

大刀洗町国民健康保険
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

大刀洗町国民健康保険

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 ……11

1. 保険者の特性
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
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期データヘルス計画に係る考察
3. 第3期における健康課題の明確化
 - 1) 基本的考え方
 - 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) ……33

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

第4章 課題解決するための個別保健事業41

1. 保健事業の方向性
2. 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
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
4. 発症予防
5. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し69

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70

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料71

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

このような国の動きや大刀洗町の課題等を踏まえ、大刀洗町では、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、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)

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

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

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

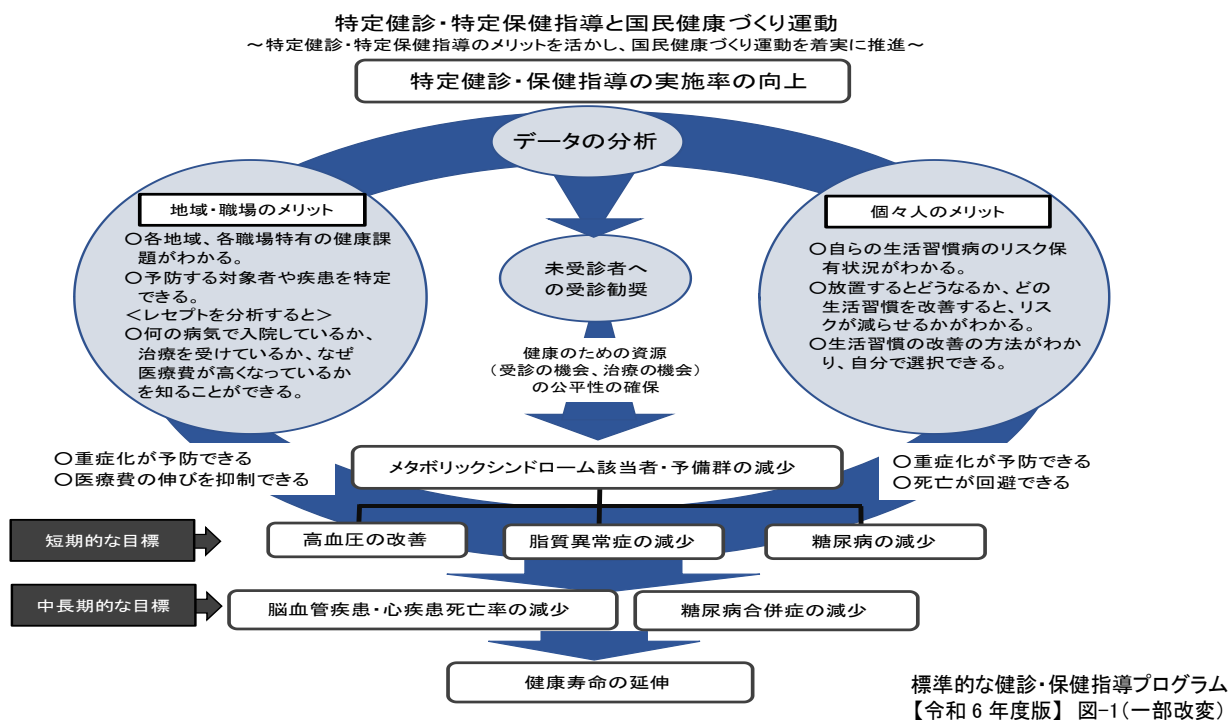
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

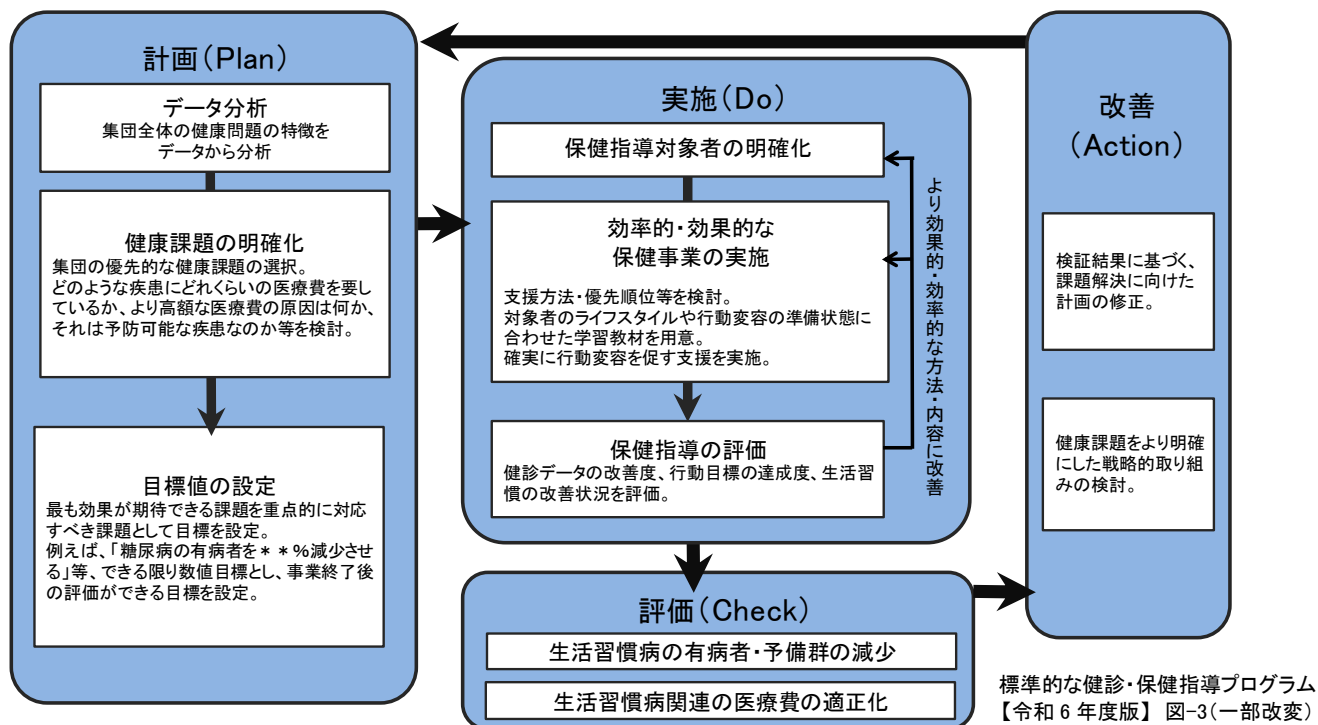
	※健康増進事業実施法とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施法(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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) 2024～2035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美効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、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(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 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・事業費補助分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



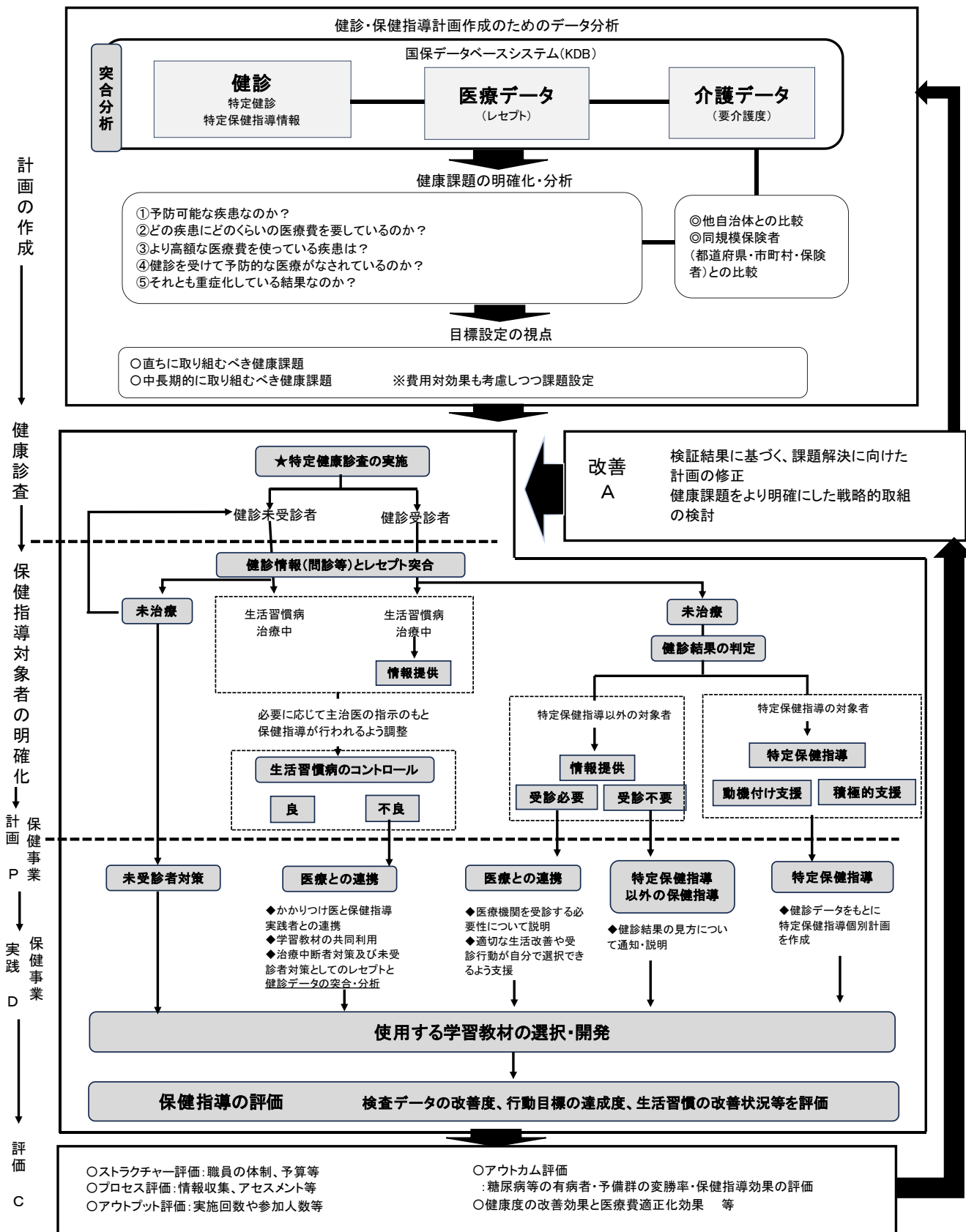
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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(Action))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

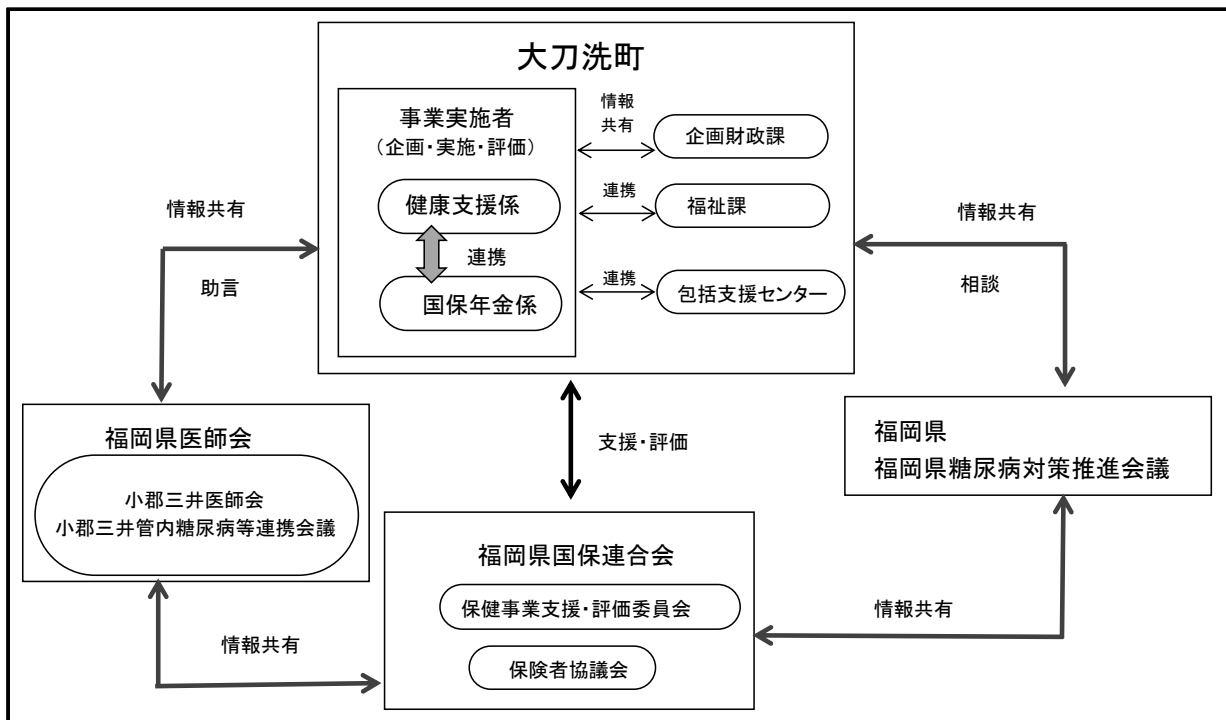
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、健康課(国保年金係・健康支援係)が中心となって、住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、大刀洗町が一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画

の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、国保・高齢者医療部局(国保年金係)、保健衛生部局(健康支援係)、介護保険部局(福祉課)、生活保護部局(福祉課)、企画・財政部局(R6.7より企画財政課へ変更予定)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 大刀洗町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

	保…保健師			管栄…管理栄養士		事務…事務職	◎…主担当	○…副担当
	保1 (係長)	保2	保3	管栄1	管栄2	事務1		
国保事務	○						◎	
健康診断	◎		○	○	○		◎	
がん検診	○		○				◎	
保健指導	○	○	◎	○	○			
予防接種	○	○	○				◎	
母子保健	○	◎	○	○	○		○	
精神保健	○	◎						
歯科保健	○	◎						

(注: 国保事務とは、支払い事務、受診券送付等)

2) 関係機関との連携

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・協力が重要です。

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、小郡三井医師会等、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、協力していきます。

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です。

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す。

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

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ていきます。

3) 被保険者の役割

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

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	
			大刀洗町	配点	大刀洗町	配点	大刀洗町	配点
交付額(万円)			749		839		888	
全国順位(1,741 市町村中)			663 位		287 位		175 位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	20	70	20	70	20	70
		(2)特定保健指導実施率	50	70	50	70	70	70
		(3)メタリックシフトロム該当者・予備群の減少率	20	50	40	50	40	50
	②	(1)がん検診受診率等	10	40	30	40	40	40
		(2)歯科健診受診率等	0	30	0	30	0	35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	60	90	45	90	45	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供	10	20	15	20	20	20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	20	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組	110	130	80	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	10	100	20	100	20	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	40	30	40	40
	⑤	第三者求償の取組	40	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	68	95	64	100	73	100
合計点			593	1,000	669	960	688	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

大刀洗町は、人口約1万6千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で28.1%であり、県、国と同等です。被保険者の平均年齢52.3歳と同規模と比べて若く、出生率も高い町で財政力指数は0.5となっています。産業においては、第1次産業が14.1%と同規模と比較しても高く、第3次産業の割合は多いが、敷地面積の6割は農地であり、農業従事者が多い町です。(図表9)

国保加入率は21.9%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43%を占めています。(図表10)

また本町には3つの医院・診療所のみであり、小児科もありません。しかし、二次医療圏には多くの病院があり、医療資源には恵まれている地域です。そのため、外来患者数は同規模と比較して高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した大刀洗町の特性

	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
大刀洗町	15,488	28.1	3,387 (21.9)	52.3	10.2	10.0	0.5	14.1	23.8	62.1
同規模	--	36.0	23.2	55.9	5.3	14.7	0.5	10.9	27.1	61.9
県	--	28.1	20.6	51.6	7.8	10.7	0.7	2.9	21.2	75.9
国	--	28.7	20	53.4	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、大刀洗町と同規模保険者(20市町)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

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

項目	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		
国保の状況	被保険者数		3,618		3,538		3,540		3,473		3,387	
	65～74歳		1,488	41.1	1,502	42.5	1,575	44.5	1,544	44.5	1,454	42.9
	40～64歳		1,162	32.1	1,113	31.5	1,076	30.4	1,040	29.9	1,022	30.2
	39歳以下		968	26.8	923	26.1	889	25.1	889	25.6	911	26.9
加入率		23.9		23.4		23.4		23.0		21.9		

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)

項目	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		
医療の概況 (人口千対)	病院数		1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	0.4	
	診療所数		9	2.5	9	2.5	9	2.5	8	2.3	8	2.4	2.8	4.6
	病床数		120	33.2	120	33.9	120	33.9	120	34.6	120	35.4	45.4	80.9
	医師数		11	3.0	11	3.1	10	2.8	10	2.9	12	3.5	6.6	16.4
	外来患者数		724.7		723.9		690.9		725.9		738.4		721.7	
入院患者数		23.8		22.5		23.6		22.9		21.4		21.9		21.6

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

大刀洗町の R04 年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で16人(認定率 0.34%)は県と同等だが、1号(65歳以上)被保険者で727人(認定率 16.7%)は R04 年度において低くなっています。(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10億円から約11億円に伸びています。(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、どの年代でも脳卒中(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で4割以上、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、65～74歳では約8割、その他の年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	大刀洗町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	3,924人	25.9%	4,351人	28.1%	36.0%	28.1%	28.7%
2号認定者	18人	0.37%	16人	0.34%	0.40%	0.34%	0.38%
新規認定者	6人		7人		--	--	--
1号認定者	696人	17.7%	727人	16.7%	18.8%	19.9%	19.4%
新規認定者	106人		111人		--	--	--
再掲	65～74歳	56人	2.9%	60人	2.7%	--	--
新規認定者	12人		16人		--	--	--
75歳以上	640人	32.5%	667人	31.9%	--	--	--
新規認定者	94人		95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

	大刀洗町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	10億5554万円	11億3114万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	268,995	259,972	297,567	291,818	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	70,491	67,398	70,292	59,152	59,662
居室サービス	46,027	46,011	43,991	41,206	41,272
施設サービス	291,887	296,664	291,264	298,399	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)		16		60		668		728				
再)国保・後期		10		47		626		673				
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数		
				割合		割合		割合		割合		
	循環器疾患	1	脳卒中	4	脳卒中	18	脳卒中	325	脳卒中	343	脳卒中	347
				40.0%		38.3%		51.9%		51.0%		50.8%
		2	虚血性心疾患	3	虚血性心疾患	13	虚血性心疾患	294	虚血性心疾患	307	虚血性心疾患	310
				30.0%		27.7%		47.0%		45.6%		45.4%
	合併症	3	腎不全	0	腎不全	6	腎不全	136	腎不全	142	腎不全	142
				0.0%		12.8%		21.7%		21.1%		20.8%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)	4	糖尿病合併症	1	糖尿病合併症	6	糖尿病合併症	98	糖尿病合併症	104	糖尿病合併症	105
				10.0%		12.8%		15.7%		15.5%		15.4%
			9	基礎疾患	37	基礎疾患	605	基礎疾患	642	基礎疾患	651	
		90.0%		78.7%		96.6%		95.4%		95.3%		
血管疾患合計			9	合計	38	合計	614	合計	652	合計	661	
			90.0%		80.9%		98.1%		96.9%		96.8%	
認知症		認知症	3	認知症	10	認知症	366	認知症	376	認知症	379	
			30.0%		21.3%		58.5%		55.9%		55.5%	
筋・骨格疾患		筋骨格系	9	筋骨格系	37	筋骨格系	607	筋骨格系	644	筋骨格系	653	
			90.0%		78.7%		97.0%		95.7%		95.6%	

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

大刀洗町の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は横ばいで推移しており、一人あたり医療費は、同規模保険者より低くなっているが、入院の一人あたり医療費は同規模・県と比べて約2万円高く、H30年度と比較しても約7万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか2.8%程度にも関わらず、医療費全体の約46%を占めています。

