

水上村国民健康保険
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

水上村国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化10

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)32

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

第4章 課題解決するための個別保健事業38

- I. 保健事業の方向性

Ⅱ. 重症化予防の取組

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

Ⅳ. 発症予防

Ⅴ. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し64

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い65

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料66

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

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

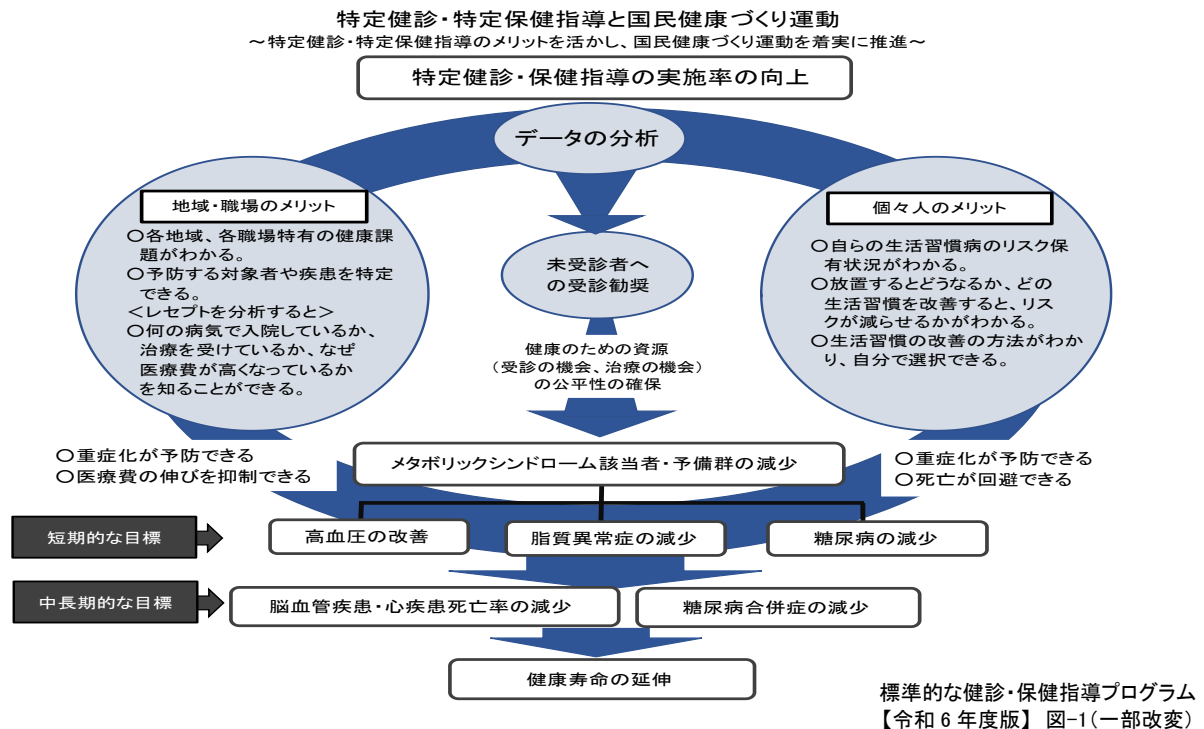
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

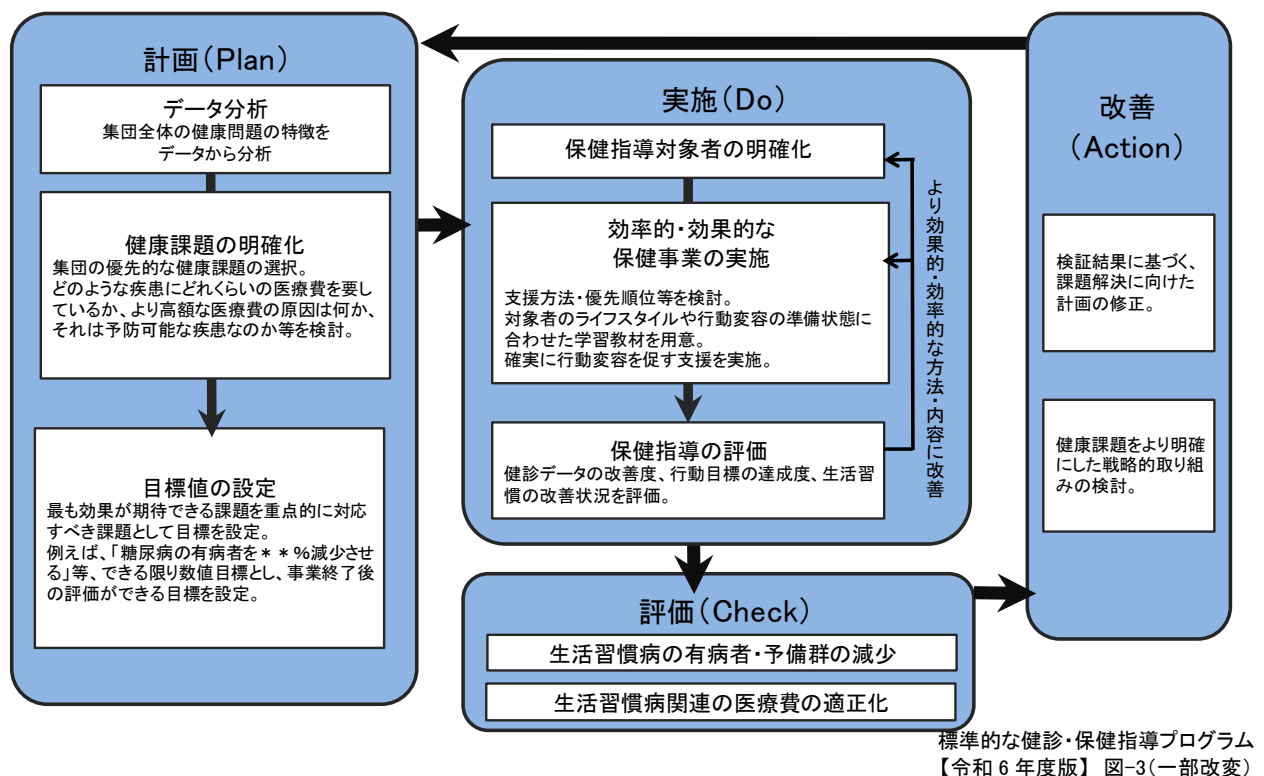
	健康増進計画	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るた めの保健事業実施計画を策定、保 健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 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	(住民の健康の保持増進) ・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 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)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



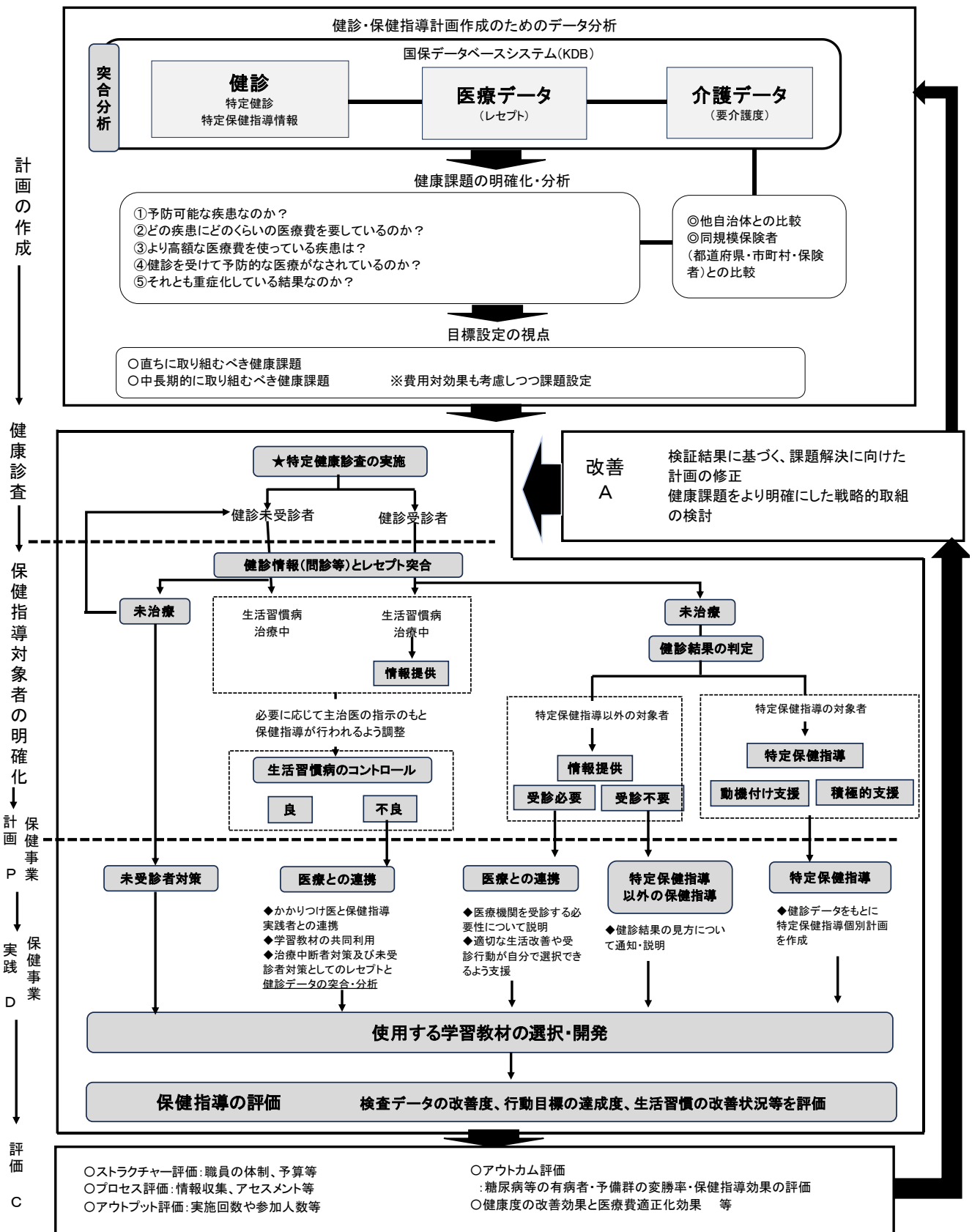
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考えを整理。

老人保健法		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	高齢者の医療を確保する法律	
かつての健診・保健指導			現在の健診・保健指導	
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診	
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導	
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につなげる保健指導を行う	
内容	健診結果の伝達、理想的な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 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導	
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数	アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少		
実施主体	市町村	医療保険者		

(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。

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

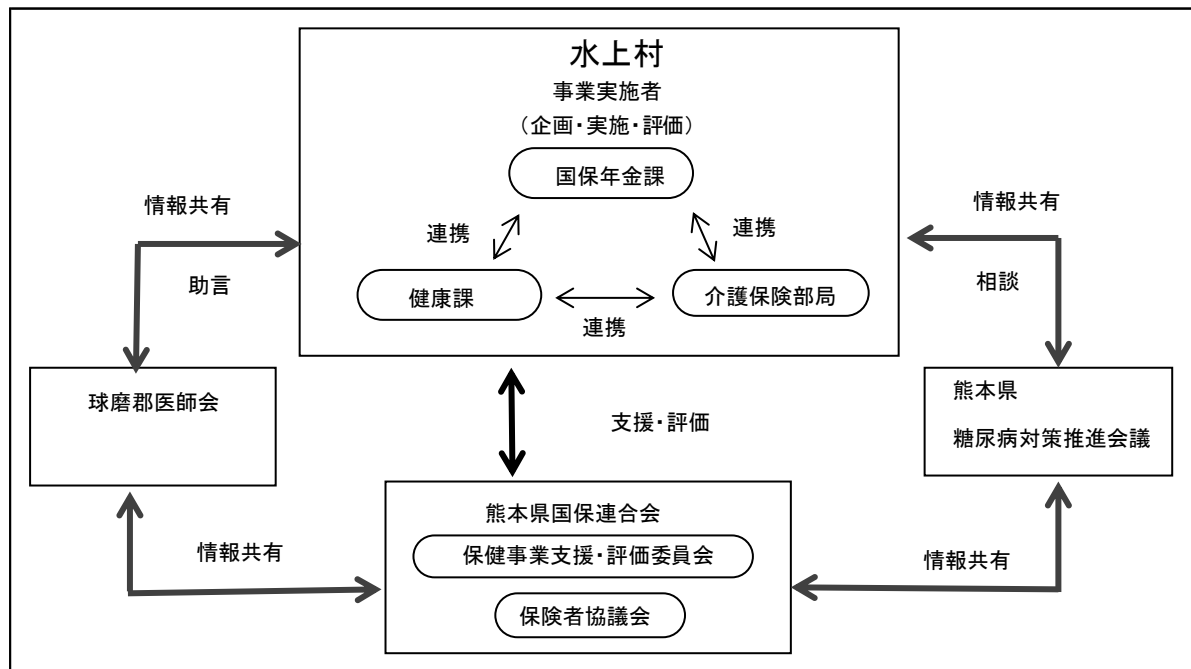
1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保担当が中心となって、住民の健康の保持増進に係るに保健衛生担当が共同で、保険者の健康課題を分析し、保健福祉課内の高齢者医療担当、保健衛生担当、介護保険担当、生活保護担当、総務課など関係部署と連携し水上村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チーム

の業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。（図表 6・7）

図表6 水上村の実施体制図



図表7 保健事業体制と主な保健事業の分担(例)

保・・・保健師 事・・・事務(注:支払い事務、受診券送付等) ◎・・・主担当 ○・・・副担当

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

2) 関係機関との連携

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

熊本県は平成 30 年度から市町村国保の財政責任の運営主体となり、国民健康保険の共同保険者となることから、熊本県健康福祉部健康づくり推進課・国保高齢者医療課とは常に意見交換を行い、情報連

携に努めます。

熊本県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、保険者協議会とは健診データやレセプトデータ等に課題抽出や各種事業実施後の評価分析や国保データベースシステム（KDB）の活用方法支援や職員研修による技術指導等、また特定健診や保健指導に関する他の保険者間との連絡調整を行います。

球磨郡医師会とは被保険者の健康増進と安心して医療を受けることができるように、水上村における保健事業の取り組みや疾病状況などについて情報共有と協力体制を円滑に行います。

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			水上村	配点	水上村	配点	水上村	配点
交付額(万円)			129		110		113	
全国順位(1,741市町村中)			759位		840位		802位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	95	70	40	70	30	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシグナル・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	35	40	55	40	50	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	105	120	85	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	20	90	0	45	20	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	0	50	40	50	35	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	80	130	130	130	100	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	75	100	75	100	75	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	10	30	8	40	35	40
	⑤	第三者求償の取組	22	40	24	50	33	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	54	95	42	100	62	100
合計点			576	1,000	569	960	565	940

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本村は、人口約2千人で、高齢化率は令和2年国勢調査で44.4%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も56歳と同規模と比べて高い状況ですが、出生率は高く、財政指数は同規模と同じ程度となっています。産業においては、第3次産業が50.3%と割合的には多い状況ですが、第1次産業が同規模より高く、被保険者の生活習慣が乱れている可能性が高いため、若い年代からの健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

国保加入率は24.3%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約53%を占めています。(図表10)

また本村には2つしか診療所がないため、診療所のみでは同規模と比較しても多いが医療体制が整っているとは言えない状況であり、1か所に集中してしまうため、外来患者数は同規模と比較して高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した水上村の特性

	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
水上村	2,033	44.4	495 (24.3)	56.7	6.9	14.8	0.2	29.4	20.2	50.3
同規模	--	41.4	27.1	54.5	4.9	18.9	0.2	22.3	20.6	57.2
県	--	31.6	22.4	53.6	7.6	12.3	0.4	9.8	21.1	69.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、水上村と同規模保険者(274市町村)の平

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	658		634		602		552		495	
65～74歳	296	45.0	298	47.0	304	50.5	288	52.2	267	53.9
40～64歳	215	32.7	202	31.9	178	29.6	159	28.8	140	28.3
39歳以下	147	22.3	134	21.1	120	19.9	105	19.0	88	17.8
加入率	29.5		28.4		27.0		24.7		24.3	

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11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.3	0.5
診療所数	3	4.6	3	4.7	3	5.0	3	5.4	3	6.1	3.6	3.8
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21.9	85.4
医師数	3	4.6	3	4.7	1	1.7	1	1.8	1	2.0	3.3	14.1
外来患者数	764.1		770.9		698.4		708.2		712.5		653.6	768.9
入院患者数	19.9		18.7		22.6		21.8		18.6		22.9	26.2

出典：KDBシステム 地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本村の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で0人(認定率0%)、1号(65歳以上)被保険者で151人(認定率16.7%)と同規模・県・国と比較すると低く、H30年度と比べると減少で推移しています。(図表12)

75歳以上の認定者数も減少しているものの、介護給付費は、約2億円から約3億円に伸びています。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約8～9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表12 要介護認定者(率)の状況

	水上村				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	883人	39.6%	902人	44.4%	41.4%	31.6%	28.7%
2号認定者	1人	0.14%			0.38%	0.35%	0.38%
新規認定者					--	--	--
1号認定者	152人	17.2%	151人	16.7%	19.9%	20.2%	19.4%
新規認定者	13人		20人		--	--	--
再掲	65～74歳	5人	1.6%	10人	2.7%	--	--
	新規認定者	1人		3人		--	--
	75歳以上	147人	25.7%	141人	26.6%	--	--
	新規認定者	12人		17人		--	--

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	水上村		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	2億9680万円	3億3699万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	336,130	373,606	323,222	310,858	290,668
1件あたり給付費(円)全体	83,748	97,651	80,543	62,823	59,662
居宅サービス	46,622	44,092	42,864	42,088	41,272
施設サービス	308,726	333,796	288,059	303,857	296,364

