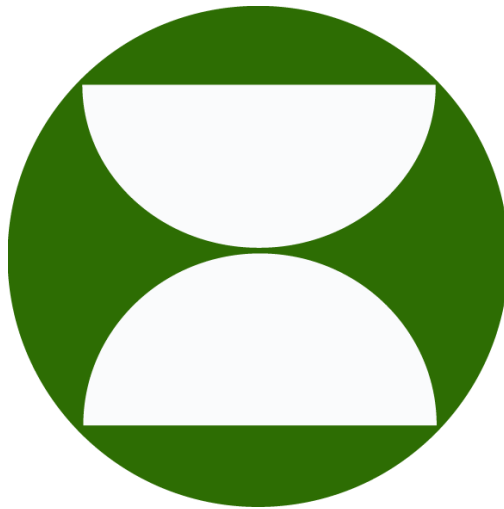


五木村国民健康保険 第 3 期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)
令和 6 年度～令和 11 年度



五 木 村

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第 1 編 国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)

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 課題解決するための個別保健事業 34

- 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. 発症予防
- IV. 受診率向上
- V. ポピュレーションアプローチ
- VI. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

第4章 計画の評価・見直し	62
---------------------	----

- 1. 評価の時期
- 2. 評価方法・体制

第5章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	63
------------------------------	----

- 1. 計画の公表・周知
- 2. 個人情報の取扱い

第2編 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	64
---------------------------------------	-----------

- 第1章 計画の概要
- 第2章 計画の目標
- 第3章 特定健診・特定保健指導の実施方法
- 第4章 個人情報の保護
- 第5章 計画の推進

参考資料	72
------------	----

第1編 第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)

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、本村では、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により、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

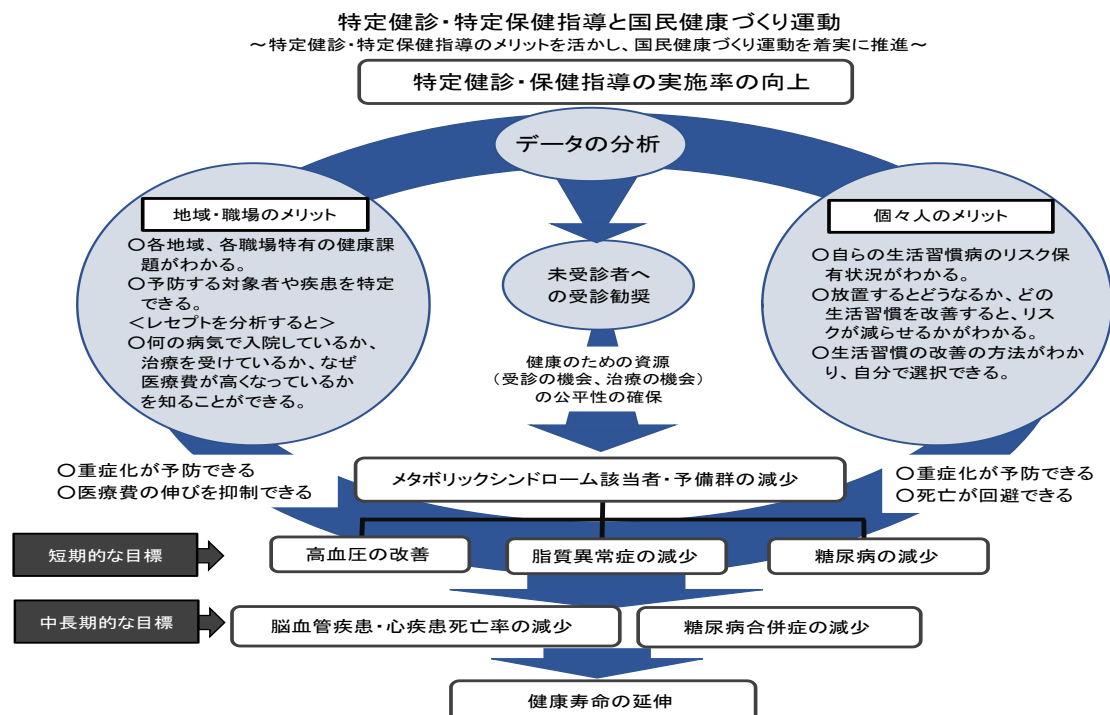
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

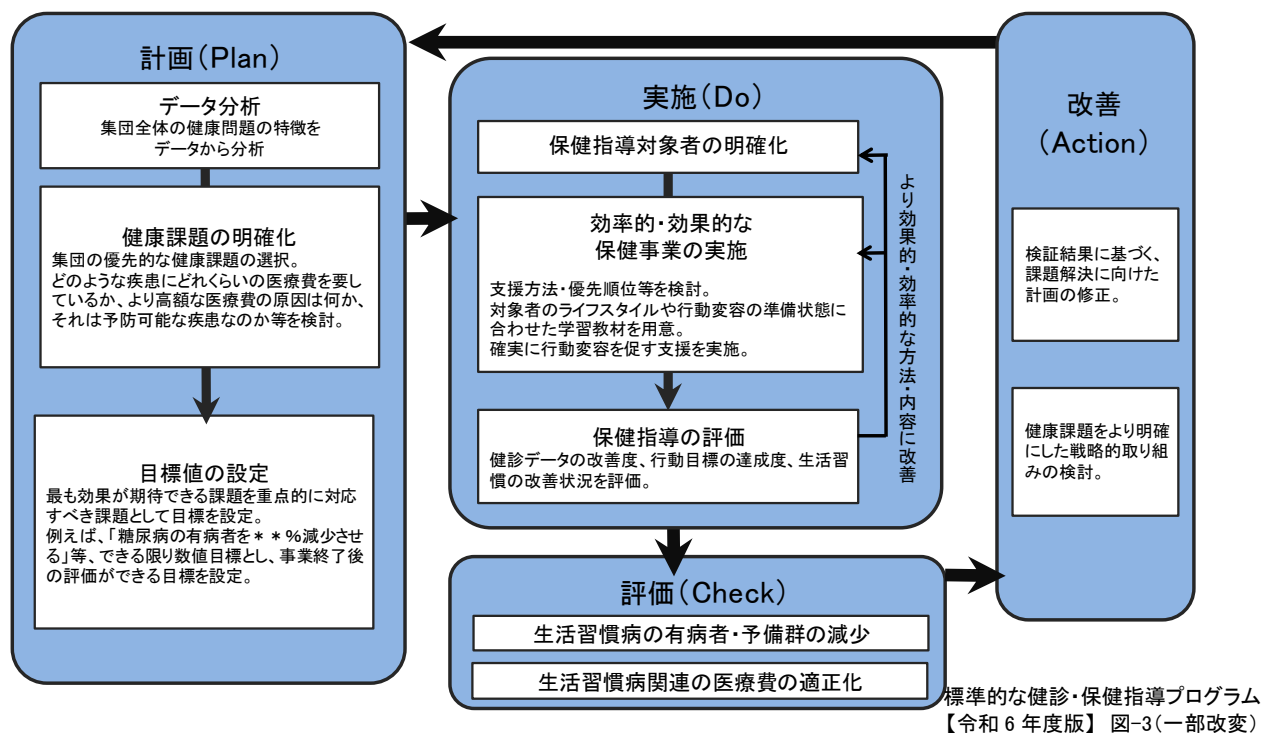
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024～2035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 つ取組の推進を通して、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	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、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 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
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生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 2生活習慣病の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 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