また年齢調整をした地域差指数でみても、全国平均の1を大きく超えており、全国1位の県平均よりも高く、特に入院の地域差指数がH30年度よりも伸びています。

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

図表 15 医療費の推移

	大刀洗町		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)	3,618人		3,387人	--	--
前期高齢者割合	1,488人 (41.1%)		1,454人 (42.9%)	--	--
総医療費	12億3362万円		12億0413万円	--	--
一人あたり医療費(円)	340,968	県内40位	355,516	県内50位	382,035
入院	1件あたり費用額(円)	552,010	620,900	601,790	600,240
	費用の割合	46.6	45.5	42.6	44.1
	件数の割合	3.2	2.8	2.9	2.9
外来	1件あたり費用額	20,790	21,570	24,640	22,540
	費用の割合	53.4	54.5	57.4	55.9
	件数の割合	96.8	97.2	97.1	97.1
受診率	748.554		759.812	743.593	748.357
					728.39

※同規模被保険者数:249

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		
	大刀洗町 (県内市町村中)		県 (47県中)	大刀洗町 (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	1.061	1.061	1.060	1.154	1.107
		(36位)	(33位)	(14位)	(40位)	(53位)
	入院	1.208	1.265	1.176	1.392	1.244
		(30位)	(15位)	(13位)	(14位)	(46位)
	外来	0.961	0.922	0.968	0.885	0.958
		(37位)	(50位)	(35位)	(58位)	(51位)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

出典:厚労省「地域差分析」

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、脳血管疾患の割合については、H30年度より微増しています。(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の割合は同等ですが、すべての疾患について減少しています。(図表 18)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病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変化

			大刀洗町		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)			12億3362万円	12億0413万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			6602万円	5377万円	--	--	--
			5.4%	4.47%	7.88%	6.19%	8.20%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.89%	2.18%	2.17%	2.06%	2.07%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.32%	1.06%	1.42%	1.37%	1.46%
	腎	慢性腎不全(透析有)	1.99%	0.96%	4.00%	2.46%	4.38%
		慢性腎不全(透析無)	0.15%	0.27%	0.29%	0.29%	0.29%
そ 疾 の 他 の	悪性新生物		14.53%	14.80%	17.02%	16.72%	16.77%
	筋・骨疾患		11.49%	8.35%	8.86%	8.98%	8.71%
	精神疾患		9.24%	10.92%	8.15%	9.43%	7.88%

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	3,618	3,387	a	381	351	250	208	11	4	
	a/A			10.5%	10.4%	6.9%	6.1%	0.3%	0.1%		
40歳以上	B	2,650	2,476	b	376	349	246	206	10	4	
	B/A	73.2%	73.1%	b/B	14.2%	14.1%	9.3%	8.3%	0.4%	0.2%	
再 掲	40~64歳	D	1,162	1,022	d	89	74	65	46	6	4
		D/A	32.1%	30.2%	d/D	7.7%	7.2%	5.6%	4.5%	0.5%	0.4%
	65~74歳	C	1,488	1,454	c	287	275	181	160	4	0
		C/A	41.1%	42.9%	c/C	19.3%	18.9%	12.2%	11.0%	0.3%	0.0%

出典：KDB システム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増加していますが、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は全体的には低下しています。

大刀洗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おり、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。(図表 19、20、21)

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)	A	1,004	1,053	293	284	711	769	
	A/被保数	37.9%	42.5%	25.2%	27.8%	47.8%	52.9%	
(中長期 合併目 標疾患)	脳血管疾患	B	136	121	36	23	100	98
		B/A	13.5%	11.5%	12.3%	8.1%	14.1%	12.7%
	虚血性心疾患	C	187	155	48	33	139	122
		C/A	18.6%	14.7%	16.4%	11.6%	19.5%	15.9%
	人工透析	D	10	4	6	4	4	0
		D/A	1.0%	0.4%	2.0%	1.4%	0.6%	0.0%

出典:KDB システム 疾病管理一覽(高血圧症)
介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防等)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)	A	604	604	166	166	438	438	
	A/被保数	22.8%	24.4%	14.3%	16.2%	29.4%	30.1%	
(中長期 合併目 標疾患)	脳血管疾患	B	77	59	18	11	59	48
		B/A	12.7%	9.8%	10.8%	6.6%	13.5%	11.0%
	虚血性心疾患	C	108	91	23	14	85	77
		C/A	17.9%	15.1%	13.9%	8.4%	19.4%	17.6%
	人工透析	D	2	1	0	1	2	0
		D/A	0.3%	0.2%	0.0%	0.6%	0.5%	0.0%
糖尿病 合併症	糖尿病性腎症	E	82	90	21	24	61	66
		E/A	13.6%	14.9%	12.7%	14.5%	13.9%	15.1%
	糖尿病性網膜症	F	84	92	19	23	65	69
		F/A	13.9%	15.2%	11.4%	13.9%	14.8%	15.8%
	糖尿病性神経障害	G	25	25	7	3	18	22
		G/A	4.1%	4.1%	4.2%	1.8%	4.1%	5.0%

出典:KDB システム 疾病管理一覽(糖尿病)
介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防等)

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		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	926	951	274	250	652	701
		A/被保数	34.9%	38.4%	23.6%	24.5%	43.8%	48.2%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	101	90	26	15	75	75
		B/A	10.9%	9.5%	9.5%	6.0%	11.5%	10.7%
	虚血性心疾患	C	156	142	38	24	118	118
		C/A	16.8%	14.9%	13.9%	9.6%	18.1%	16.8%
	人工透析	D	5	1	1	1	4	0
		D/A	0.5%	0.1%	0.4%	0.4%	0.6%	0.0%

出典：KDB システム_疾病管理一覧(脂質異常症)
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を H30 年度と R03 年度で比較してみたところ、448 市町村では有所見者の割合が伸びてきていますが、大刀洗町では同等で推移しています。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 35%、糖尿病で 6.3%ほどおり、割合はその他 448 市町村と比較すると少なくなっています。(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											
					結果の改善 Ⅱ度高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断			
	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E				
大刀洗町	1,287	48.6	1,106	42.8	52	4.0	34	65.4	43	3.9	23	53.5	15	34.9	1	2.3
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											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		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				
大刀洗町	1,286	99.9	1,102	99.6	73	5.7	21	28.8	64	5.8	16	25.0	4	6.3	2	3.1
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

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生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。大刀洗町の特定健診結果において、H30年度とR04年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、2.5ポイントも伸びており、その中で危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表 23)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、いずれも横ばい。翌年度の結果を見ると、LDL-C160以上の改善率は上がってきています。極端な悪化はありませんが、健診未受診者はHbA1c6.5以上とⅡ度高血圧においては増加しており、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表 24、25、26)

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者		予備群	
		3項目	2項目		
H30年度	1,287 (48.6%)	244 (19.0%)	80 (6.2%)	164 (12.7%)	171 (13.3%)
R04年度	1,087 (48.1%)	234 (21.5%)	75 (6.9%)	159 (14.6%)	112 (10.3%)

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	156 (12.1%)	50 (32.1%)	61 (39.1%)	19 (12.2%)	26 (16.7%)
R03→R04	135 (12.3%)	39 (28.9%)	48 (35.6%)	15 (11.1%)	33 (24.4%)

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	52 (4.0%)	28 (53.8%)	10 (19.2%)	2 (3.8%)	12 (23.1%)
R03→R04	43 (3.9%)	22 (51.2%)	8 (18.6%)	0 (0.0%)	13 (30.2%)

図表 26 LDL-C160 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	149 (11.6%)	61 (40.9%)	40 (26.8%)	13 (8.7%)	35 (23.5%)
R03→R04	130 (11.8%)	71 (54.6%)	31 (23.8%)	3 (2.3%)	25 (19.2%)

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

大刀洗町の特定健診受診率は、R01 度には 51.6%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R01 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28)

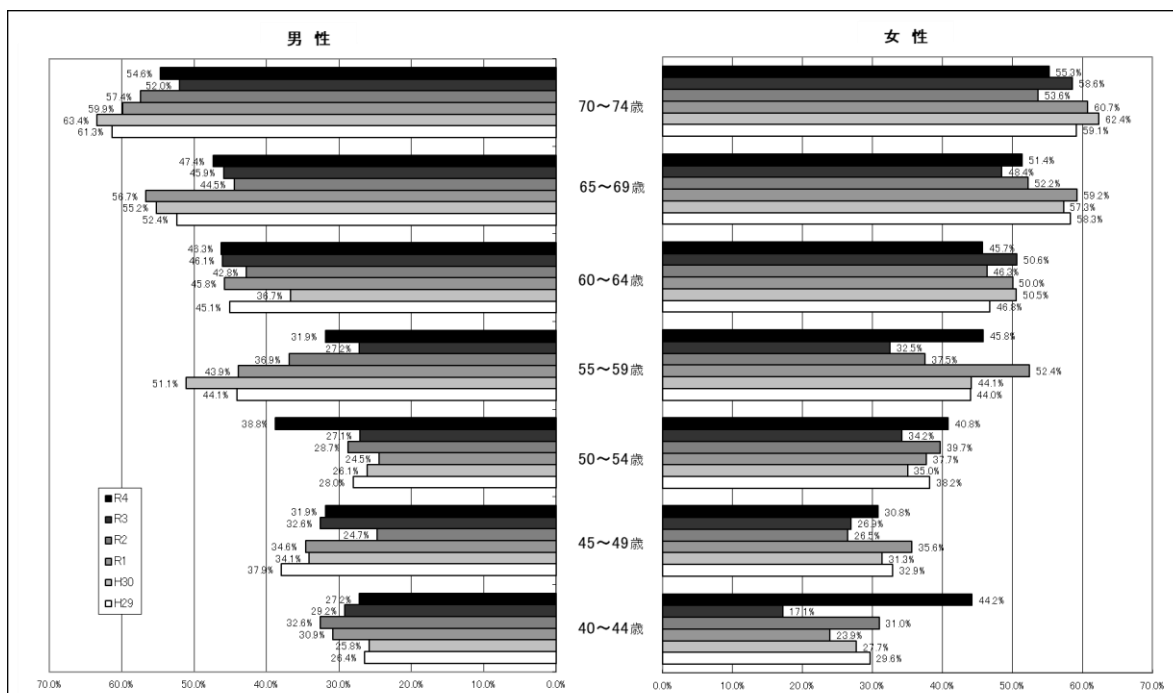
特定保健指導については、R02 年度以降、大きく実施率が上昇しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,228	1,242	1,117	1,071	1042	健診受診率 60%
	受診率	50.7%	51.6%	46.3%	45.8%	46.2	
特定保健指導	該当者数	150	145	108	108	98	特定保健指導 実施率 60%
	割合	12.2%	11.7%	9.7%	10.1%	9.4%	
	実施者数	108	104	88	87	79	
	実施率	72.0%	71.7%	81.5%	80.6%	80.6%	

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 糖尿病性腎症重症化予防

表1より、HbA1c7%以上の有所見者は健診受診者の5%であり、保健指導実施の割合は、H30年度以降増加し、R03年度には100%に達しており、訪問指導を基本にして対面で保健指導を実施しています。HbA1c7%以上の未治療・中断の割合は、年間20名程度は存在している状況です。

H30年度からはHbA1c8%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきました。必ず訪問や電話、お手紙を送付し、声かけを実施しています。その結果、HbA1c8%以上の未治療者は、H30年7人からR04年5人に数自体は減っています。しかしR03年度は、すべての方に受診勧奨のための保健指導を実施しましたが、半数しか治療につながっておらず、受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、又治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援をおこなっていく必要があります。(表2、3)

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

※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

表1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1287	1289	1159	1106	1087
HbA1c7.0%以上	人(b)	73	70	63	64	57
	(b/a)	5.7%	5.4%	5.4%	5.8%	5.2%
保健指導実施者	人(c)	41	44	55	64	40
	(c/b)	56.1%	62.9%	87.3%	100%	70.1%

表2 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c7.0%以上	人(a)	73	70	63	64	57
HbA1c7.0%以上の未治療者・治療中断者	人(b)	21	20	20	16	16
	(b/a)	28.8%	28.6%	31.7%	25.0%	28.1%
受診した者	人(c)	7	5	4	2	2
	(c/b)	33.3%	25.0%	20.0%	12.5%	12.5%
治療開始した者	人(c)	10	11	12	9	6
	(c/b)	47.6%	55.0%	60.0%	56.2%	37.5%

表3 HbA1c8.0以上の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1287	1289	1159	1106	1087
HbA1c8.0%以上	人(b)	13	12	17	17	10
	(b/a)	1.0%	0.9%	1.5%	1.5%	0.9%
保健指導実施	人(c)	10	7	14	17	5
	(c/b)	76.9%	58.3%	82.4%	100%	50.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(d)	7	6	8	8	5
	(d/b)	53.8%	50.0%	47.1%	47.1%	50.0%

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、独自健診項目として心電図検査を全数実施しています。

表 4 より、心電図有所見者は 3 割あり、そのうち心房細動は必ず抽出し、疾病の重なりや治療の状況を確認しています。心房細動の治療者は 1 割程度であり、未治療者には心房細動の病態生理を説明し医療機関へつなげています。心房細動未治療者については、ほぼ全数が治療や精密検査につなげています。

ST所見などの有所見者についても治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。

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
健診受診者(人)	a	1287	1289	1159	1106	1087
心電図有所見者(人)	b	382	419	430	343	347
心電図有所見率	b/a	29.7%	32.5%	37.1%	31.0%	31.9%
心房細動(人)	c	15	15	12	8	8
心房細動有所見率	c/a	1.2%	1.2%	1.0%	0.7%	0.7%
うち、心房細動未治療者(人)		4	4	4	2	3

③脳血管疾患重症化予防対策

表 5 より、R04 年度、血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約 4%の横ばいで、約 7 割が未治療者です。Ⅱ度・Ⅲ度高血圧については、全員に保健指導を実施しています。特に高血圧については、自覚症状もなく、「年とったら高くなるやろ。」「家族も高いけど、なにも症状はないよ。」など、治療につなげることが難しい症例が多いと感じます。

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。高血圧と糖尿病、高脂血症、蛋白尿のリスク者については、未治療者を優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血圧のすすめ血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が 42%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

表 5 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)	1287	1289	1159	1106	1088	
血圧Ⅱ以上の者	人(b)	52	63	36	43	44	
	(b/a)	4.0%	4.9%	3.1%	3.9%	4.0%	
	治療あり	人(c)	18	33	16	20	12
		(c/b)	34.6%	52.4%	44.4%	46.5%	27.3%
	治療なし	人(d)	34	30	20	23	32
		(d/b)	65.4%	47.6%	55.6%	53.5%	72.7%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(e)	7	9	3	3	3
		(e/a)	0.5%	0.7%	0.3%	0.3%	0.3%
	治療あり	人	2	5	2	2	2
	治療なし	人	5	4	1	1	1

(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。

大刀洗町においては、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。

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について分析しています。乳児幼児健診において肥満度の高い児が増えているため、改善策として、食の指導の統一や分かりやすい媒体(ランチオンマット)の提供、未就学児の食育活動や足育・息育活動を民間団体と協働で実施し、広く住民に意識してもらえるような活動を継続していきます。

また、成人期の活動においてはテーマをもたせてウォーキング教室を実施し、どなたでも簡単に始められる体操などを広くすすめていきます。また、インセンティブ事業として実施している健康宣言キャンペーンとの連携や町のイベント時に健診・がん検診の啓発事業も併せて事業を展開していく予定です。

(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)	(活用データ年度)
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	1.9%	3.5%	2.2%	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	1.3%	2.2%	1.1%	
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	2.8%	1.8%	1.0%	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.8%	0.6%	0.3%	
	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・予備群の割合の減少	13.3%	12.2%	16.0%	大刀洗町健康課
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	4.2%	5.0%	3.1%	
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	11.5%	11.7%	7.0%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C7.0%以上)	5.8%	5.3%	5.0%	
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.6%	0.5%	0.3%	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	47.6%	60.0%	37.5%	
		糖尿病の保健指導を実施した割合	38.0%	49.6%	40.0%	
	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	50.7	46.3	46.2	法定報告値
		特定保健指導実施率60%以上	72.0	81.5	80.6	
特定保健指導対象者の割合の減少		12.2	9.7	29.9		
努力支援制度	その他 がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	23.1	27.1	26.9	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	25.9	25.7	25.8	
		大腸がん検診受診者の増加	21.3	22.0	22.0	
		子宮がん検診受診者の増加	16.3	25.9	25.6	
		乳がん検診受診者の増加	10.3	32.0	27.8	
		5つのがん検診の平均受診率の増加	19.4	26.5	25.6	
	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	79.9%	83.6%	84.1%	厚生労働省

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

医療費が高額になる疾患、6か月以上入院となる疾患、長期化することで高額となる疾患で、要介護認定者の有病状況の多い疾患でもある脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことが重要であるため、それらにかかる入院医療費、新規発症の減少を優先して介入してきました。

令和元年度、脳血管疾患や虚血性心疾患においては、入院件数が令和元年度に県内上位に位

置していたため、基礎疾患である高血圧対策を中心にハイリスクとポピュレーションアプローチを実施してきました。

健診対策としては、メタボリックシンドローム・予備軍の割合は増加しており、特定保健指導対象者やそれ以外の対象者においても保健指導を丁寧を実施していくことが重要と考えます。同時に、保健指導力の向上についてもスタッフ間で学習や研修の機会を増やしていきます。

また、特定健診受診率は目標値の 60%には到達しておらず、未受診者勧奨をさらに強化していくことが必要です。これまで健診を押し上げてきた団塊の世代の 70～74 歳が後期高齢者に移行し、思ふような成果が出ていません。また、新型コロナ感染症による健診離れからの回復ができていないことも受診率が上昇しない背景と考えます。これからの世代を取り込むため、若年者健診(20～39 歳対象)を導入し、若い世代からの健診の定着を促進しています。健診受診者の背景としては、40～50 歳代の受診率が低いため、未受診者勧奨方法においても工夫が必要と考えています。対策としては、予約方法をプッシュ型に変えることやWEB予約の簡素化、SMSやLINEでの勧奨、文書による勧奨においてはAIによる勧奨通知を実施していきます。

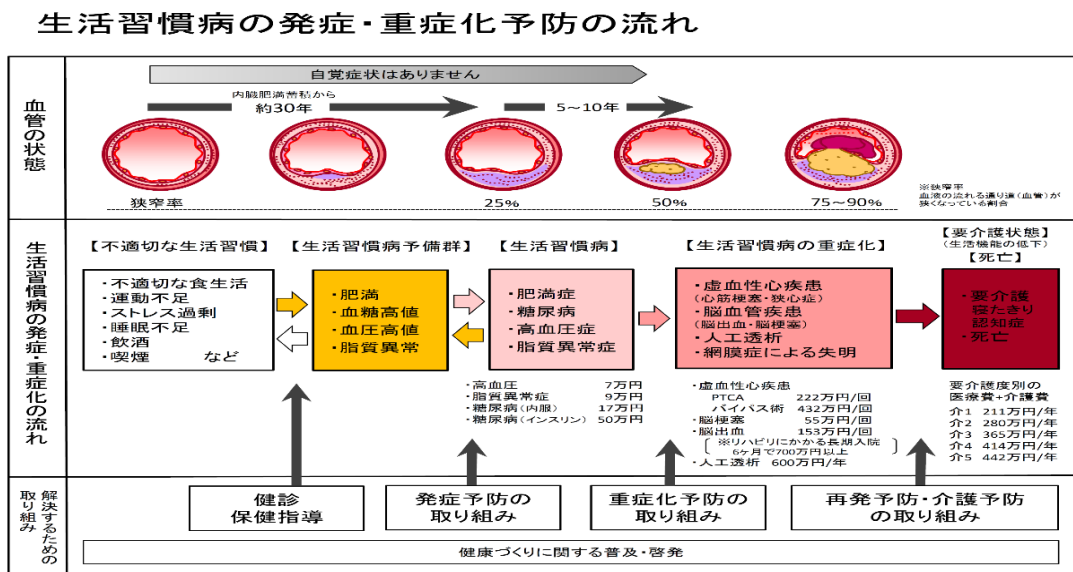
介護については、認定率や介護給付費において増加がみられており、認定者の背景には心疾患や筋骨格系疾患が多く重症化予防事業の重要性がみえてきています。また要介護認定を受ける方はほぼ全数に認知症が絡んでいますが、認知症は原因によっては予防可能なものもあるため分析をする必要があります。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。

