

小国町国民健康保険 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



小国町国民健康保険

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)34

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. 個人情報の保護
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41

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68

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69

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料70

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高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)

本町では、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。

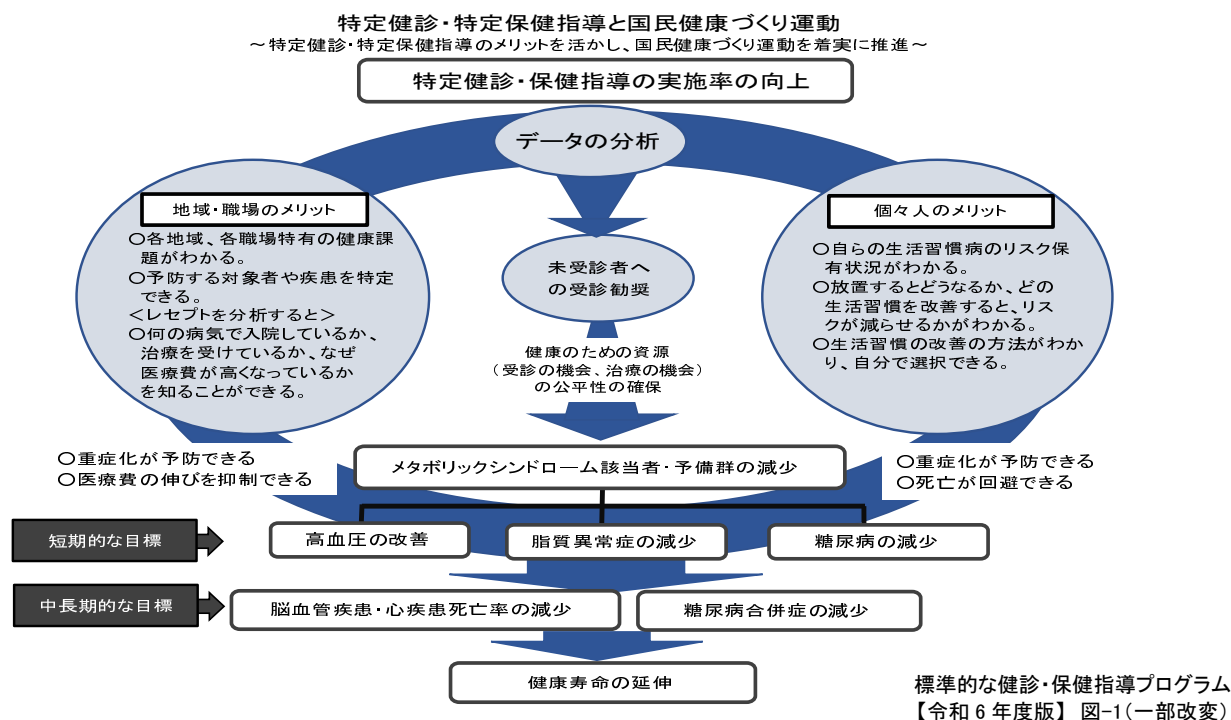
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

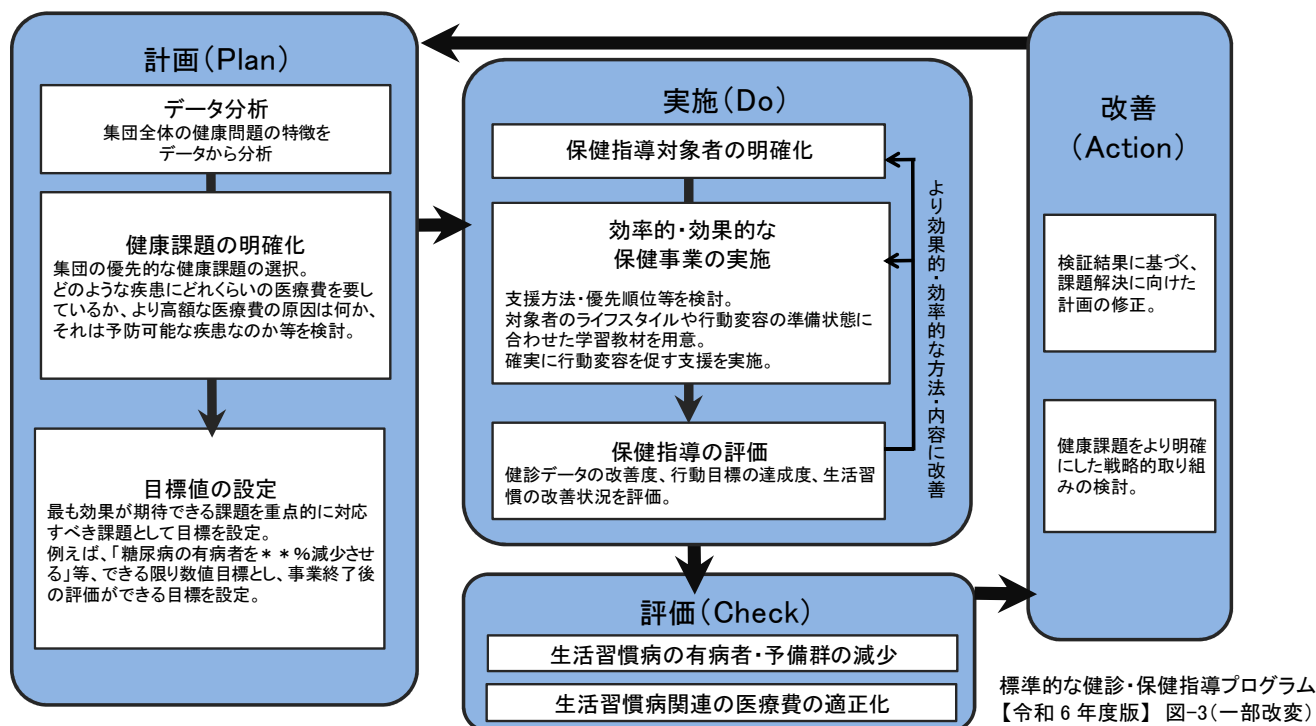
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法）、介護保険法、学校保健法					
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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、育壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣等の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりに配慮	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・骨髄経路、 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 HbA1c80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 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に 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



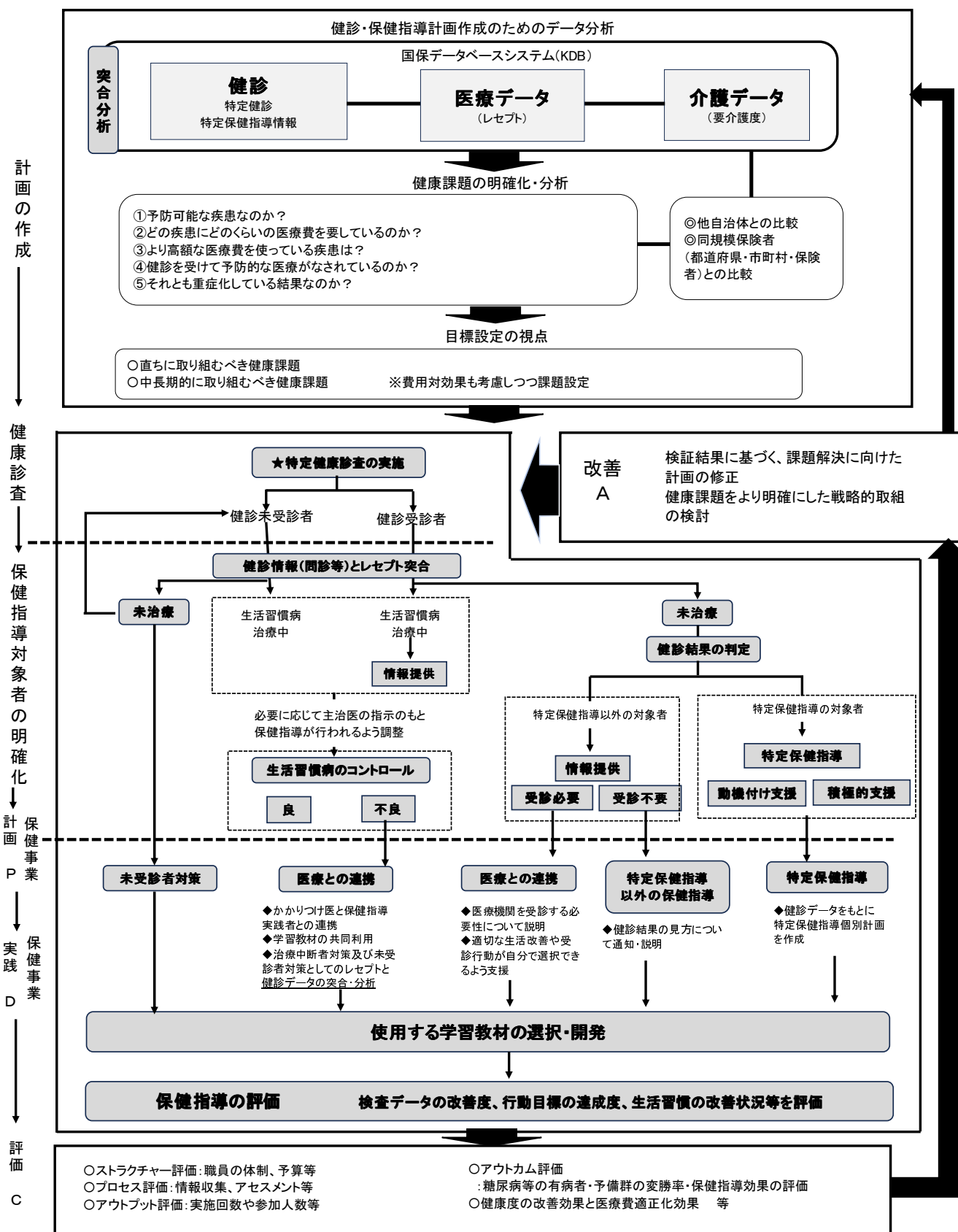
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム[R6年度版]、厚生労働省様式5-5参考

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

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

老人保健法		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	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げる保健指導を行う	
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 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導	
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数	アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少		
実施主体	市町村	医療保険者		

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

データヘルス計画の期間については、国指針第5の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画(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、小国町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

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・7）

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

2) 関係機関との連携

＜参考＞手引きより抜粋

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

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

また、都道府県は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る。

さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、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ある。

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連携に努める。

市町村国保は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、市町村国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、保険者間で連携して保健事業を展開したりすることに努める。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。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8)

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする(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 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			小国町	配点	小国町	配点	小国町	配点
交付額(万円)								
全国順位(1,741市町村中)			202位		249位		536位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	95	70	70	70	70	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	38	40	68	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	75	90	45	45	55	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	130	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	0	100	10	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	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	34	40	31	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	80	95	74	100	50	100
合計点			697	1,000	678	960	610	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

本町は、人口約 6,500 人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 42.2%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢は 55 歳と同規模と同程度です。出生率はやや高いものの財政指数は国、県、同規模よりも低い町となっています。産業においては、第 3 次産業が 66.1%と同規模と比較しても高く、サービス業の割合が多く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表 9)

令和4年度の国保加入率は 29.7%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 49%を占めています。(図表 10)

また町内には病院が 1 か所、診療所が 2 か所あり、病院数は同規模と比較しても多く、病床数も多い一方で診療所数は少ないことから、外来患者数は同規模より少なく、入院患者数は同規模と比較して高い傾向にあります。(図表 11)

図表 9 同規模・県・国と比較した小国町の特性

	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
小国町	6,580	42.2	1,955 (29.7)	55.0	5.9	14.4	0.3	18.2	15.7	66.1
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
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、小国町と同規模保険者(240市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	2,356		2,265		2,103		2,040		1,955	
65～74歳	989	42.0	995	43.9	996	47.4	998	48.9	957	49.0
40～64歳	823	34.9	738	32.6	662	31.5	629	30.8	582	29.8
39歳以下	544	23.1	532	23.5	445	21.2	413	20.2	416	21.3
加入率	32.8		31.5		29.3		28.4		29.7	

出典：KDBシステム_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
病院数	1	0.4	1	0.4	1	0.5	1	0.5	1	0.5	0.4	0.5
診療所数	3	1.3	3	1.3	3	1.4	3	1.5	2	1.0	2.7	3.8
病床数	75	31.8	75	33.1	75	35.7	73	35.8	73	37.3	37.4	85.4
医師数	9	3.8	9	4.0	8	3.8	8	3.9	10	5.1	4.2	14.1
外来患者数	638.2		633.1		606.0		645.8		647.9		692.2	768.9
入院患者数	23.6		21.4		27.2		25.9		26.0		22.7	26.2

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

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

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で3人(認定率0.15%)、1号(65歳以上)被保険者で524人(認定率18.9%)と同規模・県・国と比較すると低く、H30年度と比べても減少しています。(図表12)

また、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行した後も、75歳以上の認定者数は減少しており、介護給付費は、横ばいで推移しています。(図表13)

更に、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、65～74歳で脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者の全て、第1号被保険者でも約4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いえます。(図表14)

図表12 要介護認定者(率)の状況

		小国町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率		2,726人 37.9%	2,775人 42.2%	39.4%	31.6%	28.7%
2号認定者		8人 0.33%	3人 0.15%	0.39%	0.35%	0.38%
	新規認定者	1人	0人	--	--	--
1号認定者		605人 22.2%	524人 18.9%	19.4%	20.2%	19.4%
	新規認定者	63人	60人	--	--	--
再掲	65～74歳	39人 3.3%	25人 2.0%	--	--	--
	新規認定者	8人	9人	--	--	--
	75歳以上	566人 36.5%	499人 33.3%	--	--	--
	新規認定者	55人	51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 13 介護給付費の変化

	小国町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	9億8204万円	9億3805万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	360,248	338,035	314,188	310,858	290,668
1件あたり給付費(円)全体	75,419	71,383	74,986	62,823	59,662
居宅サービス	51,326	51,439	43,722	42,088	41,272
施設サービス	269,032	290,140	289,312	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 14 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)			3		25		499		524		527		
再)国保・後期			2		22		458		480		482		
（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器疾患	1	脳卒中	2 100.0%	脳卒中	13 59.1%	虚血性心疾患	196 42.8%	脳卒中	203 42.3%	脳卒中	205 42.5%	
		2	虚血性心疾患	0 0.0%	虚血性心疾患	6 27.3%	脳卒中	190 41.5%	虚血性心疾患	202 42.1%	虚血性心疾患	202 41.9%	
		3	腎不全	0 0.0%	腎不全	3 13.6%	腎不全	108 23.6%	腎不全	111 23.1%	腎不全	111 23.0%	
	合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	2 9.1%	糖尿病合併症	45 9.8%	糖尿病合併症	47 9.8%	糖尿病合併症	47 9.8%	
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		2 100.0%	基礎疾患	20 90.9%	基礎疾患	436 95.2%	基礎疾患	456 95.0%	基礎疾患	458 95.0%	
	血管疾患合計		2 100.0%	合計	21 95.5%	合計	439 95.9%	合計	460 95.8%	合計	462 95.9%		
	認知症		認知症	0 0.0%	認知症	3 13.6%	認知症	197 43.0%	認知症	200 41.7%	認知症	200 41.5%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	2 100.0%	筋骨格系	21 95.5%	筋骨格系	448 97.8%	筋骨格系	469 97.7%	筋骨格系	471 97.7%	

出典: ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少しているにもかかわらず総医療費は増加しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約3万円高く、H30 年度と比較しても7万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3%程度にもかかわらず、医療費全体の約 48%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9万円も高くなっています。(図表 15)

年齢調整をした地域差指数でみても、全国平均の 1 を大きく超えており、特に入院の地域差指数

がH30 年度よりも伸びています。

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。(図表 16)

図表 15 医療費の推移

		小国町		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)		2,356人	1,955人	--	--	--
	前期高齢者割合	989人 (42.0%)	957人 (49.0%)	--	--	--
総医療費		7億8250万円	8億0318万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		332,131 県内38位 同規模153位	410,835 県内27位 同規模73位	376,732	407,772	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	516,960	607,410	588,690	574,060	617,950
	費用の割合	45.3	48.2	43.7	45.5	39.6
	件数の割合	3.6	3.9	3.2	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	23,040	26,180	24,870	23,430	24,220
	費用の割合	54.7	51.8	56.3	54.5	60.4
	件数の割合	96.4	96.1	96.8	96.7	97.5
受診率		661.809	673.904	714.851	795.102	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は小国町と同規模保険者240市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		小国町 (県内市町村中)		県 (47県中)	小国町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	0.996	1.020	1.139	0.986	1.033	1.130
		(38位)	(42位)	(9位)	(34位)	(31位)	(7位)
	入院	1.136	1.240	1.309	1.138	1.183	1.277
		(33位)	(26位)	(8位)	(31位)	(28位)	(6位)
	外来	0.924	0.877	1.036	0.849	0.872	0.982
		(39位)	(44位)	(12位)	(40位)	(34位)	(22位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・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 年度と比較すると増加しており、中でも慢性腎不全(透析有)が、同規模、国より高くなっています。(図表 17)

次に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虚血性心疾患が、

患者数及び割合と減少していますが、脳血管疾患・人工透析の割合については、増加していました。
(図表 18)

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

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			小国町		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)			7億8250万円	8億0318万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			5152万円	6081万円	--	--	--
			6.58348754	7.57%	7.67%	8.69%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.15%	0.94%	2.06%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.76%	1.32%	1.47%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.63%	5.17%	3.83%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.04%	0.14%	0.32%	0.26%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		12.25%	19.25%	16.76%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		8.42%	10.44%	9.27%	8.56%	8.68%
	精神疾患		7.17%	6.45%	7.98%	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。

図表 18 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	2,356	1,955	a	139	124	148	112	8	10	
				a/A	5.9%	6.3%	6.3%	5.7%	0.3%	0.5%	
40歳以上		B	1,812	1,539	b	135	121	148	111	7	10
		B/A	76.9%	78.7%	b/B	7.5%	7.9%	8.2%	7.2%	0.4%	0.6%
再掲	40～64歳	C	823	582	c	44	33	36	23	2	4
		C/A	34.9%	29.8%	c/C	5.3%	5.7%	4.4%	4.0%	0.2%	0.7%
	65～74歳	D	989	957	d	91	88	112	88	5	6
		D/A	42.0%	49.0%	d/D	9.2%	9.2%	11.3%	9.2%	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、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えています。一方で、合併症(重症化)でもある人工透析は患者数も割合も増えています。(図表 19.20.21)

本町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実施していますが、若い世代に重症化している実態がみられたことは大きな課題です。

