

菊池市国民健康保険  
第3期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)  
令和6年度～令和11年度

菊池市国民健康保険

# 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期計画にかかる考察及び第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期計画にかかる評価及び考察
  - 1) 第2期データヘルス計画の評価
  - 2) 主な個別事業の評価と課題
  - 3) 第2期データヘルス計画にかかる考察
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) ……37

1. 第四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 .....45

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取り組み

1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. 肥満・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 .....73

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り扱い .....74

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取り扱い

参考資料 .....75

# 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

## 1. 背景・目的

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

またその後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)<sup>※3</sup>」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取り組みの推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表<sup>※4</sup>2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

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

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

---

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

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

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

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

本市では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB<sup>※6</sup>)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、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

---

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

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

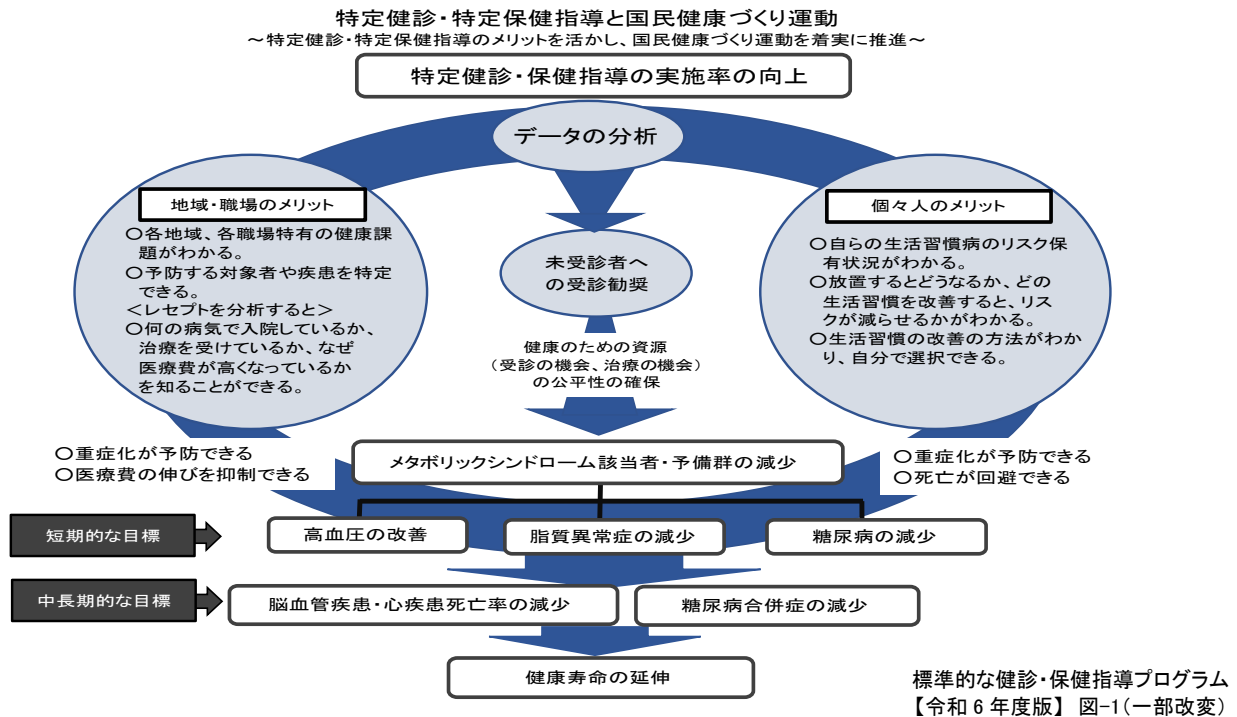
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

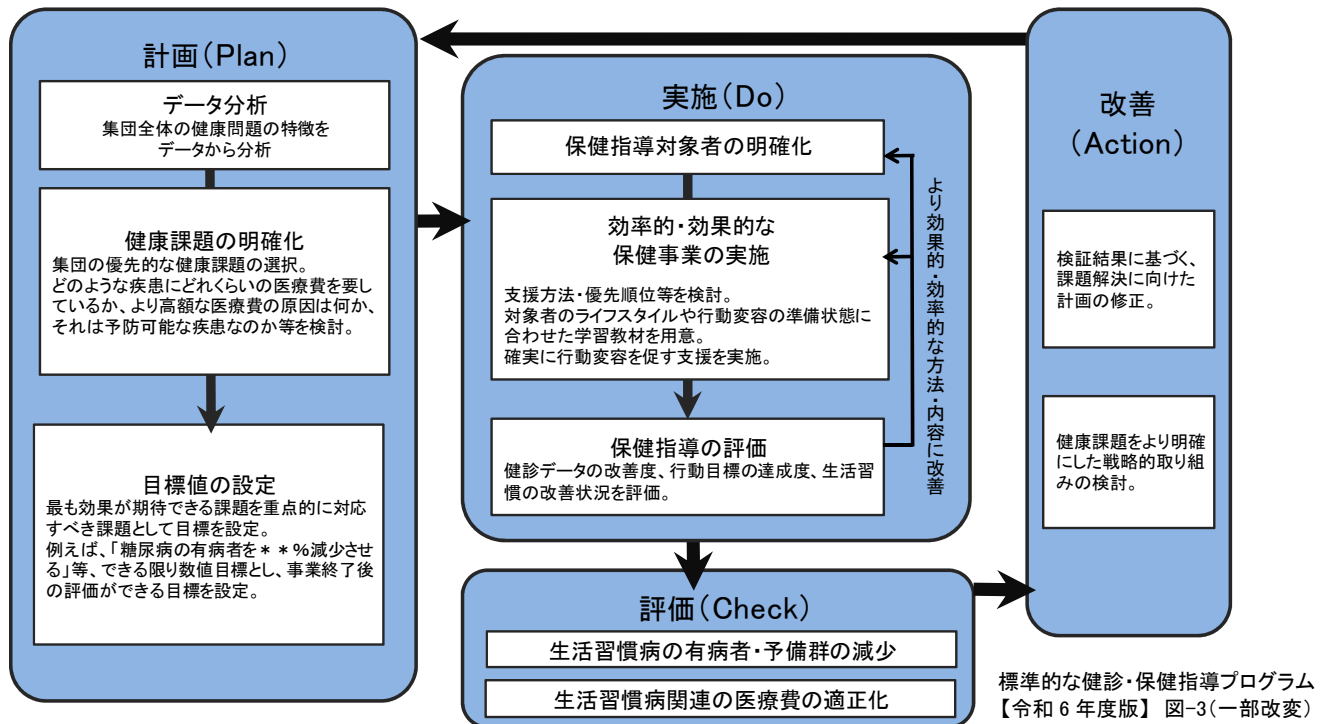
	健康増進計画			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 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、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣の改善、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(※) ※初期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 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 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム  糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病  糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止  生活習慣病  虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」  51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心  参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進  (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)  6事業  ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用し る保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業)  ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連)  ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

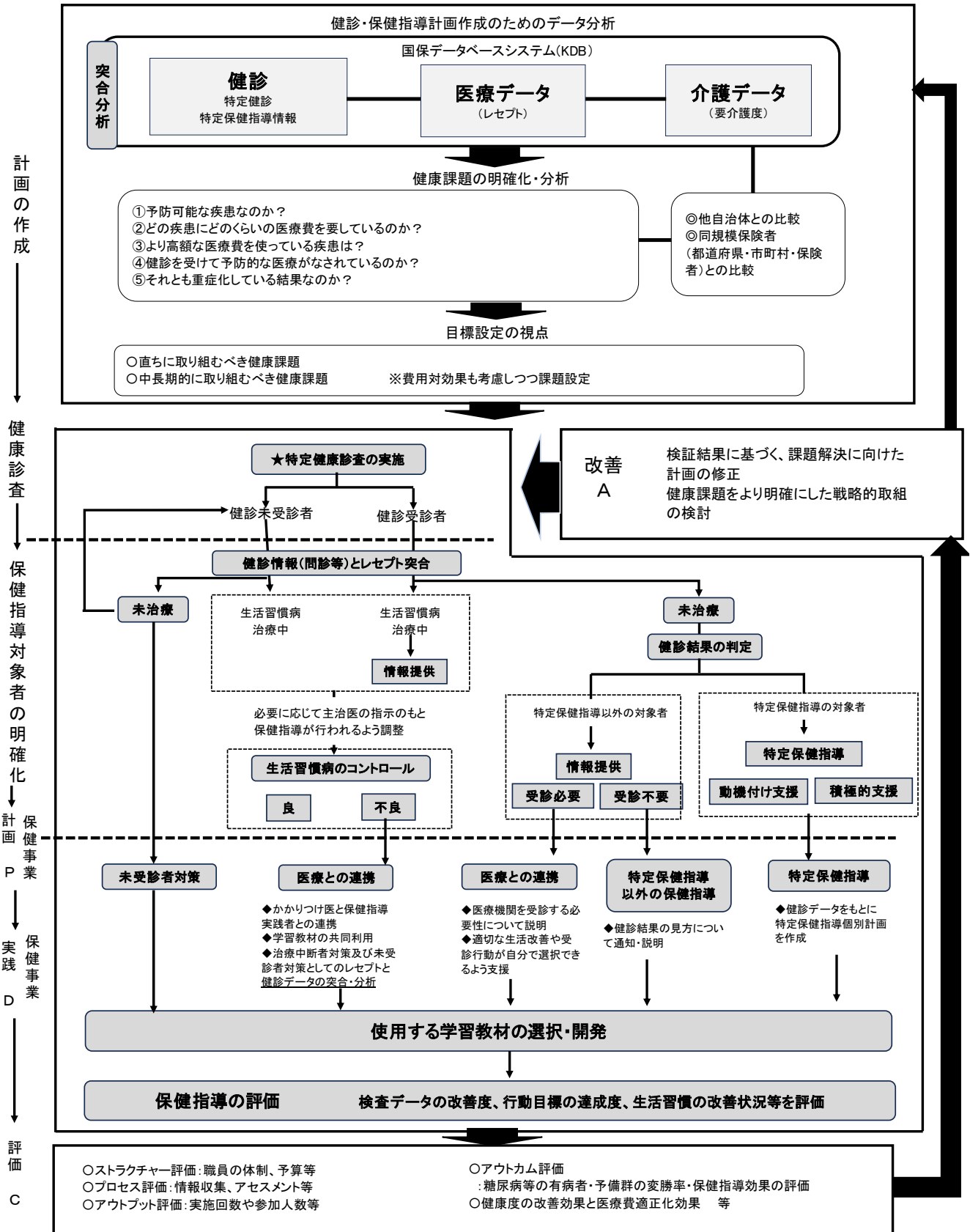


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取り組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

図表3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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	
	<b>かつての健診・保健指導</b>		<b>現在の健診・保健指導</b>	
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診	
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導	
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う	
内容	健診結果の伝達、理想的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選択し、実施する。	
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。	
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を講み解くとともに、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	

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)

→

行動変容を促す手法

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

### 3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

データヘルス計画の期間については、国指針第5の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画が6年を一期としていことから、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

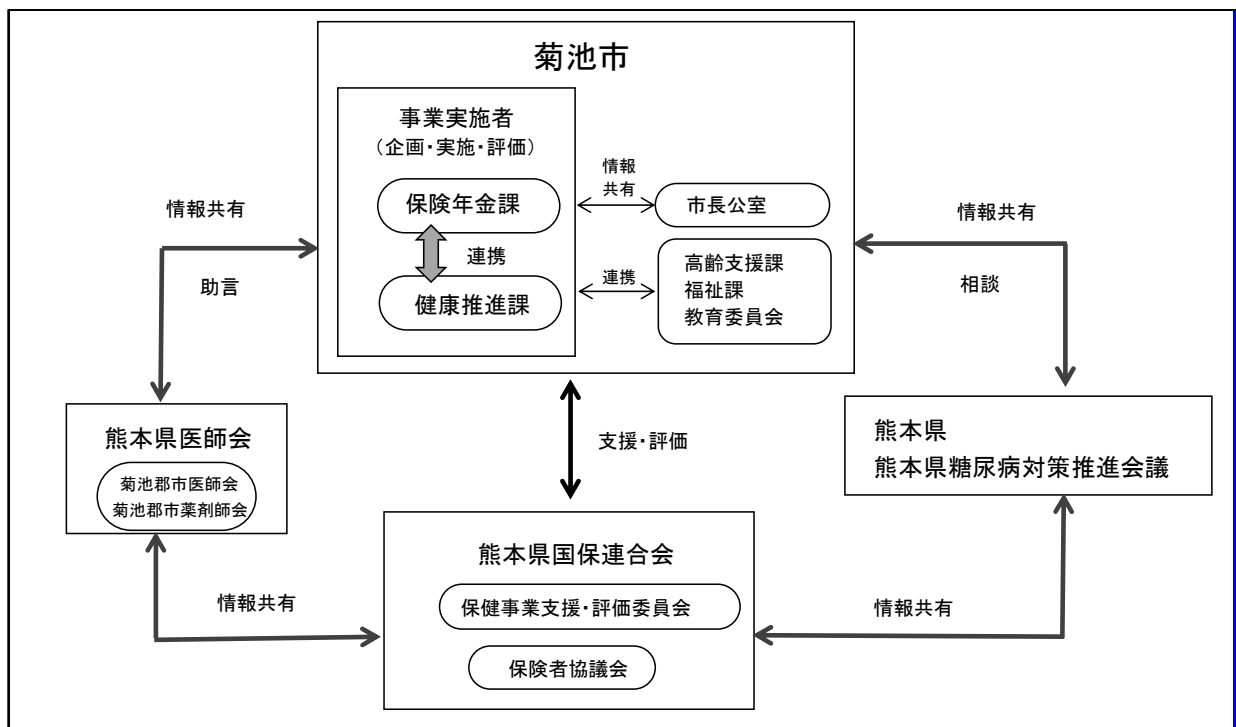
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、保険年金課が中心となって、健康福祉部等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、健康推進課(保健衛生部局)、高齢支援課(介護保険部局)、生活支援課(生活保護

部局)、教育委員会(社会体育、生涯学習部局)、市長公室(政策企画部)とも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、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、7)

図表6 菊池市の実施体制図



図表7 保健事業体制と主な保健事業の分担

保…保健師 管栄…管理栄養士 事…事務(注:支払い事務、受診券送付等) ◎…主担当 ○…副担当

	保	保	保	保	保	保	管栄	事	事
国保事務								◎	○
健康診断 保健指導		○	○	◎			○	○	
がん検診		○	◎						
健康づくり		◎	○				○	○	
予防接種	○					◎			
母子保健	◎				○				
精神保健		○		◎					
歯科保健			○				◎		

## 2) 関係機関との連携

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

そのため、計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関等と連携、協力します。

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

さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要となります。

国保連と都道府県は、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、平素から両者が積極的に連携に努めます。

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の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、保険者間で連携して保健事業を展開することに努めます。

## 3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、国保運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行ってきました。

## 5. 保険者努力支援制度

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

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取り組みを後押しする(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しており、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8 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		
		菊池市	配点	菊池市	配点	菊池市	配点	
交付額(万円)		3093		3251		3119		
全国順位(1,741市町村中)		235位	県内 14位	88位	県内 7位	139位	県内 12位	
共通の 指標	①	9.02%	10	70	10	70	10	70
		(2)特定保健指導実施率	20	70	70	70	70	70
		(3)メタリックシフトロム該当者・予備群の減少率	20	50	15	50	20	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	18	30	28	30	30	35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	75	90	35	45	35	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供	15	20	15	15	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	80	130
固有の 指標	①	保険料(税)収納率	40	100	40	100	45	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	15	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	38	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	86	95	87	100	85	100
合計点		687	1,000	740	960	700	940	

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1. 保険者の特性

本市は、人口約 4.6 万人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 34.2%でした。県、国と比較すると高齢者の割合は高くなっていますが、被保険者の平均年齢は 53 歳で同規模と比べて若く、また、出生率も高いものの、財政指数は低くなっています。産業においては、第1次産業が 17.7%と同規模と比較しても高く、農業、畜産など自然環境に対する直接的な働きかけを生産活動の基本とするため、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高く、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

国保加入率は 24.8%で、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 45%を占めています。(図表 10)

また本市内には5つの病院、44 の診療所があり、病床数は同規模と比較すると少なくはありますが、近隣市町の医療機関へのアクセスも便利なことから、医療資源に恵まれているため、外来患者数及び入院患者数は同規模と比較して高い傾向にあります。(図表 11)

図表9 同規模・県・国と比較した菊池市の特性

	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
菊池市	46,235	34.2	11,472 (24.8)	53.2	7.0	14.3	0.4	17.7	26.5	55.8
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
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、菊池市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		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
被保険者数	13,130		12,573		12,362		12,123		11,472	
65～74歳	5,362	40.8	5,354	42.6	5,479	44.3	5,509	45.4	5,206	45.4
40～64歳	4,228	32.2	3,978	31.6	3,775	30.5	3,618	29.8	3,481	30.3
39歳以下	3,540	27.0	3,241	25.8	3,108	25.1	2,996	24.7	2,785	24.3
加入率	27.4		26.2		25.8		25.3		24.8	

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

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	5	0.4	5	0.4	5	0.4	5	0.4	5	0.4	0.4	0.5
診療所数	43	3.3	43	3.4	44	3.6	44	3.6	44	3.8	3.5	3.8
病床数	587	44.7	587	46.7	579	46.8	579	47.8	550	47.9	67.7	85.4
医師数	75	5.7	75	6.0	72	5.8	72	5.9	73	6.4	9.7	14.1
外来患者数	718.3		723.3		681.4		724.1		747.6		728.3	768.9
入院患者数	27.6		27.4		25.2		27.1		25.4		23.6	26.2

出典: KDBシステム\_地域の全体像の把握

## 2. 第2期計画にかかる評価及び考察

### 1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

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

##### ① 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46人(認定率0.33%)、1号(65歳以上)被保険者で3,164人(認定率20.0%)と同規模・県・国と比較すると2号被保険者の認定率は低く、H30年度と比べるといずれも減少しています。(図表12)

令和4年度の介護給付費については、1人あたり給付費がH30年度と比べると減少していますが、同規模・県・国と比較すると高く、1件あたり給付費を見ると施設サービスが増加しています。(図表13)

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)が上位を占めており、第2号被保険者で5割以上、第1号被保険者でも約4割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、全年齢で約9割となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要であると言えます。(図表14)

図表12 要介護認定者(率)の状況

	菊池市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	14,820人	30.9%	15,807人	34.2%	36.2%	31.6%	28.7%
2号認定者	61人	0.40%	46人	0.33%	0.37%	0.35%	0.38%
新規認定者	9人		15人		--	--	--
1号認定者	3,239人	21.9%	3,164人	20.0%	19.1%	20.2%	19.4%
新規認定者	446人		420人		--	--	--
再掲	65～74歳		267人		3.6%	--	--
新規認定者	70人		56人		--	--	--
再掲	75歳以上		2,897人		34.6%	--	--
新規認定者	376人		364人		--	--	--

出典:KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	菊池市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	52億2877万円	52億1718万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	352,819	330,055	300,230	310,858	290,668
1件あたり給付費(円)全体	69,034	67,882	70,503	62,823	59,662
居宅サービス	43,920	42,801	43,936	42,088	41,272
施設サービス	296,167	314,412	291,914	303,857	296,364

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		46		267		2,897		3,164				
再)国保・後期		25		199		2,704		2,903				
レセプトの診断名より重複して計上 有病状況	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
			割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合			
	循環器疾患	1	脳卒中	13	脳卒中	83	虚血性心疾患	1,085	脳卒中	1,144	脳卒中	1,157
				52.0%	41.7%	40.1%	39.4%	39.5%				
		2	虚血性心疾患	6	虚血性心疾患	54	脳卒中	1,061	虚血性心疾患	1,139	虚血性心疾患	1,145
			24.0%	27.1%	39.2%	39.2%	39.1%					
	3	腎不全	5	腎不全	37	腎不全	613	腎不全	650	腎不全	655	
			20.0%	18.6%	22.7%	22.4%	22.4%					
	合併症	4	糖尿病合併症	6	糖尿病合併症	37	糖尿病合併症	233	糖尿病合併症	270	糖尿病合併症	276
			24.0%	18.6%	8.6%	9.3%	9.4%					
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			22	基礎疾患	178	基礎疾患	2,603	基礎疾患	2,781	基礎疾患	2,803	
		88.0%	89.4%	96.3%	95.8%	95.7%						
血管疾患合計			23	合計	182	合計	2,631	合計	2,813	合計	2,836	
		92.0%	91.5%	97.3%	96.9%	96.9%						
認知症		認知症	4	認知症	53	認知症	1,357	認知症	1,410	認知症	1,414	
		16.0%	26.6%	50.2%	48.6%	48.3%						
筋・骨格疾患		筋骨格系	22	筋骨格系	177	筋骨格系	2,617	筋骨格系	2,794	筋骨格系	2,816	
		88.0%	88.9%	96.8%	96.2%	96.2%						

※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、国保加入者と総医療費はいずれも減少しているにもかかわらず、一人あたり医療費は、H30年度と比較して約2.9万円伸びており、同規模保険者よりも高くなっています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか3.3%にもかかわらず、医療費全体の44.6%を占めており、1件あたりの入院医療費もH30年度と比較しても5.7万円も高くなっています。(図表15)

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の1を大きく超えており、全国9位の県平均よりも高くなっています。

H30年度と比較すると、外来は伸びていますが、入院は減少しています。(図表16)



一人あたり医療費の地域差指数をみると、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な疾患(脳・心・腎)の発症を抑えることが重要です。そのためには、引き続き重症化予防の取り組みに力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

		菊池市		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		13,130人	11,472人	--	--	--
前期高齢者割合		5,362人 (40.8%)	5,206人 (45.4%)	--	--	--
総医療費		49億2153万円	46億2950万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		374,831 県内20位 同規模92位	403,547 県内28位 同規模125位	394,521	407,772	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	516,060	573,350	585,610	574,060	617,950
	費用の割合	46.4	44.6	43.3	45.5	39.6
	件数の割合	3.7	3.3	3.1	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	22,860	24,120	24,850	23,430	24,220
	費用の割合	53.6	55.4	56.7	54.5	60.4
	件数の割合	96.3	96.7	96.9	96.7	97.5
受診率		745.934	772.927	751.942	795.102	705.439

出典:ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は菊池市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		菊池市 (県内市町村中)		県 (47県中)	菊池市 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域 差 指 数 ・ 順	全体	1.166	1.159	1.139	1.052	1.059	1.130
		(11位)	(14位)	(9位)	(23位)	(28位)	(7位)
	入院	1.343	1.284	1.309	1.145	1.128	1.277
		(12位)	(20位)	(8位)	(29位)	(35位)	(6位)
	外来	1.060	1.088	1.036	0.954	0.983	0.982
		(13位)	(10位)	(12位)	(18位)	(14位)	(22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

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30年度と比較すると減少していますが、慢性腎不全については横ばいで、そのうち(透析有)では、同規模・県・国と比較しても高くなっています。(図表 17)

次に中長期目標疾患の40歳以上の治療状況をH30年度と令和4年度で比較してみると脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全ともに、治療者数は減少していますが、割合で見ると横ばいとなっています。(図表 18)脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費

がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

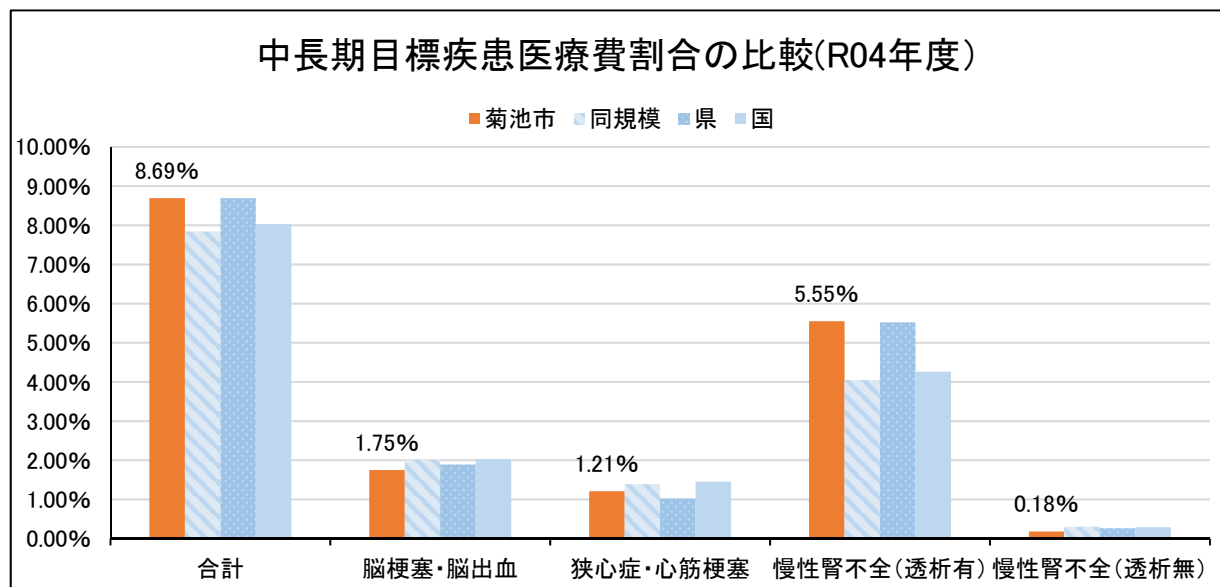
			菊池市		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			49億2153万円	46億2950万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			4億4390万円	4億0224万円	--	--	--
			9.02%	8.69%	7.84%	8.69%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.94%	1.75%	2.10%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.35%	1.21%	1.39%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.54%	5.55%	4.05%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.18%	0.18%	0.30%	0.26%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		11.67%	11.75%	16.91%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		9.06%	8.35%	9.00%	8.56%	8.68%
	精神疾患		11.66%	10.06%	8.74%	9.62%	7.63%

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

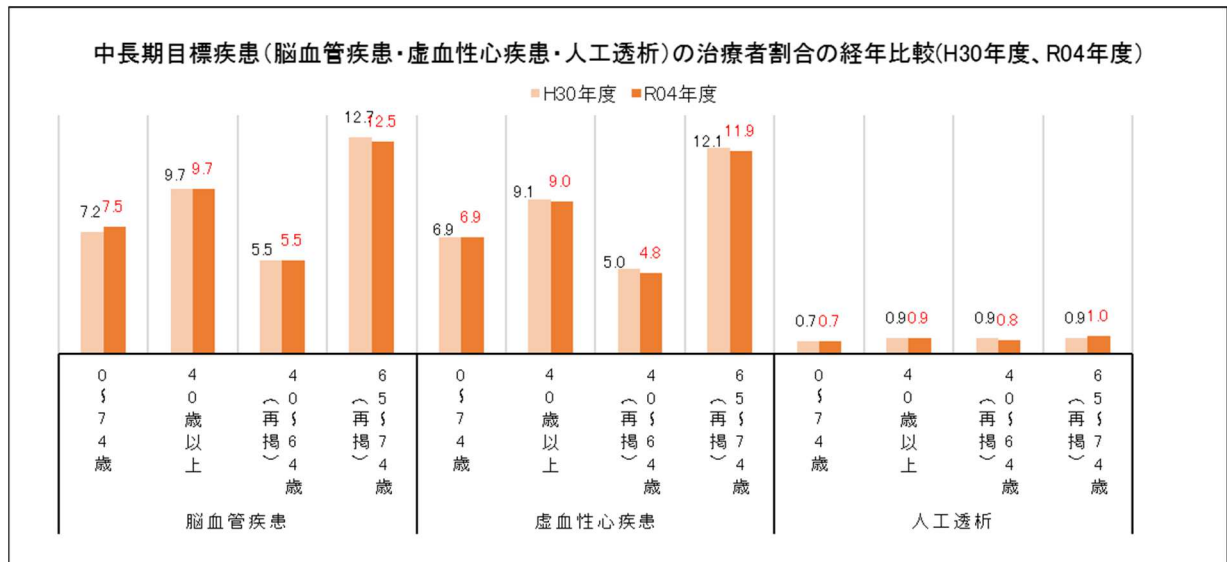
注)KDBシステムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。



図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	13,130	11,472	a	908	855	862	795	84	83	
				a/A	7.2%	7.5%	6.9%	6.9%	0.7%	0.7%	
40歳以上	B	9,590	8,687	b	901	843	849	784	83	81	
	B/A	73.0%	75.7%	b/B	9.7%	9.7%	9.1%	9.0%	0.9%	0.9%	
再掲	40~64歳	C	4,228	3,481	c	219	192	199	166	35	29
		C/A	32.2%	30.3%	c/C	5.5%	5.5%	5.0%	4.8%	0.9%	0.8%
	65~74歳	D	5,362	5,206	d	682	651	650	618	48	52
		D/A	40.8%	45.4%	d/D	12.7%	12.5%	12.1%	11.9%	0.9%	1.0%

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)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

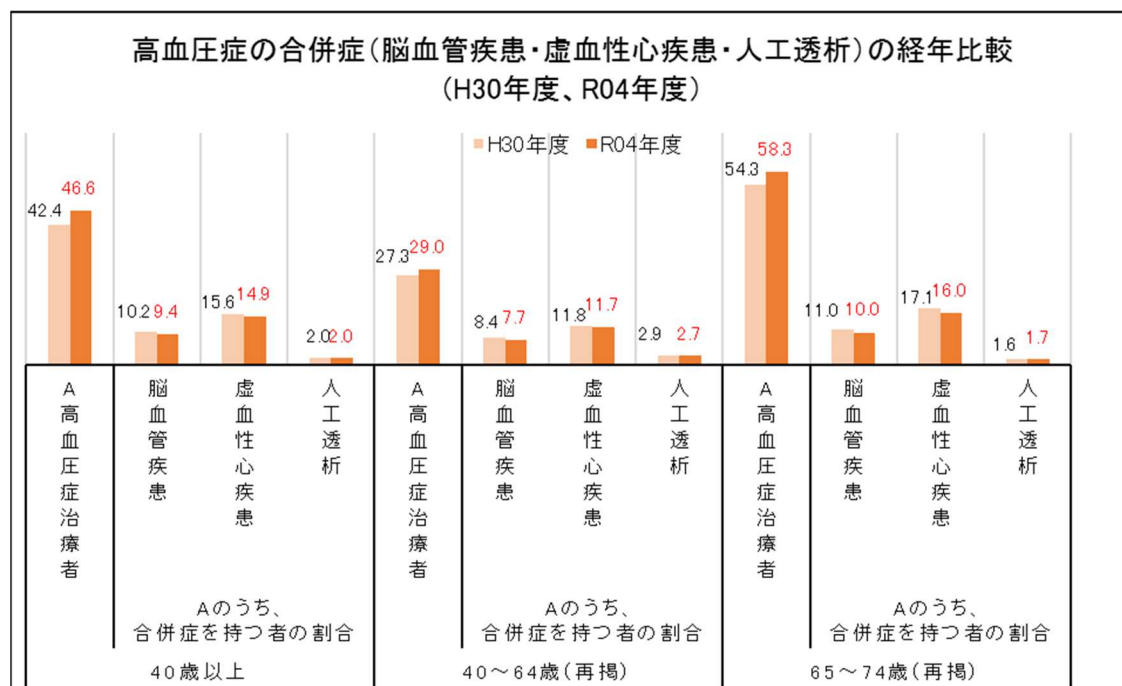
短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・40～64歳の人工透析の割合は減っています。(図表 19、20、21)

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられる一方、人工透析の原因疾患の一つである糖尿病性腎症の増加がみられることより、糖尿病等の早期発見と早期介入が重要であると考えます。(図表 20)

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)	A	4,068	4,045	1,155	1,009	2,913	3,036	
	A/被保数	42.4%	46.6%	27.3%	29.0%	54.3%	58.3%	
(中長期目標疾患 合併症)	脳血管疾患	B	416	382	97	78	319	304
		B/A	10.2%	9.4%	8.4%	7.7%	11.0%	10.0%
	虚血性心疾患	C	633	603	136	118	497	485
		C/A	15.6%	14.9%	11.8%	11.7%	17.1%	16.0%
	人工透析	D	80	79	33	27	47	52
		D/A	2.0%	2.0%	2.9%	2.7%	1.6%	1.7%

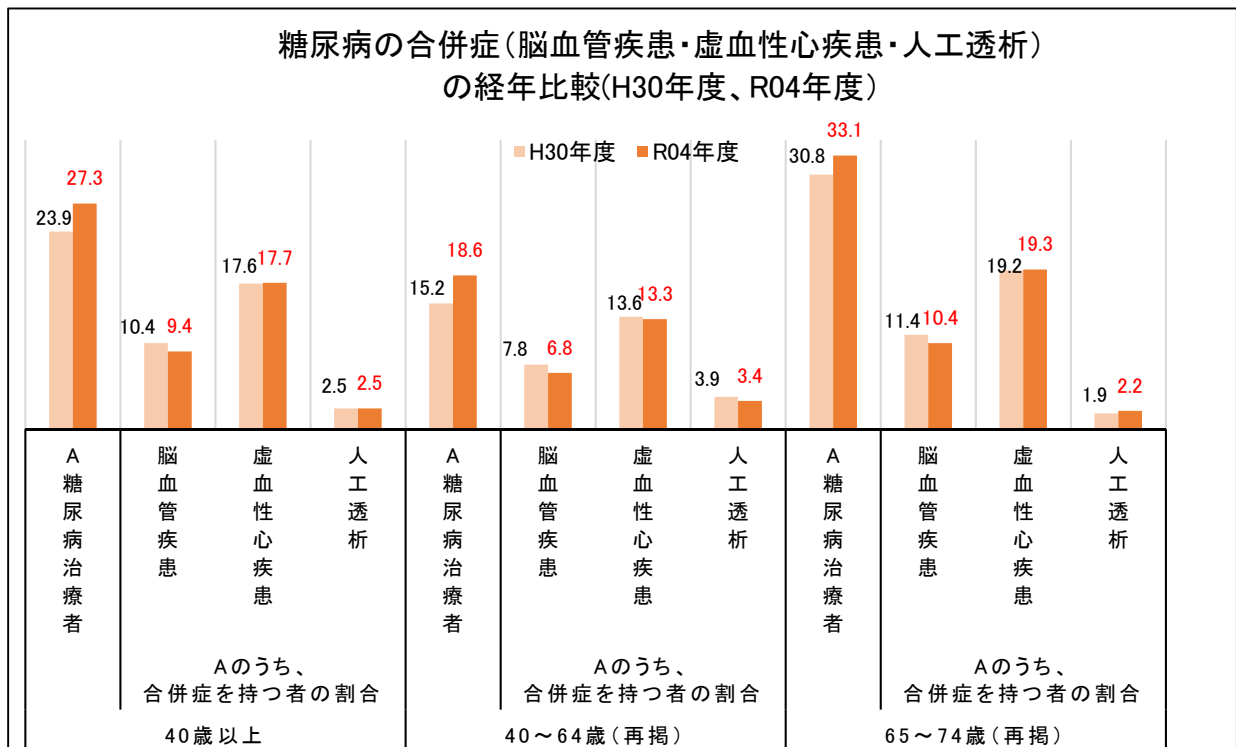
出典:KDBシステム  
疾病管理一覽(高血圧症)  
地域の全体像の把握、介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防等)



図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	2,290	2,368	641	646	1,649	1,722
		A/被保数	23.9%	27.3%	15.2%	18.6%	30.8%	33.1%
(中長期 合併症 目標疾患)	脳血管疾患	B	238	223	50	44	188	179
		B/A	10.4%	9.4%	7.8%	6.8%	11.4%	10.4%
	虚血性心疾患	C	403	418	87	86	316	332
		C/A	17.6%	17.7%	13.6%	13.3%	19.2%	19.3%
	人工透析	D	57	60	25	22	32	38
		D/A	2.5%	2.5%	3.9%	3.4%	1.9%	2.2%
糖尿病 合併症	糖尿病性腎症	E	255	291	85	97	170	194
		E/A	11.1%	12.3%	13.3%	15.0%	10.3%	11.3%
	糖尿病性網膜症	F	202	208	80	72	122	136
		F/A	8.8%	8.8%	12.5%	11.1%	7.4%	7.9%
	糖尿病性神経障害	G	124	104	40	33	84	71
		G/A	5.4%	4.4%	6.2%	5.1%	5.1%	4.1%

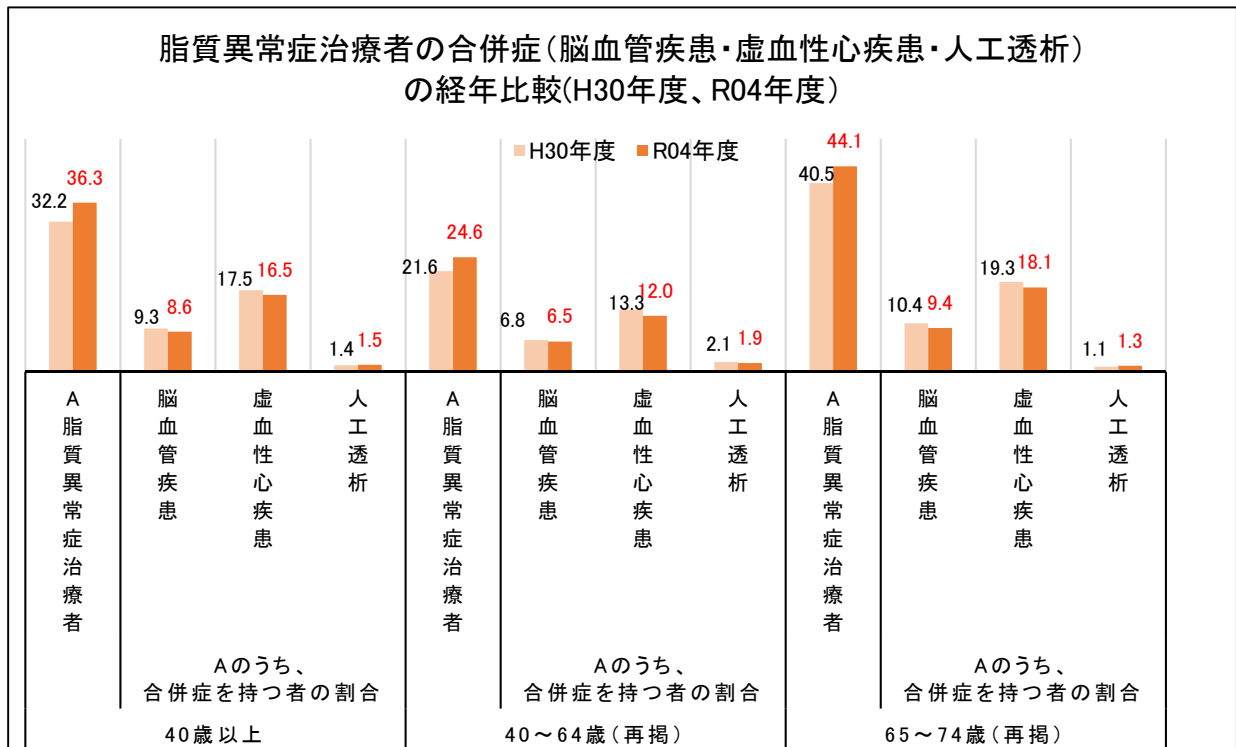
出典：KDBシステム- 疾病管理一覧(糖尿病)  
 地域の全体像の把握、介入支援対象者  
 一覧(栄養・重症化予防等)



図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	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	3,085	3,152	912	857	2,173	2,295	
	A/被保数	32.2%	36.3%	21.6%	24.6%	40.5%	44.1%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	288	271	62	56	226	215
		B/A	9.3%	8.6%	6.8%	6.5%	10.4%	9.4%
	虚血性心疾患	C	540	519	121	103	419	416
		C/A	17.5%	16.5%	13.3%	12.0%	19.3%	18.1%
	人工透析	D	42	46	19	16	23	30
		D/A	1.4%	1.5%	2.1%	1.9%	1.1%	1.3%

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、介入支援対象者  
一覧(栄養・重症化予防等)



②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上を H30 年度と R3年度で比較してみたところ、Ⅱ度高血圧者の割合は横ばいですが、HbA1c7.0 以上者の割合は増加しています。また、医療のかかり方においては、未治療のまま放置されている方が高血圧で 47 人(29.2%)、糖尿病で 12 人(7.8%)となっております。(図表 22)

図表 22 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)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率			未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
菊池市	2,937	30.7	2,974	36.0	157	5.3	102	65.0	161	5.4	93	57.8	47	29.2	8	5.0
同規模保険者	210,761	42.9	185,504	40.2	11,219	5.3	6,322	56.4	10,663	5.7	5,988	56.2	3,715	34.8	522	4.9
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		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)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率			未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
菊池市	2,936	100.0	2,966	99.7	124	4.2	24	19.4	153	5.2	46	30.1	12	7.8	5	3.3
同規模保険者	210,761		185,504		9,576	4.6	2,472	25.8	9,366	5.1	2,316	24.7	615	6.6	274	2.9
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典:ヘルスサポートラボツール

①未治療…12か月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

### ③健診結果の経年変化

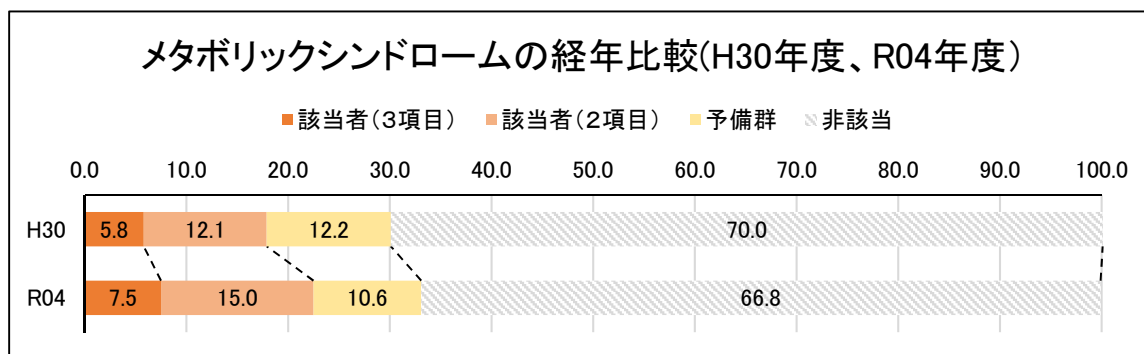
メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、H30年度とR4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、約5ポイントも伸びており、その中でも3項目すべて及び2項目の危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表 23)

また継続受診者における、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合は、HbA1c 6.5以上は増加、Ⅱ度高血圧以上は横ばい、LDL-C160以上は減少しています。翌年度の結果を見ると、R3からR4の改善率はH30からR1より低下しており、特にHbA1cの改善率は2割弱となっており、保健指導の成果が課題です。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも約3割程度存在しており、重症化しやすい被保険者への継続したフォロー体制について考える必要があります。(図表 24、25、26)

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	2,937 (30.7%)	524 (17.8%)	169 (5.8%)	355 (12.1%)	357 (12.2%)
R04年度	2,946 (32.4%)	665 (22.6%)	222 (7.5%)	443 (15.0%)	313 (10.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール



図表 24 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	274 (9.3%)	55 (20.1%)	113 (41.2%)	27 (9.9%)	79 (28.8%)
R03→R04	322 (10.9%)	61 (18.9%)	127 (39.4%)	45 (14.0%)	89 (27.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール



図表 25 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	157 (5.3%)	81 (51.6%)	23 (14.6%)	6 (3.8%)	47 (29.9%)
R03→R04	161 (5.4%)	78 (48.4%)	22 (13.7%)	5 (3.1%)	56 (34.8%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL-C160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	491 (16.7%)	194 (39.5%)	144 (29.3%)	27 (5.5%)	126 (25.7%)
R03→R04	395 (13.3%)	155 (39.2%)	103 (26.1%)	25 (6.3%)	112 (28.4%)

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、新型コロナウイルス感染症の影響で、R2年度は受診率が一時的に低下しましたが、R4年度には 36.8%まで伸びました。しかし、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 27)またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28)

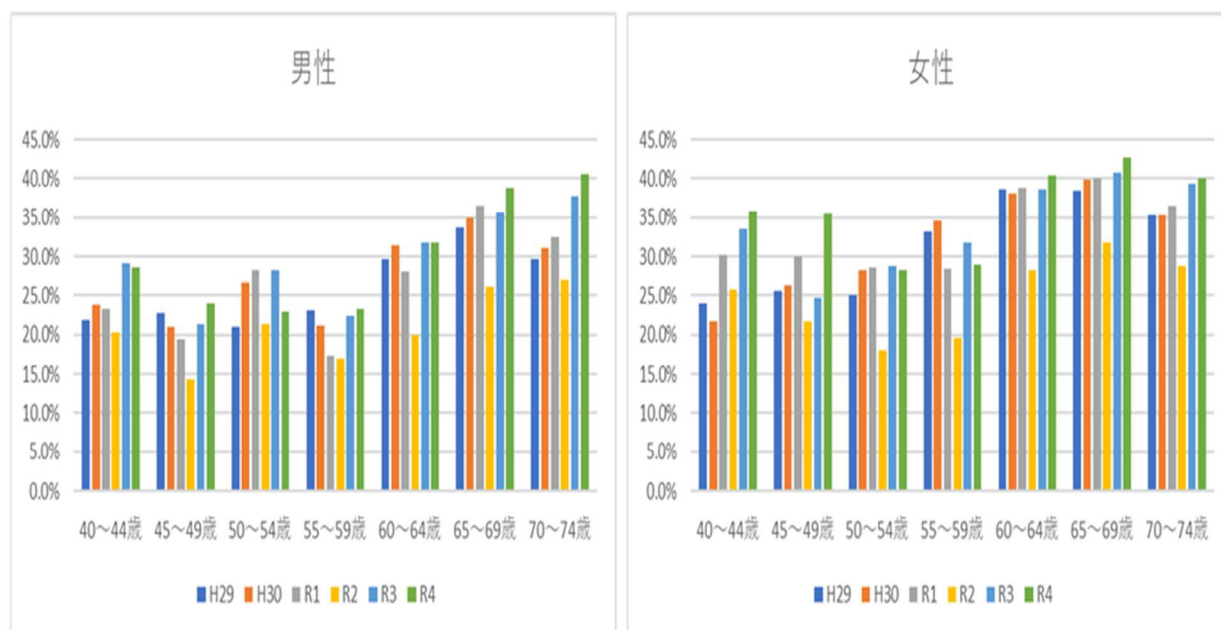
特定保健指導については、R2年度以降、健診機関に委託し、健診当日に保健指導を行うことにより、大きく実施率が上がり目標値を達成しています。今後も継続して保健指導を実施していきます。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	2,863	2,805	2,147	2,917	2887	健診受診率 44%
	受診率	32.8%	33.1%	25.6%	35.3%	36.8%	
特定保健指導	該当者数	444	429	336	425	381	特定保健指導 実施率 66%
	割合	15.5%	15.3%	15.6%	14.6%	13.2%	
	実施者数	262	269	274	354	297	
	実施率	59.0%	62.7%	81.5%	83.3%	78.0%	

出典:特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



## 2) 主な個別事業の評価と課題

### (1) 重症化予防の取り組み

#### ① 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症重症化予防については、「熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の対象者に基づき、特に、特定健診受診者のうち HbA1c6.5 以上の未受診や HbA1c7.0 以上の者やeGFR45 未満、尿蛋白+以上等の腎専門医受診対象者について、個別面談または電話にて保健指導を実施し、血糖値有所見者へは R4年度は約 63%の方へ実施しています。(図表 29)新規透析導入者数・割合も横ばいと、増加は押さえられているものの、特定健診受診者の中で血糖値有所見者の割合は増加していることから、今後も糖尿病対策に注力していく必要があると考えます。

