

東串良町国民健康保険 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

東串良町国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化10

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)34

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

第4章 課題解決するための個別保健事業41

- I. 保健事業の方向性

Ⅱ. 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. 脳血管疾患重症化予防

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58

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59

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料61

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

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

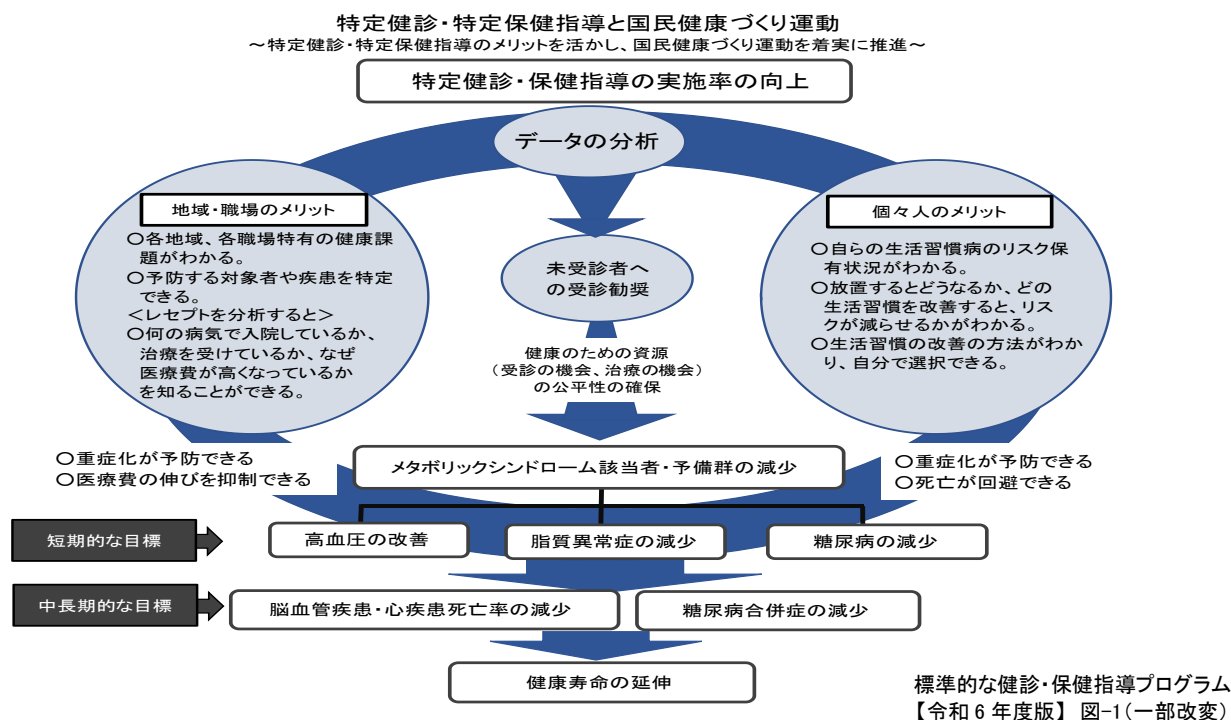
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

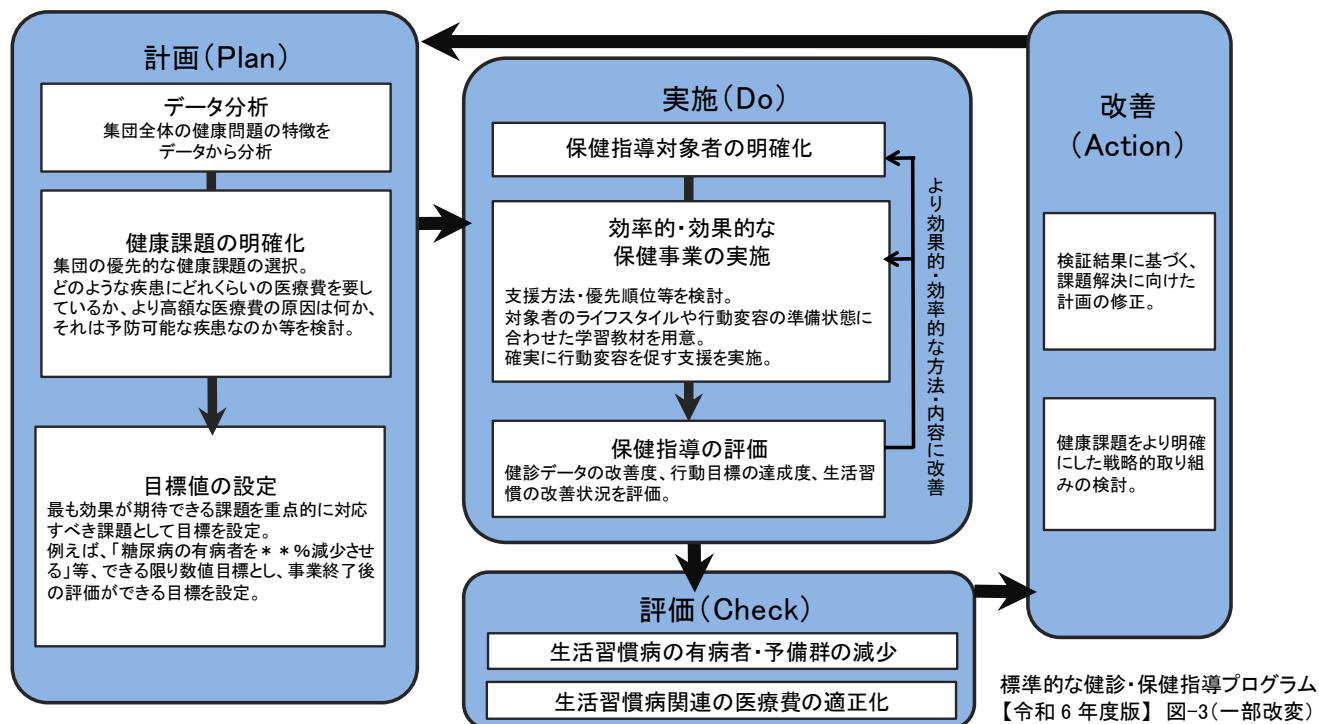
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るた めの保健事業実施計画を策定、保健 事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患、 神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心臓疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 ＜アウトカム＞ メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 ＜アウトプット＞ 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・ハイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)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



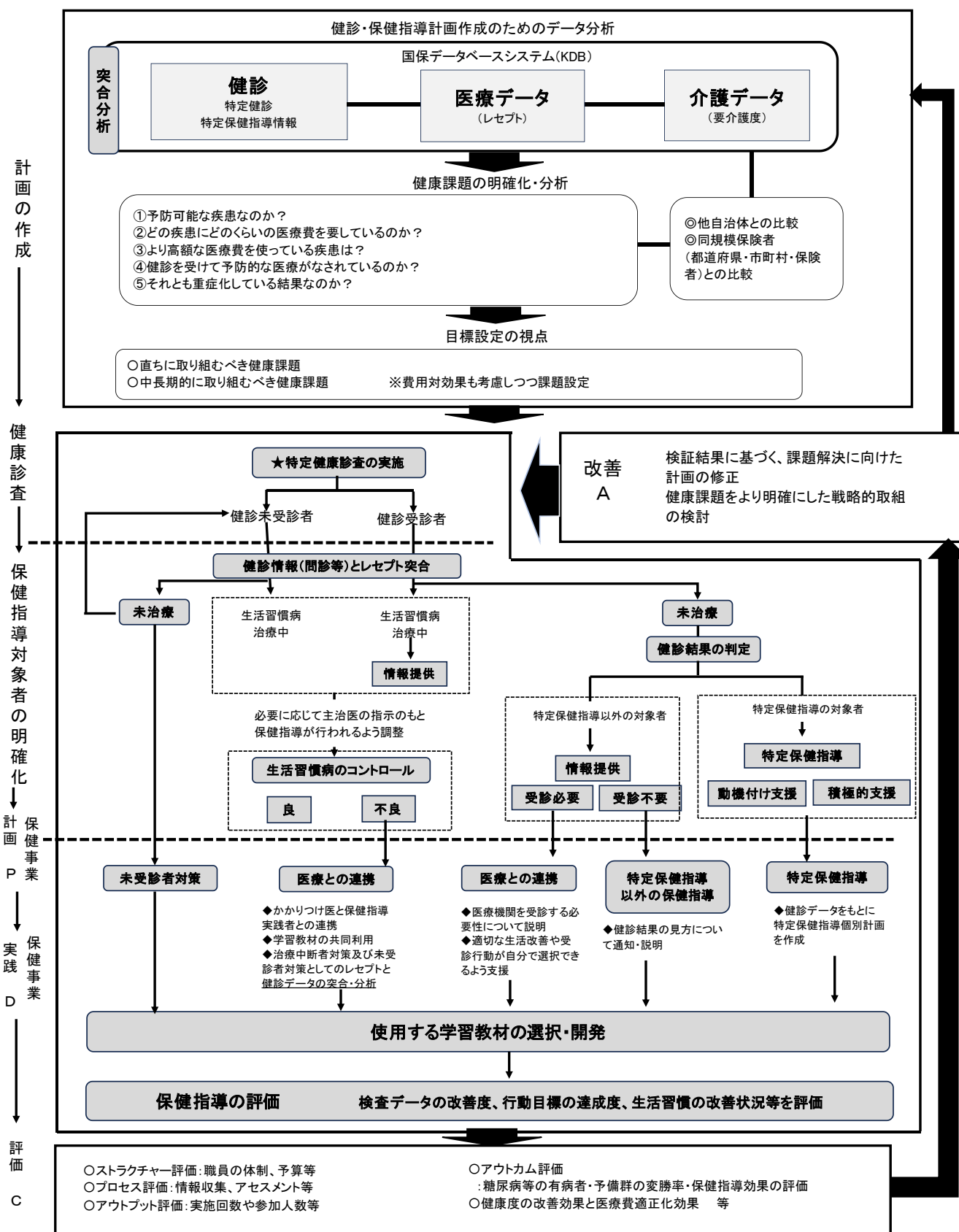
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



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

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

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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析
(生活習慣病に関するガイドライン)

行動変容を促す手法

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

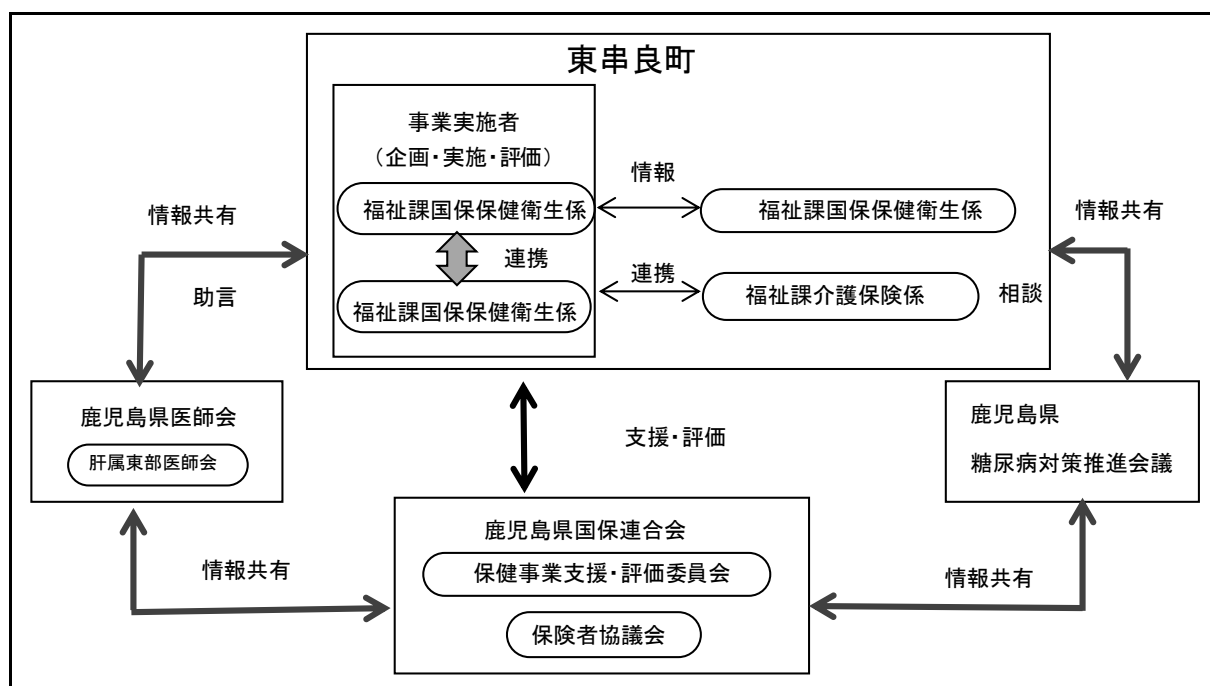
データヘルス計画の期間については、国指針第5の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画とが6年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

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

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）



保・・・保健師		管栄・・・管理栄養士 事・・・事務(注：支払い事務、受診券送付等)							◎・・・主担当		◎・・・副担当		
	保健衛生部門								国保部門				
	保 (課長補佐)	保 (係長)	保	保	保 (会年)	管栄 (会年)	事	事 (会年)	事 (係長)	事	事	事 (会年)	事 (レセ)
国保事務									◎	◎		○	○
後期事務											◎	○	○
保健衛生事務	◎	○	○	○			○						
健康診断 保健指導	○	◎	◎		○	○							
一体的実施		◎			○						○		
がん検診	○	○	◎		○								
新型コロナ ワクチン	○	○	○				◎						
予防接種	○	○					◎						
母子保健	○	○	○	◎	○	○							
精神保健		○	◎										
歯科保健	○	○		◎							○		

2) 関係機関との連携

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

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

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

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

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

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

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			東串良町	配点	東串良町	配点	東串良町	配点
交付額(万円)			335		360		355	
全国順位(1,741市町村中)			740位		265位		397位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	50	70	125	70	125	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	25	40	45	40	37	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	110	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	55	90	40	45	40	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	40	50	35	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	110	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	0	100	10	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	15	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	38	40	38	50	33	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	81	95	77	100	73	100
合計点			579	1,000	675	960	638	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

東串良町は、人口約 6,200 人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 36.7%でした。同規模と比較すると高齢者の割合は低く、県、国と比較すると割合は低い。被保険者の平均年齢も 51.4 歳と同規模と比べて若く、出生率も同規模より高い町で財政指数は同程度の町となっています。産業においては、第 1 次産業が 33.1%と同規模と比較しても高く、園芸農家や畜産農家等の自営業が多く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表 9)

国保加入率は 30.1%で、加入率及び被保険者数はやや減少傾向で年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 40%を占めています。(図表 10)

また本町内には 4 つの診療所があり、これはいずれも同規模と比較すると同程度であり、病床数はないことから、医療資源が少ない一方で、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・国と比較した東串良町の特性

	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
東串良町	6,231	36.7	1,878 (30.1)	51.4	5.6	20.5	0.4	33.1	18.0	48.9
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
県	--	32.8	23.1	54.8	7.5	13.9	0.4	9.5	19.4	71.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、東串良町と同規模保険者(240市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	2,064		2,030		1,971		1,937		1,878	
65～74歳	749	36.3	744	36.7	754	38.3	752	38.8	740	39.4
40～64歳	761	36.9	763	37.6	710	36.0	684	35.3	645	34.3
39歳以下	554	26.8	523	25.8	507	25.7	501	25.9	493	26.3
加入率	31.6		31.1		30.2		29.7		30.1	

出典：KDBシステム_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.4	0.7
診療所数	8	3.9	8	3.9	8	4.1	8	4.1	8	4.3	2.7	3.8
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	37.4	90.2
医師数	4	1.9	4	2.0	4	2.0	4	2.1	5	2.7	4.2	13.0
外来患者数	718.0		715.1		691.0		702.0		724.2		692.2	755.6
入院患者数	28.0		28.0		28.2		29.2		27.1		22.7	30.3

出典: KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で8人(認定率0.42%)、1号(65歳以上)被保険者で460人(認定率3.0%)と同規模・県・国と比較すると2号被保険者は高い一方で、1号被保険者はとても低く、H30年度と比べても-16.4%と減少しています。(図表12)

そして、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やや増加していますが、介護給付費は、約8億円を維持しています。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で7割以上、第1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	東串良町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	2,312人	35.4%	2,287人	36.7%	39.4%	32.8%	28.7%
2号認定者	12人	0.58%	8人	0.42%	0.39%	0.37%	0.38%
新規認定者	1人		3人		--	--	--
1号認定者	448人	19.4%	460人	20.1%	19.4%	20.1%	19.4%
新規認定者	61人		74人		--	--	--
再掲	65～74歳	34人	3.6%	36人	3.7%	--	--
	新規認定者	6人	5人		--	--	--
	75歳以上	414人	30.0%	424人	32.0%	--	--
	新規認定者	55人	69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

