

第3期ぎ岐市国民健康保険
保健事業実施計画
(データヘルス計画)
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度

令和6年3月
ぎ岐市国民健康保険

目 次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……………1

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

第2章 第2期データヘルス計画に係る考察及び第3期データヘルス計画における健康課題の明化 ……………11

1. 保険者の特性
2. 第2期データヘルス計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期データヘルス計画の評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期データヘルス計画に係る考察
3. 第3期保健事業計画における健康課題の明確化
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 目標の設定
 - 3) 目標値の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……………51

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. 特定健診の実施
4. 特定保健指導の実施
5. 個人情報保護
6. 結果の報告
7. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業 ……………59

- I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

1. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

1)メタボリックシンドローム重症化予防

2)肥満対策

2. 中長期疾患(脳・心・腎)の重症化予防

1)糖尿病性腎症重症化予防

2)脳血管疾患重症化予防

3)虚血性心疾患重症化予防

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し86

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87

1. 計画の公表・周知

2. 個人情報の取扱い

参考資料88

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

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

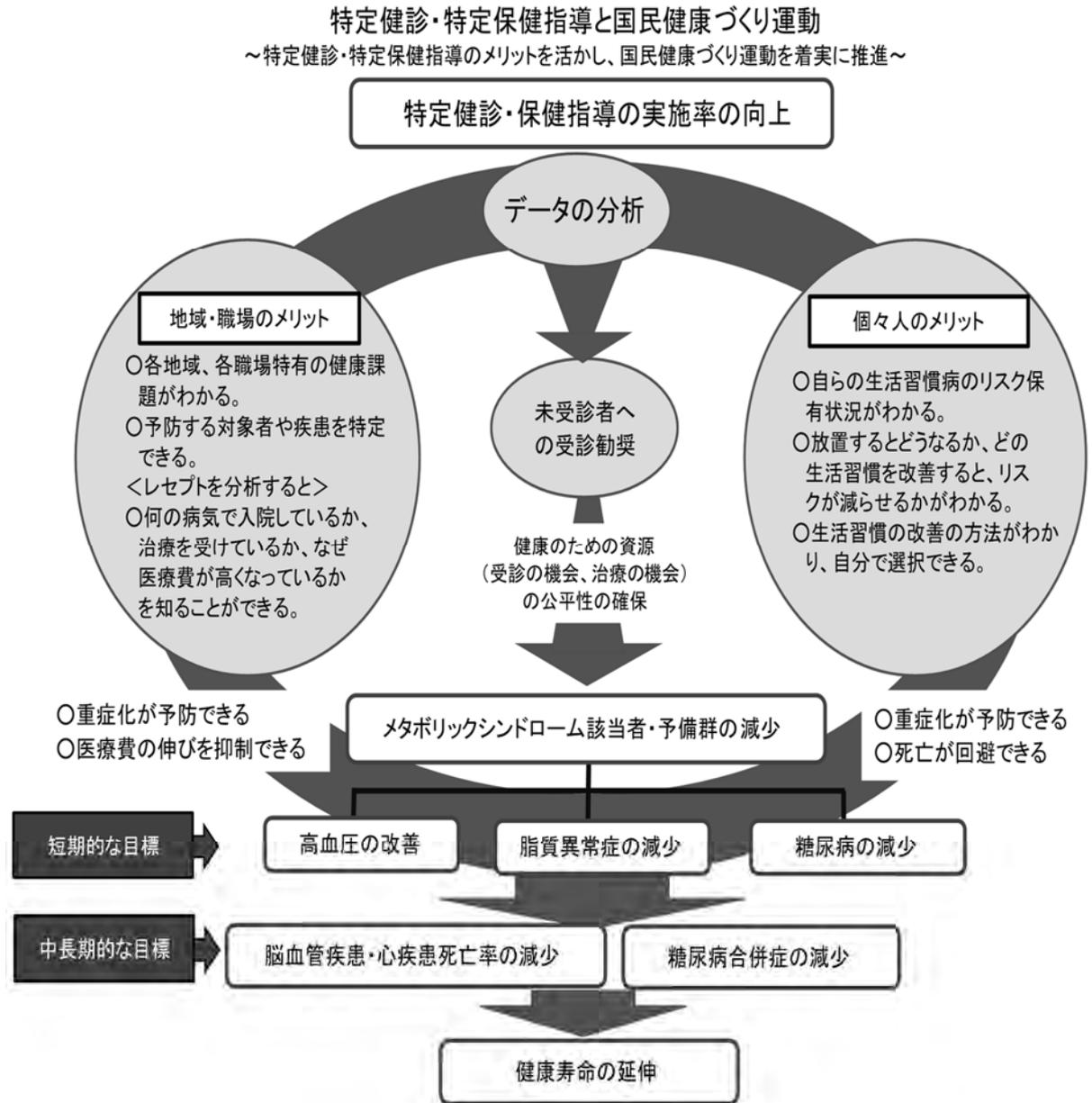
※6 KDBシステム: 国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかに心豊かに 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、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・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、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病腎症 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 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④围産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

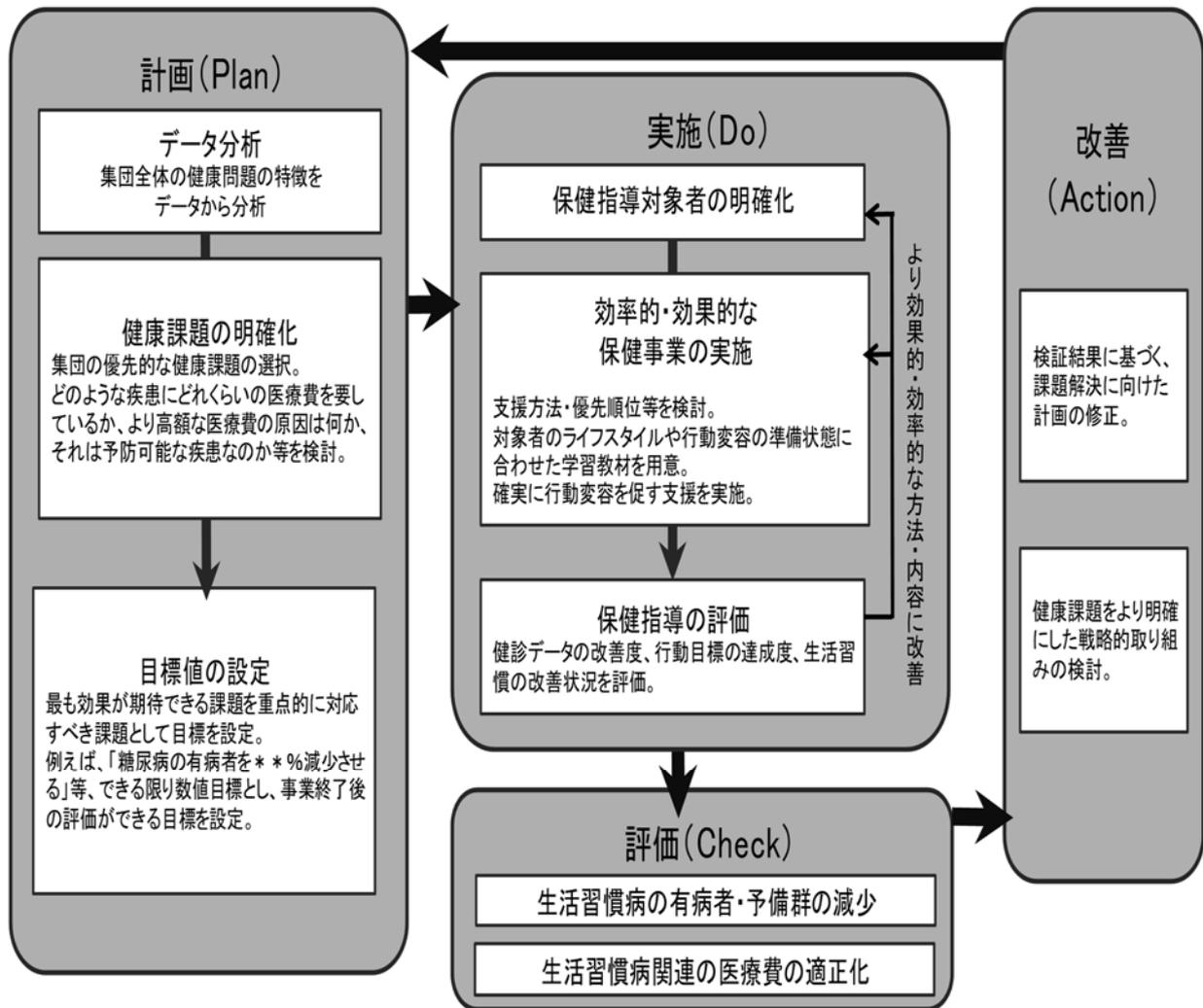
図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



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)

注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取組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。

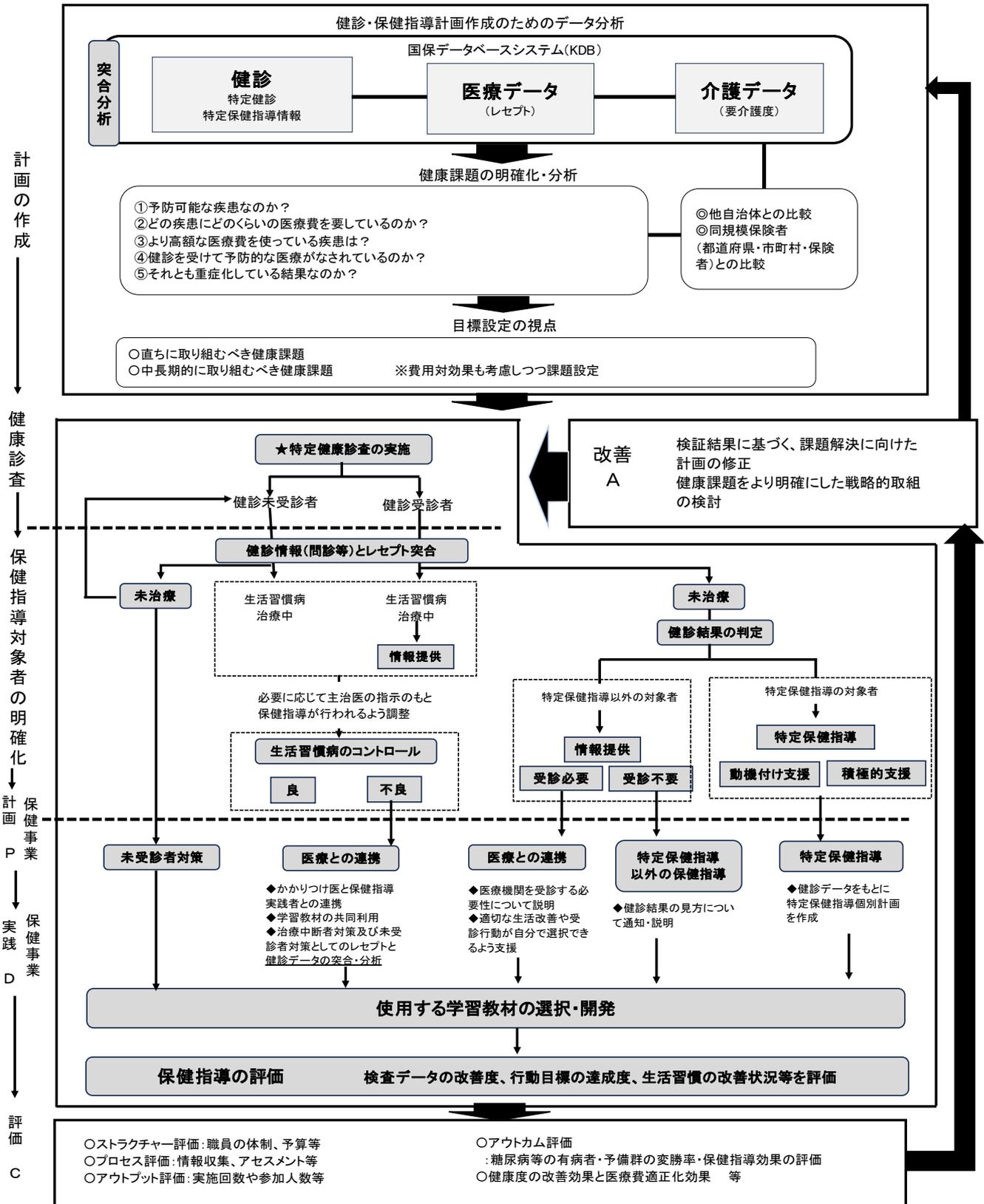
図表3 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



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(Actin))サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。
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. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 保険者(吉崎市国民健康保険)の役割

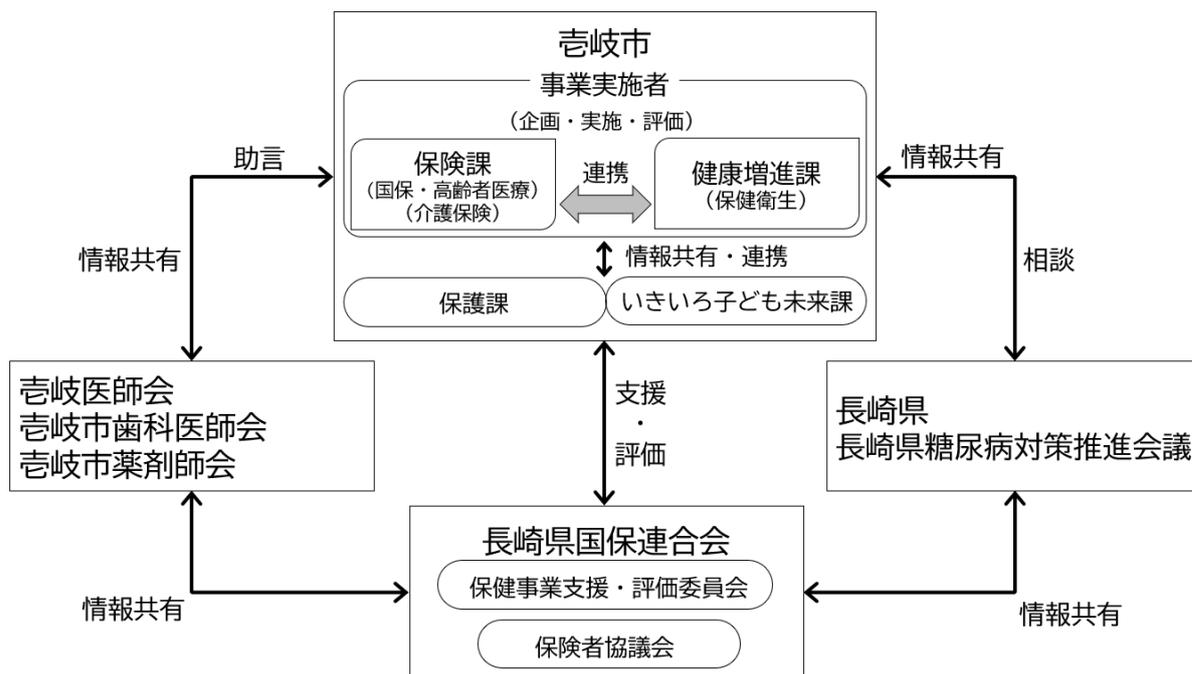
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、本市一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、保健衛生部局(健康増進課)、高齢者医療・介護保険部局(保険課)、生活保護部局(保護課)、母子保健部局(いきいろ子ども未来課)とも十分連携を図ることとします。

また、保健事業の実施にあたっては、保健師や管理栄養士、看護師、事務職等の多職種で連携し、実施体制と保健事業の分担を行い推進します。

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

図表 6 吉崎市の実施体制図



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・実施等において、関係機関との連携・協力が重要です。

計画を進めるに当たっては、共同保険者である長崎県のほか、長崎県国民健康保険団体連合会（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、壱岐医師会等、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、地域の社会資源等と連携、協力します。

なお、医師会、歯科医師会、薬剤師会等地域の保険医療関係者との連携を円滑・効果的に行うためにも、運営主体・共同保険者である長崎県と県医師会等保険医療機関、国保連が平素から連携し、市町国保に積極的に関与・支援することが重要だと考えています。

また、市町国保は、被用者保険間との異動が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、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の共有と保険者間で連携して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重要です。そのため、計画策定にあたっては、国保運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行ってきました。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成30年度より本格的に実施されています。評価指標毎に配点基準が定められており、各指標の実績値に基づき獲得した評価点数に応じて、保険者努力支援交付金が交付される仕組みとなっています。(取組評価分：図表7) 令和2年度からは、取組評価に加え、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分が創設され、事業費と連動した配分を合わせて交付されることにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組の後押しとなっています。(事業費分・事業費連動分)

この制度では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成されており、保険者は交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化につながるため、特定健診等受診率向上のほか各種取組を積極的かつ適切に実施し、本制度等の積極的かつ効果的な活用が期待されています。

図表7 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度		令和4年度		令和5年度		
		各岐市	配点	各岐市	配点	各岐市	配点	
全国順位(1,741市町村中)		497位		762位		530位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	70	40	70	80	70	
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	40	25	40	30	40	
		(2)歯科健診受診率等	30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	90	60	45	65	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供	20		15		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	20	50	30	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	5	100	25	100	50	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	30	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	34	40	29	50	36	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	68	95	65	100	65	100
合計点		627	1,000	584	960	611	940	
各岐市交付額		13,904千円		11,985千円		12,844千円		

第2章 第2期データヘルス計画に係る考察及び第3期データヘルス計画における健康課題の明確化

1. 吉岐市の特性

本市は、人口約2万4千人で、高齢化率は38.7%となっており、年齢階層別では65歳以上の割合が増加し生産年齢人口は減少傾向となっています。また、同規模、国、県と比較しても高齢者の割合、平均年齢ともに高くなっています。

また、産業においては、第1次産業が20.4%と同規模と比較しても高く、農業・漁業の割合が多いため、国民健康保険への加入率は26.1%と同規模と比べて高くなっています。(図表8)

被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が45.6%を占めています。(図表9)

