

第3期データヘルス計画

(保健事業実施計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)

令和6年度(2024年度)～令和11年度(2029年度)

令和6年3月

佐伯市国民健康保険

第3期データヘルス計画目次

第1章 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) 佐伯市国保の役割	
(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期保健事業実施計画の評価及び健康課題の明確化	10
1 保険者の特性	
2 第2期計画に係る評価及び考察	
(1) 第2期計画に係る評価	
(2) 主な個別事業の評価と課題	
(3) 第2期計画に係る考察	
3 第3期計画における健康課題の明確化	
(1) 基本的な考え方	
(2) 健康課題の明確化	
(3) 目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	32
1 第4期特定健康診査等実施計画について	
2 第3期計画の評価	
(1) 特定健診実施率の推移と健診体制整備	
(2) 特定保健指導実施率の推移	
(3) 特定保健指導対象者の減少率	
(4) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	
3 目標値の設定	
(1) 特定健診・特定保健指導実施の基本的な考え方	
(2) 佐伯市の目標の設定	
4 対象者の見込み	
(1) 特定健診対象者の定義	
(2) 特定保健指導対象者の定義	
(3) 特定健診・特定保健指導の対象者数、受診者数の見込み	
5 特定健診の実施	
(1) 実施方法	

(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) 年間実施スケジュール	
(6) 医療機関との適切な連携	
(7) 代行機関	
(8) 未受診者対策	
6 特定保健指導の実施	
(1) 特定健診から保健指導実施の流れ	
(2) 保健指導対象者の抽出方法と優先順位	
(3) 実施形態	
7 個人情報の保護	
(1) 基本的な考え方	
(2) 特定健診・特定保健指導の記録の管理・保存期間について	
8 結果の報告	
9 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 課題解決するための個別保健事業	46
1 保健事業の方向性	
2 重症化予防の取組	
(1) 脳血管疾患重症化予防	
(2) 虚血性心疾患重症化予防	
(3) 糖尿病性腎症重症化予防	
(4) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	
3 ポピュレーションアプローチ	
4 特定健診未受診者対策(特定健診実施率・特定保健指導実施率の向上)	
5 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施	
6 ライフサイクルの視点で見た発症予防	
7 その他保健事業	
第5章 計画の評価・見直し	73
1 評価の時期	
2 評価方法・体制	
第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	74
1 計画の公表・周知	
2 個人情報の取扱い	
参考資料	75

第1章 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」とされました。

また、平成26年3月、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)」(以下「国指針」という。)において、市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

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

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

こうした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期データヘルス計画(保健事業実施計画)」を策定します。

2 計画の位置付けと基本的な考え方

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業支援計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります(図表1・2)。

※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(平成25年6月閣議決定)

※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

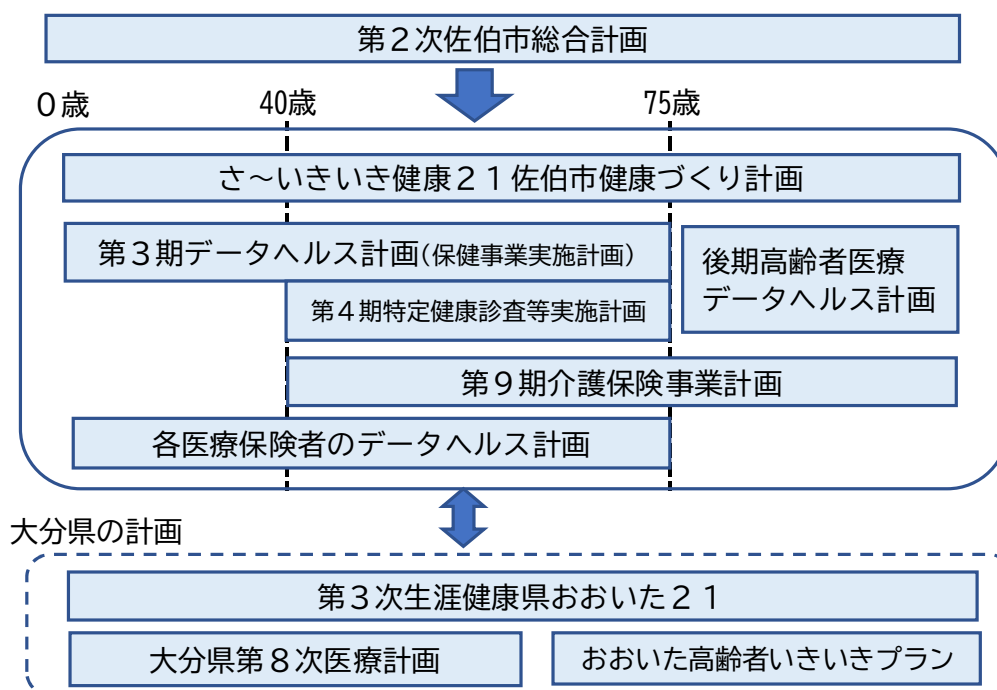
※4 新経済・財政再生計画 改革行程表：新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応とKPI(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

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

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」（以下「プログラム」という。）は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するに当たり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等が示されています。よって、プログラムに準じて保健事業を展開していきます(図表3・4・5・6)。

以上のことを踏まえ、本市では、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組み、国保加入者の「健康保持増進」を図ることで、「健康寿命の延伸」、ひいては「医療費適正化」を目指します。

図表1 関連計画との関係



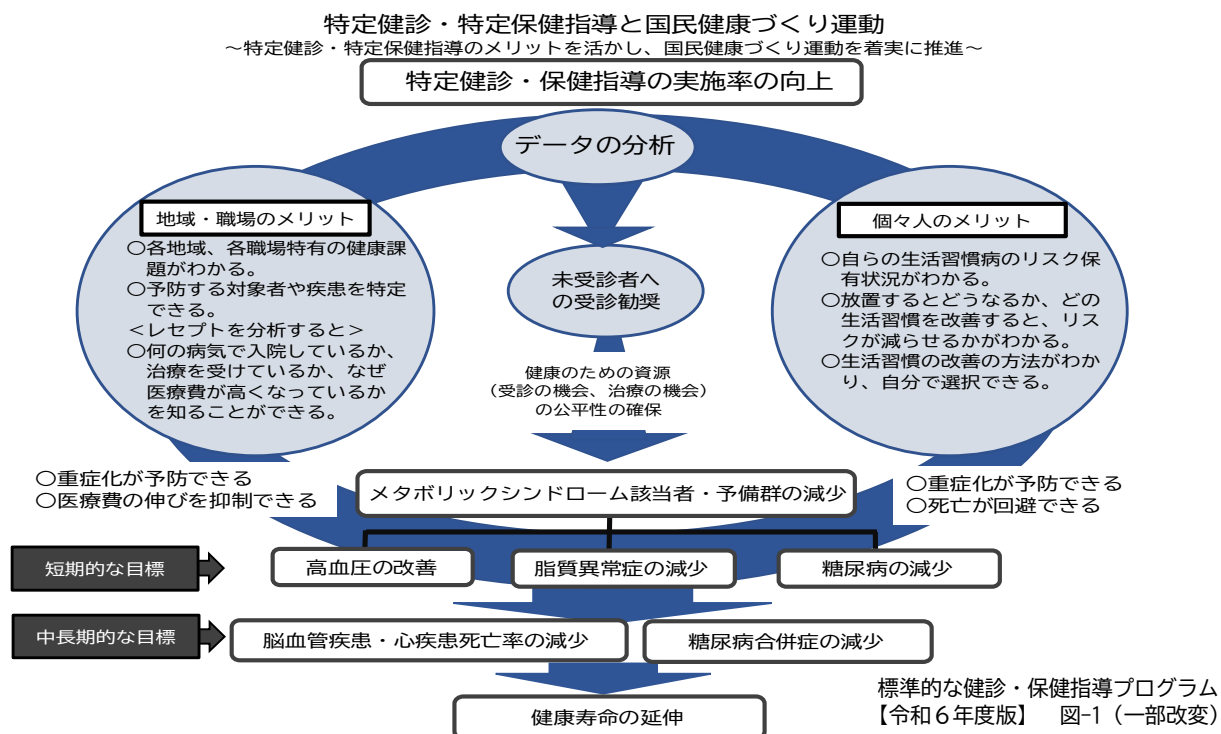
※5 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。(図表2参照)なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様、虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

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

図表2 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

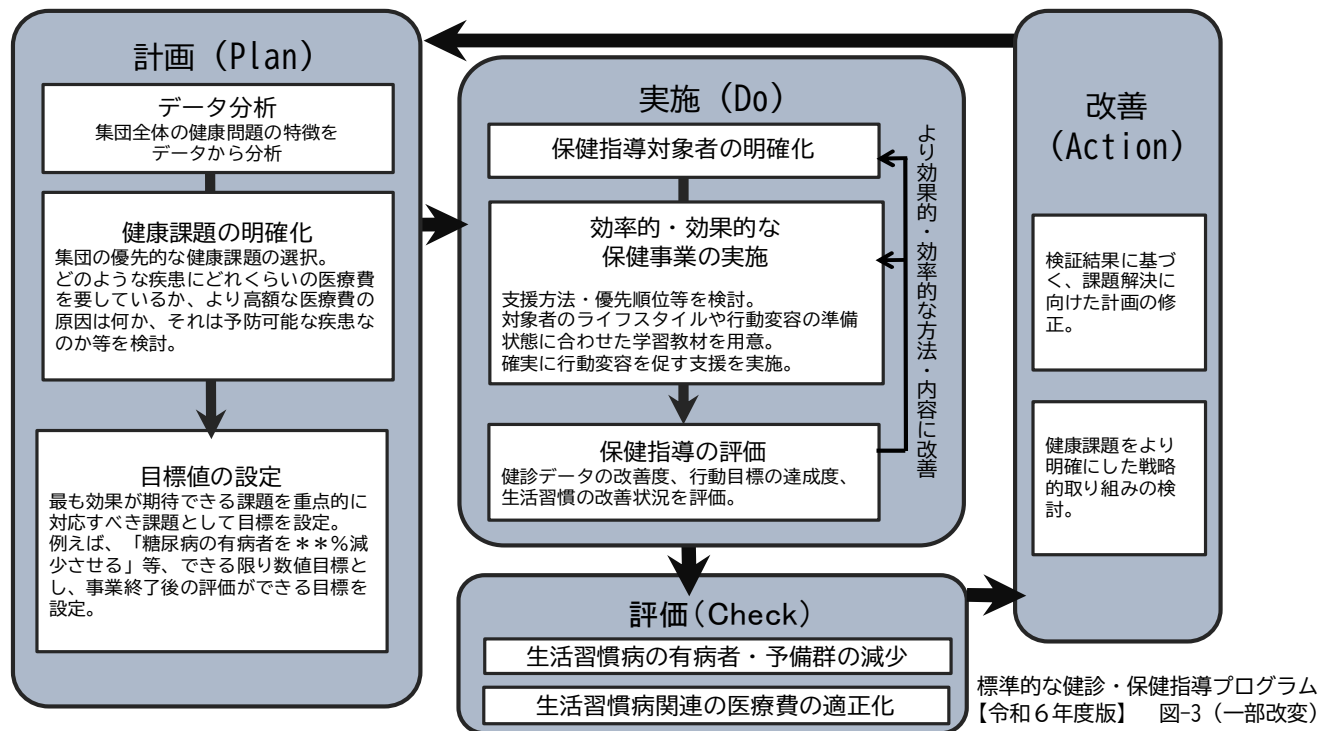
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 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 (糖尿病性腎症) 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 口腔機能低下、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表3 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



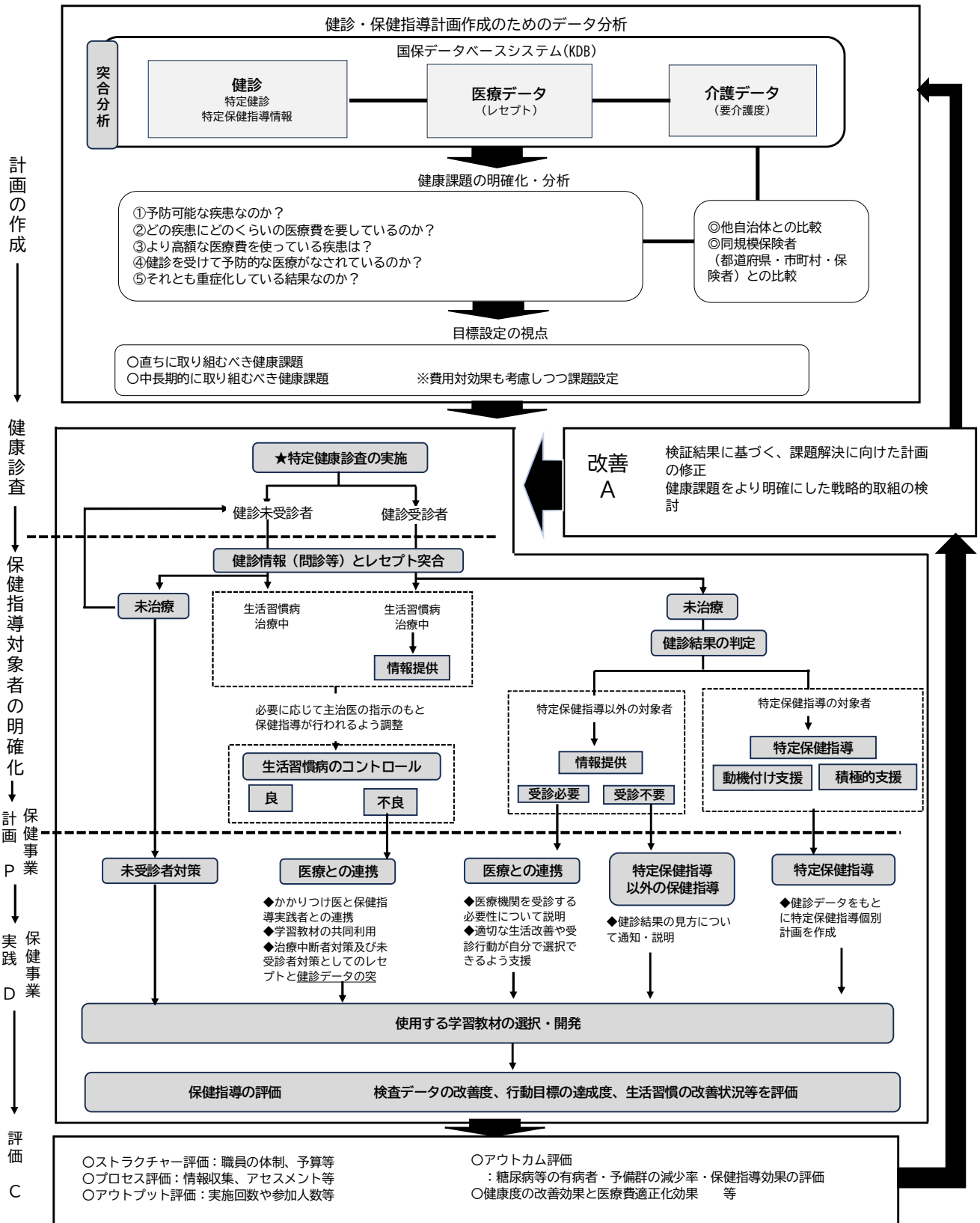
注) プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取組を実施していくことは、健康寿命の延伸については社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表4 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



注) 生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながら PDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(Action))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5 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

注) 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)を具体的な実践の流れでまとめたもの。

図表6 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		高齢者の医療を確保する法律
	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析 (生活習慣病に関するガイドライン)		
	→ 行動変容を促す手法		
健診・保健指導の関係	かつての健診・保健指導 健診に付加した保健指導		現在の健診・保健指導 内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す 保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らを選択し、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

注) 内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考えを整理。

3 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

計画期間の根拠については、国指針第5の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険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、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画が6年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4 関係者が果たすべき役割と連携

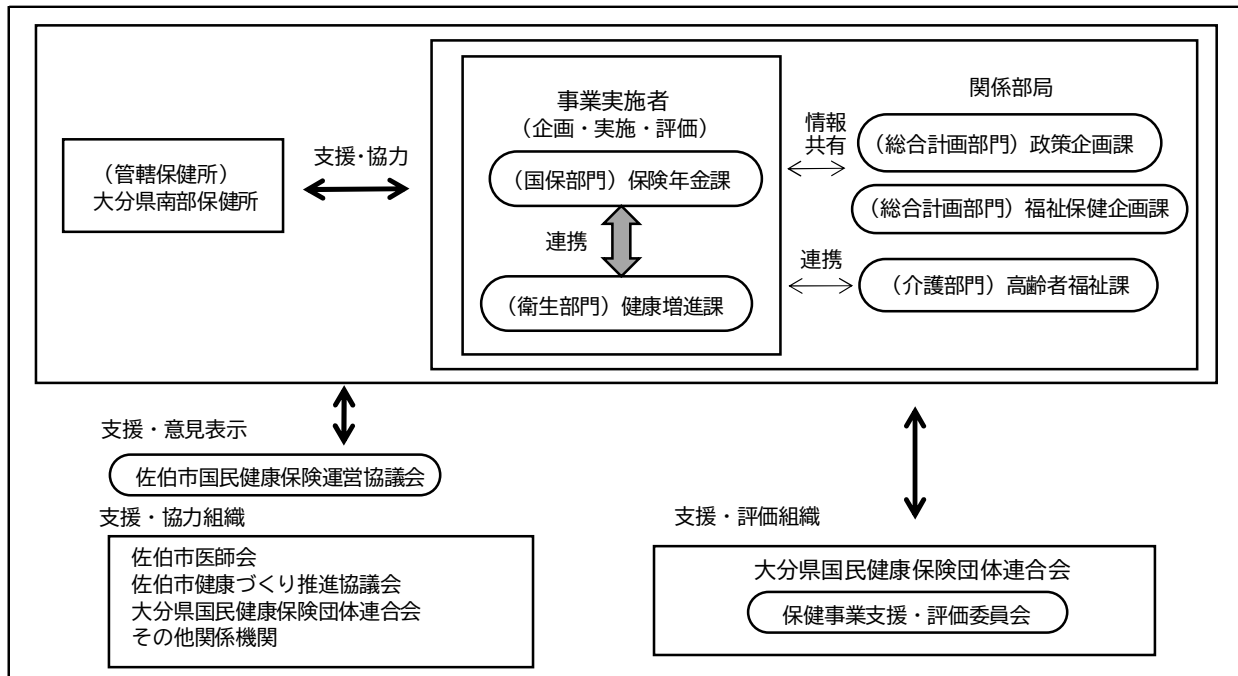
(1) 佐伯市国保の役割

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、国保部門が中心となって、保健衛生部門等住民の健康の保持増進に関係する部門に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、保険年金課を中心に、福祉保健部内(健康増進課、高齢者福祉課、福祉保健企画課等)で十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます(図表7・8)。

図表7 実施体制図



図表8 連携体制

		データヘルス計画実践プロジェクト策定部会	作業部会	保健事業支援評価委員会	国保運営協議会
国保部門	保険年金課	○	○	○	○
衛生部門	健康増進課	○	○	○	○
介護部門	高齢者福祉課	○			
県	国保医療課			○	
管轄保健所	南部保健所	○		○	
国保連合会	大分県国保連合会			○	
市民	被保険者代表				○

(2) 関係機関との連携

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

共同保険者である大分県のほか、大分県国民健康保険団体連合会、国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、佐伯市医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、医療機関等と連携、協力していきます。

また、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、佐伯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を展開することに努めていきます。

(3) 被保険者の役割

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

5 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度から本格的に実施されています(図表9)。

さらに、令和2年度から予防・健康づくり支援分が新設され、「事業費」として交付する部分と「事業と連動」して配分する部分(評価指標を設定し配分)を合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくりの取組を後押ししています。また、都道府県は交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表9 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			
		佐伯市	配点	佐伯市	配点	佐伯市	配点		
交付額(万円)		4,509	配点	4,500	配点	4,741	配点		
被保険者一人当たり交付額(円)		2,587		2,611		2,890			
全国順位(1,741市町村中)		131位		99位		19位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	115	70	135	70	135	70	
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70	
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	48	40	28	40	40	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	100	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	105	90	40	45	55	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	40	130	110	130	110	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	40	100	55	100	70	100
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	20	30	20	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組	40	40	50	50	50	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	77	95	75	100	84	100	
合計点		720	1,000	733	960	774	940		

第2章 第2期保健事業実施計画の評価及び健康課題の明確化

1 保険者の特性

本市は、令和2年度国勢調査で人口66,291人、高齢化率は41.3%でした。同規模、県、国と比較して高齢者の割合が高く、被保険者の平均年齢は56.7歳です。出生率や財政指数はともに低く、産業別では第3次産業が64.5%と最も多く、第1次産業は同規模、県、国と比較して多くなっています。被保険者の生活習慣や生活リズムが不規則である可能性があり、若い世代の健康課題を明確にすることは重要です(図表10)。

国保加入率は令和4年度24.2%で同規模、県、国と比較して高くなっています。被保険者数は減少傾向で、65~74歳の前期高齢者が約半数を占めています(図表11)。

また、本市内には8つの病院、57の診療所があり、病院数や病床数の割合は同規模より高く、医師数の割合は低くなっています。入院患者数は同規模、県と比較して多い傾向にあります(図表12)。

図表10 同規模・県・国と比較した佐伯市の特性(R4年度)

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
佐伯市	66,291	41.3	16,048 (24.2)	56.7	5.5	16.2	0.3	9.1	26.4	64.5
同規模	--	30.4	20.5	54.7	6.5	11.8	0.7	5.6	28.6	65.8
県	--	33.5	22.2	54.6	6.9	13.1	0.4	7.0	23.4	69.6
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注) 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、佐伯市と同規模保険者(250市町村)の平均値を表す

図表11 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	18,790		18,084		17,765		16,969		16,048	
65~74歳	9,030	48.1	8,917	49.3	9,070	51.1	8,870	52.3	8,362	52.1
40~64歳	6,066	32.3	5,691	31.5	5,353	30.1	5,008	29.5	4,782	29.8
39歳以下	3,694	19.7	3,476	19.2	3,342	18.8	3,091	18.2	2,904	18.1
加入率	26.1		25.1		24.7		23.6		24.2	

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12 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
											割合	割合
病院数	8	0.4	8	0.4	8	0.5	8	0.5	8	0.5	0.3	0.6
診療所数	60	3.2	60	3.3	58	3.3	58	3.4	57	3.6	3.6	3.8
病床数	1,250	66.5	1,250	69.1	1,250	70.4	1,183	69.7	1,172	73.0	59.4	80.2
医師数	137	7.3	137	7.6	136	7.7	136	8.0	149	9.3	10.0	13.8
外来患者数	683.1		685.8		658.8		686.0		700.4		719.9	697.1
入院患者数	30.4		30.0		28.8		30.2		28.8		19.6	27.7

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

(1) 第2期計画に係る評価

第2期計画では、目標の設定を以下の二つに分類しました。

一つ目の中長期的な目標は、計画最終年度までに達成を目指す目標疾患として、社会保障費(医療費・介護費)の変化、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を設定しました。

二つ目の短期的な目標は、年度ごとに中長期的目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました(図表2)。

ア 中長期的な目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

(ア) 死亡の状況

令和4年度の標準化死亡比(SMR)は男性で国の平均を上回っています。中長期的な疾患の死因では、脳疾患が同規模、県、国と比較して高く、平成30年度より増加しています。また、腎不全は同規模、国と比較して高くなっています(図表13)。

図表13 死亡の状況

		佐伯市				参考(R4年度)					
		H30年度		R4年度		同規模平均		大分県		国	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
標準化死亡比(SMR)	男性	101.0		101.2		100.3		97.1		100.0	
	女性	94.9		95.6		101.2		97.0		100.0	
死因	がん	275	46.9	258	47.8	53,892	49.4	3,628	47.2	378,272	50.6
	心臓病	160	27.3	143	26.5	30,362	27.8	2,207	28.7	205,485	27.5
	脳疾患	94	16.0	97	18.0	16,001	14.7	1,200	15.6	102,900	13.8
	糖尿病	11	1.9	5	0.9	2,063	1.9	132	1.7	13,896	1.9
	腎不全	29	4.9	23	4.3	3,958	3.6	338	4.4	26,946	3.6
	自殺	17	2.9	14	2.6	2,854	2.6	174	2.3	20,171	2.7

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

(イ) 介護給付費の状況

令和4年度の要介護認定者(率)は、第2号被保険者(40~64歳)で69人(0.34%)、第1号被保険者(65歳以上)で4,357人(16.1%)です。同規模、国と比較すると低くなっていますが、平成30年度と比べると微増しています。新規認定者は平成30年度と比べて、第2号被保険者、65~74歳で増加し、介護度別総件数では、要介護3以上の割合が高くなっています(図表14)。

また、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は約75億円から約85億円に伸び、一人あたり給付費は高くなっています(図表15)。

血管疾患の視点で要介護者の有病状況を見ると、どの年代でも脳卒中(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で約8割、第1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年代で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると云えます(図表16)。

