

和水町国民健康保険 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



令和6年3月
和水町国民健康保険

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	1
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	2
3. 計画期間	6
4. 関係者が果たすべき役割と連携	6
1) 市町村国保の役割	6
2) 関係機関との連携	7
3) 被保険者の役割	8
5. 保険者努力支援制度	8
第2章 第2期計画に係る考察及び第3期における健康課題の明確化	10
1. 保険者の特性	10
2. 第2期計画に係る評価及び考察	11
1) 第2期計画に係る評価	11
2) 主な個別事業の評価と課題	21
3) 第2期データヘルス計画に係る考察	28
3. 第3期における健康課題の明確化	29
1) 基本的な考え方	29
2) 健康課題の明確化	29
3) 目標の設定	37
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	39
1. 第四期特定健康診査等実施計画について	39
2. 目標値の設定	39
3. 対象者の見込み	39
4. 特定健診の実施	39
5. 特定保健指導の実施	42
6. 個人情報保護	43
7. 結果の報告	43
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	43

第4章 課題解決するための個別保健事業	44
I. 保健事業の方向性	44
II. 重症化予防の取組	45
1. 糖尿病性腎症重症化予防	46
2. 虚血性心疾患重症化予防	51
3. 脳血管疾患重症化予防	56
4. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	61
III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	65
1. 基本的な考え方	65
2. 事業の実施	65
3. 関係者での連携	65
IV. 発症予防	66
V. ポピュレーションアプローチ	66
第5章 計画の評価・見直し	67
1. 評価の時期	67
2. 評価方法・体制	67
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	68
2. 個人情報の取扱い	68
参考資料	69
用語集	84

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実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

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

このように、全ての保険者に保健事業実施計画(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町の課題等を踏まえ、和水町では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業実施計画(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、「特定健康診査等実施計画」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}」は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・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)

和水町では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB^{※6})システム(以下「KDBシステム」という。)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、保健事業実施計画(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。

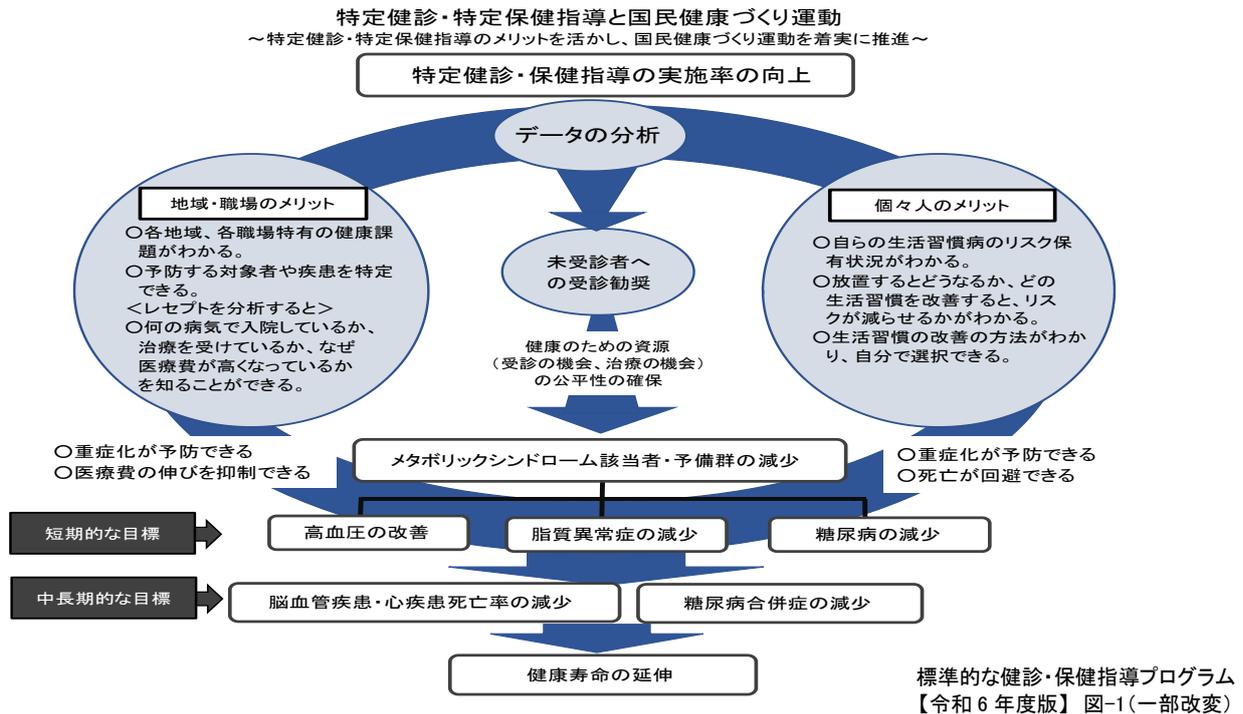
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

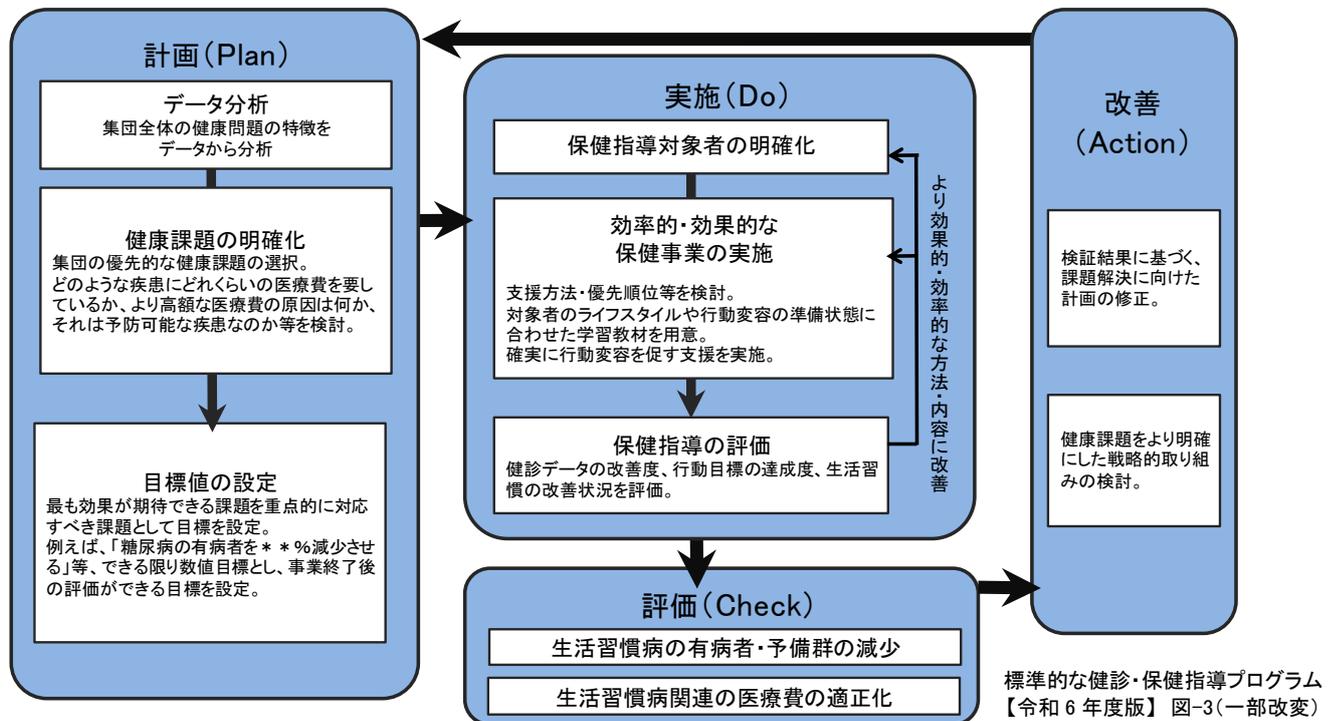
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法					
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画	
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条	
基本的な 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	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 康づくりの展開により実効性を持 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 (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢者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、 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	
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				が ん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養	
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・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 (地域の実状に応じた設定) 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サイクルを活用し 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 (人材給付の適正化、 人材の確保)	
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金	

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

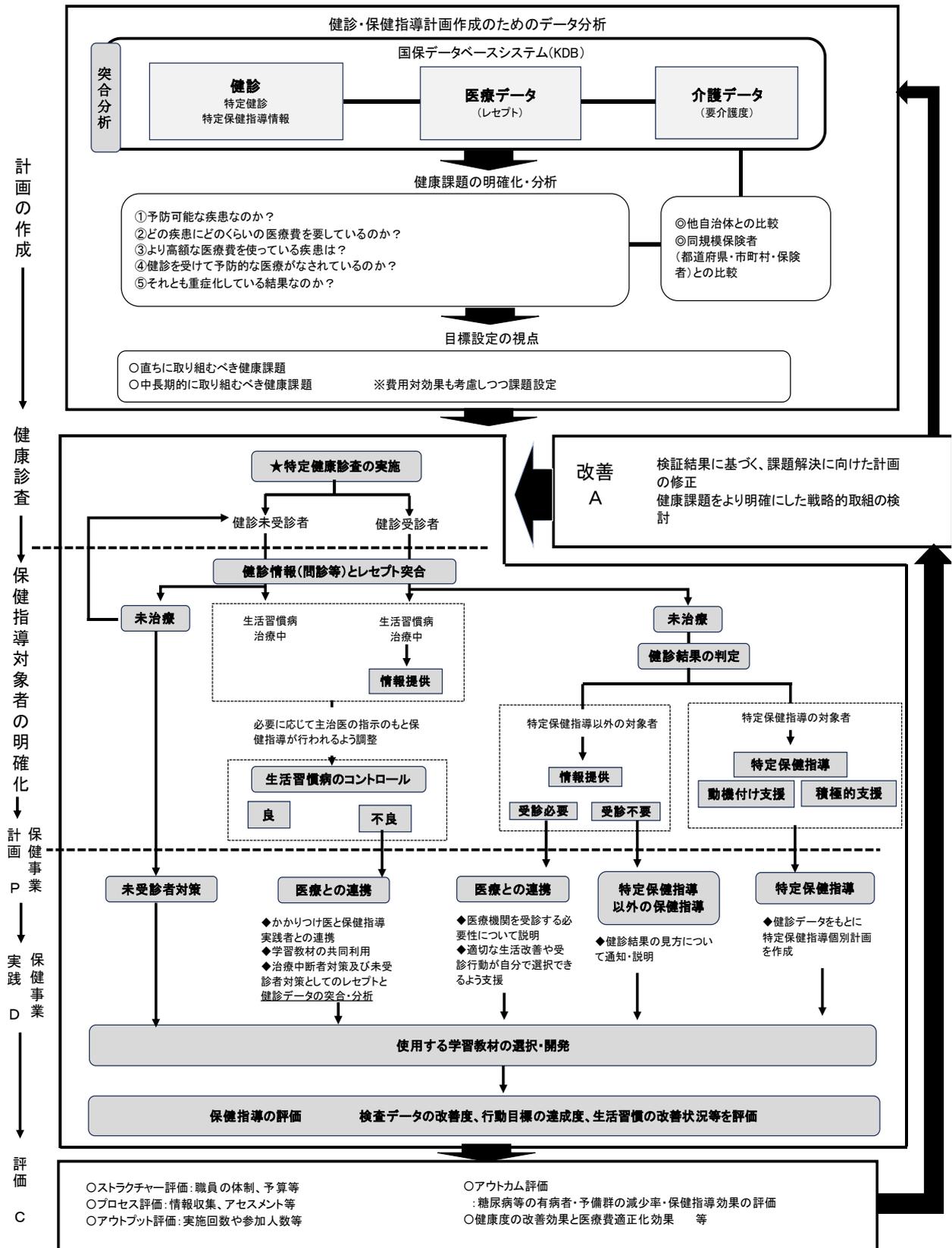


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取組を実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

データヘルス計画の期間については、国指針第5の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険保健事業の実施計画(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

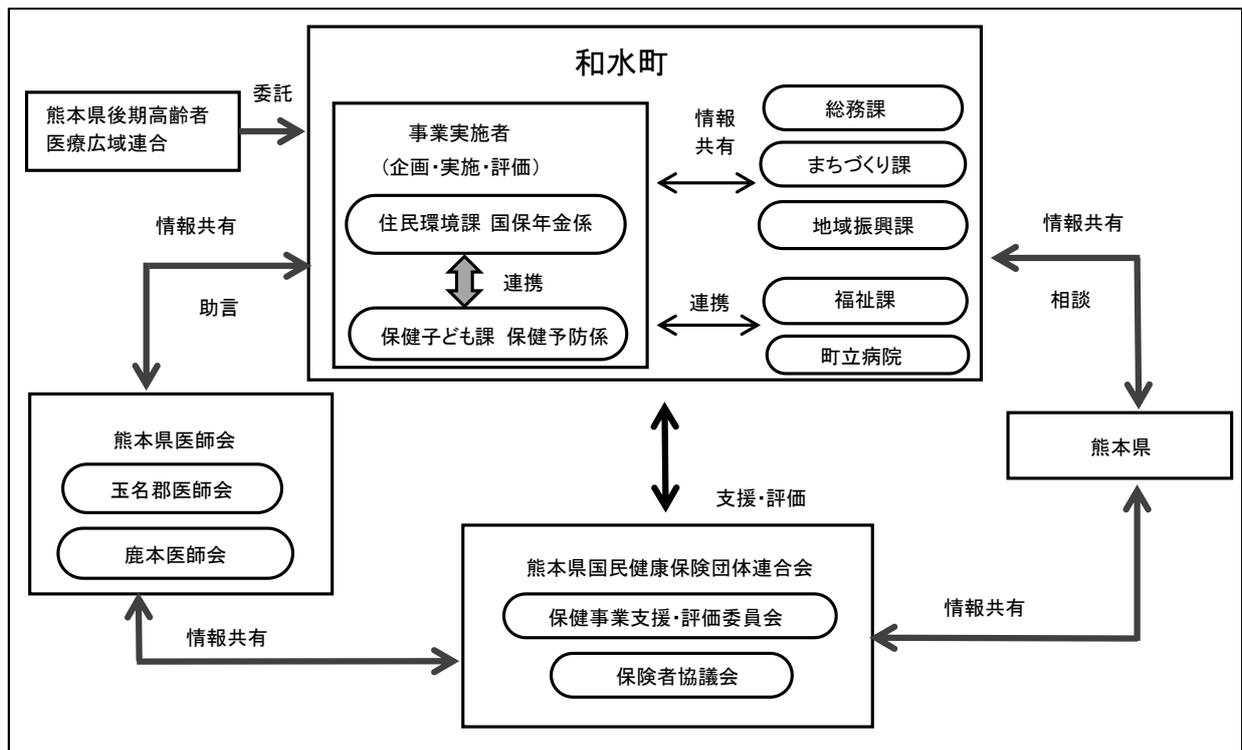
1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業を積極的に推進するために、住民環境課と保健子ども課が保険者の健康課題を分析し、和水町一体となって策定等を進めます。保健事業は、住民環境課及び保健子ども課の事務職、保健師、看護師、管理栄養士、栄養士で実施します。その際、福祉課、まちづくり課等とも十分連携を図っていきます。(図表6)

また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

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 和水町の実施体制図



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・協力が重要になります。計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、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、地域の医療機関等の社会資源等と連携、協力します。

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

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、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要です。

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

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

めます。

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、和水町国民健康保険運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行います。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。(図表 7)

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います。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 7 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	
			和水町	配点	和水町	配点	和水町	配点
交付額(万円)			1,196		1,257		1,287	
全国順位(1,741市町村中)			615位		940位		313位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70
		(2)特定保健指導実施率	120	70	100	70	115	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	20	40	55	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	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	50	90	35	45	55	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	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	10	130	5	130	40	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	70	100	35	100	35	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	25	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	27	40	36	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	83	95	74	100	72	100
合計点			605	1,000	555	960	652	940

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

和水町は令和2年度国勢調査で人口約9千人、高齢化率は42.5%でした。同規模、県、国と比較すると被保険者の平均年齢や死亡率も高い状況です。財政指数は0.3と低く、産業においては第1次産業が同規模、県、国より多い約2割、第2次産業が約3割を占めています。(図表8)

令和4年度の国保加入年齢構成は65～74歳の前期高齢者が県、国より多く約52%と過半数を占めています。平成30年度と比較して40～64歳及び39歳以下の減少が著しいです。(図表9)

また、医療の状況では外来患者数が同規模、県より多く、入院患者数も同規模より多い状況です。(図表10)

図表8 同規模・県・国と比較した和水町の特性

	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
和水町	9,321	42.5	2,306 (24.7)	56.8	5.3	20.3	0.3	19.9	27.2	52.9
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9 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	割合	割合								
被保険者数	2,658		2,582		2,504		2,429		2,306			
65～74歳	1,249	47.0	1,258	48.7	1,269	50.7	1,278	52.6	1,194	51.8	45.4	40.5
40～64歳	886	33.3	863	33.4	797	31.8	746	30.7	709	30.7	30.9	33.1
39歳以下	523	19.7	461	17.9	438	17.5	405	16.7	403	17.5	23.7	26.5
加入率	26.1		25.3		24.6		23.8		24.7		22.4	22.3

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10 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	同規模 割合	県 割合								
病院数	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	0.4	0.5
診療所数 (再掲 内科)	6 (2)	2.3	6 (2)	2.3	6 (2)	2.4	6 (2)	2.5	6 (2)	2.6	2.7	3.8
病床数	91	34.2	91	35.2	91	36.3	91	37.5	91	39.5	37.4	85.4
医師数	9	3.4	9	3.5	9	3.6	9	3.7	9	3.9	4.2	14.1
外来患者数	810.6		807.6		765.2		788.3		815.0		692.2	768.9
入院患者数	24.5		23.9		22.4		23.0		24.6		22.7	26.2

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期計画に係る評価

第2期計画において、目標の設定を次のとおりに設定しました。

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(脳梗塞・脳出血)、虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)、糖尿病性腎症(人工透析)を設定しました。

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。

(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

和水町の令和4年度の要介護認定者状況を見ると、第1号(65歳以上)認定率は横ばい傾向です。第2号(40～64歳)の認定率は平成30年度と令和4年度を比較すると横ばいですが、同規模・県・国と比較して高い状況です。(図表11)

介護給付費の変化を見ると、総給付費、一人あたり給付費は減少しています。(図表12)要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳卒中が上位を占めており、第2号認定者で約60%、第1号認定者では約50%です。基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の有病状況は、全年齢で約90%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す。(図表13)

図表11 要介護認定者(率)の状況

	和水町				同規模	県	国	
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度	
高齢化率	4,001人	39.3%	3,961人	42.5%	39.4%	31.6%	28.7%	
第2号認定者	13人	0.40%	12人	0.42%	0.39%	0.35%	0.38%	
新規認定者	4人		4人		--	--	--	
第1号認定者	807人	20.4%	803人	20.3%	19.4%	20.2%	19.4%	
再掲	新規認定者	95人		95人		--	--	--
	65～74歳	60人	3.9%	56人	3.4%	--	--	--
	新規認定者	13人		13人		--	--	--
	75歳以上	747人	30.3%	747人	32.6%	--	--	--
	新規認定者	82人		82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 12 介護給付費の変化

	和水町		同規模	県	国
	H30 年度	R04 年度	R04 年度	R04 年度	R04 年度
総給付費	12 億 6524 万円	12 億 0931 万円	8 億 6719 万円	--	--
一人あたり給付費/年	316,232 円	305,303 円	314,188 円	310,858 円	290,668 円

出典：ヘルスサポートラボツール 様式 5-1

図表 13 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況

令和 04 年度

受給者区分		第2号		第1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		12		56		747		803		815		
再)国保・後期		7		42		723		765		772		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
			割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合		
	循環器疾患	1	脳卒中	4	脳卒中	21	脳卒中	333	脳卒中	354	脳卒中	358
				57.1%		50.0%		46.1%		46.3%		46.4%
		2	腎不全	3	虚血性心疾患	11	虚血性心疾患	260	虚血性心疾患	271	虚血性心疾患	272
			42.9%		26.2%		36.0%		35.4%		35.2%	
	3	虚血性心疾患	1	腎不全	4	腎不全	130	腎不全	134	腎不全	137	
			14.3%		9.5%		18.0%		17.5%		17.7%	
	合併症	4	糖尿病合併症	2	糖尿病合併症	4	糖尿病合併症	71	糖尿病合併症	75	糖尿病合併症	77
			28.6%		9.5%		9.8%		9.8%		10.0%	
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		6	基礎疾患	39	基礎疾患	678	基礎疾患	717	基礎疾患	723		
		85.7%		92.9%		93.8%		93.7%		93.7%		
血管疾患合計		6	合計	40	合計	692	合計	732	合計	738		
		85.7%		95.2%		95.7%		95.7%		95.6%		
認知症		3	認知症	13	認知症	338	認知症	351	認知症	354		
		42.9%		31.0%		46.7%		45.9%		45.9%		
筋・骨格疾患		6	筋骨格系	39	筋骨格系	707	筋骨格系	746	筋骨格系	752		
		85.7%		92.9%		97.8%		97.5%		97.4%		

出典：ヘルスサポートラボツール

②医療費の状況

和水町の一人あたり医療費は、平成30年度と令和4年度を比較すると約3万7千円増加しており、令和4年度は同規模と比較して約1万7千円高くなっています。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%を占めています。一人あたり入院医療費について、平成30年度と令和4年度を比較すると増加し、令和4年度は同規模、国より高くなっています。(図表14)年齢調整をした地域差指数は、平成30年度と令和3年度を比較すると減少し、令和3年度は県より低くなっています。(図表15)一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制するためには、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14 医療費の推移

	和水町		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)	2,658人	2,306人	--	--	--	
前期高齢者割合	1,249人 (47.0%)	1,194人 (51.8%)	--			
総医療費	9億4863万円	9億0881万円	6億7051万円	--	--	
一人あたり医療費/年	356,895円 県内30位 / 45市町村中 同規模63位 / 146中	394,108円 県内32位 / 45市町村中 同規模88位 / 240中	376,732円	407,772円	339,680円	
入院	費用の割合	43.5	42.1	43.7	45.5	39.6
	件数の割合	2.9	2.9	3.2	3.3	2.5
	一人あたり入院医療費	155,249円	165,919円	164,632円	185,536円	134,513円
外来	費用の割合	56.5	57.9	56.3	54.5	60.4
	件数の割合	97.1	97.1	96.8	96.7	97.5
受診率	835.126	839.672	714.851	795.102	705.439	

出典：ヘルスサポートラボツール 様式5-1

図表15 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			
	和水町 (県内45市町村中)		県 (47都道府県中)	和水町 (県内45市町村中)		県 (47都道府県中)	
	H30年度	R03年度	R03年度	H30年度	R03年度	R03年度	
地域差指数・順位	全体	1.043	0.991	1.125	0.988	0.956	1.132
		(31位)	(40位)	(8位)	(33位)	(38位)	(7位)
	入院	1.154	1.039	1.291	1.101	1.055	1.282
		(32位)	(41位)	(8位)	(34位)	(37位)	(5位)
	外来	0.962	0.935	1.025	0.856	0.836	0.982
		(36位)	(36位)	(14位)	(39位)	(41位)	(21位)

出典：地域差分析(厚労省)

