

嘉島町国民健康保険
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

嘉島町国民健康保険

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期計画における健康課題の明確化10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に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3期計画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)34

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. 個人情報の保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業42

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
3. 脳血管疾患重症化予防
4. 虚血性心疾患重症化予防

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し67

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68

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料69

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計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4}2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する」と示されました。

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、熊本県健康増進計画や嘉島町健康増進計画、熊本県における医療費の見通しに関する計画、嘉島町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画、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、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査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)

嘉島町では、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(以下「特定健診」という。)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性腎症に着目することとする。

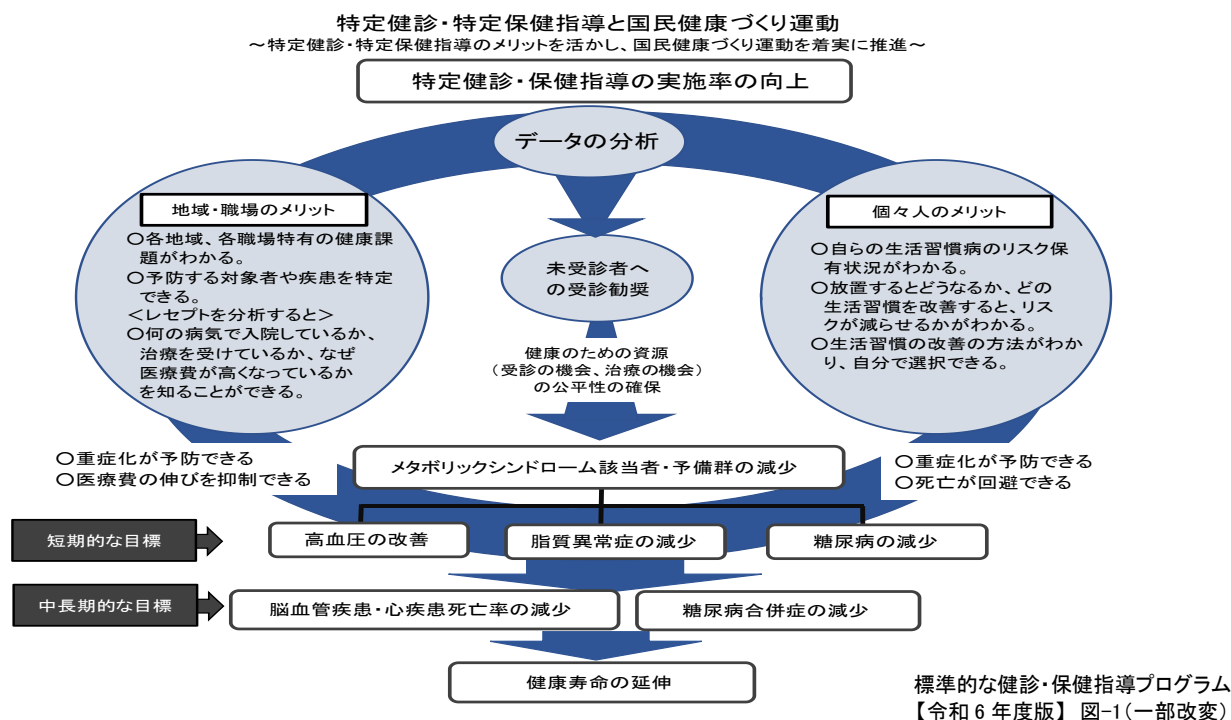
※6 KDB: 国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

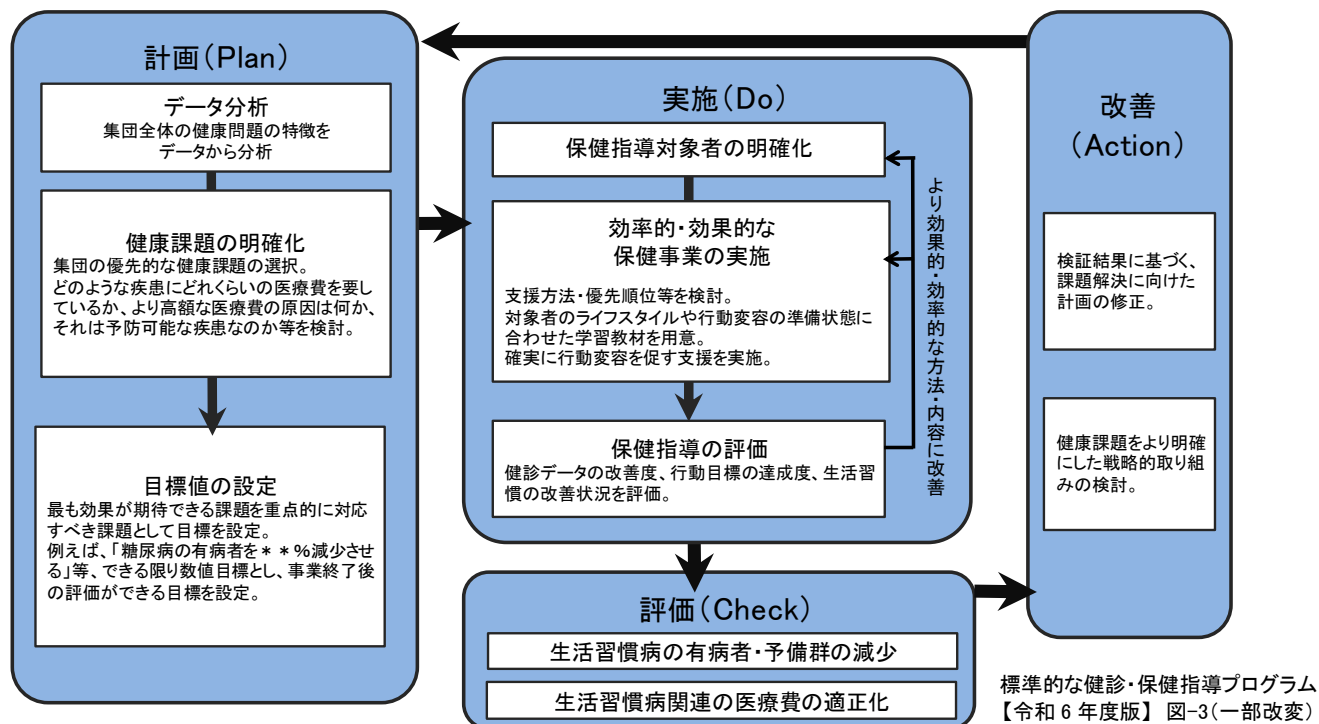
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法					
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者:努力義務	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るため の保健事業実施計画を策定、保健 事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、育壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老前期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 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
	慢性閉塞性肺炎(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 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・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



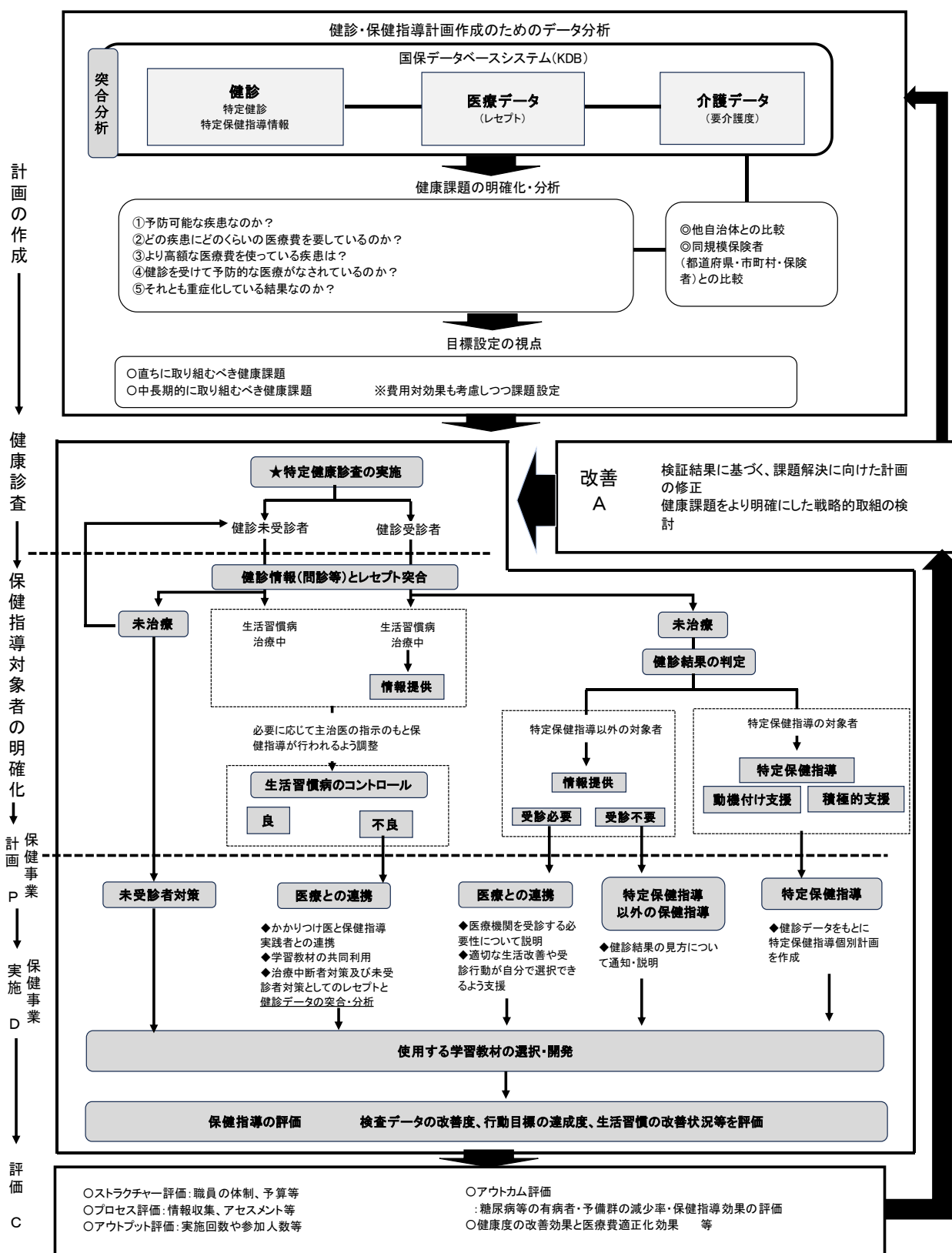
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取組を実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

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、必要に応じ、 階層化された保健指導 を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

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) 嘉島町国保の役割

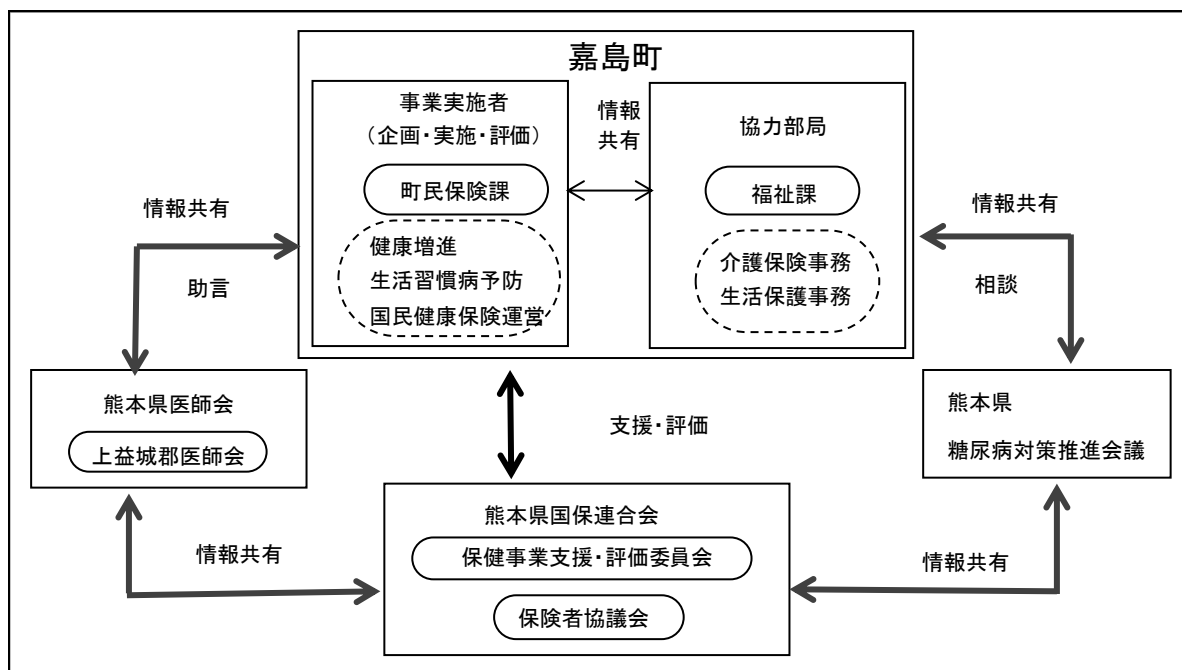
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、嘉島町一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画

に反映させます。

具体的には、保健衛生部局・高齢者医療部局(町民保険課)、介護保険部局・生活保護部局(福祉課)とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 嘉島町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

◎…主担当 ○…副担当

	事務係長	事務職	保健師A	保健師B	保健師C	管理栄養士
国保事務	○	◎				
健康診査 保健指導			○			◎
がん検診			○	◎		
予防接種				○	◎	
母子保健				○	◎	
精神保健			◎	○		
歯科保健			○			◎

2) 関係機関との連携

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

計画の策定等を進めるにあたっては、共同保険者である熊本県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会、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・協力します。

また、熊本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、熊本県の関与が重要となります。

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、熊本県が熊本県医師会等との連携を推進することが重要です。

国保連と熊本県は、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ます。

嘉島町国保は、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、嘉島町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、国民健康保険の運営に関する協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行ってきました。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度から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	
			嘉島町	配点	嘉島町	配点	嘉島町	配点
交付額(万円)			387		447		450	
全国順位(1,741市町村中)			772位		270位		274位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	45	70	130	70	130	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	55	40	50	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	50	90	15	45	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	25	100	25	100	25	100
	②	データヘルス計画の実施状況	29	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	15	30	15	40	15	40
	⑤	第三者求償の取組	37	40	38	50	40	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	83	95	65	100	71	100
合計点			574	1,000	673	960	661	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

嘉島町は、人口約1万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で26.5%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、被保険者の平均年齢も53.4歳と同規模と比べて若く、出生率および財政指数も高い市町村に位置しています。産業においては、第3次産業が69.8%と同規模と比較しても高く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムの実態を把握し、健康課題との関連を明確にすることが重要だと考えます。(図表9)

令和4年度の国保加入率は18.7%で、平成30～令和3年度までは横ばいでしたが、令和4年度は減少しており、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が44.3%を占めています。(図表10)

また町内には2つの病院、12の診療所があり、これはいずれも同規模と比較して多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した嘉島町の特性

	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
嘉島町	9,537	26.5	1,785 (18.7)	53.4	10.0	11.1	0.7	8.4	21.7	69.8
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
県	--	31.6	22.4	53.6	7.6	12.3	0.4	9.8	21.1	69.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	1,908		1,875		1,903		1,848		1,785	
65～74歳	809	42.4	808	43.1	816	42.9	810	43.8	791	44.3
40～64歳	646	33.9	632	33.7	643	33.8	608	32.9	575	32.2
39歳以下	453	23.7	435	23.2	444	23.3	430	23.3	419	23.5
加入率	21.1		20.7		21.1		20.4		18.7	

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

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	県 割合
病院数	2	1.0	2	1.1	2	1.1	2	1.1	2	1.1	0.4	0.5
診療所数	11	5.8	12	6.4	12	6.3	12	6.5	12	6.7	2.7	3.8
病床数	257	134.7	257	137.1	257	135.0	203	109.8	203	113.7	37.4	85.4
医師数	22	11.5	22	11.7	24	12.6	24	13.0	25	14.0	4.2	14.1
外来患者数	766.4		777.2		729.4		736.2		782.4		692.2	768.9
入院患者数	28.5		25.7		25.0		23.4		26.0		22.7	26.2

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の二つに分類しました。

一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。

二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短期的な目標疾患として、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

嘉島町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で8人(認定率0.28%)、1号(65歳以上)被保険者で498人(認定率19.7%)と同規模・県・国と比較すると平均的な割合であり、H30年度と比べても横ばいで推移しています。(図表12)

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加することが懸念され、介護給付費についても、約6億5千万円から約7億2千万円に伸びています。(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が上位を占めており、第1号被保険者、第2号被保険者共に約4割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、2号では6割、1号ではすべての年代で9割以上と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表12 要介護認定者(率)の状況

		嘉島町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率		2,391人 26.5%	2,531人 26.5%	39.4%	31.6%	28.7%
2号認定者		9人 0.33%	8人 0.28%	0.39%	0.35%	0.38%
	新規認定者	6人	2人	--	--	--
1号認定者		476人 19.9%	498人 19.7%	19.4%	20.2%	19.4%
	新規認定者	75人	68人	--	--	--
再掲	65～74歳	44人 4.2%	37人 3.2%	--	--	--
	新規認定者	15人	7人	--	--	--
	75歳以上	432人 31.9%	461人 33.5%	--	--	--
	新規認定者	60人	61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

	嘉島町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	6億5596万円	7億1754万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	274,344	283,502	314,188	310,858	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	62,123	62,368	74,986	62,823	59,662
居室サービス	39,112	39,959	43,722	42,088	41,272
施設サービス	306,116	301,701	289,312	303,857	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分			2号		1号						合計		
年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)			8		37		461		498		506		
再)国保・後期			5		27		451		478		483		
有 病 状 況 (レセプトの 診断名より 重複して計上)	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器 疾患	1	脳卒中	2 40.0%	脳卒中	15 55.6%	脳卒中	186 41.2%	脳卒中	201 42.1%	脳卒中	203 42.0%	
		2	虚血性 心疾患	1 20.0%	虚血性 心疾患	5 18.5%	虚血性 心疾患	165 36.6%	虚血性 心疾患	170 35.6%	虚血性 心疾患	171 35.4%	
		3	腎不全	0 0.0%	腎不全	5 18.5%	腎不全	139 30.8%	腎不全	144 30.1%	腎不全	144 29.8%	
	合併症	4	糖尿病 合併症	1 20.0%	糖尿病 合併症	5 18.5%	糖尿病 合併症	52 11.5%	糖尿病 合併症	57 11.9%	糖尿病 合併症	58 12.0%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			3 60.0%	基礎疾患	25 92.6%	基礎疾患	435 96.5%	基礎疾患	460 96.2%	基礎疾患	463 95.9%	
	血管疾患合計			3 60.0%	合計	25 92.6%	合計	440 97.6%	合計	465 97.3%	合計	468 96.9%	
	認知症		認知症	1 20.0%	認知症	10 37.0%	認知症	206 45.7%	認知症	216 45.2%	認知症	217 44.9%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	3 60.0%	筋骨格系	25 92.6%	筋骨格系	436 96.7%	筋骨格系	461 96.4%	筋骨格系	464 96.1%	

