

小林市第3期保健事業実施計画

(データヘルス計画)

【第四期特定健康診査等実施計画を含む】

令和6年度～令和11年度

(2024年度～2029年度)

【小林市】

目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	2
1. 背景・目的	2
2. 計画の位置付け	2
3. 計画期間	2
4. 関係者が果たすべき役割と連携	6
第2章 第2期計画に係る考察	8
1. 保険者の特性	8
2. 第2期計画に係る評価及び考察	8
第3章 第3期データヘルス計画における健康課題の明確化	15
1. 健康課題の明確化	15
2. 目標の設定	20
第4章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	22
1. 第四期特定健康診査等実施計画について	22
2. 目標値の設定	22
3. 対象者の見込み	22
4. 特定健診の実施	22
5. 特定保健指導の実施	24
6. 個人情報の保護	28
7. 結果の報告	28
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	28
第5章 課題解決するための個別保健事業	29
1. 糖尿病性腎症重症化予防事業	30
2. 虚血性心疾患重症化予防事業	37
3. 脳血管疾患重症化予防事業	41
4. 生活習慣病発症予防事業	45
5. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	46
第6章 計画の評価・見直し	47
1. 評価の時期	47
2. 評価方法・体制	47
第7章 計画の公表・周知	47
第8章 個人情報の取扱い	47
第9章 地域包括ケアに係る取り組み	47
その他留意事項	48

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされた。

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。)の一部を改正する等により、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を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

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、また、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方2020)」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和3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2021」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検討するとともに、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。」と示された。

このように、すべ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る。

本市においては、市民の健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上を図り、さらには医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的として、国指針に基づき「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、被保険者の年代ごとの身体的な状況に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施する。

2. 計画の位置付け

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ある。

計画は、第2次小林市総合計画の分野別計画であるとともに、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、「健康こばやし21」、宮崎県健康増進計画、宮崎県医療費適正化計画、介護保険事業計画と整合性を図りながら策定するものである。【図表 1・2・3・4・5】

3. 計画期間

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」としていること、また、国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定手引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、宮崎県医療費適正化計画や医療計画が令和6年度から令和11年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図るため、計画期間を令和6年度から令和11年度の6年間とする。

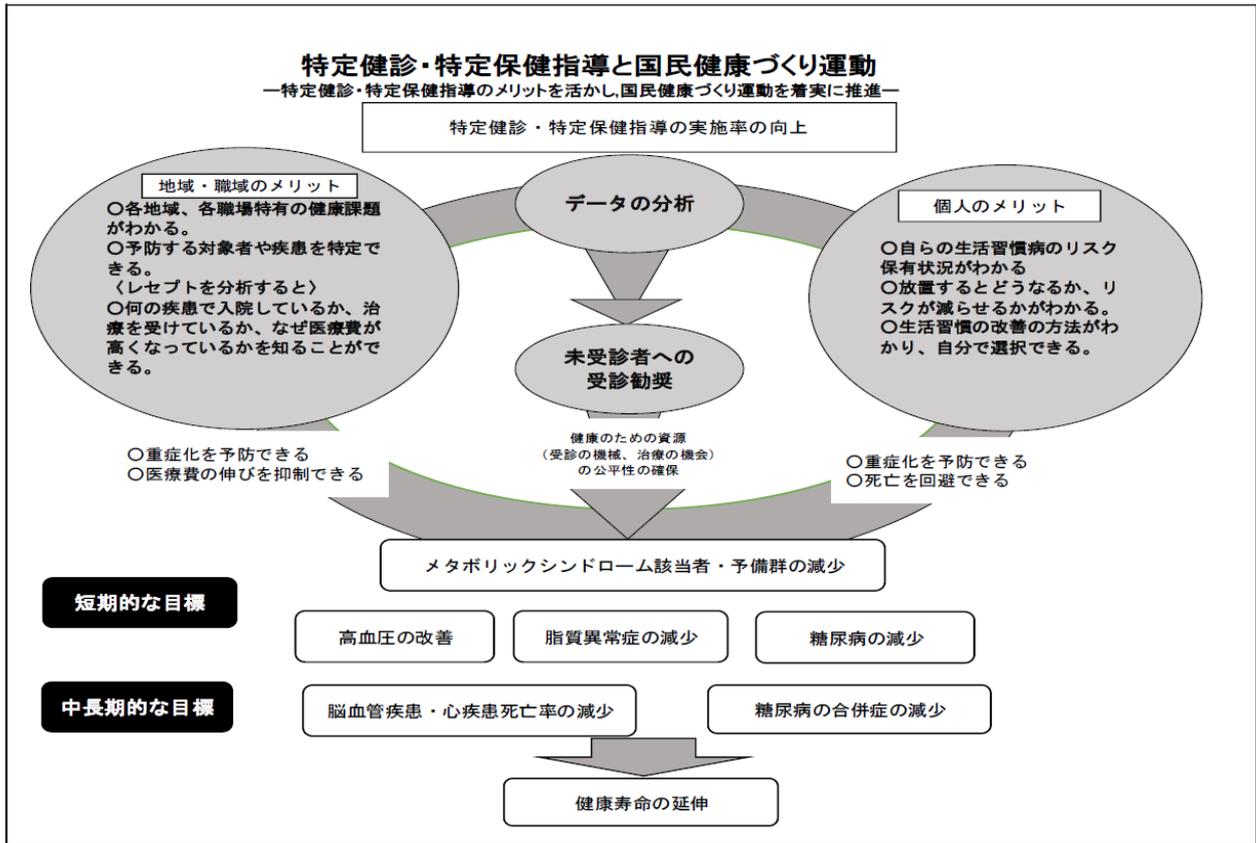
【図表1】

法定計画等の位置づけ

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6条(健康増進事業実施要綱) 厚生労働省 健康局 令和2年9月改正 「国民健康診査法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	国民健康診査法 第82条 厚生労働省 健康局 令和2年9月改正	健康保険法 第150条 第125条 国民健康診査法 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条 厚生労働省 健康局 令和5年改正予定 「特定健康診査の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条 厚生労働省 健康局 令和5年改正予定 「医療費適正化に関する指針」	介護保険法 第116条、第117条、第118条 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	介護保険法 第30条 厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 「医療連携体制の構築に関する基本指針」	介護保険法 第116条、第117条、第118条 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	介護保険法 第30条 厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 「医療連携体制の構築に関する基本指針」	介護保険法 第116条、第117条、第118条 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	介護保険法 第116条、第117条、第118条 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
基本的な指針	国民健康診査法 第82条 厚生労働省 健康局 令和2年9月改正 「国民健康診査法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	国民健康診査法 第82条 厚生労働省 健康局 令和2年9月改正	健康保険法 第150条 第125条 国民健康診査法 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条 厚生労働省 健康局 令和5年改正予定 「特定健康診査の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条 厚生労働省 健康局 令和5年改正予定 「医療費適正化に関する指針」	介護保険法 第116条、第117条、第118条 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	介護保険法 第30条 厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 「医療連携体制の構築に関する基本指針」	介護保険法 第116条、第117条、第118条 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	介護保険法 第30条 厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 「医療連携体制の構築に関する基本指針」	介護保険法 第116条、第117条、第118条 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	介護保険法 第116条、第117条、第118条 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	健康増進法 第6条(健康増進事業実施要綱) 令和24年～2035年	国民健康診査法 第82条 令和24年～2029年	健康保険法 第150条 第125条 国民健康診査法 第150条 第125条 令和24年～2029年	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条 令和24年～2029年	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条 令和24年～2029年	介護保険法 第116条、第117条、第118条 令和24年～2029年	介護保険法 第30条 令和24年～2029年	介護保険法 第116条、第117条、第118条 令和24年～2029年	介護保険法 第30条 令和24年～2029年	介護保険法 第116条、第117条、第118条 令和24年～2029年	介護保険法 第116条、第117条、第118条 令和24年～2029年
計画策定者	都道府県、市町村：努力義務	都道府県、市町村：努力義務	都道府県、市町村：努力義務	都道府県、市町村：努力義務	都道府県、市町村：努力義務	都道府県、市町村：努力義務	都道府県、市町村：努力義務	都道府県、市町村：努力義務	都道府県、市町村：努力義務	都道府県、市町村：努力義務	都道府県、市町村：努力義務
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、個人取り残さない健康づくりの展開とより効果性を待った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。	国民健康診査法 第82条 厚生労働省 健康局 令和2年9月改正 「国民健康診査法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	健康保険法 第150条 第125条 国民健康診査法 第150条 第125条 令和2年9月改正 「国民健康診査法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条 厚生労働省 健康局 令和5年改正予定 「特定健康診査の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条 厚生労働省 健康局 令和5年改正予定 「医療費適正化に関する指針」	介護保険法 第116条、第117条、第118条 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	介護保険法 第30条 厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 「医療連携体制の構築に関する基本指針」	介護保険法 第116条、第117条、第118条 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	介護保険法 第30条 厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 「医療連携体制の構築に関する基本指針」	介護保険法 第116条、第117条、第118条 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	介護保険法 第116条、第117条、第118条 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
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(若年期) 胎児期から高齢期まで(継続的)	国民健康診査法 第82条 令和24年～2029年	健康保険法 第150条 第125条 国民健康診査法 第150条 第125条 令和24年～2029年	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条 令和24年～2029年	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条 令和24年～2029年	介護保険法 第116条、第117条、第118条 令和24年～2029年	介護保険法 第30条 令和24年～2029年	介護保険法 第116条、第117条、第118条 令和24年～2029年	介護保険法 第30条 令和24年～2029年	介護保険法 第116条、第117条、第118条 令和24年～2029年	介護保険法 第116条、第117条、第118条 令和24年～2029年
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51日項目 ○個人の行動・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(NCD)の発症予防・重症化予防 3 生活習慣病の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1 社会とのつながりの増進の維持・向上 2 自然に親しみながら健康づくり 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 若年者、3 女性	① 特定健康診査受診率 ② 特定健康指導実施率	① 特定健康診査受診率 ② 特定健康指導実施率	① 特定健康診査受診率 ② 特定健康指導実施率	① 特定健康診査受診率 ② 特定健康指導実施率	① 特定健康診査受診率 ② 特定健康指導実施率	① 特定健康診査受診率 ② 特定健康指導実施率	① 特定健康診査受診率 ② 特定健康指導実施率	① 特定健康診査受診率 ② 特定健康指導実施率	① 特定健康診査受診率 ② 特定健康指導実施率	① 特定健康診査受診率 ② 特定健康指導実施率
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 保険者協力支援制度(事業費、事業費運動分)交付金	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 保険者協力支援制度(事業費、事業費運動分)交付金	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 保険者協力支援制度(事業費、事業費運動分)交付金	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 保険者協力支援制度(事業費、事業費運動分)交付金	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 保険者協力支援制度(事業費、事業費運動分)交付金	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 保険者協力支援制度(事業費、事業費運動分)交付金	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 保険者協力支援制度(事業費、事業費運動分)交付金	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 保険者協力支援制度(事業費、事業費運動分)交付金	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 保険者協力支援制度(事業費、事業費運動分)交付金	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 保険者協力支援制度(事業費、事業費運動分)交付金	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 保険者協力支援制度(事業費、事業費運動分)交付金