また、本市には5つの病院、16の診療所があり、病院、病床数については同規模と比較しても多く、医療資源に恵まれている一方で入院患者数も多い傾向にあります。(図表10)

図表8 同規模・県・国と比較した吉岐市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
吉岐市	24,915	38.7	6,515 (26.1)	54.2	6.3	18.2	0.2	20.4	15.0	64.6
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	33.1	24.1	54.2	7.1	13.6	0.4	7.7	20.1	72.2
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
 ※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、吉岐市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す。

図表9 国保の加入状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数 (人)	割合 (%)								
被保険者数(人)	7,849		7,543		7,380		7,067		6,515	
65～74歳	3,272	41.7	3,254	43.1	3,326	45.1	3,239	45.8	2,970	45.6
40～64歳	2,757	35.1	2,608	34.6	2,441	33.1	2,294	32.5	2,134	32.8
39歳以下	1,820	23.2	1,681	22.3	1,613	21.9	1,534	21.7	1,411	21.7
加入率(%)	29.0		27.8		27.2		26.1		26.1	

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

図表 10 医療の状況

	H30 年度		R1 年度		R2 年度		R3 年度		R4 年度		参考(R4)	
	実数	千人対	実数	千人対	実数	千人対	実数	千人対	実数	千人対	同規模	県
											千人対	千人対
病院数(箇所)	5	0.6	5	0.7	5	0.7	5	0.7	5	0.8	0.4	0.5
診療所数(箇所)	18	2.3	18	2.4	17	2.3	17	2.4	16	2.5	3.5	4.3
病床数(床)	516	65.7	510	67.6	504	68.3	483	68.3	483	74.1	67.7	82.0
医師数(人)	45	5.7	45	6.0	43	5.8	43	6.1	51	7.8	9.7	14.0
外来患者数 (千人あたり/人)	628.8		623.7		578.3		603.8		626.6		728.3	743.9
入院患者数 (千人あたり/人)	28.3		28.5		25.9		26.1		27.0		23.6	27.2

出典：KDB システム_地域の全体像の把握

2. 第2期データヘルス計画に係る評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

2 つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました。(P.4 図表 2 参照)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 死亡の状況

本市は、標準化死亡比(SMR)が男女とも 100 を超えており、男性の方が高くなっています。疾患別をみると、急性心筋梗塞、腎不全が高く、男性は、脳梗塞が高くなっています。(図表 11、12)

65 歳未満男性の死亡率は、令和 4 年度では、平成 30 年度と比較すると低下していますが、県平均と比較すると高くなっています。

図表 11 死亡の状況

		壱岐市		同規模	県	国
		H30 年度	R4 年度	R4 年度	R4 年度	R4 年度
標準化死亡比 (SMR)	男性	114.0	112.0	103.4	103.3	100.0
	女性	111.2	105.4	101.4	100.1	100.0
死 因	悪性新生物	45.9%	44.7%	47.8%	50.8%	50.6%
	心臓病	30.2%	33.9%	29.3%	28.9%	27.5%
	脳疾患	14.0%	12.5%	14.9%	12.9%	13.8%
	糖尿病	0.5%	1.2%	1.9%	1.6%	1.9%
	腎不全	5.4%	5.8%	3.9%	4.0%	3.6%
	自殺	3.6%	1.9%	2.3%	1.9%	2.7%
早世予防から みた死亡 (65 歳未満)	合計	9.1%	6.3%	-	6.8%	8.2%
	男性	13.1%	10.0%	-	9.2%	10.6%
	女性	5.6%	3.1%	-	4.5%	5.7%

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 12 標準化死亡比(SMR)疾患別

		全死因		脳出血		脳梗塞		急性 心筋梗塞		心不全		腎不全	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
壱岐市	H20～24	114.0	111.2	124.0	121.8	88.2	97.1	102.5	119.0	107.5	91.3	97.8	88.1
	H25～29	112.0	105.4	100.2	92.2	124.2	93.2	167.9	134.7	85.2	98.8	129.5	109.4
長崎県	H20～24	103.1	98.1	94.3	87.3	95.8	89.5	124.1	130.0	96.4	94.0	106.0	99.8
	H25～29	103.3	100.1	90.0	85.5	99.8	93.5	136.9	130.4	92.2	105.1	110.6	104.5

出典:保健医療科学院 全国市区町村別主要死因別標準化死亡比の推移

② 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 33 人(認定率 0.43%)、1 号(65 歳以上)被保険者で 2,193 人(認定率 22.7%)と同規模・県・国と比較すると高く、平成 30 年度と比べると、2 号被保険者と 1 号被保険者ともに若干減少しています。(図表 13)

介護給付費の 1 人当たり給付費は、同規模と比較して 1.8 万円高く、1 件当たり給付費は、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、平成 30 年度と比較すると、約 1,900 円増加し、居宅サービスよりも施設サービスの方が伸びています。(図表 14)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)と虚血性心疾患が上位を占めています。

基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約 8 割以上と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策が、介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 15)

図表 13 要介護認定者(率)の状況

	吉崎市				同規模	県	国	
	H30 年度		R4 年度		R4 年度	R4 年度	R4 年度	
高齢化率	9,615 人	35.5%	9,640 人	38.7%	36.2%	33.1%	28.7%	
2号認定者	56 人	0.65%	33 人	0.43%	0.37%	0.38%	0.38%	
新規認定者	7 人		6 人		--	--	--	
1号認定者	2,244 人	23.3%	2,193 人	22.7%	19.1%	20.5%	19.4%	
再掲	新規認定者	275 人		236 人		--	--	--
	65～74 歳	215 人	5.1%	212 人	4.9%	--	--	--
	新規認定者	46 人		55 人		--	--	--
	75 歳以上	2,029 人	37.3%	1,981 人	37.6%	--	--	--
	新規認定者	229 人		181 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 14 介護給付費の変化

	吉崎市		同規模	県	国
	H30 年度	R4 年度	R4 年度	R4 年度	R4 年度
総給付費	30 億 3630 万円	30 億 6160 万円	--	--	--
1 人あたり給付費(円)	315,788	317,593	300,230	310,443	290,668
1 件あたり給付費(円) 全体	60,627	62,512	70,503	69,584	59,662
居宅サービス(円)	37,532	37,112	43,936	49,376	41,272
施設サービス(円)	274,251	292,661	291,914	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

図表 15 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		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)		33		213		1,985		2,198		2,231		
再)国保・後期		27		160		1,916		2,076		2,103		
（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	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
				割合		割合		割合		割合		割合
	循環器疾患	1	脳卒中	17 63.0%	脳卒中	69 43.1%	虚血性心疾患	946 49.4%	虚血性心疾患	992 47.8%	虚血性心疾患	999 47.5%
		2	虚血性心疾患	7 25.9%	虚血性心疾患	46 28.8%	脳卒中	835 43.6%	脳卒中	904 43.5%	脳卒中	921 43.8%
		3	腎不全	6 22.2%	腎不全	22 13.8%	腎不全	486 25.4%	腎不全	508 24.5%	腎不全	514 24.4%
	合併症	4	糖尿病合併症	7 25.9%	糖尿病合併症	25 15.6%	糖尿病合併症	238 12.4%	糖尿病合併症	263 12.7%	糖尿病合併症	270 12.8%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			22 81.5%	基礎疾患	144 90.0%	基礎疾患	1,836 95.8%	基礎疾患	1,980 95.4%	基礎疾患	2,002 95.2%
	血管疾患合計			26 96.3%	合計	145 90.6%	合計	1,867 97.4%	合計	2,012 96.9%	合計	2,038 96.9%
	認知症			3 11.1%	認知症	45 28.1%	認知症	825 43.1%	認知症	870 41.9%	認知症	873 41.5%
	筋・骨格疾患			21 77.8%	筋骨格系	132 82.5%	筋骨格系	1,876 97.9%	筋骨格系	2,008 96.7%	筋骨格系	2,029 96.5%

※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

③ 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者の減少に伴い総医療費も減少傾向となっており、1人あたり医療費は同規模保険者と比べて低くなっていますが、平成30年度と比較して約3万円伸びています。また、入院医療費は、全体のレセプトの4%程度にも関わらず、医療費全体の約46%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較して約3万円高くなっています。(図表16)

また年齢調整をした地域差指数をみると、入院の指数が高いため全体が全国平均の1を超えています。国民健康保険では、令和3年度は平成30年度より低く、県内の順位も下がっていますが、後期高齢者医療では、平成30年度より高く、県内順位も上がっています。(図表17)

図表 16 医療費の推移

	各岐市		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)	7,849人	6,515人	--	--	--
前期高齢者割合	3,272人 (41.7%)	2,970人 (45.6%)	--	--	--
総医療費	28億6878万円	25億5526万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)	365,496 県内13位 同規模122位	392,212 県内16位 同規模161位	394,521	411,157	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	501,130	533,190	585,610	617,950
	費用の割合	47.4	45.7	43.3	39.6
	件数の割合	4.3	4.1	3.1	2.5
外来	1件あたり費用額	25,000	27,270	24,850	23,780
	費用の割合	52.6	54.3	56.7	60.4
	件数の割合	95.7	95.9	96.9	97.5
受診率	657.022	653.591	751.942	771.133	705.439

※同規模順位は各岐市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

図表 17 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			
	各岐市 (県内 21 市町中)		県 (47 県中)	各岐市 (県内 21 市町中)		県 (47 県中)	
	H30 年度	R3 年度	R3 年度	H30 年度	R3 年度	R3 年度	
地域差指数・順位	全体	1.115	1.047	1.128	1.026	1.054	1.155
		(9 位)	(17 位)	(7 位)	(16 位)	(11 位)	(4 位)
	入院	1.362	1.212	1.316	1.174	1.192	1.284
		(8 位)	(14 位)	(7 位)	(12 位)	(12 位)	(4 位)
	外来	0.975	0.963	1.007	0.881	0.929	1.023
		(8 位)	(9 位)	(17 位)	(16 位)	(10 位)	(11 位)

出典：地域差分析(厚労省)

④ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると低下していますが、虚血性心疾患については、平成 30 年度より 0.3 ポイント伸びており、同規模、県よりも高くなっています。(図表 18)

次に、患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較すると、脳血管疾患・虚血性心疾患の患者数は減少していますが、被保険者数も減少傾向にあるため割合は伸びています。年代別にみると、治療者の数は減少傾向にありますが、65～74 歳の脳血管疾患・虚血性心疾患の

割合は伸びています。(図表 19)

脳血管疾患新規発症者についてみると、令和 3 年度は 104 人(65 歳未満は 25 人(24.0%))でした。うち、短期的な目標疾患のある者の割合は、高血圧は 69.2%、脂質異常症は 53.8%であり、基礎疾患との関係性が高いことが分かります。脳血管疾患の発症と高血圧等の治療の開始が同時期になっている事例が多く、特定健診未受診者が 30.8%を占めています。令和 2 年度と 3 年度の年間医療費を比較すると、約 3 倍増加しており、80 万円以上の高額医療となった割合は 30.8%となっています。また、介護保険認定者は 11.5%となっています。脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患です。(図表 20)

虚血性心疾患新規発症者についてみると、令和 3 年度は 79 人(65 歳未満は 18 人(22.8%))でした。うち、短期的な目標疾患のある者の割合は、高血圧は 84.8%、脂質異常症は 62.0%です。虚血性心疾患の発症時に他の合併症(脳血管疾患、腎不全)も起こしており、死亡者が 7.6%となっています。令和 2 年度と 3 年度の年間医療費を比較すると、2.3 倍増加し、80 万円以上の高額医療となった割合は 40.5%となっており、虚血性心疾患の発症と同時期に高血圧や糖尿病、脂質異常症といった基礎疾患の治療が開始となった事例が見受けられます。特定健診未受診者が 43.0%を占めており、介護保険認定者は 11.4%となっています。(図表 21)

透析患者の状況についてみると、令和 3 年度は 37 人(65 歳未満は 16 人(43.2%))、うち新規は 3 人(65 歳未満は 1 人(33.3%))でした。短期的な目標疾患のある者の割合は、高血圧は 89.2%、糖尿病は 48.6%、脂質異常症は 45.9%で、ほぼ全員に基礎疾患があり、他の合併症(虚血性心疾患 67.6%、脳血管疾患 40.5%)も起こしており、死亡者が 18.9%となっています。令和 2 年度と 3 年度の年間医療費を比較すると、大きな変化はありませんが、91.9%が 80 万円以上の高額医療となっています。(図表 22)

このことから、中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)は、短期目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)との関係性が高いことが分かります。特に、脳血管疾患と虚血性心疾患では、発症時に高血圧の治療が開始となっている事例も多く、約 3~4 割が特定健診未受診者です。脳血管疾患と虚血性心疾患を比較すると、発症後の介護認定率は同程度ですが、介護給付費は脳血管疾患の方が 2.4 倍と高く、死亡率は虚血性心疾患の方が高くなっています。また、65 歳未満での新規発症率は、どちらの疾患も 2 割強となっています。そのため、特定健診受診勧奨と高血圧、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 18 中長期目標疾患の医療費の推移

			岐阜市		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)			28億6878万円	25億5526万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			2億5037万円	1億8274万円	--	--	--
			8.73%	7.15%	7.84%	8.86%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.92%	1.27%	2.10%	1.93%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.37%	1.60%	1.39%	1.37%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.97%	4.07%	4.05%	5.27%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.48%	0.21%	0.30%	0.29%	0.29%
そ 疾 の 患 の	悪性新生物		13.81%	15.47%	16.91%	15.50%	16.69%
	筋・骨疾患		10.33%	11.03%	9.00%	9.25%	8.68%
	精神疾患		8.05%	7.67%	8.74%	9.41%	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 19 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
					H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者(人) 0~74歳	A	7,849	6,515	a	755	654	668	581	46	33	
				a/A	9.6%	10.0%	8.5%	8.9%	0.6%	0.5%	
40歳以上	B	6,029	5,104	b	742	649	662	576	45	32	
	B/A	76.8%	78.3%	b/B	12.3%	12.7%	11.0%	11.3%	0.7%	0.6%	
再掲	40~64歳	D	2,757	2,134	d	206	150	178	119	20	13
		D/A	35.1%	32.8%	d/D	7.5%	7.0%	6.5%	5.6%	0.7%	0.6%
	65~74歳	C	3,272	2,970	c	536	499	484	457	25	19
		C/A	41.7%	45.6%	c/C	16.4%	16.8%	14.8%	15.4%	0.8%	0.6%

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

図表 20 脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)新規発症者(※1)の健診・医療・介護の状況

※1 平成30年～令和2年度に1度も脳血管疾患の診断がなく、令和3年度にその診断がある者(令和3年度以降に資格取得した者を除く)

※2 事例は、令和3年度にその診断がある者のうち、令和3年度の年間医療費上位10名

事例 No.※2	R3 年代	医療 ※疾患別の「●」は令和3年度以降、「○」は以前から治療をしているものを表す							年間医療費		介護		特定 健診	転 帰
		重症化・合併症 (中長期目標疾患)				基礎疾患 (短期目標疾患)			R2年度	R3年度	R4年度			
		脳血管 疾患	虚血性 心疾患	腎不全	人工 透析	高血圧	糖尿病	脂質 異常症			介護認定	介護給付費		
1	60歳代	●				○			10万円	1,300万円	なし		受診	
2	50歳代	●				●			0万円	840万円	あり	90万円	未受診	
3	60歳代	●				●			30万円	760万円	あり	420万円	未受診	
4	60歳代	●		○		○	○		850万円	650万円	あり	0万円	未受診	死亡
5	60歳代	●				●			1万円	590万円	あり	1,680万円	未受診	
6	50歳代	●	○	○		○	○	○	50万円	580万円	なし		受診	
7	70歳代	●							190万円	530万円	あり	0万円	未受診	死亡
8	60歳代	●	●			●			1万円	420万円	なし		受診	
9	60歳代	●	○	○		●	○	●	240万円	390万円	なし		受診	
10	50歳代	●				○		○	7万円	340万円	なし		受診	
令和3年度 新規発症者の 状況		104人	21人	24人	0人	72人	35人	56人	4,021万円	12,461万円	12人	1,061万円	未受診者	死亡者数
割合			20.2%	23.1%	0.0%	69.2%	33.7%	53.8%	80万円以上	32名			32人	3人
									割合	30.8%	11.5%		30.8%	2.9%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 21 虚血性心疾患新規発症者(※1)の健診・医療・介護の状況

※1 平成30年～令和2年度に1度も虚血性心疾患の診断がなく、令和3年度にその診断がある者(令和3年度以降に資格取得した者を除く)

※2 事例は、令和3年度にその診断がある者のうち、令和3年度の年間医療費上位10名

事例 No.※2	R3 年代	医療 ※疾患別の「●」は令和3年度以降、「○」は以前から治療をしているものを表す							年間医療費		介護		特定 健診	転 帰
		重症化・合併症 (中長期目標疾患)				基礎疾患 (短期目標疾患)			R2年度	R3年度	R4年度			
		虚血性 心疾患	脳血管 疾患	腎不全	人工 透析	高血圧	糖尿病	脂質 異常症			介護認定	介護給付費		
1	70歳代	●		○	●	○		○	100万円	950万円	あり	0万円	未受診	死亡
2	60歳代	●				●	●		0万円	940万円	なし		未受診	死亡
3	70歳代	●				●	○		70万円	880万円	あり	0万円	未受診	
4	60歳代	●				●	●	●	150万円	870万円	なし		未受診	
5	70歳代	●		●		○		○	520万円	530万円	なし		受診	
6	60歳代	●	○	○	○	○		○	520万円	470万円	なし		未受診	
7	60歳代	●				●			0万円	420万円	あり	8万円	未受診	
8	60歳代	●	○			●	●	○	3万円	340万円	なし		未受診	死亡
9	70歳代	●		○		○	○	○	40万円	340万円	なし		受診	
10	60歳代	●				○	○		8万円	330万円	あり	310万円	未受診	
令和3年度 新規発症者の 状況		79人	22人	22人	2人	67人	33人	49人	4,823万円	11,388万円	9人	436万円	未受診者	死亡者数
割合			27.8%	27.8%	2.5%	84.8%	41.8%	62.0%	80万円以上	32名			34人	6人
									割合	40.5%	11.4%		43.0%	7.6%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 22 透析患者(※1)の健診・医療・介護の状況

