

公表資料

阿蘇市国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)
令和6年度～令和11年度

(素案)

阿蘇市国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期計画の評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
3. 第3期における健康課題の明確化
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 健康課題の明確化
 - 3) 目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……36

1. 第4期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報の保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業 ……43

- I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

1. 虚血性心疾患重症化予防
2. 脳血管疾患重症化予防
3. 糖尿病性腎症重症化予防

III. 実施期間及びスケジュール

IV. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

V. 発症予防

VI. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し66

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67

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料68

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

またその後、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の計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4}2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

本市では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB^{※6})を活用して特定健診の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

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

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

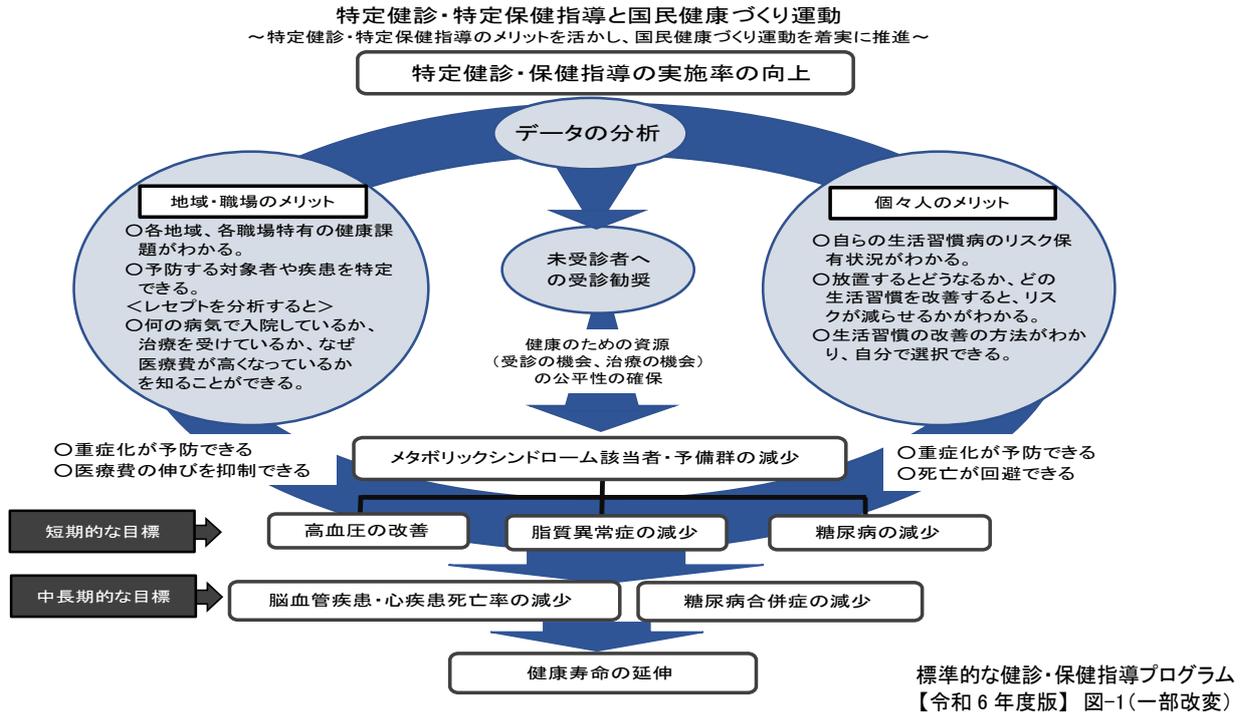
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

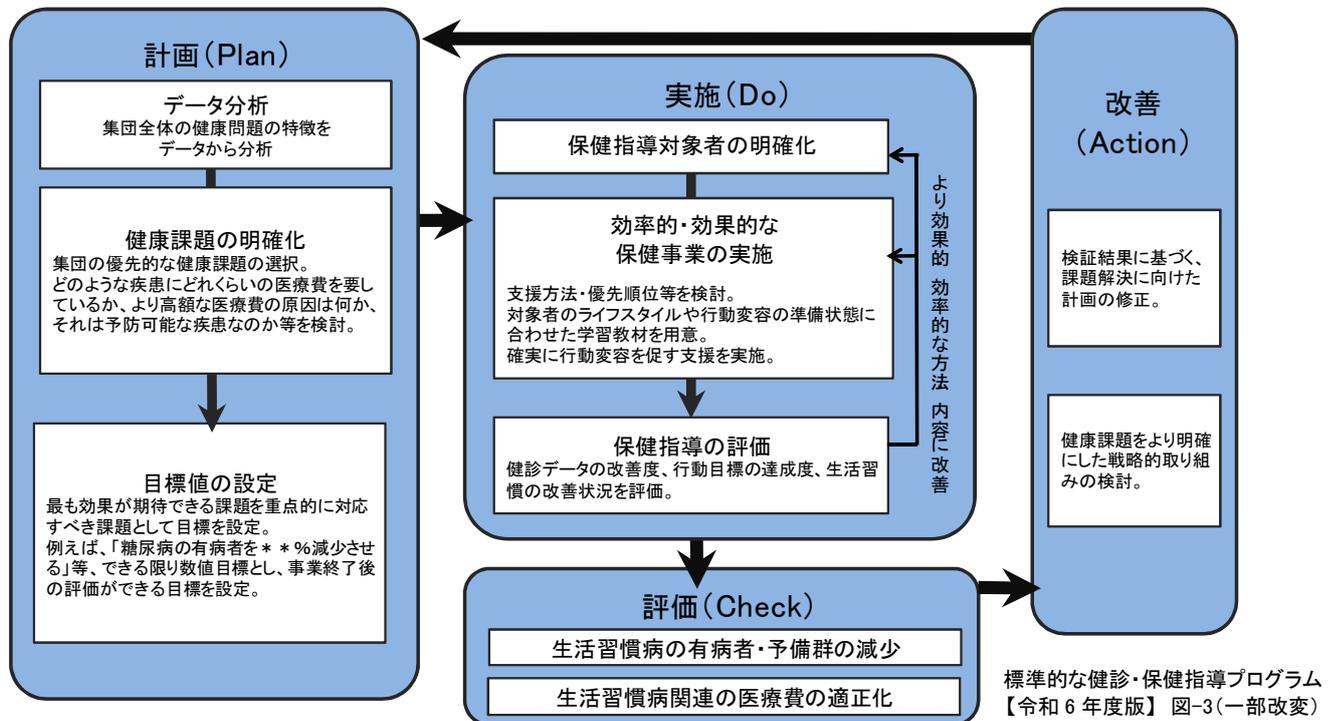
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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) 2024~2035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、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりに配慮		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(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)			がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(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	(住民の健康の保持増進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①6疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用し る保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

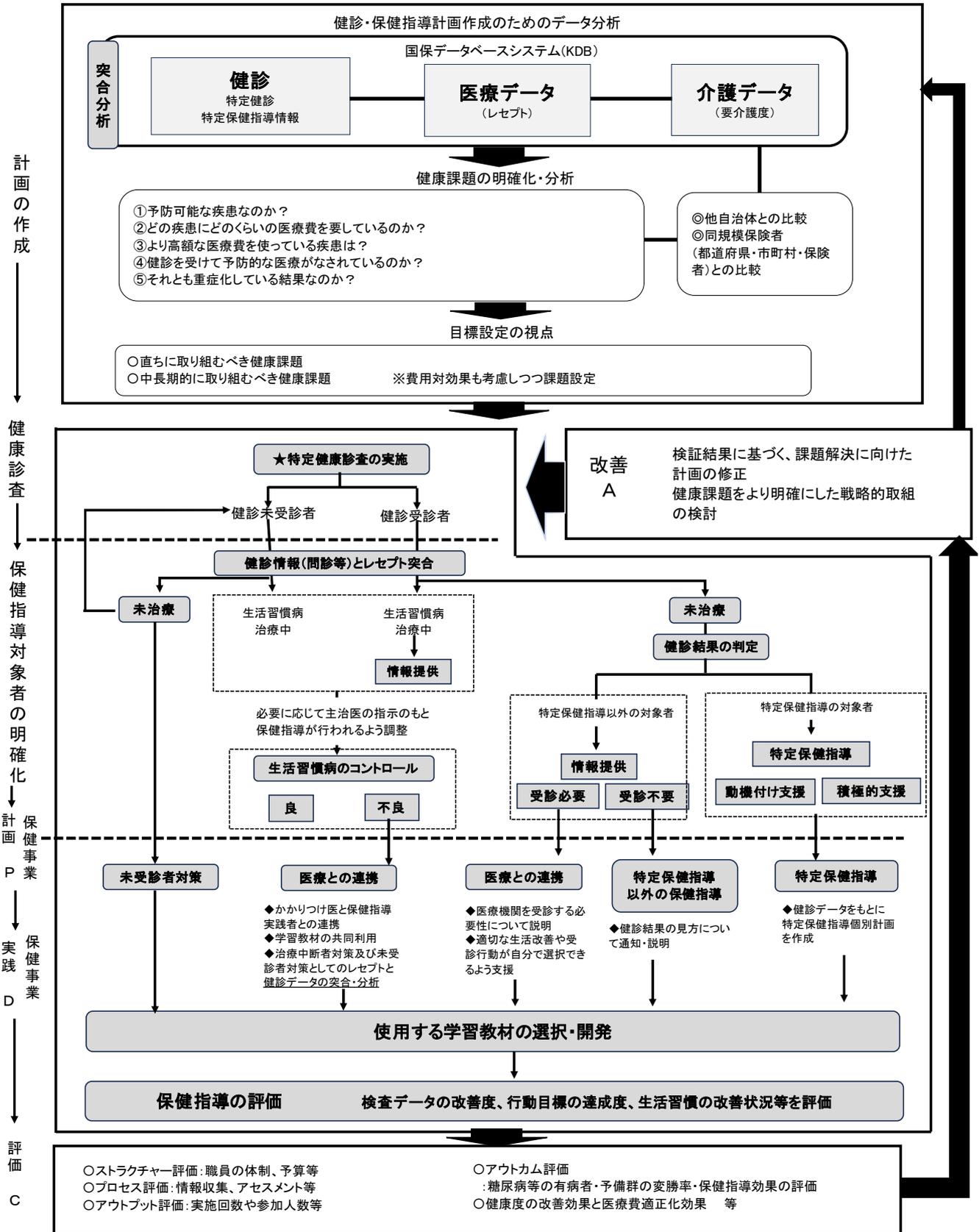


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

図表 5 標準的な健診・保健指導プログラム(H30 年度版)における基本的な考え方(一部改変)

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
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	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;"> 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) </div> <div style="font-size: 2em; margin: 10px 0;">➔</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;"> 行動変容を促す手法 </div>	現在の健診・保健指導
特徴	事業中心の保健指導		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
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		結果を出す保健指導
内容	健診結果の伝達、理想的生活習慣に係る一般的な情報提供		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
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		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、実施する。
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。
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を講み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
実施主体	市町村	アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少	
			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方を整理。
(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

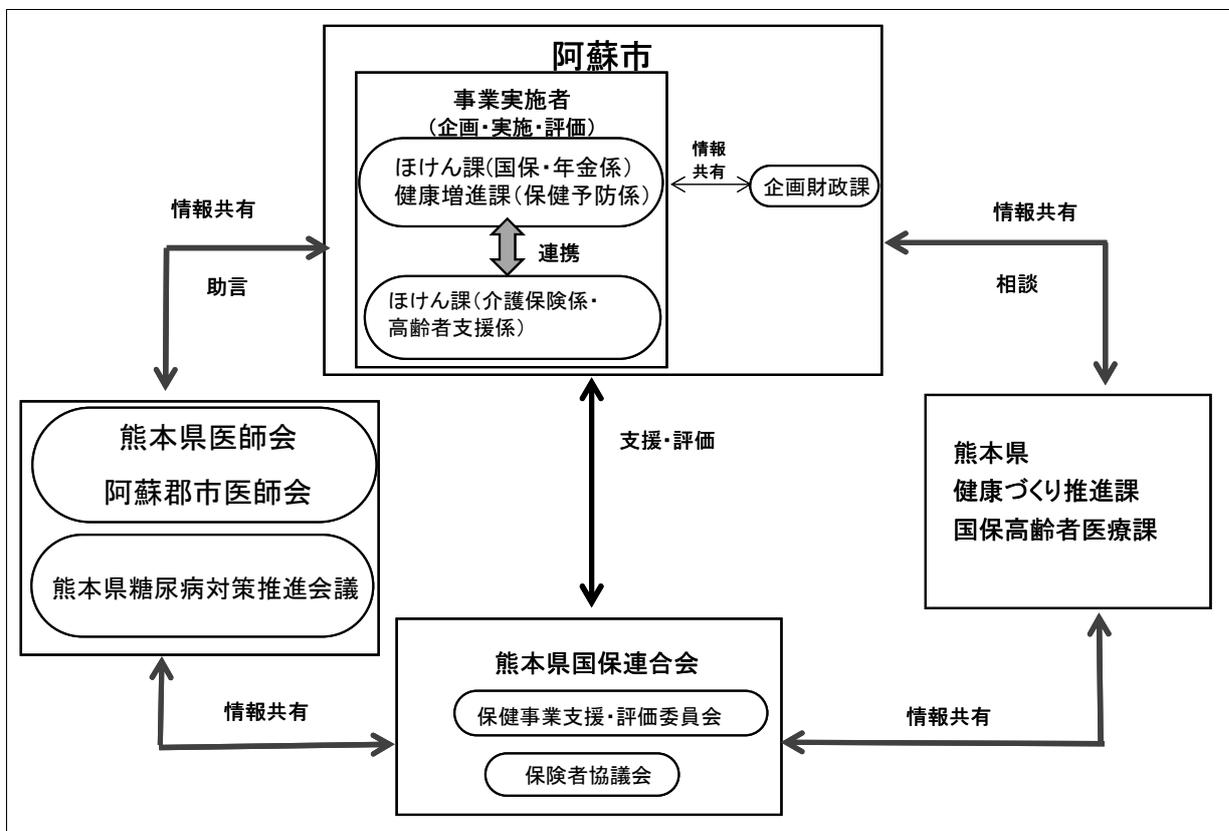
1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局のほけん課と住民の健康の保持増進に関係する部局の健康増進課が共同で保険者の健康課題を分析し、介護保険係・高齢者支援係、財政課など関係部署と連携し阿蘇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。

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

ームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。（図表 6・7）

図表 6 阿蘇市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

各種業務		主担当係	副担当係	
国保事業	資格業務	ほけん課(国保・年金係)		
	賦課業務	税務課(市民税係)	ほけん課(国保・年金係)	
	徴収業務	税務課(収税係)	ほけん課(国保・年金係)	
	給付業務	ほけん課(国保・年金係)		
	保健業務	特定健診	ほけん課(国保・年金係)	健康増進課(保健予防係)
		保健指導	健康増進課(保健予防係)	
		その他事務(受診券作成等)	ほけん課(国保・年金係)	健康増進課(保健予防係)
がん検診		健康増進課(保健予防係)		

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・協力が重要となります。

熊本県は平成 30 年度から市町村国保の財政責任の運営主体となり、国民健康保険の共同保険者となりましたので、熊本県健康福祉部健康づくり推進課・国保高齢者医療課とは常に意見交換を行い、情報連携に努めます。

熊本県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置されている保健事業支援・評価委員会や保険者協議会とは健診データやレセプトデータ等による課題抽出や各

種事業実施後の評価分析や国保データベースシステム(KDB)の活用方法支援や職員研修による技術指導等、また特定健診や保健指導に関する他の保険者間との連絡調整を行います。

熊本県医師会及び阿蘇郡市医師会とは被保険者の健康保持と安心して医療を受けることができるように、阿蘇市における保健事業の取り組みや疾病状況などについて情報共有と協力体制を円滑に行います。

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする(事業費分・事業費連動分)保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点		
		阿蘇市	配点	阿蘇市	配点	阿蘇市	配点	
交付額(万円)		15,629		16,031		16,191		
全国順位(1,741市町村中)		308位		170位		119位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70
		(2)特定保健指導実施率	95	70	130	70	130	70
		(3)タバコ・リクセント・ルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	35	40	55	40	60	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	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	65	90	35	45	65	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	45	50	45	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	30	100	30	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	25	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	30	40	24	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	78	95	66	100	67	100
合計点		668	1,000	705	960	707	940	

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、人口約 24,000 人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 40.4%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も 55 歳と県、国と比べてやや高い状況です。出生率は県や国と比べると低くなっています。産業においては、第 3 次産業の割合が 60%を占めていますが、同規模、県、国と比較すると低く、第 1 次産業が 17.8%で、同規模、県、国と比較して高い状況です。(図表 9)

国保加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が 49.4%を占めています。(図表 10)