出典:ヘルスサポートラボツール

②医療費の状況

嘉島町の医療費は、国保加入者が減少しているにもかかわらず総医療費は増加しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 5 万円高く、平成 30 年度と比較しても約 3 万円増加しています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか約 3%にもかかわらず、医療費全体の約 45%を占めており、1 件あたりの入院医療費は約 62 万円と平成 30 年度と比較しても約 7 万円も高くなっています。

(図表 15)

また年齢調整をした地域差指数でみても全国平均の 1 を大きく超えています。外来と入院の地域差指数については平成 30 年度に比べると入院は減少していますが、外来は増加し県内順位も上昇しました。また後期高齢者の入院については、令和 2 年度をみると平成 30 年度から増加し県内 1 位となっているため、今後さらに注視していく必要があります。(図表 16)

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、予防可能な疾患(脳・心・腎)の発症を抑え入院を抑制し、重症化を防ぐことが重要です。そのためには、引き続き、生活習慣病の重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

		嘉島町		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)		1,908人	1,785人	--	--	--
	前期高齢者割合	809人 (42.4%)	791人 (44.3%)	--	--	--
総医療費		7億5239万円	7億6504万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		394,335 県内12位 同規模39位	428,592 県内16位 同規模36位	376,732	407,772	339,680
入 院	1件あたり費用額(円)	547,820	616,490	588,690	574,060	617,950
	費用の割合	48.6	45.5	43.7	45.5	39.6
	件数の割合	3.6	3.2	3.2	3.3	2.5
外 来	1件あたり費用額	21,500	24,520	24,870	23,430	24,220
	費用の割合	51.4	54.5	56.3	54.5	60.4
	件数の割合	96.4	96.8	96.8	96.7	97.5
受診率		794.832	808.36	714.851	795.102	705.439

※同規模順位とは嘉島町と同規模保険者 240 市町村の平均値を表す 出典：ヘルスサポートラボツール

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		嘉島町 (県内市町村中)		県 (47県中)	嘉島町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	1.200	1.174	1.139	1.208	1.284	1.130
		(9位)	(11位)	(9位)	(4位)	(1位)	(7位)
	入院	1.483	1.373	1.309	1.364	1.532	1.277
		(6位)	(12位)	(8位)	(5位)	(1位)	(6位)
	外来	1.042	1.069	1.036	1.058	1.031	0.982
		(17位)	(14位)	(12位)	(4位)	(6位)	(22位)

出典:地域差分析(厚労省)

③中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると減少していますが、慢性腎不全(透析有)については、平成 30 年度より 1 ポイント以上伸びており、同規模、県、国よりも高くなっています。(図表 17)

次に中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と令和 4 年度で比較してみると全年齢区分で脳血管疾患、虚血性心疾患は減少傾向で、人工透析は横ばいでした。(図表 18)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			嘉島町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			7億5239万円	7億6504万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億0172万円	6953万円	--	--	--
			13.51%	9.09%	7.67%	8.69%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	5.40%	1.43%	2.06%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.25%	0.54%	1.47%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.58%	6.75%	3.83%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.29%	0.37%	0.32%	0.26%	0.29%
	その他	悪性新生物	11.06%	14.34%	16.76%	14.11%	16.69%
その他	筋・骨疾患		10.34%	7.80%	9.27%	8.56%	8.68%
	精神疾患		8.41%	7.55%	7.98%	9.62%	7.63%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	1,908	1,785	a	145	121	130	114	11	11	
				a/A	7.6%	6.8%	6.8%	6.4%	0.6%	0.6%	
40歳以上	B	1,455	1,366	b	145	120	129	112	10	11	
	B/A	76.3%	76.5%	b/B	10.0%	8.8%	8.9%	8.2%	0.7%	0.8%	
再掲	40～64歳	C	646	575	c	46	27	43	25	7	7
		C/A	33.9%	32.2%	c/C	7.1%	4.7%	6.7%	4.3%	1.1%	1.2%
	65～74歳	D	809	791	d	99	93	86	87	3	4
		D/A	42.4%	44.3%	d/D	12.2%	11.8%	10.6%	11.0%	0.4%	0.5%

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、全ての疾患で治療者の割合は増加しており、合併症(重症化)の疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減少、人工透析に関してはやや増加傾向です。(図表 19、20、21)

嘉島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。今後も人工透析新規導入者の割合を増加させないよう、より一層の重症化予防に関する保健指導が重要です。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	646	632	183	163	463	469
		A/被保数	44.4%	46.3%	28.3%	28.3%	57.2%	59.3%
（中長期 合併症 目標疾患）	脳血管疾患	B	73	62	19	13	54	49
		B/A	11.3%	9.8%	10.4%	8.0%	11.7%	10.4%
	虚血性心疾患	C	84	71	26	14	58	57
		C/A	13.0%	11.2%	14.2%	8.6%	12.5%	12.2%
	人工透析	D	7	8	5	5	2	3
		D/A	1.1%	1.3%	2.7%	3.1%	0.4%	0.6%

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

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)		A	374	370	113	100	261	270
		A/被保数	25.7%	27.1%	17.5%	17.4%	32.3%	34.1%
(中長期合併症標疾患)	脳血管疾患	B	41	38	9	6	32	32
		B/A	11.0%	10.3%	8.0%	6.0%	12.3%	11.9%
	虚血性心疾患	C	66	49	20	9	46	40
		C/A	17.6%	13.2%	17.7%	9.0%	17.6%	14.8%
	人工透析	D	4	7	4	5	0	2
		D/A	1.1%	1.9%	3.5%	5.0%	0.0%	0.7%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	35	46	10	16	25	30
		E/A	9.4%	12.4%	8.8%	16.0%	9.6%	11.1%
	糖尿病性網膜症	F	51	36	15	9	36	27
		F/A	13.6%	9.7%	13.3%	9.0%	13.8%	10.0%
	糖尿病性神経障害	G	15	11	6	6	9	5
		G/A	4.0%	3.0%	5.3%	6.0%	3.4%	1.9%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
脂質異常症治療者(人)		A	615	621	183	172	432	449
		A/被保数	42.3%	45.5%	28.3%	29.9%	53.4%	56.8%
(中長期合併症標疾患)	脳血管疾患	B	57	56	10	8	47	48
		B/A	9.3%	9.0%	5.5%	4.7%	10.9%	10.7%
	虚血性心疾患	C	76	63	23	13	53	50
		C/A	12.4%	10.1%	12.6%	7.6%	12.3%	11.1%
	人工透析	D	5	5	3	5	2	0
		D/A	0.8%	0.8%	1.6%	2.9%	0.5%	0.0%

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

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を平成 30 年度と令和 3 年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。

また、医療のかかり方においては、未治療のまま放置されている方が高血圧で約 56%、糖尿病で 2%ほどおり、特に高血圧は他市町村と比較しても高くなっています。(図表 22)

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧__Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
嘉島町	790	60.1	765	59.6	24	3.0	16	66.7	27	3.5	20	74.1	15	55.6	1	3.7
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病__HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
嘉島町	790	100.0	763	99.7	37	4.7	6	16.2	46	6.0	8	17.4	1	2.2	2	4.3
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典：ヘルスサポートラボツール

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。嘉島町の特定健診結果において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの予備群は減少していましたが、該当者の割合は増加していました。(図表 23)

また継続受診者における、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160 以上の有所見割合は、いずれも増加しています。翌年度の結果を見ると、HbA1c、LDL では改善率はよいものの、血圧の改善率は減少しています。しかし、変化なしの方が多く悪化傾向ではないため保健指導の成果と考えます。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも 2～3 割程度存在し、重症化しやすい被保険者の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う必要があります。(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	790 (60.1%)	195 (24.7%)	61 (7.7%)	134 (17.0%)
R04年度	711 (57.4%)	181 (25.5%)	62 (8.7%)	119 (16.7%)

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			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	64 (8.1%)	15 (23.4%)	28 (43.8%)	6 (9.4%)	15 (23.4%)
R03→R04	93 (12.2%)	24 (25.8%)	46 (49.5%)	5 (5.4%)	18 (19.4%)

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			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	24 (3.0%)	13 (54.2%)	4 (16.7%)	1 (4.2%)	6 (25.0%)
R03→R04	27 (3.5%)	10 (37.0%)	8 (29.6%)	1 (3.7%)	8 (29.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	53 (6.7%)	21 (39.6%)	14 (26.4%)	4 (7.5%)	14 (26.4%)
R03→R04	62 (8.1%)	34 (54.8%)	12 (19.4%)	5 (8.1%)	11 (17.7%)

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

嘉島町の特定健診受診率は、令和元年度には 59.5%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和 2 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) 特定健診の年代別の受診率では、40～50 代が特に低い状況です。(図表 28)

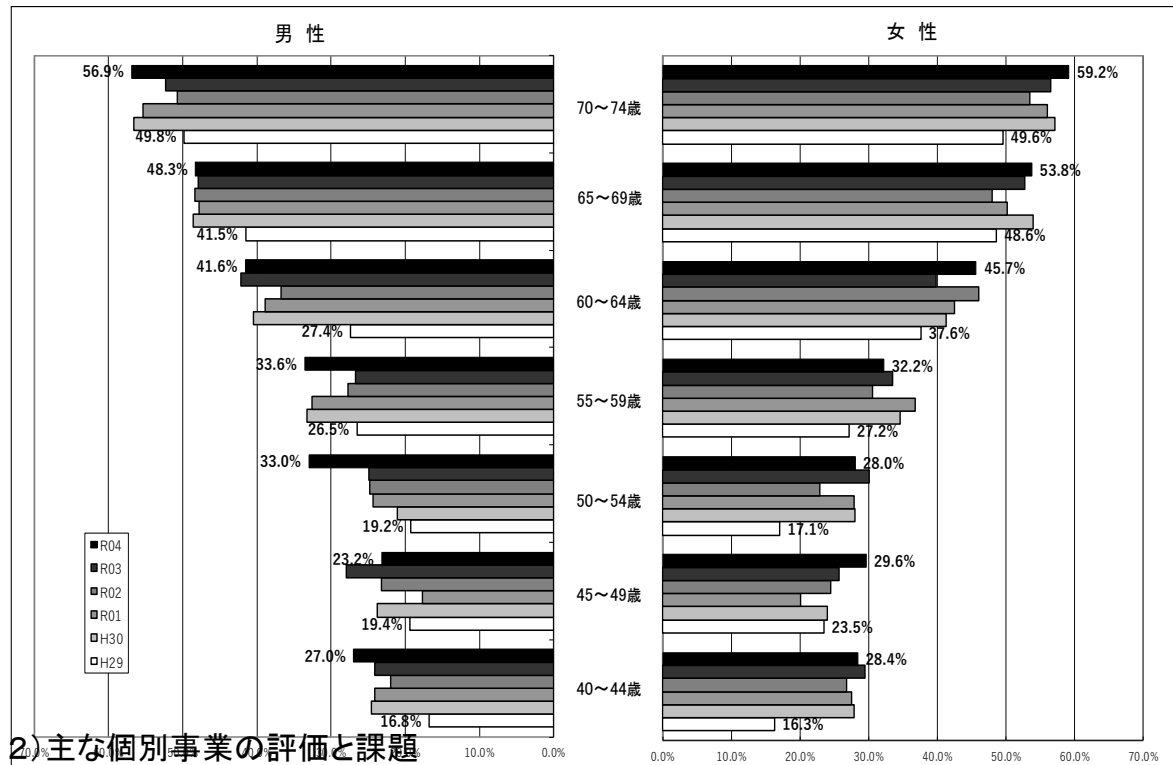
特定保健指導についても、令和 2 年度以降、実施率が大きく下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。継続的なフォローが必要な方への保健指導については、実施体制を考えていく必要があります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	759	761	729	742	687	健診受診率 60%
	受診率	57.8%	59.5%	55.6%	57.8%	55.6%	
特定保健指導	該当者数	104	105	107	91	94	特定保健指導実施率 60%
	割合	13.7%	13.8%	14.7%	12.3%	13.7%	
	実施者数	53	74	76	59	56	
	実施率	51.0%	70.5%	71.0%	64.8%	59.6%	

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



2) 主な個別事業の評価と課題

(1)重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症重症化予防については、「熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の対象者に基づき、特に、特定健診受診者のうち HbA1c6.5 以上者やeGFR50 未満、尿蛋白＋以上者について、個別面談にて保健指導を実施しています。特定健診受診者で糖尿病型は減少傾向ですが、未治療者(中断含む)は令和 3 年度までは減少傾向で、令和 4 年度からは増加していること、新規透析導入者も増加していることから、今後も糖尿病対策に注力していく必要があると考えます。また、糖尿病管理台帳で把握できている健診未受診者、特に治療中断者については継続的な医療機関受診につなげ必要な保健指導を実施するためにも、フォローを行えるよう体制の検討を行う必要があります。

糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価をみると、糖尿病性腎症からの新規透析患者数の増加はありませんでした。しかし健診データでは、平成 30 年度では腎症第 4 期の割合が 0% でしたが、令和 4 年度には増加し、レセプト情報では、糖尿病治療者のうち糖尿病性腎症の割合が平成 30 年度から令和 4 年度にかけて増加傾向です。そのため、医療費をみても慢性腎不全医療費が増加しています。

特定健診受診者の中で糖尿病型の割合									
H30		R1		R2		R3		R4	
103	12.6%	103	12.7%	123	15.8%	110	14.9%	98	13.2%

特定健診受診者で糖尿病未治療者									
H30		R1		R2		R3		R4	
18	17.8%	19	18.4%	19	15.4%	12	10.9%	14	14.3%

データヘルス支援システム

特定健診未受診者 [I]		特定健診 受診歴	治療中	
人数	割合(I/H)		治療中	中断
205	52.43%	なし	130 63.41%	41 20.0%
		あり	17 8.29%	17 8.29%

データヘルス支援システム

糖尿病腎症重症化予防の取り組み評価

項目		嘉島町									
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
レセプト	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	3人	1.2%	3人	1.2%	3人	1.3%	3人	1.3%	4人	1.7%
	(再掲) 40-74歳	3人	1.2%	3人	1.2%	3人	1.3%	3人	1.3%	4人	1.7%
	新規透析患者数	0		0		1		0		0	
	(再掲) 糖尿病性腎症	0		0		0		0		0	
	【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)	13人	3.5%	11人	2.9%	11人	3.0%	8人	2.0%	8人	2.0%

②脳血管疾患重症化予防対策

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

現在嘉島町では、健診でⅡ度高血圧以上であった方に個別の保健指導を行っています。血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)を参考に、保健指導の対象者について再検討が必要です。また、血圧手帳を活用し、家庭血圧測定の普及に努め、町民が血圧の学習を深め、脳血管疾患の発症予防行動がとれるよう、ポピュレーションアプローチも併せて実施していきます。

表 2 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

血圧分類 (mmHg)		高値血圧	I 度高血圧	Ⅱ 度高血圧	Ⅲ 度高血圧
		130～139 /80～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	1,139	641 56.3%	381 33.5%	95 8.3%	22 1.9%
リスク第1層 予後影響因子がない	42	C 30 3.7%	B 9 2.4%	B 3 3.2%	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	617	C 363 54.2%	B 203 53.3%	A 42 44.2%	A 9 40.9%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁脈症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	480	B 248 42.1%	A 169 44.4%	A 50 52.6%	A 13 59.1%

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

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

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。

※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。

※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

※4 非弁脈症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。

※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

(2)ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導プログラム(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定されることも大きい。」とされています。

嘉島町においては、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。

現在嘉島町においては、生活習慣病の重症化により医療費や介護給付費の増大に繋がる生活習慣病と食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について町の広報誌等を活用し、広く町民へ周知を行っています。また、肥満やメタボ、高血圧の改善を目的として、集団健診受診者の結果説明会会場では、動脈硬化による血管内変化を示した模型の展示や、食生活の改善につながるような掲示を行い啓発しています。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

	評価項目	評価指標	H28	H30		H31		R2		R3		R4		R5	
			現状	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績
成果目標	医療費の伸びの抑制	標準化医療費(地域差指数)	1.20					1.120	-					1.115	
中長期目標	入院の伸び率	レセプトに占める入院の割合(費用)	49%					45.0%	40.7%					40.0%	
	入院の伸び率	レセプトに占める入院の割合(件数)	4%					3.5%	2.7%					3.0%	
	重症化した結果の疾患の発生状況	脳血管疾患患者数	82					78	20					74	
		虚血性心疾患患者数	71					67	25					64	
		人工透析患者数	8					8	1					7	
		新規人工透析患者数(糖尿病性腎症)	0					0	1					0	
		高額(80万円)以上のレセプト 脳血管疾患患者数	8					6	1					4	
		虚血性心疾患患者数	1					1	0					0	
		人工透析患者数	3					2	0					1	
		慢性腎不全(人工透析)にかかる医療費の割合	5.58%					減少	6.4					減少	
		脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)にかかる医療費の割合	1.52%					減少	0.8					減少	
		虚血性心疾患(心筋梗塞・狭心症)にかかる医療費の割合	0.59%					減少	0.8					減少	
短期目標	特定健診・特定保健指導の実施率	特定健診受診率	49.4%	57.0%	57.8%	57.5%	59.2%	58.0%	55.6%	58.5%	57.8%	59.0%	55.6%	60.0%	
		特定保健指導実施率	45.7%	50.0%	51.0%	55.0%	70.5%	60.0%	71.0%	61.0%	64.8%	62.0%	59.6%	63.0%	
		特定保健指導対象者の割合の減少率(平成20年度と比較)	45.8%	46.0%	22.8%	46.5%	14.3%	47.0%	15.3%	48.0%	19.8%	49.0%	11.5%	50.0%	
	基礎疾患の重症化予防	メタボリックシンドローム該当者の割合	21.0%	20.5%	24.7%	20.0%	24.6%	19.0%	27.4%	18.0%	27.8%	17.0%	25.5%	16.0%	
		メタボリックシンドローム予備群の割合	11.2%	11.0%	11.6%	10.8%	12.8%	10.6%	12.2%	10.4%	11.6%	10.2%	11.3%	10.0%	
		健診受診者の高血圧者(160/100以上)の割合	3.6%	3.5%	3.0%	3.4%	4.2%	3.3%	4.1%	3.2%	3.1%	3.1%	4.5%	3.0%	
		健診受診者の脂質異常者(LDL140以上)の割合	21.1%	7.1%	20.9%	6.8%	31.1%	6.5%	23.7%	6.2%	20.1%	5.9%	20.4%	5.6%	
		健診受診者の糖尿病患者(未治療HbA1c6.5以上)の割合	10.0%	1.1%	1.7%	1.0%	2.0%	0.9%	12.1%	0.8%	1.3%	0.7%	1.7%	0.6%	
		健診受診者の糖尿病患者(治療中HbA1c7.0以上)の割合	4.6%	3.4%	4.4%	3.4%	3.0%	3.3%	3.9%	3.3%	4.7%	3.2%	3.6%	3.2%	
		健診受診者の糖尿病性腎症重症化予防対象者への保健指導率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
		後発医薬品の使用による医療費の削減	後発医薬品の使用割合	68.6%	70.0%	84.8%	72.0%	81.7%	74.0%	85.9%	76.0%	85.7%	78.0%	86.2%	80.0%

