

多良木町国民健康保険 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



多良木町国民健康保険

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) 健康課題の明確化
 - 2) 目標の設定
 - 3) 目標値の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)30

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36

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. 脳血管疾患重症化予防

3. 虚血性心疾患重症化予防

4. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

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60

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61

1. 計画の公表・周知

2. 個人情報の取扱い

参考資料62

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高確法に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表2・3・4・5)

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

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

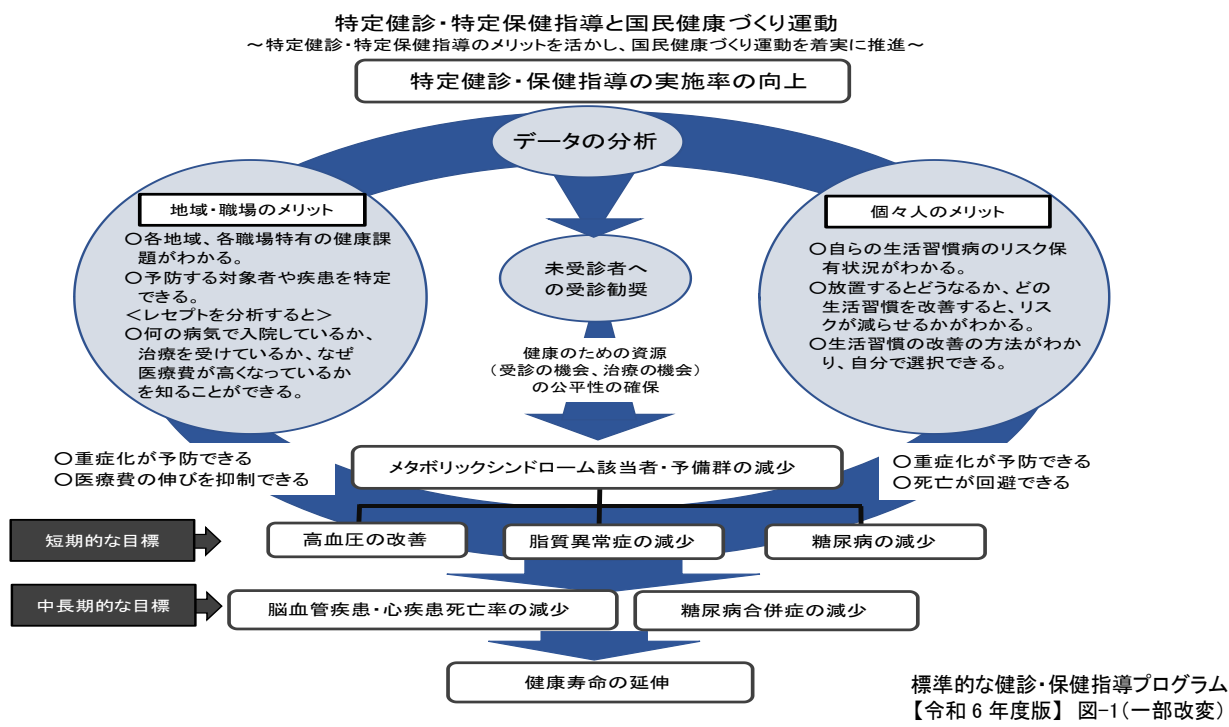
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

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

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

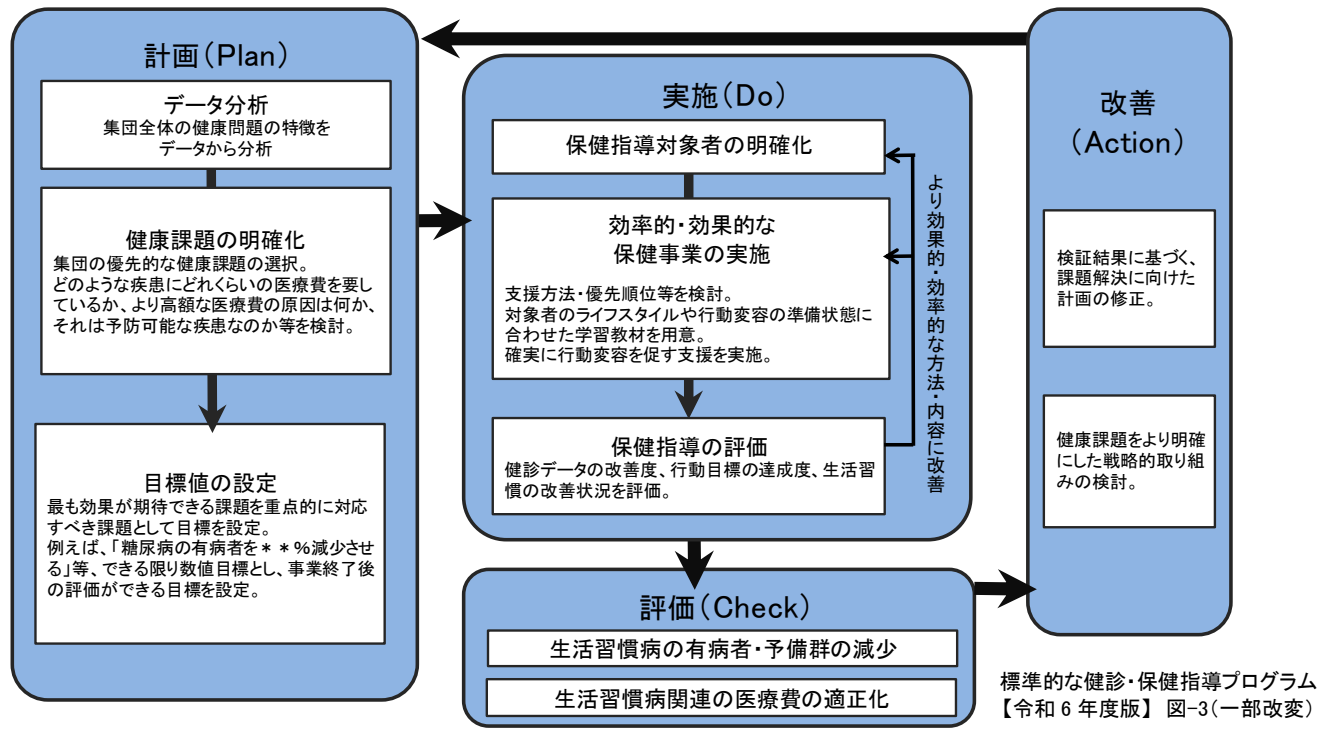
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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 (胎児期から高齢期まで縦断的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨折・骨折後遺症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 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)	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 が ん 精神疾患	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患 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・事業費還動分)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



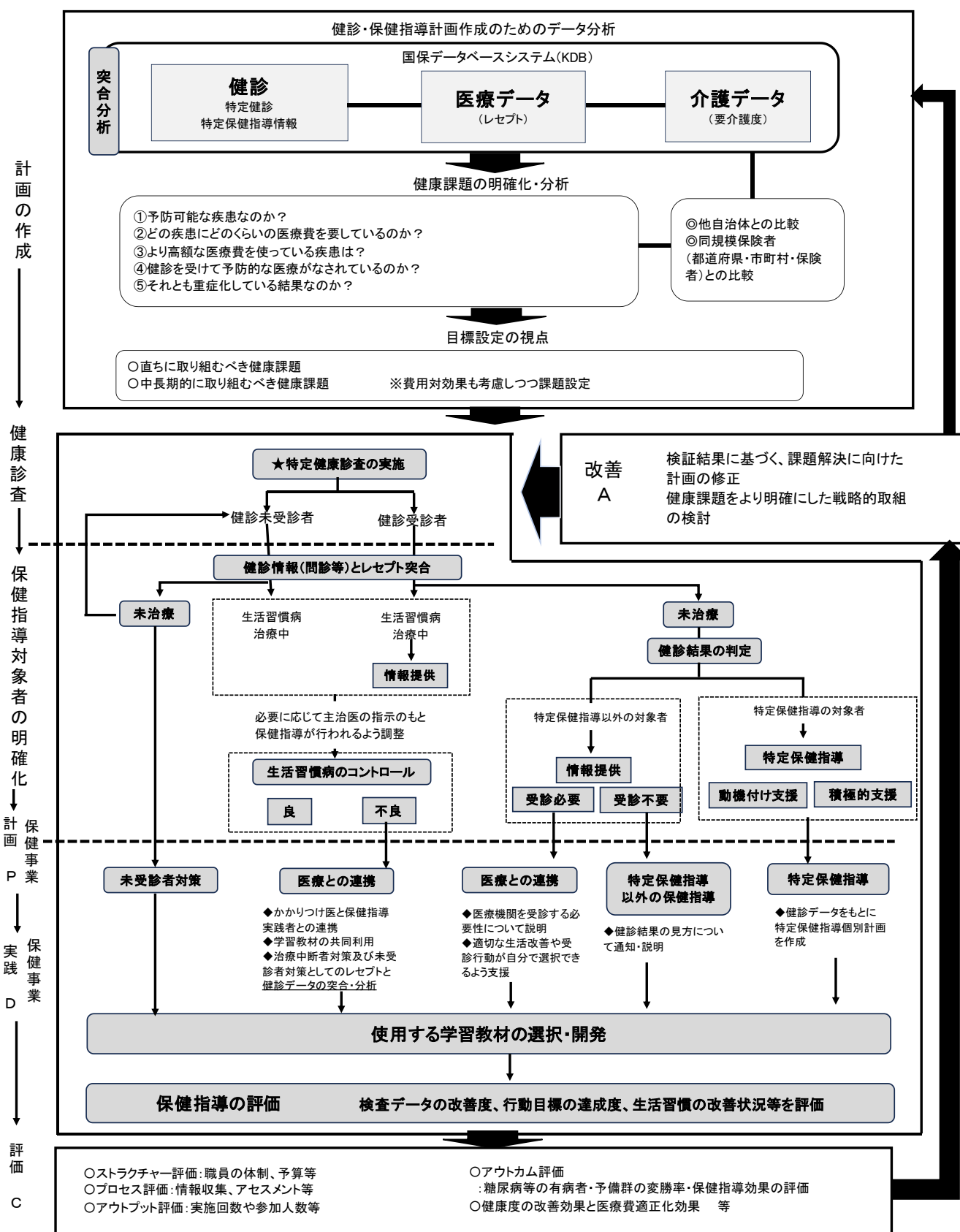
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

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げる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体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。

【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

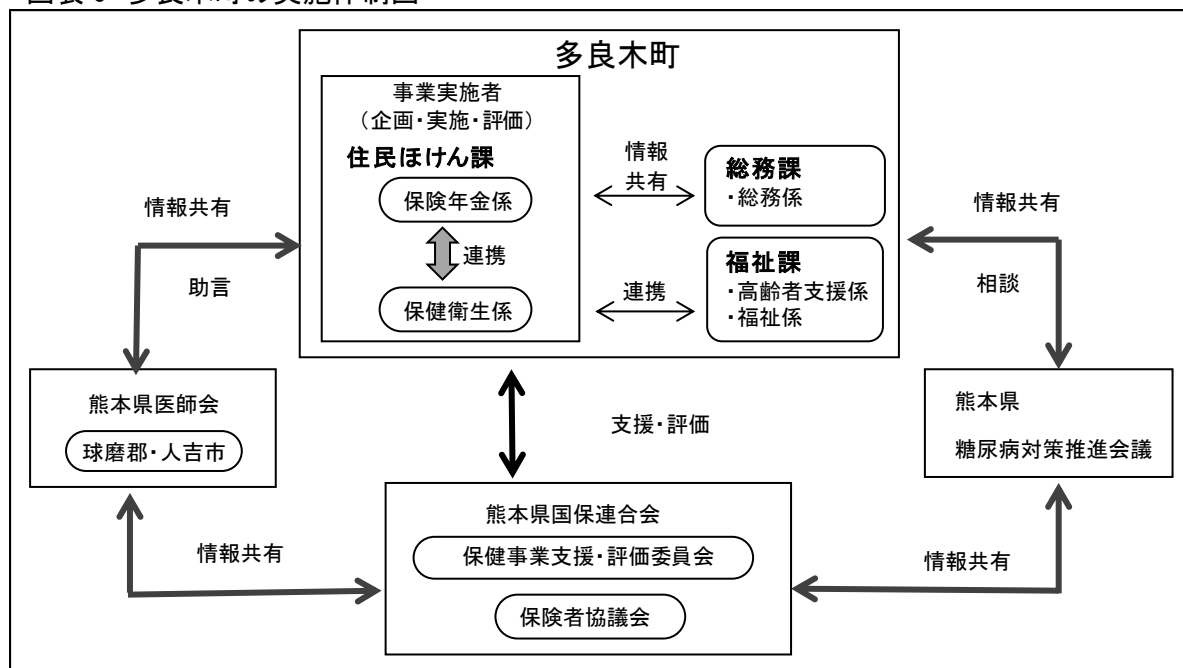
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療・介護保健・生活保護部局(福祉課)、保健衛生部局(住民ほけん課)、財政部局(総務課)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 多良木町の実施体制図



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

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

2) 関係機関との連携

計画の策定・実効性を高めるためには、共同保険者である熊本県のほか、熊本県国民健康保健団体連合会（以下、「国保連」という。）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、後期高齢者医療広域連合会、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関等と連携していく必要があります。

具体的には、本町と球磨郡医師会、人吉市医師会等地域の保健医療機関関係者との連携を円滑に行うために、意見交換や情報提供を日常的に行うことや、保健事業の構想段階から相談する等連携を深めていくことができるよう努めていく必要があります。

また、市町村国保は退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、本町においても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する等、保険者間で連携して保健事業を展開するよう努めていく必要があります。

3) 被保険者の役割

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

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	
			多良木町	配点	多良木町	配点	多良木町	配点
交付額(万円)			507		577		596	
全国順位(1,741市町村中)			927位		390位		196位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	35	70	85	70	160	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシフト・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	35	40	35	40	35	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	80	90	50	45	55	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	15	50	45	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組	100	130	125	130	80	130
		(2)後発医薬品の使用割合						
固有の指標	①	保険料(税)収納率	5	100	30	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	20	30	20	40	20	40
	⑤	第三者求償の取組	27	40	24	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	74	95	66	100	67	100
合計点			546	1,000	650	960	682	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 8.7 千人で、高齢化率は R2 年度国勢調査で 42.9%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も 57.6 歳と同規模と比べて高齢化が進んでいます。産業においては、第 3 次産業が 51.5%と最も高く、次いで第 2 次産業ではありますが、同規模と比較すると第 1 次産業が高い特徴があります。こういった情報を基に、被保険者の生活習慣及び生活リズムの実態を把握し、健康課題との関連を明確にすることが重要です。(図表 9)

R4 年度の国保加入率は 24.7%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあります。年齢構成については、65～74 歳が約 54%で、前期高齢者が約半数を占めています。(図表 10)

また本町内には 1 つの病院、8 つの診療所があり、これはいずれも同規模と比較しても多く、病床数も多いことから、比較的医療資源に恵まれています。一方で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・国と比較した多良木町の特性

	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
多良木町	8,701	42.9	2,229 (24.7)	57.6	4.5	18.4	0.2	23.6	24.8	51.5
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、本町と同規模保険者(240 市町村)の平均値を表す

※人口は、熊本県推計人口調査報告による令和4年10月1日現在のもの

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	2,723		2,597		2,532		2,347		2,229	
65～74歳	1,276	46.9	1,279	49.2	1,310	51.7	1,253	53.4	1,198	53.7
40～64歳	898	33.0	810	31.2	761	30.1	702	29.9	677	30.4
39歳以下	549	20.2	508	19.6	461	18.2	392	16.7	354	15.9
加入率	27.8		26.5		25.9		24.0		24.7	

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

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 割合	県 割合
病院数	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	0.4	0.5
診療所数	8	2.9	8	3.1	8	3.2	8	3.4	8	3.6	2.7	3.8
病床数	199	73.1	199	76.6	183	72.3	183	78.0	183	82.1	37.4	85.4
医師数	28	10.3	28	10.8	27	10.7	27	11.5	28	12.6	4.2	14.1
外来患者数	741.8		741.7		695.0		718.6		738.6		692.2	768.9
入院患者数	21.9		24.4		23.2		28.6		24.3		22.7	26.2

出典：KDB システム帳票 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R4年度の要介護認定者のうち、2号(40～64歳)被保険者は12人(認定率0.44%)で、同規模・県・国と比較すると高く、H30年度と比べても増加しています。本町は高齢化率が上昇を続けていますが、1号(65歳以上)被保険者は714人(認定率19.0%)とH30年度と比べて減少しています。(図表12)

これに伴い、介護給付費についても13.8億円から13.6億円と減少しています。(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、どの年代でも脳卒中が上位を占めており、第2号被保険者で7割以上、第1号被保険者でも5割以上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、全体で96.2%と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護予防費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表12 要介護認定者(率)の状況

	多良木町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	3,690人	37.7%	3,879人	42.9%	39.4%	31.6%	28.7%
2号認定者	8人	0.25%	12人	0.44%	0.39%	0.35%	0.38%
新規認定者	0人		4人		--	--	--
1号認定者	752人	20.4%	714人	19.0%	19.4%	20.2%	19.4%
新規認定者	82人		69人		--	--	--
再掲	65～74歳	59人	3.8%	53人	3.1%	--	--
	新規認定者	8人		4人		--	--
	75歳以上	693人	32.2%	661人	30.7%	--	--
	新規認定者	74人		65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

	多良木町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	13億7643万円	13億5615万円	---	---	---
一人あたり給付費(円)	373,016	349,612	314,188	310,858	290,668
1件あたり給付費(円)全体	76,853	76,997	74,986	62,823	59,662
居宅サービス	47,678	46,393	43,722	42,088	41,272
施設サービス	300,099	310,625	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)				12		53		661		714		726	
再)国保・後期				8		44		581		625		633	
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 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器疾患	1	脳卒中	6 75.0%	脳卒中	16 36.4%	脳卒中	321 55.2%	脳卒中	337 53.9%	脳卒中	343 54.2%	
		2	虚血性心疾患	2 25.0%	虚血性心疾患	9 20.5%	虚血性心疾患	160 27.5%	虚血性心疾患	169 27.0%	虚血性心疾患	171 27.0%	
		3	腎不全	2 25.0%	腎不全	9 20.5%	腎不全	132 22.7%	腎不全	141 22.6%	腎不全	143 22.6%	
	合併症	4	糖尿病合併症	3 37.5%	糖尿病合併症	9 20.5%	糖尿病合併症	52 9.0%	糖尿病合併症	61 9.8%	糖尿病合併症	64 10.1%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			7 87.5%	基礎疾患	43 97.7%	基礎疾患	559 96.2%	基礎疾患	602 96.3%	基礎疾患	609 96.2%	
	血管疾患合計			7 87.5%	合計	43 97.7%	合計	568 97.8%	合計	611 97.8%	合計	618 97.6%	
	認知症		認知症	0 0.0%	認知症	12 27.3%	認知症	284 48.9%	認知症	296 47.4%	認知症	296 46.8%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	7 87.5%	筋骨格系	41 93.2%	筋骨格系	564 97.1%	筋骨格系	605 96.8%	筋骨格系	612 96.7%	

出典:ヘルスサポートラボツール

②医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者の減少とともに総医療費も減少しています。しかし、一人あたりの医療費はH30年度と比較して約6万円増加しており、同規模と比較しても1万円程度高くなっています。また、入院にかかる医療費では、レセプトの件数はわずか3%程度にもかかわらず医療費全体の44.4%を占めおり、一件あたりの費用額もH30年度から約6万円伸びています。(図表15)

また年齢調整をした地域差数をみると、全体、入院、外来全てにおいて全国平均の1を割っていましたが、R2年度は平均を超えています。特に外来については、県平均を上回り、県内市町村の順位も35位から17位に上昇しています。(図表16)

