

上天草市国民健康保険  
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(2024年度)～令和11年度(2029年度)

令和6年3月  
熊本県上天草市

## 目次

第1章	保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	1
1	背景・目的	1
2	計画の位置付けと基本的な考え方	2
3	計画期間	8
4	関係者が果たすべき役割と連携	9
(1)	市町村国保の役割	9
(2)	関係機関との連携	10
(3)	被保険者の役割	10
5	保険者努力支援制度	11
第2章	第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化	12
1	保険者の特性	12
2	第2期計画に係る評価及び考察	13
(1)	第2期計画に係る評価	13
(2)	主な個別事業の評価と課題	21
(3)	第2期データヘルス計画に係る考察	24
3	第3期計画における健康課題の明確化	25
(1)	基本的考え方	25
(2)	健康課題の明確化	25
(3)	目標の設定	33
第3章	特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	35
1	第4期特定健康診査等実施計画について	35
2	目標値の設定	35
3	対象者の見込み	35
4	特定健診の実施	36
5	特定保健指導の実施	38
6	個人情報の保護	41
7	結果の報告	41
8	特定健康診査等実施計画の公表・周知	41
第4章	課題解決するための個別保健事業	42
1	保健事業の方向性	42
2	重症化予防の取組	42
(1)	脳血管疾患予防	44
(2)	糖尿病性腎症重症化予防	49

(3) メタボリックシンドローム重症化予防	56
(4) 虚血性心疾患予防	60
3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	64
4 発症予防	65
5 ポピュレーションアプローチ	66
第5章 計画の評価・見直し	67
1 評価の時期	
2 評価方法・体制	
第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	68
1 計画の公表・周知	
2 個人情報の取扱い	

# 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

## 1 背景・目的

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

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

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

このような国の動きや本市の課題等を踏まえ、本市では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国指針に基づいて、「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。

さらに、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、第4期特定健康診査等実施計画を定めることとしていますが、本計画は、保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、本計画と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画（データヘルス計画）の対象者は、被保険者全員とします。

---

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

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

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

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

## 2 計画の位置付けと基本的な考え方

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

計画は、健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく基本方針を踏まえるとともに、健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業計画、高齢者保健事業の実施計画（以下「後期高齢者データヘルス計画」という。）、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとするのが求められており、その際に、他計画の計画期間、目的、目標を把握し、データヘルス計画との関連事項・関連目標を確認するプロセスが重要です。（図表1）

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

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

---

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

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

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

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

### 1. 健康増進計画

計画の概要	計画期間	対象者・対象疾病等	基本方針・基本理念・目標
<p>【根拠法律】 健康増進法</p> <p>【概要】 「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」を「ビジョン」とし、そのために、①誰一人取り残さない健康づくりの展開、②より実効性をもつ取組の推進を行う。</p>	<p>【期間】 令和6年から令和17年 12年間</p>	<p>【対象者】 全ての国民</p> <p>【対象疾病・事業等】 ・がん ・循環器疾患 ・糖尿病 ・慢性閉塞性肺疾患 ・生活習慣病の発症予防、重症化予防、健康づくり ・ロコモティブシンドローム ・やせ ・メンタル面の不調等</p>	<p>①健康寿命の延伸と健康格差の縮小 ②個人の行動と健康状態の改善 ③社会環境の質の向上 ④ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり</p>

### 2. 医療費適正化計画

計画の概要	計画期間	対象者・対象疾病等	基本方針・基本理念・目標
<p>【根拠法律】 高齢者の医療の確保に関する法律</p> <p>【概要】 国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後医療に要する費用が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく。</p>	<p>【期間】 令和6年から令和11年 6年間</p>	<p>【対象者】 全ての国民</p> <p>【対象疾病・事業等】 ・メタボリックシンドローム ・たばこ ・予防接種 ・生活習慣病 ・後発医薬品の使用 ・医薬品の適正利用 ・特定健康診査 ・特定保健指導</p>	<p>①住民の健康の保持の推進 ・特定健診・保健指導の実施率 ・メタボの該当者・予備群 ・たばこ対策、予防接種、重症化予防など</p> <p>②医療の効率的な提供の推進 ・後発医薬品の使用割合 ・医薬品の適正使用</p>

### 3. 介護保険事業計画

計画の概要	計画期間	対象者・対象疾病等	基本方針・基本理念・目標
<p>【根拠法律】 介護保険法</p> <p>【概要】 2040年に向けて生産年齢人口が急減し、85歳以上人口が急速に増加していくことが見込まれる中で、2025年に向けて構築を図っている地域包括ケアシステムを更に深化・推進するとともに、介護ニーズの増大と労働力の制約への対応を両立させ、制度の持続可能性を確保する。</p>	<p>【期間】 令和6年から令和8年 3年間</p>	<p>【対象者】 1号:65歳以上の者 2号:40-64歳で特定疾病を抱える者</p> <p>【対象疾病・事業等】 ・要介護状態 ・要支援状態 ・末期がん ・関節リウマチ ・筋萎縮性側索硬化症 ・後縦靭帯骨化症 ・初老期における認知症 ・パーキンソン病関連疾患 ・脊髄小脳変性症 ・脊柱管狭窄症 ・早老症 ・多系統萎縮症 ・糖尿病性腎症、網膜症、神経症 ・脳血管疾患 ・閉塞性動脈硬化症 ・慢性閉塞性肺疾患 ・変形性関節症</p>	<p>①自立支援 被保険者の地域における自立した日常生活の支援</p> <p>②介護予防 要介護状態等となることの予防</p> <p>③重度化防止 要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止</p>

#### 4. 高齢者保健事業の実施計画（後期高齢者データヘルス計画）

計画の概要	計画期間	対象者・対象疾病等	基本方針・基本理念・目標
<p>【根拠法律】 高齢者の医療の確保に関する法律</p> <p>【概要】 生活習慣病をはじめとする疾病の発症や重症化予防及び心身機能の低下を防止し、できる限り長く在宅で自立した生活を送ることのできる高齢者を増やす。</p>	<p>【期間】 令和6年から令和11年 6年間</p>	<p>【対象者】 ・後期高齢者</p> <p>【対象疾病・事業等】 ・生活習慣病 ・歯、口腔疾患 ・フレイル ・重複、多剤服薬 ・低栄養</p>	<p>①健診受診率 ②歯科健診実施市町村数・割合 ③質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数・割合 ④保健事業（ハイリスクアプローチ）の実施市町村数・割合 ⑤保健事業のハイリスク者割合 ⑥平均自立期間（要介護2以上）</p>

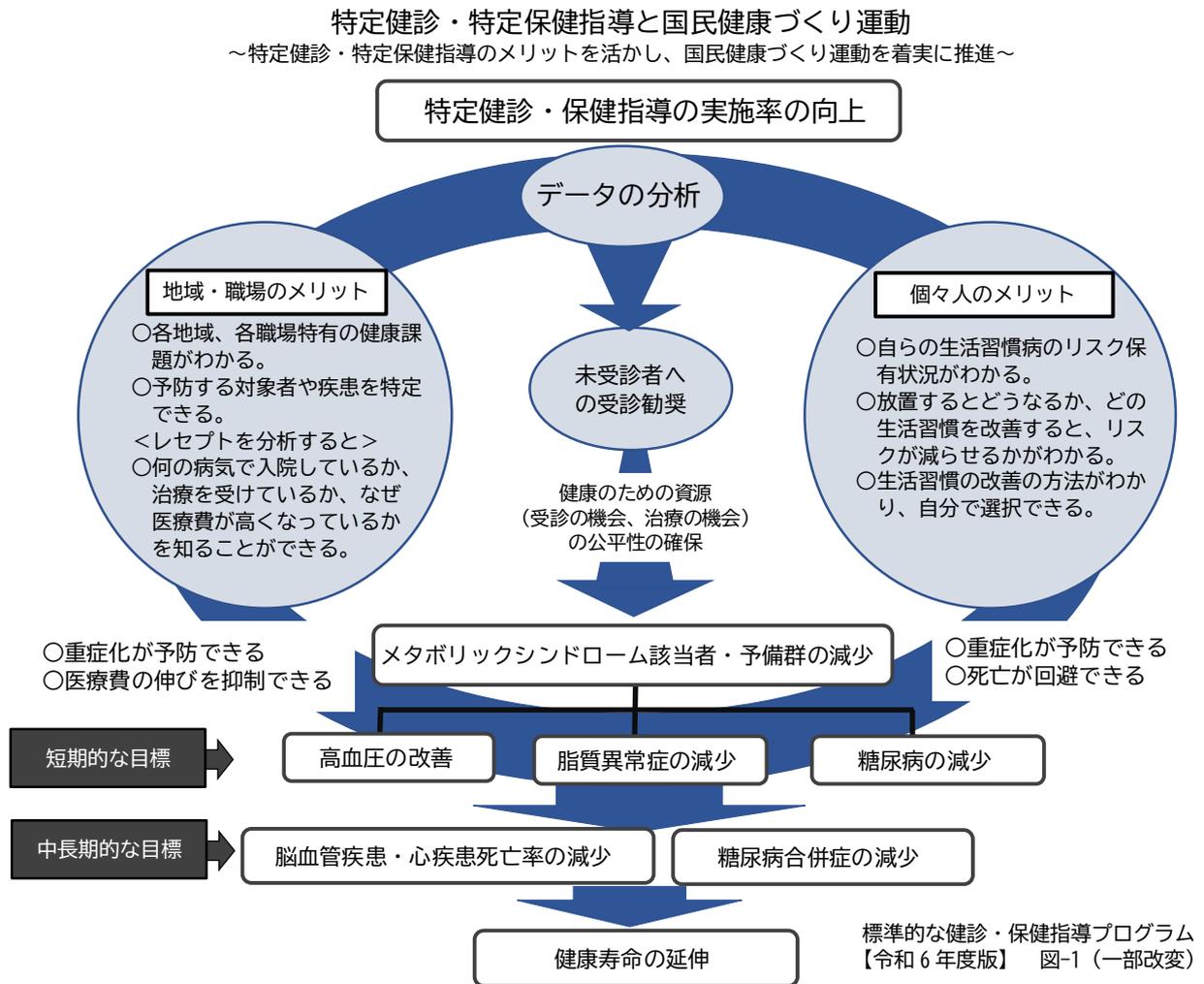
#### 5. 国民健康保険運営方針

計画の概要	計画期間	対象者・対象疾病等	基本方針・基本理念・目標
<p>【根拠法律】 国民健康保険法</p> <p>【概要】 保険財政の安定化や保険料の平準化を図る。</p>	<p>【期間】 令和6年から令和11年 6年間</p>	<p>【対象者】 国保被保険者</p>	<p>①医療に要する費用及び財政の見通し ②保険料の標準的な算定方法 ③保険料の徴収の適正な実施 ④保険給付の適正な実施</p>

#### 6. 特定健康診査等実施計画

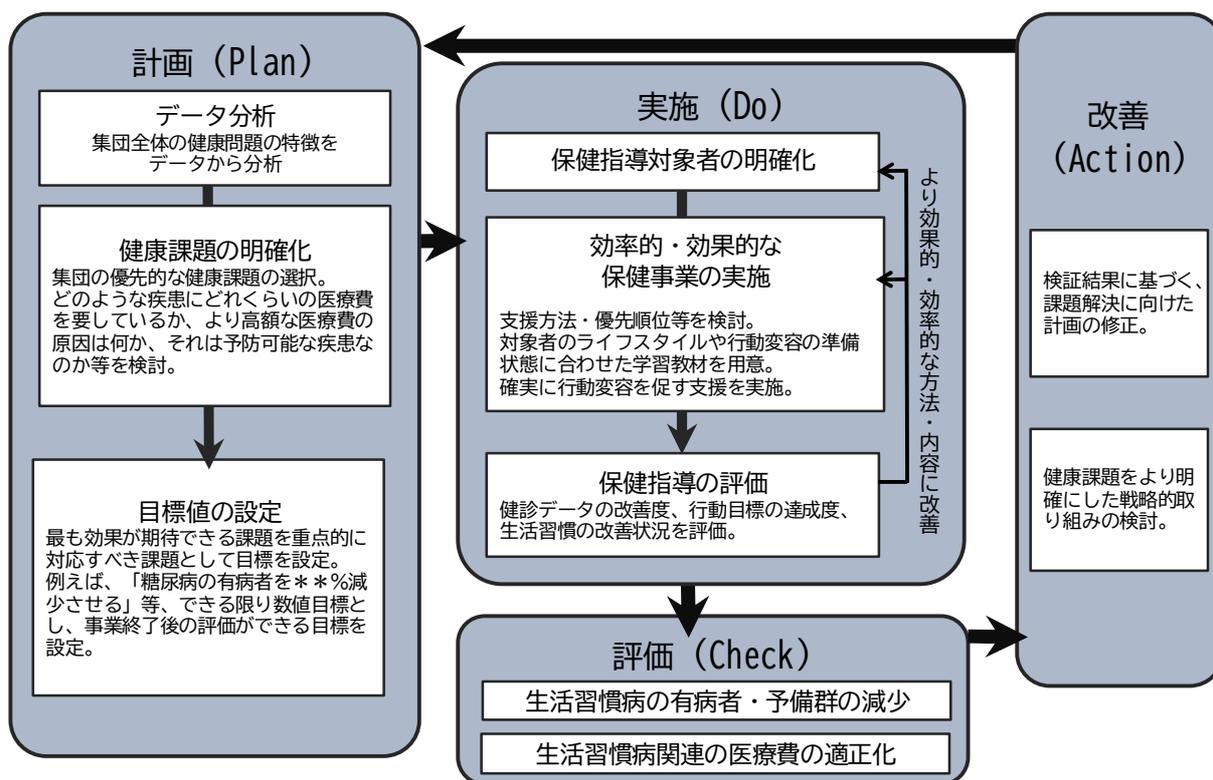
計画の概要	計画期間	対象者・対象疾病等	基本方針・基本理念・目標
<p>【根拠法律】 高齢者の医療の確保に関する法律</p> <p>【概要】 生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、被保険者及び被扶養者に対し、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査及び健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導を実施する。</p>	<p>【期間】 令和6年から令和11年 6年間</p>	<p>【対象者】 ・40-74歳の国保被保険者</p> <p>【対象疾病・事業等】 ・糖尿病 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・肥満症 ・メタボリックシンドローム ・虚血性心疾患 ・脳血管疾患</p>	<p>①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率</p>

図表2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



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

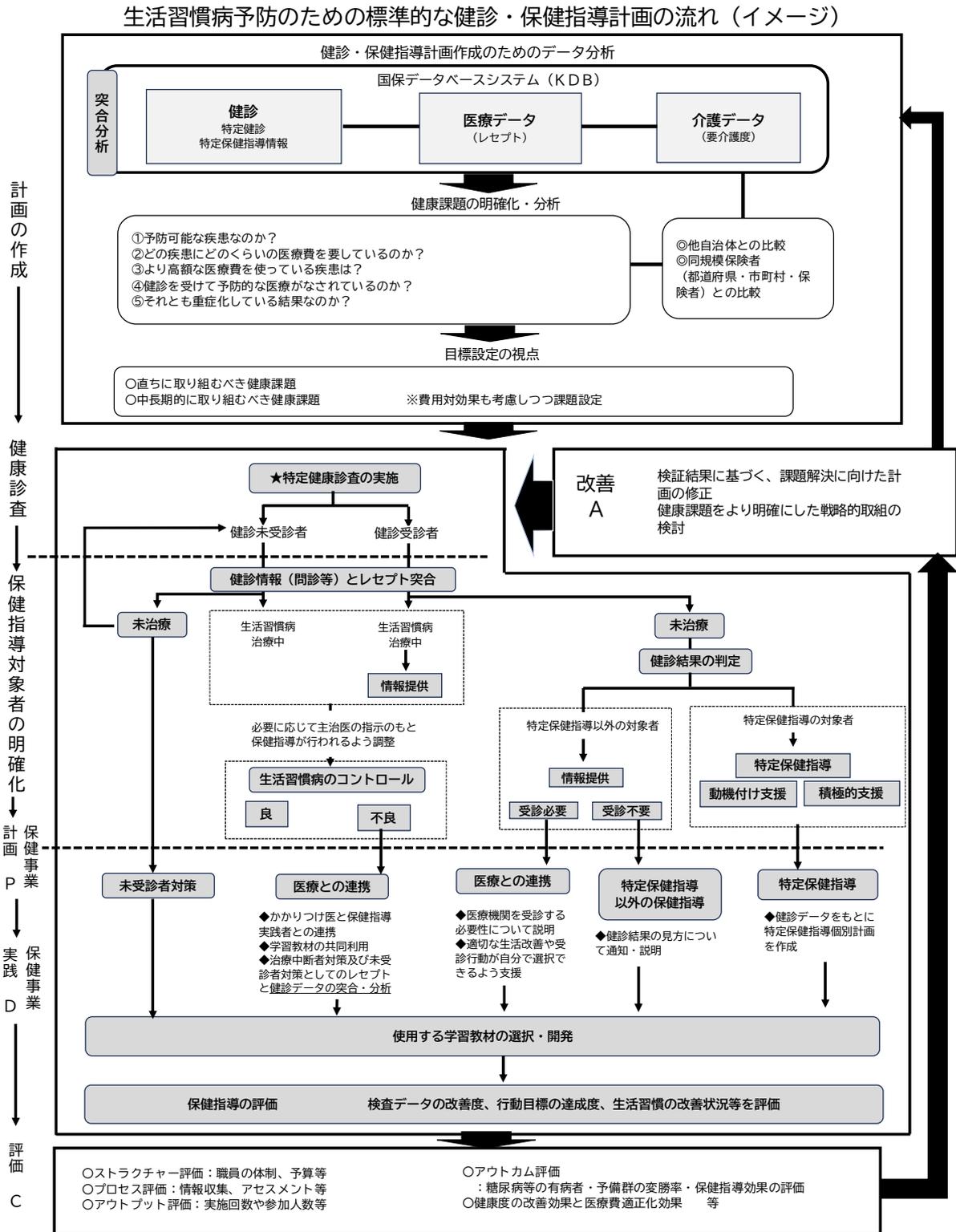
図表3 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



