

高森町国民健康保険
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

高森町国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……38

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

第4章 課題解決するための個別保健事業 ……47

- 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77

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78

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料79

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高森町健康増進計画、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・3・4・5)

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

病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

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

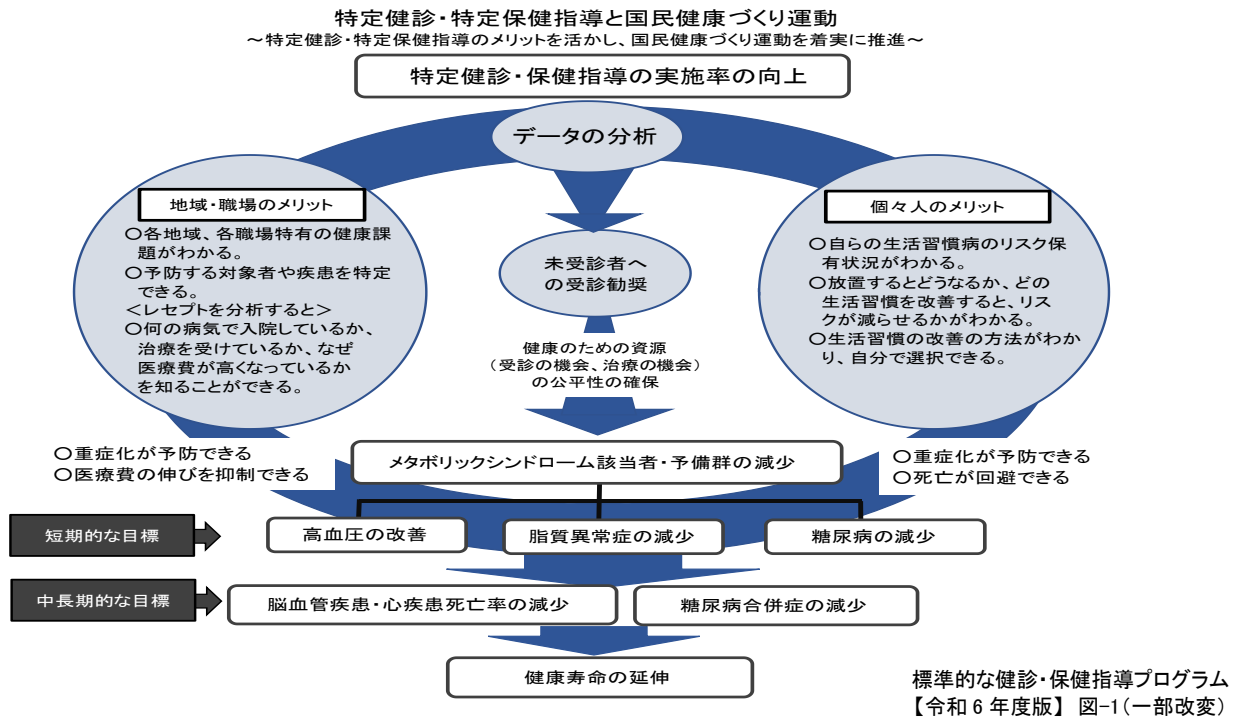
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

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

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ
法定計画等の位置づけ

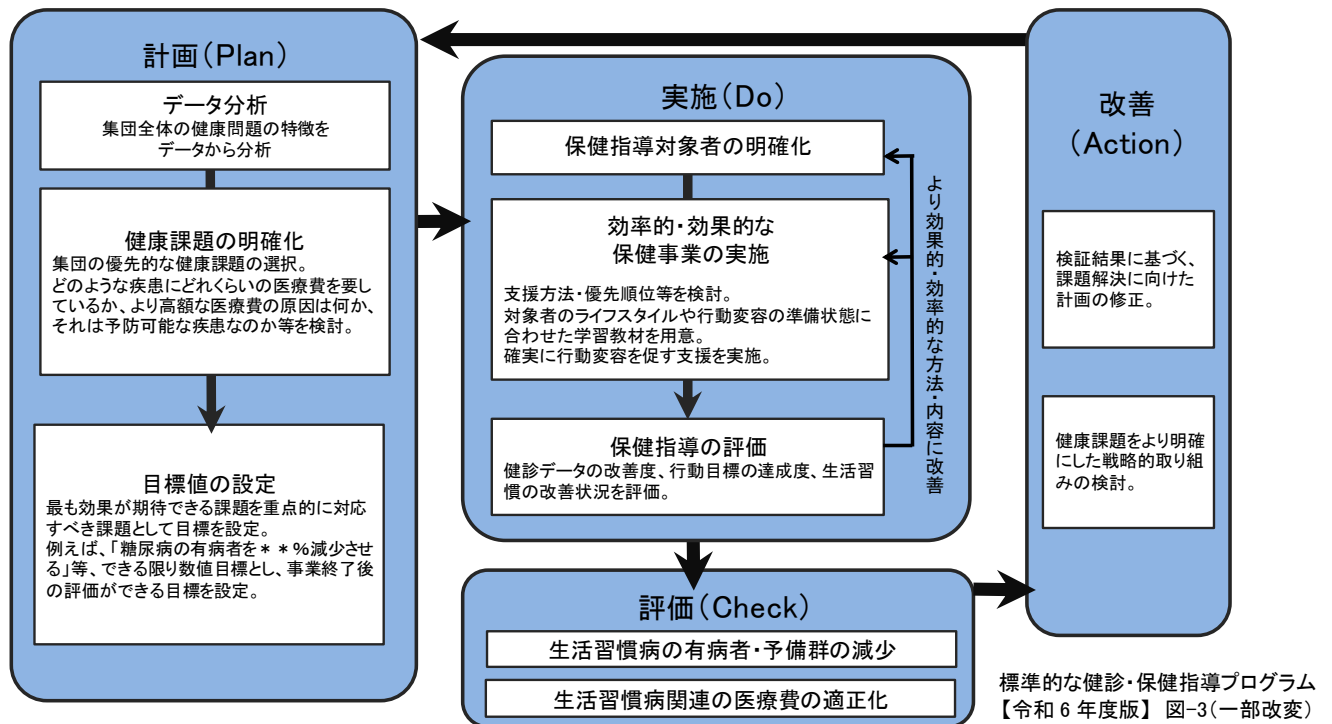
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老前期まで継続的)	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も配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨質・骨密度低下、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)			がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



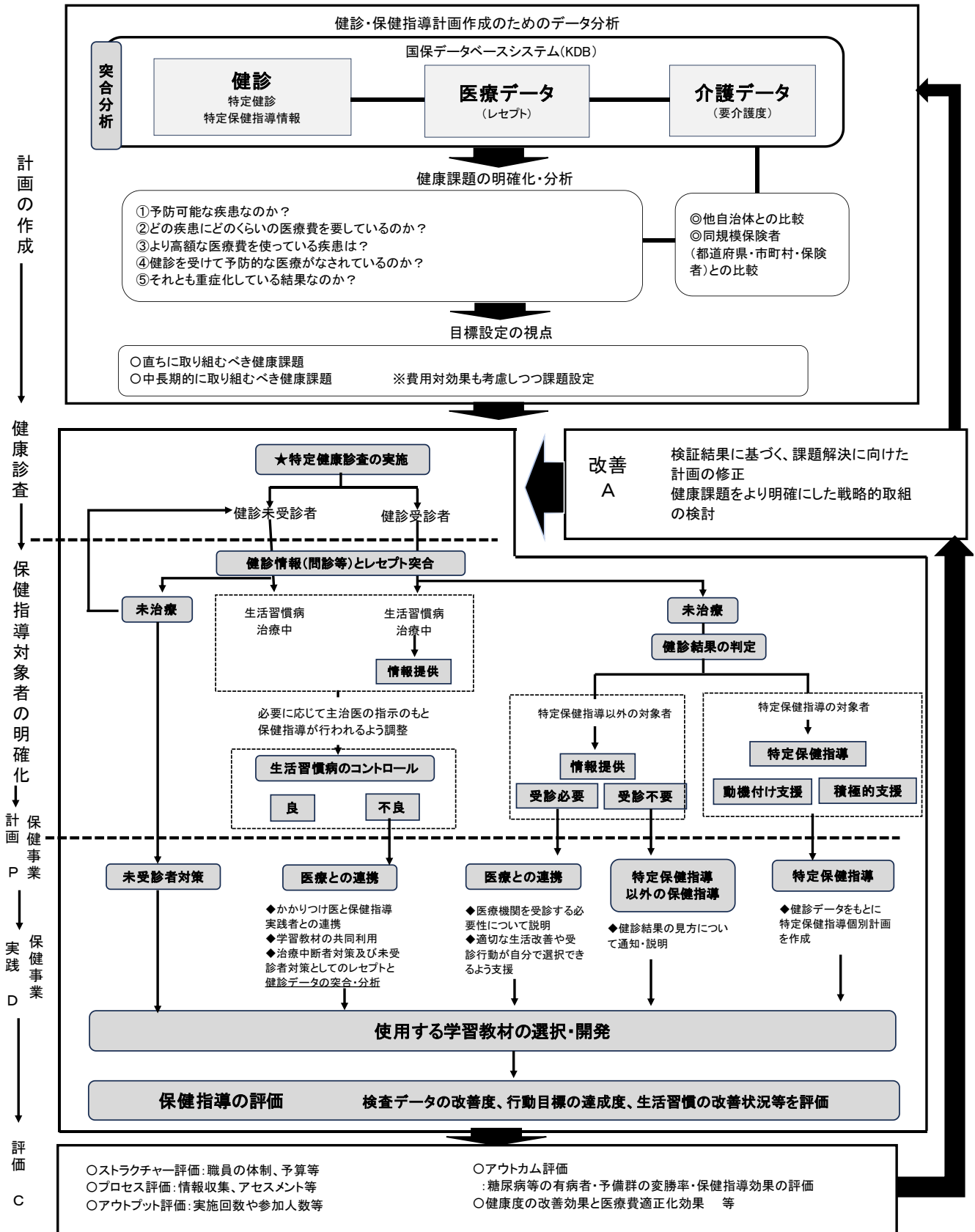
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)

→

行動変容を促す手法

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

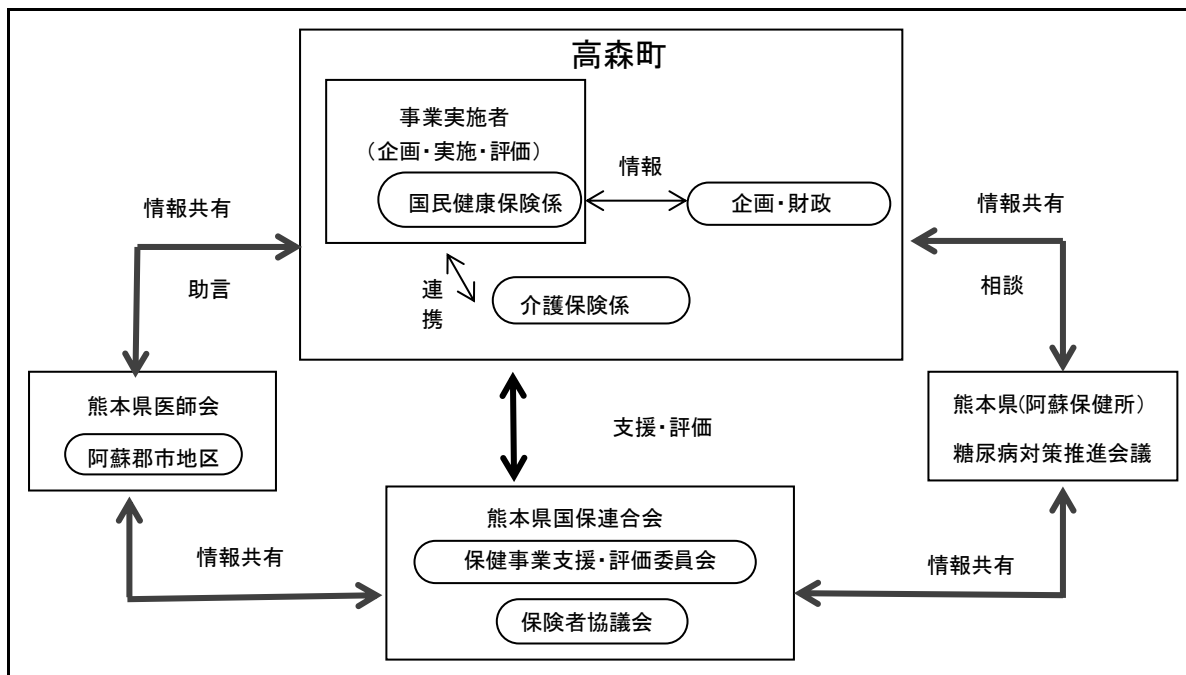
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、介護保険係(健康推進課)企画財政(総務課)、生活保護部局(住民福祉課)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 高森町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担<例>

	保…保健師	管栄…管理栄養士	事…事務(注:支払い事務、受診券送付等)	◎…主担当	○…副担当					
	事(係長)	保	保	管栄	管栄(会計年度)	会計年度	会計年度	福祉保	介護保	
国保事務	◎					○	○			
健康診断 保健指導	○	◎	○	◎	○		○	○	○高齢者	
がん検診	○	◎	○	○						
新型コロナ ワクチン								◎		
予防接種								◎		
母子保健		○	○					◎		
精神保健		○	○					◎	○高齢者	
歯科保健		○	◎							

※自市町村の保健事業体制と主な保健事業分担の実態を記載する。

2) 関係機関との連携

※医師会等の外部有識者との連携等について記載する。

(有識者等が参画する会議体を活用すること等)

<参考>手引きより抜粋

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

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

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

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

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

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

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。(図表8)

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

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
		高森町	配点	高森町	配点	高森町	配点		
交付額(万円)									
全国順位(1,741市町村中)		204位		215位		70位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	90	70	45	70	125	70	
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70	
		(3)メボリックシフト・ロム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	25	40	30	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	90	120	120	120	95	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	95	90	60	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	130	130	130	130	100	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	10	100	60	100	30	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	31	40	36	50	40	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	80	95	68	100	83	100	
合計点		696	1,000	689	960	738	940		

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町は、人口約 5.7 千人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 43.4%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は非常に高く、被保険者の平均年齢も 55.4 歳と県や国と比べて高くなっており、出生率も低く、財政指数が低い町となっています。産業においては、第 3 次産業が 57%と高く、サービス業の割合が多く、被保険者の生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。また、第 1 次産業が同規模、県、国と比較しても割合が高く、農業の盛んな高森町の特徴と言えます。農繁期の食事の摂り方が不規則になる、農繁期以外の冬場に体重が増えやすい傾向にあり、年間を通しての生活習慣対策が必要です。(図表 9)

国保加入率は 29.1%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 48.7%を占めています。(図表 10)

また、本町には 5 つの診療所があり、これはいずれも同規模と比較は同等ではありますが、病床数もないことから、医療資源がない状況です。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
高森町	5,764	43.4	1,678 (29.1)	55.4	5.6	17.5	0.3	24.8	18.1	57.0
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
県	--	31.6	22.4	53.6	7.6	12.3	0.4	9.8	21.1	69.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 ※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、高森町と同規模保険者(240市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	2,036		1,956		1,835		1,753		1,678	
65～74歳	865	42.5	872	44.6	884	48.2	852	48.6	817	48.7
40～64歳	714	35.1	648	33.1	581	31.7	532	30.3	515	30.7
39歳以下	457	22.4	436	22.3	370	20.2	369	21.0	346	20.6
加入率	32.2		30.9		29.0		27.7		29.1	

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

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.4	0.5
診療所数	5	2.5	5	2.6	5	2.7	5	2.9	5	3.0	2.7	3.8
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	37.4	85.4
医師数	5	2.5	5	2.6	5	2.7	5	2.9	5	3.0	4.2	14.1
外来患者数	718.8		738.4		705.2		738.2		746.7		692.2	768.9
入院患者数	30.4		29.2		26.9		27.7		26.7		22.7	26.2

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で5人(認定率0.29%)、1号(65歳以上)被保険者で478人(認定率19.5%)と県と比較すると低く、平成30年度と比べてもやや減少傾向で推移しています。(図表12)

しかし、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8.7億円から約8.8億円にやや伸びています。(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、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者では10割、第1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割以上と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

なお、KDBシステムのデータはレセプト集計データとなる為、他介護保険システムツールとは実績値が異なります。

図表12 要介護認定者(率)の状況

	高森町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	2,451人 38.8%	2,503人 43.4%	39.4%	31.6%	28.7%
2号認定者	12人 0.58%	5人 0.29%	0.39%	0.35%	0.38%
新規認定者	5人	1人	--	--	--
1号認定者	482人 19.7%	478人 19.5%	19.4%	20.2%	19.4%
新規認定者	50人	56人	--	--	--
再掲					
65~74歳	27人 2.8%	36人 3.1%	--	--	--
新規認定者	3人	4人	--	--	--
75歳以上	455人 30.8%	442人 33.2%	--	--	--
新規認定者	47人	52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

	高森町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	8億7547万円	8億8705万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	357,188	354,395	314,188	310,858	290,668
1件あたり給付費(円)全体	78,821	77,560	74,986	62,823	59,662
居宅サービス	47,012	45,357	43,722	42,088	41,272
施設サービス	285,408	288,625	289,312	303,857	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		5		36		442		478				
再)国保・後期		3		28		404		432				
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
			割合	割合	割合	割合	割合	割合				
	循環器疾患	1	脳卒中	3	脳卒中	13	脳卒中	201	脳卒中	214	脳卒中	217
				100.0%	46.4%	49.8%	49.5%	49.9%				
		2	虚血性心疾患	2	虚血性心疾患	9	虚血性心疾患	176	虚血性心疾患	185	虚血性心疾患	187
			66.7%	32.1%	43.6%	42.8%	43.0%					
	3	腎不全	1	腎不全	4	腎不全	98	腎不全	102	腎不全	103	
			33.3%	14.3%	24.3%	23.6%	23.7%					
	合併症	4	糖尿病合併症	1	糖尿病合併症	10	糖尿病合併症	59	糖尿病合併症	69	糖尿病合併症	70
			33.3%	35.7%	14.6%	16.0%	16.1%					
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			3	基礎疾患	25	基礎疾患	382	基礎疾患	407	基礎疾患	410	
		100.0%	89.3%	94.6%	94.2%	94.3%						
血管疾患合計			3	合計	26	合計	393	合計	419	合計	422	
		100.0%	92.9%	97.3%	97.0%	97.0%						
認知症		認知症	1	認知症	6	認知症	220	認知症	226	認知症	227	
		33.3%	21.4%	54.5%	52.3%	52.2%						
筋・骨格疾患		筋骨格系	3	筋骨格系	25	筋骨格系	389	筋骨格系	414	筋骨格系	417	
		100.0%	89.3%	96.3%	95.8%	95.9%						

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の総医療費は H30 年度と比較すると抑制傾向にはありますが、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 4 万円高く、全国と比較しても約 7.6 万円高くなっています。

また、入院医療費は、H30 年度と比較するとやや抑制されているように見えますが、全体のレセプトのわずか 3.4%程度にも関わらず、医療費全体の約 44%を占めており、1 件あたりの入院医療費も国、同規模と比較しても高い状況にあります。

入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

		高森町		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)		2,036人	1,678人	--	--	--
前期高齢者割合		865人 (42.5%)	817人 (48.7%)	--	--	--
総医療費		8億5339万円	6億9646万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		419,149 県内10位 同規模24位	415,052 県内23位 同規模53位	376,732	407,772	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	575,260	564,490	588,690	574,060	617,950
	費用の割合	51.8	44.6	43.7	45.5	39.6
	件数の割合	4.1	3.4	3.2	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	22,700	25,070	24,870	23,430	24,220
	費用の割合	48.2	55.4	56.3	54.5	60.4
	件数の割合	95.9	96.6	96.8	96.7	97.5
受診率		749.276	773.322	714.851	795.102	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は高森町と同規模保険者240市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		熊本県高森町 (県内市町村中)		県 (47県中)	熊本県高森町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	1.204	1.104	1.125	1.102	1.065	1.132
		(8位)	(26位)	(8位)	(16位)	(30位)	(7位)
	入院	1.550	1.264	1.291	1.270	1.166	1.282
		(5位)	(22位)	(8位)	(12位)	(31位)	(5位)
	外来	1.005	1.033	1.025	0.939	0.956	0.982
		(27位)	(17位)	(14位)	(21位)	(28位)	(21位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患については、H30年度より0.7ポイント伸びており、国、県よりも高くなっています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況をH30年度と比較してみると脳血管疾患については、減少傾向にありますが、虚血性心疾患、人工透析は横ばいでした。(図表 18)

今後も原因疾患である高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			高森町		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)			8億5339万円	6億9646万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			7237万円	6153万円	--	--	--
			8.480567615	8.83%	7.67%	8.69%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.32%	2.04%	2.06%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.37%	0.92%	1.47%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.49%	5.63%	3.83%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.30%	0.24%	0.32%	0.26%	0.29%
そ 疾 患 の 他 の	悪性新生物		13.99%	17.53%	16.76%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		10.33%	7.53%	9.27%	8.56%	8.68%
	精神疾患		9.87%	13.08%	7.98%	9.62%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患						
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
治療者(人) 0~74歳	A	2,036	1,678	a	194	139	164	135	13	12
				a/A	9.5%	8.3%	8.1%	8.0%	0.6%	0.7%
40歳以上	B	1,579	1,332	b	193	138	163	134	13	12
	B/A	77.6%	79.4%	b/B	12.2%	10.4%	10.3%	10.1%	0.8%	0.9%
再 掲	40~64歳	714	515	c	59	30	49	28	8	6
				C/A	35.1%	30.7%	c/C	8.3%	5.8%	6.9%
	65~74歳	865	817	d	134	108	114	106	5	6
				D/A	42.5%	48.7%	d/D	15.5%	13.2%	13.2%

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、高血圧・脂質異常症の治療者の割合は増えてますが、糖尿病の治療の割合は減少傾向にあります。

