

甲佐町国民健康保険
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

甲佐町国民健康保険

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) 基本的考え方
 - 2) 健康課題の明確化
 - 3) 目標の設定
 - 4) 目標値の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) …… 36

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

第4章 課題解決するための個別保健事業 44

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 72

- 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 73

- 1. 計画の公表・周知
- 2. 個人情報の取扱い

参考資料 74

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とその方向性を示すもの

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、熊本県健康増進計画や熊本県における医療費の見通しに関する計画、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2~5)

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。

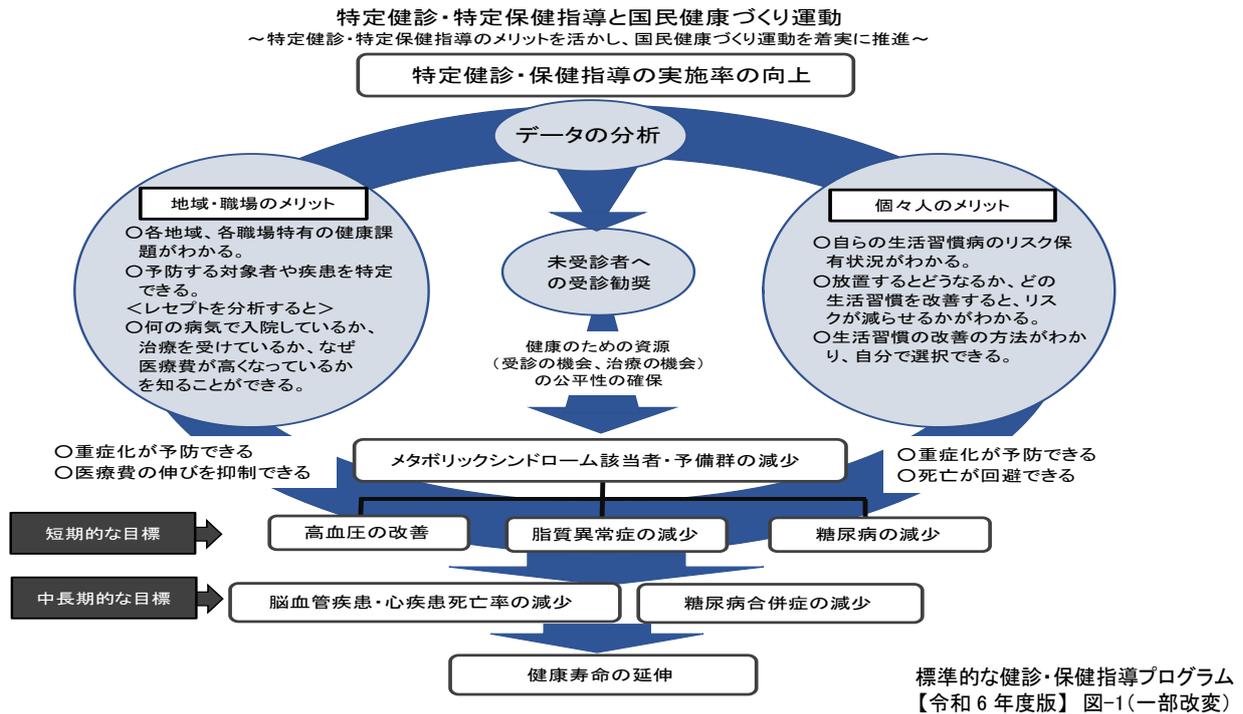
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

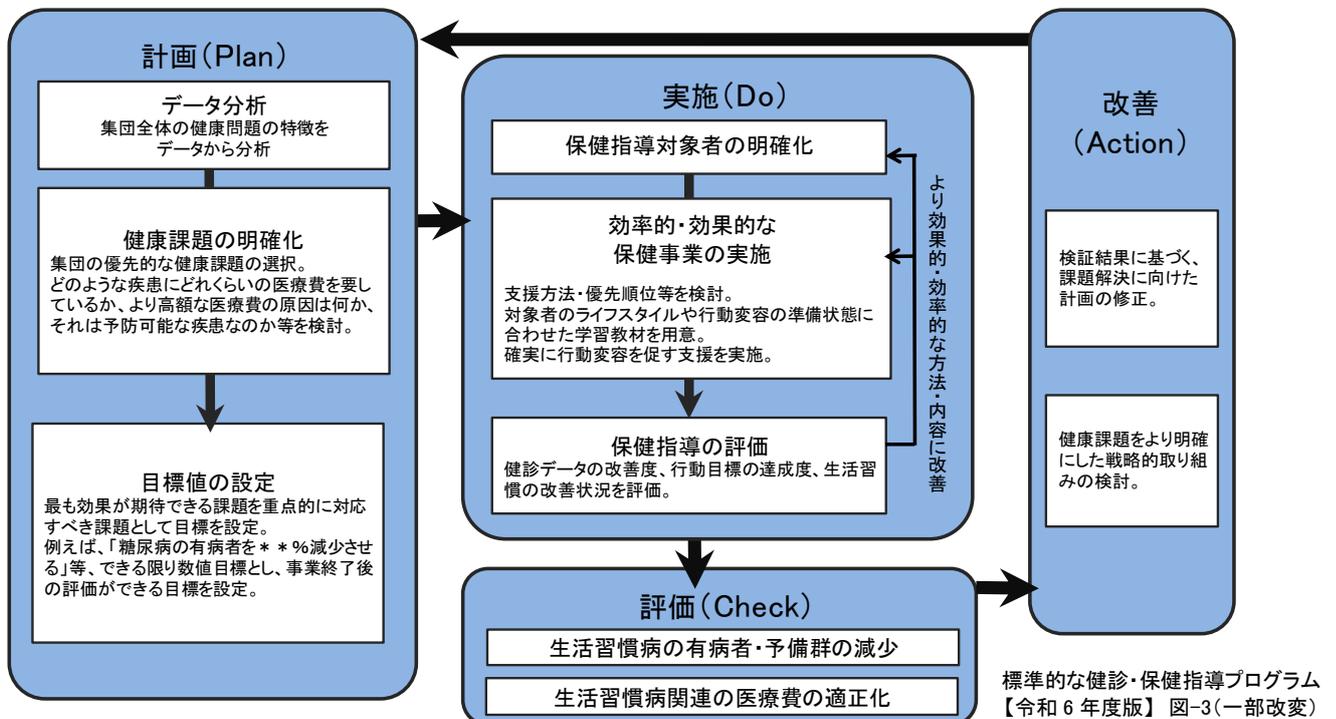
	※健康増進事業実施上は 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	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、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期、壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりに配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 脳神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の 推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・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産産医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用し 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・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



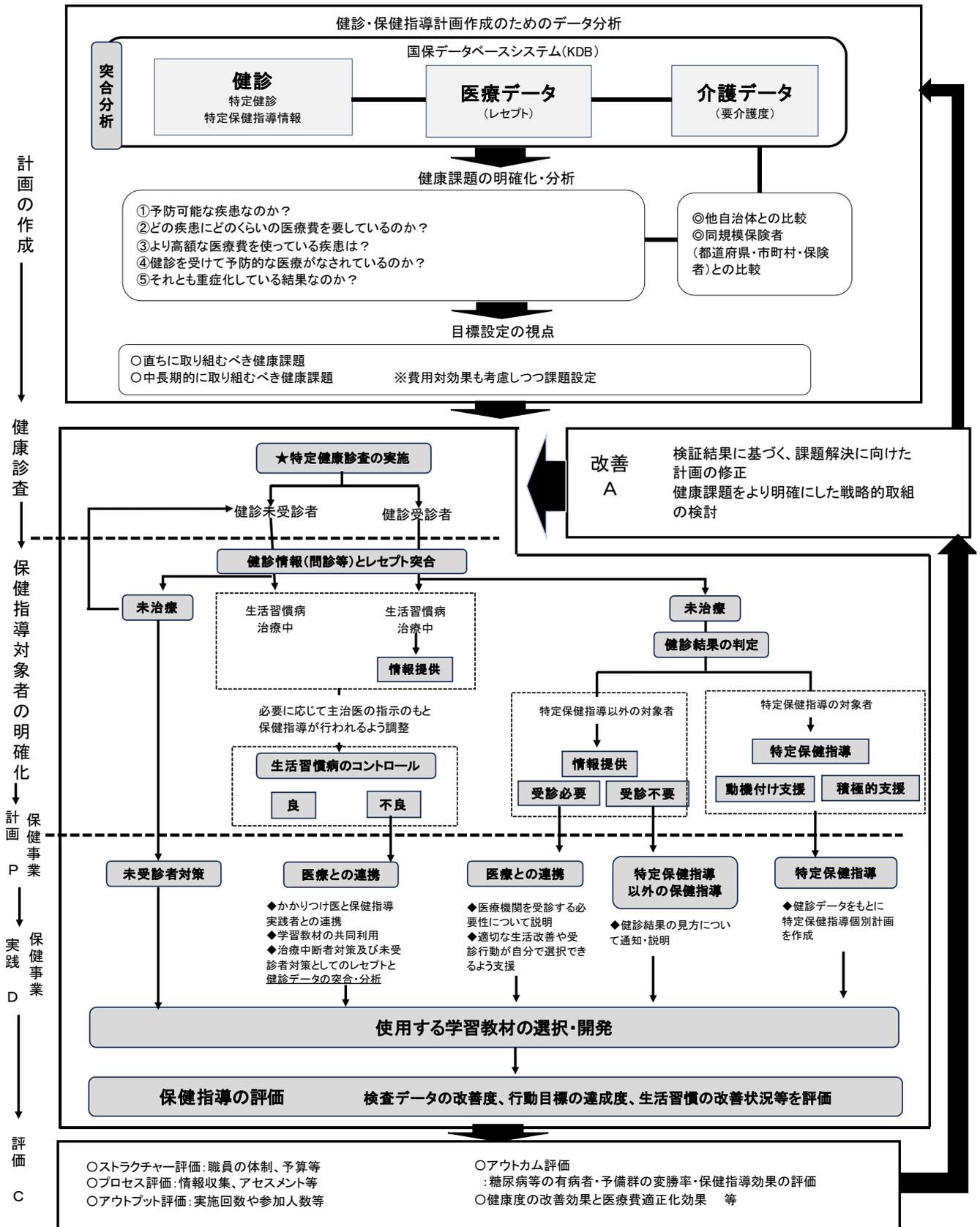
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながらPDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(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

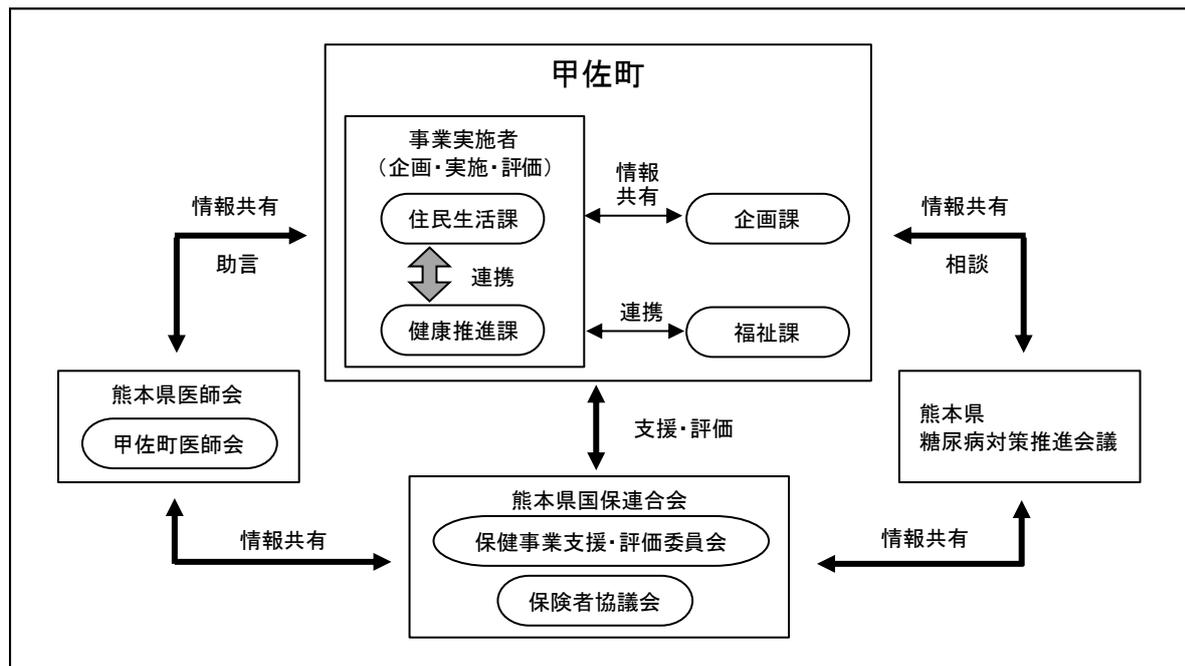
注) 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)を具体的な実践の流れでまとめたもの。

に反映させます。

具体的には、高齢者医療担当課（住民生活課）、保健衛生担当課（健康推進課）、介護保険担当課（福祉課）、企画担当課（企画課）、生活保護担当課（福祉課）とも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。（図表 6・7）

図表 6 甲佐町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

保・・・保健師 管栄・・・管理栄養士 栄・・・栄養士 看・・・看護師 事・・・事務
◎・・・主担当 ○・・・副担当

	保 (係長)	保	保	保	管栄	事 (係長)	事
国保事務		○				○	◎
健康診断 保健指導	○	◎	○	○	◎		
がん検診		◎			○		
予防接種	○		◎				
母子保健	○	○	○	◎	○		
歯科保健				◎	○		

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。共同保険者である熊本県のほか、熊本県国民健康保険団体連合会(以下、「国保連」という。)や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、熊本県医師会、保険者協議会、後期高齢者広域連合等の他の医療保険者、町内医療機関等の社会資源等と連携し、計画を実践していきます。

熊本県が市町村国保の財政責任の運営主体となり、共同保険者となることから、特に保険者機能の強化や保険者等と地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うための関与が重要となります。本町の現状や課題を熊本県や御船保健所が開催する糖尿病保健医療連絡会議や地域・職域連携推進協議会等で共有し、熊本県と熊本県医師会等との連携の推進にもつなげます。また、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も多いため、保険者協議会等を活用して、市町村国保のみでなく、被用者保険の健康・医療情報の分析結果、健康課題等を共有し、保険者間で連携した保健事業の展開にも努めます。

町と町内医療機関では、生活習慣病連絡台帳等を用いて、対象者の情報共有等を行っていますが、コロナ禍において、町の健康課題を共有し、解決策を検討する場である連携会議を開催することができませんでした。今後は連携会議を再開し、町内医療機関との連携・協力体制をさらに深めていきます。

<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。

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		
		甲佐町	配点	甲佐町	配点	甲佐町	配点	
交付額(万円)		610		553		582		
全国順位(1,741市町村中)		88位		200位		72位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	110	70	80	70	115	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	35	40	58	40	70	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	55	45	65	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	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	10	100	25	100	60	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	35	40	38	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	68	95	68	100	67	100
合計点		743	1,000	694	960	737	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1万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で39.4%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合が高く、被保険者の平均年齢も56歳と同規模と比べて高く、出生率は低くなっています。産業においては、第1次産業が16.4%、第3次産業が61.3%と同規模と比較して高い状況にあります。被保険者の生活習慣や生活リズムの実態を把握し、健康課題との関連を明確にし、健康を守ることが重要で、財政指数が同規模、県、国と比較して低い本町において、健康を守るとは、生活を守ることにもつながります。(図表9)

令和4年度の国保加入率は24.2%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半数を占めています。(図表10)

また本町には2つの病院、5つの診療所があります。病院は同規模と比較して高く、医師数も多いことから、医療資源に恵まれています。令和2年度は新型コロナウイルス感染症拡大の影響か、外来患者数が減少しましたが、外来患者数及び入院患者数も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・国と比較した甲佐町の特性

	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
甲佐町	10,127	39.4	2,453 (24.2)	56.1	4.9	16.7	0.3	16.4	22.3	61.3
同規模	--	36.9	24.3	55.8	5.3	15.7	0.4	13.4	27.1	59.5
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

※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、甲佐町と同規模保険者(152市町村)の平均値を表す。

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								
被保険者数	2,936		2,787		2,734		2,621		2,453	
65～74歳	1,330	45.3	1,328	47.6	1,338	48.9	1,334	50.9	1,247	50.8
40～64歳	939	32.0	851	30.5	820	30.0	770	29.4	731	29.8
39歳以下	667	22.7	608	21.8	576	21.1	517	19.7	475	19.4
加入率	27.4		26.0		25.5		24.5		24.2	

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	同規模	県								
											割合	割合
病院数	2	0.7	2	0.7	2	0.7	2	0.8	2	0.8	0.3	0.5
診療所数	5	1.7	5	1.8	5	1.8	5	1.9	5	2.0	2.7	3.8
病床数	146	49.7	146	52.4	146	53.4	132	50.4	110	44.8	40.8	85.4
医師数	18	6.1	18	6.5	18	6.6	18	6.9	18	7.3	5.0	14.1
外来患者数	760.5		775.1		745.3		776.3		802.0		708.1	768.9
入院患者数	28.3		27.7		27.6		27.3		27.6		22.2	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12人(認定率0.41%)、1号(65歳以上)被保険者で841人(認定率20.9%)と同規模・県・国と比較すると高く、平成30年度と比較しても高くなっていました。(図表12)

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約13億円から約14億円へ伸びています。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、40~74歳では脳卒中(脳出血・脳梗塞)が1位となっており、特に2号被保険者では約85%の有病状況となっています。また2号被保険者では腎不全も約70%の有病状況となっています。75歳以上では、虚血性心疾患が1位となっていますが、脳卒中(脳出血・脳梗塞)の割合もほぼ同等です。基礎疾患である高血圧・糖尿病の有病状況が、全年齢でほぼ100%となっており、生活習慣病対策が若いころから、介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	甲佐町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	3,867人	36.1%	3,987人	39.4%	36.9%	31.6%	28.7%
2号認定者	9人	0.27%	12人	0.41%	0.38%	0.35%	0.38%
新規認定者	3人		0人		--	--	--
1号認定者	788人	20.4%	841人	20.9%	18.6%	20.2%	19.4%
新規認定者	87人		99人		--	--	--
再掲							
65～74歳	51人	3.1%	52人	2.9%	--	--	--
新規認定者	9人		16人		--	--	--
75歳以上	737人	33.0%	789人	36.2%	--	--	--
新規認定者	78人		83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

	甲佐町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	13億1358万円	14億2002万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	339,691	356,163	303,361	310,858	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	75,144	72,848	72,528	62,823	59,662
居宅サービス	45,971	42,573	44,391	42,088	41,272
施設サービス	295,712	324,671	291,231	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	年齢	40～64歳	65～74歳	75歳以上	計	年齢	40～64歳	65～74歳	75歳以上	計			
介護件数(全体)		12	52	789	841		7	45	761	806		7	45	761	806			
再)国保・後期		7	45	761	806		7	45	761	806		7	45	761	806			
(レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	6	85.7%	脳卒中	16	35.6%	虚血性心疾患	282	37.1%	脳卒中	294	36.5%	脳卒中	300	36.9%
			2	腎不全	5	71.4%	虚血性心疾患	12	26.7%	脳卒中	278	36.5%	虚血性心疾患	294	36.5%	虚血性心疾患	296	36.4%
			3	虚血性心疾患	2	28.6%	腎不全	7	15.6%	腎不全	184	24.2%	腎不全	191	23.7%	腎不全	196	24.1%
		4	糖尿病合併症	3	42.9%	糖尿病合併症	5	11.1%	糖尿病合併症	72	9.5%	糖尿病合併症	77	9.6%	糖尿病合併症	80	9.8%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)	7	100.0%	基礎疾患	43	95.6%	基礎疾患	728	95.7%	基礎疾患	771	95.7%	基礎疾患	778	95.7%			
	血管疾患合計	7	100.0%	合計	44	97.8%	合計	736	96.7%	合計	780	96.8%	合計	787	96.8%			
	認知症	認知症	1	14.3%	認知症	8	17.8%	認知症	376	49.4%	認知症	384	47.6%	認知症	385	47.4%		
	筋・骨格疾患	筋骨格系	7	100.0%	筋骨格系	41	91.1%	筋骨格系	749	98.4%	筋骨格系	790	98.0%	筋骨格系	797	98.0%		

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関わらず総医療費が約 700 万円増加しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 8 万円高く、平成 30 年度と比較して約 8 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%にも関わらず、医療費全体の約 46%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較して約 10 万円も高くなっています。(図表 15)

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の 1 を大きく超えており、国民健康保険では、平成 30 年度よりも伸びています。しかし、後期高齢者医療では平成 30 年度と比較して低くなっており、特定健診受診者に対して平成 26 年度から開始した重症化予防訪問事業や個別での結果説明がこの結果につながっていると考えられます。(図表 16)

一人あたりの医療費の地域差は、入院が主な要因であり、予防可能な疾患(脳・心・腎)の発症を抑えることが重要です。そのためには、引き続き生活習慣病の重症化予防の取り組みに力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

	甲佐町		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)	2,936人	2,453人	--	--	--	
前期高齢者割合	1,330人 (45.3%)	1,247人 (50.8%)	--			
総医療費	11億1131万円	11億1831万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	378,512	455,895	378,542	407,772	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	617,170	592,330	574,060	617,950	
	費用の割合	46.9	46.3	43.0	45.5	39.6
	件数の割合	3.6	3.3	3.0	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	24,600	24,690	23,430	24,220	
	費用の割合	53.1	53.7	57.0	54.5	60.4
	件数の割合	96.4	96.7	97.0	96.7	97.5
受診率	788.79	829.56	730.302	795.102	705.439	

※同規模順位は甲佐町と同規模保険者 152 市町村の平均値を表す。

出典:ヘルスサポートラボツール

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		
		甲佐町 (県内市町村中)		県 (47県中)	甲佐町 (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	1.099	1.134	1.139	1.147	1.099	1.130
		(22位)	(17位)	(9位)	(11位)	(20位)	(7位)
	入院	1.283	1.331	1.309	1.246	1.195	1.277
		(16位)	(17位)	(8位)	(17位)	(23位)	(6位)
	外来	0.989	1.012	1.036	1.053	0.999	0.982
		(30位)	(26位)	(12位)	(5位)	(10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は、平成 30 年度と比較すると増加しており、特に慢性腎不全(透析有)については、約 2 ポイントも伸びており、同規模、県、国よりも高くなっています。脳血管疾患及び虚血性心疾患については、同規模、国と比較して低い状況にあります。(図表 17)

