



鹿 島 市

第3期保健事業実施（データヘルス）計画
第4期特定健康診査・特定保健指導実施計画

令和6（2024）年度～令和11（2029）年度

令和6（2024）年3月
佐賀県鹿島市

保健事業実施計画（データヘルス計画）目次

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方	1
1. 背景・目的	
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	
3. 計画期間	
4. 関係者が果たすべき役割と連携	
1) 市町村国保の役割	
2) 関係機関との連携	
3) 被保険者の役割	
5. 保険者努力支援制度	
第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化	8
1. 保険者の特性	
2. 第2期計画に係る評価及び考察	
1) 第2期データヘルス計画に係る評価	
2) 主な個別事業の評価と課題	
3) 第2期データヘルス計画に係る考察	
3. 第3期における健康課題の明確化	
1) 基本的考え方	
2) 健康課題の明確化	
3) 目標の設定	
4) 目標値の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）	31
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	42
Ⅰ. 保健事業の方向性	
Ⅱ. 重症化予防の取り組み	
1. 糖尿病性腎症重症化予防	

2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	
3. 虚血性心疾患重症化予防	
4. 脳血管疾患重症化予防	
Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
Ⅳ. 発症予防	
Ⅴ. ポピュレーションアプローチ	
第5章 計画の評価・見直し	71
1. 評価の時期	
2. 評価方法・体制	
第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い	72
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取り扱い	
参考資料	73

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（2013）年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされた。平成 26（2014）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 P D C A 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る。

またその後、平成 30（2018）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（2020）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り組みの推進が掲げられ、令和 4（2022）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 K P I の設定を推進する。」と示された。

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

このような国の動きや鹿島市の課題等を踏まえ、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第 3 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定して、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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、佐賀県健康増進計画や佐賀県医療費適正化計画、佐賀県国民健康保険運営方針との整合性を図る（図表1）。さらに第7次鹿島市総合計画、第9期鹿島市高齢者保健福祉計画、第4期鹿島市特定健診等実施計画と調和のとれたものとする必要がある。

また、「第4期鹿島市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する。ただし、保健事業実施計画（データヘルス計画）の対象者は、被保険者全員とする。

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る。（図表2・3）

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

※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）

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により、保健事業実施（データヘルス）計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

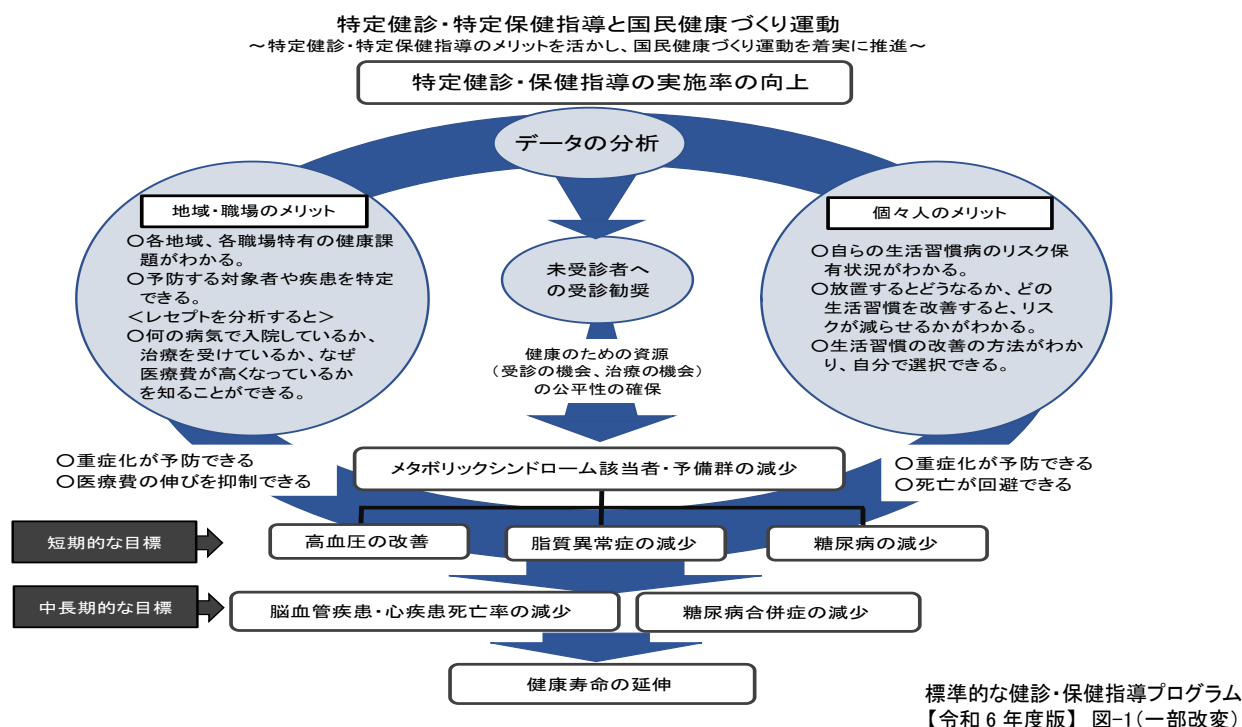
※6 KDB：国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

【図表 1】 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

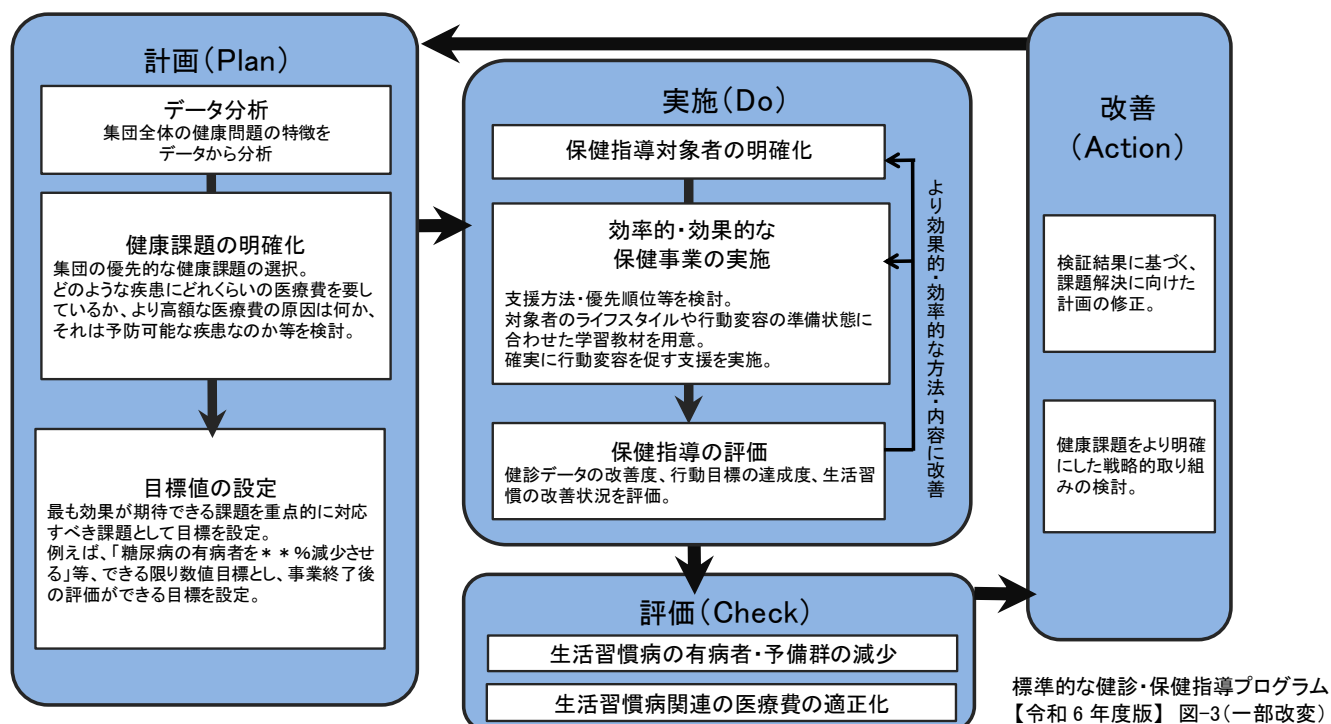
	健康増進計画	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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) 2024～2035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、青年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮		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、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中 がん 精神疾患	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患 認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 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特定健診実施率 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 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指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取り組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

【図表 3】 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。

3. 計画期間

この計画の期間は、令和 6（2024）年度から令和 11（2029）年度までの 6 年間とする。

＜参考＞計画期間の根拠について

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」とされている。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等が 6 年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定している。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

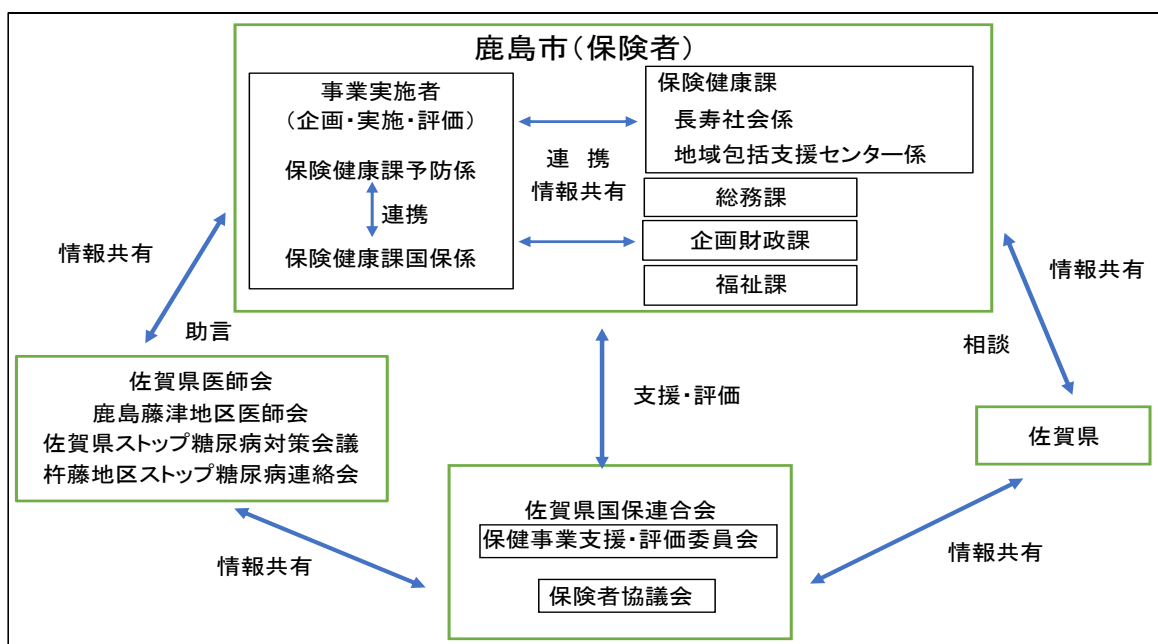
1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、鹿島市保険健康課予防係が中心となって、住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、被保険者の健康課題を分析し、鹿島市が一体となって策定等を進める。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業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する。

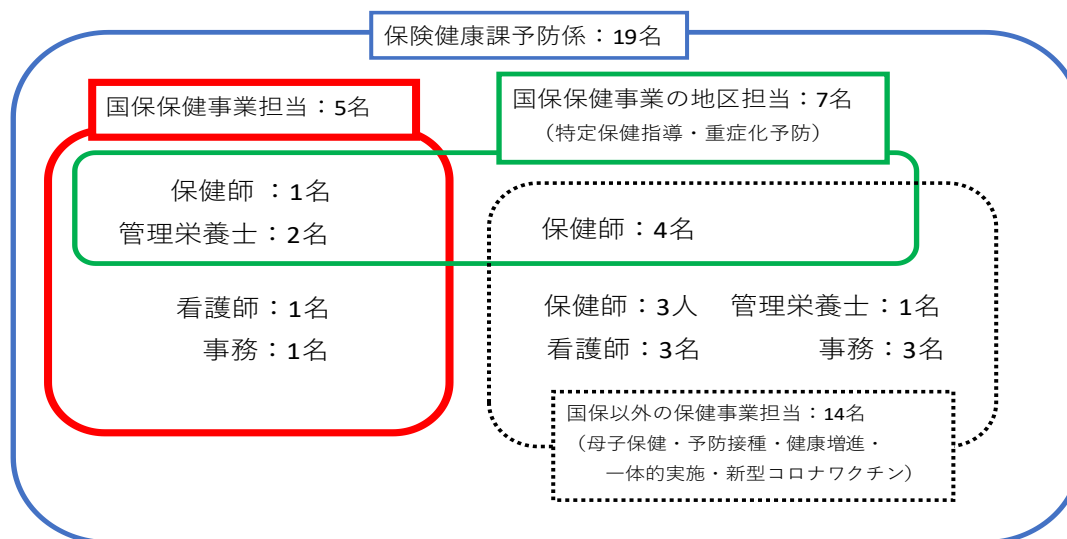
具体的には、保険健康課国保係、保険健康課長寿社会係、地域包括支援センター、総務課、企画財政課、福祉課とも十分連携を図ることとする。

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や人員確保等の体制を整える。（図表 4・5）

【図表 4】 鹿島市の実施体制図



【図表5】 保健事業体制と主な保健事業の分担（R5.10.1時点）



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・協力が重要となる。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である佐賀県のほか、佐賀県国保連合会や佐賀県国保連合会に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力する。

また、都道府県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。そのため佐賀県国保連合会と佐賀県は、ともに保険者である鹿島市を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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ある。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、意見交換等を行う。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取り組み等に対する支援を行うため、保険者の取り組み状況に応じて交付金を交付する制度として平成30（2018）年度より本格的に実施されている。（図表6）

令和2（2020）年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取り組みを後押しする（事業費分・事業費連動分）保険者努力支援制度（事業費分）では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金（事業費連動分）を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されている。

【図表6】 保険者努力支援制度（評価指標：鹿島市分）

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	
			鹿島市	配点	鹿島市	配点	鹿島市	配点
交付額(万円)			1,662万円		1,532万円		1,658万円	
全国順位(1,741市町村中)			216位		412位		176位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査実施率	70	70	80	70	80	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシフトルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	20	40	47	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	55	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	50	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	105	130	110	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	40	100	20	100	35	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	32	40	32	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	83	95	69	100	83	100
合計点			693	1,000	646	960	687	940

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

鹿島市は、人口約2万8千人で、高齢化率は令和2(2020)年度国勢調査で32.8%である。県と比較すると高齢化率は高いが、被保険者の平均年齢は53.6歳と県と同程度である。同規模保険者・国と比較すると出生率が高くなっている。産業においては、第1次産業が14.2%と高い。(図表7)

国保加入率は22.7%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向である。年齢構成については39歳以下の割合は年々減少しており、65～74歳(前期高齢者)が増加して45%以上を占めている。(図表8)

また鹿島市内には4つの病院、18の診療所があり、これは同規模保険者と比較すると同程度であるが、外来患者数及び入院患者数は同規模保険者と比較して高い傾向にある。そのため、医療資源が十分にあり利用しやすいことが分かる。(図表9)

【図表7】保険者の特性(R04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
鹿島市	27,843	32.8	6,333 (22.7)	53.6	7.2 ↑	13.2	0.5	14.2 ↑	25.7	60.1
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	30.8	21.7	53.4	7.5	12.5	0.4	8.7	24.2	67.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、鹿島市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

【図表8】国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	7,079		6,818		6,798		6,605		6,333	
65～74歳	2,910	41.1	2,925	42.9	3,030	44.6	2,985	45.2	2,915	46.0
40～64歳	2,309	32.6	2,193	32.2	2,100	30.9	2,000	30.3	1,921	30.3
39歳以下	1,860	26.3	1,700	24.9	1,668	24.5	1,620	24.5	1,497	23.6
加入率	23.9		23.0		22.9		22.3		22.7	

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9】医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
病院数	5	0.7	5	0.7	4	0.6	4	0.6	4	0.6	0.4	0.6
診療所数	18	2.5	18	2.6	18	2.6	18	2.7	18	2.8	3.5	4.0
病床数	306	43.2	306	44.9	261	38.4	289	43.8	289	45.6	67.7	83.5
医師数	58	8.2	58	8.5	55	8.1	55	8.3	55	8.7	9.7	14.1
外来患者数	720.0		749.9		713.9		745.5		763.0		728.3	784.4
入院患者数	28.7		31.1		30.3		29.9		29.5		23.6	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期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標を以下の2つに分類し設定。

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する。具体的には、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による人工透析の医療費の伸びを抑制することを設定。

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、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームの対象者を減らすことを設定。(図表 2)

(1) 中長期的な疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析）の達成状況

① 介護給付費の状況

鹿島市の令和4(2022)年度の要介護認定率は、2号(40～64歳)被保険者で0.37%、1号(65歳以上)被保険者で17.1%である。1号被保険者は同規模保険者・県・国と比較すると低く、平成30(2018)年度と比べて低下している。(図表10)総介護給付費は1号被保険者の要介護認定率の低下に伴い平成30(2018)年度と比べて減少したものの、約27億円かかっている。(図表11)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、全体で虚血性心疾患と脳卒中が約5割ずつで上位を占めている。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る。(図表12)

【図表10】要介護認定者(率)の状況

	鹿島市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	8,662人	29.2%	9,141人	32.8%	36.2%	30.8%	28.7%
2号認定者	32人	0.33%	32人	0.37%	0.37%	0.33%	0.38%
新規認定者	6人		8人		--	--	--
1号認定者	1,627人	18.8%	1,559人	17.1%	19.1%	18.6%	19.4%
新規認定者	200人		223人		--	--	--
65～74歳	141人	3.5%	146人	3.3%	--	--	--
新規認定者	33人		42人		--	--	--
75歳以上	1,486人	31.9%	1,413人	30.4%	--	--	--
新規認定者	167人		181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11】介護給付費の変化

	鹿島市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総介護給付費	26億8468万円	26億7881万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	309,938	293,054	300,230	286,277	290,668
1件あたり給付費(円)全体	77,581	79,255	70,503	69,755	59,662
居宅サービス	57,738	56,964	43,936	50,348	41,272
施設サービス	288,551	309,876	291,914	290,902	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12】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)			32		146		1,413		1,559		1,591		
再)国保・後期			10		62		1,377		1,439		1,449		
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器疾患	1	脳卒中	9	脳卒中	43	虚血性心疾患	669	虚血性心疾患	688	虚血性心疾患	692	
				90.0%		69.4%		48.6%		47.8%			
		2	虚血性心疾患	4	虚血性心疾患	19	脳卒中	634	脳卒中	677	脳卒中	686	
				40.0%		30.6%		46.0%		47.0%			
		3	腎不全	4	腎不全	11	腎不全	267	腎不全	278	腎不全	282	
				40.0%		17.7%		19.4%		19.3%			
	合併症	4	糖尿病合併症	3	糖尿病合併症	14	糖尿病合併症	133	糖尿病合併症	147	糖尿病合併症	150	
				30.0%		22.6%		9.7%		10.2%			
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)				10	基礎疾患	56	基礎疾患	1,328	基礎疾患	1,384	基礎疾患	1,394
					100.0%	90.3%	96.4%	96.2%	96.2%				
	血管疾患合計				10	合計	57	合計	1,348	合計	1,405	合計	1,415
					100.0%	91.9%	97.9%	97.6%	97.6%				
	認知症		認知症	0	認知症	15	認知症	769	認知症	784	認知症	784	
			0.0%		24.2%		55.8%		54.5%		54.1%		
筋・骨格疾患		筋骨格系	9	筋骨格系	60	筋骨格系	1,345	筋骨格系	1,405	筋骨格系	1,414		
			90.0%		96.8%		97.7%		97.6%		97.6%		

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

鹿島市の医療費は、国民健康保険加入者が減少している一方で前期高齢者の割合が増加しているため、総医療費は増加している。また、1人あたりの医療費は平成30（2018）年度から令和4（2022）年度を比較して約4万円高くなっている。

平成30（2018）年度から令和4（2022）の医療費の伸び率をみると、総医療費の伸び率は0.139と横ばいであるが、1人あたりの医療費の伸び率は10.66と高くなっている。内訳として入院の1件あたりの医療費の伸び率が9.05と高くなっていることが要因であると考えられる。（図表13）

総医療費の増加を抑制するには、予防可能な生活習慣病の重症化予防対策が重要であり、具体的な取り組みについては第4章に記載する。

【図表13】医療費の推移

		鹿島市		鹿島市(H30→R4年度)		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	増減	伸び率	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		7,079人	6,333人 ↓			--	--	--
前期高齢者割合		2,910人 (41.1%)	2,915人 (46.0%) ↑			--		
総医療費		25億7897万円	25億8256万円	359万円	0.139	--	--	--
一人あたり医療費(円)		364,313 県内18位 同規模125位	407,795 県内17位 同規模107位	43,482円	10.66	394,521	431,999	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	488,370	536,980	48,610円	9.05	585,610	585,050	617,950
	費用の割合	47.2	47.9			43.3	46.2	39.6
	件数の割合	3.8	3.7			3.1	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	21,810	22,580	770円	3.41	24,850	24,060	24,220
	費用の割合	52.8	52.1			56.7	53.8	60.4
	件数の割合	96.2	96.3			96.9	96.6	97.5
受診率		748.666	792.509			751.942	812.114	705.439