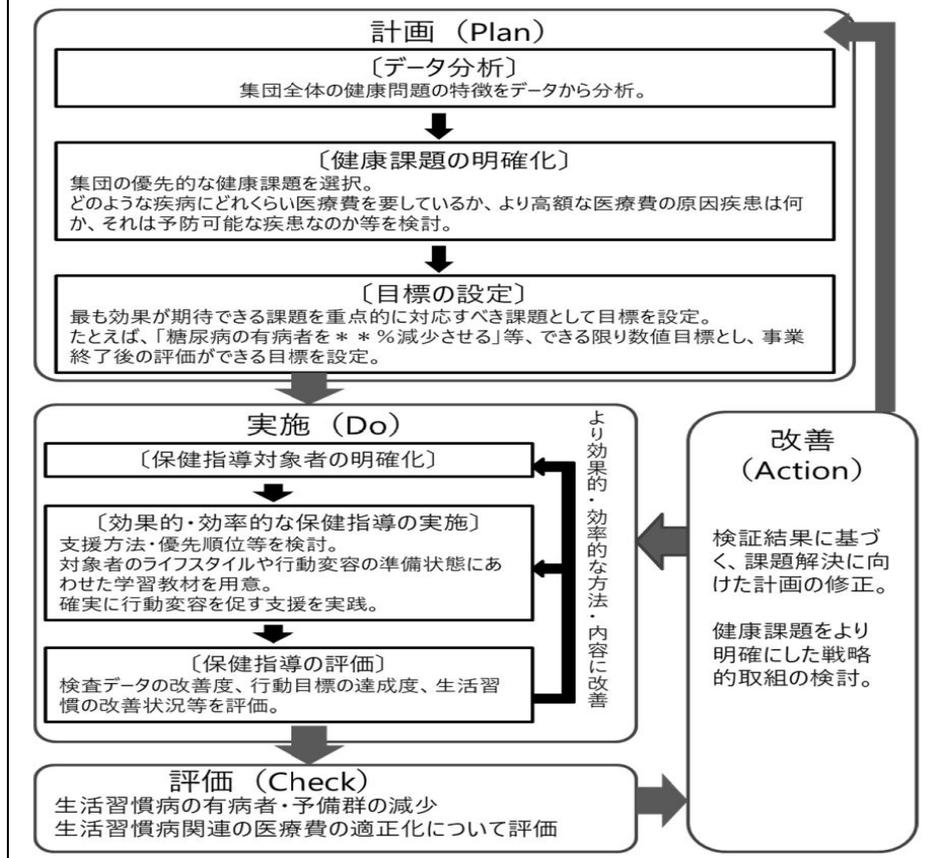
○標準的な健診・保健指導プログラム「令和6年度版」図1一部改変

【図表2】



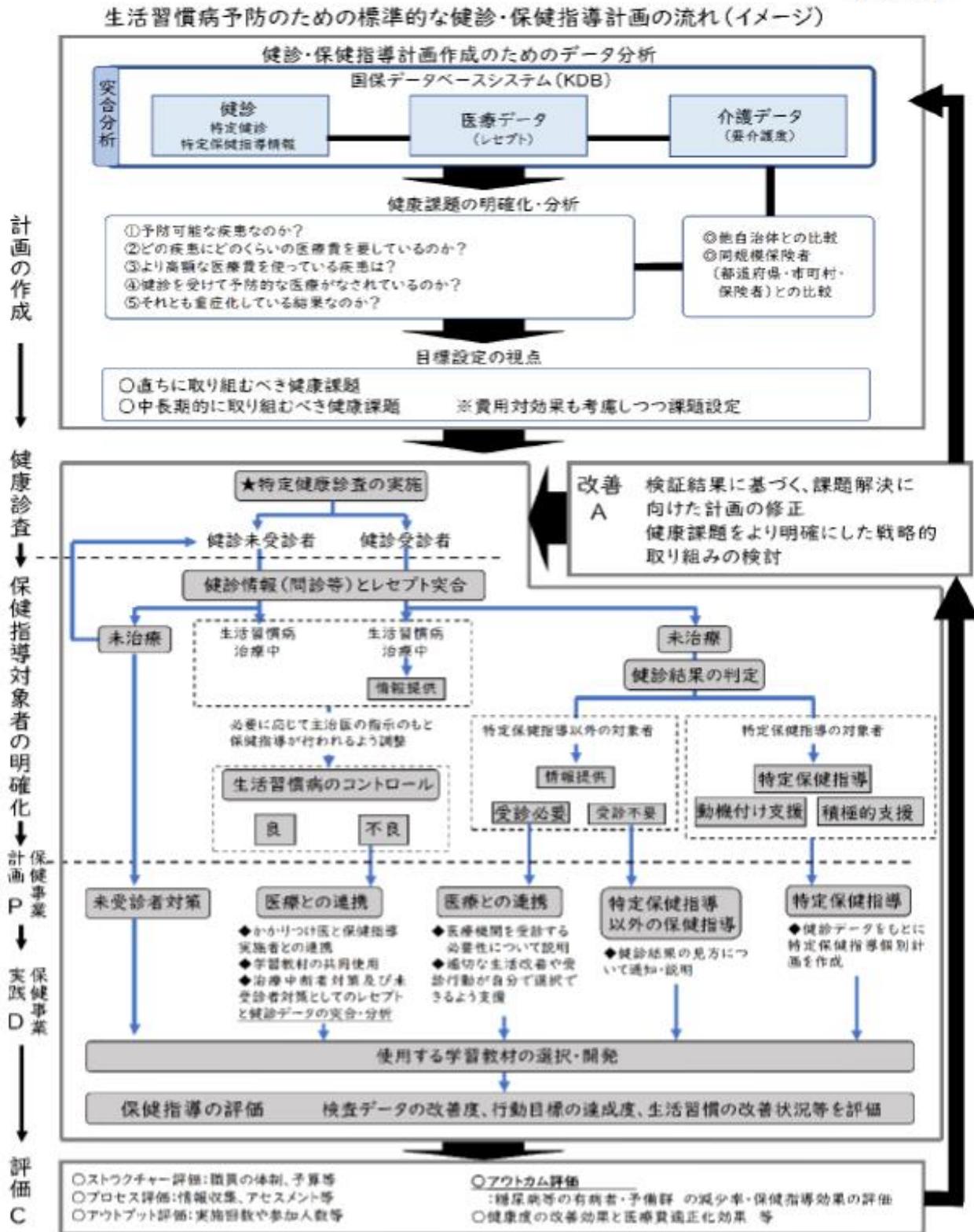
保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル

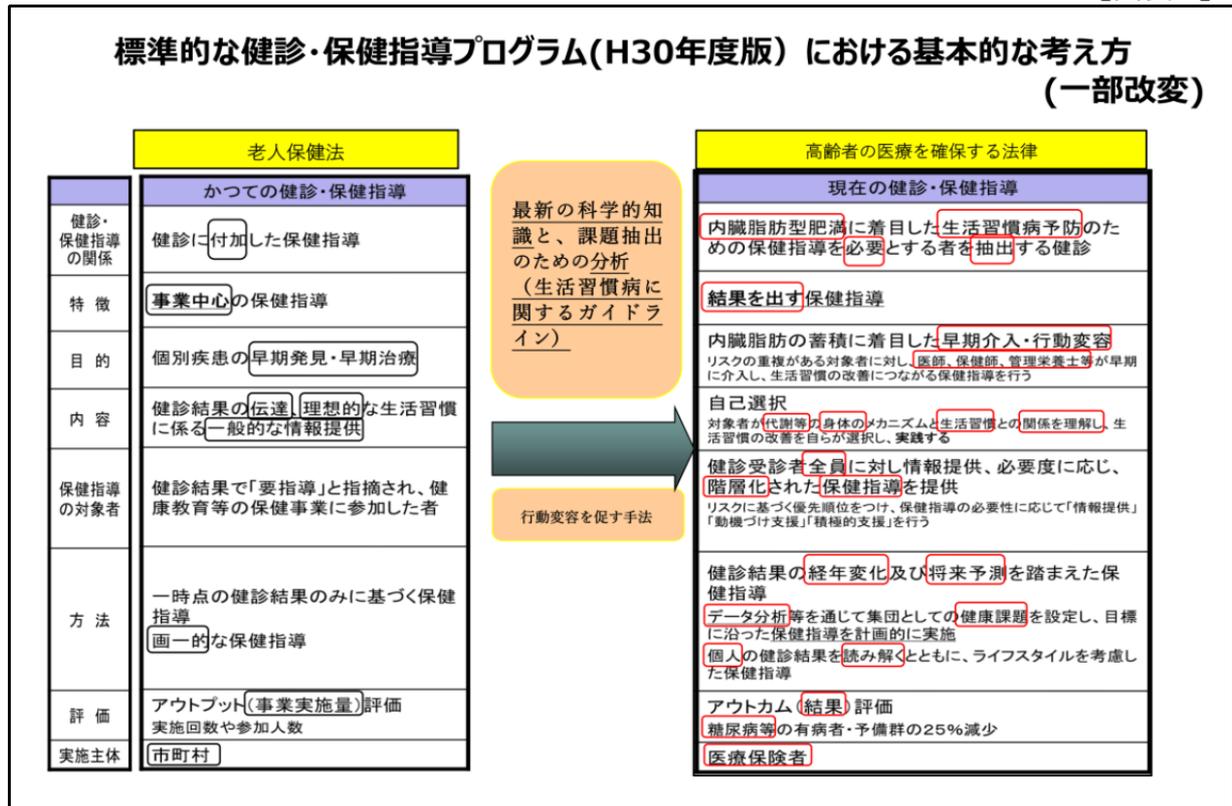
【図表3】



○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)

【図表 4】

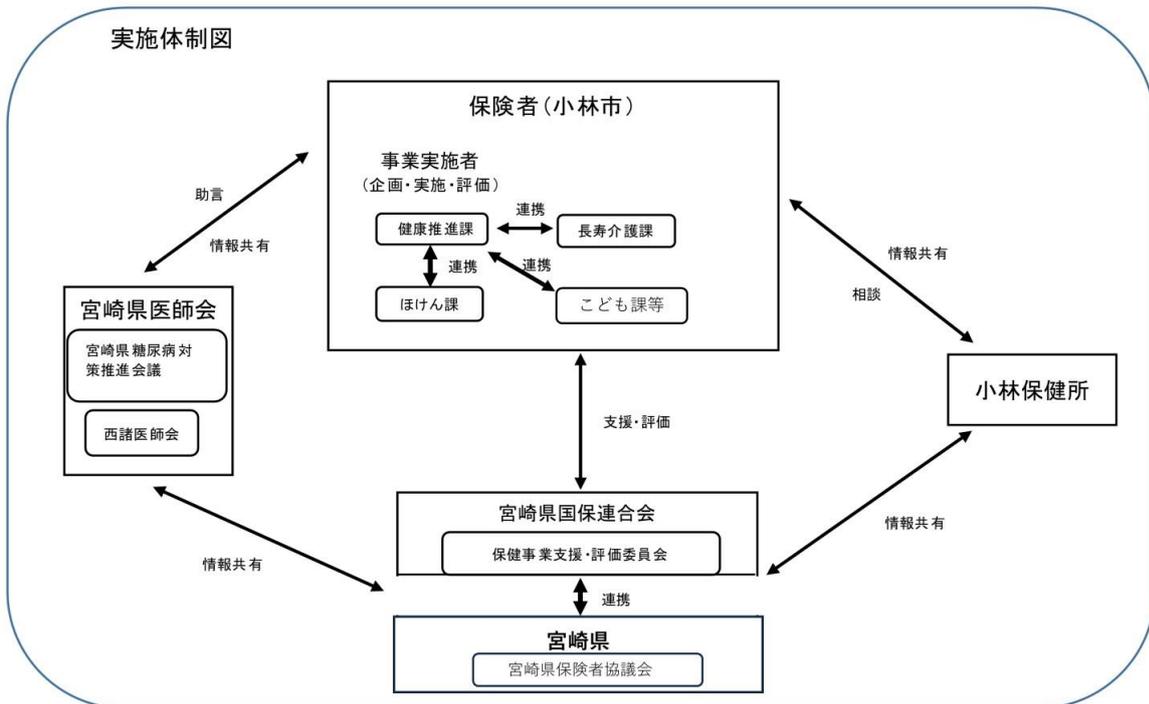




4. 関係者が果たすべき役割と連携

連携先	具体的な連携内容
保険者 (本市国保)	本市においては、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、一体となって計画の策定等を進める。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る。他部門との連携については、実施体制の通りとする。
宮崎県 (国民健康保険課)	市町村とともに国保の保険者であり、財政運営の責任主体として、市町村国保の保険者機能の強化や、効果的・効率的な保健事業実施のため、必要な支援を受ける。 <ul style="list-style-type: none"> ・計画策定におけるデータの共有や意見交換 ・宮崎県国保ヘルスアップ事業への参加 ・関係機関との連絡調整 ・研修会の実施や助言等の技術的支援
宮崎県 (保健衛生部門)	県の健康づくり施策を担っていることを踏まえ、保健師等の専門職が技術的な支援を受ける。 <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防に係る研修会への参加

小林保健所	地域の保健医療関係者等と連携、調整し、地域の社会資源の状況等を踏まえた上で、地域の実情に応じた保険者支援を受ける。 ・西諸市町の健康課題等の分析と市町への共有、技術的支援
国保連及び支援・評価委員会、国保中央会	国保連や支援・評価委員会は、計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等を行っており、多くの支援実績が蓄積されている。このため、保険者は可能な限り支援・評価委員会等の支援・評価を受けて計画の策定等を進める。
後期高齢者医療広域連合	市地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握することができるよう必要な情報の共有を図る。
保健医療関係者	計画策定から保健事業の実施・評価、業務に従事する者の人材育成等において、保健医療に係る専門的見地から支援を受ける。
その他 保険者協議会 被保険者等	市町村国保には、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、市町村国保と国保組合、健康保険組合をはじめとする被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報やその分析結果、健康課題、保健事業の実施状況等を共有したり、連携して保健事業を展開したりすることに努める。 計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的・積極的に取り組むことが重要である。



第2章 第2期計画に係る考察

1. 保険者の特性

本市の人口は約46,000人、高齢化率37.3%と県・国・同規模自治体と比較し高く、国保加入率約25%特に70～74歳の人数が多い。また産業別では、国・県・同規模自治体と比べて第1次産業の割合が高い地域である。(図表7.8)

保険者の特性

【図表7】

令和4年度	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(%)
小林市	46,503	37.3	10,934	25.1%	54.7	6.4	16.7	0.4	21.4	19.3	59.3
宮崎県	1,052,571	32.7	243,434	23.1%	54.0	7.3	13.4	0.4	11.0	21.1	67.9
同規模	32,195	36.2	7,214	22.4%	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
国	123,214,261	28.7	27,488,882	22.3%	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム(R5)

