資料５

八代市国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画（案）

（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

八代市国民健康保険

保健事業実施計画（データヘルス計画）目次

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

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

第 2 章　第 2 期計画に係る考察及び第 3 期における健康課題の明確化　・・・・10

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

第 3 章　特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)　・・・・・・・・・・・・・・・・・・35

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

第 4 章　課題解決するための個別保健事業　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・43

Ⅰ. 保健事業の方向性

Ⅱ. 重症化予防の取組
1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. メタボリックシンドローム重症化予防
3. 脳血管疾患重症化予防
4. 虚血性心疾患重症化予防

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　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・66

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　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・67

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

巻末資料　・・・68

用語解説

第 1 章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

1．背景・目的

平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成、公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、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(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サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

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)」において、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 月には経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表 2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正な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。

そのため、本市では、国の動きや本市の課題等を踏まえ、「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。

2．計画の位置付けと基本的な考え方

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、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく「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、本計画と一体的に策定することとします。ただし、本計画の対象者は、被保険者全員とします。

更に、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和 6 年度版)[注1]」（以下「プログラム」という。）は、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、プログラムに準じた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（KDB）を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取組むべき健康課題を抽出したうえで、生活習慣病の発症及び重症化予防に取組み、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。

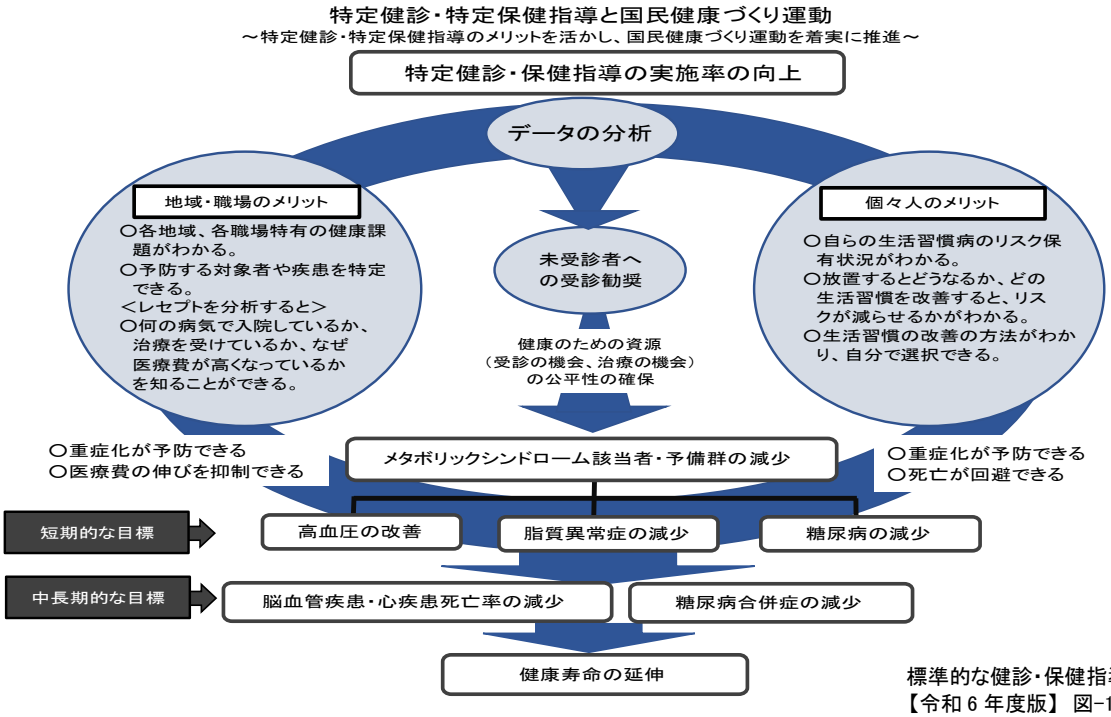
注）　標準的な健診・保健指導プログラム(令和 6 年度版)において、中長期的な目標として、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。（図表 2 参照）なお、心疾患には、保健事業では予防が難しいものも含まれている。そのため、保健事業実施計画（データヘルス計画）においては、保健事業でも予防可能な循環器病の発症予防対策を実施し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことから、第 2 期同様、虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）、大血管障害のうち、個人の生活の質と医療経済への影響が大きい糖尿病性腎症に着目することとする。

図表 1　保健事業実施計画（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

	健康増進計画	※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 データヘルス計画 （保健事業実施計画）	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 （地域医療構想含む）	介護保険事業 （支援）計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条　健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法　第82条 健康保険法　第150条 高確法　第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省　健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省　保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省　保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省　保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策について基本指針	厚生労働省　医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する基本指針	厚生労働省　老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定　令和6～17年（12年） 2024年～2035年	指針　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～8年（3年） 2024～2026年
計画 策定者	都道府県：義務 市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者：義務	都道府県：義務	都道府県：義務	市町村：義務 都道府県：義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開とより実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持・医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通じ、地域で切れ目のない医療の提供、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止
対象年齢	ライフステージ （乳幼児期、青壮年期、高齢期） ライフコースアプローチ （胎児期から老齢期まで継時的）	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者　65歳以上 2号被保険者　40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折・骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿病合併症 （糖尿病腎症） 循環器病　高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿病性腎症 高　血　圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿性病腎症 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周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルを活用にする保険者 機能強化に向けた体制等 （地域介護保険事業） ②自立支援・重度化防止等 （在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連） ③介護保険運営の安定化 （介護給付の適正化、人材の確保）
補助金等		保健事業支援・評価委員会（事務局：国保連合会）による計画作成支援 保険者努力支援制度（事業費・事業費連動分）交付金		保険者協議会(事務局：県、国保連合会）を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

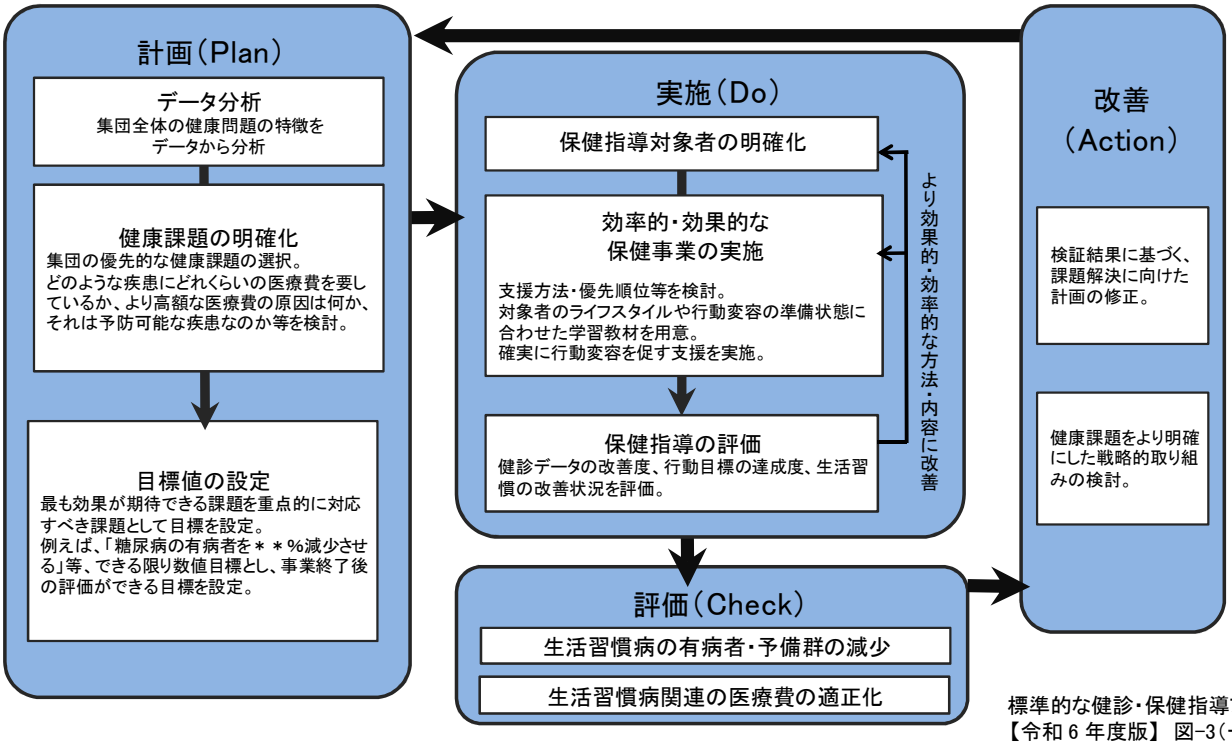
図表 2　特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



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ことにつながる。

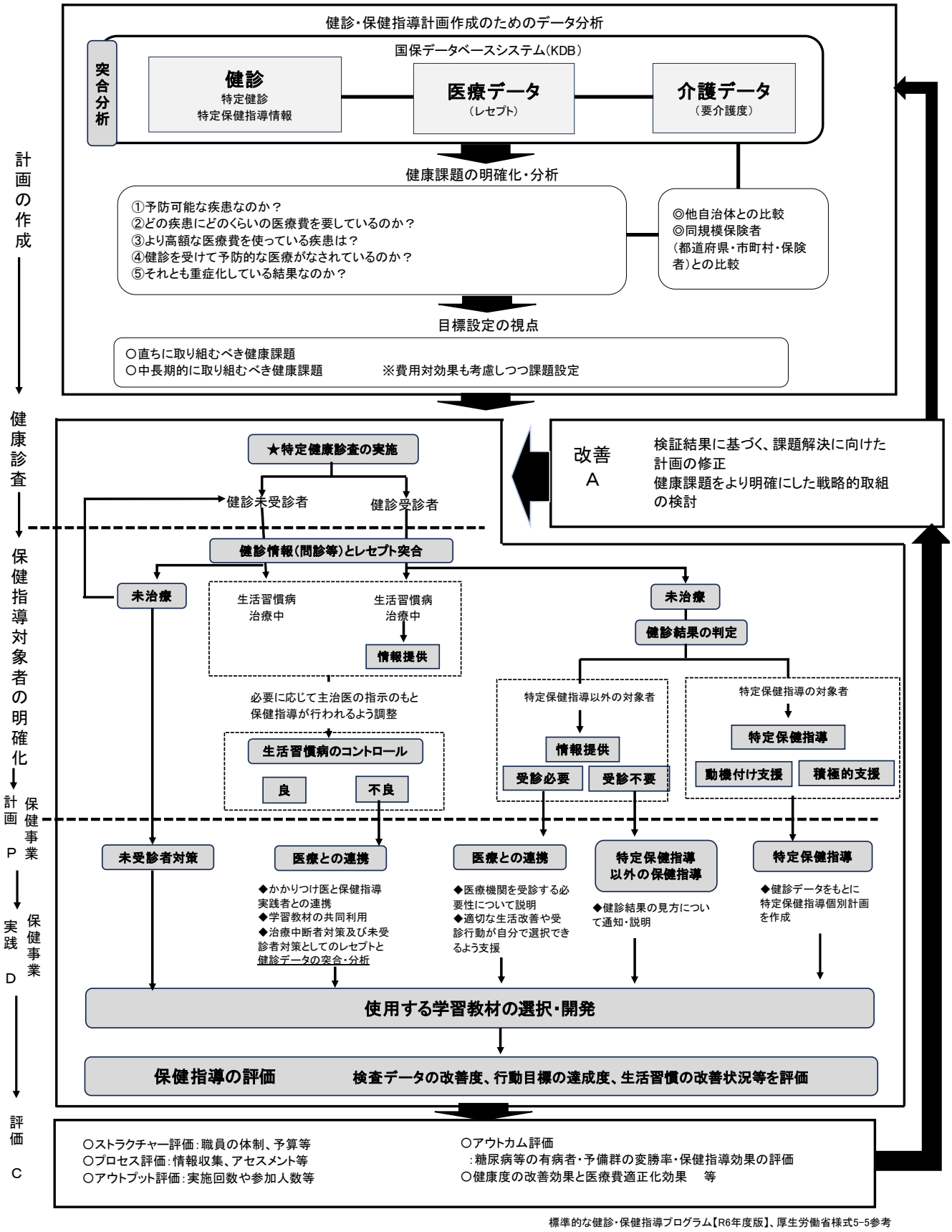
図表 3　保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



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））サイクルに沿っ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
	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	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析（生活習慣病に関するガイドライン）	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につな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	行動変容を促す手法	健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くとともに、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

計画期間は、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

＜参考＞計画期間の根拠について

計画期間については、国指針において、「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いて、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画、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）　市町村国保の役割

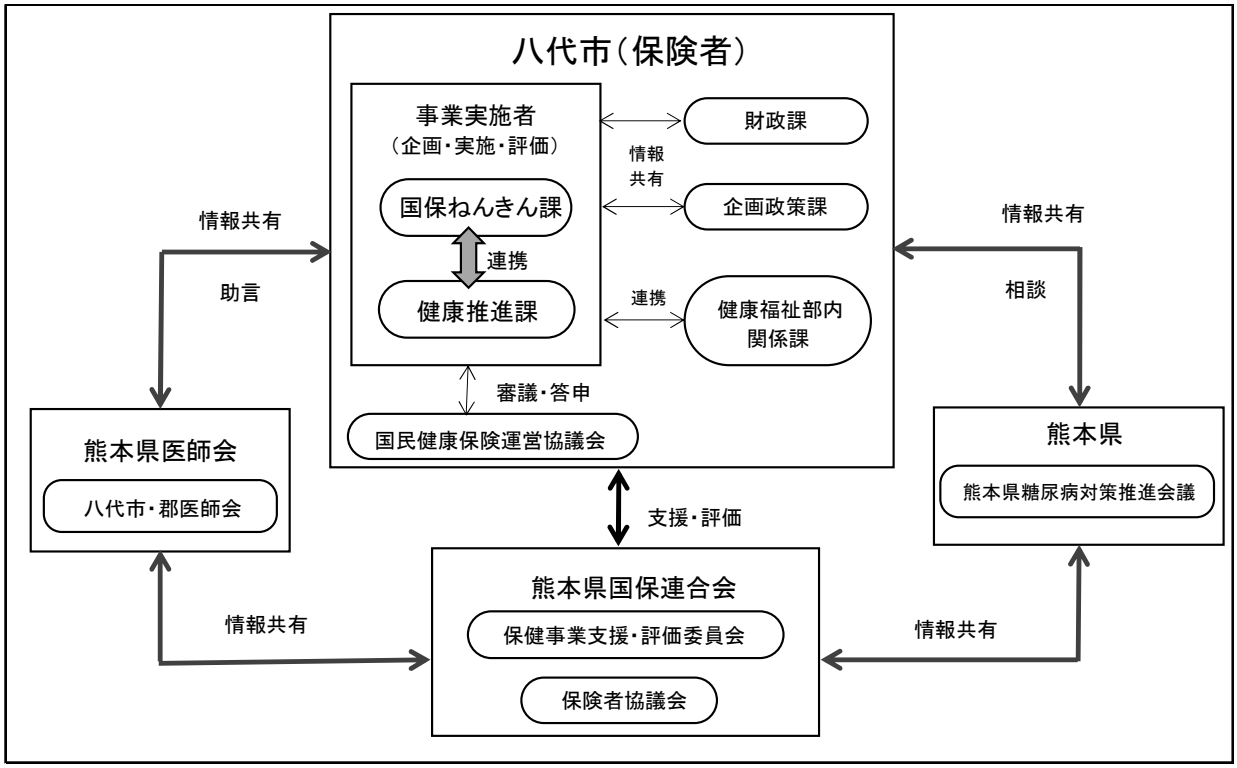
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保ねんきん課及び健康推進課が中心となって、住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業や計画の評価を行い、必要に応じて、計画の見直しや次期

計画に反映させます。

具体的には、同じ健康福祉部内の健康福祉政策課、高齢者支援課、介護保険課、生活援護課をはじめ、幅広い関係課と十分連携を図ることとします。

更に、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　八代市の実施体制図



2）　関係機関との連携

本計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となります。そのため、共同保険者である熊本県のほか、国民健康保険運営協議会、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、保険者協議会を通じ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等とも連携、協力します。

≪ 熊本県 ≫

県は、市町村国保の財政責任の運営主体であるとともに共同保険者となります。特に市町村国保の保険者機能の強化については、県の関与が重要となることから、計画策定にあたっては県関係課との連携に努めます。また、保険者等と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、県が県医師会等との連携を推進することも重要です。更に国保連とともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から国保連とも積極的な連携に努めます。

≪ 国民健康保険運営協議会 ≫

国民健康保険事業の運営に関する重要事項を審議する機関で、国民健康保険法により保険者である市町村に設置が義務付けられています。被保険者を代表する委員、市・郡医師又は薬剤師を代表する委員、公益を代表する委員等から、保健事業の企画・実施・評価に対する意見を聴取します。

≪ 国保連 及び 保健事業支援・評価委員会 ≫

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出、事業実施後の評価分析等において、KDB 等の活用によるデータ分析や技術支援が期待されます。また、国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことも期待されます。

≪ 保険者協議会 ≫

市町村国保は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、市町村国保と被用者保険との保険者間での健康・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、また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うえで、被保険者自身が健康の保持増進の意義を理解し、主体的、積極的に取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、被保険者からも参画を得て、意見交換等を行っています。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度から本格的に実施されています。(図表 7)

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

図表 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年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			八代市	配点	八代市	配点	八代市	配点
交付額(万円)			6,779		7,445		7,853	
全国順位(1,741市町村中)			767位		395位		235位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	40	70	100	70	100	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	20	40	20	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	80	90	40	90	55	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	110	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	5	100	20	100	35	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	0	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	20	30	20	30	40	40
	⑤	第三者求償の取組	40	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	80	95	74	100	76	100
合計点			575	1,000	649	960	671	940

第2章　第 2 期計画に係る考察及び第 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 12 万人で、高齢化率は令和 2 年国勢調査で 34.6%と、同規模保険者、県、国平均（以下「同規模保険者等平均」という。）と比較すると高齢化率や死亡率が高くなっています。

産業構成では、第 1 次産業従事者の割合が 14.2%と同規模保険者等平均と比較しても高いことから、国保加入率も 24.9%と高くなっています。しかし、国保の加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 44%を占めています。（図表 8・9）