図表 15 医療費の推移

		多良木町		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)		2,723人	2,229人	--	--	--
	前期高齢者割合	1,276人 (46.9%)	1,198人 (53.7%)	--	45.4%	40.5%
総医療費		9億1163万円	8億7669万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		334,789	393,312	376,732	407,772	339,680
		県内37位 同規模140位	県内36位 同規模101位			
入院	1件あたり費用額(円)	514,990	576,030	588,690	574,060	617,950
	費用の割合	41.2	↑ 44.4	43.7	45.5	39.6
	件数の割合	2.9	3.2	3.2	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	21,710	23,750	24,870	23,430	24,220
	費用の割合	58.8	55.6	56.3	54.5	60.4
	件数の割合	97.1	96.8	96.8	96.7	97.5
受診率		763.717	762.896	714.851	795.102	705.439

※同規模被保険者数:240

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 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		
		多良木町 (県内市町村中)		県 (47県中)	多良木町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	0.965	↑ 1.048	1.139	0.895	0.817	1.130
		(40位)	(37位)	(9位)	(44位)	(45位)	(7位)
	入院	0.995	↑ 1.083	1.309	0.891	0.806	1.277
		(41位)	(41位)	(8位)	(44位)	(44位)	(6位)
	外来	0.965	↑ 1.056	1.036	0.914	0.845	0.982
		(35位)	(17位)	(12位)	(28位)	(37位)	(22位)

出典:厚労省「地域差分析」

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。しかし、心疾患、腎疾患(透析有)が占める医療費の割合はわずかに増加しており、同規模と比較しても高い状況です。(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、脳血管疾患と虚血性心疾患は横ばいですが、人工透析は割合、人数ともに増加しています。また、年代別でみると、40～64 歳は全ての疾患で治療者の割合が増えています。(図表 18)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			多良木町		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)			9億1163万円	8億7669万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			7318万円	6499万円	--	--	--
			8.03%	7.41%	7.67%	8.69%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.90%	↓ 1.26%	2.06%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.41%	↑ 1.54%	1.47%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.25%	↑ 4.34%	3.83%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.46%	0.27%	0.32%	0.26%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		9.95%	14.75%	16.76%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		8.84%	7.85%	9.27%	8.56%	8.68%
	精神疾患		9.43%	8.77%	7.98%	9.62%	7.63%

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。

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 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	2,723	2,229	a	215	160	135	112	9	13	
				a/A	7.9%	7.2%	5.0%	5.0%	0.3%	0.6%	
40歳以上	B	2,174	1,875	b	214	160	135	112	9	13	
	B/A	79.8%	84.1%	b/B	9.8%	8.5%	6.2%	6.0%	0.4%	0.7%	
再掲	40～64歳	C	898	677	c	32	30	26	20	0	6
		C/A	33.0%	30.4%	c/C	3.6%	↑ 4.4%	2.9%	↑ 3.0%	0.0%	↑ 0.9%
	65～74歳	D	1,276	1,198	d	182	130	109	92	9	7
		D/A	46.9%	53.7%	d/D	14.3%	↓ 10.9%	8.5%	↓ 7.7%	0.7%	↓ 0.6%

出典:KDB システム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)

地域全体像の把握、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、全ての疾患で治療者の割合は増加していますが、合併症(重症化)である脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減少していました。しかし、人工透析や、糖尿病合併症は増加しており、特に 40～64 歳は短期目標全ての疾患で合併症の患者が増えている状況です。

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実施していますが、若い世代に重症化がみられること、特に人工透析の患者が増えていることは大きな課題です。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)		A	1,018	942	271	225	747	717
		A/被保数	46.8%	50.2%	30.2%	33.2%	58.5%	59.8%
(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	143	109	22	17	121	92
		B/A	14.0%	11.6%	8.1%	↓ 7.6%	16.2%	↓ 12.8%
	虚血性心疾患	C	102	88	19	19	83	69
		C/A	10.0%	9.3%	7.0%	↑ 8.4%	11.1%	↓ 9.6%
	人工透析	D	9	12	0	5	9	7
		D/A	0.9%	1.3%	0.0%	↑ 2.2%	1.2%	↓ 1.0%

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	676	588	201	137	475	451
		A/被保数	31.1%	31.4%	22.4%	↓ 20.2%	37.2%	37.6%
(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	71	54	11	12	60	42
		B/A	10.5%	9.2%	5.5%	↑ 8.8%	12.6%	↓ 9.3%
	虚血性心疾患	C	69	57	14	12	55	45
		C/A	10.2%	9.7%	7.0%	↑ 8.8%	11.6%	↓ 10.0%
	人工透析	D	5	7	0	3	5	4
		D/A	0.7%	1.2%	0.0%	↑ 2.2%	1.1%	↓ 0.9%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	45	60	16	22	29	38
		E/A	6.7%	10.2%	8.0%	↑ 16.1%	6.1%	↑ 8.4%
	糖尿病性網膜症	F	62	59	20	21	42	38
		F/A	9.2%	10.0%	10.0%	↑ 15.3%	8.8%	↓ 8.4%
	糖尿病性神経障害	G	21	10	6	4	15	6
		G/A	3.1%	1.7%	3.0%	2.9%	3.2%	↓ 1.3%

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		758	703	216	163	542	540
	A/被保数		34.9%	37.5%	24.1%	24.1%	42.5%	45.1%
(中長期併目 症標疾患)	脳血管疾患	B	85	65	15	13	70	52
		B/A	11.2%	9.2%	6.9%	↑ 8.0%	12.9%	↓ 9.6%
	虚血性心疾患	C	95	76	19	14	76	62
		C/A	12.5%	10.8%	8.8%	8.6%	14.0%	↓ 11.5%
	人工透析	D	3	5	0	2	3	3
		D/A	0.4%	0.7%	0.0%	↑ 1.2%	0.6%	0.6%

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度以上高血圧・HbA1c7.0 以上を H30 年度と R3 年度で比較してみたところ、Ⅱ度以上高血圧者の割合は減っていますが、HbA1c7.0 以上の割合が増えていました。また、医療のかかり方においては、未治療者が高血圧で約 35%、糖尿病で 6%ほどおり、治療中断者もそれぞれ 3、4%いる状況です。(図表 22)

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R03年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率									未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
多良木町	1,185	52.6	1,120	54.2	71	6.0	33	46.5	64	5.7	39	60.9	22	34.4	2	3.1
同規模	54,202	49.9	48,234	47.8	3,080	5.7	1,679	54.5	3,073	6.4	1,655	53.9	1,007	32.8	148	4.8

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移												
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方				
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)				
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率			未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		未治療		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	
多良木町	1,181	99.7	1,118	99.8	65	5.5	15	23.1	91	8.1	↑	23	25.3	5	5.5	4	4.4
同規模	53,508	-	47,572	-	2,606	4.9	605	23.2	2,677	5.6		621	23.2	182	6.8	105	3.6

出典:ヘルスサポートラボツール

①未治療・・・12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本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、5%伸びており、危険因子が重なっている方の割合も増加しています。

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、高血圧とLDLはほぼ横ばいですが、HbA1c6.5 以上者が増えています。HbA1c の翌年の改善率をみても、30%未満で推移しており、保健指導の成果が課題です。翌年の健診未受診者も、それぞれ 2 割程度存在していることから、継続受診を勧める働きかけが必要です。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,185 (52.6%)	219 (18.5%)	60 (5.1%)	159 (13.4%)	190 (16.0%)
R04年度	1,083 (55.3%)	255 (23.5%)	82 (7.6%)	173 (16.0%)	161 (14.9%)

出典：ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	145 (12.3%)	35 (24.1%)	77 (53.1%)	21 (14.5%)	12 (8.3%)
R03→R04	176 (15.7%)	47 (26.7%)	74 (42.0%)	24 (13.6%)	31 (17.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	71 (6.0%)	44 (62.0%)	12 (16.9%)	2 (2.8%)	13 (18.3%)
R03→R04	64 (5.7%)	32 (50.0%)	16 (25.0%)	3 (4.7%)	13 (20.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	113 (9.5%)	64 (56.6%)	28 (24.8%)	7 (6.2%)	14 (12.4%)
R03→R04	108 (9.6%)	46 (42.6%)	25 (23.1%)	17 (15.7%)	20 (18.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診の受診率は、R1 年度に目標値である 60%に達し、その後もコロナ禍の中、60%台を維持しています。(図表 27)しかし、特定健診の受診率を年代別にみると、40 代・50 代の若い世代が低く、特に 40 代は男性の方がより低い状況です。(図表 28)

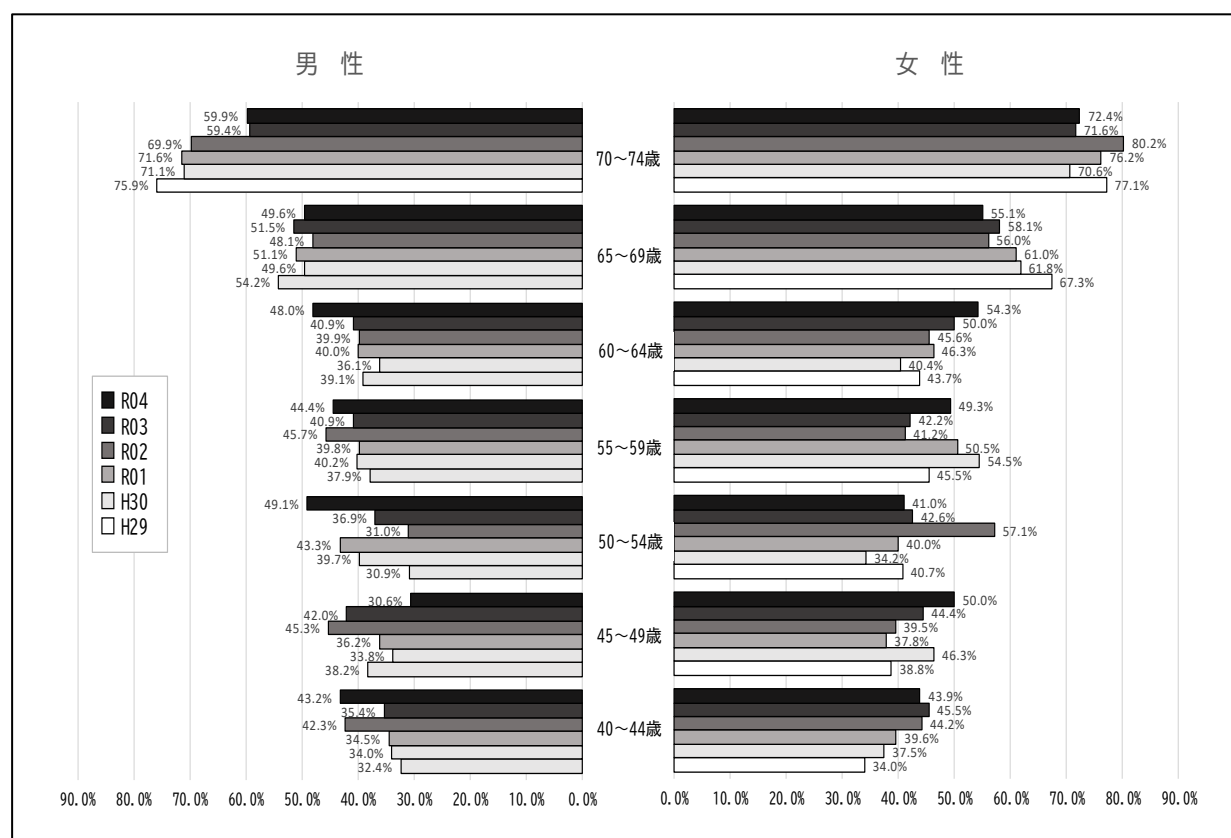
特定保健指導についても、該当者数は年々増加していますが、H29 年度に導入した地区担当制が定着し、実施率は目標値の 60%に到達しています。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,149	1,161	1,134	1,089	1,052	健診受診率 60%
	受診率	57.6%	60.3%	60.0%	60.7%	62.0%	
特定保健指導	該当者数	142	146	150	142	151	特定保健指導実施率 60%
	割合	12.4%	12.6%	13.2%	13.0%	14.4%	
	実施者数	67	72	96	108	99	
	実施率	47.2%	49.3%	64.0%	76.1%	65.6%	

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脳血管疾患重症化予防

高血圧は、脳血管疾患において最大の危険因子であり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害と深く関与しています。

現在町では、健診結果でⅡ度高血圧以上であった方に訪問・個別面談により受診勧奨や保健指導を行っています。しかし、Ⅰ度高血圧以下の方でも、その他の要因によりハイリスクとなる場合があるため、対象者の抽出方法を検討し直す必要があります。

②虚血性心疾患による重症化予防

本町では、心電図は約 9 割の方に実施できており、心房細動の所見がみられた方に対し、戸別訪問による受診勧奨を行っています。現在は、医療機関につなぐことや中断を防ぐことにとどまっているため、経年的に心電図所見を含む健診データを確認し個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導の実施が必要です。また、これまでは心電図結果からのみ対象者を抽出していたため、心臓血管病をおこしやすいメタボリックシンドロームや高 LDL コレステロールのタイプ別に抽出する必要があります。

表 1 特定健診受診者のうち心電図実施者及び心房細動患者数

	健診受診者数		心電図実施者数		心房細動	
	A		B	B/A	C	C/B
多良木町	1,148		1,110	97%	21	1.9%
市町村計	106,632		73,551	69%	12	0.8%

特定健診等データ管理システム R5.6 抽出データ

③糖尿病性腎症重症化予防

現在、HbA1c6.5 以上(治療中 7.0 以上)の方に対して訪問・個別面談により保健指導を行っていますが、実施は 35%と半分にも満たない状況です。その結果、糖尿病の治療者は横ばいであるものの、糖尿病性腎症の治療者の割合は増加しており、重症化予防が十分とはいえません。また、糖尿病型の割合も横ばいであり、今後は重点的に糖尿病対策に注力していく必要があります。

表 2 糖尿病性腎症治療者の推移(レセプトより)

	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
糖尿病性腎症 (40-74歳)	21	5.6%	17	4.4%	19	5.7%	33	8.5%	36	10.4%

ヘルスサポートラボツール

表 3 健診受診者で糖尿病型の推移

	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
糖尿病型	202	17%	233	19.4%	230	19.9%	227	20.3%	212	19.6%

ヘルスサポートラボツール

(2) ポピュレーションアプローチ

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

本町においては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費の増大につながることや、町の実態等について町広報誌を活用し、町民への周知を行っています。また、集団健診会場では、住民の健康意識の向上を目的として、待合所で生活習慣病予防の動画を流したり、パンフレットの配布やポスターの掲示を行いました。

(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 (活用データ)
				初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	
				(H30)	(R2)	(R4)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.90%	2.20%	1.26%	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	1.41%	0.81%	1.54%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.25%	4.56%	4.34%	
			新規透析導入者の割合の減少	0.07%	0.04%	0.12%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	100%	100%	66.7%	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	34.6%	36.4%	38.2%	ラボツール等
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	6.00%	7.30%	6.70%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL180以上)	9.50%	9.10%	10.3%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C7.0%以上)	5.5%	7.8%	8.2%	
			健診受診者のHbA1c8.0以上者の割合減少	0.70%	0.30%	0.50%	
			糖尿病の未治療者(治療中断を含む)の割合	9.20%	13.33%	15.76%	
		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	57.6%	60.0%	62.0%	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	47.2%	64.0%	65.6%	
			特定保健指導対象者の割合の減少	12.4%	13.2%	14.4%	
	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	40.6%	43.6%	40.8%	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	46.9%	45.3%	45.6%	
			大腸がん検診受診者の増加	39.8%	37.7%	40.2%	
			子宮がん検診受診者の増加	48.2%	45.0%	42.0%	
			乳がん検診受診者の増加	53.3%	48.5%	42.8%	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	45.8%	44.0%	42.3%	
		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	83.7%	87.8%	85.9%	厚生労働省

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期データヘルス計画では、医療費の適正化を図るため、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を50%減らすこと、また、医療費の伸びを抑えることを本町の目標とし、それを達成するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム該当者・予備群を減らすことを短期的な目標とし、保健事業を行ってきました。

特に、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症すべてにおいて、9割の患者が高血圧を基礎疾患として持っていたことから、本町の最優先課題として、高血圧の重症化予防を掲げていました。図表19から、R4年度の高血圧症の治療者はH30年度と比較すると3.4%増えているものの合併症(重症化)である脳血管疾患及び虚血性心疾患の治療者は減少していることがわかります。また、健診受診者の高血圧者の割合も横ばいのため、町の専門職による保健指導や戸別訪問での重症化予防対策の成果であると考えられます。

総医療費でみると、中長期目標疾患の占める医療費の割合は、わずかに減少しているものの、治療者でみると40～64歳の若い世代の割合が増えています。さらに糖尿病合併症のうち、腎症と網膜症が特に増加しているため、早い段階での糖尿病予防が必要です。

特定健診は、集団健診を4月と10月に実施したり、健診機関での人間ドックや町内医療機関での個別健診を実施したりと、受診機会をより多く設けてきました。未受診者対策として、戸別訪問や、通知による受診勧奨を継続していった結果、R1年度には第2期の目標値である60%に達しています。しかし、40代・50代の受診率はまだまだ低い状況です。そのため、重症化する前の早い段階で生活習慣病を予防・改善していくためにも若年層への受診勧奨が課題です。

特定保健指導についても、H29年度に導入した地区担当制が定着し、実施率は目標値を超えています。一方で特定保健指導対象者の割合は増加傾向にあり、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合についても増加しています。メタボリックシンドロームについては、その概念や生活習慣病予防の考え方を広く普及するため、健康に関心のない人も広く対象とするポピュレーションアプローチを今後も効果的に進めていかなければなりません。

また、特定健診の未受診者対策により、潜在的な糖尿病患者やコントロール不良群を掘り起こすことができた一方で、代謝異常である糖尿病改善の保健指導等が上手くできておらず、短期目標の達成につながっていないのではと考えられます。今後、重症化する方が増加しないよう、医療機関への受診勧奨をはじめ、健診後のフォローの徹底や治療が継続できるよう受診状況を確認していく必要があります。第3期では重症化予防対象者を明確にして、優先順位をつけることで効率よく目標が達成できるよう保健事業を実施していきます。本町では、HbA1c7.0以上の方の増加や、糖尿病性腎症の課題もみえてきたことから、糖尿病性腎症予防に重点をおいた取組を充実していくことが今後必要です。

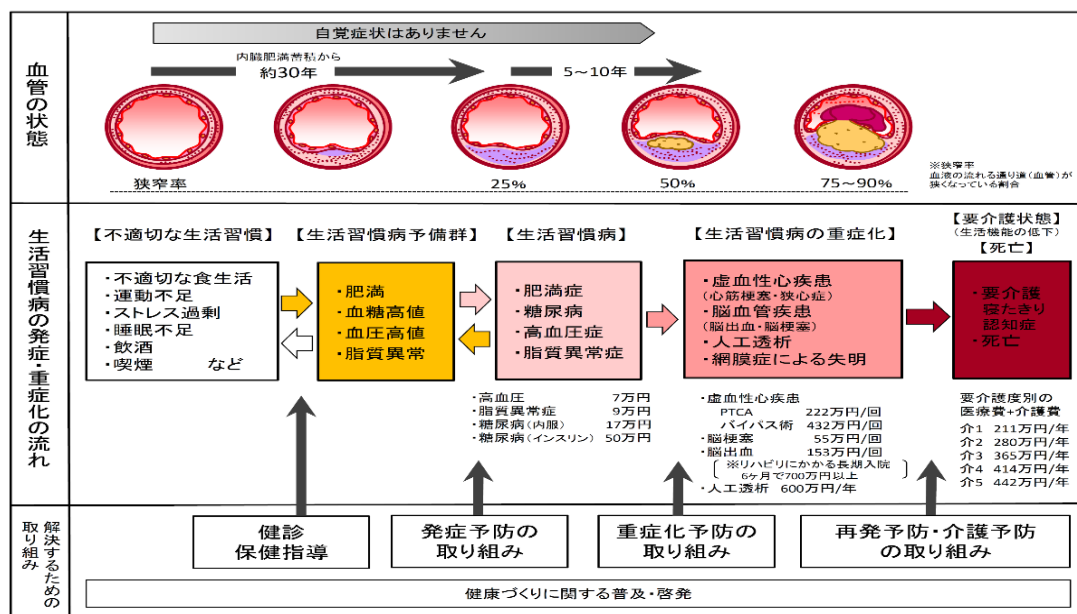
これらのことを踏まえ、第3期データヘルス計画の実施に向けて、現時点での健康・医療情報等の分析、健康課題の抽出をした上で目標を設定し、PDCAサイクルを意識した保健事業を行っていく必要があります。

