

相良村国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)
令和 6 年度～令和 11 年度

相良村国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……35

1. 第四期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業 ……42

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
3. 虚血性心疾患重症化予防
4. 脳血管疾患重症化予防

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し71

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い72

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料73

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、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、高確法に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表2・3・4・5)

本村では、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。

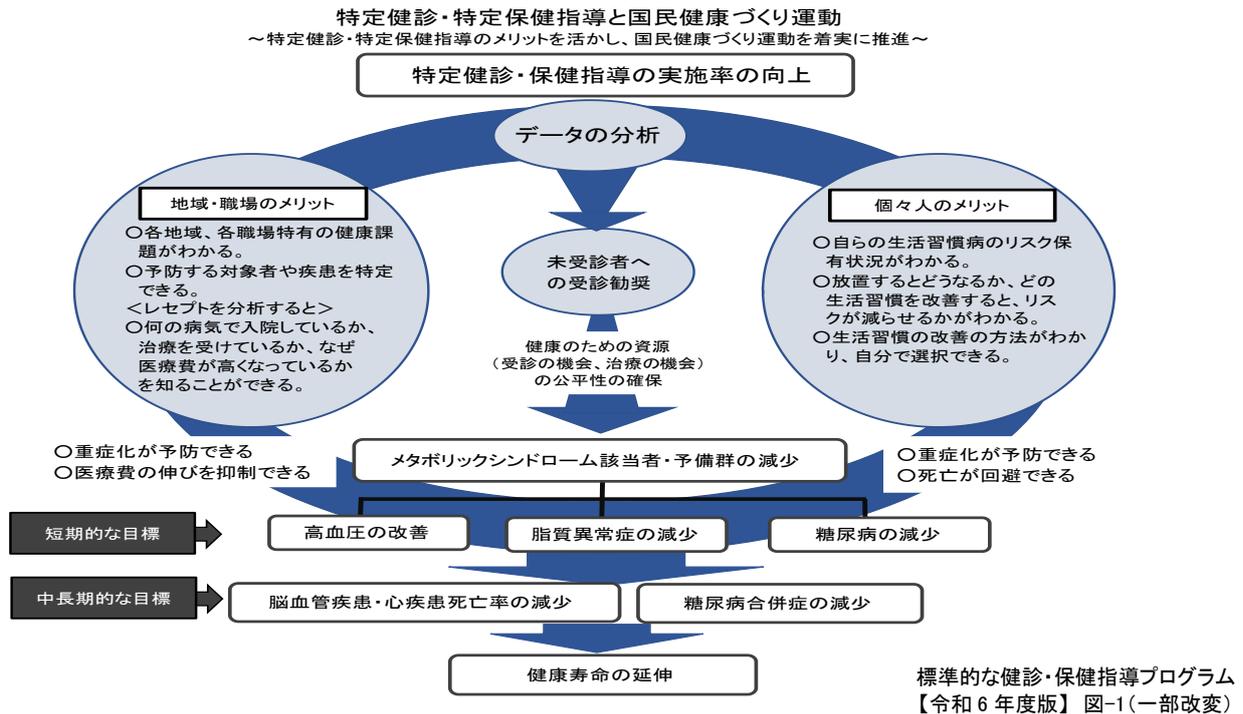
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

法定計画等の位置づけ

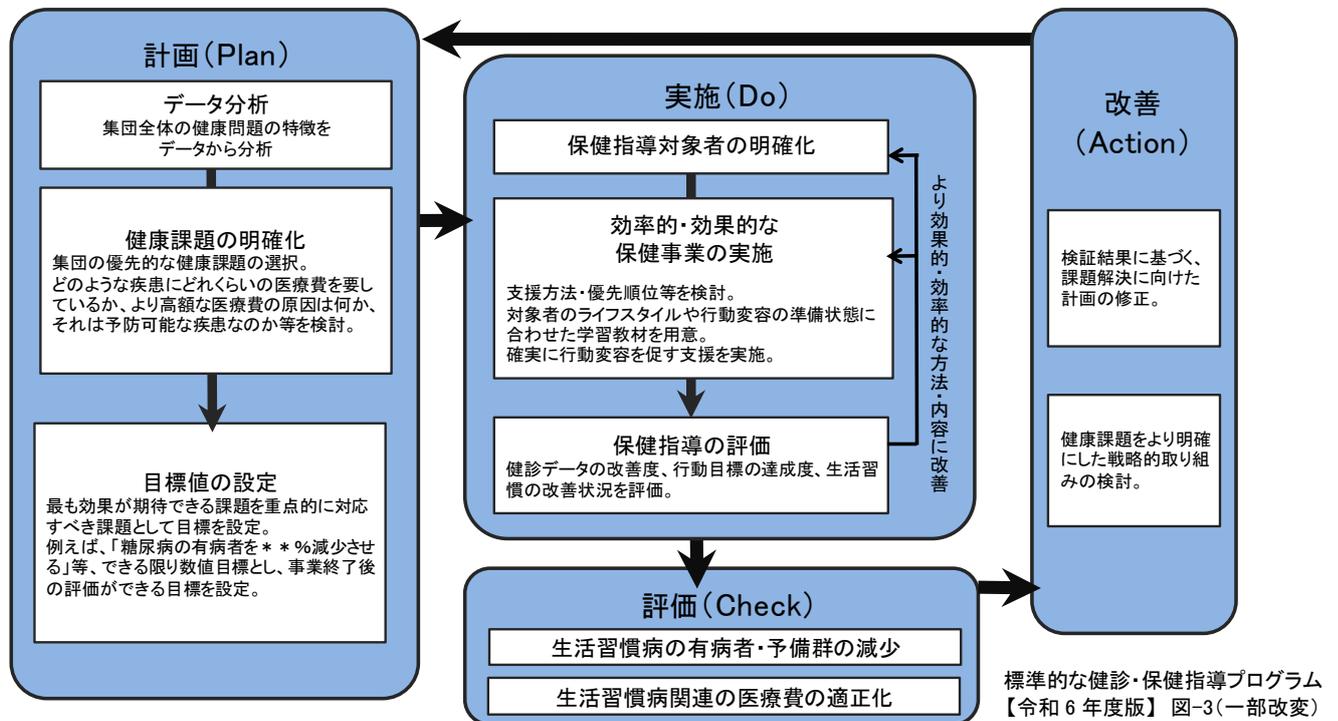
	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るため の保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期 に高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣等の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳~74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

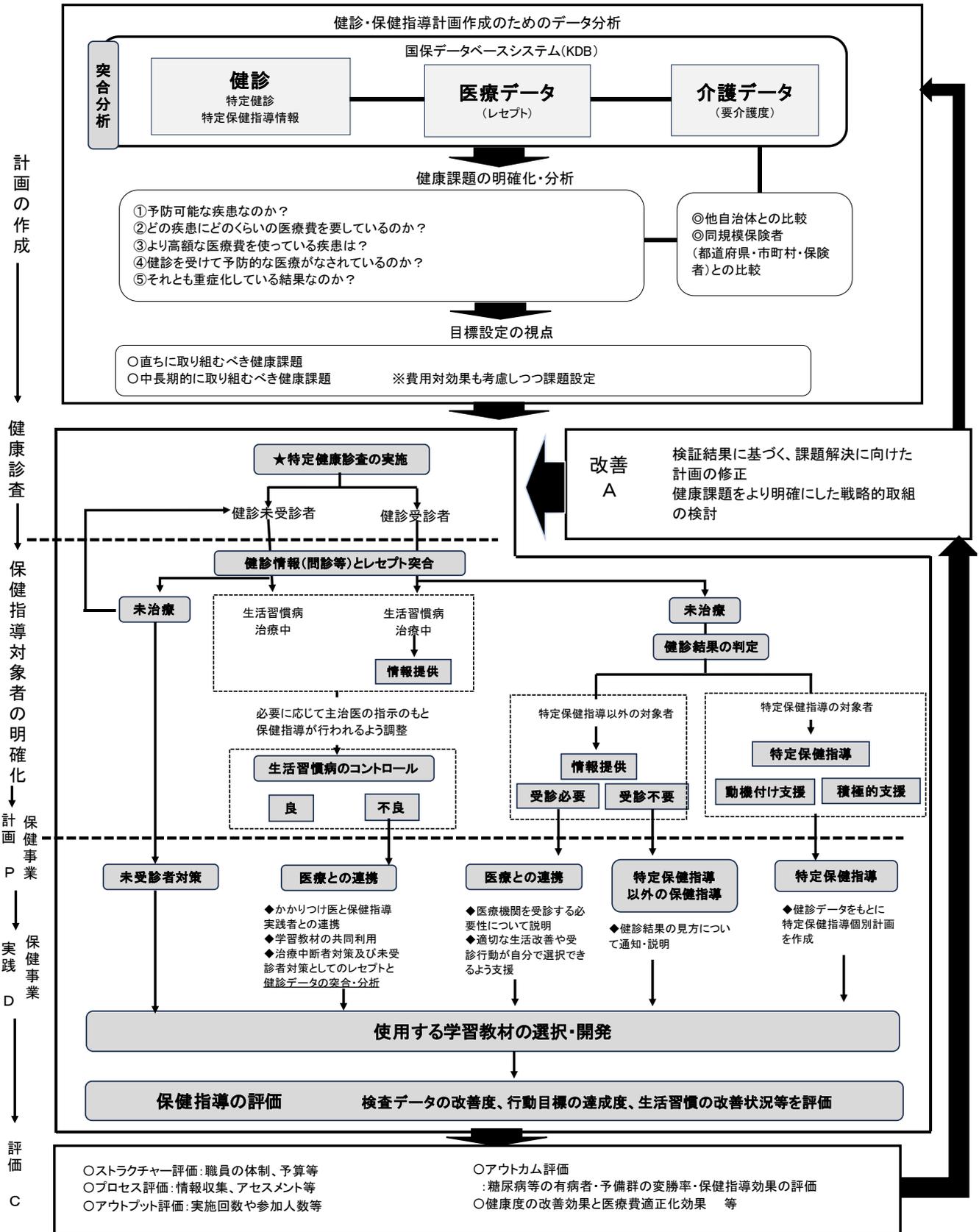


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



図表 4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

図表 5 標準的な健診・保健指導プログラム(H30 年度版)における基本的な考え方(一部改変)

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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)

→

行動変容を促す手法

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

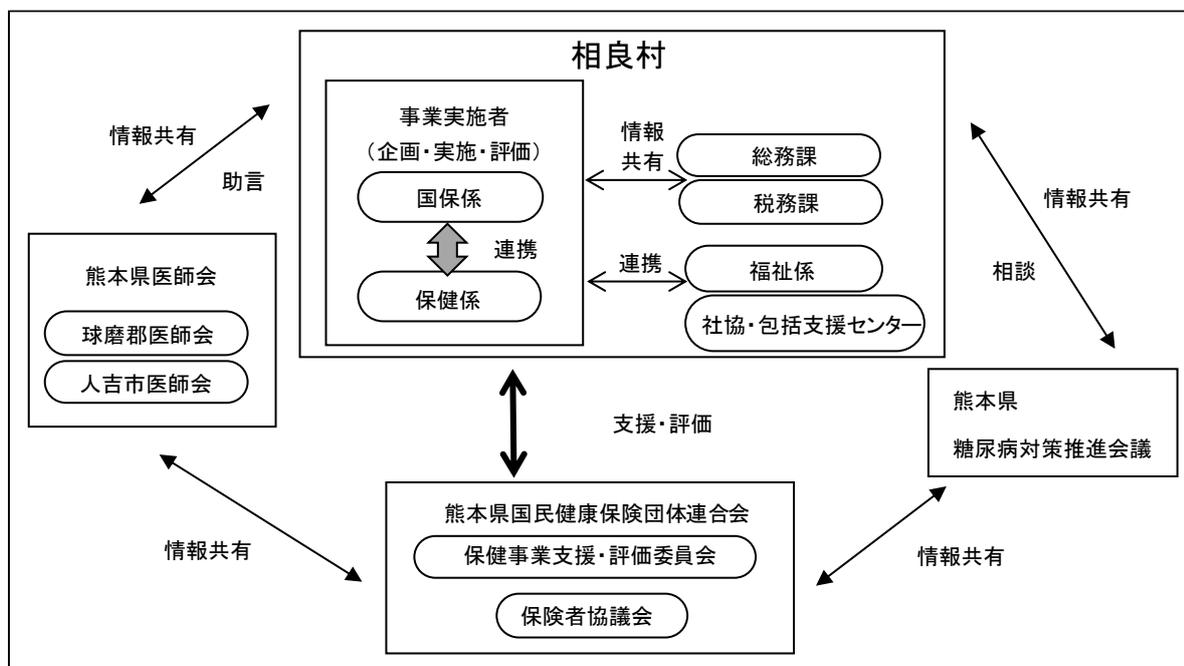
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計

画に反映させます。

具体的には、保健福祉課(保健係・国保係・福祉係)とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 相良村の実施体制図



2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までに一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となります。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいいます。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待されています。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析など、KDB の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待されています。

また平成 30 年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となります。

このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努めます。

また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要です。

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

保険者等とは、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要で、このためには、保険者協議会等を活用することも有用と考えます。

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表 7 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点		
			相良村	配点	相良村	配点	相良村	配点	
交付額(万円)			302		293		292		
全国順位(1,741市町村中)			76位		107位		70位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	115	70	140	70	140	70	
		(3)メタリックシート・ルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	40	40	60	40	65	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組		120	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供		110	90	45	90	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供			20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組		50	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合		80	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率		30	100	30	100	35	100
	②	データヘルス計画の実施状況		40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組		25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施		30	30	20	30	40	40
	⑤	第三者求償の取組		38	40	31	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況		72	95	73	100	73	100
合計点			750	1,000	729	960	738	940	

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本村は、人口約4千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で43.1%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は多く、被保険者の平均年齢も56.9歳と同規模と比べて高くなっています。産業においては、第1次産業が24.3%と同規模と比較しても高く、農業が盛んです。(図表8)

国保加入率は24.3%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54%を占めています。(図表9)

図表8 同規模・県・国と比較した相良村の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者 数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千 対)	死亡率 (人口千 対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
相良村	4,070	43.1	987 (24.3)	56.9	4.7	17.7	0.2	24.3	22.7	53.0
同規模	--	41.4	27.1	54.5	4.9	18.9	0.2	22.3	20.6	57.2
県	--	31.6	22.4	53.6	7.6	12.3	0.4	9.8	21.1	69.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、相良村と同規模保険者(274市町村)の平均

図表9 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合								
被保険者数	1,173		1,108		1,111		1,079		987	
65～74歳	573	48.8	564	50.9	579	52.1	567	52.5	535	54.2
40～64歳	392	33.4	367	33.1	356	32.0	321	29.7	277	28.1
39歳以下	208	17.7	177	16.0	176	15.8	191	17.7	175	17.7
加入率	26.3		24.8		24.9		24.1		24.3	

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

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本村の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で4人(認定率0.32%)、1号(65歳以上)被保険者で320人(認定率18.2%)と同規模・県・国と比較すると低く、H30年度と比べても減少傾向で推移しています。(図表10)

しかし、介護度別で認定状況を見てみると、要介護度3以上の割合が増えており、同規模と比較しても高い状況にあります。(図表11)認定者の割合は減少傾向ですが、重症度が高くなり一人当たりの単価も高くなったことで、介護給付費の増額にも繋がったと考えられます。(図表12)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者では10割、第1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割超と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表13)

図表10 要介護認定者(率)の状況

	相良村				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	1,695人	37.9%	1,754人	43.1%	41.4%	31.6%	28.7%
2号認定者	6人	0.41%	4人	0.32%	0.38%	0.35%	0.38%
新規認定者	1人		0人		--	--	--
1号認定者	327人	19.3%	320人	18.2%	19.9%	20.2%	19.4%
新規認定者	43人		41人		--	--	--
再掲							
65～74歳	31人	4.2%	23人	2.9%	--	--	--
新規認定者	7人		2人		--	--	--
75歳以上	296人	30.7%	297人	31.3%	--	--	--
新規認定者	36人		39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 11 介護度別認定状況

		相良村				同規模平均		熊本県		国			
		H30年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
①	介護保険	1号認定者数(認定率)		327	19.5	320	18.5	59,331	19.9	108,069	20.2	6,724,030	19.4
		新規認定者		1	0.3	5	0.3	933	0.3	1,261	0.3	110,289	0.3
		介護度別 総件数	要支援1.2	468	6.3	413	5.4	162,745	13.5	380,309	14.2	21,785,044	12.9
			要介護1.2	3,828	51.8	3,073	40.2	568,999	47.1	1,309,567	49.0	78,107,378	46.3
			要介護3以上	3,100	41.9	4,149	54.3	476,421	39.4	984,793	36.8	68,963,503	40.8
2号認定者		6	0.4	4	0.3	856	0.4	1,879	0.3	156,107	0.4		

図表 12 介護給付費の変化

	相良村		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	5億7887万円	↑ 6億0856万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	341,515	↑ 346,955	323,222	310,858	290,668
1件あたり給付費(円)全体	78,268	79,706	80,543	62,823	59,662
居宅サービス	41,779	46,589	42,864	42,088	41,272
施設サービス	291,428	303,816	288,059	303,857	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計					
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
介護件数(全体)		4		23		297		320		324			
再)国保・後期		2		13		274		287		289			
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
		循環器疾患	1	脳卒中	2 100.0%	脳卒中	6 46.2%	脳卒中	148 54.0%	脳卒中	154 53.7%	脳卒中	156 54.0%
			2	虚血性心疾患	0 0.0%	虚血性心疾患	2 15.4%	虚血性心疾患	90 32.8%	虚血性心疾患	92 32.1%	虚血性心疾患	92 31.8%
			3	腎不全	0 0.0%	腎不全	1 7.7%	腎不全	66 24.1%	腎不全	67 23.3%	腎不全	67 23.2%
		合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	4 30.8%	糖尿病合併症	26 9.5%	糖尿病合併症	30 10.5%	糖尿病合併症	30 10.4%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		2 100.0%	基礎疾患	13 100.0%	基礎疾患	263 96.0%	基礎疾患	276 96.2%	基礎疾患	278 96.2%	
		血管疾患合計		2 100.0%	合計	13 100.0%	合計	268 97.8%	合計	281 97.9%	合計	283 97.9%	
		認知症		0 0.0%	認知症	5 38.5%	認知症	160 58.4%	認知症	165 57.5%	認知症	165 57.1%	
		筋・骨格疾患		1 50.0%	筋骨格系	13 100.0%	筋骨格系	267 97.4%	筋骨格系	280 97.6%	筋骨格系	281 97.2%	

※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

② 医療費の状況

相良村の医療費は、国保加入者とともに総医療費も減少傾向で推移していますが、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約2万円高く、H30年度と比較しても3万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか3%程度にも関わらず、医療費全体の約42%を占めており、1件あたりの入院医療費もH30年度と比較しても5万円も高くなっています。(図表14)