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号						合計			
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
介護件数(全体)		0		10		141		151		151			
再)国保・後期		0		7		122		129		129			
有 病 状 況 (レセプトの 診断名より 重複して計上)	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器 疾患	1	脳卒中	0 --	脳卒中	3 42.9%	脳卒中	61 50.0%	脳卒中	64 49.6%	脳卒中	64 49.6%	
		2	虚血性 心疾患	0 --	虚血性 心疾患	2 28.6%	虚血性 心疾患	40 32.8%	虚血性 心疾患	42 32.6%	虚血性 心疾患	42 32.6%	
		3	腎不全	0 --	腎不全	1 14.3%	腎不全	40 32.8%	腎不全	41 31.8%	腎不全	41 31.8%	
	合併症	4	糖尿病 合併症	0 --	糖尿病 合併症	1 14.3%	糖尿病 合併症	13 10.7%	糖尿病 合併症	14 10.9%	糖尿病 合併症	14 10.9%	
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		0 --	基礎疾患	6 85.7%	基礎疾患	114 93.4%	基礎疾患	120 93.0%	基礎疾患	120 93.0%	
	血管疾患合計		0 --	合計	6 85.7%	合計	119 97.5%	合計	125 96.9%	合計	125 96.9%		
	認知症		認知症	0 --	認知症	0 0.0%	認知症	72 59.0%	認知症	72 55.8%	認知症	72 55.8%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	0 --	筋骨格系	5 71.4%	筋骨格系	120 98.4%	筋骨格系	125 96.9%	筋骨格系	125 96.9%	

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本村の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は減少しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 5 万円低い、H30 年度と比較すると 5 千円程伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 2%程度にも関わらず、医療費全体の約 32%を占めていますが、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較すると横ばいとなっています。(図表 15)

また年齢調整をした地域差指数でみても、全国平均の 1 を超えています、全国 9 位の県平均よりは低い状況ですが、入院の地域差指数がH30 年度より伸びています。

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

図表 15 医療費の推移

		水上村		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)		658人	495人	--	--	--
前期高齢者割合		296人 (45.0%)	267人 (53.9%)	--	--	--
総医療費		2億0537万円	1億5729万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		312,116 県内43位 同規模182位	317,758 県内44位 同規模223位	367,527	407,772	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	433,730	433,740	588,220	574,060	617,950
	費用の割合	33.8	32.3	44.9	45.5	39.6
	件数の割合	2.5	2.5	3.4	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	22,170	23,720	25,290	23,430	24,220
	費用の割合	66.2	67.7	55.1	54.5	60.4
	件数の割合	97.5	97.5	96.6	96.7	97.5
受診率		784.05	731.007	676.49	795.102	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は水上村と同規模保険者274市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		水上村 (県内市町村中)		県 (47県中)	水上村 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	0.914	1.025	1.139	0.937	0.839	1.130
		(44位)	(41位)	(9位)	(40位)	(44位)	(7位)
	入院	0.754	1.062	1.309	1.030	0.888	1.277
		(45位)	(43位)	(8位)	(39位)	(43位)	(6位)
	外来	1.015	0.981	1.036	0.830	0.777	0.982
		(23位)	(34位)	(12位)	(42位)	(44位)	(22位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30年度と比較すると減少していますが、同規模、県よりも高くなっています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると脳血管疾患・腎不全が、患者数及び割合と減少していますが、虚血性心疾患については増加していました。(図表 18) 虚血性心疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

【図表17】中長期目標疾患の医療費の変化

			水上村		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			2億0537万円	1億5729万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			3264万円	1658万円	--	--	--
			15.80%	10.54%	7.24%	8.69%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.57%	1.28%	2.12%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	3.43%	1.94%	1.46%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	9.69%	7.14%	3.29%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	1.20%	0.19%	0.37%	0.26%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		6.91%	13.46%	17.57%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		4.43%	7.86%	9.33%	8.56%	8.68%
	精神疾患		13.86%	14.10%	7.82%	9.62%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	658	495	a	44	27	36	29	7	4	
				a/A	6.7%	↓ 5.5%	5.5%	5.9%	1.1%	↓ 0.8%	
40歳以上	B	511	407	b	43	27	35	29	7	4	
	B/A	77.7%	82.2%	b/B	8.4%	6.6%	6.8%	7.1%	1.4%	1.0%	
再掲	40～64歳	C	215	140	c	10	4	13	4	4	1
		C/A	32.7%	28.3%	c/C	4.7%	2.9%	6.0%	2.9%	1.9%	0.7%
	65～74歳	D	296	267	d	33	23	22	25	3	3
		D/A	45.0%	53.9%	d/D	11.1%	8.6%	7.4%	9.4%	1.0%	1.1%

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

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は高血圧・脂質異常症は増えていますが、糖尿病は減っています。合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は、虚血性心疾患以外は減っています。また、糖尿病性網膜症の割合が増加しています。糖尿病性網膜症は自覚症状が乏しいため、継続した保健指導を実施する必要があります。(図表 19・20・21)

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		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	264	213	79	40	185	173
		A/被保数	51.7%	↑ 52.3%	36.7%	28.6%	62.5%	64.8%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	30	16	5	2	25	14
		B/A	11.4%	↓ 7.5%	6.3%	5.0%	13.5%	8.1%
	虚血性心疾患	C	27	25	11	4	16	21
		C/A	10.2%	↑ 11.7%	13.9%	10.0%	8.6%	12.1%
	人工透析	D	7	4	4	1	3	3
		D/A	2.7%	↓ 1.9%	5.1%	2.5%	1.6%	1.7%

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

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	135	100	38	16	97	84
		A/被保数	26.4%	↓ 24.6%	17.7%	11.4%	32.8%	31.5%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	11	5	3	1	8	4
		B/A	8.1%	↓ 5.0%	7.9%	6.3%	8.2%	4.8%
	虚血性心疾患	C	12	14	3	1	9	13
		C/A	8.9%	↑ 14.0%	7.9%	6.3%	9.3%	15.5%
	人工透析	D	4	2	2	0	2	2
		D/A	3.0%	↓ 2.0%	5.3%	0.0%	2.1%	2.4%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	5	10	2	3	3	7
		E/A	3.7%	↑ 10.0%	5.3%	18.8%	3.1%	8.3%
	糖尿病性網膜症	F	9	11	1	2	8	9
		F/A	6.7%	↑ 11.0%	2.6%	12.5%	8.2%	10.7%
	糖尿病性神経障害	G	3	2	0	0	3	2
		G/A	2.2%	↓ 2.0%	0.0%	0.0%	3.1%	2.4%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲			
				40～64歳		65～74歳	
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
脂質異常症治療者(人)	A	179	152	53	27	126	125
	A/被保険者	35.0%	↑ 37.3%	24.7%	19.3%	42.6%	46.8%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	20	10	3	1	17
		B/A	11.2%	↓ 6.6%	5.7%	3.7%	13.5%
	虚血性心疾患	C	22	20	7	4	15
		C/A	12.3%	↑ 13.2%	13.2%	14.8%	11.9%
	人工透析	D	1	0	0	0	1
		D/A	0.6%	↓ 0.0%	0.0%	0.0%	0.8%

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

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上をH30年度とR03年度で比較してみたところ、Ⅱ度高血圧の有所見者の割合が伸びています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約45%おり、特に、高齢者の未治療者の割合が高い状況です。生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。(図表22)

【図表22】高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

	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 (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		
水上村	305	63.4	269	63.1	22	7.2	12	54.5	24	8.9	15	62.5	11	45.8
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9

	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 (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		
水上村	305	100.0	269	100.0	24	7.9	5	20.8	16	5.9	4	25.0	0	0.0
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6

出典: ヘルスサポートラボツール

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

③健診結果の経年変化

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

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

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	305 (63.4%)	73 (23.9%)	21 (6.9%)	52 (17.0%)	49 (16.1%)
R04年度	188 (48.5%)	44 (23.4%)	17 (9.0%) ↑	27 (14.4%)	31 (16.5%) ↑

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	41 (13.4%)	13 (31.7%)	18 (43.9%)	1 (2.4%)	9 (22.0%)
R03→R04	30 (11.2%)	9 (30.0%)	8 (26.7%)	3 (10.0%)	10 (33.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	22 (7.2%)	11 (50.0%)	7 (31.8%)	0 (0.0%)	4 (18.2%)
R03→R04	24 (8.9%)	9 (37.5%)	5 (20.8%)	1 (4.2%)	9 (37.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	28 (9.2%)	13 (46.4%)	4 (14.3%)	6 (21.4%)	5 (17.9%)
R03→R04	38 (14.1%) ↑	15 (39.5%)	7 (18.4%)	3 (7.9%)	13 (34.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

②健診受診率及び保健指導実施率の推移

本村の特定健診受診率は、平成 30 年度には 62.4%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R01 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 29)

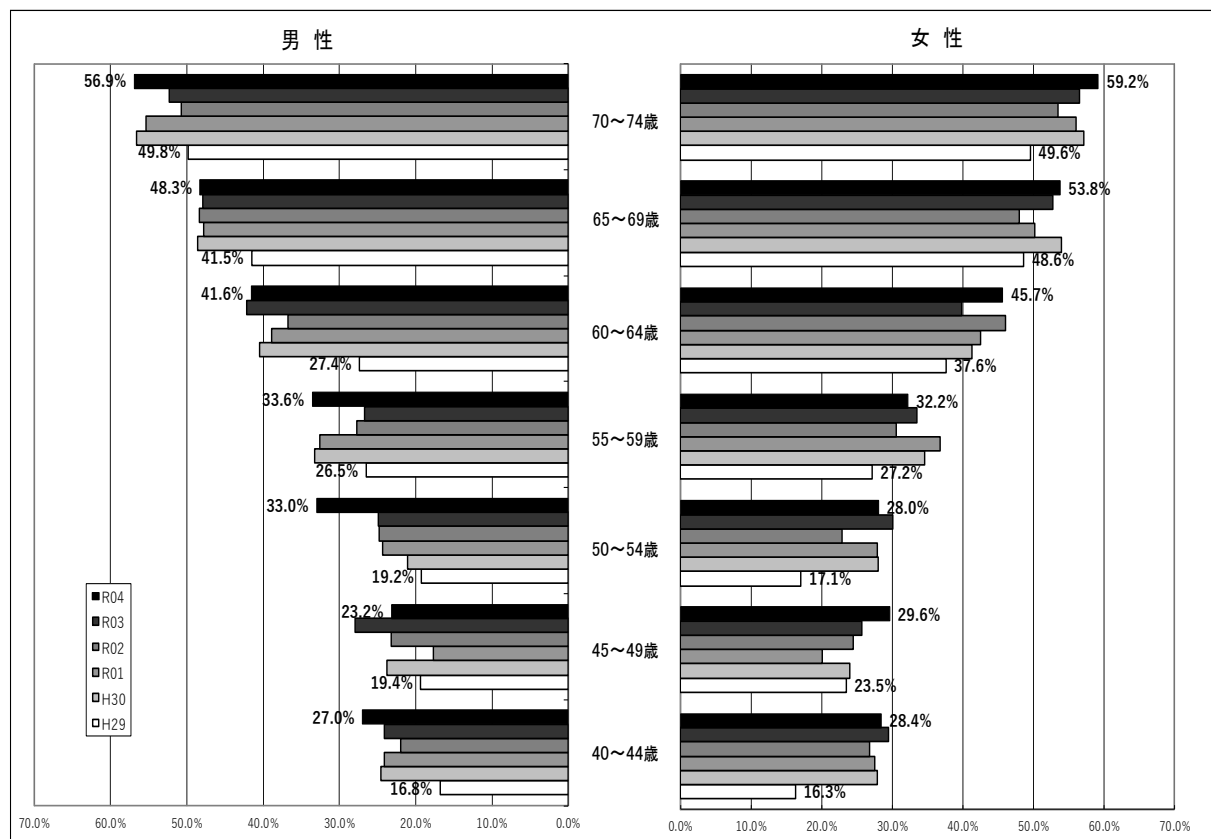
特定保健指導についても、実施率が 20%程度と伸び悩んでいます。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	300	276	264	263	216	健診受診率 60%
	受診率	62.4%	59.2%	58.1%	61.7%	55.5%	
特定保健指導	該当者数	46	39	34	34	26	特定保健指導実施率 60%
	割合	15.3%	14.1%	12.9%	12.9%	12.0%	
	実施者数	9	6	8	6	6	
	実施率	19.6%	15.4%	23.5%	17.6%	23.1%	

出典:特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性重症化予防対象者の割合は H30 年度 12.5%、R4 年度 11.8% で大きな変化は見られません。保健指導率は、年々上昇しているものの、十分ではない状況です。

糖尿病は完治する病気ではない為、病歴が長くなれば重症化のリスクは高くなるので、引き続き効果的な保健指導を継続します。

また、H30 年度から、健診で HbA1c6.5% 以上になった方の台帳【糖尿病管理台帳】を作成し対象者を把握し、優先順位を決め保健指導を行ってきましたが、未治療者・中断者は R3 年度に減少しましたが、R4 年度は 4.3% に増え、医療機関受診につながっておらず、治療や受診の必要性を十分に理解していただく必要があります。保健指導は、個人によって内容や回数が違い、1 回では十分ではない場合もあるため、継続的な保健指導を実施できる体制を強化していきます。

表1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	320	305	239	263	208
血糖値有所見者 *1	人(b)	40	38	31	31	31
	(b/a)	12.5%	12.5%	13.0%	11.8%	14.9%
	人(c)	2	3	2	4	4
	(c/b)	5.0%	7.9%	6.5%	12.9%	12.9%

*1 HbA1c6.5%以上のもの

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

表2 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 *1	人(a)	320	305	239	263	208
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *3	人(b)	8	13	5	5	9
	(b/a)	2.5%	4.3%	2.1%	1.9%	4.3%
	人(c)	3	3	1	2	0
	(c/b)	37.5%	23.1%	20.0%	40.0%	0.0%
	人(c)	0	0	1	2	0
	(c/b)	0.0%	0.0%	20.0%	40.0%	0.0%

*3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

表3 HbA1c8.0%以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	320	305	264	263	208
HbA1c8.0%以上	人(b)	10	10	5	10	4
	(b/a)	3.1%	3.3%	1.9%	3.8%	1.9%
	人(c)	0	0	0	2	0
	(c/b)	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	0	0	0	2	0
	(b/a)	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%

内服治療開始	0人	0人	1人
元々治療中	10人	5人	0人
死亡、転出	0人	0人	0人

②脳血管疾患及び虚血性心疾患による重症化予防

脳血管疾患、虚血性心疾患の重症化予防対策として、健診受診者のうち、高血圧Ⅱ度以上、LDL180 mg/dl 以上の者、メタボリックシンドローム該当者、CKD(尿蛋白2+以上、e-GFR50 未満)の方へ保健指導を行ってきました。

重症化予防対象者割合は、概ね減少しているが、指導は年数人しかできておらず十分とは言えない状況です。重症化予防対象者は、脳血管疾患や虚血性心疾患への危険因子を持つリスクの高い方であるため、保健指導率を上げる必要があります。未治療者へ治療の必要性を理解してもらうための支援を行う受診勧奨に取り組み、治療中の方へは服薬状況の確認を行い、数値を改善できるための支援を行っていきます。

表4 重症化予防対象者の割合					
	H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	320	305	239	263	208
血圧Ⅱ度以上の者	23	22	28	23	17
	7.2%	7.2%	11.7%	8.7%	8.2%
LDL180mg/dl以上の者	4	11	6	12	7
	1.3%	3.6%	2.5%	4.6%	3.4%
メタボリックシンドローム該当者	73	65	68	69	44
	24.3%	23.6%	25.8%	26.2%	21.2%
CKD(尿蛋白2+以上、eGFR50 未満)	15	10	12	9	8
	4.6%	3.2%	5.0%	3.4%	3.8%

ラボツール【帳票】健診結果集計ツール資料

(2) ポピュレーションアプローチ

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

本村においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの村民が、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村の状況を説明し、生活習慣の改善の意識啓発を行ないました。

また、血管内変化の実際データを見ていただき、現状と今後の予想も含めて、説明を実施し、本人の行動変容へつなげる支援を行いました。

(3) 未受診者対策

集団健診・個別健診・人間ドック事業・特定健診とがん検診が同日に受けられるセット検診を実施しています。

集団健診では、対象者すべてに案内文及び問診票を配付しています。

また、保健師による家庭訪問を実施し、健診の必要性等について説明をしています。

40 歳の受診率が高くないため、20 歳以上の希望者にもと意識づけ及び早期介入目的のため、特定健診と同じ項目の健診(さくら健診)を実施していますが、受診率は低いため、今後も積極的に受診勧奨し、若い世代からの生活習慣病予防に取り組んでいきます。

(4)第2期計画目標の達成状況一覧

図表29 データヘルス計画の目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法
				初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	
				(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.57%	3.71%	1.28%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	3.43%	5.95%	1.94%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	9.69%	7.56%	7.14%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%	水上村調べ
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	19.6%	25.8%	24.6%	水上村保健福祉課
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	7.2%	11.7%	8.2%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	9.2%	7.1%	13.3%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	10.2%	11.3%	15.4%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.7%	0.0%	0.6%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	10.0%	20.0%	30.0%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	20.0%	30.0%	40.0%	
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	62.4	58.1	55.5	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	19.6	23.5	23.1	
			特定保健指導対象者の割合の減少	9.5	7.7	7.4	
	努力支援制度	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	30.4	33.9	36.9	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)
			肺がん検診受診者の増加	51.9	49.0	50.7	
			大腸がん検診受診者の増加	38.0	41.9	43.2	
			子宮がん検診受診者の増加	38.6	46.4	39.3	
			乳がん検診受診者の増加	45.1	52.4	42.1	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	40.8	44.7	42.4	
		後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	81.3%	87.5%	88.3%	厚生労働省