また、人工透析の割合は横ばいですが、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減っています。

本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個別に実施していますが、糖尿病性網膜症の割合が高くなっており、糖尿病患者の治療の割合を増やして行くことが大きな課題です。しかしながら、中長期目標である脳血管、虚血性心疾患の割合が減っていることは受診勧奨の効果と考え、今後も重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながるよう保健指導を行っていきます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	742	673	225	174	517	499
		A/被保数	47.0%	50.5%	31.5%	33.8%	59.8%	61.1%
(中長期 合併目 標疾 患)	脳血管疾患	B	77	61	23	10	54	51
		B/A	10.4%	9.1%	10.2%	5.7%	10.4%	10.2%
	虚血性心疾患	C	109	87	32	17	77	70
		C/A	14.7%	12.9%	14.2%	9.8%	14.9%	14.0%
	人工透析	D	12	12	7	6	5	6
		D/A	1.6%	1.8%	3.1%	3.4%	1.0%	1.2%

出典: KDBシステム 疾病管理一覧(高血圧症)地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	377	289	120	75	257	214
		A/被保数	23.9%	21.7%	16.8%	14.6%	29.7%	26.2%
(中長期併発目標疾患)	脳血管疾患	B	50	35	14	5	36	30
		B/A	13.3%	12.1%	11.7%	6.7%	14.0%	14.0%
	虚血性心疾患	C	57	38	17	10	40	28
		C/A	15.1%	13.1%	14.2%	13.3%	15.6%	13.1%
	人工透析	D	7	6	4	3	3	3
		D/A	1.9%	2.1%	3.3%	4.0%	1.2%	1.4%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	65	39	24	17	41	22
		E/A	17.2%	13.5%	20.0%	22.7%	16.0%	10.3%
	糖尿病性網膜症	F	65	69	25	18	40	51
		F/A	17.2%	23.9%	20.8%	24.0%	15.6%	23.8%
	糖尿病性神経障害	G	17	12	7	5	10	7
		G/A	4.5%	4.2%	5.8%	6.7%	3.9%	3.3%

出典: KDBシステム 疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握、介入支援対象者
一覧(栄養・重症化予防等)

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	572	540	183	150	389	390
		A/被保数	36.2%	40.5%	25.6%	29.1%	45.0%	47.7%
(中長期併発目標疾患)	脳血管疾患	B	48	36	13	6	35	30
		B/A	8.4%	6.7%	7.1%	4.0%	9.0%	7.7%
	虚血性心疾患	C	88	71	22	17	66	54
		C/A	15.4%	13.1%	12.0%	11.3%	17.0%	13.8%
	人工透析	D	3	9	1	5	2	4
		D/A	0.5%	1.7%	0.5%	3.3%	0.5%	1.0%

出典: KDBシステム 疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握、介入支援対象者
一覧(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上をH30年度とR3年度で比較してみたところ、どちらも割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約38%、糖尿病で7.3%ほどおり、その割合は県と比

較しても高くなっています。(図表 22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
高森町	775	54.4	759	52.1	32	4.1	16	50.0	47	6.2	31	66.0	18	38.3	2	4.3
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
高森町	760	98.1	751	98.9	30	3.9	6	20.0	41	5.5	9	22.0	3	7.3	1	2.4
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典:ヘルスサポートラボツール

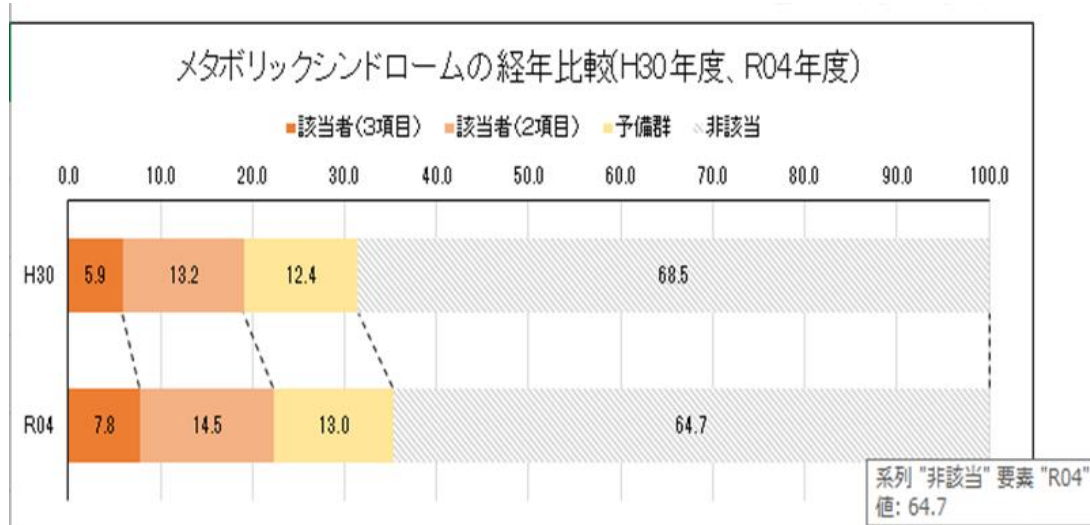
③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、H30年度とR4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、2.3ポイントも伸びており、その中でも3項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5以上者、LDL160以上者は微増、Ⅱ度高血圧者は約2.1%増加しています。

翌年度の結果を見ると、全て改善率の割合が高く、特に、HbA1cの改善率は約1割から3割と改善率が上がってきています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化



図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	85 (11.2%)	11 (12.9%)	39 (45.9%)	18 (21.2%)	17 (20.0%)
R03→R04	93 (12.4%)	30 (32.3%)	36 (38.7%)	4 (4.3%)	23 (24.7%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 II度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	32 (4.1%)	17 (53.1%)	4 (12.5%)	2 (6.3%)	9 (28.1%)
R03→R04	47 (6.2%)	23 (48.9%)	4 (8.5%)	3 (6.4%)	17 (36.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	69 (8.9%)	33 (47.8%)	12 (17.4%)	8 (11.6%)	16 (23.2%)
R03→R04	70 (9.2%)	30 (42.9%)	14 (20.0%)	9 (12.9%)	17 (24.3%)

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

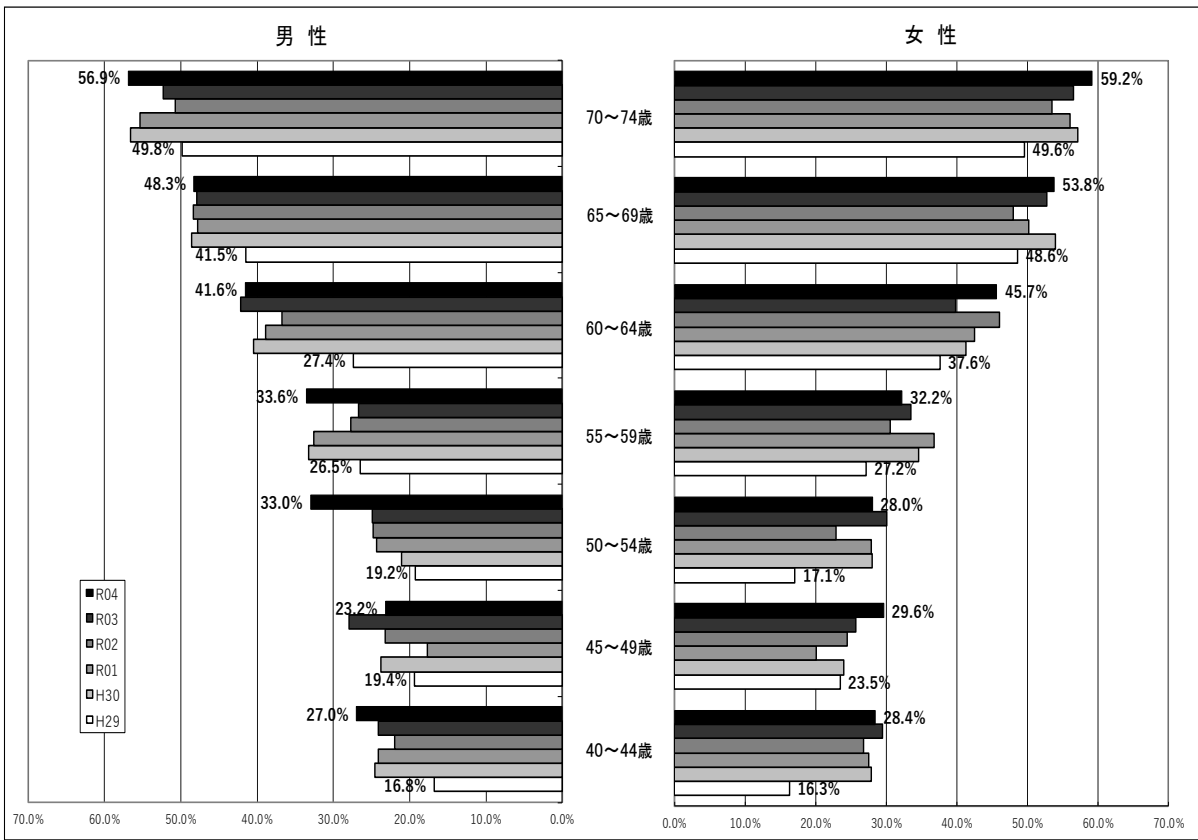
本町の特定健診受診率は、R3 年度には 57.1%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R4 年度は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27) またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28) 特定保健指導については、R2 年度以降は徐々に保健指導率が上がっており、R3 年度には 70%を超えることが出来ました。今後は、実施率とともに改善率も同時に上がり、アウトカム評価が出来るよう実施体制を検討していく必要があります。

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	747	770	764	734	648	健診受診率 60%
	受診率	52.4%	55.3%	56.4%	57.1%	54.5	
特定保健指導	該当者数	69	86	90	82	74	特定保健指導 実施率 60%
	割合	9.2%	11.2%	11.8%	11.2%	11.2	
	実施者数	43	50	58	62	52	
	実施率	62.3%	58.1%	64.4%	75.6%	70.3	

出典:特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症予防については「熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の対象者に基づき、特に特定健診受診者のうち未治療者、HbA1c6.5 以上者や治療中で、HbA1c7.0 以上のコントロール不良者、eGFR50 以下、尿蛋白+以上者について、個別面談にて約9割の方への保健指導を実施しています。

特定健診受診者で糖尿病未治療(中断を含む)の割合は H30 年度と比較すると、増加傾向です。特定健診受診者の中で糖尿病の割合とあわせて抑制できるように今後も糖尿病対策に注力していく必要があると考えます。また、糖尿病管理台帳で把握できている健診未受診者、特に治療中断者については継続的な医療機関受診につなげ必要な保健指導を実施できるようにフォロー体制の強化が必要です。

HbA1c8.0%以上の未治療者の状況をみると、未治療者の割合は少ないものの、保健指導の実施後、未治療者も存在する為、受診のない方への継続的な保健指導の実施を行っていきます。また、治療中断にならないように医療機関との情報共有をしながら、受診できるための支援体制をおこないます。(図表 例示表 3)

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

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

例示表 1

特定健診受診者の中で糖尿病型の割合									
H30		R1		R2		R3		R4	
101	12.53%	147	18.17%	101	12.48%	111	14.12%	95	13.49%

例示表 2

特定健診受診者で糖尿病未治療(中断を含む)									
H30		R1		R2		R3		R4	
12	1.49%	26	3.21%	16	1.98%	26	3.31%	16	2.27%

例示表 3 HbA1c8.0%以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	747	770	764	734	648
HbA1c8.0%以上	人(b)	12	17	12	17	9
	(b/a)	1.6%	2.2%	1.6%	2.3%	1.4%
保健指導実施	人(c)	10	14	11	16	8
	(c/b)	83.3%	82.4%	91.7%	94.1%	88.9%
HbA1c8.0%以上の 未治療者	人(b)	3	4	1	4	2
	(b/a)	25.0%	23.5%	8.3%	23.5%	22.2%

内服治療開始	3人	0人	2人
元々治療中	0人	0人	1人
死亡、転出	0人	0人	0人
未治療	1人	0人	1人

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図検査全数実施を目指し健診受診勧奨を実施しており、心電図検査は約 9 割実施できています。集団健診では全数実施ができていないものの、個別健診の詳細健診での心電図が全数実施できていないため、引き続き、医療機関へ説明などを行い、ハイリスク者を見逃さないような対策が必要です。

有所見者のうち ST 所見をみると、要医療・要精査と判定を受けた者のうち、R4 年度未受診者 1 人を除き、ほぼ全員が医療機関を受診しています。心房細動は全員治療中であり、未治療者はいない状況でした。

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

例示表 4 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人)	a	778	377	401	799	393	406	803	407	396	770	384	386	385	348	337
心電図受診者(人)	b	732	345	387	758	375	383	743	378	365	724	366	368	645	326	319
心電図実施率	b/a	94.1%	91.5%	96.5%	94.9%	95.4%	94.3%	92.5%	92.9%	92.2%	94.0%	95.3%	95.3%	167.5%	93.7%	94.7%
要医療者(人)	c	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
要精査者(人)	d	8	3	5	11	5	6	10	4	6	4	2	2	6	3	3
有所見率	(c+d)/b	1.2%	0.9%	1.6%	1.5%	1.3%	1.6%	1.3%	1.1%	1.6%	0.6%	0.5%	0.5%	0.9%	0.9%	0.9%
心房細動(人)	e	8	6	2	11	7	4	7	4	3	8	3	5	4	2	2
心房細動有所見率	e/b	1.1%	1.7%	0.5%	1.5%	1.9%	1.0%	0.9%	1.1%	0.8%	1.1%	0.8%	1.4%	0.6%	0.6%	0.6%
うち、心房細動未治療(人)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

例示表 5 心電図受診者のうち、ST 所見の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
心電図実施者		732		758		743		734		645	
ST異常所見		13	1.8%	13	1.7%	11	1.5%	9	1.2%	11	1.7%
要医療・要精査		1	7.7%	3	23.1%	3	27.3%	0	0.0%	3	27.3%
	医療機関受診あり	1	100.0%	3	100.0%	3	100.0%	0	0.0%	2	66.7%
	医療機関受診なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%
	それ以外の判定	12	92.3%	10	76.9%	8	72.7%	0	0.0%	8	72.7%

例示表 6 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
心房細動有所見者		8		11		7		8		4	
心房細動未治療者		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	治療開始	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約5%の横ばいで、約4割が未治療者です。令和4年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者13人のうち、保健指導後、治療につながったのは6人(46.2%)でした。血圧Ⅲ度においては、8人のうち3人が未治療者でした。

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。例示表8は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血のすすめ血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が60.6%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

例示表7 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	806	811	807	787	699	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	32	42	46	44	33	
	(b/a)	4.0%	5.2%	5.7%	5.6%	4.7%	
	治療あり	人(c)	16	20	17	15	20
		(c/b)	50.0%	47.6%	37.0%	34.1%	60.6%
	治療なし	人(d)	16	22	29	29	13
		(d/b)	50.0%	52.4%	63.0%	65.9%	39.4%
治療開始	人(e)	6	8	14	12	6	
	(e/d)	37.5%	36.4%	48.3%	41.4%	46.2%	
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	5	9	4	5	8
		(f/a)	0.6%	1.1%	0.5%	0.6%	1.1%
	治療あり	人	2	1	2	0	5
	治療なし	人	3	8	2	5	3

例示表 8 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
p50 表3-2 診察室血圧に基づいた脳心血管リスク層別化
p61 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
	1,139	641 56.3%	381 33.5%	95 8.3%	22 1.9%
リスク第1層 予後影響因子がない	42	C 30 4.7%	B 9 2.4%	B 3 3.2%	A 0 0.0%
	3.7%				
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	617	C 363 58.6%	B 203 32.9%	A 42 6.8%	A 9 1.4%
	54.2%				
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	480	B 248 51.7%	A 169 35.2%	A 50 10.4%	A 13 2.7%
	42.1%				

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	283 24.8%
	概ね1カ月後に再評価	463 40.6%
C	概ね3カ月後に再評価	393 34.5%

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

(2)ポピュレーションアプローチ

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

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

また、血圧手帳を活用し、家庭血圧測定の普及に努め、町民が血圧の学習を深め、脳血管疾患発症予防行動がとれるよう、ポピュレーションアプローチも併せて実施していきます。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法	
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.3%	0.7%	2.0%	KDBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.4%	0.4%	0.9%		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	5.5%	8.2%	5.6%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.0%	50.0%	0.0%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%	0.1%	0.0%		町調べ
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	19.9%	26.8%	22.5%	町健康推進課
			メタボリックシンドローム予備群割合の減少	11.5%	10.9%	12.2%	
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	4.0%	6.1%	5.0%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL180以上)	3.3%	2.2%	2.3%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C7.0%以上)	3.9%	5.6%	5.8%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	1.5%	1.52%	1.30%	
			糖尿病の未治療者(治療中断者を含む)の割合	11.9%	15.8%	16.8%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	97.6%	88.1%	89.4%	
	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	52.4	56.4	54.5	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	62.3	64.4	70.3		
特定保健指導対象者の割合の減少		20.2	17.3	15.8			
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療(国保のみ)	胃がん検診受診者の増加	29.8	28.1	22.3	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)
			肺がん検診受診者の増加	-	18.2	16.3	
			大腸がん検診受診者の増加	27.9	23.2	38.3	
			子宮がん検診受診者の増加	30.5	36.3	30.7	
			乳がん検診受診者の増加	16.8	34.5	32.3	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	21.0	28.1	28.0	
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	82.3%	86.9%	84.9%	厚生労働省	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

【考察】

第1期計画、第2期計画では、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の3疾患に重点を置いて重症化予防を進めてきました。特に3疾患の基礎疾患である糖尿病や高血圧の対策には、入院治療の状態にならず通院治療にとどめられるようにする方針で、個別訪問や結果説明会など保健指導に積極的に取り組んできました。

その結果として、脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については虚血性心疾患に関しては減少、糖尿病性腎症による透析の割合が減少しています。

その一方で脳血管疾患については、平成30年度より伸びており、県よりも高くなっています。また、透析に関しても同規模、県、国と比較しても割合が高い状況にあります。脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患です。透析も同じく高額医療や患者負担の大きい疾患です。これらの疾患は血管内皮が障害されると引き起こされ、共通危険因子として、高血圧・高血糖・脂質異常などの基礎疾患の重なりが関係しています。基礎疾患の動向を確認すると、平成30年度との比較では脂質異常に関しては減少傾向にありますが、血圧Ⅱ度以上、HbA1c7.0以上の割合が増加しており、改善していません。脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症の新規患者数を減らし、医療費の伸び率を抑える為に、基礎疾患の重症化予防対策を今後も強化する必要があると考えます。

また、重症化予防の保健指導に関しては9割以上の保健指導を実施、特定保健指導率も上昇をしていますが、令和4年度のメタボ該当・予備軍の割合に関しては平成30年度と比較して増加傾向にあります。特定保健指導から対象外れた方についても内服を開始したあとに重症化の対象になった方や新規の対象者が追加になった等、対象者の動向をしっかりと把握する必要があります。

今後は、プロセス評価を重視し改善率を上げる取組、マンパワー不足の解消、保健指導の力量の形成も重要であると考えます。とくに、重症化予防に関しては継続支援が大切である為、継続支援の強化を引き続き実施していきます。

そこで、重症化予防者の管理台帳の整備を行いました。血圧・糖の評価表を作成し、健診未受診者・治療中断者の動向を把握し、健診受診勧奨及び医療機関受診勧奨し、記録を残していけるようにしました。経年的な経過や単年度での動向を確認することが出来るようにし、悪化や改善率などの統計データも残せるようにしています。

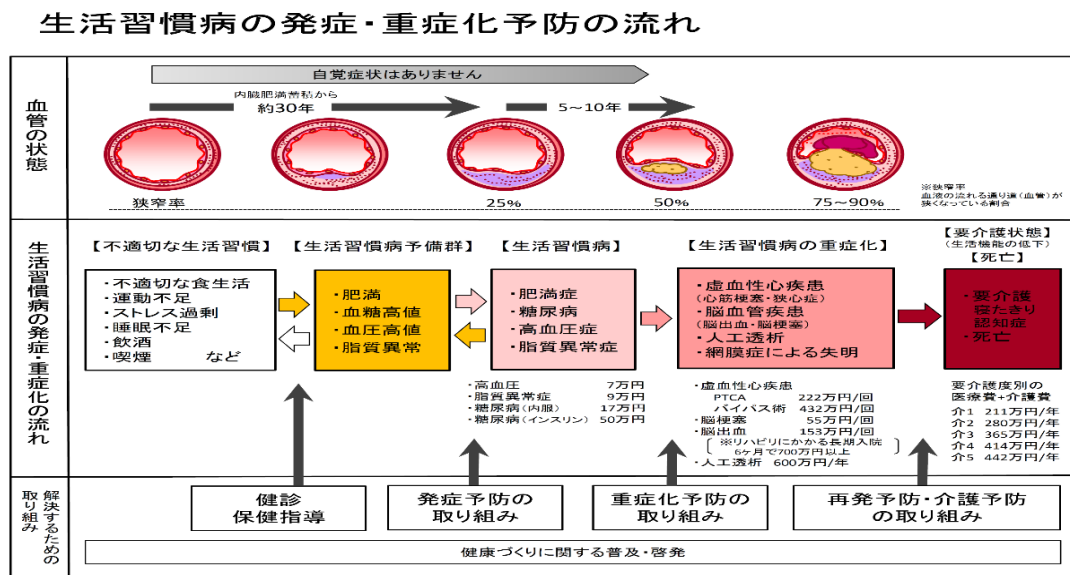
今後は高齢化がさらに進展し、医療費・介護給付費が増える一方、保険税を納める青・壮年期の人口減少傾向が続くため、青・壮年期から予防可能な生活習慣病の発症と重症化予防に努め、健康寿命の延伸を図ることが重要です。そのためにも、より多くの町民の皆さんが健診を受診し自分の健診結果を理解した上で、生活習慣を振り返るとともに、適正な医療機関への受診につなげていくよう促していく必要があります。

