

第3期 国民健康保険データヘルス計画

薩摩川内市国民健康保険

第3期国民健康保険データヘルス計画 目次

第1章 第3期国民健康保険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期計画に係る評価及び考察
 - (1) 第2期データヘルス計画の評価
 - (2) 主な個別事業の評価と課題
 - (3) 第2期データヘルス計画目標の達成状況と考察
- 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) 成果目標の設定
 - (4) 管理目標の設定

第3章 特定健康診査・特定保健指導の実施（法定義務）・・・・・・50

- 1 第4期特定健康診査等実施計画について
- 2 目標値の設定及び対象者の見込み
- 3 第4期特定健診の実施
 - (1) 実施方法と期間
 - (2) 特定健診委託基準
 - (3) 健診実施機関リスト
 - (4) 特定健診実施項目
 - (5) 人間ドックの扱いについて
 - (6) 医療機関との適切な連携
 - (7) 代行機関
 - (8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

4 第4期特定保健指導の実施

- (1) 健診から保健指導実施の流れ
- (2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法
- (3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実施スケジュール

5 結果の報告

第4章 課題解決するための個別保健事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 56

1 保健事業の方向性

2 ハイリスクアプローチ

- (1) 高血圧重症化予防
- (2) 糖尿病性腎症重症化予防

3 ポピュレーションアプローチ

- (1) 基本的な考え方
- (2) 生活習慣病対策
- (3) 歯科口腔保健の推進

4 適正受診・適正服薬の推進

- (1) 基本的な考え方
- (2) 重複・多剤服薬者等対策
- (3) ジェネリック（後発）医薬品推進事業
- (4) 周知・啓発活動について

5 地域包括ケアに係る取組

- (1) 基本的な考え方
- (2) 事業の実施

6 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
- (2) 事業の実施

第5章 計画の評価・見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 77

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・・・・・・・・・・・・ 78

1 計画の公表・周知

2 個人情報の取扱い

- (1) 基本的な考え方
- (2) 記録の管理・保存期間について

参考資料 79

- 参考資料1 国・県・同規模と比べてみた薩摩川内市の位置
- 参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料3 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4 血圧の年次比較
- 参考資料5 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価
- 参考資料6 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7 HbA1cの年次比較

第1章 第3期国民健康保険データヘルス計画の基本的な考え方

1 背景・目的

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

またその後、平成30年4月から都道府県が国保財政運営の責任主体として市町村とともに共同保険者となり、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）^{※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。」と示された。

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

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期国民健康保険データヘルス計画」を策定する。

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

計画は、国民健康保険法第82条を根拠とし、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、特定健診等実施計画と調和のとれたものとする必要がある。（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康診査（以下「特定健診」という。）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り、国民健康保険データヘルス計画と一体的に策定する。ただし、国民健康保険データヘルス計画の対象者は、被保険者全員とする。

さらに、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するため、特に高齢者の医療の確保に関する法律による特定健診・特定保健指導を中心に「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。）を用いて事務担当者を含め、特定健診・特定保健指導に関わる者が基本的な考え方や実施する際の留意点等を理解し、効果的に実施することが求められる。（図表2～5）

本市では、上記を踏まえ、国保データベース（KDB^{※6}）を活用して特定健診の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国民健康保険（以下「国保」という。）加入者の健康保持増進を図り、健康寿命の延伸、及び医療費適正化を目的とする。

※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）

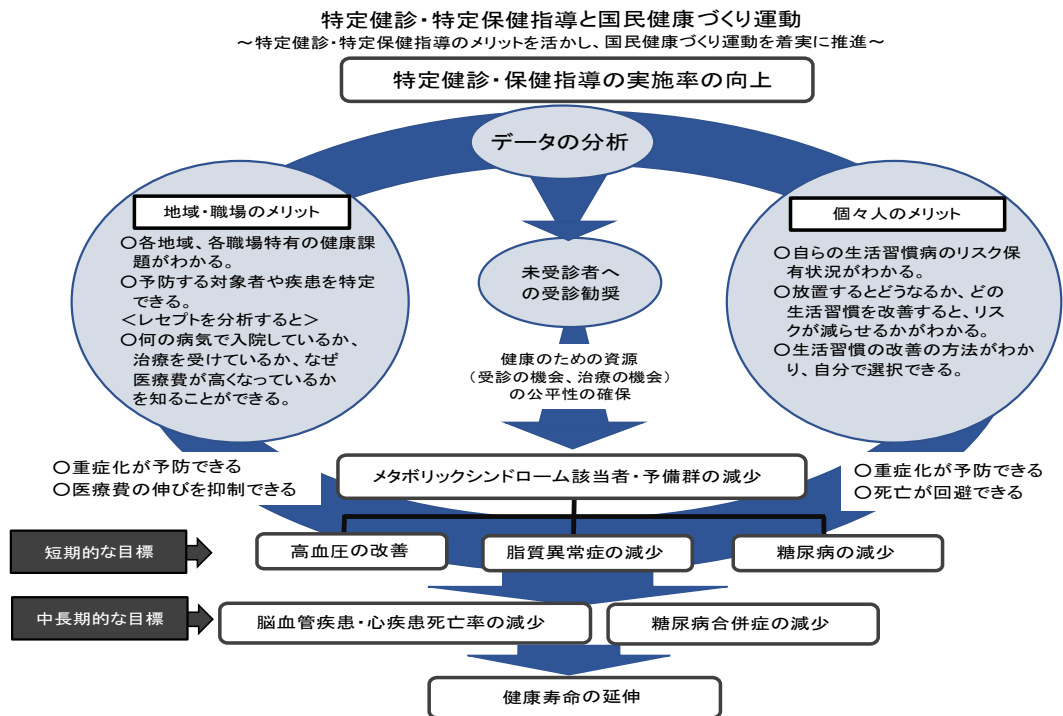
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施（データヘルス）計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

※6 KDB：国民健康保険団体連合会が管理する「特定健診・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

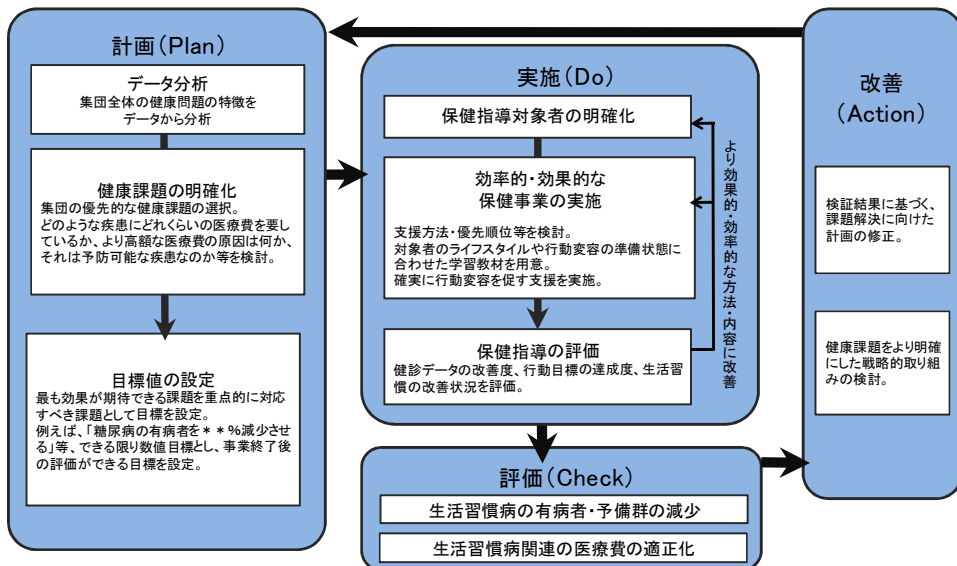
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等実施計画	医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業(支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条、健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 健康保険法 高福祉法 第82条 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月策定 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 健康局 令和5年3月策定 特定健康診査及び特定保健指導の適切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 医療局 令和5年3月策定 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 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者・義務	都道府県・義務	都道府県・義務	市町村・義務、都道府県・義務
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人も取り残さない「誰もが健康とより良い生活を持てる社会」の実現に向け、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、住民の健康維持・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、青年期、高齢期) ライフコースアプローチ(幼児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 ※1: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 65歳～74歳(特定疾病(※)) ※初老期の認知症、早老症、骨質・骨密度低下、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
慢性閉塞性肺疾患(COPD)	がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1 生活習慣の改善 2 生活習慣病(NCD)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 誰もが安心して暮らせ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 HbA1c 8.0以上の割合 アウトプット:特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定健診指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	(住民の健康の保持増進) ・特定健診実施率 ・特定健診指導実施率 ・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 ・バイオゲネシスの活用促進 ・医療資源の効率的・効果的な活用 ・医療・介護の連携を促した効果的・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 (地域の状況に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②救急時における医療 ③へき地医療 ④在宅医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルの活用によ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・事業費補助金)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



※ 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する。データ分析を行い解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取組を実施していくことは、健康寿命の延伸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。

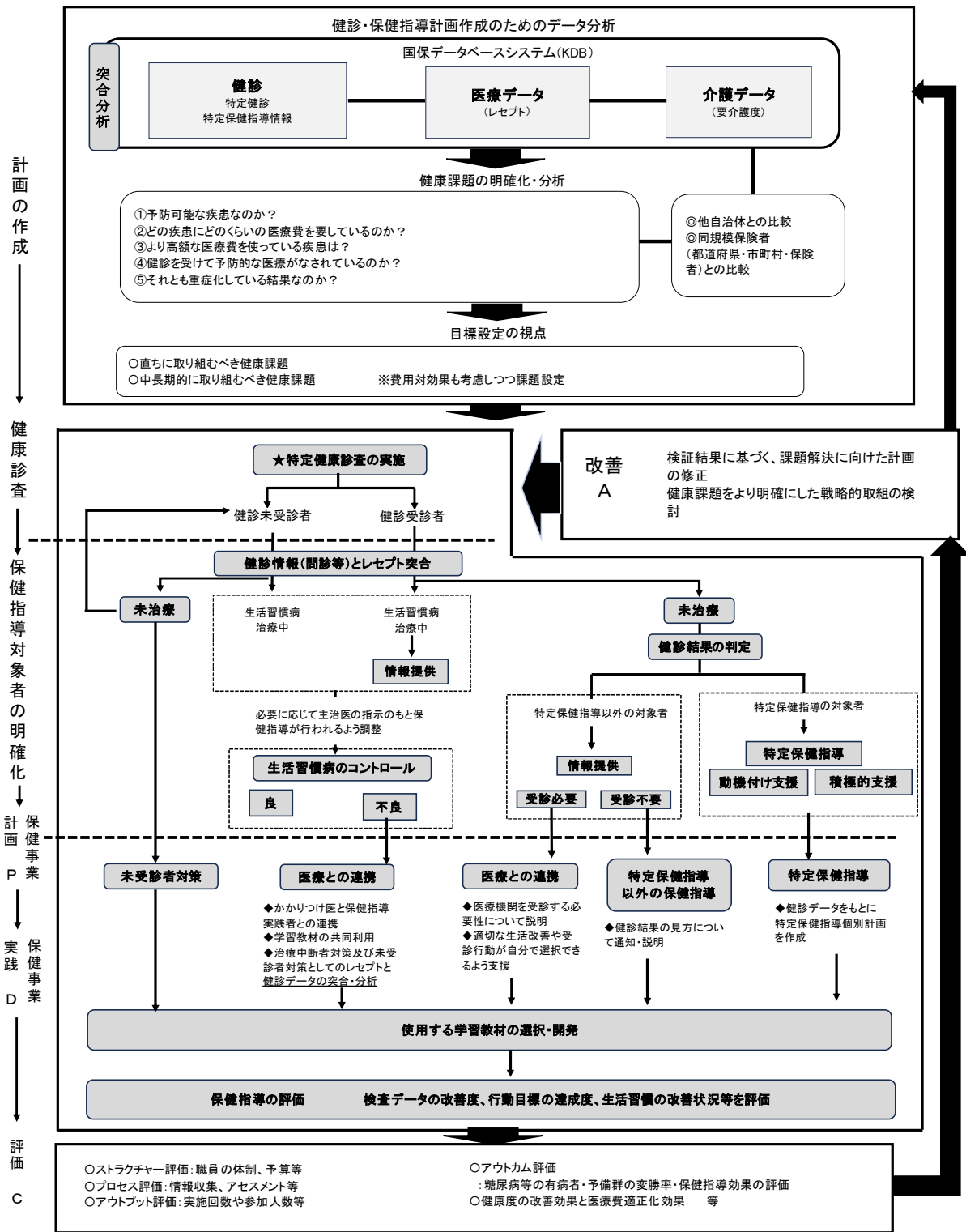
図表 3 保健事業（健診・保健指導）のP D C Aサイクル



出典：標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】

※ 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P D C A（計画（P l a n）、実施（D o）、評価（C h e c k）、改善（A c t i o n））サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

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



※ 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である。

図表5 標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版）における基本的な考え方（一部改変）

老人保健法		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）	高齢者の医療を確保する法律	
かつての健診・保健指導			現在の健診・保健指導	
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		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を選択し、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	
			行動変容を促す手法	

※ 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したものである。（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年間とする。

※ 国民健康保険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、「特定健診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」とされている。

また、国民健康保険保健事業の実施計画（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、特定健診等実施計画、医療費適正化計画や医療計画とが6年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定している。

4 関係者が果たすべき役割と連携

(1) 市町村国保の役割

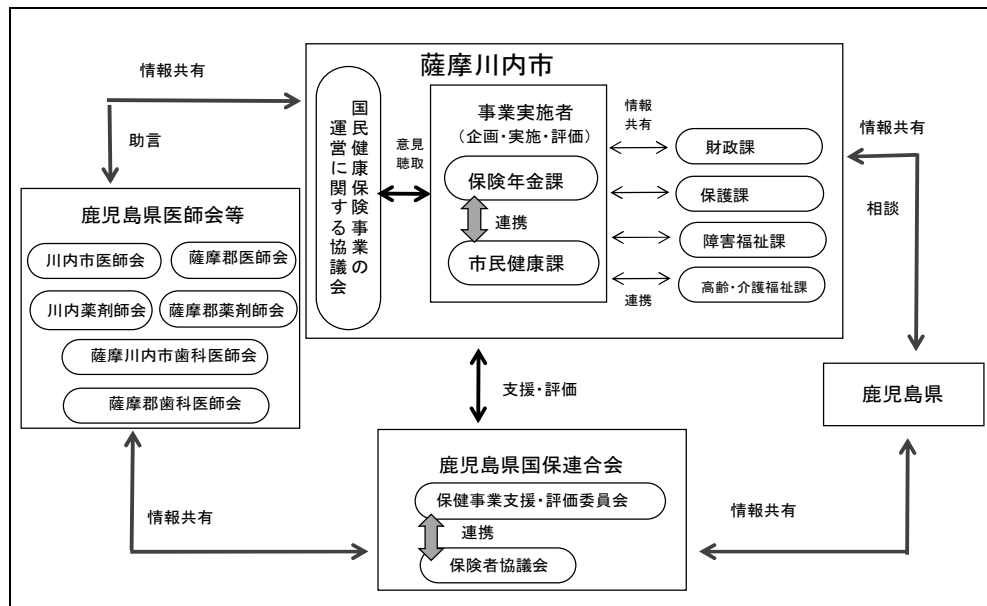
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、被保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めることとする。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業や本計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映する。

具体的には、保健衛生部局（市民健康課）と共に計画策定、評価、見直しを行った上で、高齢

者医療部局（保険年金課）、介護保険部局（高齢・介護福祉課）、生活保護部局（保護課）、障害福祉部局（障害福祉課）と連携会議等によって他の関係部局へ意見を聴取し、十分連携を図ることとする。

さらに、計画期間を通じてPDC A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る。（図表6、7）

図表6 薩摩川内市の実施体制図



図表7 保健事業体制と主な保健事業の分担

	保険年金課 国保G			市民健康課								
	保・事	保 (任用職員)	事 (任用職員)	健康増進第1G			健康増進第2G			健康企画G	予防G	
				保	保 (任用職員)	管栄	保	保 (任用職員)	歯衛	事	事	
国保事務	◎											
国保保健事業	◎	○		◎	○	○						
特定健診	◎		○									
特定保健指導				◎	○	○						
がん検診											◎	
新型コロナワクチン												◎
予防接種												◎
母子保健						○	◎	○				
精神保健				◎								
歯科保健	◎								◎			

※ 図表は職員定数を表すものではなく、あくまで職種・役割別に記載するもの。

保…保健師、管栄…管理栄養士、事…事務 ◎…主担当、○…副担当

(2) 関係機関との連携

本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・協力が重要となるため、計画の策定等を進めるにあたっては、共同保険者である鹿児島県のほか、鹿児島県国民健康保険連合会や鹿児島県国民健康保険連合会に設置される保健事業支援・評価委員会、保険者協議会、地域の医師会等、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力することとする。

鹿児島県は、国保の財政運営の責任主体であり、共同保険者であることから、保険者機能の強化については関係機関との連絡調整や専門職の派遣や助言等の技術的な支援、情報提供等を通じて、積極的に支援をすることが求められるため、鹿児島県の関与が重要となる。

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、鹿児島県が鹿児島県医師会等との連携を推進することが重要である。

国民健康保険連合会は、KDB システム等を活用し、健診、医療、情報を分析して、分析結果やその活用方法を提供するとともに、鹿児島県と同様に本市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る。

本市国保は、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、本市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、保険者間で連携して保健事業の展開に努める。

また、薩摩川内市国民健康保険事業の運営に関する協議会において、医師会、歯科医師会、薬剤師会や市民代表へ意見聴取し、保健事業の評価に努める。

(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、主体的、積極的に取り組むことが重要である。そのため、計画策定にあたっては、パブリックコメントにて被保険者から参画を得て、意見交換等を行う。

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る。(図表8)

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る。

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		
		薩摩川内市	配点	薩摩川内市	配点	薩摩川内市	配点	
全国順位(1,741市町村中)		746位		851位		1199位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70点		70点		70点
		(2)特定保健指導実施率	15点	70点	15点	70点	55点	70点
		(3)メボリックシフト・ロム該当者・予備群の減少率		50点		50点		50点
	②	(1)がん検診受診率等	25点	40点	25点	40点	20点	40点
		(2)歯科健診受診率等		30点		30点		35点
	③	発症予防・重症化予防の取組	120点	120点	120点	120点	65点	100点
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	45点	90点	30点	45点	25点	45点
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20点		15点		20点
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50点	50点	50点	50点	50点	50点
	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点	130点	110点	130点	80点	130点
固有の指標	①	保険料(税)収納率	0点	100点	10点	100点	10点	100点
	②	データヘルス計画の実施状況	40点	40点	30点	30点	25点	25点
	③	医療費通知の取組	25点	25点	20点	20点	15点	15点
	④	地域包括ケア・一体的実施	30点	30点	40点	40点	40点	40点
	⑤	第三者求償の取組	38点	40点	45点	50点	50点	50点
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	80点	95点	72点	100点	71点	100点
合計点		578点	1000点	567点	960点	506点	940点	

※ 得点については前年度の取組内容実績に応じて当該年度に交付を受けた金額。

第2章 第2期国民健康保険データヘルス計画にかかる考察 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9万人で、高齢化率は32.4%であり、同規模^{※7}、国と比較すると高齢化率は高い。被保険者の平均年齢も57.5歳と同規模と比べて高く、平均寿命は同規模、県、国と同程度であるが、平均自立期間は同規模、国と比較すると低く、介護等何らかの支援が必要な期間が長いことがわかる。(図表9)

出生率は7.8%と高いが、死亡率も14.3%と高く、65歳未満における死亡の割合では、国と比較すると高い。

令和3年度の疾患ごとの標準化死亡比^{※8}をみると、令和3年度はすべての疾患で100を超えており、期待される死亡者数よりも多いことがわかる。その中でも脳血管疾患、心疾患については、男女ともに県と比較しても高く、男性の急性心筋梗塞と女性の腎不全についてはかなり高い数値であり、健康課題を明確にすることが重要である。(図表9、10、11)

産業においては、第3次産業が64.6%とサービス業の割合が多く、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いと考えられる。(図表9)

国保加入率は19.5%で、加入率は横ばいだが、被保険者数は年々減少傾向である。年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約55.7%を占めている。(図表12)

また本市は、総面積の広い市であることから、11の病院、99の診療所があり、これはいずれも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と比較して高い傾向にある。(図表13)

※7 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、薩摩川内市と同規模程度の市町村(250市町村、およそ9万人程度)の平均を表す。

※8 標準化死亡比とは、基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数を比較するもの。

図表9 同規模・県・国と比較した薩摩川内市の特性

	人口	高齢化率	被保険者数 (%)	被保険者平均年齢	被保険者平均寿命	平均自立期間	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
薩摩川内市	91,636人	32.4%	17,825人 (19.5%)	57.5歳	男 80.6歳 女 87.3歳	男 79.3歳 女 84.6歳	7.8%	14.3%	0.5	6.3	29.1	64.6
同規模	--	30.4%	20.5%	54.7歳	男 80.8歳 女 87.0歳	男 79.7歳 女 84.0歳	6.5%	11.8%	0.7	5.6	28.6	65.8
県	--	32.8%	23.1%	54.8歳	男 80.0歳 女 86.8歳	男 79.0歳 女 84.0歳	7.5%	13.9%	0.4	9.5	19.4	71.1
国	--	28.7%	22.3%	51.9歳	男 80.8歳 女 87.0歳	男 79.8歳 女 84.0歳	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

※ 最新の国勢調査が令和2年度のため、人口等についても令和2年度を計上。

図表 1 0 65歳未満人口に占める65歳未満死亡の割合

	薩摩川内市		県	国
	H30年度	R2年度	R2年度	R2年度
男性	2.14%	1.89%	2.37%	1.87%
女性	0.89%	1.04%	1.08%	0.98%

出典：人口動態統計

図表 1 1 疾患による標準化死亡比

	薩摩川内市(R3)		県	
	男	女	男	女
脳血管疾患	128	118.1	112	115.1
心疾患	117.6	114.5	99.1	104.9
急性心筋梗塞	147.1	124.2	130.9	147.1
腎不全	112.2	131.1	115.3	131.8

出典：鹿児島県ブロック別研修会資料

図表 1 2 国保の加入状況

	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	19,834人		19,244人		18,813人		18,520人		17,825人	
65～74歳	10,210人	51.5%	10,228人	53.1%	10,393人	55.2%	10,354人	55.9%	9,929人	55.7%
40～64歳	5,964人	30.1%	5,562人	28.9%	5,215人	27.7%	5,029人	27.2%	4,842人	27.2%
39歳以下	3,660人	18.5%	3,454人	17.9%	3,205人	17.0%	3,137人	16.9%	3,054人	17.1%
加入率	20.7%		20.1%		19.6%		19.3%		19.5%	

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 1 3 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)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
病院数	12ヶ所	0.6%	12ヶ所	0.6%	12ヶ所	0.6%	11ヶ所	0.6%	11ヶ所	0.6%	0.3%	0.7%
診療所数	108ヶ所	5.4%	106ヶ所	5.5%	103ヶ所	5.5%	99ヶ所	5.3%	99ヶ所	5.6%	3.6%	3.8%
病床数	1400床	70.6%	1395床	72.5%	1395床	74.2%	1365床	73.7%	1365床	76.6%	59.4%	90.2%
医師数	211人	10.6%	211人	11.0%	219人	11.6%	219人	11.8%	225人	12.6%	10.0%	13.0%
外来患者数	804.1人		819.6人		797.8人		823.5人		845人		719.9人	755.6人
入院患者数	31.5人		32.6人		31.3人		32.2人		31.4人		19.6人	30.3人

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2 第2期国民健康保険データヘルス計画にかかる評価及び考察

(1) 第2期国民健康保険データヘルス計画の評価

第2期計画国民健康保険データヘルス計画では、健康寿命の延伸、被保険者の健康意識の向上による生活習慣病の発症予防、早期発見・早期治療による重症化予防、医療費の適正化を目的に、目標の設定を以下に分類した。(図表 1 4)

図表 1 4 第 2 期国民健康保険データヘルス計画の目標

目標
<p>《長期目標》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康寿命の延伸 ・要介護者の減少 ・循環器系疾患の標準化死亡比の減少 ・人工透析導入者の減少 ・医療費適正化 <p>《中期目標》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脳卒中患者の減少 ・心疾患患者の減少 ・糖尿病性腎症患者の減少 ・生活習慣病の治療中断者・受診勧奨値放置者・健康状態不明者の減少 ・筋骨格系疾患の予防と改善 ・認知症予防 ・受診行動の適正化
<p>《短期目標》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率向上 ・特定保健指導終了率向上 ・メタボリックシンドローム該当者減少 ・高血圧症、糖尿病、脂質異常症のコントロール不良者減少 ・生活習慣病の治療中断者・受診勧奨値放置者・健康状態不明者へのアプローチ ・ロコモティブシンドローム認知向上 ・ジェネリック医薬品の使用率上昇 ・重複・頻回受診の周知、注意喚起

出典：第 2 期国民健康保険データヘルス計画

ア 中長期的な疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症）の達成状況

(ア) 医療費の状況

本市の総医療費は、国保加入者は横ばいであるにも関わらず総医療費は約 1 億円高くなっている。一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 1 2 万円高く、平成 3 0 年度と比較しても約 6 万円伸びており、令和 4 年度においては、同規模 2 位と高い。(図表 1 5)

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3 %程度にも関わらず、総医療費全体の約 4 5 %を占めており、1 件あたりの入院医療費は平成 3 0 年度と比較して約 6 万円も高くなっている。

年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の 1 を超えており、全国 2 位の鹿児島県平均よりも高い。特に入院の地域差指数^{*9}は鹿児島県が全国 1 位であり、本市においては県の平均と同じくらいになっている。(図表 1 6)

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要がある。

※9 地域差指数とは、医療費の地域差を表す指標として、1 人あたり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を 1 として指数化したもの。

図表 1 5 医療費の推移

		薩摩川内市		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		19,834人	17,825人	--	--	--
前期高齢者割合		10,210人 (51.5%)	9,929人 (55.7%)	--	--	--
総医療費		85億4597万円	↑ 86億3728万円	--	--	--
一人あたり医療費		429,679円	484,560円	366,294円	444,085円	339,680円
		県内9位 同規模4位	県内9位 同規模2位			
入院	1件あたり費用額	515,530円	↑ 574,430円	610,160円	573,470円	617,950円
	費用の割合	46.2%	45.8%	40.5%	48.0%	39.6%
	件数の割合	3.8%	3.6%	2.7%	3.8%	2.5%
外来	1件あたり費用額	23,660円	25,190円	24,470円	24,840円	24,220円
	費用の割合	53.8%	54.2%	59.5%	52.0%	60.4%
	件数の割合	96.2%	96.4%	97.3%	96.2%	97.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 1 6 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		
		薩摩川内市 (県内市町村中)		県 (47県中)	薩摩川内市 (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・ 順位	全体	1.190	1.230	1.212	1.107	1.123	1.168
		(15位)	(17位)	(2位)	(17位)	(19位)	(4位)
	入院	1.372	1.434	1.484	1.235	1.248	1.357
		(24位)	(24位)	(1位)	(21位)	(26位)	(2位)
	外来	1.105	1.125	1.048	0.992	1.008	0.991
		(10位)	(8位)	(7位)	(11位)	(10位)	(18位)

出典：地域差分析(厚労省)

(イ) 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、慢性腎不全（糖尿病性腎症を含む）の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると狭心症、心筋梗塞は低下しているが、脳血管疾患、慢性腎不全（透析有）については、同規模、県よりも高くなっている。（図表17）

次に、患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と比較すると、虚血性心疾患、人工透析が、患者数、割合ともに横ばいであるが、脳血管疾患については増加していることがわかる。（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。その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えられる。

