

第3期島田市国民健康保険データヘルス計画
(第4期島田市国民健康保険特定健康診査等実施計画)
《令和6年度～令和11年度》



ヘルシろう

令和6年3月
島田市

目 次

第1章 計画策定にあたって	1
1 計画策定の背景・趣旨	1
2 計画の位置付け.....	2
3 計画期間	3
4 実施体制	3
第2章 島田市の現状.....	4
1 島田市の保険者の特性	4
(1) 人口と被保険者数	4
(2) 性・年代別被保険者の構成	5
(3) 平均寿命と平均自立期間	7
(4) 要支援・要介護の認定状況	8
(5) 主たる死因の状況.....	10
2 島田市国民健康保険被保険者の医療費状況	12
(1) 医療費総額、一人当たり医療費の状況	12
(2) 医療分類別医療費の状況	13
(3) 疾病分類別医療費の内訳	14
(4) 人工透析医療費の状況	15
(5) 糖尿病医療費の状況	18
(6) 後発医薬品普及の状況	19
(7) 重複・頻回受診の状況	19
3 特定健康診査の実施状況	20
(1) 特定健康診査の受診率	20
① 特定健康診査の実施状況（全体）	20
② 性年代別受診者数と受診率	20
③ 日常生活圏域別 特定健康診査の実施状況	23
(2) 特定健康診査の受診結果	24
① メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況	24
② 検査項目別の状況	26
③ 特定健康診査受診者の生活習慣行動	29
4 特定保健指導の実施状況	30
(1) 特定保健指導の実施率	30
(2) 特定保健指導の実施結果	31
5 糖尿病性腎症重症化予防の実施状況	33
(1) 糖尿病性腎症にかかる状況	33
(2) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加者の結果	36
第3章 前期計画保健事業の実施状況と前期計画等による考察	39
1 前期計画の短期・中期目標値及び実績	39
(1) 短期目標値及び実績	39
(2) 中期目標値及び実績	40
2 個別保健事業の目標値と実績	41
(1) 特定健康診査事業	41

(2) 特定健康診査受診勧奨事業.....	42
(3) 特定保健指導事業.....	43
(4) 糖尿病性腎症重症化予防事業.....	44
(5) 糖尿病性腎症重症化予防フォローアップ事業.....	46
(6) 糖尿病及び糖尿病性腎症の治療中断・異常値放置者受診勧奨事業.....	47
(7) 生活習慣病重症化予防事業.....	48
(8) 生活習慣病予防の啓発普及事業.....	49
(9) 重複多受診者/多剤・重複投薬者訪問指導事業.....	50
(10) 後発医薬品差額通知事業.....	51
第4章 健康課題と保健事業の方向性.....	52
第5章 保健事業全体の方針.....	54
1 保健事業全体の方針.....	54
(1) 保健事業全体の目的.....	54
(2) 保健事業全体の目標および方策、評価指標、目標値.....	54
2 個別保健事業実施計画(実施内容と評価方法).....	57
(1) 特定健康診査事業(★).....	57
(2) 特定健康診査受診勧奨事業.....	59
(3) 特定保健指導事業(★).....	60
(4) 糖尿病重症化予防事業.....	62
(5) 高血圧症重症化予防事業.....	64
(6) その他生活習慣病重症化予防事業.....	65
(7) 重複・多受診者、多剤・重複投薬者訪問指導事業.....	66
(8) 後発医薬品差額通知事業.....	67
(9) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施.....	68
第6章 その他.....	69
1 計画の評価及び見直し(★).....	69
2 計画の公表・周知(★).....	69
3 個人情報の保護(★).....	69
4 個人情報の取扱い.....	69
5 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項.....	69
第7章 用語解説.....	70

★…高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条及び特定健康診査等基本指針に定められた事項を指し、「第4期 特定健康診査等実施計画」に該当する箇所を示す。

第1章 計画策定にあたって

1 計画策定の背景・趣旨

近年の急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面し、医療制度を今後も持続していくための構造改革が急務となっています。

このような状況に対応するため、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」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。」とされています。

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、市町村国保及び国民健康保険組合（以下、国民健康保険組合を「国保組合」という。以下、両者を併せて「保険者」という。）は、健康・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ための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとしています。（図表1-1-1）

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、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、保険者のデータヘルス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 改革工程表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切なKPIの設定を推進する。」と示されています。

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。

この計画による保健事業の目的は、データ分析に基づき被保険者の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、被保険者の健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資することです。

また、健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にもつながることから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）に基づき、被保険者に対し生活習慣病に関する健康診査及び保健指導を実施することとされました。この度、前期計画の計画期間満了に伴い、法第19条に基づいて「第4期特定健康診査等実施計画」を策定します。

なお、「第3期保健事業計画（データヘルス計画）」と「第4期特定健康診査等実施計画」は、計画期間が同一であり、かつ、どちらもこれまで実施してきた両計画の目標達成状況や各保健事業の効果検証等を踏まえた計画策定となることから、両計画を一体的に作成します。

データヘルス計画のPDCA サイクル(図表 1-1-1)

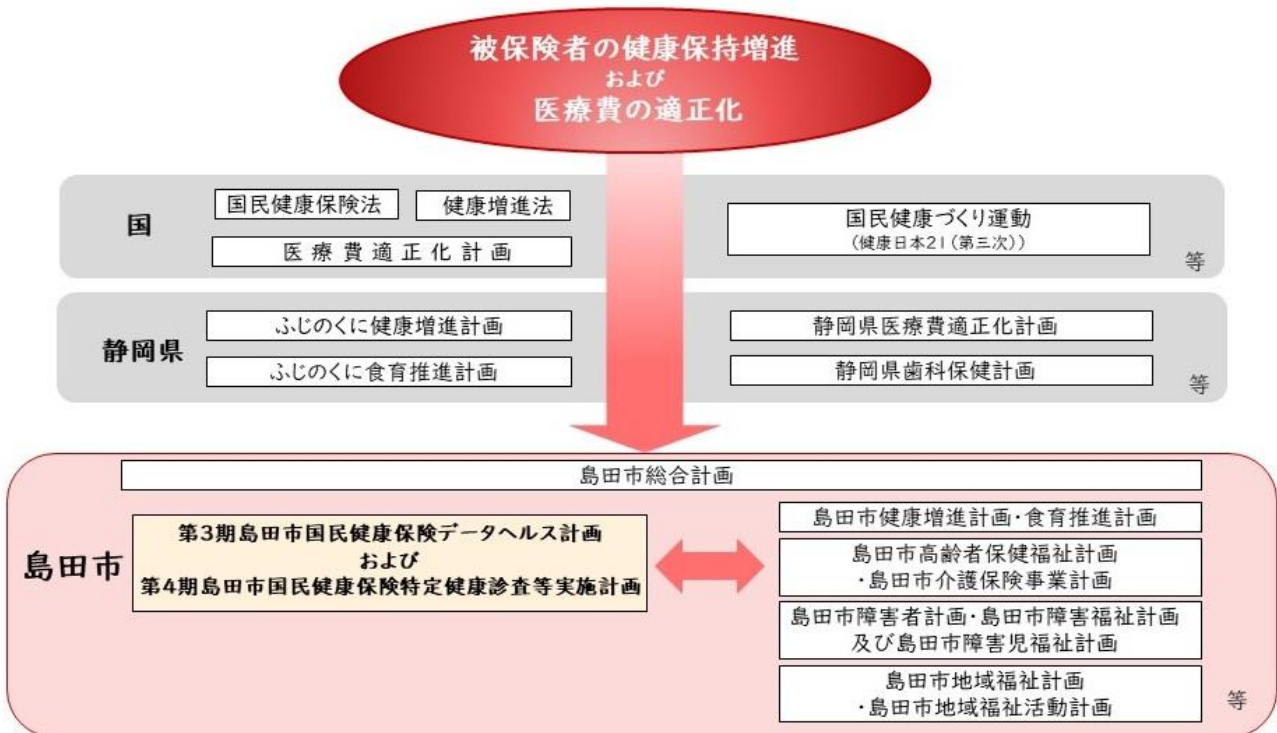


2 計画の位置付け

保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）とは、被保険者の健康保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、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になります。

計画は、健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく基本方針（健康日本21（第三次））を踏まえるとともに、静岡県の健康増進計画、医療費適正化計画（第4期）等、島田市の総合計画、健康増進計画・食育推進計画等、特定健康診査等実施計画との調和を図るものとします。

計画の位置付け(図表 1-2-1)



3 計画期間

本計画期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。(図表 1-3-1)

計画期間(図表 1-3-1)

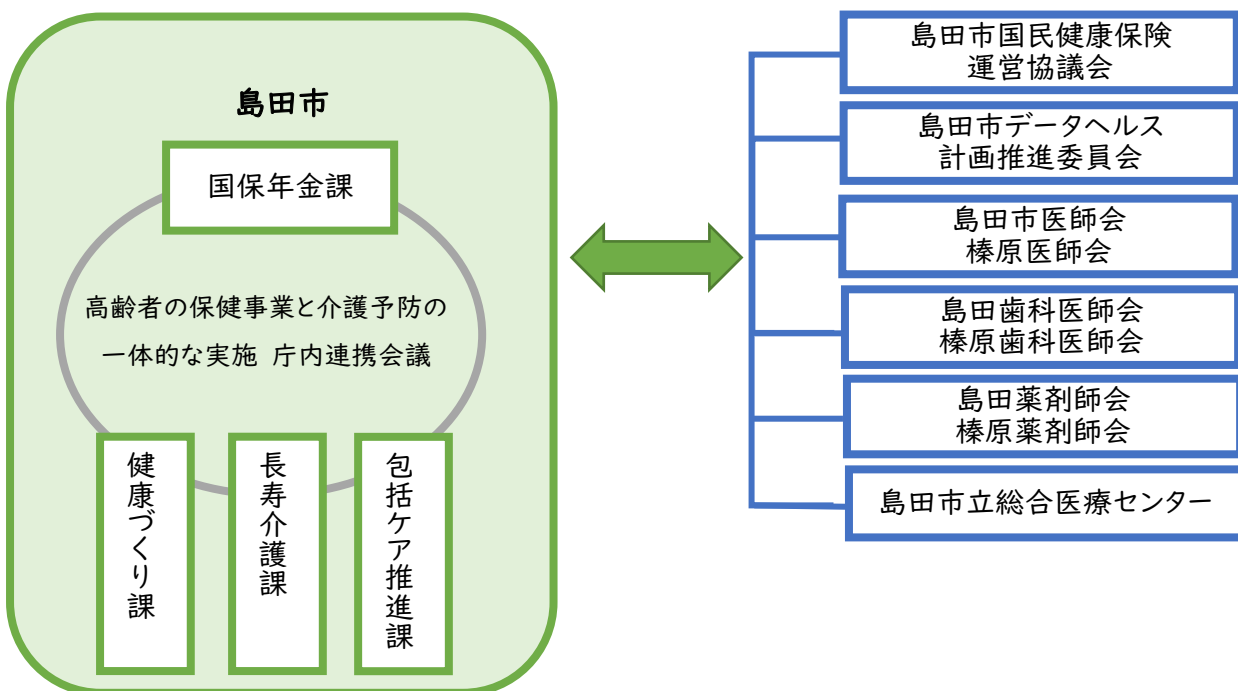
年度		2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	
所管		R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17	
国	厚労省	健康日本21(第三次)												
静岡県		医療費適正化計画(第4期)												
島田市		第3期データヘルス計画												
		第4期特定健康診査等実施計画												

4 実施体制

本計画の策定、事業実施、評価、見直しは、国保年金課が主体となって行いますが、健康づくり課等の関係各課と連携を図りながら進めることとします。

また、保健医療に係る専門的知見を考慮した取り組みとするため、必要に応じて国民健康保険運営協議会等、データヘルス計画推進委員会、医師会、歯科医師会、薬剤師会とも連携・協力しながら、進めることとします。

実施体制(図表 1-4-1)



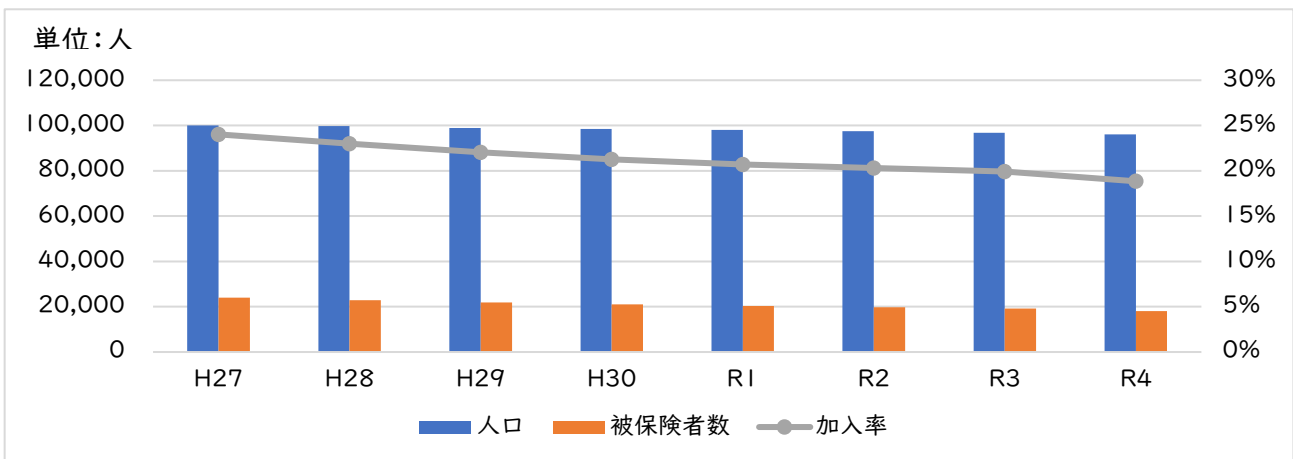
第2章 島田市の現状

1 島田市の保険者の特性

(1) 人口と被保険者数

島田市本市の人口は、令和4年度で96,130人となっています。被保険者数においては、経年で見ると減少傾向となっており、後期高齢者医療制度への移行や令和4年10月から実施された被用者保険の適用拡大は、国保の被保険者数にも影響し、平成27年度から令和4年度までに5,937人減少し、加入割合は平成27年度の24.0%から令和4年度は18.8%と5.2ポイント減少しています。

人口、被保険者、加入割合(図表 2-1-(1)-1)



単位：人、世帯

年度	人口等		被保険者等		加入率	
	人口	世帯数	被保険者数	加入世帯数	対人口	対世帯
H27	100,127	36,950	24,055	14,213	24.0%	38.5%
H28	99,761	37,336	22,928	13,868	23.0%	37.1%
H29	98,909	37,580	21,814	13,371	22.1%	35.6%
H30	98,546	37,942	20,973	13,029	21.3%	34.3%
R1	98,041	38,300	20,291	12,731	20.7%	33.2%
R2	97,470	38,618	19,816	12,528	20.3%	32.4%
R3	96,769	38,766	19,266	12,363	19.9%	31.9%
R4	96,130	39,210	18,118	11,945	18.8%	30.5%

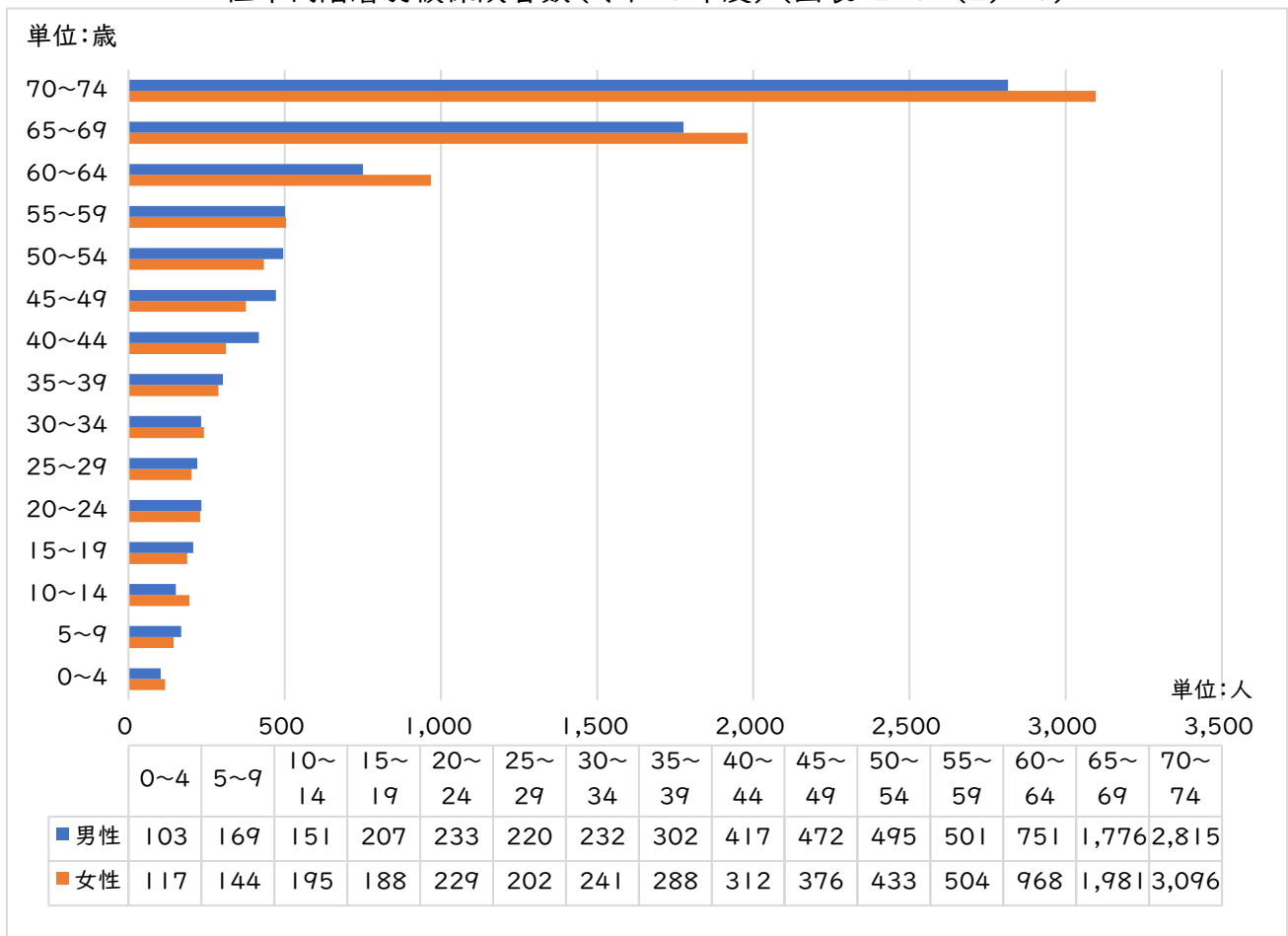
※各年度末時点の値

(島田市の国民健康保険(令和5年度版))

(2) 性・年代別被保険者の構成

国保被保険者数を性年代別をみると、男女ともに64歳以下は低く、65-74歳の前期高齢者の被保険者数が高い傾向にあります。これは定年後に国保に加入する人が多いことが要因として考えられます。効果的かつ効率的に保健事業を展開するには、これらの年齢層をターゲットにしつつ、生活習慣病を予防し、健康の保持増進と医療費の抑制の側面からは、若い世代からのアプローチも必要です。また男女ともに70-74歳の加入者が最も多く、近い将来後期高齢者医療保険の人口増が示唆されます。

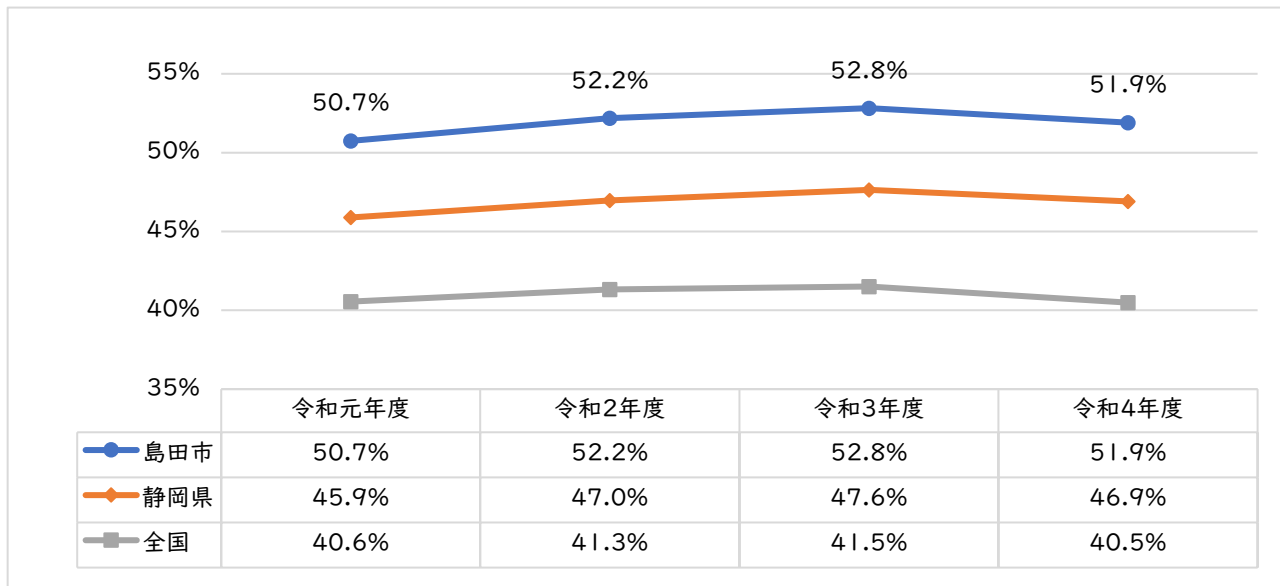
性年代階層別被保険者数(令和4年度)(図表 2-1-(2)-1)



※年度末時点の値
(島田市の国民健康保険(令和5年度版))

被保険者における前期高齢者割合（65歳以上74歳以下の割合）は、令和元年度から令和3年度までは微増傾向にありましたが、令和4年度は微減しています。国及び静岡県においても島田市と同様の傾向です。

被保険者の前期高齢者（65歳以上74歳以下）割合年次推計（図表 2-1-(2)-2）

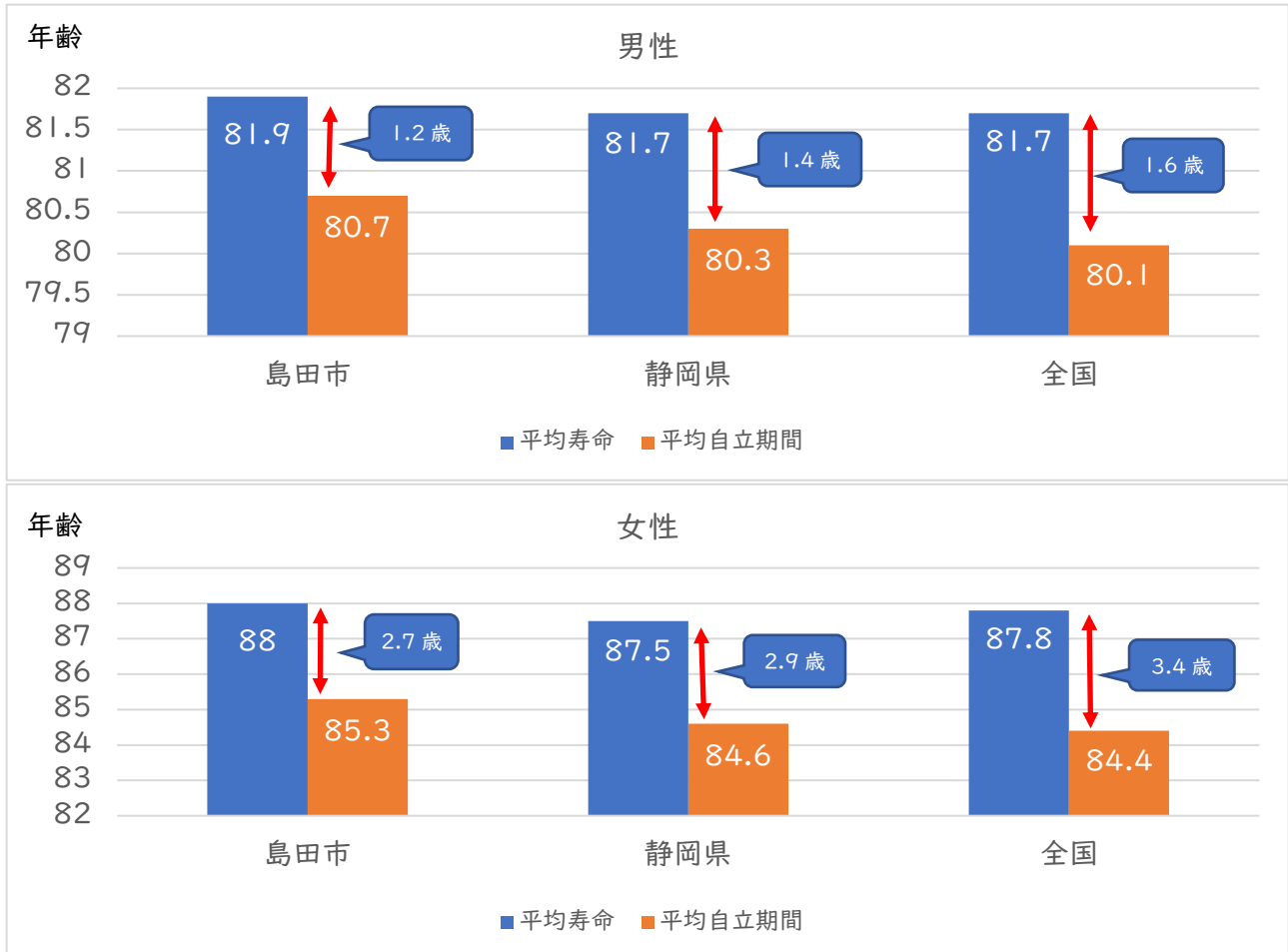


（国保データベース（KDB）システム「人口及び被保険者の状況（令和元年度～令和4年度）」）

(3) 平均寿命と平均自立期間

島田市の平均寿命、平均自立期間において、島田市は男女とも、県・国と比較してわずかに上回っています。平均寿命と平均自立期間の差は、県・国と比較し、男女ともに差が小さい状況です。このことから、国・県よりも自立期間が長く、健康な状態を保っている方が多いと推測されます。

