

第 3 期大津市国民健康保険保健事業実施計画
(データヘルス計画)・

第 4 期大津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

(案)

令和5年12月
大津市

目 次

第 1 編 第 3 期大津市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的	5
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	6
3. 計画の期間	8
4. 関係者が果たすべき役割と連携	9

第 2 章 第 2 期計画の評価及び考察並びに第 3 期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性	10
2. 第 2 期計画の評価及び考察	11
1) 第 2 期計画の評価	
2) 個別の保健事業の評価と課題	
3) 第 2 期データヘルス計画の考察	
3. 第 3 期における健康課題の明確化	19
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 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	37
2. 重症化予防の取組み	38
1) 生活習慣病重症化予防対策	
2) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防対策	
3) 糖尿病性腎臓病重症化予防対策	
4) 脳血管疾患・虚血性心疾患重症化予防対策	
I. 脳血管疾患対策	
II. 虚血性心疾患対策	
5) 若年被保険者に対する生活習慣病重症化予防対策	
3. 発症予防	51
4. 受診率向上対策	51
5. ポピュレーションアプローチ	55
6. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	57

7. 医療費適正化対策	 5 8
1) 重複・頻回受診、重複・多剤服薬者保健指導事業	
2) ジェネリック医薬品差額通知事業	

第4章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期	 6 1
2. 評価方法・体制	 6 1

第5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	 6 2
2. 国や県、関係機関等への報告	 6 2
3. 特定健康診査等の結果や記録の利用	 6 2
4. 個人情報保護対策	 6 2

第2編 第4期大津市国民健康保険特定健康診査等実施計画

第1章 計画の概要

1. 特定健康診査・特定保健指導等の実施方法に関する基本的な事項	... 6 3
2. 計画の性格	 6 3
3. 計画の期間	 6 3

第2章 計画の目標

1. 目標の設定	 6 4
2. 特定健康診査対象者見込数	 6 4
3. 目標値を達成するための受診者数等	 6 4

第3章 特定健康診査・特定保健指導等の実施方法

1. 特定健康診査	 6 5
1) 対象者	
2) 実施方法および実施場所等	
3) 健診項目	
4) 人間ドックによる特定健康診査	
5) 事業主からの健診結果の提供による特定健康診査	
6) 治療中の検査結果の提供による特定健康診査	
7) 医療機関との適切な連携	
8) 代行機関	

9) 健診の案内方法・健診実施スケジュール	
2. 特定保健指導	6 7
1) 健診から保健指導実施の流れ	
2) 要保健指導対象者の選択と優先順位・支援方法	
第 4 章 個人情報の保護	
1. 基本的な考え方	7 0
2. 特定健診・保健指導等の記録の管理・保存期間について	7 0
3. 国や県、関係機関等への報告	7 0
4. 特定健康診査等の記録の利用	7 0
第 5 章 計画の推進	
1. 計画の公表・周知	7 1
1) 公表方法	
2) 大津市国民健康保険事業の運営に関する協議会への報告	
2. 計画の評価・見直し	7 1
参考資料	7 2

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。

平成 26 年 3 月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。))において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

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

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

このような国の動きや本市の課題等を踏まえ、本市では、国の指針に基づき、「第 3 期大津市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、被保険者の年代ごとの身体的な状況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、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とします。

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表 1)

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

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

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

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

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

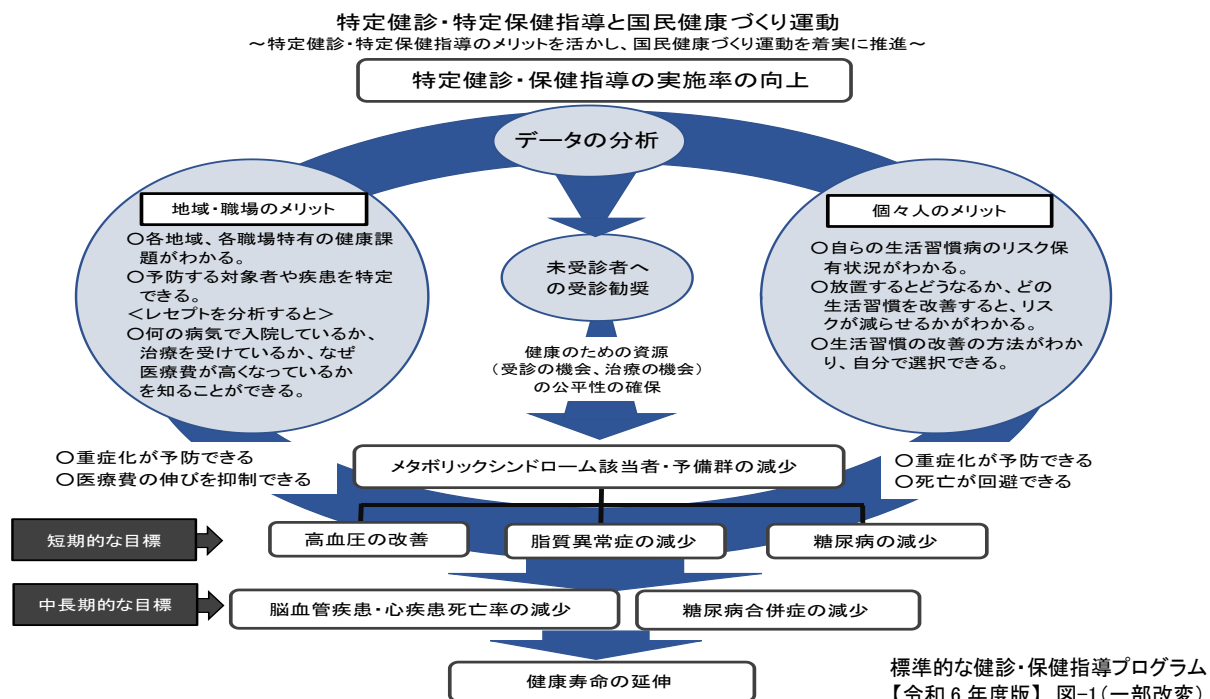
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法律	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	介護保険事業計画
基本的な 指針	健康増進法第8条、第9 条、第6条健康増進事業 実施者※	国民健康保険法第82条 健康保険法第150条 高確法第125条	高齢者の医療の確保に關 する法律第19条	介護保険法 第116条、第117条、第 118条
期間	法定 令和6年～17年	指針 令和6年～11年	法定 令和6年～11年	法定 令和6年～8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 市町村：義務
対象者 (年齢)	市民	国保被保険者	国保被保険者 (40歳～74歳)	1号被保険者：65歳以上 2号被保険者：40歳～64 歳)
対象疾患	メタリックシンドローム 内臓脂肪型肥満	メタリックシンドローム 内臓脂肪型肥満	メタ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 高血圧・脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 糖尿病合併症 高血圧・脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 糖尿病合併症 高血圧・脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	要介護状態となることの 予防、要介護状態の軽 減・悪化防止
	COPD・がん・ロコモ 骨粗鬆症・うつ			生活習慣病 虚血性心疾患 脳血管疾患

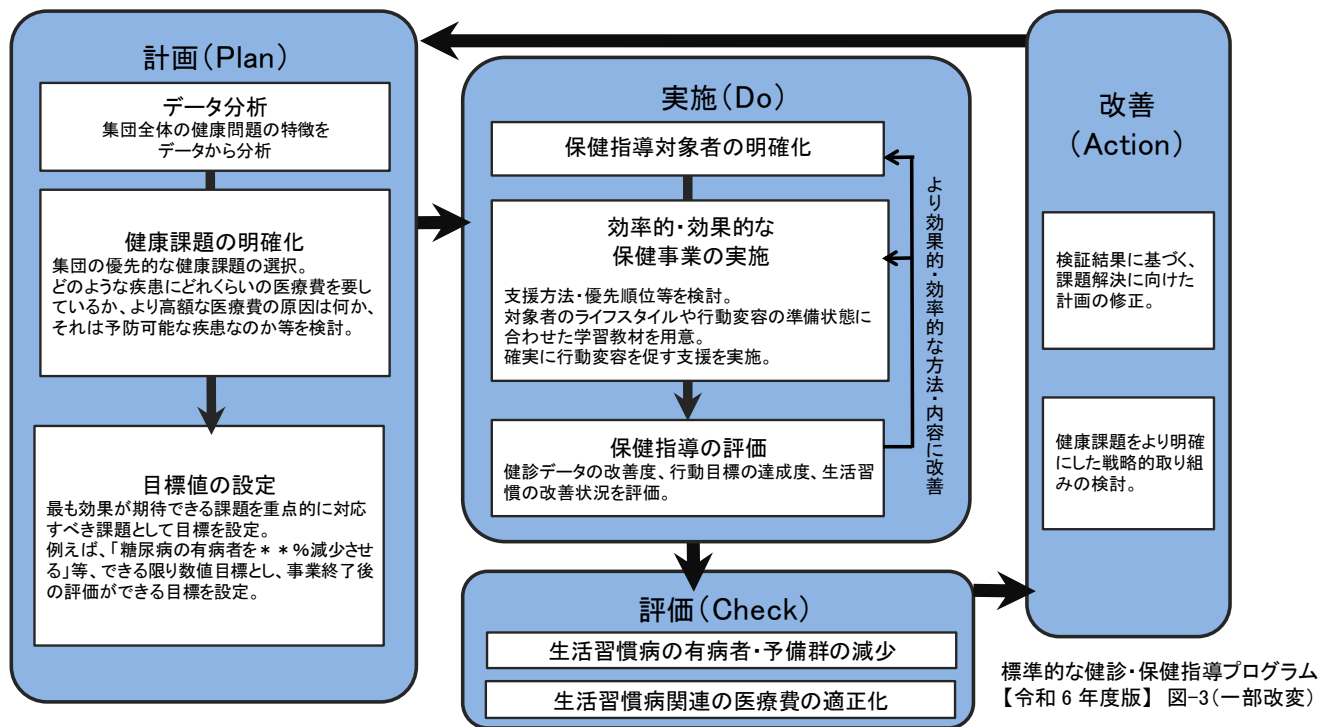
※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、母子保健法、介護保険法、学校保健安全法

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



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

図表 3 保健事業(健診・保健指導)の PDCA サイクル



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

3. 計画期間

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 第 5 の 5 において、計画期間は「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされていることから、本計画の計画期間は、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。(図表 4)

図表 4 計画の期間

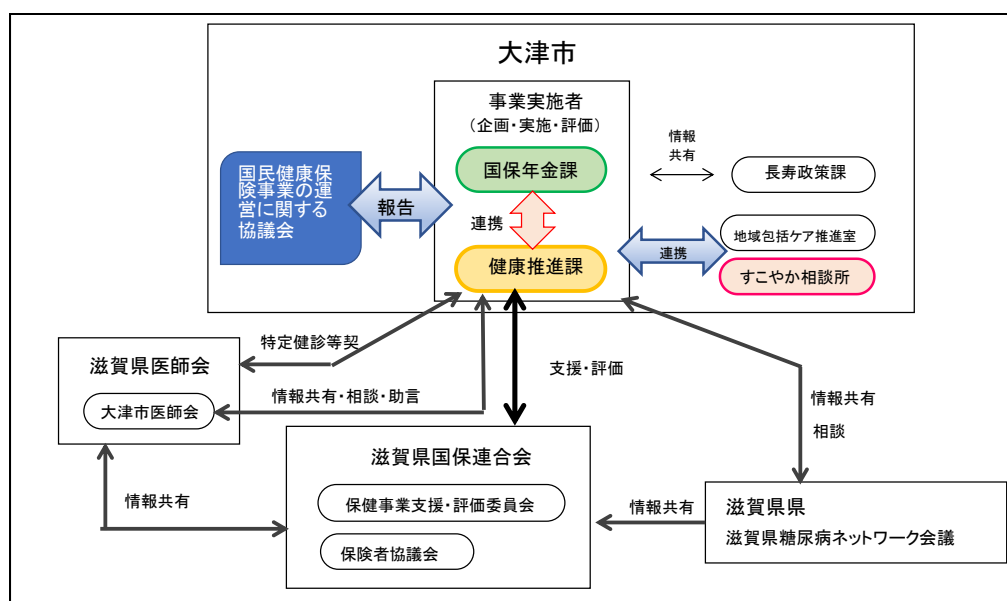
年度	R3 2021	R4 2022	R5 2023	R6 2024	R7 2025	R8 2026	R9 2027	R10 2028	R11 2029
関連計画など	滋賀県保健医療計画								
	滋賀県データヘルス計画(第1期)			滋賀県データヘルス計画(第2期)					
	大津市総合計画(基本構想)								
	大津市データヘルス計画(第2期)			大津市データヘルス計画(第3期)(第4期特定健診等実施計画)					
	健康おおつ21(第2次)			健康おおつ21(第3次)・第4次大津市食育推進計画					
	おおつ保健医療プラン(第3期)			おおつ保健医療プラン(第4期)					
	おおつゴールドプラン(第8期)			おおつゴールドプラン(第9期)		おおつゴールドプラン(第10期)			

4. 関係者が果たすべき役割と連携

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために健康推進課が中心となり、関係部局と連携しながら、保険者の健康課題を分析し策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。（図表 5・6）

図表 5 大津市の実施体制図



図表 6 保健事業体制と主な保健事業の分担

業務内容		◎・・・企画及び実施、進捗管理			○・・・保健指導の実施
		国保年金課	健康推進課健康支援係		すこやか相談所
		事務職員	事務職員	保健師 管理栄養士	保健師
国保事務	レセプト点検・支払 保険料請求 等	◎			
特定健診	受診券発行		◎		
	未受診者通知		◎		
	未受診者勧奨等		◎		
保健指導	特定保健指導			◎	○
	重症化予防			◎	○
健康増進事業	健康教育・健康相談			◎	○
医療費適正化	ジェネリック差額通知	◎			
	重複・頻回受診・服薬 等訪問指導			◎	

第2章 第2期計画の評価及び考察並びに第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、令和5年4月1日現在、人口343,839人で高齢化率は27.4%です。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は同等であり、被保険者の平均年齢も54.2歳と県と比べて同等です。同規模や国と比べるとやや高くなっています。出生率は7.2%で県と同等です。財政力指数は0.8であり県内では6位に位置しています。産業においては、第3次産業が76.5%を占めております。(図表7)

国保加入率は令和4年度では19.0%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約46.3%を占めています。(図表8)

本市内には病院が令和4年度において15施設、診療所が296施設あります。同規模と比較して少ないが、県と比較すると多く、県内では医療機関に恵まれています。(図表9)

図表7 同規模・県・国と比較した大津市の特性 (R5.4月)

	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
大津市	343,839	27.4	65,069 (18.9)	54.2	7.2	9.4	0.8	1.1	22.4	76.5
同規模	--	26.4	19.6	52.0	7.3	10.2	0.7	1.6	20.2	78.2
県	--	26.4	19.1	54.1	7.6	9.4	0.6	2.7	33.0	64.6
国	--	28.7	22.5	51.9	6.8	11.1	0.5	3.2	23.4	73.4

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※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、大津市と同規模保険者(85市町村)の平均値を表す

図表8 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	69,799		68,031		67,776		66,550		63,977	
65～74歳	32,552	46.6	32,019	47.1	32,183	47.5	31,614	47.5	29,615	46.3
40～64歳	20,884	29.9	20,424	30.0	20,387	30.1	20,196	30.3	19,799	30.9
39歳以下	16,363	23.4	15,588	22.9	15,206	22.4	14,740	22.1	14,563	22.8
加入率	20.6		20.1		20.0		19.7		19.0	

出典:KDBシステム_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表9 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	県 割合
病院数	15	0.2	15	0.2	15	0.2	15	0.2	15	0.2	0.3	0.2
診療所数	286	4.1	288	4.2	294	4.3	292	4.4	296	4.6	4.9	4.2
病床数	4,140	59.3	4,035	59.3	4,021	59.3	3,996	60.0	3,879	60.6	64.5	53.2
医師数	1,288	18.5	1,288	18.9	1,330	19.6	1,330	20.0	1,357	21.2	17.9	13.4
外来患者数	719.7		726.3		675.9		710.3		731.8		704.0	714.3
入院患者数	19.1		19.5		17.8		18.0		17.9		17.7	17.9

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画の評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を長期目標・中期目標・短期目標を設定しました。

図表 10 計画の管理目標

	目 標	策定時	第2期データヘルス計画						評価	
		H29	H30	R1	R2	R3	R4	目標		
長期目標	一人当たりの医療費を抑制する	371,564 円	377,961 円 (1.7%)	391,013 円 (5.2%)	380,426 円 (2.4%)	398,922 円 (7.4%)	402,894 円 (8.4%)	H29 年度比 増加率 1% 以下		C
	外来医療費における糖尿病、慢性腎不全、高血圧症の一人当たり医療費を抑制する	50,605 円	48,650 円 (-3.9%)	50,277 円 (-0.7%)	44,826 円 (-11.4%)	45,253 円 (-10.6%)	49,509 円 (-2.2%)	H29 年度比 増加率 1% 以下	○	
	悪性新生物、心疾患、脳血管疾患による死亡者の増加を抑制する	1,568 人	1,606 人 (2.4%)	1,632 人 (4.1%)	1,577 人 (0.6%)	1,620 人 (3.3%)	1,629 人 (3.8%)	H29 年度比 増加率 10% 以下	○	
中期目標	特定健康診査未受診者かつ医療機関未受診者の割合を減らす	33.9%	31.0%	32.0%	23.5%	23.2%	23.0%	22.0%		A
	受診勧奨判定値以上の者の受診率を上げる(フォローアップ対象者)	11.5%	13.9%	8.5%	22.0%	11.1%	13.9%	60.0%		B
	受診勧奨判定値以上の者の受診率を上げる(要医療対象者)	18.8%	19.9%	13.0%	20.7%	18.9%	17.1%	80.0%		B
	糖尿病治療中断者を減らす	—	—	65 人	38 人	31 人	16 人	減少率 50%		A
	糖尿病治療中のコントロール不良者の重症化を防ぐ	84 人	88 人	83 人	77 人	94 人	89 人	新規遷延導入者数 80 人以下/年		C
		312 人	271 人	249 人	222 人	235 人	241 人	HbA1c8%以上者の減少	○	
短期目標	特定健康診査の受診率を上げる	38.1%	37.0%	37.9%	32.5%	35.5%	36.9%	50.0%		B
	若年層の特定健康診査受診率を上げる (40 歳代) (50 歳代)	17.8%	18.1%	22.8%	18.3%	18.0%	19.4%	19.0%		B
		25.6%	25.7%	26.5%	24.2%	24.0%	25.1%	28.5%		
	歯周病検診の受診率を上げる	5.6%	6.0%	5.3%	5.5%	6.0%	6.4%	5.2%	○	
	胃がん検診の受診率を上げる	2.5%	1.5%	2.3%	1.0%	2.1%	2.8%	2.9%		A
	肺がん・結核検診の受診率を上げる	20.3%	17.1%	17.5%	15.3%	15.4%	16.6%	22.8%		C
	大腸がん検診の受診率を上げる	15.4%	15.2%	15.2%	15.2%	13.7%	14.8%	22.3%		C
	子宮がん検診の受診率を上げる	30.4%	26.1%	29.6%	28.2%	27.2%	27.5%	32.2%		C
	乳がん検診の受診率を上げる	16.4%	17.5%	16.0%	14.2%	13.7%	15.9%	22.5%		C
	特定保健指導実施率を上げる	13.6%	21.7%	19.3%	20.4%	21.36%	16.6%	30.0%		A
	男性の特定保健指導実施率を上げる	12.3%	20.2%	18.9%	18.2%	20.4%	19.5%	20.0%	○	
	40 歳未満の健康診断受診率を上げる	11.9%	8.5%	7.0%	7.7%	7.9%	6.8%	20.0%		C

【未達成の評価】 A:改善 B:大きな変化なし C:悪化

(1) 長期目標の達成状況

- ・一人当たりの医療費は年々増加しており、抑制できていない状況です。
- ・「外来医療費における糖尿病、慢性腎不全、高血圧の一人当たり医療費」は、H29 年度と比較すると抑制しているが、年度により増減が見られています。
- ・「悪性新生物、心疾患、脳血管疾患による死亡者」は H29 年度と比較すると実数は増えています。しかし、増加率は目標を達成しています。

(2) 中期目標の達成状況

- ・特定健康診査未受診者かつ医療機関未受診者の割合は、目標達成に近づいている状況です。
- ・受診勧奨判定値以上の者の医療機関受診状況は、医療機関受診勧奨や保健指導を行ったが、目標値の 60%に達していない状況です。
- ・糖尿病治療中断者は年々減少しています。また、新規透析導入者は目標値の 80 人前後を推移しています。糖尿病治療中のコントロール不良者(HbA1c8.0%以上)も大きな改善は見られていません。

(3) 短期目標の達成状況

- ・特定健康診査の受診率や特定保健指導の実施率は、目標値に向けて改善傾向です。
- ・歯周病検診の受診率は、目標値を達成しています。
- ・がん検診においては、胃がん検診を除き目標達成には至らない状況です。
- ・40 歳未満の健康診断受診率は、受診率が伸びず、目標達成には至らない状況です。

2) 個別の保健事業の評価と課題

個別の保健事業について、4つの視点(ストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカム)に基づき、評価を行いました。

【方針 1】生活習慣病の重症化予防

施策 1) ハイリスク対象者受診勧奨対策							
受診勧奨判定値を超えている者へのフォローアップ事業							
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4	
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制 ③指導記録 ④マニュアルの有無	【プロセス】 ①対象者の抽出方法 ②フォローアップ方法、時期 ③再勧奨や栄養・健康相談の利用数	【アウトプット】 リーフレット送付率	100%	100%	100%	100%	
		再勧奨の実施率	100%	—			
		【アウトカム】 医療機関受診率	60%	13.9%	22.0%	17.1%	
		栄養相談利用者の次年度健診結果が良好になった割合	80%	—			
要医療域の者への受診勧奨事業							
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4	
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制 ③指導記録 ④マニュアルの有無	【プロセス】 ①対象者の抽出方法 ②フォローアップ方法、時期 ③再勧奨や栄養・健康相談の利用数	【アウトプット】 受診勧奨率	100%	100%	100%	100%	
		【アウトカム】 医療機関受診率	80.0%	19.9%	20.7%	評価中	
		【評価】H30 年度と比較すると、受診勧奨後の医療機関受診率は上がっている。しかし、目標の受診率には達成していない。					

施策 2）糖尿病重症化予防対策						
治療中断者の受診勧奨事業						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制 ③指導記録 ④マニュアルの有無	【プロセス】 ①対象者の抽出方法 ②フォローアップ 方法・時期 ③評価時期	【アウトプット】 受診勧奨率	100%	100%	100%	100%
		【アウトカム】 HbA1c7%以上の未治療者の減少	50%	3.8%	16.6%	1.3%
治療中の血糖コントロール支援事業						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制 ③指導記録 ④マニュアルの有無	【プロセス】 ①対象者の抽出方法 ②指導の内容・方法・回数 ③主治医との連携・方法・回数 ④利用者の満足度	【アウトプット】 糖尿病性腎症重症化予防保健指導動 率	100%	100%	100%	100%
		【アウトカム】 治療中の血糖コントロール不良者の減少 (HbA1c8%以上)	50%	11.6%	29.0%	11.7%
		DKD 保健指導参加率	20.0%	16.7%	8.5%	4.7%
		保健指導した者の eGFR 又は HbA1c の 下った者の割合	80.0%	—	81.8%	評価中
【評価】 H30 年度と比較すると、HbA1c7%以上の未治療者、HbA1c8%以上のコントロール不良者は減少している。						

施策 3）歯周病対策						
歯周病検診						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制 ③指導記録	【プロセス】 ①対象者の抽出方法 ②方法・回数 ③主治医との連携 ④利用者の満足	【アウトプット】 受診者数		1,049 人	1,064 人	1,163 人
		【アウトカム】 受診率	5.2%	6.0%	5.5%	6.4%
歯周病検診費用助成						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制 ③指導記録	【プロセス】 ①方法 ②利用者の満足度	【アウトプット】 助成件数	300 件	102 件	90 件	93 件
		【アウトカム】 受療率	100%	90.6%	84.0%	85.2%
【評価】 受診者数及び受診率は年々増加傾向にある。助成件数は、初年度と比べて減っている。助成があるから検診受診に繋がっているとは、言えない。また、受療率も初年度と比べて減少している。						

【方針 2】生活習慣病の発症予防

施策 1) 特定保健指導利用率向上対策

特定保健指導事業						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制 ③連携会議 ④教材や指導記録の有無 ⑤事業手順書 ⑥保健指導研修	【プロセス】 ①利用勧奨の方法や利用までの手順の適切さ ②保健指導の機会、時期、内容等の適切さ ③データ分析の実施の有無 ④医療費分析の実施の有無 ⑤費用対効果等の分析の実施の有無	【アウトプット】 特定保健指導利用者数	611 人	422 人	336 人	346 人
		【アウトカム】 特定保健指導実施率（終了率）	30%	21.8%	20.4%	21.1%
特定保健指導動機付け事業						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額（頸部以下） ②関係者との連携（特定保健指導実施事業者を利用特典の案内をするための連絡）	【プロセス】 ①対象者把握の実態 ②事業者による特典案内方法の構築 ③スポーツ・ジム無料体験協力事業者との連携	【アウトプット】 インセンティブ利用率	50%	30.8%	33.1%	35.5%
		【アウトカム】 特定保健指導実施率（終了率）	30%	22.9%	20.4%	21.1%
【評価】 H30 年度と比較すると、特定保健指導実施率は上昇している。しかし、目標値には達していない。インセンティブの効果は H30 年度と比較すると増加している。						