次に中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と令和 4 年度で比較してみると、被保険者数が減少しており、脳血管疾患と虚血性心疾患では患者数が減少していますが、人工透析では患者数が増加しています。割合をみると中長期目標のすべての疾患が増加しており、40~64 歳では虚血性心疾患と人工透析、65 歳~74 歳では脳血管疾患と人工透析が増加しています。(図表 18)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			甲佐町		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)			11億1131万円	11億1831万円	--	--	--
中長期目標疾患医療費合計(円)			9387万円	1億1427万円	--	--	--
			8.4%	10.22%	8.01%	8.69%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.02%	1.44%	2.07%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.84%	1.34%	1.38%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.12%	7.07%	4.23%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.46%	0.37%	0.33%	0.26%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		12.13%	15.46%	17.23%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		9.64%	8.39%	8.66%	8.56%	8.68%
	精神疾患		10.58%	8.43%	8.13%	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、レポー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医療費額の算出ができないため、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	2,936	2,453	a	241	226	178	156	12	21	
	A/A			a/A	8.2%	9.2%	6.1%	6.4%	0.4%	0.9%	
40歳以上	B	2,269	1,978	b	236	225	176	156	12	21	
	B/A	77.3%	80.6%	b/B	10.4%	11.4%	7.8%	7.9%	0.5%	1.1%	
再掲	40~64歳	C	939	731	c	65	46	34	30	6	8
		C/A	32.0%	29.8%	c/C	6.9%	6.3%	3.6%	4.1%	0.6%	1.1%
	65~74歳	D	1,330	1,247	d	171	179	142	126	6	13
		D/A	45.3%	50.8%	d/D	12.9%	14.4%	10.7%	10.1%	0.5%	1.0%

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おり、合併症(重症化)の疾患である脳血管疾患・虚血性疾患・人工透析の割合は人工透析がすべての世代で増えています。(図表 19~21)

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、若い世代にも重症化している実態が見られ、特に人工透析の増加が大きな課題です。

図表 19 高血圧治療者の経年変化

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	1,052	1,009	279	244	773	765	
	A/被保数	46.4%	51.0%	29.7%	33.4%	58.1%	61.3%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	102	93	25	23	77	70
		B/A	9.7%	9.2%	9.0%	9.4%	10.0%	9.2%
	虚血性心疾患	C	132	112	26	23	106	89
		C/A	12.5%	11.1%	9.3%	9.4%	13.7%	11.6%
	人工透析	D	9	18	5	7	4	11
		D/A	0.9%	1.8%	1.8%	2.9%	0.5%	1.4%

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 (疾病管理一覽)		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	593	549	178	143	415	406
		A/被保数	26.1%	27.8%	19.0%	19.6%	31.2%	32.6%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	60	57	18	13	42	44
		B/A	10.1%	10.4%	10.1%	9.1%	10.1%	10.8%
	虚血性心疾患	C	84	67	20	12	64	55
		C/A	14.2%	12.2%	11.2%	8.4%	15.4%	13.5%
	人工透析	D	7	15	3	4	4	11
		D/A	1.2%	2.7%	1.7%	2.8%	1.0%	2.7%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	56	66	15	15	41	51
		E/A	9.4%	12.0%	8.4%	10.5%	9.9%	12.6%
	糖尿病性網膜症	F	69	83	27	23	42	60
		F/A	11.6%	15.1%	15.2%	16.1%	10.1%	14.8%
	糖尿病性神経障害	G	20	18	9	5	11	13
		G/A	3.4%	3.3%	5.1%	3.5%	2.7%	3.2%

出典:KDB システム_疾病管理一覽(糖尿病)
地域の全体像の把握
介入支援対象者一覽(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 (疾病管理一覽)		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	898	880	257	227	641	653
		A/被保数	39.6%	44.5%	27.4%	31.1%	48.2%	52.4%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	75	74	23	19	52	55
		B/A	8.4%	8.4%	8.9%	8.4%	8.1%	8.4%
	虚血性心疾患	C	117	98	22	19	95	79
		C/A	13.0%	11.1%	8.6%	8.4%	14.8%	12.1%
	人工透析	D	7	13	4	4	3	9
		D/A	0.8%	1.5%	1.6%	1.8%	0.5%	1.4%

出典:KDB システム_疾病管理一覽(脂質異常症)
地域の全体像の把握
介入支援対象者一覽(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以上を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、有所見者の割合が増えていました。同規模と比較して有所見者の割合は低いものの、医療のかかり方について、未治療のまま放置している方が高血圧で約25%で、特に高血圧の未治療者や治療中断者の割合が高い状況でした。(図表22)

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		H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R03年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率									未治療		治療中断	
		C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E			
甲佐町	1,082	52.2	1,026	54.6	23	2.1	15	65.2	33	3.2	18	54.5	8	24.2	3	9.1
同規模	44,557	49.5	39,370	46.9	2,236	5.0	1,226	54.8	2,269	5.8	1,216	53.6	736	32.4	106	4.7

	健診受診率				糖尿病__HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R03年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率									未治療		治療中断	
		I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K			
甲佐町	1,081	99.9	1,017	99.1	43	4.0	10	23.3	49	4.8	10	20.4	0	0.0	1	2.0
同規模	44,023	98.8	38,885	98.8	1,976	4.5	443	22.4	2,010	5.2	396	19.7	123	6.1	56	2.8

①未治療…12 か月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

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、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は約5ポイント伸びています。(図表23)

また継続受診者における、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合は、HbA1c6.5以上者は約3ポイント増加、Ⅱ度高血圧以上者は約1ポイント増加、LDL-C160以上者は約3ポイント減少しています。翌年度の結果を見ると、血圧やLDLの改善率は約50%ですが、HbA1cの改善率は約20%となっており、悪化している割合も高いことから、保健指導の成果が出ていないことが課題です。一方、翌年度健診を受診していない方が30%程度存在し、重症化しやすい対象者へ継続受診を勧める働きかけを行う必要があります。(図表24~26)

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	3項目		2項目		予備群
H30年度	1,082 (52.2%)	187 (17.3%)	64 (5.9%)	123 (11.4%)	130 (12.0%)		
R04年度	967 (46.0%)	213 (22.0%)	82 (8.5%)	131 (13.5%)	125 (12.9%)		

※令和4年度を受診率は、年度年齢75歳を受診者数から除外し、算出。

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				健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化		
H30→R01	107 (9.9%)	25 (23.4%)	42 (39.3%)	17 (15.9%)	23 (21.5%)	
R03→R04	128 (12.6%)	28 (21.9%)	64 (50.0%)	11 (8.6%)	25 (19.5%)	

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				健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化		
H30→R01	23 (2.1%)	7 (30.4%)	5 (21.7%)	0 (0.0%)	11 (47.8%)	
R03→R04	33 (3.2%)	16 (48.5%)	6 (18.2%)	1 (3.0%)	10 (30.3%)	

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				健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化		
H30→R01	74 (6.8%)	36 (48.6%)	18 (24.3%)	3 (4.1%)	17 (23.0%)	
R03→R04	41 (4.0%)	23 (56.1%)	5 (12.2%)	3 (7.3%)	10 (24.4%)	

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 年度は 50.6%、令和 4 年度は 53.4%と約 3 ポイント伸びています。しかし、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) 特定健診の年代別受診率を見ると、40～50 歳代が低い状況です。(図表 28)

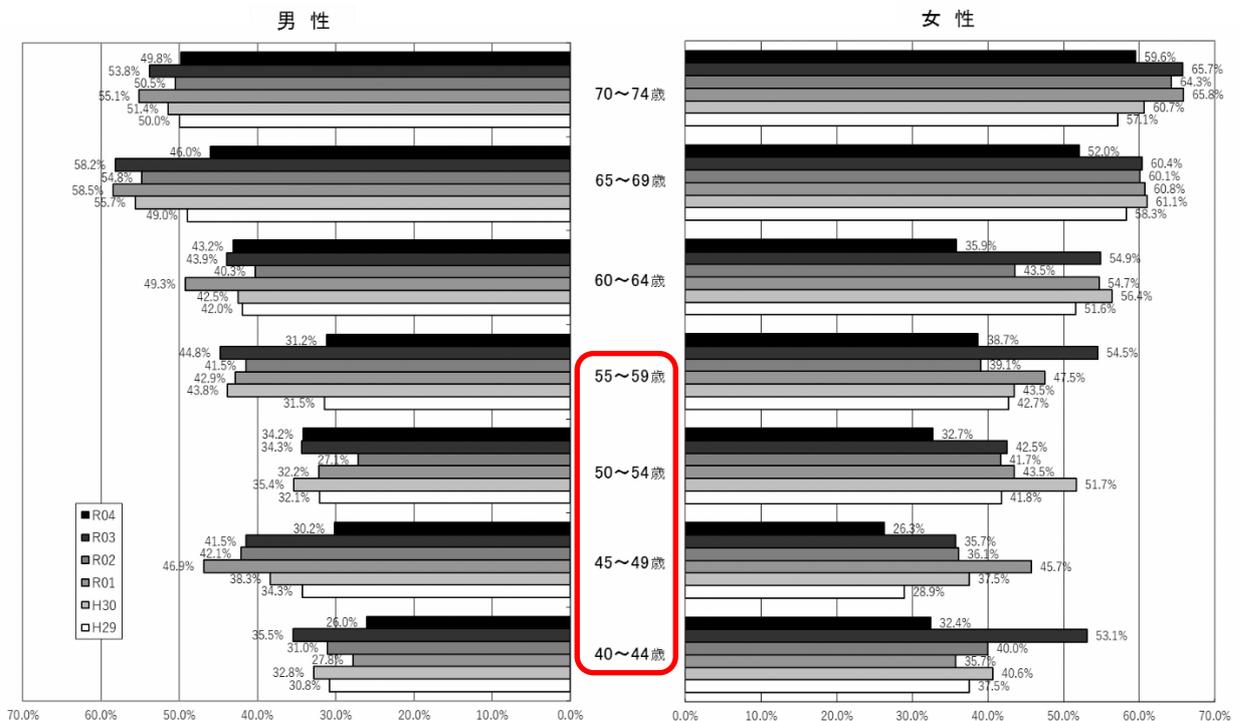
特定保健指導については、年度でばらつきはあるものの第 3 期特定健診等実施計画の目標を達成しています。(図表 27) 生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

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	1,048	1,036	961	1,004	936	健診受診率 60%
	受診率	50.6%	53.1%	49.7%	53.4%	53.4%	
特定 保健指導	該当者数	112	95	79	95	83	特定保健 指導実施率 60%
	割合	10.7%	9.2%	8.2%	9.5%	8.9%	
	実施者数	74	76	69	64	66	
	実施率	66.1%	80.0%	87.3%	67.4%	79.5%	

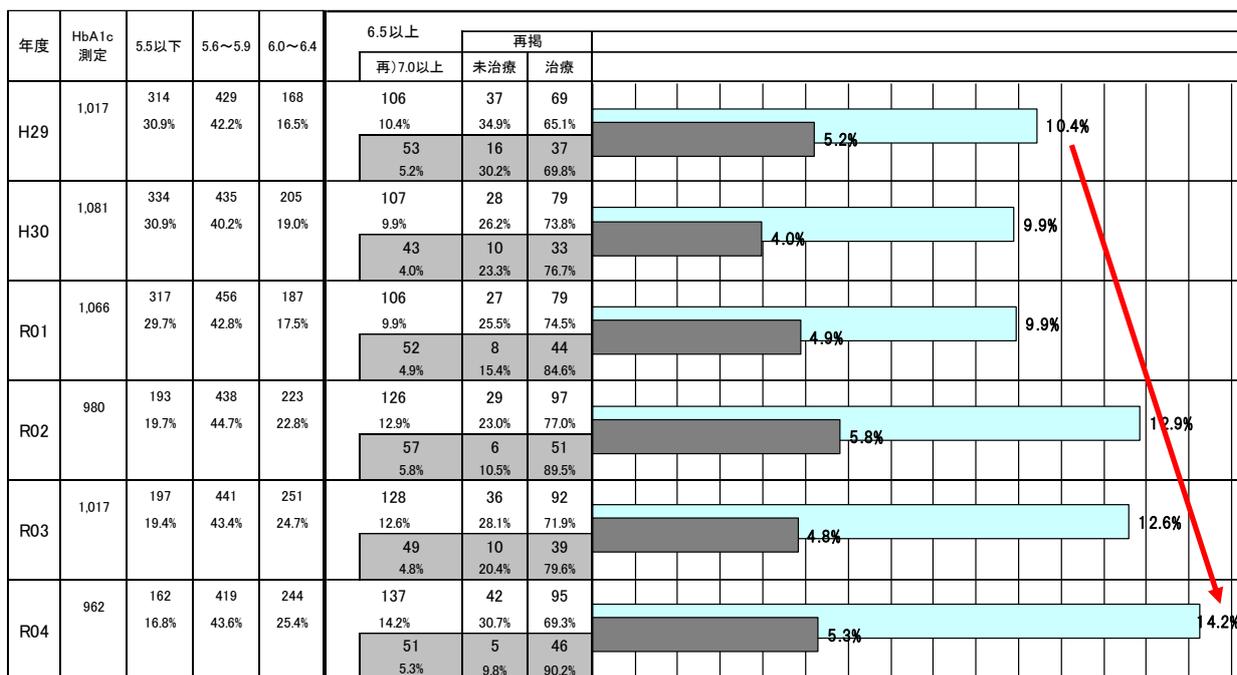
出典：特定健診法定報告データ

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

図表 30 重症化しやすいHbA1c6.5%以上の人の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

図表 31 新規人工透析導入者数の推移

年度	新規透析導入者数	糖尿病性腎症が原因の人数	過去5年間健診未受診者数
H30	1人	1人	1人
R1	3人	1人	2人
R2	4人	2人	3人
R3	5人	2人	3人
R4	2人	0人	0人

出典：保険者データヘルス支援システム

② 心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

特定健診受診者の約85%に心電図検査を実施し、心原性脳梗塞や虚血性心疾患予防のため、心房細動の所見がある受診者には、健診機関から健診当日に受診勧奨を行っています。心電図検査受診者のうち、心房細動がある人の割合は約0.1%と低く、適切な医療につなげることもできています。(図表 32)

今後も心房細動やST所見、異常Q波がある人等、虚血性心疾患や脳血管疾患を起こす危険性が高い人の心電図検査を含めた健診結果を経年的に確認し、精密検査の受診につなげることや治療中断を防ぐこと、個別のリスクに応じた保健指導を継続することが重要です。

図表 32 心電図検査の結果

	特定健診 受診者数	心電図 実施者数	心電図 実施率	要治療者	心房細動	心房細動 割合
	A	B	B/A	C	D	D/B
H30年度	1,092	983	90.0%	3	1	0.1%
R1年度	1,081	952	88.1%	3	1	0.1%
R2年度	974	817	83.9%	1	0	-
R3年度	1,044	890	85.2%	1	0	-
R4年度	979	852	87.0%	5	1	0.1%

③ 脳血管疾患重症化予防

高血圧は、脳血管疾患発症の最大の危険因子であり、中長期的な疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全）を発症した人のほとんどの基礎疾患に高血圧があります。

特定健診受診者のうち、未治療でⅡ度高血圧以上者を対象として、訪問等で個別面談を行い、全員に保健指導を実施していますが、重症化しやすいⅡ度高血圧以上の人の割合が、増加傾向にあります。（図表 33）

また、血圧のみでなく、血圧以外の危険因子との組み合わせによる脳心血管リスク層別化を参考に、保健指導の優先順位について検討する必要があります。（図表 34）

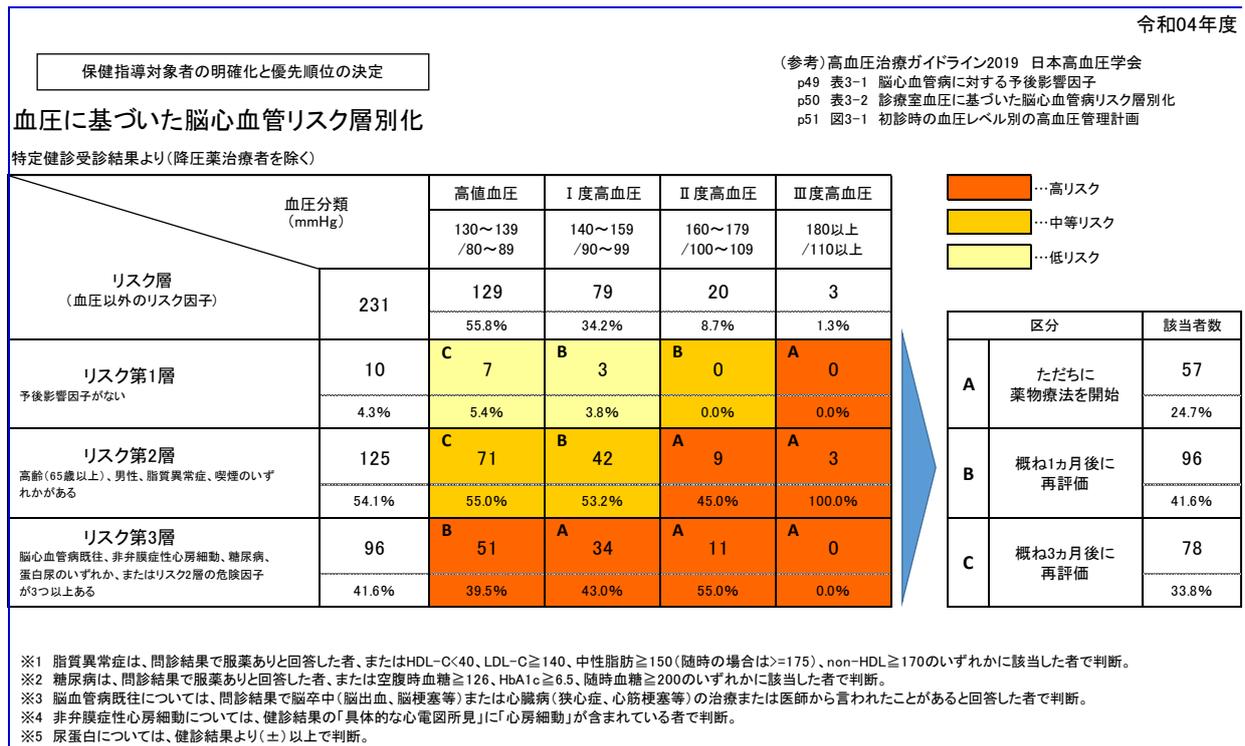
ポピュレーションアプローチとして、血圧手帳を活用した、正しい家庭血圧測定の普及にも努めていきます。

図表 33 重症化しやすいⅡ度高血圧以上の人の推移

年度	健診 受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	
					再掲				
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療		
H29	1,017	565 55.6%	246 24.2%	173 17.0%	33 3.2%	14 42.4%	19 57.6%	0.3%	3.2%
H30	1,082	615 56.8%	281 26.0%	163 15.1%	23 2.1%	15 65.2%	8 34.8%	0.4%	2.1%
R01	1,067	633 59.3%	280 26.2%	131 12.3%	23 2.2%	10 43.5%	13 56.5%	0.5%	2.2%
R02	986	514 52.1%	266 27.0%	172 17.4%	34 3.4%	15 44.1%	19 55.9%	0.4%	3.4%
R03	1,026	521 50.8%	288 28.1%	184 17.9%	33 3.2%	18 54.5%	15 45.5%	0.6%	3.2%
R04	967	485 50.2%	254 26.3%	181 18.7%	47 4.9%	23 48.9%	24 51.1%	0.5%	4.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 34 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化



出典：ヘルスサポートラボツール

(2) ポピュレーションアプローチ

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

本町では、生活習慣病と食生活、生活リズム等の関連について、町広報誌等を活用し、広く町民へ周知を行っています。また、町総合保健福祉センター内に食品に含まれる砂糖や塩の量の展示を行っています。一人ひとりの町民が、町の実情を知り、生涯を通じた健康づくりの取り組みの一つとして健診受診や生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 35 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	入院の伸び率		レセプトに占める入院の割合		47.0%	47.9%	46.3%	KDBシステム
		重症化した結果の疾患の発生状況	新規	人工透析患者数		1人	4人	2人	保険者データヘルス支援システム
				脳血管疾患患者数(千人当たり)		2.76人	2.26人	0.41人	KDBシステム
				虚血性心疾患患者数(千人当たり)		1.89人	2.04人	1.22人	
		高額(100万円以上)のレセプト	人工透析患者実人数		2人	6人	2人	KDBシステム	
			脳血管疾患患者実人数		6人	3人	3人		
			虚血性心疾患患者実人数		3人	4人	4人		
		短期目標	特定健診受診率・特定保健指導実施率	特定健診受診率		50.6%	49.7%	53.4%	法定報告値
				特定保健指導実施率		66.1%	87.3%	79.5%	
				特定保健指導対象者の減少率		21.2%	22.0%	12.4%	
	基礎疾患の重症化予防		メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少率		19.4%	16.8%	18.5%	法定報告値	
			健診受診者の高血圧者(160/100以上)の割合の減少		2.1%	3.4%	5.0%	甲佐町健康推進課	
			健診受診者の脂質異常者(LDL160以上)の割合の減少		6.9%	6.5%	3.6%		
			健診受診者の糖尿病患者(未治療HbA1c6.5%以上)の割合の減少		2.6%	3.1%	4.1%		
			健診受診者の糖尿病患者(治療中HbA1c7.0%以上)の割合の減少		3.0%	5.0%	4.6%		
			糖尿病の未治療者の割合		24.2%	21.5%	31.4%		
			糖尿病の保健指導実施率		100.0%	100.0%	100.0%		
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療		胃がん検診受診率	19.0%	22.4%	20.8%		地域保健・健康増進事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)
		肺がん検診受診率		35.4%	32.1%	36.1%			
		大腸がん検診受診率		32.2%	30.4%	35.3%			
		子宮がん検診受診率		40.9%	39.5%	40.6%			
		乳がん検診受診率		30.1%	38.2%	39.4%			
	後発医薬品の使用による医療費の削減	後発医薬品の使用割合		79.5%	84.5%	85.7%	厚生労働省		