図表 14 要介護認定者(率)の状況

	佐伯市				参考(R4年度)		
	H30年度		R4年度		同規模	県	国
	実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合
高齢化率	26,562	36.9	27,348	41.3	30.4	33.5	28.7
2号認定者	74	0.32	69	0.34	0.36	0.30	0.38
新規認定者	16人		18人		--	--	--
1号認定者	4,035	15.0	4,357	16.1	18.1	19.2	19.4
新規認定者	563人		552人		--	--	--
再掲							
65~74歳	331	2.7	379	3.1	--	--	--
新規認定者	75人		76人		--	--	--
75歳以上	3,704	25.8	3,978	26.6	--	--	--
新規認定者	488人		476人		--	--	--
介護度別総件数							
要支援1・2	14,240	14.8	14,527	12.9	13.3	14.5	12.9
要介護1・2	42,583	44.2	46,494	41.3	46.4	45.4	46.3
要介護3以上	39,581	41.1	51,440	45.7	40.3	40.2	40.8

出典：KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注) 新規認定者は No. 49 帳票_要介護実況状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

図表 15 介護給付費の変化

	佐伯市		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	75億0286万円	85億2998万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	282,466	311,905	274,536	302,054	290,668
1件あたり給付費(円)全体	77,827	75,848	63,298	61,467	59,662
居宅サービス	54,715	55,187	41,822	43,594	41,272
施設サービス	281,384	298,800	292,502	297,567	296,364

出典：KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 16 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況 (R04 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)		69		379		3,979		4,358		4,427			
再) 国保・後期		38		298		3,821		4,119		4,157			
(レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数		
					割合		割合		割合		割合		割合
				1	脳卒中	30	脳卒中	147	虚血性心疾患	1,953	脳卒中	2,070	脳卒中
		2	虚血性心疾患	13	虚血性心疾患	94	脳卒中	1,923	虚血性心疾患	2,047	虚血性心疾患	2,060	
		3	腎不全	9	腎不全	51	腎不全	854	腎不全	905	腎不全	914	
		合併症	糖尿病合併症	10	糖尿病合併症	46	糖尿病合併症	370	糖尿病合併症	416	糖尿病合併症	426	
		基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)	33	基礎疾患	259	基礎疾患	3,667	基礎疾患	3,926	基礎疾患	3,959		
		血管疾患合計	35	合計	270	合計	3,724	合計	3,994	合計	4,029		
		認知症	認知症	8	認知症	94	認知症	2,207	認知症	2,301	認知症	2,309	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	33	筋骨格系	247	筋骨格系	3,690	筋骨格系	3,937	筋骨格系	3,970	

出典：ヘルスサポートラボツール

(ウ) 医療費の状況

国保加入者の減少に伴い、令和4年度の総医療費は減少しています。一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約4.5万円高く、平成30年度と比較すると約2.1万円伸びています。県内、同規模順位は下降していることから医療費の抑制ができていることが伺えます。

また、令和4年度の入院医療費は、全体のレセプトのわずか3.9%にも関わらず、医療費全体の46.5%を占めており、一件あたりの入院医療費は平成30年度と比較して約2.8万円も高くなっています(図表17)。

年齢調整をした一人あたり地域差指数は、全国平均の1を超えています。全国4位の県平均より低く、平成30年度より低下し、県内順位は改善しましたが、入院が高い状況は続いています。

後期高齢者医療の地域差指数は、県平均より低くなっていますが、平成30年度から横ばいで、入院で高くなっています(図表18)。

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ります。

図表17 医療費の推移

	佐伯市		同規模	県	国	
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度	
被保険者数(人)	18,790人	16,048人	--	--	--	
前期高齢者割合	9,030人(48.1%)	8,362人(52.1%)	--			
総医療費	73億2053万円	65億9704万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	389,597 県内10位 同規模22位	411,082 県内15位 同規模39位	366,294	406,236	339,680	
入院	一件あたり費用額(円)	505,810	534,530	610,160	548,240	617,950
	費用の割合	48.5	46.5	40.5	46.1	39.6
	件数の割合	4.3	3.9	2.7	3.8	2.5
外来	一件あたり費用額(円)	23,880	25,300	24,470	25,430	24,220
	費用の割合	51.5	53.5	59.5	53.9	60.4
	件数の割合	95.7	96.1	97.3	96.2	97.5
受診率	713.468	729.126	739.503	724.748	705.439	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表18 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			
	佐伯市(県内市町村中)		県(47県中)	佐伯市(県内市町村中)		県(47県中)	
	H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度	
地域差指数・順位	全体	1.109 (14位)	1.087 (17位)	1.153 (4位)	1.073 (14位)	1.079 (14位)	1.122 (8位)
		1.323 (11位)	1.336 (13位)	1.359 (3位)	1.243 (10位)	1.272 (10位)	1.262 (6位)
	入院	0.982 (14位)	0.934 (17位)	1.042 (9位)	0.907 (16位)	0.888 (16位)	0.996 (16位)
	外来						

出典：地域差分析(厚生労働省)

(工) 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(脳梗塞・脳出血)・虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合は、平成 30 年度と比較すると横ばいです。脳血管疾患はやや減少し、同規模、県、国より低くなりました。虚血性心疾患はやや増加し、同規模、県、国よりも高くなっています(図表 19)。

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、40 歳以上の割合は脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析のいずれも微増しています。40～64 歳では脳血管疾患の割合は増加し、65～74 歳では虚血性心疾患、人工透析が増加しています(図表 20)。

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、退院後の介護費等、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要です。

図表 19 中長期目標疾患の医療費の推移

		佐伯市		同規模	県	国	
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度	
総医療費(円)		73億2053万円	65億9704万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		5億6215万円	5億0174万円	--	--	--	
		7.68%	7.61%	7.95%	8.73%	8.03%	
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.13%	1.77%	2.08%	1.81%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.52%	1.68%	1.42%	1.37%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.56%	3.93%	4.16%	5.21%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.47%	0.23%	0.29%	0.34%	0.29%
そ 疾 患 の 他 の	悪性新生物		14.78%	13.83%	17.03%	14.99%	16.69%
	筋・骨疾患		9.84%	9.88%	8.72%	8.59%	8.68%
	精神疾患		8.05%	7.67%	8.04%	9.91%	7.63%

出典：KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注) 最大医療資源傷傷(調剤含む)による分類結果(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)
注) KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 20 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(人) 0～74歳	A	18,790	16,048	a	1,413	1,252	1,400	1,252	89	92	
				a/A	7.5%	7.8%	7.5%	7.8%	0.5%	0.6%	
40歳以上	B	15,096	13,144	b	1,403	1,247	1,391	1,245	86	89	
	B/A	80.3%	81.9%	b/B	9.3%	9.5%	9.2%	9.5%	0.6%	0.7%	
再 掲	40～64歳	C	6,066	4,782	c	271	249	294	217	46	38
		C/A	32.3%	29.8%	c/C	4.5%	5.2%	4.8%	4.5%	0.8%	0.8%
	65～74歳	D	9,030	8,362	d	1,132	998	1,097	1,028	40	51
		D/A	48.1%	52.1%	d/D	12.5%	11.9%	12.1%	12.3%	0.4%	0.6%

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

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

短期目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、いずれも治療者の割合は増加し、合併症である脳血管疾患の割合は減少しています。

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨を含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受ける等の自己管理が重症化予防につながっていると考えられます。

一方で、虚血性心疾患や人工透析は微増し、特に、糖尿病治療者での割合が増加しています(図表 21・22・23)。

図表 21 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
高血圧症治療者(人)	A	6,360	5,971	1,598	1,303	4,762	4,668	
	A/被保数	42.1%	45.4%	26.3%	27.2%	52.7%	55.8%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	719	618	140	116	579	502
		B/A	11.3%	10.4%	8.8%	8.9%	12.2%	10.8%
	虚血性心疾患	C	950	902	204	152	746	750
		C/A	14.9%	15.1%	12.8%	11.7%	15.7%	16.1%
	人工透析	D	83	84	44	36	39	48
		D/A	1.3%	1.4%	2.8%	2.8%	0.8%	1.0%

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

図表 22 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者(人)	A	3,666	3,343	976	811	2,690	2,532	
	A/被保数	24.3%	25.4%	16.1%	17.0%	29.8%	30.3%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	415	320	75	55	340	265
		B/A	11.3%	9.6%	7.7%	6.8%	12.6%	10.5%
	虚血性心疾患	C	558	560	109	101	449	459
		C/A	15.2%	16.8%	11.2%	12.5%	16.7%	18.1%
	人工透析	D	34	43	19	22	15	21
		D/A	0.9%	1.3%	1.9%	2.7%	0.6%	0.8%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	149	174	49	50	100	124
		E/A	4.1%	5.2%	5.0%	6.2%	3.7%	4.9%
	糖尿病性網膜症	F	683	661	188	160	495	501
		F/A	18.6%	19.8%	19.3%	19.7%	18.4%	19.8%
	糖尿病性神経障害	G	241	118	57	31	184	87
		G/A	6.6%	3.5%	5.8%	3.8%	6.8%	3.4%

出典：KDB システム_疾病管理一覧(糖尿病)、地域の全体像の把握介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 23 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者(人)	A	5,480	5,118	1,446	1,241	4,034	3,877	
	A/被保数	36.3%	38.9%	23.8%	26.0%	44.7%	46.4%	
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	580	470	106	85	474	385
		B/A	10.6%	9.2%	7.3%	6.8%	11.8%	9.9%
	虚血性心疾患	C	852	802	172	134	680	668
		C/A	15.5%	15.7%	11.9%	10.8%	16.9%	17.2%
	人工透析	D	41	53	21	18	20	35
		D/A	0.7%	1.0%	1.5%	1.5%	0.5%	0.9%

出典：KDB システム_疾病管理一覧(脂質異常症)、地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

(イ) 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧以上・HbA1c7.0%以上を平成30年度と令和3年度で比較すると、有所見者の割合が増加しています。また、未治療者が健診後、医療につながったかをレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている者が、高血圧で31.4%、糖尿病で5.8%いました(図表24)。

前述したとおり、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症である脳血管疾患の割合は減少しています。しかし、新型コロナウイルス感染症の影響で特定健診実施率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診実施率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。治療中断者も同様に、受診勧奨を徹底していきます。

図表 24 結果の改善と医療のかかり方

	実施状況				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(R03.4~R04.3)			
	受診者A	実施率(%)	受診者B	実施率(%)	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療		治療中断	
													G	G/E	H	H/E
佐伯市	6,250	100.0	5,517	100.0	298	4.8	185	62.1	328	5.9	195	59.5	103	31.4	21	6.4
448市町村合計	1,362,582	100.0	1,216,343	100.0	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	実施状況				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(R03.4~R04.3)			
	HbA1c実施者A	実施率(%)	HbA1c実施者B	実施率(%)	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	未治療		治療中断	
													M	M/K	N	N/K
佐伯市	6,203	99.2	5,451	98.8	244	3.9	53	21.7	240	4.4	44	18.3	14	5.8	9	3.8
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

- ① 未治療…12か月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者
- ② 中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3か月以上レセプトがない者

(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、高血糖、高血圧、脂質異常等の心血管疾患の危険因子が重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。

特定健診の結果を平成30年度と令和4年度で比較すると、メタボリックシンドロームの該当者は、4.1ポイント増加しており、その中でも3項目すべての危険因子が重なっている割合が増加していました(図表25)。

また、重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160mg/dl以上の有所見者割合を見ると、いずれも増加しています。さらに、翌年度の結果を見ると、HbA1c6.5%以上では改善率が低下したものの、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160mg/dl以上では改善率が上がっています。

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ません(図表26・27・28)。

図表25 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	6,250 (43.6%)	1,079 (17.3%)	312 (5.0%)	767 (12.3%)	724 (11.6%)
R4年度	5,526 (45.8%)	1,180 (21.4%)	408 (7.4%)	772 (14.0%)	588 (10.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表26 HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	524 (8.4%)	141 (26.9%)	189 (36.1%)	67 (12.8%)	127 (24.2%)
R3→R4	522 (9.6%)	123 (23.6%)	191 (36.6%)	79 (15.1%)	129 (24.7%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表27 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→R1	298 (4.8%)	152 (51.0%)	63 (21.1%)	5 (1.7%)	78 (26.2%)
R3→R4	328 (5.9%)	178 (54.3%)	55 (16.8%)	7 (2.1%)	88 (26.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 28 LDL-C160mg/dl 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→R1	662 (10.6%)	307 (46.4%)	150 (22.7%)	55 (8.3%)	150 (22.7%)
R3→R4	608 (11.0%)	302 (49.7%)	140 (23.0%)	33 (5.4%)	133 (21.9%)

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 重症化予防の取組

(ア) 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者の割合は微増していますが、未治療の割合は横ばいです。未治療者のうち、各年度の対象基準に該当する者への保健指導は、令和2年度を除き90%前後で実施し、約8割が医療機関への受診につながりました。その結果、HbA1c8.0%以上の未治療者は、平成30年度23人から令和4年度16人に減少しています(図表29・30)。

今後も未受診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、継続受診の支援を行います。

特に、肥満があるとインスリン抵抗性を引き起こし、血糖悪化の原因となるため、治療中の者は医療と連携して保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を行います。

また、平成30年度から佐伯市医師会や南部保健所との共催で糖尿病性腎臓病等重症化予防連携検討会を開催しています。引き続き、検討会等を通して、医療機関との連携を深めていきます。

図表 29 糖尿病性腎症重症化予防対象者・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
健診受診者 (HbA1c測定者)	人(a)	6,315	6,321	5,779	5,559	5,455
血糖値有所見者 ※1	人(b)	535	592	569	535	586
	(b/a)	8.5%	9.4%	9.8%	9.6%	10.7%
治療あり	人(c)	378	434	393	379	414
	(c/b)	70.7%	73.3%	69.1%	70.8%	70.6%
未治療	人(d)	157	158	176	156	172
	(d/b)	29.3%	26.7%	30.9%	29.2%	29.4%
保健指導対象者 ※2	人(e)	128	113	60	41	56
	(e/d)	81.5%	71.5%	34.1%	26.3%	32.6%
再)保健指導 実施者	人(f)	123	104	44	37	50
	(f/e)	96.1%	92.0%	73.3%	90.2%	89.3%
再)医療機関 受診	人(g)	109	93	55	36	46
	(g/e)	85.2%	82.3%	91.7%	87.8%	82.1%
再)内服治療 開始	人(h)	37	20	21	16	13
	(h/e)	28.9%	17.7%	35.0%	39.0%	23.2%

※1 HbA1c6.5%以上

※2 各年度の保健指導対象者基準のⅡ度高血圧以上、心房細動未治療、CKD対象者を含む(特定保健指導を除く)

R2年度～70歳以上の基準をHbA1c7.0%へ変更、R3年度～CKD対象基準を変更。

図表 30 HbA1c8.0%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 (HbA1c測定者)	人(a)	6,315	6,321	5,779	5,559	5,455
HbA1c8.0%以上の 未治療者	人(i)	23	23	16	18	16
	(i/a)	0.36%	0.36%	0.28%	0.32%	0.29%
保健指導対象者 *1	人(j)	11	13	6	8	9
	(j/i)	47.8%	56.5%	37.5%	44.4%	56.3%
再)保健指導 実施者	人(k)	11	10	4	8	9
	(k/j)	100.0%	76.9%	66.7%	100.0%	100.0%
再)医療機関 受診	人(l)	10	11	3	6	7
	(l/j)	90.9%	84.6%	50.0%	75.0%	77.8%
再)内服治療 開始	人(m)	9	7	1	5	5
	(m/i)	81.8%	53.8%	16.7%	62.5%	55.6%

注) 各年度の保健指導対象者基準のⅡ度高血圧以上、心房細動未治療、CKD 対象者を含む(特定保健指導を除く)

(イ) 脳血管疾患重症化予防

本市では、第1期計画時からⅡ度高血圧以上の保健指導を優先的に取組んできました。

Ⅱ度高血圧以上の者の割合を経年的にみると、新型コロナウイルス感染症の予防対策による健診会場の換気等の影響もあるのか、令和2年度に増加し、以降は横ばいです。

令和4年度のⅡ度高血圧以上の未治療者は190人(56.0%)で、保健指導後に治療につながった者は50人(26.3%)でした。そのうち、Ⅲ度高血圧の未治療者は42人で、治療につながった者は12人(28.6%)でした(図表31)。

図表 31 Ⅱ度高血圧以上(収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上)の者の状況

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
健診受診者	人(a)	6,544	6,502	5,874	5,697	5,695
Ⅱ度高血圧以上の者	人(b)	284	291	352	349	339
	(b/a)	4.3%	4.5%	6.0%	6.1%	6.0%
治療なし	人(d)	196	177	225	206	190
	(d/b)	69.0%	60.8%	63.9%	59.0%	56.0%
保健指導実施者	人(e)	184	159	216	206	178
	(e/d)	93.9%	89.8%	96.0%	100.0%	93.7%
治療開始	人(f)	51	48	83	45	50
	(f/d)	26.0%	27.1%	36.9%	21.8%	26.3%
(再掲) Ⅲ度高血圧の者	人(g)	25	19	34	39	42
	(g/a)	0.4%	0.3%	0.6%	0.7%	0.7%
保健指導実 施者	人(h)	24	17	33	38	41
	(h/g)	96.0%	89.5%	97.1%	97.4%	97.6%
治療開始	人(i)	14	9	21	11	12
	(i/g)	56.0%	47.4%	61.8%	28.2%	28.6%
治療あり	人(c)	88	114	127	143	149
	(c/b)	31.0%	39.2%	36.1%	41.0%	44.0%

出典：健康増進課調べ(各年度の事業報告及び高血圧台帳にて計上)

高血圧の治療をしているにもかかわらず、Ⅱ度高血圧以上のコントロール不良の者が約4割おり、増加傾向です。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います。

詳細な健診として実施されている眼底検査は、網膜の血管の状態から、脳の血管の状態を推測できる検査です。現在、佐伯市医師会基準によりⅡ度高血圧以上の方に対して実施していますが、国基準のⅠ度高血圧以上を対象にするには、眼底検査を持たない医療機関での実施に課題があり、実施体制の確保が必要です(図表 32)。

図表 32 I 度高血圧以上未治療者の眼底検査実施状況(R4 年度)

		I 度高血圧 a	Ⅱ度高血圧以上 b	計 a+b
未治療者(人)		653	190	843
眼底検査実施(人)		35	112	147
実施率(%)		5.4%	58.9%	17.4%
再掲) 集団健診	未治療者(人)	396	123	519
	眼底検査実施(人)	8	98	106
	実施率(%)	2.0%	79.7%	20.4%
再掲) 個別健診	未治療者(人)	257	67	324
	眼底検査実施(人)	27	14	41
	実施率(%)	10.5%	20.9%	12.7%

出典：健康増進課調べ

(ウ) 心原性脳梗塞及び虚血性心疾患の重症化予防

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、心電図検査に取り組んできました。心電図検査は基本的で重要な検査の一つですが、血糖、脂質、血圧、肥満の項目において一定の基準に該当した限られた人のみが受診できる項目となっており、特定健診受診者の 29.1%に実施しています。本市の医療費で増加している虚血性心疾患の重症化予防に、より早期に取り組めるよう心電図検査の対象者の拡充を検討していきます(図表 33)。

有所見者のうち、心房細動未治療者については、医療機関への受診勧奨と継続受診の必要性について保健指導を行い、ほぼ全数が治療や精密検査につながっています(図表 34)。

心筋の虚血の状態をみる ST 所見では、要受診と判定を受けた者のうち、医療機関を受診したのは 62.5%でした。要受診者が確実に医療機関を受診できるよう保健指導の体制強化が必要です(図表 35)。

心房細動治療中の者や ST 所見で要受診以外(要注意・要経過観察)の判定の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行います。

図表 33 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30年度			R1年度			R2年度			R3年度			R4年度		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人)	a	6,544	2,722	3,822	6,502	2,735	3,767	5,874	2,475	3,399	5,697	2,429	3,268	5,695	2,461	3,234
心電図受診者(人)	b	1,976	931	1,045	1,901	894	1,007	1,725	795	930	1,786	811	975	1,655	799	856
心電図実施率	b/a	30.2%	34.2%	27.3%	29.2%	32.7%	26.7%	29.4%	32.1%	27.4%	31.3%	33.4%	29.8%	29.1%	32.5%	26.5%
要受診者(人)	c	40	20	20	44	26	18	132	65	67	92	47	45	89	51	38
有所見率	c/b	2.0%	2.1%	1.9%	2.3%	2.9%	1.8%	7.7%	8.2%	7.2%	5.2%	5.8%	4.6%	5.4%	6.4%	4.4%
心房細動(人)	e	32	24	8	31	24	7	22	15	7	26	22	4	25	22	3
心房細動有所見率	e/b	1.6%	2.6%	0.8%	1.6%	2.7%	0.7%	1.3%	1.9%	0.8%	1.5%	2.7%	0.4%	1.5%	2.8%	0.4%
うち、心房細動未治療(人)		8	5	3	11	8	3	9	5	4	7	7	0	9	8	1

出典：健康増進課調べ

図表 34 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
心房細動有所見者(人)	32		31		22		26		25	
心房細動未治療者(人)	8	25.0%	11	35.5%	9	40.9%	7	26.9%	9	36.0%
保健指導実施者(人)	8	100.0%	11	100.0%	9	100.0%	6	85.7%	8	88.9%
検査後、異常なしと診断 (治療開始に至らず等)	2	25.0%	4	36.4%	2	22.2%	0	0.0%	0	0.0%
治療開始	6	75.0%	7	63.6%	7	77.8%	7	100.0%	9	100.0%

出典：健康増進課調べ

図表 35 心電図受診者のうち、ST所見の状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
心電図実施者(人)	1,976		1,901		1,725		1,786		1,655	
ST異常所見(人)	65	3.3%	68	3.6%	75	4.3%	83	4.6%	79	4.8%
要受診(人)	1	1.5%	3	4.4%	33	44.0%	26	31.3%	24	30.4%
医療機関受診あり	1	100.0%	2	66.7%	26	78.8%	13	50.0%	15	62.5%
医療機関受診なし	0	0.0%	1	33.3%	7	21.2%	13	50.0%	9	37.5%
それ以外の判定 (要注意・要経過観察)	64	98.5%	65	95.6%	42	56.0%	57	68.7%	55	69.6%

出典：健康増進課調べ

イ ポピュレーションアプローチ

生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている市や県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、広く市民へ周知を行ってきました。

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。」とされています。

本市においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう引き続き、支援していきます。

ウ. その他の保健事業

(ア) 後発医薬品の使用促進

後発医薬品の使用率は年々上昇していますが、県平均を下回っており、令和4年度では84.4%、県内順位は10位となっています(図表36)。

図表36 後発医薬品の使用状況(各年度の9月診療分)

区分	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
使用率	75.3%	77.6%	81.2%	83.2%	84.4%
県内順位	8位	10位	10位	7位	10位

出典：厚生労働省 調剤医療費の動向

(イ) 適正な受診・服薬の推進

大分県国保連合会から提供される「重複多受診者一覧表」や「重複服薬者一覧表」及びレセプト点検調査から重複・頻回受診者を抽出し、対象者に対する訪問指導等を実施しています。多受診については、適切な受診行動を促す取組が必要です(図表37)。

図表37 重複受診、頻回受診、重複服薬者への訪問指導実施状況

区分	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
指導対象者	7人	15人	28人	38人	49人
訪問実施件数	3件	12件	7件	9件	9件

出典：国保ヘルスアップ事業実績報告

工 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 38 第2期データヘルス計画目標管理一覧(初年度から改善傾向：緑字、悪化傾向：赤字)

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法	
			初年度 H29	中間評価 R2	最終評価 R5		
			(H28)	(R1)	(R4)	(活用データ)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患（脳梗塞）の割合の減少 ※1	0.715	0.810	0.512	KDBシステム	
		脳血管疾患（脳出血）の割合の減少 ※1	0.140	0.335	0.236		
		虚血性心疾患（心筋梗塞）の割合の減少 ※1	0.086	0.059	0.075		
		虚血性心疾患（狭心症）の割合の減少 ※1	0.727	0.556	0.532		
		人工透析新規患者数の減少（患者千人当たり）※2	0.143	0.132	0.057		
		年間新規透析導入者数の減少（人）	14	10	7		
		糖尿病を合併した新規透析導入患者数（割合）の減少	9 (64.3%)	8 (80.0%)	6 (85.7%)		
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の対象者を減らす	健診受診者のⅡ度高血圧以上未治療者の割合の減少（160/100以上）	4.3%	4.4%	5.6%	KDBシステム 2次加工に基づく 佐伯市健康増進課調べ
			健診受診者の脂質異常の未治療者の割合の減少（LDLコレステロール180以上）	4.1%	4.5%	3.8%	
			健診受診者の糖尿病未治療者の割合の減少（HbA1c6.5%以上）	3.1%	2.8%	3.6%	
			健診受診者の糖尿病未治療者の割合の減少（HbA1c8.0以上）	—	0.27%	0.29%	佐伯市 健康増進課調べ
			健診受診者のうち、Ⅱ度高血圧以上未治療者の医療機関受診率の増加	—	63.3%	56.8%	
			健診受診者のうち、脂質異常症未治療者の医療機関受診率の増加（LDLコレステロール180以上）	—	42.1%	(男性) 33.3%	
			健診受診者のうち、糖尿病未治療者の医療機関受診率の増加（HbA1c6.5以上）	—	54.2%	70.7%	
健診受診者のうち、糖尿病未治療者の医療機関受診率の増加（HbA1c8.0以上）	—	—	77.8%				
特定健診等実施計画	短期目標	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者及び予備群の減少	特定健診実施率60%以上	42.3	47.1	45.3	法定報告値
			特定保健指導実施率80%以上	80.9	83.9	89.6	
			特定保健指導対象者の割合の減少率25%以上（H20年度比）	—	22.3	19.2	
			メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少（H20年度比）	9.4%	4.6%	△2.2%	
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診率の増加	12.3	10.9	10.4	地域保健事業報告 (最終評価はR3年度データ)
			肺がん検診受診率の増加	20.8	18.5	18.6	
			大腸がん検診受診率の増加	15.5	15.3	16.8	
			子宮頸がん検診受診率の増加	27.5	27.2	24.9	
			乳がん検診受診率の増加	30.7	27.1	23.5	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	21.4	19.8	18.8	
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	75.3%	81.2%	84.4%	厚生労働省	