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の1を超えており、入院・外来ともに地域差指数がH30年度よりも伸びています。生活習慣病の多くは予防可能であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。(図表15)

図表 14 医療費の推移

		相良村		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)		1,173人	987人	--	--	--
前期高齢者割合		573人 (48.8%)	535人 (54.2%)	--	--	--
総医療費		4億1332万円	3億8103万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		352,358	386,048	367,527	407,772	339,680
		県内28位 同規模116位	県内40位 同規模130位			
入院	1件あたり費用額(円)	453,820	504,480	588,220	574,060	617,950
	費用の割合	42.5	42.4	44.9	45.5	39.6
	件数の割合	3.1	3.0	3.4	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	19,770	20,910	25,290	23,430	24,220
	費用の割合	57.5	57.6	55.1	54.5	60.4
	件数の割合	96.9	97.0	96.6	96.7	97.5
受診率		869.647	875.071	676.49	795.102	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は相良村と同規模保険者274市町村の平均値を表す

図表 15 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		
		相良村 (県内市町村中)		県 (47県中)	相良村 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	1.018	1.077	1.125	0.922	1.013	1.132
		(36位)	(37位)	(8位)	(42位)	(36位)	(7位)
	入院	1.083	1.197	1.291	0.940	1.024	1.282
		(36位)	(34位)	(8位)	(43位)	(43位)	(5位)
	外来	0.987	0.998	1.025	0.919	1.028	0.982
		(31位)	(31位)	(14位)	(26位)	(5位)	(21位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると脳血管疾患・虚血性心疾患が、患者数及び割合と減少していますが、人工透析については増加となっていました。(図表 16) 人工透析については新規導入者の症例を確認したところ、過去 5 年間健診受診歴なし、または新規加入者でした。

中長期目標である脳血管疾患・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、H30 年度と比較すると約 1.7 倍高くなっています。(図表 17)

医療費が増大している要因として、透析導入等重症化してから治療開始していることが挙げられます。特に脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、慢性期総医療費など、患者本人や家族に長

期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患です。健診受診、保健指導を通してその原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の早期発見・発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

ただ人工透析の伸びの背景として、導入後退職を余儀なくされ、社会保険から国民健康保険に加入したという例が全国的にも多くみられます。そうすると国保加入時点からの予防では間に合わないため、村民全体を対象とした慢性腎臓病対策等の周知方法を検討していく必要があります。

図表 16 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	1,173	987	a	83	56	78	46	4	5	
				a/A	7.1%	5.7%	6.6%	4.7%	0.3%	0.5%	
40歳以上	B	965	812	b	83	56	76	46	4	5	
	B/A	82.3%	82.3%	b/B	8.6%	6.9%	7.9%	5.7%	0.4%	0.6%	
再掲	40~64歳	C	392	277	c	17	7	12	7	1	2
		C/A	33.4%	28.1%	c/C	4.3%	2.5%	3.1%	2.5%	0.3%	0.7%
	65~74歳	D	573	535	d	66	49	64	39	3	3
		D/A	48.8%	54.2%	d/D	11.5%	9.2%	11.2%	7.3%	0.5%	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 17 中長期目標疾患の医療費の推移

		相良村		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)		4億1332万円	3億8103万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		1442万円	2297万円	--	--	--	
		3.49%	6.03%	7.24%	8.69%	8.03%	
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.40%	1.80%	2.12%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.49%	1.33%	1.46%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	1.08%	2.44%	3.29%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.52%	0.46%	0.37%	0.26%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		9.52%	12.43%	17.57%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		9.91%	8.28%	9.33%	8.56%	8.68%
	精神疾患		12.81%	7.59%	7.82%	9.62%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況(図表 18・19・20)を見ると、治療者の割合は糖尿病を除いて増えており、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減っています。

本村は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。引き続き、対象者の保健指導の徹底を継続していきます。

図表 18 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	495	438	136	87	359	351	
	A/被保数	51.3%	↑ 53.9%	34.7%	31.4%	62.7%	65.6%	
(中長期併発目標疾患)	脳血管疾患	B	61	41	13	5	48	36
		B/A	12.3%	9.4%	9.6%	5.7%	13.4%	10.3%
	虚血性心疾患	C	54	34	10	3	44	31
		C/A	10.9%	7.8%	7.4%	3.4%	12.3%	8.8%
	人工透析	D	4	5	1	2	3	3
		D/A	0.8%	1.1%	0.7%	2.3%	0.8%	0.9%

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 19 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	282	221	75	43	207	178	
	A/被保数	29.2%	↓ 27.2%	19.1%	15.5%	36.1%	33.3%	
(中長期併発目標疾患)	脳血管疾患	B	33	14	6	3	27	11
		B/A	11.7%	6.3%	8.0%	7.0%	13.0%	6.2%
	虚血性心疾患	C	36	18	8	2	28	16
		C/A	12.8%	8.1%	10.7%	4.7%	13.5%	9.0%
	人工透析	D	2	4	0	2	2	2
		D/A	0.7%	1.8%	0.0%	4.7%	1.0%	1.1%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	24	36	11	11	13	25
		E/A	8.5%	16.3%	14.7%	25.6%	6.3%	14.0%
	糖尿病性網膜症	F	28	15	9	3	19	12
		F/A	9.9%	6.8%	12.0%	7.0%	9.2%	6.7%
	糖尿病性神経障害	G	17	9	6	0	11	9
		G/A	6.0%	4.1%	8.0%	0.0%	5.3%	5.1%

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 20 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	339	312	86	66	253	246	
	A/被保数	35.1%	↑ 38.4%	21.9%	23.8%	44.2%	46.0%	
（中長期 合併目標 疾患）	脳血管疾患	B	38	29	4	4	34	25
		B/A	11.2%	9.3%	4.7%	6.1%	13.4%	10.2%
	虚血性心疾患	C	39	27	9	1	30	26
		C/A	11.5%	8.7%	10.5%	1.5%	11.9%	10.6%
	人工透析	D	2	4	0	2	2	2
		D/A	0.6%	1.3%	0.0%	3.0%	0.8%	0.8%

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 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上を H30 年度と R3 年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で60%、糖尿病では0%でした。(図表 21) 血圧に関しては変動も大きく、測定等自己管理しやすい項目であるため、医療に繋がりにくいのではないかと分析します。

前述した通り、合併症の割合は減ってきていますが、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 21 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧 II度以上高血圧											
					II度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
相良村	576	71.5	538	66.3	8	1.4	4	50.0	10	1.9	4	40.0	6	60.0	0	0.0
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病 HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
相良村	574	99.7	538	100.0	26	4.5	2	7.7	28	5.2	4	14.3	0	0.0	1	3.6
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典：ヘルスサポートラボツール

- ①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者
- ②中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本村の特定健診結果において、H30年度とR4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、3%も伸びており、その中でも血圧・血糖・脂質いずれか2項目に該当、また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 22)

また重症化予防の観点から、II度高血圧以上、HbA1c6.5以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、血圧を除いて減少しているものの、改善率も全ての項目で下がってきています。(図表 23・24・25)一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 22 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	翌年度健診結果		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	576 (71.5%)	116 (20.1%)	36 (6.3%)	80 (13.9%)	81 (14.1%)
R04年度	505 (62.7%)	↑ 131 (23.1%)	↑ 45 (7.9%)	86 (15.2%)	62 (10.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 23 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	8 (1.4%)	6 (75.0%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)	1 (12.5%)
R03→R04	↑ 10 (1.9%)	3 (30.0%)	2 (20.0%)	1 (10.0%)	4 (40.0%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	71 (12.4%)	24 (33.8%)	29 (40.8%)	8 (11.3%)	10 (14.1%)
R03→R04	↓ 63 (11.7%)	16 (25.4%)	33 (52.4%)	6 (9.5%)	8 (12.7%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 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	58 (10.1%)	26 (44.8%)	16 (27.6%)	8 (13.8%)	8 (13.8%)
R03→R04	↓ 46 (8.6%)	18 (39.1%)	10 (21.7%)	6 (13.0%)	12 (26.1%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本村の特定健診受診率は、毎年 60%以上と全国・県と比較して高いものの、第 3 期特定健診等実施計画目標の 65%には届いていません。(図表 26)またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 27・28)

生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施すること

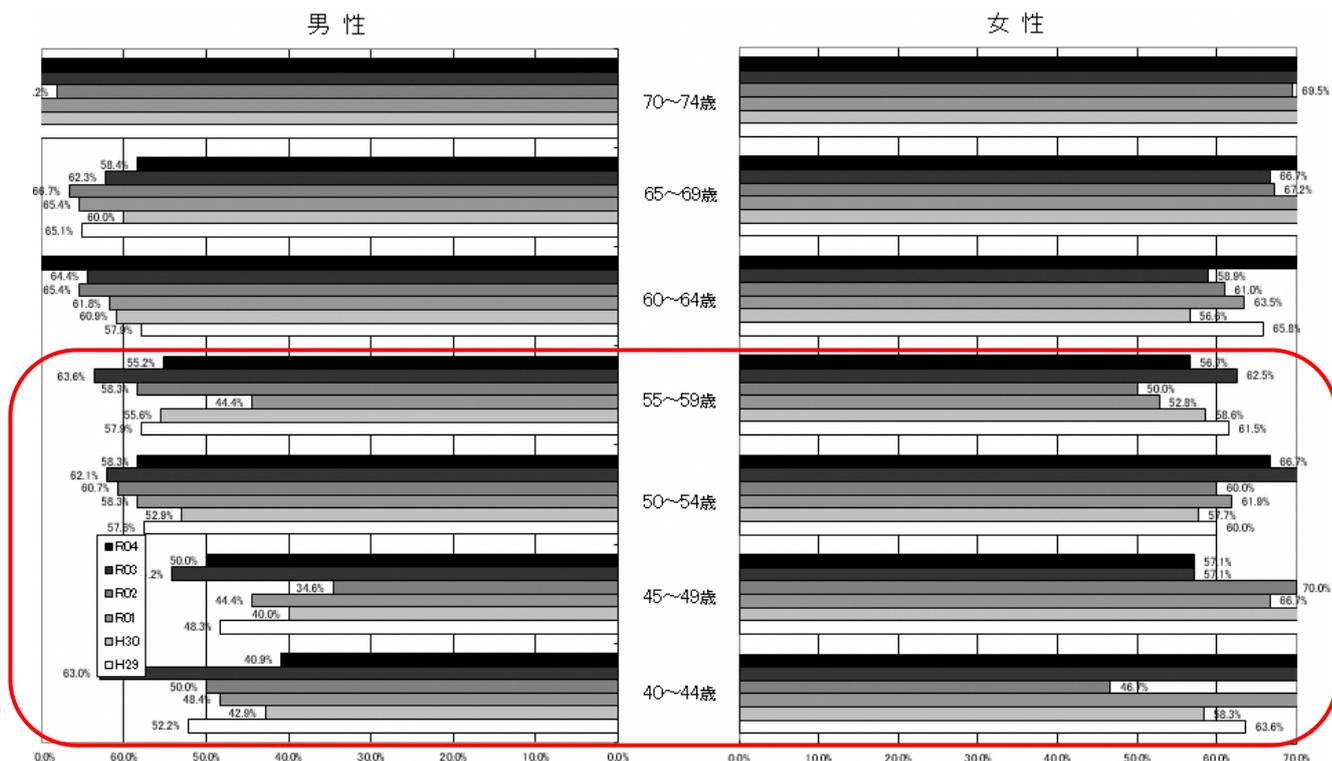
が、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 26 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	562	552	531	517	481	健診受診率 65%
	受診率	63.6%	64.5%	62.7%	63.7%	63.8%	
特定保健指導	該当者数	67	73	72	62	55	特定保健指導実施率 95%
	割合	11.9%	13.2%	13.6%	12.0%	11.4%	
	実施者数	52	68	70	56	49	
	実施率	77.6%	93.2%	97.2%	90.3%	89.1%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 27 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

図表 28 年齢階級別で受診率をみる

		40~44歳			45~49歳			50~54歳			55~59歳			60~64歳			65~69歳			70~74歳		
		対象者	受診者	受診率																		
総数	H29	34	19	55.9%	40	23	57.5%	63	37	58.7%	77	46	59.7%	155	96	61.9%	292	199	68.2%	248	183	73.8%
	H30	40	19	47.5%	34	20	58.8%	60	33	55.0%	65	37	56.9%	140	82	58.6%	277	182	65.7%	267	203	76.0%
	R01	43	24	55.8%	36	18	50.0%	45	27	60.0%	72	35	48.6%	131	82	62.6%	255	175	68.6%	274	207	75.5%
	R02	45	22	48.9%	36	16	44.4%	43	26	60.5%	68	37	54.4%	111	70	63.1%	233	156	67.0%	311	214	68.8%
	R03	37	26	70.3%	38	21	55.3%	43	29	67.4%	65	41	63.1%	101	62	61.4%	222	143	64.4%	306	216	70.6%
	R04	30	16	53.3%	42	22	52.4%	36	22	61.1%	59	33	55.9%	80	58	72.5%	195	125	64.1%	312	229	73.4%

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、R1 年度を除き 90%以上と高い水準にあります。

(図表 29)

HbA1c6.5%以上の未治療者、HbA1c7.0%以上の治療者を重点的に支援しており、初回面接から約3か月後のフォローを基本としています。また、レセプト確認後、受診のない方には継続して受診勧奨できるような体制を強化し、治療者に対しては治療中断にならないように、医療機関と情報共有しながら受診できるための支援をおこなっています。

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

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

図表 29 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	576	568	541	538	505
血糖値有所見者 * 1	人(b)	71	63	72	63	68
	(b/a)	12.3%	11.1%	13.3%	11.7%	13.5%
保健指導実施者 * 2	人(c)	69	48	65	63	66
	(c/b)	97.2%	76.2%	90.3%	100.0%	97.1%

*1 HbA1c6.5%以上のもの

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

② 心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図検査全数実施を目指し健診受診勧奨を実施しており、心電図検査は9割実施できています。(図表 30)R3 年度までは全員が治療につながっていましたが、R4 年度は未治療者を含んでおり、医療につながる受診勧奨および治療中断防止を含めた保健指導を継続しておこなっていきます。

図表 30 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性												
健診受診者(人)	a	576	284	292	568	285	283	541	281	260	538	268	270	505	248	257
心電図受診者(人)	b	474	238	236	549	278	271	516	269	247	518	257	261	479	237	242
心電図実施率	b/a	82.3%	83.8%	80.8%	96.7%	97.5%	95.8%	95.4%	95.7%	95.0%	96.3%	95.9%	96.7%	94.9%	95.6%	94.2%
所見あり(人)	c	172	96	76	200	114	86	186	106	80	188	98	90	175	98	77
有所見率	(c+d)/b	36.3%	40.3%	32.2%	36.4%	41.0%	31.7%	36.0%	39.4%	32.4%	36.3%	38.1%	34.5%	36.5%	41.4%	31.8%
心房細動(人)	e	6	5	1	10	9	1	10	10	0	11	11	0	12	12	0
心房細動有所見率	e/b	1.3%	2.1%	0.4%	1.8%	3.2%	0.4%	1.9%	3.7%	0.0%	2.1%	4.3%	0.0%	2.5%	5.1%	0.0%
うち、心房細動未治療(人)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、糖尿病・脂質異常症に対し低いものの毎年 3%前後存在します。その中でも約 4~7 割が未治療者です。(図表 31)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあります。また、他の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。図表 32 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。高リスクの未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血圧のすすめ、血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が 40%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

図表 31 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	576	568	541	538	505	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	8	13	18	10	15	
	(b/a)	1.4%	2.3%	3.3%	1.9%	3.0%	
	治療あり	人(c)	4	5	4	6	6
		(c/b)	50.0%	38.5%	22.2%	60.0%	40.0%
治療なし	人(d)	4	8	14	4	9	
	(d/b)	50.0%	61.5%	77.8%	40.0%	60.0%	
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	3	1	2	2	3
		(f/a)	0.5%	0.2%	0.4%	0.4%	0.6%
	治療あり	人	1	1	0	1	1
	治療なし	人	2	0	2	1	2

図表 32 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	132	67 50.8%	56 42.4%	7 5.3%	2 1.5%
	リスク第1層 予後影響因子がない	9 6.8%	C 6 9.0%	B 3 5.4%	B 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	76	C 39 57.6%	B 33 58.2%	A 3 42.9%	A 1 50.0%
	リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	47	B 22 35.6%	A 20 32.8%	A 4 57.1%

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	29
		22.0%
B	概ね1ヵ月後に再評価	58
		43.9%
C	概ね3ヵ月後に再評価	45
		34.1%

- ※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
- ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
- ※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
- ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
- ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

(2)ポピュレーションアプローチ

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

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県・村の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、運動教室・栄養教室や測定会等行い、広く村民へ周知を行いました。

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

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 33 第2期データヘルス計画目標管理一覧

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	
			初年度 H30	中間評 価 R2	最終評 価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合 1.4%以下	1.39%	2.13%	1.80%	KDB システム	
		虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	0.48%	0.37%	1.33%		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合 3.7%以下	1.07%	0.90%	2.44%		
	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該当者の割合 18%以下	19.9%	23.7%	26.4%	相良村 保健福祉課
			メタボリックシンドローム予備群の割合 8%以下	13.9%	14.9%	12.1%	
			健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)1.8%以下	1.4%	3.3%	2.8%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL180以上)2.0%以下	2.1%	2.6%	3.6%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少 (TG300以上)2.0%以下	2.4%	3.1%	3.0%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上・治療中7.0%以上)6.0%以下	8.2%	9.8%	9.7%	
			糖尿病の未治療者の割合減少 3.0%以下	4.6%	4.7%	5.1%	
重症化予防対象者への保健指導実施割合の増加	93.4%	98.6%	87.6%				
努力支援制度	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 25%以上	26.7	45.3	65.3	地域保健 事業報告 (R04年度 データがな いためR03 年度を記 載)	
		肺がん検診 20%以上	36.9	37.0	60.7		
		大腸がん検診 40%以上	33.9	34.4	49.4		
		子宮がん検診 22%以上	43.3	39.6	55.4		
		乳がん検診 25%以上	43.1	46.9	67.9		
		5つのがん検診の平均受診率の増加	36.8	40.6	59.7		
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	81.0%	83.9%	83.5%	厚生労働省	
特定健診等計画	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	63.6	62.7	63.8	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	77.6	97.2	89.1		
		特定保健指導対象者の割合の減少	11.9	13.6	11.4		

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期計画において、中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきました。しかし、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、慢性腎不全(透析あり)のみ目標達成できているものの、他2項目については達成できていませんでした。

しかし、高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療者はいずれも、脳血管疾患・虚血性心疾患の割合が減少しており、早期に適切な治療に掛かることで、重症化予防に繋がっていることが分かっています。本村は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、引き続き、対象者の保健指導の徹底を継続していきます。