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計については、総医療費に占める割合が平成30（2018）年度と比較すると減少している。しかし、慢性腎不全（透析無）が増加しており、同規模保険者、県、全国と比較しても高い。また、それ以外の中長期的目標疾患は横ばい、もしくは減少しており、同規模保険者、県、全国を下回っている。

（図表14）

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（2018）年度と比較してみると脳血管疾患は増加、虚血性心疾患と人工透析は横ばいである。（図表15）脳血管疾患は、発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患である。そのため原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えられる。

【図表14】 中長期目標疾患の医療費の変化

			鹿島市		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			25億7897万円	25億8256万円	---	---	---
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億8394万円	1億7829万円	---	---	---
			7.13%	6.90% ↓	7.84%	8.86%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.61%	1.62%	2.10%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.12%	0.90%	1.39%	1.04%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.20%	3.87%	4.05%	5.37%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.20%	0.52% ↑	0.30%	0.29%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		13.76%	15.32%	16.91%	14.40%	16.69%
	筋・骨疾患		9.56%	8.58%	9.00%	8.87%	8.68%
	精神疾患		10.16%	10.86%	8.74%	10.73%	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

【図表15】 中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析)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	7,079	6,333	a	654	656	460	439	26	24	
				a/A	9.2%	10.4%	6.5%	6.9%	0.4%	0.4%	
40歳以上		B	5,219	4,836	b	647	653	453	433	26	24
		B/A	73.7%	76.4%	b/B	12.4%	13.5%	8.7%	9.0%	0.5%	0.5%
再掲	40～64歳	D	2,309	1,921	d	147	142	109	85	11	9
		D/A	32.6%	30.3%	d/D	6.4%	7.4%	4.7%	4.4%	0.5%	0.5%
	65～74歳	C	2,910	2,915	c	500	511	344	348	15	15
		C/A	41.1%	46.0%	c/C	17.2%	17.5%	11.8%	11.9%	0.5%	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
介護支援対象者一覧(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

中長期的な目標疾患に共通するリスクである短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)について治療状況を見ると、高血圧及び脂質異常症では治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減少している。(図表16・17)

しかし、糖尿病では治療者の割合も合併症も増加している。(図表18)

高血圧などの基礎疾患を併せ持つと動脈硬化が進行し合併症を引き起こしやすい。そのため、まずは、短期的な目標(高血圧、糖尿病、脂質異常症)の割合を減少させることで、中長期的な目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)を減少させることに繋がると考えられる。

【図表16】 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	2,147	2,139	614	537	1,533	1,602
		A/被保数	41.1%	44.2%	26.6%	28.0%	52.7%	55.0%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	277	257	58	51	219	206
		B/A	12.9%	12.0%	9.4%	9.5%	14.3%	12.9%
	虚血性心疾患	C	328	320	80	58	248	262
		C/A	15.3%	15.0%	13.0%	10.8%	16.2%	16.4%
	人工透析	D	25	24	11	9	14	15
		D/A	1.2%	1.1%	1.8%	1.7%	0.9%	0.9%

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
介護支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

【図表17】 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	1,627	1,634	478	414	1,149	1,220
		A/被保数	31.2%	33.8%	20.7%	21.6%	39.5%	41.9%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	188	185	43	35	145	150
		B/A	11.6%	11.3%	9.0%	8.5%	12.6%	12.3%
	虚血性心疾患	C	255	253	60	46	195	207
		C/A	15.7%	15.5%	12.6%	11.1%	17.0%	17.0%
	人工透析	D	11	12	4	4	7	8
		D/A	0.7%	0.7%	0.8%	1.0%	0.6%	0.7%

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
介護支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

【図表18】 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	1,280	1,289	364	305	916	984
		A/被保数	24.5%	26.7%	15.8%	15.9%	31.5%	33.8%
(中長期 合併症 目標疾患)	脳血管疾患	B	158	142	27	17	131	125
		B/A	12.3%	11.0%	7.4%	5.6%	14.3%	12.7%
	虚血性心疾患	C	209	219	52	36	157	183
		C/A	16.3%	17.0%	14.3%	11.8%	17.1%	18.6%
	人工透析	D	21	17	9	5	12	12
		D/A	1.6%	1.3%	2.5%	1.6%	1.3%	1.2%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	107	152	27	43	80	109
		E/A	8.4%	11.8%	7.4%	14.1%	8.7%	11.1%
	糖尿病性網膜症	F	139	165	36	37	103	128
		F/A	10.9%	12.8%	9.9%	12.1%	11.2%	13.0%
	糖尿病性神経障害	G	42	28	14	8	28	20
		G/A	3.3%	2.2%	3.8%	2.6%	3.1%	2.0%

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
介護支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c 7.0%以上を平成 30（2018）年度と令和 3（2021）年度で比較してみたところ、HbA1c 7.0%以上の有所見者の割合が伸びてきている。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の割合が同規模保険者より低い。また、治療中断については高血圧が 6.7%、糖尿病が 3.3%と同規模保険者と比較して高くなっている。（図表 22）

前述した通り、高血圧の合併症の割合は減ってきているが、糖尿病の合併症の割合は増加している。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、健診で早期に発見して、治療及び治療継続できるようにすることが重要である。

【図表19】高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 Ⅱ度高血圧の推移								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	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		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
鹿島市	1,875	39.3	1,921	42.9	83	4.4	51	61.4	89	4.6↑	46	51.7	24	27.0	6	6.7↑
同規模	210,761	42.9	185,504	40.2	11,219	5.3	6,322	56.4	10,663	5.7	5,988	56.2	3,715	34.8	522	4.9

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c 7.0%以上の推移								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	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		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
鹿島市	1,875	100.0	1,760	91.6	67	3.6	22	32.8	91	5.2↑	23	25.3	3	3.3	3	3.3↑
同規模	206,875	98.2	183,084	98.7	9,516	4.6	2,472	25.8	9,366	5.1	2,316	24.7	615	6.6	274	2.9

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る。平成 30（2018）年度と令和 4（2022）年度の特定健診結果を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、5.8 ポイントも伸びており、その中でも 3 項目及び 2 項目すべての危険因子（血圧、血糖、脂質）が重なっている割合が増加している。（図表 20）

重症化予防の観点から、HbA1c 6.5 以上の有所見割合は増加しているが改善率は上がっている。また、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160 以上の有所見割合は横ばいであるが改善率は下がっている。（図表 21. 22. 23）一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも 3 割程度存在し、結果が把握できていない。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、継続受診を勧める働きかけを行っていく。

【図表20】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	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,875 (39.3%)	308 (16.4%)	91 (4.9%)	217 (11.6%)	247 (13.2%)
R04年度	1,860 (43.0%)	413 (22.2%) ↑	119 (6.4%) ↑	294 (15.8%) ↑	239 (12.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表21】HbA1c6.5%以上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→R01	145 (7.7%)	29 (20.0%)	55 (37.9%)	14 (9.7%)	47 (32.4%)
R03→R04	196 (11.1%) ↑	45 (23.0%) ↑	61 (31.1%)	33 (16.8%)	57 (29.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表22】Ⅱ度高血圧以上の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	83 (4.4%)	48 (57.8%)	10 (12.0%)	2 (2.4%)	23 (27.7%)
R03→R04	89 (4.6%)	44 (49.4%) ↓	14 (15.7%)	2 (2.2%)	29 (32.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表23】LDL-C160以上の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	208 (11.1%)	96 (46.2%)	51 (24.5%)	17 (8.2%)	44 (21.2%)
R03→R04	203 (10.6%)	93 (45.8%) ↓	48 (23.6%)	14 (6.9%)	48 (23.6%)

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

鹿島市の特定健診実施率は、令和元（2019）年度には 42.2%まで伸びたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和 2（2020）年度は低下している。しかし、令和 3（2021）年度以降は上昇したが、第 3 期特定健診等実施計画の目標（健診実施率 60.0%）は達成できていない。

（図表 24）また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40・50 歳代の若年層への健診受診勧奨をおこなっている。そのため、平成 29（2017）年度から令和 4（2022）年度の男女合計の実施率は、40 代は 7.0 ポイント、50 代は 4.7 ポイント伸びている。（図表 25）

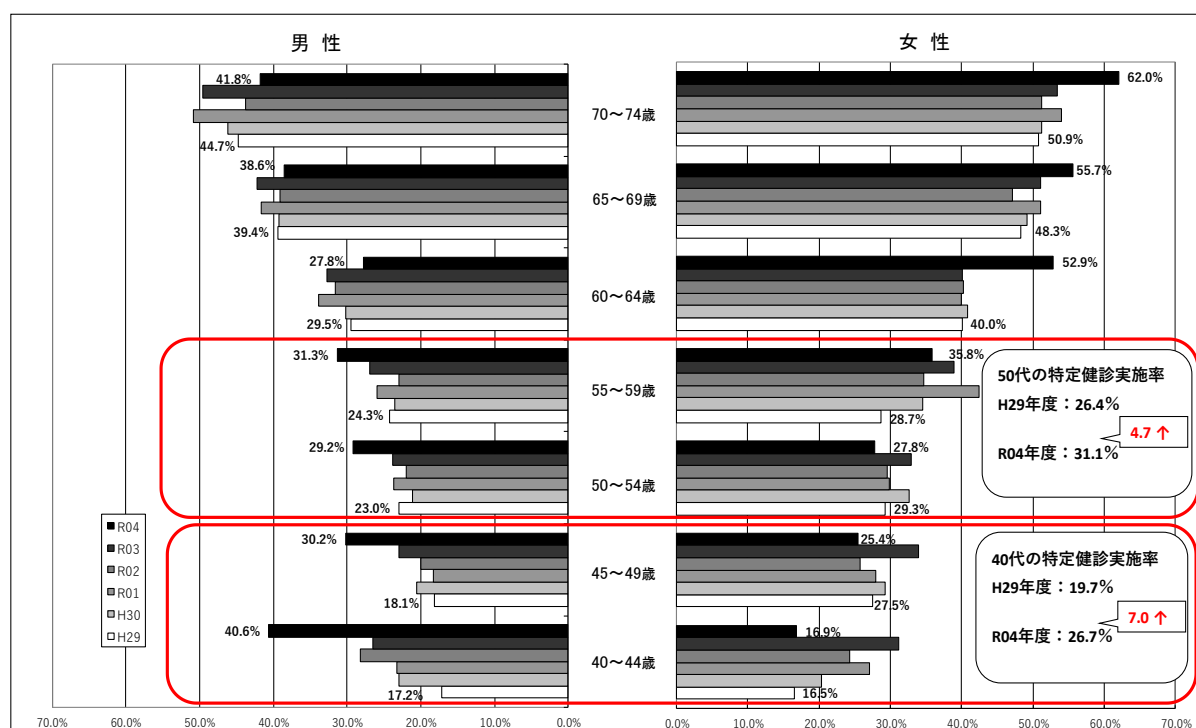
特定保健指導の実施率については、平成 30（2018）年度の時点で第 3 期特定健診等実施計画の目標（特定保健指導実施率 60.0%）を達成しており、その後も 60.0%以上を維持できている。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防に繋がると考える。（図表 24）

【図表24】 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	1,884	1,983	1,835	1,921	1,861	健診実施率 60%
	実施率	39.5%	42.2%	39.8%	42.9%	43.0%	
特定保健指導	該当者数	233	245	209	228	221	特定保健指導 実施率 60%
	割合	12.4%	12.4%	11.4%	11.9%	11.9%	
	実施者数	147	156	145	148	147	
	実施率	63.1%	63.7%	69.4%	64.9%	66.5%	

出典：特定健診法定報告データ

【図表25】 年代別特定健診実施率の推移



2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取り組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

鹿島市及び佐賀県は医療費及び有病状況で糖尿病が課題となっていたため、平成 29 (2017) 年から佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき対象者を選定して、鹿島市糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施している。また、令和元 (2019) 年度と令和 3 (2021) 年度に糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者基準を改定したことにより、対象者が減少している。

重症化予防の対象者は年々減少し、保健指導実施割合は約 8 割と高くなっている。しかし、対象者の内訳では、平成 30 (2018) 年度から令和 4 (2022) 年度にかけて未治療者の割合が約 1 割から約 3 割に増加していることが特徴となっている。(図表 26) 未治療者及び治療中断者には受診勧奨をおこなっているが、受診した者は約 6 割となっている。そのため、今後未治療及び治療中断とならないように医療機関と情報共有し連携していくことがより重要となる。(図表 27)

糖尿病性腎症重症化予防プロジェクトのアウトカム評価として、特定健診受診者の HbA1c7.0%及び 8.0%以上の割合と未治療者割合、糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数の推移を設定している。HbA1c7.0%以上の割合は増加傾向であるが、未治療者の割合は減少傾向である。また、新規人工透析患者数(糖尿病性腎症)は毎年 0~1 人で推移している。(図表 28)

【図表26】糖尿病性腎症重症化予防対象者及び保健指導実施者

年度		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,884	1,983	1,835	1,921	1,861
糖尿病性腎症重症化予防対象者	人(b)	134	104	66	50	46
	(b/a)	7.1%	5.2%	3.6%	2.6%	2.5%
	未治療者 (HbA1c6.5%以上)	人(c)	13	18	14	13
		(c/d)	9.7%	17.3%	28.8%	28.3% ↑
	(再)HbA1c6.5%以上かつ 尿蛋白(+)以上またはeGFR60以下	人	0	5	1	2
	(再)HbA1c7.0%以上	人	1	3	4	3
	中断者 (HbA1c6.5%以上)	人(d)	51	27	24	11
		(d/b)	38.1%	26.0%	36.4%	22.0%
	(再)HbA1c7.0%以上	人	16	6	8	9
	通院中 (尿蛋白(+)以上 または eGFR1年で25%以上低下)	人(e)	70	59	23	25
		(e/b)	52.2%	56.7%	34.8%	50.0%
	(再)HbA1c7.0%以上	人	47	36	12	13
	保健指導実施者数	人(c)	81	90	50	36
		(c/b)	60.4%	86.5%	75.8%	72.0%
						84.8%

【図表27】治療が必要な者の適切な受診

年度		H30	R1	R2	R3	R4
糖尿病性腎症重症化予防対象者 *1	人(a)	134	104	66	50	45
未治療者及び中断者のうち 受診勧奨した者	人(b)	58	45	33	22	22
	(b/a)	43.3%	43.3%	50.0%	44.0%	48.9%
	人(c)	9	25	26	17	13
	(c/b)	15.5%	55.6%	78.8%	77.3%	59.1%

*1 対象者の基準は図表26を参照。

【図表28】HbA1cの状況及び未治療者の割合、新規人工透析導入患者数(アウトカム評価)

年度		H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c実施者数	人(a)	1,875	1,923	1,713	1,760	1,723
HbA1c7.0%以上	人(b)	67	83	81	91	99
	(b/a)	3.6%	4.3%	4.7%	5.2%	5.7% ↑
	人(c)	22	27	23	23	28
	(c/b)	32.8%	32.5%	28.4%	25.3%	28.3% ↓
HbA1c8.0%以上	人(b)	18	24	27	19	23
	(b/a)	1.0%	1.2%	1.6%	1.1%	1.3%
	人(c)	7	6	7	6	9
	(c/b)	38.9%	25.0%	25.9%	31.6%	39.1%
新規人工透析導入患者数の推移 (糖尿病性腎症)	人(b)	1	1	1	0	1

② 虚血性心疾患による重症化予防

虚血性心疾患による重症化予防を目的として、基準該当者※7には心電図検査を施しており、心電図検査は受診者全体のうち約5%実施している。

また、重症化予防のため心房細動の所見があった者については、全数が精密検査及び治療につながっている。(図表29)

【図表29】特定健診心電図検査の結果 有所見者(要医療・要精査)の状況

年度		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者(人)	a	1,875	1,974	1,824	1,921	1,860
心電図受診者(人)	b	148	123	127	84	89
心電図実施率	b/a	7.9%	6.2%	7.0%	4.4%	4.8%
有所見者	c	75	53	58	33	35
要精密者	d	9	3	8	3	6
要精密率	c/b	6.1%	2.4%	6.3%	3.6%	6.7%
心房細動(人)	e	0	0	1	1	0
心房細動有所見率	e/b	0.0%	0.0%	0.8%	1.2%	0.0%
その後、心房細動治療開始(人)				1	1	

※7 基準該当者：特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 140 mmHg 以上、若しくは拡張期血圧 90 mmHg 以上又は問診等で不整脈が疑われる者。(糖尿病、高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患の治療中の場合は対象外)

③ 脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約5%の横ばいで、そのうち約5～6割が未治療者である。令和4(2022)年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者44人のうち、治療につながったものは、わずか11人(25.0%)。血圧Ⅲ度においては、11人のうち8人が未治療者であった。(図表30)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳・心・腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。図表31は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)である。区分A、B、Cの順に優先順位をつけて、治療の必要性を理解してもらうために適切な受診勧奨に取り組んでいく。

【図表30】 血圧Ⅱ度以上(収縮期血圧160以上または拡張期血圧100以上)の者

年度		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	1,875	1,974	1,824	1,921	1,860	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	83	76	76	89	81	
	(b/a)	4.4%	3.9%	4.2%	4.6%	4.4%	
	治療あり	人(c)	32	36	31	43	37
		(c/b)	38.6%	47.4%	40.8%	48.3%	45.7%
	治療なし	人(d)	51	40	45	46	44
		(d/b)	61.4%	52.6%	59.2%	51.7%	54.3%
	治療開始 *1	人(e)	21	13	12	13	11
		(e/d)	41.2%	32.5%	26.7%	28.3%	25.0%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	17	12	7	15	11
		(f/a)	0.9%	0.6%	0.4%	0.8%	0.6%
	治療あり	人	3	4	2	9	3
	治療なし	人	14	8	5	6	8

*1 健診受診後1年以内に治療開始した者

【図表31】 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

血圧分類 (mmHg)		高値血圧	I 度高血圧	II 度高血圧	III 度高血圧
		130～139 /80～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	516	288	183	37	8
		55.8%	35.5%	7.2%	1.6%
リスク第1層 予後影響因子がない	33	C 22	B 10	B 1	A 0
	6.4%	7.6%	5.5%	2.7%	0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	284	C 161	B 99	A 18	A 6
	55.0%	55.9%	54.1%	48.6%	75.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁脈症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	199	B 105	A 74	A 18	A 2
	38.6%	36.5%	40.4%	48.6%	25.0%

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	118
		22.9%
B	概ね1ヵ月後に再評価	215
		41.7%
C	概ね3ヵ月後に再評価	183
		35.5%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

(2) ポピュレーションアプローチ

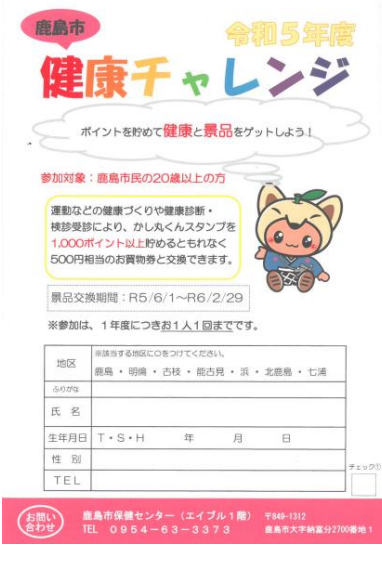
標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規程されることも大きい。」とされている。

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

取り組み内容としては、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、各種団体や行政区単位で出前講座を毎年行い、広く市民へ周知を行っている。

また、平成30（2018）年度から「鹿島市健康チャレンジ事業」を開始して、個人の健康づくりの取り組みに対して、報奨（インセンティブ）を設けて住民による健康への取り組みを推進している。

【鹿島市健康チャレンジカード】



ポイントを貯めて健康と景品をゲットしよう！

参加対象：鹿島市民の20歳以上の方

運動などの健康づくりや健康診断・検診受診により、かしらくんスタンプを1,000ポイント以上貯めるともれなく500円相当のお買物券と交換できます。

景品交換期間：R5/6/1～R6/2/29

※参加は、1年度につき1人1回までです。

地区	※該当する地区にのみつけてください。
氏名	鹿島・明南・西枝・鹿島見・浜・北鹿島・七通
生年月日	T・S・H 年 月 日
性別	
TEL	

お問い合わせ 鹿島市保健センター（エイブル1階） 〒969-1312 0954-63-3373 鹿島市大字納置分2700番地1



★健診（検診）を1つ以上受け、運動をしてスタンプを貯めましょう！

A 特定健診など<500ポイント>

■対象となる健診

- (1) 鹿島市国民特定健診
- (2) (1)以外の特定健診
- (3) 後期高齢者健診
- (4) 人間ドック・脳ドック
- (5) 難産健診

記録 500P

B がん検診・その他健診（検診）<200ポイント>

内容	胃がん検診（便潜血検査）	肺がん（低線）検診	大腸がん検診	乳がん検診
記録	200P	200P	200P	200P
内容	子宮がん検診	前立腺がん検診	骨粗しょう症検診	聴覚検査検診
記録	200P	200P	200P	200P