年齢層、性別 被保険者数(令和5年1月1日現在) 小林市ほけん課

【図表8】

		40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
男性	令和2年	277	306	294	90	664	1,269	1,318
	令和3年	259	291	311	383	600	1,161	1,433
	令和4年	251	289	334	342	556	1,071	1,524
女性	令和2年	247	215	255	112	755	1,393	1,501
	令和3年	263	209	241	335	680	1,334	1,633
	令和4年	240	233	228	320	620	1,253	1,738

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

第2期計画において、目標の設定を2つに分類した。

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た。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、糖尿病性腎症の重症化予防を設定した。

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、脂質異常症を減らしていくことを目標に設定した。

(1) 中長期的な目標の達成状況

① 介護給付費の状況

介護保険認定者(率)の状況を見ると、平成30年度から令和4年度にかけて、高齢化が進んでおり、介護給付費は平成30年度より減少しているが、1件当たりの給付費は増え、かつ同規模自治体、全国と比べて高くなっている。2号及び1号認定者それぞれ認定率が減少しており、特に65～74歳の新規認定者数が

減少している。同規模自治体、全国と比べても低い状況である。【図表 9. 10】

○介護給付費の変化

【図表 9】

	小林市		同規模 R4年度	県 R4年度	全国 R4年度
	H30年度	R4年度			
介護給付費(円)	51億9733万	↓ 51億3745万			
1件当たり給付費(円)(全体)	78,070	↑ 80,570	70,503	70,156	59,662
居宅サービス	56,491	56,157	43,936	50,961	41,272
施設サービス	303,023	305,658	291,914	294,840	296,364

出典: KDBシステム

○介護保険認定者(率)の状況

【図表10】

	小林市				同規模 R4年度	県 R4年度	全国 R4年度
	H30年度		R4年度				
高齢化率	15,507	33.7%	16,228	↑ 37.3%	36.2%	32.7%	28.7%
2号認定者(人)	57	0.39%	39	↓ 0.3%	0.37%	0.33%	0.38%
新規認定者	9		5				
1号認定者(人)	2,874	18.5%	2,804	↓ 17.3%	19.1%	16.8%	19.4%
新規認定者	372		387				
再掲	65～74歳		231	3.4%	222	↓ 3.0%	
		新規認定者	48		43		
	75歳以上		2,643	30.1%	2,582	29.3%	
		新規認定者	324		344		

出典: KDBシステム

② 医療費の状況【図表11. 12】

本市の総医療費は平成30年度から令和4年度にかけて増減しているが、被保険者数は減少している。また1人当たりの医療費も年々増加し、令和4年度は年間医療費県内5位、月当たり医療費は10位であった。【図表11、12】 特に月当たりの医療費は、国と比べ約8,500円(約1.3倍)高い。入院に係る費用の割合は、県、国よりも高いが、令和4年度は平成30年度よりも1.6%減少している。【図表12】

○医療費の変化

【図表11】

年度	国民健康保険					
	小林市					
	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	
総費用額(円)	51億4500万	51億3700万	49億5300万	52億9000万	51億7900万	
1人当たり実績医療費(円)	408,835	429,283	427,539	462,174	478,044	
1人当たり実績医療費(円)(市町村国保)	391,230	404,976	397,778	417,224	430,527	
順位	県内	11	8	10	8	5
(年齢調整後)	全体	1.1442				1.114
	入院	1.3201				1.268
	外来	1.0394				1.012

○医療費の状況

【図表12】

	小林市		県	全国
	H30年度	R4年度		
被保険者数(人)	12,584	10,833		
前期高齢者(65~74歳)割合(%)	43.6	48.4	46.7	40.5
総医療費(円)	51億4500万	51億7,900万		
一人あたり医療費(円・月)	29,467	34,100		25,570
		県内12位 同規模139位	県内10位 同規模82位	
外来	費用額(円)	15億9839万	17億419万	
	費用の割合(%)	53.6	55.2	56.3
	件数の割合(%)	96.3	96.4	96.7
入院	費用額(円)	21億8076万	21億8187万	
	費用の割合(%)	46.4	44.8	43.7
	件数の割合(%)	3.7	3.6	3.3
一人あたり在院日数(日)	18.5	17.5	17.7	15.7

出典：KDBシステム

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期的な目標である疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全)の総医療費に占める割合は約2割を占め、県・国より高い。特に狭心症・心筋梗塞(虚血性心疾患)、慢性腎不全の割合は、県・国と比べて高く、特に慢性腎不全(透析有)の占める割合は、平成30年度から令和4年度にかけて減少傾向であるが、国、県と比べると高い。【図表13】

○中長期目標疾患の医療費の変化

【図表13】

	小林市		県	国	
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	
総医療費(円)	51億4500万	51億7900万	930億73万	9兆3,374億1,147万	
総医療費に占める割合					
① 中長期目標疾患	医療費合計(円)	10億1,979万	9億5,695万	171億6,378万	1兆7,370億6,670万
	(割合)	23.16%	20.87%	18.46%	18.60%
	脳 脳梗塞・脳出血	2.03%	1.19%	2.04%	2.03%
	心 狭心症・心筋梗塞	1.29%	2.56%	1.43%	1.45%
	腎 慢性腎不全(透析有)	6.70%	5.70%	4.61%	4.26%
	慢性腎不全(透析無)	0.27%	0.36%	0.24%	0.29%
他② 患のそ疾の	悪性新生物	12.40%	17.16%	15.01%	16.69%
	筋・骨格疾患	10.29%	9.78%	8.73%	8.68%
	精神疾患	11.16%	10.09%	9.23%	7.63%

出典：KDBシステム 小林市国保

(2)短期的な目標の達成状況

レセプトの状況から、高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療者は、いずれも年齢が上がるにつれ割合が増加している。高血圧の治療割合は、糖尿病、脂質異常症と比べ高い。中長期目標疾患である脳血管疾患では高血圧、虚血性疾患では脂質異常症、人工透析では糖尿病の合併率(受療率)が高い傾向があり、経年でも割合が増加している。今後も高血圧、糖尿病、脂質異常症の重症化予防が重要である【図表14. 15. 16】

医療のかかり方(R3年度)レセプト情報によると、高血圧は、県と比べて、未治療者、治療中断者の割合は高い。令和3年度の特健健診問診票から見ると、Ⅱ度高血圧、HbA1c7.0%以上の重症化リスクのある未治療者の割合が高血圧で58%、糖尿病で20.9%おり、特に高血圧は県よりも高いため、特定健診受診者への確実な受診勧奨が継続して必要である。【図表17】

① 高血圧治療者の経年変化

【図表14】

高血圧 様式3-3		合計		再掲								
				40代		50代		60代		70~74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
被保険者数(人)		14,594	12,195	1,369	1,224	1,652	1,366	4,847	3,430	2,754	3,316	
高血圧症治療者	人数	4,510	4,718	133	177	458	437	2,202	1,908	1,682	2,154	
	割合(%)	30.9	38.7	9.7	14.5	27.7	32.0	45.8	55.6	61.1	65.0	
中長期 目標 疾患	脳血管疾患	人数	445	410	13	12	39	35	191	160	199	201
		割合(%)	9.9	8.7	9.8	6.8	8.5	8	8.7	8.4	11.8	9.3
	虚血性心疾患	人数	533	567	8	12	34	45	255	202	234	307
		割合(%)	11.8	12	6	6.8	7.4	10.3	11.6	10.6	13.9	14.3
	人工透析	人数	66	73	5	7	9	10	32	37	19	19
		割合(%)	1.46	1.55	3.76	3.95	1.97	2.29	1.45	1.94	1.13	0.88

出典:KDBシステム

② 糖尿病治療者の経年変化

【図表15】

糖尿病 様式3-2		合計		再掲								
				40代		50代		60代		70~74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
被保険者数(人)		14,594	12,195	1,369	1,224	1,652	1,366	4,847	3,430	2,754	3,316	
糖尿病症治療者	人数	1,955	2,060	59	86	207	189	980	818	672	934	
	割合(%)	13.4	16.9	4.3	7.0	12.5	13.8	20.2	23.8	24.4	28.2	
合 併 尿 症 病	糖尿病性腎症	人数	372	377	21	21	26	41	179	151	136	157
		割合(%)	19.0	18.3	35.6	24.4	12.6	21.7	18.3	18.5	20.2	16.8
	人工透析	人数	41	46	3	4	5	5	23	31	10	6
		割合(%)	2.10	2.23	5.08	4.56	2.42	2.65	2.35	3.79	1.49	0.64

出典:KDBシステム

③ 脂質異常症治療者の経年変化

【図表16】

脂質異常症 様式3-4		合計		再掲								
				40代		50代		60代		70~74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
被保険者数(人)		14,594	12,195	1,369	1,224	1,652	1,366	4,847	3,430	2,754	3,316	
脂質異常症治療者	人数	3,239	3,492	123	142	337	338	1,581	1,391	1,142	1,554	
	割合(%)	22.2	28.6	9.0	11.6	20.4	24.7	32.6	40.6	41.5	46.9	
中長期 目標 疾患	脳血管疾患	人数	259	257	3	6	21	21	115	104	119	125
		割合(%)	8.0	7.4	2.4	4.2	6.2	6.2	7.3	7.5	15.9	8.0
	虚血性心疾患	人数	412	494	8	15	29	37	193	172	182	270
		割合(%)	12.7	14.1	6.5	10.6	8.6	10.9	12.2	12.4	15.9	17.4
	人工透析	人数	28	45	3	5	3	5	14	23	7	12
		割合(%)	0.86	1.29	2.44	3.52	0.89	1.48	0.89	1.65	0.61	0.77

出典:KDBシステム

④ 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

【図表17】

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 II度高血圧の推移								医療のかかり方(R3年度)			
	30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	受診率	受診者	受診率			未治療(内服なし)				未治療(内服なし)		未治療		治療中断	
A		B		C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E	
小林市	3,718	42.5%	3,478	42.7%	150	4.0%	83	55.3%	149	4.2%	87	58.4%	50	33.6%	8	5.4%
宮崎県	57,674	35.7%	53,964	35.7%	2,553	4.4%	1,395	54.6%	2,818	5.2%	1,578	56.0%	940	33.4%	138	4.9%

	糖尿病											
	結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方(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)			
			未治療(内服なし)				未治療(内服なし)		未治療		治療中断	
J	J/実施者	K	K/J	L	L/実施者	M	M/L	N	N/L	O	O/L	
小林市	151	3.9%	38	25.2%	139	3.9%	29	20.9%	7	5.0%	3	2.2%
宮崎県	2,494	4.4%	681	27.3%	2,432	4.5%	607	25.0%	166	6.8%	69	2.8%

出典：KDBシステム

⑤ 健診結果の経年変化【図表18~21】

令和3年度と平成30年度の健診結果の経年変化をみると、HbA1c6.5%以上者の改善率は上がっているが、メタボリックシンドローム該当者の割合の増加、LDLコレステロール160以上者、II度高血圧以上者の改善率の割合が悪化している。また、健診未受診者も増加している。今後も重症化予防対策と継続受診につなげる受診率向上対策が必要である。

○メタボリックシンドロームの経年変化

【図表18】

年度	健診受診者(人) (受診率)	該当者	(再掲)		予備群
			3項目※	2項目※	
H30	3,723	866	266	600	488
	42.6%	23.3%	7.1%	16.1%	13.1%
R3	3,213	831	258	573	407
	41.4%	25.9%	8.0%	17.8%	12.7%

※血圧・脂質・血糖の該当数

○HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化(継続受診者)

【図表19】

年度	HbA1c6.5% 以上	改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30	334	76	107	39	112
	8.7%	22.8%	32.0%	11.7%	33.5%
R3	317	79	81	39	118
	8.8%	24.9%	25.6%	12.3%	37.2%

○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)【図表20】

年度	LDL160 以上	改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30	435	192	89	24	130
	11.3%	44.1%	20.5%	5.5%	29.9%
R3	462	201	92	23	146
	12.9%	43.5%	19.9%	5.0%	31.6%

○Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

【図表21】

年度	Ⅱ度高血圧以上				健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30	150	93	19	1	37
	3.9%	62.0%	12.7%	0.7%	24.7%
R3	149	75	19	4	51
	4.2%	↓ 50.3%	12.8%	↑ 2.7%	34.2%

⑥ 特定健診・特定保健指導の実施状況と経年変化

特定健診の受診率は、コロナ禍の影響で令和2年度はやや減少したが、令和3年度からは、コロナ禍前までの受診率に回復するも、国の目標値60%には届いていない。さらに、今後、受診率が高い団塊の世代が75歳に達し、受診者の減少が見込まれる。若い頃からの健康管理、重症化予防対象者の掘り起こしのためにも、若年期を含めた受診率対策は継続していく必要がある。一方、特定保健指導の実施率は、国の目標値である60%を超えているので、今後も継続した取り組みを行う。【図表22】