平均寿命と平均自立期間(令和4年度)(図表 2-1-(3)-1)

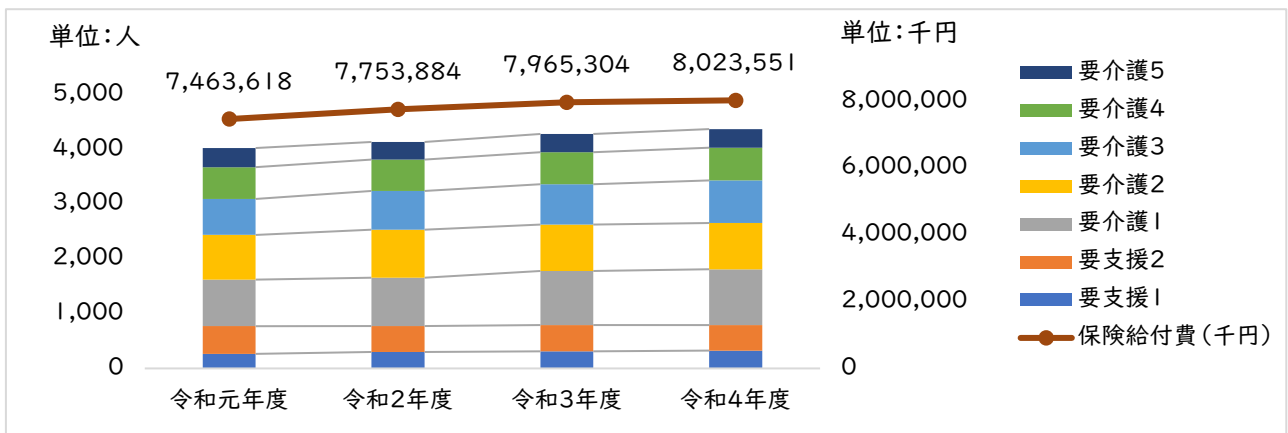


(国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握(令和4年度)」)

(4) 要支援・要介護の認定状況

島田市の要支援・要介護認定者は、高齢化に伴い年々増加傾向にあり、令和4年度時点で4,368人となっています。また、介護保険給付費も同様に年々増加がみられ、令和4年度時点で8,023,551千円となっており、令和元年度と比較し559,933千円増となっています。

要介護（支援）認定実人数及び介護保険給付費の推移（図表 2-1-(4)-1）



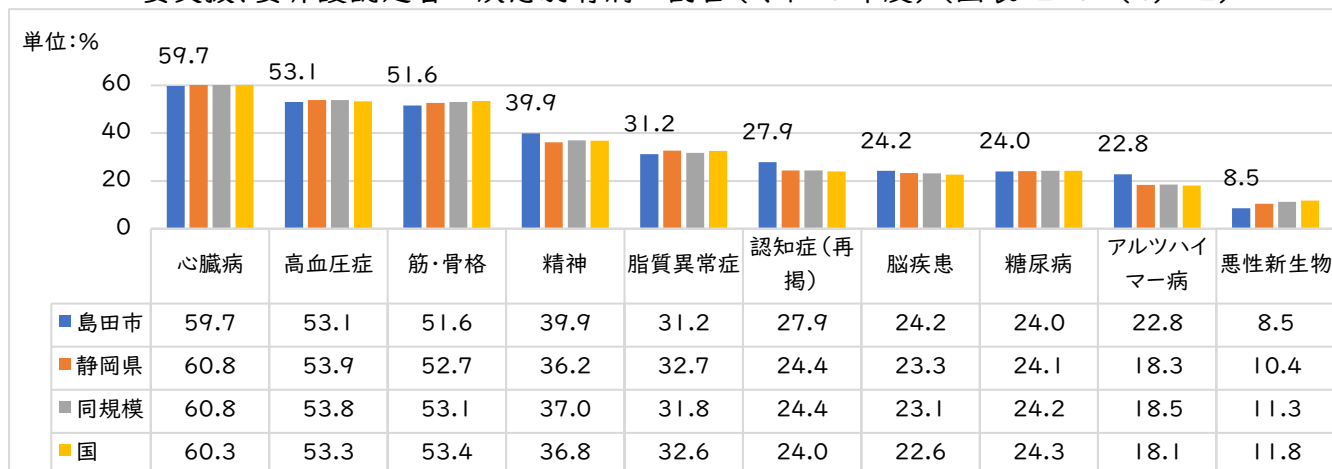
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
要支援1(人)	266	303	311	326
要支援2(人)	505	469	481	465
要介護1(人)	850	885	989	1,019
要介護2(人)	815	874	846	844
要介護3(人)	657	710	734	777
要介護4(人)	580	572	584	597
要介護5(人)	349	320	332	340
合計(人)	4,022	4,133	4,277	4,368
保険給付費(千円)	7,463,618	7,753,884	7,965,304	8,023,551

(認定人数:見える化システム:厚生労働省「介護保険事業状況報告書」年報(各年3月末現在)(令和4年は月報))

(保険給付費:特別会計決算書(各年度))

要支援・要介護認定者の疾患別有病割合をみると、心臓病(59.7%)が最も高く、次いで高血圧症(53.1%)、筋・骨格(51.6%)の順に高くなっています。静岡県と比較すると脳疾患、精神、認知症(再掲)、アルツハイマー病において県や国より高くなっています。

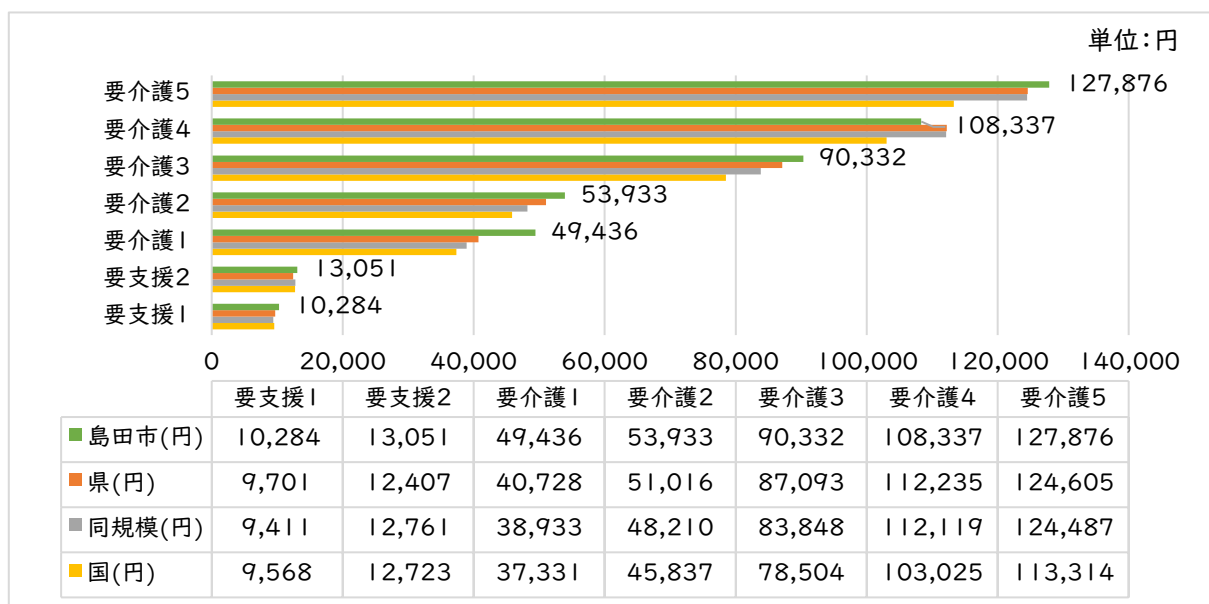
要支援、要介護認定者の疾患別有病の割合(令和4年度)(図表 2-1-(4)-2)



(国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握(令和4年度)」)

島田市の一件当たりの介護保険給付費は、介護度が上がるにつれて、介護保険給付費も上昇する傾向にあります。要介護4以外において、静岡県、同規模都市、国と比較すると高い状況です。(※1件当たりは1人が1ヵ月間に利用した施設やサービスごとの金額になります)

一件当たり介護保険給付費の比較(令和4年度)(図表 2-1-(4)-3)

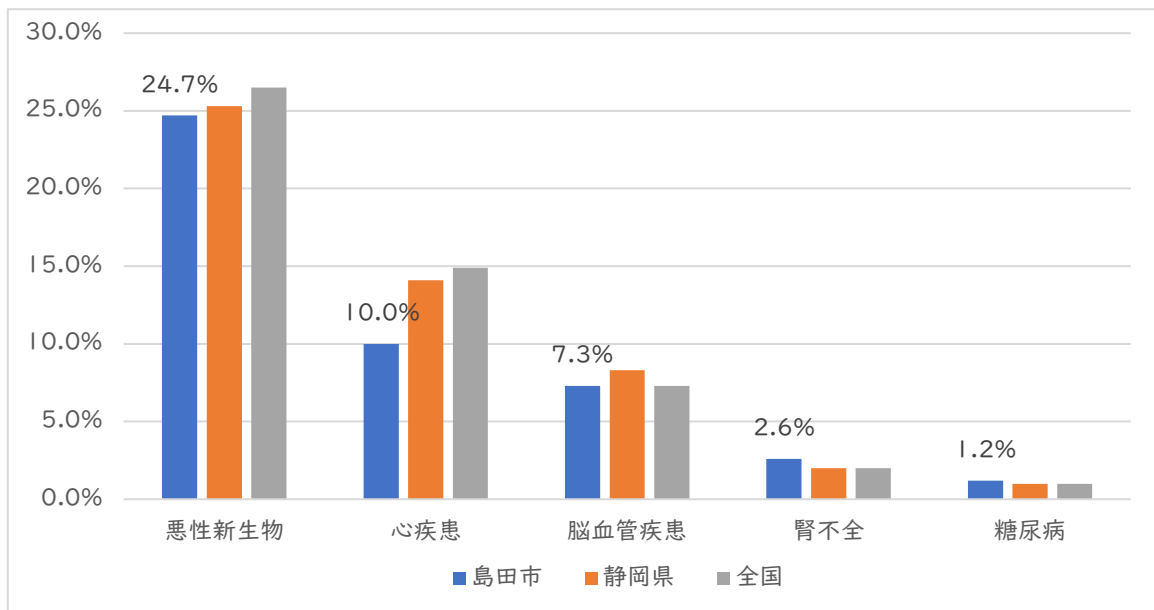


(国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握(令和4年度)」)

(5) 主たる死因の状況

島田市における死亡者の主な死因としては、県や国の傾向と同様に「悪性新生物(24.7%)」が最も多く、次いで「心疾患(10.0%)」、「脳疾患(7.3%)」、「腎不全(2.6%)」、「糖尿病(1.2%)」と続いています。国、県と比較すると、腎不全、糖尿病の割合が高くなっています。

疾病別死因割合(令和3年)(図表 2-1-(5)-1)

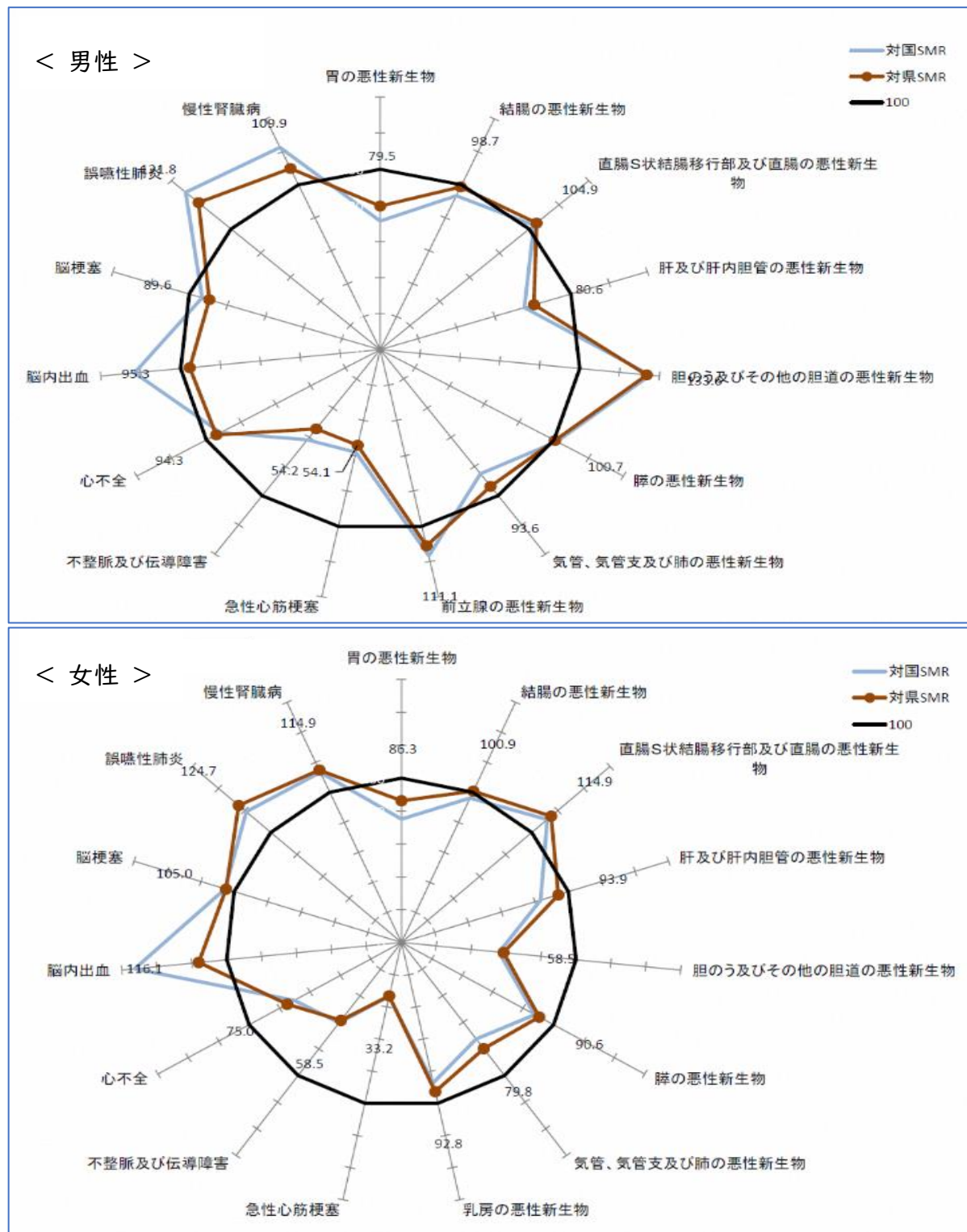


疾患項目	島田市		静岡県	国
	人数(人)	割合		
悪性新生物	297	24.7%	25.3%	26.5%
心疾患	120	10.0%	14.1%	14.9%
脳血管疾患	88	7.3%	8.3%	7.3%
腎不全	31	2.6%	2.0%	2.0%
糖尿病	14	1.2%	1.0%	1.0%
その他	654	54.2%	49.3%	48.3%

(厚生労働省 人口動態調査)

平成 29～令和3年の死因別標準化死亡比(全国=100)をみると、男女とも慢性腎臓病、誤嚥性肺炎、脳内出血が高くなっています。特に脳内出血は顕著に高い傾向が見られます。男性は、胆のう及びその他の胆道の悪性新生物が高く、女性は、脳梗塞、直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物が高くなっています。一方、急性心筋梗塞、不整脈及び伝導障害等は男女ともに低くなっています。

標準化死亡比(SMR)(平成 29 年～令和3年)(図表 2-1-(5)-2)



(静岡県 令和 5 年 7 月公表)

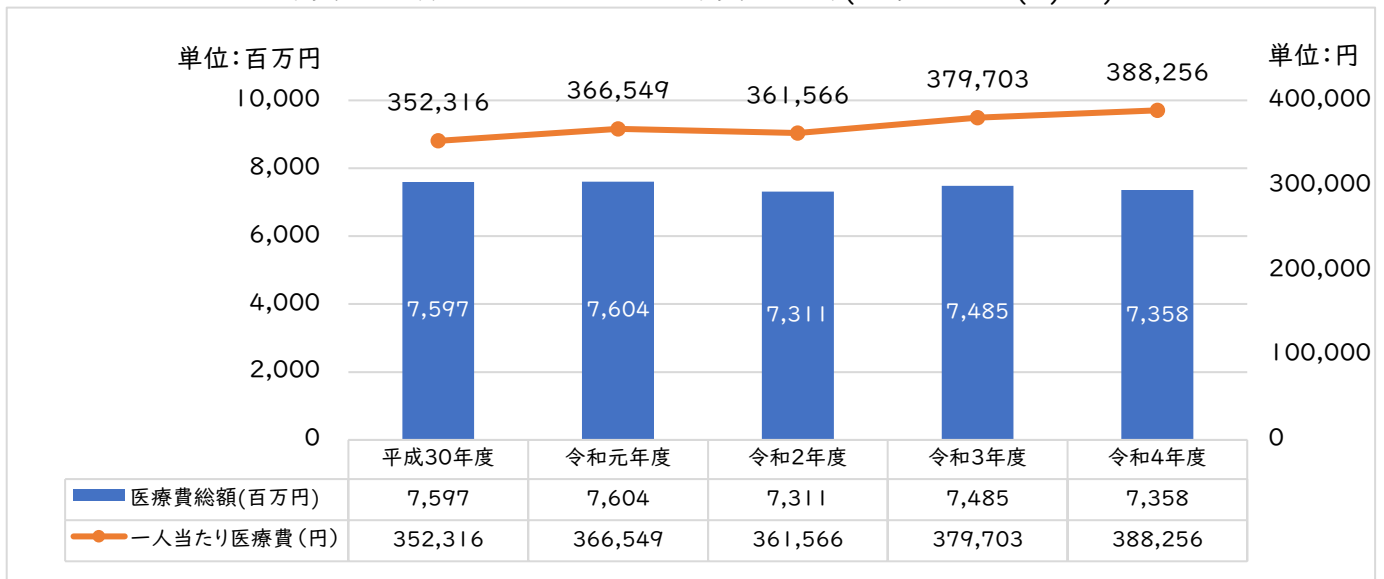
2 島田市国民健康保険被保険者の医療費状況

(1) 医療費総額、一人当たり医療費の状況

年間の医療費総額は令和4年度時点で約 74 億円となっており、平成 30 年度から比較すると約 2.3 億円ほど減少しています。

一方で、一人当たりの医療費は令和4年度時点で約 39 万円で、年々増加傾向にあり、平成 30 年度と比較すると一人当たり約 3.6 万円ほど増加しています。

医療費の総額及び 1 人あたり医療費の分析(図表 2-2-(1)-1)

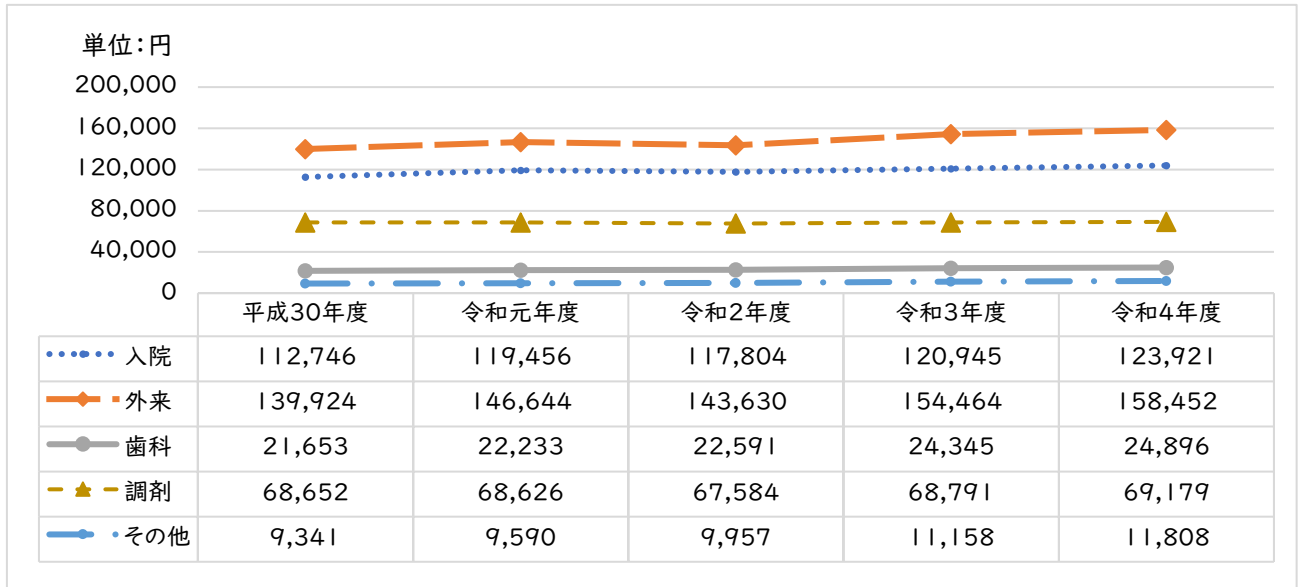


(島田市「国民健康保険事業年報」(平成 30 年度～令和4年度))

(2) 医療分類別医療費の状況

一人当たり年間医療費を入院、外来、歯科及び調剤に分けて比較すると、令和元年度から微増傾向にある外来が最も高額です。次いで、入院、調剤、歯科の順に高額となっています。

医療分類別一人当たり年間医療費の推移(図表 2-2-(2)-1)



(島田市「国民健康保険事業年報」)

令和3年度の被保険者一人当たり年間医療費を入院、外来、歯科及び調剤に分けて県と国と比較すると、入院が最も低く、外来が最も高い状況です。

1人当たりの年間医療費の比較(令和3年度)(図表 2-2-(2)-2)

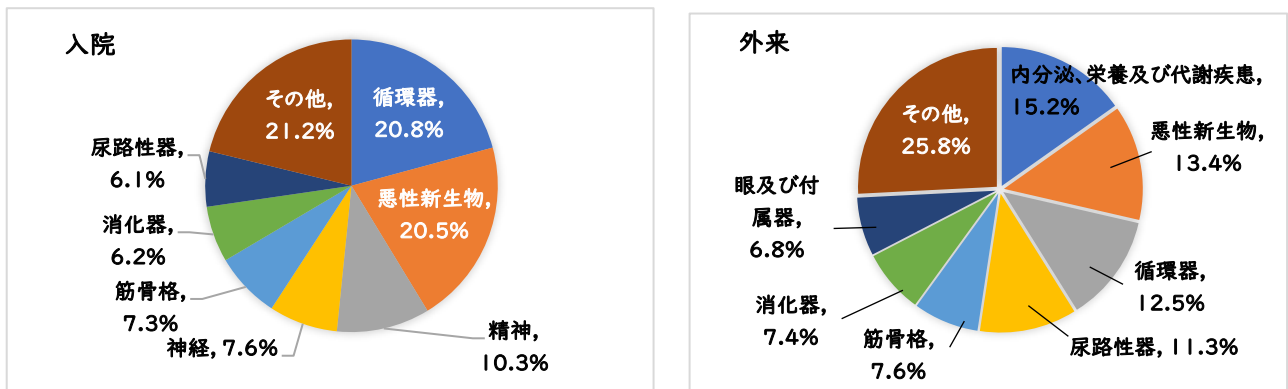
	島田市	静岡県	国
入院(円)	120,945	134,096	144,700
外来(円)	154,464	150,101	138,924
歯科(円)	24,345	24,401	26,949
調剤(円)	68,791	66,896	69,323
その他(円)	11,158	11,498	14,833

(島田市「国民健康保険事業年報(令和3年度)」)

(3) 疾病分類別医療費の内訳

疾病大分類別に医療費の構成割合をみると、入院は「循環器」「悪性新生物」「精神」「神経」の順に多く、外来は「内分泌、栄養及び代謝疾患」「悪性新生物」「循環器」「尿路性器」の順に多くなっています。

疾病分類別医療費の内訳(令和4年度)(図表 2-2-(3)-1)



(国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類(令和4年度)」)

また、細小分類別の医療費が高い順にみると、入院では「統合失調症」「脳梗塞」「うつ病」、外来では「糖尿病」「慢性腎臓病(透析あり)」「高血圧症」が上位を占めています。

細小分類別医療費(入院・外来別)上位5位(令和4年度)(図表 2-2-(3)-2)

入院				外来			
順位	疾病名	医療費(円)	医療費割合	順位	疾病名	医療費(円)	医療費割合
1位	統合失調症	103,047,820	4.5%	1位	糖尿病	394,505,730	9.3%
2位	脳梗塞	95,835,480	4.2%	2位	慢性腎臓病(透析あり)	283,118,560	6.7%
3位	うつ病	93,866,670	4.1%	3位	高血圧症	273,594,490	6.4%
4位	不整脈	83,121,130	3.7%	4位	脂質異常症	167,761,090	3.9%
5位	肺がん	77,876,390	3.4%	5位	不整脈	111,068,000	2.6%

(国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類(令和4年度)」)