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期データヘルス計画において、医療費抑制を最終目標として、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全に重きを置き重症化予防を進めてきました。まずは、特定健診受診率向上のため、対象者への資料・問診票の配付や家庭訪問の実施、継続して受診していただくため、健診の目的や結果の見方及び将来予測等を説明し、特定健診への理解を進めてきました。さらに特定健診結果で重症化のリスクが高い方をリストアップし、入院治療など重症化した状態が予防できるよう優先順位を設定して継続的な保健指導に努めてきました。

総医療費の推移を見ると、平成30年度よりは入院医療費は低くなっています。入院医療費の中では、脳血管疾患や虚血性心疾患にかかっています。また、予防が難しい疾患である、がん、筋・骨疾患、精神疾患にかかる医療費は増加している状況です。肥満症診療ガイドライン2022には、肥満に関連する健康障害の一つに、がんがあり、特定健診を入口に肥満対策に努めることはがん予防にも少なからずつながります。また、中長期目標疾患のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全すべてにおいて、平成30年度より減少していますが、脳血管疾患は、要介護認定状況とも大きく関わりがあるため、介護給付費適正化においても、医療費適正化においても、その基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症を重点的に抑えていく必要となります。特定健診後に高血圧や糖尿病で受診につながった割合は、100%ではなく、未治療のままの方もいる現状です。被保険者へ受診や治療の必要性や生活改善についての保健指導を十分に行っていく必要があります。そのため、1回の保健指導にとどまらず、継続的な保健指導に取り組むことが課題となります。

また、本村では受診率が低い40歳・50歳は働き盛りです。その方々の生活の質の低下を招くことがないよう、予防可能な生活習慣病の発症・重症化予防に向けて、特定健診の受診率向上が課題となります。

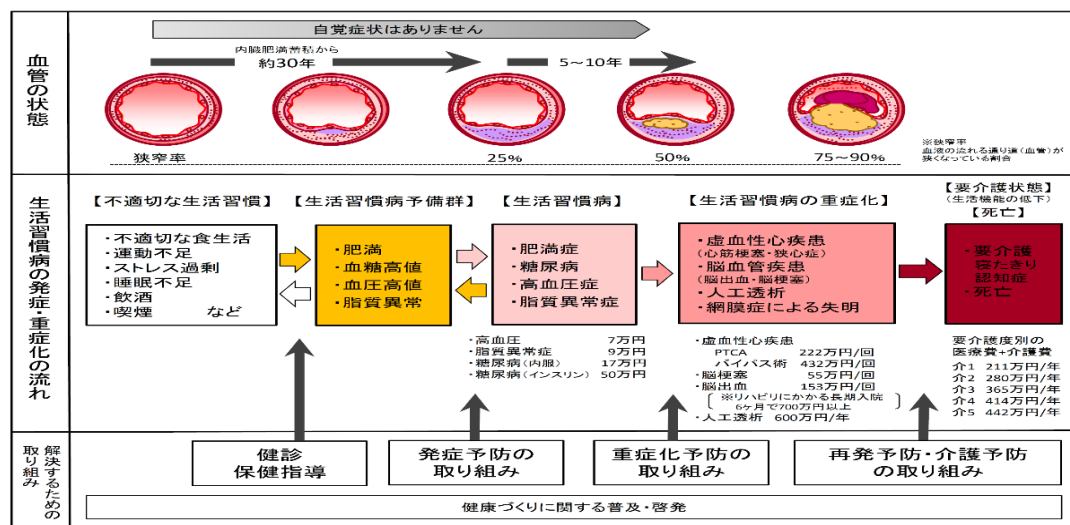
3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



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

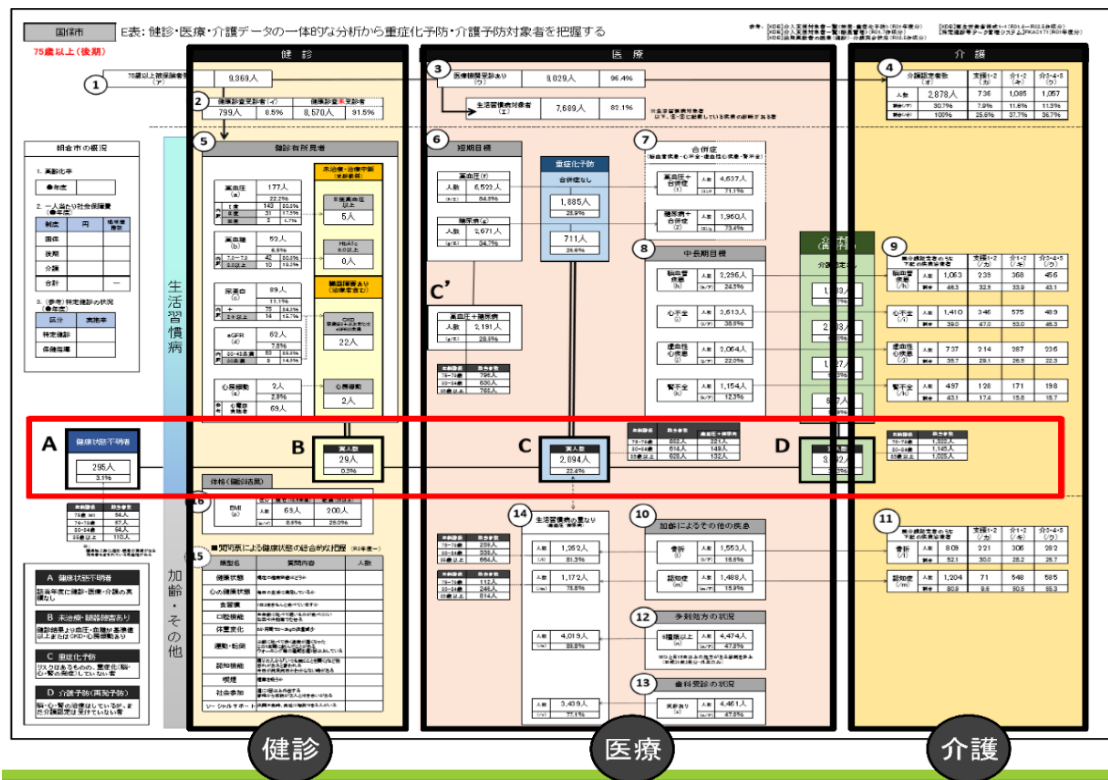
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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

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

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

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数	件数	6,292件	6,124件	5,325件	4,998件	4,609件	7,440件
	費用額	2億0537万円	2億1510万円	2億1378万円	1億8855万円	1億5729万円	4億0791万円
一人あたり医療費		31.2万円	33.9万円	35.5万円	34.2万円	31.8万円	77.0万円

出典：ヘルスサポートラボソール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋 骨疾患	
				腎 慢性 腎不全 (透析有)	腎 慢性 腎不全 (透析無)	脳 脳梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
① 国保	水上村	1億5729万円	24,947	7.14%	0.19%	1.28%	1.94%	6.23%	5.85%	2.83%	4002万円	25.4%	13.5%	14.10%	7.86%
	同規模	—	29,993	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	—	18.6%	17.6%	7.82%	9.33%
	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	水上村	4億0791万円	63,876	2.20%	0.83%	6.34%	2.52%	3.13%	3.84%	1.06%	8131万円	19.9%	5.3%	4.20%	11.3%
	同規模	—	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	—	18.8%	10.2%	3.61%	12.1%
	県	—	81,455	4.72%	0.47%	3.74%	1.12%	3.70%	2.88%	1.07%	—	17.7%	9.2%	4.70%	13.2%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム・健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 34 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	12人	17人	19人	19人	13人	52人
	件数	B	17件	24件	28件	26件	15件	93件
		B/総件数	0.27%	0.39%	0.53%	0.52%	0.33%	1.25%
	費用額	C	2297万円	4078万円	4647万円	3047万円	1608万円	1億0652万円
		C/総費用	11.2%	19.0%	21.7%	16.2%	10.2%	26.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
脳血管疾患	人数		D	0人		0人		2人		1人		1人		6人		
			D/A	0.0%		0.0%		10.5%		5.3%		7.7%		11.5%		
	件数		E	0件		0件		4件		2件		1件		11件		
			E/B	0.0%		0.0%		14.3%		7.7%		6.7%		11.8%		
	年代別	40歳未満	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%	70-74歳	0	0.0%	
		50代	0	--	0	--	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	2	18.2%	
		60代	0	--	0	--	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	80代	4	36.4%	
		70-74歳	0	--	0	--	4	100.0%	2	100.0%	1	100.0%	90歳以上	5	45.5%	
	費用額		F					459万円		180万円		110万円		1048万円		
F/C			0.0%		0.0%		9.9%		5.9%		6.8%		9.8%			

出典：ヘルスサポートラボツール

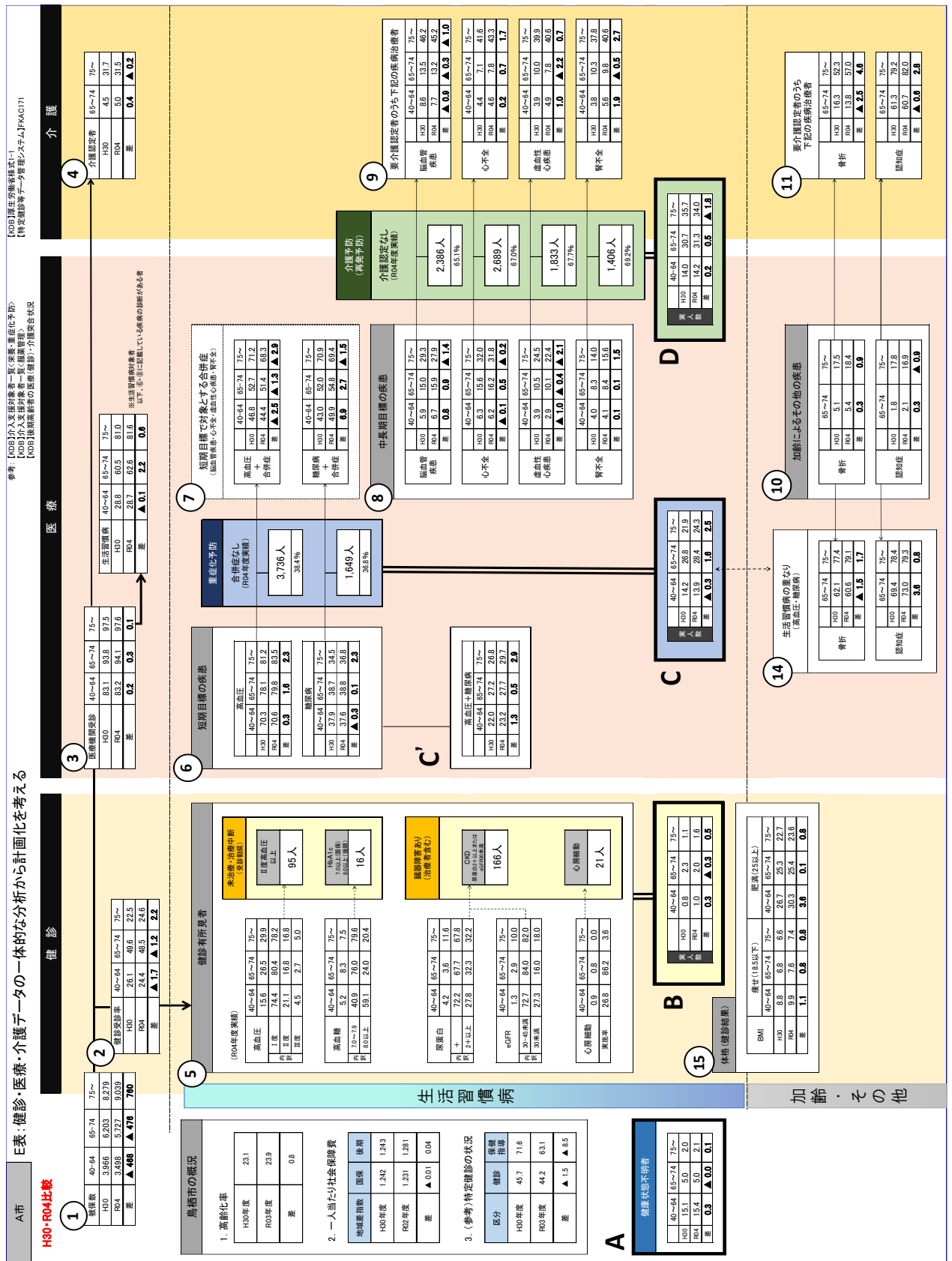
図表 36 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	2人	2人	2人	2人	1人	1人				4人			
		G/A	16.7%		11.8%		10.5%		5.3%		7.7%	7.7%			
	件数	H	4件		2件		2件		1件		1件	4件			
		H/B	23.5%		8.3%		7.1%		3.8%		6.7%	4.3%			
	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	3	75.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	0	0.0%
		60代	1	25.0%	1	50.0%	1	50.0%	1	100.0%	0	0.0%	80代	2	50.0%
		70-74歳	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%	1	100.0%	90歳以上	2	50.0%
費用額	I	553万円		283万円		1142万円		167万円		80万円	919万円				
	I/C	24.1%		6.9%		24.6%		5.5%		5.0%	8.6%				

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析

(2) 健診・医療・介護の一体的分析



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①				②			⑤					
年度	介護認定率	被保険者数				健診受診率			体格(健診結果)					
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	25.1	200	269	578	47.5	64.3	35.3	4.2	8.1	4.9	36.8	36.4	28.9	
R04	23.8	142	278	547	31.0	49.3	38.2	2.3	4.4	5.3	29.5	34.3	28.7	

図表 39 健診有所見状況

E表			⑤																																	
年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満									心房細動								
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-		
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%				
H30	5	5.3	(2)	17	9.8	(2)	21	10.3	(1)	6	6.3	(0)	15	8.7	(1)	2	1.0	(0)	2	2.1	4	2.3	9	4.4	0	--	2	1.2	7	3.4						
R04	2	4.5	(0)	11	8.0	(1)	27	12.9	(2)	2	4.5	(0)	11	8.0	(0)	1	0.5	(0)	0	--	1	0.7	7	3.3	0	--	1	0.7	9	4.3						

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表				③						⑥												⑦								
年度	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症														
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症											
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-									
	H30	83.5	92.6	96.9	38.5	67.3	87.0	83.1	86.7	90.3	37.7	44.8	28.6	28.6	34.8	25.4	32.8	35.7	65.2	27.6	34.6	72.9								
R04	79.6	94.2	95.2	31.7	70.1	84.1	82.2	86.2	88.3	35.6	42.1	28.7	20.0	33.8	23.7	40.5	38.1	63.5	37.5	41.5	63.6									

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険割合)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	5.0	10.4	28.7	4.5	7.1	14.4	5.5	13.0	36.7	4.0	4.8	16.6	0.0	7.1	28.9	0.0	10.5	27.7	0.0	2.9	30.7	0.0	15.4	38.5
R04	2.8	7.6	23.6	2.1	8.3	13.3	7.7	13.3	36.2	4.2	9.0	18.1	0.0	4.8	38.8	0.0	8.7	26.0	0.0	8.1	31.3	0.0	8.0	42.4

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	84.6	88.2	66.7	73.2	4.8	16.1	1.1	19.4	7.7	46.2	33.3	71.4
R04	78.9	83.2	100.0	81.6	6.8	17.4	0.7	15.9	10.5	46.3	0.0	64.4

出典：ヘルスサポートラボソール

(3)健康課題の明確化(図表 32～42)

国保の被保険者数は年々減っています。一人あたり医療費は R2 年度まで増加傾向で、R3 年以降は減少していますが、後期高齢者になると一人あたり 77 万円を超え、国保の 2.4 倍も高い状況です。(図表 32)

本村は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、短期的目標疾患の糖尿病及の総医療費に占める割合は、同規模と比べて 1 ポイント以上高く、その結果腎不全の医療費に占める割合が、国保においては、同規模、県、国と比べて高い状況です。(図表 33)

高額レセプトについては、国保においては毎年約 20 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 4 倍に増えることがわかります。

高額における疾病を見てみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で R2 年度が一番多く 4 件で 459 万円の費用がかかっていましたが、R4 年度は 1 件と件数が減り、費用額も約 110 万円と減っています。しかし、後期高齢においては、11 件発生し、約 1,000 万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。虚血性心疾患で高額になったレセプトは、H30 年度の費用額は 553 万円でしたが、R4 年度は 80 万円と減少しています。(図表 34、35)

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は、40～64 歳、75 歳以上では減っていますが、65～74 歳は、9 名増えています。

⑮の体格をみると、40～64 歳の若い年齢層で、BMI25 以上の率が 7 ポイントも高くなってきています。

図表 39 健診有所見の状況をみると、Ⅱ度高血圧・心房細動の割合が 75 歳以上で増えており、他の項目は減っています。若い年代での受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧・糖尿病ともに割合は減っていますが、高血圧＋合併症及び糖尿病＋合併症は増加しています。

図表 41 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30 年と R4 年を比較すると、腎不全がすべての年代で割合が増えており、高血圧、糖尿病単独ではなく、合併症を引き起こしている要因が、一体的分析においても課題であることが分かります。

(4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

40・50 歳代の健診受診率が低いと、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重要だと考えます。

具体的な取組方法については、第 3 章、第 4 章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1)成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

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

②中長期的な目標の設定

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

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

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

③短期的な目標の設定

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

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

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

(2) 管理目標の設定

図表43 データヘルス計画の目標管理一覧 ★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
				初期値 R 6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.28			KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.94			
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	7.14			
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0			
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0			
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム予備群の減少率	12.9			水上村保健福祉課
			メタボリックシンドローム該当者の減少率	24.6			
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	7.4			
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	12.7			
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	15.4			
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	2.1			
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	37.1			
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	55.5			法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	23.1			
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	7.4			

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	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	56%	58%	60%	62%	64%	64%以上
特定保健指導実施率	35%	40%	45%	50%	55%	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		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	389 人	380 人	370 人	360 人	350 人	340 人
	受診者数	229 人	220 人	222 人	223 人	224 人	204 人
特定保健指導	対象者数	30 人	30 人	30 人	30 人	30 人	30 人
	受診者数	10 人	12 人	13 人	15 人	16 人	18 人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。