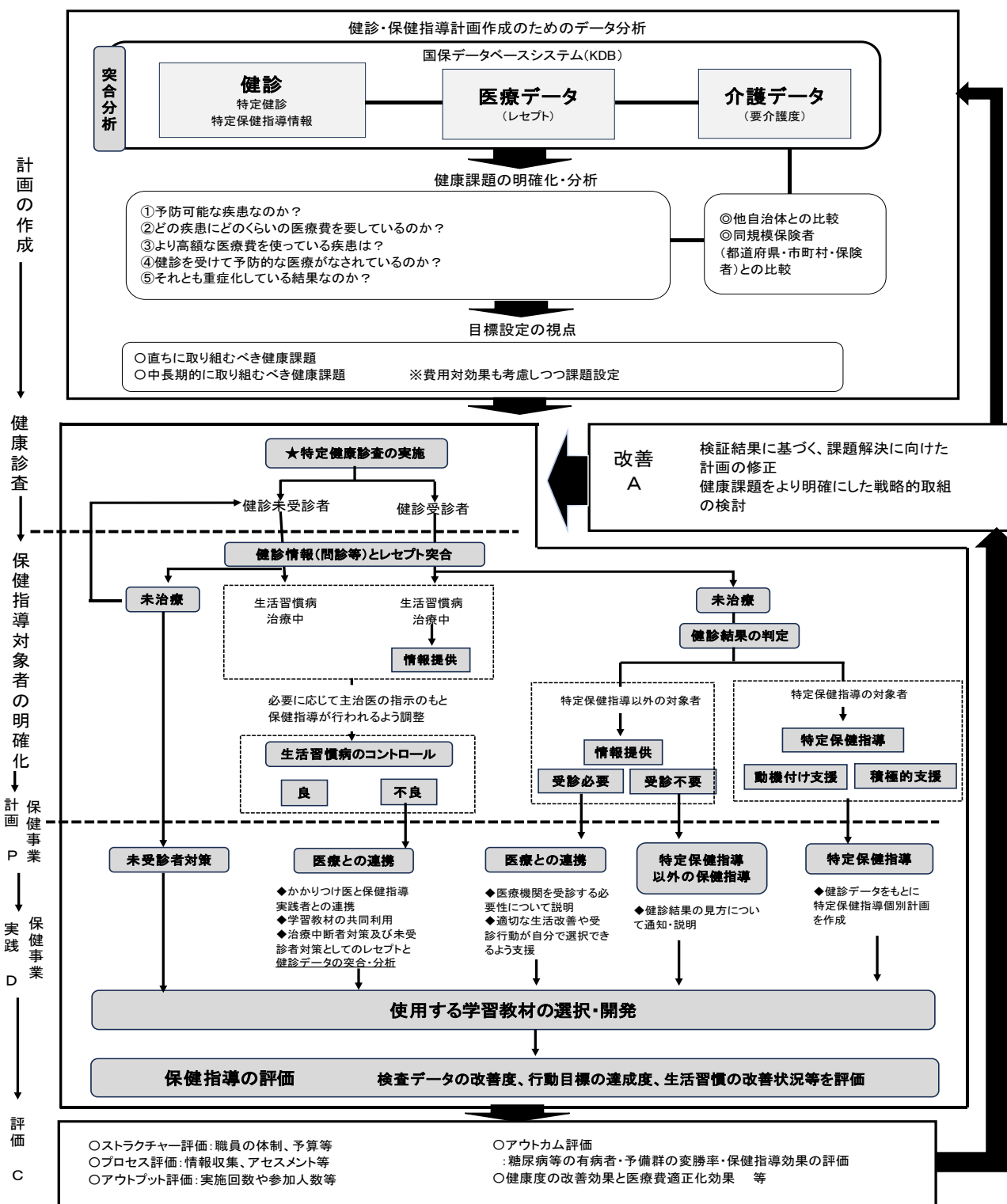
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



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

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

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

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

3. 計画期間

国民健康保険法に基づく保健事業の実施に関する指針第5の5において、計画期間は「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、これらとの整合性を踏まえて、本計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

年度	令和3年 2021	令和4年 2022	令和5年 2023	令和6年 2024	令和7年 2025	令和8年 2026	令和9年 2027	令和10年 2028	令和11年 2029
関 連 計 画 な ど	第7次熊本県保健医療計画			第8次熊本県保健医療計画					
	第4次くまもと21ヘルスプラン			第5次くまもと21ヘルスプラン					
				第3次熊本県後期高齢者医療保健事業実施計画					
	第6期五木村基本構想								
	五木村高齢者福祉計画及び 第9期介護保険事業計画					五木村高齢者福祉計画及び 第10期介護保険事業計画			
	いきいき元気むら計画（食育推進計画・自殺予防計画）								

