

富津市国民健康保険

第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第四期特定健康診査等実施計画



令和6年3月
富津市

目次

第1章 基本的事項	1
1. 背景・目的	
2. 計画の位置付け	
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期計画に係る評価・考察及び第3期計画における健康課題の 明確化	9
1. 富津市の特性	
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) 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 第四期特定健康診査等実施計画	25
1. 目標値の設定	
2. 対象者の見込み	
3. 特定健診の実施	
1) 実施方法	
2) 特定健診委託基準	
3) 委託契約の契約形態	
4) 特定健診実施項目	
5) 自己負担額	
6) 代行機関	
7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール	
4. 特定保健指導の実施	
1) 健診から保健指導実施の流れ	
2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法	
3) 二次健康診査の実施	
4) 生活習慣病予防のための健診・保健指導実施スケジュール	
5. 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間	

6. 結果の報告

第4章 健康課題を解決するための個別保健事業	33
1. 保健事業の方向性	
2. 重症化予防の取組	
1) 糖尿病性腎症重症化予防	
2) 脳血管疾患重症化予防	
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	
1) 基本的な考え方	
2) 事業の実施	
4. 生活習慣病の発症予防	
5. ポピュレーションアプローチ	
第5章 計画の評価・見直し	50
1. 評価の時期	
2. 評価方法・体制	
第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	51
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
参考資料	52

第1章 基本的事項

1. 背景・目的

少子高齢化の進行、国民生活の変化、医療の高度化等、社会環境の変化に伴い医療制度を適正に推進する取組が保険者に求められている。

平成 25 年「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「データヘルス計画」の作成、公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされた。

平成 26 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)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・効率的な保健事業を実施し、評価・改善等を行うことが求められた。

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(重要業績評価指標)の設定を推進することとされた。

このような中で、本計画においては、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、一人ひとりの身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持・増進を図るとともに医療費の適正化に資することを目的とする。

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと(平成 25 年 6 月閣議決定)

※2 PDCA サイクル:Plan(計画)→Do(実施)→Check(評価)→Action(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、社会等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

保健事業実施計画(データヘルス計画)は、「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」に基づき作成し、効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、国保データベースシステム(以下「KDB^{※5}」という。)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。(図表 1・2・3・4・5)

第四期特定健康診査等実施計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律(以下「高確法」という。)」に基づき作成し、保健事業の中核をなす特定健康診査(以下「特定健診」という。)及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとする。

本市においては、平成 30 年 3 月に第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)及び第三期特定健康診査等実施計画を作成し、事業を行っているところであるが、両計画が令和 6 年 3 月で終了することから、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に基づき、引き続き第 3 期保健事業実施計画(データヘルス計画)及び第四期特定健康診査等実施計画を一体的に定めることとする。

また、千葉県健康増進計画の「健康ちば 21(第 3 次)」や本市の健康増進計画「健康ふつつ 21(第三次)」、「千葉県における健康福祉の取組と医療の見通しに関する計画(医療費適正化計画)」、「千葉県保健医療計画」、「第 9 期富津市介護保険事業計画・富津市高齢者福祉計画」と調和を図ったものとする。

なお、近年、国連サミットで採択された SDGs^{※6}(持続可能な開発目標)に定められた目標を達成するため、各国でそれぞれ取組が進められている。国においても SDGs の目標達成に向けた取組を進めており、地方自治体においても各種計画の策定や方針の決定にあたり SDGs の理念を最大限反映させることが重要となっている。SDGs の 17 の目標のうち、「すべての人に健康と福祉を」は、本計画の取組にも関係し、各施策の推進を通じて SDGs の達成に貢献していくものとする。



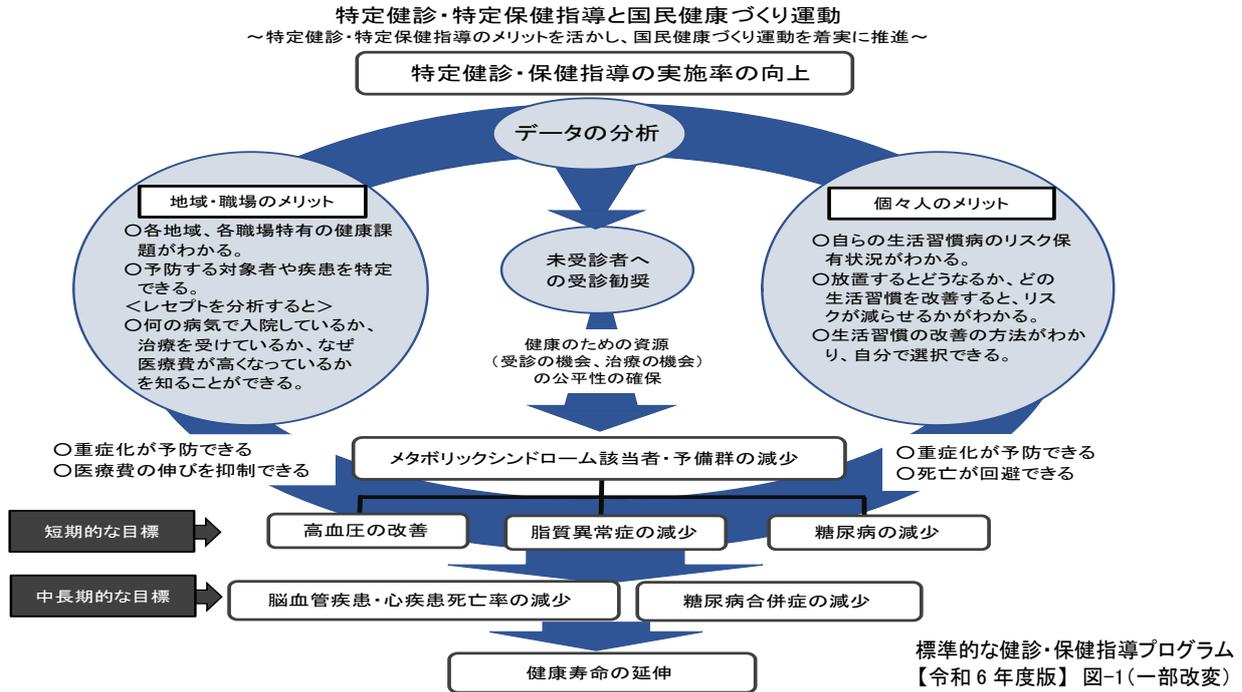
※5 KDB: 国民健康保険団体連合会が管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

※6 SDGs: 持続可能な開発目標(Sustainable Development Goals)として、平成 27 年 9 月の国連サミットで採択された「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」に記載された目標で、それらを達成するための 17 の目標と 169 のターゲットから構成されているものこと。

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等の位置づけ

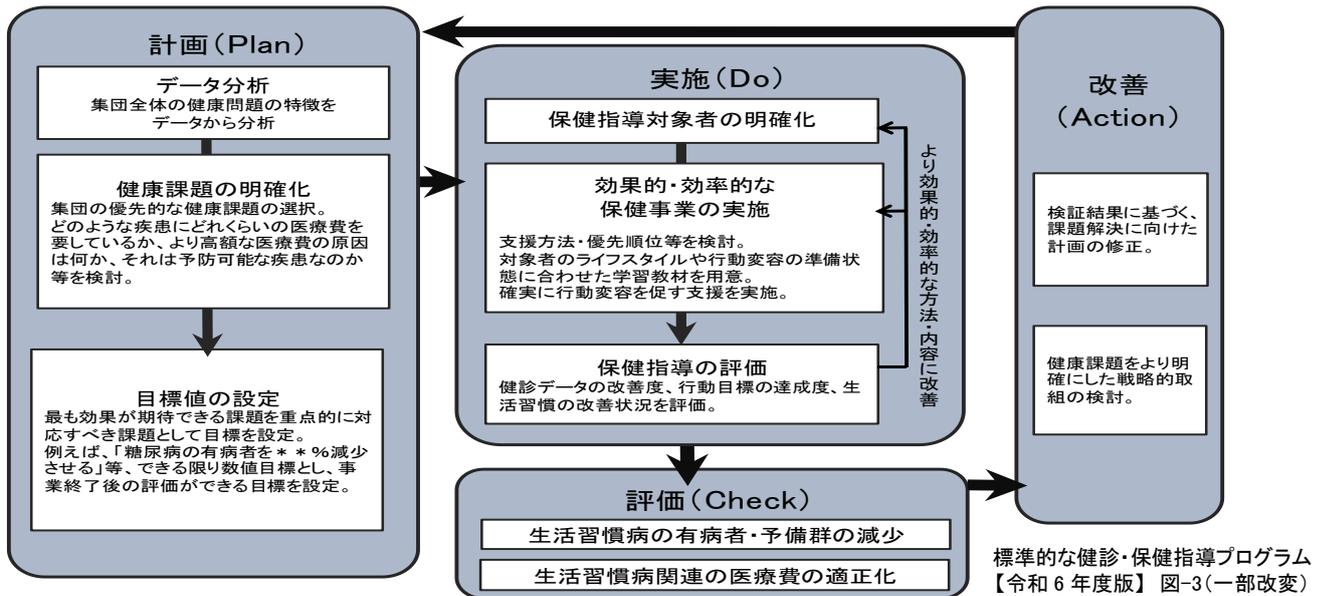
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	保健事業実施計画 (データヘルス計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高齢者の医療の確保に関する法律 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 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 についての基本的な方針	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	都道府県:義務 市町村: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・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。	被保険者の年齢構成、地域的 条件等の実情を考慮し、特定健 康診査を効果的・効率的に実施 するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給 付等サービス提供体制の確 保及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40～74歳の被保険者	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 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
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サイクルを活用した 保険者による機能強化に 向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



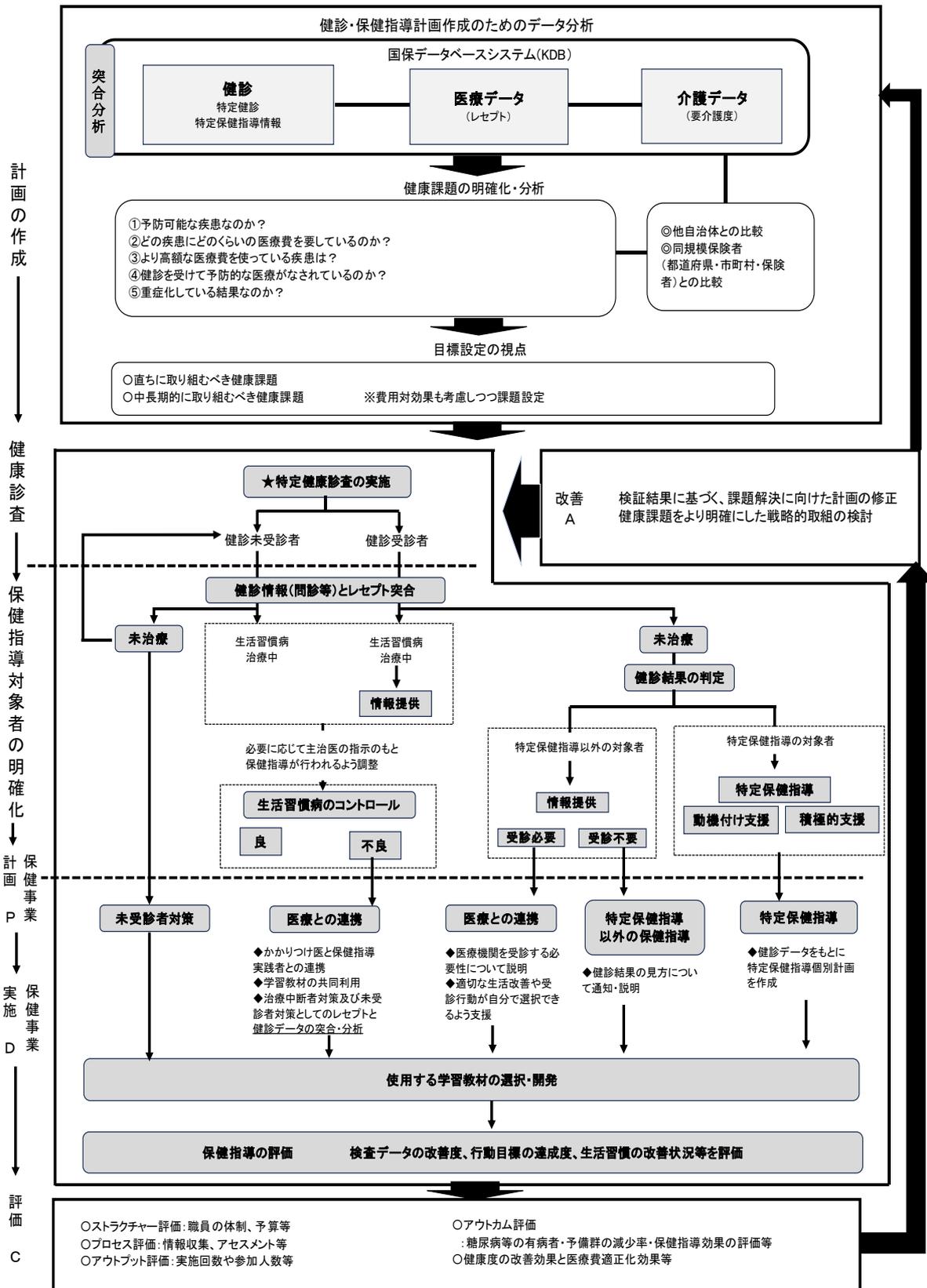
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取組を実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

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にしながら 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		高齢者の医療の確保に関する法律	
	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		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 個人の健診結果を読み解く 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年間とする。

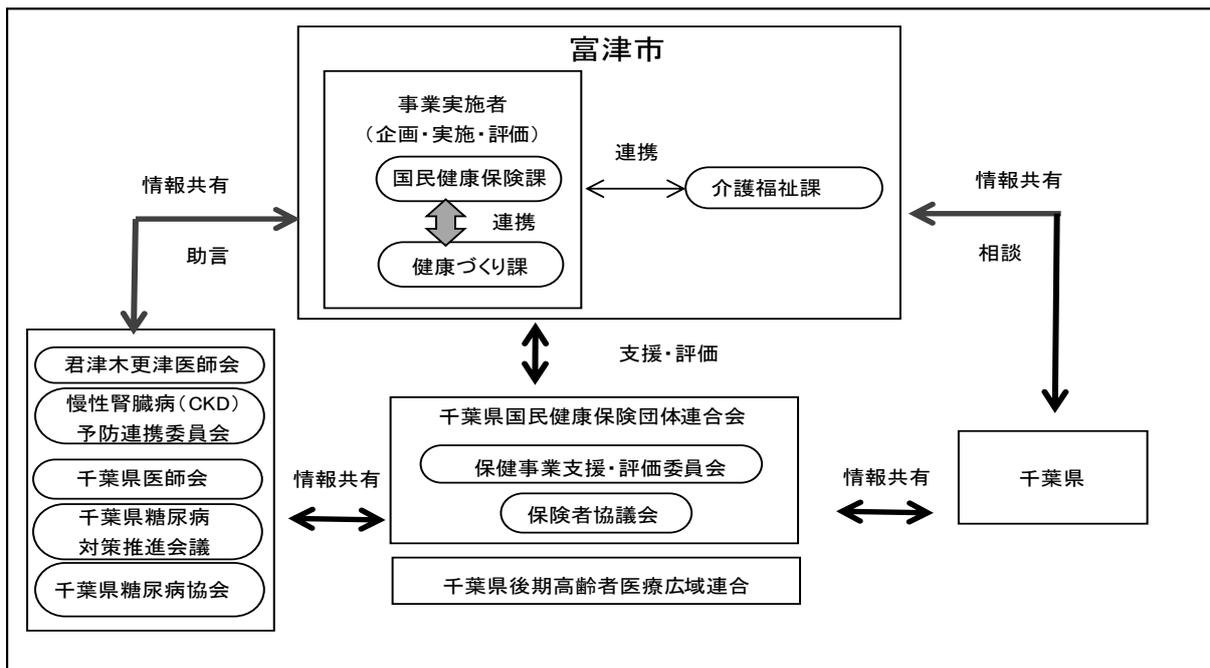
他の保健医療関係の法定計画との整合性を図り、千葉県医療費適正化計画や千葉県保健医療計画とが6年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定する。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

