

諫早市国民健康保険

第3期データヘルス計画保健事業実施計画

第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月
諫 早 市

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の 明確化 ……9

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期データヘルス計画に係る評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期データヘルス計画に係る考察
3. 第3期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 課題解決するための個別保健事業 ……37

1. 保健事業の方向性
2. 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ⇒第4期特定健診等実施計画
 - 1) 第4期特定健康診査等実施計画について
 - 2) 目標値の設定
 - 3) 対象者の見込み
 - 4) 特定健診の実施
 - 5) 特定保健指導の実施
 - 6) 個人情報保護
 - 7) 結果の報告
 - 8) 特定健康診査等実施計画の公表・周知

3. 慢性腎臓病(糖尿病性腎臓病)重症化予防の取り組み

- 1) 基本的な考え方
- 2) 対象者の明確化
- 3) 保健指導の実施
- 4) 医療との連携
- 5) 高齢介護部門との連携
- 6) 評価

4. その他の取り組み

- 1) 若年者の健康づくり・生活習慣病の発症予防
- 2) がん検診受診率向上の取り組み
- 3) 口腔ケアの取り組み
- 4) 適正受診・適正服薬の促進

5. ポピュレーションアプローチ

第4章 地域包括ケアシステムに係る取り組み……………55

第5章 計画の評価・見直し ……………56

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い ……………57

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の策定、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において、市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(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、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020(骨太方針2020)^{※3}」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4}2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

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

このような国の動きや本市の課題等を踏まえ、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

※2 PDCA サイクル:Plan(計画)→Do(実施)→Check(評価)→Action(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。（図表1）

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、健康いさはや21（諫早市健康増進計画）や健康ながさき21（長崎県健康増進計画）、長崎県の医療費適正化計画、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2）

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。なお、保健事業実施計画（データヘルス計画）の対象者は、被保険者全員とします。

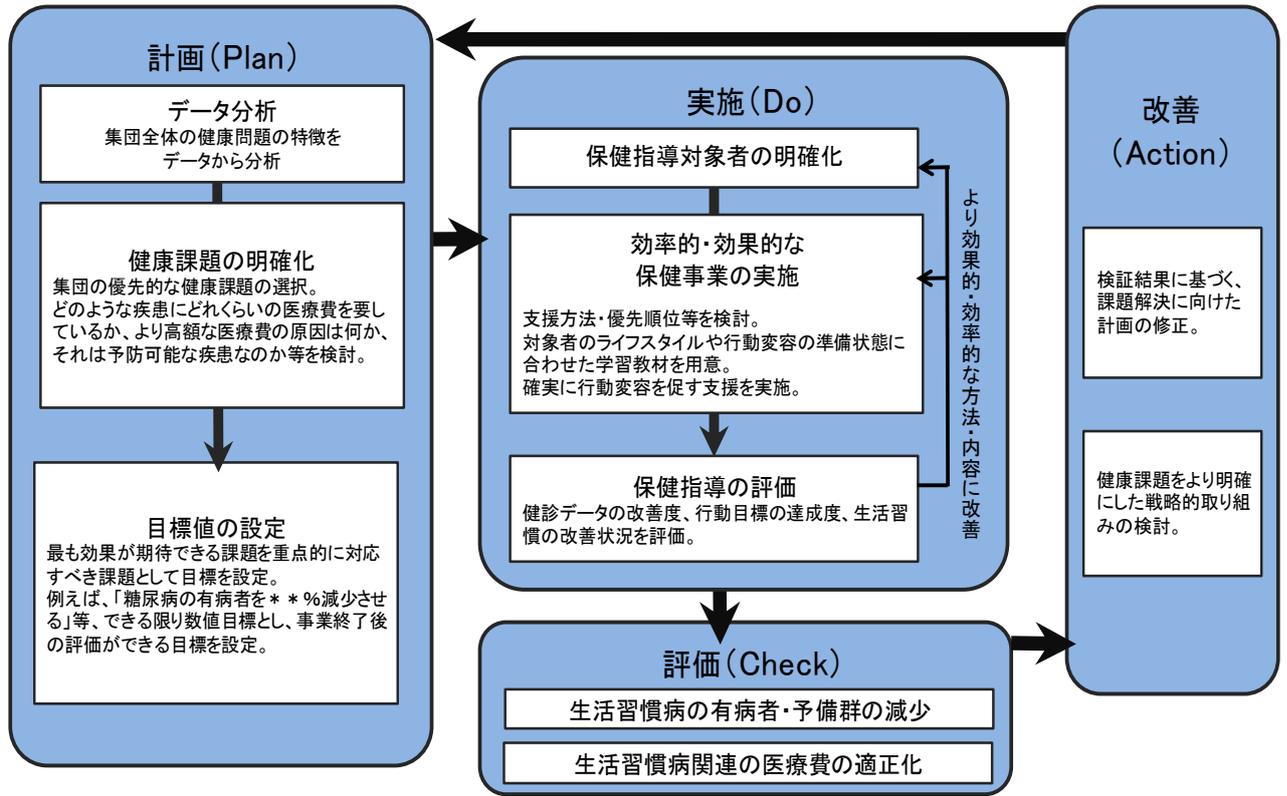
さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）^{※5}」（以下「プログラム」という。）は、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という。）に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。（図表3）

本市では、以上を踏まえ、国保データベース（KDB^{※6}）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）

※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。

図表 I 保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



標準的な健診・保健指導プログラム
【令和6年度版】 図-1（一部改変）

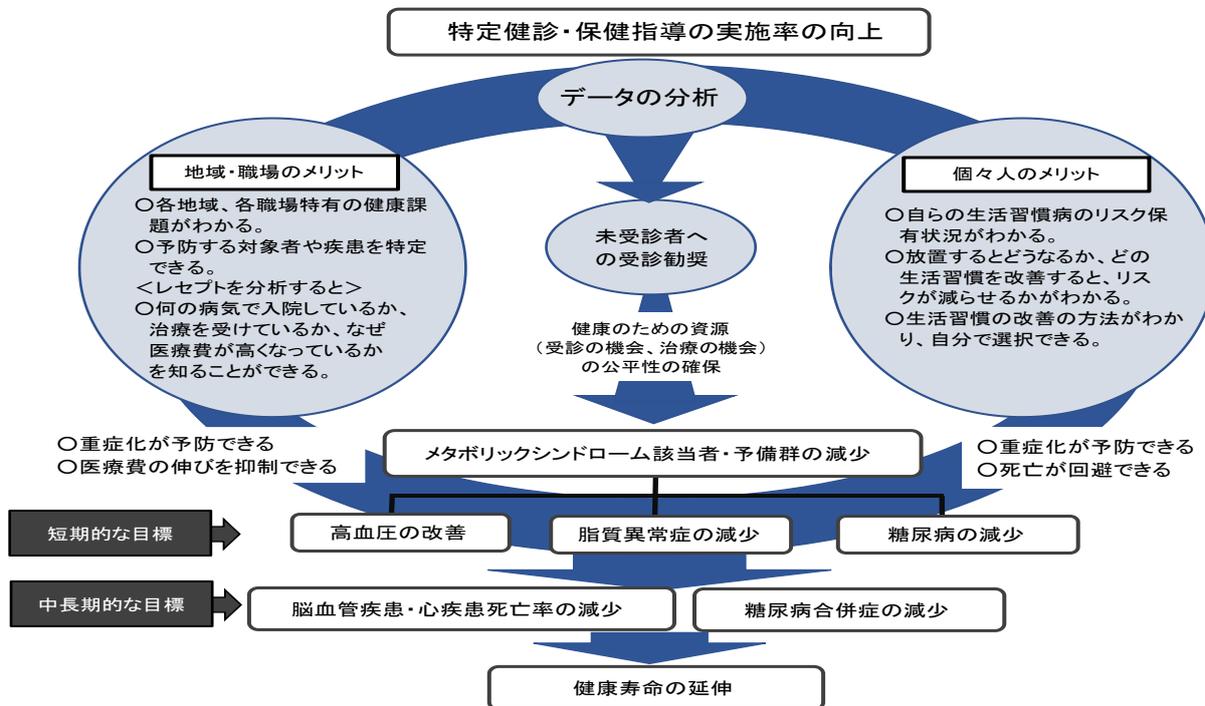
注) 生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながら PDCA サイクル（計画 (Plan)、実施 (Do)、評価 (Check)、改善 (Action)）を意識した保健事業を展開していくことが必要である。

図表2 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等実施計画	医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業(支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和6年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務 市町村: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、地域条件等の実情を考慮し、特定健康診査の効率の良かつ効果的に実施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持・医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通じ、地域で切れ目のない医療の提供、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳~74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症(糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 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 がん 精神疾患	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 認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 5I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個別保険事業 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> HbA1c8%以上者の割合 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 <アウトプット>特定健診実施率 特定保健指導実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボ該当者・予備群の減少	(住民の健康の保持増進) ・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推進 ・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・	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サイクルを活用する保険者機能強化に向けた体制等(地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等(在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連) ③介護保険運営の安定化(介護給付の適正化、人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表3 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

～特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進～



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

注) 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、予防可能な循環器疾患の発症を予防し、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が大きい糖尿病性腎症に着目することとする

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。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 諫早市(国民健康保険保健事業担当)健康推進課の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業を積極的に推進するために、健康課題を分析し、策定等を進めます。また、計画に基づき効果的・効率的な取り組みを実施しながら、定期的に個別事業や計画全体の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画への反映を行います。

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、保健事業をマニュアル化します。

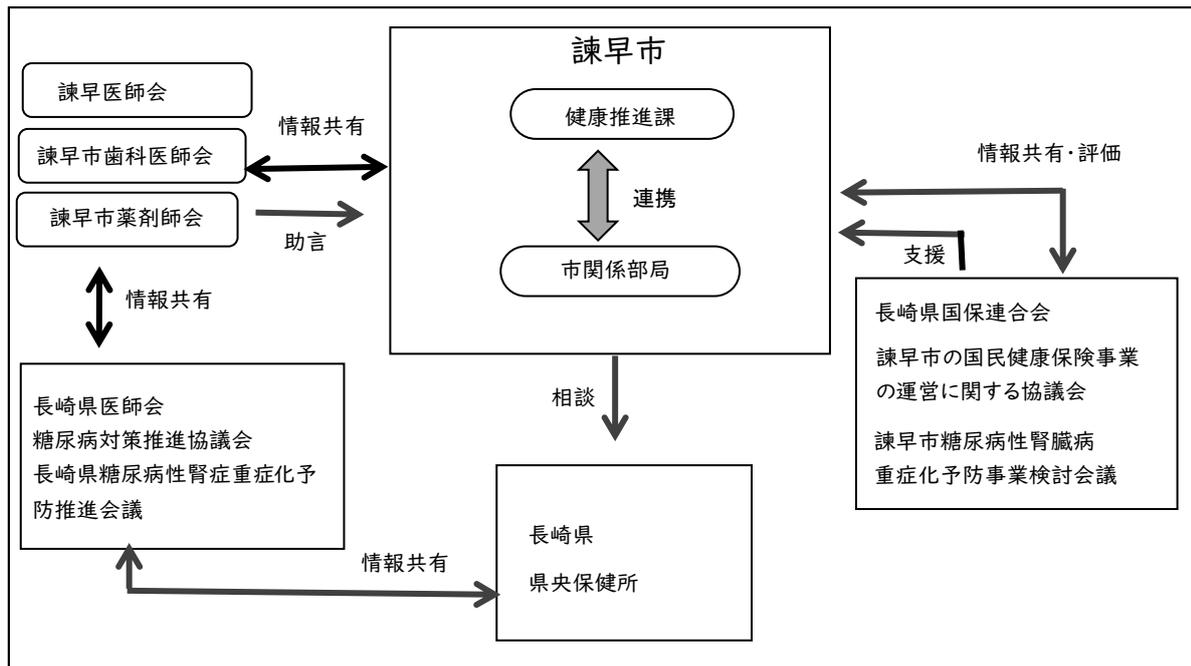
2) 関係機関との連携(図表4)

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。計画の策定・実行を進めるにあたっては、共同保険者である長崎県のほか、国保連合会や諫早医師会、諫早市歯科医師会、諫早市薬剤師会等保健医療関係者、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、地域の医療機関等はもとより、庁内の関係部局である保険年金課や地域包括ケア推進課、介護保険課等とも連携、協力します。

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。

図表4 本市国保のデータヘルス計画の実施体制図



5. 保険者努力支援制度

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

特定健診の受診率や特定保健指導の実施率等の指標の達成度に応じて採点され、得点に応じて交付金が交付されるため、国保財政の安定化に寄与することにもつながり、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 5)

図表5 保険者努力支援制度評価指標と本市国保の得点

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			
		諫早市	配点	諫早市	配点	諫早市	配点		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	65	70	45	70	45	70	
		(3)メボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	55	40	55	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	100	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	50	90	25	90	10	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		15	
	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	40	100
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	25	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	0	30	0	30	7	40	
⑤		第三者求償の取組	34	40	31	50	36	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	77	95	42	100	68	100	
合計点		601	1,000	563	960	531	940		

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、人口約13万人で、令和4年度の国保加入率は20.9%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向です。(図表6)年齢構成については65～74歳の前期高齢者が48.8%を占めています。被保険者の平均年齢は54.9歳と同規模、県、国と比べて高い状況となっています。(図表7)

また市内には20の病院、129の診療所があり、これはいずれも県、同規模と比較しても多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数も同規模、県と比較して高い傾向にあります。(図表8)

図表6 同規模・県・国と比較した諫早市の特性

		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
H30	諫早市	--	--	31,005 22.5%	53.9	8.3	10.3	--	--	--	--
R4	諫早市	133,837	30.6	27,936 20.9%	54.9 ↑	7.2	11.9	0.6	6.5	23.1	70.4
	同規模	--	29.1	20.4%	53.8	6.7	11.0	0.8	3.3	26.7	70.0
	県	--	33.1	24.1%	54.2	7.1	13.6	0.4	7.7	20.1	72.2
	国	--	28.7	22.3%	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、諫早市と同規模保険者(103市町村)の平均値を表す

図表7 国保の加入状況

単位(人)

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4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	31,005		30,214		29,702		29,024		27,936 ↓	
65～74歳	14,234	45.9	14,176	46.9	14,378	48.4	14,263	49.1	13,622	48.8
40～64歳	9,830	31.7	9,388	31.1	9,023	30.4	8,655	29.8	8,296	29.7
39歳以下	6,941	22.4	6,650	22.0	6,301	21.2	6,106	21.0	6,018	21.5
加入率	22.5		21.9		21.5		21.0		20.9	

出典：KDBシステム_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表8 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	参考(R4)	
						同規模	県
病院数	0.6 (20)	0.7 (21)	0.7 (20)	0.7 (20)	0.7 ↑ (20)	0.3	0.5
診療所数	4.4 (136)	4.3 (130)	4.4 (131)	4.4 (128)	4.6 ↑ (129)	3.7	4.3
病床数	106.0 (3,285)	109.4 (3,306)	107.1 (3,181)	109.6 (3,181)	109.9 (3,070)	62.0	82.0
医師数	12.5 (387)	12.8 (387)	12.9 (383)	13.2 (383)	13.9 (388)	11.5	14.0
外来患者数	758.3	760.0	717.3	739.5	747.1 ↑	707.3	743.9
入院患者数	36.5	36.5	36.1	35.8	34.8 ↑	19.1	27.2

※()内は実数

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画においては、健康寿命の延伸と医療費適正化を図ることを目的とし、以下のような目標を設定していました。