施策 2) 男性のメタボリックシンドローム※7・予備群減少対策

男性への特定保健指導動機付け事業						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制 ③連携会議 ④男性への動機付けになる インセンティブの確保 ⑤マニュアル	【プロセス】 ①利用勧奨の方法や利用までの手順 ②男性に特化した啓発の方法か ③費用対効果等の分析の実施の有無	【アウトプット】 インセンティブ利用率 インセンティブ利用の男女比	50% 1 : 1	61.6% —	33.1% 3 : 2	31.7% 3 : 2
		【アウトカム】 男性の特定保健指導実施率 (終了率)	20%	23.2%	18.2%	19.5%
【評価】男性の特定保健指導の実施率は、R2 年度下がったが徐々に回復をしている。また、インセンティブの利用は全体で約 3 割に留まっている。利用は男性の方が多い状況である。						

施策 3) 健康増進対策

健康相談事業						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制 ③指導記録 ④マニュアルの有無	【プロセス】 ①健康相談の啓発方法 ②実施場所 ③利用者と実施者の満足度	【アウトプット】 相談実施回数	2,300 回	2,021 回	1,809 回	1,880 回
		【アウトカム】 相談利用者数	28,000 人	9,320 人	6,791 人	7,354 人
【評価】健康相談の実施回数や相談者数は初年度と比べて R2 年度は減少している。COVID-19 の影響で開催回数を減少したためと考えられる。R4 年度で実施回数や相談者数は R2 年度に比べて回復したが、R2 から予約制を導入したため、相談者数の減少に繋がっていると考える。						

※7 腹囲が男性 85cm以上、女性 90cm以上かつ、脂質異常・高血圧・高血糖のうち2項目以上が基準値以上の状態をいう。

【方針3】生活習慣病に関する意識の向上

施策1) 特定健康診査受診率向上対策

特定健康診査						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制 ③マニュアルの有無	【ﾌﾟﾛセス】 ①対象者の抽出方法 ②受診券の発送時期 ③再勧奨をしたか ④再勧奨の対象者	【アウトプット】 特定健康診査受診者数	23,650 人	18,039 人	15,523 人	16,528 人
		【アウトカム】 特定健康診査受診率 60 歳代受診率 50 歳代受診率 40 歳代受診率	50%	37%	32.5%	37%
			40.7%	40.5%	34.7%	41.5%
			28.5%	23.1%	24.2%	25.1%
			19%	17%	18.3%	19.3%
人間ドック受診費用助成						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制 ③マニュアルの有無	【ﾌﾟﾛセス】 ①対象者の抽出方法 ②時期 ③人間ドック受診勧奨	【アウトプット】 助成数	3000 人	2351 人	1,516 人	2,033 人
		【アウトカム】 特定健康診査と同じ				
集団健診による特定健康診査						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制 ③マニュアルの有無	【ﾌﾟﾛセス】 ①集団健診の申込時期 ②日時 ③会場 ④未受診者再勧奨	【アウトプット】 集団健康診査受診者数	1,200 人	686 人	1,051 人	1,563 人
		【アウトカム】 新規受診者受診率（集団健診中）	50%	—	44%	33.5%
事業主健診受診者の結果取得						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額の確保 ②人員と体制	【ﾌﾟﾛセス】 ①対象者の抽出方法 ②通知時期・方法	【アウトプット】 健診結果の提出数	108 件	19 件	54 人	33 人
		【アウトカム】受診率に反映できる結果内容の提出率	50%	—	70%	94%
医療機関での検査結果取得						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制 ③マニュアルの有無	【ﾌﾟﾛセス】 ①対象者への案内方法 ②医療機関への説明	【アウトプット】 検査結果の提出	50 件	19 件	40 件	38 件
		【アウトカム】 生活習慣病治療者の特定健康診査受診率	45%	42.3%	37.9%	43.0%
国保新規加入者への受診勧奨						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制	【ﾌﾟﾛセス】 ①勧奨媒体の作成 ②保険年金課への依頼	【アウトプット】 特定健康診査案内率	100%	100%	100%	100%
		【アウトカム】 新規受診者割合	19%	19%	20%	35.8%
特定健康診査未受診者受診勧奨						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制（委託） ③マニュアルの有無	【ﾌﾟﾛセス】 ①対象者の抽出方法 ②受診勧奨の時期と回数 ③受診勧奨の方法	【アウトプット】 受診勧奨ハガキ送付率	100%	100%	100%	100%
		【アウトカム】 継続受診割合 3 年間連続未受診者割合 特定健康診査未受診者かつ医療機関受診なし者の割合	75%	57.6%	41.9%	70.7%
			40%	41.3%	43.1%	43.9%
			22%	33.8%	23.5%	32.2%

特定健康診査・特定保健指導等に関する情報の発信						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制(委託) ③マニュアルの有無	【プロセス】 ①発信方法の決定 ②発信の時期 ③発信の回数	【アウトプット】 啓発チラシの配布数 健康教育・栄養相談・イベントなどの 実施件数	100,000 枚 1,000 件	103,584 枚 160 件	76,494 枚 49 件	90,355 枚 73 件
		【アウトカム】 ホームページ年間アクセス数	13,000 件	9,461 件	19,055 件	19,146 件
【評価】R2年度は、COVID-19の影響で、イベント等での啓発ができない状況であった。しかし、ホームページでのアクセス数は増えている状況である。						

施策２）若年層の健康意識の向上						
セルフ健康チェック事業						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額	【プロセス】 ①対象者の抽出方法 ②配布方法 ③申込サイトの準備	【アウトプット】 案内率	100%	100%	100%	100%
		利用率	20.0%	8.5%	7.7%	6.8%
		【アウトカム】 受診行動改善率	50.0%	44.3%	33.9%	27.0%
		健康意識変化率	90.0%	74.7%	75.5%	78.4%
【評価】利用率は年々減少しており、男性では特に申し込みの大部分を占めていた自営業の人の申込が大きく減少している。尚、目標達成はできなかったが、検査を受けた人についての健康意識は改善傾向にある。						

施策３）健康づくりの意識醸成						
ヘルスポイントラリー						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制(委託) ③マニュアルの有無	【プロセス】 ①事業の周知方法 ②事業の周知時期	【アウトプット】 ヘルスポイントラリー参加率	10,000 人	2,996 人	6,492 人	9,062 人
		【アウトカム】 健康づくりの効果あり者の割合	50.0%	66.7%	94.7%	95.4%
健康フェスティバル						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制	【プロセス】 ①イベントの啓発方法 ②開催時期	【アウトプット】 参加人数	10,000 人	9,934 人	COVID-19 のため開催していない	
		【アウトカム】 アンケート結果より、今日をきっかけに健康づくりをしようと思った人の割合	100%	99.6%		
歯科健康教育						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制	【プロセス】 ①開催時期・回数 ②開催場所 ③対象者	【アウトプット】 実施回数	30 回	16 回	2 回	4 回
		【アウトカム】 参加人数	2,600 人	416 人	17 人	33 人
介護予防普及教室						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制	【プロセス】 ①開催時期・回数 ②開催場所 ③対象者	【アウトプット】 健康いきいき講座の開催回数	160 回	66 回	5 回	28 回
		【アウトカム】 参加人数	2,080 人	1,318 人	72 人	436 人

健康おおつ2 1 応援団推進事業						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制(委託)	【ﾌﾟﾛセス】 ①啓発方法 ②啓発時期	【アウトプット】 健康おおつ2 1 応援団登録者数	70 団体	47 団体	56 団体	57 団体
		【アウトカム】 「健康おおつ21 応援団」を紹介するホームページ アクセス数	1,000 件	688 件	851 件	587 件
【評価】令和2年度にCOVID-19の感染拡大により、健康教育等意識啓の開催を縮小していたため激減している。徐々に実施数は回復しているが、目標値には到達できていない。しかし、ポイントラリーにおいては、個人で実施できるツールであるため、徐々に参加者が増加している状況である。						

【方針 4】がん対策

施策 1) がん検診受診率向上対策

がん検診受診環境の整備						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制 ③指導記録 ④マニュアルの有無	【プロセス】 ①対象者の抽出方法 ②フォローアップ方法、時期 ③評価時期	【アウトプット】 集団特定健康診査とがん検診を同時受診 できる会場数	15 会場	11 会場	12 会場	21 会場
		【アウトカム】 胃がん検診受診率	29.0%	1.5%	1.0%	2.8%
		肺がん検診受診率	22.8%	17.1%	15.3%	16.6%
		大腸がん検診受診率	22.3%	15.4%	15.2%	14.8%
		子宮頸がん検診受診率	32.3%	26.1%	28.2%	27.5%
		乳がん検診受診率	22.5%	17.5%	14.2%	15.9%
がん検診受診費用助成						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制 ③マニュアルの有無	【プロセス】 ①対象者の抽出方法 ②利用者の満足度	【アウトプット】 胃がん検診受診費用助成者数	1,425 人	735 人	592 人	819 人
		肺がん検診受診費用助成者数	8,514 人	3,247 人	3,302 人	3,333 人
		大腸がん検診受診費用助成者数	8,041 人	5,874 人	5,119 人	4,958 人
		子宮頸がん検診受診費用助成者数	5,465 人	1,912 人	1,844 人	1,862 人
		乳がん検診受診者費用助成者数	3,504 人	1,022 人	932 人	1,147 人
		【アウトカム】 がん検診受診環境の整備に同じ				
【評価】集団特定健康診査とがん検診の同時実施の会場数は年々増加している。しかし、がん検診受診率が飛躍的な伸びは見せていない。がん検診の費用助成は、がん検診の種類にもよるが年々徐々に増えてきており、国保被保険者のがん検診受診者が増加している。						

施策 2) がんに関する意識啓発

がんに関する教育及び啓発						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制 ③教材の有無、指導記録	【プロセス】 ①がんに関する教育や啓発は、適切な対象者に実施されているか ②実施者や市民はがんに関する教育や啓発に満足しているか	【アウトプット】 講座やイベント等の実施回数	40 回	35 回	1 回	16 回
		【アウトカム】 参加人数	800 人	535 人	5 人	216 人
【評価】令和 2 年度に COVID-19 の感染拡大により、健康教育等意識啓の開催を縮小していたため激減している。徐々に実施数は回復しているが、目標値には到達できていない。						

施策 3) 喫煙対策						
タバコの健康被害に関する知識の普及及び啓発						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制 ③教材の有無、指導記録	【プロセス】 ①たばこの健康被害に関する健康教育内容は適切か ②ホームページ等に掲載している内容は啓発に適しているか	【アウトプット】 がんに関する健康教育開催数	35 回	2 回	0 回	0 回
		【アウトカム】 ホームページアクセス数	200 件	227 件	1,672 件	729 件
【評価】 令和 2 年度に COVID-19 の感染拡大により、健康教育等意識啓の開催を縮小していたため激減している。						

【方針５】医療費適正化

施策 1) 医療費適正化対策						
重複・頻回受診者対策事業						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制 ③指導記録 ④マニュアルの有無	【プロセス】 ①対象者の抽出方法 ②フォローアップ方法、時期	【アウトプット】 対象者の指導実施率	100%	100%	100%	100%
		【アウトカム】 対象者の指導実施後 3 か月平均の医療費削減効果額 対象者の減少率	200,000 円 毎年 10%	346,310 円 —	264,625 円 57.9%	140,920 円 -34.6%
ジェネリック医薬品差額通知事業						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制	【プロセス】 ①対象者の抽出方法 ②時期が適しているか	【アウトプット】 差額通知送付枚数	4,800 枚	2,743 枚	1,952 枚	1,685 枚
		ジェネリック「希望シール」送付枚数	50,000 枚	42,615 枚	41,867 枚	42,325 枚
		【アウトカム】 ジェネリック医薬品普及率（数量ベース）	80.0%	74.7%	80.0%	81.2%
医療費通知						
評価指標			目標値	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R4
【ストラクチャー】 ①予算額 ②人員と体制	【プロセス】 ①対象者の抽出方法 ②通知時期	【アウトプット】 通知送付枚数	230,000 枚	211,390 枚	203,234 枚	110,124 枚
		【アウトカム】 通知送付対象者の減少	2.0%	9.9%	13.4%	6.1%
【評価】ジェネリック医薬品差額通知は、平成30年度以降効果の見込まれる対象者に限定して送付し、継続的な普及啓発に努めたことによりジェネリック医薬品普及率は最終目標値に達した。						
医療費通知の送付については、平成30年度より世帯単位から被保険者単位に、令和3年度より1回の通知に記載する対象期間を広げ、送付回数を年4回から年2回に変更したため送付枚数は大幅な減少となった。これを踏まえ評価指標である送付対象者の減少率は、1回あたりの送付枚数換算で比較した結果、最終目標値に達した。						

３）第２期データヘルス計画の考察

第２期データヘルス計画の長期目標や中期目標が本計画の対象となる疾患を絞った目標で無いことや、評価指標が評価しにくいものとなっていました。短期目標では、本計画の対象疾患である生活習慣病やメタボリックシンドロームだけでなく、がんや歯周疾患などの検診受診率を目標に挙げていたため、ターゲットを絞った評価が難しい状況でした。

また、目標を到達するための個別保健事業においては、全市民対象の事業や健康増進法で実施する事業も挙げていたことや、評価指標も曖昧なものが設定されている状況で評価が非常に難しい状況でありました。

以上のことから、第3期計画では、本計画の対象疾患である生活習慣病やメタボリックシンドロームにしっかり焦点を当て、医療と健診結果のデータ分析を行い、計画を策定する必要があります。

第2期計画で評価した結果引き続き取り組むべき課題において第3期計画で取り組んでいきます。

(1) 引き続き取り組むべき課題

- ① 一人当たりの医療費を抑制する取組の強化。
- ② 受診勧奨判定値以上の者への医療機関受診勧奨及び保健指導の強化
- ③ 糖尿病重症化予防対策の強化

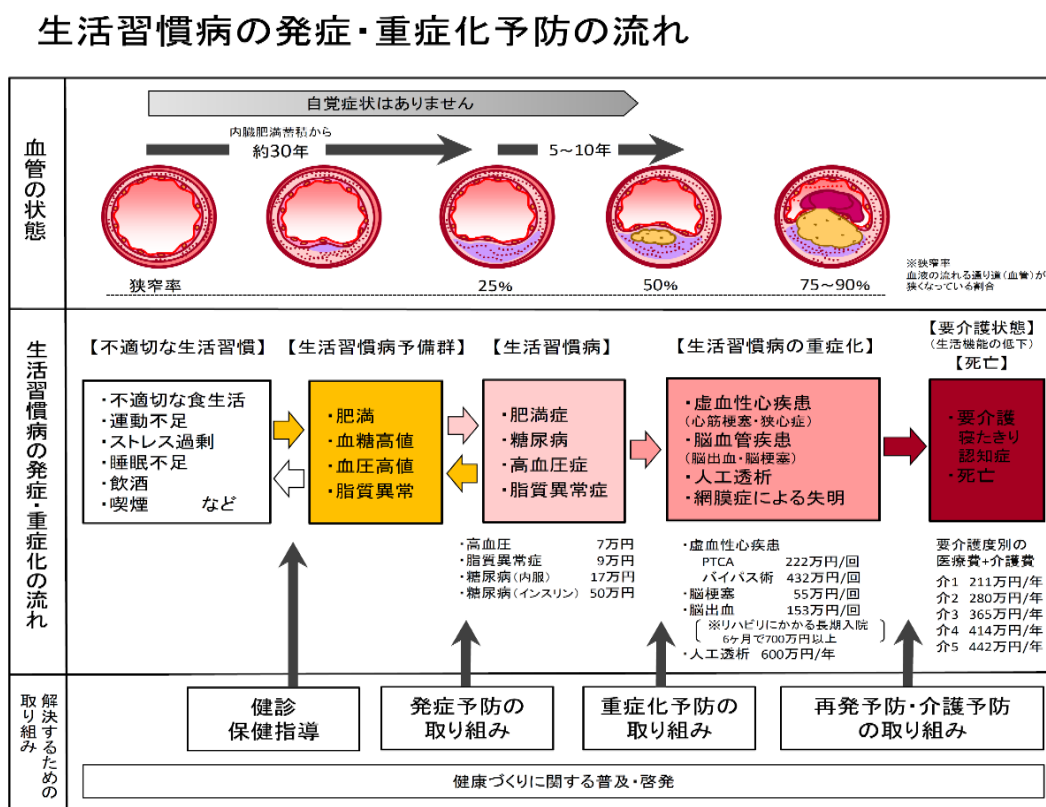
3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。(図表11)

健康おおつ21(第3次計画)・第4次大津市食育推進計画では、計画の基本目標に「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を掲げています。生活習慣病の発症予防と重症化予防には、健康への関心が薄い人も含め、「誰一人取り残さない生涯を通じた健康づくり」を推進することで、生活習慣病の改善につなげていくことも重要となります。

図表 11 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



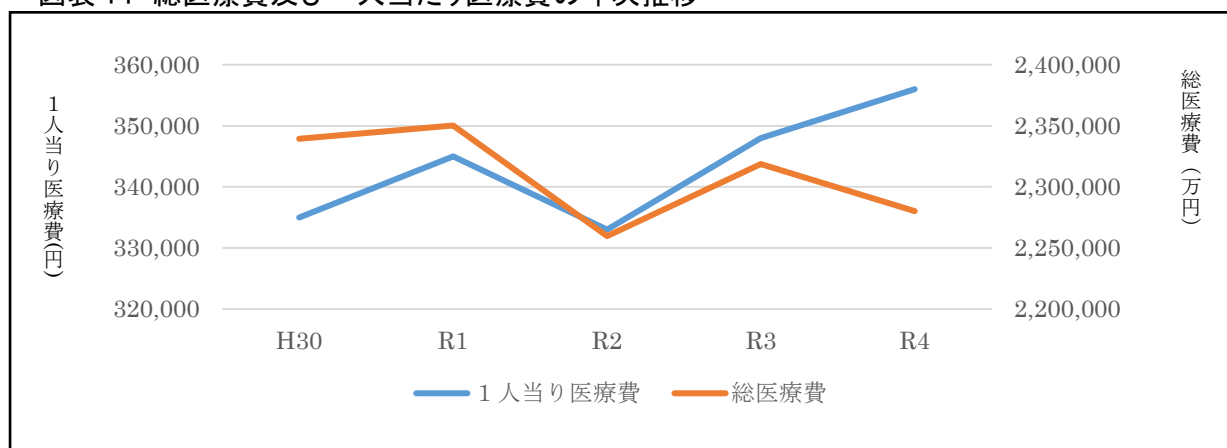
は、全国平均と同等の1を越え、県内5位という状況です。後期高齢医療費では1を越えており、県内平均よりも越えており、特に入院は大きく超えている状況です。一人当たり医療費の地域差を牽引しているのは、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要です。(図表 16)

図表 13 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		69,799人	68,031人	67,776人	66,550人	63,977人	49,405人
総件数及び 総費用額	件数	630,766件	618,239件	569,514件	590,530件	591,428件	758,642件
	費用額	233億9371万円	235億0253万円	225億9707万円	231億8606万円	228億0090万円	423億8779万円
一人あたり医療費		33.5万円	34.5万円	33.3万円	34.8万円	35.6万円	85.8万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 14 総医療費及び一人当たり医療費の年次推移



図表 15 医療費の推移

		大津市		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		69,799人	63,977人	--	--	--
前期高齢者割合		32,552人 (46.6%)	29,615人 (46.3%)	--	--	--
総医療費		233億9371万円	228億0090万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		335,158 県内7位 同規模27位	356,392 県内12位 同規模43位	350,112	357,434	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	595,770	645,160	628,960	640,590	617,950
	費用の割合	41.6	39.9	39.2	39.5	39.6
	件数の割合	2.6	2.4	2.5	2.4	2.5
外来	1件あたり費用額	22,240	23,750	24,570	24,570	24,220
	費用の割合	58.4	60.1	60.8	60.5	60.4
	件数の割合	97.4	97.6	97.5	97.6	97.5
受診率		738.789	749.617	721.674	732.183	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は大津市と同規模保険者85市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		大津市(県内市町村中)		県(47県中)	大津市(県内市町村中)		県(47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	0.998	1.000	0.995	1.065	1.054	0.986
		(7位)	(6位)	(30位)	(3位)	(2位)	(25位)
	入院	1.023	1.019	0.994	1.129	1.109	1.018
		(6位)	(5位)	(30位)	(3位)	(3位)	(23位)
	外来	0.992	0.998	1.006	1.010	1.005	0.965
		(8位)	(15位)	(23位)	(2位)	(2位)	(28位)

出典:地域差分析(厚労省)

脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると減少しています。脳血管疾患については、平成 30 年度や同規模、滋賀県、国と比較して減少しています。一方、虚血性心疾患は、平成 30 年度と比較すると減少していますが、同規模、国と比較すると高い状況です。慢性腎不全(透析有り)についても同様に平成 30 年度と比較すると減少していますが、同規模、滋賀県、国と比較すると高い状況です。(図表 17)

国保と後期の医療費を比較すると、いずれも増加しています。特に脳血管疾患や虚血性心疾患、腎不全が 2.3 倍から 3.9 倍に増加しています。(図表 18)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			大津市		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			233億9371万円	228億0090万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			23億7844万円	20億8626万円	--	--	--
			10.16698809	9.15%	8.39%	8.98%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.40%	1.82%	2.05%	1.88%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.99%	1.68%	1.45%	1.97%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.39%	5.34%	4.59%	4.79%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.39%	0.30%	0.30%	0.34%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		17.73%	17.91%	16.43%	17.79%	16.69%
	筋・骨疾患		8.42%	8.06%	8.56%	8.52%	8.68%
	精神疾患		6.29%	6.28%	7.85%	5.73%	7.63%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

注)KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 18 国保と後期の医療費の変化（令和 4 年度）

	国保医療費	後期医療費	国保を 1 としたとき（倍）
高血圧	7 億 0070 万円	11 億 6626 万円	1.7 倍
糖尿病	11 億 8009 万円	17 億 5590 万円	1.5 倍
脂質異常症	4 億 9140 万円	5 億 6966 万円	1.2 倍
脳梗塞・脳出血	4 億 1579 万円	16 億 0996 万円	3.9 倍
虚血性心疾患	3 億 8383 万円	8 億 7916 万円	2.3 倍
慢性腎不全透析無	6870 万円	1 億 9071 万円	2.8 倍
慢性腎不全透析有	12 億 1793 万円	22 億 90129 万円	1.8 倍
計	44 億 5844 万円	83 億 7294 万円	1.9 倍

出典：KDB システム 地域全体の把握

慢性腎不全（透析有り）が国保も後期も同規模、滋賀県、国と比較して高い状況です。糖尿病の医療費は、国保、後期とも同規模、滋賀県、国並みもしくは、低い状況です。一方、高血圧の医療費は国保では同規模、国より高い状況です。脳血管疾患においては、後期になると大巾に割合が高まっている状況です。（図表 19）

図表 19 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（R4 年度）

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
				腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)										
① 国保	大津市	228億0090万円	28,899	5.34%	0.30%	1.82%	1.68%	5.18%	3.07%	2.16%	44億5845万円	19.6%	17.9%	6.28%	8.06%
	同規模	—	28,428	4.59%	0.30%	2.05%	1.45%	5.17%	2.87%	2.06%	—	18.5%	16.4%	7.85%	8.56%
	県	—	29,016	4.79%	0.34%	1.88%	1.97%	5.49%	3.17%	2.30%	—	19.9%	17.8%	5.73%	8.52%
	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	大津市	423億8779万円	73,322	5.19%	0.45%	3.80%	2.07%	4.14%	2.75%	1.34%	83億7296万円	19.8%	12.0%	3.25%	11.3%
	同規模	—	73,306	4.49%	0.47%	3.76%	1.70%	4.08%	2.91%	1.47%	—	18.9%	11.2%	3.34%	12.7%
	県	—	70,059	4.58%	0.50%	3.51%	2.44%	4.31%	2.85%	1.40%	—	19.6%	11.9%	2.72%	11.6%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

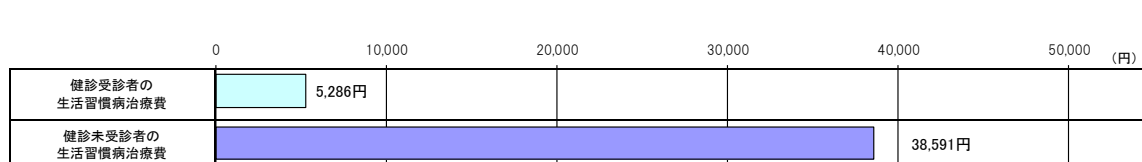
出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病（※1）による分類結果

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

特定健康診査を受診した方の医療費と特定健康診査未受診の方の医療費を比較すると、約 7.3 倍もの医療費の差が見られています。（図表 20）

図表 20 特定健康診査の受診有無と生活習慣病治療費の関係（R4 年度）



出典 KDB システム

高額レセプトは、国保において毎年約 750 件前後のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 3.5 倍以上に増えていることがわかります。(図表 21)

高額における疾病を見てみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和 2 年度が一番多く 40 件で 4,900 万円以上の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 17 件と件数が減り、費用額も約 2,000 万円と減っています。しかし、後期高齢においては、198 件発生し、約 1 億 5,000 万円近い費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防は重要となります。また、虚血性心疾患で高額になったレセプトは、国保で令和元年度が 47 件で約 7,000 万円の費用でした。令和 4 年度は、20 件で約 3,000 万円の費用額と減っています。しかし、後期高齢においては虚血性心疾患も同様に 70 件、約 7,300 万円と件数や医療費が増加している状況です。(図表 22・23)