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

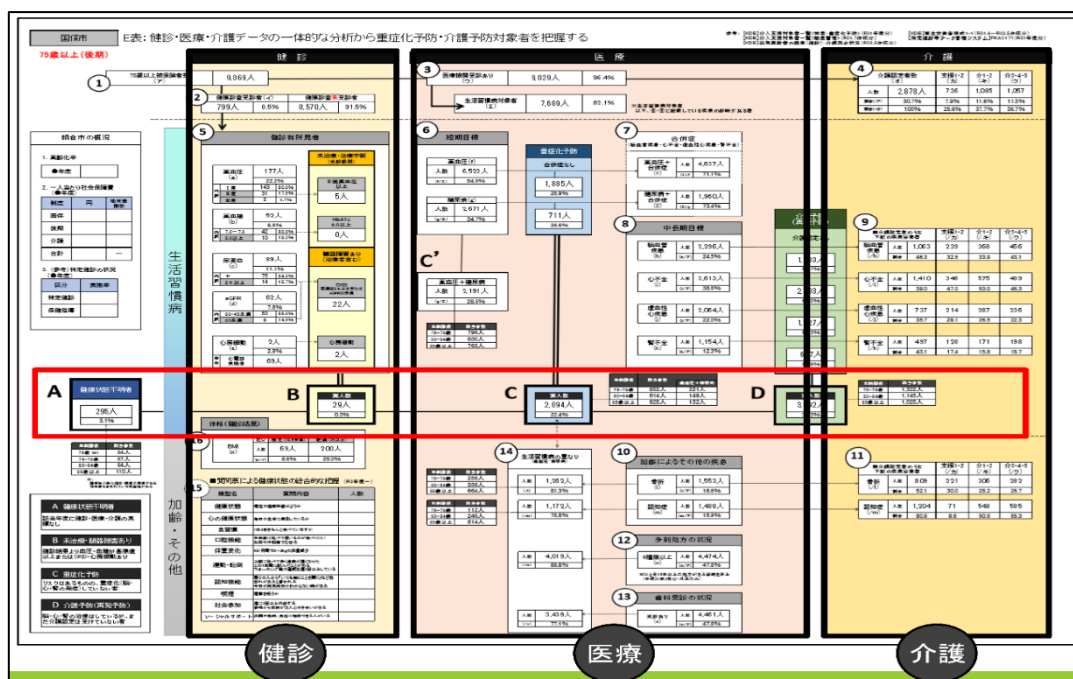
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表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



出典:ヘルスサポートラボツール

(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	2,723人	2,597人	2,532人	2,347人	2,229人	2,109人
総件数及び 総費用額	件数	25,431件	24,332件	22,205件	21,905件	30,563件
	費用額	9億1163万円	9億4559万円	9億5179万円	10億0237万円	8億7669万円
一人あたり医療費	33.5万円	36.4万円	37.6万円	42.7万円	39.3万円	76.9万円

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
				腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
① 国保	多良木町	8億7669万円	31,557	4.34%	0.27%	1.26%	1.54%	6.73%	4.42%	1.68%	1億7748万円	20.2%	14.7%	8.77%	7.85%
	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	多良木町	16億2273万円	63,902	6.02%	0.71%	3.82%	0.60%	4.95%	3.98%	1.12%	3億4387万円	21.2%	10.7%	4.01%	12.6%
	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%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

※1 「最大医療支援傷病名」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	78人	97人	82人	95人	87人	203人
	件数	B	127件	170件	168件	182件	174件	362件
		B/総件数	0.50%	0.70%	0.76%	0.83%	0.82%	1.18%
	費用額	C	1億5777万円	2億0650万円	2億5455万円	2億7293万円	2億3347万円	4億2049万円
		C/総費用	17.3%	21.8%	26.7%	27.2%	26.6%	25.9%

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		6人		8人		2人		3人		15人		
		D/A	3.8%		6.2%		9.8%		2.1%		3.4%		7.4%		
	件数	E	5件		9件		14件		3件		7件		25件		
		E/B	3.9%		5.3%		8.3%		1.6%		4.0%		6.9%		
	年代別	40歳未満	2	40.0%	2	22.2%	2	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	7	28.0%
		60代	1	20.0%	4	44.4%	8	57.1%	0	0.0%	3	42.9%	80代	11	44.0%
		70-74歳	2	40.0%	3	33.3%	4	28.6%	3	100.0%	4	57.1%	90歳以上	7	28.0%
	費用額	F	488万円		838万円		1656万円		323万円		712万円		2481万円		
		F/C	3.1%		4.1%		6.5%		1.2%		3.0%		5.9%		

出典：ヘルスサポートラボツール

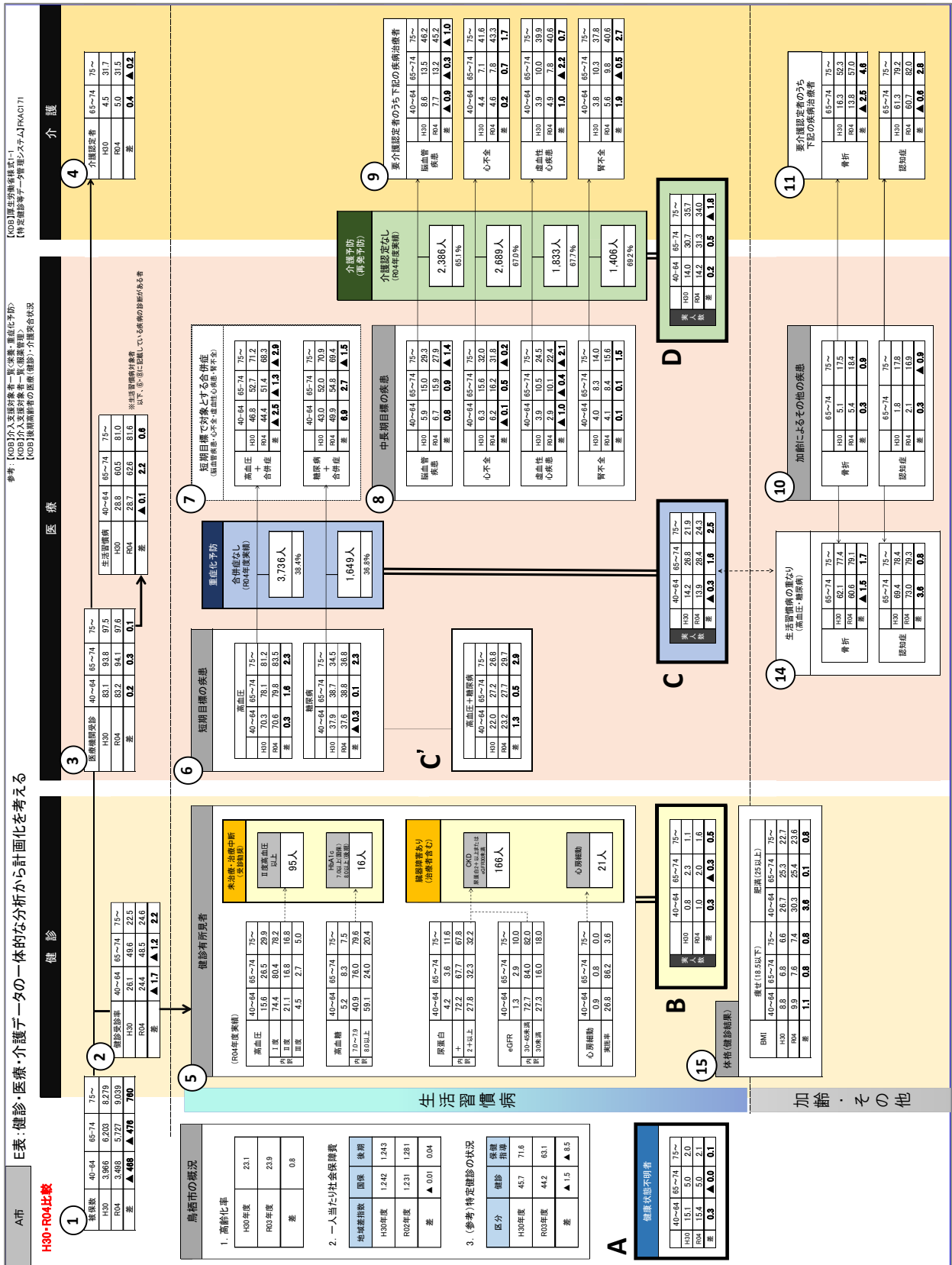
図表 36 高額レセプト(80万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

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	6人		10人		3人		3人		5人		2人		
		G/A	7.7%		10.3%		3.7%		3.2%		5.7%		1.0%		
	件数	H	7件		12件		4件		3件		7件		2件		
		H/B	5.5%		0.0%		2.4%		1.6%		4.0%		0.6%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	14.3%	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	1	50.0%
		60代	3	42.9%	9	75.0%	0	0.0%	1	33.3%	3	42.9%	80代	1	50.0%
		70-74歳	3	42.9%	2	16.7%	4	100.0%	2	66.7%	4	57.1%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	882万円		1632万円		399万円		599万円		1269万円		256万円		
		I/C	5.6%		7.9%		1.6%		2.2%		5.4%		0.6%		

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析(例:65~74 歳国保加入者)



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①				②			⑤					
年度	介護認定率	被保険者数				健診受診率			体格(健診結果)					
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	30.2	819	1,140	2,248	43.5	58.9	27.7	5.6	6.3	7.5	32.6	29.8	25.0	
R04	27.9	678	1,262	2,183	46.2	59.4	31.0	6.7	7.6	7.1	36.7	28.8	27.8	
同規模	30.3	45,313	72,684	11,738	36.1	49.1	18.8	6.3	6.0	6.7	34.8	30.9	28.1	

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																													
年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%	
H30	21	5.9	(8)	39	5.8	(12)	61	9.8	(9)	19	5.3	(1)	36	5.4	(3)	9	1.4	(0)	6	1.7	12	1.8	16	2.6	3	0.8	22	3.3	0	--
R04	18	5.8	(6)	52	6.9	(17)	56	8.3	(7)	22	7.0	(4)	65	8.7	(5)	6	0.9	(0)	1	0.3	7	0.9	19	2.8	3	1.0	17	2.3	0	--
同規模	775	4.7	(334)	2,505	7.0	(781)	1,907	8.7	(394)	771	4.7	(71)	2,086	5.8	(118)	1,115	5.1	(5)	203	1.2	592	1.7	816	3.7	44	0.4	333	1.5	382	3.6

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦								
年度	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症								
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	81.1	93.2	96.8	39.8	67.9	87.4	73.0	79.3	90.7	53.4	51.2	40.9	31.6	37.3	36.4	33.2	41.4	66.4	32.2	38.1	66.0			
R04	84.1	91.0	95.1	37.5	68.6	85.8	78.3	82.0	91.7	48.4	51.3	39.5	30.3	38.5	35.4	34.2	40.1	62.3	35.0	38.3	59.1			
同規模	80.3	91.3	94.7	34.7	65.5	83.3	73.7	82.3	87.5	44.2	44.8	41.1	28.5	34.0	35.2	40.1	49.3	68.7	42.9	54.5	73.1			

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.4	11.9	29.4	2.7	7.5	16.2	7.0	13.9	34.3	3.8	6.9	14.5	10.7	14.7	41.4	0.0	7.0	37.5	0.0	6.3	40.2	0.0	7.6	50.0
R04	4.1	9.9	24.5	2.5	6.8	14.0	5.9	14.7	33.7	4.9	8.6	13.8	12.0	9.6	40.3	5.9	2.3	31.7	2.5	7.0	41.1	9.1	10.2	45.0
同規模	5.4	12.6	24.9	5.2	12.0	22.6	7.5	17.9	36.5	4.7	9.0	15.1	9.2	12.5	45.6	2.5	5.8	36.5	2.8	6.6	39.8	3.6	7.2	39.5

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑩				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	75.8	89.4	92.9	85.5	5.4	19.4	1.2	16.5	3.2	51.7	42.9	79.0
R04	75.0	88.1	71.4	87.3	4.8	17.7	2.2	13.4	11.7	46.8	46.4	82.2
同規模	65.9	84.4	71.4	82.9	4.7	14.9	1.6	16.3	12.3	53.8	55.2	78.7

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)

国保の被保険者数の減少に伴い、レセプト件数と総費用額も減少していますが、一人あたり医療費は5年間で約6万円増加しています。また、後期高齢者になると一人あたり76.9万円と国保の2倍となっています。(図表 32)

次に、医療費の中身をみてみると、本町は国保・後期高齢者ともに中長期・短期目標疾患にかかる医療費が同規模や国、県と比較して高い状況にあります。国保では糖尿病、高血圧が占める医療費の割合が同規模等と比較すると高く、後期になると特に慢性腎不全の総医療費に占める割合が高くなっていました。(図表 33)

さらに、高額レセプトの推移をみてみると、国保では5年間で人数は1.1倍ですが、件数及び費用は1.4倍になっています。後期になると、国保の2倍に増加していることがわかります。そのうち、脳血管疾患、虚血性心疾患の高額となったレセプトは、件数、費用ともに1.4倍になっています。後期高齢者になると脳血管疾患は人数で国保の5倍、費用も3.5倍になっています。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) また、脳血管疾患や虚血性心疾患で高額になった方の経過を見てみると、5割の方は過去5年間に健診受診の履歴がなく、保険者として健康状態の把握ができていませんでした。健診を受診されている方でも、その多くが医療機関受診中で十分な保健指導ができていませんでした。高血圧や糖尿病などの基礎疾患は全ての方がもっており、未受診者対策や治療中者へのフォローについて、これらの実態を基に、第3期計画に盛り込む必要があります。

健診・医療・介護のデータをH30年度とR4年度の結果について各年代で一体的に分析すると、図表 38の⑩体格では、40～64歳の若い年齢層でBMI25以上の割合が増えています。図表 39 健診有所見の状況をみると、Ⅱ度高血圧以上は65～74歳で増加傾向にあり、HbA1c7.0以上は40～74歳で増加しています。未治療・治療中断者もわずかですが増加している年代もあるため、医療機関への受診勧奨とその後の継続したフォローが必要です。

図表 40の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況をみると、⑥の高血圧ではすべての年代で増加していますが、糖尿病は減少(一部横ばい)しています。また、⑦では、40～64歳で高血圧+合併症、糖尿病+合併症がどちらも増加しており、H30年度より重症化している実態があります。

図表 41 の中長期目標の疾患(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、40～64 歳の若い世代で脳血管疾患と腎不全が、65～74 歳の前期高齢者で心不全と腎不全が増加していることがわかります。また、中長期疾患のうち、介護認定者の割合は 40～64 歳でいずれも増加しています。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、特に若い世代で腎不全や脳血管疾患の増加がみられました。さらに若い世代の肥満者と糖尿病型も増えており、この世代への予防活動の充実が必要です。しかし、40 代・50 代の受診率は 60 代以上と比較すると低いため、第 3 期においても健診未受診者対策は、大変重要だと考えます。

また、一人あたりの医療費も増加していることから、予防可能な疾患である脳・心・腎を守るための活動に注力していく必要があります。

そのための具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

2) 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います。分析結果や実態から計画の見直し、改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが目標です。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。また、第 3 期の評価指標については、すべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 43)を設定しています。

②中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果本町では、人工透析や虚血性心疾患の医療費や発症状況に課題が見られました。そのため、人工透析となる疾患及び虚血性心疾患、また、介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患について、新規の患者数・割合を維持・減少させることを目標とします。

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費の増加を抑えることは難しいことから、医療費の伸びの抑制を目標とし、地域差指数の減少を目指します。

③短期的な目標の設定

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

特に 40～64 歳の肥満と高血糖が課題です。課題を解決するためにも 40 代・50 代の健診受診率の向上を目指し、さらに保健指導の充実により、生活習慣病の発症予防に努めます。なお、その

目標値や具体的な取り組みについては、第3章に記載します。

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必要です。未受診者や治療中断者に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と考えられます。日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

3) 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
その他の指標は、地域の実態に応じた指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標値	実績			データの把握方法 (活用データ)
				初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	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	減少	12人		データヘルス支援システム
			新規脳出血患者数	維持	3人		
			新規虚血性心疾患患者数	減少	20人		
			新規人工透析導入患者数	減少・発症させない	3人		
			糖尿病性腎症による新規透析導入患者数	減少・発症させない	2人		
データヘルス計画	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	★特定健診受診率	66.5%以上	62.0%		法定報告値
			40代、50代の健診実施(受診)率	上昇	50.0%		
			★特定保健指導実施率	70%以上	65.6%		
			(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	19.0%		・特定健診等データ管理システム ・ラボツール ・データヘルス支援システム
			内臓脂肪症候群該当者・予備群の割合	減少	38.4%		
			血圧Ⅱ度以上者(160/100以上)の割合	減少	6.6%		
	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少		LDL180以上者の割合	減少	3.4%		
			40代、50代の健診受診者のHbA1c6.5以上者の割合	減少	8.72%		
			★健診受診者のHbA1c8.0%(NSP値)以上者の割合	減少	2.6%		
			健診受診者のうち糖尿病の未治療者(治療中断者を含む)の割合	減少	15.76%		
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	1%増 又は全国平均以下	11.0%		法定報告値
			内臓脂肪症候群該当者の減少率	1%増 又は全国平均以下	23.5%		

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 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	64.5%	65.0%	65.5%	66.0%	66.5%	66.5%以上
40代の健診受診率	46%	47%	48%	49%	50%	50%以上
50代の健診受診率	52%	52.5%	53%	53.5%	54%	54%以上
特定保健指導実施率	66%	67%	68%	69%	70%	70%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	1,624人	1,554人	1,487人	1,424人	1,362人	1,304人
	受診者数	1,047人	1,010人	974人	939人	906人	867人
特定保健指導	対象者数	141人	136人	130人	125人	120人	115人
	受診者数	93人	91人	88人	86人	84人	81人

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。

- ①集団健診(多良木町保健センター)
- ②人間ドック・個別健診(委託医療機関及び町内医療機関)

(2) 特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、全世帯に案内を送付するとともに、町ホームページに掲載します。

(参照)URL: <https://www.town.taragi.lg.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 多良木町特定健診検査項目

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

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

(5) 実施時期

①集団健診 4 月、10 月(もれ健診)

②個別健診 4 月(町内医療機関については集団健診実施後)から翌年 2 月末まで

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(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	翌年年度
4月		健診機関との契約 (特定健診の開始)	(特定保健指導の実施)
5月			健診データ抽出(前年度分)
6月		健診データ受取 費用決裁 → 保健指導対象者の抽出	
7月			実施実績の分析 実施方法、委託先機関の見直し等
8月			
9月			
10月			受診・実施率実績の算出 連合会への報告
11月			
12月	契約に関わる 予算手続き	申込書の 送付・回収	
1月			
2月			
3月	契約準備 問診票の送付	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、業者委託と保険者の直接実施(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

