宇城市国民健康保険

第３期保健事業実施計画
（データヘルス計画）
第４期特定健康診査等実施計画

≪令和６年度～令和 11 年度≫

令和6年3月
熊本県宇城市

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　・・・・・3

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　・・・・・・・・・・・・・・・11

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

第３章　特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）　・・・・・・・・・・・・・・・33

１．第４期特定健康診査等実施計画について
２．対象者及び目標値
３．特定健診・特定保健指導の実施
　１）特定健診の実施
　２）特定保健指導の実施
４．進捗管理及び留意事項
　１）進捗管理の方法
　２）個人情報の保護及び記録の管理

第４章　課題解決するための個別保健事業　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・39

１．保健事業の方向性
２．重症化予防の取組
　１）脳血管疾患予防
　２）糖尿病性腎症重症化予防
　３）メタボリックシンドローム重症化予防
　４）虚血性心疾患予防
３．発症予防
４．ポピュレーションアプローチ

第５章　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施　・・・・・・・・・・・・・・・63

１．基本的な考え方
２．事業の実施

第６章　計画の評価･見直し　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・64

１．評価の時期
２．評価方法・体制

参考資料　・・・65

第１章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

1.　背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、熊本県健康増進計画や健康宇城市 21 計画（健康増進計画）、熊本県における医療費の見通しに関する計画、宇城市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。（図表 1）

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

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

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

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

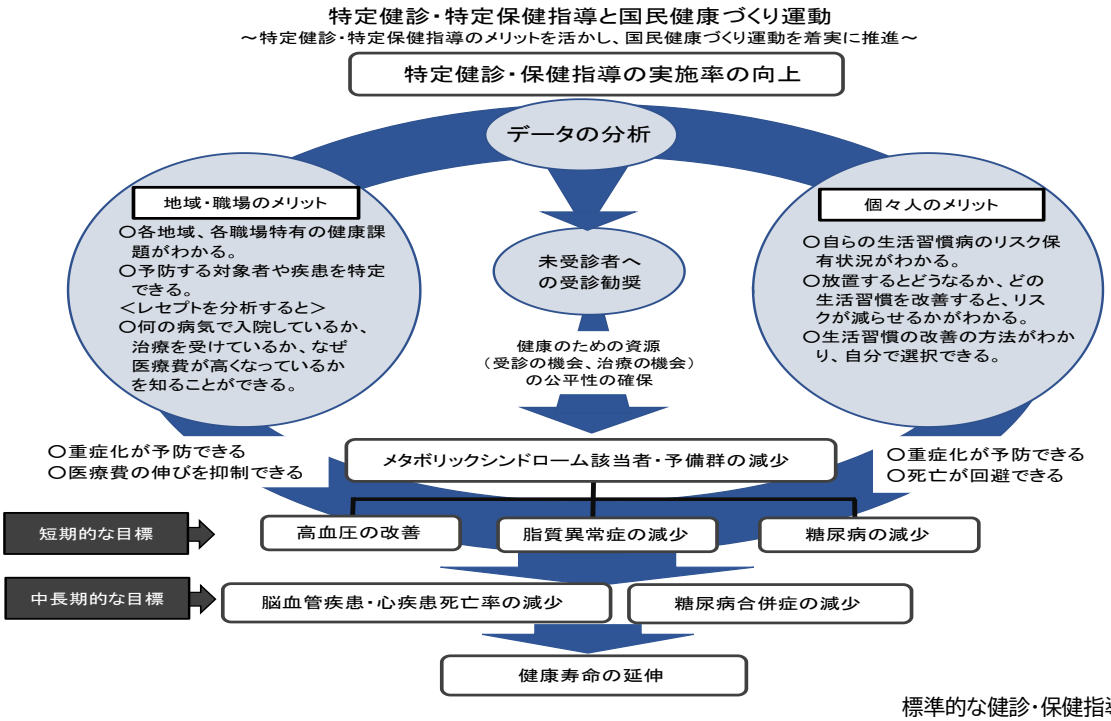
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施（データヘルス）計画においては、第 2 期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

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

図表１　データヘルス計画とその他法定計画等との位置付け

	健康増進計画	データヘルス計画 （保健事業実施計画）	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 （地域医療構想含む）	介護保険事業 （支援）計画
	※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					
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条　健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法　第82条 健康保険法　第150条 高確法　第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省　健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省　保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省　保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省　保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策について基本指針	厚生労働省　医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する基本指針	厚生労働省　老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定　令和6～17年（12年） 2024年～2035年	指針　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～8年（3年） 2024～2026年
計画 策定者	都道府県：義務 市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者：義務	都道府県：義務	都道府県：義務	市町村：義務 都道府県：義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開とより実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持・医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通じ、地域で切れ目のない医療の提供、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止
対象年齢	ライフステージ （乳幼児期、青壮年期、高齢期） ライフコースアプローチ （胎児期から老齢期まで継時的）	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者　65歳以上 2号被保険者　40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿病合併症 （糖尿病腎症） 循環器病　高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿病性腎症 高　血　圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿性病腎症 高　血　圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖　尿　病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳　卒　中	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患（COPD） が　ん ロコモ―ティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康（うつ・不安）				がん 精神疾患	認　知　症 フレイル 口腔機能、低栄養
評　価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 **51目標項目** ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい指標例 ＜アウトカム＞ メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 ＜アウトプット＞ 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	（住民の健康の保持推進） ・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・事業費連動分）交付金		保険者協議会(事務局：県、国保連合会)を通じて、保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

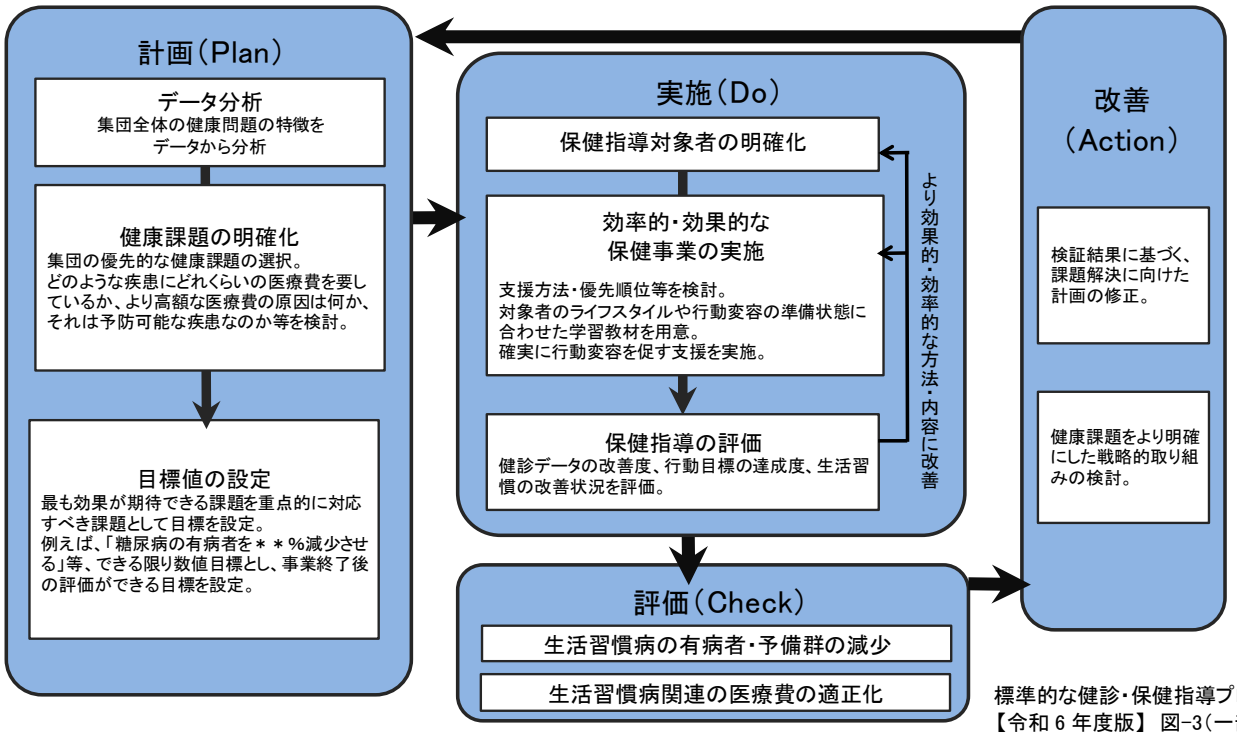
図表 2　特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



標準的な健診・保健指導プログラム
【令和 6 年度版】 図-1（一部改変）

注）プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取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ことにつながる。

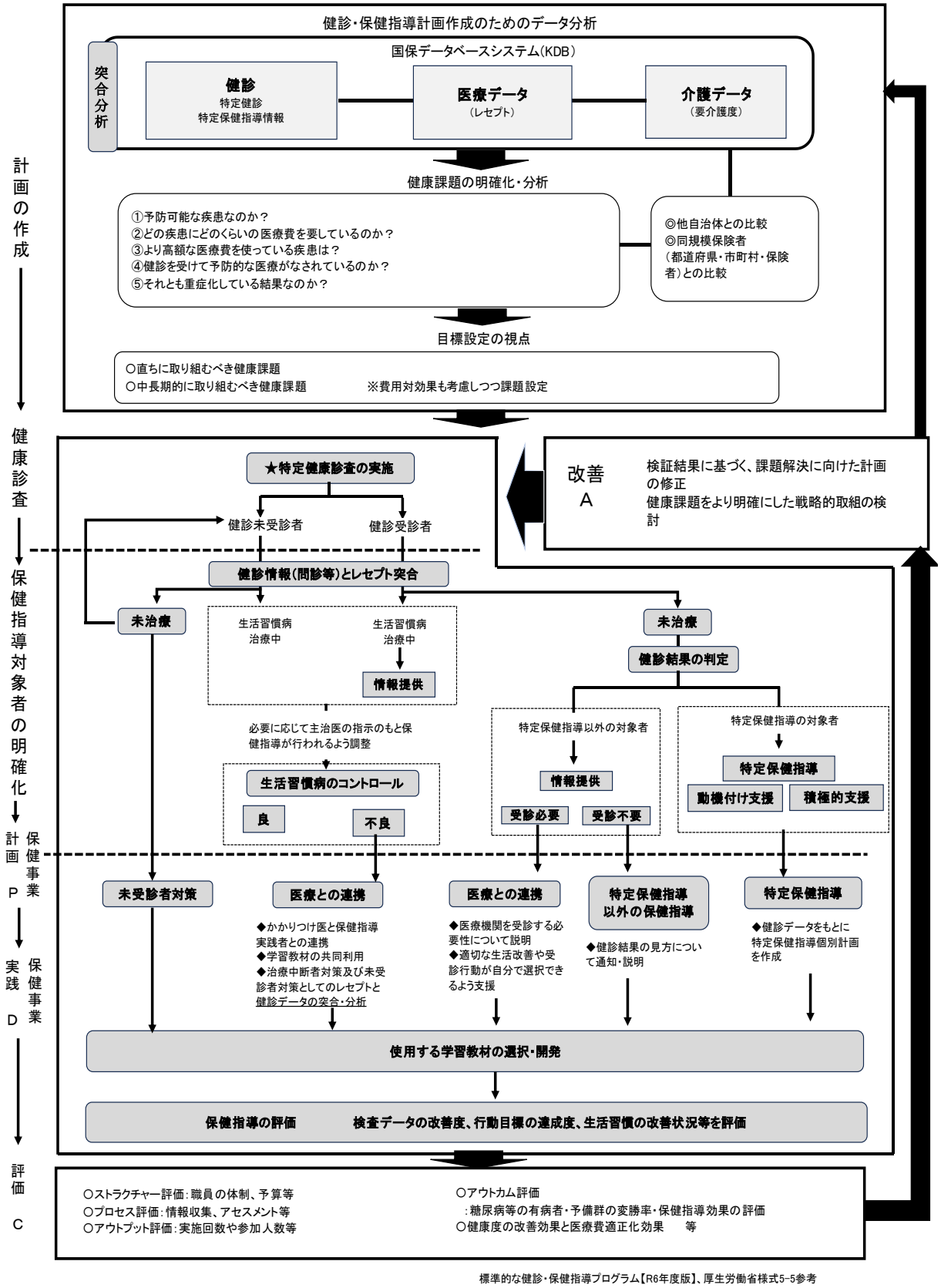
図表 3　保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



標準的な健診・保健指導プログラム
【令和 6 年度版】 図-3（一部改変）

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

図表４　生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ（一部改変）



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

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

3. 計画期間

本計画の期間は、第 3 次健康宇城市 21 計画（令和 6 年度～令和 11 年度）との整合性を踏まえて、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1）市町村国保の役割

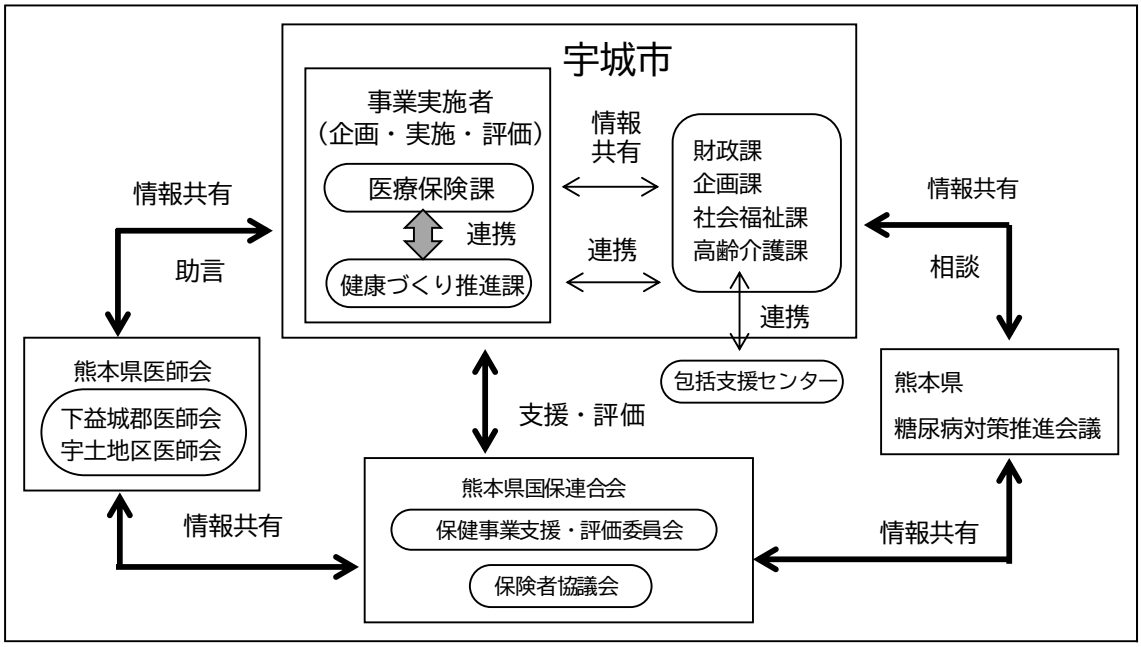
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局（医療保険課）、保健衛生部局（健康づくり推進課）、介護保険部局（高齢介護課）、企画部局（企画課）、財政部局（財政課）、生活保護部局（社会福祉課）とも十分連携を図ることとします。（図表 6）

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎ

を行う等の体制を整えます。

図表６　宇城市の実施体制図



2）関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、関係機関との連携・協力が重要となります。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である熊本県のほか、有識者や被保険者が参画する国保運営協議会、国保連合会や国保連合会に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会や医療機関等、保険者協議会等と連携・協力を図ります。

また、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用し、市町村国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有し、保険者事業の連携等に努めます。

3）被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度から本格的に実施されています。（図表 7）

令和 2 年度からは、保険者努力支援制度において、保険者が取り組む予防・健康づくり事業の取り組みを後押しするため、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が助成されています。本計画においても、当該制度の指標をPDCAサイクルの指標として、積極的に活用します。

図表 7　保険者努力支援制度評価指標（市町村分）

評価指標			令和 3 年度得点		令和 4 年度得点		令和 5 年度得点	
			宇城市	配点	宇城市	配点	宇城市	配点
交付額（万円）			3, 811		4,046		3,671	
全国順位（1,741 市町村中）			195 位		59 位		185 位	
共通の指標	①	（1）特定健康診査受診率	90	70	100	70	95	70
		（2）特定保健指導実施率		70		70		70
		（3）ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	（1）がん検診受診率等	23	40	35	40	35	40
		（2）歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	100	100
	④	（1）個人へのインセンティブ提供	110	90	60	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	40	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料（税）収納率	70	100	70	100	70	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	30	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	27	40	45	50	40	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	74	95	75	100	69	100
合計点			699	1,000	755	960	684	940

第２章　第２期計画に係る考察及び
第３期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、人口約 57,000 人で、高齢化率は 35.1%です（令和２年度国勢調査）。同規模・県・国と比較すると高齢者の割合は高く、それに応じて死亡率も高くなっています。産業においては、第１次産業の割合が高く、農業が盛んであることが特徴です。（図表８）

国保加入率は 24.7%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で、年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が 46.1%を占めています。（図表９）

また本市内には８つの病院、43 の診療所があり、病床数も多く、医療資源に恵まれていることから、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあります。（図表 10）

図表８　同規模・県・国と比較した宇城市の特性

	人口（人）	高齢化率（%）	被保険者数（加入率）	被保険者平均年齢（歳）	出生率（人口千対）	死亡率（人口千対）	財政指数	第1次産業	第2次産業	第3次産業
宇城市	56,711	35.1	13,999（24.7）	54.0	6.2	13.9	0.4	16.2	22.0	61.7
同規模	--	30.4	20.5	54.7	6.5	11.8	0.7	5.6	28.6	65.8
県	--	31.6	22.4	53.6	7.6	12.3	0.4	9.8	21.1	69.1
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、宇城市と同規模保険者（245 市町村）の平均値を表す

図表９　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	15,667		15,166		15,113		14,597		13,999	
65～74歳	6,675	42.6	6,654	43.9	6,837	45.2	6,790	46.5	6,447	46.1
40～64歳	5,169	33.0	4,926	32.5	4,708	31.2	4,509	30.9	4,354	31.1
39歳以下	3,823	24.4	3,586	23.6	3,568	23.6	3,298	22.6	3,198	22.8
加入率	26.2		25.4		25.3		24.5		24.7	

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 10　医療の状況（被保険者千人当たり）

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考（R04）	
											同規模	県
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	割合	割合
病院数	8	0.5	8	0.5	8	0.5	8	0.5	8	0.6	0.3	0.5
診療所数	44	2.8	44	2.9	44	2.9	43	2.9	43	3.1	3.6	3.8
病床数	1,224	78.1	1,224	80.7	1,224	81.0	1,224	83.9	1,224	87.4	59.4	85.4
医師数	123	7.9	123	8.1	130	8.6	130	8.9	132	9.4	10.0	14.1
外来患者数	749.3		748.6		706.9		747.3		771.0		719.9	768.9
入院患者数	27.0		26.7		24.2		25.2		26.1		19.6	26.2

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第 2 期計画に係る評価及び考察

1)第 2 期データヘルス計画の評価

第 2 期計画において、目標の設定を以下の 2 つに分類しました。

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

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

(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

本市の令和 4 年度の要介護認定者は、第 2 号(40～64 歳)被保険者で 62 人(認定率 0.36%)、第 1 号(65 歳以上)被保険者で 3,294 人(認定率 16.5%)となっています。第 2 号認定率は平成 30 年度より増えているものの、同規模・県・国と同程度であり、第 1 号認定率は平成 30 年度より減少しており、同規模・県・国よりも低い状況です。(図表 11)

団塊の世代が後期高齢者医療に移行し高齢化が進み、介護総給付費は約 57.8 億円から約 58.5 億円に伸びています。一人当たりの給付費は減少していますが、同規模・国と比較すると高い状況です。(図表 12)

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳卒中(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第 2 号被保険者で 58.6%、第 1 号被保険者でも 40.0%の有病状況となっています。また、基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で 95.5%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付けであると言えます。(図表 13)

図表 11 要介護認定者(率)の状況

	宇城市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	18,738人	31.4%	19,919人	35.1%	30.4%	31.6%	28.7%
2号認定者	64人	0.33%	62人	0.36%	0.36%	0.35%	0.38%
新規認定者	13人		13人		--	--	--
1号認定者	3,364人	18.0%	3,294人	16.5%	18.1%	20.2%	19.4%
新規認定者	456人		461人		--	--	--
再掲 65～74歳	308人	3.6%	286人	3.1%	--	--	--
再掲 65～74歳 新規認定者	62人		66人		--	--	--
再掲 75歳以上	3,056人	29.8%	3,008人	28.3%	--	--	--
再掲 75歳以上 新規認定者	394人		395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 12　介護給付費の変化

		宇城市		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費		57億8227万円	58億5090万円	--	--	--
一人当たり給付費（円）		308,585	293,734	274,536	310,858	290,668
1件当たり給付費（円）全体		70,888	70,060	63,298	62,823	59,662
	居宅サービス	48,088	48,176	41,822	42,088	41,272
	施設サービス	288,802	300,389	292,502	303,857	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 13　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）			62		286		3,008		3,294		3,356	
再）国保・後期			29		207		2,858		3,065		3,094	
有病状況（レセプトの診断名より重複して計上） 疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	17 58.6%	脳卒中	104 50.2%	脳卒中	1,122 39.3%	脳卒中	1,226 40.0%	脳卒中	1,243 40.2%
血管疾患	循環器疾患	2	虚血性心疾患	7 24.1%	虚血性心疾患	53 25.6%	虚血性心疾患	1,095 38.3%	虚血性心疾患	1,148 37.5%	虚血性心疾患	1,155 37.3%
血管疾患	循環器疾患	3	腎不全	4 13.8%	腎不全	28 13.5%	腎不全	742 26.0%	腎不全	770 25.1%	腎不全	774 25.0%
血管疾患	合併症	4	糖尿病合併症	6 20.7%	糖尿病合併症	33 15.9%	糖尿病合併症	300 10.5%	糖尿病合併症	333 10.9%	糖尿病合併症	339 11.0%
血管疾患	基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）			27 93.1%	基礎疾患	189 91.3%	基礎疾患	2,739 95.8%	基礎疾患	2,928 95.5%	基礎疾患	2,955 95.5%
血管疾患	血管疾患合計			28 96.6%	合計	194 93.7%	合計	2,774 97.1%	合計	2,968 96.8%	合計	2,996 96.8%
認知症			認知症	7 24.1%	認知症	58 28.0%	認知症	1,738 60.8%	認知症	1,796 58.6%	認知症	1,803 58.3%
筋・骨格疾患			筋骨格系	24 82.8%	筋骨格系	192 92.8%	筋骨格系	2,781 97.3%	筋骨格系	2,973 97.0%	筋骨格系	2,997 96.9%

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者の減少に伴い、総医療費は減少しているものの、一人当たり医療費は、平成 30 年度と比較しても約 4 万円高くなっており、同規模保険者と比べても約 5 万円高くなっています。

入院の医療費をみると、全体のレセプト件数の 3.3%にも関わらず、医療費全体の 46.1%を占めており、1 件当たりの入院医費用額は平成 30 年度と比較しても約 6 万円も高くなっています。入院費用・件数共に減少傾向にはありますが、入院に至らないための重症化予防を今後も継続していくことが重要であると考えます。（図表 14）

年齢調整をした地域差指数をみると、県平均よりは下回っているものの、全国平均の1．0を越えている状況です。（図表 15）

本市の医療費を上げている要因は入院であり、予防可能な疾患（脳・心・腎）の発症を抑えるこ

とが重要です。そのためには、引き続き、生活習慣病の重症化予防の取組に注力する必要があります。

図表 14　医療費の推移

			宇城市		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数（人）			15,667人	13,999人	--	--	--
前期高齢者割合			6,675人 （42.6%）	6,447人 （46.1%）	--		
総医療費			59億2892万円	58億3649万円	--	--	--
一人当たり医療費（円）			378,434 県内19位 同規模32位	416,922 県内21位 同規模27位	366,294	407,772	339,680
入院	1件当たり費用額(円)		536,970	598,980	610,160	574,060	617,950
入院		費用の割合	47.0	46.1	40.5	45.5	39.6
入院		件数の割合	3.5	3.3	2.7	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額		21,750	23,720	24,470	23,430	24,220
外来		費用の割合	53.0	53.9	59.5	54.5	60.4
外来		件数の割合	96.5	96.7	97.3	96.7	97.5
受診率			776.241	797.017	739.503	795.102	705.439

※同規模保険者数：245　　出典：ヘルスサポートラボツール

図表 15　一人当たり（年齢調整後）地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		宇城市（県内市町村中）		県 （47県中）	宇城市（県内市町村中）		県 （47県中）
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	1.123	1.084	1.125	1.101	1.139	1.132
		（15位）	（33位）	（8位）	（17位）	（18位）	（7位）
	入院	1.305	1.195	1.291	1.238	1.272	1.282
		（14位）	（35位）	（8位）	（19位）	（22位）	（5位）
	外来	1.023	1.025	1.025	0.962	1.004	0.982
		（21位）	（20位）	（14位）	（15位）	（14位）	（21位）

※県内市町村数：45　　出典：地域差分析（厚労省）

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

③中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全の医療費合計が総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患については、平成 30 年度より約 0.2%増えており、同規模・県よりも高くなっています。（図表 16）

次に中長期目標疾患の新規患者の伸び率を平成 28 年度と令和 4 年度で比較してみると、虚血性心疾患は減少していますが、脳血管疾患・糖尿病性腎症は増加しています。（図表 17）

また、治療状況を比較してみると、被保険者数の減少もあり、患者数は減少しています。患者割合をみると、虚血性心疾患は減少、人工透析は横ばいでしたが、脳血管疾患は増加しています。脳

血管疾患を年齢区分で見ると、40～64 歳の若い世代で増加しており、今後の課題と言えます。（図表 18）

図表 16　中長期目標疾患の医療費の推移

			宇城市		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）			59億2892万円	58億3649万円	--	--	--
中長期目標疾患医療費合計（円）			5億3459万円	5億1885万円	--	--	--
			9.02%	8.89%	7.95%	8.69%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.54%	2.72%	2.08%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.37%	1.14%	1.42%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全（透析有）	4.87%	4.74%	4.16%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全（透析無）	0.24%	0.29%	0.29%	0.26%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		11.88%	15.57%	17.03%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		8.10%	8.02%	8.72%	8.56%	8.68%
	精神疾患		8.90%	7.91%	8.04%	9.62%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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