図表 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。

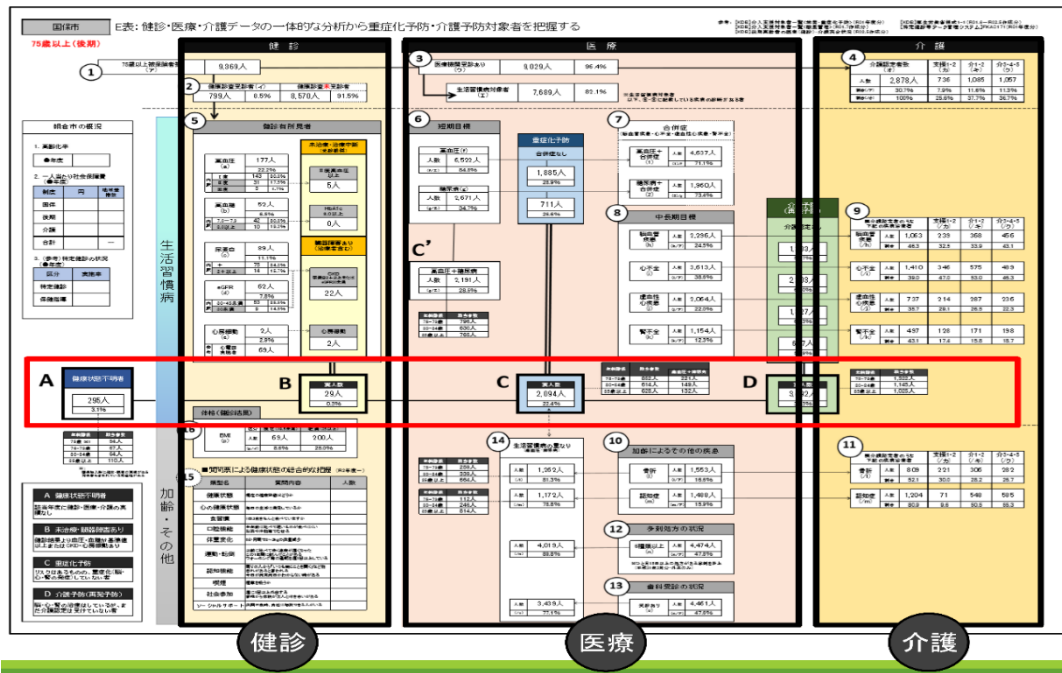
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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		3,618人	3,538人	3,540人	3,473人	3,387人	2,361人
総件数及び 総費用額	件数	32,732件	31,949件	30,317件	31,445件	31,324件	38,400件
	費用額	12億3362万円	12億3717万円	12億6963万円	12億6855万円	12億0413万円	24億0971万円
一人あたり医療費		34.1万円	35.0万円	35.9万円	36.5万円	35.6万円	102.1万円

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	大刀洗町	12億0413万円	29,208	0.96%	0.27%	2.18%	1.06%	5.23%	3.31%	2.25%	1億8372万円	15.26%	14.80%	10.92%	8.35%
	同規模	--	30,968	4.00%	0.29%	2.17%	1.42%	5.95%	3.41%	2.05%	--	19.30%	17.02%	8.15%	8.86%
	県	--	29,326	2.46%	0.29%	2.06%	1.37%	5.09%	3.20%	2.35%	--	16.83%	16.72%	9.43%	8.98%
	国	--	29,043	4.38%	0.29%	2.07%	1.46%	5.45%	3.06%	2.11%	--	18.82%	16.77%	7.88%	8.71%
② 後期	大刀洗町	24億0971万円	85,917	7.65%	0.72%	6.51%	1.12%	3.50%	2.79%	1.13%	5億6452万円	23.43%	7.46%	5.33%	10.43%
	同規模	--	69,105	4.34%	0.50%	4.05%	1.48%	4.08%	3.14%	1.26%	--	18.86%	10.99%	3.74%	12.25%
	県	--	86,683	6.03%	0.56%	4.07%	1.47%	3.49%	2.88%	1.48%	--	19.97%	9.86%	4.70%	12.75%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

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

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 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	122人	232人	265人	320人	236人	314人	
	件数	B	204件	401件	453件	585件	391件	570件	
		B/総件数	0.62%	1.26%	1.49%	1.86%	1.25%	1.48%	
	費用額	C	2億6873万円	5億4044万円	6億0837万円	8億0847万円	6億2898万円	6億7723万円	
C/総費用		21.8%	43.7%	47.9%	63.7%	52.2%	28.1%		

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	10人		19人		20人		26人		21人		43人		
		D/A	8.2%		8.2%		7.5%		8.1%		8.9%		13.7%		
	件数	E	12件		32件		31件		52件		40件		82件		
		E/B	5.9%		8.0%		6.8%		8.9%		10.2%		14.4%		
	年代別	40歳未満	1	8.3%	1	3.1%	1	3.2%	1	1.9%	1	2.5%	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%	6	18.8%	4	12.9%	4	7.7%	3	7.5%	75-80歳	11	13.4%
		60代	6	50.0%	12	37.5%	12	38.7%	25	48.1%	19	47.5%	80代	54	65.9%
		70-74歳	5	41.7%	13	40.6%	14	45.2%	22	42.3%	17	42.5%	90歳以上	17	20.7%
	費用額	F	1418万円		3933万円		3791万円		6436万円		5187万円		9565万円		
F/C		5.3%		7.3%		6.2%		8.0%		8.2%		14.1%			

出典:ヘルスサポートラボツール

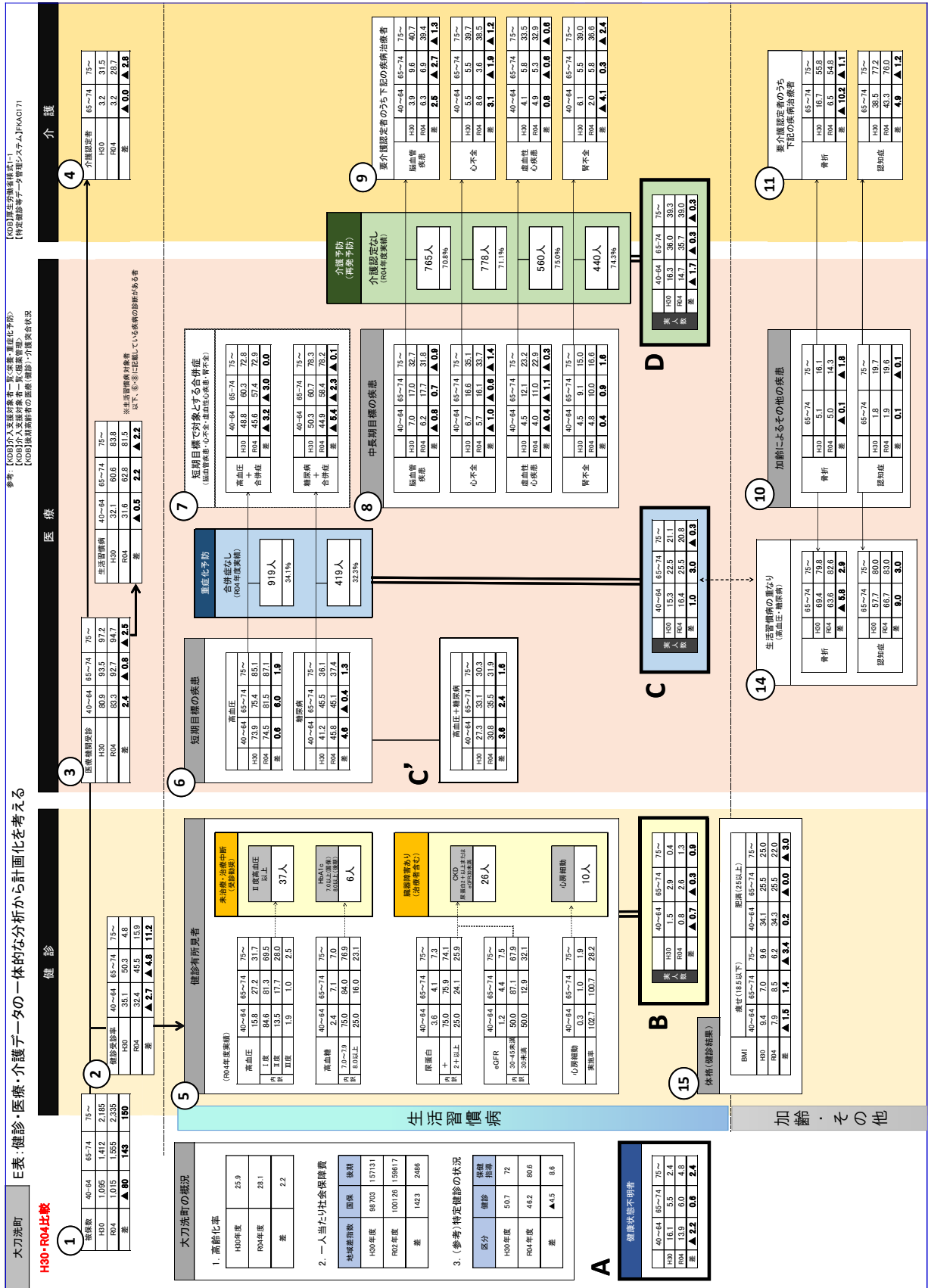
図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

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		14人		14人		13人		8人		7人		
		G/A	2.5%		6.0%		5.3%		4.1%		3.4%		2.2%		
	件数	H	4件		18件		18件		16件		10件		9件		
		H/B	2.0%		4.5%		4.0%		2.7%		2.6%		1.6%		
	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	1	11.1%
		50代	0	0.0%	3	16.7%	1	5.6%	1	6.3%	1	10.0%	75-80歳	5	55.6%
		60代	1	25.0%	10	55.6%	10	55.6%	9	56.3%	6	60.0%	80代	3	33.3%
		70-74歳	3	75.0%	5	27.8%	7	38.9%	6	37.5%	3	30.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	549万円		2452万円		2176万円		1942万円		1333万円		1048万円		
I/C		2.0%		4.5%		3.6%		2.4%		2.1%		1.5%			

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 認定率 介護	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
		被保険者数			健診受診率			BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	31.5	1,095	1,412	2,185	35.1	50.3	4.8	9.4	7.0	9.6	34.1	25.5	25.0
R04	28.7	1,015	1,555	2,335	32.4	45.5	15.9	7.9	8.5	6.2	34.3	25.5	22.0

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-												
H30	16	4.2	(5)	28	3.9	(9)	11	10.6	(7)	21	5.5	(1)	41	5.8	(3)	1	1.0	(0)	8	2.1	20	2.8	2	1.9	2	0.5	9	1.3	0	--
R04	8	2.4	(4)	36	5.1	(19)	36	9.7	(14)	8	2.4	(0)	50	7.1	(5)	6	1.6	(1)	3	0.9	10	1.4	13	3.5	1	0.3	7	1.0	2	0.5

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)			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								
H30	80.9	93.5	97.2	32.1	60.6	83.8	73.9	75.4	85.1	41.2	45.5	36.1	27.3	33.1	30.3	48.8	60.3	72.8	50.3	60.7	78.3
R04	83.3	92.7	94.7	31.6	62.8	81.5	74.5	81.5	87.1	45.8	45.1	37.4	30.8	35.5	31.9	45.6	57.4	72.9	44.9	58.4	78.2

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											
	中長期目標の疾患(被保険者数)												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		
H30	7.0	17.0	32.7	4.5	12.1	23.2	6.7	16.6	35.1	4.5	9.1	15.0	3.9	9.6	40.7	4.1	5.8	33.5	5.5	5.5	39.7	6.1	5.5	39.0
R04	6.2	17.7	31.8	4.0	11.0	22.9	5.7	16.1	33.7	4.8	10.0	16.6	6.3	6.9	39.4	4.9	5.3	32.9	8.6	3.6	38.5	2.0	5.8	36.6

図表 42 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保数割)				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	69.4	79.8	57.7	80.0	5.1	16.1	1.8	19.7	16.7	55.8	38.5	77.2
R04	63.6	82.6	66.7	83.0	5.0	14.3	1.9	19.6	6.5	54.8	43.3	76.0

(3)健康課題の明確化(図表 32~42)

国保の被保険者数は年々低下減少傾向であり、一人あたり医療費は横ばいで推移しています。しかし、後期高齢者になると一人あたり 100 万円を超え、国保の 2.9 倍も高い状況です。(図表 32)

大刀洗町は、これまで国保の糖尿病や高血圧に重点をおいて保健事業に取り組んできたため、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模と比べて 0.7 ポイント低く、高血圧の総医療費に占める割合は同規模市町村と同等ではあるが、慢性腎不全(透析有)の医療費に占める割合が、国保及び後期高齢においても、同規模、県、国と比べてかなり低い状況です。(図表 33)

高額レセプト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 R03 年度が一番多く 52 件で 6,400 万円以上の費用がかかっていましたが、R04 年度は 40 件と件数が減り、費用額も約 5,200 万円と減っています。しかし、後期高齢においては、82 件発生し、約 9,600 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 R04 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 37 の①被保険者数は、40~64 歳で減少、65 歳~74 歳は増加しています。今後徐々に減少に転じていくと考えられます。また、75 歳以上では 150 名増え、75 歳以上の後期高齢者が確実に増えていることが分かります。⑮体格の部分では、BMI18.5 未満の 40 歳~64 歳が約 2 ポイント増加しており、75 歳以上でも 4 ポイント増加しているため、痩せへの対策を考える必要があります。⑪の要介護認定者のうち認知症罹患者が 65 歳~74 歳で 4.9 ポイントと高値であり、背景の分析を実施することが必要です。

図表 39 健診有所見の状況を見ると、おおよそ各年代で対象人数は減少傾向ではありますが、平成 30 年度より健診受診者は回復していないため、さらなる未受診者勧奨を行い、自分自身の身体のことを知ってもらう機会をつくるのが大切と考えます。

図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、どの年代においても高くなっており、高血圧+糖尿病の重なりのある方は各年代高くなっています。

図表 41 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全)において、H30 年度と R04 年度を比較す

ると、減少傾向ではありますが、腎不全は、微増しています。腎疾患は生活習慣病との長年の付き合い方によって予後が変わってきます。そのため、国保世代からの関わりが大事になってくることがわかります。中長期疾患の介護認定者をみると脳血管疾患を背景とする方が多いが、年齢を重ねることによる影響を図表 42 で見てみると、加齢による骨折や認知症も一定数いるが、生活習慣病による二次的影響による骨折や認知症の出現が多くみられています。糖尿病による合併症の 1 つに骨粗しょう症や認知症があり、年齢を重ねる問題にさらに拍車をかけるといえます。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画の見直しにより、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きます。評価指標については、まず福岡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)を設定していきます。

② 中長期的な目標の設定

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

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

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

③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療

機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられるが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行っていきます。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

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

(2) 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

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 (活用データ年度)
				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	アウトカム指標 脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	3.4%	3.0%	2.5%	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%	1.2%	0.9%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	6.2%	5.0%	4.5%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	46.6%	50.0%	45.0%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	40.0%	35.0%	30.0%	
	短期目標	アウトカム指標 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	38.7%	35.0%	30.0%	大刀洗町健康課
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	3.9%	3.5%	3.0%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	9.8%	9.0%	8.7%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	11.3%	11.0%	10.7%	
			★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	0.19%	0.15%	0.10%	
	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	27.2%	30.0%	35.0%			
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	46.2%	55.0%	60.0%	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	80.6%	83.0%	85.0%	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	12.4%	12.0%	11.8%	

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4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1期及び第2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1期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を1期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 44 目標値の設定

	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	50%	53%	55%	57%	58%	60%以上
特定保健指導実施率	81%	82%	83%	84%	85%	85%以上

3. 対象者の見込み

図表 45 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	2,413 人	2,343 人	2,273 人	2,203 人	2,133 人	2,063 人
	受診者数	1,032 人	1,242 人	1,250 人	1,255 人	1,238 人	1,240 人
特定保健指導	対象者数	110 人	120 人	125 人	120 人	120 人	120 人
	受診者数	89 人	99 人	105 人	101 人	102 人	103 人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

集団健診については、特定健診実施機関に委託する。個別健診については、小郡三井医師会が実施機関の取りまとめを行い、委託契約を結びます。

- ① 集団健診(大刀洗ドリームセンター)
- ② 個別健診(小郡三井医師会委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関リストについては、大刀洗町ホームページ及び福岡県国保連合会(市町村)のホームページに掲載します。

(参照) URL : <https://www.town.tachiarai.fukuoka.jp> (大刀洗町)

URL : <https://www.kokuhoren-fukuoka.jp> (国保連)

(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・心電図)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

健診項目		大刀洗町	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

個別健診は、7月から翌年3月末まで実施します。集団健診は、7月と9月の13日間実施します。

(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、福岡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	健診機関との契約	健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付準備	(特定保健指導の実施)
5月		集団健診対象者へ通知 集団健診予約スタート	健診データ抽出(前年度)
6月		個別健診対象者へ通知	
7月		特定健診(集団・個別)開始	実施実績の分析実施方法、
8月		特定保健指導開始・ 重症化予防事業開始	
9月		健診データ受取 費用決裁	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)
10月		年度途中加入者 へ月単位で受診 券発行	
11月		利用券発行を 月単位で実施	
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)	
	予算立案・来年度事業の検討手続き		

5. 特定保健指導の実施

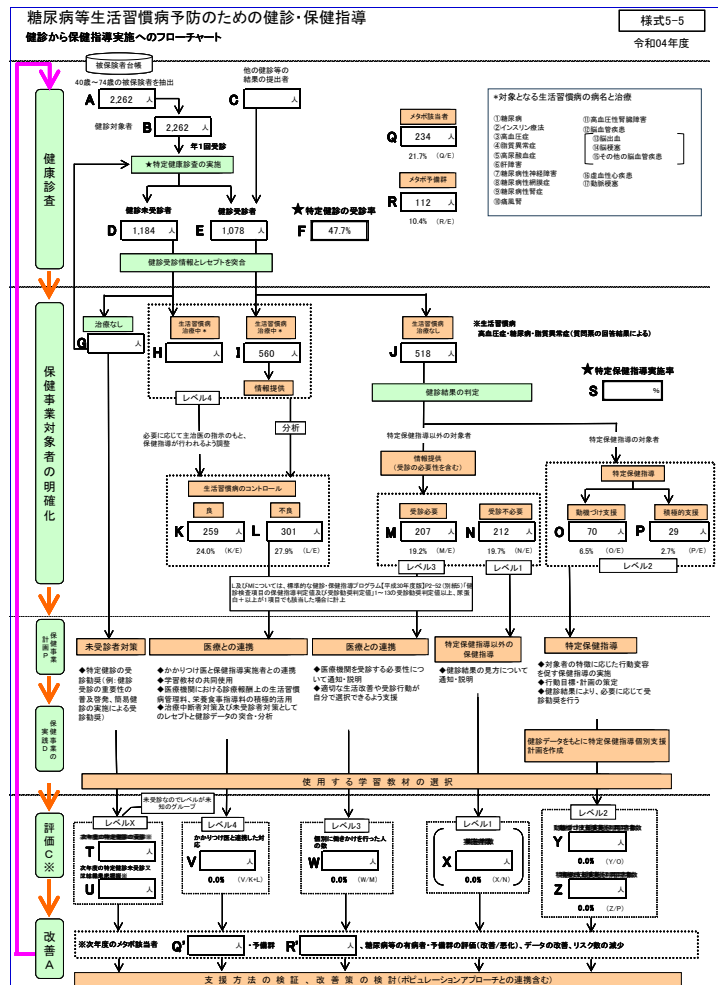
特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一部個別医療機関への委託の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点		特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)
特定保健指導の見直し	(1) 評価体系の見直し	特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2) 特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和	特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3) 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方	特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。
	(4) 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外	服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。
	(5) その他の運用の改善	看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