また本市内には病院が 4 か所、診療所が 20 か所あり、病床数の割合は同規模や県と比較すると多く、医療資源に恵まれていることもあり、入院患者数は同規模と比較して高い傾向にあります。(図表 11)

図表 9 同規模・県・国と比較した阿蘇市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者 数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千 対)	死亡率 (人口千 対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
阿蘇市	24,864	40.4	6,010 (24.2)	55.2	5.6	15.0	0.4	17.8	22.2	60.0
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	31.6	21.9	53.9	7.6	12.3	0.4	9.8	21.1	69.1
国	--	28.7	20	53.4	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、阿蘇市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合								
被保険者数	6,947		6,587		6,448		6,277		6,010	
65～74歳	3,122	44.9	3,110	47.2	3,179	49.3	3,137	50.0	2,968	49.4
40～64歳	2,246	32.3	2,042	31.0	1,931	29.9	1,819	29.0	1,750	29.1
39歳以下	1,579	22.7	1,435	21.8	1,338	20.8	1,321	21.0	1,292	21.5
加入率	25.7		24.4		23.9		23.2		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 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	同規模 割合	県 割合								
病院数	4	0.6	4	0.6	4	0.6	4	0.6	4	0.7	0.4	0.5
診療所数	19	2.7	19	2.9	20	3.1	20	3.2	20	3.3	3.5	3.8
病床数	808	116.3	808	122.7	808	125.3	803	127.9	803	133.6	67.7	85.4
医師数	59	8.5	59	9.0	57	8.8	57	9.1	57	9.5	9.7	14.1
外来患者数	739.4		747.2		719.2		747.9		759.1		728.3	768.9
入院患者数	26.2		28.1		28.6		27.2		25.7		23.6	26.2

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

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

① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で25人(認定率0.34%)、1号(65歳以上)被保険者2,156人(認定率21.5%)で、平成30年度と比べるとやや減少しています。(図表12)

介護給付費においては、平成30年度と比べると横ばいの状態であり、一人当たりの給付費も低くなっています。(図表13)

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で4割以上、第1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表12 要介護認定者(率)の状況

	阿蘇市				
	H30年度		R04年度		
高齢化率	9,633人	35.7%	10,051人	40.4%	
2号認定者	26人	0.31%	25人	0.34%	
新規認定者	5人		11人		
1号認定者	2,168人	22.5%	2,156人	21.5%	
新規認定者	257人		265人		
再掲	65～74歳	159人	3.9%	171人	3.8%
新規認定者	35人		35人		
75歳以上	2,009人	36.1%	1,985人	35.5%	
新規認定者	222人		230人		

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	阿蘇市	
	H30年度	R04年度
総給付費	28億1352万円	28億5984万円
一人あたり給付費(円)	292,071	284,533
1件あたり給付費(円)全体	63,123	61,730
居宅サービス	39,619	40,102
施設サービス	282,632	280,850

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(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)		25		171		1,985		2,156		2,181		
再)国保・後期		15		139		1,918		2,057		2,072		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
			割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合		
	循環器疾患	1	脳卒中	7	脳卒中	68	脳卒中	968	脳卒中	1,036	脳卒中	1,043
				46.7%		48.9%		50.5%		50.4%		50.3%
		2	虚血性心疾患	4	虚血性心疾患	25	虚血性心疾患	675	虚血性心疾患	700	虚血性心疾患	704
			26.7%		18.0%		35.2%		34.0%		34.0%	
	合併症	3	腎不全	0	腎不全	18	腎不全	409	腎不全	427	腎不全	427
				0.0%		12.9%		21.3%		20.8%		20.6%
		4	糖尿病合併症	1	糖尿病合併症	22	糖尿病合併症	162	糖尿病合併症	184	糖尿病合併症	185
			6.7%		15.8%		8.4%		8.9%		8.9%	
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			15	基礎疾患	131	基礎疾患	1,874	基礎疾患	2,005	基礎疾患	2,020	
			100.0%		94.2%		97.7%		97.5%		97.5%	
血管疾患合計			15	合計	132	合計	1,884	合計	2,016	合計	2,031	
			100.0%		95.0%		98.2%		98.0%		98.0%	
認知症		認知症	1	認知症	25	認知症	834	認知症	859	認知症	860	
			6.7%		18.0%		43.5%		41.8%		41.5%	
筋・骨格疾患		筋骨格系	13	筋骨格系	131	筋骨格系	1,886	筋骨格系	2,017	筋骨格系	2,030	
			86.7%		94.2%		98.3%		98.1%		98.0%	

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は横ばいで維持していますが、被保険者数の減少の影響もあり、一人あたり医療費においては、平成 30 年度と比較しても約 5 万円高くなっています。

入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3%程度にも関わらず、医療費全体の 45%を占めており、1 件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較しても約 8 万円も高くなっています。詳細を確認するとがん等疾患での医療費の割合は横ばいで、脳血管疾患と虚血性心疾患の医療費の割合が増えていきます。特に脳血管疾患は若い世代で件数が増えていました。(図表 15)

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の 1 を超えており、特に入院の地域差指

数が平成 30 年度よりも大きく伸びています。(図表 16)

医療費の増加は、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 15 医療費の推移

		阿蘇市		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		6,947人	6,010人	--	--	--
前期高齢者割合		3,122人 (44.9%)	2,968人 (49.4%)	50.5%	45.4%	40.5%
総医療費		24億9720万円	24億7994万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		359,464 県内26位 同規模137位	412,636 県内24位 同規模92位	394,521	407,772	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	502,420	587,850	585,610	574,230	619,090
	費用の割合	44.5	45.0	43.3	45.5	39.6
	件数の割合	3.4	3.3	3.1	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	22,180	24,310	24,850	23,470	24,520
	費用の割合	55.5	55.0	56.7	54.5	60.4
	件数の割合	96.6	96.7	96.9	96.7	97.5
受診率		765.58	784.84	751.942	795.102	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は阿蘇市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険		
		阿蘇市 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	1.062	1.106	1.125
		(28位)	(20位)	(8位)
	入院	1.194	1.253	1.291
		(29位)	(26位)	(8位)
	外来	0.994	1.022	1.025
		(29位)	(22位)	(14位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると減少しています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると脳血管疾患、虚血性心疾患・慢性腎不全(人工透析)のいずれも患者数及び割合は減少しています。(図表 18)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			阿蘇市	
			H30年度	R04年度
総医療費(円)			24億9720万円	24億7994万円
中長期目標疾患 医療費合計(円)			2億1880万円	1億8207万円
			8.76%	7.34% ↓
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.74%	1.78%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.12%	0.95%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.65%	4.14%
		慢性腎不全(透析無)	0.26%	0.47%
そ の 他 の	悪性新生物		12.94%	14.67%
	筋・骨疾患		9.98%	10.79%
	精神疾患		8.66%	8.40%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患 別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	6,947	6,010	a	609	478	416	347	43	30	
				a/A	8.8%	↓8.0%	6.0%	↓5.8%	0.6%	↓0.5%	
40歳以上	B	5,368	4,718	b	601	475	415	343	43	30	
	B/A	77.3%	78.5%	b/B	11.2%	10.1%	7.7%	7.3%	0.8%	0.6%	
再 掲	40~64歳	C	2,246	1,750	c	139	89	107	73	24	15
		C/A	32.3%	29.1%	c/C	6.2%	5.1%	4.8%	4.2%	1.1%	0.9%
	65~74歳	D	3,122	2,968	d	462	386	308	270	19	15
		D/A	44.9%	49.4%	d/D	14.8%	13.0%	9.9%	9.1%	0.6%	0.5%

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)

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

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

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、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。また、糖尿病性網膜症の割合は増加しています。糖尿病性網膜症は自覚症状が乏しいため保健指導を通して、体で起きていることを継続的に伝える必要があります。(図表 19・20・21)

図表 19 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	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	2,415	2,255	673	522	1,742	1,733	
	A/被保数	45.0%	↑ 47.8%	30.0%	29.8%	55.8%	58.4%	
(中長期併発目標疾患)	脳血管疾患	B	286	240	64	51	222	189
		B/A	11.8%	↓ 10.6%	9.5%	9.8%	12.7%	10.9%
	虚血性心疾患	C	269	215	63	28	206	187
		C/A	11.1%	↓ 9.5%	9.4%	5.4%	11.8%	10.8%
	人工透析	D	40	29	22	15	18	14
		D/A	1.7%	↓ 1.3%	3.3%	2.9%	1.0%	0.8%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧(高血圧症)、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)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	1,815	1,746	526	438	1,289	1,308	
	A/被保数	33.8%	↑ 37.0%	23.4%	25.0%	41.3%	44.1%	
(中長期併発目標疾患)	脳血管疾患	B	203	181	43	35	160	146
		B/A	11.2%	↓ 10.4%	8.2%	8.0%	12.4%	11.2%
	虚血性心疾患	C	229	196	58	33	171	163
		C/A	12.6%	↓ 11.2%	11.0%	7.5%	13.3%	12.5%
	人工透析	D	25	18	14	6	11	12
		D/A	1.4%	↓ 1.0%	2.7%	1.4%	0.9%	0.9%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	109	74	27	18	82	56
		E/A	6.0%	↓ 4.2%	5.1%	4.1%	6.4%	4.3%
	糖尿病性網膜症	F	108	156	32	35	76	121
		F/A	6.0%	↑ 8.9%	6.1%	8.0%	5.9%	9.3%
	糖尿病性神経障害	G	44	37	8	14	36	23
		G/A	2.4%	↓ 2.1%	1.5%	3.2%	2.8%	1.8%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧(高血圧症)、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)

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	2,147	1,946	627	478	1,520	1,468	
	A/被保数	40.0%	41.2%	27.9%	27.3%	48.7%	49.5%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	232	182	49	34	183	148
		B/A	10.8%	9.4%	7.8%	7.1%	12.0%	10.1%
	虚血性心疾患	C	259	206	63	34	196	172
		C/A	12.1%	10.6%	10.0%	7.1%	12.9%	11.7%
	人工透析	D	22	13	8	3	14	10
		D/A	1.0%	0.7%	1.3%	0.6%	0.9%	0.7%

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

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0%以上を平成 30 年度と令和 3 年度で比較してみたところ、HbA1c7.0%以上の有所見者の割合が伸びています。また未治療者について、健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で 33.3%、糖尿病で 8.8%ほどおり、特に、高血圧の未治療者や治療中断者の割合が高くなっていました。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、健診の受診率向上を図りつつ、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。(図表 22)

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報(R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療		治療中断	
	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E				
阿蘇市	2,404	48.8	2,365	52.2	105	4.4	66	62.9	90	3.8	56	62.2	30	33.3	6	6.7
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報(R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療		治療中断	
	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K				
阿蘇市	2,392	99.5	2,364	100.0	117	4.9	29	24.8	147	6.2	40	27.2	13	8.8	1	0.7
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典：ヘルスサポートラボツール

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者割合は伸びています。(図表 23)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160 mg/dl以上の有所見割合を見ると、微増しているものもありますが、翌年度の結果を見ると、改善率が上がっており、保健指導の成果がみられるものもあります。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、重症化予防対象者への継続受診を勧める働きかけや継続した保健指導を行っていきます。(図表 24.25.26)

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者			予備群
		3項目	2項目		
H30年度	2,404 (48.8%)	470 (19.6%)	150 (6.2%)	320 (13.3%)	320 (13.3%)
R04年度	2,153 (49.8%)	443 (20.6%)	134 (6.2%)	309 (14.4%)	270 (12.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	279 (11.7%)	41 (14.7%)	120 (43.0%)	57 (20.4%)	61 (21.9%)
R03→R04	318 (13.5%)	90 (28.3%)	128 (40.3%)	27 (8.5%)	73 (23.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	105 (4.4%)	61 (58.1%)	16 (15.2%)	1 (1.0%)	27 (25.7%)
R03→R04	90 (3.8%)	47 (52.2%)	17 (18.9%)	1 (1.1%)	25 (27.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 mg/dl以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160mg/dl以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	258 (10.7%)	108 (41.9%)	69 (26.7%)	23 (8.9%)	58 (22.5%)
R03→R04	240 (10.1%)	105 (43.8%)	65 (27.1%)	14 (5.8%)	56 (23.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、令和3年度には50.4%まで伸びましたが、令和4年度は新型コロナウイルス感染症の影響で48.3%になり、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表27)40歳代については、令和2年度の40代セット健診実施以降受診率は向上していますが、50歳代は低い状況が続いています。(図表28)

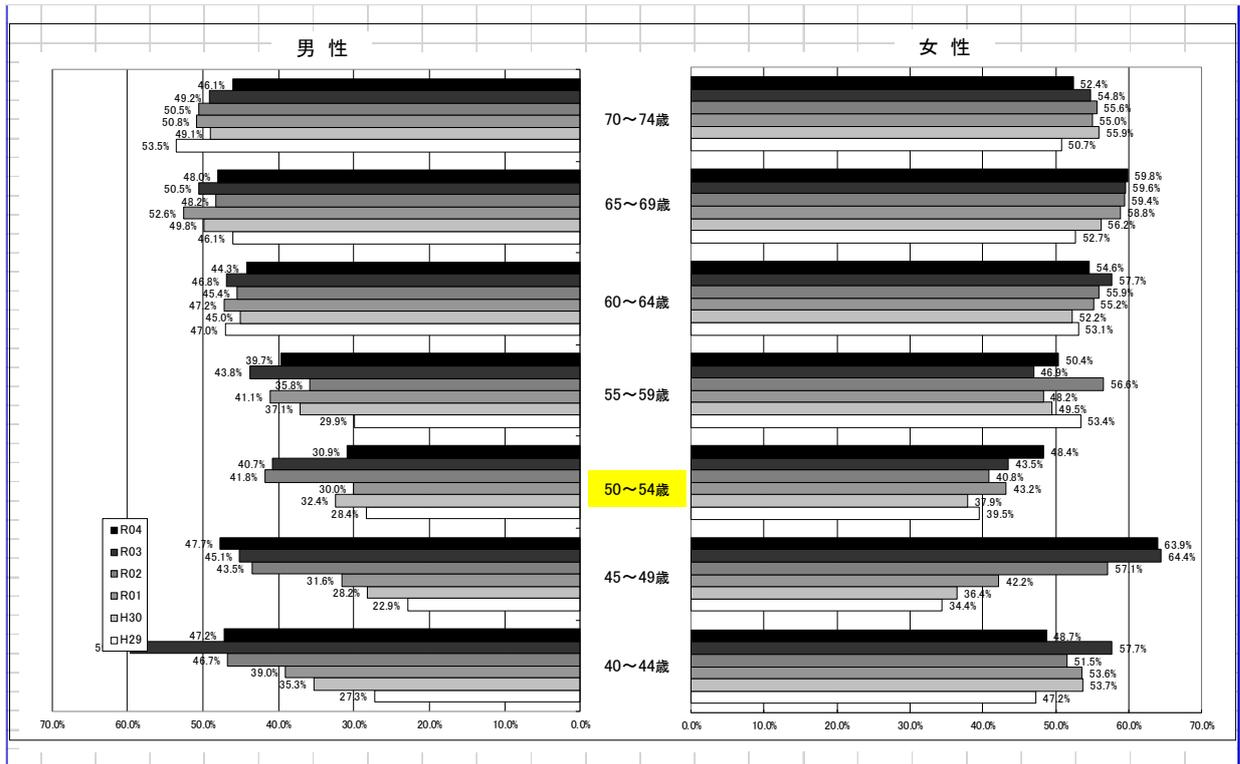
特定保健指導実施率については、平成30年度以降国の目標値を超えているものの、低下傾向にあり、生活習慣病の発症予防にも重症化予防同様に力を入れる必要があります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	2,336	2,346	2,326	2,282	2,084	健診受診率 60%
	受診率	47.4%	49.3%	49.5%	50.4%	48.3%	
特定保健指導	該当者数	292	287	260	251	217	特定保健指 導実施率 60%
	割合	12.5%	12.2%	11.2%	11.0%	10.5%	
	実施者数	235	227	211	195	152	
	実施率	80.5%	79.1%	81.2%	77.7%	70.0%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



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

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症重症化予防対象者への保健指導率は、90%以上を維持しているものの、糖尿病性腎症重症化予防対象者割合はH30年度8.2%、R4年度8.3%で大きな変化はみられません。

ただし、糖尿病は完治する病気ではない為、病歴が長くなれば重症化のリスクは高くなるので、この8.3%は抑制できていると判断できるので、引き続き効果的な保健指導を継続します。