	東串良町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	8億1751万円	8億1104万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	353,593	354,630	314,188	316,197	290,668
1件あたり給付費(円)全体	72,084	73,993	74,986	68,209	59,662
居宅サービス	48,746	50,520	43,722	44,980	41,272
施設サービス	306,212	306,021	289,312	298,436	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		36		424		460		468		
再)国保・後期			4		30		396		426		430		
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 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	3 75.0%	脳卒中	17 56.7%	脳卒中	221 55.8%	脳卒中	238 55.9%	脳卒中	241 56.0%	
		2	腎不全	2 50.0%	虚血性心疾患	9 30.0%	虚血性心疾患	188 47.5%	虚血性心疾患	197 46.2%	虚血性心疾患	197 45.8%	
		3	虚血性心疾患	0 0.0%	腎不全	5 16.7%	腎不全	93 23.5%	腎不全	98 23.0%	腎不全	100 23.3%	
	合併症	4	糖尿病合併症	2 50.0%	糖尿病合併症	4 13.3%	糖尿病合併症	39 9.8%	糖尿病合併症	43 10.1%	糖尿病合併症	45 10.5%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		4 100.0%	基礎疾患	25 83.3%	基礎疾患	364 91.9%	基礎疾患	389 91.3%	基礎疾患	393 91.4%		
	血管疾患合計		4 100.0%	合計	26 86.7%	合計	373 94.2%	合計	399 93.7%	合計	403 93.7%		
	認知症		1 25.0%	認知症	17 56.7%	認知症	212 53.5%	認知症	229 53.8%	認知症	230 53.5%		
	筋・骨格疾患		3 75.0%	筋骨格系	26 86.7%	筋骨格系	382 96.5%	筋骨格系	408 95.8%	筋骨格系	411 95.6%		

出典: ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費はやや増加しており、一人あ

たり医療費は、同規模保険者と比べて約 3 万円高く、H30 年度と比較しても 6 万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3%程度にも関わらず、医療費全体の約 42%を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較しても 6 万円も高くなっています。

また年齢調整をした地域差指数でみても、全国平均の 1 を超えており、全国 2 位の県平均よりは低いですが、入院・外来の地域差指数がH30 年度よりもやや伸びています。

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

図表 15 医療費の推移

		東串良町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		2,064人	1,878人 ↓	--	--	--
	前期高齢者割合	749人 (36.3%)	740人 (39.4%) ↑	--		
総医療費		7億2602万円	7億7048万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		351,755 県内29位 同規模97位	410,269 県内25位 同規模56位 ↑	376,732	444,085	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	455,540	517,570 ↑	588,690	573,470	617,950
	費用の割合	44.5	41.8	43.7	48.0	39.6
	件数の割合	3.8	3.6	3.2	3.8	2.5
	1件あたり費用額	22,200	26,950 ↑	24,870	24,840	24,220
外来	費用の割合	55.5	58.2	56.3	52.0	60.4
	件数の割合	96.2	96.4	96.8	96.2	97.5
受診率		746.084	751.295	714.851	785.808	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は東串良町と同規模保険者240市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		東串良町 (県内市町村中)		県 (47県中)	東串良町 (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	1.082 (25位)	1.125 (24位)	1.212 (2位)	1.071 (22位)	1.000 (32位)	1.168 (4位)
		1.244 (38位)	1.258 ↑ (41位)	1.484 (1位)	1.192 (26位)	1.039 (37位)	1.357 (2位)
	入院	1.001 (22位)	1.073 (16位)	1.048 (7位)	0.968 (16位)	0.993 (14位)	0.991 (18位)
	外来						

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30 年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患については、H30 年度より 1.49 ポ

イント伸びており、同規模、県よりも高くなっています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると腎不全の患者数及び割合は減少していますが、虚血性心疾患と脳血管疾患についてはやや増加でした。(図表 18)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			東串良町		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)			7億2602万円	7億7048万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			8038万円	6346万円	--	--	--
			11.07088798	8.24%	7.67%	9.45%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.15%	3.64% ↑	2.06%	2.38%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	3.67%	2.21%	1.47%	1.44%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.06%	2.31%	3.83%	5.30%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.19%	0.08%	0.32%	0.33%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		9.94%	16.25%	16.76%	14.42%	16.69%
	筋・骨疾患		7.97%	7.35%	9.27%	9.49%	8.68%
	精神疾患		13.19%	12.92%	7.98%	9.59%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注) 最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	2,064	1,878	a	121	123	161	161	11	9	
				a/A	5.9%	6.5%	↑7.8%	8.6%	↑0.5%	0.5%	
40歳以上	B	1,510	1,385	b	119	122	160	160	11	9	
	B/A	73.2%	73.7%	b/B	7.9%	8.8%	10.6%	11.6%	0.7%	0.6%	
再掲	40～64歳	C	761	645	c	41	43	51	49	6	6
		C/A	36.9%	34.3%	c/C	5.4%	6.7%	6.7%	7.6%	0.8%	0.9%
	65～74歳	D	749	740	d	78	79	109	111	5	3
		D/A	36.3%	39.4%	d/D	10.4%	10.7%	14.6%	15.0%	0.7%	0.4%

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合も増えています。

本町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施していますが、まだ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につながないことが考えられます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	627	584	224	195	403	389
		A/被保数	41.5%	42.2%	29.4%	30.2%	53.8%	52.6%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	70	74	23	21	47	53
		B/A	11.2%	12.7%	10.3%	10.8%	11.7%	13.6%
	虚血性心疾患	C	106	111	33	37	73	74
		C/A	16.9%	19.0%	14.7%	19.0%	18.1%	19.0%
	人工透析	D	11	7	6	6	5	1
		D/A	1.8%	1.2%	2.7%	3.1%	1.2%	0.3%

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

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	323	270	133	103	190	167
		A/被保数	21.4%	19.5%	17.5%	16.0%	25.4%	22.6%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	50	42	19	13	31	29
		B/A	15.5%	15.6%	14.3%	12.6%	16.3%	17.4%
	虚血性心疾患	C	56	67	18	25	38	42
		C/A	17.3%	24.8%	13.5%	24.3%	20.0%	25.1%
	人工透析	D	6	7	3	4	3	3
		D/A	1.9%	2.6%	2.3%	3.9%	1.6%	1.8%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	35	35	18	13	17	22
		E/A	10.8%	13.0%	13.5%	12.6%	8.9%	13.2%
	糖尿病性網膜症	F	59	53	24	19	35	34
		F/A	18.3%	19.6%	18.0%	18.4%	18.4%	20.4%
	糖尿病性神経障害	G	15	13	10	4	5	9
		G/A	4.6%	4.8%	7.5%	3.9%	2.6%	5.4%

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

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	536	513	213	176	323	337
		A/被保数	35.5%	37.0%	28.0%	27.3%	43.1%	45.5%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	66	61	23	14	43	47
		B/A	12.3%	11.9%	10.8%	8.0%	13.3%	13.9%
	虚血性心疾患	C	105	105	31	36	74	69
		C/A	19.6%	20.5%	14.6%	20.5%	22.9%	20.5%
	人工透析	D	4	4	2	2	2	2
		D/A	0.7%	0.8%	0.9%	1.1%	0.6%	0.6%

出典: KDBシステム 疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上をH30年度とR03年度で比較してみたところ、高血圧の有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約27%、糖尿病で7%ほどおり、その割合は他448市町村と比較しても糖尿病で高くなっています。(図表22)

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

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧__Ⅱ度以上高血圧									
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方	
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)	
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療	治療中断
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	H
東串良町	740	51.7	721	54.2	29	3.9	11	37.9	48	6.7	17	35.4	13	27.1
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	3,693

	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	N
東串良町	736	99.5	715	99.2	71	9.6	12	16.9	54	7.6	9	16.7	4	7.4
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	1,905

出典：ヘルスサポートラボツール

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、H30年度とR04年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、2.4ポイント縮んでおり、その中でも3項目すべての危険因子が重なっている割合が減少していることがわかります。

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、Ⅱ度高血圧以上とLDL-C160以上で増加しており、翌年度の結果を見ると、全て改善率が下がっています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも2割から3割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			2項目		
H30年度	740 (51.7%)	155 (20.9%)	63 (8.5%)	92 (12.4%)	80 (10.8%)
R04年度	728 (57.1%)	135 (18.5%)	40 (5.5%)	95 (13.0%)	87 (12.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	114 (15.5%)	34 (29.8%)	52 (45.6%)	6 (5.3%)	22 (19.3%)
R03→R04	76 (10.6%)	20 (26.3%)	22 (28.9%)	12 (15.8%) ↑	22 (28.9%) ↑

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	29 (3.9%)	14 (48.3%)	3 (10.3%)	0 (0.0%)	12 (41.4%)
R03→R04	48 (6.7%) ↑	22 (45.8%)	7 (14.6%)	3 (6.3%) ↑	16 (33.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	63 (8.5%)	29 (46.0%)	13 (20.6%)	8 (12.7%)	13 (20.6%)
R03→R04	69 (9.6%) ↑	27 (39.1%)	19 (27.5%)	8 (11.6%)	15 (21.7%) ↑

出典：ヘルスサポートラボツール

②健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、令和 01 年度には 56.8%まで伸びましたが、新型コロナウイルスの影響で、R02 年度は受診率が低迷、それ以降徐々に回復したものの、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は上昇しているものの特に 40～44 歳の年代の低い状況が続いています。(図表 29)

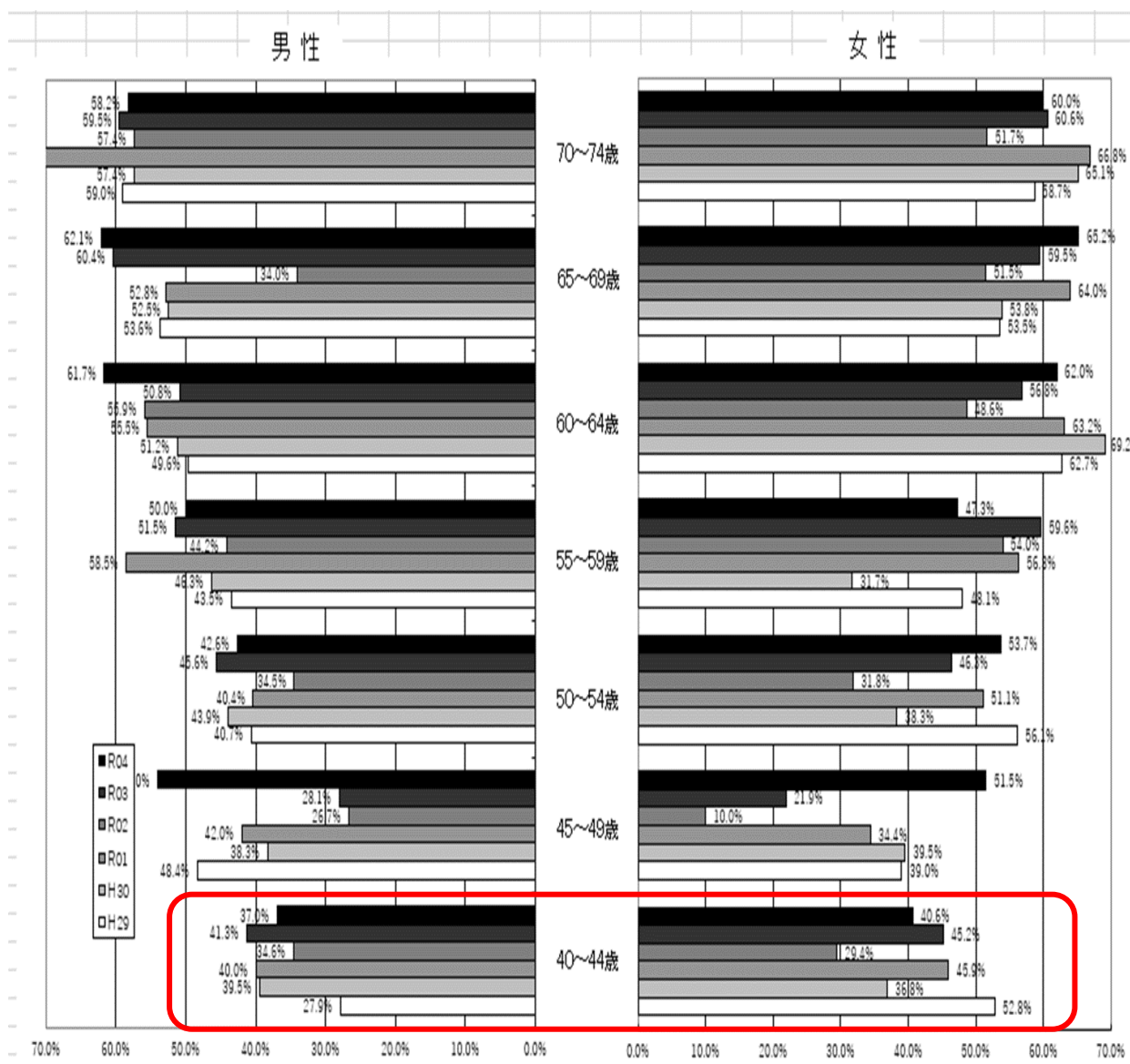
特定保健指導についても、R02 年度は大きく実施率が下がっていますが、その後回復しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	717	774	603	701	705	健診受診率 60%
	受診率	50.7%	56.8%	44.5%	52.7%	55.3%	
特定保健指導	該当者数	78	84	60	84	69	特定保健指導実施率 60%
	割合	10.9%	10.9%	10.0%	12.0%	9.8%	
	実施者数	60	67	35	64	52	
	実施率	76.9%	79.8%	58.3%	76.2%	75.4%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者のうち、HbA1c6.5以上の未治療者の割合は年度毎にばらつきがあるが、R4年度は12名(1.7%)と増加している。HbA1c6.5以上の未治療者への保健指導実施の割合は、R2年度がコロナ禍で0%と落ち込んだが、R3・R4年度は100%である。

また、医療機関への受診勧奨した結果、医療機関受診者は7割を超える方々が受診につながり、R4年度は、8割の方が受診につながりました。医療機関受診の結果、約5～7割の方が内服開始となっていることがわかります。経過観察や日常生活の注意の方々も2割～3割いるため、定期的な保健指導のフォローの必要性を感じます。また、未治療者で受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、又治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援をおこないます。

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

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

表1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

糖尿病重症化予防事業

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	717	774	603	701	705
HbA1c6.5以上 未治療者	人(b)	21	14	1	4	12
	%(b/a)	2.9%	1.8%	0.2%	0.6%	1.7%
保健指導実施者	人(c)	21	13	0	4	12
	%(c/b)	100.0%	92.9%	0.0%	100.0%	100.0%
医療機関受診者数	人(d)	15	10	0	3	10
	%(d/b)	71.4%	71.4%	0.0%	75.0%	83.3%

表2 治療が必要な者の適切な受診

医療機関受診者の結果

		H30	R1	R2	R3	R4
医療機関受診者数	人(a)	15	10	0	3	10
内服開始・通院	人(b)	6	7	0	2	5
	%(b/a)	40.0%	70.0%	#DIV/0!	66.7%	50.0%
日常生活の注意	人(c)	9	2	0	1	3
	%(c/a)	60.0%	20.0%	#DIV/0!	33.3%	30.0%
経過観察	人(d)	0	1	0	0	2
	%(d/a)	0.0%	10.0%	#DIV/0!	0.0%	20.0%
異常なし	人(e)	0	0	0	0	0
	%(e/a)	0.0%	0.0%	#DIV/0!	0.0%	0.0%
不明	人(f)	0	0	0	0	0
	%(f/a)	0.0%	0.0%	#DIV/0!	0.0%	0.0%

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、特定健診の詳細項目対象外の方へは健康増進事業の中で心電図検査を実施する等、全数実施を目指し健診受診勧奨を実施しており、心電図検査は8割実施できています。

有所見者のうち心房細動未治療者については、ばらつきはありますがほぼ全数が治療や精密検査につながっています。

表3 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

心房細動重症化予防

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	717	774	603	701	705
心房細動 未治療者	人(b)	0	2	1	0	2
	% (b/a)	0.0%	0.3%	0.2%	0.0%	0.3%
保健指導実施者	人(c)	0	1	1	0	2
	% (c/b)	#DIV/0!	50.0%	100.0%	#DIV/0!	100.0%
医療機関受診者数	人(d)	0	2	1	0	1
	% (d/b)	#DIV/0!	100.0%	100.0%	#DIV/0!	50.0%

医療機関受診者の結果

		H30	R1	R2	R3	R4
医療機関受診者数	人(a)	0	2	1	0	1
内服開始・通院	人(b)	0	1	0	0	0
	% (b/a)	#DIV/0!	50.0%	0.0%	#DIV/0!	0.0%
日常生活の注意	人(c)	0	0	0	0	0
	% (c/a)	#DIV/0!	0.0%	0.0%	#DIV/0!	0.0%
経過観察	人(d)	0	0	1	0	0
	% (d/a)	#DIV/0!	0.0%	100.0%	#DIV/0!	0.0%
異常なし	人(e)	0	0	0	0	0
	% (e/a)	#DIV/0!	0.0%	0.0%	#DIV/0!	0.0%
不明	人(f)	0	0	0	0	1
	% (f/a)	#DIV/0!	0.0%	0.0%	#DIV/0!	100.0%

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の未治療者の割合は、0.5%～1.8%です。令和4年度は未治療者 9 人のうち、保健指導後、治療につながったものは、6 人(66.7%)でした。医療機関につながった方の割合は、ばらつきはありますが、40%～60%と低い状況です。

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

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

表 4 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	717	774	603	701	705
高血圧Ⅱ度以上 未治療者	人(b)	5	14	3	5	9
	%(b/a)	0.7%	1.8%	0.5%	0.7%	1.3%
保健指導実施者	人(c)	5	14	3	4	7
	%(c/b)	100.0%	100.0%	100.0%	80.0%	77.8%
医療機関受診者数	人(d)	2	5	2	3	6
	%(d/b)	40.0%	35.7%	66.7%	60.0%	66.7%

医療機関受診者の結果

		H30	R1	R2	R3	R4
医療機関受診者数	人(a)	2	5	2	3	6
内服開始・通院	人(b)	0	4	1	1	3
	%(b/a)	0.0%	80.0%	50.0%	33.3%	50.0%
日常生活の注意	人(c)	0	0	0	0	0
	%(c/a)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
経過観察	人(d)	1	1	0	0	2
	%(d/a)	50.0%	20.0%	0.0%	0.0%	33.3%
異常なし	人(e)	1	0	1	1	1
	%(e/a)	50.0%	0.0%	50.0%	33.3%	16.7%
不明	人(f)	0	0	0	0	0
	%(f/a)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