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 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

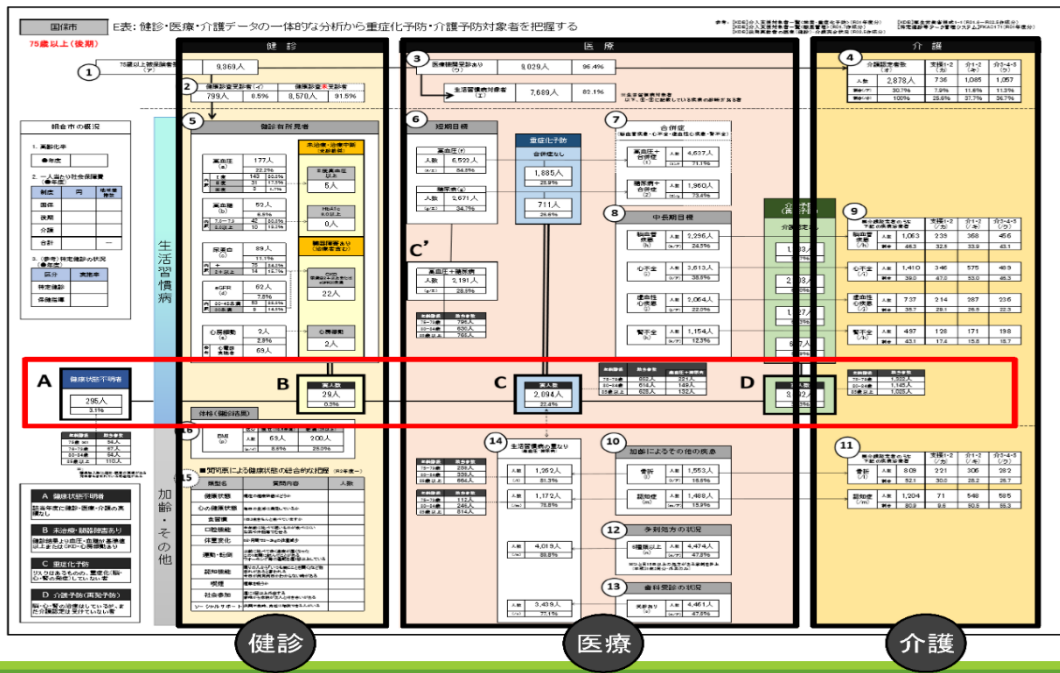
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 31 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
被保険者数	2,036人	1,956人	1,835人	1,753人	1,678人	1,418人	
総件数及び総費用額	件数	18,899件	18,182件	16,613件	16,445件	15,949件	21,622件
	費用額	8億5339万円	7億8941万円	7億1983万円	7億0892万円	6億9646万円	12億7581万円
一人あたり医療費	41.9万円	40.4万円	39.2万円	40.4万円	41.5万円	90.0万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費(月額)	中長期目標疾患			短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患			
			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	糖尿病	高血圧					脂質異常症		
① 国保	高森町	6億9646万円	33,769	5.63%	0.24%	2.04%	0.92%	5.58%	3.74%	2.63%	1億4478万円	20.8%	17.5%	13.08%	7.53%
	同規模	---	30,571	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	---	19.3%	16.8%	7.98%	9.27%
	県	---	33,050	5.52%	0.26%	1.89%	1.02%	5.62%	3.12%	1.72%	---	19.2%	14.1%	9.62%	8.56%
	国	---	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	---	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	高森町	12億7581万円	75,689	6.89%	0.62%	3.79%	0.84%	3.49%	3.38%	1.21%	2億5817万円	20.2%	7.0%	6.34%	12.1%
	同規模	---	68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	---	18.8%	10.3%	3.53%	12.4%
	県	---	81,455	4.72%	0.47%	3.74%	1.12%	3.70%	2.88%	1.07%	---	17.7%	9.2%	4.70%	13.2%
	国	---	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	---	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	85人	71人	53人	67人	69人	163人
		B	155件	136件	114件	145件	135件	304件
	費用額	B/総件数	0.82%	0.75%	0.69%	0.88%	0.85%	1.41%
		C	2億1687万円	1億7822万円	1億3830万円	1億7451万円	1億6898万円	3億5149万円
		C/総費用	25.4%	22.6%	19.2%	24.6%	24.3%	27.6%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
脳血管疾患	人数	D	3人		2人		2人		2人		6人		9人		
		D/A	3.5%		2.8%		3.8%		3.0%		8.7%		5.5%		
	件数	E	6件		5件		2件		6件		7件		18件		
		E/B	3.9%		3.7%		1.8%		4.1%		5.2%		5.9%		
	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%	4	80.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	1	14.3%	75-80歳	7	38.9%
		60代	6	100.0%	0	0.0%	1	50.0%	2	33.3%	3	42.9%	80代	6	33.3%
		70-74歳	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	4	66.7%	3	42.9%	90歳以上	5	27.8%
	費用額	F	737万円		857万円		222万円		791万円		673万円		2123万円		
F/C		3.4%		4.8%		1.6%		4.5%		4.0%		6.0%			

出典：ヘルスサポートラボツール

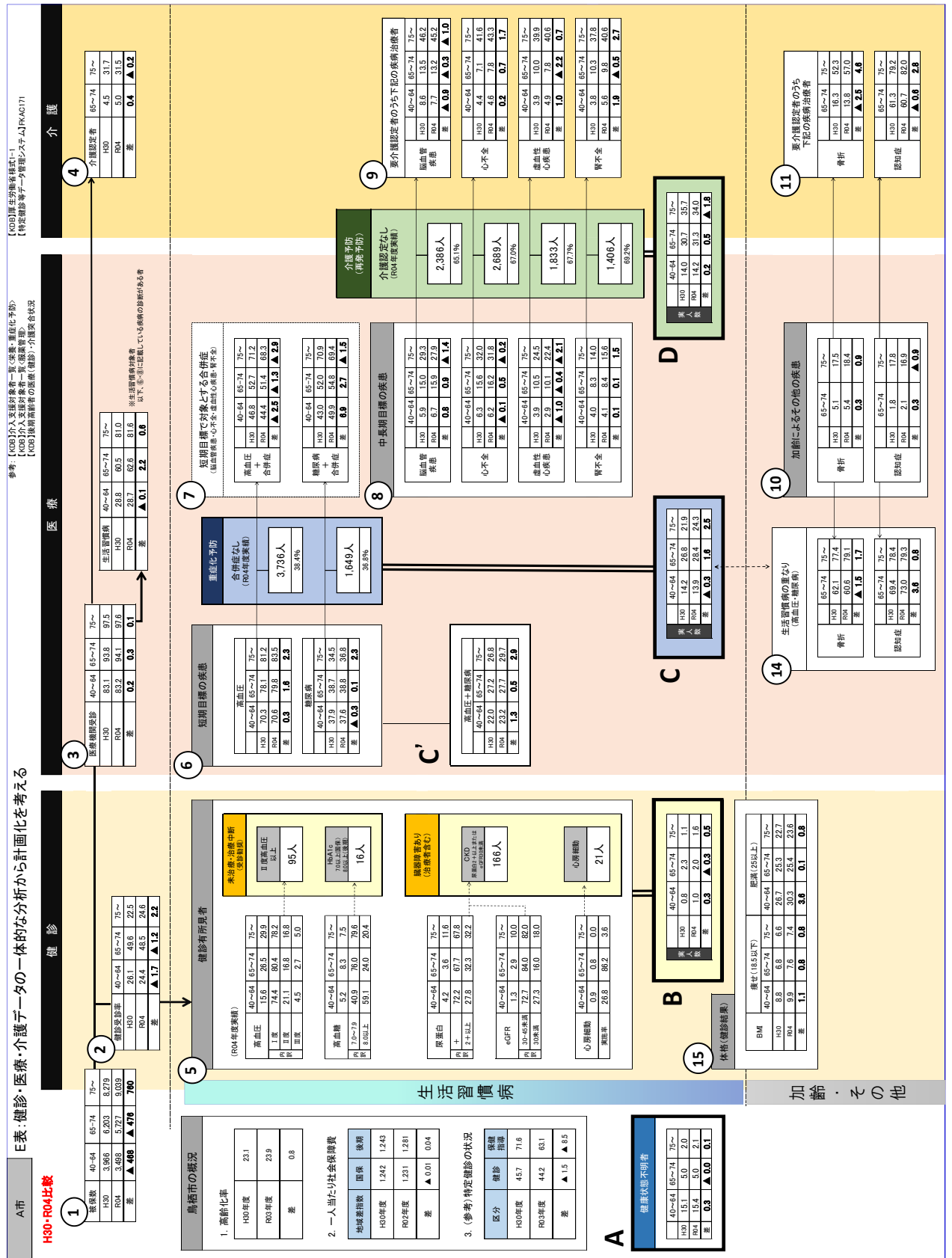
図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
虚血性心疾患	人数	G	3人		3人		0人		3人		2人		3人		
		G/A	3.5%		4.2%		0.0%		4.5%		2.9%		1.8%		
	件数	H	3件		3件		0件		3件		3件		3件		
		H/B	1.9%		0.0%		0.0%		2.1%		2.2%		1.0%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	1	33.3%	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	2	66.7%
		60代	1	33.3%	0	0.0%	0	--	1	33.3%	3	100.0%	80代	1	33.3%
		70-74歳	1	33.3%	3	100.0%	0	--	2	66.7%	0	0.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	579万円		758万円				483万円		466万円		630万円		
I/C		2.7%		4.3%		0.0%		2.8%		2.8%		1.8%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析

(2) 健診・医療・介護の一体的分析



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
		被保険者数			特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	30.9	649	765	1,454	40.2	54.5	22.7	3.8	5.8	3.6	33.7	31.9	28.8
R04	28.3	518	872	1,438	40.5	53.3	26.3	4.3	4.5	4.2	38.1	34.4	29.9

図表 39 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	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%
H30	7	2.7	(4)	21	5.0	(3)	27	8.2	(3)	10	3.8	(1)	19	4.6	(0)	4	1.2	(0)	2	0.8	4	1.0	6	1.8	0	--	4	1.0	7	2.1				
R04	11	5.2	(2)	24	5.2	(6)	35	9.3	(5)	11	5.2	(3)	28	6.0	(0)	3	0.8	(0)	2	1.0	6	1.3	9	2.4	0	--	5	1.1	7	1.9				

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③									⑥									⑦								
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			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	82.6	93.5	97.7	37.4	65.4	87.3	77.0	83.8	87.6	40.3	40.2	32.9	24.3	30.6	29.1	48.1	50.8	69.2	51.0	57.2	73.9						
R04	84.9	91.1	95.3	37.3	65.7	84.8	80.3	85.3	90.0	34.7	37.9	33.7	21.8	28.8	30.2	35.5	48.3	70.8	55.2	54.4	72.5						

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧ 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-	40-64	65-74	75-
H30	7.2	14.0	25.2	6.3	12.5	21.7	7.7	17.0	42.5	6.2	7.7	12.7	10.6	8.4	44.4	2.4	1.0	33.5	4.0	3.8	35.8	2.5	5.1	38.9
R04	5.2	11.8	23.2	5.0	11.9	21.8	7.3	19.4	42.5	6.6	8.3	14.3	11.1	12.6	46.2	0.0	3.8	29.4	5.3	5.3	34.7	2.9	5.6	38.3

図表 42 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑬				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 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	58.3	84.7	77.8	79.1	4.7	16.2	1.2	15.5	2.8	49.4	33.3	81.8
R04	63.9	88.0	72.2	81.5	4.1	13.3	2.1	15.0	11.1	51.3	44.4	81.0

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化(図表 32~42)

国保の被保険者数、レセプト件数は年々減っているものの、一人あたり医療費は R2 年度に関しては新型コロナウイルスの影響で減ってはいますが、R3 年度以降は増加傾向にあり、後期高齢者になると一人あたり 90 万円を超え、国保の 2 倍も高い状況です。(図表 32)

その中身を見てみると、国保では慢性腎不全、悪性新生物、精神疾患の総医療に占める割合が同規模・県などと比較して高く、後期でも慢性腎不全、高血圧、精神疾患の総医療に占める割合が高くなっていました。(図表 33)

高額レセプトについては、国保においては毎年約 150 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 2 倍に増えており、医療費増加の一因となっています。

高額における疾病をみてみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で R1 年度は 5 件で 857 万円の費用がかかっており、40 代 4 人いましたが、R4 年度は 7 件ではありますが、費用額も約 673 万円と減っています。しかし、後期高齢においては、18 件発生し、2,123 万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 34、35)

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、⑮の体格をみると、40~64 歳の若い年齢層で、BMI25 以上の率が 4.4 ポイントも高くなってきています。(図表 38)

図表 39 健診有所見の状況をみると、各年代で対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)をみると、糖尿病においては、若干割合が減っていますが、高血圧においては、各年代高くなっています。糖尿病の合併症状況では 40-64 の若年層の合併症の割合が増加していることから、若年層への保健指導のアプローチが重要です。

図表 41 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30 年度と R4 年度を比較すると、心不全だけは、65-74 歳で R4 年度の割合が、約 2.4 ポイント上がっており、腎不全では全ての年代で上がっています。また、脳血管疾患による介護認定者の割合が非常に高い状況です。75 歳未満では心不全による介護認定者の割合も増加しており、引き続き重症化予防での取り組みが必要です。

高額レセプト分析において入院費が伸びている要因が、一体的分析においても課題であることが分かります。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、脳血管疾患の増加、腎不全の増加が目立ちます。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、腎不全等への重症化を防ぐことにつながります。

また、若い世代の肥満者も増えており、若い世代への予防活動の充実が必要ですが、40代、50代の健診受診率はまだまだ低いため、第3期においても健診未受診者対策は、被保険者の健康実態を把握し、早期に予防活動を行うためにも大変重要だと考えます。

そのための具体的な取組方法については、第3章及び第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、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。また、評価指標については、すべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表43)を設定しています。

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、特に本町では、脳血管疾患や人工透析の医療費や発症状況に課題が見られています。

そのため、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患また、医療費が高額となる虚血性心疾患について、新規の患者数・割合を維持・減少させることを目標とします。

しかし、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びの抑制を目標とし、地域差数の減少を目指します。

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

③ 短期的な目標の設定

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

特に、若い世代からの肥満が課題であることから、若い世代の健診受診率の向上及び特定保健指導の充実による、短期目標疾患の発症予防に努めます。(特定健診・特定保健指導の具体的な取組については、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。医療機関未治療者や治療中断者等、重症化するリスクの高い対象者について

把握し、医療機関への受診勧奨や必要な保健指導、栄養指導を行います。特に、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難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目標とします。

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

(2) 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
					初期値 R 6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	新規脳梗塞患者数の減少（割合維持・減少）	減少	1.05	0.8	0.5	KDBシステム
			新規脳出血患者数	減少	0.29	0.2	0.15	
			新規虚血性心疾患患者数	減少	1.34	1.27	0.67	
			新規透析導入患者数	維持	0	0	0	
			糖尿病性腎症による新規透析導入患者数	維持	0	0	0	
			1人当たりの医療費	減少	415,052	減少	減少	
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	（問診）朝食を抜くことが週3回以上ある40代、50代の割合	減少	13.8	12	10	特定健診等データ管理システム ①保健指導実践ツール
			内臓脂肪症候群該当者の割合	減少	30.9	28	25	
			内臓脂肪症候群予備軍の割合	減少	14.1	13.5	11	
			健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	減少	5	3.5	2.5	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL180以上）	減少	2.3	2	1.8	
			40代50代の健診受診者のHbA1c6.5以上者の割合	減少	5.34	3	2	
			★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	減少	1.3	1	0.8	
	短期目標	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	60%	54.5	57	60	保険者データヘルス支援システム 法定報告値
			40代50代の健診実施（受診）率	増加	41.5	45	50	
			★特定保健指導実施率60%以上	70%以上	70.3	72%	80	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	増加	15.8	17	18	
			内臓脂肪症候群該当者の減少率	増加	10.9	15	18	

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	56%	57%	58%	59%	60%	60%以上
特定保健指導実施率	70%	72%	75%	78%	80%	80%以上

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	1420人	1400人	1390人	1350人	1320人	1300人
	受診者数	795人	798人	806人	783人	779人	780人
特定保健指導	対象者数	87人	88人	88人	86人	85人	85人
	受診者数	61人	63人	66人	67人	68人	68人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

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

- ① 集団健診(JA熊本厚生連他)
- ② 個別健診(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

特定健診実施期間については、高森町のホームページに掲載する。

(参照) URL : [http:// www.town.takamori.kumamoto.jp](http://www.town.takamori.kumamoto.jp)

(4) 特定健診実施項目

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

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

図表 46 特定健診検査項目(例示)

高森町特定健診検査項目

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

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

(5) 実施時期

集団健診は 6 月、10 月に実施、個別健診を 6 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		受診等の印刷・送付(随時可) ↓	(特定保健指導の実施)
5月		健診機関との契約	健診データ抽出(前年度)
6月		(集団 特定健診) 予備: 10月追加健診	
7月		個別健診開始 健診データ受取 → 保健指導対象者の抽出	
8月			実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
9月			
10月		(特定保健指導実施)	
11月	契約に関わる 予算手続き	みなし健診開始	受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

(9) 未受診者対策

他の年代よりも受診率が低い 40 歳代、50 歳代の受診者については、メタボ予備軍の割合が高い年代であり、疾病予防の視点から優先的な対策が必要です。そこで、特定健診及びがん検診の受診率向上の為、R3年度より特定健診と 4 つのがん検診を組み合わせた予約制セット健診の取組を開始しました。健診の自己負担額を安くし、予約制にすることで健康意識の低い若い世代の新規掘り起しを目指します。今後は、受診控えの一因となっている長い待ち時間解消のため、予約システムの導入を推進します。

また、継続して受診率向上の為に受診勧奨ハガキ通知以外にもハイリスク未受診者等には専門職からの訪問、電話でのアプローチ、かかりつけ医を通して個別健診、情報提供事業(みなし健診)の勧奨を実施していきます。

さらに、集落支援員や食生活改善推進員など地域の健康づくり活動と連携し、個別支援だけでなく、ポピュレーションアプローチとの両輪で、受診勧奨を実施していきます。

図表 48 未受診者受診勧奨スケジュール

個別 勧奨	対象者	<p>特定健診未受診者</p> <p>①過去 5 年間、健診受診や生活習慣病に関する医療受診の確認ができない者</p> <p>②生活習慣病等で医療機関を受診している者</p> <p>③過去の特定健診で受診勧奨判定値や保健指導判定値があった者(ハイリスク未受診者)</p> <p>④糖尿病管理台帳にて糖尿病治療中であつたが過去 5 年健診未受診者</p> <p>⑤当該年度 6 月、1 月末までに受診が確認できない者</p>
	実施方法及び実施時期	<p>① 専門職の訪問による受診勧奨 5～10 月頃</p> <p>② かかりつけ医を通じた受診勧奨 通年</p> <p>③ ・④専門職の電話による受診勧奨 6 月 9 月～3 月頃</p> <p>⑤ 受診勧奨ハガキの送付 (ウエルクル)</p> <p>4 月・9 月・1 月の年 3 回</p>
その他	対象者	国保加入者
	実施方法及び実施時期	<p>① 健康づくり推進員・食生活改善推進員による受診勧奨 通年</p> <p>健康推進課が実施する受診勧奨 通年</p> <p>② 広報やデータ放送・SNS・ケーブルテレビを通じた受診勧奨 通年</p> <p>③ イベントや講演での PR 等</p> <p>④ 通いの場での受診勧奨(一体化事業含む)</p>
評価指標	受診勧奨数、受診勧奨後の健診受診率	

5. 特定保健指導の実施

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

○第4期(2024年以降)における変更点

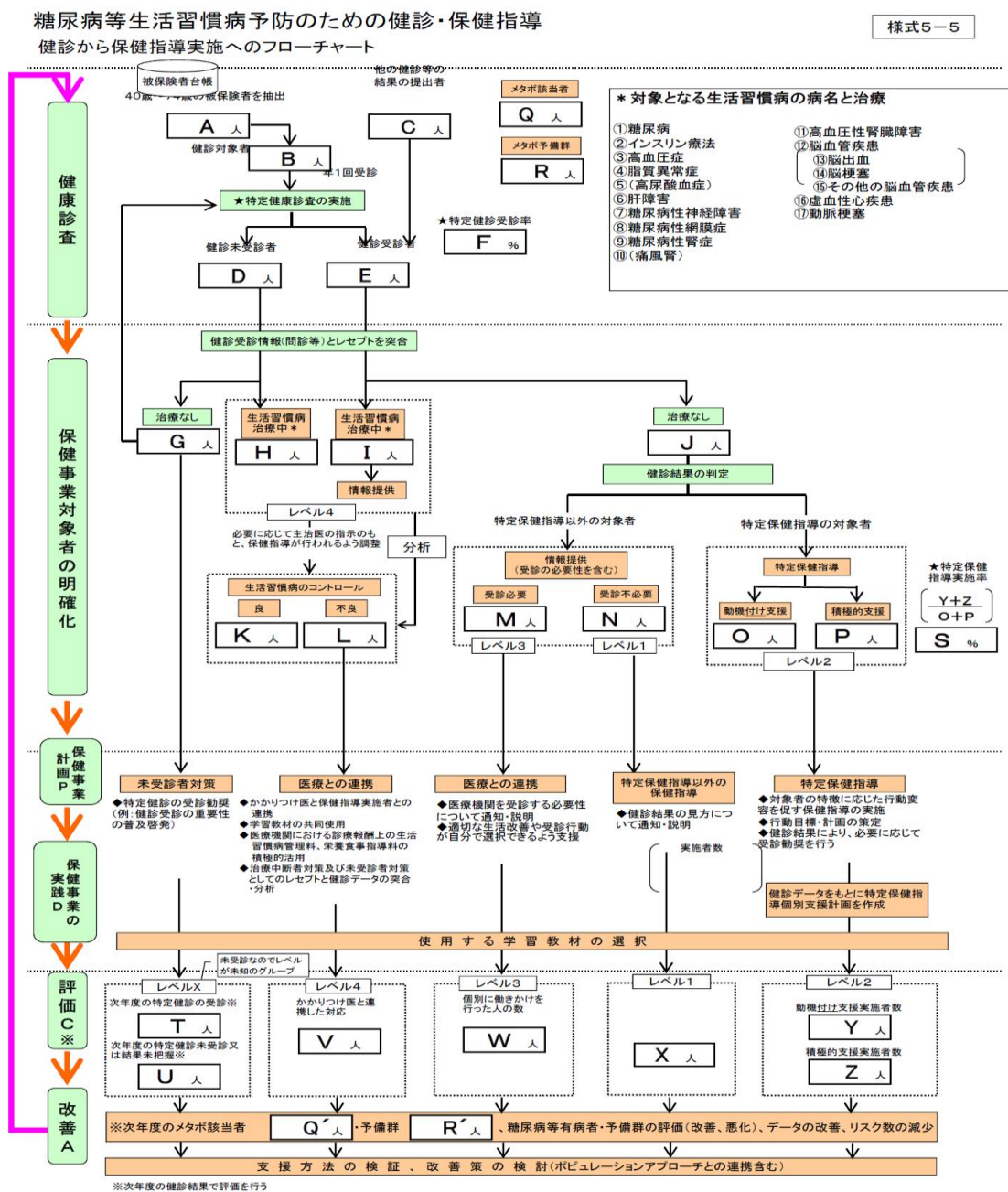
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 49 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 50 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	81人 (12.4%)	80%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	100人 (15.3%)	HbA1c6.5、血圧Ⅱ度以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	733 ※受診率目標達成まであと178人	80%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	117人 (17.9%)	80%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	356人 (54.4%)	80%