図表 1 7 中長期目標疾患の医療費の推移（最大医療資源傷病名（調剤含む）による分類結果）

			薩摩川内市		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費			85億4597万円	86億3728万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計			8億9305万円	↑9億0632万円	--	--	--
			10.45%	10.49%	7.95%	9.45%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.52%	↑2.58%	2.08%	2.38%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.41%	↓1.27%	1.42%	1.44%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	6.25%	↑6.40%	4.16%	5.30%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.27%	0.24%	0.29%	0.33%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		13.83%	15.58%	17.03%	14.42%	16.69%
	筋・骨疾患		10.18%	9.93%	8.72%	9.49%	8.68%
	精神疾患		11.34%	9.98%	8.04%	9.59%	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

※ 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。

※ 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 1 8 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者 0～74歳	A	19,834人	17,825人	a	1,800人	1,803人	1,476人	1,320人	145人	132人	
		a/A	9.1%	↑10.1%	7.4%	7.4%	0.7%	0.7%			
40歳以上	B	16,174人	14,771人	b	1,788人	1,794人	1,467人	1,313人	143人	131人	
	B/A	81.5%	82.9%	b/B	11.1%	↑12.1%	9.1%	8.9%	0.9%	0.9%	
再掲	40～64歳	C	5,964人	4,842人	c	342人	276人	281人	222人	54人	45人
		C/A	30.1%	27.2%	c/C	5.7%	5.7%	4.7%	4.6%	0.9%	0.9%
	65～74歳	D	10,210人	9,929人	d	1,446人	1,518人	1,186人	1,091人	89人	86人
		D/A	51.5%	55.7%	d/D	14.2%	↑15.3%	11.6%	11.0%	0.9%	0.9%

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）

※ 糖尿病性腎症の治療状況は正確に算出できないため、人工透析を計上。

(ウ) 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、第2号（40～64歳）被保険者で98人（認定率0.34%）、第1号（65歳以上）被保険者で5,963人（認定率20.0%）と同規模・県・国と比較すると大きく変わらず、平成30年度と比べると減少している。（図表19）

しかしながら、要介護認定状況をみると、全体では要介護1・2の割合が多いが、第2

号被保険者で見ると、要介護3～5の割合が45.9%でもっとも高く、第1号被保険者のそれを上回り、令和4年度の介護給付費は、平成30年度と比較し、約2億円伸びている。(図表20、21)

また、要介護認定状況と生活習慣病の関連では、血管疾患の有病状況から、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6割以上、第1号被保険者でも約5割となっている。

次に、年齢が上昇するにつれて認知症の割合も高く推移しており、認知症の分類で最も割合の多いアルツハイマー型、血管性認知症は、生活習慣が関与するとされている。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、第2号被保険者、第1号被保険者ともに約9割と非常に高い割合となっている。(図表22)

特に、第2号被保険者の介護認定は、社会にとっての労働力の損失、家庭や家族にとっての所得の損失、社会保障費(医療保険、介護保険、障害福祉等)の負担となる。生活習慣病対策については、社会保障費適正化においても重要な位置づけである。

図表19 要介護認定者(率)の状況

	薩摩川内市				同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	28,303人	29.5%	29,697人	32.4%	30.4%	32.8%	28.7%
2号被保険者の認定者	124人	0.40%	98人	0.34%	0.36%	0.37%	0.38%
新規認定者	30人		20人		--	--	--
1号被保険者の認定者	6,011人	21.2%	5,963人	20.1%	18.1%	20.1%	19.4%
新規認定者	821人		806人		--	--	--
再掲	65～74歳	450人	3.6%	508人	3.6%	--	--
	新規認定者	116人		124人		--	--
	75歳以上	5,561人	35.2%	5,455人	34.9%	--	--
	新規認定者	705人		682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20 要介護認定状況(令和4年度)

	受給者区分	2号		1号				合計			
	年齢	40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
要介護認定状況	被保険者数	28,532人		14,067人		15,630人		29,697人		58,229人	
	認定者数	98人		508人		5,455人		5,963人		6,061人	
	認定率	0.34%		3.6%		34.9%		20.1%		10.4%	
	新規認定者数	20人		124人		682人		806人		826人	
	介護度別人数	要支援1・2	25人	25.5%	129人	25.4%	1,196人	21.9%	1,325人	22.2%	1,350人
	要介護1・2	28人	28.6%	200人	39.4%	2,148人	39.4%	2,348人	39.4%	2,376人	39.2%
	要介護3～5	45人	45.9%	179人	35.2%	2,111人	38.7%	2,290人	38.4%	2,335人	38.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 2 1 介護給付費の変化

	薩摩川内市		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	93億1430万円	↑ 95億1029万円	--	--	--
一人あたり給付費	329,092円	320,244円	274,536円	316,197円	290,668円
1件あたり給付費 全体	74,764円	74,782円	63,298円	68,209円	59,662円
居室サービス費	41,973円	41,656円	41,822円	44,980円	41,272円
施設サービス費	288,066円	293,073円	292,502円	298,436円	296,364円

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 2 2 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況（令和4年度）

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		98人		508人		5,455人		5,963人		6,061人		
再)国保・後期		57人		415人		5,258人		5,673人		5,730人		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
			脳卒中	37人 64.9%	脳卒中	222人 53.5%	脳卒中	2,938人 55.9%	脳卒中	3,160人 55.7%	脳卒中	3,197人 55.8%
	循環器疾患	2	虚血性心疾患	18人 31.6%	虚血性心疾患	137人 33.0%	虚血性心疾患	2,337人 44.4%	虚血性心疾患	2,474人 43.6%	虚血性心疾患	2,492人 43.5%
		3	腎不全	9人 15.8%	腎不全	78人 18.8%	腎不全	1,351人 25.7%	腎不全	1,429人 25.2%	腎不全	1,438人 25.1%
		4	糖尿病合併症	16人 28.1%	糖尿病合併症	87人 21.0%	糖尿病合併症	644人 12.2%	糖尿病合併症	731人 12.9%	糖尿病合併症	747人 13.0%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		51人 89.5%	基礎疾患	388人 93.5%	基礎疾患	5,087人 96.7%	基礎疾患	5,475人 96.5%	基礎疾患	5,526人 96.4%	
		血管疾患合計	51人 89.5%	合計	395人 95.2%	合計	5,175人 98.4%	合計	5,570人 98.2%	合計	5,621人 98.1%	
	認知症	認知症	12人 21.1%	認知症	128人 30.8%	認知症	2,884人 54.8%	認知症	3,012人 53.1%	認知症	3,024人 52.8%	
	筋・骨格疾患	筋骨格系	49人 86.0%	筋骨格系	385人 92.8%	筋骨格系	5,156人 98.1%	筋骨格系	5,541人 97.7%	筋骨格系	5,590人 97.6%	

出典：ヘルスサポートラボツール

※ 糖尿病性腎症は算出できないため、腎不全を計上。

イ 短期的な目標疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の達成状況

(ア) 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・脂質異常症の治療者の割合は増えている一方で、合併症（重症化）の脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析（糖尿病性腎症を含む）の割合はほとんど減少傾向にある。（図表 2 3～2 5）

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の者に対して、体の仕組みを理解してもらい、必要な治療と主に食生活の修正を自ら選択できるよう個別に保健指導を行い、減少傾

向につながったと考えられ、今後も継続することで合併症（重症化）を予防できると考える。

図表 2 3 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
高血圧症治療者		A	7,378人	7,210人	1,748人	1,449人	5,630人	5,761人
		A/被保数	45.6%	↑ 48.8%	29.3%	↑ 29.9%	55.1%	↑ 58.0%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	1,040人	1,005人	191人	147人	849人	858人
		B/A	14.1%	↓ 13.9%	10.9%	↓ 10.1%	15.1%	↓ 14.9%
	虚血性心疾患	C	1,131人	1,026人	202人	149人	929人	877人
		C/A	15.3%	↓ 14.2%	11.6%	↓ 10.3%	16.5%	↓ 15.2%
	人工透析	D	137人	128人	52人	45人	85人	83人
		D/A	1.9%	↓ 1.8%	3.0%	3.1%	1.5%	↓ 1.4%

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）

※ 糖尿病性腎症は算出できないため、腎不全を計上。

図表 2 4 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者		A	3,701人	3,669人	940人	791人	2,761人	2,878人
		A/被保数	22.9%	↑ 24.8%	15.8%	↑ 16.3%	27.0%	↑ 29.0%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	519人	535人	89人	69人	430人	466人
		B/A	14.0%	14.6%	9.5%	↓ 8.7%	15.6%	↑ 16.2%
	虚血性心疾患	C	674人	620人	123人	96人	551人	524人
		C/A	18.2%	↓ 16.9%	13.1%	↓ 12.1%	20.0%	↓ 18.2%
	人工透析	D	91人	84人	36人	31人	55人	53人
		D/A	2.5%	↓ 2.3%	3.8%	↑ 3.9%	2.0%	↓ 1.8%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	670人	742人	169人	165人	501人	577人
		E/A	18.1%	20.2%	18.0%	20.9%	18.1%	20.0%
	糖尿病性網膜症	F	489人	564人	117人	117人	372人	447人
		F/A	13.2%	15.4%	12.4%	14.8%	13.5%	15.5%
	糖尿病性神経障害	G	177人	213人	50人	54人	127人	159人
		G/A	4.8%	5.8%	5.3%	6.8%	4.6%	5.5%

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）

図表 2 5 脂質異常症治療者の経年変化

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	A	6,293人	6,253人	1,616人	1,352人	4,677人	4,901人	
	A/被保数	38.9%	↑ 42.3%	27.1%	↑ 27.9%	45.8%	↑ 49.4%	
(中長期併症標疾患)	脳血管疾患	B	799人	773人	143人	110人	656人	663人
		B/A	12.7%	↓ 12.4%	8.8%	↓ 8.1%	14.0%	↓ 13.5%
	虚血性心疾患	C	982人	914人	176人	137人	806人	777人
		C/A	15.6%	↓ 14.6%	10.9%	↓ 10.1%	17.2%	↓ 15.9%
	人工透析	D	72人	83人	29人	29人	43人	54人
		D/A	1.1%	↑ 1.3%	1.8%	↑ 2.1%	0.9%	↑ 1.1%

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
介入対象者一覽（栄養・重症化予防）

※ 糖尿病性腎症は算出できないため、人工透析を計上。

(イ) 高血圧・高血糖者の特定健診結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からそれぞれⅡ度高血圧・HbA1c 7.0以上を平成30年度と令和3年度で比較すると、有所見者の割合は、Ⅱ度高血圧は伸びているが、HbA1c 7.0以上は減少している。448市町村^{※10}合計と比較してもⅡ度高血圧、HbA1c 7.0以上の有所見者の割合は低い状況である。

また、未治療者について、健診後に医療につながったかをレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている者が高血圧は27.0%、糖尿病は5.3%いる。その割合は448市町村と比較して低く、医療にかかっている者が多いということがわかる。しかし、血圧に関しては約3割と高い数値であり、未治療者には受診しない理由（できない理由）を把握し、継続した支援が必要である。（図表26、27）

※10 448市町村とは、全国市町村のうちデータを公表している市町村でヘルスサポートラボがデータを収集できた市町村のこと。

図表 2 6 結果の改善と医療のかかり方（高血圧）

	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	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
薩摩川内市	8,371人	57.9%	7,528人	54.6%	318人	3.8%	159人	50.0%	296人	↑ 3.9%	143人	48.3%	80人	27.0%	13人	4.4%
448市町村 合計	1,362,582人	39.0%	1,216,343人	36.9%	73,619人	5.4%	42,432人	57.6%	74,105人	6.1%	43,019人	58.1%	26,617人	35.9%	3,693人	5.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 2 7 結果の改善と医療のかかり方 (糖尿病)

	健診受診率				糖尿病__HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4~R4.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率			未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K					
薩摩川内市	8,252人	98.6%	7,437人	98.8%	413人	5.0%	102人	24.7%	356人	↓4.8%	84人	23.6%	19人	5.3%	5人	1.4%
448市町村 合計	1,344,224人	98.7%	1,207,146人	99.2%	63,812人	4.7%	17,755人	27.8%	61,826人	5.1%	16,349人	26.4%	4,064人	6.6%	1,905人	3.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

※ 高血圧の結果について、高血圧Ⅱ度とは、日本高血圧学会の「高血圧治療ガイドライン2019」にて定められている、高血圧の基準値である140/90mmHg以上のうち、重症度によって3段階に分類したうちの一つ。診察室血圧では160~179/100~109mmHg、家庭血圧では145~159/90~99mmHgの値をいう。

※ 糖尿病の結果について、HbA1c7.0%以上は日本糖尿病学会にて、合併症予防のための目標値とされている。

(ウ) 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、高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わされることにより、脳血管疾患や心疾患などを発症しやすい病態を指し、その危険因子を複数保有することで、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなる。

本市の特定健診結果では、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、2.7%も伸びており、その中でも2項目の危険因子が重なっている割合が最も増加している。(図表28)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上^{*11}、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上^{*12}の有所見割合を見るとHbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧はいずれも微増しているが、LDL-C160以上は減少している。平成30年度と令和4年度それぞれの翌年度の結果を比較すると、Ⅱ度高血圧以上者は改善率が上昇しているが、HbA1c6.5以上、LDL-C160以上は改善率が低下している。(図表29~31)これは健康課題に沿って特定健診受診後の要フォロー基準の見直しをしていることが影響していると考えられる。

一方で、翌年度健診を受診していない者がいずれも2割程度存在し、結果が把握できていない。今後は重症化予防対象者に継続して健診受診をしてもらえるように経年的な関わりを行い、体の仕組みを理解してもらおう保健指導を行っていく。

*11 HbA1c6.5%以上とは、日本糖尿病学会にて、血糖正常化を目指す際の目標値とされている。

*12 LDL-C160以上とは、日本動脈硬化学会にて、高コレステロール血症と診断される数値。

図表 2 8 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		予備群	
		3項目	2項目		
H30年度	8,371人 (57.9%)	1,653人 (19.7%)	497人 (5.9%)	1,156人 (13.8%)	1,045人 (12.5%)
R4年度	7,038人 (51.0%)	↑ 1,573人 (22.4%)	↑ 482人 (6.8%)	↑ 1,091人 (15.5%)	↑ 934人 (13.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 2 9 HbA1c 6.5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			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30年度→R1年度	818人 (9.9%)	263人 (32.2%)	262人 (32.0%)	96人 (11.7%)	197人 (24.1%)
R3年度→R4年度	↑ 760人 (10.2%)	↓ 200人 (26.3%)	↑ 284人 (37.4%)	↑ 99人 (13.0%)	↓ 177人 (23.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 3 0 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年度→R1年度	318人 (3.8%)	174人 (54.7%)	54人 (17.0%)	13人 (4.1%)	77人 (24.2%)
R3年度→R4年度	↑ 296人 (3.9%)	↑ 171人 (57.8%)	↓ 49人 (16.6%)	↓ 7人 (2.4%)	↓ 69人 (23.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 3 1 LDL 160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年度→R1年度	1,064人 (12.7%)	577人 (54.2%)	219人 (20.6%)	53人 (5.0%)	215人 (20.2%)
R3年度→R4年度	↓ 822人 (10.9%)	↓ 404人 (49.1%)	↑ 195人 (23.7%)	↑ 49人 (6.0%)	↑ 174人 (21.2%)

出典：ヘルスサポートラボツール

(エ) 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、令和元年度には58.8%まで伸びたが、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下し、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていない。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る。

特定保健指導は、令和3年度に46.5%まで上昇したが目標値には達していない。

生活習慣病は自覚症状がなく進行するため、健診の機会を提供し、個に応じた保健指導から自ら生活習慣を修正する必要性を理解し、選択する力を身につけることが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながると考える。(図表32、33)

図表 3 2 特定健診・特定保健指導の推移

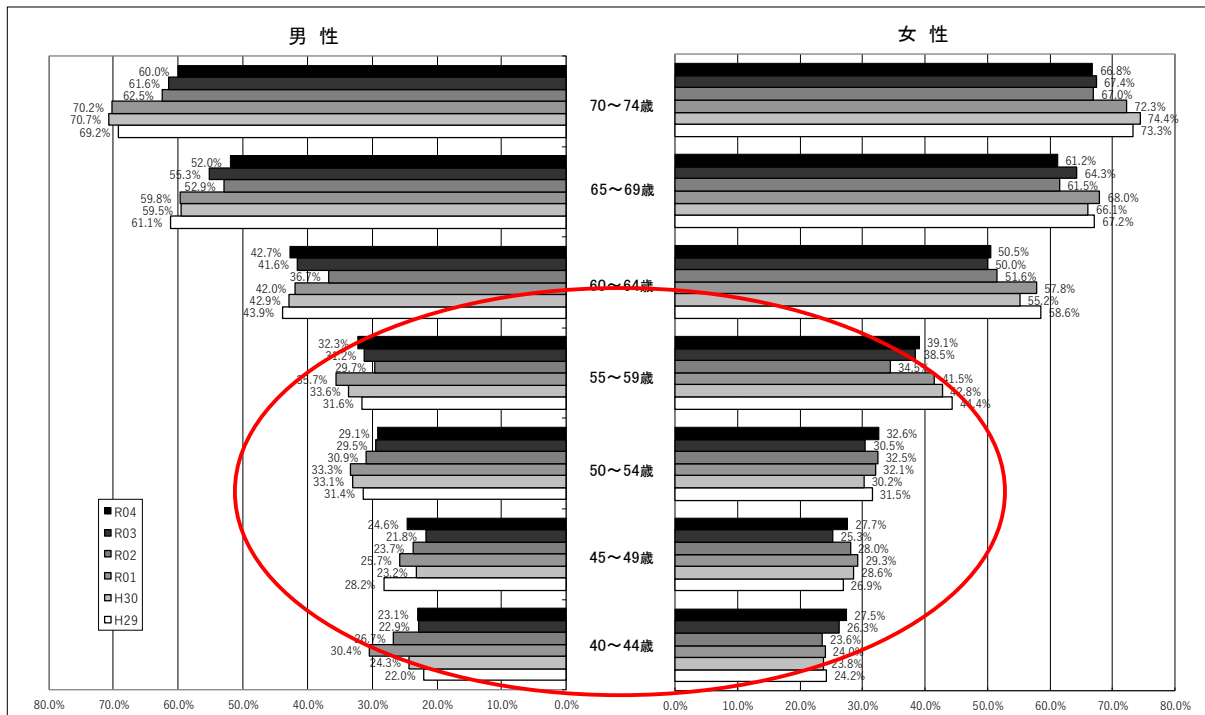
		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	8,371人	8,382人	7,551人	7,528人	6,762人	健診受診率 60%
	受診率	57.9%	58.8%	↓ 53.5%	↓ 54.5%	↓ 51.4%	
特定保健指導	該当者数	788人	798人	721人	706人	600人	特定保健指導 実施率 60%
	割合	9.4%	9.5%	9.5%	9.4%	8.9%	
	実施者数	323人	292人	343人	328人	223人	
	実施率	41.0%	36.6%	47.6%	46.5%	37.2%	

※令和4年度は速報値。

出典：特定健診法定報告データ

図表 3 3 年代別特定健診受診率の推移

特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 主な個別事業の評価と課題

ア 特定健診受診率の向上対策

特定健診の受診率については、令和元年度に58.8%まで増加したものの、その後の新型コロナウイルス感染症の流行拡大をきっかけに低下している。

本市では、未受診者に対して受診勧奨はがきを送付するとともに、令和元年度に実施した「未受診者対策事業（コールセンターを設置し未受診理由の聞き取りアンケート実施）」において、特定健診を受診しない一番の理由は、「治療中のため、定期的に通院しているから」で

あったため、情報提供事業を実施し、受診券の発送時や受診勧奨はがきの送付時、本市の広報紙、FMさつませんだいのラジオ、パンフレット等を用いて情報提供事業の周知・啓発に努めてきた。しかしながら、令和4年度の受診率は51.4%であり、情報提供利用率も2.7%と目標に届いてない現状である。(図表34)

今後は、特定健診を受診しない理由を再度把握するとともに、特定健診の周知、啓発の方法を再検討し、受診率向上に努める必要がある。

図表34 特定健診の受診率と情報提供利用率

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
受診率 (法定報告値)	目標値	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	実績値	57.9%	58.8%	53.5%	54.5%	51.4%
	目標との差	-2.1%	-1.2%	-6.5%	-5.5%	-8.6%
情報提供利用率	目標値	5.0%	5.0%	6.0%	7.0%	8.0%
	実績値	4.4%	4.7%	3.0%	2.2%	2.7%
	目標との差	-0.6%	-0.3%	-3.0%	-4.8%	-5.3%

出典：特定健診法定報告値

イ 特定保健指導終了率向上（積極的支援・動機付け支援）対策

特定保健指導については、令和元年度は実施率が低下したが、令和2年度以降は上昇し、令和3年度は46.5%まで上昇した。しかし、メタボリックシンドローム該当及び予備軍の割合は年々、上昇しており、令和2年度、令和3年度は第2期データヘルス計画で定めた目標値を超えている。生活習慣病は自覚症状が乏しい。(図表35)

メタボリックシンドロームの定義と診断基準、肥満症ガイドライン2022等を参考に作成した保健指導用教材を活用し、より効率的・効果的な保健指導を継続して実施していく必要がある。

図表35 特定保健指導実施率 メタボリックシンドローム該当及び予備軍の割合

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
実施率	目標値	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%
	実績値	41.0%	36.6%	37.3%	46.5%	37.2%
メタボリックシンドローム 該当及び予備軍の割合	目標値	-	-	33.0%	32.0%	31.0%
	実績値	32.3%	33.2%	35.1%	35.2%	30.1%

出典：特定健診法定報告値

ウ 生活習慣病重症化予防対策事業

重症化予防として、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、大きく4つに分けた取組を実施した。

具体的には特定健診の結果から、治療が必要な者に対して、体の仕組みを理解してもらい、必要な治療と主に食生活の修正を自ら選択できるよう個別に保健指導を、治療中の者には医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

- ・目的：発症予防及び重症化予防の早期介入
- ・対象者：おもに40～74歳の被保険者
- ・実施方法：特定健診結果報告会において保健指導を行う
- ・実施期間：通年
- ・取組内容：以下各項に示す

(ア) 脳血管疾患対策

図表35をみると、平成30年度～令和3年度まで高血圧Ⅱ度以上未治療者の保健指導実施率の目標を達成しているが、血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約4%の横ばいで、そのうち約半数が未治療者である。令和4年度において、保健指導実施率は66.7%であるが、血圧Ⅱ度以上未治療者126人のうち、保健指導後、病院受診や治療につながったものは、わずか11人(4.2%)であった。(図表36)

高血圧は、脳心血管疾患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ある。また、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳血管疾患、虚血性心疾患、腎疾患などの臓器障害の程度と深く関与している。図表37は、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)である。①高リスクの未治療者、②中等リスク(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を実施し、医療機関受診につなげ、重症化予防に取り組んでいく必要がある。さらに高値血圧の者において、家庭血圧測定を勧め、血圧記録手帳の活用を促していく。

また、図表36にあるように、令和4年度において高血圧の治療をしているにもかかわらず、約5割の者が高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良であるため、服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていく。

図表36 高血圧Ⅱ度以上の者の状況

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
保健指導率	目標値	65.0%	70.0%	73.0%	76.0%	80.0%
	実績値	69.0%	70.9%	76.6%	79.0%	66.7%
健診受診者	人(a)	8,371人	8,382人	7,551人	7,528人	6,761人
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	318人	342人	309人	296人	263人
	(b/a)	3.8%	4.1%	4.1%	3.9%	3.9%
治療あり	人(c)	159人	181人	152人	153人	137人
	(c/b)	50.0%	52.9%	49.2%	51.7%	52.1%
治療なし	人(d)	159人	161人	157人	143人	126人
	(d/b)	50.0%	47.1%	50.8%	48.3%	47.9%
病院受診者	人(c)	—	16人	15人	23人	11人
	(c/b)	—	4.7%	4.9%	7.8%	4.2%
治療開始	人(d)	—	6人	6人	9人	8人
	(d/b)	—	1.8%	1.9%	3.0%	3.0%

出典：要フォロー者名簿集計

図表 3 7 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（令和4年度）

令和4年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

血圧分類 (mmHg)		高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)		1,688人	951人	611人	105人	21人
		56.3%	36.2%	6.2%	1.2%	
リスク第1層 <small>予後影響因子がない</small>	57人	C 44人	B 11人	B 2人	A 0人	
	3.4%	4.6%	1.8%	1.9%	0.0%	
リスク第2層 <small>高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある</small>	906人	C 512人	B 326人	A 57人	A 11人	
	53.7%	53.8%	53.4%	54.3%	52.4%	
リスク第3層 <small>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</small>	725人	B 395人	A 274人	A 46人	A 10人	
	43.0%	41.5%	44.8%	43.8%	47.6%	

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	398人
		23.6%
B	概ね1ヵ月後に再評価	734人
		43.5%
C	概ね3ヵ月後に再評価	556人
		32.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

- ※ 脂質異常症は、問診結果で内服ありと回答した者、またはHDL-C < 40、LDL-C ≥ 140、中性脂肪 ≥ 150、non-HDL ≥ 170のいずれかに該当した者で判断。
- ※ 糖尿病は、問診結果で内服ありと回答した者、または空腹時血糖 ≥ 126、随時血糖 ≥ 200のいずれかに該当した者で判断。
- ※ 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。
- ※ 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。
- ※ 尿蛋白については、健診結果より（±）以上で判断。

(イ) 糖尿病対策

a 特定健診受診者へのフォロー

血糖有所見者への保健指導実施の割合は、第2期データヘルス計画で定めた目標に達していない状況にあるが、地域の健康課題に沿って要フォロー基準を令和2年度以降に変更したこともあり、保健指導実施率だけでの単純な比較での評価は難しいことが考えられる。(図表38) 要フォロー基準変更に伴い、保健指導実施者の割合は減少したが、血糖有所見者の割合は横ばいで経過している。(図表39)

令和2年度までフォローしていたHbA1c 6.5%以上、空腹時血糖126mg/dl以上(未治療者、コントロール不良者含む)の対象者は糖尿病管理台帳を作成して、特定健診を受診した翌年度に家庭訪問等で保健指導を実施し、令和3年度からはHbA1c 8.0以上の未治療者を最優先に支援している。

令和4年度においては血糖値有所見者のうち71名(6.0%)の者に保健指導を実施したが、病院受診した者は13名、そのうち5名(HbA1c 8.0以上:4名)しか治療につながっておらず、未受診の者には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行っていく必要がある。(図表40、41)

さらに、肥満はインスリン抵抗性^{※13}を引き起こし血糖値の悪化の原因となるため、治療中の方については、医療と連携して保健指導・栄養指導を行い、肥満を予防、または改善し、重症化を予防する支援を引き続き行っていく必要がある。

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

図表38 特定健診糖尿病要フォロー基準変更点

H30年度	治療なし	HbA1c:6.5%または空腹時血糖126mg/dl以上
	治療あり	HbA1c:7.0%以上
R1年度	治療なし	HbA1c:6.5%または空腹時血糖126mg/dl以上
	治療あり	HbA1c:7.0%以上
R2年度	治療なし	HbA1c:6.5%または空腹時血糖126mg/dl以上
	治療あり	HbA1c:8.0%以上
R3年度	治療なし	HbA1c:8.0%以上
	治療あり	—
R4年度	治療なし	HbA1c:8.0%以上
	治療あり	—

図表39 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
健診受診者	人(a)	8,371人	8,382人	7,551人	7,528人	6,761人
血糖値有所見者 ※1	人(b)	1,385人	1,371人	1,302人	1,239人	1,177人
	(b/a)	16.5%	16.4%	17.2%	16.5%	17.4%
保健指導実施者 ※2	人(d)	452人	288人	65人	61人	71人
	(d/b)	32.6%	21.0%	5.0%	4.9%	6.0%