また、メタボ該当者は年々増加しており、特に若年層での対象者が多い状況にあります。特定保健指導に加え、若いうちからのポピュレーションアプローチにも力を入れて取り組んでいきます。

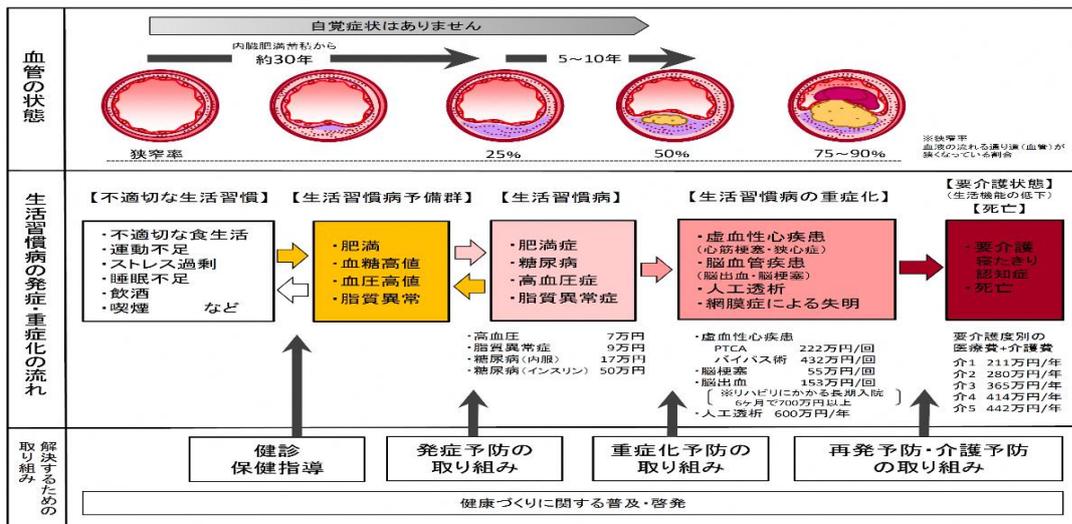
特定健診受診率・保健指導実施率は高いものの、短期目標であるメタボ・血圧・血糖・脂質の改善にはつながっておらず、保健事業の取り組みについても短期間で評価していく必要があります。併せて、保健指導実施者の力量形成および体制整備の構築がより良い保健指導につながると考えます。

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 34 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

医療保険制度においては、75歳に到達した後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

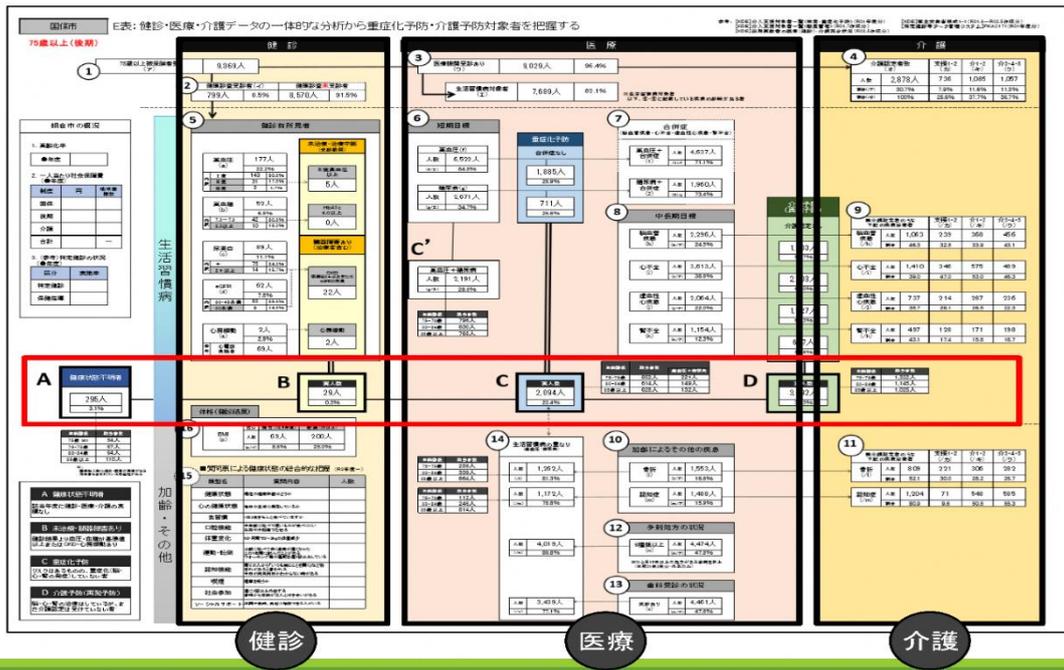
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 35 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

図表 35 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 36 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	1,173人	1,108人	1,111人	1,079人	987人	950人
総件数及び 総費用額	件数 12,409件	12,113件	11,325件	11,748件	10,822件	14,844件
	費用額 4億1332万円	4億4219万円	4億6472万円	4億4990万円	3億8103万円	7億8581万円
一人あたり医療費	35.2万円	39.9万円	41.8万円	41.7万円	38.6万円	82.7万円

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 37 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞									
① 国保	相良村	3億8103万円	30,810	2.44%	0.46%	1.80%	1.33%	6.85%	5.31%	2.50%	7887万円	20.7%	12.4%	7.59%	8.28%
	同規模	--	29,993	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	--	18.6%	17.6%	7.82%	9.33%
	県	--	33,050	5.52%	0.26%	1.89%	1.02%	5.62%	3.12%	1.72%	--	19.2%	14.1%	9.62%	8.56%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	相良村	7億8581万円	69,070	5.66%	1.17%	3.99%	1.79%	4.62%	4.31%	0.98%	1億7700万円	22.5%	8.8%	3.94%	10.8%
	同規模	--	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	--	18.8%	10.2%	3.61%	12.1%
	県	--	81,455	4.72%	0.47%	3.74%	1.12%	3.70%	2.88%	1.07%	--	17.7%	9.2%	4.70%	13.2%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 38 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	43人	33人	38人	40人	35人	99人
	件数	B	59件	51件	67件	68件	49件	311件
		B/総件数	0.48%	0.42%	0.59%	0.58%	0.45%	2.10%
	費用額	C	7204万円	1億0641万円	1億3876万円	1億1758万円	6494万円	3億7898万円
C/総費用		17.4%	24.1%	29.9%	26.1%	17.0%	48.2%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 39 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

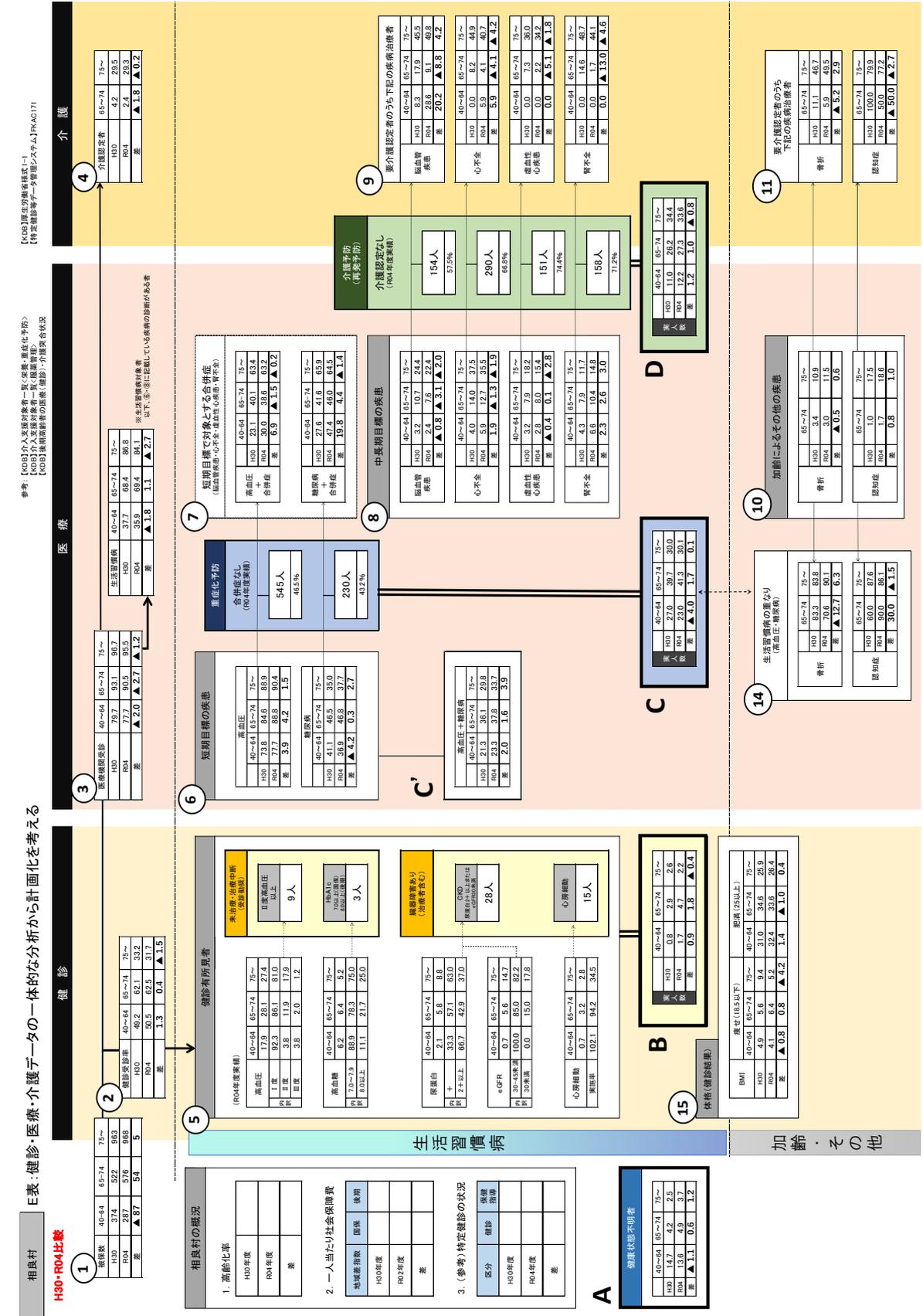
対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度			
脳血管疾患	人数	D	1人	1人	3人	4人	1人	10人		
		D/A	1.4%	3.0%	7.9%	10.0%	2.9%	10.1%		
	件数	E	1件	2件	4件	9件	1件	24件		
		E/B	0.9%	2.0%	6.0%	13.2%	2.0%	7.7%		
	年代別	40歳未満	0	0	0	0	0	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0	0	0	0	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0	0	0	0	75-80歳	4	16.7%
		60代	1	2	1	1	0	80代	17	70.8%
		70-74歳	0	0	3	8	1	90歳以上	3	12.5%
	費用額	F	86万円	172万円	408万円	1293万円	85万円	2402万円		
		F/C	0.5%	0.8%	2.9%	11.0%	1.3%	6.3%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 40 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	1人	1人	1人	0人	3人	4人		
		G/A	1.4%	3.0%	2.6%	0.0%	8.6%	4.0%		
	件数	H	1件	2件	1件	0件	4件	9件		
		H/B	0.9%	2.0%	1.5%	0.0%	8.2%	2.9%		
	年代別	40歳未満	0	0	0	0	0	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0	0	0	0	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0	0	0	0	75-80歳	4	44.4%
		60代	1	2	0	0	2	80代	1	11.1%
		70-74歳	0	0	1	0	2	90歳以上	4	44.4%
	費用額	I	132万円	264万円	102万円		579万円	1677万円		
		I/C	0.7%	1.3%	0.7%	#VALUE!	8.9%	4.4%		

図表 41 健診・医療・介護データの一体的な分析



図表 42 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
		被保険者数			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
H30	29.5	374	522	963	49.2	62.1	33.2	4.9	5.6	9.4	31.0	34.6	25.9
R04	29.3	287	576	968	50.5	62.5	31.7	4.1	6.4	5.2	32.4	33.6	26.4

図表 43 健診有所見状況

E表	⑤																																
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動								
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-				
年度	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()
H30	3	1.6	(0)	4	1.2	(2)	12	3.8	(3)	8	4.3	(0)	12	3.7	(2)	2	0.6	(0)	2	1.1	6	1.9	19	5.9	1	0.5	5	1.5	4	1.3			
R04	2	1.4	(2)	14	3.9	(6)	16	5.2	(1)	9	6.2	(0)	23	6.4	(2)	4	1.3	(1)	2	1.4	9	2.5	17	5.5	1	0.7	11	3.1	3	1.0			

図表 44 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症					
							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		
年度	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	79.7	93.1	96.7	37.7	68.4	86.8	73.8	84.6	88.9	41.1	46.5	35.0	21.3	36.1	29.8	23.1	40.1	63.4	27.6	41.6	65.9
R04	77.7	90.5	95.5	35.9	69.4	84.1	77.7	88.8	90.4	36.9	46.8	37.7	23.3	37.8	33.7	30.0	38.6	63.2	47.4	46.0	64.5

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 45 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											
	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		
年度	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	3.2	10.7	24.4	3.2	7.9	18.2	4.0	14.0	37.5	4.3	7.9	11.7	8.3	17.9	45.5	0.0	7.3	36.0	0.0	8.2	44.9	0.0	14.6	48.7
R04	2.4	7.6	22.4	2.8	8.0	15.4	5.9	12.7	35.5	6.6	10.4	14.8	28.6	9.1	49.8	0.0	2.2	34.2	5.9	4.1	40.7	0.0	1.7	44.1

(3)健康課題の明確化(図表 36~45)

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は令和 2 年度、3 年度は新型コロナウイルス感染症、また水害の影響で増えていました。ただ令和 4 年に入り、減少がみられています。後期高齢者になると一人あたり医療費は 80 万円を超え、国保の 2 倍以上も高い状況です。(図表 36)

相良村は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模・県・国と比べても高いことが分かります。その結果、国保では大きな差はありませんが、後期になると慢性腎不全(透析有)の割合は、同規模と比較して大幅に高くなっており、重症化しています。(図表 37)

高額レセプトについては、国保においては毎年約 50 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 6 倍増えることがわかります。(図表 38)

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和 3 年度が一番多く 9 件で 1000 万円以上の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 1 件と件数が減り、費用額も約 85 万円と減っています。しかし、後期高齢においては、24 件発生し、約 2400 万円余りの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についても力を入れる必要があります。(図表 39)

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 42 の①被保険者数 40~64 歳で減っていますが、65~74、75 歳以上は増え、高齢者が確実に増えていることが分かります。

⑮の体格をみると、40~64 歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が 1.4 ポイントも高くなってきています。図表 43 健診有所見の状況を見ると、各年代で対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 44 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、ほとんどの項目において、各年代高くなっています。

図表 45 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30 年度と R4 年度を比較すると、全体的に減少傾向であるが、腎不全だけは、各年代で R4 年度の割合が、約 2 ポイント以上上がっています。

(4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 45)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておく。

② 中長期的な目標の設定

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

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と考えると、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する。

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す。

③ 短期的な目標の設定

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

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う。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う。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、その目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

(2) 管理目標の設定

図表 46 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)
			初期値 R 6 (R4)	中間評 価 (R7)	最終評 価 (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、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合 1.4%以下	1.8%		KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持 0.5%以下	1.3%		
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持 3.0%以下	2.4%		
	短期目標	アウトカム指標 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者の割合 20%以下	26.4%		相良村 保健福祉課
			メタボリックシンドローム予備群の割合 10%以下	12.1%		
			健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上) 1.8%以下	2.8%		
			健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL180以上) 2.0%以下	3.6%		
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上・治療中7.0%以上) 7.0%以下	9.7%		
			糖尿病の未治療者の割合の減少 3.0%以下	5.1%		
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少 0.5%以下	1.2%		
			重症化予防対象者への保健指導実施割合の増加 95%以上	87.6%		
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率65%以上	63.8%		法定報告値
			★特定保健指導実施率95%以上	89.1%		
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少 20%以上	11.4%		

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としていたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 47 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	65%	65%	65%	70%	70%	70%以上
特定保健指導実施率	70%	70%	70%	70%	70%	70%以上

3. 対象者の見込み

図表 48 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	810人	783人	774人	739人	678人	645人
	受診者数	530人	520人	499人	485人	449人	429人
特定保健指導	対象者数	60人	66人	65人	55人	48人	46人
	受診者数	56人	61人	63人	49人	42人	43人

4. 特定健診の実施

1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。

- 健診車による集団健診
- がんドックと同時実施による集団健診
- 各医療機関による個別健診
- みなし健診(職場・自費)

2) 特定健診委託基準

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

3) 健診実施機関リスト

- 公益社団法人熊本県医師会(14 施設)
- 社団法人人吉市医師会(21 施設)
- 独立行政法人地域医療機能推進機構人吉医療センター
- 球磨公立多良木病院企業団総合健診センター「コスモ」
- 日本赤十字社熊本健康管理センター
- 大腸肛門病センター高野病院
- 熊本県厚生農業協同組合連合会

4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

また、血中脂質検査のうち LDL 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)

5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。詳細なスケジュールについては図表 51 に記載。

6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ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。

7) 代行機関

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

8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、広報や回覧等による周知啓発を行います。また申込書回収後、申込みのない者に対しては、電話勧奨や訪問による受診票配付などの未受診者対策を実施します。さらに国保途中加入者に対しても、加入手続きの際に必ず窓口で健診の案内を行うなど受診率の向上を図ります。途中申込みについても、可能な範囲で受け付けます。

健診スケジュールとしては、4 月から人間ドックを開始、6 月集団健診、6 月～9 月まで個別健診を実施します。

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、保健係への執行委任の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