集計中

(4)第2期データヘルス計画に係る考察

第2期計画において、中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症を重点に重症化予防を進めてきました。その結果、中長期目標疾患の脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症すべてにおいて、患者数の増加はなく目標を達成することができました。また、中長期目標疾患の医療費が抑制され医療費適正化につながったと考えます。

しかし、総医療費は増加がみられ約半数を占めている入院費が、費用の割合や件数は減少傾向ではあるものの依然として高い状態であること、介護給付費や慢性腎不全の医療費が増加傾向であることなど今後の課題も見えてきました。

短期目標の高血圧、糖尿病、脂質異常症の全ての疾患で治療者は増加し、中長期目標疾患の合併については減少傾向であるため、保健指導の成果と考えます。

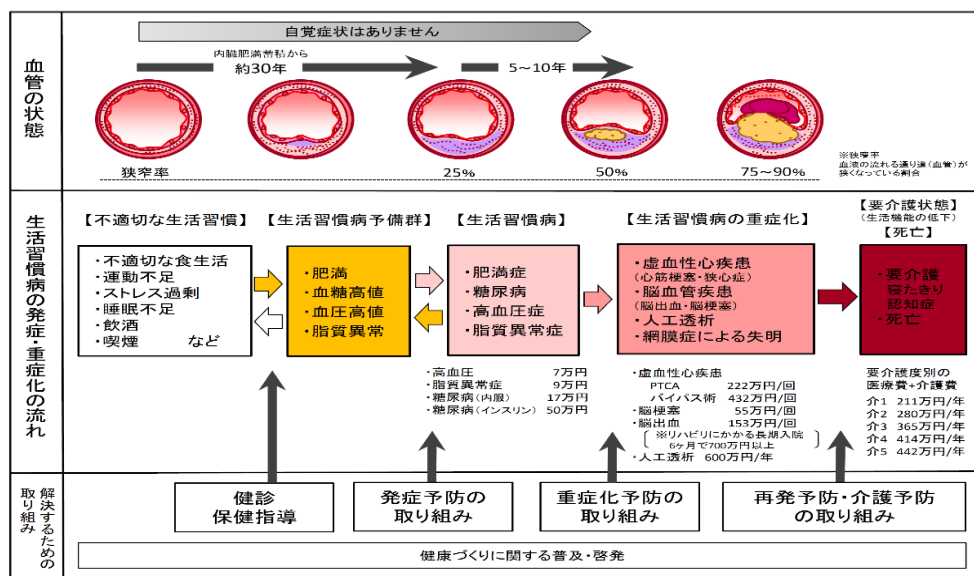
基礎疾患の重症化予防については、健診受診者のメタボリックシンドローム該当者、高血圧者、脂質異常者、糖尿病患者の割合は全てで増加していることから、目標達成とはならず今後も取り組むべき課題です。

3. 第3期計画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者を減少させること、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者を増加させることが必要となります。

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

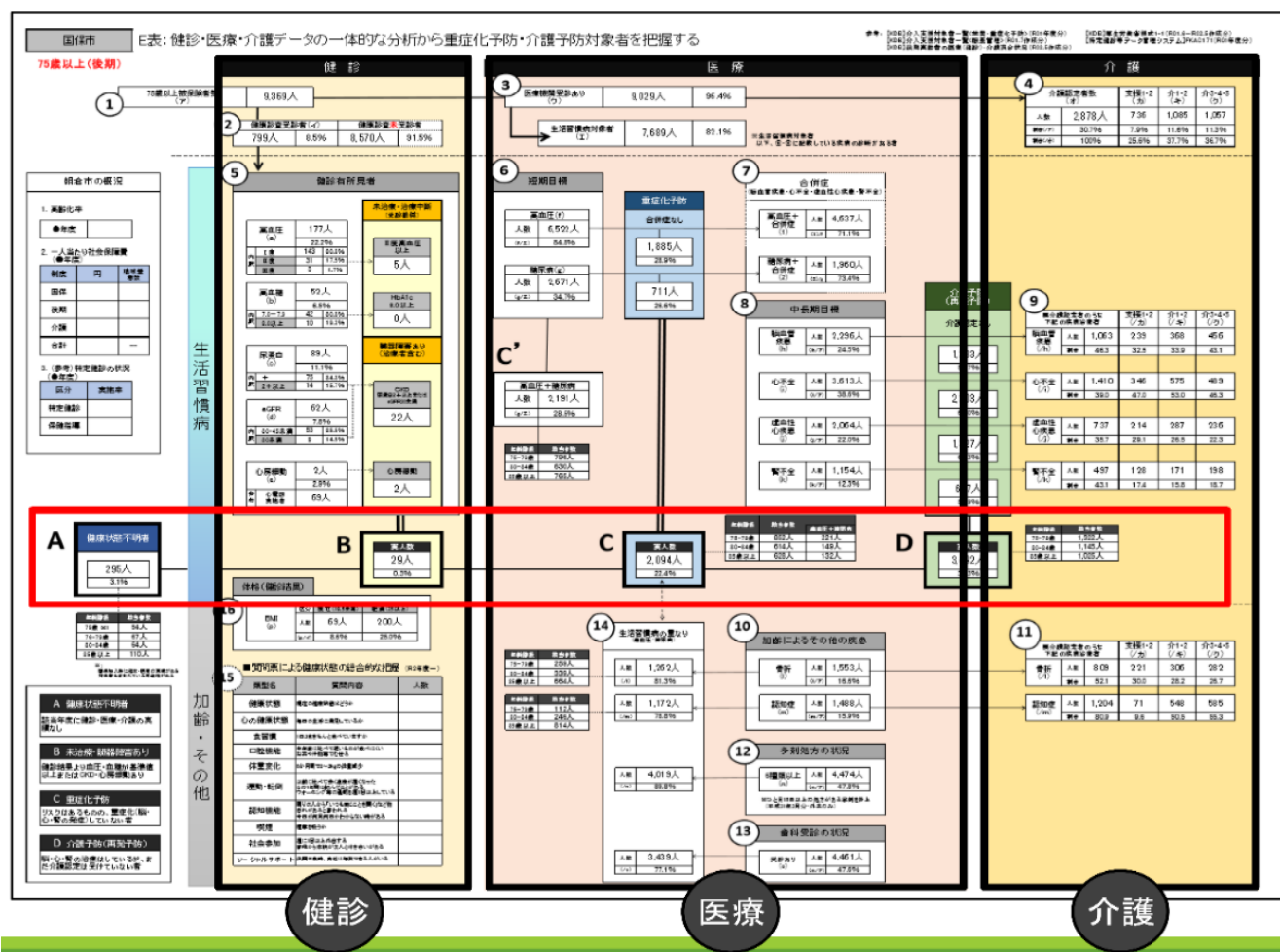
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65 歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数に達しており、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受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		1,908人	1,875人	1,903人	1,848人	1,785人	1,425人
総件数及び 総費用額	件数	18,642件	18,148件	17,161件	17,023件	17,560件	23,429件
	費用額	7億5239万円	6億9037万円	7億5574万円	6億8065万円	7億6504万円	14億8661万円
一人あたり医療費		39.4万円	36.8万円	39.7万円	36.8万円	42.9万円	104.3万円

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	嘉島町	7億6504万円	35,218	6.75%	0.37%	1.43%	0.54%	5.62%	2.95%	1.77%	1億4857万円	19.4%	14.3%	7.55%	7.80%
	同規模	—	30,571	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	—	19.3%	16.8%	7.98%	9.27%
	県	—	33,050	5.52%	0.26%	1.89%	1.02%	5.62%	3.12%	1.72%	—	19.2%	14.1%	9.62%	8.56%
	国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	嘉島町	14億8661万円	87,402	5.23%	0.52%	4.25%	0.86%	3.48%	2.66%	1.06%	2億6851万円	18.1%	9.2%	7.07%	13.0%
	同規模	—	68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	—	18.8%	10.3%	3.53%	12.4%
	県	—	81,455	4.72%	0.47%	3.74%	1.12%	3.70%	2.88%	1.07%	—	17.7%	9.2%	4.70%	13.2%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 34 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
高額レセ プト (80万円以 上/件)	人数	A	78人	68人	66人	70人	83人	205人
	件数	B	145件	116件	142件	123件	151件	400件
		B/総件数	0.78%	0.64%	0.83%	0.72%	0.86%	1.71%
	費用額	C	1億9766万円	1億5002万円	2億2297万円	1億5270万円	2億0611万円	5億0164万円
		C/総費用	26.3%	21.7%	29.5%	22.4%	26.9%	33.7%

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	7人		2人		3人		2人		3人		14人		
		D/A	9.0%		2.9%		4.5%		2.9%		3.6%		6.8%		
	件数	E	24件		10件		3件		5件		5件		27件		
		E/B	16.6%		8.6%		2.1%		4.1%		3.3%		6.8%		
	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	3	11.1%
		40代	1	4.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	11	45.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	1	20.0%	75-80歳	6	22.2%
		60代	2	8.3%	2	20.0%	1	33.3%	4	80.0%	1	20.0%	80代	10	37.0%
		70-74歳	10	41.7%	8	80.0%	2	66.7%	0	0.0%	3	60.0%	90歳以上	8	29.6%
	費用額	F	2836万円		995万円		361万円		620万円		515万円		3180万円		
		F/C	14.3%		6.6%		1.6%		4.1%		2.5%		6.3%		

出典：ヘルスサポートラボツール

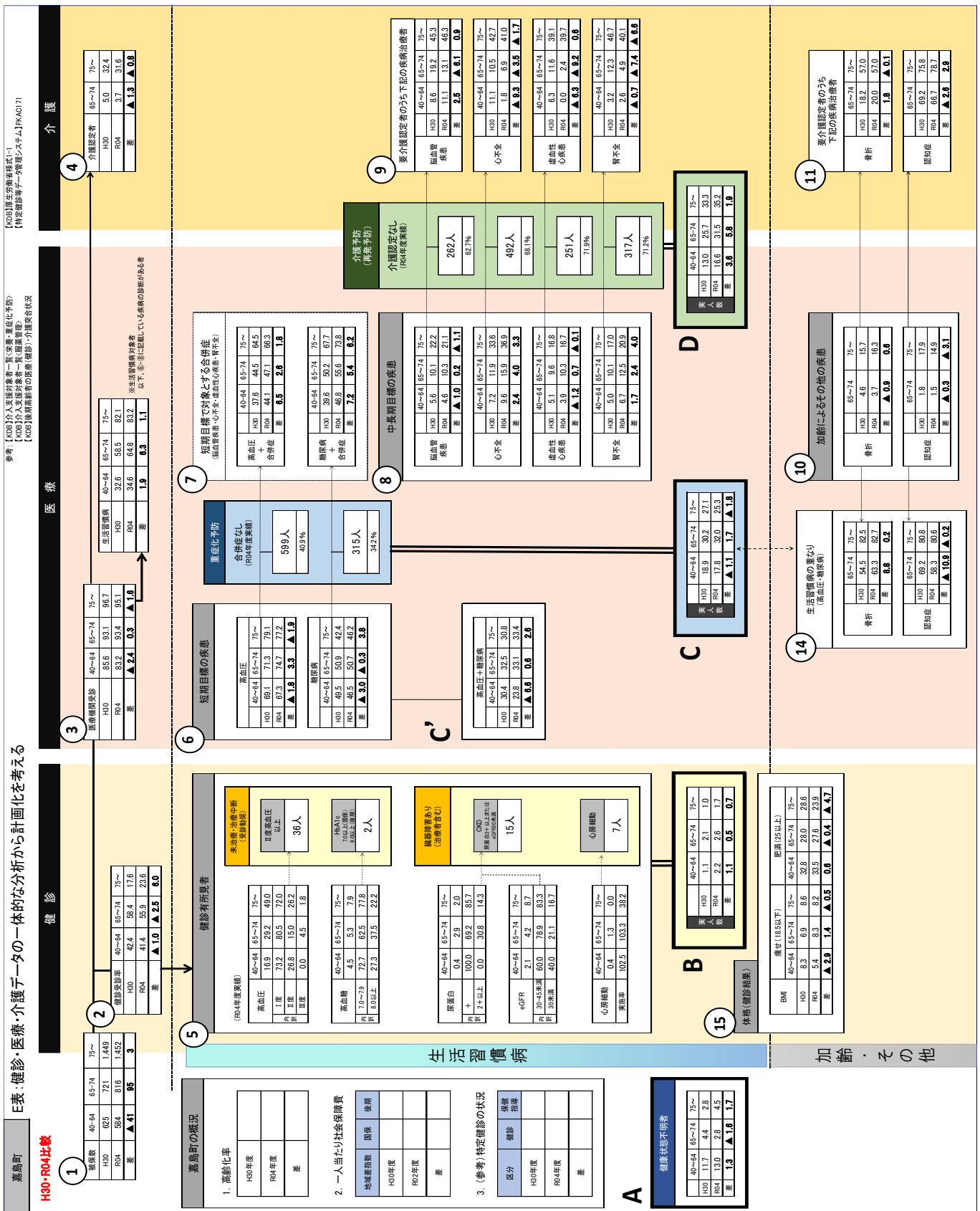
図表 36 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
虚血性心疾患	人数	G	7人		5人		1人		4人		3人		4人		
		G/A	9.0%		7.4%		1.5%		5.7%		3.6%		2.0%		
	件数	H	8件		5件		2件		4件		3件		4件		
		H/B	5.5%		4.3%		1.4%		3.3%		2.0%		1.0%		
	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	2	25.0%	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	12.5%	2	40.0%	0	0.0%	2	50.0%	1	33.3%	75-80歳	1	25.0%
		60代	2	25.0%	2	40.0%	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	80代	3	75.0%
		70-74歳	2	25.0%	0	0.0%	2	100%	1	25.0%	2	66.7%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	1280万円		861万円		247万円		561万円		702万円		749万円		
		I/C	6.5%		5.7%		1.1%		3.7%		3.4%		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



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①				②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数				健診受診率			体格(健診結果)					
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	32.4		625	721	1,449	42.4	58.4	17.6	8.3	6.9	8.6	32.8	28.0	28.6
R04	31.6		584	816	1,452	41.4	55.9	23.6	5.4	8.3	8.2	33.5	27.6	23.9

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																													
年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%	
H30	7	2.6	(4)	13	3.1	(6)	18	7.1	(4)	13	4.9	(2)	19	4.5	(2)	4	1.6	(0)	2	0.8	2	0.5	10	3.9	0	--	5	1.2	0	--
R04	11	4.5	(10)	26	5.7	(8)	47	13.7	(18)	11	4.5	(1)	24	5.3	(1)	6	1.7	(0)	2	0.8	7	1.5	6	1.7	1	0.4	6	1.3	0	--

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥												⑦								
年度	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症											
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症								
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-						
H30	85.6	93.1	96.7	32.6	58.5	82.1	69.1	71.3	79.1	49.5	50.9	42.4	30.4	32.5	30.8	37.6	44.5	64.5	39.6	50.2	67.7						
R04	83.2	93.4	95.1	34.6	64.8	83.2	67.3	74.7	77.2	46.5	50.7	46.2	23.8	33.1	33.4	44.1	47.1	66.3	46.8	55.6	73.8						

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	5.6	10.1	22.2	5.1	9.6	16.8	7.2	11.9	33.6	5.0	10.1	17.0	8.6	19.2	45.3	6.3	11.6	39.1	11.1	10.5	42.7	3.2	12.3	46.7
R04	4.6	10.3	21.1	3.9	10.3	16.7	9.6	15.9	36.9	6.7	12.5	20.9	11.1	13.1	46.3	0.0	2.4	39.7	1.8	6.9	41.0	2.6	4.9	40.1

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	54.5	82.5	69.2	80.8	4.6	15.7	1.8	17.9	18.2	57.0	69.2	75.8
R04	63.3	82.7	58.3	80.6	3.7	16.3	1.5	14.9	20.0	57.0	66.7	78.7

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化(図表 32～42)

国保の被保険者数は年々減少傾向であるが、一人当たり医療費は平成 30 年度～令和 3 年度までは、増減を繰り返し横ばいであったが、令和 4 年度は前年に比べ 6 万円の増加がみられています。(図表 32)

その中身をみてみると、国保では短期目標の総医療費に占める割合は同規模、県等と比較して低いものの、慢性腎臓病の総医療費に占める割合は高くなっていました。(図表 33)

また、高額レセプトについてみてみると、人数は、令和 2 年度までは減少が続きましたが、令和 3 年度からは増加に転じています。後期では国保の 2.5 倍の人数と件数で、医療費増加の一因となっています。

高額レセプトの推移をみてみると、脳血管疾患では、平成 30 年度は 7 人・24 件に対し、令和 4 年度は 3 人・5 件と、人数・件数ともに減少しています。虚血性心疾患に関しても同様に、平成 30 年度は 7 人・8 件に対し、令和 4 年度は 3 人・3 件と、人数・件数ともに減り、それに伴い費用額も減少しています。

脳血管疾患や虚血性心疾患で高額になった方の経過をみてみると、約 6 割の方が過去 5 年間に健診受診歴がなく、保険者として健康状態が把握できていない方でした。また、健診を受診されていた方に関しては、医療機関受診中だったこともあり、十分な保健指導を実施できていない方でした。

さらに全員に高血圧や糖尿病、脂質異常症の基礎疾患があり、未受診者対策や治療中の方へのフォローについて、これらの実態を踏まえて第 3 期計画に盛り込む必要があります。

そのうえ、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、脳血管疾患発症予防については今後も注力していく必要があります。(図表 34、35、36)

健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は、65 歳以上では増加しています。

⑮の体格をみると、BMI25 以上で 40～64 歳の若年増で増加しています。図表 39 の健診有所見の状況をみると、特に 65 歳以上で、Ⅱ度高血圧以上者と HbA1c7.0 以上者の人数、割合が増えています。未治療・中断者についてはⅡ度高血圧以上者で増加が見られるため、まずは、必要な対象者への医療機関への繋ぎを確実に実施する必要があります。

図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧においては、65～74 歳

以上で増加、糖尿病においては 75 歳以上で増加しているため、糖尿病+高血圧では 65 歳以上で増加傾向です。⑦短期目標の疾患とする合併症をみると、各年代で増加しており、平成 30 年度と比較して重症化している実態がみえます。

図表 41 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、脳血管疾患、虚血性心疾患については、65～74 歳で増加しており、75 歳以上では減少していることから、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と考えられます。しかし、心不全や腎不全では全年代で増加しており、特に若い世代の心不全や腎不全については、予防計画に反映させていく必要があります。

(4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、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るため、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必要があります。また、若い世代の心不全、腎不全の増加がみられました。若い世代の肥満者も増えており、若い世代への予防活動の充実が必要ですが、40 代、50 代の健診受診率はまだまだ低いため、第 3 期においても健診未受診者対策は、被保険者の健康実態を把握し、早期に予防活動を行うためにも大変重要と考えます。また、高額レセプトの件数増加を防ぐためにも、予防可能な疾患である脳・心・腎を守るための活動に注力していく必要があります。

そのための具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

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、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて指標を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておくことが必要です。(図表 43)