標準的な健診・保健指導プログラム  
【令和6年度版】 図-3（一部改変）

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

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



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

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

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

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

### 3 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

※ 計画期間の根拠について

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

## 4 関係者が果たすべき役割と連携

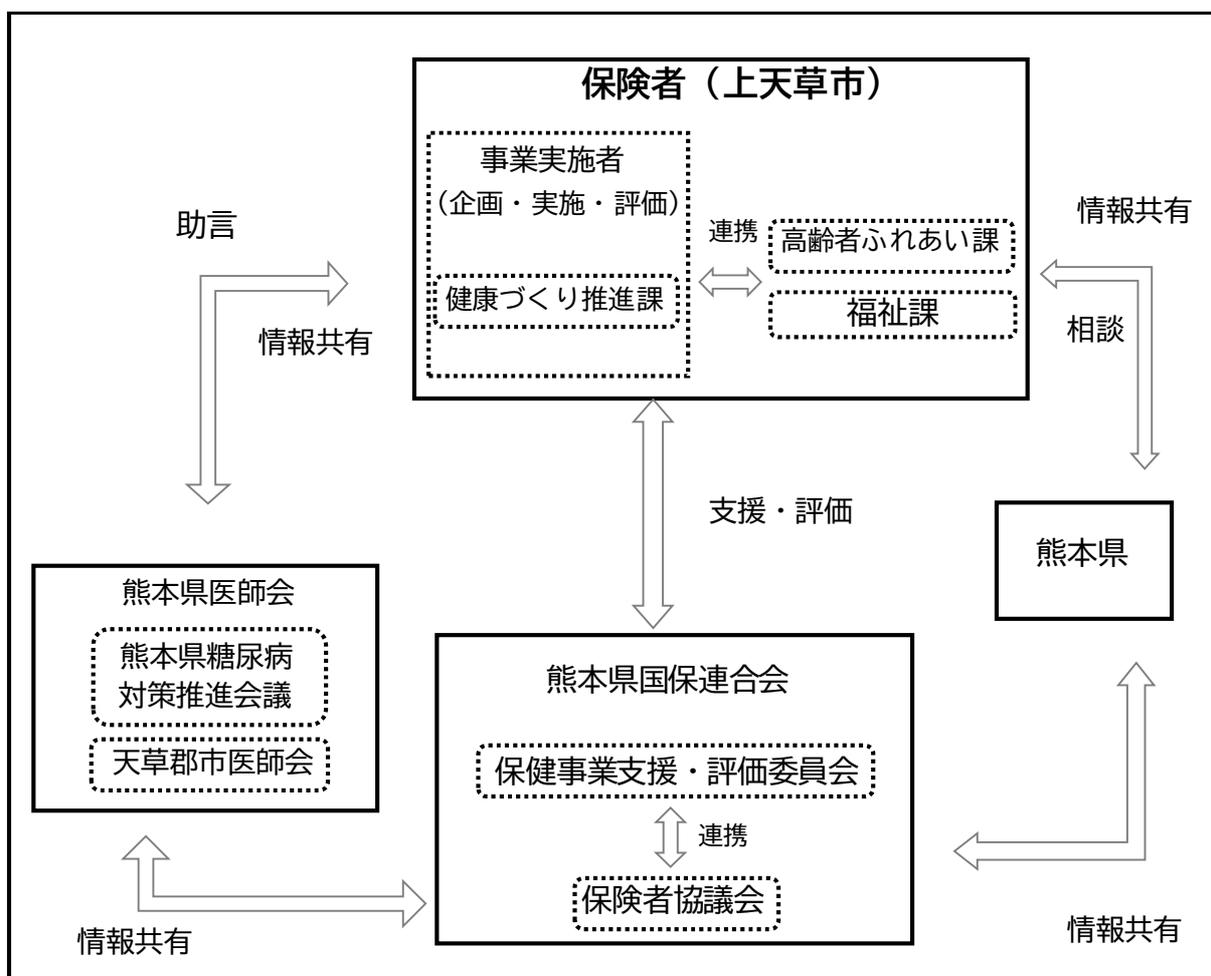
### (1) 本市国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進と保健事業の積極的な推進を図るため、国保担当部署が中心となって、市民の健康に関する部署に協力を求め、被保険者の健康課題を分析し、一体となって策定等を進めます。また、計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業及び計画を評価し、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、健康福祉部健康づくり推進課、高齢者ふれあい課及び福祉課が十分連携を図ることとします。

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

図表6 上天草市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

事務	内容	担当課	担当者
国保事務	特定健診（契約・支払い等）	健康づくり推進課	事務員 保健師 管理栄養士 栄養士 看護師
健康診断 保健指導	住民健診・保健指導・重症化予防		
母子保健	乳幼児健診・妊婦健診結果フォロー・栄養指導		
予防接種	予防接種全般（予防接種費用助成等）		
歯科保健	歯科保健全般（フッ化物塗布等）		
介護保険	介護保険全般	高齢者ふれあい課	事務員 保健師
生活支援	生活困窮者	福祉課	事務員

## （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当たっては、共同保険者である熊本県（以下「県」という。）のほか、熊本県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、天草郡市医師会、同歯科医師会、同薬剤師会、熊本県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及び地域の医療機関等と連携、協力します。

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

さらに、保険者と天草郡市医師会等、地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県及び熊本県医師会等の連携を推進することが重要です。

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

上記を踏まえ、本市は、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、被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、保険者間で連携して保健事業を展開したりすることに努めていきます。

## （3）被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解し、主体的、積極的に取り組むことが重要です。

## 5 保険者努力支援制度

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

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組を後押しする制度となっており、交付金を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表8 保険者努力支援制度（評価指標：市町村分）

		R1	R2	R3	R4	R5		
						上天草市	国平均	県平均
共通	①特定健診・特定保健指導・メタボ	65	75	55	10	80	54	98
	②がん検診・歯科健診	10	30	40	45	60	40	50
	③生活習慣病の発症予防・重症化予防	100	80	120	120	100	84	94
	④個人インセンティブ・情報提供	20	90	75	40	55	50	52
	⑤重複多剤	50	50	40	45	50	42	48
	⑥後発医薬品促進の取組・使用割合	65	10	110	105	70	62	88
国保	①収納率	55	60	60	70	70	52	46
	②データヘルス計画	50	40	40	30	25	23	25
	③医療費通知	25	15	0	20	15	15	15
	④地域包括ケア・一体的実施	5	5	10	5	12	26	34
	⑤第三者求償	23	31	34	43	50	40	46
	⑥適正化かつ健全な事業運営	36	67	70	63	80	69	71
点数	合計点数	504	553	654	596	667	556	667
	総点数（満点）	880点	995点	1000点	960点	940点		
	達成割合	57.30%	55.60%	65.40%	62.10%	71.00%	59.10%	71.00%
	全国順位	946	871	379	697	258	-	-

【出典】厚生労働省 国民健康保険制度の保険者努力支援制度の集計結果について

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1 保険者の特性

本市は、人口約2万4千人で、高齢化率は、43.1%です。(総務省：令和5年住民基本台帳年齢階級別人口(市区町村別)) 国や同規模保険者(以下「同規模」という。)と比較すると高齢者の割合が高く、被保険者の平均年齢は56.9歳となっています。また、出生率及び財政指数については、国、県と比較しても低くなっています。産業においては、第3次産業が66.1%、第1次産業が12.9%と、どちらも同規模と比較して高い状況にあります。被保険者の年齢構造、産業構造、生活習慣及び生活のリズムの実態を把握し、健康課題との関連を明確にすることが重要だと考えられます。(図表9)

令和4年度の国保加入率は26.7%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向であり、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約半数を占めています。(図表10)

また、本市には病院が1か所、診療所が22か所あります。なお、宇城市に隣接していることから、宇城市の医療機関を受診する被保険者が多く、外来、入院患者数ともに同規模と比較して高い傾向にあります。(図表11)

図表9 保険者の特性

	人口(人)	高齢化率(%)	被保険者数(加入率)	被保険者平均年齢(歳)	出生率(人口千対)	死亡率(人口千対)	財政指数	第1次産業	第2次産業	第3次産業
上天草市	24,658	43.1	6,540 (26.5)	56.9	5.8	17.3	0.3	12.9	21.0	66.1
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	31.8	21.6	53.6	7.6	12.3	0.4	9.8	21.1	69.1
国	--	28.6	19.7	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数	割合								
被保険者数	7,727		7,325		7,189		6,895		6,540	
65～74歳	3,384	43.8	3,390	46.3	3,483	48.4	3,487	50.6	3,327	50.9
40～64歳	2,873	37.2	2,604	35.5	2,452	34.1	2,253	32.7	2,119	32.4
39歳以下	1,470	19.0	1,331	18.2	1,254	17.4	1,155	16.8	1,094	16.7
加入率	28.7		27.2		26.7		25.6		26.7	

出典：KDBシステム\_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表11 医療の状況(被保険者千人当たり)

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
	実数	割合	同規模	県								
病院数	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	0.4	0.5
診療所数	22	2.8	23	3.1	23	3.2	22	3.2	22	3.2	3.4	3.8
病床数	195	25.2	195	26.6	195	27.1	195	28.3	195	28.7	65.8	84.9
医師数	34	4.4	34	4.6	36	5.0	36	5.2	33	4.9	9.4	14.0
外来患者数	754.3		765.8		742.5		771.2		794.7		728.3	768.9
入院患者数	31.1		32.2		31.8		32.4		33.8		23.6	26.2

## 2 第2期計画にかかる評価及び考察

### (1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画においては、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

#### ア 中長期的な目標疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析）の達成状況

##### ① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号（40～64歳）被保険者で31人（認定率0.40%）、1号（65歳以上）被保険者で2,336人（認定率22.0%）と、同規模と比較すると多くなっています。（図表12）

また、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定割合が増加しており、介護給付費は、約33億円から約35億円に伸びています。（図表13）

さらに、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳卒中が1位となっており、第2号被保険者で65.0%、第1号被保険者でも43.1%の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の有病状況は、全年齢で約95.1%となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要であると言えます。（図表14）

図表12 要介護認定者（率）の状況

	上天草市				同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	10,127人	37.6%	10,634人	43.1%	36.2%	31.6%	28.7%
2号認定者	35人	0.38%	31人	0.40%	0.37%	0.30%	0.40%
新規認定者	12人		8人		--	--	--
1号認定者	2,348人	23.2%	2,336人	22.0%	19.1%	19.5%	18.7%
新規認定者	290人		302人		--	--	--
再掲	65～74歳	162人	3.7%	176人	3.7%	--	--
	新規認定者	37人		33人		--	--
	75歳以上	2,186人	37.8%	2,160人	38.5%	--	--
新規認定者	253人		269人		--	--	--

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	上天草市		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	33億0414万円	35億2228万円	--	--	--
一人あたり給付費（円）	326,270	341,273	300,230	310,858	290,668
1件あたり給付費（円）全体	76,559	72,347	70,503	62,823	59,662
居宅サービス	43,814	41,042	43,936	42,088	41,272
施設サービス	284,855	295,441	291,914	303,857	296,364

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況（R4 年度）

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数（全体）		31		176		2,160		2,336		2,367		
再) 国保・後期		20		135		2,063		2,198		2,218		
レセプトの診断名より重複して計上 有病状況	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
			脳卒中	13 65.0%	脳卒中	60 44.4%	脳卒中	888 43.0%	脳卒中	948 43.1%	脳卒中	961 43.3%
	循環器 疾患	2	虚血性 心疾患	7 35.0%	虚血性 心疾患	32 23.7%	虚血性 心疾患	795 38.5%	虚血性 心疾患	827 37.6%	虚血性 心疾患	834 37.6%
		3	腎不全	6 30.0%	腎不全	25 18.5%	腎不全	646 31.3%	腎不全	671 30.5%	腎不全	677 30.5%
	合併症	4	糖尿病 合併症	6 30.0%	糖尿病 合併症	22 16.3%	糖尿病 合併症	220 10.7%	糖尿病 合併症	242 11.0%	糖尿病 合併症	248 11.2%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		17 85.0%	基礎疾患	119 88.1%	基礎疾患	1,973 95.6%	基礎疾患	2,092 95.2%	基礎疾患	2,109 95.1%
	血管疾患合計		18 90.0%	合計	127 94.1%	合計	2,007 97.3%	合計	2,134 97.1%	合計	2,152 97.0%	
	認知症		認知症	3 15.0%	認知症	45 33.3%	認知症	1,046 50.7%	認知症	1,091 49.6%	認知症	1,094 49.3%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	15 75.0%	筋骨格系	126 93.3%	筋骨格系	2,013 97.6%	筋骨格系	2,139 97.3%	筋骨格系	2,154 97.1%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

## ② 医療費の状況

本市の平成30年度及び令和4年度を比較した医療費は、国保加入者の減少に伴い、総医療費は約1億円減少しているにも関わらず、一人あたり医療費は約6万円も伸びており、同規模と比べて約10万円高い状況です。

また、入院医療費は、全体のレセプトのわずか4.1%にも関わらず、医療費全体の46.2%を占めており、1件あたりの入院医療費は約55万円と、平成30年度と比較して約4万円高くなっています。(図表15)

また、令和3年度は、年齢調整をした地域差指数が全国平均の1を大きく超えています。なお、後期高齢者についても、県内でも高い指数で推移しています。(図表16)

本市の医療費を上げている要因は、入院の増加と考えられ、予防可能な疾患（脳・心・腎）の発症を押さえることが重要です。そのためには、引き続き生活習慣病の重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

		上天草市		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）		7,727人		6,540人	--	--		
前期高齢者割合		3,384人 (43.8%)		3,327人 (50.9%)	--	--		
総医療費		33億7760万円		32億7262万円	--	--		
一人あたり医療費（円）		437,117	県内7位 同規模23位	500,400	県内5位 同規模15位	394,521	407,772	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	506,770		549,090	585,610	574,060	617,950	
	費用の割合	44.5		46.2	43.3	45.6	40.1	
	件数の割合	4.0		4.1	3.1	3.3	2.6	
外来	1件あたり費用額(円)	26,000		27,190	24,850	23,430	24,220	
	費用の割合	55.5		53.8	56.7	54.4	59.9	
	件数の割合	96.0		95.9	96.9	96.7	97.4	
受診率		785.4		828.5	751.9	795.1	705.4	

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は上天草市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり（年齢調整後）地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		上天草市（県内45市町村中）		県（47都道府県中）	上天草市（県内45市町村中）		県（47都道府県中）
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
※地域差指数・順位	全体	1.223	1.217	1.130	1.212	1.200	1.128
		(6位)	(7位)	(8位)	(3位)	(5位)	(7位)
	入院	1.358	1.435	1.307	1.413	1.434	1.283
		(10位)	(7位)	(7位)	(3位)	(4位)	(5位)
	外来	1.176	1.109	1.025	1.018	0.965	0.968
		(4位)	(7位)	(14位)	(8位)	(20位)	(24位)

※地域差指数…医療費の地域差を表す指標として一人あたり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を1として指数化したもの。

出典：厚労省「地域差分析」

### ③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標疾患である、脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全の医療費合計が総医療費に占める割合は、平成30年度と比較すると令和4年度は増加しており、特に脳血管疾患については、平成30年度より1.9%伸び、同規模、県、国よりも高くなっています。