R1年度からは HbA1c8%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきましたが、経年的にみると HbA1c8.0 以上も増加しており、未治療者も増加しています。受診勧奨のための保健指導を実施しましたが、未治療者の約7割弱しか治療につながっていません。糖尿病管理台帳等で把握できている健診未受診者、特に治療中断者については継続的な医療機関受診に繋げ必要な保健指導を継続して実施するためにも、フォローを行えるよう体制の検討を行う必要があります。(図表 30)

図表 29 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者 (HbA1c測定)	人 (a)	2936	2882	2173	2966	2940
血糖値有所見者 *1	人 (b)	195	226	183	226	285
	(b/a)	9.0%	7.8%	8.2%	7.6%	9.7%
保健指導実施 *2	人 (c)	148	193	161	166	179
	(c/b)	75.9%	85.4%	88.0%	73.5%	62.8%

\*1 HbA1c6.5以上の未受診及びHbA1c7.0以上の者

\*2 保健指導は、訪問・来所・電話による実施者を計上

図表 30 HbA1c8.0以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c測定者	人 (a)	2936	2882	2173	2966	2940
HbA1c 8.0以上	人 (b)	32	33	30	35	55
	(b/a)	1.1%	1.1%	1.4%	1.2%	1.9%
保健指導実施者 *1	人 (c)	19	33	26	29	39
	(c/b)	59.3%	100.0%	86.7%	82.9%	70.9%
HbA1c8.0以上の 未治療者	人 (d)	7	8	9	11	16
	(d/b)	0.3%	0.3%	0.5%	0.4%	0.6%

		H30	R1	R2	R3	R4
治療開始者数		6	6	5	7	11

\*1 保健指導は、訪問・来所・電話による実施者を計上

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患のよる重症化予防を目的として、心電図検査全数実施を目指し健診受診勧奨を行い、心電図検査は約 87%が実施できています。

有所見者のうち治療や精密検査につながっていない方があり、継続して未治療者への受診勧奨、併せて、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。また、脳・心血管疾患を起こす可能性が高いハイリスク者については、経年的に心電図所見を含む健診データを確認し、保健指導に活かしていくことで、中長期目標疾患を発症させない取り組みが大切です。(図表 31)

図表 31 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
心房細動有所見者	人 (b)	27	26	17	19	22
医療機関未受診者(年度末)	人 (c)	8	2	1	1	1

### ③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約5%で、その内約6割が未治療者です。血圧Ⅲ度においては、26人のうち16人が未治療者でした。(図表32)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあります。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ます。現在市ではⅡ度高血圧以上で未治療の方へ、治療の必要性を理解してもらうための支援を行い、適切な受診勧奨と保健指導を行っています。Ⅰ度高血圧以下の高リスク者もいることより、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)を参考に、保健指導の対象者について再検討が必要です。また、高値血圧以上で高リスク、中リスクの方へも、家庭での血圧手帳の活用を促していきます。(図表33)

図表32 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者		人 (a)	2937	2882	2173	2974	2976
血圧Ⅱ度以上の者		人 (b)	157	106	145	161	166
		(b/a)	5.3%	3.7%	6.7%	5.4%	5.6%
	治療あり	人 (c)	55	40	47	68	66
		(c/b)	35.0%	37.7%	32.4%	42.2%	39.8%
	治療なし	人 (d)	102	66	98	93	100
		(d/b)	65.0%	62.3%	67.6%	57.8%	60.2%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人 (f)	23	11	20	21	26
		(f/a)	0.8%	0.4%	0.9%	0.7%	0.9%
	治療あり	人	6	5	4	7	10
	治療なし	人	17	6	16	14	16

図表 33 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

★健診結果集計ツールより

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	
		910	485	325	84	16
		53.3%	35.7%	9.2%	1.8%	
リスク第1層 予後影響因子がない		48	C 28	B 16	B 4	A 0
		5.3%	5.8%	4.9%	4.8%	0.0%
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		549	C 302	B 200	A 38	A 9
		60.3%	62.3%	61.5%	45.2%	56.3%
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		313	B 155	A 109	A 42	A 7
		34.4%	32.0%	33.5%	50.0%	43.8%

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	205
		22.5%
B	概ね1か月後に再評価	375
		41.2%
C	概ね3か月後に再評価	330
		36.3%

※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。

(2)ポピュレーションアプローチ

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

菊池市では、生活習慣病の改善と重症化を予防するために効果的な食べ方や動き方を講義・実践をとおして習得し、健康状態を改善することを目標に、市民の多様化するライフスタイルやニーズに合わせ、自分に合ったコースを選択し、気軽に参加できるような教室を企画実施してきました。

併せて、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、出前講座等により市民や各種団体など広く市民へ周知を行っていくことが重要です。生涯を通じた健康づくりの取り組みとして、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

(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			データの把握方法	
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ年度)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.94%	1.95%	1.75%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.35%	0.99%	1.21%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	5.54%	6.34%	5.55%	
			新規透析導入者の割合の減少	0.05%	0.01%	0.03%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	71.4%	0.0%	50.0%	データヘルス支援システム
	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・予備群該当者の割合の減少	30.0%	32.3%	34.3%	法定報告値
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	5.3%	6.7%	5.6%	ラボツール等
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL180以上)	6.2%	5.0%	3.8%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C7.0%以上)	4.3%	4.8%	6.3%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	1.1%	1.37%	1.86%	
			糖尿病の未治療者(治療中断を含む)割合	17.4%	23.2%	15.8%	データヘルス支援システム
		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	32.8	25.6	36.8	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	59.0	81.5	78.0	
	特定保健指導対象者の割合の減少	15.5	15.6	14.5			
努力支援制度	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	7.5	5.3	22.9	地域保健事業報告	
		肺がん検診受診者の増加	11.5	13.0	12.6		
		大腸がん検診受診者の増加	-	15.4	16.0		
		子宮がん検診受診者の増加	23.9	18.7	18.3		
		乳がん検診受診者の増加	24.2	24.7	27.4		
		5つのがん検診の平均受診率の増加	13.4	17.0	19.4		
	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	76.8%	82.9%	84.1%	厚生労働省	

### 3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期計画における中長期目標として、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制することを目標として進めてきました。

近年の医療費状況からみると、総医療費は減少しているものの、一人当たりの医療費は増加しており、同規模保険者よりも高くなっています。その要因は入院によるものであることから、重症化した状態で入院とならないよう、予防可能な状態のうちに介入し、発症を抑えることが重要です。

中長期目標である、脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費の合計は減少していることから、第2期計画までの取り組みは医療費適正化につながったと考えられます。一方で腎疾患の中でも医療費の高い慢性腎不全(透析あり)については、同規模、県、国と比べて高くなっているため、今後も重点的に対策を強化していく必要があると考えます。

短期目標疾患としては、高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療者の割合が、増えており、合併症(重症化)の状態でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・40～64歳の人工透析の割合は減っているため、適切な受診行動がとれていると判断できます。これは、これまで行ってきた受診勧奨の効果と考えられます。ただその一方で、人工透析の原因疾患の一つである糖尿病性腎症の増加がみられることから、受診勧奨だけではなく、個々のライフステージに応じた保健指導を強化していくことが重要となります。

また、第2期における新たな課題として、健診結果の経年変化より本市ではメタボリックシンドローム該当者が5年間で5ポイントも伸びています。メタボリックシンドローム該当者は、疾患の重なりが多いほど、脳血管疾患や心疾患などの発症率・死亡率ともに高くなることがわかっており、いかに疾患の重なりを少なくし、病気のコントロールを確実にやっていけるよう肥満症の視点で保健指導を行っていくことが課題です。

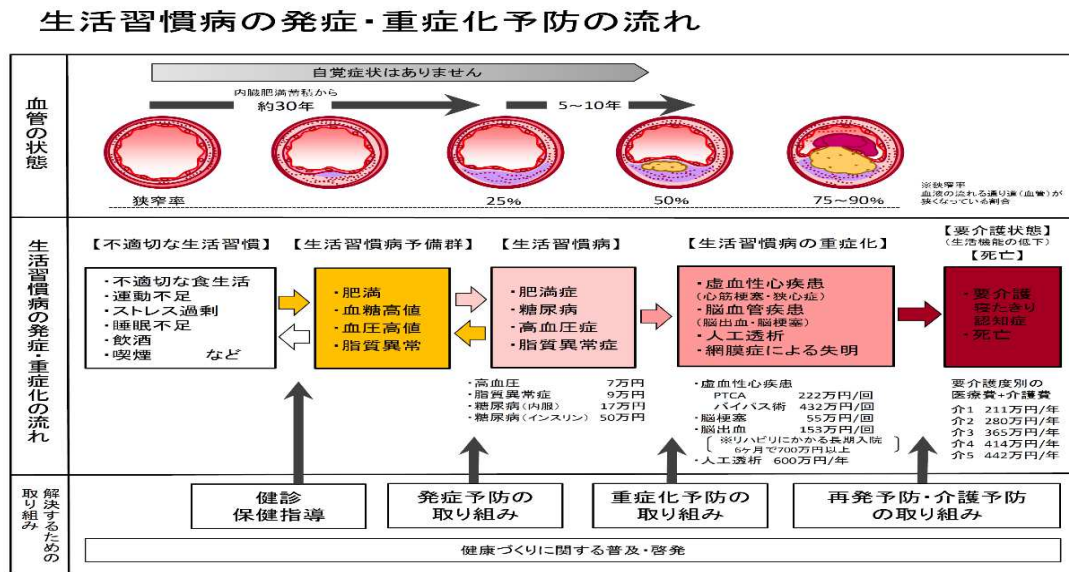
第1期からの継続的な課題として、特定健診受診率の向上を掲げて、さまざまな対策を行い、受診率はH30年度から4ポイント上昇しました。今後も新規受診者の獲得とともに、リピーターを増やし、治療中でも継続的に健診を受診してもらうよう働きかけ、受診率向上につなげていきます。

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

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

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

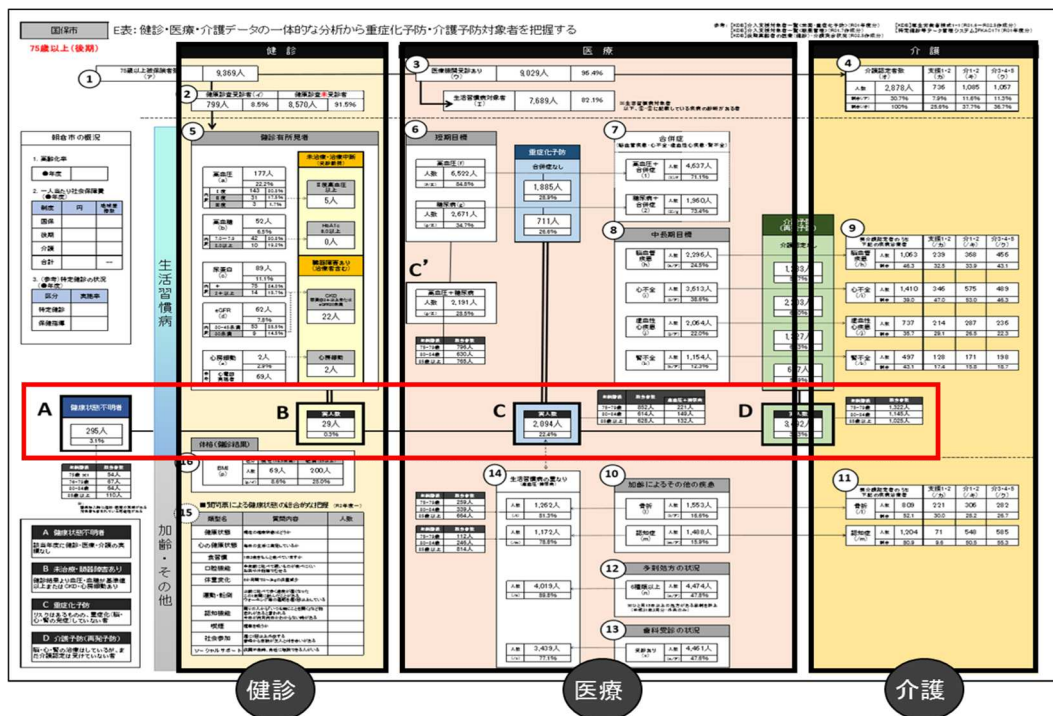
一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 36 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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



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	13,130人	12,573人	12,362人	12,123人	11,472人	8,529人	
総件数及び 総費用額	件数	119,744件	115,517件	106,163件	110,712件	109,853件	141,225件
	費用額	49億2153万円	49億1643万円	46億6155万円	48億1459万円	46億2950万円	78億1977万円
一人あたり医療費	37.5万円	39.1万円	37.7万円	39.7万円	40.4万円	91.7万円	

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	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			腎 慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳 脳梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗 塞	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
① 国保	菊池市	46億2950万円	32,573	5.55%	0.18%	1.75%	1.21%	6.05%	3.00%	1.44%	8億8815万円	19.2%	11.7%	10.06%	8.35%
	同規模	---	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	---	19.1%	16.9%	8.74%	9.00%
	県	---	33,050	5.52%	0.26%	1.89%	1.02%	5.62%	3.12%	1.72%	---	19.2%	14.1%	9.62%	8.56%
	国	---	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	---	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	菊池市	78億1977万円	76,972	4.15%	0.39%	3.30%	0.96%	3.75%	2.98%	0.92%	12億8739万円	16.5%	9.9%	4.72%	11.6%
	同規模	---	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	---	18.7%	10.5%	4.11%	12.6%
	県	---	81,455	4.72%	0.47%	3.74%	1.12%	3.70%	2.88%	1.07%	---	17.7%	9.2%	4.70%	13.2%
	国	---	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	---	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 39 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	284人	286人	284人	461人	289人	962人
	件数	B	529件	524件	535件	884件	525件	1,633件
		B/総件数	0.44%	0.45%	0.50%	0.80%	0.48%	1.16%
	費用額	C	7億0585万円	7億2395万円	7億7168万円	11億3449万円	7億3139万円	14億4846万円
C/総費用		14.3%	14.7%	16.6%	23.6%	15.8%	18.5%	

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	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度								
脳血管疾患	人数	D	16人	18人	19人	23人	16人	70人							
		D/A	5.6%	6.3%	6.7%	5.0%	5.5%	7.3%							
	件数	E	31件	32件	25件	36件	22件	128件							
		E/B	5.9%	6.1%	4.7%	4.1%	4.2%	7.8%							
	年代別	40歳未満	2	6.5%	0	0.0%	1	4.0%	4	11.1%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	1	3.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	1	3.1%	0	0.0%	4	11.1%	2	9.1%	75-80歳	17	13.3%
		60代	12	38.7%	15	46.9%	12	48.0%	7	19.4%	8	36.4%	80代	83	64.8%
		70-74歳	16	51.6%	16	50.0%	12	48.0%	21	58.3%	12	54.5%	90歳以上	28	21.9%
	費用額	F	4665万円	3608万円	2724万円	4297万円	2774万円	1億1493万円							
		F/C	6.6%	5.0%	3.5%	3.8%	3.8%	7.9%							

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	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度								
虚血性心疾患	人数	G	12人	16人	12人	22人	13人	17人							
		G/A	4.2%	5.6%	4.2%	4.8%	4.5%	1.8%							
	件数	H	13件	19件	13件	26件	14件	20件							
		H/B	2.5%	3.6%	2.4%	2.9%	2.7%	1.2%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	1	5.3%	0	0.0%	2	7.7%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	15.4%	4	21.1%	1	7.7%	5	19.2%	0	0.0%	75-80歳	9	45.0%
		60代	6	46.2%	7	36.8%	6	46.2%	7	26.9%	8	57.1%	80代	8	40.0%
		70-74歳	5	38.5%	7	36.8%	5	38.5%	12	46.2%	6	42.9%	90歳以上	3	15.0%
	費用額	I	2119万円	3097万円	1724万円	4862万円	3067万円	2042万円							
		I/C	3.0%	4.3%	2.2%	4.3%	4.2%	1.4%							

出典：ヘルスサポートラボツール



図表 43 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)					
		被保険者数			特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	34.3	3,874	4,763	8,591	27.0	33.4	13.7	7.1	6.3	9.0	27.6	26.0	24.6
R04	32.0	3,481	5,408	8,688	26.5	36.6	13.8	8.0	6.9	8.7	33.1	26.3	22.3

図表 44 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動														
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-												
年度	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%						
H30	39	3.7	(15)	98	6.2	(21)	96	8.2	(38)	30	2.9	(4)	74	4.7	(4)	6	0.5	(2)	4	0.4	12	0.8	28	2.4	2	0.2	26	1.6	21	1.8
R04	39	4.2	(14)	123	6.2	(36)	112	9.3	(23)	44	4.8	(6)	138	7.0	(7)	13	1.1	(0)	8	0.9	24	1.2	28	2.3	0	--	27	1.4	12	1.0

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					
	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)			高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	82.2	92.1	97.1	33.2	62.4	82.9	74.1	80.1	86.7	41.8	44.4	36.5	26.5	32.7	30.6	41.4	48.1	64.8	47.5	52.2	69.2
R04	83.9	91.0	95.5	34.1	65.0	83.6	74.6	82.7	88.7	49.0	46.5	41.5	31.8	35.5	36.0	41.6	47.2	65.5	48.8	55.8	70.3

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 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											
	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.8	11.4	21.2	4.2	10.9	20.7	5.6	15.0	33.6	6.2	10.3	15.5	8.0	15.8	51.5	2.5	5.8	39.7	2.8	8.3	45.7	3.8	7.7	40.3
R04	4.7	11.3	20.5	4.3	10.5	20.4	6.6	15.7	35.0	6.3	11.4	16.7	9.8	13.0	48.2	4.0	6.8	39.7	3.0	5.5	44.3	4.5	7.0	41.5

図表 47 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	62.3	83.3	75.4	79.4	5.6	17.4	1.4	15.0	15.1	55.4	60.9	85.1
R04	66.0	85.2	76.0	83.2	5.5	17.8	1.4	15.4	11.4	53.2	60.0	85.9

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)

国保の被保険者数やレセプト件数は年々減っていますが、一人あたりの医療費は令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり 91.7 万円となっており、国保の約 2.3 倍も高い状況です。(図表 37)

その中身を見てみると、国保では、慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合が、同規模・県等と比較して高く、短期目標疾患の糖尿病が総医療費に占める割合も同じく高い状況です。(図表 38)

高額レセプトについて見てみると、後期の件数割合は国保の約 3.1 倍となっています。国保は、H30 年度から R4 年度まで経年的にみると、件数割合、費用額割合ともに増加しており、高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保は減少してきており、R4 年度は、22 件で費用額は 2,774 万円となっています。しかし、後期高齢者においては、128 件発生し、約 1 億円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 39、40)

図表 42 で健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 43 の①被保険者数は、65 歳~74 歳が増加し、今後、75 歳以上の後期高齢者が増加していくことが予想されます。⑤の体格をみると、40~64 歳の若い年齢層で、BMI25 以上の率が 5.5 ポイントも高くなってきています。

健診有所見の状況を見ると、各年代で対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。(図表 44)

短期目標疾患(高血圧・糖尿病)については、H30 年度と R4 年度を比較すると、すべての年代で、高くなっています。(図表 45)

また、中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)においては、心不全、腎不全の割合がすべての年代で増加しており、介護認定者においては脳血管疾患、虚血性心疾患・心不全・腎不全すべて 40~64 歳の割合が上がっていることから、若い年代からの介護認定の原因につながっています。(図表 46)

#### (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、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが重要と考えます。併せて、若い世代の肥満者、糖尿病の割合が高く若い世代への予防活動の充実が必要ですが、40代、50代の健診受診率はまだまだ低いため、第3期においても健診未受診者対策は、被保険者の健康実態を把握し、早期に予防活動を行うためにも大変重要だと考えます。

そのための具体的な取り組み方法については、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を図ることが求められており、分析結果や実態からの計画の見直し、改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが目標です。

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、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて指標を設定しています。(図表 48)

##### ② 中長期的な目標の設定

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

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

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

##### ③ 短期的な目標の設定

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

特に、若い世代からの肥満が課題であることから、若い世代の健診受診率の向上及び特定保健指導の充実による、短期目標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り組みについては、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。医療機関未治療者や治療中断者等、重症化するリスクの高い対象者について把握し、医療機関への受診勧奨や必要な保健指導、栄養指導を行います。特に、糖尿病とメタボリックシンドロームについては、薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考え

られるため、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目標とします。

## (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

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標値	実績			データの把握方法 (活用データ年度)	
				R11 数値目標	初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)		最終評価 R11 (R10)
データヘルス計画	中長期目標	新規脳梗塞患者数の減少(割合の維持・減少)	減少 (割合の維持・減少)	97	102		データヘルス 支援システム	
		新規脳出血患者数	減少 (割合の維持・減少)	15	20			
		新規虚血性心疾患患者数	減少 (割合の維持・減少)	193	203			
		新規人工透析導入患者数	減少・発症させない	2	4			
		糖尿病性腎症による新規透析導入患者数	減少・発症させない	0	2			
	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	★特定健診受診率	60%以上	50.0	36.8		法定報告値
			40代、50代の健診実施(受診)率	上昇	34.3	27.8		
			★特定保健指導実施率	60%以上	86.5	78		
			(問診)朝食を抜くことが週3回以上ある40代、50代の割合	減少	24.9	25.4		特定健診等データ管理システム
			内臓脂肪症候群該当者・予備群の割合	減少	28.4	33.4		
			血圧Ⅱ度以上者(160/100以上)の割合	減少	5.1	5.6		ラボツール
			LDL180以上の割合	減少	3.55	3.8		
			40代、50代の健診受診者のHbA1c6.5%以上の割合	減少	6.1	6.6		データヘルス支援システム
			★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の割合	減少	1.8	1.86		
			健診受診者のうち糖尿病の未治療者(治療中断者を含む)の割合	減少	15.3	15.8		法定報告値
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	1%増 又は全国平均以下	15.5	14.5		
			内臓脂肪症候群該当者の減少率	1%増 又は全国平均以下	17.3	16.3		

## 第3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ます。

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年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も6年を一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	40%	42%	44%	46%	48%	50%
特定保健指導実施率	84%	84.5%	85%	85.5%	86%	86.5%

### 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	8431人	8228人	8031人	7837人	7649人	7465人
	受診者数	3372人	3456人	3533人	3605人	3672人	3733人
特定保健指導	対象者数	337人	346人	353人	361人	367人	373人
	受診者数	283人	292人	300人	308人	316人	323人

### 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ます。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

集団健診(菊池広域保健センター)

個別健診(委託医療機関)

人間ドック(委託医療機関)

みなし健診(県内の実施医療機関)

#### (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、および実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託で



きるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、健診申込み案内で周知するほか、菊池市ホームページ等に掲載します。

(4) 特定健診実施項目

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

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定にかえられます。(実施基準第 1 条第 4 項)

図表 51 特定健診検査項目

○菊池市特定健診検査項目

健診項目		菊池市	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	○(集団)□(個別)	□
	血色素量	○(集団)□(個別)	□
	赤血球数	○(集団)□(個別)	□
その他	心電図	○(集団)□(個別)	□
	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

- 集団健診(8月から翌年2月末まで実施)
- 個別健診(8月から翌年2月末まで実施)
- 人間ドック(4月から翌年2月末まで実施)
- みなし健診(4月から翌年3月末まで実施)

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(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ことから、受診案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。

図表 52 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診対象者の抽出	
5月		健診希望調査の送付 (健診申込み受付)	健診データ抽出(前年度)
6月			(特定保健指導の終了)
7月		受診等の印刷・送付(随時可)	実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
8月		(特定健診の開始) → 保健指導対象者の抽出	
9月		(特定保健指導の開始)	
10月		健診・保健指導データ受取り、費用決済	法定報告
11月	契約に関わる 予算手続き		受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告
12月			
1月			
2月		(特定健診の終了)	
3月	契約準備		

## 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、事業者委託、健康保健部門（健康推進課）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

