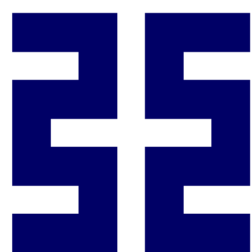


黒石市国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度



令和6年3月
黒石市

目 次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的	1
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	2
3. 計画期間	6
4. 関係者が果たすべき役割と連携	6
1) 市町村国保の役割	6
2) 関係機関との連携	8
3) 被保険者の役割	8
5. 保険者努力支援制度	8

第2章 第2期計画に係る評価・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	10
2. 第2期計画に係る評価・考察	11
1) 第2期データヘルス計画の評価	11
2) 主な個別事業の評価と課題	20
3) 第2期データヘルス計画の考察	26
3. 第3期計画における健康課題の明確化	27
1) 基本的な考え方	27
2) 健康課題の明確化	27
3) 目標の設定	33

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	36
2. 目標値の設定	36
3. 対象者の見込み	36
4. 特定健診の実施	36
5. 特定保健指導の実施	38
6. 特定健診受診率・健康意識向上のための取組	42
1) 特定健診受診率向上のための取組	42
2) 健康意識向上のための取組	43
7. 個人情報の保護	43

8. 結果の報告	43
9. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	43

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	44
2. 重症化予防の取組	44
1) 糖尿病性腎症重症化予防	46
2) 虚血性心疾患重症化予防	52
3) 脳血管疾患重症化予防	56
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	61
1) 基本的な考え方	61
2) 事業の実施	61
4. 発症予防	62
5. ポピュレーションアプローチ	63

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期	64
2. 評価方法・体制	64

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知	65
2. 個人情報の取扱い	65

参考資料	66
------	----

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、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、健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

また、「特定健康診査等実施計画」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あたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表2・3・4・5)

黒石市では、以上を踏まえ、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が大きい糖尿病腎症に着目することとする。

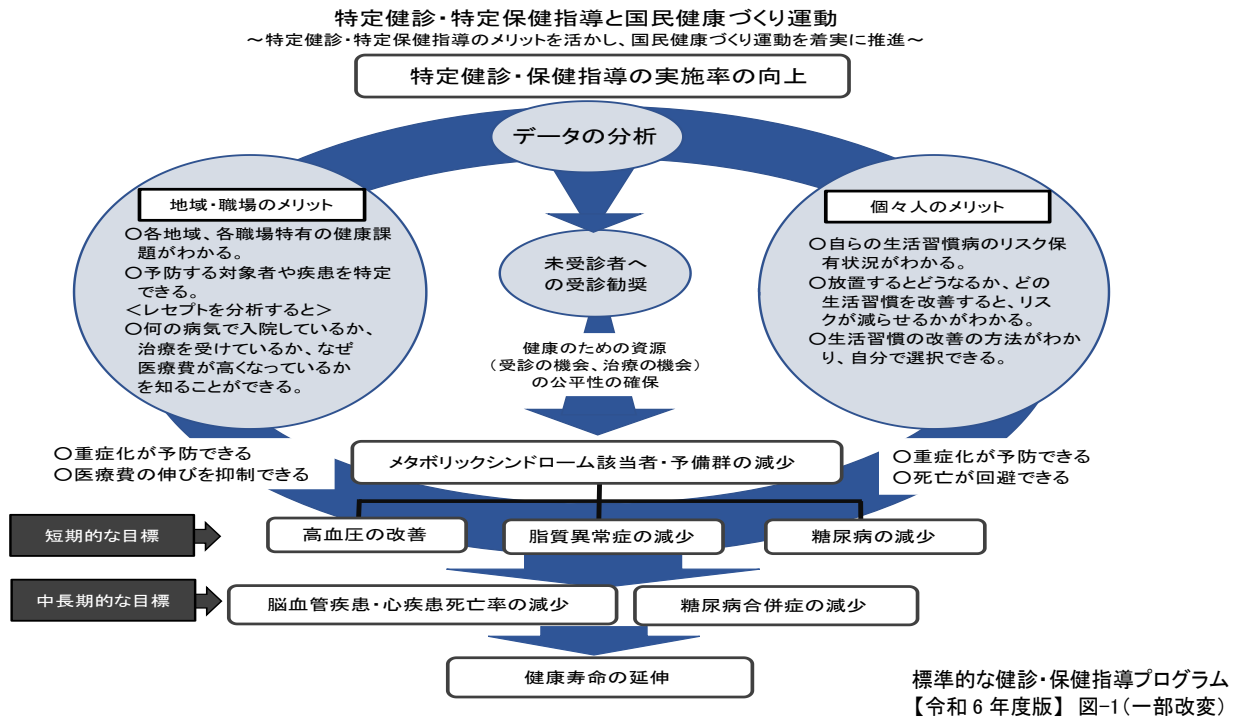
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

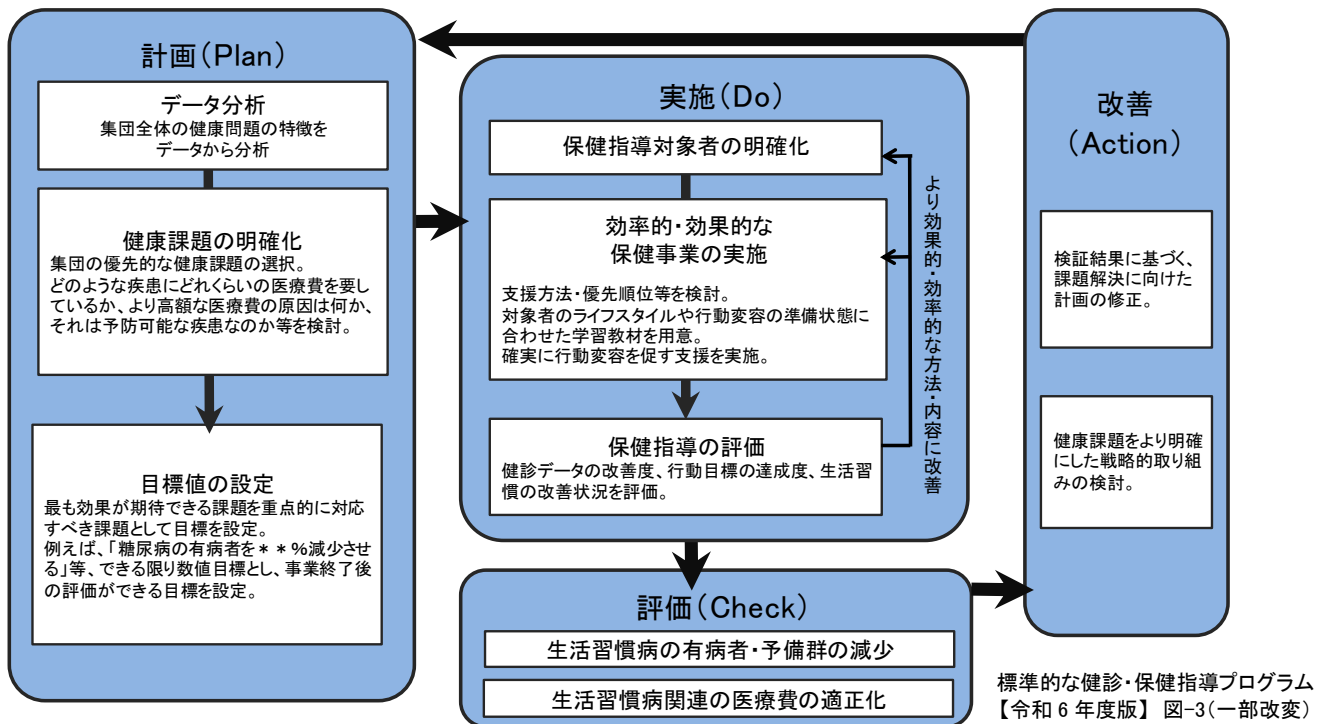
		※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護 給付等サービス提供体制 の確保及び地域支援事業 の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40～74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、 神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)			がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(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 子ども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持増進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	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



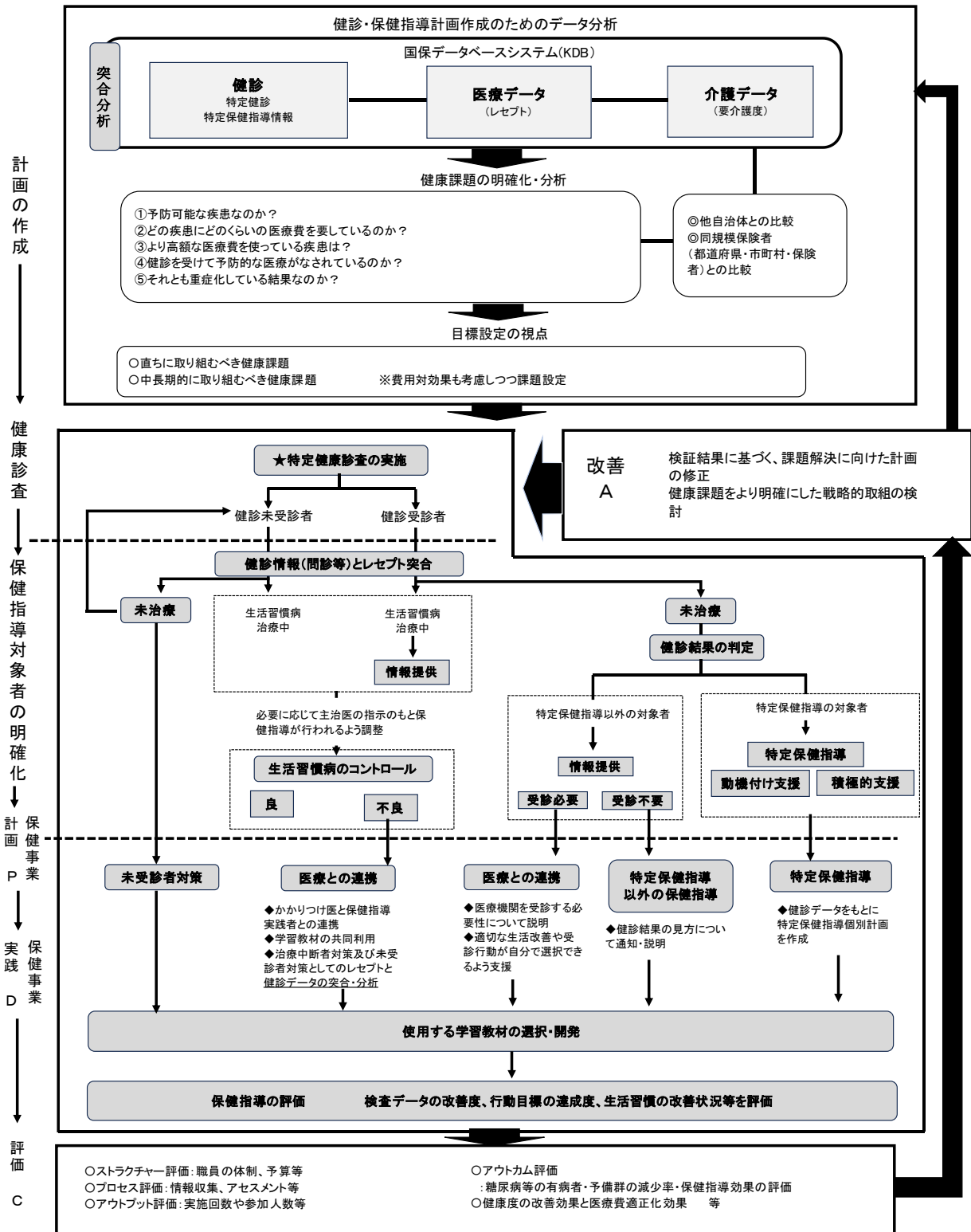
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル



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

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)



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		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		結果を出さず 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		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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)

→

行動変容を促す手法

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

この計画の期間は、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

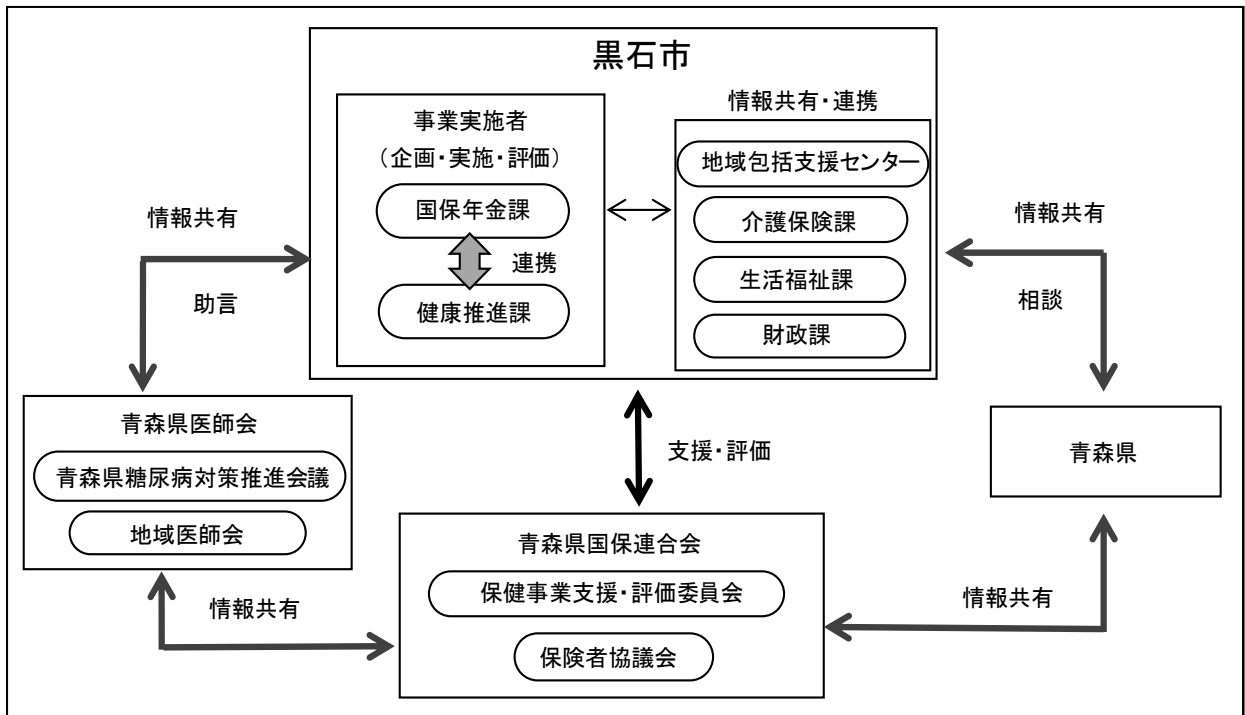
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、被保険者の健康課題を分析し、計画策定を進めます。また、計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画全体の評価を行い、必要に応じて計画の見直しや次期計画に

反映させます。

具体的には、国保年金課(国保・高齢者医療部局)、健康推進課(保健衛生部局)、地域包括支援センター、介護保険課(介護保険部局)、生活福祉課(生活保護部局)、財政課(財政部局)とも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化し、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎ等を行える体制を整えます。(図表 6・7)

図表 6 黒石市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

保・・・保健師 管栄・・・管理栄養士 事・・・事務(注:支払い事務、受診券送付等) 太枠・・・健康推進課 ◎・・・主担当 ○・・・副担当

	事 (係長)	事	事	管栄 (主幹)	保 (係長)	保	保	保	保	保	保	保	保	保	事 (係長)
国保事務	◎	○	○												
健康診断 保健指導				○	○	◎	○	◎	○	◎		○	○	○	
がん検診						◎		◎					◎		
新型コロナ ワクチン											◎				◎
予防接種					◎				◎						
母子保健					◎		◎					◎		◎	
精神保健				◎		◎									
歯科保健				◎											

2) 関係機関との連携

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

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

また、県は市町村国保の財政運営の責任主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、県の関与が更に重要になります。

さらに、保険者等と地区医師会等、地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県が県医師会等との連携を推進することが重要です。

国保連と県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めます。

市町村国保は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、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、保険者間で連携して保健事業を展開することに努めます。

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、計画策定にあたっては、被保険者の代表を国保運営協議会の委員として参画を得て、意見交換等を行いました。

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			黒石市	配点	黒石市	配点	黒石市	配点
交付額(万円)			1,567.1		1,499.2		1,499.9	
全国順位(1,741市町村中)			600位		633位		576位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70
		(2)特定保健指導実施率	10	70	50	70	25	70
		(3)メタリックシフトロム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	38	40	38	40	37	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	80	90	55	45	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	80	130	110	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	35	100	35	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	25	30	20	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	15	30	20	40	20	40
	⑤	第三者求償の取組	38	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	83	95	68	100	81	100
合計点			609	1,000	606	960	603	940

第2章 第2期計画に係る評価・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

黒石市の人口は約3万人で、令和2年度国勢調査で高齢化率は34.3%、被保険者平均年齢は55.3歳と同規模平均より低く、出生率や財政指数も同規模平均よりやや低い傾向にあります。

産業においては、第3次産業が59.0%と最も高く、サービス業の割合が多いため、被保険者の生活習慣及び生活のリズムの傾向を把握したうえで、健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

死亡率は15.3と高く、全国平均を100とした標準化死亡比(SMR)も男性126.7、女性112.7と高くなっています。標準化死亡比を疾患別に見ても、脳出血・脳梗塞・急性心筋梗塞・心不全・腎不全、すべてにおいて全国平均より高い状況です。(図表10)

国保加入率は24.1%で、加入率及び被保険者数は減少傾向にあります。年代別にみると65～74歳の前期高齢者の割合は増加傾向にあり、令和4年度は46.0%と高くなっています。(図表11)

また、黒石市内には3つの病院、15の診療所があり、診療所数の割合、外来患者数及び入院患者数は、いずれも同規模より低い傾向にあります。(図表12)

図表9 同規模・県・国と比較した黒石市の特性

	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 (人口千人 あたり)	死亡率 (人口千人 あたり)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
黒石市	31,880	34.3	7,683 (24.1)	55.3	5.2	15.3	0.4	16.3	24.7	59.0
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	33.9	22.7	55.8	5.6	14.7	0.4	12.4	20.4	67.2
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、黒石市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す。

図表10 県と比較した黒石市の標準化死亡比(SMR)

		標準化死亡比(SMR)											
		全死因		脳出血		脳梗塞		急性心筋梗塞		心不全		腎不全	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
青森県	H20-24	119.8	109.6	133.6	114.5	139.2	127.9	137.4	124.9	128.8	117.5	158.9	139.0
	H25-29	119.1	110.8	129.6	107.2	139.6	135.3	126.5	110.7	121.5	122.1	151.9	136.8
黒石市	H20-24	140.0	130.6	128.0	115.7	200.0	156.5	206.5	186.5	247.7	218.6	257.7	235.1
	H25-29	126.7	112.7	128.5	122.8	166.9	129.7	175.3	127.3	171.1	153.9	132.5	115.1

出典：人口動態保健所・市区町村別統計(厚労省)

図表 11 国保の加入状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	8,918		8,653		8,404		8,097		7,683	
65～74歳	3,684	41.3	3,719	43.0	3,775	44.9	3,687	45.5	3,537	46.0
40～64歳	3,235	36.3	3,057	35.3	2,917	34.7	2,840	35.1	2,689	35.0
39歳以下	1,999	22.4	1,877	21.7	1,712	20.4	1,570	19.4	1,457	19.0
加入率	26.0		25.3		24.5		23.6		24.1	

出典：KDBシステム_人口及び被保険者の状況
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 12 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
病院数	3	0.3	3	0.3	3	0.4	3	0.4	3	0.4	0.4	0.3
診療所数	19	2.1	18	2.1	17	2.0	17	2.1	15	2.0	3.5	3.1
病床数	677	75.9	663	76.6	663	78.9	663	81.9	638	83.0	67.7	61.5
医師数	58	6.5	58	6.7	56	6.7	56	6.9	56	7.3	9.7	10.0
外来患者数	636.9		642.3		592.6		599.4		622.2		728.3	724.7
入院患者数	20.0		19.5		17.4		18.5		18.3		23.6	17.8

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・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二つに分類しました。

一つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに、社会保障費(医療費・介護費)の抑制及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)の減少を設定しました。

二つ目は短期的な目標として、中長期的な目標を達成するための目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症の減少を設定しました。(図表 2)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

令和4年度の要介護認定者(率)は、2号(40～64歳)認定者で51人、認定率は0.47%と、同規模・国より高く、平成30年度と比較すると横ばいであるが、新規認定者は25人と増加しています。一方で1号(65歳以上)認定率は18.0%と、同規模・県・国と比較すると低く、平成30年度と比べても減少しています。また、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が1,728人と増加しています。(図表 13)

介護給付費は、約29億円から約32億5千万円に増加しており、一人あたり給付費も1万円以上増加しています。(図表 14)

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、要介護者の有病状況をみると、全ての年代で脳卒中が上位を占めており、2号被保険者で70.8%、1号被保険者でも44.1%となっています。基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の有病状況は、要介護者全体の9割以上と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表15)

図表13 要介護認定者(率)の状況

	黒石市				同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	10,178人	29.7%	10,943人	34.3%	36.2%	33.9%	28.7%
2号認定者	54人	0.46%	51人	0.47%	0.37%	0.47%	0.38%
新規認定者	10人		25人		--	--	--
1号認定者	1,885人	18.5%	1,973人	18.0%	19.1%	18.5%	19.4%
新規認定者	266人		277人		--	--	--
再掲	65～74歳	221人	4.4%	245人	4.4%	--	--
新規認定者	38人		49人		--	--	--
75歳以上	1,664人	32.2%	1,728人	32.0%	--	--	--
新規認定者	228人		228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14 介護給付費の変化