※1 疾病別医療費分析(細小分類)被保険者千人当たりレセプト件数—入院の状況

※2 医療費分析(細小分類)患者千人当たり人工透析新規患者数(当月発症)

(3) 第2期計画に係る考察

第2期計画における健診・医療・介護データの分析では、脳血管疾患は減少していたものの、虚血性心疾患では心筋梗塞が、慢性腎不全では透析者の医療費が増加していました。その背景に、共通のリスクとなる糖尿病・高血圧・脂質異常症等の増加が見られ、重症化予防の視点として、第1期に引き続き、虚血性心疾患、脳血管疾患の予防を重点的に取組み、かかりつけ医との連携による糖尿病性腎症重症化予防に努めてきました。

その結果、中長期目標の指標とした入院レセプト件数の脳血管疾患(脳梗塞)、虚血性心疾患(心筋梗塞・狭心症)の割合や人工透析新規患者数(患者千人当たり)の割合が減少傾向となりました。被保険者の減少もあり、医療費総額は減少し、年齢調整後の一人あたり医療費の地域差指数も減少し、医療費の抑制につながりました。

特に、脳血管疾患の総医療費に占める割合は減少し、同規模、国、県と比較しても低くなりました。その背景に、基礎疾患となる高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療者が増加したことによる、その方々の脳血管疾患の割合の減少が考えられます。

しかし、死亡の状況では脳疾患が増加し、介護の状況では第2号被保険者(40～64歳)や第1号被保険者の65～74歳で新規認定者が微増し、特に、第2号認定者の約8割は脳卒中であり、基礎疾患に高血圧や糖尿病、脂質異常症を有していました。このことから、死亡や医療費・介護費など一人あたり社会保障費への影響が大きい脳血管疾患の重症化予防への取組は、引き続き、重要であり、より若い世代での取組が求められます。

また、虚血性心疾患(心筋梗塞・狭心症)と腎不全(透析有)では、総医療費に占める割合や治療者の割合で増加が見られました。

さらに、健診受診者の経年変化では、中長期目標疾患の共通のリスクであるメタボリックシンドローム、糖尿病、高血圧、脂質異常症等の有所見者が増加していました。受診者の翌年度の健診結果では、血圧と脂質において改善が見られたものの、未治療のままの方もいました。翌年度に健診未受診者も2割程度見られ、健診の継続受診への課題も伺えました。

第3期計画に向けて、引き続き、中長期目標疾患の発症を予防するために、共通リスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らすための継続した取組が必要です。

まずは、治療を要する対象者が確実に医療機関を受診し、重症化を防げるよう保健指導の実施体制の見直しやさらなる保健指導の質の向上が求められます。

住民が自ら身体の状態を確認できる場として特定健診は重要であり、特定健診の実施率向上に向けてさらなる取組が必要です。

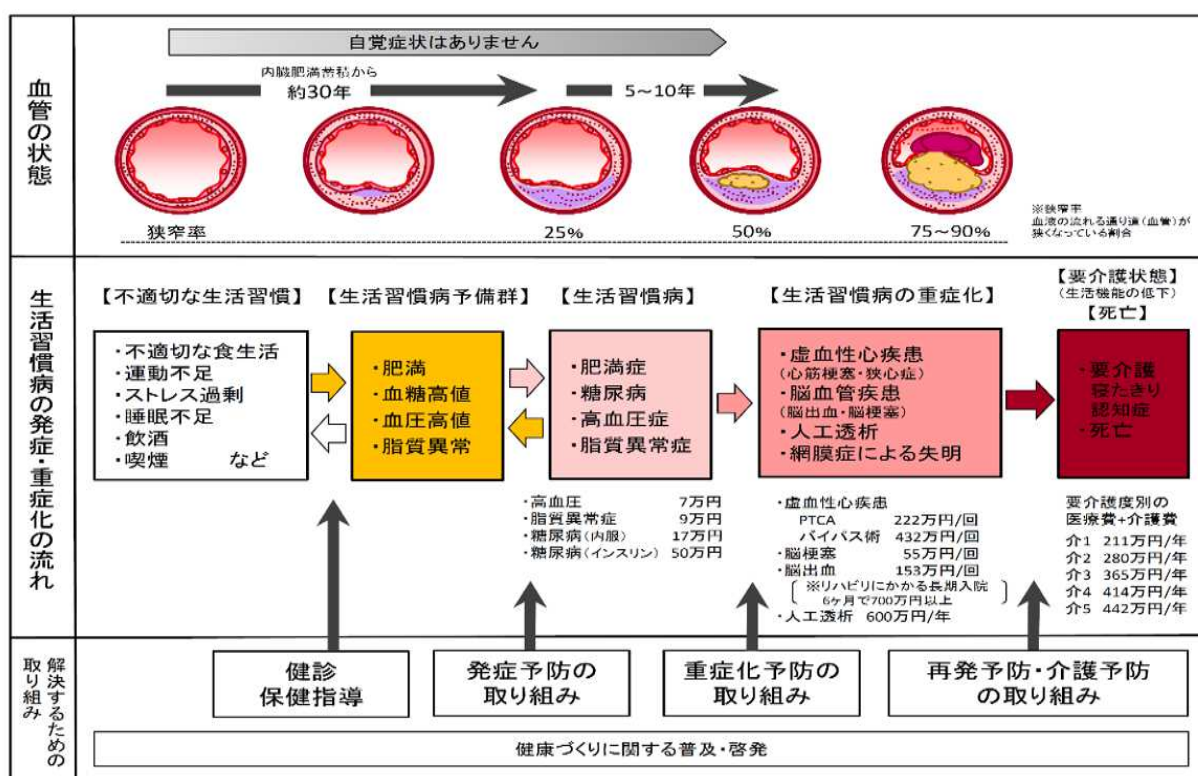
3 第3期計画における健康課題の明確化

(1) 基本的な考え方

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

特に、生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります(図表 39)。

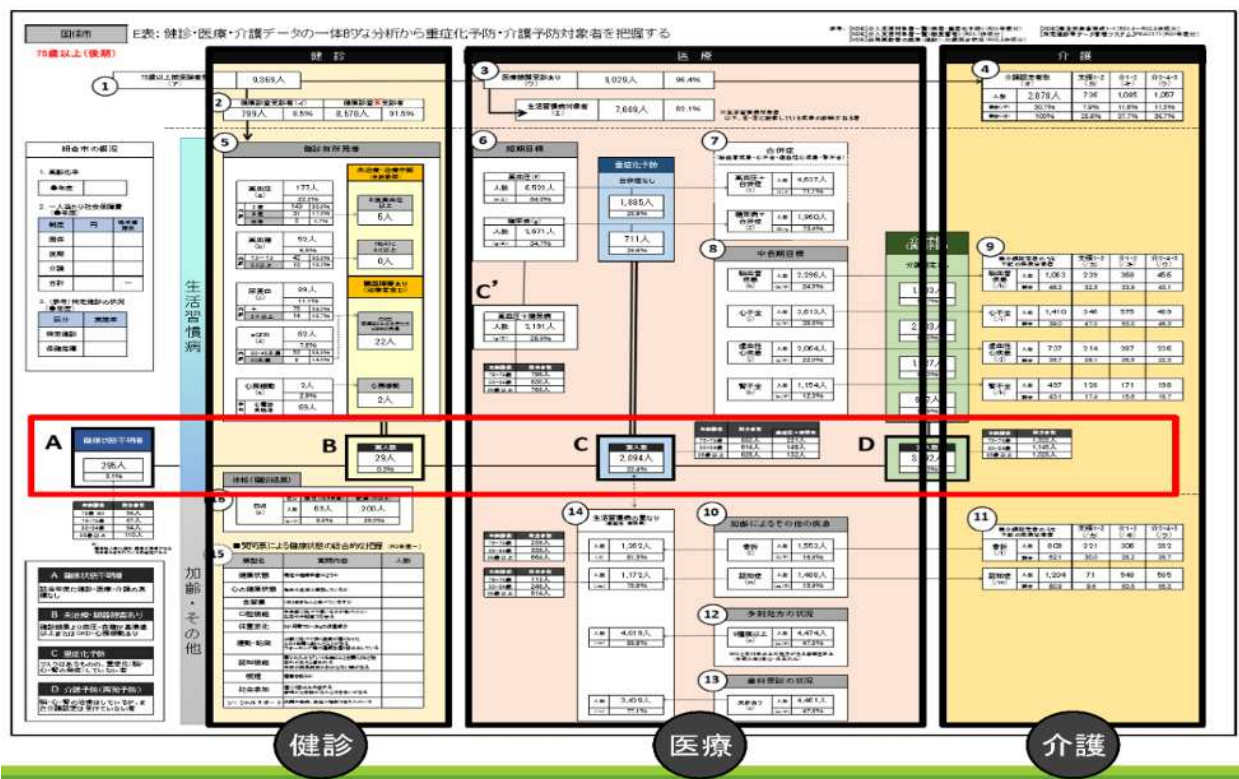
図表 39 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



また、75歳に到達し後期高齢者になると、医療保険制度においては、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。保健事業においては、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ですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び後期広域連合は、健診・医療・介護の一体的な分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です(図表 40・参考資料 2)。

図表 40 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(2) 健康課題の明確化

第2期計画の評価も踏まえ、さらに後期高齢者の健康・医療情報等も活用し、被保険者の健康状態等进行分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。

ア 医療費分析

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は令和2年度に新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年度以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり90万円を超え、国保の2.3倍も高い状況です(図表41)。

これまで高血圧、糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできたこともあり、短期目標疾患である高血圧、糖尿病の国保の総医療費に占める割合は、同規模、県、国と比べてやや高いものの、脳血管疾患、腎疾患の医療費に占める割合は、同規模、県、国と比べて低い状況です。一方で、心疾患の割合は国保においては同規模、県、国と比べて高い状況です(図表42)。

高額レセプトでは、国保では毎年約1,300件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約3倍に増えることがわかります。高額レセプトの疾病を見てみると、脳血管疾患では、国保で令和元年度が一番多く118件で1.3億円以上の費用がかかっていましたが、令和4年度は52件と件数が減り、費用額も5,876万円に減っています。後期高齢においては、315件発生し、約3.5億円の費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても引き続き、力を入れる必要があります。虚血性心疾患は、国保において年々増加していましたが、令和4年度は減少しています(図表43・44・45)。

図表 41 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
被保険者数		18,790人	18,084人	17,765人	16,969人	16,048人	15,393人
総件数及び 総費用額	件数	164,886件	158,256件	147,712件	150,358件	145,387件	225,465件
	費用額	73億2053万円	70億3302万円	67億6145万円	68億8252万円	65億9704万円	144億0625万円
一人あたり医療費		39.0万円	38.9万円	38.1万円	40.6万円	41.1万円	93.6万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 42 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞									
① 国保	佐伯市	65億9704万円	33,085	3.93%	0.23%	1.77%	1.68%	5.84%	3.31%	1.52%	12億0588万円	18.3%	13.8%	7.67%	9.88%
	同規模	--	29,595	4.16%	0.29%	2.08%	1.42%	5.79%	3.28%	2.15%	--	19.2%	17.0%	8.04%	8.72%
	県	--	32,909	5.21%	0.34%	1.81%	1.37%	5.33%	2.90%	1.77%	--	18.7%	15.0%	9.91%	8.59%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	佐伯市	144億0625万円	78,963	4.08%	0.59%	3.73%	1.56%	3.07%	2.79%	0.75%	23億8711万円	16.6%	9.7%	2.82%	13.2%
	同規模	--	68,448	4.63%	0.47%	3.89%	1.57%	4.23%	3.13%	1.40%	--	19.3%	11.2%	3.74%	12.1%
	県	--	80,584	3.91%	0.54%	3.28%	1.67%	3.77%	2.83%	1.10%	--	17.1%	9.9%	4.24%	13.3%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDB システム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題、最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 43 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	718人	699人	708人	735人	686人	2,110人
	件数	B	1,402件	1,331件	1,370件	1,423件	1,250件	4,123件
		B/総件数	0.85%	0.84%	0.93%	0.95%	0.86%	1.83%
	費用額	C	18億4212万円	17億4791万円	18億0063万円	18億3962万円	16億6186万円	48億3073万円
C/総費用		25.2%	24.9%	26.6%	26.7%	25.2%	33.5%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 44 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	48人	62人	51人	31人	34人	156人		
	D/A	6.7%	8.9%	7.2%	4.2%	5.0%	7.4%		
件数	E	99件	118件	101件	64件	52件	315件		
	E/B	7.1%	8.9%	7.4%	4.5%	4.2%	7.6%		
年代別	40歳未満	0	0	0	0	0	65-69歳	0	0.0%
	40代	5	6	0	2	0	70-74歳	2	0.6%
	50代	12	14	3	6	3	75-80歳	51	16.2%
	60代	35	45	44	21	10	80代	196	62.2%
	70-74歳	47	53	54	35	39	90歳以上	66	21.0%
費用額	F	1億1555万円	1億3416万円	1億1445万円	7505万円	5876万円	3億4508万円		
	F/C	6.3%	7.7%	6.4%	4.1%	3.5%	7.1%		

図表 45 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	24人		42人		34人		47人		34人		57人		
		G/A	3.3%		6.0%		4.8%		6.4%		5.0%		2.7%		
	件数	H	34件		45件		37件		63件		38件		66件		
		H/B	2.4%		3.4%		2.7%		4.4%		3.0%		1.6%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	3	8.8%	2	4.4%	2	5.4%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	1	1.5%
		50代	5	14.7%	4	8.9%	0	0.0%	5	7.9%	3	7.9%	75-80歳	19	28.8%
		60代	11	32.4%	24	53.3%	12	32.4%	9	14.3%	15	39.5%	80代	38	57.6%
		70-74歳	15	44.1%	15	33.3%	23	62.2%	49	77.8%	20	52.6%	90歳以上	8	12.1%
	費用額	I	5570万円		7738万円		7287万円		9030万円		5372万円		9682万円		
I/C		3.0%		4.4%		4.0%		4.9%		3.2%		2.0%			

出典：ヘルスサポートラボツール

イ 健診・医療・介護の一体的分析

健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 46 の①被保険者数は、40～64 歳は減っていますが、65 歳～74 歳では約 300 人、75 歳以上では約 500 人増え、すでに高齢化が進む本市でも後期高齢者が確実に増えていることが分かります。⑮の体格では、BMI25 以上はどの年代でも高くなり、特に 40～64 歳で 2.7 ポイント高くなってきています。

図表 47 の健診有所見の状況を見ると、各年代で有所見の割合が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 48 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症を見ると、⑥生活習慣病受診者の高血圧を有する割合は全年代で増え、さらに、糖尿病と高血圧を併せ持つ割合が増えています。

図表 49 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)では、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、⑧中長期目標の疾患(被保険者割)で 65～74 歳の心不全が 1.8 ポイント、⑨介護認定者では 75 歳以上の虚血性心疾患と心不全が各 2.1 ポイント増加しています。

図表 50 で骨折・認知症の状況を見ると、⑩加齢により増加し、⑪加齢とともに要介護の要因となっています。⑭生活習慣病(高血圧・糖尿病)との重なりが 65～74 歳で約 7 割、75 歳以降では 8 割以上と高く、要介護の要因となる骨折や認知症を予防するためにも生活習慣病の予防が大切になることがわかります。

図表 46 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			⑮ 体格(健診結果)					
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		年代	75-	40-64	65-74	75-	40-64		65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64
H30年度	24.1	5,469	7,909	14,842	30.6	49.1	29.1	6.0	7.0	6.7	30.3	27.1	25.7	
R4年度	24.8	4,701	8,397	15,355	29.4	46.7	30.0	6.2	7.4	7.2	32.2	27.4	26.0	

図表 47 健診有所見状況

E表	⑤																							
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	
H30年度	74	4.4	(31)	181	4.7	(57)	242	5.6	(47)	57	3.4	(6)	154	4.0	(8)	34	0.8	(0)	16	1.0	58	1.5	162	3.8
R4年度	69	5.0	(29)	242	6.2	(74)	327	7.1	(60)	51	3.7	(3)	196	5.0	(17)	38	0.8	(1)	17	1.2	68	1.7	231	5.0

図表 48 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症					
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30年度	81.4	92.5	97.4	34.0	62.4	84.8	71.7	79.1	86.5	44.0	44.8	36.8	26.2	31.7	30.9	41.1	49.0	70.9	41.0	50.5	72.3
R4年度	80.3	93.2	97.2	34.3	65.5	85.5	72.2	81.7	88.0	44.7	44.6	36.8	27.0	32.8	31.5	41.2	51.1	69.9	38.8	54.6	72.4

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 49 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険割合)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30年度	3.9	10.8	26.8	4.3	10.7	24.9	8.2	17.7	39.5	3.5	6.1	13.6	11.2	11.7	39.0	3.8	5.7	30.7	3.1	5.2	31.7	4.1	7.9	37.3
R4年度	4.5	11.3	23.9	3.9	11.6	24.1	7.9	19.5	40.5	3.9	7.8	15.3	10.9	11.7	39.6	2.7	5.9	32.8	3.2	6.4	33.8	4.3	7.4	37.2

図表 50 骨折・認知症の状況

E表	⑭						⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)						加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症			
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-		
H30年度	62.3	84.5	71.0	83.8	4.5	16.3	1.7	15.8	8.8	44.0	41.2	72.4		
R4年度	68.8	86.7	70.2	85.4	5.2	17.0	1.6	15.7	10.0	46.9	55.0	77.9		

出典：ヘルスサポートラボツール

ウ 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

さらに若い世代から健診への意識を高めるため若年者健診を継続し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

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

具体的な取組方法は、第4章に記載していきます。

(3) 目標の設定

ア データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。

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疾患である、脳血管疾患及、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を、最終年度にはそれぞれ減少させることを目指します。

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

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

ウ 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を第3期以降も減らしていくことを短期的な目標とします。

さらに、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、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のが重要であるため、特定健診実施率、特定保健指導実施率を向上し、メタボリックシンドローム該当者、重症化予防対象者を減少させることを目指します。詳細は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

エ 管理目標の設定

評価指標は、まず全ての都道府県や県内全ての市町村で設定する指標を含め、本市の実情に

応じて指標(図表 51)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

図表 51 第3期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管理目標	実績		
			初期値 R5年度 (R4)	中間評価 R8年度 (R7)	最終目標 R11年度 (R10)
中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持 ※1	1.77%		維持
		脳血管疾患(脳梗塞)の割合の減少 ※2	0.236		減少
		脳血管疾患(脳出血)の割合の減少 ※2	0.075		減少
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持 ※1	1.68%		維持
		虚血性心疾患(心筋梗塞)の割合の減少 ※2	0.075		減少
		虚血性心疾患(狭心症)の割合の減少 ※2	0.532		減少
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持 ※1	3.93%		維持
		人工透析新規患者数の減少(患者千人当たり) ※3	0.057		減少
		年間新規透析導入者数の減少(人)	7		減少
		糖尿病を合併した新規透析導入患者数(割合)の減少	6 (85.7%)		減少
短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	健診受診者のⅡ度高血圧以上未治療者の割合の減少(160/100以上) ※1	5.6%		減少
		健診受診者の脂質異常未治療者の割合の減少(LDLコレステロール180以上) ※1	3.8%		減少
		健診受診者の糖尿病未治療者の割合の減少(HbA1c6.5%以上) ※1	3.6%		減少
		健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少 ※1	1.2%		減少
		健診受診者のHbA1c6.5%以上の者の割合の減少(受診勧奨判定値を超える) ※1	10.7%		減少
		健診受診者のうち、Ⅱ度高血圧以上未治療者の医療機関受診率の増加	56.8%		増加
		健診受診者のうち、脂質異常未治療者の医療機関受診率の増加(LDLコレステロール180以上)	(男性) 33.3%		増加
		健診受診者のうち、糖尿病未治療者の医療機関受診率の増加(HbA1c6.5以上)	70.7%		増加
		健診受診者のうち、糖尿病未治療者の医療機関受診率の増加(HbA1c8.0以上)	77.8%		増加
		メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)該当者及び予備群の減少率(H20年度比)	△2.2%		25%以上
アウトカム指標	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少する	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	19.2%		25%以上
		特定健診実施率	45.3%		60%以上
		特定保健指導実施率	89.6%		80%以上

※1 KDBシステム2次加工(「データヘルス計画作成・評価支援ツール」「健診結果集計ツール」)

※2 疾病別医療費分析(細小分類)被保険者千人当たりレセプト件数-入院の状況

※3 医療費分析(細小分類)患者千人当たり人工透析新規患者数(当月発症)

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1 第4期特定健康診査等実施計画について

高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

第3期特定健康診査等実施計画が令和5年度で満了となることから、令和6年度から令和11年度までの6年間を計画期間とする第4期特定健康診査等実施計画を策定します。

2. 第3期計画の評価

(1) 特定健診実施率の推移と健診体制整備

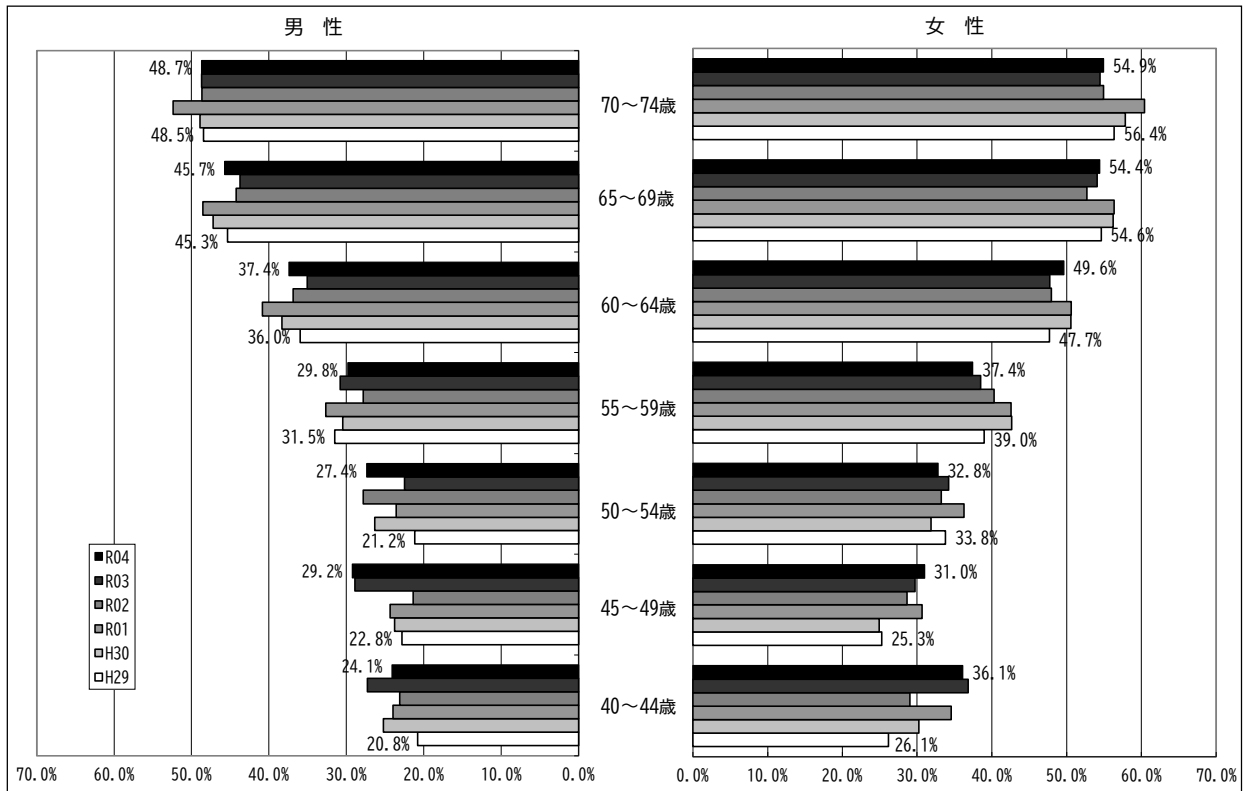
本市の特定健診実施率は、令和元年度には47.1%まで伸びました。新型コロナウイルス感染症の影響で令和2年度は実施率が低下しましたが、令和3年度以降少しずつ回復傾向となっています(図表52)。