また、H30年度から、健診でHbA1c6.5%以上になった方の台帳【糖尿病管理台帳】を作成し、対象者を把握し、優先順位を決め、地区担当保健師が支援を行ってきました。R2年度からは、健診受診者の中で、HbA1c6.5%以上糖尿病未治療・治療中断者及び糖尿病治療中HbA1c7.0%以上の方への支援を、食事療法は糖尿病治療の基本であるというガイドラインの考え方を踏まえ地区担当管理栄養士が重点的に行ってきました。その結果、糖尿病治療中HbA1c7.0%以上の方が、合併症予防のためのコントロール目標であるHbA1c7.0%未満になった割合が年々増加傾向にあります。

しかし、未治療・治療中断者への支援においては、医療機関受診に繋がった割合は55%に留まっており、治療や受診の必要性を十分に理解していただく必要があります。保健指導の回数は個人によって違い、1回の保健指導では十分でない場合もあるため、継続的な保健指導を実施できる体制を強化していきます。

表1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	2,404	2,412	2,412	2,365	2,153
血糖値有所見者 * 1	人(b)	196	315	200	238	178
	(b/a)	8.2%	13.1%	8.3%	10.1%	8.3%
保健指導実施者 * 2	人(c)	189	296	192	223	168
	(c/b)	96.4%	94.0%	96.0%	93.7%	94.4%

* 1 HbA1c6.5%以上のもの(治療中HbA1c7.0%以上のもの)ラボツール【帳票】健診結果集計ツール資料Bより

* 2 保健指導は1度でも訪問・来所等による面談等を実施した者を計上 阿蘇市調べ 健診結果台帳より



翌年健診でHbA1c7.0%未満だった者の割合

R1	R2	R3	R4
22%	22%	23%	25%

阿蘇市調べ 糖尿病管理台帳集計表

未治療中断者が受診に繋がった割合

R1	R2	R3	R4
71%	21%	59%	55%

阿蘇市調べ 糖尿病管理台帳集計表

新規人工透析者数

	R1	R2	R3	R4
	1	2	2	2
再掲)糖尿病性腎症	0	0	1	0

国保連合会資料 保険者データヘルスシステム

②脳血管疾患及び虚血性心疾患重症化予防

虚血性心疾患、脳血管疾患等の重症化予防対策として、健診受診者のうち、高血圧Ⅱ度以上者(治療・未治療)、LDL180 mg/dl以上者(治療・未治療)、中性脂肪 300 mg/dl以上者、メタボリックシンドローム該当者、CKD(腎専門医紹介レベル)、心房細動の所見ありの方への保健指導を地区担当保健師、管理栄養士が重点的に行って来ました。なかでも虚血性心疾患や脳血管疾患は血圧や糖などを併せ持つことにより発症率が上がるため、高脂血症ガイドラインを参考に優先順位を設定し保健指導を実施しています。

重症化予防対象者割合は概ね減少しているものの、指導率が低下しているものもあります。重症化予防対象者は、脳血管疾患や虚血性心疾患への危険因子を持つリスクの高い方であるため、保健指導率の低下は、重症化へつながります。未治療者へは治療の必要性を理解してもらうための支援を行う受診勧奨に取り組み、治療中の方へは服薬状況の確認に加え、値を改善できるための支援を行っていきます。

表2 重症化予防対象者の割合及び保健指導率

	H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	2,404	2,412	2,412	2,365	2,153
血圧Ⅱ度以上の者	105	111	145	90	84
	4.4%	4.6%	6.0%	3.8%	3.9%
LDL180mg/dl以上の者	91	102	107	84	71
	3.8%	4.2%	4.4%	3.6%	3.3%
中性脂肪300mg/dl以上	59	52	54	52	40
	2.5%	2.2%	2.2%	2.2%	1.9%
メタボリックシンドローム該当者	470	481	491	501	443
	19.6%	19.9%	20.4%	21.2%	20.6%
CKD(腎専門医紹介レベル)	113	119	113	121	82
	4.7%	4.9%	4.7%	5.1%	3.8%
心房細動ありの者	23	23	23	20	18
	1.0%	1.0%	1.0%	0.8%	0.8%

ラボツール【帳票】健診結果集計ツール資料B



保健指導率

	H30	R1	R2	R3	R4
血圧Ⅱ度以上の者	99	101	138	80	82
	94.3%	91.0%	95.2%	88.9%	97.6%
LDL180mg/dl以上の者	85	88	97	79	68
	93.4%	86.3%	90.7%	94.0%	95.8%
中性脂肪300mg/dl以上	51	41	51	47	33
	86.4%	78.8%	94.4%	90.4%	82.5%
メタボリックシンドローム該当者	383	423	458	458	411
	81.5%	87.9%	93.3%	91.4%	92.8%
CKD(腎専門医紹介レベル)	72	95	100	110	76
	63.7%	79.8%	88.5%	90.9%	92.7%
心房細動ありの者	23	22	23	20	16
	100.0%	95.7%	100.0%	100.0%	88.9%

阿蘇市健診結果台帳調べ

(2) ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導(令和6年度版)第3編保健指導第1章(6)ポピュレーションアプローチの活用によると、「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。

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

取組内容としては、生活習慣病発症予防対策として、住民健診結果報告会を開催し、多くの方へ、健診の目的や結果の見方等を説明し、健診への理解を深め、結果報告会会場には、一日分の食品の摂取量の目安や、嗜好品に含まれる糖分の量の展示を実施してきました。

また、阿蘇市の健康課題についての資料や若い世代をターゲットとした将来予測の資料を作成し、周知を行ってきました。

阿蘇市の健康実態 ～重症化のスタートは肥満です～

1 体重増加が20歳時から10kg以上の割合

割合	H29年	H30年	H31年	R1年	R2年
阿蘇市	35.4%	33.3%	33.3%	37.2%	36.3%
30歳代	33.1%	33.3%	34.1%	34.1%	33.3%
40歳代	39.9%	42.5%	47.7%	46.5%	46.5%
50歳代	43.7%	43.1%	42.0%	46.7%	46.7%

2 肥満者の割合も多いです

BMI25以上の肥満者の割合	阿蘇市	熊本県
40～64歳	31.5%	27.8%

3 血糖値が高い人が多い！！

血糖値が高い人の割合	阿蘇市	熊本県	全国
HbA1c6.5以上	12.3%	9.1%	7.4%
HbA1c6.5以上 女性	6.2%	3.7%	2.9%

4 脳 心臓 腎臓

県や同規模の市町村より多くの人が倒れています

脳血管疾患	阿蘇市	熊本県	阿蘇市
40～64歳	5.6%	4.4%	4.5%
65～74歳	14.3%	11.1%	11.3%
75歳以上	30.9%	24%	26.4%

分譲認定率	阿蘇市	熊本県	阿蘇市
75歳～	35.7%	34.1%	31%

死亡の状況	阿蘇市	熊本県	阿蘇市
心臓病	34.9%	28.9%	27.4%
腎不全	3.1%	2.4%	2.7%

5 背景

食へ過ぎると肥満に繋がります

多く食べられています

食品	順位
スイーツ	1位
メロン	5位
外食等	6位
飲酒代	9位
焼肉代	4位
小麦粉	2位
即席めん	4位
柿餅	7位
炭酸飲料	7位

血管を守る緑黄色野菜

あまり食べられていません

野菜	順位
ほうれん草	52位
ブロッコリー	52位
葉野菜	52位

どうして血管を守れるの？

ビタミンA・Eが多く含まれ血管の炎症を誘い、血管の材料になります

血管の状態

正常 → 肥厚 → プラーク → 狭窄 → 閉塞

自家症状がなくても、とんどん詰まっています

食の実態

糖 → アルコール → 脂肪

糖 → 脂肪酸細胞 → 脂肪

糖 → アルコール → 脂肪 → 消費

消費エネルギーが増えませんが...

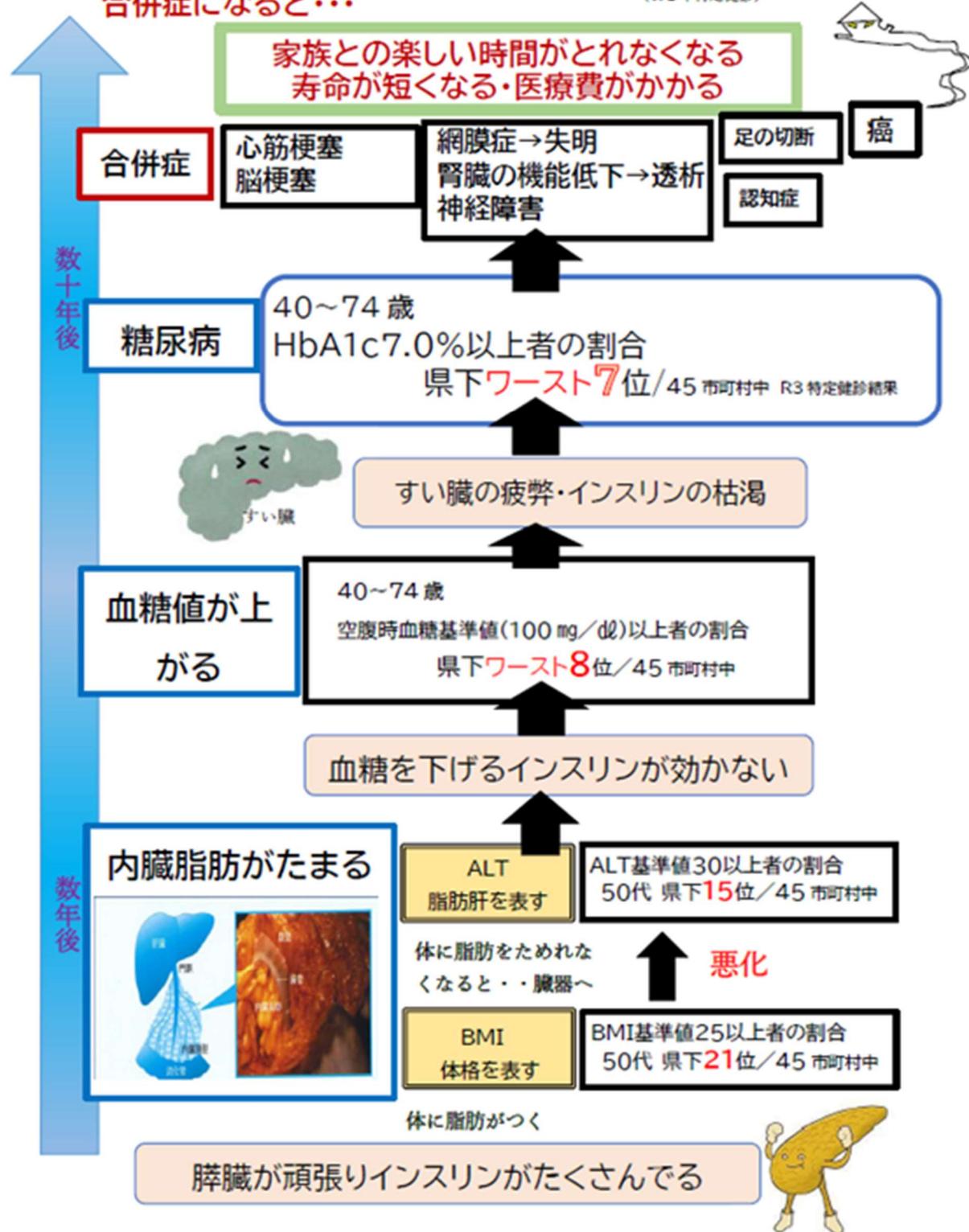
運動量を増やすと代謝が上がります

歩数 (熊本県/全国) 男性 33位 女性 37位

～阿蘇市国保 40 歳代の未来予想図～

合併症になると・・・

(R2年特定健診)



(3) 受診率向上対策

集団健診、個別健診、人間ドック事業に加え、若い世代の早期からの生活習慣病予防を目的として令和2年度から特定健診とがん検診を同日にセットで受けられ完全予約制で実施する40歳代セット健診を開始しました。40歳代セット健診の受診率は、30%程度に留まっていますが、全体として40歳代の受診率は上がっており、この年代に対して確実に保健指導を実施することで生活習慣病の発症予防が期待できます。

40歳代の受診率が上がったことにより50歳代の受診率に低さが目立ってきましたので、今後は50歳代も含めた健診方法を検討し、若い世代からの健診受診や生活習慣病予防に取り組んでいきます。

表3 40歳代セット健診受診率

	R2	R3	R4
受診率	30.5%	31.0%	26.4%
被保険数 40-49歳 6/30現在	515人	506人	522人
受診者数	157人	157人	138人

表4 40歳～50歳代健診受診率(法定報告)

		R2	R3	R4
40歳代	受診率	45.9%	51.3%	48.4%
	被保険者数	434	439	432
	受診者数	199	225	209
50歳代	受診率	40.0%	42.0%	38.7%
	被保険者数	623	558	536
	受診者数	249	234	207

(4) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

評価項目	評価指標	(単位)	中間評価						最終評価			
			H30	R1	第2期目標値	H28第2期現状数値とR1実績の比較で評価	R2	R3	R4	R5の目標値(R2~)	R4の数値があるものはR4とH30年数値で評価	
			実績	実績	目標値	評価	実績	実績	実績	目標値	評価	
成果目標	医療費の伸びの抑制	国保 地域差指数(1人当たり年齢調整後医療費)	1.06	1.06	抑制	×	1.13	1.10		抑制	×	R3とH30を比較
中長期目標	糖尿病性腎症・脳血管疾患・虚血性心疾患による医療費の伸びを抑制	1)①総医療における目標疾患医療費(中長期的疾患な疾患)割合	%	8.8	8	1%減	○	6.9	7.4	7.3	1%減	○
		再掲: 目標疾患医療費(腎不全)割合	%	5.9	5.5	抑制	○	4.6	4.4	4.6	抑制	○
		②新規 糖尿病性腎症患者数割合(人口千対)	%	0.53	0.27	減少	○	0.03	0	0.6	減少	×
		// 脳血管疾患患者数割合(人口千対)	%	3.76	2.44	抑制	○	3.42	3.95	3.28	抑制	○
		// 虚血性心疾患患者数割合(人口千対)	%	4.47	4.62	抑制	×	2.49	2.61	2.68	抑制	○
		③人工透析に要した費用額	億円	1.4	1.3	抑制	○	1.1	1.1	1	抑制	○
		④高額(80万円)以上のレセプト 脳血管疾患患者数	人	9	5	抑制	○	9	13	8	抑制	○
		// 虚血性心疾患患者数	人	7	11	抑制	○	8	8	11	抑制	×
短期目標	特定健診・特定保健指導の実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	2) 特定健診受診率	%	47.4	49.3	51	×	49.5	50.4	48.3	60	×
		特定保健指導実施率	%	80.5	79.1	67	○	81.2	77.7	70	73	×
		特定保健指導対象者の減少率	%	16.9	16.5	16.4↑	○	13.7	22.2	17	20↑	×
		BMI25以上の割合(40歳~64歳)	%	31.8	31.9			31.2	33.8	32.4	抑制	×
		BMI25以上の割合(30歳代)	%	26.8	30.3			30.3	28.1	31	抑制	×
		メタボリックシンドロームの割合	%	19.5	19.9	18	×	20.3	21.1	19.8	19	×
	糖尿病性腎症・脳血管疾患・虚血性心疾患の発症を予防するために、糖尿病、高血圧、脂質異常症等重症化予防対象者を減少	健診受診者の糖尿病患者の割合(未治療HbA1c6.5以上・治療中7以上)	%	8.1	13.1	11未満	×	8.3	10.1	7.8	11未満	○
		健診受診者のHbA1c8以上の未治療者割合	%	0.3	0.4	0.4未満	○	0.2	0.5	0.2	0.4未満	○
		健診受診者の高血圧者(160/100以上)の割合	%	4.4	4.5	4.0	×	6.0	3.8	3.9	3.5	×
		健診受診者の脂質異常者(LDL180以上)の割合	%	3.8	4.2	3.0	×	4.4	3.5	3.1	2.5	×
		糖尿病の未治療者が医療機関を受診した割合	%	71	21	増加	○	59.0	55.0	評価は次年2月版	増加	×
		糖尿病の未治療中断者割合	%	35	44.5	40	×	33.5	37.9	30.1	40↓	○
		糖尿病の保健指導実施率	%	98	94.9	100	×	96.1	93	88.9	95↑	×
		がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診	%	12.85	12.5	増加	×	10.3	11.1	10.5	増加
	肺がん検診		%	16.6	16.45	増加	×	21.2	17	15.7	増加	×
	大腸がん検診		%	13.9	13.6	増加	×	17	13.9	13.1	増加	×
	子宮頸がん検診		%	24.2	24.1	増加	×	21.7	24.3	23.3	増加	×
	乳がん検診		%	21.5	22.9	増加	○	21.3	24.4	25	増加	○
5つのがん検診の平均受診率	%		17.81	17.91	17.9	○	18.3	18.14	17.5	増加	×	
5つのがん検診の平均受診率(国保)	%		27.01	28.15	28.15	×	26.3	32.4	32	増加	○	
後発医薬品の使用による医療費の削減	後発医薬品の使用割合	%	81	81.7	増加	○	83.8	84.5	84.8	増加	○	