	黒石市		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	29億0851万円	32億4937万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	285,764	296,936	300,230	324,668	290,668
1件あたり給付費(円)	68,211	73,467	70,503	72,200	59,662
居宅サービス	50,980	54,852	43,936	51,854	41,272
施設サービス	280,443	301,647	291,914	301,081	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 15 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(令和4年度)

受給者区分		2号		1号				合計					
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
介護件数(全体)		51		245		1,728		1,973		2,024			
うち国保・後期		24		180		1,603		1,783		1,807			
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
		循環器疾患	1	脳卒中	17 70.8%	脳卒中	92 51.1%	脳卒中	695 43.4%	脳卒中	787 44.1%	脳卒中	804 44.5%
			2	虚血性心疾患	2 8.3%	腎不全	31 17.2%	虚血性心疾患	396 24.7%	虚血性心疾患	421 23.6%	虚血性心疾患	423 23.4%
			3	腎不全	2 8.3%	虚血性心疾患	25 13.9%	腎不全	289 18.0%	腎不全	320 17.9%	腎不全	322 17.8%
		合併症	4	糖尿病合併症	2 8.3%	糖尿病合併症	35 19.4%	糖尿病合併症	234 14.6%	糖尿病合併症	269 15.1%	糖尿病合併症	271 15.0%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			24 100.0%	基礎疾患	155 86.1%	基礎疾患	1,483 92.5%	基礎疾患	1,638 91.9%	基礎疾患	1,662 92.0%
		血管疾患合計			24 100.0%	合計	160 88.9%	合計	1,514 94.4%	合計	1,674 93.9%	合計	1,698 94.0%
		認知症		認知症	2 8.3%	認知症	59 32.8%	認知症	816 50.9%	認知症	875 49.1%	認知症	877 48.5%
		筋・骨格疾患		筋骨格系	17 70.8%	筋骨格系	151 83.9%	筋骨格系	1,497 93.4%	筋骨格系	1,648 92.4%	筋骨格系	1,665 92.1%

出典:ヘルスサポートラボツール

②医療費の状況

総医療費は平成30年度と比較すると減少していますが、一人あたり医療費は約4万円増加しています。

また、入院件数は全体のわずか3%程度にも関わらず、入院費用は総医療費の約40%を占めており、1件あたりの入院費用も平成30年度と比較して、7万円以上増加しています。(図表16)

年齢調整をした地域差指数(全国平均を1とした指数)の入院をみると、全国平均よりはやや低いものの、県平均より高く、県内40市町村中16位となっています。(図表17)

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

図表 16 医療費の推移

	黒石市		同規模	県	国	
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度	
被保険者数(人)	8,918人	7,683人	--	--	--	
前期高齢者割合	3,684人 (41.3%)	3,537人 (46.0%)	--	--	--	
総医療費	28億4740万円	27億3771万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	319,286 県内24位 同規模232位	356,334 県内18位 同規模231位	394,521	348,845	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	562,240	637,620	585,610	607,000	617,950
	費用の割合(%)	43.3	40.4	43.3	38.2	39.6
	件数の割合(%)	3.0	2.8	3.1	2.4	2.5
外来	1件あたり費用額(円)	23,110	27,610	24,850	24,180	24,220
	費用の割合(%)	56.7	59.6	56.7	61.8	60.4
	件数の割合(%)	97.0	97.2	96.9	97.6	97.5
受診率	656.816	640.42	751.942	742.531	705.439	

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は黒石市と同規模保険者280市町村の平均値を表す。

図表 17 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	黒石市 (県内市町村中)		県 (47都道府県中)	黒石市 (県内市町村中)		県 (47都道府県中)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指数・順位	全体	0.954	0.940	0.959	0.899	0.897	0.853
		(21位)	(22位)	(39位)	(6位)	(6位)	(45位)
	入院	1.027	0.947	0.935	1.031	1.056	0.802
		(7位)	(16位)	(38位)	(2位)	(2位)	(44位)
	外来	0.940	0.962	0.993	0.788	0.757	0.932
		(32位)	(25位)	(28位)	(37位)	(38位)	(35位)

出典：地域差分析(厚労省)

③中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標疾患の医療費を平成30年度と比較すると、総医療費及び中長期目標疾患の医療費合計が総医療費に占める割合は、ともに減少しています。

脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)は平成30年度より減少していますが、虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)は平成30年度より増加しており、いずれも、同規模、県、国と比較しても高くなっています。慢性腎不全の透析有は平成30年度より減少していますが、透析無については増加しており、いずれも、同規模、県、国よりも高くなっています。(図表18)

中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と比較してみると、脳血管疾患・虚血性心疾患・人

工透析いづれも患者数は減少していますが、脳血管疾患・虚血性心疾患については、割合が増加しています。脳血管疾患については、40～64歳の世代も増加しています。(図表 19)

特に脳血管疾患については、発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期の医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 18 中長期目標疾患の医療費の推移

		黒石市		同規模	県	国	
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度	
総医療費		28億4740万円	27億3771万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計		2億4343万円	2億1249万円	--	--	--	
		8.55%	7.76%	7.84%	7.42%	8.03%	
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	3.38%	2.59%	2.10%	2.35%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.73%	1.78%	1.39%	1.32%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.95%	2.46%	4.05%	3.40%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.48%	0.93%	0.30%	0.34%	0.29%
そ 疾 患 の 他 の	悪性新生物		16.23%	22.76%	16.91%	19.88%	16.69%
	筋・骨疾患		8.33%	8.53%	9.00%	8.64%	8.68%
	精神疾患		7.56%	4.90%	8.74%	6.72%	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 19 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者(人) 0～74歳	A	8,918	7,683	a	606	581	424	385	28	21	
				a/A	6.8%	7.6%	4.8%	5.0%	0.3%	0.3%	
40歳以上	B	6,919	6,226	b	598	574	418	374	25	21	
	B/A	77.6%	81.0%	b/B	8.6%	9.2%	6.0%	6.0%	0.4%	0.3%	
再掲	40～64歳	C	3,235	2,689	c	176	152	118	93	17	16
		C/A	36.3%	35.0%	c/C	5.4%	5.7%	3.6%	3.5%	0.5%	0.6%
	65～74歳	D	3,684	3,537	d	422	422	300	281	8	5
		D/A	41.3%	46.0%	d/D	11.5%	11.9%	8.1%	7.9%	0.2%	0.1%

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を経年変化でみると、高血圧・脂質異常症の治療者の割合は増加しており、65～74歳においては割合及び治療者数も増加しています。合併症(重症化)の割合をみると、糖尿病治療者において脳血管疾患の割合が増加しており、糖尿病合併症である腎症と網膜症の割合も増加しています。(図表 20・21・22)

黒石市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しておりますが、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理について、より積極的に指導し、重症化予防につなげる必要があると考えます。

図表 20 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
高血圧症治療者(人)	A	3,030	2,896	947	765	2,083	2,131	
	A/被保数	43.8%	46.5%	29.3%	28.4%	56.5%	60.2%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	379	347	105	94	274	253
		B/A	12.5%	12.0%	11.1%	12.3%	13.2%	11.9%
	虚血性心疾患	C	277	229	70	47	207	182
		C/A	9.1%	7.9%	7.4%	6.1%	9.9%	8.5%
	人工透析	D	21	19	13	14	8	5
		D/A	0.7%	0.7%	1.4%	1.8%	0.4%	0.2%

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

図表 21 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者(人)	A	1,425	1,233	457	350	968	883	
	A/被保数	20.6%	19.8%	14.1%	13.0%	26.3%	25.0%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	170	154	46	38	124	116
		B/A	11.9%	12.5%	10.1%	10.9%	12.8%	13.1%
	虚血性心疾患	C	167	135	54	32	113	103
		C/A	11.7%	10.9%	11.8%	9.1%	11.7%	11.7%
	人工透析	D	14	14	8	9	6	5
		D/A	1.0%	1.1%	1.8%	2.6%	0.6%	0.6%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	183	377	52	81	131	296
		E/A	12.8%	30.6%	11.4%	23.1%	13.5%	33.5%
	糖尿病性網膜症	F	237	248	67	63	170	185
		F/A	16.6%	20.1%	14.7%	18.0%	17.6%	21.0%
	糖尿病性神経障害	G	59	40	12	11	47	29
		G/A	4.1%	3.2%	2.6%	3.1%	4.9%	3.3%

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 22 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者(人)	A	2,248	2,240	717	624	1,531	1,616	
	A/被保数	32.5%	36.0%	22.2%	23.2%	41.6%	45.7%	
(中長期併目症標疾患)	脳血管疾患	B	256	249	63	62	193	187
		B/A	11.4%	11.1%	8.8%	9.9%	12.6%	11.6%
	虚血性心疾患	C	234	219	68	45	166	174
		C/A	10.4%	9.8%	9.5%	7.2%	10.8%	10.8%
	人工透析	D	9	13	5	11	4	2
		D/A	0.4%	0.6%	0.7%	1.8%	0.3%	0.1%

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

②高血圧・高血糖者の健診結果の改善及び医療のかかり方

Ⅱ度以上高血圧・HbA1c7.0 以上の人の割合をみると、令和 3 年度は増加しています。また未治療者が健診後、医療機関を受診したかをレセプトで確認したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で 35.0%、糖尿病で 12.4%いました。(図表 23)

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 23 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		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4～R4.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療		治療中断			
	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E				
黒石市	2,847	44.4%	2,629	43.5%	196	6.9%	102	52.0%	200	7.6%	99	49.5%	70	35.0%	7	3.5%

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0以上の推移(結果の改善)				医療のかかり方							
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4～R4.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療		治療中断			
	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K				
黒石市	2,846	99.9%	2,625	99.8%	102	3.6%	37	36.3%	105	4.0%	30	28.6%	13	12.4%	5	4.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。黒石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、21.5%と増加し、3項目すべての危険因子が重なっている割合も増加しています。(図表24)

重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合をみると、Ⅱ度高血圧以上の割合は増加しています。(図表25)

図表24 メタボリックシンドローム該当者の経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者		予備群	
		3項目	2項目		
H30年度	2,847 (44.4%)	599 (21.0%)	157 (5.5%)	442 (15.5%)	334 (11.7%)
R4年度	2,590 (45.2%)	556 (21.5%)	155 (6.0%)	401 (15.5%)	299 (11.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表25 HbA1c、Ⅱ度高血圧、LDL-Cの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	HbA1c 6.5以上	Ⅱ度高血圧 以上	LDL-C 160以上
H30年度	2,847 (44.4%)	242 (8.5%)	196 (6.9%)	361 (12.7%)
R4年度	2,590 (45.2%)	205 (7.9%)	211 (8.1%)	276 (10.7%)

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

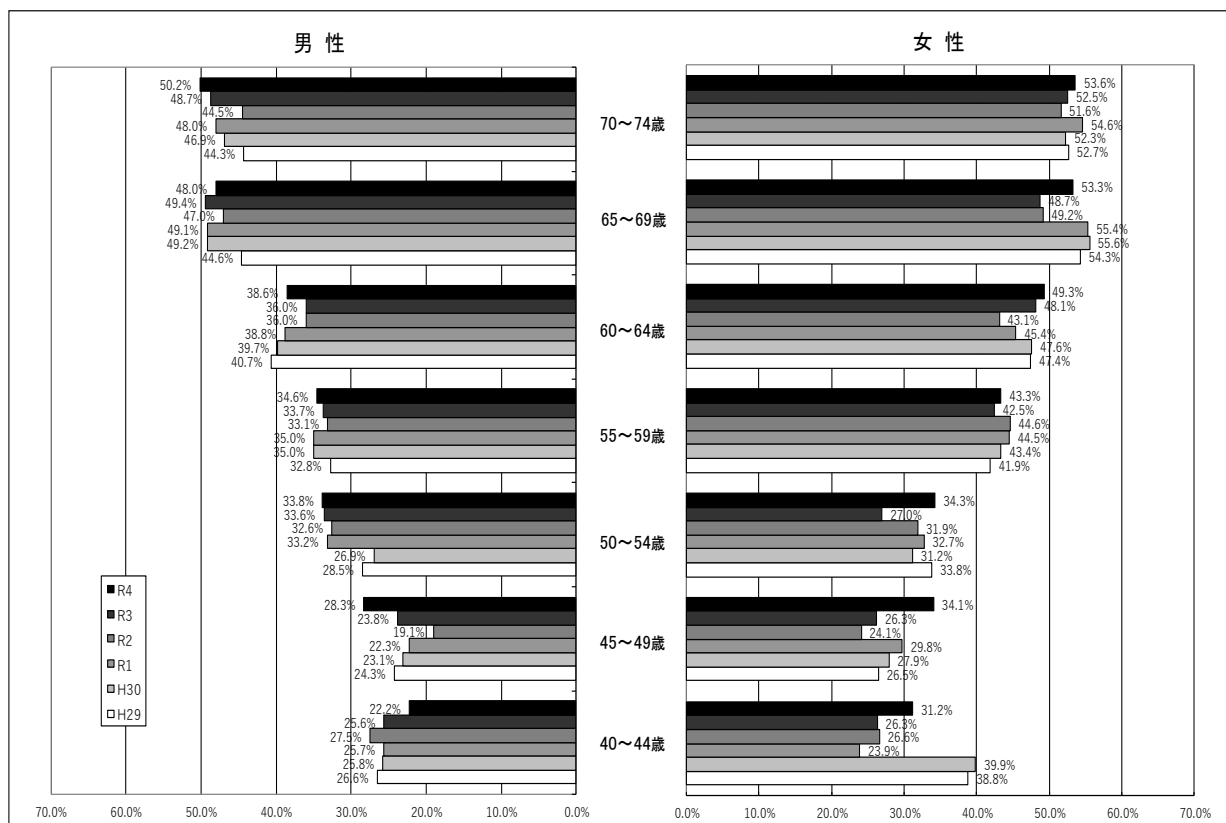
特定健診受診率は、令和2年度に一度減少したものの、令和4年度までには43.0%まで回復しました。しかしながら、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表26)
また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、40～50代、特に男性の特定健診受診率は低い状況が続いています。(図表27)

特定保健指導についても、令和2年度以降、大きく実施率が下がっており、令和4年度は28.9%と低い状況です。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながると考えられます。

図表 26 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	2,696	2,660	2,475	2,487	2,443	健診受診率 60%
	受診率	42.2%	42.5%	40.1%	41.3%	43.0%	
特定保健指導	該当者数	311	281	292	283	270	特定保健指導実施率 60%
	割合	11.5%	10.6%	11.8%	11.4%	11.1%	
	実施者数	133	124	101	91	78	
	実施率	42.8%	44.1%	34.6%	32.2%	28.9%	

図表 27 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

① 糖尿病性腎症重症化予防

健診受診者のうち、保健指導対象者の割合をみると、令和4年度は6.6%と横ばいとなっています。(図表28)

血糖値有所見者のうち、未治療・治療中断者の割合をみると、令和4年度は19.4%と減少傾向になっています。76.9%が受診につながりましたが、約2割は未治療です。(図表29)

HbA1c8.0%以上の高血糖者の割合をみると、令和4年度は0.9%で増加傾向となっています。27.8%が未治療者であり、受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、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継続できるための支援をおこなう必要があります。(図表30)

高血糖者の中には治療中の方も多く、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こすなど、血糖悪化の原因となるため、治療中の方についても医療と連携して、保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていく必要があります。

※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 28 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	2,201	2,119	1,896	1,914	1,998
	保健指導対象者 *1	157	103	125	122	131
	(b/a)	7.1%	4.9%	6.6%	6.4%	6.6%

黒石市調べ

- *1 1) 空腹時血糖 126mg/dl 以上、又は HbA1c6.5%以上の者で、医療機関未受診者・中断者
 2) 糖尿病により治療中の者で、①尿蛋白(1+)以上の者②70歳未満の者で eGFR60ml/分/1.73㎡未満、70歳以上は eGFR50ml/分/1.73㎡未満③HbA1c7.0%以上の者
 3) 糖尿病を発症していないが、eGFR60ml/分/1.73㎡未満の者でⅡ度以上高血圧者

図表 29 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 *2	人(a)	157	132	117	143	134
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *3	人(b)	-	37	28	31	26
	(b/a)	-	28.0%	23.9%	21.7%	19.4%
受診した者	人(c)	-	23	22	17	20
	(c/b)	-	62.2%	78.6%	54.8%	76.9%
治療開始した者	人(d)	-	10	12	7	4
	(d/b)	-	27.0%	42.9%	22.6%	15.4%

黒石市調べ

*2 HbA1c6.5%以上の者

*3 空腹時血糖 126mg/dl 以上、又は HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者のうち、レセプトに糖尿病名あるいは糖尿病治療薬の処方がない者

図表 30 HbA1c8.0 以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	2,201	2,119	1,896	1,914	1,998
HbA1c8.0%以上	人(b)	15	15	14	15	18
	(b/a)	0.7%	0.7%	0.7%	0.8%	0.9%
保健指導実施※	人(c)	2	6	2	2	0
	(c/b)	13.3%	40.0%	14.3%	13.3%	0.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(d)	6	6	5	6	5
	(d/b)	40.0%	40.0%	35.7%	40.0%	27.8%

※保健指導とは訪問・来所等による面談実施者を計上

内服治療開始	4人	3人	4人
元々治療中	9人	9人	9人
死亡、転出	2人	4人	2人

黒石市調べ

②虚血性心疾患重症化予防

虚血性心疾患の重症化予防において、心電図検査は重要な検査の一つであり、市では心電図検査を健診受診者全員に実施しており、実施率はほぼ 100%です。(図表 31)

有所見者の割合は横ばいですが、ST 異常所見の割合をみると、令和 4 年度は 6.6%と増加傾向にあります。要医療と判定を受けた者は 86.3%で、そのうち 74.3%が医療機関を受診していますが、25.7%は未受診であり、継続して保健指導を実施する必要があります。(図表 32)

図表 31 特定健診心電図検査の結果 有所見者(要医療者)の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者	人(a)	2,201	1,035	1,166	2,119	1,008	1,111	1,896	935	961	1,914	939	975	1,998	962	1,036
心電図受診者	人(b)	2,200	1,034	1,166	2,118	1,008	1,110	1,895	935	960	1,913	938	975	1,997	961	1,036
心電図実施率	b/a	100.0%	99.9%	100.0%	100.0%	100.0%	99.9%	99.9%	100.0%	99.9%	99.9%	99.9%	100.0%	99.9%	99.9%	100.0%
要指導者	人(c)	214	132	82	203	125	78	172	107	65	205	123	82	183	115	69
要医療者	人(d)	247	97	150	212	83	129	212	99	113	220	106	114	233	101	132
医療継続者	人(e)	117	76	41	132	86	46	110	64	46	121	77	44	133	87	46
有所見率	(c+d+e)/b	26.3%	29.5%	23.4%	25.8%	29.2%	22.8%	26.1%	28.9%	23.3%	28.5%	32.6%	24.6%	27.5%	31.5%	23.8%

黒石市調べ

図表 32 心電図受診者のうち、ST 異常所見の状況

	H30	R1	R2	R3	R4
心電図実施者	2,200	2,118	1,895	1,913	1,997
ST異常所見	112	95	125	116	131
要医療者(人)	98	83	112	96	113
医療機関受診あり(人)	53	58	70	67	84
医療機関受診なし(人)	45	25	42	29	29
それ以外の判定	14	12	13	20	18

黒石市調べ

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、令和4年度は6.8%と増加傾向であり、58.8%が要医療の判定を受けた者です。要医療者のうち、治療につながった者の割合は48.8%と増加しましたが、依然未受診が多い状況です。また、高血圧の治療を継続しているにもかかわらず、血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が41.2%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

血圧Ⅲ度の者については、16人のうち9人が治療につながっていますが、7人(43.8%)は未治療です。(図表33)

高血圧は、脳心血管病において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあります。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。図表34は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化です(降圧薬治療者を除く)。高リスクの未治療者、中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を行い、適切な受診勧奨に取り組みます。高値血圧の者にも、家庭での血圧測定をすすめ、血圧手帳の活用を促します。

図表 33 血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	2,201	2,119	1,896	1,914	1,998	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	125	104	108	113	136	
	(b/a)	5.7%	4.9%	5.7%	5.9%	6.8%	
	医療継続	人(c)	54	45	44	54	56
		(c/b)	43.2%	43.3%	40.7%	47.8%	41.2%
	要医療	人(d)	71	59	64	59	80
		(d/b)	56.8%	56.7%	59.3%	52.2%	58.8%
	受診あり	人(e)	18	29	28	26	39
		(e/d)	25.4%	49.2%	43.8%	44.1%	48.8%
	治療開始	人(e)	6	12	18	11	15
		(e/d)	33.3%	41.4%	64.3%	42.3%	38.5%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	19	16	15	15	22
		(f/a)	0.9%	0.8%	0.8%	0.8%	1.1%
	医療継続	人	8	6	5	7	6
	要医療	人	11	10	10	8	16
	受診あり	人	0	2	6	4	9
	治療開始	人	0	1	5	3	5

黒石市調べ

図表 34 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和4年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		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
	872	433 49.7%	332 38.1%	85 9.7%	22 2.5%
リスク第1層 予後影響因子がない	60 6.9%	C 33 7.6%	B 21 6.3%	B 6 7.1%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	498 57.1%	C 245 56.6%	B 197 59.3%	A 47 55.3%	A 9 40.9%
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	314 36.0%	B 155 35.8%	A 114 34.3%	A 32 37.6%	A 13 59.1%

…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	215 24.7%
B 概ね1ヵ月後に再評価	379 43.5%
C 概ね3ヵ月後に再評価	278 31.9%