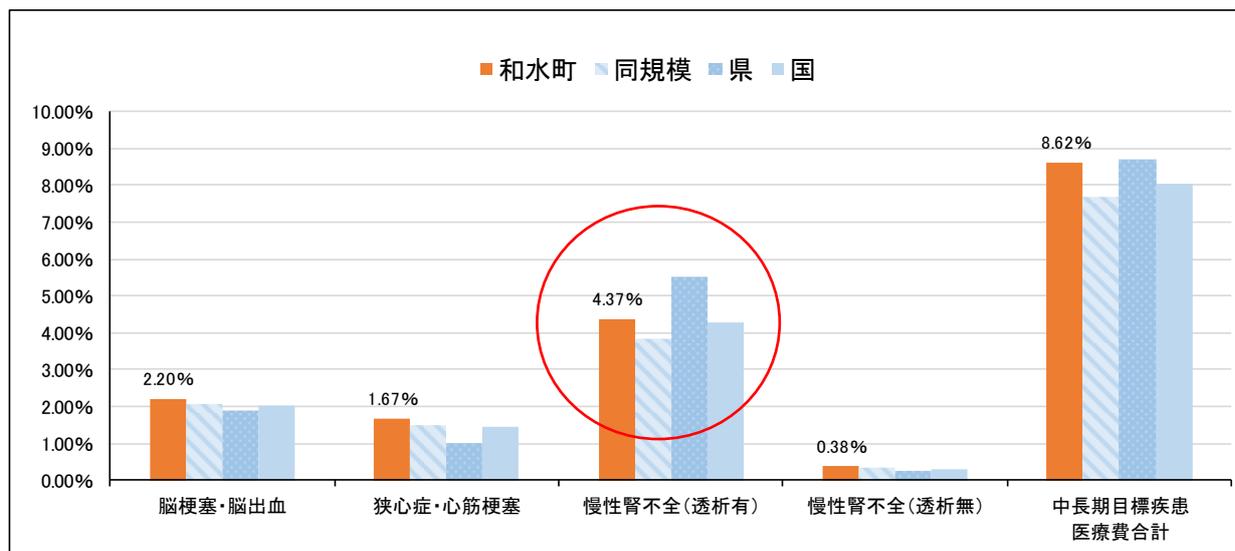
③中長期目標疾患の状況

令和4年度の中長期目標疾患医療費割合を見ると、慢性腎不全(透析有)は、脳梗塞・脳出血、狭心症・心筋梗塞、慢性腎不全(透析無)と比較して最も高く、和水町は同規模、国と比較して高くなっています。脳梗塞・脳出血、狭心症・心筋梗塞、慢性腎不全(透析無)の和水町の状況は、同規模・県・国より高くなっています。(図表16)

中長期目標疾患医療費割合の平成30年度と令和4年度の経年比較を見ると、中長期目標疾患医療費割合合計は増加しています。中長期目標疾患毎に見ると慢性腎不全(透析有)、狭心症・心筋梗塞が増加しています。特に、慢性腎不全(透析有)が著しく増加しています。(図表17)

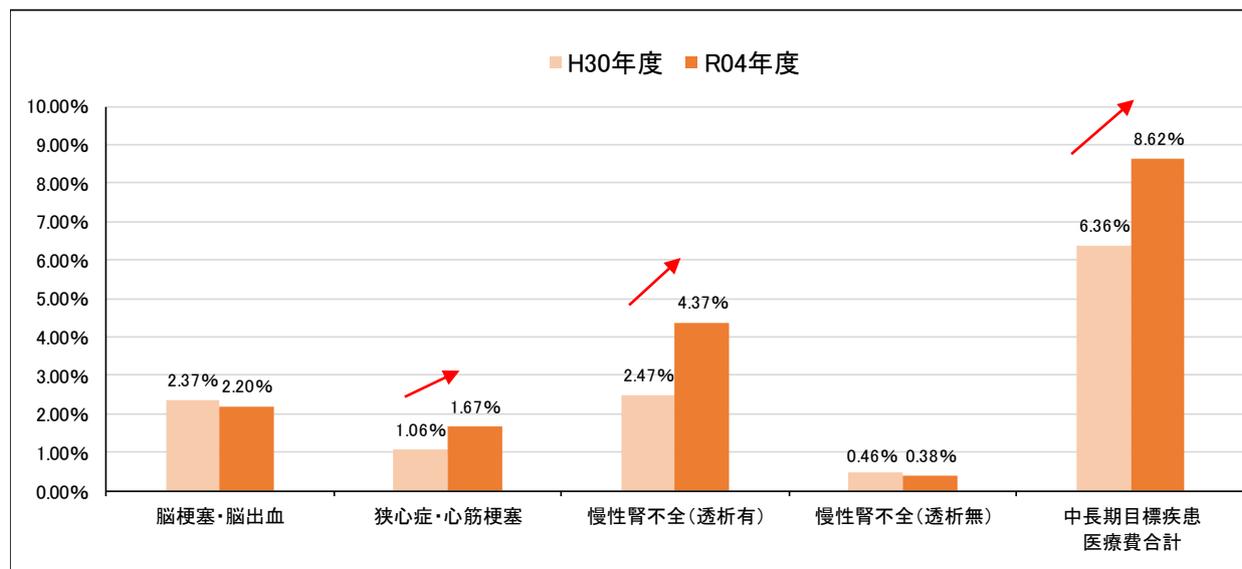
図表16 中長期目標疾患医療費割合

令和04年度



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17 中長期目標疾患医療費割合の経年比較



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

一人あたり入院費用額を見ると、脳血管疾患はやや減少しており、虚血性心疾患と腎不全では増加しています。(図表 18)

次に中長期目標疾患の治療状況を見ると、脳血管疾患の治療者数は減少し、虚血性心疾患、人工透析の治療者数及び割合は増加しています。特に、虚血性心疾患は40～64歳で、人工透析は65～74歳で著しく増加しています。(図表 19)

図表 18 一人あたり医療費／入院医療費に占める割合

項目		和水町				同規模平均		熊本県		国	
		H30年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度	
		実数(人)	割合(%)								
医療費分析 一人あたり 入院医療費/ 入院医療費 に占める割合	高血圧症	815	0.5	322	0.2	430	0.3	435	0.2	246	0.2
	糖尿病	1,279	0.8	781	0.5	1,426	0.9	2,164	1.2	1,108	0.8
	脂質異常症	288	0.2	1	0.0	69	0.0	117	0.1	51	0.0
	脳梗塞・脳出血	7,492	4.8	7,440	4.5	6,762	4.1	7,012	3.8	5,803	4.3
	虚血性心疾患	3,371	2.2	5,698	3.4	4,422	2.7	3,368	1.8	3,767	2.8
	腎不全	955	0.6	5,193	3.1	4,755	2.9	5,382	2.9	3,956	2.9

出典：ヘルスサポートラボツール 様式5-1

図表 19 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	2,658	2,306	a	257	239	157	164	9	12	
				a/A	9.7%	10.4%	5.9%	7.1%	0.3%	0.5%	
40歳以上	B	2,135	1,903	b	256	238	156	163	9	12	
	B/A	80.3%	82.5%	b/B	12.0%	12.5%	7.3%	8.6%	0.4%	0.6%	
再掲	40～64歳	C	886	709	c	52	39	31	38	6	2
		C/A	33.3%	30.7%	c/C	5.9%	5.5%	3.5%	5.4%	0.7%	0.3%
	65～74歳	D	1,249	1,194	d	204	199	125	125	3	10
		D/A	47.0%	51.8%	d/D	16.3%	16.7%	10.0%	10.5%	0.2%	0.8%

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(高血圧症・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

短期的目標疾患の高血圧症・糖尿病・脂質異常症の治療者の割合は、特に40～64歳が増加しています。(図表20、21、22)和水町は特定健診の結果から、治療を要する方に対して、医療機関受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施している成果だと考えられます。

短期的目標疾患の合併症として、虚血性心疾患は、脳血管疾患や人工透析よりも多くなっています。年代別に見ると、特に、40～64歳での虚血性心疾患、65～74歳の人工透析が増加しています。(図表20、21、22)

図表20 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	913	869	238	211	675	658
		A/被保数	42.8%	45.7%	26.9%	29.8%	54.0%	55.1%
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	97	83	23	16	74	67
		B/A	10.6%	9.6%	9.7%	7.6%	11.0%	10.2%
	虚血性心疾患	C	119	115	22	23	97	92
		C/A	13.0%	13.2%	9.2%	10.9%	14.4%	14.0%
	人工透析	D	9	12	6	2	3	10
		D/A	1.0%	1.4%	2.5%	0.9%	0.4%	1.5%

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21 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	504	459	132	116	372	343
		A/被保数	23.6%	24.1%	14.9%	16.4%	29.8%	28.7%
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	61	48	14	7	47	41
		B/A	12.1%	10.5%	10.6%	6.0%	12.6%	12.0%
	虚血性心疾患	C	70	73	15	18	55	55
		C/A	13.9%	15.9%	11.4%	15.5%	14.8%	16.0%
	人工透析	D	3	8	3	2	0	6
		D/A	0.6%	1.7%	2.3%	1.7%	0.0%	1.7%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	59	55	16	10	43	45
		E/A	11.7%	12.0%	12.1%	8.6%	11.6%	13.1%
	糖尿病性網膜症	F	66	79	14	17	52	62
		F/A	13.1%	17.2%	10.6%	14.7%	14.0%	18.1%
	糖尿病性神経障害	G	21	22	4	2	17	20
		G/A	4.2%	4.8%	3.0%	1.7%	4.6%	5.8%

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 22 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	733	719	195	181	538	538	
	A/被保数	34.3%	37.8%	22.0%	25.5%	43.1%	45.1%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	73	59	14	10	59	49
		B/A	10.0%	8.2%	7.2%	5.5%	11.0%	9.1%
	虚血性心疾患	C	102	95	18	20	84	75
		C/A	13.9%	13.2%	9.2%	11.0%	15.6%	13.9%
	人工透析	D	3	7	1	1	2	6
		D/A	0.4%	1.0%	0.5%	0.6%	0.4%	1.1%

出典:KDBシステム_疾病管理一覽(脂質異常症)地域の全体像の把握
介入支援対象者一覽(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

令和3年度の健診結果を見ると、Ⅱ度高血圧以上とHbA1c7.0以上の割合が増加し、同規模と比較して高い状況が続いています。また、健診後医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療が高血圧50%、糖尿病9%ほどで、その割合は同規模と比較して高くなっています。(図表23)

新型コロナウイルス感染症の影響で健診受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどなく進行するため、健診の受診率向上を図り、今後も治療を要する方には医療機関受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要です。

図表 23 高血圧・高血糖者の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	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断		
				C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E	
和水町	1,308	66.8	1,168	62.9	92	7.0	50	54.3	114	9.8	57	50.0	58	50.9	6	5.3
同規模	44,557	49.5	39,370	46.9	2,236	5.0	1,226	54.8	2,269	5.8	1,216	53.6	736	32.4	106	4.7

健診受診率		糖尿病_HbA1c7.0以上の推移														
		HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)										医療のかかり方				
		H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)		
		HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (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	
和水町	1,307	99.9	1,157	99.1	84	6.4	24	28.6	85	7.3	14	16.5	8	9.4	1	1.2
同規模	44,023	98.8	38,885	98.8	1,976	4.5	443	22.4	2,010	5.2	386	19.7	123	6.1	56	2.8

出典:ヘルスサポートラボツール 高血圧・高血糖者の医療のかかり方

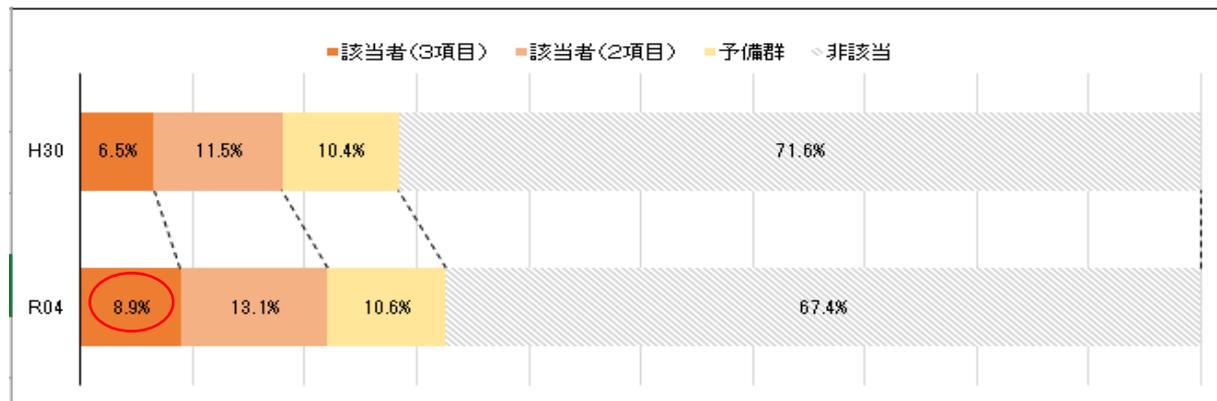
注)未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

注)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

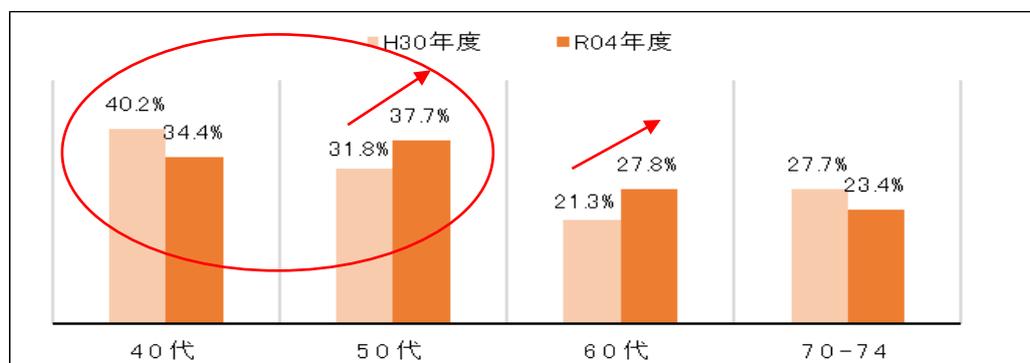
平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、メタボリックシンドローム該当者が増加しており、危険因子である血糖、血圧、脂質の 3 項目が重なっている割合が特に増加しています。(図表 24)年代別に見ると、肥満は 40～50 代が多く、50～60 代で増加しています。(図表 25)肥満に危険因子が重なったメタボリックシンドローム該当者は、60 代で著しく増加しています。(図表 26)メタボリックシンドロームになる以前の若い年代への肥満に対して早期介入が必要です。

図表 24 メタボリックシンドロームの経年変化



出典：ヘルスサポートラボツール 健診結果集計ツール H30、R04 年度集計版

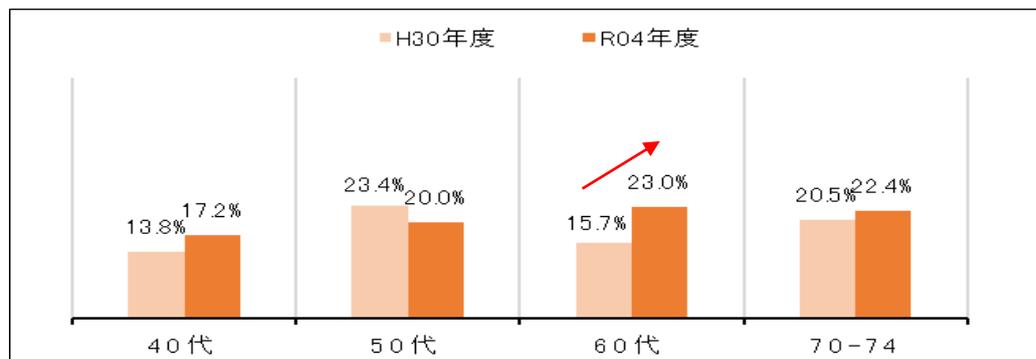
図表 25 年代別肥満の経年変化



注)各年代の健診受診者に占める割合

出典：ヘルスサポートラボツール(集計ツール)様式 5-2、5-3

図表 26 年代別メタボリックシンドローム該当者の経年変化



注)各年代の健診受診者に占める割合

出典：ヘルスサポートラボツール(集計ツール)様式 5-2、5-3

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上の有所見割合を見ると、いずれも増加しており、翌年度の結果を見ても、改善率が下がっています。(図表 27、28)LDL-C160 の有所見割合は減少し、改善率が上がっています。(図表 29)

参考資料 2、3、4 を見ると、健診受診者の HbA1c6.5 以上の割合及び HbA1c7.0 以上の治療者割合、Ⅱ度高血圧以上の割合及びⅡ度高血圧以上の治療者割合が増加しています。健診受診者の LDL-C180 以上の割合は減少していますが、そのうちの未治療者が 9 割です。

一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも 1 割程度でその割合が増えており、結果が把握できていません。(図表 27、28、29)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、重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけをします。

図表 27 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	前年度健診結果 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	157 (12.0%)	46 (29.3%)	65 (41.4%)	33 (21.0%)	13 (8.3%)
R03→R04	159 (13.7%)	42 (26.4%)	80 (50.3%)	20 (12.6%)	17 (10.7%)

出典:ヘルスサポートラボツール 健診結果集計ツール_H30~R04年度集計版

図表 28 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	前年度健診結果 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	92 (7.0%)	52 (56.5%)	22 (23.9%)	9 (9.8%)	9 (9.8%)
R03→R04	114 (9.8%)	63 (55.3%)	27 (23.7%)	9 (7.9%)	15 (13.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール 健診結果集計ツール_H30~R04年度集計版

図表 29 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	前年度健診結果 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	129 (9.9%)	66 (51.2%)	39 (30.2%)	12 (9.3%)	12 (9.3%)
R03→R04	101 (8.6%)	54 (53.5%)	27 (26.7%)	7 (6.9%)	13 (12.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール 健診結果集計ツール_H30~R04年度集計版

④健診受診率及び特定保健指導終了率の推移

和水町の特定健診受診率は、令和元年度までは 65%以上を維持していましたが、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 期特定健康診査等実施計画の目標は達成できていません。(図表 30)特定健診の年代・性別受診率を見ると、男性では 40 代前半、50 代前半、60 代後半の減少が顕著でした。女性では 40 代から 60 代前半まで減少しています。(図表 31)

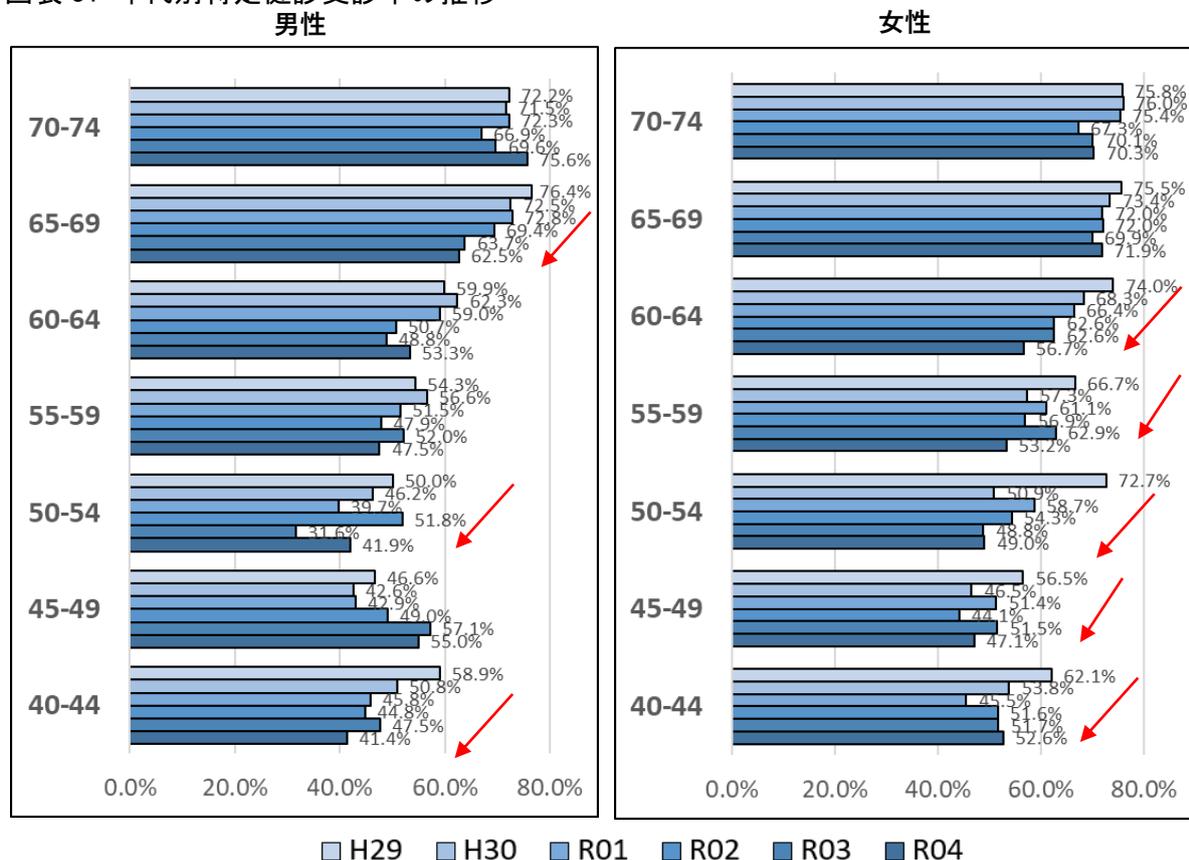
特定保健指導についても、令和 2 年度以降、大きく終了率が下がっています。(図表 30)生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 30 特定健診・特定保健指導の推移

		H30 年度	R01 年度	R02 年度	R03 年度	R04 年度	R05 年度 目標値
特定健診	受診者数	1,309	1,280	1,206	1,168	1,160	健診受診率 70%
	受診率	66.8%	66.3%	62.9%	62.9%	66.0%	
特定保健 指導	該当者数	155	169	149	137	135	特定保健 指導終了率 95%
	割合	11.8%	13.2%	12.4%	11.7%	11.6%	
	終了者数	137	148	121	106	107	
	終了率	88.4%	87.6%	81.2%	77.4%	79.3%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 31 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 評価ツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組

図表 32 令和 4 年度 保健指導優先順位

事業名	保健指導優先順位	治療の有無	抽出基準
糖尿病性腎症重症化予防	1	糖未治療	HbA1c6.5以上、 又は空腹時血糖126 (随時血糖200)以上
	2	糖治療中	HbA1c7.0以上
脳血管疾患重症化予防	3	血圧未治療	Ⅱ度高血圧以上
		血圧治療中	Ⅱ度高血圧以上
		脂質未治療	LDL-C180以上
			中性脂肪300以上
糖尿病性腎症重症化予防	4	糖治療中	腎専門医紹介基準 (定量優先)
		糖未治療	
虚血性心疾患重症化予防	5	三疾患未治療	特定保健指導
脳血管疾患重症化予防	6	関係なく	心電図 心房細動
虚血性心疾患重症化予防	7	関係なく	心電図 ST所見あり 要精査

① 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病未治療 HbA1c6.5 以上に対して 90%以上の保健指導を実施し、対象者のうち約 80%は当該年度内に医療機関を受診しています。(図表 33)