【中長期的な目標】

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎臓病（人工透析）を発症する人の減少

【短期的な目標】

- ・メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症の対象者の減少
- ・特定健診受診率の向上

（年度ごとに中長期的な目標を達成するための健康課題として設定）

(1) 平均寿命と健康寿命の状況（図表9）

健康寿命は、人口と死亡数、介護保険の要介護2～5の認定者数をもとに「日常生活動作が自立している期間」の平均を算出されます。本市は男女ともに平成30年から令和4年まで上昇傾向にあります。同規模、県、国と比較しても健康寿命は高い状況です。

図表9 平均寿命と健康寿命

単位(歳)

		諫早市					同規模	長崎県	国
KDB集計シート		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
統計年		H28	H29	H30	R1	R2	R2	R2	R2
平均寿命	男性	81.0					80.8	80.4	80.8
	女性	87.4					87	87	87
平均自立期間 (要介護2以上)	男性	80.1	80	80.2	80.7	80.7	80.2	79.6	80.1
	女性	84.8	84.6	84.5	84.9	85.1	84.4	84.3	84.4

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

※平均自立期間は、2年前の人口と死亡数、介護保険の要介護2～5の認定者数を基に算出

(2) 中長期的な目標の達成状況

① 医療費の状況（図表10）

本市国保の医療費は、国保加入者が減少し、総医療費は減少しているものの、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約8万円高くなっています。しかし、伸び率については、国・県・同規模と比較すると抑制できています。

入院のレセプト件数は全体のわずか4.4%程度であるにもかかわらず、入院費用は医療費全体の約52.3%を占めています。入院に係る費用を抑制するには、予防可能な生活習慣病の重症化を防ぐことが重要であり、引き続き取組に力を入れる必要があります。

図表 10 医療費の推移

		諫早市		同規模	県	国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数(人)		31,005人	27,936人 ↓	--	--	--
前期高齢者割合		14,234人 (45.9%)	13,622人 (48.8%) ↑	--	--	--
総医療費(円)		127億2436万円	123億7510万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		410,397 県内3位 同規模3位	442,980 県内3位 同規模5位	359,130	411,157	339,680
一人あたり医療費の伸び率 (H30・R4比較)		--	7.9%	10.0%	9.9%	9.6%
入院	1件あたり費用額	489,250円	542,040円	616,530円	564,870円	617,950円
	費用の割合	53.2%	52.3%	40.6%	46.5%	39.6%
	件数の割合	4.6%	4.4%	2.6%	3.5%	2.5%
外来	1件あたり費用額	20,740円	22,990円	24,420円	23,780円	24,220円
	費用の割合	46.8%	47.7%	59.4%	53.5%	60.4%
	件数の割合	95.4%	95.6%	97.4%	96.5%	97.5%

※同規模順位は諫早市と同規模保険者103市町村の比較を表す

出典:KDBシステム2次加工

②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の総医療費に占める割合は、同規模や県よりは低いものの、平成30年度からの伸びを抑えることができませんでした。その主な要因は、脳血管疾患と慢性腎不全(透析有)の占める割合の上昇にあると推察されます。(図表11)次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を令和1年度と比較してみると、人工透析患者割合は増加し、脳血管疾患患者割合は40~64歳でやや増加していました。(図表12)

脳血管疾患は、発症時の急性期に加え、リハビリ等による慢性期の医療費や退院後も介護費が必要となります。また、人工透析は生涯にわたって医療費がかかり、患者本人や家族に長期間日常生活に大きな負担を強いるため、これらの疾患の原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 11 中長期目標疾患等の総医療費に占める割合の推移

			諫早市		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			127億2436万円	123億7510万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			10億1244万円	10億0097万円	--	--	--
R4・H30比較(差)			7.96%	↑ 8.09%	8.40%	8.86%	8.03%
R4・H30比較(差)			0.13		-0.65	-0.72	-0.71
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.93%	↑ 2.29%	2.11%	1.93%	2.03%
		心	狭心症・心筋梗塞	1.56%	↓ 1.17%	1.50%	1.37%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.06%	↑ 4.40%	4.49%	5.27%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.40%	0.24%	0.29%	0.29%	0.29%
その 他の 疾患	悪性新生物		13.07%	13.03%	16.76%	15.50%	16.69%
	筋・骨疾患		8.33%	8.90%	8.52%	9.25%	8.68%
	精神疾患		11.59%	11.49%	8.12%	9.41%	7.63%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 12 中長期目標疾患の治療者数の推移

年齢区分		被保険者数		疾患別	中長期目標の疾患						
					脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		R1年度	R4年度		R1年度	R4年度	R1年度	R4年度	R1年度	R4年度	
治療者(人) 0~74歳	A	30,214	27,936	a	2,221	2,104	2,593	2,309	133	146	
				a/A	7.4%	7.5%	8.6%	8.3%	0.4%	0.5%	
40歳以上	B	23,564	21,918	b	2,199	2,071	2,563	2,283	129	144	
	B/A	78.0%	78.5%	b/B	9.3%	9.4%	10.9%	10.4%	0.5%	0.7%	
再掲	40~64歳	D	9,388	8,296	d	474	430	546	450	55	62
		D/A	31.1%	29.7%	d/D	5.0%	5.2%	5.8%	5.4%	0.6%	0.7%
	65~74歳	C	14,176	13,622	c	1,725	1,641	2,017	1,833	74	82
		C/A	46.9%	48.8%	c/C	12.2%	12.0%	14.2%	13.5%	0.5%	0.6%

出典:KDBシステム_ 疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

③ 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123人(認定率0.28%)、1号(65歳以上)被保険者で7,562人(認定率18.5%)と県・国と比較すると低く、H30年度と比較しても減少しています。(図表13)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約104億円から約113億円に伸びています。(図表14)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で約6割、第1号被保険者でも約5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割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表15)

図表 13 要介護認定者(率)の状況

	諫早市				同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
65歳以上人口と高齢化率	37,472人	27.1%	40,900人	30.6%	29.1%	33.1%	28.7%
2号認定者	138人	0.29%	123人	0.28%	0.38%	0.38%	0.38%
新規認定者	37人		29人		--	--	--
1号認定者	7,339人	19.6%	7,562人	18.5%	18.4%	20.5%	19.4%
新規認定者	1,001人		1,151人		--	--	--
再掲	65~74歳	690人	3.8%	695人	3.4%	--	--
新規認定者	168人		187人		--	--	--
75歳以上	6,649人	34.7%	6,867人	33.4%	--	--	--
新規認定者	833人		964人		--	--	--

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 介護給付費の変化

単位(円)

	諫早市		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	104億2901万	112億7258万	--	--	--
一人あたり給付費	278,315	275,613	275,832	310,443	290,668
1件あたり給付費 全体	69,995	68,948	60,207	69,584	59,662
居宅サービス	47,716	47,449	41,618	49,376	41,272
施設サービス	303,457	306,991	295,426	298,997	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 15 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(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)		123	695	6,867	7,562	7,685
再)国保・後期		75	559	6,653	7,212	7,287
(レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	件数 割合	件数 割合	件数 割合	件数 割合	件数 割合
	脳血管疾患	44 58.7%	260 46.5%	3,235 48.6%	3,495 48.5%	3,539 48.6%
	虚血性心疾患	19 25.3%	146 26.1%	3,169 47.6%	3,315 46.0%	3,334 45.8%
	腎不全	7 9.3%	73 13.1%	1,085 16.3%	1,158 16.1%	1,165 16.0%
	糖尿病合併症	11 14.7%	82 14.7%	669 10.1%	751 10.4%	762 10.5%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)	64 85.3%	493 88.2%	6,399 96.2%	6,892 95.6%	6,956 95.5%
	上記血管疾患が一つでも あてはまるもの	67 89.3%	508 90.9%	6,499 97.7%	7,007 97.2%	7,074 97.1%
	認知症	18 24.0%	142 25.4%	3,317 49.9%	3,459 48.0%	3,477 47.7%
	筋・骨格疾患	63 84.0%	500 89.4%	6,460 97.1%	6,960 96.5%	7,023 96.4%

出典:KDBシステム2次加工

(3) 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・虚血性心疾患の割合は減っています。(図表 16~18)

本市国保で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実施しており、早期に適切な治療を受けるなどの自己管理が推進され、これらの疾患の重症化予防につながっていることが考えられます。しかし、人工透析の割合は微増しており、より一層のCKD(慢性腎臓病)対策が重要となっています。

図表 16 高血圧症治療者の推移

高血圧症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40~64歳		65~74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
高血圧症治療者(人)		A	10,025	10,331	2,499	2,361	7,526	7,970
		A/被保数	41.7%	47.1%	25.4%	28.5%	52.9%	58.5%
疾 中 患 長 合 期 併 目 症 標	脳血管疾患	B	1,246	1,024	238	191	1,008	833
		B/A	12.4%	9.9%	9.5%	8.1%	13.4%	10.5%
	虚血性心疾患	C	1,817	1,656	359	311	1,458	1,345
		C/A	18.1%	16.0%	14.4%	13.2%	19.4%	16.9%
	人工透析	D	137	140	56	59	81	81
		D/A	1.4%	1.4%	2.2%	2.5%	1.1%	1.0%

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

図表 17 糖尿病治療者の推移

糖尿病 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40~64歳		65~74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者(人)		A	6,190	5,826	1,687	1,463	4,503	4,363
		A/被保数	25.7%	26.6%	17.2%	17.6%	31.6%	32.0%
疾 中 患 長 合 期 併 目 症 標	脳血管疾患	B	748	596	147	112	601	484
		B/A	12.1%	10.2%	8.7%	7.7%	13.3%	11.1%
	虚血性心疾患	C	1,240	1,116	244	217	996	899
		C/A	20.0%	19.2%	14.5%	14.8%	22.1%	20.6%
	人工透析	D	90	98	38	43	52	55
		D/A	1.5%	1.7%	2.3%	2.9%	1.2%	1.3%
糖 尿 病 合 併 症	糖尿病性腎症	E	727	775	195	218	532	557
		E/A	11.7%	13.3%	11.6%	14.9%	11.8%	12.8%
	糖尿病性網膜症	F	665	620	180	182	485	438
		F/A	10.7%	10.6%	10.7%	12.4%	10.8%	10.0%
	糖尿病性神経障害	G	166	137	52	52	114	85
		G/A	2.7%	2.4%	3.1%	3.6%	2.5%	1.9%

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

図表 18 脂質異常症治療者の推移

脂質異常症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40~64歳		65~74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者(人)		A	8,423	8,310	2,243	2,010	6,180	6,300
		A/被保数	35.0%	37.9%	22.8%	24.2%	43.4%	46.2%
疾 中 患 長 合 期 併 目 症 標	脳血管疾患	B	999	813	186	161	813	652
		B/A	11.9%	9.8%	8.3%	8.0%	13.2%	10.3%
	虚血性心疾患	C	1,650	1,478	349	287	1,301	1,191
		C/A	19.6%	17.8%	15.6%	14.3%	21.1%	18.9%
	人工透析	D	70	76	34	34	36	42
		D/A	0.8%	0.9%	1.5%	1.7%	0.6%	0.7%

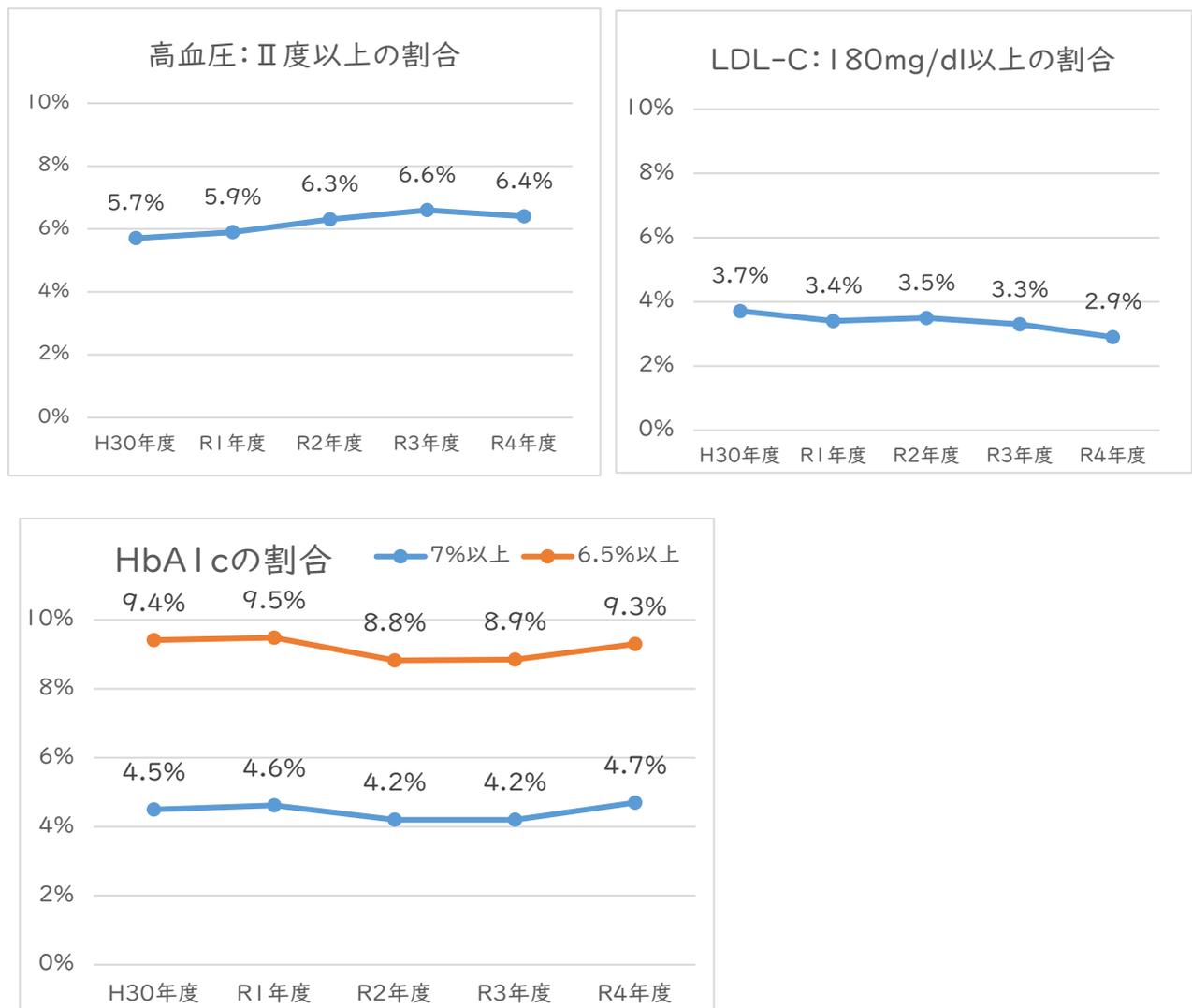
出典:KDBシステム_ 疾病管理一覽(脂質異常症)
地域の全体像の把握、介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の健診結果の改善及び医療のかかり方

重症化予防の観点で HbA1c、血圧、LDL-C の有所見割合をみると、Ⅱ度(160/100mmHg)以上高血圧とHbA1c7%以上がやや増加しています。(図表19)未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のままの方が約30%いました。HbA1c7.0%以上については、有所見者は減少していますが、問診結果の未治療者割合や健診後の未治療者割合は他同規模市と比較しても高くなっています。健診受診後の治療中断の割合は、糖尿病よりも高血圧の方が高い状況でした。(図表20)①で述べたとおり、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の治療に早期につながるにより、脳血管疾患や虚血性心疾患の発症を予防できるので、今後も治療が必要な値の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