また、狭心症や心筋梗塞等の虚血性心疾患については、同規模、県、国と比較して低い状況にありますが、慢性腎不全（透析有）については、同規模、県、国と比較して非常に高い状況にあります。（図表 17）

次に中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と令和4年度で比較してみると、被保険者数の減少もあり、患者数はほぼ減少していますが、割合をみると、すべての疾患において増加しています。（図表 18）

図表 17 中長期目標疾患の医療費の変化

		上天草市		同規模	県	国	
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度	
総医療費（円）		33億7760万円	32億7262万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計（円）		2億8624万円	3億2196万円	--	--	--	
		8.47%	9.84%	7.84%	8.69%	8.03%	
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	0.84%	2.74%	2.10%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.18%	0.64%	1.39%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全（透析有）	6.22%	6.21%	4.05%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全（透析無）	0.23%	0.24%	0.30%	0.26%	0.29%
その 他の 疾患	悪性新生物		12.54%	12.54%	16.91%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		9.55%	9.02%	9.00%	8.56%	8.68%
	精神疾患		7.57%	6.93%	8.74%	9.62%	7.63%

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注）最大医療資源傷病（調剤含む）による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析）の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者（人） 0～74歳	A	7,727	6,540	a	553	501	546	482	50	50	
				a/A	7.2%	7.7%	7.1%	7.4%	0.6%	0.8%	
40歳以上	B	6,257	5,446	b	549	499	536	478	49	48	
	B/A	81.0%	83.3%	b/B	8.8%	9.2%	8.6%	8.8%	0.8%	0.9%	
再掲	40～64歳	C	2,873	2,119	c	134	101	144	105	36	32
		C/A	37.2%	32.4%	c/C	4.7%	4.8%	5.0%	5.0%	1.3%	1.5%
	65～74歳	D	3,384	3,327	d	415	398	392	373	13	16
		D/A	43.8%	50.9%	d/D	12.3%	12.0%	11.6%	11.2%	0.4%	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

イ 短期的な目標疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合はいずれも増加しており、合併症（重症化）の疾患である、脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合については、特に40～64歳で増加していました。（図表19・20・21）

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の人に対し、医療受診勧奨も含めた保健指導を実施してしますが、若い世代に重症化している実態がみられたことは大きな課題であると捉えています。

図表19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
高血圧症治療者(人)	A	2,789	2,664	885	709	1,904	1,955	
	A/被保数	44.6%	48.9%	30.8%	33.5%	56.3%	58.8%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	290	264	77	54	213	210
		B/A	10.4%	9.9%	8.7%	7.6%	11.2%	10.7%
	虚血性心疾患	C	389	349	96	71	293	278
		C/A	13.9%	13.1%	10.8%	10.0%	15.4%	14.2%
	人工透析	D	48	47	35	31	13	16
		D/A	1.7%	1.8%	4.0%	4.4%	0.7%	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20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
糖尿病治療者(人)	A	1,693	1,656	529	478	1,164	1,178	
	A/被保数	27.1%	30.4%	18.4%	22.6%	34.4%	35.4%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	182	183	38	37	144	146
		B/A	10.8%	11.1%	7.2%	7.7%	12.4%	12.4%
	虚血性心疾患	C	276	272	62	65	214	207
		C/A	16.3%	16.4%	11.7%	13.6%	18.4%	17.6%
	人工透析	D	27	33	19	22	8	11
		D/A	1.6%	2.0%	3.6%	4.6%	0.7%	0.9%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	173	188	63	56	110	132
		E/A	10.2%	11.4%	11.9%	11.7%	9.5%	11.2%
	糖尿病性網膜症	F	263	263	95	77	168	186
		F/A	15.5%	15.9%	18.0%	16.1%	14.4%	15.8%
	糖尿病性神経障害	G	77	64	28	24	49	40
		G/A	4.5%	3.9%	5.3%	5.0%	4.2%	3.4%

出典：KDBシステム 疾病管理一覧（糖尿病）  
地域の全体像の把握

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者(人)	A	2,497	2,394	788	619	1,709	1,775	
	A/被保数	39.9%	44.0%	27.4%	29.2%	50.5%	53.4%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	226	217	54	44	172	173
		B/A	9.1%	9.1%	6.9%	7.1%	10.1%	9.7%
	虚血性心疾患	C	359	334	84	71	275	263
		C/A	14.4%	14.0%	10.7%	11.5%	16.1%	14.8%
	人工透析	D	22	26	15	17	7	9
		D/A	0.9%	1.1%	1.9%	2.7%	0.4%	0.5%

出典：KDBシステム 疾病管理一覧（脂質異常症）  
地域の全体像の把握

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度以上高血圧者・HbA1c7.0以上者の割合について、平成30年度と令和4年度で比較してみたところ、どちらとも増加傾向にありました。また、医療のかかり方においては、未治療のまま放置されている人が高血圧で32.8%、糖尿病で8.7%ほどおり、特にⅡ度以上高血圧者の未治療者や治療中断者の割合が高い状況でした。（図表 22）

図表 22 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

	健診受診率				高血圧 Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移（結果の改善）						医療のかかり方					
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4～R4.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療		治療中断	
													G	G/E	H	H/E
上天草市	1,695	30.1	1,815	34.4	126	7.2	75	59.5	192	10.3	118	61.5	63	32.8	15	7.8
同規模市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病 HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移（結果の改善）						医療のかかり方					
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4～R4.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	未治療		治療中断	
													M	M/K	N	N/K
上天草市	1,741	99.7	1,865	99.9	62	3.6	19	30.6	92	4.9	25	27.2	8	8.7	4	4.3
同規模市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典：ヘルスサポートラボツール

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧（または糖尿病）のレセプトがない者

②中断…高血圧（または糖尿病）のレセプトがある者のうち、直近（年度末の3月を基点として）3ヶ月以上レセプトがない者

### ③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。

本市の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドローム該当者の割合が増加し、また、予備群の割合が2.2%増えています。(図表23)

また、健診継続受診者における、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合は、HbA1c6.5以上者、Ⅱ度高血圧者は、いずれも約3%増加、LDL160以上者は2.5%減少しています。血圧やLDLでは翌年の改善率は約40%、HbA1cの改善率は約20%となっており、保健指導の効果が確認できます。一方で、翌年度健診を受診していない人が約3割となっており、重症化しやすい人への継続したフォロー体制について考える必要があります。(図表24・25・26)

図表23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,695 (30.1%)	332 (19.0%)	92 (5.3%)	240 (13.7%)	187 (10.7%)
R4年度	1,690 (34.0%)	358 (21.2%)	112 (6.6%)	246 (14.5%)	214 (12.7%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表24 HbA1c6.5%以上の前年度からの健診結果の変化

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→R1	135 (7.8%)	29 (21.5%)	48 (35.6%)	14 (10.4%)	44 (32.6%)
R3→R4	194 (10.4%)	35 (18.0%)	78 (40.2%)	18 (9.3%)	63 (32.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表25 Ⅱ度高血圧以上の前年度からの健診結果変化

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→R1	126 (7.2%)	47 (37.3%)	26 (20.6%)	4 (3.2%)	49 (38.9%)
R3→R4	192 (10.3%)	85 (44.3%)	40 (20.8%)	11 (5.7%)	56 (29.2%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL-C160 以上の前年度からの健診結果の変化

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	238 (13.6%)	110 (46.2%)	40 (16.8%)	7 (2.9%)	81 (34.0%)
R3→R4	208 (11.1%)	93 (44.7%)	50 (24.0%)	9 (4.3%)	56 (26.9%)

出典：ヘルスサポートラボツール

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、令和元年度は 30.2%、令和3年度は 34.4%と増加していますが、第3期特定健診等実施計画の目標値(60%)は達成できていません(図表 27)。

特定保健指導については、令和2年度及び令和3年度は目標値(60%)を達成しましたが、令和4年度は達成できていない状況です。今後も継続的なフォローが必要な人への保健指導については、市の専門職も関わる必要があることから、その体制についても考えていく必要があります。

図表 27-1 特定健診・特定保健指導の推移

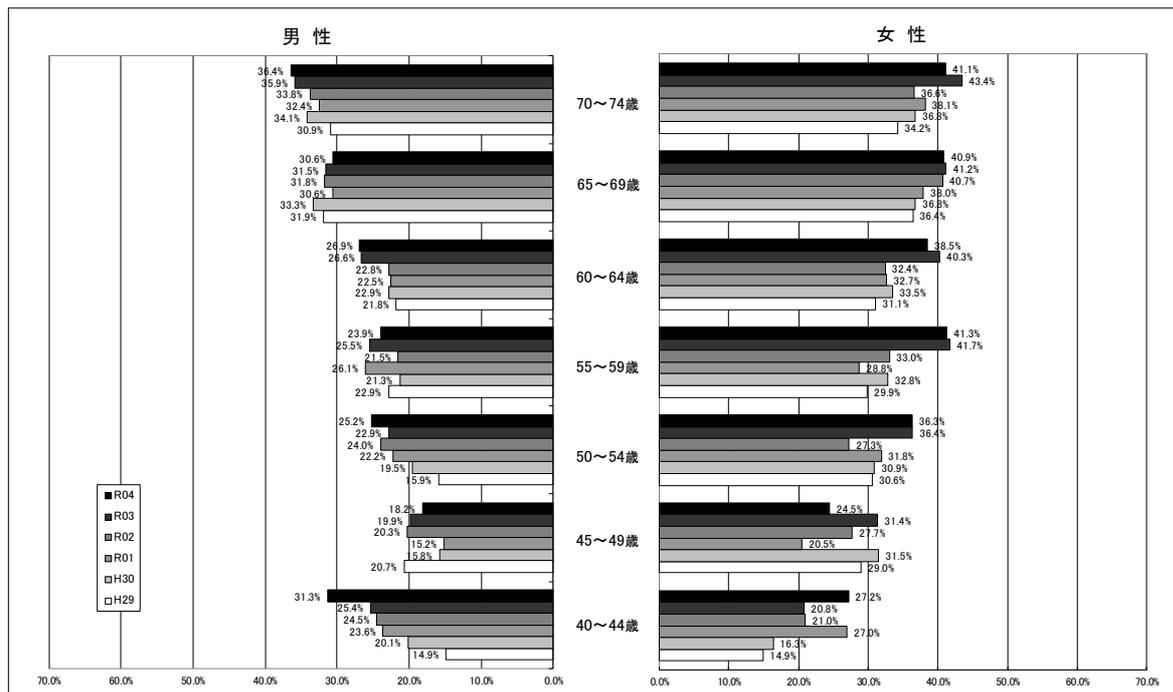
	R1	R2	R3	R4	R1とR4の差	
特定健診対象者数(人)	5,537	5,421	5,270	4,972	▲267	
特定健診受診者数(人)	1,673	1,686	1,815	1,690	142	
特定保健指導対象者数(人)	201	252	215	188	14	
特定保健指導該当者割合(%)	12.0	14.9	11.8	11.1	▲0.2	
特定保健指導実施者数(人)	112	179	137	110	25	
特定健診受診率(%)	上天草市	30.2	31.1	34.4	34.0	4.2
	国	38.0	33.7	36.4	-	▲1.6
	県	38.0	33.6	36.6	35.3	▲1.4
特定保健指導実施率(%)	上天草市	55.7	71.0	63.7	58.5	8
	国	29.3	27.9	27.9	-	▲1.4
	県	53.8	51.6	53.5	49.6	▲0.3

【出典】厚生労働省 2019年度から2021年度 特定健診・特定保健指導実施状況(保険者別)

公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度

※法定報告値に係る図表における令和4年度の数値は速報値である(以下同様)

図表 27-2 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

## (2) 主な個別事業の評価と課題

### ア 重症化予防の取組み

#### ① 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症重症化予防については、「熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の対象者に基づき、特に、特定健診受診者のうち HbA1c6.5 以上者や eGFR50 以下、尿蛋白+以上の人については、個別面談にて保健指導を実施しています。特定健診受診者で糖尿病未治療（中断を含む）の割合や新規透析導入者数・割合も横ばいと、増加は押さえられているものの、特定健診受診者の中で糖尿病型の割合は増加していることから、今後も糖尿病対策に注力していく必要があると考えます。また、糖尿病管理台帳で把握できている健診未受診者、特に治療中断者については継続的な医療機関受診に繋げ、必要な保健指導を実施するためにも、フォローを行えるよう体制の検討を行う必要があります。（図表 28）

図表 28 糖尿病型の割合及び糖尿病未治療者の割合

単位：人、%

H30		R1		R2		R3		R4	
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
165	9.18	176	9.90	201	11.33	221	11.44	219	11.95

特定健診受診者で糖尿病未治療者（中断者含む）

単位：人、%

H30		R1		R2		R3		R4	
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
49	29.69	49	27.84	69	34.32	68	30.76	68	31.05

【出典】 保険者データヘルス支援システム

② 心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

現在本市では、ほぼすべての健診受診者に心電図検査が実施できているものの、心電図検査結果を基に保健指導が実施できていない状況にあります。若い世代の脳・心・腎の治療者数が増えている実態や心房細動の有所見者の割合も多いことから、脳・心血管疾患を起こす可能性が高いハイリスク者については、経年的に心電図所見を含む健診データを確認し、保健指導に生かしていくことで、中長期目標疾患を発症させない取組が大切です。(図表 29)

図表 29 心電図検査実施者及び心房細動有所見者の割合

特定健診受診者で心電図実施者及び心房細動有所見者の割合 単位：%

特定健診受診者		心電図実施者		心房細動有所見者	
受診者数(人)	受診率	高血圧治療中	治療なし	高血圧治療中	治療なし
1,690	34.0	95.4	98.9	48.7	45.4

【出典】保険者データヘルス支援システム

② 脳血管疾患重症化予防

高血圧は、脳血管疾患において最大の危険因子であり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心臓及び腎臓などの臓器障害と深く関与しています。

現在本市では、健診でⅡ度高血圧以上の人に個別の保健指導を行っていますが、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)を参考に、保健指導の対象者について再検討が必要です。また、血圧手帳を活用し、家庭血圧測定の普及に努め、市民が血圧の学習を深め、脳血管疾患の発症予防行動がとれるよう、ポピュレーションアプローチも併せて実施していきます。(図表 30)

図表 30 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	Ⅱ度高血圧 160~179 /100~109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	644	294	260	73	17
		45.7%	40.4%	11.3%	2.6%
リスク第1層 予後影響因子がない	48	C 23	B 20	B 4	A 1
		7.5%	7.8%	7.7%	5.9%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	377	C 177	B 150	A 41	A 9
		58.5%	60.2%	57.7%	52.9%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	219	B 94	A 90	A 28	A 7
		34.0%	32.0%	34.6%	38.4%

…高リスク  
 …中等リスク  
 …低リスク

区分	該当者数	
A	ただちに薬物療法を開始	176 27.3%
B	概ね1カ月後に再評価	268 41.6%
C	概ね3カ月後に再評価	200 31.1%

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

イ ポピュレーションアプローチ

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

ウ 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 31 第2期データヘルス計画目標管理一覧

	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	中間評価	最終評価値	現状地の把握方法	
			H28	R2	R5		
成果目標	医療費の伸びの抑制	標準化医療費地域差指数	目標	-	1.163	1.163	厚労省 ホームページ
			実績	1.163 (H27)	1.254	1.217 (R3)	
中長期	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の患者数25%減少(人)	目標	-	388	306	KDBシステム
			実績	408	331	321	
		虚血性心疾患の患者数25%減少(人)	目標	-	405	320	
			実績	426	356	324	
		糖尿病性腎症の患者数25%減少(人)	目標	-	102	80	
			実績	107	102	125	
短期	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	健診受診者の高血圧の割合減少（140/90以上）（%）	目標	-	27.6	25.0	上天草市 健康づくり 推進計画
			実績	30.2	37.3	44.0	
		健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）（%）	目標	-	男6.2 女11.5	男6.2 女8.8	
			実績	男6.2 女13.7	男11.2 女15.7	男8.1 女11.3	
		健診受診者の糖尿病有病者の割合伸びの抑制（HbA1c6.5%以上）（%） ※糖尿病有病者の割合は増加する前提であり、増加の抑制が目標（国においても同様）	目標	-	7.3	7.5	
			実績	7.1	9.9	11.3	
		健診受診者の糖尿病治療継続者の割合増加（40歳以上75歳未満）（%） ※健診の間診票で、治療中と回答した割合	目標	-	50.0	55.0	
			実績	44.6	51.7	53.7	
		健診受診者の血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合減少（HbA1c8.4%以上）（%）	目標	-	0.6	0.5	
			実績	0.7	0.9	0.7	
		メタボ該当者・予備群の減少 ※健診受診者のうちメタボ該当・予備群の割合（%）	目標	-	26.0	25.0	
			実績	26.7	35.3	32.1	