(5) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期データヘルス計画において、医療費抑制を最終目標として、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全に重きを置き重症化予防を進めてきました。特定健診の結果を入口として、重症化予防に取り組むために、まずは特定健診受診率向上に努め、特定健診受診後には、受診者全員を対象として、健診の目的や結果の見方及び将来予測等を説明し、特定健診への理解を深めてきました。さらに、特定健診結果で重症化のリスクが高い方をリストアップし、入院治療等の重症化した状態が予防できるよう優先順位を設定して継続的な保健指導に努めてきました。しかし、総医療費の約45%を占める入院医療費割合の抑制は難しく(本市は医療資源に恵まれているという背景も重なり)、平成30年度と比較すると高くなっています。入院医療費の中では脳血管疾患や心血管疾患にかかる費用の増加が目立ちます。また、予防が難しい疾患である、がん、筋骨疾患にかかる医療費は横ばい状態です。肥満症診療ガイドライン2022には、肥満に関連する健康障害の一つに、がんがあり、特定健診を入口として肥満対策に努めることは、がん予防にも少なからず繋がります。また、中長期目標疾患のうち、脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)の医療費が総医療費に占める割合が平成30年度より増加しています。脳血管疾患は、要介護認定状況とも大きく関わりがあるため、介護給付費適正化においても、医療費適正化においても、その基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症を重点的に抑えていくことが必要となります。特定健診受診後に高血圧や糖尿病で受診に繋がった割合は100%ではなく、未治療のままの方もいる現状です。被保険者へ受診や治療の必要性や生活改善についての保健指導を十分にしていく必要があります。そのためには、1回の保健指導では十分ではない場合もあるため、継続的な保健指導に取り組むことが課題となります。

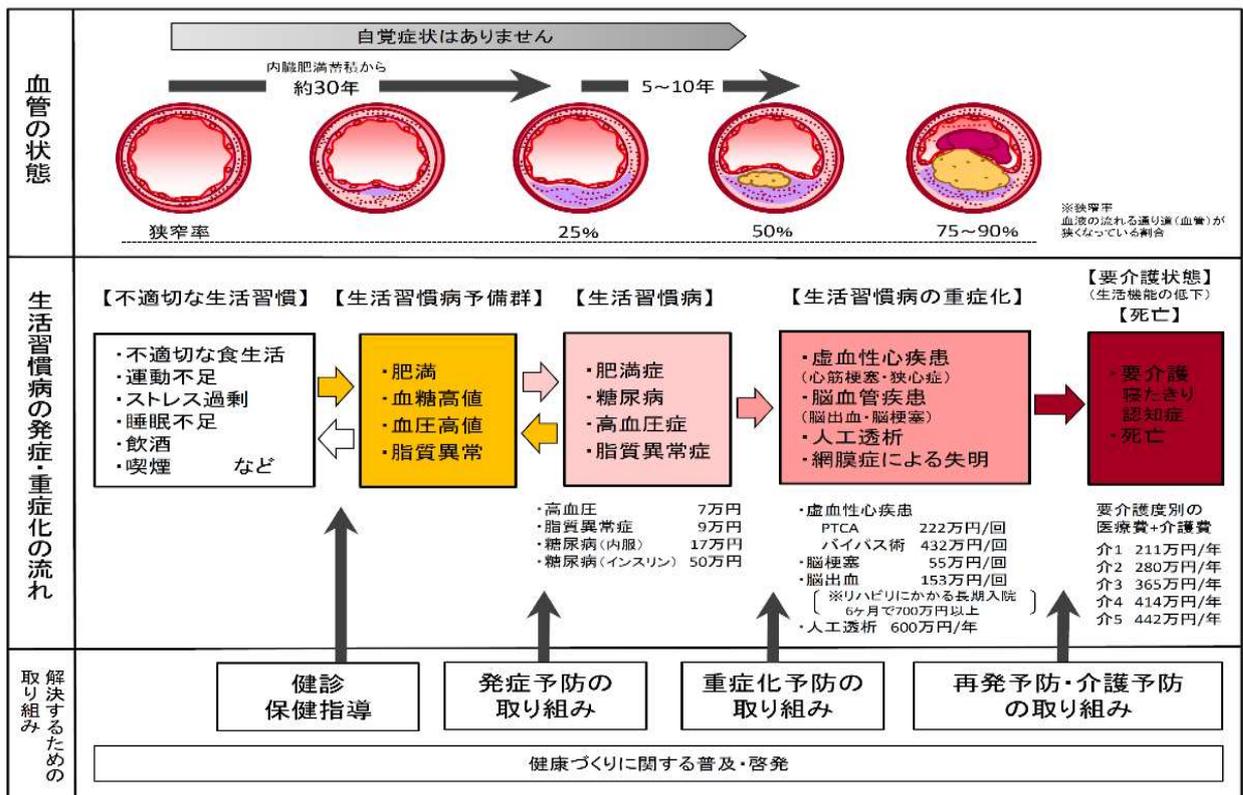
また、本市では同規模より第1次産業が多い特徴があります。受診率が低い50歳代もまだまだ働き盛りです。その方々の生活の質の低下につながらないように、予防可能な疾患である生活習慣病の発症・重症化予防に向けて、特定健診の受診率向上が課題となります。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

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

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病発症の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 31 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順

位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため 40 歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

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

(1) 医療費分析から見える健康課題の明確化

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増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり 97 万円を超え、国保の 2.3 倍も高い状況です。(図表 31)

その中身を見てみると、阿蘇市では中長期目標疾患(脳血管疾患、心血管疾患、慢性腎不全(人工透析)、)につながる糖尿病、高血圧、脂質異常症の総医療費に占める割合が同規模や県・国と比較すると高くなっており、生活習慣病発症予防の対策が必要と考えられます。(図表 32)

また、高額レセプトについては、人数・件数は国保では平成 30 年度と比較して令和 4 年度はともに 1.2 倍、後期では国保の 2.0 倍になっており医療費増加の一因となっています。(図表 33)

内訳をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは国保で 17 件(令和4年度)、約3千万円の費用がかかっており、50 歳代が最も多い状況でした。虚血性心疾患になったレセプトは平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、件数・費用額ともに増加しており、1件当たりの費用額が高いことが分かります。(図表 34・35)

脳血管疾患(脳梗塞、脳出血)、虚血性心疾患で高額レセプトになった方の経過をしてみると、68%の方(約7割)は健診を受けておらず、保険者として健康状態の把握ができていない方でした。脳血管疾患では 72%の方(約7割)が基礎疾患に高血圧や糖尿病があり、虚血性心疾患では基礎疾患に脂質異常症がありました。

これらの実態を基に第 3 期計画では未受診者対策に努めるとともに、高血圧、糖尿病、脂質異常症の対象者へ十分な保健指導及び内臓脂肪型肥満からの生活習慣病発症予防に取り組んでいく必要があります。

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渡って医療費と介護費に影響を及ぼします。若い世代で脳血管疾患の発症が増えている実態から若い世代への健診受診勧奨及び保健指導に今後も注力していく必要があります。

図表 31 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
被保険者数	6,947人	6,587人	6,448人	6,277人	6,010人	5,486人	
総件数及び 総費用額	件数	64,680件	62,689件	58,387件	59,273件	57,973件	83,040件
	費用額	24億9720万円	24億6381万円	24億9922万円	25億7005万円	24億7994万円	53億7261万円
一人あたり医療費	35.9万円	37.4万円	38.8万円	40.9万円	41.3万円	97.9万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 32 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	阿蘇市	24億7994万円	33,574	4.14%	0.47%	1.78%	0.95%	6.23%	3.44%	2.27%	4億7829万円	19.3%	14.7%	8.40%	10.79%
	同規模	--	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	--	19.1%	16.9%	8.74%	9.00%
	県	--	33,482	5.55%	0.26%	1.90%	1.02%	5.64%	3.13%	1.72%	--	19.2%	14.1%	9.67%	8.56%
	国	--	29,043	4.38%	0.29%	2.07%	1.46%	5.45%	3.06%	2.11%	--	18.8%	16.8%	7.88%	8.71%
② 後期	阿蘇市	53億7261万円	81,837	4.45%	0.33%	3.63%	0.81%	3.48%	2.91%	1.48%	9億1812万円	17.1%	6.9%	5.81%	15.7%
	同規模	--	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	--	18.7%	10.5%	4.11%	12.6%
	県	--	81,455	4.72%	0.47%	3.74%	1.12%	3.70%	2.88%	1.07%	--	17.7%	9.2%	4.70%	13.2%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 33 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	213人	232人	264人	241人	251人	
	件数	B	346件	376件	476件	443件	441件	
		B/総件数	0.53%	0.60%	0.82%	0.75%	0.76%	
	費用額	C	4億9130万円	4億7901万円	6億0422万円	6億3666万円	6億0488万円	11億4636万円
		C/総費用	19.7%	19.4%	24.2%	24.8%	24.4%	21.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度		
人数	D	9人	5人	6人	10人	9人	34人		
	D/A	4.2%	2.2%	2.3%	4.1%	3.6%	6.5%		
件数	E	13件	9件	10件	26件	17件	53件		
	E/B	3.8%	2.4%	2.1%	5.9%	3.9%	5.7%		
年代別	40歳未満	0	0	0	0	0	65-69歳	0	0.0%
	40代	0	0	0	0	0	70-74歳	1	1.9%
	50代	0	0	0	2	8	75-80歳	7	13.2%
	60代	10	3	1	16	4	80代	30	56.6%
	70-74歳	3	6	9	8	5	90歳以上	15	28.3%
費用額	F	1333万円	1109万円	1182万円	3247万円	2691万円	5777万円		
	F/C	2.7%	2.3%	2.0%	5.1%	4.4%	5.0%		

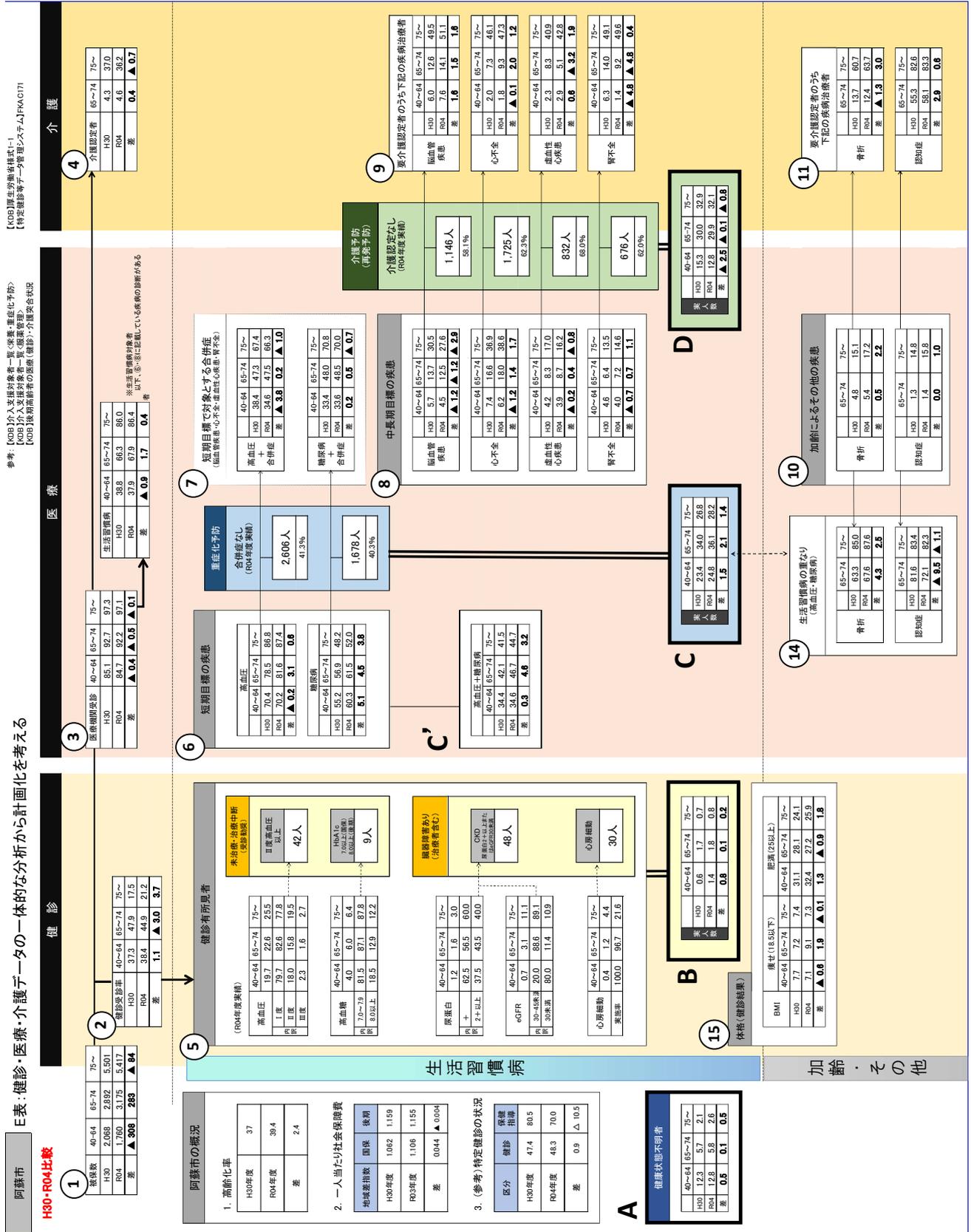
出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期: R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	7人		11人		8人		8人		9人		12人		
		G/A	3.3%		4.7%		3.0%		3.3%		3.6%		2.3%		
	件数	H	8件		13件		8件		8件		10件		17件		
		H/B	2.3%		3.5%		1.7%		1.8%		2.3%		1.8%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	10.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	2	11.8%
		50代	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	1	12.5%	0	0.0%	75-80歳	4	23.5%
		60代	4	50.0%	9	69.2%	4	50.0%	4	50.0%	3	30.0%	80代	6	35.3%
		70-74歳	4	50.0%	2	15.4%	4	50.0%	3	37.5%	6	60.0%	90歳以上	5	29.4%
	費用額	I	1041万円		1640万円		1047万円		1180万円		1584万円		2337万円		
I/C		2.1%		3.4%		1.7%		1.9%		2.6%		2.0%			

図表 36

健診・医療・介護データの一体的な分析



(2)健康・医療・介護の有所見割合から見える健康課題の明確化

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37の⑮体格では40-64歳の若い年齢層でBMI25以上の率が増加しています。図表38健診有所見をみると、特に40-64歳の年齢層でHbA1c7.0%以上者の人数割合が増えています。未治療・中断者の人数も増えていることから、保健指導と併せて医療機関への受診の必要性を十分に理解していただく必要性もあります。

図表39の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況を見ると、40-64歳の年齢層での糖尿病の方の割合が平成30年度と比較して大きくなっています。

図表40の中長期目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全)では平成30年度と令和4年度を比較すると、65-74歳の年齢層で虚血性心疾患、腎不全の割合が高くなっており、40-64歳の若年層での脳血管疾患の介護認定者の割合も高くなっているため、しっかりと原因を分析し、若い頃からの予防活動に反映させていく必要があります。

図表 37 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			BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	37.0	2,068	2,892	5,501	37.3	47.9	17.5	7.7	7.2	7.4	31.1	28.1	24.1
R04	36.2	1,760	3,175	5,417	38.4	44.9	21.2	7.1	9.1	7.3	32.4	27.2	25.9

図表 38 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	
H30	25	3.2	(9)	69	5.0	(18)	42	4.4	(7)	20	2.6	(0)	84	6.1	(3)	11	1.1	(1)	3	0.4	15	1.1	21	2.2	1	0.1	14	1.0	9	0.9
R04	27	4.0	(13)	56	3.9	(21)	65	5.6	(8)	27	4.0	(3)	85	6.0	(6)	9	0.8	(0)	7	1.0	15	1.1	26	2.3	3	0.4	16	1.1	11	1.0

図表 39 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③									⑥									⑦								
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症								
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-						
H30	85.1	92.7	97.3	38.8	66.3	86.0	70.4	78.5	86.8	55.2	56.9	48.2	34.4	42.1	41.5	38.4	47.3	67.4	33.4	48.0	70.8						
R04	84.7	92.2	97.1	37.9	67.9	86.4	70.2	81.6	87.4	60.3	61.5	52.0	34.6	46.7	44.7	34.6	47.5	66.3	33.6	48.5	70.0						