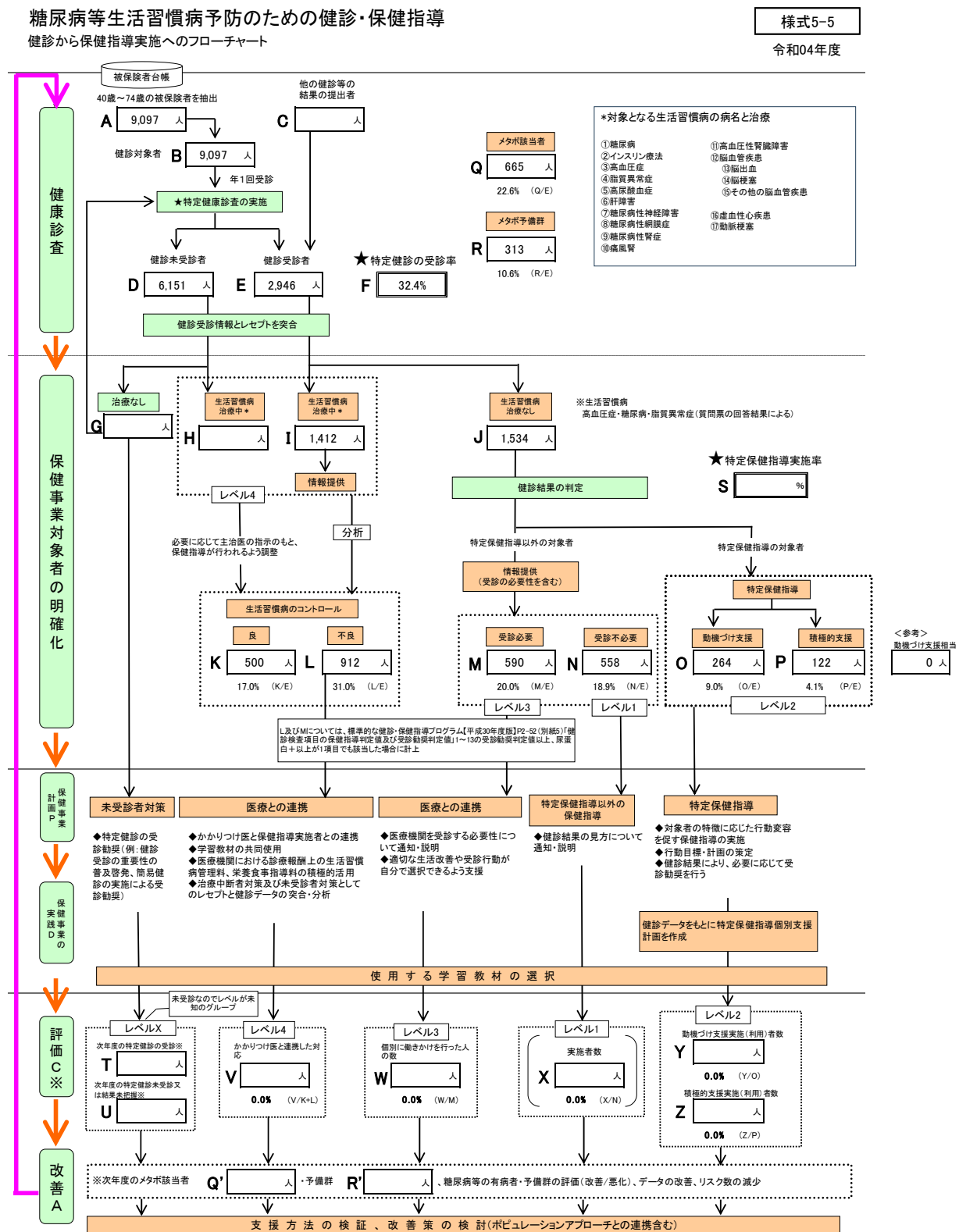
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、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:ヘルサポータルツール

(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 (割合)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	737人 (5.0%)	86.5%
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	784人 (10.5%)	HbA1c6.5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(勧奨通知、電話勧奨、広報やホームページによる受診啓発、みなし健診の案内)	3732人 (50.0%)	50%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	709人 (9.5%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医や薬剤師会と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1867人 (25.0%)	重症化予防対象者については100%

※

1

- ・ 特定保健指導のポイント（回数）にこだわらず、対象に応じた支援を実施し、改善率の向上に努める。
- ・ 集団健診については、委託機関である菊池広域保健センターと情報共有し、連携を図りながら進める。

3

- ・ 特に 40 代、50 代の健診受診率向上に向けた未受診者対策に努める。
- ・ 過去に健診受診歴のある者、過去の健診で重症化予防対象者に該当した者（糖尿病管理台帳記載者等）について、状況確認も兼ねた未受診者の訪問を行う。

### (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していきます。

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
4月	◎健診対象者の抽出		
5月	◎健診希望調査の送付		
6月		◎前年度特定保健指導の終了	
7月	◎受診券の送付		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
8月	◎特定健康診査の開始	◎対象者の抽出 ◎特定保健指導の開始	◎市民健診、後期高齢者健診、がん検診開始
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了 ◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
10月			
11月			
12月			
1月			
2月	◎特定健康診査の終了		
3月			

## 6. 個人情報の保護

### (1)基本的な考え方

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

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

### (2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

## **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、菊池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脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症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、特定健診結果を基に、発症及び重症化予防の取り組みについて、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを組み合わせ実施します。

ハイリスクアプローチとしては、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・虚血性心疾患予防・脳血管疾患予防等の取り組みを行います。

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

また、ポピュレーションアプローチの取り組みとしては、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支障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で、社会全体に及ぼす影響等について、広く住民へ周知していくことで、住民が自らの健康管理の大切さや、予防可能な生活習慣病の発症予防に関心を向けることができるように努めます。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努め、健診と保健指導により、多くの住民に、現在の自分の身体の状況を把握していただく必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

### II. 重症化予防の取り組み

菊池市の脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出(図表 56)すると、令和4年度の特定健診受診者のうち 1,097 人(37.2%)です。そのうち治療なし者が 356 人(23.2%で、そのうち、特定保健指導対象者が 194 人となっています。このことから、特定保健指導に注力することは重症化予防にもつながり、効率的であるといえます。

さらに、治療なし者の 36.5%にあたる 130 人は、すでに臓器障害があり、直ちに取り組むべき対象者であることや、Ⅱ度高血圧以上者・HbA1c6.5 以上者の半数以上は治療なし者にあたることから、医療機関への定期的な受診に繋げるための保健指導が重要といえます。



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04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少	
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器科の診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)
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析								
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)	
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	重症化予防対象者 (実人数)
該当者数	166   5.6%	22   0.7%	113   3.8%	91   3.1%	665   22.6%	285   9.7%	175   5.9%	1,097   37.2%
治療なし	100   5.3%	9   0.6%	107   4.7%	66   2.9%	137   8.9%	143   5.5%	46   3.0%	356   23.2%
(再掲) 特定保健指導	43   25.9%	1   4.5%	24   21.2%	26   28.6%	137   20.6%	49   17.2%	23   13.1%	194   17.7%
治療中	66   6.2%	13   0.9%	6   0.9%	25   3.7%	528   37.4%	142   42.9%	129   9.1%	741   52.5%
臓器障害 あり	35   35.0%	9   100.0%	23   21.5%	21   31.8%	44   32.1%	49   34.3%	46   100.0%	130   36.5%
CKD(専門医対象者)	10	0	6	5	9	11	46	46
心電図所見あり	31	9	18	18	40	42	11	95
臓器障害 なし	65   65.0%	--	84   78.5%	45   68.2%	93   67.9%	94   65.7%	--	--

治療中								
臓器障害 あり	29   43.9%	12   92.3%	3   50.0%	6   24.0%	184   34.8%	48   33.8%	129   100.0%	296   39.9%
CKD(専門医対象者)	13	2	1	3	61	13	129	129
心電図所見あり	20	12	2	4	144	38	43	210
臓器障害 なし	37   56.1%	--	3   50.0%	19   76.0%	344   65.2%	94   66.2%	--	--

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

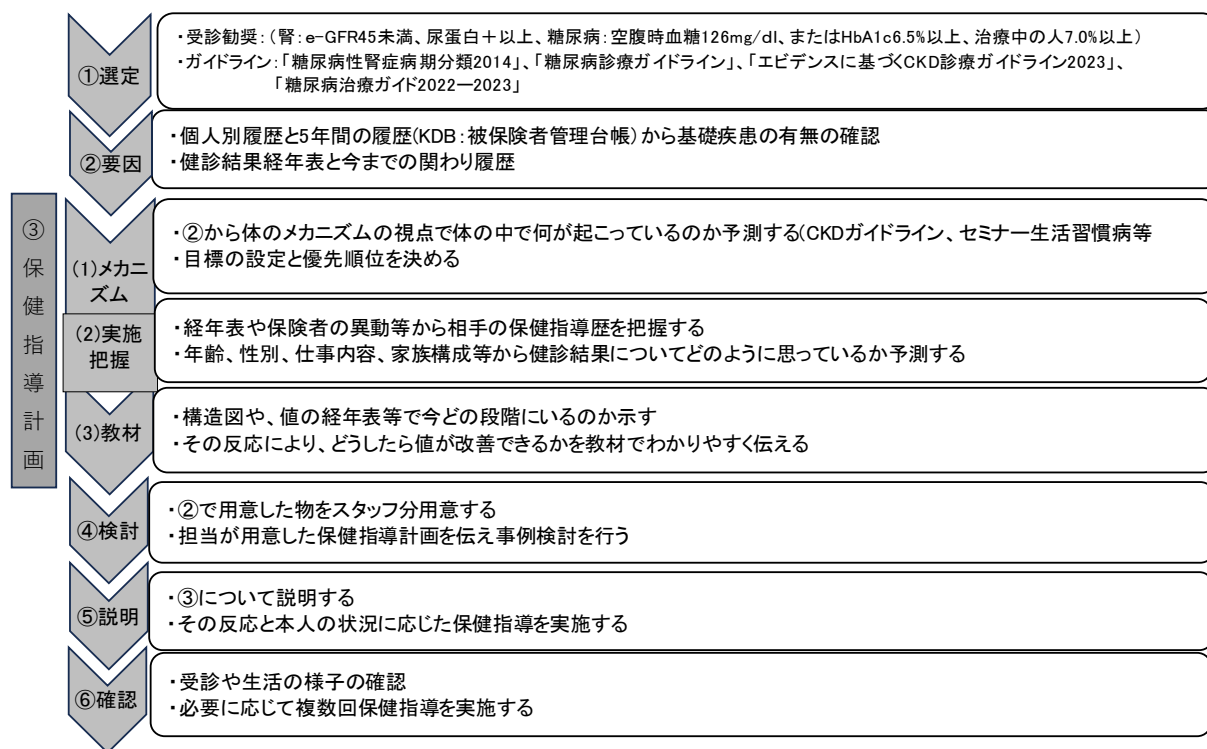
糖尿病性腎症重症化予防の取り組みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・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が目的です。

なお、取り組みにあたっては図表 57 に沿って実施します。

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

図表 57 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



## 2) 人工透析に係る菊池市の実態と対象者の明確化

### (1) 人工透析に係る菊池市の実態

図表 58-1 人工透析者数と割合

	H30			R2			R4		
	被 保 険 者	透 析 患 者 数 ・ 割 合	透 析 患 者 人	被 保 険 者	透 析 患 者 数 ・ 割 合	透 析 患 者 人	被 保 険 者	透 析 患 者 数 ・ 割 合	透 析 患 者 人
市町村計	451,989	2,455	0.54%	423,336	2,361	0.56%	402,744	2,232	0.55%
菊池市国保	13,965	83	0.59%	12,978	88	0.68%	12,469	80	0.64%
市町村計	279,004	3,592	1.29%	282,718	3,587	1.27%	284,602	3,675	1.29%
菊池市後期	8,468	94	1.11%	8,434	92	1.09%	8,348	98	1.17%

図表 58-2 新規透析者の実態

	H30				R2				R4			
	新 規 透 析 患 者 数		糖 尿 病 性 腎 症 ( 内 訳 )		新 規 透 析 患 者 数		糖 尿 病 性 腎 症 ( 内 訳 )		新 規 透 析 患 者 数		糖 尿 病 性 腎 症 ( 内 訳 )	
市町村計	189	0.04%	104	55.0%	195	0.05%	97	49.7%	152	0.04%	90	59.2%
菊池市国保	7	0.05%	5	71.4%	1	0.01%	0	0.0%	4	0.03%	2	50.0%
市町村計	257	0.09%	87	33.9%	249	0.09%	86	34.5%	226	0.08%	81	35.8%
市町村後期	4	0.05%	0	0.0%	5	0.06%	2	40.0%	7	0.08%	2	28.6%

菊池市における人工透析の実態を見ると、国保の透析者割合は市町村平均より高くなっており、医療費に占める割合も大きいことが課題です。また、新規透析者の状況をみると年度で差はあるものの糖尿病性腎症の発症が見られます。(図表 58-1、2) 菊池市では健診結果 HbA1c6.5 以上で、治療なしの方が R4年度で 143 人(5.5%)あり、そのうち臓器障害のある方が約 34%ありました。そのため菊池市においても、熊本県版プログラムに基づき、糖尿病性腎症重症化予防への取り組みを重点的に進めていきます。(図表 56)

(2)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、熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします(図表 59 熊本県版糖尿病腎症重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け参照)。

① 健診を受診した者のうち医療機関未受診者

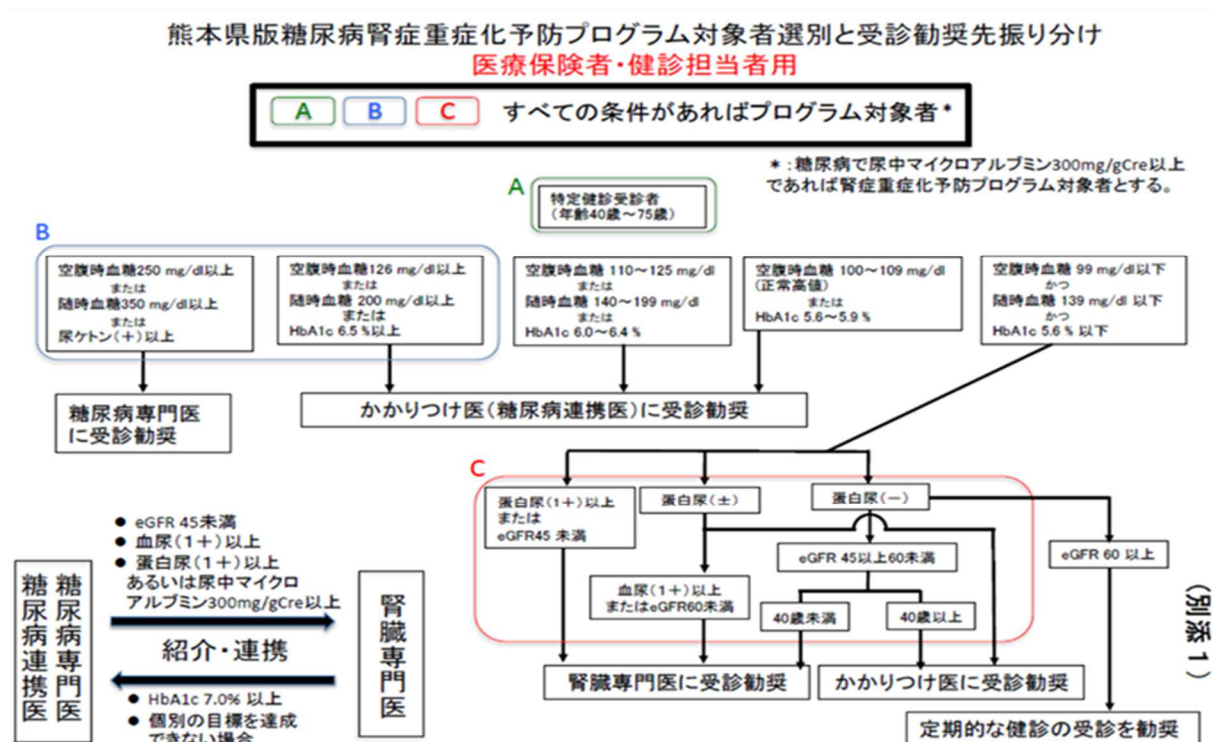
- ・図表 59 のフローチャートの 3 つの条件(A・B・C)すべてに該当する者  
(早期に積極的に受診勧奨が必要な者)
- ・上記以外であっても図表 59 を参考に、健診結果より受診勧奨が必要な者

② 糖尿病治療中断者(最終の受診日から6か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や、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 59 熊本県版糖尿病腎症重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け



### (3) 選定基準に基づく該当者の把握

#### ① 対象者の抽出

対象者の抽出については、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、把握及び抽出を行います（「KDB システム」、「保険者データヘルス支援システム」、「ラボツール」）。

#### 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把握を行いました。（図表 60）

菊池市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、183 人（F）でした。

また、40～74 歳における糖尿病治療者 2,575 人（H）のうち、特定健診受診者が 331 人（G）でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者 2,244 人（I）については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

#### ③ 介入方法と優先順位

図表 60 より菊池市においての介入方法を以下のとおりとします。

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）  
（F）・・・183 人

【受診勧奨】 ・ 訪問による受診勧奨を実施

【保健指導】 ・ 健診結果を基に血糖値やその他のリスク因子の数値があがっている要因に気づき、数値の改善に繋がるよう保健指導に努める。

優先順位 2 健診を受診した者で糖尿病治療中の患者のうち重症化するリスクの高い者  
（J）・・・184 人

【保健指導】 ・ 治療中断しない（継続受診）のための保健指導及び必要な保健指導を個別訪問、個別面談、電話等で実施。  
・ 医療機関と連携した保健指導。

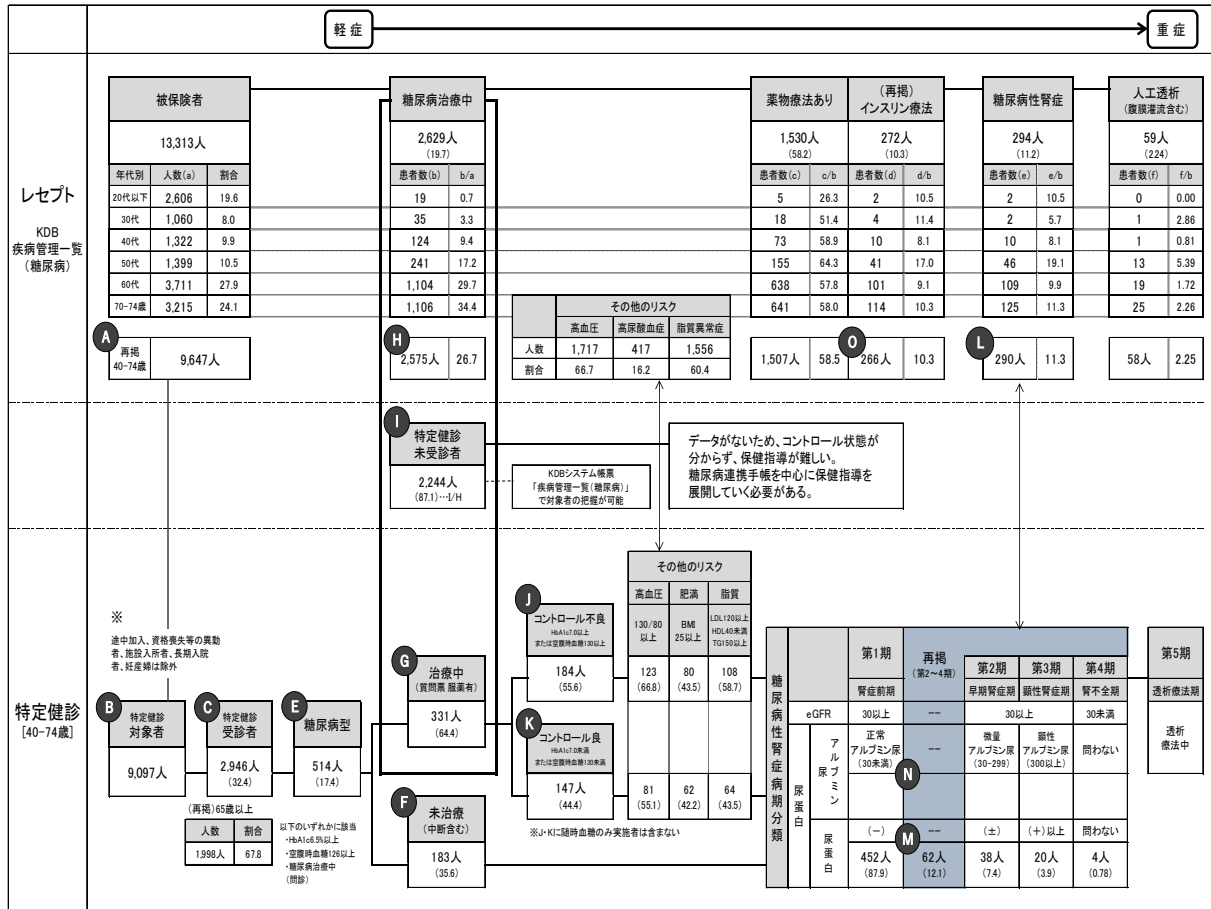
優先順位 3 特定健診未受診者（I）のうち、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を糖尿病管理台帳より把握

【保健指導】 ・ 現在の状況を確認し、受診勧奨及び必要な保健指導や関わりを個別訪問、個別面談、電話等で行う。  
・ 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。

図表 60 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

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



出典:ヘルスサポートラボツール

### 3) 保健指導の実施

#### (1)実施期間及びスケジュール

5月 対象者の選定基準、概数の試算、介入方法、実施方法の決定

6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)

10月～糖尿病管理台帳に基づき健診未受診者、未治療者、治療中断者への受診勧奨、保健指導を実施(通年～次年度9月)

#### (2)糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

図表 61 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
<b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b>	<b>2 高血糖を解決するための食</b>
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始めます
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	<b>3 薬物療法</b>
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもととの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!	3-9 テアノジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きますか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	<b>4 参考資料</b>
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・投薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

### (3) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。健診当日の尿蛋白(±)以上の人へ尿蛋白定量検査の実施や、2次検査として、HbA1c6.5 以上者へ微量アルブミン尿検査を実施する等、腎症重症化ハイリスク者への早期介入のための取り組みを行います。

## 4) 医療との連携

### (1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、菊池圏域糖尿病保健医療連携会議で作成した、菊池圏域糖尿病関係連絡(受付)台帳の活用による医療機関との連携を行うとともに、健診結果経年表や糖尿病連携手帳等を使用します。糖尿病連携手帳を持っていない者には、その後の自己管理に繋げることができるよう、手帳の使い方等について、丁寧な説明を行います。

### (2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては熊本県プログラムに準じ行っています。

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、糖尿病管理台帳を活用し、後期高齢者に移行しても継続した支援ができるよう健康推進課及び地域包括支援センターと連携していきます。

## 6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。

短期的評価については熊本県版プログラムのアウトカム評価指標に加え、データヘルス計画の評価について年1回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDBシステムや保険者データヘルス支援システム等の情報を活用します。

### 【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

また、中長期的評価においては、図表 62 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価も行います。