- ① 集団健診(総合健診センター「コスモ」)
- ② 個別健診(総合健診センター「コスモ」)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、総合健診センター「コスモ」。

※今後は、実施期間を増やしていく予定。

(4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた

項目に加え、追加の検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

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

図表46 特定健診検査項目

○水上村特定健診検査項目

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

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

(5)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

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

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表47 健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関と契約 ↓ (特定健診の開始)	健診データ抽出(前年度)
5月		↓	↓
6月		健診データ受取 費用決裁 → 保健指導対象者の抽出	↓
7月		↓ (特定保健指導の開始)	↓ 実施実績の分析等
8月		↓	↓
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	↓ 受診・実施率実績の算出
10月	契約に関わる	↓	↓ 支払基金(連合会)への報告
11月	予算手続き	↓	↓ (ファイル作成・送付)
12月	↓	健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可)	
1月			
2月	↓	(特定健診の来年度受付終了)	
3月	契約準備 ↓		

5. 特定保健指導の実施

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

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

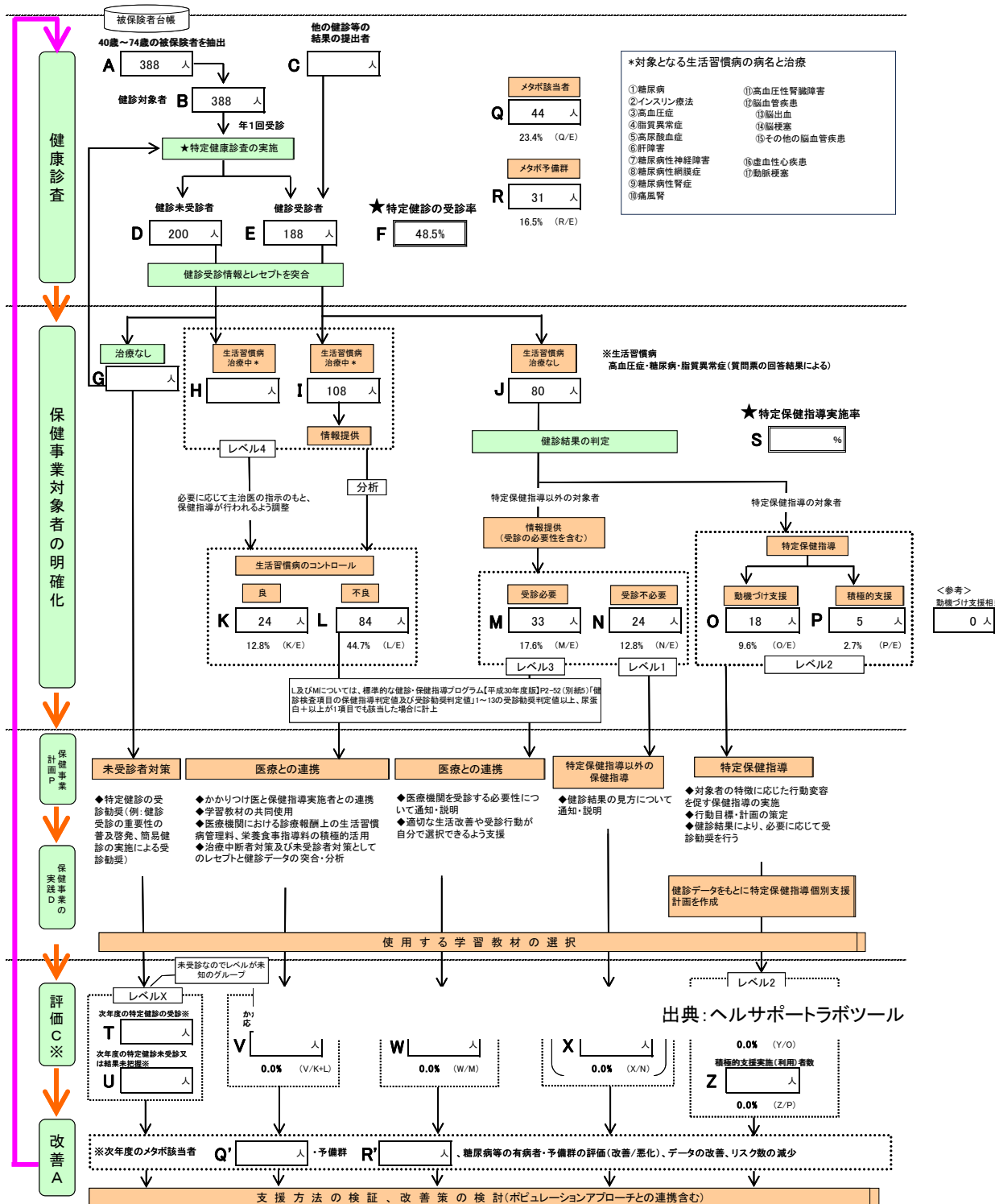
図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5

令和04年度



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

図表49 要保健指導対象者の見込み

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	23人 (12.2%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	33人 (17.6%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	200 ※受診率目標達成までにあと44人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	24人 (12.8%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	108人 (57.4%)	100%

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表50 健診・保健指導年間スケジュール

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

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

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

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

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

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

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

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

II. 重症化予防の取組

本村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、77 人(41.0%)です。そのうち治療なしが 21 人(26.3%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が 16 人です。

また、本村においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、21 人中 11 人と半数を占めているため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 51 脳・心・腎を守るために

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

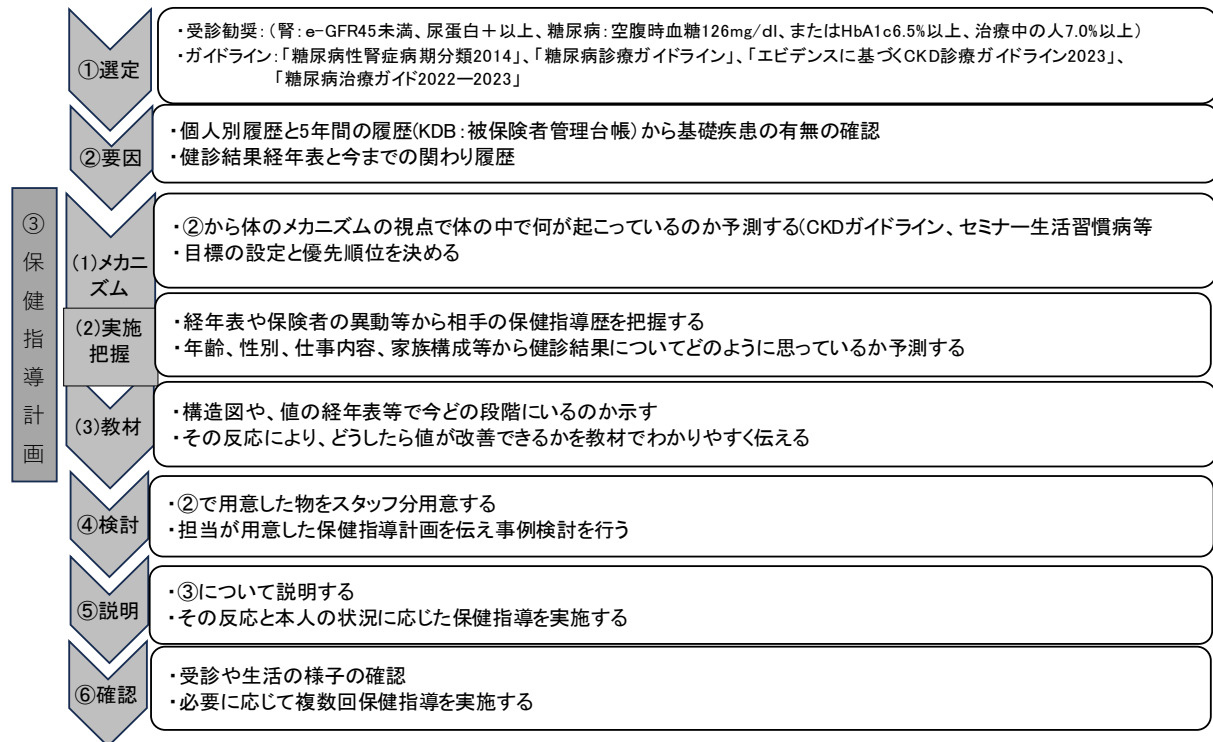
令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少				虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少				糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)				虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (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)	
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性 脳塞栓症 (27.7%) ラクナ 梗塞 (31.2%) アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞 ※脳卒中 データバンク 2018より				心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症							

優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動		脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)				動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)	
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)	
該当者数	16	8.5%	2	1.1%	6	3.2%	10	5.3%	44	23.4%	23	12.2%
治療なし	5	5.1%	0	0.0%	6	4.0%	7	4.6%	8	10.0%	12	7.2%
(再掲) 特定保健指導	1	6.3%	0	0.0%	0	0.0%	3	30.0%	8	18.2%	3	13.0%
治療中	11	12.2%	2	1.9%	0	0.0%	3	8.1%	36	33.3%	11	50.0%
臓器障害 あり	5	100.0%	0	—	5	83.3%	4	57.1%	4	50.0%	8	66.7%
CKD(専門医対象者)	0		0		1		2		0		2	
心電図所見あり	5				4		2		4		6	
臓器障害 なし	0	0.0%	—		1	16.7%	3	42.9%	4	50.0%	4	33.3%

重症化予防対象者 (実人数)	77	41.0%
	21	26.3%
	11	14.3%
	56	51.9%
	16	76.2%
	4	
	13	

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2)対象者の明確化

(1)対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

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

(2)選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

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

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

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

②基準に基づく該当者数の把握

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

本村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、13人(37.1%・F)でした。

また、40～74歳における糖尿病治療者100人のうち、特定健診受診者が22人(62.9%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者78人(78.0%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表 54 より本村においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・13人

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者(J)・・・12人
治療中断しない(継続受診)のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

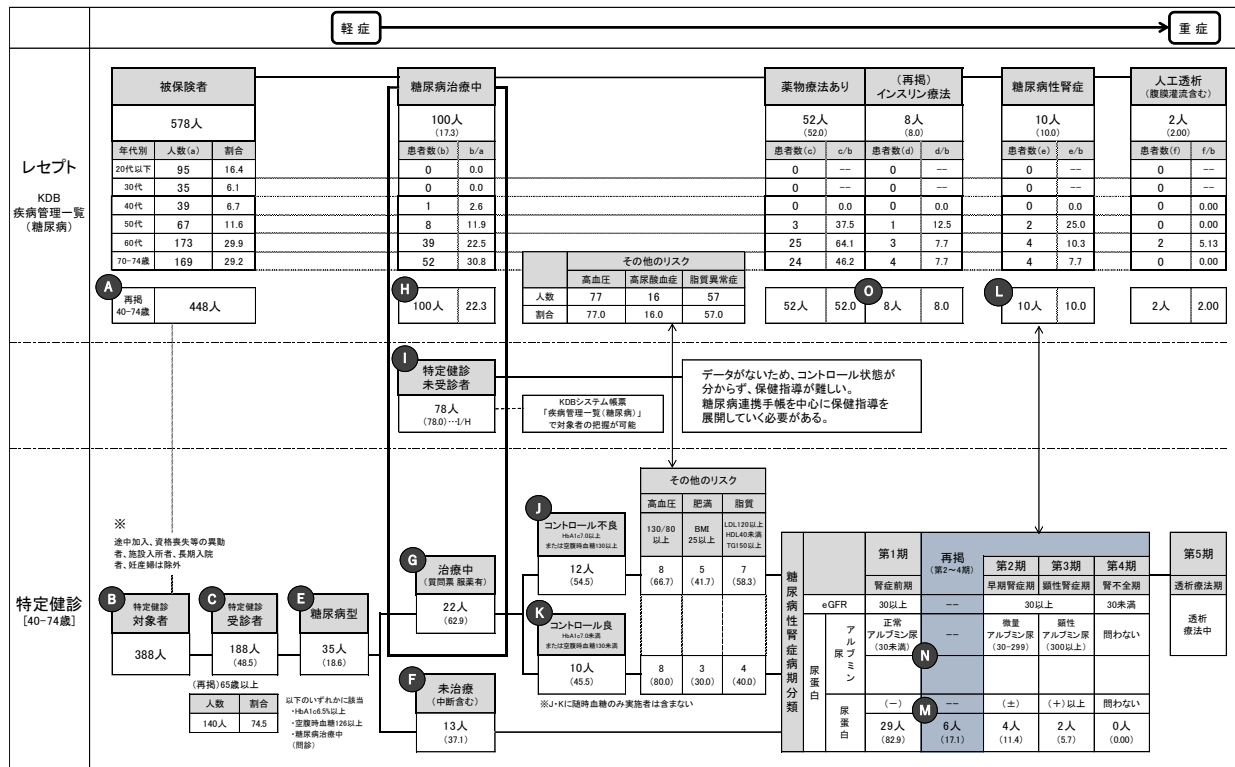
【保健指導】

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

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

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

令和04年度



出典：ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

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

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

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に人吉球磨圏域で協議した紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

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

②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下）
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価																
項目			突合表	水上村										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	675人		656人		626人		589人		539人				
	②	(再掲)40～74歳		534人		517人		495人		480人		445人				
2	①	特定健診	対象者数	B	481人		466人		454人		426人		389人			
	②		受診者数	C	300人		276人		264人		263人		216人			
	③		受診率		62.4%		59.2%		58.1%		61.7%		55.5%			
3	①	特定保健指導	対象者数		46人		39人		34人		34人		26人			
	②		実施率		19.6%		15.4%		23.5%		17.6%		23.1%			
4	①	健診データ	糖尿病型	E	52人	17.3%	49人	17.8%	41人	15.5%	39人	14.8%	35人	16.2%		
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	20人	38.5%	17人	34.7%	14人	34.1%	10人	25.6%	13人	37.1%		
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	32人	61.5%	32人	65.3%	27人	65.9%	29人	74.4%	22人	62.9%		
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	19人	59.4%	14人	43.8%	16人	59.3%	12人	41.4%	12人	54.5%		
	⑤		血圧 130/80以上		11人	57.9%	9人	64.3%	9人	56.3%	8人	66.7%	8人	66.7%		
	⑥		肥満 BMI25以上	K	11人	57.9%	9人	64.3%	7人	43.8%	4人	33.3%	5人	41.7%		
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		13人	40.6%	18人	56.3%	11人	40.7%	17人	58.6%	10人	45.5%		
	⑧		第1期 尿蛋白(－)	M	34人	65.4%	40人	81.6%	34人	82.9%	33人	84.6%	29人	82.9%		
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		10人	19.2%	7人	14.3%	4人	9.8%	4人	10.3%	4人	11.4%		
	⑩		第3期 尿蛋白(＋)以上		6人	11.5%	1人	2.0%	2人	4.9%	1人	2.6%	2人	5.7%		
	⑪		第4期 eGFR30未満		2人	3.8%	1人	2.0%	1人	2.4%	1人	2.6%	0人	0.0%		
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		127.4人		126.5人		115.0人		132.4人		135.4人			
	②		(再掲)40～74歳(被保険者千対)		159.2人		160.5人		145.5人		162.5人		164.0人			
	③		レセプト件数 (40～74歳) ()内は被保険者千対		439件	(859.1)	435件	(870.0)	430件	(892.1)	403件	(901.6)	377件	(926.3)	136,930件	(893.2)
	④		入院外(件数)				2件	(4.0)	1件	(2.1)					658件	(4.3)
	⑤		入院(件数)	H												
	⑥		糖尿病治療中		86人	12.7%	83人	12.7%	72人	11.5%	78人	13.2%	73人	13.5%		
	⑦		(再掲)40～74歳	I	85人	15.9%	83人	16.1%	72人	14.5%	78人	16.3%	73人	16.4%		
	⑧		健診未受診者		53人	62.4%	51人	61.4%	45人	62.5%	49人	62.8%	51人	69.9%		
	⑨		インスリン治療	O	6人	7.0%	5人	6.0%	6人	8.3%	8人	10.3%	8人	11.0%		
	⑩		(再掲)40～74歳		6人	7.1%	5人	6.0%	6人	8.3%	8人	10.3%	8人	11.0%		
	⑪		糖尿病性腎症	L	3人	3.5%	5人	6.0%	6人	8.3%	7人	9.0%	7人	9.6%		
	⑫		(再掲)40～74歳		2人	2.4%	5人	6.0%	6人	8.3%	7人	9.0%	7人	9.6%		
	⑬		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		3人	3.5%	2人	2.4%	3人	4.2%	2人	2.6%	2人	2.7%		
	⑭		(再掲)40～74歳		3人	3.5%	2人	2.4%	3人	4.2%	2人	2.6%	2人	2.7%		
	⑮		新規透析患者数		0人	0%	0人	0%	0人	0%	1人	0.17%	0人	0%		
	⑯		(再掲)糖尿病性腎症		0人	0%	0人	0%	0人	0%	1人	100%	0人	0%		
⑰	【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)		1人	0.9%	1人	1.0%	1人	1.0%	1人	1.1%	2人	2.0%				
6	①	医療費	総医療費		2億0537万円		2億1510万円		2億1378万円		1億8855万円		1億5729万円		2億6175万円	
	②		生活習慣病総医療費		1億1492万円		1億0302万円		1億1727万円		1億0708万円		9617万円		1億4021万円	
	③		(総医療費に占める割合)		56.0%		47.9%		54.9%		56.8%		61.1%		53.6%	
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり		13,114円		10,748円		6,200円		13,774円		11,809円		8,820円	
	⑤		健診受診者	12,525円		16,269円		30,741円		19,256円		19,918円		40,357円		
	⑥		健診未受診者	1054万円		1171万円		1202万円		1018万円		980万円		1572万円		
	⑦		糖尿病医療費	9.2%		11.4%		10.2%		9.5%		10.2%		11.2%		
	⑧		(生活習慣病総医療費に占める割合)	4137万円		4322万円		3767万円		3898万円		3369万円				
	⑨		糖尿病入院外総医療費	37,848円		39,542円		38,088円		40,020円		37,772円				
	⑩		1件あたり	931万円		1605万円		3138万円		1044万円		1176万円				
	⑪		糖尿病入院総医療費	387,970円		594,430円		848,090円		696,005円		490,030円				
	⑫		1件あたり	11日		18日		20日		13日		16日				
	⑬		在院日数	2237万円		1614万円		1679万円		1600万円		1152万円		957万円		
	⑭		慢性腎不全医療費	1990万円		1505万円		1616万円		1520万円		1122万円		862万円		
	⑮		透析有り	247万円		109万円		63万円		80万円		29万円		96万円		
⑮	透析なし															
7	①	介護	介護給付費		2億9680万円		3億0268万円		3億1745万円		3億5131万円		3億3699万円		3億5514万円	
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%			
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		0人 0.0%		0人 0.0%		1人 3.1%		0人 0.0%		0人 0.0%		267人 1.0%	
	②															