図表 17　中長期目標疾患の新規患者数比較

	虚血性心疾患（様式3-5）				脳血管疾患（様式3-6）				糖尿病性腎症（様式3-2）			
	新規患者数（人）	新規患者数（人）（千人当たり）			新規患者数（人）	新規患者数（人）（千人当たり）			新規患者数（人）	新規患者数（人）（千人当たり）		
		宇城市	同規模	県		宇城市	同規模	県		宇城市	同規模	県
H28	33	3.7	3.8	3.33	20	2.24	3.34	2.61	19	2.13	0.75	0.88
R4	20	2.58	3.08	2.85	23	2.96	3.03	2.63	23	2.96	0.95	1.42
伸び率（%）	-39.4	-30.3	-18.9	-14.4	15.0	32.1	-9.3	0.8	21.1	39.0	26.7	61.4

出典：KDB システム　医療費分析（1）細小分類

図表 18　中長期目標疾患の治療状況

年齢区分			被保険者数		中長期目標の疾患 疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
			H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
治療者（人）0～74歳		A	15,667	13,999	a	1,026	943	1,003	860	86	75
					a/A	6.5%	6.7%	6.4%	6.1%	0.5%	0.5%
40歳以上		B	11,844	10,801	b	1,012	939	992	845	85	73
		B/A	75.6%	77.2%	b/B	8.5%	8.7%	8.4%	7.8%	0.7%	0.7%
再掲	40～64歳	C	5,169	4,354	c	242	217	249	194	51	45
		C/A	33.0%	31.1%	c/C	4.7%	5.0%	4.8%	4.5%	1.0%	1.0%
	65～74歳	D	6,675	6,447	d	770	722	743	651	34	28
		D/A	42.6%	46.1%	d/D	11.5%	11.2%	11.1%	10.1%	0.5%	0.4%

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

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減っています。しかし、糖尿病合併症は、全て増加しており、糖尿病は重症化している現状がみえます。(図表19・20・21)

本市では特定健診の結果から、治療が必要な者に対しては、医療受診勧奨も含めた保健指導を実施してしますが、糖尿病が重症化している現状を踏まえて対策を考えていく必要があります。

図表 19　高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)		A	5,159	4,935	1,466	1,285	3,693	3,650
		A/被保数	43.6%	45.7%	28.4%	29.5%	55.3%	56.6%
(中長期目標疾患)合併症	脳血管疾患	B	513	430	111	97	402	333
		B/A	9.9%	↓ 8.7%	7.6%	7.5%	10.9%	9.1%
	虚血性心疾患	C	753	627	178	139	575	488
		C/A	14.6%	↓ 12.7%	12.1%	10.8%	15.6%	13.4%
	人工透析	D	76	66	45	39	31	27
		D/A	1.5%	↓ 1.3%	3.1%	3.0%	0.8%	0.7%

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

図表 20　糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)		A	3,123	2,949	933	811	2,190	2,138
		A/被保数	26.4%	27.3%	18.0%	18.6%	32.8%	33.2%
(中長期目標疾患)合併症	脳血管疾患	B	316	265	67	55	249	210
		B/A	10.1%	↓ 9.0%	7.2%	6.8%	11.4%	9.8%
	虚血性心疾患	C	499	443	113	103	386	340
		C/A	16.0%	↓ 15.0%	12.1%	12.7%	17.6%	15.9%
	人工透析	D	45	38	22	25	23	13
		D/A	1.4%	↓ 1.3%	2.4%	3.1%	1.1%	0.6%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	424	509	133	151	291	358
		E/A	13.6%	↑ 17.3%	14.3%	18.6%	13.3%	16.7%
	糖尿病性網膜症	F	313	310	96	87	217	223
		F/A	10.0%	↑ 10.5%	10.3%	10.7%	9.9%	10.4%
	糖尿病性神経障害	G	118	134	39	45	79	89
		G/A	3.8%	↑ 4.5%	4.2%	5.5%	3.6%	4.2%

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

図表 21　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	4,257	4,060	1,252	1,102	3,005	2,958
		A/被保数	35.9%	37.6%	24.2%	25.3%	45.0%	45.9%
（中長期目標疾患）合併症	脳血管疾患	B	373	319	83	70	290	249
		B/A	8.8%	↓ 7.9%	6.6%	6.4%	9.7%	8.4%
	虚血性心疾患	C	677	567	154	127	523	440
		C/A	15.9%	↓ 14.0%	12.3%	11.5%	17.4%	14.9%
	人工透析	D	41	37	24	23	17	14
		D/A	1.0%	↓ 0.9%	1.9%	2.1%	0.6%	0.5%

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

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0%以上者を平成 30 年度と令和 3 年度で比較してみたところ、どちらも有所見者の割合が増えていますが、HbA1c7.0%以上者の未治療者の割合は減少していました。

医療のかかり方においては、未治療のまま放置されている方が高血圧で 30.4%、糖尿病で 4.8%います。また、特に治療中断者の割合が同規模市町村合計と比較すると高い状況でした。（図表 22）

図表 22　結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧＿Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移（結果の改善）								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報（R03.4～R04.3）			
							未治療（内服なし）				未治療（内服なし）		未治療		治療中断	
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
宇城市	4,469	35.4	3,965	34.4	404	9.0	233	57.7	425	10.7	249	58.6	129	30.4	38	8.9
同規模	309,485	40.3	278,818	38.7	16,067	5.2	9,448	58.8	16,799	6.0	9,823	58.5	6,164	36.7	869	5.2

	健診受診率				糖尿病＿HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移（結果の改善）								医療のかかり方			
	H30年度		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）			
							未治療（内服なし）				未治療（内服なし）		未治療		治療中断	
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
宇城市	4,466	99.9	3,962	99.9	209	4.7	68	32.5	207	5.2	56	27.1	10	4.8	11	5.3
同規模	307,071	99.2	276,405	99.1	14,053	4.6	3,869	27.5	13,660	4.9	3,554	26.0	947	6.9	435	3.2

出典：ヘルスサポートラボツール

注）・未治療…12カ月間、全く高血圧（または糖尿病）のレセプトがない者
　　・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3カ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、高血圧・高血糖・脂質異常などの危険因子を複数保有している状態で、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、約 4%増えており、3 項目全ての危険因子が重なっている割合及び 2 項目該当者の割合も増加しています。(図表 23)

また、継続受診者における有所見者の割合は、HbA1c6.5%以上者は 1%増加、Ⅱ度高血圧以上者は 1.7%増加、LDL-C160 以上者は 2.1%減少しています。血圧や LDL-C では翌年の改善率はよいものの、HbA1c の改善率は 2 割程度となっており、保健指導の成果が課題です。

一方で、翌年度健診未受診者も 2 割程度存在し、重症化しやすい被保険者への継続したフォロー体制について考える必要があります。また、治療に繋がったことで、健診未受診となる者も一定数いることから、かかりつけ医等で受診ができる個別健診やみなし健診につなげる等の継続受診を促していく必要があります。(図表 24・25・26)

図表 23　メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者（受診率）	該当者			予備群
			3項目	2項目	
H30年度	4,469（35.4%）	807（18.1%）	268（6.0%）	539（12.1%）	484（10.8%）
R04年度	4,159（36.9%）	922（22.2%）	298（7.2%）	624（15.0%）	452（10.9%）

※健診受診者のデータについては、年度末年齢75歳及び法定報告除外者を含む。　出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24　HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	464（10.4%）	129（27.8%）	161（34.7%）	58（12.5%）	116（25.0%）
R03→R04	451（11.4%）	103（22.8%）	187（41.5%）	54（12.0%）	107（23.7%）

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25　Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	404（9.0%）	192（47.5%）	112（27.7%）	10（2.5%）	90（22.3%）
R03→R04	425（10.7%）	223（52.5%）	82（19.3%）	13（3.1%）	107（25.2%）

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26　LDL-C160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL−C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	466（10.4%）	236（50.6%）	109（23.4%）	24（5.2%）	97（20.8%）
R03→R04	331（8.3%）	147（44.4%）	64（19.3%）	14（4.2%）	106（32.0%）

出典：ヘルスサポートラボツール

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、令和元年度には 41.5%まで伸びましたが、令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響で健診時期がずれたことで大きく低下し、徐々に回復している段階です。そのため、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。特定健診受診率を年代別にみると、40～54歳が低い状況です。

また、特定保健指導については、令和２年度に実施率が大きく低下し、それ以降は、市の目標値には達しないものの、国の目標値（60%）には達成しています。現在、委託業者を活用していますが、継続的なフォローが必要な方への保健指導については、市の専門職が関わるような体制で実施しています。（図表 27･28）

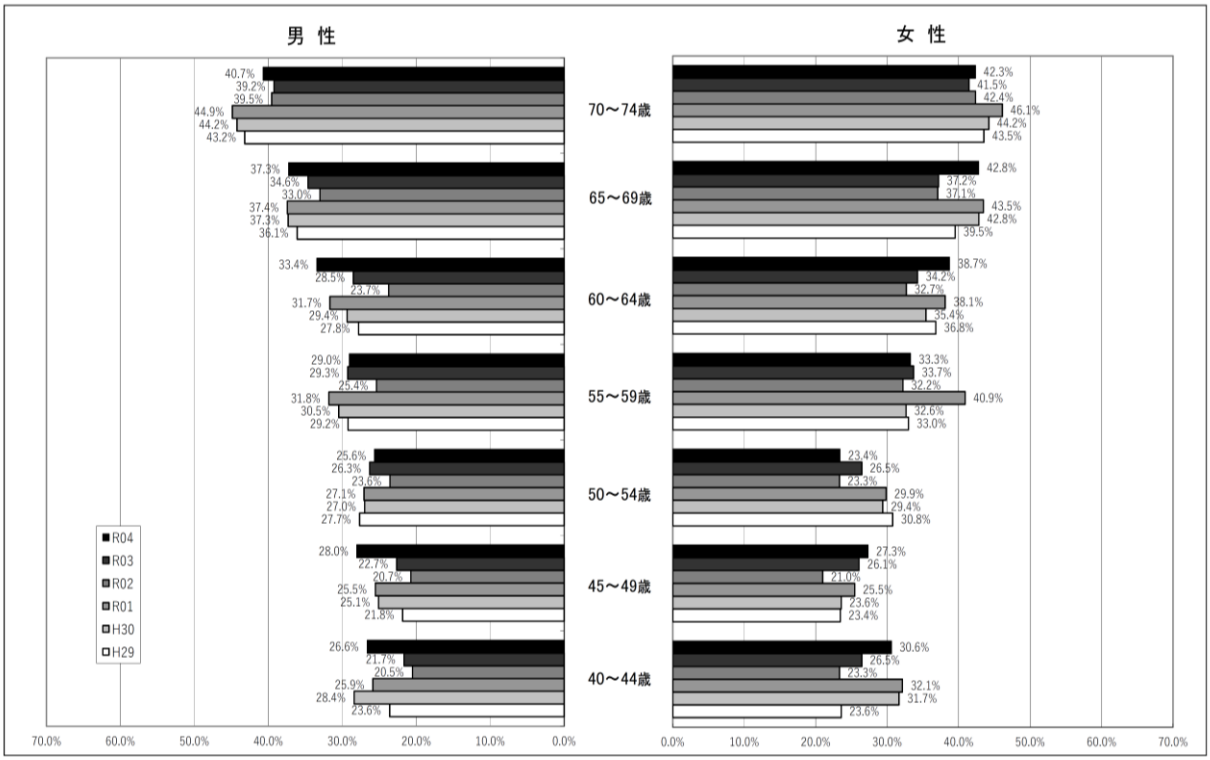
図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	4,374	4,430	3,754	3,869	4071	健診受診率 44%
	受診率	40.0%	41.5%	35.4%	37.2%	41.4%	
特定保健指導	該当者数	577	562	494	475	513	特定保健指導実施率 76%
	割合	13.2%	12.7%	13.2%	12.3%	12.6%	
	実施者数	386	394	281	342	371	
	実施率	66.9%	70.1%	56.9%	72.0%	72.3%	

※国の目標値　特定健診受診率 60%以上、特定保健指導実施率 60%以上

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2)主な個別事業の評価と課題

(1)重症化予防の取組み

①糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症重症化予防については、「宇城市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、HbA1c7.0%以上者を重症化予防対象者として、約 9 割へ個別で保健指導を実施しています。その結果、未治療者の割合は、平成 30 年度と令和 3 年度を比較すると減少しましたが、糖尿病を起因とする合併症の割合が増えていることから、医療機関未受診者への受診勧奨を始め、継続して保健指導を実施していく必要があります。 また、治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行います。

また、糖尿病管理台帳で把握できている健診未受診者、特に、治療中断者については継続的な医療機関受診に繋げ、必要な保健指導を実施するためにも、フォローを行えるよう体制の検討を行う必要があります。今後も糖尿病対策に注力していく必要があると考えます。(図表 29)

令和 4 年度の糖尿病治療中の 393 人中、BMI25 以上の者は 42.7%おり、肥満によってインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、併せて肥満改善のための支援も行っていく必要があります。(参考資料 3)

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

図表 29 糖尿病治療中で特定健診未受診者の状況(R4)

糖尿病治療中で特定健診未受診者(R4)	
人数	割合
2,101	65.6%

特定健診受診歴	糖尿病治療	
	治療中	中断
なし	1,312	242
	62.4%	11.5%
あり	444	103
	21.1%	4.9%

データヘルス支援システム

②脳血管疾患重症化予防対策

高血圧は、脳血管疾患において最大の危険因子であり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳・心・腎疾患などの臓器障害と深く関与しています。

本市では、健診で高血圧Ⅱ度以上(リスク層により抽出)者の 9 割以上に個別の保健指導を行っています。しかし、本市の高血圧Ⅱ度以上者の割合は、令和 2 年度に 11.4%となり、そこから徐々に減少してきていますが、県内 14 市の中で一番割合が高い状況が続いています。高血圧対策として、尿中塩分測定や塩分チェックシートなどを実施し、塩分の摂り方を見える化し、保健指導への活用も行っています。(参考資料 7)

また、血圧手帳を活用し、家庭血圧測定の普及に努め、市民が血圧の学習を深め、脳血管疾患の発症予防行動がとれるよう、ポピュレーションアプローチも併せて実施していきます。今後も脳心血管リスク層の高リスク者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を行っていきます。

（参考） 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決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類（mmHg） / リスク層（血圧以外のリスク因子）		高値血圧 130～139 /80～89	Ⅰ度高血圧 140～159 /90～99	Ⅱ度高血圧 160～179 /100～109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上
	1,415	626	569	182	38
		44.2%	40.2%	12.9%	2.7%
リスク第1層 予後影響因子がない	83	C 42	B 31	B 8	A 2
	5.9%	6.7%	5.4%	4.4%	5.3%
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	816	C 353	B 332	A 110	A 21
	57.7%	56.4%	58.3%	60.4%	55.3%
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	516	B 231	A 206	A 64	A 15
	36.5%	36.9%	36.2%	35.2%	39.5%

…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	418
		29.5%
B	概ね1ヵ月後に再評価	602
		42.5%
C	概ね3ヵ月後に再評価	395
		27.9%

※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人工透析予防対策

熊本県は人工透析患者数の多い県であり、本市においても同規模・国と比較すると慢性腎臓病（人工透析あり）の患者数は多い状況です。糖尿病性腎症の予防だけでなく、e-GFRが低下した者及び尿蛋白の有所見者に対しても、重症化予防対象者として支援を行ってきました。令和 4 年度の腎専門医紹介基準対象者は 287 人いましたが、そのうち約 30%が未受診という状況です。

また、尿蛋白（±）の判定者へは、定量検査を実施し、高度尿蛋白だった者へは医療機関への情報提供と受診勧奨を行っています。人工透析導入の原因疾患は糖尿病性腎症が多くを占めますが、腎硬化症など高血圧を原因とした新規導入も一定数いることから、糖尿病腎症重症化だけでなく併せて支援を行っていく必要があります。

④心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として心電図検査を実施しています。心電図有所見者には受診勧奨を行うことと、心房細動所見者台帳を作成し、治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク（肥満、高血圧等）に応じた保健指導を継続して行っています。

図表 30　令和 4 年度特定健診結果　心電図実施者（R5.6.7 抽出データ）

令和 4 年度（年度末年齢 75 歳を含む）	健診受診者数	心電図実施者		心房細動	
	A	B	B/A	C	C/B
宇城市	4,393	3,779	86%	38	1.0%
市町村計	106,632	73,551	69%	797	1.1%

（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。」とされています。

本市においては、「さしより野菜プロジェクト」としてさしより野菜（野菜から先に食べる）、たっぷり野菜（1 日の野菜摂取目標量の 350gを食べる）、減塩などを推進する取り組みを実施しています。また、個人へのインセンティブ事業として「健康ポイント事業（ウキトクポ）」を令和元年度から開始しています。

その他にも、生活習慣病の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や市の実態や、生活習慣病と食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、各種団体や地区での健康教育、市の広報等を活用し、広く市民へ周知を行っています。また、肥満やメタボ、高血圧の改善を目的として、集団健診会場や結果説明会場では食品に含まれる脂や糖の展示や減塩食品の紹介などを実施しています。

（3）第 2 期計画目標の達成状況

第2期計画における目標の達成状況は次のとおりです。

図表 31 第 2 期データヘルス計画目標管理一覧

★評価項目となっているもの　　◎達成、○ベースラインから改善、△悪化またはその他

		評価項目	評価指標	最終目標値（R5）	初年度 H30（H28）現状値	最終評価 R5（R4）実績	評価	出典（活用データ）
特定健診等実施計画		特定健診・特定保健指導の実施	特定健診受診率	44	35.4	41.4	○	法定報告
			特定保健指導実施率	76	45.5	72.3	○	
データヘルス計画	中長期目標	重症化した疾患の状況	★新規　糖尿病性腎症患者数（患者千人当たり）	2.06	2.13	2.96	△	KDB 医療費分析（1）細小分類
			★新規　脳血管疾患患者数（患者千人当たり）	2.17	2.24	2.96	△	
			★新規　虚血性心疾患患者数（患者千人当たり）	3.58	3.7	2.58	◎	
			★新規　人工透析患者数	19	20	18	◎	様式3-7 5月診療分
			参考）新規　人工透析患者数（国保）		9	5		保険者データヘルス支援システム
			参考）医療費に占める割合（慢性腎不全：透析有）		6.85	4.74		KDB 健診・医療・介護から見る地域の課題
			参考）医療費に占める割合（脳血管疾患）		2.77	2.72		
			参考）医療費に占める割合（虚血性心疾患）		1.66	1.14		
		入院の伸び	★レセプトに占める入院費用の割合	37.5	42.5	46.1	△	様式6-14③
	短期目標	基礎疾患の重症化予防	★健診有所見者率 高血圧（Ⅱ度：160/100以上）	6.7	8.1	9.3	△	集計ツール資料B
			★健診有所見者率 糖尿病（HbA1c6.5%以上：治療中7%以上）	6.1	6.1	8.6	△	
			糖尿病未治療者 HbA1c6.5%以上のうち未治療者の割合		42	38.8		集計ツール（有所見者状況）
			糖尿病未治療者 HbA1c8.0%以上のうち未治療者の割合		43.6	29.1		
			糖尿病治療中者 HbA1c7.0%以上のうち治療中の割合		65.9	75.8		
			★健診有所見者率 脂質異常症（LDL180以上）	2.32	3.1	2.3	◎	集計ツール資料B
			★メタボリックシンドローム予備群	7.6	9.6	10.9	△	法定報告
			★メタボリックシンドローム該当者	15	16.6	22.2	△	
保険者努力支援制度		がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率　胃がん検診		15.9	15.8		地域保健事業報告
			肺がん検診		17.8	30.4		
			大腸がん検診		13.4	23.1		
			子宮頸がん検診		17	23.3		
			乳がん検診		23.4	31.3		
			5つのがん検診の平均受診率	増加	17.5	24.8	◎	
		歯科検診（歯周病健診含む）の受診率の増加		増加	7.4	6.6	△	歯科健診（検診）結果
		個人へのインセンティブ		実施	未実施	実施	◎	
		後発医薬品の使用割合		80	66.4	81	◎	国保総合システム

※後発医薬品は開始年度（H30年度）データ

3）第 2 期データヘルス計画に係る考察

第 2 期データヘルス計画においては、虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症（人工透析）の予防を中長期目標とし、本市の健康課題である高血圧に重点を置き、併せて高血糖、腎機能低下の者に保健指導を継続的に実施してきました。

第 2 期計画を目標値でみると、中長期目標である新規虚血性心疾患患者数及び新規人工透析患者数は減少していますが、新規糖尿病性腎症患者数及び脳血管疾患患者数、レセプトに占める入院費の割合は増加していました。短期目標では、特定健診の結果よりⅡ度以上高血圧者及びHbA1c6.5％以上者、メタボリックシンドローム予備軍・該当者が増加しており、特にⅡ度以上高血圧者の割合は、県内他市町村に比べると依然として高い状況にあります。しかし、糖尿病未治療者の割合減少と治療者が増加している状況から、継続的な保健指導により適切な医療受診に繋がった者が増加しているとも考えられます。

特定健診受診率については、コロナ禍による影響からは脱却しつつあるものの、依然として国の目標値には到達していません。また、本市の健診受診者の約 36％は 70 代です。今後、70 代が後期高齢者へと移行していく中で受診率の低下も予想されます。年代ごとの受診率をみると40～50 代で低く、特に若い世代の肥満者が増加している現状から、予防可能な生活習慣病の発症と重症化予防に取り組むことが重要であり、そのためにはより多くの市民が健診を受診できるよう対象者に応じた受診勧奨を実施する必要があります。

医療費をみると、総医療費としては減少していますが、年齢調整をした地域差指数が1．0を超えており、全国平均より医療費が高い状況が続いています。

また、一人当たりの年間医療費は増加しており、被保険者数の減少や医療の高度化も一因と考えられますが、重症化した合併症患者の増加やそれに伴う医療費の増加も要因であるとも考えられます。脳血管疾患・虚血性心疾患での高額レセプトをみると、約半数が健診未受診という現状があり、健診受診率を上げることと、重症化予防対象者の未治療者や中断者を適切な受診につながるような保健指導を実施していくことが医療費適正化の視点でも重要と言えます。

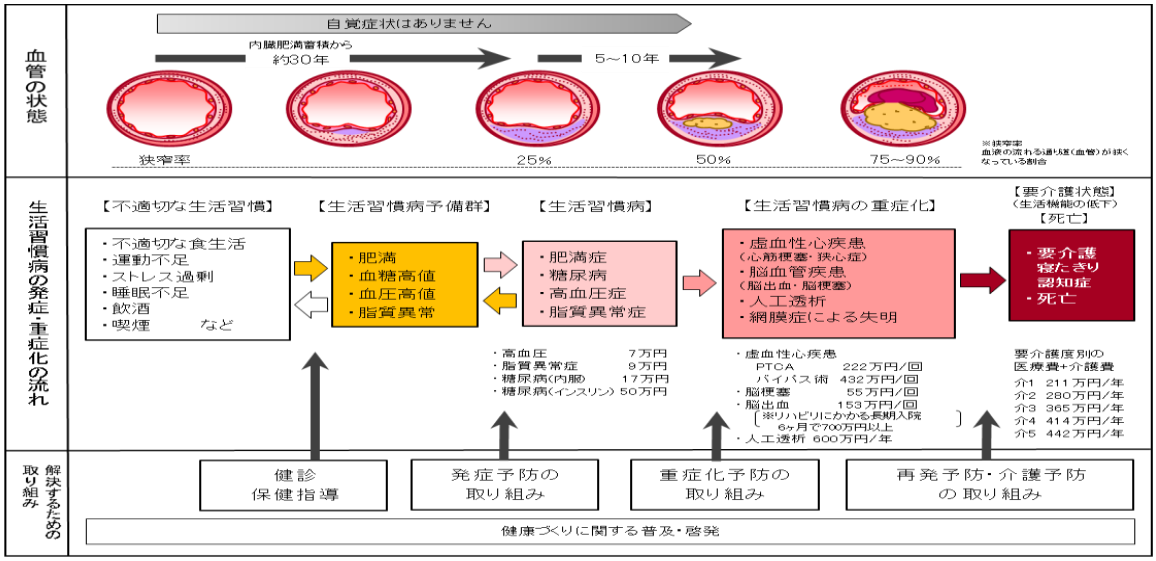
今後の課題として、全年代における肥満者の増加、HbA1c6.5％以上の者の増加があります。糖尿病合併症の割合も全年代で増加していることからも、今後は虚血性心疾患や糖尿病性腎症からの人工透析の増加も懸念されます。これらのことから、糖尿病対策への注力と、メタボリックシンドローム対象者ではあるが特定保健指導や重症化予防に該当しない者への取り組みを検討する必要があります。

3. 第 3 期における健康課題の明確化

1)基本的な考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、更には重症化・合併症へと悪化する者を減少させること、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者を増加させることが必要となります。

図表 32　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ります。

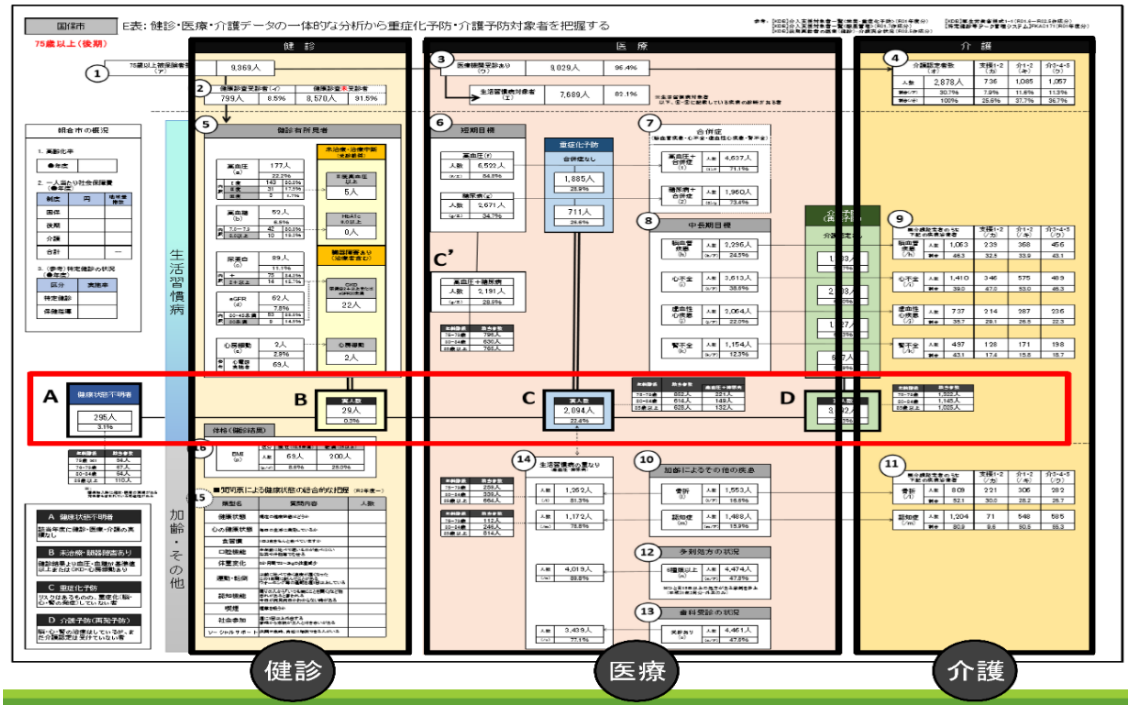
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65 歳以上の高齢者の割合が高く、総医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び後期高齢者医療広域連合は、図表 33 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第 2 期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため 40 歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