② 中長期的な目標の設定

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

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

また、高齢化が進展する昨今では、医療費の増加を抑えることは難しいことから、医療費の伸びの抑制を目標とし、地域差指数の減少を目指します。

③ 短期的な目標の設定

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

特に、若い世代からの肥満が課題であることから、若い世代の健診受診率の向上及び特定保健指導の充実による、短期目標疾患の発症予防に努めます(特定健診・特定保健指導の具体的な取組については、第 3 章に記載)。

また、中長期目標疾患の発症予防のためには、短期目標疾患における適切な医療機関受診と疾病管理が重要です。医療機関未受診者や治療中断者等、重症化するリスクの高い対象者について把握し、医療機関への受診勧奨や必要な保健指導、栄養指導を行います。特に、糖尿病とメタボリックシンドロームについては、薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、日本人食事摂取基準(2020 年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目標とします。

(2) 管理目標の設定

データヘルス計画の目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標値	実績		
			初期値 R 6 (R4)	中間評 価 R 8 (R7)	最終評 価 R11 (R10)
脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	新規 脳梗塞患者数	減少 (割合の維持・減少)	21人		
	新規 脳出血患者数	減少 (割合の維持・減少)	2人		
	新規 虚血性心疾患患者数	減少 (割合の維持・減少)	35人		
	新規 人工透析患者数（全て）	減少 (割合の維持・減少)	1人		
	新規 人工透析患者数（糖尿病性腎症）	減少 (割合の維持・減少)	0人		
	高額レセプト（80万）以上のレセプト （脳血管疾患患者数）	減少 (割合の維持・減少)	3.0%		
	高額レセプト（80万）以上のレセプト （虚血性心疾患患者数）	減少 (割合の維持・減少)	3.0%		
	脳血管疾患（脳梗塞・脳出血）にかかる医療費の割合	減少 (割合の維持・減少)	6.75%		
	虚血性心疾患（心筋梗塞・狭心症）にかかる医療費の割合	減少 (割合の維持・減少)	1.43%		
	慢性腎不全（人工透析）にかかる医療費の割合	減少 (割合の維持・減少)	0.54%		
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該当者を減らす	メタボリックシンドローム該当者の割合	減少	25.7%		
	メタボリックシンドローム予備群の割合	減少	11.3%		
	健診受診者の高血圧者の割合 （160/100以上）	減少	4.5%		
	健診受診者の脂質異常者の割合 （LDL180以上）	減少	2.3%		
	健診受診者の血糖異常者の割合 （未治療HbA1C6.5%以上）	減少	1.7%		
	★健診受診者のHbA1C8.0%（NGSP値）以上者の割合	減少	1.74%		
	40代の健診受診者のHbA1C6.5%以上者の割合	減少	5.4%		
	50代の健診受診者のHbA1C6.5%以上者の割合	減少	4.4%		
特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率	60%以上	55.6%		
	40代の特定健診受診率	上昇	37.5%		
	50代の特定健診受診率	上昇	44.3%		
	★特定保健指導実施率	65%以上	59.6%		
	★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	1%増 又は全国平均以下	15.4%		

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 年一期に改正されたことを踏まえ、第 3 期以降は特定健康診査等実施計画も 6 年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	56.5%	57.0%	57.5%	58.5%	59.5%	60.0%
特定保健指導実施率	55.0%	56.5%	58.0%	59.5%	61.0%	62.5%

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	1240人	1235人	1230人	1230人	1225人	1220人
	受診者数	744人	741人	774人	774人	796人	793人
特定保健指導	対象者数	94人	93人	93人	92人	91人	90人
	受診者数	56人	56人	58人	58人	59人	54人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。熊本県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である熊本県国民健康保険団体連合会が集合契約を行います。

- ① 集団健診(嘉島町保健センター)
- ② 人間ドック(日赤熊本健康管理センター)

(2) 特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、嘉島町のホームページに掲載。

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

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

図表 46 特定健診検査項目(例示)

健診項目		嘉島町	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、●…いずれかの項目の実施で可

(5)実施時期

原則 7 月から 12 月までを実施期間とします。

(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、かかりつけ医との協力及び連携を行います。

(7)代行機関

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

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表47 健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		対象者全員への健診案内・申込書の送付および広報(町広報誌掲載) 健診機関との契約	(特定保健指導の実施) ↓
5月			健診データ抽出(前年度) 実施実績の分析 ↓
6月			↓
7月		かしまドックの開始(7月～10月) → 健診翌月に健診データ受取 ↓	↓
8月		集団健診実施 ↓ (保健指導対象者の抽出・保健指導開始)	↓
9月		健診データ受取 → (保健指導対象者の抽出) ↓	↓
10月		費用決済 ↓ (特定保健指導の開始) ↓	受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
11月	契約に関わる予算手続き	集団健診実施 ↓ (特定保健指導の実施)	
12月		↓	
1月		健診データ受取 → (保健指導対象者の抽出) 費用決済 ↓	
2月		(特定保健指導の開始) ↓	
3月	契約準備 健診対象者の抽出、 健診案内・申込書等の印刷・送付	委託先機関の見直し等 (特定保健指導の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、嘉島町国保による直接実施と特定健診実施機関への委託で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

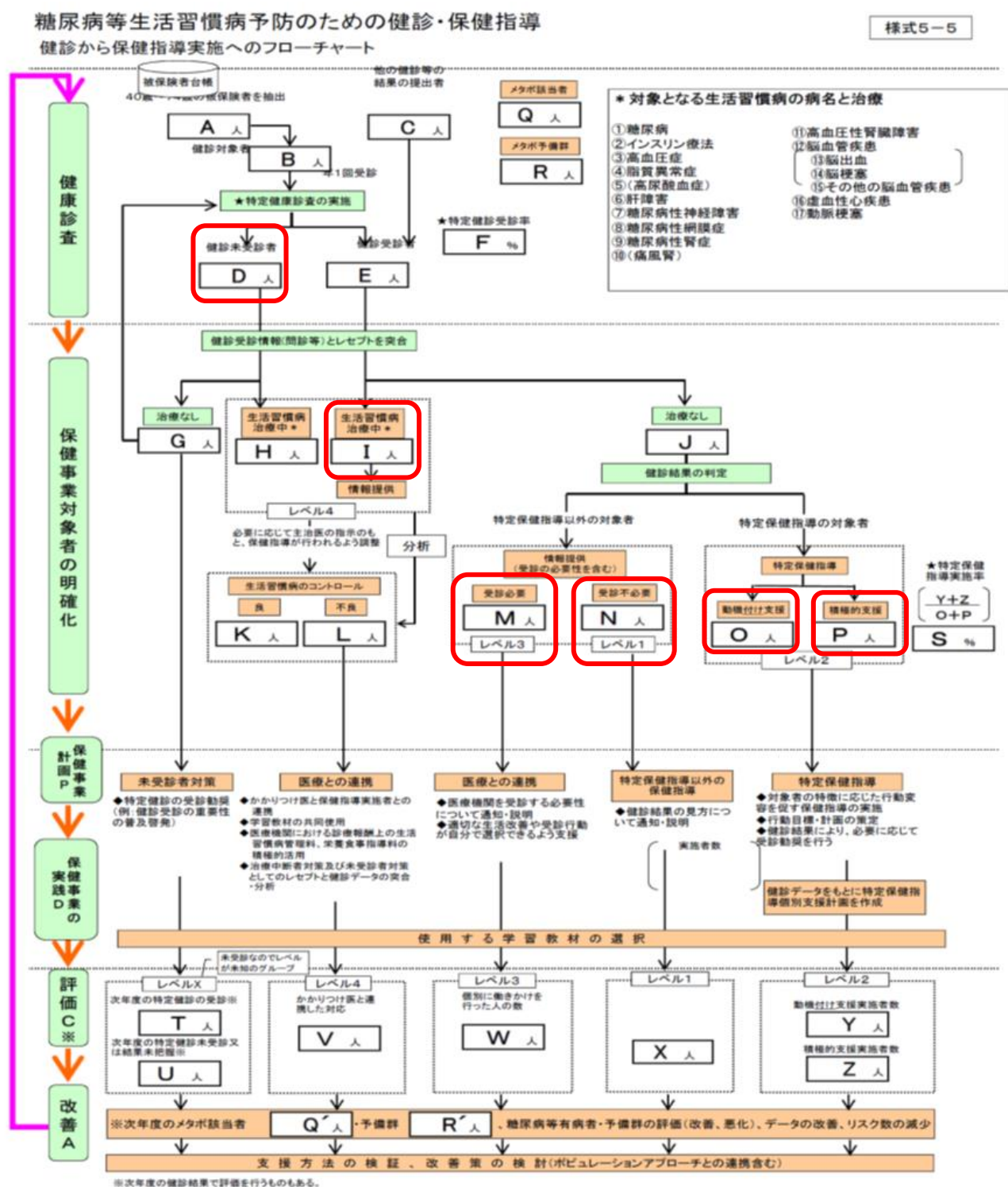
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルサポートラボツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表49 要保健指導対象者の見込み

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	94人 (13.2%)	60%
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	111人 (15.6%)	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)	527 ※受診率目標達成までにあと64人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	141人 (19.8%)	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	365人 (51.3%)	50%

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

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	◎特定健診案内・申込書の送付	(前年度対象者特定保健指導)	◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月			
6月	◎特定健診未申込者への受診勧奨 (個別通知、訪問、電話等)		
7月	◎かしまドック実施(7月～10月)	◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	
8月			◎住民健診、がん検診開始
9月	◎集団健診実施		◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
10月	◎特定健診未申込者への受診勧奨 (訪問、電話等)	◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
11月	◎集団健診実施		
12月	◎情報提供事業の依頼		
1月			
2月			
3月	◎次年度健診対象者の抽出		

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嘉島町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診結果を基に、発症及び重症化予防の取組について、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを組み合わせ実施します。

ハイリスクアプローチとしては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患予防・脳血管疾患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、臓器障害を防ぐための保健指導や栄養指導を実施します。

また、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、自分自身の生活に支障を及ぼしてしまうことや、高額な医療費や介護費用がかかることで社会全体に及ぼす影響等を広く住民へ周知していくことで、住民が自らの健康管理の大切さや、予防可能な生活習慣病の発症予防に関心を向けることができるように努めます。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上に努め、健診と保健指導により、多くの住民に現在の自分の身体の状態を把握していただく必要があります。その実施については、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

Ⅱ. 重症化予防の取組

嘉島町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、273人(38.4%)です。そのうち治療なしが75人(21.7%)を占め、さらに臓器障害があり、直ちにに取り組むべき対象者が35人(46.7%)です。

また、嘉島町においては、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、75人中47人(62.6%)と高いため、特定保健指導に注力することは重症化予防にもつながり、効率的であるといえます。(図表51)

図表 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ		脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新発透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)	
科学的根拠に基づき		脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		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)	711人	57.4%
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析		クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性 脳塞栓症 (27.7) ラクナ 梗塞 (31.2%) アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) ※脳卒中 データリンク 2015より 非心原性脳梗塞		心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症		糖尿病性腎症 糖尿病性腎症 糖尿病性腎症		治療中 治療なし	
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)	■各疾患の治療状況	
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)	高血圧 脂質異常症 糖尿病 3疾患 いずれも	
重症化予防対象		Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	
該当者数		38 5.3%	6 0.8%	17 2.4%	28 3.9%	181 25.5%	50 7.0%	42 5.9%	重症化予防対象者 (実人数)
治療なし		24 5.5%	2 0.6%	14 2.8%	24 4.8%	30 8.7%	24 3.8%	14 4.0%	75 21.7%
(再掲) 特定保健指導		10 26.3%	0 0.0%	5 29.4%	8 28.6%	30 16.6%	9 18.0%	6 14.3%	47 17.2%
治療中		14 5.1%	4 1.1%	3 1.4%	4 1.9%	151 41.4%	26 32.9%	28 7.7%	198 54.2%
臓器障害 あり		13 54.2%	2 100.0%	4 28.6%	7 29.2%	10 33.3%	10 41.7%	14 100.0%	35 46.7%
CKD(専門医対象者)		2	0	1	2	2	4	14	14
心電図所見あり		13	2	4	5	9	9	7	28
臓器障害 なし		11 45.8%	--	10 71.4%	17 70.8%	20 66.7%	14 58.3%	--	--

出典:ヘルサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(以下、「熊本県版プログラム」とする)に基づき実施します。

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

① 健診を受診した者のうち医療機関未受診者(図表 52 の A・B・C)

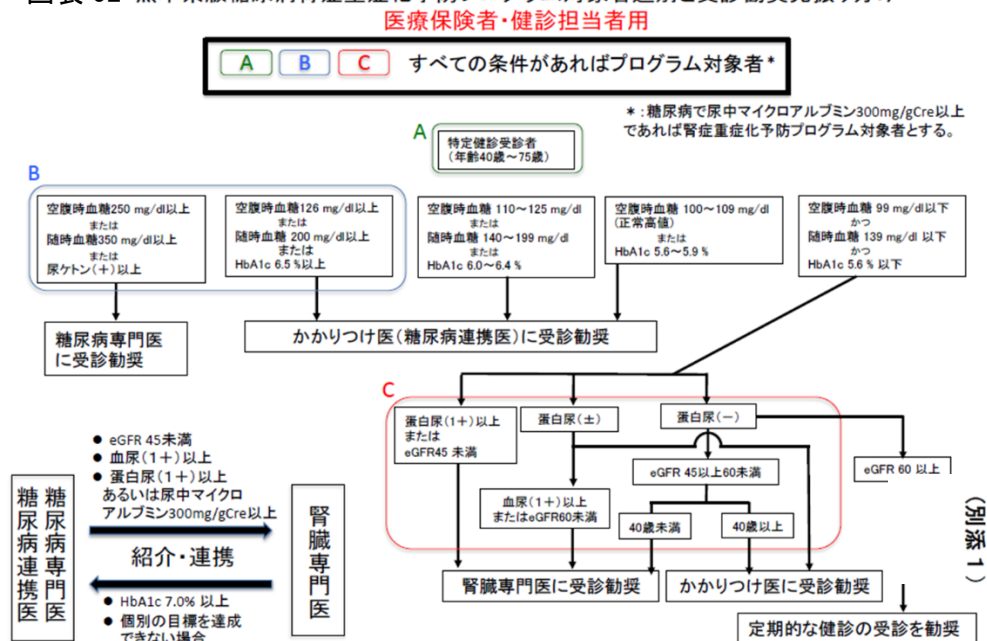
② 糖尿病治療中断者

最終の受診日から 6 ヶ月以上経過している者

③ 重症化するリスクの高い者

健診データ、本人・医療機関からの情報により、糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成できていない者や、尿アルブミン、尿たんぱく、eGFR 等により腎症と診断された者及び腎症が疑われる者。

図表 52 熊本県版糖尿病腎症重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け

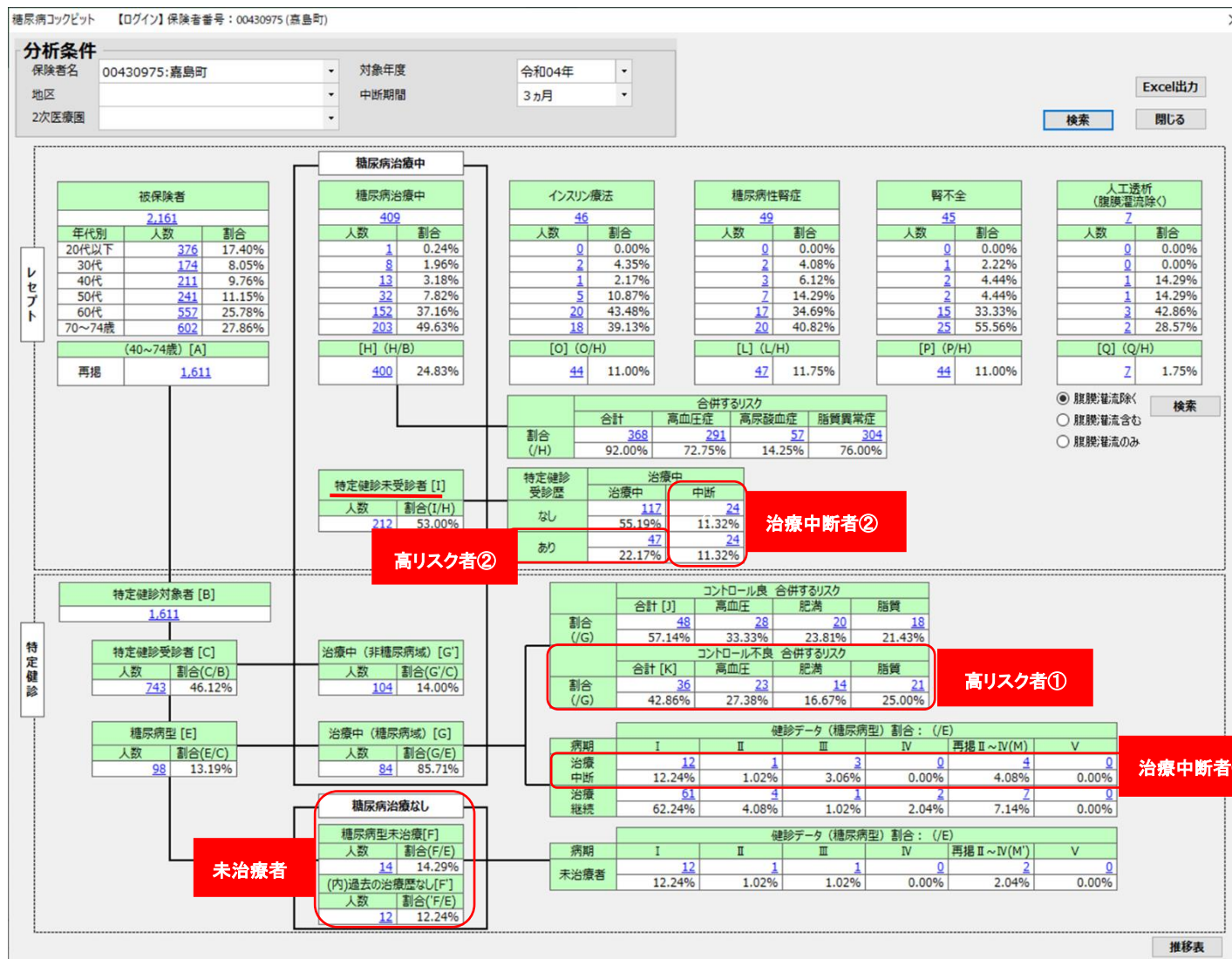


(2) 選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者把握及び抽出を行います(「KDB システム」、★「保険者データヘルス支援システム」、「ラボツール」)。

図表 53 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



②介入方法と優先順位

優先順位 1

健診を受診した者のうち医療機関未受診者(早期に積極的に受診勧奨が必要な者)

⇒糖尿病型未治療者・・・14人(図表 53 F)

【受診勧奨】

・戸別訪問、個別面談、電話による受診勧奨を実施

優先順位 2

糖尿病治療中断者(最終の受診日から6ヶ月以上経過している者)

⇒ 健診受診者……20人(図表 53 治療中断者①)

健診未受診者…48人(図表 53 治療中断者②)

【保健指導】

- ・ 健診受診者については、健診結果を基に保健指導を実施し治療再開につなげる。
- ・ 健診未受診者については、過去の健診受診歴がある者を優先して訪問等を行う。
- ・ 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話等に対応。
- ・ 医療機関と連携した保健指導。