出典：ヘルスサポートラボツール

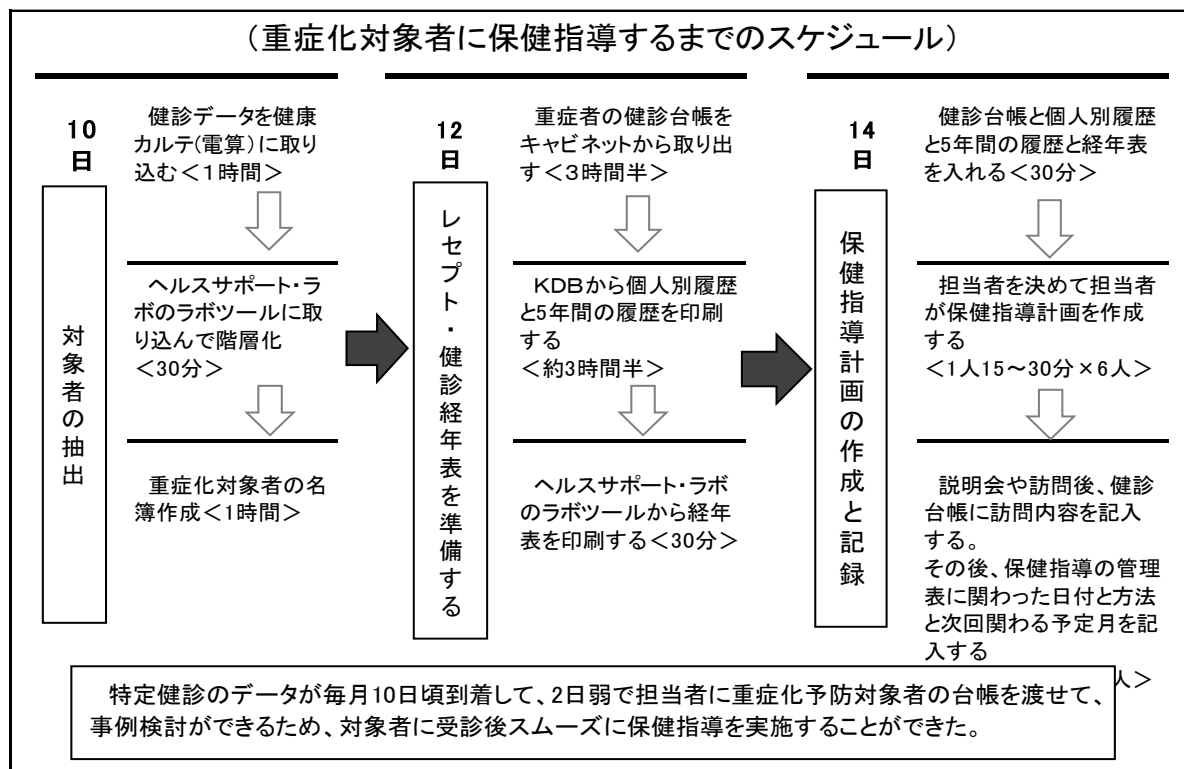
7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

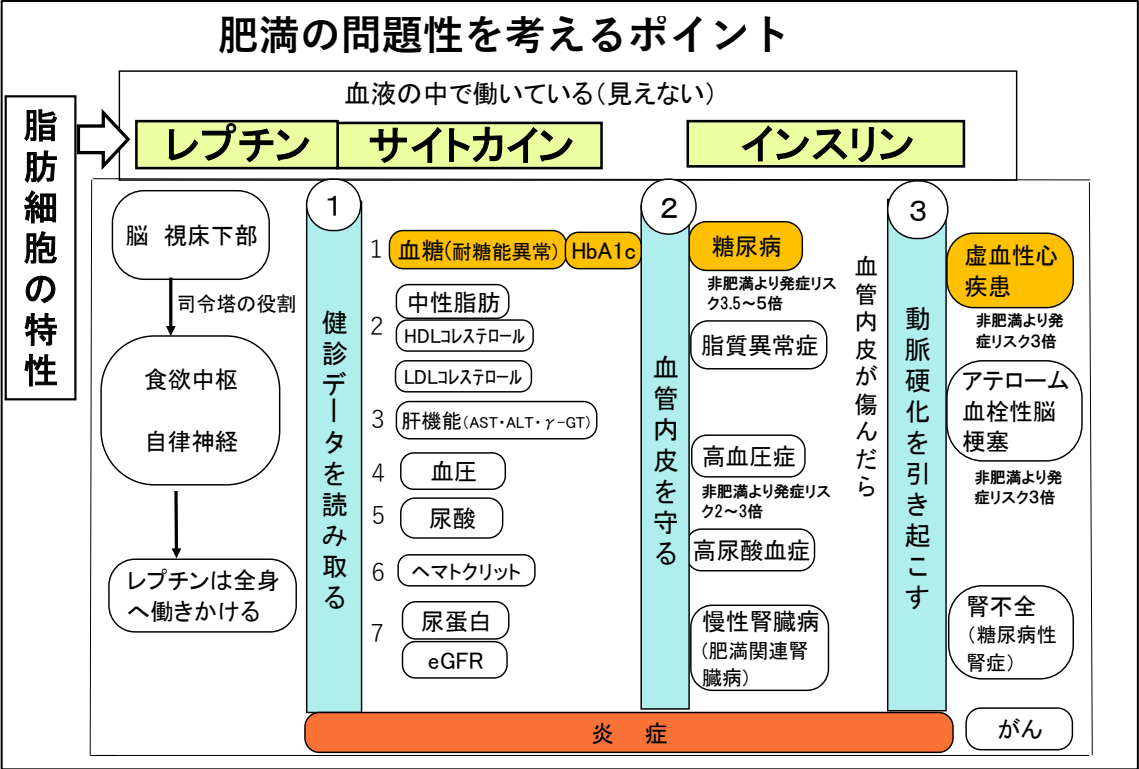
1) 基本的な考え方

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

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

なお、取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59 肥満度分類による実態

		受診者数		BMI25以上		(再掲) 肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25~30未満		肥満Ⅱ度 BMI30~35未満		肥満Ⅲ度 BMI35~40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
						40~64歳	65~74歳	40~64歳	65~74歳	40~64歳	65~74歳	40~64歳	65~74歳
総数		48	140	15	48	11	44	3	4	1	0	0	0
				31.3%	34.3%	22.9%	31.4%	6.3%	2.9%	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%
再掲	男性	23	67	7	27	6	25	1	2	0	0	0	0
				30.4%	40.3%	26.1%	37.3%	4.3%	3.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	女性	25	73	8	21	5	19	2	2	1	0	0	0
				32.0%	28.8%	20.0%	26.0%	8.0%	2.7%	4.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典:ヘルスサポートラボツール

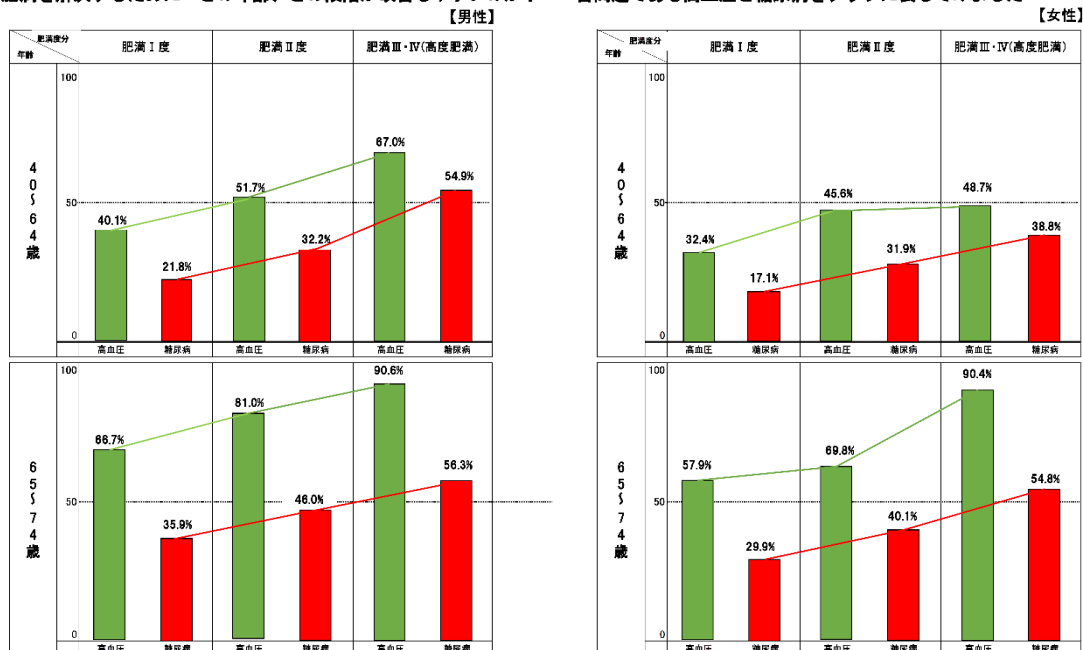
(2) 優先順位をつけます。

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

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 60 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

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



- ② 保健指導を実施した時の住民の声(意識)から「日常生活」で困っていることを教えてもらいました。

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

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

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

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

常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に図表 60 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満Ⅰ度で、若い年代（40～64 歳）を対象とすることが効率いいことがわかります。

③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例（例示）

心・脳血管疾患を発症した事例から課題を整理する

事例 No.	性 別	発 症 年 齢	KDBから把握								介 護	特 定 健 診	転 帰
			レセプト										
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患						
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性 心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質 異常症	高尿酸 血症			
1	男	60代		●	●		●		●			メタボ	
2	男	60代	●		●		●		●	●		メタボ	死亡
3	男	50代	●				●	●	●		要介護2	メタボ	
4	男	50代		●		●	●	●	●	●		メタボ	
5	男	40代		●		●	●	●	●	●		メタボ	

水上村調べ

3)対象者の明確化

図表 63 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者		A	90	3	9	41	37	98	1	11	47	39
メタボ該当者		B	31	2	1	14	14	13	0	1	5	7
		B/A	34.4%	66.7%	11.1%	34.1%	37.8%	13.3%	0.0%	9.1%	10.6%	17.9%
再掲	① 3項目全て	C	9	0	0	4	5	8	0	1	3	4
		C/B	29.0%	0.0%	0.0%	28.6%	35.7%	61.5%	--	100.0%	60.0%	57.1%
	② 血糖＋血圧	D	8	0	1	3	4	2	0	0	0	2
		D/B	25.8%	0.0%	100.0%	21.4%	28.6%	15.4%	--	0.0%	0.0%	28.6%
	③ 血圧＋脂質	E	14	2	0	7	5	3	0	0	2	1
		E/B	45.2%	100.0%	0.0%	50.0%	35.7%	23.1%	--	0.0%	40.0%	14.3%
	④ 血糖＋脂質	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		F/B	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	--	0.0%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 64 メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	90	31	34.4%	24	77.4%	7	22.6%	98	13	13.3%	12	92.3%	1	7.7%
40代	3	2	66.7%	0	0.0%	2	100.0%	1	0	0.0%	0	—	0	—
50代	9	1	11.1%	1	100.0%	0	0.0%	11	1	9.1%	0	0.0%	1	100.0%
60代	41	14	34.1%	12	85.7%	2	14.3%	47	5	10.6%	5	100.0%	0	0.0%
70～74歳	37	14	37.8%	11	78.6%	3	21.4%	39	7	17.9%	7	100.0%	0	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 63)は、男性で 40 代が 6 割と多く、60 代 70 代も 3 割を超えている。女性では 60 代・70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 64)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、全員がメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

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

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 65 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

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

(2) 二次健診の実施

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

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

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

3. 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。

図表67 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		実施者数 A	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		188	100.0	103	54.8%	0	0.0%	0	0.0%	4	3.9%	8	7.8%	3	2.9%	17	16.5%	2	1.9%
内訳	男性	90	100.0	48	53.3%	0	0.0%	0	0.0%	3	6.3%	6	12.5%	3	6.3%	9	18.8%	2	4.2%	6	12.5%
	女性	98	100.0	55	56.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.8%	2	3.6%	0	0.0%	8	14.5%	0	0.0%	3	5.5%

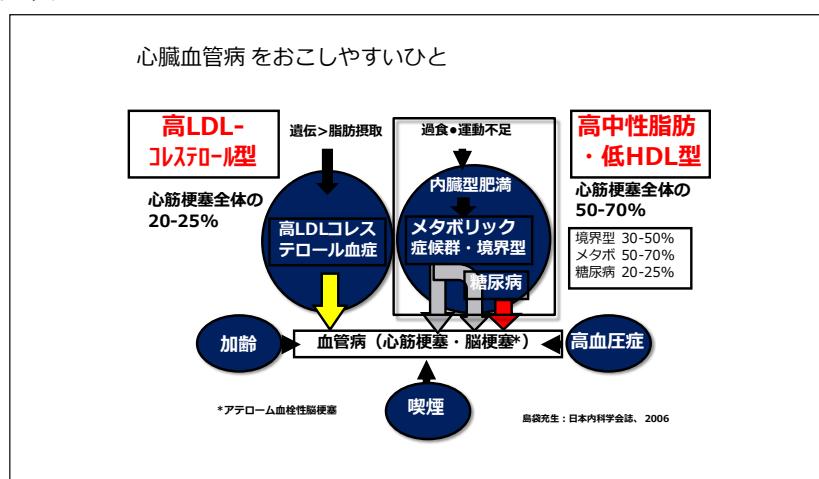
水上村調べ

②心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の60%は前駆症状ないため)積極的に保健指導を行う必要があります。

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 68)

図表 68 心血管病を起こしやすいひと



図表 68 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、第4章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 63・64)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 70)

図表 70 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定										令和04年度			
動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標										(参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版			
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)													
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別					
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳		
				96	43	29	18	6	0	2	9	13	
					44.8%	30.2%	18.8%	6.3%	0.0%	8.3%	37.5%	54.2%	
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)	4	1	2	1	0	0	1	0	0		
			4.2%	2.3%	6.9%	5.6%	0.0%	—	50.0%	0.0%	0.0%		
	中リスク	140未満 (170未満)	30	15	10	3	2	0	1	2	2		
			31.3%	34.9%	34.5%	16.7%	33.3%	—	50.0%	22.2%	15.4%		
	高リスク	120未満 (150未満)	59	26	16	13	4	0	0	6	11		
			61.5%	60.5%	55.2%	72.2%	66.7%	—	0.0%	66.7%	84.6%		
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	再掲	100未満 (130未満) ※1	4	2	1	1	0	0	0	0	1		
			4.2%	4.7%	3.4%	5.6%	0.0%	—	0.0%	0.0%	7.7%		
	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	3	1	1	1	0	0	0	1	0		
			3.1%	2.3%	3.4%	5.6%	0.0%	—	0.0%	11.1%	0.0%		

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

図表 71 心電図所見からの保健指導教材

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と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、二次健診として検討していく必要があります。

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

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

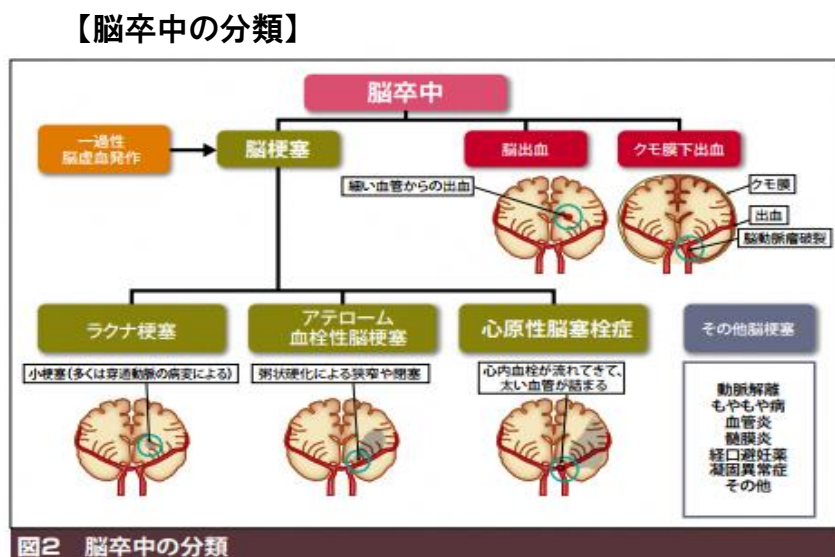
5 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 72,73)

図表 72 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 73 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 74 でみると、高血圧治療者 213 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 16 人(7.5%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 14 人(16%)であり、そのうち 4 人(28%)は未治療者です。