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に30代の若年者健診も実施し、40～50代の健診実施率は増加傾向ではありますが、60代以上の実施率と比較すると低い状況が続いています(図表53)。

図表52 特定健診実施率の推移と体制整備状況

特定健診等実施計画	第1期	第2期	第3期					
年 度	20	25	30	R1	2	3	4	5
特定健診対象者	19,149	17,020	13,681	13,148	12,976	12,384	11,743	
特定健診受診者	6,852	6,259	6,121	6,192	5,657	5,435	5,314	
実施率(法定報告)	35.8%	36.8%	44.7%	47.1%	43.6%	43.9%	45.3%	
佐伯市目標値	40.0%	40.0%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
健診体制の整備 健診項目の拡大	第1期	H20年度～・HbA1c・クレアチニン・尿酸を必須項目にして開始 ・登録医療機関 35か所の個別健診と厚生連でも受診可能 H23年度～・佐伯市独自基準心電図を追加 ・eGFRの表記を追加 H24年度～・受診券の有効期限を、12月末から2月末へ延長 ・全未受診者へ勧奨はがきの送付、もれ者健診開始(1月)						
	第2期	H28年度～・佐伯市独自 眼底検査を追加 ・個人負担金を無料に ・個別登録医療機関 44か所に						
	第3期	H30年度～・国保広域化により他市の登録医療機関でも受診可能 ・詳細検査の国基準拡大 佐伯市独自の心電図・眼底検査を廃止 ・尿酸が大分県の統一項目から外れたため佐伯市独自で実施 R2年度～・新型コロナウイルス感染拡大防止のため集団健診を予約制に変更 R3年度～・集団健診受診歴(過去1～2年)のある者への受診勧奨を医師会に委託						

図表 53 年代別特定健診実施率の推移



(2) 特定保健指導実施率の推移

特定保健指導は、平成 30 年度以降も大きく実施率が上がり、目標値を達成しています。特定保健指導実施率が高率の要因は、衛生部門とは独立し、特定保健指導専任の従事者を確保できていることなど、効率的に取り組むための体制が整備できていることがあげられます(図表 54)。

図表 54 特定保健指導実施率の推移

特定健診等実施計画	第1期	第2期	第3期					
年 度	20	25	30	R1	2	3	4	5
特定健診受診者	6,852	6,259	6,121	6,192	5,657	5,435	5,314	
特定保健指導対象者	1,109	755	625	576	560	529	508	
積極的支援 該当者数	302	185	127	115	114	119	136	
動機づけ支援 該当者数	807	570	498	461	446	410	372	
特定保健指導対象者の割合	16.2%	12.1%	10.2%	9.3%	9.9%	9.7%	9.6%	
比較) 市町村国保平均	17.6%	12.6%	11.5%	11.3%	10.9%	10.6%	10.0%	
特定保健指導終了者	281	609	500	483	507	488	455	
終了率	25.3%	80.7%	80.0%	83.9%	90.5%	92.2%	89.6%	
比較) 市町村国保平均	22.1%	33.8%	44.8%	47.7%	47.6%	47.3%	49.2%	
特定保健指導従事者	5人	7人	7人	7人	7人	7人/6人	5人	6人
特定保健指導体制の整備	第1期	H20年度～ ・積極的支援と65歳未満動機づけを直営で実施し、65歳以上動機づけは医師会に委託 ・マルチマーカーを使用し健診受診から1か月程度で指導対象者を把握、優先順位の高い者から案内を送付 H23年度～ ・保険課国民健康保険係から健康増進課健診係へ ・医師会へ委託した動機づけ支援の利用者は年々減少し、再度直営専門職に割当（優先順位高い者から）						
	第2期	H25年度～ ・課内共有サーバーを利用した対象者台帳の共有・進捗管理 ・指導委託先に4医療機関を追加したが実績は伸びなかった 65歳以上動機づけ支援対象者全員を、再度直営スタッフに割当 ・結果説明会の開始：健診結果の返却と初回指導を実施						
	第3期	R3年度～ ・特定保健指導の委託機関から医師会が外れる R4～5年度 ・直営専門職の確保困難に伴い、動機づけ支援の一部を虹の会に委託						

(3) 特定保健指導対象者の減少率

特定保健指導対象者の減少率は特定保健指導の効果を測る有用な指標であり、令和5年度に25%以上減少という目標を設定していました。令和4年度は19.2%で市町村国保平均を下回り、目標値の達成はできていません(図表 55)。

図表 55 特定保健指導対象者の減少率(県指標 No. 34)

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定保健指導による 特定保健指導対象者の 減少率 ○内の数字は県内順位	20.4% ⑫	22.3% ④	15.0% ⑩	17.4% ⑫	19.2% ⑭	25%以上
市町村国保平均	21.7%	19.5%	15.6%	19.8%	21.3%	

出典：令和4年度法定報告データ

(4) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

平成20年度と比べた減少率は、令和3年度-2.2%でした(図表56)。

図表 56 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
メタボリックシンドローム 該当者及び予備群の減少率 (H20年度比)	5.7%	4.6%	-1.2%	-2.2%	未確定

出典：大分県国保連合会提供(特定健診・特定保健指導実施結果総括表 保険者別)

3 目標値の設定

(1) 特定健診・特定保健指導実施の基本的な考え方

国は基本指針において、市町村国保が設定すべき項目と令和11年度(2029年度)時点における目標値を掲げており、各保険者の目標値はその値を踏まえて設定することとしています(図表57)。

図表 57 全国目標

項目	第2期	第3期	第4期
	H29年度までの 目標	R5年度までの 目標	R11年度までの 目標
①特定健診実施率	60%以上	60%以上	60%以上
②特定保健指導実施率	60%以上	60%以上	60%以上
③メタボリックシンドロームの 該当者及び予備群の減少率	25%以上 (H20年度比)	25%以上 (H20年度比)	25%以上 (H20年度比)

(2) 佐伯市の目標の設定

国の定める目標を達成するため、第3期計画期間の実績や県共通の評価指標を踏まえ、第4期計画期の各年度における目標値を次のとおり設定します(図表58)。

図表 58 佐伯市の目標値

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診実施率	46%	48%	51%	54%	57%	60%以上
特定保健指導実施率	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	25%以上	25%以上	25%以上	25%以上	25%以上	25%以上
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率(H20年度比)	25%以上	25%以上	25%以上	25%以上	25%以上	25%以上

4 対象者の見込み

(1) 特定健診対象者の定義

特定健診の実施年度中に 40～74 歳となる佐伯市国民健康保険加入者を対象とします。実施年度の一年間を通じて加入している者(年度途中での加入・脱退等の異動のない者)のうち、妊産婦等除外規定の該当者(長期入院、刑務所入所中等)を除いた者が対象者となります。

(2) 特定保健指導対象者の定義

特定健診の結果、腹囲の他、血糖・血圧・脂質が保健指導判定値を超えている者のうち、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く者としてします。

また、追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、積極的支援の対象者が動機づけ支援の対象者が異なります。

(3) 特定健診・特定保健指導の対象者数、受診者数の見込み

以上の定義に基づき設定した年度毎の受診者(実施者)数見込みは、次のとおりです(図表 59)。

対象者数を第3期計画期間の特定健診対象者数の推移及び特定保健指導対象者割合に基づき推計し、これらに年度別目標値を乗じて算出しています。

図表 59 対象者数の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	12,416人	11,966人	11,516人	11,066人	10,616人	10,166人
	受診者数	5,711人	5,743人	5,873人	5,975人	6,051人	6,099人
特定保健指導	対象者数	571人	574人	586人	598人	605人	610人
	受診者数	457	459人	469人	478人	484人	488人

5 特定健診の実施

(1) 実施方法

特定健診については、被保険者が受診しやすい健診体制を構築するため、巡回型集団健診と医療機関個別健診及び集団施設健診を外部委託にて実施します。個別健診においては 18 保険者と大分県医師会で集合契約を締結し、佐伯市外の特定健診登録医療機関においても受診が可能です。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、市町村国保側の代表保険者と県医師会が集合契約を行います。また、これまで同様に、集団健診においては他保険者(全国健康保険協会・後期高齢者広域連合等)の対象者も受診できる体制とし、がん検診も含めて円滑な実施を図ります(図表 60)。

図表 60 特定健診の実施形態

健診の種類	実施場所	同時に受診できる検診	委託機関	契約形態
集団健診	和楽、各保健センター 各地区コミュニティセンター等	がん検診 (肺・大腸・胃)	佐伯市医師会 健診センター	個別契約
個別健診	佐伯市内を含む 大分県内の特定健診登録医療機関	がん検診(一部医療機関 で5がん検診)	大分県医師会	代表保険者と 大分県医師会 の集合契約
集団 施設健診	南海医療センター健康管理センター 大分県厚生連健康管理センター	5がん検診	各施設	個別契約

(2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、および実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、佐伯市及び大分県国保連合会のホームページに掲載します。
(参照) URL : <https://www.oita-kokuhoren.or.jp/>

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目を基本に、大分県市町村国保統一方針で実施している項目と佐伯市独自項目を追加し、図表 61 のとおりとします。

佐伯市独自項目である尿酸値は、有所見者割合が男女ともに全国と比較して高く、特に 40～64 歳の男性で高くなっています(図表 62)。尿酸は血圧や血糖などと同様に、内臓脂肪の蓄積に起因する代謝異常で高値となり、血管内皮を傷つけ動脈硬化に繋がることから、脳・心血管疾患や透析予防の視点からも重要であると考え、検査項目とします。

詳細な健診項目として眼底検査を実施しており、図表 63 のとおり国が定めた検査基準は収縮期血圧 140mmHg 以上、拡張期血圧 90mmHg 以上となっていますが、健診体制等の都合から現在は収縮期血圧 160mmHg 以上、拡張期血圧 100mmHg 以上と独自の基準となっているため、今後健診機関と協議しながら必要な対象者全員に実施できるよう取組む必要があります。

図表 61 特定健診の内容

区分	項目		備考	
基本項目 (全員実施)	問診 (既往歴等)	身長・体重・肥満度・腹囲	(第4期からの変更点) 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 特定保健指導の受診歴を確認する質問項目に修正	
		診察		
		血圧		
		血液検査		
	血液検査	1	中性脂肪	HbA1cを必須とするが、空腹時血糖又は随時血糖を上乗せ実施する(大分県市町村国保統一方針) (第4期からの変更点) 血中脂質検査における中性脂肪において、やむを得ず空腹時以外で中性脂肪を測定する場合は、食直後を除き随時中性脂肪による血中脂質検査を可とした
		2	HDLコレステロール	
		3	LDLコレステロール	
		4	GOT (AST)	
		5	GPT (ALT)	
		6	γGTP (γGT)	
7		血糖 (空腹時・随時)		
8		HbA1c		
尿検査	尿糖・尿蛋白			
独自項目 (保険者)	血清クレアチニン (eGFRによる腎機能の評価)		大分県市町村国保統一方針詳細又は独自検診として、全員に実施	
	尿酸		佐伯市独自に集団健診および佐伯市内登録医療機関にて実施	

図表 62 健診データのうち有所見の高い項目や年代を把握する(R4年度)

性別	BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	外アソニ	
	25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3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	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	
全国	34.2	55.3	28.1	21.4	7.1	34.9	57.8	12.4	50.2	26.4	45.6	2.5	
県	9,281 34.2	14,326 52.8	6,695 24.7	5,750 21.2	1,857 6.8	12,388 45.6	17,602 64.9	744 2.7	13,491 49.7	7,302 26.9	12,213 45.0	910 3.4	
保険者	合計	849 37.1	1,250 54.6	672 29.3	494 21.6	181 7.9	1,213 52.9	1,507 65.8	327 14.3	1,235 53.9	786 34.3	968 42.3	82 3.6
	40-64	268 43.4	343 55.5	208 33.7	198 32.0	42 6.8	256 41.4	356 57.6	103 16.7	256 41.4	260 42.1	310 50.2	8 1.3
	65-74	581 34.7	907 54.2	464 27.7	296 17.7	139 8.3	957 57.2	1,151 68.8	224 13.4	979 58.5	526 31.4	658 39.3	74 4.4
女性	BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	外アソニ	
	25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3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	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	
全国	21.4	18.8	15.6	9.0	1.2	22.0	56.5	1.8	45.3	16.9	54.1	0.3	
県	8,446 22.6	7,318 19.6	5,070 13.6	3,381 9.0	404 1.1	11,091 29.7	23,993 64.2	134 0.4	16,801 44.9	6,815 18.2	19,980 53.4	113 0.3	
保険者	合計	671 22.1	557 18.3	460 15.2	285 9.4	29 1.0	973 32.0	1,982 65.3	62 2.0	1,460 48.1	699 23.0	1,541 50.8	13 0.4
	40-64	180 23.7	123 16.2	124 16.4	90 11.9	10 1.3	191 25.2	400 52.8	21 2.8	237 31.3	184 24.3	400 52.8	3 0.4
	65-74	491 21.6	434 19.1	336 14.7	195 8.6	19 0.8	782 34.3	1,582 69.4	41 1.8	1,223 53.7	515 22.6	1,141 50.1	10 0.4

注)全国については有所見割合のみ表示

図表 63 詳細な健診項目(医師判断による追加項目：第4期基準)

項目	実施できる条件(基準)	
心電図	当該年度の健診結果において、①または②に該当	
	①血圧	収縮期血圧：140mmHg以上 または 拡張期血圧：90mmHg以上
	②問診等において不整脈が疑われる者	
眼底	当該年度の健診結果等において、①血圧がa、b ②血糖がa、b、cのいずれかに該当	
	①血圧 ※1	a 収縮期血圧：140mmHg以上 b 拡張期血圧：90mmHg以上
	②血糖	a 空腹時血糖：126mg/dl以上 b HbA1c(NGSP)：6.5%以上 c 随時血糖：126mg/dl以上
	当該年度の基準に該当しない(健診当日に血糖値が確認できない場合含む)場合は、 前年度の血糖検査が②のa、b、cいずれかに該当した者	
貧血	貧血の既往歴を有する者 または 視診等で貧血が疑われる者	
血清クレアチニン	当該年度の健診結果等において、①血圧がa、b ②血糖がa、b、cのいずれかに該当	
	①血圧	a 収縮期血圧：130mmHg以上 b 拡張期血圧：85mmHg以上
	②血糖	a 空腹時血糖：100mg/dl以上 b HbA1c(NGSP)：5.6%以上 c 随時血糖：100mg/dl以上

※1 佐伯市医師会基準において実施(収縮期血圧:160mmHg 以上・拡張期血圧 100mmHg 以上)

(5) 年間実施スケジュール

特定健診、特定保健指導は図表 64 の年間スケジュールに基づき円滑な実施に努めます。

図表 64 健診・保健指導年間スケジュール

	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 ↓ 受診券の送付(随時)	(特定保健指導の実施)
5月		受診勧奨の開始(通年) 特定健診の開始	健診データ抽出(前年度)
6月		特定健康診査・がん検診の広報 ↓ 連合会の請求を受け期限までに支払い	↓
7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	↓
8月			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	契約に関わる		受診・実施率実績の算出
11月	予算手続き		連合会への報告 (ファイル作成・送付)
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

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

(8) 未受診者対策

特定健診の実施率向上のため、目標に向かって進捗状況管理や PDCA サイクルを実践しながら検証を行い、年間を通して効果のある未受診者対策に取り組めます(図表 65)。

図表 65 年間の未受診者対策内容

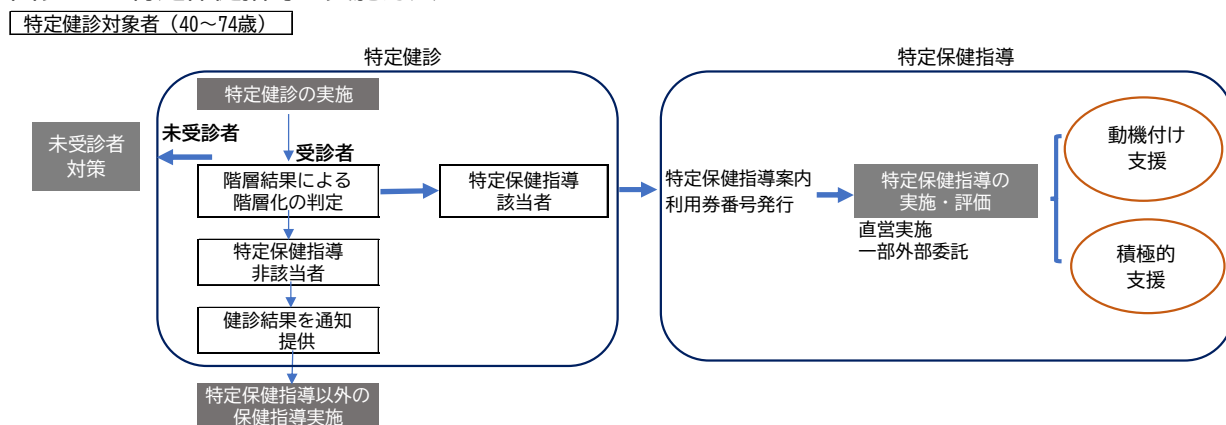
行政	市	<ul style="list-style-type: none"> ・ターゲットを絞った受診勧奨（前年度の受診勧奨後の受診状況をみながら対象者を選定） 新40歳及び国保新規加入者へ訪問による受診勧奨 前年度途中加入者かつ健診未受診者へ訪問による受診勧奨 過去10年以内に受診歴があり、過去5年間受診歴がない者 前年度未受診へ電話による受診勧奨 乳がん検診時の受診勧奨 当該年度未受診者へ電話による受診勧奨 ・未受診者はがきによる受診勧奨（受診行動別・受診券付き） ・受診啓発オリジナルポスターやリーフレットの作成・配布 ・イベントでの健診事業の紹介 ・国保窓口、振興局での健診の受け方のちらし配布 ・大分県信用組合との包括連携協定のPR
	事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・自治委員会、民生児童委員、老人クラブ等への受診勧奨 ・食生活改善普及推進委員等への受診勧奨 ・市が実施している健診事業の紹介 ・事業所健診結果提出の依頼
	医師会等	<ul style="list-style-type: none"> ・医師会を通じて医療機関へ受診勧奨の協力依頼 ・薬剤師会のイベント時に受診勧奨チラシを配布 ・全医療機関、歯科医院、調剤薬局への受診啓発オリジナルポスターの提示
	その他	<ul style="list-style-type: none"> ・市報、ホームページ、ケーブルテレビを活用した啓発

6 特定保健指導の実施

(1) 特定健診から保健指導実施の流れ

健診結果から特定保健指導の標準的な流れは図表 66 のとおりです。対象者の基準と指導実施内容、及び第4期計画での変更点は図表 67、68、69 のとおりです。特に第4期からは評価指標としてアウトカム評価が導入され、腹囲や体重の改善が達成目標となり成果を出す指導が求められます。そのためより一層、保健指導の質の向上に努めます。

図表 66 特定保健指導の実施方法



図表 67 特定保健指導の対象者抽出基準(階層化)

①腹囲	男性… 85cm以上 女性… 90cm以上
または	
②BMI…	25以上
+追加リスク数をカウント	
③血糖高値	aまたb a 空腹時血糖…100mg/dl以上 b HbA1c(NGSP)…5.6%以上 ※両方測定の場合は、空腹時血糖優先
④血圧高値	aまたb a 収縮期血圧…130mmHg以上 b 拡張期血圧…85mmHg以上
⑤脂質異常	aまたb a 空腹時中性脂肪…150mg/dl以上 または随時中性脂肪175mg/dl以上 (原則、空腹時中性脂肪優先) b HDLコレステロール…40mg/dl未満
+	
⑥喫煙	

	追加リスク		年齢	
	③血糖 ④血圧 ⑤脂質	⑥喫煙	40歳～64歳	65歳～74歳
①腹囲該当	2つ以上	あり	積極的支援	動機づけ支援
	1つ	なし		
腹囲非該当	3つ	あり	積極的支援	動機づけ支援
②BMI該当	2つ	なし		
	1つ	あり		

注)赤字は変更点

図表 68 特定保健指導実施内容

階層化	動機づけ支援	積極的支援
支援内容	<p>(ア)初回面接 メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識及び生活習慣改善の必要性を説明、栄養・運動等の生活習慣改善に必要な実践的な指導、行動目標の作成</p> <p>(イ)3か月後の評価 身体状況や生活習慣に改善がみられたかについての確認、行動目標の達成状況の確認と評価 状況に応じて6か月後の評価も可能</p>	<p>(ア)初回面接 左記に同じ</p> <p>継続支援(ポイント制) 面接、電話、手紙、電子メール等を利用した支援 (行動目標の実施状況の確認、実践的な指導、賞賛や励まし、中間評価)</p> <p>(イ)3か月後の評価 左記に同じ 2年連続積極的支援に該当した者で前年度の健診結果に比べて下記条件を達した場合 (BMI<30)腹囲1cm以上 かつ 体重1kg以上 減少 (BMI≥30)腹囲2cm以上 かつ 体重2kg以上 減少 動機づけ支援相当の特定保健指導を可とする</p>

図表 69 第4期(2024年以降)における特定保健指導の変更点

特定保健指導の見直し	<p>(1)評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。 プロセス評価は、介入方法により個別支援、グループ支援、電話、電子メール等とし、時間に比例したポイント設定ではなく、介入1回ごとの評価とした。</p>
	<p>(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。</p>
	<p>(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。</p>
	<p>(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に取得を行えることとした。</p>
	<p>(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。</p>

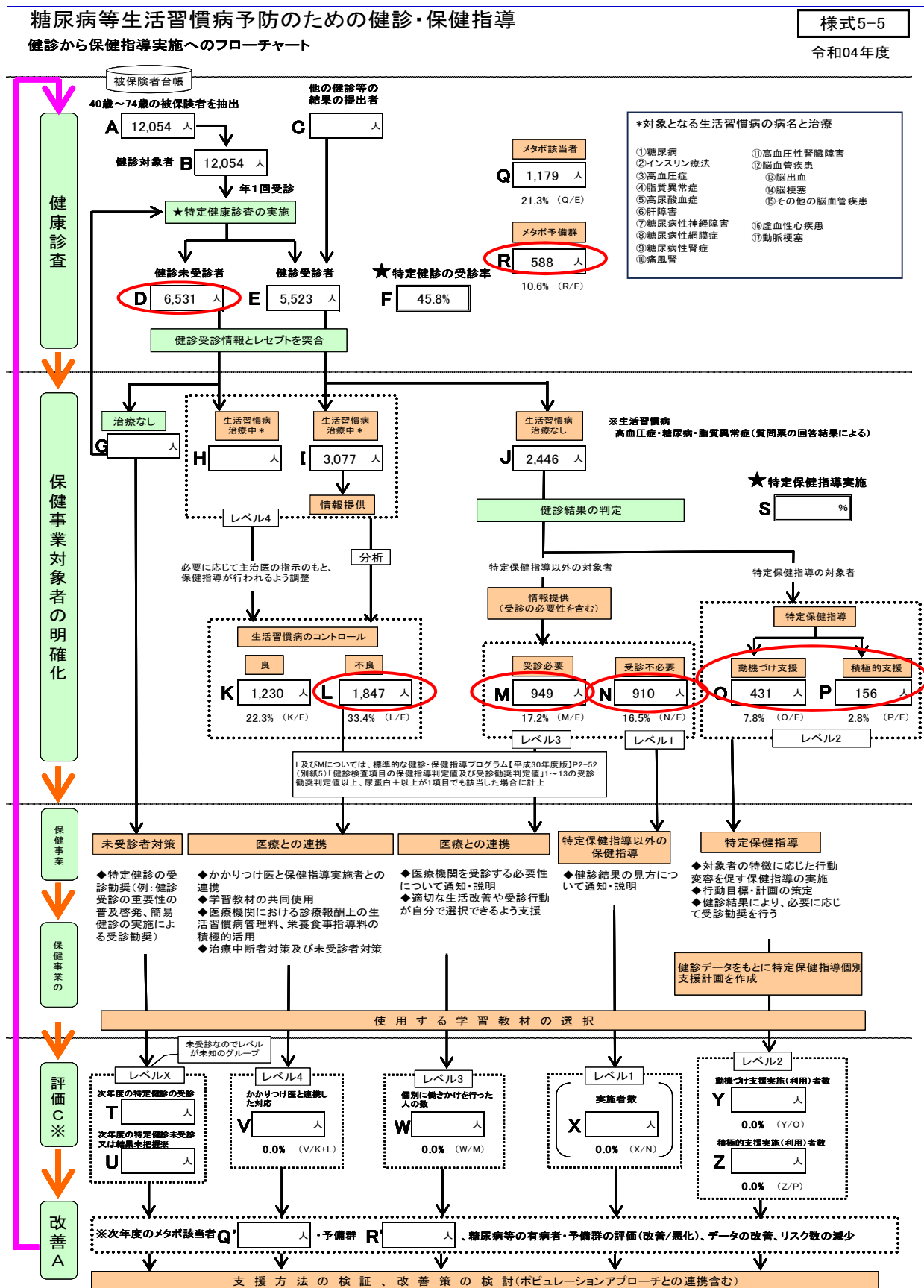
出典：特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）