図表 33 糖尿病未治療 HbA1c6.5 以上(優先順位 1)

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
糖尿病未治療 HbA1c6.5以上者数(人)	A	69	75	48	44	68
保健指導実施者数(人)	B	68	70	47	41	64
保健指導実施率(%)	B/A	98.6%	93.3%	97.9%	93.2%	94.1%
医療機関受診者数(人)	C	51	59	40	35	52
医療機関受診率(%)	C/B	75.0%	84.3%	85.1%	85.4%	81.3%

出典: 市町村国保ヘルスアップ事業 結果状況表

糖尿病治療中 HbA1c7.0 以上の保健指導実施率は令和 2 年度から 90%を下回っており、保健指導後の HbA1c 測定値が確認できた者の年度内改善率は 60～90%です。(図表 34)

図表 34 糖尿病治療中 HbA1c7.0 以上(優先順位 2)

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	
糖尿病治療中 HbA1c7.0以上者数(人)	A	62	81	67	62	76	
保健指導実施者数(人)	B	58	74	52	55	67	
保健指導実施率(%)	B/A	91.9%	91.4%	77.6%	88.7%	88.2%	
HbA1c測定値把握者数(人)	C	57	53	35	33	55	
	HbA1c測定値改善者数(人)	D	40	34	25	24	48
	当該年度HbA1c測定値改善率(%)	D/C	70.2%	64.2%	71.4%	72.7%	87.3%

出典：市町村国保ヘルスアップ事業 結果状況表

平成 30 年度は腎専門医紹介基準を虚血性心疾患重症化予防事業の対象としていました。しかし、糖尿病治療中の腎機能低下者は新規人工透析導入のリスクが高く、令和元年度から本事業の対象者に腎専門医紹介基準を追加しました。

糖尿病治療中腎専門医紹介基準の保健指導実施率は約 90%、保健指導後の測定値が確認できた者の当該年度測定値改善率は 50%～100%です。(図表 35)

糖尿病治療中の者は医療機関と連携した血糖値改善の支援と特定健診の受診勧奨を引き続き行います。

図表 35 糖尿病治療中 腎専門医紹介基準(優先順位 4)

		R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	
糖尿病治療中腎専門医紹介基準者数(人)	A	9	14	18	23	
保健指導実施者数(人)	B	9	12	17	20	
保健指導実施率(%)	B/A	100.0%	85.7%	94.4%	86.7%	
測定値把握者数(人)	C	4	9	10	12	
	測定値改善者数(人)	D	2	9	9	10
	当該年度測定値改善率(%)	D/C	50.0%	100.0%	90.0%	83.3%

出典：市町村国保ヘルスアップ事業 結果状況表

注)R02年度までは、保健指導優先順位で計上し、R03年度からは抽出基準で計上している。

注)測定値：R01年度は尿蛋白又はeGFR、R02年度以降は糖尿病性腎症病期分類

②脳血管疾患重症化予防

血圧未治療Ⅱ度高血圧以上に対して約90%保健指導を実施し、対象者のうち半数以上は当該年度内に医療機関を受診しています。(図表36、37)しかし、健診受診者のⅡ度高血圧以上の割合は年々増加し、さらに血圧治療中Ⅱ度高血圧以上のコントロール不良が増加しており、治療に繋がっても血圧が改善できていない状況です。(参考資料3)そのため、令和3年度から血圧治療中Ⅱ度高血圧以上に対しても保健指導を実施し、服薬状況の確認を含めて医療機関と連携した保健指導を実施しています。Ⅱ度高血圧以上の家庭血圧測定状況を見ると、血圧未治療は約8割、血圧治療中は約6割が測定しています。(図表38)細動脈硬化が始まらないうちに治療を開始して高血圧を改善するため、家庭血圧測定と血圧記録手帳の活用を促し、重症化を予防していきます。血圧に基づいた脳心血管リスク層別化を活用して高リスクの未治療者を最優先に、血圧以外の危険因子などの有無で治療の進め方を判断して継続的に関わります。(図表39)

また、心電図結果の心房細動有所見者については、治療状況を確認し、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。過去の心房細動有所見者についても、健診受診状況や治療状況を確認し、必要に応じて保健指導を実施しています。

図表36 脳血管疾患重症化予防対象者の保健指導実施状況(優先順位3、6)

	H30年度			R01年度			R02年度			R03年度			R04年度		
	対象者数(人)	保健指導実施者数(人)	保健指導実施率(%)												
血圧未治療Ⅱ度高血圧以上	112	105	93.8%	98	96	98.0%	53	50	94.3%	43	42	97.7%	59	53	89.8%
脂質未治療LDL180以上							22	20	90.9%	19	17	89.5%	25	21	84.0%
脂質未治療中性脂肪300以上							20	18	90.0%	15	13	86.7%	17	14	82.4%
心房細動				8	8	100%	4	4	100%	9	6	66.7%	7	6	85.7%
血圧治療中Ⅱ度高血圧以上	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53	50	94.3%	68	59	86.8%

注)R01年度までは、保健指導優先順位で計上し、R02年度からは抽出基準で計上している。

出典:市町村国保ヘルスアップ事業 結果状況表

図表37 脳血管疾患重症化予防対象者の医療機関受診状況(優先順位3、6)

	H30年度			R01年度			R02年度			R03年度			R04年度		
	対象者数(人)	医療機関受診者数(人)	医療機関受診者率(%)												
血圧未治療Ⅱ度高血圧以上	-	-	-	99	53	53.5%	53	34	64.2%	43	24	55.8%	59	37	62.7%
脂質未治療LDL180以上							22	7	31.8%	19	13	68.4%	25	17	68.0%
脂質未治療中性脂肪300以上							20	11	55.0%	15	9	60.0%	17	5	29.4%
心房細動	12	11	91.7%	8	6	75.0%	4	4	100%	9	9	100%	7	7	100%

出典:市町村国保ヘルスアップ事業 結果状況表

図表 38 II度高血圧以上の家庭血圧測定状況

	対象者数	保健指導 実施者数(a)	家庭血圧測定		家庭血圧 測定率(b/a)
			有 (b)	無	
血圧未治療	59	53	40	7	75.5
血圧治療中	68	59	34	15	57.6

出典:保健指導台帳

図表 39 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

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

令和04年度

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高血圧				割合	リスク	区分	該当者数
		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				
381		164	158	47	12				
		43.0%	41.5%	12.3%	3.1%				
リスク第1層 予後影響因子がない	25	C 17	B 7	B 0	A 1		A	123	
	6.6%	10.4%	4.4%	0.0%	8.3%			32.3%	
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	205	C 84	B 87	A 28	A 6		B	157	
	53.8%	51.2%	55.1%	59.6%	50.0%			41.2%	
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	151	B 63	A 64	A 19	A 5		C	101	
	39.6%	38.4%	40.5%	40.4%	41.7%			26.5%	

高リスク
中等リスク
低リスク

③虚血性心疾患重症化予防

虚血性心疾患による重症化予防を目的として健診受診勧奨を実施し、健診受診者に対して心電図検査を実施しています。

ST所見で要精査と判定を受けた者の医療機関受診率を見ると、新型コロナによる受診控えが生じた令和2年度以外では、80%以上が医療機関を受診しています。(図表40)対象者は3疾患治療が多く、かかりつけ医への適切な受診ができていたと考えます。

また、腎専門医紹介基準で糖尿病未治療者に対しても主に栄養指導を実施し、心血管疾患の予防に努めています。メタボリックシンドローム該当者及び予備群の保健指導実施率は、約60%にとどまっており、重症化予防対象者の前段階における早期介入が必要です。(図表41)

図表40 虚血性心疾患重症化予防対象者の医療機関受診状況(優先順位4、7)

	R01年度			R02年度			R03年度			R04年度		
	対象者数	医療機関受診者率	医療機関受診者数									
腎専門医紹介基準 糖未治療	37	29	78.4%	38	23	60.5%	33	23	69.7%	36	30	83.3%
ST要精査	34	31	91.2%	30	18	60.0%	34	28	82.4%	37	31	83.8%

出典:市町村国保ヘルスアップ事業 結果状況表

図表41 虚血性心疾患重症化予防対象者の保健指導実施状況(優先順位4、7)

	R01年度			R02年度			R03年度			R04年度		
	対象者数	保健指導実施者数	保健指導実施率									
腎専門医紹介基準 糖未治療	37	34	91.9%	38	27	71.1%	33	29	87.9%	36	33	91.7%
ST要精査	34	34	100%	30	25	83.3%	34	30	88.2%	37	26	70.3%
メタボリックシンドローム該当者及び予備群	430	255	59.3%	384	208	54.2%	284	161	56.7%	383	237	61.9%

出典:市町村国保ヘルスアップ事業 結果状況表

(2)重複投薬者に対する取組

KDBシステムを活用して、複数の医療機関で同じ薬効分類の投薬を受けている重複投薬者を出し、訪問指導を実施しました。服薬通知をもとに、重複投薬が生じている事情を聴取したところ、ほとんどの方がお薬手帳を活用してかかりつけ医へ相談されていることが分かりました。

また、介入前後での医療費を比較すると、重複投薬以外の薬剤の追加等により医療費が増加していました。しかし、介入前後の重複薬効数を比較すると、改善傾向がみられました。

事業を実施するためには、関係機関との情報共有や連携体制の構築等が必要です。

(3) 後発医薬品の使用促進に資する取組

後発医薬品の差額通知前後で後発医薬品への切り替えが行われているか、国保連合会から提供される帳票等により確認し、切り替え及び切り替えによる削減額を把握しています。また、差額通知書やジェネリック医薬品希望シールに、後発医薬品の品質や使用促進の意義等に関する情報を記載して、後発医薬品についての更なる理解の促進を図っています。後発医薬品の使用割合は増加しています。(図表 42)

図表 42 後発医薬品使用割合

平成30年 9月診療分	平成31年 3月診療分	令和元年 9月診療分	令和02年 3月診療分	令和02年 9月診療分	令和03年 3月診療分	令和03年 9月診療分	令和04年 3月診療分	令和04年 9月診療分
75.3%	76.4%	76.0%	78.8%	79.3%	79.4%	79.2%	79.3%	80.5%

出典: 国保連提供資料

(4) 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。

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

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、各種団体や行政区単位で出前講座を毎年行い、広く町民へ周知を行いました。

また、高血圧の改善を目的として集団健診会場で食品に含まれる塩分量の展示や減塩調味料の配布、商業施設等に啓発ポスター掲示を実施してきました。

(5) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 43 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	実績			データの把握方法 (活用データ)
			H30	R2	R4	
目 成 標 果	医療費の伸びの抑制	地域差指数	1.043	1.002		地域差分析(厚労省)
中 長 期 目 標	入院医療費	1人あたり入院医療費(円/年)	155,249	152,994	165,919	サポートツール
	重症化した結果の 疾患の発生状況	糖尿病腎症による新規人工透析患者数(人)	0	0	3	糖尿病性腎症重症化予防の取組評価ツール
		総医療費に占める慢性腎不全(透析有)割合(%)	2.47	4.64	4.37	サポートツール
		総医療費に占める慢性腎不全(透析無)割合(%)	0.46	0.17	0.38	
		1人あたり脳血管疾患入院医療費(円)	7,492	4,130	7,440	
		総医療費に占める脳血管疾患割合(%)	2.37	1.36	2.20	
		1人あたり虚血性心疾患入院医療費(円)	3,371	2,111	5,698	
総医療費に占める虚血性心疾患割合(%)	1.06	0.76	1.67			
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(%)	66.8	62.9	66.0	法定報告値
		特定保健指導実施率(%)	88.4	81.2	79.3	
	基礎疾患の重症化予防	重症化予防対象者割合(%)	33.6	36.9	35.9	サポートツール
		健診受診者糖尿病型の未治療・中断者の割合(%)	33.0	23.9	31.6	
		健診受診者糖尿病型の治療中コントロール不良の割合(%)	60.7	49.4	65.4	
		健診受診者糖尿病型の腎症第3期の割合(%)	12.0	12.7	5.7	
		健診受診者糖尿病型の腎症第4期の割合(%)	1.9	1.9	3.9	
		糖尿病の保健指導実施率(%)	96.2	86.0	90.6	
		健診受診者のⅡ度高血圧以上の割合(%)	6.9	9.3	10.2	サポートツール
		健診受診者のⅡ度高血圧以上の治療者の割合(%)	46.2	42.6	52.0	
		健診受診者のLDL180以上の割合(%)	3.1	2.5	2.3	
		健診受診者のLDL180以上の治療者の割合(%)	7.5	10.0	3.6	
		健診受診者の中性脂肪300以上の治療者の割合(%)	17.8	17.2	23.1	
		メタボリックシンドローム該当者の割合(%)	18.0	21.0	22.1	
メタボリックシンドローム予備群の割合(%)	10.4	11.4	10.6			

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期計画の中長期的な目標として、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)、短期的な目標として、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て計画を進め、個別の保健指導を徹底し実施してきました。その成果として、高血圧症、糖尿病、脂質異常症の治療者が増加し、脳血管疾患の医療費を抑制できています。

しかし、短期的目標疾患であるⅡ度高血圧以上の割合、糖尿病治療中 HbA1c7.0 以上の割合、メタボリックシンドローム該当者の割合が増加しており、中長期目標疾患である虚血性心疾患と慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合が増加しています。レセプトを見ると、高血圧症、糖尿病及び脂質異常症それぞれの合併症として40～64歳の虚血性心疾患と65～74歳の人工透析が増加しています。

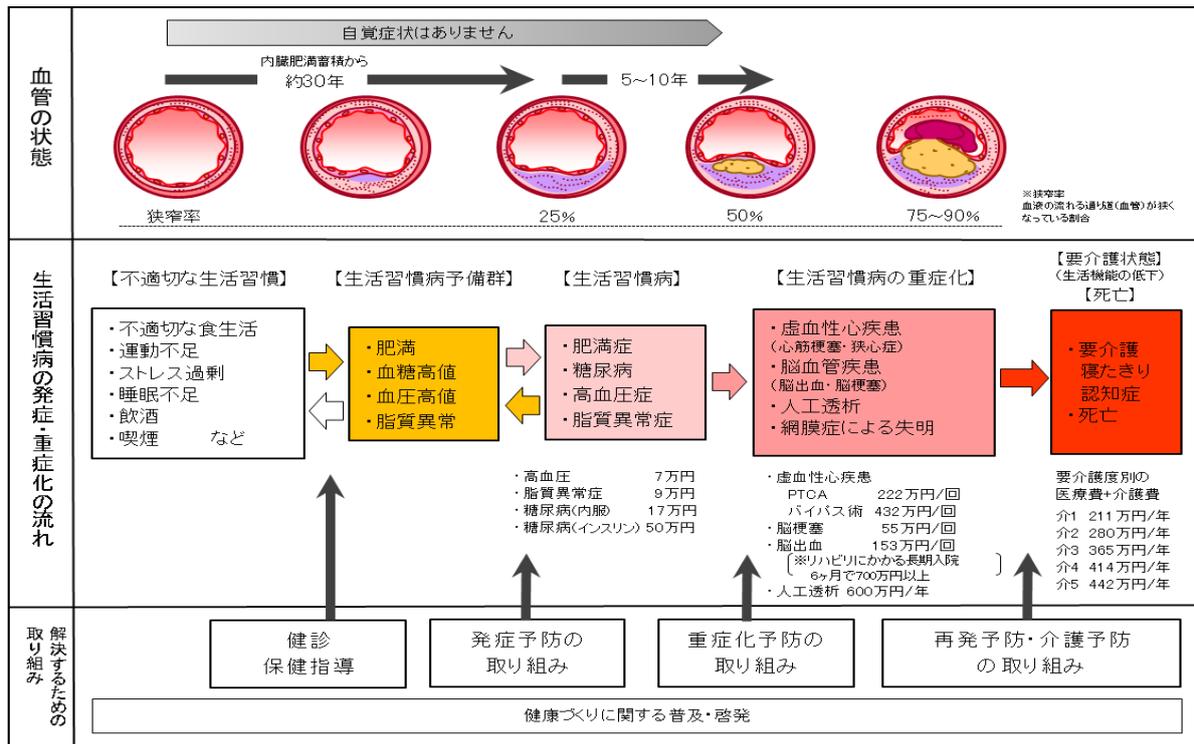
そのため、肥満に対しての早期介入やより若い年代での虚血性心疾患重症化予防、人工透析予防が必要です。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

不適切な生活習慣の継続により、「生活習慣病予備群」→「生活習慣病」→「重症化・合併症」→「生活機能の低下・要介護状態」へと段階的に進行していきます。どの段階でも、生活習慣の改善等により進行を抑え、健康な状態へ改善することができます。とりわけ、生活習慣病予備群での生活習慣の改善が、生涯にわたって生活の質を維持する上で重要です。

図表 44 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

医療保険制度では、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します。国保被保険者のうち、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います。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っていることから、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必要です。そのため、市町村国保及び後期高齢者医療広域連合は、図表 52「健診・医療・介護データの一体的な分析」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。

(1)医療費分析

①被保険者及びレセプトの推移

一人あたり医療費は令和3年度以降増加しています。後期高齢者は一人あたり80万円を超え、国保の2倍となっています。

図表 45

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		2,658人	2,582人	2,504人	2,429人	2,306人	2,292人
総件数及び 総費用額	件数	27,337件	26,084件	24,061件	24,072件	23,955件	35,827件
	費用額	9億4863万円	9億2608万円	8億7465万円	9億1576万円	9億0881万円	18億3967万円
一人あたり医療費		35.7万円	35.9万円	34.9万円	37.7万円	39.4万円	80.3万円

出典：ヘルスサポートラボツール

②データヘルス計画のターゲットとなる疾患が総医療費に占める割合

和水町の総医療費に占める中長期目標疾患の割合を見ると、国保も後期も慢性腎不全(透析有)が最も高く、国保は同規模、国と比較して高く、後期は同規模、県、国と比較して高い状況です。同規模、県、国と比較して高いのは、国保は、脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)、虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)、後期は脳血管疾患です。

図表 46

R04 年度

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	和水町	9億0881万円	31,856	4.37%	0.38%	2.20%	1.67%	5.98%	3.20%	1.62%	1億7657万円	19.4%	10.3%	10.00%	11.75%
	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	和水町	18億3967万円	67,188	6.68%	0.57%	4.77%	0.91%	3.81%	2.46%	0.92%	3億7035万円	20.1%	6.5%	5.26%	11.5%
	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	---	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

③高額レセプト(80万円/件)以上の推移

高額レセプトは、1%未満の件数で総費用額の約2割を占めています。後期は、件数、費用額割合が高く重症化が多くなっています。

図表 47

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	83人	87人	86人	93人	88人	206人
	件数	B	165件	171件	140件	200件	169件	326件
		B/総件数	0.60%	0.66%	0.58%	0.83%	0.71%	0.91%
	費用額	C	2億1465万円	2億2427万円	2億0606万円	2億7383万円	2億1312万円	3億7047万円
		C/総費用	22.6%	24.2%	23.6%	29.9%	23.4%	20.1%

出典：ヘルスサポートラボツール 様式 5-1 (H30～R04) 高額医療の視点でみる

④高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

脳血管疾患は後期の件数、費用額割合が多く1割を占めています。国保においても1人で高額レセプトが複数あり、40代の発症もあり、若い頃から継続した予防対策が必要です。さらに脳血管疾患は、長期間にわたって医療費と介護費に影響を及ぼしています。そのため、脳血管疾患の最も重要な危険因子である高血圧の重症化予防について重視する必要があります。

図表 48

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度							
脳血管疾患	人数	D	10人	6人	5人	7人	6人	18人						
		D/A	12.0%	6.9%	5.8%	7.5%	6.8%	8.7%						
	件数	E	15件	10件	8件	13件	8件	36件						
		E/B	9.1%	5.8%	5.7%	6.5%	4.7%	11.0%						
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%			
		40代	0	0.0%	0	0.0%	3	23.1%	70-74歳	0	0.0%			
		50代	3	20.0%	0	0.0%	1	7.7%	75-80歳	8	22.2%			
		60代	11	73.3%	2	20.0%	2	25.0%	80代	12	33.3%			
		70-74歳	1	6.7%	8	80.0%	5	62.5%	5	38.5%	4	50.0%	90歳以上	16
	費用額	F	1883万円	1254万円	1187万円	1687万円	802万円	3763万円						
		F/C	8.8%	5.6%	5.8%	6.2%	3.8%	10.2%						

出典：ヘルスサポートラボツール 様式 5-1 (H30～R04) 高額医療の視点でみる

⑤高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

虚血性心疾患は件数、費用額割合が増加しており、令和4年度の費用額割合は脳血管疾患より高い状況です。増加している虚血性心疾患に関連するメタボリックシンドロームとその因子である高血圧、高血糖、脂質異常の対策が必要です。

図表 49

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	3人		3人		3人		6人		6人		6人		
		G/A	3.6%		3.4%		3.5%		6.5%		6.8%		2.9%		
	件数	H	4件		3件		3件		8件		7件		6件		
		H/B	2.4%		1.8%		2.1%		4.0%		4.1%		1.8%		
	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	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%	2	25.0%	1	14.3%	75-80歳	2	33.3%
		60代	3	75.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	12.5%	4	57.1%	80代	3	50.0%
		70-74歳	1	25.0%	3	100.0%	2	66.7%	5	62.5%	2	28.6%	90歳以上	1	16.7%
	費用額	I	625万円		348万円		402万円		992万円		877万円		794万円		
I/C		2.9%		1.6%		1.9%		3.6%		4.1%		2.1%			

出典：ヘルスサポートラボツール 様式 5-1(H30~R04) 高額医療の視点でみる

(2)人工透析の分析

①人工透析患者の推移

和水町における人工透析の実態を見ると、国保の透析者割合は市町村計(熊本縣市町村国保)より低くなっています。後期高齢者の令和4年度は市町村計を上回っています。

図表 50

		H30年度			R01年度			R02年度			R03年度			R04年度		
		被保険者		透析患者数												
		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合	
国保	和水町	2,876	9	0.31%	2,747	10	0.36%	2,666	9	0.34%	2,573	9	0.35%	2,527	12	0.47%
	市町村計	451,989	2,455	0.54%	434,068	2,399	0.55%	423,336	2,361	0.56%	415,981	2,326	0.56%	402,744	2,232	0.55%
後期	和水町	2,443	23	0.94%	2,407	20	0.83%	2,330	23	0.99%	2,283	28	1.23%	2,251	35	1.55%
	市町村計	279,004	3,592	1.29%	281,943	3,593	1.27%	282,718	3,587	1.27%	279,530	3,644	1.30%	284,602	3,675	1.29%

出典：国保連合会提供資料

②新規人工透析患者の推移

新規人工透析患者の経年変化を見ると、国保の令和4年度は75%が糖尿病性腎症によるものです。後期高齢者の新規人工透析患者割合は市町村計を上回っていることが多く、糖尿病性腎症によるものが4~5割を占める年度があります。後期になると糖尿病以外の原因が増えたことも考えられ、糖尿病以外の重症化リスク管理を国保世代から後期高齢者に対して継続的に保健指導することが必要です。