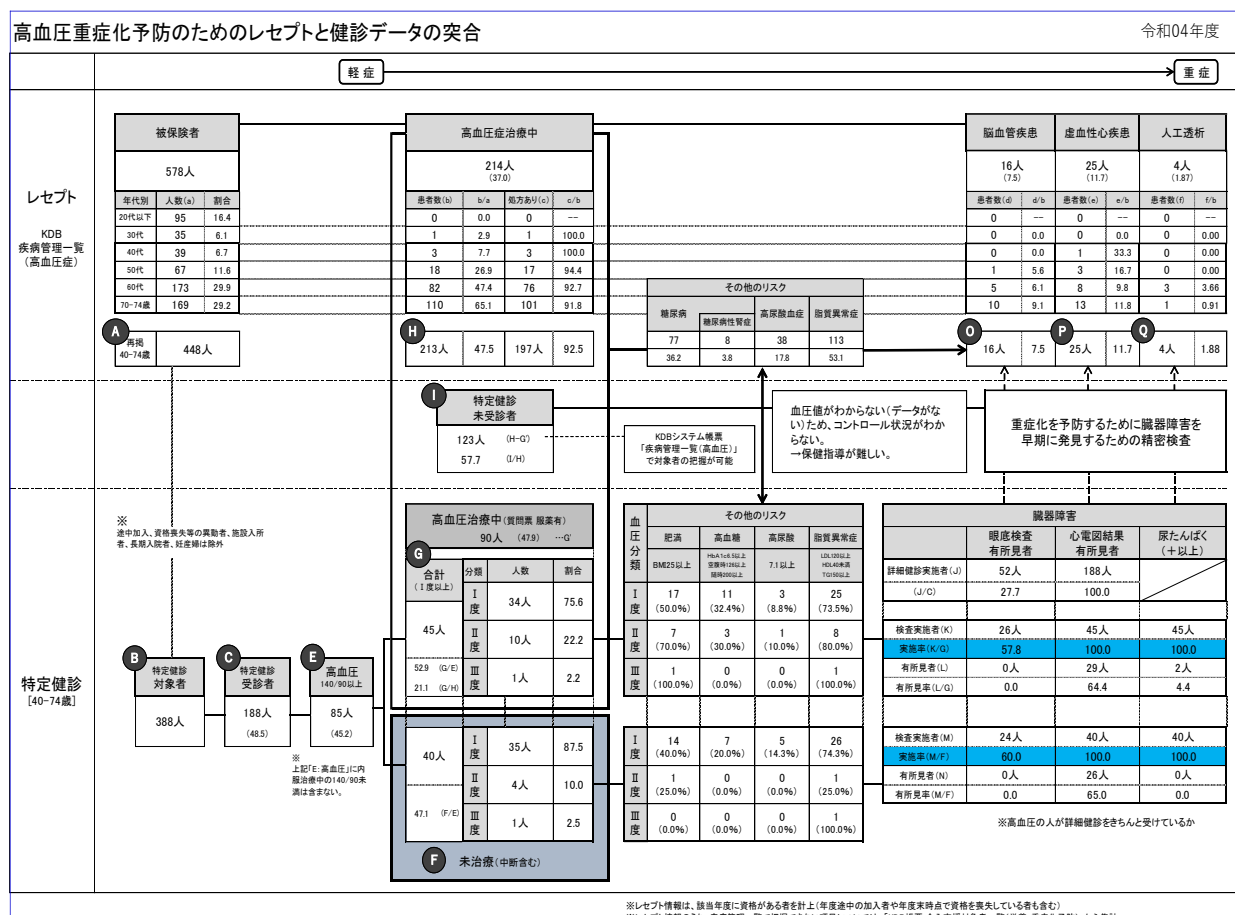
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 10 人(22.2%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか 52 人(27.7%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、85 人(45.2%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

図表 74 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	67	27 40.3%	35 52.2%	4 6.0%	1 1.5%
	1	C 1 3.7%	B 0 0.0%	B 0 0.0%	A 0 0.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	1.5%				
	35	C 15 55.6%	B 15 42.9%	A 4 100.0%	A 1 100.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	52.2%				
	31	B 11 40.7%	A 20 57.1%	A 0 0.0%	A 0 0.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	46.3%				

高リスク

中等リスク

低リスク

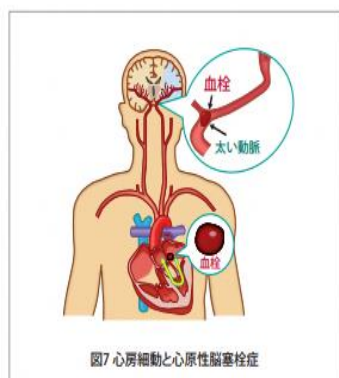
区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	25 37.3%
	概ね1ヵ月後に再評価	26 38.8%
B	概ね3ヵ月後に再評価	16 23.9%

※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

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

(3) 心電図検査における心房細動の実態



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

図表 76 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 76 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	90	98	90	100.0%	98	100.0%	2	2.2%	0	0.0%	--	--
40代	3	1	3	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	9	11	9	100.0%	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	41	47	41	100.0%	47	100.0%	1	2.4%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	37	39	37	100.0%	39	100.0%	1	2.7%	0	0.0%	3.4%	1.1%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表77 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
2	0	0.0%	2	100.0%

水上村調べ

心電図検査において2人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者2人とも既に治療が開始されていました。

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

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

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

IV. 発症予防

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

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

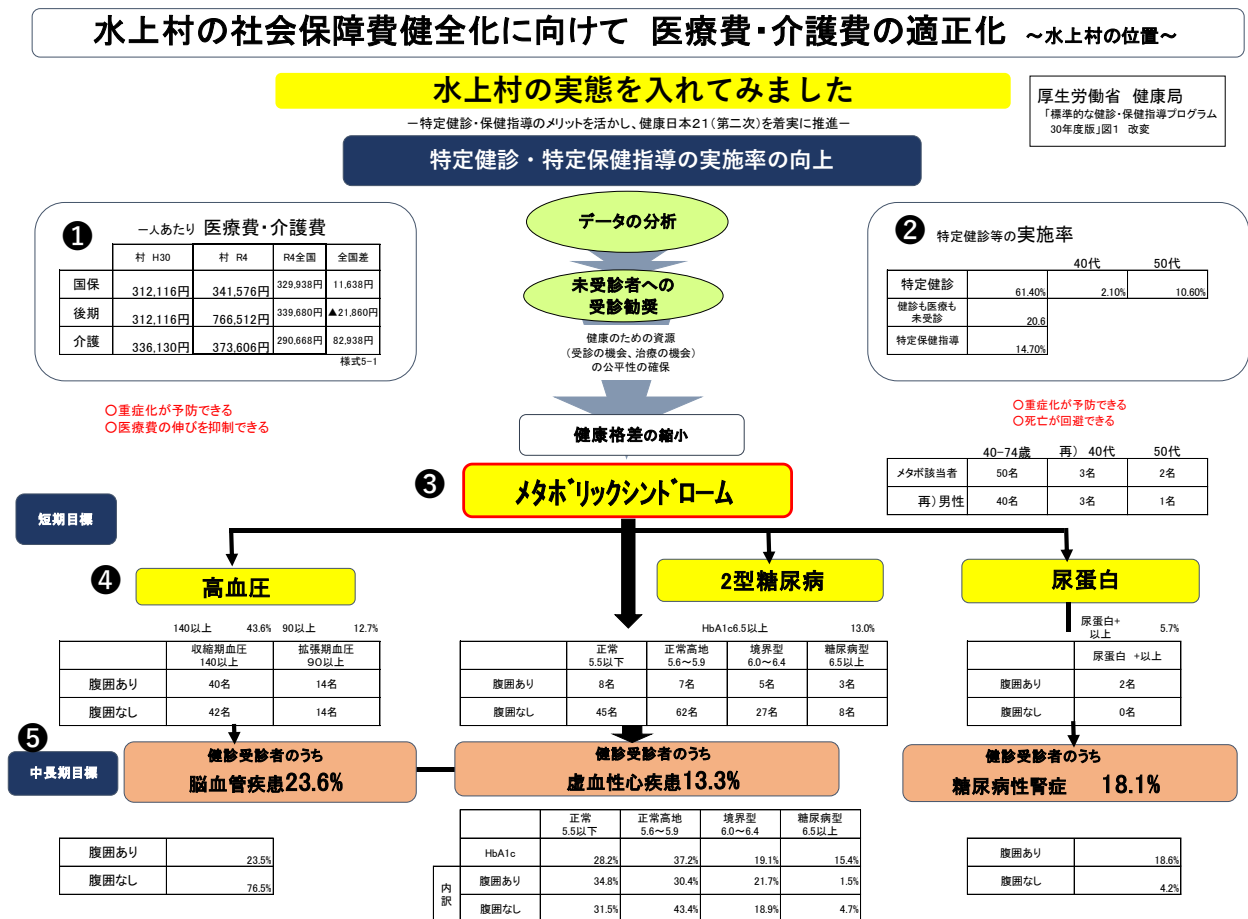
図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える															一基本的考え方					（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）									
発症予防															重症化予防														
1 根拠法		健康増進法																											
		母子保健法						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)													
6条 健康増進事業実施者		健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】																											
2 計画		データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）																											
3 年代		妊婦 (胎児期)		産婦	0歳～5歳				6歳～14歳		15～18歳		～29歳 30歳～39歳		40歳～64歳		65歳～74歳		75歳以上										
4 健康診査 (根拠法)		妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)				保育所・幼稚園健康診査		就学時健診 (11・12条)		児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)										
		妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)															
5 対象者 診査内容		血糖	95mg/dl以上								空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上																		
		HbA1c	6.5%以上									6.5%以上																	
		50GCT	1時間値 140mg/dl以上																										
		75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上																										
		(診断) 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの																										
		身長 体重																											
		BMI																											
		肥満度				かつ18以上	肥満度15%以上				肥満度20%以上																		
		尿糖	(+) 以上																										
		糖尿病 家族歴																											

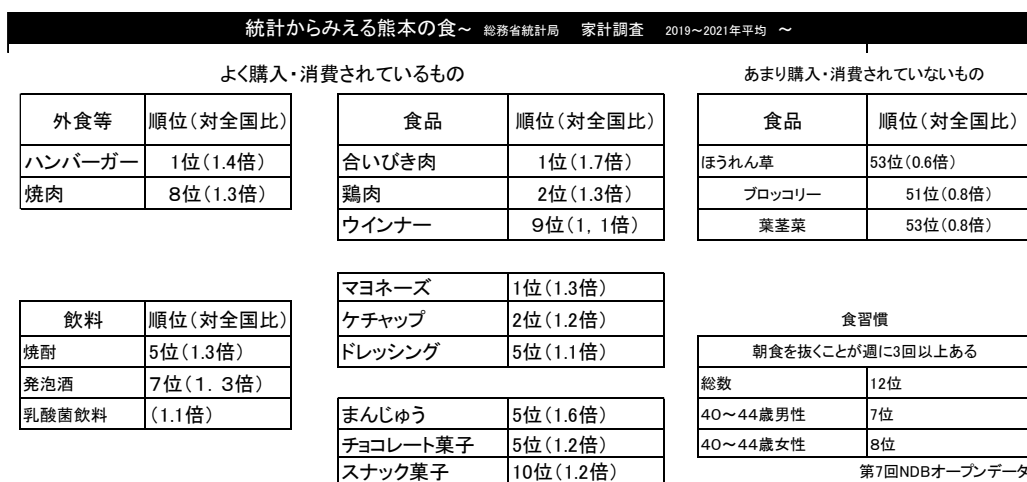
V. ポピュレーションアプローチ

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するために個人の実態と社会環境等について広く村民へ周知していきます。(図表 80, 81)

図表 80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 81 統計から見える熊本の食



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知していきます

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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水上村の位置

参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料 3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 7 HbA1c の年次比較

参考資料 8 血圧の年次比較

参考資料 9 LDL-C の年次比較

参考資料 1

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた水上村の位置											R04年度				
項目			保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)				
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
1	①	人口構成	総人口		2,033		727,328		1,713,102		123,214,261				
			65歳以上(高齢化率)		902	44.4	301,058	41.4	540,538	31.6	35,335,805	28.7	KDB NO.5 人口の状況		
			75歳以上		530	26.1	---	---	282,460	16.5	18,248,742	14.8	KDB NO.3		
			65～74歳		372	18.3	---	---	258,078	15.1	17,087,063	13.9	健診・医療・介護デ ータからみる地域の健康 課題		
			40～64歳		609	30.0	---	---	543,167	31.7	41,545,893	33.7			
	39歳以下		522	25.7	---	---	629,397	36.7	46,332,563	37.6					
	②	産業構成	第1次産業		29.4		22.3		9.8		4.0	KDB NO.3			
			第2次産業		20.2		20.6		21.1		25.0	健診・医療・介護デ ータからみる地域の健康 課題			
			第3次産業		50.3		57.2		69.1		71.0				
	③	平均寿命	男性		80.9		80.5		81.2		80.8				
女性			87.6		87.0		87.5		87.0	KDB NO.1					
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性		82.4		79.3		80.4		80.1	地域全体像の把握				
		女性		87.6		84.2		85.0		84.4					
2	①	死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	男性	99.9		101.6		94.9		100				
				女性	87.6		99.9		94.5		100				
			死 因	がん	10	76.9	3,423	47.4	5,349	48.2	378,272	50.6	KDB NO.1		
				心臓病	0	0.0	2,064	28.6	3,242	29.2	205,485	27.5	地域全体像の把握		
				脳疾患	2	15.4	1,188	16.4	1,547	13.9	102,900	13.8			
				糖尿病	0	0.0	138	1.9	202	1.8	13,896	1.9			
				腎不全	1	7.7	267	3.7	476	4.3	26,946	3.6			
				自殺	0	0.0	146	2.0	282	2.5	20,171	2.7			
				合計											
			②	早世予防からみ た死亡 (65歳未満)	男性								厚労省HP		
女性										人口動態調査					
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		151	16.6	59,331	19.9	108,069	20.2	6,724,030	19.4			
			新規認定者	0		0.2	933	0.3	1,261	0.3	110,289	0.3			
				介護度別 総件数	要支援1.2	257	7.4	162,745	13.5	380,309	14.2	21,785,044	12.9		
					要介護1.2	1,530	44.3	568,999	47.1	1,309,567	49.0	78,107,378	46.3		
					要介護3以上	1,664	48.2	476,421	39.4	984,793	36.8	68,963,503	40.8		
			2号認定者		0	---	856	0.38	1,879	0.35	156,107	0.38			
			②	有病状況	糖尿病	25	16.0	13,461	21.6	25,945	23.1	1,712,613	24.3		
					高血圧症	80	51.7	33,454	54.3	65,761	58.7	3,744,672	53.3	KDB NO.1	
					脂質異常症	42	29.6	18,421	29.6	37,156	32.8	2,308,216	32.6	地域全体像の把握	
					心臓病	89	58.2	37,325	60.8	73,556	65.7	4,224,628	60.3		
脳疾患	41	26.1			13,424	22.1	25,387	22.8	1,568,292	22.6					
がん	16	11.2			6,308	10.3	13,445	12.0	837,410	11.8					
筋・骨格	87	58.9			33,542	54.6	66,287	59.2	3,748,372	53.4					
精神	54	36.9			22,904	37.4	45,259	40.5	2,569,149	36.8					
4	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		373,606	336,992,879	323,222	97,308,660,154	310,858	168,030,405,720	290,668	10,074,274,228,889			
			1件当たり給付費(全体)	97,651		80,543	62,823	59,662							
				居宅サービス	44,092		42,864	42,088	41,272						
				施設サービス	333,796		288,059	303,857	296,364						
			要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	8,759		9,108	9,463	8,610						
				認定なし	4,115		4,544	4,221	4,020						
				合計											
			④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	8,759		9,108	9,463	8,610				
					認定なし	4,115		4,544	4,221	4,020					
			5	①	国保の状況	被保険者数		495	195,140	383,407	27,488,882				
65～74歳	267	53.9					174,230	45.4	11,129,271	40.5					
	40～64歳	140				28.3		118,490	30.9	9,088,015	33.1				
	39歳以下	88				17.8		90,687	23.7	7,271,596	26.5				
	加入率	24.3				27.1	22.4	22.3				KDB NO.1 地域全体像の把握			
②	医療の概況 (人口千対)	病院数				0	0.0	54	0.3	208	0.5	8,237	0.3	KDB NO.5	
		診療所数				3	6.1	703	3.6	1,473	3.8	102,599	3.7	被保険者の状況	
		病床数				0	0.0	4,267	21.9	32,745	85.4	1,507,471	54.8		
		医師数				1	2.0	641	3.3	5,415	14.1	33,911	12.4		
		外来患者数				712.5	653.6	768.9	687.8						
		入院患者数	18.6	22.9	26.2	17.7									
		一人当たり医療費	317,758	367,527	407,772	339,680									
		受診率	731,007	676.49	795,102	705,439				KDB NO.3					
6	③	医療費の 状況	外来	費用の割合	67.7	55.1	54.5	60.4			健診・医療・介護デ ータからみる地域の健康 課題				
			件数の割合	97.5	96.6	96.7	97.5								
				費用の割合	32.3	44.9	45.5	39.6			KDB NO.1				
				入院	件数の割合	2.5	3.4	3.3	2.5			地域全体像の把握			
			1件あたり在院日数		17.3日	16.2日	18.1日	15.7日							
			7	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	21,170,370	22.0	32.8	27.3	32.2			KDB NO.3	
						慢性腎不全(透析あり)	11,224,530	11.7	6.1	10.7	8.2				
						糖尿病	9,796,780	10.2	11.2	10.9	10.4				
						高血圧症	9,198,720	9.6	6.5	6.0	5.9				
						脂質異常症	4,450,240	4.6	3.4	3.3	4.1				
脳梗塞・脳出血	2,006,940	2.1				4.0	3.6	3.9							
狭心症・心筋梗塞	3,051,190	3.2				2.8	2.0	2.8							
精神	22,181,290	23.1				14.6	18.6	14.7							
筋・骨格	12,367,370	12.9				17.4	16.6	16.7							
8	⑤	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合				入院	高血圧症	587	0.6	363	0.2	435	0.2	256	0.2
			糖尿病	---	---		1,389	0.8	2,168	1.2	1,144	0.9			
			脂質異常症	---	---		76	0.0	117	0.1	53	0.0			
			脳梗塞・脳出血	3,461	3.4		6,827	4.1	7,036	3.8	5,993	4.5			
			虚血性心疾患	3,189	3.1		4,500	2.7	3,398	1.8	3,942	2.9			
			腎不全	---	---		4,305	2.6	5,404	2.9	4,051	3.0			
			外来	高血圧症	17,996	8.4	12,436	6.1	12,283	5.5	10,143	4.9			
				糖尿病	19,791	9.2	21,206	10.5	21,299	9.6	17,720	8.6			
				脂質異常症	8,990	4.2	6,646	3.3	6,890	3.1	7,092	3.5			
				脳梗塞・脳出血	594	0.3	934	0.5	625	0.3	825	0.4			
9	⑥	医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	生活習慣病対象者	虚血性心疾患	3,714	1.7	1,857	0.9	1,621	0.7	1,722	0.8			
				腎不全	36,222	16.8	14,043	6.9	23,648	10.6	15,781	7.7			
				健康対象者	4,600	2,915	2,450	2,031							
				一人当たり	7,759	13,340	13,484	13,295				KDB NO.3			
				健康対象者	11,809	8,820	6,758	6,142				健診・医療・介護デ ータからみる地域の健康 課題			
				一人当たり	19,918	40,357	37,197	40,210							
			健康・レセ 実合	受診勧奨受者	129	71.3	36,450	58.3	55,575	56.8	3,698,441	56.9	KDB NO.1		
				医療機関受診率	117	64.6	32,495	52.0	50,251	51.3	3,375,719	51.9	地域全体像の把握		
				医療機関非受診率	12	6.6	3,955	6.3	5,324	5.4	322,722	5.0			