図表 19 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		729	688	217	151	512	537
	A/被保数		40.2%	44.7%	26.4%	25.9%	51.8%	56.1%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	67	61	22	16	45	45
		B/A	9.2%	8.9%	10.1%	10.6%	8.8%	8.4%
	虚血性心疾患	C	110	81	26	15	84	66
		C/A	15.1%	11.8%	12.0%	9.9%	16.4%	12.3%
	人工透析	D	7	10	2	4	5	6
		D/A	1.0%	1.5%	0.9%	2.6%	1.0%	1.1%

出典: KDBシステム_疾病管理一覧(高血圧症)

地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 20 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		349	349	110	78	239	271
	A/被保数		19.3%	22.7%	13.4%	13.4%	24.2%	28.3%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	41	30	10	8	31	22
		B/A	11.7%	8.6%	9.1%	10.3%	13.0%	8.1%
	虚血性心疾患	C	63	54	14	12	49	42
		C/A	18.1%	15.5%	12.7%	15.4%	20.5%	15.5%
	人工透析	D	4	5	2	2	2	3
		D/A	1.1%	1.4%	1.8%	2.6%	0.8%	1.1%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	14	25	6	8	8	17
		E/A	4.0%	7.2%	5.5%	10.3%	3.3%	6.3%
	糖尿病性網膜症	F	47	42	19	10	28	32
		F/A	13.5%	12.0%	17.3%	12.8%	11.7%	11.8%
	糖尿病性神経障害	G	7	5	3	2	4	3
		G/A	2.0%	1.4%	2.7%	2.6%	1.7%	1.1%

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、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 21 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	524	505	148	107	376	398
	A/被保数	28.9%	32.8%	18.0%	18.4%	38.0%	41.6%
(中長期併症目標疾患)	脳血管疾患	B	40	39	11	10	29
		B/A	7.6%	7.7%	7.4%	9.3%	7.7%
	虚血性心疾患	C	85	71	22	11	63
		C/A	16.2%	14.1%	14.9%	10.3%	16.8%
	人工透析	D	4	3	2	1	2
		D/A	0.8%	0.6%	1.4%	0.9%	0.5%

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、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

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R03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約27.0%、糖尿病で7.9%ほどおり、特にHbA1c高値者の未治療者の割合が高い状況でした。(図表22)

新型コロナウイルスの影響で受診率が低迷している中、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 22 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				レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	H30年度		R03年度		問診結果		問診結果		問診結果		問診結果		未治療		治療中断	
	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				
小国町	927	54.3	800	54.2	45	4.9	35	77.8	63	7.9	35	55.6	17	27.0	0	0.0
同規模	54,202	49.9	48,234	47.8	3,080	5.7	1,679	54.5	3,073	6.4	1,655	53.9	1,007	32.8	148	4.8

	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				R03年度				レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	問診結果		問診結果		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	
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
小国町	927	100.0	797	99.6	39	4.2	15	38.5	38	4.8	6	15.8	3	7.9	1	2.6
同規模	53,508	98.7	47,572	98.6	2,606	4.9	605	23.2	47,572	5.6	621	23.2	182	6.8	105	3.9

出典: ヘルスサポートラボツール

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。本町の特定健診結果において、H30年度とR04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ポイントも伸びており、その中でも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23)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上は増加し、翌年度の結果を見ると、どちらも改善率が下がってきています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割程度存在し、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24.25.26)

図表23 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	予備群	
			3項目	2項目
H30年度	927 (54.3%)	144 (15.5%)	50 (5.4%)	94 (10.1%)
R04年度	734 (51.1%)	135 (18.4%)	50 (6.9%)	85 (11.6%)

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	75 (8.1%)	27 (36.0%)	23 (30.7%)	7 (9.3%)	18 (24.0%)
R03→R04	86 (10.8%)	16 (18.6%)	35 (40.7%)	14 (16.3%)	21 (24.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表25 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	45 (4.9%)	24 (53.3%)	6 (13.3%)	1 (2.2%)	14 (31.1%)
R03→R04	63 (7.9%)	30 (47.6%)	12 (19.0%)	1 (1.6%)	20 (31.7%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 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	124 (13.4%)	50 (40.3%)	29 (23.4%)	9 (7.3%)	36 (29.0%)
R03→R04	94 (11.8%)	44 (46.8%)	18 (19.1%)	5 (5.3%)	27 (28.7%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、平成 30 年度には 52.6%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R01 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)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 28)

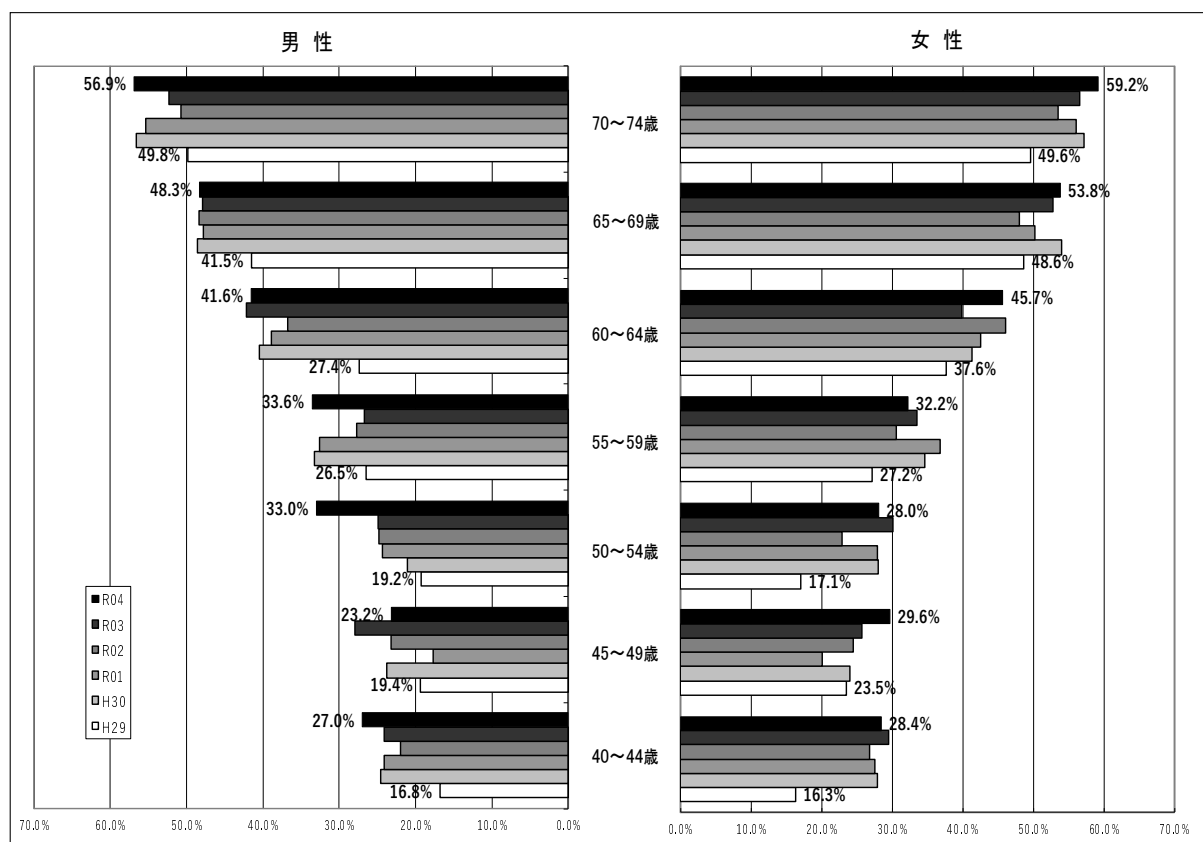
特定保健指導についても、目標値を達成していますが、新型コロナウイルスワクチン接種や各年のマンパワーの状況によって実施率が増減しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 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	898	818	750	786	710	健診受診率 60%
	受診率	52.6%	51.0%	49.3%	53.2%	51.1%	
特定保健 指導	該当者数	119	85	89	86	83	特定保健指 導実施率 60%
	割合	13.3%	10.4%	11.9%	10.9%	11.7%	
	実施者数	78	66	73	58	59	
	実施率	65.5%	77.6%	82.0%	67.4%	71.1%	

出典:特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

特定健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上未治療者を優先対象者として、保健指導を実施してきましたが、R2 年度以降コロナ禍によるマンパワー不足の為、実施率は減少傾向にあります。未治療・中断の割合も令和元年度に一旦減少したものの、その後増加しています。

また、HbA1c8%以上の高血糖未治療者も、治療につながっていない方もおり、受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、また治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行います。(例示表 2・3)

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

例示表 1 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)	957	860	794	824	766
血糖値有所見者 * 1	人(b)	75	62	81	86	93
	(b/a)	7.8%	7.2%	10.2%	10.4%	12.1%
保健指導実施者 * 2	人(c)	25	20	12	21	8
	(c/b)	33.3%	32.3%	14.8%	24.4%	8.6%

* 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

例示表 2 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 * 1	人(a)	75	62	81	86	93
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 3	人(b)	33	16	24	27	32
	(b/a)	44.0%	25.8%	29.6%	31.4%	34.4%
受診した者	人(c)	28	14	19	21	20
	(c/b)	84.8%	87.5%	79.2%	77.8%	62.5%
治療開始した者	人(c)	19	10	4	7	6
	(c/b)	57.6%	62.5%	16.7%	25.9%	18.8%

* 3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

例示表 3 HbA1c8.0 以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	957	860	794	824	766
HbA1c8.0%以上	人(b)	11	6	12	10	12
	(b/a)	1.1%	0.7%	1.5%	1.2%	1.6%
保健指導実施	人(c)	5	3	4	3	5
	(c/b)	45.5%	50.0%	33.3%	30.0%	41.7%
HbA1c8.0%以上の 未治療者	人(b)	5	3	4	3	5
	(b/a)	45.5%	50.0%	33.3%	30.0%	41.7%

内服治療開始	2人	2人	1人
元々治療中	0人	0人	1人
死亡、転出	0人	0人	0人

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

現在、町では心電図検査は約9割の健診受診者に実施できているものの、心電図検査を基に保健指導が実施できていない状況にあります。(例示表4)

有所見者のうち ST 所見をみると、要精査・要医療と判定を受けた者のうち、半数しか医療機関につながっていない年もあります。心房細動未治療者については、ほぼ全数が治療や精密検査につながっています。(例示表5・6)

ST所見で要精査・要医療以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。

例示表 4 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	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人)	a	926	450	476	836	392	444	779	374	405	793	375	418	727	344	383
心電図受診者(人)	b	922	447	475	830	390	440	772	369	403	789	372	417	722	340	382
心電図実施率	b/a	99.6%	99.3%	99.8%	99.3%	99.5%	99.1%	99.1%	99.7%	99.5%	99.5%	99.2%	99.8%	99.3%	99.8%	99.7%
有所見者(人)	c	226	131	95	181	101	80	172	95	77	187	102	85	133	61	72
有所見率	c/b	24.5%	29.3%	20.0%	21.8%	25.9%	18.2%	22.3%	25.7%	19.1%	23.7%	27.4%	20.4%	18.4%	17.9%	18.8%
心房細動(人)	e	13	7	6	9	5	4	11	6	5	9	5	4	11	8	3
心房細動有所見率	e/b	1.4%	1.6%	1.3%	1.1%	1.3%	0.9%	1.4%	1.6%	1.2%	1.1%	1.3%	1.0%	1.5%	2.4%	0.8%
うち、心房細動未治療(人)	f	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

例示表 5 心電図受診者のうち、ST 所見の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者		922		830		772		789		722	
ST異常所見		18	2.0%	30	3.6%	18	2.3%	25	3.2%	18	2.5%
要医療・要精査	要医療・要精査	11	61.1%	8	26.7%	5	27.8%	6	24.0%	12	66.7%
	医療機関受診あり	7	63.6%	8	100.0%	4	80.0%	3	50.0%	10	83.3%
	医療機関受診なし	4	36.4%	0	0.0%	1	20.0%	3	50.0%	2	16.7%

例示表 6 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者	12		8		6		9		11	
心房細動未治療者	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	36.4%
検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
治療開始	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	100.0%

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、約7%～8%の横ばいで、未治療者の割合も平成30年度以降減少していましたが、令和4年度に再度増加しています。令和4年度において、血圧Ⅱ度以上の未治療者40人のうち、保健指導後、治療につながったものは、わずか13人(32.5%)でした。血圧Ⅲ度においては、5人のうち3人が未治療者でした。

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、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。例示表8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。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を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、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35.5%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。

例示表 7 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)	957	860	799	827	766
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	45	60	68	63	62
	(b/a)	4.7%	7.0%	8.5%	7.6%	8.1%
	治療あり	人(c)	16	27	31	35
		(c/b)	35.6%	45.0%	45.6%	55.6%
	治療なし	人(d)	34	33	37	28
		(d/b)	75.6%	55.0%	54.4%	44.4%
	治療開始	人(e)	20	14	8	15
		(e/d)	58.8%	42.4%	21.6%	53.6%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	6	11	7	9
		(f/a)	0.6%	1.3%	0.9%	1.1%
	治療あり	人	1	4	3	2
	治療なし	人	5	7	4	7
						3

例示表 8 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)

血圧分類 (mmHg)		高値血圧	I 度高血圧	II 度高血圧	III 度高血圧
		130～139 /80～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	241	111	90	37	3
		46.1%	37.3%	15.4%	1.2%
リスク第1層 予後影響因子がない	14	C 9	B 3	B 2	A 0
	5.8%	8.1%	3.3%	5.4%	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	126	C 50	B 54	A 21	A 1
	52.3%	45.0%	60.0%	56.8%	33.3%
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	101	B 52	A 33	A 14	A 2
	41.9%	46.8%	36.7%	37.8%	66.7%

…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	71
		29.5%
B	概ね1ヵ月後に 再評価	111
		46.1%
C	概ね3ヵ月後に 再評価	59
		24.5%

※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。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 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・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	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.2%	1.8%	0.9%	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	0.8%	1.8%	1.3%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	3.6%	3.3%	5.2%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.04%	0.09%	0.10%	データヘルス支援システム
	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・予備群の割合の減少	27.1%	29.4%	16.7%	小国町データ
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	4.8%	8.5%	8.1%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	13.4%	11.3%	7.8%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	8.1%	10.3%	12.8%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.6%	0.60%	0.80%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	57.6%	16.7%	18.7%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	33.3%	14.8%	8.6%	
		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	52.6	49.3	51.1	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	65.5	82.0	71.1	
			特定保健指導対象者の割合の減少	13.3	11.9	16.7	
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	19.4	26.9	26.7	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)
			肺がん検診受診者の増加	22.7	32.7	32.8	
			大腸がん検診受診者の増加	17.7	26.5	27.0	
			子宮がん検診受診者の増加	15.4	32.9	34.3	
			乳がん検診受診者の増加	22.2	41.6	44.3	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	19.5	32.1	33.0	
		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	78.5%	83.5%	85.5%	厚生労働省

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

【考察】

第2期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全に重点を置き、重症化予防を進めてきました。重症化を示す入院費用割合が増加していること、医療費の推移では、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析有)の占める割合が増加していること、治療状況では、脳血管疾患患者数の割合の増加、人工透析患者の増加等から医療費適正化に繋がっているとは考えにくいと判断しました。

重症化予防の取り組みとして、糖尿病、高血圧、脂質異常症の未治療者への医療機関受診勧奨を優先的にを行い、中長期目標疾患の原因となる糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療者(割合)が増加したことは、受診勧奨の一定の効果として評価できます。

しかし、3疾患にかかる、人工透析の合併率が増加しており、健診未受診者による治療開始や健診後の受診の遅れ、また治療開始後のコントロール状況の確認が不十分であったことが推測されます。

治療を開始した者等が治療を中断しないよう、医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題であります。

今後は更に医療機関と連携を図り、早期受診につなげるとともに、治療中の者に対し、治療継続状況や検査値のコントロール状況などを把握し、治療を中断しないような支援と重症化予防に取り組むことが必要です。

特に糖尿病においては、治療(薬物療法)を受けていても、血糖コントロールが難しく、食事・運動療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、医療機関と連携して保健指導を行っていく必要があります。

また、介護認定者の生活習慣病有病状況の割合の増加や、前期高齢者の健診結果有所見状況における高血圧・血糖・脂質異常症の有所見者の増加等から、介護予防も視野に入れた重症化予防の取り組みが重要です。

特定健診受診率は未だに、6割に満たない状況であり、発症予防と早期治療につなげるために、今後40代50代の壮年期の健診受診率を伸ばし、早期から発症予防、重症化予防を行う必要があります。

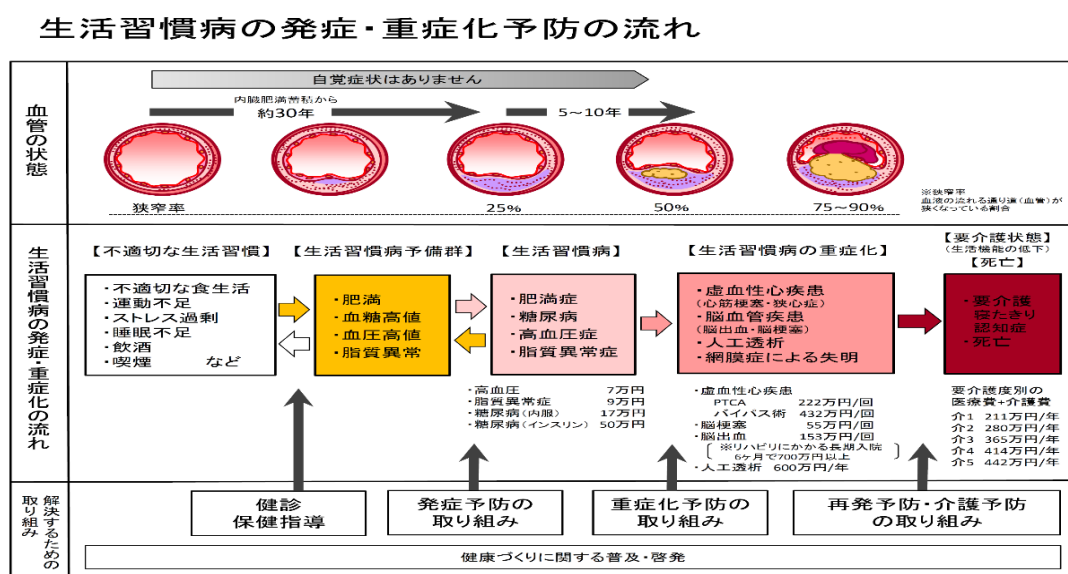
予防が可能な早期の段階で、住民自らが体の状態を確認できる場としての特定健診が重要であり、個別健診の充実やみなし健診の活用等、特定健診の受診率向上の取り組みは、第3期計画に引き継ぐ大きな課題となります。