図表 51

		H30年度				R01年度				R02年度				R03年度				R04年度			
		新規透析患者数		糖尿病性腎症		新規透析患者数		糖尿病性腎症		新規透析患者数		糖尿病性腎症		新規透析患者数		糖尿病性腎症		新規透析患者数		糖尿病性腎症	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
国保	和水町	0	0.00%	0	0.0%	2	0.07%	2	100.0%	1	0.04%	0	0.0%	1	0.04%	0	0.0%	4	0.16%	3	75.0%
	市町村計	189	0.04%	104	55.0%	196	0.05%	98	50.0%	195	0.05%	97	49.7%	178	0.04%	95	53.4%	152	0.04%	90	59.2%
後期	和水町	4	0.16%	2	50.0%	2	0.08%	0	0.0%	5	0.21%	2	40.0%	2	0.09%	0	0.0%	3	0.13%	1	33.3%
	市町村計	257	0.09%	87	33.9%	261	0.09%	89	34.1%	249	0.09%	86	34.5%	267	0.10%	81	30.3%	226	0.08%	81	35.8%

出典：国保連合会提供資料

図表 52 「健診・医療・介護データの一体的な分析」を活用し分析しました。(参考資料 10)

①被保険者数と健診受診状況

被保険者数は、40～64 歳が減少し、65～74 歳が増加しています。体格は、40～64 歳の若い年代で、BMI25 以上の割合が 6%高くなっています。

図表 53

E表 年度	④ 介護認定率	① 被保険者数						② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)							
		40-64			65-74			特定健診		長寿健診			BMI18.5未満			BMI25以上		
		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-		
		人	人	人	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
H30	32.1	816	1,143	2,421	51.8	65.8	28.7	7.6	7.2	7.8	28.6	22.7	21.3					
R04	32.7	704	1,274	2,294	49.3	63.6	30.3	4.0	8.1	7.6	34.6	24.1	21.4					

②健診有所見状況

健診有所見の状況で有所見割合が高いのはⅡ度高血圧以上(未治療・治療中断者)です。平成 30 年度と令和 4 年度を比較して増加が大きかったのは 65～74 歳のⅡ度高血圧以上で 3.9%と、40～64 歳の HbA1c7.0 以上で 1.8%です。

図表 54

E表 年度	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)
H30	21	5.0	(11)	59	7.8	(15)	102	14.7	(29)	19	4.5	(3)	52	6.9	(2)	14	2.0	(0)	5	1.2	10	1.3	24	3.5	0	—	4	0.5	10	1.4
R04	21	6.1	(6)	95	11.7	(29)	104	14.9	(21)	22	6.3	(1)	64	7.9	(4)	12	1.7	(0)	2	0.6	19	2.3	26	3.7	1	0.3	8	1.0	9	1.3

③短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

生活習慣病対象者は年齢とともに増加しています。平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると 40～64 歳では 4.1%増加しています。短期目標疾患の受診状況でも高血圧が多く、75 歳以上では 8 割以上を占めます。合併症では各年代で高血圧と比較して糖尿病の割合が高い状況です。

図表 55

E表 年度	③ 医療機関受診									⑥ 短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									⑦ 短期目標の疾患とする 合併症										
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-				
	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)		
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
H30	83.7	94.1	97.0	31.6	62.6	83.6	73.3	80.0	83.0	39.1	44.3	34.6	24.0	31.2	27.7	38.1	48.3	69.7	47.5	53.0	70.5								
R04	84.1	91.1	96.3	35.7	63.3	83.7	75.3	81.0	85.8	40.2	42.6	34.8	23.9	31.3	28.9	36.5	48.4	70.3	43.6	55.7	75.0								

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

④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

中長期目標の疾患において、平成30年度と令和4年度を比較すると、40～64歳では虚血性心疾患が1.9%増加しています。中長期疾患のうち介護認定者を平成30年度と令和4年度で比較すると、40～64歳の虚血性心疾患と腎不全が著しく増加しています。65～74歳で最も多いのは脳血管疾患です。75歳以上は4疾患全てが4割を占め、脳血管疾患の4.2%増加しています。

図表 56

E表	⑧												⑨													
	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	4.8	15.7	32.1	2.6	8.7	18.3	5.5	13.5	32.8	4.5	7.6	14.7	7.7	13.3	40.5	0.0	9.0	34.4	2.2	13.0	40.7	0.0	8.0	45.5		
R04	4.7	15.0	31.8	4.5	9.3	18.0	6.1	15.1	35.2	4.7	8.9	15.1	15.2	13.1	44.7	3.1	6.8	37.4	7.0	5.7	42.5	9.1	7.0	44.5		

⑤骨折・認知症の状況

骨折・認知症における高血圧・糖尿病との重なりを見ると、65～74歳では約6割を占め、特に認知症では約9.3%増加しています。要介護認定者のうち認知症治療者の75歳以上は6.2%増加し、9割を占めています。高血圧、糖尿病、脂質代謝異常は血管性認知症の好発因子であるため、これらの対策は中長期目標疾患の発症や重症化を予防するとともに認知症の発症予防につながります。

図表 57

E表	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 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者				
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症		
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	
%		%		%		%		%		%		%	
H30	64.5	80.1	52.6	77.6	5.4	18.1	1.7	14.7	14.5	53.8	52.6	80.1	
R04	56.5	80.8	61.9	77.3	5.4	15.0	1.6	13.6	11.6	51.2	28.6	86.3	

(4)健康課題の明確化と優先順位付け

和水町の中長期目標疾患の総医療費に占める割合を見ると、慢性腎不全(透析有)が最も高くなっており、増加しているのが虚血性心疾患、人工透析です。治療状況を見ると虚血性心疾患は40～64歳、人工透析は65～74歳での増加が著しい状況です。新規人工透析の原因疾患を見ると、糖尿病性腎症によるものが多くを占めています。

短期目標疾患であるメタボリックシンドローム該当者、Ⅱ度高血圧以上、糖治療中 HbA1c7.0以上が増加しています。肥満が多い若い世代から予防活動の充実が必要ですが、40代、50代の健診受診率は低いいため、第3期においても健診未受診者対策は、被保険者の健康実態を把握し、早期に予防活動を行うためにも大変重要だと考えます。

また、高額レセプトや医療費の増加もみられることから、予防可能な疾患である脳・心・腎を守るための活動に注力していく必要があります。

そのための具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。また、第3期の評価指標については、すべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標を設定しています。(図表 58)

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、特に、和歌山県では、虚血性心疾患、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、医療費が高額になる虚血性心疾患及び慢性腎不全、介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患について、総医療費に占める割合を抑えることを目標とします。人工透析については、糖尿病性腎症による新規患者数を減少・発症させない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ます。特に、予防可能な生活習慣病の重症化予防に取り組み、入院に係る医療費を抑えることを目標とします。

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。医療機関未治療者や治療中断者等、重症化するリスクの高い対象者について把握し、医療機関への受診勧奨や必要な保健指導、栄養指導を行います。特に、糖尿病とメタボリックシンドロームについては、薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目標とします。

(2)管理目標の設定

図表 58 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

	達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標値	実績			データの把握方法 (活用データ年度)
				初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)	
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	一人あたり入院医療費（円/年）	抑制				サポートツール
		脳血管疾患の総医療費に占める割合	抑制 (割合の維持・減少)				
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合	抑制 (割合の維持・減少)				
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合	抑制 (割合の維持・減少)				
		糖尿病性腎症による新規透析患者数	減少・発症させない				糖尿病性腎症重症化予防の取組評価ツール
短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者の割合	減少				サポートツール
		メタボリックシンドローム予備群の割合	減少				
		健診受診者の高血圧者の割合 (160/100以上)	減少				
		健診受診者の脂質異常者の割合 (LDL180以上)	減少				
		健診受診者の血糖異常者の割合 (HbA1c6.5%以上)	減少				
		★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合	減少				
		健診受診者の糖尿病型未治療・中断者の割合	減少				
アウトプット指標	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率	68%以上				法定報告値
		★特定保健指導実施率	85%以上				
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	増加				

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 年間で一期としていましたが、医療費適正化計画等が 6 年間で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 年間で一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 59 特定健診受診率・特定保健指導終了率

	R06 年度	R07 年度	R08 年度	R09 年度	R10 年度	R11 年度
特定健診受診率	66.0%	66.5%	67.0%	67.5%	68.0%	68.0%以上
特定保健指導終了率	80.0%	81.0%	82.0%	83.0%	84.0%	85.0%以上

3. 対象者の見込み

図表 60 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R06 年度	R07 年度	R08 年度	R09 年度	R10 年度	R11 年度
特定健診	対象者数	1,846 人	1,701 人	1,594 人	1,453 人	1,344 人	1,240 人
	受診者数	1,201 人	1,107 人	1,103 人	950 人	875 人	807 人
特定保健指導	対象者数	126 人	116 人	116 人	100 人	92 人	85 人
	終了者数	104 人	96 人	96 人	83 人	75 人	70 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。

- ・集団健診(和水町立病院、熊本県総合保健センター)
- ・個別健診(委託医療機関)
- ・助成人間ドック(契約医療機関)

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者の基準は、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

特定健診実施機関は全世帯に案内を送付します。また、和水町のホームページにも掲載します。

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 61 特定健診検査項目

健診項目		和水町	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) 医療機関との適切な連携

治療中でも特定健診の受診対象者であるため、かかりつけ医から健診の受診勧奨を実施頂くよう、医療機関へ十分な説明を行っていきます。

また、本人同意のもと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活用し、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

6) 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。

7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

健診受診率を上げるためには、対象者に認知されることが不可欠です。そのため、健診受診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通年行います。特に若い世代の受診率向上に努めます。(図表 62)

図表 62 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度				翌年度
		セット・選択健診	町立病院健診	個別医療機関健診	助成人間ドック	
4月		健診機関との契約 ↓ 健診対象者の抽出 受診券等の印刷・送付	健診機関との契約 ↓	健診機関との契約 ↓	健診機関との契約 ↓ 助成人間ドック開始	特定保健指導の実施
5月		セット・選択健診実施 ↓ 連合会を通し健診データ 受取費用決裁	健診対象者の抽出 受診券等の印刷・送付 ↓	健診対象者の抽出 受診券等の印刷・送付 (随時可) ↓	契約医療機関から 随時、健診データ受取 費用決裁 ↓ 特定保健指導の実施	健診データ抽出(前年度)
6月		特定保健指導の実施	町立病院(集団)実施 ↓ 連合会を通し健診データ 受取費用決裁	個別医療機関健診開始 ↓ 連合会を通し 随時、健診データ受取 費用決裁		
7月			特定保健指導の実施	特定保健指導の実施		実施実績の分析実施 方法、見直し等
8月						
9月						
10月	契約に関 わる予算 手続き					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						
12月						
1月						
2月						
3月	契約準備	特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了				

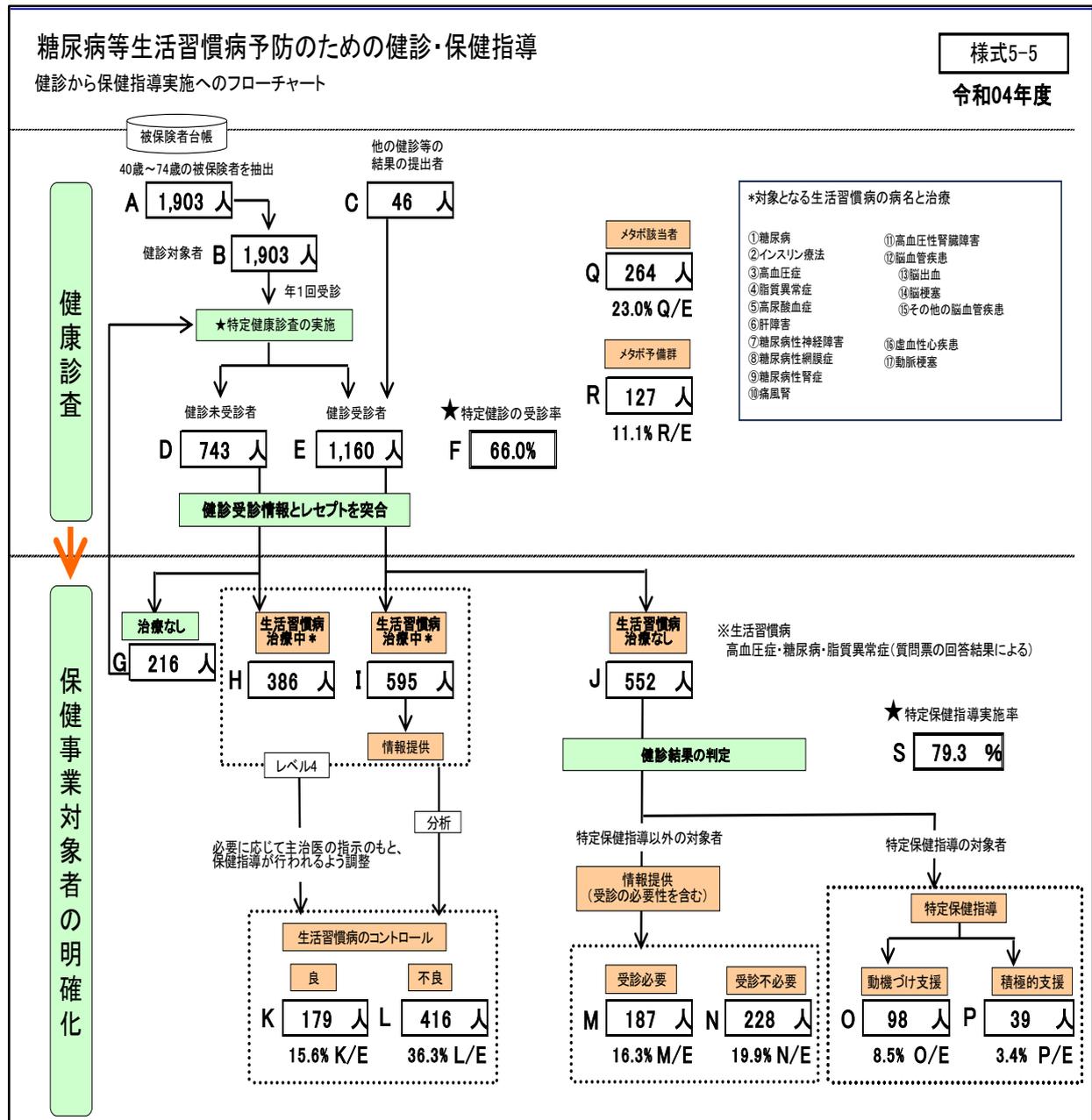
連合会とは熊本県国民健康保険団体連合会のことを示す

5. 特定保健指導の実施

1) 健診から特定保健指導実施の流れ

住民環境課国保年金係及び保健子ども課保健予防係が特定保健指導を実施します。「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を参考に、健診結果から保健指導対象者の明確化を行い、保健指導計画の策定を実施します。同時に健診未受診者対策について計画を立て実施していきます。(図表63)評価については、法定報告の結果をもとに評価し、実施方法等の見直しをします。

図表 63 健診から保健指導へのフローチャート



出典：ヘルスサポートラボツール 様式5-5

6. 個人情報の保護

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は、個人情報の保護に関する法律及び和歌山県個人情報保護条例を踏まえた対応をしていきます。

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、委託先の契約履行を管理します。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健康診査等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、和歌山県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

和水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、431人（35.9%）です。対象者には、透析の大きな危険因子であり心血管疾患の危険も増やす慢性腎臓病（CKD）を含んでいます。これらの対象者のうち高血圧、脂質異常症及び糖尿病のいずれか3疾患治療なしが124人（18.4%）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87人です。

和水町においては、治療なしで重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なる者が、124人中66人と多く、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効果的であることが分かります。（図表64）

図表64 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする -										令和04年度		
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新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 (日本腎臓病学会)		1,201人	63.1%
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心原性 脳塞栓症 (27.7%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※脳卒中 データリンク 2015.6.1</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">安静 狭心症</div> </div>								
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)		重症化予防対象者 (実人数)			
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		431 35.9%			
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		124 18.4%			
該当者数	123 10.2%	8 0.7%	28 2.3%	26 2.2%	264 22.0%	128 10.7%	70 5.8%		66 15.3%			
治療なし	59 8.0%	2 0.3%	27 3.1%	20 2.3%	46 6.8%	54 5.2%	19 2.8%		87 70.2%			
(再掲) 特定保健指導	25 20.3%	1 12.5%	7 25.0%	4 15.4%	46 17.4%	14 10.9%	5 7.1%		19			
治療中	64 13.8%	6 0.9%	1 0.3%	6 1.9%	218 34.5%	74 47.4%	51 8.1%		307 48.6%			
臓器障害 あり	49 83.1%	2 100.0%	16 59.3%	11 55.0%	27 58.7%	32 59.3%	19 100.0%		87 70.2%			
CKD(専門医対象者)	4	0	1	4	2	2	19		19			
心電図所見あり	48	2	15	9	26	31	6		74			
臓器障害 なし	10 16.9%	--	11 40.7%	9 45.0%	19 41.3%	22 40.7%	--		--			

出典:ヘルサポータルツール 集計ツール資料 B

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)(以下「国プログラム」という。)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」という。)に基づき実施します。(参考資料 5、6)国及び熊本県版プログラムは、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) 人工透析に係る和水町の実態と対象者の明確化

(1) 新規人工透析患者の実態

新規人工透析患者の経年変化を見ると、国保の令和 4 年度は 75%が糖尿病性腎症によるものです。後期高齢者の新規人工透析患者割合は市町村計を上回っていることが多く、糖尿病性腎症によるものが 4~5 割を占める年度があります。(図表 65)

図表 65 新規人工透析患者の経年変化

		H30年度				R01年度				R02年度				R03年度				R04年度			
		新規透析患者数		糖尿病性腎症		新規透析患者数		糖尿病性腎症		新規透析患者数		糖尿病性腎症		新規透析患者数		糖尿病性腎症		新規透析患者数		糖尿病性腎症	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
国保	和水町	0	0.00%	0	0.0%	2	0.07%	2	100.0%	1	0.04%	0	0.0%	1	0.04%	0	0.0%	4	0.16%	3	75.0%
	市町村計	189	0.04%	104	55.0%	196	0.05%	98	50.0%	195	0.05%	97	49.7%	178	0.04%	95	53.4%	152	0.04%	90	59.2%
後期	和水町	4	0.16%	2	50.0%	2	0.08%	0	0.0%	5	0.21%	2	40.0%	2	0.09%	0	0.0%	3	0.13%	1	33.3%
	市町村計	257	0.09%	87	33.9%	261	0.09%	89	34.1%	249	0.09%	86	34.5%	267	0.10%	81	30.3%	226	0.08%	81	35.8%

出典：国保連合会提供資料

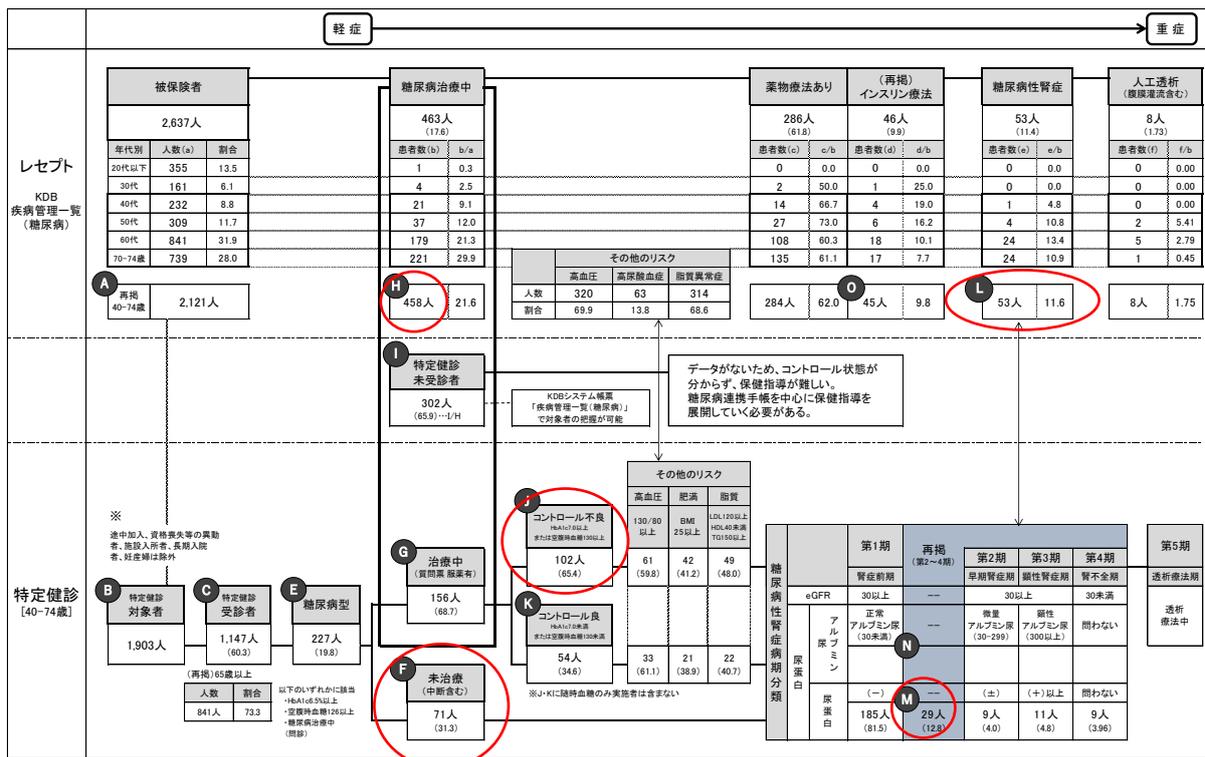
(2) 重症化予防対象者の実態

糖尿病重症化予防のためにレセプトと健診データの突合の状況を見ました。

和水町において健診受診者のうち糖尿病型で未治療者は、71 人で 31.3% (F)、糖尿病型治療中でコントロール不良の者は 102 人 65.4% (G)でした。そのうち 59.8%は血圧 130/80 以上です。糖尿病型のうち糖尿病性腎症病期分類が第 2~4 期の者が 12.8% (H)です。

また、レセプトの 40~74 歳における糖尿病治療者 458 人 (I)のうち、糖尿病性腎症は 53 人 11.6% (J)でした。糖尿病治療者で健診未受診者 302 人 65.9% (K)については、治療中ですが、血糖値等が不明なため重症化予防に向けて、特定健診の受診勧奨と医療機関と連携した介入が必要です。(図表 66、参考資料 7)

図表 66 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



※レセプト情報は、経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、疾病管理一貫で把握できない項目については、「KDB健康・介護支援対象者一貫(突発・重症化予防)」から集計

出典:ヘルスサポートラボツール

HbA1c 値の経年変化は 7.0 以上者の割合が 7%前後、8.0 以上者の割合が 2%前後と横ばいで県内順位は上位を占めています。(図表 67)

図表 67 HbA1c7.0 以上、HbA1c8.0 以上者の経年変化

		年度末年齢75歳以上を含む				
		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
HbA1c測定者数(人)		1,414	1,376	1,258	1,272	1,282
HbA1c7.0以上	人数(人)	90	104	82	94	93
	割合(%)	6.4	7.6	6.5	7.4	7.3
	県内45市町村中順位	3	6	8	5	3
HbA1c8.0以上	人数(人)	33	24	27	30	29
	割合(%)	2.3	1.7	2.2	2.4	2.3
	県内45市町村中順位	2	11	6	5	3