### (3) 第2期データヘルス計画に係る考察

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

##### ① 介護給付費

本市は介護認定率が高く、同時に、75歳以上の認定率も増加し、介護給付費は、約33億円から約35億円に伸びています。血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）が1番高く基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約95.1%と高い状況です。

したがって、生活習慣病対策は、介護給付費適正化においても重要なことであると考えられます。

##### ② 医療費の状況

一人当たりの医療費は、約6万円も伸びました。入院の地域差指数が全国平均の1を大きく超えており、県内順位も上昇しています。医療費を上げている主な要因は、入院の増加です。また、脳血管疾患、虚血性心疾患及び慢性腎不全の医療費の占める割合が増加しました。特に脳血管疾患は1.9%も伸び、同規模保険者、県及び国よりも高い割合となりました。さらには、目標疾患の治療状況の割合をみると、すべての疾患において増加する結果となりました。

したがって、予防可能な疾患（脳・心・腎）の発症を押さえ、生活習慣病の重症化予防の取組が必要であると考えられます。そのためにも、若い頃からの健診習慣をつけていく必要があります。

#### イ 短期的な目標疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の達成状況

##### ① 患者数と合併症の状況

治療者の割合はいずれも増加しました。合併症（重症化）は、特に40～64歳で増加し、若い世代における重症化の実態が大きな課題であることが分かりました。

##### ② 結果の改善及び医療機関受診について

Ⅱ度高血圧及びHbA1c 7.0以上者の割合はどちらも増加傾向にあります。また、未治療の高血圧が32.8%、糖尿病が8.7%で、特にⅡ度高血圧者の未治療者や治療中断者の割合が高くなっています。

##### ③ 結果の経年変化

メタボリックシンドローム該当者の割合が増加し、特に予備群の割合が2.2%伸びています。血圧やLDLでは翌年の改善率は4割程度、HbA1cの改善率は2割程度。翌年度健診未受診者が3割程度存在しており、効果的な保健指導の方法及び継続したフォロー体制の検討が必要です。

##### ③ 健診受診率及び特定保健指導実施率の推移

健診受診率は年々増加し、令和3年度においては、34.4%となっていますが、目標の60%には程遠い現状です。また、特定保健指導は、令和2年度及び令和3年度は目標値である60%に達したものの、令和4年度は若干の不足という結果になりました。

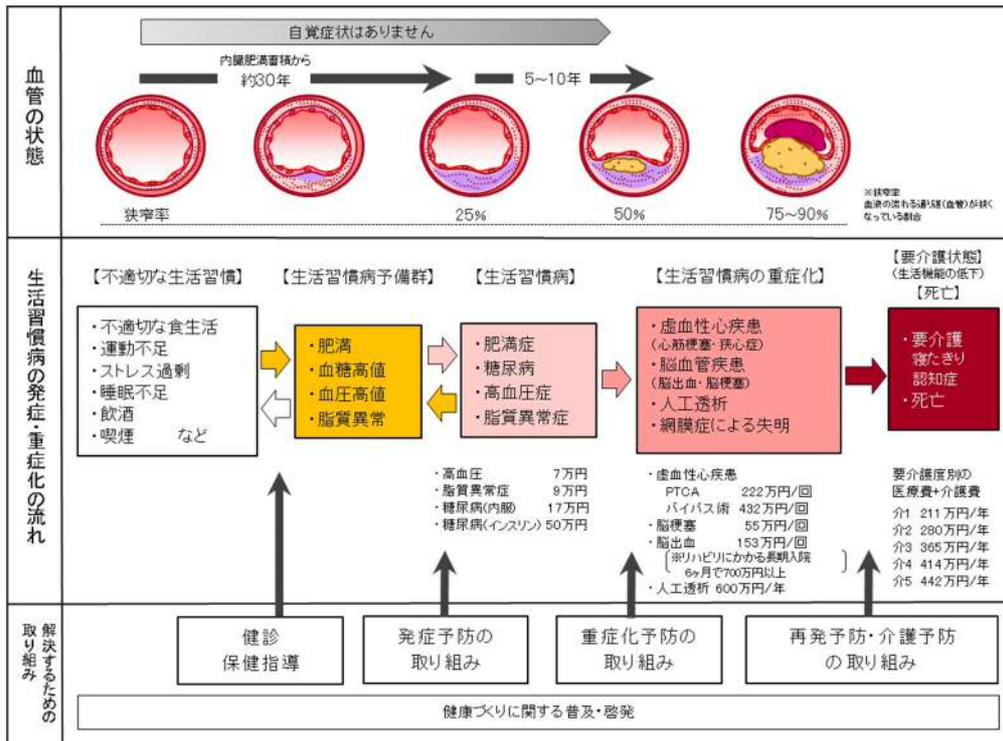
したがって、今後も引き続き未受診者対策及び特定保健指導に力を入れるとともに、生活習慣病を悪化させないために、未治療者を確実に医療受診に結び付け、治療中断をしないよう、継続的なフォローができる保健指導の体制について検討が必要です。

### 3 第3期計画における健康課題の明確化

#### (1) 基本的考え方

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

図表 32 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



#### (2) 健康課題の明確化

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

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

一方、国民健康保険では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も増加傾向にあり、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、後期広域連合と図表 31 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、連携の強化に努めることが重要です。

また、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用し、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる人に対し保健指導及び啓発等を行います。



## ア 医療費分析

国民健康保険の被保険者数やレセプト件数及び医療費総額は減少しているものの、一人当たりの医療費は、令和4年度で50万円と、5年間で約6.3万円の増加がみられています。また、後期高齢者になると一人当たり100万円を超え、国民健康保険の約2倍に増加しています。(図表34) その中身をみると、国保では、慢性腎不全(透析有)及び脳血管疾患の総医療費に占める割合が同規模・県等と比較して高いものの、心疾患については低い状況にあり、後期高齢者になると、慢性腎不全の総医療費に占める割合が高くなっています。(図表35)

高額レセプトについてみると、国保は平成30年度と比較して令和4年度は人数及び件数ともに約1.2倍の増加、また国保と後期高齢者医療を比較すると、約2.5倍の増加になっており、医療費増加の一因となっています。(図表36) 内訳をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和4年度は40件で約6千万円の費用がかかっており、40歳未満の被保険者も含まれています。(図表37) 虚血性心疾患で高額になったレセプトは、件数及び費用額ともに平成30年度と比較し、令和4年度が減少しています。(図表38)

本市における特定健診未受診者は65.4%であり、その中でも6.4%の人は、健診未受診者で健康状態の把握ができていない人でした。また、健診を受けていた人の多くが医療機関受診中だったこともあり、十分な保健指導を実施できていない人でした。また、基礎疾患として高血圧や糖尿病対象者が多く、未受診者対策や治療中者へのフォロー対象者について、これらの実態を基に、第3期計画に盛り込む必要があります。(図表33・39)

脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすこと、若い世代で脳血管疾患の発症が増えている実態から、脳血管疾患予防については今後も注力していく必要があります。(図表36、37、38)

図表 34 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30	R1	R2	R3	R4	後期：R4
被保険者数		7,727人	7,325人	7,189人	6,895人	6,540人	5,911人
総件数及び 総費用額	件数	75,034件	72,034件	67,311件	68,222件	67,488件	89,879件
	費用額	33億7760万円	34億0688万円	32億4177万円	32億6386万円	32億7262万円	62億6248万円
一人あたり医療費		43.7万円	46.5万円	45.1万円	47.3万円	50.0万円	105.9万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	上天草市	32億7262万円	40,176	6.21%	0.24%	2.74%	0.64%	6.09%	3.64%	2.07%	7億0802万円	21.6%	12.5%	6.93%	9.02%
	同規模	--	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	--	19.1%	16.9%	8.74%	9.00%
	県	--	33,050	5.52%	0.26%	1.89%	1.02%	5.62%	3.12%	1.72%	--	19.2%	14.1%	9.62%	8.56%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	上天草市	62億6248万円	88,143	5.12%	0.65%	3.98%	1.30%	3.69%	2.95%	1.26%	11億8565万円	18.9%	9.0%	3.52%	13.1%
	同規模	--	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	--	18.7%	10.5%	4.11%	12.6%
	県	--	81,455	4.72%	0.47%	3.74%	1.12%	3.70%	2.88%	1.07%	--	17.7%	9.2%	4.70%	13.2%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度	
高額レセプト (80万円以上/ 件)	人数	A	276人	295人	311人	335人	326人	837人
	件数	B	488件	539件	570件	589件	586件	1,451件
		B/総件数		0.65%	0.75%	0.85%	0.86%	0.87%
	費用額	C	7億5386万円	8億6783万円	8億7790万円	8億9157万円	9億0514万円	17億1944万円
C/総費用			22.3%	25.5%	27.1%	27.3%	27.7%	27.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 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		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期：R4年度			
脳血管疾患	人数	D	10人		12人		26人		23人		26人		59人		
		D/A	3.6%		4.1%		8.4%		6.9%		8.0%		7.0%		
	件数	E	12件		27件		57件		40件		40件		104件		
		E/B	2.5%		5.0%		10.0%		6.8%		6.8%		7.2%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.5%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	6	5.8%
		50代	0	0.0%	7	25.9%	12	21.1%	2	5.0%	13	32.5%	75-80歳	16	15.4%
		60代	10	83.3%	14	51.9%	22	38.6%	24	60.0%	17	42.5%	80代	58	55.8%
		70-74歳	2	16.7%	6	22.2%	22	38.6%	14	35.0%	9	22.5%	90歳以上	24	23.1%
	費用額	F	2155万円		3011万円		6508万円		4639万円		5919万円		1億1848万円		
F/C		2.9%		3.5%		7.4%		5.2%		6.5%		6.9%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 38 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		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期：R4年度			
虚血性心疾患	人数	G	13人		13人		14人		14人		5人		28人		
		G/A	4.7%		4.4%		4.5%		4.2%		1.5%		3.3%		
	件数	H	15件		14件		15件		16件		6件		29件		
		H/B	3.1%		2.6%		2.6%		2.7%		1.0%		2.0%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	1	3.4%
		50代	4	26.7%	2	14.3%	3	20.0%	6	37.5%	2	33.3%	75-80歳	10	34.5%
		60代	8	53.3%	7	50.0%	6	40.0%	5	31.3%	1	16.7%	80代	12	41.4%
		70-74歳	3	20.0%	5	35.7%	6	40.0%	5	31.3%	3	50.0%	90歳以上	6	20.7%
	費用額	I	1920万円		2200万円		2166万円		2561万円		816万円		5022万円		
I/C		2.5%		2.5%		2.5%		2.9%		0.9%		2.9%			

出典：ヘルスサポートラボツール

## イ 健診・医療・介護の一体的分析

健診・医療・介護のデータを平成30年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表40の体格では、全世代でBMI25以上の率が約1%高くなっており、特に75歳以上の被保険者が増えています。

健診有所見の状況をみると、Ⅱ度高血圧以上者とHbA1c7.0以上者の人数、割合が増えています。また、未治療・中断者についても増加しています。まずは、継続的フォローで適正な受診ができるようにする必要があります。(図表41)

短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況をみると、高血圧、糖尿病、糖尿病+高血圧の各年代で平成30年度と比較して増加しています。また、高血圧の合併症及び糖尿病の合併症の65歳以上についても増加しており、平成30年度と比較して重症化している実態がわかります。(図表42)

中長期目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患・心不全・腎不全)では、平成30年度と令和4年度を比較すると、脳血管疾患では若い世代が、心不全では全世代が、腎不全では65歳~74歳の割合が増加しています。特に若い世代の脳血管疾患や心不全については、しっかりと原因を分析し、予防計画に反映させていく必要があります。(図表43)



図表 40 被保険者数と健診受診状況

年度	介護認定率	被保険者数			健診受診率			体格（健診結果）					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	36.5	2,662	3,060	5,977	21.9	31.2	8.4	6.7	5.9	5.9	32.5	26.8	26.4
R4	35.6	2,112	3,480	5,940	25.5	33.5	13.2	7.8	6.0	6.3	33.6	27.5	28.0

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 41 健診有所見状況

年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動											
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-							
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%						
H30	37	6.4	(18)	76	7.9	(22)	67	12.8	(13)	13	2.2	(3)	44	4.6	(3)	3	0.6	(0)	6	1.0	10	1.0	8	1.5	1	0.2	7	0.7	7	1.3
R4	40	7.4	(14)	127	10.9	(37)	107	14.0	(18)	19	3.5	(5)	66	5.7	(8)	8	1.0	(0)	3	0.6	12	1.0	29	3.8	0	--	8	0.7	17	2.2

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 42 短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況

年度	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症								
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	83.7	93.6	97.6	38.1	66.8	86.7	72.2	78.9	85.3	44.1	47.4	39.4	26.4	34.6	33.7	41.9	51.6	73.2	43.2	56.8	77.9			
R4	82.6	92.3	96.2	39.9	69.2	86.1	74.7	79.6	85.7	50.7	47.9	43.7	33.7	35.4	37.5	38.8	52.0	72.8	44.3	56.2	78.6			

出典：ヘルスサポートラボツール

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 43 中長期目標疾患（脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全）と介護認定の状況

年度	中長期目標の疾患(被保険割合)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.7	11.0	26.9	4.4	11.2	22.8	8.8	19.9	43.9	6.9	11.7	22.7	9.1	15.4	53.2	2.5	5.8	42.9	2.1	7.6	46.3	2.7	6.4	45.3
R4	4.3	11.2	25.1	4.4	10.6	20.4	8.9	22.5	45.1	6.5	12.0	22.0	14.3	12.3	51.8	5.4	4.9	42.5	2.1	5.5	46.8	5.8	6.0	43.6

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 44 骨折・認知症の状況

年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	69.9	83.9	78.3	80.4	5.8	19.5	1.5	19.4	10.2	58.9	34.8	83.3
R4	75.9	86.5	68.9	80.4	6.1	20.1	1.8	18.5	10.8	59.1	60.7	83.7

出典：ヘルスサポートラボツール

#### ウ 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、特に若い世代の脳血管疾患、心不全の増加がみられました。若い世代の肥満者も増えており、同世代への予防活動の充実が必要ですが、40代、50代の健診受診率はまだまだ低いため、第3期においても健診未受診者対策は、被保険者の健康実態を把握し、早期に予防活動を行うためにも大変重要だと考えられます。

また、高額レセプトも増えており、医療費の増加もみられることから、予防可能な疾患である脳・心・腎を守るための取組に注力していく必要があります。

### (3) 目標の設定

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、分析結果や実態から計画の見直し、改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことを目標としています。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者及び評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。また、第3期の評価指標については、すべての都道府県で設定することが望ましい指標と本市の実情に応じて設定する指標設定しています。(図表45)

#### ア 中長期目標

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が増えており、また、入院の医療費割合が増えていました。特に、本市では、脳血管疾患や人工透析の医療費や発症状況に課題がみられました。そのため、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、また、医療費が高額になる虚血性心疾患について、新規の患者数・割合を減少させることを目標とします。

また、高齢化が進展する昨今では、医療費を減少させることは難しいことから、医療費の伸びの抑制を目標とし、地域差指数の減少を目指します。

#### イ 短期目標

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくこと、また、特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上を短期的な目標とします。

特に、若い世代からの肥満が課題であることから、若い世代の健診受診率の向上及び特定保健指導の充実による、短期目標疾患の発症予防に努めます。

また、中長期目標疾患の発症予防のためには、短期目標疾患における適切な医療機関受診と疾病管理が重要です。医療機関未治療者や治療中断者等、重症化するリスクの高い対象者について把握し、医療機関への受診勧奨や必要な保健指導、栄養指導を行います。特に、糖尿病とメタボリックシンドロームについては、薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質及び慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目標とします。

図表 45 第3期データヘルス計画目標管理一覧

	達成すべき目的	課題を解決するための目標		評価指標		データの把握方法 (活用データ年度)
				初期値 R6 (R4)	R11 目標値 (R9)	
中長期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	新規脳梗塞患者数	割合の減少	1.19%	1.1%	データヘルス支援システム
		新規脳出血患者数	割合の減少	0.27%	0.2%	
		新規虚血性心疾患患者数	割合の減少	1.61%	1.5%	
		新規人工透析導入患者数	減少	2人	1人	
短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病及びメタボリックシンドローム等の対象者を減らす	特定健診受診率	60%以上	34.0%	50.0%	法定報告値
		40代、50代の健診受診率	増加	27.2%	30.0%	
		特定保健指導実施率	60%以上	58.5%	63.0%	
		内臓脂肪症候群該当者及び予備群の割合	減少	33.9%	31.0%	・特定健診等データ管理システム ・ラボツール ・データヘルス支援システム
		血圧Ⅱ度以上者(160/100以上)の割合	減少	9.7%	9.0%	
		健診受診者のHbA1C 8.0% (NGSP値) 以上者の割合	減少	1.1%	1.0%	
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	1%増	15.7%	16.7%	