出典：要フォロー者名簿集

※ HbA1c 6.5%以上、空腹時血糖 126 mg/dl 以上

※ 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

図表40 治療が必要な者の適切な受診

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
血糖値有所見者	人(a)	1,385人	1,371人	1,302人	1,239人	1,177人
血糖値有所見者の未治療者・ 治療中断者 ※	人(b)	415人	374人	366人	353人	346人
	(b/a)	30.0%	27.3%	28.1%	28.5%	29.4%
受診した者	人(c)	—	—	42人	23人	13人
	(c/b)	—	—	11.5%	6.5%	3.8%
治療開始した者	人(d)	—	—	9人	5人	5人
	(d/b)	—	—	2.5%	1.4%	1.4%

出典：要フォロー者名簿集計

※ HbA1c 6.5%以上、空腹時血糖 126 mg/dl 以上で問診にて治療なしと答えた者

図表 4 1 HbA1c 8.0以上の状況（アウトカム評価）

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
健診受診者	人(a)	8,371人	8,382人	7,551人	7,528人	6,761人
HbA1c:8.0以上	人(b)	—	—	—	77人	75人
	(b/a)	—	—	—	1.0%	1.1%
保健指導実施	人(c)	—	—	—	17人	20人
	(c/b)	—	—	—	22.1%	26.7%
HbA1c:8.0以上の未治療者	人(d)	—	—	—	23人	27人
	(d/b)	—	—	—	29.9%	36.0%

内服治療開始	4人	4人
もともと治療中	2人	1人
定期検査中	2人	1人
死亡、転出	0人	0人

出典：要フォロー者名簿集計

b 医療機関受診中断者への保健指導

特定健診未受診者の中にも糖尿病治療中断者がいるため、令和元年度からは、レセプトや医療費分析から抽出した中断者に対して訪問指導を行ってきた。特に令和4年度からは、重点課題として、体制を整備し、市民健康課と連携し実施した結果、訪問指導率、病院受診率ともに、目標値を大幅に超える結果となり、重症化予防の一助となっている。

しかし、糖尿病の診断をうけながら、未受診で経過している者が約半数おり、心疾患や脳血管疾患等に至ったケースも見受けられるため、本市の状況に合わせて対象の抽出方法や実施方法を見直し、今後も継続して保健指導を行うよう体制を強化し、支援を行う必要がある。（図表42、43）

図表 4 2 糖尿病の医療機関受診中断者への保健指導の対象者数

	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
対象者数	63人	41人	30人	58人

出典：事業集計

図表 4 3 糖尿病の医療機関受診中断者への保健指導の評価

		R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
中断者への保健指導実施率	目標値	20.0%	23.0%	25.0%	28.0%
	実績値	20.6%	19.5%	23.7%	72.3%
中断者の病院受診率	目標値	20.0%	23.0%	25.0%	28.0%
	実績値	23.1%	37.5%	14.0%	50.0%

出典：事業集計

c 糖尿病性腎症重症化予防教室支援事業

図表 4 4 のとおり、本市の透析導入者数は、平成 2 9 年度までは増加傾向であったが、ここ数年は 2 0 人前後で横ばいである。

本事業は鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいた取組であり、平成 2 5 年度から実施している。令和元年度まで保健指導と調理実習を組み合わせ実施していたが、令和 2 年度から新型コロナウイルス感染症の影響により、調理実習を中止し、面接や家庭訪問など個別保健指導を中心に実施している。その中でも栄養士による面談の前後で食事記録と写真を撮影してもらうことで対象者と一緒に食事内容の見直し（偏りや量など）を行い、具体的な適量指示等が可能になっている。

図表 4 5 は本事業の事業結果である。保健指導実施率において、令和 2 年度は一時的に低下したが、令和 3 年度以降は 8 0 % 以上実施することができている。しかし、第 2 期データヘルス計画で定めた目標値に達していないため、中断とにならないように最終評価まで継続して保健指導を実施していくことが課題である。

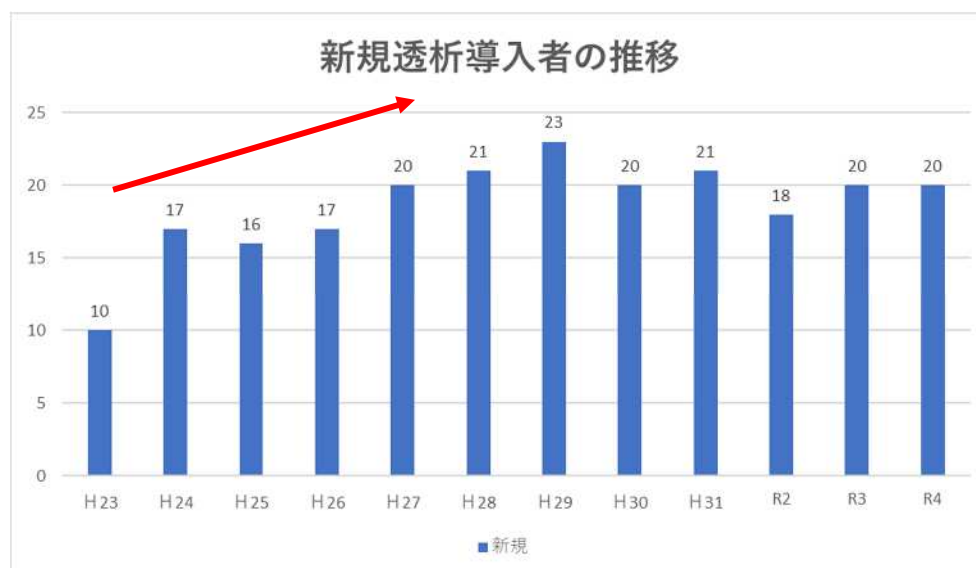
参加者数は減少傾向にあるが、参加者数を増やすことを目標とせず、参加者一人ひとりの生活習慣等を考慮し、個別保健指導の内容を充実させることが、H b A 1 c ・腎機能を維持・改善につながっていくため、参加者の人数を絞り個別性に合わせた保健指導を実施していく。

令和 3 年度からはアウトカム評価として支援介入前後の採血結果（H b A 1 c ・腎機能）でも評価している。参加者数は年度によってばらつきが見られるが、令和 3 年度以降の参加者の 7 0 ~ 8 0 % は H b A 1 c ・腎機能の維持・改善をすることができおり、生活様態にも変化が見られ、本事業を受講することで糖尿病重症化予防、透析移行阻止につながることを期待される。

糖尿病連携手帳の活用や事業終了時にはかかりつけ医へ対象者の支援経過の報告等を実施し、今後も医療機関と情報共有・連携をしながら、引き続き支援を行っていく。

図表 4 4 新規透析導入者の推移

(単位：人)



出典：特定疾病療養申請状況集計

図表 4 5 国保：糖尿病性腎症重症化予防事業

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
参加人数	目標値	30人	30人	30人	30人	30人
	実績値	30人	45人	25人	31人	16人
修了者数	目標値	30人	30人	30人	30人	30人
	実績値	17人	39人	15人	26人	14人
予防事業参加者への 保健指導実施率	目標値	—	—	90.0%	90.0%	90.0%
	実績値	56.7%	86.7%	60.0%	83.9%	87.5%
行動変容のみられた者の 割合	目標値	—	—	70.0%	70.0%	70.0%
	実績値	—	54.3%	86.7%	91.6%	78.5%
HbA1c維持・改善した者		—	—	—	70.5%	80.0%
腎機能維持・改善した者		—	—	—	87.5%	80.0%

出典：糖尿病性腎症重症化予防プログラム（国保）集計

(ウ) 慢性腎臓病（CKD）重症化予防対策

a CKD予防ネットワーク事業

川薩圏域CKD予防ネットワーク※14を活用し、医療機関受診を対象者へ勧め、結果に応じた検査や指導を医師から受けるように説明している。平成30年度は紹介基準該当者数492人、基準該当割合は5.9%であったが、CKD病診連携マニュアル2018で紹介基準の改定により令和元年度からは紹介基準該当者数が約2倍に増えているが、以降は横ばいで経過している。（図表46）かかりつけ医からの報告件数（様式0報告件数）は例年、50～60%ほどであり、紹介状を配布した5～6割の方が再検査等で受診している。令和4年度は再検査の結果、基準に該当する者は170人（33.7%）で、そのうち、腎専門医への紹介は51名（29.8%）である。（図表47、48）

平成30年度と令和3年度のCKD重症度分類を比較してみると、令和3年度は基準（緑）のステージの該当者割合が70.6%で平成30年度よりも増加し、軽度（黄色）、中等度（オレンジ）、重度（赤）のステージの者は減少しており改善が認められた。

CKD重症度分類の中でもG3a・G3b期はCKD重症度分類の中で尿たんぱく陽性は重症度が高くなること、また腎機能が改善できる分岐点となるため、とても重要なステージである。G3a・G3b期かつ尿蛋白+以上の対象者は健診結果報告会もしくは家庭訪問で保健指導を実施している。CKD予防ネットワークで医療機関と連携しながら、CKDの定義と診断基準、CKD診療ガイドライン2023等を参考に作成した保健指導用教材を活用し、より効率的効果的な保健指導を継続して実施していく。（図表49、50）

※14 慢性腎臓病（CKD）の重症化を予防するためには、健診等で腎臓の異常等が発見された患者を、かかりつけ医と腎臓等に関する専門医が連携して診療すること（以下「病診連携」という。）が重要であることから、川薩圏域で統一的な病診連携の運用が図れるよう、病診連携を運用していくための枠組みのこと。

図表 4 6 平成 3 0 ~ 令和 4 年度紹介基準該当者の状況

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
特定健診受診者数	8,371人	8,382人	7,551人	7,528人	6,761人
紹介基準該当者数	492人	1,102人	918人	908人	878人
基準該当割合 (%)	5.9%	13.1%	12.2%	12.1%	13.0%
様式 0 配布件数	351件	989件	873件	878件	867件
様式 0 報告件数	174件	606件	513件	442件	504件
報告割合 (%)	49.6%	61.3%	58.8%	50.3%	58.1%

出典：CKD予防ネットワーク検討会資料

図表 4 7 令和 4 年度：かかりつけ医による再検査結果

	人数	割合
基準該当者	170人	33.7%
基準非該当者	334人	66.2%
未記入者	0人	0%
報告数(総計)	504人	—

出典：CKD予防ネットワーク検討会資料

図表 4 8 令和 4 年度：かかりつけ医による今後の方針

	人数	割合
腎臓診療医へ紹介	51人	29.8%
患者の意向により、自院で経過を見る	83人	48.5%
既に腎臓診療医でフォロー中	31人	18.1%
かかりつけ医と腎臓診療医を兼ねている	1人	0.6%
その他	5人	2.9%
再検査による基準該当者(総計)	171人	—

出典：CKD予防ネットワーク検討会資料

図表 4 9 平成 3 0 年度：CKD 該当者を明確にしましょう

原疾患			糖尿病	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
			高血圧・腎炎など	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
GFR区分 (ml/分/1.73m ²)			尿蛋白区分		A1	A2	A3
			尿検査・GFR 共に実施	(-)	(±)	【再掲】 尿潜血+以上	(+)以上
				8,314 人	6,647 人	1,004 人	209 人
				79.9%	12.1%	20.8%	8.0%
G1	正常 または高値	90以上	1,038 人	835 人	131 人	24 人	72 人
			12.5%	10.0%	1.6%	18.3%	0.9%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	5,756 人	4,719 人	672 人	133 人	365 人
			69.2%	56.8%	8.1%	19.8%	4.4%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	1,295 人	981 人	172 人	43 人	142 人
			15.6%	11.8%	2.1%	25.0%	1.7%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	180 人	100 人	26 人	8 人	54 人
			2.2%	1.2%	0.3%	30.8%	0.6%
G4	高度低下	15-30 未満	32 人	9 人	3 人	1 人	20 人
			0.4%	0.1%	0.0%	33.3%	0.2%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	13 人	3 人	0 人	0 人	10 人
			0.2%	0.0%	0.0%	—	0.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 5 0 令和 3 年度：CKD 該当者を明確にしましょう

原疾患			糖尿病	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
			高血圧・腎炎など	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
GFR区分 (ml/分/1.73m ²)			尿蛋白区分		A1	A2	A3
			尿検査・GFR 共に実施	(-)	(±)	【再掲】 尿潜血+以上	(+)以上
				7,475 人	6,089 人	855 人	190 人
				81.5%	11.4%	22.2%	7.1%
G1	正常 または高値	90以上	1,239 人	1,050 人	129 人	28 人	60 人
			16.6%	14.0%	1.7%	21.7%	0.8%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	5,109 人	4,230 人	583 人	124 人	296 人
			68.3%	56.6%	7.8%	21.3%	4.0%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	936 人	720 人	112 人	28 人	104 人
			12.5%	9.6%	1.5%	25.0%	1.4%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	145 人	77 人	24 人	8 人	44 人
			1.9%	1.0%	0.3%	33.3%	0.6%
G4	高度低下	15-30 未満	37 人	10 人	6 人	2 人	21 人
			0.5%	0.1%	0.1%	33.3%	0.3%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	9 人	2 人	1 人	0 人	6 人
			0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

b CKD改善栄養教室

CKD改善栄養教室は2か月に1回（年6回）開催し、栄養士による講話、グループ学習、個別支援を実施したが、令和2年度～令和3年度は新型コロナウイルス感染症拡大のため、中止となることもあった。（図表51）

グループ学習により、健診結果から個々の生活や食習慣を振り返り、個別支援ではより具体的な食生活支援を行うことができているが、メンバーが少人数かつ固定化していることが課題である。令和5年度から糖尿病予防を含む教室として開催しているため、今後も内容の充実を図っていく。

図表51 CKD改善栄養教室実施状況

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
実施回数	6回	5回	5回	4回
延べ参加人数（実数）	32人（9）	34人（11）	41人（11）	34人（10）

出典：栄養士業務検討会資料

(エ) その他の生活習慣病重症化予防対策

a 受診勧奨判定値に該当する者（脂質異常・肝機能）

脂質異常症は要フォロー基準変更に伴い、令和3年度以降は甞島地域のみ保健指導を実施し、他の地域においては、該当者に健診結果返却時にチラシを配布し受診勧奨や生活習慣の改善を促している。平成30年度と令和4年度を比較すると、LDLコレステロール120mg/dl未満^{*15}の者は増加し、160mg/dl以上の者は減少しているため改善している。（図表52、53）

脂質異常症は肥満、糖尿病や高血圧などのその他の危険因子との組み合わせにより、脳血管疾患、虚血性心疾患、腎疾患などの臓器障害を引き起こす。

特定保健指導該当者、高血圧や糖尿病などの要フォロー基準該当者で脂質異常のある者には引き続き、保健指導を実施していく。

肝機能に関しては要フォロー基準を設けていないので、評価はできなかった。肝機能は生活習慣に起因する疾患だけでなく、肝炎や肝臓がんなどでも数値が上昇するため要フォロー基準を設定する必要はないと考えられる。対象者の健診結果でその他の危険因子との重なりを確認し、体の中で起こっていることを具体的にイメージできるような保健指導を実施していく。

*15 LDLコレステロール120mg/dl未満とは、標準的な健診・保健指導プログラムにて正常域とされる数値。120mg/dl～139mg/dlは保健指導判定を超えるレベル。140mg/dl以上は、脂質異常症の判定基準値であり、受診勧奨判定値を超えるレベルとされている。（日本動脈硬化学会）

図表 5 2 脂質異常症要フォロー基準該当者の保健指導実施率

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
健診受診者	人(a)	8,371人	8,382人	7,551人	7,528人	6,761人
LDL180mg/dl non-HDL210mg/dl 中性脂肪500mg/dl以上	人(b)	314人	267人	311人	—	—
	(b/a)	3.8%	3.2%	4.1%	—	—
保健指導実施	人(c)	208人	179人	116人	—	—
	(c/b)	66.2%	67.0%	37.3%	—	—

出典：要フォロー者名簿集計

図表 5 3 重症化しやすいLDL160以上の者の減少は

年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			再掲		再掲率	再掲率(%)	
					再)180以上	未治療	治療	再掲	再掲率			
H29	8574人	4154人 48.4%	2176人 25.4%	1361人 15.9%	883人 10.3%	785人 88.9%	98人 11.1%	308 3.6%	279 90.6%	29 9.4%	3.6%	10.3%
H30	8365人	3803人 45.5%	2070人 24.7%	1428人 17.1%	1064人 12.7%	953人 89.6%	111人 10.4%	384 4.6%	353 91.9%	31 8.1%	4.6%	12.7%
R01	8376人	4203人 50.2%	2047人 24.4%	1305人 15.6%	821人 9.8%	735人 89.5%	86人 10.5%	286 3.4%	263 92.0%	23 8.0%	3.4%	9.8%
R02	7546人	3868人 51.3%	1794人 23.8%	1138人 15.1%	746人 9.9%	653人 87.5%	93人 12.5%	248 3.3%	214 86.3%	34 13.7%	3.3%	9.9%
R03	7526人	3766人 50.0%	1752人 23.3%	1186人 15.8%	822人 10.9%	736人 89.5%	86人 10.5%	274 3.6%	244 89.1%	30 10.9%	3.6%	10.9%
R04	7035人	3690人 52.5%	1645人 23.4%	1075人 15.3%	625人 8.9%	552人 88.3%	73人 11.7%	192 2.7%	172 89.6%	20 10.4%	2.7%	8.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

b 循環器疾患未治療で心電図異常有の者

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、特定健診受診者全員に心電図検査を実施している。心電図有所見者のフォロー基準は平成30年度～令和元年度まで治療なしかつST異常^{※16}、令和2年度から治療なしかつ異常Q波^{※17}、心房細動^{※18}の者を対象として、該当者には特定健診結果報告会や家庭訪問で保健指導を実施している。有所見者は令和4年度では0.8%に減少しており、保健指導を実施することで病院受診につながったことが考えられる。今後も心房細動、異常Q波の未治療者には、体の仕組みを理解してもらい、必要な治療を自ら選択できるよう個別に保健指導を実施し、治療中断を防ぎ、危険因子になり得る糖尿病や高血圧等の基礎疾患がある場合は、個別のリスクに応じた保健指導を継続して実施していく。(図表54)

※16 ST異常とは、心筋へ栄養を供給している血液が十分でない状態のときに見られる波形のこと。

※17 異常Q波とは、心筋の壊死を起こした後に見られる波形のこと。

※18 心房細動とは、心房の拍動数が不規則に早くなることで動悸、息切れ、疲れやすいなどの症状が起こる不整脈の一つ。心房細動により心房に血栓が作られやすくなり、その血栓が脳に飛ぶことで脳梗塞を引き起こす。

図表 5 4 心電図要フォロー基準該当者の保健指導実施率

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
健診受診者	人(a)	8,371人	8,382人	7,551人	7,528人	6,761人
心電図所見あり (要フォロー基準該当者)	人(b)	288人	773人	135人	67人	52人
	(b/a)	3.4%	9.2%	1.8%	0.9%	0.8%
保健指導実施	人(c)	160人	557人	88人	33人	28人
	(c/b)	55.6%	72.1%	65.2%	49.3%	53.8%
病院受診あり	人(d)	35人	41人	46人	20人	7人
	(d/b)	21.9%	7.4%	52.3%	60.6%	25.0%

出典：要フォロー者名簿集計

エ ポピュレーションアプローチ

(ア) 350ベジライフ宣言の普及と推進

厚生労働省にて策定されている「健康日本21（第二次）」では、野菜を1日350g以上摂取することが推奨されている。

野菜にはカリウム、食物繊維、ビタミン等が含まれており、生活習慣病の発症予防、重症化予防につながるため、薩摩川内市では、平成28年に「薩摩川内市350ベジライフ宣言」を行い、関係機関や団体と連携しながら野菜摂取の推進に取り組んでいる。賛同団体は年々増加し令和4年度では154団体が登録しており、8月31日を「野菜の日」、11月8日を「いい野菜の日」として賛同団体や関係機関と協力し、市内各地で普及啓発のキャンペーン等を実施している。（図表55）

また、年4回はベジライフ通信を発行し、野菜に関する情報を関係団体に288団体、2625枚ほど配布している状況である。

令和4年度の薩摩川内市の現状（令和4年度野菜摂取に関するアンケート調査）は、野菜を1日350g以上食べている人は8.6%と1割にも満たない状況であり、大半の人は野菜不足であると考えられる。

引き続き、チラシやベジライフ通信の配布、ホームページの掲載、FacebookやLINE、InstagramなどのSNSの活用、野菜の日の取組を実施し、野菜摂取の推進活動を行っていく。

図表 5 5 野菜の日における普及啓発（試食やチラシ配布）

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
実施回数(参加人数)	10回(500人)	10回(444人)	10回(450人)	0回(0人)	9回(388人)

出典：栄養士業務検討会資料

※ 野菜の日は平成30年度～令和3年度については8月31日、令和4年度は11月8日に実施。

※ 令和3年度は新型コロナウイルス感染症拡大のためキャンペーンを中止とした。

(イ) 減塩キャンペーン

高血圧を未然に防ぐために、減塩に着目した料理の普及啓発を図っており、6月を「食育月間」、毎月19日を「食育の日」とする全国的なキャンペーンに合わせて、食生活改善推進員が街頭や学校、地域イベント等で高血圧予防について普及するキャンペーンを実施していたが、令和2年度からは新型コロナウイルス感染症の影響により、キャンペーンを中止もしくは縮小して実施している。薩摩川内市は脳卒中を発症する方が多いため、引き続き、普及啓発を実施していく。(図表56)

図表56 減塩キャンペーン

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
実施回数(参加人数)	22回(1,134人)	26回(1,383人)	7回(330人)	0回(0人)	2回(260人)

出典：栄養士業務検討会資料

(ウ) 健康意識の向上の推進

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

本市では、生涯を通じた健康づくりの取組として、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障の増大につながっている実態や食生活、身体活動、生活リズム(睡眠)などの生活背景との関連について、各地域の健康教育や研修会、広報紙や市ホームページ、SNSの活用(市公式LINE、さつませんだいこそだてサポートネットなど)で広く市民へ周知を行った。

オ 若年層健診

35歳～39歳の被保険者に対して、健康意識の向上と特定健診の周知のために特定健診と同程度の健診を実施した。

受診率は低下傾向だが、翌年度の特定健診につながった者は約半数以上となり、一定の効果が見られた。(図表57)

若い世代から健康意識が向上し、健診受診の習慣化がなされることで、生活習慣病等の早期発見、早期治療、ひいては発症予防につながり、健康寿命の延伸にもつながっていく。若年層の実態の把握に努め、取組内容についても評価、検討していく必要がある。

図表57 若年層健診の実績値

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
健診受診率	目標値	20.0%	20.0%	20.0%	22.0%	24.0%
	実績値	18.0%	18.2%	20.2%	18.4%	17.6%
若年層健診(39歳)の 翌年度特定健診受診率	目標値	-	-	70.0%	70.0%	70.0%
	実績値	82.4%	54.2%	66.7%	50.0%	73.3%

出典：事業集計

カ 健康状態不明者対策事業（スマホ de ドック）

自分自身の健康状態の把握や健康意識の向上を目標に、平成30年度から令和2年度まで、特定健診を過去3年間未受診かつ、医療機関の受診歴が無い者を対象とし、対象者へ検査キット等を郵送し、自宅で検査をして結果をスマホから閲覧し、特定健診の受診勧奨へつなげる事業として実施した。（図表58）

対象者が多いにも関わらず申込率が低く、検査を実施した者についても翌年度の特定健診につながった者は20%を下回り、目標達成に至らなかったため、中間評価時点の令和2年度で事業終了とした。

しかしながら、健康状態の把握や健康意識の向上についての取組が必要であり、今後は、特定健診の受診率向上やポピュレーションアプローチ等の取組の中で検討していく。

図表58 スマホ de ドック実施状況

	H30年度	R元年度	R2年度
対象者数	1,699人	1,003人	892人
申込者数	50人	39人	25人
申込率	2.9%	3.9%	2.8%
検査実施者数	42人	32人	21人
検査実施率	84.0%	82.1%	84.0%
次年度特定健診受診率	20.0%	15.6%	4.8%

出典：事業集計

キ ロコモティブシンドローム啓発事業

骨折や関節症といったロコモティブシンドローム※19の原因となる疾患がある者を対象に、重症化予防や早期からの啓発を目的として、平成29年度～令和2年度までは認知度向上のための取組（図表59）、令和3年度は鹿児島県のモデル市町村として、骨粗鬆症の既往歴のある者を対象に治療中断理由の把握のためのアンケートの実施などの重症化予防事業を実施した。

対象者は、主治医の指示や歯科治療のために治療を終了している者が多く、対象者選定をレセプトの既往歴だけで判断するのは適切ではなかったことと、受診勧奨後の検査等実施者数も少なかったため、令和3年度に事業終了した。（図表60）

しかし、ロコモティブシンドロームは、本市の状況からも筋骨格系の有病者が多く、長年の生活習慣が影響し、日頃からの適度な運動や栄養の摂取が重要であるため、被保険者に対しての周知、啓発を行うことは必要な取組であるため、今後は生活習慣病の発症予防の取組の一部として、広く周知啓発を行う取組を検討していく。

※19 ロコモティブシンドローム（運動器症候群）とは、加齢に伴う筋力の低下や関節や脊椎の病気、骨粗鬆症などにより運動器の機能が衰えて、要介護や寝たきりになってしまったり、そのリスクの高い状態を表す言葉。

図表 5 9 認知度向上のための市主催のイベント時の取組

イベント等	年度	講師	内容
生涯学習フェスティバル	H29	委託業者の産業医	医師の健康相談コーナーの設置
	H30	理学療法士	ロコモティブシンドロームについて
	R1	言語聴覚士	オーラルフレイルとサルコペニアについて
	R2		コロナ禍でイベントが中止されたため、レセプト分析からロコモの原因疾患である骨粗鬆症、関節症といった傷病名がある者を抽出し、ロコモ予防のパンフレットを送付(対象者429名)

図表 6 0 重症化予防事業のアンケート状況 (令和 3 年度実施分)

対象者(通知数)	アンケート回収者数	受診勧奨後、骨密度の検査等実施者数
29人	6人(20.7%)	1名(3.4%)

ク ジェネリック医薬品切替啓発事業

被保険者の自己負担額の軽減と医療費の適正化を目的に、レセプトデータ等の分析からジェネリック医薬品^{※20}に変更可能な薬剤を含んで処方されている被保険者に対して、切替差額通知を送付した。

その結果、数量ベースで毎年平均80%以上の実績値であり、目標を達成することができた。この事業については、医療費削減効果が高いことから、今後も継続して実施する。(図表 6 1、6 2)

※20 ジェネリック医薬品(後発医薬品)とは、先発医薬品と同一の有効成分を同一量含み、同一経路から投与する製薬で、効能・効果、用法・用量が原則的に同一であり、先発医薬品と同等の臨床効果・作用が得られる医薬品をいう。研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなっている。

図表 6 1 後発医薬品の使用割合

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
使用割合(9月診療分)	目標値	70.0%	73.0%	76.0%	79.0%	82.0%
	実績値	81.0%	82.0%	85.1%	85.2%	85.6%

出典：厚生労働省 後発医薬品の使用割合

図表 6 2 後発医薬品切替による削減効果額

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
削減効果額	126,127千円	130,761千円	134,155千円	133,425千円	100,710千円

出典：株式会社データホライゾン 効果計算結果報告書

※ 削減効果額は当該年3月～翌年2月診療分までのレセプトより抽出

ケ 重複・頻回受診及び重複服薬者保健指導事業

重複・頻回及び重複（多剤）服薬者等に対しては、副作用によるリスクが高まり身体の負担になるほか、医療費も高額になるため、保健師等による訪問事業や通知事業を実施した。