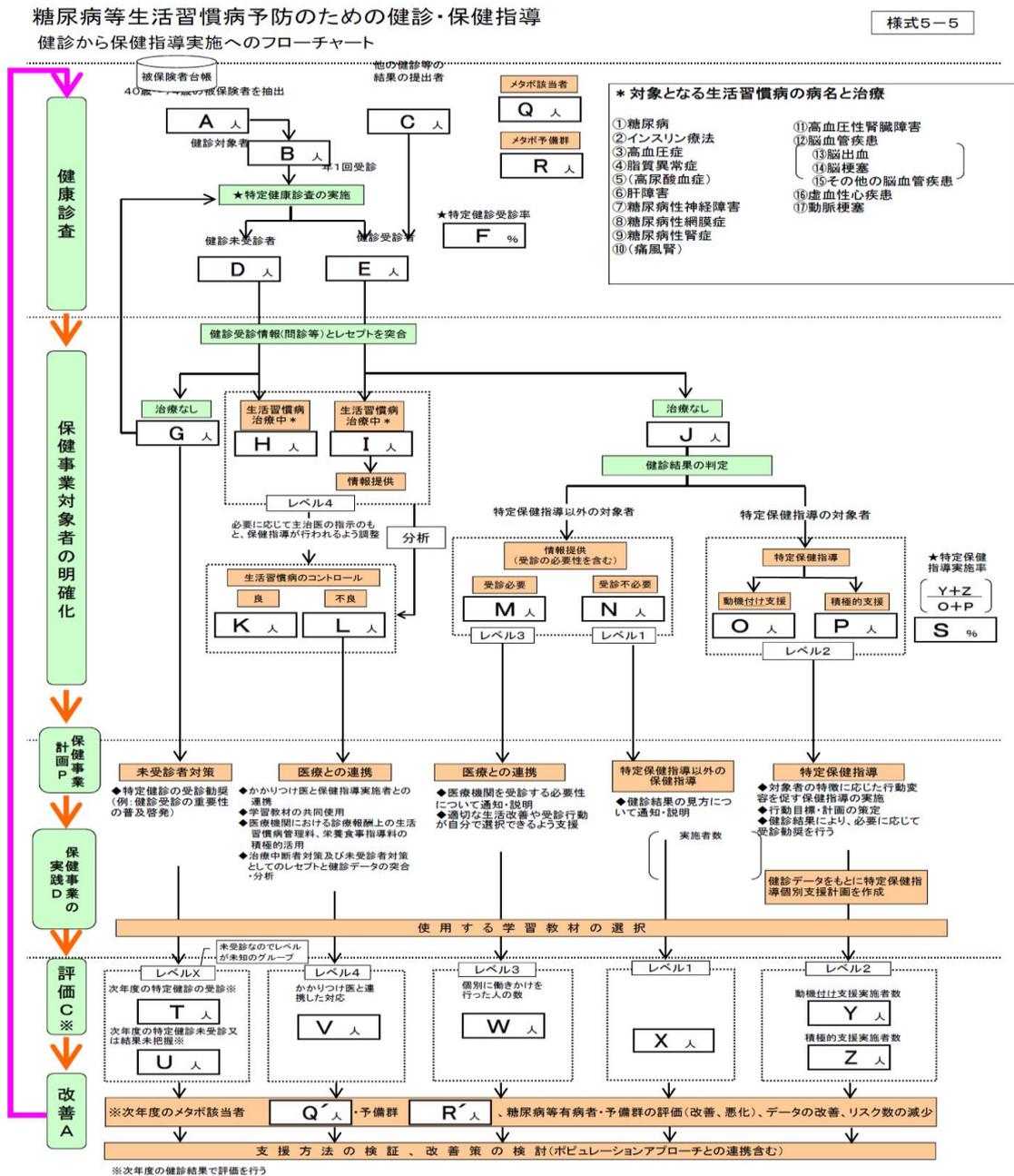
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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 49 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見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 50 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	60人 (11.9%)	95%
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	75人 (14.9%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	301 ※受診率目標達成までにあと30人	95%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	72人 (14.3%)	90%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	298人 (59.0%)	90%

3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。

図表 51 健診・保健指導年間スケジュール

	未受診者対策	特定健診	特定保健指導
4月	◎委託医療機関訪問	◎人間ドック開始 ・～12月まで	◎前年度対象者の継続支援
5月	◎受診勧奨 ・申込みがない方へ訪問・電話による受診勧奨、受診票配付		◎対象者を階層化 ◎訪問による保健指導開始
6月	◎受診勧奨 ・国保加入者への健診の案内	◎集団健診(バス健診)実施 ・場所:相良村総合体育館 ・6月下旬 ◎各種健診の開始 ・～9月まで	前年度分 特定保健指導(～9月まで) 今年度分 特定保健指導(初回面接は～3月まで)
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
1月	◎次年度健診申込書の発行 ・配付と回収		
2月	◎申込者の入力作業		
3月	◎次年度契約 ◎申込者名簿作成		

6. 個人情報の保護

1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および相良村個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。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広く村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3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

II. 重症化予防の取組

本村の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、198人(39.2%)です。そのうち治療なしが47人(17.5%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が26人です。

また、本村においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、47人中26人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 52 脳・心・腎を守るために

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

令和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 ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科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)	505人	62.7%
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心原性 脳塞栓症 (27.7%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※脳卒中 データリンク 2015より</p> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">非心原性脳梗塞</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">安静 狭心症</div> </div>						■各疾患の治療状況	
									治療中	治療なし	
									高血圧	244	261
									脂質異常症	135	370
									糖尿病	72	433
									3疾患 いずれか	298	269
									※問診結果による		
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 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)				
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		重症化予防対象者 (実人数)		
該当者数	15 3.0%	12 2.4%	18 3.6%	15 3.0%	131 25.9%	49 9.7%	53 10.5%		198 39.2%		
治療なし	9 3.4%	2 0.7%	17 4.6%	10 2.7%	20 7.4%	22 5.1%	10 3.7%		47 17.5%		
(再掲) 特定保健指導	2 13.3%	0 0.0%	5 27.8%	7 46.7%	20 15.3%	3 6.1%	4 7.5%		26 13.1%		
治療中	6 2.5%	10 3.4%	1 0.7%	5 3.7%	111 37.2%	27 37.5%	43 14.4%		151 50.7%		
臓器障害 あり	8 88.9%	2 100.0%	6 35.3%	2 20.0%	10 50.0%	10 45.5%	10 100.0%		26 55.3%		
CKD(専門医対象者)	2	1	2	0	3	4	10		9		
心電図所見あり	7	2	5	2	8	9	4		21		
臓器障害 なし	1 11.1%	--	11 64.7%	8 80.0%	10 50.0%	12 54.5%	--		--		

1. 糖尿病性腎症重症化予防

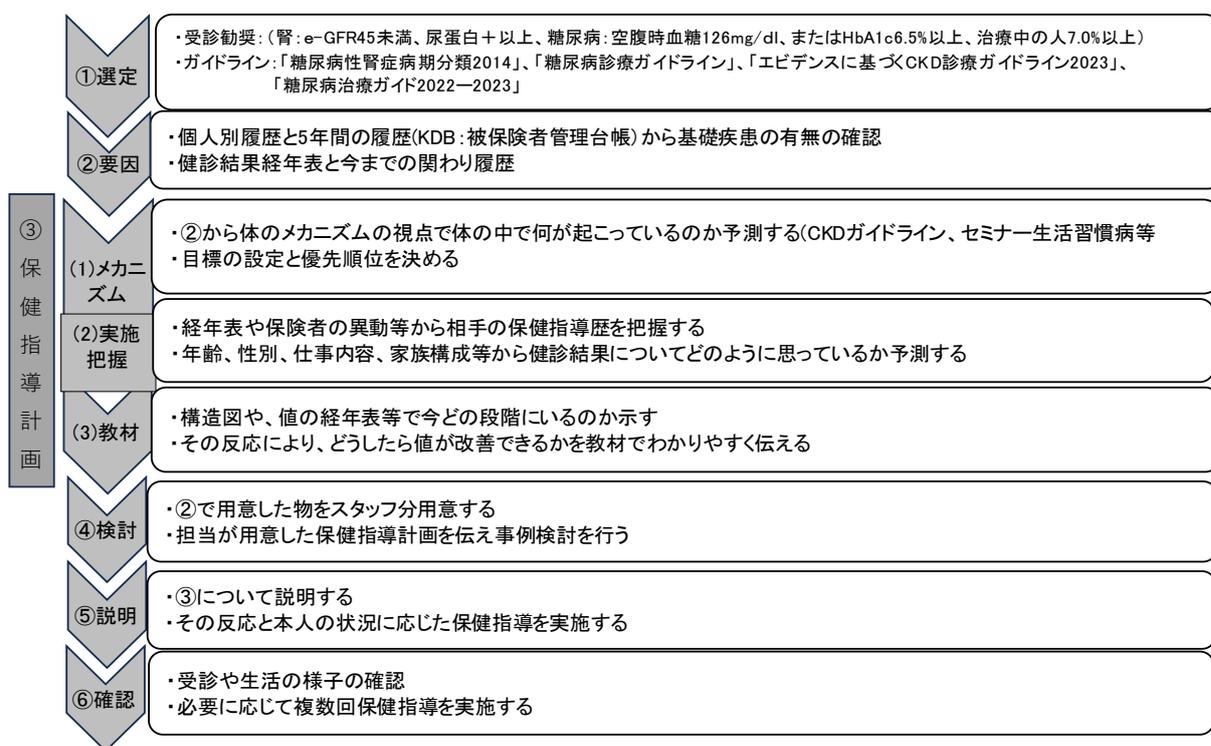
1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては図表 53 に沿って実施します。

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

図表 53 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

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

図表 54 糖尿病性腎症病期分類

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

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。相良村においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい状況にありました。その現状に伴い令和4年度より、該当者に対し二次検査として微量アルブミン尿検査を実施しています。

② 基準に基づく該当者数の把握

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

相良村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、31人(30.1%・F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者213人のうち、特定健診受診者が72人(69.9%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者141人(66.2%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

④ 介入方法と優先順位

図表 55 より相良村においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・31人

優先順位 2

【保健指導】

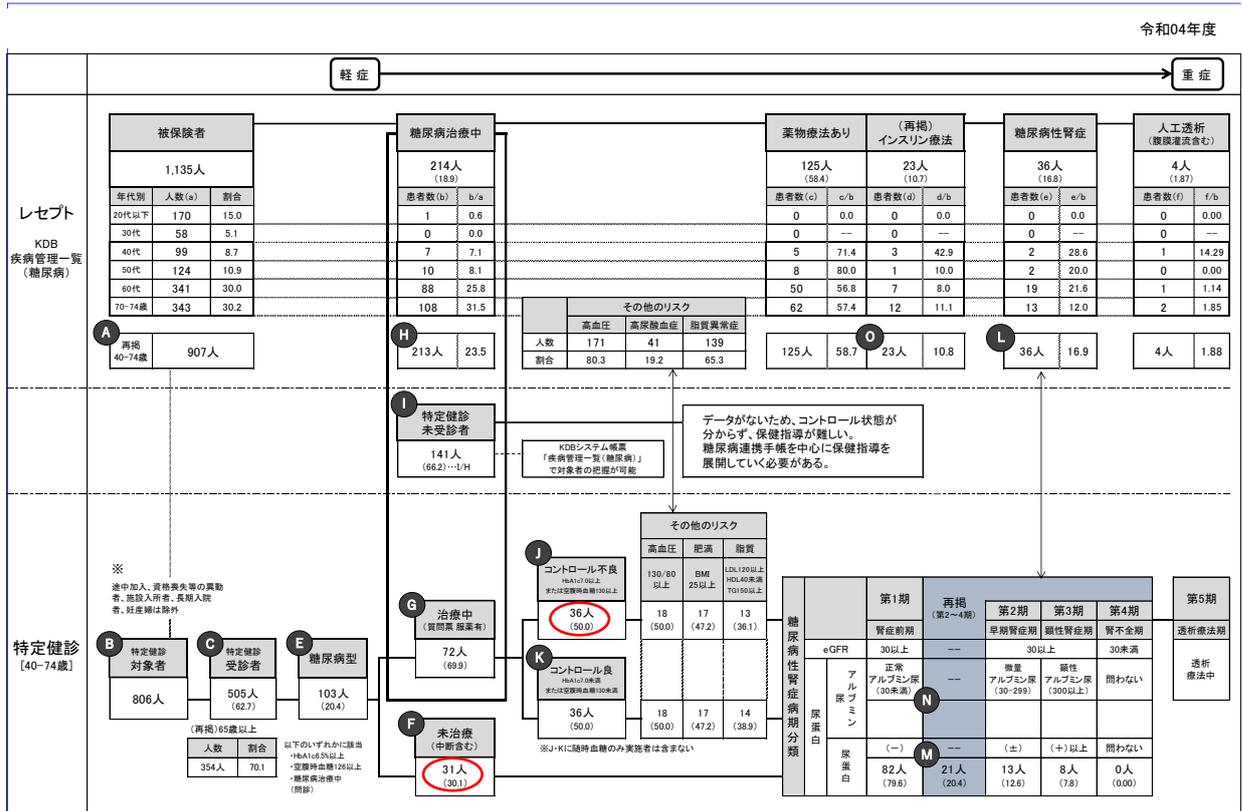
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・36人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

- ・Iの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 55 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



3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。相良村においては、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きます。

図表 56 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始めます
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	4 参考資料
1-21 糖尿病治療の進め方	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じ7.0未満です	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・薬品・服薬継続率・コストのまとめ
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

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

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

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

(2) 治療中の者への対応

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 53 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
○HbA1c の変化

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

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 57 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	相良村										同規模保険者(平均)			
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	1,205人		1,172人		1,121人		1,138人		1,073人					
	② (再掲)40-74歳		982人		976人		942人		950人		886人					
2	① 特定健診 対象者数	B	883人		856人		847人		812人		754人					
	② 受診者数	C	576人		568人		541人		538人		505人					
	③ 受診率		65.2%		66.4%		63.9%		66.3%		67.0%					
3	① 特定保健指導 対象者数		67人		73人		72人		62人		55人					
	② 実施率		77.6%		93.2%		97.2%		90.3%		89.1%					
4	健診データ	① 糖尿病型	E	107人	18.8%	106人	18.7%	105人	19.4%	95人	17.7%	103人	20.4%			
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	28人	26.2%	25人	23.6%	28人	26.7%	25人	26.3%	31人	30.1%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	79人	73.8%	81人	76.4%	77人	73.3%	70人	73.7%	72人	69.9%			
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	37人	46.8%	43人	53.1%	36人	46.8%	34人	48.6%	36人	50.0%			
		⑤ 血圧 130/80以上		19人	51.4%	19人	44.2%	21人	58.3%	12人	35.3%	18人	50.0%			
		⑥ 肥満 BMI25以上	19人	51.4%	18人	41.9%	15人	41.7%	15人	50.0%	17人	47.2%				
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	42人	53.2%	38人	46.9%	41人	53.2%	36人	51.4%	36人	50.0%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	82人	76.6%	82人	77.4%	83人	79.0%	72人	75.8%	82人	79.6%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		12人	11.2%	14人	13.2%	9人	8.6%	9人	9.5%	13人	12.6%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		12人	11.2%	10人	9.4%	12人	11.4%	14人	14.7%	8人	7.8%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	1人	1.0%	0人	0.0%	0人	0.0%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)	H	181.7人		170.6人		168.6人		165.2人		163.1人				
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		218.9人		203.9人		199.6人		197.9人		197.5人				
		③ レセプト件数(40-74歳)		1,219件	(1263.2)	1,199件	(1287.9)	1,138件	(1217.1)	1,214件	(1367.1)	954件	(1174.9)	136,930件	(893.2)	
		④ 入院外(件数)		5件	(5.2)	6件	(6.4)	5件	(5.3)	5件	(5.6)	8件	(9.9)	658件	(4.3)	
		⑤ 糖尿病治療中		219人	18.2%	200人	17.1%	189人	16.9%	188人	16.5%	175人	16.3%			
		⑥ (再掲)40-74歳		215人	21.9%	199人	20.4%	188人	20.0%	188人	19.8%	175人	19.8%			
		⑦ 健診未受診者		I	136人	63.3%	120人	60.3%	111人	59.0%	118人	62.8%	103人	58.9%		
		⑧ インスリン治療		O	14人	6.4%	17人	8.5%	15人	7.9%	15人	8.0%	19人	10.9%		
		⑨ (再掲)40-74歳			14人	6.5%	17人	8.5%	15人	8.0%	15人	8.0%	19人	10.9%		
		⑩ 糖尿病性腎症		L	12人	5.5%	18人	9.0%	15人	7.9%	26人	13.8%	27人	15.4%		
		⑪ (再掲)40-74歳			12人	5.6%	18人	9.0%	15人	8.0%	26人	13.8%	27人	15.4%		
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			2人	0.9%	1人	0.5%	1人	0.5%	2人	1.1%	3人	1.7%		
		⑬ (再掲)40-74歳			2人	0.9%	1人	0.5%	1人	0.5%	2人	1.1%	3人	1.7%		
		⑭ 新規透析患者数			0	0%	1	0.08%	0	0%	2	0.17%	0	0%		
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症			0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	0	0%		
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			6人	2.5%	6人	2.5%	6人	2.4%	8人	3.4%	8人	3.3%		
6	医療費	① 総医療費		4億1332万円		4億4219万円		4億6472万円		4億4990万円		3億8103万円		2億6175万円		
		② 生活習慣病総医療費		2億1949万円		2億0580万円		1億9450万円		2億1190万円		1億8712万円		1億4021万円		
		③ (総医療費に占める割合)		53.1%		46.5%		41.9%		47.1%		49.1%		53.6%		
		④ 生活習慣病対象者一人あたり		11,448円		9,163円		8,937円		11,660円		11,881円		8,820円		
		⑤ 健診未受診者		20,682円		20,950円		22,389円		22,478円		23,314円		40,357円		
		⑥ 糖尿病医療費		3183万円		3465万円		2936万円		3299万円		2612万円		1572万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		14.5%		16.8%		15.1%		15.6%		14.0%		11.2%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		7676万円		1億1096万円		1億2628万円		9369万円		6917万円				
		⑨ 1件あたり		27,862円		42,079円		51,817円		37,417円		30,232円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費		2577万円		3199万円		4910万円		5638万円		4124万円				
		⑪ 1件あたり		409,095円		499,866円		506,194円		751,693円		549,910円				
		⑫ 在院日数		11日		11日		12日		15日		16日				
		⑬ 慢性腎不全医療費		661万円		812万円		492万円		1435万円		1106万円		957万円		
		⑭ 透析有り		447万円		655万円		418万円		1276万円		931万円		862万円		
		⑮ 透析なし		215万円		156万円		74万円		159万円		175万円		96万円		
7	介護	① 介護給付費		5億7887万円		5億9691万円		6億2233万円		6億4542万円		6億0856万円		3億5514万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症		1件	25.0%	1件	33.3%	1件	33.3%	0件	0.0%	0件	0.0%			
8	① 死亡		2人	2.6%	1人	1.3%	2人	2.6%	0人	0.0%	0人	0.0%	267人	1.0%		