細小分類別医療費の割合は、「糖尿病」(6.4%)、「慢性腎臓病(透析あり)」(5.5%)、「高血圧症」(4.2%)の順に多い状況です。

細小分類別医療費集計(入院+外来)上位10位(令和4年度)(図表 2-2-(3)-3)

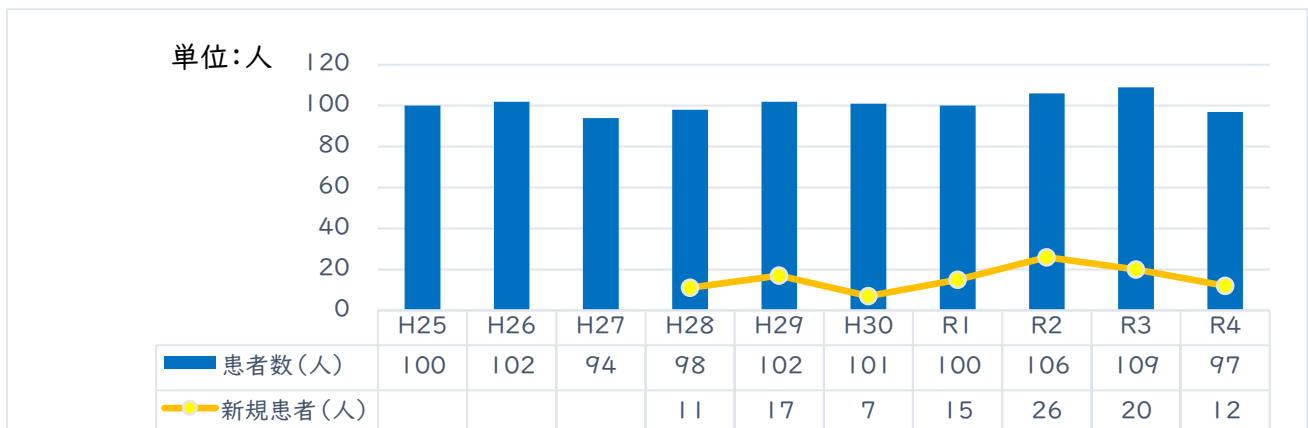
	疾病別	医療費 (入院+外来)	比率
1位	糖尿病	418,530,860	6.4%
2位	慢性腎臓病(透析あり)	358,598,310	5.5%
3位	高血圧症	275,787,460	4.2%
4位	関節疾患	220,017,620	3.4%
5位	不整脈	194,189,130	3.0%
6位	肺がん	188,690,300	2.9%
7位	脂質異常症	168,332,800	2.6%
8位	統合失調症	165,802,030	2.5%
9位	うつ病	156,344,160	2.4%
10位	脳梗塞	111,935,740	1.7%

(国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」)

(4) 人工透析医療費の状況

人工透析患者数は100人前後で推移しており、令和4年度は前年度と比較して約10人減少しました。新規透析患者は若干の増減はありますが、全体的にみると減少傾向にあります。令和4年度は、患者数の減少に伴い、年間の診療実日数は減少していますが、医療費全体に占める費用額割合は増加しています。また、人工透析者の有病状況は、高血圧が最も高く令和4年度は91.7%、次いで糖尿病が50.0%となっています。高血圧や糖尿病などの生活習慣病の重症化予防が重要です。

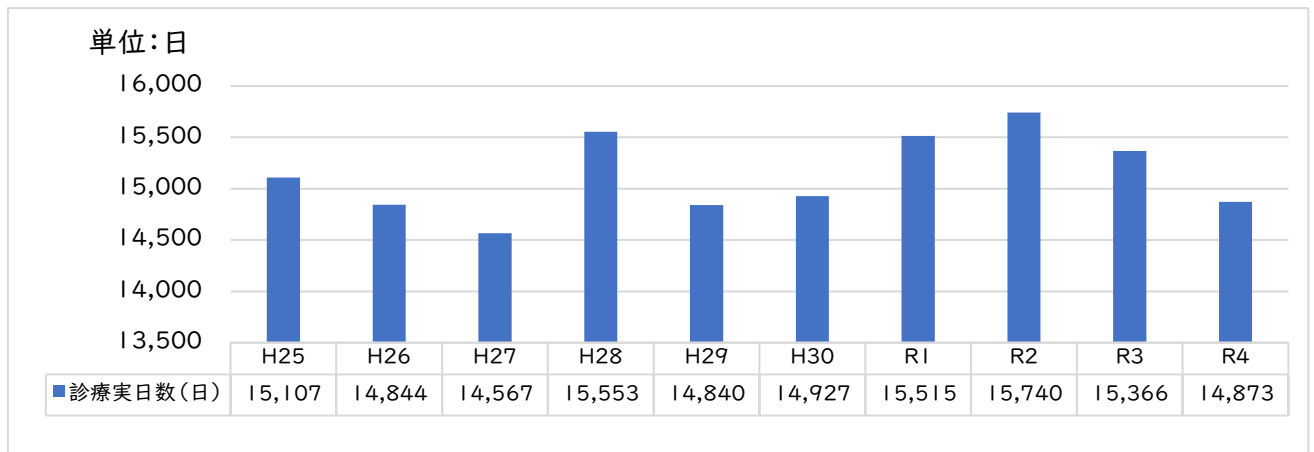
人工透析患者数の推移(図表 2-2-(4)-1)



※平成27年度以前の新規患者のデータはなし

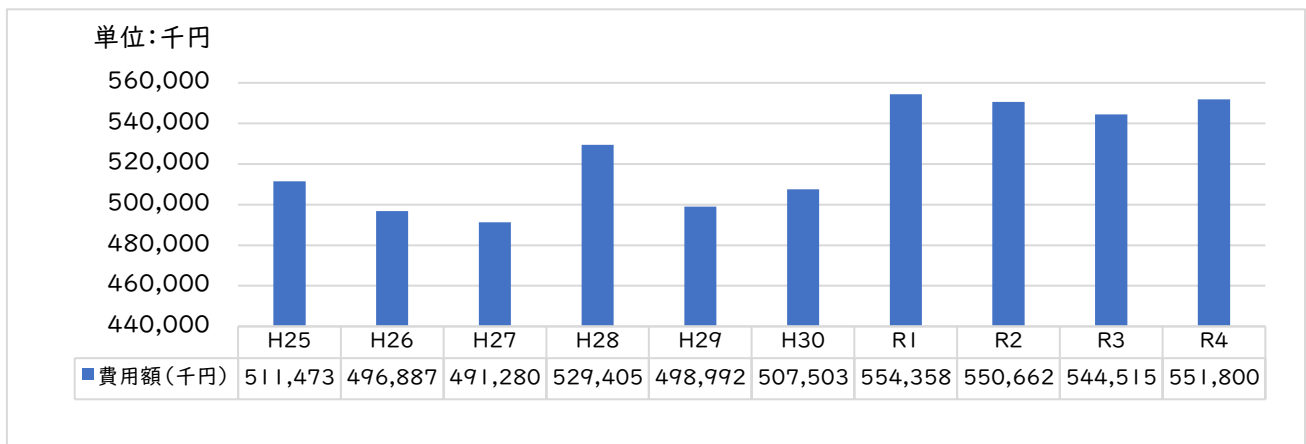
(しずおか茶っどシステム)

診療実日数(日)の推移(図表 2-2-(4)-2)



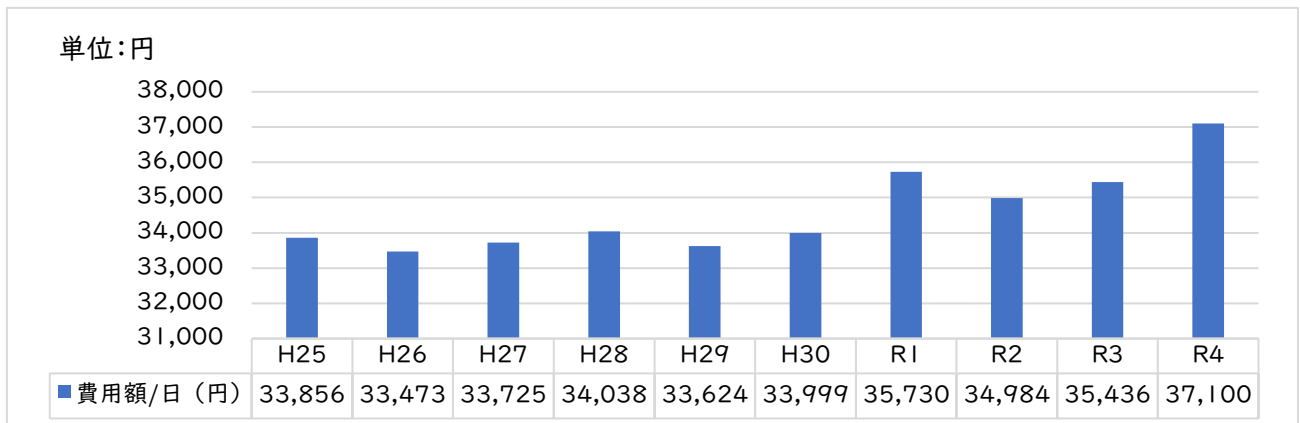
(しずおか茶っどシステム)

費用額の推移(図表 2-2-(4)-3)



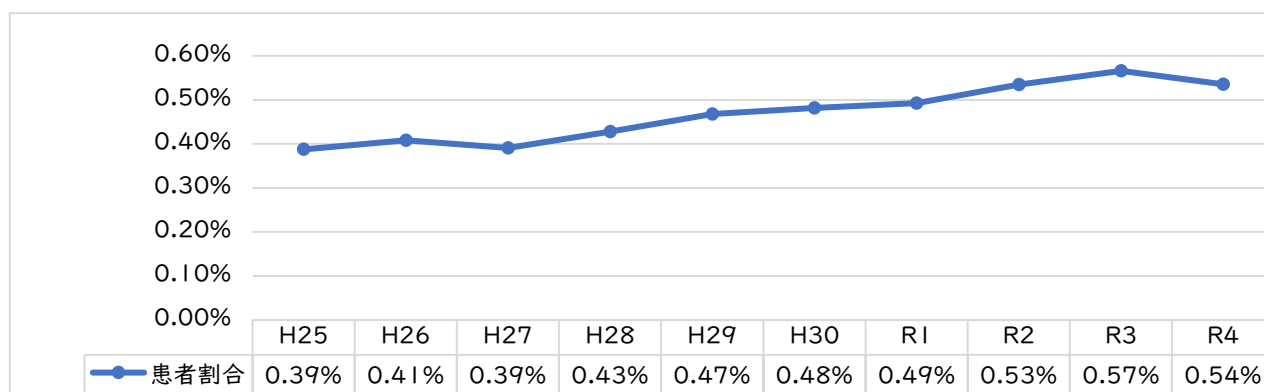
(しずおか茶っどシステム)

費用額/日(図表 2-2-(4)-4)



(しずおか茶っどシステム)

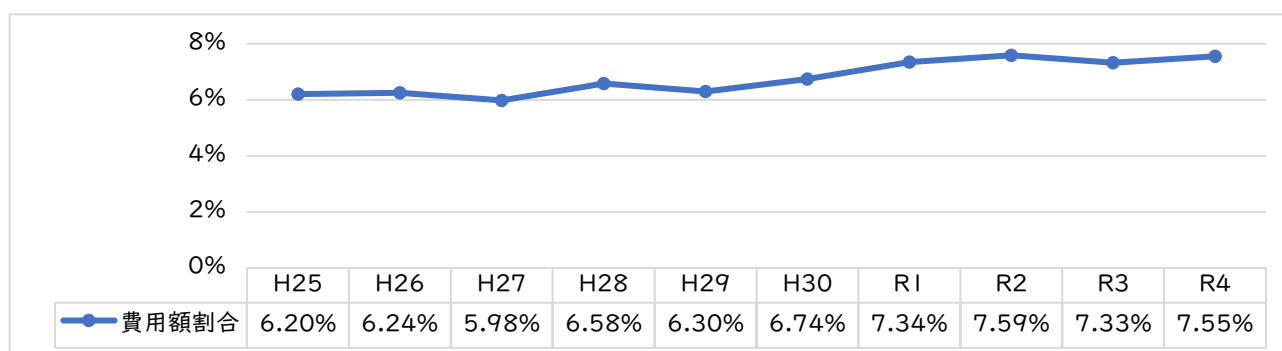
患者割合の推移(図表 2-2-(4)-5)



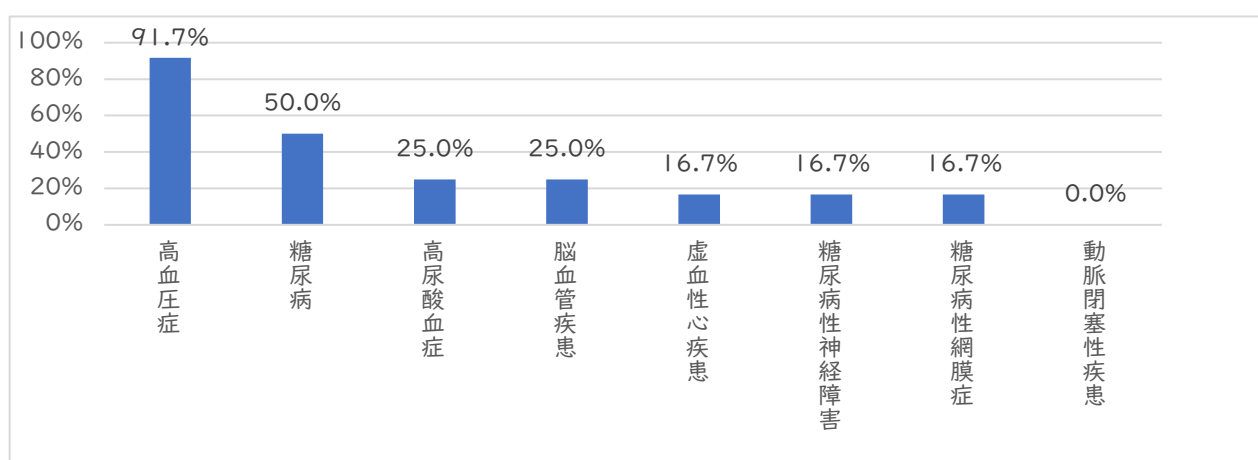
(しずおか茶っとシステム)

医療費全体に占める費用額割合の推移(図表 2-2-(4)-6)

(しずおか茶っとシステム)



透析者の有病状況(令和4年度)(図表 2-2-(4)-7)

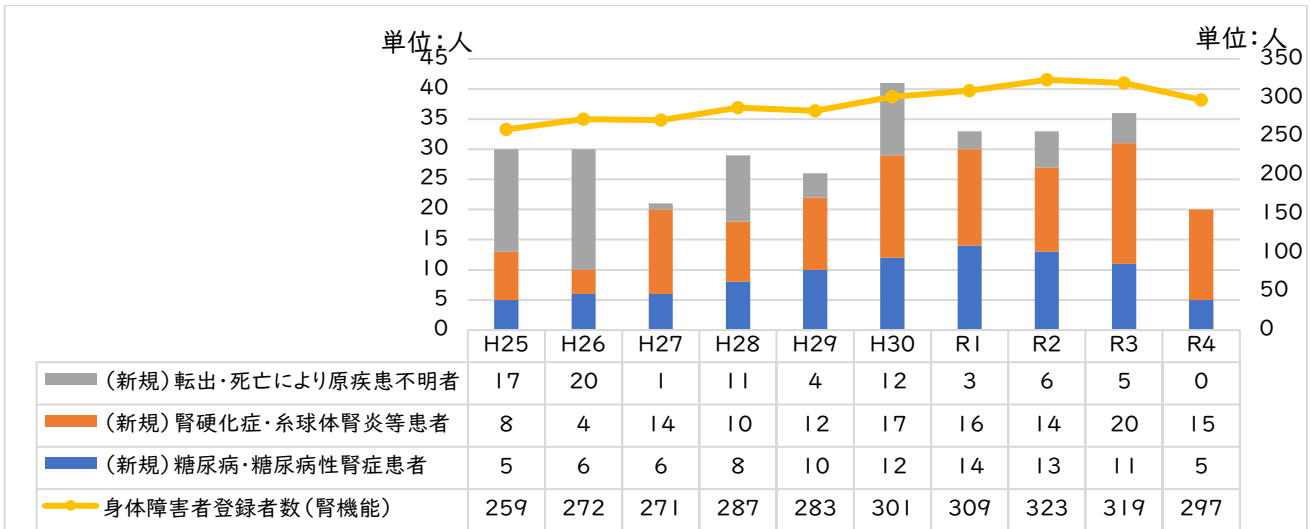


(国保データシステム(KDB)「人工透析患者一覧」(令和4年度))

<参考> 島田市全体の状況

市全体でみると、人工透析患者は平成25年度から令和2年度まで増加していますが、令和3年度以降、減少傾向です。また、新規人工透析患者は平成30年度が最も多く41人でした。令和4年度はその約半数の20人です。また、新規患者のうち、糖尿病もしくは糖尿病性腎症が原疾患である患者は減少傾向にあります。

身体障害者手帳交付台帳登録数年次推移(図表 2-2-(4)-8)

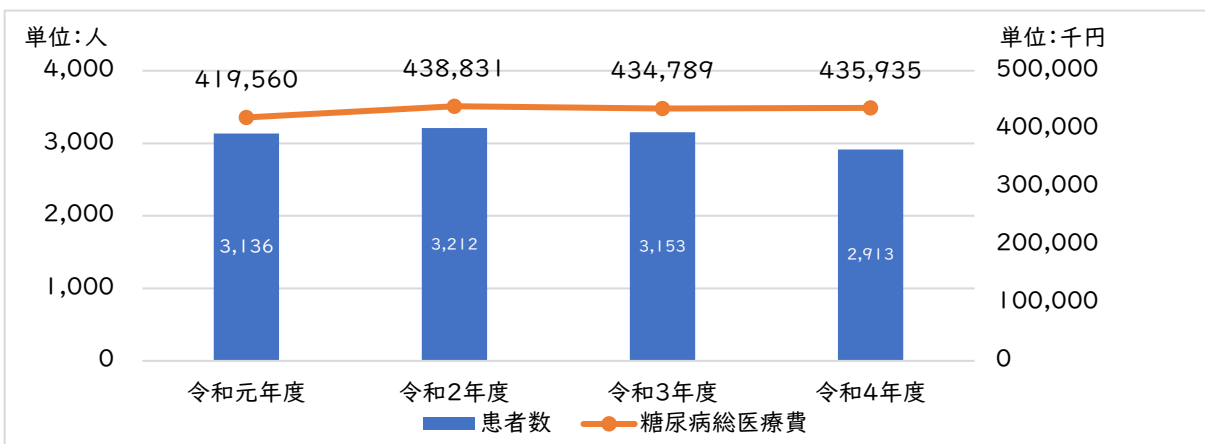


(身体障害者手帳交付台帳(福祉課)の集計)

(5) 糖尿病医療費の状況

糖尿病患者数は徐々に減少傾向にあり、令和4年度時点で2,913人となり、令和元年度と比較すると223人減少しています。年間医療費は例年約4.3億円前後を推移していますが、令和元年度と比較して約1,500万円増加し、一人当たり医療費が年々増加傾向となっています。

糖尿病患者数、年間医療費(図表 2-2-(5)-1)

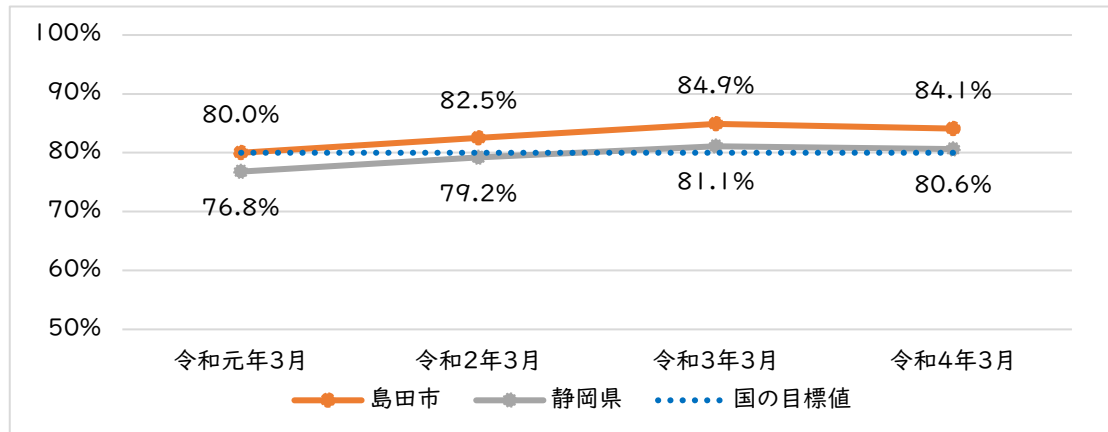


(国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類(平成30~令和4年度)」
「人口及び被保険者の状況」「地域の全体像の把握(平成30~令和4年度)」)

(6) 後発医薬品普及の状況

後発医薬品の数量シェアは、令和4年3月時点で84.1%となっており、国の目標基準である80.0%を達成しており、静岡県と比較しても高い状況にあります。

後発医薬品数量シェアの推移(図表 2-2-(6)-1)



(厚労省「保険者別の後発医薬品の使用割合(令和元年3月時点~令和4年3月時点)」)

(7) 重複・頻回受診の状況

令和4年度の重複受診の状況を見ると、同一月内に、同一の傷病で、3か所以上の医療機関を外来受診している重複受診者は年間実人数で177人となっています。

年間重複受診(令和4年度)(図表 2-2-(7)-1)

年間実人数	年間延べ人数	年間延べ受診件数	年間延べ医療費(点数×10)
177人	309人	2,056件	60,319,450円

(レセプトデータ(医科、DPC、調剤)(令和4年度))

同様に、令和4年度の頻回受診の状況を見ると、同一月内に、12回以上外来受診している頻回受診者は年間実人数で20人となっています。

年間頻回受診(令和4年度)(図表 2-2-(7)-2)

年間実人数	年間延べ人数	年間延べ受診件数	年間延べ医療費(点数×10)
20人	29人	330件	5,319,580円

(レセプトデータ(医科、DPC、調剤)(令和4年度))

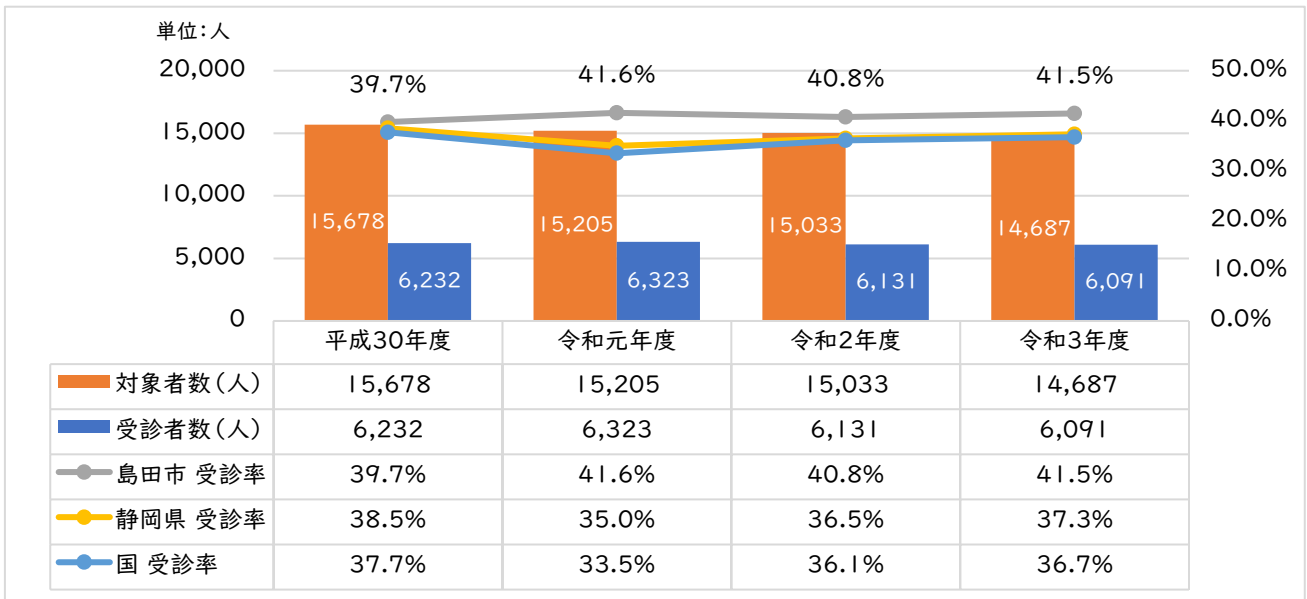
3 特定健康診査の実施状況

(1) 特定健康診査の受診率

① 特定健康診査の実施状況(全体)

40歳以上の被保険者を対象に実施している特定健康診査の受診率は、令和3年度は41.5%であり、例年静岡県や全国と比べて受診率は高く推移していますが、国の目標値60%には及んでいない状況です。

特定健康診査の実施状況(図表 2-3-(1)-①-1)



(静岡県国民健康保険団体連合会「実施分法定報告保険者別集計」、
国保データベース(KDB)システム「地域全体像の把握」)