本計画は、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により、健康づくり課、国民健康保険課、介護福祉課等が連携し、保健事業を実施する。また、計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施し、計画の評価を行い必要に応じて計画を見直し、次期計画に反映させる。(図表 6)

図表 6 本市の実施体制図



2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の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、協力が重要となる。

計画の策定等を進めるにあたって、共同保険者である千葉県の他、千葉県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)、君津木更津医師会、君津木更津歯科医師会、君津木更津薬剤師会と連携する。また、国保連に設置される保健事業支援・評価委員会や保険者協議会の活用、千葉県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、地域の医療機関等との連携を図る。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要となる。そのため、計画策定にあたっては、富津市国民健康保険事業運営協議会の委員である被保険者から参画を得て、意見交換等を行っている。

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る。(図表7)

令和2年度からは、この制度において予防・健康づくり事業の保険者による取組の「事業費分」と都道府県による後押しとして連動させた「事業費連動分」とを合算して交付される仕組みとなった。都道府県は「事業費連動分」の交付金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、今後も本制度の積極的かつ効果的・効率的な活用を図っていく。

図表7 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		R3年度得点		R4年度得点		R5年度得点		
		富津市	配点	富津市	配点	富津市	配点	
交付額(千円)		20,875		19,283		19,095		
全国順位(1,741市町村中)		486位		652位		576位		
県内順位(54市町村)		4位		8位		2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	110	70	110	70	90	70
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等		40		40		40
		(2)歯科健診受診率等	20	30	20	30	17	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		90		15		20
		(2)個人への分かりやすい情報提供	110	20	60	45	65	45
	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	10	130	10	130	40	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	15	100	50	100	50	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	20	30	20	40	20	40
	⑤	第三者求償の取組	27	40	38	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	83	95	75	100	81	100
合計点		630	1,000	603	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. 富津市の特性

本市は出生率が 3.2%、高齢化率が 38.6%となり、人口が同規模程度の 280 市の平均(以下「同規模※1」という。)と比べ、少子高齢化の特性がある。産業では、農林水産業を生業とする第1次産業※2が 7.8%と 1 割を下回り、サービス業を生業とする第3次産業※2が 6 割を超えていることから、被保険者の生活リズムが不規則である可能性が高く、生活習慣も個人差が大きいと考えられることから働き盛りの年代の健康課題を明確にすることが重要である。(図表 8)

令和 4 年度の国保加入率は 23.3%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあり年齢構成 65～74 歳の前期高齢者が半数以上を占めている。(図表 9)

市内には 3 の病院と 27 の診療所があり、病床数、医師数の割合は同規模と比べかなり少ない状況であるが、外来患者数は同規模を上回っている。(図表 10)

図表 8 国、県、同規模と比較した富津市の特性

	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 (%)
富津市	41,759	38.6	9,738 (23.3)	57.4	3.2	16.6	0.9	7.8	28.3	63.9
同規模	--	36.2	(22.4)	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	27.6	(20.4)	53.1	6.5	10.1	0.8	2.9	20.6	76.5
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

※1 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、富津市と同規模保険者(280市)の平均値を表す

※2 第1次産業：「農業」、「林業」、「漁業」、第2次産業：「鉱業」、「建設業」、「製造業」、第3次産業：「サービス業」、前記以外の産業

図表 9 国保の加入状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数(人)	%	実数(人)	%	実数(人)	%	実数(人)	%	実数(人)	%
被保険者数	11,923		11,350		10,960		10,401		9,738	
65～74歳	5,843	49.0	5,732	50.5	5,676	51.8	5,444	52.3	5,021	51.6
40～64歳	3,950	33.1	3,673	32.4	3,500	31.9	3,302	31.7	3,152	32.4
39歳以下	2,130	17.9	1,945	17.1	1,784	16.3	1,655	15.9	1,565	16.1
加入率	26.2		25.0		24.1		22.9		23.3	

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		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R04)	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	同規模	県
											%	%
病院数	3	0.3	3	0.3	3	0.3	3	0.3	3	0.3	0.4	0.2
診療所数	28	2.3	26	2.3	26	2.4	27	2.6	27	2.8	3.5	3.0
病床数(床)	113	9.5	113	10.0	113	10.3	113	10.9	113	11.6	67.7	47.7
医師数(人)	39	3.3	39	3.4	36	3.3	36	3.5	34	3.5	9.7	10.7
外来患者数(人)	727.7		725.9		688.1		729.5		742.7		728.3	646.6
入院患者数(人)	20.6		21.2		19.9		20.2		18.6		23.6	16.0

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、中長期的な目標と短期的な目標、保健事業の取組について、以下の通り評価する。

(1) 中長期的な目標の達成状況

① 医療費の状況

図表 11 より、総医療費は約 4 億円減少しているが、一人当たり医療費は増額している。要因としては、被保険者数の減少(図表 9)や悪性新生物の総医療費に占める割合の増加(図表 12)、医療の高度化等が考えられる。

目標である入院医療費の伸び率の抑制は、14.6%の減少となり、目標を達成した。(図表 11)

② 中長期的な目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症)の達成状況

目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の患者数の伸び率 12%減少については、脳血管疾患、虚血性心疾患ともに、患者数の伸び率は約 3 割減少しており、目標の 12%を達成した。糖尿病性腎症については、12%減少には届かなかったものの、9.3%減少した。(図表 13)

総医療費に占める割合では、脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)、虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)、慢性腎不全(透析有)とも減少しているが、依然として慢性腎不全(透析有)は国、県と比較すると高くなっている。(図表 12) 原因は、高血圧、糖尿病等の生活習慣病であると考えられる。

図表 11 総医療費と一人当たり医療費

		総医療費		一人当たり医療費		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
全体	医療費	43億6196万円	38億9816万円	29,693円 (県内5位)	32,165円 (県内6位)	
	増減	--	-4億6380万円	--	2,472円	
	伸び率	富津市	--	- 10.6%	--	8.3%
		同規模	--	- 2.2%	--	8.8%
入院	医療費	16億4669万円	14億0554万円	11,210円	11,598円	
	増減	--	-2億4115万円	--	388円	
	伸び率	富津市	--	- 14.6%	--	3.4%
		同規模	--	- 0.3%	--	6.4%
入院外	医療費	27億1527万円	24億9262万円	18,484円	20,567円	
	増減	--	-2億2265万円	--	2,083円	
	伸び率	富津市	--	- 8.2%	--	11.3%
		同規模	--	- 4.3%	--	9.6%

※一人当たり医療費は、月平均額での表示となる 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 中長期的な目標疾患の医療費と総医療費に占める割合の推移

		富津市		同規模	県	国	
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度	
総医療費		43億6196万円	38億9816万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計		5億7628万円	4億1457万円	--	--	--	
		13.21%	10.64%	7.84%	9.12%	8.03%	
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.42%	1.65%	2.10%	2.06%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.75%	1.04%	1.39%	1.69%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	8.45%	7.35%	4.05%	5.06%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.58%	0.60%	0.30%	0.30%	0.29%
その 他の 疾患	悪性新生物		11.98%	18.26%	16.91%	16.85%	16.69%
	筋・骨格系疾患		9.80%	9.42%	9.00%	8.79%	8.68%
	精神疾患		7.89%	6.57%	8.74%	7.38%	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)調剤を含む最大医療資源傷病(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)による分類結果
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(人工透析有無)を計上。

図表 13 中長期な目標疾患の状況

		目標	H30年度	R4年度
脳血管疾患	患者数 (様式3-5)	患者数の伸び率の12%減少	693人	459人
	増減数		--	-234人
	伸び率		--	- 33.8%
虚血性心疾患	患者数 (様式3-5)	患者数の伸び率の12%減少	538人	381人
	増減率		--	-157人
	伸び率		--	- 29.2%
糖尿病性腎症	患者数 (様式3-5)	患者数の伸び率の12%減少	129人	117人
	増減率		--	-12人
	伸び率		--	- 9.3%

出典:KDBシステム_厚生労働省様式3-5

③新規人工透析患者の状況

国保加入 10 年以上の新規人工透析患者数の減少については、平成 30 年度に比べると減少しており、目標を達成した。新規人工透析患者の原因疾患を見てみると、糖尿病や高血圧による腎硬化症が多く見られた。(図表 14)

図表 14 新規人工透析患者の推移

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
新規人工透析患者数(人)		15	9	9	7	9
国保加入期間	国保加入10年以上(人)	5	2	2	2	3
	%	33.3%	22.2%	22.2%	28.6%	33.3%
	国保加入10年未満(人)	10	7	7	5	6
	%	66.7%	77.8%	77.8%	71.4%	66.7%
※原因疾患(診断名)	糖尿病性腎症(人)	7	5	5	1	4
	うち血圧治療ありの者[レセプトより](人)	2	4	5	0	4
	糖尿病性+腎硬化症(人)	0	0	0	2	0
	腎硬化症(人)	0	1	2	3	3
	腎疾患(人)	6	3	0	1	1
	不明・その他(人)	2	0	2	0	1

※原因疾患については、身体障害者手帳申請書等にて把握

出典:富津市国保特定疾病認定申請書

(2)短期的な目標疾患(メタボリックシンドローム、高血圧、高血糖)の達成状況

①メタボリックシンドロームの経年変化

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、5.4 ポイント

増加しており、その中でも 3 項目(血糖、血圧、脂質)全ての危険因子が重なっている割合が増加している。(図表 15)

図表 15 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	H30年度	R4年度
健診受診者(人)	4,226	3,590
該当者(人)	888 (21.0%)	946 (26.4%)
3項目	295 (7.0%)	354 (9.9%)
2項目	593 (14.0%)	592 (16.5%)
予備群(人)	508 (12.0%)	413 (11.5%)

出典:ヘルスサポートラボツール

②高血圧の改善状況

Ⅱ度高血圧^{※1}以上者の改善率は変動がある。令和 3 年度から令和 4 年度へは 5 割以上改善しているが、健診未受診者が 3 割弱いる。(図表 16)

図表 16 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	H30年度→R1年度	R1年度→R2年度	R2年度→R3年度	R3年度→R4年度
Ⅱ度高血圧以上(人)	256 (6.1%)	208 (5.1%)	157 (6.0%)	227 (6.5%)
翌年度健診結果	改善	135 (52.7%)	66 (31.7%)	79 (50.3%)
	変化なし	43 (16.8%)	27 (13.0%)	37 (23.6%)
	悪化	7 (2.7%)	3 (1.4%)	10 (6.4%)
	健診未受診	71 (27.7%)	98 (47.1%)	31 (19.7%)

出典:ヘルスサポートラボツール

※1 収縮期血圧 160-179 mm Hg/100-109 mm Hg のこと

③高血糖者の改善状況

図表 17 では HbA1c6.5%^{※2}以上者の平成 30 年度から令和元年度の改善率と令和 3 年度から令和 4 年度の改善率を比較すると 5.4 ポイント増加しているが、健診未受診者は 2 割以上いる。

図表 17 HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度		H30年度→R1年度	R1年度→R2年度	R2年度→R3年度	R3年度→R4年度
HbA1c6.5%以上(人)		372 (8.9%)	408 (10.1%)	316 (12.3%)	396 (11.4%)
翌年度 健診結果	改善	87 (23.4%)	81 (19.9%)	75 (23.7%)	114 (28.8%)
	変化なし	129 (34.7%)	124 (30.4%)	112 (35.4%)	140 (35.4%)
	悪化	55 (14.8%)	40 (9.8%)	44 (13.9%)	45 (11.4%)
	健診未受診	101 (27.2%)	163 (40.0%)	85 (26.9%)	97 (24.5%)

出典:ヘルスサポートラボツール

※2 HbA1cとは過去1~2か月の平均血糖値を反映し、糖尿病の血糖コントロール状態の指標となるものである。
6.5%以上とは「糖尿病型」と判定する基準である。

④特定健診受診率及び特定保健指導実施率の推移

短期的な目標の達成状況を示す上では、特定健診の受診状況を踏まえて作成している。

本市の特定健診受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響により令和2年度に30.1%に下がったものの、電話による受診勧奨やAIを活用した受診勧奨通知を実施する等、未受診者対策を強化し令和4年度には46.2%に回復した。(図表18)

年代別特定健診受診率の推移をみると、40~50代は特に低い状況が続いている。(図表19)

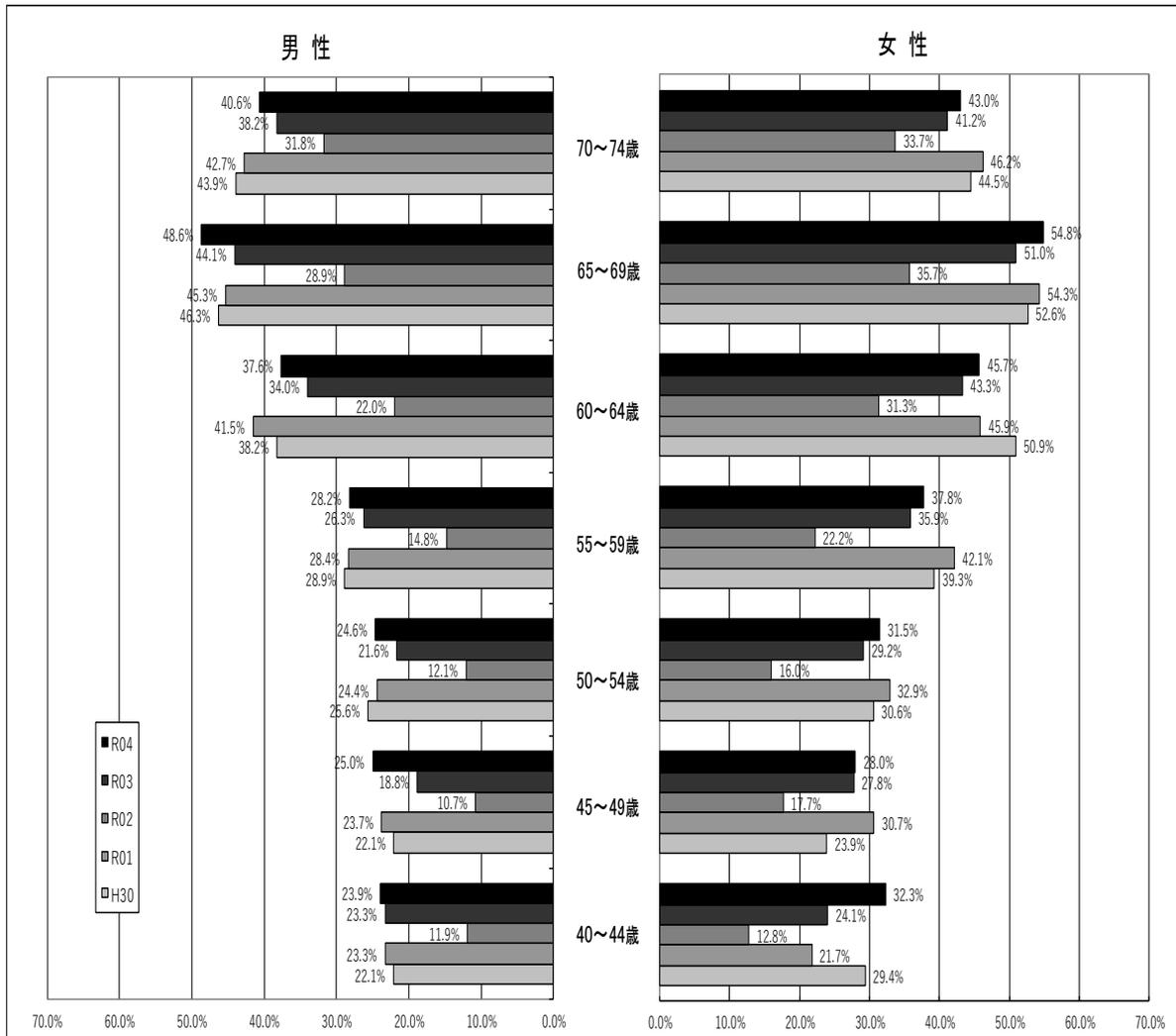
特定保健指導については、目標の60%以上を継続して達成している。(図表18)