表 5 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(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)	203	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	…高リスク		
		130～139 /80～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上	…中等リスク	…低リスク		
			113	68	19	3			
			55.7%	33.5%	9.4%	1.5%			
リスク第1層 予後影響因子がない	12	C	10	B	0	B	2	A	0
		5.9%	8.8%	0.0%	10.5%	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	113	C	68	B	33	A	11	A	1
		55.7%	60.2%	48.5%	57.9%	33.3%			
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	78	B	35	A	35	A	6	A	2
		38.4%	31.0%	51.5%	31.6%	66.7%			

区分		該当者数
A	ただちに 薬物療法を開始	55
		27.1%
B	概ね1ヵ月後に 再評価	70
		34.5%
C	概ね3ヵ月後に 再評価	78
		38.4%

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

(2)ポピュレーションアプローチ

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

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

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、健診結果報告会や相談会、栄養教室にて、特定健診において同時実施している塩分摂取量検査結果の報告や減塩食品の普及啓発を行いました。また、各種団体への出前講座や町広報誌への掲載等により町民へ周知しました。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.2%	2.4%	3.6%
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	3.7%	1.9%	2.2%
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	5.1%	3.7%	2.3%
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.9%	2.3%	2.0%
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	33.3%	0.0%	50.0%
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	-11.6%	-12.2%	-9.3%
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	3.9%	5.0%	5.1%
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	8.5%	7.8%	11.2%
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	15.5%	14.4%	11.8%
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	16.9%	22.2%	23.0%
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	71.4%	71.4%	75.0%
			糖尿病の保健指導を実施した割合	100.0%	92.9%	83.3%
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	50.7%	44.5%	55.3%
			特定保健指導実施率60%以上	76.9%	58.3%	75.4%
			特定保健指導対象者の割合の減少	10.9%	10.0%	25.6%
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	26.3%	20.6%	21.4%
			肺がん検診受診者の増加	10.2%	26.2%	31.8%
			大腸がん検診受診者の増加	13.5%	13.0%	12.1%
			子宮がん検診受診者の増加	20.8%	18.8%	19.1%
			乳がん検診受診者の増加	27.3%	24.6%	24.0%
			5つのがん検診の平均受診率の増加	19.6%	20.6%	21.7%
	その他	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	78.0%	81.2%	81.9%

3) 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、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防をすすめ、これらの疾患の共通のリスクとなる、高血圧症、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目標とし、健康課題に対して年度毎に目標管理一覧表で目標を設定し、個別保健事業計画を作成し実施・評価に取り組んできました。

その結果、一人あたり(年齢調整後)地域差指数は上昇し、虚血性心疾患の総医療費に占める割合や糖尿病性腎症による透析導入者の割合は減少していますが、一方で脳血管疾患の総医療費に占める割合は増加しています。その背景として、高血圧Ⅱ度以上やHbA1c6.5以上で治療開始後の方の翌年度の健診結果の悪化や、治療中断している事例も出ています。メタボリックシンドロームの該当者は減少していますが、予備群が増加する等、メタボリックシンドロームの減少にも課題が残ります。

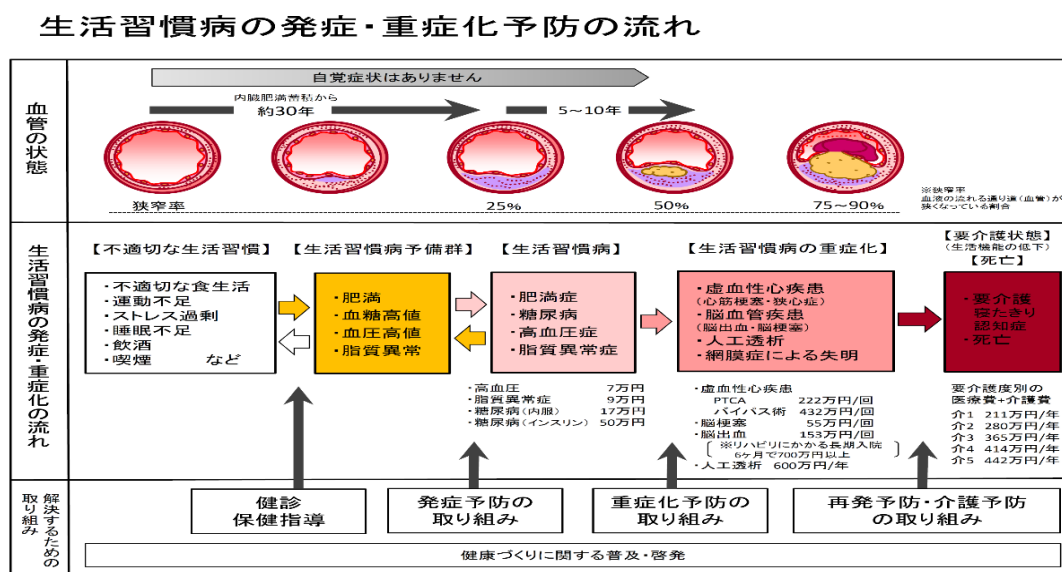
適正な医療につなげるためには、住民自らの状態を確認できる場としての特定健康診査は重要であり、特定健康診査受診率は推進員や係内職員による受診勧奨で上昇や維持ができていますが、まだまだ目標の60%には届きておらず、今後も特定健康診査受診率向上は重要な取り組むべき課題です。また、特定健康診査受診後は、健診結果から住民自らが体の状態を確認し、生活習慣を見直し、食生活や運動を選択できるよう、継続した保健指導を行っていくことも重要です。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

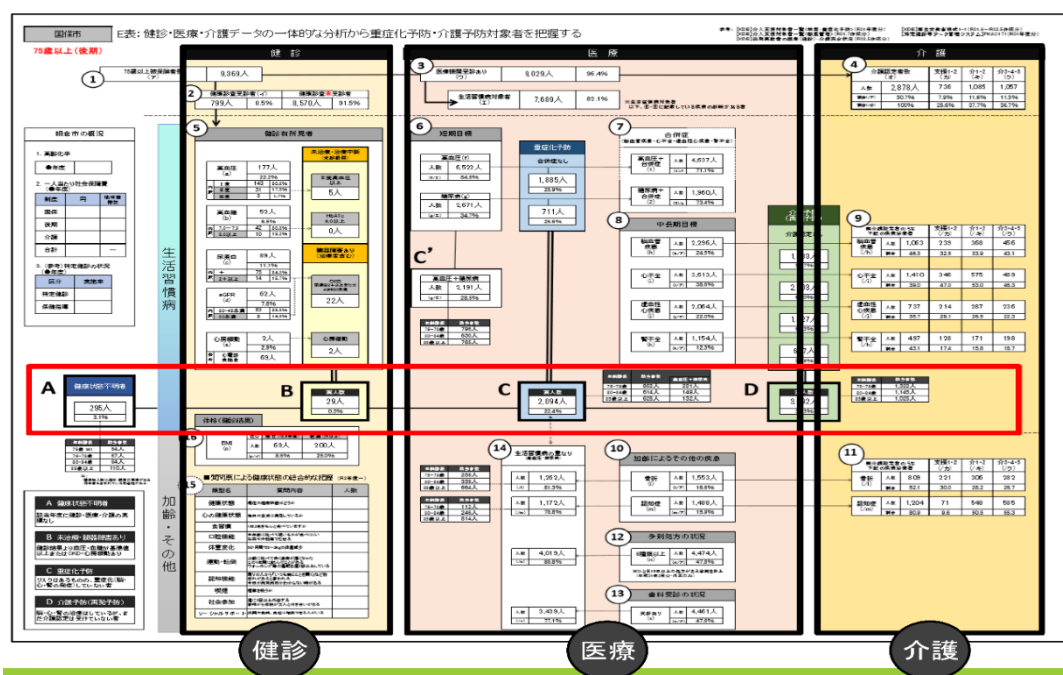
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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

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

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

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期: R04年度
被保険者数	2,064人	2,030人	1,971人	1,937人	1,878人	1,357人
総件数及び 総費用額	件数	18,861件	18,158件	17,041件	17,264件	22,090件
	費用額	7億2602万円	7億8506万円	7億3245万円	7億6146万円	12億6022万円
一人あたり医療費	35.2万円	38.7万円	37.2万円	39.3万円	41.0万円	92.9万円

出典: ヘルスサポートラボソール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋 骨疾患	
				慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳 脳梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗 塞	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
① 国保	東串良町	7億7048万円	33,530	2.31%	0.08%	3.64%	2.21%	5.08%	3.46%	1.31%	1億3935万円	18.1%	16.3%	12.92%	7.35%
	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	—	36,117	5.30%	0.33%	2.38%	1.44%	4.99%	2.87%	1.59%	—	18.9%	14.4%	9.59%	9.49%
	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	東串良町	12億6022万円	77,531	4.39%	0.37%	5.33%	2.46%	3.34%	3.19%	0.91%	2億5188万円	20.0%	7.3%	2.83%	9.5%
	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	—	85,212	3.49%	0.48%	4.79%	1.38%	3.50%	2.59%	0.98%	—	17.2%	9.3%	4.33%	14.9%
	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	60人	68人	63人	65人	64人	186人
	件数	B	102件	125件	114件	131件	134件	310件
		B/総件数	0.54%	0.69%	0.67%	0.76%	0.78%	1.40%
	費用額	C	1億7183万円	2億3985万円	1億9918万円	2億2464万円	2億2851万円	3億8374万円
		C/総費用	23.7%	30.6%	27.2%	29.5%	29.7%	30.5%

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	2人		4人		3人		2人		3人		17人		
		D/A	3.3%		5.9%		4.8%		3.1%		4.7%		9.1%		
	件数	E	5件		8件		3件		6件		13件		33件		
		E/B	4.9%		6.4%		2.6%		4.6%		9.7%		10.6%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	3	9.1%
		50代	0	0.0%	3	37.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	4	12.1%
		60代	0	0.0%	3	37.5%	2	66.7%	1	16.7%	12	92.3%	80代	15	45.5%
		70-74歳	5	100.0%	2	25.0%	1	33.3%	5	83.3%	1	7.7%	90歳以上	11	33.3%
	費用額	F	757万円		1032万円		347万円		767万円		1706万円		3720万円		
F/C		4.4%		4.3%		1.7%		3.4%		7.5%		9.7%			

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	12人		3人		5人		6人		6人		10人		
			G/A	20.0%		4.4%		7.9%		9.2%		9.4%		5.4%		
	件数		H	14件		3件		6件		7件		6件		10件		
			H/B	13.7%		2.4%		5.3%		5.3%		4.5%		3.2%		
	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	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%	70-74歳	0	0.0%
		50代		2	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	2	20.0%
		60代		3	21.4%	2	66.7%	1	16.7%	3	42.9%	4	66.7%	80代	4	40.0%
		70-74歳		7	50.0%	1	33.3%	5	83.3%	4	57.1%	1	16.7%	90歳以上	4	40.0%
費用額		I	2161万円		854万円		1161万円		1532万円		1007万円		1620万円			
		I/C	12.6%		3.6%		5.8%		6.8%		4.4%		4.2%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 健診・医療・介護データの一体的分析
E表：健診・医療・介護データの一体的分析から計画化を考える

H30・R04世帯



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①				②			⑤					
年度	介護認定率	被保険者数				健診受診率			体格(健診結果)					
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	32.2	724	704	1,518	43.1	50.3	15.0	4.8	5.4	5.3	34.0	29.1	22.9	
R04	30.9	640	774	1,406	45.2	54.1	19.1	5.5	4.3	5.2	30.1	28.9	26.5	

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	5	1.6	(2)	18	5.1	(6)	12	5.3	(1)	26	8.3	(2)	35	9.9	(2)	4	1.8	(0)	3	1.0	7	2.0	4	1.8	1	0.3	1	0.3	4	1.8
R04	12	4.2	(6)	25	6.0	(5)	19	7.1	(2)	16	5.5	(2)	36	8.6	(3)	4	1.5	(0)	1	0.3	4	1.0	10	3.7	1	0.3	5	1.2	6	2.2

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	84.3	91.3	96.6	35.9	61.9	83.5	72.7	77.8	83.5	45.0	35.6	31.3	26.9	22.9	25.3	39.7	49.0	68.2	45.3	58.1	75.0								
R04	83.6	89.3	93.2	35.9	60.6	80.3	77.0	81.7	86.7	41.3	35.6	30.4	26.1	25.6	26.0	40.1	46.5	72.0	49.5	59.3	72.6								

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(被保険割合)												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	4.6	10.4	28.5	5.7	12.1	22.3	9.4	18.8	37.3	3.6	8.9	17.0	15.2	17.8	41.9	4.9	3.5	35.1	1.5	7.6	41.2	7.7	7.9	43.8
R04	5.6	10.2	28.2	6.9	13.4	22.8	6.9	18.6	37.2	5.3	9.4	17.6	8.3	15.2	44.2	0.0	6.7	34.9	4.5	6.3	42.1	5.9	5.5	42.3

図表 42 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				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	57.6	78.2	42.9	82.9	4.7	13.6	2.0	18.8	12.1	45.1	78.6	73.4
R04	45.5	80.6	55.6	76.9	4.3	16.5	2.3	19.7	9.1	53.9	72.2	73.3

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っていますが、一人あたり医療費の令和2年度は新型コロナウイルスの影響で減ったものの、令和3年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり93万円と、国保の2.3倍も高い状況です。(図表32)

東串良町は、これまで糖尿病に重点を置いて保健事業に取り組んできたため、短期的目標疾患の糖尿病及の総医療費に占める割合は、同規模と比べて約1ポイント以上低く、その結果腎不全の医療費に占める割合が、国保においては同規模、県、国と比べて低い状況です。(図表33)

高額レセプトについては、国保においては毎年約60件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約3倍に増えることがわかります。

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、R3年度までは3～8件と件数は少なかったですが、国保で令和4年度が一番多く13件で1700万円の費用がかかっています。さらに、後期高齢においては33件発生し、約3700万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。また、虚血性心疾患においては高額レセプトの件数は減っていますが、費用額は上がり下がりはありますが減少していることがわかります。(図表34、35)

健診・医療・介護のデータをH30年度とR4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表38の①被保険者数は、65歳～74歳では増えていますが、40～64歳及び75歳以上では減っています。、高齢化率の高い東串良町でも75歳以上の後期高齢者が今後確実に増えていくことが分かります。⑮の体格をみると、75歳以上の高い年齢層で、BMI25以上の率が3.6ポイントも高くなってきています。図表39 健診有所見の状況をみると、特にⅡ度以上高血圧の各年代で対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表40の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧も糖尿病においても、ほぼ全ての年代で少し高くなっています。

図表41の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30年度とR4年度を比較すると、ほぼ全てにおいて40歳～64歳、65歳～74歳の若い年代や前期高齢者でR4年度の割合が高くなっており、高額レセプト分析において入院費が伸びている要因が、一体的分析において

も課題であることが分かります。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直します。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。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設定する指標(図表 43)設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておく。

② 中長期的な目標の設定

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

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

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

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する。

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指す。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられるが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行う。具体的には、日本人食事摂取基準(2020 年版)の基本的な考え方を基

に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指す。

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

(2) 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
				初期値 R 6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	3.6%			KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.2%			
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	2.3%			
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.9%			
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	50.0%			
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	-9.3%			東串良町健康増進課
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	5.1%			
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	11.2%			
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	11.8%			
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	23.0%			
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	75.0%			
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	55.3%			法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	75.4%			
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	25.6%			

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	60%	60%	60%	60%	60%	60%以上
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	1335人	1295人	1257人	1220人	1183人	1148人
	受診者数	801人	777人	754人	732人	710人	689人
特定保健指導	対象者数	120人	116人	113人	109人	106人	103人
	受診者数	72人	69人	67人	65人	63人	61人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

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

① 集団健診(東串良町保健センター他)

② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、東串良町のホームページに掲載する。

(参照) URL : www.higashikushira.com/categories/bunya/hokenhukushi/hoken

(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)

○東串良町特定健診検査項目

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

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

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47 特定健診実施スケジュール(例示)

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関と 健診対象者の抽出、(受診等の印刷・送付(随時)) の契約 ↓ (特定健診の開始)	(特定保健指導の実施)
5月		↓	健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取 費用決裁 → 保健指導対象者の抽出	↓
7月		↓ (特定保健指導の開始)	↓
8月		↓	実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
9月		↓ (特定健診・特定保健指導の実施)	↓
10月	契約に関わる	↓	受診・実施率実績の算出
11月	予算手続き	↓	支払基金(連合会)への報告
12月	↓	↓	(ファイル作成・送付)
1月		↓	
2月		↓	
3月	契約準備 ↓	翌年度の 健診申込・ アンケート 通知 (特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