3) 第 2 期データヘルス計画に係る考察

第 2 期データヘルス計画期間(平成 30 年度～令和 5 年度)中は、令和元年度から新型コロナウイルス感染症が発生・拡大し、町民の生活習慣や受診行動にも変化がありました。また、町が実施する保健事業も感染予防対策を講じたものとなり、規模を縮小せざるを得なかったり、新型コロナワクチン接種業務のため、マンパワーも不足したりして、計画どおり実施することができませんでした。

特定健診受診率については、これまで少しずつ上昇していましたが令和 2 年度には低下しました。その後、令和 4 年度までに徐々に上昇していますが、40・50 歳代の受診率は依然低い状況です。訪問等で受診勧奨を実施していますが、対象者と直接会うことができない場合も多く、受診勧奨の継続が必要です。また、60・70 歳代では医療機関を受診しているという理由で、特定健診を受診しない人が多い状況のため、糖尿病管理台帳等を作成し、訪問で検査結果の確認等も実施しています。しかし、特定健診の検査項目を満たしていない場合も多く、かかりつけ医で特定健診が受診できる個別健診・みなし健診(情報提供事業)の周知を図る、医療機関から対象者へ受診勧奨してもらうよう協力を依頼する等、医療との連携も重要となると考えられます。

短期目標については、メタボリックシンドローム該当者または予備群該当者が年々増加しており、短期目標の悪化にもつながっています。特定保健指導実施率は、目標を達成していますが、体重や腹囲の減少には結びついていません。また、血圧・血糖については、重症化しやすいⅡ度高血圧以上の人、HbA1c6.5%以上の方が令和 2 年度から増加しています。令和 3 年度及び令和 4 年度にこれまで実施していた重症化予防訪問事業を実施することができなかったことも大きく影響しており、対象者の生活状況等を踏まえた保健指導・栄養指導が重要と考えられます。結果の出る保健指導・栄養指導を実践するためには、専門職のスキルアップも重要で、教材の読み合わせや事例検討を実施する時間を確保する必要があります。

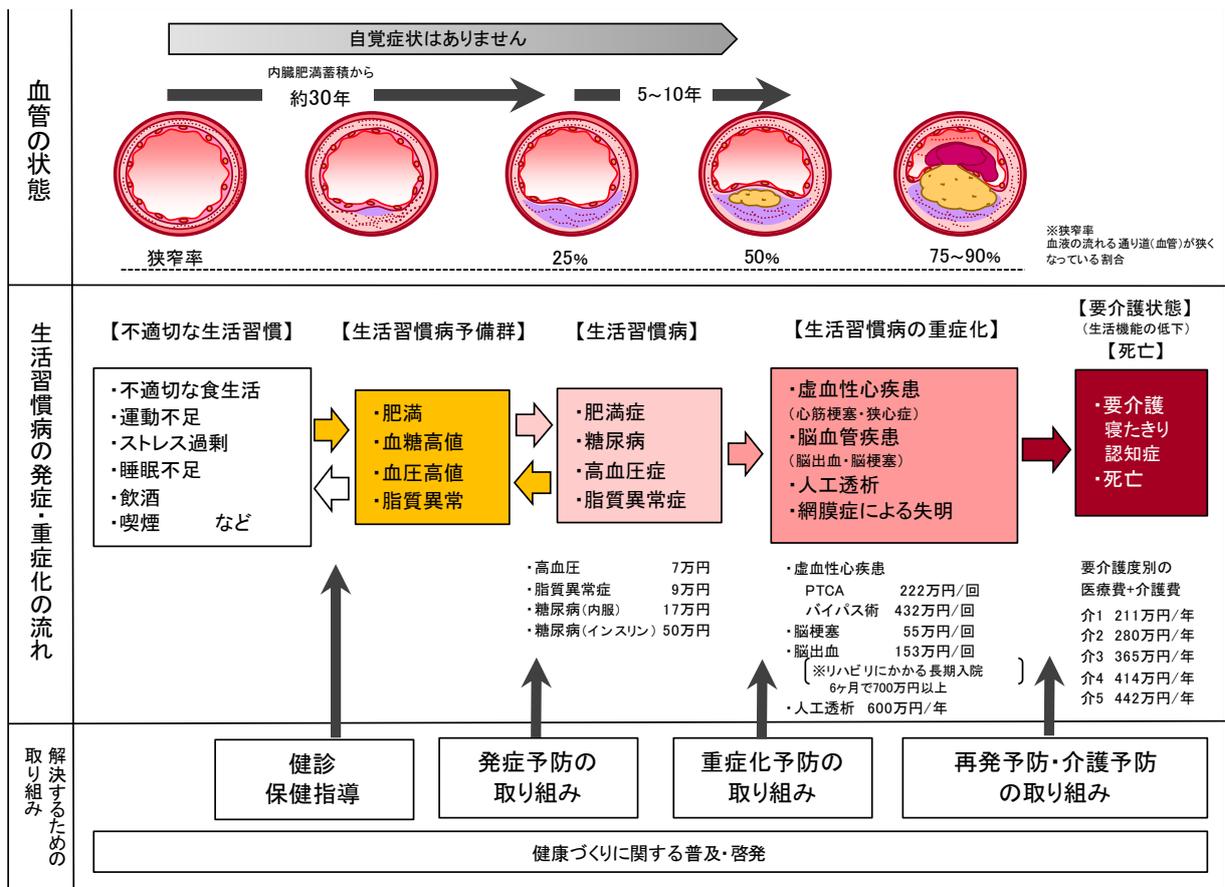
中長期目標については、総医療費に占める脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患にかかる医療費の割合が増加しており、特に人工透析を受ける人が増えています。新規人工透析導入者の約 40%の原因疾患が糖尿病性腎症で、糖尿病は腎症のみでなく、様々な合併症を引き起こすため、耐糖能異常が現れた、より早い段階からの介入が重要です。また、重症化した疾患を発症した人のほとんどの基礎疾患に高血圧があり、さらにほとんどの人が特定健診を受診していません。そのため、特定健診受診者のみでなく、広く住民に血圧や血糖の正常値、家庭血圧の正しい測り方、糖尿病合併症について等、周知する必要があります。また、介護保険第 2 号被保険者の割合が同規模と比較して高く、血管疾患の中でも脳血管疾患の割合が高くなっています。平成 25 年度から開始した若者健診(20～39 歳の国保被保険者対象)の結果では、男性の約 15%がメタボリックシンドローム該当者または予備群該当者で、約 20%が拡張期血圧が正常値(80 未満)を超えており、特定健診対象となる前の年代から、不適切な生活習慣による血管の変化が始まっていることが明らかです。若者健診の受診率は開始から 20%前後を推移していますが、受診勧奨は十分に実施できていません。また、若者健診受診者への保健指導・栄養指導も健診の結果説明時のみとなっている場合も多いため、生活習慣病を発症する前の、より若い世代への受診勧奨と受診者への保健指導・栄養指導にも力を入れる必要があります。

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 36 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。

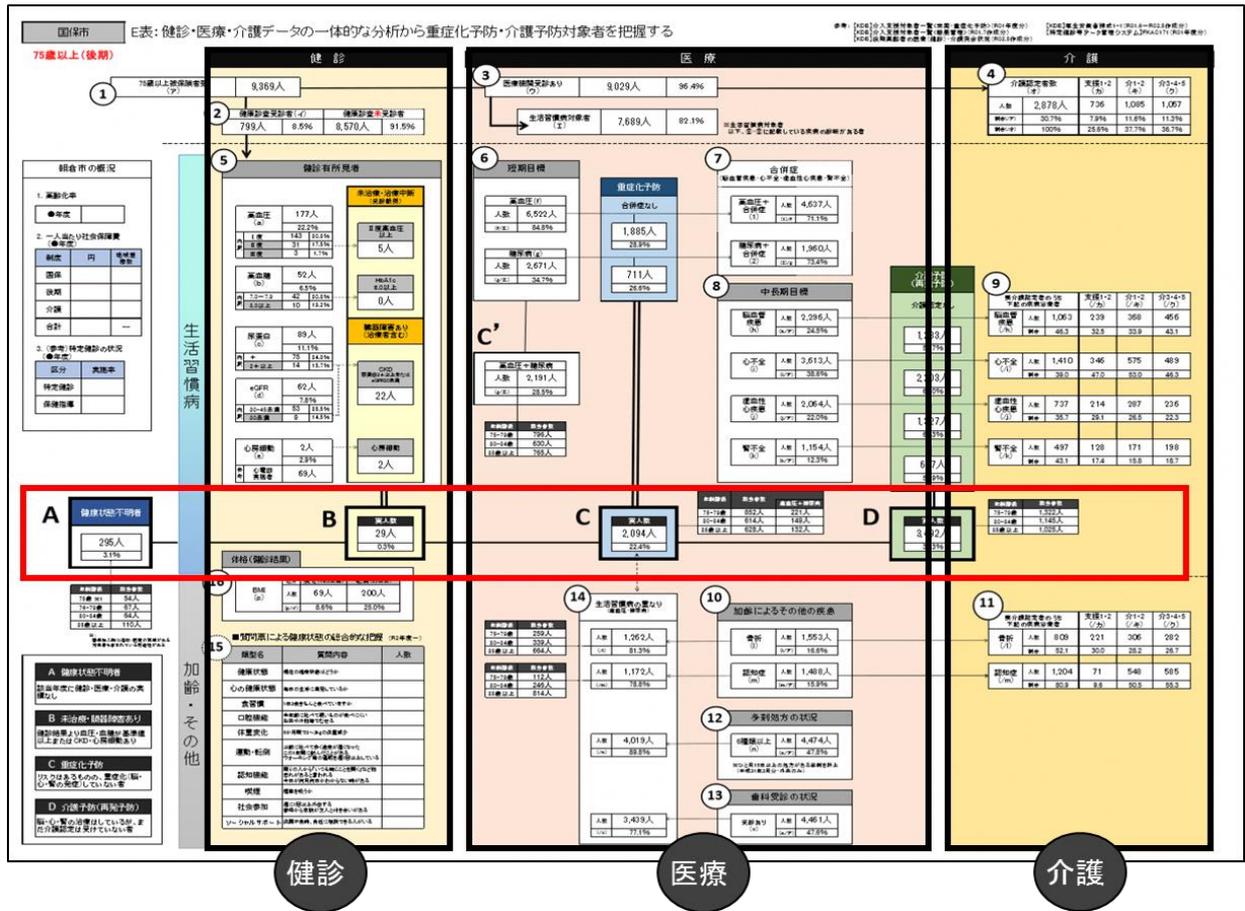
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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 37 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や啓発を行うなど、40 歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

図表 37 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 38 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	2,936人	2,787人	2,734人	2,621人	2,453人	2,314人	
総件数及び総費用額	件数	28,357件	27,537件	25,633件	25,892件	25,246件	36,130件
	費用額	11億1131万円	10億8119万円	10億8981万円	11億2383万円	11億1831万円	22億4909万円
一人あたり医療費	37.9万円	38.8万円	39.9万円	42.9万円	45.6万円	97.2万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 39 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	甲佐町	11億1831万円	36,747	7.07%	0.37%	1.44%	1.34%	5.66%	3.21%	2.34%	2億3970万円	21.4%	15.5%	8.43%	8.39%
	同規模	—	30,653	4.23%	0.33%	2.07%	1.38%	6.02%	3.54%	2.04%	—	19.6%	17.2%	8.13%	8.66%
	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	甲佐町	22億4909万円	82,363	6.11%	0.78%	3.43%	0.74%	3.12%	2.39%	1.06%	3億9670万円	17.6%	9.1%	5.74%	14.3%
	同規模	—	66,508	4.21%	0.52%	3.96%	1.49%	4.19%	3.35%	1.24%	—	19.0%	10.5%	3.78%	12.0%
	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 40 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	209人	92人	104人	109人	116人	304人
	件数	B	585件	173件	220件	224件	425件	553件
		B/総件数	2.06%	0.63%	0.86%	0.87%	1.68%	1.53%
	費用額	C	7億9260万円	2億1380万円	2億8770万円	3億0299万円	5億9187万円	6億4942万円
C/総費用		71.3%	19.8%	26.4%	27.0%	52.9%	28.9%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 41 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	11人	3人	5人	2人	4人	17人						
		D/A	5.3%	3.3%	4.8%	1.8%	3.4%	5.6%						
	件数	E	20件	4件	5件	4件	9件	31件						
		E/B	3.4%	2.3%	2.3%	1.8%	2.1%	5.6%						
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%			
		40代	1	5.0%	2	50.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%			
		50代	3	15.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	4	12.9%			
		60代	8	40.0%	2	50.0%	3	60.0%	80代	9	29.0%			
		70-74歳	8	40.0%	0	0.0%	2	40.0%	1	25.0%	4	44.4%	90歳以上	18
	費用額	F	2597万円	451万円	626万円	513万円	1405万円	3702万円						
F/C		3.3%	2.1%	2.2%	1.7%	2.4%	5.7%							

出典：ヘルスサポートラボツール

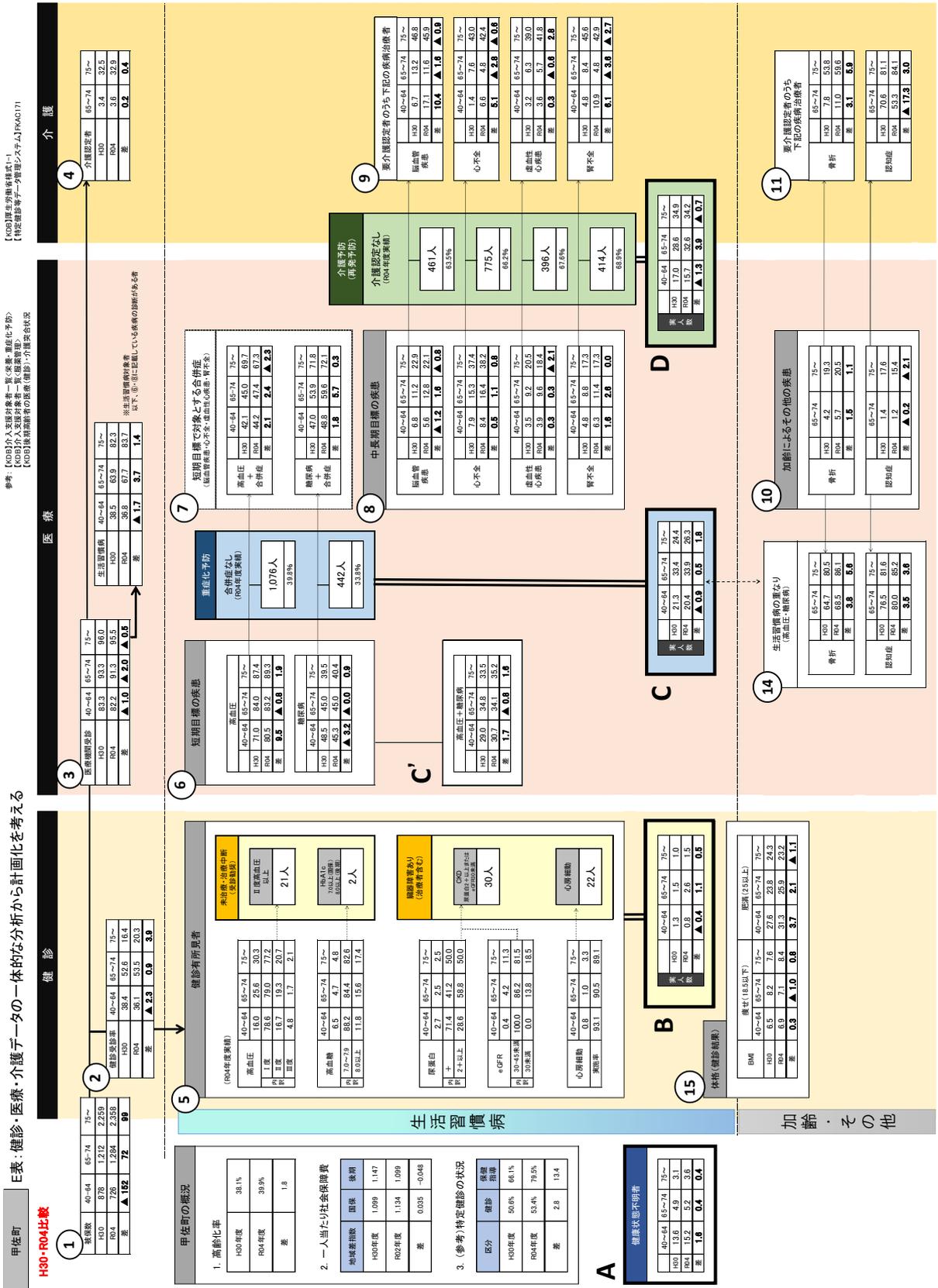
図表 42 高額レセプト(80 万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

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	8人		5人		4人		3人		4人		5人		
		G/A	3.8%		5.4%		3.8%		2.8%		3.4%		1.6%		
	件数	H	12件		5件		5件		3件		8件		5件		
		H/B	2.1%		0.0%		2.3%		1.3%		1.9%		0.9%		
	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%	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	16.7%	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	25.0%	75-80歳	1	20.0%
		60代	7	58.3%	1	20.0%	2	40.0%	1	33.3%	6	75.0%	80代	3	60.0%
		70-74歳	3	25.0%	2	40.0%	3	60.0%	2	66.7%	0	0.0%	90歳以上	1	20.0%
	費用額	I	2811万円		513万円		932万円		306万円		2141万円		777万円		
I/C		3.5%		2.4%		3.2%		1.0%		3.6%		1.2%			

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 43 健診・医療・介護データの一体的な分析(H30-R4比較)



図表 44 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
		被保険者数			健診受診率			BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	32.5	878	1,212	2,259	38.4	52.6	16.4	6.5	8.2	7.6	27.6	23.8	24.3
R04	32.9	726	1,284	2,358	36.1	53.5	20.3	6.9	7.1	8.4	31.3	25.9	23.2

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 45 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動											
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-							
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%							
H30	8	2.4	(5)	11	1.7	(4)	19	5.1	(4)	14	4.2	(1)	26	4.1	(1)	3	0.8	(0)	3	0.9	9	1.4	10	2.7	3	0.9	4	0.6	8	2.2
R04	9	3.4	(1)	37	5.4	(14)	33	6.9	(6)	17	6.5	(2)	32	4.7	(0)	4	0.8	(0)	2	0.8	13	1.9	15	3.1	2	0.8	6	0.9	14	2.9

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 46 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③ 医療機関受診						⑥ 短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									⑦ 短期目標の疾患とする合併症								
	生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			高血圧			糖尿病			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	83.3	93.3	96.0	38.5	63.9	82.3	71.0	84.0	87.4	48.5	45.0	39.5	29.0	34.8	33.5	42.1	45.0	69.7	47.0	53.9	71.8			
R04	82.2	91.3	95.5	36.8	67.7	83.7	80.5	83.2	89.3	45.3	45.0	40.4	30.7	34.1	35.2	44.2	47.4	67.3	48.8	59.6	72.1			

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 47 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 中長期目標の疾患(被保険者割)												⑨ 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-			
H30	6.8	11.2	22.9	3.5	9.2	20.5	7.9	15.3	37.4	4.8	8.8	17.3	6.7	13.2	46.8	3.2	6.3	39.0	1.4	7.6	43.0	4.8	8.4	45.6
R04	5.6	12.8	22.1	3.9	9.6	18.4	8.4	16.4	38.2	6.3	11.4	17.3	17.1	11.6	45.9	3.6	5.7	41.8	6.6	4.8	42.4	10.9	4.8	42.9

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 48 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	64.7	80.5	76.5	81.6	4.2	19.3	1.4	17.6	7.8	53.8	70.6	81.1
R04	68.5	86.1	80.0	85.2	5.7	20.5	1.2	15.4	11.0	59.6	53.3	84.1

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 38～48)

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は年々増加し、5年間で約8万円増加しています。また、後期になると一人あたり約100万円となり、国保の2倍も高い状況です。(図表38)

本町は、短期目標疾患の総医療費に占める割合は、国保も後期も同規模と比較して低いものの、中長期目標疾患の慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合が国保で約3ポイント、後期で約2ポイント高くなっています。(図表39)

また、高額レセプトについては、国保は平成30年度と比較すると令和4年度は人数・件数ともに減っていますが、令和元年度から件数が徐々に増加しており、令和4年度は令和3年度と比較して約200件も増加し、総医療費の50%以上を占めています。後期は国保の約2.5倍の人数となっており、医療費増加の一因となっています。(図表40)

高額レセプトの内訳をみると、脳血管疾患・虚血性心疾患ともに、令和元年度から令和3年度は件数・費用ともに大きな変化はありませんでしたが、令和4年度に脳血管疾患では9件で約1,400万円、虚血性心疾患では8件で約2,100万円の費用がかかっており、件数・費用ともに大きく増加し、それぞれ50歳代の人もいました。(図表41・42)

脳血管疾患や虚血性心疾患で高額になった人の約4割は過去5年間に特定健診の受診歴がなく、健康状態の把握ができていませんでした。特定健診を受診していた人も定期的には受診しておらず、継続した保健指導が実施できていませんでした。また、約5割の人に基礎疾患として高血圧や糖尿病があり、特定健診を継続して受診してもらい、短期目標の疾患の発症予防・重症化予防に取り組むことが必要です。

平成30年度と令和4年度の健診・医療・介護のデータを各年代で一体的に分析すると、図表44①の被保険者数は、40～64歳は152人減少し、65歳以上は171名増加しており、特に後期高齢者が増えています。図表44⑫の体格(健診結果)は、BMI25以上の割合が40～64歳で3.7ポイント、65～74歳で2.1ポイント増加しています。

図表45の健診有所見状況は、Ⅱ度高血圧以上の人の割合がどの年代でも増加しており、特に65～74歳においては、3.7ポイントも増加しています。HbA1c7.0以上の人の割合は、40～74歳の国保加入者で増加しており、特に40～64歳の若い世代で2.3ポイントも増加しています。血圧・血糖などの短期目標の悪化に伴い、中長期目標の指標であるCKD・心房細動も割合も悪化しています。