※1 令和3年度に人工透析(腹膜透析)の処置がある者(外傷による循環不全や尿路の閉塞等による急性腎不全から、一時的に透析が必要になった場合も含む)

※2 事例は、令和3年度の年間医療費上位10名

事例 No. ※2	R 3 年 代	医療 ※疾患別の「●」は令和3年度以降、「○」は以前から資料をしているものを表す							年間医療費		介護		特定 健診	転 帰
		重症化・合併症 (中長期目標疾患)				基礎疾患 (短期目標疾患)			R2年度	R3年度	R4年度			
		腎不全	人工 透析	脳血管 疾患	虚血性 心疾患	高血圧	糖尿病	脂質異 常症			介護認定	介護給付費		
1	70歳代	○	○		○	○			290万円	1,160万円	なし		未受診	
2	50歳代	○	○			○	○		490万円	1,050万円	なし		未受診	
3	70歳代	○	●		●	○		○	100万円	950万円	あり	0万円	未受診	死亡
4	70歳代	○	○			○			450万円	870万円	あり	0万円	未受診	
5	70歳代	○	○	○	○	○	○	○	1,120万円	870万円	なし		未受診	死亡
6	50歳代	○	○		○	○			820万円	850万円	なし		未受診	
7	70歳代	○	○	○	○	○	○	○	940万円	800万円	なし		受診	
8	60歳代	○	○		○	○			580万円	800万円	なし		未受診	死亡
9	40歳代	●	●	○		○			290万円	730万円	あり	310万円	未受診	
10	60歳代	○	○			○	○		550万円	710万円	なし		未受診	
令和3年度 透析患者の 状況		37人	37人	15人	25人	33人	18人	17人	19,662万円	17,930万円	9人	436万円	未受診者	死亡者数
割合			100.0%	40.5%	67.6%	89.2%	48.6%	45.9%	80万円以上 割合	34人 91.9%	24.3%		34人 91.9%	7人 18.9%

出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合はわずかながら減っています。(図表 23、24、25)

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

図表 23 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覽)		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		A(人)	2,696	2,421	823	644	1,873	1,777
		A/被保数	44.7%	47.4%	29.9%	30.2%	57.2%	59.8%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B(人)	398	322	95	64	303	258
		B/A	14.8%	13.3%	11.5%	9.9%	16.2%	14.5%
	虚血性心疾患	C(人)	508	442	132	87	376	355
		C/A	18.8%	18.3%	16.0%	13.5%	20.1%	20.0%
	人工透析	D(人)	42	31	20	13	22	18
		D/A	1.6%	1.3%	2.4%	2.0%	1.2%	1.0%

出典:KDB システム_疾病管理一覽(高血圧症)_地域の全体像の把握

図表 24 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覽)		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		A(人)	1,236	1,116	389	332	847	784
		A/被保数	20.5%	21.9%	14.1%	15.6%	25.9%	26.4%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B(人)	180	155	37	33	143	122
		B/A	14.6%	13.9%	9.5%	9.9%	16.9%	15.6%
	虚血性心疾患	C(人)	239	211	55	45	184	166
		C/A	19.3%	18.9%	14.1%	13.6%	21.7%	21.2%
	人工透析	D(人)	22	14	12	8	10	6
		D/A	1.8%	1.3%	3.1%	2.4%	1.2%	0.8%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E(人)	90	141	30	45	60	96
		E/A	7.3%	12.6%	7.7%	13.6%	7.1%	12.2%
	糖尿病性網膜症	F(人)	274	287	92	83	182	204
		F/A	22.2%	25.7%	23.7%	25.0%	21.5%	26.0%
	糖尿病性神経障害	G(人)	53	43	14	10	39	33
		G/A	4.3%	3.9%	3.6%	3.0%	4.6%	4.2%

出典:KDB システム_疾病管理一覽(糖尿病)_地域の全体像の把握

図表 25 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40 歳以上		再掲				
				40～64 歳		65～74 歳		
		H30 年度	R04 年度	H30 年度	R04 年度	H30 年度	R04 年度	
脂質異常症治療者		A(人)	1,878	1,747	558	489	1,320	1,258
		A/被保数	31.1%	34.2%	20.2%	22.9%	40.3%	42.4%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B(人)	271	244	55	48	216	196
		B/A	14.4%	14.0%	9.9%	9.8%	16.4%	15.6%
	虚血性心疾患	C(人)	363	331	88	65	275	266
		C/A	19.3%	18.9%	15.8%	13.3%	20.8%	21.1%
	人工透析	D(人)	17	15	6	7	11	8
		D/A	0.9%	0.9%	1.1%	1.4%	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

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を平成 30 年度と令和 3 年度で比較したところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療の方が高血圧で約 23%、糖尿病で 8%程あり、その割合は糖尿病において同規模の市町と比較して高くなっています。(図表 26)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図り、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 26 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4~R4.3)			
	受診者 A (人)	受診率 (%)	受診者 B (人)	受診率 (%)			未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
壱岐市	2,778	46.1	2,316	41.9	164	5.9	77	47.0	144	6.2	75	52.1	33	22.9	2	1.4
同規模	210,761	42.9	185,504	40.2	11,219	5.3	6,322	56.4	10,663	5.7	5,988	56.2	3,715	34.8	522	4.9

	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			未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/a	J	J/I	K	K/b	L	L/K	M	M/K	N	N/K
壱岐市	2,649	95.4	2,302	99.4	119	4.5	37	31.1	108	4.7	31	28.7	9	8.3	4	3.7
同規模	206,875	98.2	183,084	98.7	9,576	4.6	2,472	25.8	9,366	5.1	2,316	24.7	615	6.6	274	2.9

出典:ヘルスサポートラボツール

③健診結果の経年変化

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

本市の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、3ポイントも伸びています。その中でも2~3項目の危険因子が重なっている割合が増加しており、同規模、県、国と比較しても高い割合です。特に、男性のメタボリックシンドローム該当者が4ポイント上昇しています。メタボリックシンドローム該当・予備軍レベルで、「血圧・脂質」の割合が最も高く、次に、「血圧のみ」の割合が高くなっており、内臓脂肪の蓄積によるものと考えられます。(図表27、28)

重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、血圧、LDLコレステロールにおいて微増しているものの、翌年度の結果を見ると、全ての項目で改善率が向上しています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割弱程度存在し、結果が把握できていません。(図表29、30、31)

壱岐市のメタボリックシンドロームの該当者が増えた背景について特定健診質問票結果からみると、平成30年度と令和4年度を比較して割合が増加している項目として、「喫煙」、「20歳時体重から10kg以上増加」、「1日30分以上運動習慣なし」、「毎日飲酒」が挙げられ、加えて、同規模平均、県、国と比較して割合が高い項目として、「週3回以上朝食を抜く」、「週3回以上就寝前夕食」、「1日1時間以上運動なし」が挙げられます。(図表32)

このことより、生活習慣の改善を含めた健診結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、健診受診者に対して、継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 27 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	該当者	予備群	
		3項目	2項目
H30	593 (21.4%)	180 (6.5%)	413 (14.9%)
R4	517 (24.2%)	146 (6.9%)	371 (17.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 28 メタボリックシンドローム該当・予備軍該当者の状況

		各岐市		同規模	県	国	
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度	
メタボリック シンドローム	該当者	21.4%	24.2%	21.2%	21.6%	20.3%	
	男性	30.9%	34.8%	32.6%	33.2%	32.0%	
	女性	13.4%	14.5%	11.9%	12.2%	11.0%	
	予備群	13.6%	13.5%	10.9%	12.1%	11.2%	
	男性	19.6%	20.3%	16.9%	18.9%	17.9%	
	女性	8.5%	7.2%	5.9%	6.6%	5.9%	
メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	38.6%	41.4%	35.0%	36.8%	35.0%
		男性	56.2%	60.4%	54.0%	56.9%	55.3%
		女性	23.8%	23.9%	19.6%	20.7%	18.8%
	BMI	総数	8.1%	6.3%	5.3%	4.8%	4.7%
		男性	3.0%	1.8%	1.8%	1.6%	1.7%
		女性	12.3%	10.5%	8.1%	7.3%	7.1%
	血糖のみ		0.7%	0.7%	0.7%	0.5%	0.6%
	血圧のみ		10.5%	10.4%	7.8%	9.2%	7.9%
	脂質のみ		2.3%	2.5%	2.4%	2.4%	2.7%
	血糖・血圧		3.5%	4.1%	3.3%	3.3%	3.0%
	血糖・脂質		0.9%	1.0%	1.1%	0.8%	1.0%
	血圧・脂質		10.4%	12.3%	9.7%	10.9%	9.7%
	血糖・血圧・脂質		6.5%	6.8%	7.2%	6.6%	6.6%

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

※図表中網掛けは平成30年度と比較して割合が高くなっているもの、太字は同規模・県・国と比較して割合が高いもの。

図表 29 HbA1c6.5%以上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→R1	263 (9.9%)	60 (22.8%)	88 (33.5%)	45 (17.1%)	70 (26.6%)
R3→R4	228 (9.9%)	62 (27.2%)	77 (33.8%)	29 (12.7%)	60 (26.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 30 II度高血圧以上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→R1	164 (5.9%)	88 (53.7%)	36 (22.0%)	8 (4.9%)	32 (19.5%)
R3→R4	144 (6.2%)	78 (54.2%)	25 (17.4%)	3 (2.1%)	38 (26.4%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 31 LDLコレステロール 160 以上の前年度からの変化(継続受診者)

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	298 (10.7%)	148 (49.7%)	78 (26.2%)	22 (7.4%)	50 (16.8%)
R3→R4	265 (11.4%)	139 (52.5%)	47 (17.7%)	14 (5.3%)	65 (24.5%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 32 特定健診質問票結果の比較

項目	壱岐市		同規模平均	長崎県	国	
	H30 年度	R4 年度	R4 年度	R4 年度	R4 年度	
	割合 (%)					
喫煙	14.6	15.6	12.9	13.2	13.8	
週 3 回以上朝食を抜く	10.9	10.7	7.8	10.0	10.3	
週 3 回以上就寝前夕食	21.8	21.4	14.9	13.4	15.7	
食べる速度が速い	24.3	21.6	26.8	27.5	26.8	
20 歳時体重から 10kg 以上増加	36.3	38.1	34.7	35.3	34.9	
1 回 30 分以上運動習慣なし	70.7	71.2	62.7	59.8	60.3	
1 日 1 時間以上運動なし	59.4	57.4	47.2	43.9	48.0	
睡眠不足	25.9	25.9	25.0	23.6	25.6	
毎日飲酒	24.1	26.0	25.4	24.5	25.5	
時々飲酒	22.2	19.2	20.5	20.8	22.4	
一日飲酒量	1 合未満	62.4	63.2	62.9	68.3	64.2
	1～2 合	27.3	26.8	25.1	22.3	23.7
	2～3 合	8.0	8.0	9.5	7.6	9.3
	3 合以上	2.3	1.9	2.5	1.8	2.7

出典：ヘルスサポートラボツール

※図表中網掛けは平成 30 年度と比較して割合が高くなっているもの、太字は同規模・県・国と比較して割合が高いもの。

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、令和元年度には 51.8%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響により、令和 2 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 33) また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 30 歳代を対象とした先取り健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 歳代は特に低い状況が続いています。(図表 34)

特定保健指導については、令和元年度に実施率が低下していますが、令和 2 年度以降は上昇しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。(図表 33)

図表 33 特定健診・特定保健指導の推移

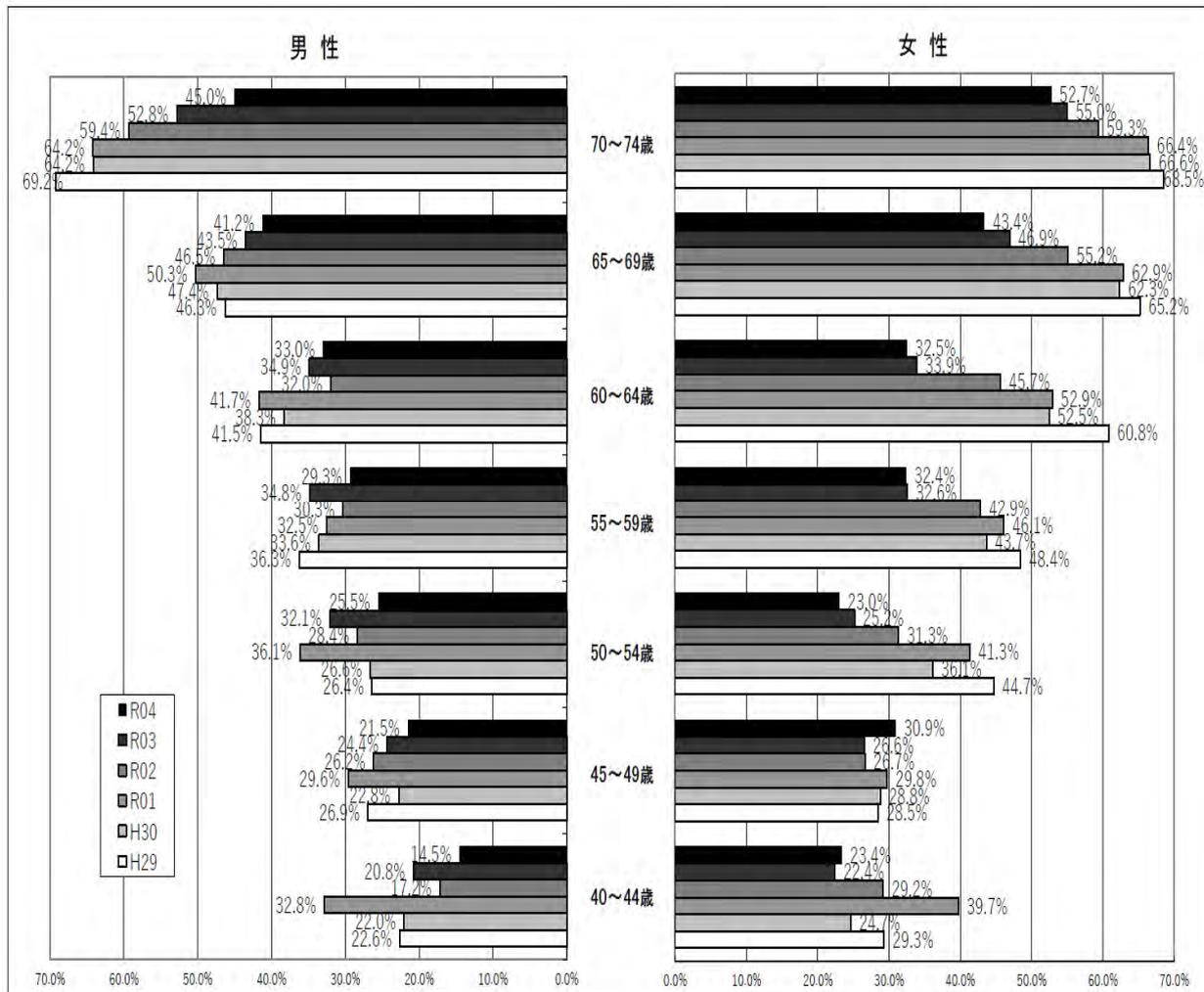
(単位:人)

		H30	R1	R2	R3	R4	R5 目標値
特定健診	受診者数	2,717	2,778	2,395	2,355	2,093	健診受診率 61.0%
	受診率	49.0%	51.8%	45.2%	46.1%	44.6%	
特定保健 指導	該当者数	314	327	248	258	215	特定保健指 導実施率 66.0%
	割合	11.6%	11.8%	10.4%	11.0%	10.3%	
	実施者数	150	126	134	148	110	
	実施率	47.8%	38.5%	54.0%	57.4%	51.2%	

出典: 特定健診法定報告データ

※図表 33 の「出典: 特定健診法定報告データ」の健診受診者数は、実施年度中に 40～74 歳となる被保険者(当該年度において 75 歳に達する者を含む。)で、かつ当該実施年度の 1 年間を通じて加入している被保険者のうち、妊産婦等除外者を除いた者で特定健診を受診した被保険者の数です。

図表 34 年代別特定健診受診率の推移



2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組の強化

① 糖尿病性腎症重症化予防

平成 28 年度から、糖尿病の悪化による人工透析導入を予防するために、前年度の健診結果から糖尿病性腎症あるいはそれに類する対象者を抽出し、かかりつけ医から指示をもらい 6 か月間の保健指導を実施しています。

また、平成 30 年度から「長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」に基づき、医療機関未受診者の受診勧奨と、ハイリスク者の保健指導を実施しています。令和 2 年度からは市主催による「糖尿病性腎臓病重症化予防対策会議」を開催し、壱岐医師会、壱岐保健所等と情報共有や課題分析等を実施し重症化予防に努めています。

アウトソーシングは 3 医療機関で実施し、専門職間での連携も図りやすくなっています。効果的に実施するために各種研修会へ参加し従事者のスキルアップを図り、保健師・看護師、管理栄養士等が力を発揮しています。

かかりつけ医と専門医の連携については、専門医が少ない状況もあり、壱岐保健所と連携し体制づくりをすすめています。なお、令和 5 年度からは当該年度の健診結果から対象者を抽出し、ハイリスク者に対する保健指導を実施しています。

ハイリスク者に対する保健指導の実施については、血糖値有所見者割合、未治療・中断の割合も増加傾向にあるため、改善に向けた効果的な取組が今後の課題となっています。保健指導における改善率を向上させ、指導の効果を維持していくために、保健指導終了後の支援体制についても検討する必要があります。

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

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

図表 35 ハイリスク者に対する保健指導

		R2	R3	R4
対象者	a(人)	9	7	12
実施者数	b(人)	7	4	5
実施率	b/a(%)	77.8	57.1	41.7

図表 36 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		R2	R3	R4
健診受診者	a(人)	2,439	2,406	2,123
血糖値有所見者	b(人)	234	228	226
(HbA1c6.5%以上)	b/a(%)	9.6	9.5	10.6