- ・特定保健指導対象者の中で、重症化予防に該当する者については、その後のフォローや医療機関との連携を踏まえ、委託ではなくできる限り町の専門職が関わることとする。
- ・将来の臓器障害を防ぐためにも、特に40代、50代の若い世代の対象者の実施率を上げる。
- ・特定保健指導のポイント(回数)にこだわらず、対象に応じた支援を実施し、改善率の向上に努める。
- ・特定保健指導のDX化を推進し、情報通信基盤を活用した指導体制を構築する。
- ・特に40代、50代の健診受診率向上に向けた未受診者対策に努める。過去に健診受診歴のある者、過去の健診で重症化予防対象者に該当した者(糖尿病管理台帳記載者等)について、状況確認も兼ねた未受診者の訪問を行う。
- ・若者健診受診者へは、できる限り丁寧な健診結果の説明に努め、1年に1回の健診受診の習慣化を目指す。

また、40歳からの特定保健指導では発症予防、重症化予防が追い付かないことから、高森町では独自に若年層（40歳未満）にも特定保健指導該当者と重症化予防対象者を判定し、保健指導を実施していきます。

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 51 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月		◎ハイリスク未受診者対象者抽出 受診勧奨	
6月	◎特定健康診査(集団 6月・10月)	◎対象者の抽出	◎住民健診、後期高齢者健診、がん検診開始
7月	◎個別健診(6月～3月)	◎保健指導の開始	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
8月			
9月		◎ハイリスク未受診者対象者抽出 受診勧奨	◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
11月	みなし健診実施		
12月			
1月			
2月			
3月	◎健診の終了		

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

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

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

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

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知していきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

II. 重症化予防の取組

高森町の脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、226人(33.4%)です。そのうち治療なし者(高血圧・糖尿病・脂質異常症の3疾患で内服がないと問診で答えた者)は47人(15.3%)で、そのうち、特定保健指導対象者が26人と、治療なし者の半数にあたります。このことから、特定保健指導に注力することは重症化予防にもつながり、効率的であるといえます。

さらに、治療なし者の19.1%にあたる9人は、すでに臓器障害があり、直ちに取り組むべき対象者であることや、血圧Ⅱ度以上者・HbA1c6.5以上者の半数以上は治療なし者にあたることから、医療機関への定期的な受診に繋げるための保健指導が重要といえます。

図表 52 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする -										令和04年度						
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)						
科学的根拠に基づき	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) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン2011年委員会研究報告)			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		676人	56.9%				
↓ 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											■各疾患の治療状況					
	治療中		治療なし								高血圧	281	395			
											脂質異常症	212	464			
											糖尿病	70	598			
											3疾患 いづれか	368	308			
											※随時結果による					
優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動		脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)					
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)				動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)					
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		メタボ該当者 (2項目以上)		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)		腎臓専門医 紹介基準対象者			
該当者数	33	4.9%	4	0.6%	17	2.5%	14	2.1%	150	22.2%	50	7.4%	45	6.7%	重症化予防対象者 (実人数)	
治療なし	18	4.6%	1	0.3%	16	3.4%	11	2.4%	17	5.5%	20	3.3%	4	1.3%	47	15.3%
(再掲) 特定保健指導	9	27.3%	0	0.0%	4	23.5%	5	35.7%	17	11.3%	1	2.0%	0	0.0%	26	11.5%
治療中	15	5.3%	3	0.8%	1	0.5%	3	1.4%	133	36.1%	30	42.9%	41	11.1%	179	48.6%
臓器障害 あり	2	11.1%	1	100.0%	3	18.8%	3	27.3%	1	5.9%	9	45.0%	4	100.0%	9	19.1%
CKD(専門医対象者)	0		0		0		1		0		3		4		3	
心電図所見あり	2		1		3		2		1		6		1		7	
臓器障害 なし	16	88.9%	--		13	81.3%	8	72.7%	16	94.1%	11	55.0%	--		--	

出典:ヘルサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

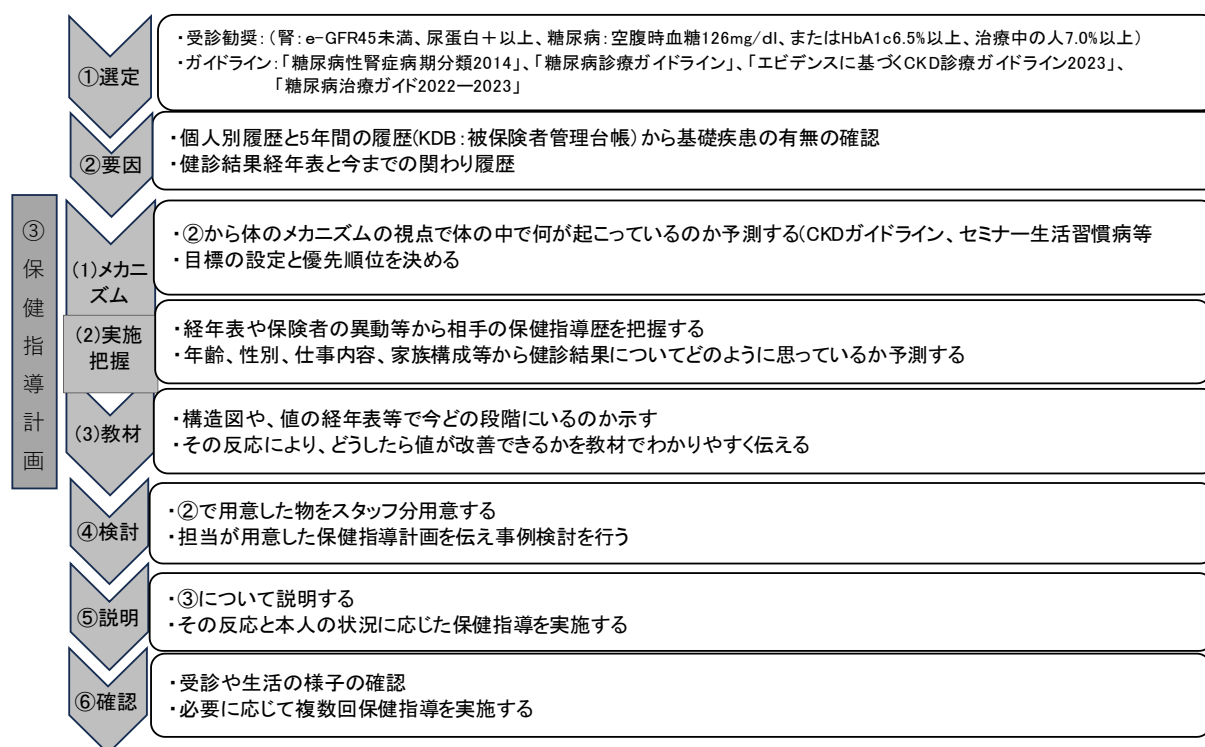
糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 53 に沿って実施します。

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

プログラムは糖尿病が重症化するリスクの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付けるとともに、糖尿病で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、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。

図表 53 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

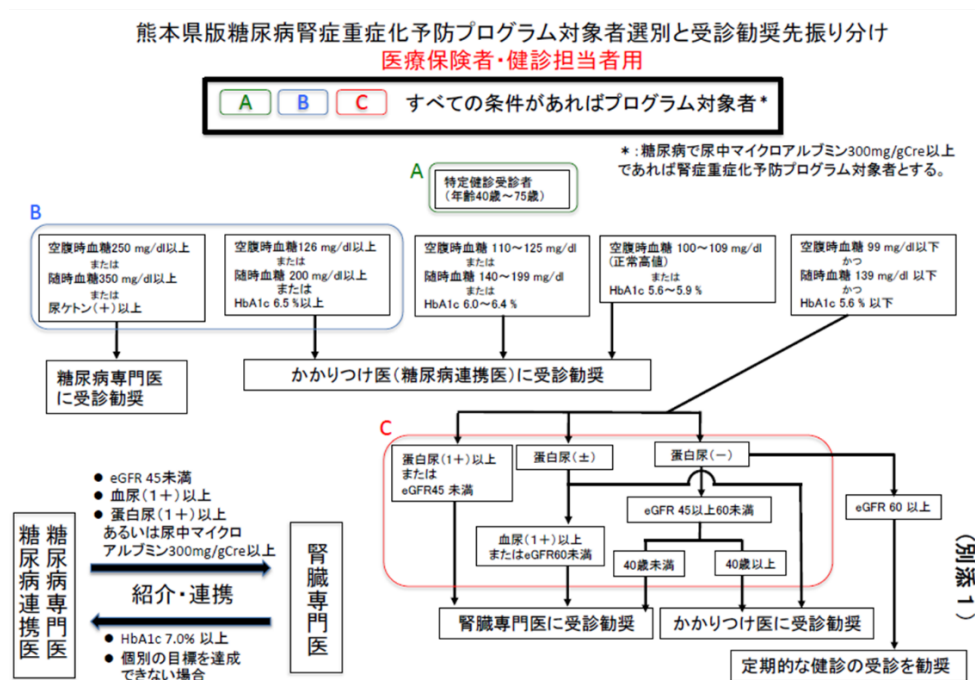
(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。※熊本県版糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け参照。

- ① 健診を受診した者のうち医療機関未受診者（早期に積極的受診勧奨が必要な者）
- 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者）
- ③ 重症化するリスクの高い者

健診データ、本人、医療機関からの情報提供により、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者や、尿アルブミン、尿蛋白、eGFR 等により腎症と診断された者及び腎症が疑われる者。

図表 54 熊本県版糖尿病重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け

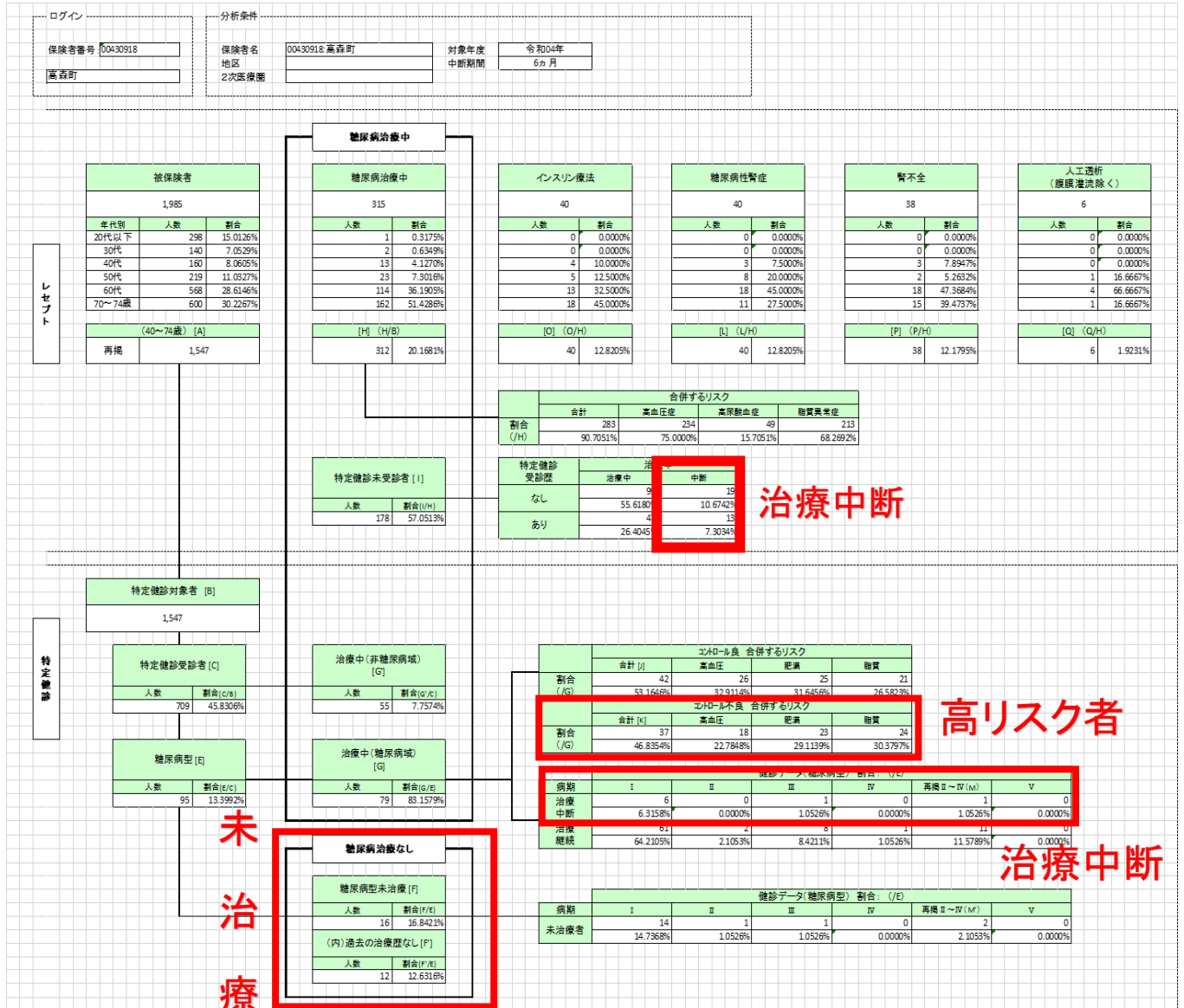


(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

対象者の抽出については、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、把握及び抽出を行います(「KDB システム」、★「保険者データヘルス支援システム」、「ラボツール」)。

図表 55 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



者

② 介入方法と優先順位

優先順位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者)

・(図表 55 F)・・・ 16人

【受診勧奨】

・訪問による受診勧奨を実施

優先順位2 糖尿病治療中断者(最終の受診日から6ヶ月以上経過している者)

・(図表 55 治療中断者) 健診受診者…………… 8人

・(図表 55 治療中断者) 健診未受診者… 19人

【保健指導】

- ・健診受診者については、健診結果を基に保健指導を実施し治療再開に繋げる。
- ・健診未受診者については、過去の健診受診歴がある者を優先して訪問等を行う。
- ・頻繁に治療中断となる対象者等、地域でフォローが必要な対象者について医療機関との情報共有を行い、連携した保健指導を実施する。

【優先順位3】 糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者

- ・(図表 55 K)・・・ 37 人
- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(糖尿病管理台帳で把握)

【保健指導】

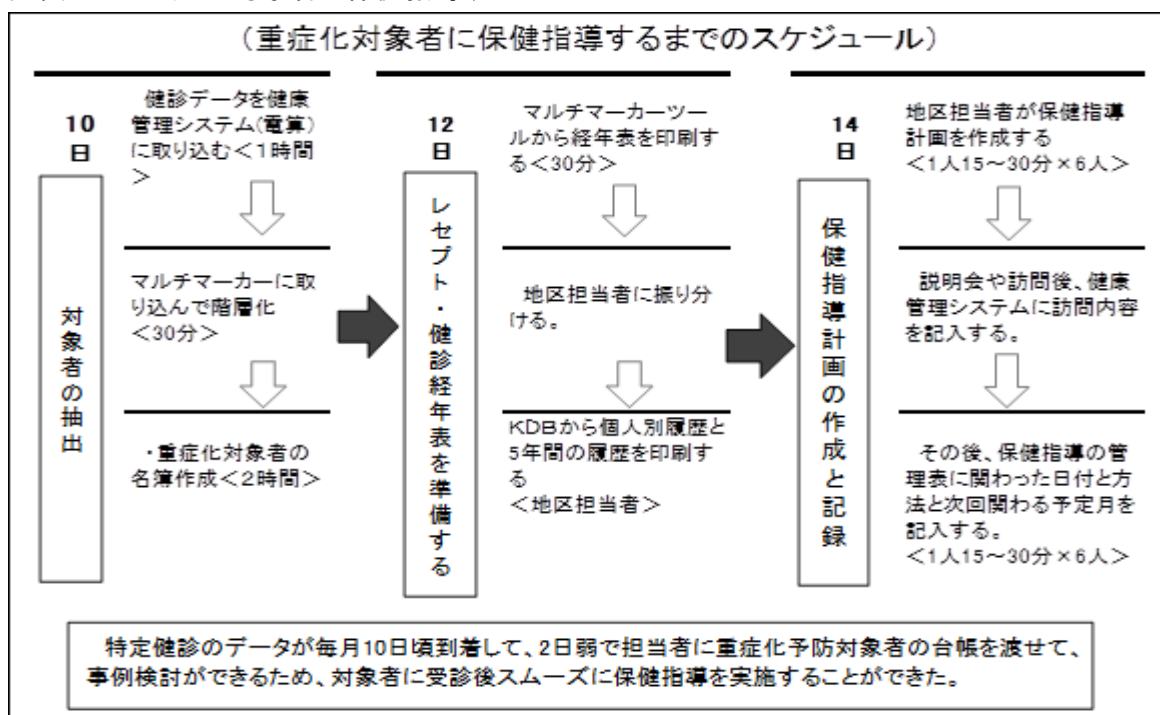
- ・健診受診者については、健診結果を基に保健指導を実施し、血糖値やその他のリスク因子の数値があがっている要因に気づき、数値の改善に繋がるよう保健指導に努める。
- ・過去に受診歴がある糖尿病管理台帳登録者に訪問し、現在の状況を確認し、必要な保健指導や関わりを行う。
- ・地域でフォローが必要な対象者について医療機関との情報共有を行い、連携した保健指導を実施する。

3) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準の決定
- 5 月 対象者の選定基準、概数試算、介入方法、実施方法の決定
- 6 月～特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)

図表 56 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



(2) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

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

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、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方には、その後の自己管理に繋げることができるよう、手帳の使い方等について、丁寧な説明を行います。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は、糖尿病連携手帳、CKD 精密検査紹介様式(熊本県版)を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては熊本県版プログラムに準じて行っていきます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) ライフステージに基づいた糖尿病対策

ハイリスク者を把握しフォローを行っていくためにも妊娠期、幼少期からのライフステージに基づいた予防活動が重要です。

加えて、若年女性のやせや妊娠中の喫煙が低出生体重を介して将来の肥満や糖尿病につながることを示されていることや、こどもの肥満が増加していること等を踏まえると、ライフステージを考慮した糖尿病対策が必要です。そのため、母子保健と連携し、妊娠期からのハイリスク者のフォローや幼児期からの生活習慣病予防活動を行っていきます。

7) 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に加え、データヘルス計画の評価について、年1回行うものとします。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、図表 57 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価も行います。

【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

【保健指導対象者に対する評価】

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下）
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