出典: 国保連合会提供資料

(3)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、国及び熊本県版プログラムに基づき、抽出すべき対象者を以下とします。

- ア. 健診を受診した者のうち医療機関未受診者
- イ. 糖尿病治療中断者
- ウ. 重症化するリスクの高い者
 - ・糖尿病性腎症で通院している者
 - ・糖尿病性腎症を発症していないが血糖コントロール目標を達成できていない者や、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

(4)選定基準に基づく該当者の把握

和水町では、前記(3)の考え方を基に、図表 66「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」を活用します。

対象者の抽出

- ㊦ 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者【医療機関受診勧奨】
- ㊧ 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【保健指導】
- ㊨ 糖尿病治療中又は健診結果糖尿病型で腎機能が低下している者【保健指導】
- ㊩ レセプトで糖尿病又は糖尿病性腎症の治療状況及び過去の特定健診結果で重症化するリスクが高い者【特定健診受診勧奨及び保健指導】

「糖尿病治療ガイド 2022－2023」の糖尿病性腎症病期分類ではeGFRと尿中アルブミン排泄量あるいは尿蛋白排泄量によって評価するとされています。和水町ではできるだけ精度の高い方法で対象者を抽出し腎機能の状況に応じた保健指導を実施するために、特定健診で血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目とし、尿蛋白（定性）検査で（±）以上の者に定量検査を実施します。（図表 68）

図表 68 糖尿病性腎症病期分類

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr)	蛋白定量検査 (g/gCr)	蛋白定性検査	eGFR (ml/分/1.73m ²)
第1期（腎症前期）	正常アルブミン尿 30未満	0.15未満	(-)	30以上
第2期（早期腎症期）	微量アルブミン尿 30～299	0.15～0.49	(±)	
第3期（顕性腎症期）	顕性アルブミン尿 300以上	0.5以上	(+)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			

「糖尿病治療ガイド2022-2023」と「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018」に太枠内を追加した

3) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届き次第保健指導台帳作成。順次、対象者へ保健指導等を実施(通年)

(参考資料 11)

(2) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、糖尿病治療ガイド等を参考に作成した保健指導用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。治療中でリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

(3) 対象者の管理

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機関受診ができるよう、保健指導台帳及び受診把握台帳を作成し経過を把握します。

4) 医療との連携

医療機関未受診及び治療中断者を医療機関につなぐ場合、特定健診結果(経年表)やそれに基づく紹介状等を使用します。すでに糖尿病治療中であっても、健診結果においてコントロール不良者へは健診結果(経年表)や糖尿病連携手帳等の連携ツールを基に、対象者本人を介して医療機関と連携します。また、コントロール状況に課題が大きい場合や治療中断が心配される場合は直接医療機関へ出向等、対象者の状況に応じて連携します。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標について年に1回評価します。その際には図表 69「糖尿病性腎症重症化予防の取組評価」を活用します。

アウトプット評価やプロセス評価は、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。

図表 69 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目			突合表	和 water 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	2,783人		2,656人		2,592人		2,509人		2,460人			
	②	(再掲)40-74歳		2,209人		2,146人		2,124人		2,091人		2,046人			
2	①	特定健診 対象者数	B	1,959人		1,930人		1,917人		1,856人		1,759人			
	②	受診者数	C	1,349人		1,334人		1,233人		1,209人		1,208人			
	③	受診率		--		--		--		--		--			
3	①	特定保健指導 対象者数		1,959人		1,930人		1,917人		1,856人		1,759人			
	②	実施率		66.8%		66.3%		62.9%		62.9%		65.9%			
4	①	健診データ	糖尿病型	E	209人 15.5%	232人 17.4%	213人 17.3%	214人 17.7%	228人 18.9%						
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	69人 33.0%	72人 31.0%	51人 23.9%	60人 28.0%	72人 31.6%						
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	140人 67.0%	160人 69.0%	162人 76.1%	154人 72.0%	156人 68.4%						
	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	コントロール不良	85人 60.7%	105人 65.6%	80人 49.4%	91人 59.1%	102人 65.4%					
	⑤				血圧 130/80以上	52人 61.2%	61人 58.1%	43人 53.8%	61人 67.0%	66人 64.7%					
	⑥				肥満 BMI25以上	39人 45.9%	41人 39.0%	32人 40.0%	42人 46.2%	45人 44.1%					
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	55人 39.3%	55人 34.4%	82人 50.6%	63人 40.9%	54人 34.6%						
	⑧		M	第1期 尿蛋白(-)	162人 77.5%	184人 79.3%	168人 78.9%	177人 82.7%	194人 85.1%						
	⑨			第2期 尿蛋白(±)	15人 7.2%	16人 6.9%	13人 6.1%	17人 7.9%	10人 4.4%						
	⑩			第3期 尿蛋白(+)	25人 12.0%	20人 8.6%	27人 12.7%	13人 6.1%	13人 5.7%						
	⑪			第4期 eGFR30未満	4人 1.9%	7人 3.0%	4人 1.9%	6人 2.8%	9人 3.9%						
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		127.2人	126.5人	120.4人	128.7人	128.0人						
	②		(再掲)40-74歳(被保険者千対)		158.0人	155.2人	145.5人	153.0人	153.0人						
	③		レセプト件数(40-74歳)	入院(件数)	2,043件 (956.9)	2,051件 (967.0)	2,168件 (1049.4)	2,174件 (1074.1)	2,095件 (1100.9)	319,711件 (930.6)					
	④		(1)内は被保険者千対		12件 (5.6)	15件 (7.1)	10件 (4.8)	11件 (5.4)	5件 (2.6)	1,521件 (4.4)					
	⑤		糖尿病治療中	H	354人 12.7%	336人 12.7%	312人 12.0%	323人 12.9%	315人 12.8%						
	⑥		(再掲)40-74歳		349人 15.8%	333人 15.5%	309人 14.5%	320人 15.3%	313人 15.3%						
	⑦		健診未受診者	I	209人 59.9%	193人 58.0%	147人 47.6%	166人 51.9%	157人 50.2%						
	⑧		インスリン治療	O	24人 6.8%	31人 9.2%	27人 8.7%	30人 9.3%	25人 7.9%						
	⑨		(再掲)40-74歳		24人 6.9%	31人 9.3%	27人 8.7%	30人 9.4%	25人 8.0%						
	⑩		糖尿病性腎症	L	29人 8.2%	43人 12.8%	32人 10.3%	35人 10.8%	37人 11.7%						
	⑪		(再掲)40-74歳		29人 8.3%	43人 12.9%	32人 10.4%	35人 10.9%	37人 11.8%						
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		2人 0.6%	4人 1.2%	4人 1.3%	3人 0.9%	5人 1.6%						
	⑬		(再掲)40-74歳		2人 0.6%	4人 1.2%	4人 1.3%	3人 0.9%	5人 1.6%						
	⑭		新規透析患者数		0	2	1	1	4						
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		-	2	0	0	1						
	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)		9人 1.7%	9人 1.8%	9人 2.1%	13人 2.9%	14人 2.9%						
6	①	医療費	総医療費		9億4863万円	9億2608万円	8億7465万円	9億1576万円	9億0881万円	6億7051万円					
	②		生活習慣病総医療費		4億3876万円	4億6387万円	4億3691万円	4億8198万円	4億7024万円	3億5898万円					
	③		(総医療費に占める割合)		46.3%	50.1%	50.0%	52.6%	51.7%	53.5%					
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		14,390円	17,234円	10,504円	13,570円	15,932円	9,063円				
	⑤			健診未受診者		20,405円	21,532円	24,455円	24,092円	21,806円	37,482円				
	⑥		糖尿病医療費		5459万円	5729万円	5731万円	5675万円	5438万円	4061万円					
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		12.4%	12.3%	13.1%	11.8%	11.6%	11.3%					
	⑧		糖尿病入院外総医療費		1億6882万円	1億6216万円	1億4935万円	1億6604万円	1億7927万円						
	⑨		1件あたり		35,918円	35,972円	33,247円	36,198円	39,918円						
	⑩		糖尿病入院総医療費		8967万円	8721万円	7210万円	9721万円	8521万円						
	⑪		1件あたり		574,812円	509,995円	514,989円	592,738円	513,319円						
	⑫		在院日数		14日	16日	16日	17日	19日						
	⑬		慢性腎不全医療費		2783万円	4440万円	4202万円	3381万円	4315万円	2783万円					
	⑭		透析有り		2348万円	4244万円	4055万円	3054万円	3970万円	2567万円					
	⑮		透析なし		435万円	196万円	147万円	328万円	345万円	216万円					
7	①	介護	介護給付費		12億6524万円	12億6459万円	12億5584万円	12億8111万円	12億0931万円	8億6719万円					
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		1件 14.3%	1件 25.0%	2件 33.3%	1件 25.0%	0件 -						
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		1人 0.6%	0人 0.0%	3人 1.9%	1人 1.3%	2人 1.1%	622人 1.0%					

出典：ヘルスサポートラボツール 様式 5-1

2. 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) 虚血性心疾患に係る実態と対象者の明確化

(1) 虚血性心疾患患者の実態

第2章での分析結果のとおり、虚血性心疾患の一人あたり入院費用額や40～64歳の虚血性心疾患の治療者割合が増加しています。また、虚血性心疾患で高額になったレセプトは、令和3年度以降件数、費用額ともに著しく増加しています。その実態を見ると、ほとんどの者に高血圧症、脂質異常症があり、糖尿病、メタボリックシンドロームも多くなっています。(図表70)これらのことから、虚血性心疾患のリスク因子を持つ者の把握と、発症予防に向けた保健指導が重要です。

図表70 虚血性心疾患高額レセプトの実態

令和03年度、令和04年度

実人数番号	レセプト番号	KDB 厚労省様式1-1		個人別健診結果履歴							KDB 厚労省様式1-1										人工透析 個人名簿	個人別健診結果履歴			
		性別	年齢	健診受診							1ヶ月費用額(円)	高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	虚血性心疾患	(再)バイパス・ステント手術	大動脈疾患	脳血管疾患	動脈閉塞性疾患	人工透析	該当予備群○	メタボ		
				H28	H29	H30	R01	R02	R03	R04															
R3	1	1	男	56	○	○	○	○	○	○	1,257,610	●	●	●		●	●								●
	2										1,069,070														
	2※	3	男	68							943,660	●		●	●	●	●						●		
	3	4	男	70			○	○	○	○	2,971,350	●	●	●		●	●		●						●
	4	5	男	70	○	○	○	○	○	○	902,310			●		●	●								
	5	6	男	72		○					973,690	●	●	●		●	●								●
	7										971,080														
6	8	男	73		○	○	○	○	○	833,470	●		●	●	●	●		●						●	
計											9,922,240														
R4	1	1	男	57		○		○	○	○	1,468,470	●		●	●	●	●							●	
	2										1,493,070	●	●	●		●									
	3	3	男	66					○	○	1,568,150	●				●	●							○	
	4									894,700															
	4※	5	男	69							874,500	●		●	●	●	●						●		
	5	6	男	74	○						1,561,860	●	●	●		●									●
	6	7	男	74	○	○	○				913,440	●	●	●		●			●						
計											8,774,190														

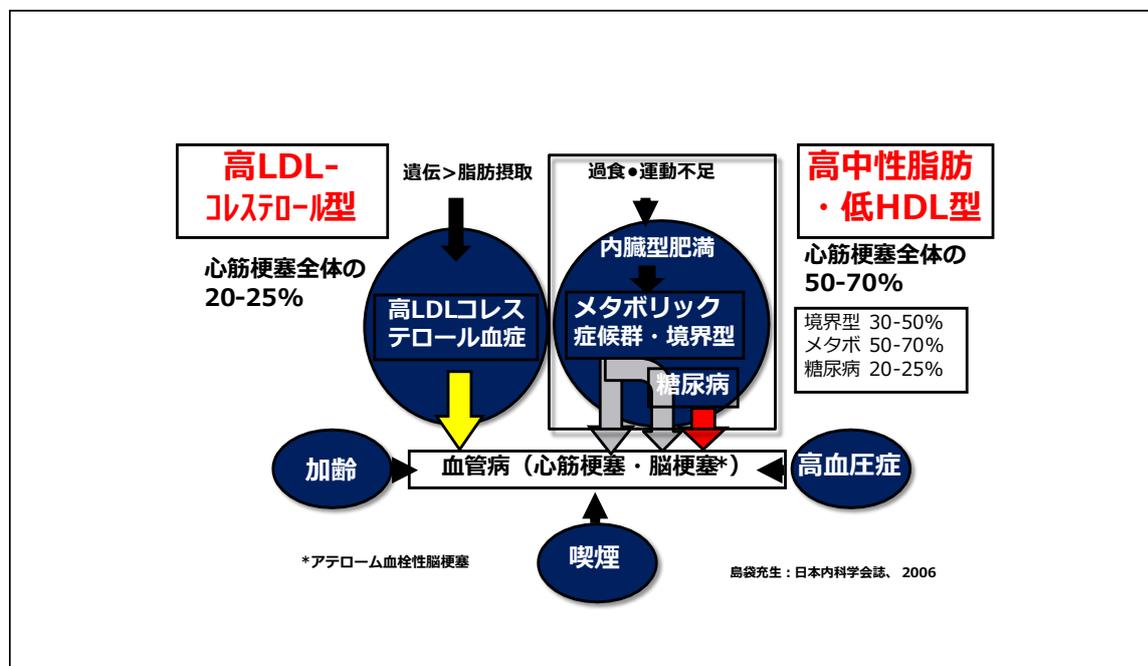
※は同一人物

出典:KDBシステム 厚生労働省様式1-1

(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 71)

図表 71 心血管病をおこしやすいひと



(3) 重症化予防対象者の抽出

①高 LDL コレステロール者

心筋梗塞全体の 20~25%を占める高 LDL コレステロール者については、これまで LDL180 以上の未治療者へ受診勧奨を実施してきましたが、なかなか治療に繋がらない状況にあります。第 3 期においては、図表 72「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」を参考に、高リスク者にあたる者について優先的に関わり、確実な医療機関受診や服薬による管理につながるよう、効果的な保健指導の実施を目指します。

図表 72 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

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

(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
473				247	141	58	27
				52.2%	29.8%	12.3%	5.7%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	60	41	15	2	2
			12.7%	16.6%	10.6%	3.4%	7.4%
	中リスク	140未満 (170未満)	181	93	55	24	9
			38.3%	37.7%	39.0%	41.4%	33.3%
高リスク	120未満 (150未満)	208	96	65	31	16	
		44.0%	38.9%	46.1%	53.4%	59.3%	
	再掲	100未満 (130未満) ※1	19	7	7	5	0
			4.0%	2.8%	5.0%	8.6%	0.0%
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)	24	17	6	1	0
			5.1%	6.9%	4.3%	1.7%	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。

出典:ヘルスサポートラボツール

②メタボリックシンドロームタイプ

第4章「3. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」を参照

③心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患予防において重要な検査の1つです。和水町では心電図検査を1,208人(91.2%)に実施し、そのうち有所見者が385人(31.9%)でした。有所見率は男性が高く、男性では異常Q波、心肥大、房室ブロック、脚ブロック、心房細動の割合が高く、女性ではST-T変化の割合が高いです。(図表73)

図表 73 心電図検査結果

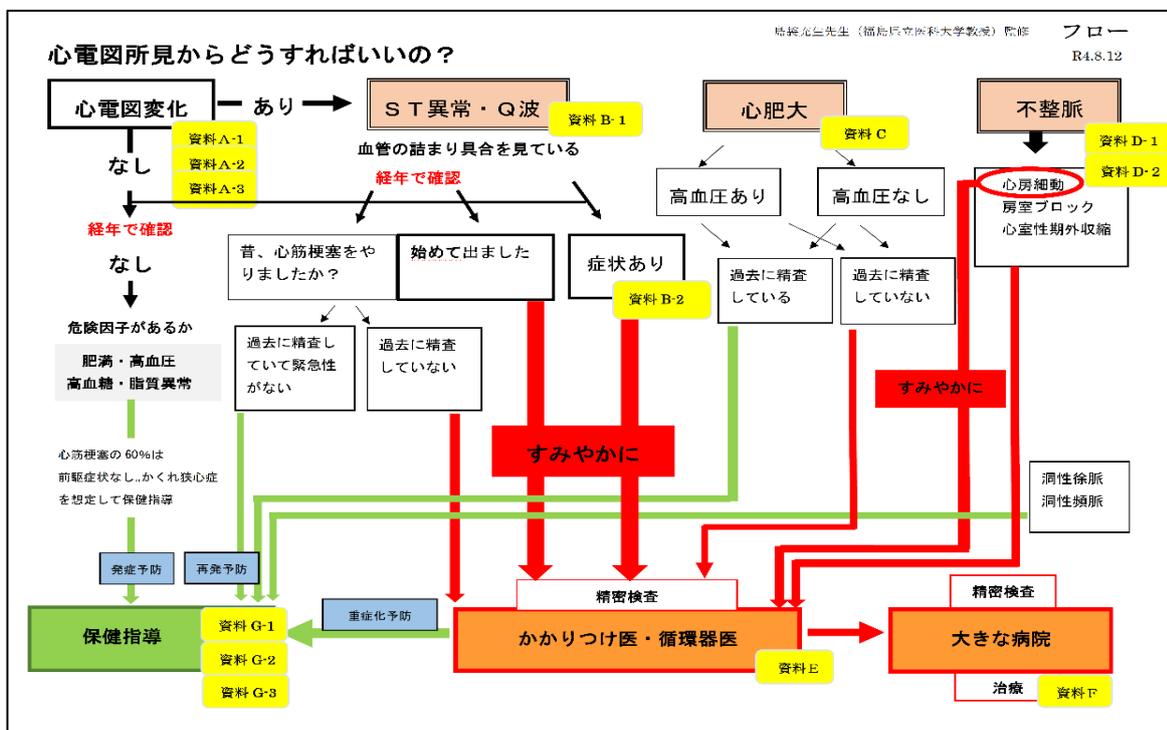
令和04年度

性別・年齢	心電図検査				所見内訳																
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
40~74歳	1,208	91.2%	385	31.9%	28	6.6%	60	14.1%	32	7.5%	59	13.8%	6	1.4%	57	13.4%	8	1.9%	56	13.1%	
内訳	男性	605	92.1%	205	33.9%	17	7.7%	26	11.8%	21	9.5%	33	15.0%	5	2.3%	38	17.3%	7	3.2%	28	12.7%
	女性	603	90.4%	180	29.9%	11	5.3%	34	16.5%	11	5.3%	26	12.6%	1	0.5%	19	9.2%	1	0.5%	28	13.6%

出典:国保連合会提供資料

心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は適切な受診勧奨や保健指導を実施します。これまでは、心電図検査結果からの対象者としては心房細動及びST-T変化の有所見者のみとしていたため、その他の異常所見についても、図表74「心電図所見からのフロー図」を参考に必要な方への受診勧奨や保健指導を実施します。

図表 74 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



3) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準の決定
 - 5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
 - 6 月～特定健診結果が届き次第保健指導台帳作成。順次、対象者へ保健指導を実施(通年)
- (参考資料 11)

(2) 受診勧奨及び保健指導

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

(3) 二次健診の実施

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

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

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

(4) 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機関受診ができるよう、保健指導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。医療機関未受診者やすでに医療機関に受診中で健診結果においてコントロール不良者については、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します。また、コントロール状況に課題が大きい場合や治療中断が心配される場合については、直接医療機関へ出向く等、対象者の状況に応じて連携します。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

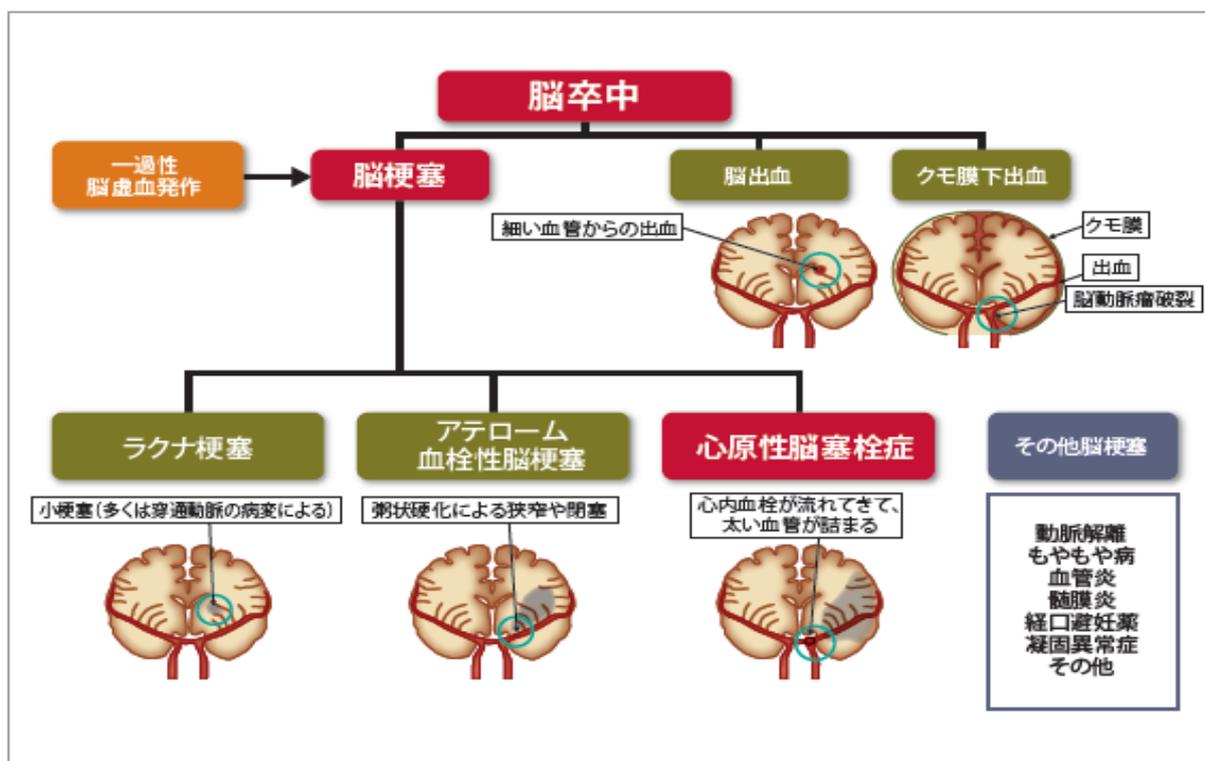
また、保健指導を実施した対象者の評価については、次年度の健診結果で行います。

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 2021[改訂 2023]、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン 2019 等に基づいて進めます。(図表 75、76)

図表 75 脳卒中の分類



(脳卒中予防への提言初版より引用)