出典:ヘルスサポートラボツール

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

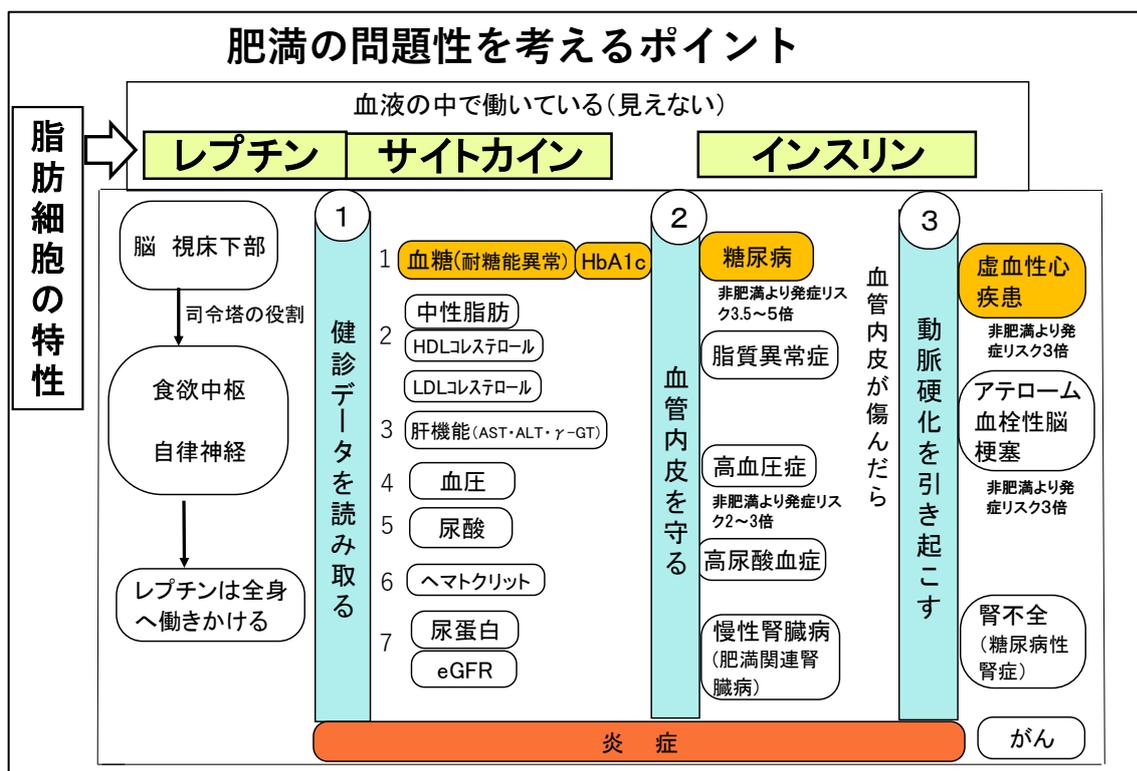
1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態であります。

「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より)

なお、取組みにあたっては図表58に基づいて考えていきます。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳		
総数	151	354	50	118	36	97	11	16	2	4	1	1	
			33.1%	33.3%	23.8%	27.4%	7.3%	4.5%	1.3%	1.1%	0.7%	0.3%	
再掲	男性	81	167	25	64	18	54	4	8	2	2	1	0
				30.9%	38.3%	22.2%	32.3%	4.9%	4.8%	2.5%	1.2%	1.2%	0.0%
再掲	女性	70	187	25	54	18	43	7	8	0	2	0	1
				35.7%	28.9%	25.7%	23.0%	10.0%	4.3%	0.0%	1.1%	0.0%	0.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

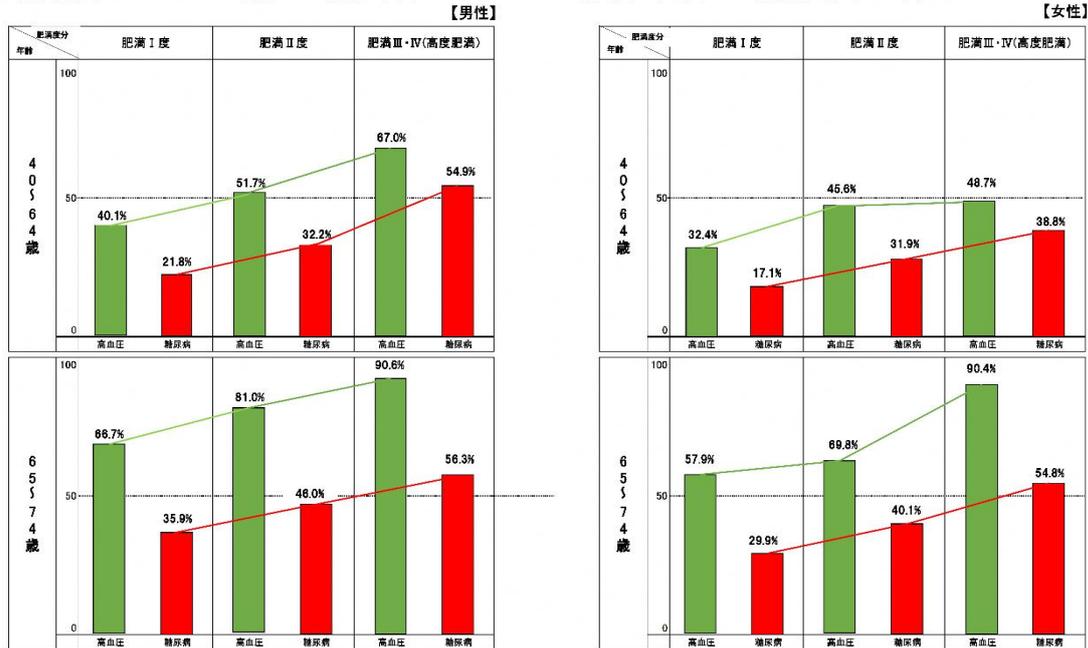
(2) 優先順位をつけます。

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠(EBM)「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 60 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？ 一番問題である高血圧と糖尿病をグラフに表してみました



② 保健指導を実施した時の住民の声(意識)から「日常生活」で困っていることを教えてもらいました。

図表 61 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

「肥満」になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

生活	肥満 BMI		I 度	II 度	III 度	IV 度
			25~29.9	30~34.9	35~39.9	40~
食事	食欲		・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸		・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているからか腸の痙攣もおこるよ	・逆流性食道炎になった。
排泄	排便				・便秘になって大変	・便器に座ると便座が割れる
	排尿		・横になるとトイレに行きたくなる	・尿意を感じて夜中に3回起きる	・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行		・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れがする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れがする	・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩く足がしびれる	・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い
	日常動作			・屈めず、足の爪を切ることができない ・筋起きると体重で手がしびれて色が変わっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸		・2~3年前から胸の変な感じがある ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動機あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグッと	・動機がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動機が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫		・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚		・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で毛が生えなくなる	・足の皮膚が痒くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選

択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要がある。そのことは、図表 61 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

3) 対象者の明確化

図表 62 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	248	23	30	87	108	257	15	25	96	121	
メタボ該当者	B	86	7	8	26	45	45	0	2	12	31	
	B/A	34.7%	30.4%	26.7%	29.9%	41.7%	17.5%	0.0%	8.0%	12.5%	25.6%	
再掲	① 3項目全て	C	29	1	1	9	18	16	0	0	7	9
		C/B	33.7%	14.3%	12.5%	34.6%	40.0%	35.6%	--	0.0%	58.3%	29.0%
	② 血糖＋血圧	D	20	0	3	8	9	14	0	1	1	12
		D/B	23.3%	0.0%	37.5%	30.8%	20.0%	31.1%	--	50.0%	8.3%	38.7%
	③ 血圧＋脂質	E	30	5	4	7	14	15	0	1	4	10
		E/B	34.9%	71.4%	50.0%	26.9%	31.1%	33.3%	--	50.0%	33.3%	32.3%
	④ 血糖＋脂質	F	7	1	0	2	4	0	0	0	0	0
		F/B	8.1%	14.3%	0.0%	7.7%	8.9%	0.0%	--	0.0%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 63 メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		人数	割合	あり	なし		あり		なし					
総数	248	86	34.7%	71	82.6%	15	17.4%	257	45	17.5%	40	88.9%	5	11.1%
40代	23	7	30.4%	4	57.1%	3	42.9%	15	0	0.0%	0	--	0	--
50代	30	8	26.7%	6	75.0%	2	25.0%	25	2	8.0%	2	100.0%	0	0.0%
60代	87	26	29.9%	21	80.8%	5	19.2%	96	12	12.5%	10	83.3%	2	16.7%
70～74歳	108	45	41.7%	40	88.9%	5	11.1%	121	31	25.6%	28	90.3%	3	9.7%

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別性別のメタボリックシンドローム該当者(図表 62)は、男性で受診者の3割を超えており、女性の2倍程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 63)は、男女とも8割以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。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) 対象者の選定基準の考え方

- ① 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。
- ④ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、管理します。

4)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きます。

図表 64 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかららないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。相良村においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施を検討します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①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)
- ②負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

※②・③については実施中

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

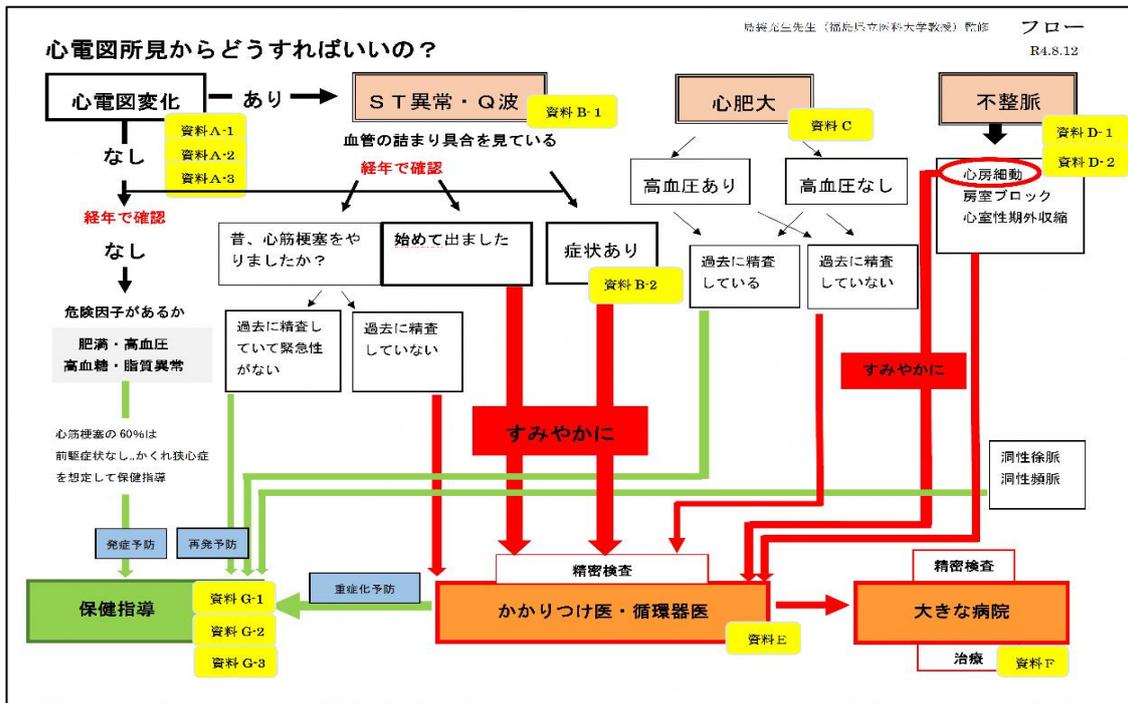
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

図表 65 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

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、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

相良村においては、心電図検査実を479人(94.5%)に実施し、そのうち有所見者が182人(38.0%)でした。所見の中でもST-T変化が41人(22.5%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表66)

また、有所見者のうち要精査が5人(2.7%)で、その後の受診状況を見ると1人(20%)は未受診でした。(図表67)。

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

図表 66 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査		所見内訳																	
				ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈									
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	479	94.5	182	38.0%	0	0.0%	41	22.5%	12	6.6%	17	9.3%	5	2.7%	27	14.8%	12	6.6%	24	13.2%
	男性	237	95.6	113	47.7%	0	0.0%	18	15.9%	6	5.3%	11	9.7%	4	3.5%	16	14.2%	12	10.6%	15	13.3%
	女性	242	94.2	87	36.0%	0	0.0%	23	26.4%	6	6.9%	6	6.9%	1	1.1%	11	12.6%	0	0.0%	9	10.3%

相良村調べ

図表 67 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	182		5	2.7%	4	80.0%	1	20.0%
男性	102	47.7%	4	3.9%	4	100.0%	0	0.0%
女性	80	38.0%	1	1.3%	0	0.0%	1	100.0%

相良村調べ

②心電図以外からの把握

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、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の60%は前駆症状ないため)積極的に保健指導を行う必要があります。

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

図表 68 心血管病をおこしやすいひと

--

図表 68 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタタイプについては、第 4 章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 62・63)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ^①(図表 69)

図表 69 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定				令和04年度				
動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標				(参考)動脈硬化性疾患予防ガイド ライン2022年版				
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)								
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果(LDL-C)				
				120-139	140-159	160-179	180以上	
				1,531	727	472	218	114
				47.5%	30.8%	14.2%	7.4%	
一次予防 まず生活習慣の改善 を行った後、薬物療法 の適応を考慮する ※4	低リスク	160未満 (190未満)	272 17.8%	152 20.9%	98 20.8%	18 8.3%	4 3.5%	
	中リスク	140未満 (170未満)	592 38.7%	264 36.3%	184 39.0%	101 46.3%	43 37.7%	
	高リスク ※3	120未満 (150未満)	656 42.8%	305 42.0%	186 39.4%	98 45.0%	67 58.8%	
		再掲 100未満 (130未満) ※1	44 2.9%	23 3.1%	12 2.6%	5 2.1%	4 3.9%	
二次予防 生活習慣の是正と共に 薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	11 0.7%	6 0.8%	4 0.8%	1 0.5%	0 0.0%	

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮
 ※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※3 糖尿病(服薬あり・健診結果で糖尿病型)、CKD(eGFR60未満、尿蛋白(±)以上)を考慮。
 ※4 ※1~3がない場合、動脈硬化性疾患の発症リスク(性別・収縮期血圧・糖代謝異常・LDL・HDL・喫煙)で判断

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

図表 70 心電図所見からの保健指導教材

心電図所見からの保健指導教材	
もくじ	
心電図所見からどうすればいいの？ フロー図	
資料A-1	休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです
資料A-2	私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞や心房細動を発症する前に
資料A-3	心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！
資料B-1	心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？
資料B-2	心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！！
資料C	左室肥大って？
資料D-1	不整脈・・・このくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの？
資料D-2	心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです
資料E	ST変化・異常Q波 所見がある方へ
資料F	精密検査を受けて治療が必要になった方へ
資料G-1	狭心症になった人から学びました
資料G-2	健診データの色がついているところに○をしてみましょう
資料G-3	心臓の血管を守るために、今できることは何だろう？
資料G-4	肥満(BMI25以上)になると心臓はどうなるの？

(2) 二次健診の実施

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

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 202 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用する。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

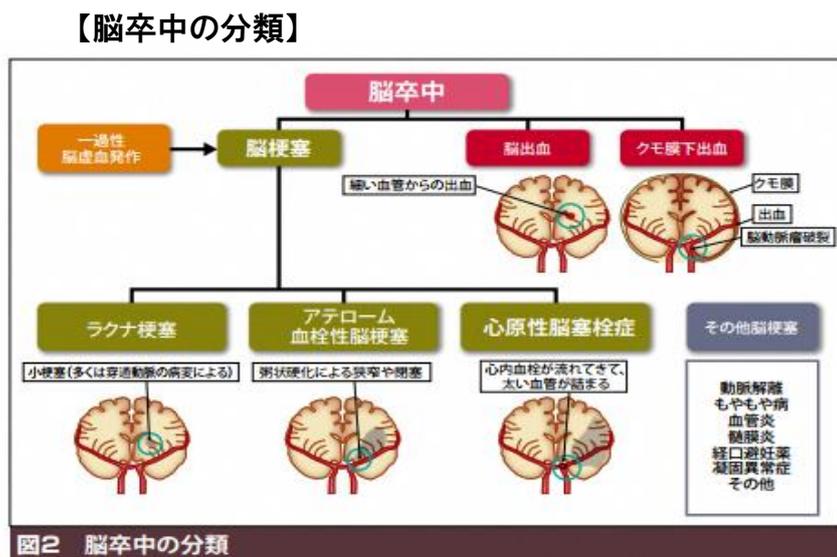
5 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 71・72)

図表 71 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 72 脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 72 でみると、高血圧治療者 422 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 41 人(9.7%・O)でした。図表 74・75 では脳血管疾患の詳細、脳梗塞を種類別にみえています。

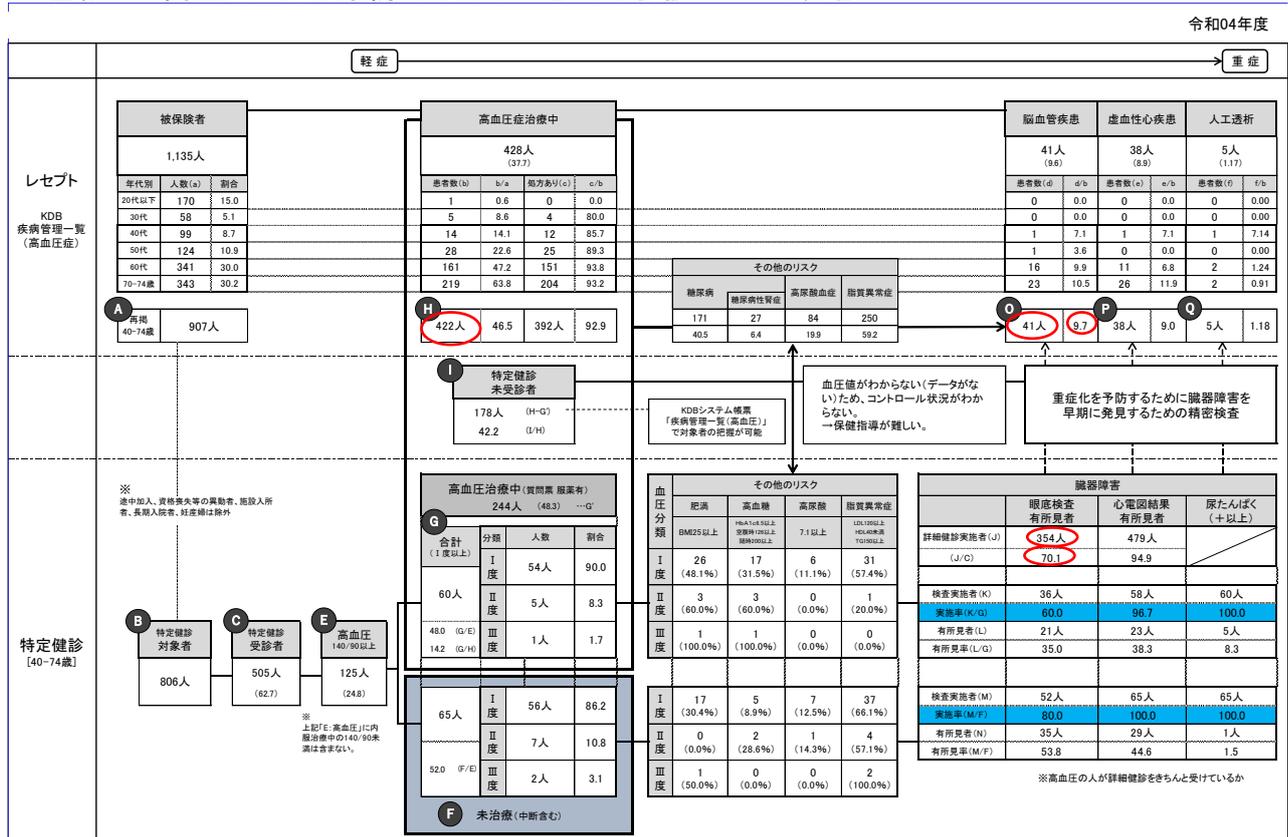
健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 15 人(3%)であり、そのうち 9 人(60%)は未治療者です。

