実施

3) の議論の結果に基づき事業を実施する。

5) 事業評価

実施した事業について、その結果を評価し、PDCAサイクルに基づいて次の事業展開につなげる。

保健指導等の対象者が後期高齢者医療制度へ移行することにより、指導や評価が途切れる現象がみられる。高齢者の保健事業の実施に当たっては、広域連合と市国保で連携し、委託等により市国保が一体的に保健事業を実施することで、年齢に関わらず継続した支援を可能にするといった対応をとることが考えられるが、広域連合が実施する場合も保険者間の引き継ぎを密にし、継続的な評価を行う。

6) 人材確保・育成

保健指導を効果的に実施するためには、腎臓病の病態や保健指導の方法、保健事業の企画、地域の医療関係者とのコミュニケーション、データによる評価やKDBなどについての知識やスキルが必要であることから、専門職や事務職を問わず、積極的に研修会等に参加してプログラムに関する知識を得ていく。

7. 円滑な事業の実施に向けて

本プログラムに記載のない事項については、厚生労働省が平成31年4月25日に公表した「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」及び、長崎県が令和元年10月18日に公表した「長崎県糖尿病腎臓病重症化予防プログラム」を参考とする。