○特定健診・特定保健指導の実施状況の経年変化

【図表22】

		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
40-74歳の被保険者数 (人)		8,758	8,529	8,418	8,151	7,718
特定健診受診者数 (人)		3,718	3,662	3,151	3,478	3,216
特定健診受診率		42.5%	42.9%	37.4%	42.7%	41.7%
年代別受診率	40代	23.4%	23.1%	18.1%	25.0%	24.8%
	50代	32.0%	22.0%	23.0%	29.8%	28.5%
	60代	51.0%	42.6%	44.1%	46.2%	44.4%
	70~74歳	50.0%	58.6%	47.8%	51.5%	51.8%
特定保健指導該当者数 (人)		399	406	285	370	274
特定保健指導該当者率		10.7%	11.1%	9.0%	10.6%	8.5%
特定保健指導実施者数 (人)		123	142	200	243	173
(再掲)	積極的支援 (人)	18	19	12	18	17
	動機づけ支援 (人)	105	123	188	225	156
特定保健指導実施率		30.8%	35.0%	70.2%	65.7%	63.1%

出典：KDBシステム

(3)第2期計画目標の達成状況

データヘルス計画の目標管理一覧にて、目標の達成状況を、初年度、中間評価、最終評価で評価した。特定健康診査受診率、特定保健指導実施率が伸びてきているが、虚血性心疾患の総医療費に占める割合、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合、Ⅱ度高血圧以上者(160/100以上)の割合、血糖異常者の割合等の改善が難しいため、当市の健康課題の解決に向けて今後も継続して取り組んでいく必要がある。【図表23】

データヘルス計画の目標管理一覧

【図表23】

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R4		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合10%減少	2.0%	1.7%	1.2%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少	1.3%	1.5%	↑2.6%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	87.5%	28.6%	40.0%		福祉課 厚生医療
	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・予備群の割合25%以下	36.4%	39.1%	↑38.3%	KDBシステム 健康推進課
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	4.0%	4.0%	↑4.8%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL140以上)	28.7%	24.1%	25.0%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%)	8.7%	8.8%	↑8.6%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合の増加	67.2%	75.0%	76.4%	
			特定保健指導対象者の減少率 25%		16.9%	20.7%	
			努力支援制度	その他	アウトプット がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん20%以上		男:5.1% 女:5.3%	男:3.4% 女:2.7%	男:6.2% 女:6.8%	地域保健 事業報告
がん検診受診率 肺がん20%以上	5.5%	男:1.0% 女:0.7%				男:3.0% 女:2.3%	
がん検診受診率 大腸がん 20%以上	男:8.8% 女:12.3%	男:9.5% 女:10%				男:12.6% 女:14.4%	
		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	80.1%	83.6%	84.8%	ほけん課
		高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	---	---	実施	KDBシステム
		特定健康診査受診率、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	特定健康診査受診率60%以上	42.5%	37.4%	↑41.7%	法定報告値
		特定保健指導実施率60%以上	30.8%	70.2%	↑63.1%		
		糖尿病の保健指導の実施割合80%以上	18.4%	11.5%	14.0%		

2)第2期データヘルス計画に係る考察

本市の総医療費及び一人当たりの医療費は増加傾向で、データヘルス計画のターゲットである腎不全、糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患に係る医療費が上位を占め、特に虚血性心疾患が増加傾向にある。特定健康診査の結果からもメタボリックシンドローム予備群・該当者、血糖、血圧の有所見者の割合が高いのが本市の特徴であり、今後も生活習慣病重症化予防事業の取組みを継続し医療費適正化につなげていく必要がある。

特定健康診査受診率については、目標値には届いていないが、コロナ禍前に回復しつつあり、特定保健指導実施率については目標を達成している状況である。生活習慣病発症予防、重症化予防のためには、特定健康診査、特定保健指導の実施率向上の取組みが引き続き必要である。

第3章 第3期データヘルス計画における健康課題の明確化

1. 健康課題の明確化

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・明確化し関係者と共有する。

若年期からの生活習慣の積み重ねが、高齢期で重症化や複数の慢性疾患につながるため、75歳到達により後期高齢者医療制度に新たに加えることとなることを踏まえ、小林市国保及び広域連合は保険者等における健康課題の分析結果等を共有する等、綿密な連携に努める。

また、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らる。

(1) 医療費分析

中長期・短期的な目標である疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全)、糖尿病、高血圧等の総医療費に占める割合は約2割程度である。特に国保では慢性腎不全(透析有)の割合が5.70%で、医療費に占める割合が一番高く、同規模自治体・県・国と比べ高い。また国保・後期共に、虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)、高血圧の割合が県・国・同規模自治体よりも高い。【図表24】

① 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 令和4年度 【図表24】

	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	
			金額	順位	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	小林市	45億8,522万	34,100	82位 10位	5.70%	0.36%	1.19%	2.56%	5.68%	3.70%	1.68%	9億5,695万	20.87%	17.16%	10.09%	9.78%	
	同規模平均	31,918	...	...	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%		19.11%	16.91%	8.74%	9.00%
	県	930億73万	30,988	4.61%	0.24%	2.04%	1.43%	5.28%	3.33%	1.54%	171億6,378万	18.46%	15.01%	9.23%	8.73%
	国	9兆3,374億1,147万	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	1兆7,370億6,670万	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	小林市	72億9,788万	69,878	144位 10位	3.66%	0.48%	3.49%	3.43%	4.29%	3.67%	1.02%	14億6,320万	20.05%	7.49%	5.33%	14.10%	
	同規模平均	70,726	...	...	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%		18.69%	10.49%	4.11%	12.58%
	県	1,502億3,072万	69,078	4.73%	0.53%	3.92%	1.59%	3.88%	3.22%	1.06%	284億3,135万	18.93%	9.22%	4.73%	11.84%
	国	16兆1,697億4,707万	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	3兆919億3,948万	19.20%	11.17%	3.55%	12.41%

出典：KDBシステム

② 高額医療費の視点で見ると

高額レセプトの経年推移を見ると、人数、件数、費用額ともに増加している。①脳血管疾患の件数、費用額は減ってきているが、②虚血性心疾患及び③がんの件数、費用額ともに増加傾向にある。特に虚血性心疾患は、令和3年度から令和4年度にかけて減少はしているが、令和4年度を平成30年度と比べると、件数、費用額ともに約5倍に増加している。【図表25】

○高額レセプトの推移

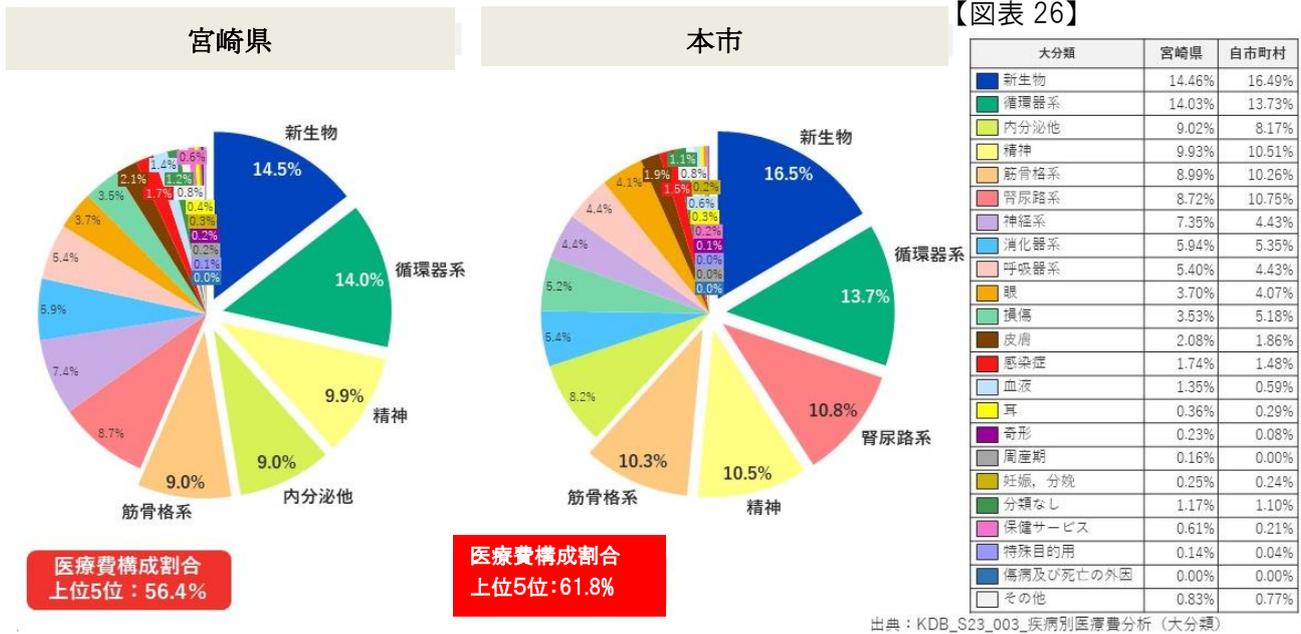
【図表：25】

対象年度			H30年度	R2年度	R3年度	R4年度		
高額レセプト (80万円以上 /件)	人数	A	262	404	446	↑ 473		
	件数	B	381	700	752	↑ 779		
	費用額	C	5億1,821億円	9億4,009万円	10億4,375万円	↑ 10億7,906万円		
① 脳血管疾患	人数	D	15	15	14	11		
		D/A	5.7%	3.7	3.1%	2.30%		
	件数	E	33	36	32	29		
		E/B	8.7%	5.1	4.3%	↓ 3.70%		
	年代別	40代未満	0	0.0%	1	2.8%	0	0.0%
		40代	1	3.0%	0	0.0%	0	0.0%
		50代	0	0.0%	9	25.0%	8	25.0%
		60代	26	78.8%	13	36.1%	8	25.0%
		70～74歳	6	18.2%	13	36.1%	16	50.0%
	費用額	F	3,536万円	3,780万円	3,370万円	2,684万円		
F/C		6.8%	4.0%	3.2%	↓ 2.5%			
② 虚血性心疾患	人数	G	10	31	56	44		
		G/A	3.8%	7.7%	12.6%	9.3%		
	件数	H	10	38	63	49		
		H/B	2.6%	5.4%	↑ 8.4%	6.3%		
	年代別	40代未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
		40代	1	10.0%	1	2.6%	2	3.2%
		50代	1	10.0%	5	13.2%	5	7.9%
		60代	4	40.0%	13	34.2%	19	30.2%
		70～74歳	4	40.0%	10	50.0%	37	58.7%
	費用額	I	1,328万円	4,813万円	9,109万円	6,578万円		
I/C		2.6%	5.1%	↑ 8.7%	6.1%			
③ がん	人数	J	68	100	123	131		
		J/A	26.0%	24.8%	27.6%	27.7%		
	件数	K	98	192	250	282		
		K/B	25.7%	27.4%	33.2%	↑ 36.2%		
	年代別	40代未満	0	0.0%	0	0.0%	8	3.2%
		40代	5	5.1%	8	4.2%	18	7.2%
		50代	8	8.2%	23	12.0%	23	9.2%
		60代	49	50.0%	87	45.3%	87	34.8%
		70～74歳	36	36.7%	74	38.5%	114	45.6%
	費用額	L	1億3,554万円	2億7,623万円	3億9,242万円	4億3,095万円		
L/C		26.20%	29.4%	37.6%	↑ 39.9%			

出典 KDBシステム

③ 医療費構成割合

疾病大分類別に医療費を見ると、上位5分類で全体の61.8%を占めており、新生物(がん)、循環器系、腎尿路系、精神、筋骨格系の順で高い。【図表26】



④ 疾病別医療費

生活習慣病関連の医療費を疾病別に確認すると、入院では、狭心症、脳梗塞、脳出血、入院外では、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、狭心症が上位である。特に令和3年度の入院では、狭心症の医療費が増加しているが、入院外では高血圧の医療費が減少している。【図表27】

【図表 27】



出典：KDB システム

⑤ 健診受診の費用対効果

特定健診の受診者、未受診者にて生活習慣病治療に係る医療費を比較すると、受診者の医療費が、未受診者よりも約5分1となっている。医療費適正化のためにも健診受診が有効であると推測される。【図表28】

○費用対効果:特定健診の受診有無と生活習慣病治療に係る費用

【図表 28】

	0	10,000	20,000	30,000	40,000	50,000	(円)
健診受診者の生活習慣病治療費		8,057円					
健診未受診者の生活習慣病治療費						40,993円	

(2)健診・医療・介護の一体的分析

①全体像 平均寿命・標準化死亡比・死因割合 等

平均自立期間は、男性が79.2歳 女性84.3歳で宮崎県と比べ、男性で0.7歳 女性で0.4歳低い。65歳未満の死亡率(早世死亡)は、県同様男女ともに改善している。標準化死亡比では、令和4年度は、男性で99.0女性で91.6で、県と比べ、男性が1.4歳低い。死因割合については、宮崎県と比べて心臓病、糖尿病、自殺が高い。特定健診の結果からメタボリックシンドロームの割合が男女ともに、県・国と比較し、大幅に高い。

○全体像

【図表29】

		平均寿命(歳)		平均自立期間(歳)		65歳未満死亡(%)		標準化死亡比(SMR)	
		平成30年	令和3年	平成30年	令和3年	平成30年	令和3年	平成30年	令和4年
小林市	全体					8.4%	6.7%		
	男性	80.1	80.1	78.7	79.2	11.6%	8.9%	95.9	99.0
	女性	87.6	87.6	84.4	84.3	5.4%	4.8%	85.7	91.6
宮崎県	全体					8.4%	7.8%		
	男性	80.3	80.3	79.0	79.9	11.2%	10.4%	99.7	100.4
	女性	87.1	87.1	84.0	84.7	5.8%	5.2%	99.2	91.6