(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

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28%)	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	99人 (9.2%)	100%
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	207人 (19.2%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	1,184人 ※受診率目標達成 までにあと630人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	212人 (19.7%)	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	560人 (51.9%)	70%

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出 ◎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	◎集団健診対象者へ案内通知		◎若年者健診、特定健診・後期高齢者健診、がん検診開始勧奨スタート
6月	◎個別健診対象者へ受診券送付	◎対象者の抽出	
7月	◎特定健康診査の開始	◎保健指導の開始	◎若年者健診、特定健診・後期高齢者健診、がん検診開始
8月	↓	◎利用券の発行登録	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	◎健診の終了		◎健診終了後、勧奨対象者に受診状況等実績評価を実施

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大刀洗町個人情報の保護に関する法律施行条例を踏まえた対応を行います。

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健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、大刀洗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

1. 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て実施していく必要があります。

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市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。

2. 重症化予防の取組

大刀洗町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、365人(33.6%)です。そのうち治療なしが104人(19.7%)を占め、さらに臓器障害があり直ちに取組むべき対象者が44人です。

また、大刀洗町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、104人中52人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効果的であることが分かります。

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-

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年別新規発症に率の減少	虚血性心疾患 の年別新規発症に率の減少	糖尿病性腎症 による年別新規発症に率の減少	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会)	令和04年度 健診受診者(受診率)			
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会)	1,087人 48.1%			
	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 労作性狭心症 安静狭心症			■各疾患の治癒状況			
					治療中 治療なし			
					高血圧 412 675			
					脂質異常症 318 769			
					糖尿病 124 963			
					3疾患 以上 560 527			
					※詳細結果による			
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)	重症化予防対象者 (未人数)	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓学会)		
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(NCSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	365 33.6%
該当者数	44 4.0%	8 0.7%	30 2.8%	31 2.9%	234 21.5%	93 8.6%	49 4.5%	365 33.6%
治療なし	32 4.7%	3 0.6%	26 3.4%	23 3.0%	36 6.8%	52 5.4%	7 1.3%	104 19.7%
(再掲) 特定保健指導	10 22.7%	2 25.0%	5 16.7%	11 35.5%	36 15.4%	13 14.0%	0 0.0%	52 14.2%
治療中	12 2.9%	5 0.9%	4 1.3%	8 2.5%	198 35.4%	41 33.1%	42 7.5%	261 46.6%
臓器障害 あり	15 46.9%	3 100.0%	10 38.5%	4 17.4%	14 38.9%	22 42.3%	7 100.0%	44 42.3%
CKD(専門医対象者)	0	0	1	1	0	7	7	7
心電図所見あり	15	3	9	4	14	17	1	38
臓器障害 なし	17 53.1%	--	16 61.5%	19 82.6%	22 61.1%	30 57.7%	--	--

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

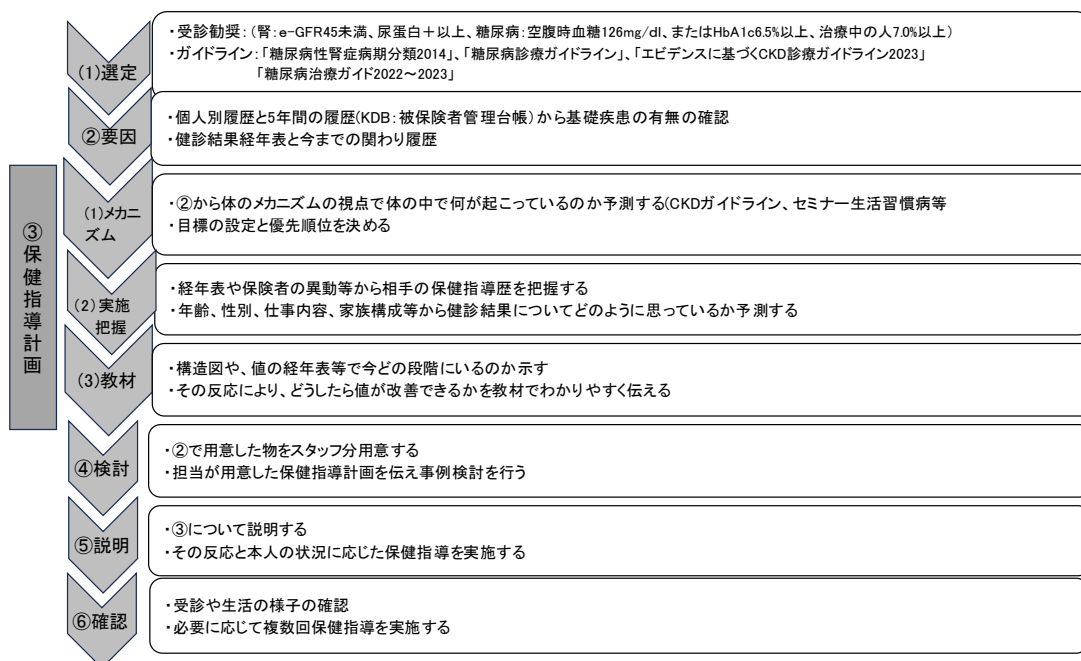
(1) 基本的な考え方

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)及び福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



(2) 対象者の明確化

①対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、福岡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。

- ・医療機関未受診者
- ・医療機関受診中断者
- ・糖尿病治療中者
- ・糖尿病性腎症で通院している者
- ・糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

②選定基準に基づく該当者の把握

○対象者の抽出

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

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

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきませんが、大刀洗町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

○基準に基づく該当者数の把握

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

大刀洗町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、61人(33.0%・F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者572人のうち、特定健診受診者が124人(67.0%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者448人(78.3%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

○介入方法と優先順位

図表 54 より大刀洗町においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・61人

優先順位 2

【保健指導】

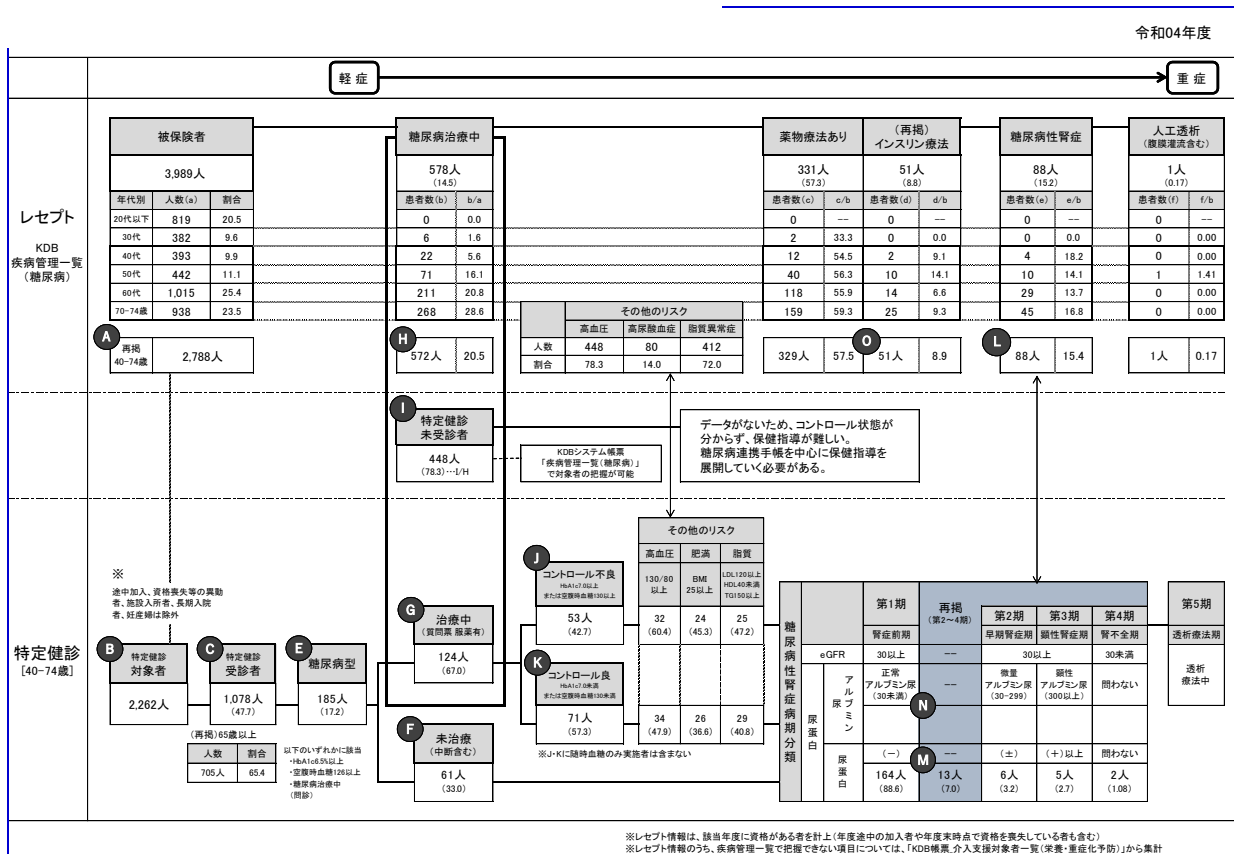
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・53人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

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

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 保健指導の実施

①糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

図表 55 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

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

②二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診後の二次健診では、受診につながりにくい動脈硬化性疾患の指標として頸動脈超音波検査を LDL が一定値以上の方に実施しています。

また、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できるように検討しています。アルブミン尿を把握することは、腎症の早期介入が可能となり、重症化予防を目指す上では重要な検査項目と考えています。

(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、受診者の状態によっては事前に医療機関へ連絡をし、情報共有を行い連携していきます。

② 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては小郡三井管内糖尿病連携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、地域包括支援センターと連携していきます。

(6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとし、その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

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

② 保健指導対象者に対する評価

- ・ 保健指導実施率
- ・ 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 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

出典：ヘルスサポートラボツール

項目		突 合 表	大刀洗町										同規模保険者(平均)						
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度						
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
1	① 被保険者数	A	3,682人		3,617人		3,542人		3,537人		3,479人								
	② (再掲)40-74歳		2,702人		2,680人		2,642人		2,668人		2,593人								
2	① 対象者数	B	2,421人		2,406人		2,415人		2,340人		2,285人								
	② 特定健診受診者数	C	1,287人		1,289人		1,159人		1,106人		1,088人								
	③ 受診率		53.2%		53.6%		48.0%		47.3%		47.6%								
3	① 特定保健指導対象者数		150人		145人		108人		108人		106人								
	② 実施率		72.0%		71.7%		81.5%		80.6%		80.6%								
4	健診データ	① 糖尿病型	E	207人	16.1%	221人	17.1%	202人	17.4%	194人	17.5%	185人	17.0%						
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	62人	30.0%	61人	27.6%	56人	27.7%	55人	28.4%	61人	33.0%						
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	145人	70.0%	160人	72.4%	146人	72.3%	139人	71.6%	124人	67.0%						
		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	66人		45.5%		77人		48.1%		71人		50.4%		52人		42.7%	
		⑤ 血圧 130/80以上		34人		51.5%		34人		44.2%		36人		50.7%		40人		57.1%	
		⑥ 肥満 BMI25以上	K	35人		53.0%		31人		40.3%		30人		42.9%		30人		42.9%	
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		79人		54.5%		83人		51.9%		75人		51.4%		69人		49.6%	
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	170人		82.1%		175人		79.2%		173人		85.6%		167人		86.1%	
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		16人		7.7%		20人		9.0%		12人		5.9%		14人		7.2%	
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		16人		7.7%		22人		10.0%		13人		6.4%		10人		5.2%	
		⑪ 第4期 eGFR30未満		5人		2.4%		4人		1.8%		4人		2.0%		3人		1.5%	
5	レセプト	① 糖尿病受診率(被保険者対)	H	116.8人		119.7人		112.1人		127.2人		121.9人							
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		156.6人		160.1人		149.1人		167.9人		162.4人							
		③ レセプト件数(40-74歳) ④ (1)内は被保険者対	I	2,423件 (914.3)		2,425件 (927.3)		2,468件 (931.0)		2,677件 (1036.0)		2,564件 (1035.5)		319,390件 (944.1)					
		④ 入院(件数)		7件 (2.6)		16件 (6.1)		4件 (1.5)		7件 (2.7)		10件 (4.0)		1,366件 (4.0)					
		⑤ 糖尿病治療中	O	430人		433人		397人		450人		424人		12.2%					
		⑥ (再掲)40-74歳		423人		429人		394人		448人		421人		16.2%					
		⑦ 健診未受診者	L	278人		284人		248人		309人		297人		70.5%					
		⑧ インスリン治療		26人		27人		27人		32人		36人		8.5%					
		⑨ (再掲)40-74歳	L	26人		26人		26人		32人		35人		8.3%					
		⑩ 糖尿病性腎症		43人		50人		33人		53人		39人		9.2%					
		⑪ (再掲)40-74歳		43人		50人		32人		53人		39人		9.3%					
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		2人		0人		1人		1人		1人		0.2%					
		⑬ (再掲)40-74歳		1人		0人		1人		1人		1人		0.2%					
		⑭ 新規透析患者数		3		3		2		1		1		0.3					
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0		1		0		0		0		0					
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		8人		12人		13人		13人		14人		2.5%					
6	医療費	① 総医療費		12億3362万円		12億3717万円		12億6963万円		12億6855万円		12億0413万円		14億4486万円					
		② 生活習慣病総医療費		6億4238万円		6億6978万円		6億5500万円		6億3863万円		6億0077万円		7億7425万円					
		③ (総医療費に占める割合)		52.1%		54.1%		51.6%		50.3%		49.9%		53.6%					
		④ 生活習慣病対象者一人あたり		9,911円		11,049円		8,506円		7,172円		7,697円		7,560円					
		⑤ 健診未受診者		36,059円		38,226円		40,074円		38,807円		38,387円		37,805円					
		⑥ 糖尿病医療費		6065万円		6325万円		6238万円		6787万円		6292万円		8603万円					
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		9.4%		9.4%		9.5%		10.6%		10.5%		11.1%					
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		1億7728万円		1億7375万円		1億7430万円		1億9188万円		1億8111万円							
		⑨ 1件あたり		29,815円		29,430円		29,403円		31,003円		30,943円							
		⑩ 糖尿病入院総医療費		1億0693万円		1億3880万円		1億3751万円		1億0525万円		1億0909万円							
		⑪ 1件あたり		594,028円		683,731円		785,766円		692,417円		737,121円							
		⑫ 在院日数		17日		16日		16日		15日		15日							
		⑬ 慢性腎不全医療費		2840万円		2005万円		1661万円		1741万円		1481万円		6202万円					
		⑭ 透析有り		2461万円		1738万円		1476万円		1566万円		1156万円		5785万円					
		⑮ 透析なし		180万円		267万円		185万円		175万円		325万円		418万円					
7	介護	① 介護給付費		10億5554万円		10億3475万円		11億0223万円		11億5094万円		11億3114万円		17億4718万円					
		② (2号認定者)糖尿病合併症		2件		1件		1件		1件		1件		10.0%					
8	① 死亡		1人		2人		2人		3人		1人		564人						

(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と体制決め

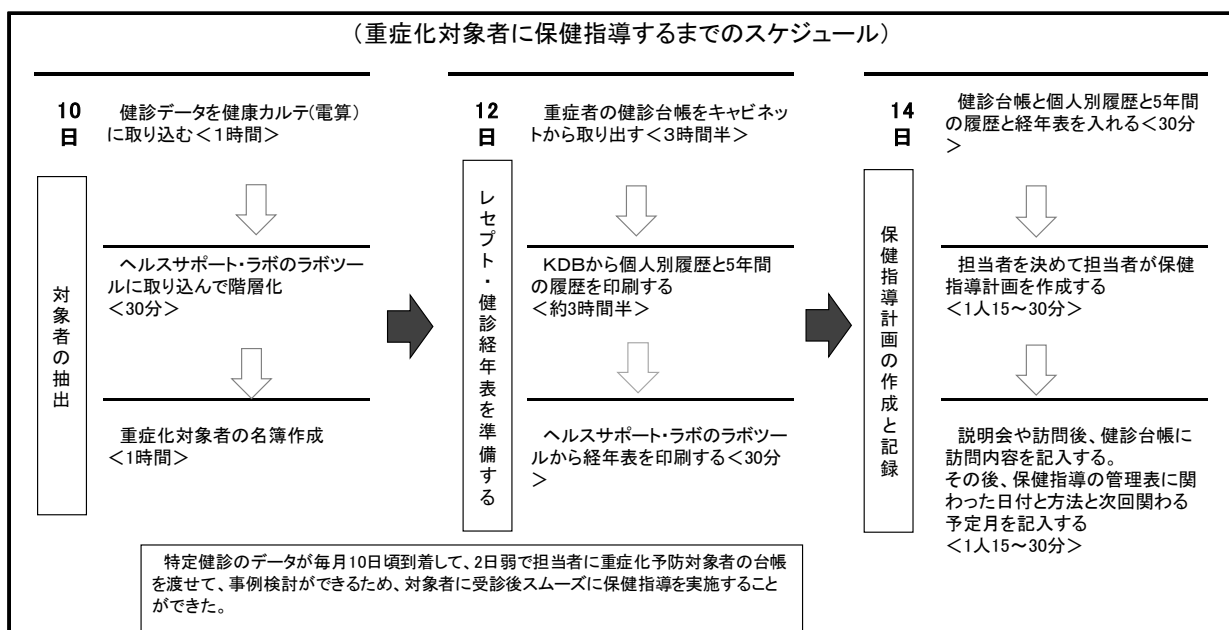
5月～ 前年度重症化予防対象者への受診勧奨開始

8月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

※通年で実施する毎月の流れは図表 57 参照

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

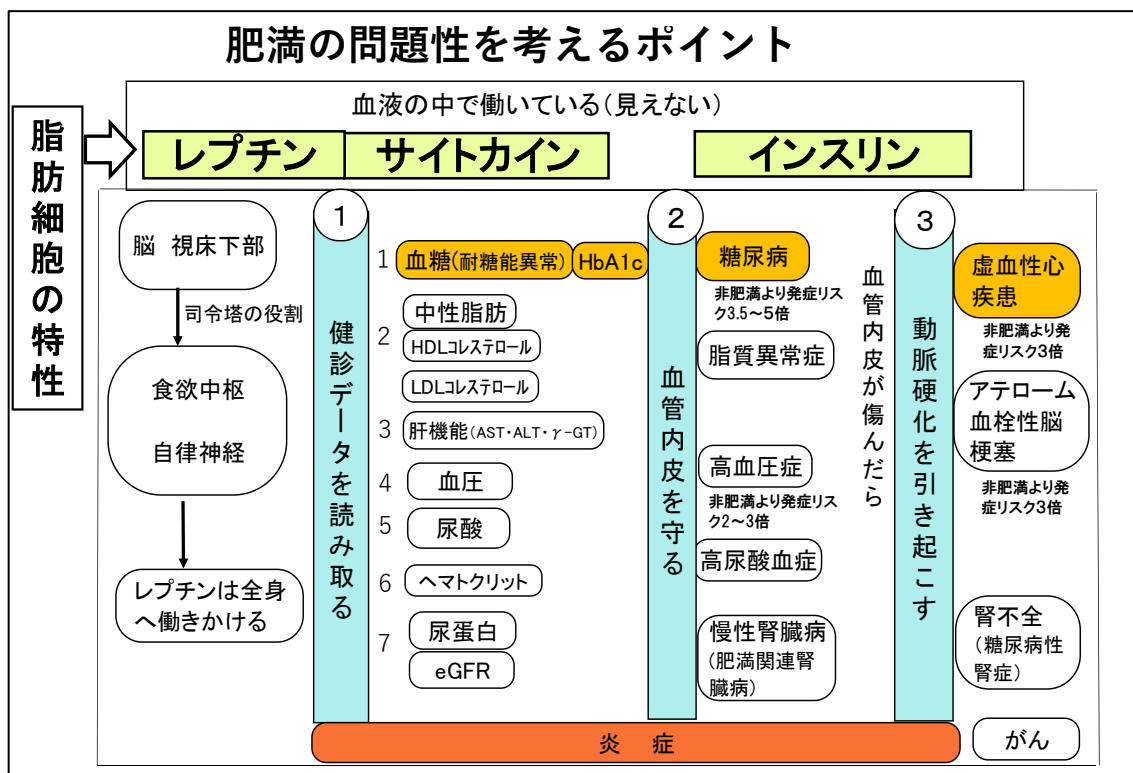
(1) 基本的な考え方

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

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

なお、取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



(2) 肥満の状況

① 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	350	738	120	184	100	163	19	21	0	0	1	0	
				34.3%	24.9%	28.6%	22.1%	5.4%	2.8%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%
再掲	男性	177	346	77	102	67	94	9	8	0	0	1	0
	女性	173	392	43	82	33	69	10	13	0	0	0	0
				43.5%	29.5%	37.9%	27.2%	5.1%	2.3%	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%
				24.9%	20.9%	19.1%	17.6%	5.8%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