図表 18 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(人)	4,095	3,936	2,516	3,364	3,433	健診受診率 60%
	受診率	45.7%	46.0%	30.1%	42.2%	46.2%	
	県内順位	13位	14位	28位	13位	9位	
特定保健指導	該当者数(人)	454	416	241	387	393	特定保健指 導実施率 60%
	割合	11.1%	10.6%	9.6%	11.5%	8.5%	
	実施者数(人)	304	260	153	250	255	
	実施率	67.0%	62.5%	63.5%	64.6%	64.9%	
	県内順位	1位	2位	2位	1位	2位	

出典:特定健診法定報告データ

図表 19 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

(3) 保健事業の取組の評価

① 糖尿病性腎症重症化予防に対する評価

HbA1c7.0%以上の糖尿病未治療者の割合は、平成30年度と令和4年度を比べると1.9ポイント増加している。医療への受診勧奨を実施したため糖尿病未治療者の割合は減少している。しかし医療受診につながらなかった者もいるため再度の受診勧奨をしている。(図表20)

HbA1c8.0%以上者の割合は、1%台で推移し、そのうち約7~8割は糖尿病治療者である。令和元年度以降は治療者のうち9割以上は医療と連携した介入を実施し、未治療者は全員に保健指導を実施した。(図表21)

図表 20 HbA1c7.0%以上の未治療者の経年変化

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
HbA1c測定者	人(a)	4,178	4,042	2,560	3,466	3,545
HbA1c7.0%以上	人(b)	154	181	147	210	199
	(b/a)	3.7	4.5	5.7	6.1	5.6
受診勧奨対象者 (糖尿病未治療者)	人(c)	24	35	19	31	28
	(c/b)	15.6	19.3	12.9	14.8	14.1
受診勧奨した者のうち 未受診者	人(d)	6	2	2	5	8
	(d/c)	25.0	5.7	10.5	16.1	28.6
更なる受診勧奨 実施者	人(e)	3	2	2	5	8
	(e/d)	50.0	100	100	100	100

出典: マルチマーカー・保健指導実績

図表 21 HbA1c8.0%以上の治療者の経年変化

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
HbA1c測定者	人(a)	4,178	4,042	2,560	3,466	3,545
HbA1c8.0%以上	人(b)	56	52	36	53	52
	(b/a)	1.3%	1.3%	1.4%	1.5%	1.5%
糖尿病治療者	人(c)	42	35	31	39	41
	(c/b)	75.0%	65.3%	86.1%	73.6%	78.8%
うち保健指導実施者	人(d)	36	35	28	36	40
	(c/d)	85.7%	100%	90.3%	92.3%	97.6%
糖尿病未治療者	人(e)	14	17	5	14	11
	(c/b)	25.0%	34.7%	13.9%	26.4%	21.2%
うち保健指導実施者	人(f)	12	17	5	14	11
	(e/f)	85.7%	100%	100%	100%	100%

出典: マルチマーカー・保健指導実績

②ポピュレーションアプローチ

生涯を通じた健康づくりの取組として、市民一人ひとりが、自分の住む地域の実状を知り、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た。

取組内容としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護給付費等の社会保障費の増大につながっている本市の実態や食生活、生活リズム等の生活背景との関連について、地域の通いの場や区長会等を通じて、広く市民へ周知を行った。

一人ひとりへの働きかけとしては、目で見てイメージが持てるように、健康づくり課窓口にバランスのよい食事や食品の塩分量の展示を常設し、脂肪量 1kg の大きさ、重さがわかるようにし、適宜保健指導に活用した。

2) 第2期データヘルス計画に係る考察

入院医療費の伸び率や中長期的な目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の患者数の伸び率は減少したが、慢性腎不全(透析有)は国、県、同規模と比べ高いことから今後も慢性腎臓病(CKD)の重症化予防に取り組んでいく必要がある。(図表 12、13)

新規人工透析患者数は、10年以上国保に加入している者については、横ばいである。原因が糖尿病だけでなく高血圧との合併症が多く見られたため、高血圧対策も並行して実施していく必要がある。(図表 14)

短期的な目標疾患では、図表 15 の分析で示したように、健診結果でのメタボリックシンドローム該当者の割合が増えており、内臓脂肪の問題性に気づき生活習慣の改善に向けられるよう保健指導を充実させていく必要がある。

Ⅱ度高血圧以上者、HbA1c6.5%以上者の翌年度健診結果の改善率が今後も増加していくよう医療機関との連携や食事、運動等の生活習慣への支援に引き続き取り組み、健診の継続受診を促す必要がある。(図表 16、17)

特定健診受診率に関しては目標値に達成していないため、受診率向上に向け、日曜日の健診実施や健診予約が24時間可能となるweb予約を導入する等、利便性の向上に努めている。また、健診未受診者の中には、生活習慣病の未治療者や治療中断者も含まれるため、訪問、電話、郵送等での受診勧奨を実施していく。

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の発症は食習慣や生活リズム、活動量等が深く関わるため、生活習慣を振り返り、健康について考える機会として、今後も地域の通いの場や区長会等の協力を得て周知、啓発を実施していく。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

第2期計画の評価を踏まえ、健康・医療情報等を活用し分析する。
健康課題を明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定する。

2) 健康課題の明確化

(1) 医療費分析からの健康課題

レセプトの総件数及び総費用額は年々減少しているが、令和元年度以降、一人当たり医療費は増加傾向であり、後期高齢者では一人当たり医療費が国保に比べて約30万円高い状況である。(図表22)

中長期的な目標疾患の中で、慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合が国、県、同規模よりも高く、後期高齢者においても同様である。(図表23)

1か月の医療費80万円以上の高額レセプトの推移では、平成30年度と令和4年度の比較で25人、98件増加し1億円以上増加している。疾患別では、脳血管疾患、虚血性心疾患が、高額を占めており、脳血管疾患では、国保と後期高齢者を比べると、件数は約3倍、費用額も倍以上増加している。(図表24)

図表22 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		11,923人	11,350人	10,960人	10,401人	9,738人	8,902人
総件数及び 総費用額	件数	109,912件	104,304件	94,605件	96,554件	92,267件	122,832件
	費用額	43億6196万円	43億5387万円	41億7713万円	41億5508万円	38億9816万円	60億1192万円
一人当たりの年間医療費		36.6万円	38.4万円	38.1万円	39.9万円	40.0万円	<u>67.5万円</u>

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 23 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	一人当たり 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	悪性 新生物	精神 疾患	筋・ 骨格系 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									
富津市	38億9816万円	32,165	7.35%	0.60%	1.65%	1.04%	7.34%	3.29%	2.01%	9億0766万円	23.3%	18.3%	6.57%	9.42%	
① 国保	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	--	26,657	5.06%	0.30%	2.06%	1.69%	5.73%	2.91%	2.01%	--	19.8%	16.8%	7.38%	8.79%
	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	富津市	60億1192万円	57,293	6.43%	0.67%	3.23%	1.31%	5.41%	4.16%	1.66%	13億7507万円	22.9%	12.3%	2.20%	12.7%
	同規模	--	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	--	18.7%	10.5%	4.11%	12.6%
	県	--	62,641	4.34%	0.45%	3.76%	2.00%	4.42%	2.98%	1.43%	--	19.4%	12.2%	2.96%	12.1%
	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%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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

図表 24 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度			H30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	268人	293人	580人
	件数	B	428件	526件	947件
	費用額	C	5億9842万円	7億3823万円	11億4341万円
脳血管疾患	件数	E	22件	19件	56件
		E/B	5.1%	3.6%	5.9%
	費用額	F	2846万円	2313万円	5146万円
F/C		4.8%	3.1%	4.5%	
虚血性心疾患	件数	H	28件	17件	23件
		H/B	6.5%	3.2%	2.4%
	費用額	I	4361万円	3382万円	3061万円
I/C		7.3%	4.6%	2.7%	

出典:ヘルスサポートラボツール

(2)要介護認定者と介護給付費からの健康課題

令和4年度の要介護認定者は、2号認定者(40~64歳)で81人、認定率0.6%で、国、県、同規模と比較すると高く、平成30年度と比べて増加している。また、1号認定者(65歳以上)も増加しており、総給付費は、約43億円から約48億円に増加している。(図表25、26)

また要介護認定状況と生活習慣病有病状況を見ると、2号認定者の約7割は脳血管疾患が原因となっており1号認定者でも脳血管疾患が上位である。その要因になっている高血圧、糖尿病等の有病状況は、どの年代も約9割と高い割合となっている。(図表27)

図表 25 要介護認定者(率)の状況

	富津市				同規模	県	国	
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度	
高齢化率	15,684人	34.5%	16,118人	38.6%	36.2%	27.6%	28.7%	
2号認定者	72人	0.47%	81人	0.60%	0.37%	0.42%	0.38%	
新規認定者	19人		17人		--	--	--	
1号認定者	2,917人	18.6%	3,027人	18.8%	19.1%	17.9%	19.4%	
新規認定者	465人		475人		--	--	--	
再掲	65～74歳	320人	4.0%	335人	4.3%	--	--	--
		新規認定者	82人		75人		--	--
	75歳以上	2,597人	34.1%	2,692人	32.4%	--	--	--
		新規認定者	383人		400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 26 介護給付費の変化

	富津市		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	43億6563万円	47億9499万円	--	--	--
一人当たり給付費(円)	278,349	297,493	300,230	259,559	290,668
1件当たり給付費(円)全体	68,889	70,186	70,503	57,498	59,662
居宅サービス	42,734	44,011	43,936	39,827	41,272
施設サービス	289,532	298,852	291,914	294,486	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 27 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(令和4年度)

		2号認定者		1号認定者				合計					
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
介護件数(全体)		81		335		2,692		3,027		3,108			
再)国保・後期		48		291		2,602		2,893		2,941			
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	脳血管疾患	34 70.8%	脳血管疾患	121 41.6%	脳血管疾患	1,199 46.1%	脳血管疾患	1,320 45.6%	脳血管疾患	1,354 46.0%
			2	虚血性心疾患	9 18.8%	虚血性心疾患	73 25.1%	虚血性心疾患	975 37.5%	虚血性心疾患	1,048 36.2%	虚血性心疾患	1,057 35.9%
			3	腎不全	5 10.4%	腎不全	49 16.8%	腎不全	471 18.1%	腎不全	520 18.0%	腎不全	525 17.9%
		合併症	4	糖尿病合併症	9 18.8%	糖尿病合併症	62 21.3%	糖尿病合併症	316 12.1%	糖尿病合併症	378 13.1%	糖尿病合併症	387 13.2%
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		43 89.6%	基礎疾患	260 89.3%	基礎疾患	2,476 95.2%	基礎疾患	2,736 94.6%	基礎疾患	2,779 94.5%
		血管疾患合計		46 95.8%	合計	264 90.7%	合計	2,507 96.3%	合計	2,771 95.8%	合計	2,817 95.8%	
		認知症		認知症	8 16.7%	認知症	65 22.3%	認知症	1,096 42.1%	認知症	1,161 40.1%	認知症	1,169 39.7%
		筋・骨格系疾患		筋骨格系	40 83.3%	筋骨格系	244 83.8%	筋骨格系	2,503 96.2%	筋骨格系	2,747 95.0%	筋骨格系	2,787 94.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 健診・医療・介護の一体的分析の健康課題

健診・医療・介護のデータについて平成30年度と令和4年度の結果を各年代で分析する。

図表28の⑮の体格では、40～64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が一番高くなっている。

図表29の健診有所見の状況を見ると、65歳以上でHbA1c7.0%以上、慢性腎臓病(CKD)、心房細動の該当者が増加している。

図表30の⑦で短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況を見ると、若い年齢層でも高血圧、糖尿病それぞれで合併症を併せ持つ割合が令和4年度で増加している。

図表31の⑧で、中長期的な目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全)を平成30年度と令和4年度を比較すると、令和4年度は腎不全がどの年代でも増加し、⑨の介護認定者では、若い年齢層で脳血管疾患、虚血性心疾患や心不全が増加している。

図表 28 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(人)			② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
		被保険者数(人)			健診受診率			BMI18.5未満			BMI25以上		
		被保険者数(人)			特定健診		後期健診	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
%	人	人	人	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
H30	30.7	3,625	5,027	8,350	32.5	49.0	32.7	7.7	7.5	7.3	31.7	27.6	28.2
R4	29.4	3,110	5,139	8,956	31.1	50.6	33.1	8.1	6.0	8.2	35.2	30.7	26.7

図表 29 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						慢性腎臓病(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	%												
H30	64	5.4	(29)	161	6.5	(50)	270	9.9	(62)	34	2.9	(2)	91	3.7	(3)	26	1.0	(1)	14	1.2	47	1.9	117	4.3	3	0.5	16	1.2	45	3.8
R4	44	4.5	(23)	138	5.3	(38)	314	10.6	(77)	27	2.8	(4)	172	6.6	(4)	31	1.0	(1)	6	0.7	51	2.0	124	4.2	1	0.2	28	1.5	60	3.5

図表 30 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③ 医療機関受診						⑥ 短期的な目標疾患 (生活習慣病受診者のうち)									⑦ 短期的な目標疾患とする 合併症					
	生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			高血圧			糖尿病			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	80.3	91.9	96.3	35.8	64.4	82.8	73.8	79.4	86.3	52.6	54.6	50.4	35.1	40.0	41.6	34.7	45.4	61.4	36.6	48.0	62.6
R4	81.8	93.3	95.7	38.0	67.4	83.6	74.7	82.4	86.6	51.1	54.9	52.8	34.0	41.9	44.2	35.5	44.7	61.1	36.9	48.4	62.2

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 31 中長期的な目標疾患(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 中長期的な目標疾患(被保険者)												⑨ 中長期的な目標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	4.8	12.9	25.0	3.6	9.6	18.6	5.3	13.1	28.2	4.6	6.7	9.9	12.0	15.2	44.4	6.1	7.4	39.3	4.7	8.2	40.2	6.0	11.2	47.7
R4	5.0	11.9	22.8	3.6	9.3	17.4	5.5	13.8	29.7	5.2	9.1	11.7	18.6	14.8	42.5	6.2	10.9	36.5	5.3	11.6	41.1	3.7	13.3	40.1

出典:ヘルスサポートラボツール(図表28~31)

(4) 課題解決を目指す健康課題

①慢性腎臓病(CKD)の重症化予防

総医療費に占める医療費の割合が高い慢性腎不全(透析有)は、治療が長期化することで医療費が高額となる。糖尿病や高血圧等の生活習慣病による慢性腎臓病(CKD)を予防し、新規人工透析患者を減らしていくことが最優先課題である。

②脳血管疾患重症化予防

要介護認定者の原因疾患の多くを占める脳血管疾患は、後遺症により入院期間が長期化し医療費の増大につながる。介護2号認定者である若い年齢層での脳血管疾患発症が増加しているため、脳血管疾患を増加させないよう取り組んでいく。

慢性腎臓病(CKD)や脳血管疾患を解決するためには、中長期的な継続した取組が必要となり、共通した原因疾患となる高血圧と糖尿病の発症や重症化の予防が課題となる。さらに、若年層に増加している肥満が、メタボリックシンドロームを引き起こし、将来的に高血圧や糖尿病等の生活習慣病の発症につながるため、メタボリックシンドロームへの保健指導も必要である。

具体的な取組方法については、第4章に記載する。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

慢性腎不全(透析有)及び脳血管疾患、虚血性心疾患の総医療費に占める割合を、令和11年度まで維持することを目指す。また、国保10年以上の継続加入者の新規人工透析患者数の減少を目指す。

②短期的な目標の設定

慢性腎不全(透析有)及び脳血管疾患、虚血性心疾患の共通の原因疾患となる糖尿病、高血圧、メタボリックシンドロームの減少を目指す。

また、生活習慣病は自覚症状がなく進行するため健診の機会を提供し、健診受診率の向上を目指す。健診受診率等の目標値については、第3章の「第四期特定健康診査等実施計画」に記載する。

③各項目の目標

課題に対して取り組む項目については、図表32のとおり、項目ごとの目標を設定する。

評価指標は、まず全ての都道府県で設定することが望ましい指標と千葉県指標から本市の課題に合わせて設定する。

(2)管理目標の設定

図表 32 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★全ての都道府県で設定することが望ましい指標
※色付きは千葉県の基本評価指標