なお、20 歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、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 歳未満の対策も重要であると考えます。

図表 33　健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1)医療費分析

図表 34　被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		15,667人	15,166人	15,113人	14,597人	13,999人	10,761人
総件数及び総費用額	件数	149,525件	143,203件	133,359件	138,062件	137,240件	173,077件
	費用額	59億2892万円	58億0514万円	55億5735万円	57億0155万円	58億3649万円	103億4545万円
一人あたり医療費		37.8万円	38.3万円	36.8万円	39.1万円	41.7万円	96.1万円

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									
				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		糖尿病	高血圧	脂質異常症					
①国保	宇城市	58億3649万円	33,895	4.74%	0.29%	2.72%	1.14%		5.61%	3.19%	1.86%	11億4090万円	19.5%	15.6%	7.91%	8.02%
	同規模	---	29,595	4.16%	0.29%	2.08%	1.42%		5.79%	3.28%	2.15%	---	19.2%	17.0%	8.04%	8.72%
	県	---	33,050	5.52%	0.26%	1.89%	1.02%		5.62%	3.12%	1.72%	---	19.2%	14.1%	9.62%	8.56%
	国	---	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%		5.41%	3.06%	2.10%	---	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
②後期	宇城市	103億4545万円	81,158	6.46%	0.57%	3.73%	1.36%		3.55%	2.73%	1.23%	20億3038万円	19.6%	8.7%	5.18%	13.3%
	同規模	---	68,448	4.63%	0.47%	3.89%	1.57%		4.23%	3.13%	1.40%	---	19.3%	11.2%	3.74%	12.1%
	県	---	81,455	4.72%	0.47%	3.74%	1.12%		3.70%	2.88%	1.07%	---	17.7%	9.2%	4.70%	13.2%
	国	---	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%		4.11%	3.00%	1.45%	---	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病（※1）による分類結果

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

図表 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	570人	627人	657人	625人	622人	1,089人
	件数	B	1,135件	1,111件	1,217件	1,120件	1,218件	1,894件
		B/総件数	0.76%	0.78%	0.91%	0.81%	0.89%	1.09%
	費用額	C	10億6201万円	11億0737万円	12億5460万円	11億3426万円	12億4737万円	16億1905万円
		C/総費用	17.9%	19.1%	22.6%	19.9%	21.4%	15.6%

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	42人		46人		44人		41人		41人		78人		
		D/A	7.4%		7.3%		6.7%		6.6%		6.6%		7.2%		
	件数	E	97件		72件		80件		67件		81件		162件		
		E/B	8.5%		6.5%		6.6%		6.0%		6.7%		8.6%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	13	13.4%	6	8.3%	5	6.3%	6	9.0%	5	6.2%	70-74歳	7	4.3%
		50代	19	19.6%	14	19.4%	15	18.8%	11	16.4%	16	19.8%	75-80歳	34	21.0%
		60代	29	29.9%	24	33.3%	25	31.3%	24	35.8%	23	28.4%	80代	93	57.4%
		70-74歳	36	37.1%	27	37.5%	33	41.3%	25	37.3%	36	44.4%	90歳以上	28	17.3%
	費用額	F	8755万円		8205万円		9276万円		7495万円		9327万円		1億2883万円		
		F/C	8.2%		7.4%		7.4%		6.6%		7.5%		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)

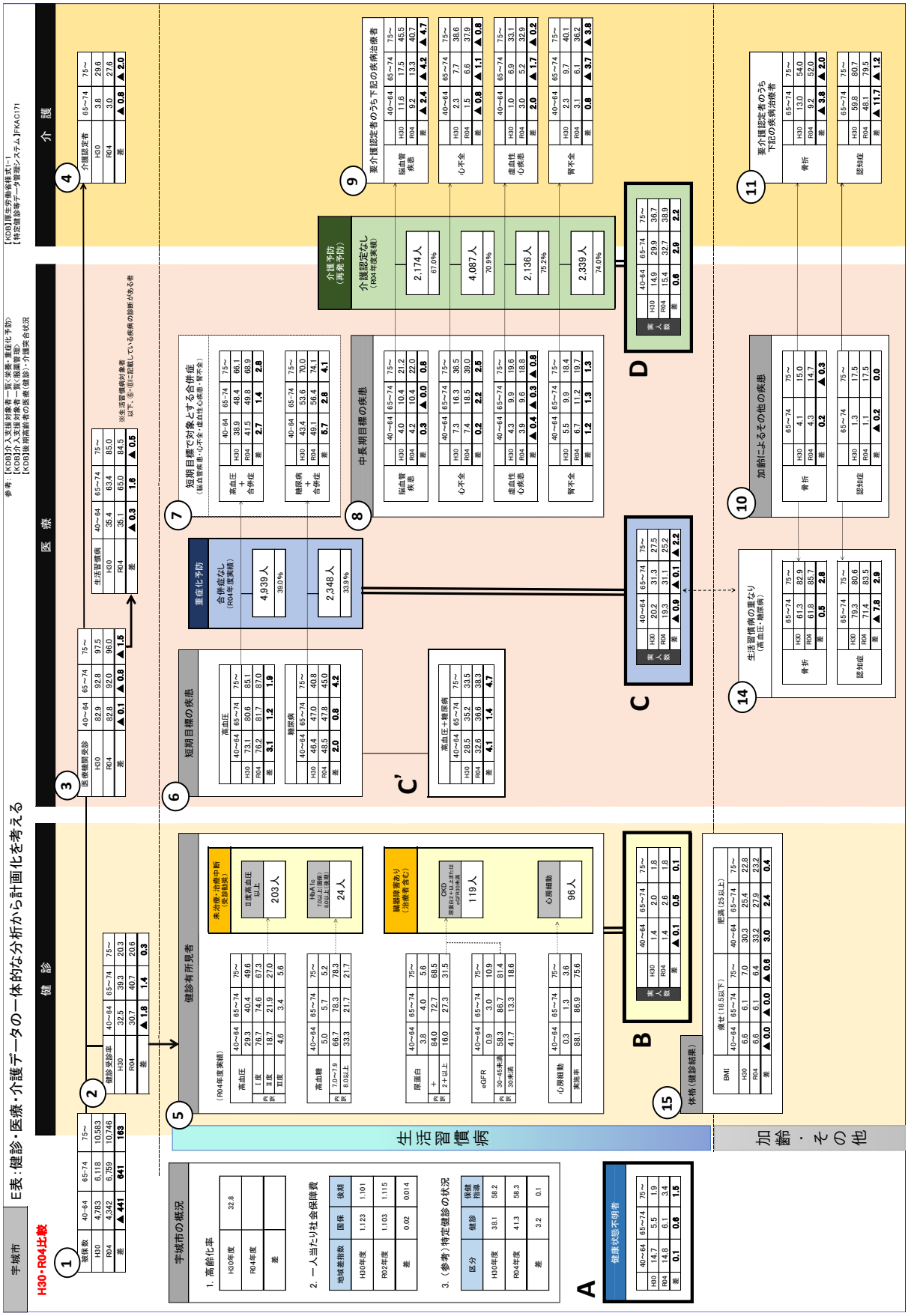
対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
虚血性心疾患	人数	G	31人		18人		19人		21人		20人		41人		
		G/A	5.4%		2.9%		2.9%		3.4%		3.2%		3.8%		
	件数	H	34件		19件		20件		22件		22件		46件		
		H/B	3.0%		1.7%		1.6%		2.0%		1.8%		2.4%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	2	4.3%
		40代	1	2.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	4	8.7%
		50代	3	8.8%	2	10.5%	2	10.0%	2	9.1%	2	9.1%	75-80歳	9	19.6%
		60代	13	38.2%	9	47.4%	10	50.0%	11	50.0%	11	50.0%	80代	23	50.0%
		70-74歳	17	50.0%	7	36.8%	7	35.0%	8	36.4%	8	36.4%	90歳以上	8	17.4%
	費用額	I	4343万円		3135万円		4014万円		4238万円		4398万円		5773万円		
		I/C	4.1%		2.8%		3.2%		3.7%		3.5%		3.6%		

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

出典：ヘルスサポートラボツール



図表 40　被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数			健診受診率			体格（健診結果）					
					特定健診		高齢者健診	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	29.6	4,783	6,118	10,583	32.5	39.3	20.3	6.6	6.1	7.0	30.3	25.4	22.8
R04	27.6	4,342	6,759	10,746	30.7	40.7	20.6	6.6	6.1	6.4	33.2	27.9	23.2

図表 41　健診有所見状況

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	%
H30	112	7.2	(45)	249	10.3	(72)	273	12.7	(71)	66	4.2	(7)	111	4.6	(3)	22	1.0	(0)	11	0.7	25	1.0	57	2.7	8	0.5	25	1.0	61	2.8
R04	91	6.8	(37)	282	10.2	(98)	359	16.2	(68)	66	5.0	(11)	157	5.7	(12)	25	1.1	(1)	10	0.8	36	1.3	73	3.3	4	0.3	31	1.1	61	2.8

図表 42　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-
H30	82.9	92.8	97.5	35.4	63.4	85.0	73.1	80.6	85.1	46.4	47.0	40.8	28.5	35.2	33.5	38.9	48.4	66.1	43.4	53.6	70.0
R04	82.8	92.0	96.0	35.1	65.0	84.5	76.2	81.7	87.0	48.5	47.8	45.0	32.6	36.6	38.3	41.5	49.8	68.9	49.1	56.4	74.1

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　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(被保数割)												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	4.0	10.4	21.2	4.3	9.9	19.6	7.3	16.3	36.5	5.5	9.9	18.4	11.6	17.5	45.5	1.0	6.9	33.1	2.3	7.7	38.6	2.3	9.7	40.1
R04	4.2	10.4	22.0	3.9	9.6	18.8	7.4	18.5	39.0	6.7	11.2	19.7	9.2	13.3	40.7	3.0	5.2	32.9	1.5	6.6	37.9	3.1	6.1	36.2

図表 44　骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり（高血圧・糖尿病）				加齢による その他の疾患（被保数割）				加齢による疾患のうち要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	61.3	82.9	79.3	80.6	4.1	15.0	1.3	17.5	13.0	54.0	59.8	80.7
R04	61.8	85.7	71.4	83.5	4.3	14.7	1.1	17.5	9.2	52.0	48.1	79.5

出典：ヘルスサポートラボツール

（3）健康課題の明確化（図表 34～44）

①医療費分析

レセプト件数及び医療費総額については、減少しているものの、一人当たり医療費は 5 年間で約 4 万円増加しています。また、後期になると一人当たり 96.1 万円となり、国保の約 2.3 倍高い状況です。（図表 34）

その中身をみてみると、国保では、脳血管疾患の総医療費に占める割合が同規模・県等と比較して高く、後期になると、慢性腎不全の総医療費に占める割合が高くなっています。また、 国保・後期共に中長期・短期の目標疾患医療費計の割合は高い状況にあります。（図表 35）

高額レセプトについては、国保においては毎年約 1，100～1,200 件のレセプトが発生していますが、後期になると、約 1.5 倍に増えることがわかります。（図表 36）

内訳をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和 4 年度は 81 件で約 9 千万円の費用がかかっており、平成 30 年度から比べると件数は減少したものの、費用額は増加しています。また、後期においては、162 件で約1．3 億円の費用がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防については今後も注力する必要があります。（図表 37）

虚血性心疾患で高額になったレセプトをみると、60 代の件数が一番多く、件数は減少していますが、費用額は横ばいとなっています。（図表 38）

脳血管疾患や虚血性心疾患で高額になった者の経過をみると、約 5 割に過去 5 年間の健診受診歴がなく、保険者として健康状態の把握ができていませんでした。これらの実態を基に、第 3 期計画に盛り込む必要があります。

②健診・医療・介護の一体的分析

平成 30 年度と令和 4 年度における健診・医療・介護のデータの結果を各年代で一体的に分析すると、BMI25 以上の割合が、40～64 歳で 3%、65～74 歳でも 2.5%増加しており、全年齢で増えていることがわかります。（図表 40）

健診有所見の状況をみると、高血圧Ⅱ度以上の者は 40～74 歳では減少していますが、75 歳以上では増加しています。未治療・中断者については 65～74 歳では増加しており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

また、HbA1c7．0%以上やCKDについては、全年齢で割合が増加していることから、切れ目のない一体的な関りが必要です。（図表 41）

短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況をみると、高血圧、糖尿病、糖尿病＋高血圧の治療者の割合が、各年代で平成 30 年度と比較して高くなっています。また、高血圧の合併症及び糖尿病の合併症の割合も各年代で高くなっており、平成 30 年度と比較して重症化している実態がみえます。（図表 42）

中長期目標の疾患をみると、平成 30 年度と比較して、心不全、腎不全では全年代割合が高くなっています。特に、若い世代の脳血管疾患や腎不全については、しっかりと原因を分析し、保健事業に反映させていく必要があります。（図表 43）

また、生活習慣病により骨質が低下し骨折しやすくなることがわかっており、令和４年度と比較すると高血圧と糖尿病との重なりがある骨折患者は増加しています。筋・骨格系疾患での医療費は総医療費の約8％を占めることから、医療費適正化の視点からも対策が必要だと言えます。（図表44）

（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、中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全）に共通した高血圧、糖尿病等の重なりがあります。高血圧や糖尿病等の医療機関への早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。特に、脳血管疾患においては高額レセプトも増えており、医療費の増加もみられることから、予防可能な疾患である脳・心・腎を守るための活動に注力していく必要があります。

また、全世代で肥満者が増えており、特に若い世代への予防活動の充実が必要ですが、40 代、50 代の健診受診率はまだまだ低いため、第３期においても健診未受診者対策は、被保険者の健康実態を把握し、早期に予防活動を行うためにも大変重要だと考えます。

そのための具体的な取組方法については、第３章及び第４章に記載します。

3） 目標の設定

（1）データヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。また、第３期の評価指標については、全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 45）を設定しています。

（2）中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患が増えており、入院の医療費割合も高い状況が続いています。特に、本市では、脳血管疾患や糖尿病性腎症者の割合が増加しており、脳血管疾患の医療費についても課題が見られます。しかし、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びの抑制を目標とし、地域差指数の減少が望ましいと考えます。

そのため、人工透析の原因となる疾患（糖尿病性腎症等）及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患、また、医療費が高額になる虚血性心疾患について、新規の患者数・割合を維持・減少させることを目標とします。

（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します。

特に若い世代からの肥満が課題であることから、40～50代の健診受診率の向上及び特定保健指導の充実による、短期目標疾患の発症予防に努めます（特定健診・特定保健指導の具体的な取組については、第３章に記載）。

また、中長期目標疾患の発症予防のためには、短期目標疾患における適切な医療機関受診と疾病管理が重要です。未治療者や治療中断者等、重症化するリスクの高い対象者について把握し、医療機関への受診勧奨や必要な保健指導、栄養指導を行います。特に、糖尿病やメタボリックシンドロームについては、薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法や運動療法を併用して行うことが効果的であるため、日本人の食事摂取基準（2020 年版）の基本的な考え方を基に、減量（適正体重の維持）と併せて血圧・血糖・脂質の検査結果の改善を目標とします。

図表 45　第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

		達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標値	R11 数値目標	実績 初期値 R6（R4）	実績 中間評価 R8（R7）	実績 最終評価 R11（R9）	データの把握方法（活用データ年度）
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	新規脳梗塞患者数	減少（割合の維持・減少）	122	136			データヘルス支援システム
			新規脳出血患者数	減少（割合の維持・減少）	30	33			
			新規虚血性心疾患患者数	減少（割合の維持・減少）	203	226			
			年間新規透析導入患者数	減少・発症させない	6	7			
			糖尿病性腎症による新規透析導入患者数	減少・発症させない	1	2			
			脳血管疾患の医療費に占める割合	維持・減少	全国値以下	2.72			
	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	内臓脂肪症候群該当者の割合	減少	17%	22.2%			特定健診等データ管理システム
			内臓脂肪症候群予備群の割合	減少	8%	10.9%			
			血圧Ⅱ度以上者（160/100以上）の割合	減少	8.4%	9.3%			ラボツール
			40代のHbA1c6.5%以上者の割合	減少	5%	5.5%			
			50代のHbA1c6.5%以上者の割合	減少	7.7%	8.6%			
			★HbA1c 8.0%以上者の割合	減少	1.2%	1.3%			
			LDL180以上者の割合	減少	2%	2.3%			
			健診受診者の糖尿病の未治療者（治療中断者を含む）の割合	減少	23%	25.2%			データヘルス支援システム
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率	60%以上	60%	41.4%			法定報告値
			40代の健診実施（受診）率	49%以上	49%	31.3%			
			50代の健診実施（受診）率	51%以上	51%	33.0%			
			★特定保健指導実施率	75%以上	75%	72.3%			
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	増加	25%	17.3%			
			内臓脂肪症候群該当者の減少率	増加	25%	15.6%			

第3章　特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第 4 期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 対象者及び目標値

図表 46　特定健診受診率・特定保健指導実施率

		R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
特定健診受診率		45%	48%	51%	54%	57%	60%以上
	40代の健診受診率	34%	37%	40%	43%	46%	49%以上
	50代の健診受診率	36%	39%	42%	45%	48%	51%以上
特定保健指導実施率		74%	75%以上	75%以上	75%以上	75%以上	75%以上

※国の目標値　特定健診受診率 60%以上、特定保健指導実施率 60%以上

図表 47　特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
特定健診	対象者数	9,300	9,000	8,800	8,550	8,300	8,050
	受診者数	4,200	4,300	4,500	4,600	4,750	4,850
特定保健指導	対象者数	530	540	570	580	600	610
	指導者数	390	410	430	440	450	460

3. 特定健診・特定保健指導の実施

1）特定健診の実施

（1）実施方法

健診については、特定健診実施医療機関に委託します。

① 集団健診（宇城市保健福祉センターほか）

② 個別健診・人間ドック（委託医療機関）

（2）特定健診委託基準

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

（3）健診実施機関リスト

個別健診実施機関については、対象者へ送付するとともに本市のホームページに掲載します。

（参照）URL：https://www.city.uki.kumamoto.jp/

（4）特定健診実施項目

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

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

図表 48　特定健診検査項目

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

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

（5）実施時期

① 集団健診（宇城市保健福祉センターほか）･･･4～5月、9月

② 個別健診・人間ドック（委託医療機関）…5月～3月末

（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個別健診の受診勧奨を行えるよう、医療機関へ十分な説明を実施していきます。

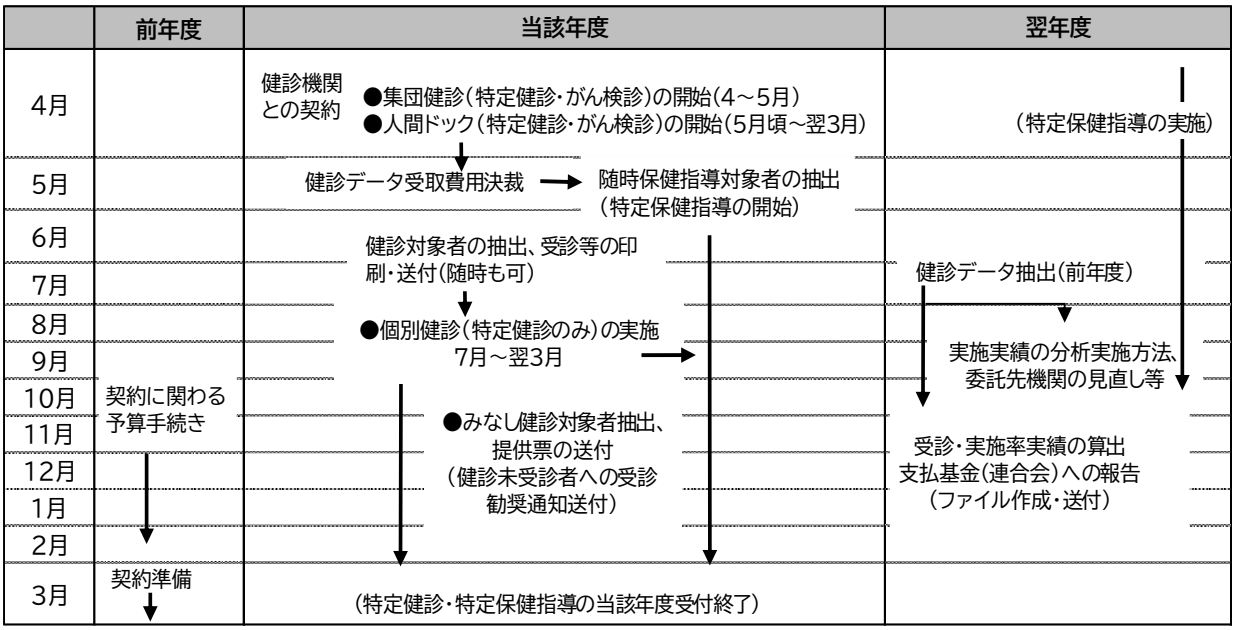
また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用（みなし健診）できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

(7)健診実施スケジュール

特定健診の実施スケジュールは次のとおりです。(図表 49)

また、実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。

図表 49 特定健診実施スケジュール



2)特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、業者委託と保険者の直接実施の形態で行います。

また、特定保健指導委託業者とは、定期的に進捗状況等について確認を行うとともに、フォローが必要なケースの連携等、効率的な事業の実施に努めます。

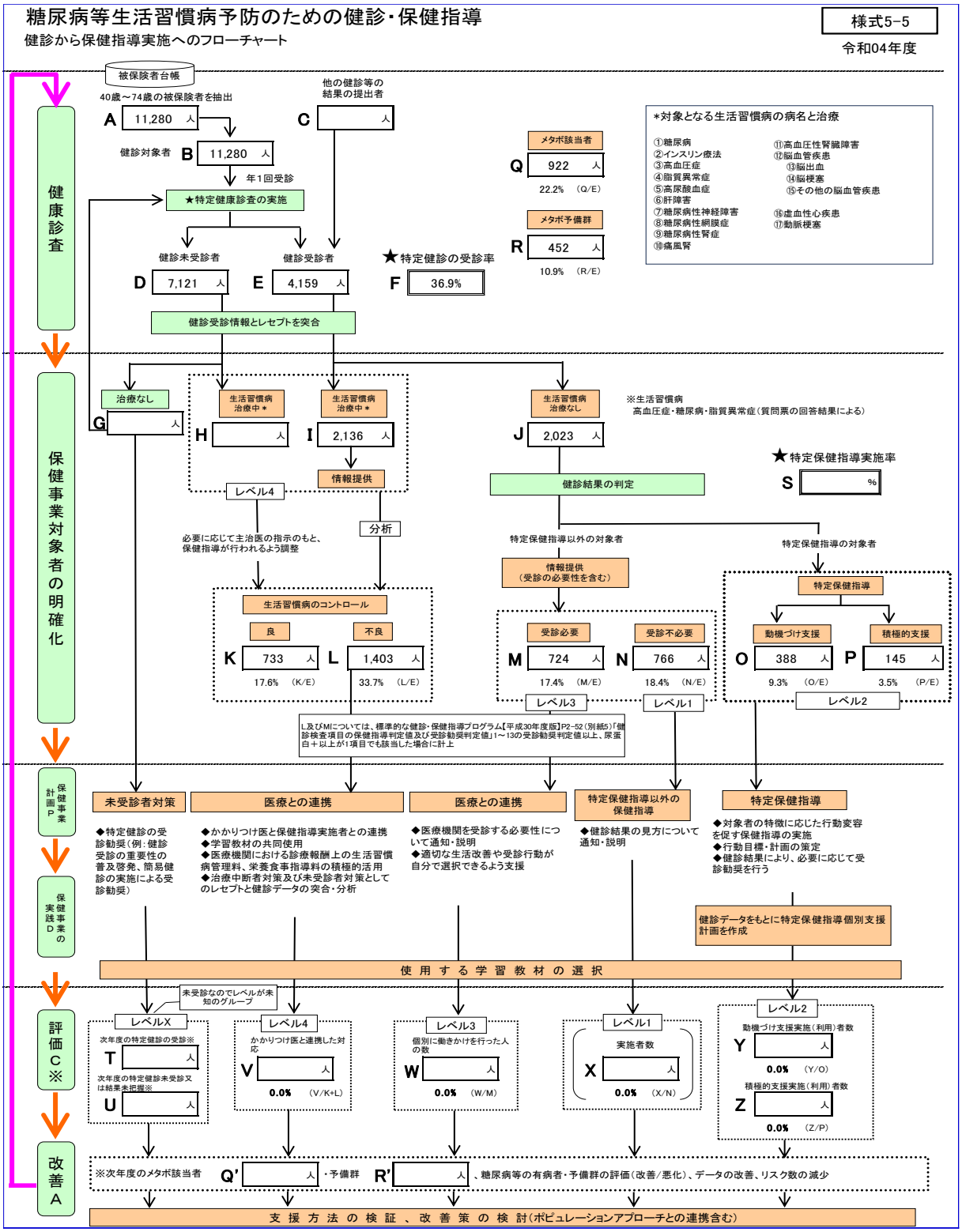
○第4期(2024年以降)における変更点　　特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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2㎝・体重2㎏減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1㎝・体重1㎏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・実践評価を行います。

図表 50 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



※健診受診者のデータについては、年度末年齢75歳及び法定報告除外者を含む。

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 51　要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	R6年度対象者数見込（受診者の〇%）	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	530人 （12.6%）	75%以上
2	M	情報提供 （受診必要）	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	730人 （17.4%）	HbA1c6.5%以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	5,100人 （未受診率55%）	40%以下
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	770人 （18.3%）	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	2,170人 （51.7%）	100%