※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。

心房細動は脳梗塞のリスクであり心電図検査によって早期に発見することができ、心原性脳塞栓による重症化予防が可能となります。心房細動有所見率をみると、令和4年度は1.5%と横ばいとなっています。(図表 35)

心房細動有所見者のうち、未治療者の状況をみると、令和4年度は要医療者11人のうち9人(81.8%)が受診につながっていますが、約2割は未治療です。未治療者に対しては継続して保健指導を実施します。要医療以外の判定の者に対しては、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行います。(図表 36)

図表 35 心電図受診者のうち、心房細動有所見者(要医療者)の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者	人(a)	2,201	1,035	1,166	2,119	1,008	1,111	1,896	935	961	1,914	939	975	1,998	962	1,036
心電図受診者	人(b)	2,200	1,034	1,166	2,118	1,008	1,110	1,895	935	960	1,913	938	975	1,997	961	1,036
心房細動	人(c)	28	21	7	26	22	4	26	21	5	26	24	2	29	24	5
心房細動有所見率	c/b	1.3%	2.0%	0.6%	1.2%	2.2%	0.4%	1.4%	2.2%	0.5%	1.4%	2.6%	0.2%	1.5%	2.5%	0.5%
うち、心房細動要医療	人	9	4	5	6	5	1	13	12	1	11	9	2	11	10	1

黒石市調べ

図表 36 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者	28		26		26		26		29	
心房細動要医療	9	32.1%	6	23.1%	13	50.0%	11	42.3%	11	37.9%
受診あり	7	77.8%	5	83.3%	12	92.3%	11	100.0%	9	81.8%
検査後、異常なしと診断	1	14.3%	2	40.0%	1	8.3%	6	54.5%	1	11.1%
治療開始	4	57.1%	3	60.0%	9	75.0%	3	27.3%	7	77.8%
不明	2	28.6%	0	0.0%	2	16.7%	2	18.2%	1	11.1%

黒石市調べ

(2) ポピュレーションアプローチ

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

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

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費などの社会保障費が増大している実態や、食生活・生活リズムなどの生活背景との関連について、広報紙による発信や各種団体や各地区において、出前講座や健康教室・健康相談を毎年行い、広く市民へ周知を行いました。また、保健協力員を対象に地区ごとの健康課題について研修会を開催し周知を図りました。

※ポピュレーションアプローチとは、市民全員を対象として広報活動や健康教室などを行い、全体としての健康リスクを下げる取組のこと。

(3)第2期計画の目標達成状況

図表 37 第2期データヘルス計画目標管理一覽

関連計画等	初期年度の健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績値							データの把握方法 (活用データ年度)
				初年度	中間評価			最終評価			
				(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)	
特定健康計画	努力支援 <第3期特定健診等実施計画> ①特定健診受診率の伸びが悪い。 ②特定健診指導実施率の伸びが悪い。	特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上を図り、医療費削減と重症化予防対象者の減少。	特定健診受診率60%以上 特定保健指導実施率60%以上	41.0%	42.2%	42.5%	40.1%	41.3%	43.0%	特定健診・特定保健指導結果(法定報告値)	
				(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)		(R4)
データヘルス計画	中長期 ①一人当たりの医療費が増える。 ②慢性腎不全(人工透析有り・なし両方)と、脳血管疾患に係る医療費が県と比較して高い。	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の抑制。	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少 虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少 糖尿病性腎症(透析有り)の総医療費に占める割合の減少	2.3%	3.4%	2.2%	2.2%	1.3%	2.6%	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」、KDBシステム疾病統計分析	
				(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)		(R4)
保険者努力支援制度	<短期目標疾患の課題> ①糖尿病、高血圧、脂質異常症が増加。 ②メタボリックシンドローム該当者が増加。 ③メタボリックシンドローム該当者の血糖・高血圧・脂質異常症を併せ持っている人が増加。	特定健診受診者のHbA1c8以上の未治療者の割合の減少 糖尿病の未治療者のうち治療につながった者の割合60% ハイリスク者のうち保健指導を実施した割合50%	がん検診受診率 25.0%以上 肺がん検診 25.0%以上 大腸がん検診 25.0%以上 子宮頸がん検診 25.0%以上 乳がん検診 25.0%以上 5つのがん検診の平均受診率	33.2%	14.5%	17.9%	17.5%	17.0%	16.2%	黒石市健康増進事業報告、地域保健事業報告	
				(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)		(R4)
黒石市健康増進計画	後発医薬品の利用率	歯科健診(歯周病健診) 自己の健康に関心をもつ住民が増える。 後発医薬品の使用により、医療費の削減。	歯科疾患健診受診率の増加 生活習慣改善のための取組みをする人の割合の増加 後発医薬品の使用割合80%以上	9.1%	8.6%	8.8%	7.4%	8.5%	7.8%	厚生労働省公表結果	
				(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)		(R4)

3) 第2期データヘルス計画の考察

第2期計画において、社会保障費(医療費・介護費)の抑制及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)の減少を目標に対策をすすめました。

介護給付費は増加し、一人あたり給付費も増加しています。1号認定率は低いですが、要介護3以上の重度の認定率が多いため、介護給付費の増加につながったと思われます。2号認定率は高く、若くして介護になる方も多い状況です。

新規認定者が増えていることも課題です。脳血管疾患(脳卒中)が有病状況の上位を占めており、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)を有する者は、要介護者全体の9割以上と非常に高い割合となっています。生活習慣病対策は介護給付費抑制においても重要な位置づけであると言えます。

総医療費は減少しましたが、一人あたり・1件あたりの医療費は増加しています。1期で課題となっていた慢性腎不全による人工透析費用の割合は減少しましたが、虚血性心疾患と脳血管疾患にかかる医療費の割合が高く、40～64歳の世代で脳血管疾患・人工透析患者の割合が増加しており、新たな課題となっています。

高血圧症と脂質異常症の治療者の割合は増加していますが、合併症割合は減少。一方で糖尿病治療者割合は減少し、糖尿病による合併症が増加しています。

メタボリックシンドロームの該当者、Ⅱ度高血圧の割合が増加しており、未治療・治療中断を併せると4割近くいます。翌年度健診を受診していない方が2～3割存在し、結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、重症化予防対象者等への継続受診を勧める働きかけが必要です。

若い世代の死亡や要介護認定者も多く、予防のための治療や健診を受けていないため、重症化してしまっている状況があります。特定健診及び特定保健指導率の向上を図りつつ、要医療域の方には受診勧奨を徹底し、治療継続及び改善状況を確認するなど保健指導を強化し、重症化を予防することが重要です。

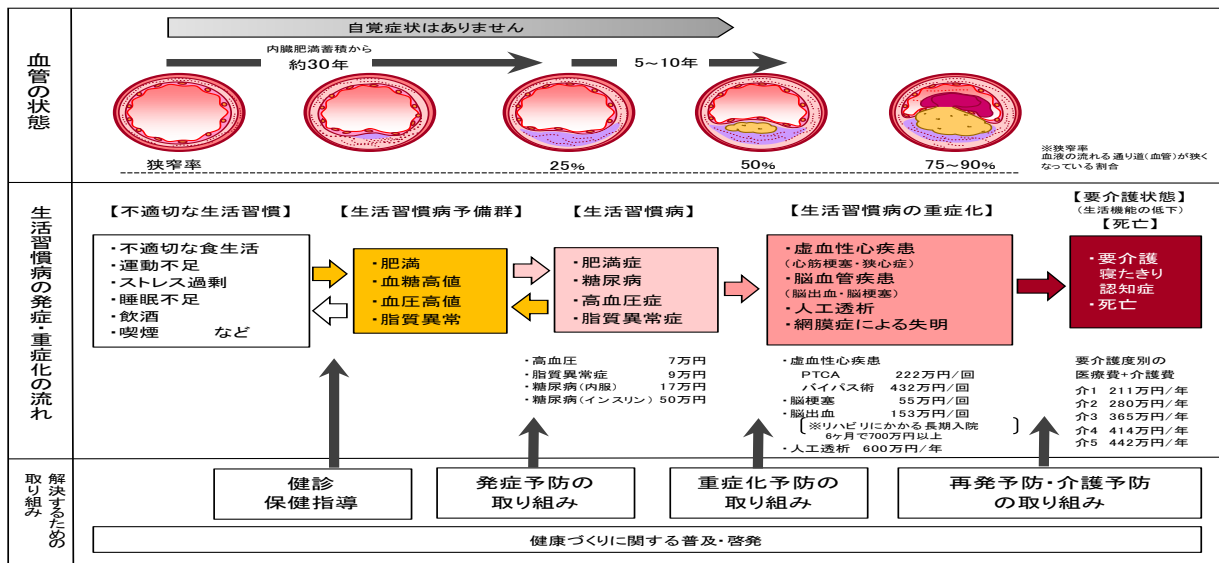
一番の課題である脳血管疾患及び臓器を守るためには、高血圧対策に重点的に取り組むことが必要であり、血管障害を起こす前の対象が最優先です。また、内臓脂肪の蓄積が合併している者も優先にすべきです。

3. 第3期計画における健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

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

図表 38 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歳に到達した後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

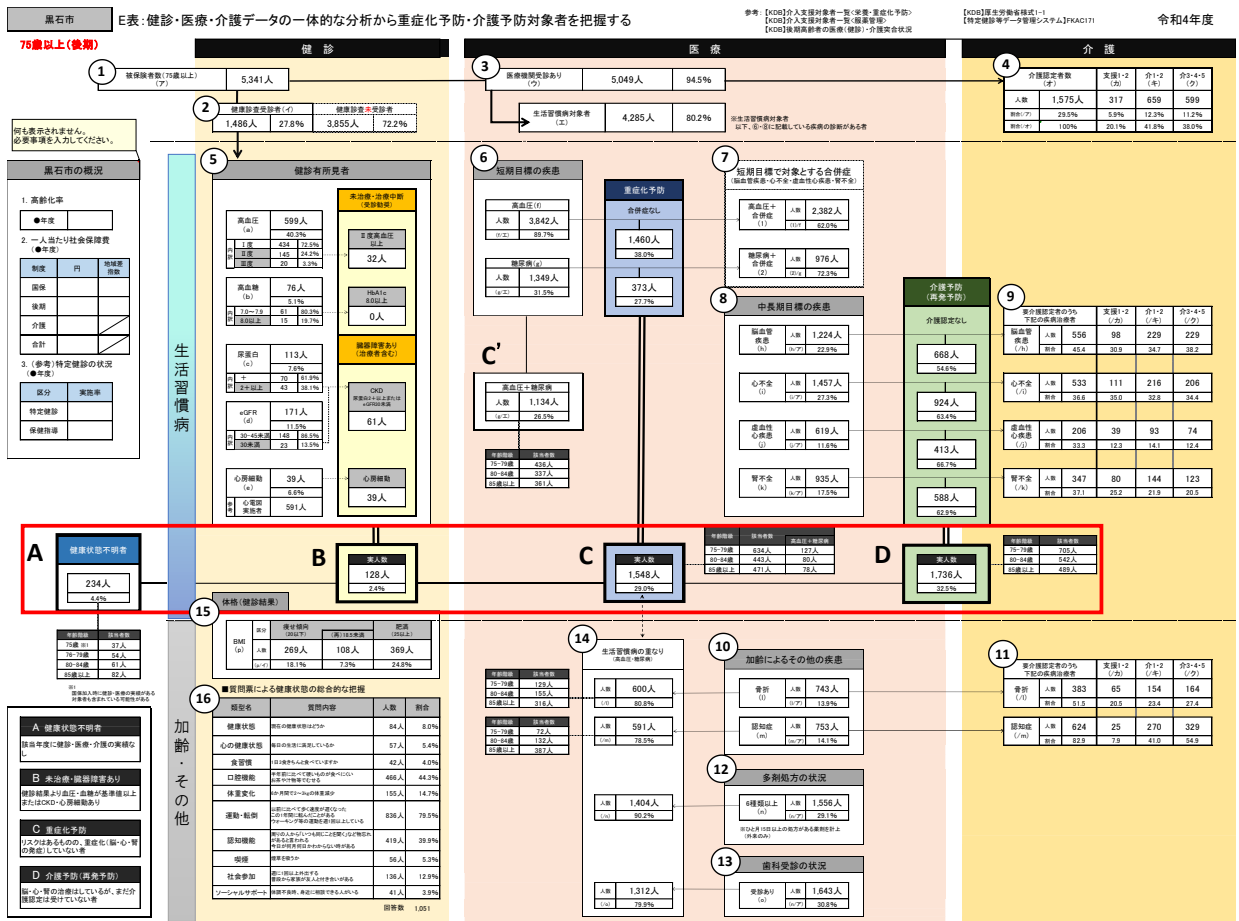
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を占めており、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、市町村国保及び広域連合は、75歳以上(後期高齢者)の状況(図表 39)も踏まえ、健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

図表 39 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



【参考資料2】④75歳以上(後期)参照

(1)医療費分析

国保の被保険者数は年々減少しているが、一人あたり医療費は新型コロナウイルス感染症の影響もあり、令和2年度に一度減少したものの、令和4年度は約35万円と増加傾向です。後期高齢者になると一人あたり73万円を超え、国保の2倍以上と高い状況です。(図表40)

図表 40 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度	
被保険者数	8,918人	8,653人	8,404人	8,097人	7,683人	5,529人	
総件数及び総費用額	件数	72,100件	69,823件	62,631件	61,517件	60,845件	67,796件
	費用額	28億4740万円	28億2215万円	26億9307万円	26億7237万円	27億3771万円	40億7092万円
一人あたり医療費	31.9万円	32.6万円	32.0万円	33.0万円	35.6万円	73.6万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

中長期目標疾患のうち慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合をみると、国保は、同規模、県、国と比べて低い状況にあるが、後期高齢者では、同規模、国と比べて高い状況です。さらに、慢性腎不全(透析無)の割合は、国保・後期高齢者ともに同規模、県、国と比べて高い状況です。

短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は同規模、国と比べて高く、後期高齢者は同規模、県、国と比べても高い状況です。(図表 41)

図表 41 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞									
① 国保	黒石市	27億3771万円	28,816	2.46%	0.93%	2.59%	1.78%	6.68%	3.45%	1.61%	5億3386万円	19.5%	22.8%	4.90%	8.53%
	同規模	—	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	—	19.1%	16.9%	8.74%	9.00%
	県	—	28,352	3.40%	0.34%	2.35%	1.32%	6.84%	3.97%	2.04%	—	20.3%	19.9%	6.72%	8.64%
	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	黒石市	40億7092万円	62,072	4.90%	0.88%	3.67%	0.70%	5.15%	3.48%	1.02%	8億0576万円	19.8%	10.0%	4.74%	12.5%
	同規模	—	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	—	18.7%	10.5%	4.11%	12.6%
	県	—	61,123	4.96%	0.62%	3.99%	1.28%	4.78%	3.67%	1.20%	—	20.5%	11.7%	4.03%	11.5%
	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

高額レセプトについては、令和4年度は国保で614件のレセプトが発生しており、後期高齢者では785件と約1.3倍に増えることがわかります。脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保では令和2年度に44件発生しており、6,600万円以上の費用がかかっていましたが、令和4年度は41件と件数が減り、費用額も約4,900万円と減少しています。しかし、後期高齢者においては68件発生し、7,600万円以上の費用がかかっています。(図表 42・43)

脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。

図表 42 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	286人	285人	289人	283人	302人	470人
	件数	B	548件	569件	574件	531件	614件	785件
		B/総件数	0.76%	0.81%	0.92%	0.86%	1.01%	1.16%
	費用額	C	7億3399万円	7億4339万円	7億6784万円	7億2366万円	8億4173万円	9億3663万円
C/総費用		25.8%	26.3%	28.5%	27.1%	30.7%	23.0%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 43 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度	
人数	D	24人	28人	23人	13人	19人	44人	
	D/A	8.4%	9.8%	8.0%	4.6%	6.3%	9.4%	
件数	E	49件	41件	44件	17件	41件	68件	
	E/B	8.9%	7.2%	7.7%	3.2%	6.7%	8.7%	
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 2.9%
	40代	6 12.2%	5 12.2%	8 18.2%	0 0.0%	0 0.0%	70-74歳	0 0.0%
	50代	0 0.0%	3 7.3%	2 4.5%	1 5.9%	4 9.8%	75-80歳	20 29.4%
	60代	18 36.7%	17 41.5%	15 34.1%	10 58.8%	14 34.1%	80代	41 60.3%
	70-74歳	25 51.0%	16 39.0%	19 43.2%	6 35.3%	23 56.1%	90歳以上	5 7.4%
費用額	F	5313万円	4727万円	6695万円	2214万円	4891万円	7619万円	
	F/C	7.2%	6.4%	8.7%	3.1%	5.8%	8.1%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 44 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度	
人数	G	7人	12人	18人	5人	15人	8人	
	G/A	2.4%	4.2%	6.2%	1.8%	5.0%	1.7%	
件数	H	8件	15件	18件	5件	18件	8件	
	H/B	1.5%	0.0%	3.1%	0.9%	2.9%	1.0%	
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	1 12.5%
	40代	0 0.0%	2 13.3%	1 5.6%	0 0.0%	0 0.0%	70-74歳	1 12.5%
	50代	2 25.0%	2 13.3%	3 16.7%	2 40.0%	3 16.7%	75-80歳	1 12.5%
	60代	4 50.0%	9 60.0%	9 50.0%	2 40.0%	11 61.1%	80代	5 62.5%
	70-74歳	2 25.0%	2 13.3%	5 27.8%	1 20.0%	4 22.2%	90歳以上	0 0.0%
費用額	I	1231万円	2665万円	3456万円	1201万円	4263万円	1574万円	
	I/C	1.7%	3.6%	4.5%	1.7%	5.1%	1.7%	

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

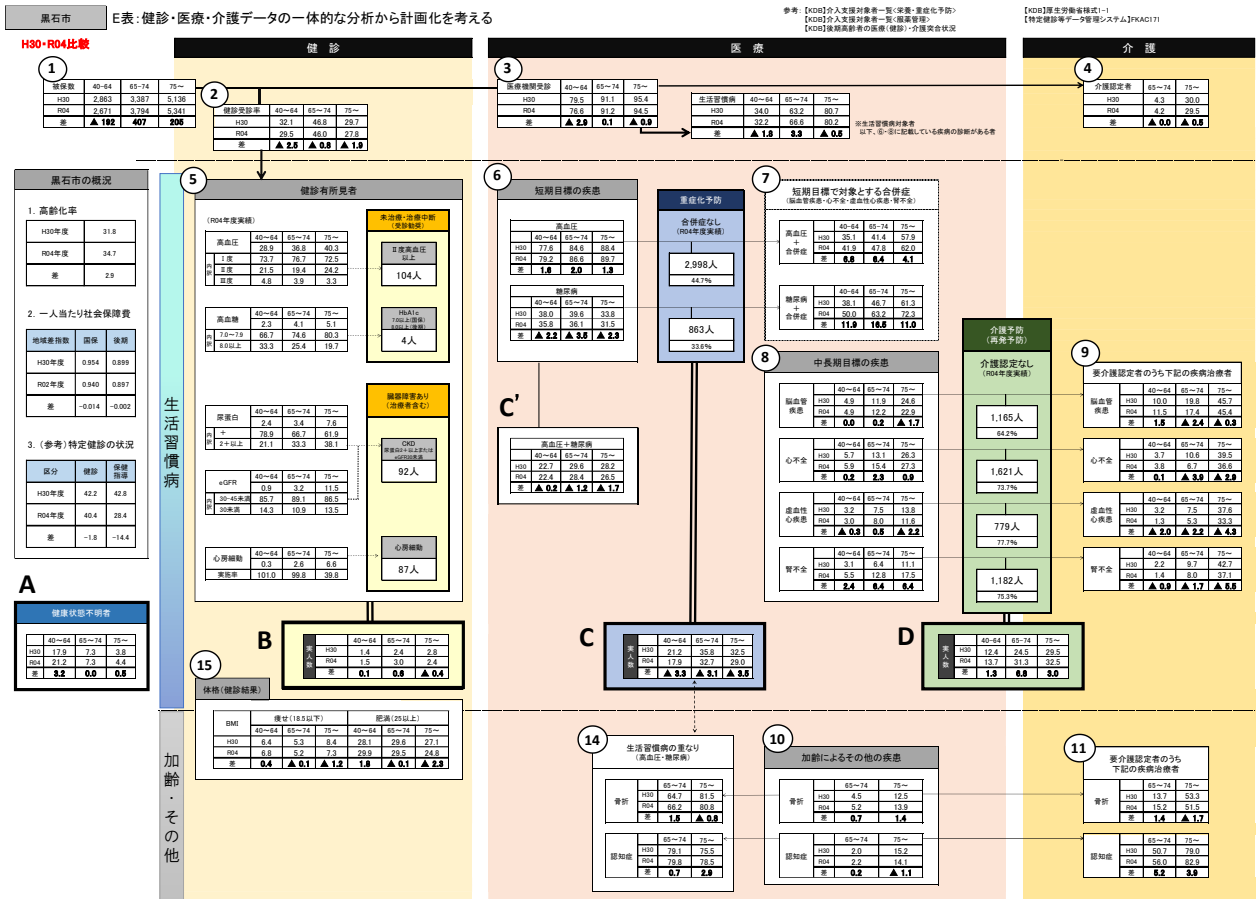
健診・医療・介護のデータを各年代で一体的に分析し、平成30年度と令和4年度で比較すると、①の被保険者数は、40～64歳では減少し、65歳～74歳と75歳以上では合計で600人以上増えており、高齢化が確実に進んでいることがわかります。⑮の体格をみると、40～64歳の若い年齢層で、BMI25以上の割合が増加しています。(図表46)