健診（検診）結果等を保健センターに提示していただく、スタンプがもらえます。

※健診（検診）は令和5年4月1日～令和6年2月29日に受診したものが対象です。

※治療中の定期通回は対象となりません。



C 健康講座・介護（ロコモ）予防教室（4回まで）<200ポイント>

記録 200P

D 15分以上の運動（12回まで）<50ポイント>

記録 1つ50P （運動に取り始めたら、下記の表にご自分で記入してください。）

50P × 回数 = P

例	4月1日	ウォーキング30分	6月	月	日
1	月		7	月	日
2	月		8	月	日
3	月		9	月	日
4	月		10	月	日
5	月		11	月	日
			12	月	日

★運動を目的としたものが対象となります。

※病院でのリハビリ、専対りや仕事、家事等は運動に含みません。

※ラジオ体操は1日15分以上実施すると運動に含みます。

A 50P + B 50P + C 50P = 150P

※AまたはBは必須

D 50P

★ + D = 合計

※A+B+Cの合計が400ポイント以上かつDで50ポイント以上が必要。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

【図表32】 第2期データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	中間評価値				最終評価値				現状値の把握方法
				H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5		
特定保健診療等計画		医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診実施率60%（法定報告値）	目標値 40.2		43	45	48 (42.1)	52 (42.8)	55 (43.5)	60 (44.2)	特定健診・特定保健指導結果 （厚生労働省）	
			特定保健指導実施率60%（法定報告値）	実績値 40.2	39.3	39.5	42.2	39.8	42.9	43.0			
			目標値 44.8		50	52				60.0			
			実績値 48.3	61.2	63.1	63.7	69.4	64.9	66.5				
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑える	特定健診受診者のうちメタボ予備軍及び該当者が増加している。特に男性のメタボが該当者の割合が高い	目標値 20	21.2	21	22				25.0	KDBシステム	
			特定健診受診者のうちメタボ予備軍及び該当者が増加している。特に男性のメタボが該当者の割合が高い	実績値 20.7	24.9	21.2	20.6	21.9	22.9	21.1			
			特定健診受診者のうちメタボ予備軍及び該当者が増加している。特に男性のメタボが該当者の割合が高い	目標値 1.39			1.37				1.35		
			特定健診受診者のうちメタボ予備軍及び該当者が増加している。特に男性のメタボが該当者の割合が高い	実績値			1.4	2.2	2.1	1.4			
			特定健診受診者のうちメタボ予備軍及び該当者が増加している。特に男性のメタボが該当者の割合が高い	目標値 1.63			1.62				1.6		
			特定健診受診者のうちメタボ予備軍及び該当者が増加している。特に男性のメタボが該当者の割合が高い	実績値			1.64	1.0	1.1	1.7			
			特定健診受診者のうちメタボ予備軍及び該当者が増加している。特に男性のメタボが該当者の割合が高い	目標値 15.2			14.2				13.2		
			特定健診受診者のうちメタボ予備軍及び該当者が増加している。特に男性のメタボが該当者の割合が高い	実績値 14.9			15.6	15.8	16.3	15.7			
	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、メタボリックシンドロームの対象者を減らす	糖尿病性腎症による人工透析患者の割合の減少	目標値 10.7			9.7					8.7	KDBシステム 特定健診・特定保健指導結果
			糖尿病性腎症による人工透析患者の割合の減少	実績値 11			10.4	10.4	10.1	10.4			
			糖尿病性腎症による人工透析患者の割合の減少	目標値 45.5			44.5				43.5		
			糖尿病性腎症による人工透析患者の割合の減少	実績値 51.3			61.5	57.9	52.4	50.0			
			医療費のうち入院費用の割合の減少	目標値 49.1			47.1				45.1		
			医療費のうち入院費用の割合の減少	実績値			47.8	48.7	46.4	47.9			
			生活習慣病治療者のうち高血圧の割合減少	目標値 56.6			53.6				50.6		
			生活習慣病治療者のうち高血圧の割合減少	実績値 59.5			56.3	56.9	57.5	57.1			
			生活習慣病治療者のうち糖尿病の割合減少	目標値 27.5			24.5				21.5		
			生活習慣病治療者のうち糖尿病の割合減少	実績値 30			27.9	28.4	28.7	28.3			
			生活習慣病治療者のうち脂質異常症の割合減少	目標値 40.1			38.6				34.1		
			生活習慣病治療者のうち脂質異常症の割合減少	実績値 40.4			40.4	42.7	42.7	42.8			
			特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム予備群の割合減少	目標値 13.3			11.8				10.3		
			特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム予備群の割合減少	実績値 13.3			13.6	13.2	15.1	12.6			
			特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者の割合減少	目標値 14			12.5				11.0		
			特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者の割合減少	実績値 14			17.2	18.5	21.3	22.2			
			健診受診者の糖尿病未治療・中断者の割合減少（HbA1c6.5%以上）	目標値 16.4			10.7				5.0		
			健診受診者の糖尿病未治療・中断者の割合減少（HbA1c6.5%以上）	実績値 16.4			20.4	23.3	23.8	22.9			

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

【考察】

第2期データヘルス計画、第3期特定健診等実施計画において達成すべき目的を3つ設定していた。

1つ目は、医療費削減のために特定健診実施率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らすこととしていた。「特定健診実施率」の目標は国の目標値と同様に60%と設定していたが、令和2(2020)年度の間評価の際に実現可能な目標値として2段階に設定した。特定健診実施率で令和2(2020)年度に新型コロナウイルス感染症の影響があったため、実現可能な目標値は令和3(2021)年度のみ達成することができた。若年層への受診勧奨をおこない、図表25のとおり40・50代の実施率は向上したが目標値は達成できなかった。また、「特定健診受診者のうち保健指導対象者の減少率25%減少」という目標は令和4(2022)年度で21.1%減となっており目標達成できておらず、新規の保健指導対象者がいる影響もあるが個人にあった効果的な保健指導ができていないと考えられる。今後は特定保健指導の成果を明確にするために、特定保健指導評価にアウトカム評価を加えることで重症化予防対象者を減らすように努めなければならない。

2つ目は、短期目標として脳血管疾患、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の対象者を減らすこととした。6つの目標を設定していたが全て達成することができておらず実績値は悪化している。特に「健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者の割合」は令和4(2022)年度22.2%と悪化している。目標値を達成できなかった原因として、新型コロナウイルス感染症の影響で食習慣や運動習慣が変化したことも考えられるが、健診の検査項目・メカニズムについて正確に説明できておらず、効果的な保健指導につながらなかったことも一因である。まずは特定健診の継続受診をすすめ、経年で検査項目を確認していくこと、その上で一年一年身体の状態を知ることが大切である。これからも継続して短期目標疾患の発症前から1人ひとりの生活習慣に基づいた効果的な保健指導が必要となる。

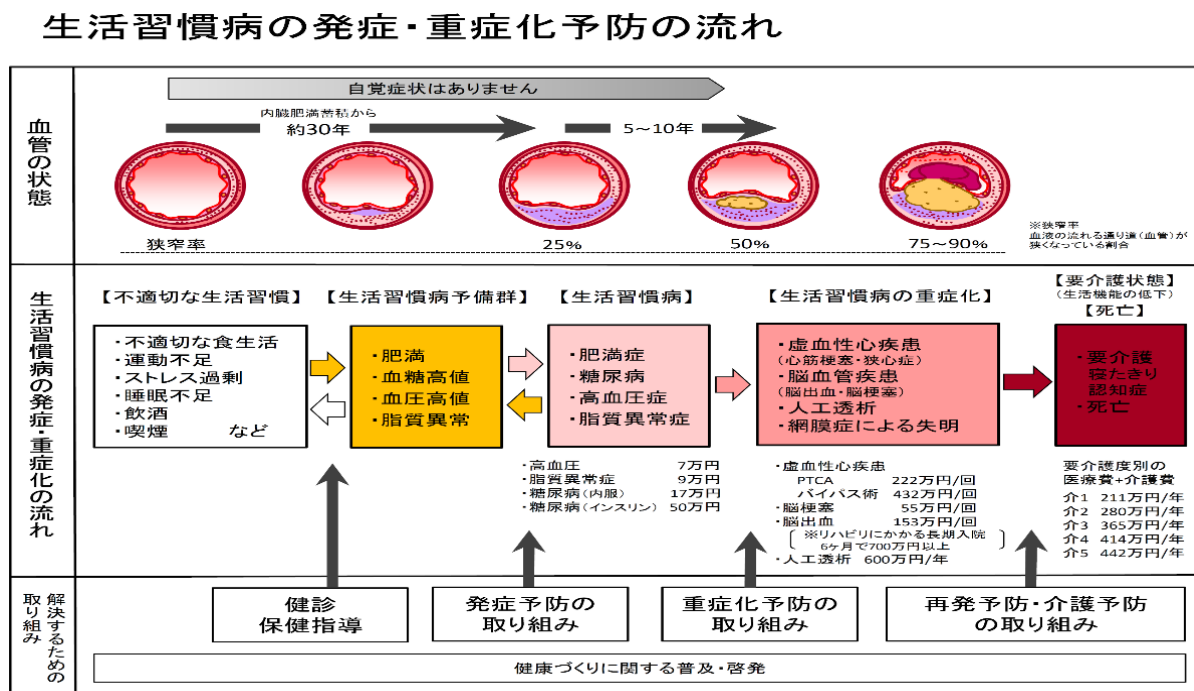
3つ目は、中長期目標として脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制することとしていた。6つの目標を設定していたが全て目標値を達成することができなかった。しかし、「脳血管疾患・虚血性心疾患・脳血管疾患の総医療費に占める割合」は平成28(2016)年度と令和4(2022)年度を比較すると、維持することができている。被保険者の高齢化の影響を考慮すると、健診の結果によって受診勧奨、未治療者・治療中断者に対しては医療機関等と連携して重症化を予防していた成果だと考えられる。目標値が達成できていない原因は短期目標が達成できておらず、それが原因で発症する疾患の抑制にも繋がらなかったと考えられる。また、「健診受診者の糖尿病未治療者・治療中断者の割合」では、令和3(2021)年度23.8%と増加傾向であることから、特に未治療者・治療中断者の割合が高いことが分かった。そのため、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の合併症予防のために治療開始、治療継続できるような関わりが必要となる。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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

【図表 33】生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に移行することになる。保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題がある。

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、また、若年期からの生活習慣病の結果が高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要である。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健診・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する。

なお、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、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らる。

(1) 医療費分析

【図表34】被保険者数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		7,079人	6,818人	6,798人	6,605人	6,333人 ↓	4,951人
総件数及び 総費用額	件数	64,946件	64,993件	60,867件	62,447件	61,929件	84,547件
	費用額	25億7897万円	26億3333万円	25億2393万円	26億1821万円	25億8256万円	48億6700万円
一人あたり医療費		36.4万円	38.6万円	37.1万円	39.6万円	40.8万円 ↑	98.3万円

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表35】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	鹿島市	25億8256万円	33,049	3.87%	0.52%	1.62%	0.90%	4.65%	2.84%	1.30%	4億0539万円	15.70%	15.32%	10.86%	8.58%
	同規模	—	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	—	19.11%	16.91%	8.74%	9.00%
	県	—	35,091	5.37%	0.29%	2.15%	1.04%	4.89%	2.99%	1.93%	—	18.67%	14.40%	10.73%	8.87%
	国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	鹿島市	48億6700万円	83,067	5.50%	0.53%	3.19%	1.04%	3.14%	2.55%	0.62%	8億0622万円	16.57%	10.49%	5.05%	12.95%
	同規模	—	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	—	18.69%	10.49%	4.11%	12.58%
	県	—	84,251	4.29%	0.42%	4.62%	1.00%	3.61%	3.08%	1.27%	—	18.28%	9.23%	4.85%	13.57%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

※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36】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	229人	249人	250人	245人	233人	623人
	件数	B	439件	449件	444件	456件	418件	1,073件
		B/総件数	0.68%	0.69%	0.73%	0.73%	0.67%	1.27%
	費用額	C	5億9140万円	6億0337万円	5億9584万円	6億1508万円	5億4457万円	12億6886万円
		C/総費用	22.9%	22.9%	23.6%	23.5%	21.1%	26.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表37】高額レセプト(80万円／件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
脳血管疾患	人数	D	9人		9人		16人		15人		7人		39人		
		D/A	3.9%		3.6%		6.4%		6.1%		3.0%		6.3%		
	件数	E	23件		24件		47件		35件		24件 ↓		79件		
		E/B	5.2%		5.3%		10.6%		7.7%		5.7%		7.4%		
	年代別	40歳未満	2	8.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	1	4.2%	1	2.1%	0	0.0%	1	4.2%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	15	62.5%	30	63.8%	5	14.3%	0	0.0%	75-80歳	13	16.5%
		60代	13	56.5%	7	29.2%	10	21.3%	20	57.1%	12	50.0%	80代	36	45.6%
		70-74歳	8	34.8%	1	4.2%	6	12.8%	10	28.6%	11	45.8%	90歳以上	30	38.0%
	費用額	F	3542万円		2894万円		5394万円		3973万円		2476万円 ↓		1億0131万円		
		F/C	6.0%		4.8%		9.1%		6.5%		4.5%		8.0%		

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表38】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		18人		7人		9人		6人		13人		
		G/A	3.1%		7.2%		2.8%		3.7%		2.6%		2.1%		
	件数	H	11件		21件		7件		11件		6件		13件		
		H/B	2.5%		4.7%		1.6%		2.4%		1.4%		1.2%		
	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	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	18.2%	0	0.0%	2	28.6%	3	27.3%	0	0.0%	75-80歳	5	38.5%
		60代	6	54.5%	11	52.4%	1	14.3%	4	36.4%	3	50.0%	80代	7	53.8%
		70-74歳	3	27.3%	10	47.6%	4	57.1%	4	36.4%	3	50.0%	90歳以上	1	7.7%
	費用額	I	1181万円		2420万円		674万円		1335万円		753万円		2558万円		
		I/C	2.0%		4.0%		1.1%		2.2%		1.4%		2.0%		

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

【図表 39】 健診・医療・介護データの一体的な分析 (65～74 歳国保加入者)
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

H30・R04比較



【図表40】被保険者数と健診受診状況

E表		④	①			②			⑮					
年度	認定率 介護	被保険者数			健診受診率			体格(健診結果)						
					特定 健診		長寿 健診	BMI18.5未満			BMI25以上			
	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	
H30	31.4	2,196	2,702	4,883	26.8	41.4	17.0	6.1	6.2	10.5	26.4	23.9	22.2	
R04	28.5	1,969	3,129	5,001	26.7	41.3	18.5	6.8	7.2	9.6	32.9↑	26.9↑	21.7	

【図表41】健診有所見者状況

E表	⑤																														
年度	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	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	人	%	人	%	人	%
H30	13	2.2	(7)	63	5.6	(20)	57	6.9	(8)	18	3.1	(3)	40	3.6	(5)	7	0.8	(0)	8	1.4	15	1.3	25	3.0	1	0.2	0	--	1	0.1	--
R04	16	3.0	(7)	59	4.6	(25)	51	5.5	(12)	18	3.4	(4)	82	6.3↑	(8)	7	0.8	(1)	8	1.5	22	1.7	32	3.5	0	--	0	--	0	--	--

【図表42】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											
年度	中長期目標の疾患(被保険者割合)												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	5.5	15.7	34.6	4.1	10.6	26.0	7.1	18.1	41.3	3.5	7.0	14.5	7.4	9.2	42.7	5.6	5.9	39.2	3.2	3.9	41.6	1.3	11.6	42.7
R04	6.3	16.3	32.5	4.0	10.6	23.8	6.2	19.2	43.0	4.7	8.3	15.6	6.5	7.3	38.7	2.5	4.5	35.5	2.4	2.8	37.6	3.2	6.2	39.4

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43】短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦								
年度	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-	40-64	65-74	75-
H30	79.9	88.4	97.5	31.4	59.4	85.6	73.1	78.8	87.6	45.0	47.0	40.6	28.9	34.4	35.1	42.9	53.2	74.4	46.5	55.6	80.6			
R04	80.8	88.2	96.3	32.5	61.9	85.6	75.2	81.3	88.5	43.1	49.9	44.9	28.9	38.2	39.4	45.3	54.3	76.3	44.2	60.3	81.1			

（３）健康課題の明確化（図表 34～43）

国保の被保険者数は年々減少しているが、一人あたり医療費は年々増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり約 100 万円となり、国保の約 2.5 倍も高い。（図表 34）

鹿島市はこれまでの保健事業により、短期的目標疾患（糖尿病・高血圧・脂質異常症）の総医療費に占める割合は同規模保険者と比べて低くなっている。しかし、中長期目標の慢性腎不全（透析無）の割合は高くなっている。（図表 35）

高額レセプトについては、国保においては毎年 400 件を超えるレセプトが発生しているが、後期高齢になると、1,000 件を上回っている。高額レセプトにおける疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和 2（2020）年度が一番多く 47 件で約 5,400 万円の費用がかかっていたが、令和 4 年（2022）度は 24 件と件数が減り、費用額も約 2,500 万円と減少している。しかし、後期高齢においては、79 件発生し、約 1 億円の費用がかかっている。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力を入れる必要がある。（図表 36、37）

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 39 の①40～64 歳と 65 歳～74 歳を合計した被保険者数は減少しているが、75 歳以上では約 120 名増えており、団塊世代の影響により後期高齢者が増加している。⑤の体格をみると BMI25 以上の割合は、40～64 歳は 6.5 ポイント、65～74 歳は 3 ポイントも高くなっている。

図表 41 健診有所見の状況をみると、各年代ほぼ横ばいであるが、65～74 歳の HbA1c7.0%以上の未治療者・治療中断者の割合が 2.7 ポイントも増加しているため、現在の取り組みでさらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となる。

図表 42 の中長期疾患（脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全）と介護認定の状況において、平成 30（2018）年度と令和 4（2022）年度を比較すると、脳血管疾患と腎不全の割合が増加している。特に脳血管疾患は、40～64 歳及び 65～74 歳では約 1 ポイント上がっており、図表 36 の高額レセプト分析において入院費が伸びている要因が課題であることが分かる。

図表 43 の短期目標疾患（高血圧・糖尿病）とする合併症をみると、高血圧及び糖尿病の割合は各年代高くなっており、発症予防のみならず合併症予防にも取り組む必要がある。

（４）優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全）に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがある。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る。

具体的な取り組み方法については、第 4 章に記載する。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく。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 44)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておく。

② 中長期的な目標の設定

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

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と考えると、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する。

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

③ 短期的な目標の設定

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

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

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健診実施率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

4) 目標値の設定

★全国統一の指標
◎佐賀県統一の指標

【図表44】 第3期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	定義 (データの抽出先)	実績			データの把握方法 (活用データ年度)
				初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.6	1.6	1.6	KOB システム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	0.9	0.9	0.9	
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	3.9	3.9	3.9	
			糖尿病性腎症による人工透析患者の割合の減少	57.1	53.0	50.0	
			◎糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少 ※【 】内は糖尿病性腎症による新規透析導入者数	33.3 【1人】	25.0	20.0	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	35.0	33.5	32.0	鹿島市 保険健康課
			◎健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	4.2	3.9	3.7	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	9.2	8.9	8.7	
			◎健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1c 5%以上）	12.3	12.0	11.8	
			★健診受診者のHbA1c 0%（NGSP値）以上の者の割合の減少	1.3	1.1	1.0	
アウトプット	特定保健指導実施率、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	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（※）	◎糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合の増加	63.6	70.0	75.0	法定報告値 （特定健診等データ管理システム） ※分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなく、前年度の特定保健指導の利用
			★特定健診実施率60%以上 ※【 】内は実現可能な目標	43.0	48.6 【45.0】	57.0 【47.0】	
			★特定保健指導実施率60%以上	66.5	60.3	61.2	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（※）	21.1	23.0	25.0	

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るものとされている。

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

2. 目標値の設定

【図表45】目標値の設定

		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	データヘルス計画	45.8%	48.6%	51.4%	54.2%	57.0%	60%以上
	第七次総合計画	44.5%	45.0%	45.5%	46.0%	46.5%	47.0%
特定保健指導実施率		60.0%	60.3%	60.6%	60.9%	61.2%	61.5%

特定健診実施率については現状から達成可能な目標値を追加で設定し、2段階での目標設定とした。なお、令和8（2026）年度までの達成可能な目標値は、鹿島市の第七次総合計画の目標値と合わせて設定する。

3. 対象者の見込み

【図表46】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	4,224人	4,124人	4,024人	3,924人	3,824人	3,724人
	受診者数	1,935人	2,005人	2,069人	2,127人	2,180人	2,235人
特定保健指導	対象者数	231人	239人	247人	254人	260人	266人
	実施者数	139人	145人	150人	155人	160人	164人

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

個別健診については、特定健診実施医療機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめ、県医師会と市町国保側のとりまとめ機関である佐賀県が集合契約を行う。

集団健診については、公益財団法人佐賀県健康づくり財団と委託契約し、鹿島市保健センターで実施する。

①個別健診(委託医療機関)