	達成すべき目的	課題を解決するための指標名	目標	実績							データの把握方法 (活用データ)	
				初期値			中間評価			最終評価		
				R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10		
中長期目標 アウトカム指標	慢性腎臓病(CKD)や糖尿病性腎症による人工透析・脳血管疾患・虚血性心疾患の医療費の伸びを抑制	慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合	維持	7.35%								KDBシステム ヘルスサポートラ ボツール (様式5-1)
		脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)の総医療費に占める割合	維持	1.65%								
		虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)の総医療費に占める割合	維持	1.04%								
	新規人工透析患者数(国保10年以上の継続加入者)	減少	3人								富津市 国民健康保険課	
短期目標 アウトプット指標	慢性腎臓病(CKD)や糖尿病性腎症による人工透析・脳血管疾患・虚血性心疾患の発症を予防するために、糖尿病、高血圧等の対象者を減らす	★HbA1c8.0%以上の者の割合	減少	1.5%								富津市 健康づくり課
		高血圧者の割合(160/100以上)	減少	5.0%								
	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	★特定健康診査受診率	60%以上	46.2%								法定報告値
★特定保健指導実施率		60%以上	64.9%									
★メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率(特定保健指導対象者の減少率)		減少	20.3%									

＜参考＞ 千葉県第3期データヘルス計画共通評価指標(基本評価指標)※

千葉県データヘルス計画共通評価指標	事業	指標名	実績							データの把握方法 (活用データ)	
			初期値			中間評価			最終評価		
			R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10		
	特定保健指導	メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合	37.8%								法定報告値
重症化予防		糖尿病の有病割合	34.1%								KDBシステム
		高血圧症の有病割合	56.6%								ヘルスサポートラ ボツール
		HbA1c7.0%以上の糖尿病未治療者のうち医療機関受診者の割合	20人								富津市 健康づくり課
		新規人工透析患者数(国保5年以上の継続加入者)	3人								富津市 国民健康保険課
		HbA1c6.5%以上の者の割合	11.6%								富津市 健康づくり課

※参考の千葉県第3期データヘルス計画共通評価指標(基本評価指標)は、千葉県が基本評価指標として示した。

第3章 第四期特定健康診査等実施計画

高確法第 19 条に「保険者は、特定健康診査等基本指針に即して 5 年ごとに、5 年を一期として、特定健康診査等の実施に関する計画（以下「特定健康診査等実施計画」という。）を定めるものとする」とあり、第三期の計画期間が終了となることから第四期の特定健康診査等実施計画を策定する。

なお、第三期以降は、都道府県が策定する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、この計画も 6 年を一期として策定する。

1. 目標値の設定

図表 33 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	48.5%	51.0%	53.5%	56.0%	58.5%	60.0%
特定保健指導実施率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

※特定保健指導実施率については、保健指導回数のみが実施率に反映されており令和 4 年度は 64.9%で目標を達成している。令和 6 年度からは評価基準の見直しがあり、保健指導回数に加えて保健指導の目標値を達成することが条件となったことにより、実施率が下がる可能性があるため目標値は 60%とする。

2. 対象者の見込み

図表 34 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	7,170人	6,890人	6,621人	6,362人	6,614人	5,876人
	受診者数	3,478人	3,514人	3,543人	3,563人	3,577人	3,526人
特定保健指導	対象者数	369人	372人	376人	378人	379人	374人
	実施者数	221人	223人	225人	227人	227人	224人

3. 特定健診の実施

1) 実施方法

集団健診と個別健診を併用して実施し、受診者による選択受診とする。

(1) 集団健診（富津市役所等の公共施設）

実施時期：5 月から 11 月

委託機関：社会保険診療報酬支払基金に特定健康診査機関として登録している健診機関

(2) 個別健診（地域の医療機関）

実施時期：5 月から 9 月

委託機関：一般社団法人君津木更津医師会

2) 特定健診委託基準

高確法第 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る。

3) 委託契約の契約形態

集団健診については、委託機関と直接契約をし、個別健診については、一般社団法人君津木更津医師会と契約する。

4) 特定健診実施項目

健診項目を図表 35 に示す。

国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸等)を実施している。

また集団健診では、全員に尿潜血検査や心電図検査を実施し、必要となる者に尿蛋白定量検査、尿アルブミン検査を実施している。さらに塩分の摂り過ぎに気づく手段として、尿検査による推算塩分摂取量検査を実施して食習慣の改善につなげる取組を実施している。

図表 35 特定健診検査項目

基本的な健診項目

問診	服薬歴、既往歴等
	自覚症状、他覚症状等
身体計測	身長
	体重
	BMI
	腹囲
診察	身体診察
血圧	収縮期血圧
	拡張期血圧
血中脂質検査	中性脂肪(空腹時、随時)
	HDLコレステロール
	LDLコレステロール
肝機能検査	AST(GOT)
	ALT(GPT)
	γ-GT(γ-GTP)
血糖検査	空腹時血糖
	随時血糖
	HbA1c
尿検査	尿糖
	尿蛋白

富津市独自の追加健診項目

血糖検査	HbA1c ※1
血中脂質検査	総コレステロール (Non-HDLコレステロール)
腎機能検査	血清尿酸
	血清クレアチニン ※2
	eGFR
貧血検査	赤血球数 ※2
	血色素 ※2
	ヘマトクリット ※2
集団健診のみ	
腎機能検査 (市の基準に該当する人)	尿潜血(全員)
	尿蛋白定量検査 ※3
	尿アルブミン検査 ※4
尿中推算塩分摂取量検査(全員)	※5
心電図検査	※2

- ※1 空腹での健診受診者にも実施
- ※2 詳細な健診項目に該当しない人にも実施
- ※3 定性検査で尿蛋白(±)以上の場合に実施
- ※4 問診で糖尿病歴有、昨年の健診結果でHbA1c6.5%以上、随時血糖200mg/dl以上の場合に実施
- ※5 田中式による

詳細な健診項目と基準

貧血検査	赤血球数	貧血の既往を有する人又は視診等で貧血が疑われる人
	血色素	
	ヘマトクリット値	
心電図検査 (12誘導心電図)	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg又は問診等で不整脈が疑われる人	
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が次の基準に該当した人	
	血圧:収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上 血糖:空腹時血糖が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上。ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する人を含む。	
血清クレアチニン検査 (eGFRによる腎機能の評価を含む)	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が次の基準に該当した人	
	血圧:収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上 血糖:空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上	

5) 自己負担額

自己負担額は 500 円とする。ただし、市県民税を課税されている人がいない世帯に属する被保険者及び 70 歳以上の被保険者からは自己負担金を徴しないこととする。

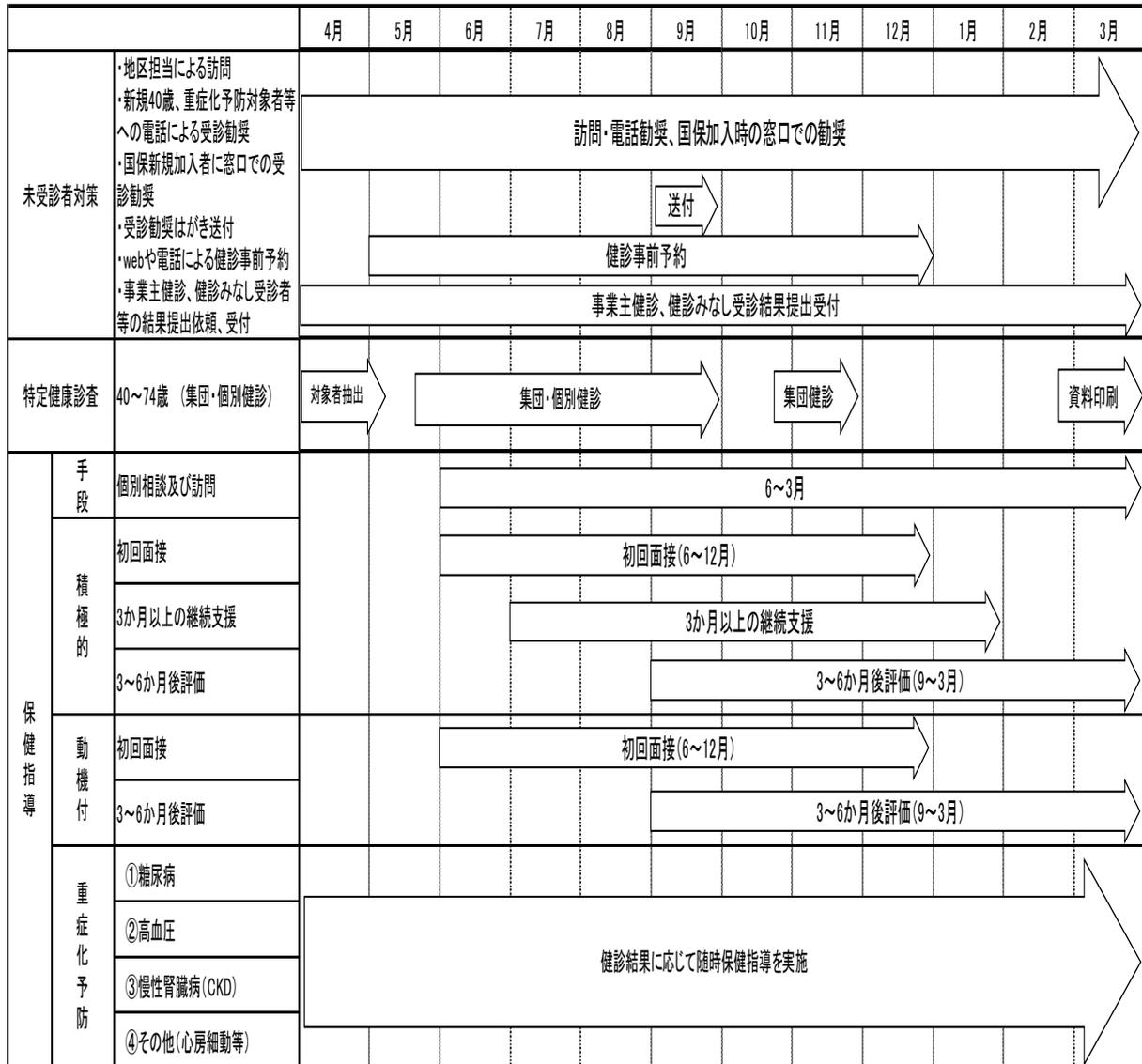
6) 代行機関

自己負担額を除く特定健診に係る費用の請求、支払い代行は、国保連に事務処理を委託する。

7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

対象者には、受診券を送付し受診案内、勧奨を行う。また「富津市けんしんカレンダー」をはじめ、「広報ふつつ」、「国保だより」、安全安心メール、行政区を通じたチラシの各戸配布及び市のホームページ等で周知する。(図表 36)

図表 36 特定健診実施スケジュール



4. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については保健師、管理栄養士等の専門職が直接実施する。

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

1) 健診から保健指導実施の流れ

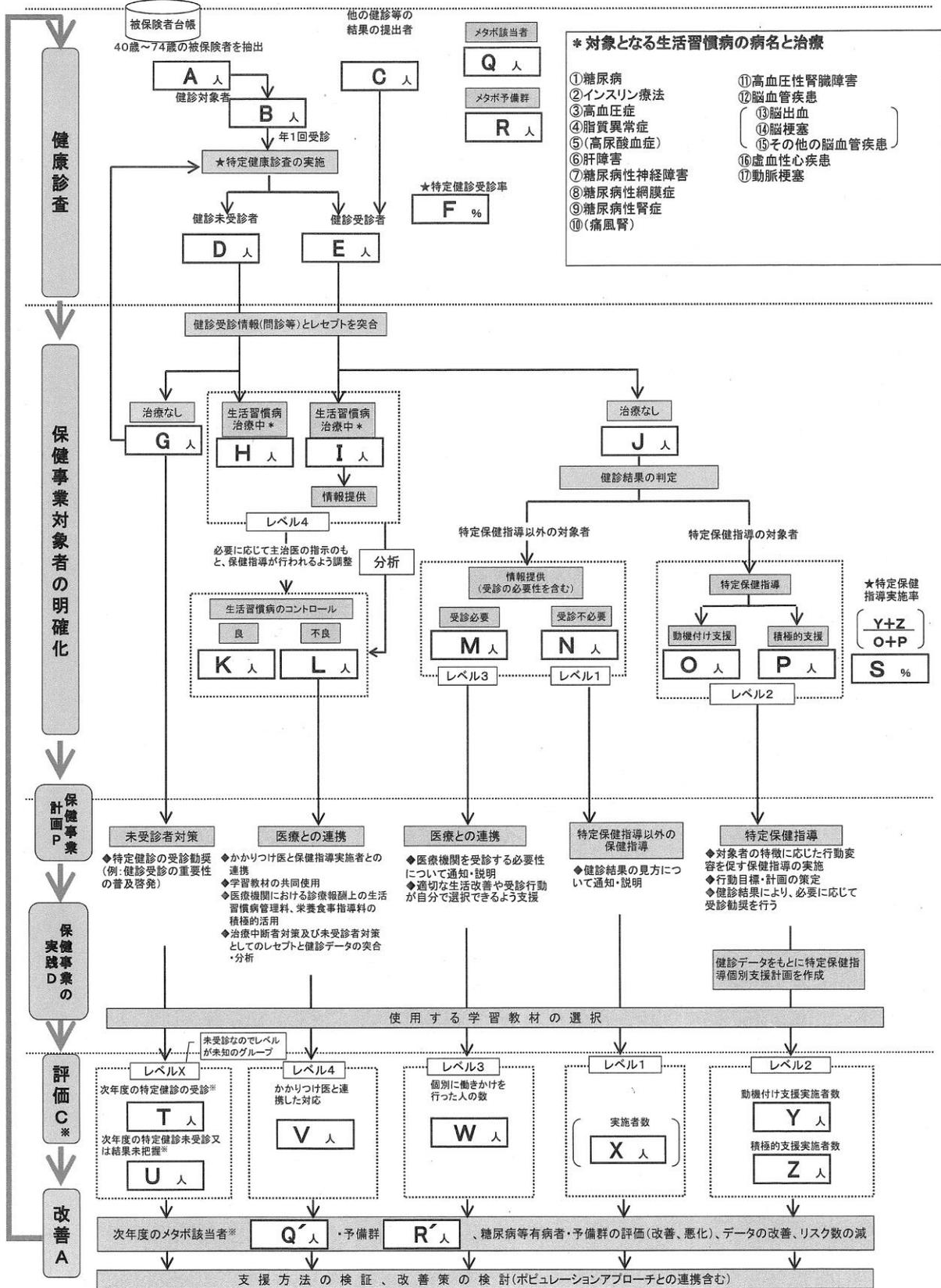
「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」、厚生労働省様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者を明確にし、計画的に保健指導を実践評価していく。(図表36、37)

図表 37 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

様式5-5

健診から保健指導実施へのフローチャート



※次年度の健診結果で評価を行うものもある。

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 38 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 (%)	備考
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	369人 (10.6%)	実施率60%を目指す R6年度見込み数
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	792人 (22.0%)	短期的な目標疾患等の重症化予防対象者を抽出し保健指導を行う
3	L	情報提供 (コントロール不良)	◆かかりつけ医との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆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	1,706人 (49.7%)	R4年度実績
4	N K	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	1,361人 (39.6%)	集団健診受診者に関しては全員に周知 R4年度実績
5	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)	4,007人 ※受診率目標達成までにあと1,031人	R4年度実績

3) 二次健康診査の実施

特定保健指導対象者等に動脈硬化予防健診と位置づけて、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え介入するために、以下の検査を実施する。各検査の内容については、「用語一覧」に掲載する。

- ① 75g糖負荷試験
- ② 頸動脈超音波検査
- ③ 尿アルブミン検査

4) 生活習慣病予防のための健診・保健指導実施スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実施していくため、図表 37 にあるように年間実施スケジュールを作成していく。

5. 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、国保連において共同処理し、特定健康診査等データ管理システムで行う。

記録の保存期間は、「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」に基づき記録作成の日から最低 5 年間、または加入者が他の保険に加入した日の属する年度の翌年度の末日までとする。保存期間の終了後は、保存してある記録を加入者の求めに応じて当該者に提供する等、加入者が生涯にわたり自己の健診情報を活用し健康づくりに役立てられるよう支援に努める。

6. 結果の報告

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

第4章 健康課題を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、脳血管疾患、虚血性心疾患の3疾患において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、脂質の健診結果の改善が必要となる。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実施していく。

重症化予防としては、慢性腎臓病(CKD)予防、新規人工透析患者数の減少を目指すため、糖尿病性腎症に取り組み、脳血管疾患で要介護状態となる2号認定者が多いことから脳血管疾患にも取り組む。取組における保健指導の流れについては以下のとおりとする。(図表 39)