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

### 1 第4期特定健康診査等実施計画について

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か年を1期間としていましたが、医療費適正化計画等が6年1期に改正されたことを踏まえ、第3期データヘルス計画以降は実施計画も6か年を1期間として策定します。

### 2 目標値の設定

図表 46 特定健診受診率・特定保健指導実施率

国が設定した目標値

	全国（R11）	市町村国保（R11）
特定健診受診率	70%以上	60%以上
特定保健指導の実施率	45%以上	60%以上
メタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率（平成20年度比）	25%以上減	

【出典】厚生労働省 第4期特定健康診査等実施計画期間における保険者種別の目標値について

上天草市の目標値

	R6 (R4)	R7 (R5)	R8 (R6)	R9 (R7)	R10 (R8)	R11 (R9)
特定健診受診率	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
特定保健指導実施率	60.0%	61.0%	62.0%	63.0%	64.0%	65.0%

### 3 対象者の見込み

図表 47 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6	R7	R8	R9	R10	R11	
特定健診	対象者数（人）	4,973	4,818	4,661	4,505	4,350	4,193	
	受診者数（人）	1,741	1,928	2,098	2,253	2,393	2,516	
特定保健指導	対象者数（人）	合計	353	342	331	320	310	298
		積極的支援	84	81	79	76	74	71
		動機付け支援	269	261	252	244	236	227
	実施者数（人）	合計	212	209	206	202	199	194
		積極的支援	50	50	50	48	48	47
		動機付け支援	162	159	156	154	151	147

※各見込み数の算出方法

特定健診対象者数：40-64歳、65-74歳の推計人口に令和4年度の各層の国保加入率を乗じて算出

特定健診受診者数：特定健診対象者数に特定健診受診率の目標値を乗じて算出

特定保健指導対象者数：合計値は、特定健診受診者数に令和4年度の特定保健指導該当者割合を乗じて算出

支援区分別対象者数は、合計値に令和4年度の対象者割合を乗じて算出

特定保健指導実施者数：特定保健指導対象者数に特定保健指導実施率の目標値を乗じて算出

## 4 特定健診の実施

### (1) 実施方法

特定健診は、次の方法により実施します。なお、実施に当たっては、特定健診実施機関へ外部委託します。

- ア 集団健診
- イ 個別健診
- ウ 情報提供事業（みなし健診）

### (2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第28条及び特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号）（以下、「実施基準」という。）第16条第1項の規定に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

### (3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、市広報誌及び市ホームページに掲載します。

### (4) 特定健診実施項目

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

また、血中脂質検査（空腹時中性脂肪）のうち、LDLコレステロールについては、中性脂肪 400mg/dl 以上とします。（実施基準第1条第4項）

図表 48 特定健診検査項目（例示）

比較項目			特定健診	後期高齢者医療健診	
健 診 項 目	診 察	質問（問診）	○	○	
		計 測	身長	○	○
			体重	○	○
			腹囲	○	—
			標準体重・BMI	○	○
	理学的所見		○	○	
	循 環 器	血圧	○	○	
		心電図	○	■	
	脂 質	中性脂肪	○	○	
		HDL-コレステロール	○	○	
		LDL-コレステロール	○	○	
	肝 機 能	AST（GOT）	○	○	
		ALT（GPT）	○	○	
		γ-GTP	○	○	
	糖 代 謝	空腹時血糖	○	○	
		HbA1c	○	○	
		尿糖	半定量	○	○
	貧 血	赤血球	■	○	
		ヘモグロビン	■	○	
		ハマトクリット値	■	○	
	尿	尿蛋白	半定量	○	○
		潜血	○	○	
	腎 機 能	尿酸	○	○	
血清クレアチニン		○	○		
眼底検査		■	■		

○…必須項目

■…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

### （5）実施時期

ア 集団健診 6月～9月、2次健診 12月

イ 個別健診 通年

ウ 情報提供事業（みなし健診） 集団健診（2次健診）終了後から3月まで

### （6）医療機関との適切な連携

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

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

## (7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求及び支払いは、国保連に事務処理を委託します。

## (8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診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。

# 5 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、直接実施の形態で行います。

なお、必要に応じて、外部委託を検討します。

### ○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

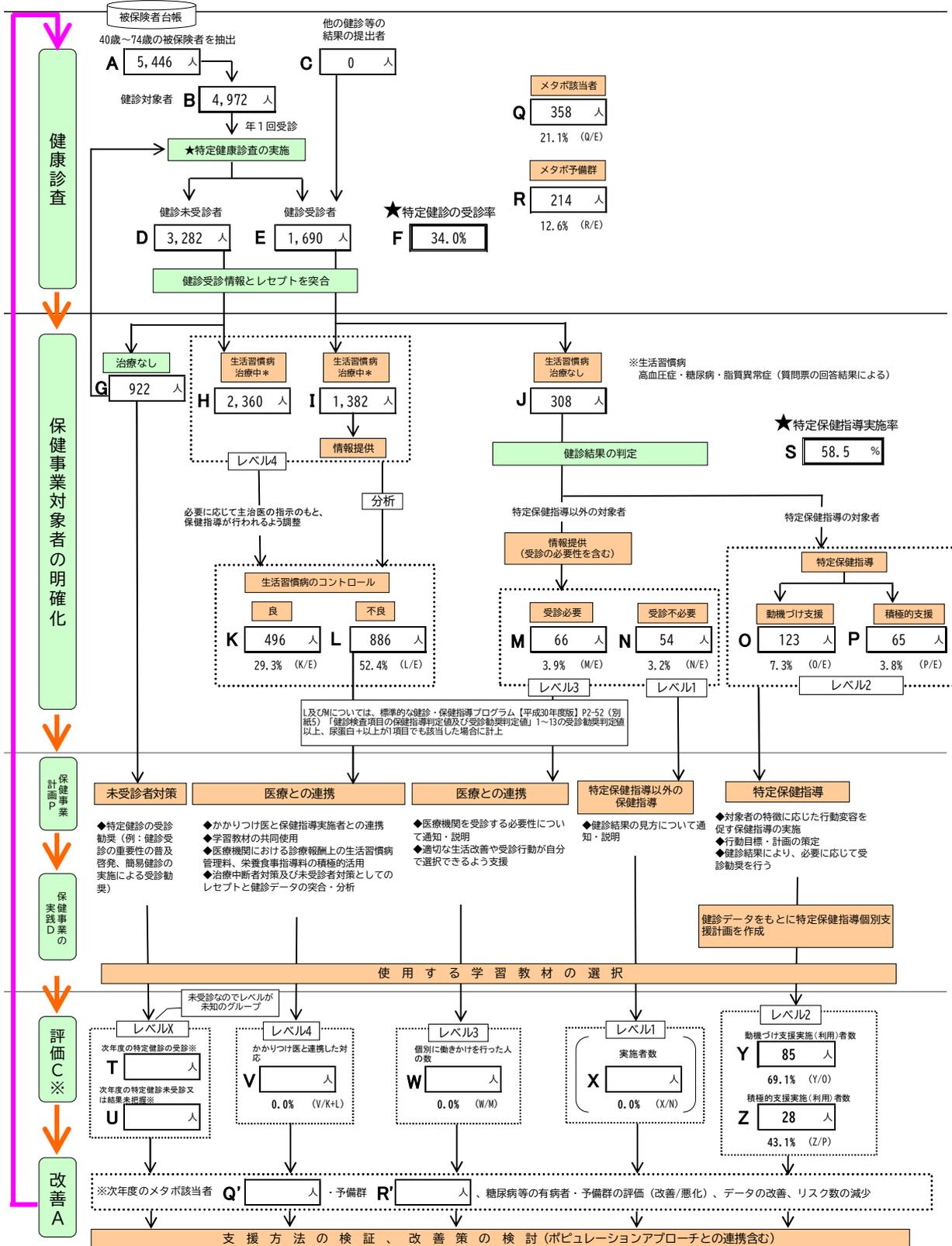
特定保健指導 の見直し	(1)評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2)特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母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

## (1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 49 健診から保健指導へのフローチャート  
 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導  
 健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5  
 令和04年度



出典：ヘルサポートラボツール

(2) 要保健指導対象者の見込み及び選択と優先順位・支援方法

図表 50 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	OP	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	64人 (4.0%)	65%
2	M	情報提供 M：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	128人 (7.5%)	100%
3	L	情報提供 L：コントロール不良	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 (CKD) ◆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	886人 (50.0%)	80%
4	N	情報提供 N：受診不必要	◆健診結果の見方について通知・説明	116人 (7.0%)	100%

※1

- ・特定保健指導対象者の中で、重症化予防に該当する者については、その後のフォローや医療機関との連携を踏まえ、委託ではなく、市の専門職が関わることとする。
- ・将来の臓器障害を防ぐためにも、特に40代、50代の若い世代の対象者の実施率を上げる。
- ・特定保健指導のポイント（回数）にこだわらず、対象に応じた支援を実施し、改善率の向上に努める。

※2

- ・特に40代、50代の健診受診率向上に向けた未受診者対策に努める。
- ・過去に健診受診歴のある人、過去の健診で重症化予防対象者に該当した人（糖尿病管理台帳記載者等）については、状況確認も兼ねた未受診者の訪問を行う。
- ・若者健診受診者へは、できる限り丁寧な健診結果の説明に努め、1年に1回の健診受診の習慣化を目指す。

### (3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成します。

## 6 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

特定健診及び特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、上天草市個人情報の保護に関する法律施行条例（令和4年上天草市条例第16号）を遵守します。

また、特定健診及び特定保健指導を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理及び目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

### (2) 特定健診及び特定保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診及び特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システム及び健康管理システムで行います。

また、記録の保存期間は、上天草市文書管理規則（平成16年上天草市規則第9号）第26条の規定に基づき、適正に行います。

## 7 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに国保連へ報告します。

## 8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

本計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項の規定に基づき、本市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

## 第4章 課題解決するための個別保健事業

### 1 保健事業の方向性

保健事業の実施に当たっては、糖尿病性腎症、虚血性心疾患及び脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症及びメタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診の結果をもとに、発症及び重症化予防の取組について、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実施します。

ハイリスクアプローチは、生活習慣病重症化による合併症の発症及び進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防、虚血性心疾患予防及び脳血管疾患予防等の取組を行います。

具体的には、医療受診が必要な人には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を行い、治療中の人には医療機関と連携し、臓器障害を防ぐための保健指導及び栄養指導を実施します。

また、ポピュレーションアプローチの取組は、生活習慣病の重症化により自分自身の生活や将来設計にも支障をきたしてしまうことや、高額な医療費や介護費用がかかることで、社会全体に与える影響等について、広く住民へ周知していくことで、住民が自らの健康管理の大切さや予防可能な生活習慣病の発症予防に関心を向けることができるよう努めます。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上に努め、健診と保健指導により、多くの人に現在の自分の身体の状態を把握してもらう必要があります。

### 2 重症化予防の取組

本市の脳血管疾患、虚血性心疾患及び糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、令和4年度の特定健診受診者1,690人（健診受診率34.0%）のうち、治療なし者（高血圧・糖尿病・脂質異常症の3疾患で内服がないと問診で答えた者）は308人（16.3%）で、そのうち、特定保健指導対象者が104人と、治療なし者の約半数に当たります。このことから、特定保健指導に注力することは重症化予防にもつながり、効率的であると言えます。

さらに、治療なし者の約35.1%に当たる108人は、すでに臓器障害があり、直ちに取り組むべき対象者であることや、Ⅱ度高血圧以上者・HbA1c6.5以上者の約半数は治療なし者に当たることから、医療機関への定期的な受診に繋げるための保健指導が重要と言えます。（図表51）

図表 51 脳・心・腎を守るために

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

令和04年度

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年間新発症診断患者数の減少	<参考> 健診受診者(受診率)	対象者数			
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(2023年改訂版) (循環器科の診療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)	1,690人 34.0%	4,972			
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	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%)  心原性脳塞栓症 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) ※脳卒中 データリンク 2016年分 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	■各疾患の治療状況				
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	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	170 9.8%	9 0.5%	71 4.1%	45 2.6%	132 7.6%	137 7.9%		
治療なし	90 8.2%	4 0.5%	63 5.3%	37 3.1%	70 4.4%	36 4.5%		
(再掲) 特定保健指導	30 17.6%	1 11.1%	14 19.7%	19 42.2%	17 12.9%	15 10.9%		
治療中	80 12.6%	5 0.5%	8 1.4%	8 1.4%	62 39.2%	101 10.8%		
臓器障害 あり	45 50.0%	4 100.0%	26 41.3%	8 21.6%	29 40.8%	36 100.0%		
CKD(専門医対象者)	3	1	4	2	7	36		
心電図所見あり	44	4	23	6	24	13		
臓器障害 なし	45 50.0%	--	37 58.7%	29 78.4%	42 59.2%	--		
臓器障害 あり	45 56.3%	5 100.0%	4 50.0%	4 50.0%	143 49.3%	32 51.6%	101 100.0%	262 55.5%
CKD(専門医対象者)	12	2	0	1	38	10	101	101
心電図所見あり	40	5	4	4	118	24	41	202
臓器障害 なし	35 43.8%	--	4 50.0%	4 50.0%	147 50.7%	30 48.4%	--	--

治療中

臓器障害 あり	45 56.3%	5 100.0%	4 50.0%	4 50.0%	143 49.3%	32 51.6%	101 100.0%	262 55.5%
CKD(専門医対象者)	12	2	0	1	38	10	101	101
心電図所見あり	40	5	4	4	118	24	41	202
臓器障害 なし	35 43.8%	--	4 50.0%	4 50.0%	147 50.7%	30 48.4%	--	--

【参考】 腎臓専門医への紹介基準対象者

1. 高度の蛋白尿 (A3区分 (尿蛋白+以上))
2. 微量アルブミン尿 (A2区分 (尿蛋白±)) でGFR区分がG3a以上
3. 尿蛋白が正常 (A1区分 (尿蛋白-)) でGFR区分G3b以上
4. 尿蛋白がA2区分 (尿蛋白±) であっても尿潜血が陽性 (+以上)

エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018

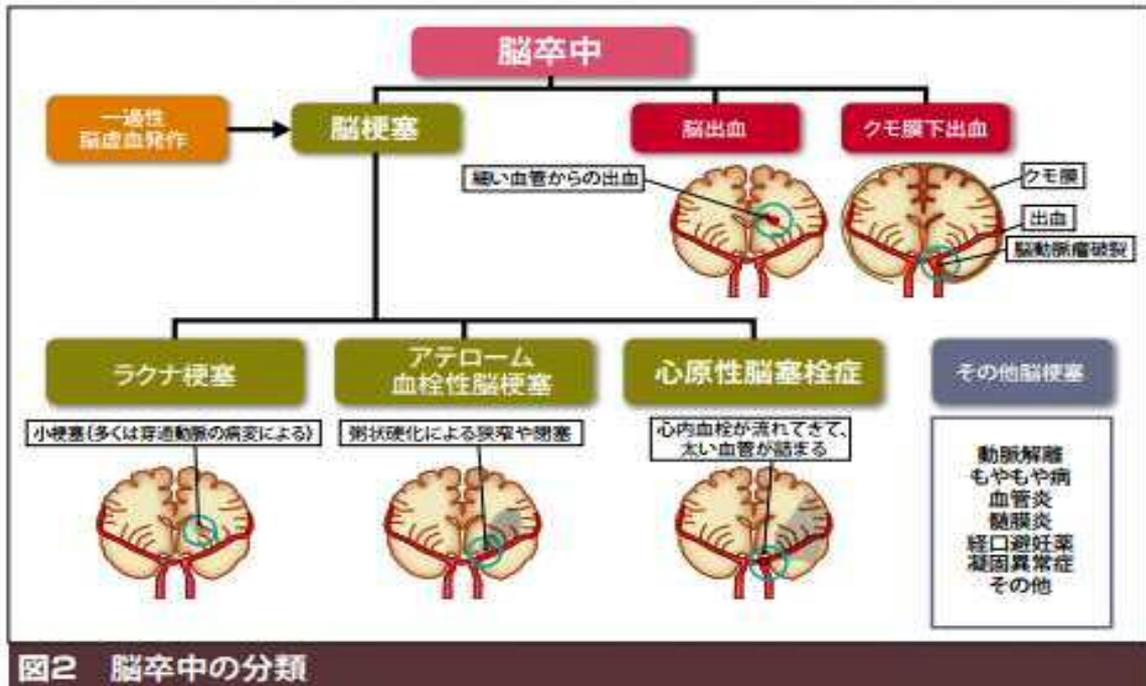
出典：ヘルサポータルボツール

(1) 脳血管疾患予防

ア 基本的な考え方

脳血管疾患予防の取組に当たっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言及び高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます（図表 52）。