また、継続健診受診者の前年度からの HbA1c、血圧、LDL-C の変化は、改善率が高い傾向がみられます。一方で、翌年度健診を受診していない方が毎年3~4割程度存在し、結果が把握できていません。(図表21~23)今後も健診結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、重症化予防対象者から優先的に、健診受診の継続を勧める働きかけを行っていく必要があります。

図表19 血圧・HbA1c・LDL コレステロールの推移



図表 20 健診結果の改善と医療のかかり方

単位(人・%)

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4~R4.3)			
	受診者 A	受診率 %	受診者 B	受診率 %	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		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	
諫早市	9,179	41.7	7,412	36.0	524	5.7	283	54.0	492	6.6	239	48.6	151	30.7	18	3.7
同規模市 平均	-	39.4	-	35.9	-	5.4	-	57.7	-	6.2	-	57.5	-	35.3	-	5.2

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4~R4.3)			
	HbA1c 実施者 A	受診率 %	HbA1c 実施者 B	受診率 %	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
				I	I/A	J	J/I	K	K/B	L	L/K	M	M/K	N	N/K	
諫早市	9,130	99.5	7,388	99.7	407	4.5	137	33.7	308	4.2	104	33.8	23	7.5	5	1.6
同規模市 平均	-	99.6	-	99.7	-	4.8	-	27.9	-	5.3	-	26.5	-	6.3	-	2.9

出典:KDBシステム2次加工

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

図表 21 HbA1c6.5%以上の前年度からの変化(継続受診者)

単位(人)

年度	HbA1c 6.5%以上 A	翌年度健診結果			
		改善 B (割合)B/A	変化なし C (割合)C/A	悪化 D (割合)D/A	健診未受診者E (割合)E/A
H30→R1	864 (9.5%)	188 (21.8%)	270 (31.3%)	105 (12.2%)	301 (34.8%)
R3→R4	654 (8.9%)	↑ 144 (22.0%)	202 (30.9%)	70 (10.7%)	238 (36.4%)

出典:KDBシステム2次加工

図表 22 Ⅱ度(160/100mmHg)以上高血圧の前年度からの変化(継続受診者)

単位(人)

年度	Ⅱ度高血圧 以上 A	翌年度健診結果			
		改善 B (割合)B/A	変化なし C (割合)C/A	悪化 D (割合)D/A	健診未受診者E (割合)E/A
H30→R1	524 (5.7%)	217 (41.4%)	89 (17.0%)	13 (2.5%)	205 (39.1%)
R3→R4	492 (6.6%)	↑ 219 (44.5%)	82 (16.7%)	12 (2.4%)	179 (36.4%)

出典:KDBシステム2次加工

図表 23 LDL160mg/dl以上者の前年度からの変化(継続受診者)

単位(人)

年度	LDL-C 160mg/dl以上 A	翌年度健診結果			
		改善 B (割合)B/A	変化なし C (割合)C/A	悪化 D (割合)D/A	健診未受診者E (割合)E/A
H30→R1	998 (10.9%)	396 (39.7%)	207 (20.7%)	54 (5.4%)	341 (34.2%)
R3→R4	698 (9.4%)	↑ 310 (44.4%)	131 (18.8%)	31 (4.4%)	226 (32.4%)

出典:KDBシステム2次加工

③メタボリックシンドロームの推移

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、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の発症率や死亡率が高くなることがわかっています。本市国保の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、約2ポイント伸びています。(図表 24)

図表 24 メタボリックシンドロームの推移

単位(人)

年度	健診受診者 (受診率) A	該当者 B			予備群 E (割合)E/A
		(割合)B/A	3項目 C (割合)C/A	2項目 D (割合)D/A	
H30年度	9,179 (41.7%)	1,837 (20.0%)	557 (6.1%)	1,280 (13.9%)	1,142 (12.4%)
R4年度	7,262 (37.0%)	1,612 (22.2%) ↑	464 (6.4%)	1,148 (15.8%) ↑	864 (11.9%)

出典:KDBシステム2次加工

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市国保の特定健診受診率は、令和1年度までは40%台まで伸びていましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和2年度以降は受診率が低迷しており、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表25)また、早期からの生活習慣病対策を目的に30歳代の若年者健診も実施していますが、特定健診の年代別の受診率は、40~50代において特に低い状況が続いています。(図表26)

特定保健指導については、実施率が上昇し目標値を達成していますが、特定健診受診率低下に伴い特定保健指導対象者が減少していることなども背景にあると考えられます。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、個々人の健康状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながりますので、特定健診受診率及び特定保健指導の実施率の向上を今後も推進していく必要があります。

図表 25 特定健診・特定保健指導の推移

単位(人)

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 市目標値
特定健診	受診者数	9,180	8,658	7,213	7,412	7,262	健診受診率 50%
	受診率	41.7%	40.1%	34.0%	36.0%	37.0%	
	参考)長崎県 受診率	39.6%	39.2%	32.5%	36.2%		
	参考)全国市 町国保受診	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%		
特定保健 指導	該当者数	991	917	682	697	665	特定保健 指導実施率 50%
	割合	10.8%	10.6%	9.5%	9.4%	9.2%	
	実施者数	500	491	376	390	379	
	実施率	50.5%	53.5%	55.1%	56.0%	57.0%	
	参考)長崎県 実施率	55.3%	58.9%	55.2%	51.7%		
	参考)全国市 町国保実施	28.8%	29.3%	27.9%	27.9%		

図表 26 年代別特定健診受診率の推移 (法定報告)

男性	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	女性	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
40~44歳	21.6%	21.6%	15.2%	18.7%	17.7%	40~44歳	19.3%	20.7%	13.8%	20.9%	17.4%
45~49歳	22.0%	21.6%	15.4%	16.6%	17.6%	45~49歳	22.7%	20.7%	14.7%	18.9%	18.9%
50~54歳	18.8%	19.4%	16.7%	19.6%	17.7%	50~54歳	24.7%	21.2%	17.2%	19.4%	19.5%
55~59歳	24.4%	22.5%	20.3%	22.4%	21.5%	55~59歳	32.5%	31.3%	27.2%	29.2%	27.8%
60~64歳	31.1%	29.7%	22.8%	26.2%	26.9%	60~64歳	39.9%	39.1%	32.5%	33.5%	35.2%
65~69歳	43.9%	41.9%	34.3%	37.5%	38.5%	65~69歳	50.5%	48.0%	40.1%	42.6%	43.9%
70~74歳	50.9%	49.1%	41.2%	41.5%	43.5%	70~74歳	54.8%	51.8%	45.8%	46.7%	48.2%
計	38.3%	37.1%	30.8%	32.8%	33.8%	計	44.9%	42.9%	36.9%	38.9%	40.0%

図表 27 地区別特定健診受診率 (令和 4 年度法定報告)

単位(人)

地区	対象者数	受診者数	受診率
中央地区	5,082	1,861	36.6%
小栗地区	1,158	396	34.2%
小野地区	910	359	39.5%
有喜地区	677	234	34.6%
真津山地区	3,204	1,253	39.1%
本野地区	362	116	32.0%
長田地区	959	360	37.5%
多良見地域	2,599	1,039	40.0%
森山地域	854	265	31.0%
飯盛地域	1,397	549	39.3%
高来地域	1,548	573	37.0%
小長井地域	861	257	29.8%
諫早市 計	19,611	7,262	37.0%

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 慢性腎臓病重症化予防(糖尿病性腎臓病重症化予防)

本市では、平成24年度から慢性腎臓病(CKD)重症化予防事業を開始し、対象者の抽出基準やアプローチ方法などについて検討を重ねてきました。また、平成30年度に慢性腎臓病重症化予防事業を柱とした糖尿病性腎臓病重症化予防として、新たに重症化予防の取り組みを推進する体制を整えてきました。令和4年7月には、諫早市、かかりつけ医、専門医が連携を図ることを目的とした「諫早市慢性腎臓病重症化予防地域連携事業」を開始し、令和5年3月にCKDを切り口とした「諫早市糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」を作成する等、事業の拡充・推進を図っています。

① 受診勧奨

血糖値有所見者(HbA1c6.5%以上)や血圧値有所見者(160/100mmHg以上)から特定保健指導対象者を除いた者の中で、いずれも常に3割が受診勧奨対象者として抽出されています。(図表28、30)

本市では、令和3年度に受診勧奨の方法を見直し、対象者へ受診勧奨通知を送付し、それでも受診につながらなかった方に再度受診勧奨(保健指導)を行っています。血糖値有所見者の8割が、医療機関受診につながり効果的な指導ができていますが、血圧値有所見者については、約4割しか医療機関受診につながらず、保健指導の課題といえます。(図表29、31)

また、令和1年度から糖尿病治療中断者への受診勧奨を実施していますが、中断理由は様々で、経済面の問題が大きく、受診再開に結びつけることが難しい状況です。(図表32)引き続き、医療機関とも情報共有しながら受診につなげるための支援を行っていきます。

図表 28 受診勧奨対象者(高血糖)

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	
特定健診受診者でHbA1c測定者		a	9,130	8,642	7,205	7,388	7,250
血糖値有所見者 (HbA1c6.5%以上)		b	864	821	636	654	676
		b/a	9.5%	9.5%	8.8%	8.9%	9.3%
治療あり(問診)		c	492	506	388	401	420
		c/b	56.9%	61.6%	61.0%	61.3%	62.1%
治療なし(問診)		d	372	315	248	253	256
		d/b	43.1%	38.4%	39.0%	38.7%	37.9%
受診勧奨 対象者	特定保健 指導	e	85	78	56	42	43
		e/b	9.8%	9.5%	8.8%	6.4%	6.4%
	特定保健 指導以外	f	287	237	192	211	213
		f/b	33.2%	28.9%	30.2%	32.3%	31.5%

出典:特定健診システム加工

図表 29 治療が必要な者の受診状況(高血糖)

単位(人)

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
血糖値有所見者	a	864	821	636	654	676
血糖値有所見者の未治療者 特定保健指導以外	b	287	237	192	211	213
	b/a	33.2%	28.9%	30.2%	32.3%	31.5%
受診勧奨実施者	c	/	/	93	202	206
	c/b	/	/	48.4%	95.7%	96.7%
受診した者	d	/	/	67	169	176
	d/c	/	/	72.0%	83.7%	85.4%

※1 相談希望があった者のみ実施 ※2 通知不要以外全員へ勧奨

図表 30 受診勧奨対象者(高血圧)

単位(人)

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	
健診受診者	a	9,179	8,658	7,213	7,412	7,262	
血圧値有所見者 (160/100mmHg以上)	b	524	511	455	492	466	
	b/a	5.7%	5.9%	6.3%	6.6%	6.4%	
治療あり(問診)	c	241	235	238	253	222	
	c/b	46.0%	46.0%	52.3%	51.4%	47.6%	
治療なし(問診)	d	283	276	217	239	244	
	d/b	54.0%	54.0%	47.7%	48.6%	52.4%	
受診勧奨 対象者	特定保健 指導	e	101	107	84	88	95
	e/b	19.3%	20.9%	18.5%	17.9%	20.4%	
特定保健 指導以外	f	182	169	133	151	149	
	f/b	34.7%	33.1%	29.2%	30.7%	32.0%	

出典: 特定健診システム加工

図表 31 治療が必要な者の受診状況(高血圧)

単位(人)

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
血圧値有所見者	a	524	511	455	492	466
血圧値有所見者の未治療者 特定保健指導以外	b	182	169	133	151	149
	b/a	34.7%	33.1%	29.2%	30.7%	32.0%
受診勧奨実施者	c	/	/	53	75	88
	c/b	/	/	39.8%	49.7%	59.1%
受診した者	d	/	/	25	36	56
	d/c	/	/	47.2%	48.0%	63.6%

※1 相談希望があった者のみ実施

※2 出典: 特定健診システム加工

※70~74歳は受診勧奨をⅢ度(180/110mmHg以上)に実施

※2 通知不要以外全員へ勧奨

図表 32 受診勧奨対象者(糖尿病治療中断者) 単位(人)

	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
対象者	29	28	20	23
治療再開者	9	17	9	10
治療再開率	31.0%	60.7%	45.0%	43.5%

対象者内訳

単位(人)

性別	男	24	21	13	15
	女	5	7	7	8
年代別	30代	3	2	0	0
	40代	4	3	2	3
	50代	4	4	4	4
	60代	13	11	11	9
	70代	5	8	3	7

②保健指導

本市では、慢性腎臓病重症化予防対策として、腎機能が低下している方に保健師や管理栄養士による保健指導を実施していますが、科学的根拠を持って取り組むため、「CKD の重症度分類」を基盤とし、タンパク尿及び腎機能(eGFR)に着目し対象者を抽出しています。(図表33)

CKD の重症度分類でみると改善率が上昇してきていますが、3割近くの方が翌年度健診を受診していないため、改善状況が把握できていません。(図表34)また、医療機関からの保健指導承諾率を上昇させることも課題となっているため、医療機関と連携した保健指導を行い、継続受診につながるような支援を実施していきます。

図表 33 CKD 重症度分類と保健指導実施者数 単位(人)

eGFR重症度	尿蛋白 eGFR	A1	A2	A3			H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度		
		-	±	+	++	+++							
G1 正常または高値	≥90						a	9,179	8,658	7,213	7,412	7,262	
G2 正常または軽度低下	60~89						赤色	b	250	236	203	204	189
							b/a	2.7%	2.7%	2.8%	2.8%	2.6%	
G3a 軽度~中等度低下	45~59						オレンジ色	c	647	602	513	544	490
							c/a	7.0%	7.0%	7.1%	7.3%	6.7%	
G3b 中等度~高度低下	30~44						通知対象者	d	/	237	326	297	241
G4 高度低下	15~29						医療機関返信 実施可	e	/	124	156	126	115
G5 末期腎不全	<15						医療機関返信 承諾率	e/d	/	52.3%	47.9%	42.4%	47.7%
							保健指導実施者	f	144	101	121	144	141

参考)CKD診療ガイドライン2018

※74歳・75歳の保健指導実施者を除く

出典:特定健診システム加工

※通知対象者は重症化リスクが高い人のみ実施。保健指導は発症予防対象者も実施

図表34 保健指導実施者の改善状況

単位(人)

健診受診者 (尿蛋白・GFR 共に実施)	次年度の健診結果								
	G1A1	G1A2	G2A2	G3aA1	G3bA1	G4A1	G5A1		
	G2A1	G1A3	G2A3	G3aA2	G3bA2	G4A2	G5A2		
当該年度健診結果	G1A1								
	G2A1								
	G1A2								
	G1A3								
	G2A2								
	G2A3								
	G3aA1								
	G3aA2								
	G3aA3								
	G3bA1								
G3bA2-3									
G4A1-3									
G5A1-3									

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
保健指導実施者	a	144	101	121	144
次年度健診受診者	b	104	63	87	106
受診率	b/a	72.2%	62.4%	71.9%	73.6%
改善者数	c	20	15	20	29
率	c/b	19.2%	23.8%	23.0%	27.4%
維持者数	d	75	42	62	69
率	d/b	72.1%	66.7%	71.3%	65.1%
悪化	e	9	6	5	8
率	e/b	8.7%	9.5%	5.7%	7.5%

出典:特定健診システム加工

③慢性腎臓病重症化予防地域連携事業(地域連携事業)