4. 関係者が果たすべき役割と連携

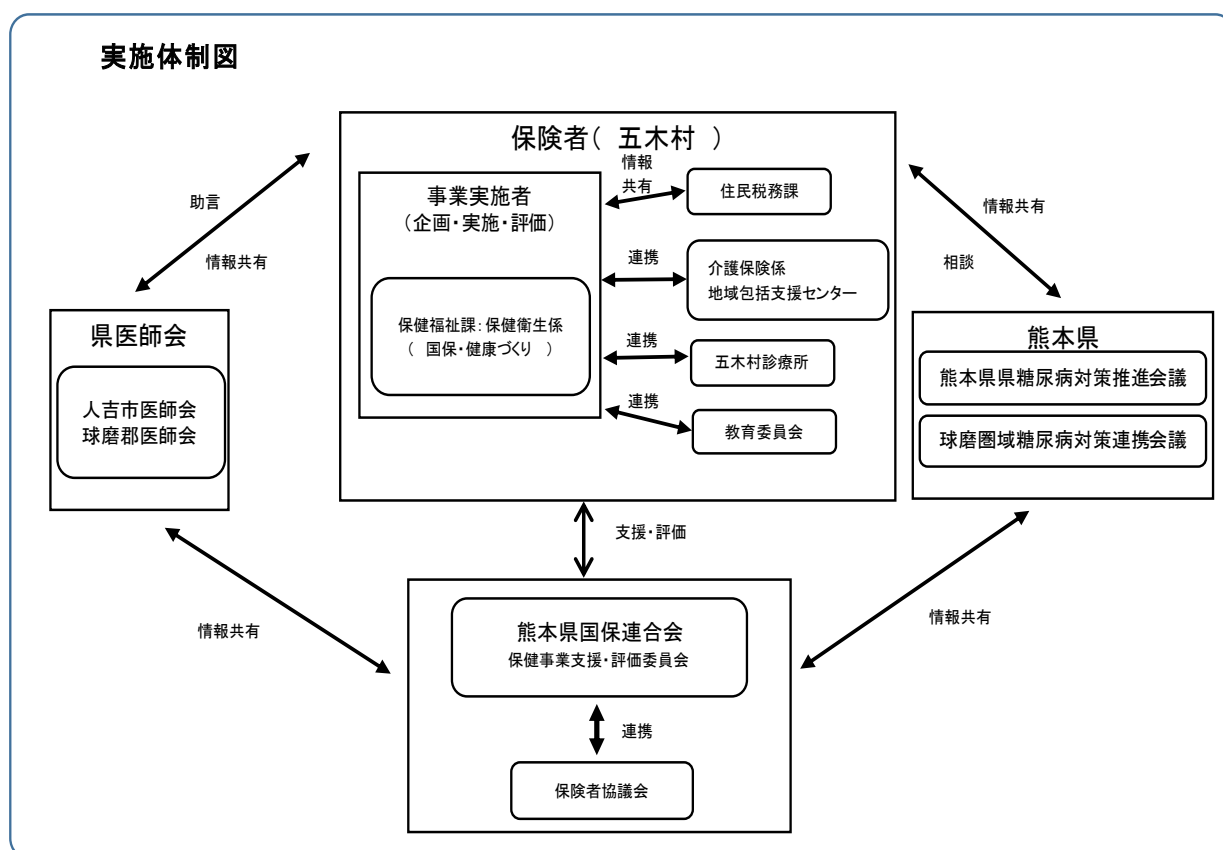
1) 市町村国保の役割

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

具体的には、保健福祉課(国保担当者・後期高齢者医療担当者・障害福祉担当者・高齢者福祉担当者・介護保険担当者・生活保護担当者)、住民税務課、教育委員会とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 五木村の実施体制図



保健福祉課は課長を含め 11 名という少ない人数で、保健から福祉・介護、医療の分野すべての業務を担当しています。また、それぞれが業務を兼務して実施していることから課職員が一丸となって業務を実施していく必要があります。

図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

保…保健師 管栄…管理栄養士 事…事務(注:支払い事務、受診券送付等) ◎…主担当 ○…副担当

	保	保	管栄	事	事 (係長)
国保事務				◎	○
健康診断	◎	○			
保健指導	○	○	◎		
がん検診	◎	○			
予防接種	◎	○			
母子保健	◎		○		
精神保健	◎	○		○	
歯科保健	◎	○			

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において関係機関との連携・協力が重要です。また、計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である熊本県、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、郡市医師会、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、五木村診療所をはじめとする地域の医療機関等の社会資源等と連携、協力していきます。

熊本県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に市町村国保の保険者機能の強化については、熊本県の関与が更に重要となります。さらに、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、人吉保健所が開催する球磨圏域保健医療連携会議等とおして医師会等との連携を推進することが重要です。

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

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、五木村の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、被保険者からの参画を得て、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	
			五木村	配点	五木村	配点	五木村	配点
交付額(万円)			70		73		69	
全国順位(1,741市町村中)			12位		10位		34位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	135	70	120	70	140	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシフト・ルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	60	40	60	40	60	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	90	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	80	90	50	45	55	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	20	50	50	50	40	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	100	100	100	100	100	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	30	30	40	30	40	40
	⑤	第三者求償の取組	28	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	80	95	79	100	68	100
合計点			828	1,000	809	960	763	940

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本村は急峻な山岳地帯に位置し、平地が少なく集落や家々が点在しています。そのため公共交通機関は村内を貫く2経路しかなく本数もあまりありません。移動手段としては自家用車がかかせない状況です。しかし、高齢者の通院などの村内移動にはコミュニティバスが利用されています。

村の主な中心産業は第3次産業が55.8%と高く、就業人口として男性は林業や建設業、女性は医療福祉、林業、卸売業・小売業が多くなっています。(図表9)

本村の高齢化率は国勢調査結果からも年々上昇し、令和2年度国勢調査で48.2%と県下でも一番高い状況です。その中でも75歳以上の後期高齢者が占める割合は28.6%にも上り超高齢した村です。

国民健康保険の状況においても被保険者数は横ばいですが、加入率は増加傾向にあります。これは、外国からの実習生の方が短期的に交互に国保加入していることが影響しているのと、39歳以下の割合が増えていることから考えられます。65歳～74歳の前期高齢者が57.6%と国保被保険者の半数以上を占めており、国や県と比較し格段に高くなっています。更に40歳～64歳の壮年期の割合は6.7%も減少し23.7%と国や県と比較しても低くなっており、今後も被保険者の高齢化が進んでいくことが考えられます。(図表10)健診・レセプト分析では、このことを念頭において分析し、予防可能な生活習慣病の発症及び重症化予防に努める必要があります。

医療機関の状況は、村内の中心部に1か所、村営診療所があり、人吉市内の基幹病院を指定管理機関として医科は総合診療科、内科・外科・代謝内科の専門医が交替で診療し、往診のみでなく訪問看護も実施しています。また、歯科も併設しています。村営ということもあり情報連携は取りやすい状況になっています。その他に人吉市の医療機関や地域によっては八代圏域の医療機関にも受診しています。

入院患者数は、当村は入院できる施設から遠いことから、社会的入院もあるため同規模と比較して高い傾向にあります。また外来患者数は診療所の診療科が充実していることや、村内に診療所があるため定期受診しやすいことから入院と同様に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・国と比較した五木村の特性

	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
五木村	927	48.1	236 (25.5)	58.3	2.2	16.2	0.2	23.9	20.3	55.8
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、五木村と同規模保険者(274市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	227		242		242		238		236	
65～74歳	132	58.1	139	57.4	150	62.0	147	61.8	136	57.6
40～64歳	69	30.4	67	27.7	70	28.9	67	28.2	56	23.7
39歳以下	26	11.5	36	14.9	22	9.1	24	10.1	44	18.6
加入率	21.5		22.9		22.9		22.6		25.5	

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	1	4.4	1	4.1	1	4.1	1	4.2	1	4.2	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	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3.3	14.1
外来患者数	969.5		953.9		877.0		893.0		864.5		653.6	
入院患者数	28.4		40.8		29.0		27.2		30.5		22.9	