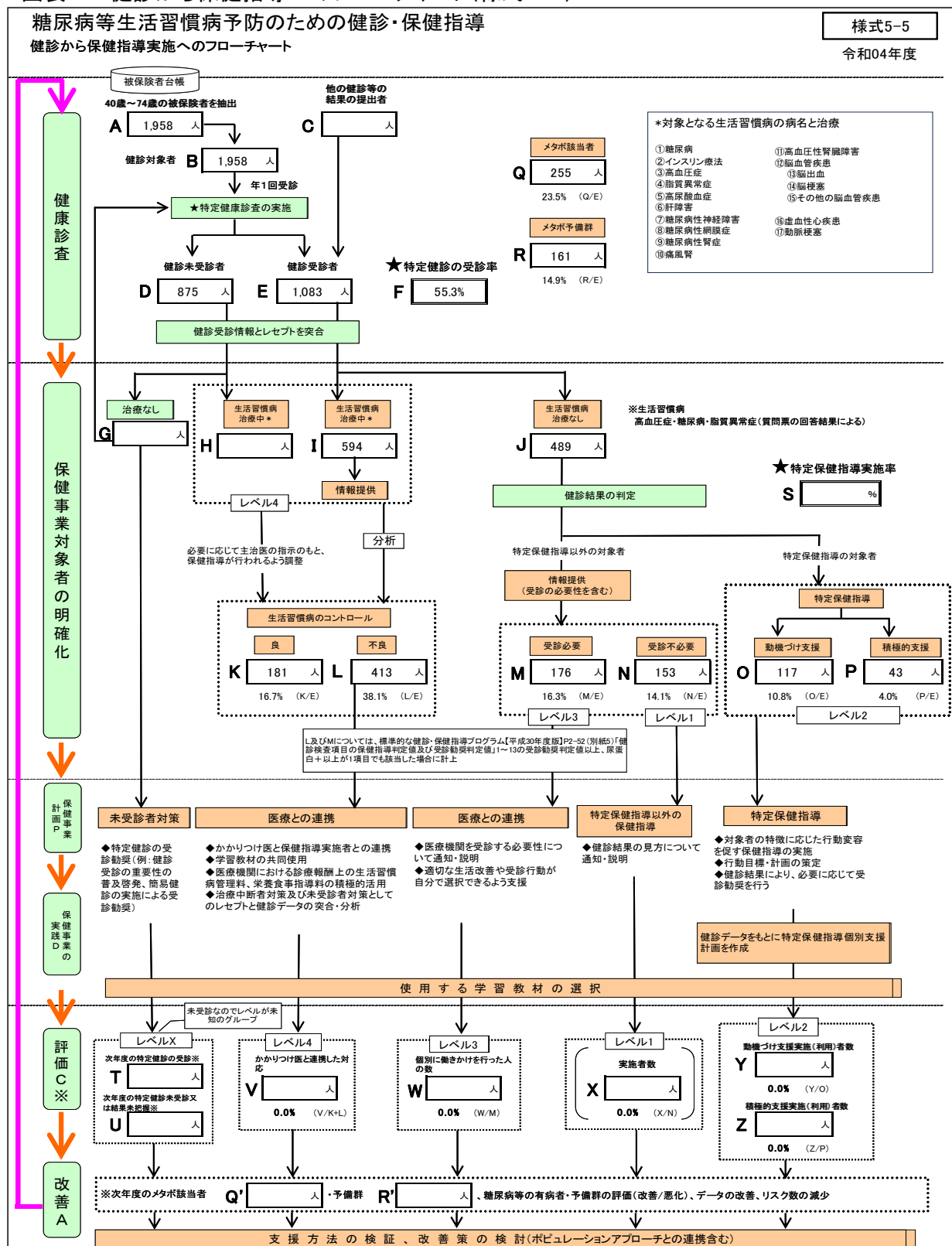
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルサポートラボツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を 促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診 勧奨を行う	160人 (14.8%)	70%
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	176人 (16.3%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診 の重要性の普及啓発、簡易健診の 実施による受診勧奨)	875人 ※受診率目標達 成まであと228 人	66.5%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	153人 (14.1%)	通知については 100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との 連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生 活習慣病管理料、栄養食事指導料の 積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策 としてのレセプトと健診データの突合・ 分析	594人 (54.8%)	50%

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	○個別健康診査実施の依頼 ○診療情報提供の依頼 ○特定健康診査の開始		○集団健診の実施(がん検診、 後期高齢者健診含む)
5月			
6月		○対象者の抽出	○代行機関(国保連合会)を通じ て費用決裁の開始
7月		○保健指導の開始	
8月			
9月			○前年度特定健診・特定保健指 導実績報告終了
10月			○集団健診(もれ)の実施(がん 検診、後期高齢者健診含む)
11月			○次年度健診申込書配付・受付
12月			
1月	○申込勧奨		
2月	○健診の終了		
3月			

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

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

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、多良木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

本町の特定健診受診者(R4 年度)1,083 人のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、434 人(40.1%)です。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 135 人(27.6%)で、そのうち特定保健指導対象者が 80 人と、治療なし者の 6 割にあたります。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 67.4%にあたる 91 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、高血圧症、心房細動、糖尿病は半数以上が治療なし者にあたるため、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 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために－重症化予防の観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4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	
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) (虚血性心疾患の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓症 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血栓性脳塞栓・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞		心筋梗塞 労心性狭心症 安静狭心症		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)	
	脳卒中 データリンク 2015.1.1					
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
科学的根拠に基づき 保健結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)
該当者数	73 6.7%	20 1.8%	37 3.4%	28 2.6%	255 23.5%	115 10.6%
治療なし	37 5.8%	5 1.0%	34 4.1%	23 2.8%	55 11.2%	42 4.5%
(再掲) 特定保健指導	15 20.5%	0 0.0%	11 29.7%	11 39.3%	55 21.6%	14 12.2%
治療中	36 8.0%	15 2.5%	3 1.2%	5 2.0%	200 33.7%	73 48.7%
臓器障害 あり	24 64.9%	5 100.0%	19 55.9%	15 65.2%	34 61.8%	19 45.2%
CKD(専門医対象者)	3	1	4	4	5	28
心電図所見あり	23	5	18	14	32	16
臓器障害 なし	13 35.1%	—	15 44.1%	8 34.8%	21 38.2%	23 54.8%

■各疾患の治療状況

	治療中	治療なし
高血圧	448	635
脂質異常症	249	834
糖尿病	150	933
3疾患 以上あり	594	489

※開診結果による

＜参考＞
健診受診者(受診率)
1,083人 55.3%

重症化予防対象者
(実人数)

	重症化予防対象者 (実人数)
該当者数	434 40.1%
治療なし	135 27.6%
(再掲) 特定保健指導	80 18.4%
治療中	299 50.3%

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(以下、「熊本県版プログラム」とする)に基づき実施します。

2) 人工透析に係る多良木町の実態と対象者の明確化

本町における人工透析の実態をみると、国保の透析者割合は県内市町村平均とあまり差はありません。しかし、後期になると平均を下回ってはいるものの、透析患者は年々増加しており、医療費に占める割合も大きくなっています。

また、新規透析患者の状況をみると、県平均を上回っており、さらにそのほとんどが糖尿病性腎症です。第2章でのデータから、糖尿病性腎症の治療者もH30年度と比較すると3.5%増加しています。そのため、本町においても、熊本県版プログラムに基づき、糖尿病性腎症重症化予防への取組を重点的に進めて行く必要があります。

図表 52 人工透析患者の実態

		H30			R2			R4		
		被保険者数	透析患者		被保険者数	透析患者		被保険者数	透析患者	
			人数	割合		人数	割合		人数	割合
国保	市町村計	451,989	2,455	0.54%	423,336	2,361	0.56%	402,744	2,232	0.55%
	多良木町	2,886	15	0.52%	2,677	14	0.52%	2,426	13	0.54%
後期	市町村計	279,004	3,592	1.29%	282,718	3,587	1.27%	284,602	3,675	1.29%
	多良木町	2,171	18	0.83%	2,125	20	0.94%	2,094	24	1.15%

保険者データヘルス支援システム

図表 53 新規人工透析患者の実態

		H30				R2				R4			
		新規透析患者				新規透析患者				新規透析患者			
				糖尿病性腎症				糖尿病性腎症				糖尿病性腎症	
国保	市町村計	189	0.04%	104	55.0%	194	0.05%	97	49.7%	152	0.04%	90	59.2%
	多良木町	2	0.07%	2	100%	1	0.04%	1	100%	3	0.12%	2	66.7%
後期	市町村計	257	0.09%	87	33.9%	249	0.09%	86	34.5%	226	0.08%	81	35.8%
	多良木町	1	0.05%	0	0.00%	3	0.14%	1	33.3%	5	0.24%	1	20.0%

保険者データヘルス支援システム

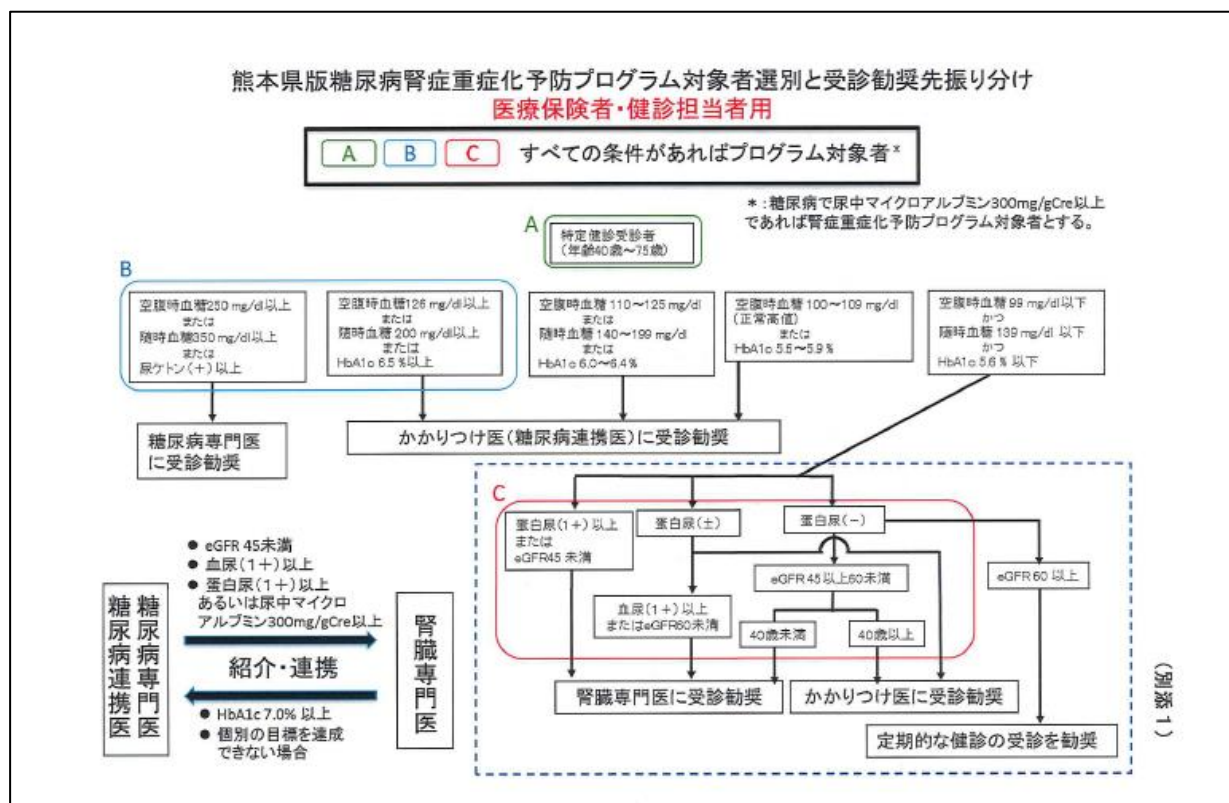
(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、熊本県版プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ①健診を受診した者のうち医療機関未受診者（早期に積極的に受診勧奨が必要な者）
- ②糖尿病治療中断者（最終の受診日から6ヵ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、尿たんぱく、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



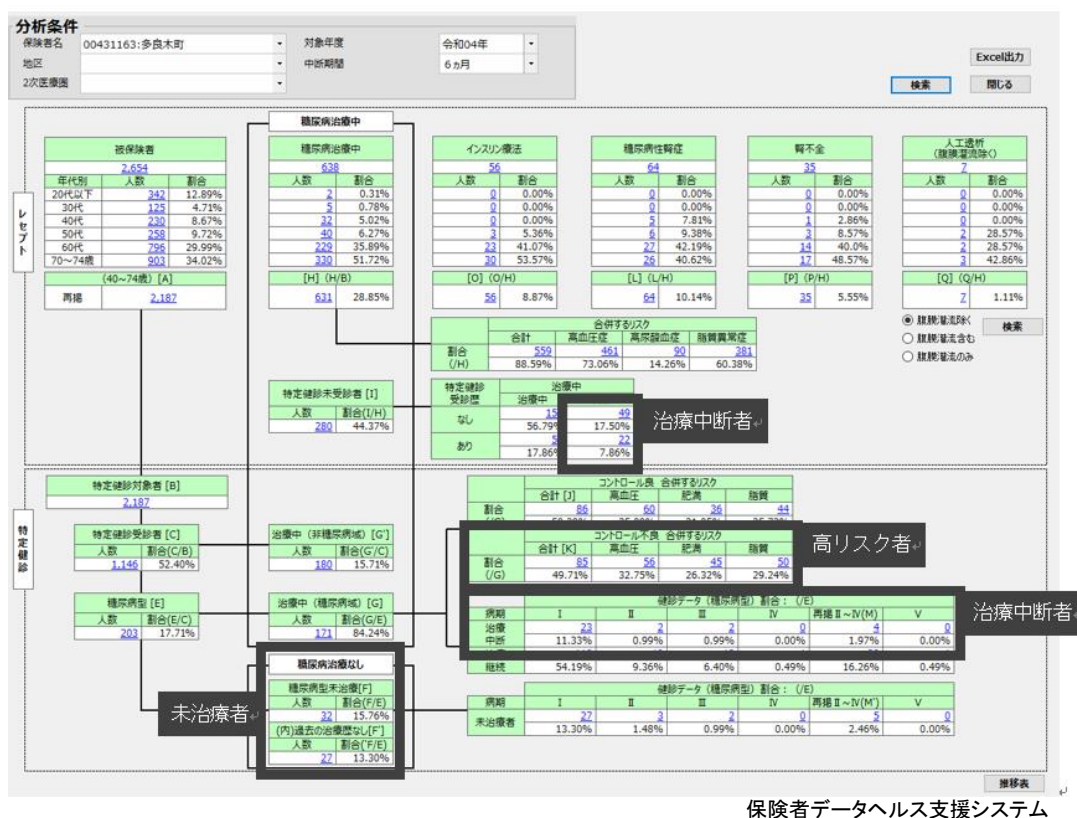
(2) 選定基準に基づく該当者の把握

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。

※使用システム 「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セータの突合



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) ・ ・ ・ 32 人

【受診勸奨】

- ・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ヵ月経過している者）

- ・(図表 55 治療中断者) 健診受診者 . . . 49 人
- ・(図表 55 治療中断者) 健診未受診者 . . . 22 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、地域出フォローが必要な対象者について

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) ・ ・ ・ 85 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を務める。
- ・ 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

- 5 月 対象者の選定基準の決定、対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 6 月 健診結果が届き次第、対象者への保健指導等を実施(通年)

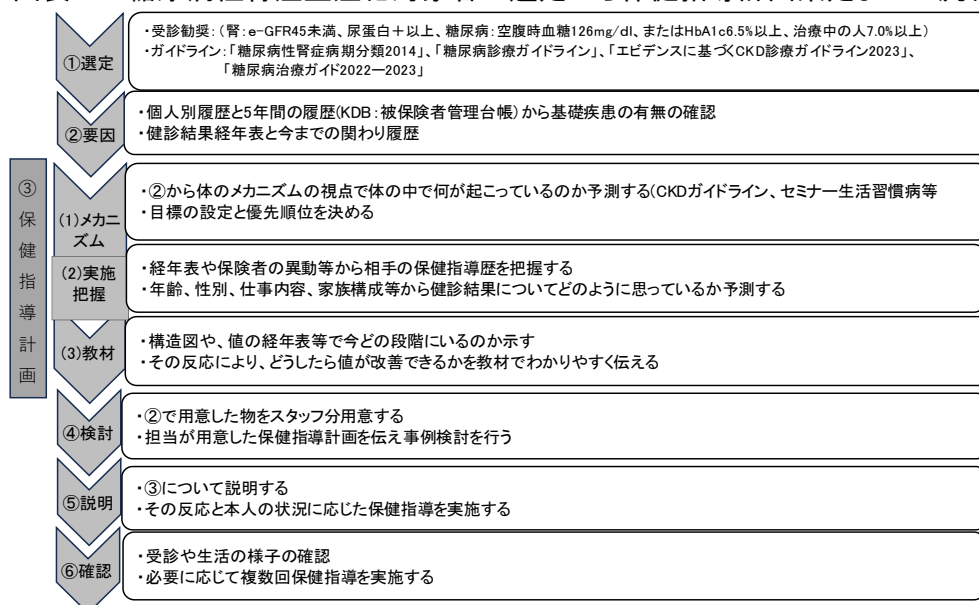
(2) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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。多良木町においては、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て行っています。

(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。健診当日の尿蛋白定量検査を引き続き実施し、2 次検査として、HbA1c6.5 以上者のへの微量アルブミン尿検査を実施する等、腎症ハイリスク者への早期介入のための取組を検討します。

図表 56 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



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 精密検査照会様式(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等を活用し、対象者の検査データの収集、保健指導への助言をかかりつけ医からもらいます。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ます。

5) 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、年に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（熊本版プログラムより）】

- ①糖尿病性腎症病気分類のステージの維持・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人工透析にかかる医療費の推移
- ④医療機関未受診者の割合
- ⑤治療中断者（糖尿病および糖尿病性腎症）の割合

図表 57 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目			突合表	多良木町										データ基		
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度				
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数	A	2,818人		2,723人		2,599人		2,515人		2,365人		KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳		2,269人		2,183人		2,112人		2,083人		1,972人				
2	①	対象者数	B	1,994人		1,926人		1,891人		1,793人		1,699人		市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書		
	②	特定健診 受診者数	C	1,146人		1,161人		1,134人		1,089人		1,052人				
	③	受診率		57.5%		60.3%		60.0%		60.7%		62.0%				
3	①	特定 保健指導 対象者数		142人		146人		150人		142人		151人				
	②	実施率		47.2%		49.3%		64.0%		76.1%		65.6%				
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	202人	17.0%	233人	19.4%	230人	19.9%	227人	20.3%	212人	19.6%	特定健診結果	
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	65人	32.2%	91人	39.1%	80人	34.8%	80人	35.2%	62人	29.2%		
	③		治療中（質問票 服薬あり）	G	137人	67.8%	142人	60.9%	150人	65.2%	147人	64.8%	150人	70.8%		
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	61人	44.5%	75人	52.8%	78人	52.0%	81人	55.1%	85人	56.7%		
	⑤		血圧 130/80以上		34人	55.7%	45人	60.0%	44人	56.4%	47人	58.0%	55人	64.7%		
	⑥		肥満 BMI25以上		29人	47.5%	33人	44.0%	28人	35.9%	37人	45.7%	41人	48.2%		
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	76人	55.5%	67人	47.2%	72人	48.0%	66人	44.9%	65人	43.3%		
	⑧		第1期 尿蛋白（－）	M	142人	70.3%	188人	80.7%	179人	77.8%	186人	81.9%	169人	79.7%		
	⑨		第2期 尿蛋白（±）		42人	20.8%	30人	12.9%	32人	13.9%	23人	10.1%	24人	11.3%		
	⑩		第3期 尿蛋白（＋）以上		13人	6.4%	11人	4.7%	15人	6.5%	15人	6.6%	17人	8.0%		
	⑪		第4期 eGFR30未満		4人	2.0%	4人	1.7%	3人	1.3%	3人	1.3%	2人	0.9%		
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）		133.1人		141.0人		128.9人		155.1人		146.7人		KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	②		(再掲)40-74歳（被保険者千対）		163.9人		174.1人		157.2人		185.3人		174.9人			
	③		レセプト件数 （40-74歳）		入院外（件数）	2,098件（965.0）		2,092件（1001.4）		2,116件（1021.7）		2,136件（1092.6）		2,033件（1084.3）		KDB 疾病別医療費分析 （生活習慣病）
	④		入院（件数）			12件（5.5）		15件（7.2）		18件（8.7）		21件（10.7）		11件（5.9）		
	⑤		糖尿病治療中	H	375人	13.3%	384人	14.1%	335人	12.9%	390人	15.5%	347人	14.7%	KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲)40-74歳		372人	16.4%	380人	17.4%	332人	15.7%	386人	18.5%	345人	17.5%		
	⑦		健診未受診者	I	235人	63.2%	243人	63.9%	182人	54.8%	239人	61.9%	195人	56.5%		
	⑧		インスリン治療	O	32人	8.5%	28人	7.3%	27人	8.1%	24人	6.2%	24人	6.9%		
	⑨		(再掲)40-74歳		32人	8.6%	28人	7.4%	27人	8.1%	24人	6.2%	24人	7.0%		
	⑩		糖尿病性腎症	L	21人	5.6%	17人	4.4%	19人	5.7%	33人	8.5%	36人	10.4%		
	⑪		(再掲)40-74歳		21人	5.6%	17人	4.5%	19人	5.7%	32人	8.3%	36人	10.4%		
	⑫		慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）		7人	1.9%	7人	1.8%	6人	1.8%	6人	1.5%	3人	0.9%		
	⑬		(再掲)40-74歳		7人	1.9%	7人	1.8%	6人	1.8%	5人	1.3%	3人	0.9%		
	⑭		新規透析患者数		2人	0.07%	1人	0.04%	1人	0.04%	0人	0%	3人	0.12%		
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		2人	100%	0人	0%	1人	100%	0人	0%	2人	66.70%		
	⑮		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）		7人	1.4%	8人	1.6%	7人	1.6%	6人	1.3%	6人	1.3%	KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
6	①	医療費	総医療費		9億1163万円		9億4559万円		9億5179万円		10億0237万円		8億7669万円		KDB 健診・医療・介護データか らみる地域の健康課題	
	②		生活習慣病総医療費		4億6461万円		4億8186万円		4億6826万円		4億9111万円		4億5470万円			
	③		(総医療費に占める割合)		51.0%		51.0%		49.2%		49.0%		51.9%			
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり		健診受診者	12,696円		15,048円		10,891円		12,968円		17,769円		
	⑤		健診未受診者			23,064円		22,982円		30,036円		29,645円		25,680円		
	⑥		糖尿病医療費		5979万円		6203万円		6505万円		6487万円		5900万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		12.9%		12.9%		13.9%		13.2%		13.0%			
	⑧		糖尿病入院外総医療費		1億8045万円		1億8940万円		2億2765万円		2億3299万円		1億7163万円			
	⑨		1件あたり		34,351円		37,527円		46,036円		46,984円		37,565円			
	⑩		糖尿病入院総医療費		7998万円		7713万円		8759万円		1億0643万円		9764万円			
	⑪		1件あたり		496,749円		571,366円		587,828円		618,778円		584,673円			
	⑫		在院日数		17日		17日		17日		16日		15日			
	⑬		慢性腎不全医療費		4293万円		4053万円		4494万円		5356万円		4043万円			
	⑭		透析有り		3877万円		3974万円		4338万円		5086万円		3803万円			
	⑮		透析なし		416万円		79万円		156万円		269万円		240万円			
7	①	介護	介護給付費		13億7643万円		13億6661万円		13億4225万円		13億7343万円		13億5615万円			
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		1件	16.7%	1件	25.0%	3件	42.9%	2件	28.6%	3件	37.5%		
8	①	死亡 糖尿病（死因別死亡数）		0人	0.0%	0人	0.0%	1人	0.7%	0人	0.0%	0人	0.0%	KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題		