図表 62 (様式) 5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		突合表	菊池市								同規模保険者 (平均)			
			R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	13,153人		12,617人		12,414人		12,144人					
	②	(再掲) 40-74歳	9,656人		9,403人		9,374人		9,181人					
2	①	対象者数	8,480人		8,396人		8,272人		7,853人					
	②	特定健診受診者数	2,882人		2,206人		3,021人		2,977人					
	③	受診率	34.0%		26.3%		36.5%		37.9%					
3	①	特定対象者数	429人		336人		425人		380人					
	②	保健指導実施率	62.7%		81.5%		83.3%		77.9%					
4	①	糖尿病型	E	434人	15.1%	329人	14.9%	471人	15.6%	518人	17.4%			
	②	未治療・中断者 (質問票 服薬なし)	F	187人	43.1%	149人	45.3%	164人	34.8%	184人	35.5%			
	③	治療中 (質問票 服薬あり)	G	247人	56.9%	180人	54.7%	307人	65.2%	334人	64.5%			
	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	163人	66.0%	107人	59.4%	150人	48.9%	184人	55.1%			
	⑤	血圧 130/80以上		91人	55.8%	68人	63.6%	94人	62.7%	123人	66.8%			
	⑥	肥満 BMI25以上		75人	46.0%	52人	48.6%	60人	40.0%	80人	43.5%			
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	84人	34.0%	73人	40.6%	157人	51.1%	150人	44.9%			
	⑧	第1期 尿蛋白 (-)	M	364人	83.9%	292人	88.8%	416人	88.3%	456人	88.0%			
	⑨	第2期 尿蛋白 (±)		32人	7.4%	19人	5.8%	32人	6.8%	38人	7.3%			
	⑩	第3期 尿蛋白 (+) 以上		23人	5.3%	17人	5.2%	20人	4.2%	20人	3.9%			
	⑪	第4期 eGFR30未満		4人	0.9%	1人	0.3%	3人	0.6%	4人	0.8%			
5	①	糖尿病受療率 (被保険者千対)	117.1人		111.0人		119.5人		131.3人					
	②	(再掲) 40-74歳 (被保険者千対)	157.3人		147.1人		156.1人		171.8人					
	③	レセプト件数 (40-74歳)	8,770件	(939.8)	8,708件	(941.0)			9,355件	(1076.9)	1,557,522件	(951.6)		
	④	入院外 (件数)	83件	(8.9)	59件	(6.4)			76件	(8.7)	7,406件	(4.5)		
	⑤	糖尿病治療中	1,540人		1,400人		1,483人		1,594人		13.1%			
	⑥	(再掲) 40-74歳	1,519人		1,383人		1,463人		1,577人		17.2%			
	⑦	健診未受診者	1,269人		1,203人		1,156人		1,243人		78.8%			
	⑧	インスリン治療	152人		136人		172人		159人		10.0%			
	⑨	(再掲) 40-74歳	149人		135人		168人		158人		10.0%			
	⑩	糖尿病性腎症	148人		127人		146人		163人		10.2%			
	⑪	(再掲) 40-74歳	147人		126人		144人		163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)	53人		58人		55人		52人		3.3%			
	⑬	(再掲) 40-74歳	52人		57人		54人		51人		3.2%			
	⑭	新規透析患者数	7人		1人		3人		4人		0.03%			
	⑮	(再掲) 糖尿病性腎症	1人		0人		2人		2人		50.00%			
	⑯	【参考】後期高齢者慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	35人		34人		31人		36人		1.7%			
6	①	総医療費	49億1643万円		46億6155万円		48億1459万円		46億2950万円		28億4626万円			
	②	生活習慣病総医療費	26億4818万円		24億1009万円		24億5951万円		22億9288万円		15億3700万円			
	③	(総医療費に占める割合)	53.9%		51.7%		51.1%		49.5%		54.0%			
	④	生活習慣病対象者一人あたり	5,378円		3,376円		5,855円		5,539円		7,237円			
	⑤	健診未受診者	41,549円		40,040円		37,045円		37,193円		38,862円			
	⑥	糖尿病医療費	2億6875万円		2億6634万円		2億9630万円		2億8023万円		1億6596万円			
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	10.1%		11.1%		12.0%		12.2%		10.8%			
	⑧	糖尿病入院外総医療費	8億4946万円		8億1505万円		8億4926万円		8億4327万円					
	⑨	1件あたり	44,144円		43,113円		41,291円		41,304円					
	⑩	糖尿病入院総医療費	5億4998万円		5億4400万円		6億0244万円		5億9735万円					
	⑪	1件あたり	560,062円		594,540円		619,793円		632,786円					
	⑫	在院日数	18日		20日		19日		18日					
	⑬	慢性腎不全医療費	3億1276万円		3億0346万円		2億8726万円		2億6512万円		1億2396万円			
	⑭	透析有り	3億0606万円		2億9577万円		2億7798万円		2億5671万円		1億1532万円			
	⑮	透析なし	671万円		769万円		929万円		841万円		863万円			
7	①	介護給付費	52億5998万円		52億0390万円		52億5217万円		52億1718万円		34億9905万円			
	②	(2号認定者) 糖尿病合併症	7件		28.0%		5件		23.8%		5件		22.7%	
8	①	死亡	8人		1.2%		2人		0.3%		8人		1.2%	
	②	糖尿病 (死因別死亡数)	3人		0.5%		3人		0.5%		2,819人		1.0%	

## 2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

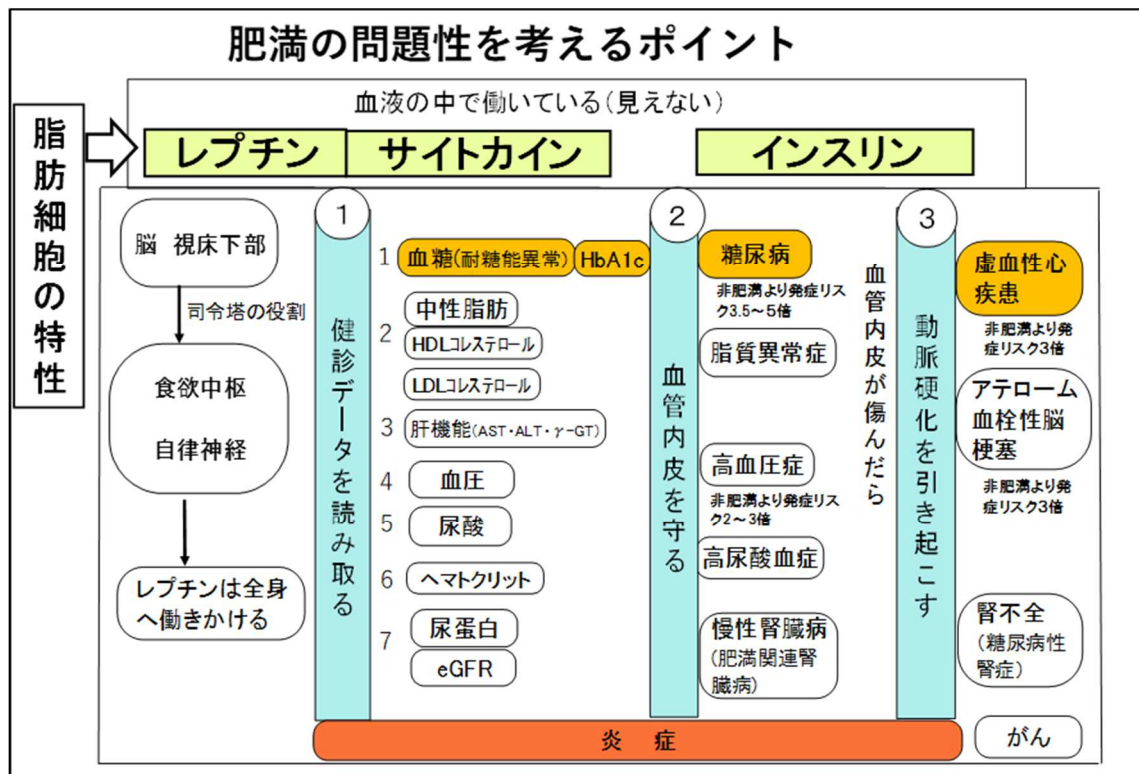
### 1) 基本的な考え方

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益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することです。また、メタボ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持ち、2型糖尿病の発症リスクも高く、このようにして発症した糖尿病は特に心血管疾患の基盤としての認識が必要です。【参考：「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）添付資料】

なお、取り組みにあたっては図表 63 に基づいて考えていきます。

図表 63 肥満の問題性を考えるポイント



## 2) 肥満・メタボリックシンドロームの状況

### (1) 菊池市の肥満・メタボリックシンドロームの実態

菊池市における健診受診者のうちの肥満者(BMI25以上)の割合は、40歳～64歳で3割を超えており、特に男性では約4割となっています。(図表64)

また、メタボリック該当者及び予備群の割合は、図表65のとおり、年々増加しておりH29年度とR3年度を比較すると5ポイント伸びており、特にメタボリック該当者の割合が13.5ポイントの伸びとなっていることが分かります。

図表66をみると、男性では60代・70代のメタボリック該当者が健診受診者の3割を超えていました。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67をみると、男性の40代を除き男女とも半数以上メタボリックシンドローム該当者の半数以上の方は、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64 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	948	1,998	313	523	253	463	49	49	9	10	2	1	
			33.0%	26.2%	26.7%	23.2%	5.2%	2.5%	0.9%	0.5%	0.2%	0.1%	
再掲	男性	443	961	185	287	148	259	29	23	6	5	2	0
				41.8%	29.9%	33.4%	27.0%	6.5%	2.4%	1.4%	0.5%	0.5%	0.0%
	女性	505	1,037	128	236	105	204	20	26	3	5	0	1
				25.3%	22.8%	20.8%	19.7%	4.0%	2.5%	0.6%	0.5%	0.0%	0.1%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表65 メタボリック該当者及び予備群該当者割合の経年変化

	H29		H30		R1		R2		R3	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	31,732	29.3%	34,059	30.9%	34,555	31.8%	31,345	32.9%	33,326	33.1%
菊池市	832	29.3%	858	30.0%	884	31.5%	693	32.3%	1,000	34.3%
メタボリック 該当者	449	9.0%	512	17.9%	548	19.5%	459	21.4%	655	22.5%
予備群	383	13.5%	346	12.1%	336	12.0%	234	10.9%	345	11.8%

特定健診法定報告書(国保中央会)

図表 66 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A	1,404	158	136	537	573	1,542	137	146	676	583	
メタボ該当者	B	468	29	32	183	224	197	8	15	79	95	
	B/A	33.3%	18.4%	23.5%	34.1%	39.1%	12.8%	5.8%	10.3%	11.7%	16.3%	
再掲	① 3項目全て	C	149	8	6	53	82	73	1	4	29	39
		C/B	31.8%	27.6%	18.8%	29.0%	36.6%	37.1%	12.5%	26.7%	36.7%	41.1%
	② 血糖＋血圧	D	100	2	4	46	48	39	2	2	19	16
		D/B	21.4%	6.9%	12.5%	25.1%	21.4%	19.8%	25.0%	13.3%	24.1%	16.8%
	③ 血圧＋脂質	E	178	13	14	71	80	79	3	8	30	38
		E/B	38.0%	44.8%	43.8%	38.8%	35.7%	40.1%	37.5%	53.3%	38.0%	40.0%
	④ 血糖＋脂質	F	41	6	8	13	14	6	2	1	1	2
		F/B	8.8%	20.7%	25.0%	7.1%	6.3%	3.0%	25.0%	6.7%	1.3%	2.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 67 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	1,404	468	33.3%	363	77.6%	105	22.4%	1,542	197	12.8%	165	83.8%	32	16.2%		
40代	158	29	18.4%	11	37.9%	18	62.1%	137	8	5.8%	4	50.0%	4	50.0%		
50代	136	32	23.5%	20	62.5%	12	37.5%	146	15	10.3%	11	73.3%	4	26.7%		
60代	537	183	34.1%	144	78.7%	39	21.3%	676	79	11.7%	63	79.7%	16	20.3%		
70～74歳	573	224	39.1%	188	83.9%	36	16.1%	583	95	16.3%	87	91.6%	8	8.4%		

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の優先順位

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

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

保健指導対象者については、メタボリック該当者は男性が多くを占めること、若い男性に心血管病は多いことを踏まえ、若い世代の男性を最優先の対象者とすることとします。(図表 64)

### 3) 対象者の明確化

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 67)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と併せて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

#### (1)対象者の選定基準の考え方

- ①メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ②治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起ささないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- 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。

#### (2)対象者の管理

特定保健指導対象者及び他の重症化予防対象者の管理と同様とします。

### 4) 保健指導の実施

#### (1)実施期間及びスケジュール

- 5月 対象者の選定基準、概数の試算、介入方法、実施方法の決定
- 6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)

#### (2)最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボ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行っていきます。

図表 68 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起きていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思えますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いとお聞きしますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いのですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

### (3)二次健診の実施

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年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。

菊池市においても対象者への早期介入を目的として、二次健診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検査

- ①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)
- ②微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ③75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

### 5) 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、脂質等リスク因子のコントロールが重要となります。

メタボリックの該当者については、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。

### 6) 評価

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標について年に1回評価します。

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

## 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り組み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 69、70)

図表 69 脳卒中の分類

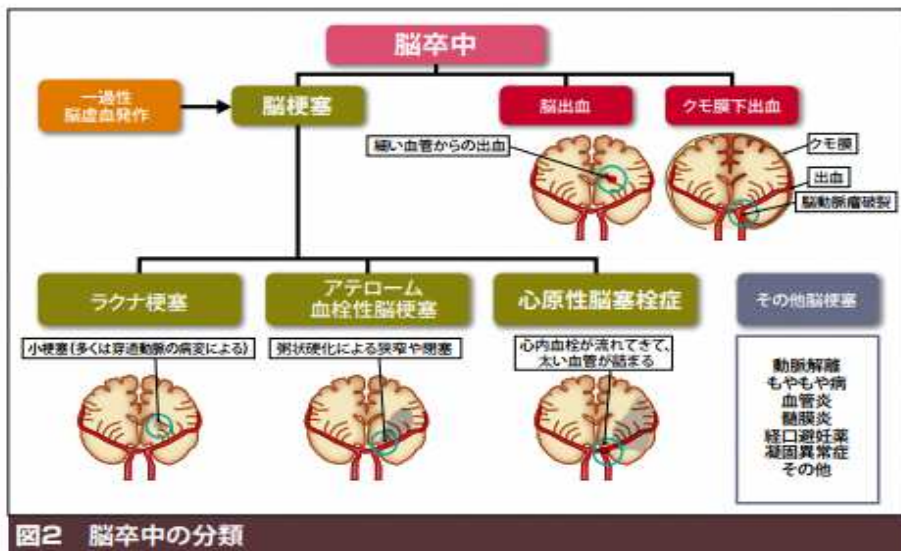


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 70 脳血管疾患とリスク因子

### 脳血管疾患とリスク因子

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

## 2) 脳血管疾患に係る菊池市の実態と対象者の明確化

### (1) 脳血管疾患発症の実態をみる

菊池市の脳血管疾患の種類を図表 56 でみると脳梗塞の割合が最も多い状況でした。R4年度の脳梗塞の種類をみるとアテローム血栓性梗塞・塞栓 33.2%、ラクナ梗塞 31.2%とそれぞれ3割、心原性脳塞栓症が 27.7%となっています。

### (2) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 71 でみると、高血圧治療者 4,419 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 441 人(10.0%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 166 人(5.6%・G・F)であり、そのうち 100 人(60.3%・F)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 66 人(6.2%・G)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(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、802 人(27.2%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、そのうち眼底検査(詳細検査)実施者は、530 人(66.1%)で、約 3 割の対象者が重症化予防の検査がされていません。

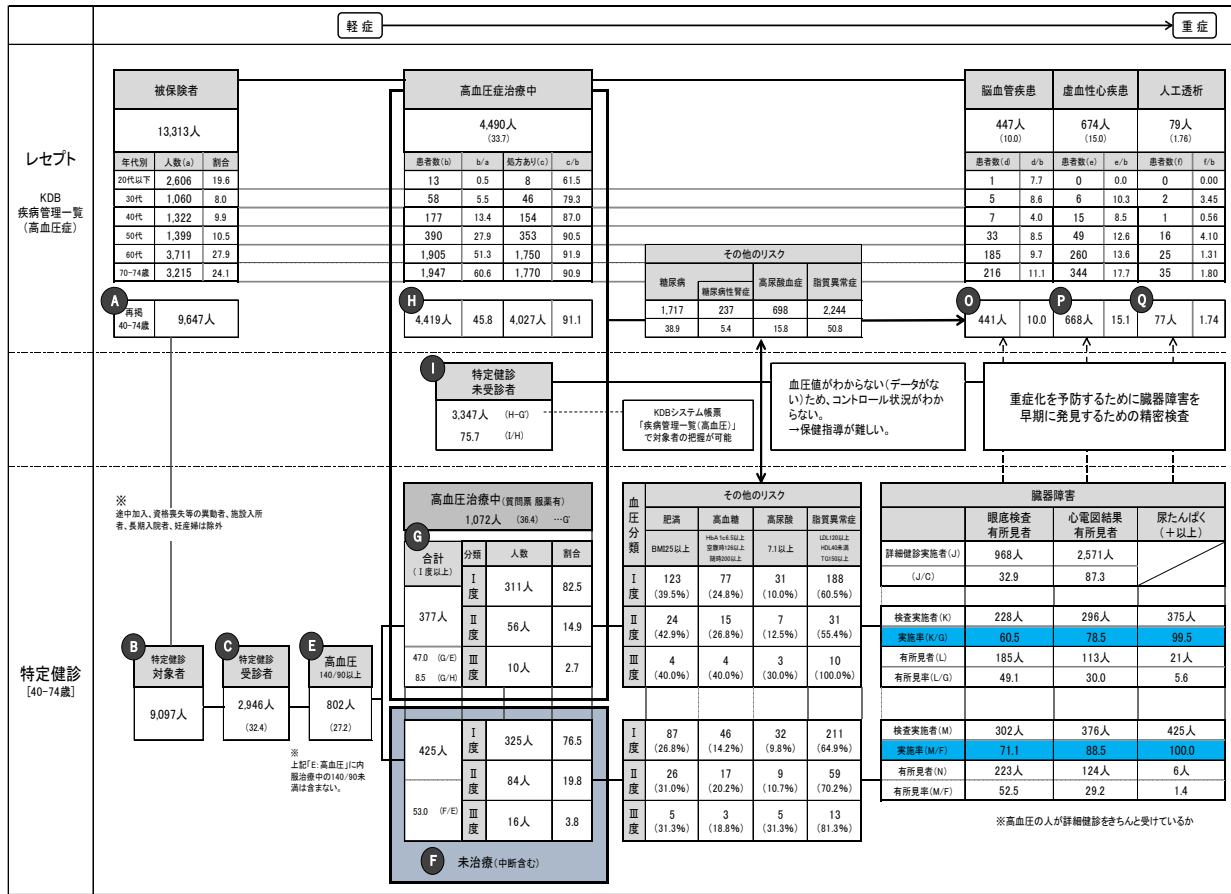
第3期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な者への実施について、関係機関と実態を共有し、検討していく必要があります。



図表 71 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

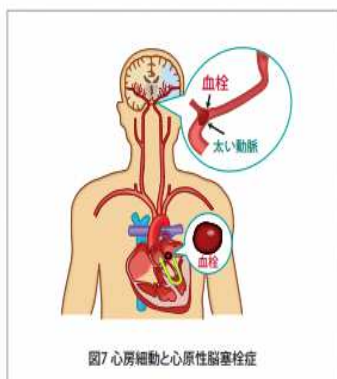
高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



出典:ヘルスサポートラボツール

(3)心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

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

図表 72 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況を見てみました。

図表 72 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	1,404	1,542	1,231	87.7%	1,340	86.9%	17	1.4%	5	0.4%	--	--
40代	158	137	153	96.8%	128	93.4%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	136	146	129	94.9%	135	92.5%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	537	676	468	87.2%	584	86.4%	4	0.9%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	573	583	481	83.9%	493	84.6%	13	2.7%	5	1.0%	3.4%	1.1%

※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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 73 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
22	9	40.9	13	59.1

菊池市調べ

心電図検査において 22 人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者 22 人のうち 13 人は既に治療が開始されていましたが、9人はまだ治療につながっていません(図表 72、73)。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、心電図検査結果で把握できるハイリスク者について、確実に必要な受診勧奨や保健指導を実施していくとともに、治療中者についても、治療中断が引き起こすリスクについて十分な説明を行い、治療や内服の中断を防ぐ必要があります。また、心房細動等の不整脈の早期発見のために、自己検脈の周知についても行っていきます。

#### (4)保健指導対象者の明確化と優先順位

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

第2期計画では、保健指導の対象者をⅡ度高血圧以上者としていましたが、図表 74 のとおり、リスク第3層に該当する高値血圧者やⅠ度高血圧者などは高リスク者にあたるため、より脳心疾患リスクの高い対象者に保健指導を実施できるよう、対象者の見直しを行っていきます。

図表 74 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

(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 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化  
 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

**血圧に基づいた脳心血管リスク層別化**

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
リスク第1層 予後影響因子がない	910	485 53.3%	325 35.7%	84 9.2%	16 1.8%
	48	C 28 5.3%	B 16 4.9%	B 4 4.8%	A 0 0.0%
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	549	C 302 60.3%	B 200 62.3%	A 38 45.2%	A 9 56.3%
	313	B 155 34.4%	A 109 32.0%	A 42 33.5%	A 7 50.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	910	485 53.3%	325 35.7%	84 9.2%	16 1.8%
	48	C 28 5.3%	B 16 4.9%	B 4 4.8%	A 0 0.0%
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	549	C 302 60.3%	B 200 62.3%	A 38 45.2%	A 9 56.3%
	313	B 155 34.4%	A 109 32.0%	A 42 33.5%	A 7 50.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	910	485 53.3%	325 35.7%	84 9.2%	16 1.8%
	48	C 28 5.3%	B 16 4.9%	B 4 4.8%	A 0 0.0%

● …高リスク (赤)

● …中等リスク (黄)

● …低リスク (白)

区分	該当者数
A	205 22.5%
B	375 41.2%
C	330 36.3%

※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

図表 74 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

### 3) 保健指導の実施

#### (1)実施期間及びスケジュール

- 5月 対象者の選定基準、概数の試算、介入方法、実施方法の決定
- 6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)

#### (2)受診勧奨及び保健指導

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

#### (3)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、脳心血管リスク層別化の高リスク者の未治療者・治療中断者を対象に、血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、受診勧奨を行います。

## ②心房細動者の管理

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

## 4) 医療との連携

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

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標について年に1回評価します。

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

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

## 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り組み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

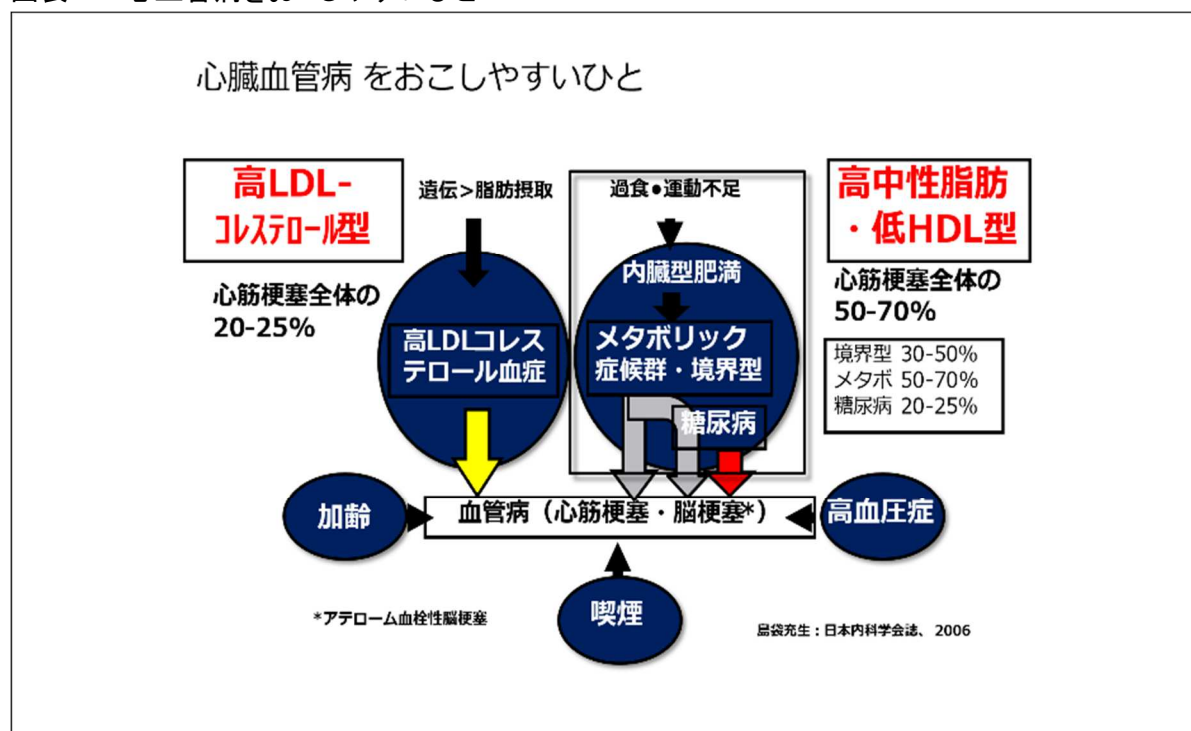
#### (1) 菊池市の実態

第2章での分析結果(図表 41)のとおり、虚血性心疾患で高額になったレセプトは、件数をみるとH30年度とR4年度を見ると14件と横ばいですが、R3年度は26件となっています。内40代・50代が7件で27%ありました。これらのことから、若い年代での虚血性心疾患のリスク因子を持つ方の把握と、発症予防に向けた保健指導が重要と考えます。