②集団健診(鹿島市保健センター)

(2) 特定健診委託基準

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

(3) 特定個別健診実施機関リスト

県内の実施医療機関で実施。

(4) 特定健診実施項目及び委託料単価、自己負担額

【図表47】 特定健診実施医療機関(鹿島市と嬉野市の一部の医療機関のみ掲載)

健診・保健指導 機関番号	健診機関名	住 所	電話番号
710698	医療法人 犬塚病院	鹿島市大字高津原602番地3	0954-63-2538
710052	社会医療法人祐愛会 織田病院	鹿島市大字高津原4306番地	0954-63-3332
710805	医療法人天心堂 志田病院	鹿島市大字中村2134番地4	0954-68-0565
710813	鈴木内科クリニック	鹿島市大字山浦甲358番地1	0954-69-8161
710656	田中医院	鹿島市大字納富分733番地	0954-63-4080
710797	中村医院	鹿島市古枝甲837番地2	0954-63-9234
710771	西岡内科クリニック	鹿島市大字高津原3777番地1	0954-63-4090
710920	医療法人誠晴曾 ふきあげ納富病院	鹿島市大字高津原1867番地1	0954-63-1117
710748	ホロス光武クリニック	鹿島市大字納富分2938番地	0954-63-3466
710680	医療法人社団 森田医院	鹿島市大字納富分4076番地3	0954-63-3956
710847	医療法人芳山堂 薬師寺医院	鹿島市浜町1280番地1	0954-63-5281
1710820	谷口医院	嬉野市塩田町大字谷所甲2637番地1	0954-66-3568

① 特定健診実施項目及び委託料単価

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を必要とする人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）を実施する。

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変えられる。（実施基準第 1 条第 4 項）

【図表48】 特定健診検査項目及び委託料単価 R5.5.1時点

区分	内容		委託料単価 (消費税込)	
			個別健診	集団健診
基本的な健診の項目	既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)		8,382円	6,578円
	自覚症状及び他覚症状の検査			
	身体計測	身長		
		体重		
		腹囲		
		BMI		
	血圧	収縮期血圧		
		拡張期血圧		
	血中脂質検査	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		
	肝機能検査	AST(GOT)		
		ALT(GPT)		
		γ－GTP		
	血糖検査	空腹時血糖		
		HbA1c		
		随時血糖		
尿酸値	血清尿酸			
尿検査	蛋白			
	尿糖			
	尿潜血			

【図表49】 項目(判定基準に基づき医師が必要と認める場合に実施) R5.5.1時点

内容		判断基準	委託料単価 (消費税込)				
貧血検査	赤血球数	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者	242円				
	血色素量						
	ヘマトクリット値						
心電図検査		当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg 以上若しくは拡張期血圧90mmHg 以上又は問診等で不整脈が疑われる者	1,430円				
眼底検査		当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が次の基準に該当した者 <table border="1"><tr><td>血圧</td><td>収縮期140mmHg 以上又は拡張期90mmHg 以上</td></tr><tr><td>血糖</td><td>空腹時血糖値が^g126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl 以上</td></tr></table> ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。	血圧	収縮期140mmHg 以上又は拡張期90mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が ^g 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl 以上	1,232円
血圧	収縮期140mmHg 以上又は拡張期90mmHg 以上						
血糖	空腹時血糖値が ^g 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl 以上						
血清クレアチニン検査 (eGFRによる腎機能の評価を含む)		当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が次の基準に該当した者 <table border="1"><tr><td>血圧</td><td>収縮期130mmHg 以上又は拡張期85mmHg 以上</td></tr><tr><td>血糖</td><td>空腹時血糖値が^g100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl 以上</td></tr></table>	血圧	収縮期130mmHg 以上又は拡張期85mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が ^g 100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl 以上	121円
血圧	収縮期130mmHg 以上又は拡張期85mmHg 以上						
血糖	空腹時血糖値が ^g 100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl 以上						

なお、下記の者については判定基準に該当する場合でも実施の対象外とする。

貧血検査：貧血の治療中の者

心電図検査、眼底検査、血清クレアチニン検査：糖尿病、高血圧症、脂質異常症、
虚血性心疾患、脳血管疾患の治療中の者

② 自己負担額

住民税課税世帯、非課税世帯にかかわらず自己負担の額は下記のとおりとする。

個別健診：1,000円

集団健診：500円

(5) 実施時期

個別健診：5月から12月末まで

集団健診：10～15回/年

(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うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

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、かかりつけ医との協力及び連携を行う。

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、佐賀県国保連合会に事務処理を委託する。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診案内を個別に郵送し、下のスケジュールで実施する。

健診実施スケジュール

	健診実施期間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
個別健診	5/1～12/31	受診票等 個別通知	5月							12月31日			
集団健診	10～15回/年			集団健診			集団健診 (がんセット検診同時実施)		集団健診		集団健診		

※状況に応じて変更

また、受診勧奨のための周知広報活動に努め、未受診者へ勧奨通知を送付する。

(9) 農業協同組合健診結果データ活用事業

① 事業概要

農業協同組合健診の健診データを特定健診として活用する事業。

② 実施形態

佐賀県農業協同組合鹿島支所の健診実施機関に委託（個別契約）。

③ 対象者

農業協同組合健診を受ける者のうちデータ提供の同意が得られた者。

④ データ提供項目

特定健診と同項目

⑤ 委託料

1,650 円（消費税込）

(10) 特定健診未受診者診療情報提供事業

① 事業概要

医療機関で特定健診と同等の検査を実施した場合、その検査データを特定健診として活用する事業。

② 実施形態

佐賀県医師会（県内の実施医療機関の取りまとめ機関）と佐賀県国保連合会（市町国保側の取りまとめ機関）が集合契約を行う。

佐賀県医師会会員以外との個別契約についても、佐賀県国保連合会により市町国保側を取りまとめて集合契約を行う。

③ 対象者

当該年度の特定健診を受診しておらず、医療機関で特定健診と同様の検査項目を受診した者。

④ 委託料（情報提供料）

2,500 円（消費税込）

ただし、基本項目を満たすために行われる尿検査（尿中一般検査）については、検査料として情報提供料とは別に 300 円（消費税込）を支払う。

（１１）ヘルスサポート事業

① 事業概要

定期通院者の検査情報のうち「特定健診として活用できる情報」を医療機関から提供してもらい、特定健診検査項目の不足分については新たに医療機関で実施してもらうことで、特定健診データとして活用する事業。

② 実施形態

ヘルスサポート実施医療機関へ委託。

県医師会が実施機関の取りまとめ、県医師会と市町国保側のとりまとめ機関である佐賀市国保が集合契約を行う。

③ 対象者

ヘルスサポート実施医療機関に通院中の者。

④ 委託料

3,300 円（消費税込）

⑤ 自己負担額

無料

（１２）二次健診

① 事業概要

特定保健指導の対象者に対して、生活習慣改善への動機付けを効果的に行い、特定保健指導の効果をあげるために実施する事業。

② 実施形態

鹿島藤津地区医師会に委託。

③ 二次健診項目及び、自己負担額

【図表50】 二次健診項目及び委託料、自己負担額 R5.5.1時点

二次健診委託項目	委託料単価 (消費税込)	自己負担額
75g糖負荷試験(血糖値)・血中インスリン測定	7,106円	600円
頸動脈超音波(エコー)検査	3,850円	300円
微量アルブミン尿検査	1,320円	100円

④ 対象者

特定保健指導の対象者及び鹿島市が必要と認めた者。対象者の除外条件については下のとおりとする。

二次健診の対象者除外条件

除 外 項 目	除 外 条 件
75g糖負荷検査	特定健診結果において空腹時血糖が126mg以上又は、ヘモグロビンA1c(NGSP値)が6.5%以上ある者
頸部エコー検査	鹿島市国保が助成する人間、脳ドックにおいて頸部エコー検査を実施した者

⑤ 二次健診実施医療機関

【図表51】 二次健診実施医療機関

健診・保健指導 機関番号	健診機関名	住 所	電話番号
710698	医療法人 犬塚病院	鹿島市大字高津原602番地3	0954-63-2538
710052	社会医療法人祐愛会 織田病院	鹿島市大字高津原4306番地	0954-63-3332
710813	鈴木内科クリニック	鹿島市大字山浦甲358番地1	0954-69-8161
710920	医療法人誠晴曾 ふきあげ納富病院	鹿島市大字高津原1867番地1	0954-63-1117
710680	医療法人社団 森田医院	鹿島市大字納富分4076番地3	0954-63-3956
710847	医療法人芳山堂 薬師寺医院	鹿島市浜町1280番地1	0954-63-5281
1710820	谷口医院	嬉野市塩田町大字谷所甲2637番地1	0954-66-3568

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、鹿島市の直接実施及び医療機関委託の形態でおこなう。

○第4期(2024年以降)における変更点 特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)	
特定保健指導 の見直し	(1)評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2)特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。
	(4)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。
	(5)その他の運用の改善 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

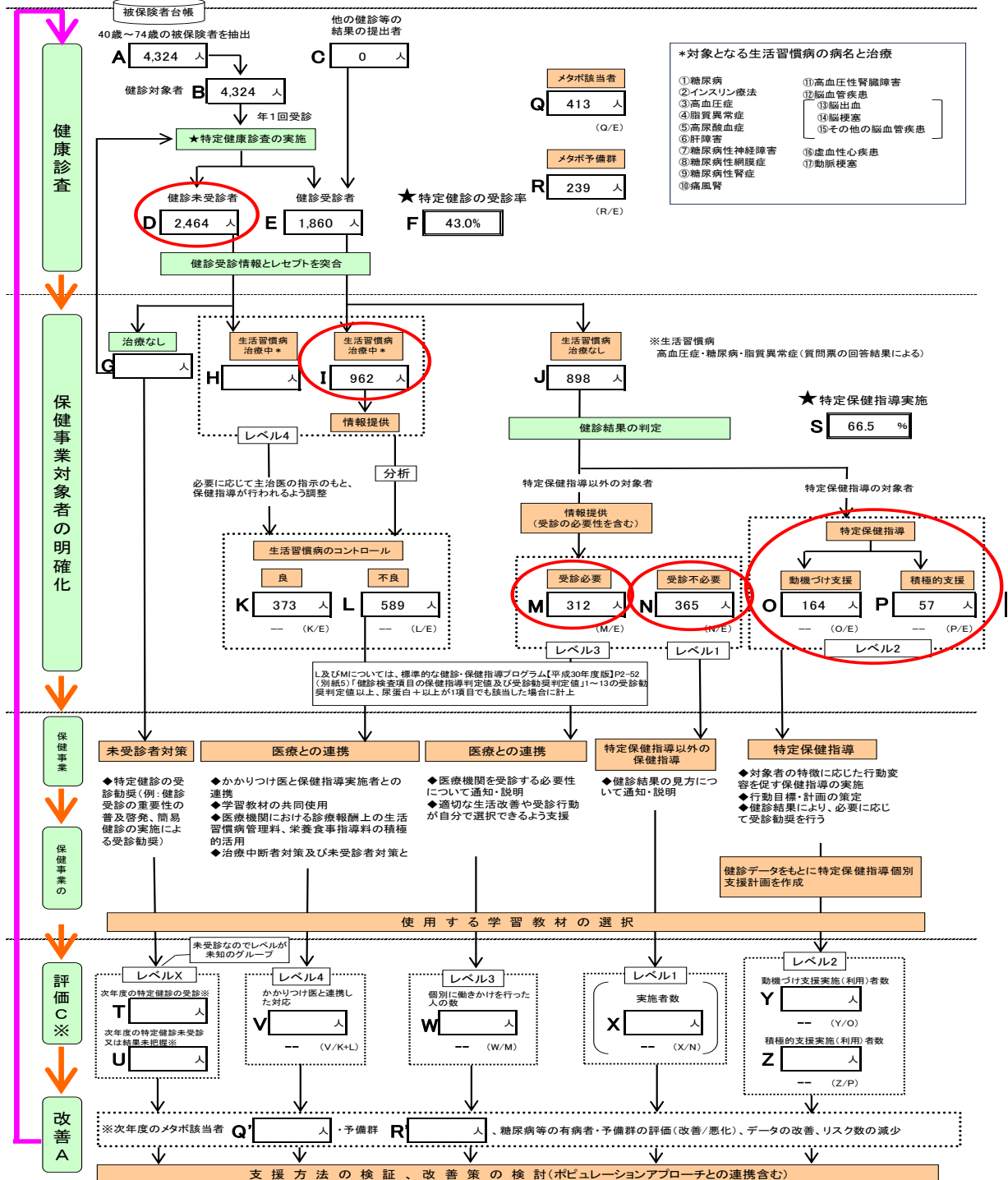
「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。

【図表 52】 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5

令和04年度



出典:ヘルサポートラボツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

【図表53】 要保健指導対象者の見込み(R04年度)

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 (受診者のうち の割合)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容 を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受 診勧奨を行う	221人 (11.9%)	特定保健 指導実施率 69.5%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性につ いて通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自 分で選択できるよう支援	312人 (16.8%)	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、未受診者 への受診勧奨)	2,464人 ※受診率目標達成 までにあと735人	特定健診 実施率 60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・ 説明	365人 (19.6%)	集団健診 受診者は、 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	962人 (51.7%)	

(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、下の年間スケジュールにより実施する。

特定保健指導実施スケジュール

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
健診期間	受診票等 個別通知	5月							12月31日			
			集団健診			集団健診 (がんセット検診 同時実施)	集団健診			集団健診		
対象者抽出			対象者抽出(各月)									
指導実施		前年度分評価										
			本年度分評価									

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および鹿島市個人情報の保護に関する法律施行条例を踏まえた対応を行う。

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

(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及び鹿島市文書取扱規程で行う。

特定健診・特定保健指導の記録の保存義務期間は、実施基準第 10 条に基づき、記録の作成日から 5 年を経過するまでの期間又は加入者が他の保険者の加入者となった日の年度の翌年度の末日までの期間のうちいずれか短い期間とする。

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 日までに報告する。(法定報告)

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、鹿島市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

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糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患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、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには、重症化予防の取り組みとポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取り組みを行う。

具体的には、医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取り組みとしては、生活習慣病の重症化により医療費や介護給付費が高くなっている実態を広く市民へ周知する。

また、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、状態に応じた保健指導が重要となってくる。そのため特に特定健診実施率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。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する。

佐賀県の市町国保においては、令和9（2027）年度において国民健康保険の保険税率を一本化することに伴い、市町国保保険者として実施している保健事業について、標準化を進める必要がある。これは、被保険者にとって同一所得・同一世帯であれば県内どの市町に住所を有していても同じ税率・税額となるため、被保険者が受けられるサービス水準に非合理的な差があると不公平である。また、保険者側にとっても、医療費水準が勘案されない納付金となるため、保険税率一本化後も医療費適正化に向けたインセンティブが働く仕組みの構築が必要である。そのため、今後令和9（2027）年度に向けて、「標準的保健事業検討委員会」及び「医療費適正化勉強会」において、市町国保保険者として実施している保健事業について、標準化を進める事業の内容、基準、財源及び各事業の評価指標等を整理していくこととする。

Ⅱ. 重症化予防の取り組み

令和4（2022）年度の特定健診受診者のうち、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は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、668人（35.9%）であった。そのうち治療なしが193人（21.5%）を占め、さらに臓器障害があり直ちにに取り組むべき対象者が66人であった。

また、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、190人中103人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり効率的である。

【図表 54】 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－

健康日本21
(第2次)目標
目指すところ

科学的根拠に基づき

↓

レセプトデータ、
介護保険データ、
その他統計資料等
に基づいて
健康課題を分析

脳血管疾患
の年齢調整死亡率の減少

脳卒中治療ガイドライン2021
(脳卒中ガイドライン委員会)

クモ膜下出血
(5.8%)

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%)

非心原性脳梗塞

※脳卒中
データ・リンク
2015.6.1

虚血性心疾患
の年齢調整死亡率の減少

虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版)
(虚血性心疾患の診断と治療に関するガイドライン(2011年度共同研究報告))

心筋梗塞

労作性
狭心症

安静
狭心症

糖尿病性腎症
による年間新発症・新導入患者数の減少

糖尿病治療ガイド
2022-2023
(日本糖尿病学会)

CKD診療ガイドライン
2018
(日本腎臓学会)

優先すべき
課題の明確化

高血圧症

心房細動

脂質異常症

メタボリック
シンドローム

糖尿病

慢性腎臓病
(CKD)

科学的根拠に基づき
健診結果から
対象者の抽出

高血圧治療
ガイドライン2019
(日本高血圧学会)

動脈硬化性疾患予防ガイドライン
2022年版
(日本動脈硬化学会)

メタボリックシンドロームの
診断基準

糖尿病治療ガイド
2022-2023
(日本糖尿病学会)

CKD診療ガイドライン2018
(日本腎臓学会)

重症化予防対象

Ⅱ度高血圧以上

心房細動

LDL-C
180mg/d以上

中性脂肪
300mg/d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

81

4.4%

0

0.0%

59

3.2%

44

2.4%

413

22.2%

155

8.3%

175

9.4%

治療なし

45

4.0%

0

0.0%

53

3.9%

33

2.4%

73

8.1%

84

5.4%

48

5.3%

(再掲)
特定保健指導

19

23.5%

0

—

14

23.7%

9

20.5%

73

17.7%

27

17.4%

19

10.9%

治療中

36

4.9%

0

—

6

1.2%

11

2.2%

340

35.3%

71

39.2%

127

13.2%

臓器障害
あり

14

31.1%

0

—

5

9.4%

7

21.2%

16

21.9%

16

19.0%

48

100.0%

CKD(専門医対象者)

3

0

4

7

6

12

48

心電図所見あり

12

0

1

0

10

4

20

臓器障害
なし

31

68.9%

—

48

90.6%

26

78.8%

57

78.1%

68

81.0%

—

—

重症化予防対象者
(実人数)

668

35.9%

193

21.5%

103

15.4%

475

49.4%

66

34.2%

48

—

※開診結果による

出典：ヘルサポータルラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

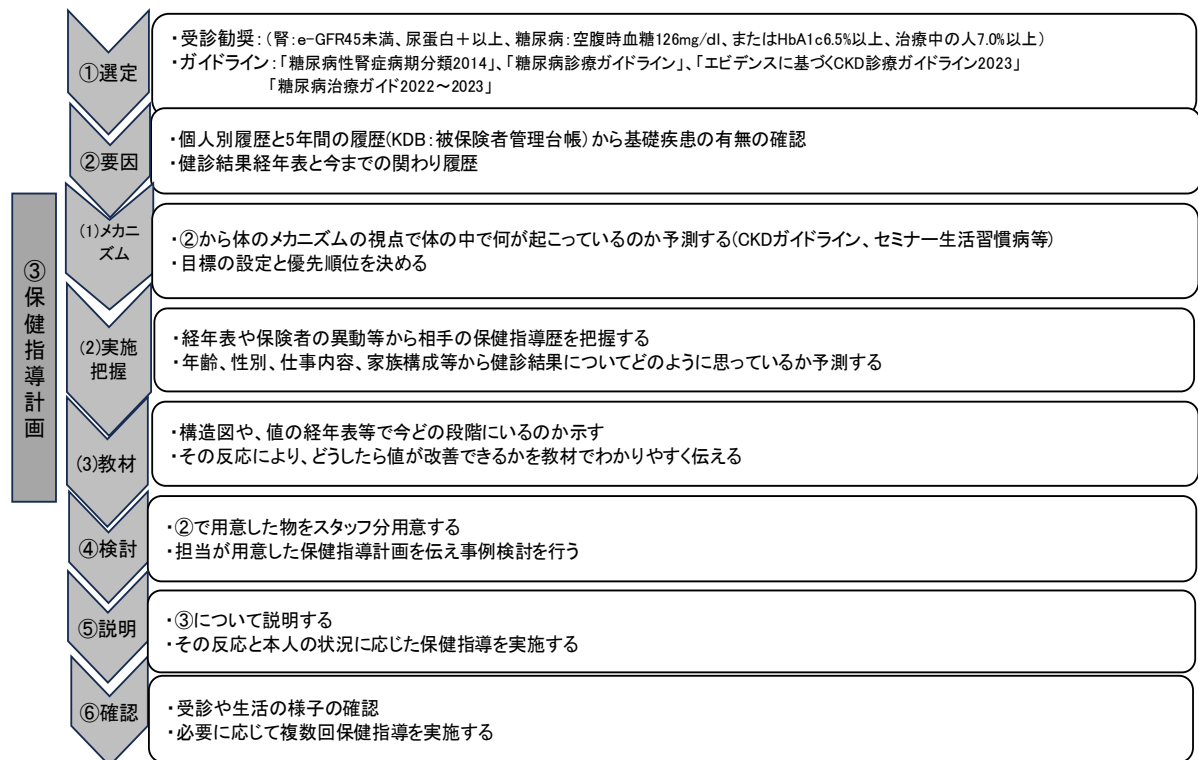
1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取り組みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省）及び佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、鹿島市糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施している。

なお、取り組みにあたっては図表55に沿って実施する。

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

【図表55】糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、鹿島市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者及び糖尿病治療中断者
 - ア 医療機関未受診者
 - イ 糖尿病治療中断者