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 30 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。

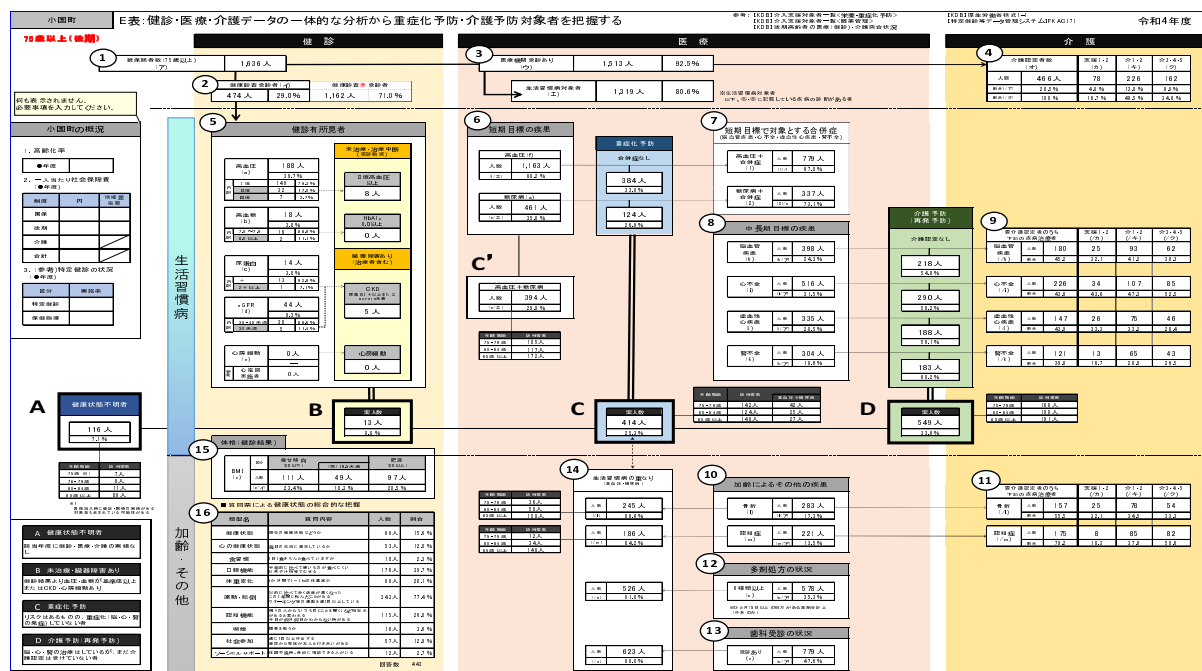
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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 31 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 31 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 32 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		2,356人	2,265人	2,103人	2,040人	1,955人	1,553人
総件数及び 総費用額	件数	19,254件	18,003件	16,362件	16,752件	16,512件	20,968件
	費用額	7億8250万円	6億9611万円	7億4791万円	7億7186万円	8億0318万円	13億2912万円
一人あたり医療費		33.2万円	30.7万円	35.6万円	37.8万円	41.1万円	85.6万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 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	小国町	8億0318万円	32,780	5.17%	0.14%	0.94%	1.32%	5.01%	3.16%	1.20%	1億3604万円	16.9%	19.3%	6.45%	10.44%
	同規模	—	30,571	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	—	19.3%	16.8%	7.98%	9.27%
	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	小国町	13億2912万円	71,685	6.01%	0.35%	2.69%	0.84%	3.89%	2.84%	0.89%	2億3256万円	17.5%	6.5%	3.65%	12.0%
	同規模	—	68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	—	18.8%	10.3%	3.53%	12.4%
	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 34 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	71人	67人	83人	84人	80人	184人
		B	134件	104件	167件	170件	167件	350件
	件数	B/総件数	0.70%	0.58%	1.02%	1.01%	1.01%	1.67%
		C	1億9785万円	1億4305万円	2億1078万円	2億1293万円	2億3596万円	4億0248万円
		C/総費用	25.3%	20.6%	28.2%	27.6%	29.4%	30.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 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	2人		5人		3人		3人		3人		10人		
		D/A	2.8%		7.5%		3.6%		3.6%		3.8%		5.4%		
	件数	E	5件		6件		11件		4件		3件		16件		
		E/B	3.7%		5.8%		6.6%		2.4%		1.8%		4.6%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%	1	33.3%	75-80歳	0	0.0%
		60代	1	20.0%	2	33.3%	1	9.1%	0	0.0%	2	66.7%	80代	10	62.5%
		70-74歳	4	80.0%	4	66.7%	10	90.9%	3	75.0%	0	0.0%	90歳以上	6	37.5%
	費用額	F	824万円		701万円		1496万円		510万円		361万円		1719万円		
		F/C	4.2%		4.9%		7.1%		2.4%		1.5%		4.3%		

出典：ヘルスサポートラボツール

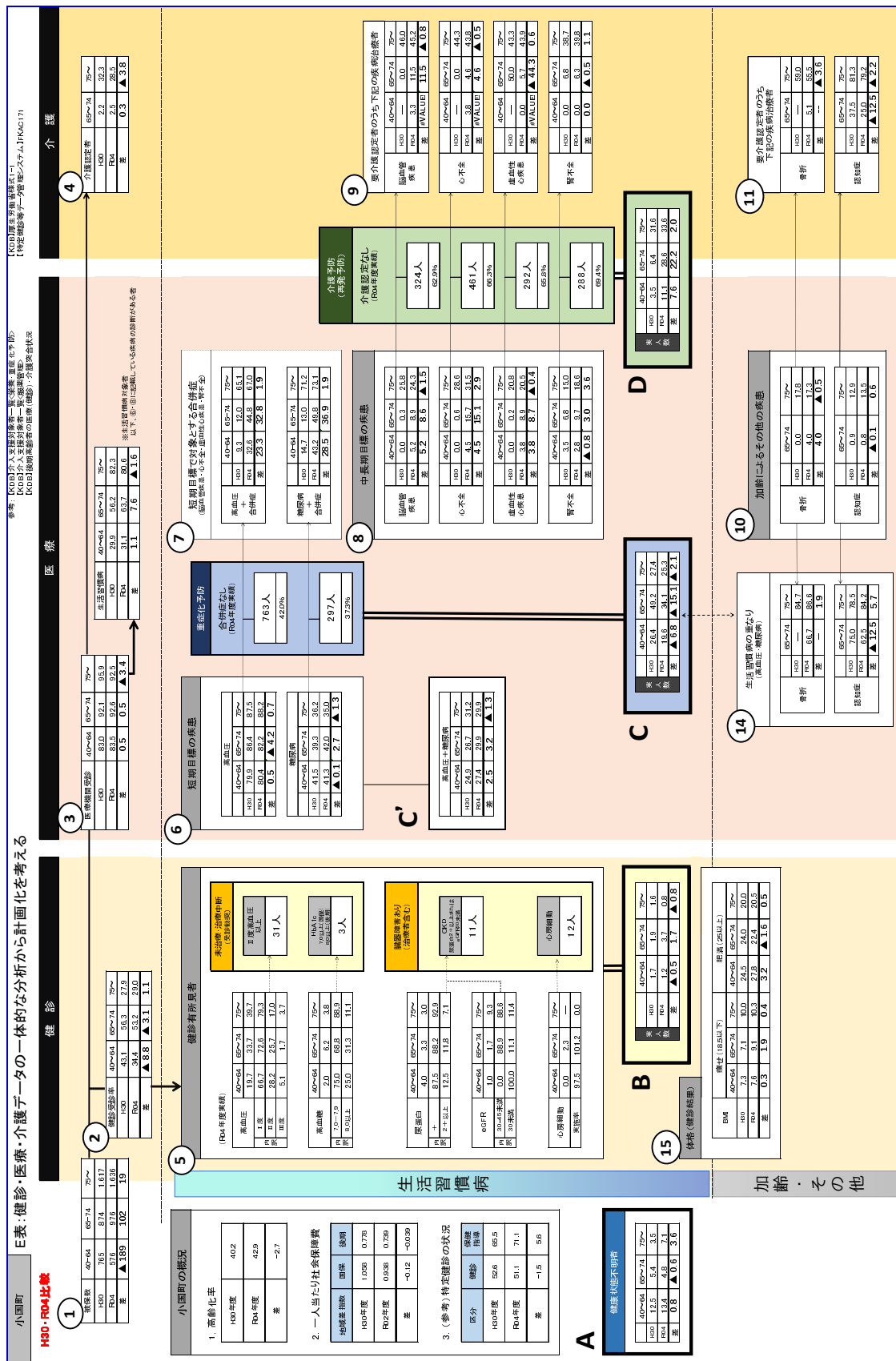
図表 36 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

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	2人		3人		3人		2人		3人		5人		
		G/A	2.8%		4.5%		3.6%		2.4%		3.8%		2.7%		
	件数	H	2件		4件		3件		4件		4件		5件		
		H/B	1.5%		0.0%		1.8%		2.4%		2.4%		1.4%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	3	60.0%
		60代	0	0.0%	1	25.0%	2	66.7%	2	50.0%	1	25.0%	80代	1	20.0%
		70-74歳	2	100.0%	2	50.0%	1	33.3%	2	50.0%	3	75.0%	90歳以上	1	20.0%
	費用額	I	217万円		565万円		752万円		533万円		631万円		833万円		
		I/C	1.1%		4.0%		3.6%		2.5%		2.7%		2.1%		

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①				②			⑤						
年度	介護認定率	被保険者数				健診受診率			体格(健診結果)						
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上			
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	
H30	32.3	765	874	1,617	43.1	56.3	27.9	7.3	7.1	10.0	24.5	24.0	20.0		
R04	28.5	576	976	1,636	34.4	53.2	29.0	7.6	9.1	10.3	27.8	22.4	20.5		

図表 39 健診有所見状況

E表		⑤																												
年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%	
H30	17	5.2	(8)	24	4.9	(6)	26	5.8	(4)	11	3.3	(1)	21	4.3	(1)	3	0.7	(0)	4	1.2	0	—	10	2.2	1	0.3	11	2.2	12	2.7
R04	13	6.6	(4)	48	9.2	(19)	39	8.2	(8)	4	2.0	(1)	32	6.2	(2)	2	0.4	(0)	3	1.5	3	0.6	5	1.1	0	—	12	2.3	0	—

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③							⑥									⑦								
年度	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症									
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症						
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-				
H30	83.0	92.1	95.9	29.9	56.2	82.3	79.9	86.4	87.5	41.5	39.3	36.2	24.9	26.7	31.2	9.3	12.0	65.1	14.7	13.0	71.2				
R04	83.5	92.6	92.5	31.1	63.7	80.6	80.4	82.2	88.2	41.3	42.0	35.0	27.4	29.9	29.9	32.6	44.8	67.0	43.2	49.8	73.1				

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

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	0.0	0.3	25.8	0.0	0.2	20.8	0.0	0.6	28.6	3.5	6.8	15.0	--	0.0	46.0	--	50.0	43.3	--	0.0	44.3	0.0	6.8	38.7
R04	5.2	8.9	24.3	3.8	8.9	20.5	4.5	15.7	31.5	2.8	9.7	18.6	3.3	11.5	45.2	0.0	5.7	43.9	3.8	4.6	43.8	0.0	6.3	39.8

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	Ⅲ				Ⅳ				Ⅴ			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	---	84.7	75.0	78.5	0.0	17.8	0.9	12.9	---	59.0	37.5	81.3
R04	66.7	86.6	62.5	84.2	4.0	17.3	0.8	13.5	5.1	55.5	25.0	79.2

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化(図表 32～42)

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は令和元年度、一旦減ったものの、令和3年度以降は再び増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり80万円を超え、国保の2倍も高い状況です。(図表 32)

小国町は、短期的目標疾患の総医療費に占める割合は、同規模と比べて低いが、腎不全(透析有)の医療費に占める割合が、国保及び後期高齢においても、同規模、国と比べて高い状況です。(図表 33)

高額レセプトについては、国保においては毎年約150件以上のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約2倍に増えることがわかります。

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2年度が一番多く11件で約1500万円の費用がかかっていましたが、令和4年度は3件と件数が減り、費用額も約361万円と減っています。しかし、後期高齢においては、16件発生し、約1700万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 34、35)

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 38の①被保険者数は、40～64歳は減っていますが、65～74歳では約100名増え、75歳以上の後期高齢者が確実に増えていくことがわかります。

⑮の体格をみると、40～64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が3ポイントも高くなってきています。図表 39 健診有所見の状況をみると、各年代で割合が増えており、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 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧においては、40～64歳、75歳以上で若干割合が増えていますが、糖尿病においては、65～74歳で割合が高くなっています。

図表 41 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、腎不全を除き、若い世代でR4年度の割合が、約3～5ポイント上がっており、若い世代の重症化予防も課題であることがわかります。

(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、特に若い世代の脳血管疾患、虚血性心疾患、心不全の増加がみられました。若い世代の肥満者も増えており、若い世代への予防活動の充実が必要ですが、40代、50代の受診率はまだ低いため、第3期においても健診未受診者対策は被保険者の健康実態を把握し、早期に予防活動を行うためにも大変重要です。

また、医療費の増加も見られることから、予防可能な脳・心・腎を守るための活動を注力していく必要があります。

そのための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目標です。

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必要があります。また、第3期の評価指標については、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43)を設定しています。

②中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患が増えており、また、入院の医療費割合が増えていました。特に、本町では、人工透析の医療費や発症状況に課題がみられました。

そのため、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、また医療費が高額になる虚血性心疾患について、新規の患者数・割合を維持・減少させることを目標とします。

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

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

③短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。

また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられるが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられる

ため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準（2020年版）の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病（CKD）の検査結果の改善を目指します。

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

（2）管理目標の設定

図表 43 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	目標値	実績			データの把握方法
					初期値 R6	中間評価 R8	最終評価 R11	
					(R4)	(R7)	(R10)	(活用データ)
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	年間新規透析導入患者数	減少	2			保険者データヘルス支援システム
			糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数	減少	2			
			新規 脳梗塞患者数	減少	12			
			新規 脳出血患者数	減少	2			
			新規 虚血性心疾患患者数	減少	4			
	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	朝食を抜くことが週3回以上ある40代の割合	減少	18.3			小国町町民課
			朝食を抜くことが週3回以上ある50代の割合	減少	17.6			
			内臓脂肪症候群該当者の割合の減少	減少	18.5			
			内臓脂肪症候群予備軍の割合の減少	減少	11.7			
			健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	減少	8.1			
			健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL180以上）	減少	2.6			
			健診受診者（40代）の血糖異常者の割合の減少（HbA1C6.5%以上）	減少	5			
			健診受診者（50代）の血糖異常者の割合の減少（HbA1C6.5%以上）	減少	7.04			
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	減少	1.57			
			糖尿病未治療者の割合	減少	29.5			
	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60%以上	60%	0			法定報告値
			40代特定健診受診率60%以上	60%	43.1			
			50代特定健診受診率60%以上	60%	35.8			
			★特定保健指導実施率60%以上	60%	71.1			
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	1%増 又は全国平均以下	15.5			
			内臓脂肪症候群該当者の減少率	1%増 又は全国平均以下	16.7			

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 44 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	52%	54%	56%	58%	60%	60%以上
特定保健指導実施率	80%	80%	80%	80%	80%	80%以上

3. 対象者の見込み

図表 45 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	1446	1360	1274	1188	1102	1016
	受診者数	751	734	713	665	639	609
特定保健指導	対象者数	90	88	85	79	76	73
	受診者数	72	70	68	63	60	58

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。みなし健診については、県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

- ① 集団健診(熊本県総合保健センター)
- ② 個別健診・人間ドック(委託医療機関)
- ③ みなし健診(国保連合会)

(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

特定健診実施機関については、小国町のホームページに掲載する。

(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)

図表 46 特定健診検査項目(例示)

小国町特定健診検査項目

健診項目		小国町	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	○

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

(5) 実施時期

- ①集団健診 7月、8月、11月
- ②個別健診及び情報提供事業 4月から翌年3月末まで
- ③みなし健診 4月から翌年3月末まで

(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、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。

図表 47 特定健診実施スケジュール(例示)

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

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、健診実施機関への委託の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

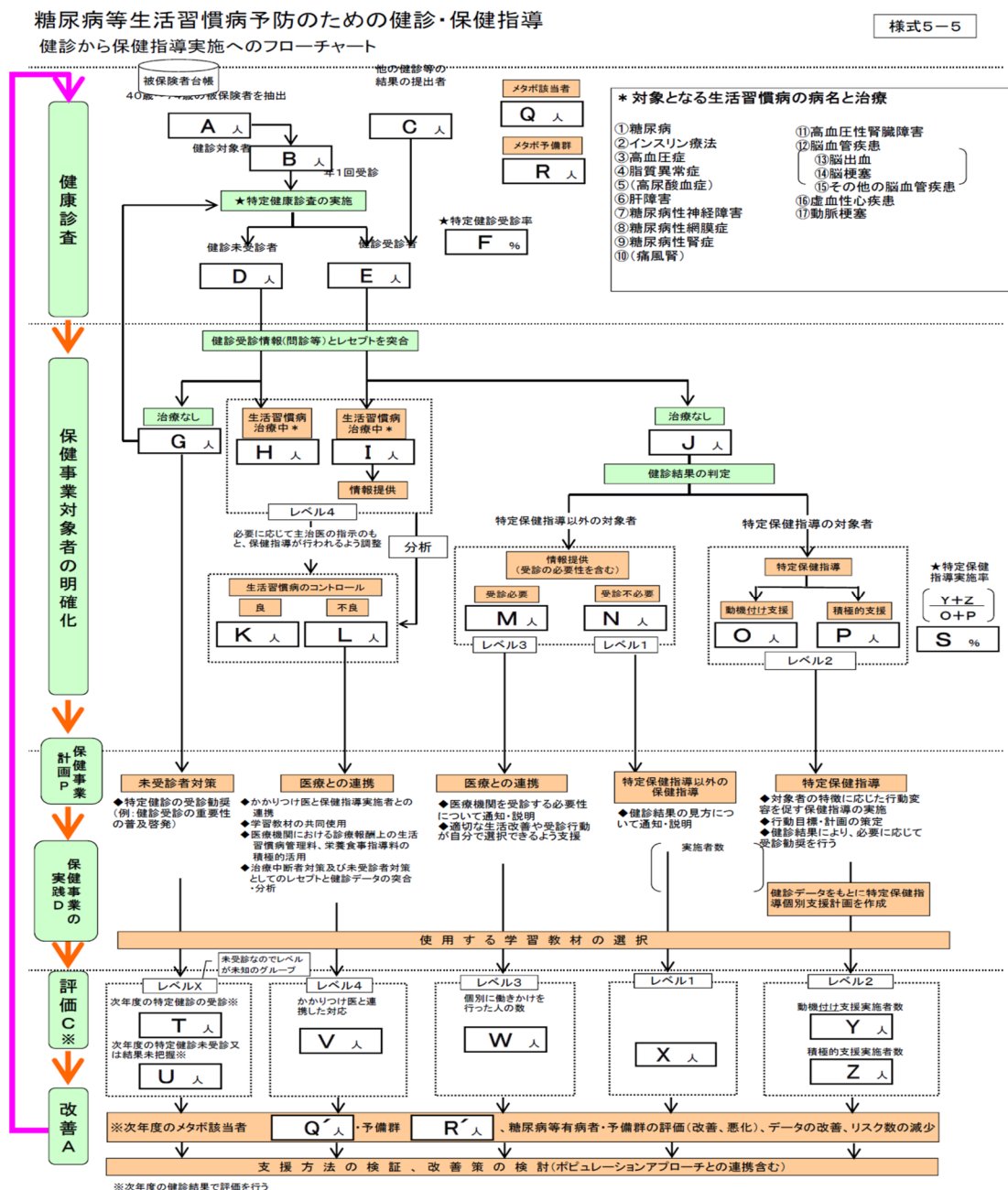
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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 48 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 49 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	86人 (11.8%)	80%
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	147人 (20.2%)	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)	894 ※受診率目標達成までにあと125人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	134人 (18.4%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	360人 (49.5%)	生活習慣病の コントロール不良者について 100%