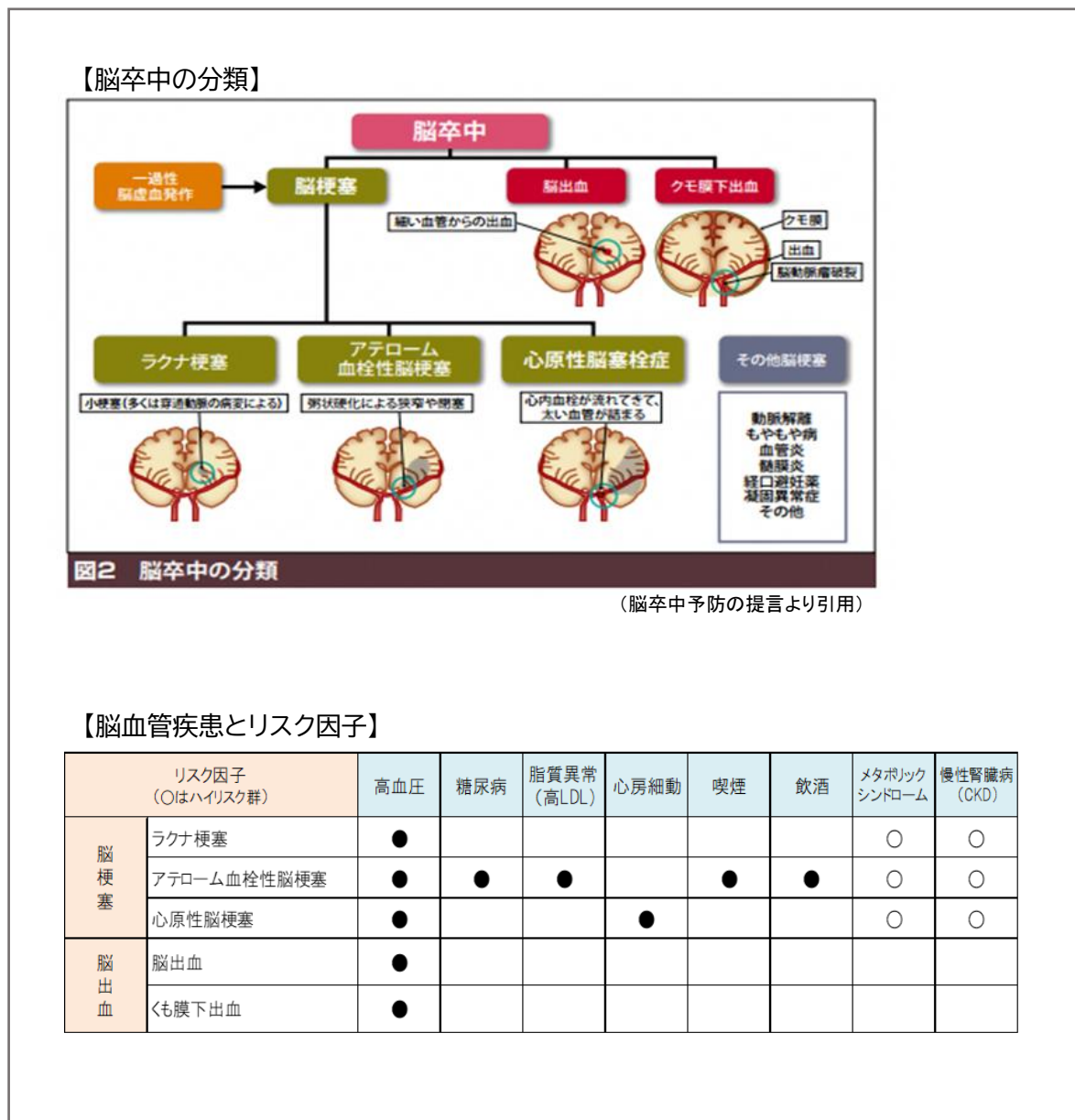
ヘルスサポートラボツール

2. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患予防の取組にあたっては脳卒中ガイドライン、脳卒中予防への助言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 58)

図表 58 脳卒中の分類、脳血管疾患とリスク因子



2) 脳血管疾患に係る多良木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

本町の脳血管疾患を種類別でみると、国保・後期ともに脳梗塞が一番高い状況です。

また、脳梗塞の種類をみると、すべての世代でラクナ梗塞の割合が高く、心原性脳梗塞が一番低い状況でした。ラクナ梗塞は、市町村平均と比較しても国保・後期・介護全てにおいて 20% 程度高く、ラクナ梗塞の発症において課題がみられます。

図表 59 脳血管疾患の種類をみる(R4 年度)

		被保険者数	脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合
国保	市町村計	402,744	2,512	0.62%	639	0.16%	163	0.04%
	多良木町	2,426	12	0.49%	3	0.12%	1	0.04%
後期	市町村計	284,602	8,874	3.12%	1,333	0.47%	270	0.09%
	多良木町	2,094	65	3.10%	9	0.43%	1	0.05%

保険者データヘルス支援システム

図表 60 脳梗塞の種類をみる(R4 年度)

			脳梗塞人数							
			ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳梗塞		心原性脳梗塞			
被保険者数			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
国保	市町村計	402,744	2,513	0.62%	737	29.3%	363	14.4%	279	11.1%
	多良木町	2,426	12	0.50%	5	41.7%	1	8.3%	1	8.3%
後期	市町村計	284,602	257	0.09%	87	33.9%	86	34.5%	81	35.8%
	多良木町	2,094	65	3.10%	34	52.3%	9	13.8%	7	10.8%
介護	市町村計	284,602	21,139	7.43%	5,524	26.1%	2,227	10.5%	2,543	12.0%
	多良木町	726	164	22.6%	73	44.5%	24	14.6%	16	9.8%

保険者データヘルス支援システム

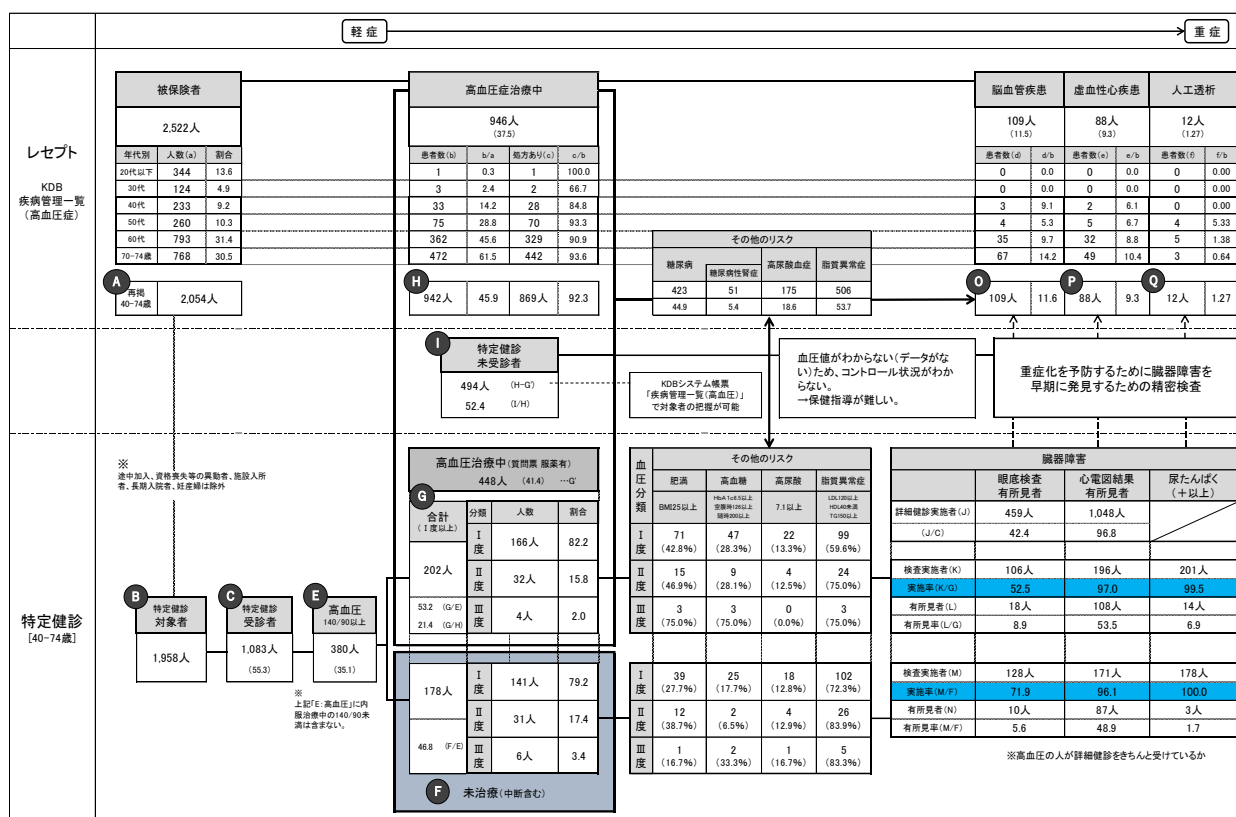
(2) 重症化予防対象者の実態

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子であり、本町で最も多いラクナ梗塞も高血圧の継続が発症のリスクとなります。図表 60 をみると、高血圧症治療者 942 人 (H) のうち、すでに脳血管疾患を起こしている人が 109 人で 11.6% (O) でした。

特定健診の結果をみると、受診者のうち 380 人 (35.1%) (E) は高血圧で、そのうち 178 人 (46.8%) (F) 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。

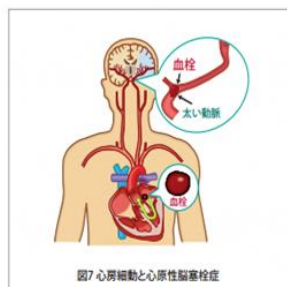
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 36 人 (17.8%) いることがわかりました。治療中でその他のリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

図表 61 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) 心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

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

R4 年度特定健診における心電図検査において、20 人に心房細動の所見がありました。特に男性に多く、日循環学調査の割合よりも高い状況です。本町は心原性脳塞栓症の発症割合は多くありませんが、前述したとおり発症後のリスクが大きいので、心房細動有所見者の未治療者については、すみやかに医療機関受診につなげるとともに、治療中者についても、治療中断が引き起こすリスクについて十分な説明を行い、治療や内服の中断を防ぐ必要があります。また、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引き続き行っていきます。

本町は、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。

図表 62 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	502	581	489	97.4%	559	96.2%	17	3.5%	3	0.5%	--	--
40代	41	39	40	97.6%	36	92.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	63	52	62	98.4%	50	96.2%	2	3.2%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	186	228	181	97.3%	218	95.6%	5	2.8%	1	0.5%	1.9%	0.4%
70～74歳	212	262	206	97.2%	255	97.3%	10	4.9%	2	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

(4) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患などの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、Ⅱ度高血圧以上者を対象としていましたが、図表 63 のとおり、リスク第3層に該当する高血圧者やⅠ度高血圧者なども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 63 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

血圧分類 (mmHg)		高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130～139 /80～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	333	155	141	31	6
		46.5%	42.3%	9.3%	1.8%
リスク第1層 予後影響因子がない	20	C 12	B 5	B 3	A 0
	6.0%	7.7%	3.5%	9.7%	0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	183	C 86	B 79	A 15	A 3
	55.0%	55.5%	56.0%	48.4%	50.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	130	B 57	A 57	A 13	A 3
	39.0%	36.8%	40.4%	41.9%	50.0%

高リスク

中等リスク

低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	91
		27.3%
B	概ね1ヵ月後に再評価	144
		43.2%
C	概ね3ヵ月後に再評価	98
		29.4%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

5 月 対象者の選定基準の決定

対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6 月 健診結果が届き次第、対象者への保健指導等を実施(通年)

(2) 受診勧奨及び保健指導

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

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のためは、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ている方については、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) 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。

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

2) 対象者の明確化

(1) 多良木町の実態

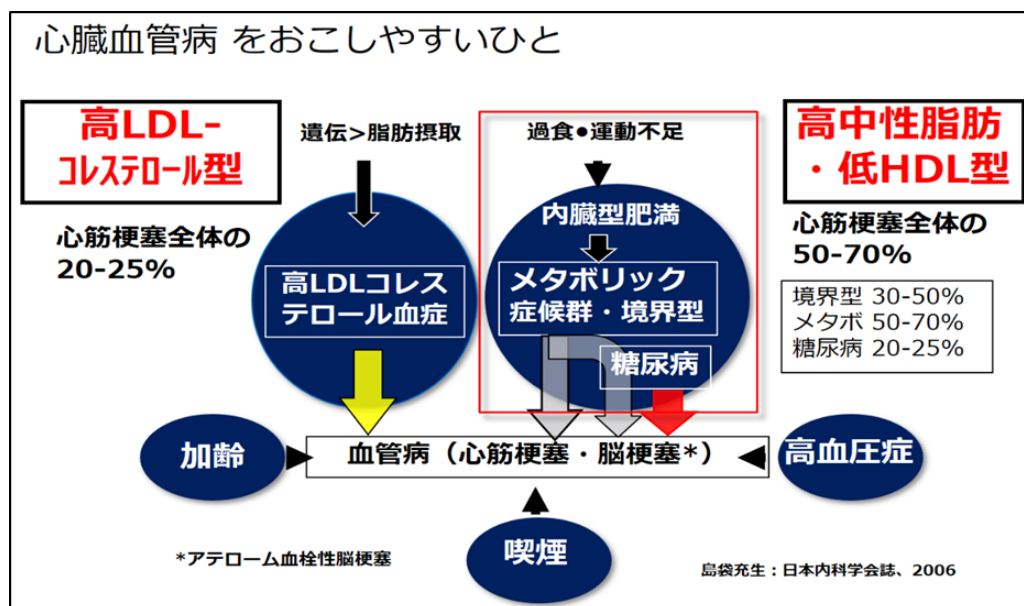
R4 年度の虚血性心疾患で高額になったレセプトの件数は H30 年度と比較すると横ばいですが、費用額は 1.4 倍になっています。また、本町は、虚血性心疾患が医療費に占める割合も同規模、県、国と比較して高い状況です。40～64 歳の介護認定者における虚血性心疾患の保有率も増加しています。

これらのことから、虚血性心疾患のリスク因子を持つ方の把握と、発症予防に向けた保健指導が重要と考えられます。

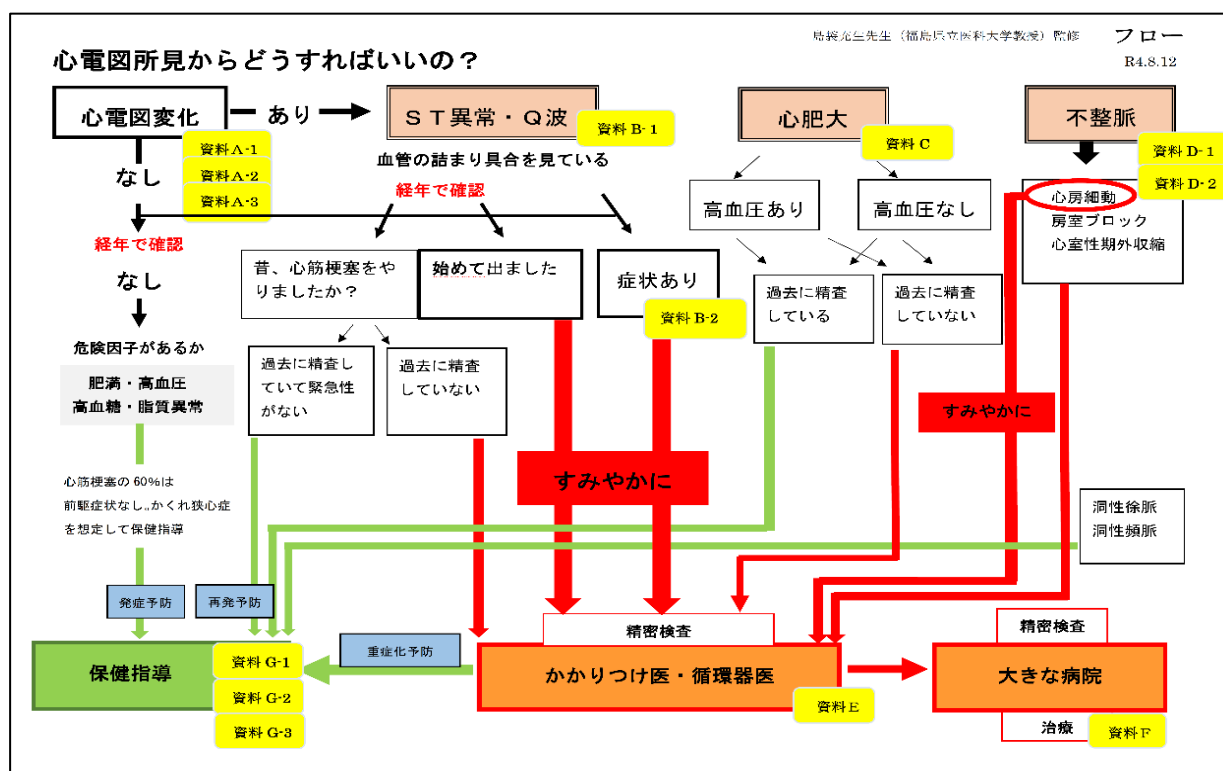
(2) 対象者選定基準の考え方

虚血性心疾患予防の対象者は、メタボリックシンドローム又は 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 64) また、心電図所見からのフロー図を活用します。(図表 65)