令和4年度から、諫早市とかかりつけ医、専門医が連携しながら、慢性腎臓病重症化予防を目的として、症例検討会議を開催しています。会議では、医師会推薦医師や腎臓・糖尿病の専門医が特定健康診査結果やレセプトデータ等をアセスメントし、結果(コメント)をかかりつけ医に送付し、診療や専門医への紹介時期等の参考にいただいています。

本取り組みは、かかりつけ医の承諾と本人の同意を得た上で実施していますので、承諾率(同意率)を上昇させるために、関係者に対し根拠に基づく効果を周知することが必要です。そのためにも、専門医受診の時期を含めた実績について評価・分析を行っていきます。

(2)ポピュレーションアプローチ

生涯を通じた健康づくりの取組として、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、健康いさはや21の推進を行っている健康増進部門(地域担当保健師)を中心に、ポピュレーションアプローチを展開しています。主な内容としては、特定健診結果や生活習慣との関連について、地域に出向き健康教育を行ったり、チラシ等で周知を図ったり、地域の団体(健康づくり推進協議会、食生活改善推進協議会、運動普及推進員協議会等)とともに活動を実施しています。

また、腎臓の働きを表す「eGFR」を知ってもらうための市独自のキャラクターを印刷したポスターやボールペンを医療機関や薬局に配布したり、横断幕や諫早駅構内サイネージ広告によるPRを行うなど、広く市民へ周知を図りました。



諫早市腎臓を守る
マスコットキャラクター
e-GFRくん
©ISAHAYACITY

(3) 第2期データヘルス計画目標管理一覧達成状況(図表35)

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			目標	達成状況	把握方法 (活用データ)	
			初年度 H30	中間 評価 R2	最終 評価 R5				
			(H28)	(R1)	(R4)				
データヘルス計画	健康寿命の延伸	健康寿命(平均自立期間:要介護2以上)	男	79.3	80.0	80.7	/	/	KDBシステム/特定疾病受領証
			女	84.5	84.6	85.1	/	/	
	医療費の適正化	国保1人あたりの医療費(入院)	17.3万	19.0万	19.6万	/	/		
		国保1人あたりの医療費(通院)	15.8万	16.9万	17.9万	/	/		
	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析を発生する人の減少	患者千人当たり狭心症新規患者数	5,200人	2,465人	3,049人	減少	○		
		患者千人当たり心筋梗塞新規患者数	0.274人	0.180人	0.519人	減少	×		
		患者千人当たり脳出血新規患者数	0.547人	0.301人	0.519人	減少	△		
		患者千人当たり脳梗塞新規患者数	6,459人	3,066人	2,206人	減少	○		
		患者千人当たり糖尿病性腎症新規患者数	1,587人	2,765人	1,881人	減少	×		
		新規透析導入患者数	12人	13人	17人	/	/		
	重症化を予防するために、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の減少	メタボリックシンドローム及び予備群の割合	31.6%	34.3%	34.1%	25.0%	△		
		特定健診で血圧160/100以上の割合	6.1%	5.9%	6.4%	減少	×		
		特定健診(男)でLDL160以上の割合	8.9%	7.8%	6.5%	6.2%	△		
		特定健診(女)でLDL160以上の割合	14.0%	12.3%	10.5%	8.8%	△		
		特定健診でHbA1c6.5%以上の割合	7.7%	9.5%	9.3%	減少	×		
		特定健診でHbA1c6.5%以上の未治療者で健診後糖尿病の診断がついた人の割合	91.2%	91.7%	80.6%	増加	×		
		特定健診でHbA1c8%以上の未治療者の割合	0.4%	0.5%	0.4%	減少	△		
		特定保健指導実施率50%以上	36.7%	53.5%	57.0%	50.0%	○		
特定保健指導対象者の割合の減少		16.6%	17.5%	17.5%	25.0%	×			
自分の健康状態を把握する人の増加	特定健診受診率50%以上	40.1%	40.1%	37.0%	50.0%	×			
保険者努力支援制度	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	14.5%	16.0%	14.3%	40.0%	×		
		肺がん検診受診者の増加	32.3%	31.4%	28.5%	40.0%	×		
		大腸がん検診受診者の増加	22.6%	20.9%	19.4%	40.0%	×		
		子宮がん検診受診者の増加	26.3%	26.0%	23.2%	50.0%	×		
		乳がん検診受診者の増加	18.2%	20.1%	16.7%	50.0%	×		
		5つのがん検診の平均受診率の増加	22.8%	22.9%	20.4%	増加	×		
	歯周病等の早期発見、早期治療	歯科検診の受診率	1.9%	1.4%	0.5%	2.5%	×		
	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	69.7%	80.6%	83.3%	80.0%	○		

達成状況 ○:達成 △:未達成(維持) ×:未達成(悪化)
目標を設定していないものは/

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期データヘルス計画において、健康寿命の延伸を目指し、中長期目標疾患である「脳血管疾患」「虚血性心疾患」「慢性腎不全」を重点的に、重症化予防を進めてきました。

本市の健康寿命は平成30年度から令和4年度までは年々上昇し、要介護認定率や給付費については減少してきました。一人あたりの医療費は増加したものの、増加率は、国・県・同規模自治体と比較し、抑制されています。

中長期目標の対象疾患については、虚血性心疾患において総医療費や患者数・患者割合は減少傾向がみられたものの、脳血管疾患及び人工透析において総医療費割合や患者割合が増加し、また、中長期目標の総医療費の伸びも抑えることはできませんでした。

短期目標の対象疾患については、「高血圧」「糖尿病」「高脂血症」において患者数は増えていますが、治療者の中で脳血管疾患や虚血性心疾患の合併症をあわせもつ人の割合は減少し、人工透析だけが増加していました。本市ではかかりつけ医と専門医が連携して人工透析予防に取り組む地域連携事業を開始したばかりであり、引き続き取り組んでいく必要があります。

短期目標の対象である、Ⅱ度高血圧(160/100mmHg)以上やHbA1c6.5%以上、メタボリックシンドローム該当者数は上昇しています。本市では、法定義務である特定保健指導に加えて、それ以外の対象者への受診勧奨や保健指導も実施しています。高血糖の医療受診勧奨対象者の医療受診率や腎機能の改善率は良好ですが、高血圧の医療受診勧奨対象者や糖尿病治療中断者の治療再開率については課題があります。医療機関の保健指導実施承諾率も低い状況のため、医療機関との連携を図るとともに、保健指導の質を向上させることにより、高い実施率を目指していきます。

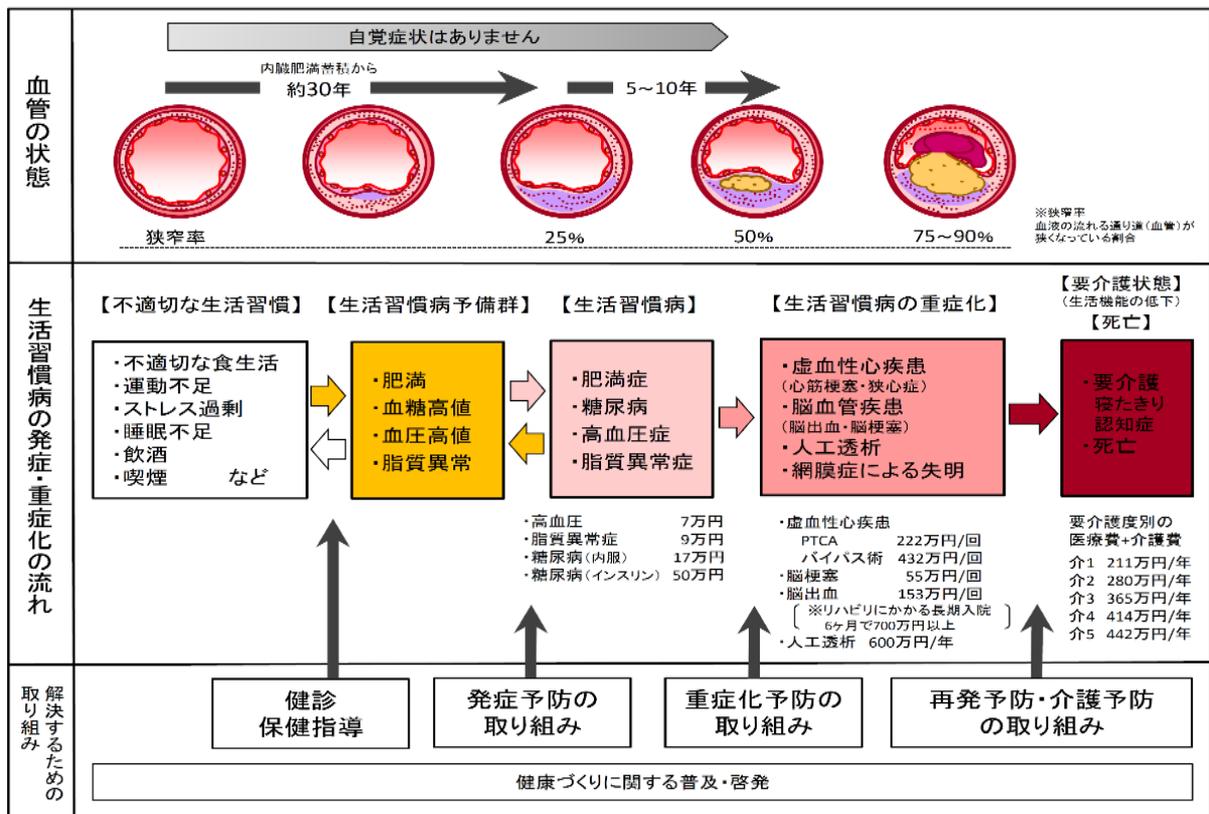
特定健診受診者においては、Ⅱ度高血圧(160/100mmHg)以上やHbA1c6.5%以上の人は、継続受診した場合、翌年改善率が高いことから、特定健診の受診率を上げながら継続受診者も増やしていく必要があります。また、健診を受診しなければ医療機関や市からの治療勧奨の機会もなく、治療開始が遅れ、脳血管疾患や慢性腎不全(人工透析)等重大な疾病の発症数が増加することが考えられるため、未受診者を減少させるという観点からも、受診率向上のための様々な取り組みを推進していく必要があります。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、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 36 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

国民健康保険は65歳以上の加入者の割合が高く、高齢世代への取り組みの必要性は明白ですが、若年期に健診結果有所見、肥満の傾向などがあると、65歳以上の高齢期で生活習慣病が重症化したり複数の慢性疾患につながるが多いため、図表42のように健診・医療・介護を一体的に分析することが重要です。

そのため、今期計画においては、第2期計画の考察を踏まえ、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個別保健事業の優先順位を決定します。

(1) 医療費分析

本市国保の被保険者数は年々減少していますが、一人あたり医療費は増加傾向にあり、後期高齢者では約94万円と国保の2倍以上になります。(図表37) 中長期目標の対象疾患である脳梗塞と脳出血の医療費割合は、国保・後期ともに国、県、同規模自治体よりも高くなっています。(図表38)

1件100万円以上の高額レセプトの件数については、国保で毎年1,100件以上あり、後期になると約1.5倍に増えることがわかります。(図表39) 高額レセプトを疾病別に見てみると、脳血管疾患においては、令和3、4年度に人数、件数ともに増加し、年間1億円以上の費用となっていました。また、後期になると、令和4年度225件発生し、3億円以上の費用額がかかっています。(図表40) 脳血管疾患を発症すると、介護を要する状態となることが多く、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 37 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
被保険者数		31,005人	30,214人	29,702人	29,024人	27,936人	21,224人
総件数及び 総費用額	件数	301,003件	293,504件	271,628件	273,990件	268,612件	353,519件
	費用額	127.2億円	125.6億円	125億円	123.9億円	123.8億円	198.5億円
一人あたり医療費		41.0万円	41.6万円	42.1万円	42.7万円	44.3万円↑	93.5万円

出典：KDBシステム2次加工

図表 38 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が総医療費に占める割合

	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞									
① 国保	諫早市	123.8億円	36,021	4.40%	0.24%	2.29%	1.17%	4.27%	3.01%	1.49%	20.9億円	16.9%	13.0%	11.49%	8.90%
	同規模	--	29,058	4.49%	0.29%	2.11%	1.50%	5.48%	3.12%	2.13%	--	19.1%	16.8%	8.12%	8.52%
	県	--	33,055	5.27%	0.29%	1.93%	1.37%	4.78%	3.31%	1.65%	--	18.6%	15.5%	9.41%	9.25%
	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	諫早市	198.5億円	79,142	3.35%	0.37%	5.17%	1.38%	3.48%	3.55%	1.03%	36.4億円	18.3%	9.4%	5.02%	15.0%
	同規模	--	69,773	4.74%	0.48%	3.91%	1.75%	4.14%	3.04%	1.47%	--	19.5%	11.3%	3.66%	12.3%
	県	--	82,405	3.52%	0.45%	4.13%	1.36%	3.43%	3.32%	1.12%	--	17.3%	9.6%	4.52%	14.0%
	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

※上記は、レセプトに記載がある最も費用を要した傷病名により、レセプト毎の合計額を集計している。

図表 39 高額レセプト(100万円/件)以上の推移

対象年度			H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期:R4年度
高額 レセプト (100万円 以上/件)	人数	A	715人	720人	747人	745人	772人	1,507人
		B	1,214件	1,120件	1,166件	1,154件	1,302件	2,172件
	件数	B/ 総件数	0.40%	0.38%	0.43%	0.42%	0.48%	0.61%
		C	19.2億円	17.9億円	19.6億円	18.7億円	21.6億円	31.2億円
費用額	C/ 総費用	15.1%	14.3%	15.7%	15.1%	17.4%	15.7%	

出典:KDBシステム2次加工

図表 40 高額レセプト(100万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度			H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期:R4年度		
脳 血 管 疾 患	人数	D	37人		49人		39人		48人		54人		138人		
		D/A	5.2%		6.8%		5.2%		6.4%		7.0%		9.2%		
	件数	E	65件		74件		62件		87件		94件		225件		
		E/B	5.4%		6.6%		5.3%		7.5%		7.2%		10.4%		
	年 代 別	40歳未満	2人	3.1%	0人	0.0%	3人	4.8%	2人	2.3%	0人	0.0%	65-69歳	0人	0.0%
		40代	1人	1.5%	4人	5.4%	2人	3.2%	3人	3.4%	1人	1.1%	70-74歳	0人	0.0%
		50代	13人	20.0%	13人	17.6%	13人	21.0%	0人	0.0%	8人	8.5%	75-80歳	47人	20.9%
		60代	31人	47.7%	24人	32.4%	22人	35.5%	33人	37.9%	23人	24.5%	80代	142人	63.1%
		70-74歳	18人	27.7%	33人	44.6%	22人	35.5%	49人	56.3%	62人	66.0%	90歳以上	36人	16.0%
	費用額	F	0.91億円		1.04億円		0.95億円		1.24億円		1.40億円		3億円		
F/C		4.8%		5.8%		4.9%		6.7%		6.5%		9.6%			