優先順位 3

糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者

⇒コントロール不良者(合計) ……………36人(図表 53 K 高リスク者①)

⇒健診未受診者で過去に受診歴のある治療者…47人(高リスク者②)

【保健指導】

- ・ 健診受診者については、健診結果を基に保健指導を実施し、血糖値やその他のリスク因子の数値が上がっている要因に気づき、数値の改善につながるよう保健指導に努める。
- ・ 過去に受診歴がある者の現在の状況を確認し、必要な保健指導を行う。
(糖尿病管理台帳も併せて確認する。)
- ・ 医療機関と連携した保健指導。

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。嘉島町においては、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あわせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っています。

図表 54 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始めます
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	3 薬物療法
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	3-1 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
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	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
1-12 糖尿病による網膜症	3-4 薬は体のもっ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
1-13 眼(網膜症)	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
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-15 64歳以下 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」
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-8 ビグアナイド薬とは
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるでしょう
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	
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、医療機関等で尿アルブミン検査を受けるよう勧奨し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、健診結果経年表や糖尿病連携手帳等を使用します。糖尿病連携手帳を持っていない方には、その後の自己管理につなげることができるよう、手帳の使い方等について、説明を行います。

(2) 治療中の者への対応

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

5) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。

短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとします。その際はKDBシステムや保険者データヘルス支援システム等の情報を活用します。

また、中長期的評価においては、図表 55 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価も行います。

短期的評価

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

6) 実施期間及びスケジュール

- | | |
|------|--|
| 4 月 | 対象者の選定基準の決定 |
| 5 月 | 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定 |
| 8 月～ | 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。
台帳記載後順次、対象者へ介入(通年) |
| 3 月 | 年度評価の実施、次年度事業計画に向けた課題の把握 |

図表 55 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			突 合 表	嘉島町										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	1,997人		1,925人		1,881人		1,897人		1,844人			
	②	(再掲)40~74歳		1,497人		1,478人		1,446人		1,460人		1,428人			
2	①	対象者数	B	1,314人		1,280人		1,311人		1,284人		1,235人			
	②	特定健診 受診者数	C	790人		789人		764人		765人		711人			
	③	受診率		---		---		---		---		---			
3	①	特定 保健指導 対象者数		104人		105人		107人		91人		94人			
	②	実施率		51.0%		70.5%		71.0%		64.8%		59.6%			
4	①	糖尿病型	E	117人	14.8%	118人	15.0%	137人	17.9%	125人	16.3%	113人	15.9%		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	31人	26.5%	32人	27.1%	51人	37.2%	32人	25.6%	34人	30.1%		
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	86人	73.5%	86人	72.9%	86人	62.8%	93人	74.4%	79人	69.9%		
	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	47人	54.7%	51人	59.3%	47人	54.7%	50人	53.8%	37人	46.8%		
	⑤	血圧 130/80以上		24人	51.1%	34人	66.7%	28人	59.6%	28人	56.0%	19人	51.4%		
	⑥	肥満 BMI25以上	K	25人	53.2%	21人	41.2%	22人	46.8%	24人	48.0%	12人	32.4%		
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		39人	45.3%	35人	40.7%	39人	45.3%	43人	46.2%	42人	53.2%		
	⑧	第1期 尿蛋白(ー)	M	106人	90.6%	103人	87.3%	122人	89.1%	111人	88.8%	97人	85.8%		
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		5人	4.3%	8人	6.8%	6人	4.4%	4人	3.2%	7人	6.2%		
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		5人	4.3%	6人	5.1%	8人	5.8%	6人	4.8%	6人	5.3%		
	⑪	第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	1人	0.7%	4人	3.2%	3人	2.7%		
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		127.7人		133.5人		126.0人		120.2人		126.4人			
	②	(再掲)40~74歳(被保険者千対)		168.3人		171.9人		161.1人		155.5人		161.8人			
	③	レセプト件数 (40~74歳) ()内は被保険者千対		1,389件	(954.6)	1,345件	(934.0)	1,494件	(1024.0)	1,484件	(1046.5)	1,475件	(1079.8)	319,711件	(930.6)
	④	入院外(件数) 入院(件数)		9件	(6.2)	4件	(2.8)	5件	(3.4)	4件	(2.8)	7件	(5.1)	1,521件	(4.4)
	⑤	糖尿病治療中	H	255人	12.8%	257人	13.4%	237人	12.6%	228人	12.0%	233人	12.6%		
	⑥	(再掲)40~74歳		252人	16.8%	254人	17.2%	233人	16.1%	227人	15.5%	231人	16.2%		
	⑦	健診未受診者	I	166人	65.9%	168人	66.1%	147人	63.1%	134人	59.0%	152人	65.8%		
	⑧	インスリン治療	O	22人	8.6%	20人	7.8%	17人	7.2%	23人	10.1%	22人	9.4%		
	⑨	(再掲)40~74歳		22人	8.7%	20人	7.9%	17人	7.3%	23人	10.1%	22人	9.5%		
	⑩	糖尿病性腎症	L	24人	9.4%	26人	10.1%	19人	8.0%	20人	8.8%	25人	10.7%		
	⑪	(再掲)40~74歳		24人	9.5%	25人	9.8%	19人	8.2%	20人	8.8%	25人	10.8%		
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		3人	1.2%	3人	1.2%	3人	1.3%	3人	1.3%	4人	1.7%		
	⑬	(再掲)40~74歳		3人	1.2%	3人	1.2%	3人	1.3%	3人	1.3%	4人	1.7%		
	⑭	新規透析患者数		0		0		1		0		0			
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		0		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)		13人	3.5%	11人	2.9%	11人	3.0%	8人	2.0%	8人	2.0%		
6	①	総医療費		7億5239万円		6億9037万円		7億5574万円		6億8065万円		7億6504万円		6億7051万円	
	②	生活習慣病総医療費		4億0387万円		3億7442万円		4億4815万円		3億6638万円		3億7674万円		3億5898万円	
	③	(総医療費に占める割合)		53.7%		54.2%		59.3%		53.8%		49.2%		53.5%	
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	10,418円		8,249円		7,699円		10,932円		8,147円		9,063円	
	⑤		健診未受診者	34,495円		29,476円		35,763円		30,258円		35,803円		37,482円	
	⑥	糖尿病医療費		3851万円		3666万円		3944万円		3872万円		4296万円		4061万円	
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.5%		9.8%		8.8%		10.6%		11.4%		11.3%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費		1億1319万円		1億0124万円		1億1038万円		1億2584万円		1億3452万円			
	⑨	1件あたり		34,710円		32,261円		32,764円		38,732円		42,050円			
	⑩	糖尿病入院総医療費		1億2452万円		8518万円		9331万円		5928万円		1億1900万円			
	⑪	1件あたり		676,742円		587,471円		639,117円		559,261円		772,709円			
	⑫	在院日数		19日		19日		21日		19日		19日			
	⑬	慢性腎不全医療費		4416万円		4331万円		5307万円		5029万円		5449万円		2783万円	
	⑭	透析有り		4195万円		4018万円		5117万円		4897万円		5163万円		2567万円	
	⑮	透析なし		221万円		313万円		190万円		132万円		286万円		216万円	
7	①	介護給付費		6億5596万円		6億8478万円		7億1084万円		7億0465万円		7億1754万円		8億6719万円	
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		1件	12.5%	1件	14.3%	1件	14.3%	0件	0.0%	1件	20.0%		
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		1人	1.1%	0人	0.0%	1人	1.1%	1人	1.1%	0人	0.0%	622人	1.0%

2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

1) 基本的な考え方

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

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

2) 肥満・メタボリックシンドロームの状況

(1) 嘉島町の肥満・メタボリックシンドロームの実態

嘉島町における健診受診者のうちの肥満者（BMI25 以上者）の割合は、第2章の3で分析したとおり、40～64 歳においては平成30 年度と令和4 年度で比較すると0.7%増加しており、65 歳以上では減少傾向でした。

図表56 をみると、男性では60 代のメタボリックシンドローム該当者が健診受診者の3 割を超えており、70～74 歳では4 割を超えていました。メタボリックシンドローム該当者のうち3 項目すべて該当している者は、男性では50 代、60 代で3 割、70 代では4 割を超えていました。女性では60 代で約4 割、70 代で約3 割でした。また、男女ともに血圧＋脂質異常の組み合わせが多いことが分かります。

図表57 をみると、50 代以上のメタボリックシンドローム該当者の方の多くは、高血圧、脂質異常、糖尿病のいずれかの疾患で治療中の状況にあることが分かります。

図表 56 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	352	34	47	130	141	359	22	44	151	142
メタボ該当者		B	130	6	11	49	64	51	4	5	21	21
		B/A	36.9%	17.6%	23.4%	37.7%	45.4%	14.2%	18.2%	11.4%	13.9%	14.8%
再掲	① 3項目全て	C	47	1	4	16	26	15	1	0	8	6
		C/B	36.2%	16.7%	36.4%	32.7%	40.6%	29.4%	25.0%	0.0%	38.1%	28.6%
	② 血糖＋血圧	D	21	0	0	10	11	7	0	2	0	5
		D/B	16.2%	0.0%	0.0%	20.4%	17.2%	13.7%	0.0%	40.0%	0.0%	23.8%
	③ 血圧＋脂質	E	52	2	7	19	24	24	1	3	11	9
		E/B	40.0%	33.3%	63.6%	38.8%	37.5%	47.1%	25.0%	60.0%	52.4%	42.9%
	④ 血糖＋脂質	F	10	3	0	4	3	5	2	0	2	1
		F/B	7.7%	50.0%	0.0%	8.2%	4.7%	9.8%	50.0%	0.0%	9.5%	4.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 57 メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	352	130	36.9%	111	85.4%	19	14.6%	359	51	14.2%	40	78.4%	11	21.6%
40代	34	6	17.6%	5	83.3%	1	16.7%	22	4	18.2%	2	50.0%	2	50.0%
50代	47	11	23.4%	4	36.4%	7	63.6%	44	5	11.4%	3	60.0%	2	40.0%
60代	130	49	37.7%	43	87.8%	6	12.2%	151	21	13.9%	18	85.7%	3	14.3%
70～74歳	141	64	45.4%	59	92.2%	5	7.8%	142	21	14.8%	17	81.0%	4	19.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の優先順位

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠(EBM)「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。(図表 58)

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

保健指導対象者については、図表 56 のとおり、メタボリック該当者は男性が多くを占めること、若い男性にも心血管病が増加していることを踏まえ、若い世代の男性を最優先の対象者とするものとします。

図表 58 肥満度分類別の該当者数(性・年齢別)

		受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
						40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
再掲	総数	250	461	84	130	66	118	14	11	3	0	1	1
				33.6%	28.2%	26.4%	25.6%	5.6%	2.4%	1.2%	0.0%	0.4%	0.2%
		129	223	48	76	39	67	8	9	1	0	0	0
				37.2%	34.1%	30.2%	30.0%	6.2%	4.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%
再掲	女性	121	238	36	54	27	51	6	2	2	0	1	1
				29.8%	22.7%	22.3%	21.4%	5.0%	0.8%	1.7%	0.0%	0.8%	0.4%

出典：ヘルスサポートラボツール

3) 対象者の明確化

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 57)は、男女とも約半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

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

(1) 対象者の選定基準の考え方

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

ます。

(2)対象者の管理

特定保健指導対象者及び他の重症化予防対象者の管理と同様とします。

4)保健指導の実施

(1)実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準の決定
- 5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 8 月～ 特定健診結果が届き次第、対象者へ介入(通年)
- 3 月 年度評価の実施、次年度事業計画に向けた課題の把握

(2)最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていきます。(図表 59)

図表 59 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材) もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってなに①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってなに②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の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すか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えたと、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの？	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いときよく聞きますが、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進みます
3-5-2 膝のどこが痛いのですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がか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 たくさん汗が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
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歳で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

(3) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、嘉島町においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施を検討します。

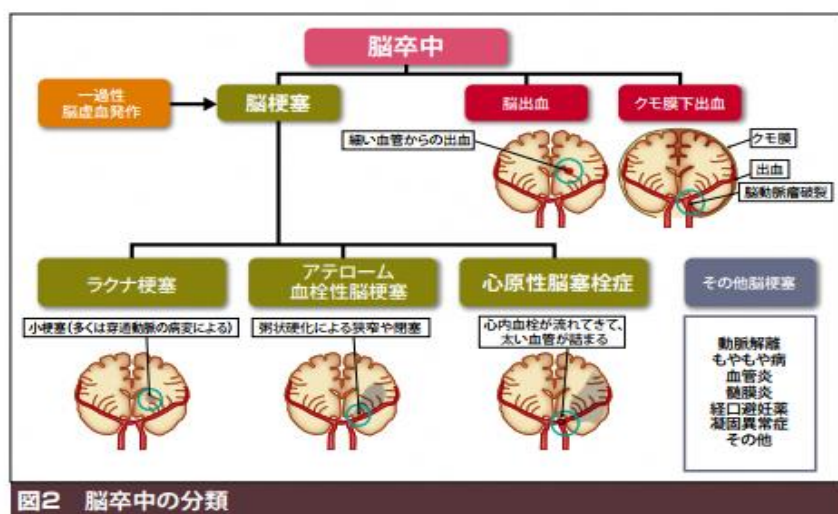
動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査	
①頸動脈エコー検査	心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査
②負荷心電図	心臓の状態を詳しく見る検査
③微量アルブミン検査	尿で腎臓の状態を見る検査
④75 g 糖負荷検査	高インスリン状態を見る検査

3. 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 60、61)

図表 60 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 61 脳血管疾患とリスク因子

		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	●							

●はリスク因子

○はハイリスク群

2) 脳血管疾患に係る嘉島町の実態と対象者の明確化

(1) 脳血管疾患発症の実態をみる

嘉島町の脳血管疾患の種類をみると、図表 62 のとおり、国保、後期、全てにおいて脳梗塞の割合が最も多い状況でした。市町村平均との比較では、国保、後期全てにおいて同等もしくは低い状況でした。

脳梗塞の種類を図表 63 でみると、国保、後期ともに、ラクナ梗塞の割合が低く、アテローム血栓性脳梗塞の割合が最も高い状況で、後期においては、市町村平均を上回っています。

図表 62 脳血管疾患の種類をみる(R4 年度)

国保		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
被保険者数		人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	402,744	2,512	0.62%	639	0.16%	163	0.04%
嘉島町	1,921	12	0.62%	1	0.05%	1	0.05%

後期		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
被保険者数		人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	284,602	8,874	3.12%	1,333	0.47%	270	0.09%
嘉島町	1,396	44	3.15%	6	0.43%	1	0.07%

図表 63 脳梗塞の種類をみる(R4 年度)

国保		脳梗塞人数							
				ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳梗塞		心原性脳梗塞	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	402,744	8,874	3.1%	2,513	0.62%	737	29.3%	363	14.4%
嘉島町	1,921	44	3.2%	12	0.6%	2	16.7%	1	8.3%

後期		脳梗塞人数							
				ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳梗塞		心原性脳梗塞	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	284,602	8,874	3.1%	2,407	27.1%	1,103	12.4%	1,502	16.9%
嘉島町	1,396	44	3.2%	44	3.2%	8	18.2%	7	15.9%

介護		脳梗塞人数							
				ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳梗塞		心原性脳梗塞	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	21,139	3.1%	5,524	26.1%	2,227	10.5%	2,543	12.0%	
嘉島町	44	3.2%	25	22.5%	9	8.1%	13	11.7%	

(2) 重症化予防対象者の抽出

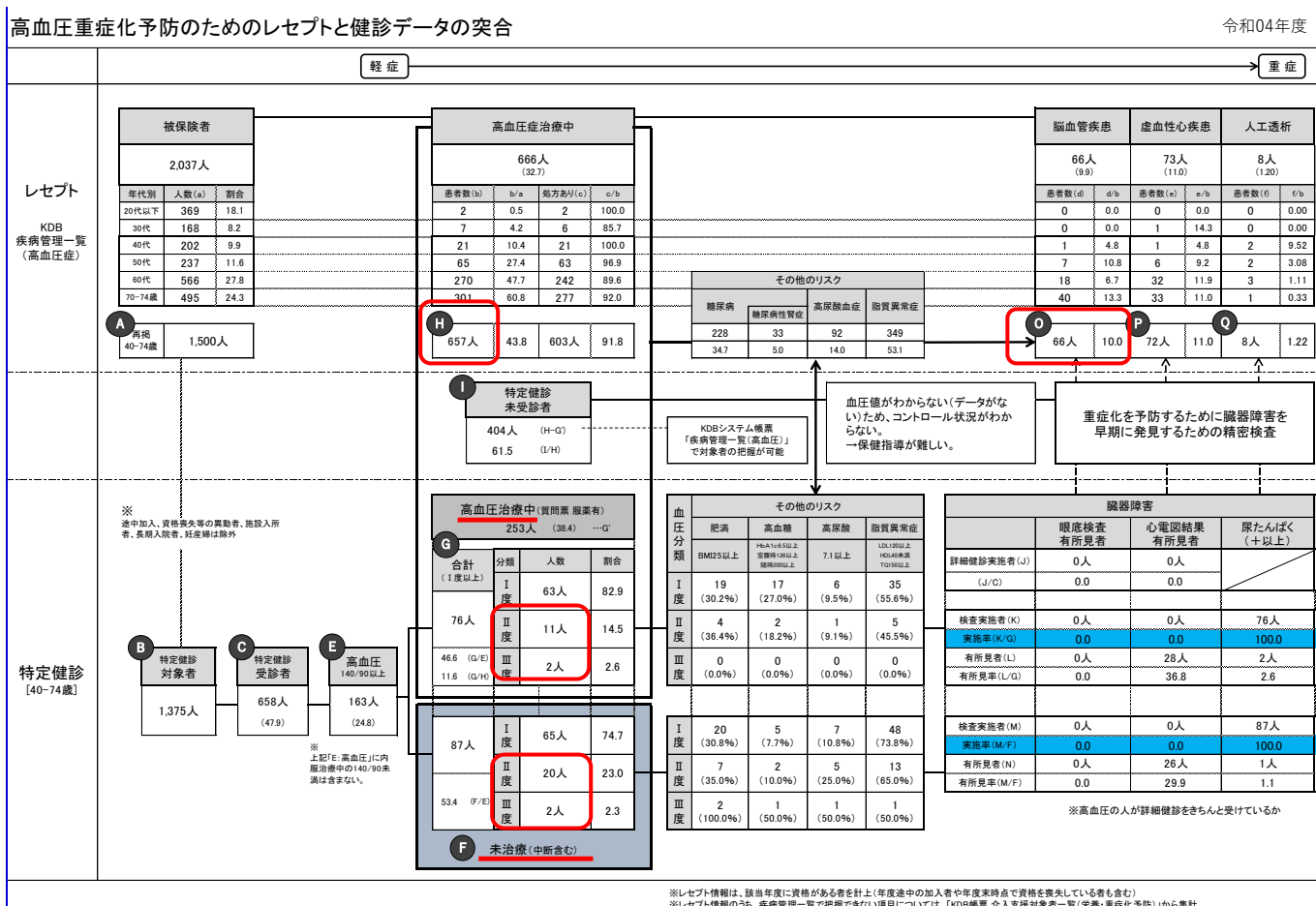
脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 64 でみると、高血圧治療者 657 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 66 人(10%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 35 人(53.2%)であり、そのうち 22 人(62.9%)は未治療者です。