図表 21 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	607人	563人	577人	616人	577人	1,933人
	件数	B	751件	715件	725件	758件	738件	2,681件
		B/総件数	0.12%	0.12%	0.13%	0.13%	0.12%	0.35%
	費用額	C	10億3112万円	9億6401万円	9億9082万円	10億3508万円	9億7178万円	21億9654万円
		C/総費用	4.4%	4.1%	4.4%	4.5%	4.3%	5.2%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 22 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
脳血管疾患	人数	D	29人		21人		33人		22人		15人		131人		
		D/A	4.8%		3.7%		5.7%		3.6%		2.6%		6.8%		
	件数	E	36件		28件		40件		28件		17件		198件		
		E/B	4.8%		3.9%		5.5%		3.7%		2.3%		7.4%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	1	3.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	1	2.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	11.8%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.6%	3	17.6%	75-80歳	43	21.7%
		60代	18	50.0%	8	28.6%	13	32.5%	5	17.9%	4	23.5%	80代	116	58.6%
		70-74歳	15	41.7%	19	67.9%	27	67.5%	22	78.6%	8	47.1%	90歳以上	39	19.7%
	費用額	F	4015万円		3298万円		4947万円		3634万円		2064万円		1億4749万円		
		F/C	3.9%		3.4%		5.0%		3.5%		2.1%		6.7%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 23 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度			H30 年度		R01 年度		R02 年度		R03 年度		R04 年度		後期：R04 年度		
虚血性心疾患	人数	G	26人		42人		16人		33人		20人		65人		
		G/A	4.3%		7.5%		2.8%		5.4%		3.5%		3.4%		
	件数	H	26件		47件		17件		33件		20件		70件		
		H/B	3.5%		6.6%		2.3%		4.4%		2.7%		2.6%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.0%	2	10.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	3.8%	1	2.1%	0	0.0%	6	18.2%	2	10.0%	75-80歳	24	34.3%
		60代	14	53.8%	21	44.7%	3	17.6%	6	18.2%	7	35.0%	80代	35	50.0%
		70-74歳	11	42.3%	25	53.2%	14	82.4%	19	57.6%	9	45.0%	90歳以上	11	15.7%
	費用額	I	4734万円		7176万円		3448万円		5108万円		3309万円		7383万円		
		I/C	4.6%		7.4%		3.5%		4.9%		3.4%		3.4%		

出典：ヘルスサポートラボツール

患者数の視点で脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の治療状況を平成 30 年度と比較すると、患者数が減少しているが、割合は横ばい状態となっています。(図表 24)

高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況をみると、40 歳以上の治療者の割合は増えている一方で、脳血管疾患の割合は減っています。しかし、40 歳～60 歳に注目して平成 30 年度と比較すると増えている状況です。糖尿病や脂質異常症由来の人工透析導入は増えています。また、糖尿病性腎症や糖尿病網膜症の割合も平成 30 年度と比較して増えています。(図表 25・26・27)

図表 24 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分			被保険者数		疾患別	中長期目標の疾患					
						脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
			H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
治療者(人) 0～74歳	A		69,799	63,977	a	4,400	4,026	4,850	4,209	314	292
					a/A	6.3%	6.3%	6.9%	6.6%	0.4%	0.5%
40歳以上	B		53,436	49,414	b	4,364	3,987	4,804	4,162	310	291
					b/B	8.2%	8.1%	9.0%	8.4%	0.6%	0.6%
再掲	40～64歳	C	20,884	19,799	c	791	765	849	817	110	102
		C/A	29.9%	30.9%	c/C	3.8%	3.9%	4.1%	4.1%	0.5%	0.5%
	65～74歳	D	32,552	29,615	d	3,573	3,222	3,955	3,345	200	189
		D/A	46.6%	46.3%	d/D	11.0%	10.9%	12.1%	11.3%	0.6%	0.6%

出典：KDBシステム 疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
地域の全体像の把握

図表 25 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)		A	20,112	19,374	4,218	4,284	15,894	15,090
		A/被保数	37.6%	39.2%	20.2%	21.6%	48.8%	51.0%
(中長期合併症標疾患)	脳血管疾患	B	2,080	1,896	338	370	1,742	1,526
		B/A	10.3%	9.8%	8.0%	8.6%	11.0%	10.1%
	虚血性心疾患	C	3,312	2,925	536	541	2,776	2,384
		C/A	16.5%	15.1%	12.7%	12.6%	17.5%	15.8%
	人工透析	D	291	277	102	97	189	180
		D/A	1.4%	1.4%	2.4%	2.3%	1.2%	1.2%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(高血圧症)
地域の全体像の把握

図表 26 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)		A	11,540	10,904	2,535	2,547	9,005	8,357
		A/被保数	21.6%	22.1%	12.1%	12.9%	27.7%	28.2%
(中長期合併症標疾患)	脳血管疾患	B	1,272	1,138	187	203	1,085	935
		B/A	11.0%	10.4%	7.4%	8.0%	12.0%	11.2%
	虚血性心疾患	C	2,280	1,965	379	356	1,901	1,609
		C/A	19.8%	18.0%	15.0%	14.0%	21.1%	19.3%
	人工透析	D	191	185	70	63	121	122
		D/A	1.7%	1.7%	2.8%	2.5%	1.3%	1.5%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	902	959	193	216	709	743
		E/A	7.8%	8.8%	7.6%	8.5%	7.9%	8.9%
	糖尿病性網膜症	F	1,846	1,818	409	424	1,437	1,394
		F/A	16.0%	16.7%	16.1%	16.6%	16.0%	16.7%
	糖尿病性神経障害	G	496	401	117	104	379	297
		G/A	4.3%	3.7%	4.6%	4.1%	4.2%	3.6%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握

図表 27 脂質異常症治療者の経年変化

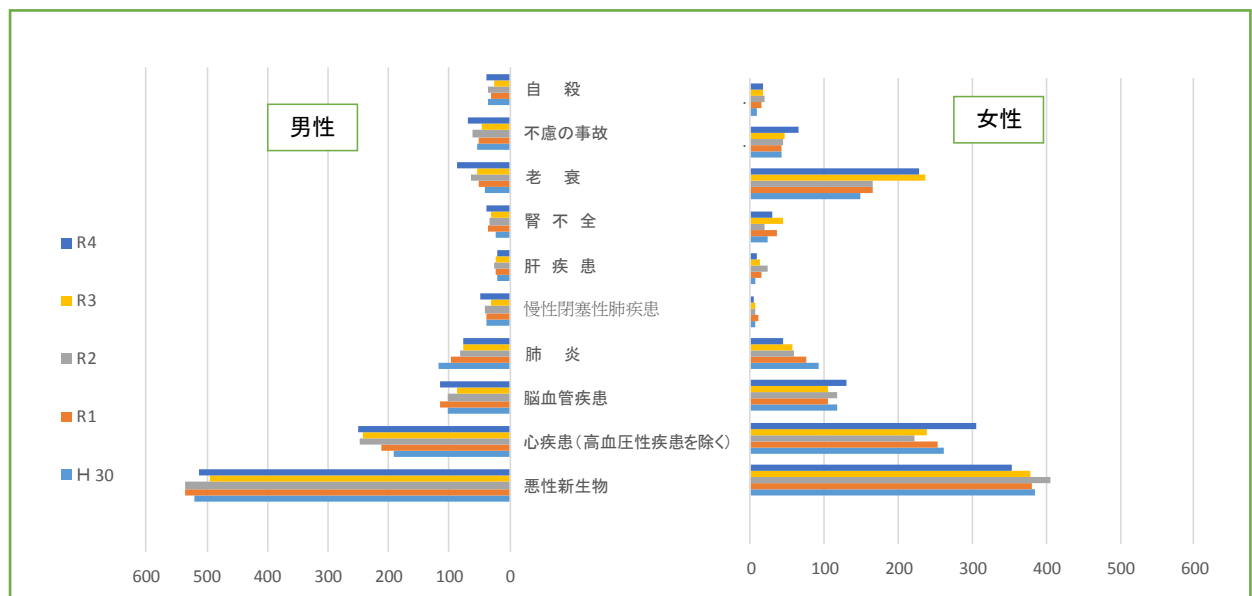
脂質異常症 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
脂質異常症治療者(人)	A		18,840	18,388	4,329	4,424	14,511	13,964
	A/被保数		35.3%	37.2%	20.7%	22.3%	44.6%	47.2%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	1,755	1,578	277	288	1,478	1,290
		B/A	9.3%	8.6%	6.4%	6.5%	10.2%	9.2%
	虚血性心疾患	C	3,082	2,815	499	524	2,583	2,291
		C/A	16.4%	15.3%	11.5%	11.8%	17.8%	16.4%
	人工透析	D	174	179	56	59	118	120
		D/A	0.9%	1.0%	1.3%	1.3%	0.8%	0.9%

出典: KDBシステム_ 疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

(2) 死亡の状況

平成 30 年度から令和 4 年度までの男女の死亡原因の推移を見ると、男女とも第 1 位は悪性新生物です。次いで第 2 位は心疾患(高血圧症疾患を除く)となっています。(図表 28)

図表 28 男女別死亡原因年次推移



(3) 介護給付費の状況

大津市の令和 4 年度の要介護認定者は、2 号(40～64 歳)被保険者で 373 人(認定率 0.32%)、1 号(65 歳以上)被保険者で 18,780 人(認定率 20.7%)です。2 号被保険者の認定率は滋賀県と同等ですが、同規模や国と比較すると若干低い状況です。1 号被保険者の認定率は、ほぼ同規模と同様ですが、滋賀県と国と比較すると認定率は高い状況です。平成 30 年度と比較すると、いずれも横ばい状態です。(図表 29)

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、65 歳から 74 歳の認定率が微増となっています。

介護給付費は平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、約 234 億円から 265 億円と伸びています。(図表 30) 更に、要介護認定者と要介護認定無し者の医療費を比較すると約 2.3 倍もの医療費の差がみられています。(図表 31)

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況をみると、どの年代も脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、2号被保険者では61.5%、1号被保険者でも36.9%の有病率となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で 94.9%と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付適正化においても重要な位置づけとなります。(図表 32)

図表 29 要介護認定者(率)の状況

	大津市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	83,118人	24.6%	90,578人	26.9%	26.4%	26.4%	28.7%
2号認定者	349人	0.30%	373人	0.32%	0.39%	0.31%	0.38%
新規認定者	88人		89人		--	--	--
1号認定者	16,453人	19.8%	18,780人	20.7%	20.5%	18.7%	19.4%
新規認定者	2,178人		2,650人		--	--	--
再掲	65～74歳	1,792人	3.9%	1,888人	4.1%	--	--
	新規認定者	441人		434人		--	--
	75歳以上	14,661人	38.8%	16,892人	37.7%	--	--
	新規認定者	1,737人		2,216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

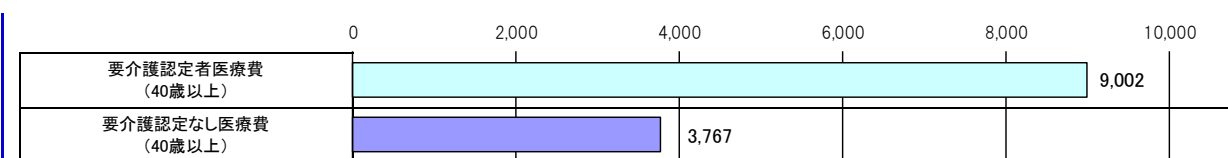
図表 30 介護給付費の変化

	大津市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	234億5407万円	265億8848万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	282,178	293,542	301,091	287,148	290,668
1件あたり給付費(円)全体	54,181	53,074	55,521	58,088	59,662
居宅サービス	40,236	39,346	41,018	39,792	41,272
施設サービス	292,390	303,452	300,596	297,548	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 31 介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較(R4 年度)

単位 (円)



出典：ヘルスサポートラボツール

図表 32 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4 年度)

受給者区分			2号		1号						合計		
年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)			373		1,888		16,892		18,780		19,153		
再)国保・後期			169		1,434		16,137		17,571		17,740		
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	104 61.5%	脳卒中	546 38.1%	虚血性心疾患	6,806 42.2%	虚血性心疾患	7,229 41.1%	虚血性心疾患	7,261 40.9%
			2	腎不全	33 19.5%	虚血性心疾患	423 29.5%	脳卒中	5,945 36.8%	脳卒中	6,491 36.9%	脳卒中	6,595 37.2%
			3	虚血性心疾患	32 18.9%	腎不全	238 16.6%	腎不全	2,882 17.9%	腎不全	3,120 17.8%	腎不全	3,153 17.8%
		合併症	4	糖尿病合併症	32 18.9%	糖尿病合併症	249 17.4%	糖尿病合併症	2,261 14.0%	糖尿病合併症	2,510 14.3%	糖尿病合併症	2,542 14.3%
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		151 89.3%	基礎疾患	1,300 90.7%	基礎疾患	15,379 95.3%	基礎疾患	16,679 94.9%	基礎疾患	16,830 94.9%
		血管疾患合計		156 92.3%	合計	1,334 93.0%	合計	15,603 96.7%	合計	16,937 96.4%	合計	17,093 96.4%	
	認知症		認知症	24 14.2%	認知症	302 21.1%	認知症	6,889 42.7%	認知症	7,191 40.9%	認知症	7,215 40.7%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	151 89.3%	筋骨格系	1,290 90.0%	筋骨格系	15,418 95.5%	筋骨格系	16,708 95.1%	筋骨格系	16,859 95.0%	

※新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

出典：ヘルスサポートラボツール

(4) 特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の推移

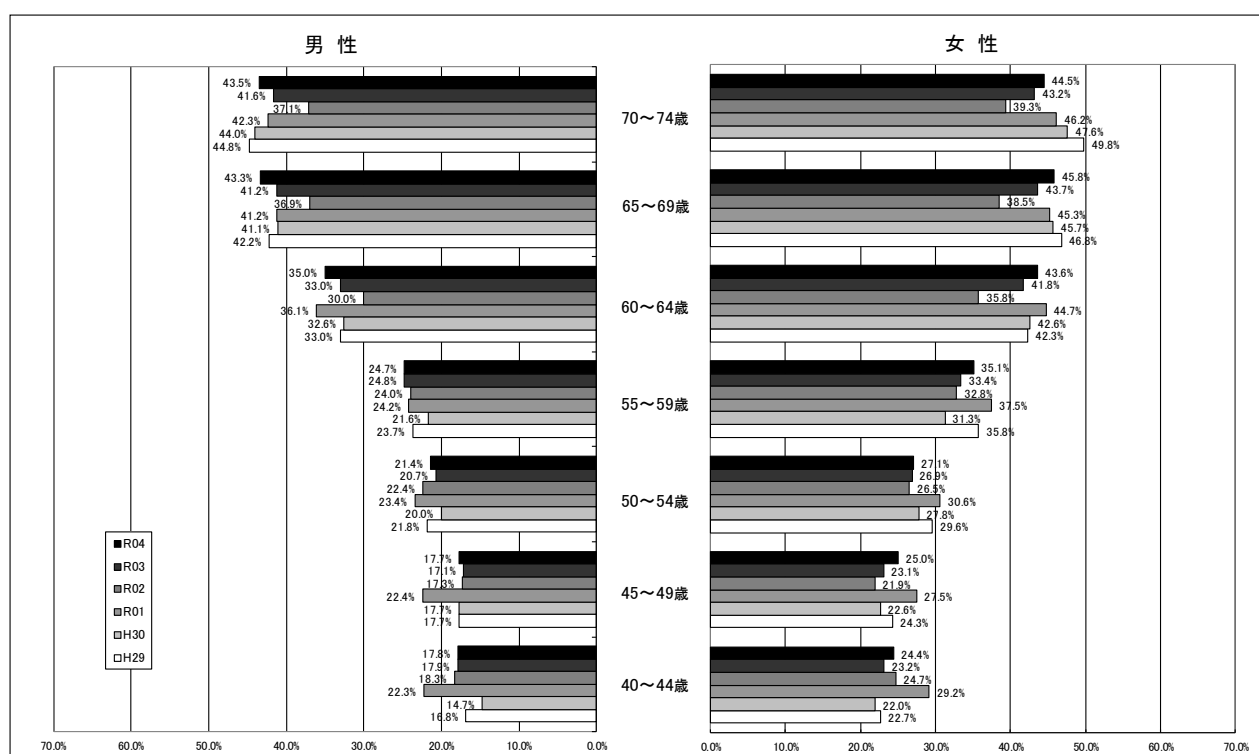
大津市の特定健康診査受診率は、令和元年度には 37.9%まで伸びましたが、COVID-19 の影響で令和 2 年度は 32.5%となり、令和 3 年度は 35.5%、令和 4 年度は 37.0%と回復傾向を見せていますが、目標の達成はできていない状況です。特に 40 歳から 50 歳代の受診率の低迷が続いています。特定保健指導は令和元年度 19.3%と落ち込みを見せましたが、令和 2 年度以降は実施率が伸びている状況です。(図表 33・34)

図表 33 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	18,039	18,126	15,523	16,681	16,529	健診受診率 50%
	受診率	37.0%	37.9%	32.5%	35.5%	37.0%	
特定保健指導	該当者数	1,949	1,885	1,650	1,786	1,785	特定保健指導実施率 30%
	割合	10.8%	10.4%	10.6%	10.7%	10.8%	
	実施者数	422	364	336	380	377	
	実施率	21.7%	19.3%	20.4%	21.3%	21.1%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 34 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

(5) 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。大津市の特定健康診査の結果では、高血圧や高血糖、脂質異常などの 3 項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表 35)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160 以上の有所見割合を見ると、いずれも微増しているものの、Ⅱ度高血圧や LDL-C は改善者数が増加していますが、全体に占める割合は下がっています。HbA1c6.5 以上の者の改善者数は減少傾向です。(図表 36・37・38)

図表 35 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	18,726 (38.4%)	3,465 (18.5%)	1,076 (5.7%)	2,389 (12.8%)	1,941 (10.4%)
R04年度	17,175 (38.2%)	3,467 (20.2%)	1,047 (6.1%)	2,420 (14.1%)	1,845 (10.7%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	1,627 (8.7%)	373 (22.9%)	568 (34.9%)	218 (13.4%)	468 (28.8%)
R03→R04	1,549 (8.9%)	344 (22.2%)	557 (36.0%)	225 (14.5%)	423 (27.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 37 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	1,165 (6.2%)	524 (45.0%)	226 (19.4%)	44 (3.8%)	371 (31.8%)
R03→R04	1,255 (7.2%)	558 (44.5%)	271 (21.6%)	48 (3.8%)	378 (30.1%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 38 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	1,798 (9.6%)	804 (44.7%)	393 (21.9%)	107 (6.0%)	494 (27.5%)
R03→R04	1,903 (11.0%)	822 (43.2%)	427 (22.4%)	100 (5.3%)	554 (29.1%)

出典:ヘルスサポートラボツール

さらに、血糖、血圧、脂質の状況を重症化の視点で年次推移をみると、HbA1c6.5%以上は、この 5 年間で 8%台を推移しています。HbA1c7%以上者は約 4%を推移しています。中でも未治療者が約 3 割も占めている状況です。また、治療中だが血糖値のコントロール不良者も一定数存在することが分かります。(図表 39) 血圧では、血圧 II 度以上の人が年々増加し、令和 4 年度では 8.1%を占めています。その中でも未治療者の割合は約 6 割を占めている状況です。更に血圧 III 度以上で未治療者も 7 割を占めており、高血圧に対しての受診勧奨や重症化予防が更に必要となります。(図表 40) 脂質代謝異常の状況では、LDL コレステロール値(※以下 LDL と表す)160 以上は 9.6%から 11%を推移しており、中でも未治療者は約 9 割を占めています。LDL180 以上においても全体の約 3%を占め、未治療者も約 9 割を占めています。特定健康診査は受診するが、治療に繋がっていない状況です。(図表 41)

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上																				
					再掲																				
					再)7.0以上	未治療	治療																		
H30	18,719 46.1%	8,631 34.2%	6,398 31.0%	2,063 11.0%	1,627	637	990																		
					8.7%	39.2%	60.8%																		
					889 4.7%	261 29.4%	628 70.6%	8.7%																	
R01	18,825 51.0%	9,608 30.7%	5,788 30.7%	1,915 10.2%	1,514	584	930																		
					8.0%	38.6%	61.4%																		
					836 4.4%	245 29.3%	591 70.7%	8.0%																	
R02	16,147 50.1%	8,097 31.2%	5,038 31.2%	1,649 10.2%	1,363	535	828																		
					8.4%	39.3%	60.7%																		
					764 4.7%	229 30.0%	535 70.0%	8.4%																	
R03	17,356 45.9%	7,958 33.7%	5,847 33.7%	2,002 11.5%	1,549	624	925																		
					8.9%	40.3%	59.7%																		
					827 4.8%	246 29.7%	581 70.3%	8.9%																	
R04	17,166 44.6%	7,659 34.6%	5,946 34.6%	2,067 12.0%	1,494	579	915																		
					8.7%	38.8%	61.2%																		
					821 4.8%	225 27.4%	596 72.6%	8.7%																	

年度	健診 受診者	正常 正常高值	高値	Ⅰ度 高血压	Ⅱ度高血压以上									
					再掲									
					再Ⅲ度高血压	未治療	治療							
H30	18,726	8,290 44.3%	5,151 27.5%	4,120 22.0%	1,165 6.2%	698 59.9%	467 40.1%							
					200 1.1%	135 67.5%	65 32.5%						6.2%	
R01	18,834	8,557 45.4%	5,101 27.1%	4,098 21.8%	1,078 5.7%	627 58.2%	451 41.8%							
					177 0.9%	113 63.8%	64 36.2%						5.7%	
R02	16,163	6,738 41.7%	4,474 27.7%	3,845 23.8%	1,106 6.8%	660 59.7%	446 40.3%							
					183 1.1%	125 68.3%	58 31.7%						6.8%	
R03	17,373	7,209 41.5%	4,883 28.1%	4,026 23.2%	1,255 7.2%	762 60.7%	493 39.3%							
					222 1.3%	162 73.0%	60 27.0%						7.2%	
R04	17,175	7,180 41.8%	4,567 26.6%	4,031 23.5%	1,397 8.1%	858 61.4%	539 38.6%							
					242 1.4%	170 70.2%	72 29.8%						8.1%	

年度	健診 受診者	120未満	120～139	140～159	160以上																			
					再180以上	未治療	治療																	
H30	18,726 48.0%	9,176 25.7%	4,812 15.7%	2,940	1,798	1,609	189																	
					9.6%	89.5%	10.5%																	
					602 3.2%	537 89.2%	65 10.8%	9.6%																
R01	18,834 48.7%	9,171 25.9%	4,878 15.6%	2,940	1,845	1,676	169																	
					9.8%	90.8%	9.2%																	
					574 3.0%	522 90.9%	52 9.1%	9.8%																
R02	16,163 48.4%	7,824 25.6%	4,139 15.7%	2,540	1,660	1,471	189																	
					10.3%	88.6%	11.4%																	
					560 3.5%	503 89.8%	57 10.2%	10.3%																
R03	17,374 47.7%	8,296 25.4%	4,410 15.9%	2,765	1,903	1,718	185																	
					11.0%	90.3%	9.7%																	
					625 3.6%	567 90.7%	58 9.3%	11.0%																
R04	17,175 49.4%	8,490 25.2%	4,321 15.8%	2,708	1,656	1,494	162																	
					9.6%	90.2%	9.8%																	
					532 3.1%	486 91.4%	46 8.6%	9.6%																

健診・医療・介護データを平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、被保険者数は、40 歳～64 歳は 625 人増え、65 歳～74 歳は 1,610 人増え、75 歳以上は約 6,000 人増え、75 歳以上の後期高齢者が確実に増えています。(図表 42)

図表 45 の高血圧・糖尿病と合併症の状況を見ると、高血圧や糖尿病の二つが重なっている状況等全てにおいて年々高くなっています。

図表 46 の脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全においては、脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全は平成 30 年度と令和 4 年度を比較するとほぼ横ばい状態ですが、腎不全においては 65 歳以上で約 2%上昇しています。介護認定者も 75 歳以上では脳血管疾患は 50.5%、虚血性心疾患は 40.8%を占めています。(図表 43・44・45・46・47)

大津市

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 健康数

	40~64	65~74	75~
H30	18,891	28,040	43,166
R04	19,516	29,650	49,154
差	625	1610	5988

② 健診受診率

	40~64	65~74	75~
H30	23.3	41.4	10.3
R04	23.6	40.5	10.0
差	0.3	▲1.0	▲0.3

③ 医療

	40~64	65~74	75~
医療機関受診	81.6	93.1	97.5
H30	81.6	93.1	97.5
R04	81.5	93.2	97.3
差	▲0.1	0.1	▲0.1

④ 介護

	65~74	75~
H30	4.4	33.3
R04	4.8	33.0
差	0.4	0.3

⑤ 健診所見者

(R04年度実績)

	40~64	65~74	75~
高血圧	22.4	35.3	36.1
1度	74.1	74.1	73.7
2度	21.1	21.6	20.0
3度	4.8	4.4	6.3

715人

⑥ 短期目標の疾患

高血圧

	40~64	65~74	75~
H30	69.8	77.9	63.0
R04	71.5	79.5	84.5
差	1.4	1.6	1.5

糖尿病

	40~64	65~74	75~
H30	42.2	43.4	44.5
R04	42.8	43.7	46.2
差	0.6	0.3	1.7

⑦ 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	40.4	49.2	69.4
R04	42.2	51.0	69.3
差	1.8	1.7	▲0.1