図表 57 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		実 合 表	高森町										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						
			実績	割合	実績	割合	実績	割合	実績	割合	実績	割合	実績	割合					
1	① 被保険者数	A	2,172人		1,999人		1,999人		1,933人		1,822人								
	② (再掲)40-74歳		1,673人		1,564人		1,564人		1,511人		1,451人								
2	① 対象者数	B	1,425人		1,393人		1,354人		1,285人		1,195人								
	② 特定健診 受診者数	C	775人		793人		794人		759人		676人								
	③ 受診率		54.4%		56.9%		58.6%		59.1%		56.6%								
3	① 特定 保健指導 対象者数		69人		86人		90人		82人		71人								
	② 実施率		62.3%		58.1%		64.4%		75.6%		74.6%								
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	122人	15.7%	157人	19.8%	121人	15.2%	122人	16.1%	100人	14.8%						
		② 未治療・中断者(腎臓病 風薬なし)	F	47人	38.5%	75人	47.8%	39人	32.2%	46人	37.7%	29人	29.0%						
		③ 治療中(腎臓病 風薬あり)	G	75人	61.5%	82人	52.2%	82人	67.8%	76人	62.3%	71人	71.0%						
		④ コントロール不良 <small>※HbA1cが20.0%以上又は空腹時血糖150以上</small>	J	35人		46.7%		55人		67.1%		42人		51.2%		43人		56.6%	
		⑤ 血圧 130/80以上		21人		60.0%		30人		54.5%		23人		54.8%		27人		62.8%	
		⑥ 肥満 BMI25以上		18人		51.4%		33人		60.0%		24人		57.1%		26人		60.5%	
		⑦ コントロール良 <small>※HbA1cが20.0%未満かつ空腹時血糖150未満</small>	K	40人		53.3%		27人		32.9%		40人		48.8%		33人		43.4%	
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	110人		90.2%		135人		86.0%		108人		89.3%		108人		88.5%	
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		6人		4.9%		10人		6.4%		1人		0.8%		4人		3.3%	
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		5人		4.1%		9人		5.7%		11人		9.1%		9人		7.4%	
		⑪ 第4期 eGFR30未満		1人		0.8%		2人		1.3%		1人		0.8%		1人		1.0%	
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)	H	117.9人		122.6人		122.6人		112.3人		124.0人							
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		151.2人		154.7人		154.7人		141.6人		153.7人							
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1000被保険者対)												52件 (0.7)					
		④ 入院外(件数)												47件 (0.6)					
		⑤ 糖尿病治療中	I	256人		11.8%		245人		12.3%		245人		12.3%		217人		11.2%	
		⑥ (再掲)40-74歳		253人		15.1%		242人		15.5%		242人		15.5%		214人		14.2%	
		⑦ 健診未受診者	O	178人		70.4%		167人		69.0%		160人		66.1%		138人		64.5%	
		⑧ インスリン治療		30人		11.7%		31人		12.7%		31人		12.7%		30人		13.8%	
		⑨ (再掲)40-74歳	L	29人		11.5%		30人		12.4%		30人		12.4%		29人		13.6%	
		⑩ 糖尿病性腎症		38人		14.8%		38人		15.5%		38人		15.5%		29人		13.4%	
		⑪ (再掲)40-74歳	37人		14.6%		38人		15.7%		38人		15.7%		29人		13.6%		
		⑫ 慢性人工透析患者数 <small>(透析施設別患者数に占める割合)</small>	P	5人		2.0%		7人		2.9%		7人		2.9%		5人		2.3%	
		⑬ (再掲)40-74歳		5人		2.0%		7人		2.9%		7人		2.9%		5人		2.3%	
		⑭ 新規透析患者数		0		0		3		0.15		2		0.1		0		0	
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0		0		2		66.7		1		50		0		0	
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 <small>(透析施設別患者数に占める割合)</small>	10人		3.2%		6人		1.9%		6人		1.9%		6人		2.0%		
6	医療費	① 総医療費	8億5339万円		7億8941万円		7億8941万円		7億1983万円		7億0892万円		6億7691万円						
		② 生活習慣病総医療費	4億6544万円		4億1167万円		4億1167万円		4億2009万円		4億1310万円		3億6899万円						
		③ (総医療費に占める割合)	54.5%		52.1%		52.1%		58.4%		58.3%		54.5%						
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	13,367円		13,410円		13,410円		13,382円		14,061円		8,328円						
		⑤ 健診受診者	33,402円		28,505円		28,505円		27,730円		33,090円		37,859円						
		⑥ 健診未受診者	4576万円		4195万円		4195万円		4153万円		4207万円		4142万円						
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	9.8%		10.2%		10.2%		9.9%		10.2%		11.2%						
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	1億2696万円		1億2052万円		1億2052万円		1億0609万円		1億0520万円								
		⑨ 1件あたり	39,090円		38,176円		38,176円		35,293円		36,604円								
		⑩ 糖尿病入院総医療費	1億5310万円		1億2202万円		1億2202万円		9917万円		1億0857万円								
		⑪ 1件あたり	715,441円		572,857円		572,857円		547,879円		613,363円								
		⑫ 右院日数	22日		21日		21日		21日		22日								
		⑬ 慢性腎不全医療費	4940万円		5044万円		5044万円		6133万円		4167万円		2869万円						
⑭ 透析有り	4685万円		4718万円		4718万円		5871万円		4031万円		2645万円								
⑮ 透析なし	255万円		326万円		326万円		262万円		136万円		228万円								
7	介護	① 介護給付費	8億7547万円		8億8116万円		8億8116万円		8億7156万円		8億7689万円		8億6712万円						
		② (2号認定者)糖尿病合併症	3件		42.9%		2件		33.3%		1件		16.7%		1件		25.0%		
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	2人		1.7%		2人		1.7%		2人		1.7%		0人		0.0%		
			2人		1.7%		2人		1.7%		1人		0.8%		667人		0.9%		

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

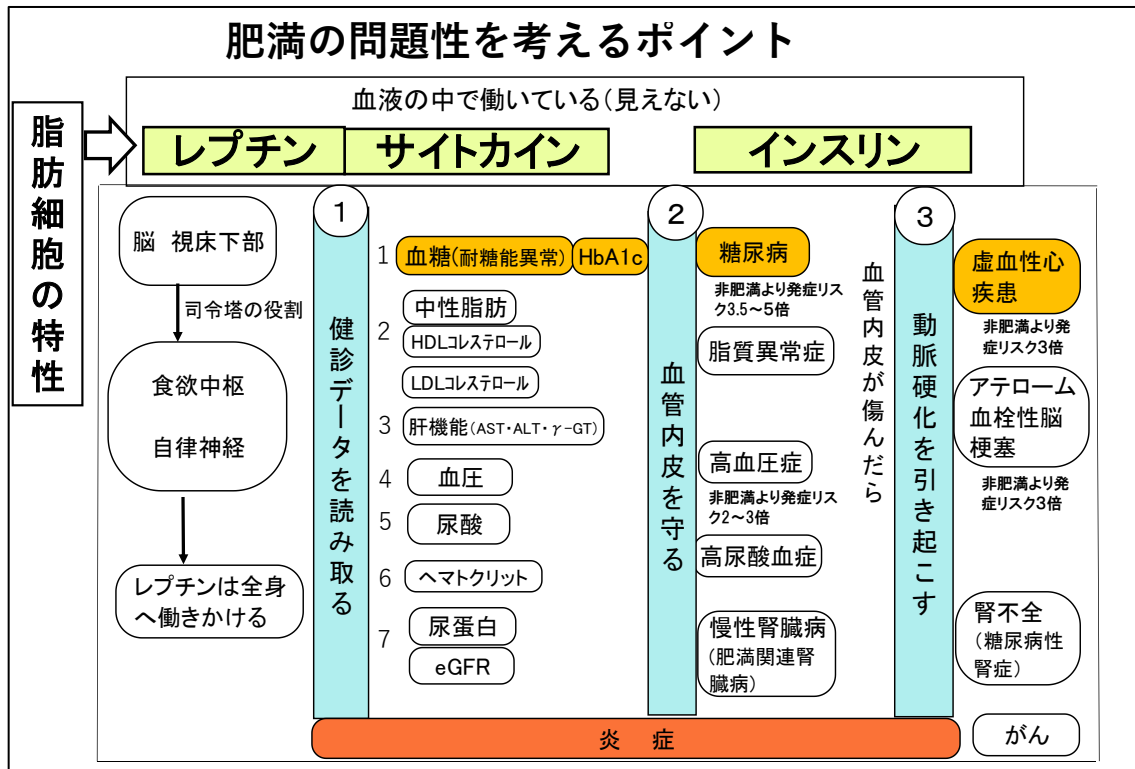
1) 基本的な考え方

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ます。

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

なお、取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59 のとおり、とくに男性の若い世代（40 歳～64 歳未満）で肥満 I 度、II 度の割合が高い状況です。

図表 59 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類									
					肥満				高度肥満					
					肥満 I 度 BMI25～30未満		肥満 II 度 BMI30～35未満		肥満 III 度 BMI35～40未満		肥満 IV 度 BMI40以上			
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳		
総数	219	457	84	159	64	128	18	27	2	3	0	1		
				38.4%	34.8%	29.2%	28.0%	8.2%	5.9%	0.9%	0.7%	0.0%	0.2%	
再掲	男性	121	223	52	82	42	68	10	14	0	0	0	0	
					43.0%	36.8%	34.7%	30.5%	8.3%	6.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	女性	98	234	32	77	22	60	8	13	2	3	0	1	
					32.7%	32.9%	22.4%	25.6%	8.2%	5.6%	2.0%	1.3%	0.0%	0.4%

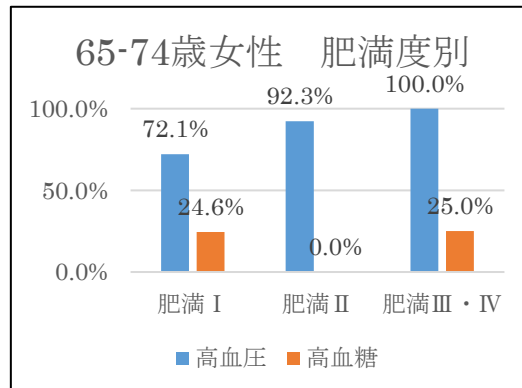
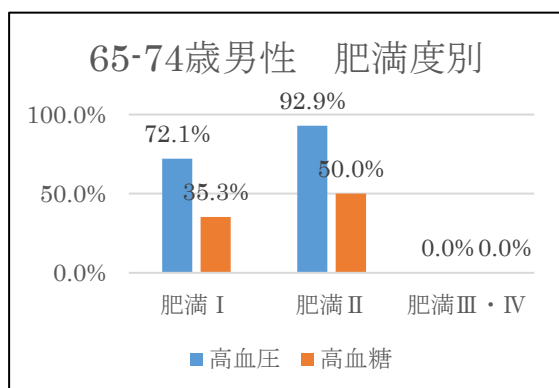
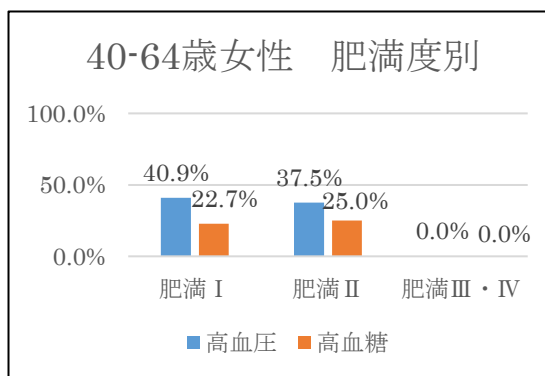
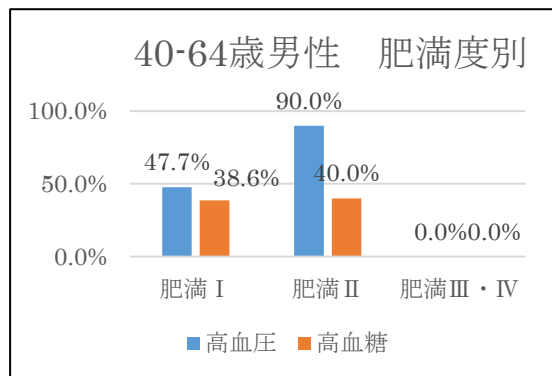
出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位をつけます。

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

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます。

図表 60 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



図表 60 を見ると、年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、両疾患の発症が 50% 満たない肥満 I 度で、若い世代(40~64 歳)を対象とすることが効果的である事が分かります。

3) 対象者の明確化

図表 61 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A	344	33	44	133	134	332	16	39	140	137	
メタボ該当者	B	105	7	11	42	45	45	0	4	22	19	
	B/A	30.5%	21.2%	25.0%	31.6%	33.6%	13.6%	0.0%	10.3%	15.7%	13.9%	
再掲	① 3項目全て	C	38	1	1	13	23	11	0	0	6	5
		C/B	36.2%	14.3%	9.1%	31.0%	51.1%	24.4%	—	0.0%	27.3%	26.3%
	② 血糖+血圧	D	19	1	2	9	7	5	0	1	3	1
		D/B	18.1%	14.3%	18.2%	21.4%	15.6%	11.1%	—	25.0%	13.6%	5.3%
	③ 血圧+脂質	E	43	5	7	16	15	25	0	2	12	1
		E/B	41.0%	71.4%	63.6%	38.1%	33.3%	55.6%	—	50.0%	54.5%	57.9%
	④ 血糖+脂質	F	5	0	1	4	0	4	0	1	1	2
		F/B	4.8%	0.0%	9.1%	9.5%	0.0%	8.9%	—	25.0%	4.5%	10.5%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 62 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし			
				人数	割合	人数	割合				人数	割合	人数	割合		
総数	344	105	30.5%	91	86.7%	14	13.3%	332	45	13.6%	42	93.3%	3	6.7%		
40代	33	7	21.2%	5	71.4%	2	28.6%	16	0	0.0%	0	—	0	—		
50代	44	11	25.0%	9	81.8%	2	18.2%	39	4	10.3%	2	50.0%	2	50.0%		
60代	133	42	31.6%	35	83.3%	7	16.7%	140	22	15.7%	21	95.5%	1	4.5%		
70~74歳	134	45	33.6%	42	93.3%	3	6.7%	137	19	13.9%	19	100.0%	0	0.0%		

出典:ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者の状況(図表 61)は、男性で 60 代から受診者の 3 割を超えるが、女性では 60 代・70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効果的であると考えます。また、男女ともに血圧+脂質異常の組み合わせが多い事が分かります。

さらに、男性では、70 代から動脈硬化の危険因子である血圧・脂質・血糖の 3 項目併せ持った方の割合が高く、若い頃に肥満の解決と早期に治療に結び付ける等の重症化予防対策が必要であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状

況(図表 62)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

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

(1) 対象者の選定基準の考え方

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

(2) 対象者の管理

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

5 月 対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定

6 月～特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)

(2) 最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 63 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

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

(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。高森町においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施を検討します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

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

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。

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

6) 評価

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標について年に1回評価します。

個々の評価については、特定保健指導対象者や他の重症化予防対象者と重複すると考えられるため、他の事業の中で実施していきます。

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

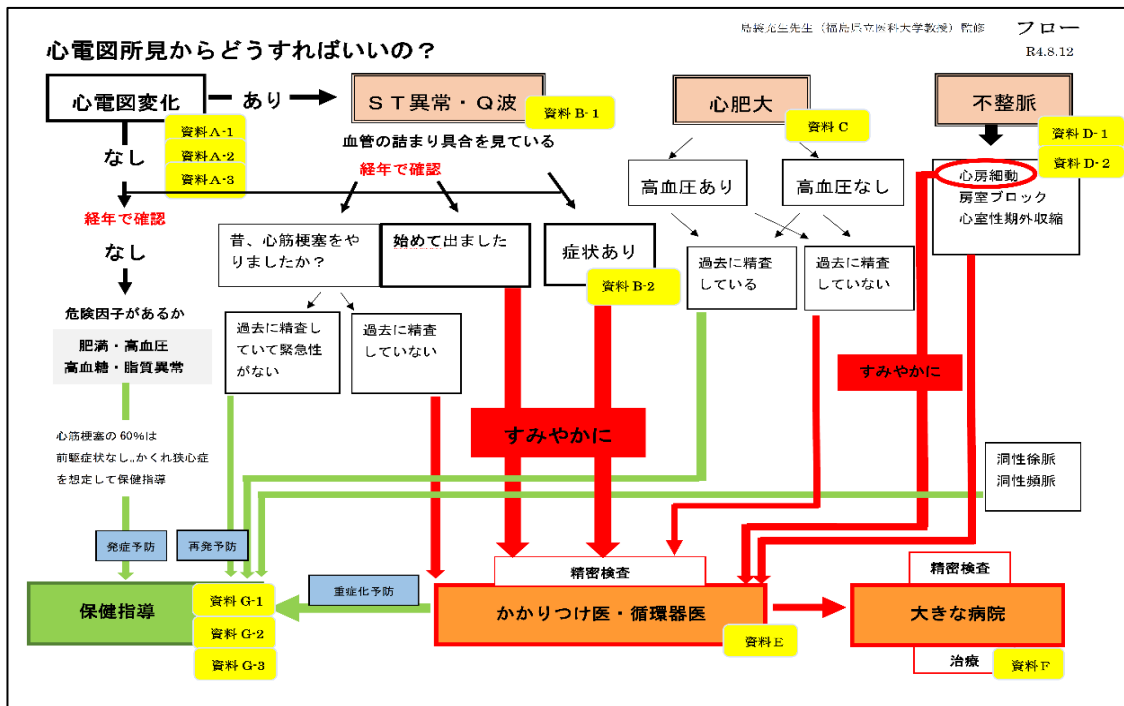
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(2) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 66 に基づいて考えます。

図表 64 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

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

高森町においては、心電図検査を 670 人(94.8%)に実施し、そのうち有所見者が 173 人(25.8%)で

した。所見の中でもST-T変化が11人(6.4%)で、所見率が一番高く、女性の有所見率が高いことがわかります。(図表 65)

また、有所見者のうち心房細動での要精査が1人(50%)で、その後の受診状況では医療機関の受診が確認されています。(図表 66)。しかしながら、心房細動以外の所見ではST変化、異常Q派については保健指導対象としていますが、その他の異常所見についても、図表 67 フロー図を基に必要な方への受診勧奨や保健指導を実施する必要があります。

図表 65 心電図検査結果

性別・年齢	心電図検査				所見内訳																
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
40～74歳	670	94.8%	173	25.8%	2	1.2%	11	6.4%	1	0.6%	33	19.1%	8	4.6%	47	###	4	2.3%	29	16.8%	
内訳	男性	344	94.5%	88	25.6%	2	2.3%	3	3.4%	0	0.0%	20	22.7%	6	6.8%	29	33.0%	2	2.3%	16	18.2%
女性	326	95.1%	85	26.1%	0	0.0%	8	9.4%	1	1.2%	13	15.3%	2	2.4%	18	21.2%	2	2.4%	13	15.3%	

町調べ

図表 66 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	4	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
男性	2	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
女性	2	0.6%	1	50.0%	1	100.0%	0	0.0%

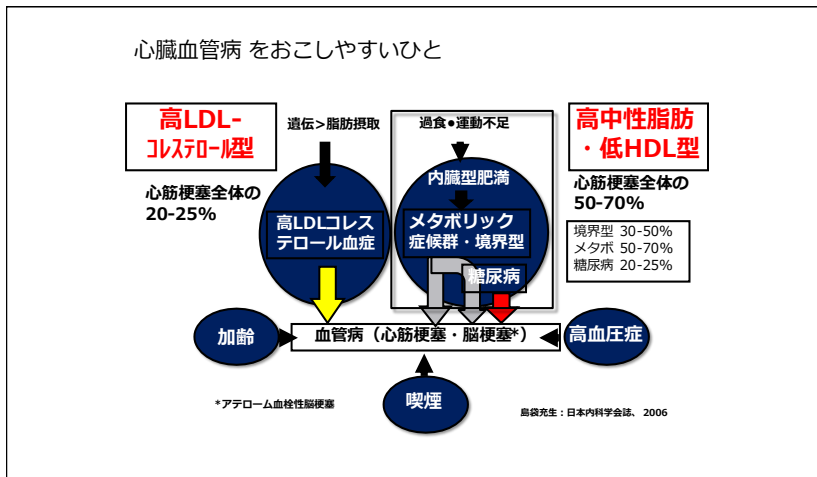
町調べ

②心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の60%は前駆症状ないため)積極的に保健指導を行う必要があります。

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 69)

図表 67 心血管病をおこしやすいひと



図表 68 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、第4章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 63・64)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ^①(図表 70)

図表 68 冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標

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

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

図表 69 心電図所見からの保健指導教材（例示）

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

(2) 二次健診の実施

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

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

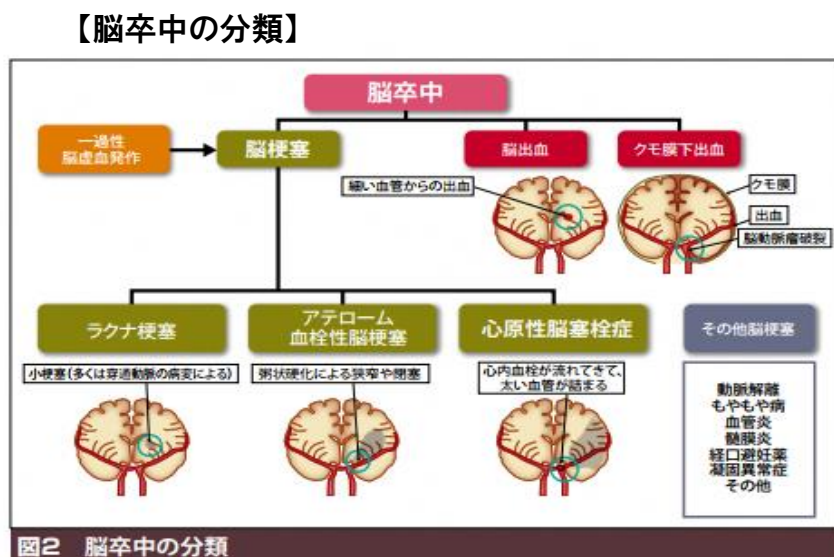
6 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 70.71)

図表 70 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

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) 脳血管疾患に係る町の実態と対象者の明確化

(1) 脳血管疾患発症の実態をみる

高森町の脳血管疾患の種類をみてみると、図表 72 のとおり、国保、後期高齢者において脳梗塞の割合が最も多い状況でした。市町村平均との割合比較においては、国保世代ではくも膜下出血、後期高齢者では脳梗塞、くも膜下出血の割合が高くなっている状況がみえました。

脳梗塞の種類を図表 73 でみてみると、国保、後期、介護認定者とも、心原性脳塞栓症の割合が低く、ラクナ梗塞の割合が最も高くなっており、市町村平均の割合と比較しても割合が高くなっています。

また、国保、後期ではアテローム血栓性脳塞栓症の割合も市町村平均よりも高くなっていました。

図表 72 脳血管疾患の種類をみる (令和4年度)

	国保		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
市町村計	402,744	2,512	0.62%	639	0.16%	163	0.04%	
高森町	1,779	12	0.67%	3	0.17%	2	0.11%	

	後期高齢		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
市町村計	284,602	8,874	3.12%	1,333	0.47%	270	0.09%	
高森町	1,398	62	4.43%	7	0.50%	2	0.14%	

図表 73 脳梗塞の種類をみる (令和4年度)