※優先順位 1（特定保健指導）

・特定保健指導対象者の中で、重症化予防に該当する者については、その後のフォローや医療機関との連携を踏まえ、委託ではなく市の専門職が関わることとする。

・将来の臓器障害を防ぐためにも、特に 40 代、50 代の若い世代の対象者の実施率を上げる。

・特定保健指導のポイント（回数）にこだわらず、対象に応じた支援を実施し、改善率の向上に努める。

※優先順位 3（健診未受診者）

・特に 40 代、50 代の健診受診率向上に向けた未受診者対策に努める。

・過去の健診で重症化予防対象者に該当した者（糖尿病管理台帳記載者等）について、状況確認も兼ねた未受診者の訪問を行う。

・20～30 代の健診受診者へは、できる限り丁寧な健診結果の説明に努め、1 年に 1 回の健診受診の習慣化を目指す。

（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

進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成します。

図表 52　健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎特定健康診査の開始 ◎個別健康診査実施の依頼	◎対象者の抽出	◎集団健診（後期高齢者健診、生活習慣病健診、がん検診）
5月		◎保健指導の開始	
6月			◎代行機関(国保連合会）を通じて費用決済の開始
7月	◎未受診者へ受診勧奨（受診券付）		
8月		◎利用券の登録（随時）	
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了 ◎集団健診（後期高齢者健診、生活習慣病健診、がん検診）
10月			
11月	◎未受診者へ受診勧奨（個別・みなし健診）		
12月			
1月			◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報（次年度） ◎次年度の健診申込書送付
2月			
3月	◎次年度個別健康診査実施調査 ◎健診の終了		

4. 進捗管理及び留意事項

1）進捗管理の方法

特定健康診査等実施計画については、データヘルス計画とともに市ホームページへ掲載し、公表・周知します。

実績については、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（各年度、国保連合会から連絡がある期限）までにとりまとめて報告します。

2）個人情報の保護及び記録の管理

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宇城市個人情報保護法施行条例を踏まえた対応を行います。また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

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

第４章　課題解決するための個別保健事業

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施に当たっては、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、特定健診結果を基に、発症及び重症化予防の取り組みについて、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを組み合わせて実施します。

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

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

また、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、自分自身の生活や将来設計にも支障を及ぼしてしまうことや、高額な医療費や介護費用がかかることで、社会全体に及ぼす影響等を、広く住民へ周知していくことで、住民が自らの健康管理の大切さや、予防可能な生活習慣病の発症予防に関心を向けることができるように努めます。

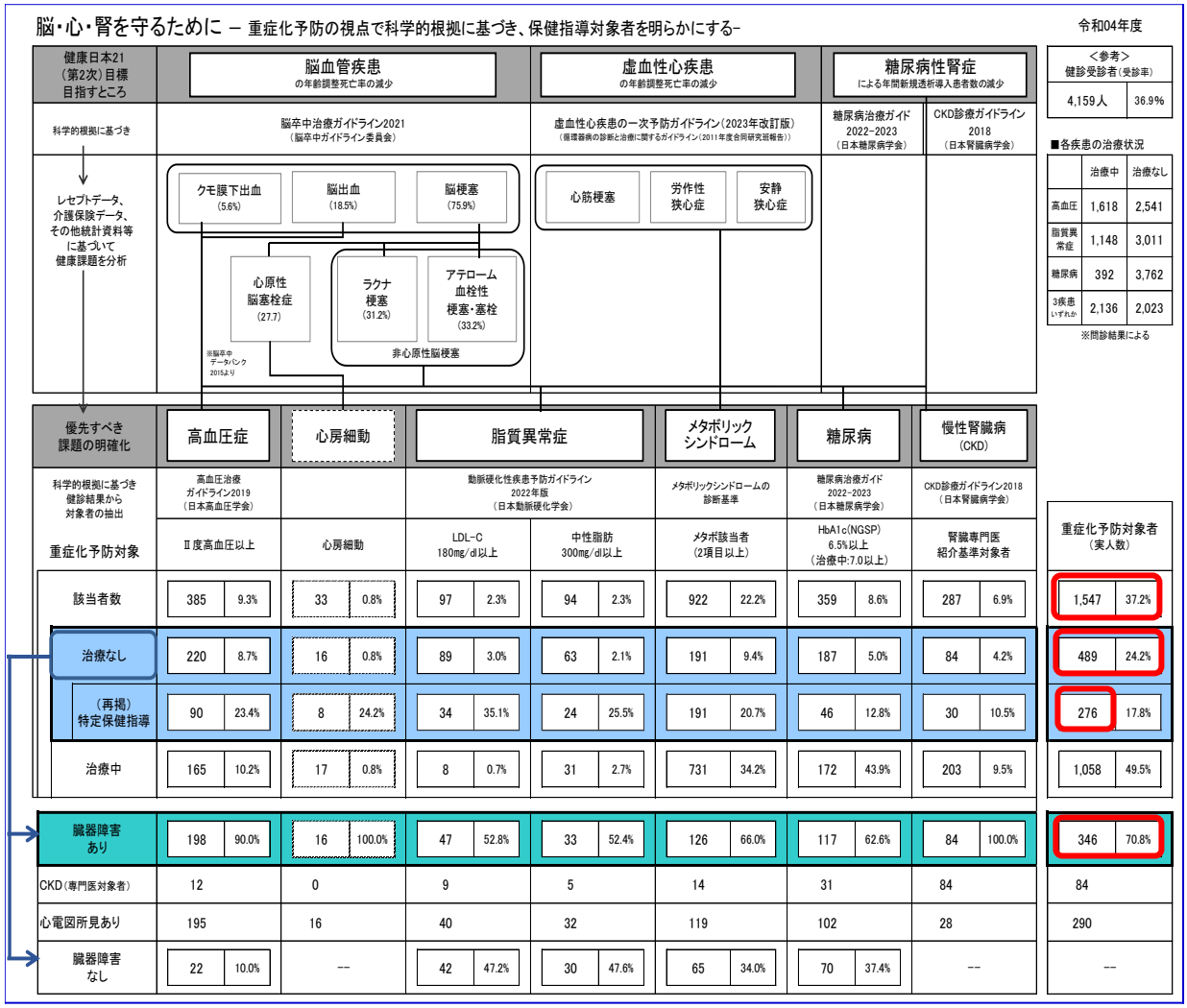
生活習慣病は自覚症状がないため、まずは特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努め、健診と保健指導により、多くの住民に現在の自分の身体の状況を把握していただく必要があります。その実施については、第３章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

2. 重症化予防の取組

本市の脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、令和４年度の特定健診受診者 4,159 人（健診受診率 41.4%）のうち、1,547 人（37.2%）です。治療なし者（高血圧・糖尿病・脂質異常症の 3 疾患で内服がないと問診で答えた者）は 489 人（24.2%）で、そのうち、特定保健指導対象者が 276 人と、治療なし者の約半数に当たります。このことから、特定保健指導に注力することは重症化予防にもつながり、効率的であるといえます。

さらに、治療なし者の 70.8%に当たる 346 人は、すでに臓器障害があり、直ちに取り組むべき対象者であることや、血圧Ⅱ度以上者・HbA1c6.5%以上者の半数以上は治療なし者に当たることから、医療機関への定期的な受診に繋げるための保健指導が重要といえます。（図表53）

図表 53 脳・心・腎を守るために



※健診受診者のデータについては、年度末年齢75歳及び法定報告除外者を含む。

出典：ヘルサポートラボツール

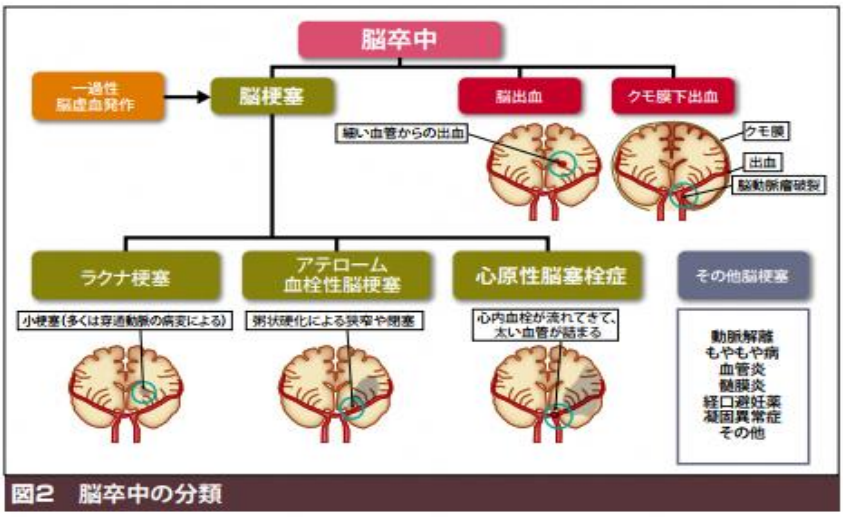
1）脳血管疾患予防

（1）基本的な考え方

脳血管疾患予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。（図表 54）

図表 54　脳卒中の分類、脳血管疾患とリスク因子

【脳卒中の分類】



（脳卒中予防の提言より引用）

【脳血管疾患とリスク因子】

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

（2） 脳血管疾患の状況

①脳血管疾患発症の実態をみる

本市の脳血管疾患の種類をみてみると、国保、後期において脳梗塞の割合が最も多い状況です。市町村平均との割合比較においては、国保・後期ともに脳内出血の割合が高い状況がみえます。（図 55）

脳梗塞の種類をみてみると、国保では、ラクナ梗塞の割合が高い状況ですが、心原性脳塞栓症を市町村平均の割合と比較すると約 2 倍高い状況です。後期においても心原性脳塞栓症の割合が市町村平均を上回っており、心原性脳塞栓症の発症において課題がみえます。（図 56）

図表 55 脳血管疾患の実態（令和 4 年度）

国保		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	402,744	2,512	0.62%	639	0.16%	163	0.04%
宇城市	14,976	94	0.63%	28	0.19%	4	0.03%

後期		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	284,602	8,874	3.12%	1,333	0.47%	270	0.09%
宇城市	10,459	317	3.03%	66	0.63%	8	0.08%

出典：保険者データヘルス支援システム

図表 56 脳梗塞の実態（令和 4 年度）

国保		脳梗塞人数		ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳塞栓		心原性脳梗塞	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	402,744	2,513	0.62%	737	29.3%	363	14.4%	279	11.1%
宇城市	14,976	94	0.6%	27	28.7%	12	12.8%	20	21.3%

後期		脳梗塞人数		ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳塞栓		心原性脳梗塞	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	284,602	8,874	3.1%	2,407	27.1%	1,103	12.4%	1,502	16.9%
宇城市	10,459	317	3.0%	60	18.9%	38	12.0%	76	24.0%

介護	脳梗塞人数	ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳塞栓		心原性脳梗塞	
	人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	21,139	5,524	26.1%	2,227	10.5%	2,543	12.0%
宇城市	625	137	21.9%	67	10.7%	107	17.1%

出典：保険者データヘルス支援システム

②重症化予防対象者の実態をみる

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。また、心原性脳塞栓症の原因となる心房細動の発症においても、高血圧はリスクとなります。図表 57でみると、高血圧治療者5,395 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 483 人(9.0%)(O)です。

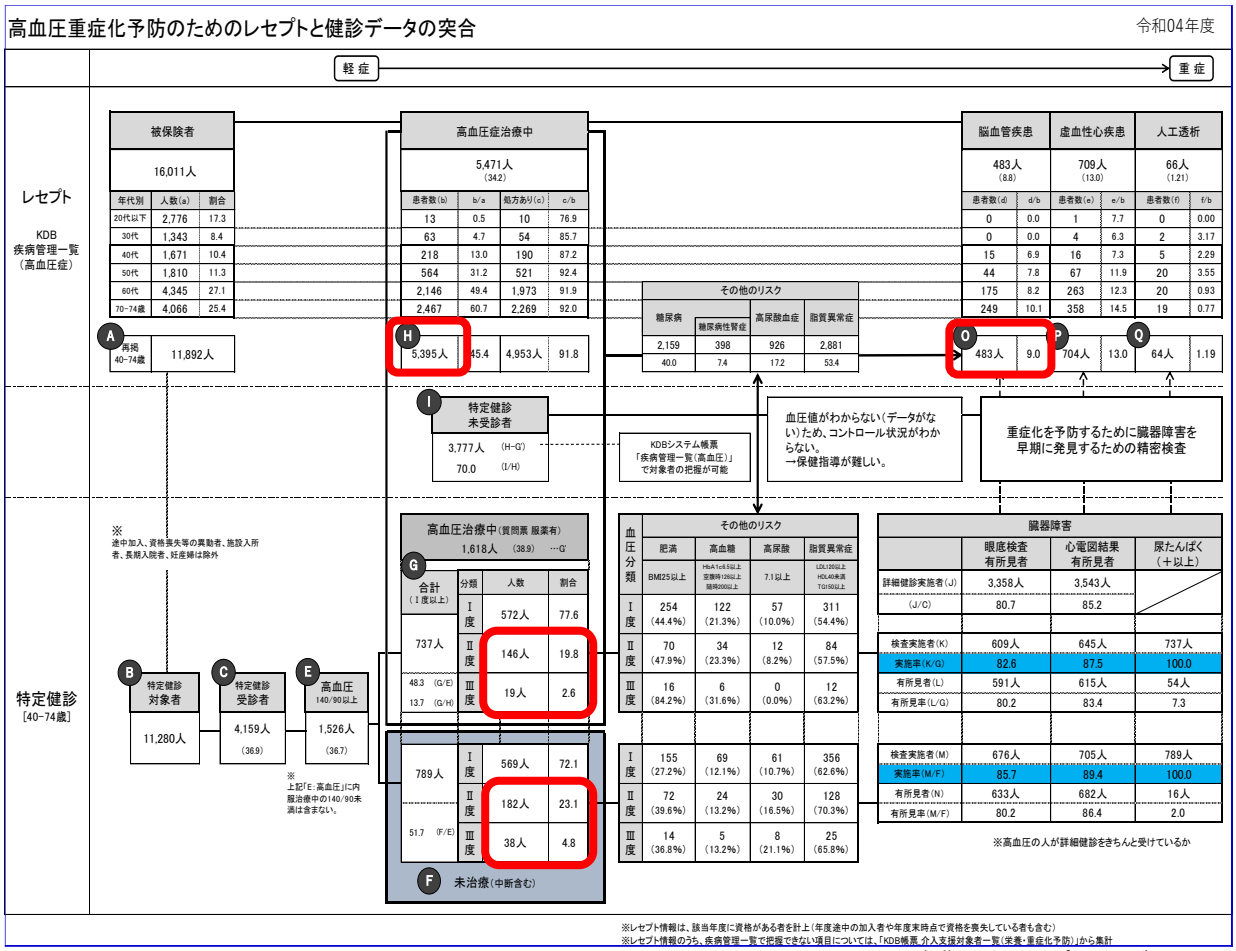
健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 383 人(9.2%)であり、そのうち 220 人(57.4%)は未治療者です。

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

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上の者が 165 人(22.4%)いることがわかりました。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ってきます。

本市では、臓器障害を早期に発見するための眼底検査や心電図検査(詳細検査)の実施は80%以上と高い状況ですが、その結果をその後の対象者抽出や保健指導に十分に生かせていない状況にあります。特に若い世代で脳血管疾患の発症や医療費割合が高くなっていることからも、健診結果におけるハイリスク者については、重点的に取り組んでいく必要があると考えます。

図表 57 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



※健診受診者のデータについては、年度末年齢75歳及び法定報告除外者を含む。

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者の把握

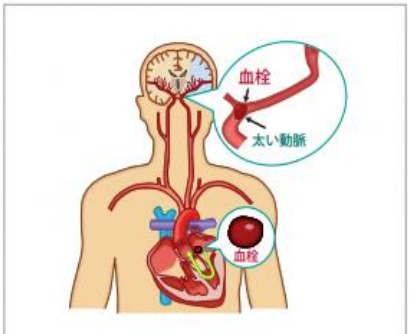


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

（脳卒中予防の提言より引用）

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

図表 58は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況です。

図表 58 心房細動有所見状況（令和4年度）

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査（※1）	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	1,948	2,211	1,672	85.8%	1,871	84.6%	28	1.7%	5	0.3%	--	--
40代	218	180	200	91.7%	157	87.2%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	235	229	204	86.8%	197	86.0%	2	1.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	716	934	602	84.1%	788	84.4%	11	1.8%	1	0.1%	1.9%	0.4%
70～74歳	779	868	666	85.5%	729	84.0%	15	2.3%	4	0.5%	3.4%	1.1%

※1 日本循環器学会疫学調査（2006年）による心房細動有病率
日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は、70～79歳

出典：ヘルスサポートラボツール

令和 4 年度健診における心電図検査において、33 人に心房細動の所見がありました。特に男性に多く、全て 50 歳以上でした。その発生率は、50 代以外は、日循疫学調査の割合よりも低い状況ですが、心原性脳塞栓症の発症割合が多い本市としては、心房細動有所見者の未治療者については、速やかに医療機関受診に繋げるとともに、治療中者についても、治療中断が引き起こすリスクについて十分な説明を行い、治療や内服の中断を防ぐ必要があります。

また、心房細動等の不整脈の早期発見のために、自己検脈の周知についても行っていきます。

本市では、約 85%の健診受診者に心電図検査を実施していますが、第 3 期計画においても、心電図検査の全数実施に努め、心電図検査結果で把握できるハイリスク者について、確実に必要な受診勧奨や保健指導を実施していきます。

（3）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ます。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

第２期計画では、保健指導の対象者をⅡ度高血圧以上者としていましたが、図表５９のとおり、リスク第 3 層に該当する高値血圧者やⅠ度高血圧者などは高リスク者に当たるため、より脳心疾患リスクの高い対象者に保健指導を実施できるよう、対象者の見直しを行っていきます。

図表 59　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決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類（mmHg） / リスク層（血圧以外のリスク因子）		高値血圧 130～139 /80～89	Ⅰ度高血圧 140～159 /90～99	Ⅱ度高血圧 160～179 /100～109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上
	1,415	626	569	182	38
		44.2%	40.2%	12.9%	2.7%
リスク第1層 予後影響因子がない	83	C 42	B 31	B 8	A 2
	5.9%	6.7%	5.4%	4.4%	5.3%
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	816	C 353	B 332	A 110	A 21
	57.7%	56.4%	58.3%	60.4%	55.3%
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	516	B 231	A 206	A 64	A 15
	36.5%	36.9%	36.2%	35.2%	39.5%

…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	418
		29.5%
B	概ね1ヵ月後に再評価	602
		42.5%
C	概ね3ヵ月後に再評価	395
		27.9%

※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

（4）　保健指導の実施

①実施期間及びスケジュール

４月　対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定

５月～特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施（通年）

②受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施に当たっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

③対象者の管理

ア)高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、脳心血管リスク層別化の高リスク者の未治療者・治療中断者を対象に、血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況等の経過を確認し、受診勧奨を行います。

イ)心房細動者の管理

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

（5） 医療との連携

脳血管疾患発症予防のためには、血圧をはじめとするリスク因子のコントロールが重要となります。すでに医療機関に受診中であっても、健診結果においてコントロールが不十分な方については、健診結果（経年表）やその他の連携ツール（糖尿病連携手帳、血圧記録手帳等）等を基に、対象者本人を介して医療機関と連携することとします。

また、コントロール状況に課題が大きい方や治療中断が心配される方については、医療機関との連携を図る等、対象者の状況に応じた連携を行っていきます。

（6） 評価

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標について年に１回評価します。

アウトプット評価やプロセス評価については年度内（２ 月頃）に実施し、課題を整理し次年度計画へ反映します。また、アウトカム評価については、年度内は暫定値で評価し、最終的にはデータが揃う次年度に確認します。

また、保健指導を実施した対象者の評価については、次年度の健診結果で行います。

2)糖尿病性腎症重症化予防

(1) 基本的な考え方

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

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

(2) 人工透析の状況

①人工透析者の実態をみる

図表 60 人工透析患者の実態

国保	平成30年度			令和2年度			令和4年度		
	被保険者数	透析患者数		被保険者数	透析患者数		被保険者数	透析患者数	
市町村計	451,989	2,455	0.54%	423,336	2,361	0.56%	402,744	2,232	0.55%
宇城市	16,691	86	0.52%	15,705	73	0.46%	14,976	72	0.48%

後期	平成30年度			令和2年度			令和4年度		
	被保険者数	透析患者数		被保険者数	透析患者数		被保険者数	透析患者数	
市町村計	279,004	3,592	1.29%	282,718	3,587	1.27%	284,602	3,675	1.29%
宇城市	10,489	156	1.49%	10,522	156	1.48%	10,459	157	1.50%

出典:保険者データヘルス支援システム

図表 61 新規人工透析患者の実態

国保	平成30年度				令和2年度				令和4年度			
	新規透析患者数		糖尿病性腎症		新規透析患者数		糖尿病性腎症		新規透析患者数		糖尿病性腎症	
市町村計	189	0.04%	104	55.0%	195	0.05%	97	49.7%	152	0.04%	90	59.2%
宇城市	8	0.05%	6	75.0%	9	0.06%	3	33.3%	5	0.03%	1	20%

後期	平成30年度				令和2年度				令和4年度			
	新規透析患者数		糖尿病性腎症		新規透析患者数		糖尿病性腎症		新規透析患者数		糖尿病性腎症	
市町村計	257	0.09%	87	33.9%	249	0.09%	86	34.5%	226	0.08%	81	35.8%
宇城市	8	0.08%	3	37.5%	14	0.13%	8	57.1%	13	0.12%	8	61.5%

出典:保険者データヘルス支援システム

本市における人工透析の実態をみると、国保の透析者割合は市町村平均より低く、後期高齢者になると市町村平均を上回っており、医療費に占める割合も大きくなっていることが課題です。また、後期高齢者の透析予防は、国保世代からの予防活動が大変重要となります。(図表 60)

国保における新規透析者の状況をみると、市町村平均よりも低い状況にあり、年度で差はあるものの、糖尿病性腎症の割合も減少しています。また、後期になると新規透析患者数の割合は増加しており、透析導入年齢が高くなってきていることが伺えます。(図表 61)

しかしながら、HbA1c6.5%以上者は増加している現状もあることから、本市においても、熊本県版プログラムに基づき、糖尿病性腎症重症化予防への取組を進めていきます。

(3)対象者の明確化と優先順位

①対象者の選定基準

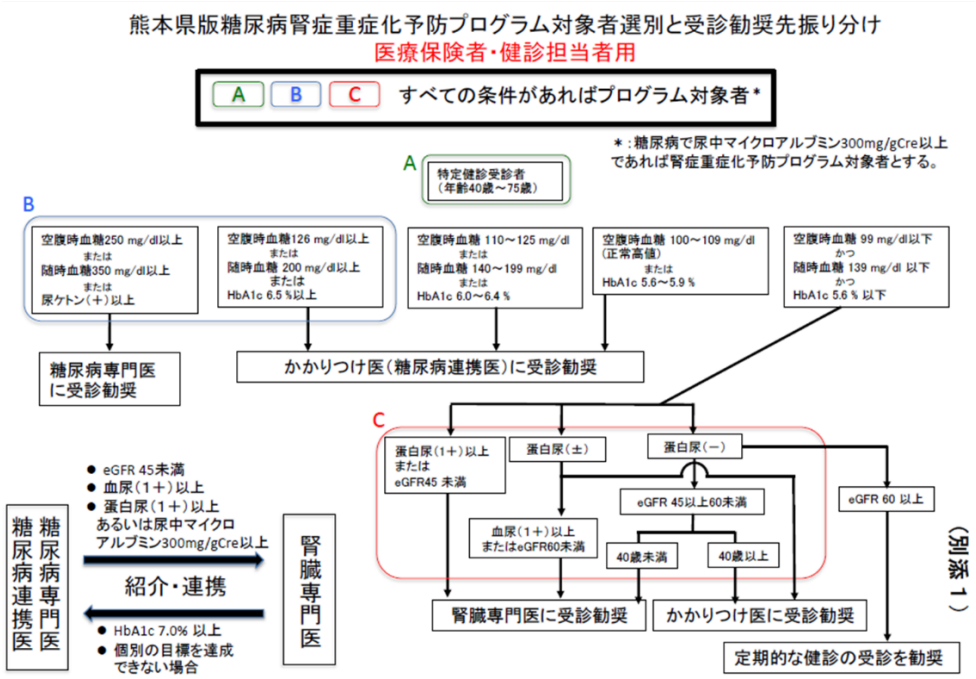
対象者の選定基準に当たっては、熊本県版プログラムを参考に、宇城市糖尿病腎症重症化プログラムを作成し、以下の者を対象とします(図表62　熊本県版糖尿病腎症重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け参照)。

ア)健診を受診した者のうち医療機関未受診者

イ)糖尿病治療中断者

ウ)重症化するリスクの高い者

健診データ、本人・医療機関からの情報提供により、糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成できていない者や、尿アルブミン、尿たんぱく、eGFR 等により腎症と診断された者及び腎症が疑われる者。



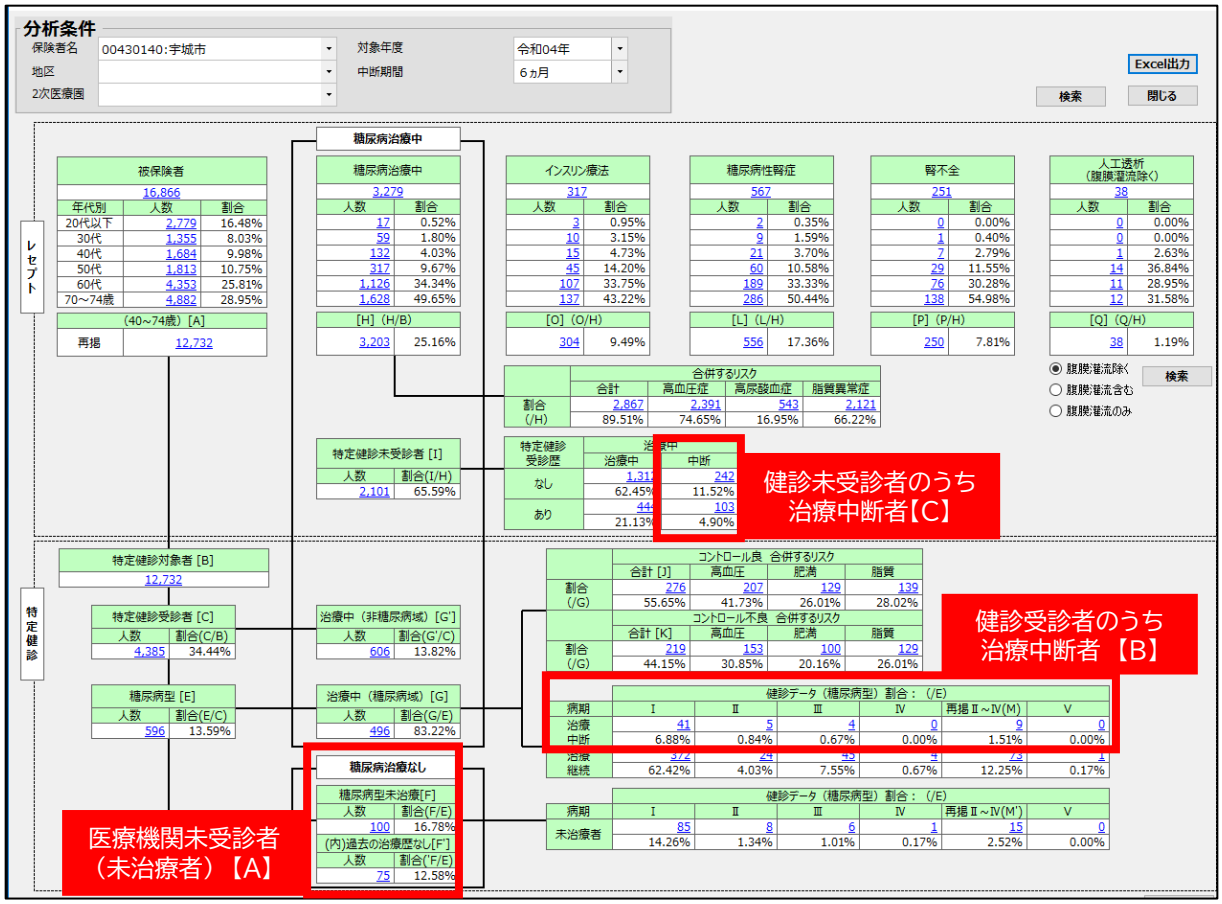
図表 62　熊本県版糖尿病重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け