糖尿病 + 合併症

	40~64	65~74	75~
H30	42.7	54.5	73.9
R04	43.8	56.9	74.3
差	1.1	2.1	0.3

⑧ 中長期目標の疾患

脳血管疾患

	40~64	65~74	75~
H30	3.3	9.7	21.7
R04	3.3	9.9	20.0
差	0.1	0.2	▲1.8

心不全

	40~64	65~74	75~
H30	6.5	18.2	39.5
R04	6.8	20.0	40.5
差	0.4	1.8	1.0

虚血性心疾患

	40~64	65~74	75~
H30	3.8	10.8	23.7
R04	3.8	10.3	22.1
差	▲0.0	▲0.5	▲1.6

腎不全

	40~64	65~74	75~
H30	3.4	6.7	12.5
R04	3.6	8.6	14.3
差	0.2	1.9	1.7

⑨ 介護

介護認定率の上の下の疾病治療者

脳血管疾患

	40~64	65~74	75~
H30	13.7	16.7	49.8
R04	14.5	16.4	50.5
差	0.8	▲0.3	0.6

心不全

	40~64	65~74	75~
H30	4.6	8.6	43.0
R04	3.3	8.2	43.2
差	▲1.3	▲0.3	0.1

虚血性心疾患

	40~64	65~74	75~
H30	2.8	8.9	40.4
R04	2.9	8.7	40.8
差	0.1	▲0.2	0.4

腎不全

	40~64	65~74	75~
H30	4.4	11.8	46.4
R04	5.2	11.9	44.7
差	0.8	0.0	▲1.7

⑩ 加齢によるその他の疾患

骨質

	65~74	75~
H30	3.9	12.7
R04	4.2	14.3
差	0.3	1.6

認知症

	65~74	75~
H30	1.3	14.0
R04	1.4	13.3
差	0.1	▲0.7

体重(kg)÷(身長m)²で割り出される数値。18.5未満がやせ、25以上が肥満とされる。

図表 43 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①				②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数				健診受診率			体格(健診結果)					
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	33.3		18,891	28,040	43,166	23.3	41.4	10.3	9.0	7.6	9.5	24.5	21.9	18.2
R04	33.3		19,516	29,650	49,154	23.6	40.5	10.0	10.5	7.8	9.7	24.0	23.0	17.8

図表 44 健診有所見状況

E表		⑤																												
年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	
H30	191	4.3	(84)	787	6.8	(286)	371	8.4	(130)	135	3.1	(14)	581	5.0	(27)	26	0.6	(2)	43	1.0	180	1.5	77	1.7	4	0.1	32	0.3	0	—
R04	268	5.8	(133)	1098	9.2	(410)	466	9.5	(172)	142	3.1	(10)	649	5.4	(37)	34	0.7	(2)	41	0.9	180	1.5	105	2.1	0	—	49	0.4	0	—

図表 45 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦								
年度	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症								
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	81.6	93.1	97.5	26.6	58.7	81.5	69.8	77.9	83.0	42.2	43.4	44.5	24.1	30.7	35.8	40.4	49.2	69.4	42.7	54.8	73.9			
R04	81.5	93.2	97.3	27.3	60.8	81.6	71.2	79.5	84.5	42.8	43.7	46.2	25.6	32.1	37.9	42.2	51.0	69.3	43.8	56.9	74.3			

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

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.3	9.7	21.7	3.6	10.6	23.7	6.5	18.2	39.5	3.4	6.7	12.5	13.7	16.7	49.6	2.8	8.9	40.4	4.6	8.6	43.0	4.4	11.8	46.4
R04	3.3	9.9	20.0	3.6	10.3	22.1	6.8	20.0	40.5	3.6	8.6	14.3	14.5	16.4	50.5	2.9	8.7	40.8	3.3	8.2	43.2	5.2	11.9	44.7

図表 47 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	57.7	81.1	66.0	79.5	3.9	13.7	1.3	14.0	16.7	60.4	62.9	86.4
R04	61.6	82.5	65.5	80.6	4.2	14.3	1.4	13.3	15.5	61.2	66.5	88.7

出典:ヘルスサポートラボツール

（７）優先して解決を目指す健康課題

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全）に共通した高血圧、糖尿病、脂質異常等に重なりがあります。高血圧や糖尿病、脂質異常等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

３）目標の設定

（１）成果目標

① 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、６か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患患者数の減少や糖尿病性腎症による透析導入者の減少を目指し、ひいては総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の３つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

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

② 短期的な目標の設定

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

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

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、特定健康診査受診率の目標値は、第２編の「第４期大津市国民健康保険特定健康診査等実施計画」に記載します。

(2) 管理目標の設定

図表 48 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標		実績			データの把握方法 (活用データ年度)
					初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患罹患患者数、糖尿病性腎症による透析導入者の減少	一人当たり医療費の減少		402,894円			KDBシステム
			入院医療費における脳血管疾患及び虚血性心疾患の1人当たり医療費の抑制（5月診療分）	脳	5,747円 (4.0%)			
				心	4632円 (3.3%)			
			生活習慣病の治療者に占める脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の割合の減少	脳	18.7%			
				心	20.9%			
				腎	2.6%			
			糖尿病治療中に占める糖尿病性腎症による人工透析患者の割合の減少		2.0%			
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率		25.9%			法定報告値
			健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）		8.1%			ヘルスラボ [®] ツール (KDBシステム)
			健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）		9.6%			
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1C6.5%以上）		8.7%			
			★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少		1.3%			
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合		33.3%			
		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らす	★特定健診受診率60%以上		37.0%			法定報告値
			★特定保健指導実施率45%以上		21.1%			
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※		19.7%			
	県・市町共通目標	特定健診受診率（60%以上）			37.0%			法定報告値
		40歳代健診受診率（25%以上）			19.4%			法定報告値
		3年連続未受診者割合（40%以下）			43.9%			未受診者リスト
		特定健診未受診者かつ医療機関受診なし者の割合（35%以下）			22.9%			未受診者リスト
		特定保健指導実施（終了）率（60%以上）			21.1%			法定報告値
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（26%以上）			19.7%			法定報告値
		HbA1c8.0%以上の者の割合（1.0%以下）			1.3%			KDBシステム
高血糖者の割合（HbA1c6.5%以上の者の割合）（9.2%以下）			8.7%					
HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合（12.9%以下）			27.4%			ヘルスラボ [®] ツール (KDBシステム)		
血圧が保健指導判定値以上の者の割合（44%以下）			31.6%					
保険者努力支援制度	胃がん検診受診率の増加			※ 大津市がん対策				
	肺がん・結核健診受診率の増加							
	大腸がん検診受診率の増加							
	子宮頸がん検診受診率の増加							
	乳がん検診受診率の増加							
	歯科検診受診率の増加			※ 健康おおつ21				
	後発医薬品の使用促進（使用率80%以上）							
			81.2%			保険年金課		

第3章 健康課題解決するための個別保健事業

1. 保健事業の方向性

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

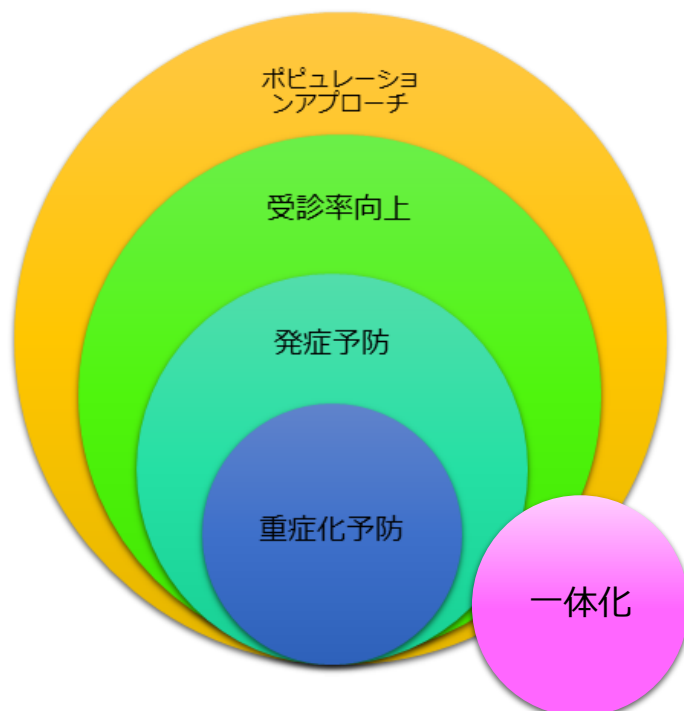
重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。

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

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を含め、生活習慣病のメカニズムや予防対策などを広く市民へ周知していきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第2編 第4期大津市国民健康保険特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

図表 49 個別保健事業の組立のイメージ



2. 重症化予防の取組み

1) 生活習慣病重症化予防対策

(1) 目的、基本的な考え方

糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患等の生活習慣病重症化による合併症の発症・進展を抑制することを目的とし、要治療域の判定であって、医療機関を受診していない者に対し受診勧奨及び生活習慣病改善の啓発及び保健指導を各学会のガイドライン、標準的な健診・保健指導プログラム等に基づき実施していきます。

(2) 対象者及び介入方法

対象者の抽出にあたっては、レセプトデータ及び特定健診データを活用し対象者の把握を行います。

①受診勧奨判定値を超えている者へのフォローアップ・・・リーフレット送付

図表 50 対象者の基準①

項目		抽出基準
血圧	収縮期	140 mmHg 以上 160mmHg 未満
	拡張期	90mmHg 以上 100mmHg 未満
糖代謝	H b A 1 c	6.5%以上 7.0%未満
腎機能	eGFR※ ⁹	50 ml/分/1.73 m ² 未満 (70 歳未満)、40 ml/分/1.73 m ² 未満 (70 歳以上)
脂質代謝	L D L	140mg/dl 以上 180mg/dl 未満
	T G	300 mg/dl 以上 500 mg/dl 未満

②要医療域の者への受診勧奨及び保健指導・・・訪問等による保健指導

図表 51 対象者の基準②

項目		抽出基準 1	抽出基準 2
血圧	収縮期	160mmHg 以上 180mmHg 未満	180 以上 mmHg
	拡張期	100mmHg 以上 110mmHg 未満	110mmHg 以上
糖代謝	H b A 1 c	7.0%以上 8.0%未満	8.0%以上
腎機能	eGFR 尿蛋白	-	HbA1c6.5%以上で下記に該当する者 ・ 50 ml/分/1.73 m ² 未満 (70 歳未満)、 40 ml/分/1.73 m ² 未満 (70 歳以上) ・ 尿蛋白 2+以上
脂質代謝	L D L	180mg/dl 以上 200mg/dl 未満	200mg/dl 以上
	T G	500 mg/dl 以上 1,000mg/dl 未満	1,000 mg/dl 以上
尿酸	U A	-	9.0 mg/dl 以上

(3) 保健指導の実施

適切な受診への働きかけを行う受診勧奨と、重症化予防のための保健指導を実施していきます。生活習慣病のリスク因子を把握し、対象者の状態に応じた保健指導を考えていきます。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。

※9 推算糸球体濾過量。身体の高齢物を尿へ排泄する能力を表す値で、血清クレアチニン値を用いて計算する。数値が低いほど腎臓の機能が低下していることを表す。

図表 52 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るためにー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ー

令和04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(2023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)		17,175人	38.2%	
↓ 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	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性 脳塞栓症 (27.7%) ラクナ 梗塞 (31.2%) アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞			心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症							■各疾患の治療状況		
											治療中	治療なし	
											高血圧	5,947	11,228
											脂質異常症	5,118	12,057
											糖尿病	1,321	15,845
											3疾患 1人以上	6,646	8,529
											※開診結果による		

優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動		脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)			
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)				動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		重症化予防対象者 (実人数)	
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/d以上		中性脂肪 300mg/d以上		メタボ該当者 (2項目以上)		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)		腎臓専門医 紹介基準対象者	
該当者数	1,397	8.1%	53	0.3%	532	3.1%	542	3.2%	3,467	20.2%	1,175	6.8%	1,942	11.3%
治療なし	858	7.6%	14	0.2%	486	4.0%	385	3.2%	685	8.0%	579	3.7%	673	7.9%
(再掲) 特定保健指導	287	20.5%	7	13.2%	114	21.4%	171	31.5%	685	19.8%	117	10.0%	202	10.4%
治療中	539	9.1%	39	0.5%	46	0.9%	157	3.1%	2,782	32.2%	596	45.1%	1,269	14.7%
臓器障害 あり	228	26.6%	14	100.0%	75	15.4%	86	22.3%	170	24.8%	154	26.6%	673	100.0%
CKD(専門医対象者)	85		2		42		63		79		95		673	
心電図所見あり	161		14		36		35		101		72		70	
臓器障害 なし	630	73.4%	—	—	411	84.6%	299	77.7%	515	75.2%	425	73.4%	—	—

(4) 医療との連携

出典：ヘルサポトラボツール

受診勧奨の際に、既に治療中の者へは、リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

(5) 関係機関との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、関係課と連携していきます。また、受診勧奨や保健指導の実施にあたっては、すこやか相談所保健師と連携し実施していきます。

(6) 評価

図表 53 評価指標

	指標	令和11年度時点目標(数値)
ストラクチャー	予算額、人員と体制	実施に必要な予算を確保できたか 人員体制を構築できたか
プロセス	対象者の把握 保健指導内容(時期、方法、回数)	対象者の抽出方法や時期、保健指導の内容は妥当であったか わかり易くシンプルなりーフレット作成及び保健指導教材ができたか
アウトプット	訪問実施数 受診勧奨数 再勧奨の実施率	90人 2,200人 50%
アウトカム	医療機関受診率 受診勧奨判定値のフォローアップ 要医療域の者への受診勧奨	20% 30%

(7) 実施期間及びスケジュール

図表 54 スケジュール

	当年度												翌年度											
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	
選定基準・実施方法の決定	↔																							
対象者抽出						↔			↔			↔	↔											
受診勧奨 保健指導						←											→							
評価・分析																	←						→	

2) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防対策

(1) 目的、基本的な考え方

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積を共通の要因として、代謝性危険因子である血糖高値、脂質異常、血圧高値を呈する病態であり、軽度の異常であっても、危険因子が重なることで、虚血性心疾患や脳血管疾患の発症リスクが高くなることがわかっています。一方、内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクを低減することができます。

そこで、第4期大津市国民健康保険特定健康診査等実施計画に基づき、対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的とした特定保健指導事業を実施し、肥満やメタボリックシンドローム重症化を予防します。

(2) 対象者の選定基準の考え方

第4期大津市国民健康保険特定健康診査等実施計画（第2編 第4期大津市国民健康保険特定健康診査等実施計画 第3章 特定健康診査・特定保健指導等の実施方法）に基づき、保健指導対象者を選定します。

メタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

- ① 特定保健指導対象者の保健指導を行います。特に、リスクの重なりに着目します。
- ② メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ③ 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導（食事指導）を行います。

図表 55 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性				
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳
健診受診者	A	7,240	560	802	2,366	3,512	9,935	635	1,028	3,862	4,410
メタボ該当者	B	2,464	109	229	842	1,284	1,003	16	54	379	554
	B/A	34.0%	19.5%	28.6%	35.6%	36.6%	10.1%	2.5%	5.3%	9.8%	12.6%
再掲	① 3項目全て	C	745	14	68	245	418	302	4	11	111
		C/B	30.2%	12.8%	29.7%	29.1%	32.6%	30.1%	25.0%	20.4%	29.3%
	② 血糖＋血圧	D	318	10	23	95	190	94	2	5	35
		D/B	12.9%	9.2%	10.0%	11.3%	14.8%	9.4%	12.5%	9.3%	9.2%
	③ 血圧＋脂質	E	1,283	75	123	462	623	564	7	36	213
		E/B	52.1%	68.8%	53.7%	54.9%	48.5%	56.2%	43.8%	66.7%	56.2%
	④ 血糖＋脂質	F	118	10	15	40	53	43	3	2	20
		F/B	4.8%	9.2%	6.6%	4.8%	4.1%	4.3%	18.8%	3.7%	5.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

（３）保健指導の実施

① 最新の脳科学を活用した保健指導

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

② 二次的検査の実施

メタボリックシンドローム該当者は、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、特定保健指導の初回面談実施者のうち、希望者においては、医療機関においての検査を実施します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ・頸動脈エコー検査（心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査）

（４）評価

事業の進捗、その効果を把握するため、図表 48「第 3 期データヘルス計画目標管理一覧」について、評価を行います。

図表 56 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防対策の評価指標

	指標	令和 11 年度時目標（数値）
ストラクチャー	予算、人材、体制整備、保健指導委託業者決定	予算人材確保、実施体制の決定
プロセス	手順、教材確認（研修会開催） スケジュール確認	教材を活かし、手順どおりできたか スケジュールどおり実施できたか
アウトプット	特定保健指導実施率（終了率） 特定保健指導実施者数 頸部エコー検査受診者数 頸部エコー受診券配布数	60%以上 1260 人 100 人 122 人
アウトカム	メタボリックシンドローム・予備軍の減少率 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	減少 26%以上

(5) 実施期間及びスケジュール

図表 57 スケジュール

		当年度											翌年度					
		6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
特定保健指導	対象者抽出			→														
	保健指導			→														
その他	前年度保健指導実績報告					↔												
	研修会開催	↔																

3) 糖尿病性腎臓病重症化予防対策

(1) 目的、基本的な考え方

糖尿病の発症・重症化、人工透析への移行を防止することを目的とし、大津市糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム※10に基づき実施していきます。

(2) 対象者及び介入方法

対象者の抽出にあたっては、レセプトデータ及び特定健診データを活用し対象者の把握を行います。

図表 58 対象者及び介入方法

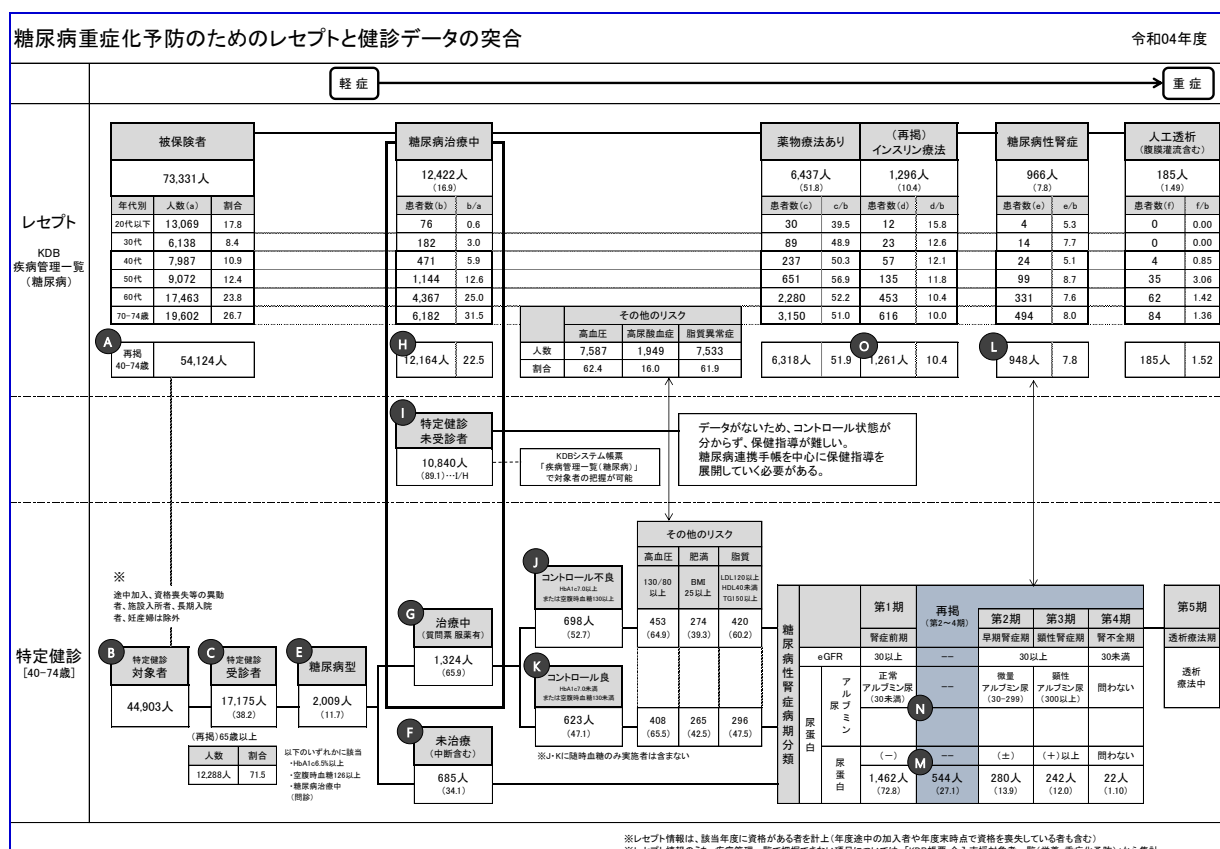
	介入方法	対象者
①医療機関未受診者	受診勧奨と保健指導	健診の結果、HbA1c6.5%以上の未治療者 ※腎専門医紹介基準に該当する者は、必ず医療機関につなげるよう受診勧奨をする。 ● eGFR 50未満 (70歳未満) ● eGFR 40未満 (70歳以上) ● 尿蛋白+かつ尿潜血+ ● 尿蛋白++以上
②医療機関受診中断者	受診勧奨と保健指導	過去に糖尿病の治療歴があり、1年以上治療の記録がないもの
③糖尿病治療中者のハイリスク	かかりつけ医の了解のもと継続的な保健指導	健診の結果、糖尿病の治療中で、糖尿病性腎症病期分類第2期第3期相当のもの ● HbA1c6.5%以上 (70歳以上は7%以上) かつ尿蛋白±以上 かつ eGFR30以上
④糖尿病治療中者	集団保健指導	健診の結果、糖尿病の治療中で、糖尿病性腎症病期分類第1期相当のもの ● HbA1c6.5%以上 (70歳以上は7%以上) かつ尿蛋白- かつ eGFR30以上
⑤その他必要な者	医療機関からの依頼	

※10 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者、受診中断者を治療につなげるとともに、糖尿病性腎臓病等で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者に対して医療機関と連携して、腎不全、人工透析への移行を防止及び遅らせることを目的としたプログラムのこと。

(3) 保健指導の実施

糖尿病性腎臓病の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。大津市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っています。

図表 59 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



(4) 医療との連携

出典:ヘルスサポートラボツール

治療中の場合は糖尿病連携手帳^{※11}を活用し、かかりつけ医より対象者の治療方針を確認し、保健指導を実施します。また、糖尿病性腎臓病対策検討会を開催し、ケース検討や事業内容を確認していきます。

(5) 関係機関との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、関係課と連携していきます。また、保健指導の実施にあたっては、すこやか相談所保健師と連携し実施していきます。

※11 公益社団法人日本糖尿病協会が作成している療養管理のための手帳。

（６）評価

図表 60 糖尿病性腎症重症化予防対策評価指標

	指標	令和 11 年度時点目標（数値）
ストラクチャー	予算額、人員と体制 医師会等関係団体との協議	実施に必要な予算を確保できたか 人員体制を構築できたか 関係団体と協議を開催できたか
プロセス	対象者の抽出方法、 指導の内容（時期・方法・回数） 主治医との連携	対象者の抽出方法や時期、保健指導の内容は 妥当であったか 指導前後に主治医へ報告・連絡ができたか
アウトプット	受診勧奨数 保健指導実施数	未受診者 60 人、中断者 12 人 25 人
アウトカム	医療機関受診率 HbA1c7.0%以上の未治療者の減少 ハイリスク介入者の eGFR の変化 （1 年で 25%以内、1 年で 5ml/1.73 m ² 以 内の低下）の割合 新規透析導入者の減少	未受診者 60%、中断者 30% 220 人 80% 83 人

（７）実施期間及びスケジュール

図表 61 スケジュール

	当年度												翌年度											
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1		
選定基準・実施方法の決定	←	→																						
未受診者						抽出			抽出			抽出		抽出										
						受診勧奨・保健指導																		
中断者						抽出		勧奨																
ハイリスク者						抽出			抽出			抽出		抽出										
						保健指導																		
集団													抽出		教室									
評価・分析																	←							

4）脳血管疾患・虚血性心疾患重症化予防対策

I．脳血管疾患対策

（１）目的、基本的な考え方

脳血管疾患の発症予防、重症化予防を目的として、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。

（２）対象者と優先順位

① 高血圧者に対する保健指導

脳血管疾患において、高血圧は最大の危険因子です。重度高血圧であっても未治療である者に保健指導を行います。また、治療しているが血圧管理が不十分な者を把握し、指導方法を検討します。優先順位の考え方としては、血圧、高血糖、LDLコレステロール高値などリスクの重なりのある

(3) 保健指導・受診勧奨の実施

健診結果経年表やKDBなどから合併症、治療状況等を確認し、リスクの重なりを含め、個々の病態、生活背景を踏まえた保健指導を実施します。医療受診を拒む方の中には薬を飲みたくないという考えの方も多く、血圧が高くなる要因、薬の働きなどを含めてイメージしやすい保健指導教材を活用します。

(4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行います。受診勧奨の際に、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

(5) 関係課との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、関係課と連携していきます。また、受診勧奨や保健指導の実施にあたっては、すこやか相談所保健師と連携し実施していきます。

(6) 評価

図表 65 脳血管疾患重症化予防対策評価指標

	指標	令和 11 年度時点目標(数値)
ストラクチャー	予算額、人員と体制 関係機関との連携	実施に必要な予算を確保できたか 人員体制を構築できたか 関係機関と実態を共有できたか
プロセス	対象者の把握 保健指導内容(時期、方法、回数)	対象者の抽出方法や時期、保健指導の内容は妥当であったか。
アウトプット	心電図有所見者(心房細動)で未治療者の受診勧奨数 Ⅲ度高血圧で未治療者の訪問実施数 心電図有所見者、Ⅲ度高血圧者で未受診者の再勧奨の実施率	12 人 25 人 80%
アウトカム	医療機関受診率 血圧が保健指導判定値以下の者の割合 健診受診者の高血圧者(160/100 以上)の割合の減少	心電図有所見者 70%、高血圧者 15% 28% 7.0%