健診有所見の状況を見ると、全ての年代でⅡ度高血圧以上の未治療・治療中断者が増加していることから、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。(図表47)

短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況を見ると、高血圧治療者の割合が各年代で増加しており、それぞれの疾患を含む合併症も各年代で増加しています。(図表48)

中長期目標疾患と介護認定の状況を見ると、治療者の割合は心不全・腎不全の各年代で増加しています。また、脳血管疾患を治療している人のうち、介護認定を受けている人の割合が、40～64歳の若い世代で増加しています。(図表49)

図表45 健診・医療・介護データの一体的な分析



【参考資料2】⑤H30-R4比較

図表 46 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数				② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)					
						特定健診		後期高齢	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-
H30	30.0	2,863	3,387	5,136	32.1	46.8	29.7	6.4	5.3	8.4	28.1	29.6	27.1	
R4	29.5	2,671	3,794	5,341	29.5	46.0	27.8	6.8	5.2	7.3	29.9	29.5	24.8	

図表 47 健診有所見状況

E表	⑤																															
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動							
	40-64歳			65-74歳			75歳-			40-64歳			65-74歳			75歳-			40-64歳		65-74歳		75歳-		40-64歳		65-74歳		75歳-			
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%
H30	49	5.3	(23)	112	7.1	(36)	164	10.7	(23)	26	2.8	(5)	63	4.0	(6)	23	1.5	(1)	8	0.9	15	0.9	69	4.5	6	0.7	26	1.6	55	3.6		
R4	60	7.6	(30)	150	8.6	(42)	165	11.1	(32)	18	2.3	(3)	71	4.1	(1)	15	1.0	(0)	5	0.6	26	1.5	61	4.1	2	0.3	46	2.6	39	2.6		

図表 48 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③									⑥									⑦										
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症													
	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	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										
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%
H30	79.5	91.1	95.4	34.0	63.2	80.7	77.6	84.6	88.4	38.0	39.6	33.8	22.7	29.6	28.2	35.1	41.4	57.9	38.1	46.7	61.3								
R4	76.6	91.2	94.5	32.2	66.6	80.2	79.2	86.6	89.7	35.8	36.1	31.5	22.4	28.4	26.5	41.9	47.8	62.0	50.0	63.2	72.3								

注) 合併症とは、脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全を指す。

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

E表	⑧ 中長期目標の疾患(被保険者割)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-
H30	4.9	11.9	24.6	3.2	7.5	13.8	5.7	13.1	26.3	3.1	6.4	11.1	10.0	19.8	45.7	3.2	7.5	37.6	3.7	10.6	39.5	2.2	9.7	42.7
R4	4.9	12.2	22.9	3.0	8.0	11.6	5.9	15.4	27.3	5.5	12.8	17.5	11.5	17.4	45.4	1.3	5.3	33.3	3.8	6.7	36.6	1.4	8.0	37.1

図表 50 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑩				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者)				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 歳	75歳-	65-74 歳	75歳-	65-74 歳	75歳-	65-74 歳	75歳-	65-74 歳	75歳-	65-74 歳	75歳-
H30	64.7	81.5	79.1	75.5	4.5	12.5	2.0	15.2	13.7	53.3	50.7	79.0
R4	66.2	80.8	79.8	78.5	5.2	13.9	2.2	14.1	15.2	51.5	56.0	82.9

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の優先順位

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

具体的な取組方法については、第4章に記載します。

3)目標の設定

(1)成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、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ます。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 51)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

②中長期的な目標の設定

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

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

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

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の減少を短期的な目標とします。

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

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

(2)管理目標の設定

図表 51 第3期データヘルス計画目標管理一覽

	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			目標			データの把握方法 (活用データ)
			初期値 R 6 (R4)	中間 評価 R 8 (R7)	最終 評価 R 11 (R10)	初期値	中間 評価	最終 評価	
短期目標	アウトプット指標 メタボ該当者、重症化予防対象者の減少	特定健診の実施率	43.0%	52.5%	60.0%	法定報告値			
		40～64歳の特定健康診査の実施率	32.5%	47.0%	58.8%				
		65～74歳の特定健康診査の実施率	50.3%	55.9%	60.7%				
		特定保健指導の実施率	28.9%	45.0%	60.0%				
		40～64歳の特定保健指導の実施率	27.6%	41.8%	56.0%				
		65～74歳の特定保健指導の実施率	30.4%	49.1%	64.5%				
	アウトカム指標 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	25.9%	27.0%	28.0%		KDBシステム		
		40～64歳の特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	25.0%	26.7%	27.9%				
		65～74歳の特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	26.5%	27.3%	28.2%				
		メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	33.4%	28.0%	20.0%				
		HbA1c8.0以上の者の割合	0.9%	0.8%	0.7%				
		40～64歳のHbA1c8.0以上の者の割合	0.9%	0.7%	0.6%				
		65～74歳のHbA1c8.0以上の者の割合	0.9%	0.8%	0.8%				
		HbA1c6.5以上の者の割合	8.0%	7.0%	6.0%				
		HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	12.8%	11.5%	10.0%				
医療費の削減	後発医薬品の使用割合	85.4%	86.0%	86.5%	厚生労働省公表結果				
中長期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合	2.6%	2.5%	2.4%	KDBシステム			
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合	1.8%	1.7%	1.6%				
		慢性腎不全(透析あり)の総医療費に占める割合	2.5%	2.4%	2.3%				

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 52 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	47.5%	50.0%	52.5%	55.0%	57.5%	60%以上
特定保健指導実施率	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 53 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	5,500	5,350	5,200	5,050	4,900	4,750
	受診者数	2,613	2,675	2,730	2,778	2,818	2,850
特定保健指導	対象者数	260	255	250	245	240	235
	受診者数	91	102	113	123	132	141

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

特定健診については、青森県総合健診センター・特定健診実施医療機関に委託し、実施します。

- ① 集団健診(青森県総合健診センター)
- ② 個別健診(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

特定健診実施機関については、黒石市ホームページに掲載します。

(参照)URL : <http://www.city.kuroishi.aomori.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)を実施します。

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

図表 54 特定健診検査項目

○黒石市特定健診検査項目

健診項目		黒石市	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	○	○
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)	○	□

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

(5) 実施時期

5月から翌年3月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

医療機関受診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に健診の受診勧奨を行えるよう、医療機関に対して十分な説明を実施します。

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

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診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 55 特定健診実施スケジュール

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

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、医療機関・青森県総合健診センターへの執行委任の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

出典：特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

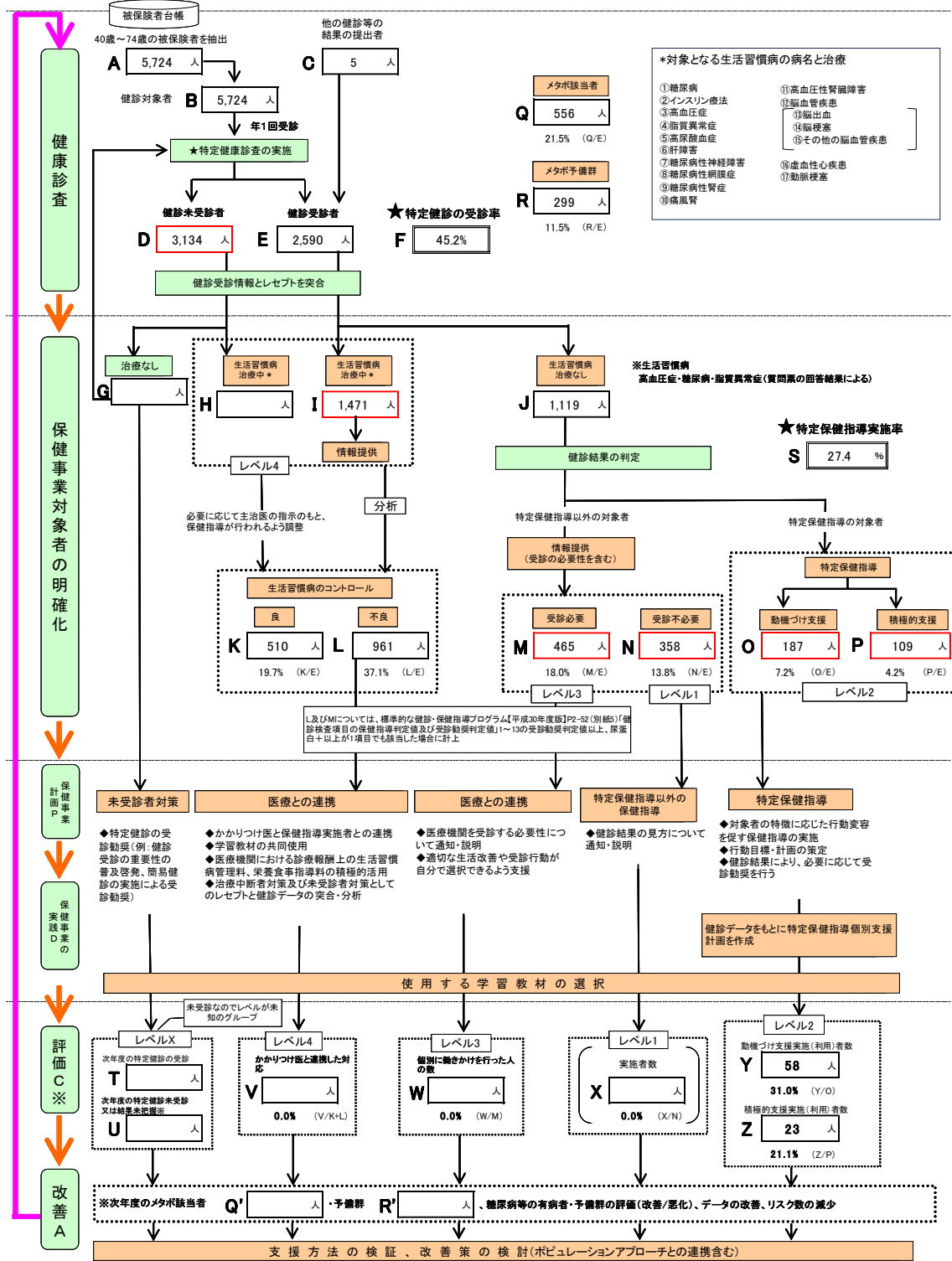
(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 56 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)

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

様式5-5
令和4年度



(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 57 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者数に対する割合)	目標実施率
1	O・P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	296人 (11.4%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	465人 (18.0%)	HbA1c6.5以上については、100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (健診受診の重要性の普及啓発等)	3,134人 ※受診率目標達成までにあと845人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	358人 (13.8%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1,471人 (56.8%)	Ⅱ度高血圧以上、HbA1c8.0以上については、100%

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践するため、年間実施スケジュールを作成します。

図表 58 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	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎個別健康診査実施の依頼	◎前年度からの特定保健指導	◎特定健康診査をはじめとした各種健診等の広報
5月	◎特定健康診査の開始		◎市民健診、後期高齢者健診、がん検診開始
6月		◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決済の開始
7月		◎特定保健指導の開始 ◎利用券の登録	
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	◎健診の終了		

6. 特定健診受診率・健康意識向上のための取組

本計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高めるうえでは、被保険者自身が健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、主体的・積極的に健康増進に取り組むことが重要です。そのため、特定健診の受診率向上と健康意識向上のための取組を実施します。

1) 特定健診受診率向上のための取組

(1) 受診勧奨の実施

地区の保健協力員が対象世帯に特定健診の申込書を配布する際、声がけにより受診勧奨を行います。また、国保データベース(KDB)の情報を使用し、特定健診未受診者をタイプ別に抽出して、対象者に応じた受診勧奨通知を送付します。

(2) 窓口での積極的な働きかけ

国保年金課の窓口で国民健康保険の新規取得等で来庁した人に対し、特定健診の内容や重要性について説明をして、受診につながるよう積極的に働きかけます。

(3) 受診機会の確保

平日仕事などで特定健診を受診できない人のために、日曜日に医療機関での健診日を設けるほか、予定していた健診日に受診できなかった人のために、追加健診日を設け、受診機会の確保に努めます。

(4) 若年層メタボリックシンドローム検診の実施

特定健診の対象となる前の30歳代の被保険者に対し、若年層メタボリックシンドローム検診を無料で実施し、40歳からの特定健診の受診につなげます。

(5) 医療機関との連携

医療機関を受診している特定健診未受診者に、かかりつけ医から受診勧奨を行えるよう、医療機関に十分な説明をし、連携を図ります。

(6) 継続受診のための取組

集団健診で特定健診を受診した人に粗品を進呈します。また、特定健診受診者を次年度のインフルエンザワクチン接種費用の助成対象者とし、継続受診の意欲向上に努めます。

(7) 健診結果等の提供依頼

職場健診や人間ドックを受診した人に健診結果の提供を呼びかけ、条件を満たす場合は、特定健診受診者と同様の特典が受けられるようにします。

2)健康意識向上のための取組

(1)広報活動

市の広報紙やホームページで医療費が増加している状況や、生活習慣病の危険性などについて周知します。また、地域の公民館等において健康教室や出前講座などを開催し、健康知識の啓発に努めます。

(2)がん検診の実施

集団健診で、がん検診を無料で実施し、がんの早期発見・早期治療につなげます。

(3)脳ドック検診費用助成の実施

脳ドック検診費用の一部助成を実施し、脳血管疾患の早期発見・重症化予防につなげます。

(4)くろいし健康マイレージの実施

健診等を受診した人や、運動・禁煙などの取組を実施した人に、ポイントに応じた特典が受けられる健康マイレージを付与し、健康意識の向上につなげます。

7. 個人情報保護

(1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び黒石市個人情報の保護に関する法律施行条例を踏まえた対応を行います。

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。

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。保存期間は、6年間とします。

8. 結果の報告

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

9. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善します。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。

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

具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施します。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費などの社会保障費が増大している実態や、食生活・生活リズムなどの生活背景との関連について、広報紙による発信や各種団体や各地区において、出前講座や健康教室・健康相談を毎年行い、広く市民へ周知します。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要です。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

2. 重症化予防の取組

黒石市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、964人(37.2%)です。そのうち治療なしが279人(24.9%)を占め、さらに臓器障害あり直ちに取組むべき対象者が97人(34.8%)です。

また、黒石市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、156人(16.2%)と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表 59)

図表 59 脳・心・腎を守るために

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

令和4年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会) クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) ↳ 心原性脳塞栓症 (27.7%) ↳ ラクナ梗塞 (31.2%) ↳ アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) <small>※脳卒中データバンク 2015より</small> ↳ 非心原性脳梗塞			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告)) 心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会) CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	重症化予防対象者 (実人数)		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		
該当者数	211 8.1%	47 1.8%	85 3.3%	97 3.7%	556 21.5%	133 5.1%	167 6.4%	964 37.2%	
治療なし	107 7.2%	7 0.6%	75 3.9%	71 3.7%	104 9.3%	68 2.9%	39 3.5%	279 24.9%	
(再掲) 特定保健指導	36 17.1%	5 10.6%	27 31.8%	34 35.1%	104 18.7%	13 9.8%	15 9.0%	156 16.2%	
治療中	104 9.4%	40 2.7%	10 1.4%	26 3.8%	452 30.7%	65 24.6%	128 8.7%	685 46.6%	
臓器障害 あり	33 30.8%	7 100.0%	25 33.3%	19 26.8%	24 23.1%	18 26.5%	39 100.0%	97 34.8%	
CKD(専門医対象者)	6	2	2	10	7	8	39	39	
心電図所見あり	31	7	23	10	19	12	14	72	
臓器障害 なし	74 69.2%	--	50 66.7%	52 73.2%	80 76.9%	50 73.5%	--	--	

<参考>
健診受診者(受診率)
2,590人 | 45.2%

■各疾患の治療状況

	治療中	治療なし
高血圧	1,111	1,479
脂質異常症	691	1,899
糖尿病	264	2,326
3疾患 いずれか	1,471	1,119

※問診結果による

出典:ヘルスサポートラボツール

1)糖尿病性腎症重症化予防

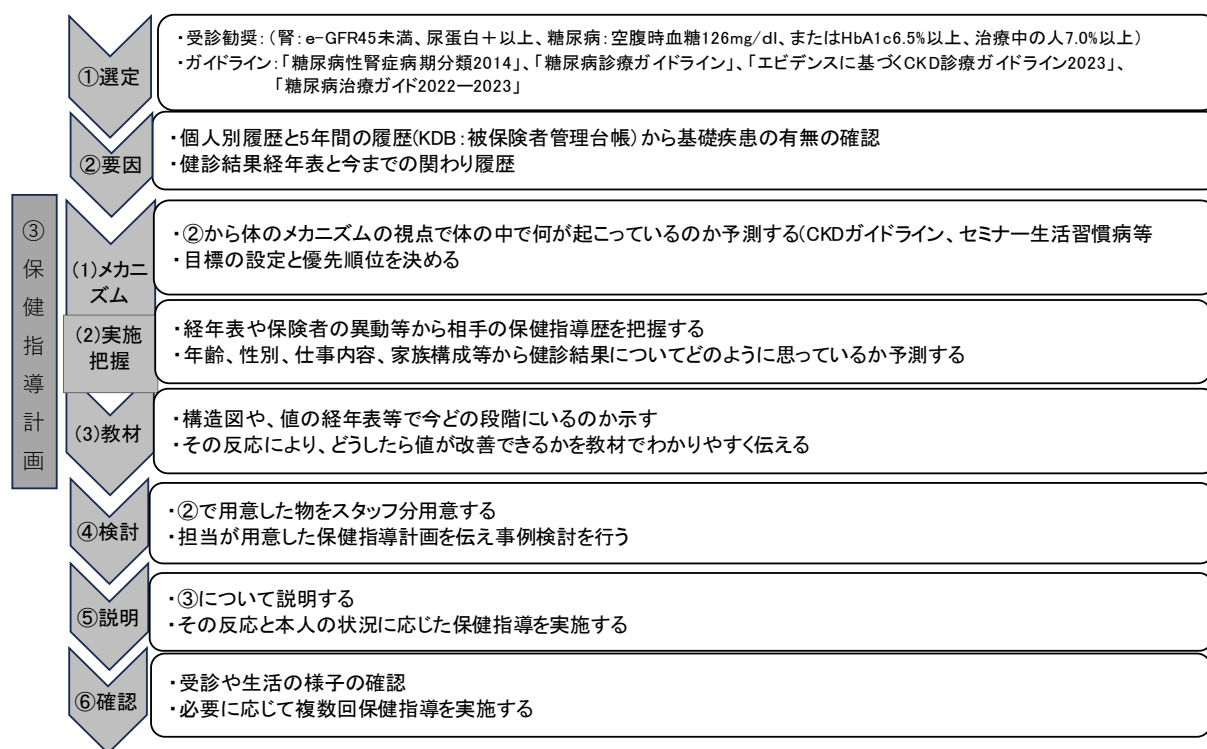
(1)基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び青森県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施します。

なお、取組にあたっては図表 60 に沿って実施します。

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

図表 60 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



(2)対象者の明確化

①対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、青森県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ア. 医療機関未受診者
- イ. 医療機関受診中断者
- ウ. 糖尿病治療中者
 - (ア)糖尿病性腎症で通院している者
 - (イ)糖尿病性腎症を発症していないが、高血圧・メタボリックシンドローム等のリスクを有する者

②選定基準に基づく該当者の把握

ア. 対象者の抽出

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

図表 61 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73㎡)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握します。

黒石市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が困難です。CKD診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

イ. 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。

黒石市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、111人(29.6%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者1,233人のうち、特定健診受診者が264人(70.4%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者969人(78.6%・I)については、治療中ですが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要となります。(図表62)

ウ. 介入方法と優先順位

図表 62 より黒石市においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位1

【受診勧奨】

●糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・111人

優先順位2

【保健指導】

●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(J)・・・118人

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

優先順位3

【保健指導】

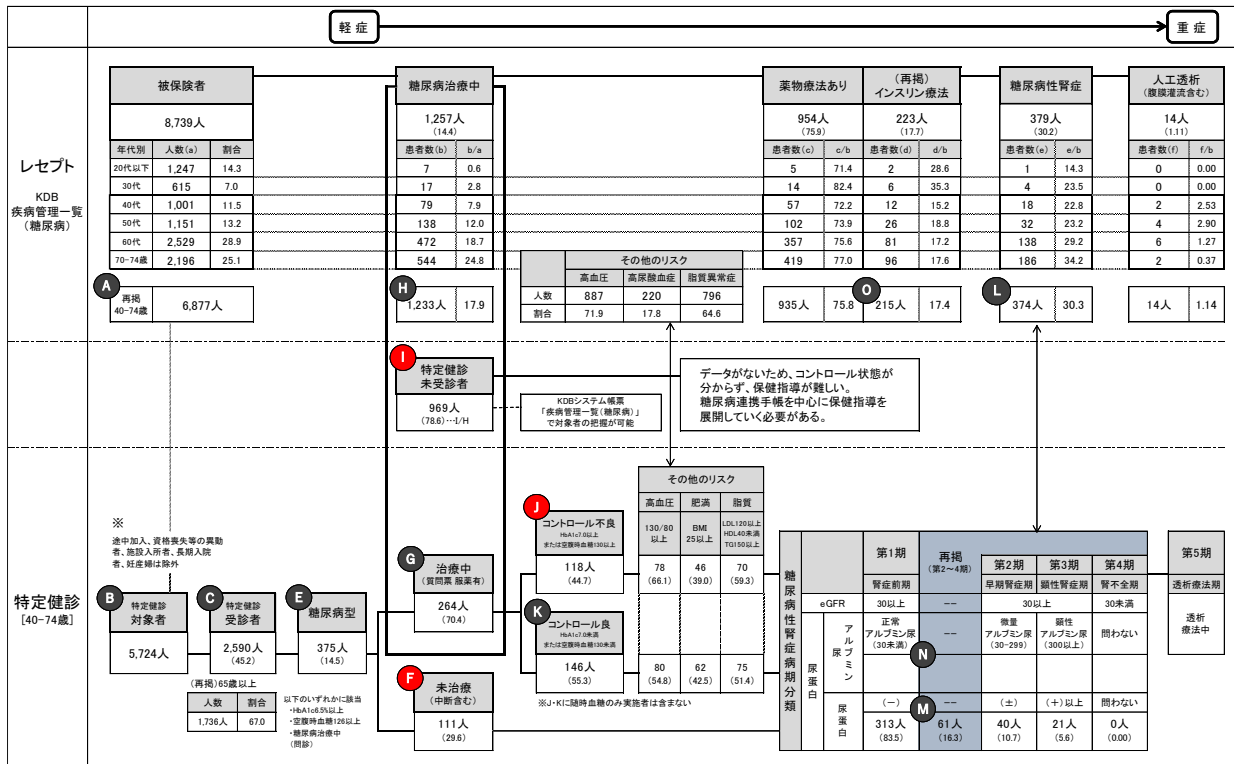
●(I)の中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳・・・254人

- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 62 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

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



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を科上(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横県介入支援対象者一覧(栄・重症化予防)」から集計

出典:ヘルスサポートラボツール

【参考資料4】

(3) 保健指導の実施

① 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。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。黒石市においては、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考えます。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行います。

② 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがあります。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(±)へは、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

(4) 医療との連携

① 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。

② 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては青森県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ行います。

(5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携します。

(6) 評価

評価は短期的評価と中長期的評価の視点で行います。短期的評価はデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行います。評価の際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。

また、中長期的評価は図表 63 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行います。

短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1c の変化

○eGFR の変化(1年で25%以上低下、1年で5ml/1.73 m²以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 63 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	実数表	黒石市										同規模保険者(平均)		データ基
		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4年度		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	被保険者数	9,397人		8,996人		8,718人		8,522人		8,141人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
2	特定健診	7,248人		7,034人		6,883人		6,810人		6,608人				特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書
3	特定保健指導	311人		282人		292人		284人		269人				
4	健診データ	412人	14.5%	418人	14.9%	402人	15.4%	399人	15.2%	375人	14.5%			特定健診結果
5	レセプト	5,813件	(840.2)	5,821件	(859.1)	5,570件	(832.3)	5,389件	(825.6)	5,107件	(820.3)	1,557,522件	(951.6)	KDB_個別医療費分析(生活習慣病)
6	医療費	28億4740万円		28億2215万円		26億9307万円		26億7237万円		27億3771万円		28億4626万円		KDB_個別医療費分析(生活習慣病)
7	介護	29億0851万円		28億7635万円		30億1559万円		31億1841万円		32億4937万円		34億9905万円		
8	死亡	4人	0.9%	8人	1.8%	4人	0.9%	5人	1.1%	6人	1.2%	2,819人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

出典:ヘルササポートラボツール

【参考資料3】

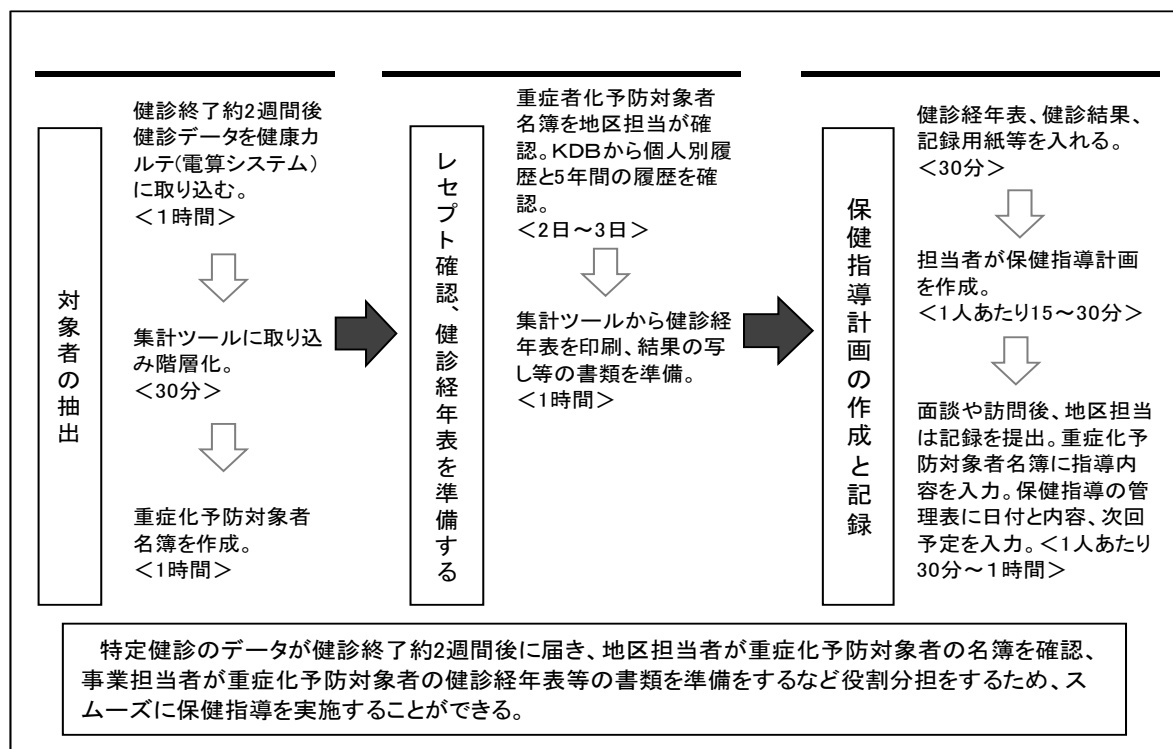
(7)実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

図表 64 重症化予防対象者に保健指導するまでのスケジュール



2) 虚血性心疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

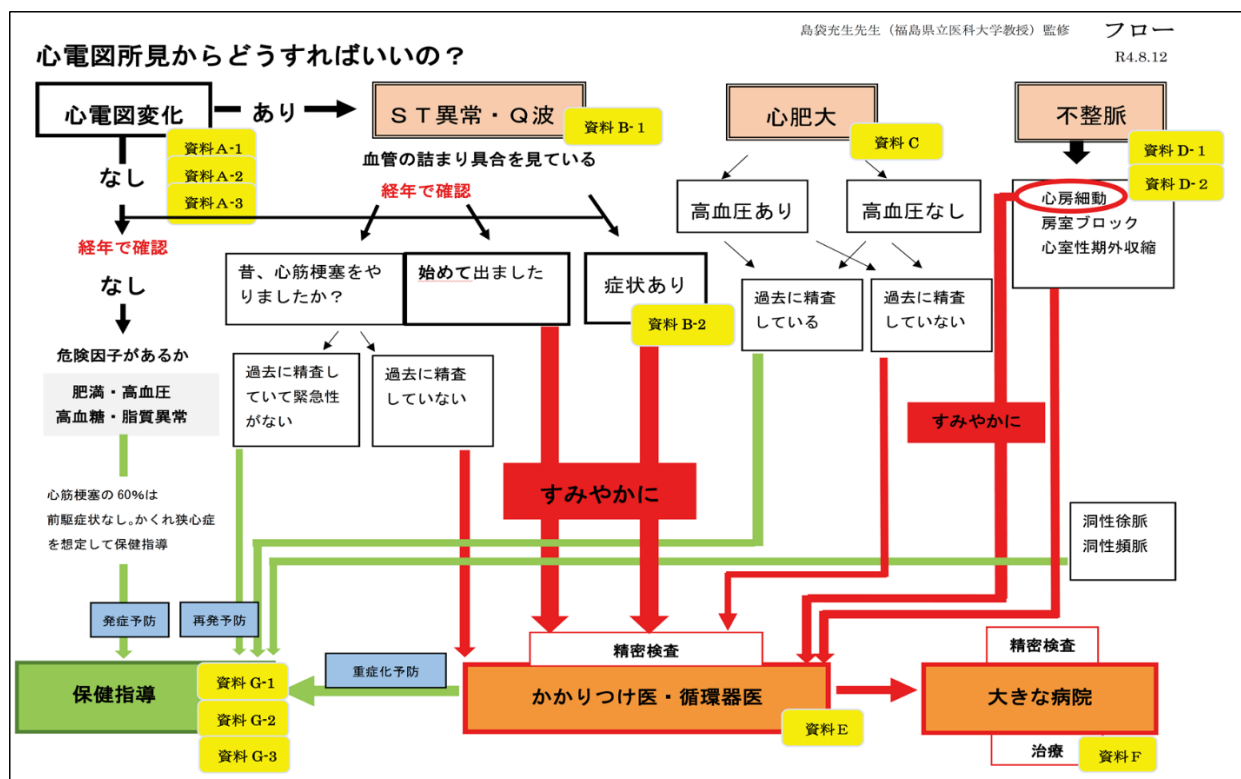
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、「脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019」、「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版」、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めます。

(2) 対象者の明確化

① 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 65 に基づいて考えます。

図表 65 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



② 重症化予防対象者の抽出

ア. 心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の一つであり、「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

黒石市は心電図検査を 1,997 人に実施し、そのうち有所見者が 487 人(24.4%)でした。所見の中でも ST-T 変化が 131 人(26.9%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 66)

また、有所見者のうち要精査が 233 人(47.8%)で、その後の受診状況を見ると 65 人(27.9%)は未受診でした。(図表 67)

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圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 66 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
						異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	1,997	99.9	487	24.4%	27	5.5%	131	26.9%	1	0.2%	94	19.3%	25	5.1%	73	15.0%	29	6.0%	44	9.0%
	男性	961	99.9	263	27.4%	14	5.3%	48	18.3%	1	0.4%	53	20.2%	17	6.5%	55	20.9%	24	9.1%	21	8.0%
	女性	1,036	100.0	224	21.6%	13	5.8%	83	37.1%	0	0.0%	41	18.3%	8	3.6%	18	8.0%	5	2.2%	23	10.3%

黒石市調べ

図表 67 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	487		233	47.8%	168	72.1%	65	27.9%
男性	263	54.0%	101	38.4%	67	66.3%	34	33.7%
女性	224	46.0%	132	58.9%	101	76.5%	31	23.5%

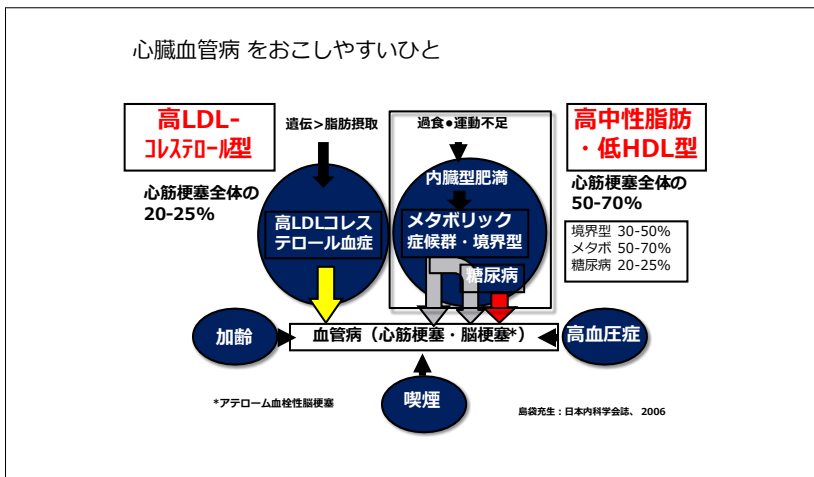
黒石市調べ

イ. 心電図以外からの把握

心電図検査で異常がない場合や、心電図検査を実施していない場合でも、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の 60%は前駆症状ないため)積極的に保健指導を行う必要があります。

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することから、タイプ別に把握します。(図表 68)

図表 68 心臓血管病をおこしやすいひと



図表 69 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4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)			
				120-139	140-159	160-179	180以上
1,091				482	368	166	75
				44.2%	33.7%	15.2%	6.9%
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)	138	69	38	20	11
			12.6%	14.3%	10.3%	12.0%	14.7%
	中リスク	140未満 (170未満)	475	188	174	77	36
			43.5%	39.0%	47.3%	46.4%	48.0%
高リスク	再掲	120未満 (150未満)	447	209	145	65	28
		100未満 (130未満) ※1	30	14	11	4	1
			2.7%	2.9%	3.0%	2.4%	1.3%
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)	31	16	11	4	0
			2.8%	3.3%	3.0%	2.4%	0.0%

※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。

(3) 保健指導の実施

① 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材

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

②二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

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

③対象者の管理

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

(4)医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施します。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集します。

(5)高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携します。

(6)評価

評価は短期的評価と中長期的評価の視点で行います。短期的評価はデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行います。評価の際は KDB 等の情報を活用します。

また、中長期的評価は他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行います。

(7)実施期間及びスケジュール

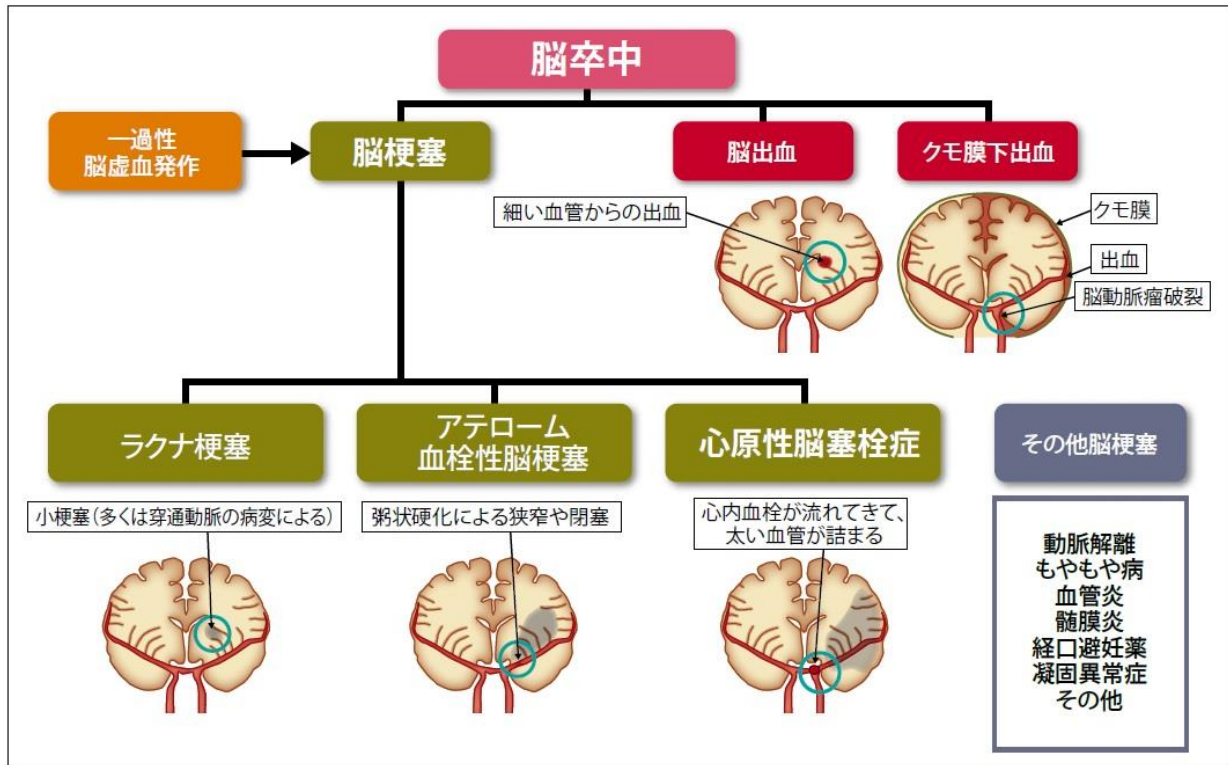
- 4 月 対象者の選定基準の決定
- 5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

3)脳血管疾患重症化予防

(1)基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 70、71)

図表 70 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 71 脳血管疾患とリスク因子

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

(2) 対象者の明確化

① 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 72 でみると、高血圧治療者 2,896 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 347 人(12.0%・O)でした。

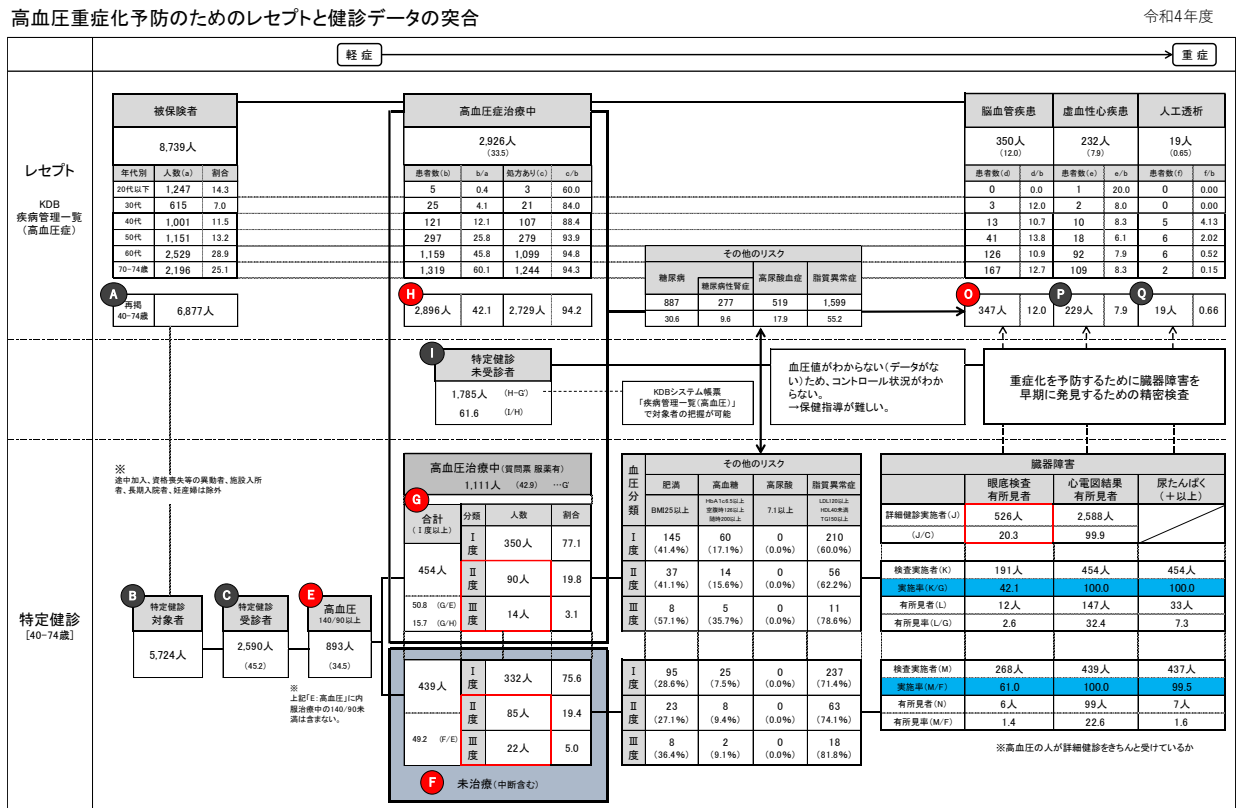
健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 211 人(8.1%・G、F)であり、そのうち 107 人(50.7%・F)は未治療です。未治療者の中には、メタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 104 人(22.9%・G)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になります。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか 526 人(20.3%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、893 人(34.5%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

図表 72 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



出典：ヘルスサポートラボツール

【参考資料5】

②保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。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。

図表 73 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和4年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定		(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画			
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化		高値高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	872	433 49.7%	332 38.1%	85 9.7%	22 2.5%
リスク第1層 予後影響因子がない	60 6.9%	C 33 7.6%	B 21 6.3%	B 6 7.1%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	498 57.1%	C 245 56.6%	B 197 59.3%	A 47 55.3%	A 9 40.9%
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	314 36.0%	B 155 35.8%	A 114 34.3%	A 32 37.6%	A 13 59.1%

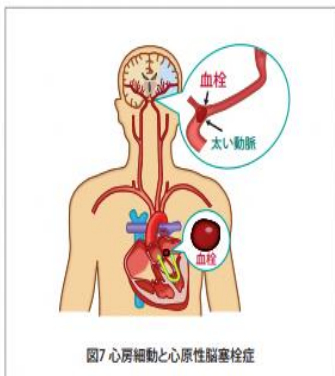
区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	215 24.7%
B 概ね1カ月後に再評価	379 43.5%
C 概ね3カ月後に再評価	278 31.9%

※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 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあり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

図表 73 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になります。

③心電図検査における心房細動の実態



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

(脳卒中予防への提言より引用)

図表 74 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。心電図検査において 47 人が心房細動の所見がありました。有所見率をみるとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれます。

図表 74 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環学調査 (※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	1,191	1,399	1,190	99.9%	1,398	99.9%	39	3.3%	8	0.6%	--	--
40代	123	85	123	100.0%	84	98.8%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	158	149	158	100.0%	149	100.0%	1	0.6%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	429	598	429	100.0%	598	100.0%	12	2.8%	1	0.2%	1.9%	0.4%
70～74歳	481	567	480	99.8%	567	100.0%	26	5.4%	7	1.2%	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

(3) 保健指導の実施

① 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。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、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

② 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

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

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

③対象者の管理

ア. 高血圧者の管理

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

(4)医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施します。医療の情報については、かかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集します。