※図表 35 以降の健診受診者数は、法定報告対象者(図表 33 の健診受診者数)に限らず、健診受診者の実数を計上しています。

図表 37 治療が必要な者の適切な受診

		R2	R3	R4
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 ※2	人(b)	104	89	103
	(b/a)	44.4%	39.0%	45.6%

※2 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

②高血圧予防

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約6%の横ばいで、その約5割が未治療者です。

高血圧の治療をしているにもかかわらず高血圧Ⅱ度以上が、令和4年度において65名、更に、高血圧Ⅲ度以上が5名ですが、平成30年度からの変化をみると低下しています。また、高血圧の未治療者で高血圧Ⅱ度以上が、令和4年度において54名、更に、高血圧Ⅲ度以上が6名ですが、平成30年度からの変化をみると減少しています。

本市では、重症化予防対策として、高血圧Ⅱ度以上の未治療者及び治療中者に対し、医療機関受診勧奨と家庭血圧の確認、高血圧改善の生活指導を実施しました。引き続き、高血圧Ⅱ度以上の者に対し、家庭血圧測定の推奨と高血圧改善の生活指導を実施し、未治療者には医療機関受診勧奨を行うとともに、治療中には服薬状況の確認を行い、必要に応じて医療機関と連携した保健指導を行っていきます。(図表 38)

図表 38 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者		人(a)	2,778	2,829	2,439	2,316	2,123
血圧Ⅱ度以上の者		人(b)	164	182	162	144	119
		(b/a)	5.9%	6.4%	6.6%	6.2%	5.6%
	治療あり	人(c)	87	84	87	69	65
		(c/b)	53.0%	46.2%	53.7%	47.9%	54.6%
	治療なし	人(d)	77	98	75	75	54
		(d/b)	47.0%	53.8%	46.3%	52.1%	45.4%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	20	31	19	15	11
		(f/a)	0.7%	1.1%	0.8%	0.6%	0.5%
	治療あり	人	6	11	7	7	5
	治療なし	人	14	20	12	8	6

ヘルスサポートラボツールをもとに集計

③糖尿病予防

HbA1c6.5以上の割合は、約10%の横ばいですが、わずかに上昇しており、約4割が未治療者です。

令和4年度において、HbA1c6.5以上のうち、治療なしの者は103名、更に、HbA1c7.0以上は42名と増加傾向にあります。

本市では、重症化予防対策として、HbA1c6.5以上の未治療者に対し、医療機関受診勧奨と食事や運動等の生活習慣改善指導を実施しました。引き続き、HbA1c6.5以上の未治療者に対し、保健指導を実施し、実施後は医療機関受診の確認と生活習慣の改善の有無の確認を確実に行う必要があります。また、治療開始時には、治療状況の確認を行い、必要に応じて医療機関と連携した保健指導を行っていきます。(図表39)

図表39 HbA1c6.5以上の者のうち、未治療者の状況

			H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者		人(a)	2,649	2,740	2,331	2,302	2,106
HbA1c6.5以上の者		人(b)	263	270	234	228	226
		(b/a)	9.9%	9.9%	10.0%	9.9%	10.7%
	治療あり	人(c)	148	158	130	139	123
		(c/b)	56.3%	58.5%	55.6%	61.0%	54.4%
	治療なし	人(d)	115	112	104	89	103
		(d/b)	43.7%	41.5%	44.4%	39.0%	45.6%
(再掲)	HbA1c7.0以上の者	人(f)	119	130	114	108	110
		(f/a)	4.5%	4.7%	4.9%	4.7%	5.2%
	治療あり	人	82	81	77	77	68
	治療なし	人	37	49	37	31	42

ヘルスサポートラボツールをもとに集計

④慢性腎臓病(CKD)予防

本市の人工透析患者の割合は、長崎県内でも高く、透析導入患者の原因疾患は、令和2年度までは糖尿病性腎症が最も高い状況にありましたが、令和3年度には高血圧が主原因の腎硬化症が最も高い状況となっています。これらは、予防可能な疾患であり、生活習慣の悪化を防ぐことが最も重要です。

尿蛋白とeGFRについて、平成3年度と令和4年度を比較すると、尿蛋白(2+)以上の割合は、0.2ポイント減少しており、eGFR45未満の割合も、0.2ポイント低下しています。また、治療ありの割合は、尿蛋白(2+)以上では、上昇していますが、eGFR45未満では、わずかに低下しています。(図表40、41)

本市では、重症化予防対策として、尿蛋白(2+)以上、または、eGFR45未満の未治療者に対し、医療機関受診勧奨と生活習慣改善指導を実施しました。引き続き、尿蛋白(2+)以上、または、eGFR45未満の未治療者に対し、保健指導を実施し、eGFRが下降傾向にある者や、尿蛋白に加えて、他の

異常所見がみられる場合は、早期に専門的な医療が開始できるよう、医療機関と連携して保健指導を行っていきます。

図表 40 尿蛋白(2+)以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R4
健診受診者		人(a)	2,757
尿蛋白(2+)以上の者		人(b)	71
		(b/a)	2.8%
	治療あり	人(c)	58
		(c/b)	82.7%
	治療なし	人(d)	13
		(d/b)	18.3%

ヘルスサポートラボツールをもとに集計

図表 41 eGFR45未満の者のうち、未治療者の状況

		H30	R4
健診受診者		人(a)	2,662
eGFR45未満の者		人(b)	85
		(b/a)	3.2%
	治療あり	人(c)	75
		(c/b)	88.2%
	治療なし	人(d)	10
		(d/b)	11.8%

ヘルスサポートラボツールをもとに集計

⑤受診勧奨値以上の保健指導の実施

生活習慣病の重症化予防のためには、特定健診受診者で受診勧奨値以上の人の医療機関受診は重要です。上記「②高血圧予防」、「③糖尿病予防」、「④慢性腎臓病(CKD)予防」対象者に対し、専門職(保健師、管理栄養士、看護師)による医療機関受診勧奨と保健指導を実施しました。

令和2年度は、感染症の流行により実施率は低下していますが、令和4年度は、該当者のうち、94.6%の対象者に実施しました。これにより、受診勧奨値以上の保健指導該当者の割合が低下していると考えられます。(図表42)

今後も特定健診の結果により、受診勧奨値以上の受診者に対して、医療機関受診勧奨を行い、早期に適切な医療につなげ、重症化を予防していきます。

図表 42 受診勧奨値以上の保健指導実績

		R2		R3		R4	
		対象者 (該当率)	実施者 (実施率)	対象者 (該当率)	実施者 (実施率)	対象者 (該当率)	実施者 (実施率)
腎	尿蛋白(2+)以上 eGFR45 未満	155 人 (6.7%)	72 人 (46.5%)	170 人 (7.2%)	143 人 (84.1%)	116 人 (5.4%)	109 人 (94.0%)
糖	HbA1c6.5 以上	181 人 (7.8%)	76 人 (42.0%)	182 人 (7.7%)	158 人 (86.8%)	45 人 (2.1%)	43 人 (95.6%)
血 圧	Ⅱ度(160/100)以上	92 人 (3.4%)	46 人 (50.0%)	78 人 (3.3%)	67 人 (86.0%)	79 人 (3.7%)	75 人 (94.5%)
合 計		428 人 (18.7%)	194 人 (45.3%)	430 人 (18.3%)	368 人 (85.6%)	240 人 (11.2%)	227 人 (94.6%)

(2) 特定健診受診率・特定保健指導実施率向上対策

① 特定健診受診率向上対策

○未受診者対策

長崎県の実施する「ICTを活用した特定健診受診率向上対策事業」を活用し、訴求力の高い資料を使用した受診勧奨通知を郵送しました。

○みなし健診・事業所健診の活用

特定健診情報提供事業を活用し、定期診療で特定健診の検査項目を満たす方について、みなし健診として、受診率へ反映しました。令和4年度は、未受診者への受診勧奨の際に情報提供書を同封し、みなし健診を受けやすい環境づくりに努めました。

事業所健診受診者の情報提供についても、事業所へ健診結果の提出を求めました。

○若い世代への受診率向上対策

40歳になる方、及び先取り健診対象者(30代の国民健康保険被保険者)で健診を受診し、健診結果説明会に参加された方へ、インセンティブを贈呈しました。

令和4年度から、それまで受診率向上対策として40、45、50、55、60、65歳になる方を対象として実施していたピロリ菌抗体検査を、若い世代の受診率向上を目的として、40歳及び45歳になられる方を対象として実施しました。

○普及啓発

受診率向上キャンペーンを、市内イベントやまちづくり協議会の協力を得て、実施しました。また、市報への健診情報の掲載や国保だよりの発行、ケーブルテレビにて普及啓発を実施しました。

○おたすけ健康スタンプラリー(インセンティブ事業)

介護予防事業と国民健康保険保健事業でそれぞれ実施していたスタンプラリーを統合し、令和2年から、介護予防事業(地域包括支援センター)と協働で実施しています。18歳以上の全市民を対象に、健康づくりに関する事業に参加された方へ、事業に応じてポイントを付与しています。

健診受診者や結果説明会、特定保健指導利用者へポイントを付与し、健診や生活習慣改善への意欲向上につながるよう工夫しています。

図表 43 おたすけ健康スタンプラリー実績

贈呈者数	R2(延べ)	R3(延べ)	R4(延べ)
10ポイント賞	260人	386人	605人
20ポイント賞	185人	131人	340人
30ポイント記念品	138人	103人	287人

②特定保健指導実施率向上のための取組

○利用勧奨

特定保健指導対象者へ、受診勧奨通知を送付し、さらに、健康増進課から電話での利用勧奨を実施しました。

○インセンティブ事業

特定保健指導を利用者された方へ、利用促進と行動変容の継続を期待することを目的とした「健康お助けグッズ」を進呈しました。

○積極的支援対象者の実施率向上の強化

生活習慣病リスクが高い積極的支援対象者の終了率を向上させる為に、中間評価として希望者の方へ腹部CT及び血液検査を実施しました。

③早期からの生活習慣病対策

○先取り健診

生活習慣病の予防のため、若い世代から受診行動の定着化と、生活習慣の見直し改善に早期に取り組むため、特定健診に準じた内容で、30歳代の健診を実施しました。

令和元年度から自己負担金を無料としました。また、受診券をなくし、受診しやすい環境づくりを行い、令和2年度から受診勧奨通知を送付しました。

30歳代国民健康保険加入者の健診受診率は、令和4年度は10.8%と低い状況ですが、上昇傾向にあります。(図表44)

先取り健診(30歳代)の結果から、生活習慣病の原因となる腹囲・BMI・HbA1c・LDL コレステロール・尿蛋白・肝機能の有所見者の割合が高くなっています。(図表45)

このことより、若い世代からの健診受診の重要性と健診について周知・啓発を行い、健診受診の定着化に努める必要があります。

図表 44 先取り健診実績

年 度		H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
目標値		100 人	115 人	130 人	140 人	150 人
受診者数		52 人	51 人	73 人	57 人	61 人
内 訳	30 歳代国保	21 人	20 人	44 人	34 人	42 人
	30 歳代国保外	21 人	17 人	17 人	14 人	13 人
	生保	10 人	14 人	12 人	9 人	6 人
【再掲】30 歳代国保						
受診率		3.9%	4.1%	9.8%	8.1%	10.8%
対象者数		537 人	489 人	451 人	421 人	390 人
受診者数		21 人	20 人	44 人	34 人	42 人

出典：各岐市先取り健診

図表 45 先取り健診検査結果

(%)

年 度	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
腹 囲	22.0	16.1	31.5	19.1	18.2
BMI	28.0	24.2	27.4	34.0	23.6
収縮期血圧	12.0	4.8	16.4	8.5	3.6
拡張期血圧	8.0	6.5	12.3	6.4	1.8
HbA1c	8.0	8.1	5.5	4.3	14.5
LDL コレステロール	40.0	40.3	35.6	31.9	14.5
尿蛋白	14.0	9.7	8.2	4.3	12.7
肝機能	26.0	22.6	26.0	10.6	20.0
尿酸	10.0	8.1	6.8	4.3	7.3

出典：各岐市先取り健診

④ 特定健診受診者のフォローアップ

○ 健診結果説明会

健康状態の維持向上のために、自身の健康状態の確認と生活習慣の見直し、疾病予防、早期発見、早期治療につなげることを目的として健診結果説明会を開催しました。

令和 2、3 年度は感染症の流行により一部中止しました。

図表 46 特定健診結果説明会実施状況

年 度	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
開催回数	48 回	67 回	22 回	18 回	38 回
参加者数	515 人	481 人	288 人	250 人	209 人

(3)生活習慣病対策の社会環境づくり(ポピュレーションアプローチ)

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

本市においては、保険者として、保健衛生部門と連携し、生活習慣病対策の取組を、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援しました。

取組内容としては、生活習慣病対策の社会環境づくりとして、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その背景にある地域の特性を個人の現状と社会環境等について、各種団体や自治公民館等の地域団体で健康教育や啓発を行い、広く市民へ周知を行いました。

①健康づくりに取り組む地域を増やす方策

安全安心まちづくり交付金を活用し、自治公民館において福祉保健部の設置をとおして、地域での健康づくりの推進を促しました。福祉保健部の設置は年々増加しましたが、新型コロナウイルス感染症の影響により、健康づくり活動を実施できた自治公民館は令和3年度に減少しましたが、令和4年度は増加しています。

図表 47 福祉保健部における健康づくりの取組状況

年度	H30	R1	R2	R3	R4
福祉保健部の設置	97.9%	98.7%	99.6%	99.6%	100.0%
健康づくり活動の実施自治公民館割合	34.6%	58.1%	78.0%	38.7%	65.9%

②運動しやすい環境づくりをすすめる方策

本市において、運動習慣のない者の割合は国や県と比較して高く、横ばい傾向にあります。

メタボリックシンドローム予防や介護予防のために考案した「壱岐うらふれ体操」を普及宣伝隊であるなごいきよう隊と協働で普及に努めました。さらに、身近な運動であるラジオ体操やウォーキングなども保健指導等の機会等に紹介し、市民が身近に運動に取り組める機会としました。

図表 48 運動習慣の状況

年度	H30	R1	R2	R3	R4
1日30分以上の運動習慣なしの割合の減少(特定健診質問票項目より)	70.7%	71.0%	69.6%	71.3%	71.2%
1日1時間以上運動なしの割合の減少(特定健診質問票項目より)	59.4%	58.9%	58.1%	58.6%	57.4%

③受動喫煙防止のための方策

本市において、喫煙者の割合は、男女とも上昇しています。自治公民館における建物内禁煙の実施については、実施率は向上し、令和4年度は93.2%となっています。

喫煙や受動喫煙によるたばこの害について健康教育や出前講座を実施し、ケーブルテレビや広報誌により周知啓発しました。また、保健指導の機会を捉え、禁煙指導や禁煙外来の紹介などを実施しました。

本市では、自治公民館において福祉保健部の活動で建物内禁煙を目指し、禁煙ステッカーの掲示等の受動喫煙防止対策もすすめました。さらに、吉岐保健所と協働で公共施設等の禁煙と分煙について情報提供し、灰皿撤去等に努めました。

図表 49 禁煙の状況

年 度		H30	R1	R2	R3	R4
喫煙者割合の減少 (特定健診質問票項目より)	男性	25.5%	26.8%	24.9%	25.9%	26.8%
	女性	5.4%	5.2%	5.1%	5.6%	5.4%
自治公民館における建物内禁煙の実施		56.5%	72.4%	83.4%	90.0%	93.2%

④生活習慣病リスクを高める量の飲酒を減らすための方策

本市において、飲酒者の割合は、男女ともほぼ横ばいです。

飲酒が健康に与える影響や適正飲酒についての健康教育や出前講座の実施、ケーブルテレビや広報誌などで周知啓発し、地域全体で取り組めるよう働きかけました。特に働き盛りの方と女性に対して重点的に啓発しました。

図表 50 飲酒の状況

年 度		H30	R1	R2	R3	R4
適正飲酒を超えている者の割合 の減少(1合以上) (特定健診質問票項目より)	男性	56.6%	55.5%	53.7%	53.5%	55.2%
	女性	13.6%	12.5%	13.2%	12.9%	13.3%

(3) 特定健診受診率・保健指導実施率向上のための保健事業の取組

図表 51 第 2 期データヘルス計画における取組

	特定健診	特定保健指導	重症化予防	その他保健事業
対象者	40～74 歳の被保険者	動機付け・積極的支援の対象者	健診受診者でリスクの高い者	
H29 以前から継続	<ul style="list-style-type: none"> ・受診券の発行 ・事業所健診の情報提供の呼びかけ ・情報提供書(みなし健診)の実施 ・健診普及員による健診受診勧奨 ・前立腺検査の実施 ・お得感を感じる健診項目の追加(前立腺検査、ピロリ菌抗体検査) ・インセンティブ事業の実施(健診受診でおたすけ健康スタンプの付与) ・休日健診の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・個別案内の実施 ・結果説明会の会場で合同実施 ・アウトソーシングの実施 ・脱落防止のための中間評価の実施 ・利用者特典としてのインセンティブ付与(健康お助けグッズ) 	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨値の者へ二次検査依頼書兼報告書(紹介状)の同封 ・CKD 対策の取組(結果通知へ eGFR の掲載) ・糖尿病性腎症重症化予防事業実施 ・腎機能評価委員会(沓岐保健所) ・沓岐地域医療・健康開発研究事業と連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・先取り健診 ・結果説明会の開催 ・国保だよりの発行 ・沓岐うらふれ体操の作成 ・福祉保健部設置
H30	<ul style="list-style-type: none"> ・得々ごいっしょ健診カードの発行 ・普及員による受診勧奨 		<ul style="list-style-type: none"> ・腎機能評価委員会の開催(沓岐保健所) ・糖尿病教室への参画 	<ul style="list-style-type: none"> ・結果説明会の開催
R1	<ul style="list-style-type: none"> ・健診期間の延長:6 月から翌年 2 月まで ・自己負担金 1,000 円を無料へ ・受診勧奨通知の発送 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康おたすけグッズに運動グッズを追加 	<ul style="list-style-type: none"> ・腎機能評価委員会の開催(沓岐保健所) 	<ul style="list-style-type: none"> ・先取り健診自己負担金無料へ受診券の廃止 ・結果説明会感染症流行のため一部中止
R2	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナ感染症のため、健診開始時期の遅延:7 月 13 日～翌年 2 月 ・受診勧奨通知の発送(長崎県共同事業) 		<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎臓病重症化予防対策会議の開催(腎機能評価委員会を保健所主催から沓岐市主催へ) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結果説明会介護予防教室(はつらつ元氣塾)と同会場で開催感染症流行のため一部中止
R3	<ul style="list-style-type: none"> ・健診期間:6 月～翌年 3 月 15 日(感染症のため一部医療機関で延長) 	<ul style="list-style-type: none"> ・受託医療機関 1 か所増える 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎臓病重症化予防対策会議の開催 	<ul style="list-style-type: none"> ・結果説明会感染症流行のため一部中止
R4	<ul style="list-style-type: none"> ・若年層への受診率向上対策ピロリ菌抗体検査実施(40.45 歳) ・40 歳健診受診者へのインセンティブ事業(結果説明会来所者へ記念品進呈) 	<ul style="list-style-type: none"> ・受託医療機関 1 か所増える(計 5 か所) 	<ul style="list-style-type: none"> ・慢性性腎臓病重症化予防対策会議の開催(抽出基準の見直し) 	<ul style="list-style-type: none"> ・先取り健診(30 歳代)健診受診者へのインセンティブ事業(結果説明会来所者へ記念品進呈)