○死因割合

【図表 30】

		がん	心臓病	脳疾患	糖尿病	腎不全	自殺
小林市	死亡者数	155	133	57	9	8	14
	死因割合(%)	41.2	35.4	15.2	2.4	2.1	3.7
県	死因割合(%)	47	29.6	15.4	1.8	3.6	2.5
国	死因割合(%)	50.2	27.7	14.2	1.8	3.5	2.6

出典 R5年度KDBシステム

○特定健康診査の結果より

【図表 31】

		メタボリックシンドローム(R4年度)	糖尿病(R元年度)	高血圧(R元年度)		尿蛋白(R元年度)
			HbA1c5.6以上	収縮期血圧(130以上)	拡張期血圧(85以上)	クレアチニン1.3以上
小林市	男性	37.0%	56.9%	52.8%	20.9%	3.1%
	女性	16.8%	55.9%	46.7%	15.3%	0.6%
県	男性	32.3%	59.5%	51.5%	21.4%	2.9%
	女性	12.3%	60.4%	47.2%	13.8%	0.4%
国	男性	32.0%	57.8%	51.5%	26.3%	2.5%
	女性	11.0%	56.6%	45.5%	16.9%	0.3%

出典: KDBシステム

②高齢化率、介護の状況

本市の高齢化率は37.3%で、75歳以上の介護認定率同様、県よりも高いが、要介護3以上者は県よりも低い。【図表32】

【図表 32】

	人口	高齢化率	介護保険認定率(75歳以上)	介護保険の割合(要介護3・4・5)
			割合	割合
小林市	43,503	37.3%	17.5%	38.7%
宮崎県	1,052,571	32.7%	16.8%	43.4%

R4年度KDBシステム(後期)

③ 肥満・基礎疾患の受診状況

健診受診状況は、40～64歳の受診率が低い、県と比較すると、すべての年代で高い。40～74歳以下ではBMI25以上が3割以上で県より高い。また高血圧は8割以上、糖尿病は3割以上が医療機関受診中で、特に高血圧は40歳以上のすべての年代で県よりも高い。【図表:33】

○肥満・基礎疾患の受診状況

【図表33】

令和3年度	健診受診率(%)			生活習慣病受診者のうち基礎疾患の医療機関受診率											
				BMI25以上(%)			高血圧(%)			糖尿病(%)			糖尿病+高血圧(%)		
年代(歳)	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～
小林市	27.7	45.2	27.5	33.5	32.3	27.1	80.8	85.8	90.1	35.9	37.6	31.5	23.7	28.8	27.4
宮崎県	22.3	39.9	24.0	32.0	28.1	27.1	76.7	84.1	87.2	41.9	43.2	39.0	27.1	33.2	33.2

国保連合会資料より

④ 重症化疾患の医療機関の受診状況

重症化疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、心不全、腎不全)の医療機関の受診状況をみると、年代が上がるにつれ増加、特にすべての年代で虚血性心疾患が県と比べ高く、また腎不全では40～74歳が高い。これら重症化予防のため、基礎疾患である高血圧、糖尿病等の生活習慣病のコントロールが重要になってくる。【図表34】

○重症化疾患の医療機関の受診状況

【図表34】

令和3年度	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～
小林市	4.6	10.6	24.6	4.1	10.2	20.3	3.2	9.4	28.7	5.0	9.6	16.7
宮崎県	4.7	13.2	28.7	3.0	9.1	18.5	3.8	11.2	31.9	4.7	9.5	17.5

国保連合会資料より

⑤ 重症化疾患のうち介護認定を受けている割合

重症化疾患のうち、75歳以上では、約半数に脳血管疾患、心不全の既往があり、県よりも高い。また、虚血性心疾患、心不全、腎不全の割合が65歳以上で高い。介護予防のためにも生活習慣病予防が重要である。【図表:35】

○重症化疾患のうち介護認定を受けている割合

【図表35】

令和3年度	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～
小林市	13.2	11.7	48.7	1.9	4.5	39.1	4.8	10.0	52.3	3.1	7.3	44.9
宮崎県	11.6	9.2	46.4	3.5	4.4	38.0	5.1	6.5	47.6	3.8	5.7	42.7

国保連合会資料より

⑥ フレイルに関する医療・介護の状況

加齢による疾患のうち75歳以上の骨折の割合は約2割であり、県より高い。認知症は、65～74歳の1.6%から75歳以上になると、15.7%に増加する。要介護認定者のうち75歳以上では、約半数で骨折、約8割に認知症を抱えており、特に認知症の割合は県より高い。骨折・認知症の7～8割に、生活習慣病(高血圧・糖尿病)との重なりがあり、前述の骨折・認知症、要介護認定と関係が深いと推測される。【図表:36】

○フレイルに関する医療介護の状況

【図表36】

令和3年度	医療レセプト						介護レセプト					
	生活習慣病との重なり(高血圧・糖尿病)(%)			加齢による疾患(%)			加齢による疾患のうち要介護認定者(%)					
疾患	骨折		認知症		骨折		認知症		骨折		認知症	
年代(歳)	65～74	75～	65～74	75～	65～74	75～	65～74	75～	65～74	75～	65～74	75～
小林市	73.8	85.9	77.0	85.0	7.1	19.6	1.6	15.7	8.5	54.0	48.0	84.3
宮崎県	70.1	84.1	71.9	82.8	5.7	16.3	1.6	16.8	9.0	54.2	38.2	81.1

国保連合会資料より

(3)健康課題の明確化

脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全、糖尿病、高血圧等の総医療費に占める割合は約2割程度で、特に虚血性心疾患、慢性腎不全の割合が高い。その原因であるのが、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病等の基礎疾患が重症化したものと推測される。フレイルに関する医療・介護の状況からみても、骨折・認知症の7～8割に、生活習慣病(高血圧・糖尿病)との重なりがあった。

特定健康診査の受診率からみても、40～64歳の受診率に課題があるため、若年期からの健康づくりへの意識付けが必要である。

(4)優先して解決を目指す健康課題の順位付け

項目	健康課題	優先順位	対応する保健事業番号
A	糖尿病の増加と重症化による医療費の増加	1	1
B	虚血性心疾患・脳血管疾患による死亡、要介護、医療費の増加(高血圧等のリスク管理)	2	2.3
C	メタボリックシンドローム予備軍・該当者の増加	4	4

2. 目標の設定

成果目標

(1)データヘルス計画(保健事業全体)の目的、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る。

このため、事業の目的、方法、基準、評価の活用について、計画の段階から明確にしておく。

評価指標については、県が定める指標と本市の実情に応じた指標を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておく。【図表37】

(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の総医療費に占める割合を、最終年度には、それぞれ10%減少させることを目指す。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と考えると、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を目標とする。

また、軽症時に通院せず、重症化して入院する傾向があることから、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標とし、まず入院の伸び率を6年後に国並みにすることを旨とする。

(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する。特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を25%減少することを目指す。

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う。

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あげられる。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っていく。具体的には、日本人の食事摂取基準(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)の検査結果を改善していくこととする。

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す。さらに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、その目標値は、第4章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

(4) 目標値の設定

○第3期データヘルス計画の目標管理一覧

【図表37】

項目	データヘルス計画全体における達成すべき目的	課題を解決するための目標	評価指標	実績			データの把握方法	
				初期値 R4	中間評価 R8	最終評価 R11		
A・B 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10%減少	脳血管疾患の総医療費に占める割合	1.2%			KDB	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少	虚血性心疾患の総医療費に占める割合	2.6%				
		糖尿病性腎症による透析導入者数の減少	新規透析導入患者数(糖尿病性腎症)	40				更生医療
A・B・C・D 短期目標	医療費削減のため特定健診・特定保健指導の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	特定健診受診率	全体	41.7%		KDB	
				40～64歳	29.5%			
				65～74歳	48.6%			
		特定保健指導実施率60%以上	特定保健指導実施率	全体	63.1%			
				40～64歳	50.6%			
				65～74歳	69.2%			
	特定保健指導対象者のうち、次年度に非対象者となる割合が25%以上	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率(特定保健指導の対象者の減少率)	全体	20.7%				
			40～64歳	16.0%				
			65～74歳	22.6%				
	血糖コントロール不良者の割合の減少	HbA1c8.0%(HGSP値)以上の者の年齢階層別	全体	1.1%		小林市国保特定健診		
			40～64歳	1.7%				
			65～74歳	0.8%				
糖尿病性腎症の発症を予防するため、糖尿病対象者の未治療者を減らす。	糖尿病の未治療者の医療機関受診率	HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者	20.7%					
			脳血管疾患・虚血性心疾患の発症を予防するため高血圧、糖尿病、脂質異常症の対象者を減らす。	高血圧が保健指導判定値以上の者の割合の減少	収縮期血圧130mmHg以上または、拡張期血圧85mmHg以上		51.8%	
							健診受診者の高血圧者の割合減少	II度高血圧以上の者(160/100以上)	4.8%
健診受診者の脂質異常者の割合減少	LDLコレステロール180以上	3.2%						
		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			84.8%			ほけん課

第4章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四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る。

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が6年を一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は本実施計画も6年を一期として策定する。

2. 目標値の設定

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健康診査受診率	47.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
特定保健指導実施率	70.5%	70.5%	70.5%	70.5%	70.5%	70.5%

3. 対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健康診査	対象者数	7,500人	7,400人	7,300人	7,200人	7,100人	7,000人
	受診者数	3,525人	3,700人	3,650人	3,600人	3,550人	3,500人
特定保健指導	対象者数	388人	407人	402人	396人	391人	385人
	実施者数	274人	287人	284人	280人	276人	272人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、西諸医師会、各種健診実施機関に委託し実施する。

- ①集団健診(小林中央公民館他)
- ②個別健診(西諸管内健診実施医療機関)

(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、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おいて定められている。

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、小林市ホームページに掲載する。

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、本市においては糖尿病、CKD対策等の一環として追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血)を実施する。また、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以上又は食後採血の場合はnon-HDLコレステロールの測定に変えられる。(実施基準第1条4項)

○小林市特定健康診査検査項目

健診項目		国	小林市
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 ●:いずれかの項目の実施で可

○第四期(2024年度以降)における変更点

特定健康診査 の見直し	(1) 基本的な健診の項目 血中脂質検査における中性脂肪において、やむを得ず空腹時以外で中性脂肪を測定する場合は、食直後を除き随時中性脂肪による血中脂質検査を可とした。
	(2) 標準的な質問票 喫煙や飲酒に係る質問項目については、より正確にリスクを把握できるように詳細な選択肢へ修正した。 特定保健指導の受診歴を確認する質問項目に修正した。

(5) 実施時期

6月から翌年1月末まで実施する。

(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うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

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う。

(7) 請求・支払い

特定健診に係る費用の請求・支払いは、個別健診の場合は西諸医師会へ、集団健診の場合は、健診実施機関へとなる。代行機関である宮崎県国保連合会に事務処理を委託する。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

○健診実施スケジュール				
前年度	当該年度		広報・受診勧奨	翌年度
4月	健診機関との契約	健診対象者の抽出、受診券等の発送準備		特定保健指導の実施
5月		受診券発送	市の広報紙掲載 医療機関まわり	健診データ抽出 (前年度分)
6月		特定健診の開始 ※受診券発送(随時)		
7月		健診データ受取 費用決済	保健指導対象者の抽出	実施実績の分析実施方法
8月		特定保健指導の開始	未受診者対策	
9月				
10月			啓発月間	受診・実施率実績の算出 支払基金への報告 (ファイル作成・送付)
11月	契約に関わる 予算手続き			
12月				
1月				
2月				
3月	契約準備			

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導は、健診実施機関へ委託又は市の管理栄養士、保健師にて実施する。

○第4期(2024年以降)における変更点

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、特定保健指導の対象者として、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四期期間においても延長することとした。