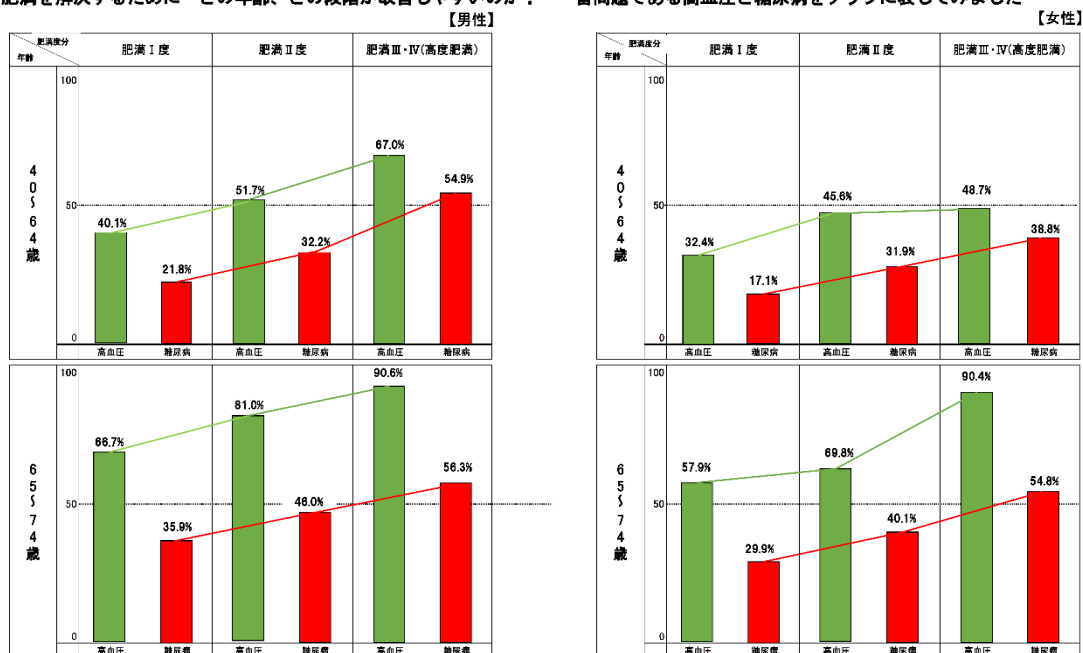
② 優先順位をつけます。

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。

○肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 60 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

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



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

ました。

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

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

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

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種 of 医療者が連携してフォローアップを行う必要がある。そのことは、図表 61 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に図表 60 をみると、肥満度毎及び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、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満 I 度で、若い年代 (40~64 歳) を対象とすることが効率がいいことがわかります。

疾病の特徴としても、心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者でもあり、高血圧も共通の課題としてあげられます。肥満症の改善は生活習慣病の改善にも結び付く重要な問題であることが分かっています。

(3)対象者の明確化

図表 62 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A	522	54	66	184	218	565	35	64	224	242	
メタボ該当者	B	174	10	16	67	81	60	0	5	25	30	
	B/A	33.3%	18.5%	24.2%	36.4%	37.2%	10.6%	0.0%	7.8%	11.2%	12.4%	
再掲	① 3項目全て	C	58	2	5	23	28	17	0	1	7	9
		C/B	33.3%	20.0%	31.3%	34.3%	34.6%	28.3%	--	20.0%	28.0%	30.0%
	② 血糖+血压	D	33	1	2	13	17	7	0	0	2	5
		D/B	19.0%	10.0%	12.5%	19.4%	21.0%	11.7%	--	0.0%	8.0%	16.7%
	③ 血压+脂質	E	77	5	8	30	34	34	0	4	15	15
		E/B	44.3%	50.0%	50.0%	44.8%	42.0%	56.7%	--	80.0%	60.0%	50.0%
	④ 血糖+脂質	F	6	2	1	1	2	2	0	0	1	1
		F/B	3.4%	20.0%	6.3%	1.5%	2.5%	3.3%	--	0.0%	4.0%	3.3%

出典:ヘルスサポートラボソール

図表 63 メタボリック該当者の治療状況(性・年代別)

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		人数	割合	あり	なし	あり	なし		あり	なし	あり	なし	あり	なし
総数	523	174	33.3%	143	82.2%	31	17.8%	565	60	10.6%	55	91.7%	5	8.3%
40代	54	10	18.5%	3	30.0%	7	70.0%	35	0	0.0%	0	--	0	--
50代	67	16	23.9%	11	68.8%	5	31.3%	64	5	7.8%	4	80.0%	1	20.0%
60代	184	67	36.4%	57	85.1%	10	14.9%	224	25	11.2%	23	92.0%	2	8.0%
70~74歳	218	81	37.2%	72	88.9%	9	11.1%	242	30	12.4%	28	93.3%	2	6.7%

出典:ヘルスサポートラボソール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 62)は、男性で 50 代から受診者の 2~3 割を超えるが、女性では 60 代・70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 63)は、男においては各年代にバラツキはあるが、総数では、8 割以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

メタボリックシンドロームなどの脂肪の貯蓄は、脂肪細胞から分泌されるサイトカインが、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えるため、大血管障害である心筋梗塞や脳出血を引き起こします。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

- 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。
- 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。
- 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

②対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、個人記録表と合わせて担当ごとに管理します。

(4)保健指導の実施

①最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 64 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

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

②二次健診の実施

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

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

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

3) 虚血性心疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

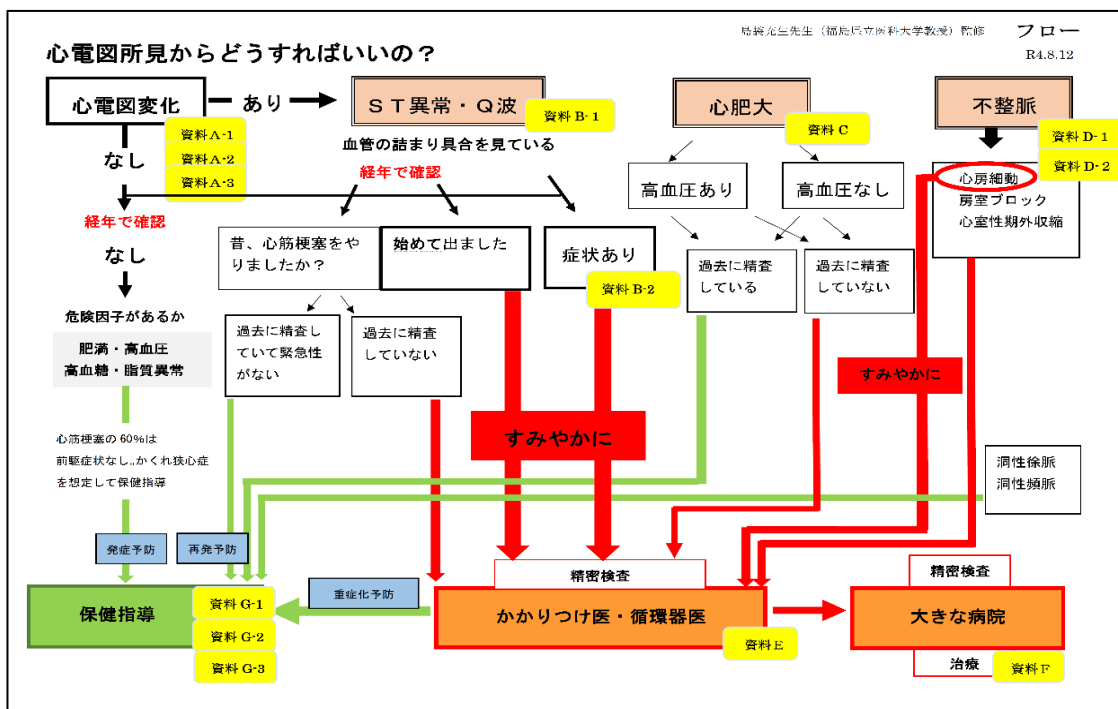
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

(2) 対象者の明確化

① 対象者選定基準の考え方

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

図表 65 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



② 重症化予防対象者の抽出

○心電図検査からの把握

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

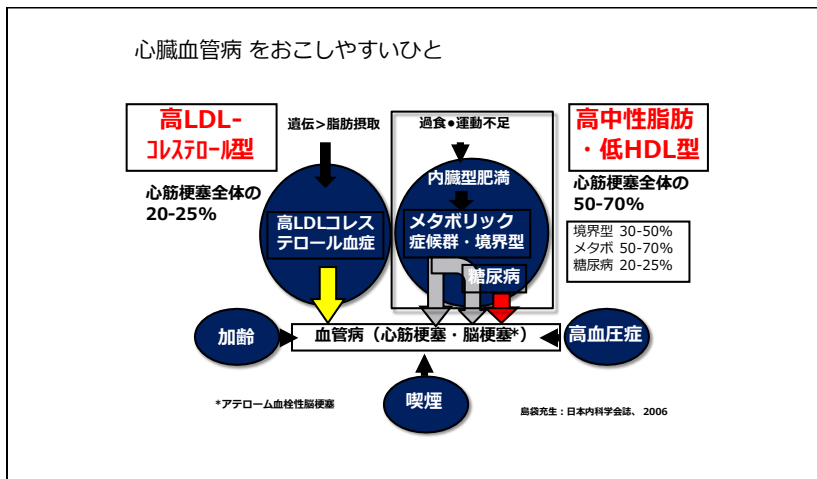
大刀洗町においては、全員に実施しているため、有所見者の状況を把握し、ST-T 変化(虚血)や心房細動については保健指導及び受診勧奨を徹底していく必要があります。

○心電図以外からの把握

未受診者の医療情報採取事業や窓口での検査結果の聞き取りでは、心電図項目の聞き取りを必須としていません。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 66)

図表 66 心血管病をおこしやすいひと



図表 66 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 62・63)

B:LDL コレステロールタイプ(図表 67)を参照します。

図表 67 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定				令和04年度			
動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標			(参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版				
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)							
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果(LDL-C)				
			120-139	140-159	160-179	180以上	
			430	197	145	62	26
				45.8%	33.7%	14.4%	6.0%
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)	83	38	28	12	5
			19.3%	19.3%	19.3%	19.4%	19.2%
	中リスク	140未満 (170未満)	171	73	57	30	11
			39.8%	37.1%	39.3%	48.4%	42.3%
高リスク	120未満 (150未満)	151	71	52	19	9	
			35.1%	36.0%	35.9%	30.6%	34.6%
再掲	100未満 (130未満) ※1	9	4	3	0	2	
		2.1%	2.0%	2.1%	0.0%	7.7%	
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)	25	15	8	1	1
			5.8%	7.6%	5.5%	1.6%	3.8%

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

(3) 保健指導の実施

① 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であ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 68 心電図所見からの保健指導教材

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

② 二次健診の実施

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

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2020 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、個人記録表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と体制決め

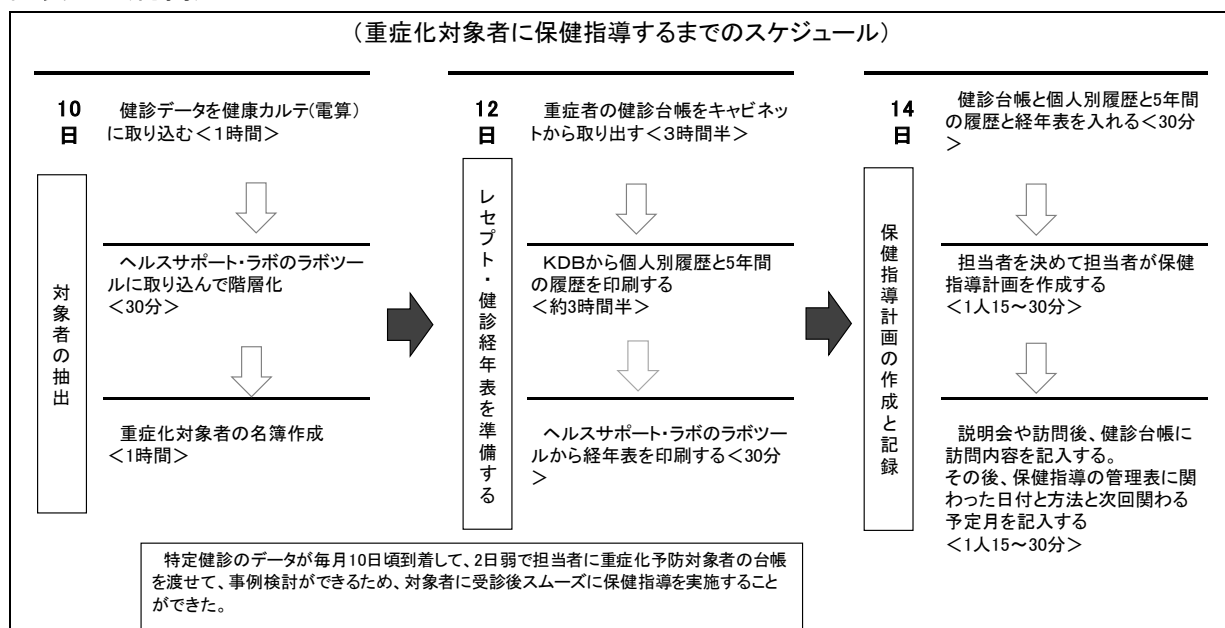
5月 前年度重症化予防対象者への受診勧奨

8月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

※通年で実施する毎月の流れは図表57参照

図表57 (再掲)

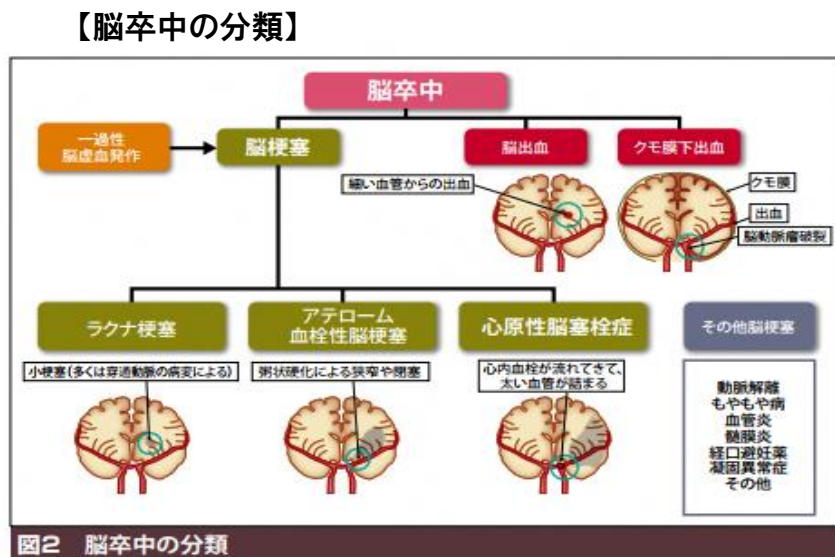


4) 脳血管疾患重症化予防

(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 69,70)

図表 69 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 70 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

(2) 対象者の明確化

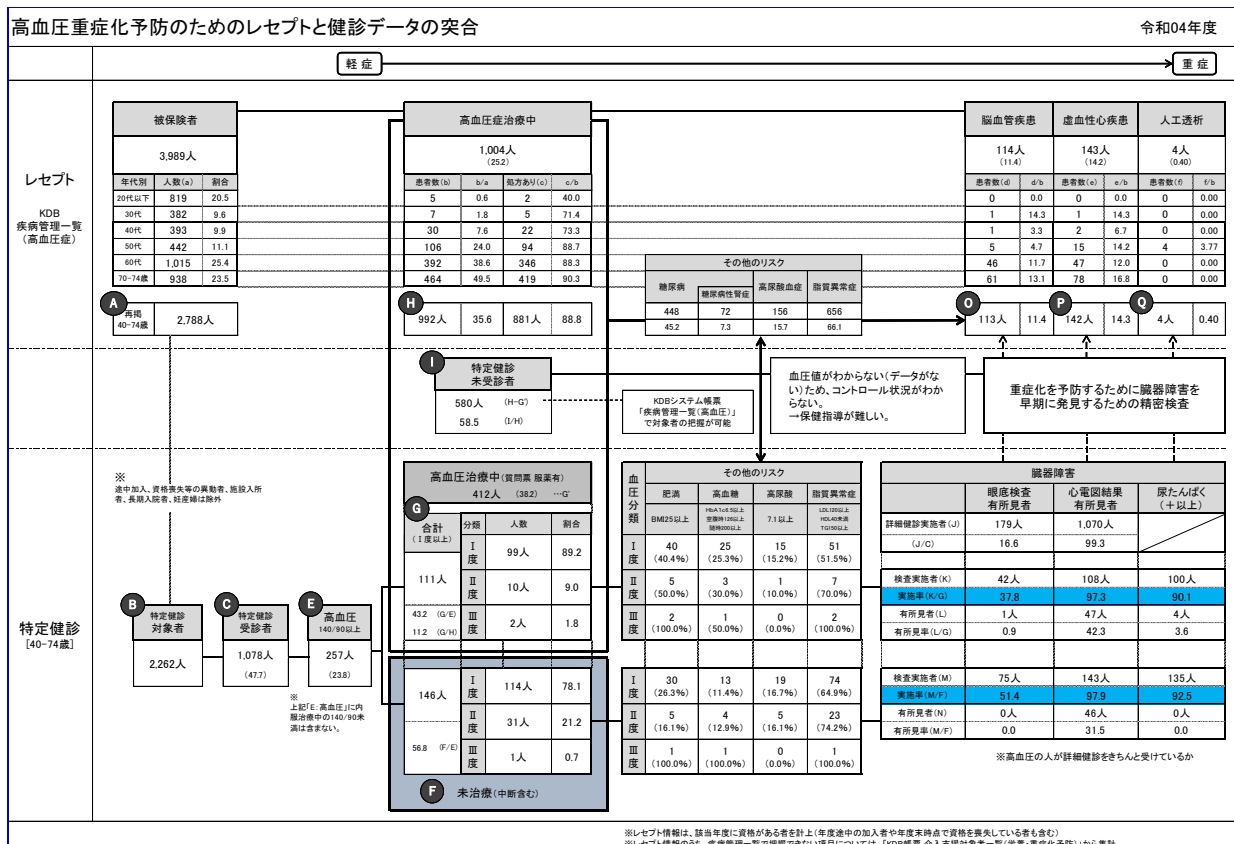
① 重症化予防対象者の抽出

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 71 でみると、レセプトにおいては高血圧治療者 1,004 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 114 人(11.4%・O)でした。また、健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 44 人(17%)であり、そのうち 32 人(73%)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。高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 10 人(9.0%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