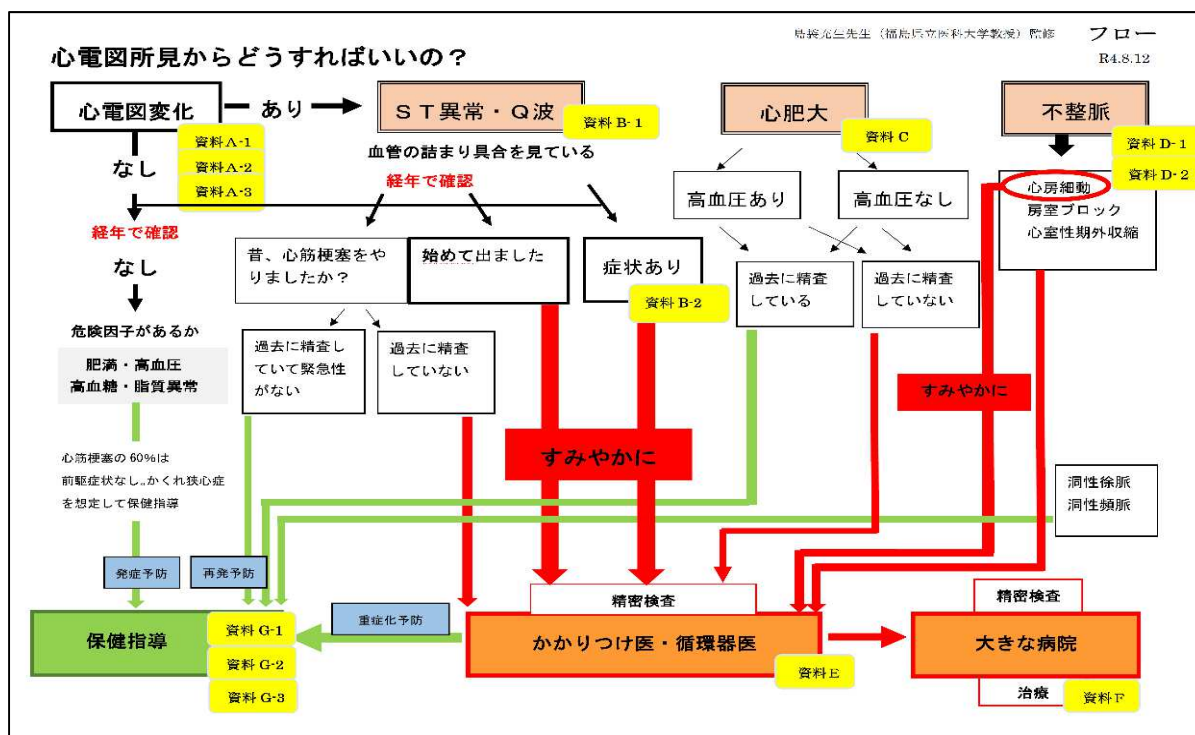
#### (2) 対象者選定基準の考え方

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 75)。また、心電図所見からのフロー図を活用します(図表 76)。

図表 75 心血管病をおこしやすいひと



図表 76 心電図所見からのフロー図



(3)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、健診結果糖尿病・高血圧リスクの重複がある方へ併せて保健指導を実施してきましたが、リスクの高い LDL180 以上の未治療者への受診勧奨等実施していく必要があります。第3期においては、図表 77 を参考に、高リスク者にあたる方について優先的に関わり、確実な医療機関受診や服薬による管理に繋がるよう、効果的な保健指導の実施を目指します。

②メタボタイプ

第4章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」を参照

③心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患予防においても重要な検査の 1 つです。心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は図表 76 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。

菊池市においては、心電図検査を 2,977 人(87.3%)に実施し、そのうち有所見者が 818 人(27.5%)でした。所見の中でも脚ブロックが 181 人(21.6%)で、所見率が一番高い状況でした。(図表 78)

また、集団健診受診者の有所見者 596 人のうち要精査が 9 人(1.5%)で、その後の受診状況を見ると 4 人(44.4%)は未受診でした。(図表 79)。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た受診勧奨を行う必要があります。これまでは、心電図検査結果からの対象者としては心房細動の有所見者のみとしていたため、その他の異常所見についても、図表 76 フロー図を基に必要な方への受診勧奨や保健指導を実施します。

図表 77 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た  
LDLコレステロール管理目標

(参考)  
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL			健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
1,369			590	457	215	107	33	43	144	102	
			43.1%	33.4%	15.7%	7.8%	10.2%	13.4%	44.7%	31.7%	
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	183	87	57	20	19	20	19	0	0
			13.4%	14.7%	12.5%	9.3%	17.8%	60.6%	44.2%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	527	208	180	94	45	5	13	88	33
			38.5%	35.3%	39.4%	43.7%	42.1%	15.2%	30.2%	61.1%	32.4%
高リスク	再掲	120未満 (150未満)	611	272	202	98	39	8	9	53	67
			44.6%	46.1%	44.2%	45.6%	36.4%	24.2%	20.9%	36.8%	65.7%
		100未満 (130未満) ※1	45	26	7	8	4	2	3	2	5
			3.3%	4.4%	1.5%	3.7%	3.7%	6.1%	7.0%	1.4%	4.9%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	48	23	18	3	4	0	2	3	2
			3.5%	3.9%	3.9%	1.4%	3.7%	0.0%	4.7%	2.1%	2.0%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

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

図表 78 心電図検査結果

性別・年齢	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		有所見者数 B		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	割合	人数	割合	人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
40~74歳	2,997	87.3	818	27.5	11	1.3	103	12.3	44	5.3	46	5.5	28	3.3	181	21.6	22	2.6	115	13.9	
内訳	男性	1,414	87.7	458	32.4	5	1.1	58	12.3	19	4.0	26	5.5	19	4.0	118	25.1	17	3.6	66	14.0
	女性	1,583	87.0	360	23.0	6	1.6	45	12.3	25	6.8	20	5.4	9	2.5	63	17.2	5	1.4	49	13.4

菊池市(集団健診受診結果)

図表 79 心電図有所見者の医療機関受診状況(集団健診受診者)

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	596		9	1.5%	5	55.6%	4	44.4%
男性	316	53.0%	5	1.6%	2	40.0%	3	60.0%
女性	280	47.0%	4	1.4%	3	75.0%	1	25.0%

菊池市(集団健診受診結果)



### 3) 保健指導の実施

#### (1)実施期間及びスケジュール

- 5月 対象者の選定基準、概数の試算、介入方法、実施方法の決定
- 6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)

#### (2)受診勧奨及び保健指導

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

図表 80 心電図所見からの保健指導教材(例示)

心電図所見からの保健指導教材	
もくじ	
心電図所見からどうすればいいの? フロー図	
資料A-1	休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです
資料A-2	私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞や心房細動を発症する前に
資料A-3	心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です!
資料B-1	心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何?
資料B-2	心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです!!
資料C	左室肥大って?
資料D-1	不整脈・・・このくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの?
資料D-2	心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです
資料E	ST変化・異常Q波 所見がある方へ
資料F	精密検査を受けて治療が必要になった方へ
資料G-1	狭心症になった人から学びました
資料G-2	健診データの色がついているところに○をしてみましょう
資料G-3	心臓の血管を守るために、今できることは何だろう?
資料G-4	肥満(BMI25以上)になると心臓はどうなるの?

#### (3)重症化予防対象者の管理

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



#### 4) 医療との連携

虚血性心疾患発症予防のためには、LDL やメタボをはじめとするリスク因子のコントロールが重要となります。すでに医療機関に受診中であっても、健診結果においてコントロールが不十分な方については、健診結果(経年表)やその他の連携ツール(糖尿病連携手帳、血圧記録手帳等)等を基に、対象者本人を介して医療機関と連携することとします。また、コントロール状況に課題が大きい者や治療中断が心配される者については、直接医療機関と連携を図る等、対象者の状況に応じた連携を行っていきます。

#### 5) 評価

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標について年に1回評価します。

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

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

### Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

#### 1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取り組みと、生活機能の低下を防止する取り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ります。

#### 2) 事業の実施

菊池市は、令和3年度より熊本県後期高齢者広域連合から、本市が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。

具体的には、

##### ①企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

##### ②地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のため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きます。(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（保険年金課・健康推進課・高齢支援課）との連携が重要となります。

必要な情報及び実態の共有、対象者の引継ぎ等が円滑に進むよう、年度はじめ、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が、介護予防や健康寿命の延伸と深く関わることから、生活習慣病の予防は大変重要です。

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

菊池市においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人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ことから、ライフサイクルの視点で妊娠期からの保健事業についても、生活習慣病予防の視点を加え実施していく必要があると考えます。

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

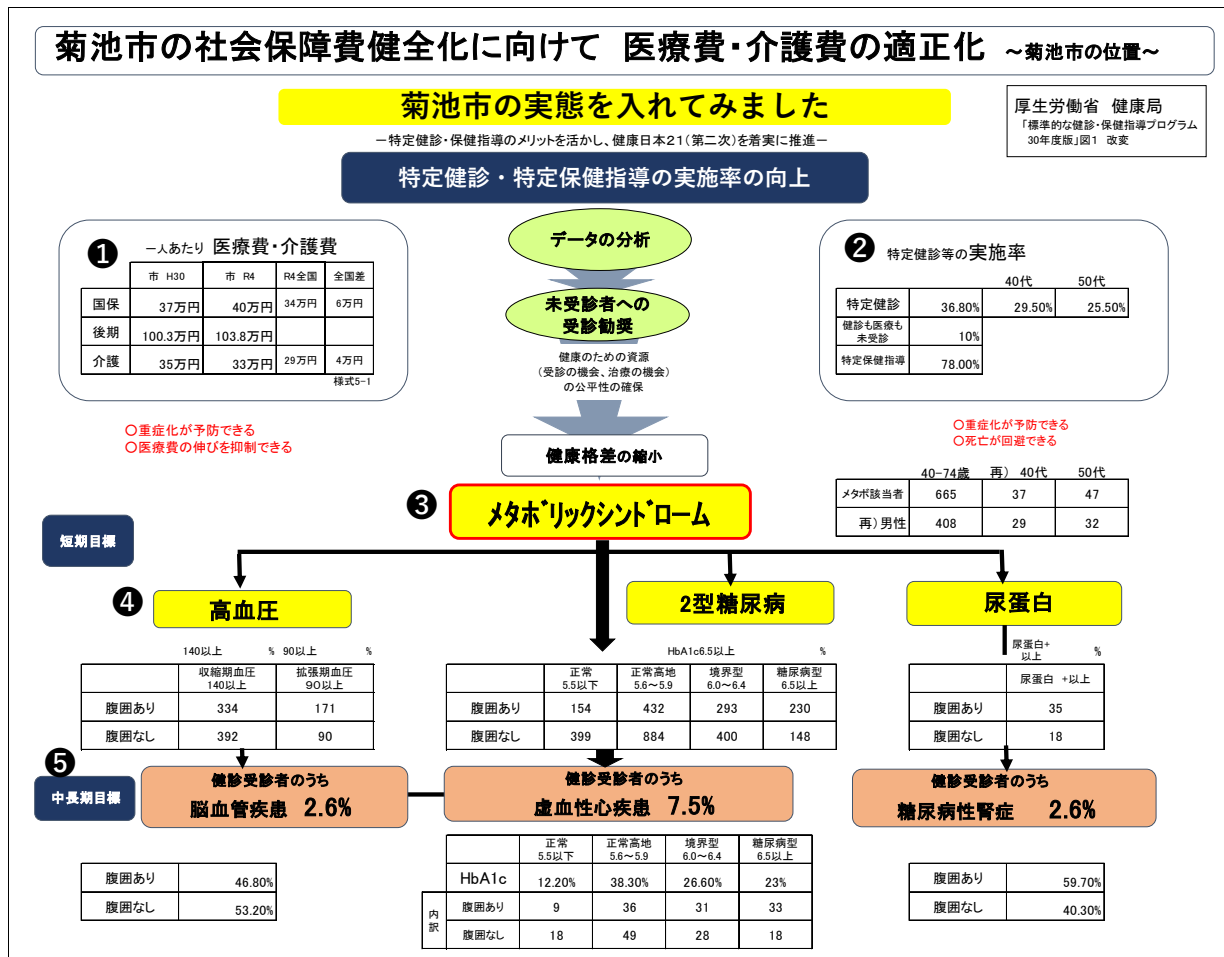
図表 81 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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 - 基本的考え方 - (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)																
		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>発症予防</span> <span style="font-size: 2em;">→</span> <span>重症化予防</span> </div>														
1 根拠法	健康増進法															
6条 健康増進事業実施者	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)					
2 計画	健康増進計画(県) (市町村努力義務) 【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】															
	データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)															
3 年代	妊婦(胎児期)		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳			15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上	
4 健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査			就学時健診 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (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)
	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則(第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)			
5 対象者 健診内容	血糖	95mg/dl以上									空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上					
	HbA1c	6.5%以上									6.5%以上					
	50GCT	1時間値140mg/dl以上														
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上									空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上					
	(診断) 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの														
	身長															
	体重															
	BMI												25以上			
	肥満度				加 <sup>ア</sup> 18以上	肥満度15%以上		肥満度20%以上								
	尿糖	(+) 以上									(+) 以上					
糖尿病家族歴																

## 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り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために菊池市の個人の实態と社会環境等について把握していくとともに、広く市民へ周知していきます。(図表 82、83)

図表 82 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 83 統計からみえる熊本の食

よく購入・消費されているもの		あまり購入・消費されていないもの	
外食等	順位 (対全国比)	食品	順位 (対全国比)
ハンバーガー	1位 (1.4倍)	合いびき肉	1位 (1.7倍)
焼肉	8位 (1.3倍)	鶏肉	2位 (1.3倍)
		ウインナー	9位 (1.1倍)
飲料	順位 (対全国比)	食品	順位 (対全国比)
焼酎	5位 (1.3倍)	マヨネーズ	1位 (1.3倍)
発泡酒	7位 (1.3倍)	ケチャップ	2位 (1.2倍)
乳酸菌飲料	10位 (1.1倍)	ドレッシング	5位 (1.1倍)
		まんじゅう	5位 (1.6倍)
		チョコレート菓子	5位 (1.2倍)
		スナック菓子	10位 (1.2倍)

食習慣

朝食を抜くことが週に3回以上ある	
総数	12位
40~44歳男性	7位
40~44歳女性	8位

総務省統計局 家計調査 2019~2021年平均 第7回NDBオープンデータ

## 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ます。

評価には、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を活用し、評価指標に基づいて各年度の事業評価を実施します。

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

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

#### ※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・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のが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

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

### 2. 個人情報の取扱い

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

## 参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた菊池市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた菊池市の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた菊池市の位置(R4年度)

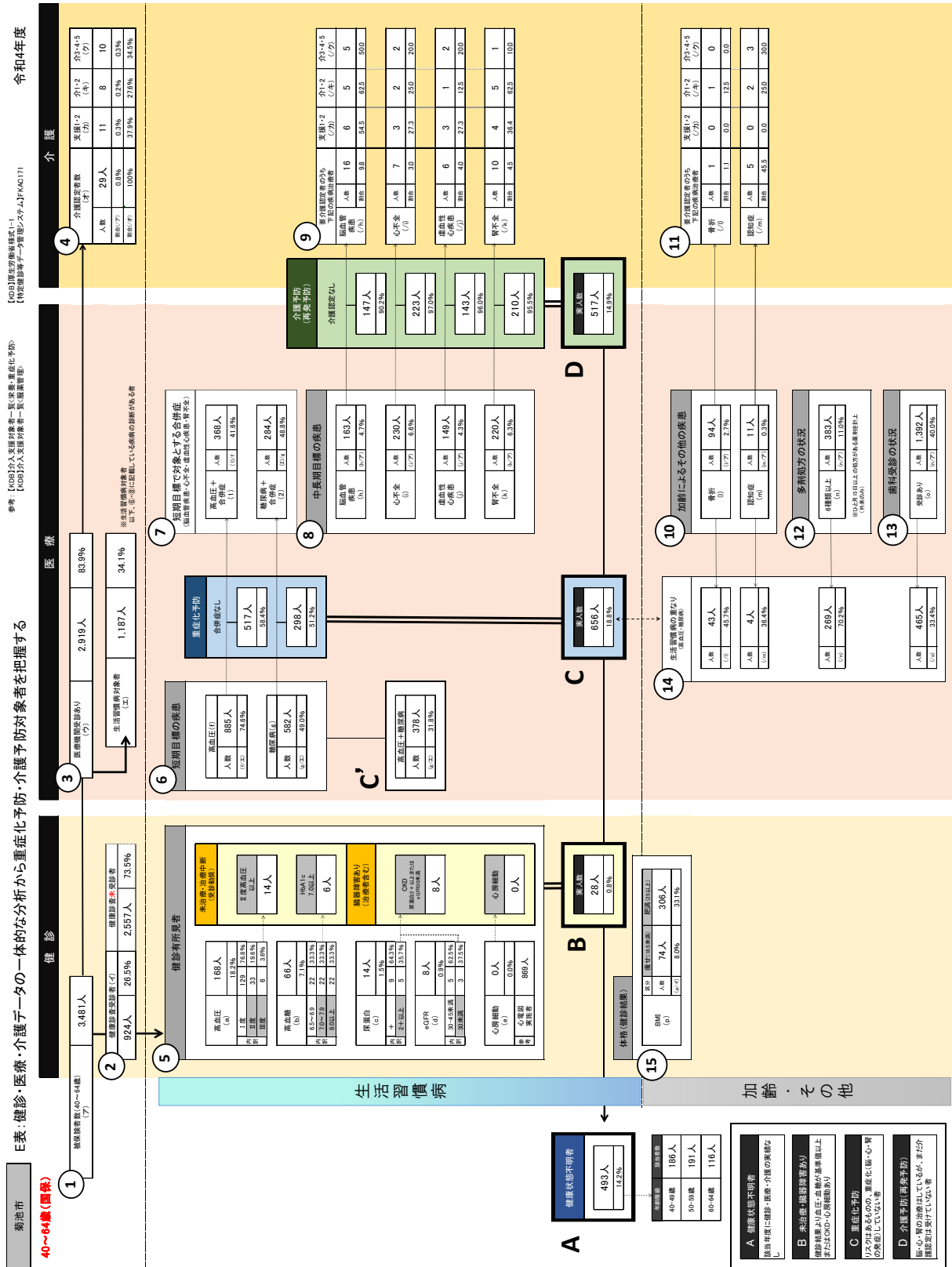
項目			菊池市		同規模平均		熊本県		国					
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1 概況	①	人口構成	総人口		46,235		9,014,657		1,713,102		123,214,261			
			65歳以上(高齢化率)	15,807	34.2	3,263,279	36.2	540,538	31.6	35,335,805	28.7			
			75歳以上	8,377	18.1	--	--	282,460	16.5	18,248,742	14.8			
			65～74歳	7,430	16.1	--	--	258,078	15.1	17,087,063	13.9			
			40～64歳	13,941	30.2	--	--	543,167	31.7	41,545,893	33.7			
			39歳以下	16,487	35.7	--	--	629,397	36.7	46,332,563	37.6			
	②	産業構成	第1次産業	17.7		10.7		9.8		4.0				
			第2次産業	26.5		27.3		21.1		25.0				
			第3次産業	55.8		62.0		69.1		71.0				
	③	平均寿命	男性	80.9		80.4		81.2		80.8				
女性			87.4		86.9		87.5		87.0					
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	81.0		79.7		80.4		80.1					
		女性	84.8		84.3		85.0		84.4					
2 死亡	①	死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		男性		97.5		103.4		94.9		100.0	
					女性		93.2		101.4		94.5		100.0	
			死因	がん	158	47.0	34,996	47.8	5,349	48.2	378,272	50.6		
				心臓病	103	30.7	21,437	29.3	3,242	29.2	205,485	27.5		
				脳疾患	52	15.5	10,886	14.9	1,547	13.9	102,900	13.8		
				糖尿病	3	0.9	1,391	1.9	202	1.8	13,896	1.9		
				腎不全	10	3.0	2,819	3.9	476	4.3	26,946	3.6		
				自殺	10	3.0	1,654	2.3	282	2.5	20,171	2.7		
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計											
			女性											
3 介護	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		3,164	20.3	619,810	19.1	108,069	20.2	6,724,030	19.4		
			新規認定者		33	0.3	10,081	0.3	1,261	0.3	110,289	0.3		
			介護度別 総件数	要支援1.2	11,555	15.0	1,984,426	14.3	380,309	14.2	21,785,044	12.9		
				要介護1.2	35,651	46.4	6,527,659	47.0	1,309,567	49.0	78,107,378	46.3		
				要介護3以上	29,651	38.6	5,384,278	38.7	984,793	36.8	68,963,503	40.8		
	2号認定者		46	0.3	10,759	0.4	1,879	0.3	156,107	0.4				
	②	有病状況	糖尿病	759	22.8	154,694	23.8	25,945	23.1	1,712,613	24.3			
			高血圧症	1,918	58.8	352,398	54.8	65,761	58.7	3,744,672	53.3			
			脂質異常症	937	29.1	203,112	31.2	37,156	32.8	2,308,216	32.6			
			心臓病	2,101	64.8	397,324	61.9	73,556	65.7	4,224,628	60.3			
脳疾患			703	21.5	151,330	23.9	25,387	22.8	1,568,292	22.6				
がん			389	12.0	74,764	11.4	13,445	12.0	837,410	11.8				
筋・骨格			1,839	56.7	350,465	54.5	66,287	59.2	3,748,372	53.4				
精神			1,298	40.5	246,296	38.6	45,259	40.5	2,569,149	36.8				
③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		330,055	5,217,182,573	300,230		310,858		290,668				
		1件当たり給付費(全体)		67,882		70,503		62,823		59,662				
		居宅サービス		42,801		43,936		42,088		41,272				
		施設サービス		314,412		291,914		303,857		296,364				
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	9,745		9,043		9,463		8,610				
		認定なし	3,947		4,284		4,221		4,020					
4 医療	①	国保の状況	被保険者数		11,472		2,020,054		383,407		27,488,882			
			65～74歳	5,206	45.4	--	--	174,230	45.4	11,129,271	40.5			
			40～64歳	3,481	30.3	--	--	118,490	30.9	9,088,015	33.1			
			39歳以下	2,785	24.3	--	--	90,687	23.7	7,271,596	26.5			
	加入率		24.8		22.4		22.4		22.3					
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	5	0.4	873	0.4	208	0.5	8,237	0.3			
			診療所数	44	3.8	7,141	3.5	1,473	3.8	102,599	3.7			
			病床数	550	47.9	136,833	67.7	32,745	85.4	1,507,471	54.8			
			医師数	73	6.4	19,511	9.7	5,415	14.1	339,611	12.4			
			外来患者数	747.6		728.3		768.9		687.8				
入院患者数			25.4		23.6		26.2		17.7					
③	医療費の 状況	一人当たり医療費		403,547	県内28位 同規模125位	394,521		407,772		339,680				
		受診率		772,927		751,942		795,102		705,439				
		外来	費用の割合	55.4		56.7		54.5		60.4				
			件数の割合	96.7		96.9		96.7		97.5				
		入院	費用の割合	44.6		43.3		45.5		39.6				
件数の割合	3.3			3.1		3.3		2.5						
1件あたり在院日数		18.4日		17.1日		18.1日		15.7日						