医療の状況では、市内に 10 の病院、121 の診療所があり、これはいずれも同規模保険者平均と比較しても多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数も同規模保険者平均と比較して高い傾向にあります。（図表 10）

図表 8　同規模保険者・県・国平均と比較した八代市の特性

	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（%）
八代市	121,856	34.6	30,282（24.9）	53.0	6.7	14.1	0.5	14.2	22.0	63.7
同規模	--	29.1	20.4	53.8	6.7	11.0	0.8	3.3	26.7	70.0
県	--	31.6	22.4	53.6	7.6	12.3	0.4	9.8	21.1	69.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、八代市と同規模保険者（103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（%）	実数（人）	割合（%）	実数（人）	割合（%）	実数（人）	割合（%）	実数（人）	割合（%）
被保険者数	34,219		33,150		32,554		31,363		30,282	
65～74歳	13,925	40.7	13,925	42.0	14,183	43.6	14,066	44.8	13,418	44.3
40～64歳	11,268	32.9	10,627	32.1	10,128	31.1	9,593	30.6	9,133	30.2
39歳以下	9,026	26.4	8,598	25.9	8,243	25.3	7,704	24.6	7,731	25.5
加入率（%）	26.9		26.1		25.6		24.7		24.9	

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（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年度）	
											同規模	県
	実数（人）	割合（%）	実数（人）	割合（%）	実数（人）	割合（%）	実数（人）	割合（%）	実数（人）	割合（%）	割合（%）	割合（%）
病院数	11	0.3	11	0.3	11	0.3	10	0.3	10	0.3	0.3	0.5
診療所数	121	3.5	120	3.6	119	3.7	119	3.8	121	4.0	3.7	3.8
病床数	2,304	67.3	2,304	69.5	2,304	70.8	2,229	71.1	2,227	73.5	62.0	85.4
医師数	316	9.2	316	9.5	336	10.3	336	10.7	347	11.5	11.5	14.1
外来患者数	751.8		759.1		733.0		770.6		786.3		707.3	768.9
入院患者数	26.3		26.7		25.8		25.7		25.4		19.1	26.2

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第 2 期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 期計画では、目標の設定を以下の 2 つに分類しました。

1 つ目は、計画最終年度までに達成を目指す中長期的な目標を設定し、目標疾患として脳血管疾患、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、中長期的な目標を達成するために年度ごとに達成が必要な短期的な目標を設定し、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。

(1)中長期的な目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)の状況

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 154 人(認定率 0.40%)と同規模保険者等平均と比較すると高く、1 号(65 歳以上)被保険者では 8,357 人(認定率 19.8%)と同規模保険者及び国の平均と比較すると高く、県平均よりは低くなっています。高齢化率は上昇していますが、要介護認定率は若干減少しています。(図表 11)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75 歳以上の新規認定者数が増加していて、(図表 11)介護給費費は、約 129 億円から約 133 億円に伸びています。(図表 12)

また、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めていて、第 2 号被保険者で 70%以上、第 1 号被保険者でも約 40%の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で 96.4%と非常に高い割合となっていて、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 13)

図表 11 要介護認定者(率)の状況

			八代市				同規模	県	国
			H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率			40,424人	31.8%	42,131人	34.6%	29.1%	31.6%	28.7%
2号認定者			155人	0.38%	154人	0.40%	0.38%	0.35%	0.38%
	新規認定者		39人		37人		--	--	--
1号認定者			8,348人	20.7%	8,357人	19.8%	18.4%	20.2%	19.4%
	新規認定者		1,080人		1,131人		--	--	--
再掲	65～74歳		748人	4.0%	787人	4.0%	--	--	--
		新規認定者	161人		181人		--	--	--
	75歳以上		7,600人	34.8%	7,570人	33.5%	--	--	--
		新規認定者	919人		950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 12　介護給付費の変化

		八代市		同規模	県	国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費		128億8049万円	133億1406万円	--	--	--
1人当たり給付費(円)		318,635	316,016	275,832	310,858	290,668
1件当たり給付費(円)全体		66,512	69,491	60,207	62,823	59,662
	居宅サービス(円)	47,036	48,787	41,618	42,088	41,272
	施設サービス(円)	289,812	298,286	295,426	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 13　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)			154		787		7,570		8,357		8,511	
再)国保・後期			84		569		7,073		7,642		7,726	
有病状況(レセプトの診断名より重複して計上) 疾患		順位	疾病	件数(件) 割合	疾病	件数(件) 割合	疾病	件数(件) 割合	疾病	件数(件) 割合	疾病	件数(件) 割合
血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	59 70.2%	脳卒中	266 46.7%	脳卒中	2,772 39.2%	脳卒中	3,038 39.8%	脳卒中	3,097 40.1%
血管疾患	循環器疾患	2	腎不全	13 15.5%	虚血性心疾患	120 21.1%	虚血性心疾患	2,320 32.8%	虚血性心疾患	2,440 31.9%	虚血性心疾患	2,452 31.7%
血管疾患	循環器疾患	3	虚血性心疾患	12 14.3%	腎不全	78 13.7%	腎不全	1,316 18.6%	腎不全	1,394 18.2%	腎不全	1,407 18.2%
血管疾患	合併症	4	糖尿病合併症	16 19.0%	糖尿病合併症	88 15.5%	糖尿病合併症	743 10.5%	糖尿病合併症	831 10.9%	糖尿病合併症	847 11.0%
血管疾患	基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)			79 94.0%	基礎疾患	527 92.6%	基礎疾患	6,842 96.7%	基礎疾患	7,369 96.4%	基礎疾患	7,448 96.4%
血管疾患	血管疾患合計			82 97.6%	合計	535 94.0%	合計	6,899 97.5%	合計	7,434 97.3%	合計	7,516 97.3%
認知症			認知症	15 17.9%	認知症	196 34.4%	認知症	3,772 53.3%	認知症	3,968 51.9%	認知症	3,983 51.6%
筋・骨格疾患			筋骨格系	67 79.8%	筋骨格系	500 87.9%	筋骨格系	6,835 96.6%	筋骨格系	7,335 96.0%	筋骨格系	7,402 95.8%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者の減少により総医療費も減少していますが、1人当たり医療費は、同規模保険者と比べて約 3 万 1 千円高く、平成 30 年度と比較しても約 2 万 7 千円伸びています。

入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3.1%程度にも関わらず、医療費全体の約 47.0%を占めていて、1 件当たりの入院医療費も平成 30 年度と比較しても約 5 万 9 千円も高くなっています。(図表 14)

年齢調整をした国民健康保険の地域差指数は、全国平均の 1 を超えていますが、令和 3 年度は、平成 30 年度よりも県内順位は下がり、全体と外来は県平均より低くなっています。しかし、入院に係る指数については増加しています。(図表 15)

本市の医療費を上げている要因は入院医療費の増加と考えられ、予防可能な疾患(脳・心臓・腎臓)の発症を抑えることが重要です。そのためには、予防可能な生活習慣病の重症化を抑える取組が重要であり、引き続き重症化予防に力を入れる必要があります。

図表 14 医療費の推移

			八代市				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			34,219人		30,282人		--	--	--
	前期高齢者割合		13,925人 (40.7%)		13,418人 (44.3%)		--		
総医療費			124億4407万円		118億1855万円		--	--	--
1人当たり医療費(円)			363,660	県内25位 同規模18位	390,283	県内35位 同規模20位	359,130	407,772	339,680
入院	1件当たり費用額(円)		526,950		586,050		616,530	574,060	617,950
入院		費用の割合(%)	46.5		47.0		40.6	45.5	39.6
入院		件数の割合(%)	3.4		3.1		2.6	3.3	2.5
外来	1件当たり費用額		21,190		21,330		24,420	23,430	24,220
外来		費用の割合(%)	53.5		53.0		59.4	54.5	60.4
外来		件数の割合(%)	96.6		96.9		97.4	96.7	97.5
受診率			778.02		811.762		726.377	795.102	705.439

出典:ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は八代市と同規模保険者103市町村の平均値を表す

図表 15 1 人当たり(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		
		八代市 (県内市町村中)		県 (47県中)	八代市 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	1.109	1.088	1.125	1.023	1.117	1.132
		(21位)	(26位)	(8位)	(31位)	(18位)	(7位)
	入院	1.277	1.291	1.291	1.113	1.259	1.282
		(17位)	(20位)	(8位)	(32位)	(20位)	(5位)
	外来	1.018	0.965	1.025	0.932	0.973	0.982
		(22位)	(30位)	(14位)	(24位)	(16位)	(21位)

出典:地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標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については、平成 30 年度と比較すると減少しています。（図表 16）

次に中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると、虚血性心疾患の割合は横ばい、慢性腎不全（透析有）の割合は減少しています。しかし、脳血管疾患については、増加しています。（図表 17）

脳血管疾患は発症時の急性期だけでなく、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要です。

図表 16　中長期目標疾患の医療費の推移

			八代市		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費			124億4407万円	118億1855万円	--	--	--
中長期目標疾患医療費合計			11億8655万円	9億3860万円	--	--	--
			9.54%	7.94%	8.40%	8.69%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.37%	1.83%	2.11%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.12%	0.89%	1.50%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全（透析有）	5.82%	4.96%	4.49%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全（透析無）	0.22%	0.26%	0.29%	0.26%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		14.02%	14.97%	16.76%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		7.52%	8.05%	8.52%	8.56%	8.68%
	精神疾患		10.47%	10.03%	8.12%	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 17　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		慢性腎不全（透析有）	
			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	34,219	30,282	a	1,976	2,025	1,711	1,528	189	153
					a/A	5.8%	6.7%	5.0%	5.0%	0.6%	0.5%
40歳以上（人）		B	25,193	22,551	b	1,956	2,013	1,697	1,514	184	151
		B/A	73.6%	74.5%	b/B	7.8%	8.9%	6.7%	6.7%	0.7%	0.7%
再掲	40～64歳（人）	C	11,268	9,133	c	503	462	421	329	97	77
		C/A	32.9%	30.2%	c/C	4.5%	5.1%	3.7%	3.6%	0.9%	0.8%
	65～74歳（人）	D	13,925	13,418	d	1,453	1,551	1,276	1,185	87	74
		D/A	40.7%	44.3%	d/D	10.4%	11.6%	9.2%	8.8%	0.6%	0.6%

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

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標疾患である高血圧・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ますが、合併症(重症化)でもある虚血性心疾患・人工透析の割合は減っています。(図表 18～20)

本市は特定健診の結果から、治療が必要な者に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を実施していて、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と考えられます。しかし、脂質異常症治療者のうち合併症(重症化)である脳血管疾患の割合は、40～64 歳で増加しています。(図表 20)

図表 18 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)		A	10,771	10,705	3,114	2,773	7,657	7,932
		A/被保数	42.8%	47.5%	27.6%	30.4%	55.0%	59.1%
合併症(中長期目標疾患)	脳血管疾患(人)	B	956	955	240	207	716	748
		B/A	8.9%	8.9%	7.7%	7.5%	9.4%	9.4%
	虚血性心疾患(人)	C	1,196	1,057	269	211	927	846
		C/A	11.1%	9.9%	8.6%	7.6%	12.1%	10.7%
	人工透析(人)	D	166	139	87	71	79	68
		D/A	1.5%	1.3%	2.8%	2.6%	1.0%	0.9%

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 19 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)		A	6,544	6,374	1,963	1,754	4,581	4,620
		A/被保数	26.0%	28.3%	17.4%	19.2%	32.9%	34.4%
合併症(中長期目標疾患)	脳血管疾患(人)	B	619	567	137	119	482	448
		B/A	9.5%	8.9%	7.0%	6.8%	10.5%	9.7%
	虚血性心疾患(人)	C	804	717	194	142	610	575
		C/A	12.3%	11.2%	9.9%	8.1%	13.3%	12.4%
	人工透析(人)	D	109	85	55	43	54	42
		D/A	1.7%	1.3%	2.8%	2.5%	1.2%	0.9%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症(人)	E	917	821	315	244	602	577
		E/A	14.0%	12.9%	16.0%	13.9%	13.1%	12.5%
	糖尿病性網膜症(人)	F	724	697	238	192	486	505
		F/A	11.1%	10.9%	12.1%	10.9%	10.6%	10.9%
	糖尿病性神経障害(人)	G	339	308	116	90	223	218
		G/A	5.2%	4.8%	5.9%	5.1%	4.9%	4.7%

出典:KDBシステム_ 疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握

図表 20　脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症（疾病管理一覧）			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
脂質異常症治療者(人)		A	8,824	8,798	2,758	2,424	6,066	6,374
		A/被保数	35.0%	39.0%	24.5%	26.5%	43.6%	47.5%
（中長期目標疾患）合併症	脳血管疾患(人)	B	731	731	172	161	559	570
		B/A	8.3%	8.3%	6.2%	6.6%	9.2%	8.9%
	虚血性心疾患(人)	C	1,043	938	238	200	805	738
		C/A	11.8%	10.7%	8.6%	8.3%	13.3%	11.6%
	人工透析(人)	D	86	80	42	37	44	43
		D/A	1.0%	0.9%	1.5%	1.5%	0.7%	0.7%

出典：KDBシステム_ 疾病管理一覧（脂質異常症）
地域の全体像の把握

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度以上の高血圧・HbA1c7.0%以上者の割合について、平成 30 年度と令和 3 年度で比較したところ、Ⅱ度以上の高血圧・HbA1c7.0%以上者ともに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をレセプトと突合したところ、未治療のまま放置している者が高血圧で約 28.0%、糖尿病で 5.4%いて、とくに高血圧は未治療・治療中断を合わせると 35.8%もいる現状です。（図表 21）

生活習慣病は、自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の者への受診勧奨の徹底と、治療中断予防の保健指導も強化し、重症化を予防することが重要です。

図表 21　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		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報（R03.4～R04.3）			
							未治療（内服なし）				未治療（内服なし）		未治療		治療中断	
	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	G	G/E	H	H/E
八代市	7,910人	34.2%	6,882人	31.7%	466人	5.9%	261人	56.0%	475人	6.9%	267人	56.2%	133人	28.0%	37人	7.8%

	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		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報（R03.4～R04.3）			
							未治療（内服なし）				未治療（内服なし）		未治療		治療中断	
	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	M	M/K	N	N/K
八代市	7,906人	99.9%	6,880人	100.0%	399人	4.3%	93人	27.4%	317人	4.6%	94人	29.7%	17人	5.4%	7人	2.2%

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傾向があります。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は、1.2 ポイント伸びていて、その中でも 3 項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。メタボリックシンドロームの予備群についても 0.1 ポイント増加していて、メタボ該当者と予備群を合わせると 1.3 ポイント増加しています。（図表 22）

また、重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度以上の高血圧、LDL コレステロール 160 mg/dl以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5%以上（図表 23）、Ⅱ度以上の高血圧の有所見者（図表 24）の割合は増加、LDL コレステロール 160 mg/dl以上（図表 26）の有所見割合は減少しています。翌年度の結果を見ると、HbA1c6.5%以上の改善率（図表 23）は上昇していますが、Ⅱ度以上の高血圧、LDL コレステロール 160 mg/dl以上の改善率（図表 24、25）は減少しています。翌年度に健診を受診していない者が 30%弱存在している（図表 23～25）ため、重症化予防対象者の正確な結果は把握できていませんが、今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めるとともに、重症化予防対象者に継続受診を勧める働きかけが必要です。

図表 22　メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者（人）（受診率）	該当者			予備群
			3項目	2項目	
H30年度	7,910（34.2%）	1,430（18.1%）	434（5.5%）	996（12.6%）	939（11.9%）
R04年度	6,555（31.8%）	1,268（19.3%）	420（6.4%）	848（12.9%）	789（12.0%）

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 23　HbA1c6.5%以上の者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	HbA1c 6.5%以上（人）	翌年度健診結果			
		改善（人）	変化なし（人）	悪化（人）	健診未受診者（人）
H30 → R1	701人（8.9%）	136（19.4%）	256（36.5%）	97（13.8%）	212（30.2%）
R3 → R4	690（10.0%）	150（21.7%）	268（38.8%）	79（11.4%）	193（28.0%）

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24　Ⅱ度以上の高血圧者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	Ⅱ度以上の高血圧	翌年度健診結果			
		改善（人）	変化なし（人）	悪化（人）	健診未受診者（人）
H30 → R1	466 （5.9%）	246 （52.8%）	93 （20.0%）	19 （4.1%）	108 （23.2%）
R3 → R4	475 （6.9%）	242 （50.9%）	101 （21.3%）	12 （2.5%）	120 （25.3%）

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25　LDL コレステロール 160 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	LDL-C 160mg/dl以上	翌年度健診結果			
		改善（人）	変化なし（人）	悪化（人）	健診未受診者（人）
H30 → R1	921 （11.6%）	421 （45.7%）	235 （25.5%）	55 （6.0%）	210 （22.8%）
R3 → R4	592 （8.6%）	251 （42.4%）	159 （26.9%）	35 （5.9%）	147 （24.8%）

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、令和元年度には 34.5%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和 2 年度以降は受診率が低迷し、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 26）また、これまで早期からの生活習慣病予防を目的に 40 歳未満の健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40 歳・50 歳代において、特に低い状況となっています。（図表 27）