図表 46 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況は、ほとんどの年代で高血圧、糖尿病、高血圧＋糖尿病で受診している人が増加しており、特に 40～64 歳で高血圧で受診している人が約 10 ポイント増加しています。また、高血圧＋合併症は 40～74 歳、糖尿病＋合併症は全世代で増加しており、平成 30 年度と比較して、令和 4 年度は重症化しているという実態が見えます。

図表 47 の中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況は、どの疾患でも平成 30 年度と令和 4 年度と比較すると悪化が見られ、特に腎不全では 40～64 歳で 1.5 ポイント、65～74 歳で 2.6 ポイントの増加が見られます。また、⑨の中長期疾患のうち介護認定者の割合を見ると、40～64 歳で脳血管疾患 10.4 ポイント、心不全 5.2 ポイント、腎不全 6.1 ポイントの増加が見られ、他の世代と比較して、著しく悪化しています。図表 48 の骨折・認知症の状況からも骨折した人や認知症の人の多くの基礎疾患に高血圧や糖尿病があります。そのため、若い世代が重症化した疾患を発症している原因を分析し、若いころからの取り組みについて計画に反映させる必要があります。

(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 40～64 歳の若い世代の脳血管疾患、心不全、腎不全の増加が見られ、若い世代の肥満も増えています。しかし、40～50 歳代の特定健診受診率はまだまだ低いため、健康状態の実態を把握し、早期に予防活動を実施する必要があり、第 3 期においても特定健診未受診者対策は重要であると考えられます。

また、高額レセプトが増加し、医療費も増加していることから、予防可能な疾患である脳・心・腎を守るための活動に取り組み、高血圧や糖尿病の医療機関への受診勧奨や治療中断を予防する保健指導・栄養指導を継続していくことが重要です。

そのための具体的な取り組み方法については、第 4 章に記載します。

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、分析結果や実態から計画を見直し、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とされます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にする必要があります。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 49)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す。特に本町では、慢性腎不全(透析有)の医療費や発症状況に課題が見られました。

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が多い脳血管疾患、医療費が高額

となる虚血性疾患について、新規の患者数及び割合を減少させることを目標とします。

また、高齢化が進展する昨今では、医療費の増加を抑えることは困難なため、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。

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すことを短期的な目標とします。

特に若い世代からの肥満が課題であることから、若い世代の特定健診受診率の向上、特定保健指導の充実により、短期目標疾患の発症予防に取り組みます（特定健診・特定保健指導の具体的な取り組みについては、第3章に記載）。

また、中長期目標疾患の発症予防のためには、短期目標疾患における適切な医療機関受診と疾病管理が重要です。医療機関未受診者や治療中断者等、重症化する危険性が高い対象者を把握し、医療機関への受診勧奨や保健指導・栄養指導を実施します。特に本町の課題である糖尿病とメタボリックシンドロームについては、薬物療法だけでは改善が困難で、食事療法と併せて治療を行うことが効果的であると考えられるため、日本人の食事摂取基準（2020年版）の基本的な考え方等に基づいて、栄養指導を実施し、血圧、血糖、脂質等検査結果の改善を目指します。

4) 管理目標の設定

図表 49 第3期データヘルス計画目標管理一覽

★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 (活用データ)	
				初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)		
データヘルス計画	中長期目標	新規脳梗塞患者数 (被保険者数(令和4年度2,453人)に対する割合)	減少	22人 (0.9%)	19人 (0.8%)	15人 (0.6%)	保険者データヘルス支援システム	
		新規脳出血患者数 (被保険者数(令和4年度2,453人)に対する割合)	減少	8人 (0.3%)	6人 (0.2%)	5人 (0.2%)		
		新規虚血性心疾患患者数の減少 (被保険者数(令和4年度2,453人)に対する割合)	減少	43人 (1.8%)	34人 (1.4%)	25人 (1.0%)		
		新規人工透析導入患者数	維持	2人	2人	2人		
		糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数	維持	0人	0人	0人		
	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	★特定健診受診率	60.0%	53.4%	56.7%	60.0%	法定報告
			40歳代、50歳代の特定健診受診率	55.0%	37.9%	46.5%	55.0%	
			★特定保健指導実施率	85.0%	78.3%	81.7%	85.0%	
			★特定保健指導対象者の減少率	増加	12.4%	15.2%	18.0%	
			内臓脂肪症候群該当者の減少率	増加	17.7%	18.9%	20.0%	
		特定健診受診者のうち	内臓脂肪症候群該当者の割合	減少	22.0%	21.0%	20.0%	ヘルスサポートラボツール
			内臓脂肪症候群予備群の割合	減少	12.9%	12.0%	11.0%	
			血圧Ⅱ度以上(160/100)者の割合	減少	4.8%	3.9%	3.0%	
			HbA1c8.0%以上者の割合	減少	0.8%	0.7%	0.5%	
			40歳代、50歳代のHbA1c6.5%以上者の割合	減少	9.3%	8.9%	8.5%	
LDL180以上者の割合	減少	1.1%	0.8%	0.5%	特定健診等データ管理システム			
(問診)朝食を抜くことが週3回以上ある40歳代、50歳代の割合	減少	20.5%	15.3%	10.0%				
糖尿病の未治療者(治療中断者を含む)の割合	減少	31.3%	28.1%	25.0%	ヘルスサポートラボツール			

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年を一期としていましたが、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 50 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	55.0%	56.7%	57.8%	58.9%	60.0%	60.0%以上
特定保健指導実施率	80.0%	81.7%	83.0%	84.0%	85.0%	85.0%以上
40歳代、50歳代の 特定健診受診率	42.0%	46.5%	50.8%	52.9%	55.0%	55.0%以上

3. 対象者の見込み

図表 51 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	1,650人	1,600人	1,552人	1,505人	1,460人	1,416人
	受診者数	908人	907人	897人	886人	876人	850人
特定保健指導	対象者数	82人	82人	76人	75人	70人	68人
	受診者数	66人	67人	63人	63人	60人	58人

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。

- ① 集団健診(甲佐町総合保健福祉センター)
- ② 節目健診(委託健診機関)
- ③ 個別健診(委託医療機関)
- ④ みなし健診(情報提供事業)(委託医療機関)

(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、対象者がいる全世帯に案内を送付します。

(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 52 特定健診検査項目(例示)

健診項目	甲佐町			国	
	集団・節目	個別	みなし		
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、●…いずれかの項目の実施で可

(5) 実施時期

- ① 集団健診 7月、8月
- ② 節目健診 6月～12月
- ③ 個別健診 9月～12月
- ④ みなし健診(情報提供事業) 9月～3月

(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 53 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		<ul style="list-style-type: none"> 健診希望調査票発送 健診希望調査票受付(随時可) 健診機関との契約 	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導の継続
5月			
6月		<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨ハガキ送付 健診セット配布 	<ul style="list-style-type: none"> 健診データ抽出、分析、評価(前年度分)
7月		<ul style="list-style-type: none"> 集団健診実施 健診セット配布 	
8月		<ul style="list-style-type: none"> 集団健診実施 個別健診、みなし健診(情報提供事業)通知発送 健診等費用決裁(随時) 	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導対象者の抽出 結果説明会通知 重症化予防訪問
9月		<ul style="list-style-type: none"> 個別健診実施 みなし健診(情報提供事業)実施 	<ul style="list-style-type: none"> 結果説明会 保健指導対象者の抽出 結果説明会通知
10月			<ul style="list-style-type: none"> 結果説明会 受診率、実施率の算出 支払基金への報告
11月	予算作成		<ul style="list-style-type: none"> 保健指導の継続
12月			
1月			
2月			
3月	<ul style="list-style-type: none"> 契約準備 健診希望調査票発送準備 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診、特定保健指導の当該年度受付終了 	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、業者委託と保険者直接実施（一般衛生部門への執行委任）の形態で行います。

特定保健指導の委託にあたっては、委託業者と定期的に進捗状況等について確認を行うとともに、フォローが必要なケースの連携等、効率的な事業の実施に努めます。

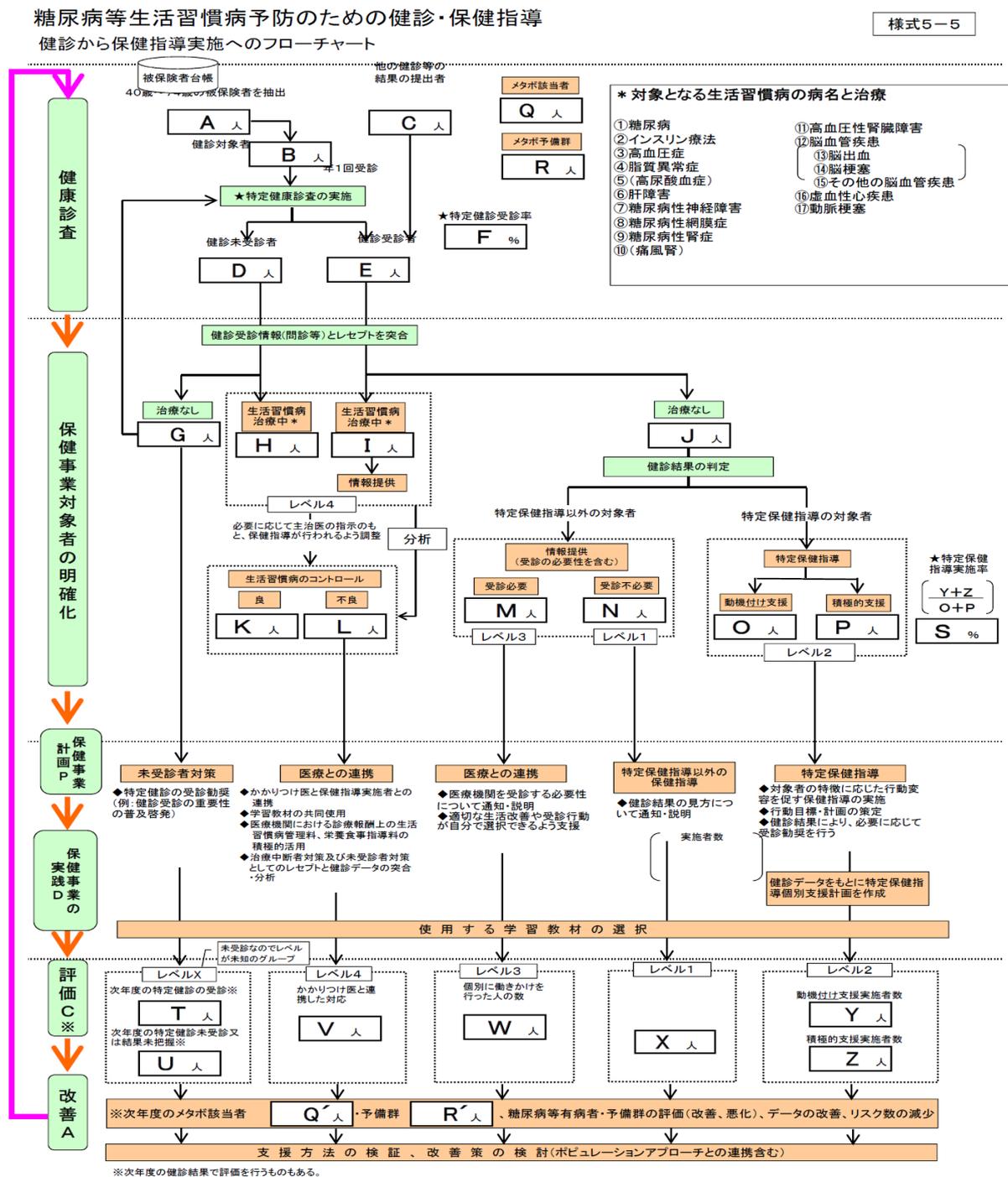
○第4期（2024年以降）における変更点 特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き（第4版）

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 54 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 55 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	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	85人 (8.8%)	85.0%
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> ◆医療機関を受診する必要性について説明 ◆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 	123人 (12.7%)	100.0%
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等)	1,136人 ※受診率目標達成までにあと294人	100.0%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について説明	194人 (20.1%)	100.0%
5	I	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	565人 (58.4%)	100.0%

(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 56 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	◎ 健診希望調査票の送付		◎ 特定健康診査をはじめとした各種健診・検診の広報
5月	◎ 集団健診受診勧奨訪問		
6月	◎ 受診勧奨ハガキの送付 ◎ 節目健診(～12月)	◎ 対象者の抽出(随時) ◎ 利用券の発行(随時) ◎ 特定保健指導の実施	◎ 代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月	◎ 集団健診		◎ 若者健診
8月	◎ 集団健診 ◎ 個別健診・みなし健診(情報提供事業)実施の依頼 ◎ 個別健診・みなし健診(情報提供事業)案内の送付		◎ 後期高齢者健診
9月	◎ 個別健診・みなし健診(情報提供事業)(～12月) ◎ 個別健診受診勧奨訪問(～12月)		
10月			◎ 前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
11月			
12月			◎ がん検診
1月			◎ 頸動脈超音波検診
2月			
3月			

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甲佐町個人情報保護法施行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、特定健診等データ管理システム、健康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、特定健診等データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告します。

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、甲佐町公式ウェブサイト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、ハイリスクアプローチ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。

ハイリスクアプローチとしては、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り組みを行います。

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り組みとしては、生活習慣病の重症化により自分自身の今の生活や将来の生活にも支障を及ぼしてしまうことや高額な医療費や介護費用がかかることが、社会全体に及ぼす影響等について、広く町民に周知していくことで、町民自らが健康管理の大切さや予防可能な生活習慣病の発症予防に関心を向けることができるように努めます。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努め、健診と保健指導により、多くの町民に、現在の自分の体の状態を把握していただく必要があります。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. 重症化予防の取り組み

甲佐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を各学会のガイドラインに基づいて抽出すると、令和4年度の特定健診受診者967人(健診受診率46.0% ※年度年齢75歳を受診者数から除外し、算出した受診率)のうち、336人(34.7%)です。そのうち、治療なし者(問診で高血圧・糖尿病・脂質異常症の3疾患で内服がないと回答した人)が72人(17.9%)です。また、そのうち特定保健指導対象者が36人で、治療なし者の半数にあたります。このことから、特定保健指導に取り組むことは重症化予防にもつながり、効率的であると言えます。

さらに治療なし者の41.7%にあたる30人は、すでに臓器障害があり、直ちにに取り組むべき対象者です。また、血圧Ⅱ度以上者・HbA1c6.5%以上者の約半分、LDLコレステロール180以上者のほとんどが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つなげるための保健指導が重要であると言えます。(図表57)

図表 57 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																
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度共同研究報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド 2018 (日本腎臓学会)															
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	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%) ↳ アテローム血性性梗塞・塞栓 (33.2%) ↳ 非心原性脳梗塞			心筋梗塞、労作性狭心症、安静狭心症																			
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)	<参考> 健診受診者(受診率) 967人 46.0% ■各疾患の治療状況 <table border="1"> <tr><th></th><th>治療中</th><th>治療なし</th></tr> <tr><td>高血圧</td><td>426</td><td>541</td></tr> <tr><td>脂質異常症</td><td>317</td><td>650</td></tr> <tr><td>糖尿病</td><td>120</td><td>842</td></tr> <tr><td>3疾患 いづれか</td><td>565</td><td>402</td></tr> </table> ※問診結果による		治療中	治療なし	高血圧	426	541	脂質異常症	317	650	糖尿病	120	842	3疾患 いづれか	565	402
	治療中	治療なし																					
高血圧	426	541																					
脂質異常症	317	650																					
糖尿病	120	842																					
3疾患 いづれか	565	402																					
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 (日本腎臓学会)																
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者																
該当者数	47 4.9%	8 0.8%	11 1.1%	30 3.1%	213 22.0%	88 9.1%	61 6.3%																
治療なし	23 4.3%	2 0.5%	10 1.5%	21 3.2%	25 6.2%	42 5.0%	9 2.2%																
(再掲) 特定保健指導	8 17.0%	0 0.0%	1 9.1%	3 10.0%	25 11.7%	11 12.5%	1 1.6%																
治療中	24 5.6%	6 1.1%	1 0.3%	9 2.8%	188 33.3%	46 38.3%	52 9.2%																
臓器障害 あり	12 52.2%	2 100.0%	3 30.0%	7 33.3%	8 32.0%	12 28.6%	9 100.0%																
CKD(専門医対象者)	1	1	1	3	1	4	9																
心電図所見あり	11	2	2	4	8	8	3																
臓器障害 なし	11 47.8%	--	7 70.0%	14 66.7%	17 68.0%	30 71.4%	--																
重症化予防対象者 (実人数)	336 34.7%	72 17.9%	36 10.7%	264 46.7%	30 41.7%																		

治療中

臓器障害 あり	4 16.7%	6 100.0%	0 0.0%	5 55.6%	69 36.7%	12 26.1%	52 100.0%	105 39.8%
CKD(専門医対象者)	2	0	0	5	25	1	52	52
心電図所見あり	3	6	0	2	48	12	12	65
臓器障害 なし	20 83.3%	--	1 100.0%	4 44.4%	119 63.3%	34 73.9%	--	--

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」(令和 6 年 3 月 28 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(以下、「熊本県版プログラム」という。)に基づき実施します。

プログラムは、糖尿病が重症化するリスクが高い医療機関未受診者・治療中断者を適切な受診勧奨によって医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち、重症化するリスクが高い人に対して、医療機関と連携した保健指導等を行い、人工透析等への移行を防止することが目的です。

2) 対象者の明確化

(1) 本町の実態

本町における人工透析の実態は、第 2 章で分析したとおり、平成 30 年度と令和 4 年度を比較して、40～74 歳の全世代で患者数が増加しており、同規模市町村と比較して、医療費に占める割合が高くなっています。また、新規人工透析導入者の約 40%の原因疾患が糖尿病性腎症です。

そのため、糖尿病性腎症重症化予防プログラム及び熊本県版プログラムに基づき、糖尿病性腎症重症化予防への取り組みを重点的に進めます。

(2) 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、熊本県版プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下のとおりとします。

- ① 健診を受診した者のうち、医療機関未受診者(早期に積極的に受診勧奨が必要な人)
- ② 糖尿病治療中断者(最終の受診日から 6 か月以上経過している人)
- ③ 重症化するリスクが高い者

健診データ、本人・医療機関からの情報提供等により、糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成できていない人やアルブミン尿検査や尿蛋白定量検査、eGFR 等により糖尿病性腎症と診断された人及び糖尿病性腎症が疑われる人

(3) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

対象者については、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し、把握及び抽出を行います。(図表 58)

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。(図表 58)

本町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、55 人(31.4%・F)でした。また、40～74 歳における糖尿病治療者 549 人のうち、特定健診受診者が 120 人(68.8%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者 429 人(78.1%・I)については、治療中ですが、検査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となります。

③ 介入方法と優先順位

図表 58 より本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

【対象】 特定健診受診者のうち、糖尿病が重症化するリスクが高い、医療機関未受診者
…(F)55 人

【方法】 訪問による受診勧奨を実施

優先順位2

【対象】 特定健診受診者で糖尿病治療中者のうち、重症化するリスクが高い者
…(J)62 人

【方法】 治療中断しない(継続受診する)ための保健指導、重症化を予防する保健指導を個別に実施

医療機関との連携

優先順位3

【対象】 特定健診未受診者(I)のうち、過去に特定健診受診歴がある者

【方法】 糖尿病管理台帳の作成

現在の受診状況(治療を中断していないかを含む。)、検査結果の状況等を確認し、必要な保健指導を個別に実施

医療機関との連携

3) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

【 集団健診 】

健診 : 7 月・8 月

保健指導 : 健診機関から結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)

【 個別健診 】

健診 : 9 月～12 月

保健指導 : 医療機関が結果説明を実施し、優先順位1及び2の対象者へ保健指導を実施(通年)

【 みなし健診(情報提供事業) 】

健診 : 9月～3月

保健指導 : 特定健診等データ管理システムで受診状況を確認し、優先順位1及び2の対象者へ保健指導を実施(通年)

(2) 糖尿病性腎症病期分類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、糖尿病性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。本町においては、特定健診受診者に糖尿病性腎症病期分類(図表 59)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ます。

図表 59 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂) 注1

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30～299) 注3	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以上注4
第4期 (腎不全期)	問わない注5	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

注1: 糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。本分類は、厚労省研究班の成績に基づき予後(腎、心血管、総死亡)を勘案した分類である (URL: <http://mhlw-grants.niph.go.jp/>、Wada T, Haneda M, Furuichi K, Babazono T, Yokoyama H, Iseki K, Araki S, Ninomiya T, Hara S, Suzuki Y, Iwano M, Kusano E, Moriya T, Satoh H, Nakamura H, Shimizu M, Toyama T, Hara A, Makino H: The Research Group of Diabetic Nephropathy, Ministry of Health, Labour, and Welfare of Japan. Clinical impact of albuminuria and glomerular filtration rate on renal and cardiovascular events, and all-cause mortality in Japanese patients with type 2 diabetes. Clin Exp Nephrol. 2013 Oct 17. [Epub ahead of print])

注2: GFR 60 ml/分/1.73m²未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外の原因が存在し得るため、他の腎臓病との鑑別診断が必要である。

注3: 微量アルブミン尿を認めた症例では、糖尿病性腎症早期診断基準に従って鑑別診断を行った上で、早期腎症と診断する。

注4: 顕性アルブミン尿の症例では、GFR 60 ml/分/1.73m²未満からGFRの低下に伴い腎イベント(eGFRの半減、透析導入)が増加するため注意が必要である。

注5: GFR 30 ml/分/1.73m²未満の症例は、尿アルブミン値あるいは尿蛋白値に拘わらず、腎不全期に分類される。しかし、特に正常アルブミン尿・微量アルブミン尿の場合は、糖尿病性腎症以外の腎臓病との鑑別診断が必要である。