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

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

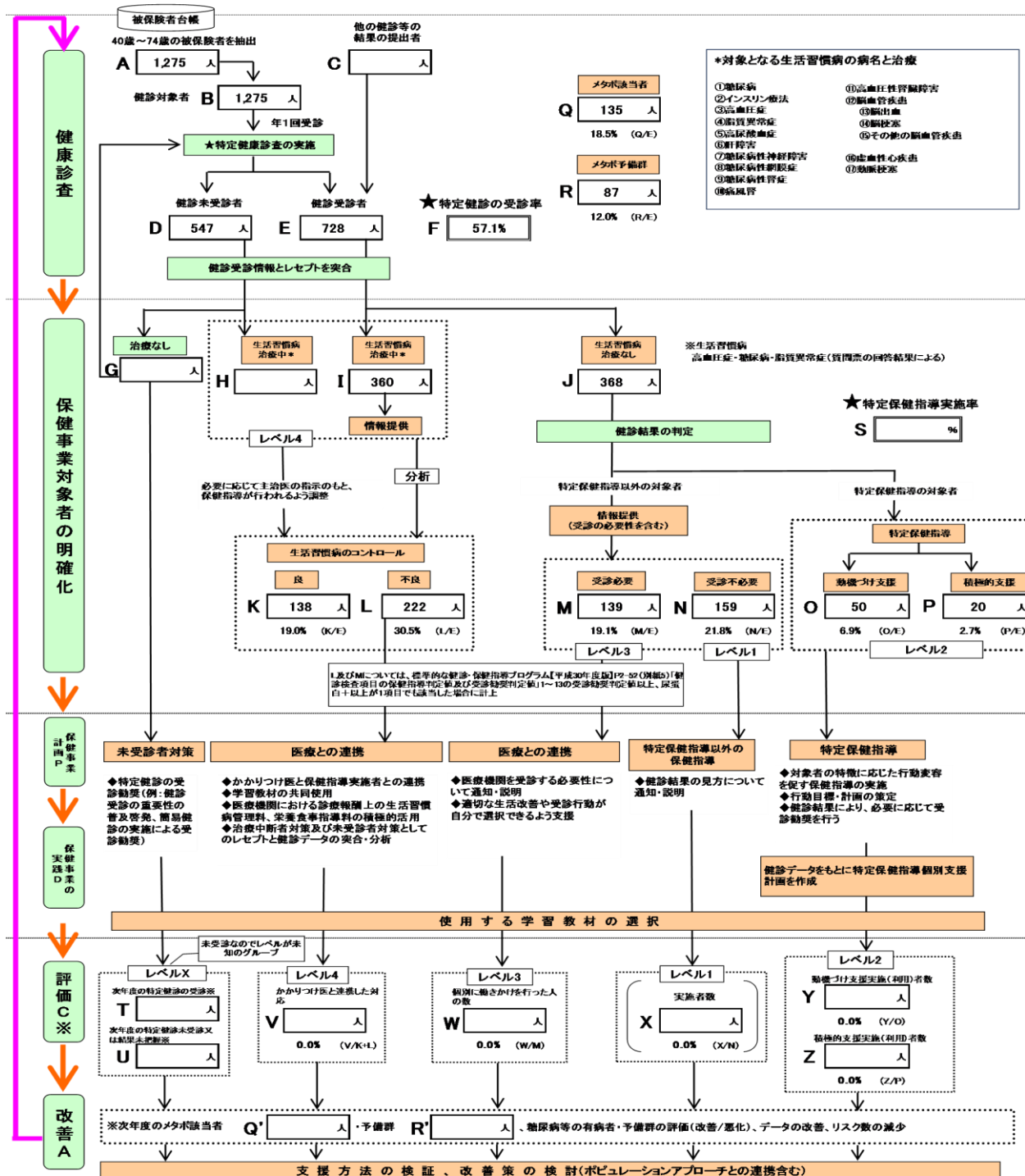
図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5

令和04年度



出典:ヘルサポータルツール

(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	70人 (9.6%)	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	139人 (19.1%)	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)	547 ※受診率目標達成までにあと218人	40%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	159人 (21.8%)	25%
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	360人 (49.5%)	45%

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

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

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東串良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、東串良町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

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

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

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

II. 重症化予防の取組

東串良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、245人(33.7%)です。そのうち治療なしが70人(19.0%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が27人です。

また、東串良町においては、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、245人中32人であり、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るためにー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ー											令和04年度					
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年間脳死死亡率の減少				虚血性心疾患 の年間脳死死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間脳死死亡率の減少			＜参考＞ 健診受診率(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) (循環器科の診療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)	728人	57.1%					
↓ 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 (5.0%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.5%) 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%) 非心原性脳梗塞				心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症					■各疾患の治療状況						
										治療中	治療なし					
										高血圧	271	457				
										脂質異常 症	170	558				
										糖尿病	78	848				
										3次患 いずれか	360	388				
										※国調調査による						
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)										
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓学会)										
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者									
該当者数	37	5.1%	6	0.8%	28	3.8%	14	1.9%	135	18.5%	67	9.2%	44	6.0%	重症化予防対象者 (実人数)	
治療なし	22	4.8%	1	0.3%	26	4.7%	10	1.8%	19	5.2%	27	4.2%	11	3.0%	70	19.0%
(再掲) 特定保健指導	5	13.5%	0	0.0%	9	32.1%	4	28.6%	19	14.1%	5	7.5%	4	9.1%	32	13.1%
治療中	15	5.5%	5	1.4%	2	1.2%	4	2.3%	116	32.2%	40	52.8%	33	9.2%	175	48.6%
臓器障害 あり	8	36.4%	1	100.0%	5	19.2%	5	50.0%	5	26.3%	9	33.3%	11	100.0%	27	38.6%
CKD(専門医対象者)	1		0		1		1		2		4		11		11	
心電図所見あり	7		1		4		4		3		7		2		18	
臓器障害 なし	14	63.6%	—	—	21	80.8%	5	50.0%	14	73.7%	18	66.7%	—	—	—	—
治療中																
臓器障害 あり	7	46.7%	5	100.0%	0	0.0%	2	50.0%	44	37.9%	10	25.0%	33	100.0%	70	40.0%
CKD(専門医対象者)	2		2		0		0		15		5		33		33	
心電図所見あり	5		5		0		2		32		6		11		48	
臓器障害 なし	8	53.3%	—	—	2	100.0%	2	50.0%	72	62.1%	30	75.0%	—	—	—	—

出典:ヘルサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

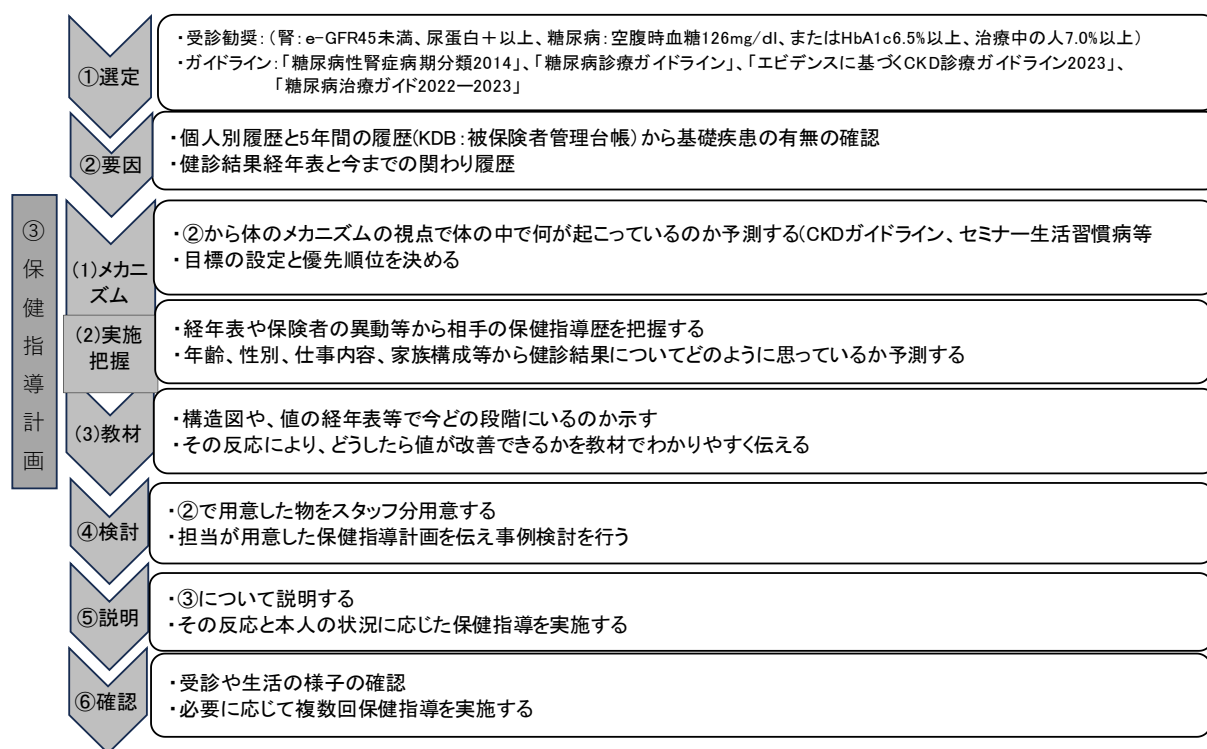
1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、鹿児島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。

- ① 医療機関未受診者

② 医療機関受診中断者

③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

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、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73㎡)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。

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

② 基準に基づく該当者数の把握

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

図54より、東串良町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、35人(31.0%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者270人のうち、特定健診受診者が78人(69.0%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者192人(71.1%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表 54 より東串良町においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・35人

優先順位 2

【保健指導】

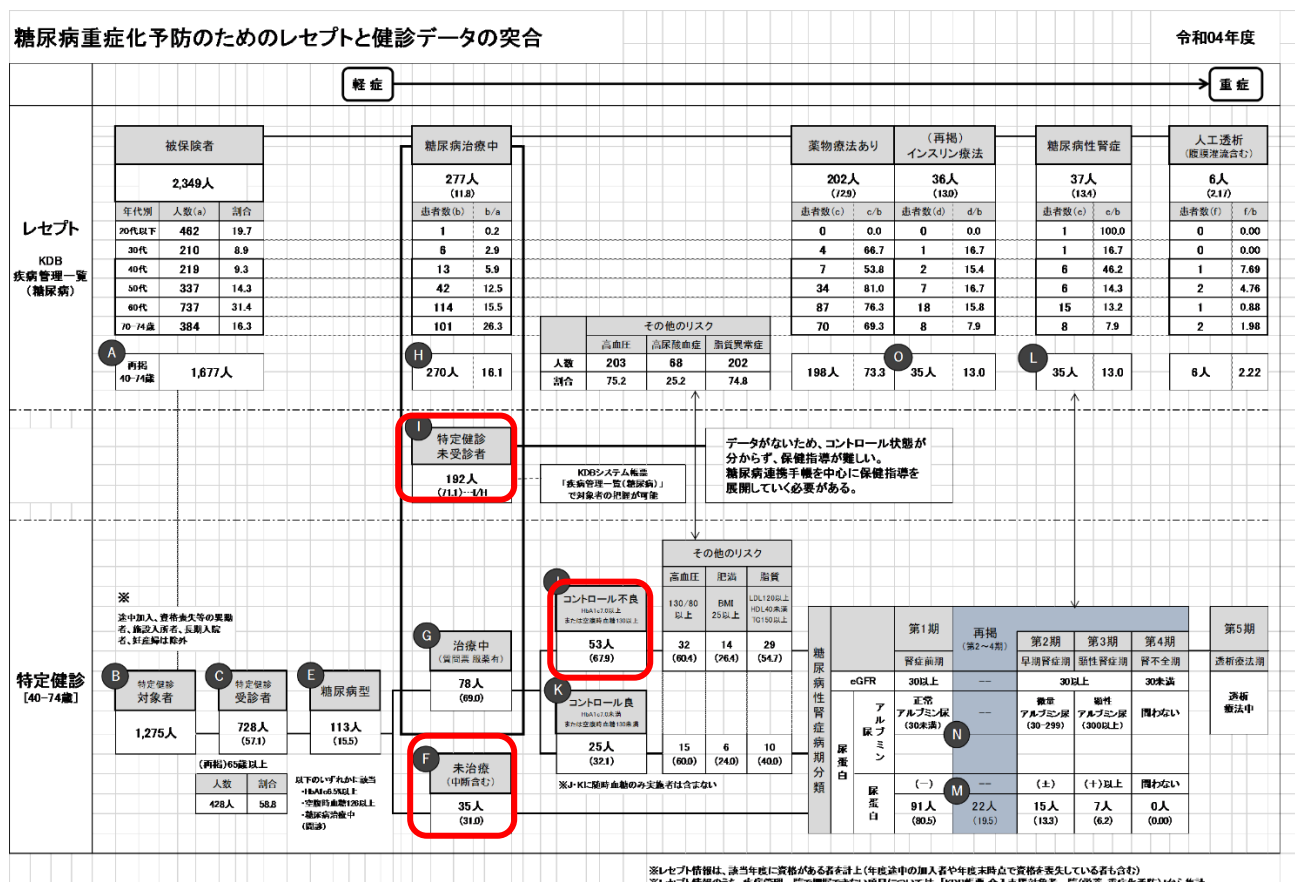
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・53人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

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

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典:ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

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

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	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？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコンダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
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	4-1 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
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 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
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	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
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	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
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

(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、HbA1c6.5 以上で未治療者の対象者のうち尿蛋白定性(-)へは、二次健診で尿アルブミン検査を実施していますが、(±)へも二次健診で尿アルブミン検査を導入に向けて、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、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医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鹿児島県プログラムに準じ行っています。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFRの変化（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下）

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			実 合 表	東 串 良 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	2,143人		2,058人		1,980人		1,984人		1,944人		KDR 厚生労働省様式 様式3-2			
	②	(再掲)40-74歳		1,552人		1,513人		1,480人		1,482人		1,441人					
2	①	対象者数	B	1,500人		1,454人		1,440人		1,382人		1,349人		市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況調査報告書			
	②	特定健診 受診者数	C	740人		794人		618人		721人		728人					
	③	受診率		—		—		—		—		—					
3	①	特定 対象者数		78人		84人		60人		84人		69人					
	②	保健指導 実施率		76.9%		79.8%		58.3%		76.2%		75.4%					
4	①	糖尿病型	E	161人	21.8%	145人	18.3%	132人	21.4%	116人	16.1%	113人	15.5%	特定健診結果			
	②	未治療・中断者(質問票 回答なし)	F	41人	25.5%	43人	29.7%	38人	28.8%	25人	21.6%	35人	31.0%				
	③	治療中(質問票 回答あり)	G	120人	74.5%	102人	70.3%	94人	71.2%	91人	78.4%	78人	69.0%				
	④	コントロール不良 HbA1cが5.6以上または5.6未満かつ血糖値180mg/dL以上	J	84人	70.0%	70人	68.6%	59人	62.8%	56人	61.5%	53人	67.9%				
	⑤	血圧 130/80以上		54人	64.3%	36人	51.4%	35人	59.3%	32人	57.1%	32人	60.4%				
	⑥	肥満 BMI25以上	30人	35.7%	25人	35.7%	18人	30.5%	18人	32.1%	14人	26.4%					
	⑦	コントロール良 HbA1cが5.6未満かつ血糖値180mg/dL未満	K	36人	30.0%	32人	31.4%	35人	37.2%	35人	38.5%	25人	32.1%				
	⑧	第1期 尿蛋白(ー)	M	78人	48.4%	78人	53.8%	100人	75.8%	92人	79.3%	91人	80.5%				
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		19人	11.8%	22人	15.2%	18人	13.6%	14人	12.1%	15人	13.3%				
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		16人	9.9%	12人	8.3%	11人	8.3%	5人	4.3%	7人	6.2%				
⑪	第4期 eGFR30未満	3人		1.9%	2人	1.4%	3人	2.3%	4人	3.4%	0人	0.0%					
5	①	糖尿病受診率(健診数千対)		98.9人		109.8人		102.0人		104.8人		106.0人		KDR 厚生労働省様式 様式3-2			
	②	(再掲)40-74歳(健診数千対)		134.0人		148.1人		135.1人		136.3人		140.9人					
	③	レセプト件数 (40-74歳) (19年度末時点)	入院外(件数)	1,503件 (995.4)	1,434件 (951.0)	1,369件 (935.1)	1,392件 (969.4)	1,418件 (1023.8)	319,711件 (930.6)			KDR 疾病別医療費分析 (生活習慣病)					
	④		入院(件数)	21件 (13.9)	19件 (12.6)	14件 (9.6)	12件 (8.4)	3件 (2.2)	1,521件 (4.4)								
	⑤	糖尿病治療中	H	212人	9.9%	226人	11.0%	202人	10.2%	208人	10.5%	206人	10.6%				
	⑥	(再掲)40-74歳		208人	13.4%	224人	14.8%	200人	13.5%	202人	13.6%	203人	14.1%				
	⑦	健診未受診者	I	88人	42.3%	104人	46.4%	106人	53.0%	111人	55.0%	125人	61.6%				
	⑧	インスリン治療	O	19人	9.0%	20人	8.8%	18人	8.9%	23人	11.1%	19人	9.2%	KDR 厚生労働省様式 様式3-2			
	⑨	(再掲)40-74歳		19人	9.1%	20人	8.9%	18人	9.0%	22人	10.9%	19人	9.4%				
	⑩	糖尿病性腎症	L	22人	10.4%	24人	10.6%	27人	13.4%	22人	10.6%	22人	10.7%				
	⑪	(再掲)40-74歳		21人	10.1%	24人	10.7%	27人	13.5%	22人	10.9%	22人	10.8%				
	⑫	慢性人工透析患者数 (慢性人工透析患者に占める割合)		4人	1.9%	3人	1.3%	2人	1.0%	4人	1.9%	4人	1.9%				
	⑬	(再掲)40-74歳		4人	1.9%	3人	1.3%	2人	1.0%	4人	2.0%	4人	2.0%				
	⑭	新規透析患者数		1人		1人			2人		0人						
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		0人		0人			2人		0人						
	⑯	【参考】糖尿病高齢者 慢性人工透析患者数 (慢性人工透析患者に占める割合)		4人	1.4%	5人	1.8%	5人	1.8%	3人	1.1%	3人	1.1%	KDR 厚生労働省様式 様式3-2 ※後掲			
6	①	総医療費		7億2602万円		7億8506万円		7億3245万円		7億6146万円		7億7048万円		6億7051万円		KDR 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		3億9693万円		4億1004万円		3億8311万円		3億9463万円		4億2179万円		3億5896万円			
	③	(総医療費に占める割合)		54.7%		52.2%		52.3%		51.8%		54.7%		53.5%			
	④	生活習慣病 医療費 一人あたり	健診受診者	8,017円		11,642円		5,251円		11,900円		11,591円		9,063円			
	⑤		健診未受診者	32,201円		33,867円		37,642円		30,358円		36,101円		37,482円			
	⑥	糖尿病医療費		4291万円		4128万円		4114万円		4327万円		3917万円		4061万円			
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		10.8%		10.1%		10.7%		11.0%		9.3%		11.3%			
	⑧	糖尿病入院外総医療費		8666万円		9638万円		9336万円		9385万円		1億0010万円					
	⑨	1件あたり		29,516円		32,726円		33,521円		33,056円		36,138円					
	⑩	糖尿病入院総医療費		9790万円		6959万円		8233万円		9620万円		9363万円					
	⑪	1件あたり		553,132円		511,676円		563,898円		593,854円		604,040円					
	⑫	在院日数		20日		18日		18日		21日		20日					
	⑬	慢性腎不全医療費		3811万円		3603万円		2794万円		2809万円		1839万円		2783万円			
	⑭	透析有り		3672万円		3575万円		2688万円		2685万円		1779万円		2567万円			
	⑮	透析なし		139万円		29万円		105万円		124万円		61万円		216万円			
7	①	介護 介護給付費		8億1751万円		7億6960万円		7億6587万円		7億8402万円		8億1104万円		8億6719万円			
②	(2号認定者)糖尿病合併症		2件 20.0%		2件 25.0%		2件 66.7%		2件 100.0%		2件 50.0%						
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		1人 0.8%		3人 2.3%		2人 1.5%		3人 2.3%		0人 0.0%		622人 1.0%		KDR 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