出典:KDBシステム2次加工

図表 41 高額レセプト(100万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度			H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期:R4年度		
虚 血 性 心 疾 患	人数	G	46人		33人		29人		35人		25人		49人		
		G/A	6.4%		4.6%		3.9%		4.7%		3.2%		3.3%		
	件数	H	51件		33件		31件		36件		25件		52件		
		H/B	4.2%		2.9%		2.7%		3.1%		1.9%		2.4%		
	年 代 別	40歳未満	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	3.2%	1人	2.8%	1人	4.0%	65-69歳	0人	0.0%
		40代	3人	5.9%	2人	6.1%	1人	3.2%	0人	0.0%	0人	0.0%	70-74歳	1人	1.9%
		50代	3人	5.9%	1人	3.0%	1人	3.2%	1人	2.8%	5人	20.0%	75-80歳	18人	34.6%
		60代	19人	37.3%	16人	48.5%	8人	25.8%	17人	47.2%	6人	24.0%	80代	29人	55.8%
		70-74歳	26人	51.0%	14人	42.4%	20人	64.5%	17人	47.2%	13人	52.0%	90歳以上	4人	7.7%
	費用額	I	0.91億円		0.71億円		0.71億円		0.64億円		0.57億円		0.94億円		
I/C		4.8%		4.0%		3.6%		3.5%		2.6%		3.0%			

出典:KDBシステム2次加工

図表42

健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える

参考:【KDB】介入支援対象者一覧<栄養・重症化予防>
【KDB】介入支援対象者一覧<服薬管理>
【KDB】後期高齢者の医療(健診)・介護実況

【KDB】厚生労働省様式1-1
【特定健診等データ管理システム】FKAC171

H30・R4比較

1	被保数	40~64歳	65~74歳	75歳~
	H30	9,071	12,679	19,912
	R4	8,119	13,604	21,322
	差	▲952	925	1410

2	健診受診率	40~64歳	65~74歳	75歳~
	H30	25.7	47.6	18.4
	R4	21.2	41.2	20.6
	差	▲4.5	▲6.4	2.2

3	医療機関受診	40~64歳	65~74歳	75歳~
	H30	83.0	93.8	97.1
	R4	82.7	92.7	96.9
	差	▲0.3	▲1.1	▲0.2

4	介護認定者	65~74歳	75歳~
	H30	3.6	32.7
	R4	3.8	31.5
	差	0.2	▲1.2

5	生活習慣病	40~64歳	65~74歳	75歳~
	H30	31.2	61.0	84.4
	R4	31.2	62.2	84.1
	差	▲0.0	1.2	▲0.3

※生活習慣病対象者
以下、⑥・⑧に記載している疾病の診断がある者

生活習慣病

加齢・その他

5 健診有所見者

(R4年度実績)

高血圧	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	24.8	33.8	34.6
R4	77.5	80.3	79.4
差	▲52.7	▲46.5	▲44.8

内訳

I度	77.5	80.3	79.4
II度	18.3	16.1	18.5
III度	4.2	3.6	2.1

未治療・治療中断(受診勧奨)

II度高血圧以上
220人

高血糖	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	4.0	4.9	4.5
R4	64.7	78.2	76.5
差	▲60.7	▲73.3	▲72.0

内訳

7.0~7.9	64.7	78.2	76.5
8.0以上	35.3	21.8	23.5

HbA1c 7.0以上(国保) 8.0以上(後期)
36人

尿蛋白	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	5.3	5.8	9.4
R4	78.0	68.2	65.1
差	▲72.7	▲62.4	▲55.7

内訳

+	78.0	68.2	65.1
2+以上	22.0	31.8	34.9

臓器障害あり(治療者含む)

CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満
316人

eGFR	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	0.6	2.9	9.2
R4	90.9	87.0	88.4
差	▲90.3	▲84.1	▲79.2

内訳

30-45未満	90.9	87.0	88.4
30未満	9.1	13.0	11.6

心房細動

心房細動	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	0.1	1.1	0.0
R4	99.0	99.4	0.4
差	▲98.9	▲98.3	▲0.4

実施率

A 健康状態不明者

	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	15.9	5.4	2.6
R4	16.3	6.4	2.9
差	0.4	1.0	0.3

B 実人数

	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	1.1	2.7	1.3
R4	0.8	2.4	1.1
差	▲0.3	▲0.3	▲0.2

15 体格(健診結果)

BMI	痩せ(18.5以下)			肥満(25以上)		
	40~64歳	65~74歳	75歳~	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	6.5	5.5	7.5	28.8	27.7	26.6
R4	9.0	5.6	7.4	31.1	28.2	25.9
差	2.4	0.1	▲0.1	2.3	0.5	▲0.7

6 短期目標の疾患

高血圧	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	68.5	78.4	82.6
R4	71.5	81.1	85.7
差	3.0	2.7	3.1

糖尿病	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	47.8	46.7	42.8
R4	46.5	44.5	43.9
差	▲1.3	▲2.2	1.1

重症化予防

合併症なし(R4年度実績)

9,285人
38.6%

4,181人
32.6%

7 短期目標で対象とする合併症

高血圧+合併症	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	39.6	48.4	71.9
R4	41.5	48.5	69.5
差	1.9	0.2	▲2.4

糖尿病+合併症	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	45.3	54.7	76.3
R4	48.8	57.8	74.8
差	3.5	3.1	▲1.5

C' 高血圧+糖尿病

	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	27.9	33.3	35.0
R4	28.9	33.2	37.0
差	1.1	▲0.1	2.0

8 中長期目標の疾患

脳血管疾患	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	4.1	10.2	25.6
R4	3.9	9.7	21.9
差	▲0.2	▲0.5	▲3.7

心不全	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	6.5	16.7	40.4
R4	6.8	18.0	40.8
差	0.3	1.4	0.4

虚血性心疾患	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	4.6	12.0	28.6
R4	4.1	11.2	24.4
差	▲0.5	▲0.9	▲4.2

腎不全	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	4.6	7.8	12.8
R4	5.3	8.9	13.9
差	0.8	1.1	1.1

介護予防(再発予防)

介護認定なし(R4年度実績)

3,874人
61.4%

7,878人
67.3%

5,021人
71.2%

3,224人
69.8%

9 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

脳血管疾患	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	10.4	17.1	48.3
R4	11.9	15.8	46.8
差	1.6	▲1.3	▲1.5

心不全	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	3.6	8.0	43.7
R4	3.4	6.9	41.9
差	▲0.1	▲1.1	▲1.8

虚血性心疾患	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	2.2	6.5	38.6
R4	3.0	5.3	37.3
差	0.8	▲1.2	▲1.3

腎不全	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	4.3	10.3	43.0
R4	2.3	8.3	43.1
差	▲2.0	▲2.0	0.2

C 実人数

	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	17.0	29.4	21.9
R4	16.6	29.9	24.3
差	▲0.4	0.5	2.4

D 実人数

	40~64歳	65~74歳	75歳~
H30	13.7	29.1	37.3
R4	14.2	30.3	36.2
差	0.5	1.3	▲1.1

14 生活習慣病の重なり(高血圧・糖尿病)

骨折	65~74歳	75歳~
H30	61.5	82.7
R4	65.4	84.4
差	3.9	1.8

認知症	65~74歳	75歳~
H30	72.2	80.8
R4	66.5	83.6
差	▲5.6	2.8

10 加齢によるその他の疾患

骨折	65~74歳	75歳~
H30	4.5	17.5
R4	4.3	17.0
差	▲0.3	▲0.6

認知症	65~74歳	75歳~
H30	1.7	16.3
R4	1.7	15.7
差	0.1	▲0.7

11 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

骨折	65~74歳	75歳~
H30	14.2	58.5
R4	12.7	58.1
差	▲1.5	▲0.4

認知症	65~74歳	75歳~
H30	53.3	78.7
R4	51.7	82.2
差	▲1.6	3.5

(2) 健診・医療・介護の一体的分析 (図表 42 ※図表 43~47 は図表 42 を分割表示したもの)

健診・医療・介護のデータを平成30年度と令和4年度の比較により各年代で一体的に分析すると、被保険者数は、40~64 歳は減少していますが、65歳~74歳及び 75 歳以上では増加しており、高齢化の進展が顕著であることがわかります。

体格をみると、40~64 歳で、BMI18.5未満と BMI25 以上の年代別健診受診者に占める割合が 2 ポイント超上昇しており 2 極化が進んでいます。(図表 43)

健診有所見の状況をみると、各年代でⅡ度高血圧、HbA1c7.0(後期は 8.0)以上の有所見者で未治療率が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となっています。(図表44)

短期目標疾患である高血圧、糖尿病と合併症の状況については、40~74 歳で合併症を有する率が上昇しており、中長期目標疾患と介護認定の状況については、40~64 歳の脳血管疾患と虚血性心疾患における介護認定者の割合が増加していることから、40・50代もしくは40代以前の若年期からの保健指導が重要となります。(図表45、46) 中長期目標疾患の患者数の割合においては、腎不全の上昇が大きいことから、慢性腎臓病の重症化予防が課題と言えます。

高齢期の課題でもある骨折・認知症と生活習慣病(高血圧・糖尿病)との重なりについては、75歳以上でいずれも8割を超えていることから、高血圧や糖尿病に係る対策が骨折や認知症の予防にもつながるものと考えます。(図表47)

図表 43 被保険者数と健診受診状況

年度	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑤ 体格(年代別健診受診者に占める割合)					
					特定健診		後期健診	BMI 18.5未満			BMI 25以上		
		75歳~	40-64歳	65-74歳	75歳~	40-64歳	65-74歳	75歳~	40-64歳	65-74歳	75歳~	40-64歳	65-74歳
H30	32.7%	9,071人	12,679人	19,912人	25.7%	47.6%	18.4%	6.5%	5.5%	7.5%	28.8%	27.7%	26.6%
R4	31.5%	8,119人	13,604人	21,322人	21.2%	41.2%	20.6%	9.0%	5.6%	7.4%	31.1%	28.2%	25.9%

図表 44 健診有所見状況

年度	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歳		65-74歳		75歳~		40-64歳		65-74歳		75歳~		40-64歳	65-74歳	75歳~	40-64歳	65-74歳	75歳~												
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%											
H30	112	4.8	(51)	368	6.1	(133)	236	6.4	(81)	88	3.8	(14)	276	4.6	(19)	28	0.8	(1)	36	1.5	127	2.1	184	5.0	3	0.1	74	1.2	0	--
R4	96	5.6	(41)	374	6.7	(123)	313	7.1	(56)	68	4.0	(6)	275	4.9	(27)	47	1.1	(3)	20	1.2	117	2.1	179	4.1	1	0.1	61	1.1	0	--

図表 45 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

年度	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)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患と合併症					
							高血圧			糖尿病			糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症		
	40-64歳	65-74歳	75歳~	40-64歳	65-74歳	75歳~	40-64歳	65-74歳	75歳~	40-64歳	65-74歳	75歳~	40-64歳	65-74歳	75歳~	40-64歳	65-74歳	75歳~	40-64歳	65-74歳	75歳~
H30	83.0	93.8	97.1	31.2	61.0	84.4	68.5	78.4	82.6	47.8	46.7	42.8	27.9	33.3	35.0	39.6	48.4	71.9	45.3	54.7	76.3
R4	82.7	92.7	96.9	31.2	62.2	84.1	71.5	81.1	85.7	46.5	44.5	43.9	28.9	33.2	37.0	41.5	48.5	69.5	48.8	57.8	74.8

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

年度	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64歳	65-74歳	75歳~	40-64歳	65-74歳	75歳~	40-64歳	65-74歳	75歳~	40-64歳	65-74歳	75歳~	40-64歳	65-74歳	75歳~	40-64歳	65-74歳	75歳~	40-64歳	65-74歳	75歳~	40-64歳	65-74歳	75歳~
H30	4.1	10.2	25.6	4.6	12.0	28.6	6.5	16.7	40.4	4.6	7.8	12.8	10.4	17.1	48.3	2.2	6.5	38.6	3.6	8.0	43.7	4.3	10.3	43.0
R4	3.9	9.7	21.9	4.1	11.2	24.4	6.8	18.0	40.8	5.3	8.9	13.9	11.9	15.8	46.8	3.0	5.3	37.3	3.4	6.9	41.9	2.3	8.3	43.1

図表 47 骨折・認知症の状況

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)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74歳	75歳~	65-74歳	75歳~	65-74歳	75歳~	65-74歳	75歳~	65-74歳	75歳~	65-74歳	75歳~
H30	61.5	82.7	72.2	80.8	4.5	17.5	1.7	16.3	14.2	58.5	53.3	78.7
R4	65.4	84.4	66.5	83.6	4.3	17.0	1.7	15.7	12.7	58.1	51.7	82.2

図表43~47 出典:KDBシステム2次加工

(3) 第2期計画に係る考察で課題とした中長期目標の詳細分析

①脳血管疾患

本市国保で平成30年度から令和4年度に新規に脳血管疾患を発症し入院した人は694人で、最も患者数が多かったのは脳梗塞、次いで脳出血、くも膜下出血となっています。脳梗塞については特に65歳から74歳の男性が多く、くも膜下出血は女性が多い結果でした。(図表48、49)

高血圧は様々な脳血管疾患に共通するリスク要因とされており、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の新規発症者の基礎疾患状況において高血圧の割合が8割超であることから、高血圧への対策は中心として取り組むべき課題と言えます。(図表50、51)

また、心原性脳梗塞のリスク要因の一つとして心房細動がありますが、本市では特定健診受診者のほぼ全員に心電図検査を実施しており、毎年心房細動が1%の割合で発見され、健診から治療につながっている人も多くおられます。一方で、毎年10人前後は健診受診後も未治療者となっており、重症化が心配されるため、一人でも多くの対象者が医療受診につながるよう家庭訪問などの取り組みを実施していきます。(図表52)

100万円以上の高額レセプトにおける脳血管疾患患者の約5割は、発症前に高血圧・糖尿病・脂質異常が未治療となっており、服薬1年未満発症及び治療中断も合わせると8割を超えます。(図表53)
図表50の脳血管疾患のリスク要因をマネジメントしていくことが必要となります。

図表 48 脳血管疾患(脳卒中)分類

単位(人)

H30~R4年度 新規(入院) 脳血管疾患診断	重なりあり										
	脳梗塞		脳出血		くも膜下出血		その他		頸動脈硬化症 頸動脈硬化症狭 窄		
合計	694	423	61.0%	140	20.2%	40	5.8%	52	7.5%	78	11.2%
男性	430	279	64.9%	85	19.8%	10	2.3%	29	6.7%	42	9.8%
女性	264	144	54.5%	55	20.8%	30	11.4%	23	8.7%	36	13.6%

出典:KDBシステム2次加工

図表49 脳血管疾患(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)の年齢・性別状況

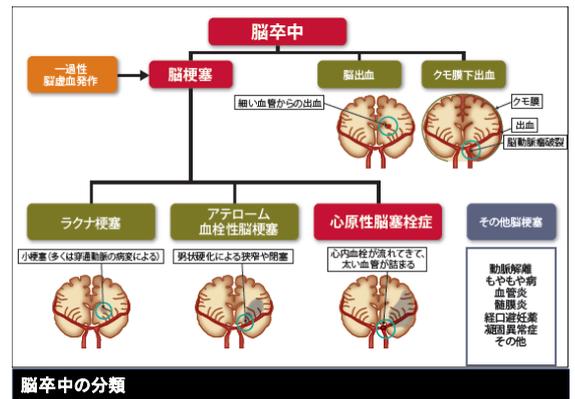
単位(人)

H30~R4年度 新規(入院) 脳血管疾患診断	合計 (A)	脳梗塞		脳出血		くも膜下出血		
		人数(B)	割合(B/A)	人数(C)	割合(C/A)	人数(D)	割合(D/A)	
	603	423	70.1%	140	23.2%	40	6.6%	
合計	64歳以下	166	104	62.7%	52	31.3%	10	6.0%
	65~74歳	437	319	73.0%	88	20.1%	30	6.9%
男性	64歳以下	103	70	68.0%	31	30.1%	2	1.9%
	65~74歳	271	209	77.1%	54	19.9%	8	3.0%
女性	64歳以下	63	34	54.0%	21	33.3%	8	12.7%
	65~74歳	166	110	66.3%	34	20.5%	22	13.3%