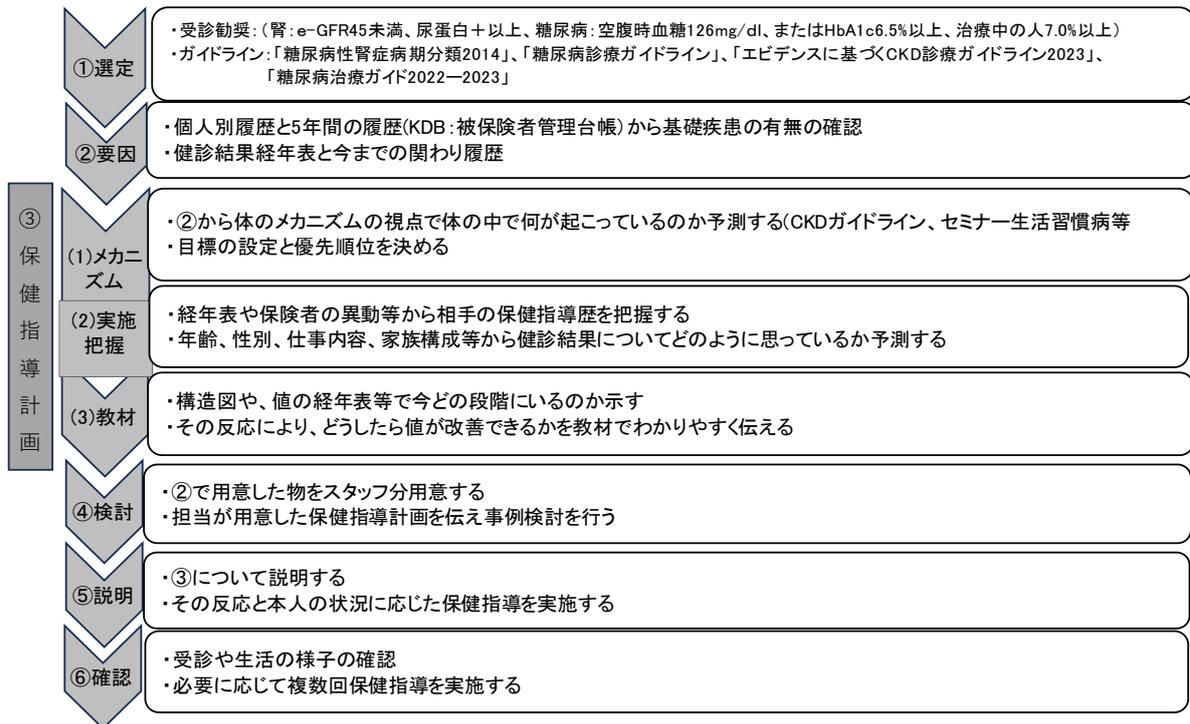
【重要な注意事項】 本表は糖尿病性腎症の病期分類であり、薬剤使用の目安を示した表ではない。糖尿病治療薬を含む薬剤特に腎排泄性薬剤の使用に当たっては、GFR等を勘案し、各薬剤の添付文書に従った使用が必要である。 (2013年12月 糖尿病性腎症合同委員会)

出典: 糖尿病性腎症合同委員会

(3) 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を実施するため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。糖尿病性腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、集団健診においては、町が設定した対象者に、尿蛋白定量検査や微量アルブミン尿検査を実施し、結果に基づき早期介入を行います。

図表 60 糖尿病性腎症重症化予防対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



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、健診結果経年表や糖尿病連携手帳、CKD 精密検査紹介様式(熊本県版)等を使用します。糖尿病連携手帳を持っていない人には、結果説明や保健指導の際に、手帳の使い方等について丁寧に説明を行い、その後の自己管理につなげることができるようにします。

(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、かかりつけ医から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版プログラムに準じ行います。

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、必要時、福祉課(介護保険係、地域包括支援係、福祉係)と連携します。

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、熊本県版プログラムのアウトカム評価指標とデータヘルス計画の評価を年 1 回行います。その際は、KDB システムや保険者データヘルス支援システム等の情報を活用します。また、中長期的評価については、他の虚血性心疾患、脳血管疾患等とあわせて行い、糖尿病性腎症重症化予防の取組評価(図表 61)も用いて行います。

アウトプット評価やプロセス評価は年度内に実施し、課題を整理し、次年度へ反映します。アウトカム評価は年度内は暫定値で評価し、最終的にはデータが揃う次年度に確認します。

また、保健指導を実施した対象者の評価は、次年度の健診結果で行います。

【 短期的評価(熊本県版プログラムアウトカム評価) 】

- ① 糖尿病性腎症病期分類ステージの維持・改善・悪化の数
- ② 新規人工透析導入患者数(糖尿病性腎症患者数)の推移
- ③ 人工透析に係る医療費の推移
- ④ 医療機関未受診者の割合
- ⑤ 治療中断者(糖尿病及び糖尿病性腎症)の割合

図表 61 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		実合表	甲佐町													
			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				
1	① 被保険者数	A	3,039人		2,929人		2,806人		2,724人		2,585人					
	② (再掲)40-74歳		2,368人		2,289人		2,210人		2,173人		2,092人					
2	① 特定健診 対象者数	B	2,071人		1,952人		1,933人		1,880人		1,754人					
	② 受診者数	C	1,092人		1,080人		1,002人		1,043人		977人					
	③ 受診率		52.7%		55.3%		51.8%		55.5%		55.7%					
3	① 特定保健指導 対象者数		112人		95人		79人		98人		83人					
	② 実施率		66.1%		80.0%		87.3%		67.4%		79.5%					
4	健診データ	① 糖尿病型	E	150人	13.7%	155人	14.4%	170人	17.0%	171人	16.4%	176人	18.0%			
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	36人	24.0%	38人	24.5%	35人	20.6%	46人	26.9%	55人	31.3%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	114人	76.0%	117人	75.5%	135人	79.4%	125人	73.1%	121人	68.8%			
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	62人		54.4%		66人		56.4%		68人		52.1%		
		⑤ 血圧 130/80以上		31人		50.0%		29人		43.9%		38人		60.3%		
		⑥ 肥満 BMI25以上	K	26人		41.9%		30人		45.5%		25人		38.1%		
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		52人		45.6%		51人		43.6%		67人		47.9%		
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	137人		91.3%		136人		87.7%		150人		88.2%		
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		6人		4.0%		9人		5.8%		11人		6.5%		
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		5人		3.3%		8人		5.2%		8人		4.7%		
		⑪ 第4期 eGFR30未満		1人		0.7%		2人		1.3%		1人		0.6%		
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)	H	138.9人		136.9人		129.7人		143.9人		140.8人				
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		175.7人		171.7人		164.3人		178.6人		172.6人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対		2,210件 (974.0)		2,240件 (1028.0)		2,312件 (1071.4)		2,349件 (1116.4)		2,109件 (1066.2)				
		④ 入院外(件数)		22件 (9.7)		17件 (7.8)		25件 (11.6)		23件 (10.9)		7件 (3.5)				
		⑤ 糖尿病治療中		422人		13.9%		401人		13.7%		364人		13.0%		
		⑥ (再掲)40-74歳		416人		17.6%		393人		17.2%		363人		16.4%		
		⑦ 健診未受診者		I	302人		72.6%		279人		71.0%		228人		62.8%	
		⑧ インスリン治療		O	44人		10.4%		43人		10.7%		39人		10.7%	
		⑨ (再掲)40-74歳			42人		10.1%		42人		10.7%		39人		10.7%	
		⑩ 糖尿病性腎症		L	31人		7.3%		37人		9.2%		31人		8.5%	
		⑪ (再掲)40-74歳			30人		7.2%		35人		8.9%		31人		8.5%	
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			5人		1.2%		5人		1.2%		5人		1.4%	
		⑬ (再掲)40-74歳			5人		1.2%		5人		1.3%		5人		1.4%	
		⑭ 新規透析患者数			1人		3人		4人		5人		2人			
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症			1人		0人		2人		2人		0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)		11人		1.9%		11人		1.9%		9人		1.7%		
6	医療費	① 総医療費	11億1131万円		10億8119万円		10億8981万円		11億2383万円		11億1831万円					
		② 生活習慣病総医療費	5億9672万円		6億1066万円		6億3133万円		6億1297万円		6億0334万円					
		③ (総医療費に占める割合)	53.7%		56.5%		57.9%		54.5%		54.0%					
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	10,523円		11,305円		10,737円		11,954円		12,264円					
		⑤ 健診受診者	28,515円		31,172円		33,969円		33,162円		33,771円					
		⑥ 健診未受診者	6745万円		6843万円		7547万円		8039万円		6332万円					
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	11.3%		11.2%		12.0%		13.1%		10.5%					
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	1億6684万円		1億7238万円		1億7572万円		1億8562万円		1億9003万円					
		⑨ 1件あたり	31,846円		33,721円		34,321円		35,752円		39,689円					
		⑩ 糖尿病入院総医療費	1億1617万円		1億1260万円		1億3255万円		1億5461万円		1億1884万円					
		⑪ 1件あたり	553,195円		533,663円		581,379円		678,133円		615,765円					
		⑫ 在院日数	17日		18日		19日		19日		18日					
		⑬ 慢性腎不全医療費	6203万円		6240万円		7640万円		8301万円		8328万円					
		⑭ 透析有り	5688万円		5736万円		7307万円		7985万円		7909万円					
		⑮ 透析なし	515万円		503万円		333万円		316万円		419万円					
7	介護	① 介護給付費	13億1358万円		13億0692万円		13億2454万円		13億7338万円		14億2002万円					
		② (2号認定者)糖尿病合併症	1件		20.0%		1件		16.7%		1件		12.5%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	1人		0.5%		3人		1.6%		1人		0.6%			

出典:ヘルスサポートラボツール

2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

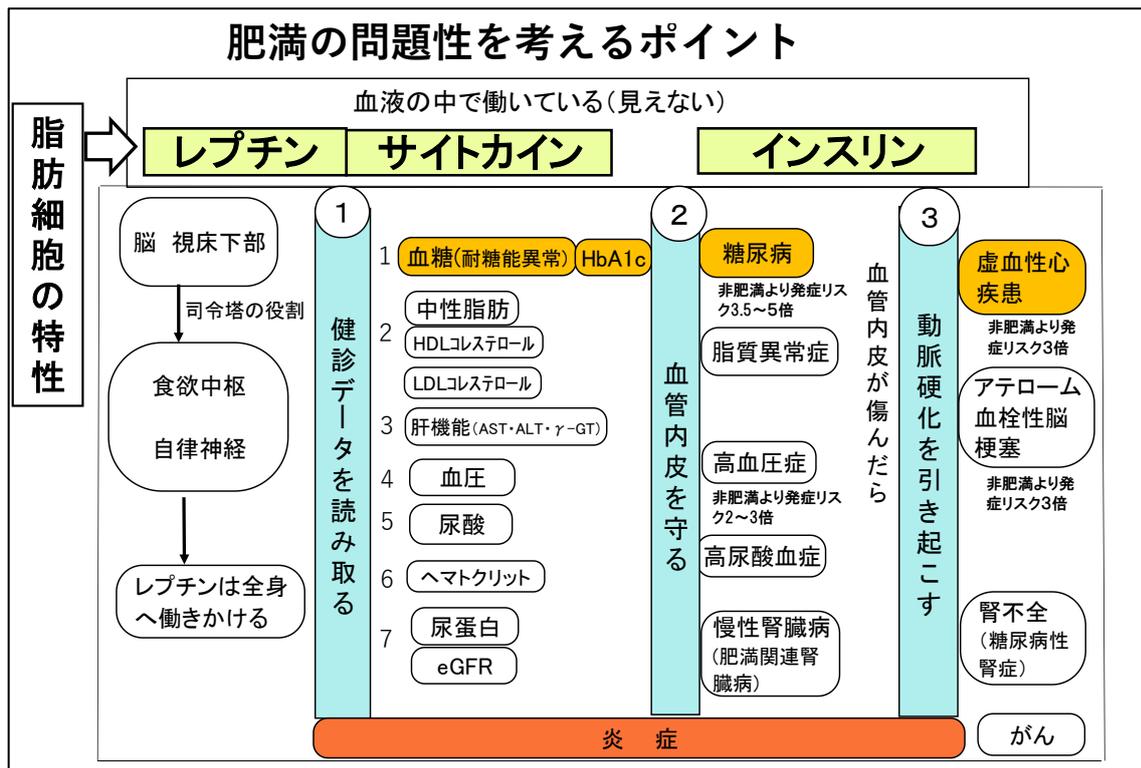
1) 基本的な考え方

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、心血管病の重要な予防ターゲットとなっていることに加え、ライフスタイルが関与する多くの病態を含んでいます。

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す。また、メタボリックシンドロームを呈する多くの人は、インスリン抵抗性を持ち、2型糖尿病の発症リスクも高く、このようにして発症した糖尿病は特に心血管疾患の基盤としての認識が必要です。【参考:「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)】

なお、取り組みにあたっては図表 62 に基づいて考えていきます。

図表 62 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) 本町の実態

本町における特定健診受診者のうちの肥満者(BMI25以上者)の割合は、第2章で分析したとおり増加しており、特にメタボリックシンドローム該当者の割合が平成30年度と令和4年度を比較して約5ポイントも増加し、若い世代でも肥満が進んでいます。

特定健診受診者のうち、男性では40歳代・50歳代の約20%、60歳以上の約40%、女性では50歳以上の約15%がメタボリックシンドローム該当者です。また、男女ともに3項目全てと血圧+脂質の組み合わせが多いことがわかります。(図表63)

50歳以上のメタボリックシンドローム該当者の80%以上が、高血圧、脂質異常症、糖尿病のいずれかで治療中の状況にあります。(図表64)

図表63 メタボリック該当者の状況(性・年代別)

		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	469	38	50	175	206	498	22	41	192	243	
メタボ該当者	B	143	7	8	59	69	70	0	6	28	36	
	B/A	30.5%	18.4%	16.0%	33.7%	33.5%	14.1%	0.0%	14.6%	14.6%	14.8%	
再掲	① 3項目全て	C	56	2	4	25	25	26	0	4	11	11
		C/B	39.2%	28.6%	50.0%	42.4%	36.2%	37.1%	--	66.7%	39.3%	30.6%
	② 血糖+血圧	D	17	1	0	7	9	17	0	1	6	10
		D/B	11.9%	14.3%	0.0%	11.9%	13.0%	24.3%	--	16.7%	21.4%	27.8%
	③ 血圧+脂質	E	63	3	3	25	32	26	0	1	11	14
		E/B	44.1%	42.9%	37.5%	42.4%	46.4%	37.1%	--	16.7%	39.3%	38.9%
	④ 血糖+脂質	F	7	1	1	2	3	1	0	0	0	1
		F/B	4.9%	14.3%	12.5%	3.4%	4.3%	1.4%	--	0.0%	0.0%	2.8%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表64 メタボリック該当者の治療状況(性・年代別)

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし			
総数	469	143	30.5%	122	85.3%	21	14.7%	498	70	14.1%	66	94.3%	4	5.7%		
40代	38	7	18.4%	3	42.9%	4	57.1%	22	0	0.0%	0	--	0	--		
50代	50	8	16.0%	7	87.5%	1	12.5%	41	6	14.6%	6	100.0%	0	0.0%		
60代	175	59	33.7%	51	86.4%	8	13.6%	192	28	14.6%	24	85.7%	4	14.3%		
70~74歳	206	69	33.5%	61	88.4%	8	11.6%	243	36	14.8%	36	100.0%	0	0.0%		

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Ⅲ度・Ⅳ度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要があるとされています。そのため、肥満Ⅲ度・Ⅳ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進めることで対応します。

保健指導対象者については、メタボリックシンドローム該当者は男性が多く占めること、若い男性に心血管病が多いことを踏まえ、若い世代の男性を最優先の対象者とすることとします。

図表 65 肥満度分類別の該当者数(性・年齢別)

	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			
総数	263	704	83	183	61	160	17	23	4	0	1	0	
			31.6%	26.0%	23.2%	22.7%	6.5%	3.3%	1.5%	0.0%	0.4%	0.0%	
再掲	男性	148	321	50	96	41	85	6	11	2	0	1	0
				33.8%	29.9%	27.7%	26.5%	4.1%	3.4%	1.4%	0.0%	0.7%	0.0%
	女性	115	383	33	87	20	75	11	12	2	0	0	0
				28.7%	22.7%	17.4%	19.6%	9.6%	3.1%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

3) 対象者の明確化

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 64)は、男女とも 50 歳以上の 80%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、血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療機関受診が必要な人には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ② 治療中の人へは、治療を中断し、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(栄養指導)を行います。

- ③ 特定保健指導対象者の保健指導については、第3章 特定健康診査等実施計画のとおり実施します。

(2) 対象者の管理

特定保健指導対象者及び他の重症化予防対象者の管理と同様とします。

4) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

【 集団健診 】

健診 : 7月・8月

保健指導 : 健診機関から結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)

【 個別健診 】

健診 : 9月～12月

保健指導 : 医療機関が結果説明を実施し、対象者へ保健指導を実施(通年)

【 みなし健診(情報提供事業) 】

健診 : 9月～3月

保健指導 : 特定健診等データ管理システムで受診状況を確認し、対象者へ保健指導を実施(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。

本町においても対象者の早期介入を目的として、頸動脈超音波検査や微量アルブミン尿検査を実施しています。その他、75g糖負荷検査の実施について検討します。

◎ 動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ① 頸動脈超音波検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)…実施
- ② 負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)…未実施
- ③ 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)…実施
- ④ 75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)…未実施

5) 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となります。

メタボリックシンドローム該当者については、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。

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を年 1 回行います。その際は、KDB システムや保険者データヘルス支援システム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、虚血性心疾患、脳血管疾患等とあわせて行います。

アウトプット評価やプロセス評価は年度内に実施し、課題を整理し、次年度へ反映します。アウトカム評価は年度内は暫定値で評価し、最終的にはデータが揃う次年度に確認します。

また、保健指導を実施した対象者の評価は、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、他の事業とあわせて、次年度の健診結果で行います。

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り組み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) 本町の実態

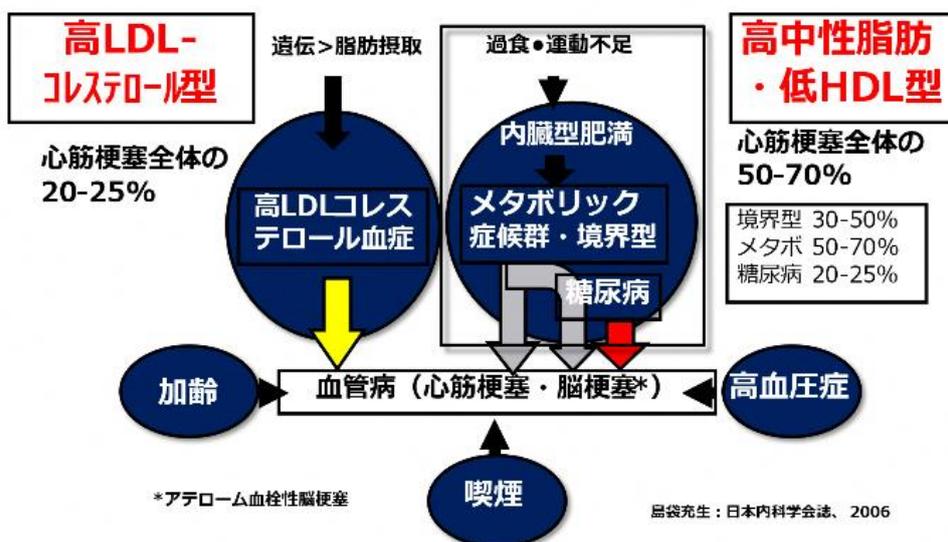
本町における虚血性心疾患の実態は、第 2 章で分析したとおり、虚血性心疾患で高額になったレセプトが令和元年度から令和 3 年度は件数・費用ともに大きな変化はありませんでしたが、令和 4 年度に件数・費用ともに大きく増加し、50 歳代の人もありました。また、虚血性心疾患にかかった医療費が総医療費に占める割合も平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると 0.5 ポイント増加しています。若い世代のメタボリックシンドローム該当者も増加しており、これらのことから、虚血性心疾患のリスク因子を持つ人の把握と、発症予防に向けた保健指導が重要と考えられます。

(2) 対象者選定基準の考え方

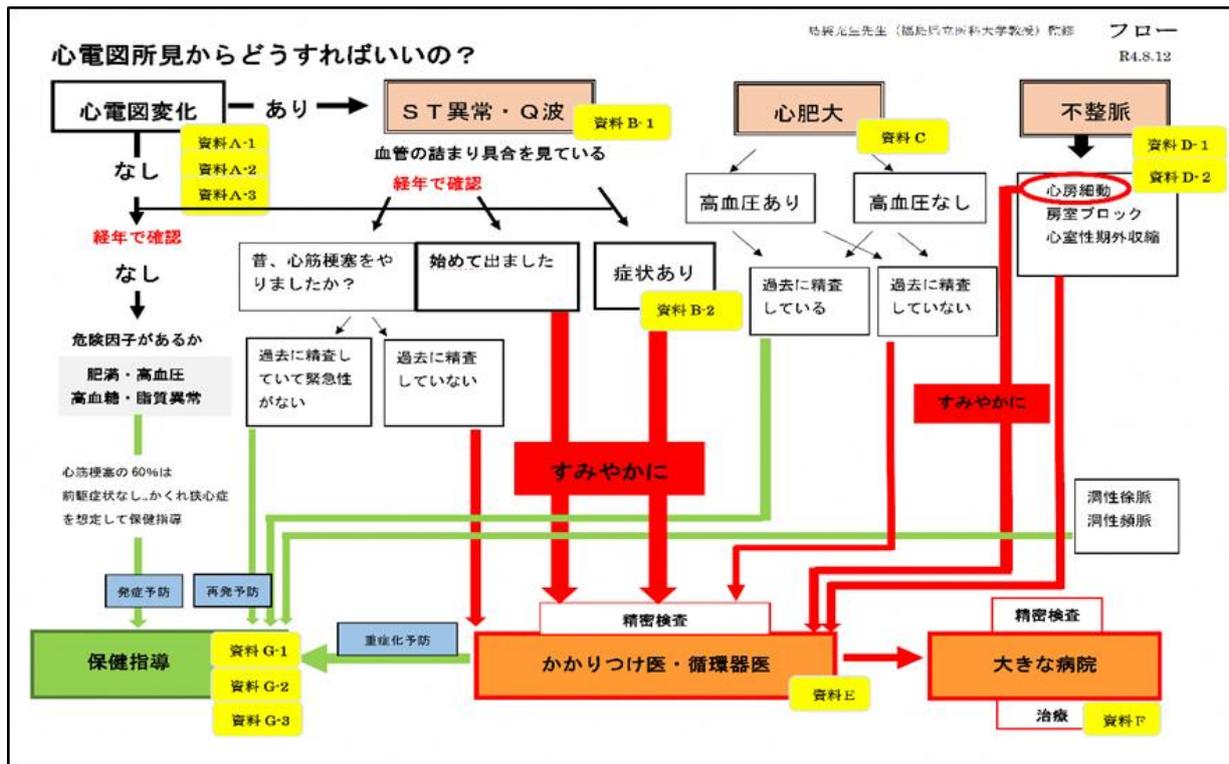
虚血性心疾患予防の対象者は、メタボリックシンドロームまたは LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 66)また、心電図所見からのフロー図を活用します。(図表 67)