具体的には、医療受診が必要な者には適切に受診勧奨し、治療中の者へは医療機関と連携しながら保健指導を実施していく。また、食習慣や活動量等の改善のために個々に合わせた保健指導、栄養指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化による医療費や介護給付費等の状況を広く市民へ周知する。

図表 39 重症化予防の保健指導の流れ

<p>①対象者を抽出する</p> <ul style="list-style-type: none">・各ガイドラインに沿って抽出基準を決め、随時抽出する。・ガイドライン：「糖尿病性腎症病期分類2014」「糖尿病診療ガイドライン」「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023」「糖尿病治療ガイド2022-2023」「高血圧診療ガイド2020」「高血圧資料ガイドライン2019」等 <p>②要因を考える</p> <ul style="list-style-type: none">・個人別履歴と5年間の履歴(KDB：被保険者管理台帳)から基礎疾患の有無の確認・健診結果経年表と今までの関わり履歴 <p>③個別の指導計画を作る</p> <p>(1)メカニズム</p> <ul style="list-style-type: none">・②から身体のメカニズムの視点で身体の中で何が起きているのか予測する (文献：CKDガイドライン、セミナー生活習慣病、保健指導で高血圧パラドックスの解消へ等)・目標の設定と優先順位を決める <p>(2)実施のための事前把握</p> <ul style="list-style-type: none">・経年表や個人記録、健康保険の異動等から相手の保健指導歴を把握する・年齢、性別、仕事内容、家族構成等から健診結果についてどのように思っているのか予測する <p>(3)教材を選び、活用する</p> <ul style="list-style-type: none">・経年表等で、今どの段階にいるのかを示す・その反応により、どうしたら値が改善できるのかを教材でわかりやすく伝えられるよう準備する <p>④保健指導を実施する</p> <ul style="list-style-type: none">・健診結果について説明する・その反応と本人の状況に応じた保健指導を実施する <p>⑤その後の確認をする</p> <ul style="list-style-type: none">・受診や生活の様子を確認・必要に応じて複数回、保健指導を実施する
--

参考文献) 第2回データヘルス計画(国保・後期)の在り方に関する検討会 資料3

2. 重症化予防の取組

糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患の重症化予防対象者を抽出すると、1,470人(40.9%)であり、そのうち未治療者が402人(25.6%)である。

未治療者の重症化予防対象者と特定保健指導対象者との重なりが402人中234人と多いため、特定保健指導を徹底させることが重症化予防にもつながる。また、未治療者の臓器障害ありのうち、直ちに保健指導すべき対象者が189人である。(図表40)

治療中も含め、重症化予防対象者への取組は医療との連携が不可欠であり、KDBを活用して保健指導後に医療機関を受診しているか、その後治療中断していないか等、確認していく。

図表 40 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		<参考> 健診受診者(受診率)															
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	3,590人															
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							■各疾患の治療状況 <table border="1"> <tr> <th></th> <th>治療中</th> <th>未治療</th> </tr> <tr> <td>高血圧</td> <td>1,487</td> <td>2,103</td> </tr> <tr> <td>脂質異常症</td> <td>1,206</td> <td>2,384</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>526</td> <td>3,019</td> </tr> <tr> <td>3疾患 いづれか</td> <td>2,018</td> <td>1,572</td> </tr> </table> <small>※問診結果による</small>		治療中	未治療	高血圧	1,487	2,103	脂質異常症	1,206	2,384	糖尿病	526	3,019	3疾患 いづれか	2,018	1,572
	治療中	未治療																				
高血圧	1,487	2,103																				
脂質異常症	1,206	2,384																				
糖尿病	526	3,019																				
3疾患 いづれか	2,018	1,572																				
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/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)		腎臓専門医 紹介基準対象者														
該当者数	181 5.0%	30 0.8%	86 2.4%	167 4.7%	946 26.4%	257 7.2%		1,470 40.9%														
未治療	99 4.7%	7 0.4%	79 3.3%	127 5.3%	163 10.4%	88 2.9%		402 25.6%														
(再掲) 特定保健指導	42 23.2%	4 13.3%	25 29.1%	57 34.1%	163 17.2%	21 8.2%		234 15.9%														
治療中	82 5.5%	23 1.1%	7 0.6%	40 3.3%	783 38.8%	169 32.1%	1,068 52.9%															
臓器障害 あり	52 52.5%	7 100.0%	22 27.8%	45 35.4%	52 31.9%	26 29.5%	107 100.0%															
CKD(専門医対象者)	13	1	4	22	20	11	107															
心電図所見あり	47	7	18	31	38	19	24															
臓器障害 なし	47 47.5%	--	57 72.2%	82 64.6%	111 68.1%	62 70.5%	--															

治療中

臓器障害 あり	36 43.9%	23 100.0%	4 57.1%	12 30.0%	273 34.9%	57 33.7%	249 100.0%	447 41.9%
CKD(専門医対象者)	17	8	2	11	119	29	249	249
心電図所見あり	27	23	3	3	190	38	87	285
臓器障害 なし	46 56.1%	--	3 42.9%	28 70.0%	510 65.1%	112 66.3%	--	--

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

慢性腎臓病(CKD)の重症化予防の課題解決のため、個別事業として、糖尿病性腎症重症化予防を実施する。

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 日本糖尿病対策推進会議 厚生労働省)及び千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(令和2年度改定)を参考に実施する。

- ① 特定健診、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 糖尿病治療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

(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、千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(令和2年度改定)に準じ、抽出すべき対象者を以下とし、図表41「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を参考に、特定健診の検査項目である尿蛋白定性検査及び腎機能(eGFR)で把握していく。

- ア 医療機関未受診者
- イ 医療機関受診中断者
- ウ 糖尿病治療者
- エ その他、腎機能を低下させるリスクのある者等

図表 41 糖尿病性腎症病期分類

病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/gCr)	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	

②選定基準に基づく対象者の抽出

図表 42 のように特定健診の結果より、糖尿病が疑われる者 641 人(E)のうち糖尿病未治療者は、112 人(F)、治療中 529 人(G)である。治療中のうち、コントロール不良者が 205 人(J)である。このうち未治療者とコントロール不良者を保健指導対象者とする。加えて、糖尿病性腎症病期分類の第 2 期以降が 169 人(M)いるため、腎症が進展しないよう保健指導対象者とする。

また、糖尿病治療者のうち、健診未受診者 2,092 人(I)は健診データが不明のため健診受診勧奨対象者とする。

(3) 保健指導の優先順位

以下の通りとする。

優先順位	対象者	分類 (図表 52)	人数
1	糖尿病が重症化するリスクの高い糖尿病未治療者	F	112 人
2	糖尿病治療者のうちコントロール不良者	J	205 人
3	糖尿病性腎症該当者	M	169 人
4	糖尿病治療者のうち特定健診未受診者	I	2,092 人

(4) 保健指導の実施

糖尿病性腎症の発症、進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要であるとともに、虚血性心疾患等の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、喫煙等の危険因子の管理も重要となる。糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に、個々の危険因子に合わせた保健指導や栄養指導を実施する。

また、腎臓病地域連携パスを活用し、治療が必要な者や治療中断者には医療機関に受診勧奨する。

(5) 医療との連携

① 腎臓病地域連携パスの活用

糖尿病等により重症化して発症する腎不全を予防する目的で、君津医療圏である富津市、君津市、木更津市、袖ヶ浦市の 4 市と君津木更津医師会、専門医による慢性腎臓病 (CKD) 予防連携委員会が構築された。

健診結果から該当者を抽出して、対象者に腎臓病地域連携パスを発行し、かかりつけ医に受診することで尿アルブミン検査や尿蛋白定量検査等必要な検査を促す取組となっている。

② 糖尿病連携手帳の活用

糖尿病連携手帳は、医療機関受診時に、かかりつけ医等が検査データや保健指導への助言を記載することで、患者自身の糖尿病の管理や保健師等の専門職との連携に活用している。

糖尿病連携手帳を持っていない医療機関未受診者、治療中断者等には、市からも手帳を発行し、医療機関への受診勧奨を行う。

(6) 評価

評価はデータヘルス計画の評価と併せ、年 1 回行う。

その際は、糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用し、図表 43 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価により評価する。

図表 43 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

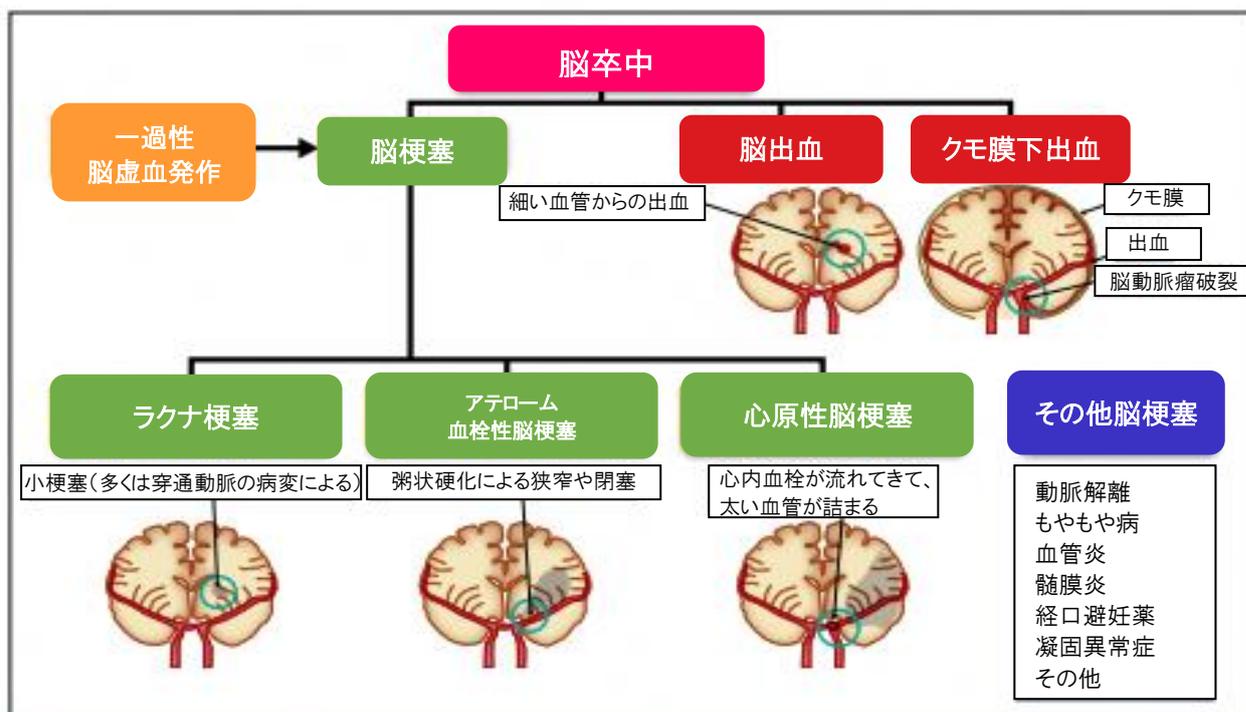
項目			実合表	富津市										同規模保険者（平均）	
				H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4年度	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	①	被保険者数	A	12,506人		11,914人		11,263人		10,986人		10,412人			
	②	(再掲) 40-74歳	A	10,244人		9,815人		9,379人		9,218人		8,779人			
2	①	対象者数	B	8,956人		8,562人		8,370人		7,979人		7,426人			
	②	特定健診 受診者数	C	4,095人		3,936人		2,516人		3,364人		3,590人			
	③	受診率	C	45.7%		46.0%		30.1%		42.2%		--			
3	①	特定 対象者数		304人		416人		241人		387人		393人			
	②	保健指導 実施率		67.0%		62.5%		63.5%		64.6%		64.9%			
4	①	糖尿病型	E	618人	15.1%	621人	15.8%	486人	19.3%	598人	17.8%	641人	17.9%		
	②	未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	134人	21.7%	146人	23.5%	83人	17.1%	118人	19.7%	112人	17.5%		
	③	治療中（質問票 服薬あり）	G	484人	78.3%	475人	76.5%	403人	82.9%	480人	80.3%	529人	82.5%		
	④	コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖126mg/dl以上	J	171人	35.3%	174人	36.6%	168人	41.7%	212人	44.2%	205人	38.8%		
	⑤	血圧 130/80以上		99人	57.9%	98人	56.3%	112人	66.7%	139人	65.6%	130人	63.4%		
	⑥	肥満 BMI25以上		91人	53.2%	84人	48.3%	81人	48.2%	119人	56.1%	90人	43.9%		
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0%未満かつ空腹時血糖126mg/dl未満	K	313人	64.7%	301人	63.4%	235人	58.3%	268人	55.8%	324人	61.2%		
	⑧	第1期 尿蛋白（-）	M	352人	57.0%	390人	62.8%	366人	75.3%	452人	75.6%	471人	73.5%		
	⑨	第2期 尿蛋白（±）		131人	21.2%	118人	19.0%	59人	12.1%	85人	14.2%	103人	16.1%		
	⑩	第3期 尿蛋白（+）以上		77人	12.5%	57人	9.2%	52人	10.7%	56人	9.4%	58人	9.0%		
	⑪	第4期 eGFR30未満		4人	0.6%	5人	0.8%	7人	1.4%	4人	0.7%	8人	1.2%		
5	①	糖尿病受療率（被保険者千対）		153.7人		152.7人		137.8人		149.2人		147.7人			
	②	(再掲) 40-74歳（被保険者千対）		185.5人		183.3人		163.5人		175.5人		173.9人			
	③	レセプト件数 (40-74歳)		9,433件	(963.2)	9,016件	(958.6)	8,829件	(962.2)	9,007件	(1029.8)	8,741件	(1069.5)	1,557,522件	(951.6)
	④	() 内は被保険者千対 入院（件数）		62件	(6.3)	57件	(6.1)	41件	(4.5)	55件	(6.3)	29件	(3.5)	7,406件	(4.5)
	⑤	糖尿病治療中	H	1,922人	15.4%	1,819人	15.3%	1,552人	13.8%	1,639人	14.9%	1,538人	14.8%		
	⑥	(再掲) 40-74歳		1,900人	18.5%	1,799人	18.3%	1,533人	16.3%	1,618人	17.6%	1,527人	17.4%		
	⑦	健診未受診者		I	1,416人	74.5%	1,315人	73.1%	1,130人	73.7%	1,138人	70.3%	998人	65.4%	
	⑧	インスリン治療	O	171人	8.9%	131人	7.2%	116人	7.5%	140人	8.5%	131人	8.5%		
	⑨	(再掲) 40-74歳		166人	8.7%	129人	7.2%	113人	7.4%	135人	8.3%	131人	8.6%		
	⑩	糖尿病性腎症	L	129人	6.7%	133人	7.3%	124人	8.0%	151人	9.2%	142人	9.2%		
	⑪	(再掲) 40-74歳		127人	6.7%	132人	7.3%	121人	7.9%	148人	9.1%	140人	9.2%		
	⑫	慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		47人	2.4%	45人	2.5%	44人	2.8%	49人	3.0%	36人	2.3%		
	⑬	(再掲) 40-74歳		46人	2.4%	44人	2.4%	43人	2.8%	48人	3.0%	35人	2.3%		
	⑭	新規人工透析患者数		15人	31.9%	9人	20.0%	9人	20.5%	8人	16.3%	9人	25.0%		
	⑮	(再掲) 糖尿病性腎症		8人	53.3%	4人	44.4%	4人	44.4%	3人	37.5%	4人	44.4%		
	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)		37人	1.7%	45人	2.1%	41人	2.1%	43人	1.9%	37人	1.6%		
6	①	総医療費		43億6196万円		43億5387万円		41億7713万円		41億5508万円		38億9816万円		28億4626万円	
	②	生活習慣病総医療費		24億8472万円		24億6897万円		25億2059万円		24億6272万円		22億5203万円		15億3700万円	
	③	(総医療費に占める割合)		57.0%		56.7%		60.3%		59.3%		57.8%		54.0%	
	④	生活習慣病 対象者 一人当たり		10,887円		11,477円		7,418円		8,951円		11,844円		7,237円	
	⑤	健診未受診者		29,003円		30,764円		38,786円		36,373円		34,782円		38,862円	
	⑥	糖尿病医療費		3億1422万円		3億0135万円		2億9497万円		3億0691万円		2億8629万円		1億6596万円	
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		12.6%		12.2%		11.7%		12.5%		12.7%		10.8%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費		9億8678万円		9億4778万円		9億5527万円		9億6649万円		8億9512万円			
	⑨	1件当たり		39,700円		40,514円		42,659円		43,483円		43,205円			
	⑩	糖尿病入院総医療費		4億1212万円		4億4304万円		3億7863万円		3億7689万円		3億7569万円			
	⑪	1件当たり		593,839円		613,631円		629,995円		607,895円		689,337円			
	⑫	在院日数		15日		16日		17日		15日		13日			
	⑬	慢性腎不全医療費		3億9408万円		3億7585万円		3億7255万円		3億6551万円		3億0970万円		1億2396万円	
	⑭	透析有		3億6865万円		3億5824万円		3億5505万円		3億4322万円		2億8634万円		1億1532万円	
	⑮	透析無		2543万円		1761万円		1750万円		2229万円		2336万円		863万円	
7	①	介護給付費		43億6563万円		45億1251万円		46億9621万円		48億1097万円		47億9499万円		34億9905万円	
	②	(2号認定者) 糖尿病合併症		10件	21.7%	6件	14.3%	7件	14.9%	7件	14.9%	9件	18.8%		
8	①	死亡 糖尿病（死因別死亡数）		6人	0.9%	5人	0.7%	7人	1.0%	5人	0.7%	6人	0.9%	2,819人	1.0%