出典:KDBシステム2次加工

図表 50 脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)のリスク要因

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	●							



図表 51 脳血管疾患の基礎疾患状況

H30~R4年度 脳血管疾患(脳卒中)		基礎疾患(重複あり)			
		高血圧	脂質異常	糖尿病	
脳梗塞	人数	423	341	259	209
	割合	80.6%	61.2%	49.4%	
脳出血	人数	140	123	65	57
	割合	87.9%	46.4%	40.7%	
くも膜下 出血	人数	40	35	22	13
	割合	87.5%	55.0%	32.5%	

出典:KDBシステム2次加工

図表 52 特定健診における心電図検査と心房細動有所見の状況

		H30年度			R1年度			R2年度			R3年度			R4年度		
		総計	男性	女性												
特定健診受診者	a	9,179	4,042	5,137	8,658	3,849	4,809	7,213	3,121	4,092	7,412	3,201	4,211	7,262	3,140	4,122
内 心電図検査実施者	b	9,071	3,986	5,085	8,563	3,793	4,770	7,189	3,114	4,075	7,339	3,163	4,176	7,206	3,114	4,092
心電図検査実施率	b/a	98.8%	98.6%	99.0%	98.9%	98.5%	99.2%	99.7%	99.8%	99.6%	99.0%	98.8%	99.2%	99.2%	99.2%	99.3%
心房細動有所見者	e	107	90	17	109	88	21	80	64	16	79	57	22	72	55	17
有所見率	e/b	1.2%	2.3%	0.3%	1.3%	2.3%	0.4%	1.1%	2.1%	0.4%	1.1%	1.8%	0.5%	1.0%	1.8%	0.4%
内 未治療		16	15	1	20	17	3	16	12	4	19	11	8	17	10	7
内 健診後治療開始		7	7	0	12	10	2	6	6	0	10	6	4	7	4	3

出典:特定健診システム、国保総合システム 2次加工

図表 53 脳血管疾患新規発症者の発症前治療状況

R4年度 脳血管疾患		人数	割合
新規発症者数		41	
内訳 高血圧・糖尿病・脂質異常 の治療状況	発症前未治療	21	51.2%
	治療開始1年未満で発症	12	29.3%
	治療中断	2	4.9%
	発症前治療有	6	14.6%

8割超

出典:KDBシステム2次加工

※令和4年度に脳血管疾患で100万円以上のレセプトがあった者を集計

②人工透析

本市における新規透析導入の主要原疾患については近年腎硬化症が増加しており、年代別にみると、60代以下は糖尿病性腎症が、70代以上は腎硬化症が多い状況です。(図表54)

国や県は糖尿病性腎臓病の重症化予防として、糖尿病に重点をおいて実施していますが、本市国保のレセプト情報から、人工透析導入前には高血圧を基礎疾患に持つ割合が100%となっていることから、本市では、高血圧についても、引き続き糖尿病と同様の対策を実施していく必要があります。(図表55)

図表54 人工透析状況(長崎県腎不全協会調べ) 単位(人)

新規		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
人数		50	47	45	46
県内順位		6	10	15	14
性別	男	42	35	25	24
	女	8	12	20	22
年代	30代以下	2	0	0	0
	40代	5	3	2	3
	50代	5	5	3	3
	60代	11	10	13	11
	70代	16	13	15	14
	80代	11	16	11	14
	90代以上	0	0	1	1
原因疾患	糖尿病性腎症	21	14	14	14
	腎硬化症	17	24	19	17
	慢性糸球体腎炎	3	5	7	3
	慢性腎不全	0	0	1	1
	慢性腎炎	2	1	1	0
	その他	7	3	3	11
透析患者総数		345	365	352	383

図表54-1 市・県比較

R3年度	原因疾患内訳	
	糖尿病性腎症	腎硬化症
諫早市	30.4%	37.0%
長崎県	33.7%	29.1%

図表54-2 年代別比較

H30年度 ~R3年度新規	原因疾患内訳	
	糖尿病性腎症	腎硬化症
全体	34.6%	40.3%
内訳	60代以下	45.0%
	70代以上	28.3%

図表55 基礎疾患 単位(人)

H30~R4年度 基礎疾患 (重複有)	新規人工透析	
	人数	割合
高血圧	78	100.0%
脂質異常	62	79.5%
糖尿病	69	88.5%

③脳血管疾患新規発症者・人工透析新規導入者の特定健診受診状況

出典:KDBシステム2次加工

平成30年度から令和4年度に新規で脳血管疾患及び人工透析になった人のうち、諫早市特定健診を6年以上未受診であった人は、6割弱いました。特定健診未受診者対策が課題です。(図表56)

図表56 脳血管疾患・人工透析導入と特定健診受診状況

単位(人)

H30~R4年度 新規	脳血管疾患 (入院)	人工透析
人数	694	78
6年以上特定健診未受診	406	45
未受診者率	58.5%	57.7%

出典:KDBシステム、特定健診システム2次加工

(4) 第2期計画に係る考察で課題とした短期目標の詳細

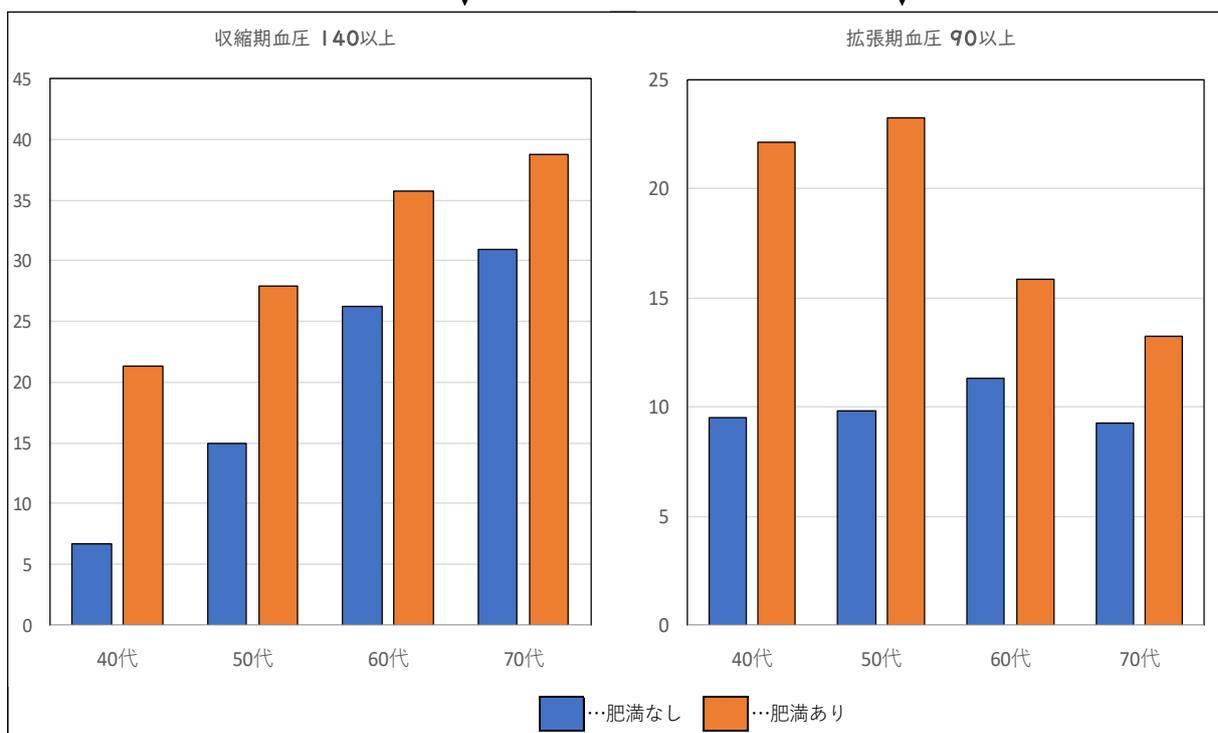
①令和4年度年代別高血圧と肥満の関係(図表57)

年代別にみると、収縮期血圧も拡張期血圧も肥満なしよりも、肥満ありのほうが高い傾向にあります。特に40代~50代ほど顕著に表れているため、若年期からの肥満改善が必要です。

図表57 年代別高血圧と肥満の関係

単位(人)

令和4年度			収縮期血圧140以上				拡張期血圧90以上					
			合計	40代	50代	60代	70代	合計	40代	50代	60代	70代
肥満なし (25未満)	該当者	5,170	1,383	17	58	518	790	523	24	38	224	237
	割合		26.8%	6.7%	14.9%	26.2%	30.9%	10.1%	9.5%	9.8%	11.3%	9.3%
肥満あり (25以上)	該当者	2,092	747	26	48	282	391	326	27	40	125	134
	割合		35.7%	21.3%	27.9%	35.8%	38.7%	15.6%	22.1%	23.3%	15.9%	13.3%



出典:KDB2 次加工

② メタボリックシンドロームと治療状況

本市国保特定健診におけるメタボリックシンドローム該当者の割合は、16ページの図表20で触れたように増加傾向にあります。図表58を見ると多くが高血圧・糖尿病・脂質異常の治療中であることがわかります。前述の治療をしていない人のみを対象としている特定保健指導だけでは、メタボリックシンドロームの改善は難しい状況です。本市では、慢性腎臓病の発症予防として、肥満者への指導を実施しており、今後も継続して取り組んでいく必要があります。(図表58)

図表 58 メタボ予備群・該当者の高血圧・糖尿病・脂質異常の治療状況

単位(人)

	H30年度 特定健診受診者					R4年度 特定健診受診者				
	内 治療中		内 治療なし (特定保健指導)			内 治療中		内 治療なし (特定保健指導)		
総 数	9,179人	4,873人	-	4,306人	-	7,262人	4,269人	-	2,993人	-
メタボ予備群	1,142人	642人	56.2%	500人	43.8%	864人	525人	60.8%	339人	39.2%
メタボ該当	1,837人	1,546人	84.2%	291人	15.8%	1,612人	1,400人	86.8%	212人	13.2%

出典：KDBシステム2次加工

(5) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

本市国保では、第2期健康課題の考察と分析結果から、第3期データヘルス計画の健康課題を下記のとおり整理します。

	抽出した健康課題	優先順位
A	脳血管疾患に係る医療費の伸びを抑制できておらず、介護状態にも影響している	-
B	慢性腎不全(人工透析)の医療費の伸びを抑制できていない	-
C	脳血管疾患及び人工透析導入の新規患者の多くが高血圧である 特定健診における血圧Ⅱ度(160/100)以上の有所見者の割合が上昇 血圧Ⅱ度(160/100)以上の有所見者の健診後の医療機関受診率は4割弱と低い 高血圧治療中断者の割合が糖尿病治療中断者よりも高い	1
D	メタボリックシンドロームの該当者の割合は上昇し、治療中の人が多い 高血圧を有している人は肥満の割合が多い	2
E	脳血管疾患及び人工透析導入の新規患者の6割は6年間特定健診未受診である 特定健診の受診率が低い	3
F	高血圧・糖尿病・脂質異常の治療者割合は増加し、合併症併発では人工透析のみ増加	4
G	特定健診でHbA1c6.5%以上の有所見者の割合が上昇 糖尿病治療中断の治療再開率が低い	5

3) 目的・目標の設定

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、短期目標は毎年、中長期目標については、中間評価・最終評価で実績を確認し、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。がん検診と歯科検診については、保険者努力支援制度での評価指標となっており、健康増進部門と連携しながら受診率向上の取り組みを進めます。(図表 59)

図表 59 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	課題項目	データヘルス計画における目的	課題を解決するための指標	実績			最終目標 R11	データの把握方法 (活用データ)		
				初期値 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)				
データヘルス計画	最終目標	-	健康寿命の延伸 (医療費適正化)	健康寿命 (平均自立期間: 要介護2以上)	男 80.7			-	KDBシステム/レセプト	
				女 85.1			-			
			国保1人あたりの医療費(万円)	入院 19.6			-			
				外来 17.9			-			
	中長期目標	A F	慢性腎不全による人工透析を予防し、医療費の伸びを抑制する	新規透析導入数	17人			-		
				慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合	4.40%			維持		
		B	脳血管疾患の発症を予防し、医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合	2.29%			維持		
	短期目標	アウトカム指標	C	血圧有所見者の減少	特定健診で血圧Ⅱ度 (160/100mmHg) の者の割合	6.4%				減少
					特定健診で血圧Ⅱ度で未治療者(問診)の割合	3.4%				減少
					特定健診で血圧Ⅱ度で未治療者が健診後高血圧の診断がついた者の割合	66.7%				増加
		G	血糖有所見者の減少	★特定健診でHbA1c8%以上の者の割合	0.4%			減少		
				特定健診でHbA1c6.5%以上で未治療者(問診)の割合	3.5%			減少		
		D	メタボリックシンドローム該当者の減少	メタボリックシンドローム該当者割合	22.6%			減少		
	アウトプット	E	特定健診受診率の向上	★特定健診受診率	37%			55%		法定報告値
D		メタボリックシンドローム該当者の減少	★特定保健指導実施率	57%			60%			
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	20%			増加		
保険者努力支援制度		がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診率(50~69歳)	17.3%			増加	地域保健事業報告(国保対象者)		
			肺がん検診受診率(40~69歳)	15.2%			増加			
			大腸がん検診受診率(40~69歳)	21.4%			増加			
			子宮がん検診受診率(20~69歳女性)	10.0%			増加			
			乳がん検診受診率(40~69歳女性)	12.0%			増加			
		歯周病等の早期発見、治療	歯科検診受診率	0.8%			増加	市集計		

第3章 課題解決するための個別保健事業

1. 保健事業の方向性

生活習慣病は自覚症状がないため、そのまま放置すると合併症を発症するなど重症化し、生活の質を大きく低下させます。まずは健診の機会を提供し、健診受診後のフォローとして個々人の状態に応じた保健指導を実施することが重要となります。そのためにも、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努める必要があります。

保健事業の実施にあたっては、中長期目標である脳血管疾患と慢性腎臓病（CKD）を予防するために、CKD 対策を柱として取り組みを強化していきます。CKD は末期腎不全だけでなく、脳血管疾患や心筋梗塞などの心血管疾患についても危険因子となる関係性があることから、これらの疾患の共通のリスクとなる高血圧、糖尿病、メタボリックシンドローム等の減少を目指していきます。そのために、特定健診における血圧、血糖の検査結果や肥満を改善することを目的として、通知や保健指導などの個人に対する重症化予防の取り組み（ハイリスクアプローチ）と、集団に対する健康意識啓発の取り組み（ポピュレーションアプローチ）を組み合わせ実施していきます。

また、妊娠期の糖尿病や高血圧症候群、小児の肥満は、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おり、ライフサイクルの視点でデータを分析する必要があります。今後は、母子保健担当部署と連携しながら、生活習慣病の発症予防に努めていきます。

保険者にとっての保健事業の意義は、被保険者の健康保持、医療費適正化、インセンティブ（保険者努力支援制度等）の3つがありますので、優先度を考え、個別事業の展開を図っていきます。

2. 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1) 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高確法第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。なお、第1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画期間を6年を一期として策定しています。