図表 52 脳卒中の分類、脳血管疾患とリスク因子



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

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

イ 脳血管疾患に係る上天草市の実態と対象者の明確化

① 脳血管疾患発症の実態にみる

本市の脳血管疾患の新規患者数をみると、図表 53 のとおり、脳梗塞、脳出血及びくも膜下出血のいずれにおいても、県と比較して高い割合となっています。

平成30年度と令和4年度を比較すると、脳梗塞及び脳出血において増加傾向にあります。

図表 53 脳血管疾患に係る新規患者数

		年度	被保険者数(人)	新規患者数(人)	割合(%)
脳梗塞	上天草市	H30	7,727	75	0.97
		R2	7,189	89	1.24
		R4	6,540	81	1.24
	熊本県	H30	451,989	4,630	1.02
		R2	423,336	4,176	0.99
		R4	402,744	3,881	0.96
脳出血	上天草市	H30	7,727	14	0.2
		R2	7,189	11	0.2
		R4	6,540	18	0.3
	熊本県	H30	451,989	980	0.2
		R2	423,336	913	0.2
		R4	402,744	870	0.2
くも膜下出血	上天草市	H30	7,727	5	0.1
		R2	7,189	2	0.0
		R4	6,540	4	0.1
	熊本県	H30	451,989	179	0.0
		R2	423,336	177	0.0
		R4	402,744	146	0.0

② 重症化予防対象者の実態

脳血管疾患において、高血圧は最も重要な危険因子です。また、心原性脳塞栓症の原因となる心房細動の発症においても、高血圧はリスクとなります。図表 54 によると、高血圧治療者 2,901 人（H）のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 299 人（10.3%）でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 170 人（9.8%）であり、そのうち 90 人（52.9%）は未治療者です。

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

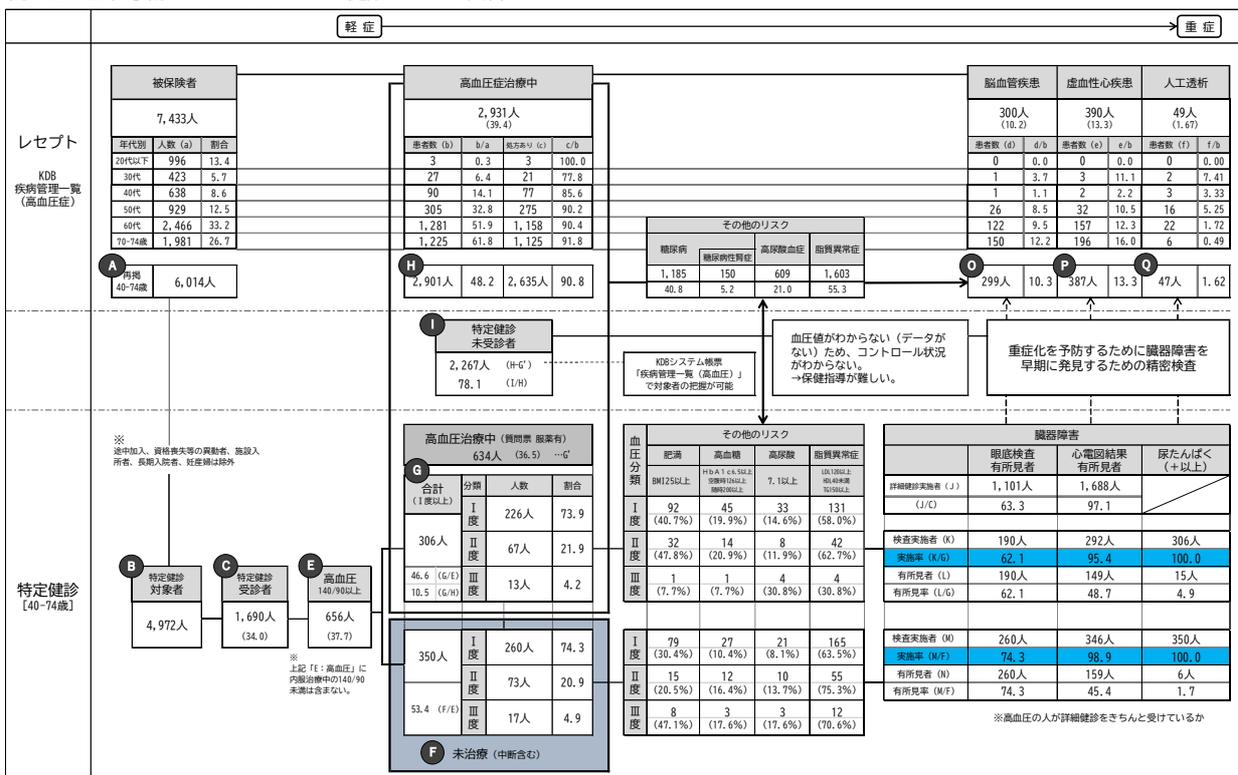
また、高血圧治療中であっても高血圧Ⅱ度以上の人が80人(4.6%)いることが分かりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となります。

本市において、臓器障害を早期に発見するための眼底検査の実施は63.3%、心電図検査の実施は97.1%と高い状況ですが、その結果をその後の対象者抽出や保健指導に十分に生かしているとは言えません。特に若い世代で脳血管疾患の発症や医療費割合が高くなっていることから、健診結果におけるハイリスク者については、重点的に取り組んでいく必要があると考えます。

図表 54 血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

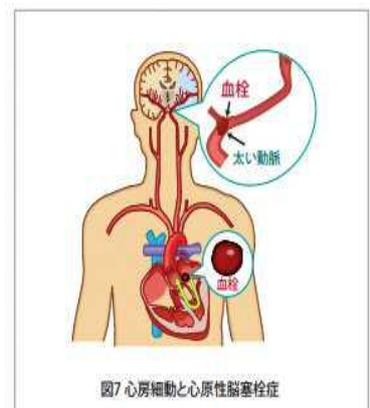
令和04年度



### ③ 心電図検査における心房細動者の把握

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

本市では、ほぼ全ての健診受診者に心電図検査を実施しています。心電図検査結果で把握できるハイリスク者について、必要な医療機関受診勧奨や保健指導を確実に実施していきます。



(脳卒中予防の提言より引用)

#### ④ 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

第2期計画では、保健指導の対象者をⅡ度高血圧以上者としていましたが、図表25(19ページ)のとおり、リスク第3層に該当する高値血圧者やⅠ度高血圧者などは高リスク者に当たるため、より脳心疾患リスクの高い対象者に保健指導を実施できるよう、対象者の見直しを行っていきます。

### ウ 保健指導の実施

#### ① 実施期間及びスケジュール

##### ○年度初め

対象者の選定基準、介入方法及び実施方法の決定

##### ○通年

特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施

#### ② 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施に当たっては、対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。

治療が必要にもかかわらず、医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中では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。

#### ③ 対象者の管理

##### ○高血圧者の管理

過去の健診受診歴等を踏まえ、血圧、血糖、eGFR、尿蛋白及び服薬状況等の経過を確認し、受診勧奨を行います。

### エ 医療との連携

脳血管疾患発症予防のためには、血圧をはじめとするリスク因子のコントロールが重要となります。すでに医療機関を受診中であっても、健診結果においてコントロールが不十分な人については、健診結果(経年表)やその他の連携ツール(糖尿病連携手帳、血圧記録手帳及びCKD連絡票等)等をもとに、対象者本人を介して医療機関と連携することとします。また、コントロール状況に課題が大きい人や治療中断が心配される方については、直接医療機関へ出向き、連携を図る等、対象者の状況に応じた対応を行っていきます。

## オ 評価

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標の評価については、毎年度行います。

アウトプット評価やプロセス評価については、年度内（2月頃）に実施し、課題を整理した上で、次年度計画へ反映します。また、アウトカム評価については、年度内は暫定値で評価し、最終的にはデータが揃う次年度に確認します。

なお、保健指導を実施した対象者の評価については、次年度の健診結果で行います。

## (2) 糖尿病性腎症重症化予防

### ア 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省）及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下、「熊本県版プログラム」とする）に基づき実施します。

プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者及び治療中断者を適切な受診勧奨によって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人に対して、医療機関と連携した保健指導等を行い、人工透析等への移行を防止することが目的です。

### イ 人工透析に係る上天草市の実態と対象者の明確化

図表 55 人工透析患者の推移

		H30			R2			R4		
		被保険者数 (人)	透析		被保険者数 (人)	透析		被保険者数 (人)	透析	
			患者数(人)	割合(%)		患者数(人)	割合(%)		患者数(人)	割合(%)
国保	上天草市	7,727	50	0.65	7,189	44	0.61	6,540	48	0.73
	熊本県	451,989	2,455	0.54	423,336	2,361	0.56	402,744	2,232	0.55
後期	上天草市	6,042	90	1.49	5,960	85	1.43	5,864	85	1.45
	熊本県	279,004	3,592	1.29	282,718	3,587	1.27	284,602	3,675	1.29

図表 56 新規人工透析患者の推移

		H30				R2				R4			
		新規透析		糖尿病性腎症		新規透析		糖尿病性腎症		新規透析		糖尿病性腎症	
		患者数(人)	割合(%)										
国保	上天草市	5	0.06	5	100.0	4	0.06	1	25.0	2	0.03	1	50.0
	熊本県	189	0.04	104	55.0	195	0.05	97	49.7	152	0.04	90	59.2
後期	上天草市	5	0.08	2	40.00	6	0.10	3	50.00	4	0.07	3	75.00
	熊本県	257	0.09	87	33.9	249	0.09	86	34.5	226	0.08	81	35.84

本市における人工透析の実態をみると、国保の透析者割合は市町村平均より低いものの、後期高齢者になると市町村平均を上回っており、医療費に占める割合も大きくなっています。後期高齢者の透析予防は、国保世代からの予防活動が大変重要となります。

また、本市における新規透析者の状況をみると、近年、市町村平均よりも多い状況にあり、年度で差はあるものの、特に国保において糖尿病性腎症の割合が高くなっています。

そのため、本市においても、熊本県版プログラムに基づき、糖尿病性腎症重症化予防への取組を重点的に進めていきます。

### ウ 対象者選定基準の考え方

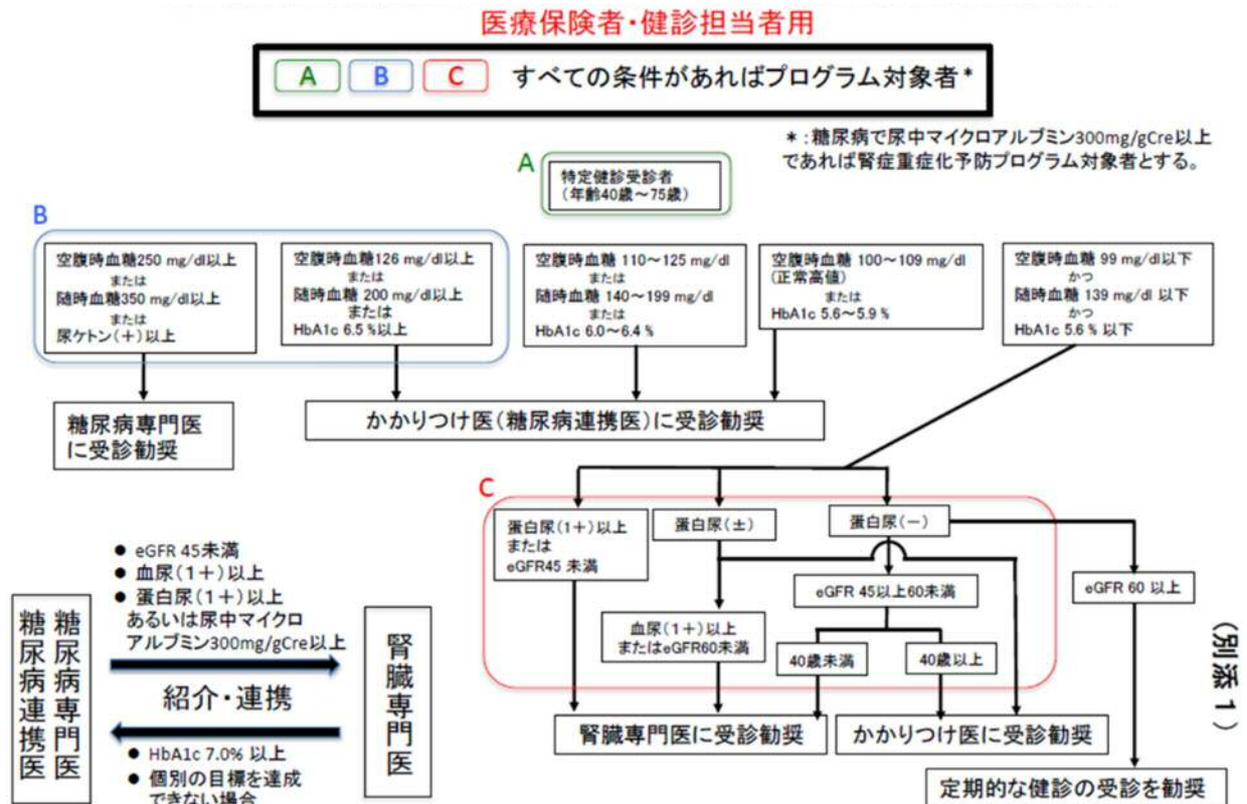
対象者の選定基準に当たっては、熊本県版プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。（※熊本県版糖尿病腎症重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振

り分け参照)

- ① 健診を受診した者のうち医療機関未受診者（早期に積極的に受診勧奨が必要な者）
- ② 重症化するリスクの高い者

※ 健診データ、本人及び医療機関からの情報提供により、糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成できていない人や、尿アルブミン、尿たんぱく及び eGFR 等により腎症と診断された人及び腎症が疑われる人。

図表 57 熊本県版糖尿病重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け



糖尿病  
連携医

糖尿病  
専門医

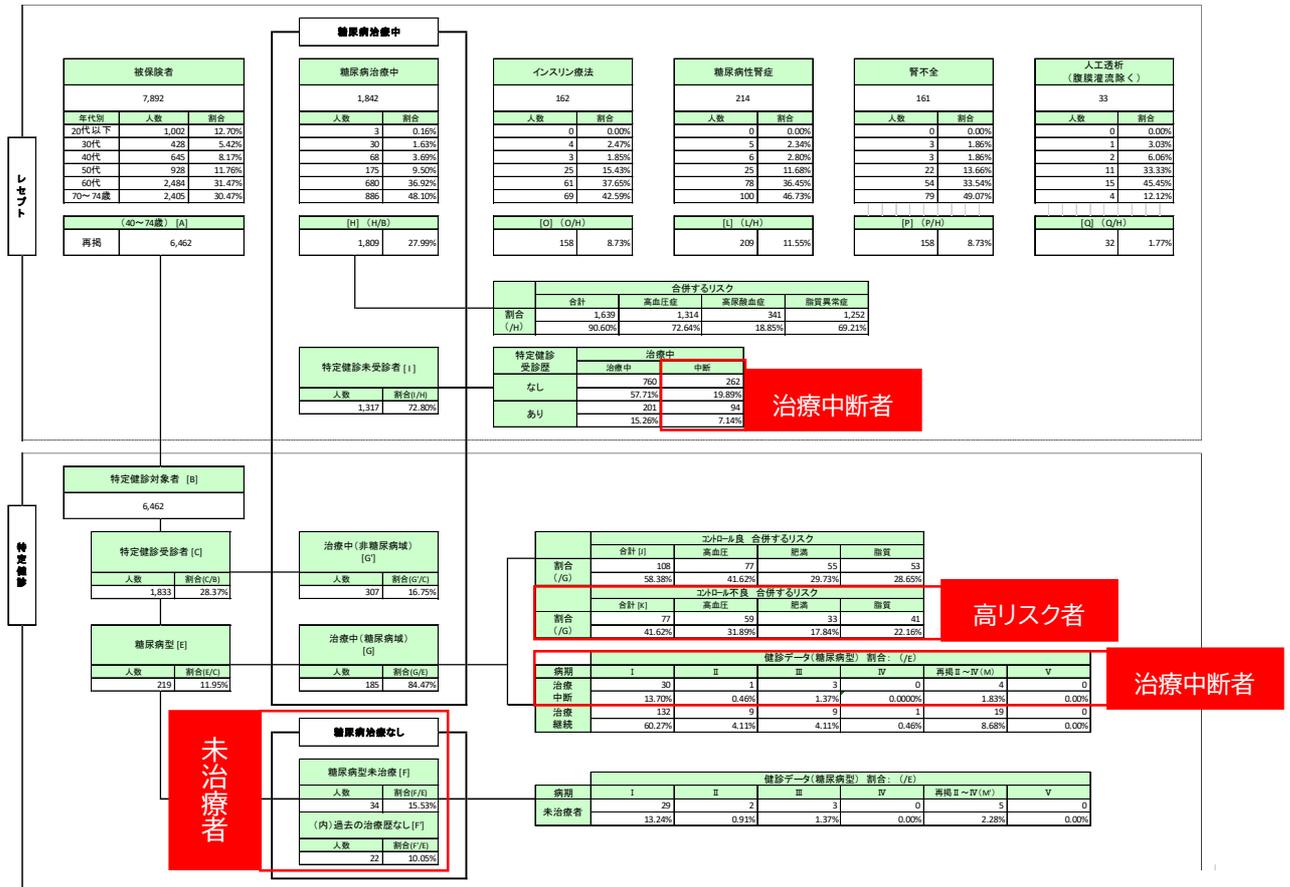
腎臓  
専門医

エ 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

対象者の抽出については、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し、把握及び抽出を行います。

図表 58 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典：保険者データヘルス支援システム

② 介入方法と優先順位

**優先順位 1** 健診を受診した者のうち医療機関未受診者  
(早期に積極的に受診勧奨が必要な人)

(図表 58 F) . . . . . 42 人

→受診勧奨

・ 訪問による受診勧奨を実施

**優先順位 2** 糖尿病治療中断者 (最終の受診日から 6 か月以上経過している者)

(図表 58 治療中断者) 健診受診者 . . . . . 26 人

(図表 58 治療中断者) 健診未受診者 . . . . . 148 人

⇒保健指導

- ・健診受診者については、健診結果を基に保健指導を実施し治療再開に繋げる。
- ・健診未受診者については、過去の健診受診歴がある人を優先し訪問等を行う。
- ・頻繁に治療中断となる対象者等、地域でフォローが必要な対象者について医療機関との情報共有を行い、連携した保健指導を実施する。