(5)高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携します。

(6)評価

評価は短期的評価と中長期的評価の視点で行います。短期的評価はデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行います。評価の際はKDB等の情報を活用します。

また、中長期的評価は他の糖尿病性腎症・虚血性心疾患等と合わせて行います。

(7)実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

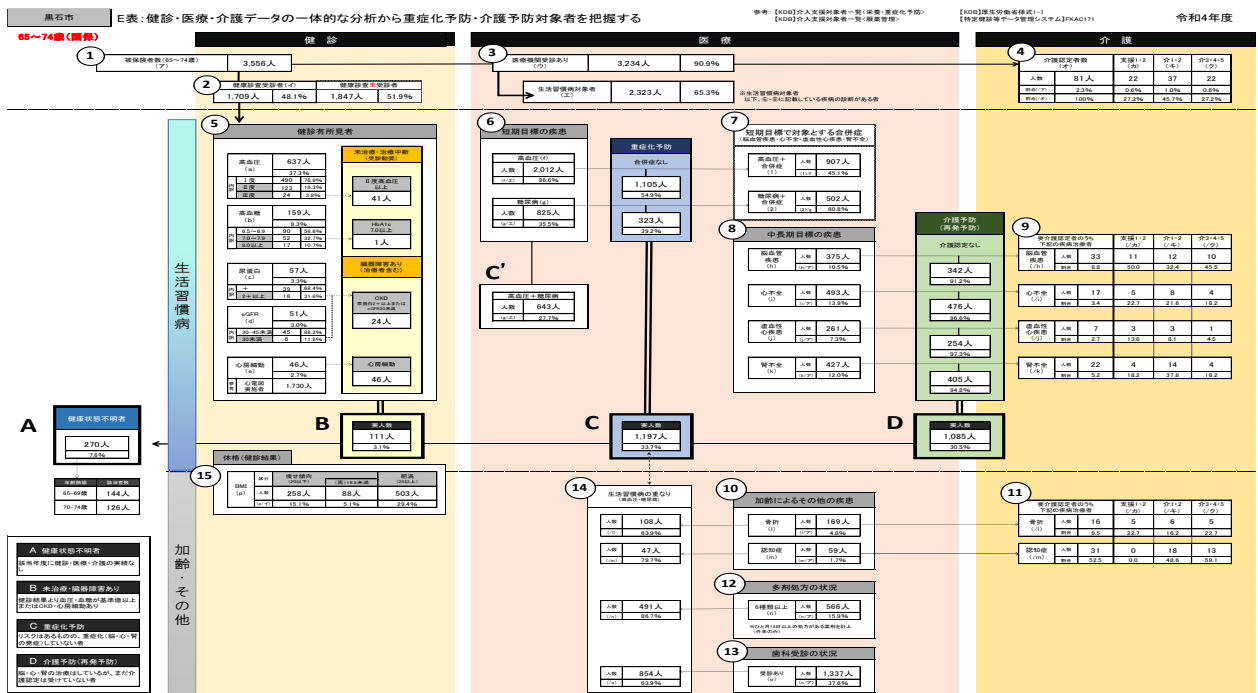
市は、令和6年度から青森県後期高齢者広域連合より事業を受託し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を行います。具体的には、

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

(2) 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出して、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。

また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施します。(ポピュレーションアプローチ)

図表 75 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



【参考資料2】②65~74歳(国保)

4. 発症予防

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

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

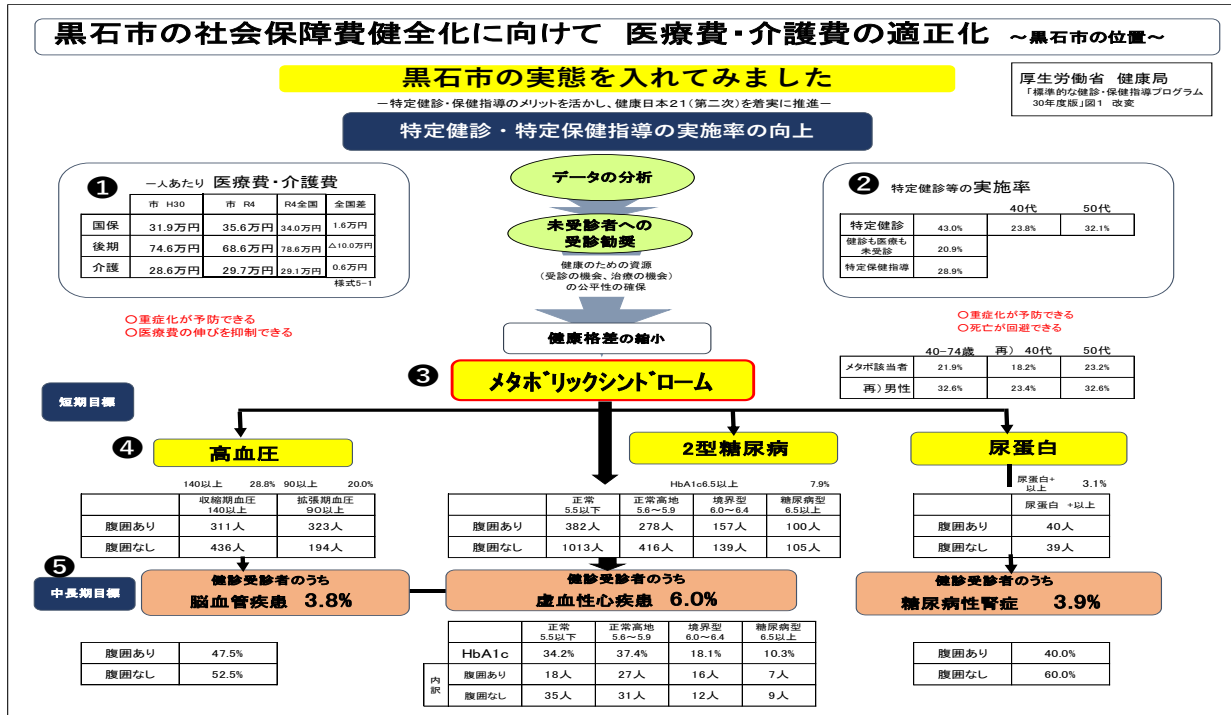
図表 76 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える ー基本的考え方ー （ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）														
発症予防 重症化予防														
1 根拠法	健康増進法													
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 <small>（学校職員は学校保健安全法）</small>		高齢者の医療の確保に関する法律			
2 計画	健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】													
	データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）													
3 年代	妊婦（胎児期）		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳		15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上
	妊婦健康診査 <small>（13条）</small>		産婦健診 <small>（13条）</small>	乳幼児健康診査 <small>（第12・13条）</small>			保育所・幼稚園健康診査	就学時健診 <small>（11・12条）</small>	児童・生徒の定期健康診断 <small>（第1・13・14条）</small>		定期健康診断 <small>（第66条）</small>		特定健康診査 <small>（第18・20・21条）</small>	
5 対象者診内容	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則（第13・44条）	標準的な特定健診・保健指導プログラム（第2章）		
	血糖	95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
	HbA1c	6.5%以上						6.5%以上						
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上												
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
	(診断) 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの												
	身長													
	体重													
	BMI							25以上						
	肥満度			かつ18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上						
尿糖	(+)以上						(+)以上							
糖尿病家族歴														

5. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知します。(図表 77・78)

図表 77 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 78 統計からみえる青森の食

統計からみえる青森の食 ~ 総務省統計局 家計調査 2020~2022年平均 ~

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
魚介類(全体)	2位
塩干魚介(全体)	2位
魚介の漬物	2位
魚介加工品 (燻製・塩辛・さきいかなど)	1位
たらこ	1位

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
酒類(全体)	1位
ビール	2位
ウイスキー	3位
発泡酒・ビール風アルコール飲料、チューハイ・カクテル	2位

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
肉加工肉(全体)	2位
ソーセージ・サラミ	1位
やきとり	1位

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
中華麺	2位
カップ麺	2位
スナック菓子	9位
炭酸飲料	2位
食塩・しょう油	5位
喫煙率	2位

喫煙率: 総務省自治財政局、第4回NDBオープンデータベース

※県庁所在地及び政令都市(52都市)

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の令和11年度には、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮し、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おり、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報紙を通じた周知のほか、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫をします。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた黒石市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた黒石市の位置

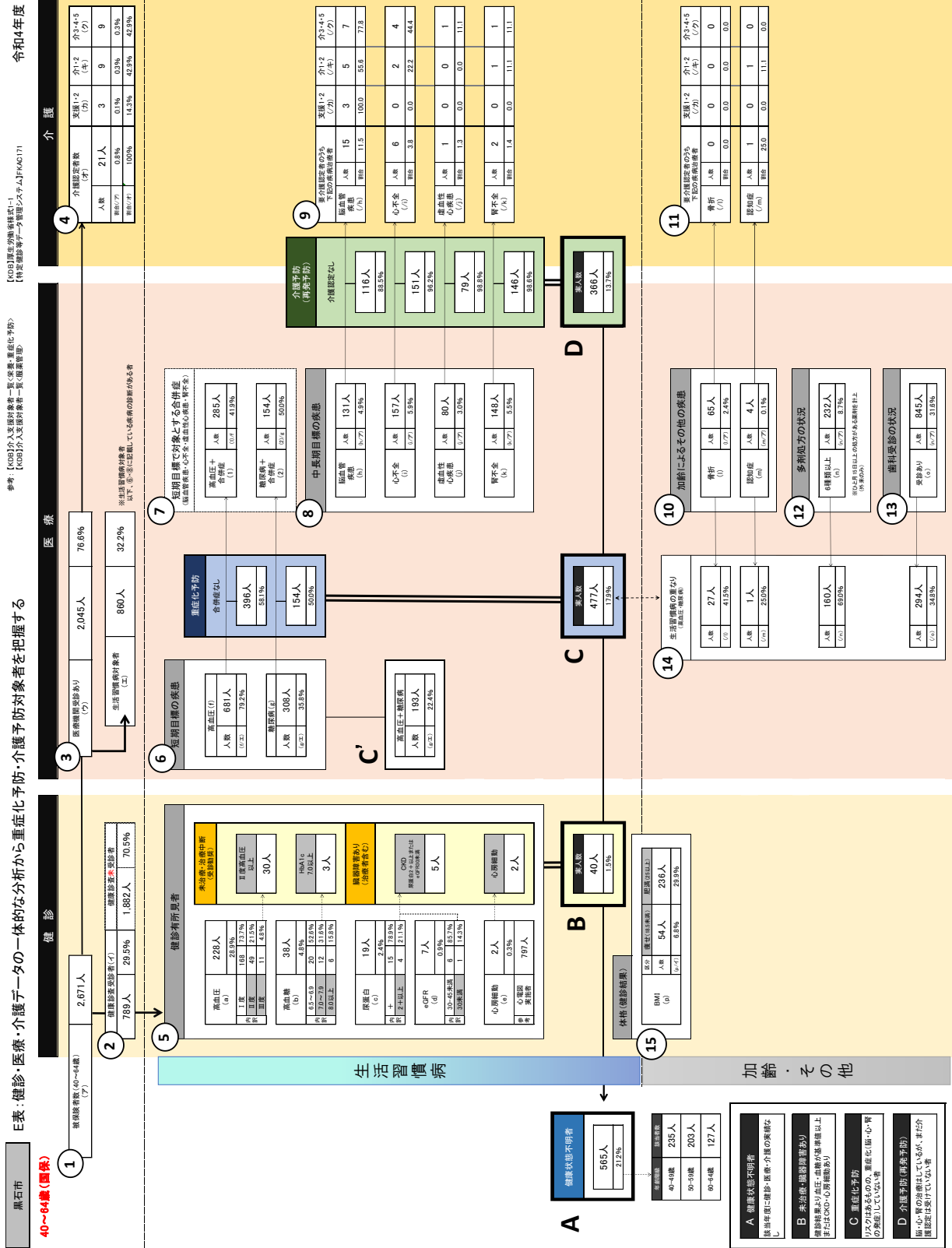
令和4年度

項目		黒石市		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 人口構成	総人口		31,880		9,014,657		1,218,222		123,214,261			
		65歳以上(高齢化率)		10,943	34.3	3,263,279	36.2	412,943	33.9	35,335,805	28.7	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		75歳以上		5,403	16.9	---	---	210,338	17.3	18,248,742	14.8		
		65~74歳		5,540	17.4	---	---	202,605	16.6	17,087,063	13.9		
		40~64歳		10,878	34.1	---	---	416,107	34.2	41,545,893	33.7		
	39歳以下		10,059	31.6	---	---	389,172	31.9	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業		16.3		10.7		12.4		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第2次産業		24.7		27.3		20.4		25.0			
		第3次産業		59.0		62.0		67.2		71.0			
	③ 平均寿命	男性		78.3		80.4		78.7		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.0		86.9		86.0		87.0					
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		77.4		79.7		78.0		80.1				
	女性		83.1		84.3		83.3		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比(SMR)		126.7		103.4		119.1		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		男性		112.7		101.4		110.8		100			
		死因	がん		147	50.3	34,996	47.8	4,988	49.9	378,272		50.6
			心臓病		80	27.4	21,437	29.3	2,714	27.1	205,485		27.5
			脳疾患		43	14.7	10,886	14.9	1,455	14.5	102,900		13.8
			糖尿病		6	2.1	1,391	1.9	209	2.1	13,896		1.9
			腎不全		10	3.4	2,819	3.9	398	4.0	26,946		3.6
	自殺		6	2.1	1,654	2.3	238	2.4	20,171	2.7			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計										厚労省HP 人口動態調査	
		男性											
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		1,973 18.1		619,810 19.1		76,189 18.5		6,724,030 19.4		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者		40 0.3		10,081 0.3		1,257 0.3		110,289 0.3			
		介護度別 総件数	要支援1.2		2,275 5.1		1,984,426 14.3		125,088 6.7		21,785,044 12.9		
			要介護1.2		20,910 47.3		6,527,659 47.0		876,713 47.2		78,107,378 46.3		
			要介護3以上		21,044 47.6		5,384,278 38.7		855,129 46.1		68,963,503 40.8		
	2号認定者		51 0.47		10,759 0.37		1,945 0.47		156,107 0.38				
	② 有病状況	糖尿病		298 14.6		154,694 23.8		17,776 22.0		1,712,613 24.3		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症		843 41.6		352,398 54.8		39,663 49.6		3,744,672 53.3			
		脂質異常症		436 20.6		203,112 31.2		22,191 27.4		2,308,216 32.6			
		心臓病		924 46.0		397,324 61.9		43,977 55.1		4,224,628 60.3			
脳疾患		405 20.1		151,330 23.9		17,224 21.8		1,568,292 22.6					
がん		172 8.4		74,764 11.4		7,451 9.0		837,410 11.8					
筋・骨格		770 35.7		350,465 54.5		35,718 44.6		3,748,372 53.4					
精神		626 30.4		246,296 38.6		27,918 35.0		2,569,149 36.8					
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		296,936 3,249,372,193		300,230 979,734,915,124		324,668 134,069,420,414		290,668 1007427426889		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	1件当たり給付費(全体)		73,467		70,503		72,200		59,662				
	居宅サービス		54,852		43,936		51,854		41,272				
	施設サービス		301,647		291,914		301,081		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		認定あり 9,404 認定なし 4,607		9,043 4,284		7,537 3,826		8,610 4,020		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	加入率		24.1		22.4		22.7		22.3				
4	① 国保の状況	被保険者数		7,683		2,020,054		276,251		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65~74歳		3,537 46.0				131,746 47.7		11,129,271 40.5			
		40~64歳		2,689 35.0				92,368 33.4		9,088,015 33.1			
		39歳以下		1,457 19.0				52,137 18.9		7,271,596 26.5			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		3 0.4		873 0.4		94 0.3		8,237 0.3			
		診療所数		15 2.0		7,141 3.5		862 3.1		102,599 3.7			
		病床数		638 83.0		136,833 67.7		16,984 61.5		1,507,471 54.8			
		医師数		56 7.3		19,511 9.7		2,773 10.0		339,611 12.4			
		外来患者数		622.2		728.3		724.7		687.8			
		入院患者数		18.3		23.6		17.8		17.7			
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		356,334 県内18位 同規模231位		394,521		348,845		339,680		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	受診率		640.42		751.942		742.531		705.439				
	外 来	費用の割合		59.6		56.7		61.8		60.4			
		件数の割合		97.2		96.9		97.6		97.5			
	入 院	費用の割合		40.4		43.3		38.2		39.6			
		件数の割合		2.8		3.1		2.4		2.5			
1件あたり在院日数		15.8日		17.1日		15.6日		15.7日					

4	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 (該当含む)	がん	623,174,430	40.7	31.3	35.7	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題					
			慢性腎不全(透析あり)	67,346,520	4.4	7.5	6.1	8.2						
			糖尿病	182,799,000	11.9	10.8	12.3	10.4						
			高血圧症	94,451,840	6.2	6.3	7.1	5.9						
			脂質異常症	44,115,420	2.9	3.8	3.7	4.1						
			脳梗塞・脳出血	70,922,830	4.7	3.9	4.2	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	48,772,700	3.2	2.6	2.4	2.8						
			精神	134,066,950	8.8	16.2	12.0	14.7						
	筋・骨格	233,396,560	15.2	16.7	15.5	16.7								
	⑤	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	835	0.6	380	0.2	289	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)			
				糖尿病	1,702	1.2	1,531	0.9	1,407	1.1		1,144	0.9	
				脂質異常症	--	--	89	0.1	36	0.0		53	0.0	
		脳梗塞・脳出血	8,493	5.9	7,151	4.2	7,118	5.3	5,993	4.5				
		虚血性心疾患	6,099	4.2	4,385	2.6	3,655	2.7	3,942	2.9				
腎不全		1,684	1.2	4,815	2.8	3,214	2.4	4,051	3.0					
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	11,459	5.4	13,011	5.8	13,548	6.3	10,143	4.9				
		糖尿病	22,576	10.6	22,014	9.8	22,773	10.6	17,720	8.6				
		脂質異常症	5,742	2.7	7,959	3.6	7,082	3.3	7,092	3.5				
⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	2,812		2,592		2,291		2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題				
		健診未受診者一人当たり	14,339		13,920		14,012		13,295					
⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者	1,548	63.3	340,133	57.4	42,968	58.2	3,698,441	56.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	1,441	58.9	307,970	52.0	39,723	53.8	3,375,719	51.9				
5	①-⑬	特定健診の状況 県内市町村数 41市町村 同規模市区町村数 280市町村	健診受診者	2,445		592,263		73,809		6,503,152	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			受診率	42.7	県内14位 同規模99位	39.7	35.9	全国27位	35.3					
			特定保健指導終了者(実施率)	64	23.8	11,197	16.7	1,017	14.0	69,327		9.0		
			非肥満高血糖	235	9.6	62,750	10.6	8,352	11.3	588,083		9.0		
			メタボ	該当者	535	21.9	125,726	21.2	15,312	20.7		1,321,197	20.3	
				男性	371	32.6	86,891	32.6	10,516	32.1		923,222	32.0	
				女性	164	12.6	38,835	11.9	4,796	11.7		397,975	11.0	
				予備群	282	11.5	64,270	10.9	7,981	10.8		730,607	11.2	
			メタボ該当・予備群レベル	BMI	男性	179	15.7	44,986	16.9	5,392		16.5	515,813	17.9
					女性	103	7.9	19,284	5.9	2,589		6.3	214,794	5.9
					総数	876	35.8	207,581	35.0	25,296		34.3	2,273,296	35.0
					女性	285	21.8	63,718	19.6	8,103		19.7	680,549	18.8
			⑭-⑳	メタボ該当・予備群レベル	総数	144	5.9	31,109	5.3	5,215		7.1	304,276	4.7
					男性	24	2.1	4,873	1.8	872		2.7	48,780	1.7
					女性	120	9.2	26,236	8.1	4,343		10.6	255,496	7.1
					血糖のみ	16	0.7	3,957	0.7	516		0.7	41,541	0.6
					血糖のみ	223	9.1	46,037	7.8	5,952		8.1	514,593	7.9
					脂質のみ	43	1.8	14,276	2.4	1,513		2.0	174,473	2.7
					血糖・脂質	107	4.4	19,597	3.3	3,018		4.1	193,722	3.0
血糖・脂質	28	1.1			6,479	1.1	606	0.8	67,212	1.0				
血糖・脂質	250	10.2			57,258	9.7	6,663	9.0	630,648	9.7				
血糖・脂質・脂質	150	6.1			42,392	7.2	5,025	6.8	429,615	6.6				
6	①-④	問診の状況	服薬	高血圧	1,066	43.6	231,630	39.1	32,199	43.6	2,324,538	35.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病	253	10.3	58,534	9.9	8,176	11.1	564,473	8.7			
			脂質異常症	659	27.0	172,940	29.2	21,765	29.5	1,817,350	28.0			
			既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	78	3.2	18,808	3.3	2,085	2.9	199,003	3.1		
	⑤-⑬	生活習慣の状況	喫煙	週3回以上朝食を抜く	163	8.0	43,784	7.8	5,510	8.6	609,166	10.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	402	19.7	84,037	14.9	12,406	19.3	932,218	15.7			
			週3回以上就寝前夕食	402	19.7	84,037	14.9	12,406	19.3	932,218	15.7			
			食べる速度が速い	574	28.2	150,446	26.8	17,769	27.6	1,590,713	26.8			
			20歳時体重から10kg以上増加	753	36.9	194,667	34.7	23,186	36.0	2,083,152	34.9			
			1回30分以上運動習慣なし	1,279	62.8	351,379	62.7	42,039	65.4	3,589,415	60.3			
			1日1時間以上運動なし	860	42.2	266,155	47.2	32,314	50.2	2,858,913	48.0			
			睡眠不足	476	23.4	140,728	25.0	14,869	23.1	1,521,685	25.6			
			毎日飲酒	686	28.1	145,485	25.4	19,378	26.6	1,585,206	25.5			
⑭	一日飲酒量	1合未満	1,178	53.6	233,047	62.9	33,113	56.5	2,851,798	64.2				
		1～2合	558	25.4	93,110	25.1	14,837	25.3	1,053,317	23.7				
⑮	2～3合	258	11.7	35,293	9.5	6,590	11.2	414,658	9.3					
		3合以上	205	9.3	9,221	2.5	4,113	7.0	122,039	2.7				