図表 76 脳血管疾患とリスク因子

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

2) 脳血管疾患に係る和歌山の実態と対象者の明確化

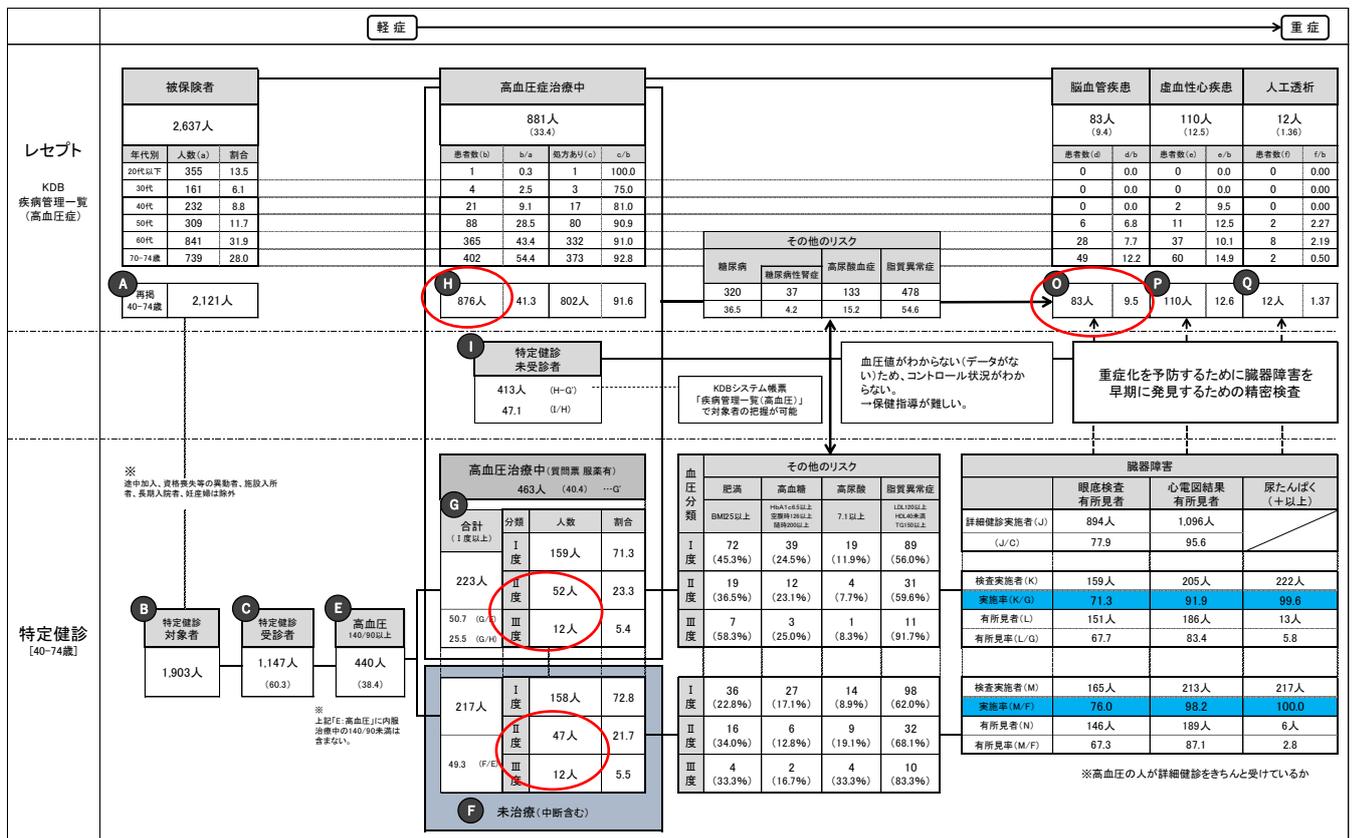
(1) 重症化予防対象者の実態

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 77 でレセプトを見ると、高血圧治療者 876 人 (H) のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 83 人で 9.5% (O) でした。健診結果を見ると、Ⅱ度高血圧以上の未治療者は 59 人です。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ため、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Ⅱ度高血圧以上が 64 人います。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です。

和歌山では、臓器障害を早期に発見するための眼底検査や心電図検査の実施率は高い状況ですが、その結果をその後の対象者抽出や保健指導に十分に活かせていない状況にあります。健診結果におけるハイリスク者については、重点的に取り組んでいく必要があります。(図表 77、参考資料 8)

図表 77 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの実況

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検索 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

出典：ヘルスサポートラボソール

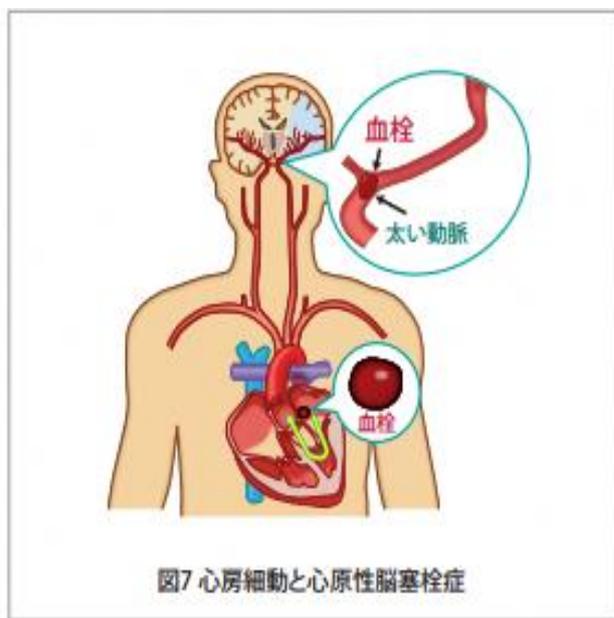
Ⅱ度高血圧以上の経年変化を見ると、人数、割合ともに増加し続けており、県内順位が常に上位にあります。(図表 78)

図表 78 Ⅱ度高血圧以上の経年変化

		年度末年齢 75 歳を含む				
		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
血圧測定者数		1,417	1,381	1,271	1,283	1,289
Ⅱ度高血圧以上	人数(人)	101	111	119	126	134
	割合(%)	7.1	8.0	9.4	9.8	10.4
	県内45市町村 中順位	7	4	6	7	3

出典：国保連合会提供資料

(2)心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防への提言より引用)

心原性脳塞栓症は、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る疾患です。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。

特定健診受診者における心房細動の有所見の状況を見ると、心電図検査の心房細動有所見者は8人で、そのうち7人が男性の60代以上でした。また、心房細動有所見者全員が治療していました。(図表 79)心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続した健診受診と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。また、心房細動等の不整脈の早期発見のために、自己検脈の周知を行っていきます。

図表 79 心房細動有所見状況

令和 04 年度

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				心房細動治療中	
	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	人数	割合
総数	602	599	555	92.2%	541	90.3%	7	1.3%	1	0.2%	8	100%
40代	57	36	56	98.2%	34	94.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0%
50代	64	66	60	93.8%	63	95.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0%
60代	227	251	210	92.5%	219	87.3%	4	1.9%	0	0.0%	4	100%
70~74歳	254	246	229	90.2%	225	91.5%	3	1.3%	1	0.4%	4	100%

出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であり、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80「血圧に基づいた脳心血管リスク層別化」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 80 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			
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)		高値血圧	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧
血圧分類 (mmHg)		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)	381	164 43.0%	158 41.5%	47 12.3%	12 3.1%
リスク第1層 予後影響因子がない	25 6.6%	C 17 10.4%	B 7 4.4%	B 0 0.0%	A 1 8.3%
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	205 53.8%	C 84 51.2%	B 87 55.1%	A 28 59.6%	A 6 50.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	151 39.6%	B 63 38.4%	A 64 40.5%	A 19 40.4%	A 5 41.7%

区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	123 32.3%
B 概ね1カ月後に再評価	157 41.2%
C 概ね3カ月後に再評価	101 26.5%

※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(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。

出典：ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届き次第保健指導台帳作成。順次、対象者へ保健指導を実施(通年)

(参考資料 11)

(2) 受診勧奨及び保健指導

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

(3) 二次健診の実施

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

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

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

(4) 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、継続的な医療機関受診ができるように台帳を作成し経過を把握します。

4) 医療との連携

脳血管疾患発症予防のためには、血圧をはじめとするリスク因子のコントロールが重要です。医療機関未受診者やすでに医療機関に受診中で健診結果においてコントロール不良者については、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します。また、コントロール状況に課題が大きい場合や治療中断が心配される場合については、直接医療機関へ出向く等、対象者の状況に応じて連携します。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

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

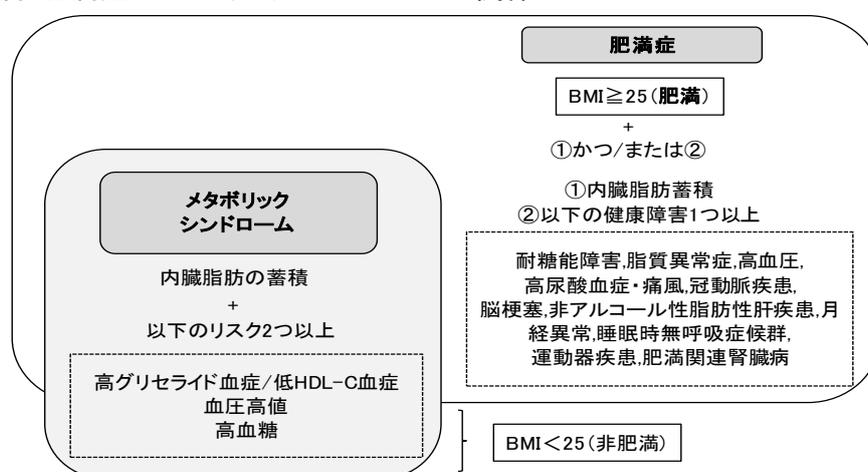
4. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームは内臓脂肪蓄積が中心的な役割を果たし、高血糖や脂質代謝異常、血圧高値等の心血管疾患の危険因子が蓄積した病態です。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疾患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持ち、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。

図表 81 肥満・肥満症とメタボリックシンドロームの関係



出典: 肥満症診療ガイドライン 2022 改変

2) 肥満・メタボリックシンドロームの状況

(1) 和水町の肥満・メタボリックシンドロームの実態

BMI25 以上の肥満の割合は、40～64 歳の男性が多く、特に肥満 1 度が多いです。(図表 82)

図表 82 肥満度分類による実態

令和 04 年度

	受診者数		BMI25 以上		(再掲) 肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満1度 BMI25～30未満		肥満2度 BMI30～35未満		肥満3度 BMI35～40未満		肥満4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	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳		
総数	360	841	125	206	83	180	32	24	8	2	2	0	
			34.7%	24.5%	23.1%	21.4%	8.9%	2.9%	2.2%	0.2%	0.6%	0.0%	
再掲	男性	186	416	72	91	52	83	15	7	3	1	2	0
				38.7%	21.9%	28.0%	20.0%	8.1%	1.7%	1.6%	0.2%	1.1%	0.0%
	女性	174	425	53	115	31	97	17	17	5	1	0	0
				30.5%	27.1%	17.8%	22.8%	9.8%	4.0%	2.9%	0.2%	0.0%	0.0%

出典: ヘルスサポートラボツール 様式5-3

メタボリックシンドローム該当者と血糖・血圧・脂質の組み合わせが増加傾向にあり、令和4年度は同規模、県、国より多いです。(図表 83)

図表 83 メタボリックシンドロームの実態

		和水町					同規模平均	県	国
		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度			
		割合	割合	割合	割合	割合	R04年度		
		割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	
メタボ	該当者	18.0	20.4	21.0	22.3	22.1	21.7	20.8	20.3
	男性	26.4	30.1	30.0	33.7	30.9	32.2	32.4	32.0
	女性	9.6	10.9	12.1	11.0	13.3	12.2	11.3	11.0
	予備群	10.4	11.4	11.4	9.8	10.6	11.6	12.1	11.2
	男性	15.9	16.5	17.1	12.4	14.9	17.3	18.5	17.9
	女性	5.0	6.5	5.8	7.3	6.2	6.5	6.9	5.9
メタボ レベル 該当 予備 群	血糖のみ	0.5	0.5	0.3	0.3	0.5	0.7	0.7	0.6
	血圧のみ	7.3	8.6	8.4	8.0	7.9	8.5	8.7	7.9
	脂質のみ	2.7	2.3	2.6	1.5	2.1	2.4	2.6	2.7
	血糖・血圧	3.9	4.6	3.1	4.7	4.1	3.7	3.6	3.0
	血糖・脂質	1.3	1.2	0.9	0.8	0.9	1.0	1.0	1.0
	血圧・脂質	6.3	6.9	9.5	9.2	8.2	9.7	9.4	9.7
	血糖・血圧・脂質	6.5	7.7	7.5	7.6	8.9	7.3	6.7	6.6

出典:ヘルスサポートラボツール 様式5-1

年代別のメタボリックシンドローム該当者を見ると、男性は40代から受診者の2~3割程度を超えますが、女性は50代、60代、70代で1割程度であるため、男性を優先とすることが効率的です。(図表 84)

図表 84 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況

令和 04 年度

		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	602	57	64	227	254	599	36	66	251	246	
メタボ該当者	B	186	15	16	75	80	78	1	10	35	32	
	B/A	30.9%	26.3%	25.0%	33.0%	31.5%	13.0%	2.8%	15.2%	13.9%	13.0%	
再掲	① 3項目全て	C	75	4	5	31	35	32	0	2	18	12
		C/B	40.3%	26.7%	31.3%	41.3%	43.8%	41.0%	0.0%	20.0%	51.4%	37.5%
	② 血糖+血圧	D	37	0	4	13	20	12	0	3	3	6
		D/B	19.9%	0.0%	25.0%	17.3%	25.0%	15.4%	0.0%	30.0%	8.6%	18.8%
	③ 血圧+脂質	E	66	9	6	27	24	32	0	5	13	14
		E/B	35.5%	60.0%	37.5%	36.0%	30.0%	41.0%	0.0%	50.0%	37.1%	43.8%
	④ 血糖+脂質	F	8	2	1	4	1	2	1	0	1	0
		F/B	4.3%	13.3%	6.3%	5.3%	1.3%	2.6%	100.0%	0.0%	2.9%	0.0%

出典:ヘルスサポートラボツール 様式5-3

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況は、男女とも特に 50 代以降でほとんどが治療中で、メタボリックシンドローム該当者は増加しています。(図表 85) そのため、治療だけでは解決できないことがわかります。

図表 85 メタボリックシンドローム該当者の治療状況

令和 04 年度

	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	602	186	30.9%	145	78.0%	41	22.0%	599	78	13.0%	73	93.6%	5	6.4%		
40代	57	15	26.3%	6	40.0%	9	60.0%	36	1	2.8%	0	0.0%	1	100.0%		
50代	64	16	25.0%	11	68.8%	5	31.3%	66	10	15.2%	9	90.0%	1	10.0%		
60代	227	75	33.0%	61	81.3%	14	18.7%	251	35	13.9%	32	91.4%	3	8.6%		
70～74歳	254	80	31.5%	67	83.8%	13	16.3%	246	32	13.0%	32	100.0%	0	0.0%		

出典:ヘルスサポートラボツール 様式5-3

図表 70「虚血性心疾患高額レセプトの実態」で虚血性心疾患を発症した事例を見ると、メタボリックシンドロームが多い状況です。メタボリックシンドロームの原因とされる内臓脂肪が蓄積すると、脂肪細胞が肥大・増殖し、アディポサイトカインの分泌異常が起こります。これによって動脈硬化が促進され、心血管疾患へ直接影響を与えた結果と考えられます。

また、参考資料 1「様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた和水町の位置」で生活習慣の状況を見ると、健診受診者のうち 20 歳時体重から 10kg 以上増加している者が約 4 割に上り、同規模、県、国より多いです。食事、運動を含めた生活習慣改善指導を通じて病態の基盤である内臓脂肪の減少を目指し、動脈硬化性心血管疾患を予防する必要があります。

(2) 保健指導対象者の優先順位

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

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

和水町での健診結果において、肥満は若い男性に多く、メタボリックシンドローム該当者は男性が多くを占めています。「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022」によると、女性の急性心筋梗塞発症及び死亡リスクは男性より低いとされており、和水町での虚血性心疾患高額レセプトの発症もすべて男性であることを踏まえ、保健指導対象者は若い世代の男性を最優先の対象者とします。

(3)対象者の選定基準の考え方

- ・メタボリックシンドロームの個々の因子である高血圧、高血糖、脂質異常の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ・治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と減量のための対象者に応じた栄養指導を行います。
- ・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。

3) 保健指導の実施

(1)実施期間及びスケジュール(参考資料 11)

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 6月～特定健診結果が届き次第保健指導台帳作成。順次、対象者へ保健指導を実施(通年)

(2)最新の脳科学を活用した保健指導

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

(3)二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者は脳心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険では 2001 年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。和水町においても国保ヘルスアップ事業を活用し、動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査として、二次健診の実施を検討します。

- ・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)
- ・負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ・微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ・75g 糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

(4)対象者の管理

対象者の進捗管理は保健指導台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4) 医療との連携

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

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

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。

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や健康寿命の延伸を図っていきます。そのためには、生活習慣病等の重症化予防の取組や生活機能の低下を防止する取組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ていきます。

2. 事業の実施

和水町は、令和2年度より熊本県後期高齢者医療広域連合から事業を受託し「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します。

②地域を担当する専門職を配置

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。保健指導台帳をもとに、糖尿病や高血圧等の重症化予防対象者に75歳を超えても切れ目のない支援を行います。また、生活習慣病からのフレイル予防のために健康教育や健康相談(ポピュレーションアプローチ)を実施していきます。

3. 関係者での連携

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り、庁内の関係部署(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。情報及び実態の共有、対象者の引継ぎ等が円滑に行えるよう、関係者でのミーティングに加え、必要時連携を図ります。

IV. 発症予防

生活習慣病が成人の疾患や死亡と深く関わることから、その予防は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。

和水町においては、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っていく必要があります。(図表 86)

図表 86 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)																		
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)		0歳~5歳			6歳~14歳			15~18歳		29歳~39歳		40歳~64歳		65歳~74歳		75歳以上	
	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診断		就学時健診 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)			定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)	
5 対象者 健診内容	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育 / 幼稚園児	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)				
	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)妊婦糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①~③の1点以上を満たすもの																
	身長																	
	体重																	
	BMI																	
	肥満度			加 ^ア 18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上							25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めます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにした資料を作成し広く町民へ周知します。

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。また、計画の最終年度の令和11年度においては、次期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、KDBシステムや保険者データヘルス支援システムを活用し、評価指標に基づいて各年度の事業評価を実施します。

また、中間評価や最終評価における医療費等の評価については、年齢補正された国の公表データを使用します。

※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システム活用環境の確保
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、特定保健指導終了率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、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和水町の位置
- 参考資料 2 HbA1c の年次比較
- 参考資料 3 血圧の年次比較
- 参考資料 4 LDL-C の年次比較
- 参考資料 5 糖尿病性腎症重症化予防プログラム(国プログラム)
- 参考資料 6 糖尿病性腎症重症化予防プログラム(熊本県版プログラム)
- 参考資料 7 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 8 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 9 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 10 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料 11 健診結果受理から保健指導までの流れ

参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた和歌山町の位置

令和 04 年度

項目		和歌山町		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	9,321		1,680,058		1,713,102		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)	3,961	42.5	662,426	39.4	540,538	31.6	35,335,805	28.7		
		75歳以上	2,290	24.6	—	—	282,460	16.5	18,248,742	14.8		
		65～74歳	1,671	17.9	—	—	258,078	15.1	17,087,063	13.9		
		40～64歳	2,847	30.5	—	—	543,167	31.7	41,545,893	33.7		
	39歳以下	2,513	27.0	—	—	629,397	36.7	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業	19.9		17.0		9.8		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第2次産業	27.2		25.3		21.1		25.0			
		第3次産業	52.9		57.7		69.1		71.0			
	③ 平均寿命	男性	81.5		80.4		81.2		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		88.1		86.9		87.5		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	81.3		79.5		80.4		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性	84.3		84.2		85.0		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	101.5		103.1		94.9		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		がん	44	50.6	7,089	46.3	5,349	48.2	378,272	50.6		
		心臓病	19	21.8	4,562	29.8	3,242	29.2	205,485	27.5		
		脳疾患	17	19.5	2,404	15.7	1,547	13.9	102,900	13.8		
		糖尿病	2	2.3	283	1.8	202	1.8	13,896	1.9		
		腎不全	2	2.3	622	4.1	476	4.3	26,946	3.6		
	自殺	3	3.4	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									厚生省HP 人口動態調査	
		男性										
	3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	803	20.7	127,161	19.4	108,069	20.2	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握
新規認定者			16	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	3,184	16.8	365,856	13.2	380,309	14.2	21,785,044	12.9	
			要介護1.2	10,005	52.8	1,297,770	46.8	1,309,567	49.0	78,107,378	46.3	
			要介護3以上	5,771	30.4	1,111,908	40.1	984,793	36.8	68,963,503	40.8	
2号認定者		12	0.42	2,073	0.39	1,879	0.35	156,107	0.38			
② 有病状況		糖尿病	148	18.9	30,162	22.6	25,945	23.1	1,712,613	24.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症	479	56.4	71,773	54.3	65,761	58.7	3,744,672	53.3		
		脂質異常症	241	27.5	39,654	29.6	37,156	32.8	2,308,216	32.6		
		心臓病	546	65.1	80,304	60.9	73,556	65.7	4,224,628	60.3		
	脳疾患	253	30.3	30,910	23.8	25,387	22.8	1,568,292	22.6			
	がん	89	11.9	14,782	11.0	13,445	12.0	837,410	11.8			
	筋・骨格	500	60.5	71,540	54.1	66,287	59.2	3,748,372	53.4			
	精神	305	37.3	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	305,303	1,209,306,398	314,188	208,126,001,519	310,858	168,030,405,720	290,668	107,274,228,888	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	1件当たり給付費(全体)	63,782		74,986		62,823		59,662				
	居宅サービス	38,080		43,722		42,088		41,272				
	施設サービス	275,448		289,312		303,857		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	8,671		9,224		9,463		8,610		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	認定あり	3,669		4,375		4,221		4,020				
4	① 国保の状況	被保険者数	2,306		427,153		383,407		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳	1,194	51.8			174,230	45.4	11,129,271	40.5		
		40～64歳	709	30.7			118,490	30.9	9,088,015	33.1		
		39歳以下	403	17.5			90,687	23.7	7,271,596	26.5		
	加入率		24.7		25.6		21.9		20.0			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.4	150	0.4	208	0.6	8,237	0.3	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	
		診療所数	6	2.6	1,147	2.7	1,473	3.9	102,599	4.2		
		病床数	91	39.5	15,964	37.4	32,745	87.3	1,507,471	61.1		
		医師数	9	3.9	1,780	4.2	5,415	14.4	339,611	13.8		
		外来患者数	815.0		692.2		775.9		709.6			
③ 医療費の状況	入院患者数	24.6		22.7		26.6		18.8		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		
	一人当たり医療費	394,108		376,732		404,318		321,633				
	受診率	839.672		714.851		802.498		728.39				
	外来	費用の割合	57.9		56.3		54.4		59.9			
		件数の割合	97.1		96.8		96.7		97.4			
	入院	費用の割合	42.1		43.7		45.6		40.1			
件数の割合		2.9		3.2		3.3		2.6				
1件あたり在院日数		17.4日		16.4日		18.2日		16.0日				