2)脳血管疾患重症化予防

(1)基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づき実施する。(図表 44)

図表 44 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

(2) 対象者の明確化

脳血管疾患の最大の危険因子である高血圧を有する者と心電図所見で心房細動のある者を対象者として抽出する。

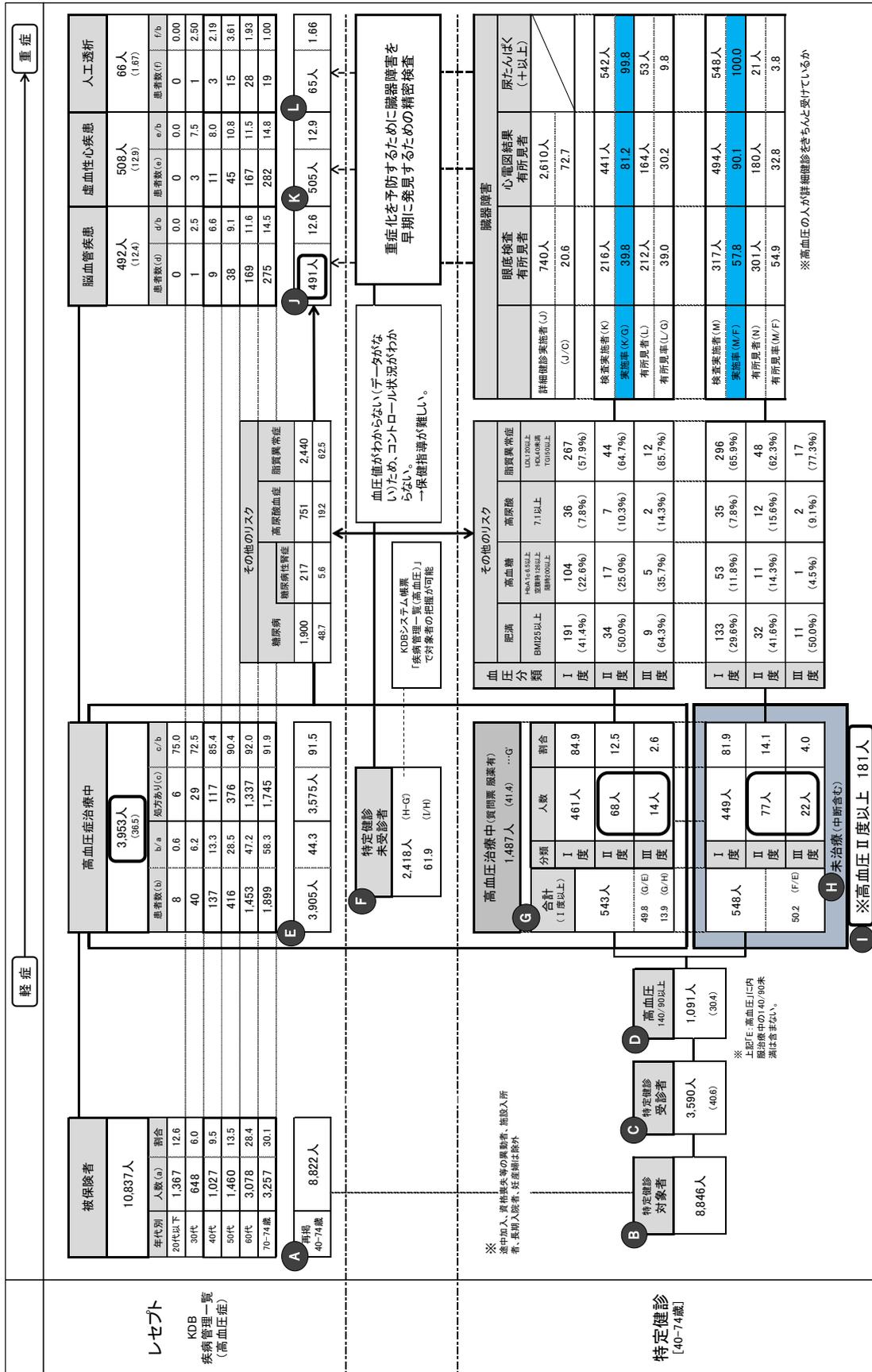
①高血圧者の状況

図表 45 の健診結果からⅡ度高血圧以上の未治療者 99 人を保健指導対象者とする。

また、高血圧治療者 3,953 人のうち、既に脳血管疾患を発症している人が 491 人(J) いるため、治療中のⅡ度高血圧以上 82 人を保健指導対象者とする。

図表 45 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



②心電図検査における心房細動の状況

心房細動は心臓にできた血栓が血流に乗って脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を詰まらせ脳梗塞(心原性脳塞栓症)を起こす原因となる。脳梗塞の中でも死亡や寝たきりになる頻度が高くなるが、治療することで脳梗塞の予防が可能な疾患である。また心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能であるため、心電図検査の全数実施が望まれる。

図表 46 より、心電図検査において 30 人が心房細動の所見があり、全員が 60 歳以上であった。また、図表 47 より、心房細動有所見者 30 人のうち 23 人は既に治療が開始されていたが、7 人は未治療である。心電図検査で心房細動所見あり全数を保健指導対象者とする。

図表 46 心房細動の有所見の状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人	人	人	実施率	人	実施率	人	割合	人	割合	割合	割合
総数	1,710	1,880	1,258	73.6%	1,352	71.9%	25	2.0%	5	0.4%	--	--
40代	124	119	71	57.3%	53	44.5%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	193	200	124	64.2%	114	57.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	601	725	463	77.0%	568	78.3%	6	1.3%	1	0.2%	1.9%	0.4%
70~74歳	792	836	600	75.8%	617	73.8%	19	3.2%	4	0.6%	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

図表 47 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	実施率	人	実施率
30	7	23.3%	23	76.7%

出典:ヘルスサポートラボツール

(3)保健指導の優先順位

①高血圧

高血圧においては、主にⅡ度高血圧以上を対象者とするが、高リスク者を優先して保健指導を実施する。(図表 48)

図表 48 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

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)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	1,059	高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	区分	該当者数
			130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上		
リスク第1層 予後影響因子がない		511	449	77	22		A	299
	48.3%	42.4%	7.3%	2.1%	25	22		
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		257	226	40	7		B	478
	50.0%	50.3%	51.9%	31.8%	229	201		
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		229	201	36	14		C	282
	45.3%	44.8%	44.8%	46.8%	63.6%			

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

※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

②心房細動

心房細動未治療者、治療中の順で保健指導を行う。

(4)保健指導の実施

①高血圧

治療が必要な高血圧者には、個々のリスクに応じて医療機関へ受診勧奨を行う。また、高血圧治療中であってもコントロール不良者や血圧以外の生活習慣病を有する場合は、医療機関と連携した保健指導を実施する。保健指導の際には、血圧記録手帳を配布し家庭血圧の記録を勧め、医療機関受診時に提示するよう指導する。

②心房細動

心房細動の未治療者は早急に医療機関への受診勧奨を行う。心房細動は治療を中断することで脳梗塞を起こしやすくなるため、治療中断しないよう治療の必要性を伝えるとともに、地区担当保健師は台帳を作成し毎年経過を把握する。

(5) 高齢者福祉部門との連携

保健事業を実施していく中で、介護福祉課と連携する。

(6) 評価

評価はデータヘルス計画の評価と併せ、年1回行う。その際はKDB等の情報を活用する。

3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

本市は、令和5年度より千葉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な実施事業」を実施している。令和6年度以降も引き続き事業を行い、実施にあたっては、国民健康保険課や介護福祉課、医療機関、地域包括支援センター等と連携する。

(1) 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師等)を配置

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

(2) 地域を担当する保健師等を配置

ハイリスクアプローチ(個別的支援)として、高血圧や高血糖の者のうち未治療者や治療中断者等の対象者を抽出し、重症化予防のための保健指導を実施する。また、管理栄養士等による低栄養予防の個別栄養指導を実施する。

ポピュレーションアプローチ(通いの場等への積極的関与等)として、生活習慣病からのフレイル予防やバランスのよい食事、口腔機能低下予防のための健康教育や健康相談を実施する。

4. 生活習慣病の発症予防

生活習慣病が成人の障害や死亡と深く関わることから、社会保障費の増大や健康上の大きな課題となっている。生活習慣の確立が小児期から始まるため、小児期における生活習慣病対策、特に肥満やメタボリックシンドロームの予防は成人期の生活習慣病の発症やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防にも影響が大きいと考えられる。

健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児、成人の健診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、これらのデータをライフサイクルの視点で予防の取組に活用していく。(図表 49)

図表 49 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

☆は富津市独自のもの

1 根拠法 6条 健康増進事業実施者		健康増進法																		
		母子保健法 <small>(省令) 児童福祉施設最低基準</small>					学校保健安全法		労働安全衛生法		高齢者の医療の確保に関する法律									
2 計画		富津市国民健康保険健康増進事業実施(データヘルズ計画)																		
3 年代		妊婦 (胎児期)		0～5歳			6～15歳		16～18歳	～39歳	40～74歳	75歳以上								
4 健康診査		妊婦健康診査 (13条)		乳幼児健康診査 (12・13条)			健康診断 (12条)	就学時 健康診断 (11・12条)		児童・生徒の 定期健康診断 (1・13・14条)		健康診査 (9条)	特定健康診査 (18・20・21条)	後期高齢者健康診査 (125条)						
		8週前後	26週前後	36週前後	乳児 4か月 7か月 10か月	1歳 2.6歳児	幼児 1.6歳児 3歳児		保育所 幼稚園	小学校 就学時	4年生	全学年	2年生	高等学校	職場	富津市民 (若年健康診査)	標準的な特定健康診査・ 保健指導プログラム(第2章) 富津市国保加入者			
5 対象者 健康診査内容		BMI (身長・体重)																		
		カウチ指数・肥満度 (身長・体重)				●	●	●			☆									
		腹囲																		
		中性脂肪																		
		総コレステロール																		
		HDLコレステロール																		
		LDLコレステロール																		
		AST(GOT)																		
		ALT(GPT)																		
		γ-GT (γ-GTP)																		
		血圧	●	●	●															
		血清尿酸																		
		血糖	●	●																
		HbA1c																		
		尿糖	●	●	●															
尿蛋白	●	●	●																	
尿潜血	●	●	●																	
血清クレアチニン																				
eGFR																				
ヘモグロビン	●	●	●																	
心電図検査																				
眼底検査																				
頸動脈超音波検査																				
75g糖負荷試験																				
尿蛋白定量検査																				
尿アルブミン検査																				
尿中推算塩分摂取量検査																				
尿ナトリウム比																				

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む。生活習慣病の重症化により医療費や介護給付費等の社会保障費の増大につながっている実態や食生活、生活リズム等の生活背景や地域特性との関連について地域の通いの場や区長会等を通じて広く市民へ周知する。一人ひとりへの働きかけとしては、目で見えてイメージが持てるように健康づくり課窓口にバランスのよい食事や食品の塩分量の展示を常設する。(図表 50)

富津市の社会保障費健全化に向けて 医療費・介護給付費の適正化

富津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

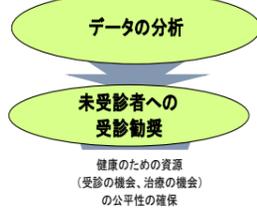
特定健診・特定保健指導の実施率の向上

① 一人当たり 医療費・介護給付費

	市 H30	市 R4	R4 全国	全国差
国保	36.6万円	40.0万円	34.0万円	6.0万円
後期	66.3万円	63.0万円	78.6万円	▲15.6万円
介護	27.8万円	29.7万円	29.1万円	0.6万円

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



② 特定健診等の実施率

	40代	50代
特定健診	46.2%	24.1%
健診、医療とも未受診	16.0%	29.2%
特定保健指導	64.9%	

特定健診・保健指導：R4年度法定報告

○重症化が予防できる
○死亡が回避できる

健康格差の縮小

③ メタリックシンドローム

	40-74歳	再) 40代	50代
メタボ該当者	25.0%	18.9%	21.7%
再) 男性	36.7%	35.3%	29.6%

④ 短期的な目標

④ 高血圧

140mmHg以上 28.2% 90mmHg以上 10.9%

	収縮期血圧 140以上	拡張期血圧 90以上
腹囲あり	32.7%	18.6%
腹囲なし	25.2%	5.1%

④ 2型糖尿病

HbA1c6.5%以上 11.6%

	正常 5.5以下	正常高値 5.6~5.9	境界型 6.0~6.4	糖尿病型 6.5以上
腹囲あり	30.7%	32.6%	19.2%	61.6%
腹囲なし	49.3%	32.3%	10.9%	38.4%

④ 尿蛋白

尿蛋白+以上 4.7%

	尿蛋白 +以上
腹囲あり	7.0%
腹囲なし	3.1%

⑤ 中長期的な目標

健診受診者のうち
脳血管疾患 5.0%

腹囲あり	50.3%
腹囲なし	49.7%

健診受診者のうち
虚血性心疾患 7.8%

	正常 5.5以下	正常高値 5.6~5.9	境界型 6.0~6.4	糖尿病型 6.5以上
HbA1c	28.4%	32.0%	19.1%	20.5%
内訳				
腹囲あり	32.9%	52.8%	60.4%	59.6%
腹囲なし	67.1%	47.2%	39.6%	30.4%

健診受診者のうち
糖尿病性腎症 4.3%

腹囲あり	61.8%
腹囲なし	38.2%

⑥ 生活の背景

⑦ 塩分

食塩摂取

目標量 (日本人の食事摂取基準2020年版)	尿中推算塩分摂取量平均値	出典
高血圧の予防・治療のため 6.0g/日未満		
男性 7.5g/日未満	9.8g/日	令和4年度特定健診結果より
女性 6.5g/日未満	9.6g/日	

食の実態	住民の言葉	出典
1食の煮物の量が多い又は味が濃い 基準の塩分量より多い人 71%	「一度にたくさん作る」 「色が濃くないと煮物の感じがしない」	令和4年度教室内食事調査より
みそ汁やスープ等を飲む頻度 1日1回以上 87%	「具の少ないみそ汁が好き」 「温かい物があると安心する」	
漬物、梅干し等の塩蔵品を食べる頻度 1日1回以上 61%	「家で採れたものは保存する、春はきゅうり、夏は梅干し、きゅうり漬、冬は沢庵、白菜漬、のりの佃煮」	
ラーメン、うどん等の麺類を食べる頻度 週に2-3回以上 61%	「夏の昼はだいたい麺類」 「冬は鍋の締めに麺類」	令和4年度塩分チェックシートより
麺類の汁を飲むか 半分以上飲む 46%	「スープはもったいない」 「残すのは店の人に悪い」	
市販弁当等の付属調味料をどの程度使うか 全部使う 48%	「入っているものは全部使う」	
しょう油やソースなどの調味料をかける頻度 毎日1回以上 47%	「かけてから食べるのが習慣」	