② 性年代別受診者数と受診率

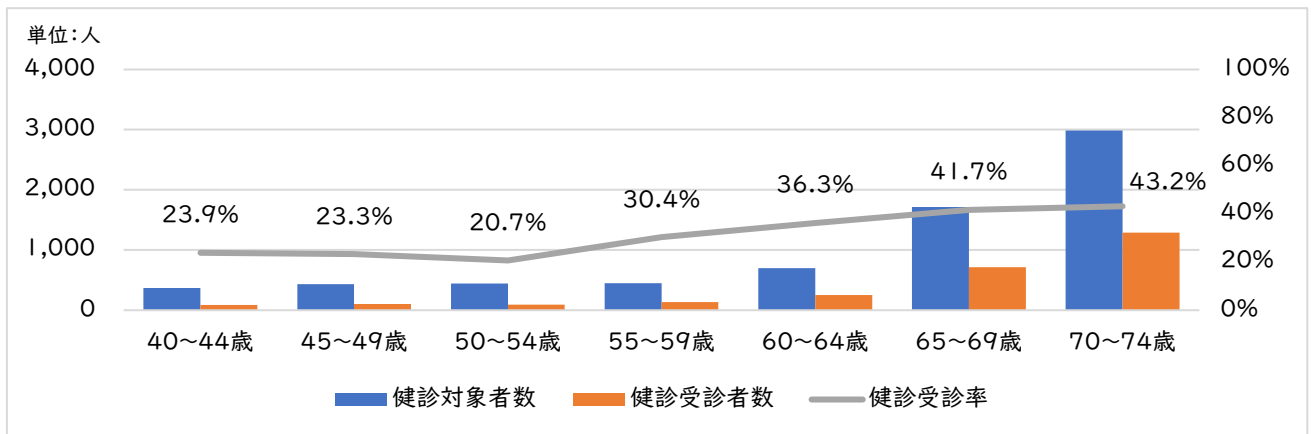
特定健康診査の実施状況を性年代別で見ると、特に54歳以下の男性の受診率が低い値であることがわかります。就労世代の40-50代、特に男性に対する受診勧奨が必要と考えます。

性年代別特定健康診査受診者数と受診率(令和3年度)(図表 2-3-(1)-②-1)

		40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳	70~74歳
男性	対象者数(人)	372	434	445	447	697	1,716	2,989
	受診者数(人)	89	101	92	136	253	716	1,291
	受診率(%)	23.9%	23.3%	20.7%	30.4%	36.3%	41.7%	43.2%
女性	対象者数(人)	273	308	394	431	964	2,011	3,206
	受診者数(人)	85	102	128	154	425	999	1,520
	受診率(%)	31.1%	33.1%	32.5%	35.7%	44.1%	49.7%	47.4%

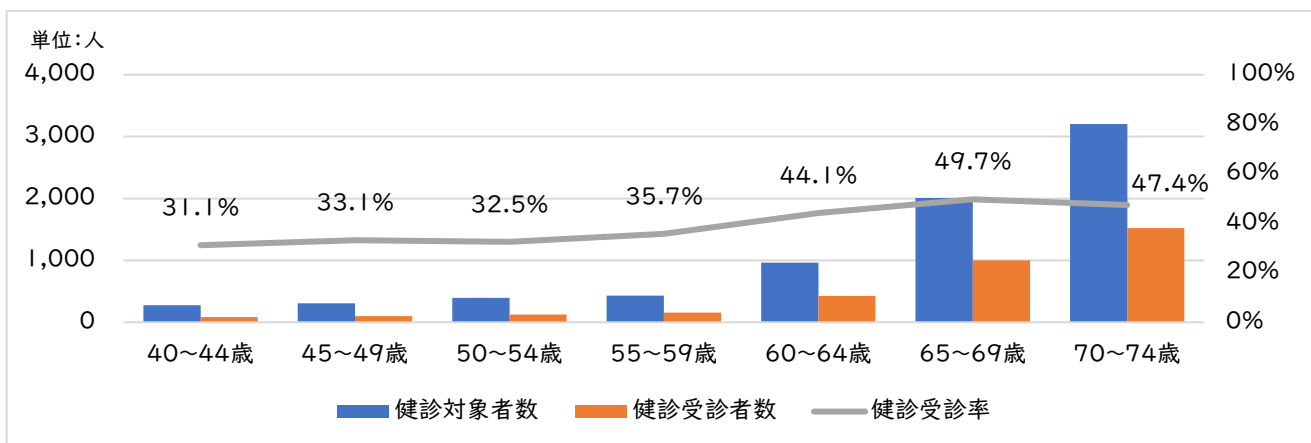
(特定健康診査等データ管理システム「特定健康診査・特定保健指導実施結果報告」)

男性の年代別特定健康診査実施状況(令和3年度)(図表 2-3-(1)-②-2)



(特定健康診査等データ管理システム「特定健康診査・特定保健指導実施結果報告」)

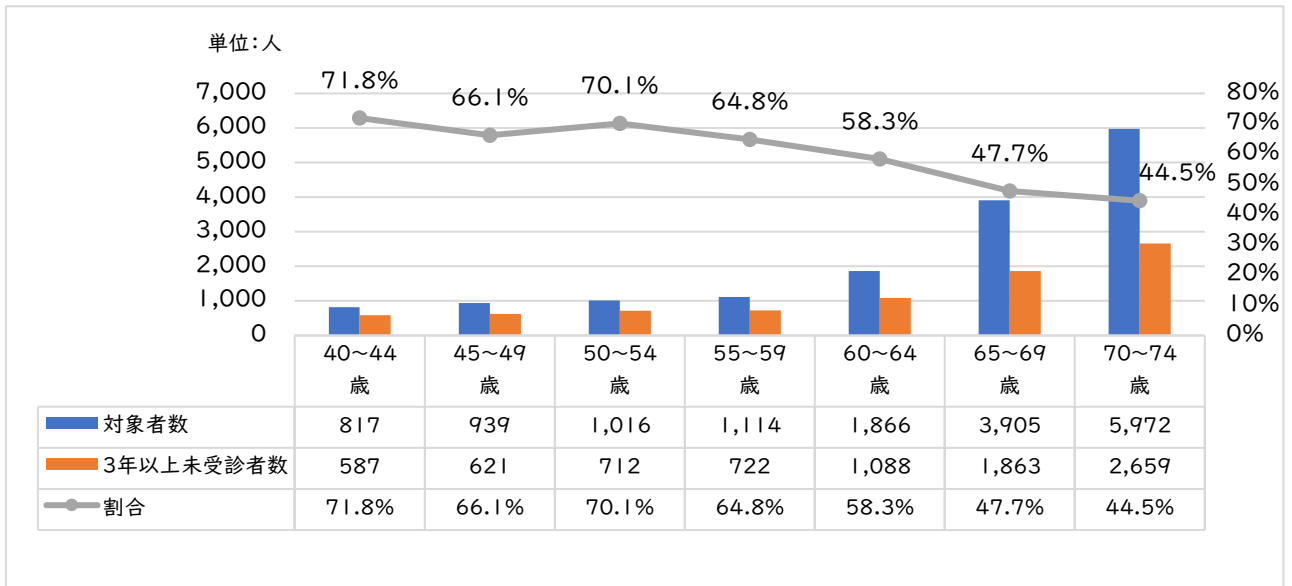
女性の年代別特定健康診査実施状況(令和3年度)(図表 2-3-(1)-②-3)



(特定健康診査等データ管理システム「特定健康診査・特定保健指導実施結果報告」)

特定健康診査を3年以上を受けていない未受診者層の割合は、40-64歳において約60%以上となっています。

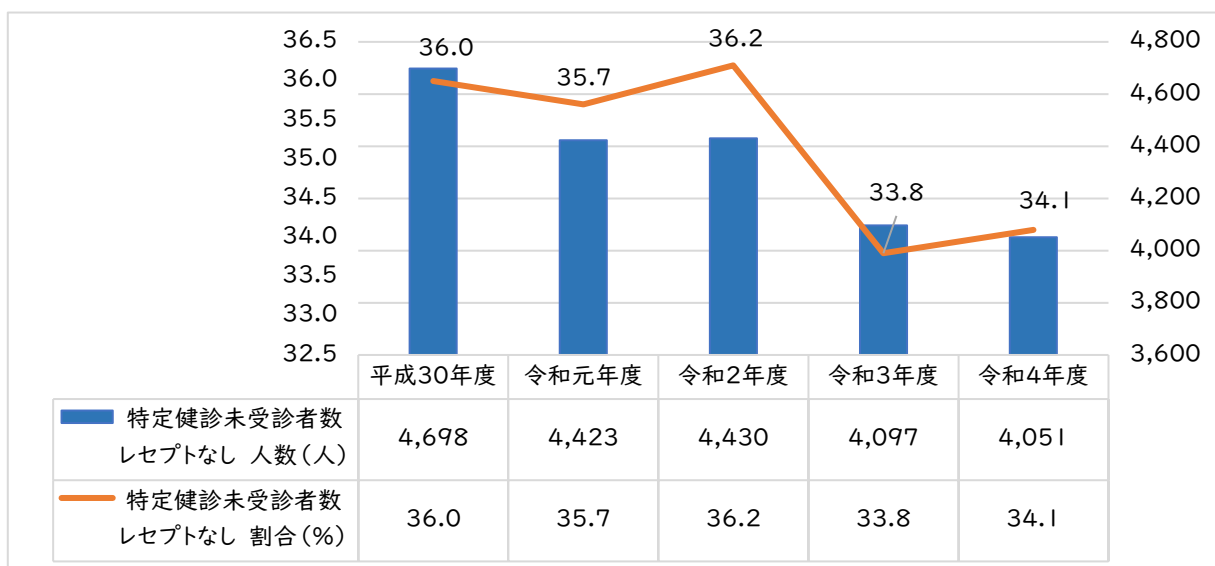
3年以上特定健康診査未受診者層の割合(令和2年~令和4年)(図表 2-3-(1)-②-4)



(特定健康診査データ「FKAC131 特定健康診査受診者」、「FKAC161 受診券情報」レセプトデータ(医科、DPC)(令和2年度~令和4年度))

医療・特定健康診査の情報がない健康状態不明者の割合は年々減少傾向にあります。全体的にみると健康状態不明者が減っていますが、図表 2-3-(1)-②-4から若い方の健康状態不明者が多いことがわかります。40~50代の特定健康診査受診率の向上、啓発が課題に挙げられます。

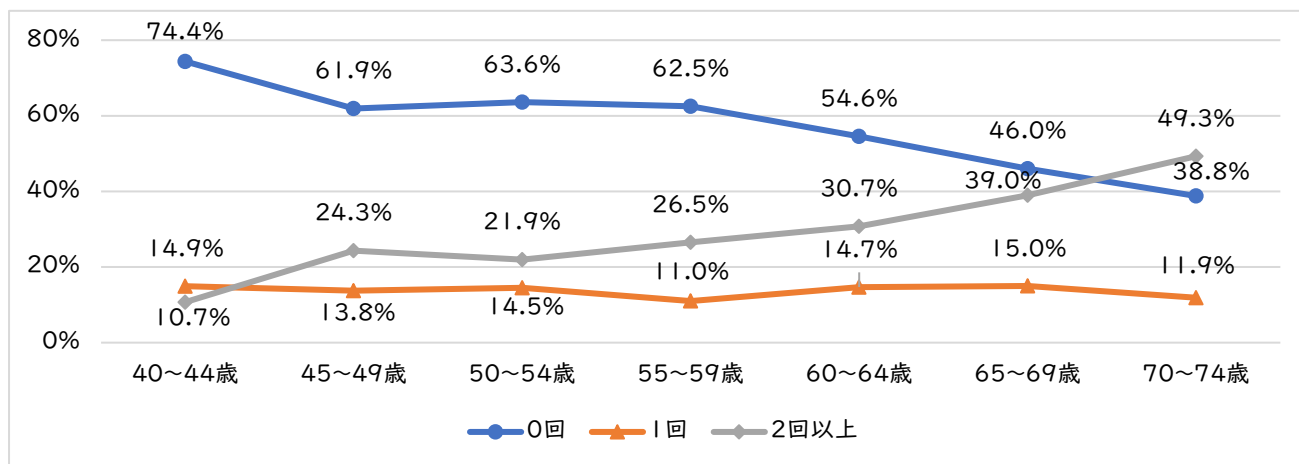
医療・特定健康診査の情報がない健康状態不明者の割合(図表 2-3-(1)-②-5)



※生活習慣病を有するレセプト請求がある場合、レセプト有とする
(しずおか茶っとシステム「わが町の状況 T6-特定健診受診状況別の医療のかかり方」)

特定健康診査レポート率を見ると、全く受けたことがない受診回数0回の方は40-44歳において74.4%と高く、年齢層が上がるにつれて受診回数0回の方は低くなっています。2回以上受けている方は、既に特定健康診査受診が習慣化されている方も多くいると考えられるため、受診が継続されるよう、適切なタイミングと方法によって案内を行うことが必要と思われます。

特定健康診査レポート率(令和4年度対象5年間特定健康診査)(図表 2-3-(1)-②-6)

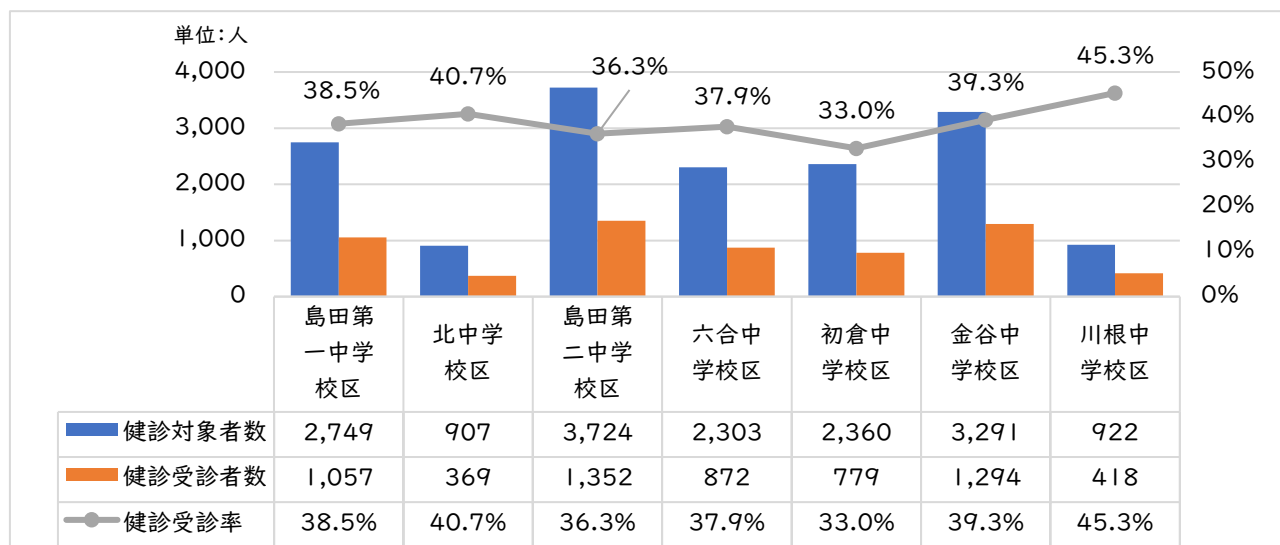


(特定健康診査データ「FKAC173 特定健康診査結果等情報作成抽出(受診券情報)」、
「FKAC131 特定健康診査受診者」)

③日常生活圏域別 特定健康診査の実施状況

日常生活圏域別の特定健康診査の実施状況をみると、最も受診率が高い「川根中学校区」45.3%と最も低い「初倉中学校区」33.0%では、約12ポイントの差があります。地域ごとで特定健康診査の実施方法が異なるため、委託機関と連携し、地域に適した受診率向上のための取り組みを検討する必要があります。

日常生活圏域別 特定健康診査の実施状況(令和4年度)(図表 2-3-(1)-③-1)

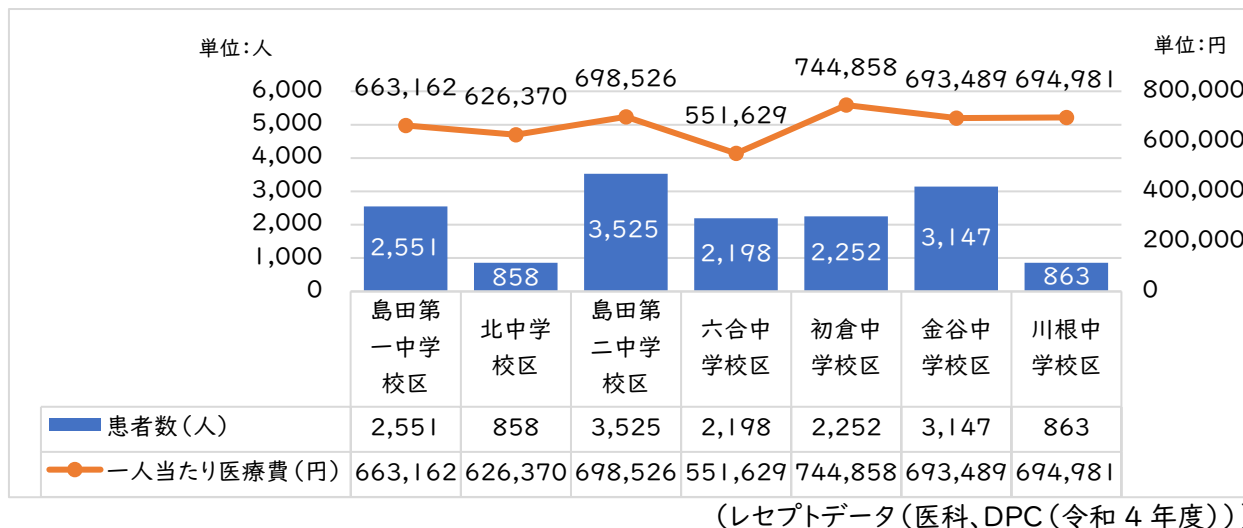


(特定健康診査データ「FKAC131 特定健康診査受診者」、
「FKAC173 特定健康診査結果等情報作成抽出」)

また、日常生活圏域別に患者数と一人当たり医療費をみると、患者数は「島田第二中学校区」

が多く、一人当たり医療費は「初倉中学校区」が他の地区と比べて高い傾向にあることがわかります。図表 2-3-(1)-③-1より「初倉中学校区」が特定健康診査受診率が低いことから、健診受診率と一人当たり医療費の関連が示唆されます。

日常生活圏域別 患者数と一人当たり医療費(令和4年度)(図表 2-3-(1)-③-2)

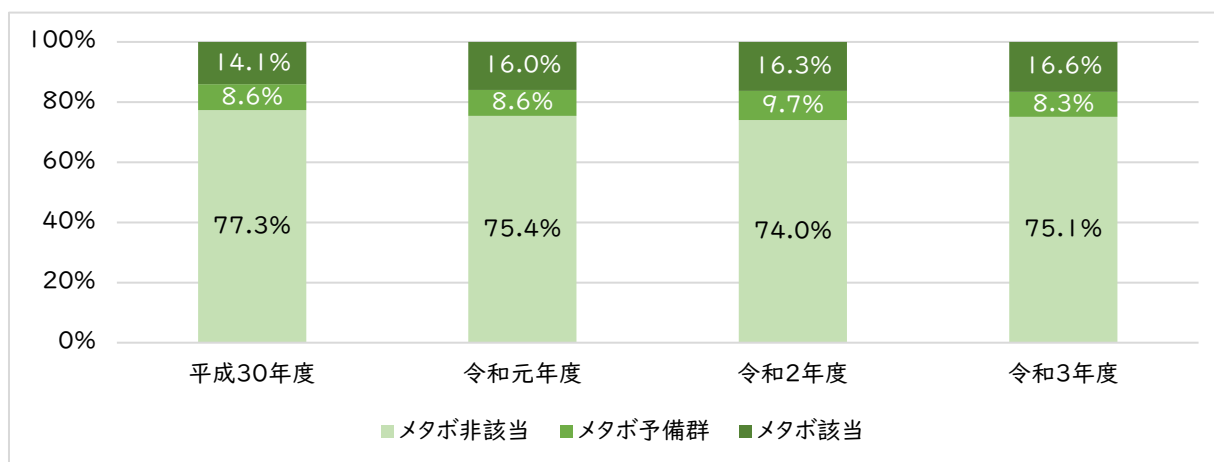


(2) 特定健康診査の受診結果

①メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者は微増傾向にあり、令和3年度時点で受診者に占める該当者の割合は16.6%、予備群の割合は8.3%となっています。

メタボリックシンドローム該当者・予備群割合の推移(図表 2-3-(2)-①-1)

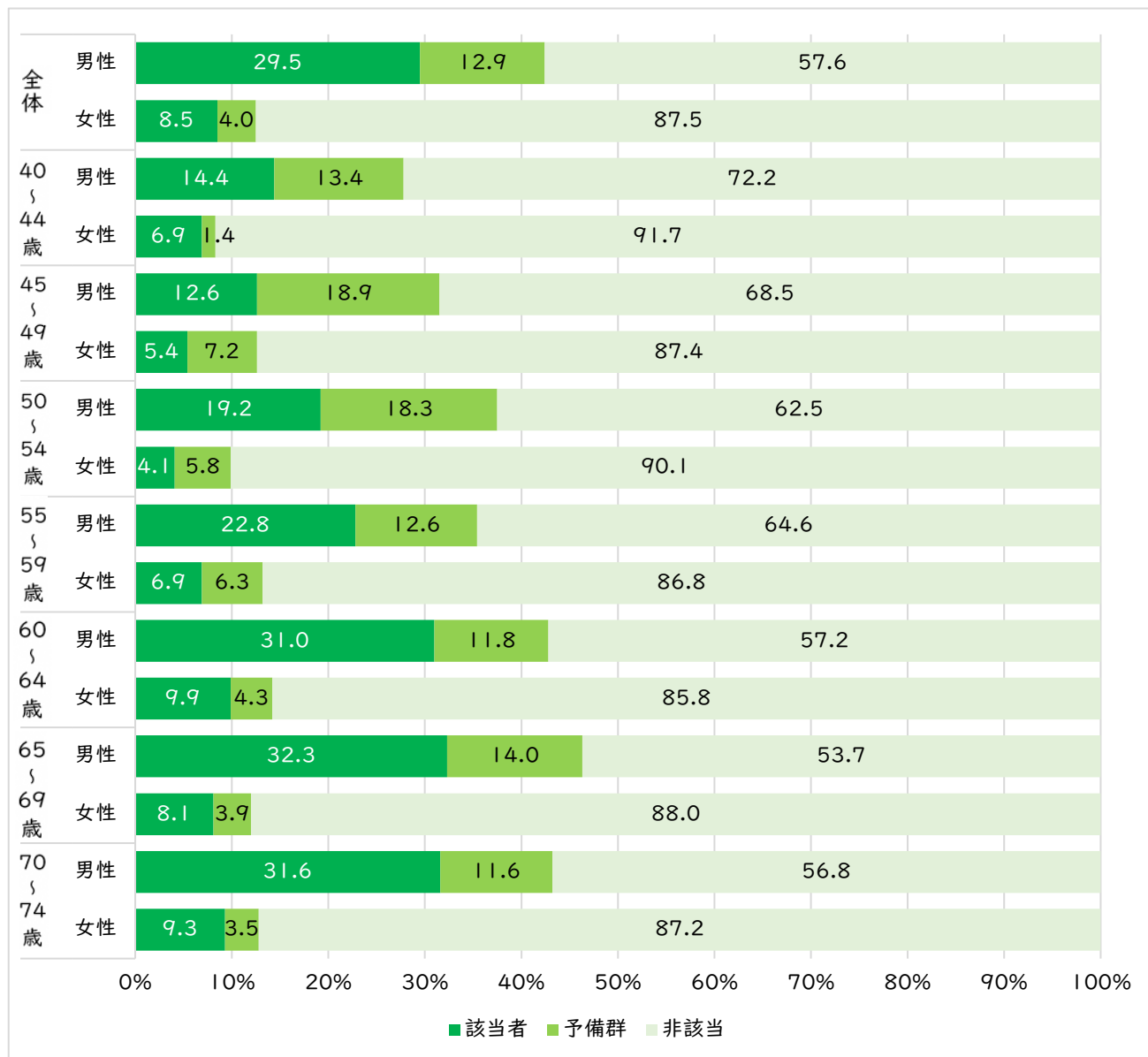


(法定報告「特定健康診査・特定保健指導実施結果報告(平成30年度～令和3年度)」)

性年代別にみると、60歳代の予備群及び該当者が各年代の約半数を占めます。60代前半でいかにメタボリックシンドロームの是正を図るかが重要となります。また、前述のとおり特定健康診査の受診率が低い「40-50歳代の男性」は、未受診者においても同様の傾向があるとするとメタボリックシンドローム該当者・予備群が相当数いることが推察されます。