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源病名 (該当含む)	がん	93,241,070	19.8	31.3	27.2	32.0	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題									
			慢性腎不全(透析あり)	39,697,340	8.4	7.2	10.7	8.3										
			糖尿病	54,377,570	11.6	11.3	10.9	10.4										
			高血圧症	29,097,590	6.2	6.6	6.0	5.8										
			脂質異常症	14,766,360	3.1	3.8	3.3	4.0										
			脳梗塞・脳出血	20,011,700	4.3	3.9	3.6	4.0										
			狭心症・心筋梗塞	15,168,170	3.2	2.8	2.0	2.8										
			精神 筋・骨格	90,891,710 106,828,390	19.3 22.7	14.9 17.3	18.7 16.5	15.0 16.6										
	⑤	一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	322	0.2	430	0.3	435	0.2	246	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)					
				糖尿病	781	0.5	1,426	0.9	2,164	1.2	1,108	0.9						
				脂質異常症	1	0.0	69	0.0	117	0.1	51	0.0						
				脳梗塞・脳出血	7,440	4.5	6,762	4.1	7,012	3.8	5,803	4.5						
				虚血性心疾患	5,698	3.4	4,422	2.7	3,368	1.8	3,767	2.9						
				腎不全	5,193	3.1	4,755	2.9	5,382	2.9	3,956	3.1						
⑤	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	12,297	5.4	12,793	6.0	12,202	5.5	9,602	5.0	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)						
			糖尿病	23,629	10.3	21,925	10.3	21,180	9.6	16,880	8.8							
			脂質異常症	6,402	2.8	7,608	3.6	6,835	3.1	6,731	3.5							
			脳梗塞・脳出血	1,238	0.5	943	0.4	622	0.3	793	0.4							
			虚血性心疾患	2,000	0.9	1,933	0.9	1,608	0.7	1,641	0.9							
			腎不全	15,608	6.8	16,719	7.9	23,556	10.7	15,297	7.9							
⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	5,933	3,122	2,467	2,087	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題										
		健診未受診者	8,120	12,911	13,611	13,715												
		生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	15,932	9,063	6,746	6,161											
		健診未受診者	21,806	37,482	37,213	40,479												
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	700	60.6	81,311	58.1	54,318	56.9	3,419,396	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握							
		医療機関受診率	623	53.9	73,037	52.2	49,217	51.5	3,145,545	52.4								
		医療機関非受診率	77	6.7	8,274	5.9	5,101	5.3	273,851	4.6								
5	特定健診の 状況	県内市町村数	メタボ	健診受診者	1,156	139,850	95,484	5,999,930	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握									
				受診率	65.8	44.7	36.1	35.2										
				特定保健指導終了者(実施率)	23	16.9	2,678	16.0		3,312	29.3	64,453	9.5					
				非肥満高血糖	127	11.0	14,190	10.1		8,564	9.0	559,451	9.3					
				⑤	メタボ	該当者	255	22.1		30,227	21.6	19,981	20.9	1,236,157	20.6			
						男性	178	30.7		21,300	32.1	13,968	32.4	850,990	32.9			
						女性	77	13.4		8,927	12.1	6,013	11.5	385,167	11.3			
						予備群	122	10.6		16,236	11.6	11,573	12.1	664,378	11.1			
				⑥	メタボ	男性	86	14.8		11,464	17.3	7,954	18.5	459,829	17.8			
						女性	36	6.3		4,772	6.5	3,619	6.9	204,549	6.0			
				⑦	47市町村	メタボ 該当・予備群 レベル	BMI	総数		406	35.1	51,122	36.6	34,912	36.6	2,093,140	34.9	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
								男性		282	48.6	35,935	54.2	24,170	56.1	1,441,006	55.7	
								女性		124	21.5	15,187	20.6	10,742	20.5	652,134	19.1	
								総数		60	5.2	8,128	5.8	4,042	4.2	280,816	4.7	
								男性		8	1.4	1,372	2.1	600	1.4	40,860	1.6	
								女性		52	9.0	6,756	9.2	3,442	6.6	239,956	7.0	
								血糖のみ		6	0.5	963	0.7	697	0.7	37,614	0.6	
								血圧のみ		91	7.9	11,851	8.5	8,390	8.8	469,916	7.8	
								脂質のみ		25	2.2	3,422	2.4	2,486	2.6	156,848	2.6	
血糖・血圧	48	4.2	5,115					3.7	3,454	3.6	179,936	3.0						
血糖・脂質	10	0.9	1,475					1.1	966	1.0	62,339	1.0						
血圧・脂質	94	8.1	13,535					9.7	9,056	9.5	587,616	9.8						
血糖・血圧・脂質	103	8.9	10,102					7.2	6,505	6.8	406,266	6.8						
⑧	同規模市区町村数	メタボ 該当・予備群 レベル	BMI	総数	60	5.2	8,128	5.8	4,042	4.2	280,816	4.7						
				男性	8	1.4	1,372	2.1	600	1.4	40,860	1.6						
				女性	52	9.0	6,756	9.2	3,442	6.6	239,956	7.0						
				血糖のみ	6	0.5	963	0.7	697	0.7	37,614	0.6						
6	生活習慣の 状況	既往 歴	高血圧	448	38.8	55,201	39.5	36,793	38.5	2,212,738	36.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握						
			糖尿病	154	13.3	14,674	10.5	9,027	9.5	536,761	8.9							
			脂質異常症	313	27.1	38,748	27.7	26,066	27.3	1,748,878	29.2							
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	38	3.4	4,389	3.3	2,914	3.1	191,098	3.3							
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	52	4.6	8,295	6.2	5,416	5.7	334,592	5.7							
			腎不全	8	0.7	1,283	0.9	654	0.7	49,526	0.8							
			貧血	104	9.2	12,237	9.0	10,292	11.0	623,853	10.7							
			喫煙	181	15.7	21,078	15.1	13,096	13.7	763,799	12.7							
			週3回以上朝食を抜く	105	10.0	11,378	8.6	8,752	10.1	524,122	9.6							
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0							
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	173	16.5	21,660	16.4	13,017	14.8	804,080	14.7							
			週3回以上就寝前夕食	173	16.5	21,660	16.4	13,017	14.8	804,080	14.7							
			食べる速度が速い	259	24.7	35,108	26.4	24,014	27.3	1,441,633	26.4							
			20歳時体重から10kg以上増加	394	37.6	47,632	35.8	31,422	36.1	1,896,304	34.5							
			1回30分以上運動習慣なし	684	65.1	86,948	65.2	53,877	61.2	3,245,295	59.2							
1日1時間以上運動なし	493	47.0	62,532	46.9	44,230	50.3	2,603,183	47.4										
睡眠不足	276	26.3	32,230	24.3	21,376	24.3	1,364,352	24.9										
毎日飲酒	290	25.5	35,947	26.5	24,813	26.4	1,411,626	24.6										
時々飲酒	280	24.6	28,605	21.1	22,288	23.7	1,275,564	22.2										
⑭	一日 飲酒 量	1合未満	681	72.4	53,892	59.9	51,671	68.7	2,677,669	65.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握							
		1～2合	187	19.9	23,850	26.5	16,825	22.4	940,908	23.1								
		2～3合	63	6.7	9,375	10.4	5,379	7.1	359,082	8.8								
		3合以上	10	1.1	2,835	3.2	1,362	1.8	101,477	2.5								

参考資料 2 HbA1c の年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		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	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	1,419	479	33.8%	550	38.8%	238	16.8%	58	4.1%	70	4.9%	24	1.7%	51	3.6%	17	1.2%
H30	1,307	435	33.3%	477	36.5%	238	18.2%	73	5.6%	54	4.1%	30	2.3%	54	4.1%	21	1.6%
R01	1,276	386	30.3%	468	36.7%	262	20.5%	64	5.0%	73	5.7%	23	1.8%	58	4.5%	15	1.2%
R02	1,192	338	28.4%	461	38.7%	246	20.6%	70	5.9%	53	4.4%	24	2.0%	47	3.9%	16	1.3%
R03	1,157	313	27.1%	450	38.9%	235	20.3%	74	6.4%	58	5.0%	27	2.3%	57	4.9%	16	1.4%
R04	1,193	337	28.2%	444	37.2%	239	20.0%	87	7.3%	58	4.9%	28	2.3%	57	4.8%	18	1.5%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		10.7%	12.0%	12.5%	12.3%	13.7%	14.5%				
					再)7.0以上	未治療	治療	10.7%	12.0%							12.5%	12.3%	13.7%	14.5%
H29	1,419	479	550	238	152	54	98	10.7%	35.5%	64.5%	6.6%	10.7%	12.0%	12.5%	12.3%	13.7%	14.5%		
H30	1,307	435	477	238	157	55	102	12.0%	35.0%	65.0%	6.4%	12.0%	12.0%	12.5%	12.3%	13.7%	14.5%		
R01	1,276	386	468	262	160	53	107	12.5%	33.1%	66.9%	7.5%	12.5%	12.5%	12.3%	13.7%	14.5%			
R02	1,192	338	461	246	147	40	107	12.3%	27.2%	72.8%	6.5%	12.3%	12.3%	12.3%	13.7%	14.5%			
R03	1,157	313	450	235	159	47	112	13.7%	29.6%	70.4%	7.3%	13.7%	13.7%	13.7%	13.7%	13.7%	14.5%		
R04	1,193	337	444	239	173	54	119	14.5%	31.2%	68.8%	7.2%	14.5%	14.5%	14.5%	14.5%	14.5%	14.5%		

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
		正常		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			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	140	9.9%	0	0.0%	5	3.6%	37	26.4%	30	21.4%	49	35.0%	19	13.6%	38	27.1%	13	9.3%
	H30	138	10.6%	2	1.4%	5	3.6%	29	21.0%	42	30.4%	40	29.0%	20	14.5%	37	26.8%	12	8.7%
	R01	151	11.8%	3	2.0%	8	5.3%	33	21.9%	32	21.2%	59	39.1%	16	10.6%	45	29.8%	9	6.0%
	R02	158	13.3%	0	0.0%	11	7.0%	40	25.3%	43	27.2%	43	27.2%	21	13.3%	37	23.4%	13	8.2%
	R03	151	13.1%	4	2.6%	6	4.0%	29	19.2%	41	27.2%	48	31.8%	23	15.2%	47	31.1%	14	9.3%
	R04	156	13.1%	1	0.6%	7	4.5%	29	18.6%	45	28.8%	49	31.4%	25	16.0%	49	31.4%	15	9.6%
治療なし	H29	1,279	90.1%	479	37.5%	545	42.6%	201	15.7%	28	2.2%	21	1.6%	5	0.4%	13	1.0%	4	0.3%
	H30	1,169	89.4%	433	37.0%	472	40.4%	209	17.9%	31	2.7%	14	1.2%	10	0.9%	17	1.5%	9	0.8%
	R01	1,125	88.2%	383	34.0%	460	40.9%	229	20.4%	32	2.8%	14	1.2%	7	0.6%	13	1.2%	6	0.5%
	R02	1,034	86.7%	338	32.7%	450	43.5%	206	19.9%	27	2.6%	10	1.0%	3	0.3%	10	1.0%	3	0.3%
	R03	1,006	86.9%	309	30.7%	444	44.1%	206	20.5%	33	3.3%	10	1.0%	4	0.4%	10	1.0%	2	0.2%
	R04	1,037	86.9%	336	32.4%	437	42.1%	210	20.3%	42	4.1%	9	0.9%	3	0.3%	8	0.8%	3	0.3%

参考資料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	1,428	377	26.4%	186	13.0%	381	26.7%	375	26.3%	92	6.4%	17	1.2%
H30	1,308	368	28.1%	194	14.8%	347	26.5%	307	23.5%	80	6.1%	12	0.9%
R01	1,280	341	26.6%	217	17.0%	346	27.0%	274	21.4%	87	6.8%	15	1.2%
R02	1,206	298	24.7%	195	16.2%	279	23.1%	320	26.5%	91	7.5%	23	1.9%
R03	1,168	256	21.9%	180	15.4%	312	26.7%	306	26.2%	94	8.0%	20	1.7%
R04	1,201	282	23.5%	190	15.8%	289	24.1%	317	26.4%	99	8.2%	24	2.0%

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	7.6%	7.0%	8.0%	9.5%	9.8%	10.2%
					再)II度高血圧		治療							
					未治療	治療								
H29	1,428	563 39.4%	381 26.7%	375 26.3%	109 7.6%	62 4.3%	47 3.3%	1.2%						
H30	1,308	562 43.0%	347 26.5%	307 23.5%	92 7.0%	50 3.8%	42 3.2%	0.9%						
R01	1,280	558 43.6%	346 27.0%	274 21.4%	102 8.0%	52 4.1%	50 3.9%	1.2%						
R02	1,206	493 40.9%	279 23.1%	320 26.5%	114 9.5%	66 5.5%	48 4.0%	1.9%						
R03	1,168	436 37.3%	312 26.7%	306 26.2%	114 9.8%	57 4.9%	57 4.9%	1.7%						
R04	1,201	472 39.3%	289 24.1%	317 26.4%	123 10.2%	59 4.9%	64 5.3%	2.0%						

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	507	35.5%	73	14.4%	58	11.4%	149	29.4%	180	35.5%	41	8.1%	6	1.2%
	H30	482	36.9%	57	11.8%	77	16.0%	151	31.3%	155	32.2%	38	7.9%	4	0.8%
	R01	490	38.3%	61	12.4%	91	18.6%	150	30.6%	138	28.2%	43	8.8%	7	1.4%
	R02	460	38.1%	61	13.3%	69	15.0%	127	27.6%	155	33.7%	39	8.5%	9	2.0%
	R03	449	38.4%	52	11.6%	64	14.3%	133	29.6%	143	31.8%	49	10.9%	8	1.8%
	R04	463	38.6%	47	10.2%	68	14.7%	125	27.0%	159	34.3%	52	11.2%	12	2.6%
治療なし	H29	921	64.5%	304	33.0%	128	13.9%	232	25.2%	195	21.2%	51	5.5%	11	1.2%
	H30	826	63.1%	311	37.7%	117	14.2%	196	23.7%	152	18.4%	42	5.1%	8	1.0%
	R01	790	61.7%	280	35.4%	126	15.9%	196	24.8%	136	17.2%	44	5.6%	8	1.0%
	R02	746	61.9%	237	31.8%	126	16.9%	152	20.4%	165	22.1%	52	7.0%	14	1.9%
	R03	719	61.6%	204	28.4%	116	16.1%	179	24.9%	163	22.7%	45	6.3%	12	1.7%
	R04	738	61.4%	235	31.8%	122	16.5%	164	22.2%	158	21.4%	47	6.4%	12	1.6%

参考資料4 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	B/A	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	1,428	689	48.2%	379	26.5%	234	16.4%	88	6.2%	38	2.7%
	H30	1,308	615	47.0%	348	26.6%	216	16.5%	89	6.8%	40	3.1%
	R01	1,280	636	49.7%	341	26.6%	191	14.9%	81	6.3%	31	2.4%
	R02	1,206	632	52.4%	293	24.3%	190	15.8%	61	5.1%	30	2.5%
	R03	1,168	636	54.5%	276	23.6%	155	13.3%	69	5.9%	32	2.7%
R04	1,201	630	52.5%	312	26.0%	165	13.7%	66	5.5%	28	2.3%	
男性	H29	702	363	51.7%	181	25.8%	107	15.2%	36	5.1%	15	2.1%
	H30	652	327	50.2%	168	25.8%	99	15.2%	38	5.8%	20	3.1%
	R01	633	334	52.8%	162	25.6%	88	13.9%	36	5.7%	13	2.1%
	R02	603	338	56.1%	136	22.6%	81	13.4%	33	5.5%	15	2.5%
	R03	579	330	57.0%	133	23.0%	69	11.9%	32	5.5%	15	2.6%
R04	602	331	55.0%	152	25.2%	78	13.0%	30	5.0%	11	1.8%	
女性	H29	726	326	44.9%	198	27.3%	127	17.5%	52	7.2%	23	3.2%
	H30	656	288	43.9%	180	27.4%	117	17.8%	51	7.8%	20	3.0%
	R01	647	302	46.7%	179	27.7%	103	15.9%	45	7.0%	18	2.8%
	R02	603	294	48.8%	157	26.0%	109	18.1%	28	4.6%	15	2.5%
	R03	589	306	52.0%	143	24.3%	86	14.6%	37	6.3%	17	2.9%
R04	599	299	49.9%	160	26.7%	87	14.5%	36	6.0%	17	2.8%	

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	1,428	689 48.2%	379 26.5%	234 16.4%	126	117	9	8.8%	2.7%	8.8%
					8.8%	92.9%	7.1%			
H30	1,308	615 47.0%	348 26.6%	216 16.5%	129	119	10	9.9%	3.1%	9.9%
					9.9%	92.2%	7.8%			
R01	1,280	636 49.7%	341 26.6%	191 14.9%	112	95	17	8.8%	2.4%	8.8%
					8.8%	84.8%	15.2%			
R02	1,206	632 52.4%	293 24.3%	190 15.8%	91	83	8	7.5%	2.5%	7.5%
					7.5%	91.2%	8.8%			
R03	1,168	636 54.5%	276 23.6%	155 13.3%	101	93	8	8.6%	2.7%	8.6%
					8.6%	92.1%	7.9%			
R04	1,201	630 52.5%	312 26.0%	165 13.7%	94	89	5	7.8%	2.3%	7.8%
					7.8%	94.7%	5.3%			

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常			保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満			120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	B/A	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	335	23.5%	218	65.1%	81	24.2%	27	8.1%	5	1.5%	4	1.2%
	H30	322	24.6%	197	61.2%	91	28.3%	24	7.5%	7	2.2%	3	0.9%
	R01	340	26.6%	219	64.4%	75	22.1%	29	8.5%	13	3.8%	4	1.2%
	R02	320	26.5%	227	70.9%	60	18.8%	25	7.8%	5	1.6%	3	0.9%
	R03	324	27.7%	245	75.6%	49	15.1%	22	6.8%	5	1.5%	3	0.9%
R04	324	27.0%	243	75.0%	56	17.3%	20	6.2%	4	1.2%	1	0.3%	
治療なし	H29	1,093	76.5%	471	43.1%	298	27.3%	207	18.9%	83	7.6%	34	3.1%
	H30	986	75.4%	418	42.4%	257	26.1%	192	19.5%	82	8.3%	37	3.8%
	R01	940	73.4%	417	44.4%	266	28.3%	162	17.2%	68	7.2%	27	2.9%
	R02	886	73.5%	405	45.7%	233	26.3%	165	18.6%	56	6.3%	27	3.0%
	R03	844	72.3%	391	46.3%	227	26.9%	133	15.8%	64	7.6%	29	3.4%
R04	877	73.0%	387	44.1%	256	29.2%	145	16.5%	62	7.1%	27	3.1%	

参考資料 5 糖尿病性腎症重症化予防プログラム(国プログラム)

自治体の保健事業において取り扱う糖尿病性腎症の定義: 糖尿病であり、腎機能が低下していること

◆糖尿病であること: ①～③のいずれかを満たすこと

- ① 空腹時血糖 126mg/dl(随時血糖 200mg/dl)以上、または HbA1c6.5%以上
- ② 現在、糖尿病で医療機関を受診している
- ③ 過去に糖尿病薬(経口血糖降下薬・インスリン・GLP-1 受容体作動薬)使用歴又は糖尿病にて医療機関の受診歴がある(ただし、直近の健診データ等により糖尿病の診断基準に該当しない対象者を除く)

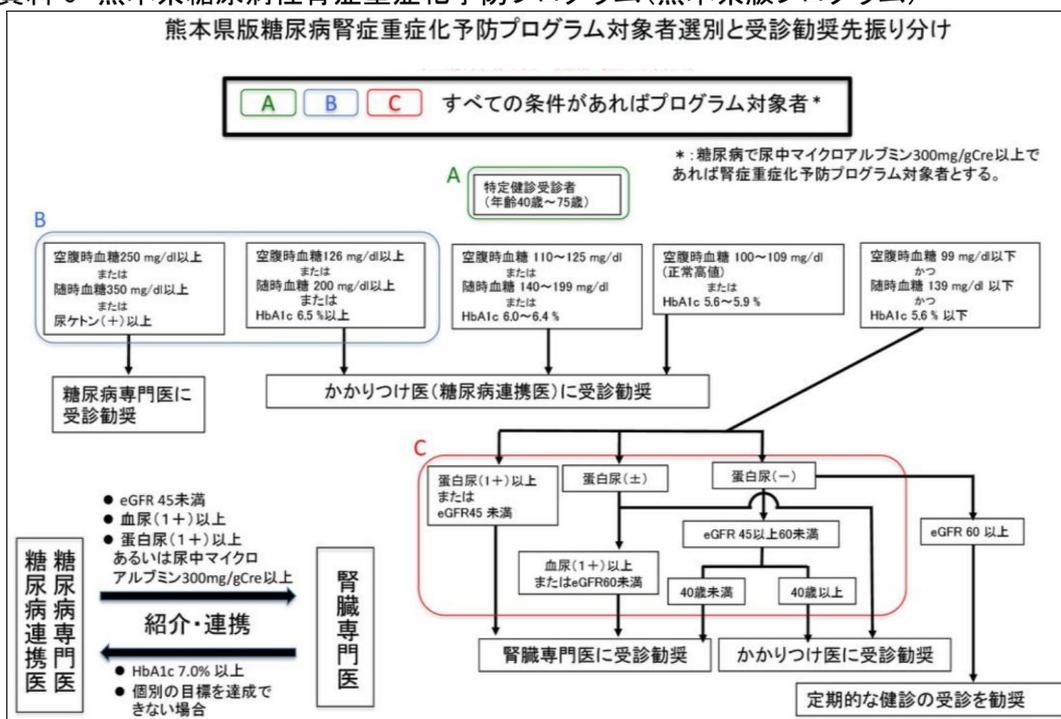
◆腎機能が低下していること: ①から④のいずれかを満たすこと

- ① 検査値より腎症 4 期: eGFR30mL/分/1.73 m²未満
- ② 検査値より腎症 3 期: 尿蛋白陽性
- ③ レセプトより糖尿病性腎症又は腎機能低下を示す病名が記載されている
- ④ 腎症 2 期以下の場合には、次の情報を参考とされたい。
 - eGFR45mL/分/1.73 m²未満
 - eGFR60mL/分/1.73 m²未満のうち、年間 5 mL/分/1.73 m²以上低下
 - 糖尿病網膜症の存在
 - 微量アルブミン尿の確認、あるいは尿蛋白(±)※
 - 高血圧のコントロールが不良
(目安: 140/90mgHg、後期高齢者 150/90mgHg 以上)

※糖尿病に加えて尿蛋白(+)以上であれば第 3 期と考える。また尿蛋白(±)は微量アルブミン尿の可能性が高いため、医療機関で積極的に尿アルブミンの測定を行うことが推奨される。