⑧ 野菜

野菜摂取

目標量	350g		出典
野菜摂取量	男性 284g	24位	平成28年 国民健康・栄養調査(46都道府県の内千葉県)
	女性 283g	12位	
野菜購入量	葉茎類、ブロッコリー、ピーマン	1位	総務省 家計調査(2019~2021年平均) (52県庁所在地及び政令都市)
	レタス、トマト、ねぎ	2位	
	ほうれん草	3位	
	だいこん、なす	4位	
	生鮮野菜、さや豆、サラダ	5位	

⑩ 食環境

10年間で市内の店舗数が増加した店

ラーメン店	2.6倍
スーパー	1.3倍
コンビニ	1.2倍

(google調べ)

⑪ 運動

一日の歩数

	20~64歳	65歳以上	出典
目標	8,000歩/日	6,000歩/日	健康日本21(第三次)
男性	6,970歩/日	8,085歩/日	令和4年度特定保健指導時の調査より
女性	5,304歩/日	6,278歩/日	

⑨ 家計調査

家庭で購入した数量や金額の全国順位(千葉県)

塩分を含む食品	おにぎり	2位
	あさり	3位
	さけ	5位
	乾物・海藻	5位
	ほしのり	5位
	こんぶ	5位
	梅干し	6位
油+塩	チーズ	6位
	パスタ	1位
	ドレッシング	2位
単食純糖質	やきとり	4位
	キウイフルーツ	4位
酒	いちご	5位
	果物加工品	4位
	ワイン	5位
	ウイスキー	5位

(総務省 家計調査(2019~2021平均)(52県庁所在地及び政令都市))

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年度に進捗管理のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画策定を円滑に行うための準備も考慮し、評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<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、受診勧奨実施数等
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、要介護率等)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月収載される、健診・医療・介護データに基づき地区担当の保健師が確認し、受診率、受療率、医療の動向等を定期的に評価する。

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知ることができるようにすることが重要であるため、国指針において、公表するものとされている。

具体的には、ホームページへの掲載や「広報ふつつ」、「国保だより」等の広報誌を通じた公表、周知とともに、地域の医療機関等とも情報共有する。

2. 個人情報の取扱い

本市においては、個人情報の保護に関する法律に基づき、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る。

また、第3章の特定健診・特定保健指導等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、適切な対応を図る。

参考資料

参考資料 1 第2期データヘルス計画 目標管理一覧	53
参考資料 2 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた富津市の位置	54
参考資料 3 健診・医療・介護の一体的な分析	56
参考資料 4 用語一覧	57

参考資料1 第2期データヘルス計画 目標管理一覧

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	参考		第2期					現状値の把握方法	
				H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度		R5年度
特定 等 計 画 診	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	特定健診受診率60%以上	45.8%	45.6%	45.7%	46.0%	30.1%	42.2%	46.2%	46.2%	特定健診・保健指導結果 (厚労省)
				62.6%	66.7%	67.0%	62.5%	63.5%	64.6%	64.9%		
中 長 期 計 画	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	特定保健指導対象者減少率25%	特定保健指導対象者減少率25%	16.5%	16.2%	22.4%	16.6%	11.6%	19.1%	20.3%	20.3%	KDBシステム
				750人	752人	693人	641人 (-7.5%)	530人 (-23.5%)	545人 (-21.4%)	459人 (-33.8%)		
				613人	573人	538人	510人 (-19.1%)	412人 (-23.4%)	435人 (-19.1%)	381人 (-29.2%)		
				81人	125人	129人	133人 (+3.1%)	124人 (-3.9%)	151人 (+17.1%)	117人 (-9.3%)		
				17億2,137万円	16億7,620万円	16億4,670万円	16億5,756万円 (2.5%)	15億6,095万円 (-5.2%)	15億3,038万円 (-7.1%)	14億5,553万円 (-14.6%)		
				5人	3人	5人	2人	2人	2人	3人		
				21.4%	20.7%	21.2%	22.2% (+1.0%)	27% (+6.3%)	25.5% (+4.3%)	26.0% (+4.8%)		
				5.0%	5.2%	6.1%	5.2% (-0.8%)	6.0% (-0.1%)	6.5% (+0.4%)	5.0% (-1.1%)		
				8.1%	8.7%	8.9%	10.1% (+1.2%)	12.4% (+3.5%)	11.5% (+2.6%)	11.8% (+2.9%)		
				短 期 計 画	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	7 受診勧奨対象者数	7 受診勧奨した者のうち未受診者数	45人	40人	24人	35人	
28人	38人	24人	35人					19人	30人	27人		
17人	7人	6人	2人					2人	5人	8人		
15人	7人	3人	2人					2人	5人	8人		
24人	65人	36人	33人					30人	40人	38人		
24人	65人	33人	31人					26人	35人	34人		
1.8%	1.7%	1.9%	1.8%					1.5%	1.8%	1.7%		
11.7%	10.7%	10.7%	10.0%					4.9%	7.6%	7.6%		
3.8%	3.9%	4.2%	4.0%					3.0%	3.8%	3.9%		
5.1%	5.5%	5.9%	5.9%					5.0%	6.5%	7.1%		
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 40%(当面)	がん検診受診率 胃がん検診 40%(当面)	1.8%	1.7%	1.9%	1.8%	1.5%	1.8%	1.7%	健康づくり課	
				11.7%	10.7%	10.7%	10.0%	4.9%	7.6%	7.6%		
				3.8%	3.9%	4.2%	4.0%	3.0%	3.8%	3.9%		
				5.1%	5.5%	5.9%	5.9%	5.0%	6.5%	7.1%		
				6.5%	7.8%	7.4%	7.6%	5.6%	7.1%	6.7%		
				77.3%	74.2%	76.2%	72.6%	53.8%	76.8%	74.3%		
				54.6%	59.5%	68.3%	72.4%	75.3%	77.1%	79.0%		
				1.8%	1.7%	1.9%	1.8%	1.5%	1.8%	1.7%		
				11.7%	10.7%	10.7%	10.0%	4.9%	7.6%	7.6%		
				3.8%	3.9%	4.2%	4.0%	3.0%	3.8%	3.9%		
5.1%	5.5%	5.9%	5.9%	5.0%	6.5%	7.1%						
自 己 の 健 康 に 関 心 を 持 つ 住 民 が 増 える	後発医薬品の使用による患者負担の軽減及び医療費の抑制	健診受診者の10%以上	健診受診者の10%以上	77.3%	74.2%	76.2%	72.6%	53.8%	76.8%	74.3%	健康づくり課	
				54.6%	59.5%	68.3%	72.4%	75.3%	77.1%	79.0%		
後 発 医 薬 品 の 使 用 に よ る 患 者 負 担 の 軽 減 及 び 医 療 費 の 抑 制	後発医薬品の使用による患者負担の軽減及び医療費の抑制	健診受診者の10%以上	健診受診者の10%以上	77.3%	74.2%	76.2%	72.6%	53.8%	76.8%	74.3%	国民健康保険課	
				54.6%	59.5%	68.3%	72.4%	75.3%	77.1%	79.0%		

※()内はH30年度と比較した伸び率

項目		富津市		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		41,759		9,014,657		6,150,178		123,214,261		KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)		16,118 38.6		3,263,279 36.2		1,699,991 27.6		35,335,805 28.7			
		75歳以上		8,320 19.9		-- --		859,767 14.0		18,248,742 14.8			
		65~74歳		7,798 18.7		-- --		840,224 13.7		17,087,063 13.9			
		40~64歳		13,544 32.4		-- --		2,103,730 34.2		41,545,893 33.7			
	39歳以下		12,097 29.0		-- --		2,346,457 38.2		46,332,563 37.6				
	② 産業構成	第1次産業		7.8		10.7		2.9		4.0		KDB NO.3	
		第2次産業		28.3		27.3		20.6		25.0		健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第3次産業		63.9		62.0		76.5		71.0		健康課題	
	③ 平均寿命	男性		80.2		80.4		81.0		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.6		86.9		86.9		87.0					
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		77.0		79.7		80.2		80.1		KDB NO.1 地域全体像の把握		
	女性		83.1		84.3		84.4		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		109.7		103.4		97.4		100		KDB NO.1 地域全体像の把握	
		男性		109.7		103.4		97.4		100			
		女性		111.2		101.4		100.9		100			
		死因	がん		175 43.9		34,996 47.8		17,709 50.9		378,272 50.6		
			心臓病		136 34.1		21,437 29.3		9,663 27.8		205,485 27.5		
			脳疾患		52 13.0		10,886 14.9		4,555 13.1		102,900 13.8		
			糖尿病		6 1.5		1,391 1.9		747 2.1		13,896 1.9		
	腎不全		13 3.3		2,819 3.9		1,065 3.1		26,946 3.6				
	自殺		17 4.3		1,654 2.3		1,050 3.0		20,171 2.7				
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		62 7.8		-- --		6,692 9.3		129,016 8.2		厚生省HP 人口動態調査	
男性		37 8.9		-- --		4,484 11.5		84,891 10.6					
女性		25 6.6		-- --		2,208 6.6		44,125 5.7					
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		3,027 18.9		619,810 19.1		305,021 17.9		6,724,030 19.4		KDB NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者		35 0.3		10,081 0.3		5,516 0.3		110,289 0.3			
		介護度別 総件数	要支援1.2		6,627 9.7		1,984,426 14.3		735,246 9.6		21,785,044 12.9		
			要介護1.2		28,193 41.3		6,527,659 47.0		3,576,948 46.6		78,107,378 46.3		
			要介護3以上		33,498 49.0		5,384,278 38.7		3,361,960 43.8		68,963,503 40.8		
	2号認定者		81 0.60		10,759 0.37		8,847 0.42		156,107 0.38				
	② 有病状況	糖尿病		813 25.4		154,694 23.8		76,084 23.7		1,712,613 24.3		KDB NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症		1,723 54.3		352,398 54.8		162,974 50.9		3,744,672 53.3			
		脂質異常症		988 31.2		203,112 31.2		98,834 30.6		2,308,216 32.6			
		心臓病		1,881 59.3		397,324 61.9		183,644 57.5		4,224,628 60.3			
脳疾患		703 22.5		151,330 23.9		67,100 21.3		1,568,292 22.6					
がん		387 13.2		74,764 11.4		39,603 12.3		837,410 11.8					
筋・骨格		1,761 55.9		350,465 54.5		161,565 50.4		3,748,372 53.4					
精神		1,047 32.7		246,296 38.6		107,379 33.7		2,569,149 36.8					
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		297,493 4,794,989,573		300,230 979,734,915,124		259,559 441,248,703,872		290,668 10074274228,899		KDB NO.1 地域全体像の把握		
	1件当たり給付費(全体)		70,186		70,503		57,498		59,662				
	居宅サービス		44,011		43,936		39,827		41,272				
	施設サービス		298,852		291,914		294,486		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別		認定あり		9,043		8,770		8,610		KDB NO.1 地域全体像の把握		
	医療費(40歳以上)		認定なし		4,284		3,881		4,020				
4	① 国保の状況	被保険者数		9,738		2,020,054		1,255,033		27,488,882		KDB NO.1 地域全体像の把握	
		65~74歳		5,021 51.6		-- --		537,359 42.8		11,129,271 40.5			
		40~64歳		3,152 32.4		-- --		407,801 32.5		9,088,015 33.1			
		39歳以下		1,565 16.1		-- --		309,873 24.7		7,271,596 26.5			
	加入率		23.3		22.4		20.4		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		3 0.3		873 0.4		289 0.2		8,237 0.3		KDB NO.5 被保険者の状況	
		診療所数		27 2.8		7,141 3.5		3,780 3.0		102,599 3.7			
		病床数		113 11.6		136,833 67.7		59,824 47.7		1,507,471 54.8			
		医師数		34 3.5		19,511 9.7		13,396 10.7		339,611 12.4			
		外来患者数		742.7		728.3		646.6		687.8			
入院患者数		18.6		23.6		16.0		17.7					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		400,304 県内6位 同規模134位		394,521		330,058		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		761.323		751.942		662.613		705.439				
	外来	費用の割合		63.9		56.7		61.9		60.4			
		件数の割合		97.6		96.9		97.6		97.5			
	入院	費用の割合		36.1		43.3		38.1		39.6			
		件数の割合		2.4		3.1		2.4		2.5			
1件あたり在院日数		15.7日		17.1日		15.3日		15.7日					

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
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 (調剤含む)	がん	711,662,560	31.6	31.3	31.8	32.2	KDB NO.3 健診・医療・介護予 夕からみる地域の健 康課題				
			慢性腎不全(透析あり)	286,343,270	12.7	7.5	9.5	8.2					
			糖尿病	286,293,500	12.7	10.8	10.8	10.4					
			高血圧症	128,391,570	5.7	6.3	5.5	5.9					
			脂質異常症	78,400,810	3.5	3.8	3.8	4.1					
			脳梗塞・脳出血	64,451,660	2.9	3.9	3.9	3.9					
			狭心症・心筋梗塞	40,416,490	1.8	2.6	3.2	2.8					
			精神	256,194,910	11.4	16.2	13.9	14.7					
			筋・骨格	367,175,650	16.3	16.7	16.6	16.7					
			5	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	235		0.2	380	0.2	204
糖尿病	1,176	0.8				1,531	0.9	1,006	0.8	1,144	0.9		
脂質異常症	41	0.0				89	0.1	41	0.0	53	0.0		
脳梗塞・脳出血	5,243	3.6				7,151	4.2	5,953	4.7	5,993	4.5		
虚血性心疾患	5,167	3.6				4,385	2.6	4,628	3.7	3,942	2.9		
腎不全	6,976	4.8			4,815	2.8	5,119	4.1	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			12,950	5.1	13,011	5.8	9,389	4.6	10,143	4.9	
	糖尿病	28,658			11.2	22,014	9.8	18,412	9.0	17,720	8.6		
	脂質異常症	8,010			3.1	7,959	3.6	6,577	3.2	7,092	3.5		
	脳梗塞・脳出血	1,376			0.5	1,056	0.5	795	0.4	825	0.4		
	虚血性心疾患	1,532	0.6	1,975	0.9	1,697	0.8	1,722	0.8				
腎不全	35,204	13.8	18,492	8.3	18,367	9.0	15,781	7.7					
6	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	4,396	2,592	1,727	2,031	KDB NO.3 健診・医療・介護予 夕からみる地域の健 康課題				
			健診未受診者	12,910	13,920	13,234	13,295						
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	11,844	7,237	5,419	6,142					
			健診未受診者	34,782	38,862	41,518	40,210						
5	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	2,050	59.7	345,730	57.5	168,209	57.0	3,835,832	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握	
			医療機関受診率	1,904	55.4	313,063	52.0	154,862	52.5	3,501,508	52.0		
			医療機関非受診率	146	4.3	32,667	5.4	13,347	4.5	334,324	5.0		
			①	健診受診者	3,435	601,639	295,169	6,735,405					
					受診率	46.1	県内9位 同規模67位	40.4	34.5	全国33位	36.7		
			②	特定保健指導終了者(実施率)	254	63.8	15566	22.8	2,782	7.9	91,478		11.5
					③	非肥満高血糖	307	8.9	64,197	10.7	27,538		9.3
			④	該当者			903	26.3	127,981	21.3	59,862		20.3
					⑤	男性	615	37.6	88,474	32.7	40,922		32.9
			⑥	女性			288	16.0	39,507	11.9	18,940		11.1
⑦	予備群	392			11.4	65,260	10.8	33,267	11.3	756,692	11.2		
		⑧	男性	288	17.6	45,668	16.9	22,722	18.3	533,553	17.9		
⑨	女性			104	5.8	19,592	5.9	10,545	6.2	223,139	5.9		
		⑩	総数	1,392	40.5	211,082	35.1	103,322	35.0	2,352,941	34.9		
⑪	男性			977	59.7	146,298	54.0	70,508	56.7	1,646,925	55.3		
		⑫	女性	415	23.1	64,784	19.6	32,814	19.2	706,016	18.8		
⑬	総数			152	4.4	31,765	5.3	13,876	4.7	316,378	4.7		
		⑭	男性	22	1.3	4,968	1.8	1,959	1.6	50,602	1.7		
⑮	女性			130	7.2	26,797	8.1	11,917	7.0	265,776	7.1		
		⑯	血糖のみ	23	0.7	4,020	0.7	1,919	0.7	43,022	0.6		
⑰	血圧のみ			273	7.9	46,733	7.8	23,239	7.9	533,361	7.9		
		⑱	脂質のみ	96	2.8	14,507	2.4	8,109	2.7	180,309	2.7		
⑲	血糖・血圧			97	2.8	19,961	3.3	8,542	2.9	200,700	3.0		
		⑳	血糖・脂質	49	1.4	6,610	1.1	3,206	1.1	69,468	1.0		
㉑	血圧・脂質			425	12.4	58,126	9.7	28,418	9.6	651,885	9.7		
		㉒	血糖・血圧・脂質	332	9.7	43,284	7.2	19,696	6.7	444,167	6.6		
6	①			服薬	高血圧	1,436	41.8	235,433	39.1	103,503	35.1	2,401,322	35.7
		糖尿病	504		14.7	59,612	9.9	24,357	8.3	582,344	8.6		
②	既往歴	脂質異常症	1,160	33.8	175,568	29.2	83,570	28.3	1,877,854	27.9			
		脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	135	3.9	19,102	3.3	9,258	3.1	205,223	3.1			
6	③	生活習慣の 状況	喫煙	504	14.7	77,562	12.9	35,750	12.1	927,614	13.8	KDB NO.1 地域全体像の把握	
			週3回以上朝食を抜く	324	9.7	44,667	7.9	25,192	9.9	633,871	10.3		
			週3回以上食後開食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	637	19.0	85,374	15.0	39,138	15.4	964,244	15.7		
			週3回以上就寝前夕食	637	19.0	85,374	15.0	39,138	15.4	964,244	15.7		
			食べる速度が速い	856	25.6	152,554	26.8	64,335	25.3	1,640,770	26.8		
			20歳時体重から10kg以上増加	1,294	38.6	197,783	34.7	89,388	35.1	2,149,988	34.9		
			1日30分以上運動習慣なし	2,054	61.4	356,755	62.7	144,975	56.9	3,707,647	60.4		
			1日1時間以上運動なし	1,612	48.2	270,288	47.3	113,202	44.4	2,949,573	48.0		
			睡眠不足	910	27.2	142,775	25.0	59,975	23.6	1,569,769	25.6		
			毎日飲酒	765	22.7	147,614	25.4	60,863	23.3	1,639,941	25.5		
			時々飲酒	662	19.6	119,206	20.5	59,192	22.7	1,446,573	22.5		
			一日飲酒量	1合未満	904	54.0	236,347	62.8	141,522	68.9	2,944,274		64.2
			1～2合	538	32.2	94,518	25.1	43,915	21.4	1,088,435	23.7		
2～3合	176	10.5	35,904	9.5	15,672	7.6	428,995	9.3					
3合以上	55	3.3	9,402	2.5	4,269	2.1	126,933	2.8					