②選定基準に基づく該当者の把握

ア)対象者の抽出

対象者の抽出については、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し、把握及び抽出を行います(「KDB システム」、「保険者データヘルス支援システム」、「ラボツール」)。

図表 63 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(令和4年度)



出典:保険者データヘルス支援システム

イ)介入方法と優先順位

優先順位 1 健診を受診した者のうち医療機関未受診者(未治療者)・・・【A】

【受診勧奨】

・訪問、面談等による受診勧奨を実施する。

優先順位 2 糖尿病治療中断者・・・【B】・【C】

【保健指導】

・健診受診者については、健診結果を基に保健指導を実施し治療再開に繋げる。

・健診未受診者については、過去の健診受診歴がある者を優先して訪問等を行う。

・治療中断となる対象者等、地域でフォローが必要な対象者について医療機関との情報共有を行い、連携した保健指導を実施する。

優先順位３ 糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者

・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者（糖尿病管理台帳で把握）

【保健指導】

・健診受診者については、健診結果を基に保健指導を実施し、健診受診者自らが血糖値やその他のリスク因子の数値が悪化している要因に気づき、数値の改善に繋がるよう保健指導に努める。

・過去に受診歴がある糖尿病管理台帳登録者に訪問し、現在の状況を確認し、必要な保健指導を行う。

・地域でフォローが必要な対象者について医療機関との情報共有を行い、連携した保健指導を実施する。

（4） 保健指導の実施

①実施期間及びスケジュール

４月　対象者の選定基準、概数試算、介入方法、実施方法の決定

５月～特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施（通年）

②糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。

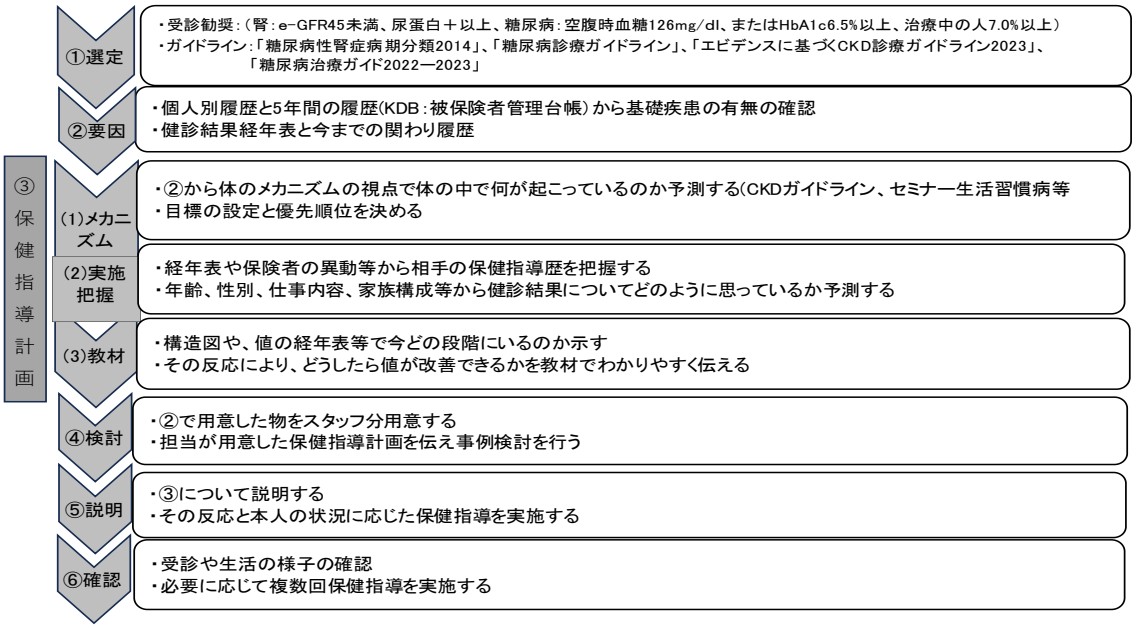
また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。本市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を行います。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用します。

③二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期を逃す恐れがあります。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（±）者へは、定量検査を継続して実施します。

また、HbA1c6.0～6.4％の未治療者へ 75g糖負荷試験及び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します。

図表 64　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



（5） 医療との連携

①医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、健診結果経年表や糖尿病連携手帳、CKD 精密検査紹介様式（熊本県版）等を使用します。糖尿病連携手帳を持っていない方には、その後の自己管理に繋げることができるよう、手帳の使い方等について、丁寧な説明を行います。

②治療中の者への対応

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

（6） 評価

評価を行うに当たっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。

短期的評価については、熊本県版プログラムのアウトカム評価指標に加え、データヘルス計画の評価について、年 1 回行うものとします。その際は KDB システムや保険者データヘルス支援システム等の情報を活用します。

また、中長期的評価については、図表65　糖尿病性腎症重症化予防の取組評価も行います。

【短期的評価（熊本県版プログラムアウトカム評価）】

① 糖尿病性腎症病期分類ステージの維持・改善・悪化の数
② 新規人工透析導入患者数（糖尿病性腎症患者数）の推移
③ 人工透析に係る医療費の推移
④ 医療機関未受診者の割合
⑤ 治療中断者（糖尿病及び糖尿病性腎症）の割合

図表 65 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目				突合表	宇城市										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	16,346人		15,673人		15,237人		15,145人		14,600人			
	②		（再掲）40-74歳		12,291人		11,929人		11,700人		11,649人		11,332人			
2	①	特定健診	対象者数	B	10,931人		10,678人		10,601人		10,392人		9,865人			
	②		受診者数	C	4,484人		4,534人		3,809人		3,969人		4,159人			
	③		受診率		41.0%		42.5%		35.9%		38.2%		42.2%			
3	①	特定保健指導	対象者数		577人		562人		494人		475人		516人			
	②		実施率		66.9%		70.1%		56.9%		72.0%		58.3%			
4	①	健診データ	糖尿病型	E	627人	14.0%	658人	14.5%	541人	14.2%	578人	14.6%	627人	15.1%		
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	238人	38.0%	263人	40.0%	174人	32.2%	226人	39.1%	234人	37.3%		
	③		治療中（質問票 服薬あり）	G	389人	62.0%	395人	60.0%	367人	67.8%	352人	60.9%	393人	62.7%		
	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	230人	59.1%	244人	61.8%	180人	49.0%	198人	56.3%	216人	55.0%		
	⑤		血圧 130/80以上	J	165人	71.7%	161人	66.0%	127人	70.6%	150人	75.8%	157人	72.7%		
	⑥		肥満 BMI25以上	J	106人	46.1%	112人	45.9%	82人	45.6%	90人	45.5%	94人	43.5%		
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	159人	40.9%	151人	38.2%	187人	51.0%	154人	43.8%	177人	45.0%		
	⑧		第1期 尿蛋白（－）	M	516人	82.3%	551人	83.7%	451人	83.4%	483人	83.6%	527人	84.1%		
	⑨		第2期 尿蛋白（±）	M	47人	7.5%	36人	5.5%	42人	7.8%	36人	6.2%	40人	6.4%		
	⑩		第3期 尿蛋白（＋）以上	M	50人	8.0%	53人	8.1%	42人	7.8%	55人	9.5%	54人	8.6%		
	⑪		第4期 eGFR30未満	M	6人	1.0%	5人	0.8%	6人	1.1%	3人	0.5%	6人	1.0%		
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保数千対）		129.3人		129.1人		123.4人		135.0人		135.6人			
	②		（再掲）40-74歳（被保数千対）		169.2人		166.7人		158.3人		172.7人		171.5人			
	③		レセプト件数（40-74歳）（ ）内は被保数千対 入院外（件数）		11,214件	(946.8)	10,827件	(935.0)	10,824件	(937.5)	11,331件	(1002.8)	10,992件	(1017.7)	2,480,774件	(911.6)
	④		入院（件数）		104件	(8.8)	102件	(8.8)	70件	(6.1)	62件	(5.5)	59件	(5.5)	10,514件	(3.9)
	⑤		糖尿病治療中	H	2,114人	12.9%	2,024人	12.9%	1,881人	12.3%	2,044人	13.5%	1,980人	13.6%		
	⑥		（再掲）40-74歳	H	2,080人	16.9%	1,989人	16.7%	1,852人	15.8%	2,012人	17.3%	1,943人	17.1%		
	⑦		健診未受診者	I	1,691人	81.3%	1,600人	80.4%	1,485人	80.2%	1,660人	82.5%	1,550人	79.8%		
	⑧		インスリン治療	O	164人	7.8%	151人	7.5%	131人	7.0%	160人	7.8%	150人	7.6%		
	⑨		（再掲）40-74歳	O	156人	7.5%	144人	7.2%	126人	6.8%	152人	7.6%	143人	7.4%		
	⑩		糖尿病性腎症	L	219人	10.4%	241人	11.9%	218人	11.6%	270人	13.2%	289人	14.6%		
	⑪		（再掲）40-74歳	L	216人	10.4%	237人	11.9%	215人	11.6%	267人	13.3%	285人	14.7%		
	⑫		慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		34人	1.6%	28人	1.4%	30人	1.6%	30人	1.5%	29人	1.5%		
	⑬		（再掲）40-74歳		34人	1.6%	28人	1.4%	30人	1.6%	30人	1.5%	29人	1.5%		
	⑭		新規透析患者数		8	0.05%	5	0.03%	9	0.06%	3	0.02%	5	0.03		
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症		6	75%	2	40%	3	33.3%	2	66.7%	1	20%		
	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）		68人	2.5%	68人	2.4%	65人	2.4%	68人	2.4%	67人	2.3%		
6	①	医療費	総医療費		57億0155万円		58億3649万円		59億2892万円		58億0514万円		55億5735万円		49億6985万円	
	②		生活習慣病総医療費		29億1226万円		29億9659万円		29億7387万円		30億3515万円		28億7521万円		27億2453万円	
	③		（総医療費に占める割合）		51.1%		51.3%		50.2%		52.3%		51.7%		54.8%	
	④		生活習慣病対象者一人あたり 健診受診者		9,054円		11,669円		9,150円		8,870円		4,040円		5,580円	
	⑤		生活習慣病対象者一人あたり 健診未受診者		34,185円		34,462円		31,545円		34,252円		38,852円		38,833円	
	⑥		糖尿病医療費		3億2803万円		3億2720万円		3億3535万円		3億2834万円		3億2055万円		2億9525万円	
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）		11.3%		10.9%		11.3%		10.8%		11.1%		10.8%	
	⑧		糖尿病入院外総医療費		10億7281万円		9億8119万円		9億2976万円		10億1436万円		10億7822万円			
	⑨		1件あたり		39,873円		37,486円		34,249円		37,682円		41,418円			
	⑩		糖尿病入院総医療費		5億7435万円		6億0608万円		6億8144万円		6億5701万円		5億5880万円			
	⑪		1件あたり		615,596円		658,787円		616,134円		587,140円		599,568円			
	⑫		在院日数		18日		17日		18日		18日		17日			
	⑬		慢性腎不全医療費		2億7248万円		2億9371万円		3億0281万円		3億2548万円		3億1142万円		2億2796万円	
	⑭		透析有り		2億5538万円		2億7668万円		2億8873万円		3億1127万円		2億9570万円		2億1317万円	
	⑮		透析なし		1711万円		1703万円		1408万円		1421万円		1572万円		1479万円	
7	①	介護	介護給付費		59億2422万円		58億5090万円		57億8227万円		59億0874万円		59億6842万円		55億2002万円	
	②		（2号認定者）糖尿病合併症		7件	22.6%	7件	22.6%	7件	21.2%	5件	17.2%	6件	20.7%		
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）		9人	1.1%	6人	0.8%	12人	1.4%	5人	0.6%	7人	0.8%	3,829人	1.1%

※健診受診者のデータについては、年度末年齢75歳及び法定報告除外者を含む。

出典：ヘルスサポートラボツール

3)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内臓脂肪の蓄積を共通因子として、代謝性危険因子である血糖高値、脂質異常、血圧高値を呈する病態であり、重複数が多いほど、虚血性心疾患等の心血管疾患や脳梗塞等の脳血管疾患の発症リスクが高くなることがわかっています。

メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することです。また、メタボリックシンドロームを呈する多くの人々はインスリン抵抗性をもち、2 型糖尿病の発症リスクも高く、このようにして発症した糖尿病は特に心血管疾患の基盤としての認識が必要です。【参考:「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」 標準的な健診・保健指導プログラム(令和 6 年度版)】

(2)肥満・メタボリックシンドロームの状況

①本市の肥満・メタボリックシンドロームの実態

本市における健診受診者のうち肥満者(BMI25 以上者)の割合は、第 2 章の 3 で分析したとおり、市町村平均と比較しても高い状況にあります。特に 40～64 歳においては平成 30 年度と令和 4 年度で比較すると 2.9%増加しており、若い世代で肥満が進んでいる状況がみえます。

また、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合は、図表の 66 のとおり、平成27年度と令和3年度を比較すると7. 1%伸びており、令和 3 年度では市町村平均よりも割合が高くなってきていることが分かります。

図表 67 をみると、男性では 60-70 代のメタボリックシンドローム該当者が健診受診者の35%を超えており、女性では 60 代・70 代で10%程度でした。また、男女ともに、血圧+脂質異常の組み合わせが多く、男性は 40-50 代、女性は 60-70 代で多いことが分かります。

図表 68 をみると、男性の 50-70代のメタボリックシンドローム該当者の73%以上、女性は全年代で 76%以上が高血圧、脂質異常、糖尿病のいずれかの疾患で治療中の状況にあります。

図表 66 メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合の経年変化

	H27		H29		R1		R3	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	31,552	27.9%	31,732	29.3%	34,555	31.8%	33,326	33.1%
宇城市	1,206	26.7%	1,168	27.0%	1,328	30.0%	1,308	33.8%

出典:特定健診法定報告値(国保中央会)

図表 67　年代別メタボリックシンドローム該当者の状況（令和4年度）

			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	1,948	218	235	716	779	2,211	180	229	934	868
メタボリックシンドローム該当者		B	684	64	68	270	282	238	10	11	102	115
		B/A	35.1%	29.4%	28.9%	37.7%	36.2%	10.8%	5.6%	4.8%	10.9%	13.2%
再掲	①3項目全て	C	218	15	20	96	87	80	4	5	33	38
		C/B	31.9%	23.4%	29.4%	35.6%	30.9%	33.6%	40.0%	45.5%	32.4%	33.0%
	②血糖＋血圧	D	145	9	7	60	69	34	1	1	17	15
		D/B	21.2%	14.1%	10.3%	22.2%	24.5%	14.3%	10.0%	9.1%	16.7%	13.0%
	③血圧＋脂質	E	294	39	37	102	116	119	2	5	52	60
		E/B	43.0%	60.9%	54.4%	37.8%	41.1%	50.0%	20.0%	45.5%	51.0%	52.2%
	④血糖＋脂質	F	27	1	4	12	10	5	3	0	0	2
		F/B	3.9%	1.6%	5.9%	4.4%	3.5%	2.1%	30.0%	0.0%	0.0%	1.7%

※健診受診者のデータについては、年度末年齢75歳及び法定報告除外者を含む。

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 68　メタボリックシンドローム該当者の治療状況（令和4年度）

	男性							女性						
	受診者	メタボリックシンドローム該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボリックシンドローム該当者		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	1,948	684	35.1%	525	76.8%	159	23.2%	2,211	238	10.8%	206	86.6%	32	13.4%
40代	218	64	29.4%	26	40.6%	38	59.4%	180	10	5.6%	8	80.0%	2	20.0%
50代	235	68	28.9%	50	73.5%	18	26.5%	229	11	4.8%	11	100.0%	0	0.0%
60代	716	270	37.7%	214	79.3%	56	20.7%	934	102	10.9%	78	76.5%	24	23.5%
70～74歳	779	282	36.2%	235	83.3%	47	16.7%	868	115	13.2%	109	94.8%	6	5.2%

※健診受診者のデータについては、年度末年齢75歳及び法定報告除外者を含む。

出典：ヘルスサポートラボツール

②保健指導対象者の優先順位

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、優先順位をつけます。

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とされています。そのため、肥満 3 度、4 度の者については、可能であれば専門医療機関受診を勧めることで対応します。（図表69）

保健指導対象者については、図表 67 のとおり、メタボリックシンドローム該当者は男性が多くを占めること、若い男性に心血管病が多いことを踏まえ、若い世代の男性を最優先の対象者とすることとします。

図表 69　肥満度分類で対象者をみる

		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		1,379	2,780	457	777	353	688	70	79	26	9	8	1
				33.1%	27.9%	25.6%	24.7%	5.1%	2.8%	1.9%	0.3%	0.6%	0.0%
再掲	男性	673	1,275	286	407	223	375	44	28	16	4	3	0
				42.5%	31.9%	33.1%	29.4%	6.5%	2.2%	2.4%	0.3%	0.4%	0.0%
	女性	706	1,505	171	370	130	313	26	51	10	5	5	1
				24.2%	24.6%	18.4%	20.8%	3.7%	3.4%	1.4%	0.3%	0.7%	0.1%

※健診受診者のデータについては、年度末年齢75歳及び法定報告除外者を含む。

出典：ヘルスサポートラボツール

（3）対象者の明確化

①対象者の選定基準の考え方

ア）特定保健指導対象者

腹囲	追加リスク ①血糖　②血圧　③脂質	喫煙	対象者 40-64 歳	対象者 65-74 歳
85cm以上（男性） 90cm以上（女性）	2つ以上該当		積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
		なし		
上記以外で BMI25以上	3つ該当		積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
		なし		
	1つ該当			

上記に該当し、①～③の疾患の未治療の者。

特定保健指導対象者の保健指導については、第 3 章　特定健康診査等実施計画のとおり実施します。また、メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。

イ）特定保健指導以外の対象者

治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導（食事指導）を行います。

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（図表 68）は、男女とも7割以上が治療中となっていますが、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ります。

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ため、治療中であってもメタボリックシンドローム該当者への介入が必要です。

②対象者の管理

特定保健指導対象者及び他の重症化予防対象者の管理と同様とします。

（4）保健指導の実施

①実施期間及びスケジュール

4 月　対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施（通年）

②脳科学を活用した保健指導

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ます。

③二次健診の実施

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 年から労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。

本市においても対象者の早期介入を目的として二次健診の実施しており、まとめて実施している検査を対象者に合わせて選択できるよう検討します。

動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

ア）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）

イ）微量アルブミン検査（尿で腎臓の状態を見る検査）

ウ）75g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

メタボリックシンドローム重症化予防のためには、減量（適正体重の維持）に加え、血圧、血糖、脂質等リスク因子のコントロールが重要となります。

メタボリックシンドローム該当者については、特定保健指導対象者や他の重症化予防対象者と重複すると考えられるため、他の事業と同様の対応とします。

（6） 評価

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標について年に 1 回評価します。

個々の評価については、特定保健指導対象者や他の重症化予防対象者と重複すると考えられるため、他の事業の中で実施していきます。

4)虚血性心疾患予防

(1) 基本的な考え方

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

(2) 虚血性心疾患の状況

第 2 章での分析結果のとおり、虚血性心疾患での医療費・新規患者数・高額になったレセプトは減少しています。虚血性心疾患の受療率としては市町村平均よりも低いものの、介護認定者における虚血性心疾患の保有率は、40-64 歳で高くなっています。

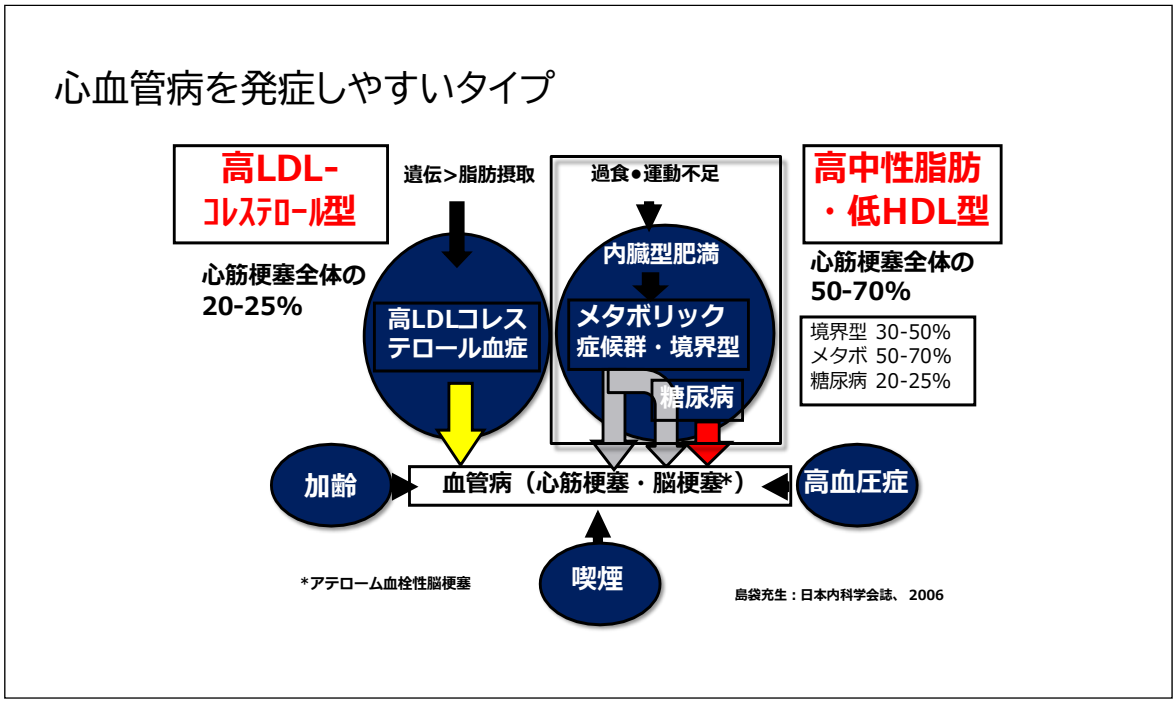
これらのことからも、虚血性心疾患のリスク因子を持つ者の把握と、発症予防に向けた保健指導を実施していく必要があります。

(3)対象者の明確化と優先順位

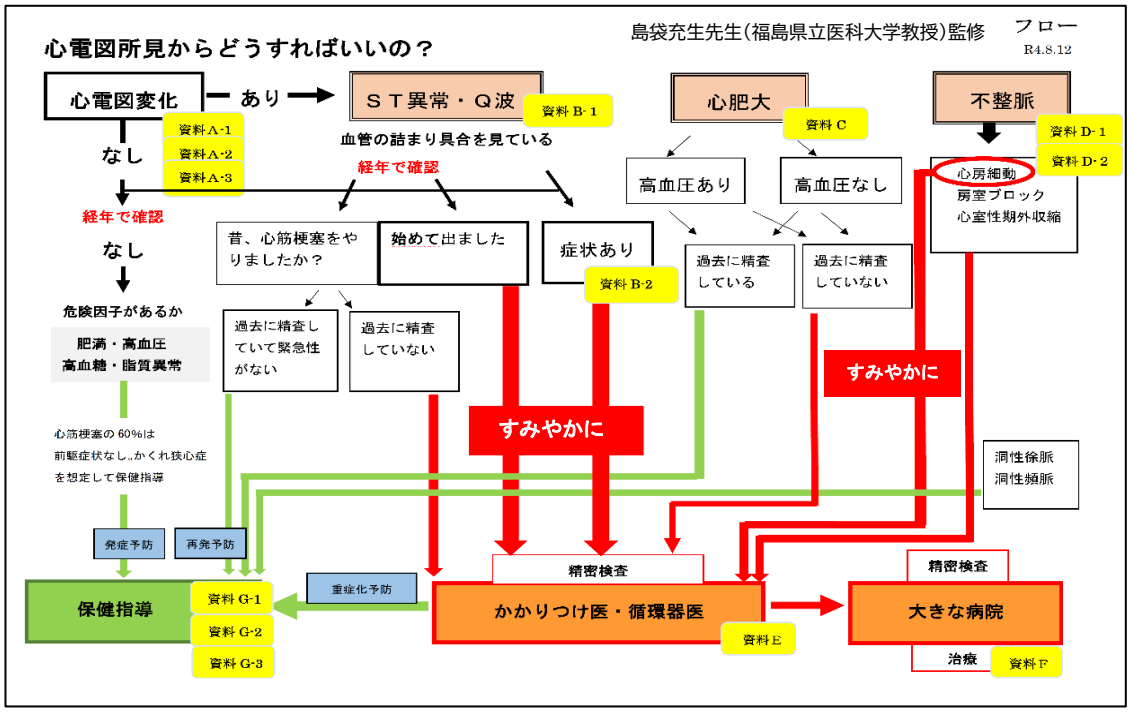
①対象者選定基準の考え方

虚血性心疾患予防の対象者は、メタボリックシンドローム又は LDL-Cに関連することからタイプ別に把握します。(図表 70) また、心電図所見からのフロー図を活用します。(図表 71)

図表 70 心血管病を発症しやすいタイプ



図表 71　心電図所見からのフロー図



②重症化予防対象者の抽出

ア)高 LDL-C 者

心筋梗塞全体の 20～25%を占める高 LDL-C 者については、これまで LDL-C180 以上の未治療者へ受診勧奨を実施してきました。第3期においても、図表 72　を参考に、LDL-C180 以上の者へ優先的に関わり、確実な医療機関受診や服薬による管理に繋がるよう、効果的な保健指導の実施を目指します。

イ)メタボリックシンドローム該当者

第 4 章　2. 重症化予防の取組「3. メタボリックシンドローム重症化予防」を参照

ウ)心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患予防においても重要な検査の 1 つです。心電図検査において、所見のあった場合は、図表 71 フロー図に基づき適切な受診勧奨や保健指導を実施します。