図表 66 心血管病をおこしやすい人

心臓血管病をおこしやすいひと



図表 67 心電図所見からのフロー図



(3) 重症化予防対象者の抽出

① 高 LDL コレステロール者

心筋梗塞全体の 20~25%を占める高 LDL コレステロール者については、これまで LDL コレステロール 180 以上の未治療者へ受診勧奨を実施し、治療につながる人も多いですが、治療につながらなかった人が、脳心血管病を発症することがあります。第 3 期においては、図表 68 を参考に、高リスク者にあたる人が、確実に医療機関を受診し、服薬による管理につながるよう、効果的な保健指導の実施を目指します。

図表 68 動脈硬化性心疾患予防から見た LDL コレステロール管理目標

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果 (LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
316			196	89	21	10	5	5	11	10	
			62.0%	28.2%	6.6%	3.2%	16.1%	16.1%	35.5%	32.3%	
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)	28	19	7	2	0	1	1	0	0
			8.9%	9.7%	7.9%	9.5%	0.0%	20.0%	20.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	124	76	37	7	4	2	2	5	2
			39.2%	38.8%	41.6%	33.3%	40.0%	40.0%	40.0%	45.5%	20.0%
高リスク	120未満 (150未満)	144	88	39	12	5	2	2	5	8	
		45.6%	44.9%	43.8%	57.1%	50.0%	40.0%	40.0%	45.5%	80.0%	
	再掲	100未満 (130未満) ※1	9	6	2	1	0	1	0	0	0
			2.8%	3.1%	2.2%	4.8%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	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 アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	20	13	6	0	1	0	0	1	0
			6.3%	6.6%	6.7%	0.0%	10.0%	0.0%	0.0%	9.1%	0.0%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

出典:ヘルスサポートラボツール

② メタボリックシンドロームタイプ

「第4章 3. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」を参照

③ 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患予防において重要な検査の1つです。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図表67に基づき、適切な受診勧奨や保健指導を実施します。

本町においては、令和4年度に心電図検査を852人(87.0%)に実施し、そのうち有所見者が263人(30.9%)でした。所見の中でもST-T変化が54人(20.5%)で、所見率が最も高いことがわかります。全体では男性の有所見率が高く、男性では異常Q波や左室肥大、房室ブロック、脚ブロックの割合、女性ではST-T変化の割合が高い状況でした。

心房細動のみでなく、その他の異常所見についても、図表67のフロー図を基に、必要な人へ受診勧奨や保健指導を実施します。

図表 69 心電図検査結果(令和 4 年度)

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O	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	852	88.1%	263	30.9%	3	1.1%	54	20.5%	4	1.5%	12	4.6%	18	6.8%	46	17.5%	7	2.7%	36	13.7%
	男性	412	87.8%	136	33.0%	2	1.5%	15	11.0%	3	2.2%	6	4.4%	16	11.8%	28	20.6%	5	3.7%	18	13.2%
	女性	440	88.4%	127	28.9%	1	0.8%	39	30.7%	1	0.8%	6	4.7%	2	1.6%	18	14.2%	2	1.6%	18	14.2%

甲佐町調べ

3) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

【 集団健診 】

健診 : 7月・8月

保健指導 : 健診機関から結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)

【 個別健診 】

健診 : 9月～12月

保健指導 : 医療機関が結果説明を実施し、対象者へ保健指導を実施
(通年)

【 みなし健診(情報提供事業) 】

健診 : 9月～3月

保健指導 : 特定健診等データ管理システムで受診状況を確認し、対象者へ保健指導を実施
(通年)

(2) 受診勧奨及び保健指導

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

(3) 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、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。本町においては、頸動脈超音波検査を実施しています。その他の検査の実施について検討します。

- 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))…実施
冠動脈 CT(冠動脈石灰化)…未実施
- 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(CABI)、血管内皮機能(FMD)…未実施

(4) 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は、LDL コレステロールやメタボリックシンドロームをはじめとするリスク因子のコントロールが重要となります。すでに医療機関に受診中であっても、健診結果においてコントロールが不十分である人については、健診結果(経年表)やその他の連携ツール(糖尿病連携手帳や血圧手帳等)を基に、対象者本人を介して医療機関と連携することとします。また、コントロール状況に課題が大きい人や治療中断が心配される人については、直接医療機関に電話をする等、対象者の状況に応じた連携を行います。

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、必要時、福祉課(介護保険係、地域包括支援係、福祉係)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を年1回行います。その際は、KDB システムや保険者データヘルス支援システム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、脳血管疾患等とあわせて行います。

アウトプット評価やプロセス評価は年度内に実施し、課題を整理し、次年度へ反映します。アウトカム評価は年度内は暫定値で評価し、最終的にはデータが揃う次年度に確認します。

また、保健指導を実施した対象者の評価は、次年度の健診結果で行います。

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り組み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 70・71)

図表 70 脳卒中の分類

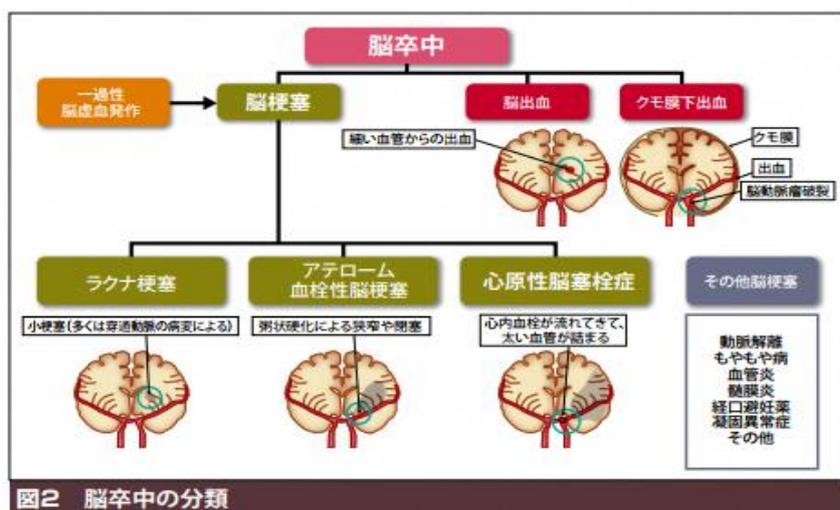


図2 脳卒中の分類

脳卒中予防の提言より引用

図表 71 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

本町における脳血管疾患の実態は、第 2 章で分析したとおり、介護の視点で見ると、40～64 歳の要介護者の約 80%、65 歳以上の要介護者の約 30%が脳血管疾患を有病しています。平成 30 年度

と令和4年度を比較して、脳血管疾患にかかった医療費が総医療費に占める割合は低くなっており、同規模市町村と比較しても低くなっています。しかし、65歳以上の脳血管疾患患者数は増加しており、Ⅱ度高血圧以上の割合が増加傾向にあります。

これらのことから、脳血管疾患のリスク因子を持つ人の把握と、発症予防に向けた保健指導が重要と考えられます。

(2) 重症化予防対象者の実態

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。また、心原性脳塞栓症の原因となる心房細動の発症においても、高血圧はリスクとなります。図表 72 でみると、高血圧治療者 1,009 人(H)のうち、すでに脳血管疾患を発症している人が 93 人(9.2%・0)でした。

令和4年度の健診結果をみると、Ⅱ度高血圧以上の人 が 47 人(4.9%)で、そのうち 23 人(48.9%)は未治療でした。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等、他のリスクを有する人もいることから、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度高血圧以上の人 が 24 人(19.1%)いることがわかり、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ります。

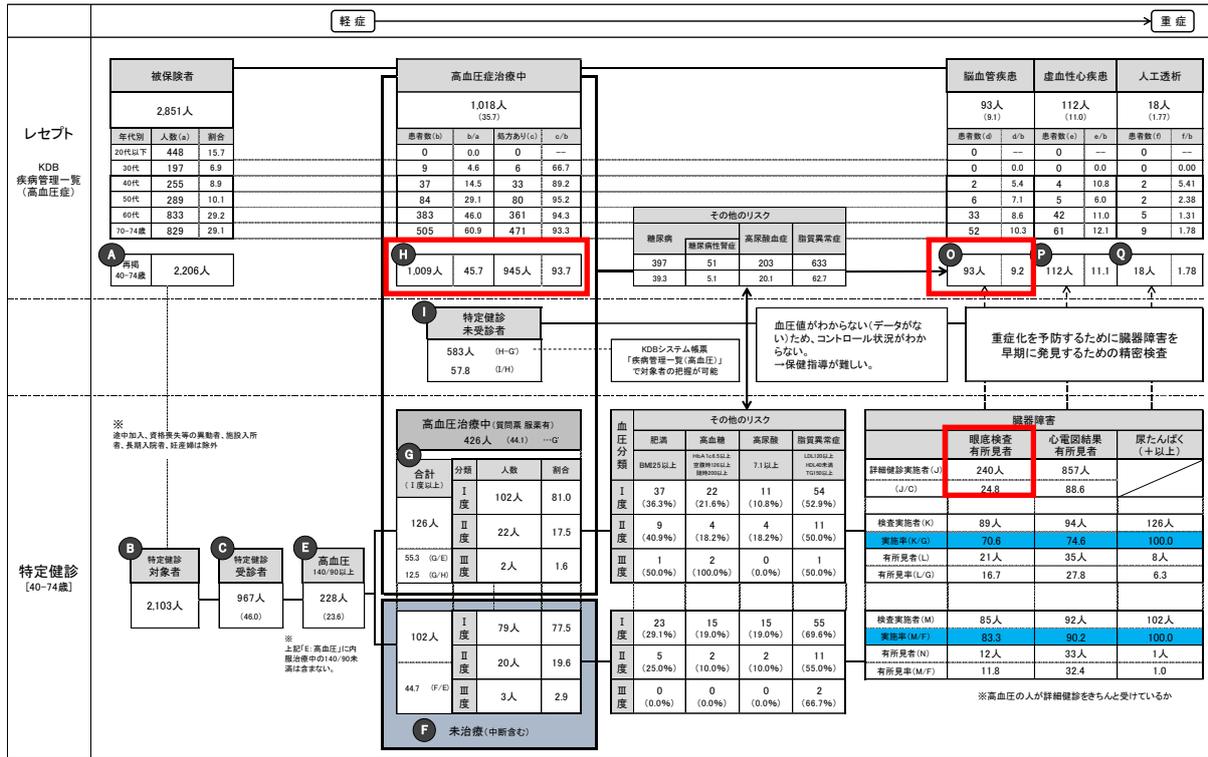
本町では、臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)をわずか 240 人(24.8%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、血圧または血糖が基準に該当する人に実施することとなっていることから、重症化予防の検査が十分されているとは言えません。

第3期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)が必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけを行う必要があります。

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

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



出典:ヘルスサポートラボツール

(3) 心電図検査における心房細動者の把握

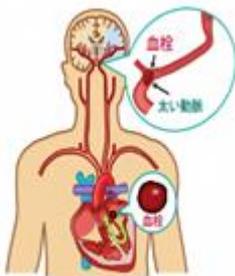


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

脳卒中予防の提言より引用

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。その原因となる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 73 で、令和 4 年度の特健診受診者における心房細動の有所見者の状況を見てみました。

図表 73 特定健診における心房細動有所見者状況

	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	469	498	417	88.9%	440	88.4%	6	1.4%	2	0.5%	--	--
40代	38	22	35	92.1%	21	95.5%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	50	41	47	94.0%	37	90.2%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	175	192	156	89.1%	172	89.6%	3	1.9%	2	1.2%	1.9%	0.4%
70～74歳	206	243	179	86.9%	210	86.4%	3	1.7%	0	0.0%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

令和4年度の特定健診における心電図検査で、8人に心房細動の所見がありました。男性に多く、全員60歳以上の人でした。その発生率は日循環疫学調査より高く、未治療の心房細動有所見者は速やかに医療機関受診につなげるとともに、治療中者についても、治療中断が引き起こすリスクについて十分な説明を行い、治療や内服の中断を予防する必要があります。

また、本町では健診受診者の約90%にしか心電図検査が実施できていないため、第3期計画においては、心電図検査の全数実施に努め、心電図検査の結果で把握できるハイリスク者について、確実に必要な受診勧奨や保健指導を実施します。

(4) 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。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。

第2期計画では、重症化予防のための保健指導の対象者をⅡ度高血圧以上者としていましたが、図表74のとおり、リスク第3層に該当する高値血圧者やⅠ度高血圧者などは高リスクにあたるため、今後は、脳疾患リスクの高さを意識した保健指導と評価を行っていきます。

図表 74 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(図表 34 再掲)

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																						
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化		p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子																						
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)		p50 表3-2 診察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																						
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	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																			
	231	129 55.8%	79 34.2%	20 8.7%	3 1.3%																			
リスク第1層 予後影響因子がない	10	C 7 5.4%	B 3 3.8%	B 0 0.0%	A 0 0.0%	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">区分</th> <th>該当者数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">A</td> <td>ただちに薬物療法を開始</td> <td>57</td> </tr> <tr> <td></td> <td>24.7%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">B</td> <td>概ね1ヵ月後に再評価</td> <td>96</td> </tr> <tr> <td></td> <td>41.6%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">C</td> <td>概ね3ヵ月後に再評価</td> <td>78</td> </tr> <tr> <td></td> <td>33.8%</td> </tr> </tbody> </table>	区分		該当者数	A	ただちに薬物療法を開始	57		24.7%	B	概ね1ヵ月後に再評価	96		41.6%	C	概ね3ヵ月後に再評価	78		33.8%
	区分		該当者数																					
A	ただちに薬物療法を開始	57																						
		24.7%																						
B	概ね1ヵ月後に再評価	96																						
		41.6%																						
C	概ね3ヵ月後に再評価	78																						
		33.8%																						
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	125	C 71 55.0%	B 42 53.2%	A 9 45.0%	A 3 100.0%																			
	54.1%																							
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	96	B 51 39.5%	A 34 43.0%	A 11 55.0%	A 0 0.0%																			
	41.6%																							

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

出典:ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

【 集団健診 】

健診 : 7月・8月

保健指導 : 健診機関から結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)

【 個別健診 】

健診 : 9月~12月

保健指導 : 医療機関が結果説明を実施し、対象者へ保健指導を実施

(通年)

【 みなし健診(情報提供事業) 】

健診 : 9月~3月

保健指導 : 特定健診等データ管理システムで受診状況を確認し、対象者へ保健指導を実施

(通年)

(2) 受診勧奨及び保健指導

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

された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

(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度高血圧以上及び脳心血管リスク層別化の高リスク者の未治療者・治療中断者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、受診勧奨を行います。

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は、血圧をはじめとするリスク因子のコントロールが重要となります。すでに医療機関に受診中であっても、健診結果においてコントロールが不十分である人については、健診結果(経年表)やその他の連携ツール(糖尿病連携手帳や血圧手帳等)を基に、対象者本人を介して医療機関と連携することとします。また、コントロール状況に課題が大きい人や治療中断が心配される人については、直接医療機関に電話をする等、対象者の状況に応じた連携を行います。

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、必要時、福祉課(介護保険係、地域包括支援係、福祉係)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を年1回行います。その際は、KDBシステムや保険者データヘルス支援システム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、虚血性心疾患等とあわせて行います。

アウトプット評価やプロセス評価は年度内に実施し、課題を整理し、次年度へ反映します。アウトカム評価は年度内は暫定値で評価し、最終的にはデータが揃う次年度に確認します。

また、保健指導を実施した対象者の評価は、次年度の健診結果で行います。

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り組みと、生活機能の低下を防止する取り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

本町は、令和元年度より熊本県後期高齢者広域連合から事業を受託し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。

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 地域を担当する専門職(保健師・栄養士)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重症化予防対象者の台帳等をもとに、糖尿病や高血圧などの継続した保健指導を実施します。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための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)。

3) 関係者間での連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行うにあたっては、庁内の関係部署(国保・後期・介護)との連携が必要となります。

必要な情報及び実態の共有、対象者の引き継ぎ等が円滑に進むよう、年度始め、年度末に関係者間でミーティングを行い、必要時連携を図ることとします。

IV. 発症予防

生活習慣病の重症化予防が、介護予防や健康寿命の延伸と深く関わることから、その予防への取り組みは大変重要です。

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(食習慣・運動習慣の確立)が重要であり、特に小児の肥満は、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。

本町においては、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います。データヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、ライフサイクルの視点で妊娠期からの保健事業についても、生活習慣病予防の視点を加え、実施していく必要があります。

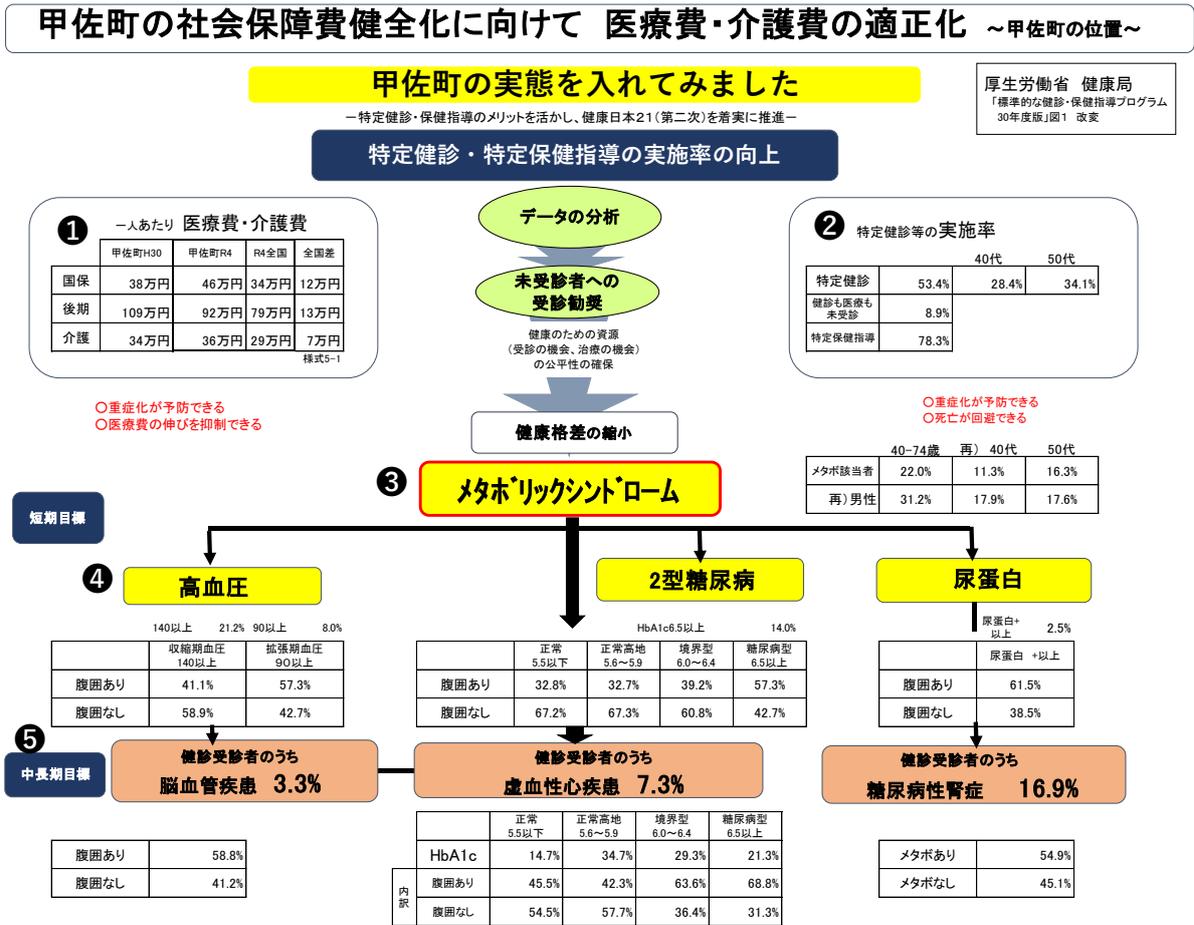
特に、妊娠期や乳幼児健診で把握できる情報をもとに、ハイリスク者の台帳を作成する等、経過が確認できるようなフォロー体制の構築を第3期計画期間に行っていきます。

本町の生活習慣病の医療機関受診者は40～64歳で被保険者の約35%となっており、県平均より高い状況です。40歳代ですでに臓器障害を起こしている人もいて、より若い世代からの健康管理が重要です。本町では20歳から30歳までの国民健康保険被保険者が受診できる若者健診を実施しています。被保険者が自身の身体の状態を毎年確認することが習慣化できるような取り組みを継続していきます。

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めます。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 75・76)。

図表 75 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 76 統計からみえる熊本の食

統計からみえる熊本の食 ~ 総務省統計局 家計調査 2020~2022年平均 ~			
食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
即席めん	3位・3位	魚介類(全体)	52位(金額)
鶏肉	2位・4位	葉茎菜	47位・53位
合いびき肉	1位・2位	ほうれん草	52位・53位
さといも	5位・11位	ねぎ	47位・52位
すいか	6位・8位	ブロッコリー	45位・51位
しょう油	4位・5位		
みそ	12位・8位		
ケチャップ	2位・3位		
マヨネーズ	1位・1位		
カレールー	11位・3位		
弁当	7位(金額)		
ハンバーガー	1位(金額)		

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、次の第4期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います。

評価には、国保データベース(KDB)システムや保険者データヘルス支援システムを活用し、評価指標に基づいて各年度の事業評価を実施します。

また、中間評価や最終評価における医療費やメタボ減少率等の評価については、年齢補正された国の公表データを使用することとします。

評価は、国保担当部署及び保健指導担当部署において、評価担当者を決め、年間スケジュールに基づき、評価を実施することとします。

※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)