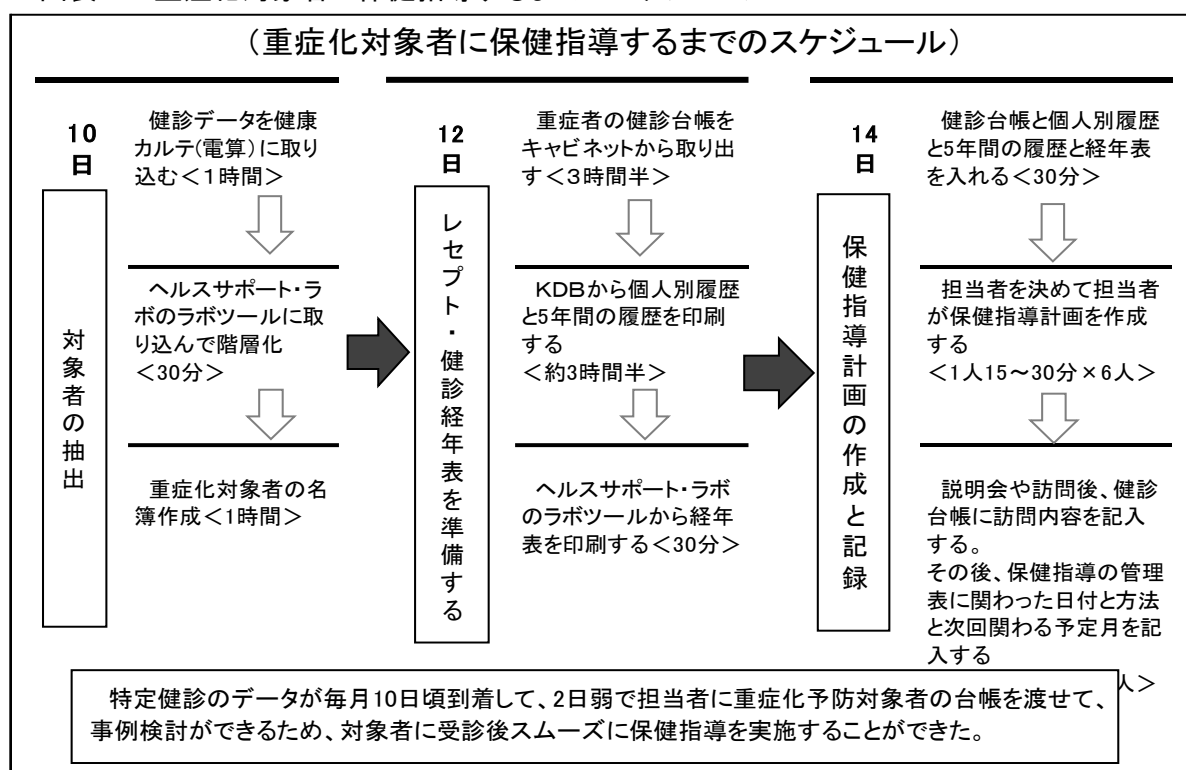
7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第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)

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール

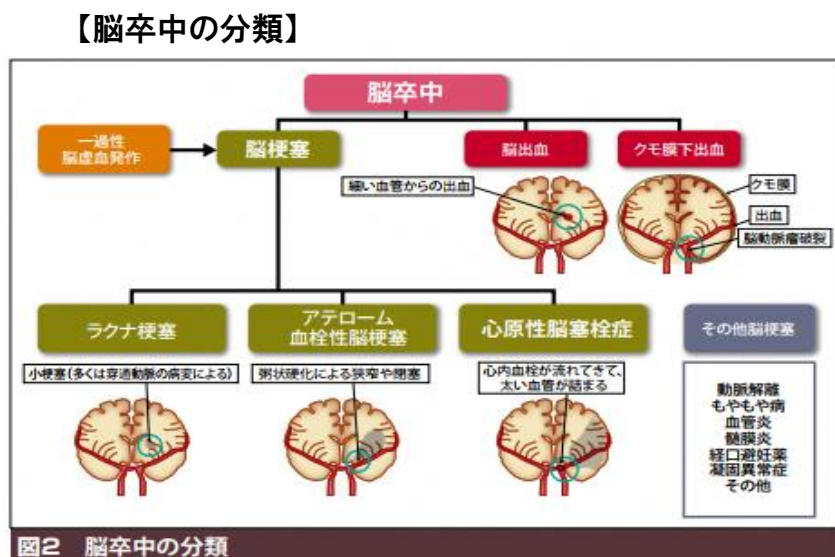


2. 脳血管疾患重症化予防

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 72,73)

図表 72 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 73 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 74 でみると、高血圧治療者 584 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 74 人(12.7%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 37 人(38.7%)であり、そのうち 22 人(24.4%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 15 人(14.3%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

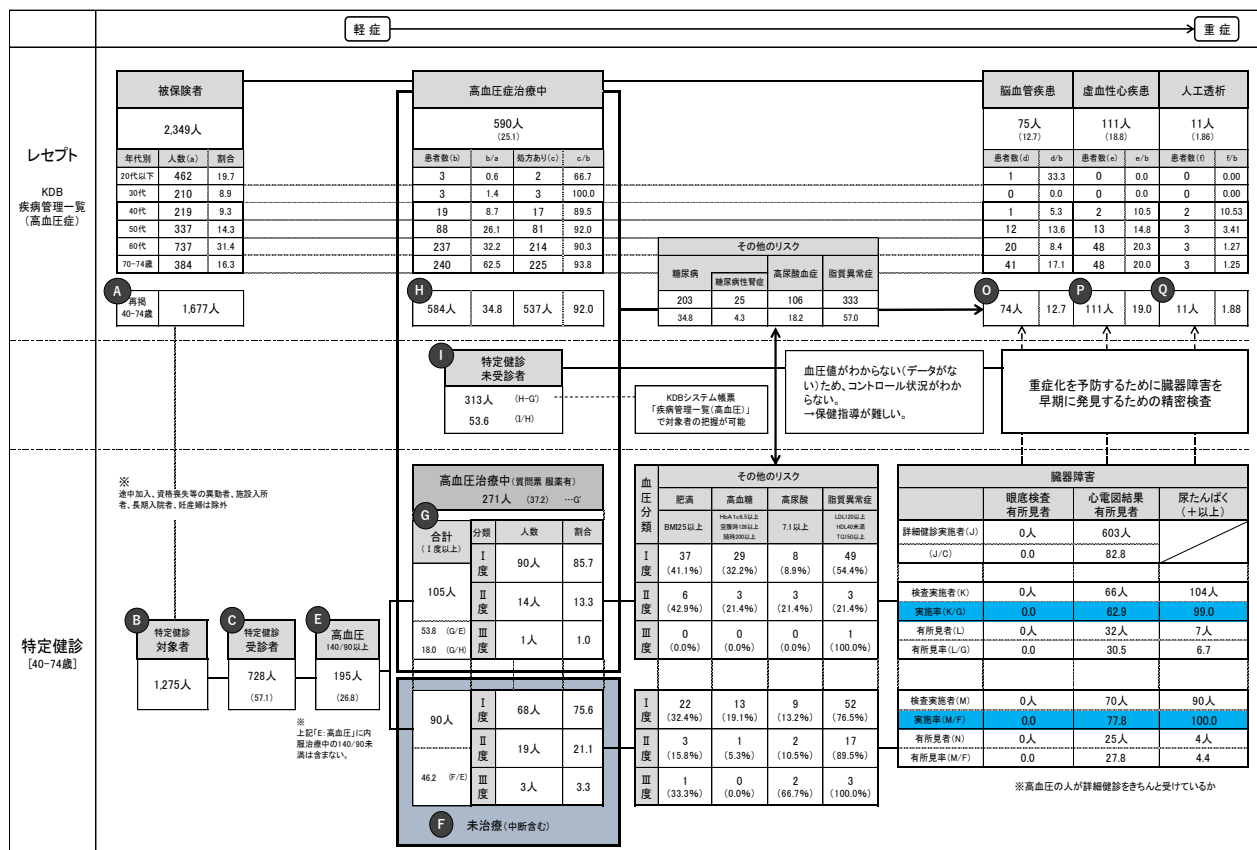
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)は、結果が反映できていません。眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから眼底検査を実施した結果を集計する必要がありますが、実際は重症化予防の分析ができていません。

第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施を健康増進事業と併せて継続実施し、結果について、関係機関と実態を共有し働きかけをしていく必要があります。

図表 74 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

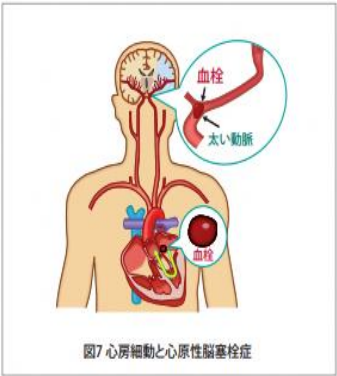
脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度									
保健指導対象者の明確化と優先順位の決定					(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画				
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化									
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)									
血圧分類 (mmHg)	高値血圧		Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧		Ⅲ度高血圧		…高リスク
	130～139 /80～89		140～159 /90～99		160～179 /100～109		180以上 /110以上		…中等リスク
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	203		113		68		19		3
	55.7%		33.5%		9.4%		1.5%		…低リスク
リスク第1層 予後影響因子がない	12	C 10	B 0	B 2	A 0	区分			
	5.9%	8.8%	0.0%	10.5%	0.0%	A	ただちに 薬物療法を開始	55	
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	113	C 68	B 33	A 11	A 1	B	概ね1ヵ月後に 再評価	70	
	55.7%	60.2%	48.5%	57.9%	33.3%			34.5%	
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	78	B 35	A 35	A 6	A 2	C	概ね3ヵ月後に 再評価	78	
	38.4%	31.0%	51.5%	31.6%	66.7%			38.4%	
出典:ヘルスサポートラボソール									
※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。									
※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。									
※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。									
※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。									
※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。									

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

(3) 心電図検査における心房細動の実態



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

図表 76 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 76 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	365	363	302	82.7%	301	82.9%	6	2.0%	0	0.0%	--	--
40代	44	30	42	95.5%	30	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	55	48	50	90.9%	40	83.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	153	162	123	80.4%	135	83.3%	3	2.4%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	113	123	87	77.0%	96	78.0%	3	3.4%	0	0.0%	3.4%	1.1%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 77 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
6	1	16.7%	5	83.3%

東串良町調べ

心電図検査において6人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者6人のうち5人は既に治療が開始されましたが、1人はまだ治療につながっていません。

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であ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) 二次健診の実施

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

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法

は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

東串良町は、令和3年度より鹿児島県後期高齢者広域連合から、本町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っています。

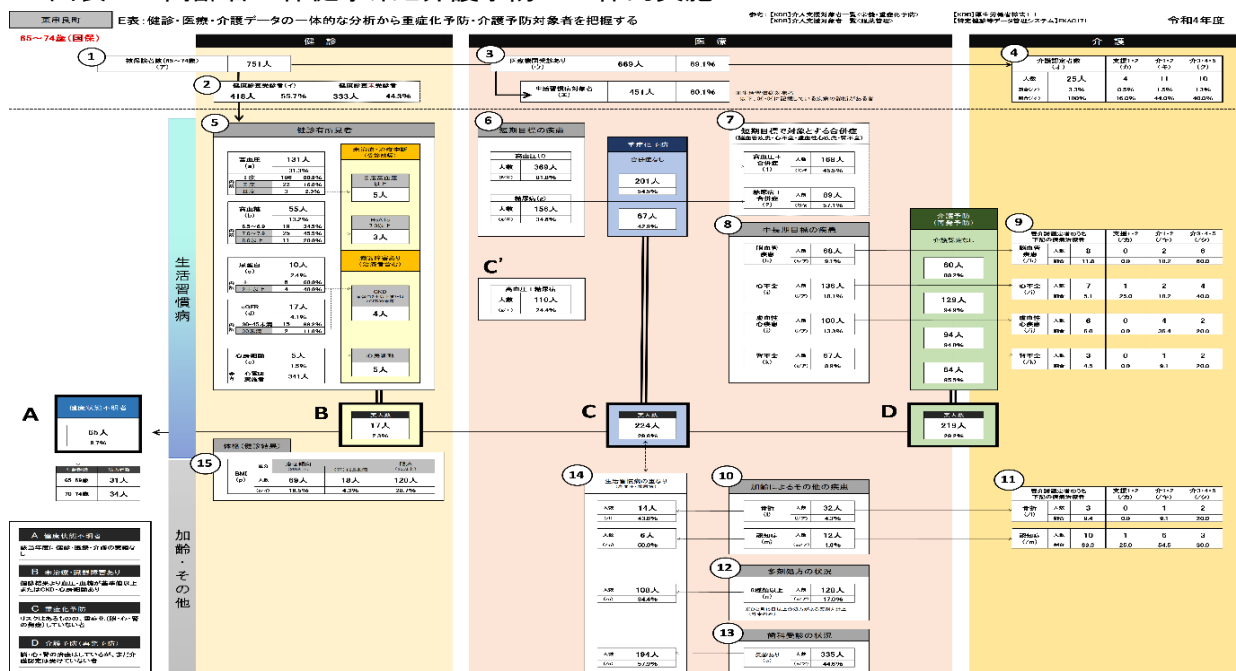
具体的には、

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よう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 78 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 発症予防

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

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

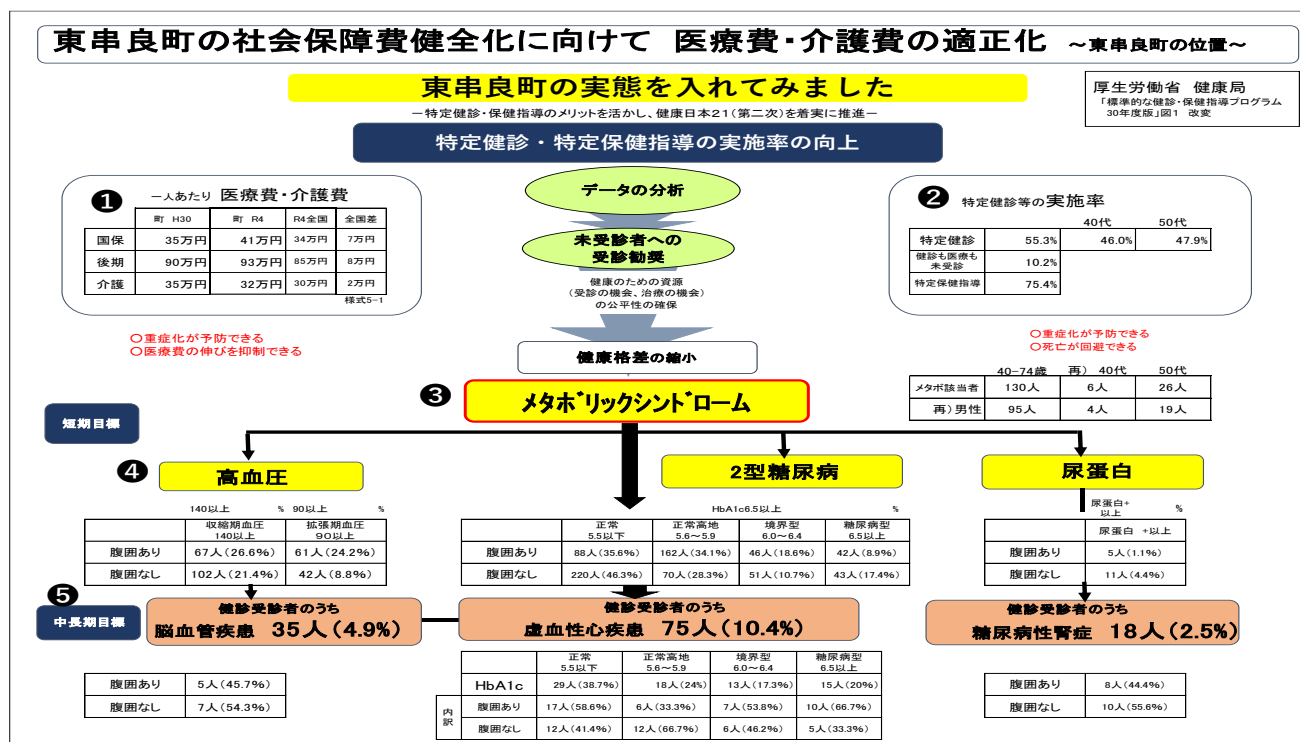
図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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