2) 目標値の設定

平成20年度の制度開始以降、本市国保においては、特定健診等実施計画に基づき、様々な取り組みを行ってきました。しかし、第3期は新型コロナ感染症の影響もあり、令和4年度の特定健診受診率は37%と、市の目標（50%）、国の目標（60%）のいずれも下回りっており、受診率の向上を図る必要があります。

第4期の目標については、前期に引き続き、実情を分析したうえで保険者が目標を立ててよいこととなっているため、実現可能性が高い目標として、特定健診受診率は55%を、特定保健指導は国が示す60%を最終目標とします。（図表 60）

図表60 特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値

	R4(参考)	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	37.0%	40.0%	43.0%	46.0%	49.0%	52.0%	55.0%
特定保健指導実施率	57.0%	57.0%	57.5%	58.0%	58.5%	59.0%	60.0%

3) 対象者数の見込み

特定健診対象者は、過去の傾向や将来推計人口等を用いて、特定保健指導は特定健診受診者数から過去の傾向に応じて推計しました。(図表 61)

図表61 特定健診・特定保健指導対象者数等の見込み

		単位(人)					
		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	17,848	17,027	16,244	15,497	14,784	14,104
	受診者数	7,139	7,139	7,139	7,139	7,139	7,139
特定保健指導	対象者数	714	732	747	759	769	776
	実施者数	407	421	433	444	454	465

4) 特定健康診査の実施

(1) 目的

メタボリックシンドローム及びそれに伴う各種生活習慣病の予防を目的とした特定健康診査・特定保健指導を進めるため、広報、受診勧奨・再勧奨等の取り組みを行うことで、特定健診の受診率の向上を目指します。

(2) 対象者

40歳～74歳の本市国保被保険者

(3) 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。受診形態は、集団健診と個別健診があります。、個別健診においては、より多くの受診機会を提供するために近隣自治体の医師会と契約を締結し、今後も受診地域の拡大に努めていきます。

- ① 個別健診(市内医療機関他、大村市医師会、西彼医師会に所属の医療機関)
- ② 集団健診

(4) 特定健診委託基準

高確法第 28 条、及び実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(5) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、諫早市ホームページに掲載します。

(6) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(7) 特定健診実施項目(図表62)

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特定健康診査の項目に基づき、実施します。慢性腎臓病及び心血管疾患予防のために、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・血色素及び赤血球・尿潜血・心電図)を全員に実施しています。(実施基準第1条第4項)

図表62 諫早市特定健診検査項目

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

○・・・必須項目、□・・・医師の判断に基づき選択的に実施する項目

●・・・いずれかの項目の実施で可

(8) 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、かかりつけ医から患者に健診受診を勧奨してもらえるよう、医療機関へ十分な説明を実施します。また、患者本人の同意のもと、医療機関から診療における検査結果を特定健診のデータとして提供してもらう情報提供事業を実施します。

(9) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い事務は、長崎県国民健康保険団体連合会に委託します。

(10) 受診率向上のための主な取り組み

特定健診の実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。また、下記の4点にも取り組み、受診率向上を目指します

① 受診しやすい環境整備

- ・自己負担額の無料化
- ・がん検診と同時実施した際にかん検診自己負担金に200円助成(ミニ人間ドック)
- ・日祝日に集団健診の実施
- ・大村市や西彼杵郡の医師会と契約し受診地域を拡大

② 周知広報の取り組み

- ・受診勧奨はがきの送付(集団健診実施地域は日程に合わせたハガキでの受診勧奨)
- ・市報やホームページ、地域の広報誌などによるPR
- ・市独自のチラシを作成し、窓口や地域の会議・イベント等で配布
- ・町内会などの地区組織を通じて健診の必要性の説明や受診勧奨の呼びかけ

③ 関係機関との連携

- ・通院治療中の方で健診受診を希望されない方への情報提供書提出依頼
- ・事業主健診や消防団健診等の結果の提供依頼
- ・医師会や薬剤師会等へ治療中の方へ受診勧奨の呼びかけやポスター掲示依頼
- ・関係部局への受診勧奨呼びかけへの協力依頼

④ 保健指導における受診勧奨の取り組み

- ・特定保健指導や重症化予防事業の保健指導において健診受診の重要性を説明
- ・翌年度健診未受診者のうち重症化の恐れがある未治療者に訪問を実施し受診勧奨
- ・集団健診後の結果説明会において、きめ細かな情報提供や個別指導により継続受診を推進

(11) 評価 (図表 63)

図表63 特定健康診査の評価指標

区分	指標
アウトカム	・特定健診受診率 ・年齢階級別受診率、地区別受診率
アウトプット	・受診勧奨数、率
プロセス	・特定健診対象者への通知の適切さ ・未受診者への通知の適切さ ・適切な受診勧奨者把握
ストラクチャー	・予算額、人員、体制 ・委託医療機関機数、集団健診実施回数 ・医療機関連携等との連携状況

5) 特定保健指導の実施

(1) 目的

特定保健指導においては、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、健康に関するセルフケア(自己管理)と行動変容のきっかけとなる支援を行うことで、メタボリックシンドロームの改善及び関連する生活習慣病を減少させることを目的とします。

(2) 対象者(図表 64)

厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づき、特定健診結果から内臓脂肪蓄積に着目して、特定保健指導の対象者を階層化し、選定します。なお、高血圧、糖尿病、脂質異常症の服薬中の人は、対象外となっています。

図表64 特定保健指導対象者(階層化)

	追加リスク		④喫煙	対象	
	①血糖	②脂質		③血圧	40～64歳
腹囲	2つ以上該当		/	積極的支援	動機づけ支援
男性85cm以上 女性90cm以上	1つ該当		あり なし		
上記以外で BMI 25以上	3つ該当		/	積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当		あり なし		
	1つ該当		/		

- | | |
|------|--|
| ①血糖 | 空腹時血糖100mg/dl以上 又は HbA1cの場合5.6%以上 |
| ②脂質 | 中性脂肪150mg/dl以上 又は HDL コレステロール40mg/dl未満 |
| ③血圧 | 収縮期血圧130mmHg以上 又は 拡張期血圧85mmHg未満 |
| ④喫煙歴 | ①～③のリスクが1つ以上の場合のみカウント |

(3) 実施担当者

「動機付け支援」「積極的支援」の該当者は、専門職である医師・保健師又は管理栄養士、経験のある看護師が実施します。

(4) 実施内容と流れ(図表 65、66)

特定保健指導の実施は、保険者が直接実施しますが、対象者の利便性を考え、一部を医療機関に委託します。外部委託の場合は、厚生労働省令である「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき、厚生労働大臣が告示にて定める「特定保健指導の外部委託に関する基準」を満たすこととします。特定保健指導は市役所本庁、各支所、自宅等、対象者が利用しやすい場所で、年間を通して実施します。

図表65 特定保健指導の流れ

	日付	項目	内容
通知	毎月8日頃	対象者通知	前月、特定健診結果がシステムに記録された者の中から、特定保健指導対象者を抽出し、通知を発送
実施	●申し込みありの場合		
	毎月20日頃	対象者決定	対象者と来所日時を調整する
	月末～ 翌月14日頃まで	特定保健指導実施	動機づけ/動機づけ支援相当：面接1回実施 積極的支援：面接1回実施、その後面接、電話等で支援
	実施後すぐに	記録	指導記録等を作成する
	●申し込みなしの場合		
評価	対象者通知の 翌月中旬以降～	訪問計画/実施	訪問優先度（健診結果による）により訪問計画を作成し、家庭訪問により保健指導を実施→指導記録作成
	保健指導の 3ヵ月後	個別評価	面談または電話により対象者に保健指導後の状況を確認し、評価記録を作成
	毎年12月頃 (年に1回)	全体評価	特定保健指導対象者全体のデータを分析・評価

※上記を実施するために、事例検討会（毎月1回）、評価カンファレンス（年1回）を実施し、外部研修（年2回以上）を受講する機会を作り、保健指導の質の向上を目指します。

図表66 第4期（2024年以降）における変更点

特定保健指導の見直し	(1)評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2)特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、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。

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）

(5) 評価(図表 67)

図表67 特定保健指導の評価指標

区 分	指 標
アウトカム	<ul style="list-style-type: none">・特定保健指導対象者の減少率・利用者の検査値(BMI・腹囲)の改善割合・平均値の変化・受診勧奨判定値の医療機関受診割合・次年度の特定健診受診率
アウトプット	<ul style="list-style-type: none">・特定保健指導実施数・率・特定保健指導訪問率(来所率)
プロセス	<ul style="list-style-type: none">・保健指導勧奨までの方法や利用までの手順は適切さ・特定保健指導の機会、時期、内容等の適切さ・データ分析の実施の有無
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none">・予算額、人員、体制・教材や指導記録の有無・事業手順、特定保健指導実施者の研修はあるか・委託機関の数や連携の程度

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及び諫早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について

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

7) 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに国保連合会を通じて厚生労働省に報告します。

8) 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高確法第19条第3項において、「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」と定められており、本計画は、本市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

3. 慢性腎臓病（糖尿病性腎臓病）重症化予防

1) 基本的な考え方

慢性腎臓病（CKD）は、早期から適切な治療を受けることで進行抑制や完治が可能な疾患であると言われています。また、CKDの発症と重症化は、高血圧、高血糖、肥満、喫煙、食塩の過剰摂取などの生活習慣が強く関与していることから、生活習慣改善への介入、保健指導が重要となります。

本市では、平成24年度からCKD重症化予防事業を開始しており、令和5年3月には、CKDを切り口とした、諫早市糖尿病性腎臓病（DKD）重症化予防事業プログラムを作成し事業展開を図ってきました。

今後も引き続き、プログラムに基づく様々な取り組みを実施しながら、健康課題である高血圧対策や肥満対策を強化し、人工透析の導入や脳血管疾患の発症予防を目指していきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、諫早市糖尿病性腎臓病（DKD）重症化予防事業プログラムに基づき、抽出すべき対象者を以下のとおりとします。慢性腎臓病予防対策に科学的根拠を持って取り組むため、対象者を抽出する際は「CKDの重症度分類」を基盤とします。（図表68）また、慢性腎臓病の進展とともに血管障害の合併リスクが高くなるため、高血圧・糖尿病・脂質異常・肥満などは、各ガイドラインに基づいた絞り込みを行い、対象者を抽出していきます。

- ① 特定健診において、腎機能低下している者
- ② 医療機関未受診者（高血圧、高血糖、脂質異常）
- ③ 医療機関受診中断者
- ④ 特定健診で腎機能がやや低下し、高血圧やメタボリックシンドローム等リスクを有する者

図表68 令和4年度特定健診受診者 CKD 重症度分類

eGFR 重症度	尿蛋白 eGFR	A 1		A 2		A 3						不明		総計	
		-		±		+		++		+++					
		計	DM内服 (再掲)	計	DM内服 (再掲)	計	DM内服 (再掲)	計	DM内服 (再掲)	計	DM内服 (再掲)	計	DM内服 (再掲)	計	DM内服 (再掲)
G 1 正常または 高値	≥90	658	78	68	11	32	7	7	2	3	2	1	0	769	100
G 2 正常または 軽度低下	60~89	4,348	356	461	41	165	25	40	10	7	2	7	2	5,028	436
G 3 a 軽度～ 中等度低下	45~59	1,025	99	149	21	64	8	29	10	8	2	2	0	1,277	140
G 3 b 中等度～ 高度低下	30~44	87	8	26	8	22	7	18	9	4	1	1	0	158	33
G 4 高度低下	15~29	5	0	3	0	2	1	4	1	2	1	0	0	16	3
G 5 末期腎不全	<15	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	1	5	2
不明		5	0	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	9	1
総計		6,128	541	709	81	287	49	99	32	25	9	14	3	7,262	715

参考) CKD診療ガイドライン2018

(2) 対象者の抽出と該当者数の把握

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。(図表 69)

図表 69 令和4年度諫早市慢性腎臓病重症化予防の取り組みと対象者数

		単位(人)	
抽出 順番	区 分	対象者抽出基準	対象者数
健診結果からの抽出	1	重症化予防(DKD)	102
		重症化予防(CKD)	186
	2	受診勧奨①	285
		受診勧奨②	133
	3	発症予防(肥満)	186
	4	発症予防(CKD)	61
	レセプト情報	受診勧奨③ (糖尿病治療中断者)	37
		受診勧奨④ (高血圧治療中断者)	347

3) 保健指導の実施

(1) 保健指導の優先順位と介入方法

優先順位1【重症化(DKD・CKD)予防の保健指導】

- ・来所相談通知を出して保健指導を実施、申し込みが無かった場合に個別訪問や電話でアプローチし全件実施に努めます。また、医療機関と連携した保健指導を行います

優先順位2【受診勧奨①②③④】

- ・医療受診勧奨通知を出して、通知後受診が無い場合、個別訪問や電話でアプローチし医療受診率の向上に努めます。また、継続受診の重要性について説明し、治療を中断しないための保健指導を行います。

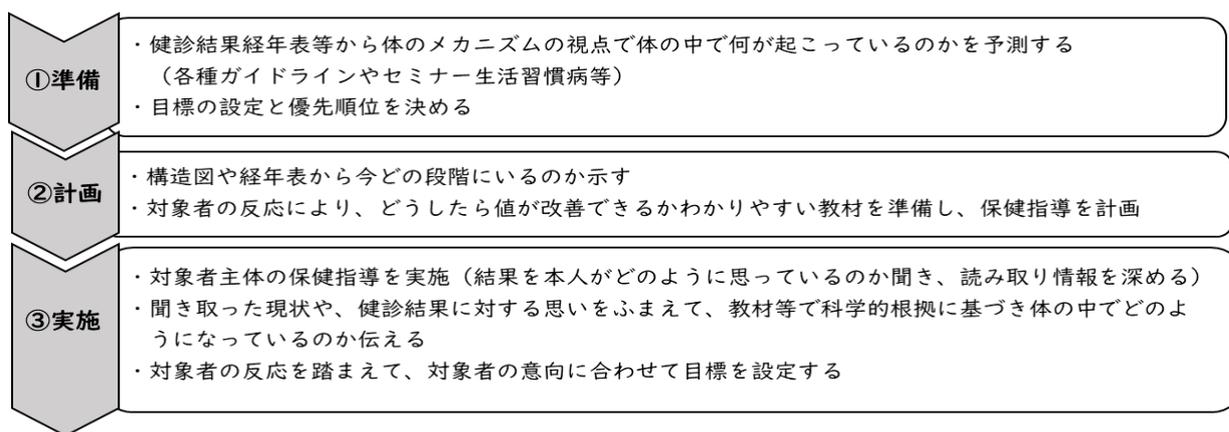
優先順位3【発症(CKD・肥満)予防のための保健指導】

- ・健康相談案内通知を出して、希望があれば、来所や個別訪問、電話により対応します。必要時、医療機関と連携した保健指導を行います。

※受診勧奨④は、マンパワーの確保ができてからの開始となります。また、発症予防の肥満、発症予防CKDの高血圧対策の強化についても、マンパワーの確保が必要です。

(2) 保健指導の実施

糖尿病性腎臓病の重症化予防のためには、血糖と血圧のマネジメントが重要です。また、腎機能が低下すると大血管障害の合併リスクが高くなるため、血管疾患のリスク因子である肥満・脂質異常症、喫煙などの管理も大切です。本市においては、特定健診受診者からCKDの重症度分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて対象者を抽出し、個々人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おいては糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド、標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)等を参考に作成した保健指導用教材を活用していきます。