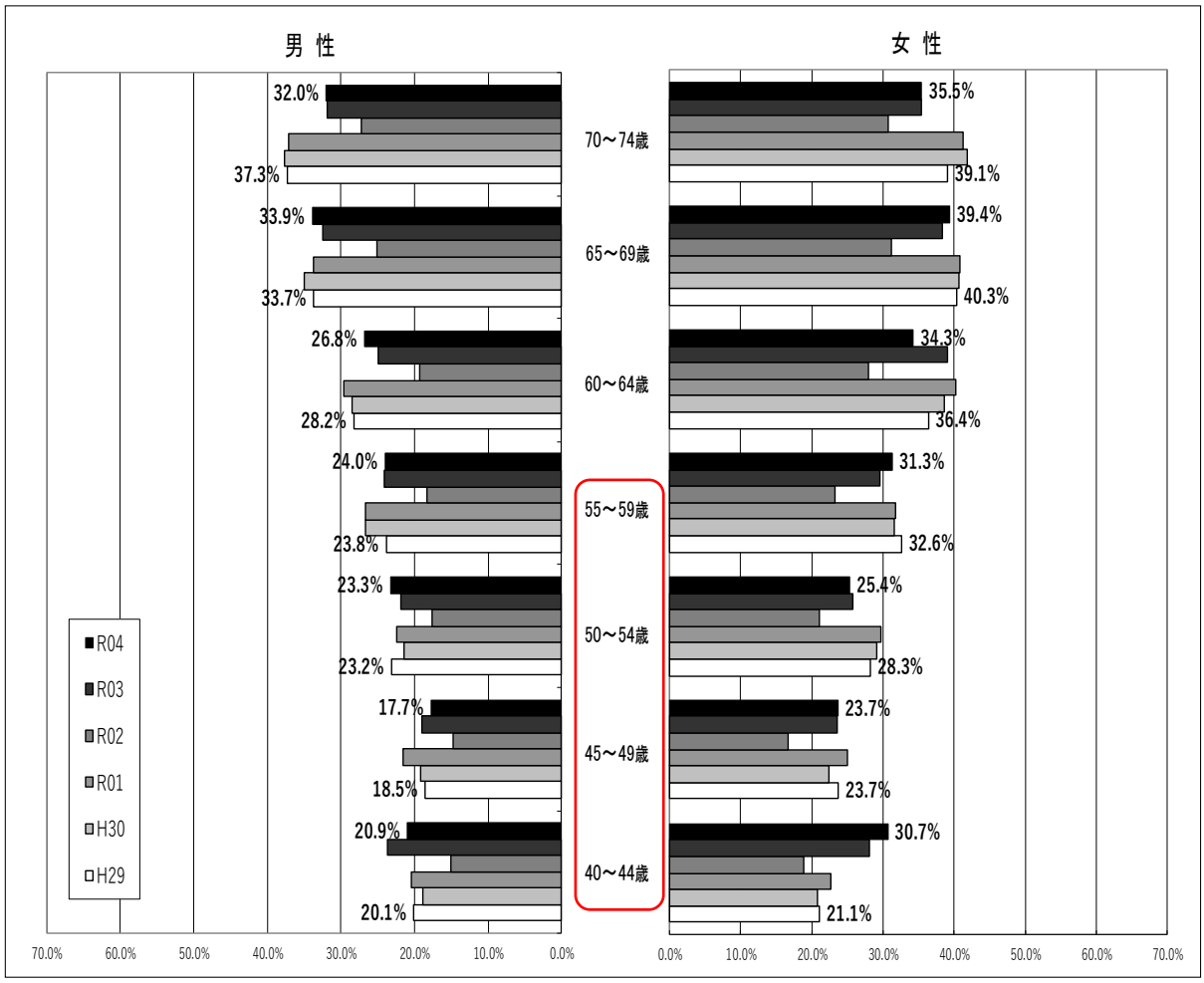
特定保健指導の実施率においても、令和 2 年度以降は一旦下がりましたが、令和 4 年度は上昇しています。（図表 26） 生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 26 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度目標値
特定健診	受診者数（人）	7,912	7,766	5,684	6,885	6,554	健診受診率 60%
	受診率	34.2%	34.5%	25.4%	31.7%	31.8%	
特定保健指導	該当者数（人）	937	954	620	805	765	特定保健指導実施率 60%
	割合	11.8%	12.3%	10.9%	11.7%	11.7%	
	実施者数（人）	533	603	369	466	459	
	実施率	57.0%	63.2%	59.5%	57.9%	60.0%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 27 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2）主な個別事業の評価と課題

（1）重症化予防の取組

①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、「熊本県糖尿病性重症化予防プログラム」に基づき、重症化予防保健指導対象者の抽出基準を設け、特定健診受診者のうち約 40%の者に個別の保健指導を実施しています。特に、合併症の危険性が高くなる HbA1c7.0%以上の者を優先し、保健指導を実施しています。（図表 28）

図表 28　糖尿病性腎症重症化予防対象者の状況

特定健診受診者		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
	人(a)	7,906	7,766	5,684	6,880	6,555
糖尿病治療中の者	人(b)	626	595	425	551	521
HbA1c6.5%以上	人(c)	701	788	491	691	646
	(c/a)	8.9%	10.1%	8.6%	10.0%	9.9%
（再掲）HbA1c7.0%以上	人(d)	339	356	214	317	311
	(d/a)	4.3%	4.6%	3.8%	4.6%	4.7%
未治療	人(e)	93	104	62	94	103
	(d/e)	27.4%	29.2%	29.0%	29.7%	33.1%
治療中	人(f)	246	252	152	223	208
	(f/d)	72.6%	70.8%	71.0%	70.3%	66.9%
HbA1c8.0%以上	人(g)	70	67	40	53	48
	(g/b)	11.2%	11.3%	9.4%	9.6%	9.2%

出典：KDBシステム

高血糖や糖尿病の者は、特定健診の尿検査（尿蛋白定性検査）の結果で糖尿病性腎症の重症度を確認していると、持続的な尿蛋白の出る顕性腎症まで発見できず、予防可能な時期を逃してしまう可能性があります。そのため、重症化予防の保健指導において、HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白（−）または（±）の者で、糖尿病性腎症の診断がない希望者を対象に尿アルブミン検査を実施しました。その結果、早期腎症のアルブミン 30 mg/dlを超える者が発見でき、糖尿病性腎症への早期介入の保健指導を実施することができました。今後も糖尿病性腎症重症化予防を効果的に実施するためにも、尿アルブミン検査を継続する必要があります。（図表 29）

図表 29　尿アルブミン検査実施件数と検出者数

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
実施件数　（人）	34	38	18	9	24
アルブミン30mg/dl以上の者（人）	3	15	5	1	5
アルブミン30mg/dl以上割合（人）	8.8%	39.5%	27.8%	11.1%	20.8%

過去 5 年間に、特定健診で1回でも HbA1c7.0%を超えた者については、糖尿病管理台帳を作成しています。令和 2 年度からは、特定健診の受診状況や治療状況を確認し、特定健診未受診者に対しては、健診の受診勧奨を、未治療、治療中断者に対しては治療開始・再開の勧奨を電話や訪問等により行っています。(図表 30)重症化している者の中には、治療中断者も多く見られることから、今後も糖尿病管理台帳を活用した重症化予防の保健指導の実施により、未治療者を確実に治療につなげ、治療中断を予防していく必要があります。

図表 30 糖尿病管理台帳記載者の特定健診受診率・受診勧奨、治療勧奨の状況

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
対象者数(人)	761	858	795	720	678
健診受診者数(人)	386	416	316	366	378
受診率	50.7%	48.5%	39.7%	50.8%	55.8%
特定健診未受診者への受診勧奨数(人)			30	69	160
特定健診受診勧奨により受診(人)			8	19	49
未治療者への受診勧奨(人)			13	22	14
治療中断者への受診勧奨(人)			20	20	16

特定健診受診者で HbA1c6.5%以上の割合は、増加傾向にあります。また、HbA1c7.0%以上の割合も増加していて、うち、33.1%が未治療です。治療中の 9.2%は HbA1c8.0%以上であり、今後も、未治療者や治療中の者に対して、医療機関と連携した重症化予防の保健指導を強化していく必要があります。(図表 28)

② 虚血性心疾患・脳血管疾患重症化予防

現在、本市では、特定健診受診者全員を対象として心電図検査を実施していますが、重症化予防の保健指導において、心電図検査の結果を充分に活用できていません。(図表 31)中長期目標疾患の治療状況をみると、虚血性心疾患の治療者数割合は横ばいですが、脳血管疾患の治療者数割合は増加しています。(P14 図表 17)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活用した保健指導を実施するといった、中長期目標疾患を発症させない取組が大切です。

図表 31 心電図検査実施状況及び脳血管疾患の現状

	健診受診者数					脳梗塞		脳出血	
		心電図実施者		心房細動			被保険者割合		被保険者割合
	A (人)	B (人)	B/A	C (人)	C/B	D (人)	E	F (人)	G
H30年度	7,076	6,970	98.5%	73	1.0%	328	0.79%	98	0.24%
R4年度	6,647	6,492	97.7%	64	1.0%	382	1.05%	88	0.24%

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、高血圧以外の危険因子の重なりは、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度に深く関与しています。（図表 32）

現在、本市の特定健診で、II 度以上の高血圧を対象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、保健指導対象者の再検討が必要です。（図表 33）また、家庭血圧測定の必要性や血圧手帳を活用した自己管理など、脳血管疾患の発症予防をポピュレーションアプローチとして実施していく必要があります。

図表 32　血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和4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）		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
	1,998	1,015	724	223	36
		50.8%	36.2%	11.2%	1.8%
リスク第1層 予後影響因子がない	166	C 103	B 48	B 13	A 2
	8.3%	10.1%	6.6%	5.8%	5.6%
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	1,192	C 615	B 431	A 127	A 19
	59.7%	60.6%	59.5%	57.0%	52.8%
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	640	B 297	A 245	A 83	A 15
	32.0%	29.3%	33.8%	3	

…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	491
		24.6%
B	概ね1ヵ月後に再評価	789
		39.5%
C	概ね3ヵ月後に	718

出典：ヘルスサポートラボツール

※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。

図表 33　Ⅱ度以上の高血圧者に対する保健指導の状況

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
40～74歳特定健診受診者（人）	8,099	7,920	5,752	7,030	6,795
II度以上高血圧者（人）	472	405	358	494	469
保健指導実施者（人）	224	181	146	225	198
保健指導実施割合（%）	47.5%	44.7%	40.8%	45.5%	42.2%

※国保資格移動等による法定報告対象外者含む　　出典：健康管理システム

（2）ポピュレーションアプローチ

生涯を通じた健康づくりの取組として、校区健康づくり教室や出前講座、生活習慣病予防講演会等で、本市の健康課題を踏まえた健康教育を実施しています。また、生活習慣病予防通信「すら～っと」の発行や市のホームページに健康コラム「とまみの畑」を掲載し、健康に関する情報提供を広く行い、更に令和元年度から「健康づくり応援ポイント事業」を開始し、個人の積極的な健康づくりの取組の支援を行っています。

（3）第 2 期計画目標の達成状況一覧

図表 34　第 2 期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績 初年度 H30 （H30）	実績 中間評価 R2 （R2）	実績 最終評価 R5 （R4）	データの把握方法 （活用データ）
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析等の医療費の伸びを抑制する	1人当たりの医療費（円）	363,660	367,780	390,283	KDB システム
			人工透析（人）	174	155	135	
				0.5%	0.5%	0.4%	
			再）新規人工透析 （人）	14	6	8	保険者データ支援システム新規患者リスト
			新規　糖尿病性腎症	265	207	222	
			新規　脳血管疾患	426	461	470	
			新規　虚血性心疾患	578	585	533	
			最大医療資源　慢性腎不全　透析あり	10.8%	10.4%	9.3%	
	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	健診受診者の血糖異常者の割合（HbA1c7.0%以上）	4.3%	3.8%	4.8%	法定報告特定健診データ
			服薬中でHbA1c7.0%以上の割合	3.1%	2.7%	3.2%	
			服薬なしでHbA1c7.0%以上の割合	1.2%	1.1%	1.6%	
			健診受診者の高血圧者の割合 Ⅱ度以上高血圧（160mmg/100mmg以上）	5.9%	6.3%	6.8%	
			服薬中でⅡ度以上高血圧の割合	2.6%	2.7%	2.9%	
			服薬なしでⅡ度以上高血圧の割合	3.3%	3.5%	4.0%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少（LDLコレステロール140mg/dl以上）	29.0%	23.5%	23.5%	
			メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	29.9%	30.1%	31.3%	
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率（60%以上）	34.2%	25.4%	31.8%	法定報告値
			特定保健指導実施率（60%以上）	57.0%	59.5%	60.0%	
			特定保健指導対象者の割合の減少	11.8%	10.9%	11.7%	
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	13.3%	10.1%	9.4%	地域保健事業報告（R04年度データがないため,R03年度を記載）
			肺がん検診受診者の増加	18.6%	12.9%	14.6%	
			大腸がん検診受診者の増加	13.2%	12.0%	13.3%	
			子宮頸がん検診受診者の増加	18.1%	13.9%	13.9%	
			乳がん検診受診者の増加	26.1%	20.6%	19.9%	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	18.5%	13.9%	14.2%	
		後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合　80%以上	74.7%	80.4%	81.6%	厚生労働省

3）第 2 期データヘルス計画に係る考察

第 2 期計画においては、医療費が高額となる糖尿病性腎症等の人工透析患者、虚血性心疾患、脳血管疾患の共通のリスクとなる糖尿病、高血圧症、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らすことを目標に、特定健診、特定保健指導、重症化予防などの保健事業の取組を実施しました。

中長期目標である人工透析患者の数・割合は減少しましたが、1 人当たりの医療費は増加しています。これは、入院に係る1人当たり医療費の地域差指数が 1.291 と全国平均値の1を大きく上回り、外来に係る指数が 0.965 と下回っていることから、入院費用の増加によるものと考えられます。

短期目標については、メタボリックシンドローム該当者・予備群の増加が、HbA1c7.0%以上やⅡ度以上高血圧の割合の増加に影響していると考えられます。中でも、糖尿病、高血圧症で服薬中の者の HbA1c7.0%以上やⅡ度以上高血圧の割合も増加していて、重症化予防の取組が重要です。

また、虚血性心疾患のリスクとなる LDL コレステロールについても、家族性の高コレステロール血症が疑われる LDL コレステロール 180 mg/dl以上の者を保健指導対象者に加え、積極的な受診勧奨を実施しました。その結果、LDL コレステロール 140 mg/dl以上の割合は、減少しています。

Ⅱ度以上の高血圧、HbA1c7.0%以上の未治療者は増加していて、また、健診後、治療につながった者でも治療を中断する者も見受けられます。重症化を予防するためには、健診受診率の向上を図るとともに、未治療・治療中断者に対しては、医療機関と連携した重症化予防の保健指導を強化する必要があります。

特定健診継続受診者については、健診結果の悪化を防ぐことができていることから、重症化予防のために継続した受診を促す必要があります。また、受診率向上のためには、新規受診者の増加だけではなく、継続受診者の増加も必要です。

特定保健指導については、目標値に近い数値を達成できていますが、メタボリックシンドローム等の改善には至っておらず、また本市の健康課題である高血糖や高血圧等の改善にもつながっていないことから、効果的な保健指導が実施できるよう見直しが必要です。

糖尿病性腎症重症化予防の取組については、新規人工透析者数、割合ともに減少していますが、HbA1c7.0%以上の割合は増加していることから、今後も糖尿病性腎症の重症化予防に継続して取組む必要があります。

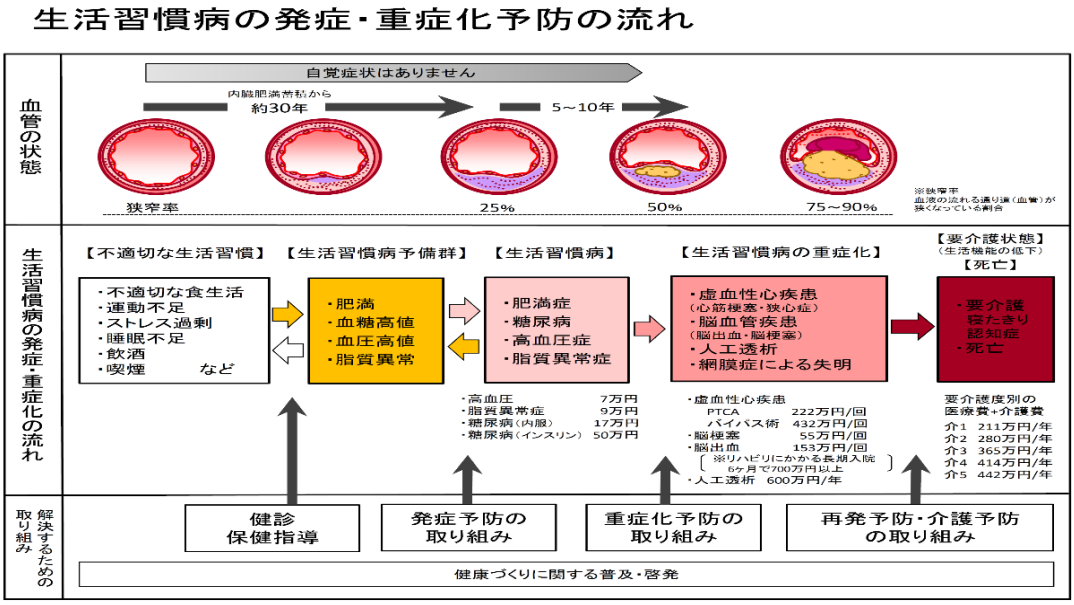
脳血管疾患については、数、割合ともに増加していて、最大の危険因子である高血圧及び脂質異常に対する保健指導も必要と考えます。脳血管疾患の予防のために、特定健診受診者全員に心電図検査を実施し、有所見者に対し、保健指導を実施していく必要です。

3. 第 3 期における健康課題の明確化

1）基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積による生活習慣病の発症や重症化、合併症へと悪化するものを減少させること、また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 35　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、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健康保険等から、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。