年代別・男女別メタボリックシンドローム該当者・予備群割合（令和4年度）

（図表 2-3-(2)-①-2）

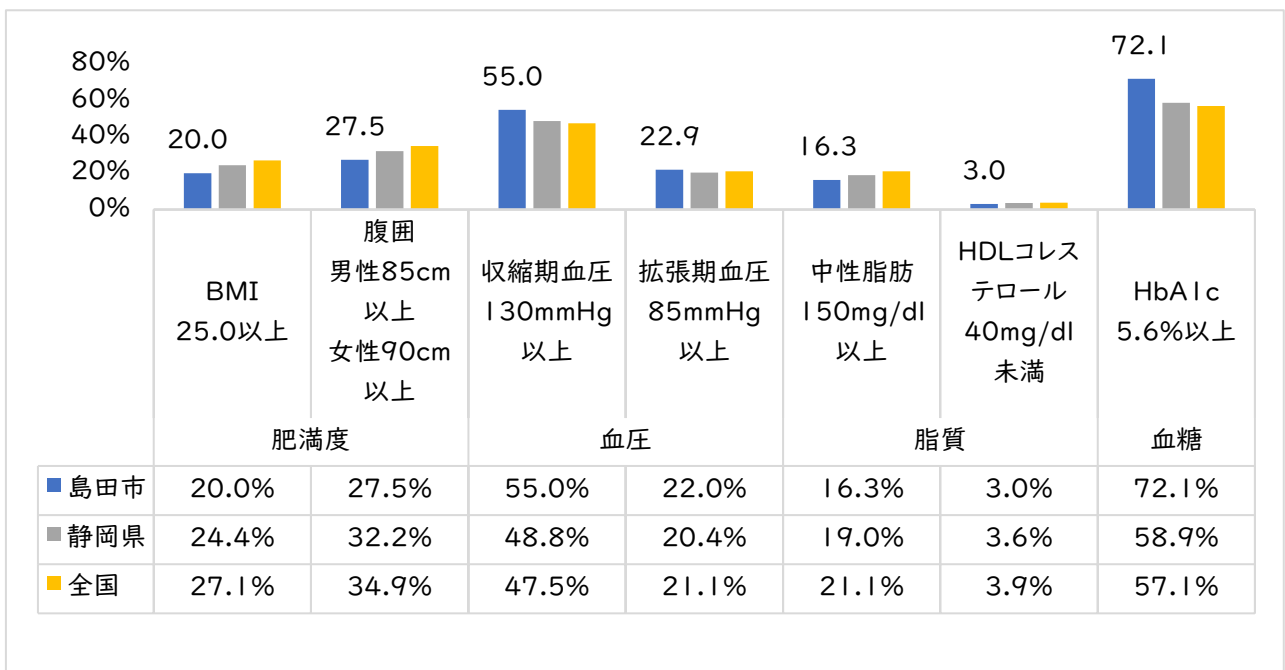


（国保データベース(KDB)システム「特定健康診査の状況」）

②検査項目別の状況

令和4年度において、検査項目別の受診者に占める有所見者（保健指導判定値以上の者）の割合をみると、「肥満度」の判定では、「BMI(体格指数)25.0以上」で肥満に該当する人は20.0%、「腹囲」がメタボリックシンドロームの診断基準である男性85cm以上、女性90cm以上に該当する人は27.5%となっています。「血压」の判定では、「収縮期血压130mmHg以上」が55.0%、「拡張期血压85mmHg以上」が22.0%でいずれも高血圧による保健指導対象に該当します。脂質の判定では、「中性脂肪150mg/dℓ以上」が16.3%、「HDLコレステロール40mg/dℓ未満」が3.0%で、いずれも脂質異常による保健指導対象に該当します。血糖の判定では、「HbA1c5.6%以上」が72.1%でいずれも高血糖による保健指導対象に該当しています。また、全国や静岡県と比較すると、「HbA1c5.6%以上」、「収縮期血压130mmHg以上」が高い状況です。

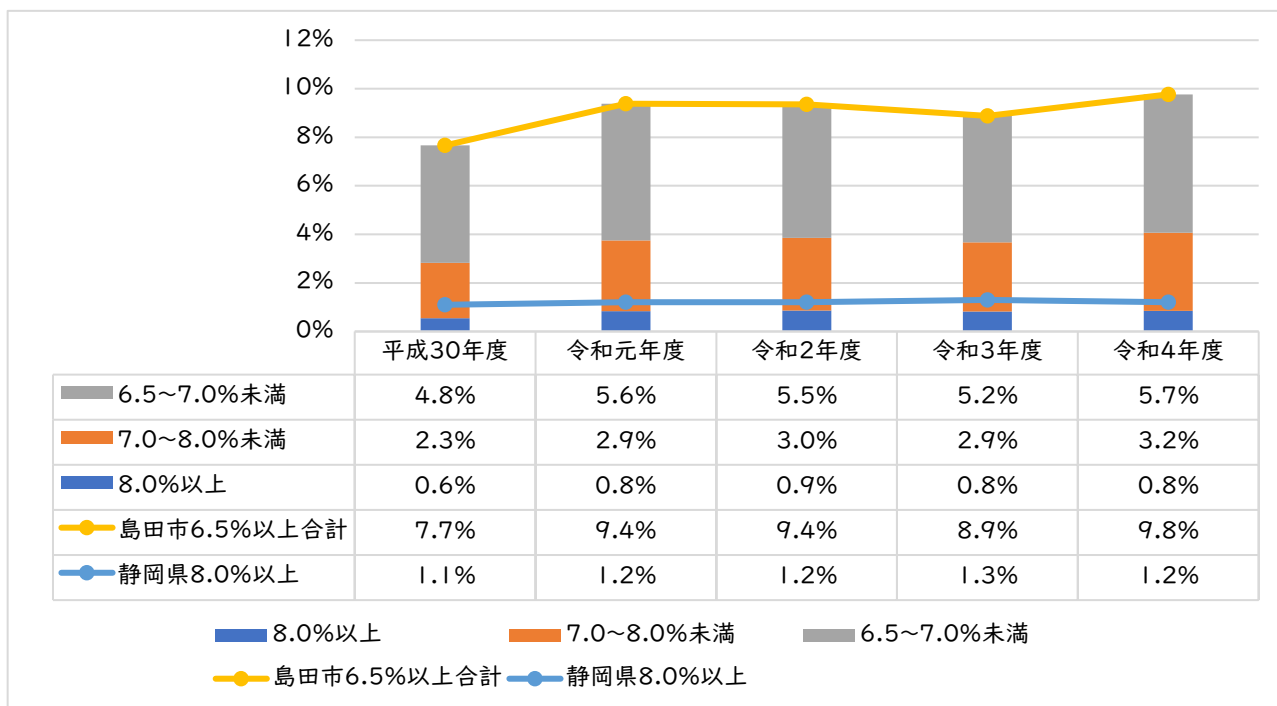
検査項目別の有所見者（保健指導判定値）割合（令和4年度）（図表 2-3-(2)-②-1）



（国保データベース（KDB）システム「特定健康診査有所見者状況」）

HbA1c 6.5%以上の該当者は年々増加傾向にあります。6.5～7.0%未満と7.0～8.0%未満の合計割合で約2%増加しています。8.0%以上は静岡県と比較して低くなっていますが、わずかに増加傾向にあり、県の水準に近づいています。今後は特に7.0～8.0%の血糖管理不良者へのアプローチを強化する必要があります。

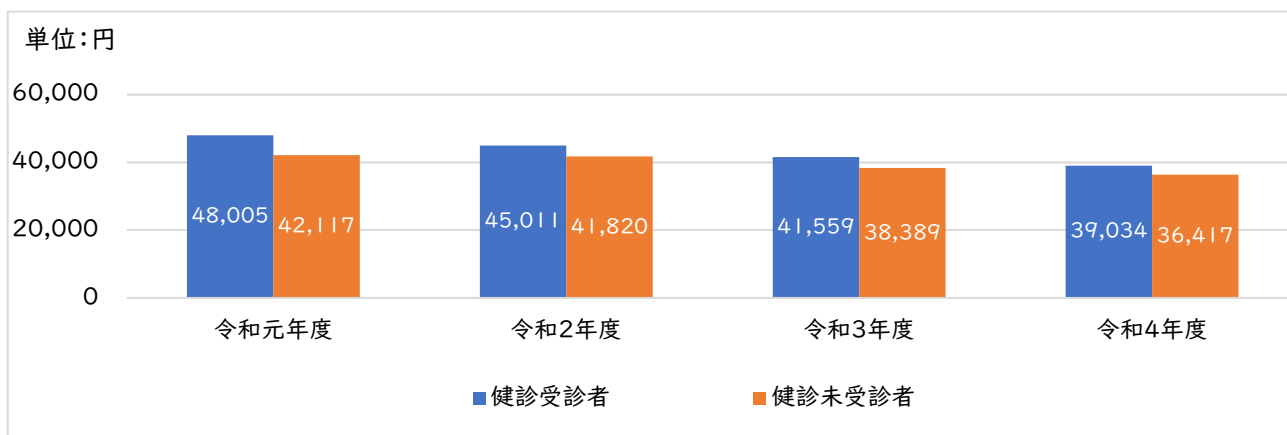
HbA1c6.5%以上の者の割合(図表 2-3-(2)-②-2)



(しずおか茶っとシステム)

高血圧症患者のうち、高血圧症に係る一人当たりの年間医療費を特定健康診査受診者、未受診者別にみると、特定健康診査受診者の方が多少高額になっています。医療機関への定期的な受診によるものと考えられます。

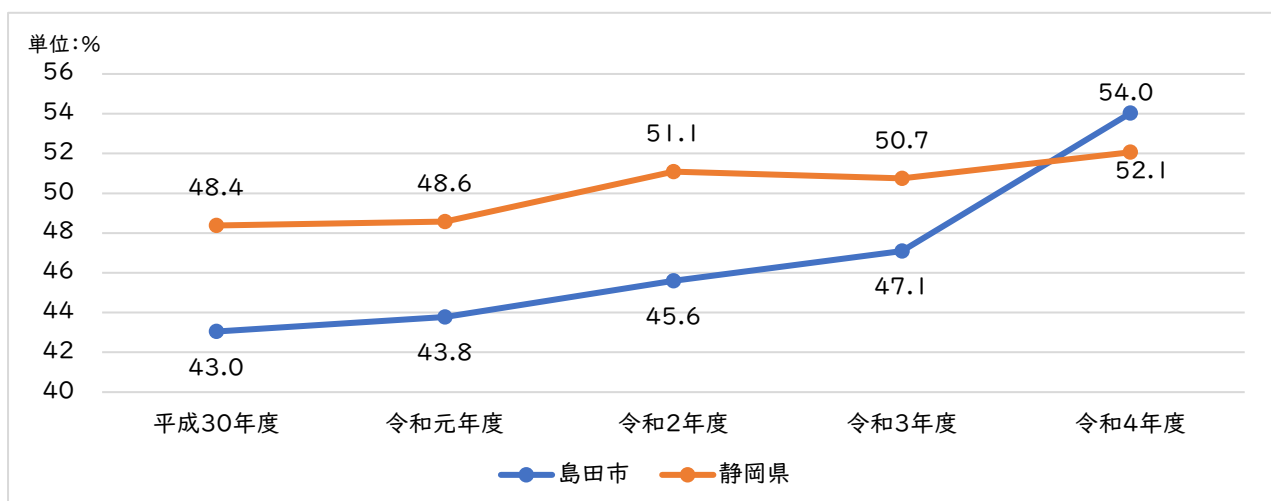
高血圧症患者の特定健康診査受診/未受診別一人当たり医療費
(高血圧症に係る医療費)比較(図表 2-3-(2)-②-3)



(レセプトデータ(医科、DPC、調剤)令和元年度～令和4年度、国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(中分類)(令和元年度～令和4年度))

高血圧症有病者(高血圧Ⅰ度以上)の割合は令和4年度に静岡県を抜いています。重症化予防のためにも高血圧重症化予防の対策を今後重点的に取り組む必要性があります。

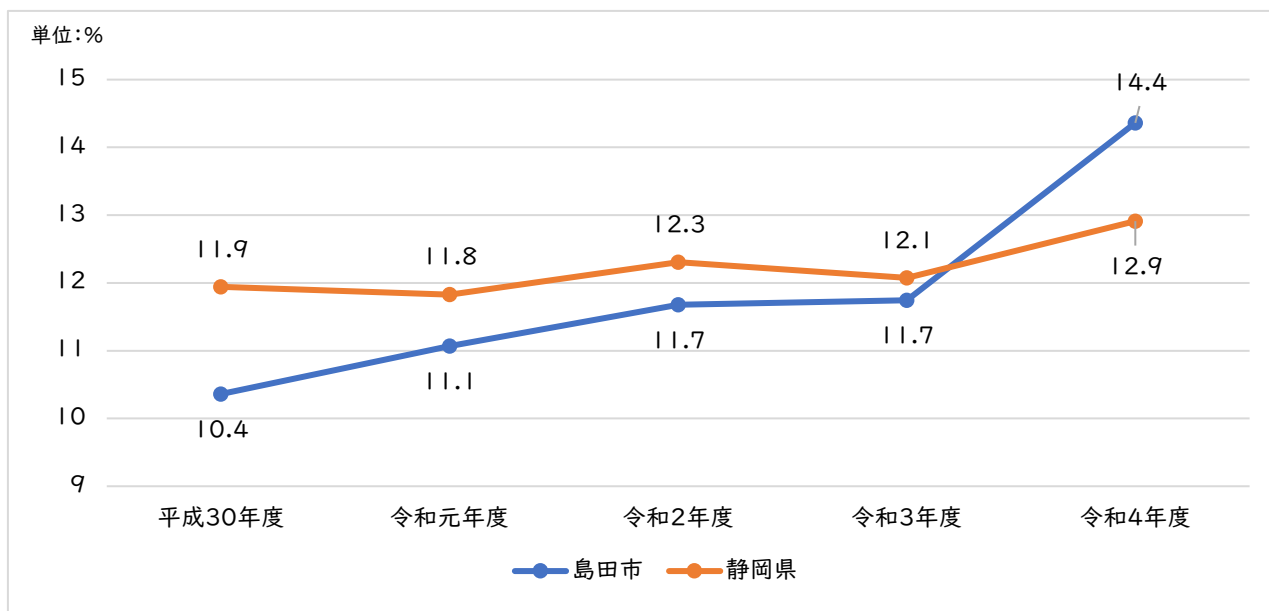
高血圧症有病者(高血圧Ⅰ度以上)の割合(図表 2-3-(2)-②-4)



(静岡県共通評価指標)

高血圧予備群の割合は令和4年度時点で静岡県より高い状況です。減塩など日ごろからの生活習慣の改善や定期的な血圧測定を行うなど意識づけや行動変容が必要であると考えられます。

高血圧予備群の割合(図表 2-3-(2)-②-5)



(静岡県共通評価指標)

③特定健康診査受診者の生活習慣行動

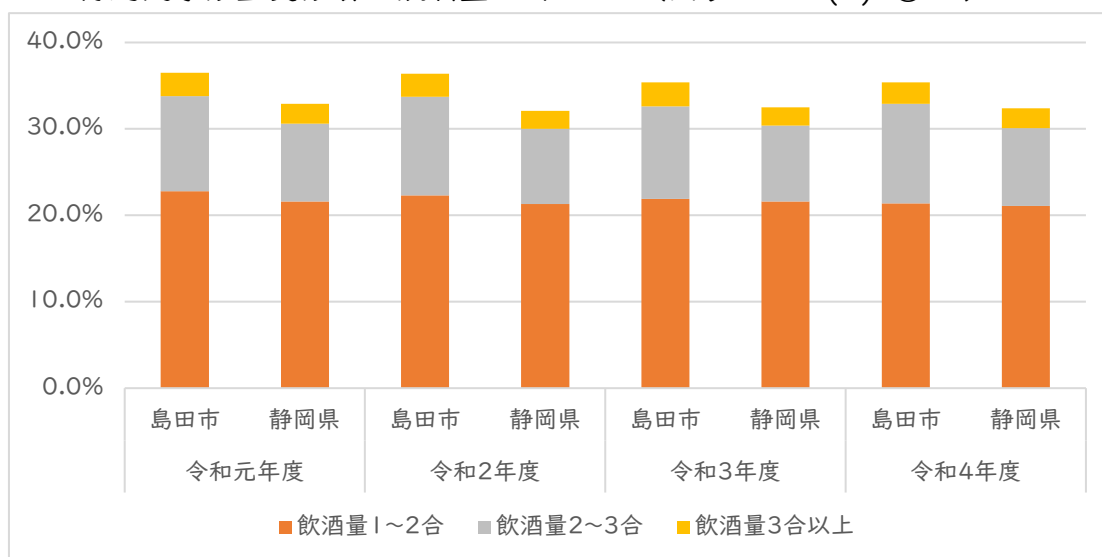
特定健康診査受診者の生活習慣行動は標準的な質問票より、県と比較して概ね良い習慣の回答率が高くなっていますが、咀嚼の「かみにくい」、飲酒量の「2～3合以上」が県と比較して高くなっています。口腔衛生及び口腔機能の向上、適正飲酒量に関する周知が必要であると思われます。

特定健康診査受診者の生活習慣行動(図表 2-3-(2)-③-1)

質問項目	回答	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
		島田市	静岡県	島田市	静岡県	島田市	静岡県	島田市	静岡県
喫煙習慣	はい	9.6%	11.8%	9.2%	11.3%	9.4%	11.4%	9.4%	11.4%
運動習慣	なし	59.9%	58.4%	59.7%	59.0%	60.5%	59.2%	60.7%	59.1%
咀嚼	なんでもかんで食べることができる	79.2%	80.1%	78.6%	79.6%	77.9%	79.5%	77.7%	79.4%
	かみにくい	19.9%	19.2%	20.8%	19.8%	21.5%	19.9%	21.4%	20.0%
	ほとんどかめない	0.9%	0.7%	0.5%	0.6%	0.6%	0.6%	0.9%	0.6%
就寝前の食事摂取	はい	7.8%	11.8%	7.7%	11.4%	7.8%	11.2%	8.0%	11.3%
間食の習慣	毎日	16.4%	16.7%	17.2%	16.9%	18.7%	17.8%	19.9%	18.6%
	時々	59.8%	59.7%	59.5%	59.9%	59.1%	59.6%	58.4%	59.5%
	ほとんど摂取しない	23.8%	23.5%	23.3%	23.2%	22.2%	22.6%	21.7%	21.9%
朝食	なし	4.4%	7.2%	4.7%	7.1%	5.1%	7.8%	5.8%	8.1%
飲酒	毎日	19.7%	22.5%	20.2%	22.6%	19.8%	22.2%	19.7%	22.2%
	時々	21.7%	22.2%	21.2%	21.6%	20.3%	21.5%	21.0%	22.1%
	飲ほとんど飲まない(飲めない)	58.7%	55.3%	58.6%	55.8%	59.8%	56.2%	59.3%	55.7%
飲酒量	1合未満	63.6%	67.2%	63.6%	67.8%	64.6%	67.5%	64.7%	67.6%
	1～2合	22.8%	21.6%	22.3%	21.3%	21.9%	21.6%	21.4%	21.1%
	2～3合	11.0%	9.0%	11.4%	8.7%	10.7%	8.8%	11.5%	9.0%
	3合以上	2.7%	2.3%	2.7%	2.1%	2.8%	2.1%	2.5%	2.3%

(国保データベース(KDB)システム「地域全体像の把握」令和元年度～令和4年度)

特定健康診査受診者の飲酒量 1合以上 (図表 2-3-(2)-③-2)



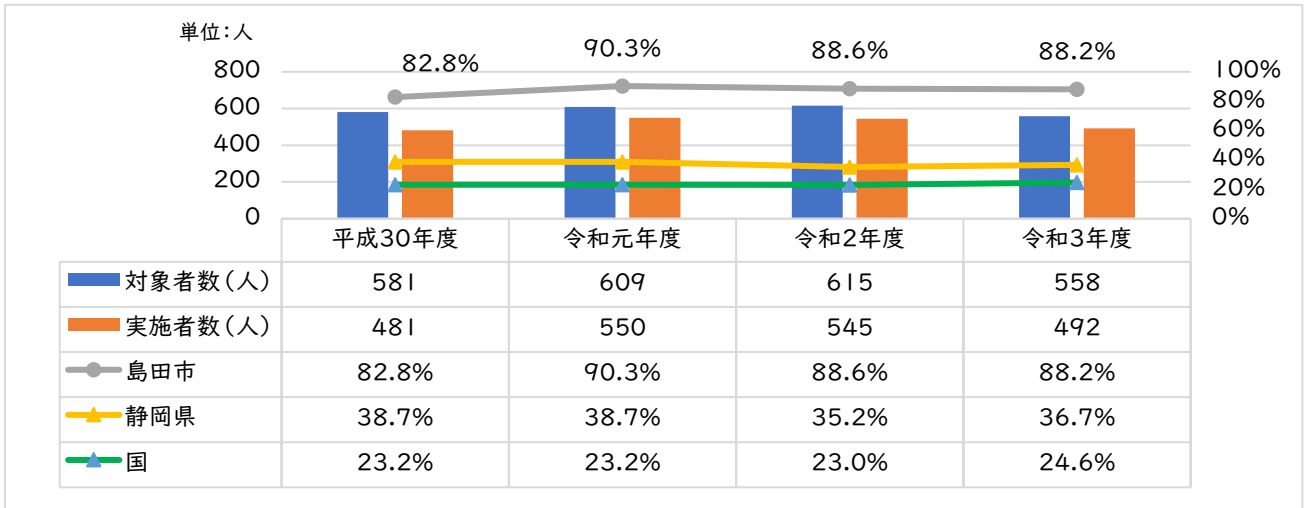
(国保データベース(KDB)システム「地域全体像の把握」令和元年度～令和4年度)

4 特定保健指導の実施状況

(1) 特定保健指導の実施率

令和3年度の特定保健指導実施率は、88.2%で静岡県(36.7%)より顕著に高い状況です。

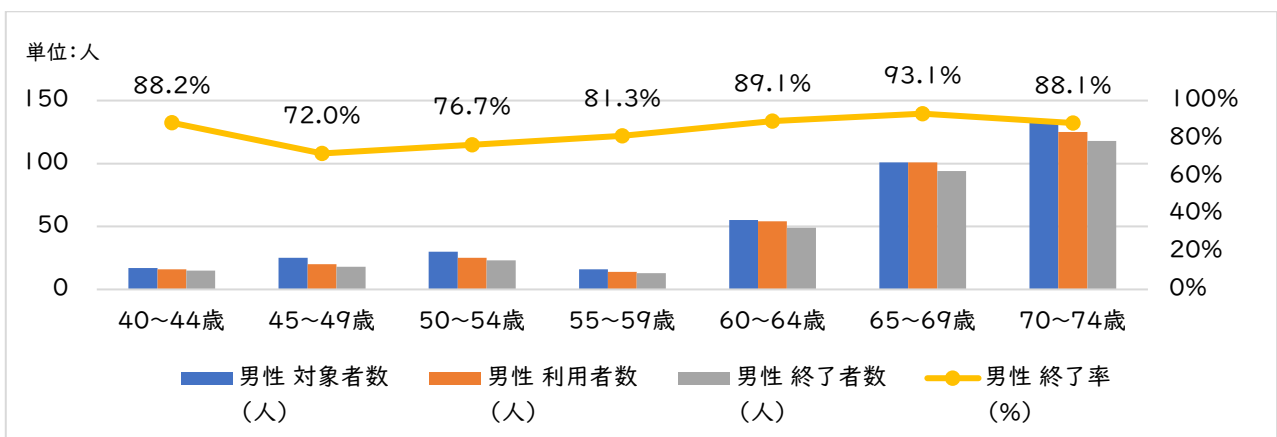
特定保健指導の実施状況(図表 2-4-(1)-1)



(特定健康診査等データ管理システム「TKCA011 特定健康診査・特定保健指導実施結果報告」)

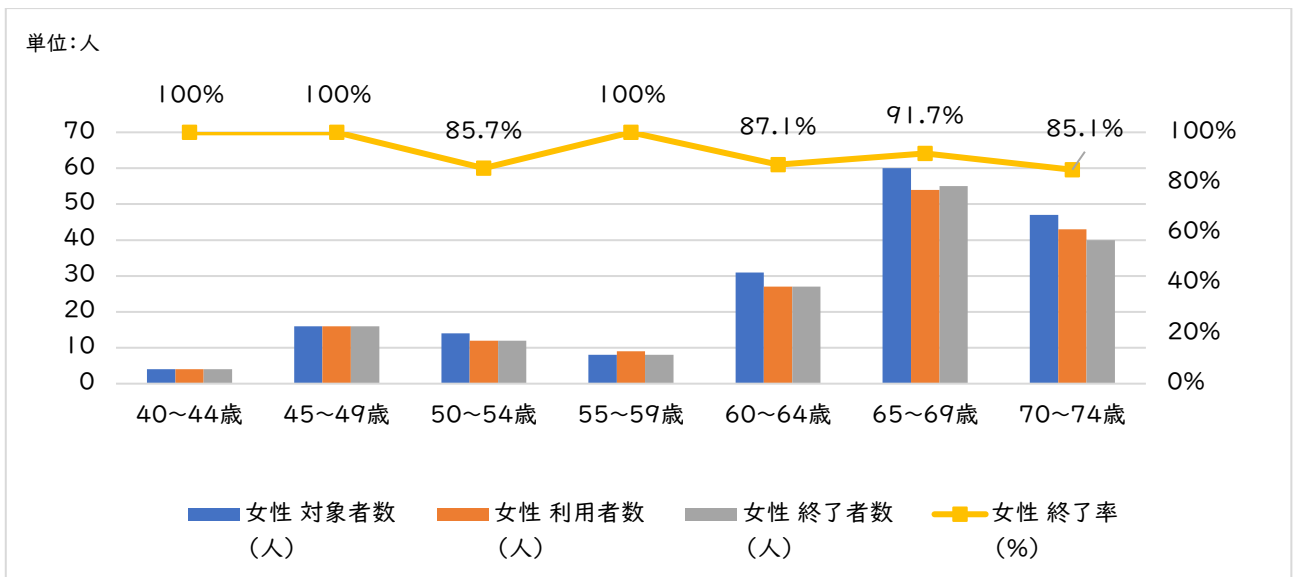
特定保健指導の実施状況を性年代別で見ると、40歳代、55～59歳代の女性においては100%の実施率です。男性40～50代の働き盛りの世代の実施率が低いことは課題であり、忙しい年代へのアプローチを工夫する必要があると考えます。

年代別特定保健指導の実施状況(男性)(令和3年度)(図表 2-4-(1)-2)



(特定健康診査等データ管理システム「特定健康診査・特定保健指導実施結果報告」)(令和3年度)

年代別特定保健指導の実施状況(女性)(令和3年度)(図表 2-4-(1)-3)