(3) 対象者の進捗管理

対象者の進捗管理は、下記台帳を作成し、担当者を振り分け、管理していきます。

- ①重症化予防、発症予防台帳
- ②受診勧奨台帳
- ③治療中断者台帳

4) 医療との連携

(1) 腎機能低下者への対応〔慢性腎臓病重症化予防地域連携事業〕

医療機関及び本人の同意が得られた場合に、医師で構成する症例検討会議において、症例検討を行い、対象者ごとに症例検討会議参加者からのコメントを作成し、医療機関に送付して、診療の参考にさせていただきます。

(2) 医療機関中断者への対応

治療中断者に介入する際は、医療機関と連携を図り進めていきます。

(3) 治療中の者への対応

糖尿病治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、対象者の状況にあった保健指導を行います。実施した保健指導の内容を記入し、かかりつけ医と連携を図ります。

5) 高齢介護部門との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、図表70 のとおり、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。その際は KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 71 諫早市慢性腎臓病重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

図表70 慢性腎臓病腎症重症化予防の評価指標

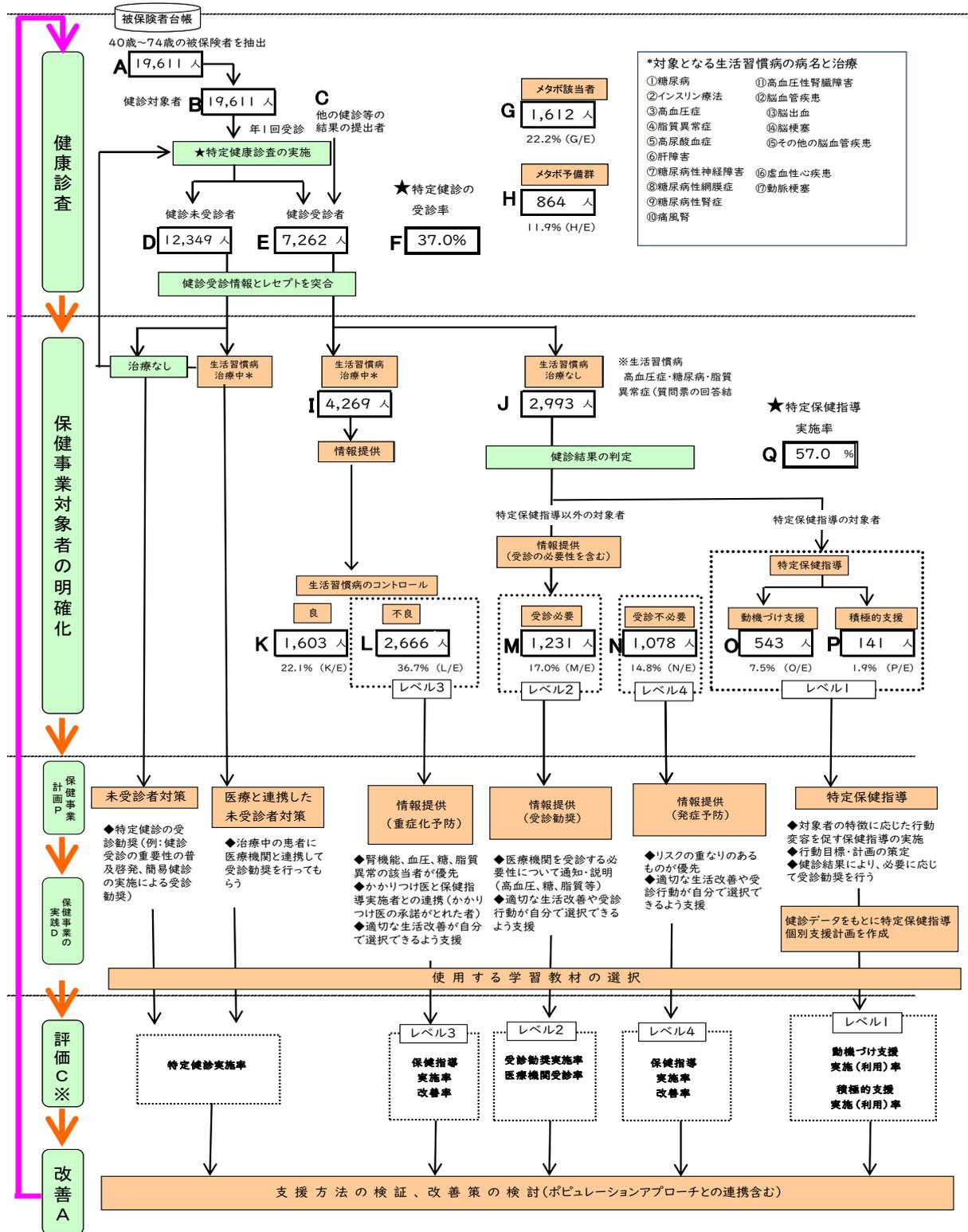
区分	指標
アウトカム	・受診勧奨後の医療機関受診率 ・保健指導実施後、対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果（翌年度健診）
アウトプット	・受診勧奨対象者（未治療者・中断者）への介入率 ・医療機関未受診への再勧奨数・率 ・保健指導実施率
プロセス	・健診結果等からの健康課題の分析 ・明確な対象者抽出基準の設定及び抽出 ・受診勧奨の方法の適切さ ・保健指導や評価方法の手順
ストラクチャー	・事業実施にかかる予算 ・人員配置（事業従事者数） ・教材や指導記録の有無 ・事業手順、特定保健指実施者の研修はあるか ・関係者（庁内、かかりつけ医等）との連携体制など

★生活習慣病予防のための健診・保健指導の流れ

図表72健診から保健指導へのフローチャートをもとに、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。また、保健指導を実施する際は、図表73の考え方にそって実施していきます。

図表 72 健診から保健指導へのフローチャート

様式 5-5 改変 R4 年度



出典:様式 5-5 を改変

図表 73 標準的な健診・保健指導プログラム(H30 年度版)における基本的な考え方(一部改変)

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

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

4. その他の取り組み

1) 若年者の健康づくり・生活習慣病の発症予防

事業名	若年者健康診査					
事業の背景	国保特定健診結果において、40代で腹囲やHbA1c、血圧などの有所見者の率が悪化しています。					
事業の目的	生活習慣病の重症化を予防 被保険者の健康の保持増進を図るため、健康診断の機会を提供し、早期からの健診受診が習慣づく。					
事業の目標	若年者健診受診率の向上					
指標	計画策定時の実績	目標値				
若年者健診受診率	R4年度	R6年度	R7年度	(中間)R8年度	(最終)R11年度	
	9.1%	10%	11%	12%	15%	
具体的内容	【対象者】諫早市国民健康保険被保険者30歳～39歳 【受診勧奨】①ハガキ ②市報 ③HPなど 結果が悪化している者には、医療機関受診勧奨や保健指導を実施					
区分	目標	指標	目標値	評価時期		
成果 (アウトカム)	若年者健診受診率の向上	若年健診受診率	15%	翌年 9月頃		
実施量 (アウトプット)	全員へ受診勧奨	受診勧奨率	100%			
区分	評価の視点					
実施過程 (プロセス)	①年間スケジュールや目標設定に基づき、受診勧奨が適切な時期に実施されたか。 ②年度の途中で受診率の推移を確認し、目標達成に向けた対策が講じられたか。					
実施体制 (ストラクチャー)	①医療機関との連携体制が構築されているか。 ②予算や人員配置が十分に確保できているか。					

2) がん検診受診率向上の取り組み

事業名	ミニ人間ドック・がん検診受診勧奨					
事業の背景	悪性新生物は、総医療費に占める割合が13%と高く、健康寿命の延伸や医療費等との観点からも、がん対策は重要です。 保険者努力制度にもがん検診受診率が含まれています。					
事業の目的	がん検診受診率の向上					
事業の目標	ミニ人間ドック利用率の向上					
指標	計画策定時の実績	目標値				
ミニ人間ドック利用率	R4年度	R6年度	R7年度	(中間)R8年度	(最終)R11年度	
	71.0%	72.0%	72.5%	73.0%	75.0%	
具体的内容	【対象者】諫早市国民健康保険被保険者 40歳～74歳 【内容】①諫早市国保特定健診とがん検診と同時に受診した場合、がん検診自己負担分の200円を補助している ②特定健診受診勧奨通知の際に、がん検診についても案内をする					
区分	目標	指標	目標値	評価時期		
成果 (アウトカム)	利用率の向上	利用率	75%	翌年 11月頃		
実施量 (アウトプット)	対象者全員へ周知	対象者への通知実施率	100%			
区分	評価の視点					
実施過程 (プロセス)	受診勧奨やミニ人間ドックの周知の方法の適切さとその検討					
実施体制 (ストラクチャー)	①医療機関との連携体制が構築されているか。 ②予算や人員配置が十分に確保できているか。 ③がん検診担当との連携					

3) 口腔ケアの取り組み

事業名	歯周病検診受診勧奨					
事業の背景	歯科は、歯・口腔状態が全身へ及ぼす影響を考慮すれば、その重要性は高まっている。また、歯周病がある人は、糖尿病になりやすく、歯周病がある人は血糖管理にも影響があり、特に口のケアに努める必要があります。 保険者努力制度に歯科検診受診率があります。					
事業の目的	歯科医院で定期検診を受けることで、口腔ケアに努めることができるようにします。					
事業の目標	歯科医療機関受診(検診・健診)率の向上					
指標	計画策定時の実績	目標値				
1年間で1回でも歯科医療機関又は歯周病検診を受診している率	R4年度	R6年度	R7年度	(中間)R8年度	(最終)R11年度	
	55.3%	56.0%	57.0%	58.0%	60.0%	
具体的内容	【対象者】諫早市国民健康保険被保険者 70歳 【内容】歯周病検診について案内をする					
区分	目標	指標	目標値	評価時期		
成果 (アウトカム)	70歳の歯科受診(検診・健診)率の向上	歯科医療機関受診又は検診受診率	60%	翌年 9月頃		
実施量 (アウトプット)	対象者全員へ通知を行う	対象者への通知実施率	100%			
区分	評価の視点					
実施過程 (プロセス)	受診勧奨の方法は適切か					
実施体制 (ストラクチャー)	①歯科医療機関との連携体制が構築されているか。 ②予算や人員配置が十分に確保できているか。 ③がん検診担当との連携					

4) 適正受診・適正服薬の促進

事業名	①向精神薬重複処方の取り組み					
事業の背景	向精神薬の重複処方を受けている被保険者を健康被害から守り、また、処方薬の犯罪利用を防止する点からも重要です。 諫早市では、H30年度から、対象者への通知を行っています。					
事業の目的	適正な受診や健康管理に対する意識を高めることによって医療費の適正化を図ります。					
事業の目標	改善率の向上					
指標	計画策定時の実績	目標値				
通知後の改善率	R4年度	R6年度	R7年度	(中間)R8年度	(最終)R11年度	
	100%	100%	100%	100%	100%	
具体的内容	【対象者】向精神薬を2か所以上の医療機関から過去3か月にわたり外来で処方を受けている者 【内容】市(国民健康保険)から向精神薬の重複処方患者と処方医療機関の双方に通知し、薬剤処方に係る相談を実施するよう依頼する。					
区分	目標	指標	目標値	評価時期		
成果 (アウトカム)	全員が改善する	通知後の改善率	100%	翌年 9月頃		
実施量 (アウトプット)	全員へ通知する	対象者への通知実施率	100%			
区分	評価の視点					
実施過程 (プロセス)	①年間スケジュールや目標設定に基づき、対象者を漏れなく補足することができたか。 ②KDBシステムなどの情報を事業に活かすことができているか。					
実施体制 (ストラクチャー)	①予算や人員配置が十分に確保できているか。 ②会計年度任用職員に対する技術向上のための研修を実施しているか。					

事業名	②重複・頻回受診の保健指導				
事業の背景	重複服薬等は薬の副作用を予防する点からも重要です。諫早市では、H20年度から、対象者への通知や希望者への保健指導を行っています。				
事業の目的	適正な受診や健康管理に対する意識を高めることによって医療費の適正化を図ります。				
事業の目標	改善率の向上				
指標	計画策定時の実績	目標値			
訪問指導後の改善率	R4年度 40%	R6年度 50%	R7年度 55%	(中間)R8年度 60%	(最終)R11年度 70%
具体的内容	【対象者】同一疾患で医療機関受診している又は同一機関に15日以上受診している被保険者 【内容】家庭訪問を行い、適切な受診指導を行い、同時に特定健診の受診勧奨や生活習慣病の改善についての保健指導を行う				
区分	目標	指標	目標値	評価時期	
成果 (アウトカム)	訪問指導後の改善率の向上	訪問指導後の改善率	70%	翌年 9月頃	
実施量 (アウトプット)	全員へ通知	対象者への通知実施率	100%		
区分	評価の視点				
実施過程 (プロセス)	①年間スケジュールや目標設定に基づき、対象者を漏れなく補足することができたか。 ②KDBシステムなどの情報を事業に活かすことができているか。				
実施体制 (ストラクチャー)	①予算や人員配置が十分に確保できているか。 ②会計年度任用職員に対する技術向上のための研修を実施しているか。				

5. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。

1) 啓発

健診結果等に記載されている「eGFR」から、自覚症状がない生活習慣病の重症化に気づくことができるということについて、市独自のキャラクター（P22 参照）を活用しながら周知を図ります。また、健診結果等を記録するために配布している「健康管理手帳」の中に、食生活や疾病等に関する情報ページを設け健康関連の周知を図ります。

2) インセンティブ

長崎県が実施する健康アプリ事業と連携し、国保被保険者が主体的に取り組む健康づくり（健診受診や禁煙や血圧測定等）を応援するインセンティブ提供事業を実施します。また、健康情報や健診のお知らせ等も積極的に実施していきます。

図表74 特定健診問診項目で県・国と比較し悪化している項目

特定健診 問診項目		食べる速度 が速い	20歳時~10kg 以上体重増加	毎日飲酒	1日飲酒量 :3合以上
諫早市	R2年度	29.6	35.4	24.4	1.3
	R3年度	29.6	36.8	24.6	1.3
	R4年度	28.2	35.8	25.0	1.4
県	R2年度	28.4	35.3	23.7	1.6
	R3年度	27.9	35.9	23.8	1.7
	R4年度	27.4	35.4	24.0	1.7
国	R2年度	27.0	34.7	25.0	2.3
	R3年度	26.7	34.8	24.7	2.3
	R4年度	26.4	34.6	24.6	2.5

第4章 地域包括ケアシステムに係る取り組み

「地域包括ケアシステム」とは、医療や介護が必要な状態になっても、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される」という考え方です。高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないための対策は、国保にとっても非常に重要です。

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、本市では、令和5年10月から長崎県後期高齢者広域連合からの受託事業として高齢者の保健事業と介護予防事業を一体的に実施しています。

当該事業においては、医療・介護などの関係機関との連携調整を行いながら、KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、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実施することとされています。

74歳までの国民健康保険と75歳からの後期高齢者について、切れ目のない支援が実施されるように、国保と後期高齢者の保健事業担当者が連携を図ります。また、後期高齢者のデータの分析結果を活用し国保加入者の疾病重症化予防対策を検討することによって、より効果的な保健事業を実施していきます。

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画の策定を円滑に向けて評価を行います。

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おり、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。第3期データヘルス計画の目標管理一覧(図表59 P34参照)で改善度を毎年確認し評価していきます。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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、ホームページで公表のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。これらの公表に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を作成します。

2. 個人情報の取扱い

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