医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上 13 人(17%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

図表 64 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



(3)心電図検査における心房細動の実態

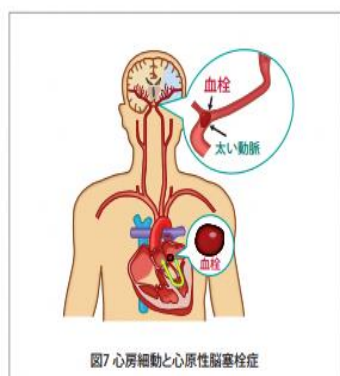


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

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 65 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

（脳卒中予防の提言より引用）

図表 65 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	352	359	350	99.4%	359	100.0%	4	1.1%	2	0.6%	--	--
40代	34	22	34	100.0%	22	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	47	44	47	100.0%	44	100.0%	1	2.1%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	130	151	129	99.2%	151	100.0%	0	0.0%	1	0.7%	1.9%	0.4%
70～74歳	141	142	140	99.3%	142	100.0%	3	2.1%	1	0.7%	3.4%	1.1%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

令和4年度健診における心電図検査において、6人に心房細動の所見がありました。特に男性に多く、その多くが70～74歳以上の方でしたが、50代の方にも見られました。

心房細動有所見者の未治療者については、すみやかに医療機関受診に繋げるとともに、治療中者についても、治療中断が引き起こすリスクについて十分な説明を行い、治療や内服の中断を防ぐ必要があります。また、心房細動等の不整脈の早期発見のために、自己検脈の周知についても行っていきます。

すでに嘉島町では、ほぼ全ての健診受診者に心電図検査を実施できていますが、第3期計画においても、心電図検査の全数実施に努め、心電図検査結果で把握できるハイリスク者について、確実に受診勧奨や保健指導を実施していきます。

(4) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

第2期計画では、保健指導の対象者をⅡ度高血圧以上者としていましたが、図表66のとおり、リスク第3層に該当する高値血圧者やⅠ度高血圧者などは高リスク者にあたるため、より脳心疾患リスクの高い対象者に保健指導を実施できるよう、対象者の見直しを行っていきます。

図表 66 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和03年度					
保健指導対象者の明確化と優先順位の決定					
(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会					
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子					
p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化					
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画					
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化					
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)					
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類 (mmHg)			
		高値血圧 130～139 /80～89	Ⅰ度高血圧 140～159 /90～99	Ⅱ度高血圧 160～179 /100～109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	9,010	4,549 50.5%	3,293 36.5%	929 10.3%	239 2.7%
リスク第1層 予後影響因子がない	562 6.2%	C 357 7.8%	B 156 4.7%	B 43 4.6%	A 6 2.5%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	5,034 55.9%	C 2,529 55.6%	B 1,885 57.2%	A 502 54.0%	A 118 49.4%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁脈症性心臓病、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	3,414 37.9%	B 1,663 36.6%	A 1,252 38.0%	A 384 41.3%	A 115 48.1%

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 66 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) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

脳血管疾患発症予防のためには、血圧をはじめとするリスク因子のコントロールが必須ですが、嘉島町では、アテローム血栓性脳梗塞の割合が最も高い状況の為、特に重要と考えます。

すでに医療機関に受診中であっても、健診結果においてコントロールが不十分な方については、健診結果(経年表)やその他の連携ツール(糖尿病連携手帳、血圧記録手帳等)等を基に、対象者本人を介して医療機関と連携することとします。また、コントロール状況に課題が大きい方や治療中断が心配される方については、対象者の状況に応じて医療機関との連携を図っていきます。

5) 評価

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

アウトプット評価やプロセス評価については年度内(2月頃)に実施し、課題を整理し次年度計画へ反映します。また、アウトカム評価については、年度内は暫定値で評価し、最終的にはデータが揃う次年度に確認します。

また、保健指導を実施した対象者の評価については、次年度の健診結果で行います。

6) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 8月～ 特定健診結果が届き次第、対象者へ介入(通年)
- 3月 年度評価の実施、次年度事業計画に向けた課題の把握

4. 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) 嘉島町の実態

第2章での分析結果のとおり、虚血性心疾患で高額になったレセプトは、件数・費用額ともに平成 30 年度から減少傾向をたどり、令和 2 年度には件数・費用額ともに 1% 台まで下がったが令和 3 年度からまた件数・費用額ともに増加傾向となっています。

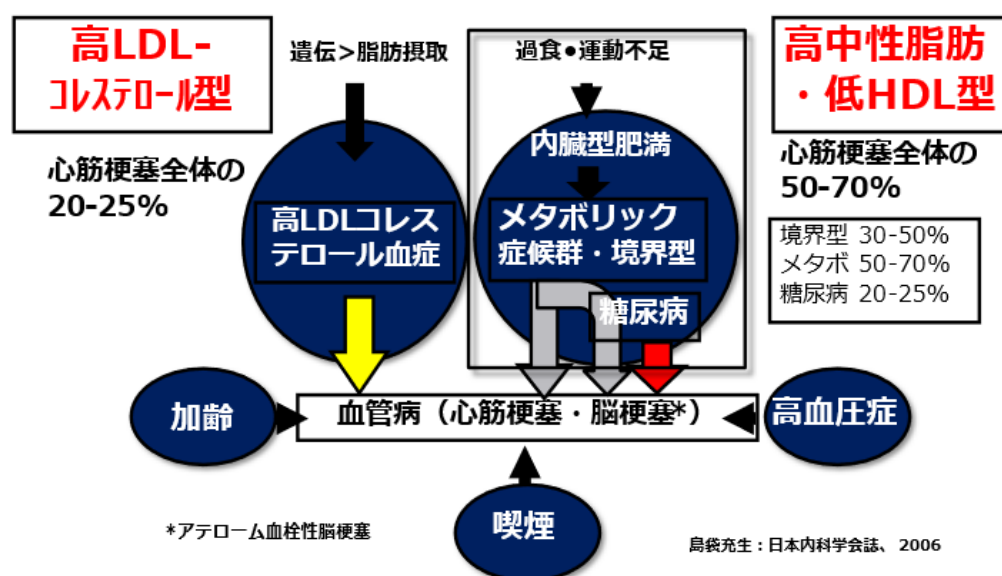
また、介護認定者における虚血性心疾患の保有率は、特に 65-74 歳から増加し、75 歳以上で高くなっていました。

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

(2) 対象者選定基準の考え方

虚血性心疾患予防の対象者は、メタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します(図表 67)。また、心電図所見からのフロー図を活用します(図表 68)。

図表 67 心血管病をおこしやすいひと



心電図所見からどうすればいいの？

心電図変化 — あり → ST異常・Q波 (資料 B-1)
血管の詰まり具合を見ている
経年で確認

心電図変化 なし (資料 A-1, A-2, A-3)
経年で確認
危険因子があるか
肥満・高血圧
高血糖・脂質異常
心筋梗塞の60%は前駆症状なし..かくれ狭心症を想定して保健指導
発症予防
再発予防
重症化予防

ST異常・Q波
昔、心筋梗塞をやりましたか？
始めて出ました
症状あり (資料 B-2)
過去に精査していない緊急性がない
過去に精査していない
すみやかに
精密検査
かかりつけ医・循環器医 (資料 E)
大きな病院 (治療 資料 F)

心肥大 (資料 C)
高血圧あり
高血圧なし
過去に精査している
過去に精査していない
すみやかに
精密検査

不整脈 (資料 D-1, D-2)
心房細動
房室ブロック
心室性期外収縮
すみやかに
精密検査
洞性徐脈
洞性頻脈

保健指導 (資料 G-1, G-2, G-3)

図表 69 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
1,531				727	472	218	114
				47.5%	30.8%	14.2%	7.4%
一次予防 まず生活習慣の改善 を行った後、薬物療法 の適応を考慮する ※4	低リスク	160未満 (190未満)	272	152	98	18	4
			17.8%	20.9%	20.8%	8.3%	3.5%
	中リスク	140未満 (170未満)	592	264	184	101	43
			38.7%	36.3%	39.0%	46.3%	37.7%
	高リスク	120未満 (150未満)	656	305	186	98	67
			42.8%	42.0%	39.4%	45.0%	58.8%
再掲	100未満 (130未満) ※1	44	23	12	5	4	
		2.9%	3.1%	2.6%	2.1%	3.9%	
二次予防 生活習慣の是正と共に 薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	11	6	4	1	0
			0.7%	0.8%	0.8%	0.5%	0.0%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病＋喫煙ありの場合に考慮

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

※3 糖尿病(服薬あり・健診結果で糖尿病型)、CKD(eGFR60未満、尿蛋白(±)以上)を考慮。

※4 ※1～3がない場合、動脈硬化性疾患の発症リスク(性別・収縮期血圧・糖代謝異常・LDL・HDL・喫煙)で判断

図表 70 心電図検査結果

性別・年齢		心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		実施者数 A		有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	711	99.7%	195	27.4%	1	0.5%	25	12.8%	7	3.6%	13	6.7%	15	7.7%	27	13.8%	6	3.1%	35	17.9%
	男性	352	99.4%	106	30.1%	1	0.9%	14	13.2%	3	2.8%	6	5.7%	11	10.4%	16	15.1%	4	3.8%	21	19.8%
	女性	359	100.0%	89	24.8%	0	0.0%	11	12.4%	4	4.5%	7	7.9%	4	4.5%	11	12.4%	2	2.2%	14	15.7%

嘉島町調べ

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

図表 71 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併せて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

虚血性心疾患発症予防のためには、LDL コレステロールやメタボリックシンドロームをはじめとするリスク因子のコントロールが重要となります。すでに医療機関に受診中であっても、健診結果においてコントロールが不十分な方については、健診結果(経年表)やその他の連携ツール(糖尿病連携手帳、血圧記録手帳等)等を基に、対象者本人を介して医療機関と連携することとします。また、コントロール状況に課題が大きい方や治療中断が心配される方については、対象者の状況に応じ、必要に応じて医療機関との連携を図っていきます。

5) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と併せて年 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・脳血管疾患等の評価と併せて行っていきます。

6) 実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準の決定
- 5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 8 月～ 特定健診結果が届き次第、対象者へ介入(通年)
- 3 月 年度評価の実施、次年度事業計画に向けた課題の把握

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

嘉島町では、熊本県後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。

具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

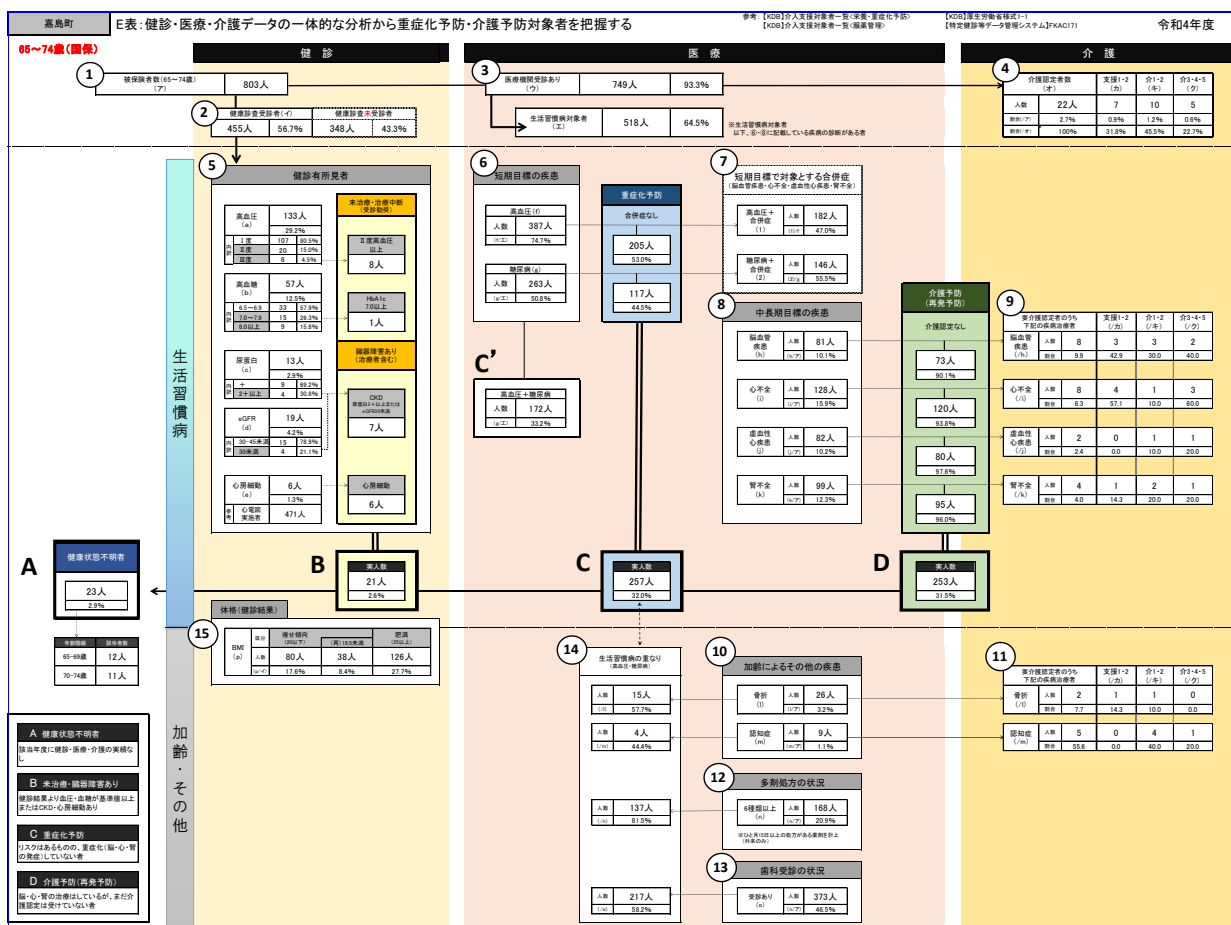
② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないう、国保の保健事業で活用している糖尿病管理台帳や重症化予防対象者の台帳等をもとに、継続した保健指導を実施します。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していきます(ポピュレーションアプローチ)。

3) 関係者間での連携

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

必要な情報及び実態の共有、対象者の引継ぎ等が円滑に進むよう、必要時連携を図ることとします。

図表 78 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 発症予防

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

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

嘉島町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しています。データヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、ライフサイクルの視点で妊娠期からの保健事業についても、生活習慣病予防の視点を加え実施していく必要があると考えます。

特に、妊娠期や乳幼児健診で把握できる情報をもとに、経過が確認できるようなフォロー体制の構築を行っていきます。

嘉島町の生活習慣病の医療機関受診者は 40～64 歳で被保険者の 47%程となっており、県平均より高い状況です。しかし 40 代ですでに臓器障害を起こしている方もいるため、より若い世代からの健康管理が大切であり、嘉島町でも、30 歳から受診できる若年者健診を実施しています。被保険者が自身の身体の状態を毎年確認することが習慣化できるような取組の推進に努めていきます。

V. ポピュレーションアプローチ

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

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の評価は、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価をし、必要に応じて見直しを行います。

また、計画の最終年度の令和11年度においては、次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います。

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

※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、特定保健指導実施率 ・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・介護のデータが収載されるので、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て広く周知します。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた嘉島町の位置