（図表6 3、6 4）

重複服薬者の訪問指導者については、対象者のほぼ全数を実施した。本市の重複服薬者等の薬効傾向は「精神神経用剤」や「催眠鎮静剤」「抗不安薬」などが大きな割合を占めており、精神疾患を有する者が多く、保健指導に困難な場合も多かったこともあり、改善割合は目標に至らなかった。（図表6 5）

また、多剤服薬者に対する通知事業は、令和3年度から実施し、令和4年度には28%と目標に達する結果となった。

重複服薬者等の対策については、対象者に対して負担を強いることのない体制の構築が必要であり、そのためには、医師会や薬剤師会と連携し、今後の事業内容を検討していくことが必要である。

図表6 3 重複服薬者等訪問事業

		H30	R1	R2	R3	R4
訪問指導者数	目標値	30人	30人	30人	30人	30人
	実績値	22人	22人	21人	15人	41人
改善割合	目標値	70%	70%	70%	70%	70%
	実績値	45.7%	43.5%	28.6%	20.0%	29.3%

出典：重複服薬者等訪問事業集計

図表6 4 多剤服薬者等通知事業

		R3	R4
通知対象者数	実績値	778人	133人
改善率	目標値	20%	20%
	実績値	-	28%

出典：株式会社データホライゾン 服薬情報効果報告書

図表6 5 重複服薬の要因となる主な薬品

順位	薬品名	効能	割合
1	デパス錠0.5mg	精神神経用剤	7.1%
2	アムロジピンOD錠5mg「サワイ」	血管拡張剤	6.1%
3	プレガバリンOD錠150mg	その他の中枢神経用薬	5.8%
4	サイレース錠2mg	催眠鎮静剤、抗不安剤	4.6%
5	マイスリー錠10mg	催眠鎮静剤、抗不安剤	4.5%
6	ハルシオン0.25mg錠	催眠鎮静剤、抗不安剤	3.6%
7	レバミピド錠100mg「オーツカ」	消化性潰瘍用薬	2.5%
8	ソラナックス0.4mg錠	催眠鎮静剤、抗不安剤	2.0%
9	アモバン錠7.5 7.5mg	催眠鎮静剤、抗不安剤	2.0%
10	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSPB」	糖尿病用薬	1.9%

出典：株式会社データホライゾン ポテンシャル分析

(3) 第2期国民健康保険データヘルス計画目標の達成状況と考察

本市は、特定健診受診率や特定保健指導率は同規模や県、全国と比較しても比較的高い。基礎疾患合併症の割合も減少しているため、特定健診受診率向上の取組や、生活習慣病に対する取組を、地域のデータを分析して現状に合わせて実施してきたことが一定の成果になっていると考えられる。

しかしながら、特定健診受診率や特定保健指導率は、国が掲げる目標には到達しておらず、特定健診未受診者や不定期受診者が見られることや、メタボリックシンドローム該当者が増加している状況がある。

また、65歳未満の死亡の割合や、医療費、介護給付費が同規模や全国と比べても高く、特に脳血管疾患においては伸びも著しい。40歳から64歳の若い世代においても脳血管疾患、心疾患、人工透析などを発症している現状がある。しかしながら、依然として40歳代～50歳代の特定健診受診率は2割以下と低く、若年層や40歳～64歳の実態が不明な部分が多いため、効果的な受診勧奨や保健指導ができていない可能性がある。(図表6.6)

生活習慣病は、妊娠期、乳幼児期、若年層からの積み重ねが大切であり、データヘルス計画は、全年齢の被保険者が対象者になっていることから、全年齢を通しての対策が必要である。まずは、全年齢を通して、実態の把握を行う必要がある。把握の方法を検討していき、状況に合わせてさらなる健診受診や生活習慣病等の周知・啓発に取り組み、健診の受診率向上を図りつつ、生活習慣病の発症予防や重症化予防に取り組むことが必要である。

本市では、令和3年度から高血圧対策を中心に事業を展開している。脳卒中治療ガイドラインには、脳卒中の最大の危険因子は高血圧であると記載されており、心疾患や腎不全のリスクにも高血圧は含まれている。そのため、血圧をコントロールすることで発症リスクを軽減させ、医療費や介護給付費の抑制につなげることができると考えられる。これらのことから、第3期国民健康保険データヘルス計画においては、高血圧対策を主軸に計画策定する。

また、脳卒中治療ガイドラインには降圧による脳卒中抑制効果は若年でより強く抑制されると記載されており、高血圧治療ガイドラインには、女性や小児の高血圧も記載されている。幼少期からの生活習慣が高血圧の発症に関係しており、ライフサイクルに沿った高血圧対策が必要である。

図表 6 6 第 2 期国民健康保険データヘルス計画目標管理一覧

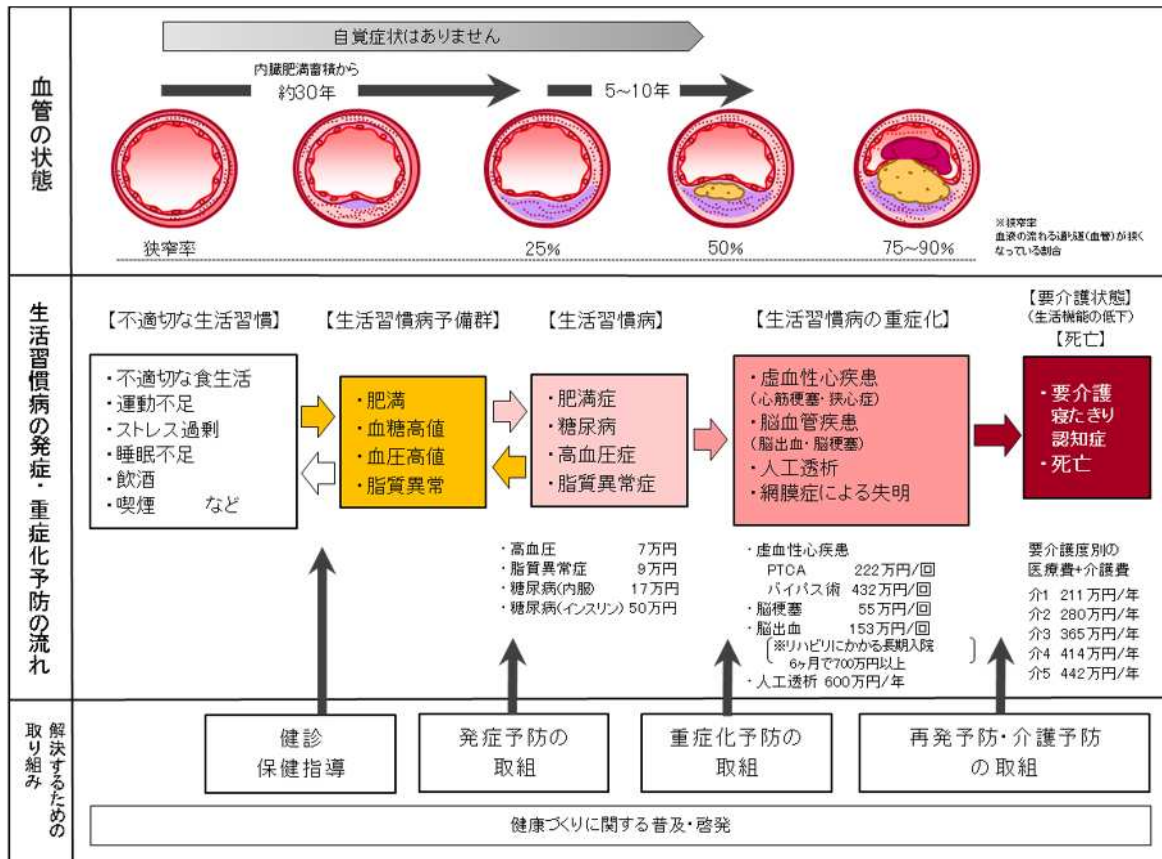
目標	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	中間評価	最終評価	把握方法	
			H28年	R1年	R4年		
			2016年	2019年	2022年		
中長期目標	①適正受診を推進し、重症化して入院する患者を減らす。	①1人あたり入院医療費の伸び率を-2%とする	10.1%	14.3%	11.4%	KDBシステム	
		②必要な医療勧奨を行い、1人あたり入院外医療費を2%伸ばす	7.6%	6.4%	11.9%		
	②脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する。	③脳血管疾患の総医療費に占める割合25%減少	2.53%	2.44%	2.58%		
		④虚血性心疾患の総医療費に占める割合25%減少	1.47%	1.05%	1.27%		
		⑤慢性腎不全（透析有）の総医療費に占める割合20%減少	8.17%	5.70%	6.40%		
		⑥筋骨格系疾患の総医療費に占める割合10%減少	9.38%	9.62%	9.93%		
		⑦糖尿病性腎症による透析者数の割合減少	65.0%	38.0%	37.5%		
短期目標	③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	⑧メタボリックシンドローム該当の割合10%減少	19.0%	20.5%	22.4%	ヘルスサポートラボツール	
		⑨メタボリックシンドローム予備軍の割合20%減少	12.4%	12.9%	13.3%	ヘルスサポートラボツール	
		⑩特定保健指導対象者の減少率25%	20.2%	21.2%	20.7%	法定報告データ	
		⑪健診受診者のⅡ度高血圧（160/100以上）の割合20%減少	4.0%	4.1%	3.7%	ヘルスサポートラボツール	
		⑫健診受診者の脂質異常者（LDL140以上）の割合20%減少	27.9%	25.5%	24.2%	ヘルスサポートラボツール	
		⑬健診受診者の糖尿病有病者（HbA1c6.5以上）の割合15%減少	9.5%	9.5%	11.1%	ヘルスサポートラボツール	
		⑭Ⅱ度高血圧（160/100以上）の未治療者に保健指導を実施した割合80%	69.0%	70.9%	66.7%	市民健康課	
		⑮CKD予防ネットワーク対象者で紹介状を渡した者のうち病院受診が確認できた割合	50.0%	64.0%	55.9%	市民健康課	
	④医療費削減のために特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす。	⑯特定健診受診率60%以上	59.3%	58.8%	51.4%	法定報告データ	
		⑳特定保健指導実施率60%以上	48.4%	36.6%	37.2%	法定報告データ	
		⑤後発医薬品の使用により、医療費を削減する	㉑後発医薬品の使用割合80%以上	81.0%	82.0%	85.6%	厚労省公表データ（各年9月分）

3 第3期における健康課題の明確化

(1) 基本的な考え方

生活習慣病の発症、重症化を減少させるためには、被保険者自らの体の仕組みを理解し、生活習慣の修正を選択できる力をつけることによって、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る。（図表 6 7）

図表 6 7 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移行することになる。

保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目の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ことが課題である。

一方、国民健康保険被保険者のうち、65歳以上の高齢者が多く、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、本市国保及び広域連合は、図表68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ある。

健康課題においては、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、高血圧、糖尿病、肥満、高脂血症を優先する。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実施する。

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り、メタボリックシンドローム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、啓発を行うなど、40歳未満の肥満対策も重要であると考えられる。

図表 7 0 国民健康保険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
(最大医療資源傷病名による分類結果)

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		
			脳	心	腎		高血圧	糖尿病	脂質異常症						
			脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)									
① 国保	薩摩川内市	86億3728万円	39,300円	2.58%	1.27%	6.40%	0.24%	2.99%	5.00%	1.85%	17億5598万円	20.3%	15.6%	9.98%	9.93%
	同規模	--	29,595円	2.08%	1.42%	4.16%	0.29%	3.28%	5.79%	2.15%	--	19.2%	17.0%	8.04%	8.72%
	県	--	36,117円	2.38%	1.44%	5.30%	0.33%	2.87%	4.99%	1.59%	--	18.9%	14.4%	9.59%	9.49%
	国	--	27,570円	2.03%	1.45%	4.26%	0.29%	3.06%	5.41%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	薩摩川内市	159億0864万円	83,015円	5.38%	0.91%	3.68%	0.54%	2.91%	3.42%	1.11%	28億5573万円	18.0%	8.8%	5.26%	14.7%
	同規模	--	68,448円	3.89%	1.57%	4.63%	0.47%	3.13%	4.23%	1.40%	--	19.3%	11.2%	3.74%	12.1%
	県	--	85,212円	4.79%	1.38%	3.49%	0.48%	2.59%	3.50%	0.98%	--	17.2%	9.3%	4.33%	14.9%
	国	--	71,162円	3.86%	1.65%	4.59%	0.47%	3.00%	4.11%	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

※ 脳血管疾患は脳梗塞と脳出血、虚血性心疾患は狭心症と心筋梗塞、糖尿病性腎症は慢性腎不全を計上。

図表 7 1 高額レセプト（80万円/件）以上の推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	298人	307人	380人	406人	372人	1,047人
	件数	B	455件	490件	631件	638件	525件	1,707件
		B/総件数	0.22%	0.25%	0.33%	0.33%	0.27%	0.64%
	費用額	C	5億9926万円	6億3869万円	8億4761万円	8億7018万円	7億0579万円	17億2478万円
C/総費用		7.0%	7.4%	9.9%	10.1%	8.2%	10.8%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 7 2 高額レセプト（80万円/件）以上の推移（脳血管疾患）

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
人数	D	26人	29人	31人	27人	28人	112人
	D/A	8.7%	9.4%	8.2%	6.7%	7.5%	10.7%
件数	E	36件	49件	44件	40件	36件	178件
	E/B	7.9%	10.0%	7.0%	6.3%	6.9%	10.4%
年代別	40歳未満	0人 0.0%	0人 0.0%	2人 4.5%	0人 0.0%	0人 0.0%	65-69歳 0人 0.0%
	40代	2人 5.6%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	70-74歳 0人 0.0%
	50代	4人 11.1%	3人 6.1%	5人 11.4%	1人 2.5%	3人 8.3%	75-80歳 31人 17.4%
	60代	15人 41.7%	20人 40.8%	19人 43.2%	24人 60.0%	13人 36.1%	80代 98人 55.1%
	70-74歳	15人 41.7%	26人 53.1%	18人 40.9%	15人 37.5%	20人 55.6%	90歳以上 49人 27.5%
費用額	F	4414万円	5812万円	5427万円	5242万円	4362万円	1億8003万円
	F/C	7.4%	9.1%	6.4%	6.0%	6.2%	10.4%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 7 3 高額レセプト（80万円／件）以上の推移（虚血性心疾患）

対象年度		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期：R4年度			
虚血性心疾患	人数	G	14人		12人		21人		14人		12人		16人		
		G/A	4.7%		3.9%		5.5%		3.4%		3.2%		1.5%		
	件数	H	15件		12件		21件		14件		12件		18件		
		H/B	3.3%		2.4%		3.3%		2.2%		2.3%		1.1%		
	年代別	40歳未満	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	65-69歳	0人	0.0%
		40代	0人	0.0%	1人	8.3%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	70-74歳	0人	0.0%
		50代	1人	6.7%	0人	0.0%	2人	9.5%	0人	0.0%	2人	16.7%	75-80歳	3人	16.7%
		60代	10人	66.7%	4人	33.3%	11人	52.4%	8人	57.1%	5人	41.7%	80代	13人	72.2%
		70-74歳	4人	26.7%	7人	58.3%	8人	38.1%	6人	42.9%	5人	41.7%	90歳以上	2人	11.1%
	費用額	I	2357万円		1867万円		3599万円		2369万円		2603万円		1864万円		
		I/C	3.9%		2.9%		4.2%		2.7%		3.7%		1.1%		

出典：ヘルスサポートラボツール

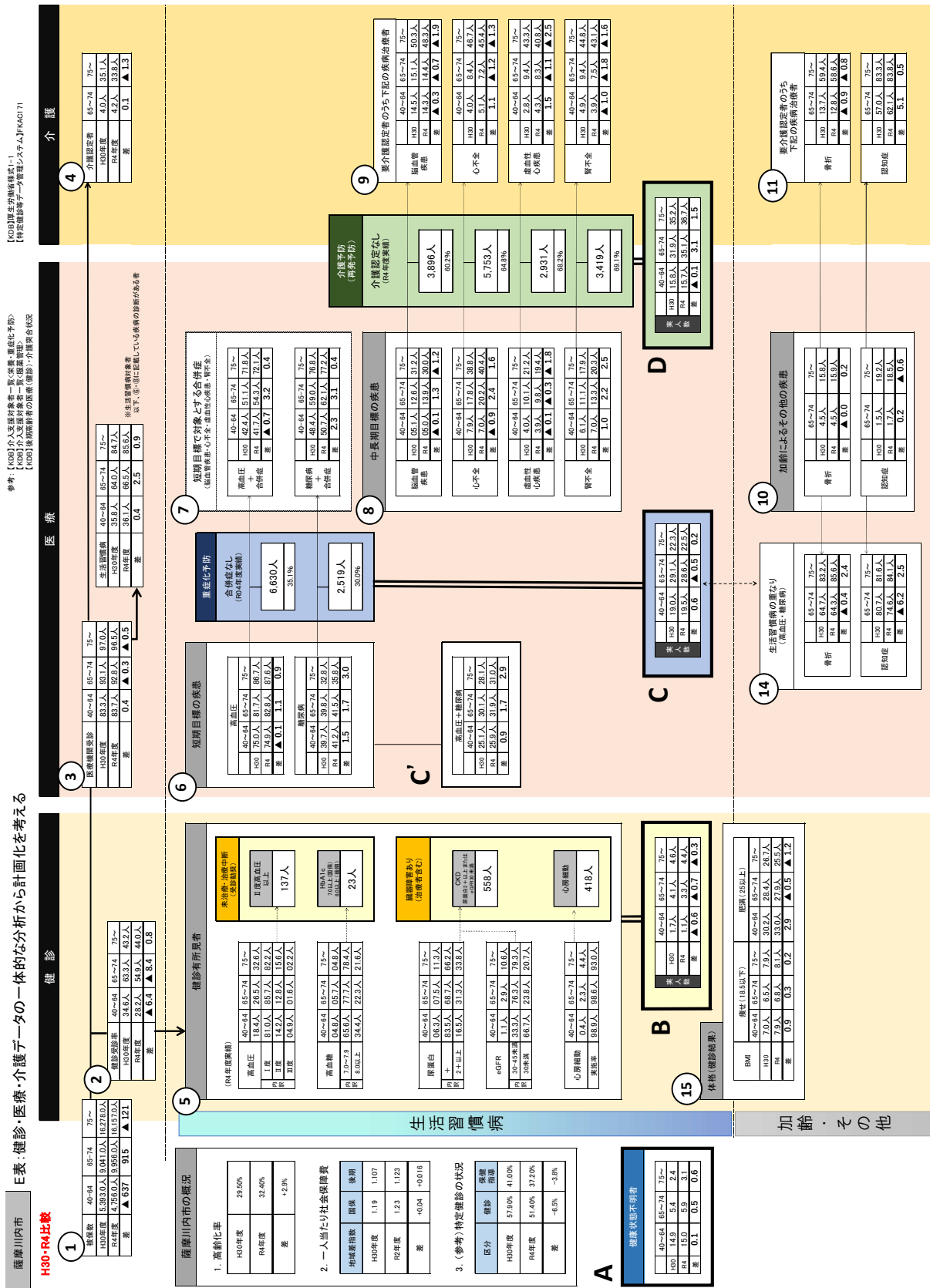
※ 高額レセプト数においては、1人につき複数回の件数がある場合もある。

※ 高額レセプトのうち、保健財政共同安定化事業にてレセプト1件当たり80万円を超えるものを、高額レセプトとしているため、80万円以上で計上。

イ 健診・医療・介護の一体的分析

図表 7 4 にて、健診、医療、介護の視点から一体的に分析する。なお、図表 7 5 ～ 7 9 は、図表 7 4 から抜粋したものである。

図表7-4 健診・医療・介護データの一体的な分析 (参考資料2-1)



出典：ヘルスサポートラボツール

図表 7 5 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歳~	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳~	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳~	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳~	40歳~64歳	65歳~74歳
H30	35.1%	↓ 5,393人	↑ 9,041人	↓ 16,278人	34.6%	63.3%	43.2%	7.0%	6.5%	7.9%	30.2%	28.4%	26.7%
R4	33.8%	4,756人	9,956人	16,157人	28.2%	54.9%	44.0%	7.9%	6.8%	8.1%	33.0%	27.9%	25.5%

図表 7 6 健診有所見状況

E表	⑥																													
	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歳~64歳		65歳~74歳		75歳~		40歳~64歳		65歳~74歳		75歳~		40歳~64歳	65歳~74歳	75歳~	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳~												
H30	57人	3.1%	(23)人	234人	4.1%	(74)人	383人	5.4%	(64)人	74人	4.0%	(6)人	289人	5.1%	(13)人	85人	1.2%	(7)人	53人	2.8%	194人	3.4%	427人	6.1%	10人	0.5%	100人	1.7%	288人	4.1%
R4	47人	3.5%	(18)人	208人	3.8%	(54)人	412人	5.8%	(65)人	64人	4.8%	(7)人	309人	5.7%	(13)人	73人	1.0%	(3)人	23人	1.7%	147人	2.7%	388人	5.5%	5人	0.4%	125人	2.3%	288人	4.0%

図表 7 7 短期的目標疾患(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)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症											
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症								
	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳~	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳~	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳~	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳~	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳~	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳~	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳~						
H30	83.3%	93.1%	97.0%	35.8%	64.0%	84.7%	75.0%	81.7%	86.7%	39.7%	39.8%	32.8%	25.1%	30.1%	28.1%	42.4%	51.1%	71.8%	48.4%	59.0%	76.8%						
R4	83.7%	92.8%	96.5%	36.1%	66.5%	85.6%	74.9%	82.8%	87.6%	41.2%	41.5%	35.8%	25.9%	31.9%	31.0%	41.7%	54.3%	72.1%	50.7%	62.1%	77.2%						

- ※ 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。
- ※ 短期的目標疾患のうち、フレイルと影響の大きい高血圧と糖尿病を計上。

図表 7 8 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 中長期目標の疾患(被保険者割)												⑨ 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歳~64歳	65歳~74歳	75歳~	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳~	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳~	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳~	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳~	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳~	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳~			
	H30	5.1%	12.6%	31.2%	4.0%	10.1%	21.2%	7.9%	17.8%	38.8%	6.1%	11.1%	17.9%	14.5%	15.1%	50.3%	2.8%	9.4%	43.3%	4.0%	8.4%	46.7%	4.9%	9.4%
R4	5.0%	13.9%	30.0%	3.9%	9.8%	19.4%	7.0%	20.2%	40.4%	7.0%	13.3%	20.3%	14.3%	14.4%	48.3%	4.3%	8.3%	40.8%	5.1%	7.2%	45.4%	3.9%	7.5%	43.1%

- ※ 心不全はフレイルに影響が大きく重要な疾患であるため、一体的に分析するにあたり、中長期目標疾患と共に計上した。
- ※ 糖尿病性腎症は算出できないため、腎不全で計上した。

図表 7 9 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑨				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 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知症		骨折		認知症		骨折		認知症	
65歳 ～74歳	75歳～	65歳 ～74歳	75歳～	65歳 ～74歳	75歳～	65歳 ～74歳	75歳～	65歳 ～74歳	75歳～	65歳 ～74歳	75歳～	
H30	64.7%	83.2%	80.7%	81.6%	4.5%	15.8%	1.5%	19.2%	13.7%	59.4%	57.0%	83.3%
R4	64.3%	85.6%	74.6%	84.1%	4.5%	15.9%	1.7%	18.5%	12.8%	58.6%	62.1%	83.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

ウ 健康課題の明確化

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり約100万円にもなり、国保の2倍高い状況である。(図表69)

本市は、高血圧や糖尿病に重点を置いて保健事業に取り組んできたため、短期的目標疾患の高血圧及び糖尿病の総医療費に占める割合は、国や同規模と比較しても低い現状である。しかし、中長期目標疾患の中で脳血管疾患は国保及び後期高齢において同規模や国、県と比較しても高い状況である。また、糖尿病性腎症を含む腎不全についても、国保においては同規模、国、県よりも高く、中長期目標疾患の中で最も大きな割合を占めている。(図表70)

高額レセプトの推移は、毎年約400～600件のレセプトが発生しているが、後期高齢になると、約3倍に増えている。(図表71)

高額レセプトの疾病は、脳血管疾患で令和元年度が49件で約5800万円、令和4年度は36件で約4300万円と減少した。しかし、後期高齢では、178件で約1億8000万円の費用がかかっている。脳血管疾患と虚血性心疾患を比較すると、脳血管疾患の方が人数、費用ともに多い。(図表72、73)

脳血管疾患は医療費のみならず、障害が残り介護を要する状態となる。長期にわたって医療費と介護費等の社会保障費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患の最大の危険因子である高血圧の重症化予防に重点を置く。

一方、高額レセプトにおける1件当たりの医療費を比較すると、令和4年度脳血管疾患が約121万円、虚血性心疾患が約216万円と虚血性心疾患の方が高額である。虚血性心疾患は、障害が残り介護を要する状態とはならない場合が多いものの、冠動脈ステント留置やバイパス術などの医療費がかなり高額になる。虚血性心疾患のリスクも高血圧、糖尿病、肥満等であり、並行して共通した重症化予防が必要である。(図表72、73)

さらに医療費で最も多い割合を占める腎不全は、不可逆の疾患であり、透析に至ると医療費が高額になることのみならず、治療による時間の拘束や生活への影響も大きい。腎不全による透析の原疾患は糖尿病性腎症が全国的には最多であるが、本市においては腎硬化症等も多い可能性がある。そのリスクも高血圧、糖尿病、肥満等であるため上記とともに実施する必要がある。

また、平成30年度と令和4年度の健診・医療・介護のデータを各年代で分析すると、図表74の①被保険者数は、40～64歳、75歳以上は減少しているが、65歳～74歳の前期高齢者が900名ほど増えている。高齢化率が高い本市は、今後、前期高齢者数は減少

傾向にあり、後期高齢者数が増加傾向に転じることが推測される。高齢化率は今後も上昇することが見込まれる。

図表75の⑮の体格をみると、40～64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が2.9ポイント高くなっている。図表76の健診有所見の状況を見ると、肥満に係る高血圧や糖尿病の有所見率が、特に若い年齢層で増えており、経年的に関わりを持ち、体の仕組みを理解してもらい、必要な治療と主に食生活の修正を自ら選択できるよう個別に保健指導を徹底することが課題である。

図表77の短期目標疾患（高血圧・糖尿病）とする合併症をみると、高血圧、糖尿病ともに、ほぼ各年代で増加傾向にある。

図表78の中長期目標疾患（脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全）において、平成30年度と令和4年度を比較すると、75歳以上は心不全、腎不全の割合が増加している。65歳～74歳の年代は脳血管疾患、心不全、腎不全の割合が高く、40歳～64歳の年代については、腎不全を除いてほぼ横ばいであるが、介護認定者をみると脳血管疾患の割合が他の疾患よりも全年代で高い傾向にある。一体的分析において、脳血管疾患、腎不全が課題であり、その原因となる高血圧、糖尿病、肥満等の者が増加していることから、原因疾患の対策が必要であることが分かる。

エ 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・糖尿病性腎症を含む腎不全）に共通した高血圧、糖尿病、肥満等に重なりがある。

本市では、特に社会保障費や生活に大きく影響する脳血管疾患や、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を含む腎不全の原因となり、特に脳血管疾患の最大のリスクである高血圧を第1優先課題として、次にその他のリスクである糖尿病、高血圧と糖尿病等の原因となる肥満を含む生活習慣病の治療が必要な方に対して、体の仕組みを理解してもらい、必要な治療と主に食生活の修正を自ら選択できるよう個別に保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を含む腎不全等への重症化を防ぐことにつながると考える。