② 糖尿病で通院する患者のうち腎症が重症化するリスクの高い者

健診データ、本人・医師からの情報提供により、糖尿病治療中に尿蛋白、eGFR 等により腎機能低下が判明した者

【除外者】

- ・コントロール良好者
(HbA1c7.0%以下で前年度と比べて 0.5%以上改善、または、HbA1c6.5%以下に改善)
- ・がん等で治療中の者
- ・認知機能障害のある者
- ・その他の疾患を有していて、かかりつけ医等が除外することが望ましいと判断した者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 該当者の把握方法

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し、該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基準とする。

【図表56】糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
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	

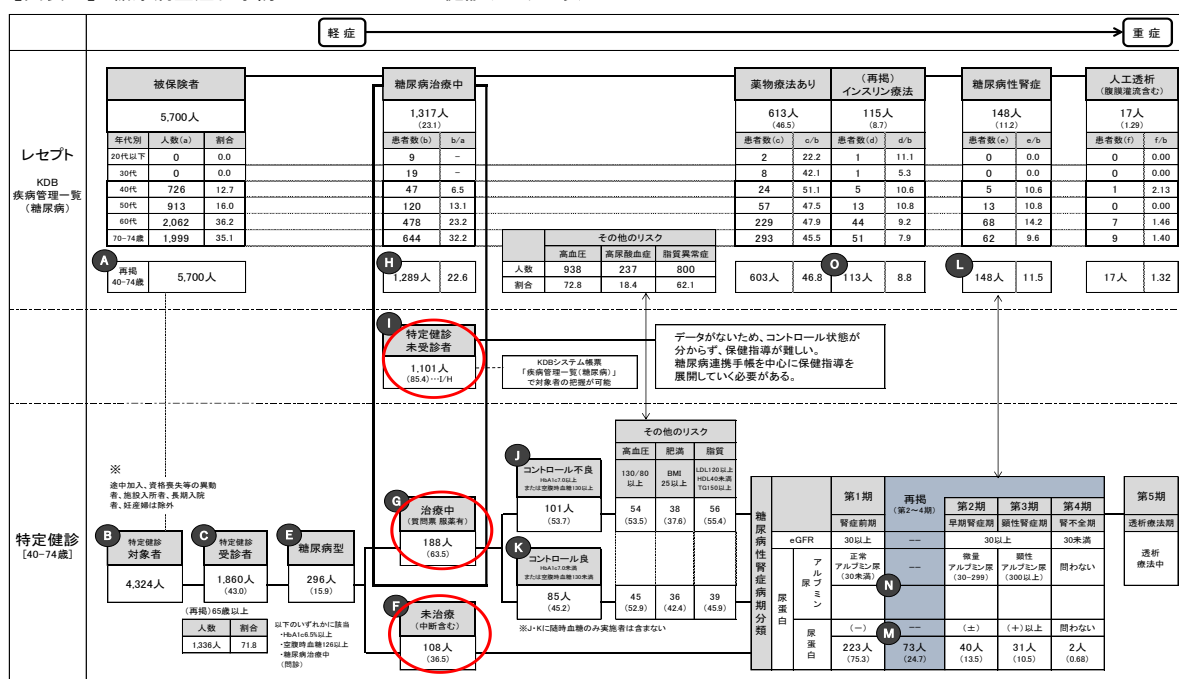
糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。

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実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(ー)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。

令和4（2022）年度はレセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、108人（36.5%・F）であった。

【図表57】 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）

出典:ヘルスサポートラボツール

管理台帳により下記の優先順位の順番で介入する

・ HbA1c6.5%以上のうち尿蛋白陽性者又は eGFR60 未満の者で未治療者

・ HbA1c6.5%以上のうち糖尿病治療中断者（最終受診日から6ヶ月以上未受診）

- ・治療中でHbA1c7.0%以上のうち尿蛋白陽性者

- ・治療中でHbA1c7.0%以上のうちeGFRが1年で25%以上低下した者

個別面談（個別訪問）、電話、文書送付

④管理台帳記載後、結果の確認。

昨年とデータと比較し介入対象者を試算する。

⑤担当地区の対象者数の把握。

ア 未治療者・中断者（受診勧奨者）

イ 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。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する。

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性（±）へは、二次健診等を活用して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腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者及び治療中断者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、佐賀県糖尿病連携手帳や糖尿病性腎症重症化予防連絡票（鹿島市糖尿病性腎症重症化プログラムで規定）を使用する。

(2) 治療中のハイリスク者について

治療中の場合は佐賀県糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集等を行う。また、保健指導を実施する際はかかりつけ医から留意事項等について糖尿病性腎症重症化予防保健指導情報提供書（鹿島市糖尿病性腎症重症化プログラムで規定）にて指示を得ながら連携していく。

6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

必要に応じて対象者への生活支援や後期へ異動しての支援を継続するため、地域包括支援センターや鹿島市高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の担当部門等と連携する。

7) 評価

(1) 短期的評価

データヘルス計画の評価等と合わせて、毎年行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。また、図表 59 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価を用いて補足的な評価も行う。

【短期的に把握するデータ】

- ア 保険者における対象者数、そのうち個別に働きかけた数
- イ かかりつけ医と連携した対応を行った数
(連絡票活用数、糖尿病連携手帳活用数、直接連絡した回数等)
- ウ CKD 重症度分類のステージの維持・改善・悪化の数
- エ 健診受診率

(2) 中長期的評価

【中長期的に把握するデータ】

- ア HbA1c7.0%以上の人数と割合、うち糖尿病治療中・未治療者数と割合の推移
- イ HbA1c8.0%以上の人数と割合、うち糖尿病治療中・未治療者数と割合の推移
- ウ 新規人工透析導入患者数（糖尿病性腎症患者数）の推移
- エ 人工透析にかかる医療費の推移

【図表59】 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			突 合 表	鹿島市										同規模保険者（平均）	
				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	7,372人		7,076人		6,849人		6,832人		6,632人			
	②	（再掲）40～74歳		5,375人		5,252人		5,167人		5,165人		5,024人			
2	①	対象者数	B	4,766人		4,704人		4,614人		4,475人		4,324人			
	②	特定健診 受診者数	C	1,952人		2,050人		1,906人		2,000人		1,926人			
	③	受診率		41.0%		43.6%		41.3%		44.7%		44.5%			
3	①	特定 保健指導 対象者数		233人		245人		209人		228人		221人			
	②	実施率		63.1%		63.7%		69.4%		64.9%		66.5%			
4	①	糖尿病型	E	220人	11.3%	271人	13.2%	261人	13.7%	292人	14.6%	305人	15.8%		
	②	未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	97人	44.1%	111人	41.0%	109人	41.8%	94人	32.2%	110人	36.1%		
	③	治療中（質問票 服薬あり）	G	123人	55.9%	160人	59.0%	152人	58.2%	198人	67.8%	195人	63.9%		
	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	60人	48.8%	85人	53.1%	85人	55.9%	97人	49.0%	105人	53.8%		
	⑤	血圧 130/80以上		37人	61.7%	46人	54.1%	57人	67.1%	56人	57.7%	57人	54.3%		
	⑥	肥満 BMI25以上		22人	36.7%	30人	35.3%	38人	44.7%	50人	51.5%	40人	38.1%		
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	63人	51.2%	75人	46.9%	67人	44.1%	101人	51.0%	90人	46.2%		
	⑧	第1期 尿蛋白（－）	M	160人	72.7%	200人	73.8%	181人	69.3%	204人	69.9%	229人	75.1%		
	⑨	第2期 尿蛋白（±）		31人	14.1%	31人	11.4%	44人	16.9%	53人	18.2%	42人	13.8%		
	⑩	第3期 尿蛋白（＋）以上		25人	11.4%	31人	11.4%	35人	13.4%	31人	10.6%	32人	10.5%		
	⑪	第4期 eGFR30未満		1人	0.5%	2人	0.7%	1人	0.4%	4人	1.4%	2人	0.7%		
5	①	糖尿病受療率（被保険者千対）		108.8人		107.0人		106.3人		115.6人		116.7人			
	②	（再掲）40～74歳（被保険者千対）		146.6人		141.3人		138.6人		150.8人		152.5人			
	③	レセプト件数 （40～74歳） 入院外（件数）		3,986件	(763.7)	3,940件	(769.8)	4,184件	(815.6)	4,253件	(853.2)	4,429件	(915.8)	1,557,522件	(951.6)
	④	入院（件数）		34件	(6.5)	24件	(4.7)	24件	(4.7)	19件	(3.8)	27件	(5.6)	7,406件	(4.5)
	⑤	糖尿病治療中	H	802人	10.9%	757人	10.7%	728人	10.6%	790人	11.6%	774人	11.7%		
	⑥	（再掲）40～74歳		788人	14.7%	742人	14.1%	716人	13.9%	779人	15.1%	766人	15.2%		
	⑦	健診未受診者	I	665人	84.4%	619人	83.4%	564人	78.8%	581人	74.6%	571人	74.5%		
	⑧	インスリン治療	O	68人	8.5%	65人	8.6%	55人	7.6%	62人	7.8%	67人	8.7%		
	⑨	（再掲）40～74歳		67人	8.5%	64人	8.6%	55人	7.7%	61人	7.8%	66人	8.6%		
	⑩	糖尿病性腎症	L	75人	9.4%	70人	9.2%	57人	7.8%	74人	9.4%	76人	9.8%		
	⑪	（再掲）40～74歳		75人	9.5%	70人	9.4%	57人	8.0%	71人	9.1%	76人	9.9%		
	⑫	慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）		16人	2.0%	10人	1.3%	11人	1.5%	12人	1.5%	12人	1.6%		
	⑬	（再掲）40～74歳		16人	2.0%	10人	1.3%	11人	1.5%	12人	1.5%	12人	1.6%		
	⑭	新規透析患者数		2		2		5		1		3			
	⑮	（再掲）糖尿病性腎症		1		1		1		0		1			
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）		23人	1.9%	24人	1.9%	29人	2.4%	25人	2.0%	22人	1.8%		
6	①	総医療費		25億7897万円		26億3333万円		25億2393万円		26億1821万円		25億8256万円		28億4626万円	
	②	生活習慣病総医療費		12億9525万円		13億3396万円		12億8506万円		13億5182万円		13億1064万円		15億3700万円	
	③	（総医療費に占める割合）		50.2%		50.7%		50.9%		51.6%		50.7%		54.0%	
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	8,046円		8,374円		7,558円		7,987円		8,645円		7,237円	
	⑤		健診未受診者	40,957円		37,837円		36,349円		37,843円		37,279円		38,862円	
	⑥	糖尿病医療費		1億1545万円		1億0954万円		1億1766万円		1億1798万円		1億2012万円		1億6596万円	
	⑦	（生活習慣病総医療費に占める割合）		8.9%		8.2%		9.2%		8.7%		9.2%		10.8%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費		3億7251万円		3億5364万円		3億5472万円		3億6295万円		3億6195万円			
	⑨	1件あたり		36,240円		34,766円		34,634円		34,926円		34,409円			
	⑩	糖尿病入院総医療費		2億7747万円		2億7996万円		2億6441万円		2億8133万円		2億7069万円			
	⑪	1件あたり		608,484円		600,765円		544,048円		539,983円		561,601円			
	⑫	在院日数		19日		18日		18日		18日		18日			
	⑬	慢性腎不全医療費		1億1341万円		9347万円		8804万円		9698万円		1億1339万円		1億2396万円	
	⑭	透析有り		1億0823万円		8891万円		8359万円		8821万円		9991万円		1億1532万円	
	⑮	透析なし		518万円		456万円		445万円		877万円		1348万円		863万円	
7	①	介護給付費		26億8468万円		26億6840万円		26億9645万円		26億8137万円		26億7881万円		34億9905万円	
	②	（2号認定者）糖尿病合併症		2件	11.8%	4件	17.4%	4件	21.1%	4件	28.6%	3件	30.0%		
8	①	死亡 糖尿病（死因別死亡数）		5人	1.4%	3人	0.8%	4人	1.1%	5人	1.4%	2人	0.5%	2,819人	1.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

8) 実施期間及びスケジュール

下のとおり、年間計画スケジュールに沿って重症化予防を実施していく。

鹿島市糖尿病性腎症重症化予防プログラムのスケジュール

月	業務担当	地区担当
5月	資格異動確認 (前年度3月作成の管理台帳分)	KDBで治療(受診)・内服状況確認
6月	新年度健診結果を含めた全体・地区 毎の管理台帳作成 (5月に作成した台帳に追加する) 資格異動確認	訪問(保健指導)、健診・医療受診勧奨 実施後管理台帳へ記録
7月	地区毎管理台帳を地区担当者に配布 年度上半期の特定健診結果も含め た全体・地区毎の管理台帳作成	* 前年度未受診者は健診受診勧奨をする KDBで治療・内服状況確認
8月	資格異動確認 地区毎管理台帳を地区担当者に配布	
11月	各地区取り組み状況の確認	KDBで治療・内服状況確認 訪問(保健指導)、健診・医療受診勧奨
12月		実施後管理台帳へ記録
3月	各地区取り組み状況の確認 年度下半期の特定健診結果を含め た全体・地区毎の管理台帳作成 (次年度用)	医療受診状況確認(KDBや本人確認) 全体の管理台帳へ地区毎の管理台帳を 反映する

2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

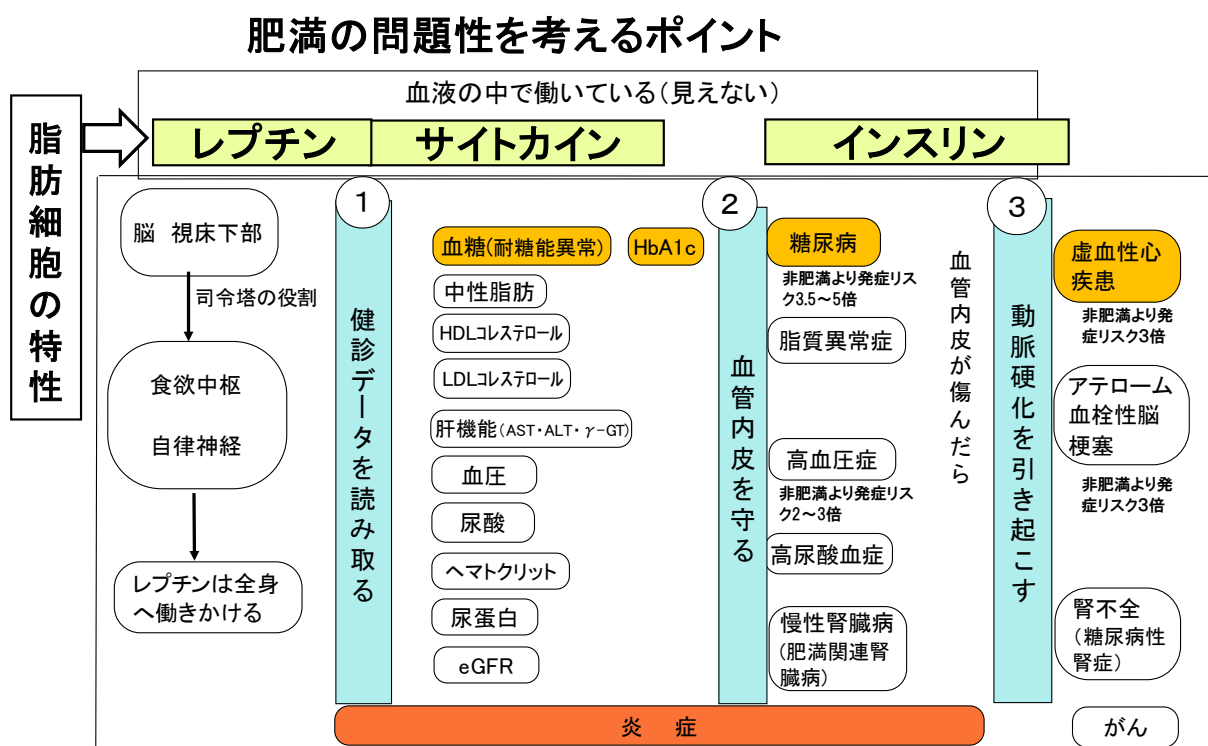
1) 基本的な考え方

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

「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おこなう。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。」（メタボリックシンドロームの定義と診断基準より引用）

なお、取り組みにあたっては図表 60 に基づいて考えていく。

【図表 60】 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握する。

【図表61】肥満度分類別の該当者数(性・年齢別)

	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	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数	524	1,336	169	361	138	301	25	51	4	7	2	2
			32.3%	27.0%	26.3%	22.5%	4.8%	3.8%	0.8%	0.5%	0.4%	0.1%
男性	237	581	98	194	86	174	10	19	1	1	1	0
			41.4%	33.4%	36.3%	29.9%	4.2%	3.3%	0.4%	0.2%	0.4%	0.0%
女性	287	755	71	167	52	127	15	32	3	6	1	2
			24.7%	22.1%	18.1%	16.8%	5.2%	4.2%	1.0%	0.8%	0.3%	0.3%

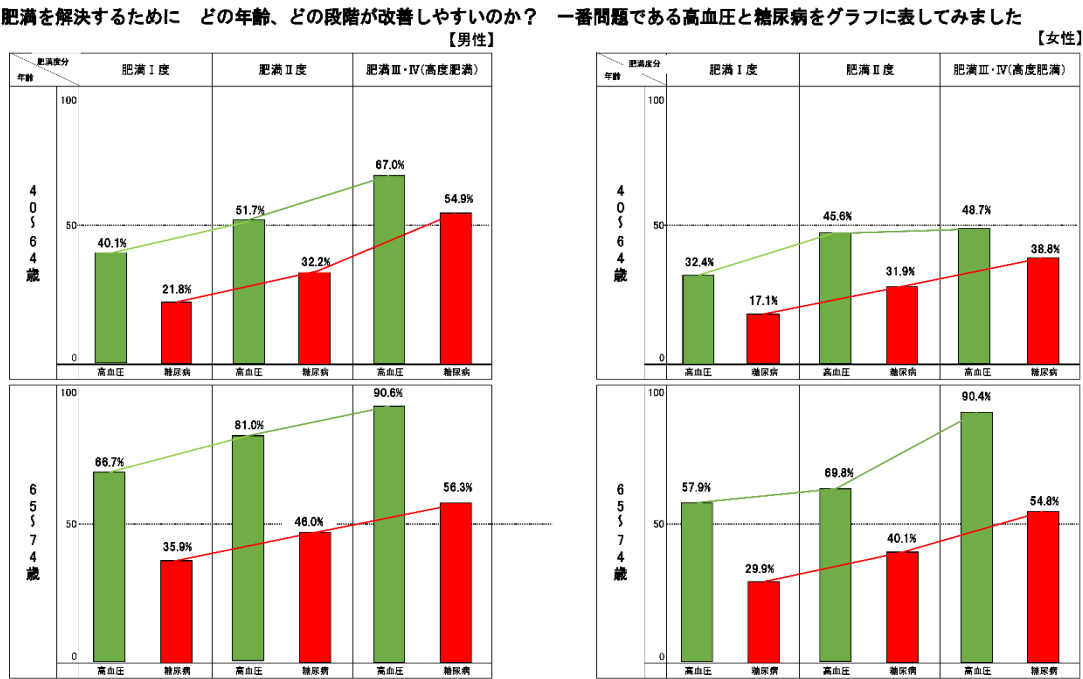
出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位をつける。

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

①対象者の特性

【図表 62】 肥満区分と年齢による高血圧と糖尿病の発症率



図表 62 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だに両疾患の発症が 50%に満たない肥満Ⅰ度で、若い年代（40～64 歳）を対象とすると効率がいいことがわかる。

②対象者の主訴

図表63 肥満による日常生活への影響

「肥満」になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

生活	肥満度 BMI	Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度	Ⅳ度
		25～29.9	30～34.9	35～39.9	40～
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているからか腸の痙攣もおこるよ	・逆流性食道炎になった。
排泄	排便			・便秘になって大変	・便器に座ると便座が割れる
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる	・尿意を感じて夜中に3回起きる	・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れがする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れがする	・体重で足裏が痛い ・階段を下るときに体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩く足がしびれる	・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い
	日常動作		・屈めず、足の爪を切ることができない ・朝起きると体重で手がしびれて色が変っている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かしづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがつらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸	・2～3年前から胸の変な感じがある ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動悸あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることがある。止まるんじゃないかとグツと	・動悸がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動悸が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がつらい ・皮膚科に毎月通院している

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症（肥満 3 度・4 度）は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要がある。加えて、図表 63 の「日常生活」で困っている住民の声からも多職種の医療者のフォローが必要であることが分かる。

③心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

【図表64】 特定健診受診者のうちメタボ該当者と非該当者の心・脳血管疾患を発症した件数と割合（R04年度）

		脳血管疾患	虚血性心疾患	両方発症
メタボ該当者数(人)				
413(a)	件数(b)	25	41	11
	割合(b/a)	6.1%	9.9%	2.7%
非メタボ該当者数(人)				
1447(c)	件数(d)	23	59	8
	割合(d/c)	1.6%	4.1%	0.6%