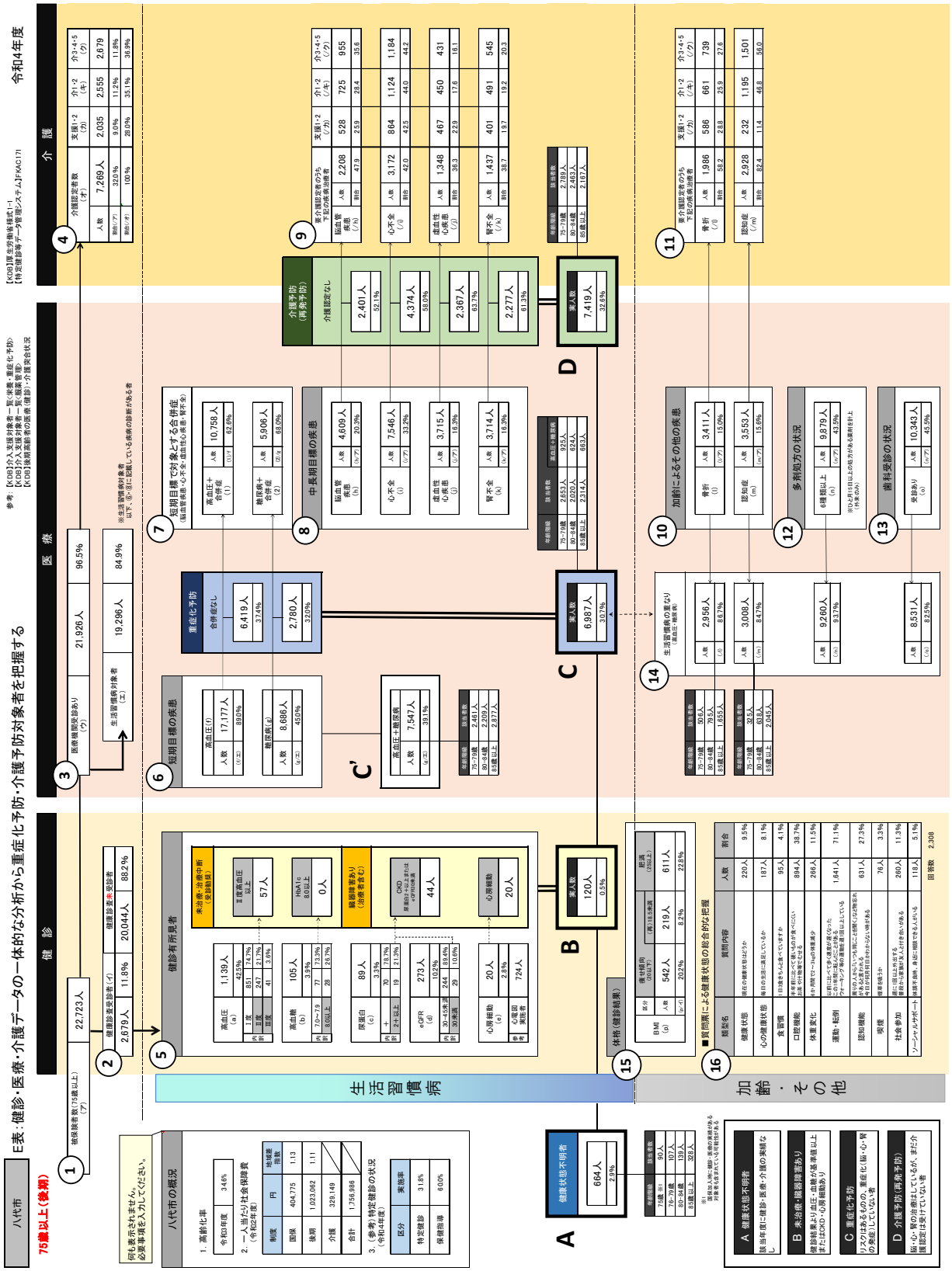
保健事業は、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが重要ですが、制度的理由により、支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

また、国民健康保険は、被保険者のうち、65 歳以上の高齢被保険者の割合が高く、医療費全体における前期高齢者に係る医療費の割合も大きい。若年期における生活習慣病の発症が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 36 に基づき、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。

第 2 期計画の評価を踏まえ、健康・医療情報等を活用しながら、被保険者の健康状態等を分析することで、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。更に、若年期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には明らかな関連が認められ、特定保健指導対象者を減らすためには、若年期からの適正な体重の維持に向けた保健指導の実施や啓発等といった 40 歳未満に対する肥満対策も重要です。

図表 36 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



（1）医療費分析

図表 37　被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		34,219人	33,150人	32,554人	31,363人	30,282人	23,012人
総件数及び総費用額	件数	325,266件	317,268件	299,290件	305,316件	302,922件	391,780件
	費用額	124億4407万円	123億6689万円	119億7272万円	118億0877万円	118億1855万円	219億0792万円
一人当たり医療費		36.4万円	37.3万円	36.8万円	37.7万円	39.0万円	95.2万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 38　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	一人当たり医療費（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								
				慢性腎不全（透析有）	慢性腎不全（透析無）	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
①国保	八代市	118億1855万円	31,671円	4.96%	0.26%	1.83%	0.89%	5.73%	3.99%	2.05%	23億2960万円	19.7%	15.0%	10.03%	8.05%
	同規模	--	29,058円	4.49%	0.29%	2.11%	1.50%	5.48%	3.12%	2.13%	--	19.1%	16.8%	8.12%	8.52%
	県	--	33,050円	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円	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	八代市	219億0792万円	79,698円	4.35%	0.46%	3.60%	1.32%	3.59%	3.64%	1.23%	39億8881万円	18.2%	9.8%	5.67%	13.0%
	同規模	--	69,773円	4.74%	0.48%	3.91%	1.75%	4.14%	3.04%	1.47%	--	19.5%	11.3%	3.66%	12.3%
	県	--	81,455円	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円	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 39　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	1,042人	1,128人	1,087人	1,049人	1,144人	2,696人
	件数	B	4,001件	4,146件	2,240件	2,093件	4,261件	5,299件
		B/総件数	1.23%	1.31%	0.75%	0.69%	1.41%	1.35%
	費用額	C	9億1500万円	9億4339万円	10億6316万円	9億6717万円	9億2506万円	20億5909万円
		C/総費用	7.4%	7.6%	8.9%	8.2%	7.8%	9.4%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 40　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	72人		66人		58人		45人		50人		193人		
		D/A	6.9%		5.9%		5.3%		4.3%		4.4%		7.2%		
	件数	E	279件		258件		114件		103件		222件		383件		
		E/B	7.0%		6.2%		5.1%		4.9%		5.2%		7.2%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	2件	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40歳代	16件	5.7%	17件	6.6%	9件	7.9%	3件	2.9%	4件	1.8%	70-74歳	2件	0.5%
		50歳代	19件	6.8%	42件	16.3%	7件	6.1%	10件	9.7%	22件	9.9%	75-80歳	87件	22.7%
		60歳代	176件	63.1%	94件	36.4%	40件	35.1%	31件	30.1%	58件	26.1%	80代	227件	59.3%
		70-74歳	68件	24.4%	103件	39.9%	58件	50.9%	59件	57.3%	138件	62.2%	90歳以上	67件	17.5%
	費用額	F	6535万円		5773万円		3433万円		3535万円		3640万円		1億4097万円		
		F/C	7.1%		6.1%		3.2%		3.7%		3.9%		6.8%		

出典：ヘルスサポートラボツール

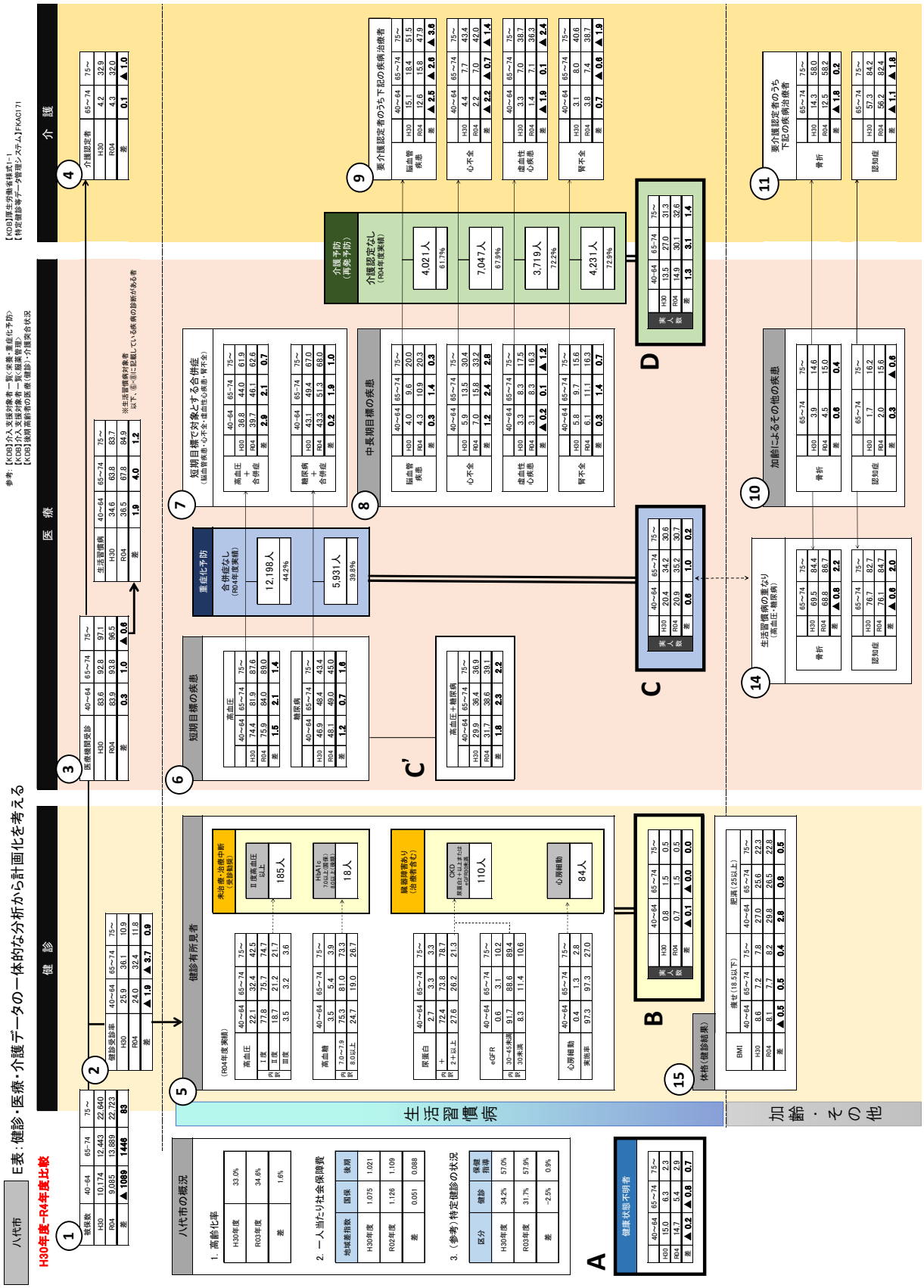
図表 41　高額レセプト（80 万円/件）以上の推移（虚血性心疾患）

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	47人		65人		61人		63人		34人		118人		
		G/A	4.5%		5.8%		5.6%		6.0%		3.0%		4.4%		
	件数	H	106件		149件		70件		72件		68件		133件		
		H/B	2.6%		3.6%		3.1%		3.4%		1.6%		2.5%		
	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	4件	3.0%
		40歳代	2件	1.9%	6件	4.0%	3件	4.3%	2件	2.8%	0	0.0%	70-74歳	3件	2.3%
		50歳代	7件	6.6%	16件	10.7%	7件	10.0%	8件	11.1%	3件	4.4%	75-80歳	43件	32.3%
		60歳代	42件	39.6%	70件	47.0%	24件	34.3%	20件	27.8%	29件	42.6%	80代	65件	48.9%
		70-74歳	55件	51.9%	57件	38.3%	36件	51.4%	42件	58.3%	36件	52.9%	90歳以上	18件	13.5%
	費用額	I	4132万円		3613万円		3292万円		2971万円		2492万円		5911万円		
		I/C	4.5%		3.8%		3.1%		3.1%		2.7%		2.9%		

出典：ヘルスサポートラボツール

（2）健診・医療・介護の一体的分析

図表 42　健診・医療・介護データの一体的な分析



図表 43　被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数（人）			健診受診率（%）			体格（健診結果）（%）					
					特定健診		高齢者健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-
H30	32.9	10,174	12,443	22,640	25.9	36.1	10.9	8.6	7.2	7.8	27.0	25.6	22.3
R4	32.0	9,085	13,889	22,723	24.0	32.4	11.8	8.1	7.7	8.2	29.8	26.5	22.8

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 44　健診有所見者状況

E表	⑤																													
年度	Ⅱ度高血圧以上（未治療・治療中断者）									HbA1c7.0以上（未治療・治療中断者）※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2＋以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64歳			65-74歳			75歳-			40-64歳			65-74歳			75歳-			40-64歳		65-74歳		75歳-		40-64歳		65-74歳		75歳-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30	125	4.7%	(49)	308	6.9%	(68)	235	9.5%	(46)	85	3.2%	(4)	206	4.6%	(11)	14	0.6%	(1)	18	0.7%	70	1.6%	54	2.2%	16	0.6%	58	1.3%	17	0.7%
R4	107	4.9%	(34)	355	7.9%	(0)	288	10.7%	(0)	77	3.5%	(5)	242	5.4%	(0)	28	1.0%	(0)	17	0.8%	55	1.2%	48	1.8%	8	0.4%	56	1.2%	20	0.7%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 45　短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
年度	医療機関受診（%）			生活習慣病対象者（%）（生活習慣病の医療機関受診者）			短期目標の疾患（%）（生活習慣病受診者のうち）									短期目標の疾患とする合併症（%）					
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧＋合併症			糖尿病＋合併症		
	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-
H30	83.6	92.8	97.1	34.6	63.8	83.7	74.4	81.9	87.6	46.9	48.4	43.4	29.9	36.4	36.9	36.8	44.0	61.9	43.1	49.4	67.0
R4	83.9	93.8	96.5	36.5	67.8	84.9	75.9	84.0	89.0	48.1	49.0	45.0	31.7	38.6	39.1	39.7	46.1	62.9	43.3	51.3	68.0

注）合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 46　中長期目標疾患（脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全）と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保数割)												中長期目標の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歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-
H30	4.0	9.6	20.0	3.3	8.3	17.5	5.9	13.5	30.4	5.8	9.7	15.6	15.1	18.4	51.5	3.3	7.0	38.7	4.4	7.7	43.4	3.1	8.0	40.6
R4	4.3	10.9	20.3	3.1	8.3	16.3	7.0	15.8	33.2	6.1	11.1	16.3	12.6	15.8	47.9	1.4	7.1	36.3	2.2	7.0	42.0	3.8	7.4	38.7

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 47　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歳	75歳-	65-74歳	75歳-	65-74歳	75歳-	65-74歳	75歳-	65-74歳	75歳-	65-74歳	75歳-
H30	69.5	84.4	76.7	82.7	3.9	14.6	1.7	16.2	14.3	58.0	57.3	84.2
R4	68.8	86.7	76.1	84.7	4.5	15.0	2.0	15.6	12.5	58.2	56.2	82.4

出典：ヘルスサポートラボツール

（3）健康課題の明確化（図表 37～47）

国保の被保険者数は年々減少していますが、1人当たり医療費は 5 年間で 2 万 6 千円増加しています。また、後期高齢者になると 95 万円を超え、国保の 2.4 倍も高い状況です。（P27 図表 37）

本計画に示すターゲット疾患が医療費に占める割合において、国保の腎不全は、県平均よりは低いものの、同規模保険者・国平均よりは高い状況です。後期では、腎不全の医療費に占める割合は、同規模保険者等平均と比べると低いものの、国保と共に医療費に占める割合は他の疾患より高い状況です。（P27 図表 38）

高額レセプトについては、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、国保では、脳血管疾患・虚血性心疾患ともに、件数・費用額の占める割合は減少しています。しかし、後期との比較では、脳血管疾患・虚血性心疾患ともに件数・費用額の占める割合が高くなっています。（P28 図表 40・41）

また、高額レセプトを年代別でみると、国保の 40 歳代・50 歳代で脳血管疾患が 11.7%いて（P28 図表 40）、また、第 2 期データヘルス計画評価においても、40～64 歳の脂質異常症治療者の脳血管疾患の割合は増加しています。（P16 図表 20）脳血管疾患の発症は医療費だけでなく、介護の必要性も生じるため、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼします。40 歳代・50 歳代の若い世代における脳血管疾患のリスクとなる高血圧、脂質異常、及びその原因となるメタボリックシンドロームの予防についても注力していく必要があります。

平成 30 年度と令和 4 年度の健診・医療・介護データを各年代で一体的に分析すると（図表 42）、図表 42 の①被保険者数は、40～64 歳の減少と、65 歳以上の増加により、高齢化率が上昇し、今後は 75 歳以上の後期高齢者が確実に増えていきます。

⑮の体格をみると、全年代で BMI25 以上の割合が増加していますが、特に 40～64 歳が 2.8 ポイントも高くなっています。（P30 図表 43）健診有所見の状況をみると、全年代でⅡ度以上の高血圧、HbA1c7.0%以上の割合が増えていて（P30 図表 44）、更なる受診勧奨及び保健指導を徹底する必要があります。

図表 45 の短期目標疾患（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＋高血圧は、全年代において平成 30 年度と比べて高くなっています。また、高血圧の合併症及び糖尿病の合併症も全年代で高くなっていて、重症化している実態がみえます。

図表 46 の中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全）において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、虚血性心疾患は減少または横ばいですが、脳血管疾患、心不全、腎不全は全年代で増加しています。特に 40 歳代、50 歳代の若い世代の脳血管疾患や腎不全については、しっかりと原因を分析し、予防計画に反映していく必要があります。

（4）優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全は、糖尿病、高血圧等の重なりが重症化に繋がっています。（P30　図表 45）糖尿病や高血圧等の早期受診勧奨や治療中断を予防する保健指導を継続し、増加傾向にある腎不全や脳血管疾患等の重症化予防を優先して取組む必要があります。

特に脳血管疾患、腎不全の増加がみられることから、40 歳代、50 歳代の若い世代からの予防活動の充実が必要です。（P30 図表 46）しかし、40 歳代、50 歳代の健診受診率はまだまだ低いため、第 3 期においても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、健診未受診者対策にも取組むことが重要です。

具体的な取組方法については、第 3 章及び第 4 章に記載します。

3）目標の設定

（1）成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施が求められていて、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で、よりよい成果をあげていくことが目標です。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。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地域の実情に応じて設定する指標（P33 図表 48)を設定しています。

②中長期目標の設定

中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全において、医療費の占める割合の減少および、新規患者数の減少を目標とします。特に医療費が高額となる人工透析についても新規患者数の減少を目標とします。

また、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、1 人当たり医療費の伸びの抑制を目標とします。

③短期目標の設定

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全（人工透析）の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目標とします。

特に 40 歳代、50 歳代の若い世代からの肥満が増加していることから、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。（特定健診・特定保健指導の具体的な取組については、第 3 章に記載）