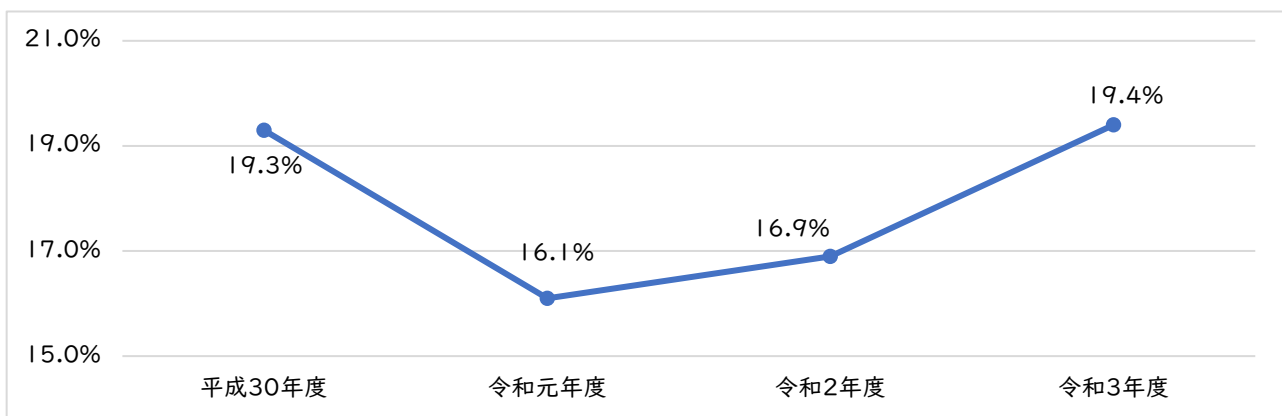


(特定健康診査等データ管理システム「特定健康診査・特定保健指導実施結果報告」)(令和3年度)

(2) 特定保健指導の実施結果

特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により令和元・2年度は低迷したと考えられますが、令和3年度は回復し19.4%の減少率に戻っています。

特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(図表 2-4-(2)-1)



	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
昨年度の特定保健指導の利用者数(人)	538	479	532	515
今年度特定保健指導の対象ではなくなった者の数(人)	104	77	90	100
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	19.3%	16.1%	16.9%	19.4%

(法定報告「特定健康診査・特定保健指導実施結果報告(平成30~令和3年度)」)

特定保健指導利用者のメタボリックシンドローム改善率は、令和3年度までは30%台でしたが、令和4年度に24.2%に減っています。

保健指導利用によるメタボリックシンドローム該当者の減少率(図表 2-4-(2)-2)

①特定保健指導対象者のうち、メタボリックシンドローム該当者状況				
	対象者	該当者	非該当者	該当割合
平成30年度	604	205	399	33.9%
令和元年度	671	208	463	31.0%
令和2年度	683	220	463	32.2%
令和3年度	622	197	425	31.7%
令和4年度	568	229	339	40.3%
②特定保健指導利用者のメタボリックシンドローム改善率				
	前年度利用者	当年度利用者	改善者	改善率
令和元年度	194	93	33	35.5%
令和2年度	191	78	26	33.3%
令和3年度	195	70	25	35.7%
令和4年度	172	66	16	24.2%

(特定健康診査データ「FKAC167」「FKCA172」)

5 糖尿病性腎症重症化予防の実施状況

【対象者】 特定健康診査の結果 HbA1c が 6.5%以上の受診者に対し尿中アルブミン検査を実施し、CKD の重症度分類階層化した結果、糖尿病性腎症 2 期・3 期の疑いがある者

(1) 糖尿病性腎症にかかる状況

平成 26 年度から令和 4 年度までの特定健康診査における糖尿病患者の推移を見てみると、患者割合は平成 26 年度 653 人(10.4%)でその後しばらく横ばいでしたが、令和元年度より 824 人(12.1%)へ増加しており、その後再度横ばいで推移しています。服薬中の割合は 60% 台で推移しており令和 4 年度においては 486 人(61.9%)と最も低くなっています。第3期糖尿病性腎症の割合は平成 26 年度の 63 人(9.6%)をピークに以降減少しており、令和 4 年度では 43 人(5.4%)となっています。第 4 期糖尿病性腎症の割合では、平成 29 年度に 12 人(1.61%)をピークに以降減少しており令和 4 年度では 7 人(0.89%)となっています。

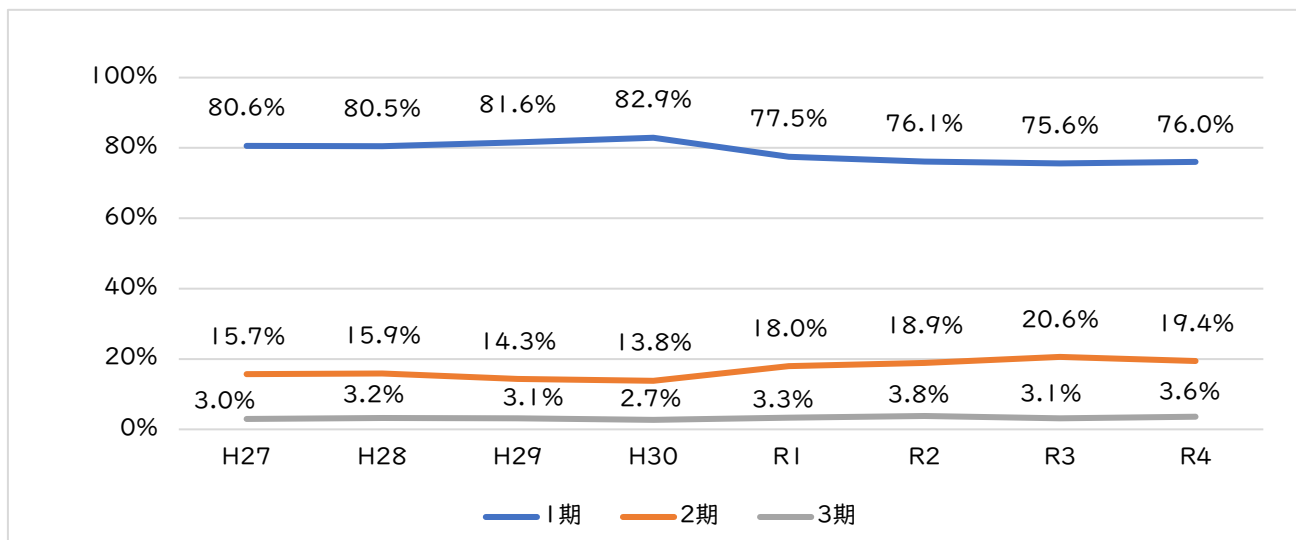
糖尿病性腎症病期別年次推移(図表 2-5-(1)-1)

	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
特定健康診査受診者数(人)※	6,294	6,925	6,608	6,958	6,736	6,811	6,614	6,566	6,466
糖尿病患者数(人)	653	727	668	747	699	824	805	757	785
(割合)	10.4%	10.5%	10.1%	10.7%	10.4%	12.1%	12.1%	11.5%	12.1%
同治療薬服薬中の患者数(人)	408	458	431	481	472	536	532	493	486
(割合)	62.4%	63.0%	64.5%	66.4%	67.5%	65.0%	66.1%	65.1%	61.9%
第2期糖尿病性腎症(人)	-	-	-	52	56	91	95	107	103
(割合)	-	-	-	6.9%	8.0%	11.0%	11.8%	14.1%	13.1%
第3期糖尿病性腎症(人)	63	54	44	55	45	47	55	35	43
(割合)	9.6%	7.4%	6.6%	7.4%	6.4%	5.7%	6.8%	4.5%	5.4%
第4期糖尿病性腎症(人)	1	7	2	12	4	9	7	5	7
(割合)	0.15%	0.96%	0.30%	1.61%	0.57%	1.09%	0.87%	0.66%	0.89%

※特定健康診査受診者数は実績値
(令和 5 年度島田市データヘルス計画推進委員会資料)

尿中アルブミン検査実施者のCKD分類年次推移を平成27年度から令和4年度まで見てみると、平成27年度から30年度までCKD分類の1期の対象者が80%を占めていますが、令和元年度よりその割合が70%台へと下降しています。3期の割合は全体の3%台を上下しており、近年大きな変化はみられていませんが、2期においては、令和元年度より増加しており、令和3年度には全対象者の20%を超えていました。グラフには示していませんが、4期も毎年数名存在し、割合としては平均0.7%であり、5期の該当者は少ないですが平成30年度より毎年数名みられます。

尿中アルブミン検査実施者のCKD分類年次推移(1~3期のみ)
(過去プログラム参加者含む)(図表 2-5-(1)-2)



(令和5年度島田市データヘルス計画推進委員会資料)

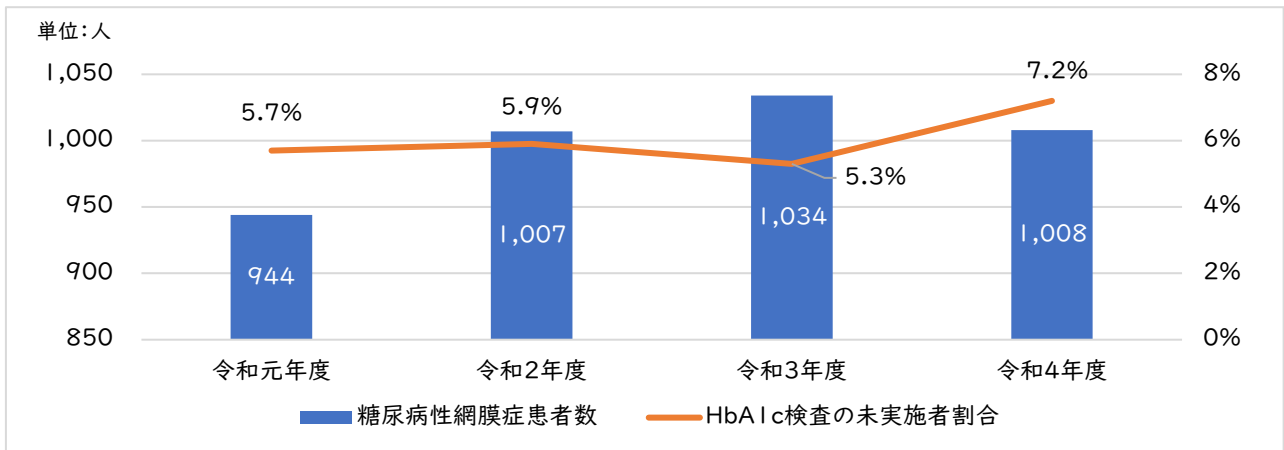
特定健康診査における尿中アルブミン検査実施者のCKD分類年次推移(過去プログラム参加者含む)(図表 2-5-(1)-3)

	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
1期	379	350	400	402	487	464	440	466
割合	80.6%	80.5%	81.6%	82.9%	77.5%	76.1%	75.6%	76.0%
2期	74	69	70	67	113	115	120	119
割合	15.7%	15.9%	14.3%	13.8%	18.0%	18.9%	20.6%	19.4%
3期	14	14	15	13	21	23	18	22
割合	3.0%	3.2%	3.1%	2.7%	3.3%	3.8%	3.1%	3.6%
4期	3	2	5	2	6	6	3	4
割合	0.64%	0.46%	1.02%	0.41%	0.96%	0.98%	0.52%	0.65%
5期	0	0	0	1	1	2	1	2
割合	0.00%	0.00%	0.00%	0.21%	0.16%	0.33%	0.17%	0.33%
計	470	435	490	485	628	610	582	613

(令和5年度島田市データヘルス計画推進委員会資料)

糖尿病性網膜症患者数は年々増加しており、令和3年度では1,034人、令和4年度では1,008人となっています。そのうちHbA1c検査を受けていない患者の割合は、令和3年度以前は5%台でしたが令和4年度には7.2%と増えています。糖尿病の合併症（網膜症）が進行しているにもかかわらず、内科治療を中断している人がこのなかに潜んでいる可能性があります。

糖尿病性網膜症患者のうちHbA1c検査を実施していない者の割合年次推移
(図表 2-5-(1)-4)

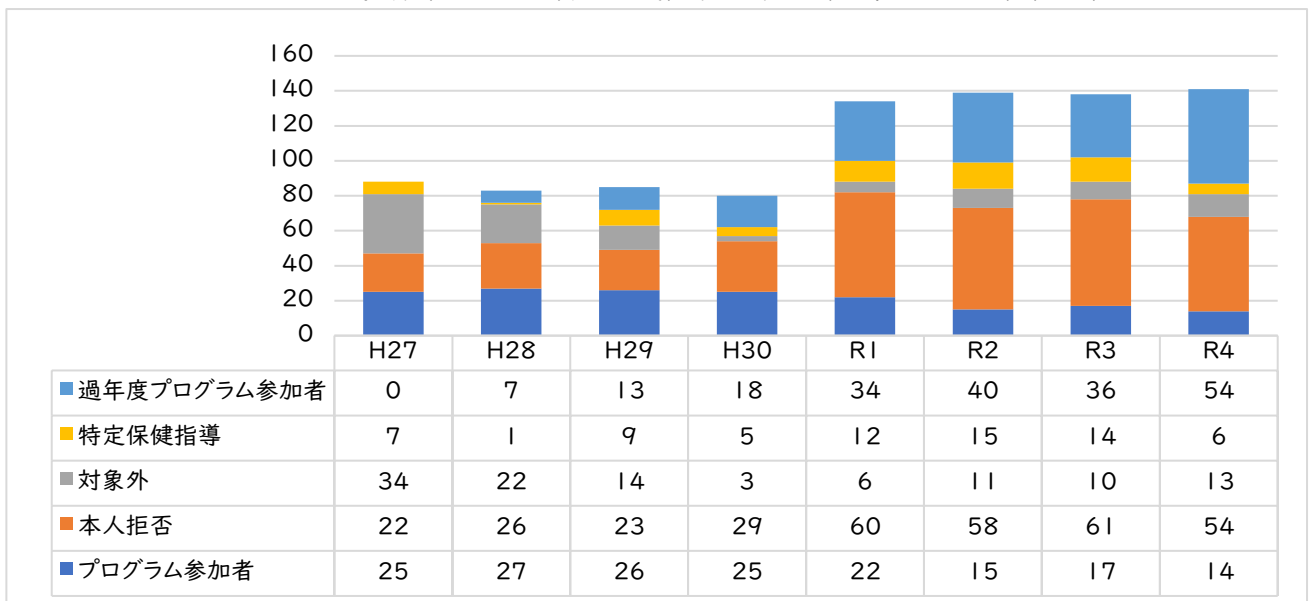


(国保データベース(KDB)システム 疾病管理「糖尿病」)

(2) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加者の結果

糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者（CKD 分類 2・3 期）年次推移において近年参加者は減少しており、本人拒否による理由が平成 27 年度から 30 年度にかけて 20 人台であったのが令和元年度より 60 人前後となっています。過年度プログラム参加者数が年々増加している一方、単年度プログラム参加者数が減少しているのは、過年度のプログラムへ参加していることも推測されます。特定保健指導の対象者も令和 3 年度にかけて増加しており、特定保健指導での対面サービスを受けているのもプログラム参加者減少の理由の一つであると示唆されます。

プログラム対象者（CKD 分類2・3期）年次推移（図表 2-5-(2)-1）



（令和 5 年度島田市データヘルス計画推進委員会資料）

糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加者の参加年と翌年度の医療費の比較を見ると、毎年、脳血管疾患の一人当たり医療費は下がっています。また、令和元年度と令和 3 年度の参加者において、全ての疾患でプログラム参加翌年度の方が一人当たり医療費は下がっています。

プログラム参加者参加年と翌年度の医療費の比較 図表 2-5-(2)-2

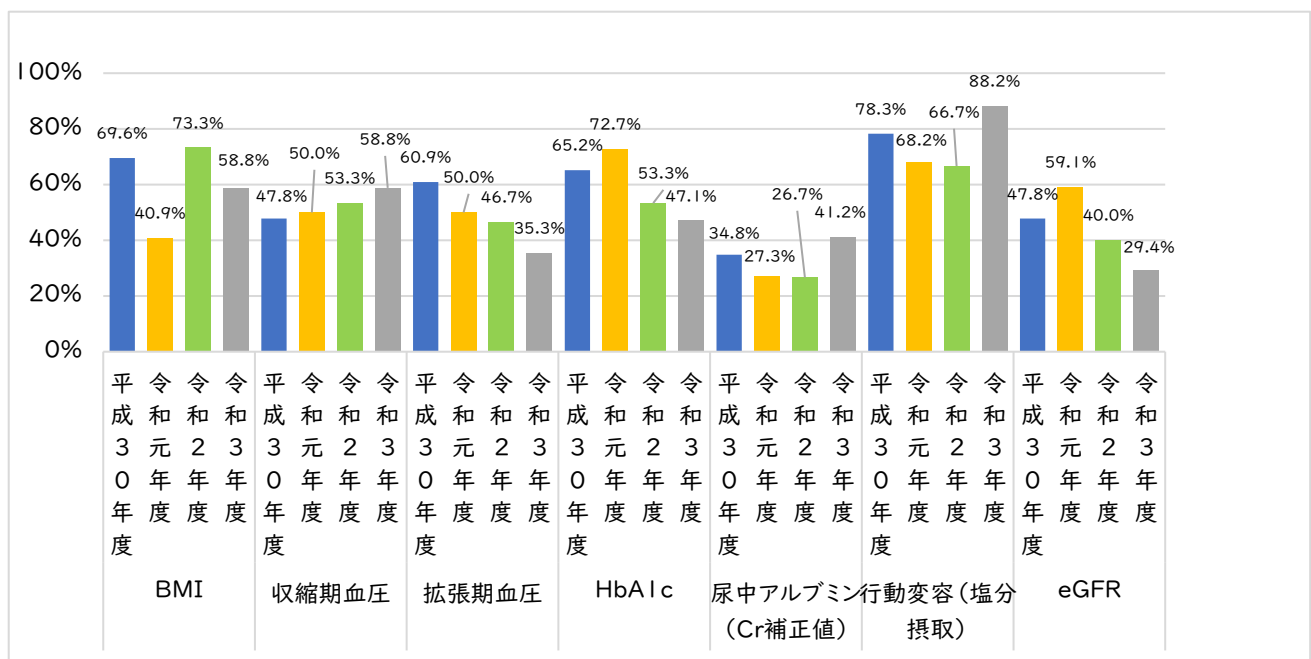
プログラム参加年度	平成 30 年度			令和元年度		
参加者人数(人)	24			21		
一人当たり医療費	平成 30 年度	令和元年度	差額	令和元年度	令和 2 年度	差額
糖尿病(円)	86,850	101,597	14,746	124,541	102,965	-21,576
高血圧(円)	70,800	80,178	9,378	117,740	96,509	-21,230
脂質異常症(円)	59,662	65,312	5,650	106,893	88,123	-18,770
脳血管疾患(円)	5,297	2,894	-2,403	16,240	14,070	-2,171
虚血性心疾患(円)	15,843	23,230	7,387	29,157	24,674	-4,483
一人当たり総医療費(円)	238,453	273,211	34,759	394,572	326,341	-68,231

プログラム参加年度	令和2年度			令和3年度		
参加者人数(人)	16			17		
一人当たり医療費	令和2年度	令和3年度	差額	令和3年度	令和4年度	差額
糖尿病(円)	78,566	92,762	14,196	94,516	77,593	-16,924
高血圧(円)	55,823	66,868	11,045	100,492	91,001	-9,491
脂質異常症(円)	66,000	77,123	11,123	78,426	64,135	-14,291
脳血管疾患(円)	5,903	4,921	-982	7,258	1,426	-5,832
虚血性心疾患(円)	6,658	4,078	-2,579	37,886	23,065	-14,822
一人当たり総医療費(円)	212,949	245,751	32,803	318,579	257,219	-61,359

(島田市プログラム参加者リスト、レセプトデータ(医科、DPC、調剤(平成30年度～令和4年度)))

プログラム参加者の翌年の検査値の改善率をみると、実施年度によって改善率の増減はありますが、BMIと収縮期血圧は50%前後で改善が見られます。一方、HbA1cは年々改善率が減少していますが、参加者の高齢化の影響があると思われます。また、プログラム参加前後の行動変容(塩分摂取)においては、毎年70~80%の改善率であり、プログラムに参加することによって生活習慣改善への意識の向上に効果がみられています。

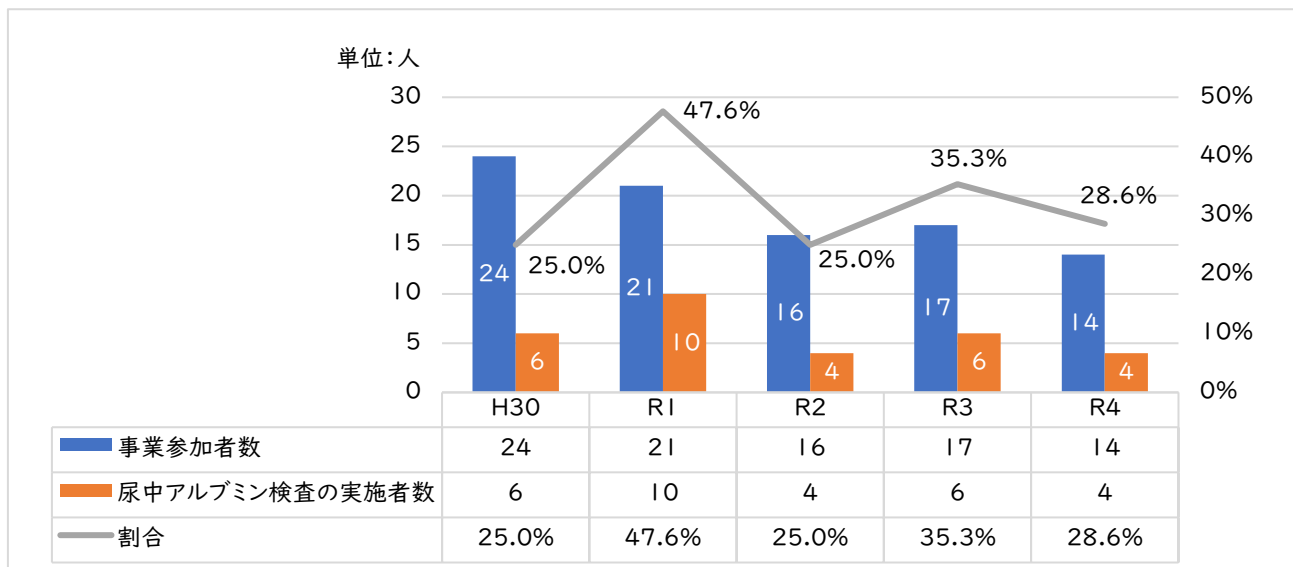
プログラム参加者群の検査値の改善率(図表 2-5-(2)-3)



※糖尿病プログラム参加者の該年度の翌年度の検査結果が改善された人の割合(平成29年度～令和2年度参加者検査データ前後比較)

尿中アルブミン検査実施状況は、令和元年度は約半数の人は検査を受けていましたが、令和2、3年度は新型コロナウイルス感染症拡大の影響があつてか検査率は低迷していました。令和4年度は28.6%でした。重症度が進んでいるかが分からないため、検査の勧奨が必要と示唆されます。

プログラム参加者レセプトの尿中アルブミン検査実施状況(図表 2-5-(2)-4)



(島田市プログラム参加者リスト、レセプトデータ(医科、DPC(平成30年度～令和4年度))

第3章 前期計画保健事業の実施状況と前期計画等による考察

島田市においては、平成29年度から令和5年度までの間、前期計画（第2期国民健康保険データヘルス計画）等に掲げた各種の保健事業を実施してまいりました。前期計画の実施状況を振り返り、各種の保健事業を考察します。

1 前期計画の短期・中期目標値及び実績

(1) 短期目標値及び実績

特定健康診査受診率の向上については年々増加傾向にありますが、令和4年度時点（42.6%）で目標値 50%に達していません。保健指導介入者の行動変容の改善、保健指導介入者の検査結果の改善については、年度ごとで上下しており、目標値に達していません。

短期目標値及び実績（図表 3-1-(1)-1）

指 標	目標値	ベース ライン	平成29年度	平成 30 年度	令和元年度	令和2年度	令和 3 年度	令和 4 年度
特定健康診査受診率の向上 ※1	50.0%	36.8%	40.0%	39.7%	41.6%	40.8%	41.5%	42.6%
糖尿病性腎症重症化予防事業における保健指導介入者の増加 ※2	対象者の60.0%	50.9% (27 人)	53.1% (24 人)	53.7% (23 人)	26.8% (22 人)	20.5% (15 人)	21.8% (17 人)	20.6% (14 人)
保健指導介入者の行動変容の改善（塩分チェックの点数の変化） ※2	対象者の80.0%	84.6%	91.7%	78.3%	78.9%	63.6%	76.9%	85.7%
保健指導介入者のプログラム終了時の改善率 ※2	対象者の80.0%	BMI 74.1%	79.2%	69.6%	63.2%	78.6%	61.5%	支援継続中
		血圧(収縮期) 48.1%	79.2%	54.5%	57.9%	54.3%	53.8%	支援継続中
		血圧(拡張期) 44.4%	66.7%	63.6%	52.6%	53.8%	46.2%	支援継続中
		HbA1c 64.0%	88.0%	63.6%	78.9%	57.1%	61.5%	支援継続中
		尿中アルブミン 57.1%	94.4%	58.3%	54.5%	83.3%	50.0%	支援継続中
フォローアップ対象者の検査結果の改善・維持 ※2 (H29とR3 特定健康診査結果の平均値比較) ① BMI ② 血圧(収縮期) ③ 血圧(拡張期) ④ HbA1c	検査結果の改善			平成 29 年度	令和 3 年度			
		BMI		23.6	24.3			
		血圧(収縮期)		128.8mmHg	124.8 mmHg			
		血圧(拡張期)		71.1 mmHg	68.6 mmHg			
		HbA1c		6.6%	6.9%			

(※1:法定報告 ※2:データヘルス計画推進委員会資料)