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

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 6 人(2.5%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)は、354 人(70.1%)実施できている状況です。

図表 73 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典:ヘルスサポートラボソール

図表 74 脳血管疾患の詳細

		国保							
		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血			
	被保険者数	人数	割合		人数	割合	人数	割合	
相良村	1,114	9	0.81%	相良村	1	0.09%	相良村	1	0.09%

		後期							
		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血			
	被保険者数	人数	割合		人数	割合	人数	割合	
相良村	948	46	4.85%	相良村	5	0.53%	相良村	1	0.11%

図表 75 脳梗塞の種類でみる

		国保										
		脳梗塞人数		ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳塞栓		心原性脳梗塞				
	被保険者数	人数	割合		I638		I633		I634			
					人数	割合	人数	割合	人数	割合		
相良村	1,114	9	0.8%	相良村	4	44.4%	相良村	2	22.2%	相良村	0	0.0%

		後期高齢者										
		脳梗塞人数		ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳塞栓		心原性脳梗塞				
	被保険者数	人数	割合		I638		I633		I634			
					人数	割合	人数	割合	人数	割合		
相良村	948	46	4.9%	相良村	15	32.6%	相良村	14	30.4%	相良村	6	13.0%

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

図表 76 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
	132	67 50.8%	56 42.4%	7 5.3%	2 1.5%
リスク第1層 予後影響因子がない	9 6.8%	C 6 9.0%	B 3 5.4%	B 0 0.0%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	76 57.6%	C 39 58.2%	B 33 58.9%	A 3 42.9%	A 1 50.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	47 35.6%	B 22 32.8%	A 20 35.7%	A 4 57.1%	A 1 50.0%

高リスク

中等リスク

低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	29
		22.0%
B	概ね1ヵ月後に再評価	58
		43.9%
C	概ね3ヵ月後に再評価	45
		34.1%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 76 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3)心電図検査における心房細動の実態



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

図表 77 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 77 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	248	257	237	95.6%	242	94.2%	12	5.1%	0	0.0%	--	--
40代	23	15	22	95.7%	15	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	30	25	30	100.0%	25	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	87	96	84	96.6%	93	96.9%	3	3.6%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	108	121	101	93.5%	109	90.1%	9	8.9%	0	0.0%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 78 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
12	2	16.7%	10	83.3%

相良村調べ

心電図検査において 12 人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、詳細を見てみると年齢が高くなるにつれ増加していることが分かりました。また、心電図有所見者 12 人のうち 10 人は既に治療が開始されていましたが、2 人はまだ治療につながっていません。(図表 78)

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法

は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行います。その際はKDB等の情報を活用します。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

相良村は、令和4年度より相良村後期高齢者広域連合から、本村が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行ってまいります。

具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施してまいります。(ポピュレーションアプローチ)

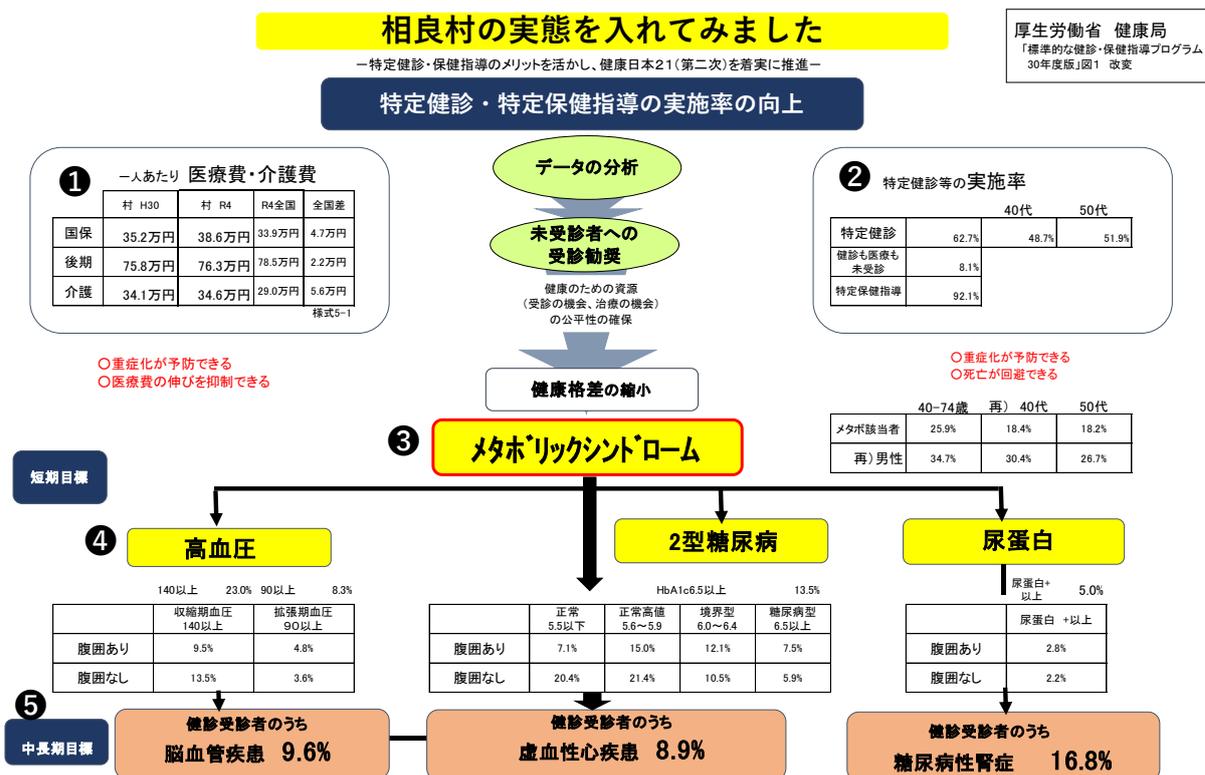
図表 80 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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

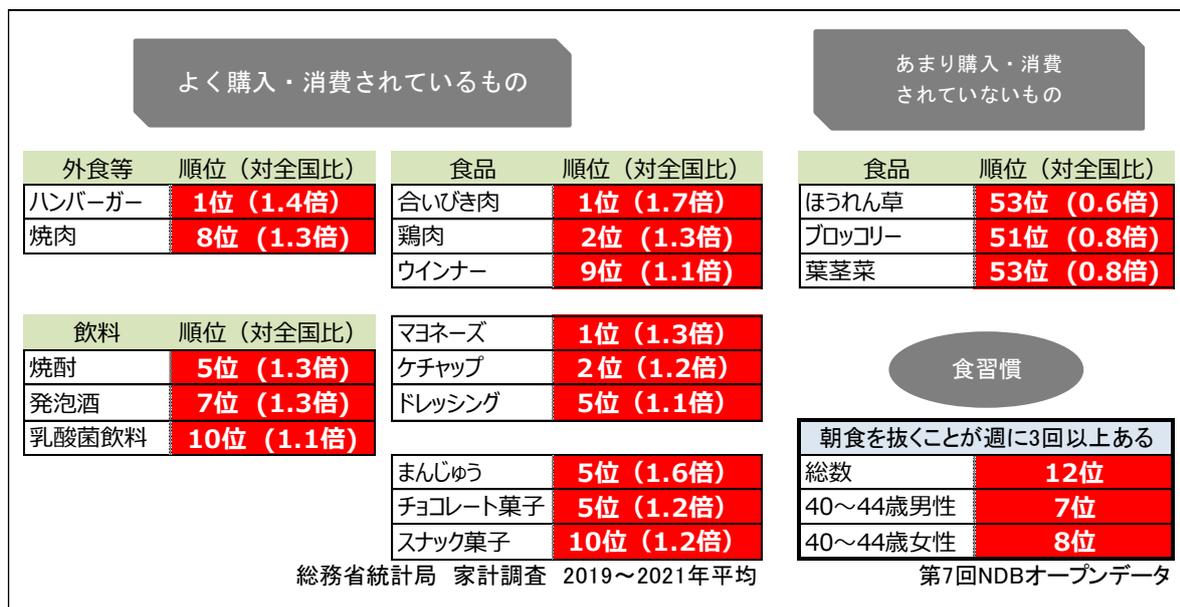
V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く村民へ周知していきます。(図表 81)

図表 81 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 82 統計からみえる熊本の食



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和11年度においては、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。

※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・介護のデータが収集されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・管理栄養士等が定期的に行います。

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6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、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、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、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する。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた相良村の位置

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相良村の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた相良村の位置

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		4,070		727,328		1,713,102		123,214,261								
		65歳以上(高齢化率)		1,754	43.1	301,058	41.4	540,538	31.6	35,335,805	28.7	KDB NO.5 人口の状況						
		75歳以上		949	23.3	--	--	282,460	16.5	18,248,742	14.8	KDB NO.3						
		65~74歳		805	19.8	--	--	258,078	15.1	17,087,063	13.9	健診・医療・介護デ ータからみる地域の健康 課題						
		40~64歳		1,263	31.0	--	--	543,167	31.7	41,545,893	33.7							
	39歳以下		1,053	25.9	--	--	629,397	36.7	46,332,563	37.6								
	② 産業構成		第1次産業		24.3		22.3		9.8		4.0							
			第2次産業		22.7		20.6		21.1		25.0							
			第3次産業		53.0		57.2		69.1		71.0							
	③ 平均寿命		男性		80.9		80.5		81.2		80.8							
		女性		87.4		87.0		87.5		87.0								
④ 平均自立期間 (要介護2以上)		男性		77.7		79.3		80.4		80.1								
		女性		83.0		84.2		85.0		84.4								
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比(SMR)		98.1		101.6		94.9		100								
				男性		102.1		99.9		94.5								
				女性														
		死因		がん		13	38.2	3,423	47.4	5,349	48.2	378,272	50.6					
				心臓病		11	32.4	2,064	28.6	3,242	29.2	205,485	27.5					
				脳疾患		9	26.5	1,188	16.4	1,547	13.9	102,900	13.8					
				糖尿病		0	0.0	138	1.9	202	1.8	13,896	1.9					
				腎不全		1	2.9	267	3.7	476	4.3	26,946	3.6					
			自殺		0	0.0	146	2.0	282	2.5	20,171	2.7						
	② 早世予防からみ た死亡 (65歳未満)		合計															
		男性								厚労省HP 人口動態調査								
		女性																
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		320		18.5		59,331		19.9								
				新規認定者		5		0.3		933		0.3						
				介護度別 総件数		要支援1.2		413		5.4		162,745		13.5				
						要介護1.2		3,073		40.2		568,999		47.1				
						要介護3以上		4,149		54.3		476,421		39.4				
			2号認定者		4		0.32		856		0.38		1,879		0.35			
	② 有病状況		糖尿病		70		20.2		13,461		21.6		25,945		23.1			
			高血圧症		207		63.0		33,454		54.3		65,761		58.7			
			脂質異常症		91		27.9		18,421		29.6		37,156		32.8			
			心臓病		229		69.7		37,325		60.8		73,556		65.7			
			脳疾患		89		25.9		13,424		22.1		25,387		22.8			
			がん		34		9.0		6,308		10.3		13,445		12.0			
			筋・骨格		194		58.9		33,542		54.6		66,287		59.2			
			精神		138		43.0		22,904		37.4		45,259		40.5			
	③ 介護給付費		一人当たり給付費/総給付費		346,955		608,558,748		323,222		97,308,660,154		310,858		168,030,405,720		290,668	
			1件当たり給付費(全体)		79,706				80,543				62,823		59,662			
		居宅サービス		46,589				42,864				42,088		41,272				
		施設サービス		303,816				288,059				303,857		296,364				
④ 医療費等		要介護認定別 医療費(40歳以上)		認定あり		8,706		9,108		9,463		8,610		4,020				
				認定なし		3,840		4,544		4,221		4,020						
4	① 国保の状況	被保険者数		987		54.2		195,140		383,407		27,488,882						
				65~74歳		535		28.1		174,230		45.4		11,129,271		40.5		
				40~64歳		277		17.7		90,687		23.7		7,271,596		26.5		
				39歳以下														
			加入率		24.3		27.1		22.4		22.3							
	② 医療の概況 (人口千対)		病院数		0		0.0		54		0.3		208		0.5			
			診療所数		3		3.0		703		3.6		1,473		3.8			
			病床数		0		0.0		4,267		21.9		32,745		85.4			
			医師数		4		4.1		641		3.3		5,415		14.1			
			外来患者数		849.2				653.6				768.9		687.8			
		入院患者数		25.9				22.9				26.2		17.7				
③ 医療費の 状況		一人当たり医療費		386,048		県内40位 同規模130位		367,527		407,772		339,680						
		受診率		875.071				676.49				795.102		705.439				
		外 来		費用の割合		57.6		55.1		54.5		60.4		健診・医療・介護デ ータからみる地域の健康 課題				
				件数の割合		97.0		96.6		96.7		97.5		KDB NO.3				
		入 院		費用の割合		42.4		44.9		45.5		39.6		KDB NO.1				
				件数の割合		3.0		3.4		3.3		2.5		地域全体像の把握				
		1件あたり在院日数		18.1日				16.2日				18.1日		15.7日				

項目	保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)				
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源獲得病名 (請割合む)	がん	47,344,430	25.3	32.8	27.3	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)	9,311,340	5.0	6.1	10.7	8.2							
	糖尿病	26,117,980	14.0	11.2	10.9	10.4							
	高血圧症	20,251,190	10.8	6.5	6.0	5.9							
	脂質異常症	9,525,770	5.1	3.4	3.3	4.1							
	脳梗塞・脳出血	6,841,490	3.6	4.0	3.6	3.9							
	狭心症・心筋梗塞	5,064,000	2.7	2.8	2.0	2.8							
	精神	28,935,670	15.5	14.6	18.6	14.7							
	筋・骨格	31,562,530	16.9	17.4	16.6	16.7							
	⑤ 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	入院	高血圧症	383	0.2	363	0.2	435		0.2	256	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分類)
糖尿病			2,216	1.4	1,389	0.8	2,168	1.2	1,144	0.9			
脂質異常症			--	--	76	0.0	117	0.1	53	0.0			
脳梗塞・脳出血			5,040	3.1	6,827	4.1	7,036	3.8	5,993	4.5			
虚血性心疾患			6,289	3.8	4,500	2.7	3,398	1.8	3,942	2.9			
腎不全		1,083	0.7	4,305	2.6	5,404	2.9	4,051	3.0				
外来		高血圧症	20,135	9.0	12,436	6.1	12,283	5.5	10,143	4.9			
		糖尿病	24,246	10.9	21,206	10.5	21,299	9.6	17,720	8.6			
		脂質異常症	9,651	4.3	6,646	3.3	6,890	3.1	7,092	3.5			
		脳梗塞・脳出血	1,892	0.9	934	0.5	625	0.3	825	0.4			
	虚血性心疾患	1,648	0.7	1,857	0.9	1,621	0.7	1,722	0.8				
腎不全	15,907	7.1	14,043	6.9	23,648	10.6	15,781	7.7					
⑥ 健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	5,099		2,915		2,450		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	10,005		13,340		13,484		13,295				
	生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	11,881		8,820		6,758		6,142				
		健診未受診者	23,314		40,357		37,197		40,210				
⑦ 健診・レセ突合	受診勧奨者	268	54.9	39,058	58.4	57,154	56.9	3,915,807	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握			
	医療機関受診率	医療機関受診率	227	46.5	34,864	52.1	51,648	51.4	3,574,378		52.0		
		医療機関非受診率	41	8.4	4,194	6.3	5,506	5.5	341,429		5.0		
	①	健診受診者	488		66,856		100,475		6,874,715				
②	受診率	64.6	県内4位 同規模36位	48.5	37.5	全国26位	37.6						
③	特定保健指導終了者(実施率)	40	71.4	3,969	47.4	5,840	48.7	200,147	24.6				
④	非肥満高血糖	52	10.7	6,428	9.6	8,927	8.9	620,920	9.0				
⑤ 特定健診の状況	メタボ	該当者	129	26.4	14,906	22.3	20,880	20.8	1,394,679	20.3	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		
		男性	85	35.0	10,473	32.5	14,573	32.4	974,740	32.0			
		女性	44	18.0	4,433	12.8	6,307	11.4	419,939	11.0			
		予備群	59	12.1	8,273	12.4	12,098	12.0	772,552	11.2			
		男性	42	17.3	5,896	18.3	8,301	18.5	545,269	17.9			
		女性	17	6.9	2,377	6.9	3,797	6.8	227,283	5.9			
⑥ 県内市町村数 47市町村 同規模市区町村数 274市町村	メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	205	42.0	25,611	38.3	36,552	36.4	2,402,739	35.0		
			男性	136	56.0	18,030	55.9	25,241	56.1	1,683,310	55.3		
			女性	69	28.2	7,581	21.9	11,311	20.4	719,429	18.8		
		BMI	総数	19	3.9	4,008	6.0	4,281	4.3	323,039	4.7		
			男性	5	2.1	756	2.3	630	1.4	51,832	1.7		
			女性	14	5.7	3,252	9.4	3,651	6.6	271,207	7.1		
		血糖のみ	3	0.6	459	0.7	723	0.7	43,981	0.6			
		血圧のみ	44	9.0	6,055	9.1	8,781	8.7	544,462	7.9			
		脂質のみ	12	2.5	1,759	2.6	2,594	2.6	184,109	2.7			
		血糖・血圧	33	6.8	2,454	3.7	3,635	3.6	205,051	3.0			
		血糖・脂質	7	1.4	742	1.1	1,025	1.0	70,941	1.0			
		血圧・脂質	44	9.0	6,666	10.0	9,436	9.4	664,823	9.7			
		血糖・血圧・脂質	45	9.2	5,044	7.5	6,784	6.8	453,864	6.6			
		⑦ 問診の状況	服薬	高血圧	239	49.0	26,304	39.4	38,125	38.0	2,447,012	35.6	KDB NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病	71	14.5	7,266	10.9	9,338	9.3	594,898	8.7	
				脂質異常症	133	27.3	18,471	27.6	26,978	26.9	1,914,768	27.9	
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	17	3.5	2,176	3.3	2,984	3.0	208,631	3.1	
		⑧ 既往歴	既往歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	33	6.8	3,890	6.0	5,608	5.6	367,800	5.5	
				腎不全	12	2.5	619	0.9	676	0.7	54,301	0.8	
貧血	36			7.4	5,725	8.8	10,824	11.0	706,690	10.7			
喫煙	84			17.2	10,990	16.4	13,664	13.6	948,511	13.8			
⑨ 生活習慣の状況	生活習慣の状況	週3回以上朝食を抜く	42	9.3	5,941	9.5	9,458	10.4	648,921	10.4	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～)	90	19.9	10,741	17.1	13,760	14.9	985,237	15.8			
		週3回以上就寝前夕食	90	19.9	10,741	17.1	13,760	14.9	985,237	15.8			
		食べる速度が遅い	136	30.1	17,501	27.9	25,375	27.4	1,672,149	26.8			
		20歳時体重から10kg以上増加	164	36.3	23,077	36.7	32,921	36.1	2,190,989	35.0			
		1回30分以上運動習慣なし	324	71.7	42,762	67.6	57,014	61.6	3,777,098	60.4			
		1日1時間以上運動なし	277	61.3	30,214	47.9	47,023	50.9	3,004,715	48.0			
		睡眠不足	100	22.1	15,295	24.4	22,887	24.7	1,599,845	25.6			
		毎日飲酒	170	34.8	16,868	26.4	25,915	26.3	1,671,390	25.5			
		時々飲酒	107	21.9	14,675	23.0	23,648	24.0	1,475,561	22.5			
		⑩ 一日飲酒量	一日飲酒量	1合未満	218	58.3	22,846	55.0	54,325	68.5		2,997,474	64.1
				1～2合	109	29.1	11,675	28.1	17,837	22.5		1,110,546	23.7
				2～3合	35	9.4	5,251	12.6	5,657	7.1		438,404	9.4
3合以上	12			3.2	1,775	4.3	1,462	1.8	130,123	2.8			