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死亡の状況

本村の中長期目標疾患の標準化死亡比は、脳血管疾患については、各年度、男女ともに全国・県より死亡率は高い状況ではありますが、本村だけでみれば H20～H24 年度と比較して H25～H29 は男女ともに減少しています。腎不全については、女性の死亡率が 100 を超えています。さらに総死亡で見ると女性より、男性が高くなっています。(図表 12 参照)

図表 12 医療の状況(被保険者千人あたり)

標準化死亡比の比較

	年度	総死亡	脳血管疾患		心疾患		腎不全
			脳出血	脳梗塞	急性心筋梗塞	心不全	
男性	五木村	H20～H24	126.8	...	265.0	...	...
		H25～H29	96.9	100.0	106.6	50.0	70.4
	熊本県	H25～H29	94.9	95.3	90.4	53.6	59.5
女性	五木村	H20～H24	97.1	...	120.5	...	...
		H25～H29	93.4	96.7	86.8	52.4	81.5
	熊本県	H25～H29	94.5	87.6	82.3	59.5	85.8

出典：人口動態特殊報告

②介護給付費の状況

本村の令和4年度の要介護認定者は、1号(65歳以上)被保険者で84人(認定率18.8%)と同規模・県・国と比較すると低く、H30年度と比べても横ばいで推移しています。(図表13)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定率が3%程度増加しており、介護給付費は、約1億6600万円から約1億7200万円に伸びています。(図表14)

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、65～74歳は虚血性心疾患と腎不全、75歳以上は脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており(図表15)、更には新規申請者の22%は認知症が原因疾患となっています。(図表16)

基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表15)

図表 13 要介護認定者(率)の状況

	五木村				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	485人	46.0%	446人	48.1%	41.4%	31.6%	28.7%
2号認定者					0.38%	0.35%	0.38%
新規認定者					--	--	--
1号認定者	92人	19.0%	84人	18.8%	19.9%	20.2%	19.4%
新規認定者	14人		12人		--	--	--
65～74歳	10人	5.2%	4人	2.2%	--	--	--
新規認定者			1人		--	--	--
75歳以上	82人	27.9%	80人	30.1%	--	--	--
新規認定者	14人		11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 14 介護給付費の変化

	五木村		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	1億6635万円	1億7244万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	342,982	386,647	323,222	310,858	290,668
1件あたり給付費(円)全体	107,668	110,541	80,543	62,823	59,662
居宅サービス	66,189	64,788	42,864	42,088	41,272
施設サービス	296,707	309,225	288,059	303,857	296,364

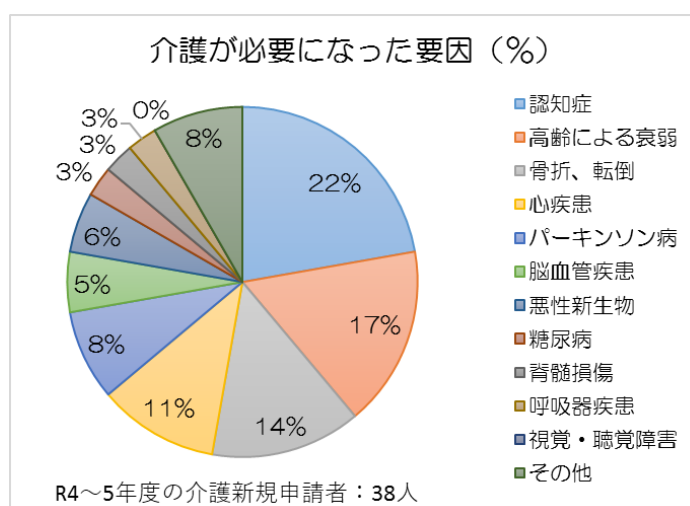
出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 15 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		4		80		84		84	
再)国保・後期				0		3		68		71		71	
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
	血管 疾患	循環器 疾患	1	脳卒中	0 --	虚血性 心疾患	1 33.3%	脳卒中	21 30.9%	脳卒中	21 29.6%	脳卒中	21 29.6%
			2	虚血性 心疾患	0 --	腎不全	1 33.3%	虚血性 心疾患	19 27.9%	虚血性 心疾患	20 28.2%	虚血性 心疾患	20 28.2%
			3	腎不全	0 --	脳卒中	0 0.0%	腎不全	16 23.5%	腎不全	17 23.9%	腎不全	17 23.9%
	合併症	4	糖尿病 合併症	0 --	糖尿病 合併症	0 0.0%	糖尿病 合併症	4 5.9%	糖尿病 合併症	4 5.6%	糖尿病 合併症	4 5.6%	
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		0 --	基礎疾患	2 66.7%	基礎疾患	65 95.6%	基礎疾患	67 94.4%	基礎疾患	67 94.4%
	血管疾患合計				0 --	合計	2 66.7%	合計	66 97.1%	合計	68 95.8%	合計	68 95.8%
	認知症			認知症	0 --	認知症	2 66.7%	認知症	41 60.3%	認知症	43 60.6%	認知症	43 60.6%
	筋・骨格疾患			筋骨格系	0 --	筋骨格系	3 100.0%	筋骨格系	65 95.6%	筋骨格系	68 95.8%	筋骨格系	68 95.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 16 介護保険の新規申請者が介護に認定された要



出典：五木村調べ

③医療費の状況

本村の総医療費は H30 年度と比べて 747 万円減少しており、一人あたり医療費も、H30 年度と比べて約 4 万 9 千円減少しています。しかし、同規模保険者と比べると約 4 万 5 千円も高く、まだまだ医療費が高い状態です。また 1 件あたりの入院医療費は H30 年度と比較して約 9 万 4 千円減少していますが、入院医療費は全体のレセプトのわずか 3%程度にも関わらず、医療費全体の約 49%を占めています。受診率が同規模保険者と比べると高いことから慢性疾患などの長期治療が必要な方が多いと考えられます。(図表 17)

年齢調整をした地域差指数をみると、入院・外来ともに H30 年度と比べて下回っています。また、令和 3 年度は国保加入者・後期高齢者医療ともに入院は1を上回っているものの、外来が下回っている影響のため全体も1を下回っています。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 18)

図表 17 医療費の推移

		五木村		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)		227人	236人	--	--	--
	前期高齢者割合	132人 (58.1%)	136人 (57.6%)	--		
総医療費		1億0498万円	9751万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		462,466 県内6位 同規模26位	413,169 県内26位 同規模89位	367,527	407,772	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	620,670	526,510	588,220	574,060	617,950
	費用の割合	49.1	48.6	44.9	45.5	39.6
	件数の割合	2.8	3.4	3.4	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	18,890	19,650	25,290	23,430	24,220
	費用の割合	50.9	51.4	55.1	54.5	60.4
	件数の割合	97.2	96.6	96.6	96.7	97.5
受診率		997.945	894.951	676.49	795.102	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は五木村と同規模保険者274市町村の平均値を表す