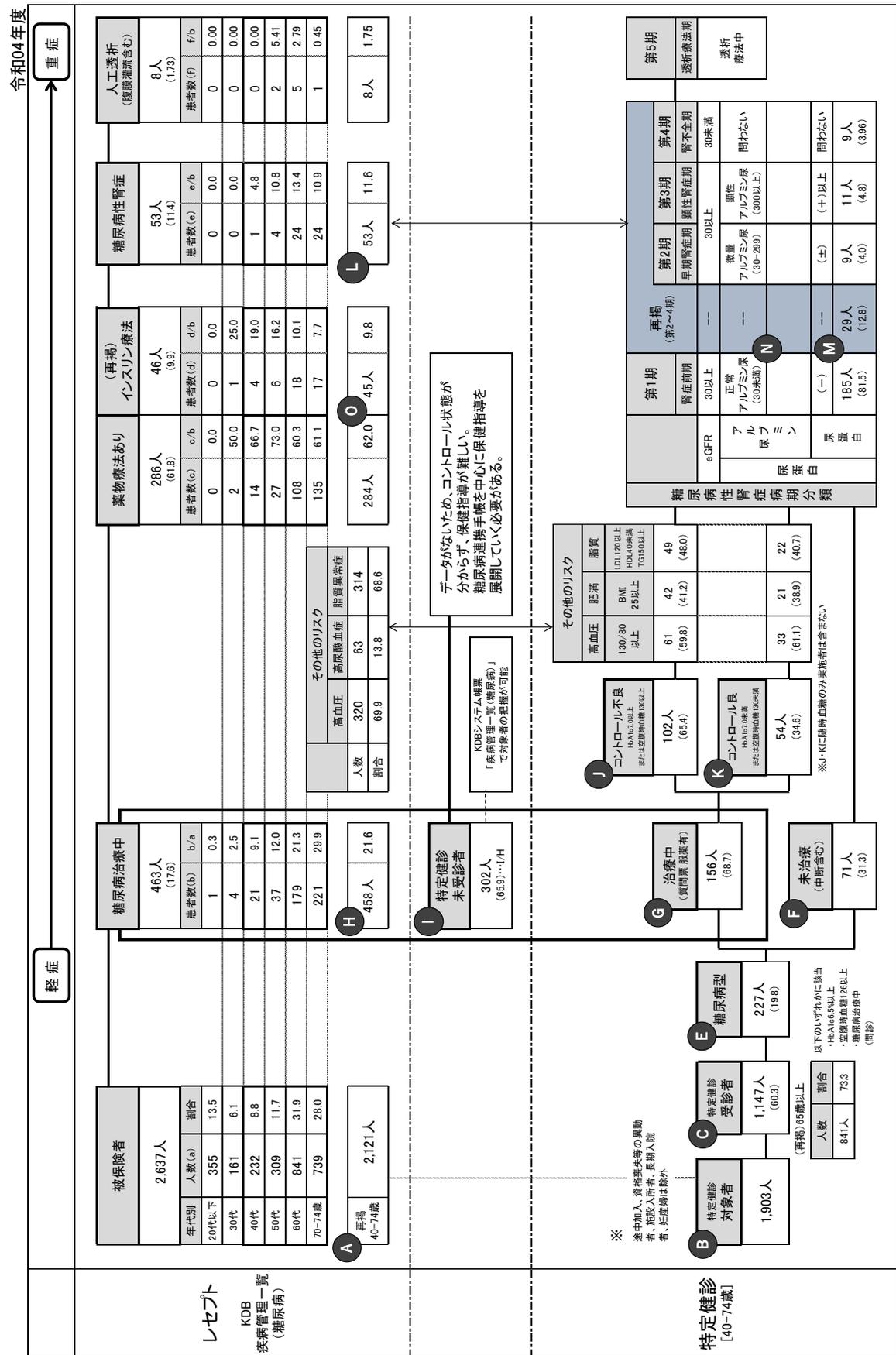
糖尿病性腎症重症化プログラム 平成 31 年 4 月 25 日改定
日本医師会 日本糖尿病対策推進会議 厚生労働省

参考資料 6 熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(熊本県版プログラム)

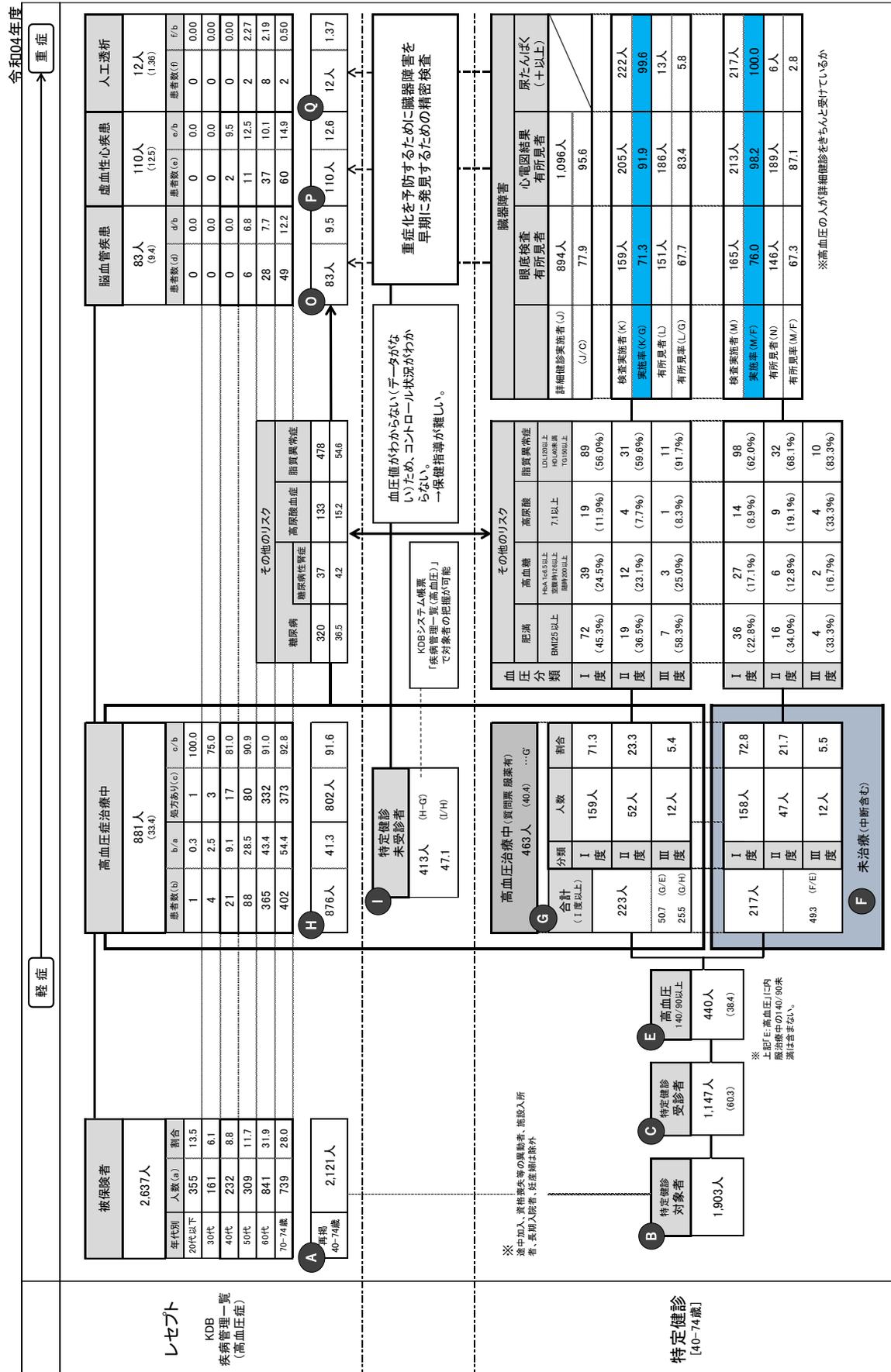


糖尿病性腎症重症化プログラム 平成 31 年 2 月 5 日改定
熊本県医師会 熊本県糖尿病対策推進会議 熊本県保険者協議会 熊本県

参考資料7 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

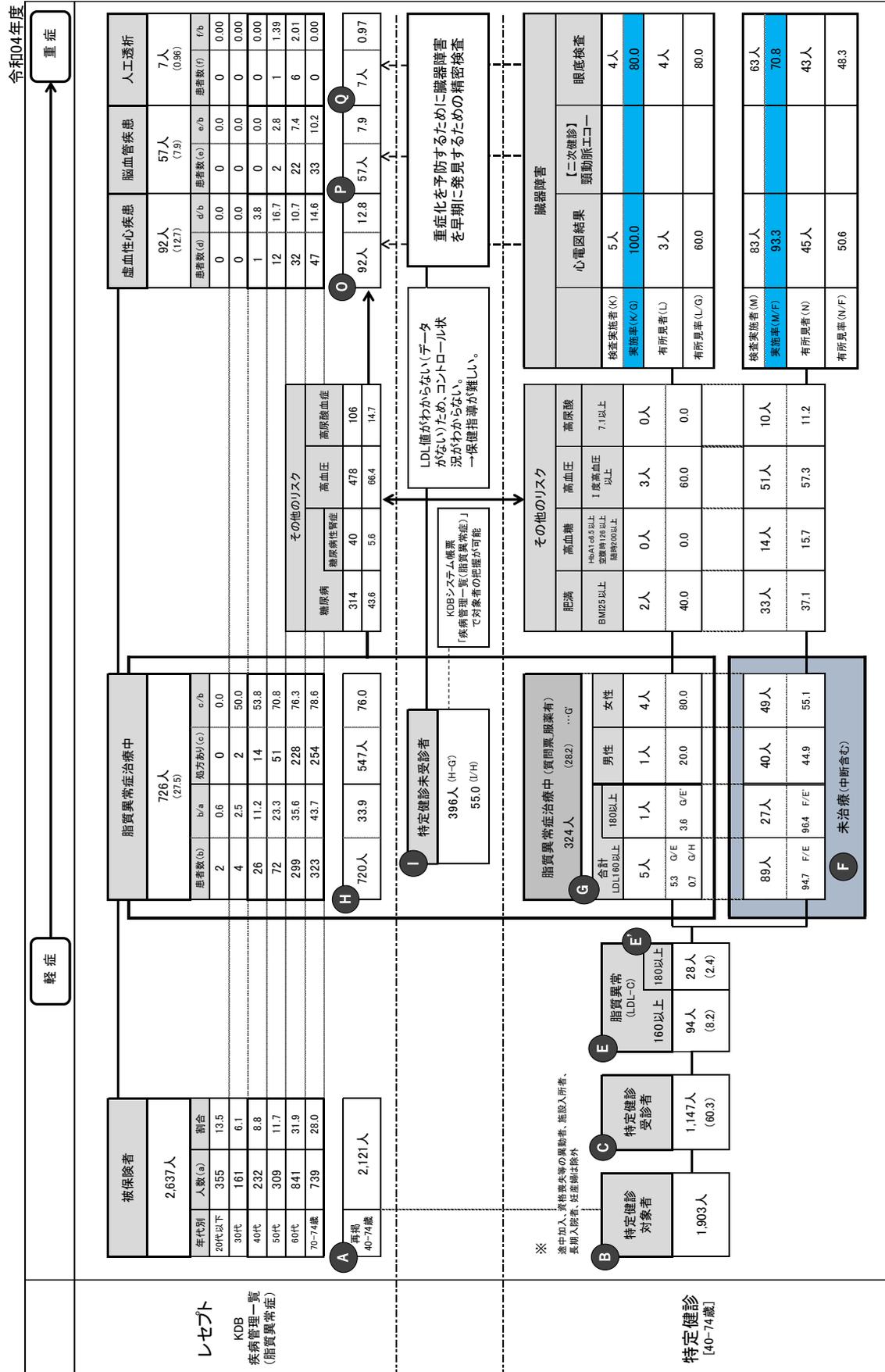


参考資料 8 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



※レセプト情報は、該当年度に診療がある者を計上(年度途中の加入者や年度途中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構築介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)から補計

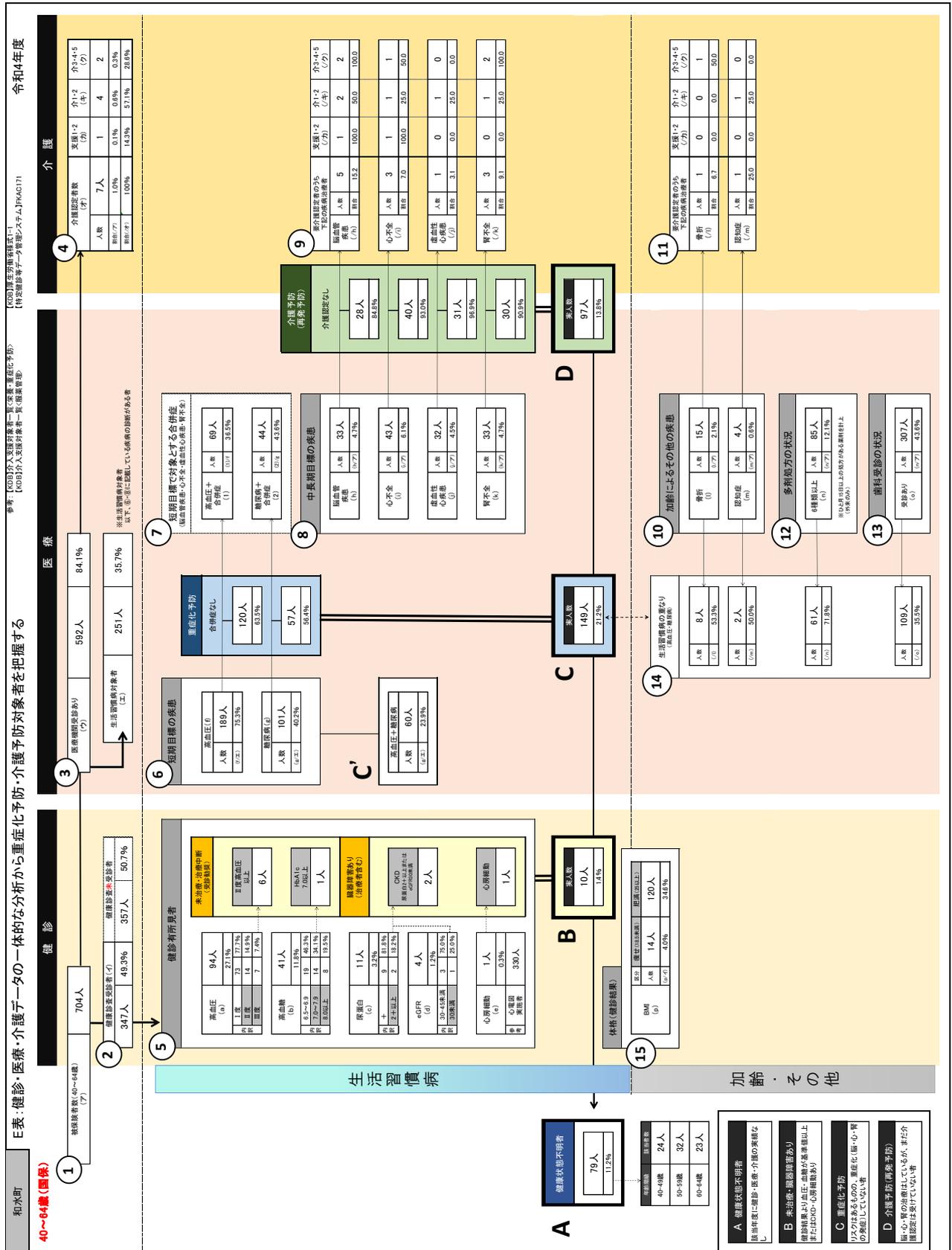
参考資料 9 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



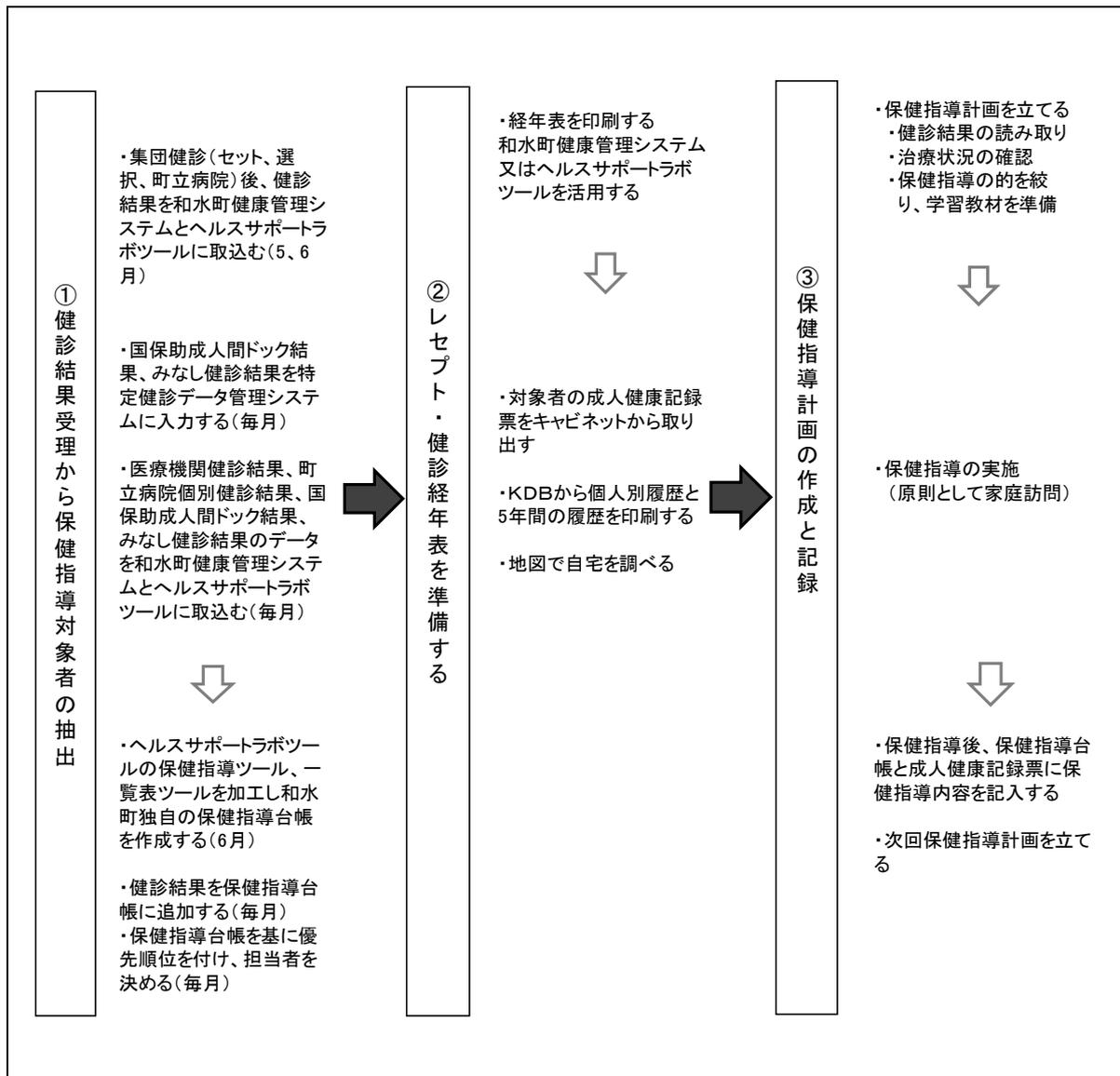
※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、IHD別疾患、介入支援対象者一覧(重症・重症化予防)から集計

参考資料 10 健診・医療・介護の一体的な分析

40～65歳(国保)



参考資料 11 健診結果受取から保健指導までの流れ



用語集

(五十音順)

用語	解説
アディポサイトカイン	脂肪細胞から分泌される生理活性物質(ホルモンなど)のこと。
アテローム血栓性脳梗塞	脳へ血液を供給する動脈が、動脈硬化で閉塞してしまったためにできる脳梗塞の一種。
インスリン	膵臓から分泌されるホルモンの一種。糖の代謝を調節し、血糖値を一定に保つ働きを持つ。
インスリン抵抗性	膵臓からインスリンが血中に分泌されているにもかかわらず、標的臓器(骨格筋・脂肪細胞・肝臓)のインスリンに対する感受性が低下し、その作用が鈍くなっている状態。
介護給付費	介護保険から支払われている費用のこと。
冠動脈疾患	心臓に血液を供給する冠動脈で血液の流れが悪くなり、心臓に障害が起こる病気の総称。ほぼ同様の病気を総称する呼び方として虚血性心疾患という用語も使われる。
虚血性心疾患	喫煙やLDLコレステロールの高値、高血圧、メタボリックシンドロームなどにより心臓の血管の動脈硬化が進行した状態。狭心症や心筋梗塞のことを示す。
血管性認知症	脳梗塞や脳出血などの脳血管の病気の結果、認知症になった状態。
後発医薬品(ジェネリック医薬品)	先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなっている医薬品のこと。
財政指数	地方公共団体の財政力を示す指数で、基準財政収入額を基準財政需要額で除して得た数値の過去3年間の平均値。財政力指数が高いほど、普通交付税算定上の留保財源が大きいことになり、財源に余裕があるといえる。
細動脈硬化	脳や腎臓の中などの細い動脈が動脈硬化すること。
脂質異常症	血液中の脂質の値が基準値から外れた状態。脂質の異常には、LDLコレステロール(いわゆる悪玉コレステロール)、HDLコレステロール(いわゆる善玉コレステロール)、トリグリセライド(中性脂肪)の血中濃度の異常がある。これらはいずれも、動脈硬化の促進と関連する。
心筋虚血	冠動脈が動脈硬化等で狭くなることで、血流が悪くなり、心筋に必要な酸素や栄養が十分に行き渡らない状態。
生活習慣病	食事や運動・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣が深く関与し、発症の原因となる疾患の総称。日本人の三大死因であるがん・脳血管疾患・心疾患、更に脳血管疾患や心疾患の危険因子となる動脈硬化症・糖尿病・高血圧症・脂質異常症などはいずれも生活習慣病であるとされている。
地域差指数	医療費の地域差を表す指標として、一人あたり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を1として指数化したもの。

用 語	解 説
同規模	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、和水町と同規模保険者(240市町村)の平均値を表す。
特定健康診査 特定健診※	日本人の死亡原因の約6割を占める生活習慣病(糖尿病や脳血管疾患など)の発症・重症化予防のために、生活習慣病のリスクとなる”メタボリックシンドローム”に着目した健診。
特定保健指導※	<p>特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い方に対して、専門的知識及び技術を有する者が対象者の身体状況に合わせ生活習慣を見直すためのサポートを行うこと。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>※平成20年4月から、高齢者の医療の確保に関する法律により、保険者に対して、内臓脂肪の蓄積に起因した生活習慣病に関する「特定健診」及び特定健診の結果より健康の保持増進に努める必要がある者に対する「特定保健指導」の実施が義務づけられた。</p> </div>
脳血管疾患 脳卒中	脳の血管のトラブルによって、脳細胞が破壊される病気の総称。おもな脳血管疾患には脳の血管が狭窄・閉塞することにより生じる脳梗塞や一過性脳虚血発作(TIA)などの「虚血性脳血管疾患」と、脳の血管が破れて生じる脳出血やくも膜下出血などの「出血性脳血管疾患」との2つのタイプがあり、これらは「脳卒中」とも呼ばれている。
非侵襲的	生体を傷つけないような。
保健指導	対象者が自らの生活習慣における課題に気付き、自らの意思による行動変容によって健康課題を改善し、健康的な生活を維持できるよう、必要な情報の提示と助言等の支援を行うこと。
ポピュレーションアプローチ	集団に対して健康障害へのリスク因子の低下を図る方法。
メタボリックシンドローム	内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態。
レセプト	診療報酬明細書。患者に対してどのような診断(傷病)、検査がなされ、治療が行われ、薬剤がどのくらい処方されたかが記載されている。