(3) 第2期データヘルス計画目標の達成状況一覧

図表 52 第2期データヘルス計画目標管理一覧

(単位:%)

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法	
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ年度)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.9	2.0	1.3	KDBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.4	1.5	1.6		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	5.0	4.8	4.1		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	2.1	2.0	1.5		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0	0.1	0.3		
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	34.9	36.3	37.7	各岐市健康増進課
		健診受診者の高血圧者(160/100以上)の割合の減少	5.9	6.6	5.6		
		健診受診者の血糖異常者(HbA1c6.5%以上)の割合の減少	9.3	10.1	10.7		
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率(目標:60%以上)	49.0	45.2	44.6	法定報告値
			特定保健指導実施率(目標:60%)	47.8	54.0	51.2	
特定保健指導対象者の割合の減少	11.6	10.4	10.3				
努力支援制度	その他	後発医薬品の使用により、医療費の削減	75.1	84.4	86.6	厚生労働省	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

事業名	重症化予防対策の取組の強化
目標の達成状況	糖、血圧の改善率が上昇傾向にある。腎機能の改善率については評価できていないが、新規人工透析導入者数は、令和元年には減少していたが、以降増減している。
達成できた要因	・重症化予防事業として、対象者へ面談や電話により、保健指導を実施した。 ・糖尿病性腎臓病重症化予防対策会議を開催し、吉岐医師会や吉岐保健所からの助言を得た。令和4年度からは、吉岐市の課題に合わせて、対象者を糖尿病性腎臓病から慢性腎臓病へ拡大した。
達成が困難であった要因	・本人の同意が得られず実施できない対象者もあった。単年での達成は難しいが、継続した介入を行い検査結果の維持改善に取り組む必要がある。
事業の方向性	継続した健診受診と、指導後の評価・分析を行う。あわせて、健診結果を分析し、効果的な保健指導の実施が必要である。また、腎機能について、本市は高血圧患者が多いため、糖尿病性腎臓病に限らず、慢性腎臓病の重症化予防を実施することが課題である。

事業名	特定健診受診率・特定保健指導実施率向上対策
目標の達成状況	特定健診の受診率について、コロナ禍前は上昇傾向にあったが、コロナ後は低下し回復していない。 特定保健指導実施率については、令和元年度に減少したものの、その後は上昇傾向にある。
達成できた要因	・平成30年度に受診率が低下したことから、令和元年度から実施期間の延長、個人負担金の無料化、AIを活用した受診勧奨通知の実施により、令和元年度の実施率は上昇した。 ・インセンティブ事業として、おたすけ健康スタンプラリーの対象事業に健診受診を対象とした。 ・特定保健指導実施率向上にむけて、保健指導継続のために利用促進グッズを工夫した。
達成が困難であった要因	・令和元年度末から流行した感染症の影響により、医療機関への受診控えが生じ、受診率が低下した。その後も、コロナ禍により、受診率が伸び悩んだ。 ・保健指導担当職員の人員減により、実施体制の確保ができなかった。また、コロナ禍により保健事業が休止になったため、実施率が低下した。
事業の方向性	保健指導の実施体制の確保と、コロナ禍における保健指導を工夫し実施率の向上に努める。

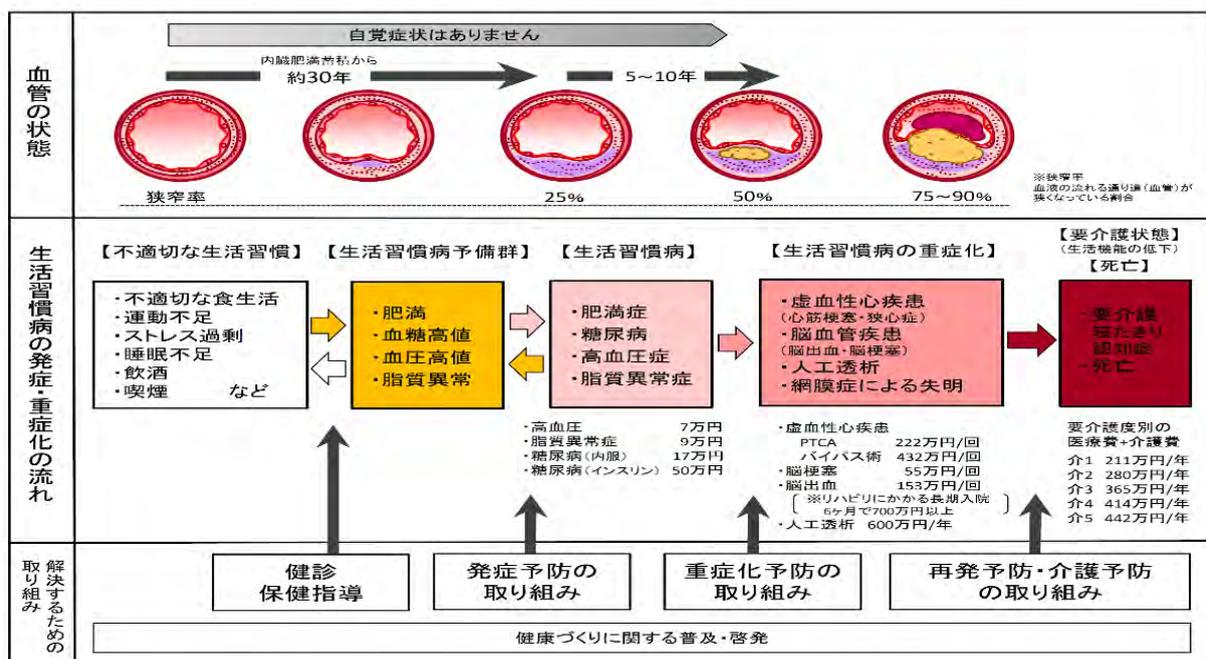
事業名	生活習慣病対策の社会環境づくり
目標の達成状況	自治公民館での取組(福祉保健部の設置・健康づくり活動及び建物内禁煙)は達成できたが、運動習慣、飲酒、喫煙については悪化している。
達成できた要因	・自治公民館での取組について、安心安全まちづく交付金の交付条件として、福祉保健部研修会を開催した。また、自治公民館施設内禁煙化を挙げ、福祉保健部の活動の中で、禁煙ステッカーの掲示の促進を実施した。
達成が困難であった要因	・ケーブルテレビを活用し、「壱岐うらふれ体操」を普及啓発したが、コロナ禍により、なごーいきよう隊(普及宣伝隊)の活動が減った。 ・コロナ禍により、出前講座が減少した。個別保健指導は実施したが、ポピュレーションアプローチとしては、十分に実施できていない。
事業の方向性	運動習慣、飲酒、喫煙については今後の課題であり、福祉保健部や地域団体等と連携し健康づくりの取組を展開していく必要がある。

3. 第3期データヘルス計画における健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

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

図表 53 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



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

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

一方、国保では被保険者のうち、65 歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町国保及び広域連合は、健診・医療・介護の一体的分析に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第 2 期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため、40 歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

なお、20 歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40 歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

(1)医療費分析

図表 54 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	7,849 人	7,543 人	7,380 人	7,067 人	6,515 人	5,339 人
総件数	63,080 件	59,968 件	54,171 件	54,651 件	53,052 件	74,014 件
総費用額	28 億 6878 万円	27 億 8873 万円	26 億 1176 万円	26 億 5281 万円	25 億 5526 万円	49 億 2012 万円
一人あたり医療費	36.5 万円	37.0 万円	35.4 万円	37.5 万円	39.2 万円	92.2 万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 55 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	吉崎市	25億5526万円	31,480	4.1%	0.2%	1.3%	1.6%	5.7%	3.0%	1.2%	4億3368万円	16.97%	15.5%	7.7%	11.0%
	同規模	--	31,918	4.1%	0.3%	2.1%	1.4%	5.8%	3.4%	2.0%	--	19.11%	16.9%	8.7%	9.0%
	県	--	33,055	5.3%	0.3%	1.9%	1.4%	4.8%	3.3%	1.7%	--	18.60%	15.5%	9.4%	9.2%
	国	--	27,570	4.3%	0.3%	2.0%	1.5%	5.4%	3.1%	2.1%	--	18.60%	16.7%	7.6%	8.7%
② 後期	吉崎市	49億2012万円	6,648	3.8%	0.4%	3.2%	1.5%	3.9%	2.6%	0.7%	7億9480万円	16.15%	9.4%	2.4%	15.4%
	同規模	--	5,738	4.2%	0.5%	4.1%	3.5%	4.1%	3.2%	1.2%	--	20.70%	10.5%	4.1%	12.6%
	県	--	5,756	3.5%	0.5%	4.1%	1.4%	3.4%	3.3%	1.1%	--	17.33%	9.6%	4.5%	14.0%
	国	--	5,437	4.6%	0.5%	3.9%	1.7%	4.1%	3.0%	1.4%	--	19.12%	11.2%	3.6%	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

図表 56 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30	R1	R2	R3	R4	後期:R4
人数	A	290人	274人	468人	491人	279人	648人
件数	B	485件	984件	945件	908件	471件	4,483件
	B/総件数	0.77%	1.64%	1.74%	1.66%	0.89%	6.06%
費用	C	6億7988万円	13億3597万円	13億1406万円	12億9611万円	6億4568万円	41億7376万円
	C/総費用	23.7%	47.9%	50.3%	48.9%	25.3%	84.8%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 57 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	R1	R2	R3	R4	後期:R4							
人数	D	18人	18人	31人	16人	7人	41人							
	D/A	6.2%	6.6%	6.6%	3.3%	2.5%	6.3%							
件数	E	27件	69件	58件	29件	10件	251件							
	E/B	5.6%	7.0%	6.1%	3.2%	2.1%	5.6%							
年代別	40歳未満	0	0.0%	6	8.7%	3	5.2%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
	40代	0	0.0%	2	2.9%	3	5.2%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	3	1.2%
	50代	2	7.4%	4	5.8%	3	5.2%	5	17.2%	2	20.0%	75-80歳	39	15.5%
	60代	8	29.6%	22	31.9%	22	37.9%	16	55.2%	0	0.0%	80代	141	56.2%
	70-74歳	17	63.0%	35	50.7%	27	46.6%	8	27.6%	8	80.0%	90歳以上	68	27.1%
費用額	F	3568万円	9821万円	7847万円	3925万円	1047万円	20億737万円							
	F/C	5.2%	7.4%	6.0%	3.0%	1.6%	5.0%							

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 58 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	R1	R2	R3	R4	後期:R4							
人数	G	14人	16人	25人	29人	14人	21人							
	G/A	4.8%	5.8%	5.3%	5.9%	5.0%	3.2%							
件数	H	17件	38件	35件	35件	16件	94件							
	H/B	3.5%	3.9%	3.7%	3.9%	3.4%	2.1%							
年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.9%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
	40代	0	0.0%	2	5.3%	1	2.9%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
	50代	2	11.8%	0	0.0%	1	2.9%	4	11.4%	2	12.5%	75-80歳	43	45.7%
	60代	8	47.1%	16	42.1%	16	45.7%	11	31.4%	4	25.0%	80代	31	33.0%
	70-74歳	7	41.2%	20	52.6%	17	48.6%	19	54.3%	10	62.5%	90歳以上	20	21.3%
費用額	I	2209万円	6123万円	5638万円	5164万円	2768万円	1億1278万円							
	I/C	3.2%	4.6%	4.3%	4.0%	4.3%	2.7%							

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 61 健診有所見状況

E表		⑤																	
年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	
H30	39	4.7	(12)	103	6.4	(24)	24	10.4	(4)	30	3.6	(4)	73	4.6	(2)	0	--	(0)	
R4	31	5.1	(15)	86	5.9	(18)	136	10.9	(22)	27	4.4	(3)	81	5.6	(7)	8	0.6	(0)	

E表		⑤													
年度	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-				
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%			
H30	18	2.2	52	3.3	4	1.7	0	--	1	0.1	0	--			
R4	9	1.5	47	3.2	56	4.5	0	--	2	0.1	0	--			

図表 62 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

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

E表		③					
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)			
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	
	%	%	%	%	%	%	
H30	82.5	91.4	97.6	35.9	64.2	87.0	
R4	82.4	92.6	97.7	36.2	66.2	88.1	

E表		⑥									⑦					
年度	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-	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
H30	57.6	83.4	90.0	35.9	36.7	30.0	22.8	27.9	26.6	41.8	51.2	76.5	43.6	51.8	77.4	
R4	76.5	84.8	90.0	39.2	37.3	33.2	26.1	29.5	29.4	40.6	53.5	75.4	46.7	59.2	78.6	

図表 63 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧											
年度	中長期目標の疾患(被保数割)											
	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-
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
H30	6.3	14.0	31.9	5.7	13.5	32.8	6.3	15.7	39.7	4.7	8.9	17.1
R4	6.5	15.6	30.7	5.0	13.9	30.4	5.8	18.6	42.5	5.6	10.4	19.5

E表	⑨											
年度	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		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
H30	9.4	12.2	37.9	4.8	5.9	32.9	4.4	6.2	36.1	10.1	6.3	36.8
R4	13.6	12.5	49.3	4.6	7.1	43.6	5.6	7.5	46.3	9.2	8.0	48.8

図表 64 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保数割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
H30	66.5	86.4	73.8	83.2	7.5	24.6	1.5	17.7	10.7	43.8	45.2	66.5
R4	69.6	87.6	74.5	84.2	7.8	27.0	1.6	16.8	12.2	56.9	59.6	80.9

(3)健康課題の明確化(図表 54~64)

吉野市国民健康保険の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は、令和 2 年度に感染症の影響で減少したものの、令和 3 年以降は増加傾向で、後期高齢者になると、一人あたり医療費は 90 万円を超え、国保の 2.4 倍も高い状況です。(図表 54)

本市は、これまで高血圧に重点を置いて保健事業に取り組んできたため、短期的目標疾患の高血圧の総医療費に占める割合は、同規模と比べて 0.4 ポイント低く、その結果、脳梗塞及び脳出血の医

療費に占める割合が、国保及び後期高齢においても、同規模、県、国と比べて低い状況です。(図表 55)

高額レセプトについては、国保においては毎年約 900 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 5 倍に増えることがわかります。(図表 56)

高額レセプトの推移を疾病別にみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和元年度が一番多く 69 件で約 9,800 万円の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 10 件に減少し、費用額も約 1,000 万円と減っています。しかし、後期高齢においては、251 件発生し、約 2 億円余りの費用額がかかっています。年代別にみると、70～74 歳が高い割合を占めていますが、令和 3 年度は 60 歳代が半数を占めています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防について力を入れる必要があります。(図表 57)

虚血性心疾患で高額になったレセプトは、国保で令和元年度から令和 3 年度まで 35 件程度で推移していましたが、令和 4 年度は 16 件と減少しており、費用額も 5,000 万円～6,000 万円から約 2,700 万円と減っています。しかし、後期高齢においては、94 件発生し、約 1 億円余りの費用額がかかっています。年代別にみると、70～74 歳が高い割合を占めていますが、令和元年度と 2 年度は 60 歳代が半数近くを占めています。虚血性心疾患は、医療費のみならず、死亡率の上昇にも起因しているため、虚血性心疾患のリスクとなる高血圧や脂質異常症の重症化予防について力を入れる必要があります。(図表 58)

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、「①被保険者数」は、40～64 歳、75 歳以上は減っていますが、65 歳～74 歳はわずかに増えています。「⑫体格」より、40～64 歳の若い年齢層で、BMI25 以上の率が 3 ポイントも上昇し、39.6%となっています。(図表 60)

健診有所見状況をみると、40～64 歳でⅡ度高血圧以上、HbA1c の有所見率が高くなっており、若い年齢層からの受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。(図表 61)

短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況を平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、「⑥短期目標の疾患」において、高血圧については、40～64 歳で 18.9 ポイント、65～74 歳で 1.4 ポイント高くなっています。糖尿病については、40～64 歳で 3.3 ポイント高く、他の各年代でも高くなっています。高血圧と糖尿病をあわせても、同様に、40～64 歳で 3.3 ポイント高く、他の各年代でも高くなっています。また、「⑦短期目標の疾患とする合併症」において、高血圧では、40～64 歳で 1.2 ポイント低くなっていますが、65～74 歳で 2.3 ポイント高くなっています。糖尿病では、65～74 歳で 7.4 ポイントと高く、他の年代でも高くなっています。短期目標疾患は、重症化すると、中長期疾患の発症要因となるため、若い年代からの適切な治療と重症化予防について取り組む必要があります。(図表 62)