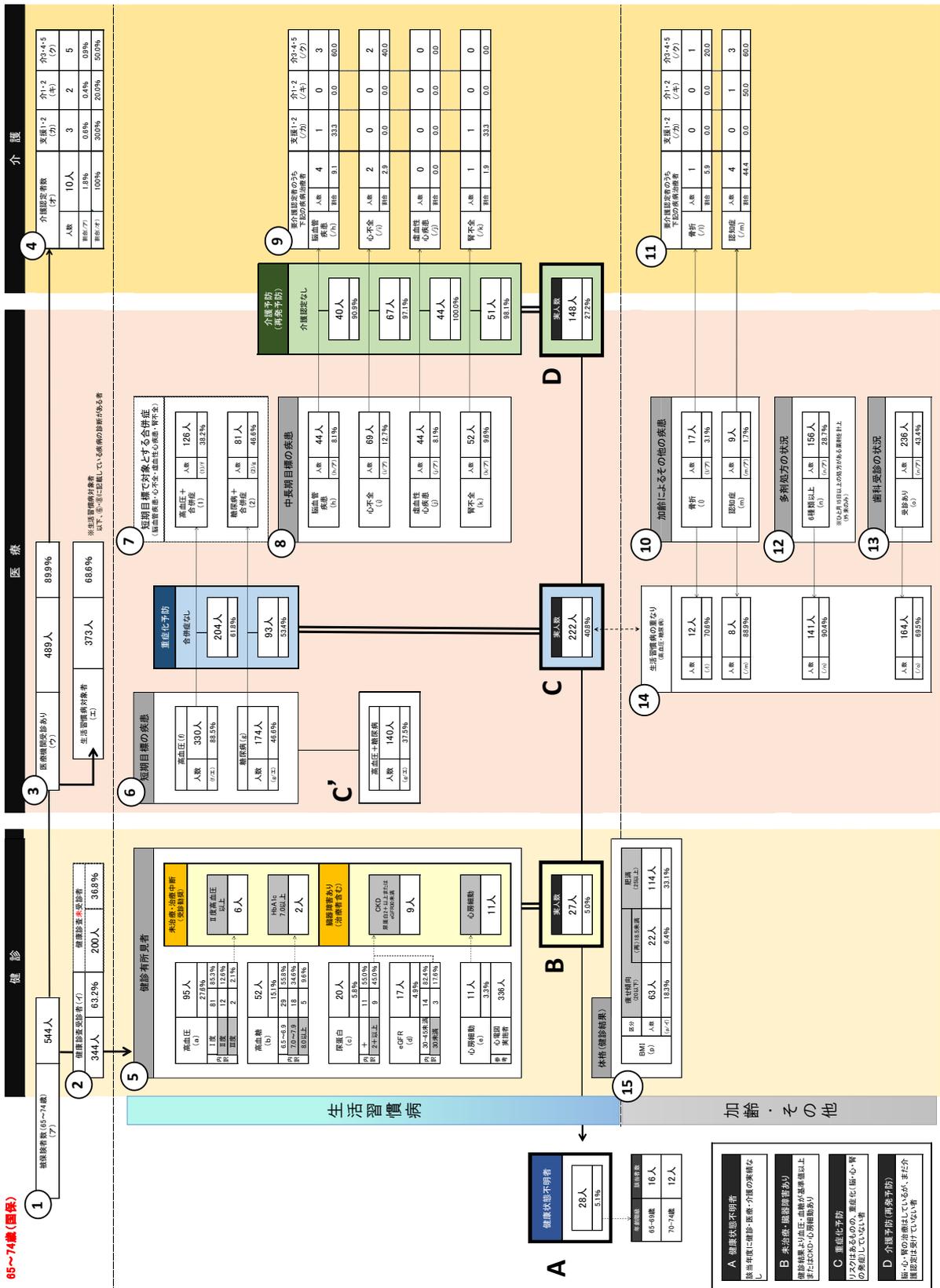
② 65～74歳(国保)

令和4年度

【KOB】厚生労働省様式1-1
【特定高齢者予備管理システム(FACG17)】

※参考：(KOB)介入支援対象者一覧(家族・重症化予防)
(KOB)介入支援対象者一覧(重症管理)

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



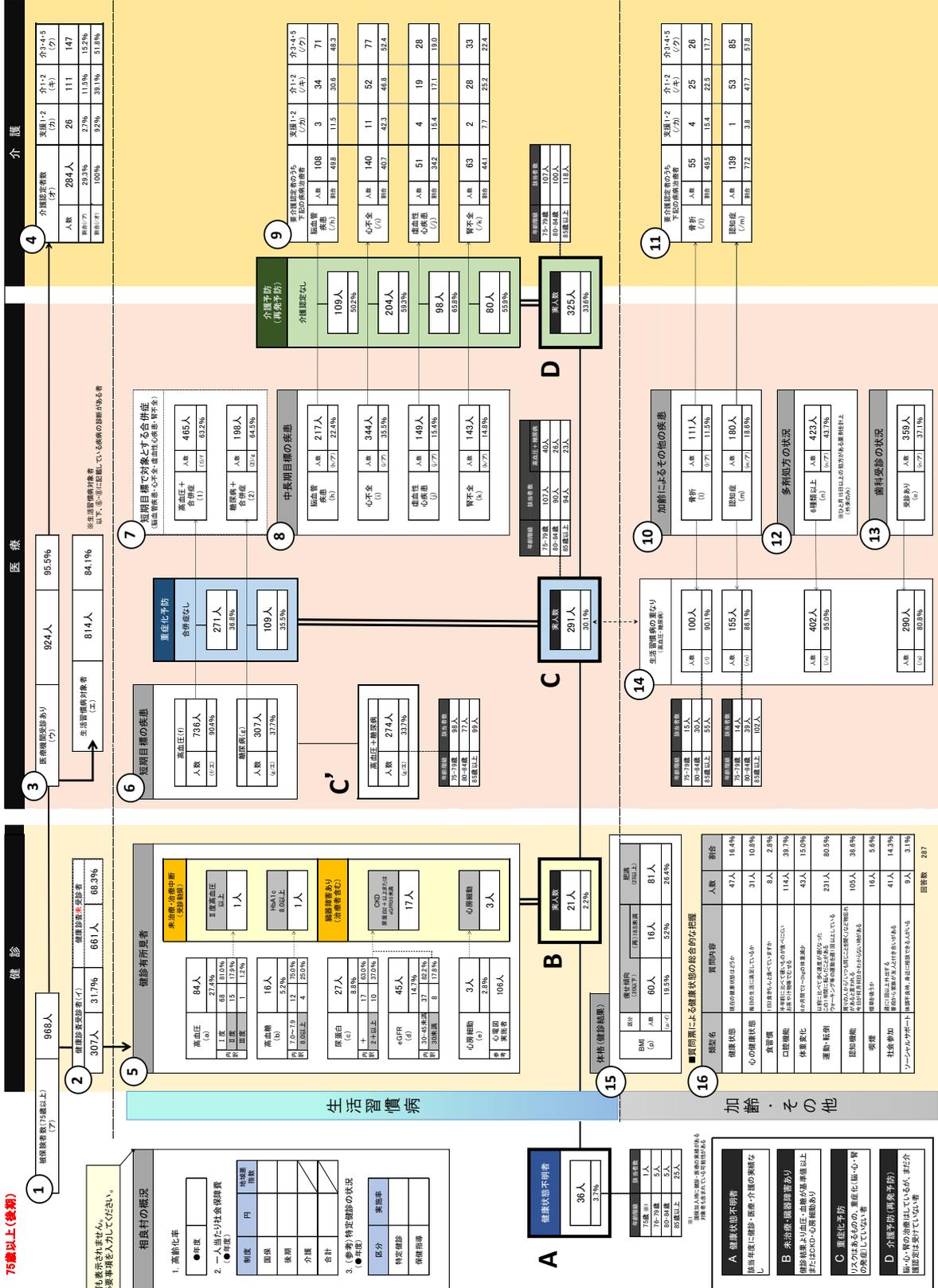
④ 75歳以上(後期)

令和4年度

【60】厚生労働省健康調査
【70】特定高齢者調査(75歳以上)【76】KAGI71

※生活習慣病対象者
※生活習慣病対象者
※生活習慣病対象者

参考: 【60】入居高齢者数
【70】入居高齢者数
【76】KAGI71

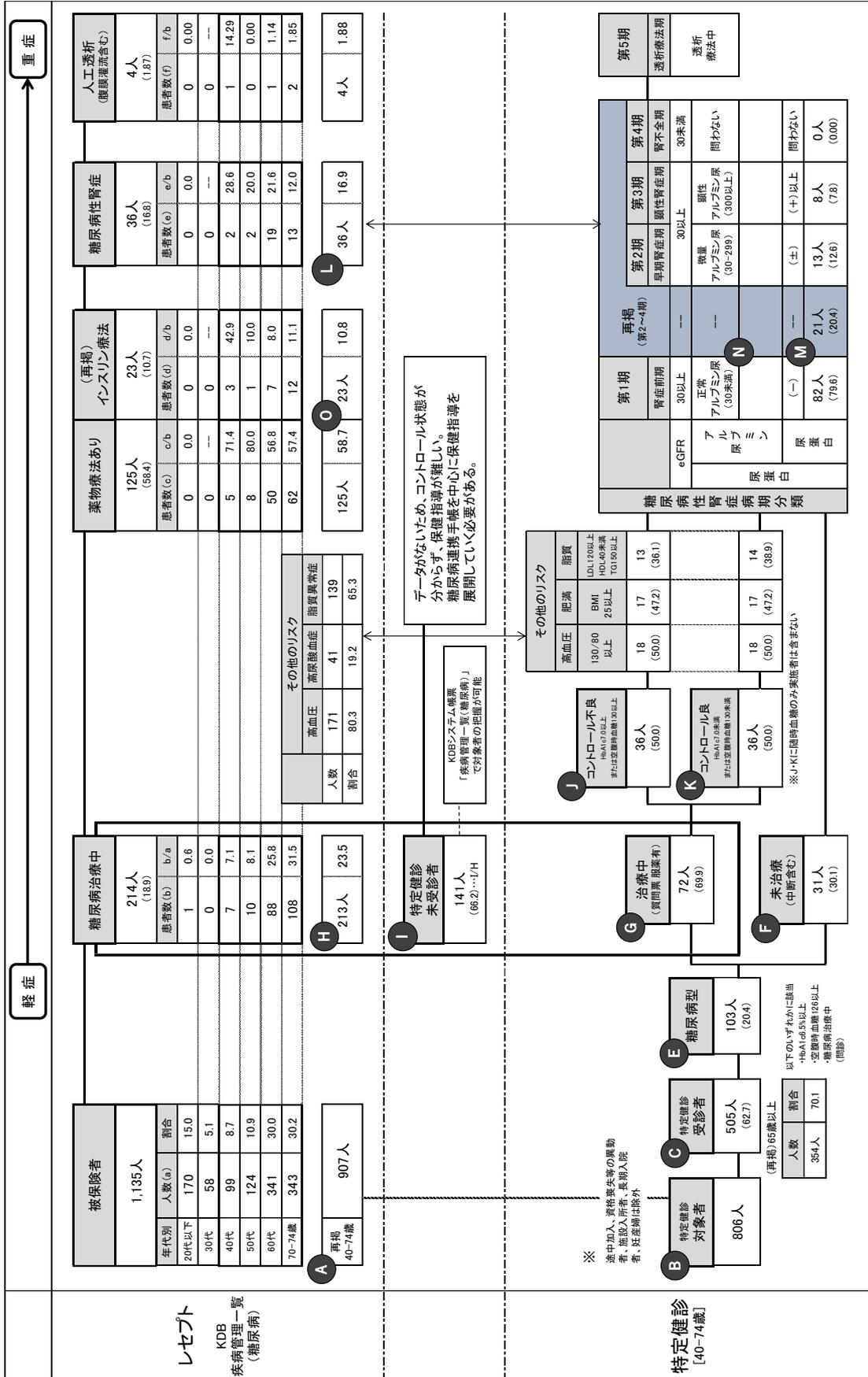


参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	相良村										同規模保険者(平均)		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1 ① 被保険者数	A	1,205人		1,172人		1,121人		1,138人		1,073人				
② (再掲)40-74歳		982人		976人		942人		950人		886人				
2 ① 対象者数	B	883人		856人		847人		812人		754人				
② 特定健診 受診者数	C	576人		568人		541人		538人		505人				
③ 受診率		65.2%		66.4%		63.9%		66.3%		67.0%				
3 ① 特定保健指導 対象者数		67人		73人		72人		62人		55人				
② 実施率		77.6%		93.2%		97.2%		90.3%		89.1%				
4 ① 健診データ	② 糖尿病型	E	107人	18.6%	106人	18.7%	105人	19.4%	95人	17.7%	103人	20.4%		
	③ 未治療・中断者(質問票返答なし)	F	28人	26.2%	25人	23.6%	28人	26.7%	25人	26.3%	31人	30.1%		
	④ 治療中(質問票返答あり)	G	79人	73.8%	81人	76.4%	77人	73.3%	70人	73.7%	72人	69.9%		
	⑤ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖120以上	J	37人	46.8%	43人	53.1%	36人	46.8%	34人	48.6%	36人	50.0%		
	⑥ 血圧 130/80以上	J	19人	51.4%	19人	44.2%	21人	58.3%	12人	35.3%	18人	50.0%		
	⑦ 肥満 BMI25以上	J	19人	51.4%	18人	41.9%	15人	41.7%	17人	50.0%	17人	47.2%		
	⑧ コントロール良 HbA1c6.9未満かつ空腹時血糖120未満	K	42人	53.2%	38人	46.9%	41人	53.2%	36人	51.4%	36人	50.0%		
	⑨ 第1期 尿蛋白(-)	M	82人	76.6%	82人	77.4%	83人	79.0%	72人	75.8%	82人	79.6%		
	⑩ 第2期 尿蛋白(±)	M	12人	11.2%	14人	13.2%	9人	8.6%	9人	9.5%	13人	12.6%		
	⑪ 第3期 尿蛋白(+)	M	12人	11.2%	10人	9.4%	12人	11.4%	14人	14.7%	8人	7.8%		
	⑫ 第4期 eGFR30未満	M	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	1.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
5 ① レセプト	② 糖尿病受診率(被保険者対)		181.7人		170.6人		168.6人		165.2人		163.1人			
	③ (再掲)40-74歳(被保険者対)		218.9人		203.9人		199.6人		197.9人		197.5人			
	④ レセプト件数(40-74歳) (1件1診療科目)		1,219件 (1263.2)		1,199件 (1287.9)		1,138件 (1217.1)		1,214件 (1367.1)		954件 (1174.9)		136,830件 (893.2)	
	⑤ 入院外(件数)		5件 (5.2)		6件 (6.4)		5件 (5.3)		5件 (5.6)		8件 (9.9)		658件 (4.3)	
	⑥ 糖尿病治療中	H	219人	18.2%	200人	17.1%	189人	16.9%	188人	16.5%	175人	16.3%		
	⑦ (再掲)40-74歳	H	215人	21.9%	199人	20.4%	188人	20.0%	188人	19.8%	175人	19.8%		
	⑧ 健診未受診者	I	136人	63.3%	120人	60.3%	111人	59.0%	118人	62.8%	103人	58.9%		
	⑨ インスリン治療	O	14人	6.4%	17人	8.5%	15人	7.9%	15人	8.0%	19人	10.9%		
	⑩ (再掲)40-74歳	O	14人	6.5%	17人	8.5%	15人	8.0%	15人	8.0%	19人	10.9%		
	⑪ 糖尿病性腎症	L	12人	5.5%	18人	9.0%	15人	7.9%	26人	13.8%	27人	15.4%		
	⑫ (再掲)40-74歳	L	12人	5.6%	18人	9.0%	15人	8.0%	26人	13.8%	27人	15.4%		
	⑬ 慢性人工透析患者数 (透析開始日から3ヵ月以内)		2人	0.9%	1人	0.5%	1人	0.5%	2人	1.1%	3人	1.7%		
	⑭ (再掲)40-74歳		2人	0.9%	1人	0.5%	1人	0.5%	2人	1.1%	3人	1.7%		
	⑮ 新規透析患者数		0	0%	1	0.08%	0	0%	2	0.17%	0	0%		
	⑯ (再掲)糖尿病性腎症		0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	0	0%		
⑰ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (透析開始日から3ヵ月以内)		6人	2.5%	6人	2.5%	6人	2.4%	8人	3.4%	8人	3.3%			
6 ① 医療費	② 総医療費		4億1332万円		4億4219万円		4億6472万円		4億4990万円		3億8103万円		2億6175万円	
	③ 生活習慣病総医療費		2億1949万円		2億0580万円		1億9450万円		2億1190万円		1億8712万円		1億4021万円	
	④ (総医療費に占める割合)		53.1%		46.5%		41.9%		47.1%		49.1%		53.6%	
	⑤ 生活習慣病 1人あたり 健診受診者		11,448円		9,163円		8,937円		11,660円		11,881円		8,820円	
	⑥ 健診未受診者 1人あたり		20,682円		20,950円		22,389円		22,478円		23,314円		40,357円	
	⑦ 糖尿病医療費		3183万円		3465万円		2936万円		3299万円		2612万円		1572万円	
	⑧ (生活習慣病総医療費に占める割合)		14.5%		16.8%		15.1%		15.6%		14.0%		11.2%	
	⑨ 糖尿病入院外総医療費		7676万円		1億1096万円		1億2628万円		9369万円		6917万円			
	⑩ 1件あたり		27,662円		42,079円		51,817円		37,417円		30,232円			
	⑪ 糖尿病入院総医療費		2577万円		3199万円		4910万円		5638万円		4124万円			
	⑫ 1件あたり		409,095円		499,866円		506,194円		751,693円		549,910円			
	⑬ 在院日数		11日		11日		12日		15日		16日			
	⑭ 慢性腎不全医療費		661万円		812万円		492万円		1435万円		1106万円		957万円	
	⑮ 透析有り		447万円		655万円		418万円		1276万円		931万円		862万円	
	⑯ 透析なし		215万円		156万円		74万円		159万円		175万円		96万円	
7 ① 介護	② 介護給付費		5億7887万円		5億9691万円		6億2233万円		6億4542万円		6億0856万円		3億5514万円	
③ (2号認定者)糖尿病合併症		1件	25.0%	1件	33.3%	1件	33.3%	0件	0.0%	0件	0.0%			
8 ① 死亡	② 糖尿病(死因別死亡数)		2人	2.6%	1人	1.3%	2人	2.6%	0人	0.0%	0人	0.0%	267人	1.0%