(2) 保健指導対象者の抽出方法と優先順位

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式 5-5(図表 70)をもとに、健診結果から特定保健指導とその他の保健指導対象者を明確にし、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

そして、保健指導レベルごとに、個々のリスク(特にHbA1c・血糖、LDL、血圧等のレベル、eGFR・尿蛋白の有無)を評価しながら必要な保健指導を実施します(図表 71)。

図表 70 健診から保健指導へのフローチャート（様式 5-5）



出典：ヘルスサポートラボツール

図表 71 保健指導対象者の優先順位と対象者数の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	R4年度実績からの対象者数見込 (受診者の〇%)	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	587人 (10.6%)	80%以上
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	949人 (17.2%)	Ⅱ度高血圧以上については 100%
3	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	910人 (16.5%)	100%
4	L	情報提供	◆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 ◆医療機関における活習慣病管理 ◆栄養食事指導の積極的活用 ◆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	1847人 (33.4%)	Ⅱ度高血圧以上については 100%

(3) 実施形態

特定保健指導は直営を基本とし、一部外部委託で実施します。直営実施は、執行委任を受けた健康増進課健診系の保健師、管理栄養士が家庭訪問や和楽等で個別保健指導を実施します。特定保健指導対象者以外の保健指導については、健康増進課保健係と協力して実施します。また、特定健診の結果に応じて糖負荷検査を希望者に実施しており、保健指導に活かしています。

7 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

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

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

(2) 特定健診・特定保健指導の記録の管理・保存期間について

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

8 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月上旬までに報告します。

9 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項に基づき、計画は、佐伯市ホームページ等へ掲載し公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

1 保健事業の方向性

第2章では、分析結果から見えてきた健康課題に対し、中長期的・短期的な目標を掲げました。それらの目標を解決するために、効果的かつ効率的な保健事業を以下の視点を中心に行います。

- ・重症化予防の取組
(脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症、肥満・メタボリックシンドローム)
- ・ポピュレーションアプローチ
- ・特定健診未受診者対策（特定健診実施率・特定保健指導実施率の向上）
- ・高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施
- ・ライフサイクルの視点で見た発症予防
- ・その他の保健事業

2 重症化予防の取組

特定健診受診者のうち、各ガイドラインに基づき脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者を抽出すると、2,120人(38.4%)です。そのうち治療なしが627人(25.6%)を占め、さらに臓器障害があり、直ちに取組むべき対象者が273人(43.5%)です。

また、重症化予防対象者のうち、特定保健指導対象と重なる者が、627人中310人と約半数であり、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ります(図表72)。

なお、取組を進めるにあたり、国保が所有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、医療機関受診状況を踏まえて各選定基準に基づく該当者数の把握を行います。

保健指導については、図73の流れで、PDCAに沿って実施していきます。

図表 72 脳・心・腎を守るために

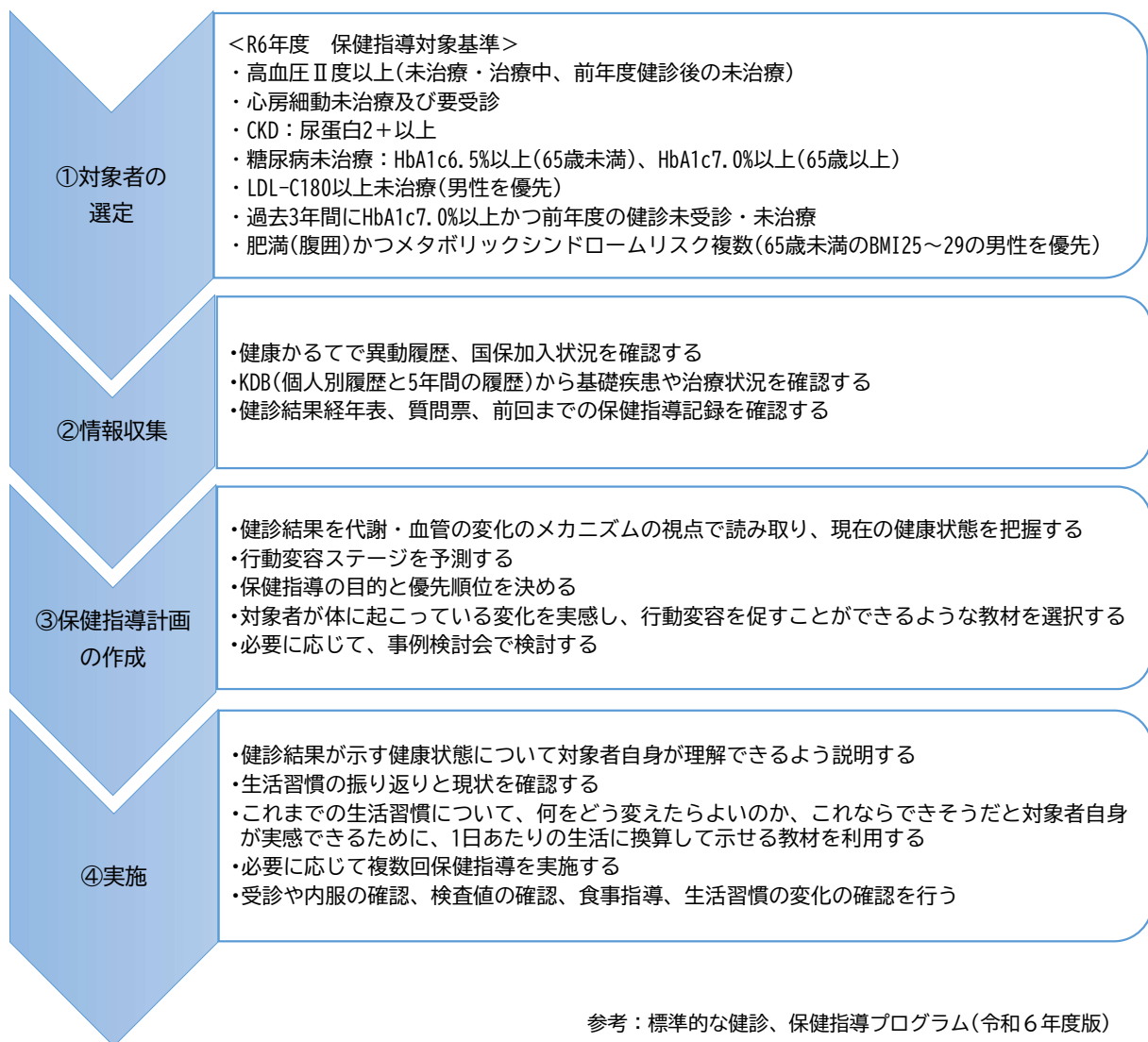
脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)																															
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	5,523人	45.8%																														
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	<table border="1"> <tr> <td>クモ膜下出血 (5.6%)</td> <td>脳出血 (18.5%)</td> <td>脳梗塞 (75.9%)</td> </tr> <tr> <td>心原性 脳塞栓症 (27.7%)</td> <td>ラクナ 梗塞 (31.2%)</td> <td>アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">※脳卒中 データバンク 2015年4月</td> </tr> <tr> <td colspan="3">非心原性脳梗塞</td> </tr> </table>	クモ膜下出血 (5.6%)	脳出血 (18.5%)	脳梗塞 (75.9%)	心原性 脳塞栓症 (27.7%)	ラクナ 梗塞 (31.2%)	アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)	※脳卒中 データバンク 2015年4月			非心原性脳梗塞			<table border="1"> <tr> <td>心筋梗塞</td> <td>労作性 狭心症</td> <td>安静 狭心症</td> </tr> </table>	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症			■各疾患の治療状況 <table border="1"> <tr> <td></td> <td>治療中</td> <td>治療なし</td> </tr> <tr> <td>高血圧</td> <td>2,251</td> <td>3,272</td> </tr> <tr> <td>脂質異常症</td> <td>1,492</td> <td>4,031</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>631</td> <td>4,824</td> </tr> <tr> <td>3疾患 いづれか</td> <td>3,077</td> <td>2,446</td> </tr> </table> ※開診結果による			治療中	治療なし	高血圧	2,251	3,272	脂質異常症	1,492	4,031	糖尿病	631	4,824	3疾患 いづれか	3,077	2,446
クモ膜下出血 (5.6%)	脳出血 (18.5%)	脳梗塞 (75.9%)																																		
心原性 脳塞栓症 (27.7%)	ラクナ 梗塞 (31.2%)	アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)																																		
※脳卒中 データバンク 2015年4月																																				
非心原性脳梗塞																																				
心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症																																		
	治療中	治療なし																																		
高血圧	2,251	3,272																																		
脂質異常症	1,492	4,031																																		
糖尿病	631	4,824																																		
3疾患 いづれか	3,077	2,446																																		
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)																														
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)																														
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者																													
該当者数	321 5.8%	27 0.5%	163 3.0%	150 2.7%	1,179 21.3%	379 6.9%	707 12.8%																													
治療なし	184 5.6%	3 0.1%	153 3.8%	117 2.9%	204 8.3%	172 3.6%	211 8.6%																													
(再掲) 特定保健指導	66 20.6%	2 7.4%	51 31.3%	40 26.7%	204 17.3%	33 8.7%	78 11.0%																													
治療中	137 6.1%	24 0.8%	10 0.7%	33 2.2%	975 31.7%	207 32.8%	496 16.1%																													
臓器障害 あり	73 39.7%	3 100.0%	30 19.6%	31 26.5%	61 29.9%	44 25.6%	211 100.0%																													
CKD(専門医対象者)	30	2	20	25	37	31	211																													
心電図所見あり	58	3	13	9	36	18	27																													
臓器障害 なし	111 60.3%	--	123 80.4%	86 73.5%	143 70.1%	128 74.4%	--																													
							重症化予防対象者 (実人数)																													
							2,120 38.4%																													
							627 25.6%																													
							310 14.6%																													
							1,493 48.5%																													
							273 43.5%																													

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 73 重症化予防対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ

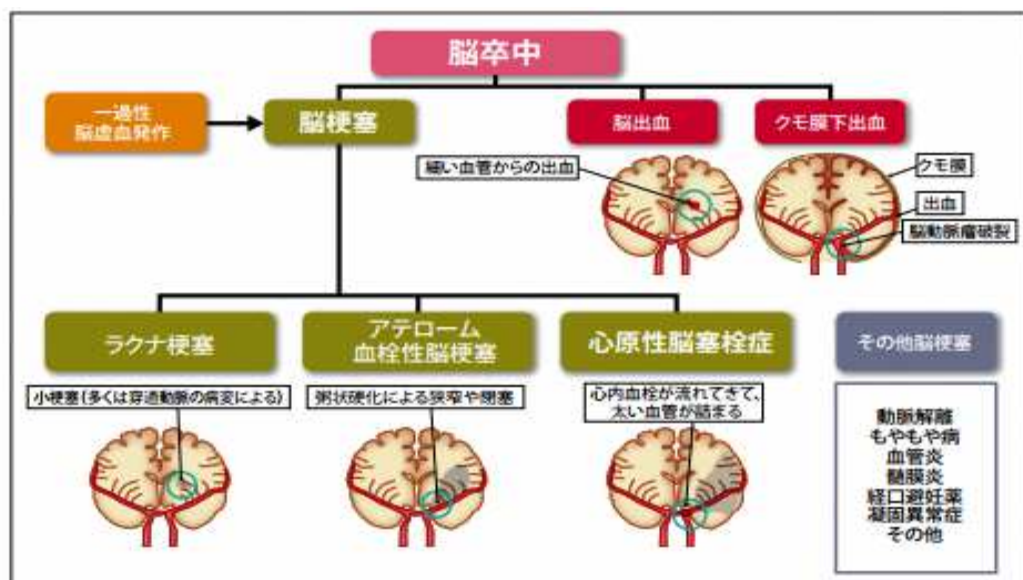


(1) 脳血管疾患重症化予防

ア 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます(図表 74・75)。

図表 74 脳卒中の分類



引用：脳卒中予防の提言

図表 75 脳血管疾患とリスク因子

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

引用：脳卒中予防の提言

イ 対象者の明確化

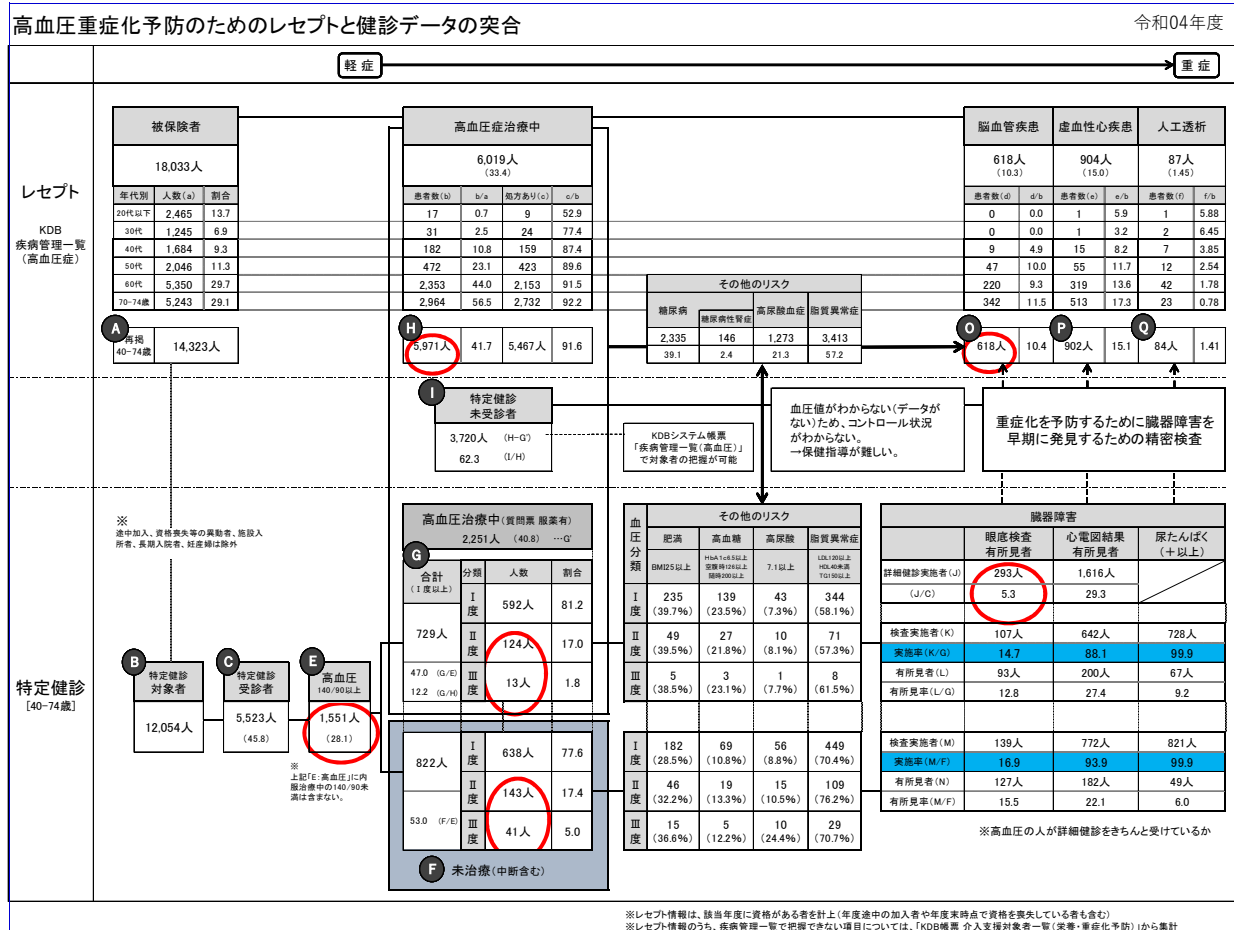
(ア) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 76 でみると、40～74 歳の高血圧治療者 5,971 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 618 人(10.4%・O)でした。健診結果をみると、特定健診受診者のうち、Ⅱ度高血圧以上が 321 人(5.8%)、そのうち 184 人(57.3%・F)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じた受診勧奨が必要です。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 137 人(18.8%・G)います。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ります。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)を 293 人(5.3%)に実施しました。国の眼底検査(詳細検査)の条件は、I 度高血圧以上の場合となっており、対象者は 1,551 人(28.1%・E)です。第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

図表 76 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

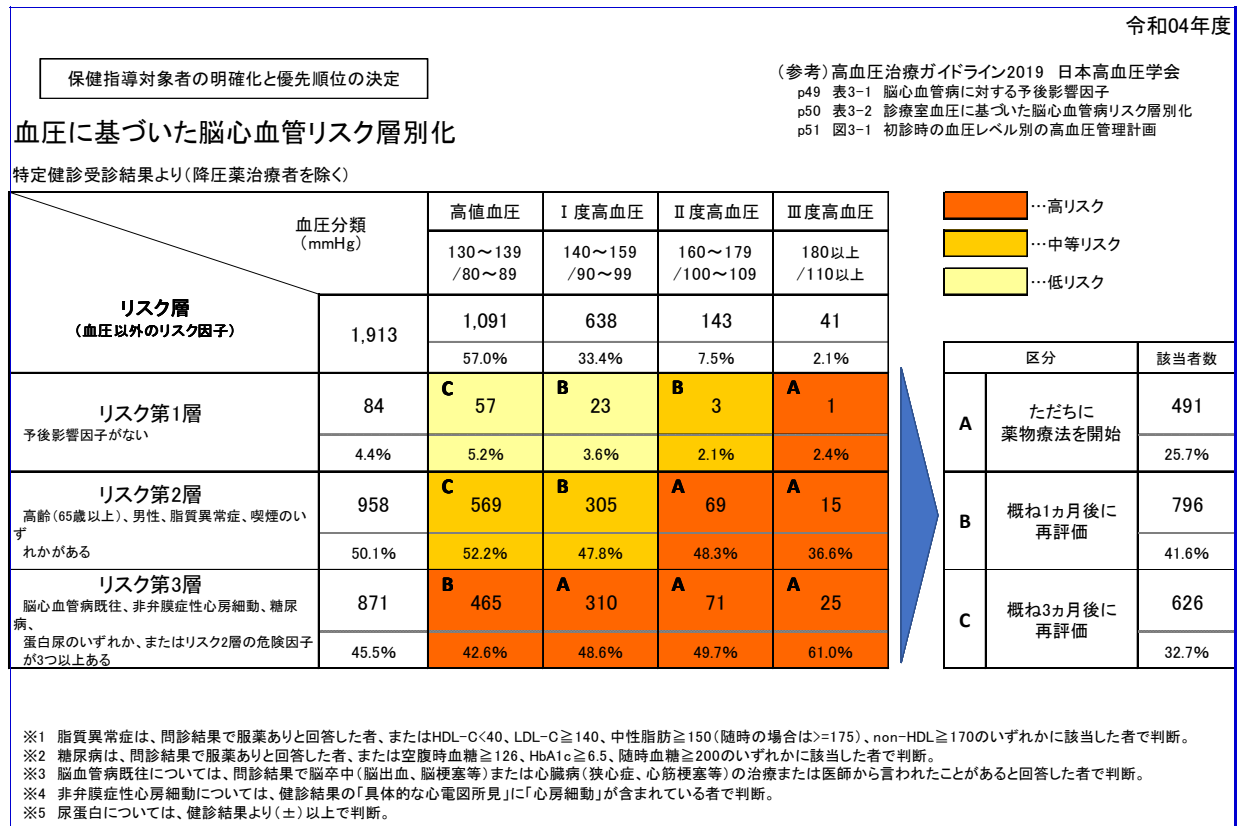


(イ) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患は高血圧だけでなく、他のリスク因子、臓器障害、脳心血管病の有無と深く関与します。そのため健診受診者においても高血圧と他のリスク因子で層別化し対象者を明確にしていける必要があります。

図表 77 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表(降圧薬治療者を除く)です。「ただちに薬物療法を開始」とされる区分 A 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適切な受診勧奨に取組みます。その際、家庭血圧測定への勧めや血圧手帳の活用を促していきます。

図表 77 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化



(ウ) 心電図検査における心房細動の実態

図表 78 心房細動と心原性脳塞栓症



引用: 脳卒中予防の提言

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症する脳梗塞の一つです。脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。心原性脳塞栓症の最大の原因である心房細動は、心電図検査によって早期に発見することが可能です。

特定健診時の心電図検査において、心房細動の有所見者は 27 人でした。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています(図表 79)。また、心房細動有所見者(75 歳到達者を除く)25 人のうち 16 人は既に治療が開始されていましたが、9 人は未治療でした(図表 80)。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。さらに、心房細動の有所見者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の対象者の拡充を検討していきます。

図表 79 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	2,377	3,149	777	32.7%	841	26.7%	24	3.1%	3	0.4%	--	--
40代	184	175	39	21.2%	21	12.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	235	259	68	28.9%	55	21.2%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	883	1,302	303	34.3%	343	26.3%	7	2.3%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70~74歳	1,075	1,413	367	34.1%	422	29.9%	17	4.6%	3	0.7%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

※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

図表 80 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
25	9	36.0%	16	64.0%

R4年度 佐伯市調べ

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、対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材等を活用し対象者がイメージしやすいように心掛けます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であ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います。治療中でリスクが高い場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

(イ) 対象者の管理

a II度高血圧以上の者の管理

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、高血圧台帳や血圧評価表を活用し、未治療者や中断者の把握に努め、受診勧奨を行います。

b 心房細動未治療者の管理

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

(ウ) 血管変化を踏まえた保健指導

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。医療機関等で実施された以下の検査の結果等を保健指導に活かして

いきます。

「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ます。

- 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)、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

エ 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けて、医療機関と連携した保健指導を実施していきます。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きます。

オ 高齢者福祉部門(介護部門)との連携

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

カ 評価

評価は、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価については、データヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

短期的評価

- (ア) II 度高血圧以上の者に対する評価
 - a 保健指導実施率
 - b 医療機関受診率
 - c 家庭血圧の測定の有無や値の改善の状況
 - d 翌年度の健診受診率

- (イ) 心房細動未治療者に対する評価
 - a 受診勧奨対象者への介入率
 - b 医療機関受診率
 - c 医療機関未受診者への再勧奨率

キ 実施体制及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5月～特定健診結果が届き次第、重症化予防台帳に記載。順次、対象者へ介入。

図表 81 重症化予防対象者に保健指導するまでのスケジュール

重症化予防対象者への訪問実施までのスケジュール		実施者
① 対象者の抽出（月2回）	・ 健診データの取り込み	健診係
	・ 健診結果、質問票により階層化	
	・ 重症化予防台帳の作成	保健係(台帳担当)
	・ 訪問担当者へ周知	
② 情報収集	・ 健診結果経年表を印刷	
	・ KDBから個人別履歴、5年間の履歴を印刷	保健係(訪問担当)
	・ 過去の指導記録を確認	
③ 保健指導計画の作成	・ 健診結果を読み取り、保健指導計画を作成	
	・ 指導用資料を準備	保健係(訪問担当)
	・ 必要時、事例検討会を実施	
④ 訪問実施・記録	・ 訪問実施	
	・ 訪問記録を作成	保健係(訪問担当)
	・ 台帳に訪問実施日を入力	
⑤ 評価（年3回：9月・12月・3月）	・ 対象者の医療機関受診状況の確認	保健係(訪問担当)
	・ 対象者の医療機関受診状況、保健指導実施状況の集計	保健係(台帳担当)