(7) 実施期間及びスケジュール

図表 66 スケジュール

	当年度												翌年度											
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	
選定基準・実施方法の決定	←→																							
対象者抽出																								
受診勧奨							↔			↔			↔	↔										
集団健診					←							→												
メタボ・予備軍					←									→										
受診勧奨 保健指導					←													→						
評価・分析																←							→	

Ⅱ. 虚血性心疾患対策

(1) 目的、基本的な考え方

虚血性心疾患の早期発見、発症予防を目的として、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドラインなど、各学会ガイドライン等に基づいて対策を進めていきます。

(2) 対象者及び優先順位

① 心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであります。心電図検査の結果、虚血性心疾患が疑われる所見のある人を抽出し、優先的に保健指導を実施します。特に、心電図所見でST変化、Q波異常がある場合は、早急な医療機関受診が必要な場合があるため、優先的に保健指導を実施します。

図表 67 心電図検査結果

		心電図検査				所見内訳					
		実施者数	実施率	有所見者数	有所見率	異常Q波		ST変化		心筋虚血	
						人数	割合	人数	割合	人数	割合
40～74 歳		5,081	27.5	2,009	40.0	70	3.5	248	12.3	131	6.5
内訳	男性	2,350	30.1	1,064	45.3	39	3.7	100	9.4	61	5.7
	女性	2,731	25.6	945	34.6	31	3.3	148	15.7	70	7.4

図表 68 心電図で虚血性変化とその他リスク所見の割合

所見	該当数	メタボリックシンドローム						LDL	
		基準該当		予備軍該当		非該当		160 以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
異常Q波	70	25	35.7	8	11.4	37	52.9	4	5.7
ST変化	248	95	38.3	30	12.1	187	75.4	25	10.1
心筋虚血	131	33	25.2	11	8.4	87	66.4	11	8.4

② 心電図以外からの把握

心筋梗塞の60%は前駆症状がないため、心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、メタボリックシンドローム又は、LDLコレステロールのリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して積極的に保健指導を行う必要があります。(図表 67)

図表 69 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果 (LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
			7,072	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
				3,280	2,298	1,008	486	94	216	624	560
			46.4%	32.5%	14.3%	6.9%	6.3%	14.5%	41.8%	37.5%	
一次予防 まず生活習慣の改善を を行った後、薬物療法の適 応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	869	467	247	91	64	49	106	0	0
		12.3%	14.2%	10.7%	9.0%	13.2%	52.1%	49.1%	0.0%	0.0%	
	中リスク	140未満 (170未満)	2,770	1,192	947	421	210	13	48	353	217
		39.2%	36.3%	41.2%	41.8%	43.2%	13.8%	22.2%	56.6%	38.8%	
	高リスク	120未満 (150未満)	3,146	1,480	1,006	466	194	30	54	252	324
		44.5%	45.1%	43.8%	46.2%	39.9%	31.9%	25.0%	40.4%	57.9%	
二次予防 生活習慣の是正と共に 薬物療法を考慮する	再掲	100未満 (130未満) ※1	145	75	47	16	7	2	5	7	9
		2.1%	2.3%	2.0%	1.6%	1.4%	2.1%	2.3%	1.1%	1.6%	
		100未満 (130未満) ※2	287	141	98	30	18	2	8	19	19
			4.1%	4.3%	4.3%	3.0%	3.7%	2.1%	3.7%	3.0%	3.4%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮
※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

(3) 保健指導・受診勧奨の実施

健診結果経年表やKDBなどから対象者を把握し、対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

(4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行います。受診勧奨の際に、既に治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

(5) 関係課との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、関係課と連携していきます。また、受診勧奨や保健指導の実施にあたっては、すこやか相談所保健師と連携し実施していきます。

(6) 評価

図表 70 虚血性心疾患対策評価指標

	指標	令和11年度時点目標(数値)
ストラクチャー	予算額、人員と体制 関係機関との連携	実施に必要な予算を確保できたか 人員体制を構築できたか 関係機関と実態を共有できたか
プロセス	対象者の把握 保健指導内容(時期、方法、回数)	対象者の抽出方法や時期、保健指導の内容は妥当であつたか
アウトプット	心電図有所見者(異常Q波、ST変化、心筋虚血)で未治療者の受診勧奨数 LDL160以上で未治療者の訪問実施数 心電図有所見者、LDL160以上で未治療者の再勧奨の実施率	100人 50人 70%
アウトカム	医療機関受診率 健診受診者の脂質異常者(LDL160以上)の割合の減少	心電図有所見者 50% 脂質異常者(LDL) 30% 9.0%

(7) 実施期間及びスケジュール

図表 71 スケジュール

	当年度												翌年度											
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	
選定基準・実施方法の決定	←→																							
対象者抽出																								
受診勧奨						↔			↔			↔	↔											
集団健診				←								→												
メタボ・予備軍				←									→											
受診勧奨 保健指導				←														→						
評価・分析																	←						→	

5) 若年被保険者に対する生活習慣病重症化予防対策

(1) 基本的な考え方

大津市国民健康保険の保健事業の一環として、若年層の被保険者に、自分でできる検診キットサービスの費用一部助成による利用案内を行うことで、生活習慣病予防に対する意識の向上と疾病の早期発見・早期治療につなげます。

(2) 事業対象者

当年度中に満30歳、満35歳、満36歳、満37歳、満38歳、満39歳となる大津市国民健康保険の被保険者。

(3) 事業実施方法

KDDI株式会社が提供する「スマホd e ドック事業」へ大津市が参加することにより、対象者各自が次のとおり利用します。

- ① 大津市において対象者毎のログインIDを定め、案内文書に付記し郵送にて通知します。
- ② 付与したログインIDは、KDDI株式会社にも通知し、当サービス利用助成対象の可否判別に使用します。
- ③ 案内文書が送付された利用希望者は、自身のパソコンまたはスマートフォンによりWEBサイトから利用登録及び当サービスの申込をします。
- ④ 利用登録及び申込後、事業者から検査キット利用者負担金の振込請求書が送付されます。
- ⑤ 利用者は、金融機関等で自己負担金を入金します。
- ⑥ 利用料金の入金確認後、事業者から検査キットが利用者の自宅に配送されます。
- ⑦ 利用者が同封されている説明書に従い、自分の血液を採取し、事業者へ郵送すると同時に問い合わせ番号をWEBサイトへ登録します。
- ⑧ 定められた日以降に、利用者が検査結果をWEBサイトから確認します。
- ⑨ 大津市へ報告される各利用者の検査結果については、専用のファイルストレージにより確認します。大津市が負担する費用については、事業終了後、納品データを確認の上、一括支払いとします。

(4) 第2期データヘルス計画までの実績及び課題

事業への申込率は減少傾向にあり、検査率については年によりバラつきがあります。申込を促すため、メールによる受診勧奨を実施しています。

図表 72 令和4年度までの実績

	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数(人)	3,265	3,018	3,048	2,964
申込率(%)	7.0	7.7	7.9	6.8
検査率(%)	83.4	91.0	85.8	90.6

データ元：「スマホ de ドック最終報告」より

また、検査後のアンケートにおいて、受診行動が改善されたか（受診行動改善率）、健康に対する意識に変化（健康意識変化率）があったかをみていますが、健康意識については徐々に変化がみられますが、受診行動については年々改善率が低下しています。これについては、令和3年度より、電話による勧奨から手紙による勧奨に変更したことが影響していると思われます。

図表 73 令和4年度までの結果

	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
健康意識変化率(%)	75.0	75.5	75.5	78.4
受診行動改善率(%)	33.3	33.9	28.6	27.0

データ元：「スマホ de ドック最終報告」より

(5) 第3期における目標について

申込みを増やすため、受診勧奨を実施するとともに、申込者が全員検査を実施するように申込後未検査の人に対して検査をするように勧奨します。

また、検査後要医療の人への受診勧奨の方法について、電話での受診勧奨に変更します。

(6) 評価

事業の評価については、下記の指標を用いて行います。

図表 74 評価

	指標	令和11年度時点目標(数値)
ストラクチャー	自己検査サービス実施のための予算を確保。	自己検査サービス実施のための予算を確保。
プロセス	①対象者抽出 ②対象者全員に個別案内を送付 ③申し込みサイトの準備等（事業者による）	①対象者抽出 ②対象者全員に個別案内を送付 ③申し込みサイトの準備等（事業者による）
アウトプット	①申込率 ②検査率	①6.8%以上 ②100%
アウトカム	①受診行動改善率 ②健康意識変化率	①33.0%以上 ②78.4%以上

3. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、生活習慣の予防は現在における健康上の大きな課題です。生活習慣の確立は小児期から重要となります。小児期から生活習慣病対策を考えることで、子どものみならず親世代の成人期の生活習慣病予防に繋がっていくと考えられます。

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、子どもから高齢期までのライフサイクルの視点で生活習慣病の発症予防をおこなっていく必要があります。(図表 70)

図表 75 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

発症予防

重症化予防

根拠法	健康増進法											
	母子保健法					学校保健安全法			労働安全衛生法		高齢者の医療確保に関する法律	
年代	妊婦 (胎児期)		産婦	0歳～5歳		6歳～14歳 15歳～18歳		～29歳 30歳～39歳		40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上
健診	妊婦健康診査		産婦健診	乳幼児健診	保幼健康診断	就学時健診	児童・生徒の定期健康診断		定期健康診断	特定健康診査		後期高齢者健康診査
	妊娠前	妊娠中	産後	乳児	幼児	保育園児 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則	標準的な特定健診・保健指導プログラム	

4. 受診率向上対策

(1) 基本的な考え方

特定健康診査については、内臓脂肪の蓄積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ために実施していますが、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、受診してもらうことで、生活習慣病の兆候を発見することが重要です。そのためには、特定健康審査の受診率向上のための取組みを行い、特定健康診査を受診するよう促す必要があります。

(2) 受診勧奨対象者の選定

① 受診勧奨対象者の分類

受診勧奨対象者については大きく 6 種類に分けることができます。

図表 76 受診勧奨対象者の分類

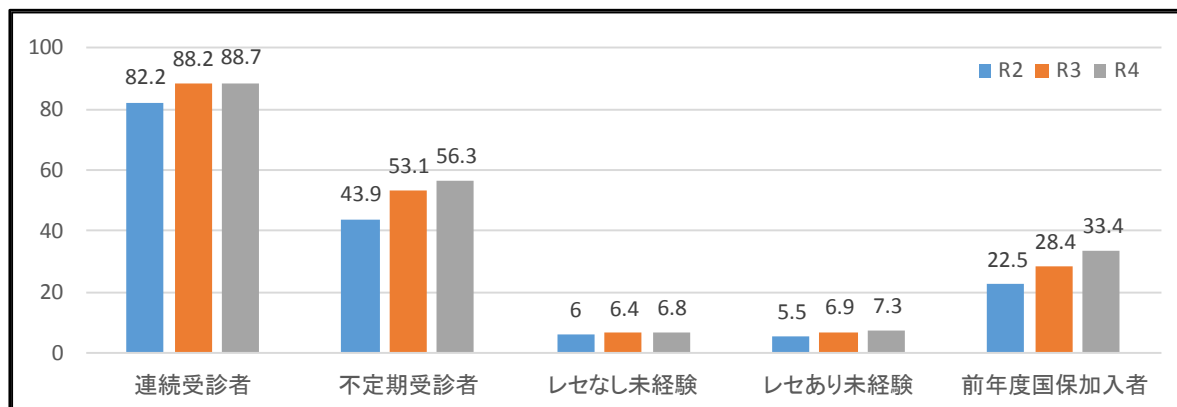
A. 連続受診者	過去 3 年間に於いて、特定健診を毎年受診している者
B. 不定期受診者	過去 3 年間の間に 1 回もしくは 2 回健診を受診している者
C. 未経験者	過去 3 年間の間に全く健診を受診していない者
a. レセあり未経験者	生活習慣病由来の通院履歴があり健診を受診していない者
b. レセなし未経験者	通院履歴もなく健診も全く受診していない者
c. 前年度国保加入者	前年度に国保加入した者

② 大津市における受診傾向（実績）及び課題

大津市においては、令和2年度以降のコロナ禍による健診受診控えに伴い、受診率が32.5%まで大きく減少したが、不定期受診者を中心に受診勧奨をすることで、令和4年度の受診率は37.0%（平成30年度並みの水準）にまで回復しました（図表33参照）。しかし、制度開始（平成20年度）から現在までの受診率については、36%代から38%代で推移しているため、これ以上に受診率を伸ばし、目標受診率60%を達成するためには、受診勧奨対象者の分析を確実にし、効果的なタイミング・方法で勧奨を行っていく必要があります。

尚、大津市における令和4年度時点での受診者の傾向は下記のようになっています。

図表 77 大津市における特定健康診査受診傾向



※各カテゴリーの分母はR4健診対象者を（1）の定義に基づき分類したもの

全カテゴリーにおいて、過年度と比較して受診率は伸びているものの、レセなし未経験者・レセあり未経験者の受診率が低く、特にレセあり未経験者については、通院により医療機関に行く機会が有るため、健診を受診しやすい環境にあることから、重点的に受診勧奨を行い、健診受診に繋げる必要があります。

また、受診率向上のためには、連続受診者を増やすことが重要であるため、引き続き不定期受診者への受診勧奨を中心に実施すると共に連続受診者にも受診勧奨をしっかりと実施する必要があります。

尚、年代別に受診状況をみると、70代（70歳から74歳）の受診者が全体の4割を占め、受診者の大半を占めています。受診率が高い70代は今後5年間の間に半減し、それに伴い受診率が大きく落ち込むことが予想されることから、40代・50代の新規受診者の掘り起こし・健診受診を定着化させる必要があります。また、40代・50代の若年層における男性の受診率が依然低い状況にあります。

（3）受診勧奨の実施

① 未受診者への勧奨方法

基本的な受診勧奨の方法として、ナッジ理論^{※11}を用いて下記3種により実施します。

A. ハガキによる受診勧奨…主となる勧奨方法。延約50,000通。不定期受診者の定着化、未経験者の掘り起こし。

※11 ナッジ理論とは、環境を整えることで本人や社会にとって望ましい行動ができるようにそっと後押しする手法のこと。

B. SMS（電子メール）による受診勧奨…携帯電話番号を用いたショートメールサービスによる。メール文面内に、外部サイトリンクを記載し、詳細はリンク先にて確認。延約7,000通～。年2回。主に連続受診者を対象に実施。

C. 電話による受診勧奨…40歳到達者等の前年度国保加入者を対象に実施。国保連合会に保健師の派遣を依頼し、派遣保健師により電話勧奨を実施します。年1回。

資料例

①受診勧奨ハガキ



②SMS メールイメージ

【大津市からのお知らせ】
今年度の特定健診の受診券を6月にお送りしました。今年も引き続き受診ください。受診券を紛失した場合は下記お問い合わせ先までご連絡を。
受診方法等はこちらをクリック
→https://kenko-check.jp/otsu-city_2023/A/?uu=dummy
お問い合わせ先：大津市保健所健康推進課 077-528-2742

未受診者について健診受診状況等により分類し、対象者の未受診特性に応じた勧奨を実施します。内容を確認しやすい①の受診勧奨ハガキを軸として実施し、費用が安価かつ勧奨の準備が容易である SMS を活用してなるべく多くの未受診者に勧奨を実施できるよう検討していきます。

尚、2)にて、「レセあり未経験者」の受診率の向上を問題点としてあげていましたが、その方法の1つとして、通院中未受診者より医療機関の検査結果を提出してもらうことにより特定健診を受診したとみなす「みなし健診」の推進もすすめていきます。

② 医療機関による受診勧奨

「レセあり未経験者」に対する受診勧奨の方法として、(かかりつけ)医療機関から未受診者に対して健診を受診するよう促すことで、健診受診を大きく期待できます。

尚、令和4年度に医療機関分析を実施し、令和5年度に各医療機関に対して受診勧奨ちらしの配布をしています。

表

ちらし例

裏



(4) 実施体制について

① 受診勧奨の実施について

受診勧奨対象者の選定及び勧奨方法・勧奨時期を検討するにあたり、前年度受診状況の分析が必須となります。事業者への委託、もしくは国保連合会の個別支援事業等を活用して分析を行い、受診勧奨に最適な時期に勧奨を実施します。

② 医療機関との連携（レセあり未経験者に対する受診勧奨対策）

特定健診対象者に占める通院中未受診者（レセあり未経験者）の割合が多いことから、
（3）②の医療機関による受診勧奨と合わせ、医療機関と連携し、受診勧奨をすすめていく。

(5) 実施スケジュール

特定健診の実施時期が6月から2月（2月は集団健診のみ）となっているため、最終健診結果が出揃うタイミングを勘案し下記のとおりスケジュールを基本とします。ただし、毎年の事業評価、データヘルス計画・特定健康診査実施計画の中間見直しの中でスケジュールについては随時変更します。

図表 78 スケジュール

	前年度	当年度												翌年度		
	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月
受診勧奨実施事業者の決定	↔															
前年度受診結果分析				↔												
ハガキによる受診勧奨							↔			↔						
SMSによる受診勧奨							↔			↔						
電話による受診勧奨						↔				↔						
当年度健診結果分析															↔	

(6) 評価

事業の評価については、下記のアウトプット・アウトカム指標を用いて行い、毎年PDCAサイクルをまわしていきます。

図表 79 受診率向上対策事業評価指標

	指標	令和11年度時点目標(数値)
ストラクチャー	事業委託のための予算の獲得 人員体制を整える（委託業者の決定等）	委託実施のための予算を確保する 実施体制(委託事業者)を決定する
プロセス	対象者の抽出方法 受診勧奨の方法の決定	分析に沿って対象者の抽出をした 分析し・決定した内容を盛り込めたか
アウトプット	ハガキによる受診勧奨実施数（延べ） 電話勧奨実施数 SMS受診勧奨実施数（延べ）	50,000 人 7,000 人
アウトカム	特定健診受診率（受診勧奨ハガキ送付対象者） 特定健診受診率（電話勧奨対象者） 特定健診受診率（SMS送信対象者）	令和5年度の実績以上

5. ポピュレーションアプローチ※12

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病のメカニズムや予防対策、生活習慣病の重症化による弊害や QOL の低下など広く市民対して、地域や関係団体等と連携して健康教育やイベントなど様々な機会を捉えて啓発を行ってまいります。

また、自ら楽しく健康づくりに取組めるよう、ヘルスポイント事業（BIWA-TEKU）も引き続き実施していきます。

1) 健康推進アプリ「BIWA-TEKU」の推進

（1）基本的な考え方

「BIWA-TEKU」については、平成30年1月より、広く滋賀県民を対象とした健康づくりのためのポイントプログラムに対応したスマートフォン対応アプリとして県内市町で協力してはじまり、令和5年度現在、県内17市町・滋賀県・協会けんぽ等で運用しています。ウォーキングや健康イベント等に参加してポイントを貯め、景品応募を目指すアプリとなっています。

アプリの利用を推進し、広く個人での健康づくりを促進させることで、生活習慣病の発症予防・重症化予防に繋がります。

（2）事業対象者

アプリの利用については、住んでいる地域や年齢に制限はありませんが、景品応募をするためには19歳以上、かつ40歳以上については健康診断を受診していることが必須条件となっています。

（3）事業内容（アプリの機能）

- ①バーチャルラリー…日頃歩くことを評価する機能。8コースあり、歩く歩数が多い程コースの難易度が高くなり、もらえるポイントも大きくなります。各コースを達成すると5pt から 250pt が取得できます。
- ②スランプラリー …県・各市町ごとにコースを設定し、コースごとに各ポイントを巡りポイントを取得します。住んでいる市町以外のコースを巡ることも可能となっており、1コースで最大 100pt が取得できます。
- ③イベントポイント…各市町で実施する健康イベントやスポーツイベントに参加するとポイントが取得でき、最大 30pt 取得できます。
- ④健康手帳 …特定健診やがん検診を受診した場合に、1健診（検診）ごとに 100pt 取得できます。また、体重や血圧について目標を設定し改善すると各 30pt 取得できます。

※12 公衆衛生や医学研究において、集団全体に対するはたらきかけや研究を行う方法論。特定の集団やコミュニティ全体に焦点を当て、集団レベルでの傾向やパターンに注目し、集団全体の健康改善やリスク低減を目的とする。

⑤その他の機能として、歩いたことによる医療費抑制効果（金額）、及び日々の目標を設定し、目標を達成すると1日1pt取得できる機能などがあります。

①から⑤の取組に参加し、1000pt以上集めると1000ptを一口として年に1回景品応募ができます。

（４）事業運営体制

滋賀県内の保険者（市町・協力団体）で構成される「BIWAKO スキやねん保険者協議会」にてアプリの推進にかかる事務を管理執行しています。事務局は1年単位で持ち回りで各市町が代表保険者となり、事務局の運用をするとともに、アプリの改修経費および維持管理費用を負担しています。費用の財源については、国または県等の特定財源を活用しています。

（５）事業を促進するための周知・啓発について

広報おおつや国民健康保険の案内しおり、各種検診（健診）の案内の際に周知しています。また、健康イベントにおいてブースを設置し、「BIWA-TEKU」登録会の実施、市その他課他事業と連携をすることで、新規アプリ登録者を獲得します。

（６）事業評価

事業の評価については、下記の指標を用いて行います。

図表 80 健康推進アプリ「BIWA-TEKU」の推進事業の評価指標

	指標	令和11年度時点目標（数値）
ストラクチャー	事業運用体制の構築	体制を構築できたか
プロセス	各種イベントやスタンプラリーコースの登録 イベントでの周知・啓発の実施	各種イベントやスタンプラリーコースの登録できたか イベントでの周知・啓発を実施できたか
アウトプット	BIWATEKU 登録者数（大津市）	18,648 人
アウトカム	登録者の増加率（前年度2月末時点と当年度2月末時点を比較）	0.18

6）事業改善

アンケート結果や日頃の問い合わせ内容、参加団体の意見を踏まえ、事務局にて案をまとめ、アプリの改修、運用方法の見直しを実施していきます。

7. 医療費適正化対策

1) 重複・頻回受診、重複・多剤服薬者保健指導事業

(1) 目的、基本的な考え方

重複・頻回受診者及び重複・多剤服用者に対して、個々の実態や実情を踏まえた保健指導を実施することで健康の保持と疾病の早期回復を目指します。

また、広く適切な医療のかかり方について周知・啓発することにより、医療費の適正化を図ります。

(2) 対象者の選定基準の考え方

対象者の抽出にあたっては、レセプトデータ及びKDBデータを活用し対象者の把握を行います。

- ① 重複受診 連続3か月間に毎月5医療機関以上の外来受診を継続する者で受診内容に重複がある者
- ② 頻回受診 同一医療機関(診療科)において、連続3か月間に毎月20日以上外来受診を継続する者(人工透析は除く)
- ③ 重複服薬 連続3か月間に、毎月3か所以上の医療機関により、同一薬効の薬剤投与を受けている者
- ④ 多剤服用 連続3か月間に、同一薬剤を1日以上で15剤以上、薬剤投与を受けている者

上記該当者であって、疾病・治療の経過や、これまでの関わりと今後の働きかけの必要性等を勘案し、対象者を決定します。

図表 82 重複・頻回受診者等訪問指導対象者の選定基準

抽出選定診療月：令和5年2～4月

対象者の選定			対象者
	1次抽出条件 (KDB またはフォーカスシステムより)	2次抽出条件 (国保総合システムより目視)	
重複受診者 (多受診者)	2ヶ月(R5.2～3月診療)連続して、1ヶ月の受診医療機関が5医療機関以上(歯科含む)の者(66)人	直近のレセプト(R5.4月診療)にて、1か月の受診医療機関が5医療機関以上(歯科含まず)かつ、診療内容等に重複があり、指導が必要と判断した者(5)人	過去の関わりから、文章か訪問を決定する 訪問(2)人 文章(3)人 ※うち4人は服薬と重複
頻回受診者	2ヶ月(R5.2～3月診療)連続して、1ヶ月の受診状況が同一医療機関への受診日数が20日以上(歯科含む)の者(9)人	直近のレセプト(R5.4月診療)にて、1ヶ月の受診状況が同一医療機関への受診日数が20日以上(歯科含まず)かつ指導が必要と判断した者(1)人	過去の関わりから、文章か訪問を決定する 訪問(1)人 文章(0)人
重複服薬者	2ヶ月(R5.2～3月診療)連続して、同一月に3ヶ所以上の医療機関より、同一薬効の薬剤投与を受けている者(31)人	直近のレセプト(R5.4月診療)にて、同一月に3ヶ所以上の医療機関より、同一薬効の薬剤投与を受けている者かつ指導が必要と判断した者(11)人	過去の関わりから、文章か訪問を決定する 訪問(5)人 文章(6)人 ※うち4人は多受診と重複
多剤服用者	2ヶ月(R5.2～3月診療)連続して、同一薬剤を1日以上で15剤以上、薬剤投与を受けている者(17)人	直近のレセプト(R5.4月診療)にて、同一薬剤を1日以上で15剤以上、薬剤投与を受けている者のうち、疾病・治療の経過や、これまでの関わりと今後の働きかけの必要性等を勘案し、指導が必要と判断した者(0)人	過去の関わりから、文章か訪問を決定する 訪問(0)人 文章(0)人

※条件が重複している者はそれぞれの人数に含まれる。

（３）保健指導の実施

対象者への電話または訪問等により、重複・頻回受診にかかる実態把握を行うとともに、内服薬の重複や大量摂取、飲み合わせ等による副作用等の防止、お薬手帳の活用、かかりつけ医、かかりつけ薬局の意義、地域の相談窓口や専門相談機関の紹介、心身の健康維持のための日常生活等について、保健指導を実施します。