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

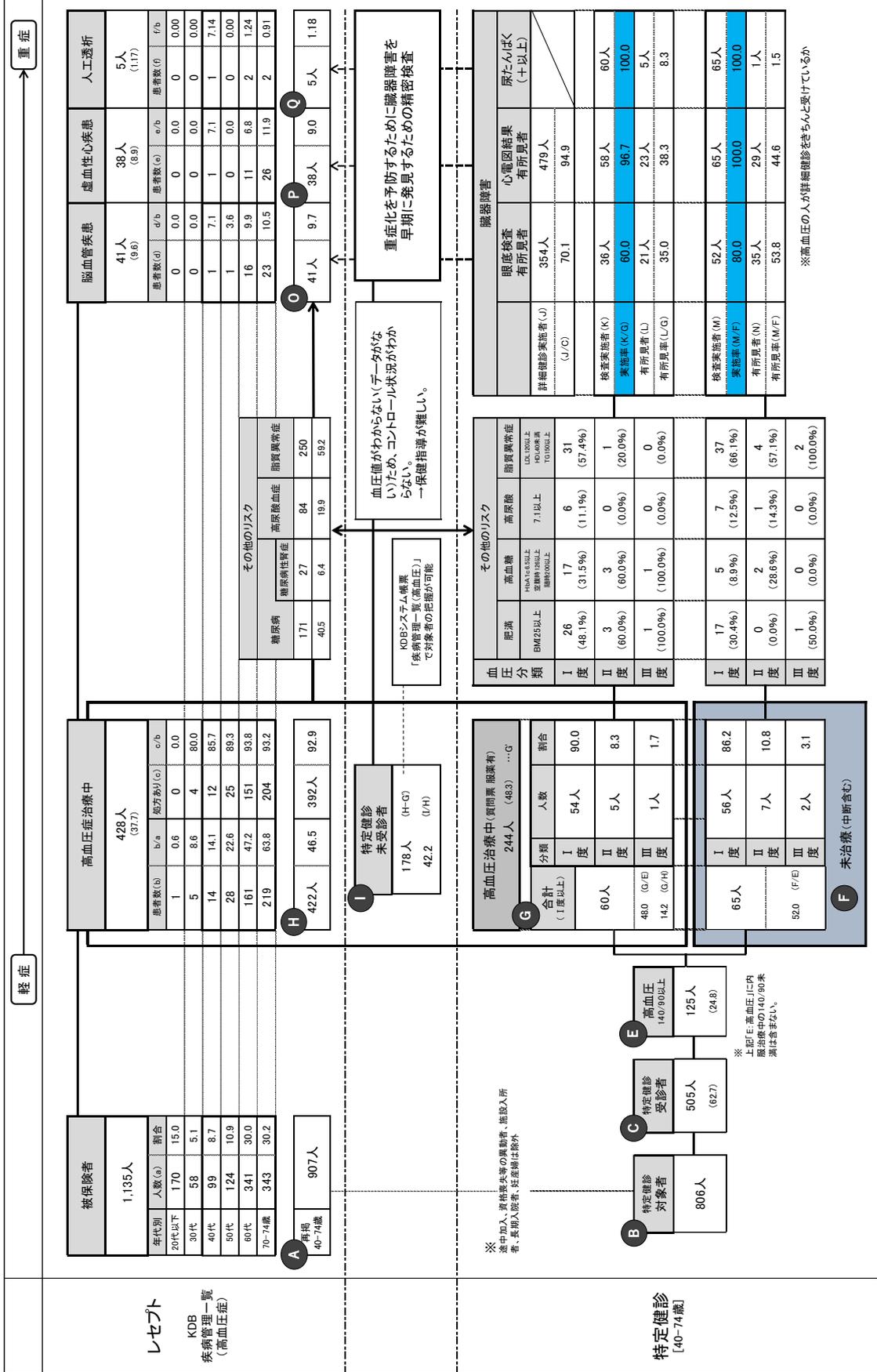
糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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

令和04年度

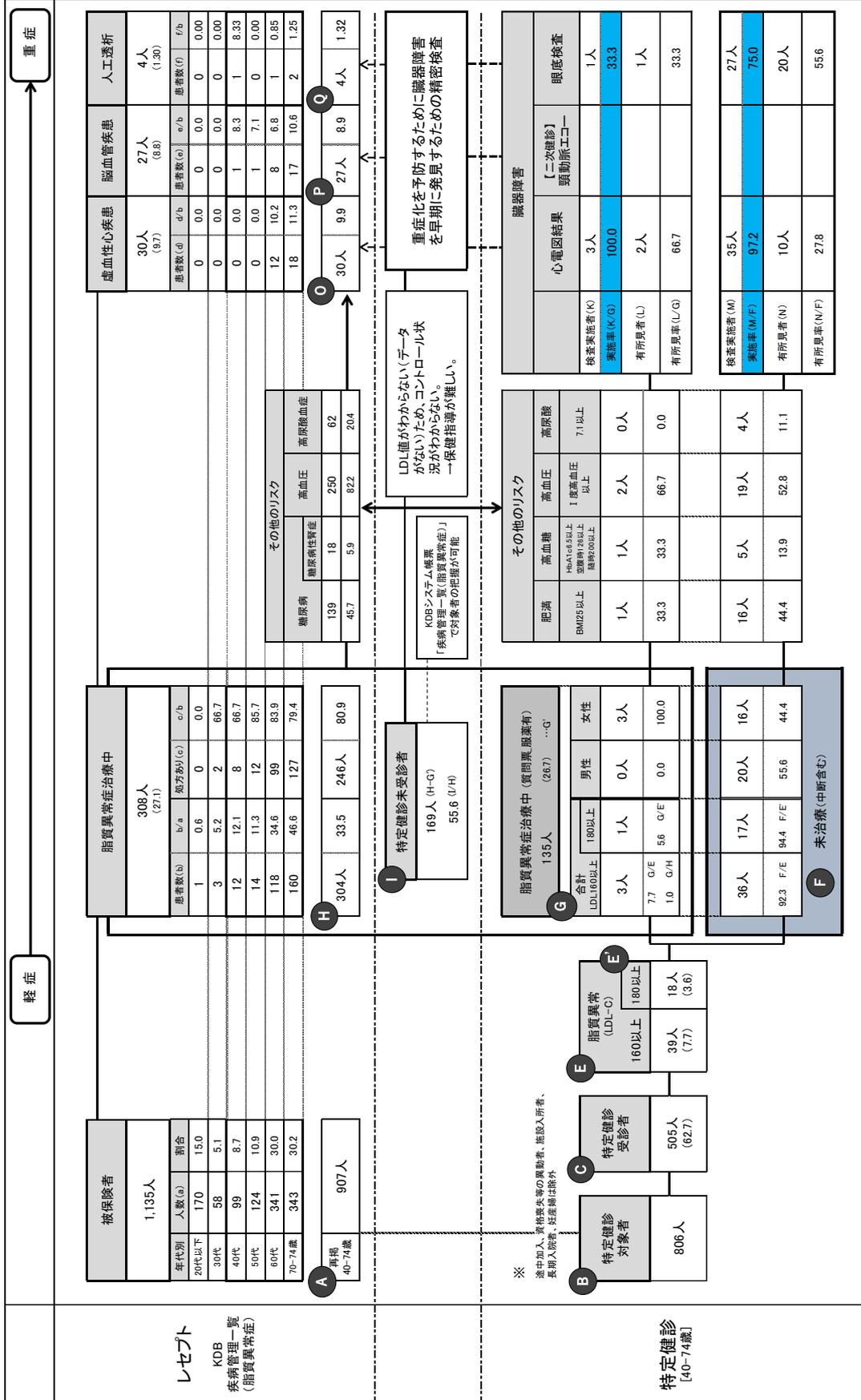
高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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

令和04年度

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



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

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	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
H29	601	172	28.6%	230	38.3%	133	22.1%	42	7.0%	20	3.3%	4	0.7%	13	2.2%	3	0.5%		
H30	574	189	32.9%	200	34.8%	114	19.9%	45	7.8%	20	3.5%	6	1.0%	13	2.3%	4	0.7%		
R01	567	184	32.5%	214	37.7%	106	18.7%	31	5.5%	25	4.4%	7	1.2%	19	3.4%	4	0.7%		
R02	541	161	29.8%	194	35.9%	114	21.1%	38	7.0%	25	4.6%	9	1.7%	19	3.5%	5	0.9%		
R03	538	144	26.8%	204	37.9%	127	23.6%	35	6.5%	19	3.5%	9	1.7%	18	3.3%	5	0.9%		
R04	505	139	27.5%	184	36.4%	114	22.6%	36	7.1%	26	5.1%	6	1.2%	16	3.2%	3	0.6%		

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		再掲率
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合	
H29	601	172 28.6%	230 38.3%	133 22.1%	66 11.0%	24 4.0%	42 7.0%	11.0%	4.0%	
H30	574	189 32.9%	200 34.8%	114 19.9%	71 12.4%	2 0.3%	48 8.4%	12.4%	4.5%	
R01	567	184 32.5%	214 37.7%	106 18.7%	63 11.1%	2 0.3%	43 7.6%	11.1%	5.6%	
R02	541	161 29.8%	194 35.9%	114 21.1%	72 13.3%	3 0.5%	50 9.3%	13.3%	6.3%	
R03	538	144 26.8%	204 37.9%	127 23.6%	63 11.7%	4 0.7%	42 7.8%	11.7%	5.2%	
R04	505	139 27.5%	184 36.4%	114 22.6%	68 13.5%	5 1.0%	46 9.1%	13.5%	6.3%	

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	89	14.8%	3	3.4%	13	14.6%	31	34.8%	25	28.1%	15	16.9%	2	2.2%	10	11.2%	2	2.2%
	H30	79	13.8%	3	3.8%	8	10.1%	20	25.3%	24	30.4%	19	24.1%	5	6.3%	11	13.9%	3	3.8%
	R01	81	14.3%	1	1.2%	13	16.0%	24	29.6%	13	16.0%	25	30.9%	5	6.2%	17	21.0%	3	3.7%
	R02	77	14.2%	5	6.5%	13	16.9%	9	11.7%	19	24.7%	23	29.9%	8	10.4%	18	23.4%	5	6.5%
	R03	70	13.0%	3	4.3%	10	14.3%	15	21.4%	18	25.7%	16	22.9%	8	11.4%	15	21.4%	5	7.1%
R04	72	14.3%	3	4.2%	7	9.7%	16	22.2%	19	26.4%	21	29.2%	6	8.3%	15	20.8%	3	4.2%	
治療なし	H29	512	85.2%	169	33.0%	217	42.4%	102	19.9%	17	3.3%	5	1.0%	2	0.4%	3	0.6%	1	0.2%
	H30	495	86.2%	186	37.6%	192	38.8%	94	19.0%	21	4.2%	1	0.2%	1	0.2%	2	0.4%	1	0.2%
	R01	486	85.7%	183	37.7%	201	41.4%	82	16.9%	18	3.7%	0	0.0%	2	0.4%	2	0.4%	1	0.2%
	R02	464	85.8%	156	33.6%	181	39.0%	105	22.6%	19	4.1%	2	0.4%	1	0.2%	1	0.2%	0	0.0%
	R03	468	87.0%	141	30.1%	194	41.5%	112	23.9%	17	3.6%	3	0.6%	1	0.2%	3	0.6%	0	0.0%
R04	433	85.7%	136	31.4%	177	40.9%	98	22.6%	17	3.9%	5	1.2%	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%	

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	603	165	27.4%	131	21.7%	175	29.0%	119	19.7%	12	2.0%	1	0.2%
H30	576	178	30.9%	103	17.9%	166	28.8%	121	21.0%	5	0.9%	3	0.5%
R01	568	159	28.0%	126	22.2%	163	28.7%	107	18.8%	12	2.1%	1	0.2%
R02	541	137	25.3%	119	22.0%	151	27.9%	116	21.4%	16	3.0%	2	0.4%
R03	538	166	30.9%	127	23.6%	135	25.1%	100	18.6%	8	1.5%	2	0.4%
R04	505	114	22.6%	118	23.4%	148	29.3%	110	21.8%	12	2.4%	3	0.6%

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

重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I度 高血圧	II度高血圧以上			再掲	割合
					再)III度高血圧	再掲			
						未治療	治療		
H29	603	296 49.1%	175 29.0%	119 19.7%	13 2.2%	5 38.5%	8 61.5%	0.2%	2.2%
H30	576	281 48.8%	166 28.8%	121 21.0%	8 1.4%	4 50.0%	4 50.0%	0.5%	1.4%
R01	568	285 50.2%	163 28.7%	107 18.8%	13 2.3%	8 61.5%	5 38.5%	0.2%	2.3%
R02	541	256 47.3%	151 27.9%	116 21.4%	18 3.3%	14 77.8%	4 22.2%	0.4%	3.3%
R03	538	293 54.5%	135 25.1%	100 18.6%	10 1.9%	4 40.0%	6 60.0%	0.4%	1.9%
R04	505	232 45.9%	148 29.3%	110 21.8%	15 3.0%	9 60.0%	6 40.0%	0.6%	3.0%

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	271	44.9%	61	22.5%	60	22.1%	82	30.3%	60	22.1%	7	2.6%	1	0.4%
	H30	249	43.2%	65	26.1%	50	20.1%	73	29.3%	57	22.9%	3	1.2%	1	0.4%
	R01	257	45.2%	58	22.6%	53	20.6%	85	33.1%	56	21.8%	4	1.6%	1	0.4%
	R02	245	45.3%	52	21.2%	53	21.6%	76	31.0%	60	24.5%	4	1.6%	0	0.0%
	R03	252	46.8%	59	23.4%	64	25.4%	67	26.6%	56	22.2%	5	2.0%	1	0.4%
R04	244	48.3%	44	18.0%	59	24.2%	81	33.2%	54	22.1%	5	2.0%	1	0.4%	
治療なし	H29	332	55.1%	104	31.3%	71	21.4%	93	28.0%	59	17.8%	5	1.5%	0	0.0%
	H30	327	56.8%	113	34.6%	53	16.2%	93	28.4%	64	19.6%	2	0.6%	2	0.6%
	R01	311	54.8%	101	32.5%	73	23.5%	78	25.1%	51	16.4%	8	2.6%	0	0.0%
	R02	296	54.7%	85	28.7%	66	22.3%	75	25.3%	56	18.9%	12	4.1%	2	0.7%
	R03	286	53.2%	107	37.4%	63	22.0%	68	23.8%	44	15.4%	3	1.0%	1	0.3%
R04	261	51.7%	70	26.8%	59	22.6%	67	25.7%	56	21.5%	7	2.7%	2	0.8%	

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	B/A	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H29	603	303	50.2%	150	24.9%	87	14.4%	44	7.3%	19	3.2%
	H30	576	285	49.5%	146	25.3%	87	15.1%	46	8.0%	12	2.1%
	R01	568	270	47.5%	153	26.9%	78	13.7%	43	7.6%	24	4.2%
	R02	541	265	49.0%	139	25.7%	83	15.3%	40	7.4%	14	2.6%
	R03	538	295	54.8%	122	22.7%	75	13.9%	33	6.1%	13	2.4%
	R04	505	268	53.1%	130	25.7%	68	13.5%	21	4.2%	18	3.6%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	603	303 50.2%	150 24.9%	87 14.4%	63	54	9	10.4%	10.4%
					19 3.2%	15 78.9%	4 21.1%		
H30	576	285 49.5%	146 25.3%	87 15.1%	58	53	5	10.1%	10.1%
					12 2.1%	11 91.7%	1 8.3%		
R01	568	270 47.5%	153 26.9%	78 13.7%	67	62	5	11.8%	11.8%
					24 4.2%	22 91.7%	2 8.3%		
R02	541	265 49.0%	139 25.7%	83 15.3%	54	50	4	10.0%	10.0%
					14 2.6%	13 92.9%	1 7.1%		
R03	538	295 54.8%	122 22.7%	75 13.9%	46	44	2	8.6%	8.6%
					13 2.4%	13 100.0%	0 0.0%		
R04	505	268 53.1%	130 25.7%	68 13.5%	39	36	3	7.7%	7.7%
					18 3.6%	17 94.4%	1 5.6%		

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	B/A	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	145	24.0%	98	67.6%	31	21.4%	7	4.8%	5	3.4%	4	2.8%
	H30	133	23.1%	86	64.7%	30	22.6%	12	9.0%	4	3.0%	1	0.8%
	R01	144	25.4%	97	67.4%	32	22.2%	10	6.9%	3	2.1%	2	1.4%
	R02	138	25.5%	89	64.5%	37	26.8%	8	5.8%	3	2.2%	1	0.7%
	R03	147	27.3%	104	70.7%	31	21.1%	10	6.8%	2	1.4%	0	0.0%
	R04	135	26.7%	99	73.3%	27	20.0%	6	4.4%	2	1.5%	1	0.7%
治療なし	H29	458	76.0%	205	44.8%	119	26.0%	80	17.5%	39	8.5%	15	3.3%
	H30	443	76.9%	199	44.9%	116	26.2%	75	16.9%	42	9.5%	11	2.5%
	R01	424	74.6%	173	40.8%	121	28.5%	68	16.0%	40	9.4%	22	5.2%
	R02	403	74.5%	176	43.7%	102	25.3%	75	18.6%	37	9.2%	13	3.2%
	R03	391	72.7%	191	48.8%	91	23.3%	65	16.6%	31	7.9%	13	3.3%
	R04	370	73.3%	169	45.7%	103	27.8%	62	16.8%	19	5.1%	17	4.6%