5	①	特定健診の 状況	健診受診者		181		62,519		97,898		6,503,152		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握	
	②		受診率	46.3	県内26位 同規模144位	45.2		36.4	全国26位	35.3				
	③		特定保健指導終了者(実施率)	0	0.0	1158	14.8	3,313	28.6	69,327	9.0			
	④		非肥満高血糖	20	11.0	5,946	9.5	8,692	8.9	588,083	9.0			
	⑤		メタボ	該当者	44	24.3	13,887	22.2	20,321	20.8	1,321,197	20.3		
	⑥			男性	31	36.0	9,720	32.3	14,222	32.4	923,222	32.0		
	⑦				女性	13	13.7	4,167	12.8	6,099	11.3	397,975		11.0
	⑧			予備群	29	16.0	7,780	12.4	11,800	12.1	730,607	11.2		
	⑨				男性	16	18.6	5,523	18.4	8,107	18.5	515,813		17.9
	⑩			女性		13	13.7	2,257	7.0	3,693	6.8	214,794		5.9
	⑪		メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	76	42.0	23,952	38.3	35,581	36.3	2,273,296		35.0
	⑫				男性	50	58.1	16,801	55.8	24,633	56.1	1,592,747		55.3
	⑬			女性	26	27.4	7,151	22.1	10,948	20.3	680,549	18.8		
	⑭			BMI	総数	8	4.4	3,692	5.9	4,148	4.2	304,276		4.7
	⑮				男性	2	2.3	695	2.3	620	1.4	48,780		1.7
	⑯			女性	6	6.3	2,997	9.2	3,528	6.5	255,496	7.1		
	⑰			血糖のみ	0	0.0	427	0.7	705	0.7	41,541	0.6		
	⑱			血圧のみ	29	16.0	5,692	9.1	8,557	8.7	514,593	7.9		
	⑲			脂質のみ	0	0.0	1,661	2.7	2,538	2.6	174,473	2.7		
	血糖・血圧	10		5.5	2,311	3.7	3,517	3.6	193,722	3.0				
	血糖・脂質	0		0.0	697	1.1	985	1.0	67,212	1.0				
	血圧・脂質	17		9.4	6,233	10.0	9,222	9.4	630,648	9.7				
	血糖・血圧・脂質	17		9.4	4,646	7.4	6,597	6.7	429,615	6.6				
6	①	問診の状況	服薬	高血圧	86	47.5	24,538	39.3	37,276	38.1	2,324,538	35.8	KDB NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病	21	11.6	6,716	10.8	9,143	9.3	564,473	8.7			
			脂質異常症	37	20.4	17,112	27.4	26,402	27.0	1,817,350	28.0			
	②		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	3	1.7	2,034	3.3	2,933	3.0	199,003	3.1		
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	8	4.4	3,656	5.9	5,477	5.7	349,845	5.5		
				腎不全	2	1.1	566	0.9	662	0.7	51,680	0.8		
6	③	生活習慣の 状況		貧血	4	2.2	5,363	8.8	10,590	11.0	669,737	10.6	KDB NO.1 地域全体像の把握	
	④			喫煙	29	16.0	10,267	16.4	13,307	13.6	896,676	13.8		
	⑤			週3回以上朝食を抜く	11	6.1	5,550	9.4	9,112	10.2	609,166	10.3		
	⑥			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
	⑦			週3回以上就寝前夕食(H30～)	32	17.7	10,136	17.1	13,395	14.8	932,218	15.7		
	⑧			週3回以上就寝前夕食	32	17.7	10,136	17.1	13,395	14.8	932,218	15.7		
	⑨			食べる速度が速い	55	30.4	16,521	28.0	24,787	27.4	1,590,713	26.8		
	⑩			20歳時体重から10kg以上増加	60	33.1	21,716	36.6	32,106	36.0	2,083,152	34.9		
	⑪			1回30分以上運動習慣なし	134	74.0	40,253	67.5	55,634	61.6	3,589,415	60.3		
	⑫			1日1時間以上運動なし	99	54.7	28,321	47.6	45,867	50.8	2,858,913	48.0		
	⑬			睡眠不足	47	26.0	14,480	24.5	22,325	24.7	1,521,685	25.6		
	⑭			毎日常酒	63	34.8	15,957	26.5	25,323	26.3	1,585,206	25.5		
				時々飲酒	53	29.3	13,842	23.0	23,075	24.0	1,393,154	22.4		
	⑮		一日飲酒量	1合未満	36	31.0	21,335	54.7	52,841	68.5	2,851,798	64.2		
	1～2合	24	20.7	10,999	28.2	17,396	22.5	1,053,317	23.7					
	2～3合	37	31.9	4,986	12.8	5,528	7.2	414,658	9.3					
	3合以上	19	16.4	1,688	4.3	1,416	1.8	122,039	2.7					

水上村

E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える

H30・R04比較

健 診

医 療

介 護

参考：【K03】介護認定受者一貫（受養・重症に予約）
【K03】介護認定受者一貫（介護管理）
【K03】医療従事者の医療（健診）・介護受入状況

【K03】厚生労働省様式-1
【特定健診等データ管理システム】PRA071

1

被検者数	40～64	65～74	75～
H30	200	280	578
R04	142	278	547
差	▲58	9	▲31

2

健診受診率	40～64	65～74	75～
H30	47.5	64.3	35.3
R04	31.0	49.3	38.2
差	▲16.5	▲15.0	2.9

3

医療機関受診	40～64	65～74	75～
H30	83.5	92.6	98.9
R04	79.6	94.2	99.2
差	▲3.9	1.7	▲1.6

生活習慣病	40～64	65～74	75～
H30	38.5	67.3	87.0
R04	31.7	70.1	84.1
差	▲6.8	2.9	▲2.9

※生活習慣病付帯者
以下、⑤～⑪に共通している疾病の診断がある者

4

介護認定受者	65～74	75～
H30	1.5	25.1
R04	2.9	23.8
差	1.4	▲1.3

1. 高齢化率

H30年度	65～74	75～
R04年度	42.7	50.2
差	3.3	21.0

2. 一人当たり社会保険費

地域区分	国保	後期
H30年度		
R04年度		
差		

3. 参考：特定健診の状況

区分	健診	指導
H30年度		
R04年度		
差		

A

健康状態不明者	40～64	65～74	75～
H30	12.0	3.6	1.9
R04	16.2	3.6	3.8
差	4.2	▲2.0	1.9

5

健診所見者

(R04年度実績)	40～64	65～74	75～
高血圧	34.1	47.4	50.2
1度	86.7	83.1	74.3
2度	13.3	15.4	21.0
3度	0.0	1.5	4.8

高血糖	40～64	65～74	75～
H30	4.5	8.0	6.2
R04	7.0	8.1	9.2
差	2.5	0.1	3.0

脂質異常	40～64	65～74	75～
H30	0.0	2.9	5.3
R04	0.0	2.9	7.2
差	0.0	0.0	1.9

心臓病	40～64	65～74	75～
H30	0.0	5.1	18.2
R04	0.0	5.1	18.2
差	0.0	0.0	0.0

心臓病	40～64	65～74	75～
H30	0.0	0.7	4.8
R04	104.5	102.2	90.4

B

健康(18以下)	40～64	65～74	75～
H30	2.0	3.3	2.9
R04	0.0	1.1	3.3
差	▲2.0	▲2.3	0.3

15

健康(18以下)	40～64	65～74	75～
H30	4.2	8.1	36.4
R04	2.3	4.4	38.5
差	▲1.9	▲3.7	0.4

6

短期目標の疾患

高血圧	40～64	65～74	75～
H30	83.1	90.7	90.3
R04	82.2	89.2	85.3
差	▲0.9	▲0.6	▲2.0

高血糖	40～64	65～74	75～
H30	37.7	44.6	28.6
R04	38.6	42.1	28.7
差	▲0.9	▲2.7	0.1

脂質異常	40～64	65～74	75～
H30	28.6	34.6	25.4
R04	20.0	33.8	23.7
差	▲8.6	▲1.0	▲1.8

心臓病	40～64	65～74	75～
H30	0.0	5.1	18.2
R04	0.0	5.1	18.2
差	0.0	0.0	0.0

心臓病	40～64	65～74	75～
H30	0.0	0.7	4.8
R04	104.5	102.2	90.4

C

健康(18以下)	40～64	65～74	75～
H30	2.0	3.3	2.9
R04	0.0	1.1	3.3
差	▲2.0	▲2.3	0.3

14

生活習慣病の重なり	40～64	65～74	75～
H30	34.6	68.2	83.2
R04	24.0	43.1	28.7
差	▲10.6	▲25.1	▲54.5

7

短期目標で対象とする合併症

高血圧	40～64	65～74	75～
H30	32.8	35.7	65.2
R04	40.5	38.1	63.5
差	▲7.7	2.4	▲1.7

高血糖	40～64	65～74	75～
H30	27.6	34.6	22.9
R04	32.5	41.5	63.6
差	▲4.9	▲6.9	▲40.7

脂質異常	40～64	65～74	75～
H30	2.9	7.6	23.5
R04	2.8	7.6	23.5
差	0.1	0.0	0.0

心臓病	40～64	65～74	75～
H30	0.0	5.1	18.2
R04	0.0	5.1	18.2
差	0.0	0.0	0.0

心臓病	40～64	65～74	75～
H30	0.0	0.7	4.8
R04	104.5	102.2	90.4

D

健康(18以下)	40～64	65～74	75～
H30	2.0	3.3	2.9
R04	0.0	1.1	3.3
差	▲2.0	▲2.3	0.3

10

加齢による他の疾患

骨折	65～74	75～
H30	4.8	16.1
R04	3.8	12.4
差	▲1.0	▲3.7

9

介護認定者のうち下記の疾病治療者

高血圧	40～64	65～74	75～
H30	0.0	7.1	28.9
R04	0.0	4.8	28.5
差	0.0	2.3	0.4

高血糖	40～64	65～74	75～
H30	0.0	10.5	27.7
R04	0.0	8.7	26.0
差	0.0	1.8	1.7

脂質異常	40～64	65～74	75～
H30	0.0	2.9	30.7
R04	0.0	2.9	31.4
差	0.0	0.0	0.7

心臓病	40～64	65～74	75～
H30	0.0	5.1	18.2
R04	0.0	5.1	18.2
差	0.0	0.0	0.0

心臓病	40～64	65～74	75～
H30	0.0	0.7	4.8
R04	104.5	102.2	90.4

11

要介護認定者のうち下記の疾病治療者	40～64	65～74	75～
H30	7.7	40.2	60.3
R04	7.7	40.2	60.3
差	0.0	0.0	0.0