本市においては、心電図検査を 4,142 人(85.2%)に実施し、そのうち有所見者が 883 人(21.3%)でした。有所見率は男性が高く、心肥大や不整脈の割合が高い状況でした。ST 変化や期外収縮については女性の有所見率が高くなっていました。(図表 73)。これまでは、心電図検査結果からの対象者としては心房細動の有所見者のみとしていたため、その他の異常所見についても、図表 71 フロー図を基に必要な方への受診勧奨や保健指導を実施します。

図表 72　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
			1,667	822	532	224	89	36	47	133	97
				49.3%	31.9%	13.4%	5.3%	11.5%	15.0%	42.5%	31.0%
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）	249	140	68	28	13	22	19	0	0
			14.9%	17.0%	12.8%	12.5%	14.6%	61.1%	40.4%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満（170未満）	679	330	220	93	36	7	16	70	36
			40.7%	40.1%	41.4%	41.5%	40.4%	19.4%	34.0%	52.6%	37.1%
	高リスク	120未満（150未満）	660	305	223	93	39	5	12	60	55
			39.6%	37.1%	41.9%	41.5%	43.8%	13.9%	25.5%	45.1%	56.7%
		再掲 100未満（130未満）※1	54	21	26	3	4	0	0	4	3
			3.2%	2.6%	4.9%	1.3%	4.5%	0.0%	0.0%	3.0%	3.1%
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）	79	47	21	10	1	2	0	3	6
			4.7%	5.7%	3.9%	4.5%	1.1%	5.6%	0.0%	2.3%	6.2%

出典：ヘルスサポートラボツール

※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。

図表 73　心電図検査結果　（令和４年度）

所見 / 性別・年齢		心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		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		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合 C/B	人数D	割合 D/B	人数E	割合 E/B	人数F	割合 F/B	人数G	割合 G/B	人数H	割合 H/B	人数I	割合 I/B	人数J	割合 J/B
40～74歳		4,142	85.2%	883	21.3%	94	10.6%	118	13.3%	69	7.8%	132	14.9%	20	2.3%	171	19.3%	33	3.7%	146	16.5%
内訳	男性	1,938	85.9%	485	25.0%	55	11.3%	47	9.7%	43	8.8%	90	18.5%	16	3.3%	122	25.1%	28	5.7%	76	15.6%
内訳	女性	2,204	84.7%	398	18.1%	39	9.8%	71	17.8%	26	6.5%	42	10.5%	4	1.0%	49	12.3%	5	1.3%	70	17.5%

（4） 保健指導の実施

①実施期間及びスケジュール

４月　対象者の選定基準、概数試算、介入方法、実施方法の決定

５月～特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施（通年）

②受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施に当たっては、対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

③重症化予防対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者への継続的な医療受診ができるよう、支援していきます。

（5） 医療との連携

虚血性心疾患発症予防のためには、LDL-C やメタボリックシンドロームをはじめとするリスク因子のコントロールが重要となります。すでに医療機関へ受診中であっても、健診結果においてコントロールが不十分な者については、健診結果（経年表）やその他の連携ツール（糖尿病連携手帳、血圧記録手帳等）等を基に、対象者本人を介して医療機関と連携することとします。また、コントロール状況に課題がある者や治療中断が心配される者については、医療機関と連携を図る等、対象者の状況に応じた連携を行っていきます。

（6） 評価

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標について年に１回評価します。

アウトプット評価やプロセス評価については年度内（２ 月頃）に実施し、課題を整理し次年度計画へ反映します。また、アウトカム評価については、年度内は暫定値で評価し、最終的にはデータが揃う次年度に確認します。

また、保健指導を実施した対象者の評価については、次年度の健診結果で行います。

3. 発症予防

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

生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児期における生活習慣病対策（食習慣・運動習慣の確立）が重要であり、特に、小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

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、ライフサイクルの視点で妊娠期からの保健事業についても、生活習慣病予防の視点を加え実施していく必要があると考えます。

特に、妊娠期や乳幼児健診で把握できる情報を基に、ハイリスク者台帳を作成し、経過が確認できるようなフォロー体制の構築を行っていきます。

本市の生活習慣病の医療機関受診者は 40～64 歳で被保険者の 35.1%であり、40 代ですでに臓器障害を起こしている場合もあることから、より若い世代からの健康管理が大切であり、20 歳から受診できる生活習慣病健診を実施しています。被保険者が自身の身体の状態を毎年確認することが習慣化できるような取組の推進に努めていきます。

4. ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、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広く市民へ周知していきます。（図表 74・75）

また、生活習慣病の発症予防に向け、「さしより野菜プロジェクト」としてさしより野菜（野菜から先に食べる）、たっぷり野菜（1 日の野菜摂取目標量の350gを食べる）、減塩を推進する取り組みや「健康ポイント事業」の推進などに取り組みます。

図表 74　社会保障費健全化に向けて医療費･介護費の適正化

宇城市の社会保障費健全化に向けて　医療費･介護費の適正化　～宇城市の位置～

宇城市の実態を入れてみました

－特定健診･保健指導のメリットを活かし、健康日本21（第二次）を着実に推進－

厚生労働省　健康局
「標準的な健診･保健指導プログラム 30年度版」図1　改変

特定健診・特定保健指導の実施率の向上

❶ 一人あたり 医療費･介護費

	市 H30	市 R4	R4全国	全国差
国保	378,434円	416,922円	339,680円	77,242円
後期	899,509円	895,942円	785,785円	110,157円
介護	308,585円	293,734円	290,668円	3,066円

様式5-1

○重症化が予防できる
○医療費の伸びを抑制できる

データの分析

未受診者への受診勧奨

健康のための資源（受診の機会、治療の機会）の公平性の確保

健康格差の縮小

❷ 特定健診等の実施率(R4)

		40代	50代
特定健診※1	41.4%	31.3%	33.0%
健診も医療も未受診	19.4%		
特定保健指導※1	72.3%		

様式5-1
※1）法廷報告

○重症化が予防できる
○死亡が回避できる

❸ メタボリックシンドローム

	40-74歳	再）40代	50代
メタボ該当者	22.2%	18.6%	17.0%
再）男性	35.1%	29.4%	28.9%

様式5-3

短期目標

❹ 高血圧

140以上　35.2%　90以上　16.2%

	収縮期血圧 140以上	拡張期血圧 90以上
腹囲あり	56.9%	48.7%
腹囲なし	43.1%	51.3%

2型糖尿病

HbA1c6.5以上　11.80%

	正常 5.5以下	正常高地 5.6～5.9	境界型 6.0～6.4	糖尿病型 6.5以上
腹囲あり	71.3%	68.2%	58.3%	42.5%
腹囲なし	28.3%	31.8%	41.7%	57.5%

尿蛋白

尿蛋白+以上　3.8%

	尿蛋白 +以上
腹囲あり	44.4%
腹囲なし	55.6%

❺ 中長期目標

健診受診者のうち 脳血管疾患　3.4%

腹囲あり	47.9%
腹囲なし	52.1%

健診受診者のうち 虚血性心疾患　6.4%

		正常 5.5以下	正常高地 5.6～5.9	境界型 6.0～6.4	糖尿病型 6.5以上
	HbA1c	18.9%	32.1%	27.5%	21.5%
内訳	腹囲あり	44.0%	36.5%	52.1%	64.9%
	腹囲なし	56.0%	63.5%	47.9%	35.1%

健診受診者のうち 糖尿病性腎症　4.7%

腹囲あり	51.5%
腹囲なし	48.5%

図表 75　統計からみえる熊本県の生活習慣と食

よく購入･消費されているもの

外食等	順位（対全国比）
ハンバーガー	1位（1.4倍）
焼肉	8位（1.3倍）

食品	順位（対全国比）
合いびき肉	1位（1.7倍）
鶏肉	2位（1.3倍）
ウインナー	9位（1.1倍）

飲料	順位（対全国比）
焼酎	5位（1.3倍）
発泡酒	7位（1.3倍）
乳酸菌飲料	10位（1.1倍）

マヨネーズ	1位（1.3倍）
ケチャップ	2位（1.2倍）
ドレッシング	5位（1.1倍）

まんじゅう	5位（1.6倍）
チョコレート菓子	5位（1.2倍）
スナック菓子	10位（1.2倍）

総務省統計局　家計調査　2019～2021年平均

あまり購入･消費されていないもの

食品	順位（対全国比）
ほうれん草	53位（0.6倍）
ブロッコリー	51位（0.8倍）
葉茎菜	53位（0.8倍）

食習慣

朝食を抜くことが週に3回以上ある	
総数	12位
40～44歳男性	7位
40～44歳女性	8位

第7回NDBオープンデータ

第5章　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1. 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取り組みと、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ります。

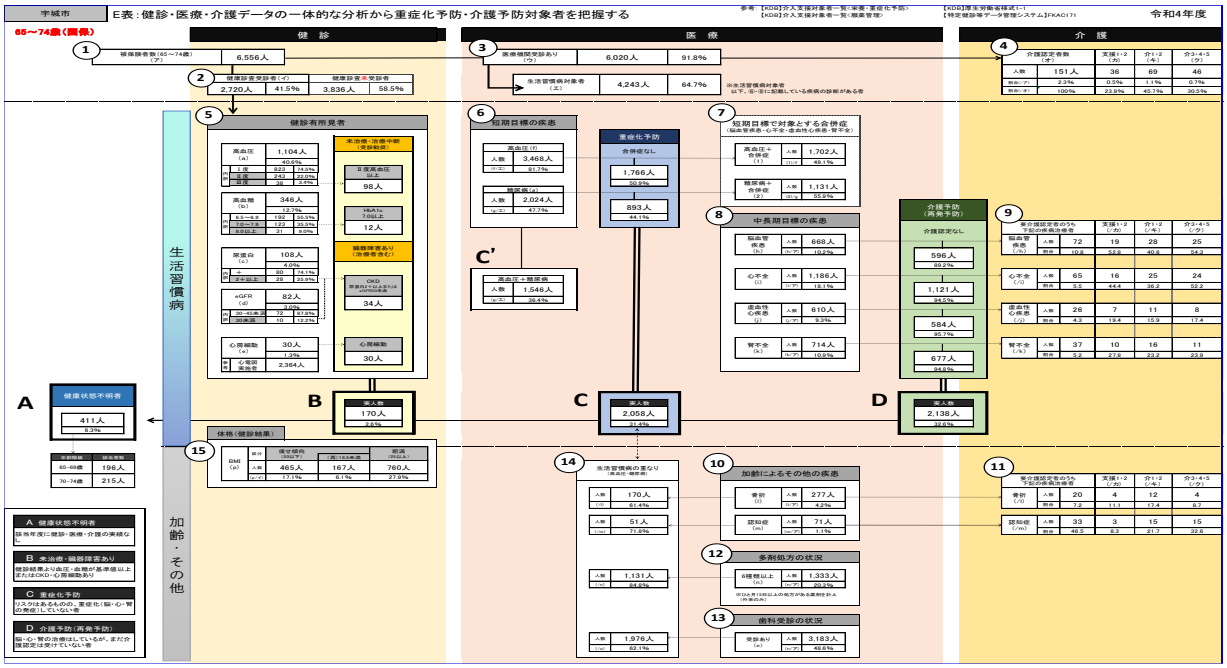
2. 事業の実施

本市は、令和 2 年度から熊本県後期高齢者医療広域連合から、事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を推進しています。令和 6 年度以降も引き続き事業を行っていきます。具体的な内容は次のとおりです。

企画・調整等を担当する医療専門職（保健師）を配置します。KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

また、地域を担当する専門職を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）を行います。75 歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳を基に、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、オーラルフレイル予防、低栄養によるフレイル予防等の健康教育や健康相談を実施していきます。（ポピュレーションアプローチ）

図表 76　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施　　出典：ヘルスサポートラボツール



第6章　計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の中間年度である令和 8 年度に、進捗確認のため中間評価をし、必要に応じて見直しを行います。また、計画の最終年度である令和 11 年度においては、次期計画の策定に向け最終評価を行います。

2. 評価方法・体制

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

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

また、中間評価や最終評価における医療費やメタボリックシンドローム該当者の減少率等の評価については、国の公表データを使用することとします。

評価は、国保担当部署及び保健指導を実施する部署において、評価担当者を予め決めておき、年間スケジュールに基づき評価を実施することとします。

※評価における 4 つの指標

ストラクチャー （保健事業実施のための体制・システムを整えているか）	・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（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）	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施した ・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）

参考資料

参考資料１　様式 5-1　国・県・同規模と比べてみた宇城市の位置

参考資料２　健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料３　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料４　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５　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６　HbA1c の年次比較

参考資料７　血圧の年次比較

参考資料８　LDL-C の年次比較

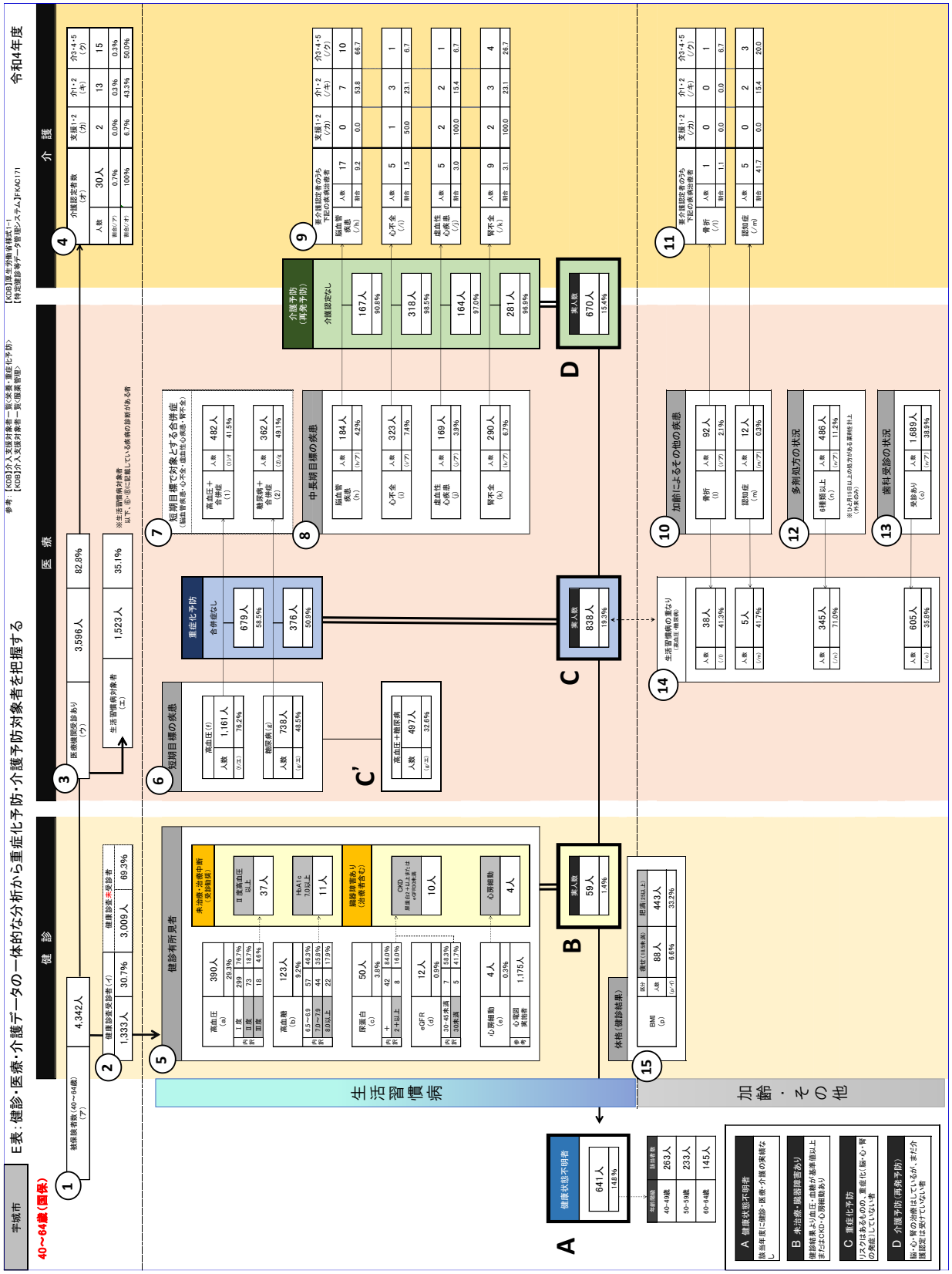
参考資料１ 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた宇城市の位置

項目					宇城市										同規模平均		熊本県		国	
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04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	実数	割合	実数	割合
1 概況	①	人口構成	総人口		59,700		59,700		59,700		59,700		56,711		16,969,503		1,713,102		123,214,261	
				65歳以上（高齢化率）	18,738	31.4	18,738	31.4	18,738	31.4	18,738	31.4	19,919	35.1	5,164,670	30.4	540,538	31.6	35,335,805	28.7
				75歳以上	10,258	17.2	10,258	17.2	10,258	17.2	10,258	17.2	10,619	18.7	---	---	282,460	16.5	18,248,742	14.8
				65～74歳	8,480	14.2	8,480	14.2	8,480	14.2	8,480	14.2	9,300	16.4	---	---	258,078	15.1	17,087,063	13.9
				40～64歳	19,262	32.3	19,262	32.3	19,262	32.3	19,262	32.3	17,460	30.8	---	---	543,167	31.7	41,545,893	33.7
				39歳以下	21,700	36.3	21,700	36.3	21,700	36.3	21,700	36.3	19,332	34.1	---	---	629,397	36.7	46,332,563	37.6
	②	産業構成	第1次産業		16.2		16.2		16.2		16.2		16.2		5.6		9.8		4.0	
			第2次産業		22.0		22.0		22.0		22.0		22.0		28.6		21.1		25.0	
			第3次産業		61.7		61.7		61.7		61.7		61.7		65.8		69.1		71.0	
	③	平均寿命	男性		80.4		80.4		80.4		80.4		80.4		80.7		81.2		80.8	
			女性		87.2		87.2		87.2		87.2		87.2		87.0		87.5		87.0	
	④	平均自立期間（要介護2以上）	男性		78.7		79.3		80.3		80.8		80.8		80.1		80.4		80.1	
			女性		83.6		83.3		83.3		83.8		84.3		84.4		85.0		84.4	
2 死亡	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	97.8		97.8		97.8		95.4		95.4		100.3		94.9		100.0	
				女性	94.2		94.2		94.2		96.2		96.2		101.2		94.5		100.0	
			死因	がん	195	40.8	203	47.2	205	49.6	202	47.6	210	49.9	53,892	49.4	5,349	48.2	378,272	50.6
				心臓病	140	29.3	125	29.1	116	28.1	126	29.7	119	28.3	30,362	27.8	3,242	29.2	205,485	27.5
				脳疾患	91	19.0	72	16.7	55	13.3	63	14.9	57	13.5	16,001	14.7	1,547	13.9	102,900	13.8
				糖尿病	12	2.5	5	1.2	7	1.7	9	2.1	6	1.4	2,063	1.9	202	1.8	13,896	1.9
				腎不全	22	4.6	17	4.0	19	4.6	18	4.2	20	4.8	3,958	3.6	476	4.3	26,946	3.6
				自殺	18	3.8	8	1.9	11	2.7	6	1.4	9	2.1	2,854	2.6	282	2.5	20,171	2.7
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計		63	7.7	60	7.7	56	7.1	57	6.9	50	5.2			1,730	7.1	129,016	8.2
				男性	43	11.2	42	11.3	32	8.6	38	9.8	30	7.6			1,124	9.6	84,891	10.6
				女性	20	4.6	18	4.4	24	5.8	19	4.3	17	3.3			606	4.8	44,125	5.7
3 介護	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		3,364	17.7	3,348	18.1	3,336	17.9	3,338	17.8	3,294	16.7	932,725	18.1	108,069	20.2	6,724,030	19.4
			新規認定者		68	0.2	45	0.2	42	0.2	44	0.2	50	0.2	15,476	0.3	1,261	0.3	110,289	0.3
			介護度別総件数	要支援1.2	7,040	8.6	7,370	8.8	7,469	9.0	7,891	9.4	9,607	11.5	2,980,586	13.3	380,309	14.2	21,785,044	12.9
				要介護1.2	42,404	52.0	44,235	53.1	43,465	52.4	42,686	51.0	40,599	48.6	10,399,684	46.4	1,309,567	49.0	78,107,378	46.3
				要介護3以上	32,125	39.4	31,742	38.1	32,092	38.7	33,108	39.6	33,307	39.9	9,019,896	40.3	984,793	36.8	68,963,503	40.8
			2号認定者		64	0.3	65	0.3	58	0.3	57	0.3	62	0.4	20,148	0.4	1,879	0.3	156,107	0.4
	②	有病状況	糖尿病		795	22.7	826	24.1	820	23.6	830	24.2	858	24.3	237,003	24.2	25,945	23.1	1,712,613	24.3
			高血圧症		2,021	59.0	2,041	59.6	2,032	58.0	2,018	59.2	2,061	59.3	523,600	53.8	65,761	58.7	3,744,672	53.3
			脂質異常症		1,118	32.2	1,147	32.8	1,129	32.5	1,172	34.0	1,224	34.8	312,282	31.8	37,156	32.8	2,308,216	32.6
			心臓病		2,351	68.1	2,341	68.8	2,327	67.0	2,329	67.9	2,349	68.1	590,733	60.8	73,556	65.7	4,224,628	60.3
			脳疾患		875	25.2	854	24.9	815	24.1	816	24.2	820	23.8	221,742	23.1	25,387	22.8	1,568,292	22.6
			がん		375	10.9	402	11.6	426	12.0	434	12.5	421	12.6	111,991	11.3	13,445	12.0	837,410	11.8
			筋・骨格		2,206	63.7	2,169	63.9	2,133	62.1	2,118	62.0	2,132	62.1	516,731	53.1	66,287	59.2	3,748,372	53.4
			精神		1,567	45.4	1,639	47.1	1,626	47.1	1,632	47.6	1,610	47.2	358,088	37.0	45,259	40.5	2,569,149	36.8
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		308,585	5,782,272,623	315,335	5,908,740,395	318,520	5,968,420,587	316,161	5,924,216,471	293,734	5,850,895,778	274,536		310,858		290,668	
			1件当たり給付費（全体）		70,888		70,893		71,886		70,792		70,060		63,298		62,823		59,662	
			居宅サービス		48,088		48,525		49,422		49,053		48,176		41,822		42,088		41,272	
			施設サービス		288,802		295,129		299,205		298,846		300,389		292,502		303,857		296,364	
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	8,912		9,129		9,296		9,394		9,713		8,654		9,463		8,610	
				認定なし	4,362		4,464		4,506		4,520		4,472		4,013		4,221		4,020	
4 医療	①	国保の状況	被保険者数		15,667		15,166		15,113		14,597		13,999		3,472,300		383,407		27,488,882	
				65～74歳	6,675	42.6	6,654	43.9	6,837	45.2	6,790	46.5	6,447	46.1	---	---	174,230	45.4	11,129,271	40.5
				40～64歳	5,169	33.0	4,926	32.5	4,708	31.2	4,509	30.9	4,354	31.1	---	---	118,490	30.9	9,088,015	33.1
				39歳以下	3,823	24.4	3,586	23.6	3,568	23.6	3,298	22.6	3,198	22.8	---	---	90,687	23.7	7,271,596	26.5
			加入率		26.2		25.4		25.3		24.5		24.7		20.5		22.4		22.3	
	②	医療の概況（人口千対）	病院数		8	0.5	8	0.5	8	0.5	8	0.5	8	0.6	1.146	0.3	208	0.5	8.237	0.3
			診療所数		44	2.8	44	2.9	44	2.9	43	2.9	43	3.1	12.471	3.6	1.473	3.8	102.599	3.7
			病床数		1,224	78.1	1,224	80.7	1,224	81.0	1,224	83.9	1,224	87.4	206,222	59.4	32,745	85.4	1,507,471	54.8
			医師数		123	7.9	123	8.1	130	8.6	130	8.9	132	9.4	34,837	10.0	5,415	14.1	339,611	12.4
			外来患者数		749.3		748.6		706.9		747.3		771.0		719.9		768.9		687.8	
			入院患者数		27.0		26.7		24.2		25.2		26.1		19.6		26.2		17.7	
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		378,434	県内19位 同規模32位	382,774	県内26位 同規模40位	367,720	県内31位 同規模48位	390,597	県内29位 同規模43位	416,922	県内21位 同規模27位	366,294		407,772		339,680	
			受診率		776.2		775.294		731.079		772.479		797.017		739.503		795.102		705.439	
			外来	費用の割合	53.0		54.3		55.6		55.6		53.9		59.5		54.5		60.4	
				件数の割合	96.5		96.6		96.7		96.7		96.7		97.3		96.7		97.5	
			入院	費用の割合	47.0		45.7		44.4		44.4		46.1		40.5		45.5		39.6	
				件数の割合	3.5		3.4		3.3		3.3		3.3		2.7		3.3		2.5	
			1件あたり在院日数		17.3日		17.5日		17.7日		17.2日		17.2日		16.3日		18.1日		15.7日	
	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	がん		704,125,880	23.7	810,753,470	26.7	793,599,040	27.6	866,934,470	29.8	908,630,510	30.3	32.0		27.3		32.2	
			慢性腎不全（透析あり）		288,731,330	9.7	311,271,080	10.3	295,695,970	10.3	255,375,380	8.8	276,684,650	9.2	7.8		10.7		8.2	
			糖尿病		335,352,070	11.3	328,339,200	10.8	320,548,550	11.1	328,028,880	11.3	327,197,010	10.9	10.9		10.9		10.4	
			高血圧症		224,037,760	7.5	205,300,910	6.8	197,116,130	6.9	199,448,490	6.8	186,275,340	6.2	6.2		6.0		5.9	
			脂質異常症		152,234,640	5.1	143,520,850	4.7	125,756,810	4.4	120,074,960	4.1	108,575,950	3.6	4.0		3.3		4.1	
			脳梗塞・脳出血		150,683,890	5.1	143,785,030	4.7	141,921,570	4.9	105,919,150	3.6	158,694,960	5.3	3.9		3.6		3.9	
			狭心症・心筋梗塞		81,097,010	2.8	74,358,510	2.4	73,892,810	2.6	62,340,130	2.2	66,441,480	2.3	2.7		2.0		2.8	
			精神		527,677,230	17.7	493,823,460	16.3	435,907,910	15.2	464,316,530	15.9	461,621,170	15.4	15.1		18.6		14.7	
			筋・骨格		480,260,180	16.1	495,283,190	16.3	462,182,880	16.1	479,243,840	16.5	467,807,760	15.6	16.4		16.6		16.7	
	⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	513	0.3	406	0.2	450	0.3	472	0.3	255	0.1	299	0.2	435	0.2	256	0.2
				糖尿病	3,027	1.7	3,223	1.8	1,588	1.0	1,547	0.9	1,879	1.0	1,297	0.9	2,168	1.2	1,144	0.9
				脂質異常症	232	0.1	191	0.1	201	0.1	249	0.1	283	0.1	61	0.0	117	0.1	53	0.0
				脳梗塞・脳出血	9,056	5.1	8,818	5.0	8,902	5.4	6,947	4.0	10,830	5.6	6,621	4.5	7,036	3.8	5,993	4.5
				虚血性心疾患	4,471	2.5	4,262	2.4	4,351	2.7	3,649	2.1	3,558	1.9	4,143	2.8	3,398	1.8	3,942	2.9
				腎不全	4,590	2.6	6,940	4.0	6,246	3.8	3,778	2.2	5,609	2.9	4,389	3.0	5,404	2.9	4,051	3.0
		医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	13,787	6.9	13,111	6.3	12,592	6.2	13,191	6.1	13,050	5.8	11,711	5.4	12,283	5.5	10,143	4.9
				糖尿病	19,109	9.5	19,606	9.4	19,950	9.8	21,416	9.9	21,966	9.8	20,415	9.4	21,299	9.6	17,720	8.6
				脂質異常症	9,484	4.7	9,273	4.5	8,120	4.0	7,977	3.7	7,473	3.3	7,802	3.6	6,890	3.1	7,092	3.5
				脳梗塞・脳出血	562	0.3	490	0.2	404	0.2	309	0.1	421	0.2	937	0.4	625	0.3	825	0.4
				虚血性心疾患	1,780	0.9	1,575	0.8	1,483	0.7	1,478	0.7	1,376	0.6	1,875	0.9	1,621	0.7	1,722	0.8
				腎不全	20,785	10.4	20,399	9.8	19,201	9.4	20,068	9.2	21,084	9.4	17,220	7.9	23,648	10.6	15,781	7.7
	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	3,436		3,276		1,456		3,305		4,201		2,421		2,450		2,031	
				健診未受診者	11,844		12,649		14,005		12,478		12,406		13,441		13,484		13,295	
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	9,150		8,870		4,040		9,054		11,669		6,937		6,758		6,142	
				健診未受診者	31,545		34,252		38,852		34,185		34,462		38,519		37,197		40,210	
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者		2,656	60.7	2,684	60.6	2,386	63.5	2,384	61.6	2,458	60.3	569,949	57.0	57,103	56.9	3,881,055	57.0
			医療機関受診率		2,464	56.3	2,451	55.3	2,148	57.2	2,161	55.9	2,257	55.3	516,819	51.7	51,599	51.4	3,543,116	52.0
			医療機関非受診率		192	4.4	233	5.3	238	6.3	223	5.8	201	4.9	53,130	5.3	5,504	5.5	337,939	5.0