図表 18 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		
		五木村 (県内市町村中)		県 (47県中)	五木村 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	1.175	0.957	1.125	1.022	0.979	1.132
		(10位)	(43位)	(8位)	(32位)	(35位)	(7位)
	入院	1.434	1.056	1.291	1.140	1.099	1.282
		(9位)	(40位)	(8位)	(30位)	(35位)	(5位)
	外来	1.014	0.885	1.025	0.907	0.872	0.982
		(24位)	(42位)	(14位)	(31位)	(33位)	(21位)

出典：地域差分析(厚労省)

④中長期目標疾患の医療費の変化

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

また、狭心症・心筋梗塞は H30 年度と比較すると減少はしているものの同規模保険者と比べると高い状況です。(図表 19)

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、虚血性心疾患・腎不全・脳血管疾患ともにわずかですが減少していました。また、再掲で 40～64 歳を見てみると中長期目標疾患のすべてが増加していますが、治療者数は増加していません。

今後も引き続き、中長期目標疾患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 20)

図表 19 中長期目標疾患の医療費の推移

			五木村		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)			1億0498万円	9751万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			772万円	307万円	--	--	--
			7.35%	3.15%	7.24%	8.69%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	0.07%	↑ 0.24%	2.12%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	6.52%	2.78%	1.46%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	0.00%	0.00%	3.29%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.76%	0.13%	0.37%	0.26%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		12.38%	12.00%	17.57%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		7.93%	14.07%	9.33%	8.56%	8.68%
	精神疾患		6.93%	2.19%	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。

注) 人工透析については、他保険者からの転入。

図表 20 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	227	236	a	16	15	19	19	2	1
				a/A	7.0%	6.4%	8.4%	8.1%	0.9%	0.4%
40歳以上	B	201	192	b	16	15	19	19	2	1
	B/A	88.5%	81.4%	b/B	8.0%	7.8%	9.5%	9.9%	1.0%	0.5%
再掲	40～64歳	C	69	c	3	3	2	2	1	1
		C/A	30.4%	23.7%	c/C	4.3%	5.4%	2.9%	3.6%	1.4%
	65～74歳	D	132	d	13	12	17	17	1	0
		D/A	58.1%	57.6%	d/D	9.8%	8.8%	12.9%	12.5%	0.8%

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 期的な目標疾患の患者数と合併症の状況(図表 21～23)

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療者を見ると、65歳～74歳の治療者は減っていますが、高血圧については被保険者の6割が治療している状況です。しかし、40歳～64歳の治療者の割合は高血圧・糖尿病・脂質異常症ともに増加しています。特に糖尿病の割合の増加が著しく増加しています。また、高血圧・脂質異常症においては、合併症(重症化)である脳血管疾患・虚血性心疾患割合がわずかですが増えていますが、糖尿病においては合併症が減少しています。

本村では日頃から健診結果をもとに個別指導を実施していますが、若い年代の患者数が増えており発症予防にはつながっていません。今後は40歳～64歳の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を行い重症化予防につなげていくことが特に必要だと考えられます。

図表 21 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	100	101	17	18	83	83
	A/被保数	49.8%	52.6%	24.6%	32.1%	62.9%	61.0%
(中長期併発目標疾患)	脳血管疾患	B	9	2	2	7	8
		B/A	9.0%	11.8%	11.1%	8.4%	9.6%
	虚血性心疾患	C	16	1	2	15	15
		C/A	16.0%	5.9%	11.1%	18.1%	18.1%
	人工透析	D	2	1	1	1	0
		D/A	2.0%	5.9%	5.6%	1.2%	0.0%

出典: KDBシステム_ 疾病管理一覧(高血圧症)
地域の全体像の把握

図表 22 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	45	48	9	16	36	32
	A/被保数	22.4%	25.0%	13.0%	28.6%	27.3%	23.5%
(中長期併発目標疾患)	脳血管疾患	B	7	1	1	6	2
		B/A	15.6%	11.1%	6.3%	16.7%	6.3%
	虚血性心疾患	C	10	0	0	10	9
		C/A	22.2%	0.0%	0.0%	27.8%	28.1%
	人工透析	D	1	1	1	0	0
		D/A	2.2%	11.1%	6.3%	0.0%	0.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	15	3	4	12	11
		E/A	33.3%	33.3%	25.0%	33.3%	34.4%
	糖尿病性網膜症	F	7	2	1	5	4
		F/A	15.6%	22.2%	6.3%	13.9%	12.5%
	糖尿病性神経障害	G	1	1	1	0	2
		G/A	2.2%	11.1%	6.3%	0.0%	6.3%

出典: KDBシステム_ 疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握

図表 23 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	89	87	22	22	67	65
	A/被保数	44.3%	45.3%	31.9%	39.3%	50.8%	47.8%
(中長期併発目標疾患)	脳血管疾患	B	8	1	2	7	7
		B/A	9.0%	4.5%	9.1%	10.4%	10.8%
	虚血性心疾患	C	15	1	2	14	13
		C/A	16.9%	4.5%	9.1%	20.9%	20.0%
	人工透析	D	2	1	1	1	0
		D/A	2.2%	4.5%	4.5%	1.5%	0.0%

出典: KDBシステム_ 疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

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度高血圧者を H30 年度と R03 年度で比較したところ、有所見者の割合が伸びていますが、同規模市町村と比較すると割合は低い状況です。

また、HbA1c7.0 以上糖尿病においては、Ⅱ度高血圧者と同様に H30 年度と R03 年度の比較で有所見者の割合が伸びています。更に、同規模市町村と有所見者割合を比較すると当村が高く、R03 年度では 3.3%高くなっています。HbA1c7.0 以上の方は、ほとんどが治療中であるため、医療機関との連携が必要です。未治療者について、健診後に医療につながったかレセプトと突合したところ、ほとんどの方が受診されており、受診勧奨の結果につながっています。(図表 24)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は増加してきており、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 24 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧 Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4～R4.3)			
	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	I	I/K	J	J/K
五木村	148	82.7%	154	80.6%	3	2.0%	2	66.7%	6	3.9%	2	33.3%	1	16.7%	0	0.0%
同規模8(平均)	25,420	56.0%	22,990	54.5%	1,484	5.8%	794	53.5%	1,520	6.6%	803	52.8%	487	32.0%	85	5.6%