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。医療受診未受診者や治療中断者等、重症化するリスクが高い対象者について把握し、医療機関への受診勧奨や医療機関と連携した保健指導を行います。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、短期目標疾患の検査値の改善を目指します。

（2）管理目標の設定

図表 48　第3期データヘルス計画目標管理一覧　★熊本県共通指標

その他の指標は、地域の実態に応じた指標

	達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標値	実績 初期値 R6年度 (R4)	実績 中間評価 R8年度 (R7)	実績 最終評価 R11年度 (R10)	データの把握方法 (活用データ)
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等の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合	減少	1.83%			KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合	減少	0.89%			
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合	減少	4.96%			
		1人当たりの医療費	維持	390,283円			
		人工透析	減少	135人			
		再）新規　人工透析	減少	8人			保険者データヘルス支援システム
		再）新規糖尿病性腎症による新規人工透析導入者数	減少	6人			
		新規　脳梗塞患数	減少	382人			
		新規　脳出血疾患数	減少	88人			
		新規　虚血性心疾患	減少	533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、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者の割合	減少	19.3%			特定健診等データ管理システム、ラボツール、保険者データヘルス支援システム、
		メタボリックシンドローム予備群の割合	減少	12.0%			
		健診受診者の高血圧者の割合（160mmHg/100mmHg以上）	減少	6.8%			
		健診受診者の脂質異常者の割合(LDLコレステロール180mg/dl以上)	減少	2.6%			
		40歳代・50歳代のHbA1c6.5%以上の割合	減少	10.6%			
		HbA1c7.0%以上の割合	減少	4.8%			
		再）★HbA1c8.0%以上の割合	減少	0.98%			
		糖尿病の未治療者（治療中断者を含む）の割合	減少	2.7%			
	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**	60%	31.8%			法定報告値
		40代・50代の特定健診受診率	増加	24.5%			
		★特定保健指導実施率	60%以上	60.0%			
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	増加	16.6%			

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 期の計画期間は 5 年を 1 期としていましたが、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 期以降は実施計画期間も 6 年を 1 期として策定します。

2．目標値の設定

図表 49　特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60%以上
特定保健指導実施率	65.0%	65.0%	65.0%	70.0%	70.0%	70.0%
40歳代の特定健診受診率	24.0%	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%
50歳代の特定健診受診率	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%	31.0%	32.0%

3．対象者の見込み

図表 50　特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	20,337人	19,285人	18,342人	17,373人	16,499人	15,661人
	受診者数	7,118人	7,714人	8,254人	8,687人	9,074人	9,397人
特定保健指導	対象者数	797人	864人	908人	956人	980人	1,015人
	発生割合	11.2%	11.2%	11.0%	11.0%	10.8%	10.8%
	実施者数	518人	562人	590人	669人	686人	711人

特定健診対象者数：被保険者 40 歳～74 歳合計から、健診除外者 400 名を引いた人数

4．特定健診の実施

（1）実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託し実施します。

① がん検診と同時実施を取り入れた集団健診

② 医療機関で実施する個別健診

③ 県下集合契約で実施する特定健診同等検査情報提供（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ものの基準については、厚生労働大臣の告示により定められています。

（3）健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、受診券等送付時に案内します。また、本市のホームページにも掲載します。（参照）URL：https：//www. city. yatsushiro. lg. jp

（4）特定健診検査項目

生活習慣病予防の特定保健指導対象者を抽出するため、国が定める内臓脂肪型肥満に着目した検査項目を実施します。また、本市の健康課題を踏まえ、HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血を追加して実施します。さらに、重症化の進展を早期に確認するため、詳細な健診項目の心電図検査・眼底検査・貧血検査を対象以外の者に実施します。

図表 51　特定健診検査項目

〇八代市特定健診検査項目

健診項目		八代市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)		
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査（貧血検査）	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	○	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

（5）実施時期

4 月から翌年1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ため、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、かかりつけ医との協力及び連携を行います。

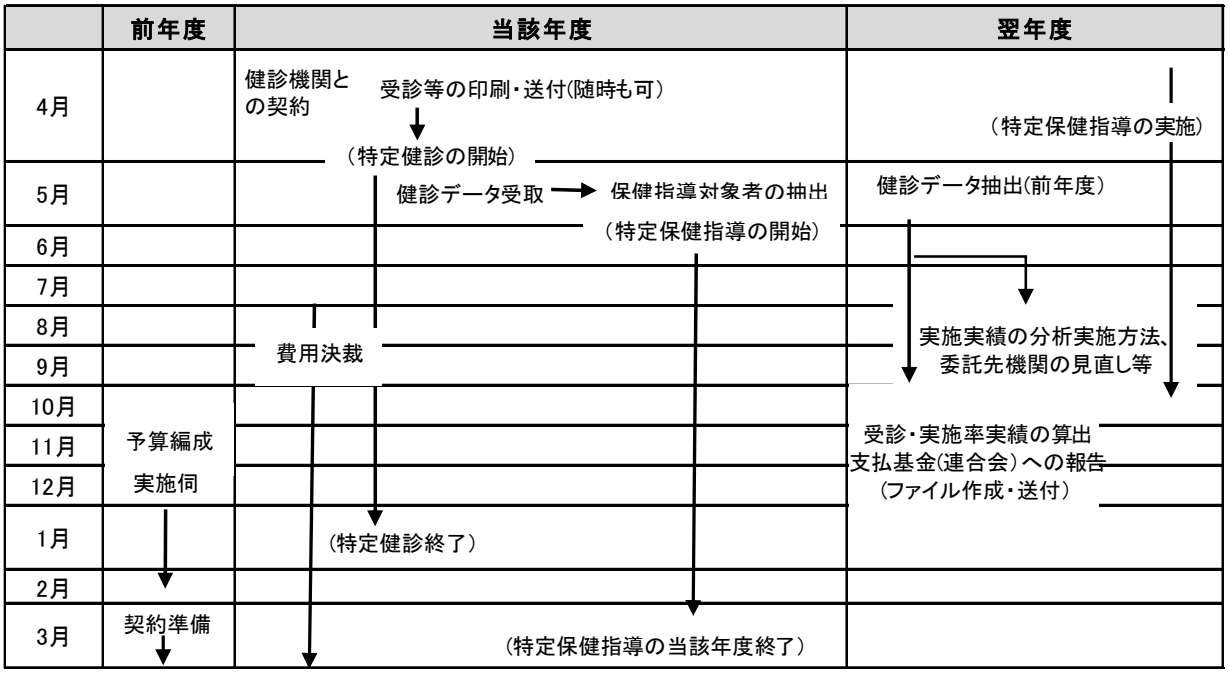
（7）代行機関

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

（8）健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であるため、受診案内の送付に関わらず、年間を通して加入者に対する基本的な周知広報活動を行います。

図表 52　特定健診実施スケジュール



5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

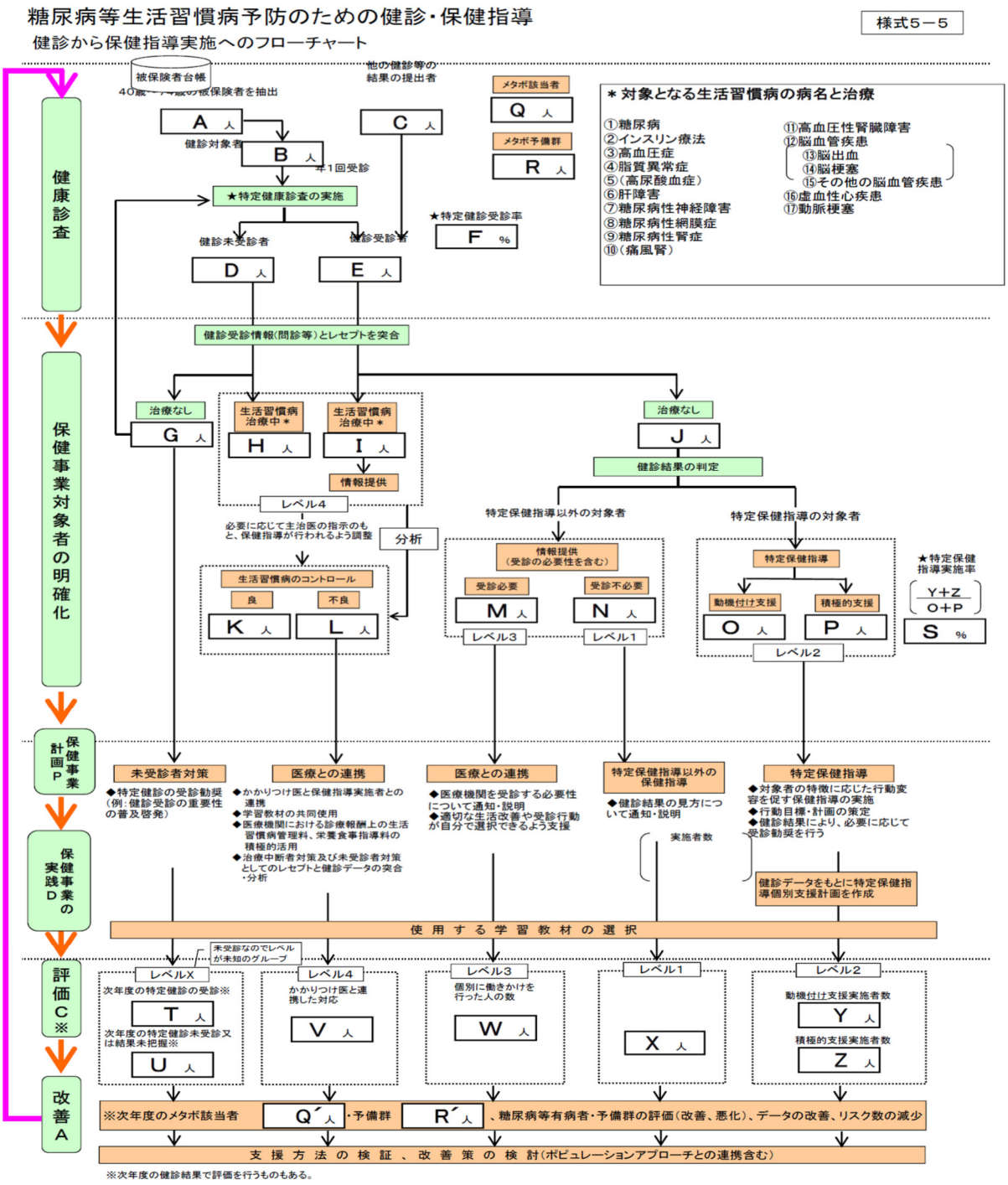
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

特定保健指導の見直し	(1)評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2㎝・体重2㎏減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1㎝・体重1㎏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 を基に、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 53　健診から保健指導へのフローチャート（様式 5-5）



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、選択と優先順位・支援方法

図表 54　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（R6年度）	目標実施率（R6年度）
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果による必要に応じた受診勧奨	797人 （11.2%）	65%
2	M	情報提供 （受診必要）	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	1,260人 （17.7%）	HbA1c7.0以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(健診受診の重要性の普及啓発） ◆糖尿病管理台帳を活用し、未受診者への受診勧奨	13,219人 ※R4年度受診率31.8%の場合、目標達成までにあと651人	受診率 35%
4	L	情報提供 （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	2,157人 （30.3%）	HbA1c7.0以上については 100%
5	N K	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	2,869人 （40.3%）	100%

優先順位１　・特定保健指導対象者の一部は、保健指導委託機関へ委託し実施する。ただし、本市の重症化予防対象者基準に該当する者は、その後のフォローや医療機関との連携を踏まえ、市職員（会計年度任用職員含む）の専門職が保健指導を行うこととする。

・将来の臓器障害を防ぐためにも、特に 40 歳代、50 歳代の若い世代の対象者の実施率を上げる。

・特定保健指導の基準にこだわらず、対象者に応じた支援を行い、検査値の改善に努める。

優先順位２　・受診率の低い 40 歳代、50 歳代の受診率向上に向けた未受診者対策に努める。

・過去に受診歴のある者や糖尿病管理台帳等を活用し、効率的、効果的な受診勧奨に努める。

・初めての受診者への健診結果説明では、年 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

目標達成に向けた進捗状況管理とPDCAサイクルに沿った年間実施スケジュールを実践します。

図表 55　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
	集団健診	個別健診	みなし健診		
4月	◎複合健診	◎国保ドック			◆特定健康診査をはじめとした各種健診の広報 ◎がん検診等の開始
5月				○対象者の抽出 ○保健指導の開始	
6月				○利用券の登録	
7月		◎医療機関健診			
8月	◎巡回健診		◎みなし健診対象者への情報提供書発送		◇代行機関を通じて費用決裁の開始 ◆未申込者への受診勧奨案内送付
9月					◇前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月	◎複合健診（追加）				
11月					
12月					
1月	◎健診の終了	◎健診の終了			
2月					
3月					

6. 個人情報の保護

（1）基本的な考え方

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

（2）特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

７．結果の報告

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

８．特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、八代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、特定健診を基に、発症予防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て実施します。

ハイリスクアプローチとしては、生活習慣病の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、医療受診が必要な者には適切な受診勧奨を行い、治療中の者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ます。

また、ポピュレーションアプローチとしては、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障がいを及ぼしてしまうことや、高額な医療費や介護費用がかかることによる社会全体に及ぼす影響等について、広く周知し、自らの健康管理の大切さや予防可能な生活習慣病に関心を向けるように努めます。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは特定健診を受診し、その健診結果に応じた保健指導により、自分の身体の状態を把握する必要があります。そのため、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努め、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

本市の令和 4 年度特定健診受診者 6,555 人（受診率 31.8%）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を各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると（図表 56）、2,180 人（33.3%）となります。

そのうち、治療なしの者（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 669 人（20.8%）で、その約半数の 341 人が特定保健指導対象者にあたります。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、効率的であることが分かります。

更に、治療なしの者のうち 387 人(57.8%)は、すでに心臓や腎臓に臓器障害があり、直ちに治療が必要な HbA1c6.5%以上者が半数近くを占め、また血圧Ⅱ度以上者が 60%を超えていることからも、医療機関につながるための保健指導が重要と言えます。

図表 56　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4年度

健康日本21（第2次）目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少	
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021（脳卒中ガイドライン委員会）	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン（2012年改訂版）（循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2011年度合同研究班報告））	糖尿病治療ガイド 2022-2023（日本糖尿病学会）	CKD診療ガイドライン 2018（日本腎臓病学会）

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%）
  - 非心原性脳梗塞
- 心筋梗塞
- 労作性狭心症
- 安静狭心症

※脳卒中データバンク2015より

＜参考＞健診受診者（受診率）	
6,555人	31.8%

■各疾患の治療状況

	治療中	治療なし
高血圧	2,528	4,027
脂質異常症	1,785	4,770
糖尿病	521	6,034
3疾患いずれか	3,336	3,219

※問診結果による

優先すべき課題の明確化	高血圧症		心房細動		脂質異常症				メタボリックシンドローム		糖尿病		慢性腎臓病（CKD）		重症化予防対象者（実人数）	
科学的根拠に基づき健診結果から対象者の抽出	高血圧治療ガイドライン2019（日本高血圧学会）				動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017年版（日本動脈硬化学会）				メタボリックシンドロームの診断基準		糖尿病治療ガイド2022-2023（日本糖尿病学会）		CKD診療ガイドライン2018（日本腎臓病学会）			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		メタボ該当者（2項目以上）		HbA1c(NGSP) 6.5%以上（治療中:7.0以上）		腎臓専門医紹介基準対象者			
該当者数	452人	6.9%	63人	1.0%	173人	2.6%	157人	2.4%	1,268人	19.3%	482人	7.4%	409人	6.2%	2,180人	33.3%
治療なし	259人	6.4%	10人	0.3%	158人	3.3%	119人	2.5%	226人	7.0%	274人	4.5%	100人	3.1%	669人	20.8%
（再掲）特定保健指導	94人	20.8%	4人	6.3%	46人	26.6%	50人	31.8%	226人	17.8%	53人	11.0%	33人	8.1%	341人	15.6%
治療中	193人	7.6%	53人	1.6%	15人	0.8%	38人	2.1%	1,042人	31.2%	208人	39.9%	309人	9.3%	1,511人	45.3%
臓器障害あり	177人	68.3%	10人	100.0%	71人	44.9%	45人	37.8%	112人	49.6%	130人	47.4%	100人	100.0%	387人	57.8%
CKD（専門医対象者）	16人		人		13人		10人		11人		31人		100人		100人	
心電図所見あり	170人		10人		64人		40人		104人		111人		34人		321人	
臓器障害なし	82人	31.7%	--		87人	55.1%	74人	62.2%	114人	50.4%	144人	52.6%	--		--	

治療中

臓器障害あり	141	73.1%	53	100.0%	7	46.7%	19	50.0%	539	51.7%	109	52.4%	309	100.0%	857	56.7%
CKD（専門医対象者）	19		12		2		7		146		45		309		309	
心電図所見あり	133		53		7		17		457		82		134		682	
臓器障害なし	52	26.9%	--		8	53.3%	19	50.0%	503	48.3%	99	47.6%	--		--	

出典：ヘルサポートラボツール

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」という。)に基づき、PDCAに沿って実施します。

熊本県版プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者や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者に対して、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を目的としています。

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、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)。

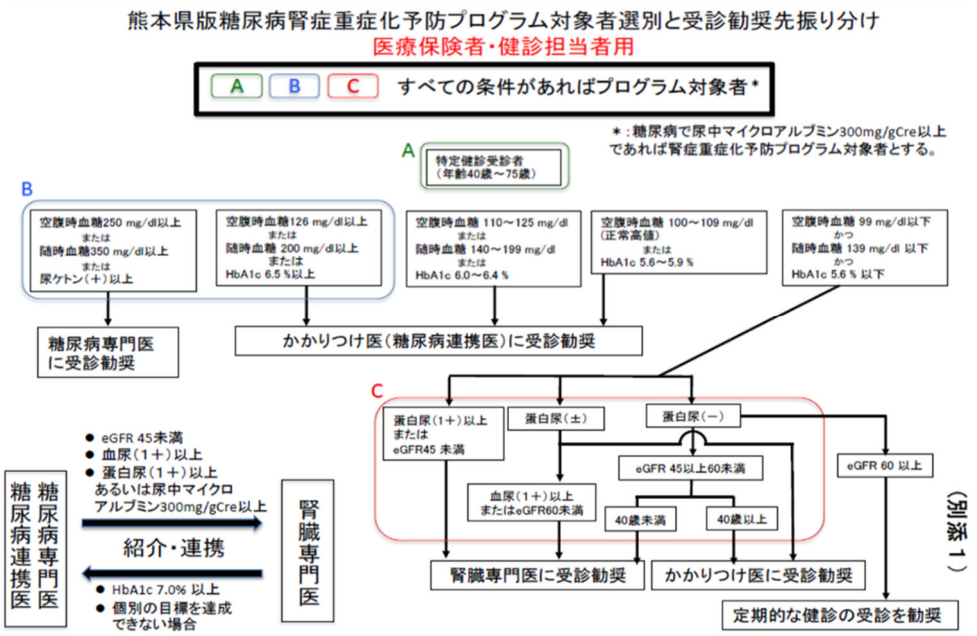
① 健診を受診した者のうち医療機関未受診者(早期に積極的に受診勧奨が必要な者)