**優先順位3** 糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者

(図表 58 K) . . . . . 79人

過去に特定健診歴のある糖尿病治療者（糖尿病管理台帳で把握）

⇒保健指導

- ・健診受診者については、健診結果を基に保健指導を実施し、血糖値やその他のリスク因子の数値が上がっている要因に気づき、数値の改善に繋がるよう保健指導に努める。
- ・過去に受診歴がある糖尿病管理台帳登録者の現在の状況を確認し、必要な保健指導や関わりを行う。
- ・地域でフォローが必要な対象者について医療機関との情報共有を行い、連携した保健指導を実施する。

オ 保健指導の実施

① 実施期間及びスケジュール

○年度初め

対象者の選定基準、概数試算、介入方法及び実施方法の決定

○通年

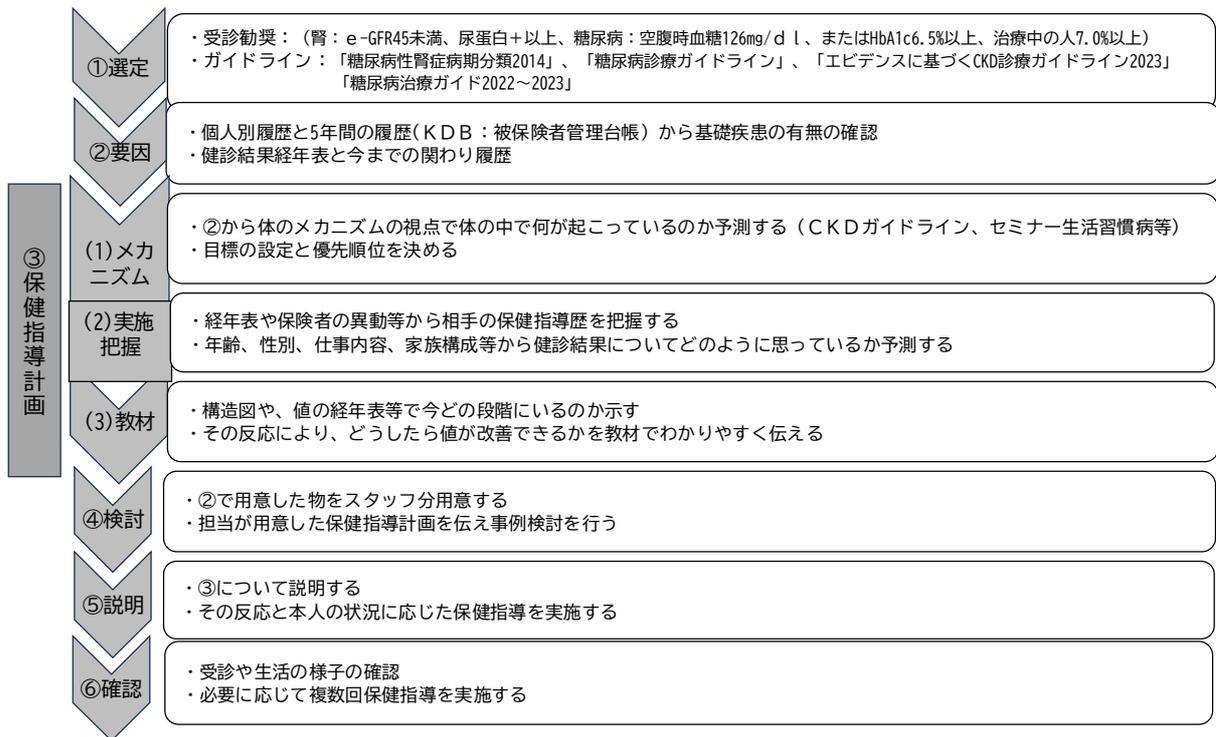
特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施

カ 糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

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

図表 59 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



## カ 医療との連携

### ① 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、健診結果経年表や糖尿病連携手帳等を使用します。糖尿病連携手帳を持っていない人には、その後の自己管理に繋げることができるよう、手帳の使い方等について、丁寧な説明を行います。

### ② 治療中の者への対応

治療中の場合は、糖尿病連携手帳等を活用し、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熊本県版プログラムに準じ行っていきます。

## キ 評価

評価に当たっては、短期的評価及び中長期的評価の視点で考えます。

短期的評価については、熊本県版プログラムのアウトカム評価指標に加え、データヘルス計画の評価について、毎年度行うものとし、その際はKDBシステムや保険者データヘルス支援システム等の情報を活用します。

中長期的評価については、図表 58 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価も行います。

【短期的評価（熊本県版プログラムアウトカム評価）】

- ・ 糖尿病性腎症病期分類ステージの維持・改善・悪化の数
- ・ 新規人工透析導入患者数（糖尿病性腎症患者数）の推移
- ・ 人工透析に係る医療費の推移
- ・ 医療機関未受診者の割合
- ・ 治療中断者（糖尿病及び糖尿病性腎症）の割合

図表 60 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度同規模保険者数200		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	7,334人		7,265人		6,969人		KDB.厚生労働省様式 様式3-2	
②	(再掲)40-74歳		6,040人		6,012人		5,805人			
2	① 対象者数	B	5,421人		5,270人		4,972人		市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	② 受診者数	C	1,686人		1,815人		1,690人			
	③ 受診率		--		--		--			
3	① 特定保健指導対象者数		252人		215人		188人			
	② 実施率		71.0%		63.7%		58.5%			
4	① 糖尿病型	E	231人	13.3%	240人	12.9%	240人	13.8%	特定健診結果	
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	83人	35.9%	95人	39.6%	81人	33.8%		
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	148人	64.1%	145人	60.4%	159人	66.3%		
	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	73人	49.3%	77人	53.1%	78人	49.1%		
	⑤ 血圧 130/80以上	J	49人	67.1%	59人	76.6%	58人	74.4%		
	⑥ 肥満 BMI25以上	J	35人	47.9%	37人	48.1%	32人	41.0%		
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	75人	50.7%	68人	46.9%	81人	50.9%		
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	201人	87.0%	198人	82.5%	211人	87.9%		
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)	M	12人	5.2%	11人	4.6%	12人	5.0%		
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上	M	16人	6.9%	29人	12.1%	16人	6.7%		
	⑪ 第4期 eGFR30未満	M	1人	0.4%	1人	0.4%	1人	0.4%		
5	① 糖尿病受診率(被保険者千対)		149.2人		162.3人		166.7人		KDB.厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		179.3人		193.6人		196.6人			
	③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対		6,131件 (1033.0)		6,270件 (1092.3)		6,019件 (1105.2)	5,563件 (877.2)	KDB.疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④ 入院外(件数)		29件 (4.9)		43件 (7.5)		43件 (7.9)	26件 (4.9)		
	⑤ 糖尿病治療中	H	1,094人	14.9%	1,179人	16.2%	1,162人	16.7%	KDB.厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥ (再掲)40-74歳	H	1,083人	17.9%	1,164人	19.4%	1,141人	19.7%		
	⑦ 健診未受診者	I	935人	86.3%	1,019人	87.5%	982人	86.1%		
	⑧ インスリン治療	O	94人	8.6%	97人	8.2%	85人	7.3%		
	⑨ (再掲)40-74歳	O	93人	8.6%	97人	8.3%	84人	7.4%		
	⑩ 糖尿病性腎症	L	91人	8.3%	124人	10.5%	124人	10.7%		
	⑪ (再掲)40-74歳	L	91人	8.4%	122人	10.5%	121人	10.6%		
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		18人	1.6%	21人	1.8%	22人	1.9%		
	⑬ (再掲)40-74歳		18人	1.7%	20人	1.7%	21人	1.8%		
	⑭ 新規透析患者数		4人	0.05%	3人	0.04%	2人	0.03%		
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		1人	25.0%	0人	0%	1人	50.0%		
	⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		35人	2.1%	41人	2.5%	41人	2.4%	KDB.厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	① 総医療費		32億4177万円		32億6386万円		32億7262万円	28億4626万円	KDB 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題	
	② 生活習慣病総医療費		17億0195万円		16億8277万円		16億4779万円	15億3700万円		
	③ (総医療費に占める割合)		52.5%		51.6%		50.4%	54.0%		
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	4,545円		6,001円		6,060円	5,692円		
	⑤ 健診未受診者		41,043円		39,617円		39,024円	39,435円		
	⑥ 糖尿病医療費		1億9689万円		2億1048万円		1億9915万円	1億6596万円		
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		11.6%		12.5%		12.1%	10.8%		
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		7億5090万円		7億4090万円		7億6182万円			
	⑨ 1件あたり		49,535円		47,668円		51,394円			
	⑩ 糖尿病入院総医療費		2億8347万円		3億1714万円		4億1364万円			
	⑪ 1件あたり		583,275円		629,247円		673,681円			
	⑫ 在院日数		16日		17日		17日			
	⑬ 慢性腎不全医療費		1億8832万円		2億0485万円		2億1118万円	1億2396万円		
	⑭ 透析有り		1億8295万円		1億9729万円		2億0329万円	1億1532万円		
	⑮ 透析なし		537万円		755万円		789万円	863万円		
7	① 介護給付費		36億0237万円		36億1987万円		35億2228万円	34億9905万円		
	② (2号認定者)糖尿病合併症		0件 #VALUE!		0件 #VALUE!		0件 #VALUE!			
8	① 死亡		0人	0.0%	8人	1.6%	6人	1.4%	KDB.健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

### (3) メタボリックシンドローム重症化予防

#### ア 基本的な考え方

メタボリックシンドローム(以下「メタボ」という。)は、インスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常及び血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態であり、心血管病の重要な予防ターゲットとなっていることに加え、ライフスタイルが関与する多くの病態を含んでいます。

メタボを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することです。また、メタボを呈する多くの人々はインスリン抵抗性をもち、2型糖尿病の発症リスクも高く、このようにして発症した糖尿病は特に心血管疾患の基盤としての認識が必要です。【参考：「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）添付資料】

#### イ 肥満・メタボの状況

##### ① 上天草市の肥満・メタボの実態

本市における健診受診者のうちの肥満者（BMI 25 以上者）の割合は、第2章の3で分析したとおり、市町村平均と比較すると高い状況にあり、メタボ該当者も平成30年度と令和4年度で比較すると 1.8%増加しています。本市の状況を分析すると、若い頃からの生活習慣病の見直しが大きな課題です。

また、メタボ該当者及び予備群の割合は、図表 23 のとおり、市町村平均よりは低いものの、平成30年度と比較すると、令和4年度は 4%伸びており、先の分析結果をみると、予備群の割合が伸びていることが分かります。

図表 59 をみると、男性では 40 代が 13.4%と最も低く、50 代～74 歳についてはいずれも 30%を超えており、メタボ該当者が健診受診者の 3 割を超えており、女性では年代差はなく、メタボ該当者が健診受診者の 1 割程度でした。また、男女ともに、血圧+脂質異常の組み合わせが多いことが分かります。

図表 62 をみると、男女ともにメタボ該当者の約 8 割の人は、高血圧、脂質異常及び糖尿病のいずれかの疾患で治療中の状況にあります。

図表 23 メタボの経年変化（19 ページ同様）

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,695 (30.1%)	332 (19.0%)	92 (5.3%)	240 (13.7%)	187 (10.7%)
R4年度	1,690 (34.0%)	358 (21.2%)	112 (6.6%)	246 (14.5%)	214 (12.7%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 61 年代別メタボ該当者の状況

		男性			女性			
		総数	40～64歳	65～74歳	総数	40～64歳	65～74歳	
健診受診者	A	748	242	506	942	41	125	
メタボ該当者	B	243	69	174	115	29	86	
	B/A	32.5%	28.5%	34.4%	12.2%	10.0%	13.2%	
再掲	① 3項目全て	C	79	19	60	33	11	22
		C/B	10.6%	7.9%	11.9%	3.5%	3.8%	3.4%
	② 血糖+血圧	D	35	7	28	9	1	8
		D/B	4.7%	2.9%	5.5%	1.0%	0.3%	1.2%
	③ 血圧+脂質	E	122	41	81	70	15	55
		E/B	16.3%	16.9%	16.0%	7.4%	5.2%	8.4%
④ 血糖+脂質	F	7	2	5	3	2	1	
	F/B	0.9%	0.8%	1.0%	0.3%	0.7%	0.2%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 62 メタボ該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	748	243	32.5%	79	32.6%	164	67.4%	942	115	12.2%	33	28.7%	82	71.3%
40～64歳	242	69	28.5%	19	27.5%	50	72.5%	41	29	10.0%	11	37.9%	18	62.1%
65～74歳	506	174	34.4%	60	34.5%	114	65.5%	125	86	13.2%	22	25.6%	64	74.4%

出典：ヘルスサポートラボツール

② 保健指導対象者の優先順位

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

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症（肥満3度・4度）は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師及び理学療法士など、多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要があるとされています。そのため、肥満3度、4度の未治療者については、可能であれば専門医療機関受診を勧めることで対応します。

保健指導対象者については、図表 61 のとおり、メタボ該当者は男性が多くを占めること、若い男性に心血管病が多いことを踏まえ、若い世代の男性を最優先の対象者とするものとします。

図表 63 肥満度分類で対象者をみる

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	533	1,157	190	325	151	286	29	35	10	4	0	0	
			33.9%	27.6%	26.9%	24.3%	5.2%	3.0%	1.8%	0.3%	0.0%	0.0%	
再掲	男性	242	506	112	191	92	173	15	17	5	1	0	0
	女性	291	651	78	134	59	113	14	18	5	3	0	0
				25.8%	20.6%	19.2%	17.0%	4.5%	2.7%	1.6%	0.5%	0.0%	0.0%

出典:ハルスサポートラボツール

### ウ 対象者の明確化

メタボ該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病及び脂質異常症の治療状況(図表 62)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボ該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことが分かります。

このように、メタボは、生活習慣病の薬物療法と合わせて食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

#### ① 対象者の選定基準の考え方

- ・メタボ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人には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ・治療中の人へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ・特定保健指導対象者の保健指導については、第3章特定健康診査等実施計画のとおり実施します。

#### ② 対象者の管理

特定保健指導対象者及び他の重症化予防対象者の管理と同様とします。

### エ 保健指導の実施

#### ① 実施期間及びスケジュール

- ・年度初め 対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定
- ・通年 特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施

#### ② 最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っています。

#### オ 医療との連携

メタボの重症化予防のためには、減量（適正体重の維持）に加え、血圧、血糖及び脂質など、リスク因子のコントロールが重要となります。

メタボ該当者については、特定保健指導対象者や他の重症化予防対象者と重複すると考えられるため、他の事業と同様の対応とします。

#### カ 評価

データヘルス計画の短期目標及び中長期目標の評価指標の評価については、毎年度行います。

個々の評価については、特定保健指導対象者や他の重症化予防対象者と重複すると考えられるため、他の事業の中で実施していきます。

#### (4) 虚血性心疾患予防

##### ア 基本的な考え方

虚血性心疾患予防の取組に当たっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版及び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。