※1

・特定保健指導対象者の中で、重症化予防に該当するものについては、その後のフォローや医療機関との連携も踏まえ、委託ではなく出来る限り町の専門職が関わることとする。

・将来の臓器障害を防ぐためにも、特に40代、50代の若い世代の対象者の実施率を上げる。

・特定保健指導のポイントにこだわらず、対象に応じた支援を実施し、改善率の向上に努める。

※3

・特に40代、50代の健診受診率向上に向けた未受診者対策に努める。

・過去に健診受診歴のある者、過去の健診で重症化予防対象者に該当した者（糖尿病管理台帳記載者等）について、状況確認も兼ねた未受診者の訪問を行う。

・若年健診受診者や、初回健診受診者には出来る限り丁寧な健診結果説明に努め、1年に1回の健診受診の習慣化を目指す。

(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 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月			
6月			
7月			◎特定健診未申込者再勧奨
8月	◎集団健診	◎対象者の抽出	
9月		◎保健指導の開始	◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	◎特定健診未受診者再勧奨
11月	◎追加健診		
12月			
1月			
2月			
3月	◎個別健診の終了		

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小国町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、小国町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町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

小国町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、273人(37.6%)です。治療なし者が105人(28.6%)で、そのうち、特定保健指導対象者が46人と、治療なしの者の約半数にあたります。このことから、特定保健指導に注力することは、重症化予防にもつながり、効率的であるといえます。

さらに治療なしの72.4%にあたる76人は、すでに臓器障害あり、直ちにに取り組むべき対象者であることや、血圧Ⅱ度以上者・HbA1c6.5以上者の半数以上は治療なし者にあたることから、医療機関への定期的な受診に繋げるための保健指導が重要であるといえます。(図表51)

図表 51 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	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) 〔脳虚血性心疾患の診断と治療に関するガイドライン(2011年度学会報告)〕			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)		727人 44.8%														
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性 脳塞栓症 (27.7) ラクナ 梗塞 (31.2%) アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) 脳卒中 データリンク 2019より 非心原性脳梗塞			心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症							■各疾患の治療状況														
									<table><tr><td></td><td>治療中</td><td>治療なし</td></tr><tr><td>高血圧</td><td>270</td><td>457</td></tr><tr><td>脂質異常症</td><td>188</td><td>539</td></tr><tr><td>糖尿病</td><td>85</td><td>642</td></tr><tr><td>3疾患 いずれも</td><td>360</td><td>367</td></tr></table> ※問診結果による			治療中	治療なし	高血圧	270	457	脂質異常症	188	539	糖尿病	85	642	3疾患 いずれも	360	367
		治療中	治療なし																						
	高血圧	270	457																						
脂質異常症	188	539																							
糖尿病	85	642																							
3疾患 いずれも	360	367																							

優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)		重症化予防対象者 (実人数)	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者			
該当者数	62 8.5%	11 1.5%	20 2.8%	19 2.6%	134 18.4%	60 8.3%	47 6.5%		273 37.6%	
治療なし	40 8.8%	4 1.1%	19 3.5%	16 3.0%	28 7.6%	32 50.0%	20 5.4%		105 28.6%	
(再掲) 特定保健指導	13 21.0%	3 27.3%	4 20.0%	4 21.1%	28 20.9%	7 11.7%	7 14.9%		46 16.8%	
治療中	22 8.1%	7 1.9%	1 0.5%	3 1.6%	106 29.4%	28 32.9%	27 7.5%		168 46.7%	
臓器障害 あり	38 95.0%	4 100.0%	9 47.4%	7 43.8%	16 57.1%	16 50.0%	20 100.0%		76 72.4%	
CKD(専門医対象者)	4	1	1	0	2	2	20		20	
心電図所見あり	38	4	8	7	16	15	12		68	
臓器障害 なし	2 5.0%	--	10 52.6%	9 56.3%	12 42.9%	16 50.0%	--		--	

出典:ヘルサポータルツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

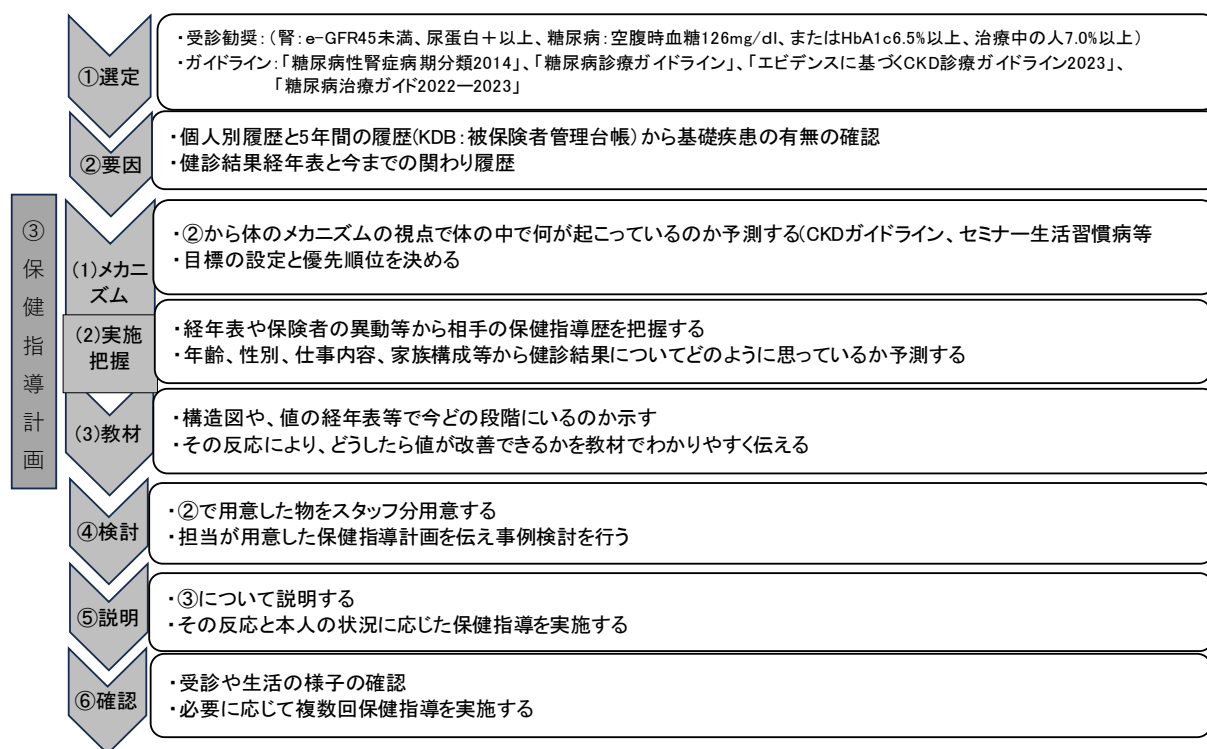
1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び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 52 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 52 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。

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

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

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。

小国町においては、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。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(ー)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。(図表53)

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。

小国町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、36人(29.8%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者354人のうち、特定健診受診者が85人(70.2%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者264人(75.6%・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。(図表54)

④ 介入方法と優先順位

図表 54 より小国町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）・・・36人

優先順位 2

【保健指導】

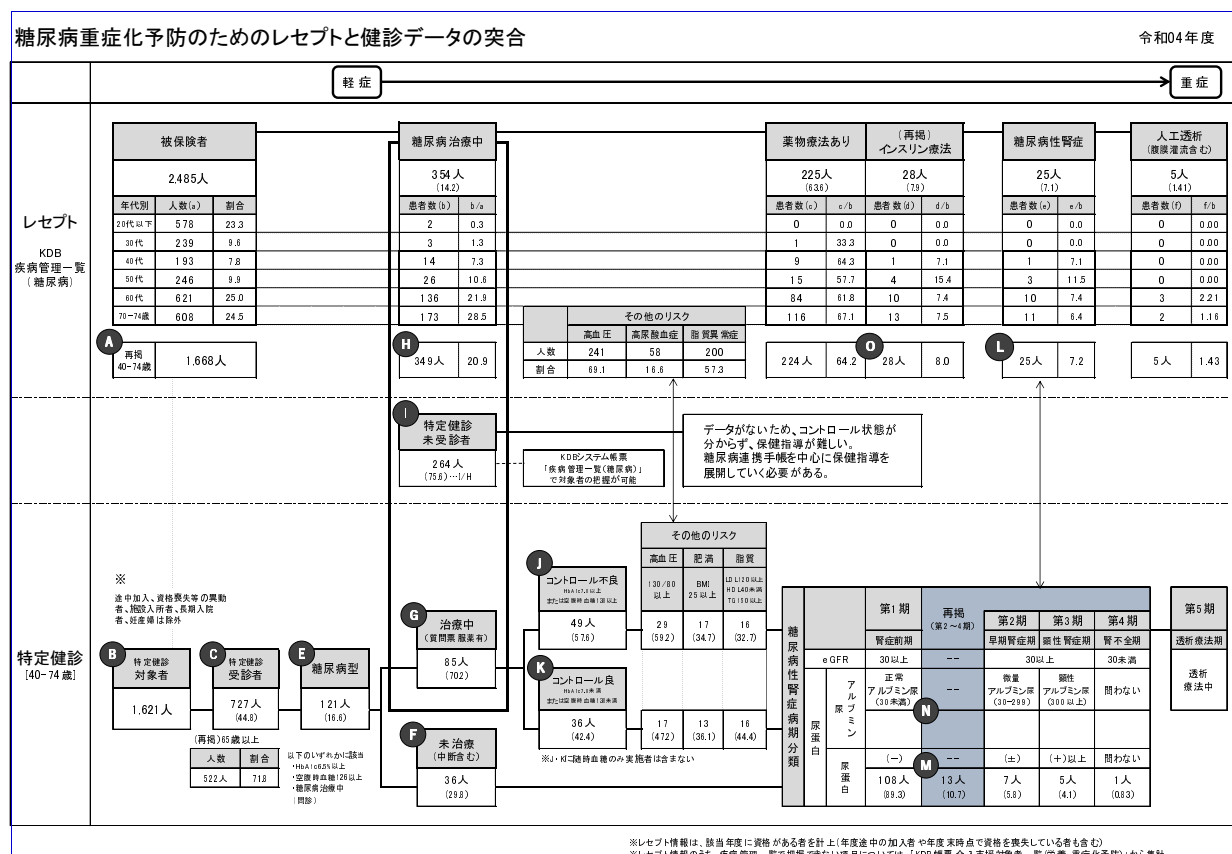
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・49人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

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 54 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



出典：ヘルスサポートラボツール

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。小国町においては、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行っています。

図表 55 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りません 何うことから始まります
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、体の中で何がおこるでしょう
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
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く7.0未満です	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
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 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
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	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
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	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・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

(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、二次健診等で尿定量検査を実施し、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 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

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/1.73 m²以上低下）

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価																
項目			突合表	小国町										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	2,463人		2,314人		2,174人		2,104人		2,162人				
	②	（再掲）40～74歳		1,883人		1,810人		1,722人		1,669人		1,632人				
2	①	対象者数	B	1,706人		1,604人		1,520人		1,477人						
	②	特定健診 受診者数	C	927人		837人		780人		794人		727人				
	③	受診率		54.3%		52.2%		51.3%		53.8%		—				
3	①	特定 保健指導 対象者数		119人		85人		89人		86人						
	②	実施率		65.5%		77.6%		82.0%		67.4%						
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	117人	12.6%	115人	13.7%	116人	14.9%	129人	16.2%	121人	16.6%		
	②		未治療・中断者（質問票服薬なし）	F	41人	35.0%	29人	25.2%	36人	31.0%	34人	26.4%	36人	29.8%		
	③		治療中（質問票服薬あり）	G	76人	65.0%	86人	74.8%	80人	69.0%	95人	73.6%	85人	70.2%		
	④		コントロール不良 HbA1c 7.5%以上または空腹時血糖 130以上	J	42人	55.3%	44人	51.2%	42人	52.5%	45人	47.4%	49人	57.6%		
	⑤		血圧 130/80以上		23人	54.8%	28人	63.6%	24人	57.1%	26人	57.8%	29人	59.2%		
	⑥		肥満 BMI25以上		15人	35.7%	12人	27.3%	16人	38.1%	14人	31.1%	17人	34.7%		
	⑦		コントロール良好 HbA1c 7.5%未満かつ空腹時血糖 130未満	K	34人	44.7%	42人	48.8%	38人	47.5%	50人	52.6%	36人	42.4%		
	⑧		第1期 尿蛋白（－）	M	101人	86.3%	104人	90.4%	101人	87.1%	121人	93.8%	108人	89.3%		
	⑨		第2期 尿蛋白（±）		10人	8.5%	5人	4.3%	6人	5.2%	3人	2.3%	7人	5.8%		
	⑩		第3期 尿蛋白（＋）以上		6人	5.1%	6人	5.2%	7人	6.0%	3人	2.3%	5人	4.1%		
	⑪		第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	2人	1.7%	2人	1.6%	1人	0.8%		
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）		97.8人		96.8人		92.9人		98.9人		103.1人			
	②		（再掲）40～74歳（被保険者千対）		125.9人		122.7人		116.7人		122.8人		135.4人			
	③		レセプト件数 （40～74歳） （1件＝1回診）		1,447件（798.6）		1,468件（847.1）		1,418件（855.2）		1,348件（828.5）		1,344件（873.3）		319,711件	(930.6)
	④		入院外（件数） 入院（件数）		16件（8.8）		12件（6.9）		5件（3.0）		16件（9.8）		7件（4.5）		1,521件	(4.4)
	⑤		糖尿病病治療中	H	241人	9.8%	224人	9.7%	202人	9.3%	208人	9.9%	223人	10.3%		
	⑥		（再掲）40～74歳		237人	12.6%	222人	12.3%	201人	11.7%	205人	12.3%	221人	13.5%		
	⑦		健診未受診者	I	161人	67.9%	146人	65.8%	121人	60.2%	110人	53.7%	136人	61.5%		
	⑧		インスリン治療	O	23人	9.5%	20人	8.9%	18人	8.9%	18人	8.7%	18人	8.1%		
	⑨		（再掲）40～74歳		23人	9.7%	20人	9.0%	18人	9.0%	18人	8.8%	18人	8.1%		
	⑩		糖尿病性腎症	L	9人	3.7%	4人	1.8%	14人	6.9%	14人	6.7%	15人	6.7%		
	⑪		（再掲）40～74歳		9人	3.8%	4人	1.8%	14人	7.0%	14人	6.8%	15人	6.8%		
	⑫		慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）		3人	1.2%	2人	0.9%	2人	1.0%	2人	1.0%	2人	0.9%		
	⑬		（再掲）40～74歳		3人	1.3%	2人	0.9%	2人	1.0%	2人	1.0%	2人	0.9%		
	⑭		新規透析患者数		1人		1人		2人		2人		2人			
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症		1人		0人		0人		1人		2人			
	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）		8人	2.1%	8人	2.3%	9人	2.8%	8人	2.5%	7人	2.1%		
6	①	医療費	総医療費		7億8250万円		6億9611万円		7億4791万円		7億7186万円		8億0318万円		6億7051万円	
	②		生活習慣病総医療費		3億6795万円		3億5894万円		4億1007万円		4億2632万円		4億2811万円		3億5898万円	
	③		（総医療費に占める割合）		47.0%		51.6%		54.8%		55.2%		53.3%		53.5%	
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	9,344円		11,303円		10,869円		9,889円		10,018円		9,063円	
	⑤			健診未受診者	29,018円		31,490円		37,276円		43,212円		45,049円		37,482円	
	⑥		糖尿病医療費		4494万円		4492万円		4161万円		4560万円		4026万円		4061万円	
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）		12.2%		12.5%		10.1%		10.7%		9.4%		11.3%	
	⑧		糖尿病入院外総医療費		1億1504万円		1億0944万円		9655万円		1億0107万円		1億1615万円			
	⑨		1件あたり		37,940円		36,800円		33,640円		34,623円		39,175円			
	⑩		糖尿病入院総医療費		5608万円		5585万円		5408万円		6945万円		7016万円			
	⑪		1件あたり		483,439円		600,516円		594,320円		609,168円		649,629円			
	⑫		在院日数		13日		11日		12日		12日		14日			
	⑬		慢性腎不全医療費		2876万円		1958万円		2479万円		3000万円		4265万円		2783万円	
	⑭		透析有り		2841万円		1830万円		2446万円		2959万円		4156万円		2567万円	
	⑮		透析なし		34万円		128万円		33万円		41万円		109万円		216万円	
7	①	介護	介護給付費		9億8204万円		9億3971万円		9億5790万円		9億7115万円		9億3805万円		8億6719万円	
	②		（2号認定者）糖尿病合併症		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%			
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）		2人 1.8%		1人 0.9%		1人 0.9%		1人 0.9%		0人 0.0%		622人	1.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