	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		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4～R4.3)			
	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	O	O/P	Q	Q/R
五木村	148	100.0%	154	100.0%	10	6.8%	0	0.0%	13	8.4%	2	15.4%	0	0.0%	0	0.0%
同規模8(平均)	25,090	98.7%	22,642	98.5%	1,261	4.9%	286	22.7%	1,252	5.6%	250	20.0%	83	6.6%	41	3.3%

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、7ポイントも伸びており、その中でも 3 項目すべての危険因子が重なっている割合が、7ポイント増加しています。(図表 25)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160 以上の有所見割合を見ると、いずれも微増していますが、翌年度の結果を見るとⅡ度高血圧以上、LDL-C160 以上の改善率は上がっています。一方で、糖尿病の改善率は低下しており、さらに翌年度の健診未受診者の割合も増加しています。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、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行うと共に、重症化予防対象者の健診未受診者対策も行っていきます。(図表 26～28)

更に、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上の年次比では、年々少しずつ比率が伸びてきているので重症化予防とともに発症予防対策も行っていく必要があります。(図表 29～31)

図表 25 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	148 (82.7%)	38 (25.7%)	8 (5.4%)	30 (20.3%)	17 (11.5%)
R04年度	134 (75.7%)	44 (32.8%)	↑ 17 (12.7%)	27 (20.1%)	22 (16.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 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	15 (10.1%)	5 (33.3%)	5 (33.3%)	3 (20.0%)	2 (13.3%)
R03→R04	↑ 21 (13.6%)	5 (23.8%)	13 (61.9%)	0 (0.0%)	3 (14.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 27 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	3 (2.0%)	0 (0.0%)	2 (66.7%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)
R03→R04	↑ 6 (3.9%)	3 (50.0%)	2 (33.3%)	0 (0.0%)	1 (16.7%)

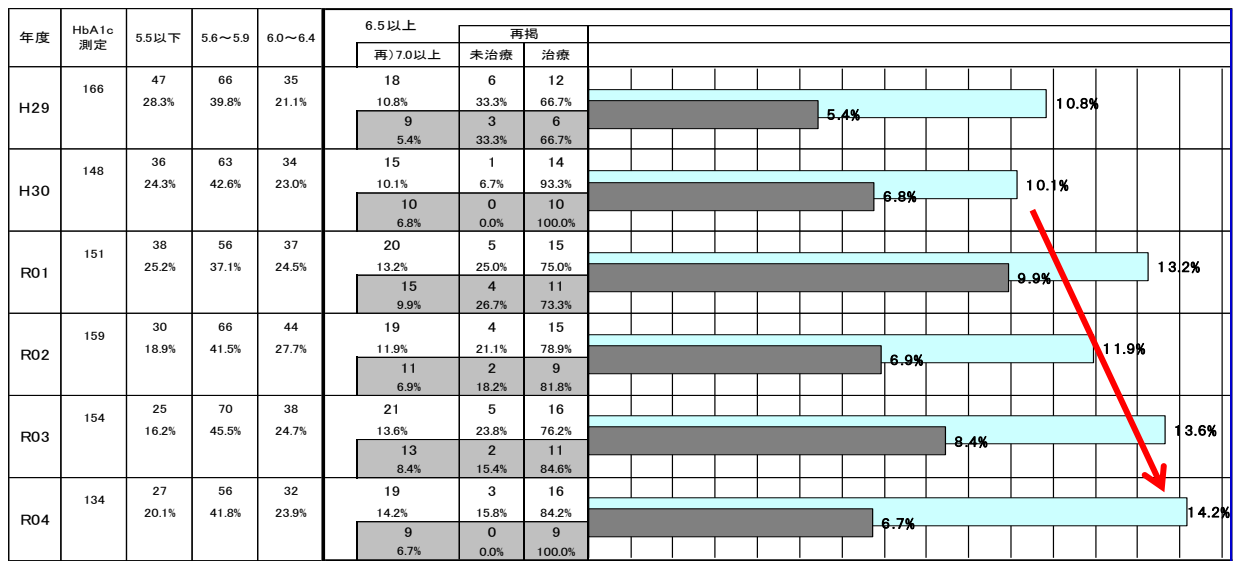
出典：ヘルスサポートラボツール

図表 28 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

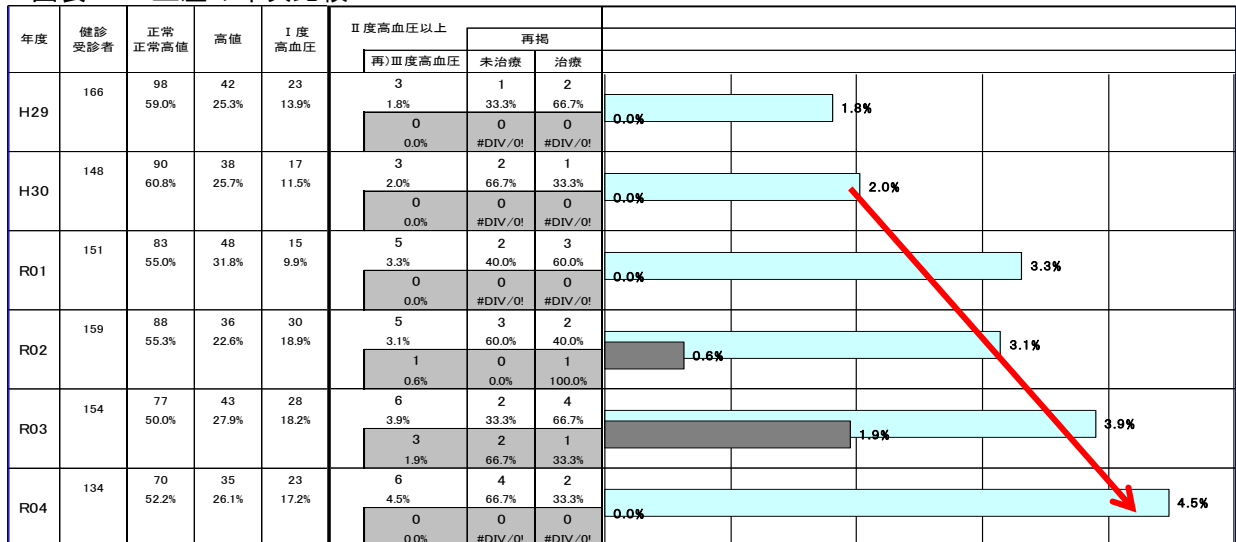
年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	15 (10.1%)	7 (46.7%)	2 (13.3%)	1 (6.7%)	5 (33.3%)
R03→R04	↑ 17 (11.0%)	10 (58.8%)	5 (29.4%)	0 (0.0%)	2 (11.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