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、町公式ウェブサイトや広報誌を通じた周知を行います。また、計画の概要版を作成し、地域の医療機関との会議等、様々な場で周知を行います。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

- 参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた甲佐町の位置
- 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甲佐町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた甲佐町の位置

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		10,127		1,808,758		1,713,102		123,214,261			
		65歳以上(高齢化率)		3,987	39.4	667,156	36.9	540,538	31.6	35,335,805	28.7	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	
		75歳以上		2,178	21.5	---	---	282,460	16.5	18,248,742	14.8		
		65~74歳		1,809	17.9	---	---	258,078	15.1	17,087,063	13.9		
		40~64歳		2,951	29.1	---	---	543,167	31.7	41,545,893	33.7		
	39歳以下		3,189	31.5	---	---	629,397	36.7	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業		16.4		13.4		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		22.3		27.1		21.1		25.0			
		第3次産業		61.3		59.5		69.1		71.0			
	③ 平均寿命	男性		81.1		80.4		81.2		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		88.0		86.9		87.5		87.0					
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		81.8		79.5		80.4		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性		85.8		83.9		85.0		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		95.0		103.9		94.9		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		男性		91.7		101.5		94.5		100			
		死因	がん		44	49.4	7,103	46.7	5,349	48.2	378,272		50.6
			心臓病		20	22.5	4,457	29.3	3,242	29.2	205,485		27.5
			脳疾患		17	19.1	2,405	15.6	1,547	13.9	102,900		13.8
			糖尿病		1	1.1	309	2.0	202	1.8	13,896		1.9
			腎不全		5	5.6	582	3.8	476	4.3	26,946		3.6
	自殺		2	2.2	356	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)		841 20.9		123,092 18.6		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		13 0.3		2,019 0.3		1,261 0.3		110,289 0.3			
		介護度別 総件数	要支援1.2		3,276 16.8		352,830 12.6		380,309 14.2		21,785,044 12.9		
			要介護1.2		10,186 52.3		1,291,061 46.3		1,309,567 49.0		78,107,378 46.3		
			要介護3以上		6,031 30.9		1,146,606 41.1		984,793 36.8		68,963,503 40.8		
	2号認定者		12 0.41		2,178 0.38		1,879 0.35		156,107 0.38				
	② 有病状況	糖尿病		200 21.5		29,521 22.9		25,945 23.1		1,712,613 24.3		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症		537 60.6		69,159 54.1		65,761 58.7		3,744,672 53.3			
		脂質異常症		341 37.8		39,076 30.2		37,156 32.8		2,308,216 32.6			
		心臓病		590 67.0		77,477 60.7		73,556 65.7		4,224,628 60.3			
		脳疾患		203 23.7		29,613 23.5		25,387 22.8		1,568,292 22.6			
		がん		111 13.1		14,238 11.0		13,445 12.0		837,410 11.8			
		筋・骨格		577 64.6		67,887 53.1		66,287 59.2		3,748,372 53.4			
		精神		362 40.8		48,712 38.1		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		356,163 1,420,021,698		303,361 202,389,376,142		310,858 168,030,405,720		290,668 10074274226,889		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
1件当たり給付費(全体)		72,848		72,528		62,823		59,662					
居宅サービス		42,573		44,391		42,088		41,272					
施設サービス		324,671		291,231		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 10,477		8,988		9,463		8,610		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	認定なし		4,439		4,226		4,221		4,020				
4	① 国保の状況	被保険者数		2,453		440,282		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		1,247 50.8				174,230 45.4		11,129,271 40.5			
		40~64歳		731 29.8				118,490 30.9		9,088,015 33.1			
		39歳以下		475 19.4				90,687 23.7		7,271,596 26.5			
	加入率		24.2		24.3		22.4		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		2 0.8		139 0.3		208 0.5		8,237 0.3		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		診療所数		5 2.0		1,177 2.7		1,473 3.8		102,599 3.7			
		病床数		110 44.8		17,962 40.8		32,745 85.4		1,507,471 54.8			
		医師数		18 7.3		2,218 5.0		5,415 14.1		339,611 12.4			
		外来患者数		802.0		708.1		768.9		687.8			
入院患者数		27.6		22.2		26.2		17.7					
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		455,895		県内10位 同規模15位 378,542		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		829.56		730.302		795.102		705.439				
	外来	費用の割合		53.7		57.0		54.5		60.4			
		件数の割合		96.7		97.0		96.7		97.5			
	入院	費用の割合		46.3		43.0		45.5		39.6			
		件数の割合		3.3		3.0		3.3		2.5			
1件あたり在院日数		17.1日		16.7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 (請割合む)	がん	172,924,860	28.7	32.0	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)	79,093,740	13.1	7.8	10.7	8.2				
				糖尿病	63,319,770	10.5	11.2	10.9	10.4				
				高血圧症	35,904,390	6.0	6.6	6.0	5.9				
				脂質異常症	26,209,310	4.3	3.8	3.3	4.1				
				脳梗塞・脳出血	16,054,180	2.7	3.9	3.6	3.9				
				狭心症・心筋梗塞	14,930,920	2.5	2.5	2.0	2.8				
	精神	94,271,730	15.6	15.1	18.6	14.7							
	筋・骨格	93,824,020	15.6	16.1	16.6	16.7							
	⑤	一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	260	0.1	363	0.2	435	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分類)		
				糖尿病	1,416	0.7	1,550	1.0	2,168	1.2		1,144	0.9
				脂質異常症	344	0.2	73	0.0	117	0.1		53	0.0
		脳梗塞・脳出血	6,157	2.9	6,817	4.2	7,036	3.8	5,993	4.5			
		虚血性心疾患	5,096	2.4	4,157	2.6	3,398	1.8	3,942	2.9			
腎不全		5,403	2.6	5,219	3.2	5,404	2.9	4,051	3.0				
一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	14,377	5.9	13,015	6.0	12,283	5.5	10,143	4.9			
		糖尿病	25,054	10.2	21,723	10.1	21,299	9.6	17,720	8.6			
		脂質異常症	10,340	4.2	7,634	3.5	6,890	3.1	7,092	3.5			
脳梗塞・脳出血	388	0.2	951	0.4	625	0.3	825	0.4					
虚血性心疾患	1,196	0.5	1,821	0.8	1,621	0.7	1,722	0.8					
腎不全	34,858	14.2	18,224	8.4	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	4,680		2,885		2,450		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	12,886		13,033		13,484			13,295		
	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	12,264		8,199		6,758		6,142				
		健診未受診者	33,771		37,038		37,197		40,210				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	474	50.1	83,806	58.5	57,075	56.9	3,835,832	57.0			
		医療機関受診率	427	45.1	75,163	52.5	51,573	51.4	3,501,508	52.0			
		医療機関非受診率	47	5.0	8,643	6.0	5,502	5.5	334,324	5.0			
5	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 152市町村	健診受診者	946		143,247		100,345		6,735,405			
				受診率	53.4	県内17位 同規模29位	44.3	37.3	全国25位	36.7			
			特定保健指導終了者(実施率)	13	15.7	3,756	22.4	3,840	32.0	91,478	11.5		
			非肥満高血糖	94	9.9	15,682	10.9	8,908	8.9	608,503	9.0		
			メタボ	該当者	207	21.9	30,608	21.4	20,824	20.8	1,366,220	20.3	
				男性	139	30.3	21,358	32.0	14,539	32.4	953,975	32.0	
				女性	68	13.9	9,250	12.1	6,285	11.3	412,245	11.0	
				予備群	122	12.9	16,106	11.2	12,091	12.0	756,692	11.2	
			メタボ 該当・予 備群レ ベル	腹囲	男性	86	18.8	11,341	17.0	8,297	18.5	533,553	17.9
					女性	36	7.4	4,765	6.2	3,794	6.8	223,139	5.9
				BMI	総数	355	37.5	50,955	35.6	36,480	36.4	2,352,941	34.9
					女性	245	53.5	35,688	53.5	25,195	56.1	1,646,925	55.3
			男性	110	22.5	15,267	19.9	11,285	20.4	706,016	18.8		
			総数	29	3.1	8,021	5.6	4,276	4.3	316,378	4.7		
			男性	2	0.4	1,338	2.0	631	1.4	50,602	1.7		
			女性	27	5.5	6,683	8.7	3,645	6.6	265,776	7.1		
			血糖のみ	10	1.1	967	0.7	725	0.7	43,022	0.6		
			血圧のみ	82	8.7	11,776	8.2	8,770	8.7	533,361	7.9		
			脂質のみ	30	3.2	3,363	2.3	2,596	2.6	180,309	2.7		
血糖・血圧	33	3.5	5,138	3.6	3,625	3.6	200,700	3.0					
血糖・脂質	8	0.8	1,473	1.0	1,026	1.0	69,468	1.0					
血圧・脂質	85	9.0	13,710	9.6	9,418	9.4	651,885	9.7					
血糖・血圧・脂質	81	8.6	10,287	7.2	6,755	6.7	444,167	6.6					
①	問診の状況	服薬	高血圧	418	44.2	56,469	39.4	38,030	37.9	2,401,322	35.7		
			糖尿病	118	12.5	14,376	10.0	9,308	9.3	582,344	8.6		
②	既往歴	脂質異常症	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	31	3.3	4,293	3.1	2,985	3.0	205,223	3.1		
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	69	7.3	8,176	5.9	5,601	5.6	361,423	5.5		
③	腎不全	3	0.3	1,250	0.9	672	0.7	53,281	0.8				
		貧血	38	4.0	12,199	8.9	10,832	11.0	694,361	10.7			
6	生活習慣の 状況	喫煙	週3回以上朝食を抜く	155	16.4	19,816	13.8	13,650	13.6	927,614	13.8		
			週3回以上朝食を抜く	68	7.4	10,890	8.0	9,473	10.4	633,871	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～)	142	15.4	21,128	15.5	13,769	14.9	964,244	15.7		
			週3回以上就寝前夕食	142	15.4	21,128	15.5	13,769	14.9	964,244	15.7		
			食べる速度が速い	237	25.8	35,647	26.2	25,396	27.4	1,640,770	26.8		
			20歳時体重から10kg以上増加	379	41.2	47,481	34.9	32,939	36.1	2,149,988	34.9		
			1日30分以上運動習慣なし	611	66.4	88,102	64.6	57,059	61.7	3,707,647	60.4		
			1日1時間以上運動なし	493	53.6	66,444	48.8	47,060	50.9	2,949,573	48.0		
			睡眠不足	184	20.0	33,340	24.5	22,910	24.7	1,569,769	25.6		
			毎日飲酒	275	29.1	35,608	25.7	25,909	26.2	1,639,941	25.5		
			時々飲酒	207	21.9	29,114	21.0	23,659	24.0	1,446,573	22.5		
			④	一日 飲酒 量	1合未満	277	54.5	53,236	60.5	54,350	68.5	2,944,274	64.2
					1～2合	159	31.3	23,171	26.3	17,847	22.5	1,088,435	23.7
2～3合	54	10.6			9,081	10.3	5,660	7.1	428,995	9.3			
3合以上	18	3.5			2,551	2.9	1,463	1.8	126,933	2.8			

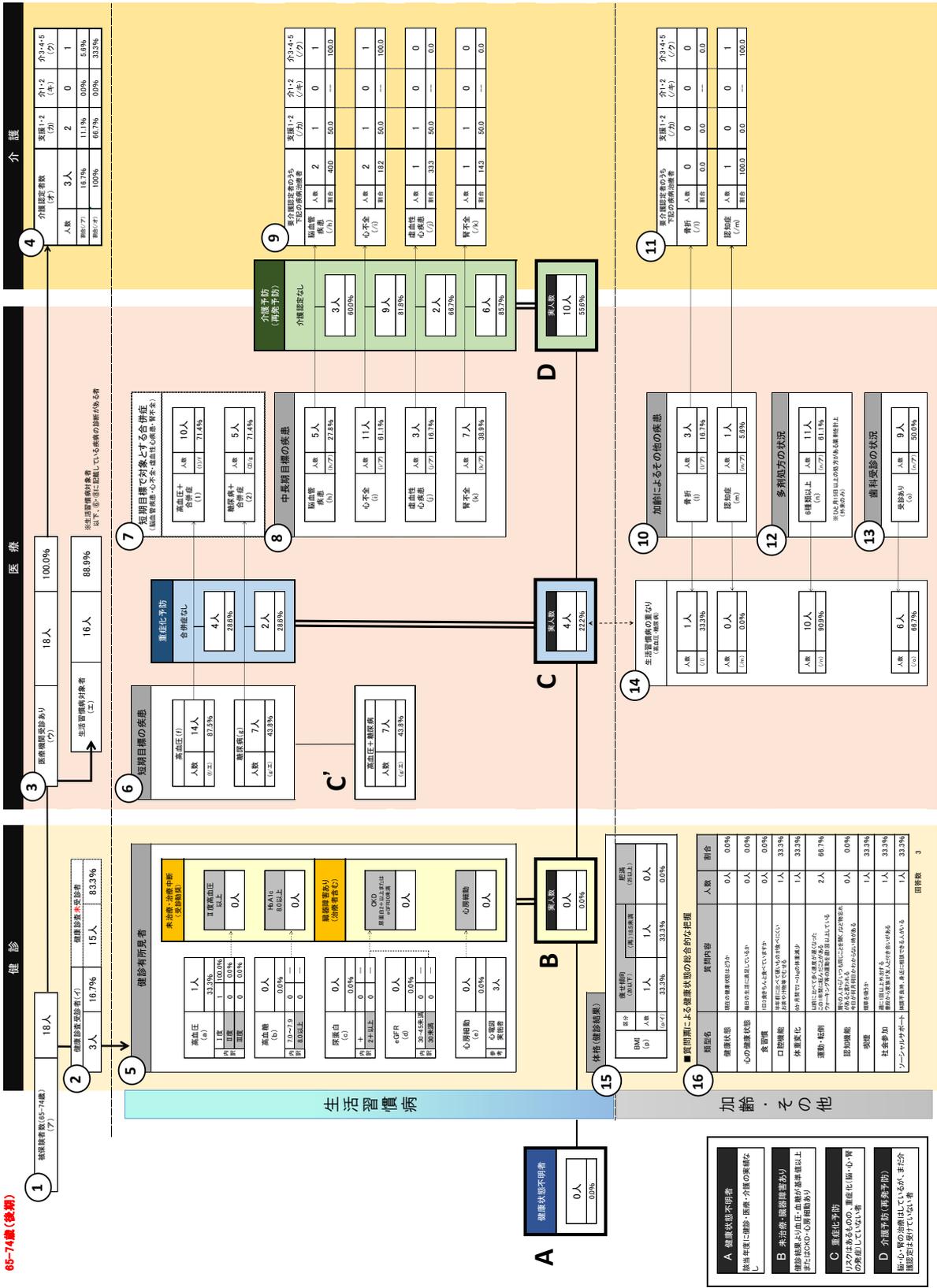
③65～74 歳(後期)

令和4年度

【65歳以上の高齢者健康づくり計画】
【介護予防・生活習慣病予防】

【65歳以上の高齢者健康づくり計画】
【介護予防・生活習慣病予防】

参考: KOBの介護予防・生活習慣病予防・介護予防対象者一覧(介護・重症化予防)
KOBの介護予防・生活習慣病予防・介護予防対象者一覧(介護・重症化予防)
【65歳以上の高齢者健康づくり計画】
【介護予防・生活習慣病予防】



16 質問票による健康状態の総合的な把握

項目	人数	割合
健康状態	0人	0.0%
心の健康状態	0人	0.0%
生活習慣病	1人	33.3%
口腔機能	0人	0.0%
体重変化	1人	33.3%
運動・転倒	2人	66.7%
認知機能	0人	0.0%
栄養	1人	33.3%
社会参加	1人	33.3%
介護サービス利用	1人	33.3%

A 健康状態不明者
B 介護予防(重症化予防)
C 重症化予防
D 介護予防(重症化予防)

④75歳以上(後期)

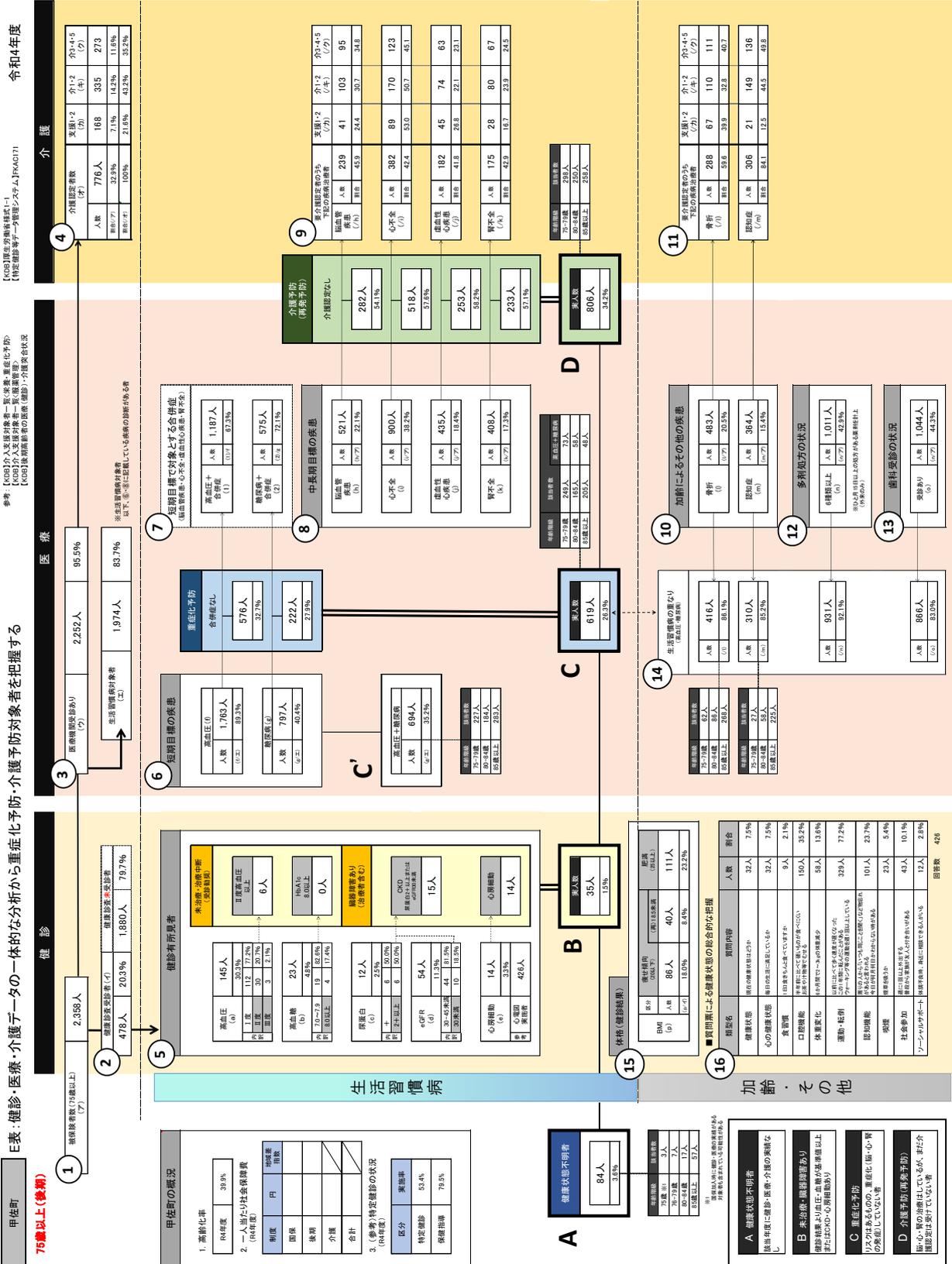
令和4年度

【K09】個人受診対象者一斉(後期)重症化予防・介護予防対象者一斉(後期)重症化予防・
【K09】個人受診対象者一斉(後期)重症化予防・介護予防対象者一斉(後期)重症化予防
【K09】後期高齢者の医療(健診)・介護実態状況

参考: 【K09】個人受診対象者一斉(後期)重症化予防・介護予防対象者一斉(後期)重症化予防・
【K09】個人受診対象者一斉(後期)重症化予防・介護予防対象者一斉(後期)重症化予防
【K09】後期高齢者の医療(健診)・介護実態状況

甲佐町

75歳以上(後期)