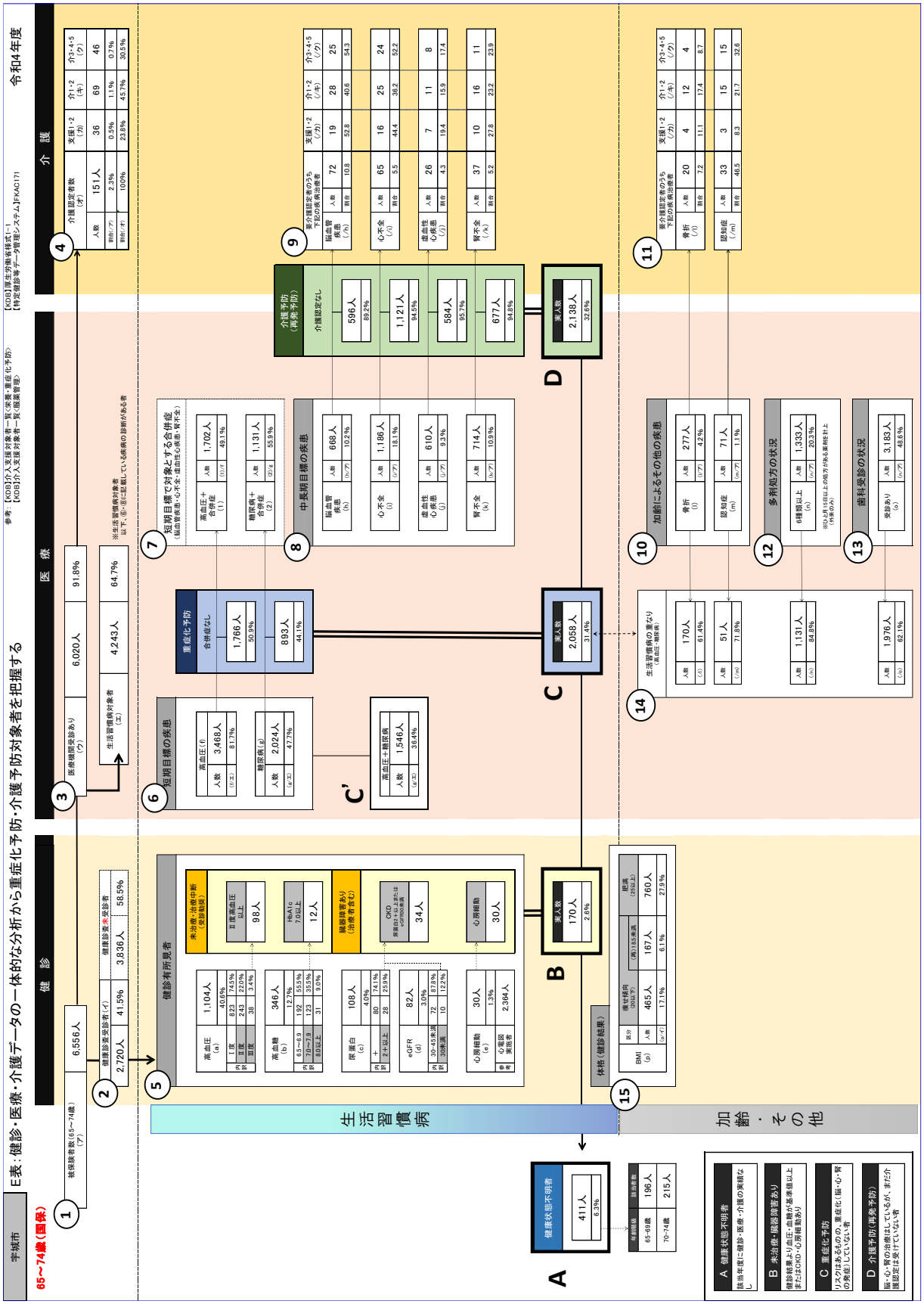
項目					宇城市										同規模平均		熊本県		国	
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度	
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
5 健診	①	特定健診の状況	健診受診者		4,378		4,431		3,756		3,869		4,079		999,876		100,397		6,812,842	
	②		受診率		40.0	県内35位 同規模141位	41.4	県内35位 同規模135位	35.4	県内35位 同規模134位	37.2	県内37位 同規模148位	41.3	県内35位 同規模114位	40.4		37.4	全国25位	37.1	
	③		特定保健指導終了者(実施率)		385	66.6	394	70.0	289	57.8	342	70.5	304	58.5	23,464	20.4	4,220	35.2	107,925	13.4
	④		非肥満高血糖		504	11.5	552	12.5	363	9.7	352	9.1	368	9.0	101,879	10.2	8,910	8.9	615,549	9.0
	⑤		メタボ	該当者	791	18.1	882	19.9	782	20.8	819	21.2	908	22.3	208,506	20.9	20,842	20.8	1,382,506	20.3
				男性	591	29.0	646	31.9	582	34.0	582	32.4	671	35.1	143,867	32.7	14,553	32.4	965,486	32.0
				女性	200	8.6	236	9.8	200	9.8	237	11.4	237	10.9	64,639	11.5	6,289	11.3	417,020	11.0
	⑥			予備群	473	10.8	447	10.1	451	12.0	489	12.6	442	10.8	110,453	11.0	12,101	12.1	765,405	11.2
				男性	353	17.3	344	17.0	319	18.6	361	20.1	322	16.9	76,776	17.5	8,299	18.5	539,738	17.9
		県内市町村数		女性	120	5.1	103	4.3	132	6.5	128	6.2	120	5.5	33,677	6.0	3,802	6.9	225,667	5.9
	⑦	63市町村	メタボ該当・予備群レベル	腹囲 総数	1,381	31.5	1,459	32.9	1,333	35.5	1,414	36.5	1,471	36.1	349,973	35.0	36,516	36.4	2,380,778	34.9
	⑧			男性	1,023	50.1	1,074	53.0	968	56.5	1,004	55.9	1,072	56.2	241,852	55.0	25,219	56.1	1,666,592	55.3
	⑨			女性	358	15.3	385	16.0	365	17.9	410	19.8	399	18.4	108,121	19.3	11,297	20.4	714,186	18.8
	⑩			BMI 総数	262	6.0	229	5.2	207	5.5	216	5.6	216	5.3	48,317	4.8	4,279	4.3	320,038	4.7
	⑪	同規模市区町村数		男性	48	2.4	28	1.4	24	1.4	35	1.9	22	1.2	6,876	1.6	632	1.4	51,248	1.7
	⑫	280市町村		女性	214	9.2	201	8.4	183	9.0	181	8.7	194	8.9	41,441	7.4	3,647	6.6	268,790	7.1
	⑬			血糖のみ	28	0.6	32	0.7	16	0.4	28	0.7	30	0.7	6,748	0.7	725	0.7	43,519	0.6
	⑭			血圧のみ	365	8.3	347	7.8	371	9.9	386	10.0	351	8.6	77,944	7.8	8,779	8.7	539,490	7.9
	⑮			脂質のみ	80	1.8	68	1.5	64	1.7	75	1.9	61	1.5	25,761	2.6	2,597	2.6	182,396	2.7
	⑯			血糖・血圧	201	4.6	226	5.1	140	3.7	139	3.6	177	4.3	31,312	3.1	3,629	3.6	203,072	3.0
	⑰			血糖・脂質	31	0.7	33	0.7	21	0.6	21	0.5	30	0.7	10,694	1.1	1,026	1.0	70,267	1.0
	⑱			血圧・脂質	297	6.8	317	7.2	339	9.0	379	9.8	407	10.0	97,002	9.7	9,426	9.4	659,446	9.7
	⑲			血糖・血圧・脂質	262	6.0	306	6.9	282	7.5	280	7.2	294	7.2	69,498	7.0	6,761	6.7	449,721	6.6
6 問診	①	問診の状況	服薬	高血圧	1,519	34.7	1,552	35.0	1,403	37.4	1,475	38.1	1,596	39.1	373,451	37.4	38,063	37.9	2,428,038	35.6
				糖尿病	383	8.7	387	8.7	367	9.8	347	9.0	388	9.5	92,769	9.3	9,312	9.3	589,470	8.7
				脂質異常症	1,005	23.0	1,102	24.9	984	26.2	1,064	27.5	1,134	27.8	289,546	29.0	26,927	26.8	1,899,637	27.9
	②		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	135	3.1	135	3.1	127	3.4	124	3.2	140	3.4	31,261	3.2	2,984	3.0	207,385	3.1
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	203	4.6	228	5.2	194	5.2	186	4.8	199	4.9	57,805	6.0	5,604	5.6	365,407	5.5
				腎不全	28	0.6	29	0.7	22	0.6	19	0.5	22	0.5	7,862	0.8	672	0.7	53,898	0.8
				貧血	454	10.4	464	10.5	398	10.6	365	9.5	405	10.0	102,234	10.6	10,832	11.0	702,088	10.7
	③	生活習慣の状況	喫煙		603	13.8	610	13.8	492	13.1	531	13.7	565	13.9	126,982	12.7	13,656	13.6	939,212	13.8
	④		週3回以上朝食を抜く		308	7.5	324	8.0	224	7.6	257	8.1	297	8.5	77,943	8.4	9,465	10.4	642,886	10.4
	⑤		週3回以上食後間食 (～H29)		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
			週3回以上就寝前夕食 (H30～)		646	15.7	624	15.5	484	16.4	518	16.4	579	16.6	134,480	14.4	13,769	14.9	976,348	15.7
	⑥		週3回以上就寝前夕食		646	15.7	624	15.5	484	16.4	518	16.4	579	16.6	134,480	14.4	13,769	14.9	976,348	15.7
	⑦		食べる速度が速い		1,102	26.8	1,102	27.3	823	27.9	860	27.2	908	26.0	237,881	25.8	25,388	27.4	1,659,705	26.8
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加		1,423	34.7	1,431	35.5	1,071	36.3	1,156	36.6	1,314	37.7	319,150	34.5	32,936	36.1	2,175,065	35.0
	⑨		1回30分以上運動習慣なし		2,579	62.8	2,552	63.2	1,755	59.5	1,985	62.7	2,205	63.2	553,811	59.7	57,040	61.6	3,749,069	60.4
	⑩		1日1時間以上運動なし		1,888	46.0	1,841	45.6	1,353	45.8	1,447	45.7	1,632	46.8	433,638	46.5	47,045	50.9	2,982,100	48.0
	⑪		睡眠不足		1,008	24.5	998	24.7	693	23.5	783	24.8	863	24.8	232,582	25.0	22,904	24.7	1,587,311	25.6
	⑫		毎日飲酒		879	20.2	940	21.3	826	22.1	886	23.0	899	22.1	234,659	24.4	25,909	26.2	1,658,999	25.5
	⑬		時々飲酒		1,082	24.8	984	22.3	851	22.7	888	23.0	949	23.4	205,292	21.3	23,658	24.0	1,463,468	22.5
	⑭		一日飲酒量	1合未満	2,942	72.2	2,873	72.8	2,086	72.8	2,311	76.0	2,562	75.7	417,099	65.3	54,337	68.5	2,978,351	64.1
				1～2合	412	10.1	427	10.8	318	11.1	504	16.6	555	16.4	150,426	23.5	17,843	22.5	1,101,465	23.7
				2～3合	413	10.1	391	9.9	278	9.7	204	6.7	240	7.1	56,939	8.9	5,655	7.1	434,461	9.4
				3合以上	308	7.6	258	6.5	185	6.5	22	0.7	28	0.8	14,735	2.3	1,463	1.8	128,716	2.8

参考資料２　健診・医療・介護の一体的な分析

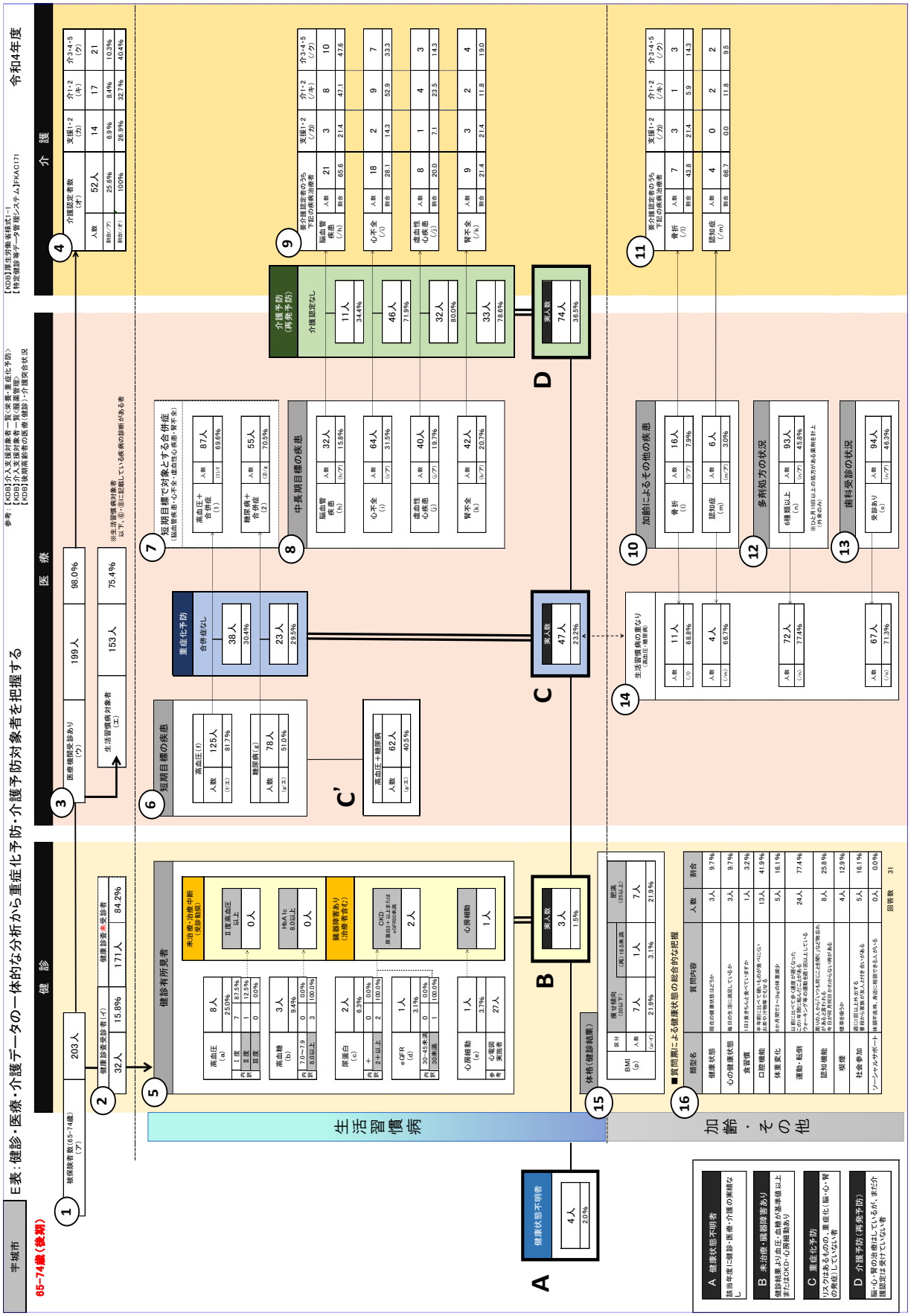
①40～64 歳(国保)



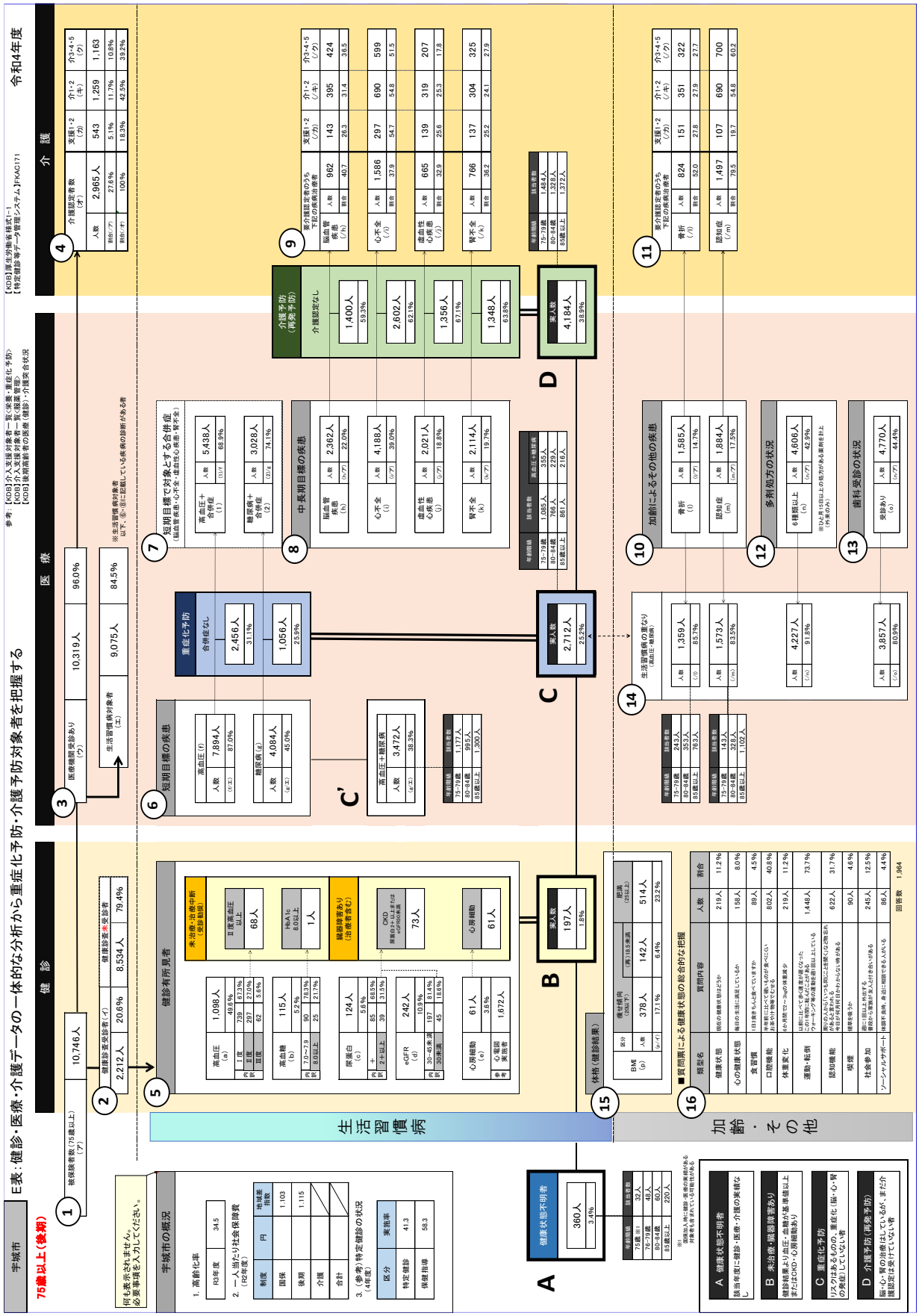
②65～74 歳(国保)


宇城市
E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
令和4年度
65～74歳(国保)
健 診
医 療
介 護
被保険者数(65～74歳)(ア) 6,556人
健康診査受診者(イ) 2,720人 41.5%
健康診査未受診者 3,836人 58.5%
医療機関受診者(ウ) 6,020人 91.8%
生活習慣病対象者(エ) 4,243人 64.7%
健診有所見者
高血圧(a) 1,104人 40.6%
Ⅰ度 823 74.5%
Ⅱ度 243 22.0%
Ⅲ度 38 3.4%
高血糖(b) 346人 12.7%
8.0～8.9 192 55.5%
7.0～7.9 123 35.5%
8.0以上 31 9.0%
尿蛋白(c) 108人 4.0%
＋ 80 74.1%
2＋以上 28 25.9%
eGFR(d) 82人 3.0%
30-45未満 72 87.8%
30未満 10 12.2%
心房細動(e) 30人 1.3%
参考 心電図実施者 2,364人
未治療・治療中断(受診勧奨)
Ⅱ度高血圧以上 98人
HbA1c 7.0以上 12人
臓器障害あり(治療者含む) CKD 腎機能2＋以上または eGFR60未満 34人
心房細動 30人
実人数 170人 2.8%
B
健康状態不明者 411人 6.3%
A
年齢別内訳 65-69歳 196人 70-74歳 215人
体格(健診結果)
BMI(g) 痩せ 20以下 人数 17人 1.1%
適正 21～24.9 人数 465人 29.1%
肥満 25以上 人数 167人 6.1%
肥満 25以上 780人 27.9%
生活習慣病
加齢・その他
短期目標の疾患
高血圧(f) 人数 3,468人 81.7%
糖尿病(g) 人数 2,024人 47.7%
高血圧＋糖尿病 人数 1,546人 36.4%
C'
重症化予防
合併症なし 1,766人 50.9%
893人 44.1%
C
実人数 2,058人 31.4%
短期目標で対象とする合併症(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)
高血圧＋合併症(1) 人数 1,702人 49.1%
糖尿病＋合併症(2) 人数 1,131人 55.9%
中長期目標の疾患
脳血管疾患(h) 人数 668人 10.2%
心不全(i) 人数 1,186人 18.1%
虚血性心疾患(j) 人数 610人 9.3%
腎不全(k) 人数 714人 10.9%
介護予防(再発予防)
介護認定なし
596人 89.2%
1,121人 94.5%
584人 95.7%
677人 94.8%
D
実人数 2,138人 32.8%
要介護認定者のうち下記の疾病治療者
脳血管疾患(h) 人数 72 割合 10.8 支援1・2(カ) 19 52.8 介1・2(キ) 28 40.6 介3・4・5(ク) 25 54.3
心不全(i) 人数 65 割合 5.5 支援1・2(カ) 16 44.4 介1・2(キ) 25 36.2 介3・4・5(ク) 24 92.2
虚血性心疾患(j) 人数 26 割合 4.3 支援1・2(カ) 7 19.4 介1・2(キ) 11 15.9 介3・4・5(ク) 8 17.4
腎不全(k) 人数 37 割合 5.2 支援1・2(カ) 10 27.8 介1・2(キ) 16 23.2 介3・4・5(ク) 11 23.9
要介護認定者のうち下記の疾病治療者
骨折(l) 人数 20 割合 7.2 支援1・2(カ) 4 11.1 介1・2(キ) 12 17.4 介3・4・5(ク) 4 8.7
認知症(m) 人数 33 割合 46.5 支援1・2(カ) 3 8.3 介1・2(キ) 15 21.7 介3・4・5(ク) 15 32.6
加齢によるその他の疾患
骨折(l) 人数 277人 4.2%
認知症(m) 人数 71人 1.1%
多剤処方の状況
6種類以上(n) 人数 1,333人 20.3%
歯科受診の状況
受診あり(o) 人数 3,183人 48.6%
生活習慣病の重症なり(高血圧・糖尿病)
170人 61.4%
51人 71.8%
1,131人 84.8%
1,976人 62.1%
A 健康状態不明者
該当年度に健診・医療・介護の実績なし
B 未治療・臓器障害あり
健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはCKD・心房細動あり
C 重症化予防
リスクはあるものの、重症化(脳・心・腎の発症)していない者
D 介護予防(再発予防)
脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