（４）評価

図表 83 重複・頻回受診、重複・多剤服薬者保健指導事業評価指標

	指標	令和 11 年度時目標（数値）
ストラクチャー	予算、人材、体制整備、	予算人材確保、実施体制の決定
プロセス	手順、教材確認 スケジュール確認	教材を活かし、手順どおりできたか スケジュールどおり実施できたか
アウトプット	重複・頻回受診者保健指導実施者数 重複・多剤服用者保健指導実施者数	10 人以下 7 人以下
アウトカム	重複・頻回受診者及び重複・多剤服用者数の減少率 重複・頻回受診者及び重複・多剤服用者の改善率	15% 52.9%以上

（５）実施期間及びスケジュール

図表 84 スケジュール

	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
2 月～4 月診療分 対象者抽出	←	→								
訪問保健指導			←	→						
保健指導実施後レ セプト確認					←	→				
保健指導実施後レ セプト確認後保健 指導									←	→

２）後発医薬品の使用促進対策事業

（１）基本的な考え方

後発医薬品（ジェネリック医薬品）※14 の使用を促すことにより、患者の自己負担額の軽減を図るとともに、医療保険財政の健全化を図ります。

※先発医薬品の特許が切れた後に製造・販売される、厚生労働省が先発医薬品と同等と認めた安価な医薬品

※14 先発医薬品（これまで使われてきた新薬）の特許が切れた後に医薬品メーカーが製造・販売する薬。先発医薬品と同じ有効成分を同量含んでおり、同等の効能や効果があると厚生労働省から認められた医薬品で、先発医薬品に比べて薬価が低くなっている。

（２）第２期データヘルス計画までの実績

先発医薬品を後発医薬品に切り替えた場合における医療費の自己負担額について、軽減額の目安をお知らせする通知（年２回）を発送しています。なお、この差額通知に後発医薬品への変更方法等の情報を記載し、後発医薬品について更なる利用の促進を図っています。

（３）第２期データヘルス計画までの評価

滋賀県国民健康保険団体連合会より提供を受けた後発医薬品の年齢別使用状況等のデータに基づき、後発医薬品の未使用者を対象として、差額を通知することなどにより、後発医薬品の使用割合が政府目標である 80%を達成できるように取り組みました。

後発医薬品の使用割合の推移は下記のとおりとなっており、滋賀県と同様に目標を達成しています。

また、滋賀県国民健康保険団体連合会から提供される「大津市における後発医薬品差額通知効果分析の概要」により、差額通知を行った対象者の切り替え率や切り替えによる削減額について効果の分析を行っています。

図表 85

	令和２年度	令和３年度	令和４年度
大津市	80.0%	79.6%	81.2%
滋賀県	80.4%	79.9%	81.7%

データ元：滋賀県国民健康保険団体連合会「保険者データヘルス全数調査」後発医薬品シェア資料より

（４）第３期データヘルス計画における目標について

後発医薬品の更なる普及啓発を図りつつ、引き続き政府目標である 80%以上の使用割合を継続して達成するよう取り組みます。

（５）第３期データヘルス計画における事業実施方法・体制について

自己負担額の差額通知等を発送することで、医療費の適正化を図っていきます。

また、事業実施にあたり、滋賀県及び滋賀県国民健康保険団体連合会と連携を図ります。

（６）評価

事業の評価については、下記の指標を用いて行います。

図表 86

	指標	令和 11 年度時点目標(数値)
ストラクチャー	差額通知発送済に関する検証	発送済の効果・検証を行った。
プロセス	差額通知発送のため国保連合会と連携（発送条件の設定・発送物の納品・発送）	国保連合会と連携して発送を行った。
アウトプット	後発医薬品の差額通知発送回数	2 回
アウトカム	後発医薬品使用割合	80%以上

第4章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

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

2. 評価方法・体制

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

図表 87 保健事業評価における4つの指標

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

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

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

第5章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。

2. 国や県、関係機関等への報告

国や県、関係機関への報告に当たっては、データを統計的に処理し、個人が特定できないよう個人情報を匿名化した上での提供とします。

3. 特定健康診査等の結果や記録の利用

生活習慣病の対策や本事業の評価のため、特定健康診査等の結果や保健指導の記録等を分析する場合は、個人が特定できないよう個人情報を匿名化するとともに、必要な情報の範囲に限定し、データの集計・分析を行います。

4. 個人情報保護対策

保健事業等の実施にあたっては、個人情報の保護に関する法律、高齢者の医療の確保に関する法律、個人情報の保護に基づくガイドライン等を踏まえ、厳格な運用・管理を行います。

また、事業を委託する場合、委託先に対しては、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等について契約書に定めるとともに、その徹底を求めています。

第2編 第4期大津市国民健康保険特定健康診査等実施計画

第1章 計画の概要

1. 特定健康診査・特定保健指導等の実施方法に関する基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導の基本的事項等は、次のように整理しています。

図表 88 特定健康診査・特定保健指導の基本的事項

基本事項	内蔵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	結果を出す保健指導
目 的	内蔵脂肪型肥満に着目した早期介入 リスクの重複がある者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、保健指導を行う。
内 容	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選択し、行動変容につなげる。

2. 計画の性格

この計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、大津市国民健康保険の保険者である大津市が策定する計画であり、第3期大津市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）及び滋賀県医療費適正化計画と十分な整合性を図るものとします。

3. 計画の期間

第4期計画の計画期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間を一期として作成します。

第2章 計画の目標

1. 目標値の設定

特定健康診査等基本指針に基づき設定することになっていますが、本市では特定保健指導において、国保の最終目標 60%の到達が非常に高い値となっているため、全国目標の値 45%に設定しました。

図表 89 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度	R 9 年度	R 1 0 年度	R 1 1 年度
特定健診受診率	42%	44%	48%	52%	56%	60%以上
特定保健指導実施率	25%	29%	33%	37%	41%	45%以上

※特定保健指導実施率は、全国目標の 45%にしている。

2. 特定健康診査対象者見込数

図表 90 特定健康診査対象者見込数

	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度	R 9 年度	R 1 0 年度	R 1 1 年度
40～64 歳	19,258 人	19,008 人	18,761 人	18,517 人	18,276 人	18,039 人
65～74 歳	28,274 人	27,624 人	26,988 人	26,368 人	25,761 人	25,169 人
合 計	47,532 人	46,632 人	45,749 人	44,885 人	44,037 人	43,208 人

※KDB 被保険者数に過去 5 年間の増減率の平均を算出し、特定健康診査対象者見込数を推計。

3. 目標値を達成するための受診者数等

図表 91 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度	R 9 年度	R 1 0 年度	R 1 1 年度
特定健康 診査受診 者数	40～64 歳	7,686 人	7,899 人	8,454 人	8,986 人	9,494 人	9,981 人
	65～74 歳	12,278 人	12,618 人	13,505 人	14,354 人	15,167 人	15,944 人
	合 計	19,964 人	20,517 人	21,959 人	23,340 人	24,661 人	25,925 人
特定保健 指導対象 者数	動機付け支援 40～74 歳	1,709 人	1,773 人	1,897 人	2,017 人	2,131 人	2,240 人
	積極的支援 40～64 歳	427 人	443 人	475 人	504 人	533 人	560 人
	合計	2,136 人	2,216 人	2,372 人	2,521 人	2,664 人	2,800 人
特定保健 指導実施 者数	動機付け支援 40～74 歳	459 人	553 人	673 人	802 人	939 人	1,084 人
	積極的支援 40～64 歳	75 人	90 人	110 人	131 人	153 人	176 人
	合 計	534 人	643 人	783 人	933 人	1,092 人	1,260 人

第3章 特定健康診査・特定保健指導等の実施方法

1. 特定健康診査

1) 対象者

年度中に 40～74 歳になる大津市国民健康保険加入者を対象とします。年度中に 75 歳になる人は、74 歳のうちに受診する人のみ対象者とします。

年度途中に大津市国民健康保険へ加入された場合、同一年度に特定健康診査を受診済の人および実施期間終了後に加入した人、当該年度に大津市国民健康保険人間ドック利用助成金の交付決定通知を受けた人は対象外とします。

また、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める人（刑務所入所中、海外在住、長期入院等告示（平成 20 年 1 月厚生労働省告示第 3 号）で規定）は対象者から除外します。

2) 実施方法および実施場所等

図表 92 実施方法・実施場所・実施時期

実施方法	①個別受診	医療機関委託（滋賀県医師会との集合契約）
	②集団健診	全国健康保険協会滋賀支部が委託する健診実施機関、及び JA 滋賀
実施場所	委託先の医療機関及び全国健康保険協会滋賀支部、JA 滋賀が実施する健診会場	
実施時期	6 月から翌年 1 月末まで実施します。但し、集団特定健康診査受診は 6 月から 3 月末まで。	

3) 健診実施項目

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

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

図表 93 特定健診検査項目

健診項目		大津市	国
身体測定	身長・体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期・拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDL コレステロール	○	○
	LDL コレステロール	○	○
	(NON-HDL コレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	○
	随時血糖	●	●

尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

4) 人間ドックによる特定健康診査

人間ドックは特定健康診査の基本的な検診項目を包含していることから、特定健康診査の実施に代えることとします。

5) 事業主健診からの健診結果の提供による特定健康診査

事業主が実施する健康診査を受診した場合、その検査が特定健康診査の基本的な検査項目を包含している場合に、その検査結果を市に提供することで、特定健康診査の実施に代えることとします。

6) 治療中の検査結果の提供による特定健康診査

生活習慣病の治療のために受けた検査が、特定健康診査の基本的な検査項目を包含している場合に、その検査結果を提供することで、特定健康診査の実施に代えることとします。

7) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、医療機関へ十分な説明を実施していきます。

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

8) 代行機関

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

9) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。(図表 94)

図表 94 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 (特定健診・特定保健指導の実施) 健診対象者の抽出	(個別) (集団) (前年度の特定保健指導の実施)
5月		受診等の印刷・送付	健診データ抽出(前年度)
6月		(特定健診(個別)の開始)	
7月		健診データ受取・費用決裁(1回目) (特定健診(集団)の開始)	実施実績の分析 実施方法、委託先機関の見直し等
8月		保健指導対象者の抽出(個別) 結果お返し会の開始 (特定保健指導(集団)の開始)	
9月		1回目保健指導対象者への案内発送(個別)	
10月	契約に関わる予算手続き	(特定保健指導(個別)の開始)	受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

2. 特定保健指導

特定保健指導の実施については、委託と直営の方法で実施していきます。

図表 95 第4期における変更点

○第4期(2024年以降)における変更点

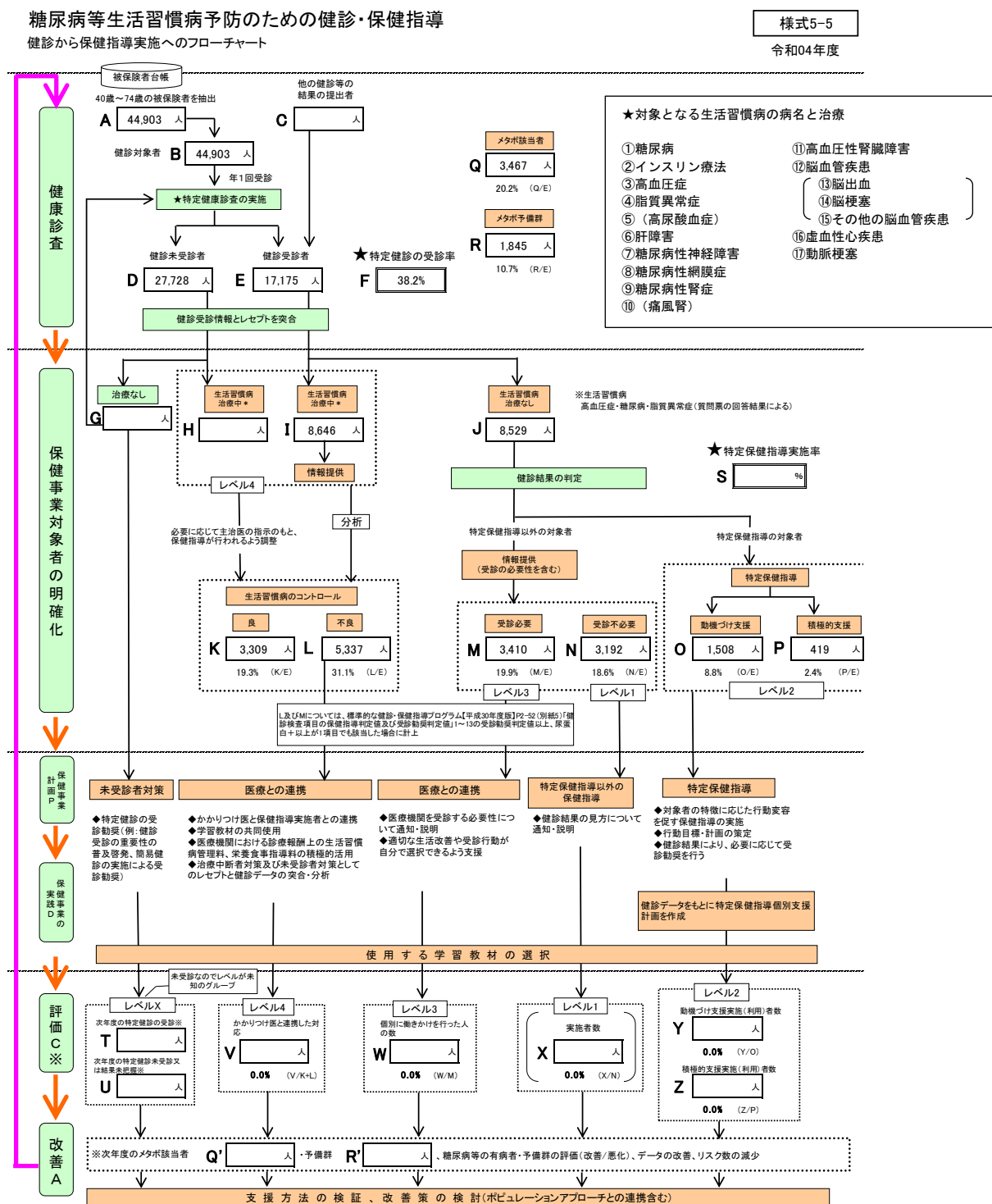
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 96 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルサポートラボツール

2) 要保健指導対象者の選択と優先順位・支援方法

図表 97 要保健指導対象者への支援方法

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法
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
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
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明
5	I	情報提供	◆対象者からかかりつけ医への相談を促す ◆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

第4章 個人情報の保護

1. 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導に関するデータや記録は、重要な個人情報です。大津市個人情報保護条例及び高齢者の医療の確保に関する法律、個人情報の保護に関する法律やこれに基づくガイドライン等を踏まえ、厳格な運用・管理を行います。

特定健康診査・特定保健指導等の委託先に対しては、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等について契約書に定めるとともに、その徹底を求めています。

2. 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

3. 国や県、関係機関等への報告

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

4. 特定健康診査等の記録の利用

生活習慣病の対策や本事業の評価のため、特定健康診査・特定保健指導の結果や記録等を分析する場合は、個人が特定できないよう個人情報を匿名化するとともに、必要な情報の範囲に限定し、データの集計・分析を行います。

第5章 計画の推進

1. 計画の公表・周知

1) 公表方法

本計画については、大津市ホームページ等により公表・周知します。

2) 大津市国民健康保険事業の運営に関する協議会への報告

本計画の進捗状況については、被保険者数、特定健康診査受診率や特定保健指導実施率、特定健康診査により把握された健康状況や健康課題などの現状を、大津市国民健康保険の運営に関する協議会に報告し、審議します。また、その内容は大津市ホームページに公表します。

2. 計画の評価・見直し

- (1) 関連法令等の変更があった場合など、必要に応じて本計画の内容について見直しを行います。
- (2) 医師会及び関係所属等と大津市国民健康保険特定健康診査等評価検討会を毎年度1回程度開催し、特定健康診査の結果や特定保健指導実施者の3か月後の評価である腹囲や体重、運動や食生活の改善状況等のデータの分析を行い、専門的、技術的観点からの評価を行います。また、特定健康診査・特定保健指導の受診率等について、KDB等の情報を活用し、健康情報全体の経年変化を全国、滋賀県とも比較しながら事業の効果的で効率的な改善を図るための評価を行います。

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた大津市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

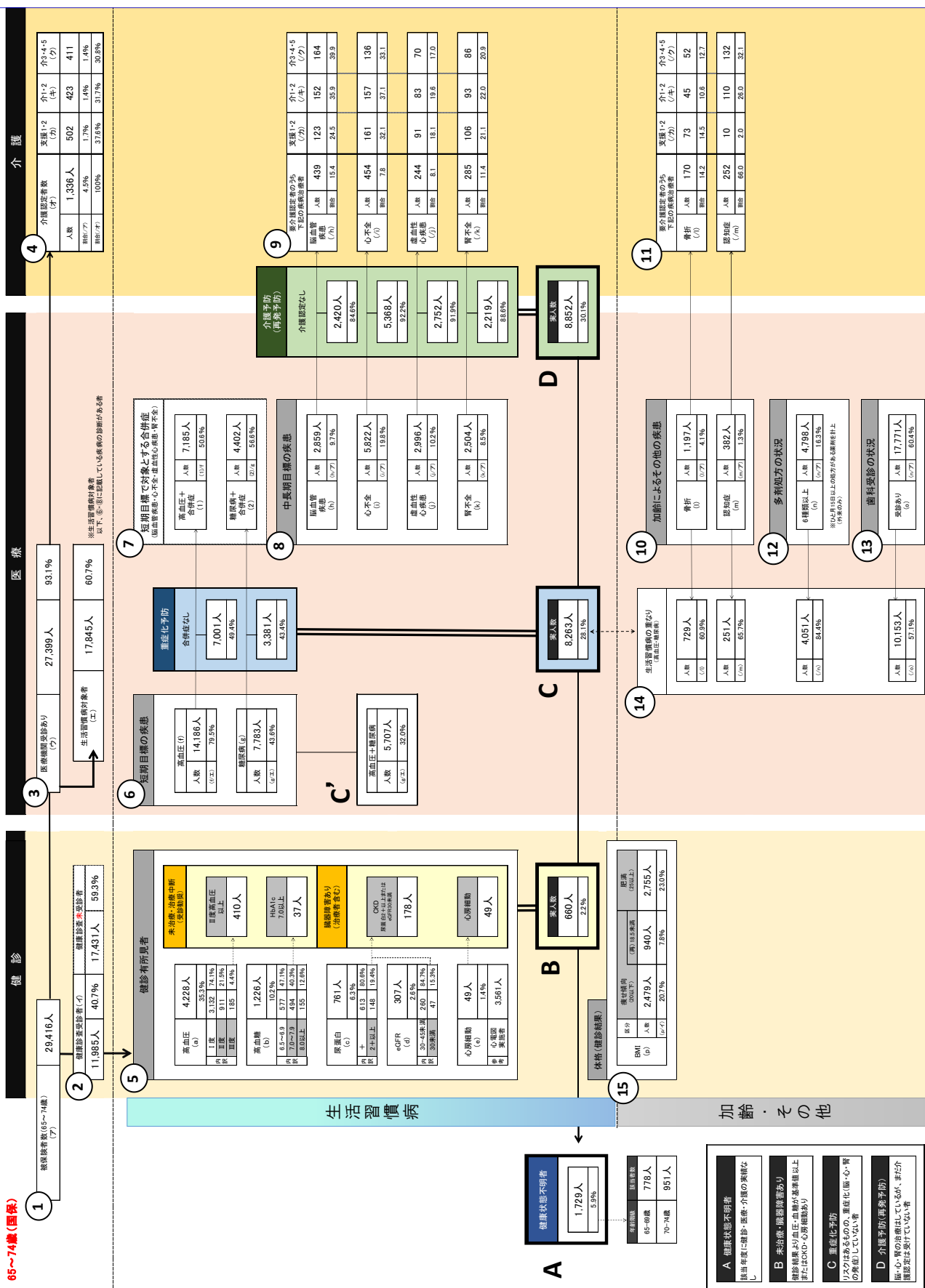
参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた大津市の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた大津市の位置											R04年度		
項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	人口構成	総人口	336,226		31,452,289		1,381,461		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)	90,578	26.9	8,314,675	26.4	365,311	26.4	35,335,805	28.7		
			75歳以上	44,776	13.3	---	---	182,545	13.2	18,248,742	14.8		
			65～74歳	45,802	13.6	---	---	182,766	13.2	17,087,063	13.9		
			40～64歳	115,278	34.3	---	---	460,051	33.3	41,545,893	33.7		
		39歳以下	130,370	38.8	---	---	556,099	40.3	46,332,563	37.6			
	②	産業構成	第1次産業	1.2		1.8		2.7		4.0		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			第2次産業	23.7		21.5		33.8		25.0			
			第3次産業	75.1		76.8		63.4		71.0			
	③	平均寿命	男性	81.9		80.9		81.8		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握	
女性			87.7		87.1		87.6		87.0				
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	80.9		80.1		81.3		80.1		KDB NO.1 地域全体像の把握		
		女性	84.6		84.4		84.8		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		91.9	99.3	93.5	100	KDB NO.1 地域全体像の把握				
			男性		94.7	99.4	96.5	100					
			死因	がん	940	53.4	90,510	51.2		3,699	51.3	378,272	50.6
				心臓病	470	26.7	48,318	27.3		2,011	27.9	205,485	27.5
				脳疾患	219	12.5	23,515	13.3		873	12.1	102,900	13.8
				糖尿病	23	1.3	3,382	1.9		120	1.7	13,896	1.9
				腎不全	53	3.0	6,268	3.5		280	3.9	26,946	3.6
				自殺	54	3.1	4,928	2.8		225	3.1	20,171	2.7
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計							厚労省HP 人口動態調査			
			男性										
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	18,780	20.5	1,702,783	20.5	68,223	18.7	6,724,030	19.4	KDB NO.1 地域全体像の把握	
			新規認定者	310	0.3	27,537	0.3	1,062	0.3	110,289	0.3		
			介護度別 総件数	要支援1.2	74,070	14.8	5,515,296	12.2	227,782	12.6	21,785,044		12.9
				要介護1.2	222,126	44.3	20,534,112	45.5	869,383	48.1	78,107,378		46.3
				要介護3以上	204,775	40.9	19,041,017	42.2	708,682	39.2	68,963,503		40.8
			2号認定者	373	0.32	41,864	0.39	1,417	0.31	156,107	0.38		
	②	有病状況	糖尿病	5,431	27.8	443,953	24.8	19,169	26.7	1,712,613	24.3	KDB NO.1 地域全体像の把握	
			高血圧症	10,916	55.7	952,945	53.6	39,860	55.8	3,744,672	53.3		
			脂質異常症	6,917	35.2	602,481	33.6	24,311	33.7	2,308,216	32.6		
			心臓病	12,579	64.5	1,076,085	60.6	46,080	64.8	4,224,628	60.3		
			脳疾患	3,881	20.2	396,610	22.6	14,311	20.4	1,568,292	22.6		
			がん	2,515	12.6	219,003	12.2	8,471	11.7	837,410	11.8		
			筋・骨格	11,093	56.5	961,876	54.1	40,323	56.5	3,748,372	53.4		
			精神	7,290	37.4	653,718	37.0	27,000	38.2	2,569,149	36.8		
			一人当たり給付費/総給付費	293,542	26,588,483,225	301,091	2,503,469,980,886	287,148	104,898,196,308	290,668	10,074,274,228,889		
	③	介護給付費	1件当たり給付費(全体)	53,074		55,521		58,088		59,662			
			居宅サービス	39,346		41,018		39,792		41,272			
			施設サービス	303,452		300,596		297,548		296,364			
	④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	9,002	8,543	9,050	8,610					
			認定なし	3,767	3,918	3,969	4,020						
	4	①	国保の状況	被保険者数	63,977		6,104,064		261,095		27,488,882		KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況
65～74歳				29,615	46.3			122,233	46.8	11,129,271	40.5		
40～64歳				19,799	30.9			78,991	30.3	9,088,015	33.1		
39歳以下				14,563	22.8			59,871	22.9	7,271,596	26.5		
加入率				19.0		19.4		18.9		22.3			
②		医療の概況 (人口千対)	病院数	15	0.2	2076	0.3	57	0.2	8,237	0.3		
			診療所数	296	4.6	29,803	4.9	1,100	4.2	102,599	3.7		
			病床数	3,879	60.6	393,610	64.5	13,886	53.2	1,507,471	54.8		
			医師数	1,357	21.2	109,226	17.9	3,496	13.4	339,611	12.4		
			外来患者数	731.8		704.0		714.3		687.8			
			入院患者数	17.9		17.7		17.9		17.7			
③		医療費の状況	一人当たり医療費	356,392	県内12位 同規模43位	350,112		357,434		339,680			
			受診率	749.617		721.674		732.183		705.439			
			外 来	費用の割合	60.1	60.8		60.5		60.4			
				件数の割合	97.6	97.5		97.6		97.5			
	入 院		費用の割合	39.9	39.2		39.5		39.6				
			件数の割合	2.4	2.5		2.4		2.5				
	1件あたり在院日数		14.6日		15.7日		14.9日		15.7日				