4	医療	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	543,794,860	23.7	31.3	27.3	32.2					
				慢性腎不全(透析あり)	256,709,410	11.2	7.5	10.7	8.2					
				糖尿病	280,226,400	12.2	10.8	10.9	10.4					
				高血圧症	139,048,380	6.1	6.3	6.0	5.9					
				脂質異常症	66,634,520	2.9	3.8	3.3	4.1					
				脳梗塞・脳出血	81,223,170	3.6	3.9	3.6	3.9					
				狭心症・心筋梗塞	55,895,170	2.4	2.6	2.0	2.8					
				精神	465,526,070	20.3	16.2	18.6	14.7					
		筋・骨格	386,730,780	16.9	16.7	16.6	16.7							
		⑤	一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	290	0.2	380	0.2	435	0.2	256	0.2	
					糖尿病	3,106	1.7	1,531	0.9	2,168	1.2	1,144	0.9	
					脂質異常症	143	0.1	89	0.1	117	0.1	53	0.0	
					脳梗塞・脳出血	6,479	3.6	7,151	4.2	7,036	3.8	5,993	4.5	
					虚血性心疾患	3,944	2.2	4,385	2.6	3,398	1.8	3,942	2.9	
腎不全	4,650				2.6	4,815	2.8	5,404	2.9	4,051	3.0			
⑤	一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	11,831	5.3	13,011	5.8	12,283	5.5	10,143	4.9			
			糖尿病	21,971	9.8	22,014	9.8	21,299	9.6	17,720	8.6			
			脂質異常症	5,666	2.5	7,959	3.6	6,890	3.1	7,092	3.5			
			脳梗塞・脳出血	601	0.3	1,056	0.5	625	0.3	825	0.4			
			虚血性心疾患	1,669	0.7	1,975	0.9	1,621	0.7	1,722	0.8			
			腎不全	30,752	13.8	18,492	8.3	23,648	10.6	15,781	7.7			
⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	1,979		2,592		2,450		2,031				
			健診未受診者	13,291		13,920		13,484		13,295				
		生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	5,539		7,237		6,758		6,142				
			健診未受診者	37,193		38,862		37,197		40,210				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,742	60.3	346,525	57.5	57,103	56.9	3,881,055	57.0				
		医療機関受診率	1,591	55.1	313,811	52.0	51,599	51.4	3,543,116	52.0				
		医療機関非受診率	151	5.2	32,714	5.4	5,504	5.5	337,939	5.0				
5	健診	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	特定健診の 状況 県内市町村数 63市町村 同規模市区町村数 280市町村	健診受診者	2,890		602,959		100,397		6,812,842			
				受診率	36.5	県内42位 同規模201位	40.5	37.4	全国25位	37.1				
				特定保健指導終了者(実施率)	280	73.7	17,768	26.0	4,220	35.2	107,925	13.4		
				非肥満高血糖	327	11.3	64,401	10.7	8,910	8.9	615,549	9.0		
				メタボ	該当者	654	22.6	128,378	21.3	20,842	20.8	1,382,506	20.3	
					男性	462	33.5	88,752	32.7	14,553	32.4	965,486	32.0	
					女性	192	12.7	39,626	12.0	6,289	11.3	417,020	11.0	
					予備群	310	10.7	65,375	10.8	12,101	12.1	765,405	11.2	
				メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	1,092	37.8	211,634	35.1	36,516	36.4	2,380,778	34.9
						男性	751	54.4	146,680	54.0	25,219	56.1	1,666,592	55.3
						女性	341	22.6	64,954	19.6	11,297	20.4	714,186	18.8
						総数	109	3.8	31,853	5.3	4,279	4.3	320,038	4.7
				メタボ該当・予備群レベル	BMI	男性	24	1.7	4,979	1.8	632	1.4	51,248	1.7
						女性	85	5.6	26,874	8.1	3,647	6.6	268,790	7.1
						血糖のみ	26	0.9	4,028	0.7	725	0.7	43,519	0.6
						血圧のみ	224	7.8	46,822	7.8	8,779	8.7	539,490	7.9
				メタボ該当・予備群レベル	予備群	脂質のみ	60	2.1	14,525	2.4	2,597	2.6	182,396	2.7
						血糖・血圧	136	4.7	20,016	3.3	3,629	3.6	203,072	3.0
						血糖・脂質	46	1.6	6,637	1.1	1,026	1.0	70,267	1.0
血圧・脂質	251	8.7	58,253			9.7	9,426	9.4	659,446	9.7				
血糖・血圧・脂質	221	7.6	43,472			7.2	6,761	6.7	449,721	6.6				
高血圧	1,060	36.7	236,115			39.2	38,063	37.9	2,428,038	35.6				
糖尿病	327	11.3	59,860			9.9	9,312	9.3	589,470	8.7				
① ②	問診の状況	服薬	脂質異常症	668	23.1	176,172	29.2	26,927	26.8	1,899,637	27.9			
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	67	2.6	19,155	3.3	2,984	3.0	207,385	3.1			
③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	6	問診の状況	既往歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	109	4.2	34,801	5.9	5,604	5.6	365,407	5.5		
				腎不全	20	0.8	5,373	0.9	672	0.7	53,898	0.8		
				貧血	289	11.2	58,230	10.0	10,832	11.0	702,088	10.7		
				喫煙	455	15.7	77,778	12.9	13,656	13.6	939,212	13.8		
				週3回以上朝食を抜く	262	10.6	44,690	7.9	9,465	10.4	642,886	10.4		
				週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
				週3回以上就寝前夕食(H30～)	398	16.1	85,443	15.0	13,769	14.9	976,348	15.7		
				週3回以上就寝前夕食	398	16.1	85,443	15.0	13,769	14.9	976,348	15.7		
				食べる速度が速い	739	29.8	152,716	26.8	25,388	27.4	1,659,705	26.8		
				20歳時体重から10kg以上増加	938	37.9	197,996	34.7	32,936	36.1	2,175,065	35.0		
				1回30分以上運動習慣なし	1,441	58.2	357,338	62.7	57,040	61.6	3,749,069	60.4		
				1日1時間以上運動なし	1,194	48.2	270,721	47.2	47,045	50.9	2,982,100	48.0		
				睡眠不足	592	23.9	142,888	25.0	22,904	24.7	1,587,311	25.6		
				毎日飲酒	853	30.5	147,864	25.4	25,909	26.2	1,658,999	25.5		
時々飲酒	645	23.1	119,430	20.5	23,658	24.0	1,463,468	22.5						
⑭	一日飲酒量	1合未満	1,799	71.6	236,943	62.8	54,337	68.5	2,978,351	64.1				
		1～2合	525	20.9	94,723	25.1	17,843	22.5	1,101,465	23.7				
		2～3合	149	5.9	35,964	9.5	5,655	7.1	434,461	9.4				
		3合以上	39	1.6	9,408	2.5	1,463	1.8	128,716	2.8				



参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40～64歳(国保)



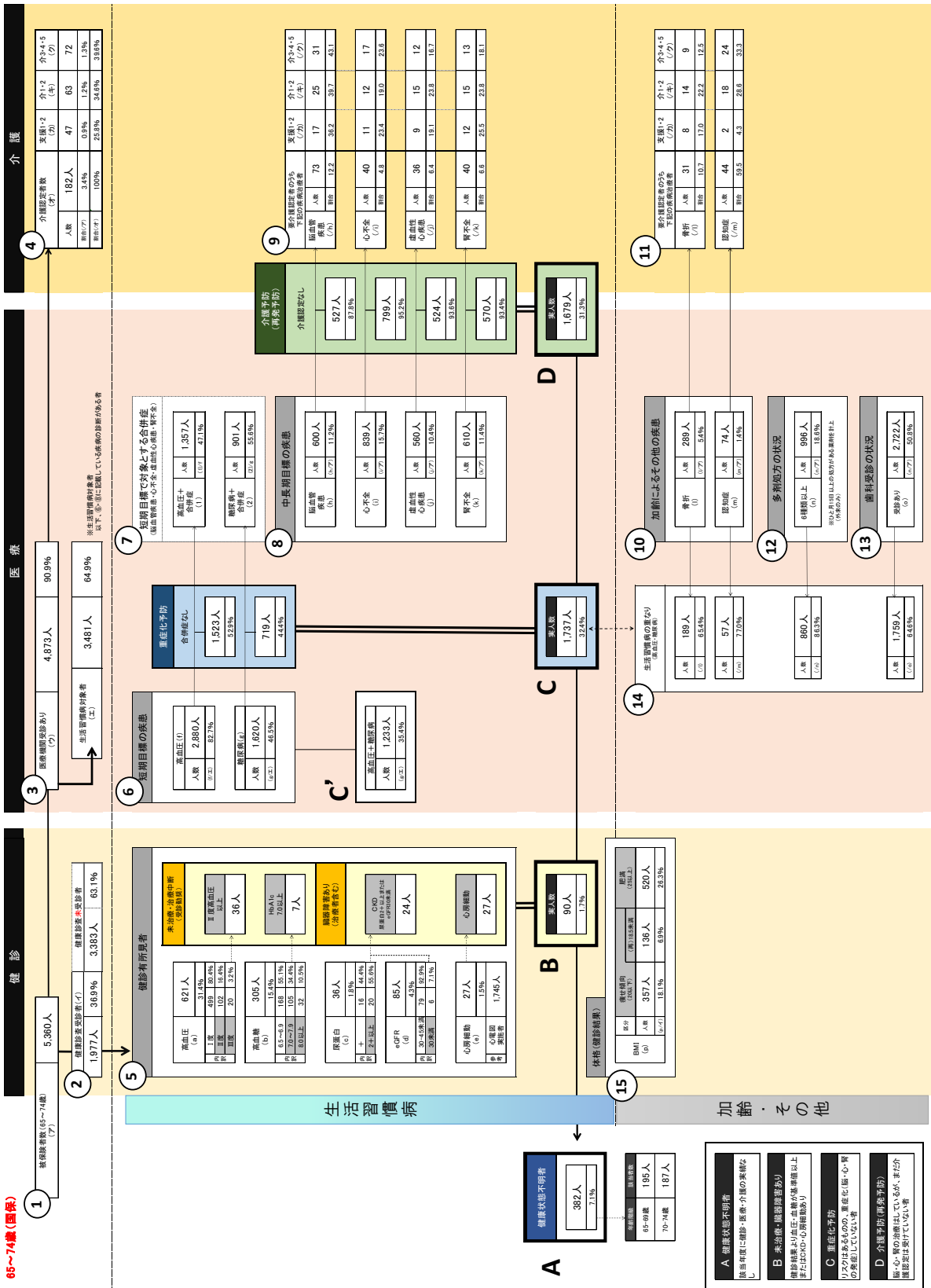
② 65～74 歳(国保)

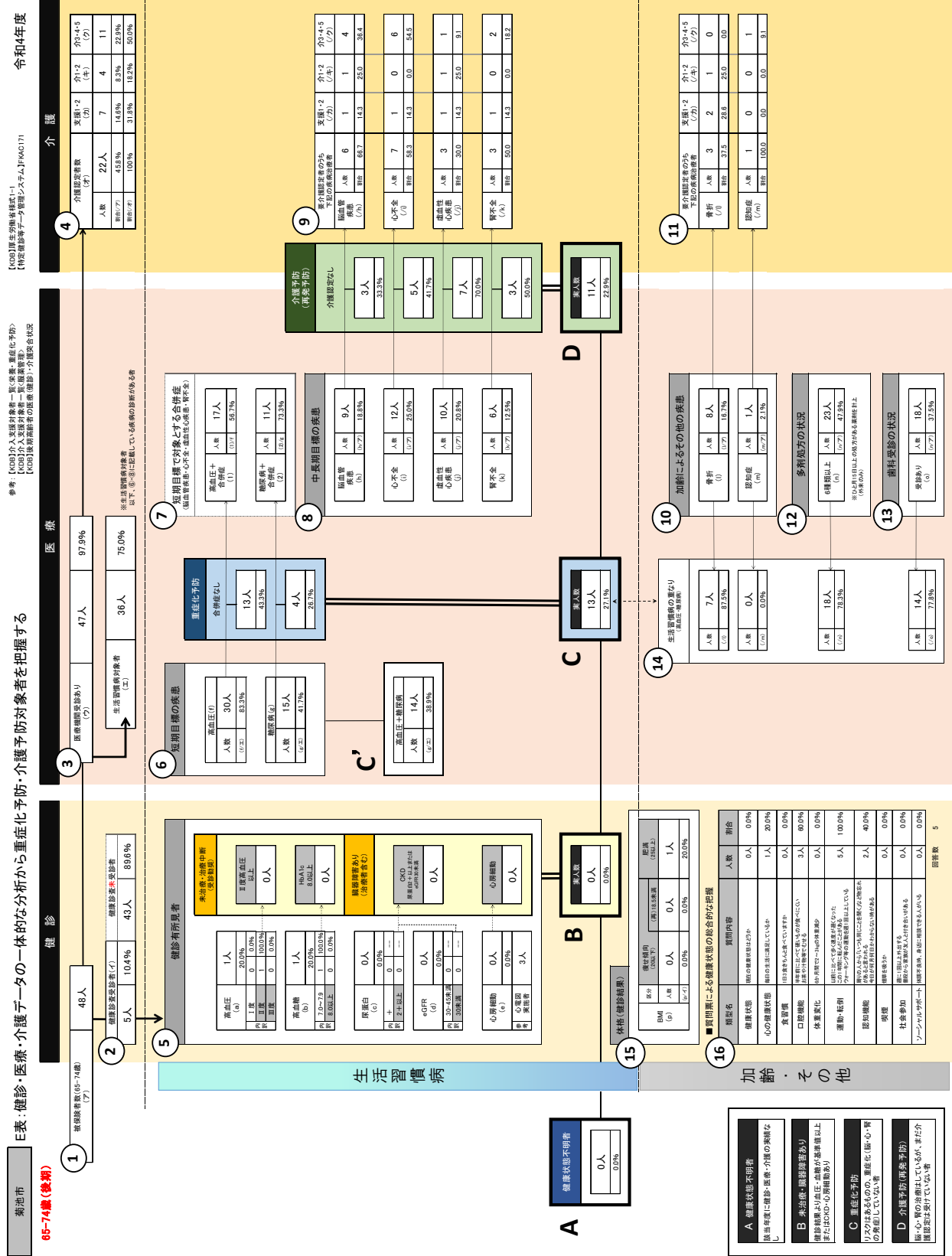
令和4年度

【国保】厚生労働省標準様式-1  
【国保】介護予防管理システム(FAC17)

参考：【65】介護予防対象一覧(介護予防・重症化予防)  
【65】介護予防対象一覧(介護予防)

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





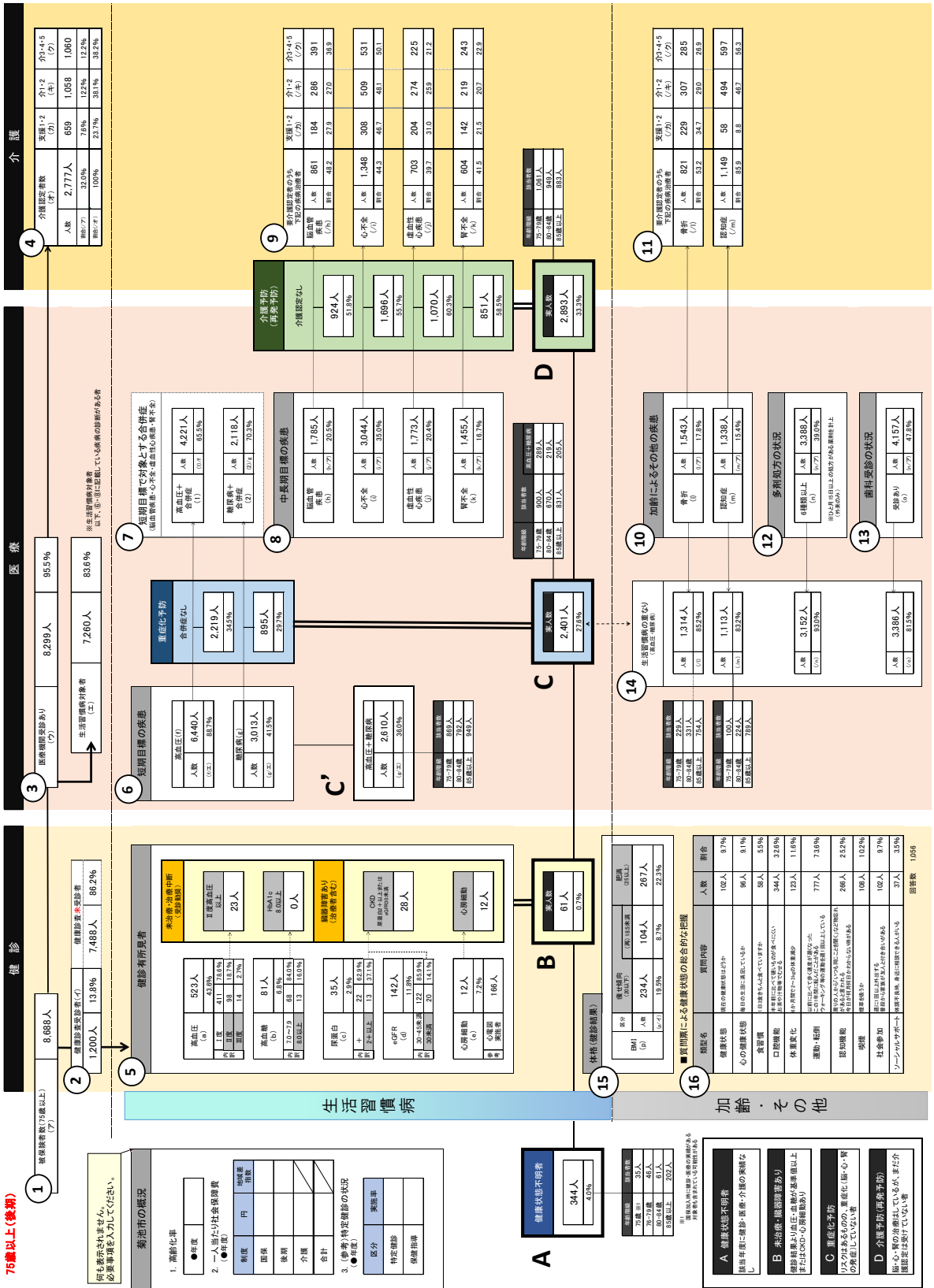
④75歳以上(後期)

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

【(中)】厚生労働省「健康づくり計画(2017)」  
【(特)】特定高齢者への介護予防(要介護1・2)の割合

参考：【(中)】介護介入生活者の割合(重症化予防)  
【(特)】介護介入生活者の割合(重症化予防)

75歳以上(後期)



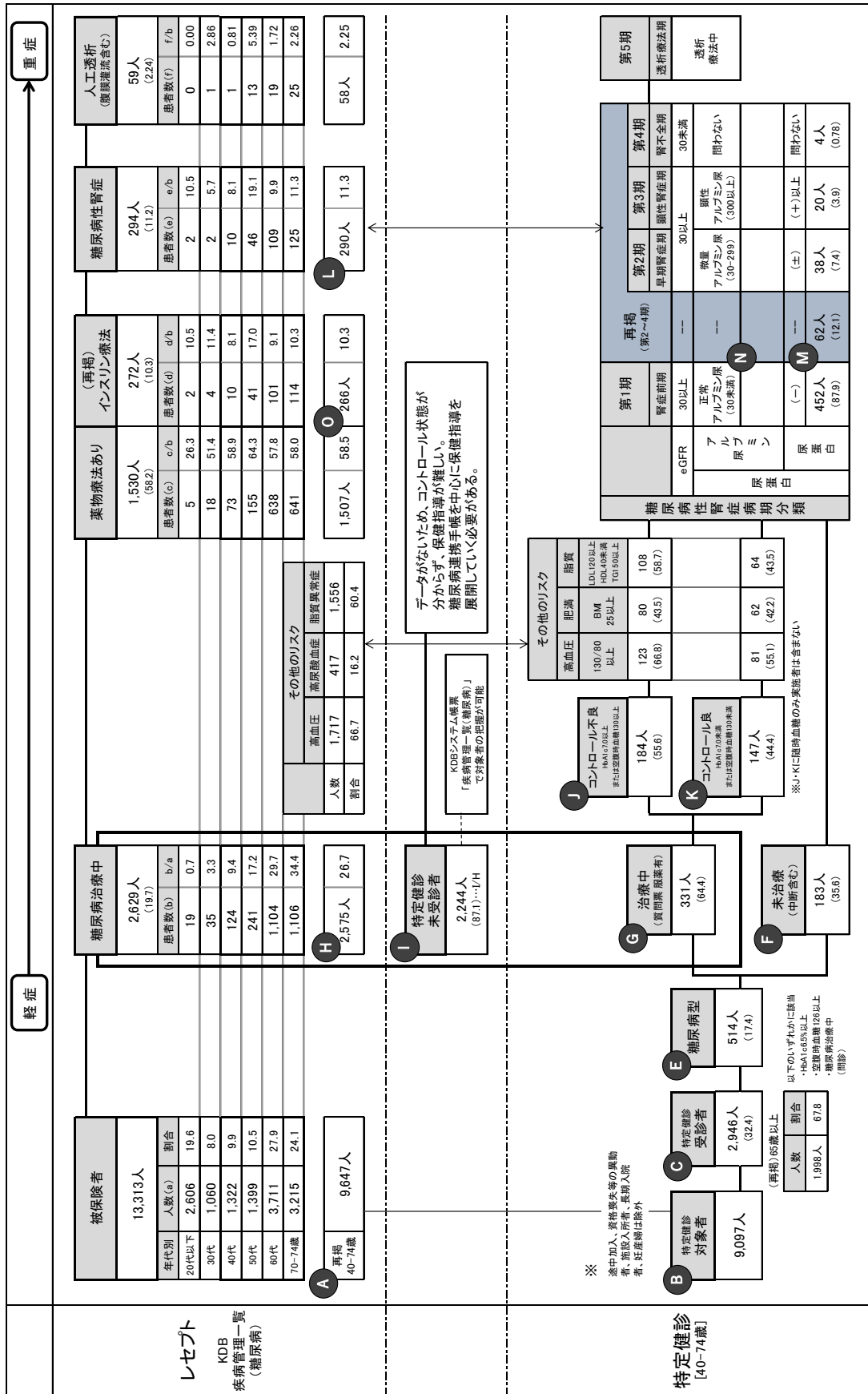
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	菊池市								同規模保険者(平均)		データ基						
		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度								
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合							
1	被保険者数	①	13,153人		12,617人		12,414人		12,144人		KDB 厚生労働省様式様式3-2							
		②	9.02%		9,656人		9,403人		9,374人			9,181人						
2	特定健診	①	8,480人		8,396人		8,272人		7,853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	2,882人		2,206人		3,021人		2,977人									
		③	34.0%		26.3%		36.5%		37.9%									
3	特定保健指導	①	429人		336人		425人		380人									
		②	62.7%		81.5%		83.3%		77.9%									
4	健診データ	①	糖尿病型		E		434人 15.1%		329人 14.9%		471人 15.6%		518人 17.4%		特定健診結果			
		②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)		F		187人 43.1%		149人 45.3%		164人 34.8%		184人 35.5%					
		③	治療中(質問票 服薬あり)		G		247人 56.9%		180人 54.7%		307人 65.2%		334人 64.5%					
		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		163人 66.0%		107人 59.4%		150人 48.9%		184人 55.1%					
		⑤	血圧 130/80以上		J		91人 55.8%		68人 63.6%		94人 62.7%		123人 66.8%					
		⑥	肥満 BMI25以上		J		75人 46.0%		52人 48.6%		60人 40.0%		80人 43.5%					
		⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		K		84人 34.0%		73人 40.6%		157人 51.1%		150人 44.9%					
		⑧	第1期 尿蛋白(-)		M		364人 83.9%		292人 88.8%		416人 88.3%		456人 88.0%					
		⑨	第2期 尿蛋白(±)		M		32人 7.4%		19人 5.8%		32人 6.8%		38人 7.3%					
		⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		M		23人 5.3%		17人 5.2%		20人 4.2%		20人 3.9%					
		⑪	第4期 eGFR30未満		M		4人 0.9%		1人 0.3%		3人 0.6%		4人 0.8%					
5	レセプト	①	糖尿病受療率(被保険者千対)				117.1人		111.0人		119.5人		131.3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)				157.3人		147.1人		156.1人		171.8人					
		③	レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対		入院外(件数)		8,770件 (939.8)		8,708件 (941.0)				9,355件 (1076.9)		1,557,522件 (951.6)		KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④			入院(件数)		83件 (8.9)		59件 (6.4)				76件 (8.7)		7,406件 (4.5)			
		⑤	糖尿病治療中		H		1,540人 11.7%		1,400人 11.1%		1,483人 11.9%		1,594人 13.1%		KDB 厚生労働省様式様式3-2			
		⑥	(再掲)40-74歳		H		1,519人 15.7%		1,383人 14.7%		1,463人 15.6%		1,577人 17.2%					
		⑦	健診未受診者		I		1,269人 83.5%		1,203人 87.0%		1,156人 79.0%		1,243人 78.8%					
		⑧	インスリン治療		O		152人 9.9%		136人 9.7%		172人 11.6%		159人 10.0%					
		⑨	(再掲)40-74歳		O		149人 9.8%		135人 9.8%		168人 11.5%		158人 10.0%					
		⑩	糖尿病性腎症		L		148人 9.6%		127人 9.1%		146人 9.8%		163人 10.2%					
		⑪	(再掲)40-74歳		L		147人 9.7%		126人 9.1%		144人 9.8%		163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)				53人 3.4%		58人 4.1%		55人 3.7%		52人 3.3%					
		⑬	(再掲)40-74歳				52人 3.4%		57人 4.1%		54人 3.7%		51人 3.2%					
		⑭	新規透析患者数				7人 0.10%		1人 0.01%		3人 0.02%		4人 0.03%					
		⑮	(再掲)糖尿病性腎症				1人 14.30%		0人 0%		2人 66.70%		2人 50.00%					
		⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)				35人 1.8%		34人 1.8%		31人 1.6%		36人 1.7%			KDB 厚生労働省様式様式3-2 ※後期		
6	医療費	①	総医療費				49億1643万円		46億6155万円		48億1459万円		46億2950万円			28億4626万円		KDB 健診・医療・介護データから みられる地域の健康課題
		②	生活習慣病総医療費				26億4818万円		24億1009万円		24億5951万円		22億9288万円			15億3700万円		
		③	(総医療費に占める割合)				53.9%		51.7%		51.1%		49.5%			54.0%		
		④	生活習慣病 対象者 一人あたり		健診受診者		5,378円		3,376円		5,855円		5,539円			7,237円		
		⑤			健診未受診者		41,549円		40,040円		37,045円		37,193円		38,862円			
		⑥	糖尿病医療費				2億6875万円		2億6634万円		2億9630万円		2億8023万円		1億6596万円			
		⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)				10.1%		11.1%		12.0%		12.2%		10.8%			
		⑧	糖尿病入院外総医療費				8億4946万円		8億1505万円		8億4926万円		8億4327万円					
		⑨	1件あたり				44,144円		43,113円		41,291円		41,304円					
		⑩	糖尿病入院総医療費				5億4998万円		5億4400万円		6億0244万円		5億9735万円					
		⑪	1件あたり				560,062円		594,540円		619,793円		632,786円					
		⑫	在院日数				18日		20日		19日		18日					
		⑬	慢性腎不全医療費				3億1276万円		3億0346万円		2億8726万円		2億6512万円		1億2396万円			
		⑭	透析有り				3億0606万円		2億9577万円		2億7798万円		2億5671万円		1億1532万円			
		⑮	透析なし				671万円		769万円		929万円		841万円		863万円			
7	介護	①	介護給付費				52億5998万円		52億0390万円		52億5217万円		52億1718万円		34億9905万円			
		②	(2号認定者)糖尿病合併症				7件 28.0%		5件 23.8%		5件 22.7%		6件 24.0%					
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)				8人 1.2%		2人 0.3%		8人 1.2%		3人 0.5%		2,819人 1.0%		KDB 健診・医療・介護データ からみられる地域の健康課題	