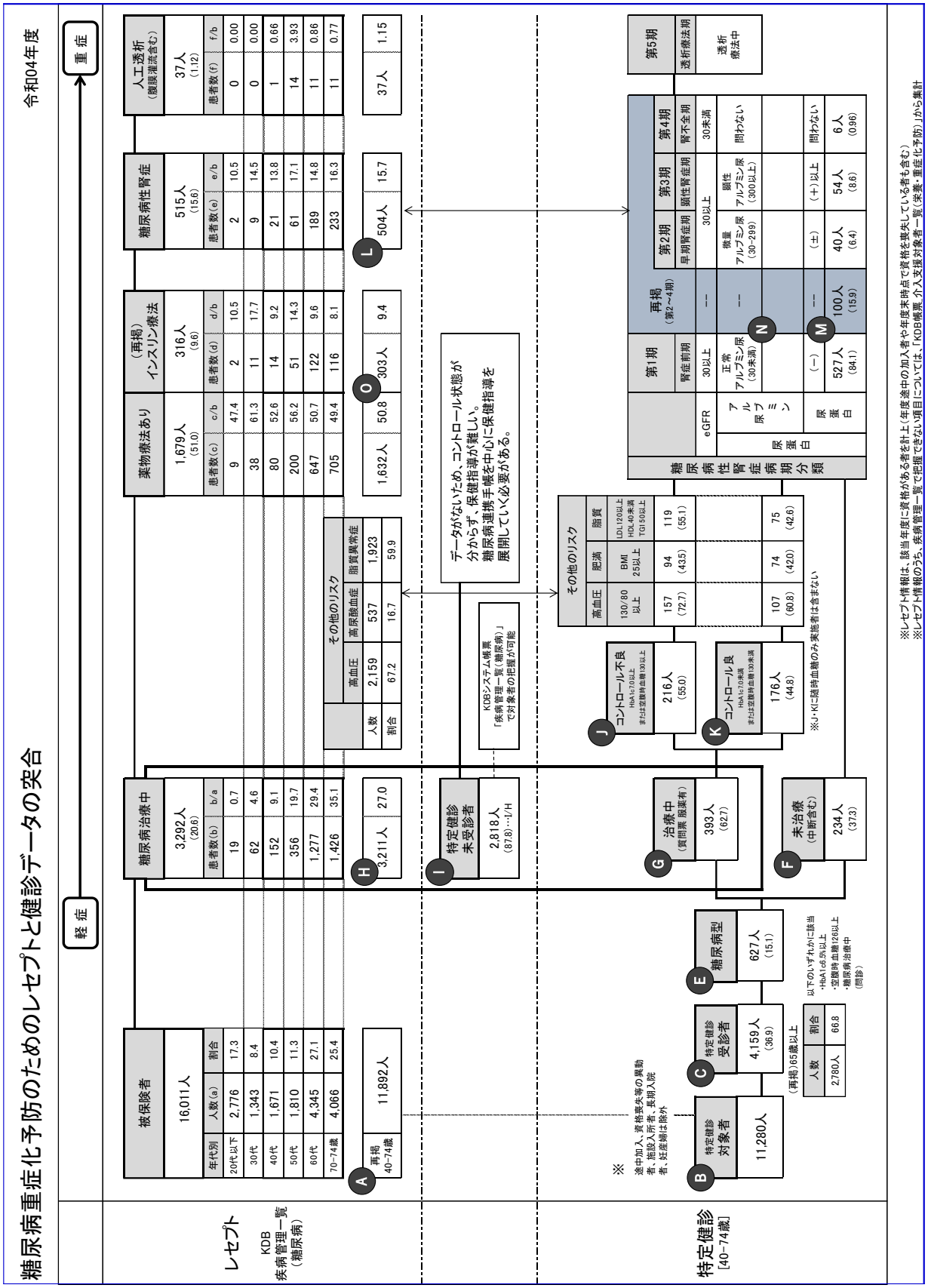
③65～74 歳(後期)


宇城市
E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
令和4年度
65～74歳(後期)
健 診
医 療
介 護
生活習慣病
加齢・その他
健診有所見者
短期目標の疾患
中長期目標の疾患
重症化予防
介護予防(再発予防)
加齢によるその他の疾患
多剤処方の状況
歯科受診の状況
生活習慣病の重なり
健康状態不明者
A 健康状態不明者
B 未治療・臓器障害あり
C 重症化予防
D 介護予防(再発予防)

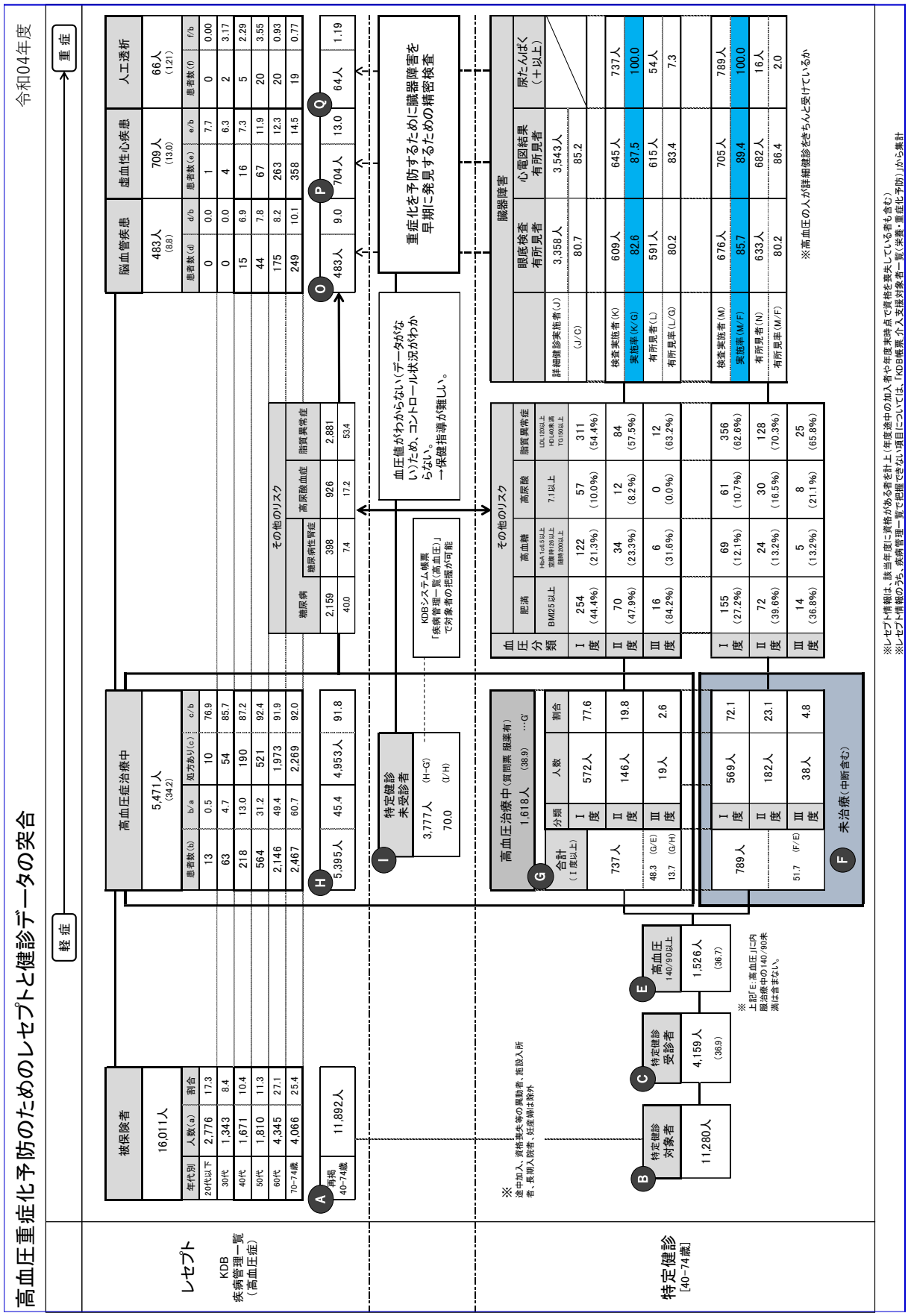
④75 歳以上(後期)


宇城市
E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
75歳以上(後期)
令和4年度
健 診
医 療
介 護
生活習慣病
加齢・その他
宇城市の概況
健診有所見者
健康状態不明者
A 健康状態不明者
B 未治療・服薬中断者
C 重症化予防
D 介護予防(再発予防)
C'

参考資料３　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4　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5　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

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

令和04年度

軽症 → 重症

レセプト

KDB
疾病管理一覧
（脂質異常症）

被保険者

16,011人

年代別	人数(a)	割合
20代以下	2,776	17.3
30代	1,343	8.4
40代	1,671	10.4
50代	1,810	11.3
60代	4,345	27.1
70-74歳	4,066	25.4

A 再掲 40-74歳　11,892人

脂質異常症治療中

4,519人
（28.2）

患者数(b)	b/a	処方あり(c)	c/b
15	0.5	5	33.3
64	4.8	40	62.5
194	11.6	132	68.0
463	25.6	333	71.9
1,825	42.0	1,452	79.6
1,958	48.2	1,574	80.4

H　4,440人　37.3　3,491人　78.6

その他のリスク

糖尿病	糖尿病性腎症	高血圧	高尿酸血症
1,923	381	2,881	706
43.3	8.6	64.9	15.9

虚血性心疾患　646人（14.3）

患者数(d)	d/b
0	0.0
6	9.4
15	7.7
60	13.0
233	12.8
332	17.0

脳血管疾患　365人（8.1）

患者数(e)	e/b
0	0.0
0	0.0
10	5.2
30	6.5
134	7.3
191	9.8

人工透析　37人（0.82）

患者数(f)	f/b
0	0.00
0	0.00
2	1.03
11	2.38
13	0.71
11	0.56

O　640人　14.4　P　365人　8.2　Q　37人　0.83

特定健診
［40-74歳］

※
途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外

B 特定健診対象者　11,280人

C 特定健診受診者　4,159人（36.9）

E 脂質異常（LDL-C）
160以上　342人（8.2）
E' 180以上　97人（2.3）

I 特定健診未受診者
3,292人（H-G'）
74.1（I/H）

KDBシステム帳票「疾病管理一覧（脂質異常症）」で対象者の把握が可能

LDL値がわからない（データがない）ため、コントロール状況がわからない。
→保健指導が難しい。

重症化を予防するために臓器障害を早期に発見するための精密検査

脂質異常症治療中（質問票服薬有）
1,148人　（27.6）　…G'

G

合計	LDL160以上	180以上	男性	女性
	29人	8人	17人	12人
	8.5 G/E 0.7 G/H	8.2 G/E'	58.6	41.4
	313人	89人	121人	192人
	91.5 F/E	91.8 F/E'	38.7	61.3

F 未治療（中断含む）

その他のリスク

肥満	高血糖	高血圧	高尿酸
BMI25以上	HbA1c6.5以上 空腹時126以上 随時200以上	Ⅰ度高血圧以上	7.1以上
13人	8人	23人	4人
44.8	27.6	79.3	13.8
108人	26人	191人	37人
34.5	8.3	61.0	11.8

臓器障害

	心電図結果	【二次健診】頸動脈エコー	眼底検査
検査実施者(K)	23人		20人
実施率(K/G)	79.3		69.0
有所見者(L)	12人		17人
有所見率(L/G)	41.4		58.6
検査実施者(M)	252人		234人
実施率(M/F)	80.5		74.8
有所見者(N)	127人		194人
有所見率(N/F)	40.6		62.0

※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB帳票_介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）」から集計

参考資料6　HbA1c の年次比較

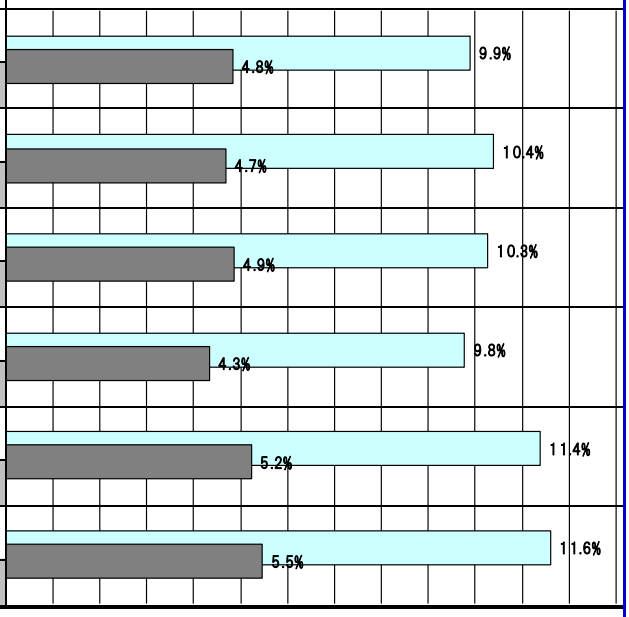
HbA1cの年次比較

	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		糖尿病									
								合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		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	4,411	1,543	35.0%	1,741	39.5%	691	15.7%	223	5.1%	143	3.2%	70	1.6%	115	2.6%	50	1.1%
H30	4,466	1,357	30.4%	1,804	40.4%	841	18.8%	255	5.7%	141	3.2%	68	1.5%	127	2.8%	36	0.8%
R01	4,530	1,562	34.5%	1,758	38.8%	745	16.4%	245	5.4%	157	3.5%	63	1.4%	140	3.1%	37	0.8%
R02	3,808	1,198	31.5%	1,530	40.2%	708	18.6%	207	5.4%	128	3.4%	37	1.0%	97	2.5%	26	0.7%
R03	3,962	979	24.7%	1,622	40.9%	910	23.0%	244	6.2%	156	3.9%	51	1.3%	113	2.9%	34	0.9%
R04	4,154	1,227	29.5%	1,651	39.7%	794	19.1%	255	6.1%	172	4.1%	55	1.3%	114	2.7%	37	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	4,411	1,543 35.0%	1,741 39.5%	691 15.7%	436 9.9%	180 41.3%	256 58.7%
					213 4.8%	54 25.4%	159 74.6%
H30	4,466	1,357 30.4%	1,804 40.4%	841 18.8%	464 10.4%	187 40.3%	277 59.7%
					209 4.7%	68 32.5%	141 67.5%
R01	4,530	1,562 34.5%	1,758 38.8%	745 16.4%	465 10.3%	186 40.0%	279 60.0%
					220 4.9%	56 25.5%	164 74.5%
R02	3,808	1,198 31.5%	1,530 40.2%	708 18.6%	372 9.8%	136 36.6%	236 63.4%
					165 4.3%	43 26.1%	122 73.9%
R03	3,962	979 24.7%	1,622 40.9%	910 23.0%	451 11.4%	179 39.7%	272 60.3%
					207 5.2%	56 27.1%	151 72.9%
R04	4,154	1,227 29.5%	1,651 39.7%	794 19.1%	482 11.6%	187 38.8%	295 61.2%
					227 5.5%	55 24.2%	172 75.8%



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	352	8.0%	6	1.7%	21	6.0%	69	19.6%	97	27.6%	107	30.4%	52	14.8%	89	25.3%	34	9.7%
	H30	388	8.7%	1	0.3%	17	4.4%	93	24.0%	136	35.1%	93	24.0%	48	12.4%	89	22.9%	23	5.9%
	R01	395	8.7%	1	0.3%	23	5.8%	92	23.3%	115	29.1%	118	29.9%	46	11.6%	103	26.1%	26	6.6%
	R02	367	9.6%	2	0.5%	25	6.8%	104	28.3%	114	31.1%	95	25.9%	27	7.4%	75	20.4%	17	4.6%
	R03	352	8.9%	3	0.9%	16	4.5%	61	17.3%	121	34.4%	116	33.0%	35	9.9%	82	23.3%	22	6.3%
	R04	392	9.4%	10	2.6%	17	4.3%	70	17.9%	123	31.4%	133	33.9%	39	9.9%	87	22.2%	25	6.4%
治療なし	H29	4,059	92.0%	1,537	37.9%	1,720	42.4%	622	15.3%	126	3.1%	36	0.9%	18	0.4%	26	0.6%	16	0.4%
	H30	4,078	91.3%	1,356	33.3%	1,787	43.8%	748	18.3%	119	2.9%	48	1.2%	20	0.5%	38	0.9%	13	0.3%
	R01	4,135	91.3%	1,561	37.8%	1,735	42.0%	653	15.8%	130	3.1%	39	0.9%	17	0.4%	37	0.9%	11	0.3%
	R02	3,441	90.4%	1,196	34.8%	1,505	43.7%	604	17.6%	93	2.7%	33	1.0%	10	0.3%	22	0.6%	9	0.3%
	R03	3,610	91.1%	976	27.0%	1,606	44.5%	849	23.5%	123	3.4%	40	1.1%	16	0.4%	31	0.9%	12	0.3%
	R04	3,762	90.6%	1,217	32.3%	1,634	43.4%	724	19.2%	132	3.5%	39	1.0%	16	0.4%	27	0.7%	12	0.3%

参考資料7　血圧の年次比較

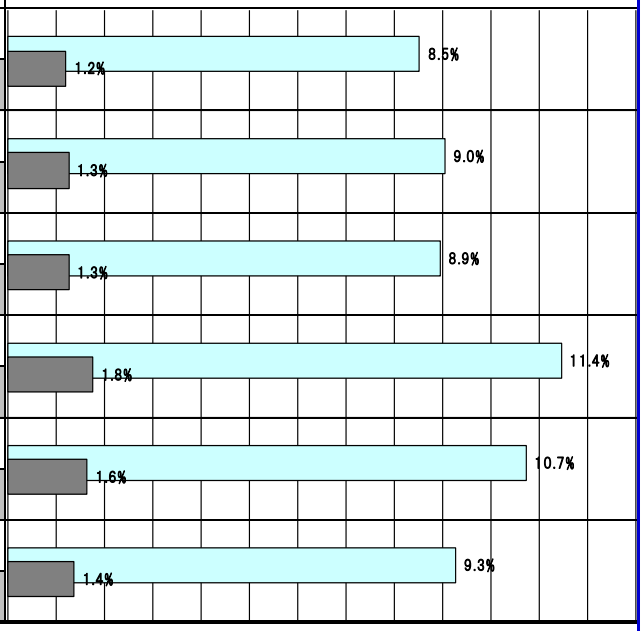
血圧の年次比較

	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	4,415	1,081	24.5%	625	14.2%	1,180	26.7%	1,153	26.1%	323	7.3%	53	1.2%
H30	4,469	1,165	26.1%	616	13.8%	1,201	26.9%	1,083	24.2%	348	7.8%	56	1.3%
R01	4,532	1,105	24.4%	621	13.7%	1,236	27.3%	1,165	25.7%	348	7.7%	57	1.3%
R02	3,809	755	19.8%	509	13.4%	989	26.0%	1,120	29.4%	369	9.7%	67	1.8%
R03	3,965	817	20.6%	564	14.2%	1,034	26.1%	1,125	28.4%	360	9.1%	65	1.6%
R04	4,159	969	23.3%	576	13.8%	1,088	26.2%	1,141	27.4%	328	7.9%	57	1.4%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上		再掲	
						再）Ⅲ度高血圧	未治療	治療
H29	4,415	1,706 38.6%	1,180 26.7%	1,153 26.1%	376 8.5%	53 1.2%	206 54.8%	170 45.2%
							29 54.7%	24 45.3%
H30	4,469	1,781 39.9%	1,201 26.9%	1,083 24.2%	404 9.0%	56 1.3%	233 57.7%	171 42.3%
							32 57.1%	24 42.9%
R01	4,532	1,726 38.1%	1,236 27.3%	1,165 25.7%	405 8.9%	57 1.3%	226 55.8%	179 44.2%
							31 54.4%	26 45.6%
R02	3,809	1,264 33.2%	989 26.0%	1,120 29.4%	436 11.4%	67 1.8%	246 56.4%	190 43.6%
							46 68.7%	21 31.3%
R03	3,965	1,381 34.8%	1,034 26.1%	1,125 28.4%	425 10.7%	65 1.6%	249 58.6%	176 41.4%
							43 66.2%	22 33.8%
R04	4,159	1,545 37.1%	1,088 26.2%	1,141 27.4%	385 9.3%	57 1.4%	220 57.1%	165 42.9%
							38 66.7%	19 33.3%



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	1,513	34.3%	172	11.4%	184	12.2%	463	30.6%	524	34.6%	146	9.6%	24	1.6%
	H30	1,546	34.6%	185	12.0%	215	13.9%	470	30.4%	505	32.7%	147	9.5%	24	1.6%
	R01	1,569	34.6%	176	11.2%	214	13.6%	494	31.5%	506	32.2%	153	9.8%	26	1.7%
	R02	1,416	37.2%	126	8.9%	156	11.0%	424	29.9%	520	36.7%	169	11.9%	21	1.5%
	R03	1,506	38.0%	169	11.2%	191	12.7%	433	28.8%	537	35.7%	154	10.2%	22	1.5%
	R04	1,618	38.9%	213	13.2%	206	12.7%	462	28.6%	572	35.4%	146	9.0%	19	1.2%
治療なし	H29	2,902	65.7%	909	31.3%	441	15.2%	717	24.7%	629	21.7%	177	6.1%	29	1.0%
	H30	2,923	65.4%	980	33.5%	401	13.7%	731	25.0%	578	19.8%	201	6.9%	32	1.1%
	R01	2,963	65.4%	929	31.4%	407	13.7%	742	25.0%	659	22.2%	195	6.6%	31	1.0%
	R02	2,393	62.8%	629	26.3%	353	14.8%	565	23.6%	600	25.1%	200	8.4%	46	1.9%
	R03	2,459	62.0%	648	26.4%	373	15.2%	601	24.4%	588	23.9%	206	8.4%	43	1.7%
	R04	2,541	61.1%	756	29.8%	370	14.6%	626	24.6%	569	22.4%	182	7.2%	38	1.5%

参考資料8　LDL－Cの年次比較

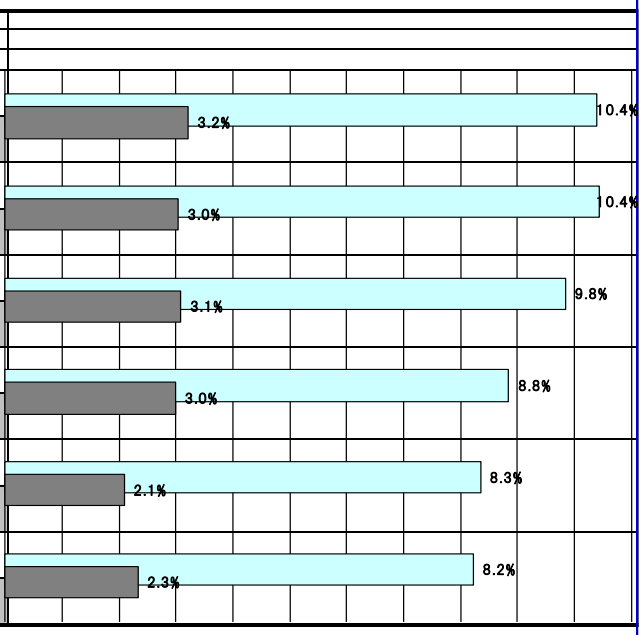
LDL-Cの年次比較

		LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H29	4,415	2,170	49.2%	1,102	25.0%	684	15.5%	317	7.2%	142	3.2%
	H30	4,469	2,130	47.7%	1,099	24.6%	774	17.3%	330	7.4%	136	3.0%
	R01	4,532	2,256	49.8%	1,061	23.4%	769	17.0%	306	6.8%	140	3.1%
	R02	3,809	1,961	51.5%	936	24.6%	575	15.1%	223	5.9%	114	3.0%
	R03	3,965	2,069	52.2%	987	24.9%	578	14.6%	248	6.3%	83	2.1%
	R04	4,159	2,198	52.8%	1,025	24.6%	594	14.3%	245	5.9%	97	2.3%
男性	H29	2,041	1,093	53.6%	496	24.3%	269	13.2%	129	6.3%	54	2.6%
	H30	2,087	1,080	51.7%	496	23.8%	329	15.8%	134	6.4%	48	2.3%
	R01	2,072	1,098	53.0%	454	21.9%	321	15.5%	137	6.6%	62	3.0%
	R02	1,737	975	56.1%	404	23.3%	221	12.7%	91	5.2%	46	2.6%
	R03	1,844	1,038	56.3%	447	24.2%	220	11.9%	110	6.0%	29	1.6%
	R04	1,948	1,103	56.6%	461	23.7%	246	12.6%	101	5.2%	37	1.9%
女性	H29	2,374	1,077	45.4%	606	25.5%	415	17.5%	188	7.9%	88	3.7%
	H30	2,382	1,050	44.1%	603	25.3%	445	18.7%	196	8.2%	88	3.7%
	R01	2,460	1,158	47.1%	607	24.7%	448	18.2%	169	6.9%	78	3.2%
	R02	2,072	986	47.6%	532	25.7%	354	17.1%	132	6.4%	68	3.3%
	R03	2,121	1,031	48.6%	540	25.5%	358	16.9%	138	6.5%	54	2.5%
	R04	2,211	1,095	49.5%	564	25.5%	348	15.7%	144	6.5%	60	2.7%

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
H29	4,415	2,170 49.2%	1,102 25.0%	684 15.5%	459 10.4%	425 92.6%	34 7.4%
					142 3.2%	132 93.0%	10 7.0%
H30	4,469	2,130 47.7%	1,099 24.6%	774 17.3%	466 10.4%	430 92.3%	36 7.7%
					136 3.0%	123 90.4%	13 9.6%
R01	4,532	2,256 49.8%	1,061 23.4%	769 17.0%	446 9.8%	412 92.4%	34 7.6%
					140 3.1%	131 93.6%	9 6.4%
R02	3,809	1,961 51.5%	936 24.6%	575 15.1%	337 8.8%	314 93.2%	23 6.8%
					114 3.0%	110 96.5%	4 3.5%
R03	3,965	2,069 52.2%	987 24.9%	578 14.6%	331 8.3%	308 93.1%	23 6.9%
					83 2.1%	76 91.6%	7 8.4%
R04	4,159	2,198 52.8%	1,025 24.6%	594 14.3%	342 8.2%	313 91.5%	29 8.5%
					97 2.3%	89 91.8%	8 8.2%



治療と未治療の状況

		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	1,001	22.7%	675	67.4%	211	21.1%	81	8.1%	24	2.4%	10	1.0%
	H30	1,014	22.7%	667	65.8%	218	21.5%	93	9.2%	23	2.3%	13	1.3%
	R01	1,124	24.8%	777	69.1%	217	19.3%	96	8.5%	25	2.2%	9	0.8%
	R02	992	26.0%	727	73.3%	183	18.4%	59	5.9%	19	1.9%	4	0.4%
	R03	1,087	27.4%	795	73.1%	199	18.3%	70	6.4%	16	1.5%	7	0.6%
	R04	1,148	27.6%	854	74.4%	203	17.7%	62	5.4%	21	1.8%	8	0.7%
治療なし	H29	3,414	77.3%	1,495	43.8%	891	26.1%	603	17.7%	293	8.6%	132	3.9%
	H30	3,455	77.3%	1,463	42.3%	881	25.5%	681	19.7%	307	8.9%	123	3.6%
	R01	3,408	75.2%	1,479	43.4%	844	24.8%	673	19.7%	281	8.2%	131	3.8%
	R02	2,817	74.0%	1,234	43.8%	753	26.7%	516	18.3%	204	7.2%	110	3.9%
	R03	2,878	72.6%	1,274	44.3%	788	27.4%	508	17.7%	232	8.1%	76	2.6%
	R04	3,011	72.4%	1,344	44.6%	822	27.3%	532	17.7%	224	7.4%	89	3.0%