(2) 中期目標値及び実績

特定健康診査受診者のうち HbA1c が 6.5% の割合は年度ごとに上下しているものの、ベースラインである平成 28 年からは減少傾向にあります。特定健康診査受診者のうち糖尿病予備群の割合は、平成 28 年度から若干増えています。特定健康診査受診者のうち糖尿病性腎症の可能性のある者の割合は令和元年度から増加しています。人工透析患者数、新規人工透析患者数ともに令和3年度まではほぼ横ばいでしたが、令和 4 年度には減少しています。人工透析患者のうち、糖尿病性腎症の患者数は令和元年度には減少していますが、2 年度以降は増加しています。人工透析にかかる医療費は平成 28 年度より年々増加しており、患者一人にかかる医療費が増加傾向にあると考えられます。

中期目標値及び実績(図表 3-1-(2)-1)

	目標値	ベース ライン (H28)	平成29年度	平成 30 年度	令和元年度	令和2年度	令和 3 年度	令和 4 年度
特定健康診査受診者のうち HbA1c が 6.5% 以上の割合 ※1	減少	11.0%	8.2%	7.7%	9.4%	9.3%	8.9%	9.6%
(参考)静岡県		11.7%	8.6%	9.0%	9.6%	9.3%	9.5%	9.5%
特定健康診査受診者のうち糖尿病予備群の割合 ※1	減少	57.9%	63.0%	59.5%	60.9%	59.3%	58.0%	62.6%
(参考)静岡県		48.6%	49.2%	52.0%	52.6%	47.5%	49.3%	50.2%
特定健康診査受診者のうち糖尿病性腎症の可能性のある者(CKD 重症度分類 2~4期の者)	減少	(-)	1.7%	1.6%	2.2%	2.4%	2.2%	2.4%
人工透析患者数 ※2	減少	98 人	102 人	101 人	100 人	106 人	109 人	97 人
新規人工透析患者数 ※2	減少	11 人	17 人	7 人	15 人	26 人	20 人	12 人
人工透析患者のうち、糖尿病性腎症の患者 ※3	減少	12 人	16 人	16 人	10 人	16 人	21 人	21 人
人工透析にかかる医療費(円) ※2	減少	529,405,780	498,992,610	507,503,230	554,358,550	550,662,480	544,515,660	551,800,950

(※1 法定報告 ※2 しずおか茶っどシステム ※3 国保データベース(KDB)システム毎月の人工透析患者レセプトと※2を突合)

2 個別保健事業の目標値と実績

(1) 特定健康診査事業

目的	特定健康診査を受診できる体制を整備する。特定健康診査を実施することで、生活習慣病予備群を抽出する。						
事業内容	個別特定健康診査、集団特定健康診査、国保総合がん検診、人間ドック助成						
対象者	島田市国民健康保険被保険者のうち、40歳以上、75歳未満						
指標/期間	H29	H30	R1	R2	R3	R4	目標値
特定健康診査 受診率	40.0%	39.7%	41.6%	40.8%	41.5%	42.6%	50.0%
<p>【結果概要】</p> <p>特定健康診査は、旧島田地区での個別診療所及び総合医療センターによる個別特定健康診査、金谷地区での個別特定健康診査と集団検診、総合がん検診と同時に実施する特定健康診査と、対象者が受診しやすい受診機会を提供し、全対象者に対して受診方法の希望に合わせた受診票を送付した。受診方法等の案内、勧奨チラシを配布した。</p> <p>【今後の方針】</p> <p>受診者の受けやすい受診環境を整備するとともに、受診勧奨事業による広報啓発周知等を継続し、受診率向上に繋げていく。</p>							

(2) 特定健康診査受診勧奨事業

目的	特定健康診査の受診率を向上することで保健指導や生活習慣病重症化予防につながるスクリーニング数を増やし、生活習慣病予防を推進する。						
事業内容	特定健康診査未受診者に、手紙・電話・訪問等で受診勧奨を実施する。 幅広い手法で健康診査のPRを実施する。						
対象者	特定健康診査対象者、特定健康診査未受診者、特に連続未受診者						
指標/期間	H29	H30	R1	R2	R3	R4	目標値
特定健康診査受診率	40.0%	39.7%	41.6%	40.8%	41.5%	42.6%	50.0%
受診勧奨実施者の特定健康診査受診率	17.3%	17.7%	6.2%	20.3%	17.3%	17.5%	20.0%
<p>【結果概要】</p> <p>年度当初に過去3年間未受診者に対して、日曜特定健康診査の案内を送付し、6月に日曜特定健康診査を実施した。</p> <p>平成29年度～令和元年度は、勧奨はがきと架電を組み合わせた勧奨業務委託を実施し、令和2年度から令和5年度はAIを活用し、受診確率と勧奨タイプを分けた受診勧奨業務を委託し実施した。</p> <p>令和3年度から特定健康診査対象となる前の35～39歳を対象に特定健康診査を実施し、特定健康診査の習慣付けと早期の生活習慣の改善を促した。</p> <p>1月には総合がん検診未予約者に対して、日曜特定健康診査の案内を送付し、1月に日曜特定健康診査を実施した。</p> <p>【今後の方針】</p> <p>医療機関と連携したみなし特定健康診査の積極的な啓発や個人インセンティブの導入等、新たな対策により受診率の向上を目指す。</p> <p>未受診者勧奨では、AIを活用したデータ分析とナッジ理論を活用し、勧奨する対象者の選定の見直しや効果的な勧奨資材の送付を行う。</p>							

(3) 特定保健指導事業

目的	内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取り組みを支援することを目的とする。						
事業内容	特定健康診査の結果により、特定健康診査結果説明会・特定健康診査結果向上セミナー等による保健指導を実施する。						
対象者	特定健康診査結果により階層化された特定保健指導対象者						
指標/期間	H29	H30	R1	R2	R3	R4	目標値
特定保健指導実施率	81.1%	82.8%	90.3%	88.6%	88.2%	82.4%	88.5%
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	17.7%	19.3%	16.1%	16.9%	19.4%	19.6%	20.0%

【結果概要】

特定保健指導は、対象者へは説明会日時をハガキで送付し、個別に初回面談を実施した。実施率は、平成29年度時点での81.1%に対し、令和3年時点では88.2%と堅実に増加したが、令和4年度は82.4%と減少している。県平均(令和4年度:37.0%)よりは顕著に高い状況であるが、毎年対象者となり、保健指導を実施できない人へのアプローチ方法を工夫する必要があると思われる。実施率の維持・向上を図るため、令和3年度より、聖隷集団特定健康診査、人間ドックの一部医療機関へ業務委託を開始した。

特定保健指導の成果として、実施者の次年度指導対象者の減少率は平成29年度と比較して上昇しているが、目標の20%をわずかに下回っている。

【今後の方針】

今後は特定保健指導の効果を測るため、実施者の特定健康診査結果の改善率についても検証していく。特定保健指導の実績評価にアウトカム評価を導入し、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も評価対象とする。実施率向上のため、金谷集団特定健康診査時の初回面談分割実施の導入を検討する。

令和3年度より実施している委託業務については、実績評価を行い、さらに、他の事業との業務バランスを鑑み、委託する業務内容について検討する。

訪問、電話、e-mail等、個別面談を利用者の生活スタイルに合わせた時間帯やICTを活用し、集団特定健康診査において特定保健指導初回面談の同日実施など更なる利用率向上のために実施方法を検討する。

(4) 糖尿病性腎症重症化予防事業

<p>目的</p>	<p>糖尿病性腎症2期以上を対象に受診勧奨及び6か月間の保健指導を行い、糖尿病重症化の進行による合併症の予防を行い、透析の導入を未然に防ぐ。</p>																									
<p>事業内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査結果HbA1c6.5%以上の者に対し、尿中アルブミン検査を実施し、CKD重症度分類により1～4期に階層化を行い、3～4期の者に対し糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施。 ・尿中アルブミン測定者全員に個別に結果を説明し、糖尿病未治療者への受診勧奨を行う。 ・個別プログラムの内容 <table border="1" data-bbox="480 741 1449 1711" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">方法</th> <th style="width: 70%;">内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">初回</td> <td style="text-align: center;">面談</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・計測・24時間蓄尿検査・BDHQ(食事調査) ・生活・治療状況の聞き取り・取り組み目標の設定 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1か月後</td> <td style="text-align: center;">電話支援</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・生活治療状況の確認 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2か月後</td> <td style="text-align: center;">電話支援</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・取り組み状況の確認 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3か月後</td> <td style="text-align: center;">中間面談 ・服薬面談</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師による服薬指導 ・計測・塩分チェック ・目標の修正 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4か月後</td> <td style="text-align: center;">電話支援</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・生活治療状況の確認 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5か月後</td> <td style="text-align: center;">電話支援</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・取り組み状況の確認 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6か月後</td> <td style="text-align: center;">最終面談</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・計測・24時間蓄尿検査・BDHQ(食事調査) ・プログラムの振り返り、評価 </td> </tr> </tbody> </table> ・プログラム開始前後の検査値及びレセプト分析を実施する。 ・糖尿病性腎症重症化予防セミナーを開催。(糖尿病性腎症講義、お薬講座(H30～)、歯科講座(H30～)、栄養講座、24時間蓄尿検査と食生活アンケートの実施) ・医師、薬剤師等医療従事者を対象とした糖尿病性腎症治療戦略を考える会開催。 			方法	内容	初回	面談	<ul style="list-style-type: none"> ・計測・24時間蓄尿検査・BDHQ(食事調査) ・生活・治療状況の聞き取り・取り組み目標の設定 	1か月後	電話支援	<ul style="list-style-type: none"> ・生活治療状況の確認 	2か月後	電話支援	<ul style="list-style-type: none"> ・取り組み状況の確認 	3か月後	中間面談 ・服薬面談	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師による服薬指導 ・計測・塩分チェック ・目標の修正 	4か月後	電話支援	<ul style="list-style-type: none"> ・生活治療状況の確認 	5か月後	電話支援	<ul style="list-style-type: none"> ・取り組み状況の確認 	6か月後	最終面談	<ul style="list-style-type: none"> ・計測・24時間蓄尿検査・BDHQ(食事調査) ・プログラムの振り返り、評価
	方法	内容																								
初回	面談	<ul style="list-style-type: none"> ・計測・24時間蓄尿検査・BDHQ(食事調査) ・生活・治療状況の聞き取り・取り組み目標の設定 																								
1か月後	電話支援	<ul style="list-style-type: none"> ・生活治療状況の確認 																								
2か月後	電話支援	<ul style="list-style-type: none"> ・取り組み状況の確認 																								
3か月後	中間面談 ・服薬面談	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師による服薬指導 ・計測・塩分チェック ・目標の修正 																								
4か月後	電話支援	<ul style="list-style-type: none"> ・生活治療状況の確認 																								
5か月後	電話支援	<ul style="list-style-type: none"> ・取り組み状況の確認 																								
6か月後	最終面談	<ul style="list-style-type: none"> ・計測・24時間蓄尿検査・BDHQ(食事調査) ・プログラムの振り返り、評価 																								

対象者	特定健康診査結果HbA1c6.5%以上で尿中アルブミン値を測定した者。個別プログラムは、糖尿病性腎症重症度分類に階層化し、2期、3期をプログラム対象者とする。						
指標/期間	H29	H30	R1	R2	R3	R4	目標値
プログラム参加者数	24人	23人	22人	15人	17人	14人	増加
セミナー参加者数	30人	25人	46人	36人	21人	23人	増加

【結果概要】

特定健康診査結果 HbA1c6.5%以上の者に対し、尿中アルブミン値を測定し、糖尿病性腎症を1～4期に階層化した。尿中アルブミン測定者全員に個別に結果を説明し、未治療者への受診勧奨を行った。糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、6か月間の保健指導を実施し、プログラム終了後も6か月ごとに参加者への電話フォロー実施した。プログラム開始前後の検査値を測った結果、目標値の80%は達成できなかったがほぼ全項目で半数以上の方が改善傾向にある。

また、個別プログラムに関しては内容を充実させ、平成30年度からお薬面談、令和元年度からは24時間蓄尿検査及びBDHQ(食事調査)を導入したが、新型コロナウイルス感染症拡大の影響もあり、令和元年をピークに参加者は減少傾向にあるため、内容の検討が必要と考える。

糖尿病性腎症重症化予防セミナーにおいては、令和元年までは2・3期を対象に糖尿病性腎症講義、歯科講座、栄養講座を実施していたが、令和2年以降対象者を1期～3期に拡大し、さらに令和3年度には運動実践講座を加えた。

【今後の方針】

糖尿病性腎症重症化予防事業は、市の重点事業であるため、引き続き、未治療者への受診勧奨、個別プログラムへの参加勧奨を行う。CKD病診連携及び糖尿病地域病診連携を実施する。

プログラムでは、訪問、電話、e-mail等、利用者の生活スタイルに合わせた時間帯やICTを活用し行うことを検討する。

(5) 糖尿病性腎症重症化予防フォローアップ事業

目的	プログラム終了後も糖尿病の重症化を予防し、健康を維持・増進する意識を継続することを目的とする。						
事業内容	プログラム終了後、6か月ごとに電話にて治療状況の確認を行い、必要に応じて保健指導を行う。併せて、特定健康診査の受診を促す。						
対象者	糖尿病性腎症重症化予防プログラム終了者						
指標/期間	H29	H30	R1	R2	R3	R4	目標値
フォロー実施率	100%	100%	94.0%	97.8%	97.4%	92.8%	90.0%
フォロー対象者の特定健康診査受診率	82.7%	85.5%	73.3%	77.1%	66.7%	73.6%	80.0%
<p>【結果概要】</p> <p>糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく、6か月間の保健指導を実施し、プログラム終了後も6か月ごとに参加者へ電話によるフォローを実施した。フォロー実施率は92.8%で目標(90.0%)を達成したが、フォロー対象者の特定健康診査受診率は平成30年度(85.5%)をピークに下がっている。参加者の高齢化に伴い、糖尿病以外の疾患(がん、認知症など)によりフォロー終了者も増加していることから、フォロー体制の見直しを図る必要性がある。</p> <p>【今後の方針】</p> <p>電話に加え、e-mail等の指導の仕方も検討します。また、定期的な健康診査受診の必要性についても引き続き周知を図りたいと考える。フォロー体制の整備を検討する。</p>							

(6) 糖尿病及び糖尿病性腎症の治療中断・異常値放置者受診勧奨事業

目的	糖尿病の治療を中断していると思われる対象者を特定し、医療機関への受診勧奨を行い、治療を再開することで生活習慣病の重症化を予防する。						
事業内容	過去1年間で糖尿病治療を中断している可能性がある者を国保データベース(KDB)システムから抽出し、通知もしくは電話、訪問にて医療機関への受診勧奨を行う。特定健康診査の結果、HbA1cが受診勧奨値判定の者に受診勧奨を行う。						
対象者	①過去1年間で糖尿病治療を中断している可能性がある者 ②特定健康診査の結果、HbA1cが受診勧奨値判定で定期的に医療機関にかかっていない者						
指標/期間	H29	H30	R1	R2	R3	R4	目標値
受診勧奨実施数※	252人	275人	231人	235人	57人	66人	(-)
受診勧奨後に医療機関に受診した者※	79.4% 200人	60.7% 167人	86.6% 200人	85.1% 200人	42.1% 24人	28.8% 19人	70.0%
<p>※令和2年度以前は糖尿病薬の内服をしていない者も受診勧奨に含める。令和3年度以降は受診をしていない者のみの実績。</p> <p>【結果概要】</p> <p>生活習慣病の重症化予防や治療の必要性を記載した通知を対象者に送付し、医療機関への受診を促した。平成30年度までは業者に委託し対象者のうち糖尿病治療を中断している者に、通知に加えて電話勧奨を実施していたが、治療中断者が通知の前年度のレセプトデータからの抽出になるため、通知時点の受診状況と異なり、対象者からの苦情があった。令和元年度に対象者の抽出基準や費用対効果等、業務委託の内容や範囲を見直し、実施方法を検討した。令和2年度は特定健康診査受診者のうち医療機関未受診者に対して受診勧奨及び保健指導を実施した。</p> <p>受診勧奨後に医療機関に受診した者は目標値70.0%のところ、令和4年度は28.8%(19人)となり目標値には届かなかった。</p> <p>【今後の方針】</p> <p>引き続き、生活習慣病に対する受診歴があった者のうち、治療中断者を抽出し、医療機関への受診勧奨を行う。</p>							

(7) 生活習慣病重症化予防事業

目的	生活習慣病の重症化を予防する。						
事業内容	特定保健指導対象者、尿中アルブミン測定者以外で、血圧、脂質、糖代謝、貧血等で基準値から大きく逸脱し、今後重症化するリスクの高い者に電話や訪問にて受診勧奨、情報提供、保健指導を行う。						
対象者	特定健康診査の結果、基準値から大きく逸脱し今後重症化するリスクの高い者。						
	対象者・基準						
	リスクレベルⅠ：血圧：Ⅲ度高血圧 脂質(LDL)：男性 180mg/dl 以上 女性 200 mg/dl 以上 尿たんぱく：2+以上 等						
	リスクレベルⅡ：リスクレベルⅠを除く受診勧奨値(未治療者) 腎機能低下：eGFR:40 未満						
指標/期間	H29	H30	R1	R2	R3	R4	目標値
特定保健指導以外の保健指導実施者数	357 人	517 人	512 人	750 人	715 人	635 人	(-)
受診勧奨対象者の医療機関受診率	5.4%	8.2%	8.0%	11.3%	10.9%	9.8%	受診勧奨対象者の5.0%
<p>【結果概要】</p> <p>特定保健指導対象者・尿中アルブミン測定者以外で、血圧、脂質、糖代謝、貧血等で基準値から大きく逸脱し今後重症化するリスクの高い方に、受診勧奨、情報提供、保健指導を行った結果、令和4年度は635人に保健指導を実施した。また、受診行動が見られた方は9.8%と目標値は達成したが、さらに受診率を向上させる必要性があると思われる。</p> <p>【今後の方針】</p> <p>特定健康診査および人間ドックにて受診勧奨値判定を受けた者に対し、生活習慣や検査値の改善に向けた指導を行う。特定健康診査結果の悪化が見られた者や医療機関未受診であった者を対象として、家庭訪問等による事後フォローを実施する。</p> <p>保健指導の中で、定期的な健康診査受診の必要性についても引き続き周知を図りたいと考える。専門職の指導効率上昇のため研修会の参加を検討していく必要がある。</p>							

(8) 生活習慣病予防の啓発普及事業

目的	市民への生活習慣病予防知識の啓発						
事業内容	市民を対象に、医師や専門機関による講話により、生活習慣病を予防するための日常生活の改善の必要性を啓発。						
対象者	市民						
指標/期間	H29	H30	R1	R2	R3	R4	目標値
健康講演会の開催	1回	1回	1回	1回	1回	1回	年1回
地区等健康講座の実施	1回	1回	1回	0回	0回	1回	随時
<p>【結果概要】</p> <p>市民を対象に、医師や専門機関による講話により、生活習慣病を予防するための日常生活の改善の必要性の啓発を行い、実施回数は目標を達成している。令和2年度以降は11月14日世界糖尿病デーにあわせてウォーキングイベントや講演会等を開催し、市民全体へ健康や特定健康診査に関する周知を行っている。</p> <p>【今後の方針】</p> <p>アウトカム指標として、内容についてのアンケート集計(満足度等)や連続受講者の生活習慣の改善、社会参加などの行動変容が見られた等の効果とすること、アウトプット指標として、参加人数を設定することを検討する。</p> <p>前期高齢者を対象とした教室や講演会などにおいて、フレイル及び栄養・食生活改善及び運動機能維持、社会参加などのフレイル予防のための知識の周知を図る。</p>							

(9) 重複多受診者/多剤・重複投薬者訪問指導事業

目的	被保険者の健康の保持増進と医療費の適正化						
事業内容	重複・多受診者/重複・多剤投与者に、保健師又は看護師が個別に訪問または電話で、健康の保持増進を図るための個別相談、指導を実施する。						
対象者	レセプトから抽出						
指標/期間	H29	H30	R1	R2	R3	R4	目標値
重複多受診 訪問実施数	6人	3人	17人	16人	8人	15人	H29~30 :10人 R1~:15人
多剤・重複投薬 者訪問実施数				7人	1人	3人	
3か月後の受診 及び投薬状況の 改善率	—	—	—	12人 (52.2%)	0人 (0%)	3人 (16.7%)	30.0%
<p>【結果概要】</p> <p>重複・多受診者/重複・多剤投与者に、保健師又は看護師が個別に訪問または電話で、健康の保持増進を図るための個別相談、指導を実施した。</p> <p>指導3か月後には一定の効果が見られたが、令和4年度は16.7%と目標値30.0%に達しなかった。</p> <p>実際に対象者を訪問して本人に直接会って指導し、また本人に会えなかった場合には、文書での指導を行い、一定の効果を上げている。</p> <p>【今後の方針】</p> <p>医療機関・薬局と連携し、適正受診・適正服薬の強化が必要と考える。</p> <p>また、指導完了者の3年間の受診行動適正化について追跡するなどの経過観察も必要と考える。</p>							

(10) 後発医薬品差額通知事業

目的	国民健康保険事業特別会計の健全な運営を目指し、医療費の適正化に向けて、保健事業実施の財源確保や保険税率の引き上げの抑制を推進するため。						
事業内容	国民健康保険被保険者約 20,000 人(※計画期間中の被保険者数見込み)のレセプトデータから、後発医薬品に切り替えた場合に自己負担額を 100 円以上軽減できる被保険者に対し、見込まれる軽減額などを記載した差額通知書を送付する。						
対象者	国民健康保険被保険者のうち、後発医薬品の使用により自己負担額を 100 円以上程度軽減できると見込まれる被保険者						
指標/期間	H29	H30	R1	R2	R3	R4	目標値
後発医薬品差額通知書の発送	6回	6回	2回	2回	2回	2回	年2回以上
後発医薬品普及率	76.7%	79.7%	82.9%	85.1%	84.6%	86.7%	80.0%
<p>【結果概要】</p> <p>レセプトデータから、後発医薬品に切り替えた場合に自己負担額を 100 円以上軽減できる被保険者に対し、見込まれる軽減額などを記載した差額通知書を送付した結果、後発医薬品普及率は、令和 4 年 3 月時点で 84.1%で、国の目標基準である 80.0%を達成し、高く推移している。</p> <p>【今後の方針】</p> <p>費用対効果の面から、通知対象者を現在の 100 円以上から金額を上げて通知対象者を絞り、切り替え金額ベースでの効果を測定、または例年切り替えを行わない対象者を抽出し、アンケートを取る等の施策を検討する。また、かかりつけ薬局から後発医薬品の推奨を依頼する等の対策を検討する。</p>							

第4章 健康課題と保健事業の方向性

健康課題	第5章における対応する方策
<p>課題1:特定健康診査受診率の伸びが低迷している</p> <p>目標値 50.0%に対し、令和4年度は 42.6%であり、県平均 (37.8%) より高いが、国の目標値 60.0%には及んでいない。年代別でみると就労世代の 40~50 代の受診率が低い一方で、その年代の男性はメタボリックシンドロームの該当率が高い傾向がある。</p> <p>若い年代から生活習慣の見直しに取り組むことで重大な疾患の予防になることから、対象者に応じて、生活習慣改善のきっかけとなる健診の受診を促進していく。</p> <p>医療・特定健康診査の情報がない健康状態不明者は平成 30 年度 36.0%から令和 4 年度は 34.1%に減少している。しかし、そのなかには重大な疾患や日常生活上のリスクを抱えている者が潜んでいる可能性があるため、特定健康診査の定期的な受診により、自己の健康管理を定着化させ、健康で自立した期間の延伸を図る。</p>	<p>① 特定健康診査受診率の向上</p> <p>⑧ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進</p>
<p>課題2:メタボリックシンドローム該当者が微増している</p> <p>県全体から見ると高い方ではないが、メタボリックシンドロームの該当者は年々微増傾向にあることから、予備群の段階から生活習慣の改善を図る必要性がある。</p> <p>また、特定保健指導の実施率は高いが、特定保健指導対象者の減少率は、令和3年度時点で 19.4%であり、県平均 (21.6%) より低い状況である。そのため、特定保健指導の効果的な実施方法や体制を検討する。</p>	<p>②メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少</p>
<p>課題3:糖尿病にかかる医療費、健診受診者の有病者・予備群が増加している</p> <p>疾病分類別医療費(外来)の割合は、糖尿病(9.3%)、慢性腎臓病(6.7%)、高血圧症(6.4%)の順に多い状況である。また、健診受診者のうち、糖尿病予備群(HbA1c5.6~6.4%)の割合が多く(令和3年度 58%)、糖尿病の疑いがある者(6.5%以上)も年々増加傾向にある。</p> <p>糖尿病性腎症重症化予防プログラムを継続することに加えて、糖尿病の悪化を未然に防ぐため、血糖コントロール不良者の減少、未治療者や中断者の適切な医療受診につながる取り組みが必要である。</p>	<p>③糖尿病及び合併症に関する対策の充実</p>
<p>課題4:高血圧症の有病者・予備群が増加している</p> <p>高血圧症有病者の割合(高血圧1度以上または服薬者)は令和4年度時点で 54.0%、予備群の割合は 14.4%であり、ともに県平均(52.1%、12.9%)より高くなっている。</p> <p>高血圧症の重症化予防に加え、一人ひとりの生活習慣の改善、食環境の整備を行うことが必要である。</p>	<p>④高血圧症の発症・重症化予防対策の推進</p>