国保	脳梗塞人数		ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳塞栓症		心原性脳塞栓症		
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
市町村計	402,744	2,513	0.62%	737	29.3%	363	14.4%	279	11.1%
高森町	1,779	12	0.7%	4	33.3%	2	16.7%	1	8.3%

後期	脳梗塞人数		ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳塞栓症		心原性脳塞栓症		
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
市町村計	284,602	8,874	3.1%	2,407	27.1%	1,103	12.4%	1,502	16.9%
高森町	1,398	62	4.4%	19	30.6%	9	14.5%	8	12.9%

介護認定者	ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳塞栓症		心原性脳塞栓症		
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	21,139	5,524	26.1%	2,227	10.5%	2,543	12.0%
高森町	121	48	39.7%	11	9.1%	12	9.9%

(2) 重症化予防対象者の抽出

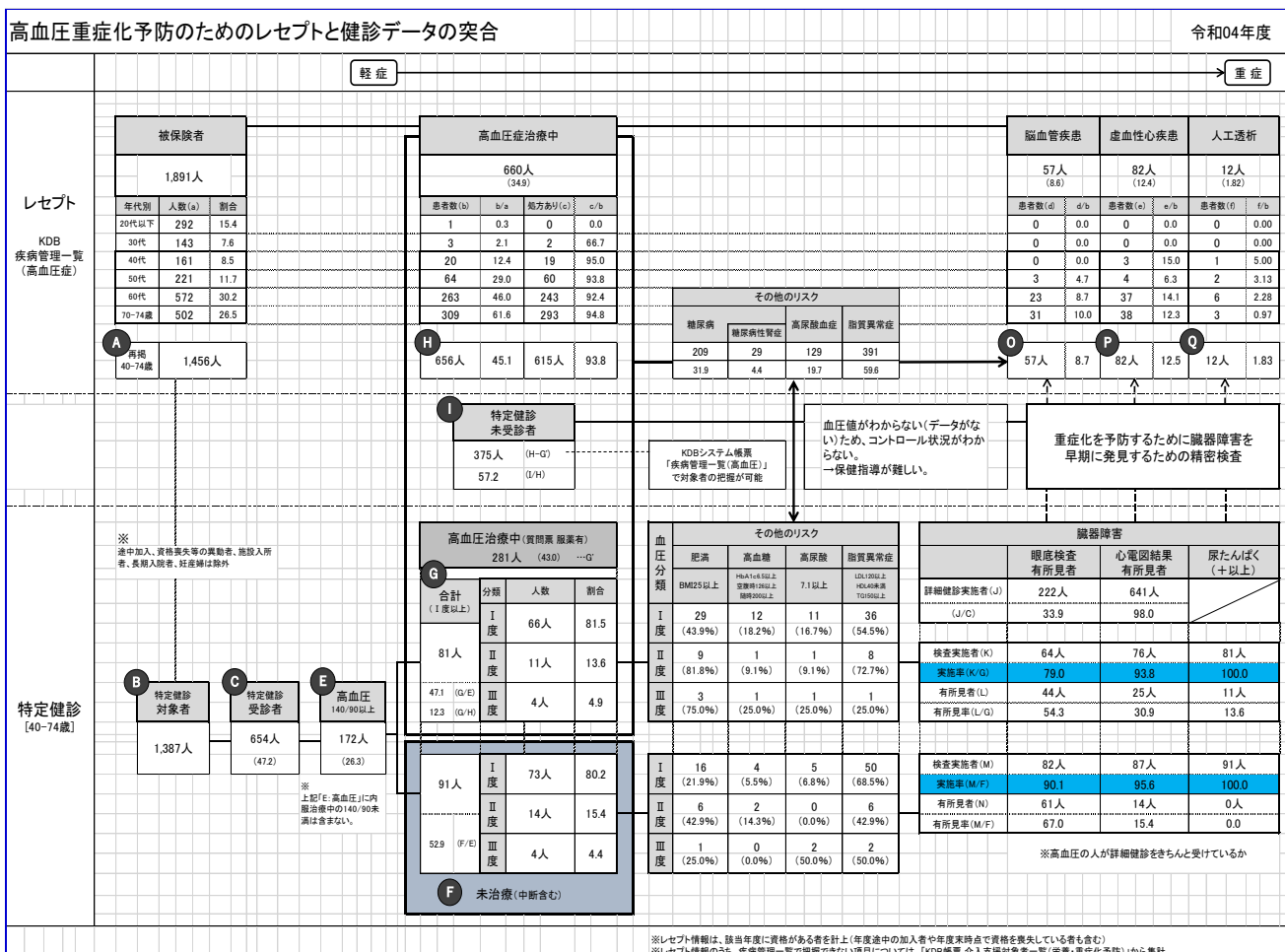
脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 74 でみると、高血圧治療者 656 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 57 人(8.7%)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 33 人(5.0%)であり、そのうち 18 人(54.5%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 15 人(5.3%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)や心電図(詳細検査)の実施は集団健診では高い状況ですが、個別健診での詳細健診の実施率が低い状況にあります。若い世代での脳血管疾患の発症や医療費の削減のためにもハイリスク者について詳細健診を受けることが出来るように関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

図表 74 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

第2期計画では、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75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者にあたるため、より脳心疾患リスクの高い対象者に保健指導を実施できるよう、対象者の見直しを行っていきます。

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和03年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	Ⅰ度高血圧 140~159 /90~99	Ⅱ度高血圧 160~179 /100~109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上
リスク第1層 予後影響因子がない	9,010 6.2%	4,549 7.8%	3,293 4.7%	929 4.6%	239 2.5%
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がる	5,034 55.9%	2,529 55.6%	1,885 57.2%	502 54.0%	118 49.4%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁脈症性心房細動、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つ以上あがる	3,414 37.9%	1,663 36.6%	1,252 38.0%	384 41.3%	115 48.1%

高リスク

中等リスク

低リスク

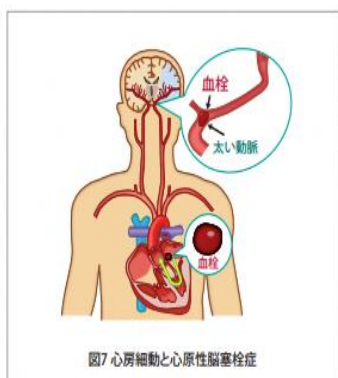
区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	2,377
		26.4%
B	概ね1ヵ月後に再評価	3,747
		41.6%
C	概ね3ヵ月後に再評価	2,886
		32.0%

※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、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 非弁脈症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

出典:ヘルスサポートラボツール

図表75は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(4) 心電図検査における心房細動の実態



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

図表76は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 76 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	344	332	325	94.5%	316	95.2%	2	0.6%	2	0.6%	--	--
40代	33	16	32	97.0%	16	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	44	39	43	97.7%	38	97.4%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	133	140	124	93.2%	131	93.6%	1	0.8%	1	0.8%	1.9%	0.4%
70～74歳	134	137	126	94.0%	131	95.6%	1	0.8%	1	0.8%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 77 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
4	0	0.0%	4	100.0%

町調べ

心電図検査において4人が心房細動の所見がありました。男女の差はなく、年齢構成も若い世代の方はいませんでした。また、心電図有所見者4人は既に治療が開始されていました。また、今後は心房細動等の不整脈の早期発見のために、自己検脈の周知についても行っていきます。

すでに本町では、ほぼ全ての健診受診者に心電図検査が実施できていますが、第3期計画においても、心電図検査の全数実施に努め、心電図検査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ていきます。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

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

- ③ 形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈 CT(冠動脈石灰化)
- ④ 血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

脳血管疾患発症予防のためには、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な方については、健診結果(経年表)やその他の連携ツール(糖尿病連携手帳、血圧記録手帳等)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方や治療中断が心配される方については、直接医療機関へ出向き連携を図る等、対象者の状況に応じた連携を行っていきます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標について年に1回評価します。

アウトプット評価やプロセス評価については年度内(2月頃)に実施し、課題を整理し次年度計画へ反映します。また、アウトカム評価については、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については、次年度の健診結果で行います。

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

高森町は、令和2年度より熊本県後期高齢者医療広域連合から、本町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行います。

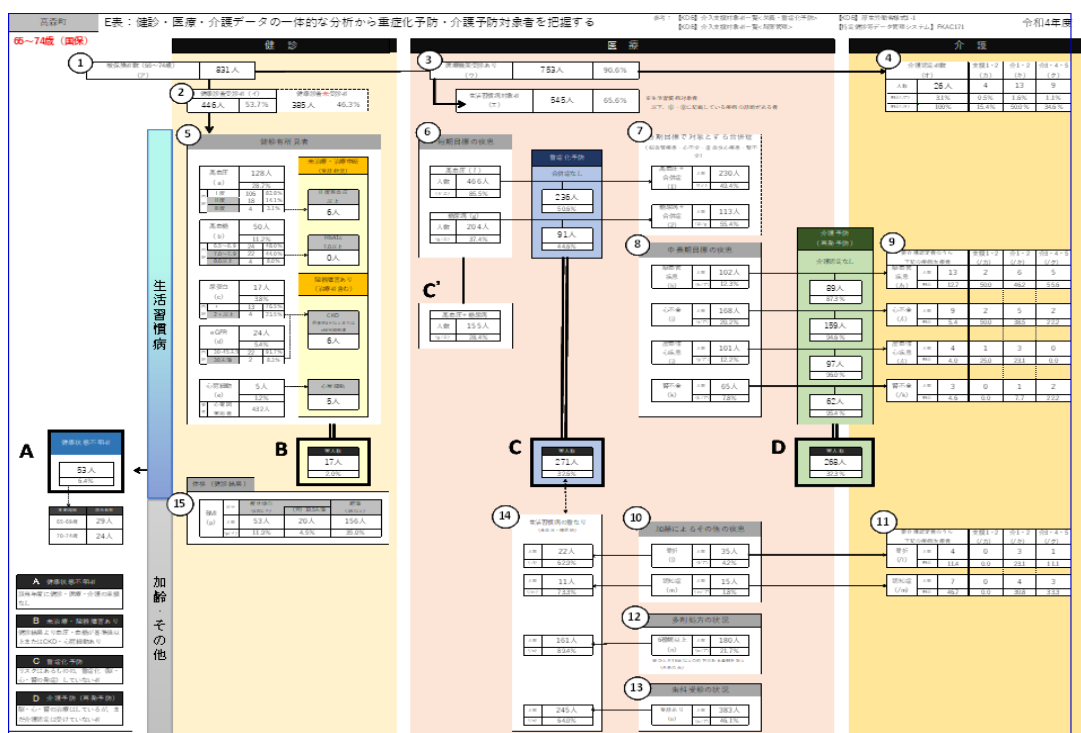
具体的には、

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(管理栄養士・保健師)を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 78 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 発症予防

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

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

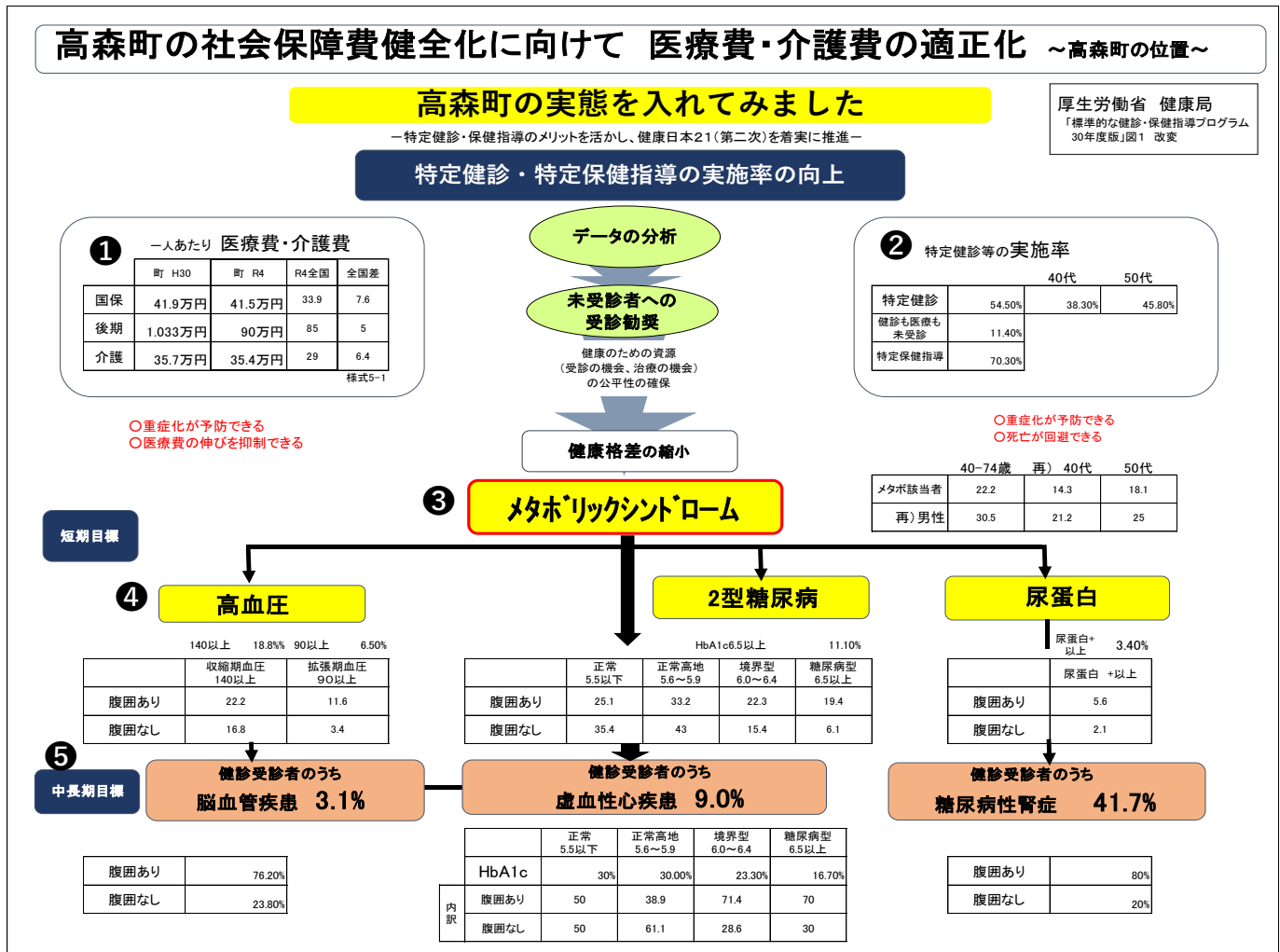
図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える - 基本的考え方 - (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)																
発症予防 → 重症化予防																
1 根拠法	健康増進法															
	母子保健法			児童福祉法			学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)				
2 計画	健康増進計画(県)(市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】															
データヘルス計画【保健事業実施計画】(各被保険者)																
3 年代	妊婦(胎児期)		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳			15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上	
4 健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診断 就学時健診 (11・12条)			児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)
	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)			
5 対象者 健診内容	血糖	95mg/dl以上								空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
	HbA1c	6.5%以上								6.5%以上						
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上														
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上									空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上					
	(診断)妊婦糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの														
	身長 体重															
	BMI										25以上					
	肥満度				加齢 [*] 18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上							
	尿糖	(+)以上									(+)以上					
糖尿病家族歴																

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表 80,81)

図表 80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 81 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 2019~2021年平均 ~

よく購入・消費されているもの

あまり購入・消費

外食等	順位 (対全国比)
ハンバーガー	1位 (1.4倍)
焼肉	8位 (1.3倍)

食品	順位 (対全国比)
合いびき肉	1位 (1.7倍)
鶏肉	2位 (1.3倍)
ウインナー	9位 (1.1倍)

食品	順位 (対全国比)
ほうれん草	53位 (0.6倍)
ブロッコリー	51位 (0.8倍)
葉茎菜	53位 (0.8倍)

飲料	順位 (対全国比)
焼酎	5位 (1.3倍)
発泡酒	7位 (1.3倍)
乳酸菌飲料	10位 (1.1倍)

食品	順位 (対全国比)
マヨネーズ	1位 (1.3倍)
ケチャップ	2位 (1.2倍)
ドレッシング	5位 (1.1倍)

まんじゅう	5位 (1.6倍)
チョコレート菓子	5位 (1.2倍)
スナック菓子	10位 (1.2倍)



朝食を抜くことが週に3回以上ある	
総数	12位
40~44歳男性	7位
40~44歳女性	8位

第7回NDBオープンデータ

図表 82 高森町の実態と食習慣の背景

食べ方

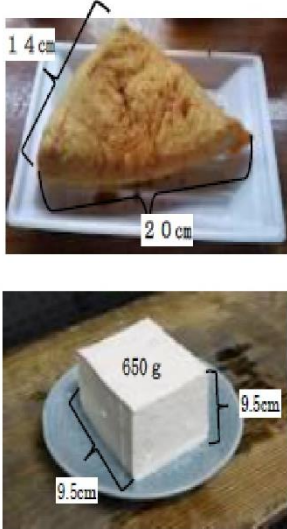
- ・しっかり食べないと仕事にならないと考えている。
- ・食事は大皿盛で、量は多め。
- ・農繁期、農閑期での食事の時間帯が異なる。
- ・毎食、漬物を食べる人が多い。
- ・漬物に醤油をかけて食べる。
- ・就寝前に夜食(アイスクリーム、果物、お菓子)を食べる人が多い。
- ・いつもアメ玉をかばんに入れている。
- ・熱中症予防に塩飴や塩タブレットをとる。
- ・AM10時とPM3時にお茶のみ休憩やお茶請けで、まんじゅうやお菓子、漬物等の提供がある。
- ・飲み物は、缶コーヒー(2~3本/日)、栄養ドリンク、乳酸飲料、スポーツ飲料など。
- ・缶コーヒーを好み箱買いをしており、来客にもてなす。
- ・日持ちがする菓子パンやお菓子・アイスクリーム・インスタントラーメン・レトルト食品などの買い置きがある。
- ・肉類・大豆製品の摂取が多い。
- ・野菜は根菜類の摂取が多く、野菜等は出荷用で食べない。
- ・野菜と豆腐はヘルシーだからいくら食べても大丈夫と思っている人が多い。
- ・毎日晩酌、休肝日なし。
- ・つまみやおかずは魚より肉類が多い。(焼肉、すき焼き、から揚げ、焼き鳥、ホルモン等)
- ・惣菜利用の増加。
- ・様々な集まり後の飲酒習慣
- ・味付けは濃い(甘辛い)方が好まれる。
- ・砂糖の使用も多い
- ・九州特有の醤油(甘い)を多く使用している。

推測できること

- ・エネルギー・塩分・糖分の過剰摂取。
- 甘辛い味に慣れているので調理の時に塩分・糖分で調整するので味が濃くなっていく。
- ・野菜等の摂取量が少ない。
- 糖分の多い野菜(根菜類・芋類)を好み緑黄色野菜が少ない。
- ・飲酒量の増加・休肝日がない→肝機能が休まっていない。
- ・遅い夕食・夜食での脂肪の蓄積→体重増加

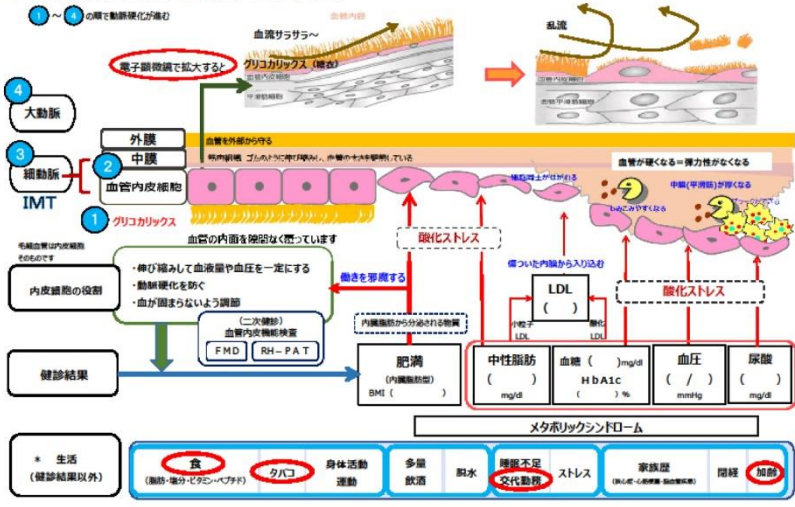
からだの実態

	H30年度	順位	R4年度	順位
受診率	52.4%		54.5%	
メタボ該当者割合	29.2%		30.9%	
BMI25以上	32.6%	6位	35.3%	2位
HbA1c7.0以上	3.9%	39位	5.8%	15位
8.0以上	1.52%	16位	1.3%	25位
血圧Ⅱ度(160/100)以上	4.0%	36位	5.0%	34位
LDL-C180以上	3.3%	24位	2.3%	31位
人工透析率	1.0%		1.2%	



食品名	分量	炭水化物	たんぱく質	脂質	
油揚げ 1枚	全国普通	20~30g	0.5g	3.7g	6.6g
	高森	80~120g	2.5g	18.6g	33.1g
木綿豆腐 1丁	全国普通	200~300g	3.2g	13.2g	8.4g
	高森	650g	10.2g	40.3g	25.9g

血管内皮を傷めるリスクは何だろう



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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高森町の位置