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)が、わずか 179 人(16.6%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、257 人(28.8%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、最終的には医師の判断での実施となりますが、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 71 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

②保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 72 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

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

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)	278	高値高血圧	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
			132 47.5%	114 41.0%	31 11.2%	1 0.4%
リスク第1層 予後影響因子がない	10 3.6%	C 6 4.5%	B 4 3.5%	B 0 0.0%	A 0 0.0%	
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	166 59.7%	C 75 56.8%	B 70 61.4%	A 21 67.7%	A 0 0.0%	
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	102 36.7%	B 51 38.6%	A 40 35.1%	A 10 32.3%	A 1 100.0%	

区分

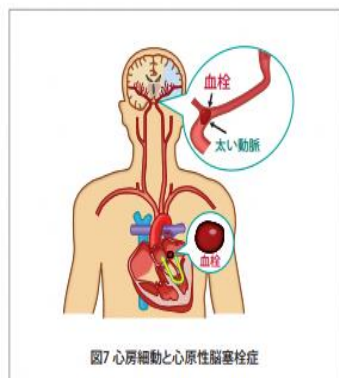
A	ただちに薬物療法を開始	72 25.9%
B	概ね1ヵ月後に再評価	125 45.0%
C	概ね3ヵ月後に再評価	81 29.1%

出典:ヘルスサポートラボソール

※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。

図表 72 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

③心電図検査における心房細動の実態



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

図表 73 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況を見ています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 73 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	523	565	514	98.3%	557	98.6%	6	1.2%	2	0.4%	--	--
40代	54	35	54	100.0%	35	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	67	64	67	100.0%	63	98.4%	1	1.5%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	184	224	179	97.3%	221	98.7%	2	1.1%	2	0.9%	1.9%	0.4%
70～74歳	218	242	214	98.2%	238	98.3%	3	1.4%	0	0.0%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 74 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	%
8	3	37.5	5	62.5

大刀洗町調べ

図 73、74 より、心電図検査において 8 人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、有所見者 8 人のうち 5 人は既に治療が開始されていましたが、3 人はまだ治療につながっていません。

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

(3) 保健指導の実施

① 受診勧奨及び保健指導

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

② 二次健診の実施

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

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

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)
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

○ 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。

○ 心房細動者の管理

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

(4) 医療との連携

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

(5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

(6) 評価

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

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

(7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定と体制決め

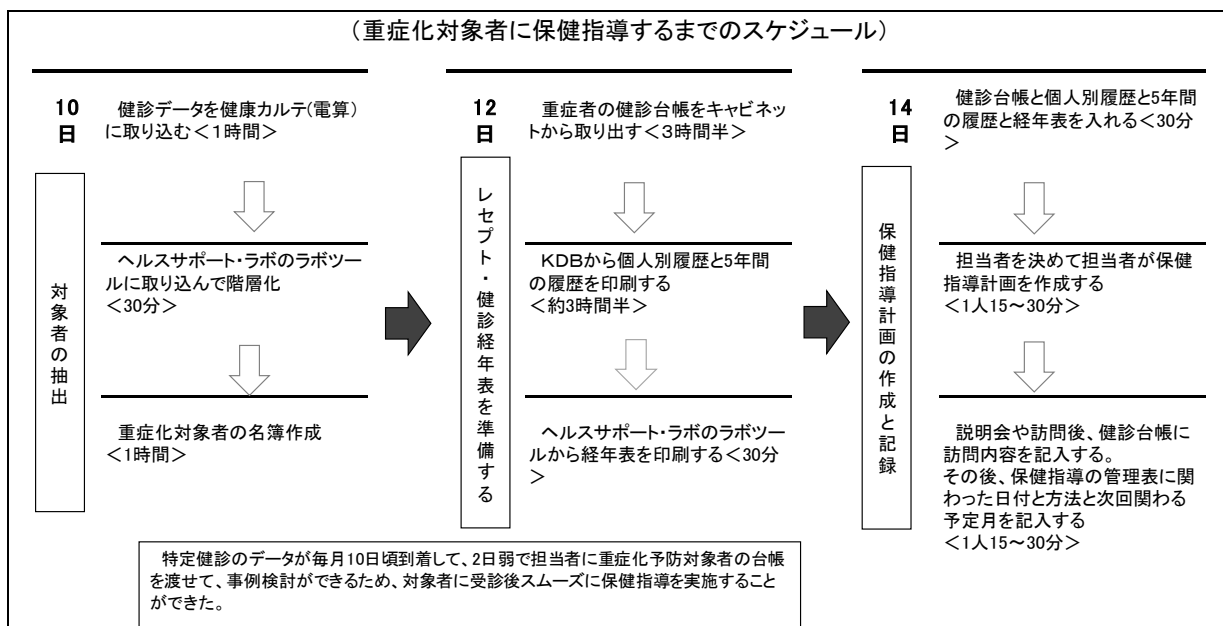
5 月～前年度重症化予防対象者への受診勧奨

8 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

※通年で実施する毎月の流れは図表 57 参照

図表 57(再掲)



3. 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

大刀洗町は、令和2年度より福岡県後期高齢者広域連合から、大刀洗町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

具体的には、

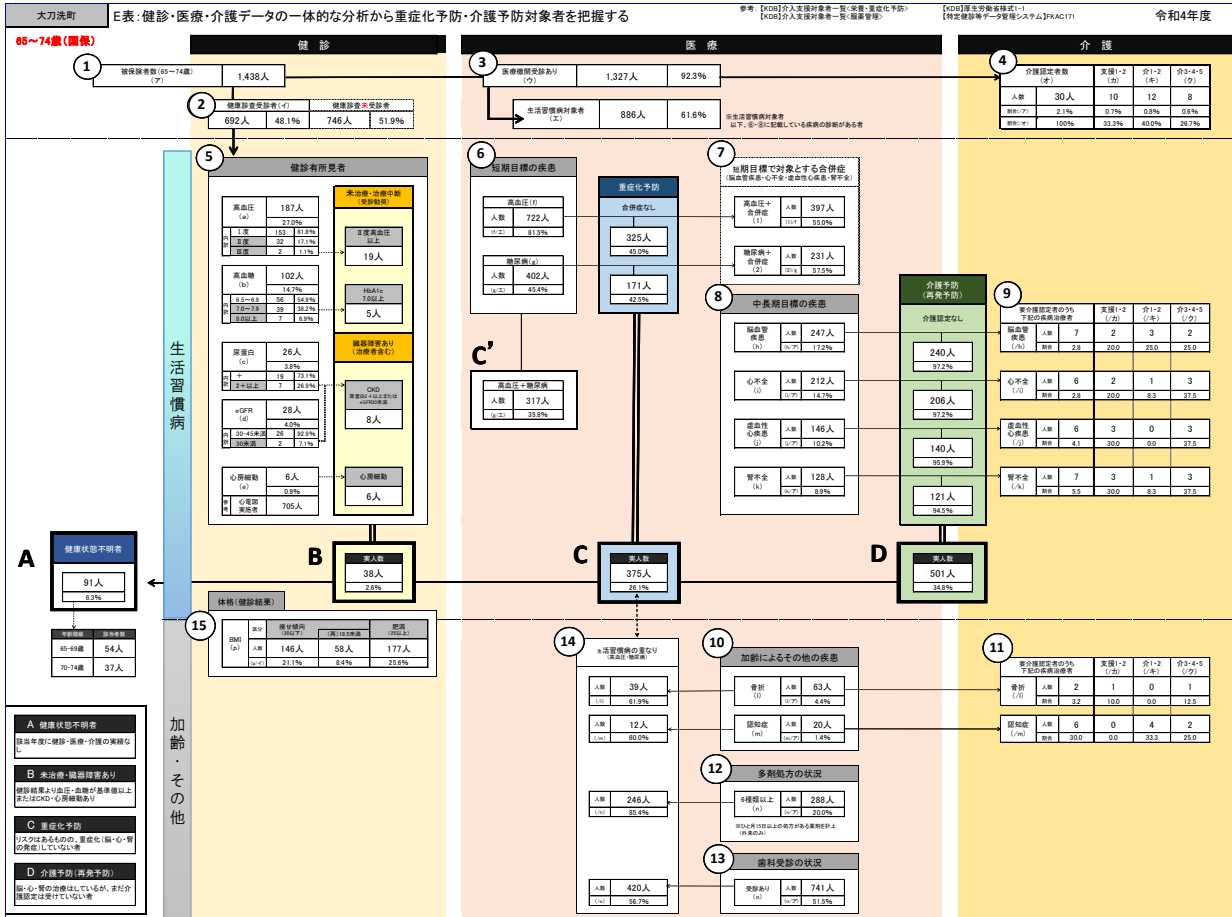
① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、後期高齢者交付会やミニデイに専門職が入り、生活習慣病からのフレイル、口腔フレイル、身体

を支えるあしゆび事業や栄養指導にも取り組んでいます。(ポピュレーションアプローチ)
 状態不明者についても調査し、高齢者の自宅訪問を継続して実施していきます。

図表 75 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



4. 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。これからの次世代の健康づくりの育成をはぐむため、子どもの食育事業や活動事業を企業と連携して取組み、保育園の巡回を通して健康づくりの視点を子ども達に伝えていくように取り組んでいきます。

大刀洗町においては、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

いくことが必要であります。

図表 76 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）													
		健康増進法											
1 根拠法		母子保健法			学校保健安全法			労働安全衛生法 <small>（学校職員は学校保健安全法）</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>（介護保険）</small>			
6条 健康増進事業実施者		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】											
2 計画		データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）											
3 年代		妊婦 (胎児期)	産婦	0歳～5歳			6歳～14歳	15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上
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)			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	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	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) 妊娠糖尿病	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			かつ 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												

5. ポピュレーションアプローチ

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

医療費については健康課国保年金係と連携し、疾病構造の現状をKDBや県からの情報提供を基に、現状を整理し、ホームページや町のイベントに合わせて啓発事業していきます。

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します。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大刀洗町の位置

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

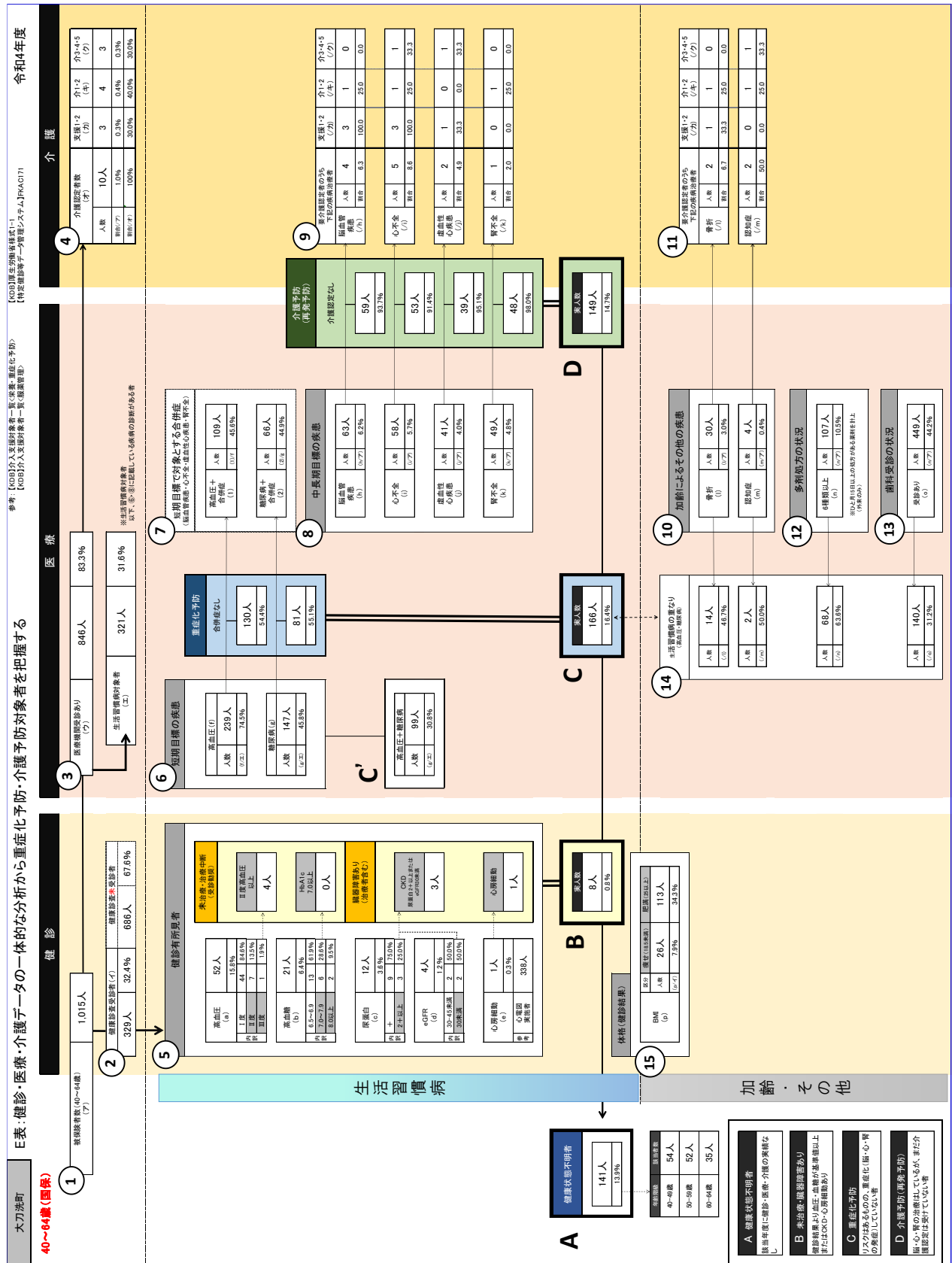
参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた大刀洗町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた大刀洗町の位置										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		15,488		1,810,851		4,968,674	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)	4,351	28.1	651,740	36.0	1,395,142	28.1	35,335,805		28.7
		75歳以上	2,088	13.5	--	--	699,717	14.1	18,248,742		14.8
		65～74歳	2,263	14.6	--	--	695,425	14.0	17,087,063		13.9
		40～64歳	4,753	30.7	--	--	1,608,951	32.4	41,545,893		33.7
	39歳以下	6,384	41.2	--	--	1,964,581	39.5	46,332,563	37.6		
	② 産業構成	第1次産業	14.1		10.9		2.9		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	23.8		27.1		21.2		25.0		
		第3次産業	62.1		61.9		75.9		71.0		
	③ 平均寿命	男性	80.7		80.5		80.7		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		女性	87.3		86.9		87.2		87.0		
	④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	80.2		79.7		80.1		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		女性	84.6		84.3		84.6		84.4		
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		101.2	103.0	101.2	100	100	100	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		男性	96.0		100.8		97.8		100		
		女性	96.0		100.8		97.8		100		
		がん	42	54.5	6,844	47.1	15,677	55.7	378,272		50.6
		心臓病	19	24.7	4,468	30.7	6,458	22.9	205,485		27.5
		脳疾患	10	13.0	2,073	14.3	3,576	12.7	102,900		13.8
		糖尿病	1	1.3	271	1.9	596	2.1	13,896		1.9
	腎不全	5	6.5	564	3.9	1,024	3.6	26,946	3.6		
	自殺	0	0.0	317	2.2	826	2.9	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
	3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		727	16.9	121,841	18.8	277,144	19.9	6,724,030
新規認定者			11	0.3	1,946	0.3	4,582	0.3	110,289	0.3	
介護度別 総件数			要支援1.2	2,886	17.2	382,007	13.8	1,041,029	15.1	21,785,044	12.9
			要介護1.2	7,208	42.9	1,277,829	46.3	3,219,908	46.8	78,107,378	46.3
			要介護3以上	6,689	39.9	1,099,163	39.8	2,621,837	38.1	68,963,503	40.8
2号認定者		16	0.34	2,304	0.40	5,495	0.34	156,107	0.38		
② 有病状況		糖尿病	173	22.7	29,183	22.8	66,990	23.1	1,712,613	24.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		高血圧症	484	61.9	67,451	53.3	156,979	54.4	3,744,672	53.3	
		脂質異常症	243	30.6	38,328	30.0	96,408	33.2	2,308,216	32.6	
		心臓病	529	69.1	76,143	60.3	175,116	60.8	4,224,628	60.3	
		脳疾患	245	31.8	29,057	23.1	68,049	23.8	1,568,292	22.6	
		がん	98	11.8	14,184	11.0	35,599	12.3	837,410	11.8	
		筋・骨格	441	58.8	66,665	52.7	158,168	55.0	3,748,372	53.4	
精神		368	48.4	46,518	36.9	110,665	38.5	2,569,149	36.8		
③ 介護給付費		一人当たり給付費/総給付費		259,972	1,131,136,497	297,567	193,936,445,825	291,818	407,127,115,803	290,668	100,742,242,889
		1件当たり給付費(全体)		67,398		70,292		59,152		59,662	
		居宅サービス		46,011		43,991		41,206		41,272	
	施設サービス		296,664		291,264		298,399		296,364		
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	9,912		9,041		9,394		8,610		
	認定なし	4,332		4,224		4,251		4,020			
4	① 国保の状況	被保険者数		3,387		419,832		1,021,211		24,660,500	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		65～74歳	1,454	42.9			420,835	41.2	10,794,323	43.8	
		40～64歳	1,022	30.2			318,135	31.2	7,904,763	32.1	
		39歳以下	911	26.9			282,241	27.6	5,961,414	24.2	
	加入率		21.9		23.2		20.6		20.0		
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.3	141	0.3	456	0.4	8,237	0.3	
		診療所数	8	2.4	1,172	2.8	4,711	4.6	102,599	4.2	
		病床数	120	35.4	19,041	45.4	82,664	80.9	1,507,471	61.1	
		医師数	12	3.5	2,768	6.6	16,784	16.4	339,611	13.8	
		外来患者数	738.4		721.7		726.8		709.6		
	入院患者数	21.4		21.9		21.6		18.8			
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		355,516		382,035		359,872		358,522	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		759.812		743.593		748.357		728.39	
外来		費用の割合	54.5		57.4		55.9		59.9		
		件数の割合	97.2		97.1		97.1		97.4		
入院		費用の割合	45.5		42.6		44.1		40.1		
		件数の割合	2.8		2.9		2.9		2.6		
1件あたり在院日数		17.7日		16.6日		16.9日		16.0日			