具体的な取組方法については、第4章に記載する。

(3) 成果目標の設定

ア 国民健康保険データヘルス計画の目的、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直し、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期待できる。

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る。評価指標については、まず鹿児島県全体で設定することが望ましい指標と、本市の実情に応じて設定する指標（図表80）を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておく必要がある。

イ 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、糖尿病性腎症を含む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す。

しかし、加齢に伴い、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考慮し、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よう重症化予防に取り組む。

また、軽症時に受診せず、重症化して受診もしくは入院することから、重症化予防、医療費適正化につなげるためには、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す。

ウ 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を含む腎不全の血管の変化における共通のリスクである、高血圧、糖尿病、脂質異常症と、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。

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

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

(4) 管理目標の設定

図表 80 第3期国民健康保険データヘルス計画目標管理一覧

	達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標			データの把握方法 (活用データ年度)	
			初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)		
中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症を含む腎不全による透析の医療費の伸びを抑制	☆脳血管疾患の1人あたりの医療費の維持(円)	12,502	12,502	12,502	KDBシステム 国保連合会データ抽出ツール (疾病別死因割合、1人あたり医療費)	
		☆虚血性心疾患の1人あたりの医療費の維持(円)	6,154	6,154	6,154		
		☆慢性腎不全の1人あたりの医療費の維持(円)	31,981	31,981	31,981		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	2.6%	2.0%	1.5%	KDBシステム 糖尿病性腎症重症化予防取組評価
			☆被保険者10万人あたりの糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	85.3人	80.0人	75.0人	
			☆1人あたりの医療費(入院)の維持(円)	221,928	221,928	221,928	
			☆1人あたりの医療費(外来)の維持(円)	262,632	262,632	262,632	
短期目標	アウトカム指標 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を含む腎不全の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	☆健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	3.7%	3.4%	3.0%	薩摩川内市 健診結果集計ツール 有所見状況	
		☆健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL180以上)	2.7%	2.4%	2.0%		
		☆健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	11.1%	10.6%	10.0%		
			★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	1.4%	1.2%	1.0%	薩摩川内市 糖尿病性腎症対象者の概数把握フローチャート 薩摩川内市(市民健康課)
			☆糖尿病性腎症重症化予防事業対象者のうち、未治療、治療中断者の割合の減少※	1.6%	1.3%	1.0%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	25.3%	27.6%	30.0%	
			メタボリックシンドローム予備群の割合の減少	19.4%	18.4%	17.4%	
			メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	33.6%	32.6%	31.6%	
		咀嚼良好者(何でもかんでたべることができる)の割合の増加	80.2%	85.0%	90.0%	法定報告値 (特定健診等データ管理システム)	
	アウトプット	★特定健診受診率60%以上	60.0%	60.0%	60.0%		
		★特定保健指導実施率60%以上	60.0%	60.0%	60.0%		
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	20.7%	25.7%	30.7%		
	その他	適正受診等を推進し、被保険者の負担や地域医療の負担軽減する	重複服薬者、多剤服薬者の改善率(改善者数)の増加	28.6% (14人)	30.0% (15人)		35.0% (17人)
後発医薬品の使用割合の増加			85.6%	86.5%	86.5%		

出典：データヘルス計画策定の手引き、令和5年度第1回医療費適正化部会資料

- ※ ★すべての都道府県で設定することが望ましい指標、☆都道府県が設定する指標
- ※ 分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用者数
- ※ 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの「健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方」に基づく「A 糖尿病性腎症+受診なし」「C 糖尿病基準該当+受診なし」の総数/対象者の数

第3章 特定健康診査・特定保健指導の実施（法定義務）

1 第4期特定健診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、特定健診等実施計画を定める。

なお、第1期及び第2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3期以降は実施計画も6年を一期として策定する。

第4期における特定健康診査・特定保健指導の変更点は以下の通りである。（図表82）

図表81 第4期（2024年以降）における変更点

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

出典：特定健康診査・特定保健指導の円滑な実践に向けた手引き（第4版）

2 目標値の設定及び対象者の見込み

図表 8 2 目標とする特定健診受診率・特定保健指導実施率及び対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診 (目標)	対象者数	13,739人	13,626人	13,513人	13,401人	13,288人	13,176人
	受診者数	8,243人	8,176人	8,108人	8,041人	7,973人	7,906人
	受診率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導 (目標)	対象者数	728人	722人	716人	710人	704人	698人
	受診者数	437人	433人	430人	426人	422人	419人
	実施率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

※ 特定健診、特定保健指導の対象者数については、人口の推計から毎年の平均国保資格者率（20%）、特定健診対象者率（76%）、特定保健指導対象者率（5.3%）を用いて算出。

3 第4期特定健診の実施

(1) 実施方法と期間

健診の実施方法は次のとおり。

ア 個別健診（4月～11月末）

地域の各医師会や個別医療機関と契約を行い、実施医療機関が実施するものとする。

イ 情報提供事業（4月～翌年2月末）

鹿児島県医師会と市町村国保の取りまとめ機関である鹿児島県国民健康保険団体連合会との3者間契約を行う。現に生活習慣病等で治療中の者の血液検査等の結果について、特定健診の検査項目に該当する結果を有する場合は、情報提供票にてその情報を受けるものとする。

(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る。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、薩摩川内市のホームページに掲載する。

（参照）URL：<https://www.city.satsumasendai.lg.jp>

(4) 特定健診実施項目

メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防のために、特定保健指導対象者を抽出するため国が定めた項目に加え、本市の優先課題である脳血管疾患に係る高血圧、糖尿病の状態を把握するために必要な項目である検査（心電図、血清クレアチニン、尿酸、尿潜血、貧血検査）を追加項目として実施し、一部の検査（心電図、貧血検査）については、医師の判断により実施が必要とした場合には、その旨を備考として記載する。また、眼底検査については詳細項目とし、医師の判断により実施の有無を判断できるものとする。（図表82）

眼底検査については、本市の課題である高血圧の状態を確認するために重要な検査であるが、実施可能な機関が限られており、必要な方に実施できるよう検討していく。

図表83 特定健診検査項目

健診項目		薩摩川内市	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	○	□
	白血球数	○	
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

(5) 人間ドックの取扱いについて

人間ドックについては、特定健診の法定項目を含有する形で実施する場合のみ、特定健診を受診したものととして取扱う。

(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く。

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

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、鹿児島県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

受診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、年間を通して行う。(図表83)

また、受診率の向上のために、現状の分析や受診しない理由について把握に努める。

図表84 特定健診実施スケジュール

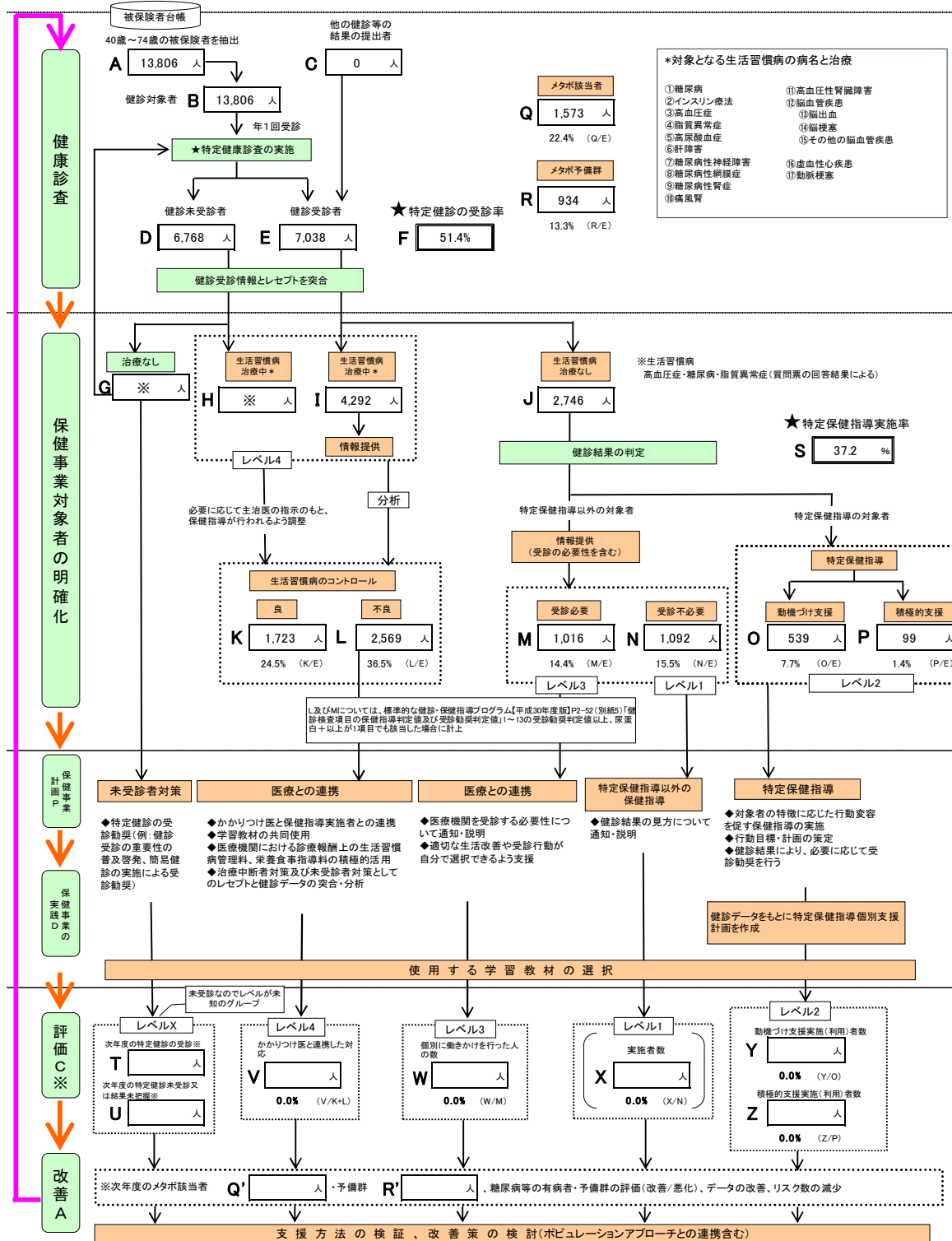
	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 ↓ 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可) ↓ (特定健診の開始)	(前年度特定保健指導の実施) ↓
5月		健診データ受取 費用決裁 → 保健指導対象者の抽出 ↓ (特定保健指導の開始)	健診データ抽出(前年度) ↓
6月			
7月			
8月		(特定健診・特定保健指導の実施)	実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
9月			
10月			受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告
11月		(特定健診の当該年度受付終了)	
12月	契約に関わる 予算手続き		
1月			
2月		(特定健診(情報提供事業)の当該年度受付終了)	
3月	契約準備		

4 第4期特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、市民健康課への執行委託の形態で実施する。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

図表 8 5 健診から保健指導へのフローチャート (様式 5-5)



※ 評価Cにおいては、次年度の健診結果で評価を行うものである。

※ 健診の情報がなく算出できない部分は空白で計上。

(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 8 6 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	国民健康保険	対象者数見込 (受診者の割合)	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	638人 (9.1%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	1,016人 (14.4%)	高血圧Ⅱ度以上かつ治療なし 80%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	6768人 <small>※受診率目標達成まであと300人</small>	100%
4	N	情報提供 (受診不要)	◆健診結果の見方について通知・説明	1,092人 (15.5%)	100%
5	I	情報提供 (生活習慣病治療中)	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	4,292人 (61.0%)	100%

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実施スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とP D C A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く。

5 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日までに法定報告を行う。

第4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

保健事業の実施にあたっては脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を含む腎不全等における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、脂質異常症等の減少を目指すために、特定健診における血圧、血糖、肥満、脂質の検査結果を改善していく。そのためには、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る必要がある。

また、並行して適正受診等を推進する取組と地域包括ケアを推進する取組、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を実施する。

ハイリスクアプローチとしては、合併症の発症・進展抑制を目指し、本市の健康課題を勘案し、高血圧重症化予防と糖尿病性腎症重症化予防の取組を行う。

具体的には、対象者の実態把握を行い、要医療判定値の方には、体の仕組みを理解し受診行動を選択できるような保健指導を、治療中の方には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組は、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態や、健診の活用、健康課題が解決した時のメリット等について広く市民へ周知し、早期からの健康意識の向上や生活習慣を見直す機会を確保するとともに、生活習慣病を含む全身の健康状態に関連の深い歯科口腔保健の推進について実施する。

その他、適正受診・適正服薬の取組としては、重複・多剤服薬者等対策やジェネリック医薬品差額通知事業を中心に普及啓発や保健指導等を行い、地域包括ケアの推進では、地域包括ケアシステムの構築等への参画、高齢者の保健事業と介護予防との一体的実施では、後期高齢者部門を中心に介護保険福祉部門と協力して、75歳以降も切れ目のない支援を実施していく。

実施にあたっては、第3章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

2 ハイリスクアプローチ

本市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全等の重症化予防（ハイリスクアプローチ）対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、2,783人（39.5%）である。そのうち治療なしが641人（23.3%）を占め、さらに臓器障害があり直ちに治療や保健指導に取り組むべき対象者が420人（65.5%）となる。

また、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、641人中291人（10.5%）と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かる。（図表87）

図表 8 7 脳・心・腎を守るために（令和 4 年度）

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 -

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年終罹患率の減少	虚血性心疾患 の年終罹患率の減少	糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少	令和4年度 ＜参考＞ 健診受診者(受診率) 7,038人 51.0%				
科学的根拠に基づき ↓ レイトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器科の診療と治療に関するガイドライン(2011年学会共同研究報告))	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 (日本腎臓学会)				
	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓症 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血栓性脳塞栓・血栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症		■各疾患の治療状況 治療中 治療なし 高血圧 3,388人 3,650人 脂質異常症 2,300人 4,735人 糖尿病 819人 6,159人 3疾患 いずれも 4,292人 2,746人 ※開診結果による				
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	重症化予防対象者 (実人数)	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 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 (日本腎臓学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	
該当者数	263人 3.7%	131人 1.9%	192人 2.7%	142人 2.0%	1,573人 22.4%	555人 7.9%	909人 12.9%	2,783人 39.5%
治療なし	126人 3.5%	24人 0.9%	172人 3.6%	87人 1.8%	170人 6.2%	277人 4.5%	232人 8.4%	641人 23.3%
(再掲) 特定保健指導	35人 13.3%	6人 4.6%	56人 29.2%	26人 18.3%	170人 10.8%	56人 10.1%	71人 7.8%	291人 10.5%
治療中	137人 4.0%	107人 2.5%	20人 0.9%	55人 2.4%	1,403人 32.7%	278人 33.9%	677人 15.8%	2,142人 49.9%
臓器障害 あり	72人 57.1%	24人 100.0%	83人 48.3%	43人 49.4%	85人 50.0%	161人 58.1%	232人 100.0%	420人 65.5%
CKD(専門医対象者)	19人	10人	17人	13人	27人	46人	232人	232人
心電図所見あり	63人	24人	73人	33人	71人	134人	102人	290人
臓器障害 なし	54人 42.9%	--	89人 51.7%	44人 50.6%	85人 50.0%	116人 41.9%	--	--

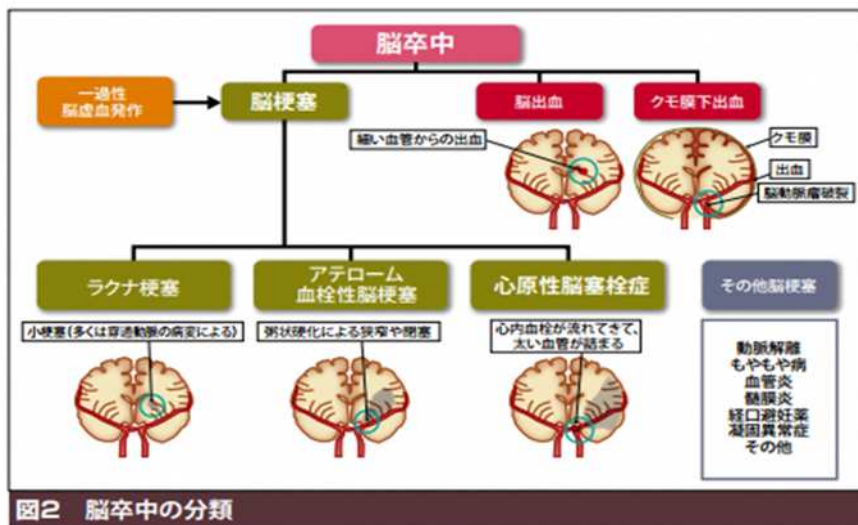
出典：ヘルスサポートラボツール

(1) 高血圧重症化予防

ア 基本的な考え方

高血圧重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防の提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 8 8、8 9)

図表 8 8 脳卒中の分類



出典：脳卒中予防の提言

図表 8 9 脳心血管疾患、腎疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク等)		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	●							
心 虚 血 患 性	心筋梗塞	●	●	●		●		○	○
	狭心症	●	●	●		●		○	○
不 整 脈	心房細動	●				●	●	○	
腎 疾 患	慢性腎臓病(CKD)	●	●	●		●		○	

イ 対象者の明確化

(ア) 重症化予防対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、保険年金課が有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行う。

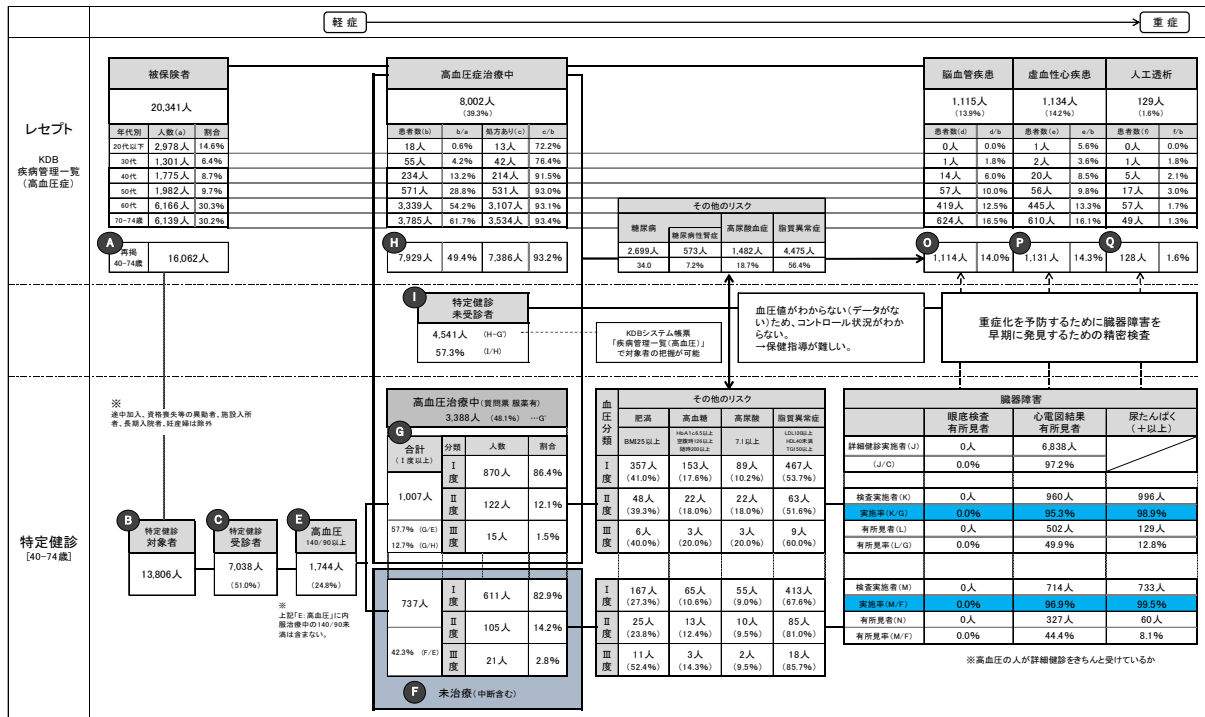
脳心血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子である。図表 9 0 でみると、高血圧治療者 7, 9 2 9 人 (H) のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 1, 1 1 4 人 (1 4. 0 %・O)、虚血性心疾患は 1, 1 3 4 人 (1 4. 3 %・P) と多く、人工透析は 1 2 8 人 (1. 6 1 %・Q) であった。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 2 6 3 人 (3. 3 % : F、G) であり、そのうち 1 2 6 人 (4 8 % : F) は未治療者である。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の必要性が理解できるように支援を行うことが必要である。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 1 3 7 人 (4. 0 % : G) いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となる。

重症化を予防するためには、臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が重要になるが、令和 2 年度に集団健診から個別健診移行後は実績がほぼない状況である。検査施設や設備の関係で実施する病院自体が少ないと推察する。まずは現状を把握し、本市の眼底検査(詳細検査)は医師の判断に基づき選択的に実施となっているため、関係機関と実態を共有し、検討していくことが必要である。

図表 9 0 令和 4 年度：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 3）



※ レセプト情報は、当該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

(イ) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

また、高血圧発症予防の一つとして妊娠高血圧症がある。妊娠高血圧症は、重症度が高くなると母体の臓器障害を招き、妊娠中に子癩前症を発症した女性は高血圧発症が約2.7倍、虚血性心疾患、脳卒中が約2倍多いと報告がある。（高血圧治療ガイドライン2019）

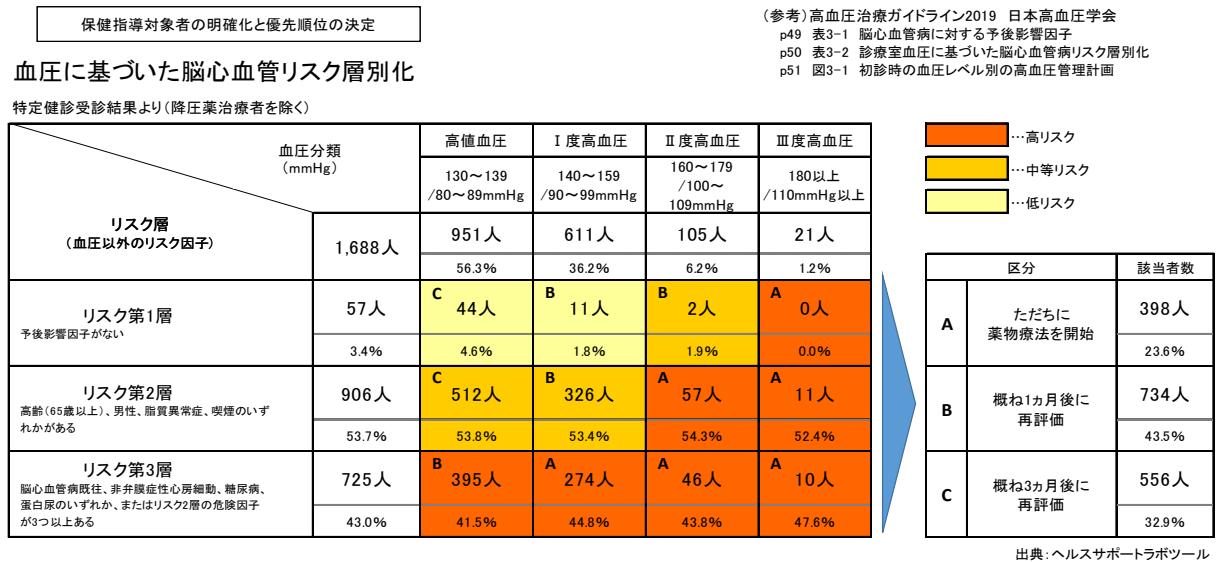
さらに、降圧による脳卒中抑制効果は若年でより強く抑制される（脳卒中治療ガイドライン2021）と記載があり、「高血圧対策」は妊娠中、乳幼児期からの取組として考えていくことが重要である。ライフサイクルの視点でも、本市は青年期における取組ができていないため、母子保健事業の場も活用し、妊娠中、乳幼児期、青年期の対象者にも介入していく必要がある。

図表 9 1 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、薬物療法を開始する区分になるため、早急な受診勧奨が必要である。

本市では、血管リスク軽減のため、体のメカニズムを伝える保健指導を実施する。

また、妊婦やその配偶者等を含む青年期壮年期においては、母子健康手帳交付、妊婦健康診査、産婦健康診査、乳幼児健康診査において血圧測定を実施し、高血圧基準に該当した者は母子の管理台帳に順次、記載する。該当者は経過を追跡し、まずは実態を把握していく。

図表 9 1 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（令和4年度）



- ※ 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。
- ※ 脳心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。
- ※ 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。
- ※ 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。
- ※ 尿蛋白については、健診結果より（±）以上で判断。

図表 9 0 より、本市において介入方法を以下のとおりとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・ 高血圧が重症化するリスクの高い医療機関未受診者：II 度高血圧以上(F) … 126人
- ・ 介入方法として、高血圧管理台帳による個別訪問、電話、手紙等に対応
- ・ 血圧記録手帳を活用し、家庭血圧測定の必要性を説明する。結果を確認し基準値を超える際は、対象者自身が受診の必要性を理解できるように支援する。

優先順位 2

【保健指導】

- ・Ⅱ度高血圧以上かつその他のリスクを有する（肥満と高血糖）医療機関受診者(G)…137人
- ・介入方法として、高血圧管理台帳による個別訪問、電話、手紙等に対応
- ・血圧記録手帳を活用し家庭血圧測定の必要性を説明する。家庭血圧値を把握。
- ・高血圧治療ガイドライン2019を参考にし、服薬状況の確認・生活習慣改善のための保健指導や医療機関と連携した保健指導を実施する。

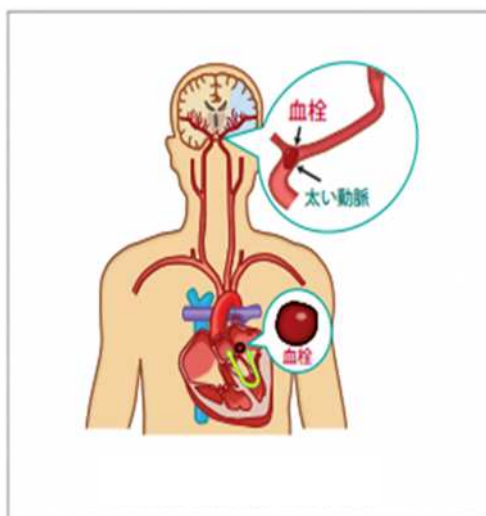
優先順位 3

【保健指導】

- ・Ⅰの中から過去に特定健診受診歴のあるⅠ度Ⅱ度以上高血圧未治療者（高血圧管理台帳からⅡ度高血圧以上、肥満などのその他リスクを有するものを優先）
- ・介入方法として、高血圧管理台帳による個別訪問に対応。特定健診の受診勧奨、血圧記録手帳を活用し、家庭血圧測定の必要性を説明する。結果を確認し基準値を超える際は受診を選択できるように支援を行う。

(ウ) 心電図検査における心房細動や虚血性心疾患の実態

図表 9 2 心房細動と心原性塞栓症



心臓は高血圧の重要な標的臓器である。収縮期および拡張期の圧負荷の増大は虚血性心疾患・心疾患の原因となる。

心電図は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられる。また、脳血管疾患の一つである心原性脳塞栓症は、心房細動等によって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る。心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。

特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみると、心電図検査において131人が心房細動の所見がみられた。有所見率を見るとわずかだが、年齢が高くなるにつれて増加している。(図表 9 3)

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、体のメカニズムや継続受診の必要性を伝える保健指導を行い、医療機関の受診勧奨を行う必要がある。(図表 8 9) 本市は心電図検査を全数実施しているが、心房細動の有所見者の病院受診、内服状況等の把握ができていない。