V. ポピュレーションアプローチ

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

図表 80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 81 統計からみえる鹿児島県の食

統計からみえる鹿児島県の食		～ 総務省統計局 家計調査 2019～2021年平均 ～	
食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
揚げかまぼこ	1位	貝類	46位
さば	1位	乳製品	48位
いわし	2位	ほうれん草	49位
さとう	1位	はくさい	47位
しょうゆ	1位	海藻サラダ	53位
酢	1位	果物(全体)	46位
乳酸菌飲料	1位	生鮮果物(全体)	46位
焼酎	2位		
店舗・種別	店舗数		
持ち帰り・配達飲食サービス業	9位		
酒場・ビアホール	7位		

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、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た周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた東串良町の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料10 標準化死亡比

参考資料11 東串良町個別保健事業計画(R5年度 評価)

参考資料12 東串良町個別保健事業計画(R6年度 計画)

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた東串良町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた東串良町の位置

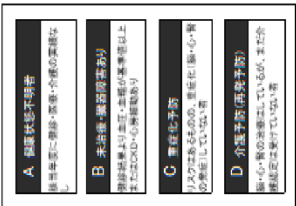
様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた東串良町の位置										R04年度				
項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
				実績	割合	実績	割合	実績	割合	実績	割合			
1	①	人口構成	総人口	6,231		1,680,058		1,543,466		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			65歳以上(高齢化率)	2,287	36.7	662,426	39.4	505,891	32.8	35,335,805	28.7			
			75歳以上	1,323	21.2	--	--	262,354	17.0	18,248,742	14.8			
			65～74歳	964	15.5	--	--	243,537	15.8	17,087,063	13.9			
			40～64歳	1,908	30.6	--	--	492,960	31.9	41,545,893	33.7			
		39歳以下	2,036	32.7	--	--	544,615	35.3	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業	33.1		17.0		9.5		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			第2次産業	18.0		25.3		19.4		25.0				
			第3次産業	48.9		57.7		71.1		71.0				
	③	平均寿命	男性	79.7		80.4		80.0		80.8		KDB_NO.1 地域全体的把握		
女性			86.5		86.9		86.8		87.0					
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	76.4		79.5		79.4		80.1					
		女性	83.7		84.2		84.3		84.4					
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	106.6		103.1		103.1		100		KDB_NO.1 地域全体的把握	
				女性	112.8		101.3		99.7		100			
			死因	がん	29	45.3	7,089	46.3	5,358	47.1	378,272	50.6		
				心臓病	20	31.3	4,562	29.8	3,295	29.0	205,485	27.5		
				脳疾患	12	18.8	2,404	15.7	1,726	15.2	102,900	13.8		
				糖尿病	0	0.0	283	1.8	244	2.1	13,896	1.9		
				腎不全	2	3.1	622	4.1	471	4.1	26,946	3.6		
				自殺	1	1.6	346	2.3	270	2.4	20,171	2.7		
				合計										
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	男性									厚労省HP 人口動態調査		
女性														
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	460	20.2	127,161	19.4	101,053	20.1	6,724,030	19.4			
			新規認定者	10	0.3	2,078	0.3	1,591	0.3	110,289	0.3			
				介護度別 総件数	要支援1・2	1,255	11.4	365,856	13.2	358,656	15.3		21,785,044	12.9
					要介護1・2	4,114	37.5	1,297,770	46.8	1,063,368	45.3		78,107,378	46.3
					要介護3以上	5,592	51.0	1,111,908	40.1	923,149	39.4		68,963,503	40.8
	②	有病状況	2号認定者	8	0.42	2,073	0.39	1,817	0.37	156,107	0.38	KDB_NO.1 地域全体的把握		
			糖尿病	90	17.6	30,162	22.6	25,071	23.7	1,712,613	24.3			
			高血圧症	282	55.4	71,773	54.3	61,694	59.0	3,744,672	53.3			
			脂質異常症	169	32.8	39,654	29.6	34,712	32.8	2,308,216	32.6			
			心臓病	321	65.2	80,304	60.9	69,819	66.9	4,224,628	60.3			
			脳疾患	147	29.3	30,910	23.8	32,194	31.3	1,568,292	22.6			
			がん	56	10.5	14,782	11.0	12,898	12.3	837,410	11.8			
			筋・骨格	282	58.2	71,540	54.1	63,601	61.0	3,748,372	53.4			
			精神	196	39.5	49,589	37.8	44,293	42.7	2,569,149	36.8			
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	354,630	811,038,884	314,188	208,126,001,519	316,197	159,961,256,470	290,668	10,074,274,238,869			
			1件当たり給付費(全体)	73,993		74,986		68,209		59,662				
居宅サービス			50,520		43,722		44,980		41,272					
			施設サービス		306,021		289,312		298,436		296,364			
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	8,921		9,224		10,143		8,610					
		認定あり 認定なし	4,586		4,375		4,611		4,020					
4	①	国保の状況	被保険者数	1,878		427,153		356,708		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体的把握 KDB_NO.5 被保険者の状況		
			65～74歳	740	39.4			172,817	48.4	11,129,271	40.5			
			40～64歳	645	34.3			107,061	30.0	9,088,015	33.1			
			39歳以下	493	26.3			76,830	21.5	7,271,596	26.5			
		加入率	30.1		25.6		23.1		22.3					
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	150	0.4	234	0.7	8,237	0.3			
			診療所数	8	4.3	1,147	2.7	1,368	3.8	102,599	3.7			
			病床数	0	0.0	15,964	37.4	32,164	90.2	1,507,471	54.8			
			医師数	5	2.7	1,780	4.2	4,653	13.0	339,611	12.4			
			外来患者数	724.2		692.2		755.6		687.8				
			入院患者数	27.1		22.7		30.3		17.7				
	③	医療費の状況	一人当たり医療費	410,269	県内25位 同規模56位	376,732		444,085		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 地域全体的把握		
			受診率	751,295		714,851		785,808		705,439				
			外 来	費用の割合	58.2		56.3		52.0		60.4			
件数の割合				96.4		96.8		96.2		97.5				
入 院			費用の割合	41.8		43.7		48.0		39.6				
			件数の割合	3.6		3.2		3.8		2.5				
1件あたり在院日数			20.3日		16.4日		18.4日		15.7日					

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	最大医療費源傷病名 (調剤含む)	がん	125,222,470	29.7	31.3	27.4	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)	17,786,750	4.2	7.2	10.1	8.2		
				糖尿病	39,169,840	9.3	11.3	9.5	10.4		
				高血圧症	26,630,570	6.3	6.6	5.4	5.9		
				脂質異常症	10,084,110	2.4	3.8	3.0	4.1		
				脳梗塞・脳出血	28,047,100	6.6	3.9	4.6	3.9		
				狭心症・心筋梗塞	17,020,950	4.0	2.8	2.8	2.8		
				精神	99,532,750	23.6	14.9	18.2	14.7		
				筋・骨格	56,655,460	13.4	17.3	18.0	16.7		
	⑤	一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症	41	0.0	430	0.3	449	0.2	KDB.NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)
				糖尿病	1,126	0.7	1,426	0.9	1,980	0.9	
				脂質異常症	75	0.0	69	0.0	81	0.0	
				脳梗塞・脳出血	13,325	7.8	6,762	4.1	8,934	4.2	
				虚血性心疾患	7,808	4.6	4,422	2.7	5,262	2.5	
				腎不全	3,092	1.8	4,755	2.9	8,626	4.0	
		一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	高血圧症	14,139	5.9	12,793	6.0	12,272	5.3	
				糖尿病	20,613	8.6	21,925	10.3	20,864	9.0	
				脂質異常症	5,295	2.2	7,608	3.6	6,969	3.0	
				脳梗塞・脳出血	1,610	0.7	943	0.4	1,546	0.7	
				虚血性心疾患	3,024	1.3	1,933	0.9	2,274	1.0	
5	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	4,384		3,122	3,342	2,031	KDB.NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健 康課題	
				健診未受診者	13,654		12,911	14,258	13,295		
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	11,591		9,063	9,072	6,142		
				健診未受診者	36,101		37,482	38,697	40,210		
	⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	受診勧奨率	391	55.6	83,183	58.2	60,435	56.0	KDB.NO.1 地域全体像の把握
				医療機関受診率	358	50.9	74,754	52.3	55,853	51.7	
				医療機関非受診率	33	4.7	8,429	5.9	4,582	4.2	
	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況	メタボ 該当・予 備群レ ベル	健診受診者	703		142,832		107,979	6,812,842	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	55.1	県内11位 同規模47位	45.7	42.8	全国12位	37.1	
				特定保健指導終了者(実施率)	51	73.9	4,122	24.0	3,585	33.1	
				非肥満高血糖	68	9.7	14,617	10.2	10,130	9.4	
				メタボ	該当者	130	18.5	30,946	21.7	23,554	21.8
					男性	92	26.1	21,803	32.2	15,890	33.2
					女性	38	10.8	9,143	12.2	7,664	12.8
					予備群	87	12.4	16,570	11.6	13,117	12.1
				メタボ 該当・予 備群レ ベル	男性	61	17.3	11,708	17.3	8,752	18.3
					女性	26	7.4	4,862	6.5	4,365	7.3
				BMI	総数	246	35.0	52,255	36.6	40,602	37.6
					男性	174	49.4	36,735	54.3	27,156	56.7
					女性	72	20.5	15,520	20.7	13,446	22.4
					総数	37	5.3	8,339	5.8	5,326	4.9
					男性	8	2.3	1,408	2.1	775	1.6
					女性	29	8.3	6,931	9.2	4,551	7.6
				血糖のみ	7	1.0	988	0.7	800	0.7	
				血圧のみ	63	9.0	12,098	8.5	9,688	9.0	
				脂質のみ	17	2.4	3,484	2.4	2,629	2.4	
				血糖・血圧	21	3.0	5,238	3.7	4,090	3.8	
				血糖・脂質	7	1.0	1,494	1.0	1,147	1.1	
				血圧・脂質	63	9.0	13,843	9.7	10,583	9.8	
				血糖・血圧・脂質	39	5.5	10,371	7.3	7,734	7.2	
6	① ②	問診の状況	服薬 既往歴	高血圧	263	37.4	56,464	39.5	47,737	44.2	KDB.NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病	77	11.0	15,013	10.5	12,411	11.5	
				脂質異常症	166	23.6	39,703	27.8	30,806	28.5	
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	35	5.0	4,468	3.3	4,997	4.7	
	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬	生活習慣の 状況	喫煙 週3回以上朝食を抜く 週3回以上食後間食(～H29) 週3回以上就寝前夕食(H30～) 週3回以上就寝前夕食 食べる速度が速い 20歳時体重から10kg以上増加 1回30分以上運動習慣なし 1日1時間以上運動なし 睡眠不足 毎日飲酒 時々飲酒	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	58	8.3	8,449	6.2	7,511	7.1	KDB.NO.1 地域全体像の把握
				腎不全	6	0.9	1,305	0.9	1,898	1.8	
				貧血	51	7.3	12,438	9.0	8,274	7.8	
				1日1時間以上運動なし	322	45.9	63,680	47.0	48,666	45.8	
				睡眠不足	159	22.7	32,768	24.2	23,442	22.1	
				毎日飲酒	207	29.4	36,601	26.4	27,097	25.5	
				時々飲酒	136	19.3	29,121	21.0	22,876	21.5	
				1日飲酒量	192	49.9	54,805	59.9	40,371	62.8	
				1～2合	140	36.4	24,287	26.5	18,201	28.3	
				2～3合	49	12.7	9,527	10.4	4,868	7.6	
				3合以上	4	1.0	2,893	3.2	830	1.3	

①40～64 歳(国保)