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

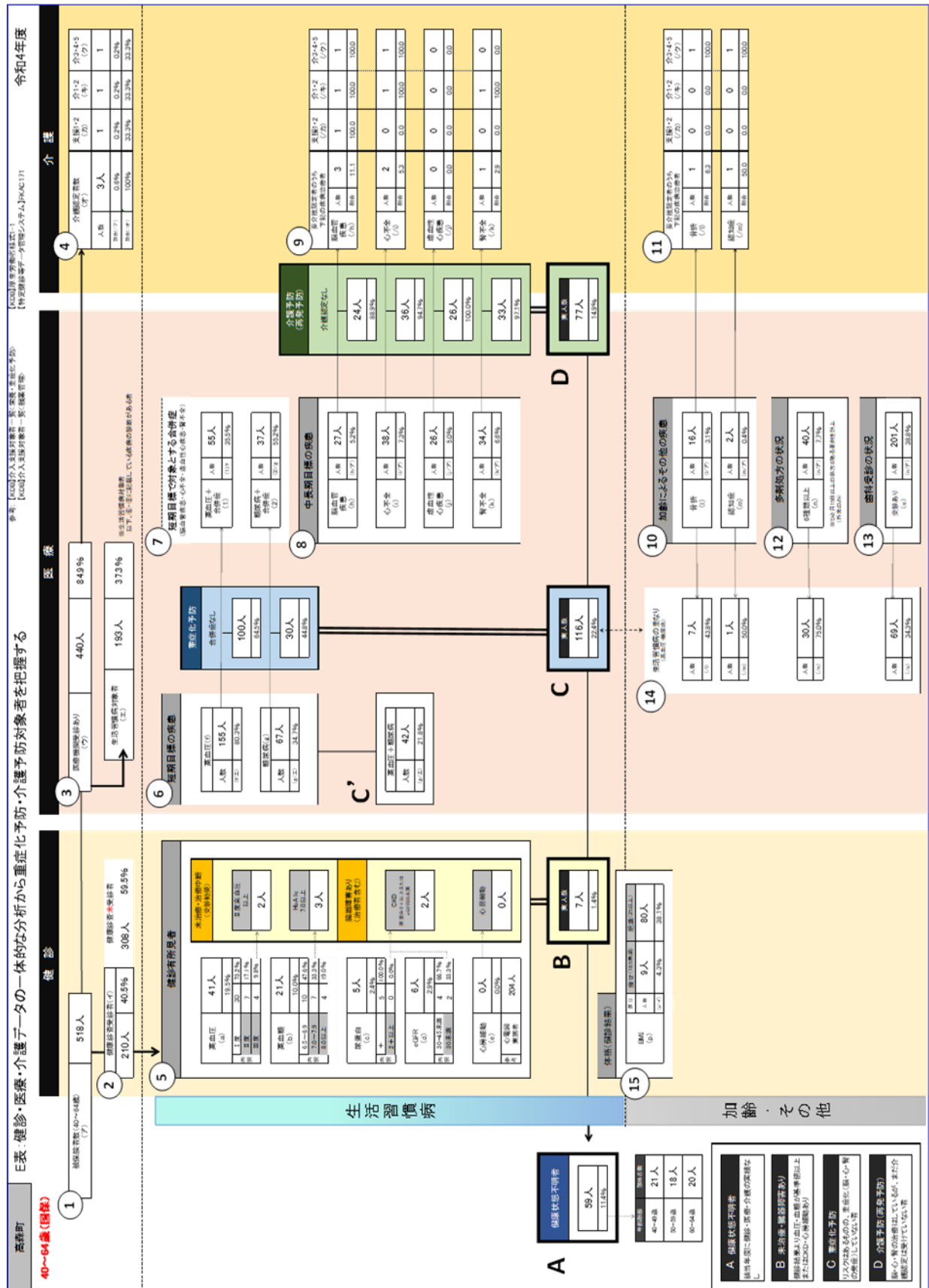
参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた高森町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた高森町の位置										R04年度		
項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (OSV)		
		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	5,764		1,680,058		1,713,102		123,214,261		KDB,ND 5 人口の状況 KDB,ND 3 高齢・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)	2,503	43.4	662,426	39.4	540,538	31.6	35,335,806	28.7		
		75歳以上	1,331	23.1	—	—	282,460	16.5	18,248,742	14.8		
		65~74歳	1,172	20.3	—	—	258,078	15.1	17,087,063	13.9		
		40~64歳	1,718	29.8	—	—	543,167	31.7	41,545,893	33.7		
	39歳以下	1,543	26.8	—	—	629,397	36.7	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業	24.8		17.0		9.8		4.0		KDB,ND 3 高齢・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第2次産業	18.1		25.3		21.1		25.0			
		第3次産業	57.0		57.7		69.1		71.0			
	③ 平均寿命	男性	81.2		80.4		81.2		80.8		KDB,ND 1 地域全体像の把握	
女性		87.4		86.9		87.5		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護以上)	男性	78.7		79.5		80.4		80.1		KDB,ND 1 地域全体像の把握		
	女性	85.4		84.2		85.0		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	91.3		103.1		94.9		100		KDB,ND 1 地域全体像の把握	
		死因	がん	19	42.2	7,089	46.3	5,349	48.2	378,272		50.6
			心臓病	15	33.3	4,562	29.8	3,242	29.2	205,485		27.5
			脳疾患	7	15.6	2,404	15.7	1,547	13.9	102,900		13.8
			糖尿病	0	0.0	283	1.8	202	1.8	13,896		1.9
			腎不全	4	8.9	622	4.1	476	4.3	26,946		3.6
			自殺	0	0.0	346	2.3	282	2.5	20,171		2.7
	合計											
	② 早世子防からみた死亡 (65歳未満)	男性									厚労省HP 人口動態調査	
		女性										
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	478	19.5	127,161	19.4	108,069	20.2	6,724,030	19.4	KDB,ND 1 地域全体像の把握	
		新規認定者	要支援1,2	1	0.2	2,078	0.3	1,261	0.3	11,0289		0.3
			要介護1,2	5,966	52.2	1,297,770	46.8	1,308,567	49.0	78,107,378		46.3
			要介護3以上	4,460	39.0	1,111,908	40.1	984,793	36.8	68,963,503		40.8
			2号認定者	5	0.29	2,073	0.39	1,879	0.35	156,107		0.38
	② 有病状況	糖尿病	94	20.3	30,162	22.6	25,945	23.1	1,712,613	24.3	KDB,ND 1 地域全体像の把握	
		高血圧症	307	63.2	71,773	54.3	65,761	58.7	3,744,672	53.3		
		脂質異常症	143	29.1	39,654	29.6	37,156	32.8	2,308,216	32.6		
		心臓病	333	68.8	80,304	60.9	73,556	65.7	4,224,628	60.3		
		脳疾患	138	28.0	30,910	23.8	25,387	22.8	1,568,292	22.6		
		がん	44	8.6	14,782	11.0	13,445	12.0	837,410	11.8		
		筋・骨格	291	58.1	71,540	54.1	66,287	59.2	3,748,372	53.4		
	精神	227	47.5	49,589	37.8	45,259	40.5	2,569,149	36.8			
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	354,395	887,050,954	314,188	288,126,001,519	310,858	188,030,405,220	290,668	100,742,428,883		
		1件当たり給付費(全体)	77,560		74,986		62,823		59,662			
居宅サービス		45,357		43,722		42,088		41,272				
施設サービス		288,625		289,312		303,857		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	9,928		9,224		9,463		8,610			
	認定なし	4,390		4,375		4,221		4,020				
4	① 国保の状況	被保険者数	1,678		427,153		383,407		27,488,882		KDB,ND 1 地域全体像の把握	
		65~74歳	817	48.7	—	—	174,230	45.4	11,129,271	40.5		
		40~64歳	515	30.7	—	—	118,490	30.9	9,088,015	33.1		
		39歳以下	346	20.6	—	—	90,687	23.7	7,271,596	26.5		
	加入率	29.1		25.6		22.4		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	150	0.4	208	0.5	8,237	0.3	KDB,ND 5 高齢者の状況	
		診療所数	5	3.0	1,147	2.7	1,473	3.8	102,593	3.7		
		病床数	0	0.0	15,964	37.4	32,745	85.4	1,507,471	54.8		
		医師数	5	3.0	1,780	4.2	5,415	14.1	339,611	12.4		
		外来患者数	746.7		692.2		768.9		687.8			
入院患者数	26.7		22.7		26.2		17.7					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	415,062	—	376,732	—	407,772	—	339,680	—	KDB,ND 3 高齢・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB,ND 1 地域全体像の把握		
	受診率	県内23位	773.322		714.851		795.102		705.439			
		同規模3位										
	外来	費用の割合	55.4		56.3		54.5		60.4			
		件数の割合	96.6		96.8		96.7		97.5			
	入院	費用の割合	44.6		43.7		45.5		39.6			
件数の割合		3.4		3.2		3.3		2.5				
1件あたり在院日数	19.0日		16.4日		18.1日		15.7日					

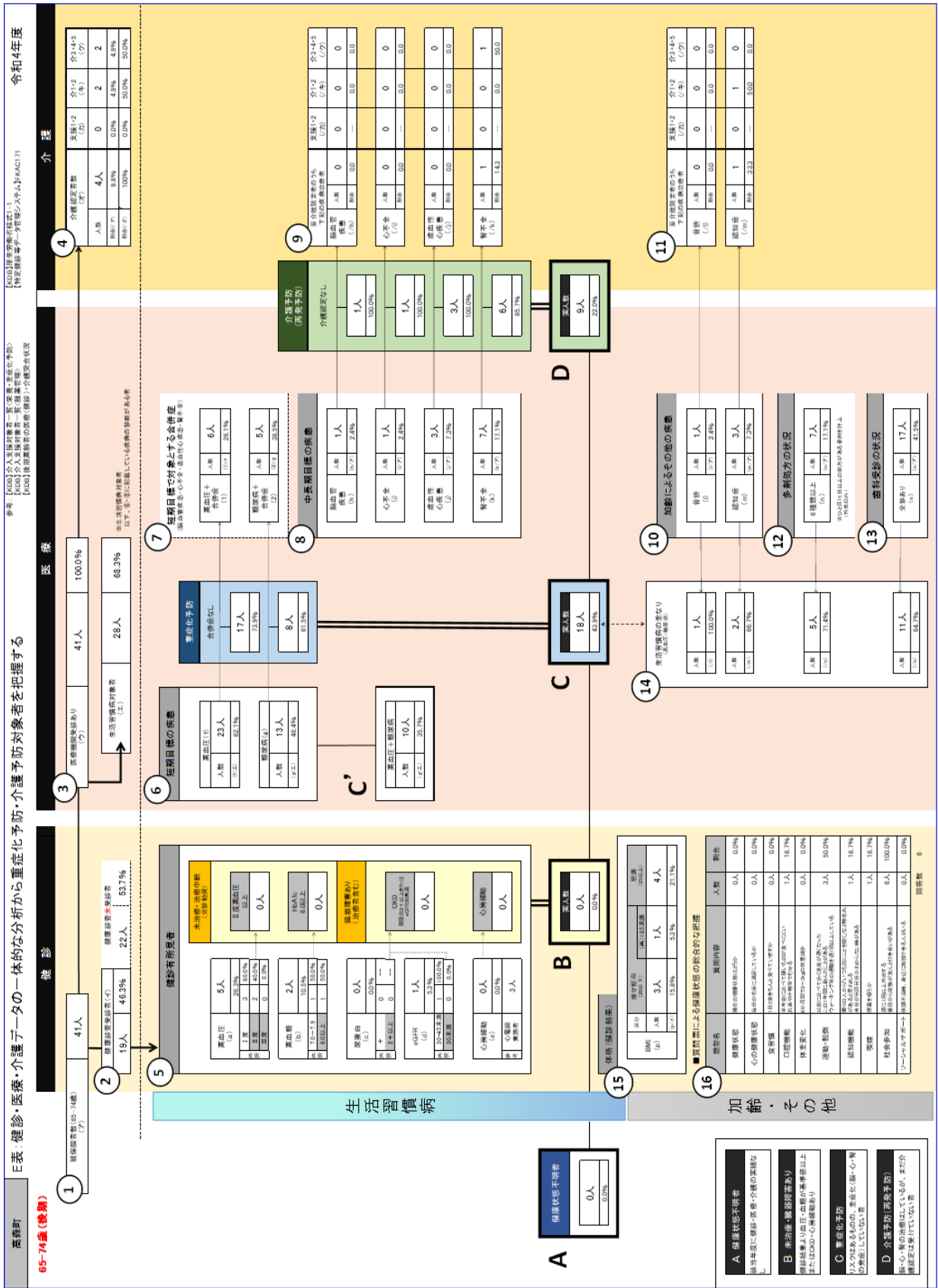
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療費診療科目名 (請用書付)	がん	122,078,280	29.7	31.3	27.3	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護一 たからみ地域の健 康課題				
			慢性腎不全(透析あり)	39,198,000	9.5	7.2	10.7	8.2					
			糖尿病	38,892,320	9.5	11.3	10.9	10.4					
			高血圧症	26,077,430	6.3	6.6	6.0	5.9					
			脂質異常症	18,286,120	4.4	3.8	3.3	4.1					
			脳梗塞・脳出血	14,212,850	3.5	3.9	3.6	3.9					
			狭心症・心筋梗塞	6,414,360	1.5	2.8	2.0	2.8					
			精神	9,108,670	22.1	14.9	18.6	14.7					
	筋・骨格	52,422,390	12.7	17.3	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	681	0.4	430	0.3	435	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)		
				糖尿病	1,246	0.7	1,426	0.9	2,168	1.2		1,144	0.9
				脂質異常症	753	0.4	69	0.0	117	0.1		53	0.0
		脳梗塞・脳出血	8,078	4.4	6,762	4.1	7,036	3.8	5,993	4.5			
		虚血性心疾患	3,862	2.1	4,422	2.7	3,398	1.8	3,942	2.9			
腎不全		5,354	2.9	4,755	2.9	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	14,860	6.5	12,793	6.0	12,283	5.5	10,143	4.9			
		糖尿病	22,171	9.6	21,925	10.3	21,299	9.6	17,720	8.6			
		脂質異常症	10,145	4.4	7,606	3.6	6,890	3.1	7,092	3.5			
脳梗塞・脳出血	392	0.2	943	0.4	625	0.3	825	0.4					
虚血性心疾患	1,818	0.8	1,933	0.9	1,621	0.7	1,722	0.8					
腎不全	27,182	11.8	16,719	7.9	23,648	10.6	15,781	7.7					
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	5,930		3,122		2,450		2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護一 たからみ地域の健 康課題		
			健診未受診者	11,205		12,911		13,484		13,295			
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	15,586		9,063		6,758		6,142			
			健診未受診者	29,451		37,482		37,197		40,210			
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	340	53.6	81,311	58.1	55,575	56.8	3,698,441	56.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		医療機関受診率	304	47.9	73,037	52.2	50,251	51.3	3,375,719	51.9			
		医療機関非受診率	36	5.7	8,274	5.9	5,324	5.4	322,722	5.0			
5	特定健診の 状況	メタボ	健診受診者	634		139,850		97,898		6,503,152	KDB_NO.3 健診・医療・介護一 たからみ地域の健 康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			受診率	53.0		県内17位 同規模51位	44.7	36.4	全国26位	35.3			
			特定保健指導終了者(実施率)	52	72.2	2678	16.0	3,313	28.6	69,327		9.0	
			非肥満高血糖	59	9.3	14,190	10.1	8,692	8.9	588,083		9.0	
			該当者	143	22.6	30,227	21.6	20,321	20.8	1,321,197		20.3	
				男性	101	30.7	21,300	32.1	14,222	32.4		923,222	32.0
			予備群	76	12.0	16,236	11.6	11,800	12.1	730,607		11.2	
				男性	47	14.3	11,464	17.3	8,107	18.5		515,813	17.9
			市内市町村数	女性	29	9.5	4,772	6.5	3,693	6.8		214,794	5.9
				総数	233	36.8	51,122	36.6	35,581	36.3		2,273,296	35.0
			47市町村	男性	159	49.3	35,935	54.2	24,633	56.1		1,592,747	55.3
				女性	74	24.3	15,187	20.6	10,948	20.3		680,549	18.8
			同規模市町村数	男性	45	7.1	8,128	5.8	4,148	4.2		304,276	4.7
				女性	10	3.0	1,372	2.1	620	1.4		48,780	1.7
240市町村	男性	35	11.5	6,756	9.2	3,528	6.5	255,496	7.1				
	女性	5	0.8	963	0.7	705	0.7	41,541	0.6				
血圧のみ	57	9.0	11,851	8.5	8,557	8.7	514,593	7.9					
脂質のみ	14	2.2	3,422	2.4	2,538	2.6	174,479	2.7					
血糖・血圧	22	3.5	5,115	3.7	3,517	3.6	193,722	3.0					
血糖・脂質	9	1.4	1,475	1.1	985	1.0	67,212	1.0					
血圧・脂質	68	10.7	13,535	9.7	9,222	9.4	630,648	9.7					
血糖・血圧・脂質	44	6.9	10,102	7.2	6,597	6.7	429,615	6.6					
6	問診の状況	服薬	高血圧	261	41.2	55,201	39.5	37,276	38.1	2,324,538	35.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病	69	10.9	14,674	10.5	9,143	9.3	564,473	8.7		
			脂質異常症	199	31.4	38,748	27.7	26,402	27.0	1,817,350	28.0		
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	26	4.1	4,389	3.3	2,933	3.0	199,003	3.1		
既往歴	腎不全	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	53	8.4	8,295	6.2	5,477	5.7	349,845	5.5			
		腎不全	6	0.9	1,283	0.9	662	0.7	51,680	0.8			
		貧血	77	12.9	12,237	9.0	10,590	11.0	669,737	10.6			
		喫煙	101	15.9	21,078	15.1	13,307	13.6	896,676	13.8			
6	生活習慣の 状況	週3回以上朝食を抜く	42	7.3	11,378	8.6	9,112	10.2	609,166	10.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
		週3回以上就寝前夕食(H30～)	96	16.8	21,660	16.4	13,395	14.8	932,218	15.7			
		週3回以上就寝前夕食	96	16.8	21,660	16.4	13,395	14.8	932,218	15.7			
		食べる速度が速い	152	26.6	35,108	26.4	24,787	27.4	1,590,713	26.8			
		20歳時体重から10kg以上増加	234	40.9	47,632	35.8	32,106	36.0	2,083,152	34.9			
		1回30分以上運動習慣なし	368	64.3	86,948	65.2	55,634	61.6	3,589,415	60.3			
		1日1時間以上運動なし	241	42.1	62,532	46.9	45,867	50.8	2,858,913	46.0			
		睡眠不足	110	19.2	32,230	24.3	22,325	24.7	1,521,685	25.6			
		毎日飲酒	184	29.3	35,947	26.5	25,323	26.3	1,585,206	25.5			
		時々飲酒	149	23.7	28,605	21.1	23,075	24.0	1,393,154	22.4			
		1日 飲酒量	1合未満	426	73.6	53,892	59.9	52,841	68.5	2,851,798		64.2	
			1～2合	120	20.7	23,850	26.5	17,396	22.5	1,053,317		23.7	
			2～3合	28	4.8	9,375	10.4	5,528	7.2	414,658		9.3	
3合以上	5		0.9	2,835	3.2	1,416	1.8	122,039	2.7				

参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40～64歳(国保)



③ 65～74歳(後期)



③ 75歳以上(後期)