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 40 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 年度	㊸ 中長期目標の疾患(被保険者割)												㊹ 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	5.7	13.7	30.5	4.2	8.3	17.0	7.4	16.6	36.9	4.6	6.4	13.5	6.0	12.6	49.5	2.3	8.3	40.9	2.0	7.3	46.1	6.3	14.0	49.1
R04	4.5	12.5	27.6	3.9	8.7	16.2	6.2	18.0	38.6	4.0	7.2	14.6	7.6	14.1	51.1	2.9	5.1	42.8	1.8	9.3	47.3	1.4	9.2	49.6

(3) 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、若い世代(40-64歳)の肥満及び糖尿病の増加が目立ち、結果として65-74歳の虚血性心疾患等の割合が高くなっています。若い世代への予防活動の充実が必要ですが、50歳代の健診受診率が低いため、第3期においても健診未受診者対策は被保険者の健康実態を把握し、早期に予防活動を行うためにも重要だと考えます。また、高額レセプトも増えており、医療費の増加もみられることから、予防可能な疾患である脳、心、腎を守るための活動に注力していく必要があります。そのための具体的な取り組み方法については、第3章、第4章に記載します。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

成果目標として、高齢化が進展する昨今では医療費の増加を抑えることは難しいため医療費の伸びの抑制を目標年地域差指数の減少を目指します。

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。また、第3期の評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表42)設定しています。

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患が増えており、入院の医療費が全体の45%を占めていました。

特に、本市では若い世代の脳血管疾患患者の介護認定の割合、虚血性心疾患の発症状況に課題がみられました。そのため、脳血管疾患、虚血性心疾患について、新規の患者数割合を維持・減少させることを目標とします。また75歳以上では腎不全の患者数割合が増加していることから国保のころから腎不全の予防をすることも目標とします。

③短期的な目標の設定

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

特に若い世代からの生活習慣病発症予防のために若い世代の健診受診率の向上及び特定保健指導の充実も目標にします。

また中長期目標疾患の発症予防のためには、短期目標疾患における適切な医療機関受診と疾病管理が重要です。医療機関未治療者や治療中断者等、重症化するリスクの高い対象者について把握し、医療機関への受診勧奨や必要な保健指導、栄養指導を行います。

(2) 管理目標の設定

図表 41 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ年度)	
			初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)		
成果目標	医療費の伸びの抑制	国保 地域差指数（1人当たり年齢調整後医療費）の抑制	1.10 R3が最新			国保連合会資料 医療費の変化をみる	
	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	新規 脳梗塞患者数の抑制	人	57		保険者データヘルス支援システム (データR5、9月取得)
新規 脳出血患者数の抑制			人	11			
新規 虚血性心疾患患者数の抑制			人	110			
新規 透析導入患者数			人	4			
新規 糖尿病性腎症による透析導入患者数の抑制			人	1			
脳血管疾患（脳梗塞・脳出血）の総医療費に占める割合の維持			%	1.78			
アウトカム指標		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）の総医療費に占める割合の維持	%	0.95		国保連合会資料 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療に占める割合
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	%	4.14		
			健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	%	3.9		ラボツール①保健指導実践ツール【帳票】健診結果集計ツール
			健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDLコレステロール180mg/dl以上）	%	3.3		
健診受診者の血糖異常者の割合の減少（未治療HbA1c6.5%以上・治療中7.0%以上）	%	8.3					
★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	%	0.7					
短期目標	生活習慣病発症予防	健診受診者の糖尿病型（HbA1c6.5%以上）の未治療者の割合の減少	%	30.1		法定報告値	
		★メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	%	20.6			
		メタボリックシンドローム予備群の割合の減少	%	12.6			
		アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	%	48.3	法定報告値
				★特定保健指導実施率60%以上	%	70	
		データヘルス計画	生活習慣病発症予防	40代、50代の健診受診率		上昇	
健診受診者の40代、50代のうち朝食を抜くことが週3回以上ある割合	%			20.5			

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

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

なお、第 1 期及び第 2 期は 5 年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第 3 期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 42 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	51%	52%	54%	56%	58%	60%
特定保健指導実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%

3. 対象者の見込み

図表 43 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	4,068人	3,946人	3,828人	3,713人	3,602人	3,494人
	受診者数	2,075人	2,052人	2,068人	2,080人	2,090人	2,097人
特定保健指導	対象者数	245人	240人	235人	230人	225人	220人
	終了者数	122人	124人	126人	128人	130人	132人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、集団健診については特定健診実施機関に委託します。個別健診については熊本県医師会及び個別で契約できる医療機関と阿蘇市国保で契約し実施します。

- ① 集団健診(委託健診機関)
- ② 個別健診(阿蘇市内委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関について

委託している医療機関にチラシを配布。また対象者への受診勧奨ハガキや受診券発送時にも個別健診を実施する医療機関について掲載します。

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

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

図表 44 特定健診検査項目(例示)

○阿蘇市特定健診検査項目

健診項目		阿蘇市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	□	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	□

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

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

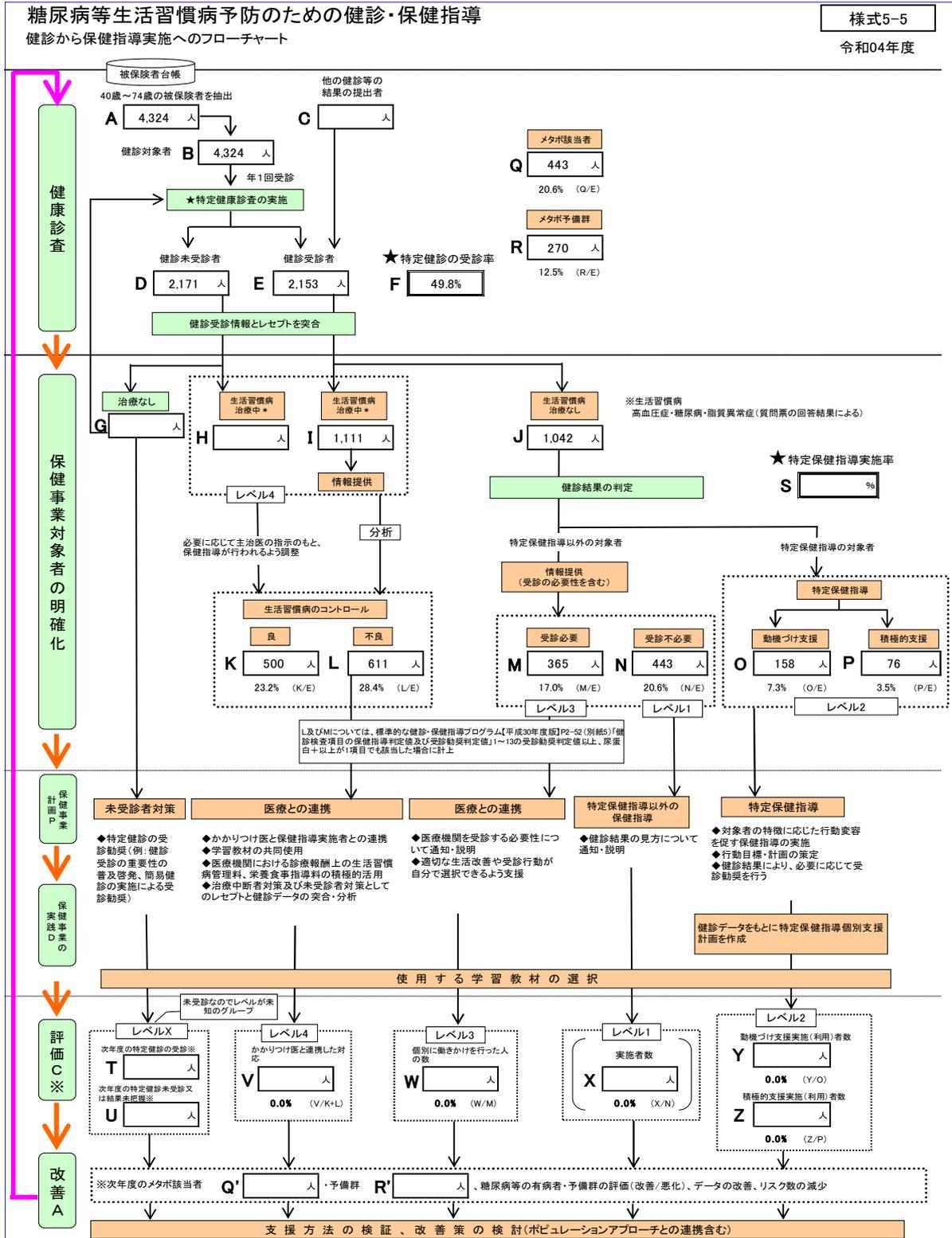
治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、医療機関へ十分な説明を実施していきます。

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表 46 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

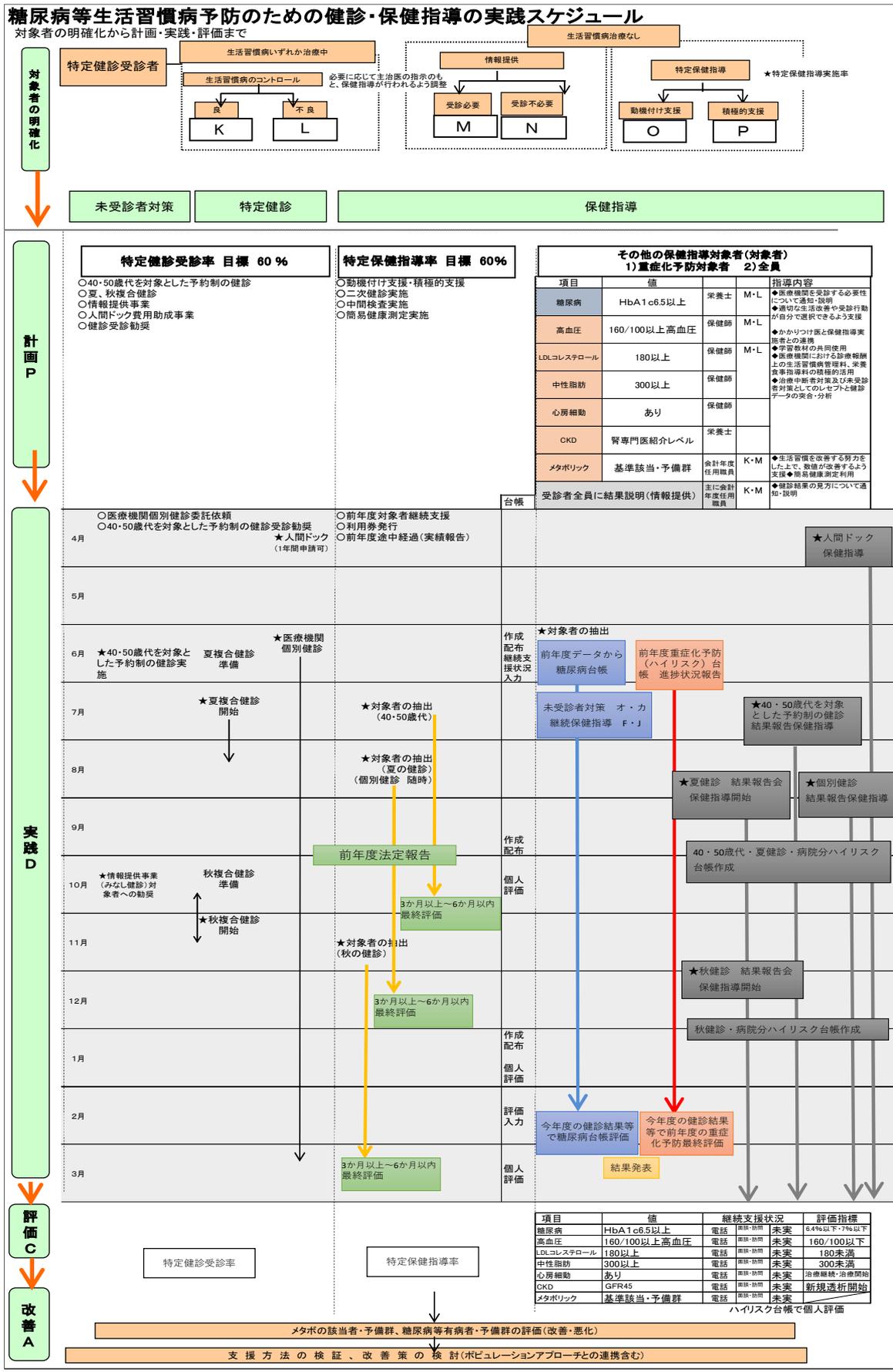
図表 47 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	OP	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	234人 (10.9%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	365人 (17.0%)	HbA1c6.5%以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	2171 ※受診率目標達成までにあと442人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	443人 (20.6%)	100%
5	I	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 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1,111人 (51.6%)	生活習慣病のコントロール不良者について 100%

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます(図表 48)。

図表 48 健診・保健指導年間スケジュール



6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律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・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、阿蘇市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診の結果を基に、生活習慣病発症及び重症化予防の取組について、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。

ハイリスクアプローチとしては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防・糖尿病性腎症重症化予防等の取組を行います。

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

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により、自分自身の生活や将来設計にも支障を及ぼしてしまうことや、高額な医療費や介護費用がかかることで、社会全体に及ぼす影響等について、広く住民へ周知することで、住民が自らの健康管理の大切さや、予防可能な生活習慣病の発症予防に関心を向けることができるよう努めていきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、特定健診と保健指導により受診者が現在の自分の身体の状態を把握する必要があります。そのためにまずは、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努めます。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

II. 重症化予防の取組

阿蘇市の虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、令和4年度の特定健診受診者 2,153 人(49.8%)のうち、692 人(32.1%)です。そのうち治療なし(高血圧・糖尿病・脂質異常症の3疾患で内服がないと問診で答えた者)が 186 人で、その中でも臓器障害(心電図・eGFR(推算糸球体濾過量)45 未満・尿蛋白+の所見)があり、直ちに取り組むべき対象者が 56 人です。また、重症化予防対象者 692 人のうち治療中が 506 人で、治療なしより治療中の方が多く状況にあり、定期的な医療機関受診への保健指導や医療機関との連携が必要となります。(図表 49)

図表 49 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 OKD診療ガイドライン 2022-2023 (日本糖尿病学会)
科学的根拠に基づき レセプトデータ、 介入医療データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の二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年最新共同研究報告))	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)
	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓症 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血栓性脳塞栓症 (33.2%) 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症	■各疾患の治療状況
	※脳卒中 データバンク 2016.5.1		治療中 治療なし
	※脳卒中 データバンク 2016.5.1		高血圧 815 脂質異常症 603 糖尿病 235 3疾患 いずれもか 1,111 1,042
			※期間診療による
優先すべき 課題の明確化	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)	メタボリック シンドローム	重症化予防対象者 (実人数)
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	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)	脂質異常症	692 32.1%
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	186 17.9%
該当者数	84 3.9%	心房細動	100 14.5%
治療なし	48 3.6%	心原性脳塞栓症	506 45.5%
(再掲) 特定保健指導	20 23.8%	心原性脳塞栓症	56 30.1%
治療中	36 4.4%	心原性脳塞栓症	13
臓器障害 あり	15 31.3%	心原性脳塞栓症	47
CKD(専門医対象者)	3	心原性脳塞栓症	--
心電図所見あり	13	心原性脳塞栓症	
臓器障害 なし	33 68.8%	心原性脳塞栓症	

出典：ヘルサポートラツール

1. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取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。

2) 実態と対象者の明確化

(1) 阿蘇市の実態

第 2 章での分析結果のとおり、虚血性心疾患で高額になったレセプトは、人数、費用額がともに令和 4 年度は平成 30 年度より増加しており、1 件当たりの費用額が高くなっていました。介護認定者における虚血性心疾患の保有割合は、介護保険 1 号被保険者(65 歳以上～)と同じく、若い世代の介護保険 2 号被保険者(40 歳～64 歳)も高い状況です。(P12 図表 14 参照)

これらのことから、虚血性心疾患のリスク因子を持つ方の把握と、早期からの発症予防に向けた保健指導が重要と考えます。

(2) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定にあたっては、以下の①～③とします。

①脂質異常症タイプ

ア:LDLコレステロール 180 mg/dl 以上者(治療・未治療)

イ:中性脂肪(トリグリセライド)300 mg/dl 以上者(空腹時採血、随時採血問わない)

②メタボリックシンドロームタイプ

ア:メタボリックシンドローム該当及び予備群のうち、血糖、血圧、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の者

イ:特定保健指導対象者(積極的支援、動機付け支援)

ウ:メタボリックシンドローム該当及び予備群で、ア・イ以外の者

③心電図検査において ST 変化の所見がある者

(3) 選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出方法

対象者の抽出については、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し、把握及び抽出を行います。(KDB システム等)。