出典: KDBシステム

図表 64 を整理すると、メタボリックシンドローム該当者が非該当者よりも心・脳血管疾患を発症する割合が高い。脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考える。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、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。

3) 対象者の明確化

【図表65】メタボリック該当者の状況(性・年代別)

		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	818	68	92	293	365	1,042	57	112	388	485
メタボ該当者		B	281	10	28	98	145	132	2	11	45	74
		B/A	34.4%	14.7%	30.4%	33.4%	39.7%	12.7%	3.5%	9.8%	11.6%	15.3%
再掲	① 3項目全て	C	87	3	8	30	46	32	0	3	10	19
		C/B	31.0%	30.0%	28.6%	30.6%	31.7%	24.2%	0.0%	27.3%	22.2%	25.7%
	② 血糖＋血压	D	58	1	7	18	32	23	0	1	10	12
		D/B	20.6%	10.0%	25.0%	18.4%	22.1%	17.4%	0.0%	9.1%	22.2%	16.2%
	③ 血压＋脂質	E	122	6	13	44	59	66	2	7	19	38
		E/B	43.4%	60.0%	46.4%	44.9%	40.7%	50.0%	100.0%	63.6%	42.2%	51.4%
	④ 血糖＋脂質	F	14	0	0	6	8	11	0	0	6	5
		F/B	5.0%	0.0%	0.0%	6.1%	5.5%	8.3%	0.0%	0.0%	13.3%	6.8%

出典:ヘルスサポートラボツール

【図表66】メタボリック該当者の治療状況(性・年代別)

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	818	281	34.4%	229	81.5%	52	18.5%	1,042	132	12.7%	111	84.1%	21	15.9%
40代	68	10	14.7%	3	30.0%	7	70.0%	57	2	3.5%	1	50.0%	1	50.0%
50代	92	28	30.4%	19	67.9%	9	32.1%	112	11	9.8%	8	72.7%	3	27.3%
60代	293	98	33.4%	78	79.6%	20	20.4%	388	45	11.6%	36	80.0%	9	20.0%
70～74歳	365	145	39.7%	129	89.0%	16	11.0%	485	74	15.3%	66	89.2%	8	10.8%

出典:ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、男性は 50 代から受診者の 2～3 割を超えるが、女性では全ての年代で 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。(図表 65)

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 割が治療中となっているが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかる。(図表 66)

[対象者の管理]

肥満・メタボリックシンドローム重症化予防対象者の管理は、特定保健指導を中心に糖尿病管理台帳などを活用して、BMI や体重、腹囲等の把握を行っていく。また、肥満・メタボリックシンドローム重症化予防対象者の台帳作成については今後検討していく。

4) 保健指導の実施

(1) メタボリックシンドロームに着目した保健指導

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

(2) 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る。鹿島市においても二次健診や特定健診の詳細健診を活用していく。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④75 g 糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

5) 医療との連携

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う。治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。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する。

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

必要に応じて対象者への生活支援や後期へ異動しての支援を継続するため、地域包括支援センターや鹿島市高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の担当部門等と連携する。

7) 評価

(1) 短期的評価

データヘルス計画評価等と合わせて毎年行う。その際は KDB 等の情報を活用する。

(2) 中長期的評価

他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

8) 実施期間及びスケジュール

5 月～ 特定健診受診開始

6 月～ 特定健診結果が届き次第台帳作成。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

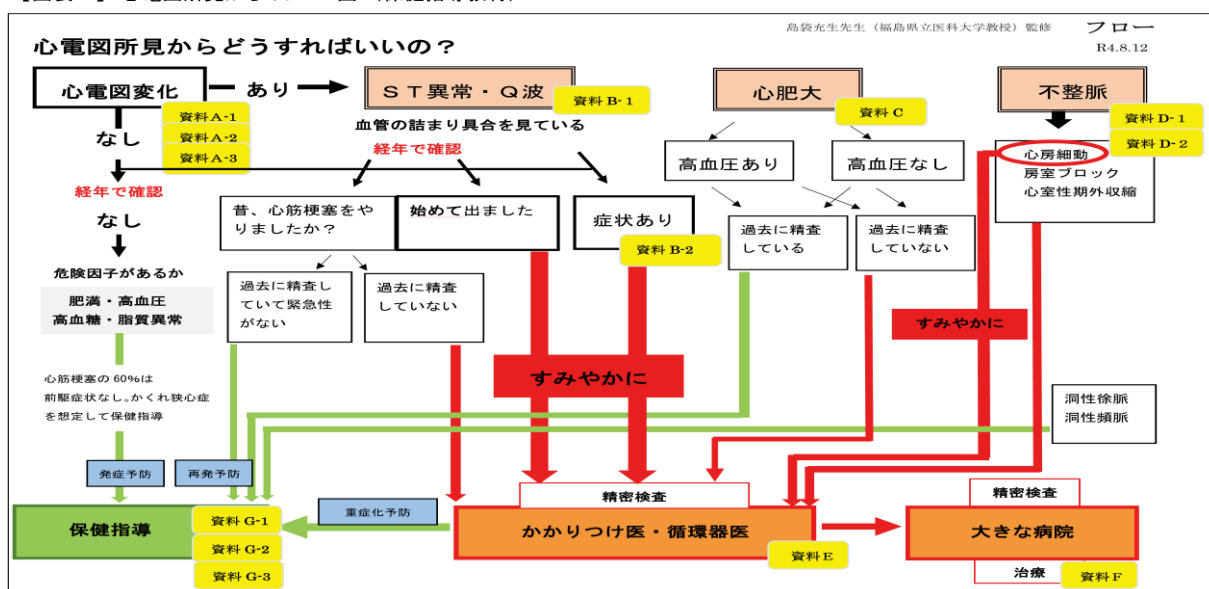
虚血性心疾患重症化予防の取り組みにあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。

2) 対象者の明確化

(1) 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にあたっては、図表 67 に基づいて考える。

【図表67】心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

①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る。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1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血圧、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る。

特定健診を受診した年度の特定健診の結果において、血圧が受診勧奨値以上または問診等で不整脈が疑われる者のうち、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患の治療中及び服薬中の者を除いた者が心電図検査の対象となる。

また、有所見者のうち要精査が6人(17.1)で、その後の受診状況をみると全員精密検査を受診していた。(図表 69)

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
														心房細動		期外収縮					
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	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		人数I	割合I/V	人数J	割合J/V
内 訳	40～74歳	89	4.8%	35	39.3%	1	2.9%	2	5.7%	0	0.0%	3	8.6%	1	2.9%	7	20.0%	0	0.0%	5	14.3%
	男性	38	4.6%	18	47.4%	1	5.6%	1	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.6%	5	27.8%	0	0.0%	2	11.1%
	女性	51	4.9%	17	33.3%	0	0.0%	1	5.9%	0	0.0%	3	17.6%	0	0.0%	2	11.8%	0	0.0%	3	17.6%

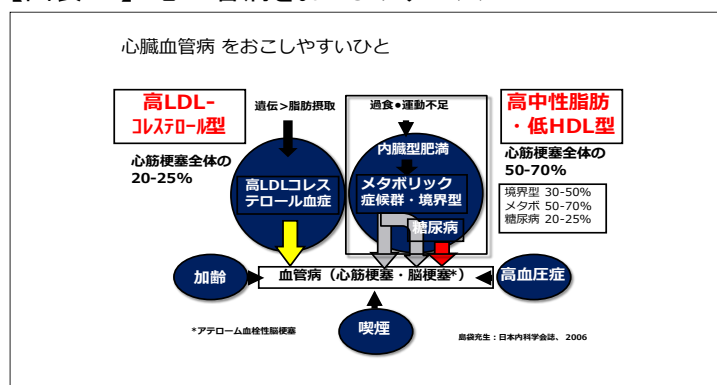
鹿島市調べ

	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	35		6	17.1%	6	100.0%	0	0.0%
男性	18	51.4%	2	11.1%	2	100.0%	0	0.0%
女性	17	48.6%	4	23.5%	4	100.0%	0	0.0%

鹿島市調べ

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%は前駆症状がないため）積極的に保健指導を行う必要がある。

【図表 70】 心血管病をおこしやすい人



図表 70 をもとにタイプ別に対象者を把握する。

A：メタボタイプについては、第4章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 65・66)を参照にする。

B：LDL コレステロールタイプ[°] (図表 71)

【図表 71】冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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	
744			369	224	98	53	11	24	58	58	
			49.6%	30.1%	13.2%	7.1%	7.3%	15.9%	38.4%	38.4%	
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)	101	64	21	11	5	4	12	0	0
			13.6%	17.3%	9.4%	11.2%	9.4%	36.4%	50.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	330	144	109	52	25	3	7	38	29
			44.4%	39.0%	48.7%	53.1%	47.2%	27.3%	29.2%	65.5%	50.0%
	高リスク	120未満 (150未満)	283	144	87	29	23	2	2	20	28
			38.0%	39.0%	38.8%	29.6%	43.4%	18.2%	8.3%	34.5%	48.3%
再掲	100未満 (130未満) ※1	25	12	7	2	4	0	1	3	2	
		3.4%	3.3%	3.1%	2.0%	7.5%	0.0%	4.2%	5.2%	3.4%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	30	17	7	6	0	2	3	0	1
			4.0%	4.6%	3.1%	6.1%	0.0%	18.2%	12.5%	0.0%	1.7%

※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(発心症、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を判断。

※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。

出典：ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(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う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。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う。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。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う。

(2) 二次健診の実施

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、対象者は二次健診を検討していく必要がある。

「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る。

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚 (I M T)、冠動脈 C T (冠動脈石灰化)
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比 (A B I)、脈波伝搬速度 (P W V)、心臓足首血管指数 (C A V I)、血管内皮機能 (F M D)

(3) 対象者の管理

虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は、特定健診結果でⅡ度高血圧以上、eGFR60 以下、LDL-コレステロール 160 以上、尿蛋白 (+) 以上、特定健診精密検査未受診者の者を対象に台帳を作成して経過を把握する。

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く。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する。

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

必要に応じて対象者への生活支援や後期へ異動しての支援を継続するため、地域包括支援センターや鹿島市高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の担当部門等と連携する。

6) 評価

(1) 短期的評価

データヘルス計画評価等と合わせて、毎年行う。その際は KDB 等の情報を活用する。

(2) 中長期的評価

他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

7) 実施期間及びスケジュール

5 月～ 特定健診受診開始

6 月～ 特定健診結果が届き次第台帳作成。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

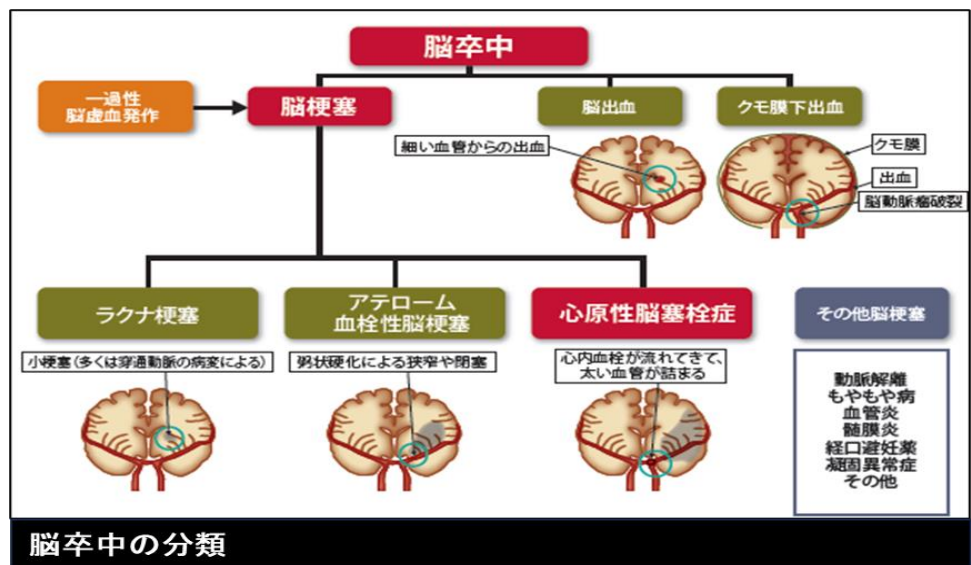
4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取り組みにあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進める。(図表 72, 73)

【図表 72】 脳卒中の分類

【脳卒中の分類】



(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 73】 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 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ある。図表 74 でみると、高血圧治療者 2,139 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 257 人(12.0%・O)であった。

健診結果をみるとⅠ度高血圧以上が 480 人(25.8%・E)であり、そのうち 228 人(47.5%・F)は未治療者である。

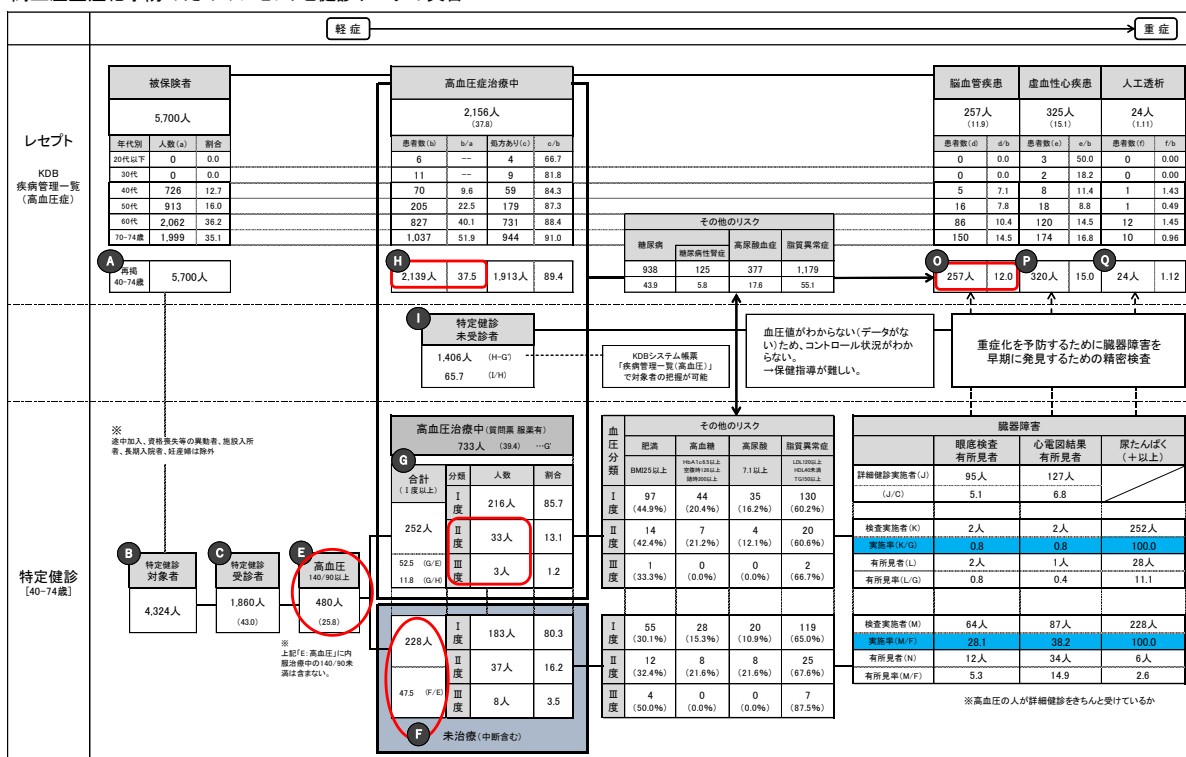
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 36 人(14.3%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となる。

【図表 74】高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※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、医療機関一覧で記載されていない項目については、「KDB補填 加入者情報(医療機関一覧(医療機関)・診療科目)」から集計

出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 75 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表である。降圧薬治療者を除いているため、高リスク群にあたるAについては早急な受診勧奨が必要になる。

【図表 75】 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

血圧分類 (mmHg)		高値血圧	I 度高血圧	II 度高血圧	III 度高血圧	
		130～139 /80～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	516	288 55.8%	183 35.5%	37 7.2%	8 1.6%	
リスク第1層 予後影響因子がない	33	C 22 6.4%	B 10 5.5%	B 1 2.7%	A 0 0.0%	
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	284	C 161 55.0%	B 99 54.1%	A 18 48.6%	A 6 75.0%	
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	199	B 105 36.5%	A 74 40.4%	A 18 48.6%	A 2 25.0%	

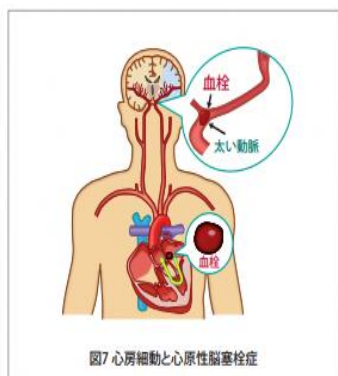
…高リスク
…中等リスク
…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに 薬物療法を開始	118
		22.9%
B	概ね1ヵ月後に 再評価	215
		41.7%
C	概ね3ヵ月後に 再評価	183
		35.5%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

出典:ヘルスサポートラボツール

(3) 心電図検査における心房細動の実態



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る。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。

図表 76 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみている。

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表76】 特定健診における心房細動有所見者状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者			
	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
H30	810	1,065	80	0.10%	67	0.06%	0	0.00%	0	0.00%
R1	873	1,102	63	0.07%	60	0.05%	0	0.00%	0	0.00%
R2	793	1,032	78	0.10%	49	0.05%	1	0.01%	0	0.00%
R3	849	1,072	50	0.06%	34	0.03%	1	0.02%	0	0.00%
R4	818	1,042	38	0.05%	51	0.05%	0	0.00%	0	0.00%

鹿島市調べ

心電図検査において、例年 0～1 人が心房細動の所見がある（図表 76）。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る。また、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査が必要となる。

3) 保健指導の実施

(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う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。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う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。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う。

(2) 二次健診の実施

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、対象者は二次健診として検討していく必要がある。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられている。

- ①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））
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比（ABI）、脈波伝搬速度（PWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、血管内皮機能（FMD）

(3) 対象者の管理

脳血管疾患重症化予防対象者の管理は、特定健診結果でⅡ度高血圧以上、eGFR60 以下、LDL-コレステロール 160 以上、尿蛋白（+）以上、特定健診精密検査未受診者の者を対象に台帳を作成して経過を把握する。特に特定健診で心房細動が発見された場合は継続的な受診ができるようにする。

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、治療中の者は血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

必要に応じて対象者への生活支援や後期へ異動しての支援を継続するため、地域包括支援センターや鹿島市高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の担当部門等と連携する。

6) 評価

(1) 短期的評価

データヘルス計画評価等と合わせて、毎年行う。その際は KDB 等の情報を活用する。

(2) 中長期的評価

他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行う。

7) 実施期間及びスケジュール

5 月～ 特定健診受診開始

6 月～ 特定健診結果が届き次第台帳作成。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

令和3年度より佐賀県後期高齢者広域連合から事業を受託し「鹿島市高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」を実施している。令和6年度以降も引き続き事業を行っていく。

具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師等)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う。

② 地域を担当する管理栄養士や看護師等を配置

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)を行う。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳をもとに、糖尿病などの重症化予防を行う。また、生活習慣病からのフレイル、骨折予防、口腔機能の維持など健康教育や健康相談を実施していく。(ポピュレーションアプローチ)

100



IV. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は健康上の大きな課題である。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、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る。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されている。

鹿島市は健康増進法や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ある。

【図表78】生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

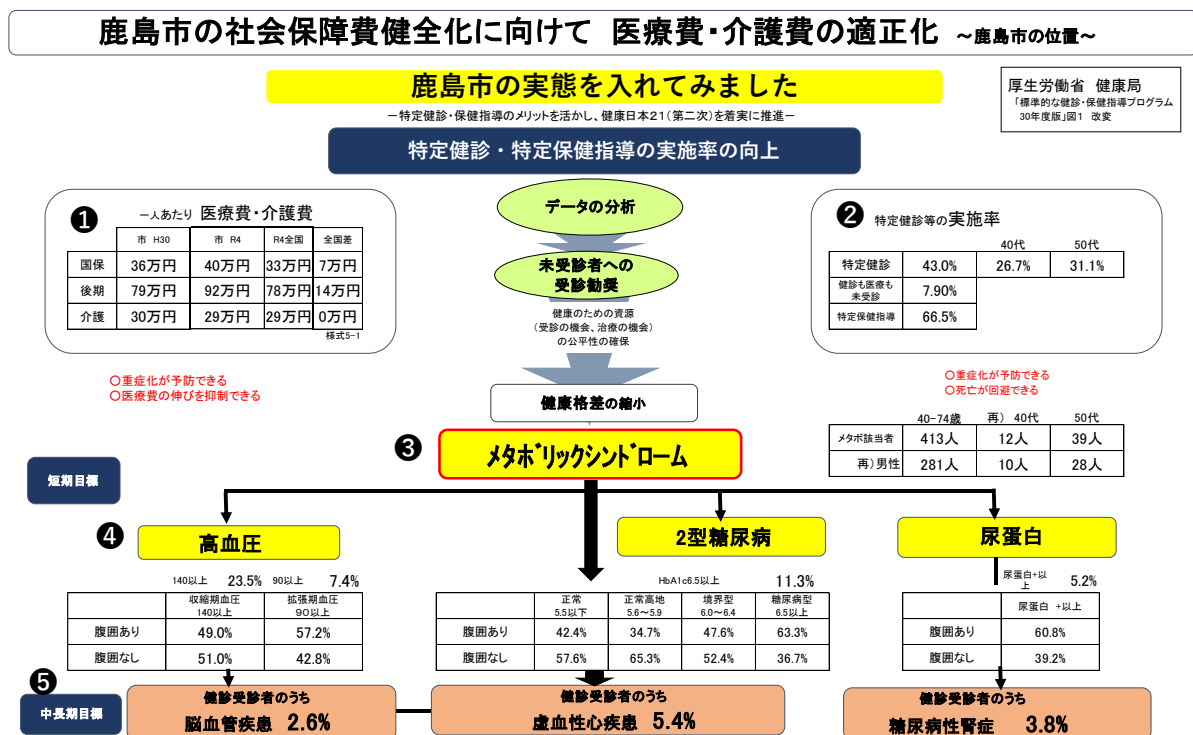
糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える																	－基本的考え方－		（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）							
発症予防																	重症化予防									
1 根拠法 6条 健康増進事業実施者		健康増進法																								
		母子保健法					児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律			(介護保険)									
2 計画		健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重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）																								
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	健診内容	血糖	95mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上																
		HbA1c	6.5%以上							6.5%以上																
		50GCT	1時間値140mg/dl以上																							
		75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上																
		(診断)妊婦糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの																							
		身長 体重																								
		BMI											25以上													
		肥満度				かつ18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上																
		尿糖	(+) 以上					(+) 以上																		
		糖尿病家族歴																								