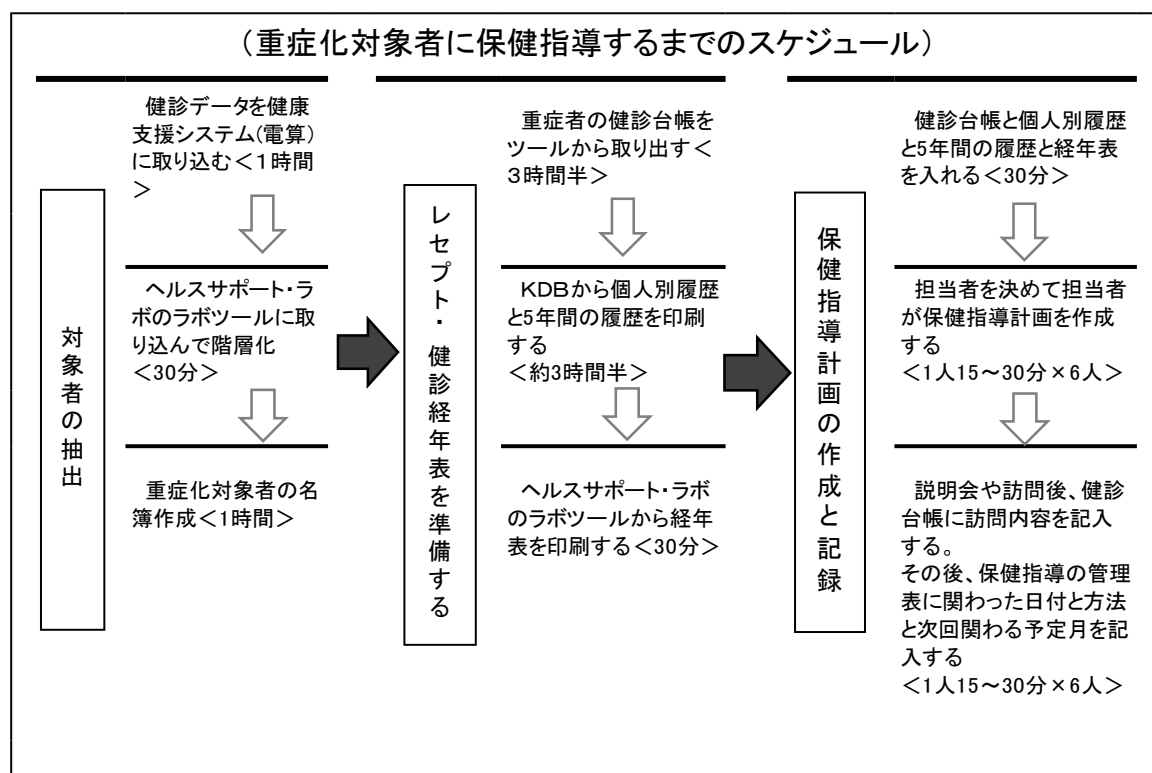
7) 実施期間及びスケジュール

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)

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

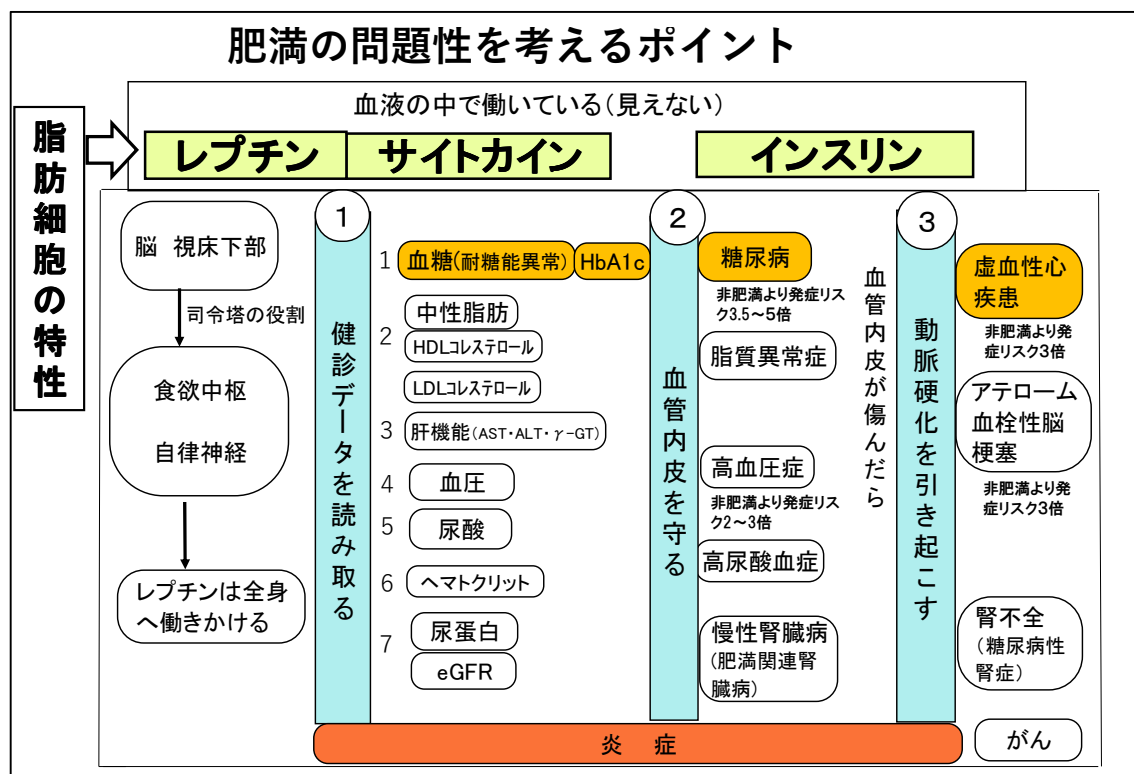
1) 基本的な考え方

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・メタボリックシンドロームの状況

(1) 小国町の肥満・メタボリックシンドロームの実態

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	205	522	56	121	51	98	4	22	1	0	0	1
			27.3%	23.2%	24.9%	18.8%	2.0%	4.2%	0.5%	0.0%	0.0%	0.2%
再掲	男性	113	231	42	63	39	56	2	7	1	0	0
				37.2%	27.3%	34.5%	24.2%	1.8%	3.0%	0.9%	0.0%	0.0%
	女性	92	291	14	58	12	42	2	15	0	0	1
				15.2%	19.9%	13.0%	14.4%	2.2%	5.2%	0.0%	0.0%	0.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の優先順位

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。

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し、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とされています。そのため、肥満度3度、4度の未治療者については、可能であれば専門医療機関受診を勧めることで対応します。

保健指導対象者については、図表 59 のとおり、メタボリック該当者は男性が多くを占めること、年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病、脂質異常症の合併する割合が高くなることより、若い年代(40～64 歳)の男性を最優先の対象者とするものとします。

3) 対象者の明確化

年代別メタボリックシンドローム該当者(図表 60)は、男性で 50 代から受診者の 2～3 割を超えるが、女性では 60 代・70 代で 1 割程度であるため、男性を優先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 61)は、40 代男性を除き半数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。

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

(1) 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。
- ① 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。
- ② 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、担当地区ごとに管理します。

図表 60 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	344	32	40	137	135	383	27	31	161	164
メタボ該当者		B	96	4	9	45	38	38	2	2	15	19
		B/A	27.9%	12.5%	22.5%	32.8%	28.1%	9.9%	7.4%	6.5%	9.3%	11.6%
再掲	① 3項目全て	C	35	1	5	17	12	15	1	2	4	8
		C/B	36.5%	25.0%	55.6%	37.8%	31.6%	39.5%	50.0%	100.0%	26.7%	42.1%
	② 血糖＋血圧	D	18	0	0	8	10	5	0	0	4	1
		D/B	18.8%	0.0%	0.0%	17.8%	26.3%	13.2%	0.0%	0.0%	26.7%	5.3%
	③ 血圧＋脂質	E	37	3	4	16	14	15	0	0	6	9
		E/B	38.5%	75.0%	44.4%	35.6%	36.8%	39.5%	0.0%	0.0%	40.0%	47.4%
	④ 血糖＋脂質	F	6	0	0	4	2	3	1	0	1	1
		F/B	6.3%	0.0%	0.0%	8.9%	5.3%	7.9%	50.0%	0.0%	6.7%	5.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 61 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					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	344	96	27.9%	69	71.9%	27	28.1%	383	38	9.9%	37	97.4%	1	2.6%		
40代	32	4	12.5%	1	25.0%	3	75.0%	27	2	7.4%	2	100.0%	0	0.0%		
50代	40	9	22.5%	6	66.7%	3	33.3%	31	2	6.5%	2	100.0%	0	0.0%		
60代	137	45	32.8%	29	64.4%	16	35.6%	161	15	9.3%	14	93.3%	1	6.7%		
70～74歳	135	38	28.1%	33	86.8%	5	13.2%	164	19	11.6%	19	100.0%	0	0.0%		

出典：ヘルスサポートラボツール

4) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

5月 対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定

6月 特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)

(2)最新の脳科学を活用した保健指導

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

(3) 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。小国町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)
- ④75 g 糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

4) 医療との連携

メタボリックシンドローム重症化予防のためには、減量(適正体重の維持)に加え、血圧、血糖、脂質等リスク因子のコントロールが重要になります。

メタボリックの該当者については、特定保健指導対象者や他の重症化予防対象者と重複すると考えられるため、他の事業と同様の対応とします。

5) 評価

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標について年に1回評価します。個々の評価については、特定保健指導対象者や他の重症化予防対象者と重複することが考えられるため、他の事業の中で実施していきます。

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

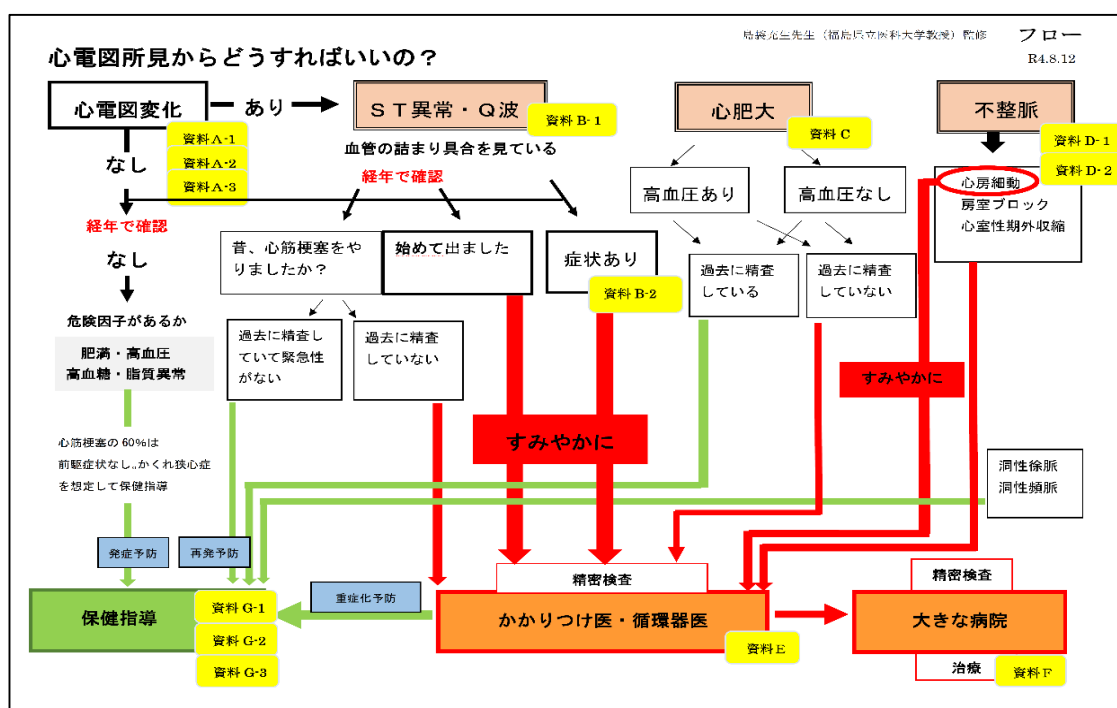
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

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 62 に基づいて考えます。

図表 62 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。

小国町においては、心電図検査を 734 人(99.3%)に実施し、そのうち有所見者が 189 人(25.7%)で

した。所見の中でも ST-T 変化は 29 人(15.2%)でした。(図表 63)

また、有所見者のうち要精査が 53 人(33.3%)で、その後の受診状況をみると 14 人(26.4%)は未受診でした。(図表 64)。

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 63 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	734	99.3	189	25.7%	18	9.4%	29	15.2%	14	7.3%	24	12.6%	3	1.6%	34	17.8%	11	5.8%	39	20.4%
	男性	349	98.9	106	30.4%	10	9.3%	17	15.9%	9	8.4%	13	12.1%	3	2.8%	22	20.6%	8	7.5%	26	24.3%
	女性	385	99.7	83	21.6%	8	9.5%	12	14.3%	5	6.0%	11	13.1%	0	0.0%	12	14.3%	3	3.6%	13	15.5%

R4健診結果より

図表 64 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	159	24.1%	53	33.3%	39	73.6%	14	26.4%
男性	83	31.0%	27	32.5%	18	66.7%	9	33.3%
女性	76	21.7%	26	34.2%	21	80.8%	5	19.2%

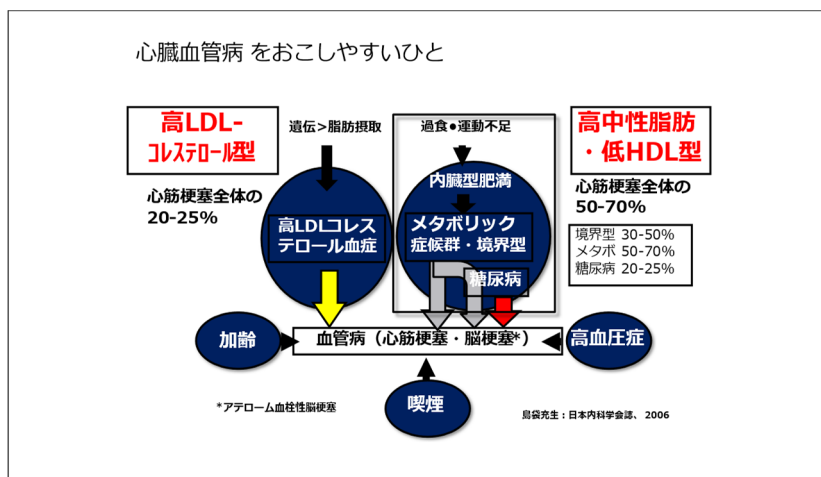
小国町調べ(集団健診分)

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 65)

図表 65 心血管病をおこしやすいひと



図表 65 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、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 60・61)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 66)

図表 66 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)				(再掲)LDL160以上の年代別				
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70～74歳	
293				142	98	34	19	7	10	22	14	
				48.5%	33.4%	11.6%	6.5%	13.2%	18.9%	41.5%	26.4%	
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	低リスク	160未満 (190未満)	33	17	9	5	2	3	4	0	0	
		11.3%	12.0%	9.2%	14.7%	10.5%	42.9%	40.0%	0.0%	0.0%		
	中リスク	140未満 (170未満)	120	63	37	11	9	2	1	10	7	
		41.0%	44.4%	37.8%	32.4%	47.4%	28.6%	10.0%	45.5%	50.0%		
	高リスク	120未満 (150未満)	131	58	49	17	7	2	4	12	6	
			44.7%	40.8%	50.0%	50.0%	36.8%	28.6%	40.0%	54.5%	42.9%	
		再掲	100未満 (130未満) ※1	8	3	4	1	0	0	0	1	0
			2.7%	2.1%	4.1%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%	4.5%	0.0%	
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柱性脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	9	4	3	1	1	0	1	0	1	
			3.1%	2.8%	3.1%	2.9%	5.3%	0.0%	10.0%	0.0%	7.1%	

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

図表 67 心電図所見からの保健指導教材（例示）

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

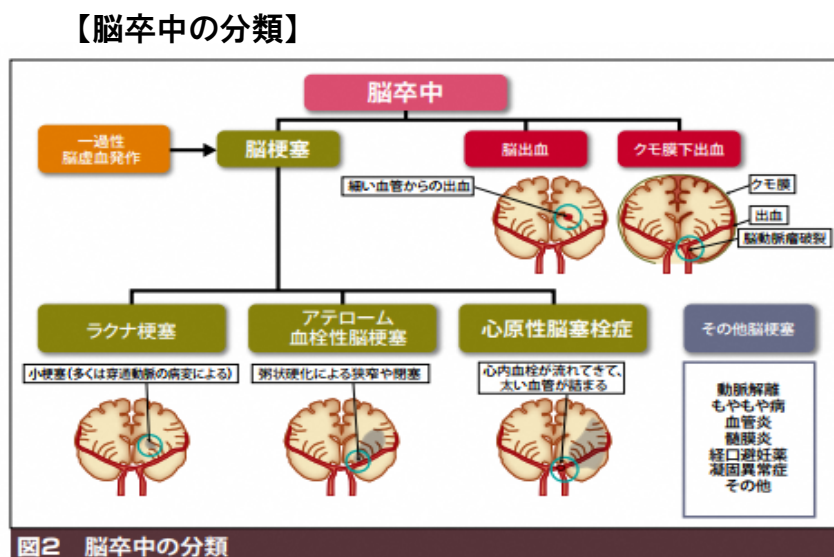
5 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

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 68,69)

図表 68 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 69 脳血管疾患とリスク因子

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) 脳血管疾患発症の実態をみる

小国町の脳血管疾患の種類をみると、図表 70 のとおり、国保、後期高齢者において脳梗塞の割合が最も多い状況でした。市町村平均との割合比較においては、国保、後期高齢者において低い状況でした。

脳梗塞の状況を図表 71 でみると、国保世代ではラクナ梗塞、アテローム血栓性脳塞栓の割合が高い状況でした。後期高齢者においては、ラクナ梗塞の割合が最も高いものの、全てにおいて市町村平均を下回っている状況でした。

図表 70 脳血管疾患の種類をみる（令和 4 年度）

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
市町村計	402,744	2,512	0.62%		639	0.16%	163	0.04%
小国町	2,100	12	0.57%		2	0.10%	1	0.05%

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
市町村計	284,602	8,874	3.12%		1,333	0.47%	270	0.09%
小国町	1,541	41	2.66%		2	0.13%	0	0.00%

図表 71 脳梗塞の種類をみる（令和 4 年度）

国保	脳梗塞人数									
	被保険者数	人数	割合	ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳塞栓		心原性脳塞栓症		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	
市町村計	402,744	2,513	0.62%	737	29.30%	363	14.40%	279	11.10%	
小国町	2,100	12	0.60%	4	33.30%	3	25.00%	0	0.00%	