② 糖尿病治療中断者(最終の受診日から 6 ヶ月以上経過している者)

③ 重症化するリスクの高い者

健診データ、本人・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者、尿アルブミン、尿たんぱく、eGFR 等により腎症と診断された者及び腎症が疑われる者。

図表 57　熊本県版プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け

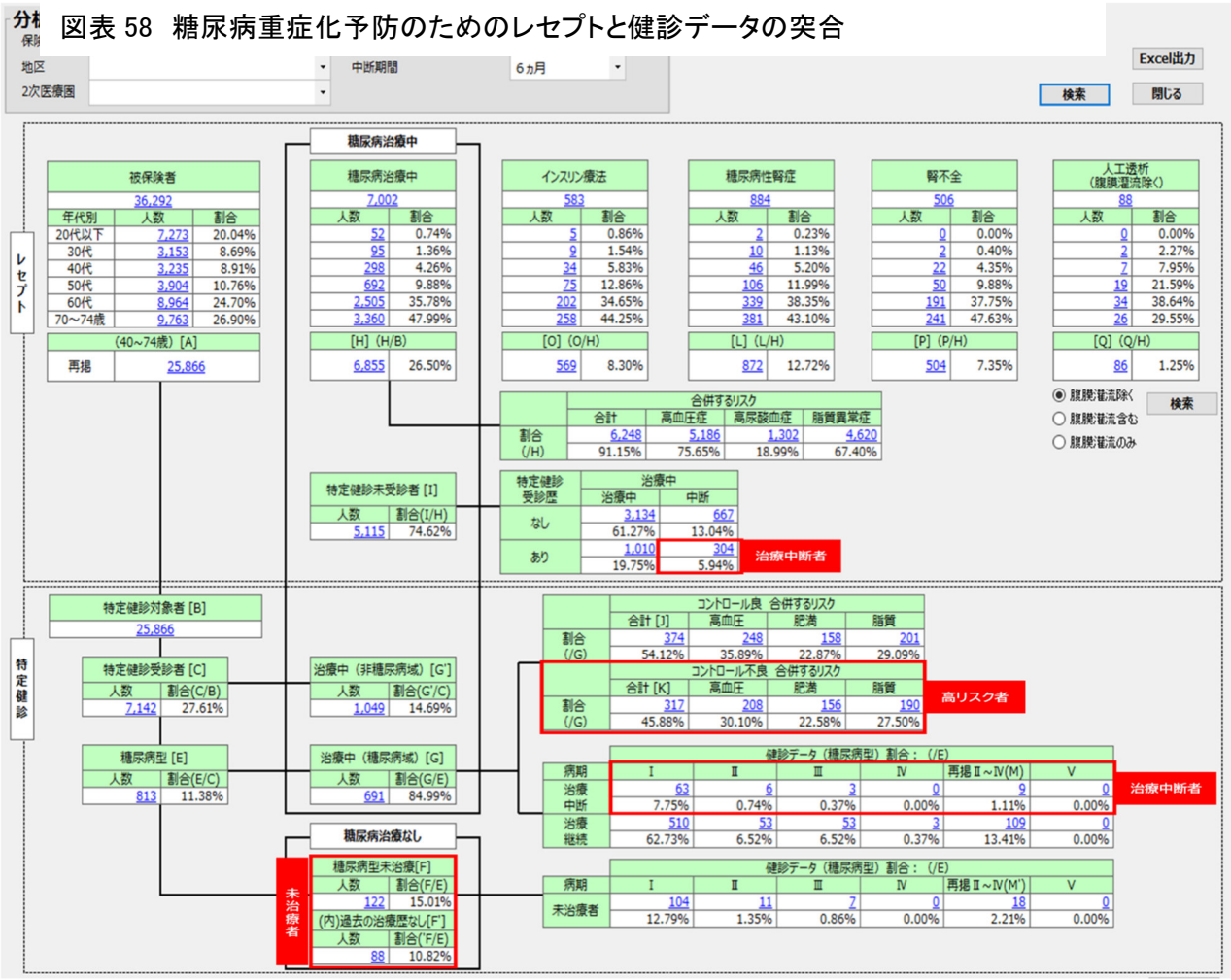


（2）選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出

対象者は、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（「保険者データヘルス支援システム」、「KDB システム」、「ヘルスサポートラボツール」）。

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



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者）

（図表 58　Ｆ）・・・122 人

【受診勧奨】

・来所、訪問等の面接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 ヶ月以上経過している者）

・（図表 58　治療中断者）　健診受診者・・・・・・72 人

・（図表 58　治療中断者）　健診未受診者で過去に健診受診歴のある者・・・304 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つなげる。

・健診未受診者で過去の健診受診歴がある者を優先して訪問等を行う。

・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）・・・317 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、血糖値やその他の危険因子の数値があがっている要因に気づき、数値の改善につな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を訪問し、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。

３） 保健指導の実施

（1） 実施期間及びスケジュール

4 月　対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施（通年）

3 月　事業評価

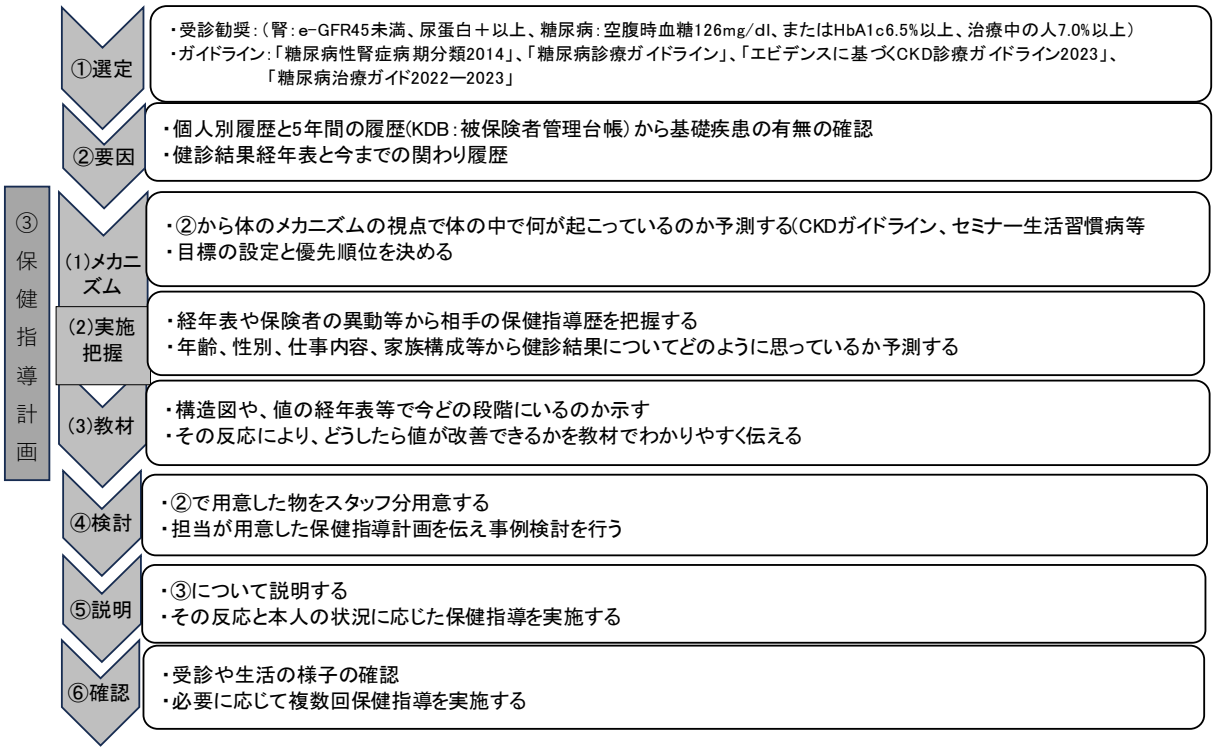
（2） 糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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、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、特定健診受診者に応じた糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病の危険因子を合わせた保健指導を行います。また、対象者への保健指導にお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。

（3） 二次検査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であるため、可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがあります。二次検査として、HbA1c6.5％以上者への微量アルブミン尿検査を実施する等、腎症ハイリスク者への早期介入のための取組を行います。

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



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、健診結果経年表や糖尿病連携手帳、糖尿病保健医療連絡票等を使用します。糖尿病連携手帳を初めて受ける者には、その後の自己管理につな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、糖尿病保健医療連絡票を活用し、かかりつけ医から対象者の検査データを収集するとともに、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います。

5）　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。

評価については、データヘルス計画評価や熊本県版プログラムのアウトカム評価指標と合わせ年1 回行い、その際は KDB 等の情報を活用します。

【短期的評価（熊本県版プログラムアウトカム評価）】

① 糖尿病性腎症病期分類ステージの維持・改善・悪化の数

② 新規人工透析導入患者数（糖尿病性腎症患者数）の推移

③ 人工透析に係る医療費の推移

④ 医療機関未受診者の割合

⑤ 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の評価

項目				突合表	八代市										データ基
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数		A	35,300人		34,131人		33,000人		32,426人		31,714人		KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②		（再掲）40-74歳		26,142人		25,307人		24,724人		24,486人		23,797人		
2	①	特定健診	対象者数	B	23,161人		22,517人		22,394人		21,743人		20,585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	7,912人		7,766人		5,684人		6,885人		6,554人		
	③		受診率		34.2%		34.5%		25.4%		31.7%		31.8%		
3	①	特定保健指導	対象者数		937人		954人		620人		805人		765人		
	②		実施率		57.0%		63.2%		59.5%		57.9%		60.0%		
4	①	健診データ	糖尿病型	E	1,020人	12.5%	1,066人	13.4%	705人	12.1%	926人	13.0%	875人	12.9%	特定健診結果
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	383人	37.5%	448人	42.0%	271人	38.4%	352人	38.0%	339人	38.7%	
	③		治療中（質問票 服薬あり）	G	637人	62.5%	618人	58.0%	434人	61.6%	574人	62.0%	536人	61.3%	
	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	361人	56.7%	350人	56.6%	229人	52.8%	308人	53.7%	287人	53.5%	
	⑤		血圧 130/80以上		228人	63.2%	208人	59.4%	149人	65.1%	208人	67.5%	191人	66.6%	
	⑥		肥満 BMI25以上		166人	46.0%	152人	43.4%	107人	46.7%	138人	44.8%	124人	43.2%	
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	276人	43.3%	268人	43.4%	205人	47.2%	266人	46.3%	249人	46.5%	
	⑧		第1期 尿蛋白（－）	M	823人	80.7%	895人	84.0%	594人	84.3%	757人	81.7%	735人	84.0%	
	⑨		第2期 尿蛋白（±）		100人	9.8%	71人	6.7%	46人	6.5%	67人	7.2%	66人	7.5%	
	⑩		第3期 尿蛋白（＋）以上		85人	8.3%	92人	8.6%	56人	7.9%	87人	9.4%	71人	8.1%	
	⑪		第4期 eGFR30未満		8人	0.8%	6人	0.6%	5人	0.7%	6人	0.6%	3人	0.3%	
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）		134.6人		139.3人		136.9人		148.8人		148.7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		185.5人		180.1人		194.6人		195.7人		
	③		レセプト件数（40-74歳）（）内は被保険者千対 入院外（件数）		24,919件	(989.1)	25,054件	(1020.4)	25,461件	(1047.3)	26,399件	(1115.8)	25,829件	(1145.4)	KDB_疾病別医療費分析（生活習慣病）
	④		入院（件数）		168件	(6.7)	130件	(5.3)	141件	(5.8)	155件	(6.6)	145件	(6.4)	
	⑤		糖尿病治療中	H	4,750人	13.5%	4,754人	13.9%	4,518人	13.7%	4,826人	14.9%	4,717人	14.9%	KDB_厚生労働省様式様式3-2
	⑥		（再掲）40-74歳		4,686人	17.9%	4,695人	18.6%	4,453人	18.0%	4,765人	19.5%	4,658人	19.6%	
	⑦		健診未受診者	I	4,049人	86.4%	4,058人	86.4%	4,019人	90.3%	4,191人	88.0%	4,122人	88.5%	
	⑧		インスリン治療	O	326人	6.9%	343人	7.2%	320人	7.1%	326人	6.8%	326人	6.9%	
	⑨		（再掲）40-74歳		316人	6.7%	336人	7.2%	313人	7.0%	318人	6.7%	318人	6.8%	
	⑩		糖尿病性腎症	L	470人	9.9%	514人	10.8%	457人	10.1%	488人	10.1%	485人	10.3%	
	⑪		（再掲）40-74歳		461人	9.8%	503人	10.7%	448人	10.1%	482人	10.1%	480人	10.3%	
	⑫		慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		93人	2.0%	82人	1.7%	75人	1.7%	66人	1.4%	66人	1.4%	
	⑬		（再掲）40-74歳		92人	2.0%	82人	1.7%	75人	1.7%	65人	1.4%	64人	1.4%	
	⑭		新規透析患者数		14人	0.03%	10人	0.03%	6人	0.01%	6人	0.02%	8人	0.02%	
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症		4人	0.01%	5人	0.01%	2人	0.01%	5人	0.01%	6人	0.02%	
	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）		90人	1.4%	95人	1.5%	94人	1.5%	100人	1.5%	101人	1.5%	KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期
6	①	医療費	総医療費		124億4407万円		123億6689万円		119億7272万円		118億0877万円		118億1855万円		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		67億0835万円		66億0189万円		64億6770万円		62億7927万円		62億7111万円		
	③		（総医療費に占める割合）		53.9%		53.4%		54.0%		53.2%		53.1%		
	④		生活習慣病対象者一人あたり 健診受診者		6,189円		6,478円		3,764円		5,219円		5,227円		
	⑤		健診未受診者		32,556円		32,724円		35,962円		33,140円		34,875円		
	⑥		糖尿病医療費		6億6245万円		6億7251万円		6億7507万円		7億0166万円		6億7759万円		
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）		9.9%		10.2%		10.4%		11.2%		10.8%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費		20億9817万円		20億8152万円		19億8333万円		19億5281万円		18億9109万円		
	⑨		1件あたり		34,102円		33,802円		32,588円		31,232円		31,167円		
	⑩		糖尿病入院総医療費		12億9765万円		13億2012万円		13億5349万円		14億2489万円		13億5000万円		
	⑪		1件あたり		592,533円		588,552円		638,440円		645,914円		639,204円		
	⑫		在院日数		19日		19日		19日		19日		19日		
	⑬		慢性腎不全医療費		7億5236万円		6億9610万円		7億0510万円		6億3807万円		6億1724万円		
	⑭		透析有り		7億2465万円		6億5920万円		6億7084万円		5億9959万円		5億8598万円		
	⑮		透析なし		2770万円		3690万円		3427万円		3848万円		3126万円		
7	①	介護	介護給付費		128億8049万円		130億4236万円		133億0550万円		135億1531万円		133億1406万円		
	②		（2号認定者）糖尿病合併症		19件	19.2%	21件	21.0%	19件	21.8%	23件	26.7%	16件	19.0%	
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）		19人	1.2%	18人	1.1%	20人	1.3%	18人	1.1%	10人	0.6%	KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

出典：ヘルスサポートラボツール

2. 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、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、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、メタボリックシンドローム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）より】

2）対象者の明確化

（1） メタボリックシンドロームの実態

本市における健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合は、図表 61 のとおり、県内市町村合計よりは低いものの、H25 年度と比較すると、R4 年度は 4.8 ポイント伸びています。

図表 62 をみると、男性では 50 歳代以降でメタボリックシンドローム該当者が健診受診者の 30%を超えていて、女性では 70～74 歳で 10%超えていました。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 63 をみると、50 歳代以上のメタボリックシンドローム該当者の半数以上は、高血圧、脂質異常、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 61 メタボリック該当者及び予備群割合の経年変化

	H25年度		H28年度		R1年度		R4年度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
県内市町村合計	30,843人	27.1%	30,245人	28.3%	34,555人	31.8%	32,382人	33.1%
八代市	2,327人	26.5%	2,152人	26.9%	2,372人	30.5%	2,057人	31.3%

出典:特定健診法定報告値

図表 62　年代別メタボリックシンドローム該当者の状況

			男					女				
			総数	40歳代	50歳代	60歳代	70～74歳	総数	40歳代	50歳代	60歳代	70～74歳
健診受診者		A(人)	2,861	253	384	1,098	1,126	3,694	276	412	1,569	1,437
メタボリックシンドローム該当者		B(人)	919	60	120	373	366	349	7	34	146	162
		B/A	32.1%	23.7%	31.3%	34.0%	32.5%	9.4%	2.5%	8.3%	9.3%	11.3%
再掲	①3項目全て	C(人)	303	12	42	137	112	117	1	10	51	55
		C/B	33.0%	20.0%	35.0%	36.7%	30.6%	33.5%	14.3%	29.4%	34.9%	34.0%
	②血糖＋血圧	D(人)	162	6	22	64	70	48	0	10	21	17
		D/B	17.6%	10.0%	18.3%	17.2%	19.1%	13.8%	0.0%	29.4%	14.4%	10.5%
	③血圧＋脂質	E(人)	412	36	48	157	171	171	4	13	69	85
		E/B	44.8%	60.0%	40.0%	42.1%	46.7%	49.0%	57.1%	38.2%	47.3%	52.5%
	④血糖＋脂質	F(人)	42	6	8	15	13	13	2	1	5	5
		F/B	4.6%	10.0%	6.7%	4.0%	3.6%	3.7%	28.6%	2.9%	3.4%	3.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 63　メタボリックシンドローム該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者(人)	メタボリックシンドローム該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボリックシンドローム該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合		人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
総数	2,861	919	32.1%	735	80.0%	184	20.0%	3,694	349	9.4%	307	88.0%	42	12.0%
40歳代	253	60	23.7%	26	43.3%	34	56.7%	276	7	2.5%	1	14.3%	6	85.7%
50歳代	384	120	31.3%	78	65.0%	42	35.0%	412	34	8.3%	26	76.5%	8	23.5%
60歳代	1,098	373	34.0%	311	83.4%	62	16.6%	1,569	146	9.3%	135	92.5%	11	7.5%
70～74歳	1,126	366	32.5%	320	87.4%	46	12.6%	1,437	162	11.3%	145	89.5%	17	10.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