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組む。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、各種団体や行政単位で出前講座等を通して広く市民へ周知していく。(図表 79・80)

また、「鹿島市健康チャレンジ事業」をおこない、住民による健康への取り組みを推進する。

【図表 79】 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



【図表80】 鹿島市の食文化

《郷土料理・有明海料理》

ふなんこぐい、むつごろう、赤貝などの煮物、がめ煮、海苔

《発酵食品》

漬物・味噌・しょうゆ・粕漬

《嗜好品》

日本酒

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（2026）年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の令和11（2029）年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー （保健事業実施のための体制・システムを整えているか）	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか（予算等も含む） ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス （保健事業の実施過程）	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか ・スケジュールどおり行われているか
アウトプット （保健事業の実施量）	・特定健診実施率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム （成果）	・設定した目標に達することができたか （検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など）

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、受診率・受療率、医療の動向等は保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い

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る。そのため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、鹿島藤津地区医師会などの関係団体経由で医療機関等に周知する。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。

2. 個人情報の取り扱い

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

参考資料

- 参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模保険者と比べてみた鹿島市の位置
- 参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料 3 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価
- 参考資料 4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 7 HbA1c の年次比較
- 参考資料 8 血圧の年次比較
- 参考資料 9 LDL-C の年次比較

参考資料１ 様式 5-1 国・県・同規模保険者と比べてみた鹿島市の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた鹿島市の位置

R04年度

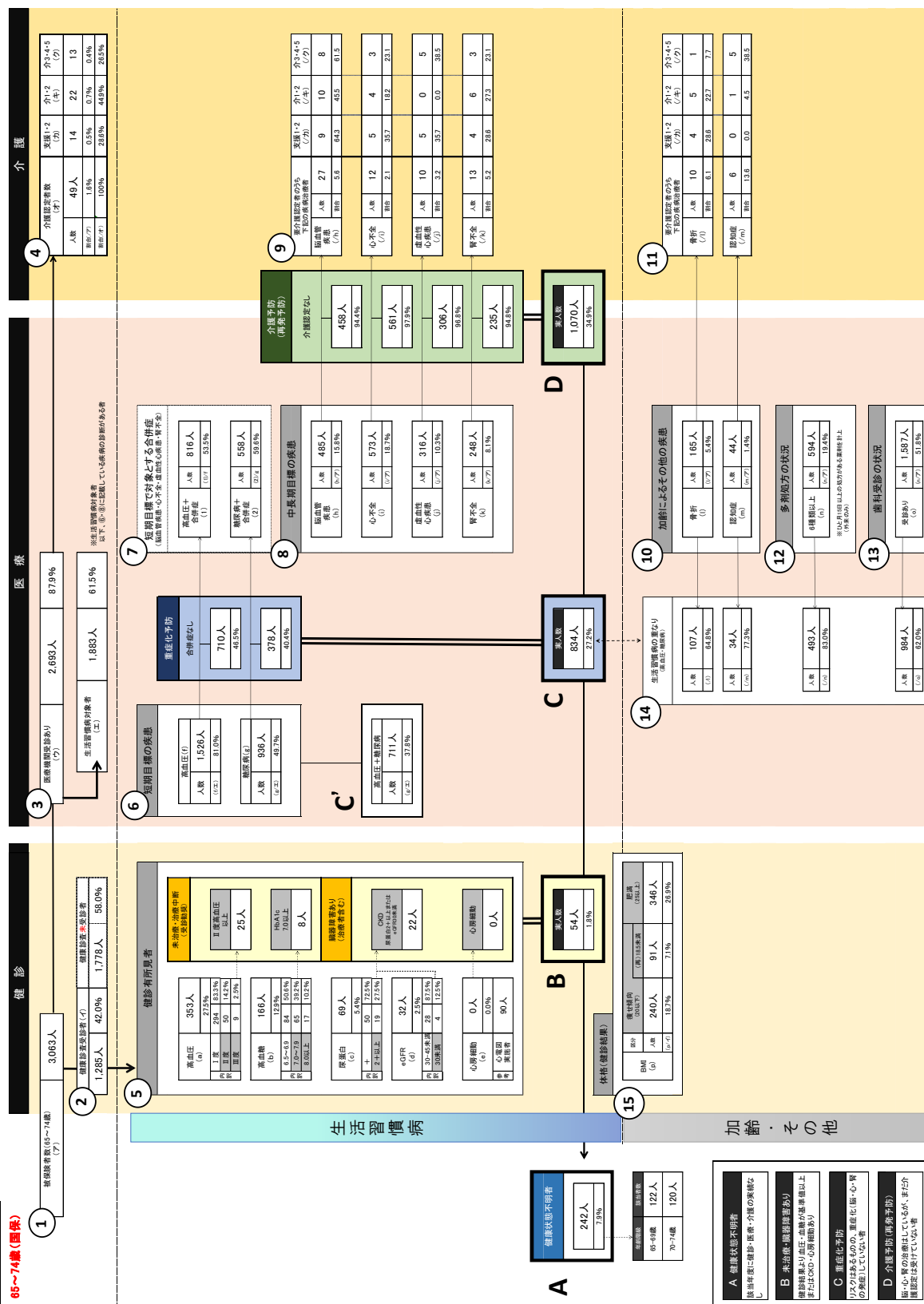
項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口	27,843		9,014,657		797,881		123,214,261		KDB,NO.5 人口の状況 KDB,NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			65歳以上(高齢化率)	9,141	32.8	3,263,279	36.2	246,061	30.8	35,335,805	28.7			
			75歳以上	4,653	16.7	---	---	125,245	15.7	18,248,742	14.8			
			65～74歳	4,488	16.1	---	---	120,816	15.1	17,087,063	13.9			
			40～64歳	8,741	31.4	---	---	253,839	31.8	41,545,893	33.7			
		39歳以下	9,961	35.8	---	---	297,981	37.3	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業	14.2		10.7		8.7		4.0		KDB,NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			第2次産業	25.7		27.3		24.2		25.0				
			第3次産業	60.1		62.0		67.1		71.0				
	③	平均寿命	男性	80.2		80.4		80.7		80.8		KDB,NO.1 地域全体像の把握		
			女性	87.3		86.9		87.1		87.0				
	④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性 ※保険者欄は二次医療圏データ	80.4		79.7		80.1		80.1		KDB,NO.1 地域全体像の把握		
			女性 ※保険者欄は二次医療圏データ	85.1		84.3		85.2		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	101.9		103.4		102.0		KDB,NO.1 地域全体像の把握			
				女性	97.3		101.4		99.1				100	
			死 因	がん	106	54.4	34,996	47.8	2,689	51.1	378,272	50.6		
				心臓病	51	26.2	21,437	29.3	1,488	28.3	205,485	27.5		
				脳疾患	27	13.8	10,886	14.9	687	13.0	102,900	13.8		
				糖尿病	2	1.0	1,391	1.9	95	1.8	13,896	1.9		
				腎不全	4	2.1	2,819	3.9	198	3.8	26,946	3.6		
				自殺	5	2.6	1,654	2.3	108	2.1	20,171	2.7		
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査		
			男性											
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	1,559	16.8	619,810	19.1	45,455	18.6	6,724,030	19.4	KDB,NO.1 地域全体像の把握	
				新規認定者	要支援1.2	6,813	20.2	1,984,426	14.3	192,586	19.1	21,785,044		12.9
					要介護1.2	15,891	47.0	6,527,659	47.0	500,432	49.6	78,107,378		46.3
要介護3以上					11,096	32.8	5,384,278	38.7	316,821	31.4	68,963,503	40.8		
2号認定者					32	0.37	10,759	0.37	825	0.33	156,107	0.38		
②				有病状況	糖尿病	398	24.3	154,694	23.8	11,160	23.4	1,712,613		24.3
		高血圧症	1,027		64.4	352,398	54.8	28,610	60.7	3,744,672	53.3			
		脂質異常症	495		30.4	203,112	31.2	16,120	33.7	2,308,216	32.6			
		心臓病	1,128		70.8	397,324	61.9	32,225	68.4	4,224,628	60.3			
		脳疾患	519		33.1	151,330	23.9	13,290	28.7	1,568,292	22.6			
		がん	285		17.5	74,764	11.4	6,572	14.0	837,410	11.8			
		筋・骨格	1,057		65.9	350,465	54.5	28,736	61.0	3,748,372	53.4			
		精神	799		50.5	246,296	38.6	21,641	46.2	2,569,149	36.8			
③		介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	293,054	2,678,805,185	300,230	979,734,915,124	286,277	70,441,691,145	290,668	10074,274,226,989			
			1件当たり給付費(全体)	79,255		70,503		69,755		59,662				
			居宅サービス	56,964		43,936		50,348		41,272				
			施設サービス	309,876		291,914		290,902		296,364				
④		医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	9,192	9,043	9,309	8,610						
			認定なし	4,449	4,284	4,328	4,020							
4		①	国保の状況	被保険者数	6,333		2,020,054		172,974		27,488,882		KDB,NO.1 地域全体像の把握 KDB,NO.5 被保険者の状況	
	65～74歳			2,915	46.0			78,402	45.3	11,129,271	40.5			
	40～64歳			1,921	30.3			53,309	30.8	9,088,015	33.1			
	39歳以下			1,497	23.6			41,263	23.9	7,271,596	26.5			
	加入率			22.7		22.4		21.7		22.3				
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	4	0.6	873	0.4	100	0.6	8,237	0.3			
			診療所数	18	2.8	7,141	3.5	691	4.0	102,599	3.7			
			病床数	289	45.6	136,833	67.7	14,451	83.5	1,507,471	54.8			
			医師数	55	8.7	19,511	9.7	2,445	14.1	339,611	12.4			
			外来患者数	763.0		728.3		784.4		687.8				
			入院患者数	29.5		23.6		27.7		17.7				
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費	407,795	県内17位 同規模107位	394,521		431,999		339,680		KDB,NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB,NO.1 地域全体像の把握		
			受診率	792,509		751,942		812,114		705,439				
外 来			費用の割合	52.1		56.7		53.8		60.4				
			件数の割合	96.3		96.9		96.6		97.5				
入 院			費用の割合	47.9		43.3		46.2		39.6				
			件数の割合	3.7		3.1		3.4		2.5				
1件あたり在院日数			17.5日		17.1日		17.9日		15.7日					

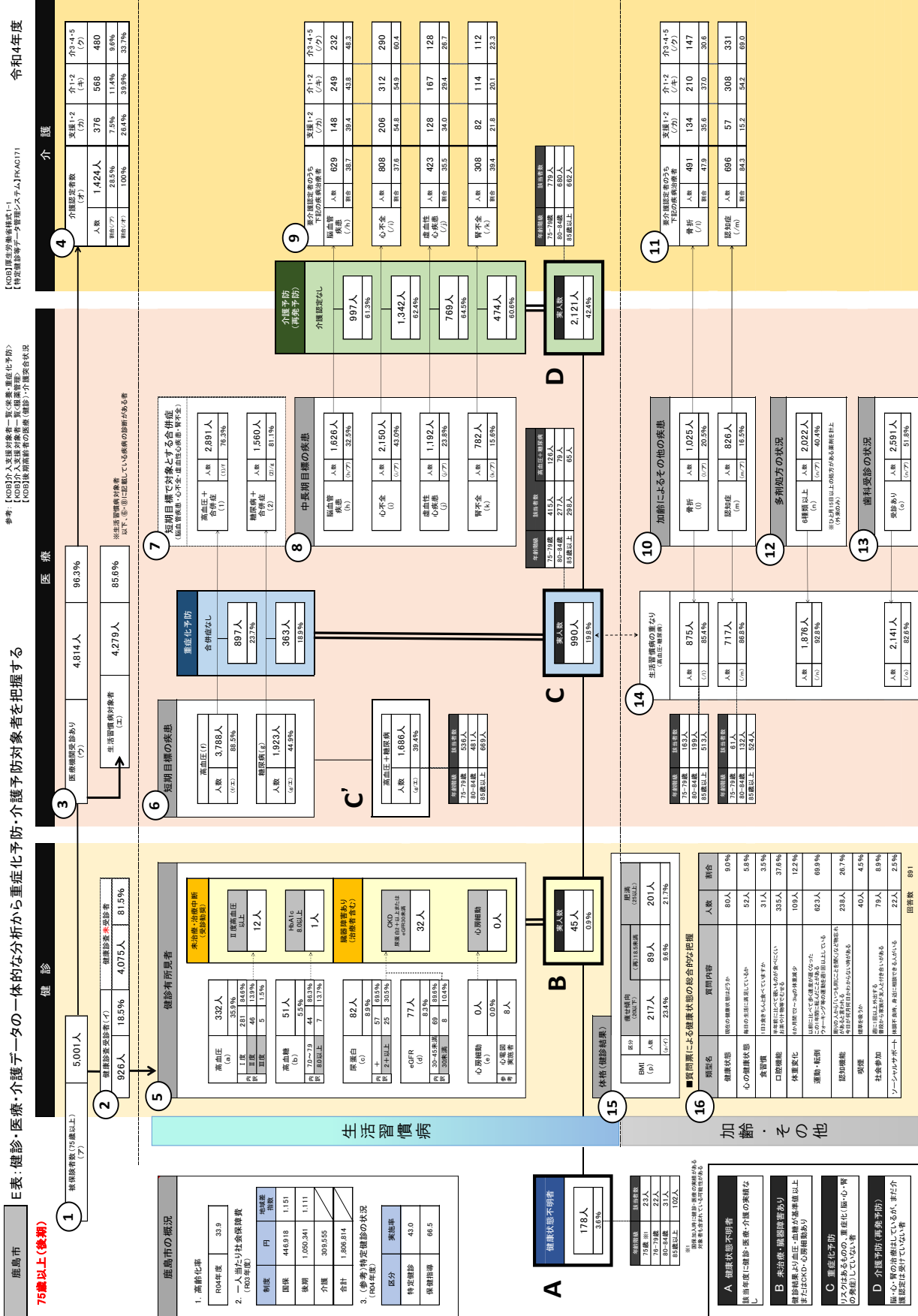
①40～64 歳(国保)



表1 主表・健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

85~74歳(国保)