後期	脳梗塞人数									
	被保険者数	人数	割合	ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳塞栓		心原性脳塞栓症		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	
市町村計	284,602	8,874	3.10%	2,407	27.10%	1,103	12.40%	1,502	16.90%	
小国町	1,541	41	2.70%	10	24.40%	2	4.90%	6	14.60%	

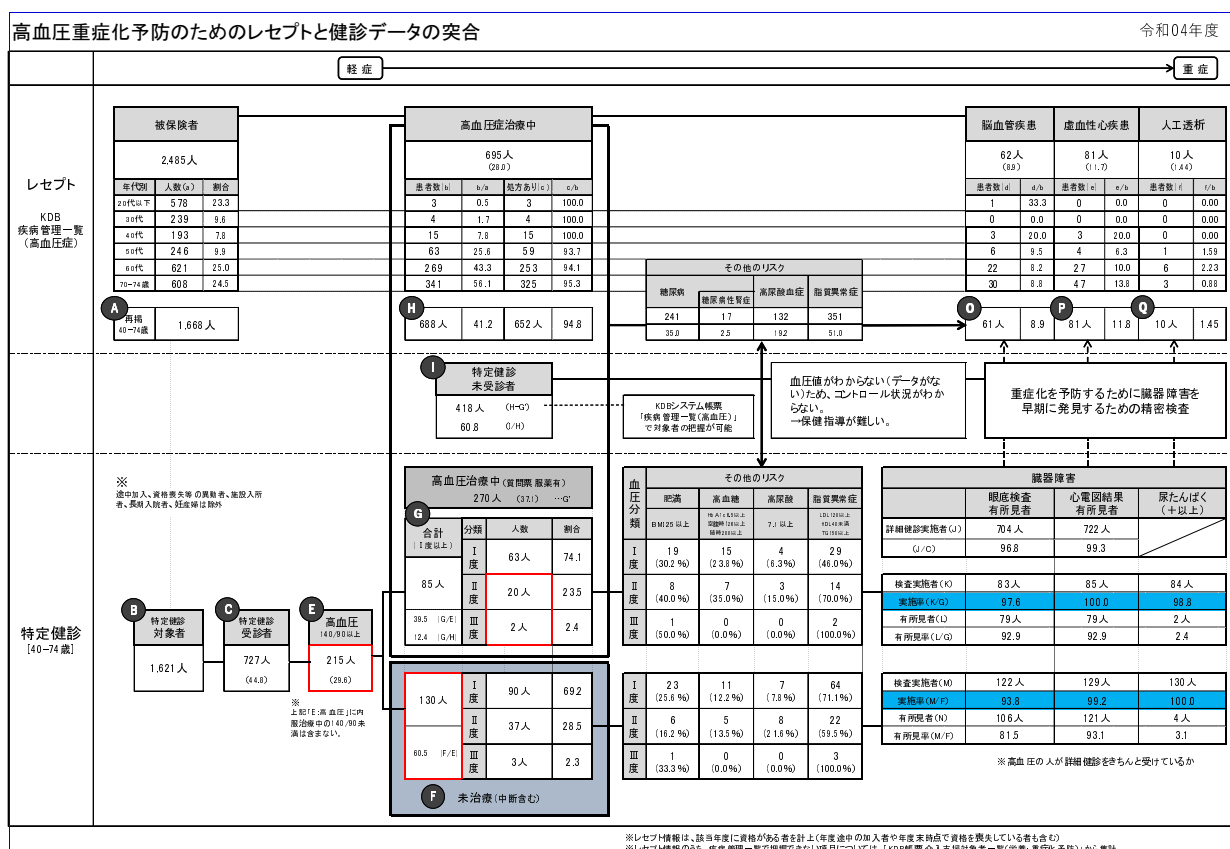
(2) 重症化予防対象者の抽出

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 688 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 61 人(8.9%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 215 人(29.6%)であり、そのうち 130 人(60.5%)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 22 人(3.0%)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。

図表 72 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 73 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和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 診療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
	241	111 46.1%	90 37.3%	37 15.4%	3 1.2%
リスク第1層 予後影響因子がない	14 5.8%	C 9 8.1%	B 3 3.3%	B 2 5.4%	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	126 52.3%	C 50 45.0%	B 54 60.0%	A 21 56.8%	A 1 33.3%
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	101 41.9%	B 52 46.8%	A 33 36.7%	A 14 37.8%	A 2 66.7%

…高リスク

…中等リスク

…低リスク

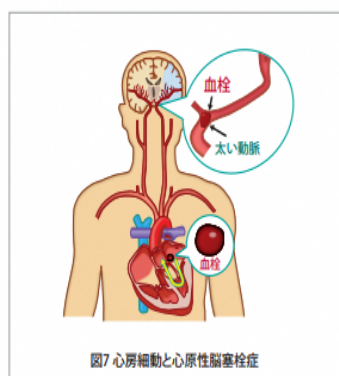
区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	71 29.5%
B	概ね1ヵ月後に再評価	111 46.1%
C	概ね3ヵ月後に再評価	59 24.5%

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

(4) 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 74 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 74 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環疫学調査 (※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	344	383	340	98.8%	382	99.7%	8	2.4%	3	0.8%	--	--
40代	32	27	31	96.9%	27	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	40	31	38	95.0%	30	96.8%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	137	161	137	100.0%	161	100.0%	1	0.7%	1	0.6%	1.9%	0.4%
70～74歳	135	164	134	99.3%	164	100.0%	7	5.2%	2	1.2%	3.4%	1.1%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 75 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	%
11	0	0.0%	11	100.0%

小国町調べ

心電図検査において 11 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、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者 11 人のうち全員が既に治療が開始されていました。

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

(2) 二次健診の実施

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

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

- 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

小国町は、令和2年度より熊本県後期高齢者広域連合から、本町が事業を受託し「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いきます。

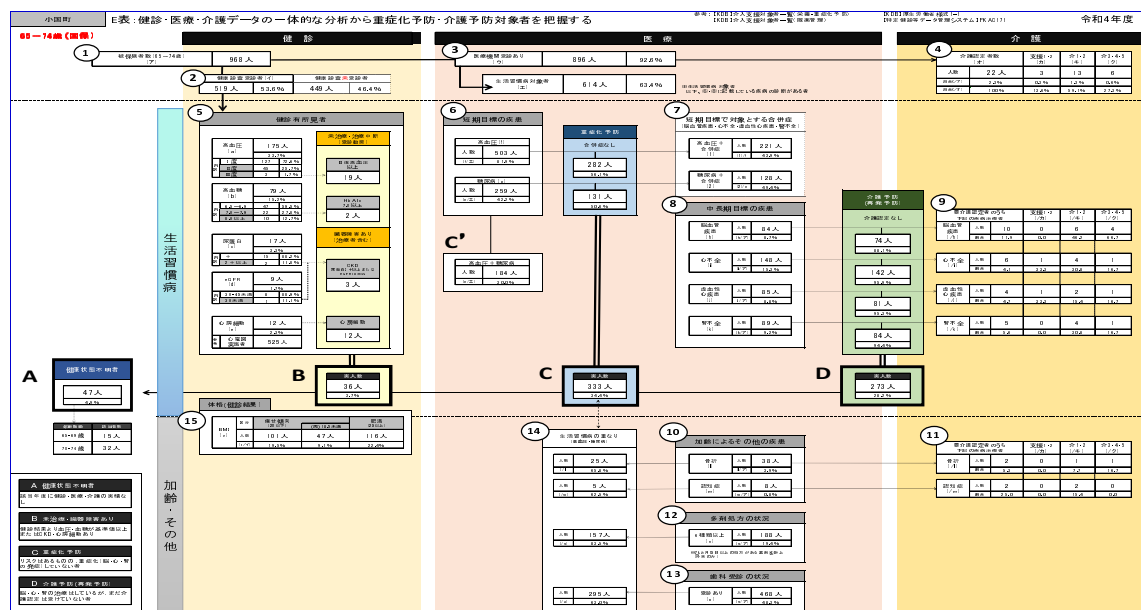
具体的には、

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、低栄養予防など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 76 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 発症予防

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

小国町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていることが必要であります。

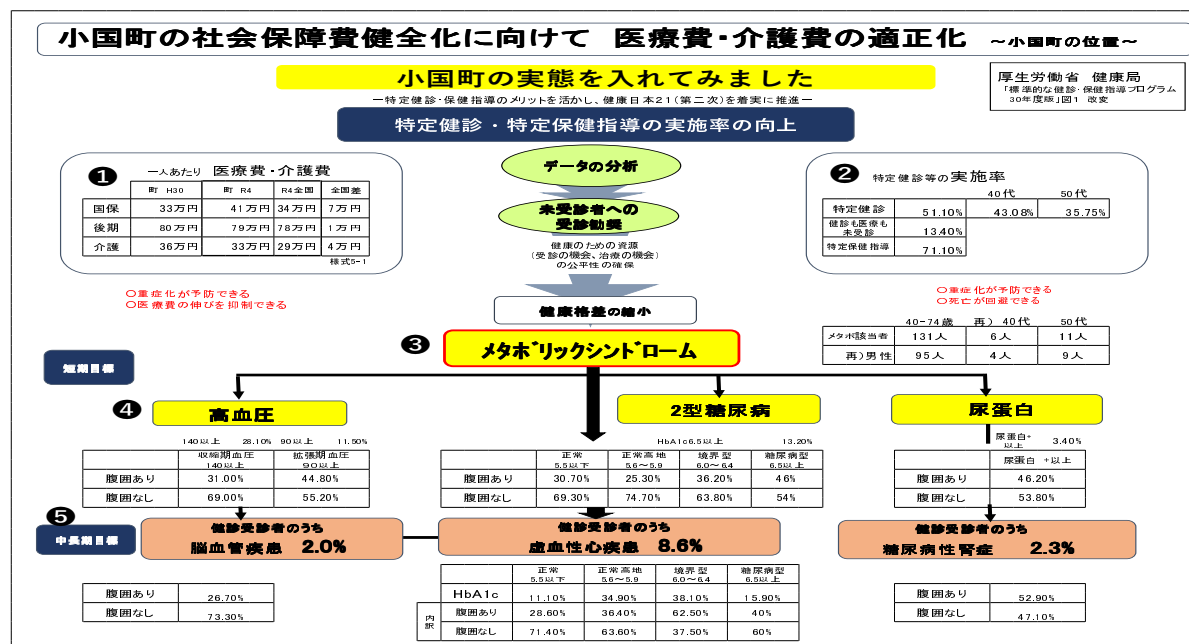
図表 77 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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）																				
発症予防 → 重症化予防																				
1　根拠法		健康増進法																		
		母子保健法				児童福祉法			学校保健安全法			労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全 法）		高齢者の医療の確保に関す る法律			（介護保険）			
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
対象者	4　健康診査 （根拠法）	妊婦健康診査 （13条）		産婦 健診 （13条）	乳幼児健康診査 （第12-13条）				保育所・幼稚園 健康診断		就学時 健診 （11・12 条）	児童・生徒の定期健康診断 （第1・13・14条）		定期健康診断 （第66条）		特定健康診査 （第18・20・21条）		後期高齢者 健康診査 （第125条）		
		妊娠前	妊娠中	産後 1年 以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育　／　幼稚園	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 （第13-44条）		標準的な特定健診・保健 指導プログラム（第2章）						
健康 診 内 容	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										
	50 GCT	1時間値 140mg/dl以上																		
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上								空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上										
	（診断） 妊娠 糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c 6.5%以上 75OGTTの①～③の 1点以上満たすもの																		
	身長 体重																			
	BMI															25以上				
	肥満度				加ア 18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上											
	尿糖	（+）以上														（+）以上				
糖尿病 家族歴																				

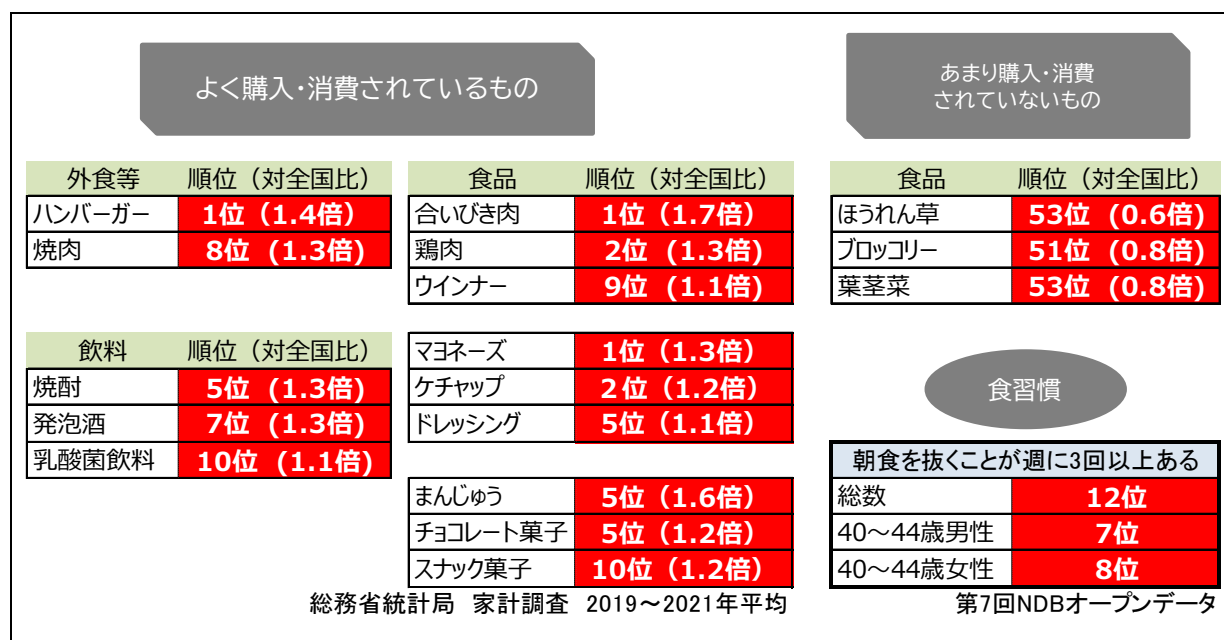
V. ポピュレーションアプローチ

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町民へ周知していきます。(図表 78、79)

図表 78 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 79 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・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。

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

第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り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小国町の位置

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小国町の位置

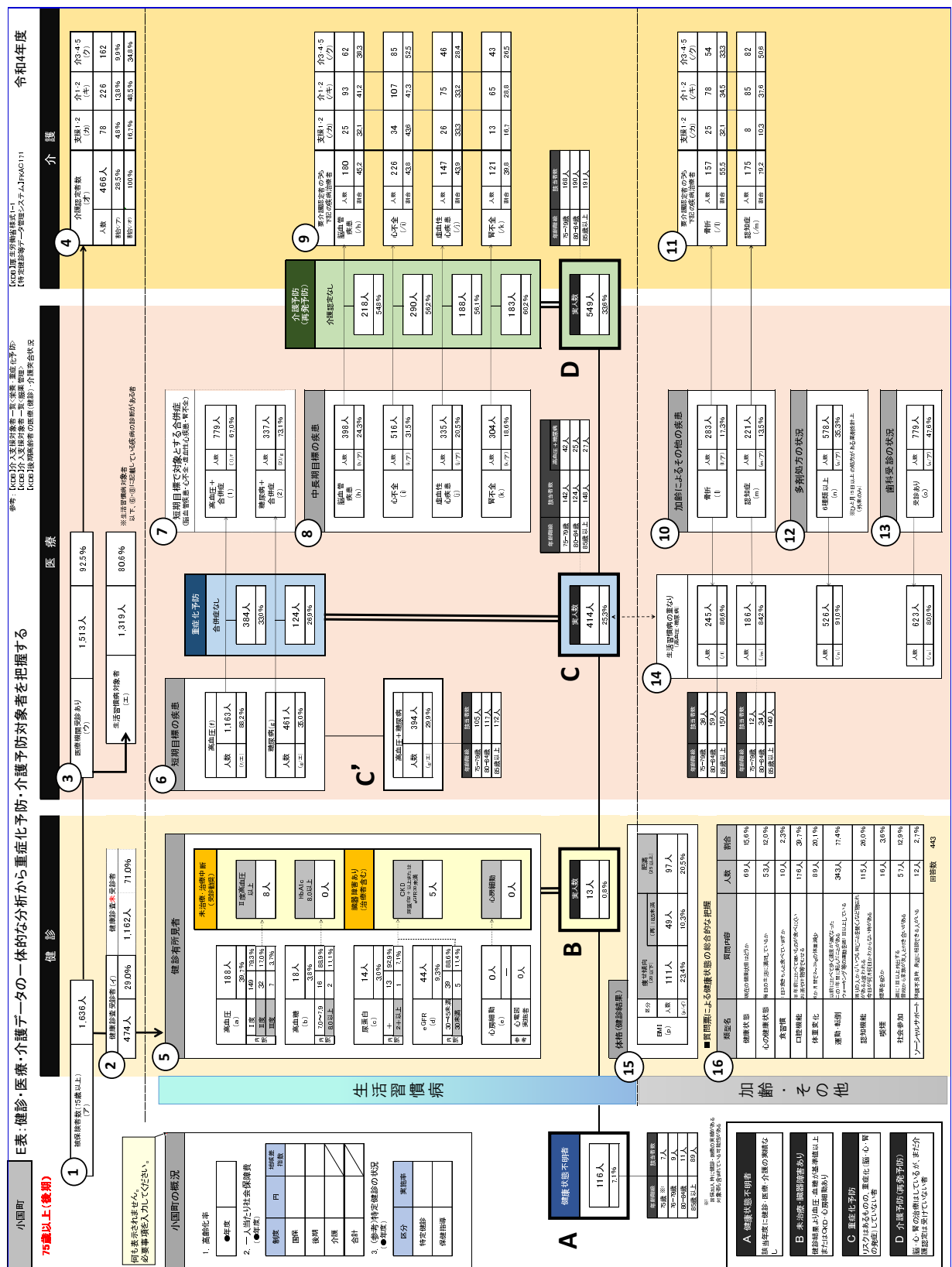
様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた小国町の位置												R04年度		
項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口	6,580		1,680,058		1,713,102		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			65歳以上(高齢化率)	2,775	42.2	662,426	39.4	540,538	31.6	35,335,805	28.7			
			75歳以上	1,498	22.8	--	--	282,460	16.5	18,248,742	14.8			
			65～74歳	1,277	19.4	--	--	258,078	15.1	17,087,063	13.9			
			40～64歳	2,030	30.9	--	--	543,167	31.7	41,545,893	33.7			
		39歳以下	1,775	27.0	--	--	629,397	36.7	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業	18.2		17.0		9.8		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			第2次産業	15.7		25.3		21.1		25.0				
			第3次産業	66.1		57.7		69.1		71.0				
	③	平均寿命	男性	80.4		80.4		81.2		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
女性			87.6		86.9		87.5		87.0					
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	79.9		79.5		80.4		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		女性	87.4		84.2		85.0		84.4					
2	①	死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	男性	102.5		103.1		94.9		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				女性	93.1		101.3		94.5		100			
			死因	がん	29	58.0	7,089	46.3	5,349	48.2	378,272	50.6		
				心臓病	11	22.0	4,562	29.8	3,242	29.2	205,485	27.5		
				脳疾患	9	18.0	2,404	15.7	1,547	13.9	102,900	13.8		
				糖尿病	0	0.0	283	1.8	202	1.8	13,896	1.9		
				腎不全	1	2.0	622	4.1	476	4.3	26,946	3.6		
				自殺	0	0.0	346	2.3	282	2.5	20,171	2.7		
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査		
			男性											
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	524	19.0	127,161	19.4	108,069	20.2	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				新規認定者		11	0.2	2,078	0.3	1,261	0.3	110,289		0.3
					介護度別総件数	要支援1.2	1,287	9.8	365,856	13.2	380,309	14.2		21,785,044
要介護1.2						7,329	55.8	1,297,770	46.8	1,309,567	49.0	78,107,378		46.3
要介護3以上						4,525	34.4	1,111,908	40.1	984,793	36.8	68,963,503		40.8
②		有病状況	2号認定者	3	0.15	2,073	0.39	1,879	0.35	156,107	0.38	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			糖尿病	116	21.6	30,162	22.6	25,945	23.1	1,712,613	24.3			
			高血圧症	305	57.7	71,773	54.3	65,761	58.7	3,744,672	53.3			
			脂質異常症	146	27.0	39,654	29.6	37,156	32.8	2,308,216	32.6			
			心臓病	333	62.6	80,304	60.9	73,556	65.7	4,224,628	60.3			
			脳疾患	143	25.6	30,910	23.8	25,387	22.8	1,568,292	22.6			
			がん	74	13.7	14,782	11.0	13,445	12.0	837,410	11.8			
			筋・骨格	318	61.1	71,540	54.1	66,287	59.2	3,748,372	53.4			
			精神	227	41.5	49,589	37.8	45,259	40.5	2,569,149	36.8			
③		介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	338,035	938,048,460	314,188	208,126,001,519	310,858	188,030,405,720	290,668	10,0742,742,889	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			1件当たり給付費(全体)		71,383		74,986		62,823		59,662			
				居宅サービス	51,439		43,722		42,088		41,272			
				施設サービス	290,140		289,312		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	10,770		9,224		9,463		8,610	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
				認定なし	4,807		4,375		4,221		4,020			
4	①	国保の状況	被保険者数	1,955		427,153		383,407		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況		
			65～74歳	957	49.0			174,230	45.4	11,129,271	40.5			
			40～64歳	582	29.8			118,490	30.9	9,088,015	33.1			
			39歳以下	416	21.3			90,687	23.7	7,271,596	26.5			
	②	医療の概況 (人口千対)	加入率	29.7		25.6		22.4		22.3		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況		
			病院数	1	0.5	150	0.4	208	0.5	8,237	0.3			
			診療所数	2	1.0	1,147	2.7	1,473	3.8	102,599	3.7			
			病床数	73	37.3	15,964	37.4	32,745	85.4	1,507,471	54.8			
			医師数	10	5.1	1,780	4.2	5,415	14.1	339,611	12.4			
			外来患者数	647.9		692.2		768.9		687.8				
			入院患者数	26.0		22.7		26.2		17.7				
	③	医療費の状況	一人当たり医療費	410,835	県内27位 同規模73位	376,732		407,772		339,680		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			受診率	673,904		714,851		795,102		705,439				
			外 来	費用の割合	51.8	56.3		54.5		60.4				
			件数の割合	96.1		96.8		96.7		97.5				
入院			費用の割合	48.2	43.7		45.5		39.6					
件数の割合			3.9		3.2		3.3		2.5					
1件あたり在院日数			16.4日		16.4日		18.1日		15.7日					