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

①40～64歳(国保)



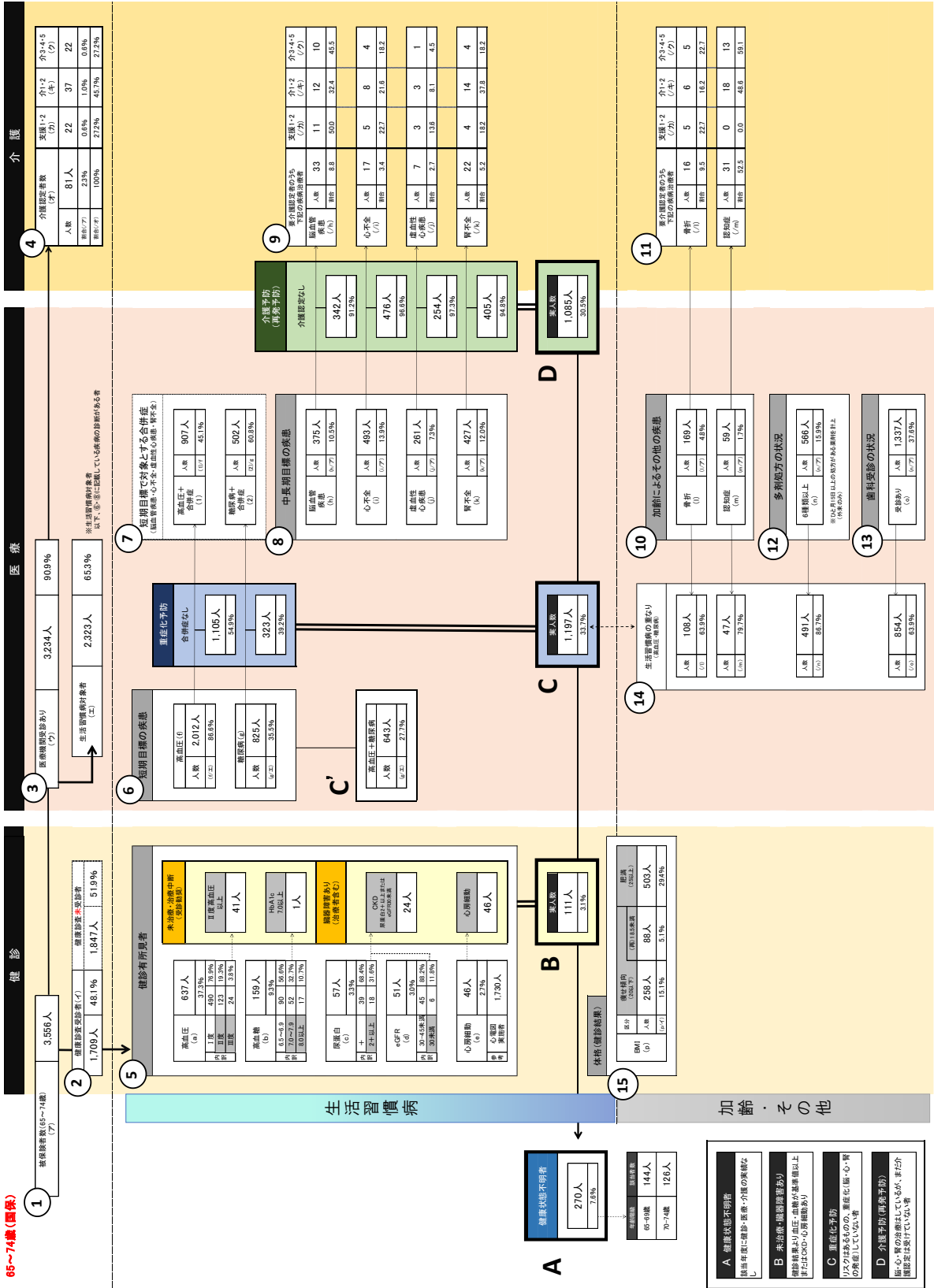
② 65～74 歳 (国保)

令和4年度

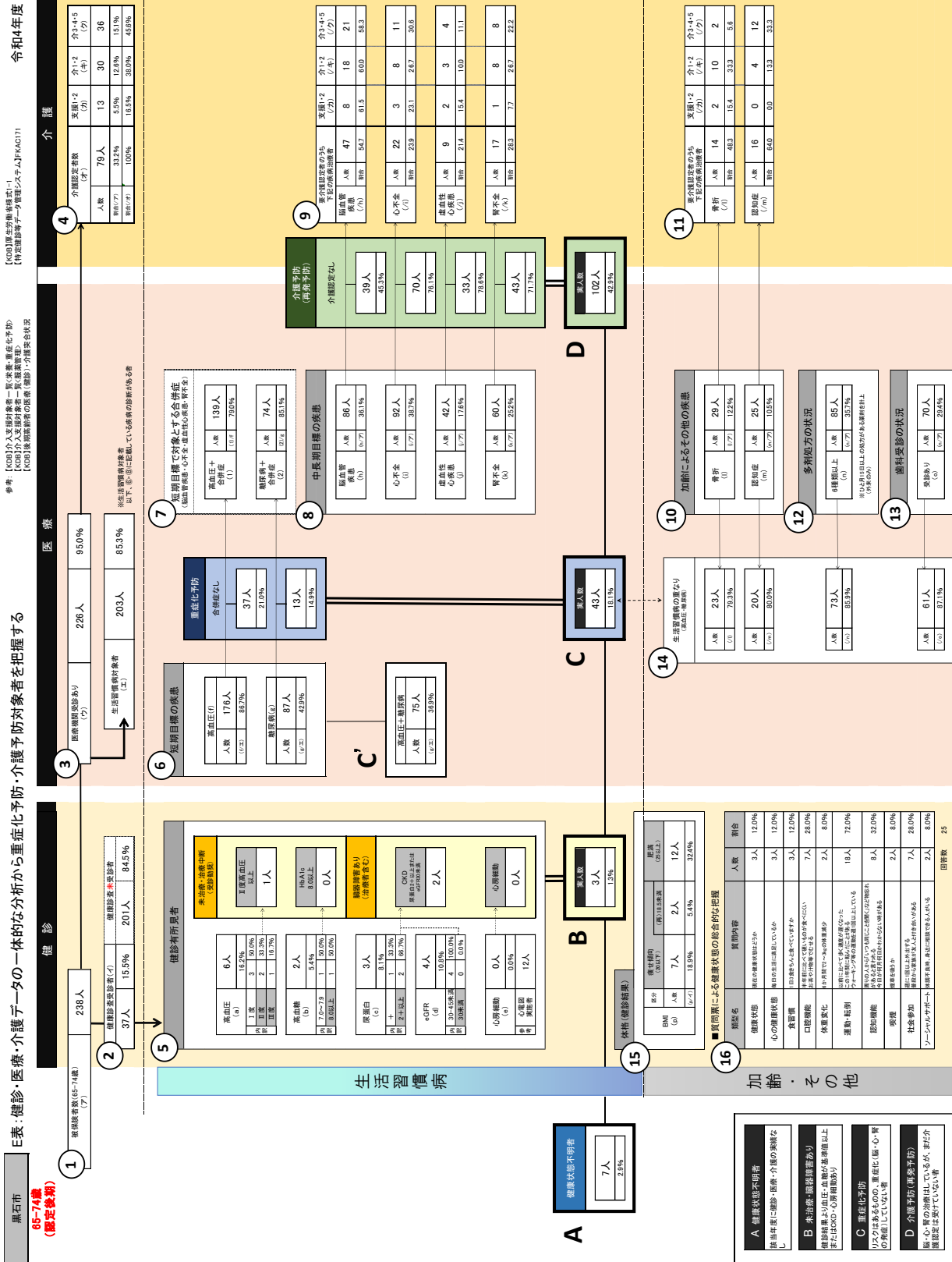
【国保】厚生労働省様式「1」
【特定高齢者】厚生労働省様式「1」

参考 【65】介護予防対象一覧(高齢者、重症化予防)
【66】介護予防対象一覧(高齢者、重症化予防)

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



③65～74 歳(認定後期)



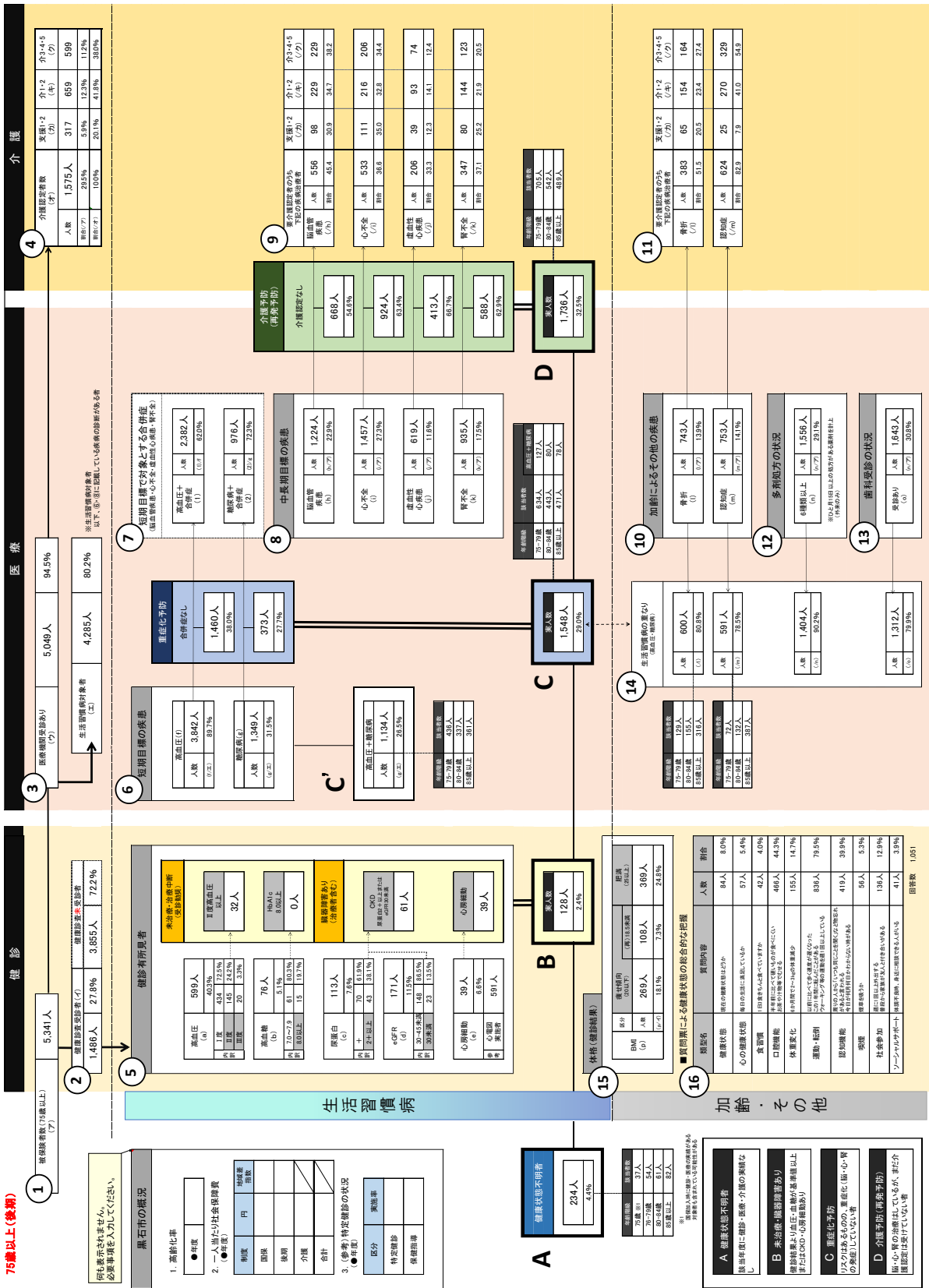
④75歳以上(後期)

令和4年度

【09】厚生労働省標準値-1
【04】特定高齢者等一斉検診システム(FACI-1)

参考: 【03】介護予防対象者一斉(健康・重症化予防)
【01】以前高齢者の医療(高齢・介護)委員会状況

図表「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」



⑤ H30-R4 比較

E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える

H30-R4比較

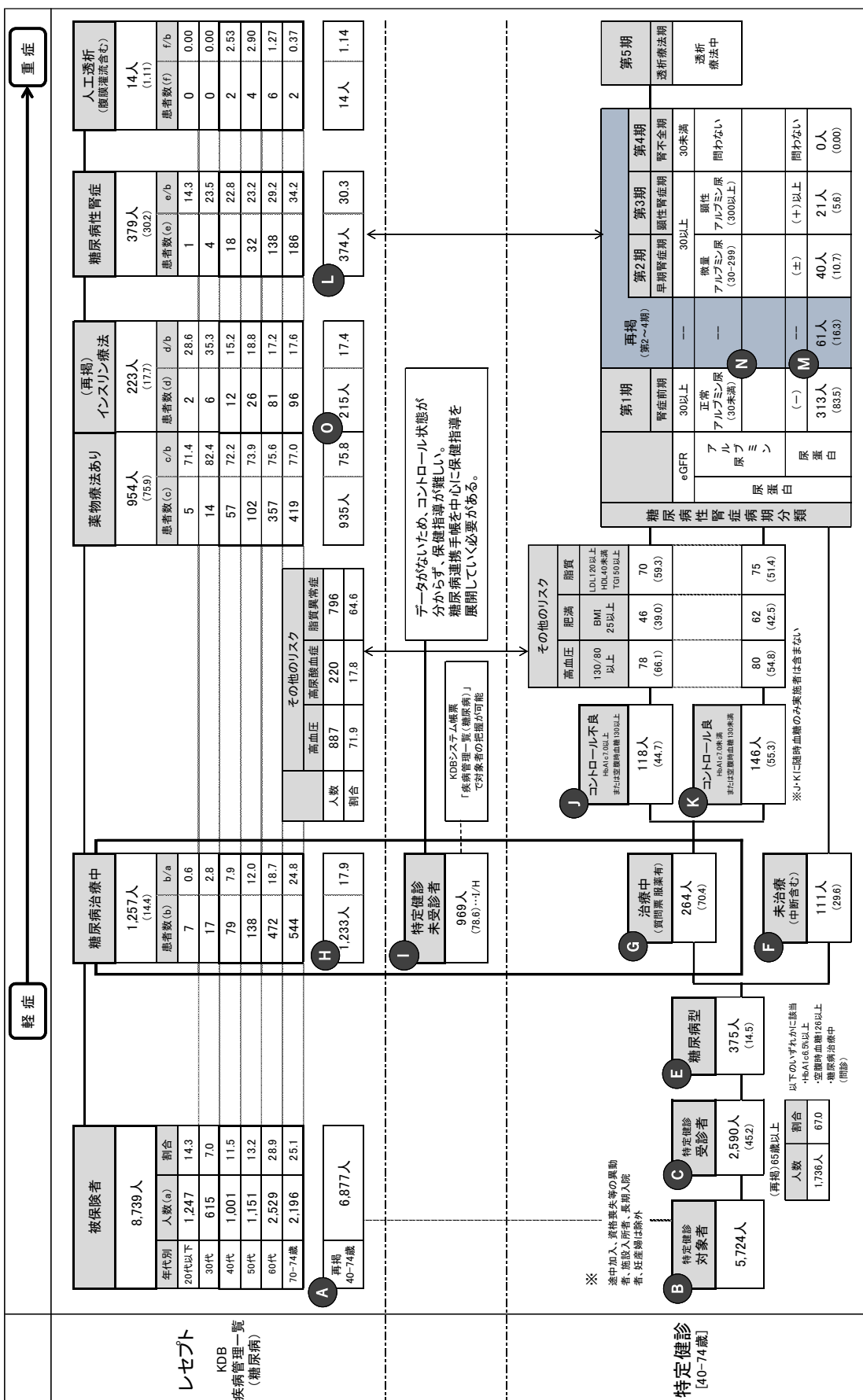


参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	黒石市										同規模保険者(平均)		データ基	
			H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4年度			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	9,397人		8,996人		8,718人		8,522人		8,141人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		7,248人		7,034人		6,883人		6,810人		6,608人					
2	① 対象者数	B	6,410人		6,276人		6,203人		6,045人		5,724人			市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書		
	② 特定健診 受診者数	C	2,847人		2,810人		2,610人		2,629人		2,590人					
	③ 受診率		44.4%		44.8%		42.1%		43.5%		45.2%					
3	① 特定 対象者数		311人		282人		292人		284人		269人					
	② 保健指導 実施率		41.5%		44.3%		35.6%		31.3%		23.8%					
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	412人	14.5%	419人	14.9%	402人	15.4%	399人	15.2%	375人	14.5%		特定健診結果	
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	155人	37.6%	133人	31.7%	126人	31.3%	129人	32.3%	111人	29.6%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	257人	62.4%	286人	68.3%	276人	68.7%	270人	67.7%	264人	70.4%			
		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	115人	44.7%	137人	47.9%	133人	48.2%	137人	50.7%	118人	44.7%			
		⑤ 血圧 130/80以上		77人	67.0%	96人	70.1%	92人	69.2%	91人	66.4%	78人	66.1%			
		⑥ 肥満 BMI25以上		46人	40.0%	58人	42.3%	63人	47.4%	66人	48.2%	46人	39.0%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	142人	55.3%	149人	52.1%	143人	51.8%	133人	49.3%	146人	55.3%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	323人	78.4%	346人	82.6%	331人	82.3%	328人	82.2%	313人	83.5%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		42人	10.2%	29人	6.9%	38人	9.5%	48人	12.0%	40人	10.7%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		42人	10.2%	39人	9.3%	32人	8.0%	23人	5.8%	21人	5.6%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		2人	0.5%	3人	0.7%	1人	0.2%	0人	0.0%	0人	0.0%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		99.0人		95.2人		88.1人		86.1人		87.0人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		125.3人		119.7人		110.1人		105.3人		105.3人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)は被保険者対		5,813件	(840.2)	5,821件	(859.1)	5,570件	(832.3)	5,389件	(825.6)	5,107件	(820.3)	1,557,522件	(951.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ 入院外(件数) 入院(件数)		57件	(8.2)	41件	(6.1)	33件	(4.9)	33件	(5.1)	32件	(5.1)	7,406件	(4.5)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	930人	9.9%	856人	9.5%	768人	8.8%	734人	8.6%	708人	8.7%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		⑥ (再掲)40-74歳		908人	12.5%	842人	12.0%	758人	11.0%	717人	10.5%	696人	10.5%			
		⑦ 健診未受診者	I	651人	71.7%	585人	69.5%	482人	63.6%	447人	62.3%	432人	62.1%			
		⑧ インスリン治療	O	150人	16.1%	136人	15.9%	119人	15.5%	108人	14.7%	100人	14.1%			
		⑨ (再掲)40-74歳		148人	16.3%	133人	15.8%	118人	15.6%	105人	14.6%	97人	13.9%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	115人	12.4%	130人	15.2%	210人	27.3%	203人	27.7%	202人	28.5%			
		⑪ (再掲)40-74歳		111人	12.2%	128人	15.2%	209人	27.6%	201人	28.0%	199人	28.6%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		11人	1.2%	12人	1.4%	10人	1.3%	9人	1.2%	9人	1.3%			
		⑬ (再掲)40-74歳		9人	1.0%	10人	1.2%	10人	1.3%	9人	1.3%	9人	1.3%			
		⑭ 新規透析患者数		3人	27.3%	5人	41.7%	1人	10.0%	8人	88.9%	1人	11.1%			
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		2人	66.7%	2人	40.0%	1人	100.0%	3人	37.5%	0人	0.0%			
		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)		12人	1.2%	13人	1.3%	10人	1.1%	18人	2.1%	19人	2.2%			
6	医療費	① 総医療費		28億4740万円		28億2215万円		26億9307万円		26億7237万円		27億3771万円		28億4626万円	KDB 健診・医療・介護データか らみる地域の健康課題	
		② 生活習慣病総医療費		15億3989万円		15億8104万円		14億9230万円		14億3009万円		15億3071万円		15億3700万円		
		③ (総医療費に占める割合)		54.1%		56.0%		55.4%		53.5%		55.9%		54.0%		
		④ 生活習慣病 対象者 (一人あたり)		7,718円		8,008円		6,990円		7,516円		8,943円		7,237円		
		⑤ 健診未受診者		37,112円		40,056円		42,747円		41,568円		45,600円		38,862円		
		⑥ 糖尿病医療費		1億9505万円		1億8813万円		1億9062万円		1億9061万円		1億8280万円		1億6596万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		12.7%		11.9%		12.8%		13.3%		11.9%		10.8%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		4億3034万円		4億3942万円		4億5223万円		4億5181万円		4億6890万円				
		⑨ 1件あたり		39,502円		41,264円		46,048円		46,627円		50,845円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費		3億0564万円		2億9475万円		3億0274万円		3億4187万円		2億9538万円				
		⑪ 1件あたり		577,762円		589,504円		645,506円		640,207円		685,333円				
		⑫ 在院日数		19日		18日		18日		17日		18日				
		⑬ 慢性腎不全医療費		1億2627万円		1億2335万円		1億2356万円		1億2025万円		9280万円		1億2396万円		
		⑭ 透析有り		1億1259万円		1億0342万円		9507万円		9750万円		6735万円		1億1532万円		
		⑮ 透析なし		1368万円		1994万円		2850万円		2275万円		2545万円		863万円		
7	介護	① 介護給付費		29億0851万円		28億7635万円		30億1559万円		31億1841万円		32億4937万円		34億9905万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症		2件	6.9%	1件	4.2%	2件	8.0%	3件	13.0%	2件	8.3%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		4人	0.9%	8人	1.8%	4人	0.9%	5人	1.1%	6人	1.2%	2,819人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