図表 64 心臓血管病をおこしやすいひと



図表 65 心電図所見からのフロー図



(3) 重症化予防対象者の抽出

①高 LDL コレステロール者

心筋梗塞全体の 20～25%を占める高 LDL 者については、これまで LDL180 以上の方に受診勧奨や治療継続の確認を行ってきました。対象者が第 3 期においては、図表 66 を参考に、高リスク者にあたる者について、優先的に関わり、確実な医療機関受診や服薬による管理につながるよう、効果的な保健指導の実施を目指します。

②メタボタイプ

第4章「4.メタボリックシンドローム重症化予防」を参照

③心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患予防においても重要な検査の1つです。心電図検査においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は図表 65 フロー図に基づき適切な受診勧奨や保健指導を実施します。

多良木町においては、心電図を 1,110 人(96.7%)に実施し、そのうち有所見者が 586 人(52.8%)でした。有所見率は男性が高く、心肥大や不整脈の割合が高い状況でした。これまで、心電図検査結果からの重症化予防の対象者としては心房細動の有所見者のみとしていたため、その他の異常所見についても、図表 65 の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します。

図表 66 冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果(LDL-C)				(再掲) LDL160以上の年代別			
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
496				226	45.6%	171	34.5%	65	13.1%	34	6.9%
一次予防 まず生活習慣の改善を 行った後、薬物療法の 適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	54	27	16	5	6	6	5	0	0
			10.9%	11.9%	9.4%	7.7%	17.6%	75.0%	26.3%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	178	86	58	22	12	1	5	16	12
			35.9%	38.1%	33.9%	33.8%	35.3%	12.5%	26.3%	45.7%	32.4%
	高リスク	120未満 (150未満)	250	103	95	37	15	1	9	19	23
			50.4%	45.6%	55.6%	56.9%	44.1%	12.5%	47.4%	54.3%	62.2%
二次予防 生活習慣の是正と共に 薬物療法を考慮する	再掲	100未満 (130未満) ※1	20	12	3	2	3	0	1	3	1
			4.0%	5.3%	1.8%	3.1%	8.8%	0.0%	5.3%	8.6%	2.7%
	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)	14	10	2	1	1	0	0	0	2
			2.8%	4.4%	1.2%	1.5%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%	5.4%

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

図表 67 心電図検査結果(R4 年度)

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		実施者数 A		有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	1,110	96.7%	586	52.8%	6	1.0%	7	1.2%	20	3.4%	47	8.0%	16	2.7%	85	14.5%	21	3.6%	40	6.8%
	男性	523	97.0%	305	58.3%	6	2.0%	4	1.3%	15	4.9%	31	10.2%	12	3.9%	55	18.0%	18	5.9%	23	7.5%
	女性	587	96.4%	281	47.9%	0	0.0%	3	1.1%	5	1.8%	16	5.7%	4	1.4%	30	10.7%	3	1.1%	17	6.0%

多良木町調べ

3) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

- 5 月 対象者の選定基準の決定
- 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 6 月 健診結果が届き次第、対象者への保健指導等を実施(通年)

(2) 受診勧奨及び保健指導

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

(3) 重症化予防対象者の管理

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

虚血性心疾患発症予防のためには、LDLやメタボ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) 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。

4. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態であり、心血管病の重要な予防ターゲットとなっていることに加え、生活習慣が関与する多くの病態を含んでいます。

メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することです。また、メタボリックシンドロームを呈する多くの人々はインスリン抵抗性をもち、2 型糖尿病の発症リスクも高く、このようにして発症した糖尿病は特に心血管疾患の基盤としての認識が必要です。【参考：「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」 標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版）添付資料】

2) 肥満・メタボリックシンドロームの状況

(1) 多良木町の肥満・メタボリックシンドロームの実態

本町における健診受診者のうち肥満者（BMI25 以上者）の割合は、県内市町村平均と比較すると全ての世代で高い状況にあります。特に 40～64 歳の若い世代は H30 年度と R4 年度で比較すると 4.1%増加しており、肥満が進んでいる状況がみえます。

また、メタボリックシンドローム該当者及び予備群は、図表 69 のとおり、市町村平均よりも高い状況が続いています。

図表 70 をみると、男性では 60 代のメタボリック該当者が 4 割を超え、50 代も 3 割に近い方が該当しています。女性では、50～60 代で 1 割を超えていました。また、男女ともに血圧+脂質異常の組み合わせが多く、次いで 3 項目全て該当している方が多い状況です。

図表 68 E 表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

	E表	④	①				②			⑮					
	年度	認定 介護 率	被保険者数				健診受診率			体格（健診結果）					
							特定 健診	長寿 健診		BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
多良木町	H30	30.2	819	1,140	2,248	43.5	58.9	27.7		5.6	6.3	7.5	32.6	29.8	25.0
	R01	30.2	764	1,161	2,210	45.5	60.1	27.6		7.2	7.2	6.7	33.6	31.8	25.9
	R02	30.7	678	1,216	2,149	45.7	60.8	28.2		5.5	6.9	9.2	34.5	28.4	25.4
	R03	29.8	691	1,223	2,175	44.4	60.1	29.9		5.2	6.9	8.9	34.5	28.2	27.7
	R04	27.9	678	1,262	2,183	46.2	59.4	31.0		6.7	7.6	7.1	36.7	28.8	27.8
市町村計	R04	32.6	118,832	178,521	292,748	26.5	38.6	16.4		7.9	7.5	7.9	30.8	26.4	23.0

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 69 メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合の経年変化

	H25		H28		R1		R3	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	30,848	27.1%	30,245	28.3%	34,555	31.8%	33,326	33.1%
多良木町	297	27.7%	404	31.6%	416	35.6%	386	35.4%

出典：特定健診法定報告値

図表 70 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況

		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	502	41	63	186	212	581	39	52	228	262
メタボ該当者		B	178	8	17	75	78	77	3	7	23	44
		B/A	35.5%	19.5%	27.0%	40.3%	36.8%	13.3%	7.7%	13.5%	10.1%	16.8%
再掲	① 3項目全て	C	57	2	6	22	27	25	1	2	9	13
		C/B	32.0%	25.0%	35.3%	29.3%	34.6%	32.5%	33.3%	28.6%	39.1%	29.5%
	② 血糖＋血圧	D	50	1	1	26	22	16	1	1	4	10
		D/B	28.1%	12.5%	5.9%	34.7%	28.2%	20.8%	33.3%	14.3%	17.4%	22.7%
	③ 血圧＋脂質	E	61	2	8	23	28	32	1	4	8	19
		E/B	34.3%	25.0%	47.1%	30.7%	35.9%	41.6%	33.3%	57.1%	34.8%	43.2%
	④ 血糖＋脂質	F	10	3	2	4	1	4	0	0	2	2
		F/B	5.6%	37.5%	11.8%	5.3%	1.3%	5.2%	0.0%	0.0%	8.7%	4.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 71 メタボリックシンドローム該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	502	178	35.5%	131	73.6%	47	26.4%	581	77	13.3%	69	89.6%	8	10.4%		
40代	41	8	19.5%	4	50.0%	4	50.0%	39	3	7.7%	1	33.3%	2	66.7%		
50代	63	17	27.0%	9	52.9%	8	47.1%	52	7	13.5%	5	71.4%	2	28.6%		
60代	186	75	40.3%	56	74.7%	19	25.3%	228	23	10.1%	20	87.0%	3	13.0%		
70～74歳	212	78	36.8%	62	79.5%	16	20.5%	262	44	16.8%	43	97.7%	1	2.3%		

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の優先順位

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

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科診療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満（肥満 3 度・4 度）は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要があるとされています。そのため、肥満 3 度、4 度のみ治療者については、可能であれば専門医療機関受診を勧めることで対応します。

保健指導対象者については、図表 72 のとおり、メタボリック該当者は男性が多くを占めること、若い男性には心血管病は多いことを踏まえ、若い世代の男性を最優先の対象者とするものとします。

図表 72 肥満度分類で対象者をみる

		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		326	757	122	219	95	189	20	28	6	1	1	1
				37.4%	28.9%	29.1%	25.0%	6.1%	3.7%	1.8%	0.1%	0.3%	0.1%
再掲	男性	165	337	72	109	58	98	11	11	2	0	1	0
				43.6%	32.3%	35.2%	29.1%	6.7%	3.3%	1.2%	0.0%	0.6%	0.0%
	女性	161	420	50	110	37	91	9	17	4	1	0	1
				31.1%	26.2%	23.0%	21.7%	5.6%	4.0%	2.5%	0.2%	0.0%	0.2%

出典:ヘルスサポートラボツール

3) 対象者の明確化

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況は、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、食事療養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 ss 行います。
- ②治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導（食事指導）を行います。
- ③特定保健指導対象者への保健指導については、第3章特定健康診査等実施計画のとおり実施します。

(2) 対象者の管理

特定保健指導対象者及び他の重症化予防対象者の管理と同様とします。

4) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

- 5 月 対象者の選定基準の決定、対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 6 月 健診結果が届き次第、対象者への保健指導等を実施(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て行っています。

(3) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001 年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。

本町においても対象者の早期介入を目的として、二次健診の実施を検討します。

動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

5) 医療との連携

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

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

6) 評価

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。

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

多良木町では、令和 5 年度より熊本県後期高齢者広域連合から、本町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。

具体的には、

- ①企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置します。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血糖・血圧コントロール不良かつ薬剤処方が無い者や治療中断者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75 歳を過ぎても支援が途切れないよう移行前の保健指導等の記録を活用しながら指導を実施します。また、生活習慣病からのフレイル 予防のための健康教室や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

3) 関係期間との連携

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

必要な情報及び実態の共有、対象者の引継ぎ等が円滑に進むよう、年度はじめ、年度末の関係者間でのミーティングに加え、必要時連携を図ることとします。

IV. 発症予防

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

生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策が重要であり、特に小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

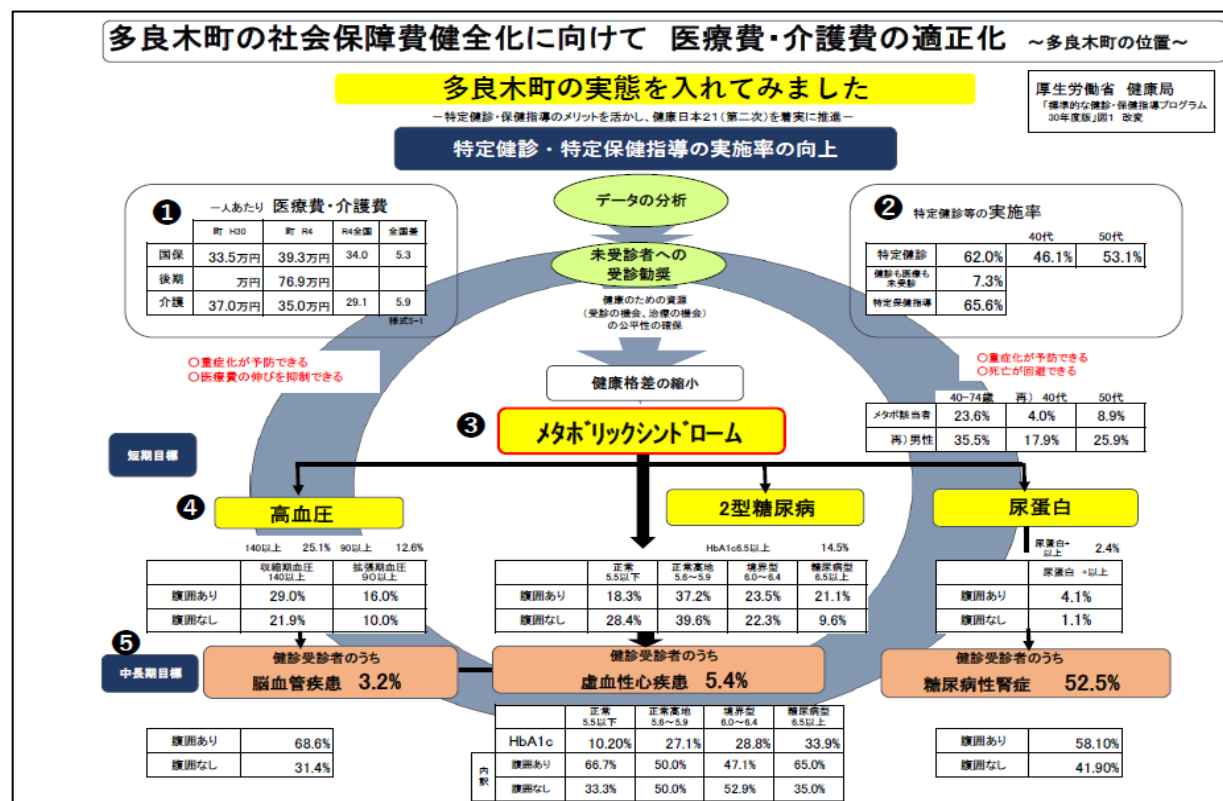
多良木町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていく必要があります。

また、本町の生活習慣病の医療機関受診者は、40～64歳で被保険者の37%程となっており、県平均より高い状況です。より若い世代からの健康管理が大切であり、本町でも、19歳から受診できる若年健診を実施しています。被保険者が自身の身体の状態を毎年確認することが習慣化できるような取組の推進に努めていきます。

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の实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 73 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 74 統計からみえる熊本の食

よく購入・消費されているもの				あまり購入・消費されていないもの	
外食等		順位（対全国比）	食品		順位（対全国比）
ハンバーガー	1位	（1.4倍）	合いびき肉	1位	（1.7倍）
焼肉	8位	（1.3倍）	鶏肉	2位	（1.3倍）
			ウインナー	9位	（1.1倍）
飲料		順位（対全国比）	マヨネーズ		順位（対全国比）
焼酎	5位	（1.3倍）	ケチャップ	2位	（1.2倍）
発泡酒	7位	（1.3倍）	ドレッシング	5位	（1.1倍）
乳酸菌飲料	10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）
食習慣					
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			

総務省統計局 家計調査 2019～2021年平均

第7回NDBオープンデータ

図表 75 特定健康診査質問票からみた生活習慣(R4 年度)

質問項目			多良木町	熊本県	同規模	国
喫煙			13.1%	13.6%	5.1%	13.8%
20歳時体重から10kg以上増加			36.8%	36.0%	35.8%	34.9%
	再掲	40代	59.2%	43.7%	－	－
		50代	47.3%	42.6%	－	－
1回30分以上の運動習慣なし			68.8%	61.6%	65.2%	60.3%
1日1時間以上運動なし			55.1%	50.8%	46.9%	48.0%
週3回以上朝食を抜く			7.1%	10.2%	8.6%	10.3%
	再掲	40代	22.4%	27.5%	－	－
		50代	16.1%	20.1%	－	－
		60代	7.3%	8.9%	－	－
飲酒頻度	毎日	28.7%	26.3%	26.5%	25.5%	
	時々	23.1%	24.0%	21.1%	22.4%	
	飲まない	48.2%	49.7%	52.5%	52.1%	
1日飲酒量	1合未満	40.5%	68.5%	59.9%	64.2%	
	1～2合	22.3%	22.5%	26.5%	23.7%	
	2～3合	20.8%	7.2%	10.4%	9.3%	
	3合以上	16.4%	1.8%	3.2%	2.7%	

出典：KDB システム_地域の全体像の把握

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を、必要に応じて見直しを行います。また、計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮し最終評価を行います。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められています。

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

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

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

※評価における4つの指標

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知を行います。また、計画の概要版を作成し、町の健康づくりに係る会議等で説明します。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた多良木町の位置

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多良木町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた多良木町の位置

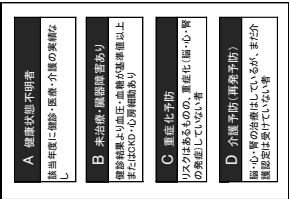
R04年度

項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口		9,035		1,680,058		1,713,102		123,214,261		KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			65歳以上(高齢化率)		3,879	42.9	662,426	39.4	540,538	31.6	35,335,805	28.7		
			75歳以上		2,151	23.8	---	---	282,460	16.5	18,248,742	14.8		
			65～74歳		1,728	19.1	---	---	258,078	15.1	17,087,063	13.9		
			40～64歳		2,729	30.2	---	---	543,167	31.7	41,545,893	33.7		
	39歳以下		2,427	26.9	---	---	629,397	36.7	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業		23.6		17.0		9.8		4.0		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			第2次産業		24.8		25.3		21.1		25.0			
			第3次産業		51.5		57.7		69.1		71.0			
	③	平均寿命	男性		80.5		80.4		81.2		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握	
			女性		87.6		86.9		87.5		87.0			
	④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性		79.5		79.5		80.4		80.1		KDB NO.1 地域全体像の把握	
			女性		85.9		84.2		85.0		84.4			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性		99.9		103.1		94.9		100		KDB NO.1 地域全体像の把握
				女性		91.5		101.3		94.5		100		
			死因	がん		39	42.9	7,089	46.3	5,349	48.2	378,272	50.6	
				心臓病		33	36.3	4,562	29.8	3,242	29.2	205,485	27.5	
				脳疾患		14	15.4	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	4.4	622	4.1	476	4.3	26,946	3.6	
				自殺		1	1.1	346	2.3	282	2.5	20,171	2.7	
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計										厚労省HP 人口動態調査	
			男性											
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		714	19.0	127,161	19.4	108,069	20.2	6,724,030	19.4	KDB NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者		0	0.2	2,078	0.3	1,261	0.3	110,289	0.3	
				介護度別 総件数	要支援1.2		2,915	16.6	365,856	13.2	380,309	14.2	21,785,044	
要介護1.2					7,831	44.5	1,297,770	46.8	1,309,567	49.0	78,107,378	46.3		
要介護3以上					6,867	39.0	1,111,908	40.1	984,793	36.8	68,963,503	40.8		
2号認定者				12	0.44	2,073	0.39	1,879	0.35	156,107	0.38			
②		有病状況	糖尿病		139	18.0	30,162	22.6	25,945	23.1	1,712,613	24.3		
			高血圧症		430	59.6	71,773	54.3	65,761	58.7	3,744,672	53.3		
			脂質異常症		194	26.2	39,654	29.6	37,156	32.8	2,308,216	32.6		
			心臓病		475	64.7	80,304	60.9	73,556	65.7	4,224,628	60.3		
			脳疾患		177	23.8	30,910	23.8	25,387	22.8	1,568,292	22.6		
			がん		71	10.5	14,782	11.0	13,445	12.0	837,410	11.8		
			筋・骨格		418	57.7	71,540	54.1	66,287	59.2	3,748,372	53.4		
			精神		277	37.9	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		349,612	1,356,145,818	314,188	208,126,001,519	310,858	168,030,405,720	290,668	107,742,714,228,889		
			1件当たり給付費(全体)		76,997		74,986		62,823		59,662			
			居宅サービス		46,393		43,722		42,088		41,272			
			施設サービス		310,625		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	8,957	9,224		9,463		8,610			
			認定なし		4,050	4,375		4,221		4,020				
4	①	国保の状況	被保険者数		2,229		427,153		383,407		27,488,882		KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況	
			65～74歳		1,198	53.7			174,230	45.4	11,129,271	40.5		
			40～64歳		677	30.4			118,490	30.9	9,088,015	33.1		
			39歳以下		354	15.9			90,687	23.7	7,271,596	26.5		
	加入率		24.7		25.6		22.4		22.3					
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数		1	0.4	150	0.4	208	0.5	8,237	0.3		
			診療所数		8	3.6	1,147	2.7	1,473	3.8	102,599	3.7		
			病床数		183	82.1	15,964	37.4	32,745	85.4	1,507,471	54.8		
			医師数		28	12.6	1,780	4.2	5,415	14.1	339,611	12.4		
			外来患者数		738.6		692.2		768.9		687.8			
			入院患者数		24.3		22.7		26.2		17.7			
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		393,312	県内36位 同規模101位	376,732		407,772		339,680		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握	
			受診率		762.896		714.851		795.102		705.439			
			外 来	費用の割合		55.6	56.3		54.5		60.4			
				件数の割合		96.8	96.8		96.7		97.5			
			入 院	費用の割合		44.4	43.7		45.5		39.6			
				件数の割合		3.2	3.2		3.3		2.5			
			1件あたり在院日数		16.9日		16.4日		18.1日		15.7日			