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	154,623,150	36.1	31.3	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)	41,558,760	9.7	7.2	10.7	8.2						
				糖尿病	40,255,250	9.4	11.3	10.9	10.4						
				高血圧症	25,366,350	5.9	6.6	6.0	5.9						
				脂質異常症	9,610,680	2.2	3.8	3.3	4.1						
				脳梗塞・脳出血	7,575,710	1.8	3.9	3.6	3.9						
				狭心症・心筋梗塞	10,579,500	2.5	2.8	2.0	2.8						
				精神 筋・骨格	51,778,810 83,857,230	12.1 19.6	14.9 17.3	18.6 16.6	14.7 16.7						
4	⑤	一人当たり医療費/ 入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	279	0.1	430	0.3	435	0.2	256	0.2	KDB,NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)		
				糖尿病	1,042	0.5	1,426	0.9	2,168	1.2	1,144	0.9			
				脂質異常症	--	--	69	0.0	117	0.1	53	0.0			
				脳梗塞・脳出血	3,535	1.8	6,762	4.1	7,036	3.8	5,993	4.5			
				虚血性心疾患	4,465	2.3	4,422	2.7	3,398	1.8	3,942	2.9			
				腎不全	5,296	2.7	4,755	2.9	5,404	2.9	4,051	3.0			
	医療費分析 一人当たり医療費/ 外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	12,696	6.0	12,793	6.0	12,283	5.5	10,143	4.9				
			糖尿病	20,187	9.5	21,925	10.3	21,299	9.6	17,720	8.6				
			脂質異常症	4,916	2.3	7,608	3.6	6,890	3.1	7,092	3.5				
			脳梗塞・脳出血	340	0.2	943	0.4	625	0.3	825	0.4				
			虚血性心疾患	2,108	1.0	1,933	0.9	1,621	0.7	1,722	0.8				
			腎不全	17,757	8.4	16,719	7.9	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	3,246		3,122	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	14,596		12,911	13,484	13,295							
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	10,018		9,063	6,758	6,142							
			健診未受診者	45,049		37,482	37,197	40,210							
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	420	58.7	81,311	58.1	55,575	56.8	3,698,441	56.9	KDB,NO.1 地域全体像の把握				
		医療機関受診率	377	52.7	730.37	52.2	50,251	51.3	3,375,719	51.9					
		医療機関非受診率	43	6.0	82.74	5.9	5,324	5.4	322,722	5.0					
5	①	特定健診の 状況	県内市町村数 47市町村 同規模市区町村数 240市町村	健診受診者	715		139,850	97,898	6,503,152	KDB,NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健 康課題 KDB,NO.1 地域全体像の把握					
	②			受診率	51.0	県内22位 同規模66位	44.7	36.4	全国26位		35.3				
	③			特定保健指導終了者(実施率)	47	56.6	2678	16.0	3,313		28.6	69,327	9.0		
	④			非肥満高血糖	67	9.4	14,190	10.1	8,692		8.9	588,083	9.0		
	⑤			メタボ	該当者	132	18.5	30,227	21.6		20,321	20.8	1,321,197	20.3	
						男性	96	28.2	21,300		32.1	14,222	32.4	923,222	32.0
						女性	36	9.6	8,927		12.1	6,099	11.3	397,975	11.0
						予備群	85	11.9	16,236		11.6	11,800	12.1	730,607	11.2
						男性	67	19.7	11,464		17.3	8,107	18.5	515,813	17.9
						女性	18	4.8	4,772		6.5	3,693	6.8	214,794	5.9
	⑥			メタボ 該当 ・予 備 群 レ ベル	BMI	総数	228	31.9	51,122		36.6	35,581	36.3	2,273,296	35.0
						男性	166	48.8	35,935		54.2	24,633	56.1	1,592,747	55.3
						女性	62	16.5	15,187		20.6	10,948	20.3	680,549	18.8
						総数	22	3.1	8,128		5.8	4,148	4.2	304,276	4.7
						男性	4	1.2	1,372		2.1	620	1.4	48,780	1.7
						女性	18	4.8	6,756		9.2	3,528	6.5	255,496	7.1
					血糖のみ	8	1.1	963	0.7		705	0.7	41,541	0.6	
					血圧のみ	63	8.8	11,851	8.5		8,557	8.7	514,593	7.9	
					脂質のみ	14	2.0	3,422	2.4		2,538	2.6	174,473	2.7	
		血糖・血圧	23		3.2	5,115	3.7	3,517	3.6	193,722	3.0				
血糖・脂質		8	1.1		1,475	1.1	985	1.0	67,212	1.0					
血圧・脂質		52	7.3		13,535	9.7	9,222	9.4	630,648	9.7					
血糖・血圧・脂質		49	6.9		10,102	7.2	6,597	6.7	429,615	6.6					
6		①	問診の状況		服薬	高血圧	269	37.6	55,201	39.5	37,276	38.1	2,324,538	35.8	KDB,NO.1 地域全体像の把握
	糖尿病			84		11.7	14,674	10.5	9,143	9.3	564,473	8.7			
	脂質異常症			186		26.0	38,748	27.7	26,402	27.0	1,817,350	28.0			
	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)			23		3.2	4,389	3.3	2,933	3.0	199,003	3.1			
②	既往歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	42	5.9	8,295	6.2	5,477	5.7	349,845	5.5					
		腎不全	1	0.1	1,283	0.9	662	0.7	51,680	0.8					
6	③	生活習慣の 状況	喫煙	116	16.2	21,078	15.1	13,307	13.6	896,676	13.8	KDB,NO.1 地域全体像の把握			
				週3回以上朝食を抜く	58	8.2	11,378	8.6	9,112	10.2	609,166		10.3		
				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～)	86	12.1	21,660	14.8	13,395	14.8	932,218		15.7		
				週3回以上就寝前夕食	86	12.1	21,660	16.4	13,395	14.8	932,218		15.7		
				食べる速度が速い	173	24.4	35,108	26.4	24,787	27.4	1,590,713		26.8		
				20歳時体重から10kg以上増加	224	31.5	47,632	35.8	32,106	36.0	2,083,152		34.9		
				1回30分以上運動習慣なし	465	65.5	86,948	65.2	55,634	61.6	3,589,415		60.3		
				1日1時間以上運動なし	358	50.4	62,532	46.9	45,867	50.8	2,858,913		48.0		
				睡眠不足	195	27.5	32,230	24.3	22,325	24.7	1,521,685		25.6		
				毎日飲酒	162	22.8	35,947	26.5	25,323	26.3	1,585,206		25.5		
				時々飲酒	202	28.4	28,605	21.1	23,075	24.0	1,393,154		22.4		
				④	日 飲 酒 量	1合未満	502	73.0	53,892	59.9	52,841		68.5	2,851,798	64.2
						1～2合	124	18.0	23,850	26.5	17,396		22.5	1,053,317	23.7
2～3合	52	7.6	9,375			10.4	5,528	7.2	414,658	9.3					
3合以上	10	1.5	2,835			3.2	1,416	1.8	122,039	2.7					

① 40～64 歳(国保)



④ 75歳以上(後期)