(2) 虚血性心疾患重症化予防

ア 基本的な考え方

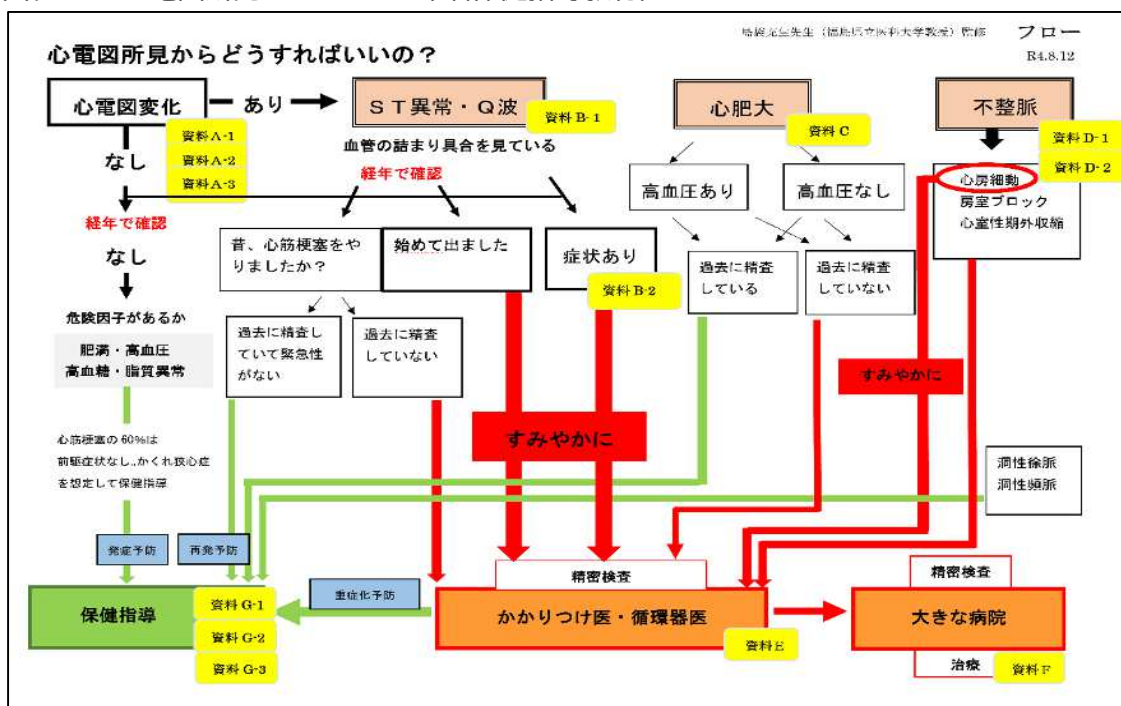
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

イ 対象者の明確化

(ア) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準は、図表 82 に基づいて考えます。

図表 82 心電図所見からのフロー図(保健指導教材)



(イ) 重症化予防対象者の抽出

a 心電図検査からの把握

心電図検査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ます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の一つであり、「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから、心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は高血圧、高血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

心電図検査を1,655人(29.1%)に実施し、有所見者が535人(32.3%)、その内ST-T変化の所見が79人(14.8%)でした(図表83)。

また、有所見者のうち要受診が89人(15.3%)で、その後の受診状況をみると29人(32.6%)は未受診でした(図表84)。

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高血圧、高血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じた受診勧奨を行い、要受診者が確実に医療機関を受診できるよう徹底していきます。さらに、本市ではI度高血圧以上の者や問診等において不整脈が疑われる者へ心電図検査を実施していますが、男性における虚血性心疾患の死亡率が高いことが健康課題でもあるため、心電図検査の対象者の拡充を検討していきます。

図表 83 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
		実施者数 A		有所見者数 B		ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		人数	割合	人数	割合	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	1,655	29.1%	535	32.3%	1	0.2%	79	14.8%	26	4.9%	8	1.5%	21	3.9%	99	18.5%	27	5.0%	89	16.6%
	男性	799	32.5%	296	37.0%	1	0.3%	27	9.1%	14	4.7%	6	2.0%	16	5.4%	65	22.0%	24	8.1%	54	18.2%
	女性	856	26.5%	239	27.9%	0	0.0%	52	21.8%	12	5.0%	2	0.8%	5	2.1%	34	14.2%	3	1.3%	35	14.6%

R4年度 佐伯市調べ

図表 84 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者 (a)		要精査 (b)		医療機関受診あり (c)		受診なし (d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	580		89	15.3%	60	67.4%	29	32.6%
男性	317	54.7%	51	16.1%	34	66.7%	17	33.3%
女性	263	45.3%	38	14.4%	26	68.4%	12	31.6%

R4年度 佐伯市調べ

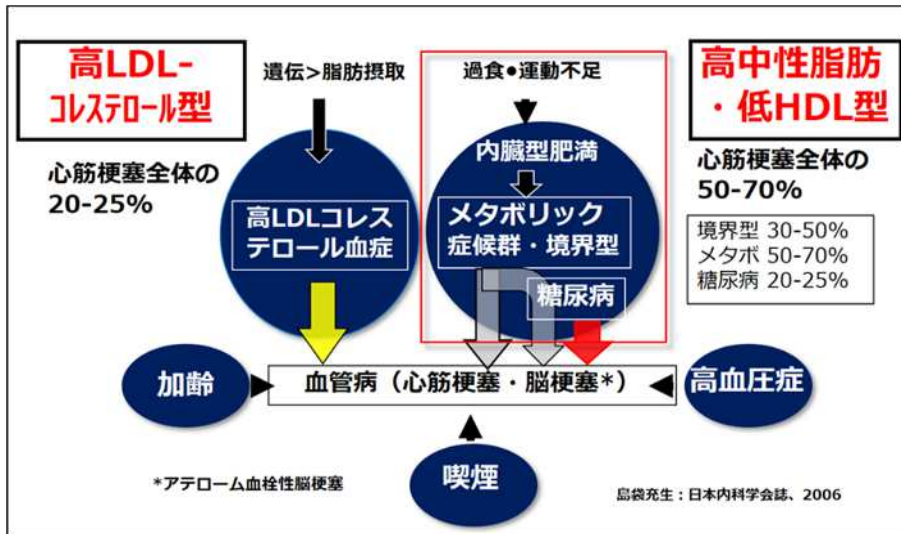
b 心電図以外からの把握

虚血性心疾患はメタボリックシンドロームまたは LDL-C に深く関連することから(図表 85)、心電図検査で「異常がない」または心電図検査を「実施していない」が、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の60%は前駆症状ないため)積極的に保健指導を行う必要があります。

メタボリックシンドロームについては、第4章「2(4)肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」を参照します。

高 LDL-C の対象者を健診結果で見ると、LDL160～179mg/dl 以上が 328 人(14.8%)、LDL180mg/dl 以上は 153 人(6.9%)です。個人のリスクにより LDL 管理目標が異なることから、個々に応じた保健指導が必要です(図表 86)。

図表 85 心血管病を起こしやすい人



図表 86 冠動脈疾患予防からみた LDL-C 管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定 令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標 (参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果 (LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
2,215			1,064	670	328	153	34	60	231	156	
			48.0%	30.2%	14.8%	6.9%	7.1%	12.5%	48.0%	32.4%	
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	200	106	56	24	14	17	21	0	0
			9.0%	10.0%	8.4%	7.3%	9.2%	50.0%	35.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	818	350	275	132	61	5	10	124	54
			36.9%	32.9%	41.0%	40.2%	39.9%	14.7%	16.7%	53.7%	34.6%
高リスク	120未満 (150未満)	1,074	530	305	163	76	12	27	104	96	
		48.5%	49.8%	45.5%	49.7%	49.7%	35.3%	45.0%	45.0%	61.5%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	再掲	100未満 (130未満) ※1	77	40	22	8	7	0	4	4	7
			3.5%	3.8%	3.3%	2.4%	4.6%	0.0%	6.7%	1.7%	4.5%
		100未満 (130未満) ※2	123	78	34	9	2	0	2	3	6
			5.6%	7.3%	5.1%	2.7%	1.3%	0.0%	3.3%	1.3%	3.8%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮
 ※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

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、対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材等を活用し対象者がイメージしやすいように心掛けます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であ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います。治療中でリスクが高い場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

(イ) 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者への継続的な医療受診ができるよう、重症化予防台帳等を活用し、経過を把握します。

(ウ) 血管変化を踏まえた保健指導

虚血性心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ます。医療機関等で実施された以下の検査の結果等を保健指導に活かしていきます。

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「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ます。

- 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)、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

エ 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けて、医療機関と連携した保健指導を実施していきます。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ます。

オ 高齢者福祉部門(介護部門)との連携

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

カ 評価

評価は、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

短期的評価

- (ア) 心電図の要受診者に対する評価
 - a 受診勧奨対象者への介入率
 - b 医療機関受診率
 - c 医療機関未受診者への再勧奨率

キ 実施体制及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
 - 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
 - 5月～特定健診結果が届き次第、重症化予防台帳に記載。順次、対象者へ介入。
- 対象者へ保健指導するまでのスケジュールは、脳血管疾患腎症重症化予防に準じます。

(3) 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は、「佐伯市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（以下「市プログラム」という。）に基づき、図表 73 の流れで実施していきます。

- (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
- (ウ) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する受診勧奨、保健指導

イ 対象者の明確化

(ア) 対象者選定基準の考え方

市プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- a 医療機関未受診者
- b 糖尿病治療中断者
- c 糖尿病治療中ハイリスク者
 - ・糖尿病性腎症を発症している者
 - ・糖尿病治療中で HbA1c7.0%以上の者
 - ・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) 選定基準に基づく対象者の把握

a 対象者の抽出

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）を参考とします（図表 87）。

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)で評価されます。

本市は、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目としているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンは特定健診では実施していないため把握が困難です。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/日)に対する尿蛋白について、正常アルブミン尿は尿蛋白(-)、微量アルブミン尿は尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿は尿蛋白(+)以上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と判断します。

図表 87 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	

b 対象者数の把握

特定健診受診者のうち糖尿病型に該当する糖尿病未治療者は、218 人(25.4%・F)でした。糖尿病治療中のコントロール不良者は 269 人(42.1%・J)でした。

また、40~74 歳における糖尿病治療者 3,343 人(23.3%・H)のうち、特定健診未受診者は 2,704 人(80.9%・I)でした。未受診者に対しては、血液データが不明なため重症化予防に向けて特定健診の受診勧奨とともに医療機関と連携した介入が必要です。

c 優先順位と介入方法

優先順位と介入方法を以下のとおりとします(図表 88)。

優先順位 1【受診勧奨者】・・・医療機関未受診者(F)

- ・重症化予防台帳で把握
- ・介入方法として訪問、個別面談、電話等に対応

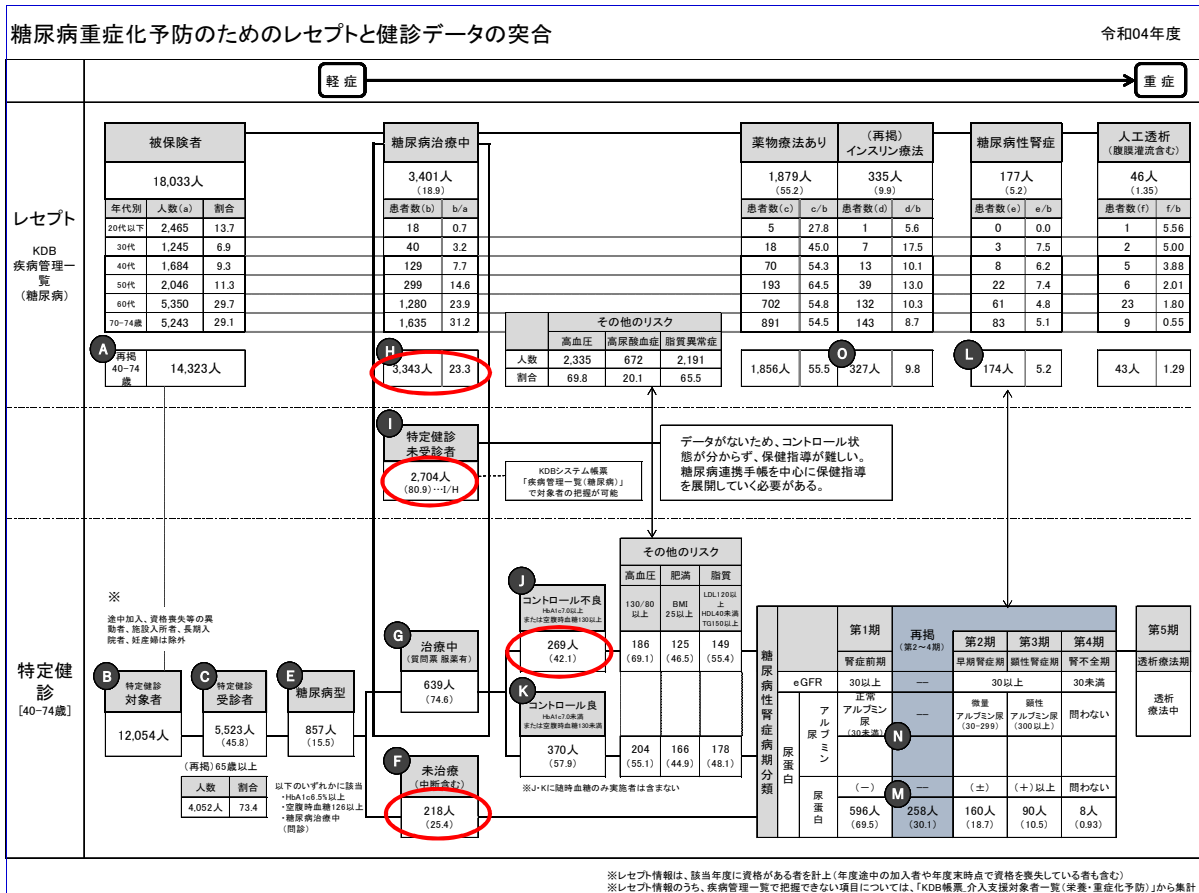
優先順位 2【保健指導対象者】・・・糖尿病治療中断者

- ・Iの中から、過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療中断者を把握→糖尿病管理台帳
- ・介入方法は訪問、個別面談、電話等で受診勧奨及び保健指導
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3【保健指導対象者】・・・糖尿病治療中ハイリスク者(J)

- ・治療中断しない(継続受診)ための保健指導
- ・介入方法として訪問、個別面談、電話等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 88 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



出典：ヘルスサポートラボツール

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す。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。特定健診受診者の糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を把握し、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材等を活用し行います。

(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期を見逃す恐れがあります。対象者のうち尿蛋白定性(±)の者へは、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで糖尿病性腎症重症化予防を目指します。

エ 医療との連携

佐伯市医師会や地域の関係機関と十分協議の上、佐伯市糖尿病性腎臓病等重症化予防連携検討会等を活用して、連携体制を推進します。

(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、佐伯市医師会等と協議した精密検査依頼状等を使用します。

(イ) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳の活用や受診同行等を実施し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては市プログラムや大分県糖尿病性腎症重症化予防診療ガイドに準じ、推進していきます。

オ 高齢者福祉部門との連携

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

カ 評価

評価は、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価については、データヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 89 を用いて行います。

短期的評価

(ア) 受診勧奨者に対する評価

- a 受診勧奨対象者への介入率
- b 医療機関受診率
- 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
 - ・ HbA1c の変化
 - ・ eGFR の変化 (1年で 5mL/1.73 m²以上低下または1年で 25%以上の低下)
 - ・ 尿蛋白の変化
 - ・ 服薬状況の変化

図表 89 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		実合表	佐伯市										同規模保険者(平均)		データ基
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	19,731人		18,785人		18,098人		17,878人		17,046人		KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	② (再掲)40-74歳	A	15,848人		15,113人		14,660人		14,565人		13,988人				
2	① 対象者数	B	13,681人		13,148人		12,976人		12,384人		11,743人		市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書		
	② 特定健診 受診者数	C	6,364人		6,367人		5,836人		5,629人		5,526人				
	③ 受診率	C	46.5%		48.4%		45.0%		45.5%		47.1%				
3	① 特定保健指導 対象者数		625人		576人		560人		529人		508人				
	② 実施率		80.0%		83.9%		90.5%		92.2%		89.6%				
4	① 糖尿病型	E	836人	13.1%	916人	14.4%	867人	14.9%	807人	14.3%	858人	15.5%	特定健診結果		
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	206人	24.6%	208人	22.7%	223人	25.7%	206人	25.5%	218人	25.4%			
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	630人	75.4%	708人	77.3%	644人	74.3%	601人	74.5%	640人	74.6%			
	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	251人	39.8%	292人	41.2%	276人	42.9%	253人	42.1%	269人	42.0%			
	⑤ 血圧 130/80以上	J	185人	73.7%	198人	67.8%	162人	58.7%	167人	66.0%	186人	69.1%			
	⑥ 肥満 BMI25以上	J	115人	45.8%	137人	46.9%	136人	49.3%	119人	47.0%	126人	46.8%			
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	379人	60.2%	416人	58.8%	368人	57.1%	348人	57.9%	371人	58.0%			
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	558人	66.7%	612人	66.8%	601人	69.3%	555人	68.8%	597人	69.6%			
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)	M	178人	21.3%	181人	19.8%	167人	19.3%	164人	20.3%	160人	18.6%			
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)	M	91人	10.9%	112人	12.2%	91人	10.5%	79人	9.8%	90人	10.5%			
	⑪ 第4期 eGFR30未満	M	6人	0.7%	6人	0.7%	8人	0.9%	7人	0.9%	8人	0.9%			
5	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		130.5人		127.9人		119.5人		128.0人		132.7人		KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		160.1人		156.5人		146.4人		155.2人		159.9人				
	③ レセプト件数(40-74歳) (1内は再掲千対) 入院外(件数)		13,297件	(880.8)	13,220件	(905.0)	12,749件	(883.9)	13,163件	(948.5)	12,849件	(977.6)	2,480,774件	(911.6)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④ 入院(件数)		93件	(6.2)	125件	(8.6)	86件	(6.0)	89件	(6.4)	69件	(5.2)	10,514件	(3.9)	
	⑤ 糖尿病治療中	H	2,574人	13.0%	2,402人	12.8%	2,162人	11.9%	2,289人	12.8%	2,262人	13.3%	KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	⑥ (再掲)40-74歳	H	2,537人	16.0%	2,365人	15.6%	2,146人	14.6%	2,260人	15.5%	2,236人	16.0%			
	⑦ 健診未受診者	I	1,907人	75.2%	1,735人	73.4%	1,502人	70.0%	1,659人	73.4%	1,596人	71.4%			
	⑧ インスリン治療	O	246人	9.6%	249人	10.4%	213人	9.9%	216人	9.4%	219人	9.7%			
	⑨ (再掲)40-74歳	O	240人	9.5%	242人	10.2%	210人	9.8%	212人	9.4%	213人	9.5%			
	⑩ 糖尿病性腎症	L	95人	3.7%	89人	3.7%	87人	4.0%	98人	4.3%	103人	4.6%			
	⑪ (再掲)40-74歳	L	93人	3.7%	85人	3.6%	87人	4.1%	97人	4.3%	102人	4.6%			
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		30人	1.2%	31人	1.3%	33人	1.5%	33人	1.4%	36人	1.6%			
	⑬ (再掲)40-74歳		28人	1.1%	29人	1.2%	32人	1.5%	31人	1.4%	34人	1.5%			
	⑭ 新規透析患者数(一時透析除く)		10人	-	8人	-	11人	-	13人	-	7人	-			
	⑮ (再掲)糖尿病		5人	50.0%	7人	87.5%	6人	54.5%	5人	38.5%	6人	85.7%		MAP様式4-1 KDB個人履歴	
	⑯ (再掲)糖尿病性腎症		3人	30.0%	4人	50.0%	3人	27.3%	3人	23.1%	1人	14.3%			
	⑰ 【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)		54人	1.5%	56人	1.6%	61人	1.9%	67人	2.0%	71人	2.0%	KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期		
6	① 総医療費		73億2053万円		70億3302万円		67億6145万円		68億8252万円		65億9704万円		50億8753万円	KDB 健診・医療・介護データ からみ地域健康課題	
	② 生活習慣病総医療費		37億7316万円		37億9364万円		36億0053万円		36億1099万円		32億9628万円		27億0662万円		
	③ (総医療費に占める割合)		51.5%		53.9%		53.3%		52.5%		50.0%		53.2%		
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり 健診受診者		7,451円		8,793円		6,752円		7,219円		8,018円		6,937円		
	⑤ 健診未受診者		41,831円		43,327円		44,944円		43,725円		41,873円		38,519円		
	⑥ 糖尿病医療費		3億9092万円		4億1043万円		3億8099万円		3億9448万円		3億8552万円		2億9434万円		
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.4%		10.8%		10.6%		10.9%		11.7%		10.9%		
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		11億0563万円		11億0995万円		11億0514万円		10億7949万円		10億5139万円				
	⑨ 1件あたり		34,295円		35,572円		36,414円		34,950円		35,289円				
	⑩ 糖尿病入院総医療費		8億2988万円		8億5188万円		9億0329万円		8億8353万円		7億3253万円				
	⑪ 1件あたり		586,490円		554,607円		617,422円		626,616円		575,439円				
	⑫ 在院日数		17日		16日		16日		17日		16日				
	⑬ 慢性腎不全医療費		2億9489万円		2億9170万円		2億7409万円		3億0851万円		2億7440万円		2億2640万円		
	⑭ 透析有り		2億6048万円		2億6906万円		2億5523万円		2億8931万円		2億5930万円		2億1152万円		
	⑮ 透析なし		3441万円		2264万円		1886万円		1920万円		1510万円		1487万円		
7	① 介護給付費		75億0286万円		78億2876万円		82億4549万円		84億5741万円		85億2998万円		56億7154万円		
	② (2号認定者)糖尿病合併症		7件		8件		7件		9件		10件		26.3%		
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		11人		16人		14人		10人		5人		3,958人	1.0%	KDB 健診・医療・介護データ からみ地域健康課題

キ 実施体制及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第、重症化予防台帳及び糖尿病管理台帳に記載。

順次、対象者へ介入。

対象者へ保健指導するまでのスケジュールは、脳血管疾患腎症重症化予防に準じます。

(4) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

ア 基本的な考え方

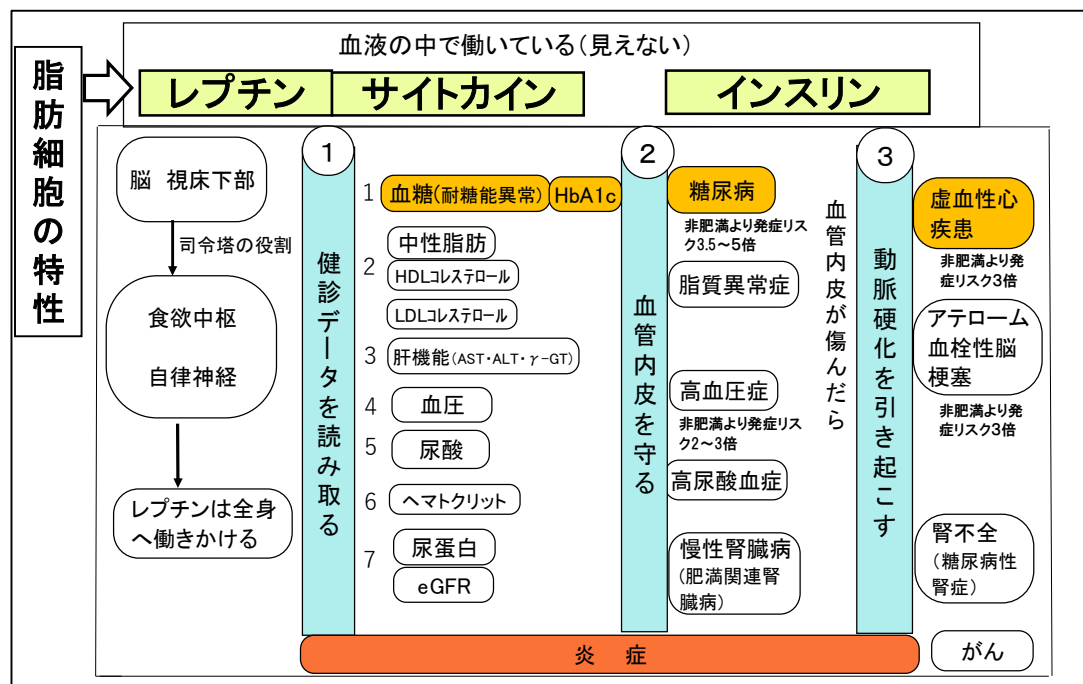
メタボリックシンドロームは、インスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態です。

また、標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)にある『メタボリックシンドロームの定義と診断基準』には以下のように書かれています。

「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のために行う。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」

本市では、肥満・メタボリックシンドロームによる2型糖尿病や虚血性心疾患等の発症を予防するための取組を図表90に基づいて考えていきます。

図表 90 肥満の問題性を考えるポイント



イ 対象者の明確化

(ア) 肥満度分類による肥満の実態

「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、「肥満・肥満症の発症および生活習慣病などの健康障害の発症予防のためには、過体重やメタボリックシンドロームに該当する人を早期にスクリーニングし、健康行動に向けた効果的な保健指導介入が必要になる。」とされています。

本市では、BMI25 以上は 40～64 歳の男性が 281 人(42.9%)と多く、肥満度分類で見ると、肥満Ⅰ度に 215 人(32.8%)が該当しています(図表 91)。