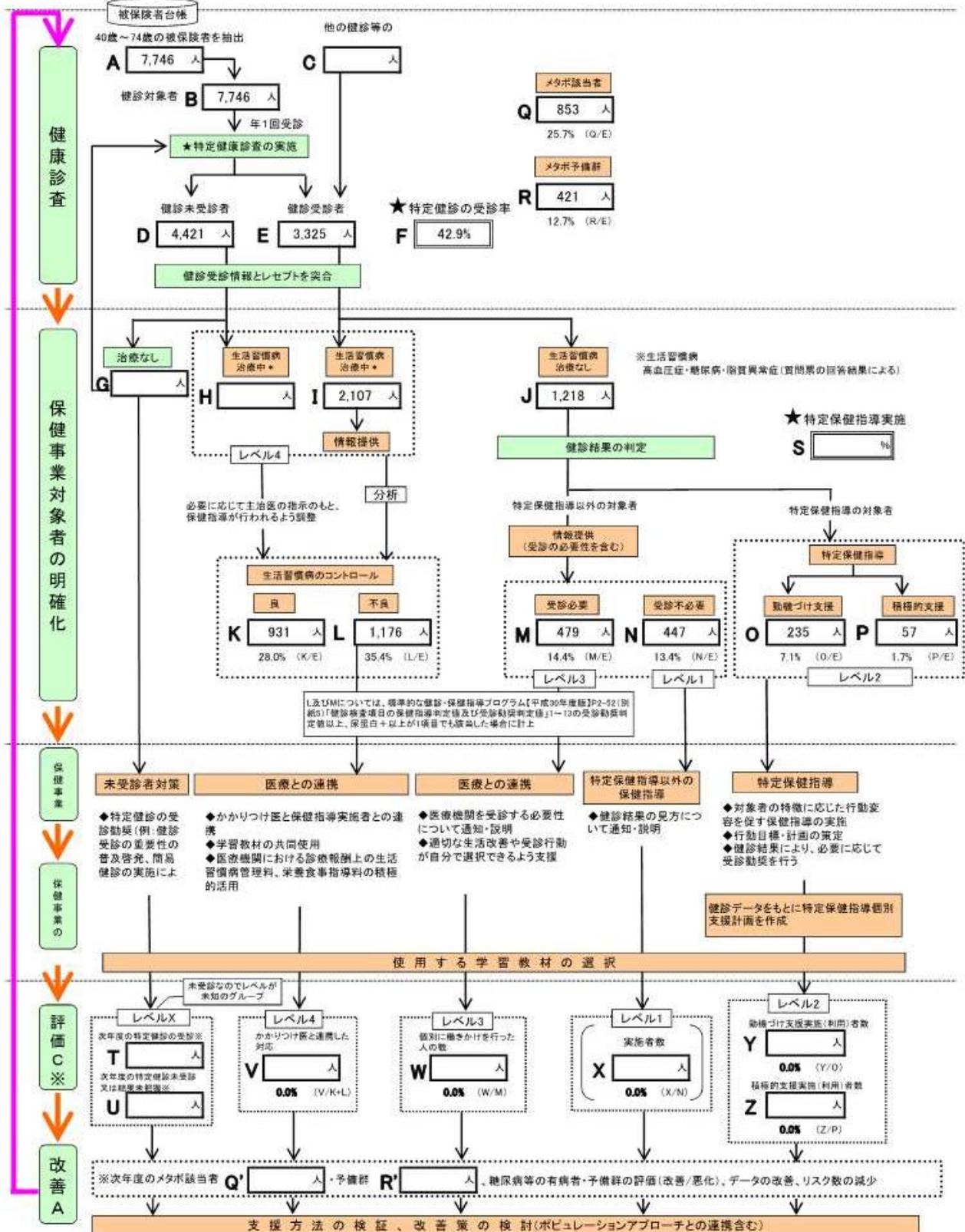
(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(令和6年版)」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・実践評価を行う。(R4年度参考)

○ 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5
令和04年度



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者の見込み	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◇対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◇行動目標・計画の策定 ◇健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	292人	70.5%
2	M	情報提供	◇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	479人	HbA1c6.5%以上(未治療者)については100%
3	D	健診未受診者	◇特定健診の受診勧奨 ・健診の重要性の普及啓発 ・はがき等による受診勧奨 等	4,421人	
4	N	情報提供	◇健診結果の見方について通知・説明	447人	
5	I	情報提供	◇かかりつけ医と保健指導者との連携 ◇学習教材の使用 ◇治療中断者対策及び未受診者対策としてレセプトと健診データの突合・分析	2,107人	

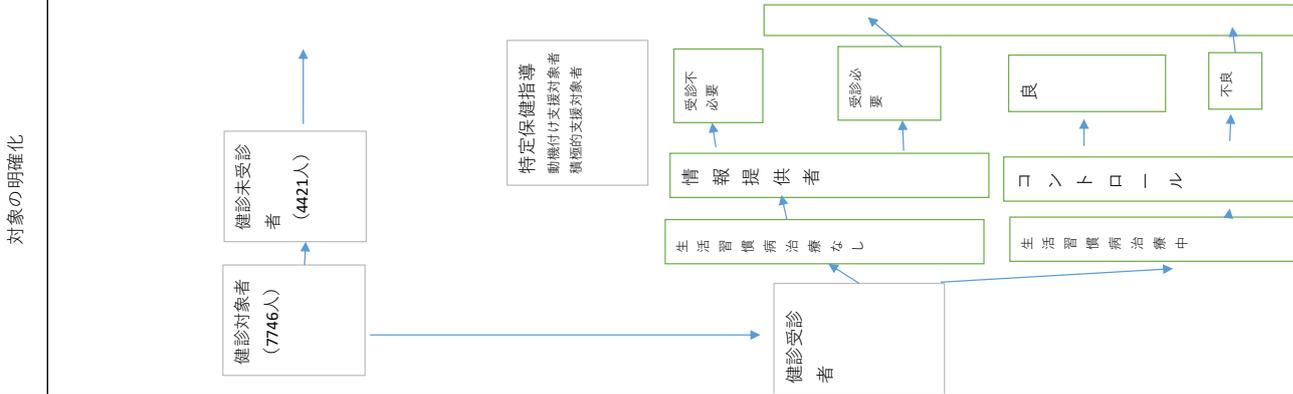
(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。

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

～対象者の明確化から計画・実践・評価まで～

課題・目標設定と計画	実施スケジュール												事業実施量 (アウトプット)	結果 (アウトカム)	構造 (ストラクチャー)	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月				
特定健診 課題： 計画： 目標：	特定健診	受診券発送HP周り	受診券発送HP周り	受診券発送HP周り	受診券発送HP周り	受診券発送HP周り	受診券発送HP周り	受診券発送HP周り	受診券発送HP周り	受診券発送HP周り	受診券発送HP周り	受診券発送HP周り	受診券発送HP周り	受診券発送HP周り	特定健診受診率	・人員体制・地区担当制の機能状況・医療機関・健診機関との連携状況
	特定健診 集団検診 集団健診結果説明会 国保ドック 個別健診															
未受診者対策 課題： 計画： 目標：	未受診者対策	委託業者契約	データ渡し	第1回勧奨はがき	中間報告会データ渡し	第2回勧奨はがき	中間報告会データ渡し	中間報告会データ渡し	・未受診者への受診勧奨数(はがき)・ポピュレーション・医療機関状況・郵送方受診率	・特定保健指導実施者の翌年の健診結果比較・積極的支援、動機付け支援対象						
	未受診者対策 情報提供事業 インセンティブ 情報発信 検討事業															
特定保健指導 課題： 計画： 目標： 60%	特定保健指導	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	・特定保健指導実施者の翌年の健診結果比較・積極的支援、動機付け支援対象	・人員体制・地区担当制の機能状況・医療機関・健診機関との連携状況
	特定保健指導 保健指導対象者抽出 アルブミン検査(西諸地域糖尿病性腎症重症化予防プログラム・ハイリスク③) 保健指導(西諸地域糖尿病性腎症重症化予防プログラム・ハイリスク①・ハイリスク②) 受診勧奨案内(西諸地域糖尿病性腎症重症化予防プログラム、中断)															
重症化予防 課題： 計画： 目標： 糖尿病・高血圧・脂質異常症・脳血管疾患・腎臓病・がん	重症化予防	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	前年度分対応	・特定保健指導実施者の翌年の健診結果比較・積極的支援、動機付け支援対象	・人員体制・地区担当制の機能状況・医療機関・健診機関との連携状況
	重症化予防 保健指導対象者抽出 アルブミン検査(西諸地域糖尿病性腎症重症化予防プログラム・ハイリスク③) 保健指導(西諸地域糖尿病性腎症重症化予防プログラム・ハイリスク①・ハイリスク②) 受診勧奨案内(西諸地域糖尿病性腎症重症化予防プログラム、中断)															



6. 個人情報保護

(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り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び本市個人情報保護法施行条例等を踏まえた対応を行う。

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する。

(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、特定健診等データ管理システムで行う。

7. 結果の報告

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

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、本市ホームページ等に掲載し公表、周知する。

第5章 課題解決するための個別保健事業

保健事業の方向性

医療費増加の原因は、腎不全、糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患であり、特に虚血性心疾患が増加傾向にある。特定健診の結果からもメタボリックシンドローム予備群・該当者、血糖、血圧の有所見者の割合が高いのは本市の特徴である。

保健事業の実施にあたっては、引き続き糖尿病性腎症、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くこととする。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て実施していく必要がある。

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の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨をし、治療中の者へ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く。

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る医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知する。

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の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率や特定保健指導実施率の向上に努める必要がある。その実施にあたっては第4章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとする。

保健事業番号	事業名称	事業概要	重点・優先度
1	糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病性腎症重症化予防の推進のため、医療機関等と連携した受診勧奨（特定健診2次検査含む）、保健指導の実施及び、糖尿病予防に関する市民への啓発活動を行う。	1
2	虚血性心疾患重症化予防事業	虚血性心疾患重症化予防の推進のため、医療機関等と連携した受診勧奨、保健指導の実施及び、高血圧等の生活習慣病予防に関する市民への啓発活動を行う。	2
3	脳血管疾患重症化予防事業	脳血管疾患重症化予防の推進のため、医療機関等と連携した受診勧奨、保健指導の実施及び、高血圧等の生活習慣病予防に関する市民への啓発活動を行う。	2
4	特定健康診査受診率向上	データを活用した特定健診未受診者に向けた受診勧奨の実施。 特定健診・特定保健指導実施計画に掲載	3
5	生活習慣病発症予防事業	特定保健指導対象者に対する保健指導のさらなる強化。各健康教室、健康相談、広報等にて、内臓脂肪肥満への健康影響についての市民への啓発活動。	4

1. 糖尿病性腎症重症化予防事業

①目的

特定健診受診者のうち糖尿病が重症化するリスクが高い者について、医療機関と連携して、適切な受診勧奨・保健指導を実施し、将来的な腎不全、人工透析への移行を防止することによって、住民の健康増進と医療費の抑制を図る。

②対象者

特定健診受診者で、糖尿病性腎症重症化予防対象者(対象者の選定については、西諸地域糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準ずる)

1)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西諸地域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する。

- ①-1 糖尿病未治療者
- ①-2 糖尿病治療者(ハイリスク①)糖尿病性腎症病期 第2～4期と思われる者
- ①-3 糖尿病治療者(ハイリスク②)糖尿病性腎症病期 第1期と思われる者
- ①-4 糖尿病未治療者(ハイリスク③)尿中アルブミン定量検査対象者
- ② 糖尿病治療中断者

(2)選定基準に基づく該当者数の把握

①対象者の抽出

取組みを進めるにあたって、選定基準に基づき該当者を把握する必要がある。その方法として、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該当者数の把握を行う。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)を基盤とする。【図表38】

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

【図表 38】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	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 ^{注2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) ^{注3}	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 ^{注4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{注5}	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

本市では特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性及び定量)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能である。「CKD診療ガイド2012」では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応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(+)とすることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。

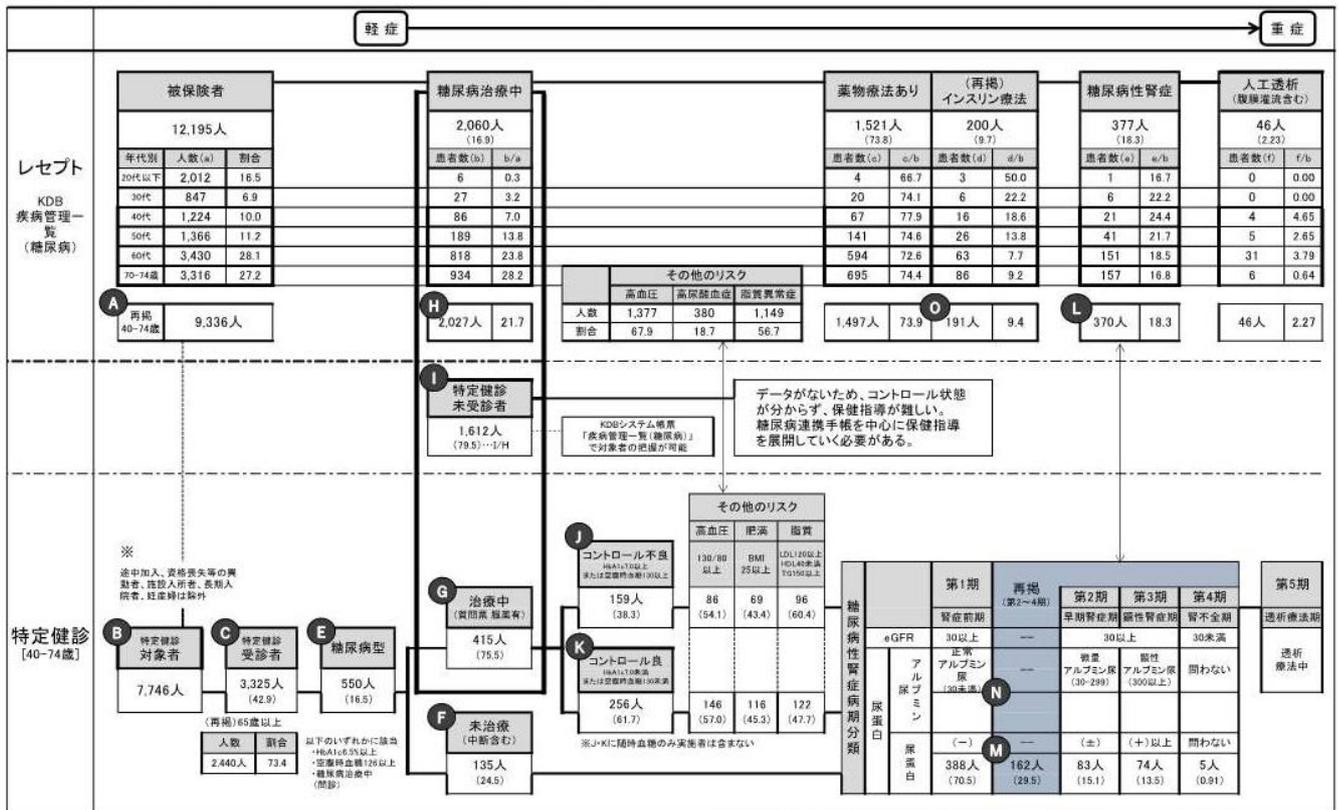
②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数の把握を行った。【図表39】(健診とレセプト突合データ)