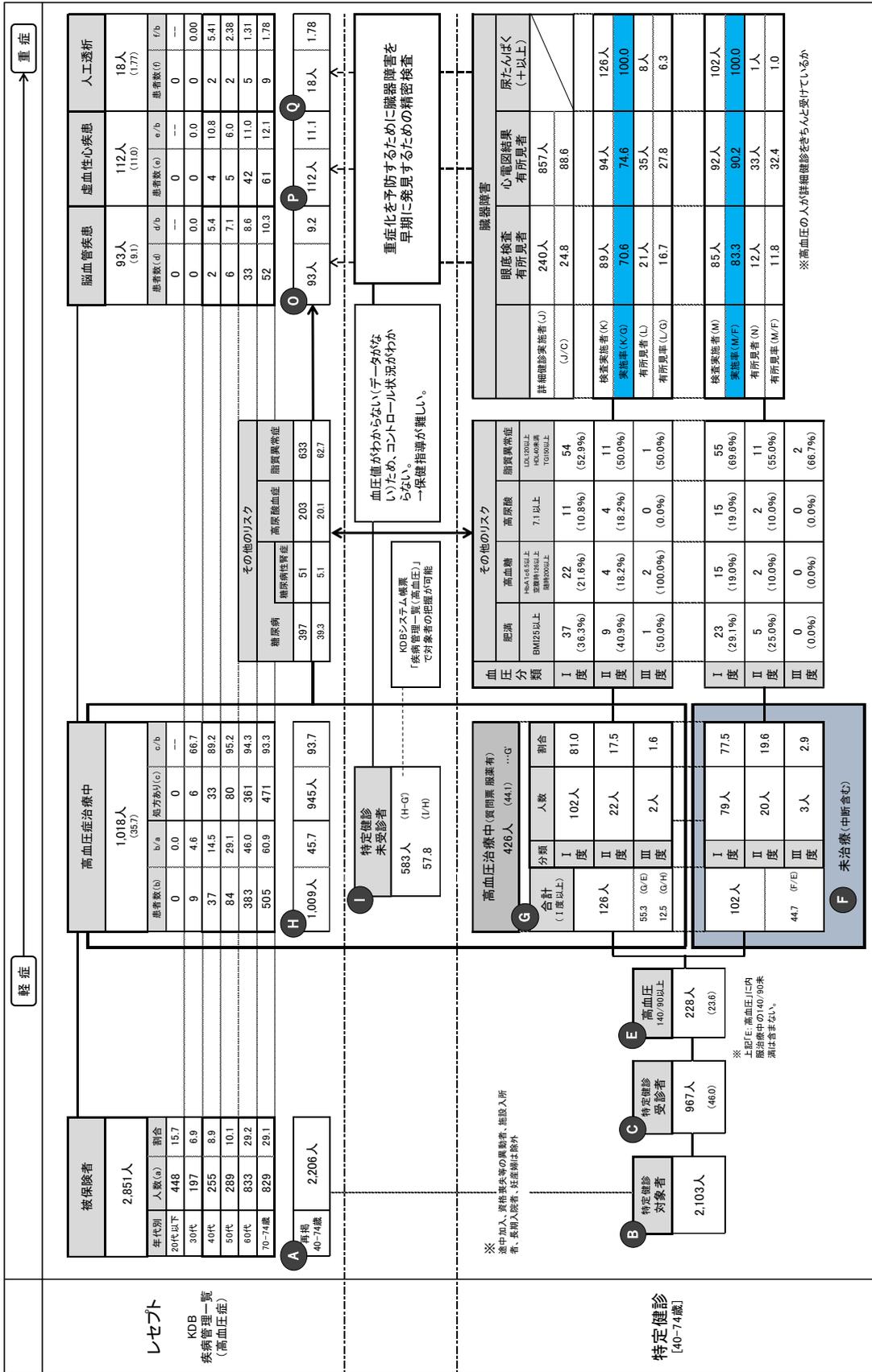
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	甲佐町										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	3,039人		2,929人		2,806人		2,724人		2,585人				
	② (再掲)40-74歳		2,368人		2,289人		2,210人		2,173人		2,092人				
2	① 特定健診 対象者数	B	2,071人		1,952人		1,933人		1,880人		1,754人				
	② 受診者数	C	1,092人		1,080人		1,002人		1,043人		977人				
	③ 受診率		52.7%		55.3%		51.8%		55.5%		55.7%				
3	① 特定保健指導 対象者数		112人		95人		79人		98人		83人				
	② 実施率		66.1%		80.0%		87.3%		67.4%		79.5%				
4	健診データ	① 糖尿病型	E	150人	13.7%	155人	14.4%	170人	17.0%	171人	16.4%	176人	18.0%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	36人	24.0%	38人	24.5%	35人	20.6%	46人	26.9%	55人	31.3%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	114人	76.0%	117人	75.5%	135人	79.4%	125人	73.1%	121人	68.8%		
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	62人		54.4%		66人		56.4%		68人		52.1%	
		⑤ 血圧 130/80以上		31人		50.0%		29人		43.9%		38人		60.3%	
		⑥ 肥満 BMI25以上		26人		41.9%		30人		45.5%		25人		38.1%	
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	52人		45.6%		51人		43.6%		67人		47.9%	
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	137人		91.3%		136人		87.7%		150人		88.2%	
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		6人		4.0%		9人		5.8%		11人		6.5%	
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		5人		3.3%		8人		5.2%		8人		4.7%	
		⑪ 第4期 eGFR30未満		1人		0.7%		2人		1.3%		1人		0.6%	
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		138.9人		136.9人		129.7人		143.9人		140.8人			
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		175.7人		171.7人		164.3人		178.6人		172.6人			
		③ レセプト件数(40-74歳) (1)内は被保険者対		2,210件 (974.0)		2,240件 (1028.0)		2,312件 (1071.4)		2,349件 (1116.4)		2,109件 (1066.2)		334,283件 (942.0)	
		④ 入院(件数)		22件 (9.7)		17件 (7.8)		25件 (11.6)		23件 (10.9)		7件 (3.5)		1,709件 (4.8)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	422人		13.9%		401人		13.7%		364人		14.1%	
		⑥ (再掲)40-74歳		416人		17.6%		393人		17.2%		363人		17.3%	
		⑦ 健診未受診者	I	302人		72.6%		279人		71.0%		228人		66.5%	
		⑧ インスリン治療	O	44人		10.4%		43人		10.7%		39人		12.6%	
		⑨ (再掲)40-74歳		42人		10.1%		42人		10.7%		39人		12.5%	
		⑩ 糖尿病性腎症	L	31人		7.3%		37人		9.2%		31人		10.4%	
		⑪ (再掲)40-74歳		30人		7.2%		35人		8.9%		31人		10.5%	
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		5人		1.2%		5人		1.2%		5人		1.4%	
		⑬ (再掲)40-74歳		5人		1.2%		5人		1.3%		5人		1.4%	
		⑭ 新規透析患者数		1人		3人		4人		5人		2人			
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		1人		0人		2人		2人		0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)		11人		1.9%		11人		1.9%		9人		1.7%	
6	医療費	① 総医療費		11億1131万円		10億8119万円		10億8981万円		11億2383万円		11億1831万円		10億9648万円	
		② 生活習慣病総医療費		5億9672万円		6億1066万円		6億3133万円		6億1297万円		6億0334万円		5億9067万円	
		③ (総医療費に占める割合)		53.7%		56.5%		57.9%		54.5%		54.0%		53.9%	
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		10,523円		11,305円		10,737円		11,954円		12,264円		8,199円	
		⑤ 健診未受診者		28,515円		31,172円		33,969円		33,162円		33,771円		37,038円	
		⑥ 糖尿病医療費		6745万円		6843万円		7547万円		8039万円		6332万円		6602万円	
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		11.3%		11.2%		12.0%		13.1%		10.5%		11.2%	
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		1億6684万円		1億7238万円		1億7572万円		1億8562万円		1億9003万円			
		⑨ 1件あたり		31,846円		33,721円		34,321円		35,752円		39,689円			
		⑩ 糖尿病入院総医療費		1億1617万円		1億1260万円		1億3255万円		1億5461万円		1億1884万円			
		⑪ 1件あたり		553,195円		533,663円		581,379円		678,133円		615,765円			
		⑫ 在院日数		17日		18日		19日		19日		18日			
		⑬ 慢性腎不全医療費		6203万円		6240万円		7640万円		8301万円		8328万円		4999万円	
		⑭ 透析有り		5688万円		5736万円		7307万円		7985万円		7909万円		4634万円	
		⑮ 透析なし		515万円		503万円		333万円		316万円		419万円		364万円	
7	介護	① 介護給付費		13億1358万円		13億0692万円		13億2454万円		13億7338万円		14億2002万円		13億3151万円	
		② (2号認定者)糖尿病合併症		1件 20.0%		1件 16.7%		1件 12.5%		2件 22.2%		3件 42.9%			
8	① 死亡		1人 0.5%		3人 1.6%		1人 0.5%		1人 0.5%		1人 0.6%		582人 1.1%		

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

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

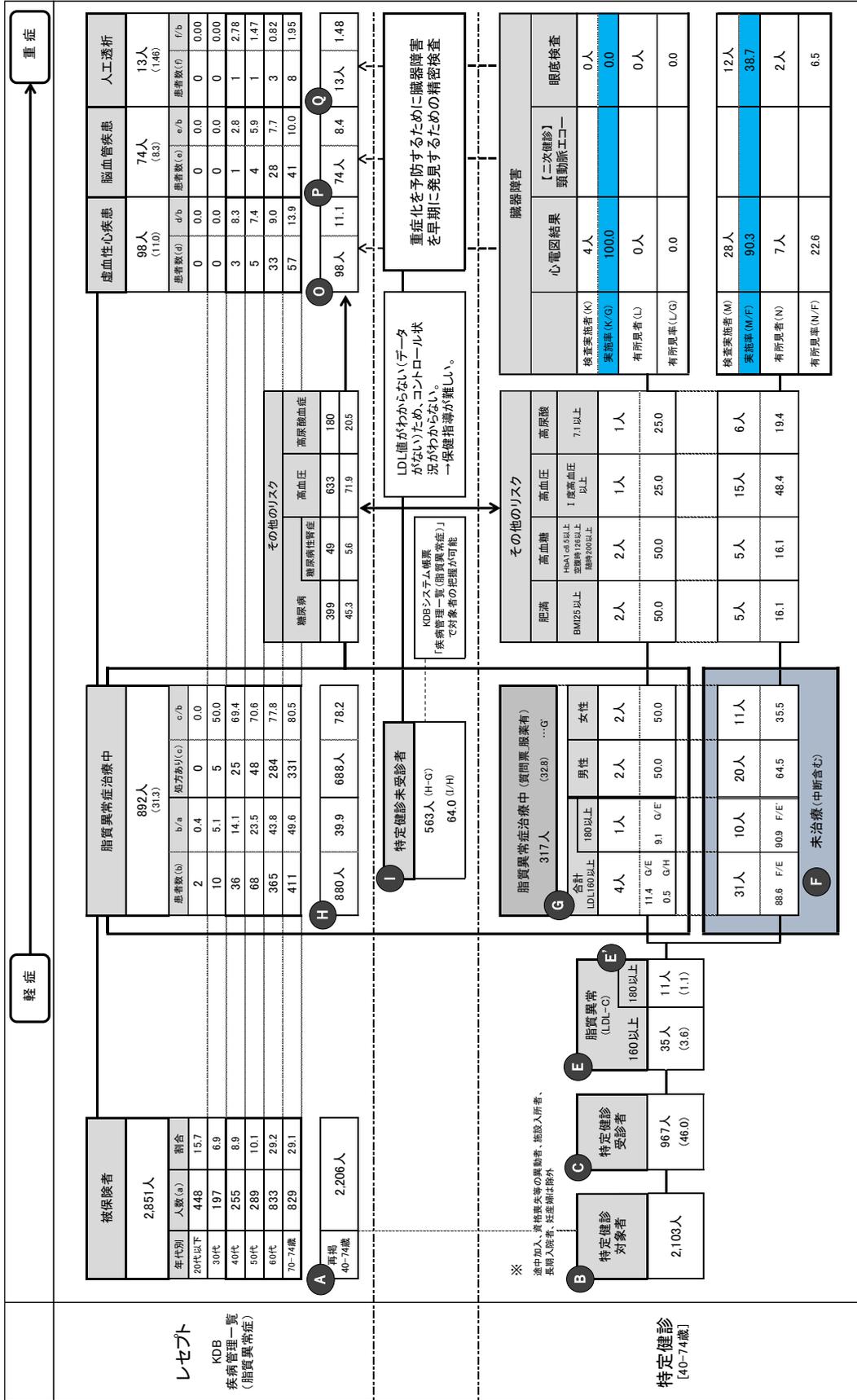
令和04年度



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

脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



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		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	1,017	314	30.9%	429	42.2%	168	16.5%	53	5.2%	40	3.9%	13	1.3%	29	2.9%	12	1.2%
H30	1,081	334	30.9%	435	40.2%	205	19.0%	64	5.9%	39	3.6%	4	0.4%	16	1.5%	3	0.3%
R01	1,066	317	29.7%	456	42.8%	187	17.5%	54	5.1%	47	4.4%	5	0.5%	24	2.3%	3	0.3%
R02	980	193	19.7%	438	44.7%	223	22.8%	69	7.0%	49	5.0%	8	0.8%	22	2.2%	5	0.5%
R03	1,017	197	19.4%	441	43.4%	251	24.7%	79	7.8%	39	3.8%	10	1.0%	24	2.4%	5	0.5%
R04	962	162	16.8%	419	43.6%	244	25.4%	86	8.9%	43	4.5%	8	0.8%	26	2.7%	4	0.4%

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		割合	
					再)7.0以上	未治療	治療	人数	割合		
H29	1,017	314	429	168	106	37	69	53	16	37	10.4%
		30.9%	42.2%	16.5%	10.4%	34.9%	65.1%	5.2%	30.2%	69.8%	
H30	1,081	334	435	205	107	28	79	43	10	33	9.9%
		30.9%	40.2%	19.0%	9.9%	26.2%	73.8%	4.0%	23.3%	76.7%	
R01	1,066	317	456	187	106	27	79	52	8	44	9.9%
		29.7%	42.8%	17.5%	9.9%	25.5%	74.5%	4.9%	15.4%	84.6%	
R02	980	193	438	223	126	29	97	57	6	51	12.9%
		19.7%	44.7%	22.8%	12.9%	23.0%	77.0%	5.8%	10.5%	89.5%	
R03	1,017	197	441	251	128	36	92	49	10	39	12.6%
		19.4%	43.4%	24.7%	12.6%	28.1%	71.9%	4.8%	20.4%	79.6%	
R04	962	162	419	244	137	42	95	51	5	46	14.2%
		16.8%	43.6%	25.4%	14.2%	30.7%	69.3%	5.3%	9.8%	90.2%	

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		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	93	9.1%	1	1.1%	3	3.2%	20	21.5%	32	34.4%	31	33.3%	6	6.5%	20	21.5%	5	5.4%
	H30	113	10.5%	2	1.8%	1	0.9%	31	27.4%	46	40.7%	31	27.4%	2	1.8%	13	11.5%	1	0.9%
	R01	116	10.9%	1	0.9%	6	5.2%	30	25.9%	35	30.2%	42	36.2%	2	1.7%	20	17.2%	1	0.9%
	R02	133	13.6%	2	1.5%	5	3.8%	29	21.8%	46	34.6%	43	32.3%	8	6.0%	20	15.0%	5	3.8%
	R03	123	12.1%	0	0.0%	4	3.3%	27	22.0%	53	43.1%	31	25.2%	8	6.5%	18	14.6%	5	4.1%
R04	120	12.5%	0	0.0%	7	5.8%	18	15.0%	49	40.8%	39	32.5%	7	5.8%	24	20.0%	3	2.5%	
治療なし	H29	924	90.9%	313	33.9%	426	46.1%	148	16.0%	21	2.3%	9	1.0%	7	0.8%	9	1.0%	7	0.8%
	H30	968	89.5%	332	34.3%	434	44.8%	174	18.0%	18	1.9%	8	0.8%	2	0.2%	3	0.3%	2	0.2%
	R01	950	89.1%	316	33.3%	450	47.4%	157	16.5%	19	2.0%	5	0.5%	3	0.3%	4	0.4%	2	0.2%
	R02	847	86.4%	191	22.6%	433	51.1%	194	22.9%	23	2.7%	6	0.7%	0	0.0%	2	0.2%	0	0.0%
	R03	894	87.9%	197	22.0%	437	48.9%	224	25.1%	26	2.9%	8	0.9%	2	0.2%	6	0.7%	0	0.0%
R04	842	87.5%	162	19.2%	412	48.9%	226	26.8%	37	4.4%	4	0.5%	1	0.1%	2	0.2%	1	0.1%	

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	1,017	339	33.3%	226	22.2%	246	24.2%	173	17.0%	30	2.9%	3	0.3%
H30	1,082	344	31.8%	271	25.0%	281	26.0%	163	15.1%	19	1.8%	4	0.4%
R01	1,067	349	32.7%	284	26.6%	280	26.2%	131	12.3%	18	1.7%	5	0.5%
R02	986	289	29.3%	225	22.8%	266	27.0%	172	17.4%	30	3.0%	4	0.4%
R03	1,026	269	26.2%	252	24.6%	288	28.1%	184	17.9%	27	2.6%	6	0.6%
R04	967	244	25.2%	241	24.9%	254	26.3%	181	18.7%	42	4.3%	5	0.5%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	再Ⅲ度高血圧	未治療	治療	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			
H29	1,017	565 55.6%	246 24.2%	173 17.0%	33	3.2%	14	42.4%	19	57.6%	3.2%	0.3%			
					3	0.3%	2	66.7%	1	33.3%					
H30	1,082	615 56.8%	281 26.0%	163 15.1%	23	2.1%	15	65.2%	8	34.8%	2.1%	0.4%			
					4	0.4%	4	100.0%	0	0.0%					
R01	1,067	633 59.3%	280 26.2%	131 12.3%	23	2.2%	10	43.5%	13	56.5%	2.2%	0.5%			
					5	0.5%	2	40.0%	3	60.0%					
R02	986	514 52.1%	266 27.0%	172 17.4%	34	3.4%	15	44.1%	19	55.9%	3.4%	0.4%			
					4	0.4%	2	50.0%	2	50.0%					
R03	1,026	521 50.8%	288 28.1%	184 17.9%	33	3.2%	18	54.5%	15	45.5%	3.2%	0.6%			
					6	0.6%	4	66.7%	2	33.3%					
R04	967	485 50.2%	254 26.3%	181 18.7%	47	4.9%	23	48.9%	24	51.1%	4.9%	0.5%			
					5	0.5%	3	60.0%	2	40.0%					

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	384	37.8%	80	20.8%	100	26.0%	103	26.8%	82	21.4%	18	4.7%	1	0.3%
	H30	439	40.6%	83	18.9%	122	27.8%	150	34.2%	76	17.3%	8	1.8%	0	0.0%
	R01	461	43.2%	103	22.3%	127	27.5%	149	32.3%	69	15.0%	10	2.2%	3	0.7%
	R02	431	43.7%	85	19.7%	102	23.7%	140	32.5%	85	19.7%	17	3.9%	2	0.5%
	R03	444	43.3%	69	15.5%	118	26.6%	141	31.8%	101	22.7%	13	2.9%	2	0.5%
治療なし	H29	633	62.2%	259	40.9%	126	19.9%	143	22.6%	91	14.4%	12	1.9%	2	0.3%
	H30	643	59.4%	261	40.6%	149	23.2%	131	20.4%	87	13.5%	11	1.7%	4	0.6%
	R01	606	56.8%	246	40.6%	157	25.9%	131	21.6%	62	10.2%	8	1.3%	2	0.3%
	R02	555	56.3%	204	36.8%	123	22.2%	126	22.7%	87	15.7%	13	2.3%	2	0.4%
	R03	582	56.7%	200	34.4%	134	23.0%	147	25.3%	83	14.3%	14	2.4%	4	0.7%
R04	541	55.9%	172	31.8%	138	25.5%	129	23.8%	79	14.6%	20	3.7%	3	0.6%	

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	1,017	548	53.9%	266	26.2%	129	12.7%	53	5.2%	21	2.1%
	H30	1,082	614	56.7%	252	23.3%	142	13.1%	51	4.7%	23	2.1%
	R01	1,067	635	59.5%	259	24.3%	118	11.1%	40	3.7%	15	1.4%
	R02	986	549	55.7%	242	24.5%	130	13.2%	48	4.9%	17	1.7%
	R03	1,026	634	61.8%	227	22.1%	124	12.1%	30	2.9%	11	1.1%
R04	967	599	61.9%	233	24.1%	100	10.3%	24	2.5%	11	1.1%	
男性	H29	468	258	55.1%	129	27.6%	56	12.0%	21	4.5%	4	0.9%
	H30	503	304	60.4%	110	21.9%	66	13.1%	18	3.6%	5	1.0%
	R01	508	309	60.8%	126	24.8%	49	9.6%	18	3.5%	6	1.2%
	R02	463	273	59.0%	107	23.1%	53	11.4%	23	5.0%	7	1.5%
	R03	487	318	65.3%	107	22.0%	48	9.9%	9	1.8%	5	1.0%
R04	469	298	63.5%	112	23.9%	37	7.9%	14	3.0%	8	1.7%	
女性	H29	549	290	52.8%	137	25.0%	73	13.3%	32	5.8%	17	3.1%
	H30	579	310	53.5%	142	24.5%	76	13.1%	33	5.7%	18	3.1%
	R01	559	326	58.3%	133	23.8%	69	12.3%	22	3.9%	9	1.6%
	R02	523	276	52.8%	135	25.8%	77	14.7%	25	4.8%	10	1.9%
	R03	539	316	58.6%	120	22.3%	76	14.1%	21	3.9%	6	1.1%
R04	498	301	60.4%	121	24.3%	63	12.7%	10	2.0%	3	0.6%	

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲		割合
					再)180以上	未治療	治療	人数	割合	
H29	1,017	548 53.9%	266 26.2%	129 12.7%	74	71	3	21	0	7.3%
					7.3%	95.9%	4.1%			
H30	1,082	614 56.7%	252 23.3%	142 13.1%	74	71	3	23	1	6.8%
					6.8%	95.9%	4.1%			
R01	1,067	635 59.5%	259 24.3%	118 11.1%	55	48	7	15	1	5.2%
					5.2%	87.3%	12.7%			
R02	986	549 55.7%	242 24.5%	130 13.2%	65	62	3	17	0	6.6%
					6.6%	95.4%	4.6%			
R03	1,026	634 61.8%	227 22.1%	124 12.1%	41	37	4	11	1	4.0%
					4.0%	90.2%	9.8%			
R04	967	599 61.9%	233 24.1%	100 10.3%	35	31	4	11	1	3.6%
					3.6%	88.6%	11.4%			

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	236	23.2%	179	75.8%	39	16.5%	15	6.4%	3	1.3%	0	0.0%
	H30	280	25.9%	215	76.8%	42	15.0%	20	7.1%	2	0.7%	1	0.4%
	R01	318	29.8%	250	78.6%	53	16.7%	8	2.5%	6	1.9%	1	0.3%
	R02	307	31.1%	238	77.5%	50	16.3%	16	5.2%	3	1.0%	0	0.0%
	R03	344	33.5%	282	82.0%	43	12.5%	15	4.4%	3	0.9%	1	0.3%
R04	317	32.8%	265	83.6%	37	11.7%	11	3.5%	3	0.9%	1	0.3%	
治療なし	H29	781	76.8%	369	47.2%	227	29.1%	114	14.6%	50	6.4%	21	2.7%
	H30	802	74.1%	399	49.8%	210	26.2%	122	15.2%	49	6.1%	22	2.7%
	R01	749	70.2%	385	51.4%	206	27.5%	110	14.7%	34	4.5%	14	1.9%
	R02	679	68.9%	311	45.8%	192	28.3%	114	16.8%	45	6.6%	17	2.5%
	R03	682	66.5%	352	51.6%	184	27.0%	109	16.0%	27	4.0%	10	1.5%
R04	650	67.2%	334	51.4%	196	30.2%	89	13.7%	21	3.2%	10	1.5%	