項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	最大医療資源偏在病名 (該当割合)	がん	129,280,500	28.4		31.3		27.3		32.2	KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健 康課題		
				慢性腎不全(透析あり)	38,025,750	8.4		7.2		10.7		8.2			
				糖尿病	59,002,780	13.0		11.3		10.9		10.4			
				高血圧症	38,718,120	8.5		6.6		6.0		5.9			
				脂質異常症	14,765,610	3.2		3.8		3.3		4.1			
				脳梗塞・脳出血	11,082,580	2.4		3.9		3.6		3.9			
				狭心症・心筋梗塞	13,478,960	3.0		2.8		2.0		2.8			
				精神	76,891,940	16.9		14.9		18.6		14.7			
	筋・骨格	68,828,430	15.1		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	2,382	1.4	430	0.3	435	0.2	256	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)		
				糖尿病	2,535	1.5	1,426	0.9	2,168	1.2	1,144	0.9			
				脂質異常症	--	--	69	0.0	117	0.1	53	0.0			
				脳梗塞・脳出血	3,609	2.1	6,762	4.1	7,036	3.8	5,993	4.5			
				虚血性心疾患	6,182	3.5	4,422	2.7	3,398	1.8	3,942	2.9			
一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合		外来	腎不全	2,506	1.4	4,755	2.9	5,404	2.9	4,051	3.0				
			高血圧症	14,988	6.9	12,793	6.0	12,283	5.5	10,143	4.9				
			糖尿病	24,900	11.4	21,925	10.3	21,299	9.6	17,720	8.6				
			脂質異常症	6,624	3.0	7,608	3.6	6,890	3.1	7,092	3.5				
			脳梗塞・脳出血	1,363	0.6	943	0.4	625	0.3	825	0.4				
虚血性心疾患	1,062	0.5	1,933	0.9	1,621	0.7	1,722	0.8							
腎不全	17,303	7.9	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	6,414				2,450		2,031	KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健 康課題				
			健診未受診者	9,269			12,911		13,484			13,295			
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	17,769			9,063		6,758			6,142			
			健診未受診者	25,680			37,482		37,197			40,210			
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	699	66.3	82,230	58.2	57,075	56.9	3,835,832	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握				
		医療機関受診率	625	59.2	73,893	52.3	51,573	51.4	3,501,508	52.0					
		医療機関非受診率	74	7.0	8,337	5.9	5,502	5.5	334,324	5.0					
5	①	特定健診の 状況	県内市町村数 47市町村 同規模市区町村数 240市町村	健診受診者	1,055		141,321		100,345		6,735,405	KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健 康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握			
	②			受診率	62.0	県内8位 同規模14位	45.2		37.3	全国25位	36.7				
	③			特定保健指導終了者(実施率)	50	32.9	3466	20.4	3,840	32.0	91,478		11.5		
	④			非肥満高血糖	131	12.4	14,363	10.2	8,908	8.9	608,503		9.0		
	⑤			メタボ	該当者	249	23.6	30,617	21.7	20,824	20.8		1,366,220	20.3	
					男性	173	35.6	21,568	32.2	14,539	32.4		953,975	32.0	
					女性	76	13.4	9,049	12.2	6,285	11.3		412,245	11.0	
					予備群	155	14.7	16,377	11.6	12,091	12.0		756,692	11.2	
					男性	95	19.5	11,565	17.3	8,297	18.5		533,553	17.9	
					女性	60	10.5	4,812	6.5	3,794	6.8		223,139	5.9	
	⑥			メタボ該当・ 予備群レ ベル	腹囲	総数	447	42.4	51,698	36.6	36,480		36.4	2,352,941	34.9
						男性	294	60.5	36,335	54.3	25,195		56.1	1,646,925	55.3
						女性	153	26.9	15,363	20.7	11,285		20.4	706,016	18.8
					BMI	総数	41	3.9	8,247	5.8	4,276		4.3	316,378	4.7
						男性	6	1.2	1,387	2.1	631		1.4	50,602	1.7
						女性	35	6.2	6,860	9.2	3,645		6.6	265,776	7.1
						血糖のみ	15	1.4	973	0.7	725		0.7	43,022	0.6
						血圧のみ	118	11.2	11,955	8.5	8,770		8.7	533,361	7.9
						脂質のみ	22	2.1	3,449	2.4	2,596		2.6	180,309	2.7
血糖・血圧		64	6.1			5,179	3.7	3,625	3.6	200,700	3.0				
血糖・脂質		13	1.2			1,483	1.0	1,026	1.0	69,468	1.0				
血圧・脂質		91	8.6			13,703	9.7	9,418	9.4	651,885	9.7				
血糖・血圧・脂質		81	7.7			10,252	7.3	6,755	6.7	444,167	6.6				
6	問診の状況	服薬	高血圧	438	41.5	55,853	39.5	38,030	37.9	2,401,322	35.7	KDB NO.1 地域全体像の把握			
			糖尿病	147	13.9	14,847	10.5	9,308	9.3	582,344	8.6				
			脂質異常症	245	23.2	39,226	27.8	26,909	26.8	1,877,854	27.9				
		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	26	2.5	4,430	3.3	2,985	3.0	205,223	3.1				
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	38	3.6	8,361	6.2	5,601	5.6	361,423	5.5				
			腎不全	25	2.4	1,290	0.9	672	0.7	53,281	0.8				
6	生活習慣の 状況	③	貧血	52	4.9	12,322	9.0	10,832	11.0	694,361	10.7	KDB NO.1 地域全体像の把握			
			喫煙	138	13.1	21,301	15.1	13,650	13.6	927,614	13.8				
			週3回以上朝食を抜く	73	7.1	11,529	8.6	9,473	10.4	633,871	10.3				
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
			週3回以上就寝前夕食(～H30～)	145	14.2	21,874	16.4	13,769	14.9	964,244	15.7				
			週3回以上就寝前夕食	145	14.2	21,874	16.4	13,769	14.9	964,244	15.7				
			食べる速度が遅い	237	23.2	35,419	26.4	25,396	27.4	1,640,770	26.8				
			20歳時体重から10kg以上増加	376	36.8	48,074	35.9	32,939	36.1	2,149,988	34.9				
			1回30分以上運動習慣なし	703	68.8	87,721	65.2	57,059	61.7	3,707,647	60.4				
			1日1時間以上運動なし	563	55.1	63,121	47.0	47,060	50.9	2,949,573	48.0				
			睡眠不足	262	25.6	32,489	24.2	22,910	24.7	1,569,769	25.6				
			毎日飲酒	303	28.7	36,275	26.4	25,909	26.2	1,639,941	25.5				
			時々飲酒	243	23.1	28,867	21.0	23,659	24.0	1,446,573	22.5				
			⑭	一日 飲 酒 量	1合未満	229	40.5	54,421	59.9	54,350	68.5		2,944,274	64.2	
1～2合	126	22.3			24,063	26.5	17,847	22.5	1,088,435	23.7					
2～3合	118	20.8			9,451	10.4	5,660	7.1	428,995	9.3					
3合以上	93	16.4			2,869	3.2	1,463	1.8	126,933	2.8					

①40～64 歳(国保)



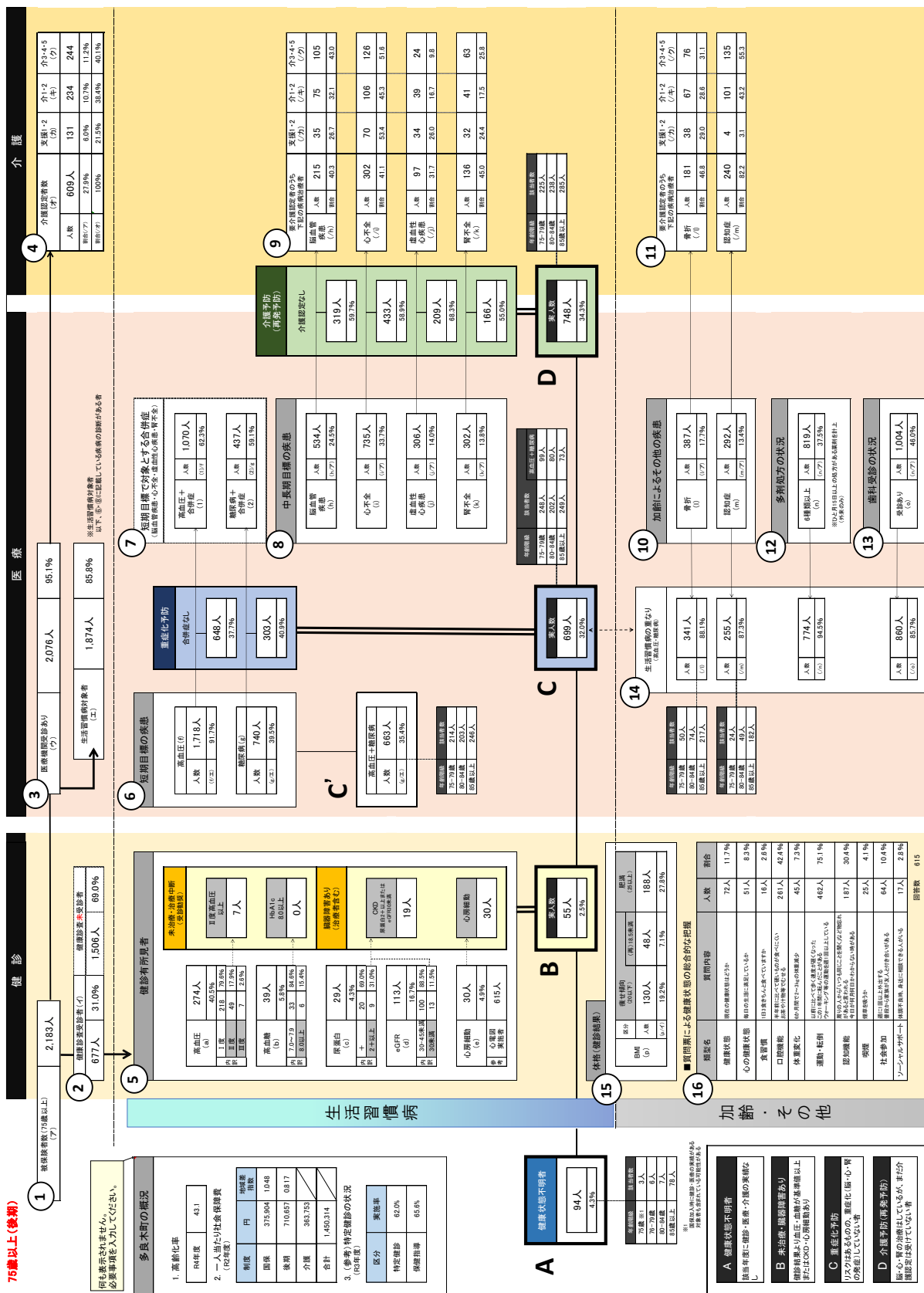


令和4年度

令和4年度

【KDB】厚生労働省様式1-1
【特定健診等データ管理システム】FKAC171

【KDB】厚生労働省様式1-1
【特定健診等データ管理システム】FKAC171



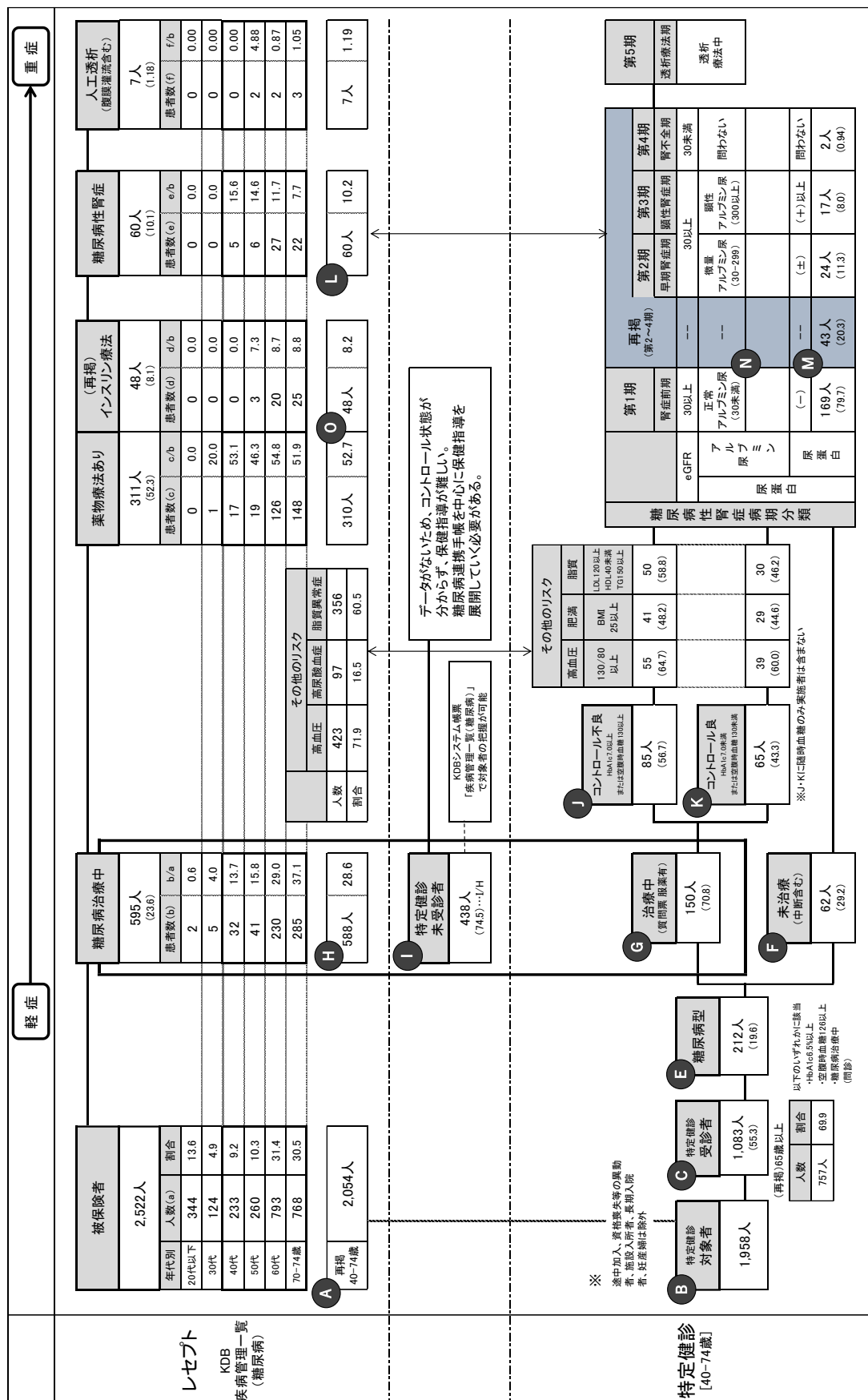
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目			突 合 表	多良木町										データ基		
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度				
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数	A	2,818人		2,723人		2,599人		2,515人		2,365人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳		2,269人		2,183人		2,112人		2,083人		1,972人				
2	①	対象者数	B	1,994人		1,926人		1,891人		1,793人		1,699人		市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書		
	②	特定健診 受診者数	C	1,146人		1,161人		1,134人		1,089人		1,052人				
	③	受診率		57.5%		60.3%		60.0%		60.7%		62.0%				
3	①	特定 保健指導 対象者数		142人		146人		150人		142人		151人				
	②	実施率		47.2%		49.3%		64.0%		76.1%		65.6%				
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	202人	17.0%	233人	19.4%	230人	19.9%	227人	20.3%	212人	19.6%	特定健診結果	
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	65人	32.2%	91人	39.1%	80人	34.8%	80人	35.2%	62人	29.2%		
	③		治療中（質問票 服薬あり）	G	137人	67.8%	142人	60.9%	150人	65.2%	147人	64.8%	150人	70.8%		
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	61人	44.5%	75人	52.8%	78人	52.0%	81人	55.1%	85人	56.7%		
	⑤		血圧 130/80以上		34人	55.7%	45人	60.0%	44人	56.4%	47人	58.0%	55人	64.7%		
	⑥		肥満 BMI25以上		29人	47.5%	33人	44.0%	28人	35.9%	37人	45.7%	41人	48.2%		
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	76人	55.5%	67人	47.2%	72人	48.0%	66人	44.9%	65人	43.3%		
	⑧		第1期 尿蛋白（－）	M	142人	70.3%	188人	80.7%	179人	77.8%	186人	81.9%	169人	79.7%		
	⑨		第2期 尿蛋白（±）		42人	20.8%	30人	12.9%	32人	13.9%	23人	10.1%	24人	11.3%		
	⑩		第3期 尿蛋白（＋）以上		13人	6.4%	11人	4.7%	15人	6.5%	15人	6.6%	17人	8.0%		
	⑪		第4期 eGFR30未満		4人	2.0%	4人	1.7%	3人	1.3%	3人	1.3%	2人	0.9%		
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）		133.1人		141.0人		128.9人		155.1人		146.7人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②		(再掲)40-74歳（被保険者千対）		163.9人		174.1人		157.2人		185.3人		174.9人			
	③		レセプト件数 （40-74歳）		入院外（件数）	2,098件（965.0）		2,092件（1001.4）		2,116件（1021.7）		2,136件（1092.6）		2,033件（1084.3）		KDB_疾病別医療費分析 （生活習慣病）
	④		入院（件数）			12件（5.5）		15件（7.2）		18件（8.7）		21件（10.7）		11件（5.9）		
	⑤		糖尿病治療中	H	375人	13.3%	384人	14.1%	335人	12.9%	390人	15.5%	347人	14.7%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲)40-74歳		372人	16.4%	380人	17.4%	332人	15.7%	386人	18.5%	345人	17.5%		
	⑦		健診未受診者	I	235人	63.2%	243人	63.9%	182人	54.8%	239人	61.9%	195人	56.5%		
	⑧		インスリン治療	O	32人	8.5%	28人	7.3%	27人	8.1%	24人	6.2%	24人	6.9%		
	⑨		(再掲)40-74歳		32人	8.6%	28人	7.4%	27人	8.1%	24人	6.2%	24人	7.0%		
	⑩		糖尿病性腎症	L	21人	5.6%	17人	4.4%	19人	5.7%	33人	8.5%	36人	10.4%		
	⑪		(再掲)40-74歳		21人	5.6%	17人	4.5%	19人	5.7%	32人	8.3%	36人	10.4%		
	⑫		慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）		7人	1.9%	7人	1.8%	6人	1.8%	6人	1.5%	3人	0.9%		
	⑬		(再掲)40-74歳		7人	1.9%	7人	1.8%	6人	1.8%	5人	1.3%	3人	0.9%		
	⑭		新規透析患者数		2人	0.07%	1人	0.04%	1人	0.04%	0人	0%	3人	0.12%		
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		2人	100%	0人	0%	1人	100%	0人	0%	2人	66.70%		
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）		7人	1.4%	8人	1.6%	7人	1.6%	6人	1.3%	6人	1.3%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
6	①	医療費	総医療費		9億1163万円		9億4559万円		9億5179万円		10億0237万円		8億7669万円		KDB 健診・医療・介護データか らみる地域の健康課題	
	②		生活習慣病総医療費		4億6461万円		4億8186万円		4億6826万円		4億9111万円		4億5470万円			
	③		(総医療費に占める割合)		51.0%		51.0%		49.2%		49.0%		51.9%			
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり		健診受診者	12,696円		15,048円		10,891円		12,968円		17,769円		
	⑤		健診未受診者			23,064円		22,982円		30,036円		29,645円		25,680円		
	⑥		糖尿病医療費		5979万円		6203万円		6505万円		6487万円		5900万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		12.9%		12.9%		13.9%		13.2%		13.0%			
	⑧		糖尿病入院外総医療費		1億8045万円		1億8940万円		2億2765万円		2億3299万円		1億7163万円			
	⑨		1件あたり		34,351円		37,527円		46,036円		46,984円		37,565円			
	⑩		糖尿病入院総医療費		7998万円		7713万円		8759万円		1億0643万円		9764万円			
	⑪		1件あたり		496,749円		571,366円		587,828円		618,778円		584,673円			
	⑫		在院日数		17日		17日		17日		16日		15日			
	⑬		慢性腎不全医療費		4293万円		4053万円		4494万円		5356万円		4043万円			
	⑭		透析有り		3877万円		3974万円		4338万円		5086万円		3803万円			
	⑮		透析なし		416万円		79万円		156万円		269万円		240万円			
7	①	介護	介護給付費		13億7643万円		13億6661万円		13億4225万円		13億7343万円		13億5615万円			
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		1件	16.7%	1件	25.0%	3件	42.9%	2件	28.6%	3件	37.5%		
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）		0人	0.0%	0人	0.0%	1人	0.7%	0人	0.0%	0人	0.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの実合