5



【KDC】厚生労働省様式1-1
【特定保健指導プラットフォーム】KDC171

五、



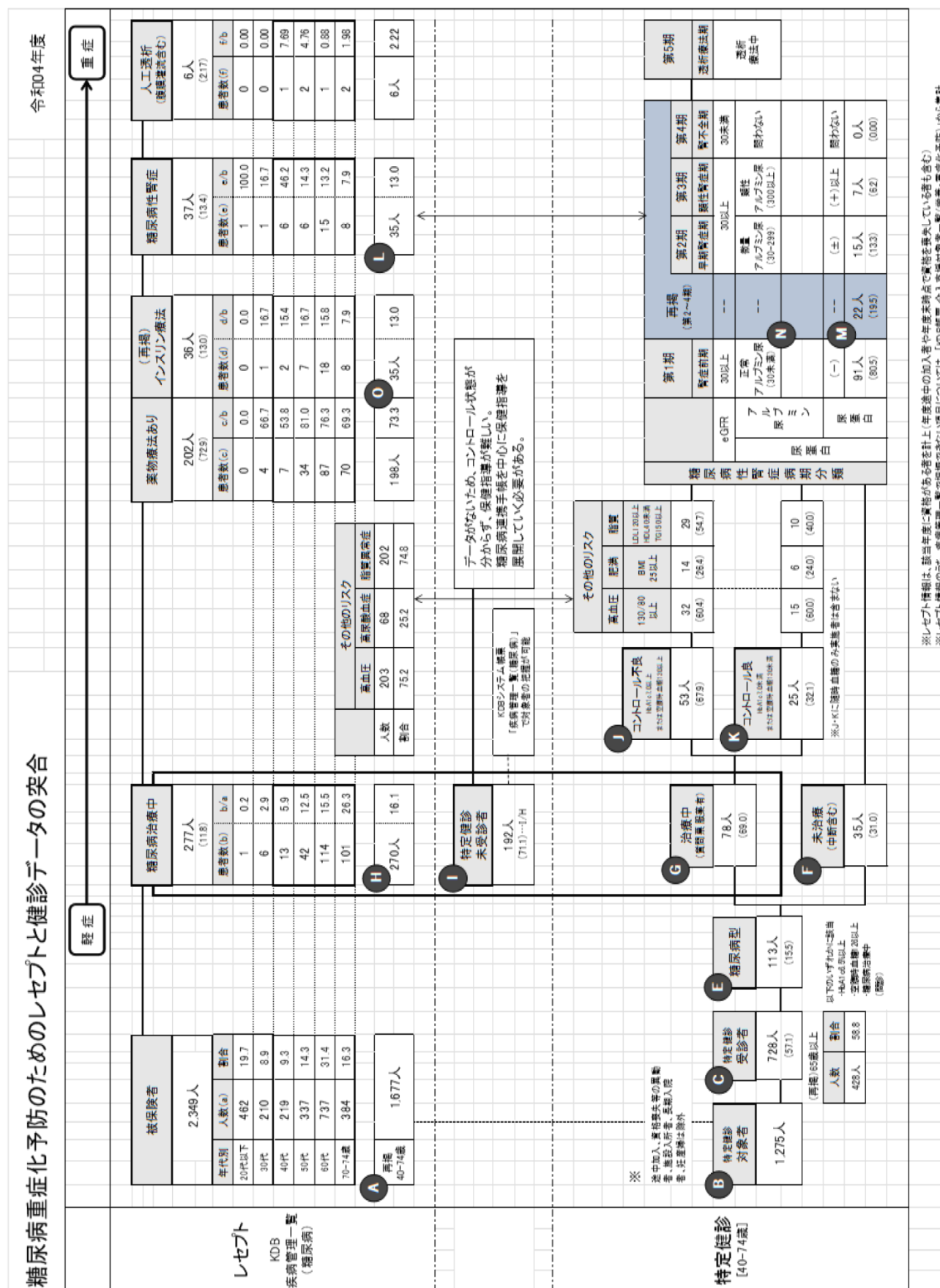
令和年度



参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

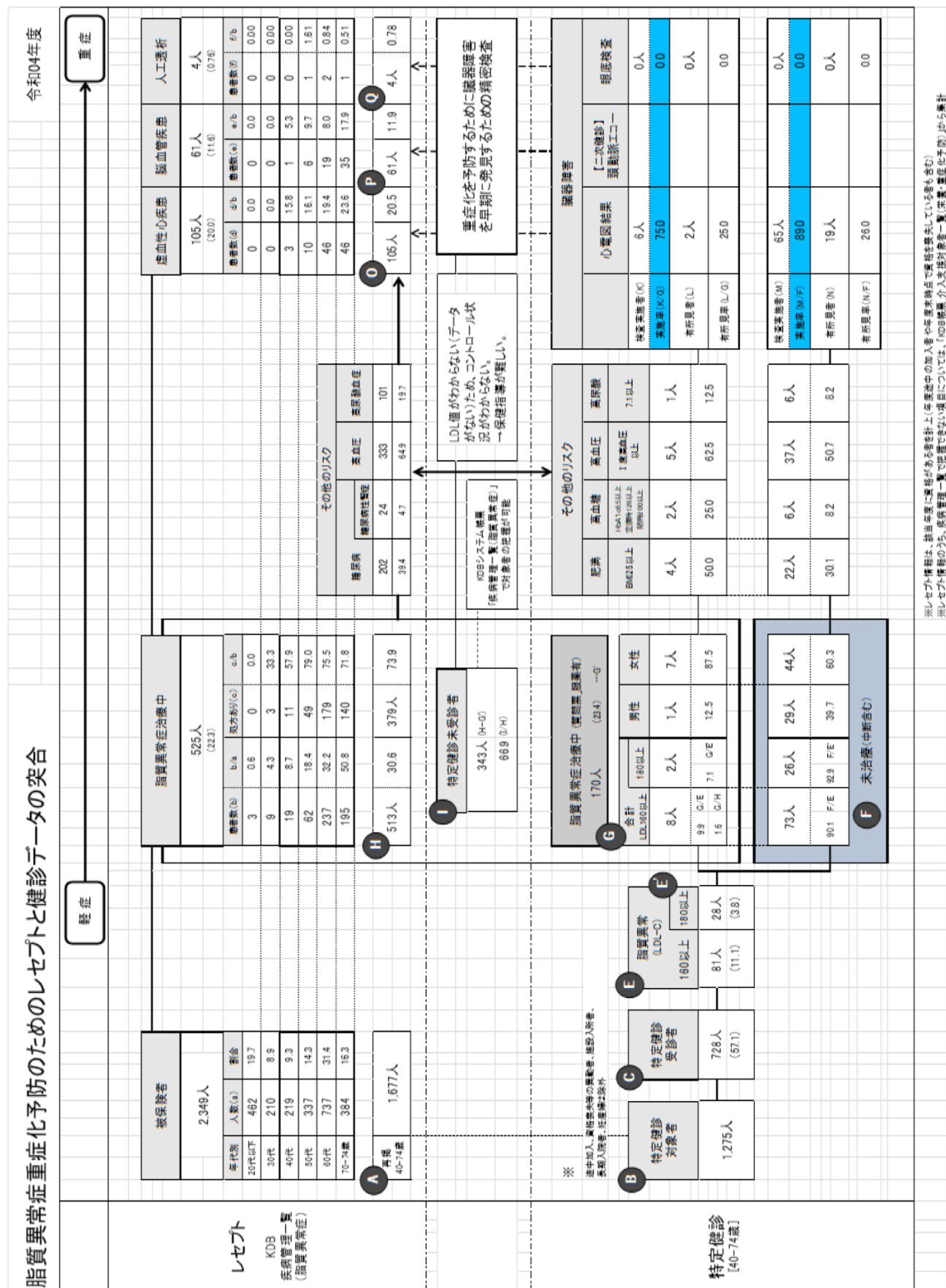
項目			突出表	東串良町										同規模保険者（平均）		データ基		
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数	A	2,143人		2,058人		1,980人		1,984人		1,944人				KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	②	（再掲）40～74歳		1,552人		1,513人		1,480人		1,482人		1,441人						
2	①	対象者数	B	1,500人		1,454人		1,440人		1,382人		1,349人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書		
	②	特定健診 受診者数	C	740人		794人		618人		721人		728人						
	③	受診率		—		—		—		—		—						
3	①	特定 対象者数		78人		84人		60人		84人		69人						
	②	保健指導 実施率		76.9%		79.8%		58.3%		76.2%		75.4%						
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	161人	21.8%	145人	18.3%	132人	21.4%	116人	16.1%	113人	15.5%			特定健診結果	
	②		未治療・中断者（質問票 返答なし）	F	41人	25.5%	43人	29.7%	38人	28.8%	25人	21.6%	35人	31.0%				
	③		治療中（質問票 返答あり）	G	120人	74.5%	102人	70.3%	94人	71.2%	91人	78.4%	78人	69.0%				
	④		コントロール不良 HbA1c 8.0%以上または空腹時血糖180以上	J	84人	70.0%	70人	68.6%	59人	62.8%	56人	61.5%	53人	67.9%				
	⑤		血圧 130/80以上		54人	64.3%	36人	51.4%	35人	59.3%	32人	57.1%	32人	60.4%				
	⑥		肥満 BMI25以上	M	30人	35.7%	25人	35.7%	18人	30.5%	18人	32.1%	14人	26.4%				
	⑦		コントロール良 HbA1c 7.0%未満かつ空腹時血糖180未満		K	36人	30.0%	32人	31.4%	35人	37.2%	35人	38.5%	25人	32.1%			
	⑧		第1期 尿蛋白（－）		19人	78人	48.4%	78人	53.8%	100人	75.8%	92人	79.3%	91人	80.5%			
	⑨		第2期 尿蛋白（±）			19人	11.8%	22人	15.2%	18人	13.6%	14人	12.1%	15人	13.3%			
	⑩		第3期 尿蛋白（＋）以上			16人	9.9%	12人	8.3%	11人	8.3%	5人	4.3%	7人	6.2%			
⑪	第4期 eGFR30未満	3人	1.9%	2人		1.4%	3人	2.3%	4人	3.4%	0人	0.0%						
5	①	レセプト	糖尿病受診率（被保険者千対）		98.9人		109.8人		102.0人		104.8人		106.0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）		134.0人		148.1人		135.1人		136.3人		140.9人					
	③		入院外（件数） （40～74歳） （1000例未満千対）		1,503件（995.4）		1,434件（951.6）		1,369件（935.1）		1,392件（969.4）		1,418件（1023.8）		319,711件	（930.6）	KDB 疾病別医療費分析 （生活習慣病）	
	④		入院（件数）		21件（13.9）		19件（12.6）		14件（9.6）		12件（8.4）		3件（2.2）		1,521件	（4.4）		
	⑤		糖尿病治療中	H	212人 9.9%		228人 11.0%		202人 10.2%		208人 10.5%		206人 10.6%					
	⑥		（再掲）40～74歳		208人 13.4%		224人 14.8%		200人 13.5%		202人 13.6%		203人 14.1%					
	⑦		健診未受診者	I	88人 42.3%		104人 46.4%		106人 53.0%		111人 55.0%		125人 61.6%				KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	⑧		インスリン治療	O	19人 9.0%		20人 8.8%		18人 8.9%		23人 11.1%		19人 9.2%					
	⑨		（再掲）40～74歳		19人 9.1%		20人 8.9%		18人 9.0%		22人 10.9%		19人 9.4%					
	⑩		糖尿病性腎症	L	22人 10.4%		24人 10.6%		27人 13.4%		22人 10.6%		22人 10.7%					
	⑪		（再掲）40～74歳		21人 10.1%		24人 10.7%		27人 13.5%		22人 10.9%		22人 10.8%					
	⑫		慢性人工透析患者数 （慢性人工透析中に占める割合）		4人 1.9%		3人 1.3%		2人 1.0%		4人 1.9%		4人 1.9%					
	⑬		（再掲）40～74歳		4人 1.9%		3人 1.3%		2人 1.0%		4人 2.0%		4人 2.0%					
	⑭		新規透析患者数		1人		1人				2人		0人					
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症		0人		0人				2人		0人					
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 （慢性人工透析中に占める割合）		4人 1.4%		5人 1.8%		5人 1.8%		3人 1.1%		3人 1.1%				KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後測	
⑰																		
6	①	医療費	総医療費		7億2602万円		7億8506万円		7億3245万円		7億6146万円		7億7048万円		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		3億9693万円		4億1004万円		3億8311万円		3億9463万円		4億2179万円		3億5898万円			
	③		（総医療費に占める割合）		54.7%		52.2%		52.3%		51.8%		54.7%		53.5%			
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり		健診受診者	8,017円		11,642円		5,251円		11,900円		11,591円		9,063円		
	⑤		健診未受診者		32,201円		33,867円		37,642円		30,358円		36,101円		37,482円			
	⑥		糖尿病医療費		4291万円		4128万円		4114万円		4327万円		3917万円		4061万円			
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）		10.8%		10.1%		10.7%		11.0%		9.3%		11.3%			
	⑧		糖尿病入院外総医療費		8666万円		9638万円		9336万円		9385万円		1億0010万円					
	⑨		1件あたり		29,516円		32,726円		33,521円		33,056円		36,138円					
	⑩		糖尿病入院総医療費		9790万円		6959万円		8233万円		9620万円		9363万円					
	⑪		1件あたり		553,132円		511,676円		563,898円		593,854円		604,040円					
	⑫		在院日数		20日		18日		18日		21日		20日					
	⑬		慢性腎不全医療費		3811万円		3603万円		2794万円		2809万円		1839万円		2783万円			
	⑭		透析有り		3672万円		3575万円		2688万円		2685万円		1779万円		2567万円			
	⑮		透析なし		139万円		29万円		105万円		124万円		61万円		216万円			
7	①	介護	介護給付費		8億1751万円		7億6960万円		7億6587万円		7億8402万円		8億1104万円		8億6719万円			
	②		（2号認定者）糖尿病合併症		2件 20.0%		2件 25.0%		2件 66.7%		2件 100.0%		2件 50.0%					
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）		1人	0.8%	3人	2.3%	2人	1.5%	3人	2.3%	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	



高血圧重症化予防のためのしせつと健診データの突合

[illegible]

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



※レセプト情報は、該当年度に開始がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で開始を既決している者も含む)
※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、「KOB結果」介入対象者一覧(脂質異常症化予防)から算出

参考資料7 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない	糖尿病										
							合併症予防のための目標		血糖値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	765	377	49.3%	225	29.4%	67	8.8%	39	5.1%	31	4.1%	26	3.4%	42	5.5%	18	2.4%
H30	736	217	29.5%	273	37.1%	132	17.9%	43	5.8%	40	5.4%	31	4.2%	46	6.3%	22	3.0%
R01	788	308	39.1%	278	35.3%	91	11.5%	49	6.2%	34	4.3%	28	3.6%	40	5.1%	18	2.3%
R02	603	230	38.1%	214	35.5%	72	11.9%	33	5.5%	33	5.5%	21	3.5%	33	5.5%	14	2.3%
R03	715	282	39.4%	246	34.4%	111	15.5%	22	3.1%	34	4.8%	20	2.8%	34	4.8%	12	1.7%
R04	722	308	42.7%	232	32.1%	97	13.4%	33	4.6%	34	4.7%	18	2.5%	38	5.3%	13	1.8%

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HbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上														
					再)7.0以上	未治療													
H29	765	377	225	67	96	29	67												
		49.3%	29.4%	8.8%	12.5%	30.2%	69.8%												
		57	11	46	7.5%	19.3%	80.7%												
H30	736	217	273	132	114	33	81												
		29.5%	37.1%	17.9%	15.5%	28.9%	71.1%												
		71	12	59	9.6%	16.9%	83.1%												
R01	788	308	278	91	111	35	76												
		39.1%	35.3%	11.5%	14.1%	31.5%	68.5%												
		62	13	49	7.9%	21.0%	79.0%												
R02	603	230	214	72	87	23	64												
		38.1%	35.5%	11.9%	14.4%	26.4%	73.6%												
		54	12	42	9.0%	22.2%	77.8%												
R03	715	282	246	111	76	16	60												
		39.4%	34.4%	15.5%	10.6%	21.1%	78.9%												
		54	9	45	7.6%	16.7%	83.3%												
R04	722	308	232	97	85	27	58												
		42.7%	32.1%	13.4%	11.8%	31.8%	68.2%												
		52	12	40	7.2%	23.1%	76.9%												

治療と未治療の状況

HbA1c測定				正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値								再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病											
				合併症予防の ための目標						血糖値達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる									
						人数	割合	人数	割合					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A				B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A		
治療中	H29	91	11.9%	0	0.0%	9	9.9%	15	16.5%	21	23.1%	25	27.5%	21	23.1%	34	37.4%	14	15.4%		
	H30	120	16.3%	2	1.7%	9	7.5%	28	23.3%	22	18.3%	32	26.7%	27	22.5%	40	33.3%	18	15.0%		
	R01	102	12.9%	1	1.0%	6	5.9%	19	18.6%	27	26.5%	28	27.5%	21	20.6%	33	32.4%	13	12.7%		
	R02	93	15.4%	3	3.2%	6	6.5%	20	21.5%	22	23.7%	23	24.7%	19	20.4%	28	30.1%	13	14.0%		
	R03	90	12.6%	2	2.2%	7	7.8%	21	23.3%	15	16.7%	27	30.0%	18	20.0%	30	33.3%	11	12.2%		
	R04	76	10.5%	5	6.6%	3	3.9%	10	13.2%	18	23.7%	25	32.9%	15	19.7%	30	39.5%	11	14.5%		
治療なし	H29	674	88.1%	377	55.9%	216	32.0%	52	7.7%	18	2.7%	6	0.9%	5	0.7%	8	1.2%	4	0.6%		
	H30	616	83.7%	215	34.9%	264	42.9%	104	16.9%	21	3.4%	8	1.3%	4	0.6%	6	1.0%	4	0.6%		
	R01	686	87.1%	307	44.8%	272	39.7%	72	10.5%	22	3.2%	6	0.9%	7	1.0%	7	1.0%	5	0.7%		
	R02	510	84.6%	227	44.5%	208	40.8%	52	10.2%	11	2.2%	10	2.0%	2	0.4%	5	1.0%	1	0.2%		
	R03	625	87.4%	280	44.8%	239	38.2%	90	14.4%	7	1.1%	7	1.1%	2	0.3%	4	0.6%	1	0.2%		
	R04	646	89.5%	303	46.9%	229	35.4%	87	13.5%	15	2.3%	9	1.4%	3	0.5%	8	1.2%	2	0.3%		

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較													
	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	772	242	31.3%	135	17.5%	218	28.2%	141	18.3%	30	3.9%	6	0.8%
H30	740	240	32.4%	119	16.1%	212	28.6%	140	18.9%	22	3.0%	7	0.9%
R01	794	250	31.5%	155	19.5%	220	27.7%	128	16.1%	35	4.4%	6	0.8%
R02	615	147	23.9%	105	17.1%	187	30.4%	145	23.6%	26	4.2%	5	0.8%
R03	721	202	28.0%	126	17.5%	191	26.5%	154	21.4%	42	5.8%	6	0.8%
R04	728	211	29.0%	125	17.2%	197	27.1%	158	21.7%	33	4.5%	4	0.5%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲					
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療						
H29	772	377	218	141	36	15	21						
		48.8%	28.2%	18.3%	4.7%	41.7%	58.3%					4.7%	
H30	740	359	212	140	29	11	18						
		48.5%	28.6%	18.9%	3.9%	37.9%	62.1%					3.9%	
R01	794	405	220	128	41	20	21						
		51.0%	27.7%	16.1%	5.2%	48.8%	51.2%					5.2%	
R02	615	252	187	145	31	15	16						
		41.0%	30.4%	23.6%	5.0%	48.4%	51.6%					5.0%	
R03	721	328	191	154	48	17	31						
		45.5%	26.5%	21.4%	6.7%	35.4%	64.6%					6.7%	
R04	728	336	197	158	37	22	15						
		46.2%	27.1%	21.7%	5.1%	59.5%	40.5%					5.1%	

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	269	34.8%	44	16.4%	43	16.0%	81	30.1%	80	29.7%	16	5.9%
	H30	290	39.2%	41	14.1%	48	16.6%	102	35.2%	81	27.9%	13	4.5%
	R01	295	37.2%	40	13.6%	58	19.7%	105	35.6%	71	24.1%	19	6.4%
	R02	267	43.4%	28	10.5%	46	17.2%	91	34.1%	86	32.2%	12	4.5%
	R03	286	39.7%	39	13.6%	41	14.3%	84	29.4%	91	31.8%	28	9.8%
	R04	271	37.2%	40	14.8%	42	15.5%	84	31.0%	90	33.2%	14	5.2%
治療なし	H29	503	65.2%	198	39.4%	92	18.3%	137	27.2%	61	12.1%	14	2.8%
	H30	450	60.8%	199	44.2%	71	15.8%	110	24.4%	59	13.1%	9	2.0%
	R01	499	62.8%	210	42.1%	97	19.4%	115	23.0%	57	11.4%	16	3.2%
	R02	348	56.6%	119	34.2%	59	17.0%	96	27.6%	59	17.0%	14	4.0%
	R03	435	60.3%	163	37.5%	85	19.5%	107	24.6%	63	14.5%	14	3.2%
	R04	457	62.8%	171	37.4%	83	18.2%	113	24.7%	68	14.9%	19	4.2%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F
総数	H29	772	378	49.0%	216	28.0%	100	13.0%	54	7.0%	24	3.1%
	H30	740	386	52.2%	179	24.2%	112	15.1%	39	5.3%	24	3.2%
	R01	794	385	48.5%	198	24.9%	128	16.1%	53	6.7%	30	3.8%
	R02	616	303	49.2%	155	25.2%	110	17.9%	35	5.7%	13	2.1%
	R03	721	369	51.2%	176	24.4%	107	14.8%	43	6.0%	26	3.6%
	R04	726	368	50.7%	168	23.1%	109	15.0%	53	7.3%	28	3.9%
男性	H29	373	190	50.9%	107	28.7%	45	12.1%	25	6.7%	6	1.6%
	H30	364	199	54.7%	87	23.9%	50	13.7%	19	5.2%	9	2.5%
	R01	393	214	54.5%	86	21.9%	58	14.8%	22	5.6%	13	3.3%
	R02	309	163	52.8%	72	23.3%	50	16.2%	18	5.8%	6	1.9%
	R03	361	207	57.3%	79	21.9%	41	11.4%	24	6.6%	10	2.8%
	R04	364	215	59.1%	71	19.5%	48	13.2%	23	6.3%	7	1.9%
女性	H29	399	188	47.1%	109	27.3%	55	13.8%	29	7.3%	18	4.5%
	H30	376	187	49.7%	92	24.5%	62	16.5%	20	5.3%	15	4.0%
	R01	401	171	42.6%	112	27.9%	70	17.5%	31	7.7%	17	4.2%
	R02	307	140	45.6%	83	27.0%	60	19.5%	17	5.5%	7	2.3%
	R03	360	162	45.0%	97	26.9%	66	18.3%	19	5.3%	16	4.4%
	R04	362	153	42.3%	97	26.8%	61	16.9%	30	8.3%	21	5.8%