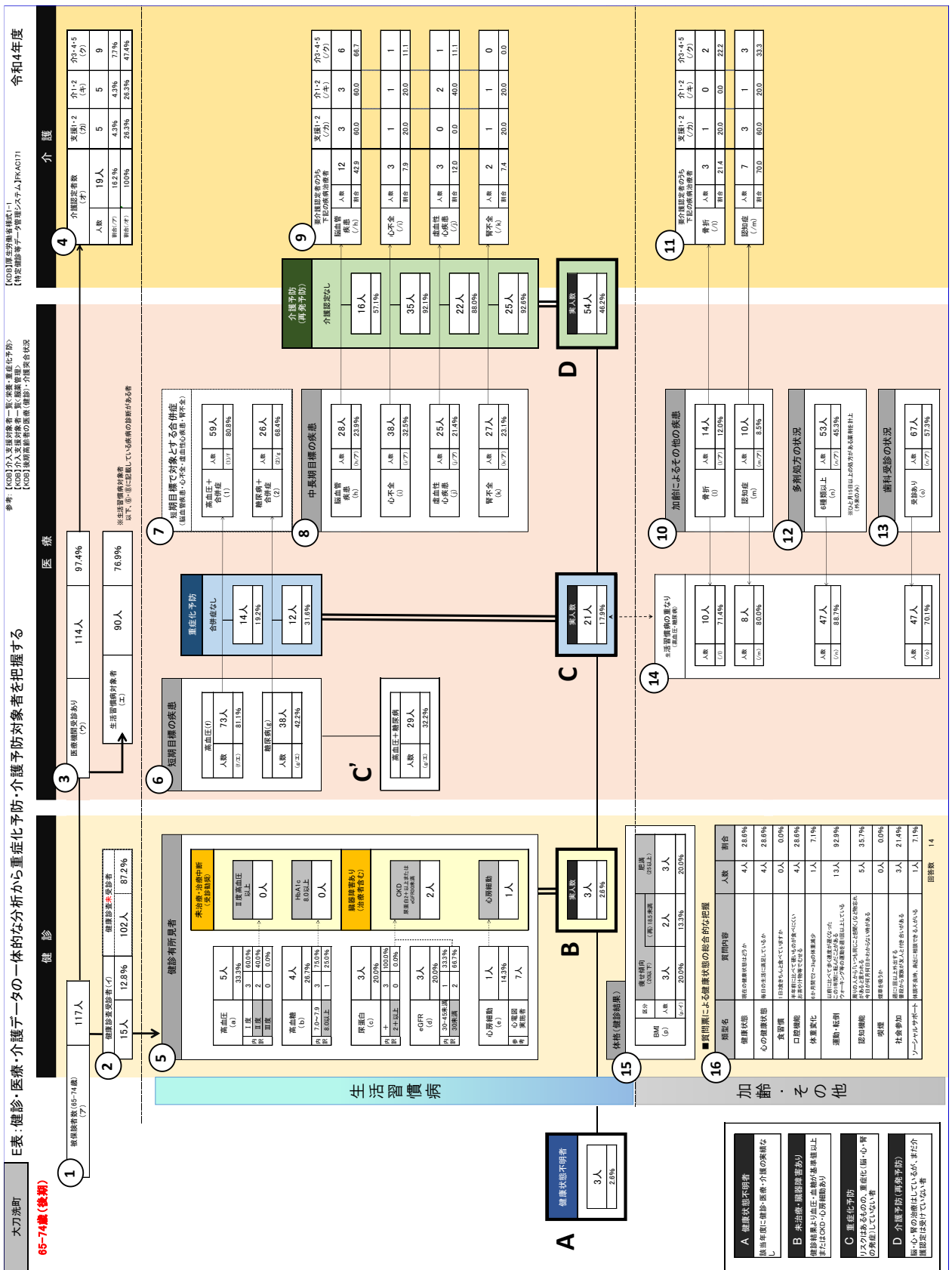
4	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名 (該当含む)	がん	178,160,340	29.7	31.8	32.0	32.0	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題						
			慢性腎不全(透析あり)	11,563,780	1.9	7.5	4.7	8.3							
			糖尿病	62,921,670	10.5	11.1	9.8	10.4							
			高血圧症	39,908,390	6.6	6.4	6.1	5.8							
			脂質異常症	27,127,370	4.5	3.8	4.5	4.0							
			脳梗塞・脳出血	26,202,600	4.4	4.0	3.9	4.0							
			狭心症・心筋梗塞	12,749,690	2.1	2.6	2.6	2.8							
			精神	131,474,230	21.9	15.2	18.1	15.0							
	筋・骨格	100,519,310	16.7	16.5	17.2	16.6									
	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	61	0.0	329	0.2	448	0.3	274	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分類)		
				糖尿病	428	0.3	1,391	0.9	1,541	1.0	1,235	0.9			
				脂質異常症	0	0.0	65	0.0	100	0.1	57	0.0			
				脳梗塞・脳出血	6,477	4.0	7,229	4.4	6,380	4.0	6,468	4.5			
				虚血性心疾患	2,167	1.3	4,422	2.7	3,972	2.5	4,199	2.9			
				腎不全	1,281	0.8	4,564	2.8	2,929	1.8	4,409	3.1			
		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	11,722	6.0	12,709	5.8	11,051	5.5	10,703	5.0			
				糖尿病	18,551	9.6	21,886	10.0	17,370	8.6	18,816	8.8			
				脂質異常症	8,009	4.1	7,778	3.5	8,356	4.2	7,503	3.5			
				脳梗塞・脳出血	1,259	0.6	1,013	0.5	1,009	0.5	884	0.4			
虚血性心疾患				2,394	1.2	2,004	0.9	1,856	0.9	1,829	0.9				
腎不全	3,587	1.9	17,654	8.0	9,082	4.5	17,052	7.9							
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	2,911		2,690		1,770		2,087	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題				
		健診未受診者	14,521		13,453		14,765		13,715						
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	7,697		7,560		4,906		6,161					
		健診未受診者	38,387		37,805		40,919		40,479						
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	570	54.6	74,035	58.3	111,886	56.9	3,419,396	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握				
		医療機関受診率	502	48.1	66,739	52.5	103,792	52.8	3,145,545	52.4					
		医療機関非受診率	68	6.5	7,296	5.7	8,094	4.1	273,851	4.6					
5	特定健診の 状況	①	健診受診者	1,044		127,078		196,753		5,999,930	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	45.3		41.2		29.4		35.2					
		③	特定保健指導終了者(実施率)	51	52.0	2563	17.1	3,557	16.2	64,453		9.5			
		④	非肥満高血糖	93	8.9	12,908	10.2	16,197	8.2	559,451		9.3			
		⑤	メタボ	該当者	222	21.3	27,097	21.3	40,662	20.7		1,236,157	20.6		
				男性	163	32.6	18,784	32.5	28,190	32.8		850,990	32.9		
				女性	59	10.8	8,313	12.0	12,472	11.3		385,167	11.3		
		⑥	予備群	男性	104	10.0	14,409	11.3	23,074	11.7		664,378	11.1		
				女性	77	15.4	10,159	17.6	15,895	18.5		459,829	17.8		
		⑦-⑱	県内市町村数 63市町村 同規模市区町村数 111市町村	メタボ 該当・予備群 レベル	腹囲	総数	358	34.3	45,663	35.9		70,939	36.1	2,093,140	34.9
						男性	264	52.8	31,820	55.0		48,903	56.8	1,441,006	55.7
					女性	94	17.3	13,843	20.0	22,036		19.9	652,134	19.1	
					BMI	総数	49	4.7	6,554	5.2		7,266	3.7	280,816	4.7
						男性	9	1.8	999	1.7		1,093	1.3	40,860	1.6
					女性	40	7.4	5,555	8.0	6,173		5.6	239,956	7.0	
					血糖のみ	8	0.8	887	0.7	1,286		0.7	37,614	0.6	
					血圧のみ	63	6.0	10,372	8.2	16,031		8.1	469,916	7.8	
					脂質のみ	33	3.2	3,150	2.5	5,757		2.9	156,848	2.6	
					血糖・血圧	36	3.4	4,378	3.4	5,832		3.0	179,936	3.0	
血糖・脂質	8				0.8	1,294	1.0	2,200	1.1	62,339	1.0				
血圧・脂質	107				10.2	12,473	9.8	19,777	10.1	587,616	9.8				
血糖・血圧・脂質	71	6.8	8,952	7.0	12,853	6.5	406,266	6.8							
①-②	問診の状況	服薬	高血圧	399	38.2	48,903	38.5	71,300	36.2	2,212,738	36.9	KDB NO.1 地域全体像の把握			
			糖尿病	121	11.6	12,787	10.1	18,284	9.3	536,761	8.9				
		脂質異常症	309	29.6	36,118	28.4	56,607	28.8	1,748,878	29.2					
		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	42	4.0	4,109	3.3	7,100	3.6	191,098	3.3				
心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	69	6.6	7,569	6.2	12,626	6.5	334,592	5.7							
腎不全	4	0.4	1,041	0.8	2,110	1.1	49,526	0.8							
貧血	150	14.4	11,759	9.6	21,915	11.2	623,853	10.7							
③-⑭	生活習慣の 状況	喫煙	170	16.3	17,252	13.6	28,358	14.4	763,799	12.7	KDB NO.1 地域全体像の把握				
		週3回以上朝食を抜く	109	10.5	9,476	8.1	23,274	12.4	524,122	9.6					
		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～)	176	16.9	17,906	15.2	27,094	14.4	804,080	14.7					
		週3回以上就寝前夕食	176	16.9	17,906	15.2	27,094	14.4	804,080	14.7					
		食べる速度が遅い	257	24.7	30,627	26.0	53,086	28.1	1,441,633	26.4					
		20歳時体重から10kg以上増加	377	36.2	41,268	35.1	66,884	35.4	1,896,304	34.5					
		1日30分以上運動習慣なし	644	61.8	72,803	61.8	107,570	56.9	3,245,295	59.2					
		1日1時間以上運動なし	484	46.4	55,629	47.2	89,501	47.4	2,603,183	47.4					
		睡眠不足	283	27.2	29,477	25.1	45,946	24.4	1,364,352	24.9					
		毎日飲酒	284	27.3	31,142	25.2	50,080	25.7	1,411,626	24.6					
		時々飲酒	264	25.3	25,375	20.6	45,553	23.3	1,275,564	22.2					
		⑭	一日 飲酒 量	1合未満	425	61.2	44,882	60.3	86,547	64.3		2,677,669	65.6		
				1～2合	192	27.7	19,886	26.7	33,777	25.1		940,908	23.1		
2～3合	59			8.5	7,675	10.3	11,370	8.5	359,082	8.8					
3合以上	18			2.6	2,032	2.7	2,854	2.1	101,477	2.5					

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40～64歳(国保)



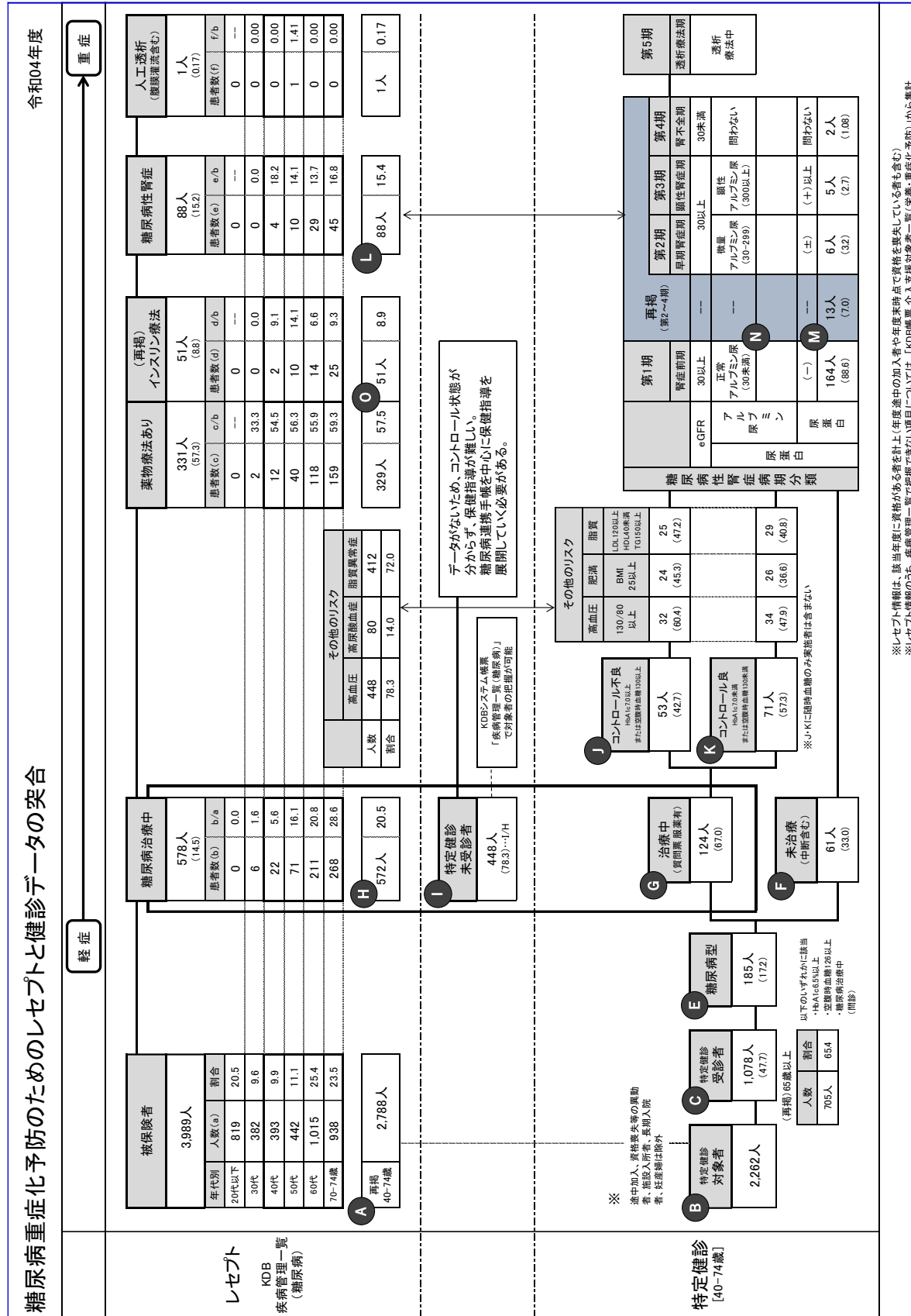
③ 65～74 歳(後期)



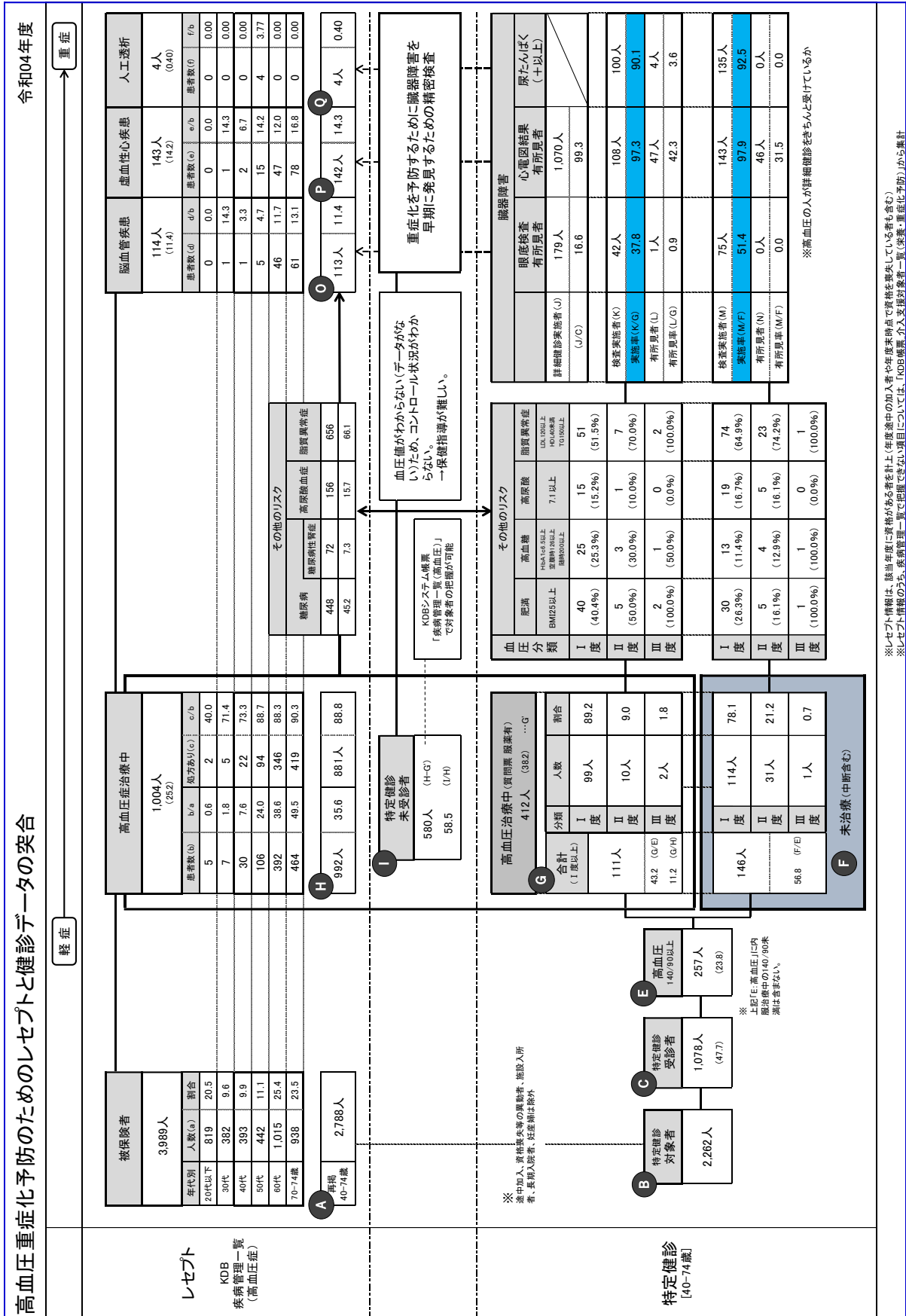
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