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

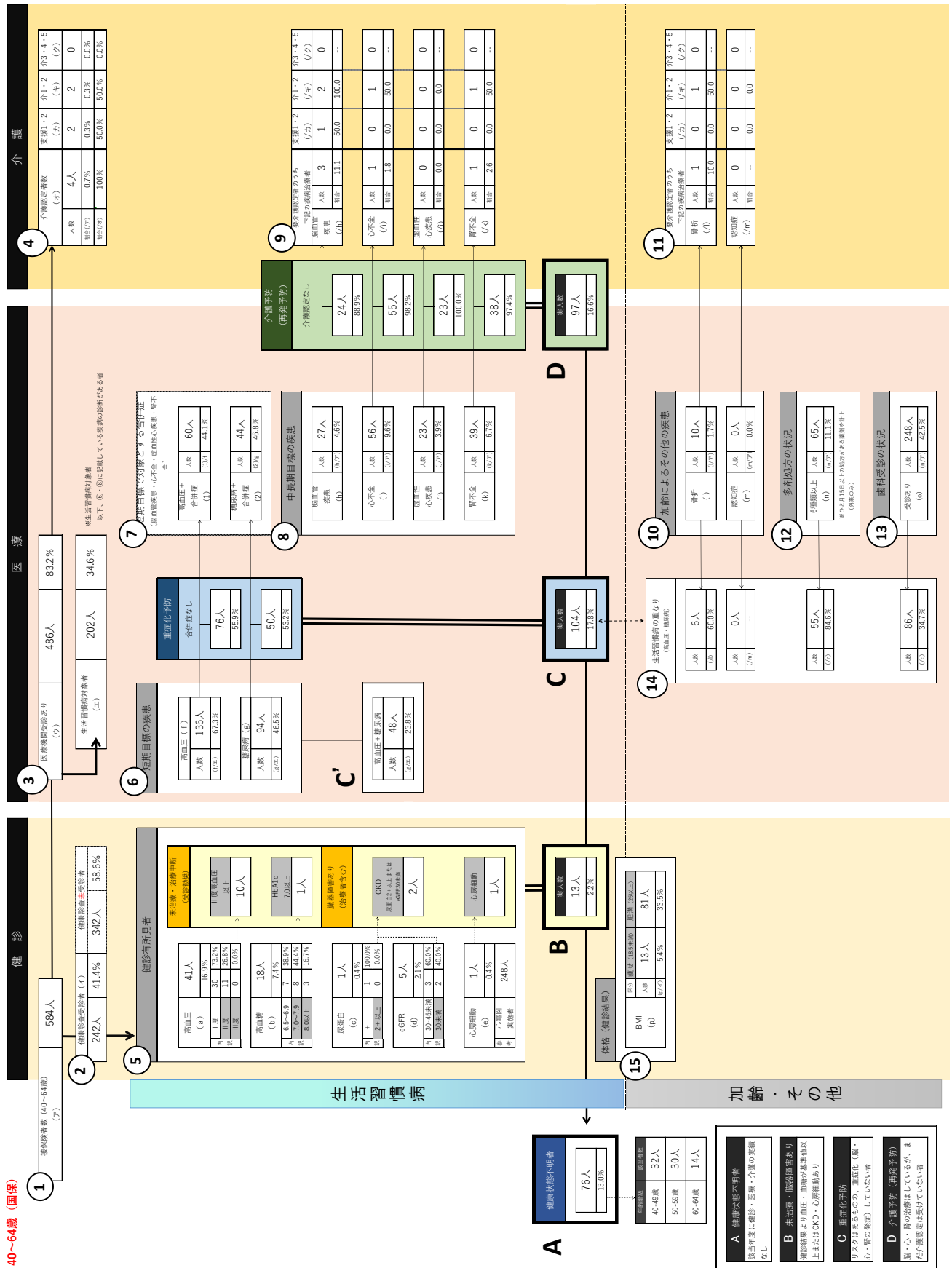
参考資料9 LDL-C の年次比較

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた嘉島町の位置

R04年度

項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	人口構成	総人口		9,537		1,680,058		1,713,102		123,214,261		KDB_NO.5
			65歳以上（高齢化率）		2,531	26.5	662,426	39.4	540,538	31.6	35,335,805	28.7	人口の状況
			75歳以上		1,375	14.4	--	--	282,460	16.5	18,248,742	14.8	KDB_NO.3
			65～74歳		1,156	12.1	--	--	258,078	15.1	17,087,063	13.9	健診・医療・介護
			40～64歳		2,879	30.2	--	--	543,167	31.7	41,545,893	33.7	データからみる地域の健康課題
	39歳以下		4,127	43.3	--	--	629,397	36.7	46,332,563	37.6			
	②	産業構成	第1次産業		8.4		17.0		9.8		4.0		KDB_NO.3
			第2次産業		21.7		25.3		21.1		25.0		健診・医療・介護
			第3次産業		69.8		57.7		69.1		71.0		データからみる地域の健康課題
	③	平均寿命	男性		81.4		80.4		81.2		80.8		KDB_NO.1
女性			88.0		86.9		87.5		87.0				
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性		80.3		79.5		80.4		80.1		地域全体像の把握	
		女性		85.7		84.2		85.0		84.4			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	90.1		103.1		94.9		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	90.3		101.3		94.5		100		
			死因	がん	27	46.6	7,089	46.3	5,349	48.2	378,272	50.6	
				心臓病	21	36.2	4,562	29.8	3,242	29.2	205,485	27.5	
				脳疾患	5	8.6	2,404	15.7	1,547	13.9	102,900	13.8	
				糖尿病	0	0.0	283	1.8	202	1.8	13,896	1.9	
				腎不全	2	3.4	622	4.1	476	4.3	26,946	3.6	
				自殺	3	5.2	346	2.3	282	2.5	20,171	2.7	
	②	早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP	
			男性										人口動態調査
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		498	19.8	127,161	19.4	108,069	20.2	6,724,030	19.4	
			新規認定者		14	0.3	2,078	0.3	1,261	0.3	110,289	0.3	
			介護度別 総件数	要支援1.2	1,818	15.8	365,856	13.2	380,309	14.2	21,785,044	12.9	
				要介護1.2	5,942	51.6	1,297,770	46.8	1,309,567	49.0	78,107,378	46.3	
				要介護3以上	3,745	32.6	1,111,908	40.1	984,793	36.8	68,963,503	40.8	
			2号認定者		8	0.28	2,073	0.39	1,879	0.35	156,107	0.38	
	②	有病状況	糖尿病	129	25.4	30,162	22.6	25,945	23.1	1,712,613	24.3		
			高血圧症	309	60.3	71,773	54.3	65,761	58.7	3,744,672	53.3		
			脂質異常症	199	36.5	39,654	29.6	37,156	32.8	2,308,216	32.6		
			心臓病	359	70.6	80,304	60.9	73,556	65.7	4,224,628	60.3		
脳疾患			116	20.2	30,910	23.8	25,387	22.8	1,568,292	22.6			
がん			68	13.3	14,782	11.0	13,445	12.0	837,410	11.8			
筋・骨格			300	58.6	71,540	54.1	66,287	59.2	3,748,372	53.4			
精神			208	42.8	49,589	37.8	45,259	40.5	2,569,149	36.8			
③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		283,502	717,542,937	314,188	208,126,001,519	310,858	168,030,405,720	290,668	10,074,274,226,869		
		1件当たり給付費（全体）		62,368		74,986		62,823		59,662			
		居宅サービス		39,959		43,722		42,088		41,272			
		施設サービス		301,701		289,312		303,857		296,364			
④	医療費等	要介護認定別	認定あり		10,382		9,424		9,463		8,610		
		医療費（40歳以上）	認定なし		4,523		4,375		4,221		4,020		
4	①	国保の状況	被保険者数		1,785		427,153		383,407		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
			65～74歳		791	44.3			174,230	45.4	11,129,271	40.5	
			40～64歳		575	32.2			118,490	30.9	9,088,015	33.1	
			39歳以下		419	23.5			90,687	23.7	7,271,596	26.5	
	加入率		18.7		25.6		22.4		22.3				
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	2	1.1	150	0.4	208	0.5	8,237	0.3		
			診療所数	12	6.7	1,147	2.7	1,473	3.8	102,599	3.7		
			病床数	203	113.7	15,964	37.4	32,745	85.4	1,507,471	54.8		
			医師数	25	14.0	1,780	4.2	5,415	14.1	339,611	12.4		
			外来患者数	782.4		692.2		768.9		687.8			
			入院患者数	26.0		22.7		26.2		17.7			
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		428,592	県内16位 同規模36位	376,732		407,772		339,680		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
			受診率		808.36		714.851		795.102		705.439		
			外 来	費用の割合	54.5		56.3		54.5		60.4		
件数の割合				96.8		96.8		96.7		97.5			
入 院			費用の割合	45.5		43.7		45.5		39.6			
			件数の割合	3.2		3.2		3.3		2.5			
		1件あたり在院日数		17.8日		16.4日		18.1日		15.7日			

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	109,683,940	29.1	31.3	27.3	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題					
			慢性腎不全（透析あり）	51,629,380	13.7	7.2	10.7	8.2						
			糖尿病	42,963,340	11.4	11.3	10.9	10.4						
			高血圧症	22,566,730	6.0	6.6	6.0	5.9						
			脂質異常症	13,508,220	3.6	3.8	3.3	4.1						
			脳梗塞・脳出血	10,914,870	2.9	3.9	3.6	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	4,126,660	1.1	2.8	2.0	2.8						
			精神	57,772,730	15.3	14.9	18.6	14.7						
	筋・骨格	59,663,320	15.8	17.3	16.6	16.7								
	⑤	医療費分析 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	88	0.0	430	0.3	435	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)			
糖尿病				3,202	1.6	1,426	0.9	2,168	1.2	1,144		0.9		
脂質異常症				3	0.0	69	0.0	117	0.1	53		0.0		
脳梗塞・脳出血				5,297	2.7	6,762	4.1	7,036	3.8	5,993		4.5		
医療費分析 一人当たり医 療費/外来医療 費に占める割 合		外 来	虚血性心疾患	4,031	2.1	4,422	2.7	3,398	1.8	3,942		2.9		
			腎不全	7,868	4.0	4,755	2.9	5,404	2.9	4,051		3.0		
			高血圧症	12,555	5.4	12,793	6.0	12,283	5.5	10,143		4.9		
			糖尿病	20,845	8.9	21,925	10.3	21,299	9.6	17,720		8.6		
		脂質異常症	7,564	3.2	7,608	3.6	6,890	3.1	7,092	3.5				
		脳梗塞・脳出血	818	0.4	943	0.4	625	0.3	825	0.4				
		虚血性心疾患	1,757	0.8	1,933	0.9	1,621	0.7	1,722	0.8				
		腎不全	2,451	10.5	16,719	7.9	23,648	10.6	15,781	7.7				
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,933		3,122		2,450		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題				
			健診未受診者	12,891		12,911		13,484			13,295			
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	8,147		9,063		6,758			6,142			
			健診未受診者	35,803		37,482		37,197			40,210			
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	386	55.7	81,311	58.1	55,575	56.8	3,698,441	56.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	339	48.9	73,037	52.2	50,251	51.3	3,375,719	51.9				
		医療機関非受診率	47	6.8	8,274	5.9	5,324	5.4	322,722	5.0				
5	①	特定健診の 状況 県内市町村数 47市町村 同規模市区町村数 240市町村	健診受診者	693		139,850		97,898		6,503,152	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	②		受診率	55.8	県内14位 同規模38位	44.7		36.4	全国26位	35.3				
	③		特定保健指導終了者（実施率）	0	0.0	2678	16.0	3,313	28.6	69,327		9.0		
	④		非肥満高血糖	67	9.7	14,190	10.1	8,692	8.9	588,083		9.0		
	⑤		メタボ	該当者	177	25.5	30,227	21.6	20,321	20.8		1,321,197	20.3	
				男性	127	36.8	21,300	32.1	14,222	32.4		923,222	32.0	
				女性	50	14.4	8,927	12.1	6,099	11.3		397,975	11.0	
				予備群	78	11.3	16,236	11.6	11,800	12.1		730,607	11.2	
	⑥		メタボ	男性	55	15.9	11,464	17.3	8,107	18.5		515,813	17.9	
				女性	23	6.6	4,772	6.5	3,693	6.8		214,794	5.9	
	⑦		タ ボ 該 当 ・ 予 備 群 レ ベ ル	腹 囲	総数	285	41.1	51,122	36.6	35,581		36.3	2,273,296	35.0
	男性				200	58.0	35,935	54.2	24,633	56.1		1,592,747	55.3	
	女性				85	24.4	15,187	20.6	10,948	20.3		680,549	18.8	
	総数				25	3.6	8,128	5.8	4,148	4.2		304,276	4.7	
	BMI			男性	7	2.0	1,372	2.1	620	1.4		48,780	1.7	
				女性	18	5.2	6,756	9.2	3,528	6.5		255,496	7.1	
	⑧			血 糖 の み 血 圧 の み 脂 質 の み 血 糖・血 圧 血 糖・脂 質 血 圧・脂 質 血 糖・血 圧・脂 質	血糖のみ	4	0.6	963	0.7	705		0.7	41,541	0.6
	血圧のみ				50	7.2	11,851	8.5	8,557	8.7		514,593	7.9	
	脂質のみ				24	3.5	3,422	2.4	2,538	2.6		174,473	2.7	
	血糖・血圧	28			4.0	5,115	3.7	3,517	3.6	193,722	3.0			
血糖・脂質	15	2.2	1,475		1.1	985	1.0	67,212	1.0					
血圧・脂質	74	10.7	13,535		9.7	9,222	9.4	630,648	9.7					
血糖・血圧・脂質	60	8.7	10,102		7.2	6,597	6.7	429,615	6.6					
⑨	服 薬	高血圧	269		38.8	55,201	39.5	37,276	38.1	2,324,538	35.8			
糖尿病		78	11.3	14,674	10.5	9,143	9.3	564,473	8.7					
6	① ②	問診の状況	脂質異常症	207	29.9	38,748	27.7	26,402	27.0	1,817,350	28.0			
			脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	36	5.2	4,389	3.3	2,933	3.0	199,003	3.1			
6	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	既往歴	心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	45	6.5	8,295	6.2	5,477	5.7	349,845	5.5		
			腎不全	3	0.4	1,283	0.9	662	0.7	51,680	0.8			
			貧血	39	5.6	12,237	9.0	10,590	11.0	669,737	10.6			
			喫煙	132	19.0	21,078	15.1	13,307	13.6	896,676	13.8			
			週3回以上朝食を抜く	84	12.1	11,378	8.6	9,112	10.2	609,166	10.3			
			週3回以上食後間食（～H29）	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
			週3回以上就寝前夕食（H30～）	104	15.1	21,660	16.4	13,395	14.8	932,218	15.7			
			週3回以上就寝前夕食	104	15.1	21,660	16.4	13,395	14.8	932,218	15.7			
			食べる速度が遅い	176	25.4	35,108	26.4	24,787	27.4	1,590,713	26.8			
			20歳時体重から10kg以上増加	286	41.3	47,632	35.8	32,106	36.0	2,083,152	34.9			
			1回30分以上運動習慣なし	391	56.4	86,948	65.2	55,634	61.6	3,589,415	60.3			
			1日1時間以上運動なし	400	57.7	62,532	46.9	45,867	50.8	2,858,913	48.0			
			睡眠不足	127	18.4	32,230	24.3	22,325	24.7	1,521,685	25.6			
			毎日飲酒	212	30.6	35,947	26.5	25,323	26.3	1,585,206	25.5			
時々飲酒	161	23.2	28,605	21.1	23,075	24.0	1,393,154	22.4						
日 飲 酒 量	1合未満	199	53.4	53,892	59.9	52,841	68.5	2,851,798	64.2					
	1～2合	126	33.8	23,850	26.5	17,396	22.5	1,053,317	23.7					
	2～3合	42	11.3	9,375	10.4	5,528	7.2	414,658	9.3					
	3合以上	6	1.6	2,835	3.2	1,416	1.8	122,039	2.7					



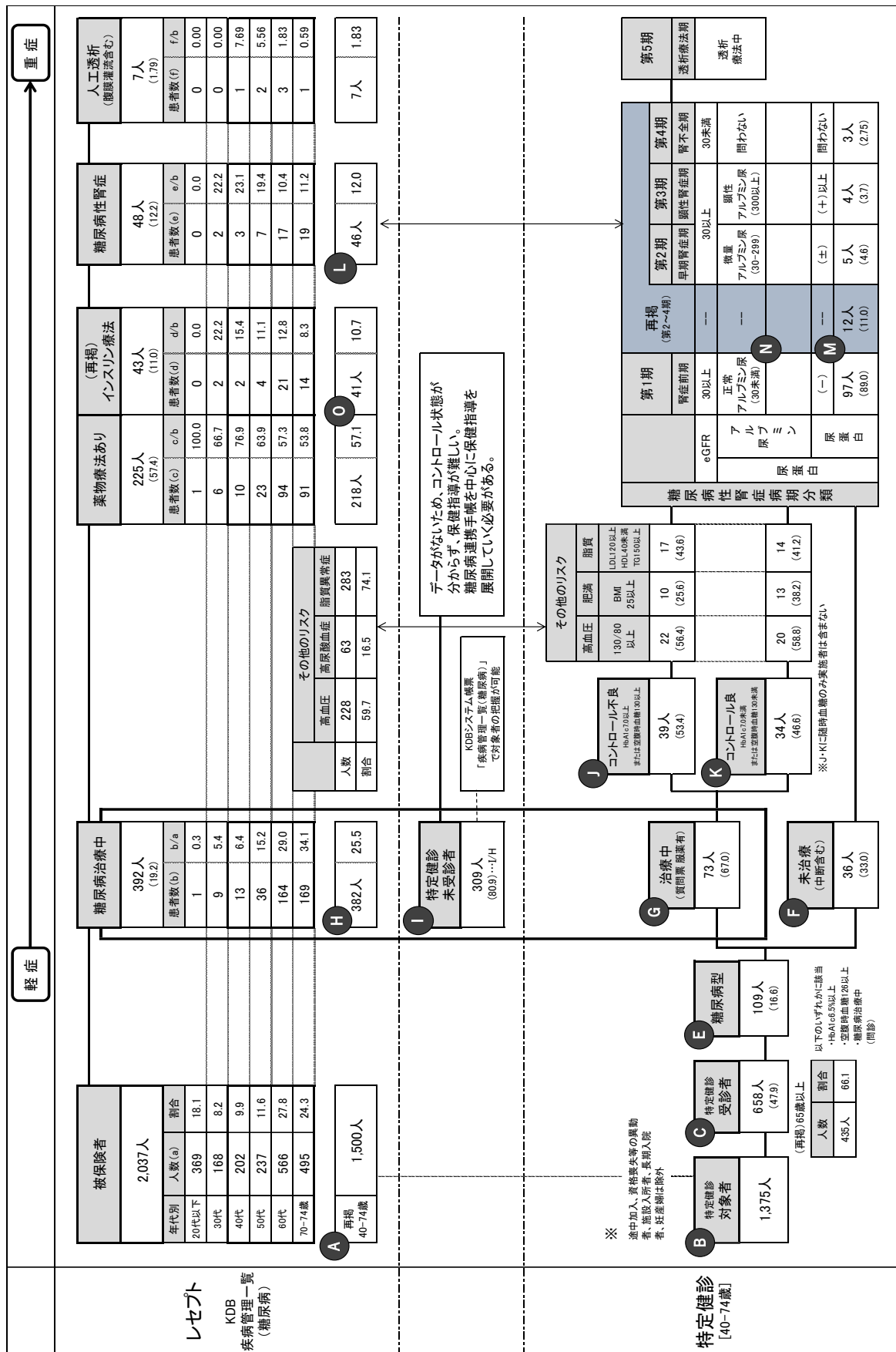
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