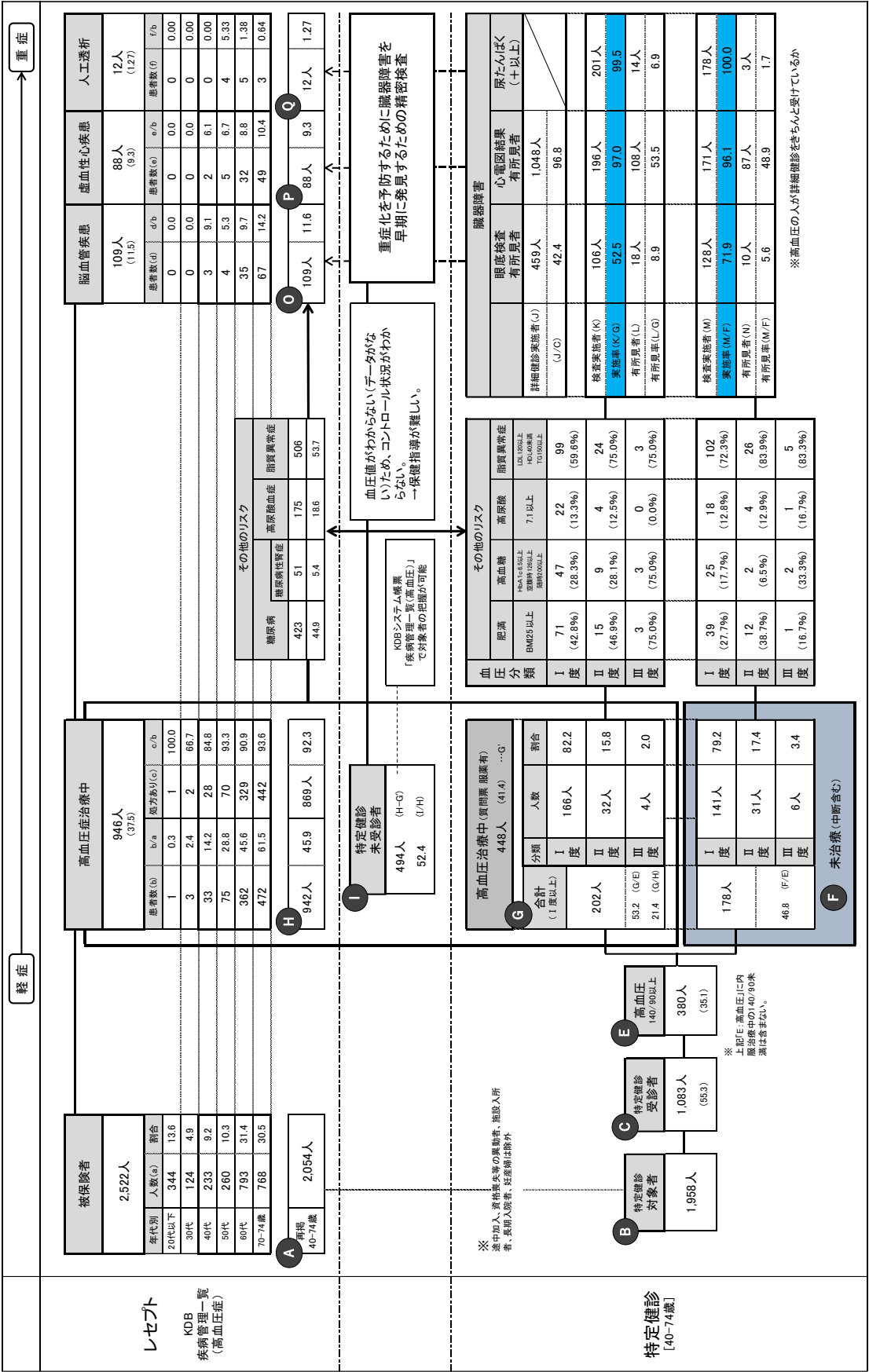
令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報の一覧で把握できない項目については、「KDB帳票 介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）」から集計

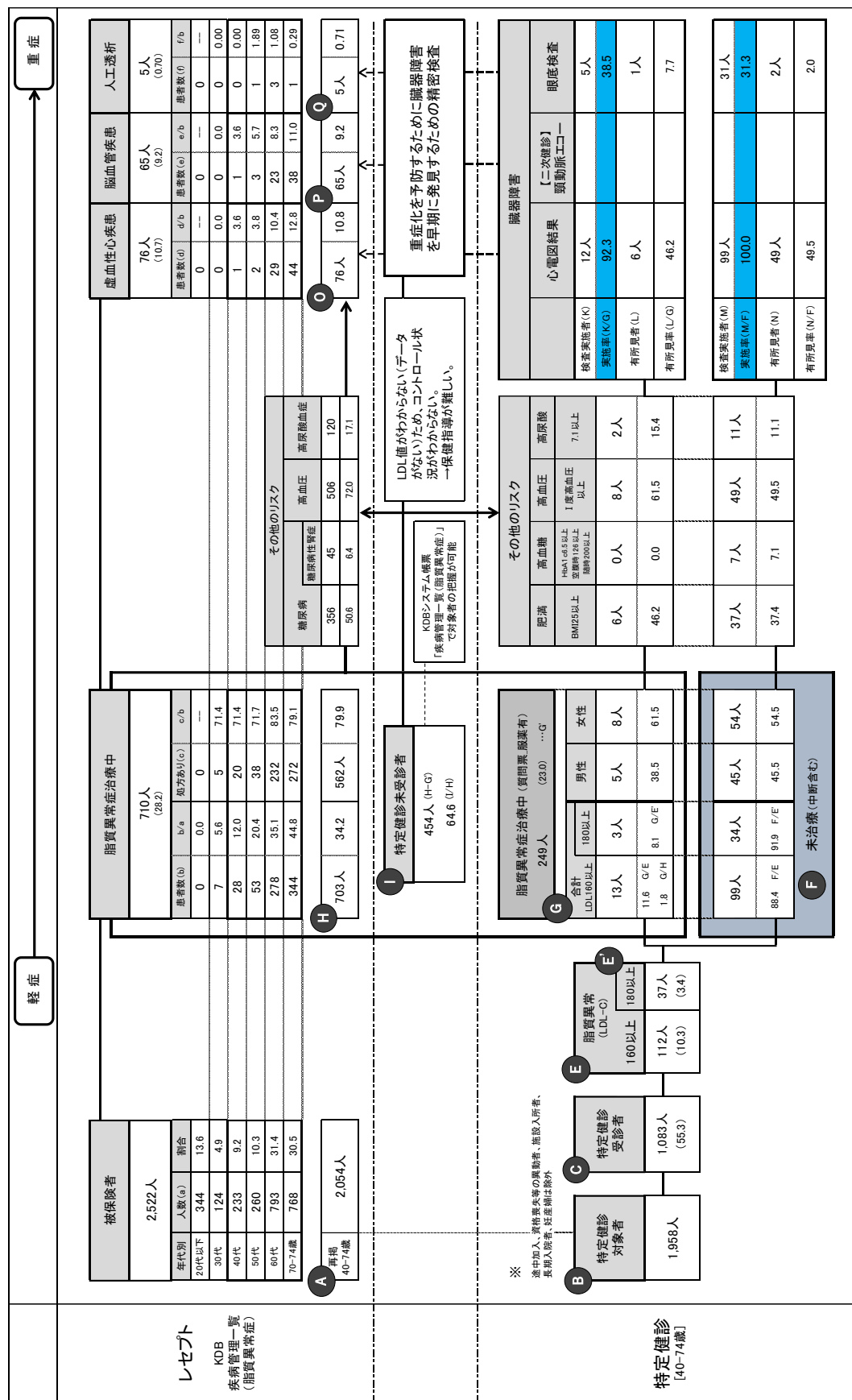
令和04年度

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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実合

令和04年度



※※※※※セブテシ情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度度末時点で資格を喪失している者も含む）
※※※※※セブテシ情報の一覧で把握できない項目については、(KDB帳票「介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）」から集計

参考資料7 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病									
								合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H29	1,275	232	18.2%	539	42.3%	341	26.7%	88	6.9%	53	4.2%	22	1.7%	41	3.2%	14	1.1%
H30	1,181	287	24.3%	472	40.0%	277	23.5%	80	6.8%	43	3.6%	22	1.9%	39	3.3%	14	1.2%
R01	1,194	235	19.7%	488	40.9%	290	24.3%	96	8.0%	57	4.8%	28	2.3%	46	3.9%	18	1.5%
R02	1,156	206	17.8%	481	41.6%	294	25.4%	83	7.2%	69	6.0%	23	2.0%	48	4.2%	13	1.1%
R03	1,118	191	17.1%	445	39.8%	306	27.4%	85	7.6%	70	6.3%	21	1.9%	56	5.0%	15	1.3%
R04	1,083	261	24.1%	418	38.6%	247	22.8%	66	6.1%	63	5.8%	28	2.6%	53	4.9%	18	1.7%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上												
					再)7.0以上	再掲											
						未治療	治療										
H29	1,275	232	539	341	163	64	99										
					12.8%	39.3%	60.7%										
					75	19	56										
H30	1,181	287	472	277	145	53	92										
					12.3%	36.6%	63.4%										
					65	15	50										
R01	1,194	235	488	290	181	80	101										
					15.2%	44.2%	55.8%										
					85	26	59										
R02	1,156	206	481	294	175	71	104										
					15.1%	40.6%	59.4%										
					92	24	68										
R03	1,118	191	445	306	176	71	105										
					15.7%	40.3%	59.7%										
					91	23	68										
R04	1,083	261	418	247	157	42	115										
					14.5%	26.8%	73.2%										
					91	18	73										

治療と未治療の状況

		HbA1c測定				正常				保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲													
										正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病																			
						合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標						合併症の危険が 更に大きくなる																			
										5.5以下		5.6～5.9				6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上							
						人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合										
A		B		B/A		C		C/A		D		D/A		E		E/A		F		F/A		G		G/A		H		H/A		I		I/A	
治療中	H29	148	11.6%	1	0.7%	9	6.1%	39	26.4%	43	29.1%	42	28.4%	14	9.5%	29	19.6%	7	4.7%														
	H30	136	11.5%	2	1.5%	3	2.2%	39	28.7%	42	30.9%	35	25.7%	15	11.0%	31	22.8%	9	6.6%														
	R01	141	11.8%	1	0.7%	5	3.5%	34	24.1%	42	29.8%	40	28.4%	19	13.5%	34	24.1%	9	6.4%														
	R02	150	13.0%	1	0.7%	10	6.7%	35	23.3%	36	24.0%	48	32.0%	20	13.3%	39	26.0%	12	8.0%														
	R03	147	13.1%	0	0.0%	6	4.1%	36	24.5%	37	25.2%	53	36.1%	15	10.2%	42	28.6%	10	6.8%														
	R04	150	13.9%	0	0.0%	5	3.3%	30	20.0%	42	28.0%	50	33.3%	23	15.3%	44	29.3%	15	10.0%														
治療なし	H29	1,127	88.4%	231	20.5%	530	47.0%	302	26.8%	45	4.0%	11	1.0%	8	0.7%	12	1.1%	7	0.6%														
	H30	1,045	88.5%	285	27.3%	469	44.9%	238	22.8%	38	3.6%	8	0.8%	7	0.7%	8	0.8%	5	0.5%														
	R01	1,053	88.2%	234	22.2%	483	45.9%	256	24.3%	54	5.1%	17	1.6%	9	0.9%	12	1.1%	9	0.9%														
	R02	1,006	87.0%	205	20.4%	471	46.8%	259	25.7%	47	4.7%	21	2.1%	3	0.3%	9	0.9%	1	0.1%														
	R03	971	86.9%	191	19.7%	439	45.2%	270	27.8%	48	4.9%	17	1.8%	6	0.6%	14	1.4%	5	0.5%														
	R04	933	86.1%	261	28.0%	413	44.3%	217	23.3%	24	2.6%	13	1.4%	5	0.5%	9	1.0%	3	0.3%														

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	1,280	361	28.2%	227	17.7%	314	24.5%	293	22.9%	70	5.5%	15	1.2%
H30	1,185	355	30.0%	206	17.4%	293	24.7%	260	21.9%	62	5.2%	9	0.8%
R01	1,198	345	28.8%	224	18.7%	326	27.2%	248	20.7%	49	4.1%	6	0.5%
R02	1,158	343	29.6%	207	17.9%	234	20.2%	290	25.0%	72	6.2%	12	1.0%
R03	1,120	281	25.1%	207	18.5%	278	24.8%	290	25.9%	50	4.5%	14	1.3%
R04	1,083	246	22.7%	188	17.4%	269	24.8%	307	28.3%	63	5.8%	10	0.9%

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Ⅱ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診 受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上														
					再)Ⅲ度高血圧	再掲													
						未治療	治療												
H29	1,280	588 45.9%	314 24.5%	293 22.9%	85 6.6%	42 49.4%	43 50.6%												
					15 1.2%	9 60.0%	6 40.0%	1.2%											
H30	1,185	561 47.3%	293 24.7%	260 21.9%	71 6.0%	33 46.5%	38 53.5%												
					9 0.8%	4 44.4%	5 55.6%	0.8%											
R01	1,198	569 47.5%	326 27.2%	248 20.7%	55 4.6%	26 47.3%	29 52.7%												
					6 0.5%	3 50.0%	3 50.0%	0.5%											
R02	1,158	550 47.5%	234 20.2%	290 25.0%	84 7.3%	39 46.4%	45 53.6%												
					12 1.0%	2 16.7%	10 83.3%	1.0%											
R03	1,120	488 43.6%	278 24.8%	290 25.9%	64 5.7%	39 60.9%	25 39.1%												
					14 1.3%	9 64.3%	5 35.7%	1.3%											
R04	1,083	434 40.1%	269 24.8%	307 28.3%	73 6.7%	37 50.7%	36 49.3%												
					10 0.9%	6 60.0%	4 40.0%	0.9%											

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	528	41.3%	97	18.4%	88	16.7%	148	28.0%	152	28.8%	37	7.0%
	H30	495	41.8%	95	19.2%	86	17.4%	144	29.1%	132	26.7%	33	6.7%
	R01	496	41.4%	104	21.0%	83	16.7%	139	28.0%	141	28.4%	26	5.2%
	R02	479	41.4%	99	20.7%	81	16.9%	108	22.5%	146	30.5%	35	7.3%
	R03	461	41.2%	90	19.5%	75	16.3%	118	25.6%	153	33.2%	20	4.3%
	R04	448	41.4%	61	13.6%	71	15.8%	114	25.4%	166	37.1%	32	7.1%
治療なし	H29	752	58.8%	264	35.1%	139	18.5%	166	22.1%	141	18.8%	33	4.4%
	H30	690	58.2%	260	37.7%	120	17.4%	149	21.6%	128	18.6%	29	4.2%
	R01	702	58.6%	241	34.3%	141	20.1%	187	26.6%	107	15.2%	23	3.3%
	R02	679	58.6%	244	35.9%	126	18.6%	126	18.6%	144	21.2%	37	5.4%
	R03	659	58.8%	191	29.0%	132	20.0%	160	24.3%	137	20.8%	30	4.6%
	R04	635	58.6%	185	29.1%	117	18.4%	155	24.4%	141	22.2%	31	4.9%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H29	1,280	611	47.7%	329	25.7%	226	17.7%	81	6.3%	33	2.6%
	H30	1,185	558	47.1%	315	26.6%	199	16.8%	70	5.9%	43	3.6%
	R01	1,198	577	48.2%	317	26.5%	187	15.6%	90	7.5%	27	2.3%
	R02	1,158	562	48.5%	293	25.3%	198	17.1%	78	6.7%	27	2.3%
	R03	1,120	516	46.1%	277	24.7%	219	19.6%	81	7.2%	27	2.4%
	R04	1,083	473	43.7%	300	27.7%	198	18.3%	75	6.9%	37	3.4%
男性	H29	607	333	54.9%	148	24.4%	82	13.5%	28	4.6%	16	2.6%
	H30	564	302	53.5%	142	25.2%	85	15.1%	22	3.9%	13	2.3%
	R01	574	306	53.3%	145	25.3%	80	13.9%	33	5.7%	10	1.7%
	R02	553	294	53.2%	135	24.4%	80	14.5%	36	6.5%	8	1.4%
	R03	526	260	49.4%	129	24.5%	91	17.3%	36	6.8%	10	1.9%
	R04	502	244	48.6%	131	26.1%	77	15.3%	35	7.0%	15	3.0%
女性	H29	673	278	41.3%	181	26.9%	144	21.4%	53	7.9%	17	2.5%
	H30	621	256	41.2%	173	27.9%	114	18.4%	48	7.7%	30	4.8%
	R01	624	271	43.4%	172	27.6%	107	17.1%	57	9.1%	17	2.7%
	R02	605	268	44.3%	158	26.1%	118	19.5%	42	6.9%	19	3.1%
	R03	594	256	43.1%	148	24.9%	128	21.5%	45	7.6%	17	2.9%
	R04	581	229	39.4%	169	29.1%	121	20.8%	40	6.9%	22	3.8%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120～139	140～159	160以上							
					再)180以上	未治療	治療					
H29	1,280	611 47.7%	329 25.7%	226 17.7%	114	106	8					
					8.9%	93.0%	7.0%					
					33	30	3					
H30	1,185	558 47.1%	315 26.6%	199 16.8%	113	95	18					
					9.5%	84.1%	15.9%					
					43	34	9					
R01	1,198	577 48.2%	317 26.5%	187 15.6%	117	103	14					
					9.8%	88.0%	12.0%					
					27	25	2					
R02	1,158	562 48.5%	293 25.3%	198 17.1%	105	87	18					
					9.1%	82.9%	17.1%					
					27	22	5					
R03	1,120	516 46.1%	277 24.7%	219 19.6%	108	99	9					
					9.6%	91.7%	8.3%					
					27	24	3					
R04	1,083	473 43.7%	300 27.7%	198 18.3%	112	99	13					
					10.3%	88.4%	11.6%					
					37	34	3					

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
治療中	H29	235	18.4%	144	61.3%	49	20.9%	34	14.5%	5	2.1%	3	1.3%
	H30	230	19.4%	130	56.5%	50	21.7%	32	13.9%	9	3.9%	9	3.9%
	R01	258	21.5%	153	59.3%	59	22.9%	32	12.4%	12	4.7%	2	0.8%
	R02	241	20.8%	144	59.8%	59	24.5%	20	8.3%	13	5.4%	5	2.1%
	R03	227	20.3%	126	55.5%	57	25.1%	35	15.4%	6	2.6%	3	1.3%
	R04	249	23.0%	135	54.2%	74	29.7%	27	10.8%	10	4.0%	3	1.2%
治療なし	H29	1,045	81.6%	467	44.7%	280	26.8%	192	18.4%	76	7.3%	30	2.9%
	H30	955	80.6%	428	44.8%	265	27.7%	167	17.5%	61	6.4%	34	3.6%
	R01	940	78.5%	424	45.1%	258	27.4%	155	16.5%	78	8.3%	25	2.7%
	R02	917	79.2%	418	45.6%	234	25.5%	178	19.4%	65	7.1%	22	2.4%
	R03	893	79.7%	390	43.7%	220	24.6%	184	20.6%	75	8.4%	24	2.7%
	R04	834	77.0%	338	40.5%	226	27.1%	171	20.5%	65	7.8%	34	4.1%