##### イ 対象者の明確化

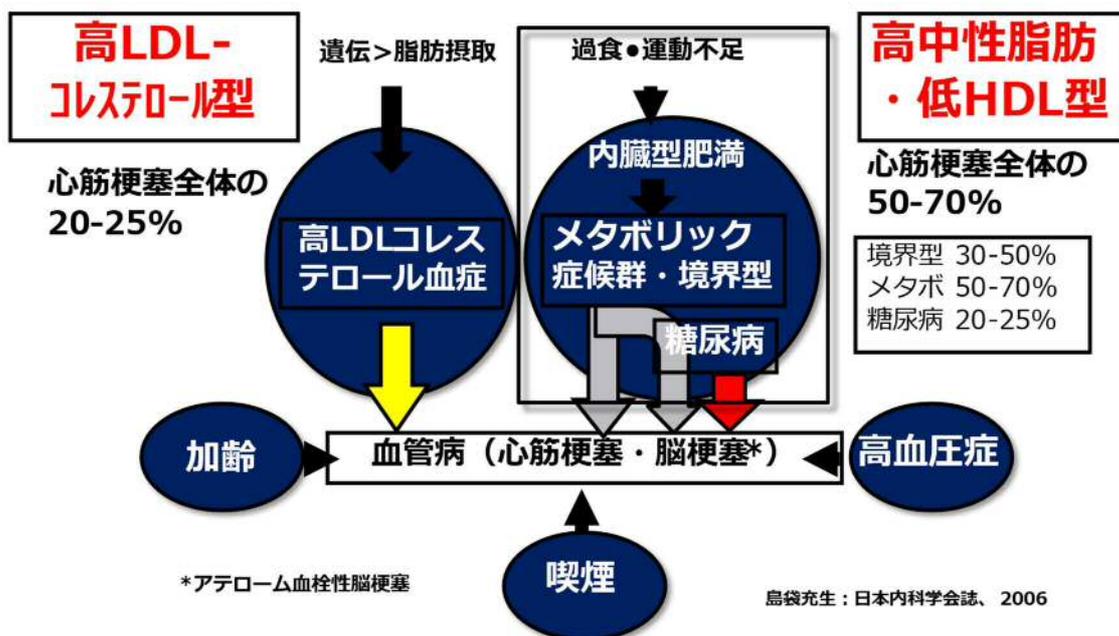
###### ① 上天草市の実態

第2章での分析結果のとおり、虚血性心疾患で高額になったレセプトは、件数・費用額ともに令和4年度は平成30年度の約2倍の件数、費用額となっていました。また、虚血性心疾患の受療率としては市町村平均より低いものの、介護認定者における虚血性心疾患の保有率は、特に40～64歳及び75歳以上で高くなっています。これらのことから、虚血性心疾患のリスク因子を持つ人の把握及び発症予防に向けた保健指導が重要と考えます。

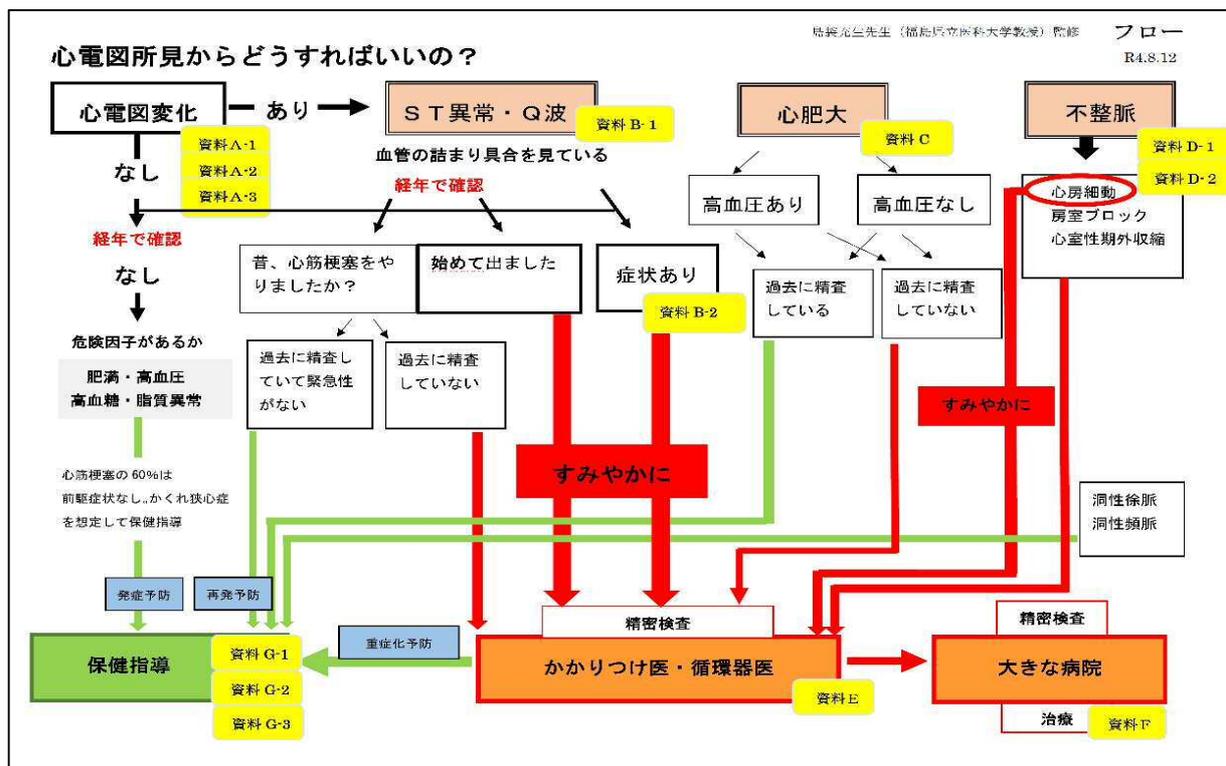
##### ウ 対象者選定基準の考え方

虚血性心疾患予防の対象者は、メタボ又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握します(図表64)。また、心電図所見からのフロー図を活用します(図表65)。

図表 64 心血管病をおこしやすいひと



図表 65 心電図所見からのフロー図



## エ 重症化予防対象者の抽出

### ① 高LDL者

心筋梗塞全体の20~25%を占める高LDLコレステロール者については、これまでLDL 180以上の未治療者へ受診勧奨を実施してきましたが、なかなか治療に繋がらない状況にあります。高リスク者に当たる人について優先的に関わり、確実な医療機関受診や服薬による管理に繋がるよう、効果的な保健指導の実施を目指します。

### ② メタボタイプ

第4章「(3) メタボリックシンドローム重症化予防」を参照

### ③ 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患予防においても重要な検査の1つです。心電図検査所見において、ST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は図表65フロー図に基づき適切な受診勧奨や保健指導を実施します。

図表 66 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た  
LDLコレステロール管理目標

(参考)  
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より（脂質異常治療者（問診結果より服薬あり）を除く）

管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL				健診結果 (LDL-C)				(再掲) LDL160以上の年代別			
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
684				303	230	88	63	7	32	72	40
				44.3%	33.6%	12.9%	9.2%	4.6%	21.2%	47.7%	26.5%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	93	48	31	10	4	2	12	0	0
			13.6%	15.8%	13.5%	11.4%	6.3%	28.6%	37.5%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	264	121	88	31	24	4	8	33	10
			38.6%	39.9%	38.3%	35.2%	38.1%	57.1%	25.0%	45.8%	25.0%
高リスク	120未満 (150未満)		303	125	102	41	35	1	10	37	28
			44.3%	41.3%	44.3%	46.6%	55.6%	14.3%	31.3%	51.4%	70.0%
	再掲 100未満 (130未満) ※1	18	5	9	3	1	0	2	1	1	
		2.6%	1.7%	3.9%	3.4%	1.6%	0.0%	6.3%	1.4%	2.5%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	24	9	9	6	0	0	2	2	2
			3.5%	3.0%	3.9%	6.8%	0.0%	0.0%	6.3%	2.8%	5.0%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

※2 問診で脳卒中（脳出血、脳梗塞等）または心臓病（狭心症、心筋梗塞等）の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

## オ 保健指導の実施

### ① 実施期間及びスケジュール

○年度初め

対象者の選定基準、概数試算、介入方法、実施方法の決定

○通年

特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施

### ② 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施に当たっては、対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。

治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は、受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

### ③ 重症化予防対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な人への継続的な医療受診ができるよう、台帳を作成し経過を把握します。

## カ 医療との連携

虚血性心疾患発症予防のためには、LDLやメタボをはじめとするリスク因子のコントロールが重要となります。すでに医療機関に受診中であっても、健診結果においてコントロールが不十分な方については、健診結果（経年表）やその他の連携ツール（糖尿

病連携手帳及び血圧記録手帳等)等を基に、対象者本人を介して医療機関と連携することとします。また、コントロール状況に課題が大きい人や治療中断が心配される人については、直接医療機関へ出向き連携を図るなど、対象者の状況に応じた連携を行っていきます。

#### キ 評価

データヘルス計画の短期目標及び中長期目標の評価指標の評価については、毎年度行います。

アウトプット評価やプロセス評価については、年度内(2月頃)に実施し、課題を整理し次年度計画へ反映します。また、アウトカム評価については、年度内は暫定値で評価し、最終的にはデータが揃う次年度に確認します。

なお、保健指導を実施した対象者の評価については、次年度の健診結果で行います。

### 3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

#### (1) 基本的な考え方

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

本市では、令和5年度より熊本県後期高齢者広域連合から受託している「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」を実施しています。

具体的には、

- ① 企画・調整等を担当する医療専門職（保健師）を配置し、KDBシステム等を活用しながら、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。
- ② 地域を担当する保健師及び栄養士により、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう、国保の保健事業で活用している糖尿病管理台帳や重症化予防台帳等をもとに、継続した保健指導を実施します。また、生活習慣病からのフレイル、認知症を予防するため、軽度認知障害予防教室など、健康教育や健康相談を実施していきます（ポピュレーションアプローチ）。
- ③ 体制整備において、本事業での地域担当専門職員の配置等、人員及び実施体制を整えながら、圏域の拡大を検討していきます。

#### (3) 関係者間での連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を行うに当たっては、庁内の関係部署（健康づくり推進課及び高齢者ふれあい課）との連携が重要となります。

必要な情報及び実態の共有、対象者の引継ぎ等が円滑に進むよう、年度始めや年度末における関係者間でのミーティングに加え、必要に応じて連携を図ることとします。

## 4 発症予防

生活習慣病の重症化予防が介護予防や健康寿命の延伸と深く関わることから、生活習慣病の発症予防は大変重要です。

生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策（食習慣・運動習慣の確立）が重要であり、特に、小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

本市においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児並びに成人の健診データを保有しています。データヘルス計画の対象者は被保険者全員であることから、ライフサイクルの視点で妊娠期からの保健事業についても生活習慣病予防の視点を加え、実施していく必要があると考えます。

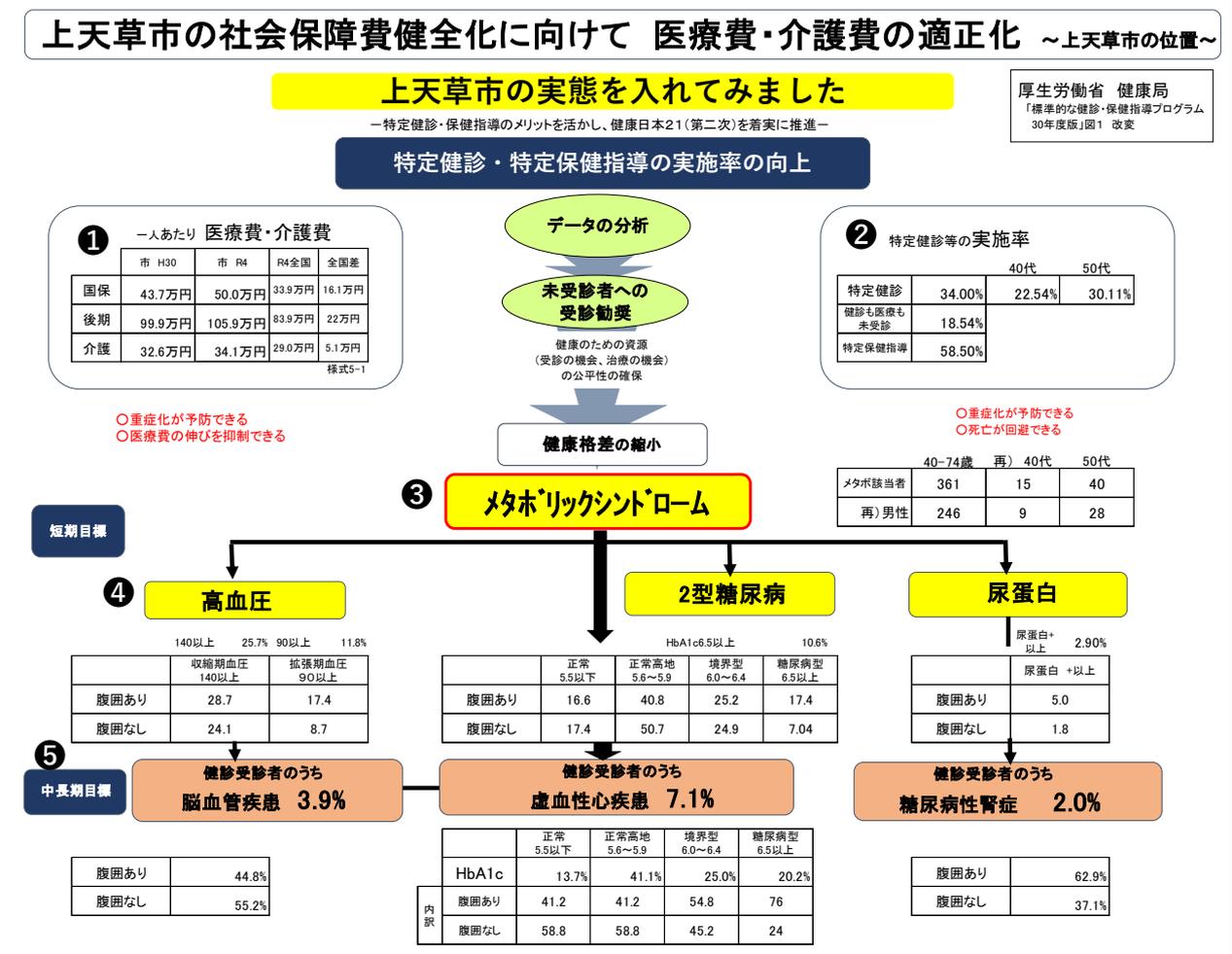
特に、妊娠期や乳幼児健診で把握できる情報をもとに台帳を作成し、経過が確認できるようなフォロー体制の構築を行っていきます。

本市の被保険者の生活習慣病の医療機関受診者は40～64歳で約35%となっており、県平均より高い状況です。40代ですでに臓器障害を起こしている人もいます。より若い世代からの健康管理が大切であることから、19歳から受診できる若者健診を実施しています。被保険者が自身の身体の状態を毎年確認することが習慣化できるような取組の推進に努めていきます。

## 5 ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により、医療費及び介護給付費など、社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 67)

図表 67 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



## 第5章 計画の評価・見直し

### 1 評価の時期

令和8年度に中間評価を行い、計画の見直しを行います。また、計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための評価を行います。

### 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ことが求められています。

評価には、K D Bシステムや保険者データヘルス支援システムを活用し、評価指標に基づいて各年度の事業評価を実施します。

また、中間評価や最終評価における医療費やメタボ減少率等の評価については、年齢補正された国の公表データを使用することとします。

評価は、国保担当部署及び保健指導を実施する部署において評価担当者をあらかじめ決めておき、年間スケジュールに基づき評価を実施することとします。

#### ※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"><li>・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む)</li><li>・保健指導実施のための専門職の配置</li><li>・K D Bシステム活用環境の確保</li></ul>
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"><li>・保健指導等の手順・教材はそろっているか</li><li>・必要なデータは入手できているか。</li><li>・スケジュールどおり行われているか。</li></ul>
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"><li>・特定健診受診率、特定保健指導率</li><li>・計画した保健事業を実施したか。</li><li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li></ul>
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"><li>・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)</li></ul>

## 第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知を行います。また、計画の概要版を作成し、市の健康づくりに係る会議等で説明します。

### 2 個人情報の取扱い

保険者は、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、庁内での内部利用や外部の事業者への業務委託等において、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じます。