④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	4,083,928,430	34.4	31.9	34.1	32.2	KDB NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健 康課題								
		慢性腎不全(透析あり)	1,217,931,280	10.3	8.9	9.2	8.2									
		糖尿病	1,180,091,910	9.9	10.0	10.5	10.4									
		高血圧症	700,701,410	5.9	5.6	6.1	5.9									
		脂質異常症	491,400,310	4.1	4.0	4.4	4.1									
		脳梗塞・脳出血	415,789,940	3.5	4.0	3.6	3.9									
		狭心症・心筋梗塞	383,832,470	3.2	2.9	3.7	2.8									
		精神 筋・骨格	1,431,962,130 1,838,585,970	12.1 15.5	15.2 16.6	11.0 16.3	14.7 16.7									
⑤	一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入 院	高血圧症	229	0.2	241	0.2	227	0.2	256	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)				
			糖尿病	1,482	1.0	1,146	0.8	1,298	0.9	1,144	0.9					
			脂質異常症	40	0.0	49	0.0	73	0.1	53	0.0					
			脳梗塞・脳出血	5,747	4.0	6,274	4.6	6,001	4.2	5,993	4.5					
			虚血性心疾患	4,632	3.3	4,079	3.0	5,368	3.8	3,942	2.9					
			腎不全	6,438	4.5	4,408	3.2	5,640	4.0	4,051	3.0					
	一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外 来	高血圧症	10,723	5.0	9,803	4.6	11,103	5.1	10,143	4.9					
			糖尿病	17,517	8.2	17,457	8.2	18,818	8.7	17,720	8.6					
			脂質異常症	7,640	3.6	7,157	3.4	8,136	3.8	7,092	3.5					
			脳梗塞・脳出血	716	0.3	829	0.4	656	0.3	825	0.4					
			虚血性心疾患	2,050	1.0	1,782	0.8	2,230	1.0	1,722	0.8					
			腎不全	19,275	9.0	17,334	8.1	18,224	8.4	15,781	7.7					
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,815	2,000	2,210	2,031	KDB NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健 康課題								
			健診未受診者	13,253	13,838	12,916	13,295									
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,286	5,971	6,465	6,142									
			健診未受診者	38,591	41,315	37,783	40,210									
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	9,569	58.1	827,631	56.5	40,893	56.1	3,835,832	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握					
		医療機関受診率	8,981	54.5	774,040	52.9	37,341	51.2	3,501,508	52.0						
		医療機関非受診率	588	3.6	53,591	3.7	3,552	4.9	334,324	5.0						
5	①	特定健診の 状況 県内市町村数 20市町村 同規模市区町村数 85市町村	健診受診者	16,470	1,463,761	72,950	6,735,405	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								
	②		受診率	36.7	県内18位 同規模44位	36.1	39.8		全国17位	36.7						
	③		特定保健指導終了者(実施率)	175	9.5	9814	6.1		1,138	15.0	91,478	11.5				
	④		非肥満高血糖	1,263	7.7	123,845	8.5		6,030	8.3	608,503	9.0				
	⑤		メタボ	該当者	3,339	20.3	298,496		20.4	14,827	20.3	1,366,220	20.3			
				男性	2,368	34.1	203,809		33.6	10,364	33.3	953,975	32.0			
				女性	971	10.2	94,687		11.1	4,463	10.7	412,245	11.0			
				予備群	1,765	10.7	161,496		11.0	7,652	10.5	756,692	11.2			
	⑥		メタボ	男性	1,258	18.1	110,241		18.2	5,442	17.5	533,553	17.9			
				女性	507	5.3	51,255		6.0	2,210	5.3	223,139	5.9			
				⑦	メタボ 該当・ 予備 群レ ベル	腹囲	総数		5,588	33.9	507,977	34.7	24,562	33.7	2,352,941	34.9
							男性		3,963	57.0	345,880	57.0	17,271	55.5	1,646,925	55.3
	BMI		女性			1,625	17.1		162,097	18.9	7,291	17.4	706,016	18.8		
			総数			636	3.9		66,610	4.6	3,180	4.4	316,378	4.7		
	⑧		男性	87	1.3	9,219	1.5		425	1.4	50,602	1.7				
	⑨		女性	549	5.8	57,391	6.7		2,755	6.6	265,776	7.1				
	⑩		血糖のみ	68	0.4	8,641	0.6		336	0.5	43,022	0.6				
	⑪		血圧のみ	1,253	7.6	113,361	7.7		5,416	7.4	533,361	7.9				
	⑫		脂質のみ	444	2.7	39,494	2.7		1,900	2.6	180,309	2.7				
	⑬		血糖・血圧	394	2.4	41,269	2.8		1,799	2.5	200,700	3.0				
⑭	血糖・脂質	156	0.9	14,912	1.0	710	1.0	69,468	1.0							
⑮	血圧・脂質	1,776	10.8	145,058	9.9	7,560	10.4	651,885	9.7							
⑯	血糖・血圧・脂質	1,013	6.2	97,257	6.6	4,758	6.5	444,167	6.6							
6	①	服薬	高血圧	5,758	35.0	531,833	36.3	26,982	37.0	2,401,322	35.7	KDB NO.1 地域全体像の把握				
			糖尿病	1,281	7.8	129,021	8.8	6,103	8.4	582,344	8.6					
			脂質異常症	4,955	30.1	427,189	29.2	22,690	31.1	1,877,854	27.9					
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	485	3.0	48,023	3.4	1,931	2.7	205,223	3.1					
②	既往歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	852	5.2	81,631	5.7	3,881	5.5	361,423	5.5						
		腎不全	168	1.0	12,344	0.9	598	0.8	53,281	0.8						
		貧血	1,956	11.9	160,755	11.3	8,696	12.4	694,361	10.7						
		喫煙	1,660	10.1	187,517	12.8	8,128	11.1	927,614	13.8						
6	③	生活習慣の 状況	週3回以上朝食を抜く	1,317	8.1	147,905	11.6	5,112	7.4	633,871	10.3	KDB NO.1 地域全体像の把握				
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0					
			週3回以上就寝前夕食(～H30～)	1,959	12.1	194,387	15.5	9,349	13.6	964,244	15.7					
			週3回以上就寝前夕食	1,959	12.1	194,387	15.5	9,349	13.6	964,244	15.7					
			食べる速度が速い	4,500	27.9	338,801	27.0	18,844	27.4	1,640,770	26.8					
			20歳時体重から10kg以上増加	5,284	32.8	440,509	34.7	22,814	33.3	2,149,988	34.9					
			1回30分以上以上運動習慣なし	9,144	56.7	741,923	58.3	41,005	59.7	3,707,647	60.4					
			1日1時間以上運動なし	8,053	49.9	604,373	48.1	36,091	52.6	2,949,573	48.0					
			睡眠不足	3,909	24.7	316,103	25.0	17,041	25.2	1,569,769	25.6					
			毎日飲酒	4,105	25.0	338,640	24.7	16,724	24.2	1,639,941	25.5					
			時々飲酒	3,591	21.9	322,384	23.5	14,238	20.6	1,446,573	22.5					
			一日飲酒量	6,483	65.8	680,588	65.9	24,447	64.2	2,944,274	64.2					
			1～2合	2,341	23.7	232,588	22.5	9,639	25.3	1,088,435	23.7					
			2～3合	797	8.1	90,704	8.8	3,157	8.3	428,995	9.3					
3合以上	239	2.4	28,703	2.8	858	2.3	126,933	2.8								

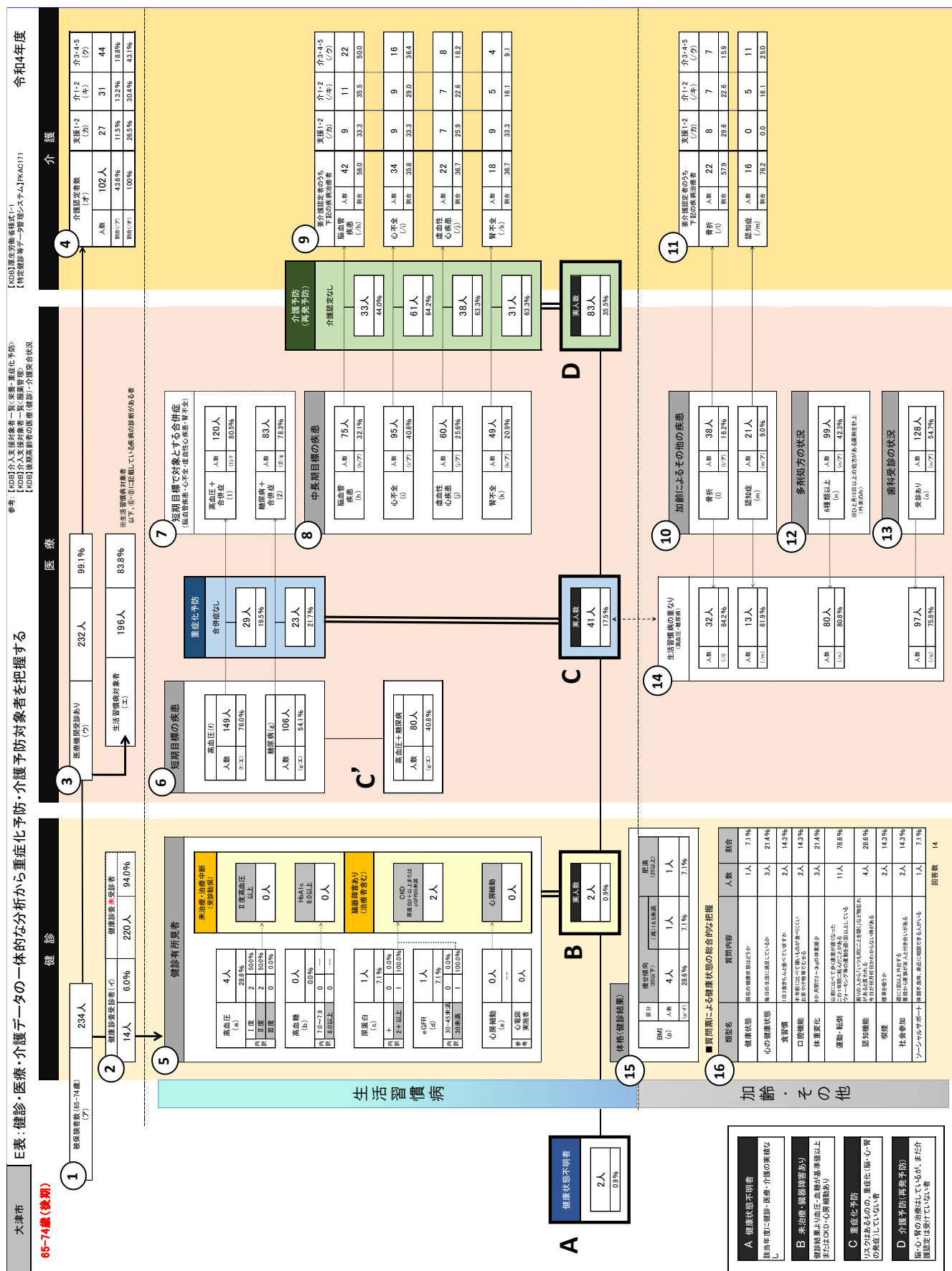
①40～64 歳(国保)



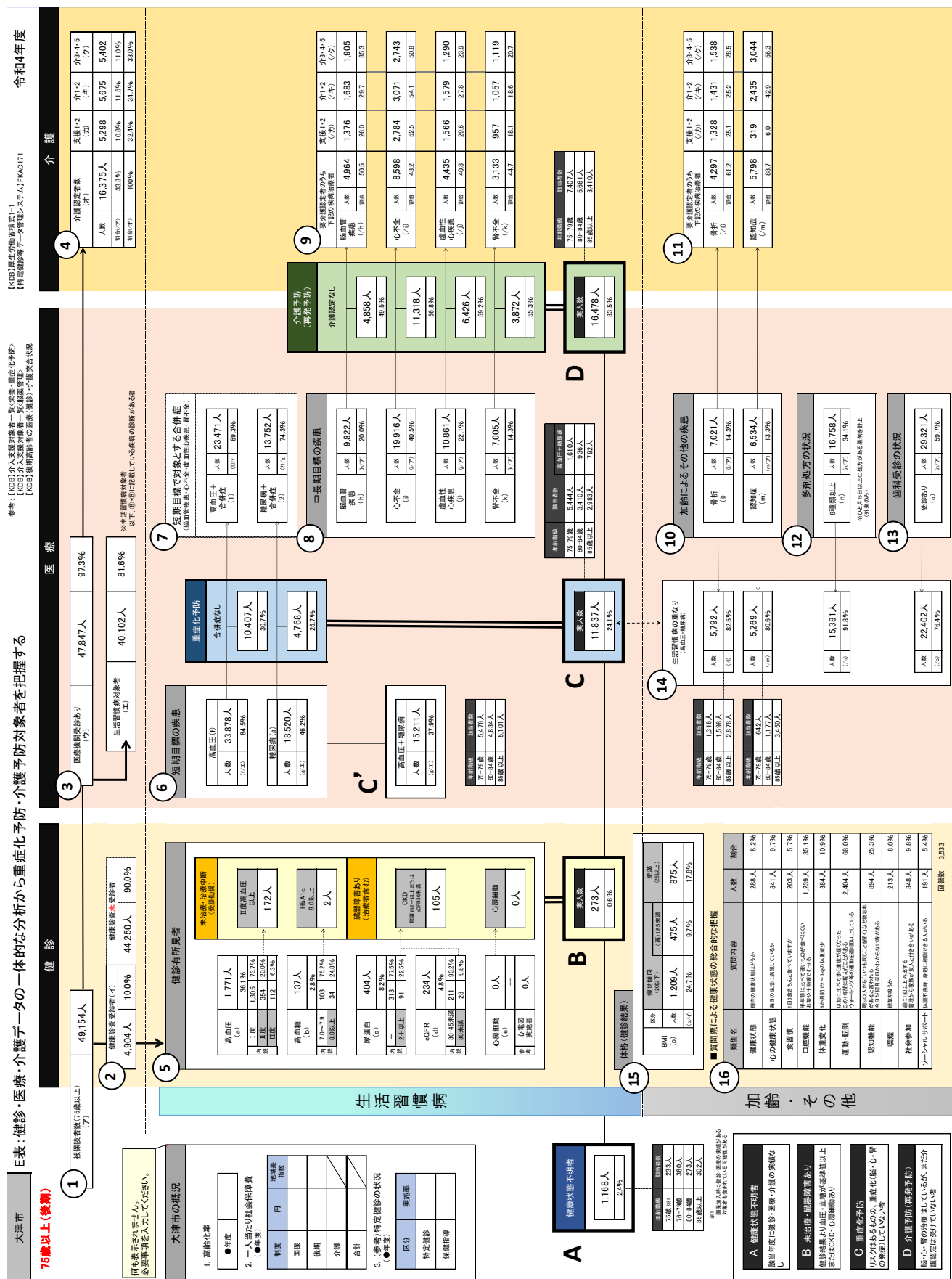


③65～74 歳(後期)

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



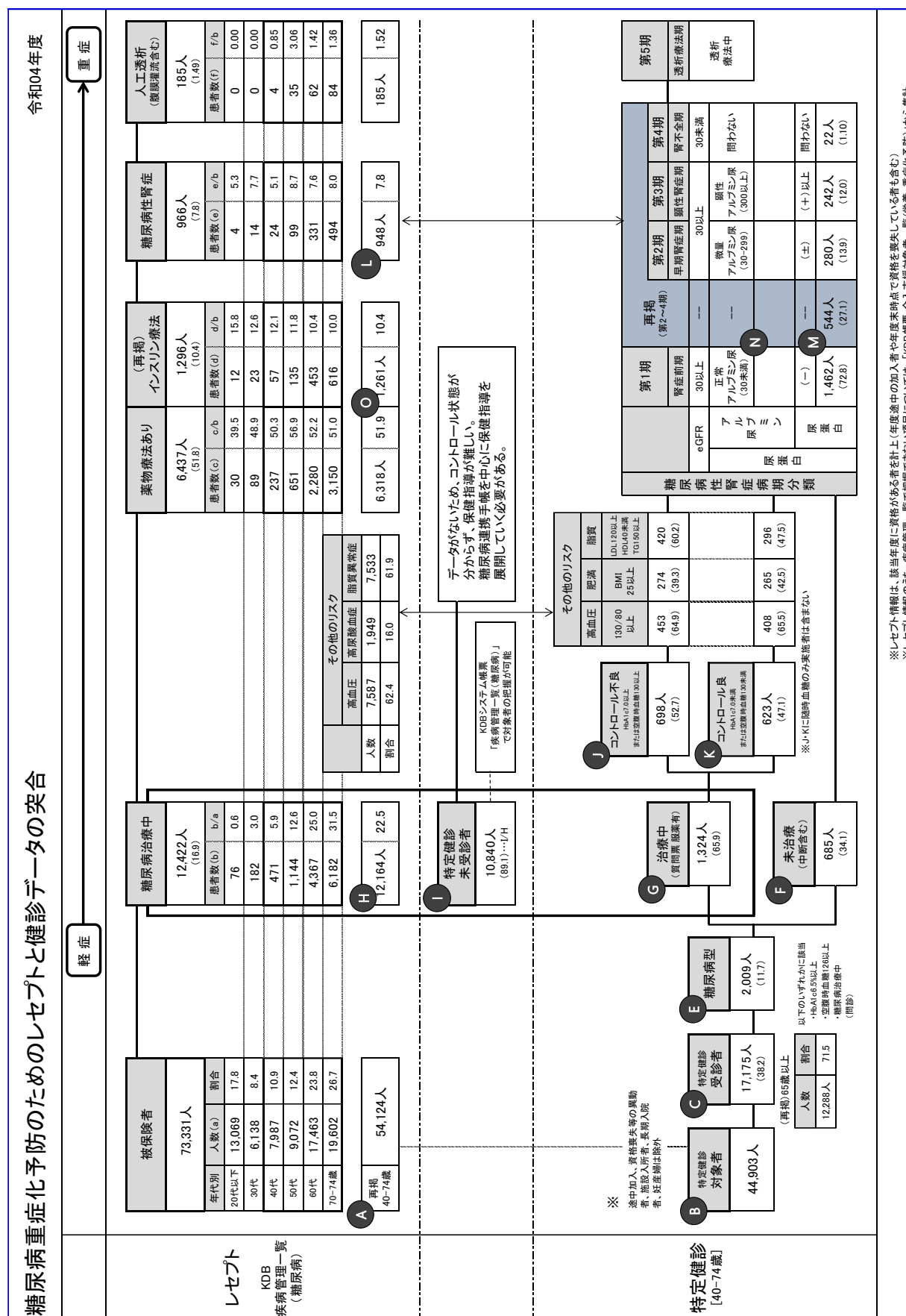
④75 歳以上(後期)



参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			実数	割合	大津市										同規模保険者(平均)	
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
1	①	被保険者数	A		72,252人		70,221人		68,890人		68,357人		67,298人			
					55,222人		54,015人		53,309人		53,359人		52,373人			
2	②	特定健診	B		48,770人		47,830人		47,789人		46,925人		44,903人			
					18,726人		18,834人		16,163人		17,374人		17,175人			
					38.4%		39.4%		33.8%		37.0%		38.2%			
3	①	特定保健指導	C		1,949人		1,885人		1,650人		1,786人		1,775人			
					21.7%		19.3%		20.4%		21.3%		15.0%			
4	①	健診データ	E		2,226人	11.9%	2,102人	11.2%	1,873人	11.6%	2,037人	11.7%	2,009人	11.7%		
					771人	34.6%	702人	33.4%	652人	34.8%	714人	35.1%	685人	34.1%		
					1,455人	65.4%	1,400人	66.6%	1,221人	65.2%	1,323人	64.9%	1,324人	65.9%		
					742人	51.0%	722人	51.6%	635人	52.0%	688人	52.0%	698人	52.7%		
					482人	65.0%	459人	63.6%	416人	65.5%	451人	65.6%	453人	64.9%		
					304人	41.0%	299人	41.4%	271人	42.7%	287人	41.7%	274人	39.3%		
					713人	49.0%	678人	48.4%	586人	48.0%	635人	48.0%	626人	47.3%		
					1,575人	70.8%	1,540人	73.3%	1,372人	73.3%	1,521人	74.7%	1,462人	72.8%		
					332人	14.9%	286人	13.6%	233人	12.4%	282人	13.8%	280人	13.9%		
					302人	13.6%	265人	12.6%	254人	13.6%	220人	10.8%	242人	12.0%		
					13人	0.6%	7人	0.3%	10人	0.5%	13人	0.6%	22人	1.1%		
5	①	レセプト	H		111.9人		111.1人		99.3人		108.6人		109.0人			
					144.5人		142.6人		126.8人		137.3人		138.3人			
					39,966件	(747.9)	39,321件	(749.8)			39,990件	(771.9)	39,289件	(795.1)	3,649,945件	(816.0)
					275件	(5.1)	284件	(5.4)			253件	(4.9)	209件	(4.2)	16,113件	(3.6)
					8,086人	11.2%	7,799人	11.1%	6,844人	9.9%	7,422人	10.9%	7,336人	10.9%		
					7,977人	14.4%	7,702人	14.3%	6,761人	12.7%	7,325人	13.7%	7,241人	13.8%		
					6,522人	81.8%	6,247人	81.1%	5,540人	81.9%	6,002人	81.9%	5,917人	81.7%		
					726人	9.0%	668人	8.6%	589人	8.6%	634人	8.5%	643人	8.8%		
					708人	8.9%	650人	8.4%	576人	8.5%	620人	8.5%	630人	8.7%		
					574人	7.1%	563人	7.2%	495人	7.2%	613人	8.3%	593人	8.1%		
					567人	7.1%	557人	7.2%	491人	7.3%	606人	8.3%	584人	8.1%		
					143人	1.8%	136人	1.7%	159人	2.3%	164人	2.2%	150人	2.0%		
					141人	1.8%	136人	1.8%	159人	2.4%	164人	2.2%	150人	2.1%		
					88人		83人		77人		94人		89人			
					189人	1.7%	207人	1.8%	229人	2.1%	238人	2.0%	245人	1.9%		
6	①	医療費			233億9371万円		235億0253万円		225億9707万円		231億8606万円		228億0090万円		251億4242万円	
					126億8835万円		126億0543万円		121億7199万円		121億8965万円		118億6053万円		129億6680万円	
					54.2%		53.6%		53.9%		52.6%		52.0%		51.6%	
					5,458円		5,178円		4,759円		5,105円		5,286円		5,971円	
					37,907円		38,700円		39,252円		38,733円		38,591円		41,315円	
					12億0786万円		12億0845万円		11億8469万円		12億3082万円		11億8009万円		13億0086万円	
					9.5%		9.6%		9.7%		10.1%		9.9%		10.0%	
					40億3949万円		42億3254万円		41億4260万円		41億4544万円		40億0981万円			
					38,971円		41,620円		42,667円		41,531円		41,665円			
					24億3862万円		23億7687万円		21億8134万円		24億4813万円		23億5683万円			
					684,045円		656,411円		693,590円		735,836円		708,395円			
					17日		16日		17日		16日		16日			
					13億5206万円		14億1696万円		13億8401万円		13億1732万円		12億8664万円		12億2826万円	
					12億6181万円		13億3482万円		13億1128万円		12億5317万円		12億1793万円		11億5400万円	
					9025万円		8215万円		7273万円		6415万円		6870万円		7426万円	
7	①	介護			234億5407万円		244億6229万円		252億0984万円		258億6520万円		265億8848万円		294億5259万円	
					26件	15.1%	31件	19.1%	33件	18.4%	35件	18.8%	32件	18.9%		
8	①	死亡			29人	1.0%	19人	0.7%	28人	1.0%	30人	1.0%	23人	0.7%	6,268人	1.1%



高血圧重症化予防のためのレポートと健診データの突合

令和04年度

輕症

重症

レセプト

KDB
疾病管理一覽
(高血壓)

被保険者

73,331人

年代別

人数(a)

割合

20代以下

13,069

17.8

30代

6,138

8.4

40代

7,987

10.9

50代

9,072

12.4

60代

17,463

23.8

70～74歳

19,602

26.7

高血圧治療中

21,791人
(29.7)

患者数(b)

b/a

処方あり(c)

c/b

59

0.5

25

42.4

171

2.8

113

66.1

644

8.1

521

80.9

1,977

21.8

1,733

87.7

7,887

45.2

6,989

88.6

11,053

56.4

9,874

89.3

特定健診
未受診者

15,614人
(H-G)

72.4

(I,H)

特定健診
受診者

17,175人
(382)

79.3

(J,K)

高血圧
140/90以上

5,428人
(31.6)

※ 高血圧：高血圧(Ⅱ)の
割合が40/90未満
は含まない。

特定健診
対象者

44,903人

特定健診
受診者

17,175人
(382)

高血圧
140/90以上

5,428人
(31.6)

※ 高血圧：高血圧(Ⅱ)の
割合が40/90未満
は含まない。

高血圧治療中(質問票 服薬有)

5,947人 (34.6) ...G'

合計
(Ⅰ度以上)

2,360人

39.5

(L,M)

Ⅰ度

435 (G,E)

18.5

(N,O)

Ⅱ度

109 (G,H)

4.6

(P,Q)

Ⅲ度

72人

3.1

(R,S)

Ⅳ度

72人

3.1

(T,U)

Ⅴ度

72人

3.1

(V,W)

Ⅵ度

72人

3.1

(X,Y)

Ⅶ度

72人

3.1

(Z,AA)

Ⅷ度

72人

3.1

(AB,AC)

Ⅸ度

72人

3.1

(AD,AE)

Ⅹ度

72人

3.1

(AF,AG)

Ⅺ度

72人

3.1

(AH,AI)

Ⅻ度

72人

3.1

(AJ,AK)

Ⅼ度

72人

3.1

(AL,AM)

Ⅽ度

72人

3.1

(AN,AO)

Ⅾ度

72人

3.1

(AP,AQ)

ⅰ度

72人

3.1

(AR,AS)

ⅱ度

72人

3.1

(AT,AU)

ⅲ度

72人

3.1

(AV,AW)

ⅳ度

72人

3.1

(AX,AY)

ⅴ度

72人

3.1

(AZ,BA)

ⅵ度

72人

3.1

(BB,BC)

ⅶ度

72人

3.1

(BD,BE)

ⅷ度

72人

3.1

(BF,BG)