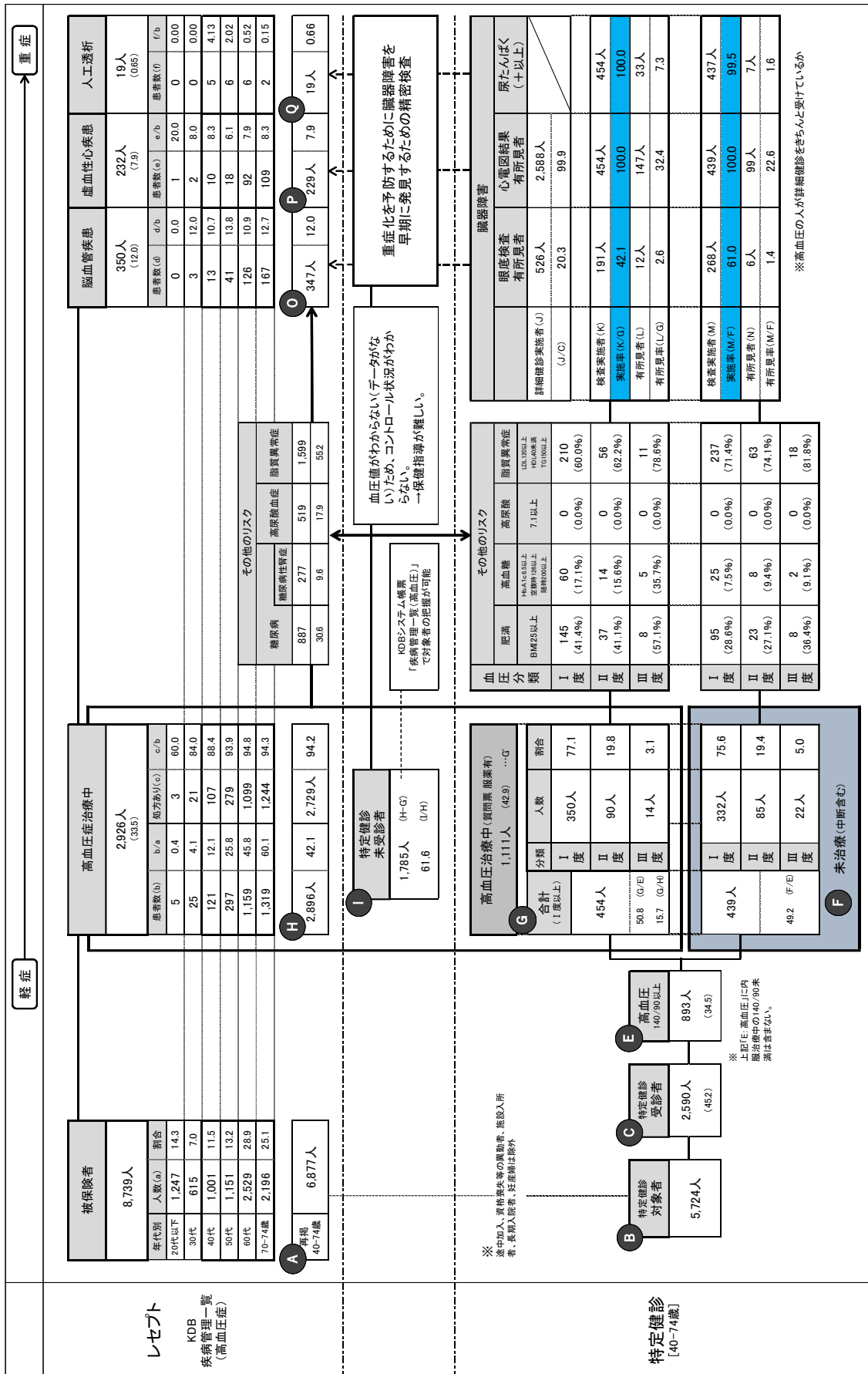
令和4年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で見逃ししている者も含む)
 ※レセプト情報は、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)」から補填

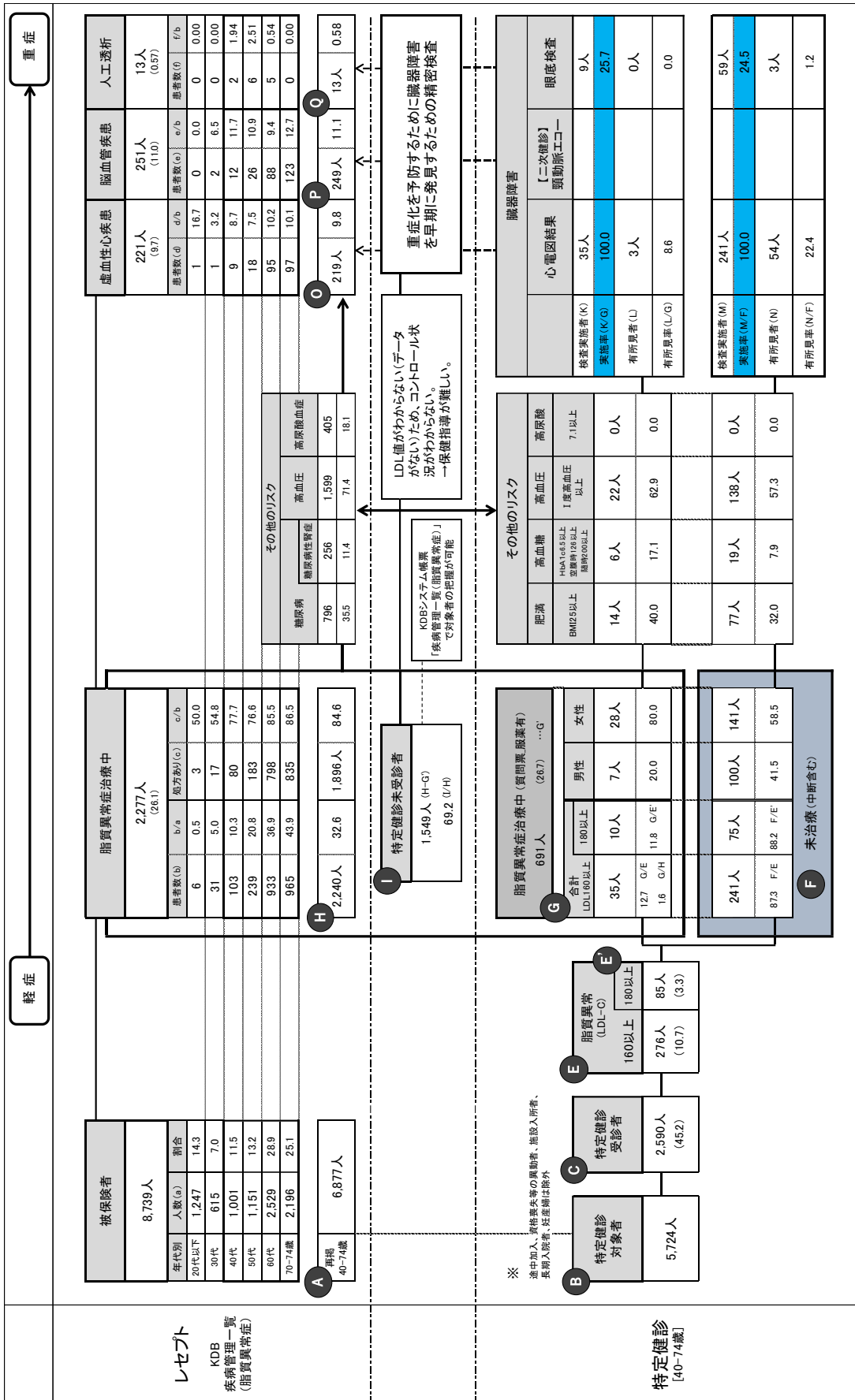
参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和4年度



参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和4年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年経過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調査(介入支援対象者一覧(薬業・重症化予防))」から集計

参考資料7 HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標					
		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	2,869	1,581	55.1%	744	25.9%	332	11.6%	112	3.9%	58	2.0%	42	1.5%	66	2.3%	23	0.8%
H30	2,846	1,353	47.5%	881	31.0%	370	13.0%	140	4.9%	75	2.6%	27	0.9%	55	1.9%	18	0.6%
R1	2,807	1,529	54.5%	733	26.1%	314	11.2%	123	4.4%	81	2.9%	27	1.0%	60	2.1%	17	0.6%
R2	2,608	1,416	54.3%	664	25.5%	307	11.8%	111	4.3%	75	2.9%	35	1.3%	64	2.5%	20	0.8%
R3	2,625	1,373	52.3%	702	26.7%	322	12.3%	123	4.7%	79	3.0%	26	1.0%	63	2.4%	21	0.8%
R4	2,590	1,395	53.9%	694	26.8%	296	11.4%	115	4.4%	64	2.5%	26	1.0%	51	2.0%	20	0.8%

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲		7.4%	
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	治療		
H29	2,869	55.1%	25.9%	11.6%	212	81	131	7.4%	38.2%	61.8%	7.4%
					100	31	69	3.5%	31.0%	69.0%	
H30	2,846	47.5%	31.0%	13.0%	242	113	129	8.5%	46.7%	53.3%	8.5%
					102	37	65	3.6%	36.3%	63.7%	
R1	2,807	54.5%	26.1%	11.2%	231	95	136	8.2%	41.1%	58.9%	8.2%
					108	34	74	3.8%	31.5%	68.5%	
R2	2,608	54.3%	25.5%	11.8%	221	80	141	8.5%	36.2%	63.8%	8.5%
					110	29	81	4.2%	26.4%	73.6%	
R3	2,625	52.3%	26.7%	12.3%	228	87	141	8.7%	38.2%	61.8%	8.7%
					105	30	75	4.0%	28.6%	71.4%	
R4	2,590	53.9%	26.8%	11.4%	205	68	137	7.9%	33.2%	66.8%	7.9%
					90	25	65	3.5%	27.8%	72.2%	

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											
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		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	
		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	263	9.2%	13	4.9%	35	13.3%	84	31.9%	62	23.6%	40	15.2%	29	11.0%	45	17.1%	14	5.3%
	H30	257	9.0%	14	5.4%	32	12.5%	82	31.9%	64	24.9%	48	18.7%	17	6.6%	35	13.6%	9	3.5%
	R1	286	10.2%	15	5.2%	40	14.0%	95	33.2%	62	21.7%	57	19.9%	17	5.9%	41	14.3%	9	3.1%
	R2	276	10.6%	13	4.7%	29	10.5%	93	33.7%	60	21.7%	58	21.0%	23	8.3%	44	15.9%	11	4.0%
	R3	270	10.3%	11	4.1%	37	13.7%	81	30.0%	66	24.4%	61	22.6%	14	5.2%	46	17.0%	9	3.3%
R4	264	10.2%	9	3.4%	37	14.0%	81	30.7%	72	27.3%	47	17.8%	18	6.8%	35	13.3%	12	4.5%	
治療なし	H29	2,606	90.8%	1,568	60.2%	709	27.2%	248	9.5%	50	1.9%	18	0.7%	13	0.5%	21	0.8%	9	0.3%
	H30	2,589	91.0%	1,339	51.7%	849	32.8%	288	11.1%	76	2.9%	27	1.0%	10	0.4%	20	0.8%	9	0.3%
	R1	2,521	89.8%	1,514	60.1%	693	27.5%	219	8.7%	61	2.4%	24	1.0%	10	0.4%	19	0.8%	8	0.3%
	R2	2,332	89.4%	1,403	60.2%	635	27.2%	214	9.2%	51	2.2%	17	0.7%	12	0.5%	20	0.9%	9	0.4%
	R3	2,355	89.7%	1,362	57.8%	665	28.2%	241	10.2%	57	2.4%	18	0.8%	12	0.5%	17	0.7%	12	0.5%
R4	2,326	89.8%	1,386	59.6%	657	28.2%	215	9.2%	43	1.8%	17	0.7%	8	0.3%	16	0.7%	8	0.3%	

参考資料8 血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	2,874	764	26.6%	450	15.7%	845	29.4%	667	23.2%	118	4.1%	30	1.0%
H30	2,847	729	25.6%	430	15.1%	813	28.6%	679	23.8%	162	5.7%	34	1.2%
R1	2,810	679	24.2%	415	14.8%	813	28.9%	726	25.8%	148	5.3%	29	1.0%
R2	2,610	594	22.8%	368	14.1%	797	30.5%	652	25.0%	167	6.4%	32	1.2%
R3	2,628	578	22.0%	355	13.5%	768	29.2%	727	27.7%	165	6.3%	35	1.3%
R4	2,590	599	23.1%	342	13.2%	756	29.2%	682	26.3%	175	6.8%	36	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		割合	割合
					再Ⅲ度高血圧	未治療	治療	割合	割合		
H29	2,874	1,214 42.2%	845 29.4%	667 23.2%	148	76	72	5.1%	48.6%	5.1%	1.0%
					30	15	15	1.0%	50.0%		
H30	2,847	1,159 40.7%	813 28.6%	679 23.8%	196	102	94	6.9%	48.0%	6.9%	1.2%
					34	13	21	1.2%	38.2%		
R1	2,810	1,094 38.9%	813 28.9%	726 25.8%	177	92	85	6.3%	48.0%	6.3%	1.0%
					29	19	10	1.0%	65.5%		
R2	2,610	962 36.9%	797 30.5%	652 25.0%	199	99	100	7.6%	50.3%	7.6%	1.2%
					32	18	14	1.2%	56.3%		
R3	2,628	933 35.5%	768 29.2%	727 27.7%	200	99	101	7.6%	50.5%	7.6%	1.3%
					35	16	19	1.3%	45.7%		
R4	2,590	941 36.3%	756 29.2%	682 26.3%	211	107	104	8.1%	49.3%	8.1%	1.4%
					36	22	14	1.4%	61.1%		

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	1,125	39.1%	193	17.2%	168	14.9%	354	31.5%	338	30.0%	57	5.1%	15	1.3%
	H30	1,136	39.9%	195	17.2%	176	15.5%	332	29.2%	339	29.8%	73	6.4%	21	1.8%
	R1	1,159	41.2%	176	15.2%	181	15.6%	371	32.0%	346	29.9%	75	6.5%	10	0.9%
	R2	1,119	42.9%	165	14.7%	161	14.4%	347	31.0%	346	30.9%	86	7.7%	14	1.3%
	R3	1,136	43.2%	168	14.8%	156	13.7%	350	30.8%	361	31.8%	82	7.2%	19	1.7%
	R4	1,111	42.9%	187	16.8%	147	13.2%	323	29.1%	350	31.5%	90	8.1%	14	1.3%
治療なし	H29	1,749	60.9%	571	32.6%	282	16.1%	491	28.1%	329	18.8%	61	3.5%	15	0.9%
	H30	1,711	60.1%	534	31.2%	254	14.8%	481	28.1%	340	19.9%	89	5.2%	13	0.8%
	R1	1,651	58.8%	503	30.5%	234	14.2%	442	26.8%	380	23.0%	73	4.4%	19	1.2%
	R2	1,491	57.1%	429	28.8%	207	13.9%	450	30.2%	306	20.5%	81	5.4%	18	1.2%
	R3	1,492	56.8%	410	27.5%	199	13.3%	418	28.0%	366	24.5%	83	5.6%	16	1.1%
	R4	1,479	57.1%	412	27.9%	195	13.2%	433	29.3%	332	22.4%	85	5.7%	22	1.5%

参考資料9 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	B/A	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	2,874	1,298	45.2%	743	25.9%	506	17.6%	209	7.3%	118	4.1%
	H30	2,846	1,241	43.6%	711	25.0%	533	18.7%	242	8.5%	119	4.2%
	R1	2,810	1,279	45.5%	737	26.2%	479	17.0%	200	7.1%	115	4.1%
	R2	2,610	1,159	44.4%	672	25.7%	470	18.0%	208	8.0%	101	3.9%
	R3	2,628	1,141	43.4%	666	25.3%	469	17.8%	225	8.6%	127	4.8%
	R4	2,590	1,202	46.4%	666	25.7%	446	17.2%	191	7.4%	85	3.3%
男性	H29	1,283	688	53.6%	300	23.4%	179	14.0%	72	5.6%	44	3.4%
	H30	1,292	636	49.2%	313	24.2%	207	16.0%	89	6.9%	47	3.6%
	R1	1,305	676	51.8%	343	26.3%	177	13.6%	72	5.5%	37	2.8%
	R2	1,220	615	50.4%	292	23.9%	193	15.8%	78	6.4%	42	3.4%
	R3	1,240	591	47.7%	310	25.0%	206	16.6%	82	6.6%	51	4.1%
	R4	1,191	626	52.6%	276	23.2%	182	15.3%	76	6.4%	31	2.6%
女性	H29	1,591	610	38.3%	443	27.8%	327	20.6%	137	8.6%	74	4.7%
	H30	1,554	605	38.9%	398	25.6%	326	21.0%	153	9.8%	72	4.6%
	R1	1,505	603	40.1%	394	26.2%	302	20.1%	128	8.5%	78	5.2%
	R2	1,390	544	39.1%	380	27.3%	277	19.9%	130	9.4%	59	4.2%
	R3	1,388	550	39.6%	356	25.6%	263	18.9%	143	10.3%	76	5.5%
	R4	1,399	576	41.2%	390	27.9%	264	18.9%	115	8.2%	54	3.9%

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	2,874	1,298 45.2%	743 25.9%	506 17.6%	327	292	35	11.4%
					118 4.1%	107 90.7%	11 9.3%	
H30	2,846	1,241 43.6%	711 25.0%	533 18.7%	361	321	40	12.7%
					119 4.2%	109 91.6%	10 8.4%	
R1	2,810	1,279 45.5%	737 26.2%	479 17.0%	315	275	40	11.2%
					115 4.1%	99 86.1%	16 13.9%	
R2	2,610	1,159 44.4%	672 25.7%	470 18.0%	309	278	31	11.8%
					101 3.9%	89 88.1%	12 11.9%	
R3	2,628	1,141 43.4%	666 25.3%	469 17.8%	352	310	42	13.4%
					127 4.8%	112 88.2%	15 11.8%	
R4	2,590	1,202 46.4%	666 25.7%	446 17.2%	276	241	35	10.7%
					85 3.3%	75 88.2%	10 11.8%	

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	B/A	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	550	19.1%	294	53.5%	145	26.4%	76	13.8%	24	4.4%	11	2.0%
	H30	593	20.8%	318	53.6%	152	25.6%	83	14.0%	30	5.1%	10	1.7%
	R1	654	23.3%	349	53.4%	181	27.7%	84	12.8%	24	3.7%	16	2.4%
	R2	635	24.3%	352	55.4%	168	26.5%	84	13.2%	19	3.0%	12	1.9%
	R3	676	25.7%	386	57.1%	167	24.7%	81	12.0%	27	4.0%	15	2.2%
	R4	691	26.7%	394	57.0%	184	26.6%	78	11.3%	25	3.6%	10	1.4%
治療なし	H29	2,324	80.9%	1,004	43.2%	598	25.7%	430	18.5%	185	8.0%	107	4.6%
	H30	2,253	79.2%	923	41.0%	559	24.8%	450	20.0%	212	9.4%	109	4.8%
	R1	2,156	76.7%	930	43.1%	556	25.8%	395	18.3%	176	8.2%	99	4.6%
	R2	1,975	75.7%	807	40.9%	504	25.5%	386	19.5%	189	9.6%	89	4.5%
	R3	1,952	74.3%	755	38.7%	499	25.6%	388	19.9%	198	10.1%	112	5.7%
	R4	1,899	73.3%	808	42.5%	482	25.4%	368	19.4%	166	8.7%	75	3.9%

黒石市国民健康保険
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

発行日 令和6年3月

制作 青森県黒石市

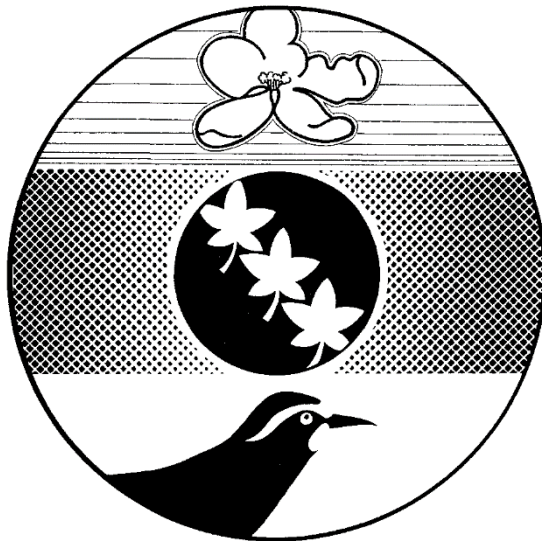
健康福祉部 国保年金課・健康推進課

住所 〒036-0396

青森県黒石市大字市ノ町11番地1

電話 0172-52-2111(代表)

内線 118・119



黒石市の花・木・鳥

りんご/もみじ/セグロセキレイ

平成6年10月1日指定