中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況をみると、「⑧中長期目標の疾患(被保数割)」において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、40～64 歳で、脳血管疾患、腎不全で高くなっています。65～74 歳では、全ての疾患で割合が高くなっており、特に、心不全において、2.9 ポイント高くなっています。75 歳以上では、心不全と腎不全で 2 ポイント以上高くなっています。このことから、高額レセプト分析において入院費が伸びている要因が、一体的分析においても課題であることがわかります。また、「⑨中長期疾患のうち介護認定者」において、40～64 歳

では、脳血管疾患と心不全で高くなっており、特に、脳血管疾患で4.2ポイント高くなっています。65～74歳では、全ての疾患で高くなっています。さらに、75歳以上では、全ての疾患で10ポイント以上高くなっており、特に、腎不全で12.0ポイント高くなっています。この状況は、介護給付費の増加にもつながるため課題となります。(図表 63)

骨折・認知症の状況を見ると、骨折や認知症の原因として、高血圧や糖尿病といった生活習慣病を起因としたものが、65～74歳で約7割を占めており、介護予防の視点からも生活習慣病の予防が重要になることが分かります。(図表 64)

(4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

第2期計画にかかる評価及び考察と健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、メタボリックシンドローム該当・予備軍の割合の上昇が若い年代からみられ、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)の危険因子に共通して高血圧、糖尿病等の重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。特に男性においてメタボリックシンドローム該当者の割合が高く、65歳未満の死亡の割合が高くなっていることから、メタボリックシンドロームに重点を置いた若い年代からの対策が必要です。

本市では、以下のとおり優先順位を設定し取り組みます。

- ①若い年代への健診受診率と保健指導実施率の向上、②メタボリックシンドローム重症化予防、③糖尿病性腎症重症化予防、④脳血管疾患重症化予防、⑤虚血性心疾患重症化予防

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

2) 目標の設定

(1)成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、まず、すべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 65)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

②中長期的な目標の設定

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

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

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

③短期的な目標の設定

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

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

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

3) 目標値の設定

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標
 ☆第3期データヘルス計画における長崎県版

図表 64 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	実績		データの把握方法	
			初期値	評価		
			R 6 (R4)	R11 (R10)	(活用データ年度)	
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える	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.3%	低下	KDBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.6%	低下		
		慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	4.1%	低下		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.5%	低下		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.3%	低下		
短期目標	アウトカム指標 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少	37.7%	31.0%	香岐市健康増進課	
		健診受診者の高血圧者の割合の減少（Ⅱ度高血圧以上:160/100以上）	5.6%	5.0%		
		☆健診受診者の高血圧者の割合の減少（Ⅰ度高血圧以上:130/85以上）	33.0%	28.0%		
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少（LDL160以上）	8.7%	8.0%		
		☆健診受診者の脂質異常者の割合の減少（LDL120以上）	45.9%	40.0%		
		☆健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1c6.5%以上）	10.7%	8.0%		
		★健診受診者のHbA1c8.0%（NGSP値）以上の者の割合の減少	1.3%	1.0%		
		☆HbA1c6.5以上のうち、糖尿病のレセプトのない者の割合の減少	45.6%	37.0%		
		☆尿蛋白（+）以上の者の割合の減少	5.6%	4.0%		
		☆運動習慣（「1日30分以上運動習慣なし」）の割合の減少	71.3%	60.0%		
	☆食習慣（朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物を毎日摂っている者）の割合の減少	25.8%	17.0%			
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減らす	★特定健診受診率の向上	41.5%	60.0%	法定報告値
			★特定保健指導実施率の向上	51.2%	60.0%	
★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率の向上			16.2%	20.0%		

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 66 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健診受診率	45%	48%	51%	55%	57%	60%
特定保健指導実施率	52%	53%	54%	56%	58%	60%

3. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、壱岐医師会を通じて特定健診実施機関に委託して実施します。

・個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、壱岐市のホームページに掲載します。

(4)特定健診実施項目

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

また、本市独自の検査(尿中摂取食塩量検査、前立腺検査、ピロリ菌抗体検査)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 67 特定健診検査項目

○ 香岐市特定健診検査項目

健診項目		香岐市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDL コレステロール	○	○
	LDL コレステロール	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	□	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	
	尿中摂取食塩量	○	
	前立腺検査	☆	
	ピロリ菌抗体検査	☆	

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

●…いずれの項目の実施で可、☆…希望者のみ（市独自）

(5)実施時期

6月から翌年2月末まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、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 68 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月			◎特定保健指導の継続実施
5月		◎健診機関との契約 ◎健診対象者の抽出 ◎受診等の印刷・送付 (途中加入者随時)	◎実績確認 ◎費用決済の確認 ◎健診データ抽出(前年度)
6月		◎特定健診の開始	◎実施実績の分析、実施方法の見直し等
7月		◎健診データ受取 ◎保健指導対象者の抽出 ◎特定保健指導の開始◎	
8月			
9月		◎費用決済(各月)	
10月	契約準備		
11月			
12月			
1月			
2月		特定健診実施終了	
3月			

4. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者である本市が実施します。

(1) 実施形態

- ① 直営
- ② 委託

○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。

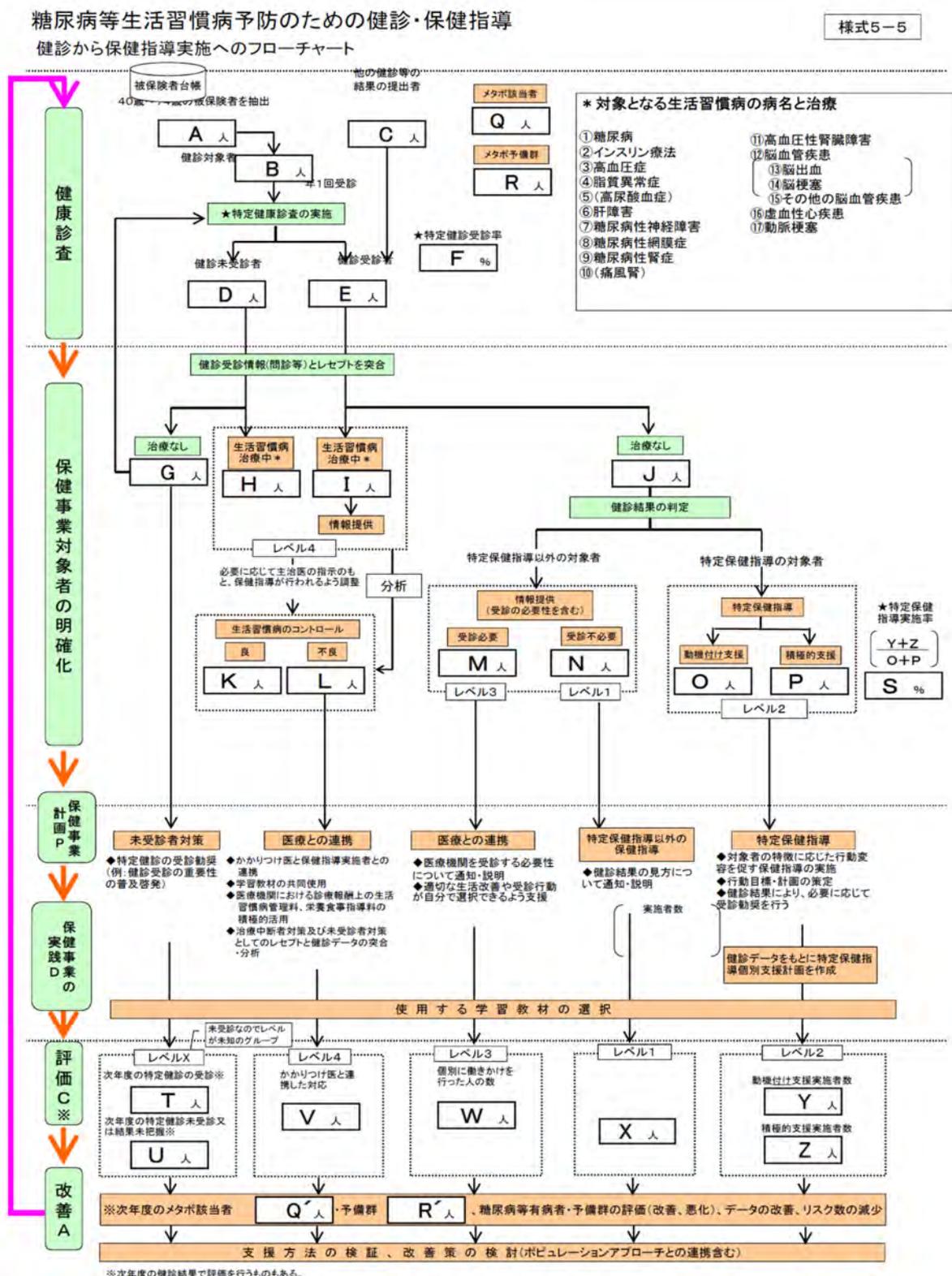
(2) 特定保健指導委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については円滑かつ効率的な実施という観点から厚生労働大臣が示した事業者
に委託します。

(3) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 69 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



(4) 要保健指導対象者の選択と優先順位・支援方法

図表 70 要保健指導対象者

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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
3	D	健診未受診者	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)
4	N	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 健診結果の見方について通知・説明
5	I	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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

(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PDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。

図表 71 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
5月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎健診実施医療機関へ説明会の開催	前年度の保健指導の継続	◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
6月	◎特定健康診査の開始 ◎事業所へ健診データの提供依頼		◎先取り健診、後期高齢者健診、がん検診開始
7月	◎受診勧奨通知の郵送 ◎情報提供書事業該当者へ案内通知	◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始 ・特定保健指導 ・重症化予防保健指導	◎健診受診啓発
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
1月			
2月	◎健診の終了		
3月			

5. 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、委託先の契約状況を管理します。

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

6. 結果の報告

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

7. 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、壱岐市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知していきます。

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

II. 重症化予防の取組

本市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、835人(39.3%)です。そのうち、治療なしが205人(22.6%)を占め、さらに臓器障害あり、直ちにに取り組むべき対象者が60人です。

また、本市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、205人中112人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表 72)

図表 72 脳・心・腎を守るために

※参考資料 3 参照

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 による年齢調整診断人数の減少	<参考> 健診受診者(実数率)				
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器科の診療に際するガイドライン(2011年度全国研究協議会))	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	2,123人 45.1%				
	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%) 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症		■各疾患の治療状況				
				治療なし 高血圧 956 1,167 脂質異常症 596 1,527 糖尿病 200 1,906 疾患いかなるも 1,215 908 ※期間別結果による				
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 2022年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	重症化予防対象者 (実人数)
該当者数	119 5.6%	2 0.1%	54 2.5%	56 2.6%	517 24.4%	171 8.1%	229 10.8%	835 39.3%
治療なし	54 4.6%	1 0.1%	50 3.3%	35 2.3%	72 7.9%	103 5.4%	54 5.9%	205 22.6%
(再掲) 特定保健指導	24 20.2%	0 0.0%	11 20.4%	13 23.2%	72 13.9%	24 14.0%	23 10.0%	112 13.4%
治療中	65 6.8%	1 0.1%	4 0.7%	21 3.5%	445 36.6%	68 34.0%	175 14.4%	630 51.9%
臓器障害 あり	9 16.7%	1 100.0%	5 10.0%	5 14.3%	14 19.4%	22 21.4%	54 100.0%	60 29.3%
CKD(専門医対象者)	6	1	3	3	12	18	54	54
心電図所見あり	3	1	3	2	3	7	3	9
臓器障害 なし	45 83.3%	—	45 90.0%	30 85.7%	58 80.6%	81 78.6%	—	—

出典:ヘルサポータルラボツール

1. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

1) メタボリックシンドローム重症化予防

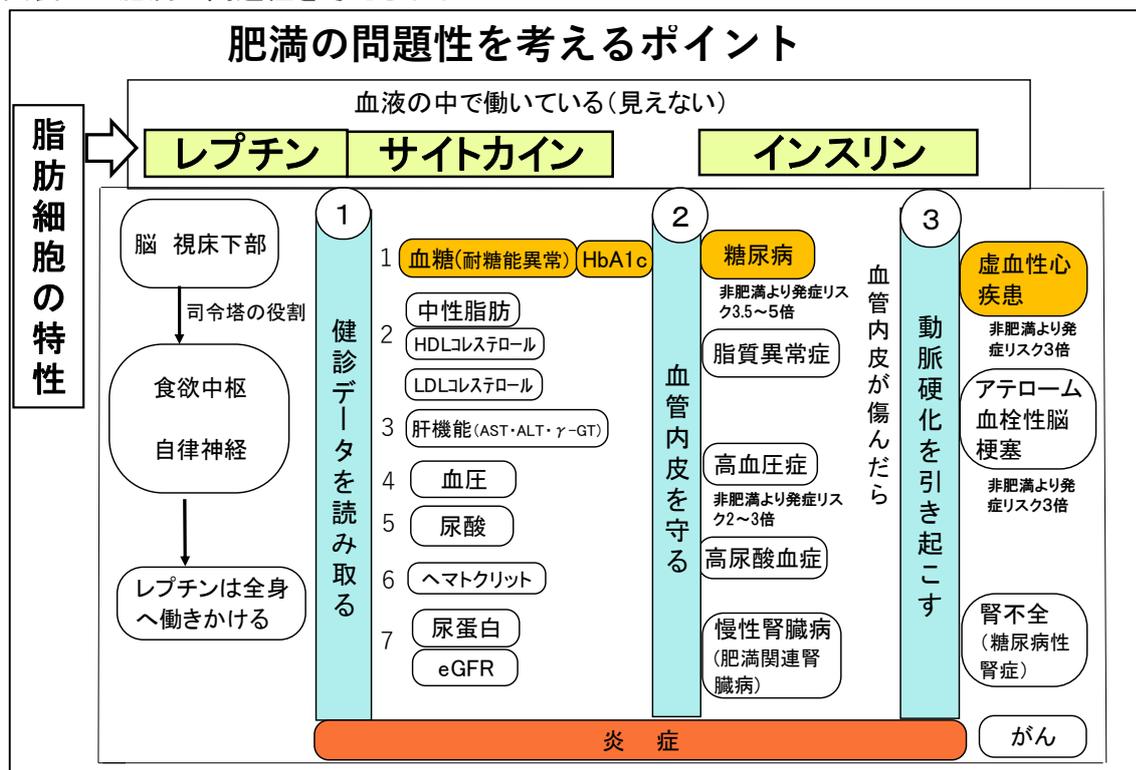
(1) 基本的な考え方

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

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

なお、取組にあたっては図表 73 に基づいて考えていきます。

図表 73 肥満の問題性を考えるポイント



(2)対象者の把握

メタボリックシンドロームの発症と重症化を予防するためには、まずは、健診を受診し、健診結果を把握すること、そして、継続定期的に健診を受診し、経年変化を確認することが必要です。

①特定健診受診率向上対策

- ・ 特定健診対象者へ受診券を送付し、特定健診の受診の必要性を周知し、受診勧奨を行います。
- ・ 本市独自の健診項目を追加し、対象者の健診受診の意識を高めます。
- ・ 対象者の健診履歴から、健診未受診者をタイプ別に分け、対象に合わせて、訪問・電話・はがきにより、受診勧奨を行います。
- ・ 未受診者に対して、訴求力の高い資材を使用した受診勧奨通知を作成し、通知します。
- ・ 情報提供書事業(みなし健診)対象者については、情報提供書を同封し、定期受診者に健診を受けてもらえるよう医療機関と連携します。
- ・ 事業所で実施されている健診について、事業主に健診結果の提供を求めます。
- ・ 健診受診者には、おたすけ健康スタンプ付与の対象とします。

②若い年代への健康診査の実施（先取り健診）

- ・ 20～30歳代の吉崎市国民健康保険加入者を対象に、特定健診と準じて実施します。
- ・ 健診受診後は、特定健診受診者に準じて、保健指導を実施します。
- ・ 健診受診後、健診結果説明及び保健指導を受けられた方に、インセンティブとして特典を贈呈し、健診受診と継続受診につなげます。
- ・ 健診受診者には、おたすけ健康スタンプ付与の対象とします。

(3)対象者の明確化

図表 74 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A(人)	1,015	73	128	404	410	1,108	75	101	442	490	
メタボ該当者	B(人)	356	21	38	152	145	161	3	13	68	77	
	B/A	35.1%	28.8%	29.7%	37.6%	35.4%	14.5%	4.0%	12.9%	15.4%	15.7%	
再掲	① 3項目全て	C(人)	103	5	10	37	51	43	1	3	17	22
		C/B	28.9%	23.8%	26.3%	24.3%	35.2%	26.7%	33.3%	23.1%	25.0%	28.6%
	② 血糖+血压	D(人)	63	1	5	29	28	23	0	2	10	11
		D/B	17.7%	4.8%	13.2%	19.1%	19.3%	14.3%	0.0%	15.4%	14.7%	14.3%
	③ 血压+脂質	E(人)	174	12	20	80	62	89	1	8	38	42
		E/B	48.9%	57.1%	52.6%	52.6%	42.8%	55.3%	33.3%	61.5%	55.9%	54.5%
	④ 血糖+脂質	F(人)	16	3	3	6	4	6	1	0	3	2
		F/B	4.5%	14.3%	7.9%	3.9%	2.8%	3.7%	33.3%	0.0%	4.4%	2.6%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 75 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者 (人)	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者 (人)	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				あり		なし					あり		なし			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
総数	1,015	356	35.1%	296	83.1%	60	16.9%	1,108	161	14.5%	149	92.5%	12	7.5%		
40代	73	21	28.8%	13	61.9%	8	38.1%	75	3	4.0%	2	66.7%	1	33.3%		
50代	128	38	29.7%	26	68.4%	12	31.6%	101	13	12.9%	9	69.2%	4	30.8%		
60代	404	152	37.6%	136	89.5%	16	10.5%	442	68	15.4%	64	94.1%	4	5.9%		
70～74歳	410	145	35.4%	121	83.4%	24	16.6%	490	77	15.7%	74	96.1%	3	3.9%		

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、男性で40代から受診者の2～3割を超えますが、女性では50代・60代・70代で1割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。(図表74)

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況は、男女とも6割以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。(図表75)