【参考資料 3】

項目			実 合 表	嘉島町										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	1,997人		1,925人		1,881人		1,897人		1,844人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲) 40-74歳		1,497人		1,478人		1,446人		1,460人		1,428人					
2	①	特定健診	対象者数	B	1,314人		1,280人		1,311人		1,284人		1,235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		受診者数	C	790人		789人		764人		765人		711人				
	③		受診率		--		--		--		--		--				
3	①	特定	対象者数		104人		105人		107人		91人		94人				
	②	保健指導	実施率		51.0%		70.5%		71.0%		64.8%		59.6%				
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	117人	14.8%	118人	15.0%	137人	17.9%	125人	16.3%	113人	15.9%			特定健診結果
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	31人	26.5%	32人	27.1%	51人	37.2%	32人	25.6%	34人	30.1%			
	③		治療中（質問票 服薬あり）	G	86人	73.5%	86人	72.9%	86人	62.8%	93人	74.4%	79人	69.9%			
	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	47人	54.7%	51人	59.3%	47人	54.7%	50人	53.8%	37人	46.8%			
	⑤		血圧 130/80以上		24人	51.1%	34人	66.7%	28人	59.6%	28人	56.0%	19人	51.4%			
	⑥		肥満 BMI25以上		25人	53.2%	21人	41.2%	22人	46.8%	24人	48.0%	12人	32.4%			
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	39人	45.3%	35人	40.7%	39人	45.3%	43人	46.2%	42人	53.2%			
	⑧		第1期 尿蛋白（－）	M	106人	90.6%	103人	87.3%	122人	89.1%	111人	88.8%	97人	85.8%			
	⑨		第2期 尿蛋白（±）		5人	4.3%	8人	6.8%	6人	4.4%	4人	3.2%	7人	6.2%			
	⑩		第3期 尿蛋白（＋）以上		5人	4.3%	6人	5.1%	8人	5.8%	6人	4.8%	6人	5.3%			
	⑪		第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	1人	0.7%	4人	3.2%	3人	2.7%			
5	①	レセプト	糖尿病受診率（被保険者千対）		127.7人		133.5人		126.0人		120.2人		126.4人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②		(再掲) 40-74歳（被保険者千対）		168.3人		171.9人		161.1人		155.5人		161.8人				
	③		レセプト件数 (40-74歳)	入院外（件数）	1,389件	(954.6)	1,345件	(934.0)	1,494件	(1024.0)	1,484件	(1046.5)	1,475件	(1079.8)	319,711件	(930.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④		() 内は被保険者千対	入院（件数）	9件	(6.2)	4件	(2.8)	5件	(3.4)	4件	(2.8)	7件	(5.1)	1,521件	(4.4)	
	⑤		糖尿病治療中		255人	12.8%	257人	13.4%	237人	12.6%	228人	12.0%	233人	12.6%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	⑥		(再掲) 40-74歳	H	252人	16.8%	254人	17.2%	233人	16.1%	227人	15.5%	231人	16.2%			
	⑦		健診未受診者	I	166人	65.9%	168人	66.1%	147人	63.1%	134人	59.0%	152人	65.8%			
	⑧		インスリン治療	O	22人	8.6%	20人	7.8%	17人	7.2%	23人	10.1%	22人	9.4%			
	⑨		(再掲) 40-74歳		22人	8.7%	20人	7.9%	17人	7.3%	23人	10.1%	22人	9.5%			
	⑩		糖尿病性腎症	L	24人	9.4%	26人	10.1%	19人	8.0%	20人	8.8%	25人	10.7%			
	⑪		(再掲) 40-74歳		24人	9.5%	25人	9.8%	19人	8.2%	20人	8.8%	25人	10.8%			
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		3人	1.2%	3人	1.2%	3人	1.3%	3人	1.3%	4人	1.7%			
	⑬		(再掲) 40-74歳		3人	1.2%	3人	1.2%	3人	1.3%	3人	1.3%	4人	1.7%			
	⑭		新規透析患者数		0		0		1		0		0				
	⑮		(再掲) 糖尿病性腎症		0		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)		13人	3.5%	11人	2.9%	11人	3.0%	8人	2.0%	8人	2.0%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期
6	①	医療費	総医療費		7億5239万円		6億9037万円		7億5574万円		6億8065万円		7億6504万円		6億7051万円		KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題
	②		生活習慣病総医療費		4億0387万円		3億7442万円		4億4815万円		3億6638万円		3億7674万円		3億5898万円		
	③		(総医療費に占める割合)		53.7%		54.2%		59.3%		53.8%		49.2%		53.5%		
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	10,418円		8,249円		7,699円		10,932円		8,147円		9,063円		
	⑤			健診未受診者	34,495円		29,476円		35,763円		30,258円		35,803円		37,482円		
	⑥		糖尿病医療費		3851万円		3666万円		3944万円		3872万円		4296万円		4061万円		
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.5%		9.8%		8.8%		10.6%		11.4%		11.3%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費		1億1319万円		1億0124万円		1億1038万円		1億2584万円		1億3452万円				
	⑨		1件あたり		34,710円		32,261円		32,764円		38,732円		42,050円				
	⑩		糖尿病入院総医療費		1億2452万円		8518万円		9331万円		5928万円		1億1900万円				
	⑪		1件あたり		676,742円		587,471円		639,117円		559,261円		772,709円				
	⑫		在院日数		19日		19日		21日		19日		19日				
	⑬		慢性腎不全医療費		4416万円		4331万円		5307万円		5029万円		5449万円		2783万円		
	⑭		透析有り		4195万円		4018万円		5117万円		4897万円		5163万円		2567万円		
	⑮		透析なし		221万円		313万円		190万円		132万円		286万円		216万円		
7	①	介護	介護給付費		6億5596万円		6億8478万円		7億1084万円		7億0465万円		7億1754万円		8億6719万円		
	②		(2号認定者) 糖尿病合併症		1件	12.5%	1件	14.3%	1件	14.3%	0件	0.0%	1件	20.0%			
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）		1人	1.1%	0人	0.0%	1人	1.1%	1人	1.1%	0人	0.0%	622人	1.0%	KDB_健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの統合

令和04年度

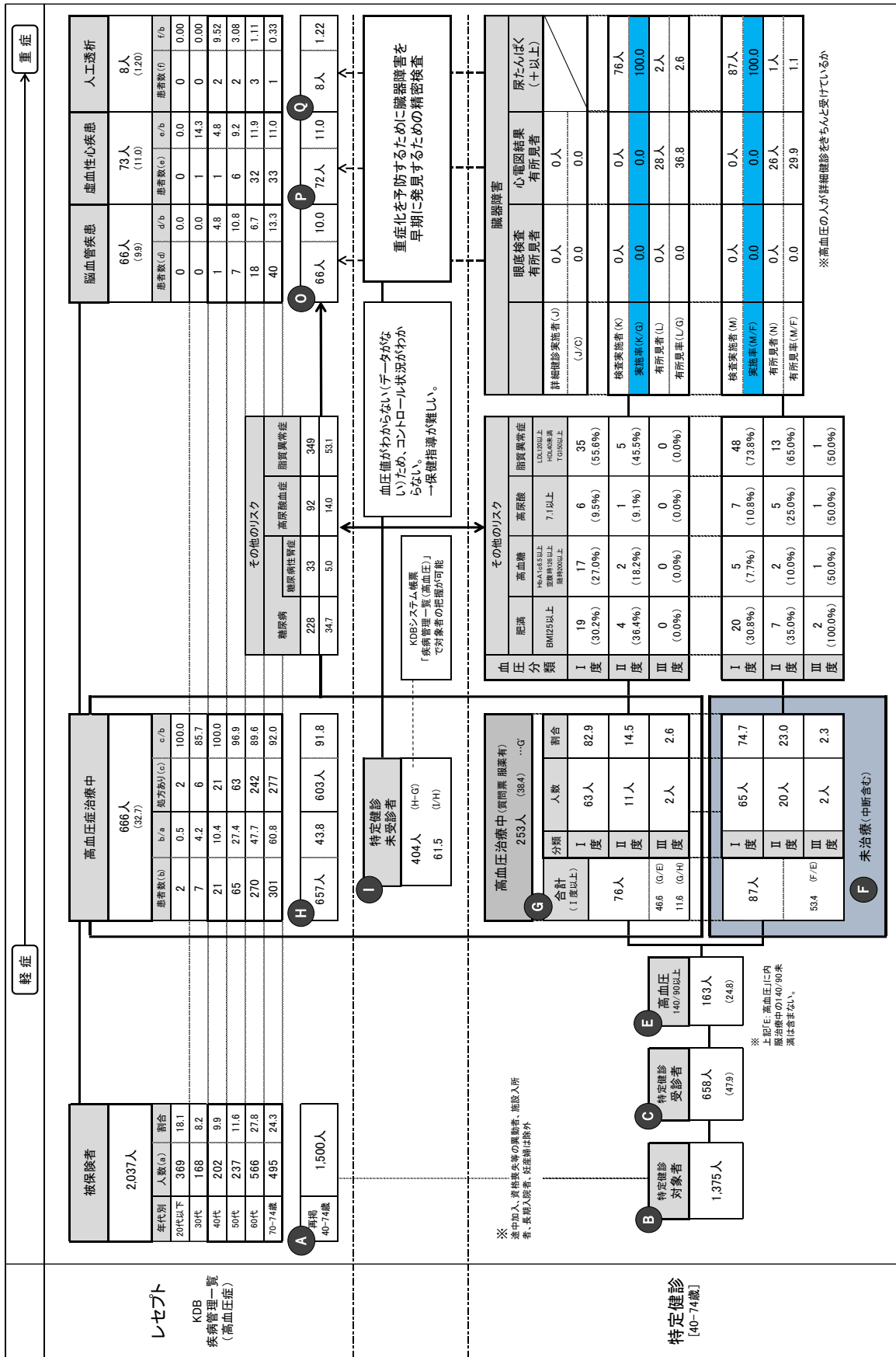


※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB帳票・介入支援対象者一覧(表・重化化予防)」から集計

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

【参考資料 5】



HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病									
		合併症予防の ための目標						最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる							
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	770	184	23.9%	318	41.3%	176	22.9%	44	5.7%	31	4.0%	17	2.2%	27	3.5%	11	1.4%
H30	790	316	40.0%	290	36.7%	120	15.2%	27	3.4%	24	3.0%	13	1.6%	24	3.0%	10	1.3%
R01	788	218	27.7%	339	43.0%	151	19.2%	49	6.2%	18	2.3%	13	1.6%	20	2.5%	10	1.3%
R02	762	123	16.1%	354	46.5%	174	22.8%	64	8.4%	31	4.1%	16	2.1%	29	3.8%	12	1.6%
R03	763	177	23.2%	328	43.0%	165	21.6%	47	6.2%	32	4.2%	14	1.8%	28	3.7%	10	1.3%
R04	711	175	24.6%	307	43.2%	154	21.7%	40	5.6%	23	3.2%	12	1.7%	22	3.1%	8	1.1%

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											
					再)7.0以上	未治療	治療											
H29	770	184 23.9%	318 41.3%	176 22.9%	92	32	60											
					11.9%	34.8%	65.2%											
					48 6.2%	9 18.8%	39 81.3%	0.062337662 0.119480519										
H30	790	316 40.0%	290 36.7%	120 15.2%	64	13	51											
					8.1%	20.3%	79.7%											
					37 4.7%	6 16.2%	31 83.8%	0.046835443 0.081012658										
R01	788	218 27.7%	339 43.0%	151 19.2%	80	21	59											
					10.2%	26.3%	73.8%											
					31 3.9%	4 12.9%	27 87.1%	0.039340102 0.101522843										
R02	762	123 16.1%	354 46.5%	174 22.8%	111	45	66											
					14.6%	40.5%	59.5%											
					47 6.2%	12 25.5%	35 74.5%	0.06167979 0.145669291										
R03	763	177 23.2%	328 43.0%	165 21.6%	93	21	72											
					12.2%	22.6%	77.4%											
					46 6.0%	8 17.4%	38 82.6%	0.060288336 0.121887287										
R04	711	175 24.6%	307 43.2%	154 21.7%	75	24	51											
					10.5%	32.0%	68.0%											
					35 4.9%	9 25.7%	26 74.3%	0.049226442 0.105485232										

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		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上
				A		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
				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	81	10.5%	1	1.2%	3	3.7%	17	21.0%	21	25.9%	26	32.1%	13	16.0%	23	28.4%	10	12.3%		
	H30	86	10.9%	2	2.3%	6	7.0%	27	31.4%	20	23.3%	23	26.7%	8	9.3%	18	20.9%	6	7.0%		
	R01	86	10.9%	1	1.2%	3	3.5%	23	26.7%	32	37.2%	15	17.4%	12	14.0%	19	22.1%	9	10.5%		
	R02	85	11.2%	1	1.2%	4	4.7%	14	16.5%	31	36.5%	25	29.4%	10	11.8%	21	24.7%	6	7.1%		
	R03	93	12.2%	1	1.1%	6	6.5%	14	15.1%	34	36.6%	27	29.0%	11	11.8%	22	23.7%	7	7.5%		
	R04	79	11.1%	2	2.5%	1	1.3%	25	31.6%	25	31.6%	17	21.5%	9	11.4%	18	22.8%	6	7.6%		
治療なし	H29	689	89.5%	183	26.6%	315	45.7%	159	23.1%	23	3.3%	5	0.7%	4	0.6%	4	0.6%	1	0.1%		
	H30	704	89.1%	314	44.6%	284	40.3%	93	13.2%	7	1.0%	1	0.1%	5	0.7%	6	0.9%	4	0.6%		
	R01	702	89.1%	217	30.9%	336	47.9%	128	18.2%	17	2.4%	3	0.4%	1	0.1%	1	0.1%	1	0.1%		
	R02	677	88.8%	122	18.0%	350	51.7%	160	23.6%	33	4.9%	6	0.9%	6	0.9%	8	1.2%	6	0.9%		
	R03	670	87.8%	176	26.3%	322	48.1%	151	22.5%	13	1.9%	5	0.7%	3	0.4%	6	0.9%	3	0.4%		
	R04	632	88.9%	173	27.4%	306	48.4%	129	20.4%	15	2.4%	6	0.9%	3	0.5%	4	0.6%	2	0.3%		

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	772	236	30.6%	172	22.3%	198	25.6%	143	18.5%	18	2.3%	5	0.6%
H30	790	271	34.3%	155	19.6%	204	25.8%	136	17.2%	16	2.0%	8	1.0%
R01	789	218	27.6%	171	21.7%	225	28.5%	141	17.9%	29	3.7%	5	0.6%
R02	764	198	25.9%	155	20.3%	208	27.2%	168	22.0%	33	4.3%	2	0.3%
R03	765	198	25.9%	170	22.2%	216	28.2%	154	20.1%	24	3.1%	3	0.4%
R04	711	176	24.8%	164	23.1%	193	27.1%	140	19.7%	32	4.5%	6	0.8%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診 受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上								
					再)Ⅲ度高血圧	再掲							
						未治療	治療						
H29	772	408 52.8%	198 25.6%	143 18.5%	23 3.0%	7 30.4%	16 69.6%						
					5 0.6%	2 40.0%	3 60.0%	0.006476684					
H30	790	426 53.9%	204 25.8%	136 17.2%	24 3.0%	16 66.7%	8 33.3%						
					8 1.0%	6 75.0%	2 25.0%	0.010126582					
R01	789	389 49.3%	225 28.5%	141 17.9%	34 4.3%	22 64.7%	12 35.3%						
					5 0.6%	5 100.0%	0 0.0%	0.006337136					
R02	764	353 46.2%	208 27.2%	168 22.0%	35 4.6%	22 62.9%	13 37.1%						
					2 0.3%	2 100.0%	0 0.0%	0.002617801					
R03	765	368 48.1%	216 28.2%	154 20.1%	27 3.5%	20 74.1%	7 25.9%						
					3 0.4%	3 100.0%	0 0.0%	0.003921569					
R04	711	340 47.8%	193 27.1%	140 19.7%	38 5.3%	24 63.2%	14 36.8%						
					6 0.8%	4 66.7%	2 33.3%	0.008438819					

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	273	35.4%	36	13.2%	71	26.0%	81	29.7%	69	25.3%	13	4.8%
	H30	273	34.6%	41	15.0%	59	21.6%	97	35.5%	68	24.9%	6	2.2%
	R01	290	36.8%	34	11.7%	64	22.1%	108	37.2%	72	24.8%	12	4.1%
	R02	283	37.0%	32	11.3%	58	20.5%	99	35.0%	81	28.6%	13	4.6%
	R03	300	39.2%	36	12.0%	70	23.3%	104	34.7%	83	27.7%	7	2.3%
	R04	276	38.8%	32	11.6%	64	23.2%	93	33.7%	73	26.4%	12	4.3%
治療なし	H29	499	64.6%	200	40.1%	101	20.2%	117	23.4%	74	14.8%	5	1.0%
	H30	517	65.4%	230	44.5%	96	18.6%	107	20.7%	68	13.2%	10	1.9%
	R01	499	63.2%	184	36.9%	107	21.4%	117	23.4%	69	13.8%	17	3.4%
	R02	481	63.0%	166	34.5%	97	20.2%	109	22.7%	87	18.1%	20	4.2%
	R03	465	60.8%	162	34.8%	100	21.5%	112	24.1%	71	15.3%	17	3.7%
	R04	435	61.2%	144	33.1%	100	23.0%	100	23.0%	67	15.4%	20	4.6%

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 B	割合 B/A	人数 C	割合 C/A	人数 D	割合 D/A	人数 E	割合 E/A	人数 F	割合 F/A
総数	H29	772	416	53.9%	199	25.8%	112	14.5%	26	3.4%	19	2.5%
	H30	790	421	53.3%	205	25.9%	111	14.1%	39	4.9%	14	1.8%
	R01	789	394	49.9%	211	26.7%	125	15.8%	35	4.4%	24	3.0%
	R02	763	377	49.4%	216	28.3%	107	14.0%	44	5.8%	19	2.5%
	R03	765	384	50.2%	200	26.1%	119	15.6%	41	5.4%	21	2.7%
	R04	711	390	54.9%	176	24.8%	95	13.4%	33	4.6%	17	2.4%
男性	H29	371	221	59.6%	91	24.5%	48	12.9%	6	1.6%	5	1.3%
	H30	391	229	58.6%	97	24.8%	42	10.7%	16	4.1%	7	1.8%
	R01	382	210	55.0%	102	26.7%	49	12.8%	13	3.4%	8	2.1%
	R02	373	211	56.6%	103	27.6%	40	10.7%	12	3.2%	7	1.9%
	R03	375	206	54.9%	100	26.7%	42	11.2%	17	4.5%	10	2.7%
	R04	352	225	63.9%	75	21.3%	31	8.8%	17	4.8%	4	1.1%
女性	H29	401	195	48.6%	108	26.9%	64	16.0%	20	5.0%	14	3.5%
	H30	399	192	48.1%	108	27.1%	69	17.3%	23	5.8%	7	1.8%
	R01	407	184	45.2%	109	26.8%	76	18.7%	22	5.4%	16	3.9%
	R02	390	166	42.6%	113	29.0%	67	17.2%	32	8.2%	12	3.1%
	R03	390	178	45.6%	100	25.6%	77	19.7%	24	6.2%	11	2.8%
	R04	359	165	46.0%	101	28.1%	64	17.8%	16	4.5%	13	3.6%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120～139	140～159	160以上												
					再)180以上	未治療	治療										
H29	772	416 53.9%	199 25.8%	112 14.5%	45	43	2										
					5.8%	95.6%	4.4%										
					19	18	1	0.024611399									
					2.5%	94.7%	5.3%	0.058290155									
H30	790	421 53.3%	205 25.9%	111 14.1%	53	50	3										
					6.7%	94.3%	5.7%										
					14	13	1	0.017721519									
					1.8%	92.9%	7.1%	0.067088608									
R01	789	394 49.9%	211 26.7%	125 15.8%	59	51	8										
					7.5%	86.4%	13.6%										
					24	21	3	0.030418251									
					3.0%	87.5%	12.5%	0.0747782									
R02	763	377 49.4%	216 28.3%	107 14.0%	63	54	9										
					8.3%	85.7%	14.3%										
					19	17	2	0.024901704									
					2.5%	89.5%	10.5%	0.082568807									
R03	765	384 50.2%	200 26.1%	119 15.6%	62	53	9										
					8.1%	85.5%	14.5%										
					21	19	2	0.02745098									
					2.7%	90.5%	9.5%	0.081045752									
R04	711	390 54.9%	176 24.8%	95 13.4%	50	44	6										
					7.0%	88.0%	12.0%										
					17	14	3	0.023909986									
					2.4%	82.4%	17.6%	0.070323488									

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	215	27.8%	152	70.7%	39	18.1%	22	10.2%	1	0.5%	1	0.5%
	H30	204	25.8%	141	69.1%	45	22.1%	15	7.4%	2	1.0%	1	0.5%
	R01	218	27.6%	144	66.1%	41	18.8%	25	11.5%	5	2.3%	3	1.4%
	R02	219	28.7%	140	63.9%	54	24.7%	16	7.3%	7	3.2%	2	0.9%
	R03	231	30.2%	163	70.6%	41	17.7%	18	7.8%	7	3.0%	2	0.9%
	R04	211	29.7%	161	76.3%	32	15.2%	12	5.7%	3	1.4%	3	1.4%
治療なし	H29	557	72.2%	264	47.4%	160	28.7%	90	16.2%	25	4.5%	18	3.2%
	H30	586	74.2%	280	47.8%	160	27.3%	96	16.4%	37	6.3%	13	2.2%
	R01	571	72.4%	250	43.8%	170	29.8%	100	17.5%	30	5.3%	21	3.7%
	R02	544	71.3%	237	43.6%	162	29.8%	91	16.7%	37	6.8%	17	3.1%
	R03	534	69.8%	221	41.4%	159	29.8%	101	18.9%	34	6.4%	19	3.6%
	R04	500	70.3%	229	45.8%	144	28.8%	83	16.6%	30	6.0%	14	2.8%