ⅸ度

72人

3.1

(BH,BI)

ⅹ度

72人

3.1

(BJ,BK)

ⅺ度

72人

3.1

(BL,BM)

ⅻ度

72人

3.1

(BN,BO)

ⅼ度

72人

3.1

(BP,BQ)

ⅽ度

72人

3.1

(BR,BS)

ⅾ度

72人

3.1

(BT,BU)

ⅿ度

72人

3.1

(BV,BW)

ⅽ度

72人

3.1

(BX,BY)

ⅿ度

72人

3.1

(BZ,CA)

ⅿ度

72人

3.1

(CB,CC)

ⅿ度

72人

3.1

(CD,CE)

ⅿ度

72人

3.1

(CF,CG)

ⅿ度

72人

3.1

(CH,CI)

ⅿ度

72人

3.1

(CJ,CK)

ⅿ度

72人

3.1

(CL,CM)

ⅿ度

72人

3.1

(CN,CO)

ⅿ度

72人

3.1

(CP,CQ)

ⅿ度

72人

3.1

(CR,CS)

ⅿ度

72人

3.1

(CT,CU)

ⅿ度

72人

3.1

(CV,CW)

ⅿ度

72人

3.1

(CX,CY)

ⅿ度

72人

3.1

(CZ,DA)

ⅿ度

72人

3.1

(DB,DC)

ⅿ度

72人

3.1

(DD,DE)

ⅿ度

72人

3.1

(DF,DF)

ⅿ度

72人

3.1

(DG,DE)

ⅿ度

72人

3.1

(DH,DE)

ⅿ度

72人

3.1

(DI,DE)

ⅿ度

72人

3.1

(DJ,DE)

ⅿ度

72人

3.1

(DK,DE)

ⅿ度

72人

3.1

(DL,DE)

ⅿ度

72人

3.1

(DM,DE)

ⅿ度

72人

3.1

(DN,DE)

ⅿ度

72人

3.1

(DO,DE)

ⅿ度

72人

3.1

(DP,DE)

ⅿ度

72人

3.1

(DQ,DE)

ⅿ度

72人

3.1

(DR,DE)

ⅿ度

72人

3.1

(DS,DE)

ⅿ度

72人

3.1

(DT,DE)

ⅿ度

72人

3.1

(DU,DE)

ⅿ度

72人

3.1

(DV,DE)

ⅿ度

72人

3.1

(DW,DE)

ⅿ度

72人

3.1

(DX,DE)

ⅿ度

72人

3.1

(DY,DE)

ⅿ度

72人

3.1

(DZ,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(EB,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(EC,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(ED,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(EE,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(EF,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(EG,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(EH,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(EI,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(EJ,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(EK,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(EL,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(EM,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(EN,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(EO,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(EP,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(EQ,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(ER,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(ES,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(ET,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(EU,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(EV,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(EW,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(EX,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(EY,EA)

ⅿ度

72人

3.1

(EZ,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FA,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FB,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FC,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FD,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FE,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FF,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FG,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FH,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FI,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FJ,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FK,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FL,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FM,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FN,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FO,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FP,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FQ,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FR,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FS,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FT,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FU,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FV,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FW,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FX,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FY,EB)

ⅿ度

72人

3.1

(FZ,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GA,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GB,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GC,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GD,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GE,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GF,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GG,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GH,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GI,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GJ,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GK,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GL,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GM,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GN,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GO,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GP,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GQ,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GR,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GS,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GT,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GU,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GV,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GW,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GX,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GY,EC)

ⅿ度

72人

3.1

(GZ,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HA,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HB,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HC,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HD,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HE,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HF,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HG,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HH,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HI,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HJ,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HK,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HL,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HM,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HN,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HO,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HP,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HQ,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HR,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HS,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HT,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HU,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HV,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HW,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HX,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HY,ED)

ⅿ度

72人

3.1

(HZ,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(IA,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(IB,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(IC,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(ID,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(IE,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(IF,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(IG,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(IH,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(II,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(IJ,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(IK,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(IL,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(IM,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(IN,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(IO,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(IP,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(IQ,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(IR,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(IS,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(IT,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(IU,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(IV,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(JF,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(JG,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(JH,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(JI,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(JJ,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(JK,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(JL,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(JM,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(JN,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(JO,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(JP,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(JQ,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(JR,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(JS,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(JT,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(JU,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(JV,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(JW,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(JX,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(JY,EE)

ⅿ度

72人

3.1

(JZ,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KA,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KB,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KC,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KD,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KE,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KF,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KG,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KH,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KI,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KJ,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KK,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KL,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KM,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KN,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KO,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KP,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KQ,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KR,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KS,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KT,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KU,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KV,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KW,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KX,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KY,EF)

ⅿ度

72人

3.1

(KZ,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LA,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LB,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LC,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LD,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LE,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LF,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LG,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LH,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LI,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LJ,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LK,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LL,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LM,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LN,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LO,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LP,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LQ,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LR,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LS,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LT,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LU,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LV,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LW,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LX,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LY,EG)

ⅿ度

72人

3.1

(LZ,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MA,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MB,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MC,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MD,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(ME,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MF,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MG,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MH,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MI,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MJ,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MK,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(ML,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MN,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MO,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MP,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MQ,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MR,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MS,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MT,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MU,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MV,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MW,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MX,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MY,EH)

ⅿ度

72人

3.1

(MZ,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NA,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NB,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NC,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(ND,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NE,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NF,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NG,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NH,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NI,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NJ,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NK,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NL,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NM,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NO,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NP,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NQ,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NR,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NS,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NT,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NU,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NV,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NW,FI)

ⅿ度

72人

3.1

(NX,FI)

ⅿ度

72人

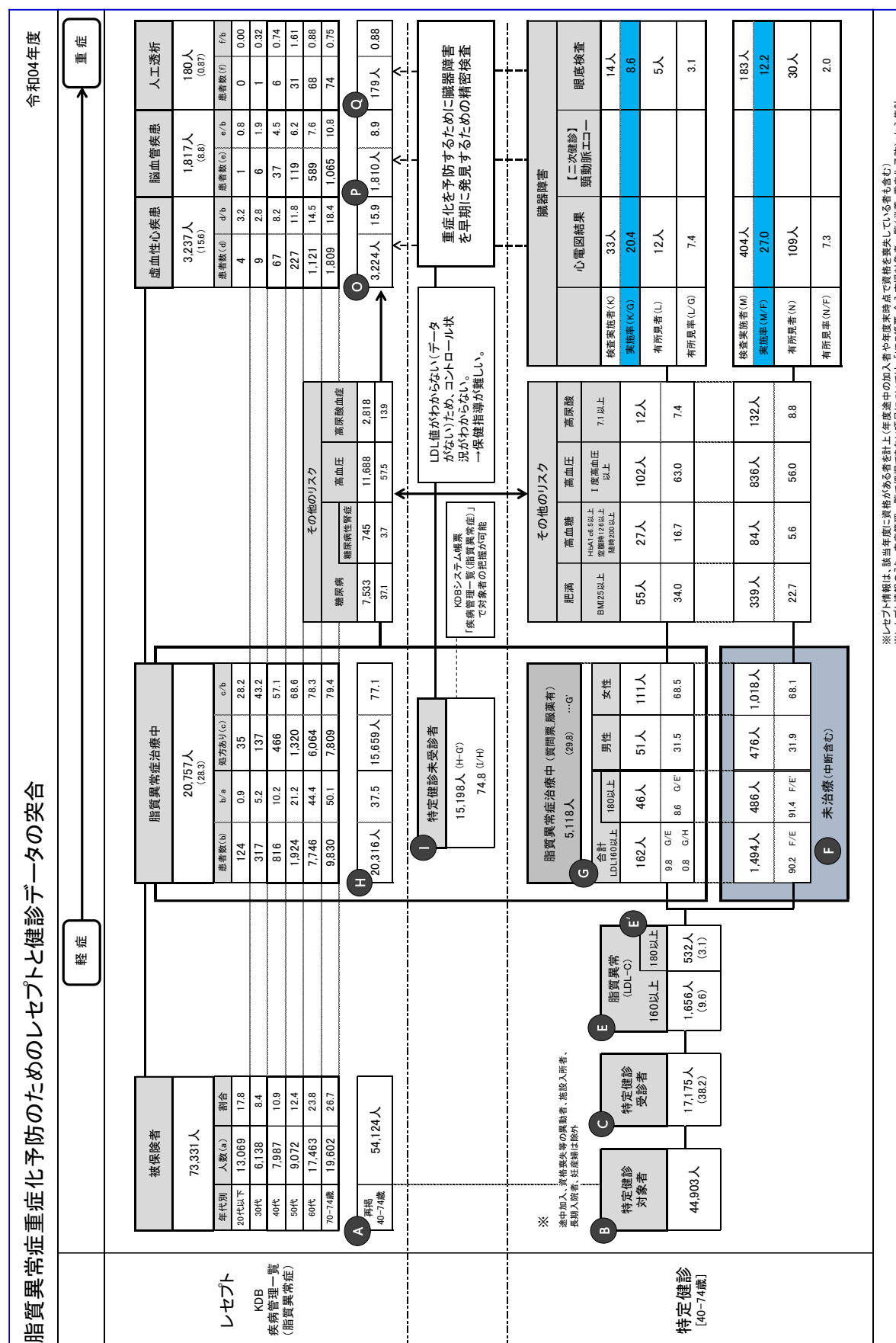
3.1

(NY,FI)

※高血圧の人が詳細健診をきちんと受けているか

※レセプト情報には、該当年度に資格がある者を計上（年度末時点での資格を喪失している者も含む）

※レセプト情報は、疾病管理一瞥で把握できない項目については「KDB帳票 介入支援対象者一瞥（栄養・重症化予防）」から集計※レセプト情報は、該当年度に真相がある旨を計工（年度途中の加入者や年度末時点と真相を異なしている旨も含む）



参考資料7 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較																		
	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲				
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病										
								合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる						
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A		
H29	19,749	8,941	45.3%	6,715	34.0%	2,331	11.8%	838	4.2%	630	3.2%	294	1.5%	559	2.8%	188	1.0%	
H30	18,719	8,631	46.1%	6,398	34.2%	2,063	11.0%	738	3.9%	632	3.4%	257	1.4%	501	2.7%	179	1.0%	
R01	18,825	9,608	51.0%	5,788	30.7%	1,915	10.2%	678	3.6%	590	3.1%	246	1.3%	512	2.7%	162	0.9%	
R02	16,147	8,097	50.1%	5,038	31.2%	1,649	10.2%	599	3.7%	534	3.3%	230	1.4%	461	2.9%	154	1.0%	
R03	17,356	7,958	45.9%	5,847	33.7%	2,002	11.5%	722	4.2%	588	3.4%	239	1.4%	491	2.8%	153	0.9%	
R04	17,166	7,659	44.6%	5,946	34.6%	2,067	12.0%	673	3.9%	602	3.5%	219	1.3%	458	2.7%	138	0.8%	

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上													
					再)7.0以上	未治療	治療											
H29	19,749	8,941 45.3%	6,715 34.0%	2,331 11.8%	1,762	742	1,020											
					8.9%	42.1%	57.9%											
					924	279	645											
					4.7%	30.2%	69.8%											
H30	18,719	8,631 46.1%	6,398 34.2%	2,063 11.0%	1,627	637	990											
					8.7%	39.2%	60.8%											
					889	261	628											
					4.7%	29.4%	70.6%											
R01	18,825	9,608 51.0%	5,788 30.7%	1,915 10.2%	1,514	584	930											
					8.0%	38.6%	61.4%											
					836	245	591											
					4.4%	29.3%	70.7%											
R02	16,147	8,097 50.1%	5,038 31.2%	1,649 10.2%	1,363	535	828											
					8.4%	39.3%	60.7%											
					764	229	535											
					4.7%	30.0%	70.0%											
R03	17,356	7,958 45.9%	5,847 33.7%	2,002 11.5%	1,549	624	925											
					8.9%	40.3%	59.7%											
					827	246	581											
					4.8%	29.7%	70.3%											
R04	17,166	7,659 44.6%	5,946 34.6%	2,067 12.0%	1,494	579	915											
					8.7%	38.8%	61.2%											
					821	225	596											
					4.8%	27.4%	72.6%											

治療と未治療の状況

		HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲				
					正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病										
									合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる						
			5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	1,488	7.5%	39	2.6%	115	7.7%	314	21.1%	375	25.2%	427	28.7%	218	14.7%	403	27.1%	129	8.7%
	H30	1,455	7.8%	40	2.7%	127	8.7%	298	20.5%	362	24.9%	440	30.2%	188	12.9%	378	26.0%	127	8.7%
	R01	1,400	7.4%	50	3.6%	117	8.4%	303	21.6%	339	24.2%	421	30.1%	170	12.1%	377	26.9%	107	7.6%
	R02	1,221	7.6%	46	3.8%	91	7.5%	256	21.0%	293	24.0%	371	30.4%	164	13.4%	337	27.6%	105	8.6%
	R03	1,323	7.6%	39	2.9%	87	6.6%	272	20.6%	344	26.0%	417	31.5%	164	12.4%	348	26.3%	98	7.4%
	R04	1,321	7.7%	30	2.3%	87	6.6%	289	21.9%	319	24.1%	437	33.1%	159	12.0%	347	26.3%	91	6.9%
治療なし	H29	18,261	92.5%	8,902	48.7%	6,600	36.1%	2,017	11.0%	463	2.5%	203	1.1%	76	0.4%	156	0.9%	59	0.3%
	H30	17,264	92.2%	8,591	49.8%	6,271	36.3%	1,765	10.2%	376	2.2%	192	1.1%	69	0.4%	123	0.7%	52	0.3%
	R01	17,425	92.6%	9,558	54.9%	5,671	32.5%	1,612	9.3%	339	1.9%	169	1.0%	76	0.4%	135	0.8%	55	0.3%
	R02	14,926	92.4%	8,051	53.9%	4,947	33.1%	1,393	9.3%	306	2.1%	163	1.1%	66	0.4%	124	0.8%	49	0.3%
	R03	16,033	92.4%	7,919	49.4%	5,760	35.9%	1,730	10.8%	378	2.4%	171	1.1%	75	0.5%	143	0.9%	55	0.3%
	R04	15,845	92.3%	7,629	48.1%	5,859	37.0%	1,778	11.2%	354	2.2%	165	1.0%	60	0.4%	111	0.7%	47	0.3%

治療と未治療の状況

HbA1c測定				正常				保健指導判定値				受診勧奨判定値								再掲															
								正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病																							
				合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標						合併症の危険が 更に大きくなる																							
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上																	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合														
A				B		B/A		C		C/A		D		D/A		E		E/A		F		F/A		G		G/A		H		H/A		I		I/A	
治療中	H29	1,488	7.5%	39	2.6%	115	7.7%	314	21.1%	375	25.2%	427	28.7%	218	14.7%	403	27.1%	129	8.7%																
	H30	1,455	7.8%	40	2.7%	127	8.7%	298	20.5%	362	24.9%	440	30.2%	188	12.9%	378	26.0%	127	8.7%																
	R01	1,400	7.4%	50	3.6%	117	8.4%	303	21.6%	339	24.2%	421	30.1%	170	12.1%	377	26.9%	107	7.6%																
	R02	1,221	7.6%	46	3.8%	91	7.5%	256	21.0%	293	24.0%	371	30.4%	164	13.4%	337	27.6%	105	8.6%																
	R03	1,323	7.6%	39	2.9%	87	6.6%	272	20.6%	344	26.0%	417	31.5%	164	12.4%	348	26.3%	98	7.4%																
	R04	1,321	7.7%	30	2.3%	87	6.6%	289	21.9%	319	24.1%	437	33.1%	159	12.0%	347	26.3%	91	6.9%																
治療なし	H29	18,261	92.5%	8,902	48.7%	6,600	36.1%	2,017	11.0%	463	2.5%	203	1.1%	76	0.4%	156	0.9%	59	0.3%																
	H30	17,264	92.2%	8,591	49.8%	6,271	36.3%	1,765	10.2%	376	2.2%	192	1.1%	69	0.4%	123	0.7%	52	0.3%																
	R01	17,425	92.6%	9,558	54.9%	5,671	32.5%	1,612	9.3%	339	1.9%	169	1.0%	76	0.4%	135	0.8%	55	0.3%																
	R02	14,926	92.4%	8,051	53.9%	4,947	33.1%	1,393	9.3%	306	2.1%	163	1.1%	66	0.4%	124	0.8%	49	0.3%																
	R03	16,033	92.4%	7,919	49.4%	5,760	35.9%	1,730	10.8%	378	2.4%	171	1.1%	75	0.5%	143	0.9%	55	0.3%																
	R04	15,845	92.3%	7,629	48.1%	5,859	37.0%	1,778	11.2%	354	2.2%	165	1.0%	60	0.4%	111	0.7%	47	0.3%																

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	19,765	4,896	24.8%	3,837	19.4%	5,451	27.6%	4,489	22.7%	899	4.5%	193	1.0%
H30	18,726	4,654	24.9%	3,636	19.4%	5,151	27.5%	4,120	22.0%	965	5.2%	200	1.1%
R01	18,834	4,953	26.3%	3,604	19.1%	5,101	27.1%	4,098	21.8%	901	4.8%	177	0.9%
R02	16,163	3,831	23.7%	2,907	18.0%	4,474	27.7%	3,845	23.8%	923	5.7%	183	1.1%
R03	17,373	4,071	23.4%	3,138	18.1%	4,883	28.1%	4,026	23.2%	1,033	5.9%	222	1.3%
R04	17,175	4,064	23.7%	3,116	18.1%	4,567	26.6%	4,031	23.5%	1,155	6.7%	242	1.4%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上								
					再Ⅲ度高血圧	再掲							
						未治療	治療						
H29	19,765	8,733 44.2%	5,451 27.6%	4,489 22.7%	1,092 5.5%	674 61.7%	418 38.3%						
					193 1.0%	131 67.9%	62 32.1%	1.0%					
H30	18,726	8,290 44.3%	5,151 27.5%	4,120 22.0%	1,165 6.2%	698 59.9%	467 40.1%						
					200 1.1%	135 67.5%	65 32.5%	1.1%					
R01	18,834	8,557 45.4%	5,101 27.1%	4,098 21.8%	1,078 5.7%	627 58.2%	451 41.8%						
					177 0.9%	113 63.8%	64 36.2%	0.9%					
R02	16,163	6,738 41.7%	4,474 27.7%	3,845 23.8%	1,106 6.8%	660 59.7%	446 40.3%						
					183 1.1%	125 68.3%	58 31.7%	1.1%					
R03	17,373	7,209 41.5%	4,883 28.1%	4,026 23.2%	1,255 7.2%	762 60.7%	493 39.3%						
					222 1.3%	162 73.0%	60 27.0%	1.3%					
R04	17,175	7,180 41.8%	4,567 26.6%	4,031 23.5%	1,397 8.1%	858 61.4%	539 38.6%						
					242 1.4%	170 70.2%	72 29.8%	1.4%					

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	6,649	33.6%	693	10.4%	1,327	20.0%	2,153	32.4%	2,058	31.0%	356	5.4%
	H30	6,283	33.6%	686	10.9%	1,191	19.0%	2,086	33.2%	1,853	29.5%	402	6.4%
	R01	6,223	33.0%	706	11.3%	1,159	18.6%	2,025	32.5%	1,882	30.2%	387	6.2%
	R02	5,643	34.9%	599	10.6%	1,002	17.8%	1,810	32.1%	1,786	31.6%	388	6.9%
	R03	6,040	34.8%	686	11.4%	1,055	17.5%	1,975	32.7%	1,831	30.3%	433	7.2%
	R04	5,947	34.6%	679	11.4%	1,054	17.7%	1,854	31.2%	1,821	30.6%	467	7.9%
治療なし	H29	13,116	66.4%	4,203	32.0%	2,510	19.1%	3,298	25.1%	2,431	18.5%	543	4.1%
	H30	12,443	66.4%	3,968	31.9%	2,445	19.6%	3,065	24.6%	2,267	18.2%	563	4.5%
	R01	12,611	67.0%	4,247	33.7%	2,445	19.4%	3,076	24.4%	2,216	17.6%	514	4.1%
	R02	10,520	65.1%	3,232	30.7%	1,905	18.1%	2,664	25.3%	2,059	19.6%	535	5.1%
	R03	11,333	65.2%	3,385	29.9%	2,083	18.4%	2,908	25.7%	2,195	19.4%	600	5.3%
	R04	11,228	65.4%	3,385	30.1%	2,062	18.4%	2,713	24.2%	2,210	19.7%	688	6.1%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F
総数	H29	19,765	9,043	45.8%	5,145	26.0%	3,286	16.6%	1,505	7.6%	786	4.0%
	H30	18,726	9,176	49.0%	4,812	25.7%	2,940	15.7%	1,196	6.4%	602	3.2%
	R01	18,834	9,171	48.7%	4,878	25.9%	2,940	15.6%	1,271	6.7%	574	3.0%
	R02	16,163	7,824	48.4%	4,139	25.6%	2,540	15.7%	1,100	6.8%	560	3.5%
	R03	17,374	8,296	47.7%	4,410	25.4%	2,765	15.9%	1,278	7.4%	625	3.6%
	R04	17,175	8,490	49.4%	4,321	25.2%	2,708	15.8%	1,124	6.5%	532	3.1%
男性	H29	8,129	4,238	52.1%	1,969	24.2%	1,228	15.1%	476	5.9%	218	2.7%
	H30	7,723	4,195	54.3%	1,931	25.0%	1,064	13.8%	375	4.9%	158	2.0%
	R01	7,815	4,200	53.7%	1,908	24.4%	1,142	14.6%	397	5.1%	168	2.1%
	R02	6,847	3,640	53.2%	1,668	24.4%	980	14.3%	388	5.7%	171	2.5%
	R03	7,315	3,876	53.0%	1,819	24.9%	1,022	14.0%	431	5.9%	167	2.3%
	R04	7,240	4,000	55.2%	1,743	24.1%	970	13.4%	390	5.4%	137	1.9%
女性	H29	11,636	4,805	41.3%	3,176	27.3%	2,058	17.7%	1,029	8.8%	568	4.9%
	H30	11,003	4,981	45.3%	2,881	26.2%	1,876	17.0%	821	7.5%	444	4.0%
	R01	11,019	4,971	45.1%	2,970	27.0%	1,798	16.3%	874	7.9%	406	3.7%
	R02	9,316	4,184	44.9%	2,471	26.5%	1,560	16.7%	712	7.6%	389	4.2%
	R03	10,059	4,420	43.9%	2,591	25.8%	1,743	17.3%	847	8.4%	458	4.6%
	R04	9,935	4,490	45.2%	2,578	25.9%	1,738	17.5%	734	7.4%	395	4.0%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120～139	140～159	160以上								
					再)180以上	未治療	治療						
H29	19,765	9,043 45.8%	5,145 26.0%	3,286 16.6%	2,291	2,041	250						
					11.6%	89.1%	10.9%						
					786 4.0%	702 89.3%	84 10.7%				4.0%	11.6%	
H30	18,726	9,176 49.0%	4,812 25.7%	2,940 15.7%	1,798	1,609	189						
					9.6%	89.5%	10.5%						
					602 3.2%	537 89.2%	65 10.8%				3.2%	9.6%	
R01	18,834	9,171 48.7%	4,878 25.9%	2,940 15.6%	1,845	1,676	169						
					9.8%	90.8%	9.2%						
					574 3.0%	522 90.9%	52 9.1%				3.0%	9.8%	
R02	16,163	7,824 48.4%	4,139 25.6%	2,540 15.7%	1,660	1,471	189						
					10.3%	88.6%	11.4%						
					560 3.5%	503 89.8%	57 10.2%				3.5%	10.3%	
R03	17,374	8,296 47.7%	4,410 25.4%	2,765 15.9%	1,903	1,718	185						
					11.0%	90.3%	9.7%						
					625 3.6%	567 90.7%	58 9.3%				3.6%	11.0%	
R04	17,175	8,490 49.4%	4,321 25.2%	2,708 15.8%	1,656	1,494	162						
					9.6%	90.2%	9.8%						
					532 3.1%	486 91.4%	46 8.6%				3.1%	9.6%	

治療と未治療の状況

		LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
			A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	5,390	27.3%	3,373	62.6%	1,265	23.5%	502	9.3%	166	3.1%	84	1.6%
	H30	5,345	28.5%	3,587	67.1%	1,102	20.6%	467	8.7%	124	2.3%	65	1.2%
	R01	5,275	28.0%	3,531	66.9%	1,140	21.6%	435	8.2%	117	2.2%	52	1.0%
	R02	4,809	29.8%	3,252	67.6%	1,001	20.8%	367	7.6%	132	2.7%	57	1.2%
	R03	5,168	29.7%	3,463	67.0%	1,106	21.4%	414	8.0%	127	2.5%	58	1.1%
	R04	5,118	29.8%	3,505	68.5%	1,041	20.3%	410	8.0%	116	2.3%	46	0.9%
治療なし	H29	14,375	72.7%	5,670	39.4%	3,880	27.0%	2,784	19.4%	1,339	9.3%	702	4.9%
	H30	13,381	71.5%	5,589	41.8%	3,710	27.7%	2,473	18.5%	1,072	8.0%	537	4.0%
	R01	13,559	72.0%	5,640	41.6%	3,738	27.6%	2,505	18.5%	1,154	8.5%	522	3.8%
	R02	11,354	70.2%	4,572	40.3%	3,138	27.6%	2,173	19.1%	968	8.5%	503	4.4%
	R03	12,206	70.3%	4,833	39.6%	3,304	27.1%	2,351	19.3%	1,151	9.4%	567	4.6%
	R04	12,057	70.2%	4,985	41.3%	3,280	27.2%	2,298	19.1%	1,008	8.4%	486	4.0%