また、メタボリックシンドロームにより脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪

蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

①対象者の選定基準の考え方

ア. 特定保健指導対象者の保健指導

イ. 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

ウ. 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。

(4)保健指導の実施

①特定保健指導の実施

対象者への保健指導については、標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)を参考に、生活習慣病の予防・改善、重症化や合併症の発症を予防するための成果につながる保健指導を実施します。また、利用促進と行動変容の継続のため、早期に運動習慣の定着や、健康的な生活を維持するための自主的な取組が実施できるようなツールの一つとして食生活支援のみでなく運動に関する支援を行います。

また、移動手段がなく、対面での面談が困難な対象者等へ、利便性の向上や効率的な保健指導を目的に ICT を積極的に活用します。

②積極的支援対象者への中間評価の実施

ア. 腹部 CT・血液検査の実施または運動指導の実施(希望者)

イ. 動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査の実施(希望者)

- ・ 頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ・ 尿蛋白定量検査(尿で腎臓の状態を見る検査)

③特定保健指導終了に向けた支援

特定保健指導を利用者された方へ、利用促進と行動変容の継続を期待することを目的として「健康お助けグッズ」を進呈します。「健康お助けグッズ」の内容を検討し、生活習慣の改善や運動習慣の定着にかかる、自主的な取組が実施できるようなツールとします。

2) 肥満対策

(1) 対象者の把握

肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 76 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳
総数	632	1,491	251	487	192	416	51	54	7	14	1	3	
			39.7%	32.7%	30.4%	27.9%	8.1%	3.6%	1.1%	0.9%	0.2%	0.2%	
再掲	男性	331	684	149	267	117	235	28	24	3	7	1	1
				45.0%	39.0%	35.3%	34.4%	8.5%	3.5%	0.9%	1.0%	0.3%	0.1%
	女性	301	807	102	220	75	181	23	30	4	7	0	2
				33.9%	27.3%	24.9%	22.4%	7.6%	3.7%	1.3%	0.9%	0.0%	0.2%

出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位の設定

メタボリックシンドロームの発症を予防するためには、肥満対策が大切です。本市は、BMI25 以上の割合が若い年代から高いことから、肥満からメタボリックシンドロームを発症する前に、早期に対策を講じる必要があります。

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠(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。

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

肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、両疾患の発症が 50%に満たない肥満Ⅰ度で、若い年代(40～64 歳)を対象とすることが重要となります。

2. 中長期疾患(脳・心・腎)の重症化予防

1) 糖尿病性腎症重症化予防

(1) 基本的な考え方

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

特に本市においては、高血圧を要因する腎硬化症を原因とした人工透析の新規導入患者が増加傾向にあるため、慢性腎臓病重症化予防を含め、取り組んでいきます。

なお、取組にあたっては図表 77 に沿って実施します。

- ①健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- ②治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- ③糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 77 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



（参考：厚生労働省 保険局 国民健康保険課作成 糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き）

※必要に応じて、初回面談と中間面談の間、中間面談と最終面談の間で訪問や電話を入れる。

※口腔ケア … 歯周疾患検診のすすめ（対象：40歳、50歳、60歳、70歳）

※かかりつけ薬局では対象者の服薬指導を実施する。情報については糖尿病連携手帳等を活用。

※必要に応じて、各医療機関や家族、ケアマネージャー、ヘルパー等と連携を図る。

〈糖尿病性腎症生活指導マニュアルに沿った栄養指導〉（長崎県版）

- ①チェックリストで優先指導項目を確認
- ②医師の指示、また、アルゴリズムや指導マニュアルに沿った保健指導を実施

(2)対象者の明確化

①対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、長崎県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ア. 医療機関未受診者
- イ. 医療機関受診中断者
- ウ. 治療中の者
 - ・糖尿病性腎症で通院している者
 - ・糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

②選定基準に基づく該当者の把握

ア. 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。

図表 78 糖尿病性腎症病期分類

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

糖尿病性腎症病期分類では尿蛋白及び腎機能(eGFR)で把握していきます。

CKD診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)として

いることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となります。

イ. 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数を把握します。

本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、114人(36.3%・F)でした。また、40～74歳における糖尿病治療者1,210人のうち、特定健診受診者が200人(63.7%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者1,010人(83.5%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。(図表79)

ウ. 介入方法と優先順位

本市における介入方法を以下のとおりとします。

優先順位1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・114人

優先順位2

【保健指導】

- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・89人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

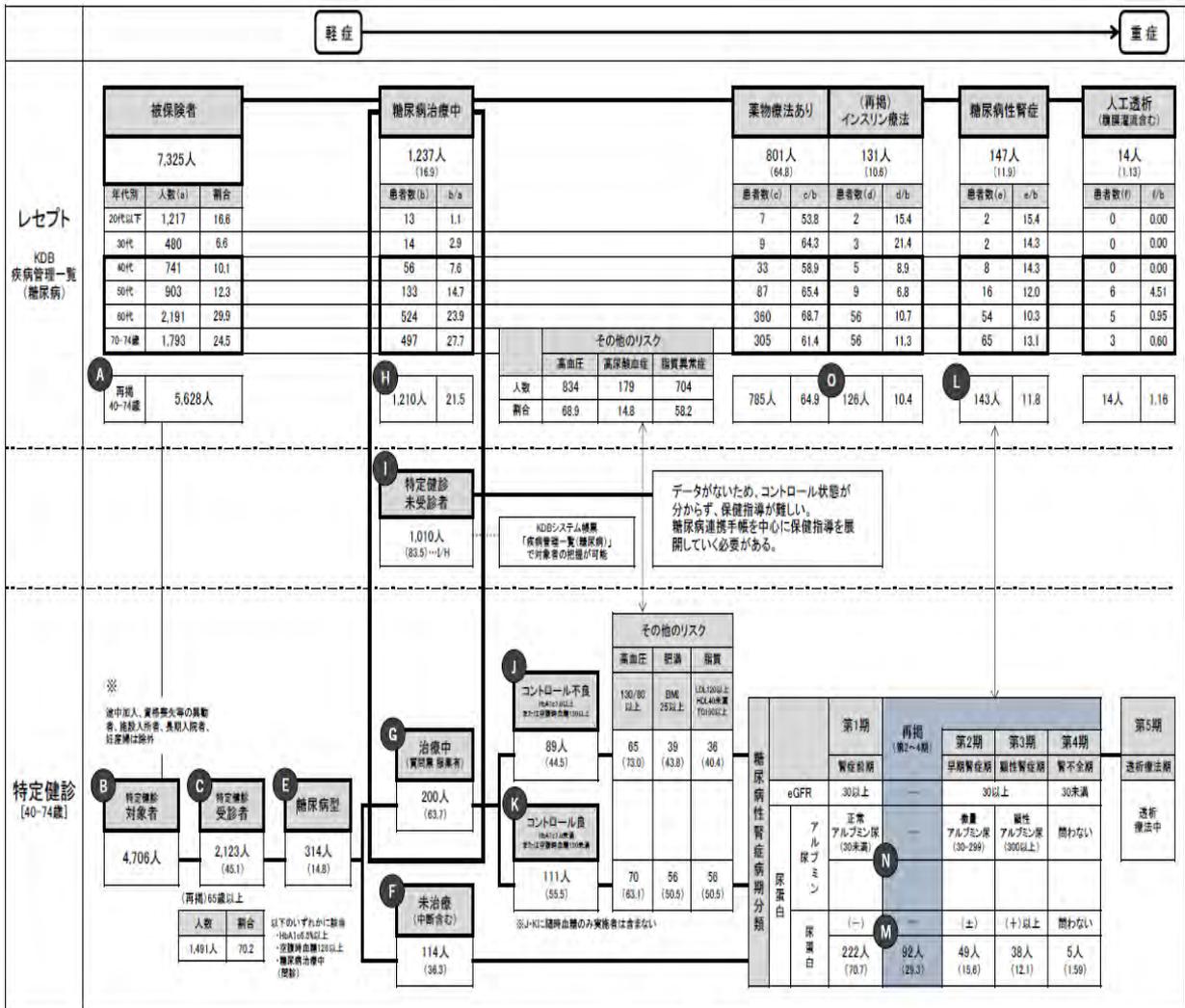
【保健指導】

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

図表 79 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

※参考資料 5 参照

(令和 4 年度)



出典:ヘルスサポートラボツール

(3) 保健指導の実施

①糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙等の因子の管理も重要となってきます。本市においては、特定健診結果から、糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子に応じて、対象者に合わせた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます。

②中間評価等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者には、中間評価等で尿蛋白定量検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

(4) 医療との連携

①医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、健診結果に同封される紹介状等を使用します。

②治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳や血圧記録手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの提供、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長崎県版プログラムに準じ行っています。

(5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

(6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 80 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

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

②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - ・ HbA1c の変化

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

図表 80 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

※参考資料 4 参照

項目		突合表	香南市										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	8,153人		7,800人		7,539人		7,368人		6,975人					
	② (再掲)40-74歳		6,236人		6,012人		5,887人		5,791人		5,512人					
2	① 特定健診 対象者数	B	5,550人		5,367人		5,302人		5,105人		5,247人					
	② 特定健診 受診者数	C	2,717人		2,778人		2,395人		2,355人		2,300人					
	③ 特定健診 受診率		49.0%		51.8%		45.2%		46.1%		43.8%					
3	① 特定保健指導 対象者数		314人		327人		248人		258人		231人					
	② 特定保健指導 実施率		47.8%		38.5%		54.0%		57.4%		10.4%					
4	健診データ	① 糖尿病型	E	384人	13.8%	402人	14.2%	342人	14.0%	334人	13.9%	314人	14.8%			
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	146人	38.0%	148人	36.8%	123人	36.0%	109人	32.6%	114人	36.3%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	238人	62.0%	254人	63.2%	219人	64.0%	225人	67.4%	200人	63.7%			
		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	110人	46.2%	107人	42.1%	101人	46.1%	105人	46.7%	89人	44.5%			
		⑤ 血圧 130/80以上		73人	66.4%	66人	61.7%	72人	71.3%	69人	65.7%	65人	73.0%			
		⑥ 肥満 BMI25以上		57人	51.8%	51人	47.7%	46人	45.5%	45人	42.9%	39人	43.8%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	128人	53.8%	147人	57.9%	118人	53.9%	120人	53.3%	111人	55.5%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	273人	71.1%	289人	71.9%	246人	71.9%	248人	74.3%	222人	70.7%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		50人	13.0%	61人	15.2%	49人	14.3%	51人	15.3%	49人	15.6%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		47人	12.2%	43人	10.7%	44人	12.9%	30人	9.0%	38人	12.1%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		5人	1.3%	6人	1.5%	3人	0.9%	4人	1.2%	5人	1.6%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		108.8人		108.6人		98.6人		105.6人		107.8人				
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		139.8人		139.6人		125.0人		132.4人		134.3人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者千対	H	入院外(件数)	4,619件	(766.1)	4,523件	(771.6)	4,436件	(769.2)	4,527件	(818.2)	4,263件	(835.2)	1,557,522件	(951.6)
		④ 入院(件数)		29件	(4.8)	29件	(4.9)	24件	(4.2)	30件	(5.4)	28件	(5.5)	7,406件	(4.5)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	(再掲)40-74歳	887人	10.9%	847人	10.9%	743人	9.9%	778人	10.6%	752人	10.8%		
		⑥ 健診未受診者		I	872人	14.0%	839人	14.0%	736人	12.5%	767人	13.2%	740人	13.4%		
		⑦ インスリン治療	O	(再掲)40-74歳	76人	8.6%	65人	7.7%	62人	8.3%	73人	9.4%	73人	9.7%		
		⑧ 糖尿病性腎症		L	54人	6.1%	49人	5.8%	75人	10.1%	79人	10.2%	79人	10.5%		
		⑨ (再掲)40-74歳	L	52人	6.0%	47人	5.6%	74人	10.1%	76人	9.9%	77人	10.4%			
		⑩ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		19人	2.1%	16人	1.9%	15人	2.0%	12人	1.5%	11人	1.5%			
		⑪ (再掲)40-74歳		19人	2.2%	16人	1.9%	15人	2.0%	12人	1.6%	11人	1.5%			
		⑫ 新規透析患者数		0人	0.0%	1人	0.1%	6人	0.8%	5人	0.6%	4人	0.5%			
		⑬ (再掲)糖尿病性腎症		0人	0.0%	1人	0.1%	1人	0.1%	1人	0.1%	2人	0.3%			
		⑭ 【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)		16人	1.4%	17人	1.5%	19人	1.8%	21人	1.9%	21人	1.7%			
		6	医療費	① 総医療費		28億6878万円		27億8873万円		26億1176万円		26億5281万円		25億5526万円		28億4626万円
				② 生活習慣病総医療費		14億7714万円		15億1218万円		13億8792万円		13億5629万円		13億1254万円		15億3700万円
③ (総医療費に占める割合)				51.5%		54.2%		53.1%		51.1%		51.4%		54.0%		
④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	O			健診受診者	9,178円		10,132円		6,469円		6,380円		7,304円		7,237円	
⑤ 健診未受診者				36,283円		37,317円		38,461円		39,780円		42,547円		38,862円		
⑥ 糖尿病医療費				1億4014万円		1億3790万円		1億4401万円		1億5306万円		1億4495万円		1億6596万円		
⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)				9.5%		9.1%		10.4%		11.3%		11.0%		10.8%		
⑧ 糖尿病入院外総医療費				4億4265万円		4億0341万円		3億8766万円		4億3676万円		4億3013万円				
⑨ 1件あたり				39,309円		37,523円		37,455円		41,719円		43,483円				
⑩ 糖尿病入院総医療費				2億9355万円		2億9074万円		2億8734万円		2億8733万円		2億4681万円				
⑪ 1件あたり				587,095円		574,583円		559,031円		608,746円		559,661円				
⑫ 在院日数				15日		16日		15日		15日		13日				
⑬ 慢性腎不全医療費				1億5617万円		1億5690万円		1億4741万円		1億2725万円		1億0943万円		1億2396万円		
⑭ 透析有り				1億4246万円		1億3965万円		1億3681万円		1億1845万円		1億0405万円		1億1532万円		
⑮ 透析なし				1371万円		1725万円		1059万円		880万円		538万円		863万円		
7	介護	① 介護給付費		30億3630万円		31億3566万円		31億4985万円		31億8176万円		30億6160万円		34億9905万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症		0件	#####	7件	17.5%	7件	17.5%	8件	28.6%	7件	25.9%			
8	① 死亡		1人	0.2%	5人	1.0%	6人	1.2%	3人	0.6%	3人	0.7%	2,819人	1.0%		

出典:ヘルスサポートラボツール

(7) 実施期間及びスケジュール

①実施期間

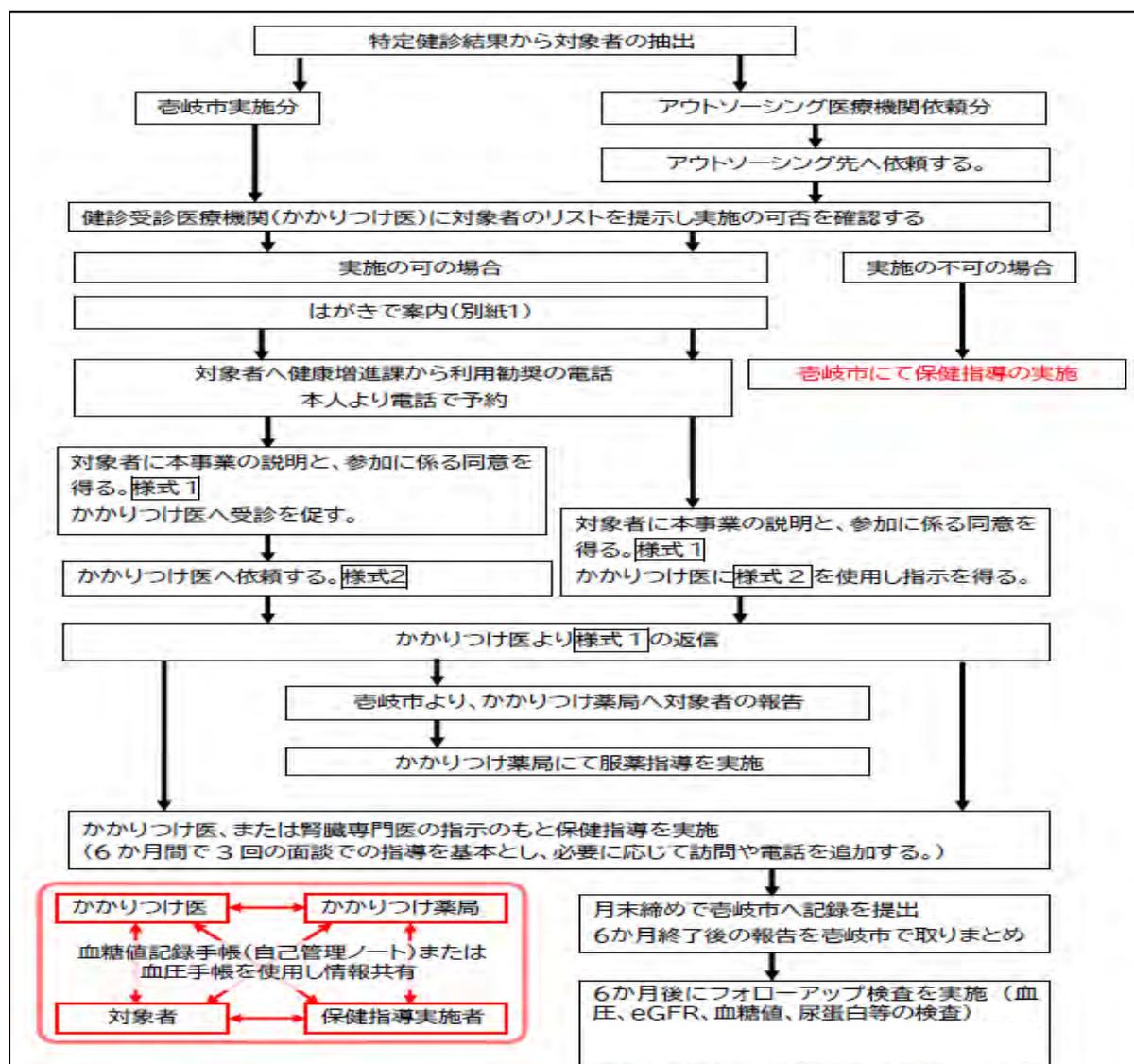
通年(特定健診結果から随時対象者を抽出する)