出典：ヘルスサポートラボツール

（2）　対象者の選定基準の考え方

① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上で医療受診が必要な者。

② 治療中の者で、減量等の重症化予防の保健指導（食事指導）が必要な者。

③ 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。

（３）保健指導対象者の優先順位

メタボリックシンドロームや肥満を解決するため、どの年齢・どの段階が改善しやすいのかを科学的な根拠となる「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけ保健指導を実施します。

本市は図表 62 のとおり、メタボリックシンドローム該当者は男性が多くを占め、若い男性の脳血管疾患が多いことから、40 歳代、50 歳代の若い世代の男性を優先しメタボリックシンドローム重症化予防の保健指導を実施します。また、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Ⅲ度・Ⅳ度)は、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、管理栄養士、看護師、理学療法士等の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「肥満症診療ガイドライン 2022」にあることから、肥満Ⅲ度、Ⅳ度の未治療者については、まず医療機関受診を優先して勧めることとします。

図表 64 肥満度分類で対象者をみる

		受診者数（人）		BMI25以上（人）		（再掲）肥満度分類							
						肥満（人）				高度肥満（人）			
						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	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数		2,130	4,425	635	1,164	494	1,003	116	149	22	10	3	2
				29.8%	26.3%	23.2%	22.7%	5.4%	3.4%	1.0%	0.2%	0.1%	0.0%
再掲	男性	943	1,918	365	628	292	560	57	63	14	5	2	0
				38.7%	32.7%	31.0%	29.2%	6.0%	3.3%	1.5%	0.3%	0.2%	0.0%
	女性	1,187	2,507	270	536	202	443	59	86	8	5	1	2
				22.7%	21.4%	17.0%	17.7%	5.0%	3.4%	0.7%	0.2%	0.1%	0.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

3）保健指導の実施

メタボリックシンドローム該当者の危険因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表64)は、男女とも 80%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いて、治療だけでは解決できないことがわかります。そのため、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。

保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用し、特定保健指導対象者及び他の重症化予防対象者と同様に行います。

また、メタボリックシンドローム該当者においては、脳心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001 年から労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。本市においても対象者の早期介入を目的として、二次検査の実施を検討します。

≪ 動脈硬化の有無や進行の程度を見るための新たな二次検査 ≫

①75g糖負荷検査（高インスリン状態を見る検査）

②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)。

4） 医療との連携

メタボリックシンドローム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、脂質等危険因子のコントロールが重要となります。

メタボリックシンドローム該当者については、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。

5） 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。
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ます。

6） 実施期間及びスケジュール

4 月　対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定
5 月～特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施（通年）
3 月　事業評価

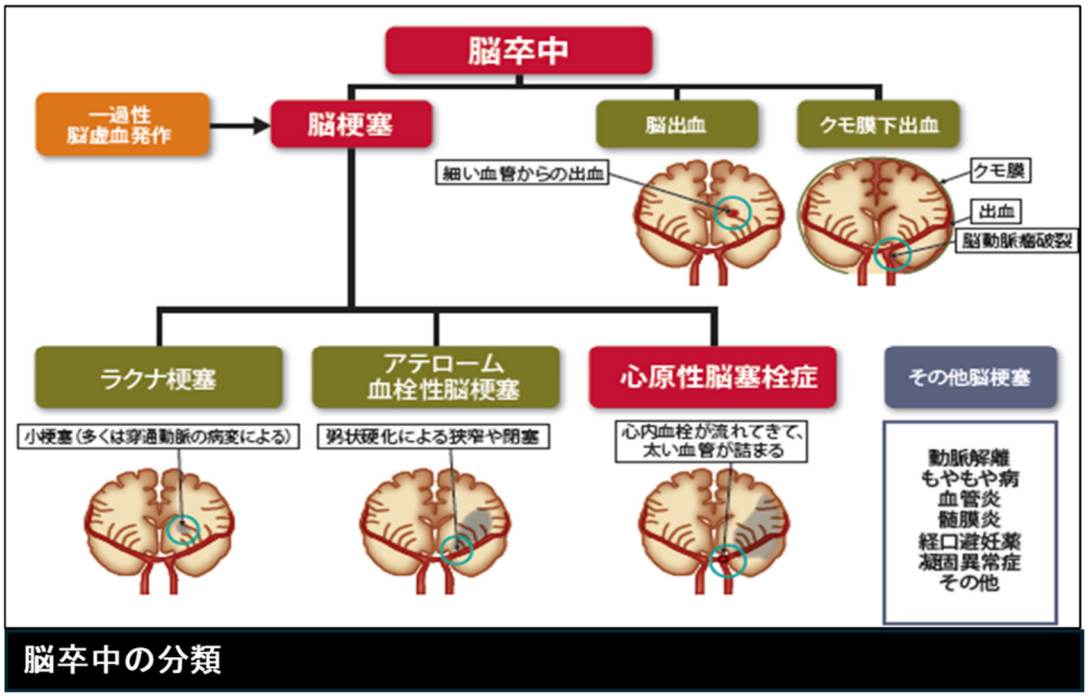
3.　脳血管疾患重症化予防

1）基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。（図表 65、66）

図表 65　脳卒中の分類

【脳卒中の分類】



（脳卒中予防の提言より引用）

図表 66　脳血管疾患と危険因子

脳血管疾患と危険因子

危　険　因　子 （○は高危険因子群）		高血圧	糖尿病	脂質異常症 （高LDLコレステロール）	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	●	●	●		●	●	○	○
	心原生脳梗塞	●			●			○	○
脳出血	脳出血	●						○	○
	くも膜下出血	●							

2） 対象者の明確化

（1） 脳血管疾患発症の実態をみる

本市の脳血管疾患の種類をみてみると、図表 67 のとおり、国保、後期高齢者ともに脳梗塞の割合が最も多い状況でした。県内市町村合計との割合比較においては、脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血すべてにおいて国保、後期高齢者ともに県内市町村合計を上回っています。

脳梗塞の種類を図表 68 でみてみると、国保、後期高齢者ともにラクナ梗塞の割合が高くなっていて、県内市町村合計との比較においても高い状況となっていました。特に、国保では県内市町村合計を大きく上回っていて、ラクナ梗塞の発症において課題がみられました。

図表 67 脳血管疾患の種類をみる（令和4年度）

国保		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
県内市町村合計	402,744人	2,512人	0.62%	639人	0.16%	163人	0.04%
八代市	32,350人	266人	0.82%	58人	0.18%	21人	0.06%

後期高齢者		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
県内市町村合計	284,602人	8,874人	3.12%	1,333人	0.47%	270人	0.09%
八代市	22,638人	874人	3.86%	124人	0.55%	27人	0.12%

出典：国保連合会提供データ

図表 68 脳梗塞の種類をみる（令和4年度）

国保		脳梗塞人数							
				ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳塞栓		心原性脳塞栓症	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
県内市町村合計	402,744人	2,513人	0.62%	737人	29.3%	363人	14.4%	279人	11.1%
八代市	32,350人	266人	0.82%	138人	51.9%	35人	13.2%	19人	7.1%

後期高齢者		脳梗塞人数							
				ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳塞栓		心原性脳塞栓症	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
県内市町村合計	284,602人	8,874人	3.1%	2,407人	27.1%	1,103人	12.4%	1,502人	16.9%
八代市	22,638人	874人	3.9%	306人	35.0%	84人	9.6%	130人	14.9%

出典：国保連合会提供データ

（2） 重症化予防対象者の実態

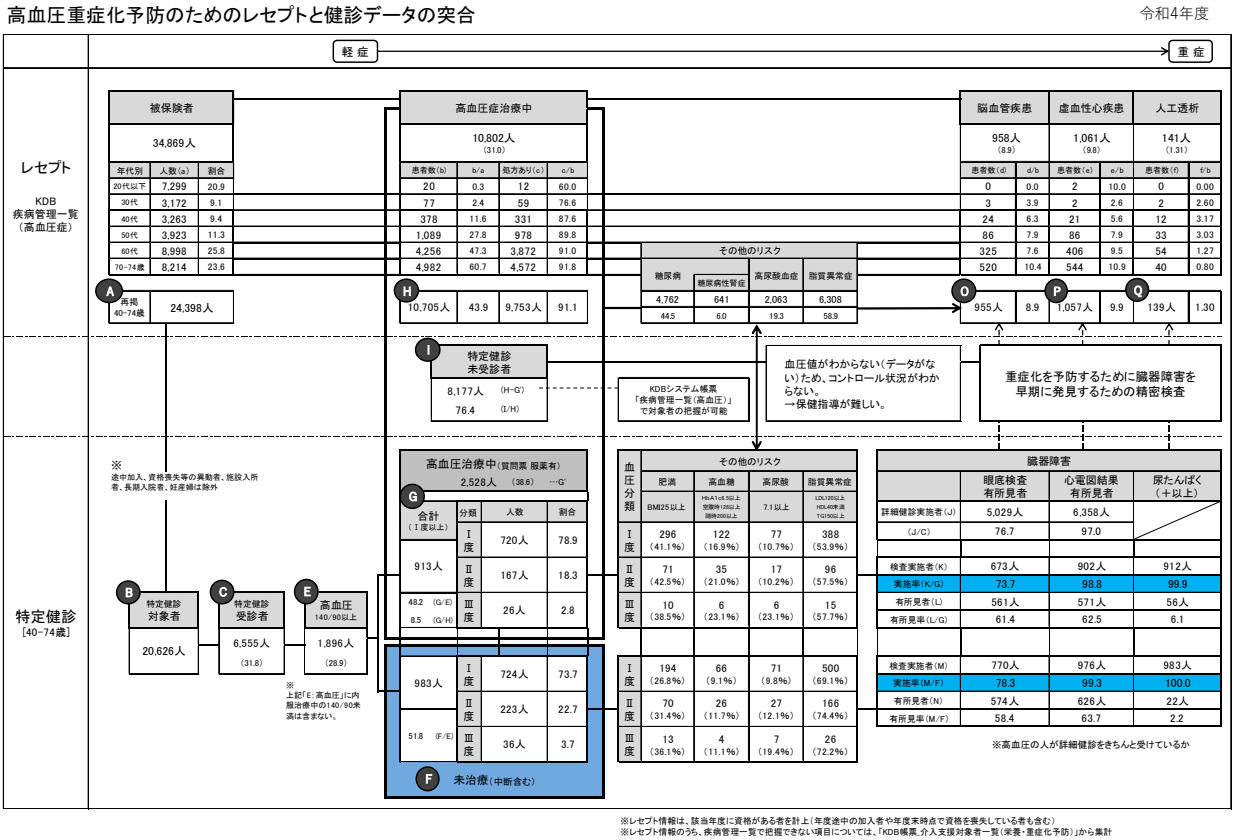
脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 69 でみると、高血圧治療者 10,705 人(H)のうち、既に脳血管疾患を発症している人が 955 人(8.9%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 452 人（6.9%）であり、そのうち 259 人(57.3%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 193 人（7.6%）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眼底検査や心電図検査（詳細検査）は本市では詳細検査の対象か否かに関わらず全員を対象としていますが、実施率は眼底検査が 76.7%、心電図検査が 97.0%となっています。40 歳代、50 歳代の若い世代に脳血管疾患の増加がみられていることから、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ります。

図表 69 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典：ヘルスサポートラボツール

（3） 保健指導対象者の優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患等、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危険因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。図表 70 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。

図表 70 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和4年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類（mmHg） / リスク層（血圧以外のリスク因子）		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
	1,998人	1,015人	724人	223人	36人
		50.8%	36.2%	11.2%	1.8%
リスク第1層 予後影響因子がない	166人	C 103人	B 48人	B 13人	A 2人
	8.3%	10.1%	6.6%	5.8%	5.6%
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	1,192人	C 615人	B 431人	A 127人	A 19人
	59.7%	60.6%	59.5%	57.0%	52.8%
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	640人	B 297人	A 245人	A 83人	A 15人
	32.0%	29.3%	33.8%	37.2%	41.7%

…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	491人
		24.6%
B	概ね1ヵ月後に再評価	789人
		39.5%
C	概ね3ヵ月後に再評価	718人
		35.9%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

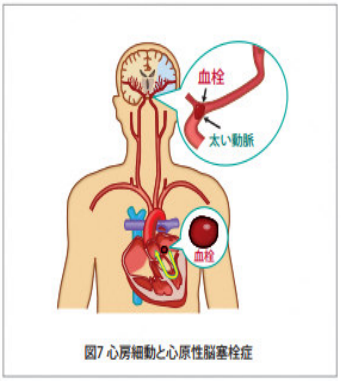


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

また、心原性脳塞栓症は、心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症するもので、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる危険性が高くなります。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。

図表 71 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

（脳卒中予防の提言より引用）

図表 71　心房細動有所見状況（令和4年度）

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所者				日循疫学調査（※1）	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数（人）	人数（人）	人数（人）	実施率	人数（人）	実施率	人数（人）	割合	人数（人）	割合	割合	割合
総数	2,861	3,694	2,761	96.5%	3,597	97.4%	58	2.1%	5	0.1%		
40歳代	253	276	243	96.0%	264	95.7%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50歳代	384	412	367	95.6%	400	97.1%	3	0.8%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60歳代	1,098	1,569	1,055	96.1%	1,528	97.4%	21	2.0%	2	0.1%	1.9%	0.4%
70～74歳	1,126	1,437	1,096	97.3%	1,405	97.8%	34	3.1%	3	0.2%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボ

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

令和 4 年度健診における心電図検査において、63 人に心房細動の所見がありました。そのうち 53 人は既に治療が開始されていましたが、10 人はまだ治療につながっていません。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要があります。すでに本市では、ほぼすべての健診受診者に心電図検査を実施していますが、第 3 期計画においても心電図検査の全数実施を継続し、心電図検査の結果で把握できるハイリスク者については、必要な受診勧奨や保健指導を実施します。

3） 保健指導の実施

保健指導の実施にあたっては、対象者がイメージしやすいよう保健指導教材を活用し、対象者に応じた保健指導を行います。治療が必要であるにもかかわらず医療機関未受診の場合は、受診勧奨を行い、治療中であるが重症化の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。特に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保健指導を実施します。

また、脳血管疾患のリスクが高くなる高血圧者に対しては、過去の健診受診歴やレセプト等による未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行います。

4） 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、血圧や血糖、脂質等の値が受診勧奨判定値を超え医療受診が必要な者に対しては受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向け医療機関と連携した保健指導を実施します。

5） 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。
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、その際は KDB 等の情報を活用します。

6） 実施期間及びスケジュール

4 月　対象者の選定基準の決定、対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定
5 月～特定健診結果が届き次第対象者へ介入（通年）
3 月　事業評価

4. 虚血性心疾患重症化予防

1） 基本的な考え方

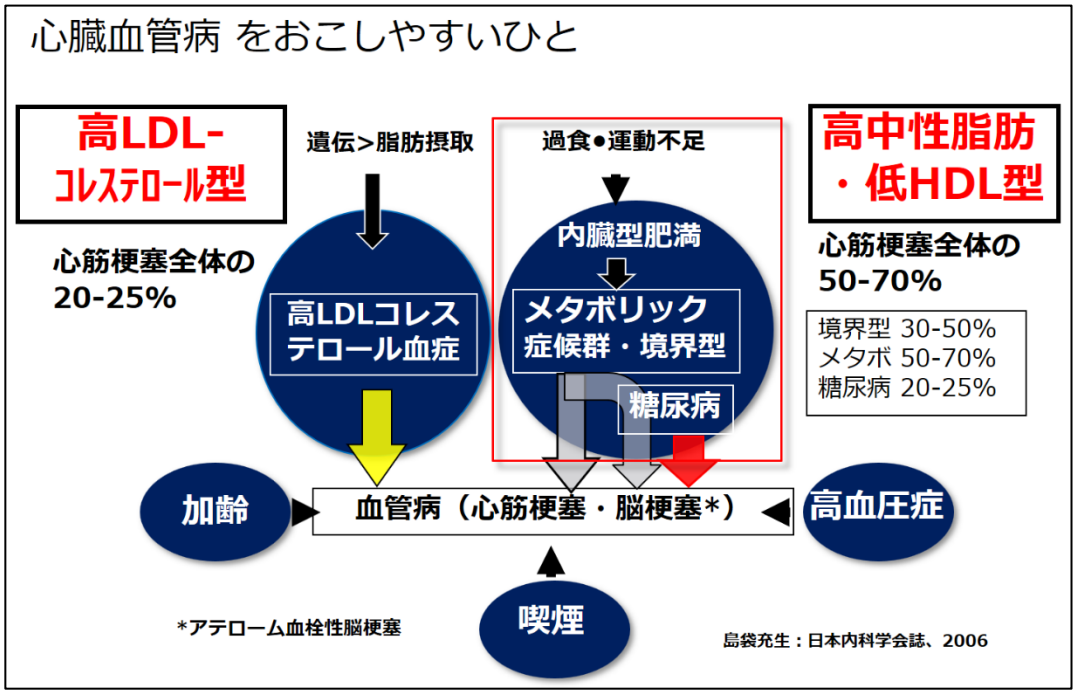
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2） 対象者の明確化