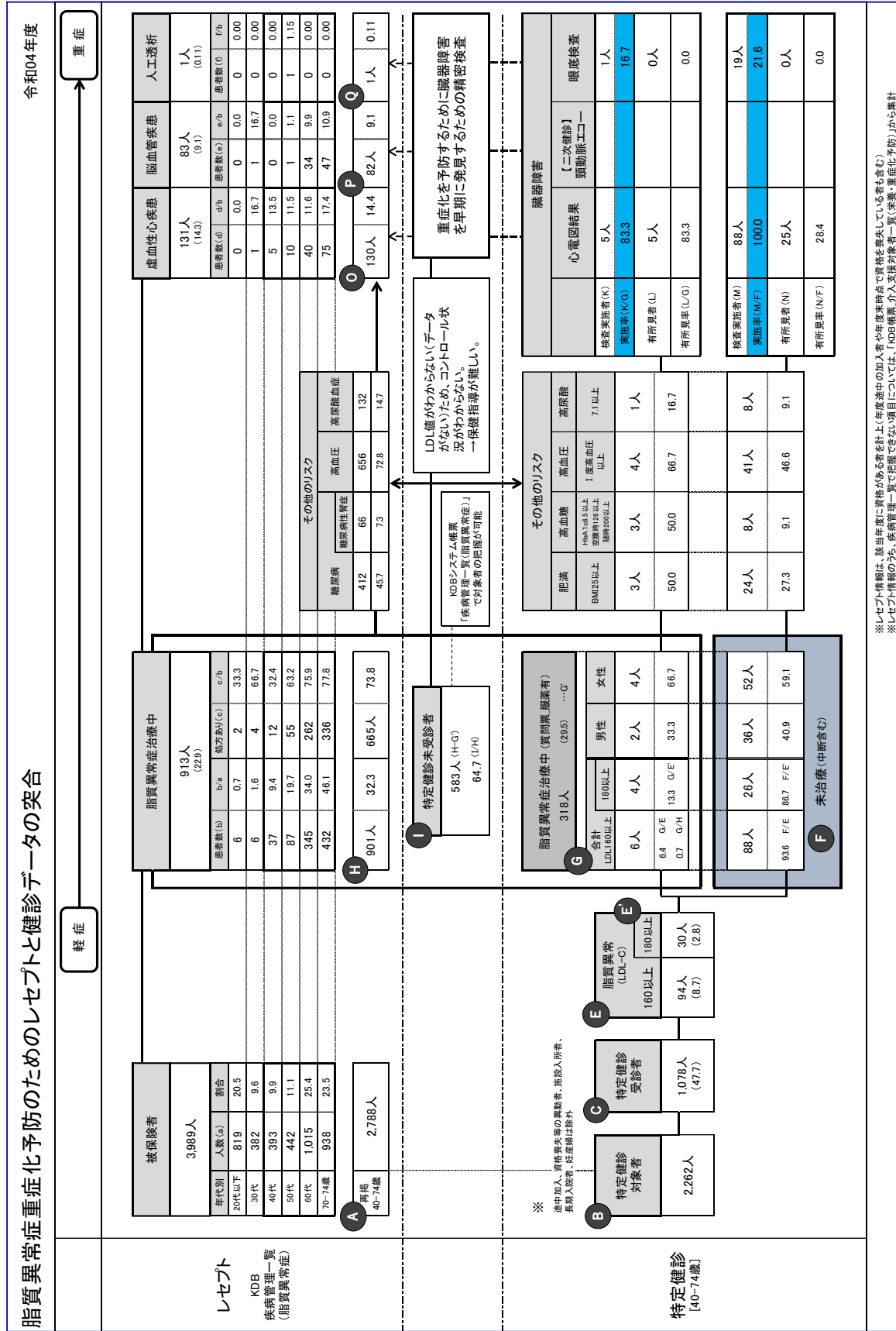
項目		実施表	大刀洗町										同規模保険者(平均)		データ基	
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	3,682人		3,617人		3,542人		3,537人		3,479人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		2,702人		2,680人		2,642人		2,668人		2,593人					
2	① 対象者数	B	2,421人		2,406人		2,415人		2,340人		2,285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	1,287人		1,289人		1,159人		1,106人		1,088人				
	③ 受診率			53.2%		53.6%		48.0%		47.3%		47.6%				
3	① 特定 対象者数		150人		145人		108人		108人		106人					
	② 保健指導 実施率		72.0%		71.7%		81.5%		80.6%		80.6%					
4	健診 データ	E	糖尿病型	207人	16.1%	221人	17.1%	202人	17.4%	194人	17.5%	185人	17.0%		特定健診結果	
			F	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	62人	30.0%	61人	27.6%	56人	27.7%	55人	28.4%	61人	33.0%		
				G	治療中(質問票 服薬あり)	145人	70.0%	160人	72.4%	146人	72.3%	139人	71.6%	124人		67.0%
			J	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	66人	45.5%	77人	48.1%	71人	48.6%	70人	50.4%	53人	42.7%		
				K	血圧 130/80以上	34人	51.5%	34人	44.2%	36人	50.7%	40人	57.1%	32人		60.4%
			M	肥満 BMI25以上	35人	53.0%	31人	40.3%	30人	42.3%	30人	42.9%	25人	47.2%		
				L	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	79人	54.5%	83人	51.9%	75人	51.4%	69人	49.6%	71人		57.3%
			⑧ 第1期 尿蛋白(-)	170人	82.1%	175人	79.2%	173人	85.6%	167人	86.1%	164人	88.6%			
			⑨ 第2期 尿蛋白(±)	16人	7.7%	20人	9.0%	12人	5.9%	14人	7.2%	8人	4.3%			
			⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上	16人	7.7%	22人	10.0%	13人	6.4%	10人	5.2%	11人	5.9%			
			⑪ 第4期 eGFR30未満	5人	2.4%	4人	1.8%	4人	2.0%	3人	1.5%	2人	1.1%			
5	レセプト	H	糖尿病受療率(被保険者対)	116.8人		119.7人		112.1人		127.2人		121.9人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
			I	(再掲)40-74歳(被保険者対)	156.6人		160.1人		149.1人		167.9人		162.4人			
				J	入院外(件数)	2,423件 (914.3)	2,425件 (927.3)	2,468件 (931.0)	2,677件 (1036.0)	2,564件 (1035.5)	319,390件 (944.1)					
			K	入院(件数)	7件 (2.6)	16件 (6.1)	4件 (1.5)	7件 (2.7)	10件 (4.0)	1,366件 (4.0)						
					L	糖尿病治療中	430人	11.7%	433人	12.0%	397人	11.2%	450人		12.7%	424人
			M	N	(再掲)40-74歳	423人	15.7%	429人	16.0%	394人	14.9%	448人	16.8%		421人	16.2%
					O	健診未受診者	278人	65.7%	284人	66.2%	248人	62.9%	309人		69.0%	297人
			P	Q	インスリン治療	26人	6.0%	27人	6.2%	27人	6.8%	32人	7.1%		36人	8.5%
					R	(再掲)40-74歳	26人	6.1%	26人	6.1%	26人	6.6%	32人		7.1%	35人
			S	T	糖尿病性腎症	43人	10.0%	50人	11.5%	33人	8.3%	53人	11.8%		39人	9.2%
					U	(再掲)40-74歳	43人	10.2%	50人	11.7%	32人	8.1%	53人		11.8%	39人
			V	W	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	2人	0.5%	0人	0.0%	1人	0.3%	1人	0.2%		1人	0.2%
					X	(再掲)40-74歳	1人	0.2%	0人	0.0%	1人	0.3%	1人		0.2%	1人
			Y	Z	新規透析患者数	3	0.8	3	0.8	2	0.6	1	0.3		1	0.3
					AA	(再掲)糖尿病性腎症	0	0	1	33.3	0	0	0		0	0
			AB	AC	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	8人	1.6%	12人	2.3%	13人	2.5%	13人	2.5%		14人	2.5%
6	医療費	AD	総医療費	12億3362万円	12億3717万円	12億6963万円	12億6855万円	12億0413万円	14億4496万円							
			AE	生活習慣病総医療費	6億4238万円	6億6978万円	6億5500万円	6億3863万円	6億0077万円	7億7425万円						
				AF	(総医療費に占める割合)	52.1%	54.1%	51.6%	50.3%	49.9%	53.6%					
			AG	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	9,911円	11,049円	8,506円	7,172円	7,697円	7,560円					
					HA	健診未受診者	36,059円	38,226円	40,074円	38,807円	38,387円	37,805円				
			AH	AI	糖尿病医療費	6065万円	6325万円	6238万円	6787万円	6292万円	8603万円					
					AJ	(生活習慣病総医療費に占める割合)	9.4%	9.4%	9.5%	10.6%	10.5%	11.1%				
			AK	AL	糖尿病入院外総医療費	1億7728万円	1億7375万円	1億7430万円	1億9188万円	1億8111万円						
					AM	1件あたり	29,815円	29,430円	29,403円	31,003円	30,943円					
			AN	AO	糖尿病入院総医療費	1億0693万円	1億3880万円	1億3751万円	1億0525万円	1億0909万円						
					AP	1件あたり	594,028円	683,731円	785,766円	692,417円	737,121円					
			AQ	AR	在院日数	17日	16日	16日	15日	15日						
					AS	慢性腎不全医療費	2640万円	2005万円	1661万円	1741万円	1481万円	6202万円				
			AT	AU	透析有り	2461万円	1738万円	1476万円	1566万円	1156万円	5785万円					
					AV	透析なし	180万円	267万円	185万円	175万円	325万円	418万円				
7	介護	AW	介護給付費	10億5554万円	10億3475万円	11億0223万円	11億5094万円	11億3114万円	17億4718万円							
			AX	(2号認定者)糖尿病合併症	2件	22.2%	1件	14.3%	1件	16.7%	1件	10.0%				
8	死亡	AY	糖尿病(死因別死亡数)	1人	0.5%	2人	1.1%	2人	1.1%	3人	1.6%	1人	0.6%	564人	1.0%	

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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、該当年度に診療がある患者と(年度途中の加入者や年度途中で診療を中断している患者を含む)
※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、KOB構築 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									
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標					
		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	1,262	467	37.0%	484	38.4%	175	13.9%	65	5.2%	53	4.2%	18	1.4%	37	2.9%	9	0.7%
H30	1,286	409	31.8%	529	41.1%	192	14.9%	83	6.5%	60	4.7%	13	1.0%	44	3.4%	10	0.8%
R01	1,288	440	34.2%	491	38.1%	200	15.5%	87	6.8%	58	4.5%	12	0.9%	45	3.5%	5	0.4%
R02	1,157	438	37.9%	427	36.9%	155	13.4%	74	6.4%	46	4.0%	17	1.5%	43	3.7%	10	0.9%
R03	1,102	407	36.9%	393	35.7%	167	15.2%	71	6.4%	47	4.3%	17	1.5%	29	2.6%	8	0.7%
R04	1,088	367	33.7%	418	38.4%	171	15.7%	75	6.9%	47	4.3%	10	0.9%	28	2.6%	5	0.5%

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		0.056259905	0.107765452
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	再掲		
H29	1,262	467	484	175	136	50	86			0.056259905	0.107765452
					10.8%	36.8%	63.2%	71	21		
H30	1,286	409	529	192	156	57	99			0.056765163	0.121306375
					12.1%	36.5%	63.5%	73	21		
R01	1,288	440	491	200	157	47	110			0.054347826	0.12189441
					12.2%	29.9%	70.1%	70	20		
R02	1,157	438	427	155	137	46	91			0.054451167	0.11840966
					11.8%	33.6%	66.4%	63	20		
R03	1,102	407	393	167	135	44	91			0.058076225	0.122504537
					12.3%	32.6%	67.4%	64	16		
R04	1,088	367	418	171	132	52	80			0.052389706	0.121323529
					12.1%	39.4%	60.6%	57	16		

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											
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標						合併症の危険が更に大きくなる	
		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	127	10.1%	1	0.8%	14	11.0%	26	20.5%	36	28.3%	36	28.3%	14	11.0%	27	21.3%	6	4.7%
	H30	144	11.2%	1	0.7%	10	6.9%	34	23.6%	47	32.6%	46	31.9%	6	4.2%	28	19.4%	5	3.5%
	R01	160	12.4%	3	1.9%	13	8.1%	34	21.3%	60	37.5%	44	27.5%	6	3.8%	32	20.0%	1	0.6%
	R02	146	12.6%	2	1.4%	9	6.2%	44	30.1%	48	32.9%	34	23.3%	9	6.2%	30	20.5%	4	2.7%
	R03	138	12.5%	2	1.4%	17	12.3%	28	20.3%	43	31.2%	39	28.3%	9	6.5%	18	13.0%	4	2.9%
	R04	124	11.4%	4	3.2%	10	8.1%	30	24.2%	39	31.5%	36	29.0%	5	4.0%	19	15.3%	1	0.8%
治療なし	H29	1,135	89.9%	466	41.1%	470	41.4%	149	13.1%	29	2.6%	17	1.5%	4	0.4%	10	0.9%	3	0.3%
	H30	1,142	88.8%	408	35.7%	519	45.4%	158	13.8%	36	3.2%	14	1.2%	7	0.6%	16	1.4%	5	0.4%
	R01	1,128	87.6%	437	38.7%	478	42.4%	166	14.7%	27	2.4%	14	1.2%	6	0.5%	13	1.2%	4	0.4%
	R02	1,011	87.4%	436	43.1%	418	41.3%	111	11.0%	26	2.6%	12	1.2%	8	0.8%	13	1.3%	6	0.6%
	R03	964	87.5%	405	42.0%	376	39.0%	139	14.4%	28	2.9%	8	0.8%	8	0.8%	11	1.1%	4	0.4%
	R04	964	88.6%	363	37.7%	408	42.3%	141	14.6%	36	3.7%	11	1.1%	5	0.5%	9	0.9%	4	0.4%

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	1,262	364	28.8%	258	20.4%	353	28.0%	232	18.4%	52	4.1%	3	0.2%
H30	1,287	416	32.3%	270	21.0%	347	27.0%	202	15.7%	45	3.5%	7	0.5%
R01	1,289	455	35.3%	260	20.2%	334	25.9%	177	13.7%	54	4.2%	9	0.7%
R02	1,159	351	30.3%	264	22.8%	295	25.5%	213	18.4%	33	2.8%	3	0.3%
R03	1,106	340	30.7%	257	23.2%	289	26.1%	177	16.0%	40	3.6%	3	0.3%
R04	1,088	338	31.1%	220	20.2%	273	25.1%	213	19.6%	41	3.8%	3	0.3%

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

重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I度 高血圧	II度高血圧以上			再掲	0.002377179	0.043581616
					再掲		再)III度高血圧			
					未治療	治療				
H29	1,262	622 49.3%	353 28.0%	232 18.4%	55 4.4%	31 56.4%	24 43.6%	0.002377179	0.043581616	
H30	1,287	686 53.3%	347 27.0%	202 15.7%	52 4.0%	34 65.4%	18 34.6%	0.005439005	0.04040404	
R01	1,289	715 55.5%	334 25.9%	177 13.7%	63 4.9%	30 47.6%	33 52.4%	0.006982157	0.048875097	
R02	1,159	615 53.1%	295 25.5%	213 18.4%	36 3.1%	20 55.6%	16 44.4%	0.002588438	0.03106126	
R03	1,106	597 54.0%	289 26.1%	177 16.0%	43 3.9%	23 53.5%	20 46.5%	0.002712477	0.038878843	
R04	1,088	558 51.3%	273 25.1%	213 19.6%	44 4.0%	32 72.7%	12 27.3%	0.002757353	0.040441176	

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	404	32.0%	61	15.1%	75	18.6%	135	33.4%	109	27.0%	23	5.7%	1	0.2%
	H30	434	33.7%	81	18.7%	97	22.4%	152	35.0%	86	19.8%	16	3.7%	2	0.5%
	R01	458	35.5%	97	21.2%	104	22.7%	136	29.7%	88	19.2%	28	6.1%	5	1.1%
	R02	423	36.5%	70	16.5%	97	22.9%	134	31.7%	106	25.1%	14	3.3%	2	0.5%
	R03	423	38.2%	74	17.5%	112	26.5%	140	33.1%	77	18.2%	18	4.3%	2	0.5%
R04	412	37.9%	76	18.4%	84	20.4%	141	34.2%	99	24.0%	10	2.4%	2	0.5%	
治療なし	H29	858	68.0%	303	35.3%	183	21.3%	218	25.4%	123	14.3%	29	3.4%	2	0.2%
	H30	853	66.3%	335	39.3%	173	20.3%	195	22.9%	116	13.6%	29	3.4%	5	0.6%
	R01	831	64.5%	358	43.1%	156	18.8%	198	23.8%	89	10.7%	26	3.1%	4	0.5%
	R02	736	63.5%	281	38.2%	167	22.7%	161	21.9%	107	14.5%	19	2.6%	1	0.1%
	R03	683	61.8%	266	38.9%	145	21.2%	149	21.8%	100	14.6%	22	3.2%	1	0.1%
R04	676	62.1%	262	38.8%	136	20.1%	132	19.5%	114	16.9%	31	4.6%	1	0.1%	

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120~139		140~159		160~179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	1,262	607	48.1%	319	25.3%	196	15.5%	95	7.5%	45	3.6%
	H30	1,287	609	47.3%	323	25.1%	206	16.0%	103	8.0%	46	3.6%
	R01	1,289	603	46.8%	332	25.8%	203	15.7%	95	7.4%	56	4.3%
	R02	1,159	510	44.0%	280	24.2%	204	17.6%	106	9.1%	59	5.1%
	R03	1,106	528	47.7%	282	25.5%	166	15.0%	73	6.6%	57	5.2%
	R04	1,088	577	53.0%	258	23.7%	159	14.6%	64	5.9%	30	2.8%
男性	H29	591	310	52.5%	148	25.0%	75	12.7%	44	7.4%	14	2.4%
	H30	610	326	53.4%	147	24.1%	89	14.6%	33	5.4%	15	2.5%
	R01	617	322	52.2%	144	23.3%	88	14.3%	42	6.8%	21	3.4%
	R02	553	256	46.3%	137	24.8%	100	18.1%	36	6.5%	24	4.3%
	R03	522	261	50.0%	135	25.9%	80	15.3%	28	5.4%	18	3.4%
	R04	523	301	57.6%	119	22.8%	65	12.4%	27	5.2%	11	2.1%
女性	H29	671	297	44.3%	171	25.5%	121	18.0%	51	7.6%	31	4.6%
	H30	677	283	41.8%	176	26.0%	117	17.3%	70	10.3%	31	4.6%
	R01	672	281	41.8%	188	28.0%	115	17.1%	53	7.9%	35	5.2%
	R02	606	254	41.9%	143	23.6%	104	17.2%	70	11.6%	35	5.8%
	R03	584	267	45.7%	147	25.2%	86	14.7%	45	7.7%	39	6.7%
	R04	565	276	48.8%	139	24.6%	94	16.6%	37	6.5%	19	3.4%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			再掲	0.10835024
					再)180以上	未治療	治療		
H29	1,262	607	319	196	140	133	7	0.035657686	0.10835024
		48.1%	25.3%	15.5%	11.1%	95.0%	5.0%		
					45	40	5		
					3.6%	88.9%	11.1%		
H30	1,287	609	323	206	149	145	4	0.035742036	0.115773116
		47.3%	25.1%	16.0%	11.6%	97.3%	2.7%		
					46	45	1		
					3.6%	97.8%	2.2%		
R01	1,289	603	332	203	151	137	14	0.043444531	0.117145074
		46.8%	25.8%	15.7%	11.7%	90.7%	9.3%		
					56	53	3		
					4.3%	94.6%	5.4%		
R02	1,159	510	280	204	165	153	12	0.050905953	0.142364107
		44.0%	24.2%	17.6%	14.2%	92.7%	7.3%		
					59	56	3		
					5.1%	94.9%	5.1%		
R03	1,106	528	282	166	130	125	5	0.051537071	0.117540687
		47.7%	25.5%	15.0%	11.8%	96.2%	3.8%		
					57	55	2		
					5.2%	96.5%	3.5%		
R04	1,088	577	258	159	94	88	6	0.027573529	0.086397059
		53.0%	23.7%	14.6%	8.6%	93.6%	6.4%		
					30	26	4		
					2.8%	86.7%	13.3%		

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	F/A		
治療中	H29	266	21.1%	193	72.6%	43	16.2%	23	8.6%	2	0.8%	5	1.9%
	H30	286	22.2%	217	75.9%	39	13.6%	26	9.1%	3	1.0%	1	0.3%
	R01	313	24.3%	209	66.8%	64	20.4%	26	8.3%	11	3.5%	3	1.0%
	R02	317	27.4%	220	69.4%	53	16.7%	32	10.1%	9	2.8%	3	0.9%
	R03	324	29.3%	234	72.2%	57	17.6%	28	8.6%	3	0.9%	2	0.6%
	R04	319	29.3%	238	74.6%	61	19.1%	14	4.4%	2	0.6%	4	1.3%
治療なし	H29	996	78.9%	414	41.6%	276	27.7%	173	17.4%	93	9.3%	40	4.0%
	H30	1,001	77.8%	392	39.2%	284	28.4%	180	18.0%	100	10.0%	45	4.5%
	R01	976	75.7%	394	40.4%	268	27.5%	177	18.1%	84	8.6%	53	5.4%
	R02	842	72.6%	290	34.4%	227	27.0%	172	20.4%	97	11.5%	56	6.7%
	R03	782	70.7%	294	37.6%	225	28.8%	138	17.6%	70	9.0%	55	7.0%
	R04	769	70.7%	339	44.1%	197	25.6%	145	18.9%	62	8.1%	26	3.4%