骨折	65～74	75～
H30	4.8	16.1
R04	3.8	12.4
差	▲1.0	▲3.7

認知症	65～74	75～
H30	66.7	73.2
R04	100.0	81.0
差	▲33.3	▲92.2

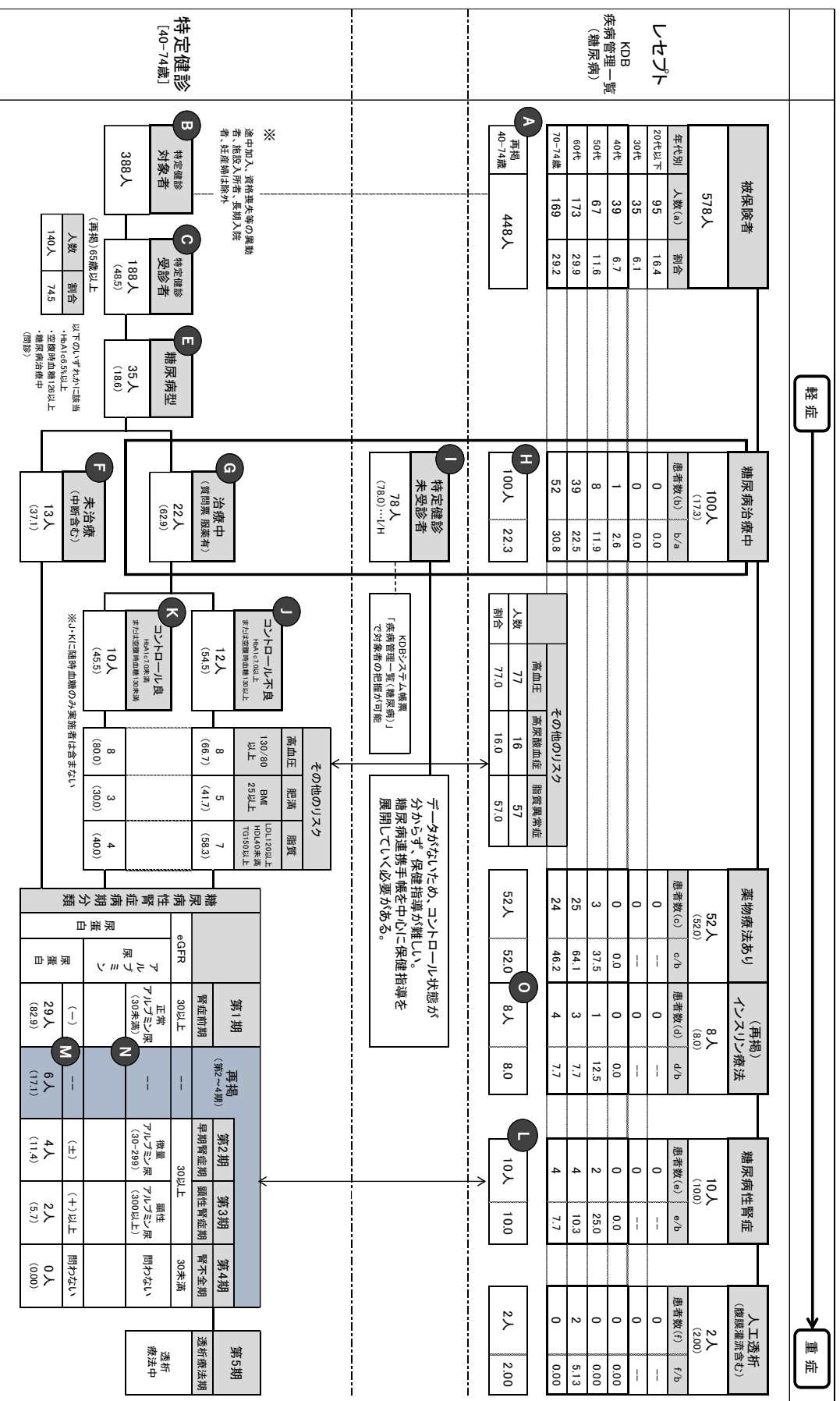
参考資料 3

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			突合表	水上村										同規模保険者(平均)		データ基	
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	A	675人		656人		626人		589人		539人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40~74歳		534人		517人		495人		480人		445人					
2	①	対象者数	B	481人		466人		454人		426人		389人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書	
	②	特定健診 受診者数	C	300人		276人		264人		263人		216人					
	③	受診率		62.4%		59.2%		58.1%		61.7%		55.5%					
3	①	特定 対象者数		46人		39人		34人		34人		26人					
	②	保健指導 実施率		19.6%		15.4%		23.5%		17.6%		23.1%					
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	52人	17.3%	49人	17.8%	41人	15.5%	39人	14.8%	35人	16.2%		特定健診結果	
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	20人	38.5%	17人	34.7%	14人	34.1%	10人	25.6%	13人	37.1%			
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	32人	61.5%	32人	65.3%	27人	65.9%	29人	74.4%	22人	62.9%			
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	19人	59.4%	14人	43.8%	16人	59.3%	12人	41.4%	12人	54.5%			
	⑤				血圧 130/80以上	11人	57.9%	9人	64.3%	9人	56.3%	8人	66.7%	8人	66.7%		
	⑥				肥満 BMI25以上	11人	57.9%	9人	64.3%	7人	43.8%	4人	33.3%	5人	41.7%		
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	13人	40.6%	18人	56.3%	11人	40.7%	17人	58.6%	10人	45.5%			
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	34人	65.4%	40人	81.6%	34人	82.9%	33人	84.6%	29人	82.9%			
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		10人	19.2%	7人	14.3%	4人	9.8%	4人	10.3%	4人	11.4%			
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		6人	11.5%	1人	2.0%	2人	4.9%	1人	2.6%	2人	5.7%			
	⑪		第4期 eGFR30未満		2人	3.8%	1人	2.0%	1人	2.4%	1人	2.6%	0人	0.0%			
5	①	レセプト	糖尿病受診率(被保険者千対)		127.4人		126.5人		115.0人		132.4人		135.4人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②		(再掲)40~74歳(被保険者千対)		159.2人		160.5人		145.5人		162.5人		164.0人				
	③		レセプト件数 (40~74歳)		439件 (859.1)		435件 (870.0)		430件 (892.1)		403件 (901.6)		377件 (926.3)		136,930件 (893.2)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④		(1)内は糖尿病千対 入院(件数)				2件 (4.0)		1件 (2.1)						658件 (4.3)		
	⑤		糖尿病治療中	H	86人	12.7%	83人	12.7%	72人	11.5%	78人	13.2%	73人	13.5%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	⑥		(再掲)40~74歳		85人	15.9%	83人	16.1%	72人	14.5%	78人	16.3%	73人	16.4%			
	⑦		健診未受診者	I	53人	62.4%	51人	61.4%	45人	62.5%	49人	62.8%	51人	69.9%			
	⑧		インスリン治療	O	6人	7.0%	5人	6.0%	6人	8.3%	8人	10.3%	8人	11.0%			
	⑨		(再掲)40~74歳		6人	7.1%	5人	6.0%	6人	8.3%	8人	10.3%	8人	11.0%			
	⑩		糖尿病性腎症	L	3人	3.5%	5人	6.0%	6人	8.3%	7人	9.0%	7人	9.6%			
	⑪		(再掲)40~74歳		2人	2.4%	5人	6.0%	6人	8.3%	7人	9.0%	7人	9.6%			
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		3人	3.5%	2人	2.4%	3人	4.2%	2人	2.6%	2人	2.7%			
	⑬		(再掲)40~74歳		3人	3.5%	2人	2.4%	3人	4.2%	2人	2.6%	2人	2.7%			
	⑭		新規透析患者数		0人	0%	0人	0%	0人	0%	1人	0.17%	0人	0%			
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		0人	0%	0人	0%	0人	0%	1人	100%	0人	0%			
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人	0.9%	1人	1.0%	1人	1.0%	1人	1.1%	2人	2.0%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期
6	①	医療費	総医療費		2億0537万円		2億1510万円		2億1378万円		1億8855万円		1億5729万円		2億6175万円		KDB 健診・医療・介護データか らみる地域の健康課題
	②		生活習慣病総医療費		1億1492万円		1億0302万円		1億1727万円		1億0708万円		9617万円		1億4021万円		
	③		(総医療費に占める割合)		56.0%		47.9%		54.9%		56.8%		61.1%		53.6%		
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり		13,114円		10,748円		6,200円		13,774円		11,809円		8,820円		
	⑤		健診未受診者	12,525円		16,269円		30,741円		19,256円		19,918円		40,357円			
	⑥		糖尿病医療費		1054万円		1171万円		1202万円		1018万円		980万円		1572万円		
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.2%		11.4%		10.2%		9.5%		10.2%		11.2%		
	⑧		糖尿病入院総医療費		4137万円		4322万円		3767万円		3898万円		3369万円				
	⑨		1件あたり		37,848円		39,542円		38,088円		40,020円		37,772円				
	⑩		糖尿病入院総医療費		931万円		1605万円		3138万円		1044万円		1176万円				
	⑪		1件あたり		387,970円		594,430円		848,090円		696,005円		490,030円				
	⑫		在院日数		11日		18日		20日		13日		16日				
	⑬		慢性腎不全医療費		2237万円		1614万円		1679万円		1600万円		1152万円		957万円		
	⑭		透析有り		1990万円		1505万円		1616万円		1520万円		1122万円		862万円		
	⑮		透析なし		247万円		109万円		63万円		80万円		29万円		96万円		
7	①	介護	介護給付費		2億9680万円		3億0268万円		3億1745万円		3億5131万円		3億3699万円		3億5514万円		
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%			
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%	0人	0.0%	1人	3.1%	0人	0.0%	0人	0.0%	267人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの統合

令和10年度



高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

輕症

重症

軽症

重症

重症

レセプト 疾病管理一覧 (高血圧症)

被保険者		578人	
年代別	人数(a)	割合	
20代以下	95	16.4	
30代	35	6.1	
40代	39	6.7	
50代	67	11.6	
60代	173	29.9	
70代・高齢	169	29.2	

高血圧治療中			
214人 (37.0)			
患者数(b)	b/a	処方数(c)	c/b
0	0.0	0	—
1	2.9	1	100.0
3	7.7	3	100.0
18	26.9	17	94.4
82	47.4	76	92.7
110	65.1	101	91.8

その他のリスク			
糖尿病	77	38.2	
慢性腎臓病	8	3.8	
高脂血症	38	17.8	
脂質異常症	113	53.1	

脳血管疾患				虚血性心疾患				人工透析			
16人 (7.5)				25人 (11.7)				4人 (1.87)			
患者数(d)	d/b	患者数(e)	e/b	患者数(f)	f/b	患者数(g)	g/b	患者数(h)	h/b	患者数(i)	i/b
0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.00
0	0.0	1	33.3	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
1	5.6	3	16.7	0	0.00	5	6.1	8	9.8	3	3.66
10	9.1	13	11.8	1	0.91						

※ 追加・資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、反復入院除く

A

再掲
40~74歳

448人

H

213人

47.5

197人

92.5

I

特定健診
未受診者

123人 (H-G)

57.7 (I/H)

G

高血圧治療中(質問票調査済)
90人 (47.9) ...G

合計 (1度以上)		分属		人数		割合	
I度	34人	75.6					
II度	10人	22.2					
III度	1人	2.2					
52.9 (G/E)							
21.1 (G/H)							

B

特定健診
対象者

388人

C

特定健診
受診者

188人 (48.5)

E

高血圧
140/90以上

85人 (45.2)

F

未治療(中絶含む)

40人

I度 35人 87.5

II度 4人 10.0

III度 1人 2.5

47.1 (F/E)

D

高血圧治療中(質問票調査済)
90人 (47.9) ...D

合計 (1度以上)		分属		人数		割合	
I度	34人	75.6					
II度	10人	22.2					
III度	1人	2.2					
52.9 (D/E)							
21.1 (D/H)							

J

特定健診
未受診者

123人 (H-G)

57.7 (I/H)

K

特定健診
受診者

188人 (48.5)

L

特定健診
未受診者

123人 (H-G)

57.7 (I/H)

M

特定健診
受診者

188人 (48.5)

N

特定健診
未受診者

123人 (H-G)

57.7 (I/H)

O

特定健診
受診者

188人 (48.5)

P

特定健診
未受診者

123人 (H-G)

57.7 (I/H)

Q

特定健診
受診者

188人 (48.5)

R

特定健診
未受診者

123人 (H-G)

57.7 (I/H)

S

特定健診
受診者

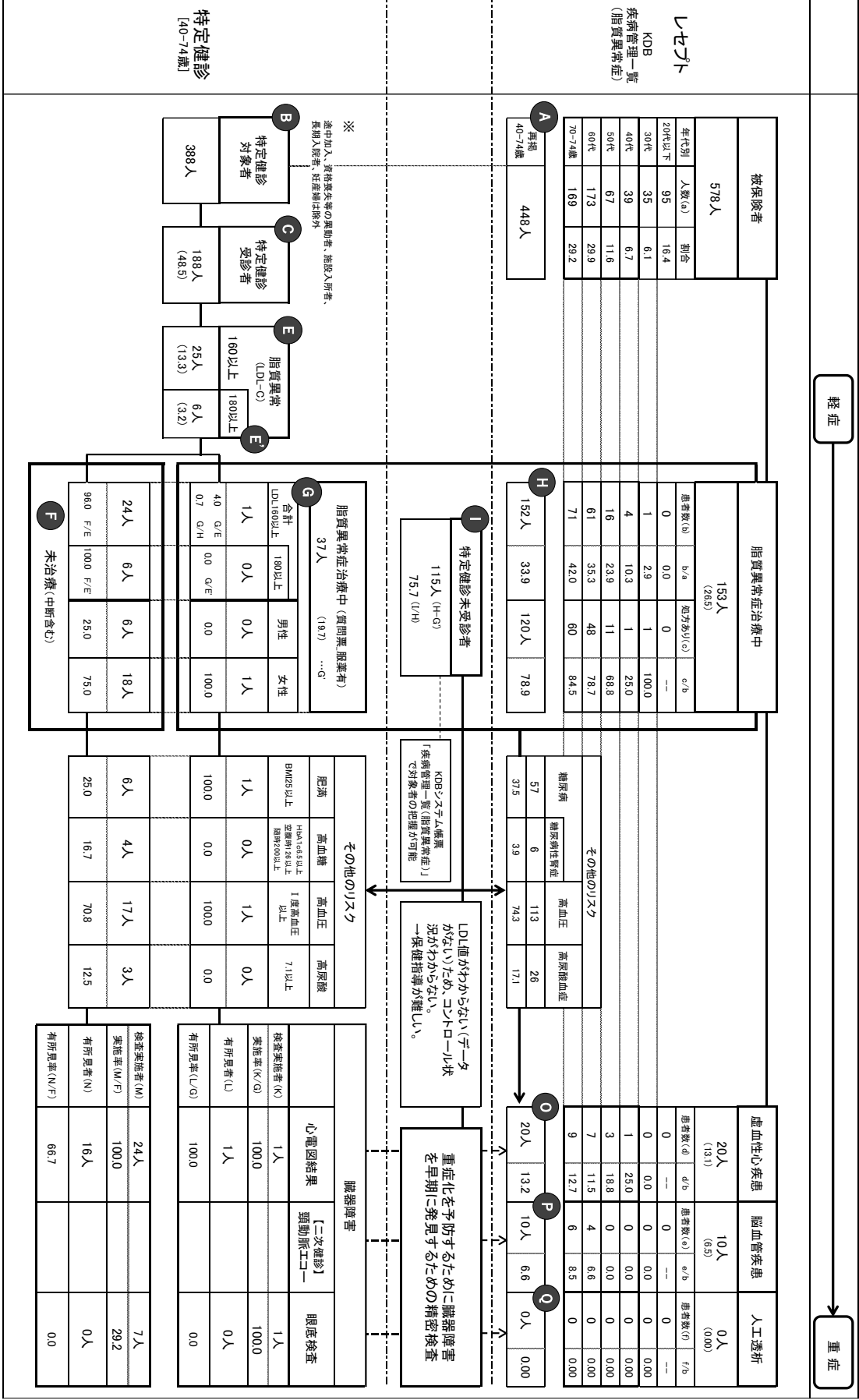
188人 (48.5)

T

特定健診
未受診者

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

令和04年度



参考資料 7

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値	糖尿病の可能性が 否定できない	糖尿病											
						合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる							
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9				7.4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	305	79	25.9%	131	43.0%	64	21.0%	21	6.9%	4	1.3%	6	2.0%	7	2.3%	4	1.3%
H30	305	77	25.2%	112	36.7%	75	24.6%	17	5.6%	14	4.6%	10	3.3%	13	4.3%	8	2.6%
R01	287	62	21.6%	112	39.0%	75	26.1%	18	6.3%	9	3.1%	11	3.8%	16	5.6%	10	3.5%
R02	266	60	22.6%	115	43.2%	61	22.9%	13	4.9%	12	4.5%	5	1.9%	10	3.8%	4	1.5%
R03	269	72	26.8%	108	40.1%	59	21.9%	14	5.2%	6	2.2%	10	3.7%	13	4.8%	6	2.2%
R04	188	53	28.2%	70	37.2%	36	19.1%	16	8.5%	9	4.8%	4	2.1%	7	3.7%	3	1.6%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上												
					再)7.0以上	再掲											
						未治療	治療										
H29	305	79 25.9%	131 43.0%	64 21.0%	31	10	21										
					10.2%	32.3%	67.7%										
					10	1	9										
H30	305	77 25.2%	112 36.7%	75 24.6%	41	18	23										
					13.4%	43.9%	56.1%										
					24	5	19										
R01	287	62 21.6%	112 39.0%	75 26.1%	38	12	26										
					13.2%	31.6%	68.4%										
					20	6	14										
R02	266	60 22.6%	115 43.2%	61 22.9%	30	12	18										
					11.3%	40.0%	60.0%										
					17	3	14										
R03	269	72 26.8%	108 40.1%	59 21.9%	30	10	20										
					11.2%	33.3%	66.7%										
					16	4	12										
R04	188	53 28.2%	70 37.2%	36 19.1%	29	12	17										
					15.4%	41.4%	58.6%										
					13	2	11										
					6.9%	15.4%	84.6%										

参考資料 8

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			
		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	305	67	22.0%	36	11.8%	82	26.9%	95	31.1%	24	7.9%	1	0.3%
H30	305	74	24.3%	50	16.4%	90	29.5%	69	22.6%	20	6.6%	2	0.7%
R01	287	61	21.3%	53	18.5%	80	27.9%	72	25.1%	20	7.0%	1	0.3%
R02	267	37	13.9%	49	18.4%	69	25.8%	83	31.1%	25	9.4%	4	1.5%
R03	269	56	20.8%	38	14.1%	71	26.4%	80	29.7%	21	7.8%	3	1.1%
R04	188	30	16.0%	26	13.8%	47	25.0%	69	36.7%	14	7.4%	2	1.1%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上												
					再Ⅲ度高血圧	再掲											
						未治療	治療										
H29	305	103 33.8%	82 26.9%	95 31.1%	25	12	13										
					8.2%	48.0%	52.0%										
H30	305	124 40.7%	90 29.5%	69 22.6%	1	1	0										
					0.3%	100.0%	0.0%										
R01	287	114 39.7%	80 27.9%	72 25.1%	22	12	10										
					7.2%	54.5%	45.5%										
R02	267	86 32.2%	69 25.8%	83 31.1%	2	2	0										
					0.7%	100.0%	0.0%										
R03	269	94 34.9%	71 26.4%	80 29.7%	21	10	11										
					7.3%	47.6%	52.4%										
R04	188	56 29.8%	47 25.0%	69 36.7%	1	1	0										
					0.3%	100.0%	0.0%										
R02	267	86 32.2%	69 25.8%	83 31.1%	29	13	16										
					10.9%	44.8%	55.2%										
R03	269	94 34.9%	71 26.4%	80 29.7%	4	2	2										
					1.5%	50.0%	50.0%										
R04	188	56 29.8%	47 25.0%	69 36.7%	24	15	9										
					8.9%	62.5%	37.5%										
R04	188	56 29.8%	47 25.0%	69 36.7%	3	2	1										
					1.1%	66.7%	33.3%										
R04	188	56 29.8%	47 25.0%	69 36.7%	16	5	11										
					8.5%	31.3%	68.8%										
R04	188	56 29.8%	47 25.0%	69 36.7%	2	1	1										
					1.1%	50.0%	50.0%										

参考資料 9

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			
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F
総数	H29	305	151	49.5%	73	23.9%	49	16.1%	24	7.9%	8	2.6%
	H30	305	150	49.2%	84	27.5%	43	14.1%	24	7.9%	4	1.3%
	R01	286	141	49.3%	66	23.1%	47	16.4%	22	7.7%	10	3.5%
	R02	267	114	42.7%	78	29.2%	56	21.0%	12	4.5%	7	2.6%
	R03	269	110	40.9%	68	25.3%	53	19.7%	27	10.0%	11	4.1%
	R04	188	81	43.1%	50	26.6%	32	17.0%	19	10.1%	6	3.2%
男性	H29	149	77	51.7%	36	24.2%	22	14.8%	11	7.4%	3	2.0%
	H30	157	84	53.5%	42	26.8%	18	11.5%	13	8.3%	0	0.0%
	R01	146	82	56.2%	33	22.6%	22	15.1%	6	4.1%	3	2.1%
	R02	137	67	48.9%	43	31.4%	23	16.8%	4	2.9%	0	0.0%
	R03	143	69	48.3%	35	24.5%	27	18.9%	9	6.3%	3	2.1%
	R04	90	43	47.8%	25	27.8%	16	17.8%	6	6.7%	0	0.0%
女性	H29	156	74	47.4%	37	23.7%	27	17.3%	13	8.3%	5	3.2%
	H30	148	66	44.6%	42	28.4%	25	16.9%	11	7.4%	4	2.7%
	R01	140	59	42.1%	33	23.6%	25	17.9%	16	11.4%	7	5.0%
	R02	130	47	36.2%	35	26.9%	33	25.4%	8	6.2%	7	5.4%
	R03	126	41	32.5%	33	26.2%	26	20.6%	18	14.3%	8	6.3%
	R04	98	38	38.8%	25	25.5%	16	16.3%	13	13.3%	6	6.1%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120～139	140～159	160以上												
					再180以上	再掲											
						未治療	治療										
H29	305	151 49.5%	73 23.9%	49 16.1%	32	29	3										
					10.5%	90.6%	9.4%										
					8	7	1										
H30	305	150 49.2%	84 27.5%	43 14.1%	28	25	3										
					9.2%	89.3%	10.7%										
					4	3	1										
R01	286	141 49.3%	66 23.1%	47 16.4%	32	29	3										
					11.2%	90.6%	9.4%										
					10	9	1										
R02	267	114 42.7%	78 29.2%	56 21.0%	19	19	0										
					7.1%	100.0%	0.0%										
					7	7	0										
R03	269	110 40.9%	68 25.3%	53 19.7%	38	35	3										
					14.1%	92.1%	7.9%										
					11	10	1										
R04	188	81 43.1%	50 26.6%	32 17.0%	25	24	1										
					13.3%	96.0%	4.0%										
					6	6	0										