また、心筋梗塞後には心筋梗塞再発や突然死を抑制するために降圧が重要となる。心電図検査で所見がある方には保健指導を実施しているが、有所見者数など実態把握ができていない状況である。まずは対象者の管理を行い、実態把握を行っていく。

図表 9 3 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				日循疫学調査 ※	
	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	3,137人	3,901人	3,013人	96.0%	3,825人	98.1%	110人	3.7%	21人	0.5%	--	--
40代	158人	145人	157人	99.4%	143人	98.6%	1人	0.6%	0人	0.0%	0.2%	0.0%
50代	214人	245人	207人	96.7%	236人	96.3%	0人	0.0%	0人	0.0%	0.8%	0.1%
60代	1,129人	1,583人	1,075人	95.2%	1,550人	97.9%	32人	3.0%	7人	0.5%	1.9%	0.4%
70～74歳	1,636人	1,928人	1,574人	96.2%	1,896人	98.3%	77人	4.9%	14人	0.7%	3.4%	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

ウ 保健指導の実施

(ア) 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適した個別性のある保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。

家庭訪問や面接などの個別支援に各種教室や学習会等を組み合わせて、保健指導を実施していく。具体的対策に関しては、「プロセス計画」に策定する。

(イ) 二次検査の実施

脳心血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは、二次検査として検討していく必要がある。「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられている。

- a 形態学的検査法…頸動脈エコー検査（頸動脈内膜中膜厚（IMT）、冠動脈CT（冠動脈石灰化）
- b 血管機能検査法…足関節上腕血圧比（ABI）、脈波伝搬速度（PWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、血管内皮機能（FMD）

(ウ) 対象者の管理

a 高血圧者の管理

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

b 虚血性心疾患、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受診の必要性が理解できるように支援を実施する。支援後、受診確認（内服開始の有無等）を行い、また継続的な受診ができているかレセプト等を活用し確認していく。心房細動の実態を把握するために、フォロー者名簿で管理していく。

エ 医療との連携

脳心血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には体のメカニズムを説明し、受診を選択できるように支援を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。医療の情報については、かかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータを収集していく。

オ 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、高齢・介護福祉課、保険年金課（高齢者医療グループ）等と連携していく。

カ 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く。短期的評価については年1回行う。その際はKDB等の情報を活用する。

また、中長期的評価においてはE表等を用いて他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

キ 実施期間及びスケジュール

図表 9 4 高血圧重症化予防実施期間及び年間スケジュール

	高血圧管理台帳	特定健診	その他(生活習慣病予防のための自主グループ等)
対象者	◎前年度の高血圧管理台帳対象者(過去6年間に1度でもⅡ度高血圧以上に該当した者が記載)	◎特定健診受診:要フォロー基準(Ⅱ度高血圧以上かつ未治療者)に該当	◎高血圧等要フォロー基準に該当し、教室参加を希望する者
4月	◎対象者の選定基準の決定 ◎前年度の高血圧管理台帳作成		◎月1回実施 健康教育、個別支援
5月	◎対象者の抽出(概数の試算) ◎各地区担当で高血圧管理台帳を確認し対象者の抽出 ◎介入方法、実施方法の決定	◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始(結果報告会や家庭訪問)	
6月	◎家庭訪問開始(高血圧管理台帳対象者:全数把握)		
7月	↓		
8月	◎継続支援が必要な対象者を抽出 家庭訪問、面接、電話、手紙等で支援		
9月	↓		
10月	↓		
11月	↓		
12月	↓		
1月	↓		
2月	↓		
3月	◎各地区担当ごとに個別支援評価 ◎事業全体の評価、検討	◎各地区担当ごとに個別支援評価 ◎事業全体の評価、検討	◎事業全体の評価・検討

(2) 糖尿病性腎症重症化予防

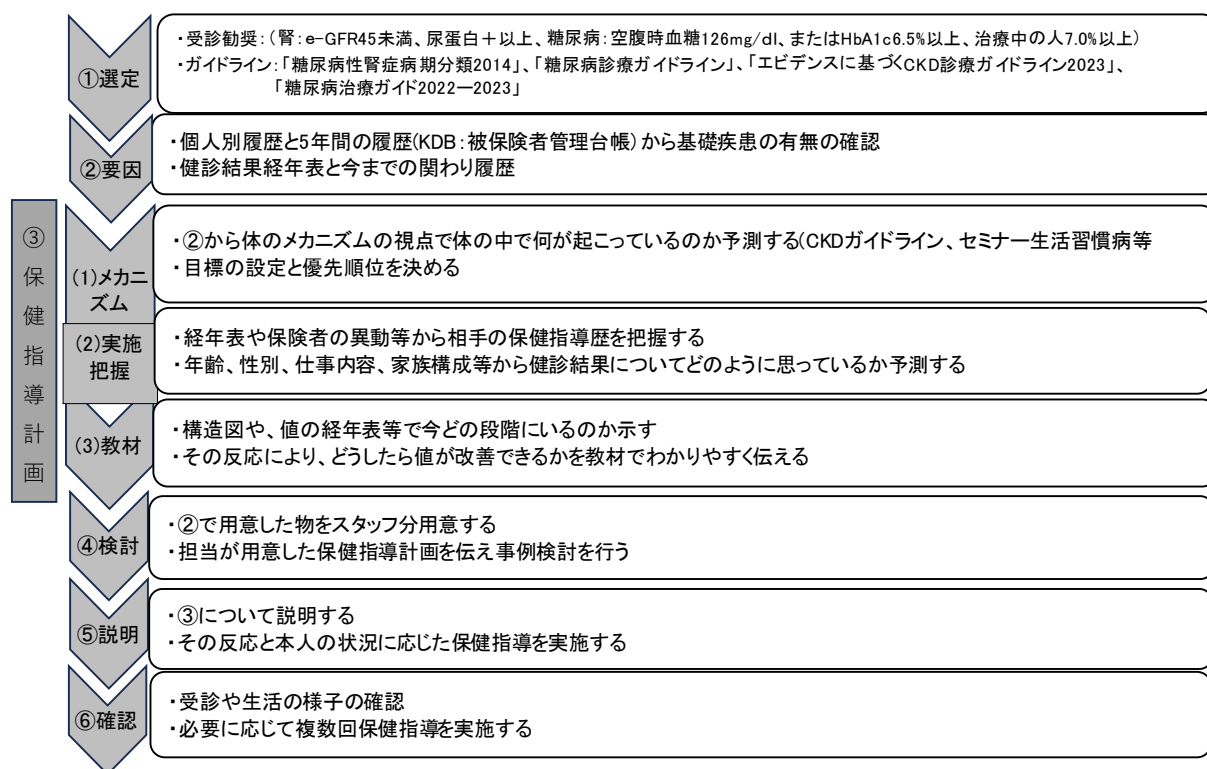
ア 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病治療ガイド」（日本糖尿病学会）「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）及び鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム等に基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。

なお、取組にあたっては図表9-5に沿って実施する。

- (ア) 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
- (イ) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導、歯科保健指導、眼科受診の確認
- (ウ) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表9-5 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



イ 対象者の明確化

(ア) 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、糖尿病治療ガイドや鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム等を参考に、抽出すべき対象者を以下とする。

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

(イ) 選定基準に基づく該当者の把握

a 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、保険年金課が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とする。（図表 9 6）

図表 9 6 糖尿病性腎症病期分類

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

出典：糖尿病治療ガイド2022-2023（日本糖尿病学会）

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

本市では、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を実施しているため、GFR（eGFR）の把握は可能である。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量（mg/dl）に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（-）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（+）としていることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能のため、定性検査を用いる。

b 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った。

図表 9 7 をみると、本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、346人（29.4%・F）であった。40～74歳における糖尿病治療者4,000人（H）のうち、特定健診受診者が831人（70.6%・G）であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者3,169人（79.2%・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となる。

また、特定健診、レセプトデータともにデータがない者に関しては、病状を放置した場合に重症化するリスクが高いため、現状を把握するためにも特定健診等につなげる必要がある。

さらに、糖尿病は、複数の遺伝因子に、過食（とくに高脂質食）、運動不足、肥満等の生活習慣、加齢が加わり発症する。さらに、妊娠は糖代謝異常が起こりやすく、出産後に一旦改善しても一定期間後に糖尿病が発症するリスクが高いこと、胎児への影響も懸

念されていることから、定期的な経過観察や介入が必要になる。

本市においては、令和3年度から乳幼児健診等の場において現状把握に取り組んでいるため、対象者の台帳等を作成して、引き続き母子健康手帳交付、妊婦健康診査、産婦健康診査、乳幼児健康診査において、まずは現状把握を行い支援方法を検討していく。

c 介入方法と優先順位

図表97より、本市においての介入方法を以下のとおりとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)…346人
- ・過去に糖尿病治療歴があり、現在治療中断の者
- ・介入方法として、糖尿病管理台帳等による個別訪問、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

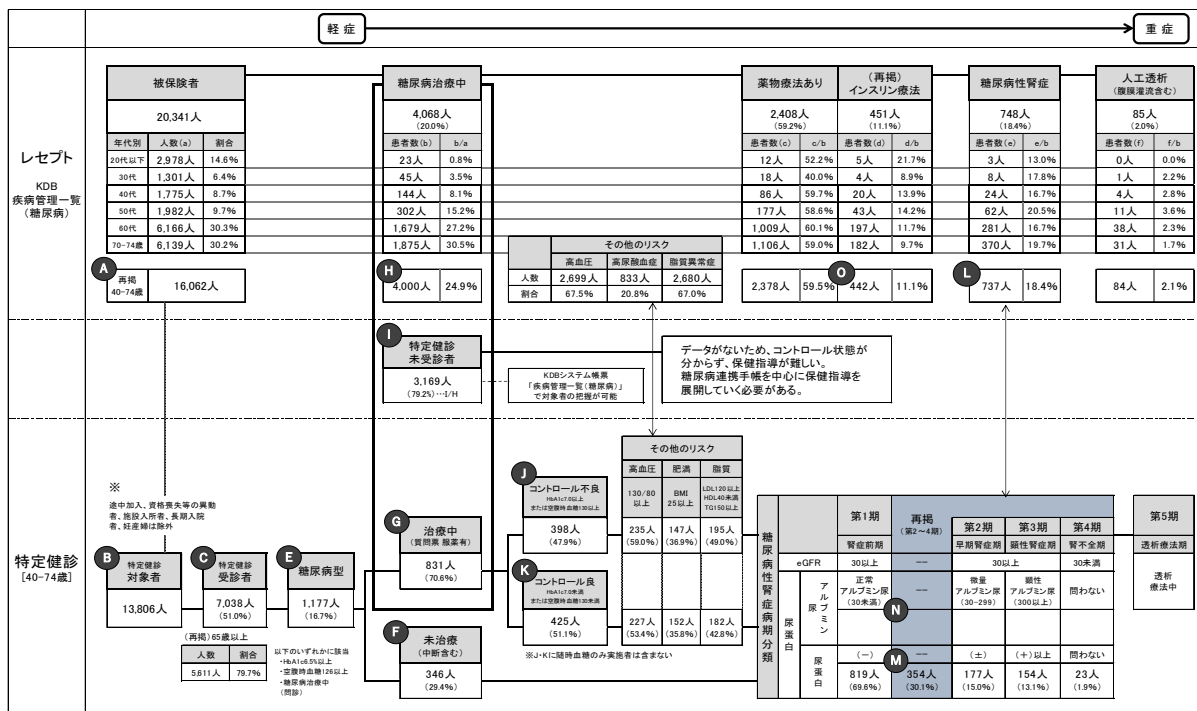
- ・糖尿病で治療中の者のうち重症化するリスクの高い医療機関受診者(J)…398人
- ・治療中断しない(継続受診)のための保健指導
- ・介入方法として糖尿病管理台帳等による個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関(内科、歯科、眼科等)と連携した保健指導(6か月のプログラムに対応)

優先順位3

【保健指導】

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

図表 9 7 令和 4 年度：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 6）



※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

※ レセプト情報は当該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） 疾病管理一覧で把握できない項目は、「KDB帳票介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）」から集計。

ウ 保健指導の実施

(ア) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、高血圧、肥満、脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となる。

本市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病（特に高血圧症）のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていく。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。

(イ) 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 期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性（±）へは、二次健診等で尿蛋白定量検査（尿アルブミン検査）や糖負荷検査等を実施することを検討し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

エ 医療との連携

(ア) 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、事前に医師会等と協議した連携の方法を検討していく必要がある。

(イ) 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いただく。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては糖尿病治療ガイドや鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを参考に行っていく。

オ 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、高齢・介護福祉課や保険年金課（高齢者医療グループ）と連携していく。

カ 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検討する。短期的評価については年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報（図表9-7）及びKDB等の情報を活用する。また、中長期的評価においては、図表9-8の糖尿病性腎症重症化予防の取組評価等を用いて行う。

(ア) 受診勧奨者に対する短期的評価

- a 受診勧奨対象者への介入率
- b 医療機関受診率（レセプト等で確認）
- c 医療機関未受診者への再勧奨数

(イ) 保健指導対象者に対する短期的評価

- a 保健指導実施率
- b 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - ・ H b A 1 c の変化
 - ・ e G F R の変化（1年で25%以上の低下、1年で5 ml / 1.73 m²以上低下）
 - ・ 尿蛋白の変化
 - ・ 服薬状況の変化

図表 9 8 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価 (様式 5 - 1) (参考資料 5)

項目		実数	割合	薩摩川内市								同規模保険者(平均)			
				H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4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	実数	割合
1	① 被保険者数	20,562人		19,926人		19,273人		19,014人		18,749人					
	② (再掲)40-74歳	16,688人		16,317人		15,956人		15,840人		15,567人					
2	① 特定健診 対象者数	14,469人		14,250人		14,102人		13,806人		13,145人					
	② 受診者数	8,740人		8,766人		7,821人		7,848人		6,761人					
	③ 受診率	60.4%		61.5%		55.5%		56.8%		51.4%					
3	① 特定保健指導 対象者数	788人		798人		696人		706人		600人					
	② 実施率	41.0%		36.6%		37.3%		46.5%		37.2%					
4	健診データ	① 糖尿病型	E	1,439人	16.5%	1,436人	16.4%	1,342人	17.2%	1,286人	16.4%	1,177人	16.7%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	424人	29.5%	397人	27.6%	378人	28.2%	368人	28.6%	346人	29.4%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	1,015人	70.5%	1,039人	72.4%	964人	71.8%	918人	71.4%	831人	70.6%		
		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	520人	51.2%	510人	49.1%	464人	48.1%	431人	46.9%	398人	47.9%		
		⑤ 血圧 130/80以上		307人	59.0%	313人	61.4%	276人	59.5%	262人	60.8%	235人	59.0%		
		⑥ 肥満 BMI25以上		206人	39.6%	203人	39.8%	188人	40.5%	169人	39.2%	147人	36.9%		
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	495人	48.8%	529人	50.9%	500人	51.9%	487人	53.1%	433人	52.1%		
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	967人	67.2%	970人	67.5%	967人	72.1%	920人	71.5%	820人	69.7%		
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		172人	12.0%	202人	14.1%	184人	13.7%	173人	13.5%	177人	15.0%		
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		207人	14.4%	203人	14.1%	167人	12.4%	165人	12.8%	154人	13.1%		
		⑪ 第4期 eGFR30未満		23人	1.6%	27人	1.9%	22人	1.6%	27人	2.1%	23人	2.0%		
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)	124.4人		131.6人		130.8人		140.6人		144.9人				
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)	152.4人		159.5人		156.9人		167.6人		173.0人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1件1被保険者千対)	14,335件	(886.3)	14,523件	(919.8)	14,955件	(958.2)	16,025件	(1041.7)	15,877件	(1074.9)		(911.6)	
		④ 入院外(件数)	158件	(9.8)	132件	(8.4)	119件	(7.6)	109件	(7.1)	90件	(6.1)		(3.9)	
		⑤ 糖尿病治療中	2,558人		2,622人		2,521人		2,674人		2,717人		14.5%		
		⑥ (再掲)40-74歳	2,543人		2,603人		2,504人		2,654人		2,693人		17.3%		
		⑦ 健診未受診者	1,528人		1,588人		1,540人		1,736人		1,862人		69.1%		
		⑧ インスリン治療	179人		179人		182人		208人		212人		7.8%		
		⑨ (再掲)40-74歳	179人		178人		180人		206人		208人		7.7%		
		⑩ 糖尿病性腎症	433人		471人		421人		502人		490人		18.0%		
		⑪ (再掲)40-74歳	431人		470人		419人		499人		488人		18.1%		
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	79人		70人		64人		71人		72人		2.6%		
		⑬ (再掲)40-74歳	78人		68人		63人		70人		71人		2.6%		
		⑭ 新規透析患者数	12人		13人		18人		13人		16人		22.22%		
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症	7人		5人		7人		7人		6人		37.5%		
		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)	48人		50人		51人		55人		55人		1.5%		
6	医療費	① 総医療費	85億4597万円		86億6464万円		85億5952万円		86億3186万円		86億3728万円		50億8753万円		
		② 生活習慣病総医療費	48億4317万円		49億7488万円		50億2321万円		49億4813万円		48億4888万円		27億0662万円		
		③ (総医療費に占める割合)	56.7%		57.4%		58.7%		57.3%		56.1%		53.2%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	14,758円		15,076円		12,099円		12,758円		12,699円		6,937円		
		⑤ 健診未受診者	27,738円		30,405円		35,050円		33,613円		34,771円		38,519円		
		⑥ 糖尿病医療費	3億9983万円		4億2071万円		4億2973万円		4億4846万円		4億3195万円		2億9434万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	8.3%		8.5%		8.6%		9.1%		8.9%		10.9%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	13億4426万円		13億5624万円		13億9074万円		14億5776万円		14億5646万円				
		⑨ 1件あたり	39,729円		39,250円		39,800円		40,196円		40,525円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費	10億2178万円		9億5057万円		10億6452万円		10億8122万円		11億2906万円				
		⑪ 1件あたり	568,918円		585,328円		630,268円		606,066円		644,807円				
		⑫ 在院日数	18日		18日		18日		17日		18日				
		⑬ 慢性腎不全医療費	5億5715万円		5億1743万円		5億5287万円		5億5592万円		5億7385万円		2億2640万円		
		⑭ 透析有り	5億3446万円		4億9311万円		5億3191万円		5億3273万円		5億5287万円		2億1152万円		
		⑮ 透析なし	2269万円		2432万円		2096万円		2320万円		2098万円		1487万円		
7	介護	① 介護給付費	93億1430万円		95億4444万円		96億4869万円		95億5835万円		95億1029万円		56億7154万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症	10件		7件		10件		16件		16件		28.1%		
8	① 死亡	19人		20人		14人		15人		7人		1.0%			

出典：ヘルスサポートツール

キ 実施期間及びスケジュール

図表 9 9 糖尿病性腎症重症化予防実施期間及び年間スケジュール

	糖尿病管理台帳	特定健診	その他(生活習慣病予防のための自主グループ等)	糖尿病性腎症重症化予防プログラム	糖尿病治療中断者訪問
対象者	◎前年度の高血圧管理台帳対象者(過去6年間に1度でもHbA1c6.5%以上に該当した者が記載)	◎特定健診受診:要フォロー基準(HbA1c8.0%以上かつ未治療者)に該当	◎糖尿病要フォロー基準に該当し、教室参加を希望する者	◎鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者の抽出基準に準じる	◎過去に糖尿病治療歴のある者で3か月以上治療中断している者
4月	◎対象者の選定基準の決定 ◎前年度の糖尿病管理台帳作成		◎月1回実施 健康教育、個別支援		◎対象者を抽出し家庭訪問(特定健診受診勧奨、病院受診勧奨)
5月	◎対象者の抽出(概数の試算) ◎各地区担当で糖尿病管理台帳を確認し対象者の抽出 ◎介入方法、実施方法の決定	◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始(結果報告会や家庭訪問、電話、手紙等で支援)		◎対象者の抽出、案内の発送 ◎申込受付開始	
6月	◎家庭訪問開始(糖尿病管理台帳対象者:全数把握)				
7月				◎事業準備	
8月	◎継続支援が必要な対象者を抽出 家庭訪問、面接、電話、手紙等で支援			◎保健指導開始(家庭訪問や面接) ◎学習会の開催	
9月					
10月					
11月					
12月					
1月					
2月				◎各担当ごとに個別支援評価 ◎事業全体の評価、検討	
3月	◎各地区担当ごとに個別支援評価 ◎事業全体の評価、検討	◎各地区担当ごとに個別支援評価 ◎事業全体の評価、検討	◎事業全体の評価・検討	◎医療機関へ支援経過の報告	◎事業全体の評価・検討

3 ポピュレーションアプローチ

(1) 基本的な考え方

生活習慣病が成人の死因と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題である。生活習慣の確立が小児期に端を発することを踏まえ、小児期における生活習慣病対策、特に肥満予防の重要性は容易に想起される。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されている。

また、小児期以降の年代からのポピュレーションアプローチを行い、健診の意図を理解し、将来を担う小児の生育環境を整えることになるほか、疾病の予防のみならず、個人の健康状態や生活の質(QOL)を向上させることができる。生涯を通じて健康増進のために個人が努力できることで、健康寿命の延伸や医療費の適正化にもつながる。

現在では、多くの研究により、歯の本数と全身の健康状態、歯周病と全身疾患との関係等について科学的な根拠が明らかになり、近年では口腔機能が衰える「口腔機能低下症」の高齢者や口腔機能の発達がうまくできない「口腔機能発達不全症」の子どもなども問題視されている。

国民健康保険データヘルス計画の対象者は、被保険者全員であり、データをライフサイクルの視点を考慮し総合的な視点で実施することが必要である。(図表100) 妊娠期、小児期から成人期にわたって全世代でポピュレーションアプローチに取り組む必要がある。

図表 1 0 0 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

高血圧・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 ー基本的考え方ー （ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）													
発症予防 重症化予防													
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 <small>（学校職員は学校保健安全法）</small>	高齢者の医療の確保に関する法律		介護保険法			
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・生徒の定期健康診査 (第1・13・14条)		定期健康診査 (第66条)	特定健康診査 (第18・20・21条)	後期高齢者 健康診査 (第125条)
5 対象 者 内 容	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)	
	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			かつ 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													

(2) 生活習慣病対策

生活習慣病の重症化により医療費や介護費等の社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について、特定健診・特定保健指導の活用やメリットに加え、本市の優先課題であり、脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全等につながる高血圧（高血圧の啓発、血圧測定）や、その他糖尿病、肥満などの生活習慣病について、広報や健康教育等を通じて、広く市民へ周知していく。また、住民自身が自分の健康状態を振り返り、早期からの健康意識の向上や生活習慣を修正する機会を確保する。そのことによって、1人でも多くの住民が、生活習慣病についての理解を深められるよう支援をする。（図表 1 0 1）

これらの具体的対策に関しては、「プロセス計画」に策定し、評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。

短期的評価については年1回行い、中長期評価はE表を用いて行う。その際はKDBシステム等の情報を活用する。

図表 1 0 1 鹿児島県の食

統計からみえる鹿児島県の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2019～2021年平均 ～			
食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
油脂	1位	さば	1位
食用油	1位	揚げかまぼこ	1位
しょう油	2位	干しシイタケ	1位
砂糖	1位	キャベツ	1位
酢	1位	にんじん	3位
乳酸飲料	1位	しめじ	3位
焼酎	2位	豆類	3位
緑茶	2位	まんじゅう	3位

出典：総務省統計_家計調査（2019～2021年平均）

(3) 歯科口腔保健の推進

我が国においては、令和5年6月16日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2023」において、「全身の健康と口腔の健康に関する科学的根拠の集積・活用と国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科検診に向けた取組の推進、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防につながる歯科専門職による口腔健康管理の充実」の具体的な検討と推進を行うことが盛り込まれた。

本市では、特定健診受診対象者においては、約2割が「かみにくさ」または「ほとんどかめない」ことを自覚しており、40歳以上になると急激に歯科受診件数や歯科の総医療費が増加している。(図表102、103) さらに、歯科医療費における介護認定状況をみると、総じて要介護認定ありの方は歯科医療費が高く、その差は増加傾向にある。介護施設等では、対象者に対して往診や歯科指導等を受ける機会があり、そのことによって増加していることや、口腔内の異常と介護状態に関連があることが推察されるが、詳細な分析はできていないことが現状にある。(図表104)

本市では、口腔機能の維持や向上、口腔の健康に関する意識の向上等の推進をライフサイクルに応じて切れ目なく実施していくことが必要である。具体的な取組については、本市の状況を分析した上で歯科医師会等と協議・連携しながら検討していく。

図表102 咀嚼の状況

咀嚼	薩摩川内市					同規模	県	国
	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
何でも噛める	80.3%	79.6%	80.5%	80.1%	80.7%	77.9%	76.7%	79.3%
かみにくい	18.6%	19.2%	18.5%	18.7%	18.2%	21.3%	22.3%	19.9%
ほとんどかめない	1.1%	1.2%	1.0%	1.2%	1.1%	0.8%	1.0%	0.8%

出典：特定健康診査 質問票

図表103 歯科受診件数と医療費（令和3年度）

年齢階層	被保険者数	受診件数	医療費
0～4	258人	253件	2,329,860円
5～9	336人	813件	6,433,300円
10～14	396人	514件	3,478,780円
15～19	403人	336件	5,929,420円
20～24	332人	354件	5,479,850円
25～29	311人	417件	6,248,610円
30～34	408人	520件	6,376,000円
35～39	582人	783件	9,607,610円
40～44	648人	1046件	12,972,800円
45～49	794人	1353件	17,880,850円
50～54	823人	1636件	20,964,820円
55～59	868人	1534件	20,603,090円
60～64	1903人	3821件	49,434,950円
65～69	4289人	8931件	116,089,060円
70～74	6150人	12342件	163,265,240円
計	18501人	34653件	447,094,240円

出典：新医療費システム

図表 1 0 4 歯科医療費と介護認定状況

	薩摩川内市					同規模	県	国
	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
要介護認定あり	1,370円	1,361円	1,404円	1,435円	1,447円	1,556円	1,547円	1,555円
要介護認定なし	1,311円	1,240円	1,338円	1,336円	1,397円	1,374円	1,378円	1,382円

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

4 適正受診・適正服薬の推進

(1) 基本的な考え

我が国の医療をめぐっては、医療現場の疲弊や医師不足といった課題が指摘されているところであり、令和3年6月18日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2021」の社会保障改革において、上手な医療のかかり方の普及やかかりつけ薬剤師・薬局の普及を進めるとともに、多剤・重複投薬への取組を強化すること、後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性確保を図りつつ、2023年度末までにすべての都道府県で80%以上とする目標が盛り込まれ、第4期医療費適正化計画において、基本的な方針が示されている。

本市においては、適正受診等の推進をすることで、被保険者の金銭的負担、時間的負担、そして提供する医療の質を確保する観点から医療機関の負担の軽減のために、重複・多剤服薬者等対策やジェネリック（後発）医薬品推進事業、適正受診や適正服薬の普及啓発を行う。

(2) 重複・多剤服薬者等対策

医薬品の重複・多剤服薬等は、その効果の増強や薬物間相互作用だけでなく、飲み忘れや飲み間違いにつながり、結果として思わぬ副作用を招きやすく、また重症化する恐れもあることから、薬剤師等専門職の継続的な介入が必要である。

本市では、訪問等による保健指導や通知により、かかりつけ薬局等への相談を促すことで医薬品の適正使用、重複・多剤服薬等による有害事象の発生阻止、被保険者の服薬アドヒアランス（服薬遵守）の向上、ひいては医療費の削減を図ることを目的とする。