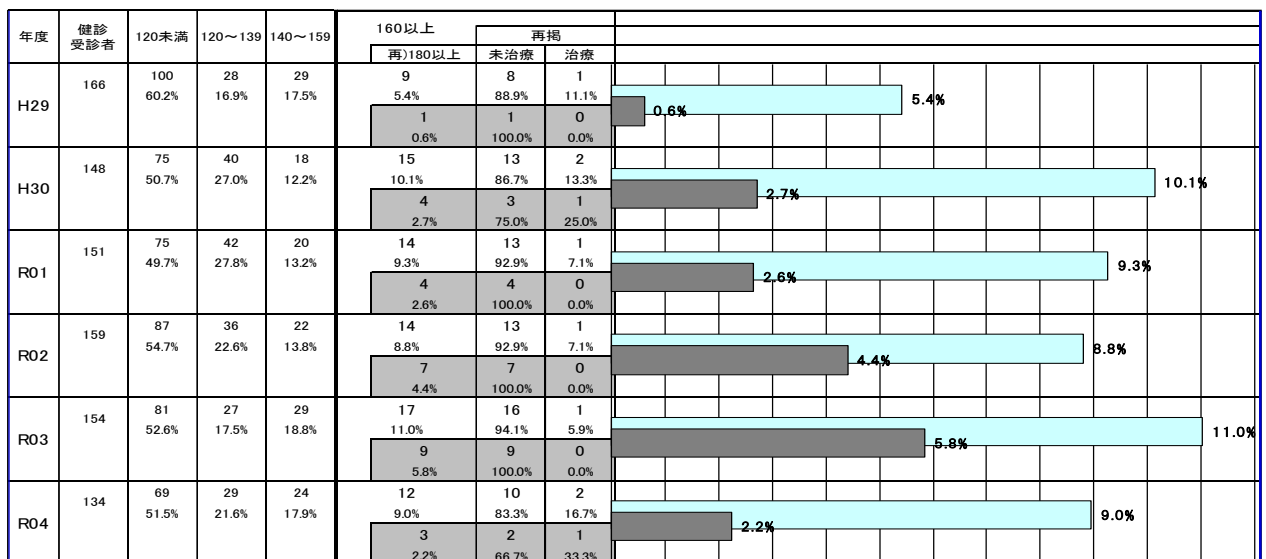
図表 29 HbA1cの年次比



図表 30 血圧の年次比較



図表 31 LDL の年次比較



出典:ヘルスサポートラボツール

④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、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていますが令和4年度にはほぼ横ばいだった受診率が僅かに減少しました。(図表 32)

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に35歳からの若年者向けの健診も実施しています。その結果、40歳代の健診受診率は伸びていますが、50歳代の受診率は低下しています。(図表 33・34)

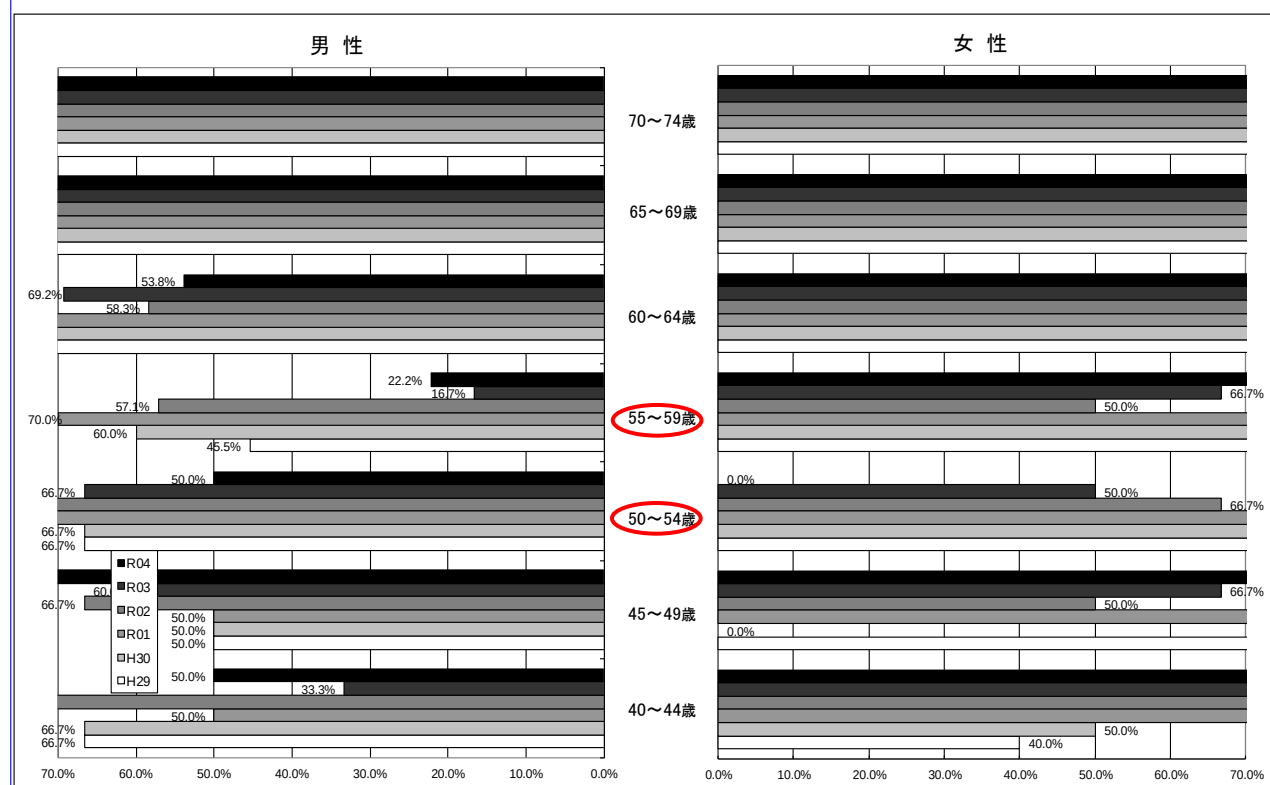
特定保健指導については、R01年度から R3 年度は大きく実施率が下がっていますが、これは保健指導を実施する職員体制が減少したことによるためであり、体制が整った R4 年度からは H31 年度と同等に実施できています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 32 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	140	137	148	150	133	健診受診率 60%
	受診率	78.2%	77.4%	78.3%	78.5%	75.6%	
特定保健指導	該当者数	16	18	21	16	17	特定保健指導実施率 60%
	割合	11.4%	13.1%	14.2%	10.7%	12.8%	
	実施者数	15	11	10	11	16	
	実施率	93.8%	61.1%	47.6%	68.8%	94.1%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 33 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