【図表:39】

○糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は135人(24.5%・F)であった。また40～74歳における糖尿病治療者2,027人のうち、特定健診受診者が415人(75.5%・G)であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者1,612人(79.5%・I)については継続受診中であるが、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くる。

③介入方法と優先順位

【図表40】より本市においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い未治療者(F)・・・ 135人
- ・介入方法として訪問、個別面談を主とし、直接会うことが困難な場合は電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

- ・糖尿病治療中のうち重症化するリスクの高いコントロール不良の者(J)・・・ 159人
- ・介入方法として訪問、個別面談を主とし、直接会うことが困難な場合は電話、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】

- ・特定健診未受診で糖尿病治療者(I)・・・ 1,612人
- ・介入方法として訪問、個別面談を主とし、直接会うことが困難な場合は電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

2) 対象者の進捗管理

糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳及び年次計画表等で行い、地区ごとに作成し管理する。

【糖尿病台帳作成手順】

【1】健診データが届いたら治療の有無にかかわらずHbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

- ＊HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載する
 - ＊HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値126mg/dl以上、随時血糖値200mg/dl以上も記載する
 - ＊当該年度の健診データだけでなく過去5年間のうち特定健診受診時にHbA1c6.5%以上になった場合は記載する
- ①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

【2】資格を確認する

【3】レセプトを確認し情報を記載する

◎治療状況の把握

- ・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
- ・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
- ・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

【4】管理台帳記載後、結果の確認

前年度のデータと比較し介入対象者を試算する

【5】担当地区の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

③ 目標値

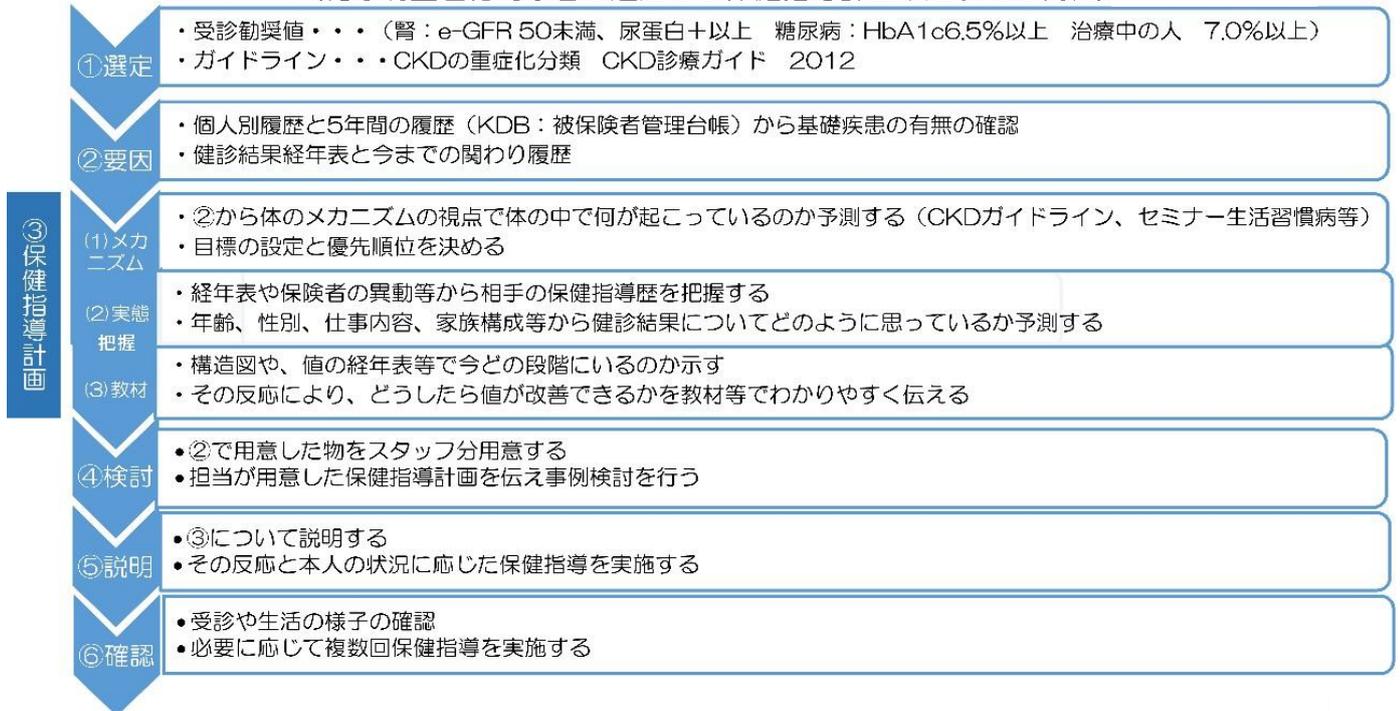
指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少(%)	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0
	血糖コントロール不良者の割合の減少(HbA1c 8.0% (HGSP値)(%))	1.1	1.0	1.0	0.9	0.8	0.8	0.7
	糖尿病の未治療者の医療機関受診率(HbA1c 6.5%以上のうち、尿中アルブミン定量検査受診率)	68.7	70	70	70	70	70	75
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨対象者(尿中アルブミン定量検査)への受診勧奨実施率(介入率)(%)	100.0	100	100	100	100	100	100

④ 目標を達成するための主な戦略

西諸地域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サイクルに沿って実施する。なお、取組にあたっては【図表40】を参考に実施する。

- (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機関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受診勧奨、保健指導

(糖尿病重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ) 【図表 40】



⑤実施方法(プロセス)

1) 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ある。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くる。本市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。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行っていく。

(2)特定健診2次検査(尿中アルブミン定量検査)を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性及び定量検査の実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、特定健診受診者でHbA1c6.5%以上(又は空腹時血糖126mg/dl以上)かつ糖尿病未治療者で尿蛋白定量検査0.15未満の方へは特定健診2次検査(尿中アルブミン定量検査)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す。

2) 医療との連携

(1) 糖尿病未治療者について

糖尿病未治療者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、糖尿病連携手帳(連絡票)等を使用する。

(2) 糖尿病治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言を受ける。かかりつけ医、専門医との連携にあたってはプログラム等に準じ行っていく。

3) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

⑥実施体制(ストラクチャー)

実施体制及びスケジュール

時期	内容
前年度	予算の確保
4～7月	西諸医師会、特定健診実施医療機関へ事業実施、連携について依頼 対象者の選定基準の決定 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
8月～	特定健診結果が届き次第対象者へ介入(通年)
通年～	担当者会議、連絡会 適時開催(プログラムの改訂、内容について検討等) 西諸地域の重症化予防担当者会(年3回程度) 西諸医師会等を含めた西諸地域糖尿病連絡会を保健所主催で年1回開催
その他体制 について	・糖尿病性重症化予防担当者の配置 保健師4名(うち専属2名)管理栄養士4名(うち専属1名 会計年度任用職員2名)(令和6年1月現在) ・従事者力量形成

⑦評価計画

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く。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等【図表37】と合わせ年1回行うものとする。その際はKDB等の情報を活用していく。また中長期的評価においては様式5-1糖尿病性腎症取組評価表【図表41】にて行っていく。

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. 介入前後の検査値の変化を比較
- ③HbA1cの変化
- ④eGFR の変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73㎡以上低下)
- ⑤尿蛋白の変化
- ⑥服薬状況の変化

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

【図表:41】

項目	突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基		
		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度同規模保険者数280				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A	12,126人		11,770人		11,409人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
	② (再掲)40-74歳	A	9,451人		9,355人		9,125人					
2	① 対象者数	B	8,418人		8,151人		7,718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 特定健診 受診者数	C	3,151人		3,478人		3,216人					
	③ 受診率	C	37.4%		42.7%		41.7%					
3	① 特定保健指導 対象者数		285人		370人		274人					
	② 実施率		70.2%		65.7%		63.1%					
4	健診データ	① 糖尿病型	E	594人	16.5%	470人	15.7%	519人	16.0%	特定健診結果		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	169人	28.5%	107人	22.8%	119人	22.9%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	425人	71.5%	363人	77.2%	400人	77.1%			
		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	177人	41.6%	143人	39.4%	152人	38.0%			
		⑤ 血圧 130/80以上		106人	59.9%	89人	62.2%	88人	57.9%			
		⑥ 肥満 BMI25以上		82人	46.3%	66人	46.2%	68人	44.7%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	248人	58.4%	220人	60.6%	248人	62.0%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	457人	76.9%	352人	74.9%	385人	74.2%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		62人	10.4%	66人	14.0%	78人	15.0%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		67人	11.3%	51人	10.9%	53人	10.2%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		7人	1.2%	1人	0.2%	2人	0.4%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		108.1人		115.3人		117.9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)		137.4人		144.1人		146.0人				
		③ レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)	9,400件	(1012.1)	9,659件	(1067.1)	9,587件	(1114.8)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
		④ ()内は被保険者千対 入院(件数)		60件	(6.5)	33件	(3.6)	41件	(4.8)		26件	(4.9)
		⑤ 糖尿病治療中	H	1,311人	10.8%	1,357人	11.5%	1,345人	11.8%			
		⑥ (再掲)40-74歳		1,299人	13.7%	1,348人	14.4%	1,332人	14.6%			
		⑦ 健診未受診者	I	874人	67.3%	985人	73.1%	932人	70.0%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
		⑧ インスリン治療	O	93人	7.1%	96人	7.1%	94人	7.0%			
		⑨ (再掲)40-74歳		91人	7.0%	95人	7.0%	92人	6.9%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	199人	15.2%	184人	13.6%	177人	13.2%			
		⑪ (再掲)40-74歳		196人	15.1%	182人	13.5%	176人	13.2%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		40人	3.1%	39人	2.9%	41人	3.0%			
		⑬ (再掲)40-74歳	40人	3.1%	39人	2.9%	41人	3.1%				
		⑭ 新規透析患者数	24	13.2%	15	8.6%	12	7.4%				
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症	7	29.2%	9	60.0%	5	41.7%				
		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)		28人	1.6%	26人	1.4%	26人	1.4%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー		
6	医療費	① 総医療費		44億9922万円		46億7253万円		45億8522万円		28億4626万円		
		② 生活習慣病総医療費		26億3343万円		27億6719万円		26億6370万円		15億3700万円		
		③ (総医療費に占める割合)		58.5%		59.2%		58.1%		54.0%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	6,619円		7,228円		8,057円		5,692円		
		⑤ 健診未受診者		38,729円		39,568円		40,993円		39,435円		
		⑥ 糖尿病医療費		2億6300万円		2億5936万円		2億6058万円		1億6596万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.0%		9.4%		9.8%		10.8%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		6億8834万円		7億2171万円		7億0317万円				
		⑨ 1件あたり		37,410円		38,147円		37,623円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費		5億6412万円		6億0345万円		4億7787万円				
		⑪ 1件あたり		551,975円		574,711円		541,193円				
		⑫ 在院日数		18日		18日		17日				
		⑬ 慢性腎不全医療費		3億2207万円		2億9986万円		2億7799万円		1億2396万円		
		⑭ 透析有り		3億0998万円		2億8363万円		2億6149万円		1億1532万円		
		⑮ 透析なし		1208万円		1623万円		1650万円		863万円		
7	介護	① 介護給付費		52億7647万円		51億5797万円		51億3745万円		34億9905万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症		6件	18.8%	7件	17.9%	4件	13.8%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		15人	2.3%	9人	1.4%	12人	1.7%	5人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題

2. 虚血性心疾患重症化予防事業

①目的

特定健診受診者のうち動脈硬化のリスクが高い者について、医療機関と連携して、適切な受診勧奨・保健指導を実施し、将来的な虚血性心疾患への移行を防止することによって、住民の健康増進と医療費の抑制を図る。

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、虚血性心疾患の一次予防(改訂版)等に基づいて進めていく。

②対象者

(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脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。

(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「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る。ST所見ありの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圧、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る。また要精査には該当しないがST所見ありの者へは、心電図におけるSTとはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