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

年度	健診 受診者	120未満	120～139	140～159	160以上	再掲		
					再)180以上	未治療	治療	
H29	772	378 49.0%	216 28.0%	100 13.0%	78 10.1%	72 92.3%	6 7.7%	10.1%
					24 3.1%	21 87.5%	3 12.5%	3.1%
H30	740	386 52.2%	179 24.2%	112 15.1%	63 8.5%	55 87.3%	8 12.7%	8.5%
					24 3.2%	22 91.7%	2 8.3%	3.2%
R01	794	385 48.5%	198 24.9%	128 16.1%	83 10.5%	79 95.2%	4 4.8%	10.5%
					30 3.8%	28 93.3%	2 6.7%	3.8%
R02	616	303 49.2%	155 25.2%	110 17.9%	48 7.8%	45 93.8%	3 6.3%	7.8%
					13 2.1%	12 92.3%	1 7.7%	2.1%
R03	721	369 51.2%	176 24.4%	107 14.8%	69 9.6%	65 94.2%	4 5.8%	9.6%
					26 3.6%	24 92.3%	2 7.7%	3.6%
R04	726	368 50.7%	168 23.1%	109 15.0%	81 11.2%	73 90.1%	8 9.9%	11.2%
					28 3.9%	26 92.9%	2 7.1%	3.9%

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	C	D	E	F	G	H	I	J
治療中	H29	149	19.3%	103	69.1%	28	18.8%	12	8.1%	3	2.0%
	H30	173	23.4%	117	67.6%	31	17.9%	17	9.8%	6	3.5%
	R01	175	22.0%	121	69.1%	38	21.7%	12	6.9%	2	1.1%
	R02	165	26.8%	111	67.3%	36	21.8%	15	9.1%	2	1.2%
	R03	188	26.1%	132	70.2%	35	18.6%	17	9.0%	2	1.1%
	R04	170	23.4%	117	68.8%	35	20.6%	10	5.9%	6	3.5%
治療なし	H29	623	80.7%	275	44.1%	188	30.2%	88	14.1%	51	8.2%
	H30	567	76.6%	269	47.4%	148	26.1%	95	16.8%	33	5.8%
	R01	619	78.0%	264	42.6%	160	25.8%	116	18.7%	51	8.2%
	R02	451	73.2%	192	42.6%	119	26.4%	95	21.1%	33	7.3%
	R03	533	73.9%	237	44.5%	141	26.5%	90	16.9%	41	7.7%
	R04	556	76.6%	251	45.1%	133	23.9%	99	17.8%	47	8.5%

標準化死亡比

出典	男性					女性				
	全死因	脳内出血	脳梗塞	急性心筋梗塞	心不全	腎不全	全死因	脳内出血	脳梗塞	急性心筋梗塞
平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年	平成25～29年
1 青森	119.1	121.0	139.6	151.9	154.4	151.9	112.8	150.2	144.7	203.0
2 秋田	106.7	137.4	139.3	130.5	153.7	130.5	110.8	141.6	139.7	170.1
3 山形	107.7	129.6	128.9	121.6	142.3	121.6	108.1	130.4	138.1	165.7
4 宮城	106.6	126.5	126.5	126.5	126.5	126.5	107.5	129.7	135.3	162.1
5 大分	105.9	126.5	126.5	126.5	126.5	126.5	106.3	124.0	131.6	152.0
6 福井	105.9	126.1	126.1	126.1	126.1	126.1	106.2	120.9	129.8	149.9
7 新潟	105.7	125.7	125.7	125.7	125.7	125.7	105.5	118.2	125.4	143.9
8 福島	105.4	125.0	125.0	125.0	125.0	125.0	104.2	118.0	124.5	138.6
9 茨城	105.1	119.3	119.3	119.3	119.3	119.3	103.6	116.5	122.4	135.8
10 山梨	104.4	117.9	117.9	117.9	117.9	117.9	103.4	115.2	118.4	135.0
11 長野	103.9	115.6	115.6	115.6	115.6	115.6	103.3	113.8	116.2	130.4
12 岐阜	103.6	107.4	107.4	107.4	107.4	107.4	102.9	110.6	115.4	127.1
13 愛知	103.3	106.6	106.6	106.6	106.6	106.6	102.9	109.2	111.8	127.0
14 岐阜	103.2	106.6	106.6	106.6	106.6	106.6	102.6	109.2	111.7	127.0
15 岐阜	103.1	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	107.2	108.5	124.7
16 岐阜	102.2	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
17 岐阜	102.0	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
18 岐阜	102.0	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
19 岐阜	102.0	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
20 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
21 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
22 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
23 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
24 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
25 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
26 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
27 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
28 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
29 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
30 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
31 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
32 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
33 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
34 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
35 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
36 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
37 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
38 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
39 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
40 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
41 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
42 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
43 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
44 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
45 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
46 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
47 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
48 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
49 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6
50 岐阜	101.8	105.8	105.8	105.8	105.8	105.8	102.5	106.8	107.8	120.6

令和5年度 個別保健事業実施計画及び評価										東串良町		参考資料 10	
事業名	P(計画)		対象者 (状態係・人数)	D(実施)			C(評価)			A(改善)	残っている課題		
	健康課題の明確化・目標設定			保健指導対象者の明確化・具体的な実施方法		アウトカム (結果)	ストラクチャー (構造)	プロセス評価 (過程)					
	目的	目標		実施方法	実施期間				実施体制				
1.未受診者対策事業 (「キャンサー・キャンパス」案)	特定受診者等特定計画に基づく、令和5年度6月5日現在、令和5年度未受診者への受診勧奨を、し、特定受診者の受診率向上や継続受診者、新規受診者の増加につなげる。また、40～50代の男性の受診率も向上させるために、特に40～64歳の生活習慣病未治患者で継続受診者へ受診勧奨を勧める。	○特定継続受診者 R5年度目標60%	特定継続受診者約700名	・事業期1名、保健師2名、キャンサー・スキャン委託 ・5月・7月・9月 ・40代向け「聞く手帳」のQRコードを貼付し通知する。		アワードポイント (事業量評価)	アウトカム (結果)	ストラクチャー (構造)	プロセス評価 (過程)				
(国際・ヘルスアップ事業)	特定受診者等特定計画に基づく、令和5年度6月5日現在、令和5年度未受診者への受診勧奨を、し、特定受診者の受診率向上や継続受診者、新規受診者の増加につなげる。また、40～50代の男性の受診率も向上させるために、特に40～64歳の生活習慣病未治患者で継続受診者へ受診勧奨を勧める。	○特定継続受診者 R5年度目標60%	特定継続受診者約700名	・事業期1名、保健師2名、キャンサー・スキャン委託 ・5月・7月・9月 ・40代向け「聞く手帳」のQRコードを貼付し通知する。		アワードポイント (事業量評価)	アウトカム (結果)	ストラクチャー (構造)	プロセス評価 (過程)				
2.特定継続指導員等受診勧奨事業 (国際・ヘルスアップ事業)	特定継続指導員等受診勧奨事業の実施計画に基づき、令和5年度6月5日現在、令和5年度未受診者への受診勧奨を、し、特定継続指導員等受診率向上や継続受診者、新規受診者の増加につなげる。また、40～50代の男性の受診率も向上させるために、特に40～64歳の生活習慣病未治患者で継続受診者へ受診勧奨を勧める。	○特定継続指導員等受診者 R5年度目標60%	特定継続指導員等受診者約700名	・事業期1名、保健師2名、キャンサー・スキャン委託 ・5月・7月・9月 ・40代向け「聞く手帳」のQRコードを貼付し通知する。		アワードポイント (事業量評価)	アウトカム (結果)	ストラクチャー (構造)	プロセス評価 (過程)				
3.特定継続指導員等未利用活用事業 (国際・ヘルスアップ事業)	特定継続指導員等未利用活用事業の実施計画に基づき、令和5年度6月5日現在、令和5年度未受診者への受診勧奨を、し、特定継続指導員等未利用活用率向上や継続受診者、新規受診者の増加につなげる。また、40～50代の男性の受診率も向上させるために、特に40～64歳の生活習慣病未治患者で継続受診者へ受診勧奨を勧める。	○特定継続指導員等未利用者 R5年度目標60%	特定継続指導員等未利用者約700名	・事業期1名、保健師2名、キャンサー・スキャン委託 ・5月・7月・9月 ・40代向け「聞く手帳」のQRコードを貼付し通知する。		アワードポイント (事業量評価)	アウトカム (結果)	ストラクチャー (構造)	プロセス評価 (過程)				
4.早期介入保健事業 (国際・ヘルスアップ事業)	特定継続指導員等未利用活用事業の実施計画に基づき、令和5年度6月5日現在、令和5年度未受診者への受診勧奨を、し、特定継続指導員等未利用活用率向上や継続受診者、新規受診者の増加につなげる。また、40～50代の男性の受診率も向上させるために、特に40～64歳の生活習慣病未治患者で継続受診者へ受診勧奨を勧める。	○特定継続指導員等未利用者 R5年度目標60%	特定継続指導員等未利用者約700名	・事業期1名、保健師2名、キャンサー・スキャン委託 ・5月・7月・9月 ・40代向け「聞く手帳」のQRコードを貼付し通知する。		アワードポイント (事業量評価)	アウトカム (結果)	ストラクチャー (構造)	プロセス評価 (過程)				

令和6年度 個別保健事業実施計画(案)	保健者名	取組内容	実施方法	実施期間	実施体制	アウトプット (事業成果)	アウトカム (結果)	C(評価)	スラウチャー (構造)	プロセス評価 (説明)	A(改善)	参考資料	
1.未受診者対策事業 (キャンサー・スクリーニング)	特定受診者約700名	特定受診者対策事業4期 の最終年度である。令和11 年度60%を目途に、特定受診 者への受診率向上 し、特定受診者の受診率向上 や継続受診者、新規受診者 の増加につなげる。また、 40~50代の男性の受診率も 向上させるために、特に40 ~64歳の生活習慣病未治 患者で特定受診者へ受 診勧奨を受ける。	・特定受診者の呼びかけにの り、5月・7月・9月 の文書等を郵送する。(年3回)	・事務課1名、保健師2 名、キャンサー・スクリー ニング ・WEBによる申込案内 (年3回)	①R6年特定受診者受診 率(目標80%)→O% ②新規受診者の割合(目 標18%)→O% ③O% ④O% ⑤O% ⑥O% ⑦O% ⑧O% ⑨O% ⑩O% ⑪O% ⑫O% ⑬O% ⑭O% ⑮O% ⑯O% ⑰O% ⑱O% ⑲O% ⑳O% ㉑O% ㉒O% ㉓O% ㉔O% ㉕O% ㉖O% ㉗O% ㉘O% ㉙O% ㉚O% ㉛O% ㉜O% ㉝O% ㉞O% ㉟O% ㊱O% ㊲O% ㊳O% ㊴O% ㊵O% ㊶O% ㊷O% ㊸O% ㊹O% ㊺O% ㊻O% ㊼O% ㊽O% ㊾O% ㊿O%	①R6年特定受診者受診 率(目標80%)→O% ②新規受診者の割合(目 標18%)→O% ③O% ④O% ⑤O% ⑥O% ⑦O% ⑧O% ⑨O% ⑩O% ⑪O% ⑫O% ⑬O% ⑭O% ⑮O% ⑯O% ⑰O% ⑱O% ⑲O% ⑳O% ㉑O% ㉒O% ㉓O% ㉔O% ㉕O% ㉖O% ㉗O% ㉘O% ㉙O% ㉚O% ㉛O% ㉜O% ㉝O% ㉞O% ㉟O% ㊱O% ㊲O% ㊳O% ㊴O% ㊵O% ㊶O% ㊷O% ㊸O% ㊹O% ㊺O% ㊻O% ㊼O% ㊽O% ㊾O% ㊿O%	①R6年特定受診者受診 率(目標80%)→O% ②新規受診者の割合(目 標18%)→O% ③O% ④O% ⑤O% ⑥O% ⑦O% ⑧O% ⑨O% ⑩O% ⑪O% ⑫O% ⑬O% ⑭O% ⑮O% ⑯O% ⑰O% ⑱O% ⑲O% ⑳O% ㉑O% ㉒O% ㉓O% ㉔O% ㉕O% ㉖O% ㉗O% ㉘O% ㉙O% ㉚O% ㉛O% ㉜O% ㉝O% ㉞O% ㉟O% ㊱O% ㊲O% ㊳O% ㊴O% ㊵O% ㊶O% ㊷O% ㊸O% ㊹O% ㊺O% ㊻O% ㊼O% ㊽O% ㊾O% ㊿O%	①R6年特定受診者受診 率(目標80%)→O% ②新規受診者の割合(目 標18%)→O% ③O% ④O% ⑤O% ⑥O% ⑦O% ⑧O% ⑨O% ⑩O% ⑪O% ⑫O% ⑬O% ⑭O% ⑮O% ⑯O% ⑰O% ⑱O% ⑲O% ⑳O% ㉑O% ㉒O% ㉓O% ㉔O% ㉕O% ㉖O% ㉗O% ㉘O% ㉙O% ㉚O% ㉛O% ㉜O% ㉝O% ㉞O% ㉟O% ㊱O% ㊲O% ㊳O% ㊴O% ㊵O% ㊶O% ㊷O% ㊸O% ㊹O% ㊺O% ㊻O% ㊼O% ㊽O% ㊾O% ㊿O%	①R6年特定受診者受診 率(目標80%)→O% ②新規受診者の割合(目 標18%)→O% ③O% ④O% ⑤O% ⑥O% ⑦O% ⑧O% ⑨O% ⑩O% ⑪O% ⑫O% ⑬O% ⑭O% ⑮O% ⑯O% ⑰O% ⑱O% ⑲O% ⑳O% ㉑O% ㉒O% ㉓O% ㉔O% ㉕O% ㉖O% ㉗O% ㉘O% ㉙O% ㉚O% ㉛O% ㉜O% ㉝O% ㉞O% ㉟O% ㊱O% ㊲O% ㊳O% ㊴O% ㊵O% ㊶O% ㊷O% ㊸O% ㊹O% ㊺O% ㊻O% ㊼O% ㊽O% ㊾O% ㊿O%	①R6年特定受診者受診 率(目標80%)→O% ②新規受診者の割合(目 標18%)→O% ③O% ④O% ⑤O% ⑥O% ⑦O% ⑧O% ⑨O% ⑩O% ⑪O% ⑫O% ⑬O% ⑭O% ⑮O% ⑯O% ⑰O% ⑱O% ⑲O% ⑳O% ㉑O% ㉒O% ㉓O% ㉔O% ㉕O% ㉖O% ㉗O% ㉘O% ㉙O% ㉚O% ㉛O% ㉜O% ㉝O% ㉞O% ㉟O% ㊱O% ㊲O% ㊳O% ㊴O% ㊵O% ㊶O% ㊷O% ㊸O% ㊹O% ㊺O% ㊻O% ㊼O% ㊽O% ㊾O% ㊿O%	①R6年特定受診者受診 率(目標80%)→O% ②新規受診者の割合(目 標18%)→O% ③O% ④O% ⑤O% ⑥O% ⑦O% ⑧O% ⑨O% ⑩O% ⑪O% ⑫O% ⑬O% ⑭O% ⑮O% ⑯O% ⑰O% ⑱O% ⑲O% ⑳O% ㉑O% ㉒O% ㉓O% ㉔O% ㉕O% ㉖O% ㉗O% ㉘O% ㉙O% ㉚O% ㉛O% ㉜O% ㉝O% ㉞O% ㉟O% ㊱O% ㊲O% ㊳O% ㊴O% ㊵O% ㊶O% ㊷O% ㊸O% ㊹O% ㊺O% ㊻O% ㊼O% ㊽O% ㊾O% ㊿O%	①R6年特定受診者受診 率(目標80%)→O% ②新規受診者の割合(目 標18%)→O% ③O% ④O% ⑤O% ⑥O% ⑦O% ⑧O% ⑨O% ⑩O% ⑪O% ⑫O% ⑬O% ⑭O% ⑮O% ⑯O% ⑰O% ⑱O% ⑲O% ⑳O% ㉑O% ㉒O% ㉓O% ㉔O% ㉕O% ㉖O% ㉗O% ㉘O% ㉙O% ㉚O% ㉛O% ㉜O% ㉝O% ㉞O% ㉟O% ㊱O% ㊲O% ㊳O% ㊴O% ㊵O% ㊶O% ㊷O% ㊸O% ㊹O% ㊺O% ㊻O% ㊼O% ㊽O% ㊾O% ㊿O%	①R6年特定受診者受診 率(目標80%)→O% ②新規受診者の割合(目 標18%)→O% ③O% ④O% ⑤O% ⑥O% ⑦O% ⑧O% ⑨O% ⑩O% ⑪O% ⑫O% ⑬O% ⑭O% ⑮O% ⑯O% ⑰O% ⑱O% ⑲O% ⑳O% ㉑O% ㉒O% ㉓O% ㉔O% ㉕O% ㉖O% ㉗O% ㉘O% ㉙O% ㉚O% ㉛O% ㉜O% ㉝O% ㉞O% ㉟O% ㊱O% ㊲O% ㊳O% ㊴O% ㊵O% ㊶O% ㊷O% ㊸O% ㊹O% ㊺O% ㊻O% ㊼O% ㊽O% ㊾O

[illegible]