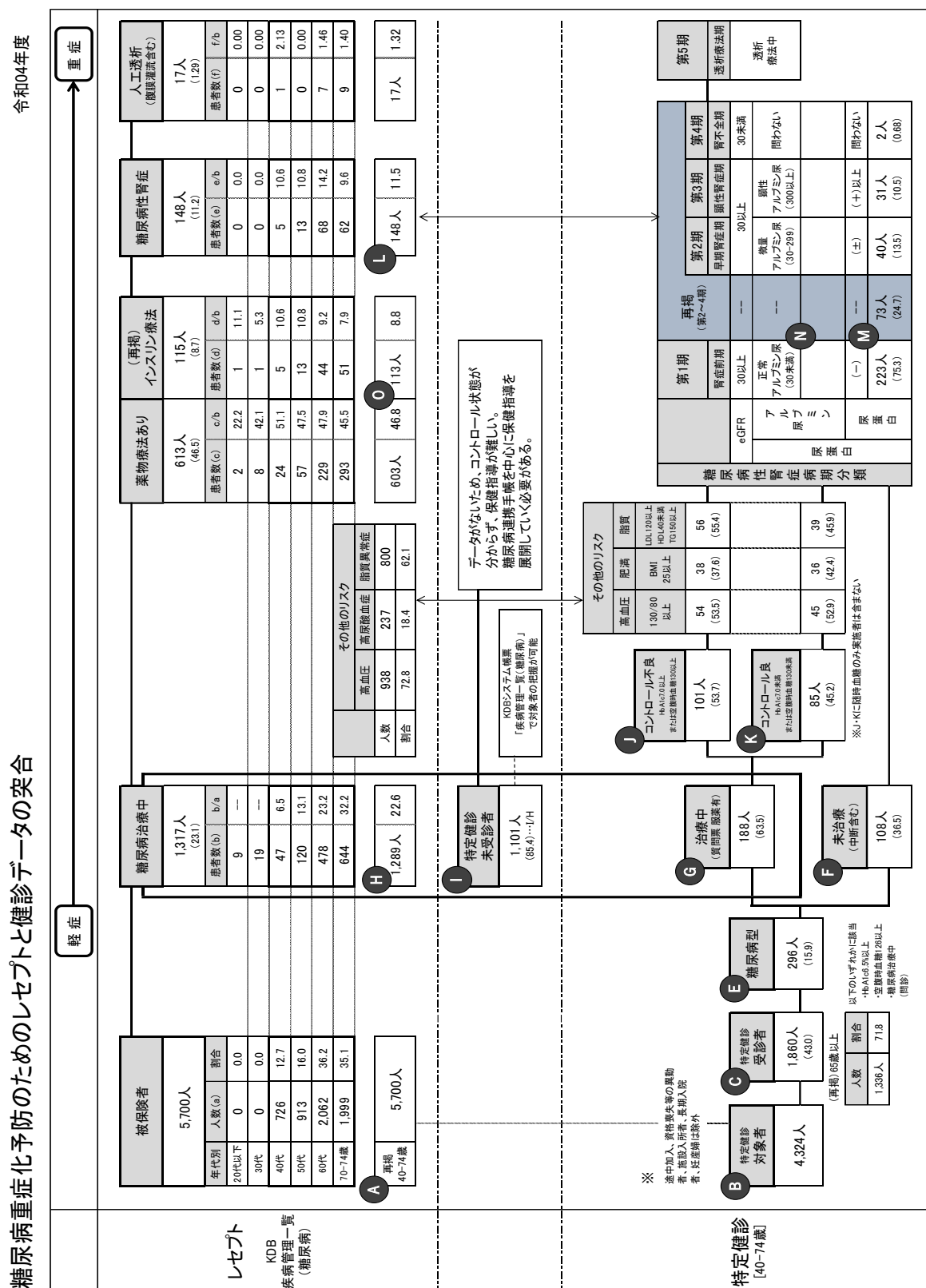


参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			突合表	鹿島市										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	7,372人		7,076人		6,849人		6,832人		6,632人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳		5,375人		5,252人		5,167人		5,165人		5,024人						
2	①	特定健診 対象者数	B	4,766人		4,704人		4,614人		4,475人		4,324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		
	③	受診者数	C	1,952人		2,050人		1,906人		2,000人		1,926人						
3	①	特定 保健指導 対象者数			233人		245人		209人		228人		221人					
	②	実施率	63.1%		63.7%		69.4%		64.9%		66.5%							
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	220人	11.3%	271人	13.2%	261人	13.7%	292人	14.6%	305人	15.8%		特定健診結果		
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	97人	44.1%	111人	41.0%	109人	41.8%	94人	32.2%	110人	36.1%				
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	123人	55.9%	160人	59.0%	152人	58.2%	198人	67.8%	195人	63.9%				
	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	60人	48.8%	85人	53.1%	85人	55.9%	97人	49.0%	105人	53.8%				
	⑤				血圧 130/80以上	37人	61.7%	46人	54.1%	57人	67.1%	56人	57.7%	57人	54.3%			
	⑥				肥満 BMI25以上	22人	36.7%	30人	35.3%	38人	44.7%	50人	51.5%	40人	38.1%			
	⑦		コントロール良好 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	63人	51.2%	75人	46.9%	67人	44.1%	101人	51.0%	90人	46.2%				
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	160人	72.7%	200人	73.8%	181人	69.3%	204人	69.9%	229人	75.1%				
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		31人	14.1%	31人	11.4%	44人	16.9%	53人	18.2%	42人	13.8%				
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		25人	11.4%	31人	11.4%	35人	13.4%	31人	10.6%	32人	10.5%				
	⑪		第4期 eGFR30未満		1人	0.5%	2人	0.7%	1人	0.4%	4人	1.4%	2人	0.7%				
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)		108.8人		107.0人		106.3人		115.6人		116.7人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②		(再掲)40-74歳(被保険者対)		146.6人		141.3人		138.6人		150.8人		152.5人					
	③		レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者対		入院外(件数)	3,986件	(763.7)	3,940件	(769.8)	4,184件	(815.6)	4,253件	(853.2)	4,429件	(915.8)	1,557,522件	(951.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④		入院(件数)		34件	(6.5)	24件	(4.7)	24件	(4.7)	19件	(3.8)	27件	(5.6)	7,406件	(4.5)		
	⑤		糖尿病治療中	H	802人	10.9%	757人	10.7%	728人	10.6%	790人	11.6%	774人	11.7%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲)40-74歳		788人	14.7%	742人	14.1%	716人	13.9%	779人	15.1%	766人	15.2%				
	⑦		健診未受診者	I	665人	84.4%	619人	83.4%	564人	78.8%	581人	74.6%	571人	74.5%				
	⑧		インスリン治療	O	68人	8.5%	65人	8.6%	55人	7.6%	62人	7.8%	67人	8.7%				
	⑨		(再掲)40-74歳		67人	8.5%	64人	8.6%	55人	7.7%	61人	7.8%	66人	8.6%				
	⑩		糖尿病性腎症	L	75人	9.4%	70人	9.2%	57人	7.8%	74人	9.4%	76人	9.8%				
	⑪		(再掲)40-74歳		75人	9.5%	70人	9.4%	57人	8.0%	71人	9.1%	76人	9.9%				
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		16人	2.0%	10人	1.3%	11人	1.5%	12人	1.5%	12人	1.6%				
	⑬		(再掲)40-74歳		16人	2.0%	10人	1.3%	11人	1.5%	12人	1.5%	12人	1.6%				
	⑭		新規透析患者数		2		2		5		1		3					
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		1		1		1		0		1					
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		23人	1.9%	24人	1.9%	29人	2.4%	25人	2.0%	22人	1.8%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
6	①	医療費	総医療費		25億7897万円		26億3333万円		25億2393万円		26億1821万円		25億8256万円		28億4626万円		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		12億9525万円		13億3396万円		12億8506万円		13億5182万円		13億1064万円		15億3700万円			
	③		(総医療費に占める割合)		50.2%		50.7%		50.9%		51.6%		50.7%		54.0%			
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	8,046円		8,374円		7,558円		7,987円		8,645円		7,237円			
	⑤			健診未受診者	40,957円		37,837円		36,349円		37,843円		37,279円		38,862円			
	⑥		糖尿病医療費		1億1545万円		1億0954万円		1億1766万円		1億1798万円		1億2012万円		1億6596万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		8.9%		8.2%		9.2%		8.7%		9.2%		10.8%			
	⑧		糖尿病入院外総医療費		3億7251万円		3億5364万円		3億5472万円		3億6295万円		3億6195万円					
	⑨		1件あたり		36,240円		34,766円		34,634円		34,926円		34,409円					
	⑩		糖尿病入院総医療費		2億7747万円		2億7996万円		2億6441万円		2億8133万円		2億7069万円					
	⑪		1件あたり		608,484円		600,765円		544,048円		539,983円		561,601円					
	⑫		在院日数		19日		18日		18日		18日		18日					
	⑬		慢性腎不全医療費		1億1341万円		9347万円		8804万円		9698万円		1億1339万円		1億2396万円			
	⑭		透析有り		1億0823万円		8891万円		8359万円		8821万円		9991万円		1億1532万円			
	⑮		透析なし		518万円		456万円		445万円		877万円		1348万円		863万円			
7	①	介護	介護給付費		26億8468万円		26億6840万円		26億9645万円		26億8137万円		26億7881万円		34億9905万円			
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		2件	11.8%	4件	17.4%	4件	21.1%	4件	28.6%	3件	30.0%				
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		5人	1.4%	3人	0.8%	4人	1.1%	5人	1.4%	2人	0.5%	2,819人	1.0%	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

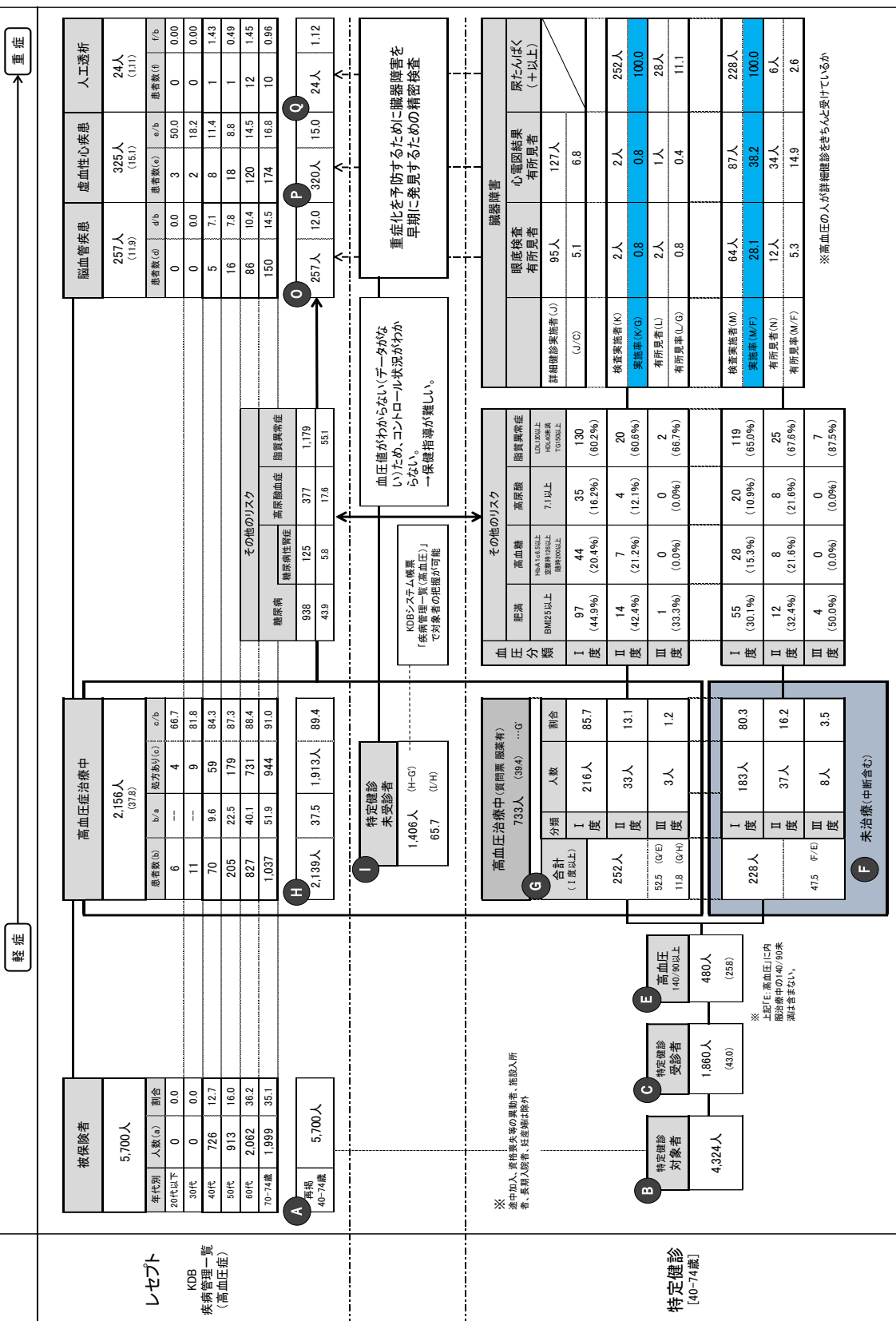


※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報のうち、疾病管理一覽で把握できない項目については、「KDB票裏 介入支援対象者一覽（栄養・重症化予防）」から集計

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

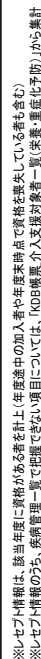
高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※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情報 介入支援対象者一覧(薬療・重症化予防)」から集計

令和04年度



参考資料7 HbA1c の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない	合併症予防 のための目標		糖尿病		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	
		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
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	1,999	463	23.2%	897	44.9%	460	23.0%	106	5.3%	50	2.5%	23	1.2%	42	2.1%	15	0.8%		
H30	1,875	512	27.3%	840	44.8%	378	20.2%	78	4.2%	49	2.6%	18	1.0%	31	1.7%	11	0.6%		
R01	1,923	375	19.5%	870	45.2%	471	24.5%	124	6.4%	59	3.1%	24	1.2%	45	2.3%	18	0.9%		
R02	1,713	422	24.6%	753	44.0%	353	20.6%	104	6.1%	54	3.2%	27	1.6%	44	2.6%	19	1.1%		
R03	1,760	434	24.7%	734	41.7%	396	22.5%	105	6.0%	72	4.1%	19	1.1%	57	3.2%	14	0.8%		
R04	1,723	403	23.4%	709	41.1%	401	23.3%	111	6.4%	76	4.4%	23	1.3%	57	3.3%	15	0.9%		

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上												
					再掲												
					再)7.0以上	未治療	治療										
H29	1,999	463 23.2%	897 44.9%	460 23.0%	179 9.0%	82 45.8%	97 54.2%										
					73 3.7%	22 30.1%	51 69.9%										
								3.7%									
H30	1,875	512 27.3%	840 44.8%	378 20.2%	145 7.7%	69 47.6%	76 52.4%										
					67 3.6%	22 32.8%	45 67.2%										
								3.6%									
R01	1,923	375 19.5%	870 45.2%	471 24.5%	207 10.8%	93 44.9%	114 55.1%										
					83 4.3%	27 32.5%	56 67.5%										
								4.3%									
R02	1,713	422 24.6%	753 44.0%	353 20.6%	185 10.8%	92 49.7%	93 50.3%										
					81 4.7%	23 28.4%	58 71.6%										
								4.7%									
R03	1,760	434 24.7%	734 41.7%	396 22.5%	196 11.1%	73 37.2%	123 62.8%										
					91 5.2%	23 25.3%	68 74.7%										
								5.2%									
R04	1,723	403 23.4%	709 41.1%	401 23.3%	210 12.2%	84 40.0%	126 60.0%										
					99 5.7%	28 28.3%	71 71.7%										
								5.7%									

治療と未治療の状況

		HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
										合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A		
治療中	H29	139	7.0%	2	1.4%	6	4.3%	34	24.5%	46	33.1%	34	24.5%	17	12.2%	32	23.0%	11	7.9%
	H30	119	6.3%	3	2.5%	4	3.4%	36	30.3%	31	26.1%	34	28.6%	11	9.2%	21	17.6%	5	4.2%
	R01	153	8.0%	1	0.7%	6	3.9%	32	20.9%	58	37.9%	38	24.8%	18	11.8%	35	22.9%	14	9.2%
	R02	133	7.8%	1	0.8%	6	4.5%	33	24.8%	35	26.3%	38	28.6%	20	15.0%	33	24.8%	14	10.5%
	R03	180	10.2%	0	0.0%	9	5.0%	48	26.7%	55	30.6%	55	30.6%	13	7.2%	43	23.9%	9	5.0%
	R04	181	10.5%	2	1.1%	9	5.0%	44	24.3%	55	30.4%	57	31.5%	14	7.7%	39	21.5%	7	3.9%
治療なし	H29	1,860	93.0%	461	24.8%	891	47.9%	426	22.9%	60	3.2%	16	0.9%	6	0.3%	10	0.5%	4	0.2%
	H30	1,756	93.7%	509	29.0%	836	47.6%	342	19.5%	47	2.7%	15	0.9%	7	0.4%	10	0.6%	6	0.3%
	R01	1,770	92.0%	374	21.1%	864	48.8%	439	24.8%	66	3.7%	21	1.2%	6	0.3%	10	0.6%	4	0.2%
	R02	1,580	92.2%	421	26.6%	747	47.3%	320	20.3%	69	4.4%	16	1.0%	7	0.4%	11	0.7%	5	0.3%
	R03	1,580	89.8%	434	27.5%	725	45.9%	348	22.0%	50	3.2%	17	1.1%	6	0.4%	14	0.9%	5	0.3%
	R04	1,542	89.5%	401	26.0%	700	45.4%	357	23.2%	56	3.6%	19	1.2%	9	0.6%	18	1.2%	8	0.5%

参考資料 8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	1,999	607	30.4%	438	21.9%	495	24.8%	386	19.3%	62	3.1%	11	0.6%
H30	1,875	533	28.4%	396	21.1%	493	26.3%	370	19.7%	66	3.5%	17	0.9%
R01	1,974	593	30.0%	399	20.2%	538	27.3%	368	18.6%	64	3.2%	12	0.6%
R02	1,824	503	27.6%	344	18.9%	512	28.1%	389	21.3%	69	3.8%	7	0.4%
R03	1,921	528	27.5%	395	20.6%	536	27.9%	373	19.4%	74	3.9%	15	0.8%
R04	1,860	511	27.5%	357	19.2%	512	27.5%	399	21.5%	70	3.8%	11	0.6%

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)Ⅲ度高血圧	再掲							
						未治療	治療						
H29	1,999	1,045 52.3%	495 24.8%	386 19.3%	73 3.7%	40 54.8%	33 45.2%						
					11 0.6%	4 36.4%	7 63.6%	0.6%					
H30	1,875	929 49.5%	493 26.3%	370 19.7%	83 4.4%	51 61.4%	32 38.6%						
					17 0.9%	14 82.4%	3 17.6%	0.9%					
R01	1,974	992 50.3%	538 27.3%	368 18.6%	76 3.9%	40 52.6%	36 47.4%						
					12 0.6%	8 66.7%	4 33.3%	0.6%					
R02	1,824	847 46.4%	512 28.1%	389 21.3%	76 4.2%	45 59.2%	31 40.8%						
					7 0.4%	5 71.4%	2 28.6%	0.4%					
R03	1,921	923 48.0%	536 27.9%	373 19.4%	89 4.6%	46 51.7%	43 48.3%						
					15 0.8%	6 40.0%	9 60.0%	0.8%					
R04	1,860	868 46.7%	512 27.5%	399 21.5%	81 4.4%	45 55.6%	36 44.4%						
					11 0.6%	8 72.7%	3 27.3%	0.6%					

治療と未治療の状況

		血圧測定者		正常				保健指導		受診勧奨判定値					
				正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	652	32.6%	77	11.8%	135	20.7%	201	30.8%	206	31.6%	26	4.0%	7	1.1%
	H30	604	32.2%	76	12.6%	138	22.8%	186	30.8%	172	28.5%	29	4.8%	3	0.5%
	R01	683	34.6%	109	16.0%	135	19.8%	221	32.4%	182	26.6%	32	4.7%	4	0.6%
	R02	700	38.4%	112	16.0%	131	18.7%	227	32.4%	199	28.4%	29	4.1%	2	0.3%
	R03	763	39.7%	119	15.6%	155	20.3%	250	32.8%	196	25.7%	34	4.5%	9	1.2%
	R04	733	39.4%	110	15.0%	147	20.1%	224	30.6%	216	29.5%	33	4.5%	3	0.4%
治療なし	H29	1,347	67.4%	530	39.3%	303	22.5%	294	21.8%	180	13.4%	36	2.7%	4	0.3%
	H30	1,271	67.8%	457	36.0%	258	20.3%	307	24.2%	198	15.6%	37	2.9%	14	1.1%
	R01	1,291	65.4%	484	37.5%	264	20.4%	317	24.6%	186	14.4%	32	2.5%	8	0.6%
	R02	1,124	61.6%	391	34.8%	213	19.0%	285	25.4%	190	16.9%	40	3.6%	5	0.4%
	R03	1,158	60.3%	409	35.3%	240	20.7%	286	24.7%	177	15.3%	40	3.5%	6	0.5%
	R04	1,127	60.6%	401	35.6%	210	18.6%	288	25.6%	183	16.2%	37	3.3%	8	0.7%

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
総数	H29	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
	H30	1,999	952	47.6%	524	26.2%	326	16.3%	129	6.5%	68	3.4%
	R01	1,875	866	46.2%	497	26.5%	304	16.2%	148	7.9%	60	3.2%
	R02	1,974	922	46.7%	527	26.7%	315	16.0%	145	7.3%	65	3.3%
	R03	1,823	890	48.8%	451	24.7%	290	15.9%	127	7.0%	65	3.6%
	R04	1,921	931	48.5%	483	25.1%	304	15.8%	135	7.0%	68	3.5%
男性	H29	1,860	958	51.5%	467	25.1%	265	14.2%	111	6.0%	59	3.2%
	H30	862	458	53.1%	202	23.4%	135	15.7%	51	5.9%	16	1.9%
	R01	810	403	49.8%	214	26.4%	126	15.6%	51	6.3%	16	2.0%
	R02	873	458	52.5%	223	25.5%	125	14.3%	45	5.2%	22	2.5%
	R03	793	415	52.3%	196	24.7%	107	13.5%	56	7.1%	19	2.4%
	R04	849	462	54.4%	193	22.7%	112	13.2%	60	7.1%	22	2.6%
女性	H29	818	471	57.6%	192	23.5%	99	12.1%	39	4.8%	17	2.1%
	H30	1,137	494	43.4%	322	28.3%	191	16.8%	78	6.9%	52	4.6%
	R01	1,065	463	43.5%	283	26.6%	178	16.7%	97	9.1%	44	4.1%
	R02	1,101	464	42.1%	304	27.6%	190	17.3%	100	9.1%	43	3.9%
	R03	1,030	475	46.1%	255	24.8%	183	17.8%	71	6.9%	46	4.5%
	R04	1,072	469	43.8%	290	27.1%	192	17.9%	75	7.0%	46	4.3%
	R04	1,042	487	46.7%	275	26.4%	166	15.9%	72	6.9%	42	4.0%

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				
					再)180以上	未治療	治療	再掲	再掲	再掲	再掲	再掲
H29	1,999	952 47.6%	524 26.2%	326 16.3%	197 9.9%	191 97.0%	6 3.0%					
					68 3.4%	65 95.6%	3 4.4%					9.9%
H30	1,875	866 46.2%	497 26.5%	304 16.2%	208 11.1%	194 93.3%	14 6.7%					
					60 3.2%	59 98.3%	1 1.7%					11.1%
R01	1,974	922 46.7%	527 26.7%	315 16.0%	210 10.6%	195 92.9%	15 7.1%					
					65 3.3%	59 90.8%	6 9.2%					10.6%
R02	1,823	890 48.8%	451 24.7%	290 15.9%	192 10.5%	177 92.2%	15 7.8%					
					65 3.6%	62 95.4%	3 4.6%					10.5%
R03	1,921	931 48.5%	483 25.1%	304 15.8%	203 10.6%	181 89.2%	22 10.8%					
					68 3.5%	60 88.2%	8 11.8%					10.6%
R04	1,860	958 51.5%	467 25.1%	265 14.2%	170 9.1%	151 88.8%	19 11.2%					
					59 3.2%	53 89.8%	6 10.2%					9.1%

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	391	19.6%	256	65.5%	95	24.3%	34	8.7%	3	0.8%	3	0.8%
	H30	365	19.5%	226	61.9%	91	24.9%	34	9.3%	13	3.6%	1	0.3%
	R01	436	22.1%	270	61.9%	108	24.8%	43	9.9%	9	2.1%	6	1.4%
	R02	446	24.5%	290	65.0%	102	22.9%	39	8.7%	12	2.7%	3	0.7%
	R03	504	26.2%	334	66.3%	112	22.2%	36	7.1%	14	2.8%	8	1.6%
	R04	510	27.4%	352	69.0%	98	19.2%	41	8.0%	13	2.5%	6	1.2%
治療なし	H29	1,608	80.4%	696	43.3%	429	26.7%	292	18.2%	126	7.8%	65	4.0%
	H30	1,510	80.5%	640	42.4%	406	26.9%	270	17.9%	135	8.9%	59	3.9%
	R01	1,538	77.9%	652	42.4%	419	27.2%	272	17.7%	136	8.8%	59	3.8%
	R02	1,377	75.5%	600	43.6%	349	25.3%	251	18.2%	115	8.4%	62	4.5%
	R03	1,417	73.8%	597	42.1%	371	26.2%	268	18.9%	121	8.5%	60	4.2%
	R04	1,350	72.6%	606	44.9%	369	27.3%	224	16.6%	98	7.3%	53	3.9%

鹿島市国民健康保険

第3期保健事業実施（データヘルス）計画

第4期特定健康診査・特定保健指導実施計画

令和6年（2024年）3月

発行 市民部保険健康課予防係（鹿島市保健センター）

〒849-1312

佐賀県鹿島市大字納富分 2643 番地 1

TEL 0954-63-3373

FAX 0954-63-2135

ホームページ <https://www.city.sagakashima.lg.jp/main/9077.html>