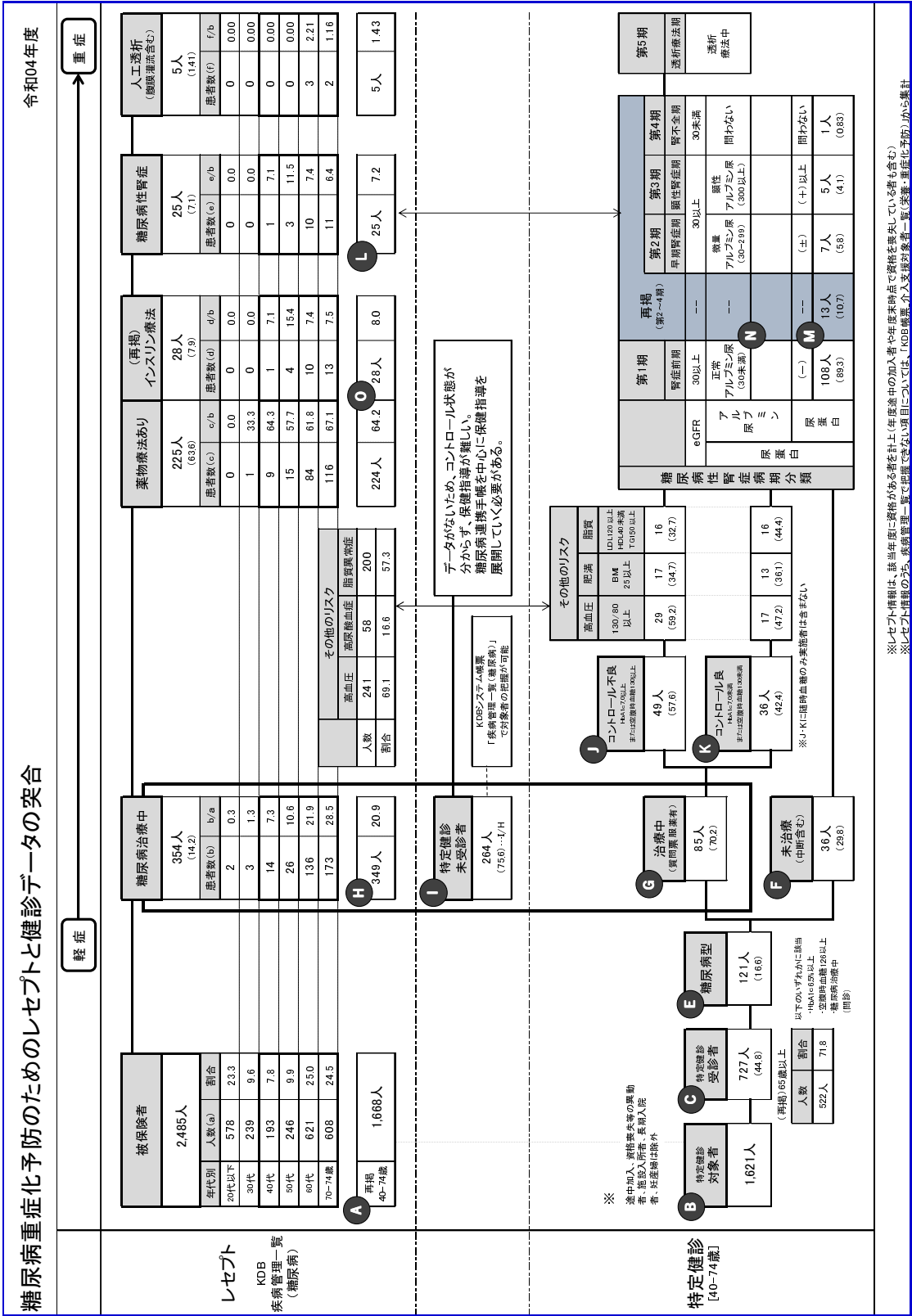


参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

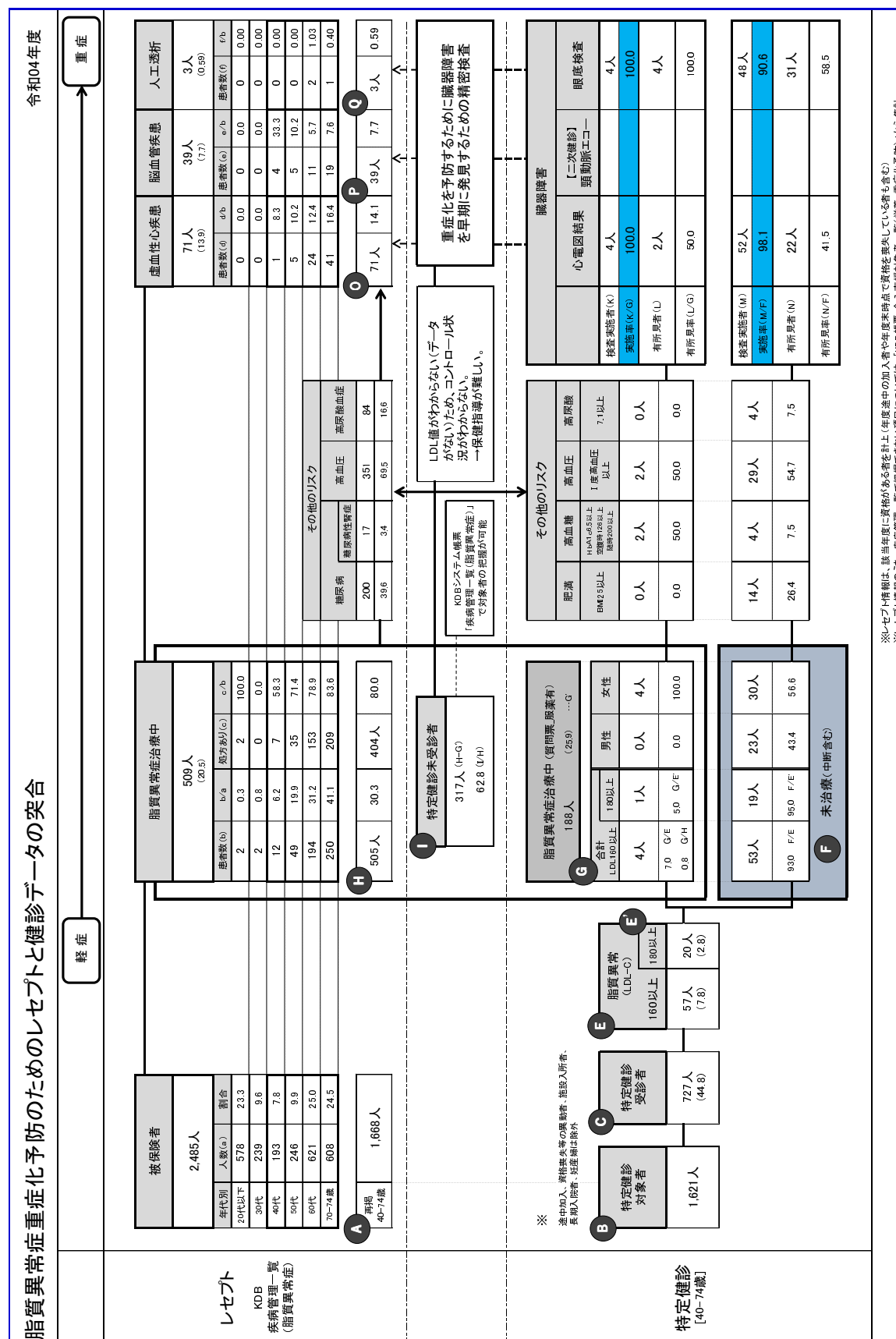
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		実 合 表	小国町										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		2,463人		2,314人		2,174人		2,104人		2,162人	
	②	(再掲) 40～74歳	1,883人		1,810人		1,722人		1,669人		1,632人			
2	①	対象者数	B		1,706人		1,604人		1,520人		1,477人			
	②	特定健診 受診者数	C		927人		837人		780人		794人		727人	
	③	受診率	54.3%		52.2%		51.3%		53.8%		—			
3	①	特定 保健指導 対象者数			119人		85人		89人		86人			
	②	実施率	65.5%		77.6%		82.0%		67.4%					
4	①	糖尿病型	E		117人	12.8%	115人	13.7%	116人	14.9%	129人	16.2%	121人	16.6%
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F		41人	35.0%	29人	25.2%	36人	31.0%	34人	26.4%	36人	29.8%
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G		76人	65.0%	86人	74.8%	80人	69.0%	95人	73.6%	85人	70.2%
	④	コントロール不良 HbA1c7.5以上または空腹時血糖値130以上			42人	55.3%	44人	51.2%	42人	52.5%	45人	47.4%	49人	57.6%
	⑤	血圧 130/80以上	J		23人	54.8%	28人	63.6%	24人	57.1%	26人	57.8%	29人	59.2%
	⑥	肥満 BMI25以上			15人	35.7%	12人	27.3%	16人	38.1%	14人	31.1%	17人	34.7%
	⑦	コントロール良好 HbA1c7.5未満かつ空腹時血糖値130未満	K		34人	44.7%	42人	48.8%	38人	47.5%	50人	52.6%	36人	42.4%
	⑧	第1期 尿蛋白(ー)	M		101人	86.3%	104人	90.4%	101人	87.1%	121人	93.8%	108人	89.3%
	⑨	第2期 尿蛋白(±)			10人	8.5%	5人	4.3%	6人	5.2%	3人	2.3%	7人	5.8%
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上			6人	5.1%	6人	5.2%	7人	6.0%	3人	2.3%	5人	4.1%
	⑪	第4期 eGFR30未満			0人	0.0%	0人	0.0%	2人	1.7%	2人	1.6%	1人	0.8%
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)			97.8人		96.8人		92.9人		98.9人		103.1人	
	②	(再掲) 40～74歳(被保険者千対)			125.9人		122.7人		116.7人		122.8人		135.4人	
	③	レセプト件数 (40～74歳)	1,447件 (798.6)		1,468件 (847.1)		1,418件 (855.2)		1,348件 (828.5)		1,344件 (873.3)		319,711件 (930.6)	
	④	入院外(件数)												
	⑤	入院(件数)	16件 (8.8)		12件 (6.9)		5件 (3.0)		16件 (9.8)		7件 (4.5)		1,521件 (4.4)	
	⑥	糖尿病治療中	H		241人	9.8%	224人	9.7%	202人	9.3%	208人	9.9%	223人	10.3%
	⑦	(再掲) 40～74歳			237人	12.6%	222人	12.3%	201人	11.7%	205人	12.3%	221人	13.5%
	⑧	健診未受診者	I		161人	67.9%	146人	65.8%	121人	60.2%	110人	53.7%	136人	61.5%
	⑨	インスリン治療	O		23人	9.5%	20人	8.9%	18人	8.9%	18人	8.7%	18人	8.1%
	⑩	(再掲) 40～74歳			23人	9.7%	20人	9.0%	18人	9.0%	18人	8.8%	18人	8.1%
	⑪	糖尿病性腎症	L		9人	3.7%	4人	1.8%	14人	6.9%	14人	6.7%	15人	6.7%
	⑫	(再掲) 40～74歳			9人	3.8%	4人	1.8%	14人	7.0%	14人	6.8%	15人	6.8%
	⑬	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			3人	1.2%	2人	0.9%	2人	1.0%	2人	1.0%	2人	0.9%
	⑭	(再掲) 40～74歳			3人	1.3%	2人	0.9%	2人	1.0%	2人	1.0%	2人	0.9%
	⑮	新規透析患者数			1人		1人		2人		2人		2人	
	⑯	(再掲) 糖尿病性腎症			1人		0人		0人		1人		2人	
	⑰	【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)			8人	2.1%	8人	2.3%	9人	2.8%	8人	2.5%	7人	2.1%
6	①	総医療費			7億8250万円		6億9611万円		7億4791万円		7億7186万円		8億0318万円	
	②	生活習慣病総医療費			3億6795万円		3億5894万円		4億1007万円		4億2632万円		4億2811万円	
	③	(総医療費に占める割合)	47.0%		51.6%		54.8%		55.2%		53.3%		53.5%	
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり 健診受診者			9,344円		11,303円		10,869円		9,889円		10,018円	
	⑤	健診未受診者			29,018円		31,490円		37,276円		43,212円		45,049円	
	⑥	糖尿病医療費			4494万円		4492万円		4161万円		4560万円		4026万円	
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	12.2%		12.5%		10.1%		10.7%		9.4%		11.3%	
	⑧	糖尿病入院総医療費			1億1504万円		1億0944万円		9655万円		1億0107万円		1億1615万円	
	⑨	1件あたり			37,940円		36,600円		33,640円		34,623円		39,175円	
	⑩	糖尿病入院総医療費			5608万円		5585万円		5408万円		6945万円		7016万円	
	⑪	1件あたり			483,439円		600,516円		594,320円		609,168円		649,629円	
	⑫	在院日数			13日		11日		12日		12日		14日	
	⑬	慢性腎不全医療費			2876万円		1958万円		2479万円		3000万円		4265万円	
	⑭	透析有り			2841万円		1830万円		2446万円		2959万円		4156万円	
	⑮	透析なし			34万円		128万円		33万円		41万円		109万円	
7	①	介護 介護給付費			9億8204万円		9億3971万円		9億5790万円		9億7115万円		9億3805万円	
	②	(2号認定者) 糖尿病合併症			0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%	
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)			2人 1.8%		1人 0.9%		1人 0.9%		1人 0.9%		0人 0.0%	

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







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
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	859	302	35.2%	328	38.2%	151	17.6%	48	5.6%	23	2.7%	7	0.8%	16	1.9%	5	0.6%
H30	927	379	40.9%	329	35.5%	144	15.5%	36	3.9%	28	3.0%	11	1.2%	24	2.6%	8	0.9%
R01	837	345	41.2%	276	33.0%	154	18.4%	33	3.9%	23	2.7%	6	0.7%	13	1.6%	5	0.6%
R02	783	178	22.7%	330	42.1%	194	24.8%	44	5.6%	25	3.2%	12	1.5%	18	2.3%	8	1.0%
R03	797	184	23.1%	311	39.0%	216	27.1%	48	6.0%	29	3.6%	9	1.1%	17	2.1%	4	0.5%
R04	727	146	20.1%	279	38.4%	209	28.7%	55	7.6%	27	3.7%	11	1.5%	22	3.0%	5	0.7%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上												
					再)7.0以上	未治療	治療										
H29	859	302 35.2%	328 38.2%	151 17.6%	78	35	43										
					9.1%	44.9%	55.1%										
					30 3.5%	9 30.0%	21 70.0%										
H30	927	379 40.9%	329 35.5%	144 15.5%	75	33	42										
					8.1%	44.0%	56.0%										
					39 4.2%	15 38.5%	24 61.5%										
R01	837	345 41.2%	276 33.0%	154 18.4%	62	16	46										
					7.4%	25.8%	74.2%										
					29 3.5%	6 20.7%	23 79.3%										
R02	783	178 22.7%	330 42.1%	194 24.8%	81	24	57										
					10.3%	29.6%	70.4%										
					37 4.7%	9 24.3%	28 75.7%										
R03	797	184 23.1%	311 39.0%	216 27.1%	86	27	59										
					10.8%	31.4%	68.6%										
					38 4.8%	6 15.8%	32 84.2%										
R04	727	146 20.1%	279 38.4%	209 28.7%	93	32	61										
					12.8%	34.4%	65.6%										
					38 5.2%	10 26.3%	28 73.7%										

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
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	56	6.5%	0	0.0%	3	5.4%	10	17.9%	22	39.3%	16	28.6%	5	8.9%	12	21.4%
	H30	76	8.2%	0	0.0%	7	9.2%	27	35.5%	18	23.7%	18	23.7%	6	7.9%	16	21.1%
	R01	86	10.3%	0	0.0%	8	9.3%	32	37.2%	23	26.7%	20	23.3%	3	3.5%	10	11.6%
	R02	80	10.2%	0	0.0%	2	2.5%	21	26.3%	29	36.3%	20	25.0%	8	10.0%	13	16.3%
	R03	95	11.9%	0	0.0%	1	1.1%	35	36.8%	27	28.4%	26	27.4%	6	6.3%	13	13.7%
	R04	85	11.7%	0	0.0%	1	1.2%	23	27.1%	33	38.8%	22	25.9%	6	7.1%	16	18.8%
治療なし	H29	803	93.5%	302	37.6%	325	40.5%	141	17.6%	26	3.2%	7	0.9%	2	0.2%	4	0.5%
	H30	851	91.8%	379	44.5%	322	37.8%	117	13.7%	18	2.1%	10	1.2%	5	0.6%	8	0.9%
	R01	751	89.7%	345	45.9%	268	35.7%	122	16.2%	10	1.3%	3	0.4%	3	0.4%	3	0.4%
	R02	703	89.8%	178	25.3%	328	46.7%	173	24.6%	15	2.1%	5	0.7%	4	0.6%	5	0.7%
	R03	702	88.1%	184	26.2%	310	44.2%	181	25.8%	21	3.0%	3	0.4%	3	0.4%	4	0.6%
	R04	642	88.3%	146	22.7%	278	43.3%	186	29.0%	22	3.4%	5	0.8%	5	0.8%	6	0.9%

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	859	299	34.8%	134	15.6%	194	22.6%	182	21.2%	46	5.4%	4	0.5%	
H30	927	289	31.2%	139	15.0%	262	28.3%	192	20.7%	39	4.2%	6	0.6%	
R01	837	228	27.2%	130	15.5%	242	28.9%	177	21.1%	49	5.9%	11	1.3%	
R02	788	215	27.3%	122	15.5%	194	24.6%	189	24.0%	61	7.7%	7	0.9%	
R03	800	223	27.9%	123	15.4%	208	26.0%	183	22.9%	54	6.8%	9	1.1%	
R04	727	207	28.5%	101	13.9%	204	28.1%	153	21.0%	57	7.8%	5	0.7%	

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上												
					再Ⅲ度高血圧	再掲											
						未治療	治療										
H29	859	433 50.4%	194 22.6%	182 21.2%	50 5.8%	34 68.0%	16 32.0%										
					4 0.5%	1 25.0%	3 75.0%	0.5%									
H30	927	428 46.2%	262 28.3%	192 20.7%	45 4.9%	35 77.8%	10 22.2%										
					6 0.6%	5 83.3%	1 16.7%	0.6%									
R01	837	358 42.8%	242 28.9%	177 21.1%	60 7.2%	33 55.0%	27 45.0%										
					11 1.3%	7 63.6%	4 36.4%	1.3%									
R02	788	337 42.8%	194 24.6%	189 24.0%	68 8.6%	37 54.4%	31 45.6%										
					7 0.9%	4 57.1%	3 42.9%	0.9%									
R03	800	346 43.3%	208 26.0%	183 22.9%	63 7.9%	35 55.6%	28 44.4%										
					9 1.1%	7 77.8%	2 22.2%	1.1%									
R04	727	308 42.4%	204 28.1%	153 21.0%	62 8.5%	40 64.5%	22 35.5%										
					5 0.7%	3 60.0%	2 40.0%	0.7%									

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	270	31.4%	73	27.0%	47	17.4%	67	24.8%	67	24.8%	13	4.8%	3	1.1%
	H30	300	32.4%	65	21.7%	54	18.0%	89	29.7%	82	27.3%	9	3.0%	1	0.3%
	R01	283	33.8%	47	16.6%	45	15.9%	95	33.6%	69	24.4%	23	8.1%	4	1.4%
	R02	280	35.5%	54	19.3%	46	16.4%	77	27.5%	72	25.7%	28	10.0%	3	1.1%
	R03	303	37.9%	51	16.8%	61	20.1%	83	27.4%	80	26.4%	26	8.6%	2	0.7%
	R04	270	37.1%	52	19.3%	40	14.8%	93	34.4%	63	23.3%	20	7.4%	2	0.7%
治療なし	H29	589	68.6%	226	38.4%	87	14.8%	127	21.6%	115	19.5%	33	5.6%	1	0.2%
	H30	627	67.6%	224	35.7%	85	13.6%	173	27.6%	110	17.5%	30	4.8%	5	0.8%
	R01	554	66.2%	181	32.7%	85	15.3%	147	26.5%	108	19.5%	26	4.7%	7	1.3%
	R02	508	64.5%	161	31.7%	76	15.0%	117	23.0%	117	23.0%	33	6.5%	4	0.8%
	R03	497	62.1%	172	34.6%	62	12.5%	125	25.2%	103	20.7%	28	5.6%	7	1.4%
	R04	457	62.9%	155	33.9%	61	13.3%	111	24.3%	90	19.7%	37	8.1%	3	0.7%

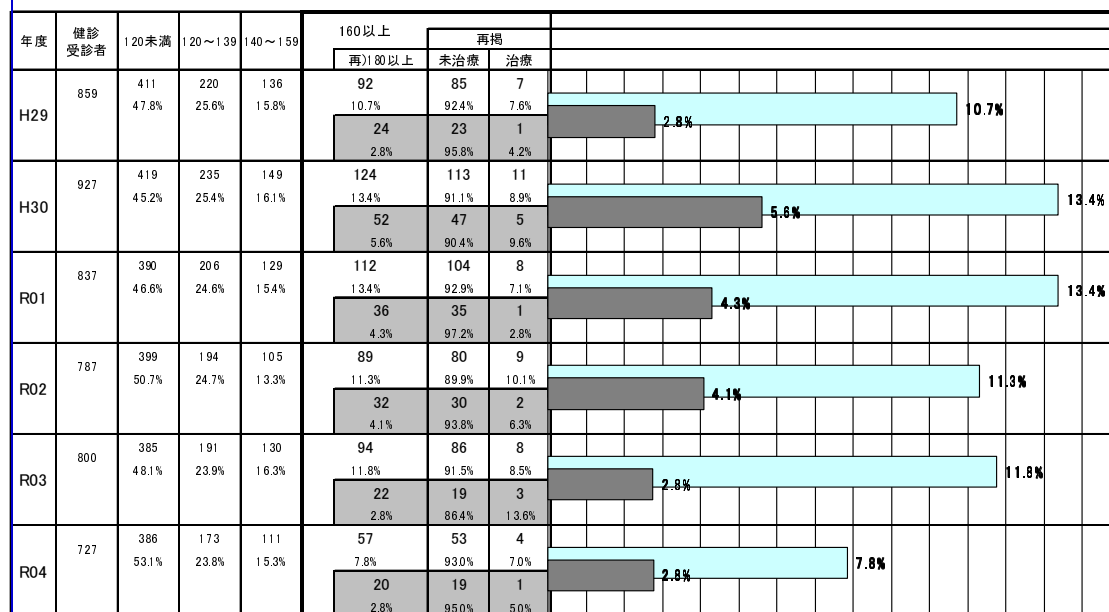
参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H29	859	411	47.8%	220	25.6%	136	15.8%	68	7.9%	24	2.8%
	H30	927	419	45.2%	235	25.4%	149	16.1%	72	7.8%	52	5.6%
	R01	837	390	46.6%	206	24.6%	129	15.4%	76	9.1%	36	4.3%
	R02	787	399	50.7%	194	24.7%	105	13.3%	57	7.2%	32	4.1%
	R03	800	385	48.1%	191	23.9%	130	16.3%	72	9.0%	22	2.8%
	R04	727	386	53.1%	173	23.8%	111	15.3%	37	5.1%	20	2.8%
男性	H29	407	213	52.3%	97	23.8%	60	14.7%	31	7.6%	6	1.5%
	H30	451	221	49.0%	112	24.8%	68	15.1%	27	6.0%	23	5.1%
	R01	393	178	45.3%	109	27.7%	64	16.3%	27	6.9%	15	3.8%
	R02	378	199	52.6%	97	25.7%	47	12.4%	25	6.6%	10	2.6%
	R03	375	181	48.3%	93	24.8%	72	19.2%	26	6.9%	3	0.8%
	R04	344	190	55.2%	77	22.4%	54	15.7%	16	4.7%	7	2.0%
女性	H29	452	198	43.8%	123	27.2%	76	16.8%	37	8.2%	18	4.0%
	H30	476	198	41.6%	123	25.8%	81	17.0%	45	9.5%	29	6.1%
	R01	444	212	47.7%	97	21.8%	65	14.6%	49	11.0%	21	4.7%
	R02	409	200	48.9%	97	23.7%	58	14.2%	32	7.8%	22	5.4%
	R03	425	204	48.0%	98	23.1%	58	13.6%	46	10.8%	19	4.5%
	R04	383	196	51.2%	96	25.1%	57	14.9%	21	5.5%	13	3.4%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病率・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



治療と未治療の状況

		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
				A	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	153	17.8%	105	68.6%	34	22.2%	7	4.6%	6	3.9%	1	0.7%
	H30	184	19.8%	123	66.8%	37	20.1%	13	7.1%	6	3.3%	5	2.7%
	R01	193	23.1%	133	68.9%	40	20.7%	12	6.2%	7	3.6%	1	0.5%
	R02	183	23.3%	135	73.8%	30	16.4%	9	4.9%	7	3.8%	2	1.1%
	R03	198	24.8%	138	69.7%	33	16.7%	19	9.6%	5	2.5%	3	1.5%
	R04	188	25.9%	140	74.5%	31	16.5%	13	6.9%	3	1.6%	1	0.5%
治療なし	H29	706	82.2%	306	43.3%	186	26.3%	129	18.3%	62	8.8%	23	3.3%
	H30	743	80.2%	296	39.8%	198	26.6%	136	18.3%	66	8.9%	47	6.3%
	R01	644	76.9%	257	39.9%	166	25.8%	117	18.2%	69	10.7%	35	5.4%
	R02	604	76.7%	264	43.7%	164	27.2%	96	15.9%	50	8.3%	30	5.0%
	R03	602	75.3%	247	41.0%	158	26.2%	111	18.4%	67	11.1%	19	3.2%
	R04	539	74.1%	246	45.6%	142	26.3%	98	18.2%	34	6.3%	19	3.5%