また、事業については、薬剤師会、医師会等と協議・連携しながら実施する。きわめてハイリスクな対象者、介入が困難な対象者を医療機関につなぐ場合、事前に地区薬剤師会、医師会等と協議した連携の方法を検討していく必要がある。

ア 対象者

- ・重複受診者 同一月内に同一疾患名の受診が2か所以上ある者。
- ・重複服薬者 同一月内に2以上の医療機関より、同一の薬効の薬剤の投与を受けている者。
- ・多剤服薬者 同一月内に2以上の医療機関より、10種類以上の薬剤（内服薬）を処方されている者。

イ 実施方法

- ・個別訪問、電話、手紙等による保健指導
- ・通知による勧奨

ウ 評価

評価を行うにあたっては、国民健康保険データヘルス計画の評価等と合わせて年1回行うものとする。

その際はKDBシステム、株式会社データホライゾン等の情報を用いて行う。

- ・重複・多剤服薬等の改善率
- ・削減効果額（通知事業のみ）

(3) ジェネリック（後発）医薬品推進事業

ジェネリック（後発）医薬品は先発医薬品に比べて薬価が安価であるため、ジェネリック医薬品への切替を促すことで、被保険者の自己負担額の軽減と医療費の適正化を目的とする。

ア 対象者

先発医薬品を処方されている者でジェネリック（後発）医薬品への切替が可能な医薬品を処方されている者

イ 実施方法

通知による推進

ウ 評価

評価を行うにあたっては、国民健康保険データヘルス計画の評価等と合わせて年1回行うものとする。その際はKDBシステム、株式会社データホライゾン等の情報を用いて行う。

- ・ジェネリック（後発）医薬品使用割合（数量シェア）
- ・切替率
- ・削減効果額

(4) 周知・啓発活動について

妊娠期、乳幼児期から成人期にわたって、セルフメディケーション、かかりつけ薬局やお薬手帳の普及、ポリファーマシー、ジェネリック医薬品等について、広報活動等を実施し、全世代で適正受診等の周知・啓発に取り組む。

5 地域包括ケアに係る取組

(1) 基本的な考え方

「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる」との地域包括ケア研究会の報告書が公表され、厚生労働省においては、令和7年を目途に高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築が推進された。

重度の介護状態となる原因として、生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の脳血管疾患、心疾患（虚血性心疾患・心不全）、糖尿病性腎症を含む腎不全による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少や市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。

本市においても、令和4年度は高齢化率が32.4%となり、ほぼ3人に1人が高齢者になる。国民健康保険の被保険者のうち65歳以上の高齢者の割合が55.7%であり、総医療費に占める高齢者の医療費の割合も多いことが推測される。このような状況を鑑みると、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国民健康保険の保険者にとっても非常に重要である。

(2) 事業の実施

ア 地域で被保険者を支える連携の促進と課題を抱える被保険者層の分析

地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健福祉・住まい・生活支援等の議論の場に国保部局として参画する。また、KDBシステム等のデータを活用して本市の被保険者の課題を共有し、対応策を検討していく。

イ 国民健康保険診療施設の施設・人材等の活用

本市は、離島である甑島地域において、国民健康保険直営診療所を5か所設置し、国民健康保険の保健事業の中核をなす特定健診を地域の医療機関で実施し、医療機関やその他の関連機関、相談員やケアマネージャー等支援者の協力のもと、地域住民の健康の保持増進に努め特定健診・特定保健指導の周知・啓発に取り組んでいく。

6 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

(1) 基本的な考え方

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

(2) 事業の実施

令和2年度より鹿児島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」を実施しており、令和6年度以降も引き続き事業を行う。

ア 企画・調整等を担当する医療専門職（保健師）を配置

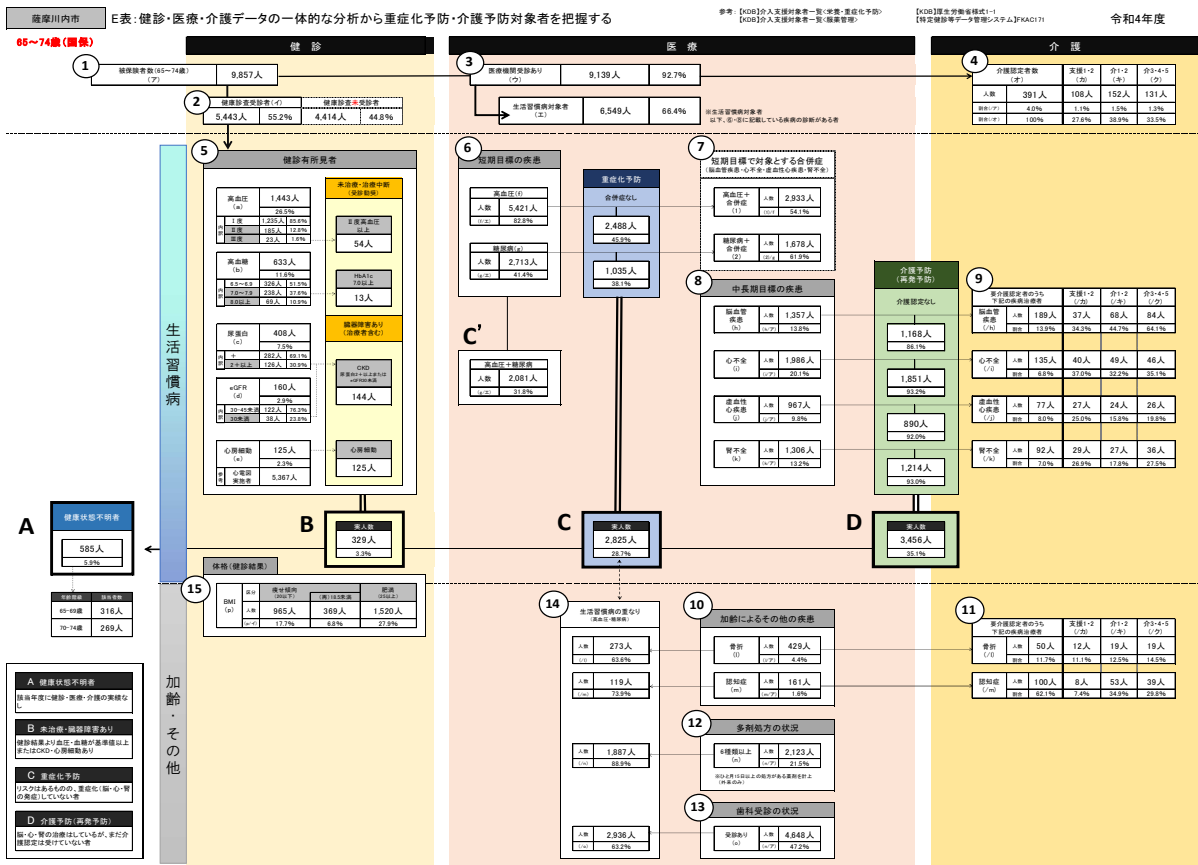
KDBシステム等を活用し、健診・医療・介護データから、健康課題の分析を行い、重症化予防・介護予防対象者を抽出・把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行う。

(図表105)

イ 地域を担当する保健師等を配置

口腔機能健診未受診者、健康状態不明者、長寿健診の結果から高血圧、糖尿病、低栄養等の対象者に対して、高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）を行う。75歳を過ぎてても支援が途切れないよう、市民健康課や高齢・介護福祉課と連携し情報共有を図る。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する。

図表105 令和4年度：高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（参考資料2-3）



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う。

また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。(図表106)

図表106 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)

具体的な評価方法については、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が担当事業、担当地区において定期的に分析し、評価する。

短期目標、中長期目標の評価については、保険年金課と市民健康課にて実施する。

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

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、国指針においても、公表するものとされている。

また、高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項により、保険者は、特定健診等実施計画を定め、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されている。

具体的な方策としては、ホームページや広報紙への掲載による公表、周知のほか、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知する。

2 個人情報の取扱い

(1) 基本的な考え方

保険者等においては、個人情報の保護に関する法律および、これらに基づく国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス、並びに薩摩川内市個人情報保護法施行条例、薩摩川内市特定個人情報等の取扱いに関する規程、薩摩川内市情報セキュリティ基本方針に関する規定を遵守し、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ずる。

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

(2) 記録の管理・保存期間について

記録の管理は、特定健診データ管理システム、健康かるてシステム、その他指定の様式や媒体で行い、本計画の終了時まで保存する。

参考資料

- 参考資料 1 国・県・同規模と比べてみた薩摩川内市の位置
- 参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料 3 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 4 血圧の年次比較
- 参考資料 5 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価
- 参考資料 6 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 7 H b A 1 c の年次比較

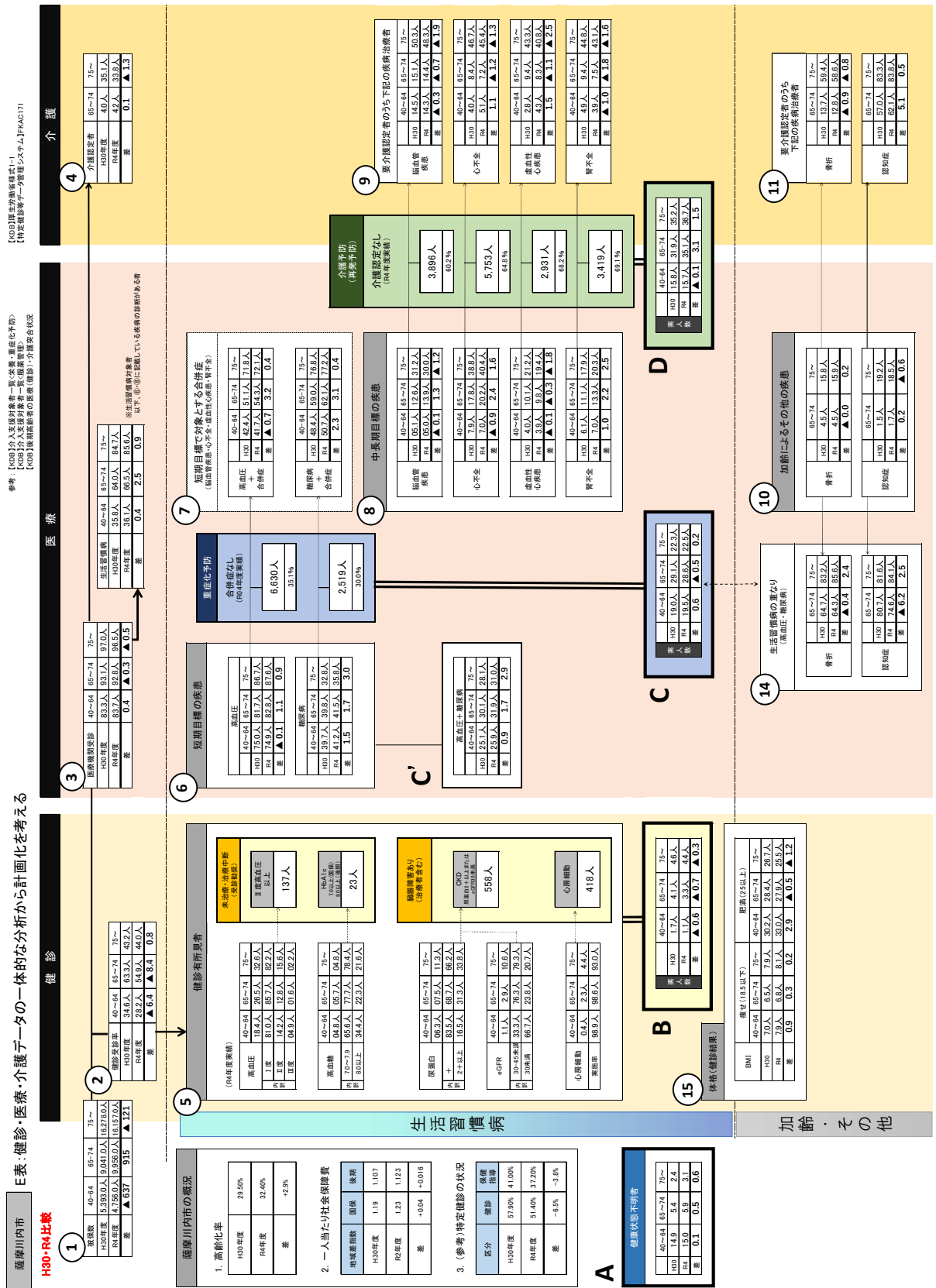
参考資料 1 国・県・同規模と比べてみた薩摩川内市の位置

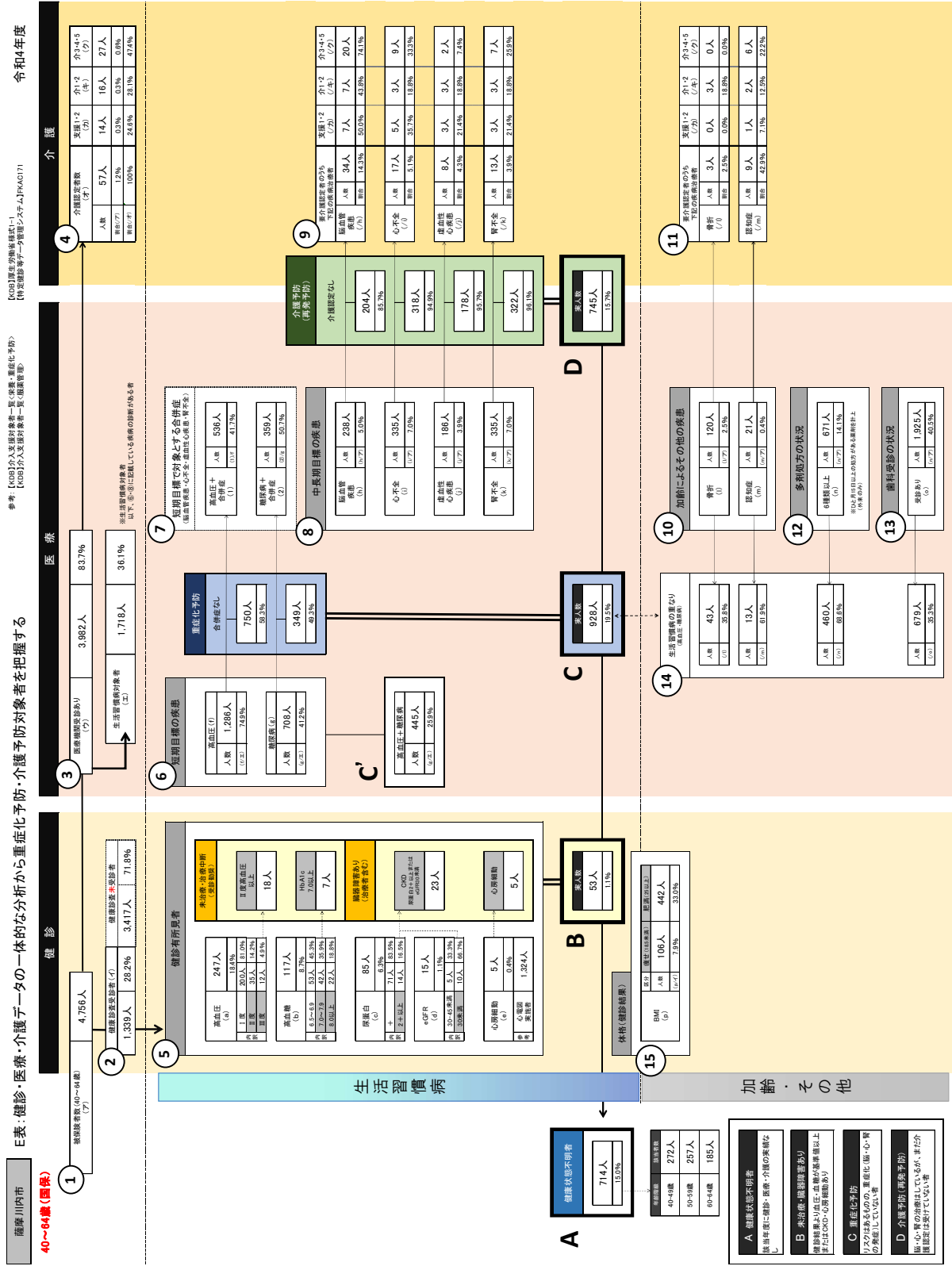
項目	薩摩川内市												同規模平均		鹿児島県		国			
	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4年度		R4年度		R4年度		R4年度			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1 概況	総人口																			
	65歳以上(高齢化率)		28,303	29.5	28,303	29.5	28,303	29.5	28,303	29.5	28,303	29.5	28,303	29.5	28,303	29.5	28,303	29.5	28,303	29.5
	75歳以上		15,810	16.5	15,810	16.5	15,810	16.5	15,810	16.5	15,810	16.5	15,810	16.5	15,810	16.5	15,810	16.5	15,810	16.5
	65～74歳		12,493	13.0	12,493	13.0	12,493	13.0	12,493	13.0	12,493	13.0	12,493	13.0	12,493	13.0	12,493	13.0	12,493	13.0
	40～64歳		30,943	32.3	30,943	32.3	30,943	32.3	30,943	32.3	30,943	32.3	30,943	32.3	30,943	32.3	30,943	32.3	30,943	32.3
39歳以下		36,629	38.2	36,629	38.2	36,629	38.2	36,629	38.2	36,629	38.2	36,629	38.2	36,629	38.2	36,629	38.2	36,629	38.2	
産業構成		第1次産業 6.3																		
第2次産業		29.1																		
第3次産業		64.6																		
平均寿命		80.6																		
平均自立期間 (要介護3以上)		87.3																		
男性		79.2																		
女性		84.4																		
標準化死亡比 (SMR)		100.7																		
男性		99.0																		
女性		94.7																		
2 死亡	がん																			
	心臓病		305	43.9	332	42.4	287	40.5	322	44.7	325	44.3	325	44.3	325	44.3	325	44.3	325	44.3
	死因		198	28.5	252	32.2	228	32.2	224	31.1	240	32.7	240	32.7	240	32.7	240	32.7	240	32.7
	脳疾患		133	19.1	130	16.6	127	17.9	118	16.4	116	15.8	116	15.8	116	15.8	116	15.8	116	15.8
	糖尿病		19	2.7	20	2.6	14	2.0	15	2.1	7	1.0	7	1.0	7	1.0	7	1.0	7	1.0
	腎不全		23	3.3	32	4.1	40	5.6	28	3.9	31	4.2	31	4.2	31	4.2	31	4.2	31	4.2
	自殺		17	2.4	17	2.2	12	1.7	13	1.8	14	1.9	14	1.9	14	1.9	14	1.9	14	1.9
	合計		100	8.0	103	7.8	92	7.0	75	6.1	75	5.7	75	5.7	75	5.7	75	5.7	75	5.7
	早世予防からみた死亡 (65歳未満)		71	11.5	65	10.5	60	9.8	56	9.7	44	7.2	44	7.2	44	7.2	44	7.2	44	7.2
	女性		29	4.5	38	5.4	32	4.6	19	2.9	31	4.4	31	4.4	31	4.4	31	4.4	31	4.4
3 介護	1号認定者数(認定率)																			
	新規認定者		6,011	21.1	6,084	21.5	6,085	21.5	5,993	21.3	5,963	20.2	5,963	20.2	5,963	20.2	5,963	20.2	5,963	20.2
	要支援1.2		88	0.3	82	0.3	80	0.3	74	0.3	93	0.3	93	0.3	93	0.3	93	0.3	93	0.3
	要介護1.2		15,737	12.6	17,384	13.6	18,398	14.3	18,568	14.5	18,089	14.2	18,089	14.2	18,089	14.2	18,089	14.2	18,089	14.2
	要介護3以上		61,412	49.3	63,556	49.8	64,087	49.8	63,074	49.3	62,155	48.9	62,155	48.9	62,155	48.9	62,155	48.9	62,155	48.9
	総件数		47,434	38.1	46,669	36.6	46,264	35.9	46,201	36.1	46,949	36.9	46,949	36.9	46,949	36.9	46,949	36.9	46,949	36.9
	2号認定者		124	0.4	110	0.4	113	0.4	110	0.4	98	0.3	98	0.3	98	0.3	98	0.3	98	0.3
	糖尿病		1,265	20.6	1,322	21.2	1,403	21.2	1,405	22.3	1,398	22.5	1,398	22.5	1,398	22.5	1,398	22.5	1,398	22.5
	高血圧症		3,910	62.7	3,926	63.1	3,992	62.9	3,916	63.6	3,915	63.4	3,915	63.4	3,915	63.4	3,915	63.4	3,915	63.4
	脂質異常症		2,019	32.2	2,043	32.7	2,172	33.5	2,178	34.9	2,250	36.1	2,250	36.1	2,250	36.1	2,250	36.1	2,250	36.1
有病状況		4,453	71.7	4,441	71.7	4,503	71.1	4,444	71.8	4,394	71.6	4,394	71.6	4,394	71.6	4,394	71.6	4,394	71.6	
がん		2,115	34.6	2,106	34.2	2,132	33.4	2,035	33.6	1,987	32.9	1,987	32.9	1,987	32.9	1,987	32.9	1,987	32.9	
筋・骨格		781	12.6	813	13.0	820	12.9	820	12.9	837	13.6	837	13.6	837	13.6	837	13.6	837	13.6	
精神		3,992	64.8	4,000	64.8	4,089	64.4	4,027	65.4	4,036	65.9	4,036	65.9	4,036	65.9	4,036	65.9	4,036	65.9	
一人当たり給付費/総給付費		2,871	45.8	2,869	46.4	2,928	46.4	2,840	46.4	2,855	46.7	2,855	46.7	2,855	46.7	2,855	46.7	2,855	46.7	
1件当たり給付費(全体)		325,092	9,314,303,023	337,224	9,544,442,944	340,907	9,648,666,453	337,715	9,558,349,179	320,244	9,510,289,400	320,244	9,510,289,400	320,244	9,510,289,400	320,244	9,510,289,400	320,244	9,510,289,400	
居宅サービス		74,764	74.794	74,794	74.794	74,942	74.766	74,766	74.766	74,782	74.782	74,782	74.782	74,782	74.782	74,782	74.782	74,782	74.782	
施設サービス		41,973	41.653	41,973	41.653	41,705	41.881	41,881	41.881	41,856	41.856	41,856	41.856	41,856	41.856	41,856	41.856	41,856	41.856	
要介護認定別 医療費(40歳以上)		288,066	292,862	292,862	292,862	286,222	293,093	293,093	293,093	293,073	293,073	293,073	293,073	293,073	293,073	293,073	293,073	293,073	293,073	
認定あり		8,667	8.933	8,933	8.933	8,984	9.042	9,042	9.042	9,263	9.263	9,263	9.263	9,263	9.263	9,263	9.263	9,263	9.263	
認定なし		4,280	4.310	4,310	4.310	4,402	4.375	4,402	4.375	4,457	4.457	4,457	4.457	4,457	4.457	4,457	4.457	4,457	4.457	