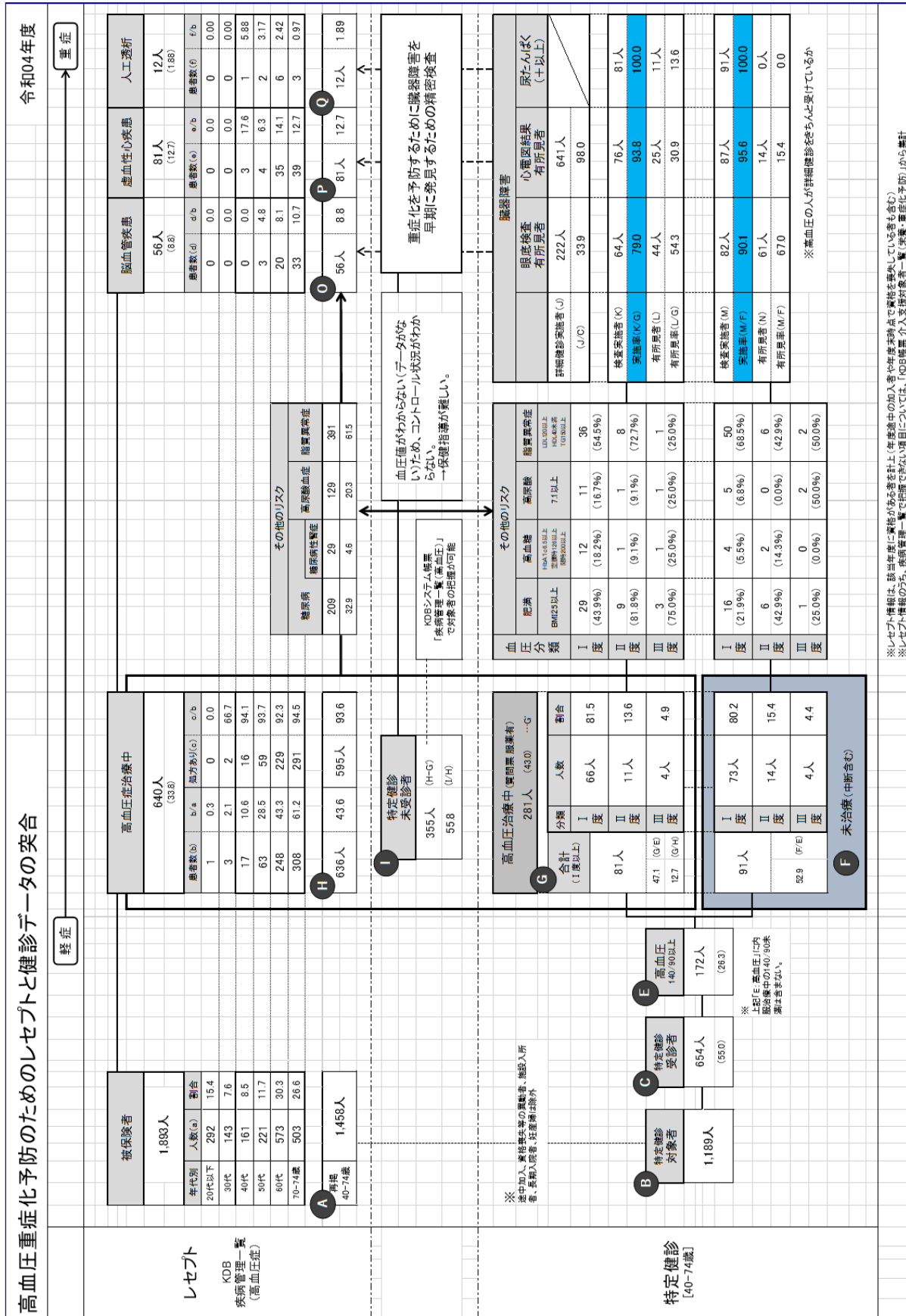


参考資料 3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

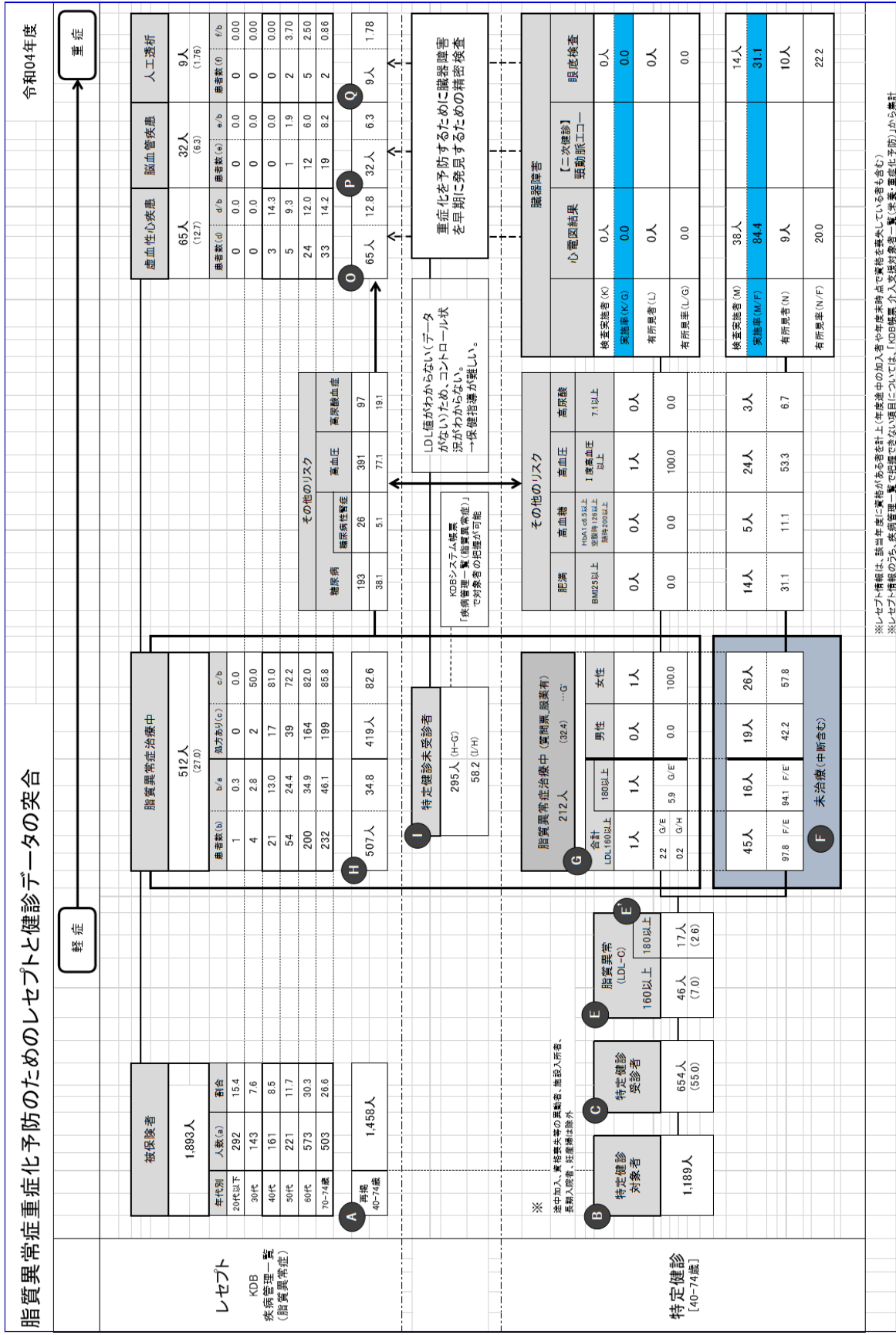
項目		実態表	高森町										同規模保険者(平均)		
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	2,172人		1,999人		1,999人		1,933人		1,822人				
	②	<再掲>40-74歳	1,673人		1,564人		1,564人		1,511人		1,451人				
2	①	特定健診 対象者数	1,425人		1,393人		1,354人		1,285人		1,195人				
	②	受診者数	775人		793人		794人		759人		676人				
③	受診率	54.4%		56.9%		58.6%		59.1%		56.6%					
3	①	特定 保健指導 対象者数	69人		86人		90人		82人		71人				
	②	実施率	62.3%		58.1%		64.4%		75.6%		74.6%				
4	健診 データ	①	糖尿病型	122人	15.7%	157人	19.8%	121人	15.2%	122人	16.1%	100人	14.8%		
		②	未治療・中断者(腎臓病 風采なし)	47人	38.5%	75人	47.8%	39人	32.2%	46人	37.7%	29人	29.0%		
		③	治療中(腎臓病 風采あり)	75人	61.5%	82人	52.2%	82人	67.8%	76人	62.3%	71人	71.0%		
		④	コントロール不良 HbA1c7.0%以上又は任意の空腹血糖13.0%以上	35人	46.7%	55人	67.1%	42人	51.2%	43人	56.6%	40人	56.3%		
		⑤	血圧 130/80以上	21人	60.0%	30人	54.5%	23人	54.8%	27人	62.8%	21人	52.5%		
		⑥	肥満 BMI25以上	18人	51.4%	33人	60.0%	24人	57.1%	26人	60.5%	22人	55.0%		
		⑦	コントロール良好 HbA1c7.0%未満かつ空腹血糖13.0%未満	40人	53.3%	27人	32.9%	40人	48.8%	33人	43.4%	31人	43.7%		
		⑧	第1期 尿蛋白(-)	110人	90.2%	135人	86.0%	108人	89.3%	108人	88.5%	85人	85.0%		
		⑨	第2期 尿蛋白(±)	6人	4.9%	10人	6.4%	1人	0.8%	4人	3.3%	4人	4.0%		
		⑩	第3期 尿蛋白(+)	5人	4.1%	9人	5.7%	11人	9.1%	9人	7.4%	10人	10.0%		
		⑪	第4期 eGFR30未満	1人	0.8%	2人	1.3%	1人	0.8%	1人	0.8%	1人	1.0%		
5	レセプト	①	糖尿病受療率(被保険者対)	117.9人		122.6人		122.6人		112.3人		124.0人			
		②	<再掲>40-74歳(被保険者対)	151.2人		154.7人		154.7人		141.6人		153.7人			
		③	レセプト件数 (40-74歳) 入院(件数)											52件	(0.7)
		④	レセプト件数 (10歳未満被保険者対) 入院(件数)											47件	(0.6)
		⑤	糖尿病治療中	256人	11.8%	245人	12.3%	245人	12.3%	217人	11.2%	226人	12.4%		
		⑥	<再掲>40-74歳	253人	15.1%	242人	15.5%	242人	15.5%	214人	14.2%	223人	15.4%		
		⑦	健診未受診者	178人	70.4%	167人	69.0%	160人	66.1%	138人	64.5%	152人	68.2%		
		⑧	インスリン治療	30人	11.7%	31人	12.7%	31人	12.7%	30人	13.8%	26人	11.5%		
		⑨	<再掲>40-74歳	29人	11.5%	30人	12.4%	30人	12.4%	29人	13.6%	25人	11.2%		
		⑩	糖尿病性腎症	38人	14.8%	38人	15.5%	38人	15.5%	29人	13.4%	31人	13.7%		
		⑪	<再掲>40-74歳	37人	14.6%	38人	15.7%	38人	15.7%	29人	13.6%	31人	13.9%		
		⑫	慢性人工透析患者数 (慢性人工透析中に占める割合)	5人	2.0%	7人	2.9%	7人	2.9%	5人	2.3%	4人	1.8%		
		⑬	<再掲>40-74歳	5人	2.0%	7人	2.9%	7人	2.9%	5人	2.3%	4人	1.8%		
		⑭	新規透析患者数	0	0	3	0.15	2	0.1	0	0	0	0		
		⑮	<再掲>糖尿病性腎症	0	0	2	66.7	1	50	0	0	0	0		
⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (慢性人工透析中に占める割合)	10人	3.2%	6人	1.9%	6人	1.9%	6人	2.0%	9人	2.9%				
6	医療費	①	総医療費	8億5339万円		7億8941万円		7億8941万円		7億1983万円		7億0892万円		6億7691万円	
		②	生活習慣病総医療費	4億6544万円		4億1167万円		4億1167万円		4億2009万円		4億1310万円		3億6899万円	
		③	(総医療費に占める割合)	54.5%		52.1%		52.1%		58.4%		58.3%		54.5%	
		④	生活習慣病 対象者 1人あたり	13,367円		13,410円		13,410円		13,382円		14,061円		8,328円	
		⑤	健診受診者	33,402円		28,505円		28,505円		27,730円		33,090円		37,859円	
		⑥	健診未受診者	4576万円		4195万円		4195万円		4153万円		4207万円		4142万円	
		⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	9.8%		10.2%		10.2%		9.9%		10.2%		11.2%	
		⑧	糖尿病入院外総医療費	1億2696万円		1億2052万円		1億2052万円		1億0609万円		1億0520万円			
		⑨	1件あたり	39,090円		38,176円		38,176円		35,293円		36,604円			
		⑩	糖尿病入院総医療費	1億5310万円		1億2202万円		1億2202万円		9917万円		1億0857万円			
		⑪	1件あたり	715,441円		572,857円		572,857円		547,879円		613,363円			
		⑫	在院日数	22日		21日		21日		22日		20日			
		⑬	慢性腎不全医療費	4940万円		5044万円		5044万円		6133万円		4167万円		2869万円	
⑭	透析有り	4685万円		4718万円		4718万円		5871万円		4031万円		2645万円			
⑮	透析なし	255万円		326万円		326万円		262万円		136万円		223万円			
7	①	介護給付費	8億7547万円		8億8116万円		8億8116万円		8億7156万円		8億7689万円		8億6712万円		
	②	(2号認定者)糖尿病合併症	3件 42.9%		2件 33.3%		1件 16.7%		1件 25.0%		1件 33.3%				
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	2人 1.7%		2人 1.7%		2人 1.7%		0人 0.0%		1人 0.8%		667人 0.9%		

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



※レセプト情報は、該当年度に属しない患者や年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む
※レセプト情報は、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB検査介入支援分擔者一覧(重症化予防)」から集計

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

	HbA1c別定	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		糖尿病患者 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	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
H29	810	180	22.2%	349	43.1%	183	22.6%	49	6.0%	37	4.6%	12	1.5%	33	4.1%	7	0.9%		
H30	760	199	26.2%	331	43.6%	146	19.1%	55	7.2%	18	2.4%	12	1.6%	20	2.6%	6	0.8%		
R01	776	112	14.4%	302	38.9%	238	30.7%	63	8.1%	44	5.7%	17	2.2%	35	4.5%	14	1.8%		
R02	776	217	28.0%	321	41.4%	156	20.1%	38	4.9%	32	4.1%	12	1.5%	20	2.6%	7	0.9%		
R03	751	184	24.5%	322	42.9%	152	20.2%	52	6.9%	24	3.2%	17	2.3%	27	3.6%	10	1.3%		
R04	668	211	31.6%	263	39.4%	120	18.0%	36	5.4%	30	4.5%	8	1.2%	22	3.3%	7	1.0%		

アウトカム(結果)評価 糖尿病患者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別定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		6.0%	12.1%
					再)7.0以上	未治療	治療	6.0%	12.1%		
H29	810	180	349	183	98	44	54	6.0%	12.1%		
					12.1%	44.8%	55.1%				
H30	760	199	331	146	85	40	45	2.9%	11.2%		
					11.2%	47.1%	32.9%				
R01	776	112	302	238	124	59	65	7.9%	16.0%		
					15.0%	47.6%	32.4%				
R02	776	217	321	156	82	27	55	5.7%	10.6%		
					10.6%	32.8%	67.1%				
R03	751	184	322	152	93	39	54	5.5%	12.4%		
					12.4%	41.8%	38.1%				
R04	668	211	263	120	74	20	54	5.7%	11.1%		
					11.1%	27.0%	73.0%				

治療と未治療の状況

	HbA1c別定	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		糖尿病患者 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	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	76	9.4%	2	2.6%	5	6.6%	15	19.7%	20	26.3%	26	34.2%	8	10.5%	24	31.6%	6	7.9%
	H30	74	9.7%	2	2.7%	6	8.1%	21	28.4%	21	28.4%	15	20.3%	9	12.2%	15	20.3%	4	5.4%
	R01	82	10.6%	1	1.2%	4	4.9%	12	14.6%	18	22.0%	34	41.5%	13	15.9%	28	34.1%	12	14.6%
	R02	81	10.4%	3	3.7%	4	4.9%	19	23.5%	19	23.5%	25	30.9%	11	13.6%	19	23.5%	7	8.6%
	R03	76	10.1%	1	1.3%	4	5.3%	17	22.4%	22	28.9%	19	25.0%	13	17.1%	20	26.3%	6	7.9%
	R04	70	10.5%	2	2.9%	5	7.1%	9	12.9%	24	34.3%	24	34.3%	6	8.6%	18	25.7%	5	7.1%
治療なし	H29	734	90.6%	178	24.3%	344	46.9%	168	22.9%	29	4.0%	11	1.5%	4	0.5%	9	1.2%	1	0.1%
	H30	686	90.3%	197	28.7%	325	47.4%	124	18.1%	34	5.0%	3	0.4%	3	0.4%	5	0.7%	2	0.3%
	R01	694	89.4%	111	16.0%	298	42.9%	226	32.6%	45	6.5%	10	1.4%	4	0.6%	7	1.0%	2	0.3%
	R02	695	89.6%	214	30.8%	317	45.6%	137	19.7%	19	2.7%	7	1.0%	1	0.1%	1	0.1%	0	0.0%
	R03	675	89.9%	183	27.1%	318	47.1%	135	20.0%	30	4.4%	5	0.7%	4	0.6%	7	1.0%	4	0.6%
	R04	598	89.5%	209	34.9%	258	43.1%	111	18.6%	12	2.0%	6	1.0%	2	0.3%	4	0.7%	2	0.3%

参考資料 8 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	834	240	28.8%	154	18.5%	253	30.3%	146	17.5%	35	4.2%	6	0.7%
H30	775	222	28.6%	116	15.0%	257	33.2%	148	19.1%	27	3.5%	5	0.6%
R01	793	223	28.1%	127	16.0%	245	30.9%	157	19.8%	32	4.0%	9	1.1%
R02	794	202	25.4%	109	13.7%	259	32.6%	176	22.2%	41	5.2%	7	0.9%
R03	759	189	24.9%	114	15.0%	253	33.3%	156	20.6%	41	5.4%	6	0.8%
R04	676	169	25.0%	92	13.6%	243	35.9%	139	20.6%	25	3.7%	8	1.2%

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			再発	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
H29	834	394 47.2%	253 30.3%	146 17.5%	41	4.9%	21	2.5%	20	4.9%	0.7%				
					6	0.7%	4	0.5%	2	0.2%					
H30	775	338 43.6%	257 33.2%	148 19.1%	32	4.1%	16	2.1%	16	4.1%	0.6%				
					5	0.6%	3	0.4%	2	0.3%					
R01	793	350 44.1%	245 30.9%	157 19.8%	41	5.2%	22	2.8%	19	5.2%	1.1%				
					9	1.1%	8	1.0%	1	0.1%					
R02	794	311 39.2%	259 32.6%	176 22.2%	48	6.0%	30	3.8%	18	6.0%	0.9%				
					7	0.9%	5	0.6%	2	0.3%					
R03	759	303 39.9%	253 33.3%	156 20.6%	47	6.2%	31	4.1%	16	6.2%	0.8%				
					6	0.8%	5	0.7%	1	0.1%					
R04	676	261 38.6%	243 35.9%	139 20.6%	33	4.9%	18	2.7%	15	4.9%	1.2%				
					8	1.2%	4	0.6%	4	0.6%					

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	306	36.7%	55	18.0%	58	19.0%	108	35.3%	65	21.2%	18	5.9%	2	0.7%
	H30	296	38.2%	43	14.5%	47	15.9%	112	37.8%	78	26.4%	14	4.7%	2	0.7%
	R01	306	38.6%	53	17.3%	54	17.6%	107	35.0%	73	23.9%	18	5.9%	1	0.3%
	R02	320	40.3%	48	15.0%	51	15.9%	116	36.3%	87	27.2%	16	5.0%	2	0.6%
	R03	302	39.8%	41	13.6%	50	16.6%	116	38.4%	79	26.2%	15	5.0%	1	0.3%
	R04	281	41.6%	36	12.8%	41	14.6%	123	43.8%	66	23.5%	11	3.9%	4	1.4%
治療なし	H29	528	63.3%	185	35.0%	96	18.2%	145	27.5%	81	15.3%	17	3.2%	4	0.8%
	H30	479	61.8%	179	37.4%	69	14.4%	145	30.3%	70	14.6%	13	2.7%	3	0.6%
	R01	487	61.4%	170	34.9%	73	15.0%	138	28.3%	84	17.2%	14	2.9%	8	1.6%
	R02	474	59.7%	154	32.5%	58	12.2%	143	30.2%	89	18.8%	25	5.3%	5	1.1%
	R03	457	60.2%	148	32.4%	64	14.0%	137	30.0%	77	16.8%	26	5.7%	5	1.1%
	R04	395	58.4%	133	33.7%	51	12.9%	120	30.4%	73	18.5%	14	3.5%	4	1.0%

参考資料9 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	834	429	51.4%	205	24.6%	125	15.0%	51	6.1%	24	2.9%
	H30	775	408	52.6%	177	22.8%	121	15.6%	43	5.5%	26	3.4%
	R01	793	419	52.8%	205	25.9%	98	12.4%	48	6.1%	23	2.9%
	R02	794	446	56.2%	176	22.2%	114	14.4%	40	5.0%	18	2.3%
	R03	759	416	54.8%	174	22.9%	99	13.0%	53	7.0%	17	2.2%
R04	676	367	54.3%	166	24.6%	97	14.3%	29	4.3%	17	2.5%	
男性	H29	387	215	55.6%	92	23.8%	48	12.4%	25	6.5%	7	1.8%
	H30	378	208	55.0%	92	24.3%	52	13.8%	15	4.0%	11	2.9%
	R01	389	214	55.0%	95	24.4%	46	11.8%	25	6.4%	9	2.3%
	R02	403	237	58.8%	93	23.1%	50	12.4%	18	4.5%	5	1.2%
	R03	380	211	55.5%	92	24.2%	47	12.4%	24	6.3%	6	1.6%
R04	344	190	55.2%	91	26.5%	44	12.8%	15	4.4%	4	1.2%	
女性	H29	447	214	47.9%	113	25.3%	77	17.2%	26	5.8%	17	3.8%
	H30	397	200	50.4%	85	21.4%	69	17.4%	28	7.1%	15	3.8%
	R01	404	205	50.7%	110	27.2%	52	12.9%	23	5.7%	14	3.5%
	R02	391	209	53.5%	83	21.2%	64	16.4%	22	5.6%	13	3.3%
	R03	379	205	54.1%	82	21.6%	52	13.7%	29	7.7%	11	2.9%
R04	332	177	53.3%	75	22.6%	53	16.0%	14	4.2%	13	3.9%	

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	保診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	割合
					再180以上	未治療	治療		
H29	834	429	205	125	75	69	6	2.9%	9.0%
					9.0%	82.0%	8.0%		
H30	775	408	177	121	69	64	5	3.4%	8.9%
					8.9%	92.8%	7.2%		
R01	793	419	205	98	71	68	3	2.9%	9.0%
					8.9%	95.8%	4.2%		
R02	794	446	176	114	58	56	2	2.3%	7.3%
					7.3%	96.6%	3.4%		
R03	759	416	174	99	70	66	4	2.2%	9.2%
					9.2%	94.3%	5.7%		
R04	676	367	166	97	46	45	1	2.5%	6.8%
					6.8%	97.8%	2.2%		

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	180	21.6%	125	69.4%	36	20.0%	13	7.2%	2	1.1%	4	2.2%
	H30	191	24.6%	144	75.4%	24	12.6%	18	9.4%	3	1.6%	2	1.0%
	R01	220	27.7%	165	75.0%	45	20.5%	7	3.2%	3	1.4%	0	0.0%
	R02	241	30.4%	180	74.7%	45	18.7%	14	5.8%	2	0.8%	0	0.0%
	R03	225	29.6%	169	75.1%	41	18.2%	11	4.9%	3	1.3%	1	0.4%
R04	212	31.4%	166	78.3%	38	17.9%	7	3.3%	0	0.0%	1	0.5%	
治療なし	H29	654	78.4%	304	46.5%	169	25.8%	112	17.1%	49	7.5%	20	3.1%
	H30	584	75.4%	264	45.2%	153	26.2%	103	17.6%	40	6.8%	24	4.1%
	R01	573	72.3%	254	44.3%	160	27.9%	91	15.9%	45	7.9%	23	4.0%
	R02	553	69.6%	266	48.1%	131	23.7%	100	18.1%	38	6.9%	18	3.3%
	R03	534	70.4%	247	46.3%	133	24.9%	88	16.5%	50	9.4%	16	3.0%
R04	464	68.6%	201	43.3%	128	27.6%	90	19.4%	29	6.3%	16	3.4%	