② 心電図以外からの把握

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ていく。またCKDステージとの関連もあるため、ステージにより対象者を把握していく。

③目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	Ⅱ度高血圧以上の割合の減少 (160/100以上) (%)	4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2
	高血圧が保健指導判定値以上の者の割合(収縮期血圧130mmHg以上または、拡張期血圧85mmHg以上)の減少(%)	51.8	51.0	50.5	50.0	49.5	49.0	48.0
	LDLコレステロール180mg/dl以上の者の割合の減少(%)	3.2	3.1	3.0	3.0	2.9	2.9	2.9
	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少(%)	2.6	2.5	2.5	2.5	2.4	2.4	2.3
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者への受診勧奨実施率(%)	63.3	70.0	70.0	70.0	75.0	75.0	75.0

④目標を達成するための主な戦略

生活習慣病重症化予防事業として、以下の視点で、PDCAサイクルに沿って実施する。

- (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

⑤実施方法(プロセス)

1) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、下記表の問診項目が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。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う。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る。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う。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う。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う。

虚血性心疾患に関する症状(問診項目)

- ・少なくとも15秒以上症状が持続
- ・同じような状況で症状がある
- ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある
- ・首や肩、歯へ放散する痛み
- ・冷汗や吐気を伴う

症状の現れ方	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時 関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	3週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度 (休むと改善)	数分～20分程度	20分以上

(2) 2次検査(参考)

虚血性心疾患重症化予防対象者は、血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドラインJCS2013より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」と記載があり、本市の状況に応じた2次健診の実施を検討する。

2) 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う。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く。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く。

3) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

⑥実施体制(ストラクチャー)

1)実施体制及びスケジュール

時期	内容
前年度	予算の確保
4～7月	西諸医師会、特定健診実施医療機関へ事業実施、連携について依頼 対象者の選定基準の決定 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
8月～	特定健診結果が届き次第対象者へ介入(通年)
その他体制について	・重症化予防担当者の配置 保健師4名(うち専属2名)管理栄養士4名(うち専属1名 会計年度任用職員2名)(令和6年1月現在) ・従事者力量形成 定期的に保健指導従事者の研修会等にて力量形成に努める

⑦ 評価計画

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く。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回行うものとする。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く。

短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、LDLコレステロール等重症化予防対象者の減少

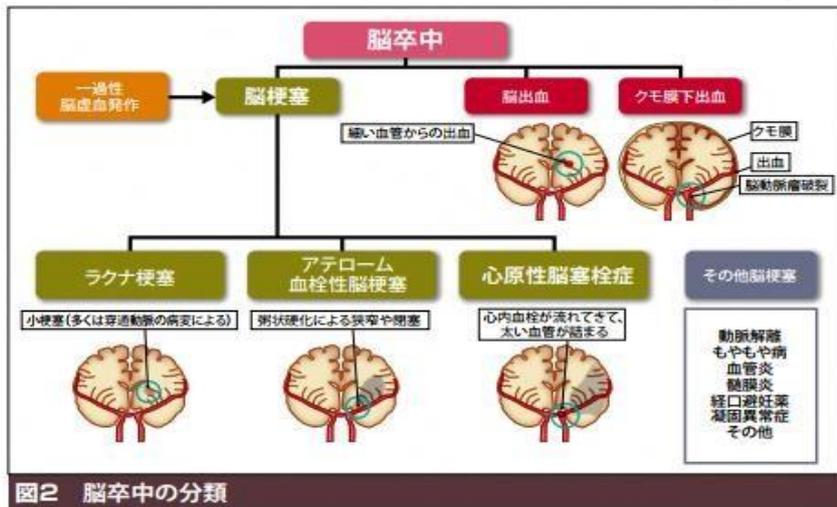
3. 脳血管疾患重症化予防事業

① 目的

特定健診受診者のうち動脈硬化のリスクが高い者について、医療機関と連携して、適切な受診勧奨・保健指導を実施し、将来的な脳血管疾患への移行を防止することによって、住民の健康増進と医療費の増加抑制を図る。

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ていく。【図表42 43】

【図表 42】



(脳卒中予防の提言より引用)

② 対象者

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては【図表43】に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

【図表 43】

○ 特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●				○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		○	○
脳出血	脳出血	●			●	○	○
	くも膜下出血	●					
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	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)	LDL180mg/dl 以上	心房細動	メタボ該当者	尿蛋白(2+)以上
受診者数 3,325 人		163 4.9%	183 5.5%	105 3.2%	38 1.1%	853 25.7%	382 11.5%
治療なし		83 5.1%	86 3.0%	92 4.0%	6 0.5%	98 8.0%	83 6.8%
治療あり		80 4.7%	97 23.4%	13 1.2%	32 1.5%	755 35.8%	299 14.2%
臓器障害あり		35 42.2%	36 41.9%	28 30.4%	6 100.0%	39 39.8%	83 100.0%
臓器障害 ありのうち	CKD(専門医対象)	12	16	7	1	9	83
	心電図所見あり	48	25	21	6	33	18

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が163人(4.9%)であり、83人(5.1%)は未治療者であった。また未治療者のうち35人は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も80人(4.7%)いることがわかった。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くる。

(2)リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。【図表44】

【図表 44】

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定		(参考)高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子 p50 表3-2 診察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				令和04年度	
○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)		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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 20px; height: 10px; background-color: #ff9933; border: 1px solid black;"></div> …高リスク</div> <div style="width: 20px; height: 10px; background-color: #ffcc00; border: 1px solid black;"></div> …中等リスク	

【図表44】は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる③④については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(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」になる頻度が高い。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ある。【図表45】は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要がある。

(脳卒中予防の提言より引用)



○特定健診における心房細動有所見状況(令和4年度) 【図表45】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者			
	男性	女性	男性		女性	
	人	人	人	割合	人	割合
合計	1,475	1,828	31	2.1%	6	0.3%
40歳代	105	107	1	1.0%	0	0.0%
50歳代	150	141	0	0.0%	0	0.0%
60歳代	531	734	11	2.1%	1	0.1%
70~74歳	689	846	19	2.8%	5	0.6%

③ 目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	Ⅱ度高血圧以上割合の減少 (160/100以上)	4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2
	高血圧が保健指導判定値以上の者の割合(収縮期血圧130mmHg以上または、拡張期血圧85mmHg以上)	51.8	51.0	50.5	50.0	49.5	49.0	48.0
	LDLコレステロール180mg/dl以上の者の割合の減少	3.2	3.1	3.0	3.0	2.9	2.9	2.9
	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	1.2	1.2	1.2	1.1	1.1	1.1	1.0
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者への受診勧奨実施率(%)	63.3	70	70	70	75	75	75

④ 目標を達成するための主な戦略

生活習慣病重症化予防事業として、以下の視点で、PDCAサイクルに沿って実施する。

- (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

⑤ 実施方法(プロセス)

1) 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う。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る。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う。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う。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う。

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドラインJCS2013より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」と記載があり、本市の状況に応じた2次健診の実施を検討する。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、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う。

② 心房細動の管理台帳

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台帳を作成し経過を把握していく。

2) 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う。また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く。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く。

3) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

⑥体制(ストラクチャー)

1)実施体制及びスケジュール

時期	内容
前年度	予算の確保
4～7月	西諸医師会、特定健診実施医療機関へ事業実施、連携について依頼 対象者の選定基準の決定 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
8月～	特定健診結果が届き次第対象者へ介入(通年)
その他体制について	・重症化予防担当者の配置 保健師4名(うち専属2名)管理栄養士4名(うち専属1名 会計年度任用職員2名)(令和6年1月現在) ・従事者力量形成 定期的に保健指導従事者の研修会等にて力量形成に努める

4. 生活習慣病発症予防事業

① 目的

本市は、宮崎県、全国と比べてメタボリックシンドローム予備群・該当者の割合が高いのが現状である。メタボリックシンドロームは心筋梗塞や脳卒中といった循環器疾患の発症リスクを高めると言われている。メタボリックシンドローム対策の基本は、日頃の食生活と運動等の生活習慣である。

そこで、まずは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を行い、また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し、市民へ周知していく。

② 目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導対象者のうち、次年度に非対象者となる割合が25%以上 (%)	20.7	21.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導実施率60%以上 (%)	63.1	63.2	64.0	64.0	64.5	65.0	65.0

③ 目標を達成するための主な戦略

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現代における健康上の大きな課題である。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児期における生活習慣病予防対策、特に肥満の予防が重要である。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る。生活習慣病予防対策について、ライフサイクルに応じた取り組みを行っていく。【図表46】

糖尿病(耐糖能異常)の問題を解決するためにライフサイクルで考える

【図表 46】

1	1	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 (介護保険法)			
2	年代	妊婦(胎児期)	産婦	0歳～5歳			6歳～14歳	15歳～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上		
3 発症・重症化予防のための対象者の明確化	健康診査 (従来法)	妊婦健康診査 (13条)	産婦健康診査 (13条)	乳幼児健康診査 (第12～13条)			保育所・幼稚園健康診査	就学時健康診査 (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 (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)		
	問診項目	妊婦初期	妊婦中期	出産直前	産後1年以内	乳児	1・6歳児	3歳児	保育園児	幼稚園児	小・中学校～	高等学校	労働安全衛生規則(第13・44条)	標準的な特定健康診査・保健指導プログラム(第2章)	
	問診項目	妊婦糖尿病歴													
	血液検査	血糖							血糖 (空腹時又は随時)		血糖 (空腹時又は随時)		血糖 (空腹時又は随時)		血糖 (空腹時又は随時)
		50gGTT													
	原検査	原糖	原糖	原糖	原糖	原糖			HbA1c		HbA1c		HbA1c		HbA1c
		原蛋白	原蛋白	原蛋白	原蛋白	原蛋白			原蛋白		原蛋白		原蛋白		原蛋白
	体格 (肥満)	身長				身長	身長	身長	身長	身長	身長	身長	身長	身長	身長
		体重	身長	身長	身長	体重	体重	体重	体重	体重	体重	体重	体重	体重	体重
		BMI	体重	体重	体重	カフ法測定	肥満度	肥満度	肥満度	肥満度	BMI	BMI	BMI	BMI	
		BMI	BMI	BMI		成長曲線	成長曲線	成長曲線	成長曲線		腹囲	腹囲			

④ 実施方法・実施体制

KDBその他、市で保有しているデータにて地域の健康課題の資料を作成し、広報の他、健康教室、健康相談等、市民が集まるあらゆる機会に地域の健康課題、対策について周知、啓発を行う。

5. 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

我が国の医療保険制度においては、75歳に到達すると、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る。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無い支援を行うことが望ましいが、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る。

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74歳までの前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は、国保にとっても非常に重要である。

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

2) 事業の実施

本市においても令和4年度より、宮崎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」を実施している。令和6年度以降も引き続き推進していく。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う。

②地域を担当する保健師等を配置し、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)を行う。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病や高血圧などの重症化予防を行う。また、生活習慣病からのフレイル予防、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していく。(ポピュレーションアプローチ)

第6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う。また、計画の最終年度の令和11年度においては、次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る。

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る。

具体的な評価方法は、KDBシステムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等の把握は、保健指導に係る保健師・管理栄養士等が自身の担当地区の被保険者分については定期的に行う。

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する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

第7章 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る。このため、国指針において、公表するものとされている。具体的な方策としては、ホームページ等にて市民・関係機関へ周知する。

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ある。

第8章 個人情報情報の取扱い

保険者等においては、個人情報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る。

第9章 地域包括ケアに係る取り組み

医療、介護、予防、住まい、生活支援など暮らし全般を支えるために直面する課題などについて地域ケア会議等に保険者として参加し、地域で被保険者を支える連携の促進を図る。

KDBシステムによるデータ等を活用し課題を抱える被保険者層の分析を行い、保健師等の専門職による訪問活動や健康教室等を実施し、評価する。

その他留意事項

(1)国からの支援等

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業

国保連・国保中央会の保健事業として、平成26年度より、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業が開始され、国保連に支援・評価委員会を、国保中央会に国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会を設置し、国保保険者を支援している。

(2)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している。

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分を創設し、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押ししている。

保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、保険者は同制度を有効に活用し、より質の高い計画とすることを目指し、策定を進める。

●保険者努力支援制度(評価指標:小林市分)

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	
			小林市	配点	小林市	配点	小林市	配点
交付額(万円)			2,374		2,304			
全国順位(1,741市町村中)			798		816		504	
共通の指標	①	(1) 特定健康診査受診率	10	70	10	70	10	70
		(2) 特定保健指導実施率	0	70	10	70	70	70
		(3) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	50	0	50	0	50
	②	(1) がん検診受診率等	5	40	25	40	25	40
		(2) 歯科健診受診率等	15	30	30	30	35	35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	110	120	90	100
	④	(1) 個人へのインセンティブ提供	90	90	45	90	45	45
		(2) 個人への分かりやすい情報提供	20	20	0	20	15	20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	45	50	30	50
	⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	10	130	10	130	10	130
(2) 後発医薬品の使用割合		100	100		70			
固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	10	100	20	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	5	30	15	30	35	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	38	50	43	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	77	95	75	100	78	100
合計点			567	1,000	573	960	616	940