参考資料4 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

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

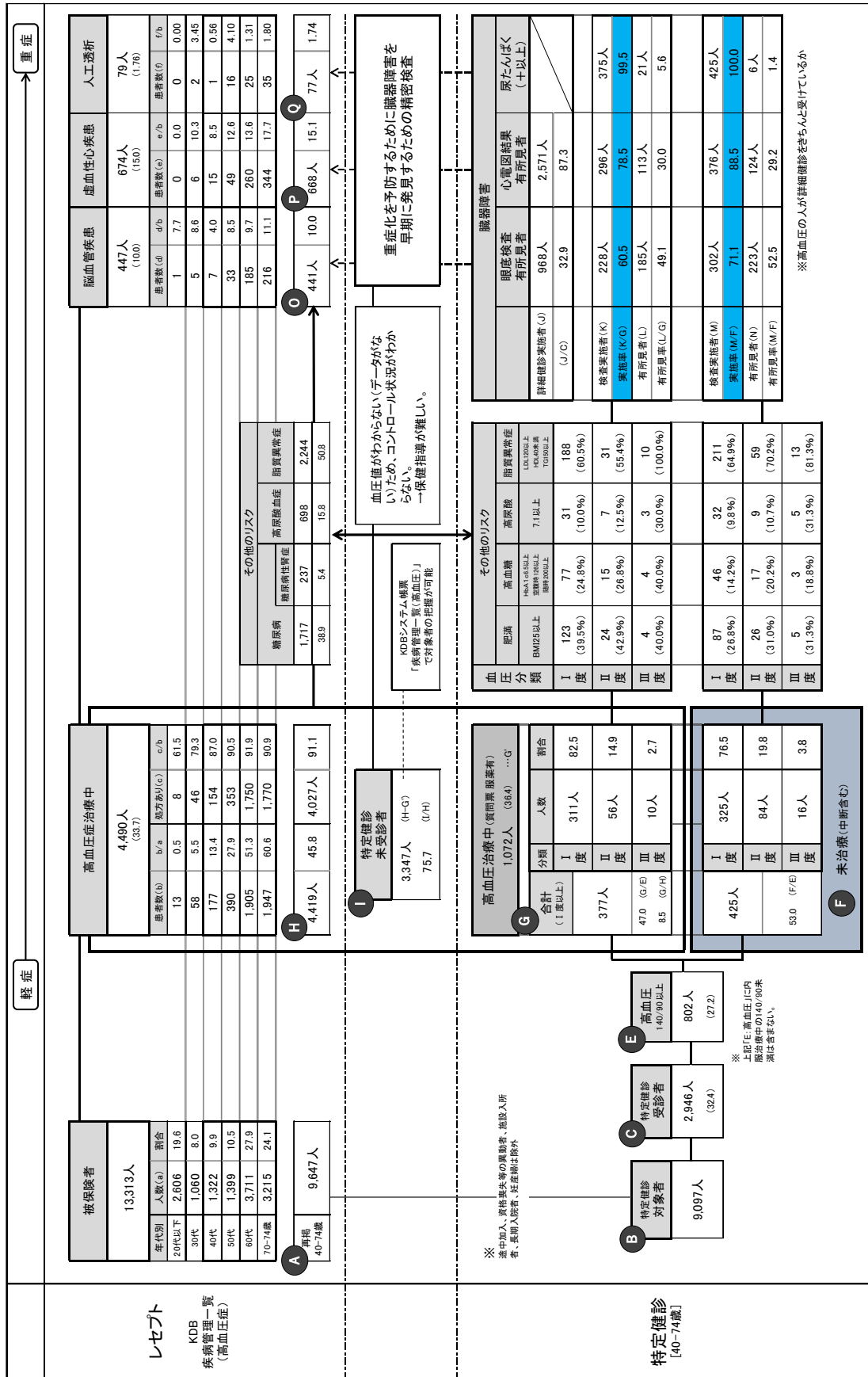


※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)  
 ※レセプト情報のみで把握できない項目については、「KDB概要」介入対象者一覧(業種・重症化予防)から集計

参考資料5 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

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

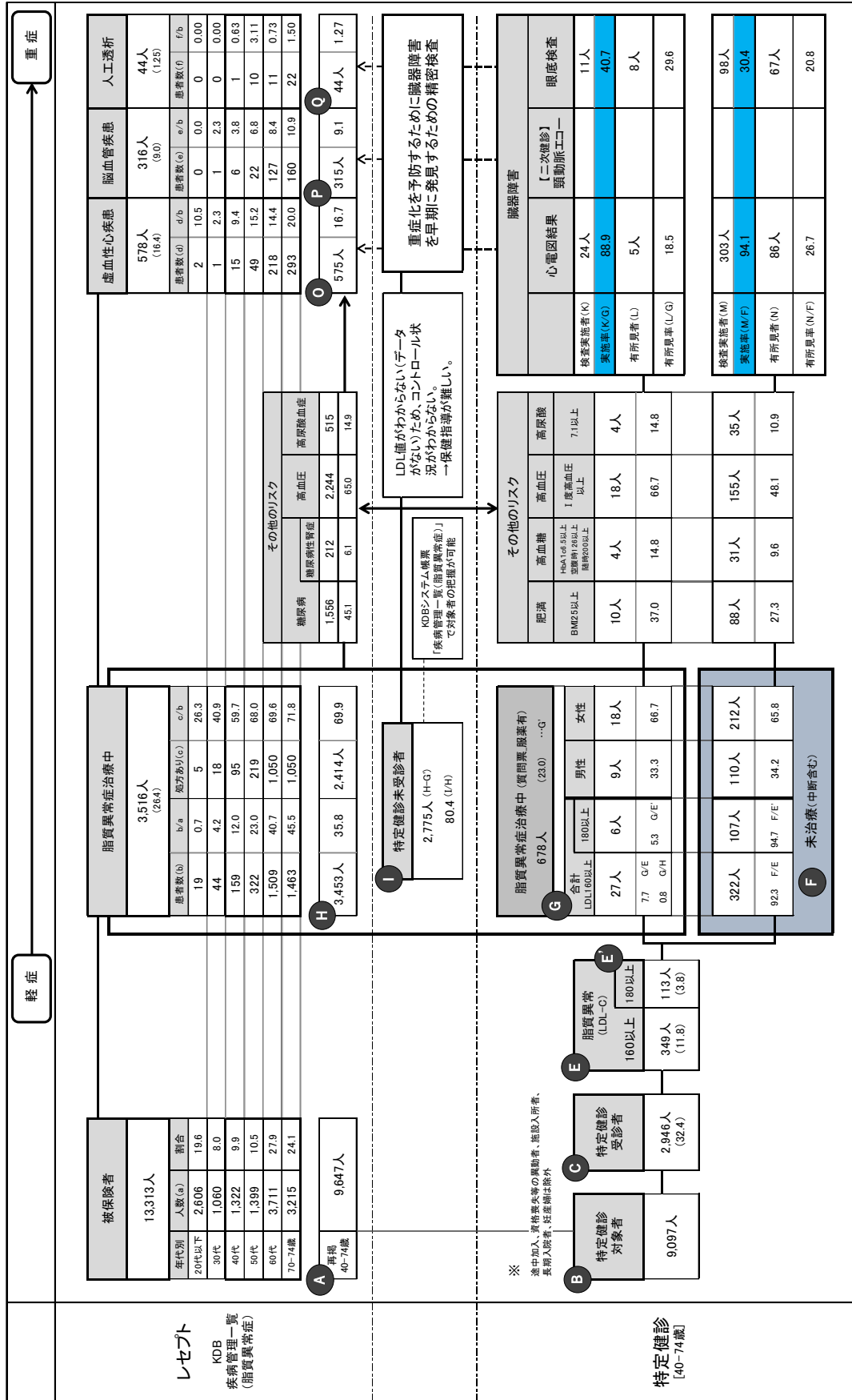
令和04年度



参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

脂質異常症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



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)  
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB帳票\_介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計



参考資料7 HbA1Cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
								合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
A		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H29	2,891	588	20.3%	1,343	46.5%	665	23.0%	160	5.5%	102	3.5%	33	1.1%	79	2.7%	19	0.7%
H30	2,936	870	29.6%	1,322	45.0%	470	16.0%	150	5.1%	92	3.1%	32	1.1%	62	2.1%	18	0.6%
R01	2,882	725	25.2%	1,266	43.9%	589	20.4%	166	5.8%	103	3.6%	33	1.1%	73	2.5%	17	0.6%
R02	2,173	458	21.1%	959	44.1%	521	24.0%	133	6.1%	72	3.3%	30	1.4%	61	2.8%	20	0.9%
R03	2,966	678	22.9%	1,318	44.4%	648	21.8%	169	5.7%	118	4.0%	35	1.2%	84	2.8%	26	0.9%
R04	2,940	553	18.8%	1,316	44.8%	693	23.6%	192	6.5%	131	4.5%	55	1.9%	97	3.3%	36	1.2%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲		再掲率
					再)7.0以上	未治療	治療			
H29	2,891	588 20.3%	1,343 46.5%	665 23.0%	295 10.2%	125 42.4%	170 57.6%	10.2%	4.7%	
H30	2,936	870 29.6%	1,322 45.0%	470 16.0%	274 9.3%	95 34.7%	179 65.3%	9.3%	4.2%	
R01	2,882	725 25.2%	1,266 43.9%	589 20.4%	302 10.5%	122 40.4%	180 59.6%	10.5%	4.7%	
R02	2,173	458 21.1%	959 44.1%	521 24.0%	235 10.8%	109 46.4%	126 53.6%	10.8%	4.7%	
R03	2,966	678 22.9%	1,318 44.4%	648 21.8%	322 10.9%	119 37.0%	203 63.0%	10.9%	5.2%	
R04	2,940	553 18.8%	1,316 44.8%	693 23.6%	378 12.9%	143 37.8%	235 62.2%	12.9%	6.3%	

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
								合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる							
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
A		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
治療中	H29	223	7.7%	3	1.3%	10	4.5%	40	17.9%	75	33.6%	72	32.3%	23	10.3%	61	27.4%	12	5.4%
	H30	250	8.5%	2	0.8%	13	5.2%	56	22.4%	79	31.6%	75	30.0%	25	10.0%	51	20.4%	12	4.8%
	R01	247	8.6%	2	0.8%	8	3.2%	57	23.1%	76	30.8%	79	32.0%	25	10.1%	58	23.5%	11	4.5%
	R02	179	8.2%	0	0.0%	10	5.6%	43	24.0%	52	29.1%	53	29.6%	21	11.7%	43	24.0%	12	6.7%
	R03	303	10.2%	5	1.7%	17	5.6%	78	25.7%	96	31.7%	83	27.4%	24	7.9%	63	20.8%	17	5.6%
R04	331	11.3%	2	0.6%	16	4.8%	78	23.6%	93	28.1%	103	31.1%	39	11.8%	75	22.7%	23	6.9%	
治療なし	H29	2,668	92.3%	585	21.9%	1,333	50.0%	625	23.4%	85	3.2%	30	1.1%	10	0.4%	18	0.7%	7	0.3%
	H30	2,686	91.5%	868	32.3%	1,309	48.7%	414	15.4%	71	2.6%	17	0.6%	7	0.3%	11	0.4%	6	0.2%
	R01	2,635	91.4%	723	27.4%	1,258	47.7%	532	20.2%	90	3.4%	24	0.9%	8	0.3%	15	0.6%	6	0.2%
	R02	1,994	91.8%	458	23.0%	949	47.6%	478	24.0%	81	4.1%	19	1.0%	9	0.5%	18	0.9%	8	0.4%
	R03	2,663	89.8%	673	25.3%	1,301	48.9%	570	21.4%	73	2.7%	35	1.3%	11	0.4%	21	0.8%	9	0.3%
R04	2,609	88.7%	551	21.1%	1,300	49.8%	615	23.6%	99	3.8%	28	1.1%	16	0.6%	22	0.8%	13	0.5%	

## 参考資料8 血圧の年次比較

### 血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		I度		II度		III度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	2,891	912	31.5%	521	18.0%	720	24.9%	609	21.1%	115	4.0%	14	0.5%
H30	2,937	942	32.1%	515	17.5%	784	26.7%	539	18.4%	134	4.6%	23	0.8%
R01	2,882	966	33.5%	547	19.0%	801	27.8%	462	16.0%	95	3.3%	11	0.4%
R02	2,173	564	26.0%	387	17.8%	638	29.4%	439	20.2%	125	5.8%	20	0.9%
R03	2,974	801	26.9%	563	18.9%	870	29.3%	579	19.5%	140	4.7%	21	0.7%
R04	2,946	768	26.1%	549	18.6%	827	28.1%	636	21.6%	140	4.8%	26	0.9%

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

### 重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I度 高血圧	II度高血圧以上			再掲		再)III度高血圧	未治療	治療	割合	割合
					再)II度高血圧	割合	割合	割合	割合					
H29	2,891	1,433 49.6%	720 24.9%	609 21.1%	129 4.5%	77 59.7%	52 40.3%	14 0.5%	9 64.3%	5 35.7%	0.5%	4.5%		
H30	2,937	1,457 49.6%	784 26.7%	539 18.4%	157 5.3%	102 65.0%	55 35.0%	23 0.8%	17 73.9%	6 26.1%	0.8%	5.3%		
R01	2,882	1,513 52.5%	801 27.8%	462 16.0%	106 3.7%	66 62.3%	40 37.7%	11 0.4%	6 54.5%	5 45.5%	0.4%	3.7%		
R02	2,173	951 43.8%	638 29.4%	439 20.2%	145 6.7%	98 67.6%	47 32.4%	20 0.9%	16 80.0%	4 20.0%	0.9%	6.7%		
R03	2,974	1,364 45.9%	870 29.3%	579 19.5%	161 5.4%	93 57.8%	68 42.2%	21 0.7%	14 66.7%	7 33.3%	0.7%	5.4%		
R04	2,946	1,317 44.7%	827 28.1%	636 21.6%	166 5.6%	100 60.2%	66 39.8%	26 0.9%	16 61.5%	10 38.5%	0.9%	5.6%		

### 治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		I度		II度		III度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	841	29.1%	126	15.0%	150	17.8%	258	30.7%	255	30.3%	47	5.6%	5	0.6%
	H30	865	29.5%	146	16.9%	167	19.3%	281	32.5%	216	25.0%	49	5.7%	6	0.7%
	R01	920	31.9%	174	18.9%	173	18.8%	320	34.8%	213	23.2%	35	3.8%	5	0.5%
	R02	704	32.4%	89	12.6%	110	15.6%	254	36.1%	204	29.0%	43	6.1%	4	0.6%
	R03	1,062	35.7%	151	14.2%	190	17.9%	367	34.6%	286	26.9%	61	5.7%	7	0.7%
	R04	1,072	36.4%	158	14.7%	195	18.2%	342	31.9%	311	29.0%	56	5.2%	10	0.9%
治療なし	H29	2,050	70.9%	786	38.3%	371	18.1%	462	22.5%	354	17.3%	68	3.3%	9	0.4%
	H30	2,072	70.5%	796	38.4%	348	16.8%	503	24.3%	323	15.6%	85	4.1%	17	0.8%
	R01	1,962	68.1%	792	40.4%	374	19.1%	481	24.5%	249	12.7%	60	3.1%	6	0.3%
	R02	1,469	67.6%	475	32.3%	277	18.9%	384	26.1%	235	16.0%	82	5.6%	16	1.1%
	R03	1,912	64.3%	650	34.0%	373	19.5%	503	26.3%	293	15.3%	79	4.1%	14	0.7%
	R04	1,874	63.6%	610	32.6%	354	18.9%	485	25.9%	325	17.3%	84	4.5%	16	0.9%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H29	2,891	1,329	46.0%	724	25.0%	495	17.1%	241	8.3%	102	3.5%
	H30	2,937	1,191	40.6%	704	24.0%	551	18.8%	307	10.5%	184	6.3%
	R01	2,882	1,181	41.0%	713	24.7%	528	18.3%	322	11.2%	138	4.8%
	R02	2,173	886	40.8%	535	24.6%	422	19.4%	220	10.1%	110	5.1%
	R03	2,974	1,344	45.2%	702	23.6%	533	17.9%	257	8.6%	138	4.6%
R04	2,945	1,357	46.1%	722	24.5%	517	17.6%	236	8.0%	113	3.8%	
男性	H29	1,310	689	52.6%	316	24.1%	202	15.4%	78	6.0%	25	1.9%
	H30	1,348	651	48.3%	299	22.2%	220	16.3%	125	9.3%	53	3.9%
	R01	1,307	612	46.8%	326	24.9%	210	16.1%	117	9.0%	42	3.2%
	R02	1,000	465	46.5%	236	23.6%	179	17.9%	89	8.9%	31	3.1%
	R03	1,400	708	50.6%	310	22.1%	222	15.9%	110	7.9%	50	3.6%
R04	1,404	730	52.0%	339	24.1%	216	15.4%	92	6.6%	27	1.9%	
女性	H29	1,581	640	40.5%	408	25.8%	293	18.5%	163	10.3%	77	4.9%
	H30	1,589	540	34.0%	405	25.5%	331	20.8%	182	11.5%	131	8.2%
	R01	1,575	569	36.1%	387	24.6%	318	20.2%	205	13.0%	96	6.1%
	R02	1,173	421	35.9%	299	25.5%	243	20.7%	131	11.2%	79	6.7%
	R03	1,574	636	40.4%	392	24.9%	311	19.8%	147	9.3%	88	5.6%
R04	1,541	627	40.7%	383	24.9%	301	19.5%	144	9.3%	86	5.6%	

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して  
 重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲		割合	
					再)180以上	未治療	治療	割合	割合		
											人数
H29	2,891	1,329 46.0%	724 25.0%	495 17.1%	343	320	23	11.9%	93.3%	6.7%	11.9%
					102	93	9	3.5%	91.2%	8.8%	
H30	2,937	1,191 40.6%	704 24.0%	551 18.8%	491	460	31	16.7%	93.7%	6.3%	16.7%
					184	173	11	6.3%	94.0%	6.0%	
R01	2,882	1,181 41.0%	713 24.7%	528 18.3%	460	433	27	16.0%	94.1%	5.9%	16.0%
					138	128	10	4.8%	92.8%	7.2%	
R02	2,173	886 40.8%	535 24.6%	422 19.4%	330	309	21	15.2%	93.6%	6.4%	15.2%
					110	105	5	5.1%	95.5%	4.5%	
R03	2,974	1,344 45.2%	702 23.6%	533 17.9%	395	368	27	13.3%	93.2%	6.8%	13.3%
					138	130	8	4.6%	94.2%	5.8%	
R04	2,945	1,357 46.1%	722 24.5%	517 17.6%	349	322	27	11.9%	92.3%	7.7%	11.9%
					113	107	6	3.8%	94.7%	5.3%	

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	476	16.5%	301	63.2%	115	24.2%	37	7.8%	14	2.9%	9	1.9%
	H30	506	17.2%	319	63.0%	97	19.2%	59	11.7%	20	4.0%	11	2.2%
	R01	522	18.1%	328	62.8%	120	23.0%	47	9.0%	17	3.3%	10	1.9%
	R02	426	19.6%	272	63.8%	90	21.1%	43	10.1%	16	3.8%	5	1.2%
	R03	678	22.8%	467	68.9%	128	18.9%	56	8.3%	19	2.8%	8	1.2%
R04	678	23.0%	459	67.7%	132	19.5%	60	8.8%	21	3.1%	6	0.9%	
治療なし	H29	2,415	83.5%	1,028	42.6%	609	25.2%	458	19.0%	227	9.4%	93	3.9%
	H30	2,431	82.8%	872	35.9%	607	25.0%	492	20.2%	287	11.8%	173	7.1%
	R01	2,360	81.9%	853	36.1%	593	25.1%	481	20.4%	305	12.9%	128	5.4%
	R02	1,747	80.4%	614	35.1%	445	25.5%	379	21.7%	204	11.7%	105	6.0%
	R03	2,296	77.2%	877	38.2%	574	25.0%	477	20.8%	238	10.4%	130	5.7%
R04	2,267	77.0%	898	39.6%	590	26.0%	457	20.2%	215	9.5%	107	4.7%	