②介入方法

脂質異常症タイプ

動脈硬化性心疾患予防ガイドライン 2022 年版では、脂質異常症診断基準は表 50 のとおりとなっています。中でも、LDLコレステロールが 180 mg/dl の人は、LDL コレステロールが 100 mg/dl未満の人と比べて、約 3~4 倍、心筋梗塞や狭心症になりやすいことや、中性脂肪が 300 mg/dl以上の人は、150 mg/dl未満の人と比べて、約 2 倍、心筋梗塞や狭心症になりやすいとされているため、LDLコレステロール 180 mg/dl(治療・未治療)の者と中性脂肪 300 mg/dl以上の者へ、保健指導及び受診勧奨を実施します。

表 50 脂質異常症診断基準(動脈硬化性心疾患予防ガイドライン 2022 年版)

LDLコレステロール	140mg/dl以上	高LDLコレステロール血症
	120~139mg/dl以上	境界域高LDLコレステロール血症
HDLコレステロール	40mg/dl未満	低HDLコレステロール血症
トリグリセライド (中性脂肪)	150mg/dl以上(空腹時採血)	高トリグリセライド血症
	175mg/dl以上(随時採血)	
Non-HDLコレステロール	170mg/dl以上	高non-HDLコレステロール血症
	150~169mg/dl	境界域non-HDLコレステロール血症

【ア:LDLコレステロール 180 mg/dl以上者(治療・未治療)】

・図表 51(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版)を参考に、高リスク者にあたる者について優先的に関わり、効果的な保健指導の実施をし、確実な医療機関受診や服薬による値の改善を目指します。

【イ:中性脂肪(トリグリセライド)300 mg/dl 以上者(空腹時採血、随時採血問わない)】

・中性脂肪 500 mg/dl以上の者へは医療機関受診勧奨を、300 mg/dl以上 500 mg/dl未満の者へは、生活習慣の改善へ向けた保健指導を行います。

図表 51 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版

「動脈硬化性疾患」の発症リスクを確認しましょう。

- 1.冠動脈疾患又はアテローム血栓性脳梗塞がある場合。⇒「二次予防」
 - 2.糖尿病、慢性腎臓病、末梢動脈疾患がある場合。⇒「高リスク」
- 1及び2がない場合、動脈硬化性疾患発症リスクの計算を行います。

3.動脈硬化性疾患の発症リスク

1 あなたのデータで、①～⑥のポイントを計算してみましょう。

①性別	ポイント	④血清LDLコレステロール	ポイント
女性	0	<120mg/dl	0
男性	7	120～139mg/dl	1
②収縮期血圧	ポイント	140～159mg/dl	2
<120mmHg	0	160mg/dl～	3
120～129mmHg	1	⑤血清HDLコレステロール	ポイント
130～139mmHg	2	60mg/dl～	0
140～159mmHg	3	40～59mg/dl	1
160mmHg～	4	<40mg/dl	2
③糖代謝異常(糖尿病は含まない)	ポイント	⑥喫煙(現在)	ポイント
なし	0	なし	0
あり	1	あり	2

①～⑥のポイント合計 点

2 合計点数と年齢から

10年間の動脈硬化性疾患発症確率と、リスク分類を確認しましょう。

久山町研究による 動脈硬化性疾患発症予測スコア				10年間の動脈硬化性疾患 発症確率	分類
40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳		
0～12	0～7	0～1	—	2%未満	低リスク
13～18	8～13	2～74	0～2	2%～5%未満	中リスク
19以上	14～18	8～12	3～7	5%～10%未満	
—	19以上	13～17	8～12	10%～20%未満	高リスク
—	—	18以上	13以上	20%以上	

メタボリックシンドロームタイプ

メタボリックシンドロームは、高血糖・インスリン抵抗性、高血圧、脂質異常など、動脈硬化の危険因子が集積している病態を表し、心血管病の重要な予防ターゲットとなっています。

メタボリックシンドローム該当者の割合は、図表 52 のとおり平成 30 年度から増加傾向にあるため、今後の心血管病予防のために、保健指導及び受診勧奨を実施します。また、メタボリックシンドローム予備群の割合は、図表 53 のとおり横ばい傾向ですが、メタボリックシンドローム該当者の増加を防ぐために保健指導を実施します。

図表 52 メタボリックシンドローム該当者の割合の経年変化

	H30	R1	R2	R3	R4
阿蘇市	19.5%	19.9%	20.0%	21.1%	20.6%

図表 53 メタボリックシンドローム予備群の割合の経年変化

	H30	R1	R2	R3	R4
阿蘇市	13.3%	11.3%	12.5%	12.4%	12.5%

メタボリックシンドローム該当者

腹囲が男性 85 cm以上、女性 90 cm以上で、3つの項目（血中脂質、血圧、血糖）のうち2つ以上の項目に該当する者

メタボリックシンドローム予備群

腹囲が男性 85 cm以上、女性 90 cm以上で、3つの項目（血中脂質、血圧、血糖）のうち1つの項目に該当する者

【ア:メタボリックシンドローム該当及び予備群のうち、血糖、血圧、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の者】

- ・医療機関への適切な受診のための保健指導を行う

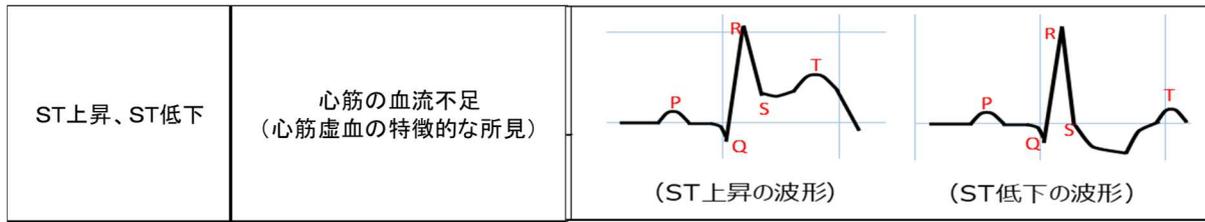
【イ:特定保健指導対象者（積極的支援、動機付け支援）】

- ・第3章特定健康診査等実施計画のとおり実施
- ・二次健診等の実施（動脈硬化精密検査、中間検査、簡易健康測定）

【ウ:メタボリックシンドローム該当及び予備群で、ア・イ以外の者】

- ・治療中断し、心血管疾患を起こさないための保健指導
- ・減量のための保健指導・食事指導の実施
- ・体成分測定等の簡易健康測定

心電図検査において ST 変化の所見がある者



心電図検査は虚血性心疾患予防においても重要な検査の1つです。心電図検査所見においてST変化や異常Q波等は心筋虚血を推測する所見です。

阿蘇市においては、図表 54 のとおり、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、有所見率は、約 5%増加していました。また、心電図有所見状況は、心筋の虚血を示す ST 変化や陰性 T 波の割合が増えています。これまでは、心電図検査結果からは心房細動の有所見者のみ重症化予防対象者としていましたが、ST 変化についても受診勧奨や保健指導を実施し、ST変化とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施します。また、陰性 T 波に関しては、有所見状況や、個人の経年変化等実態把握をし、高血圧等のリスクが重なる場合は、保健指導対象者として検討していきます。

図表 54 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査		所見内訳																			
				虚血 (心筋への酸素不足)						心肥大 (心筋の肥大)				不整脈									
				異常Q波		ST変化		陰性T波		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			
A	実施率	B	有所見率/A	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	人数K	割合K/B		
H30	40～74歳	2,175	90.40%	533	24.51%	4	0.75%	20	3.75%	9	1.69%	2	0.38%	109	20.45%	39	7.32%	130	24.39%	22	4.13%	81	15.20%
	内訳 男性	1,009	89.93%	265	26.26%	2	0.75%	8	3.02%	6	2.26%	2	0.75%	67	25.28%	24	9.06%	80	30.19%	18	6.79%	46	17.36%
	女性	1,166	90.81%	268	22.98%	2	0.75%	12	4.48%	3	1.12%	0	0.00%	42	15.67%	15	5.60%	50	18.66%	4	1.49%	35	13.06%

性別・年齢	所見	心電図検査		所見内訳																			
				虚血 (心筋への酸素不足)						心肥大 (心筋の肥大)				不整脈									
				異常Q波		ST変化		陰性T波		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			
A	実施率	B	有所見率/A	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	人数K	割合K/B		
R4	40～74歳	2,054	94.83%	612	29.80%	5	0.82%	25	4.08%	22	3.59%	0	0%	72	11.76%	42	6.86%	178	29.08%	18	2.94%	84	13.73%
	内訳 男性	947	94.89%	309	32.63%	3	0.97%	11	3.56%	12	3.88%	0	0%	39	12.62%	36	11.65%	105	33.98%	16	5.18%	47	15.21%
	女性	1,107	94.78%	303	27.37%	2	0.66%	14	4.62%	10	3.30%	0	0%	33	10.89%	6	1.98%	73	24.09%	2	0.66%	37	12.21%

出典：マルチマーカーシステム健診結果CSV出力

3) 保健指導の実施

保健指導の実施にあたっては、図表 66 (P62 参照)に沿って行います

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 対象者の管理

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

4) 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た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。

5) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行い、課題を整理し次年度活動へ反映します。

また、中長期的評価においては他の脳血管疾患・糖尿病性腎症と合わせて行っていきます。

【短期的評価】

- ・健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDLコレステロール 180 mg/dl 以上)
- ・メタボリックシンドローム該当者の割合の減少
- ・メタボリックシンドローム予備群の割合の減少

【中長期的評価】

- ・新規 虚血性心疾患患者数の抑制
- ・虚血性心疾患 (狭心症・心筋梗塞) の総医療費に占める割合の維持

2. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取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 55、56)

図表 55 脳卒中の分類

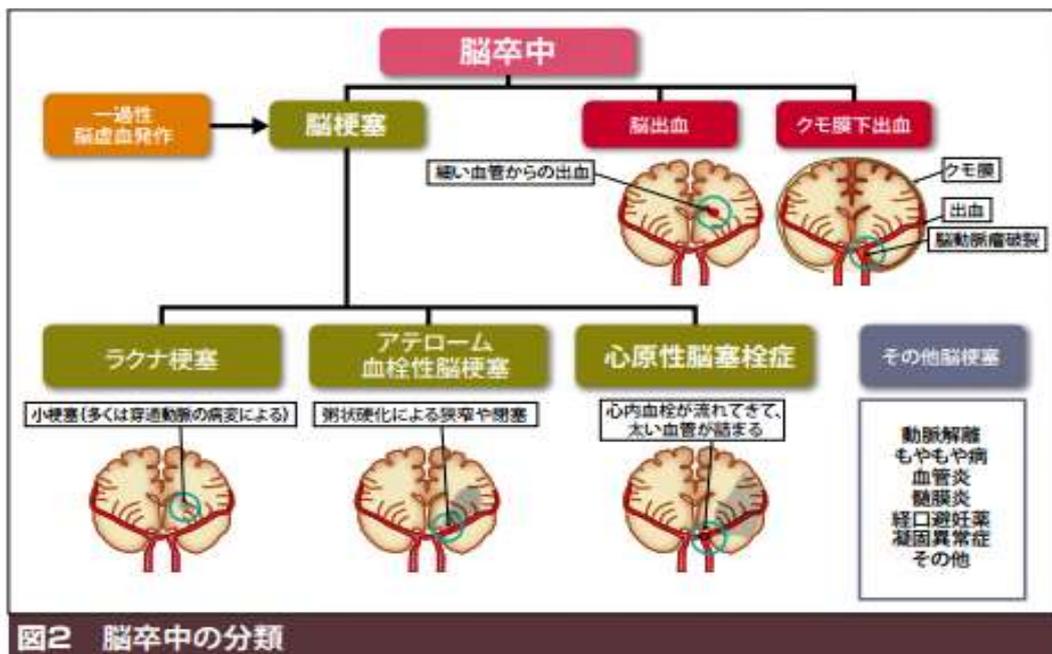


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 56 脳血管疾患とリスク因子

リスク因子		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒
脳梗塞	ラクナ梗塞	●					
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●
	心原性脳梗塞	●			●		
脳出血	脳出血	●					
	くも膜下出血	●					

2) 実態と対象者の明確化

(1) 脳血管疾患発症の実態をみる

阿蘇市の脳血管疾患の種類をみてみると、図表 57 のとおり、脳梗塞の割合が最も高く、県内市町村国保計との割合の比較も高くなっている状況がみえました。

脳梗塞の種類を図表 58 でみてみると、心原性脳塞栓症の割合が、県内市町村国保計の割合より約 5%高くなっていました。

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。その原因となる心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。図表 59 で、特定健診受診者における心房細動の有所見状況をみてみました。令和 4 年度健診における心電図検査において、18 人心房細動の所見がありました。特に男性の 70～74 歳に多くみられました。

図表 57 脳血管疾患の詳細(R4年度)

	国保	脳梗塞		脳出血		くも膜下出血	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
県内市町村国保計	402,744	2,512	0.62%	639	0.16%	163	0.04%
阿蘇市	6,372	42	0.66%	10	0.16%	4	0.06%

図表 58 脳梗塞の種類(R4年度)

国保連合会資料 データヘルス支援システム

国保	被保険者数	脳梗塞人数							
		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	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
県内市町村国保計	402,744	2,513	0.62%	737	29.3%	363	14.4%	279	11.1%
阿蘇市	6,372	42	0.66%	11	26.2%	6	14.3%	7	16.7%

国保連合会資料 データヘルス支援システム

図表 59 健診結果からみる心房細動の状況(R4年度)

R4	所見	心電図検査				所見内訳	
		実施者数		有所見者数		不整脈	
		A	実施率	B	有所見率	人数	割合
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
	40～74歳	2,054	94.83%	612	29.80%	18	2.94%
	内訳						
	男性	947	94.89%	309	32.63%	16	5.18%
	女性	1,107	94.78%	303	27.37%	2	0.66%

心房細動有所見者		
	男性	女性
総数	16	2
40代	0	1
50代	1	0
60代	4	0
70～74歳	11	1

(2)重症化予防対象者の実態をみる

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。レセプトと健診データの突合で高血圧症の状況を見ると、図表 60 のとおり、高血圧治療者のうち既に脳血管疾患を起こしている人の割合が 240 人(10.6%)で虚血性心疾患や人工透析より多い割合でした。

健診結果からみた高血圧の状況は、図表 61 のとおり、Ⅱ度高血圧以上者が 84 人で、そのうち 48 人は未治療者(中断者含む)です。また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上者が 36 人いることがわかりました。

阿蘇市では、臓器障害を早期に発見するために詳細検査として、健診当日の血圧値がⅠ度(140/90)以上の方を対象に眼底検査を実施しています。その結果、高血圧未治療中の 66.1%の方に何らかの所見がみられ、治療中の有所見率より高くなっています。(図表 62)。

図表 60 レセプトと健診データの突合からみる高血圧の状況

国保	被保険者数	高血圧症治療中		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
40~74歳	5,185	2,255	43.5%	240	10.6%	215	9.5%	29	1.3%

図表 61 健診結果からみた高血圧の状況

血圧分類	高血圧症治療の有無		治療中		治療なし	
	受診者		人数	割合	人数	割合
	人数	割合				
	2,153		815	37.9%	1,338	62.1%
正常血圧	684	31.8%	171	21.0%	513	38.3%
正常高値血圧	375	17.4%	155	19.0%	220	16.4%
高値血圧	631	29.3%	271	33.3%	360	26.9%
Ⅰ度高血圧	379	17.6%	182	22.3%	197	14.7%
Ⅱ度高血圧	76	3.5%	33	4.0%	43	3.2%
Ⅲ度高血圧	8	0.4%	3	0.4%	5	0.4%

図表 62 健診結果からみる眼底検査の有所見状況

眼底検査有所見者	検査実施者	実施率	有所見者	有所見率
Ⅰ度以上治療中(218人)	138人	63.3%	118人	54.1%
Ⅰ度以上未治療(245人)	190人	77.6%	162人	66.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)対象者選定基準の考え方

脳血管疾患において、高血圧は最大の危険因子であること、阿蘇市の脳血管疾患は、県内市町村国保計に比べ心原性脳塞栓症が多いことから、以下の①・②を対象者として選定します。

- ①特定健診受診者で、血圧がⅡ度以上の者(治療・未治療)
- ②特定健診の心電図検査において、心房細動の所見がある者

(4)選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出方法

対象者の抽出については、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し、把握及び抽出を行います。(KDB システム等)。

②介入方法

特定健診受診者で、血圧がⅡ度以上の者(治療・未治療)

【治療中】

治療中であるがリスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を実施

【未治療】

受診勧奨の実施。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

特定健診の心電図検査において、心房細動の所見がある者

【治療中】

治療中断が引き起こすリスクについて十分な説明を行い、治療や内服の中断を防ぐ保健指導の実施

【未治療】

速やかに医療機関受診に繋げる

3)保健指導の実施

保健指導の実施にあたっては、図表 66(P62 参照)に沿って行います

(1)受診勧奨及び保健指導

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

(2) 対象者の管理

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

4) 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た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。

5) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行い、課題を整理し次年度活動へ反映します。また、中長期的評価においては他の虚血性心疾患・糖尿病性腎症と合わせて行っていきます。

【短期的評価】

- ・健診受診者のⅡ度高血圧以上者の割合減少(160/100 以上)

【中長期的評価】

- ・新規 脳梗塞患者数の抑制
- ・新規 脳出血患者数の抑制
- ・脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)の総医療費に占める割合の維持

3. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(以下、「熊本県版プログラム」とする)に基づき実施していきます。

プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者を適切な受診勧奨によって医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、医療機関と連携した保健指導を行い、人工透析等への移行を防止することが目的です。

2) 実態と対象者の明確化

(1) 人工透析患者の実態をみる(図表 63)

	H30			R4		
	被保険者	透析患者 人数・割合		被保険者	透析患者 人数・割合	
県内市町村国保計	451,989	2,455	0.54%	402,744	2,232	0.55%
阿蘇市国保	7,280	43	0.59%	6,372	30	0.47%
県内市町村後期計	279,004	3,592	1.29%	284,602	3,675	1.29%
阿蘇市後期	5,535	77	1.39%	5,421	73	1.35%

(2) 新規人工透析患者の実態をみる(図表 64)

	H30				R4			
	新規透析患者数		(内訳) 糖尿病性腎症		新規透析患者数		(内訳) 糖尿病性腎症	
県内市町村国保計	189	0.04%	104	55.0%	152	0.04%	90	59.2%
阿蘇市	6	0.08%	3	50.0%	2	0.03%	0	0.0%
県内市町村後期計	257	0.09%	87	33.9%	226	0.08%	81	35.8%
阿蘇市	6	0.11%	0	0.0%	6	0.11%	1	16.7%

熊本県国保連合会資料 保険者データヘルスシステム

阿蘇市における人工透析の実態をみると、国保の透析者割合は県内市町村国保合計の割合よりも低く、後期高齢者になると県内市町村後期計の割合を上回っています。後期高齢者の透析予防は、国保世代からの予防活動が大変重要となります。(図表 63)

また、阿蘇市における新規透析者の割合状況は、県内市町村国保計の割合よりも低く、糖尿病性腎症の割合も低い状況を維持できています。透析にかかる医療費は大きいため、今後も新規透析患者数を抑制していく必要がありますので、熊本県版プログラムに基づき、糖尿病性腎症重症化予防への取組を継続して進めていきます。(図表 64)

(3) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを参考にし、抽出すべき対象者を以下の①～③とします。

① 健診を受診した者のうちHbA1c6.5%以上で医療機関未受診者(糖尿病治療中断者を含む)

② 重症化するリスクの高い者

ア: 糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成できていない者 HbA1c7%以上)

イ: 尿アルブミン、尿たんぱく、eGFR(推算糸球体濾過量)等により腎症と診断された者及び腎症が疑われる者

③ 過去5年間で一度でも特定健診の受診歴があり HbA1c6.5%以上の者

ア: 糖尿病未治療・中断者

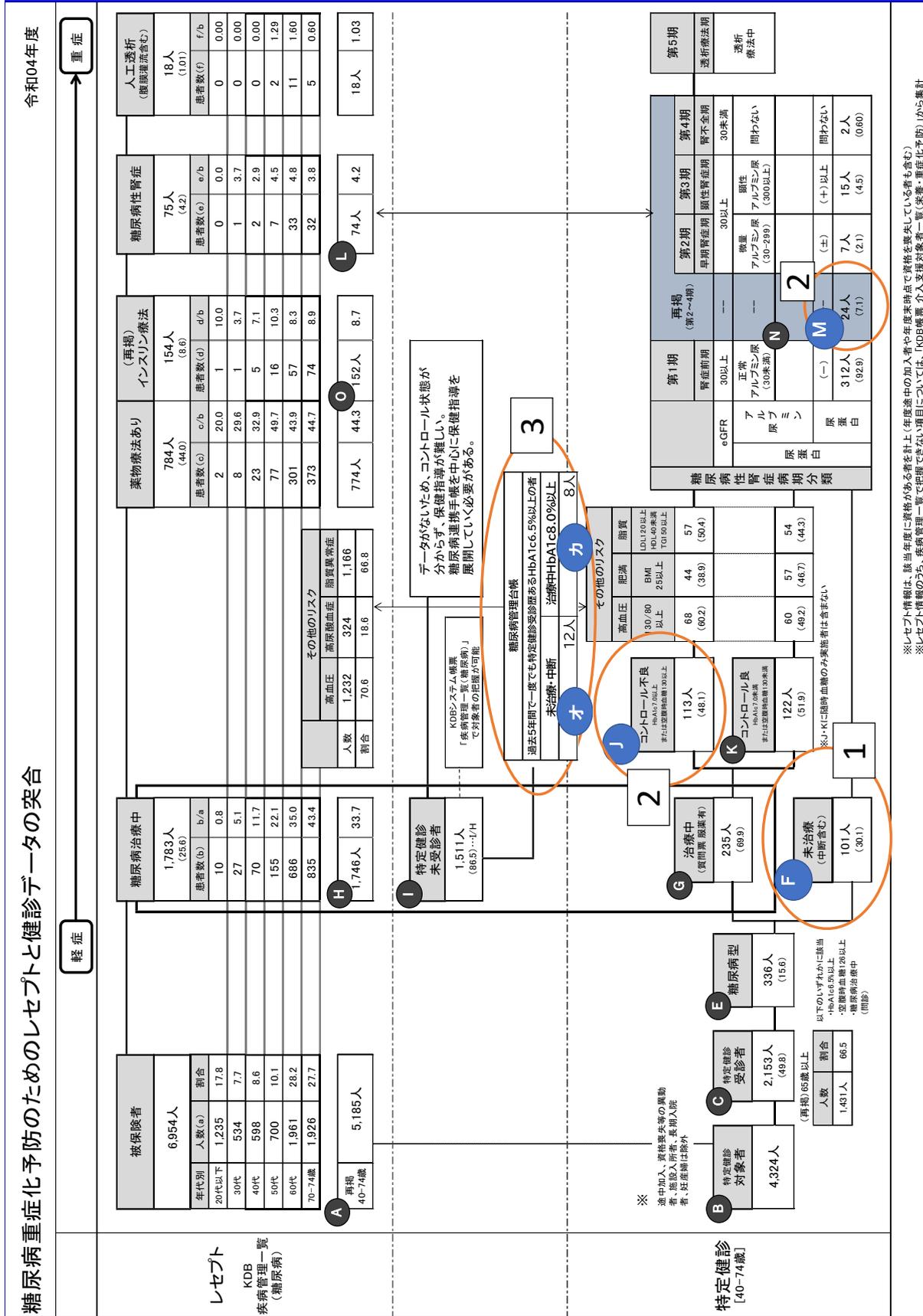
イ: 治療中 HbA1c8.0%以上の者

(4) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出方法

対象者の抽出については、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、把握及び抽出を行います。(KDBシステム等)

図表 65 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



※レセプト情報は、該当年度に資格が廃る者を上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を専断している者も含む)
※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」検索(介入支援対象者一覧(治療・重症化予防))から確認

②介入方法と優先順位

図表 65 により阿蘇市における介入方法を以下のとおりとします。

優先順位1

健診を受診した者のうちHbA1c6.5%以上で医療機関未受診者(糖尿病治療中断者を含む)・・・F

【受診勧奨】

- ・継続的な訪問等で医療機関受診勧奨を行う

優先順位2

重症化するリスクの高い者

ア:糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成できていない者(HbA1c7%以上)・・・J

イ:尿アルブミン、尿たんぱく、eGFR(推算糸球体濾過量)等により腎症と診断された者及び腎症が疑われる者・・・M

【保健指導】

- ・治療中断しないための保健指導を行う
- ・血糖値やその他のリスク因子の数値の改善に繋がるよう継続的な保健指導を行う
- ・医療機関との情報共有を行い、連携した保健指導を実施する

優先順位3

過去5年間で一度でも特定健診の受診歴がありHbA1c6.5%以上の者

ア:糖尿病未治療・中断者・・・オ

イ:治療中HbA1c8.0%以上の者・・・カ

【特定健診受診勧奨】

- ・訪問、電話等で特定健診受診勧奨を行う

3)保健指導の実施

保健指導の実施にあたっては、図表 66(P62 参照)に沿って行います

(1)CKD(慢性腎臓病)重症度分類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。阿蘇市においては、特定健診の結果を基にCKD重症度分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を行います。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用します。

(2) 二次検査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時期を逃す恐れがあります。そこで、健診当日の尿蛋白定量検査の実施や、健診後のフォローとしてHbA1c6.5%以上の者へ簡易的に微量アルブミン測定を実施する等、腎症ハイリスク者への早期介入のための取組を行います。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、健診結果経年表や糖尿病連携手帳※1、CKD精密検査紹介様式(熊本県版)※2等を使用します。糖尿病連携手帳を持っていない方には、その後の自己管理に繋がられるよう、発行できる対象者の基準を踏まえて、手帳の使い方等について説明を行い発行します。

※1 糖尿病連携手帳発行の対象者基準。以下の①～③を満たす人

- ① 特定健康診査等受診者のうち HbA1c6.5%以上
- ② 医療機関未受診者
- ③ 原則として「糖尿病連携医(かかりつけ医) 受診希望者」

※2 CKD精密検査紹介様式(熊本県版)

表	裏																																																																																																																																										
<p style="text-align: center;">CKD 精密検査のお願い</p> <p>特定健診の結果、CKD(慢性腎臓病)が疑われ、医療機関受診の対象者となりました。つきましては、ご高診くださいようお願いいたします。なお、お手数ながら太枠内をご記入の上、ご返送お願い申し上げます。</p> <p style="text-align: right;">△△ 市 △△ 課 担当: △△</p> <p>氏名: 国保 花子 様 女性 生年月日: 昭和△△年 △月 △日 △△歳</p> <p>健診結果(△△年 △月 △日実施) *添付資料あり(健診経年表・腎グラフ・経過表)</p> <p>○尿蛋白(+) ○eGFR: 75.1 ml/min/1.73m</p> <p>*裏面に特定健診のCKD重症度分類(※1)を記載していますが、特定健診の際検査は尿定性検査の結果分類になっています。より正確な重症度分類をガイドラインに参考にしていただき精密をお願いします。</p> <hr/> <p style="text-align: center;">貴院での検査結果(年 月 日)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">CKD重症度分類</td> <td>G: □1 □2 □3a □3b □4 □5 A: □1 □2 □3 (該当箇所に✓)</td> </tr> <tr> <td>原因疾患</td> <td> <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>慢性腎炎 <input type="checkbox"/>脂質異常 <input type="checkbox"/>尿路結石 <input type="checkbox"/>不明 <input type="checkbox"/>その他() (該当箇所に✓ 複数可) </td> </tr> <tr> <td>検査結果</td> <td> 尿検査: 尿蛋白定量検査(g/gCr) 微量アルブミン尿(mg/gCr) 尿沈査() 血液検査: () その他 画像検査: () </td> </tr> <tr> <td>方針</td> <td> <input type="checkbox"/>治療不要 <input type="checkbox"/>経過観察(ヵ月後) <input type="checkbox"/>治療中もしくは開始 <input type="checkbox"/>他医紹介() (該当箇所に✓) </td> </tr> <tr> <td>保健師へ依頼する指導内容</td> <td> <input type="checkbox"/>栄養指導 <input type="checkbox"/>服薬指導 <input type="checkbox"/>運動指導 <input type="checkbox"/>禁煙指導 <input type="checkbox"/>その他() (該当箇所に✓) </td> </tr> <tr> <td>栄養指導</td> <td> 栄養士による栄養指導を下記の内容で実施してもよろしいですか? <input type="checkbox"/>はい 「日本人の食事摂取基準2015年版」(慢性腎臓病に対する食事療法基準2014年版)に基づき、 国保 花子 様の食事指導内容を以下のように算出しました。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>総エネルギー</td> <td>1,830</td> <td>kcal</td> <td>(25~35 kcal/kg)</td> </tr> <tr> <td>たんぱく質</td> <td>59</td> <td>g</td> <td>(0.8~1.0 g/kg 軽度制限)</td> </tr> <tr> <td>塩分</td> <td>7.5</td> <td>g</td> <td></td> </tr> <tr> <td>カリウム</td> <td>2,000</td> <td>mg</td> <td></td> </tr> </table> *裏面に「日本人の食事摂取基準2015年版」等を参考にした食事の資料(※2)を記載していますので、ご参照ください。 </td> </tr> <tr> <td>医療機関名</td> <td>医師名</td> </tr> </table>	CKD重症度分類	G: □1 □2 □3a □3b □4 □5 A: □1 □2 □3 (該当箇所に✓)	原因疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 慢性腎炎 <input type="checkbox"/> 脂質異常 <input type="checkbox"/> 尿路結石 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他() (該当箇所に✓ 複数可)	検査結果	尿検査: 尿蛋白定量検査(g/gCr) 微量アルブミン尿(mg/gCr) 尿沈査() 血液検査: () その他 画像検査: ()	方針	<input type="checkbox"/> 治療不要 <input type="checkbox"/> 経過観察(ヵ月後) <input type="checkbox"/> 治療中もしくは開始 <input type="checkbox"/> 他医紹介() (該当箇所に✓)	保健師へ依頼する指導内容	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> その他() (該当箇所に✓)	栄養指導	栄養士による栄養指導を下記の内容で実施してもよろしいですか? <input type="checkbox"/> はい 「日本人の食事摂取基準2015年版」(慢性腎臓病に対する食事療法基準2014年版)に基づき、 国保 花子 様の食事指導内容を以下のように算出しました。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>総エネルギー</td> <td>1,830</td> <td>kcal</td> <td>(25~35 kcal/kg)</td> </tr> <tr> <td>たんぱく質</td> <td>59</td> <td>g</td> <td>(0.8~1.0 g/kg 軽度制限)</td> </tr> <tr> <td>塩分</td> <td>7.5</td> <td>g</td> <td></td> </tr> <tr> <td>カリウム</td> <td>2,000</td> <td>mg</td> <td></td> </tr> </table> *裏面に「日本人の食事摂取基準2015年版」等を参考にした食事の資料(※2)を記載していますので、ご参照ください。	総エネルギー	1,830	kcal	(25~35 kcal/kg)	たんぱく質	59	g	(0.8~1.0 g/kg 軽度制限)	塩分	7.5	g		カリウム	2,000	mg		医療機関名	医師名	<p style="text-align: center;">(※1) ★は健診結果の重症度分類です。尿試験紙法による結果で分類しています。</p> <p style="text-align: center;">CKDの重症度分類</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>原疾患</th> <th>尿蛋白区分</th> <th>A1</th> <th>A2</th> <th>A3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">糖尿病</td> <td>尿アルブミン定量 (mg/日)</td> <td>正常</td> <td>微量アルブミン尿</td> <td>顕性アルブミン尿</td> </tr> <tr> <td>尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)</td> <td>30未満</td> <td>30~299</td> <td>300以上</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">高血圧 腎炎 多発性骨髄質 移植腎 不明 その他</td> <td>尿蛋白定量 (g/日)</td> <td>正常</td> <td>軽度尿蛋白</td> <td>高度尿蛋白</td> </tr> <tr> <td>尿蛋白/Cr比 (g/gCr)</td> <td>0.15未満</td> <td>0.15~0.49</td> <td>0.5以上</td> </tr> <tr> <td colspan="2">尿試験紙法</td> <td>(-)</td> <td>(±)</td> <td>(+)以上</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">GFR区分 (mL分/1.73m)</td> <td>G1 正常または高値</td> <td>≥90</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G2 正常または軽度低下</td> <td>60~89</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G3a 軽度~中等度低下</td> <td>45~59</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G3b 中等度~高度低下</td> <td>30~44</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G4 高度低下</td> <td>15~29</td> <td></td> <td>★</td> </tr> <tr> <td>G5 末期腎不全期(ESKD)</td> <td><15</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>重症度は原疾患・GFR区分・尿蛋白区分を併せたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを白□のステージを基準に、黄□、オレンジ□、赤□の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(※2) 「日本人の食事摂取基準2015年版」等を参考にした食事の内容</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>GFR区分</th> <th>90以上</th> <th>60~90未満</th> <th>45~60未満</th> <th>30~45未満</th> <th>15~30未満</th> <th>15未満</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GFR区分</td> <td>G1</td> <td>G2</td> <td>G3a</td> <td>G3b</td> <td>G4</td> <td>G5</td> </tr> <tr> <td>総エネルギーkcal/日</td> <td colspan="6">健康人と同様の考え方でよい。25~35kcal/(体重/日)基礎代謝基準値×標準体重(BMI22の体重)生活活動強度</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">たんぱく質標準体重(kgあたりの量)(g/日)</td> <td>糖尿病以外</td> <td>0.8~1.0</td> <td>0.8~1.0</td> <td>0.8~1.0</td> <td>0.6~0.8</td> <td>0.6~0.8</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>0.8~1.0</td> <td>0.8~1.0</td> <td>0.8~1.0</td> <td>0.8~1.0</td> <td>0.8~1.0</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">塩分(g/日)</td> <td>高齢者(70歳以上)</td> <td>1.0</td> <td>1.0</td> <td>1.0</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>正常高値</td> <td>正常高値</td> <td>正常高値</td> <td>高血圧</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>カリウム(mg/日)</td> <td>男8.75 3~6未満</td> <td>男8.75 3~6未満</td> <td>3~6未満</td> <td>3~6未満</td> <td>3~6未満</td> <td>3~6未満</td> </tr> </tbody> </table>	原疾患	尿蛋白区分	A1	A2	A3	糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	30未満	30~299	300以上	高血圧 腎炎 多発性骨髄質 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日)	正常	軽度尿蛋白	高度尿蛋白	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	0.15未満	0.15~0.49	0.5以上	尿試験紙法		(-)	(±)	(+)以上	GFR区分 (mL分/1.73m)	G1 正常または高値	≥90			G2 正常または軽度低下	60~89			G3a 軽度~中等度低下	45~59			G3b 中等度~高度低下	30~44			G4 高度低下	15~29		★	G5 末期腎不全期(ESKD)	<15				GFR区分	90以上	60~90未満	45~60未満	30~45未満	15~30未満	15未満	GFR区分	G1	G2	G3a	G3b	G4	G5	総エネルギーkcal/日	健康人と同様の考え方でよい。25~35kcal/(体重/日)基礎代謝基準値×標準体重(BMI22の体重)生活活動強度						たんぱく質標準体重(kgあたりの量)(g/日)	糖尿病以外	0.8~1.0	0.8~1.0	0.8~1.0	0.6~0.8	0.6~0.8	糖尿病	0.8~1.0	0.8~1.0	0.8~1.0	0.8~1.0	0.8~1.0	塩分(g/日)	高齢者(70歳以上)	1.0	1.0	1.0			正常高値	正常高値	正常高値	高血圧			カリウム(mg/日)	男8.75 3~6未満	男8.75 3~6未満	3~6未満	3~6未満	3~6未満	3~6未満
CKD重症度分類	G: □1 □2 □3a □3b □4 □5 A: □1 □2 □3 (該当箇所に✓)																																																																																																																																										
原因疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 慢性腎炎 <input type="checkbox"/> 脂質異常 <input type="checkbox"/> 尿路結石 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他() (該当箇所に✓ 複数可)																																																																																																																																										
検査結果	尿検査: 尿蛋白定量検査(g/gCr) 微量アルブミン尿(mg/gCr) 尿沈査() 血液検査: () その他 画像検査: ()																																																																																																																																										
方針	<input type="checkbox"/> 治療不要 <input type="checkbox"/> 経過観察(ヵ月後) <input type="checkbox"/> 治療中もしくは開始 <input type="checkbox"/> 他医紹介() (該当箇所に✓)																																																																																																																																										
保健師へ依頼する指導内容	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> その他() (該当箇所に✓)																																																																																																																																										
栄養指導	栄養士による栄養指導を下記の内容で実施してもよろしいですか? <input type="checkbox"/> はい 「日本人の食事摂取基準2015年版」(慢性腎臓病に対する食事療法基準2014年版)に基づき、 国保 花子 様の食事指導内容を以下のように算出しました。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>総エネルギー</td> <td>1,830</td> <td>kcal</td> <td>(25~35 kcal/kg)</td> </tr> <tr> <td>たんぱく質</td> <td>59</td> <td>g</td> <td>(0.8~1.0 g/kg 軽度制限)</td> </tr> <tr> <td>塩分</td> <td>7.5</td> <td>g</td> <td></td> </tr> <tr> <td>カリウム</td> <td>2,000</td> <td>mg</td> <td></td> </tr> </table> *裏面に「日本人の食事摂取基準2015年版」等を参考にした食事の資料(※2)を記載していますので、ご参照ください。	総エネルギー	1,830	kcal	(25~35 kcal/kg)	たんぱく質	59	g	(0.8~1.0 g/kg 軽度制限)	塩分	7.5	g		カリウム	2,000	mg																																																																																																																											
総エネルギー	1,830	kcal	(25~35 kcal/kg)																																																																																																																																								
たんぱく質	59	g	(0.8~1.0 g/kg 軽度制限)																																																																																																																																								
塩分	7.5	g																																																																																																																																									
カリウム	2,000	mg																																																																																																																																									
医療機関名	医師名																																																																																																																																										
原疾患	尿蛋白区分	A1	A2	A3																																																																																																																																							
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿																																																																																																																																							
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	30未満	30~299	300以上																																																																																																																																							
高血圧 腎炎 多発性骨髄質 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日)	正常	軽度尿蛋白	高度尿蛋白																																																																																																																																							
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	0.15未満	0.15~0.49	0.5以上																																																																																																																																							
尿試験紙法		(-)	(±)	(+)以上																																																																																																																																							
GFR区分 (mL分/1.73m)	G1 正常または高値	≥90																																																																																																																																									
	G2 正常または軽度低下	60~89																																																																																																																																									
	G3a 軽度~中等度低下	45~59																																																																																																																																									
	G3b 中等度~高度低下	30~44																																																																																																																																									
	G4 高度低下	15~29		★																																																																																																																																							
G5 末期腎不全期(ESKD)	<15																																																																																																																																										
GFR区分	90以上	60~90未満	45~60未満	30~45未満	15~30未満	15未満																																																																																																																																					
GFR区分	G1	G2	G3a	G3b	G4	G5																																																																																																																																					
総エネルギーkcal/日	健康人と同様の考え方でよい。25~35kcal/(体重/日)基礎代謝基準値×標準体重(BMI22の体重)生活活動強度																																																																																																																																										
たんぱく質標準体重(kgあたりの量)(g/日)	糖尿病以外	0.8~1.0	0.8~1.0	0.8~1.0	0.6~0.8	0.6~0.8																																																																																																																																					
	糖尿病	0.8~1.0	0.8~1.0	0.8~1.0	0.8~1.0	0.8~1.0																																																																																																																																					
塩分(g/日)	高齢者(70歳以上)	1.0	1.0	1.0																																																																																																																																							
	正常高値	正常高値	正常高値	高血圧																																																																																																																																							
カリウム(mg/日)	男8.75 3~6未満	男8.75 3~6未満	3~6未満	3~6未満	3~6未満	3~6未満																																																																																																																																					