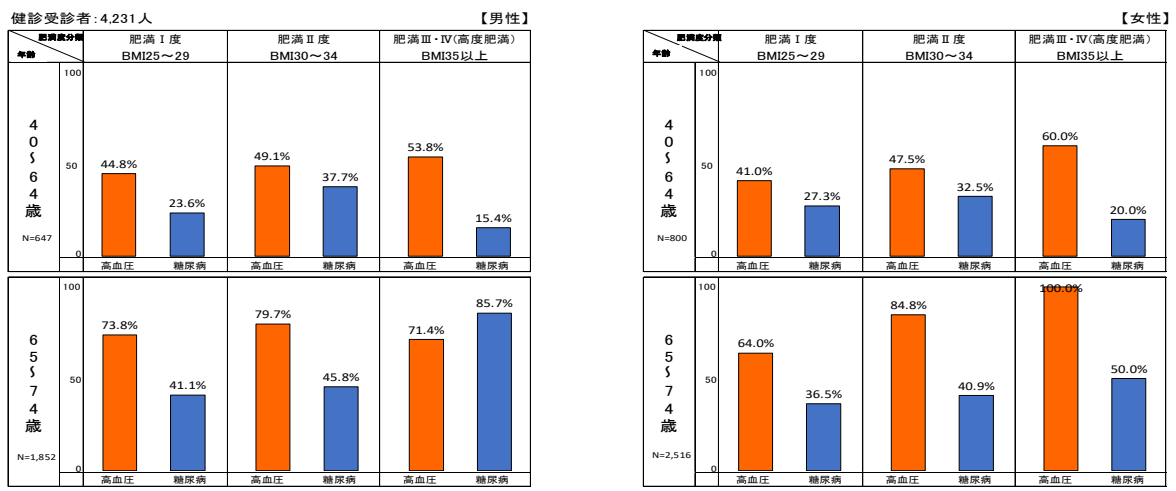
また、図表 92 をみると、年代や肥満度が高くなるほど高血圧や糖尿病の合併する割合が増加することから、肥満Ⅰ度の段階で、若い年代(40～64 歳)を対象とすることが効率がよいと考えます。

図表 91 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲) 肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	1,471	4,055	473	1,108	357	983	93	115	19	9	4	1	
				32.2%	27.3%	24.3%	24.2%	6.3%	2.8%	1.3%	0.2%	0.3%	0.0%
再掲 男性	655	1,722	281	598	215	537	53	55	11	5	2	1	
			42.9%	34.7%	32.8%	31.2%	8.1%	3.2%	1.7%	0.3%	0.3%	0.1%	
女性	816	2,333	192	510	142	446	40	60	8	4	2	0	
			23.5%	21.9%	17.4%	19.1%	4.9%	2.6%	1.0%	0.2%	0.2%	0.0%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 92 年代別・肥満度別の有所見率(高血圧・糖尿病)



出典：ヘルスサポートラボツール

(イ) メタボリックシンドローム該当者の実態

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、男性で 40 代から受診者の 2 割を超えますが、女性では 60 代・70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます(図表 93)。

また、メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況は、男女とも約 8 割以上が治療中で、年代が上がるごとに増加し、治療だけでは解決できないことがわかります(図表 94)。

メタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となるため、医療と連携を図りながら継続した保健指導が重要となります。

図表 93 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A	2,377	184	235	883	1,075	3,149	175	259	1,302	1,413	
メタボ該当者	B	809	39	82	330	358	371	11	24	152	184	
	B/A	34.0%	21.2%	34.9%	37.4%	33.3%	11.8%	6.3%	9.3%	11.7%	13.0%	
再掲	① 3項目全て	C	290	9	27	114	140	118	1	8	47	62
		C/B	35.8%	23.1%	32.9%	34.5%	39.1%	31.8%	9.1%	33.3%	30.9%	33.7%
	② 血糖+血圧	D	160	4	10	61	85	60	4	5	21	30
		D/B	19.8%	10.3%	12.2%	18.5%	23.7%	16.2%	36.4%	20.8%	13.8%	16.3%
	③ 血圧+脂質	E	325	22	39	144	120	176	4	10	77	85
		E/B	40.2%	56.4%	47.6%	43.6%	33.5%	47.4%	36.4%	41.7%	50.7%	46.2%
	④ 血糖+脂質	F	34	4	6	11	13	17	2	1	7	7
		F/B	4.2%	10.3%	7.3%	3.3%	3.6%	4.6%	18.2%	4.2%	4.6%	3.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 94 メタボリックシンドローム該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
		人数	割合	あり	なし	あり	なし		あり	なし	あり	なし				
総数	2,377	809	34.0%	643	79.5%	166	20.5%	3,149	371	11.8%	333	89.8%	38	10.2%		
40代	184	39	21.2%	15	38.5%	24	61.5%	175	11	6.3%	7	63.6%	4	36.4%		
50代	235	82	34.9%	55	67.1%	27	32.9%	259	24	9.3%	19	79.2%	5	20.8%		
60代	883	330	37.4%	263	79.7%	67	20.3%	1,302	152	11.7%	134	88.2%	18	11.8%		
70~74歳	1,075	358	33.3%	310	86.6%	48	13.4%	1,413	184	13.0%	173	94.0%	11	6.0%		

出典：ヘルスサポートラボツール

(ウ) 対象者の選定基準の考え方

- a メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。

- b 治療中の者へは、治療中断による心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて、減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- c 特定保健指導対象者には保健指導(食事指導)を行います。

(工) 対象者の管理

対象者の進捗管理は台帳を作成し、管理します。

ウ 保健指導の実施

(ア) 最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導は、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材等を活用し行います。

(イ) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001 年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。

本市においても、特定健康検査事業等を活用し、微量アルブミン尿検査(尿で腎臓の状態を見る検査)や 75g 糖負荷試験検査(高インスリン状態を見る検査)を実施していきます。

また、医療機関等で実施された以下の検査の結果等を保健指導に活かしていきます。

- a 頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- b 負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)

3 ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等、社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について、さまざまな機会を通して、広く市民へ啓発し、各個人の健康増進につなげます。健診受診率の低い若い世代への取組も関係機関と連携して推進していきます(図表 95・96)。

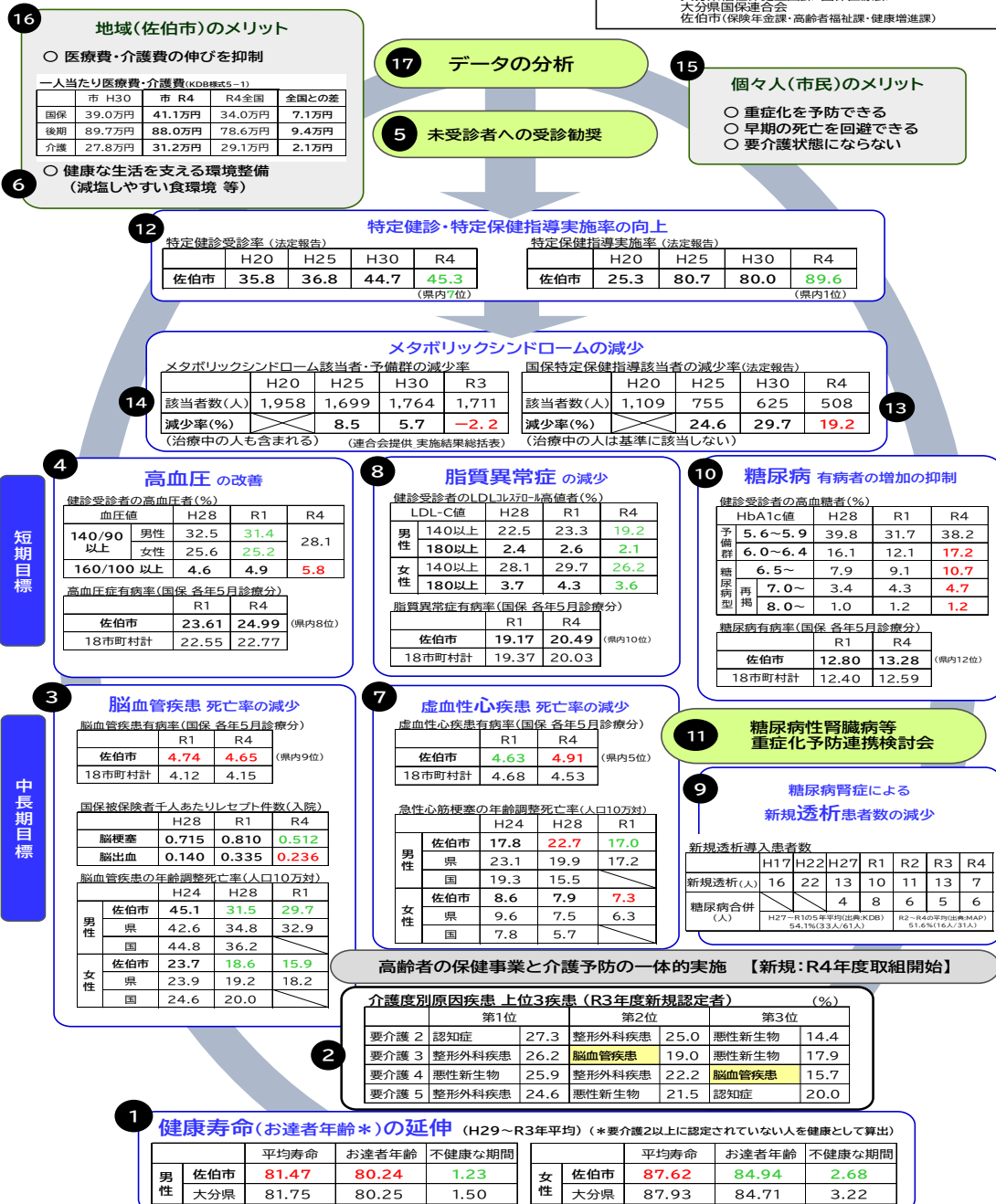
図表 95 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化

社会保障費健全化に向けて 医療費・介護費の適正化

佐伯市健康増進課 令和6年1月作成

～佐伯市の実態を入れてみました～

厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」図1 一部改変
データ出典: 国保データベースシステム
大分県福祉保健企画課・国保医療課
大分県国保連合会
佐伯市(保険年金課・高齢者福祉課・健康増進課)



(第3期データヘルス計画・第4期特定健康診査等実施計画策定及び第3期健康づくり計画にかかる現状分析から)

図表 96 統計からみえる大分の食

統計からみえる大分の食 ～総務省統計局 家計調査2020～2022平均～（県庁所在地及び政令市 53市の食品ランキング）

上位5位に入った食品				下位3位に入った食品			
	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)	
		量	金額			量	金額
主食	即席めん	4位	4位	主食	麺類(全体)	53位	52位
主菜	焼肉(外食)	4位	2位		穀類(全体)	51位	53位
	あじ		3位		乾うどん・そば		51位
	いわし	6位	5位		中華麺	51位	51位
	鶏肉	5位	6位	主食	かつお	52位	50位
副菜	ごぼう	3位	6位	ハンバーグ	52位	52位	
	干しいたけ	4位	6位	しゅうまい		52位	52位
	さといも	4位	10位	いか	51位	50位	
果物	柿	4位	22位	牛乳	牛乳	50位	51位
	みかん	5位	17位	副菜	ほうれん草	50位	52位
調味料	酢	7位	2位		かぼちゃ	38位	52位
	砂糖	3位	6位	果物	すいか	34位	52位
	食用油	4位	19位	調味料	カレールー	51位	44位
アルコール	焼酎	2位	4位	飲料	乳酸菌飲料	53位	
お菓子	チョコレート菓子	2位	2位				

店舗・種別	店舗数(人口10万対)
焼肉店	3位
持ち帰り・配達飲食サービス店	3位
ハンバーガー店	7位
バー・キャバレー・ナイトクラブ	7位

(H28年経済サンセス活動調査)

4 特定健診未受診者対策(特定健診実施率・特定保健指導実施率の向上)

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは特定健診の機会を提供し、自身の状態を客観的に理解してもらい、その状態に応じた保健指導の実施が重要です。そのため特定健診実施率・特定保健指導実施率の向上に努める必要があります。その実施にあたっては第3章「5 特定健診の実施」に記載しています。

5 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施

(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等との一体的な実施を進める必要があります。

(2) 事業の実施

令和4年度から、大分県後期高齢者広域連合の事業を受託し、「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施」の事業を実施しています。令和6年度以降も引き続き、事業を実施します。具体的には、

ア 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)の配置

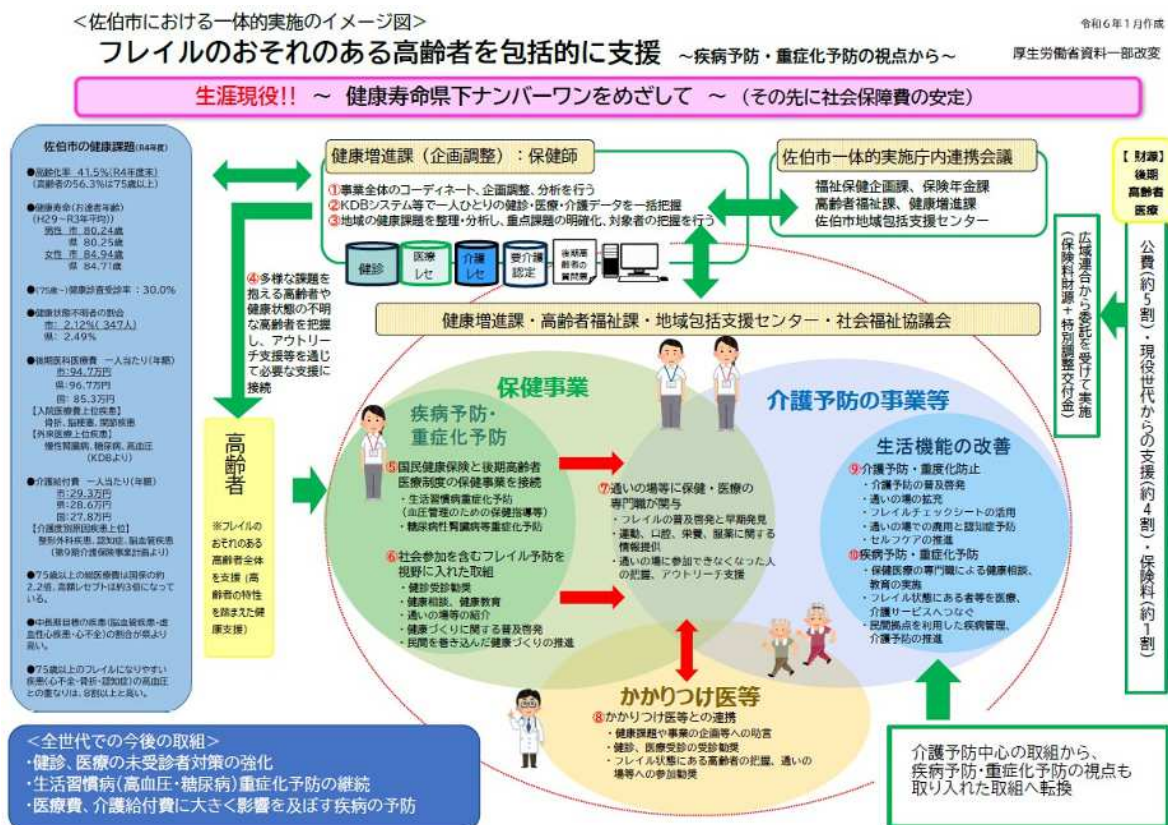
KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

イ 地域を担当する保健師の配置

高血圧や高血糖の未治療者等の対象者を抽出し、個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう高血圧台帳や糖尿病管理台帳を活用します。

また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談(ポピュレーションアプローチ)を実施します。

図表 97 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施



6 ライフサイクルの視点で見た発症予防

生活習慣病は成人の死亡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す。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。

小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

本市では、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていくことが必要です。

図表 98 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える -基本的考え方- (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)																
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>																
1 根拠法	健康増進法															
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)					
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）										特定健康診査等実施計画（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・幼稚園健康診断		就学時健診 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)
	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)			
5 対象者 診 査 内 容	血糖	95mg/dl以上									空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上					
	HbA1c	6.5%以上									6.5%以上					
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上														
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上									空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上					
	(診断) 妊娠 糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の 1点以上満たすもの														
	身長 体重															
	BMI											25以上				
	肥満度				初* 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															

7 その他保健事業

(1) 後発医薬品の使用促進

後発医薬品に関する趣旨普及と切り替えの促進により、薬剤にかかる被保険者の自己負担の軽減と医療費の適正化を図ります。

後発医薬品に切り替えた場合の差額通知を年3回送付します。

(2) 適正な受診・服薬の促進

同一疾病で受診する医療機関が複数ある場合や、同じ月に同一薬剤又は同様の効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方されるなどの重複受診・重複投薬に関し、適正受診するように保健指導を行い、医療費の適正化を図ります。

第5章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

毎年度、取組の検証及び評価を行います。

計画の見直しは、令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

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

2 評価方法・体制

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

※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">・特定健診実施率、特定保健指導実施率・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、実施率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。

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

第2章一3(3)で設定した目標値の達成状況及びその経年評価の推移等については、国保部門と健康増進部門からなるデータヘルス計画実践プロジェクト「作業部会」において、毎年度確認し、取組の評価を行い、必要時計画及び評価の見直しを行います。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等の関係団体を通じて医療機関等に周知します。

これらの公表・配布にあたっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を作成し、市民全体へ周知します。

2 個人情報の取扱い

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

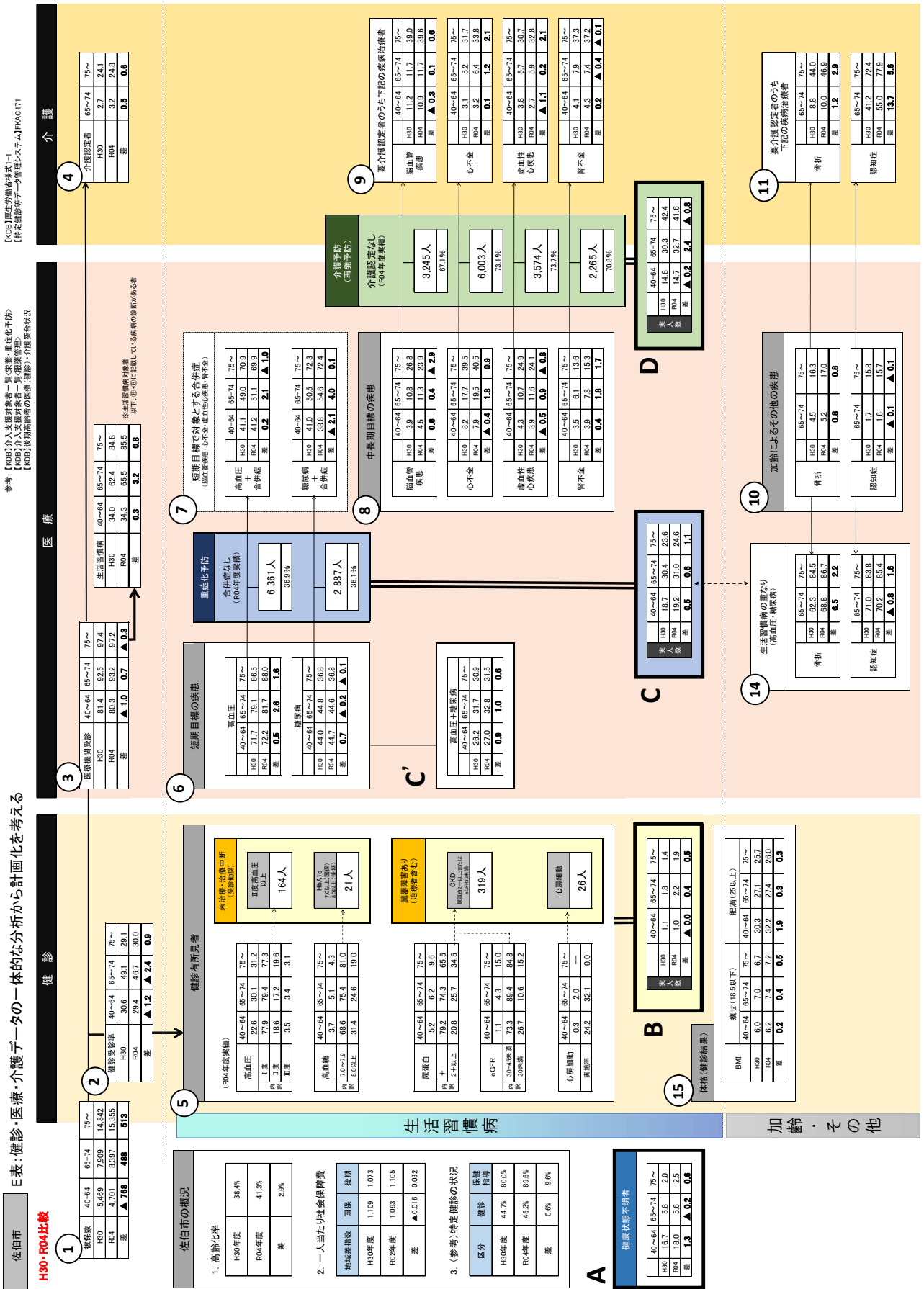
参考資料

- 参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた佐伯市の位置（H30 年度・R4 年度）
- 参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析（H30 年度・R4 年度比較）
- 参考資料 3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価（H30 年度～R4 年度）
- 参考資料 4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合（R4 年度）
- 参考資料 5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合（R4 年度）
- 参考資料 6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合（R4 年度）
- 参考資料 7 HbA1c の年次比較（R4 年度）
- 参考資料 8 血圧の年次比較（R4 年度）
- 参考資料 9 LDL-C の年次比較（R4 年度）

注) 計画内にある特定健診、特定保健指導の「実施率」は法定報告から掲載しています。
「受診率」は KDB 2 次加工ツールで算出したもので年度内異動者が若干含まれるため、
値が一致していません。

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析 (H30年度・R4年度比較)

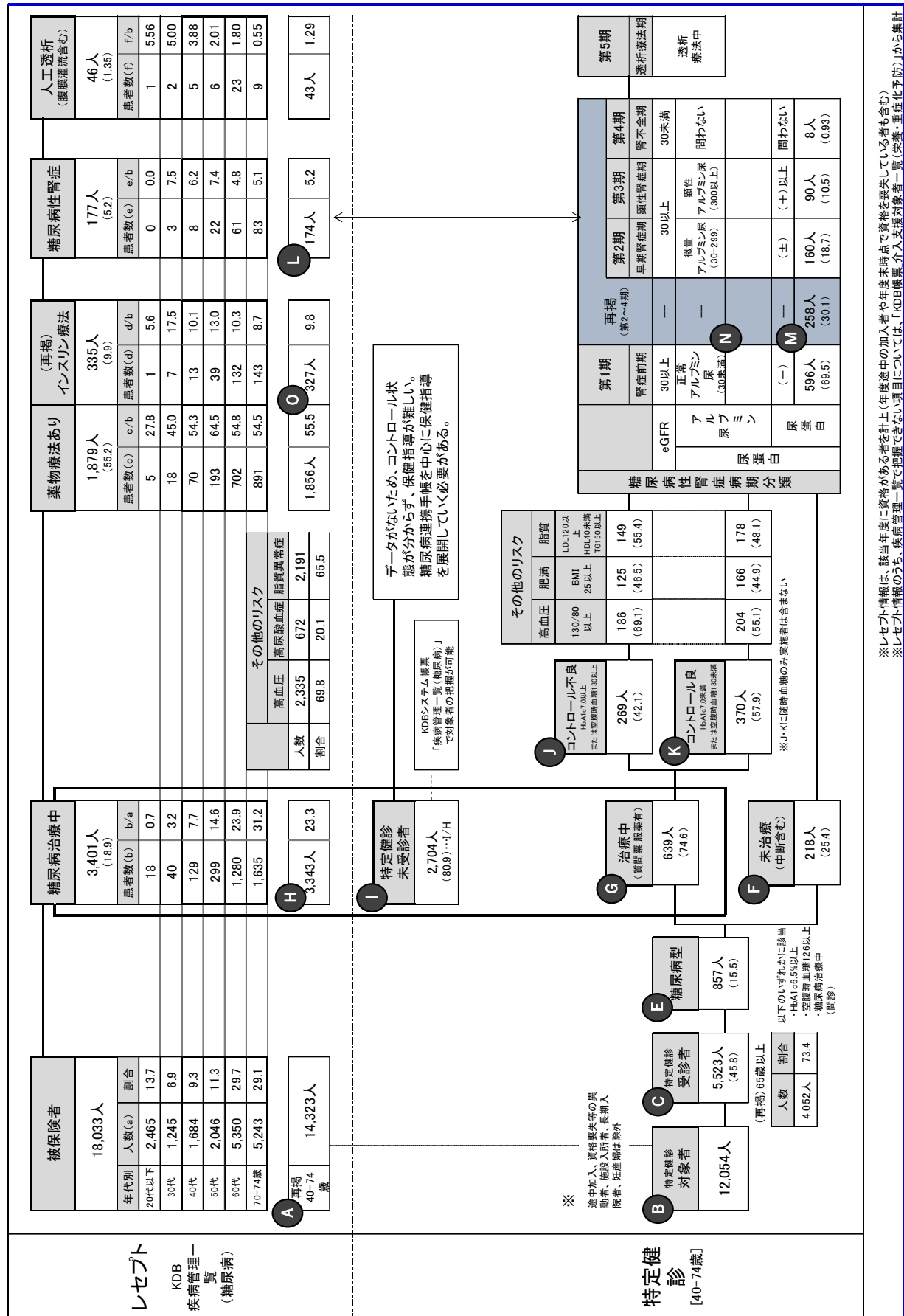
E表: 健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える