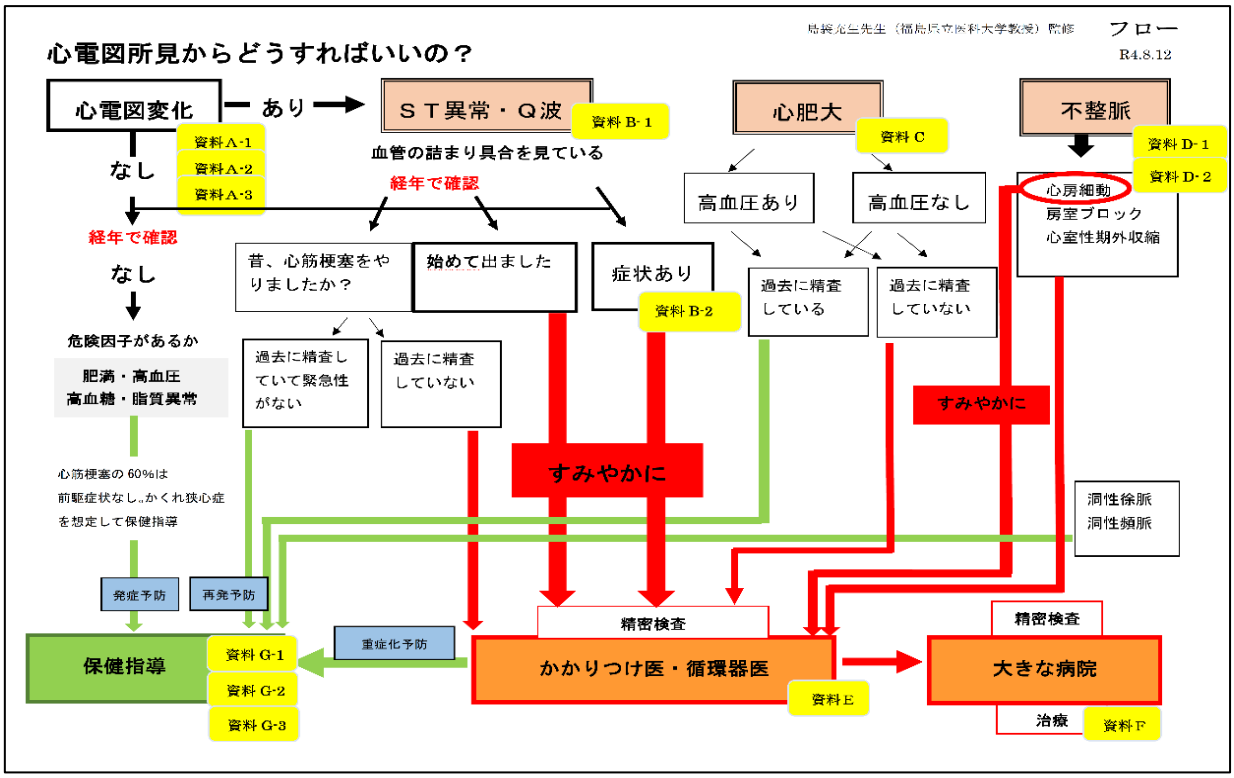
（1） 対象者選定基準の考え方

虚血性心疾患予防の対象者は、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 72）。また、心電図所見からのフロー図を活用します。（P60 図表 73）

図表 72 心血管病をおこしやすいひと



図表 73　心電図所見からのフロー図 （保健指導教材）



（2） 重症化予防対象者の抽出

①高 LDL コレステロール者

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 コレステロール 180mmg/dl以上の未治療者へ受診勧奨を実施してきましたが、治療につながらない場合があります。第 3 期計画においては図表 74 を参考に、高リスク者にあたる者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つながるよう、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「2. メタボリックシンドローム重症化予防」を参照

④ 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、その所見にあった場合は図表 73 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。

本市においては、心電図検査を 6,788 人（97.0%）に実施し、そのうち有所見者が 1,926 人（28.4%）でした。なかでもST変化、異常 Q 波の有所見者は 262 名（13.6%）で、特に ST 変化ついては女性の有所見率が高くなっていました。（P61 図表 75）

図表 74 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4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

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）

（参考）
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

管理区分及びLDLコレステロール管理目標（ ）内はNon-HDLコレステロール				健診結果（LDLコレステロール mg/dl）				（再掲）LDLコレステロール160mg/dl以上の年代別			
				120-139	140-159	160-179	180以上	40歳代	50歳代	60歳代	70～74歳
			2,683人	1,312人	822人	391人	158人	50人	96人	226人	177人
				48.9%	30.6%	14.6%	5.9%	9.1%	17.5%	41.2%	32.2%
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	160mg/dl未満（190mg/dl未満）	376人	207人	99人	48人	22人	33人	37人	0	0
			14.0%	15.8%	12.0%	12.3%	13.9%	66.0%	38.5%	0.0%	0.0%
	中リスク	140mg/dl未満（170mg/dl未満）	1,203人	567人	386人	179人	71人	11人	33人	137人	69人
			44.8%	43.2%	47.0%	45.8%	44.9%	22.0%	34.4%	60.6%	39.0%
	高リスク	120mg/dl未満（150mg/dl未満）	970人	467人	294人	149人	60人	6人	23人	78人	102人
			36.2%	35.6%	35.8%	38.1%	38.0%	12.0%	24.0%	34.5%	57.6%
		再掲 100mg/dl未満（130mg/dl未満）※1	56人	27人	22人	5人	2人	0	0	5人	2人
			2.1%	2.1%	2.7%	1.3%	1.3%	0.0%	0.0%	2.2%	1.1%
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	100mg/dl未満（130mg/dl未満）	134人	71人	43人	15人	5人	0	3人	11人	6人
			5.0%	5.4%	5.2%	3.8%	3.2%	0.0%	3.1%	4.9%	3.4%

※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

図表 75 心電図検査結果【令和4年度】

性別・年齢 ＼ 所見	心電図検査				所見内訳															
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
	実施者数A（人）	実施率	有所見者数B（人）	有所見率B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
					人数C（人）	割合C/B	人数D（人）	割合D/B	人数E（人）	割合E/B	人数F（人）	割合F/B	人数G（人）	割合G/B	人数H（人）	割合H/B	人数I（人）	割合I/B	人数J（人）	割合J/B
40～74歳	6,788	97.0	1,926	28.4%	86	4.5%	176	9.1%	73	3.8%	321	16.7%	50	2.6%	406	21.1%	66	3.4%	251	13.0%
内訳 男性	2,956	96.4	967	32.7%	47	4.9%	72	7.4%	39	4.0%	177	18.3%	34	3.5%	241	24.9%	61	6.3%	115	11.9%
内訳 女性	3,832	97.4	959	25.0%	39	4.1%	104	10.8%	34	3.5%	144	15.0%	16	1.7%	165	17.2%	5	0.5%	136	14.2%

出典： 特定健診結果

3） 保健指導の実施

保健指導の実施にあたっては、対象者がイメージしやすいよう保健指導教材を活用し、対象者に応じた保健指導を行います。

4） 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、血圧や血糖、脂質等の値が受診勧奨判定値を超えている者に対しては受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向け医療機関と連携した保健指導を実施します。

5） 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。

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、その際は KDB 等の情報を活用します。

6） 実施期間及びスケジュール

4 月　対象者の選定基準の決定、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第、対象者へ介入（通年）

3月　事業評価

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

高齢者の特性を踏まえ、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

本市は、令和 4 年度から熊本県後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和 6 年度以降も引き続き事業を行います。

具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置します。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 高血圧や高血糖で未治療者等の個別支援（ハイリスクアプローチ）対象者を抽出し、75 歳を過ぎても支援が途切れないように、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施します。（ポピュレーションアプローチ）

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を行うにあたっては、庁内の関係部署（国保・後期高齢者医療・介護）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、年度はじめ、年度末の関係者間でのミーティングに加え、必要時連携を図ることとします。

Ⅳ.　発症予防

生活習慣病の重症化予防は、介護予防や健康寿命の延伸と深くかかわることから大変重要です。

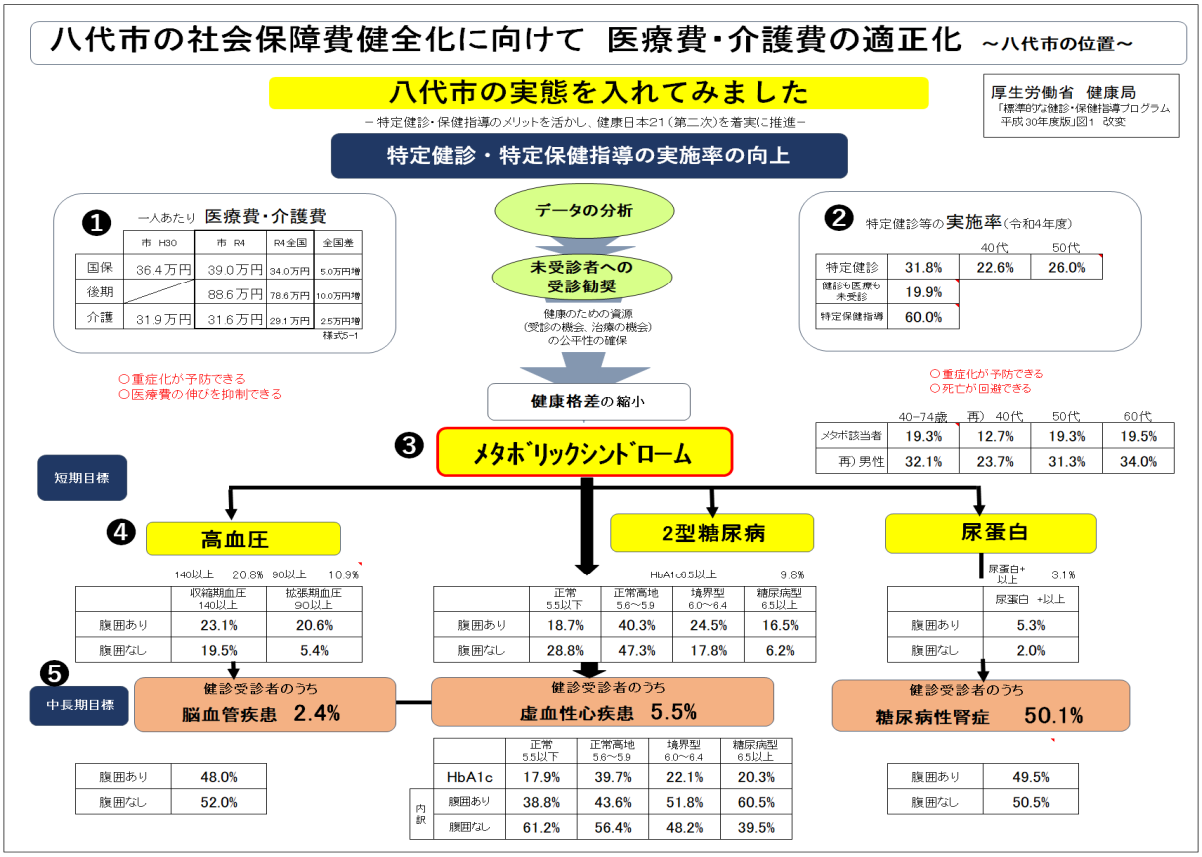
生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策（食習慣・運動習慣の確立）が重要であり、特に、小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるだけでなく、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点から注目されています。

本市においては、健康増進法に基づいた産婦及び乳幼児期、成人の保健事業の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ため、ライフサイクルの視点で生活習慣病予防対策を実施していく必要があります。若年期からの健康管理が大切であるため、本市では、40 歳未満の生活習慣病予防健診（ヤング健診）及び保健指導を実施しています。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を推進します。

Ⅴ.　ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取組みます。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生活習慣病予防に関する情報等について、広く周知します。（図表 76）

図表 76　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

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、次の第 4 期計画の策定を円滑に行うため評価を行います。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められていて、その評価においては、国保データベース（KDB）システムや保険者データヘルス支援システム等を活用し、本計画の評価指標と 4 つの指標の視点で各年度の事業評価を実施します。また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較や個々の健診結果の改善度についても評価します。

なお、中間評価や最終評価の医療費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）

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ことが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報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

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

巻末資料

用語解説

用　　語		説　　明
あ行	アウトカム	事業の目的や目標の達成度、また成果の数値目標
	アウトプット	目的や目標の達成のために行われる事業の結果
	インスリン抵抗性	血液中の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。肥満（メタボリックシンドローム）や高血圧、高中性脂肪血症や低 HDL 血症ではインスリン抵抗性を有する例が多い。
か行	眼底検査	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。 動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障･白内障の有無などを調べるもの。
	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
	血清クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
	血圧	血管にかかる圧力のこと。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。食前･食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	虚血性心疾患	心臓を動かしている筋肉である心筋の血液の流れが低下、または遮断され障害が生じた状態をいう。主な疾患は、狭心症と心筋梗塞で、冠動脈（心筋に酸素・栄養を送る血管）が動脈硬化で狭くなったり、詰まったりすることが原因といわれている。
	健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。

	健診結果経年表	特定健診の結果を検査値ごとに経年的に並べた表。
	高度肥満症 （肥満Ⅲ度・Ⅳ度）	肥満Ⅲ度は BMI35 以上 40 未満、肥満Ⅳ度は BMI40 以上。
さ行	新経済・財政再生計画 改革行程表	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
	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり機械で老廃物を取り除くこと。1 回につき 4～5 時間かかる治療を週 3 回程度、ずっと受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。
	心電図	心臓の筋肉に流れる電流を体表面から記録する検査。電流の流れ具合に異常がないかがわかる。また 1 分間に電気が発生する回数である心拍数も測定される。
	腎不全	腎臓の機能がおち，老廃物を十分排泄できなくなる状態。
	心房細動	心房細動とは、心房と呼ばれる心臓内の部屋が小刻みに震えて痙攣し、うまく働かなくなってしまう心臓の病気（不整脈の一種）。
	生活習慣病	食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。
た行	地域差指数	医療費の地域差を表す指標として、1 人当たり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を 1 として指数化したもの。
	同規模	国保データベースシステム（KDB）には同規模市町村と比較できる機能があり、人口規模に応じて 13 段階に区分されていて、当市は「同規模区分 3」に分類されている。【同規模区分６（令和 5 年度現在）：全市 98 市・・・糸島市大牟田市、筑紫野市、春日市、大野城市、飯塚市、唐津市、諫早市、別府市、延岡市、鹿屋市、うるま市、沖縄市、宜野湾市、浦添市など】

	糖尿病性腎症	糖尿病三大合併症の一つとされている疾患。糖尿病によって高血糖状態が持続し、腎臓の内部に張り巡らされている細小血管が障害を受けることで発症する。悪化すると腎不全に移行し、血液透析などが必要となることもあり、人工透析の原因疾患の第 1 位が糖尿病性腎症となっている。
	糖尿病連携手帳	公益財団法人日本糖尿病協会が発行する糖尿病患者本人とかかわる保健・医療・福祉の関係職種が情報共有し、連携促進するためのツール。
	特定健康診査 （特定健診）	平成 20 年 4 月から開始された、生活習慣予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。特定健診。40 歳～74 歳の医療保険加入者を対象とする。
	特定保健指導	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。
な行	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）
	尿アルブミン検査	通常の尿試験紙では検出できない微量の尿中アルブミンを検出できる。正常では尿中に検出されないが、糖尿病性腎症では早期の段階で出現しするため、糖尿病性腎症の早期発見に重要な指標となる。
	尿酸	食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。
	尿潜血	尿に赤血球が混入した状態のことを指し、尿を作る腎臓やその通り道である泌尿器に疾患が隠れていることを示唆する重要なサイン。
	尿蛋白定性検査	試験紙により尿蛋白の有無を調べる検査。

	脳血管疾患	脳内の動脈が破れたり、詰まったりすることで血液が流れなくなり、脳に障害が及ぶもので、一般に脳卒中といわれるものなど、脳血管に関する病気の総称。脳の血管が破れて出血する脳出血、クモ膜下に出血するクモ膜下出血、脳の血管が詰まる脳梗塞に大別される。
は行	ハイリスクアプローチ	疾患を発症しやすい高リスクの個人を対象に行動変容を促すようアプローチする方法。
	被保険者	健康保険に加入している人のこと。
	フレイル	フレイルとは、健康な状態と要介護状態の中間の段階をさす。 年齢を重ねていくと、心身や社会性などの面でダメージを受けたときに回復できる力が低下し、これによって健康に過ごせていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態に変化していく。
	プロセス	事業の目的や目標の達成に向けた過程や活動状況
	ヘルスサポートラボツール	データヘルス計画策定支援業務の委託先が提供するツールで、重症化予防の対象者の明確化や評価・分析等のため、KDB データ等を集計し図表作成等ができる独自ツール
	保険者データヘルス支援システム	国民健康保険団体連合会が各保険者に、健康・医療・介護情報を用いた様々な保健事業を支援することを目的としたシステムです。
	ポピュレーションアプローチ	保健事業の対象者を一部に限定せず集団全体へ働きかけを行い、全体としてリスクを下げるアプローチを指す。一方で、疾患リスクの高い対象者に絞り込んで対処していく方法を、ハイリスクアプローチという。
ま行	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち 2 つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1 つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
や行	有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。

ら行	レセプト	患者が受けた診療について、医療機関が保険者（市町村や健康保険組合等）に請求する医療費の明細書の通称。
A～Z	BMI	[体重(kg)]÷[身長(m)の 2 乗]で算出される値で、Body Mass Index の略。肥満や低体重(やせ)の判定に用いる体格指数のこと。
	CKD	慢性腎臓病（CKD：Chronic Kidney Disease）
	eGFR	腎臓機能を示す指標で、クレアチニン値を性別、年齢で補正して算出する。腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が 1 分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値。 数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
	HbA1c	ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去 1～2 カ月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
	KDB	「国保データベース(KDB)システム」とは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、健診・保健指導、医療、介護の各種データを併せて分析できるシステムのこと。
	LDL コレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っていて、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロール。
	PDCA サイクル	Plan（計画）、Do（実行）、Check（測定・評価）、Action（対策・改善）の頭文字をとったもので、サイクルを繰り返し行うことで、継続的な業務の改善を促す概念・手法
数字	Ⅱ度以上の高血圧	収縮期血圧 160 ㎜ Hg 以上かつ拡張期血圧９０㎜ Hg 以上