②スケジュール

- 7月 重症化予防対策会議(1回目)の開催
(昨年度の実績報告、今後の方針の確認、協議)
- 7月～ 保健指導の実施
- 2月 重症化予防対策会議(2回目)の開催
(進捗確認等)

③流れ

図表 81 重症化対象者に保健指導するまでの流れ

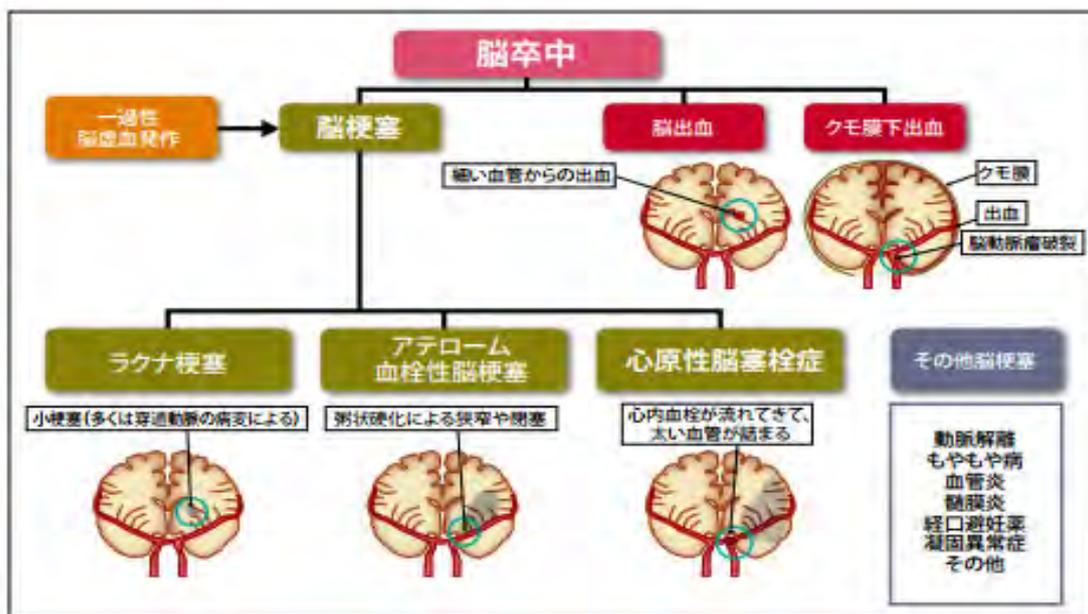


2) 脳血管疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 82、83)

図表 82 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 83 脳血管疾患とリスク因子

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

(2) 対象者の明確化

①重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 84 でみると、高血圧治療者 3,719 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 363 人(13.8%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 119 人(5.6%)であり、そのうち 54 人(45.4%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 65 人(54.6%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

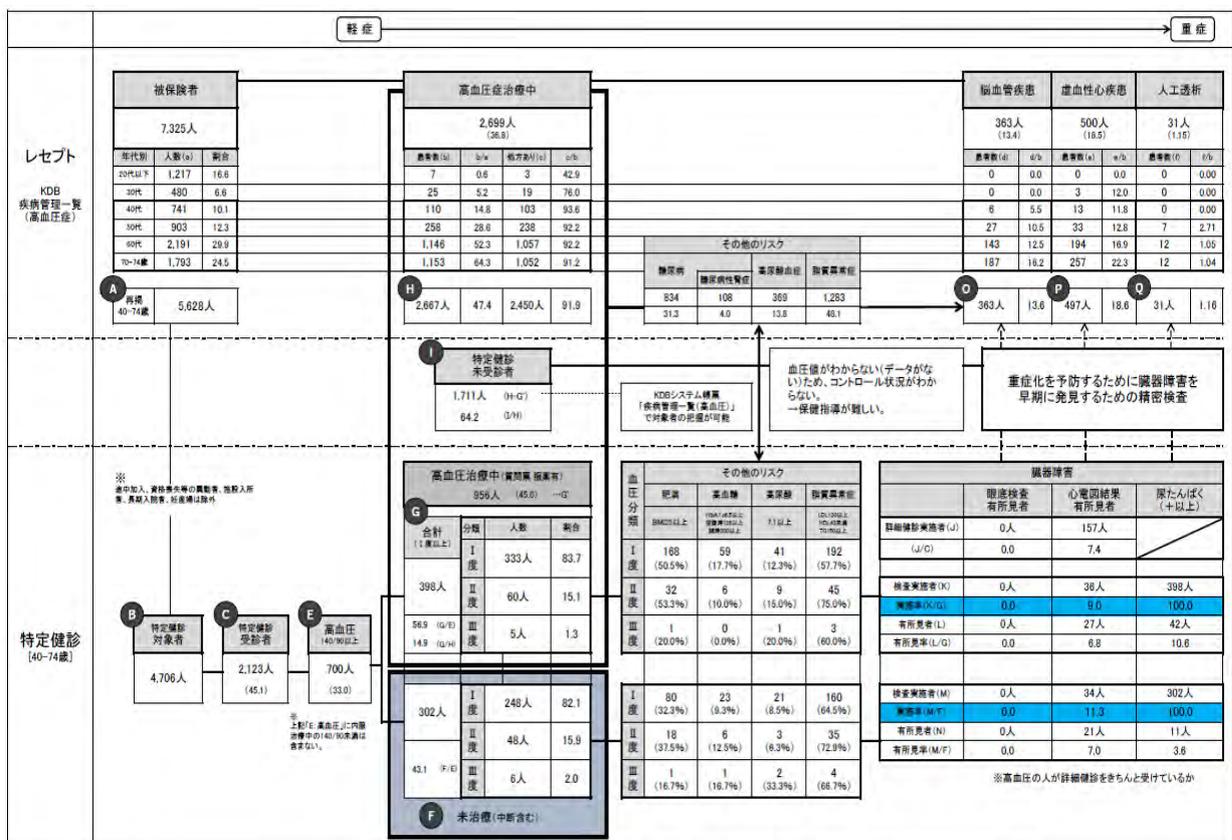
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための心電図検査(詳細検査)が、わずか 157 人(7.4%)しか実施していない状況です。心電図検査(詳細検査)の条件は、I 度高血圧以上の場合となっていることから、700 人(33.0%・E)は、心電図検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

第 3 期計画期間中に、心電図検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

図表 84 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

※参考資料 6 参照

(令和 4 年度)



※レセプト情報は、該当年度に資料がある者の上(年度途中の加入者や年度末時点で資料を提出している者も含む)
 ※レセプト情報のうち、医療管理一覧で把握できない項目については、「KDB結果 介入支援対象者一覧(医療・看護化予防)」から集計

出典:ヘルスサポートラボ

②保健指導対象者の明確化と優先順位

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

ア. 高リスクの未治療者、イ. 中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血圧測定を勧め、血圧手帳の活用を促していきます。(図表 85)

図表 85 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(保健指導対象者の明確化と優先順位の決定)

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

令和4年度 (単位:人)

血圧分類 (mmHg)		高値血圧	I 度高血圧	II 度高血圧	III 度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180 以上 /110 以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	612	310	248	48	6
		50.7%	40.5%	7.8%	1.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	26	C 17	B 6	B 2	A 1
	4.2%	5.5%	2.4%	4.2%	16.7%
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	355	C 179	B 144	A 29	A 3
	58.0%	57.7%	58.1%	60.4%	50.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	231	B 114	A 98	A 17	A 2
	37.7%	36.8%	39.5%	35.4%	33.3%

- ...高リスク
- ...中等リスク
- ...低リスク

(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

区分		該当者数
A	ただちに 薬物療法を開始	150
		24.5%
B	概ね1ヵ月後に 再評価	266
		43.5%
C	概ね3ヵ月後に 再評価	196
		32.0%

- ※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、または HDL-C<40、LDL-C \geq 140、中性脂肪 \geq 150（随時の場合は \geq 175）、non-HDL \geq 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 \geq 126、HbA1c \geq 6.5、随時血糖 \geq 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（ \pm ）以上で判断。

図表 85 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

③心電図検査における心房細動の実態

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

（3）保健指導の実施

①受診勧奨及び保健指導

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

②対象者の管理

ア. 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧以上を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていきます。

I度高血圧の対象についても、図表 85 より高リスクの対象者については、家庭血圧測定を勧め、状態に応じて、保健指導と受診勧奨を行っていきます。

イ. 心房細動者の管理

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

（4）医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を

行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していきます。

(5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

(6) 評価

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

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

3) 虚血性心疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

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

(2) 対象者の明確化

①対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、吉岐医師会と連携し、検討します。

②重症化予防対象者の抽出

ア. 健診結果からの把握

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

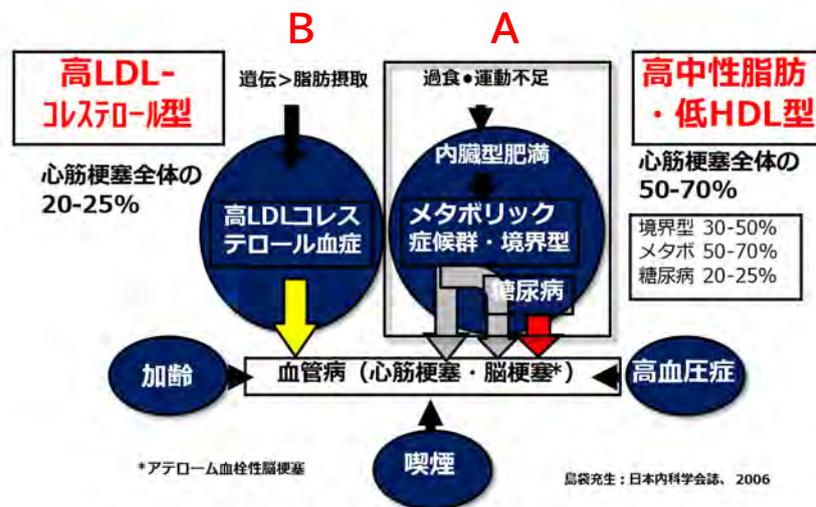
また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 86)

A: メタボリックシンドロームタイプ

※第4章「1)メタボリックシンドローム重症化予防」(P.63 図表 74.75)を参照します。

B: LDLコレステロールタイプ

図表 86 心血管病をおこしやすいひと



図表 87 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

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	
807			408	236	113	50	9	27	71	56	
			50.6%	29.2%	14.0%	6.2%	5.5%	16.6%	43.6%	34.4%	
一次予防 まず生活習慣の改善を 行った後、薬物療法の 適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	93	49	28	9	7	8	8	0	0
			11.5%	12.0%	11.9%	8.0%	14.0%	88.9%	29.6%	0.0%	0.0%
	高リスク	140未満 (170未満)	384	194	113	54	23	0	13	43	21
			47.6%	47.5%	47.9%	47.8%	46.0%	0.0%	48.1%	60.6%	37.5%
		120未満 (150未満)	285	135	86	46	18	1	3	28	32
	35.3%	33.1%	36.4%	40.7%	36.0%	11.1%	11.1%	39.4%	57.1%		
再掲	100未満 (130未満) ※1	32	14	10	6	2	1	1	3	3	
		4.0%	3.4%	4.2%	5.3%	4.0%	11.1%	3.7%	4.2%	5.4%	
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)	45	30	9	4	2	0	3	0	3
			5.6%	7.4%	3.8%	3.5%	4.0%	0.0%	11.1%	0.0%	5.4%

※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。

出典:ヘルスサポートラボツール

イ. 心電図検査からの把握

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

(3) 保健指導の実施

① 受診勧奨及び保健指導

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

②対象者の管理

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

(4) 医療との連携

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

(5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

(6) 評価

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

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

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

具体的には、

- ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置し、KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。
- ② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないう、健康増進課と保険課で連携をしています。また、サロンやまちづくり出前講座等での介護予防教室で生活習慣病(主に高血圧)について健康教育・健康相談を実施しています。(ポピュレーションアプローチ)

IV. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題です。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。また、歯科口腔状態の悪化と生活習慣病が関与しているといわれることから、歯科に係る保健事業にあわせて取り組む必要があります。

またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、妊娠期、乳幼児期、学童・思春期、青年期、壮年期、高齢期といったライフサイクルの視点で見えていくことが必要です。

図表 88 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える
(基本的考え方)

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>														
1 根拠法 6条 健康増進事業実施者	健康増進法													
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)			
2 計画	健康増進計画(県)(市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】													
	データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)													
3 年代	妊婦(胎児期)		産婦	0歳~5歳			6歳~14歳	15~18歳	~29歳	30歳~39歳	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳以上	
	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診査 (第1・13・14条)		定期健康診査 先取り健診 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)
4 健康診査 (根拠法)	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)	
	妊婦お口の健康チェック		歯科検診 フッ化物塗布			歯なまる教室						歯周疾患検診 生活歯援プログラム		お口の健康チェック
5 歯科保健														

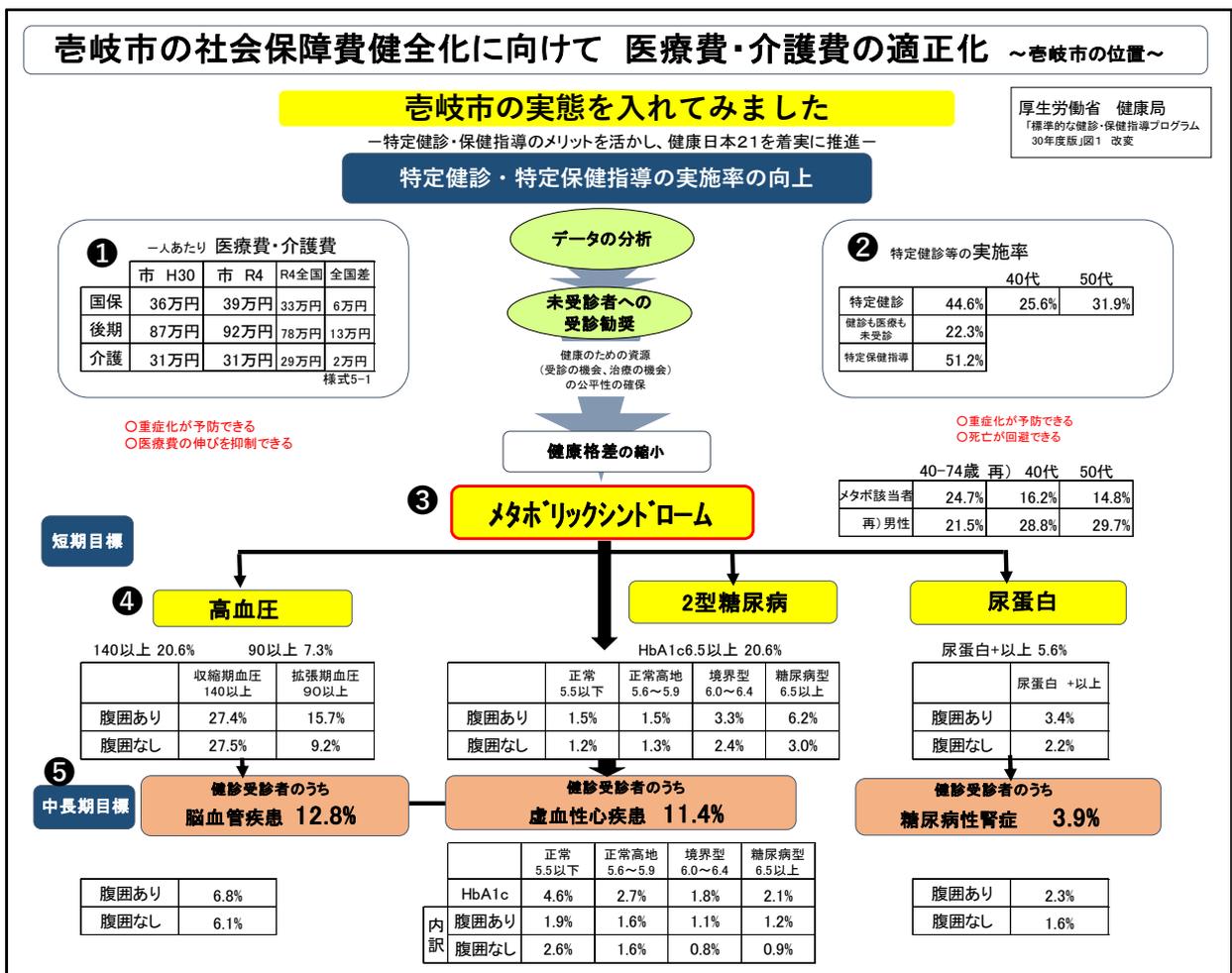
V. ポピュレーションアプローチ

1) 基本的な考え方

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 89)

図表 89 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化

※参考資料 8 参照



2) 事業の実施

(1) 受診率向上対策

- ・受診率向上キャンペーンとして、市内イベントやまちづくり協議会等の地域団体等と連携し、健康づくりと併せて、健診の必要性や生活習慣病予防について啓発します。
- ・市報への健診情報の掲載や国保だよりの発行、ケーブルテレビ、SNS を活用し、普及啓発を実施します。

(2)健康教育

- ・まちづくり出前講座等を活用し、自治公民館や婦人会等の団体を対象に、健康教育を実施します。血管年齢測定や食塩味覚閾値検査、みそ汁塩分測定等を取り入れ、参加者が関心を持ち、参加者自身が自分のことを分かり、メタボリックシンドロームの発症予防と重症化予防について実践できる内容になるよう工夫します。

(3)健康づくりの意識向上(インセンティブ事業)

- ・18歳以上の全市民を対象に、おたすけ健康スタンプラリーを実施し、健診受診者については、ポイントを付与し、健診受診につなげます。また、ポイント付与の対象とする健康づくりに関する事業について工夫し、若い世代からお得感を感じながら健康づくりへの意識づけができるよう取り組みます。

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱い

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