E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える

H30・R04比較

1

被保険者	40~64	65~74	75~
H30	3,625	5,057	8,380
R04	3,110	5,139	8,956
差	▲515	82	606

2

健診受診率	40~64	65~74	75~
H30	32.5	49.0	32.7
R04	31.1	50.6	33.1
差	▲1.3	1.5	0.4

3

医療機関受診	40~64	65~74	75~
H30	80.3	91.9	96.3
R04	81.8	93.3	95.7
差	1.5	1.5	▲0.5

※生活習慣病対象者
以下、⑥・⑧に記載している疾病の診断がある者

4

介護認定者	65~74	75~
H30	4.3	30.7
R04	5.6	29.4
差	1.3	▲1.3

健診

医療

介護

富津市の概況

1. 高齢化率

H30年度	36.6
R04年度	38.7
差	2.1

2. 一人当たり社会保障費

地域差指数	国保	後期
H30年度	0.919	0.900
R02年度	0.915	0.898
差	▲0.004	▲0.002

3. (参考) 特定健診の状況

区分	健診	保健	指導
H30年度	45.7	67.0	
R04年度	42.2	64.6	
差	▲3.5	▲2.4	

A

健康状態不明者

40~64	65~74	75~	
H30	17.0	6.7	2.6
R04	16.0	5.6	3.3
差	▲1.0	▲1.1	0.7

健診有見者

(R04年度実績)

高血圧	40~64	65~74	75~
H30	25.9	32.5	37.2
R04	28.5	33.7	41.5
差	2.6	1.2	4.3

138人

II度高血圧以上

9人

70以上(国保) 80以上(後期)

Ha1c

高血糖	40~64	65~74	75~
H30	2.8	6.6	4.3
R04	5.1	7.8	5.5
差	2.3	1.2	1.2

48.1

21.5

24.2

尿蛋白

40~64	65~74	75~	
H30	2.9	5.2	9.8
R04	7.6	6.7	8.5
差	4.7	1.5	-1.3

21.4

32.8

31.5

腎臓障害あり (治療者含む)

181人

OKD
尿蛋白2+以上または eGFR末減

心臓病

40~64	65~74	75~	
H30	0.6	3.0	8.0
R04	8.3	8.1	8.2
差	7.7	5.1	0.2

16.7

18.2

17.8

心臓病

40~64	65~74	75~	
H30	0.2	1.5	3.5
R04	63.9	74.3	57.1
差	63.7	72.8	53.6

B

体格(健診結果)

BMI	40~64	65~74	75~
H30	21.5	23.5	25.5
R04	21.5	23.5	25.5
差	0.0	0.0	0.0

▲0.3

▲0.0

0.2

肥満(25以上)

40~64	65~74	75~	
H30	1.3	2.3	2.6
R04	1.1	2.3	2.8
差	▲0.2	0.0	0.2

2.3

3.1

3.1

痩せ(18.5以下)

40~64	65~74	75~	
H30	7.7	7.5	7.3
R04	8.1	6.0	8.2
差	0.3	▲1.5	0.9

31.7

30.7

31.7

26.7

▲1.5

短期目標の疾患

高血圧	40~64	65~74	75~
H30	73.8	79.4	86.3
R04	74.7	82.4	86.6
差	0.9	3.0	0.2

糖尿病

40~64	65~74	75~	
H30	52.6	54.6	50.4
R04	51.1	54.9	52.8
差	▲1.5	0.4	2.4

4,667人

45.7%

重症化予防

合併症なし (R04年度実績)

2,860人

44.3%

短期目標で対象とする合併症

高血圧 + 合併症	40~64	65~74	75~
H30	34.7	45.4	61.4
R04	35.5	44.7	61.1
差	0.9	▲0.7	▲0.3

糖尿病 + 合併症

40~64	65~74	75~	
H30	36.6	48.0	62.6
R04	36.9	48.4	62.2
差	0.3	0.4	▲0.4

中長期目標の疾患

脳血管疾患	40~64	65~74	75~
H30	4.8	12.9	25.0
R04	5.0	11.9	22.8
差	0.2	▲1.0	▲2.2

心不全

40~64	65~74	75~	
H30	5.3	13.1	28.2
R04	5.5	13.8	29.7
差	0.1	0.7	1.5

虚血性心疾患

40~64	65~74	75~	
H30	3.6	9.6	18.6
R04	3.6	9.3	17.4
差	0.0	▲0.3	▲1.2

腎不全

40~64	65~74	75~	
H30	4.6	6.7	9.9
R04	5.2	9.1	11.7
差	0.5	2.4	1.8

C

生活習慣病の重なり (高血圧・糖尿病)

40~64	65~74	75~	
H30	22.0	34.1	31.7
R04	23.5	36.3	32.0
差	1.5	2.2	0.4

生活習慣病の重なり (高血圧・糖尿病)

40~64	65~74	75~	
H30	68.7	86.4	86.7
R04	71.0	86.7	86.7
差	2.2	0.3	0.0

認知症

65~74	75~	
H30	75.5	85.1
R04	68.7	85.1
差	▲6.8	0.0

加齢によるその他の疾患

40~64	65~74	75~
H30	4.2	13.2
R04	4.8	14.5
差	0.7	1.3

骨折

65~74	75~	
H30	1.0	11.8
R04	1.3	11.2
差	0.3	▲0.5

認知症

65~74	75~	
H30	75.5	85.1
R04	68.7	85.1
差	▲6.8	0.0

D

介護認定なし (R04年度実績)

40~64	65~74	75~	
H30	1.30	27.5	31.4
R04	1.35	27.7	32.2
差	0.4	0.1	0.8

要介護認定者のうち下記の疾病治療者

40~64	65~74	75~
H30	10.0	53.7
R04	17.3	53.9
差	7.4	0.2

骨折

65~74	75~	
H30	66.0	81.9
R04	71.6	83.2
差	5.6	1.3

認知症

65~74	75~	
H30	75.5	85.1
R04	68.7	85.1
差	▲6.8	0.0

参考：【R0B】介護支援対象者一覧(栄養・重症化予防) 【R0B】介護支援対象者一覧(服薬管理) 【R0B】後期高齢者の医療(健診)・介護実態状況

【R0B】厚生労働省様式1-1「特定健診等」の管理システム(FKAC171)

参考資料 4 用語一覧

あ	1号認定者	65歳以上の者のうち、要介護状態、要支援状態にあると介護認定を受けた者。
	I度高血圧	収縮期血圧140-159mmHg/拡張期血圧90-99mmHgのこと。
か	頸動脈超音波検査	頸動脈は心臓に近い大きな動脈であり、かつ皮下の浅い部位にあるため動脈内部の状況を知るのに適している。 頸動脈の変化は脳血管や心臓の冠動脈の変化を反映しており、頸動脈の肥厚や硬化を早期に知ることは脳・心血管疾患発症の予測につながる。 血管の肥厚度(IMT)、血管内腔面に突出した病変(プラーク)等を観察、測定する。
	血清クレアチニン	クレアチンは、体内から排泄される老廃物の一種。筋肉内でエネルギーとして使われた後、血液中に放出され腎臓の糸球体でろ過される。クレアチニン値が高いほど、腎臓の障害が多いことになる。
さ	Ⅲ度高血圧	収縮期血圧180mmHg以上/拡張期血圧110mmHg以上のこと。
	糸球体ろ過量 <small>(eGFR)</small>	腎機能を評価するため、eGFRとして推算式で求められる。男女別・年齢別・血清クレアチニン値により計算し50未満は腎専門医へ紹介することが望ましいとされている。
	情報提供	特定保健指導において、身体状況を認識するとともに、健康な生活習慣の理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなるよう健診結果の提供に合わせて基本的な情報を提供すること。
	生活習慣病	生活習慣が発症原因に深く関与していると考えられている疾患の総称。生活習慣の改善により、疾病の発生そのものを予防することを推進するために平成8年に新たに導入した概念。
	積極的支援	特定保健指導において、健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取り組みを継続的に進めることを目的に、行動計画を策定し、適切な働きかけを相当な期間継続して行う。
た	動機付け支援	特定保健指導において、健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取り組みを継続的に進めることを目的に、行動計画を策定し、取り組みに係る動機付け支援を行う。
	糖尿病性腎症	糖尿病による腎臓の障害で、腎臓の血管の変性、血流障害、血液成分の露出によって血管変化が起こる。進行すると、腎血管の破壊、機能障害が起こる。
	特定健康診査	平成20年4月から医療保険者が40～74歳の加入者を対象として、毎年度計画的に実施する内臓脂肪型肥満に着目した検査項目での健康診査であり、保健指導を必要とする人を抽出する健診。
	特定保健指導	平成20年4月から医療保険者が特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある人に対し、毎年度計画的に実施する、動機付け支援・積極的支援をいう。
な	75g糖負荷試験	朝まで10時間以上絶食の後、空腹のまま採血し、血糖値とインスリン量を測定する。次に75gのブドウ糖を飲み、30分後、1時間後、2時間後に採血する。それにより「糖尿病型」「正常型」「境界型」に判定する。糖尿病の診断やインスリンの分泌状況を把握する検査である。
	2号認定者	40歳以上65歳未満の医療保険加入者のうち、要介護・要支援状態が、末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する疾病(特定疾患)によるもので介護認定を受けた者。
	二次健康診査	特定健診後、動脈硬化の程度を評価するための検査(75g糖負荷試験、頸動脈超音波検査、尿アルブミン検査の3種)。
	Ⅱ度高血圧	収縮期血圧160-179mmHg/100-109mmHgのこと。
	尿アルブミン検査	糖尿病性腎症の早期診断に用いられる検査。さらに全身的な血管内皮障害を反映しているとされ、心血管病の予測因子の一つとして注目されている。
	尿蛋白定量検査	随時尿を用いて蛋白尿を評価する検査。採尿時間、食事、飲水の影響があるため尿蛋白定量と尿中クレアチニンの測定により尿蛋白/クレアチニン比で行う。蛋白尿は、正常(0.5g/gCr)、軽度(0.15～0.49g/gCr)、高度(0.50g/gCr)に分類し軽度以上を陽性とする。
	尿中推算塩分摂取量検査	食塩摂取量評価法の中で、随時尿を用いて1日の食塩摂取量を推定する方法で、24時間蓄尿法に比し信頼性はやや低いのが、簡便であり実際の評価法として推奨される。
	尿ナトリウム	尿中ナトリウム/カリウム比が脳心血管リスクの指標として有用との報告があり、随時尿で簡便かつ信頼性の高い指標と示唆されている。食塩摂取量が多くカリウム摂取が少ないわが国では、減塩とカリウムの積極的摂取を併せて指導することが重要である。

	用語	内容
は	フレイル	加齢に伴う予備能力の低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態を表す。要介護状態に至る前段階として位置づけられ、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。
	ポピュレーションアプローチ	通いの場等への集団に積極的に働きかけることにより、集団の健康障害のリスクを軽減させる方法。
ま	慢性腎臓病 (CKD) <small>シークエーシャル</small>	腎臓の障害(蛋白尿など)、もしくは糸球体ろ過量(eGFR)60未満の腎機能低下が3か月以上持続するもの。
	メタボリックシンドローム	内臓脂肪の蓄積に加え脂質異常、高血圧、高血糖等の危険因子を併せ持つ状態をいう。これらの危険因子の一つ一つは軽度でも、複数併せ持つことで動脈硬化の危険性が飛躍的に高まる。内臓脂肪蓄積の判定は、正確には腹部CT検査で内臓脂肪の面積が100cm ² を超える場合だが、それに相当する簡便な判断方法が臍高部の腹囲測定で、男性85cm以上、女性90cm以上としている。
や	要介護状態	要介護状態とは、身体や精神の障害のため、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作について、継続して常時介護を要する状態である、このような状態が原則として6か月にわたり継続する状態であって、その介護の必要の程度に応じて5段階に区別される。この区分に応じて居宅サービス、地域密着型サービス又は施設サービスが提供される。
ら	リスク	ある特定の疾病を発生させる確率を高めると考えられる要素で危険因子、リスク因子、リスク要因ともいう。 その要素が必ず疾病を引き起こすということではなく、あくまで疾病を発症する危険性を高めるものであることを示す。
C	<small>シークエーシャル</small> CKD	慢性腎臓病のことで、腎臓の障害(蛋白尿など)、もしくは糸球体ろ過量(eGFR)60未満の腎機能低下が3か月以上持続するもの。
E	<small>イメージリアル</small> eGFR	糸球体ろ過量のことで、腎機能を評価するため、血清クレアチニン値・年齢・性別から推算式で求める。
N	Non-HDLコレステロール	総コレステロールから善玉(HDL)コレステロールを除いた値。冠動脈疾患の発症・死亡を予測しうる有用な指標である。

引用、参考文献

- ①日本糖尿病学会編、糖尿病治療ガイド2022-2023、文光堂
- ②日本動脈硬化学会、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版、日本動脈硬化学会
- ③日本腎臓学会、CKD診療ガイド2012、東京医学社
- ④健診・健康管理専門職のための新セミナー生活習慣病 日本医事新報社 田中逸 著
- ⑤標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)
- ⑥国保中央会ホームページ
- ⑦日本腎臓学会ホームページ
- ⑧厚生労働省ホームページ
- ⑨高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
- ⑩フレイル診療ガイド2018年版 日本老年医学会/国立長寿医療研究センター、2018

第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)
第四期特定健康診査等実施計画

発行 令和6(2024)年3月

編集・発行 千葉県富津市

健康福祉部健康づくり課

〒293-8506

千葉県富津市下飯野2443番地

TEL:0439-80-1265

FAX:0439-80-1350