(2) 治療中の者への対応

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

5) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行い、課題を整理し次年度活動へ反映します。また、中長期的評価においては他の虚血性心疾患・脳血管疾患と合わせて行っています。

【短期的評価】

- ・ 健診受診者の血糖異常者の割合の減少（未治療 HbA1c6.5%以上・治療中 7.0%以上）
- ・ 健診受診者の HbA1c8.0%以上の者の割合の減少
- ・ 健診受診者の糖尿病型（HbA1c6.5%以上）の未治療者の割合の減少
- ・ 発症予防として
健診受診者の 40 代、50 代のうち朝食を抜くことが週 3 回以上ある割合の減少

【中長期的評価】

- ・ 新規 透析導入患者数
- ・ 新規 糖尿病性腎症による透析導入患者数の抑制
- ・ 慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持

Ⅲ. 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定(データヘルス計画)

4~6月 前年度分の特定健診結果をもとに対象者の抽出、台帳作成、介入方法、実施方法の決定

8月 当該年度分の特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

図表 66 重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ

		虚血性心疾患重症化予防	脳血管疾患重症化予防	糖尿病性腎症重症化予防
P 計画	1 選定 管理台帳作成 (ハイリスク台帳)	①脂質異常症タイプ ア:LDLコレステロール180mg/dl以上者(治療・未治療) イ:中性脂肪(トリグリセライド)300mg/dl以上者(空腹時採血、随時採血問わない) ②メタボリックシンドロームタイプ ア:メタボリックシンドローム該当及び予備群のうち、血糖、血圧、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の者 イ:特定保健指導対象者(積極的支援、動機付け支援) ウ:メタボリックシンドローム該当及び予備群で、ア・イ以外の者 ③心電図検査においてST変化の所見がある者	①特定健診受診者で、血圧がⅡ度以上の者(治療・未治療) ②特定健診の心電図検査において、心房細動の所見がある者	①健診を受診した者のうちHbA1c6.5%以上で医療機関未受診者(糖尿病治療中断者を含む) ②重症化するリスクの高い者 ア:糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成できていない者(HbA1c7%以上) イ:尿アルブミン、尿たんぱく、eGFR等により腎症と診断された者及び腎症が疑われる者 ③過去5年間で一度でも特定健診の受診歴がありHbA1c6.5%以上の者 ア:糖尿病未治療・中断者
	2 要因を考える	・健診結果経年表と今までの関わり ・KDB個人別履歴と5年間の履歴から基礎疾患の有無の確認		
D 実行	3 保健指導計画	(1) メカニズム ・2の要因から体の中で何が起きているのか予測する(セミナー生活習慣病等) ・目標の設定と優先順位を決める(ガイドライン等)		
	(2) 実態把握	・経年表や保険者の異動等から相手の保健指導歴を把握する ・年齢、性別、仕事内容、家族構成等から健診結果についてどのように思っているのか予測する		
	(3) 教材	・構造図や経年表で今どの段階にいるのか示す ・その反応により、どうしたら値が改善できるかを教材で伝える		
	4 検討(必要時)	・3の保健指導計画について検討する		
	5 説明	・本人に説明する ・その反応や本人の状況に応じて保健指導を行う		
	6 確認	・受診や生活の様子の確認 ・必要に応じて複数回保健指導を実施する		
C 評価	7 評価	・保健指導の継続的な支援状況について、約4カ月ごとに個人の評価を行う(ハイリスク台帳の入力) ・次年度の特定健診結果の改善や現状維持を確認する(ハイリスク台帳の入力)		
A 改善	8 改善	・支援方法の検証、改善策の検討(ポピュレーションアプローチとの連携含む) ・保健指導の学習、力量形成		

IV. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

阿蘇市は、令和 2 年度より熊本県後期高齢者広域連合から、本市が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和 6 年度以降も引き続き事業を行っていきます。

具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職を配置

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

② 地域を担当する保健師等を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75 歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

3) 関係者間での連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行うにあたっては、庁内の関係部署(国保・後期・介護)、地域包括支援センターとの連携が重要となります。

必要な情報及び実態の共有、対象者の引継ぎ等が円滑に進むよう、関係者間で継続して連携を図ることとします。

V. 発症予防

生活習慣病の重症化予防が、介護予防や健康寿命の延伸と深く関わることから、生活習慣病の予防は大変重要です。

生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策(食習慣・運動習慣の確立)が重要であり、特に小児肥満は、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。

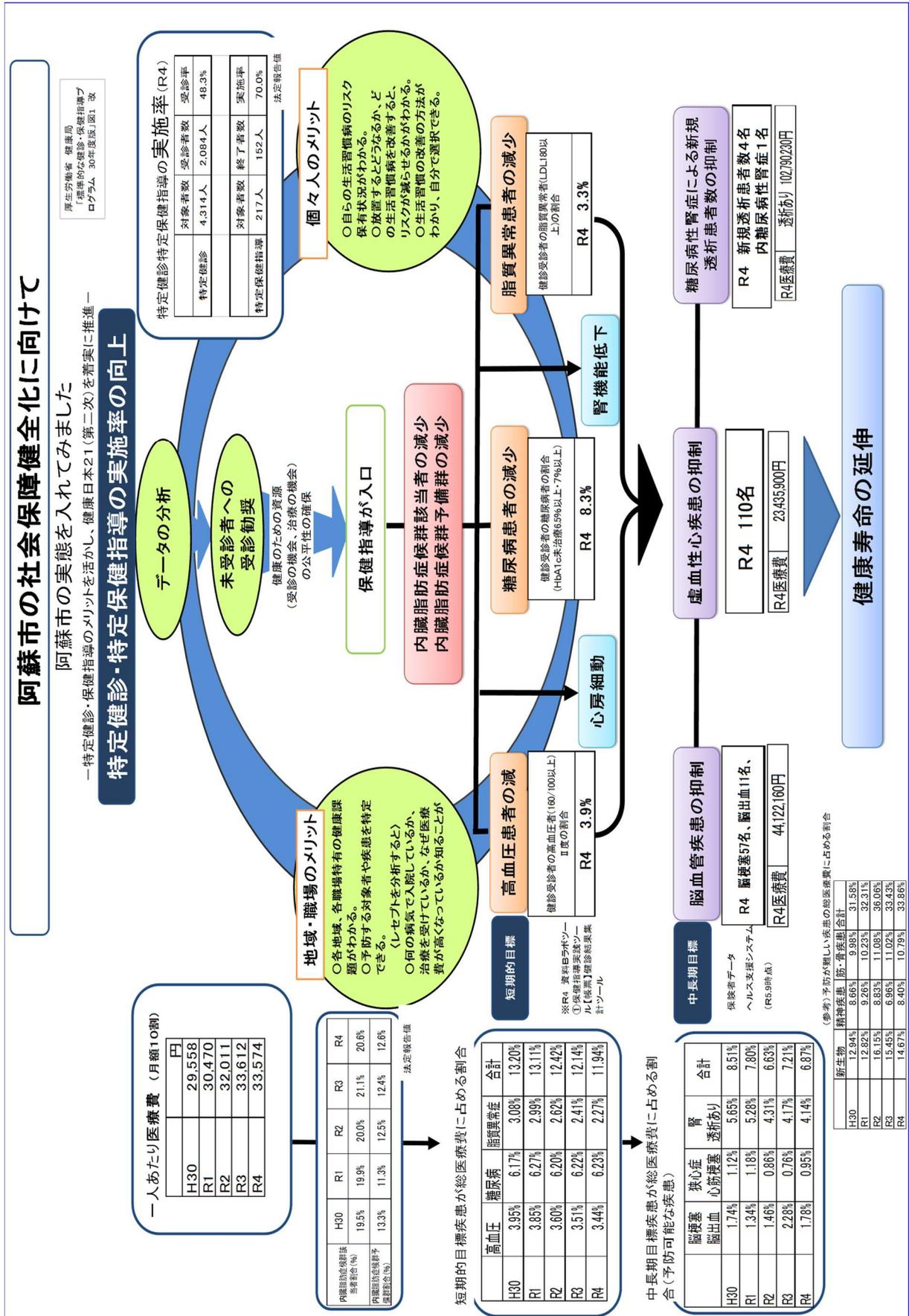
阿蘇市においては、健康増進法及び母子保健法のもと、妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しています。データヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、ライフサイクルの視点で妊婦期からの保健事業についても、生活習慣病予防の視点を加え実施していく必要があると考えます。妊娠期や乳幼児健診で把握できる情報をもとに、将来の生活習慣病発症予防に向けて地区担当制による継続した保健指導の構築を行っていきます。

阿蘇市の生活習慣病での医療機関受診者の割合は、75歳以上が最も高い状況で、64～74歳が次に高くなっています。生活習慣病発症の要因となる肥満者(BMI25以上者)がH30とR4を比較すると増加しており、40～64歳で最も高い割合となっています。より若い世代からの健康管理が生活習慣病発症予防には大切であると考えます。被保険者が自身の身体の状態を毎年確認することが習慣化できるような取組の推進に努めていきます。

VI. 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への取組みを検討します。具体的には、健康づくり団体への学習会等で、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实態と社会環境等について周知を行うと同時に、疾病予防や健康意識の向上を目的として、広報やお知らせ端末等の周知媒体を利用して健診受診の啓発を広く市民へしていきます。(図表 66)

図表 67 社会保障費健全化に向けて



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に中間評価を行います。また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

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。

評価には、国保データベース(KDB)システムや保険者データヘルス支援システムを活用し、評価指標に基づいて各年度の事業評価を実施します。

また、中間評価や最終評価における医療費やメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の減少率等の評価については、年齢補正された国の公表データを使用することとします。

評価は、国保担当部署と保健指導を実施する部署において協力して行うこととします。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む)・保健指導実施のための専門職の配置・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none">・保健指導等の手順・教材はそろっているか・必要なデータは入手できているか。・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none">・特定健診受診率、特定保健指導率・計画した保健事業を実施したか。・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、計画の概要版を作成し、ホームページを通じた周知を行います。

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。