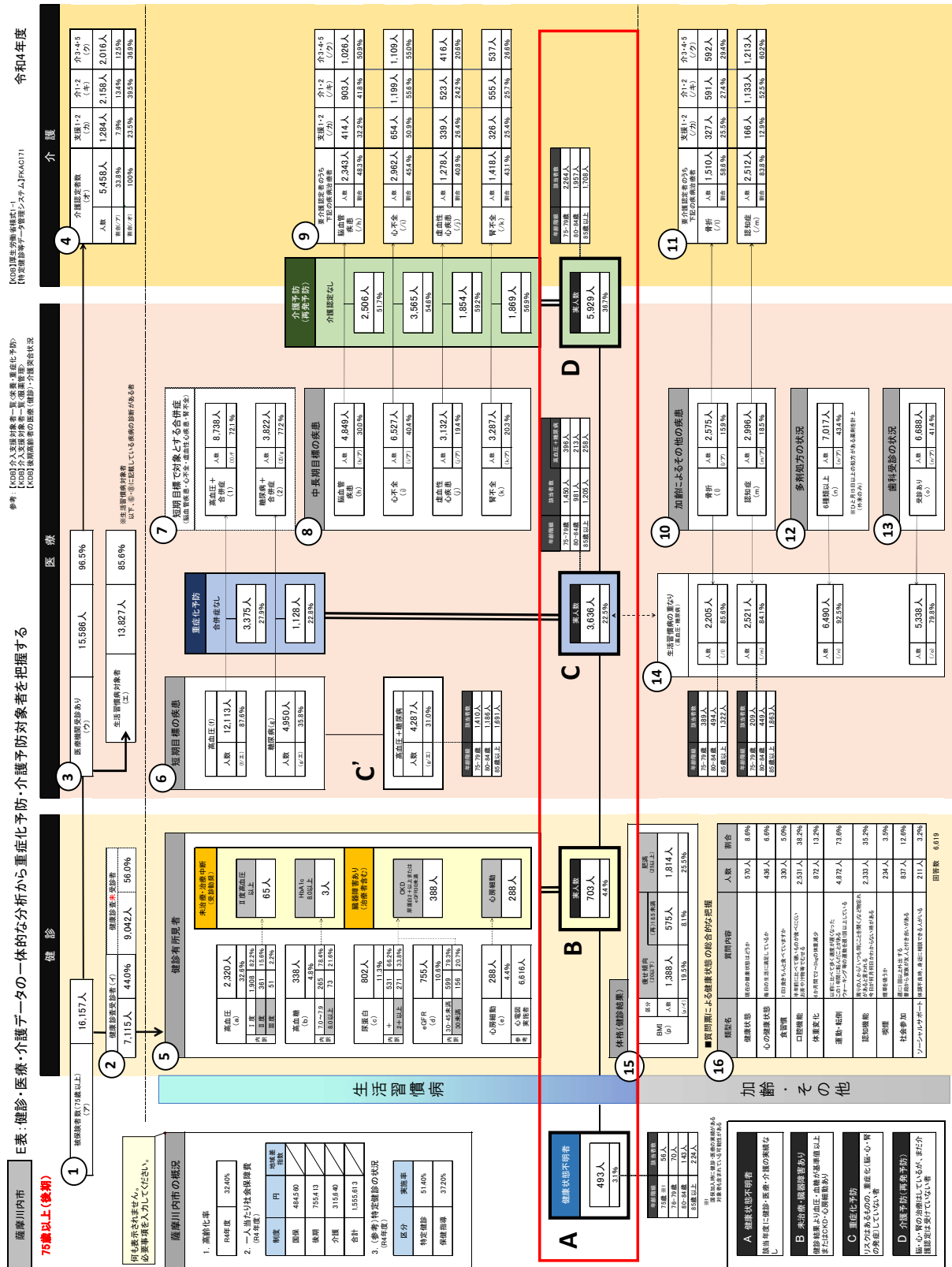
①	国保の状況	被保険者数		19,834		19,244		18,813		18,520		17,825		356,708		27,488,882	
		65～74歳	10,210	51.5	10,228	53.1	10,393	55.2	10,354	55.9	9,929	55.7	17,281	48.4	11,129,271	40.5	
②	医療の概況 (人口千対)	加入率		20.7		20.1		19.6		19.3		19.5		23.1		22.3	
		病棟数	12	0.6	12	0.6	12	0.6	12	0.6	11	0.6	11	0.6	234	0.7	8,237
③	医療費の状況	診療所数		108		106		103		99		99		1,368		102,599	
		病床数	1,400	70.6	1,395	72.5	1,395	74.2	1,395	74.2	1,365	73.7	1,365	76.6	32,164	90.2	1,507,471
④	医療費分析 一人当たり医療費 に占める割合	医師数		211		211		219		219		225		4,653		339,611	
		外来患者数	804.1	819.6	797.8	823.5	845.0	719.9	755.6	867.8							
⑤	医療費分析 一人当たり医療費 に占める割合	入院患者数		429,679		450,252		454,979		466,083		484,560		366,294		444,085	
		入院患者数	31.5	32.6	31.3	32.2	31.4	31.4	19.6	30.3							
⑥	医療費分析 一人当たり医療費 に占める割合	受診率		835.6		852.121		829.109		855.713		876.376		739.503		705.439	
		費用の割合	53.8	53.3	53.4	54.4	54.2	54.2	54.2	54.2	54.2	54.2	54.2	54.2	52.0	60.4	
⑦	医療費分析 一人当たり医療費 に占める割合	外来		96.2		96.2		96.2		96.2		96.4		97.3		97.5	
		入院	46.2	46.7	46.6	45.6	45.8	40.5	48.0	39.6							
⑧	医療費分析 一人当たり医療費 に占める割合	1件あたり入院日数		18.7日		18.4日		18.5日		18.1日		18.4日		18.4日		15.7日	
		がん	1,181,705	810	244	1,423,371	980	286	1,461,143	080	291	1,356,865	430	274	1,345,629	690	27.8
⑨	医療費分析 一人当たり医療費 に占める割合	慢性腎不全(透析あり)		534,463		010		110		493,108		080		99		531,908	
		糖尿病	399,832	910	8.3	420,708	430	8.5	429,729	120	8.6	448,463	040	9.1	431,948	390	8.9
⑩	医療費分析 一人当たり医療費 に占める割合	高血圧症		310,870		250		6.4		290,279		070		5.8		274,935	
		脂質異常症	186,766	160	3.9	188,437	670	3.8	175,194	890	3.5	174,160	990	3.3	159,477	100	3.3
⑪	医療費分析 一人当たり医療費 に占める割合	脳梗塞・脳出血		215,144		200		4.5		211,294		150		4.3		213,989	
		狭心症・心筋梗塞	120,755	510	2.5	91,010	540	1.8	113,787	150	2.3	107,255	310	2.2	109,787	910	2.3
⑫	医療費分析 一人当たり医療費 に占める割合	精神		969,507		170		200		970,742		640		19.5		922,519	
		筋骨格	869,985	710	18.0	831,008	410	16.7	857,083	120	17.1	861,939	540	17.4	857,949	830	17.7
⑬	医療費分析 一人当たり医療費 に占める割合	高血圧症		603		0.3		523		0.2		591		0.3		466	
		糖尿病	2,890	1.4	2,859	1.4	2,540	1.2	2,260	1.1	2,260	1.1	1,938	0.9	1,297	0.9	1,980
⑭	医療費分析 一人当たり医療費 に占める割合	脂質異常症		132		0.1		312		0.1		248		0.1		141	
		脳梗塞・脳出血	8,877	4.5	9,102	4.3	10,403	4.9	9,624	4.5	10,721	4.8	6,621	4.5	8,934	4.2	5,993
⑮	医療費分析 一人当たり医療費 に占める割合	虚血性心疾患		4,616		2.3		3,630		1.7		4,370		2.1		4,714	
		腎不全	10,351	5.2	8,716	4.1	9,357	4.4	8,722	4.1	10,418	4.7	4,389	3.0	8,626	4.0	4,051
⑯	医療費分析 一人当たり医療費 に占める割合	高血圧症		15,037		6.5		14,561		6.1		14,443		5.9		14,015	
		糖尿病	17,910	7.7	19,594	8.2	20,953	8.6	22,507	8.9	23,046	8.8	20,415	9.4	20,864	9.0	17,720
⑰	医療費分析 一人当たり医療費 に占める割合	脂質異常症		9,284		4.0		9,064		3.7		9,294		3.7		8,806	
		脳梗塞・脳出血	1,970	0.9	1,878	0.8	1,911	0.8	1,931	0.8	1,773	0.7	937	0.4	1,546	0.7	825
⑱	医療費分析 一人当たり医療費 に占める割合	虚血性心疾患		2,617		1.1		2,437		1.0		2,225		0.9		2,269	
		腎不全	27,449	11.9	26,798	11.2	27,476	11.3	27,829	11.3	29,986	11.4	17,220	7.9	25,661	11.1	15,781
⑳	医療費分析 一人当たり医療費 に占める割合	健康対象者		6,140		6.271		5,003		5.376		5,262		2,421		3,342	
		健康対象者	11,540	5.9	12,647	6.2	14,494	7.2	14,185	7.1	14,410	7.2	13,441	7.1	14,258	7.2	13,295
㉑	医療費分析 一人当たり医療費 に占める割合	生活習慣病対象者		14,758		15,076		12,099		12,758		12,699		9,072		6,142	
		健康対象者	2,738	1.3	3,045	1.5	3,050	1.5	3,361	1.6	3,471	1.6	3,859	1.8	3,697	1.7	4,021
㉒	医療費分析 一人当たり医療費 に占める割合	受診対象者		5,015		4,758		4,463		4,403		3,818		56.4		60,435	
		医療機関受診率	4,787	2.3	4,520	2.2	4,214	2.1	4,167	2.1	3,624	2.1	3,624	2.1	3,624	2.1	3,624
㉓	医療費分析 一人当たり医療費 に占める割合	医療機関非受診率		228		2.7		238		2.8		242		3.2		194	
		医療機関非受診率	228	2.7	238	2.8	249	3.3	242	3.2	194	2.9	194	2.9	194	2.9	194

4 医療

①	健診受診者		8,376		8,394		7,561		7,547		6,771		999,876		107,979		6,812,842		
	受診率	県内10位 向規模4位	58.9	304	37.7	266	36.3	283	40.1	185	30.5	40.4	42.8	33.1	107,925	13.4	37.1		
②	特定保健指導終了者(実施率)	794	9.5	788	9.4	652	8.6	601	8.0	548	8.1	20.4	10.130	9.4	615,549	9.0	1,382,506	20.3	
③	非肥満高血糖	1,656	19.8	1,711	20.4	1,647	21.8	1,654	21.9	1,516	22.4	20.9	23,554	21.8	15,890	33.2	965,486	32.0	
④	メタボ	1,116	29.3	1,145	29.9	1,073	31.6	1,092	32.2	1,010	33.5	32.7	15,890	33.2	7,664	12.8	41,702	11.0	
⑤	特定健診の 状況	540	11.8	566	12.4	574	13.8	562	13.5	506	13.5	11.5	7,664	12.8	13,117	12.1	765,405	11.2	
⑥	県内市町村数	1,039	12.4	1,073	12.8	1,005	13.3	1,004	13.3	891	13.2	11.0	13,117	12.1	8,752	18.3	539,738	17.9	
⑦	45市町村	692	18.2	712	18.6	668	19.6	682	20.1	588	19.5	17.5	8,752	18.3	4,365	7.3	225,667	5.9	
⑧	メ タ ボ	347	7.6	361	7.9	337	8.1	322	7.7	303	8.1	6.0	4,365	7.3	40,602	37.6	2,380,778	34.9	
⑨	腹 囲	2,999	35.8	3,093	36.8	2,914	38.5	2,930	38.8	2,651	39.2	35.0	40,602	37.6	55.0	27,156	56.7	1,666,592	53.9
⑩	メ タ ボ	2,012	52.9	2,060	53.8	1,910	56.2	1,940	57.2	1,756	58.3	55.0	27,156	56.7	19.3	13,446	22.4	714,186	18.8
⑪	BMI	987	21.6	1,033	22.6	1,004	24.1	990	23.8	895	23.8	4.8	5,326	4.9	4.8	5,326	4.9	320,038	4.7
⑫	予 備 群	526	6.3	470	5.6	377	5.0	394	5.2	319	4.7	7.4	4,551	7.6	7.4	4,551	7.6	268,790	7.1
⑬	予 備 群	448	9.8	398	8.7	321	7.7	340	8.2	280	7.4	7.4	4,551	7.6	8.0	0.7	43,519	0.6	
⑭	予 備 群	66	0.8	66	0.8	65	0.9	66	0.8	45	0.7	0.7	8.0	0.7	8.0	0.7	43,519	0.6	
⑮	予 備 群	768	9.2	789	9.4	734	9.7	757	10.0	654	9.7	7.8	9,688	9.0	7.8	9,688	9.0	539,490	7.9
⑯	予 備 群	205	2.4	218	2.6	206	2.7	201	2.7	192	2.8	2.6	2,629	2.4	2.6	2,629	2.4	182,396	2.7
⑰	予 備 群	315	3.8	271	3.2	258	3.4	261	3.5	237	3.5	3.1	4,090	3.8	3.1	4,090	3.8	203,072	3.0
⑱	予 備 群	78	0.9	87	1.0	72	1.0	73	1.0	67	1.0	1.1	1,147	1.1	1.1	1,147	1.1	70,267	1.0
⑲	予 備 群	764	9.1	790	9.4	798	10.6	796	10.5	753	11.1	9.7	10,583	9.8	9.7	10,583	9.8	659,446	9.7
⑳	予 備 群	499	6.0	563	6.7	519	6.9	524	6.9	459	6.8	7.0	7,734	7.2	7.0	7,734	7.2	449,721	6.6
㉑	予 備 群	3,872	46.2	3,818	45.5	3,598	47.6	3,609	47.8	3,270	48.3	37.4	47,737	44.2	37.4	47,737	44.2	2,428,038	35.6
㉒	予 備 群	972	11.6	999	11.9	939	12.4	889	11.8	804	11.9	9.3	12,411	11.5	9.3	12,411	11.5	589,470	8.7
㉓	予 備 群	2,218	26.5	2,341	27.9	2,326	30.8	2,386	31.6	2,237	33.0	29.0	30,806	28.5	29.0	30,806	28.5	1,892,637	27.9
㉔	予 備 群	525	6.3	510	6.1	490	6.5	450	6.0	392	5.8	3.2	4,997	4.7	3.2	4,997	4.7	207,385	3.1
㉕	予 備 群	711	8.5	699	8.3	604	8.0	578	7.7	487	7.2	6.0	7,511	7.1	6.0	7,511	7.1	365,407	5.5
㉖	予 備 群	141	1.7	141	1.7	120	1.6	106	1.4	101	1.5	0.8	1,898	1.8	0.8	1,898	1.8	53,898	0.8
㉗	予 備 群	890	10.6	898	10.7	808	10.7	786	10.4	710	10.5	10.6	8,274	7.8	10.6	8,274	7.8	702,088	10.7
㉘	予 備 群	933	11.1	956	11.4	831	11.0	814	10.8	701	10.4	12.7	12,329	11.4	12.7	12,329	11.4	939,212	13.8
㉙	予 備 群	676	8.1	657	7.8	571	7.6	625	8.3	550	8.2	8.4	9,638	9.1	8.4	9,638	9.1	642,886	10.4
㉚	予 備 群	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0
㉛	予 備 群	1,546	18.5	1,532	18.3	1,315	17.4	1,304	17.3	1,090	16.2	14.4	18,646	17.6	14.4	18,646	17.6	976,348	15.7
㉜	予 備 群	1,546	18.5	1,532	18.3	1,315	17.4	1,304	17.3	1,090	16.2	14.4	18,646	17.6	14.4	18,646	17.6	976,348	15.7
㉝	予 備 群	2,337	27.9	2,312	27.6	2,158	28.6	2,145	28.5	1,876	27.8	25.8	27,308	25.7	25.8	27,308	25.7	1,659,705	28.8
㉞	予 備 群	2,893	34.6	2,910	34.7	2,690	35.6	2,654	35.2	2,329	34.5	34.5	38,409	36.1	34.5	38,409	36.1	2,175,065	35.0
㉟	予 備 群	4,697	56.2	4,756	56.7	4,301	57.0	4,318	57.3	3,822	56.8	59.7	60,465	56.9	59.7	60,465	56.9	374,069	60.4
㊱	予 備 群	4,139	49.5	4,133	49.3	3,681	48.8	3,728	49.5	3,292	48.8	46.5	48,666	45.8	46.5	48,666	45.8	2,982,100	48.0
㊲	予 備 群	2,275	27.2	1,986	23.7	1,758	23.3	1,742	23.2	1,610	23.9	25.0	23,442	22.1	25.0	23,442	22.1	1,587,311	25.6
㊳	予 備 群	2,036	24.3	2,004	23.9	1,849	24.5	1,841	24.4	1,628	24.1	24.4	27,097	25.5	24.4	27,097	25.5	1,658,999	25.5
㊴	予 備 群	1,688	20.2	1,731	20.6	1,463	19.4	1,505	20.0	1,299	19.2	21.3	22,876	21.5	21.3	22,876	21.5	1,463,468	22.5
㊵	予 備 群	6,095	78.2	6,030	77.4	5,648	78.9	5,661	78.9	5,041	78.3	65.3	40,371	62.8	65.3	40,371	62.8	2,978,351	64.1
㊶	予 備 群	1,327	17.0	1,385	17.8	1,157	16.2	1,167	16.3	1,067	16.6	23.5	18,201	26.3	23.5	18,201	26.3	1,101,465	23.7
㊷	予 備 群	332	4.3	327	4.2	310	4.3	301	4.2	284	4.6	8.9	4,868	7.6	8.9	4,868	7.6	434,461	9.4
㊸	予 備 群	44	0.6	51	0.7	40	0.6	47	0.7	39	0.6	2.3	830	1.3	2.3	830	1.3	128,716	2.8







参考資料4 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	8,574人	2,416人	28.2%	1,664人	19.4%	2,337人	27.3%	1,810人	21.1%	309人	3.6%	38人	0.4%
H30	8,371人	2,311人	27.6%	1,601人	19.1%	2,417人	28.9%	1,724人	20.6%	276人	3.3%	42人	0.5%
R1	8,382人	2,262人	27.0%	1,705人	20.3%	2,386人	28.5%	1,687人	20.1%	297人	3.5%	45人	0.5%
R2	7,551人	1,926人	25.5%	1,539人	20.4%	2,064人	27.3%	1,713人	22.7%	270人	3.6%	39人	0.5%
R3	7,528人	1,916人	25.5%	1,482人	19.7%	2,171人	28.8%	1,663人	22.1%	259人	3.4%	37人	0.5%
R4	7,038人	1,822人	25.9%	1,437人	20.4%	2,035人	28.9%	1,481人	21.0%	227人	3.2%	36人	0.5%

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

	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
					再掲		割合	
					再)Ⅲ度高血圧	未治療		
H29	8,574人	4,080人 47.6%	2,337人 27.3%	1,810人 21.1%	347人 4.0%	162人 46.7%	185人 53.3%	4.0%
H30	8,371人	3,912人 46.7%	2,417人 28.9%	1,724人 20.6%	318人 3.8%	159人 50.0%	159人 50.0%	3.8%
R1	8,382人	3,967人 47.3%	2,386人 28.5%	1,687人 20.1%	342人 4.1%	161人 47.1%	181人 52.9%	4.1%
R2	7,551人	3,465人 45.9%	2,064人 27.3%	1,713人 22.7%	309人 4.1%	157人 50.8%	152人 49.2%	4.1%
R3	7,528人	3,398人 45.1%	2,171人 28.8%	1,663人 22.1%	296人 3.9%	143人 48.3%	153人 51.7%	3.9%
R4	7,038人	3,259人 46.3%	2,035人 28.9%	1,481人 21.0%	263人 3.7%	126人 47.9%	137人 52.1%	3.7%

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	3,824人	44.6%	679人	17.8%	763人	20.0%	1,180人	30.9%	1,017人	26.6%	170人	4.4%	15人	0.4%
	H30	3,869人	46.2%	677人	17.5%	772人	20.0%	1,263人	32.6%	998人	25.8%	141人	3.6%	18人	0.5%
	R1	3,816人	45.5%	656人	17.2%	794人	20.8%	1,236人	32.4%	949人	24.9%	162人	4.2%	19人	0.5%
	R2	3,596人	47.6%	582人	16.2%	734人	20.4%	1,135人	31.6%	993人	27.6%	140人	3.9%	12人	0.3%
	R3	3,604人	47.9%	612人	17.0%	705人	19.6%	1,192人	33.1%	942人	26.1%	136人	3.8%	17人	0.5%
R4	3,388人	48.1%	620人	18.3%	677人	20.0%	1,084人	32.0%	870人	25.7%	122人	3.6%	15人	0.4%	
治療なし	H29	4,750人	55.4%	1,737人	36.6%	901人	19.0%	1,157人	24.4%	793人	16.7%	139人	2.9%	23人	0.5%
	H30	4,502人	53.8%	1,634人	36.3%	829人	18.4%	1,154人	25.6%	726人	16.1%	135人	3.0%	24人	0.5%
	R1	4,566人	54.5%	1,606人	35.2%	911人	20.0%	1,150人	25.2%	738人	16.2%	135人	3.0%	26人	0.6%
	R2	3,955人	52.4%	1,344人	34.0%	805人	20.4%	929人	23.5%	720人	18.2%	130人	3.3%	27人	0.7%
	R3	3,924人	52.1%	1,304人	33.2%	777人	19.8%	979人	24.9%	721人	18.4%	123人	3.1%	20人	0.5%
R4	3,650人	51.9%	1,202人	32.9%	760人	20.8%	951人	26.1%	611人	16.7%	105人	2.9%	21人	0.6%	

参考資料5 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	薩摩川内市										同規模保険者(平均)			
			H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4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	実数	割合		
1	①	被保険者数	20,562人		19,926人		19,273人		19,014人		18,749人					
	②	(再掲)40-74歳	16,688人		16,317人		15,956人		15,840人		15,567人					
2	①	対象者数	14,469人		14,250人		14,102人		13,806人		13,145人					
	②	特定健診 受診者数	8,740人		8,766人		7,821人		7,848人		6,761人					
	③	受診率	60.4%		61.5%		55.5%		56.8%		51.4%					
3	①	特定 保健指導 対象者数	788人		798人		696人		706人		600人					
	②	実施率	41.0%		36.6%		37.3%		46.5%		37.2%					
4	健診 データ	①	糖尿病型	E	1,439人	16.5%	1,436人	16.4%	1,342人	17.2%	1,286人	16.4%	1,177人	16.7%		
		②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	424人	29.5%	397人	27.6%	378人	28.2%	368人	28.6%	346人	29.4%		
		③	治療中(質問票 服薬あり)	G	1,015人	70.5%	1,039人	72.4%	964人	71.8%	918人	71.4%	831人	70.6%		
		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	520人	51.2%	510人	49.1%	464人	48.1%	431人	46.9%	398人	47.9%		
		⑤	血圧 130/80以上	J	307人	59.0%	313人	61.4%	276人	59.5%	262人	60.8%	235人	59.0%		
		⑥	肥満 BMI25以上	J	206人	39.6%	203人	39.8%	188人	40.5%	169人	39.2%	147人	36.9%		
		⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	495人	48.8%	529人	50.9%	500人	51.9%	487人	53.1%	433人	52.1%		
		⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	967人	67.2%	970人	67.5%	967人	72.1%	920人	71.5%	820人	69.7%		
		⑨	第2期 尿蛋白(±)		172人	12.0%	202人	14.1%	184人	13.7%	173人	13.5%	177人	15.0%		
		⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		207人	14.4%	203人	14.1%	167人	12.4%	165人	12.8%	154人	13.1%		
		⑪	第4期 eGFR30未満		23人	1.6%	27人	1.9%	22人	1.6%	27人	2.1%	23人	2.0%		
5	レセプト	①	糖尿病受療率(被保険者対)		124.4人		131.6人		130.8人		140.6人		144.9人			
		②	(再掲)40-74歳(被保険者対)		152.4人		159.5人		156.9人		167.6人		173.0人			
		③	レセプト件数 (40-74歳)		14,335件	(886.3)	14,523件	(919.8)	14,955件	(958.2)	16,025件	(1041.7)	15,877件	(1074.9)		(911.6)
		④	入院外(件数) (1)内は被保険者対		158件	(9.8)	132件	(8.4)	119件	(7.6)	109件	(7.1)	90件	(6.1)		(3.9)
		⑤	糖尿病治療中	H	2,558人	12.4%	2,622人	13.2%	2,521人	13.1%	2,674人	14.1%	2,717人	14.5%		
		⑥	(再掲)40-74歳	H	2,543人	15.2%	2,603人	16.0%	2,504人	15.7%	2,654人	16.8%	2,693人	17.3%		
		⑦	健診未受診者	I	1,528人	60.1%	1,588人	61.0%	1,540人	61.5%	1,736人	65.4%	1,862人	69.1%		
		⑧	インスリン治療	O	179人	7.0%	179人	6.8%	182人	7.2%	208人	7.8%	212人	7.8%		
		⑨	(再掲)40-74歳	O	179人	7.0%	178人	6.8%	180人	7.2%	206人	7.8%	208人	7.7%		
		⑩	糖尿病性腎症	L	433人	16.9%	471人	18.0%	421人	16.7%	502人	18.8%	490人	18.0%		
		⑪	(再掲)40-74歳	L	431人	16.9%	470人	18.1%	419人	16.7%	499人	18.8%	488人	18.1%		
		⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		79人	3.1%	70人	2.7%	64人	2.5%	71人	2.7%	72人	2.6%		
		⑬	(再掲)40-74歳		78人	3.1%	68人	2.6%	63人	2.5%	70人	2.6%	71人	2.6%		
		⑭	新規透析患者数		12人	15.2%	13人	18.6%	18人	28.1%	13人	18.3%	16人	22.2%		
		⑮	(再掲)糖尿病性腎症		7人	58.3%	5人	38.5%	7人	38.9%	7人	53.8%	6人	37.5%		
		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)		48人	1.4%	50人	1.4%	51人	1.5%	55人	1.5%	55人	1.5%		
6	医療費	①	総医療費		85億4597万円	86億6464万円	85億5952万円	86億3186万円	86億3728万円	50億8753万円						
		②	生活習慣病総医療費		48億4317万円	49億7488万円	50億2321万円	49億4813万円	48億4888万円	27億0662万円						
		③	(総医療費に占める割合)		56.7%	57.4%	58.7%	57.3%	56.1%	53.2%						
		④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	14,758円	15,076円	12,099円	12,758円	12,699円	6,937円						
		⑤	健診未受診者	27,738円	30,405円	35,050円	33,613円	34,771円	38,519円							
		⑥	糖尿病医療費		3億9983万円	4億2071万円	4億2973万円	4億4846万円	4億3195万円	2億9434万円						
		⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		8.3%	8.5%	8.6%	9.1%	8.9%	10.9%						
		⑧	糖尿病入院外総医療費		13億4426万円	13億5624万円	13億9074万円	14億5776万円	14億5646万円							
		⑨	1件あたり		39,729円	39,250円	39,800円	40,196円	40,525円							
		⑩	糖尿病入院総医療費		10億2178万円	9億5057万円	10億6452万円	10億8122万円	11億2906万円							
		⑪	1件あたり		568,918円	585,328円	630,268円	606,066円	644,807円							
		⑫	在院日数		18日	18日	18日	17日	18日							
		⑬	慢性腎不全医療費		5億5715万円	5億1743万円	5億5287万円	5億5592万円	5億7385万円	2億2640万円						
		⑭	透析有り		5億3446万円	4億9311万円	5億3191万円	5億3273万円	5億5287万円	2億1152万円						
		⑮	透析なし		2269万円	2432万円	2096万円	2320万円	2098万円	1487万円						
7	①	介護 介護給付費		93億1430万円	95億4444万円	96億4869万円	95億5835万円	95億1029万円	56億7154万円							
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		10件 12.7%	7件 10.3%	10件 14.1%	16件 23.9%	16件 28.1%								
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		19人 1.5%	20人 1.6%	14人 1.1%	15人 1.2%	7人 0.5%	1.0%							

参考資料7 HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		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	
				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
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A					
H29	8,461人	4,856人	57.4%	1,992人	23.5%	871人	10.3%	358人	4.2%	266人	3.1%	118人	1.4%	223人	2.6%	78人	0.9%				
H30	8,252人	4,523人	54.8%	2,047人	24.8%	864人	10.5%	405人	4.9%	279人	3.4%	134人	1.6%	262人	3.2%	88人	1.1%				
R1	8,228人	4,720人	57.4%	1,897人	23.1%	827人	10.1%	365人	4.4%	306人	3.7%	113人	1.4%	238人	2.9%	80人	1.0%				
R2	7,484人	3,663人	48.9%	2,061人	27.5%	932人	12.5%	419人	5.6%	316人	4.2%	93人	1.2%	224人	3.0%	55人	0.7%				
R3	7,437人	3,795人	51.0%	2,016人	27.1%	866人	11.6%	404人	5.4%	273人	3.7%	83人	1.1%	197人	2.6%	45人	0.6%				
R4	6,978人	3,496人	50.1%	1,925人	27.6%	782人	11.2%	393人	5.6%	287人	4.1%	95人	1.4%	195人	2.8%	64人	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HbA1c6.5以上の方の減少は

	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲	
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合
H29	8,461人	4,856人 57.4%	1,992人 23.5%	871人 10.3%	742人 8.8%	220人 29.6%	522人 70.4%	4.5%	8.8%
H30	8,252人	4,523人 54.8%	2,047人 24.8%	864人 10.5%	818人 9.9%	267人 32.6%	551人 67.4%	5.0%	9.9%
R1	8,228人	4,720人 57.4%	1,897人 23.1%	827人 10.1%	784人 9.5%	251人 32.0%	533人 68.0%	5.1%	9.5%
R2	7,484人	3,663人 48.9%	2,061人 27.5%	932人 12.5%	828人 11.1%	285人 34.4%	543人 65.6%	5.5%	11.1%
R3	7,437人	3,795人 51.0%	2,016人 27.1%	866人 11.6%	760人 10.2%	256人 33.7%	504人 66.3%	4.8%	10.2%
R4	6,978人	3,496人 50.1%	1,925人 27.6%	782人 11.2%	775人 11.1%	277人 35.7%	498人 64.3%	5.5%	11.1%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		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	
				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
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A					
治療中	H29	934人	11.0%	50人	5.4%	126人	13.5%	236人	25.3%	221人	23.7%	206人	22.1%	95人	10.2%	183人	19.6%	62人	6.6%		
	H30	953人	11.5%	43人	4.5%	119人	12.5%	240人	25.2%	240人	25.2%	214人	22.5%	97人	10.2%	194人	20.4%	59人	6.2%		
	R1	984人	12.0%	51人	5.2%	130人	13.2%	270人	27.4%	229人	23.3%	229人	23.3%	75人	7.6%	169人	17.2%	48人	4.9%		
	R2	930人	12.4%	40人	4.3%	93人	10.0%	254人	27.3%	247人	26.6%	225人	24.2%	71人	7.6%	170人	18.3%	42人	4.5%		
	R3	881人	11.8%	47人	5.3%	82人	9.3%	248人	28.1%	232人	26.3%	211人	24.0%	61人	6.9%	147人	16.7%	31人	3.5%		
治療なし	H29	7,527人	89.0%	4,806人	63.9%	1,866人	24.8%	635人	8.4%	137人	1.8%	60人	0.8%	23人	0.3%	40人	0.5%	16人	0.2%		
	H30	7,299人	88.5%	4,480人	61.4%	1,928人	26.4%	624人	8.5%	165人	2.3%	65人	0.9%	37人	0.5%	68人	0.9%	29人	0.4%		
	R1	7,244人	88.0%	4,669人	64.5%	1,767人	24.4%	557人	7.7%	136人	1.9%	77人	1.1%	38人	0.5%	69人	1.0%	32人	0.4%		
	R2	6,554人	87.6%	3,623人	55.3%	1,968人	30.0%	678人	10.3%	172人	2.6%	91人	1.4%	22人	0.3%	54人	0.8%	13人	0.2%		
	R3	6,556人	88.2%	3,748人	57.2%	1,934人	29.5%	618人	9.4%	172人	2.6%	62人	0.9%	22人	0.3%	50人	0.8%	14人	0.2%		
R4	6,159人	88.3%	3,458人	56.1%	1,852人	30.1%	572人	9.3%	173人	2.8%	77人	1.3%	27人	0.4%	50人	0.8%	20人	0.3%			