<p>課題5:糖尿病性腎症重症化予防プログラム終了者の特定健康診査受診率が低下している</p> <p>糖尿病性腎症重症化予防プログラム終了後フォロー実施率は 92.8%で目標(90.0%)を達成しましたが、フォロー対象者の健診受診率は平成 30年度(85.5%)をピークに下がっている。</p> <p>個別プログラム終了後も糖尿病治療を継続し、健康で自立した生活が継続できるようライフコースに合わせた指導内容やフォローを行う。</p>	<p>③糖尿病及び合併症に関する対策の充実</p> <p>⑧高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進</p>
<p>課題6:受診勧奨対象者の医療機関精密検査受診率が低い</p> <p>受診勧奨対象者のうち、医療機関受診率は令和4年度で9.8%であった。生活習慣病の重症化予防のために医療機関受診率の向上が必要である。</p>	<p>⑤その他の生活習慣病の重症化予防の実施</p>
<p>課題7:糖尿病、慢性腎臓病、高血圧症の医療費が全体の約 22.4%を占めている</p> <p>腎不全、脳血管疾患の標準化死亡比(SMR)が高い。また、人工透析患者数は100人前後で横ばいの傾向であるが、一人当たり医療費は年々増加傾向にある。また、人工透析導入の原疾患では、糖尿病性腎症は減少傾向であるが、高齢化に伴う腎硬化症が増加していることから生活習慣病の包括的なリスク管理が必要である。</p>	<p>⑤その他の生活習慣病の重症化予防の実施</p> <p>⑦後発医薬品普及率の維持・向上</p>
<p>課題8:一人当たり医療費が増加している</p> <p>被保険者数は年々減少しているが、一人当たり医療費は増加している。</p> <p>重複・多受診者/重複・多剤投与者に対する指導や後発医薬品の普及啓発により医療費の適正化を図る必要がある。</p>	<p>⑥多剤服薬、重複服薬、併用禁忌率の減少</p> <p>⑦後発医薬品普及率の維持・向上</p>

第5章 保健事業全体の方針

1 保健事業全体の方針

(1) 保健事業全体の目的

生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、医療費適正化と健康寿命の延伸を目指す。

(2) 保健事業全体の目標および方策、評価指標、目標値

【目標1】 生活習慣病の発症予防

番号	方 策	対応する個別保健事業
①	特定健康診査受診率の向上	(1) 特定健康診査事業 (2) 特定健康診査受診勧奨事業
②	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	(3) 特定保健指導事業

<評価指標・目標値(下段:指標の定義)>

※法定報告数値

評価指標	計画策定時実績(R4)	中間目標値(R8)	最終目標値(R11)
特定健康診査受診率	42.6%	46.6%	50.2%
国保被保険者 40 歳から 74 歳までのうち、特定健康診査受診者の割合(※)			
特定保健指導実施率	82.4%	80.0%以上	80.0%以上
特定保健指導対象者のうち、積極的支援もしくは動機付け支援を終了した人の割合(※)			
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	19.6%	22.0%	25.0%
前年度の特定保健指導対象者のうち、本年度に対象外となった人の割合(※)			
内臓脂肪症候群の割合	17.9%	16.5%	15.0%
特定健康診査受診者のうち内臓症候群該当者の割合(※)			

【目標2】 生活習慣病の重症化予防

番号	方 策	対応する個別保健事業
③	糖尿病及び合併症に関する対策の充実	(4)糖尿病重症化予防事業
④	高血圧症の発症・重症化予防対策の推進	(5)高血圧重症化予防事業
⑤	その他の生活習慣病の重症化予防の実施	(6)その他生活習慣病重症化予防事業

<評価指標・目標値・下段:指標の定義>

	計画策定時実績 (R4)	中間目標値 (R8)	最終目標値 (R11)
HbA1c8.0%以上の者の割合	0.9%	0.8%	0.7%
特定健康診査受診者のうち、HbA1c8.0%以上の者の割合			
高血圧症該当者割合	54.0%	50.0%以下	50.0%以下
特定健康診査受診者のうち、収縮期血圧が140 mm Hg 以上または拡張期血圧が90 mm Hg 以上の人、または降圧剤を服用している人			
高血圧予備群割合	14.4%	10.0%以下	10.0%以下
特定健康診査受診者のうち、収縮期血圧が130~139 mm Hg かつ拡張期血圧が90 mm Hg 未満、または収縮期血圧が140 mm Hg 未満かつ拡張期血圧が85~89 mm Hg の状態の人、降圧剤を服用している人は除く			

【目標3】 医療費適正化の推進と健康寿命の延伸

番号	方 策	対応する個別保健事業
⑥	多剤服薬、重複服薬、併用禁忌率の減少	(7) 重複・多受診者、多剤・重複投薬者訪問指導事業
⑦	後発医薬品普及率の維持・向上	(8) 後発医薬品差額通知事業
⑧	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進	(9) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

<評価指標・目標値・下段:指標の定義>

	計画策定時実績 (R4)	中間目標値 (R8)	最終目標値 (R11)
平均自立期間 (男性)	80.7 歳	81.0 歳	81.7 歳
(女性)	85.3 歳	86.0 歳	86.3 歳
平均自立期間 (要介護2以上)			

2 個別保健事業実施計画(実施内容と評価方法)

(1) 特定健康診査事業(★)

概要	目的	特定健康診査を実施し、生活習慣病の予備群や有病者のリスク保持者を抽出し、保健指導等による生活習慣の改善や医療受診へ繋ぐことにより、生活習慣病の早期発見・早期改善や重症化の予防に繋げる。					
	対象者	特定健康診査対象となる、40～74 歳の方					
		R6	R7	R8	R9	R10	R11
	対象者数	13,496 人	12,702 人	11,955 人	11,252 人	10,590 人	9,967 人
	受診者数	5,965 人	5,767 人	5,571 人	5,378 人	5,189 人	5,004 人
実施内容	実施方法	受診しやすい健診体制を整え、特定健康診査への関心を高める。特定健康診査実施機関との契約により、特定健康診査を実施する。人間ドックについても同様に、契約により特定健康診査項目を含んだ検診を実施する。					
	周知・案内方法	対象者に受診券の送付、広報誌、ホームページでの周知					
	実施体制	各実施医療機関との連携・契約					
	実施場所	各実施医療機関					
健診項目	基本項目	診察	問診・身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)・診察・血圧測定				
		血中脂質検査	中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール				
		肝機能検査	AST(GOT)・ALT(GPT)・ γ -GT				
		血糖検査	HbA1c				
		尿検査	尿糖・尿蛋白				
	追加項目	腎機能検査	クレアチニン、eGFR				
貧血検査		赤血球数・血色素量(ヘモグロビン値)・ヘマトクリット値					

		痛風検査	尿酸					
		尿中アルブミン検査	HbA1c6.5 以上、糖尿病性腎症保健指導者					
	詳細項目	心電図検査	当該年度の健診結果等において、血圧が判定基準に該当、又は問診等で不整脈が疑われ、医師が必要と判断した者。 ※特定健康診査のみ、心電図検査を希望される方は 510 円の自己負担で受けることができます。					
		眼底検査	当該年度の健診結果等において、血圧又は血糖が判定基準に該当し、医師が必要と判断した者。					
目標	評価指標	特定健康診査受診率						
	各年度の目標値	現状 (R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
		42.6%	44.2%	45.4%	46.6%	47.8%	49.0%	50.2%

(2) 特定健康診査受診勧奨事業

概要	目的	特定健康診査の受診率を向上するため、受診勧奨を行う。						
	対象者	特定健康診査対象となる、40～74 歳の方 特定健康診査対象前の 35～39 歳の方						
実施内容	実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ・委託等を活用した受診勧奨の実施 ・日曜特定健康診査の実施(6月、1月) ・若年層(35～39 歳)特定健康診査の実施による特定健康診査の習慣付けと保健指導による早期生活習慣の改善 ・広報・啓発・周知(広報誌掲載、HP掲載、勧奨ちらしの作成配布、街頭広報、保健委員を通じた周知啓発) 						
	実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ・委託による勧奨事業の実施 ・庁内各課(広報課、健康づくり課)との連携による広報活動の実施 						
目標	評価指標	受診勧奨者の健診受診率						
	各年度の目標値	現状(R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
		17.5%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%

(3) 特定保健指導事業(★)

概要	目的	特定保健指導対象者に保健指導を行い、生活習慣の改善を促す。						
	対象者	特定健康診査受診者のうち、特定保健指導対象者となった者。判定基準、指導方法は下表のとおり。これに当てはまらない場合は、特定保健指導の対象外となり階層区分は情報提供となる。						
		追加リスク		喫煙歴	対象			
		腹囲	①血糖②脂質③血圧		40～64歳	65～74歳		
	≥ 85 cm (男性) ≥ 90 cm (女性)	2つ以上該当	/	積極的支援	動機付け支援			
1つ該当	あり	なし						
上記以外で BMI ≥ 25 kg/m ²	3つ該当	/	積極的支援	動機付け支援				
	2つ該当	あり				なし		
	1つ該当	/						
		R6	R7	R8	R9	R10	R11	
対象者	549人	531人	513人	495人	477人	460人		
終了者数	439人	424人	410人	396人	382人	368人		
実施内容	実施方法	結果説明会(初回面談)の実施、特定健康診査当日における保健指導分割実施、医療機関への委託による保健指導の実施、ICTを活用したオンライン保健指導等による受診者の利便性等の向上						
	実施体制	直営による保健指導体制、委託による保健指導体制						
目標	評価指標	特定保健指導実施率						
	各年度の目標値	現状(R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
		82.4%	80.0%以上	80.0%以上	80.0%以上	80.0%以上	80.0%以上	80.0%以上
	評価指標	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率						
各年度の目標値	現状(R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
	19.6%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%	

	評価指標	内臓脂肪症候群の該当率の割合						
	各年度の 目標値	現状 (R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
		17.9%	17.5%	17.0%	16.5%	16.0%	15.5%	15.0%

(4) 糖尿病重症化予防事業

概要	目的	生活習慣の改善による糖尿病の発症及び、良好な血糖のコントロールの維持、合併症の発症・進展等を通して、腎不全や人工透析への移行を予防し、対象者の健康寿命の延伸を図ることを目指す。						
	対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査結果や国保 KDB データシステム、レセプトの請求情報（薬剤や疾患名）により、糖尿病の発症リスクや腎症等の合併症を発症するリスクの高い者 ・市民全体 						
実施内容	実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ・腎症の病期、健診データ（HbA1c、血圧等）の重症度、腎障害の程度の変化（eGFR 低下速度等）等の個別結果説明会の実施 ・糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく 6 か月間の個別保健指導 ・個別保健指導終了後のフォローアップ ・レセプトの請求情報（薬剤や疾患名）の活用により、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関への未受診者・受診中断者への受診勧奨 ・良好な血糖コントロールのための歯周疾患健診の実施 ・糖尿病及び糖尿病性腎症に関する集団健康教育 ・CKD 病診連携、糖尿病連携パスを活用した病診連携の推進 ・世界糖尿病デー啓発による市民全体への糖尿病に対する理解の推進 						
	実施体制	保健師、管理栄養士等保健指導スタッフの充実、医師会、薬剤師会、歯科医師会、総合医療センター等外部機関との連携を強化						
目標	評価指標	糖尿病及び糖尿病性腎症の治療中断・異常値放置者の受診勧奨後の医療機関受診者率						
	各年度の目標値	現状 (R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
		28.8%	30.0%	32.0%	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%
	評価指標	糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加者率						
各年度の目標値	現状 (R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
	20.6%	20.0%	22.0%	24.0%	26.0%	28.0%	30.0%	

	評価指標	糖尿病性腎症重症化予防プログラム終了者の 特定健康診査受診率						
	各年度の目標値	現状 (R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
		73.6%	75.0%	77.5%	80.0%	82.5 %	85.0%	85.0%
	評価指標	HbA1c8.0%以上の者の割合						
	各年度の目標値	現状 (R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
		0.9%	0.9%	0.8%	0.8%	0.8 %	0.7%	0.7%

(5) 高血圧症重症化予防事業

概要	目的	高血圧症予備群の減少と、高血圧症ハイリスク者の重症化予防を目指す。						
	対象者	市民全体、血圧値が保健指導該当値以上の者						
実施内容	実施方法	高血圧症（予備群含む）を対象とした健康セミナーの実施、減塩普及啓発事業の実施						
	実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ・減塩普及事業における関係団体（小学校・保育園・商工会・商工会議所・スーパー等）との連携体制の構築 ・スタッフのスキルアップと健康教育内容の充実を図るため打ち合わせの実施 						
目標	評価指標	高血圧症の該当者の割合（高血圧Ⅰ度以上または服薬者）						
	各年度の目標値	現状（R4）	R6	R7	R8	R9	R10	R11
		54.0%	50.0%以下	50.0%以下	50.0%以下	50.0%以下	50.0%以下	50.0%以下
	評価指標	高血圧予備群の割合						
	各年度の目標値	現状（R4）	R6	R7	R8	R9	R10	R11
14.4%		10.0%以下	10.0%以下	10.0%以下	10.0%以下	10.0%以下	10.0%以下	

(6) その他生活習慣病重症化予防事業

概要	目的	その他生活習慣病重症化を予防する。						
	対象者	特定健康診査受診者のうち受診勧奨値となった者						
実施内容	実施方法	<p>(島田地区における個別医療機関の受診者) 特定健康診査結果返却後レセプトにて確認。対象疾患が未治療と判定される者を抽出する。</p> <p>(金谷地区における集団健診受診者) C判定の者に受診勧奨のハガキ郵送。聖隷集団は実施状況を把握するために実施状況報告の提出を求める。</p>						
	実施体制	金谷地区における集団健診に関しては「受診結果連絡票」にて状況を確認する。受診状況の把握方法について医療機関との連携を検討する。						
目標	評価指標	勧奨後の医療機関受診率						
	各年度の目標値	現状(R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
		16.7%	18.0%	20.0%	22.5%	25.0%	27.5%	30.0%
	評価指標	受診勧奨実施率						
	各年度の目標値	現状(R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
		新規	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

(7) 重複・多受診者、多剤・重複投薬者訪問指導事業

概要	目的	被保険者の健康の保持増進と医療費の適正化のため、個別相談、指導を行う。						
	対象者	<p>重複受診:同一診療科の保険医療機関を同月に3機関以上受診、又は6か月以上2機関以上の受診者</p> <p>多受診:1年間に25件以上の受診がある被保険者</p> <p>重複服薬:薬効分類番号(3桁)が一致・医療機関数が3機関以上から処方・調剤単位数が合計で31単位以上処方</p>						
実施内容	実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ・重複・多受診者及び多剤・重複投薬者のリスト化 ・レセプトから対象者の検討 ・医療専門職による訪問指導 						
	実施体制	対象者選定において、薬剤師会等から助言を受けられるように連携体制を構築する。						
目標	評価指標	訪問対象者のうち指導後3か月の状況改善率						
	各年度の目標値	現状(R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
		16.7%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
	評価指標	対象者のうち指導を実施できた割合						
各年度の目標値	現状(R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
	93.8%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	

(8) 後発医薬品差額通知事業

概要	目的	国民健康保険事業の健全な運営のため医療費を適正化することや、後発医薬品を普及することを目指す。						
	対象者	国民健康保険被保険者のうち医薬品を服用している被保険者で、後発医薬品にすることで自己負担額を100円以上軽減できる被保険者(年間約5,000人)						
実施内容	実施方法	対象者の抽出・選定						
	実施体制	委託による通知の作成、発送						
目標	評価指標	後発医薬品普及率						
	各年度の目標値	現状(R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
		86.7%	80.0%以上	80.0%以上	80.0%以上	80.0%以上	80.0%以上	80.0%以上

(9) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

概要	目的	健康で自立した生活が継続できるようライフコースに合わせた保健指導やフォローを行い、医療保険の分断による切れ目のない支援を推進する。						
	対象者	65歳以上の国保被保険者及び75歳以上の後期高齢者						
実施内容	実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ・健康状態不明者の訪問事業 ・通いの場等における健康教育 ・高齢者の生活習慣病重症化予防事業 						
	実施体制	庁内や関係機関等との連携体制の構築						
目標	評価指標	健康状態不明者の割合						
	各年度の目標値	現状 (R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
		34.1%	33.0%	32.0%	31.0%	30.0%	29.0%	28.0%
	評価指標	健康状態不明者指導実施率						
	各年度の目標値	現状 (R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
77.6%		80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	

第6章 その他

1 計画の評価及び見直し(★)

計画の評価については、計画(Plan)に基づき、保健事業等を実施(Do)したことに対し、達成状況をはじめ、有効性、効率性等の観点から評価(Check)を行い、その評価結果をもとに保健事業等の見直しや改善を行う(Action)とともに、次期計画に反映させるPDCAサイクルに基づき実施していきます。

なお、PDCAサイクルにあたっては、データヘルス計画推進委員会、国民健康保険運営協議会等、医師会、歯科医師会、薬剤師会等の意見聴取を適宜行うこととします。

2 計画の公表・周知(★)

本計画は、島田市ホームページに掲載し、周知を図ります。

3 個人情報の保護(★)

特定健康診査等の実施にあたっては、個人情報の保護に関する法律及び島田市個人情報保護条例に定める職員の義務(データの正確性の確保、漏洩防止措置、従事者の監督、委託先の監督)について周知徹底し、個人情報の漏洩防止に細心の注意を図ります。

また、特定健康診査等を外部に委託する際は、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、委託事業者に対して常に契約遵守状況の管理を行います。

4 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」「島田市個人情報の保護に関する法律施行条例」「島田市情報セキュリティポリシー」に基づき管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう委託契約書に定めるものとします。

5 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

高齢化の状況、地理的条件など、地域のおかれた現状によって必要とされる保健事業や対策も異なると考えられることから、地域包括ケアの充実を図り、地域の実態把握・課題分析を被保険者も含めた関係者間で共有し、連携して事業に取り組みます。

- (1) 特定健康診査・医療・介護データの分析を基にした効果的な事業計画
- (2) 庁内連携等による関係団体との体制構築
- (3) 通いの場等を通じたポピュレーションアプローチ
- (4) 健康状態不明者訪問や生活習慣病重症化予防等のハイリスクアプローチ

第7章 用語解説

	用語	説明
ア 行	悪性新生物	悪性腫瘍のこと。細胞が何らかの原因で異変して増殖を続け、周囲の正常な組織を破壊する腫瘍で、がんや肉腫などがこれに入る。
	eGFR(イージーエフアール)	推計糸球体濾過量。健康診査の項目である尿蛋白及びクレアチニンから算出される腎機能の状態を表す数値。GFR(糸球体濾過量)の実測は健康診査では困難であるため、推計値である eGFR を用いている。
	HDL コレステロール	余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。40mg/dl以上が正常値。
	LDL コレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロール。
	血圧(収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	血清クレアチニン(Cr)	筋肉で作られる老廃物の一つ。腎機能が低下するとクレアチニンが増加するので、血液中のクレアチニンを検査することで腎機能をみる指標となっている。
	高血圧有病者	以下3つの重症度区分に該当する高血圧性疾患の有病者 高血圧Ⅰ度:収縮期血圧が140~159mmHg、または拡張期血圧が90~99mmHg 高血圧Ⅱ度:収縮期血圧が160~179mmHg、または拡張期血圧が100~109mmHg 高血圧Ⅲ度:収縮期血圧が180mmHg以上、または拡張期血圧が110mmHg以上
	高血圧予備群	特定健康診査受診者のうち、収縮期血圧が130~139mmHgかつ拡張期血圧が90mmHg未滿、または収縮期血圧が140mmHg未滿かつ拡張期血圧が85~89mmHgの状態。降圧剤を服用している人は除く。
	国保データベース(KDB)システム	国民健康保険の保険者や後期高齢者医療広域連合が、保健事業の計画や実施を行うために、「特定健康診査・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを活用して、統計情報や個人の健康に関するデータを作成するシステム。国民健康保険中央会が開発。
サ 行	CKD	慢性腎臓病のことで、腎臓の働きが慢性的に低下していく様々な腎臓病の総称であり、重症化すると人工透析になる可能性や、脳卒中や心筋梗塞などの心血管疾患発症の危険性が極めて高い。高血圧や糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病が強く関係するほか、肥満、喫煙、過度の飲酒などの生活習慣も深く関係する。
	ジェネリック医薬品(後発医薬品)	先発医薬品と治療的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品。
	脂質異常症	中性脂肪やLDLコレステロール、HDLコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたし、血液中の値が正常域をはずれた状態。動脈硬化の主要な危険因子。従来は高脂血症と呼ばれていた。
	疾病分類	「疾病、損害および死因の統計分類」の「ICD-10(2013年版)準拠 疾病分類表」を使用。
	心疾患	心筋梗塞や狭心症のような虚血性心疾患、慢性リウマチ性心疾患、心不全などが含まれる。ただし、高血圧による心不全のような高血圧性心疾患は含まれない。
	腎不全	腎臓の機能が低下し、老廃物を十分排泄できなくなったり、体内に不要なものや体にとって有害なものがたまっている状態。
	生活習慣病	食習慣、運動習慣、喫煙及び飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾病のこと。主な生活習慣病には、がん、脳血管疾患、心疾患、糖尿病などがある。
タ 行	中性脂肪	体を動かすエネルギー源となる物質であるが、食べ過ぎや運動不足等によりエネルギーが消費しきれず体脂肪として蓄積することにより、肥満の原因になる。149mg/dlまでが正常値。

	糖尿病	インスリンの作用不足により高血糖が慢性的に続く病気。重症化すると網膜症・腎症・神経障害の三大合併症を引き起こす要因となる。
	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つで、腎臓の毛細血管が痛み腎臓の機能が低下する。進行すると最終的には人工透析による治療が必要となる。
	糖尿病予備群	HbA1c が 5.6～6.4%に該当する者
	特定健康診査	平成 20 年 4 月から開始された、生活習慣予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。特定健診。40 歳～74 歳の医療保険加入者を対象とする。
	特定保健指導	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、またはグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導終了後、対象者は行動計画を実施し、3 か月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。リスク数、年齢により対象者を階層化し、指導方法を判定する。
ナ行	内分泌疾患	内分泌とは、離れた場所にある臓器(器官)間で情報の橋渡しをする「ホルモン」の分泌異常により生じる疾患。ホルモンを器官として、脳の一番下にある「下垂体」、首の部分にある「甲状腺」、糖尿病は膵臓から分泌されるインスリンの分泌不足から発症する疾患であり、疾病分類(ICD10)の大分類で、「内分泌、栄養及び代謝疾患」に分類される。
	日本再興戦略	日本産業再興プラン・戦略市場創造プラン・国際展開戦略の3つのアクションプランを軸とする。データヘルス計画に関する内容は、戦略市場創造プランの【テーマ1:国民の「健康寿命」の延伸】の中に「予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくり」の一つとして示されている。
	尿中アルブミン検査	アルブミンは、血液中のタンパク質の主成分であり、通常は腎臓で再吸収されるため、尿中にはほとんど検出されないが、腎臓の機能が弱まって、老廃物のろ過機能がうまくいかなくなると、アルブミンが尿中に排泄されるため、尿中のアルブミン量を調べることで腎臓の状態を知ることができる検査。
	脳血管疾患	脳内の動脈が破れたり、詰まったりすることで血液が流れなくなることが原因で起こる病気(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等)の総称。脳血管障害ともいう。
ハ行	BMI(ビーエムアイ)	Body Mass Index の略で、体格指数のこと。体重(kg)÷[身長(m)×身長(m)]により算出する。BMI が 22 の場合が「標準」で、25 以上が「肥満」、18.5 未満を「低体重(やせ)」とする。
	平均自立期間	世界保健機関(WHO)が平成 12 年(2000 年)に提唱した指標であり、一般に、健康状態で生活できる平均期間またはその総称を指す。健康日本 21(第2次)では、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」と定められている。
	HbA1c(ヘモグロビンエーワンシー)	血液中の血糖を計る指標で、過去 1～2 か月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。ヘモグロビンは、赤血球内のたんぱく質の一種で、全身の細胞に酸素を送る働きをしている。血液中の糖がヘモグロビンに結合し糖化ヘモグロビンになる。その糖化ヘモグロビンが分画した結果、最終的に作られるのが HbA1c。血糖値が高いほど、ヘモグロビンに結合する糖の量が多くなり、糖化ヘモグロビンは赤血球の寿命(約120日)までは血液中に残るため、過去1～2か月の平均血糖値が反映された指標となる。
	ポピュレーションアプローチ	疾患の発生リスクを高低で対象者を分け、発症リスクが高い対象者に対する個別の取り組みをハイリスクアプローチと言うのに対し、対象者を限定せず集団全体を対象として働きかけを行い全体としてリスクを下げる取り組みの方法をポピュレーションアプローチという。
マ行	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
ヤ行	有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
ラ行	レセプト	診療報酬請求明細書の通称。

以上

策定(令和6年3月)

島田市データヘルス計画推進委員会

- (委員長) 篠崎 真吾 島田市医師会・腎臓専門医・総合内科専門医
(副委員長) 熊谷 裕通 腎臓専門医・医学博士
(委員) 岡西 大介 島田市医師会理事・糖尿病専門医
(委員) 八木 十詩子 島田市医師会・糖尿病専門医
(委員) 野垣 文昭 島田市立総合医療センター副院長・腎臓内科医
(委員) 大石 敏弘 島田市立総合医療センター糖尿病・内分泌内科医長
(委員) 三村 芙美江 島田市立総合医療センター主任看護師・糖尿病看護認定看護師
(委員) 水野 直子 島田市立総合医療センター栄養室・課長補佐
(委員) 成岡 厚英 島田薬剤師会
(委員) 高城 幸司 島田歯科医師会
(委員) 吉川 由紀子 静岡県中部健康福祉センター健康増進課長
(委員) 畑中 陽子 島田市健康福祉部健康づくり課長補佐
(事務局) 島田市健康福祉部国保年金課

令和6年3月発行

編集・発行 島田市 健康福祉部 国保年金課 保健事業係

〒427-0041 静岡県島田市中河町 283 番地の1

☎ 0547-34-3295 📠 0547-34-3289