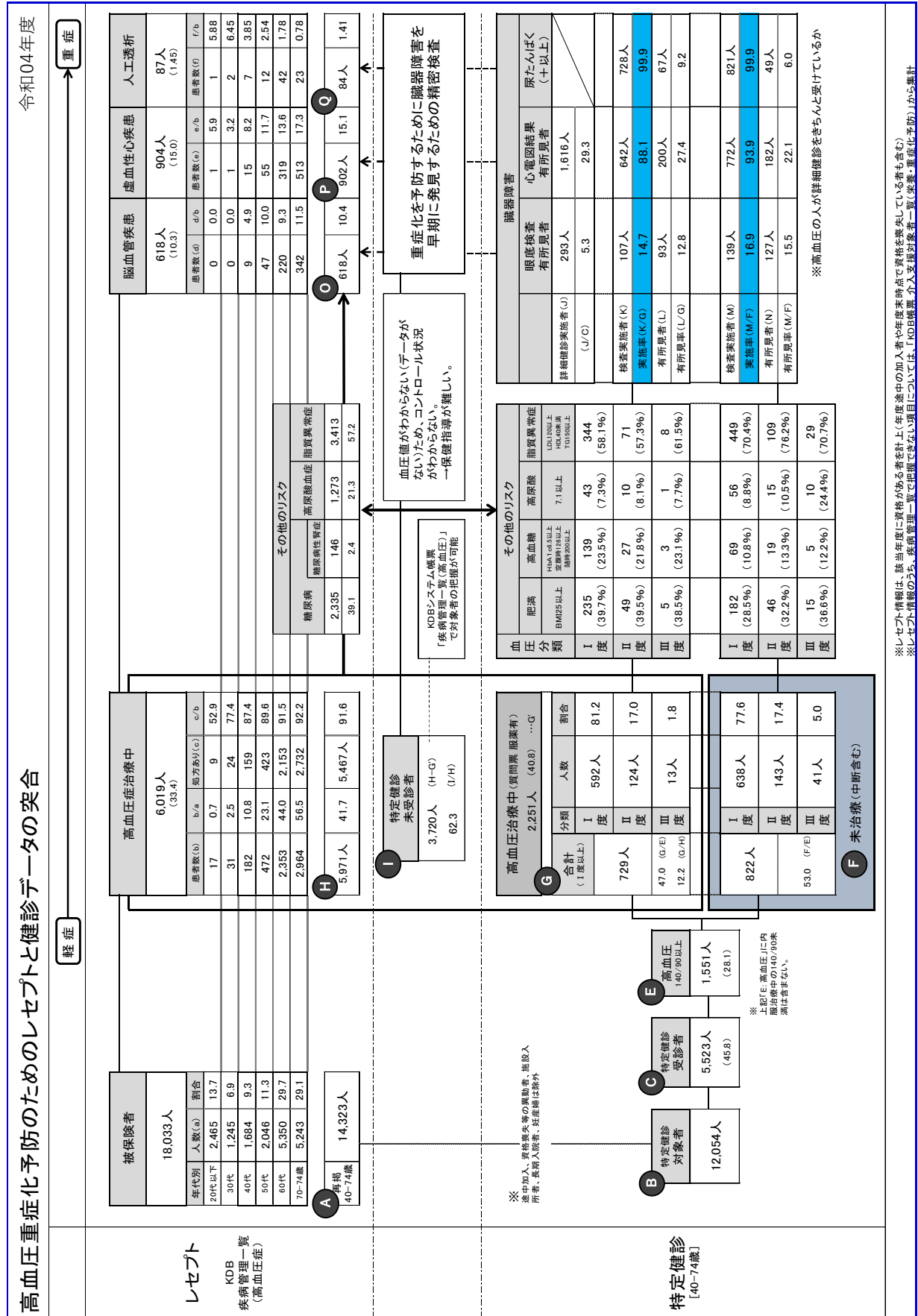


参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価 (H30年度～R4年度)

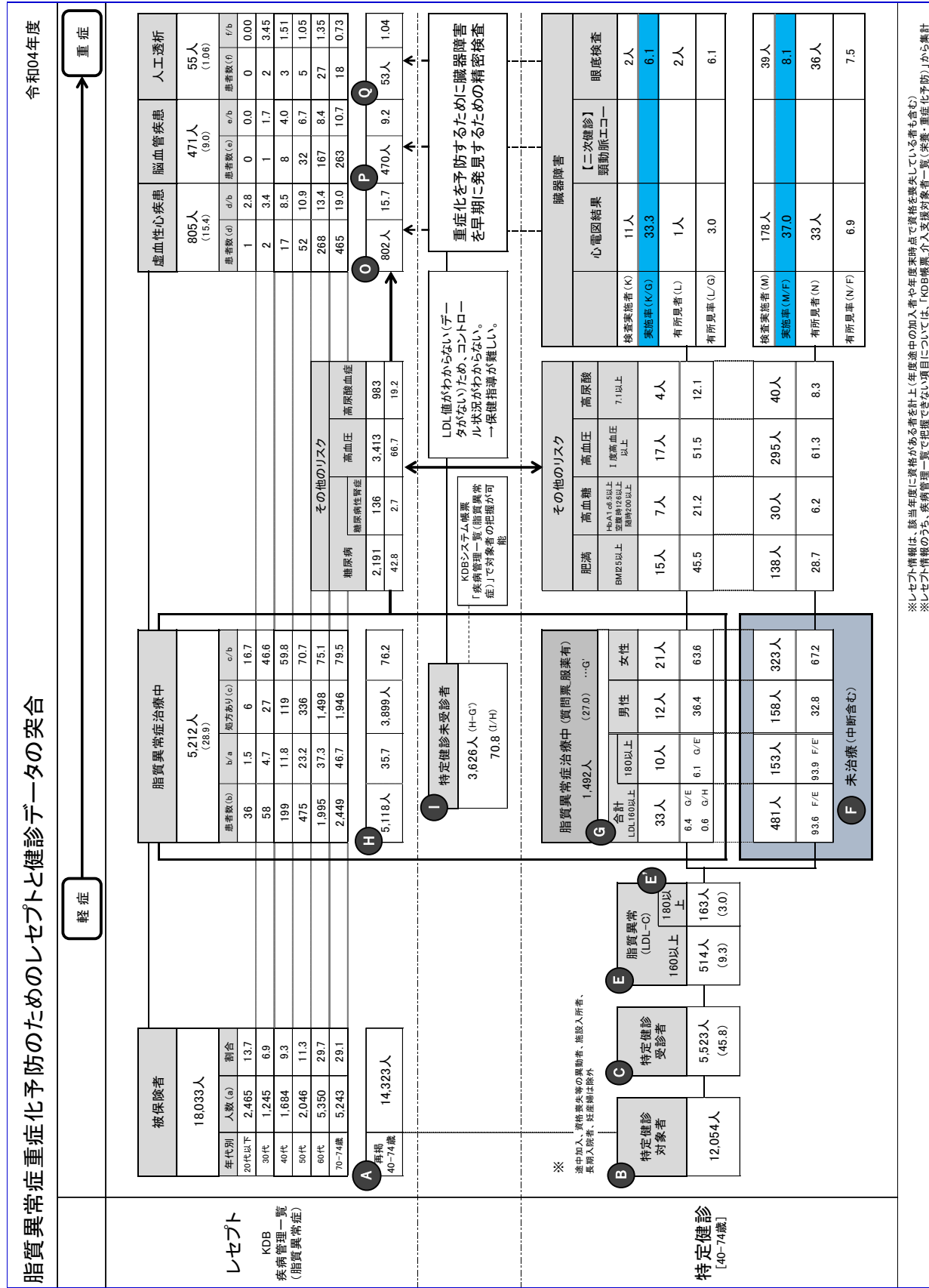
項目		突合表	佐伯市										同規模保険者(平均)		データ基	
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	19,731人		18,785人		18,098人		17,878人		17,046人				KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		15,848人		15,113人		14,660人		14,565人		13,988人					
2	① 対象者数	B	13,681人		13,148人		12,976人		12,384人		11,743人				市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書	
	② 特定健診 受診者数	C	6,364人		6,367人		5,836人		5,629人		5,526人					
	③ 受診率		46.5%		48.4%		45.0%		45.5%		47.1%					
3	① 特定保健指導 対象者数		625人		576人		560人		529人		508人					
	② 実施率		80.0%		83.9%		90.5%		92.2%		89.6%					
4	健診データ	① 糖尿病型	E	836人	13.1%	916人	14.4%	867人	14.9%	807人	14.3%	858人	15.5%			特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	206人	24.6%	208人	22.7%	223人	25.7%	206人	25.5%	218人	25.4%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	630人	75.4%	708人	77.3%	644人	74.3%	601人	74.5%	640人	74.6%			
		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	251人		292人		276人		253人		269人		42.0%		
		⑤ ④ 中 ① 血圧 130/80以上		185人		198人		162人		167人		186人		69.1%		
		⑥ ④ 中 ② 肥満 BMI25以上		115人		137人		136人		119人		126人		46.8%		
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	379人		416人		368人		348人		371人		58.0%		
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	558人		612人		601人		555人		597人		69.6%		
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		178人		181人		167人		164人		160人		18.6%		
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		91人		112人		91人		79人		90人		10.5%		
		⑪ 第4期 eGFR30未満		6人		6人		8人		7人		8人		0.9%		
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)	130.5人		127.9人		119.5人		128.0人		132.7人				KDB_厚生労働省様式様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)	160.1人		156.5人		146.4人		155.2人		159.9人					
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1000被保険者対)	13,297件	(880.8)	13,220件	(905.0)	12,749件	(883.9)	13,163件	(948.5)	12,849件	(977.6)	2,480,774件	(911.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④ 入院外(件数)	93件	(6.2)	125件	(8.6)	86件	(6.0)	89件	(6.4)	69件	(5.2)	10,514件	(3.9)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	2,574人		2,402人		2,162人		2,289人		2,262人		13.3%		KDB_厚生労働省様式様式3-2
		⑥ (再掲)40-74歳	2,537人		2,365人		2,146人		2,260人		2,236人		16.0%			
		⑦ 健診未受診者	I	1,907人		1,735人		1,502人		1,659人		1,596人		71.4%		
		⑧ インスリン治療	O	246人		249人		213人		216人		219人		9.7%		
		⑨ (再掲)40-74歳	240人		242人		210人		212人		213人		9.5%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	95人		89人		87人		98人		103人		4.6%		
		⑪ (再掲)40-74歳		93人		85人		87人		97人		102人		4.6%		
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		30人		31人		33人		33人		36人		1.6%		
		⑬ (再掲)40-74歳	28人		29人		32人		31人		34人		1.5%			
		⑭ 新規透析患者数(一時透析除く)	10人		8人		11人		13人		7人		-		MAP様式4-1 KDB個人履歴	
		⑮ (再掲)糖尿病	5人		7人		6人		5人		6人		85.7%			
		⑯ (再掲)糖尿病性腎症	3人		4人		3人		3人		1人		14.3%			
		⑰ 【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)	54人		56人		61人		67人		71人		2.0%		KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期	
6	医療費	① 総医療費	73億2053万円		70億3302万円		67億6145万円		68億8252万円		65億9704万円		50億8753万円		KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	
		② 生活習慣病総医療費	37億7316万円		37億9364万円		36億0053万円		36億1099万円		32億9628万円		27億0662万円			
		③ (総医療費に占める割合)	51.5%		53.9%		53.3%		52.5%		50.0%		53.2%			
		④ 生活習慣病対象者一人あたり	7,451円		8,793円		6,752円		7,219円		8,018円		6,937円			
		⑤ 健診未受診者	41,831円		43,327円		44,944円		43,725円		41,873円		38,519円			
		⑥ 糖尿病医療費	3億9092万円		4億1043万円		3億8099万円		3億9448万円		3億8552万円		2億9434万円			
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	10.4%		10.8%		10.6%		10.9%		11.7%		10.9%			
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	11億0563万円		11億0995万円		11億0514万円		10億7949万円		10億5139万円					
		⑨ 1件あたり	34,295円		35,572円		36,414円		34,950円		35,289円					
		⑩ 糖尿病入院総医療費	8億2988万円		8億5188万円		9億0329万円		8億8353万円		7億3253万円					
		⑪ 1件あたり	586,490円		554,607円		617,422円		626,616円		575,439円					
		⑫ 在院日数	17日		16日		16日		17日		16日					
		⑬ 慢性腎不全医療費	2億9489万円		2億9170万円		2億7409万円		3億0851万円		2億7440万円		2億2640万円			
		⑭ 透析有り	2億6048万円		2億6906万円		2億5523万円		2億8931万円		2億5930万円		2億1152万円			
		⑮ 透析なし	3441万円		2264万円		1886万円		1920万円		1510万円		1487万円			
7	介護	① 介護給付費	75億0286万円		78億2876万円		82億4549万円		84億5741万円		85億2998万円		56億7154万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症	7件		8件		7件		9件		10件		26.3%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	11人		16人		14人		10人		5人		3,958人		KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合





参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



※ 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検査介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

参考資料7 HbA1Cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
									合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
			5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
A		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H29	6,403	2,133	33.3%	2,617	40.9%	1,118	17.5%	315	4.9%	159	2.5%	61	1.0%	125	2.0%	38	0.6%	
H30	6,315	2,393	37.9%	2,517	39.9%	870	13.8%	286	4.5%	182	2.9%	67	1.1%	151	2.4%	52	0.8%	
R01	6,321	2,912	46.1%	2,027	32.1%	790	12.5%	315	5.0%	197	3.1%	80	1.3%	153	2.4%	55	0.9%	
R02	5,779	2,229	38.6%	2,093	36.2%	888	15.4%	294	5.1%	210	3.6%	65	1.1%	144	2.5%	43	0.7%	
R03	5,559	2,212	39.8%	1,973	35.5%	839	15.1%	291	5.2%	185	3.3%	59	1.1%	130	2.3%	38	0.7%	
R04	5,455	1,845	33.8%	2,086	38.2%	938	17.2%	329	6.0%	190	3.5%	67	1.2%	134	2.5%	46	0.8%	

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲		再掲
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合	
H29	6,403	2,133 33.3%	2,617 40.9%	1,118 17.5%	535 8.4%	168 31.4%	367 68.6%	220 3.4%	179 81.4%	8.4%
H30	6,315	2,393 37.9%	2,517 39.9%	870 13.8%	535 8.5%	157 29.3%	378 70.7%	249 3.9%	192 77.1%	8.5%
R01	6,321	2,912 46.1%	2,027 32.1%	790 12.5%	592 9.4%	158 26.7%	434 73.3%	277 4.4%	219 79.1%	9.4%
R02	5,779	2,229 38.6%	2,093 36.2%	888 15.4%	569 9.8%	176 30.9%	393 69.1%	275 4.8%	215 78.2%	9.8%
R03	5,559	2,212 39.8%	1,973 35.5%	839 15.1%	535 9.6%	156 29.2%	379 70.8%	244 4.4%	199 81.6%	9.6%
R04	5,455	1,845 33.8%	2,086 38.2%	938 17.2%	586 10.7%	172 29.4%	414 70.6%	257 4.7%	207 80.5%	10.7%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲				
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病										
									合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる						
			5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上		
A		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
治療中	H29	602	9.4%	16	2.7%	55	9.1%	164	27.2%	188	31.2%	133	22.1%	46	7.6%	97	16.1%	26	4.3%
	H30	628	9.9%	15	2.4%	67	10.7%	168	26.8%	186	29.6%	148	23.6%	44	7.0%	114	18.2%	31	4.9%
	R01	706	11.2%	20	2.8%	63	8.9%	189	26.8%	215	30.5%	162	22.9%	57	8.1%	119	16.9%	36	5.1%
	R02	638	11.0%	15	2.4%	53	8.3%	177	27.7%	178	27.9%	166	26.0%	49	7.7%	108	16.9%	29	4.5%
	R03	593	10.7%	14	2.4%	45	7.6%	155	26.1%	180	30.4%	158	26.6%	41	6.9%	103	17.4%	21	3.5%
R04	631	11.6%	14	2.2%	48	7.6%	155	24.6%	207	32.8%	156	24.7%	51	8.1%	109	17.3%	32	5.1%	
治療なし	H29	5,801	90.6%	2,117	36.5%	2,562	44.2%	954	16.4%	127	2.2%	26	0.4%	15	0.3%	28	0.5%	12	0.2%
	H30	5,687	90.1%	2,378	41.8%	2,450	43.1%	702	12.3%	100	1.8%	34	0.6%	23	0.4%	37	0.7%	21	0.4%
	R01	5,615	88.8%	2,892	51.5%	1,964	35.0%	601	10.7%	100	1.8%	35	0.6%	23	0.4%	34	0.6%	19	0.3%
	R02	5,141	89.0%	2,214	43.1%	2,040	39.7%	711	13.8%	116	2.3%	44	0.9%	16	0.3%	36	0.7%	14	0.3%
	R03	4,966	89.3%	2,198	44.3%	1,928	38.8%	684	13.8%	111	2.2%	27	0.5%	18	0.4%	27	0.5%	17	0.3%
R04	4,824	88.4%	1,831	38.0%	2,038	42.2%	783	16.2%	122	2.5%	34	0.7%	16	0.3%	25	0.5%	14	0.3%	

参考資料8 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	6,403	1,344	21.0%	1,057	16.5%	2,033	31.8%	1,661	25.9%	269	4.2%	39	0.6%
H30	6,362	1,436	22.6%	1,044	16.4%	1,964	30.9%	1,618	25.4%	266	4.2%	34	0.5%
R01	6,363	1,442	22.7%	1,044	16.4%	2,084	32.8%	1,481	23.3%	283	4.4%	29	0.5%
R02	5,830	1,300	22.3%	855	14.7%	1,982	34.0%	1,316	22.6%	322	5.5%	55	0.9%
R03	5,626	1,239	22.0%	783	13.9%	1,953	34.7%	1,311	23.3%	282	5.0%	58	1.0%
R04	5,523	1,202	21.8%	820	14.8%	1,950	35.3%	1,230	22.3%	267	4.8%	54	1.0%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲		割合
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療	割合	割合	
H29	6,403	2,401 37.5%	2,033 31.8%	1,661 25.9%	308 4.8%	179 58.1%	129 41.9%	39 0.6%	4.8%	
H30	6,362	2,480 39.0%	1,964 30.9%	1,618 25.4%	300 4.7%	188 62.7%	112 37.3%	34 0.5%	4.7%	
R01	6,363	2,486 39.1%	2,084 32.8%	1,481 23.3%	312 4.9%	171 54.8%	141 45.2%	29 0.5%	4.9%	
R02	5,830	2,155 37.0%	1,982 34.0%	1,316 22.6%	377 6.5%	218 57.8%	159 42.2%	55 0.9%	6.5%	
R03	5,626	2,022 35.9%	1,953 34.7%	1,311 23.3%	340 6.0%	206 60.6%	134 39.4%	58 1.0%	6.0%	
R04	5,523	2,022 36.6%	1,950 35.3%	1,230 22.3%	321 5.8%	184 57.3%	137 42.7%	54 1.0%	5.8%	

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	2,389	37.3%	264	11.1%	384	16.1%	832	34.8%	780	32.6%	121	5.1%	8	0.3%
	H30	2,410	37.9%	311	12.9%	386	16.0%	800	33.2%	801	33.2%	104	4.3%	8	0.3%
	R01	2,444	38.4%	321	13.1%	387	15.8%	919	37.6%	676	27.7%	131	5.4%	10	0.4%
	R02	2,305	39.5%	299	13.0%	367	15.9%	858	37.2%	622	27.0%	137	5.9%	22	1.0%
	R03	2,218	39.4%	284	12.8%	341	15.4%	846	38.1%	613	27.6%	113	5.1%	21	0.9%
	R04	2,251	40.8%	301	13.4%	362	16.1%	859	38.2%	592	26.3%	124	5.5%	13	0.6%
治療なし	H29	4,014	62.7%	1,080	26.9%	673	16.8%	1,201	29.9%	881	21.9%	148	3.7%	31	0.8%
	H30	3,952	62.1%	1,125	28.5%	658	16.6%	1,164	29.5%	817	20.7%	162	4.1%	26	0.7%
	R01	3,919	61.6%	1,121	28.6%	657	16.8%	1,165	29.7%	805	20.5%	152	3.9%	19	0.5%
	R02	3,525	60.5%	1,001	28.4%	488	13.8%	1,124	31.9%	694	19.7%	185	5.2%	33	0.9%
	R03	3,408	60.6%	955	28.0%	442	13.0%	1,107	32.5%	698	20.5%	169	5.0%	37	1.1%
	R04	3,272	59.2%	901	27.5%	458	14.0%	1,091	33.3%	638	19.5%	143	4.4%	41	1.3%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H29	6,402	3,280	51.2%	1,608	25.1%	908	14.2%	428	6.7%	178	2.8%
	H30	6,362	3,072	48.3%	1,623	25.5%	986	15.5%	458	7.2%	223	3.5%
	R01	6,362	3,088	48.5%	1,533	24.1%	1,034	16.3%	474	7.5%	233	3.7%
	R02	5,830	2,794	47.9%	1,486	25.5%	929	15.9%	409	7.0%	212	3.6%
	R03	5,625	2,736	48.6%	1,377	24.5%	886	15.8%	410	7.3%	216	3.8%
R04	5,523	2,913	52.7%	1,327	24.0%	769	13.9%	351	6.4%	163	3.0%	
男性	H29	2,650	1,495	56.4%	633	23.9%	332	12.5%	142	5.4%	48	1.8%
	H30	2,654	1,405	52.9%	653	24.6%	369	13.9%	158	6.0%	69	2.6%
	R01	2,677	1,413	52.8%	633	23.6%	397	14.8%	162	6.1%	72	2.7%
	R02	2,472	1,311	53.0%	600	24.3%	348	14.1%	150	6.1%	63	2.5%
	R03	2,372	1,296	54.6%	541	22.8%	327	13.8%	147	6.2%	61	2.6%
R04	2,375	1,369	57.6%	549	23.1%	287	12.1%	120	5.1%	50	2.1%	
女性	H29	3,752	1,785	47.6%	975	26.0%	576	15.4%	286	7.6%	130	3.5%
	H30	3,708	1,667	45.0%	970	26.2%	617	16.6%	300	8.1%	154	4.2%
	R01	3,685	1,675	45.5%	900	24.4%	637	17.3%	312	8.5%	161	4.4%
	R02	3,358	1,483	44.2%	886	26.4%	581	17.3%	259	7.7%	149	4.4%
	R03	3,253	1,440	44.3%	836	25.7%	559	17.2%	263	8.1%	155	4.8%
R04	3,148	1,544	49.0%	778	24.7%	482	15.3%	231	7.3%	113	3.6%	

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

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	6,402	3,280 51.2%	1,608 25.1%	908 14.2%	606 9.5%	564 8.8%	42 0.6%	9.5%	
H30	6,362	3,072 48.3%	1,623 25.5%	986 15.5%	681 10.7%	635 9.9%	46 0.7%	10.7%	
R01	6,362	3,088 48.5%	1,533 24.1%	1,034 16.3%	707 11.1%	660 10.4%	47 0.7%	11.1%	
R02	5,830	2,794 47.9%	1,486 25.5%	929 15.9%	621 10.7%	576 9.9%	45 0.8%	10.7%	
R03	5,625	2,736 48.6%	1,377 24.5%	886 15.8%	626 11.1%	575 10.2%	51 0.9%	11.1%	
R04	5,523	2,913 52.7%	1,327 24.0%	769 13.9%	514 9.3%	481 8.7%	33 0.6%	9.3%	

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	1,503	23.5%	1,079	71.8%	275	18.3%	107	7.1%	30	2.0%	12	0.8%
	H30	1,486	23.4%	989	66.6%	329	22.1%	122	8.2%	31	2.1%	15	1.0%
	R01	1,563	24.6%	1,079	69.0%	321	20.5%	116	7.4%	31	2.0%	16	1.0%
	R02	1,599	27.4%	1,104	69.0%	337	21.1%	113	7.1%	29	1.8%	16	1.0%
	R03	1,488	26.5%	1,045	70.2%	275	18.5%	117	7.9%	36	2.4%	15	1.0%
R04	1,492	27.0%	1,097	73.5%	263	17.6%	99	6.6%	23	1.5%	10	0.7%	
治療なし	H29	4,899	76.5%	2,201	44.9%	1,333	27.2%	801	16.4%	398	8.1%	166	3.4%
	H30	4,876	76.6%	2,083	42.7%	1,294	26.5%	864	17.7%	427	8.8%	208	4.3%
	R01	4,799	75.4%	2,009	41.9%	1,212	25.3%	918	19.1%	443	9.2%	217	4.5%
	R02	4,231	72.6%	1,690	39.9%	1,149	27.2%	816	19.3%	380	9.0%	196	4.6%
	R03	4,137	73.5%	1,691	40.9%	1,102	26.6%	769	18.6%	374	9.0%	201	4.9%
R04	4,031	73.0%	1,816	45.1%	1,064	26.4%	670	16.6%	328	8.1%	153	3.8%	