図表 34 6年間の年代別受診率の伸び率

	総 数							男 性							女 性						
	H29			R04			伸び率	H29			R04			伸び率	H29			R04			伸び率
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	
総数	199	166	83.4%	176	134	76.1%	-7.3%	102	80	78.4%	87	63	72.4%	-6.0%	97	86	88.7%	89	71	79.8%	-8.9%
40代	11	7	63.6%	9	8	88.9%	↑25.3%	5	3	60.0%	4	3	75.0%	↑15.0%	6	4	66.7%	5	5	100.0%	↑33.3%
50代	26	20	76.9%	19	9	47.4%	-29.6%	17	9	52.9%	11	3	27.3%	-25.7%	9	11	122.2%	8	6	75.0%	-47.2%
60代	88	75	85.2%	64	51	79.7%	-5.5%	41	36	87.8%	30	24	80.0%	-7.8%	47	39	83.0%	34	27	79.4%	-3.6%
70代	74	64	86.5%	84	66	78.6%	-7.9%	39	32	82.1%	42	33	78.6%	-3.5%	35	32	91.4%	42	33	78.6%	-12.9%
再)40～64歳	61	48	78.7%	51	32	62.7%	-15.9%	32	20	62.5%	28	13	46.4%	-16.1%	29	28	96.6%	23	19	82.6%	-13.9%
再)65～74歳	138	118	85.5%	125	102	81.6%	-3.9%	70	60	85.7%	59	50	84.7%	-1.0%	68	58	85.3%	66	52	78.8%	-6.5%

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

本村の健診データをみると糖尿病型の割合は増加傾向にあります。それに伴い未治療・中断者も H30 年度と比較すると増加し、糖尿病治療者の割合も減少しています。治療につながっていないことがうかがわれます。また、治療中のコントロール不良者は減少してはいるものの、コントロール良好者の割合よりコントロール不良者の割合の方がまだ上回っています。

レセプトデータからは、糖尿病性腎症の割合は減少しているものの、インスリン治療者が増加しており、今後、糖尿病治療者が重症化していくことが考えられます。

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、R3 年度 57%と減少していましたが、R4 年度は 8 割の方に保健指導が実施できています。また、HbA1c8%以上の状況としては、毎年健診受診者の約 2 割を占めており、ほとんどの方に保健指導を行い治療につなげることができています。(図表 35)

今後も糖尿病管理台帳を整備し、保健指導を実施する体制を強化し、治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援をおこないます。さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を行っていきます。(図表 36)

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

図表 35 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		五木村									
		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
健診データ	受診者数	140人		137人		148人		150人		133人	
	糖尿病型	20人	13.5%	27人	17.9%	28人	17.6%	26人	16.9%	27人	20.1%
	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	2人	10.0%	6人	22.2%	7人	25.0%	5人	19.2%	5人	18.5%
	治療中(質問票 服薬あり)	18人	90.0%	21人	77.8%	21人	75.0%	21人	80.8%	22人	81.5%
	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	12人	66.7%	13人	61.9%	10人	47.6%	12人	57.1%	12人	54.5%
	血圧 130/80以上	3人	25.0%	4人	30.8%	3人	30.0%	4人	33.3%	6人	50.0%
	肥満 BMI25以上	4人	33.3%	7人	53.8%	6人	60.0%	8人	66.7%	8人	66.7%
	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	6人	33.3%	8人	38.1%	11人	52.4%	9人	42.9%	10人	45.5%
レセプト	糖尿病受療率(被保険千対)	153.5人		151.8人		140.5人		107.1人		130.1人	
	(再掲)40-74歳(被保険千対)	174.9人		170.0人		162.7人		120.5人		164.3人	
	レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険千対	入院外(件数)		221件 (1099.5)		230件 (1116.5)		241件 (1095.5)		239件 (1116.8)	
		入院(件数)		0件		0件		0件		0件	
	糖尿病治療中	39人	15.4%	34人	15.2%	34人	14.0%	27人	10.7%	35人	13.0%
	(再掲)40-74歳	39人	17.5%	34人	17.0%	34人	16.3%	27人	12.1%	35人	16.4%
	健診未受診者	21人	53.8%	16人	47.1%	13人	38.2%	6人	22.2%	13人	37.1%
	インスリン治療	4人	10.3%	4人	11.8%	5人	14.7%	4人	14.8%	7人	20.0%
	(再掲)40-74歳	4人	10.3%	4人	11.8%	5人	14.7%	4人	14.8%	7人	20.0%
	糖尿病性腎症	11人	28.2%	9人	26.5%	8人	23.5%	5人	18.5%	8人	22.9%
	(再掲)40-74歳	11人	28.2%	9人	26.5%	8人	23.5%	5人	18.5%	8人	22.9%
	新規透析患者数	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	(再掲)糖尿病性腎症	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 36 HbA1c6.5以上の状況(アウトカム評価)

		H 30	R 1	R 2	R 3	R 4	
健診受診者	人(a)	140	137	148	151	132	
血糖値有所見者(HbA1c6.5以上)	人(b)	15	18	18	21	17	
保健指導実施者	人(c)	5	12	13	12	13	
※2	(c/b)	33.3	66.7	72.2	57.1	76.5	(%)
血糖値有所見者(HbA1 c 8.0以上)	人(b)	3	3	4	7	2	
保健指導実施者	人(c)	2	2	3	5	2	
※2	(c/b)	66.7	66.7	75.0	71.4	100.0	(%)

※1 保健指導対象者は、途中から国保に加入した方、村外居住者は除く

出典:五木村調べ

※2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

本村では心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図検査全数実施を実施しています。国保被保険者の年齢層が高いことも影響し、令和 4 年度の心房細動有所見者率は県平均と比べて男女とも高い状況です。また、心房細動有所見者はほとんどが男性で、経過観察として毎年同じ人の名前が上がってきています。今後、ST所見で要精査・要医療以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、管理台帳を整備し、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っていく必要があります。(図表 37)

図表 37 特定健診心電図の結果からの有所見状況

		H30	R1	R2	R3	R4	R5	
健診受診者	人(a)	140	137	148	151	132	121	
血糖値有所見者(HbA1c6.5以上)	人(b)	15	18	18	21	17	18	
保健指導実施者	人(c)	5	12	13	12	13	13	
※2	(c/b)	33.3	66.7	72.2	57.1	76.5	72.2	(%)
血糖値有所見者(HbA1c8.0以上)	人(b)	3	3	4	7	2	3	
保健指導実施者	人(c)	2	2	3	5	2	3	
※2	(c/b)	66.7	66.7	75.0	71.4	100.0	100.0	(%)

※1 保健指導対象者は、途中から国保に加入した方、村外居住者は除く

※2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

出典：五木村調べ

③脳血管疾患重症化予防対策

本村では、健診結果をもとに血圧Ⅱ度以上の者には、ほとんどの方に保健指導を実施していますが、血圧Ⅱ度以上の者の割合は、少しずつ増加しています。また毎年のように未治療者もおり治療につなげることはできませんでした。血圧Ⅲ度においては、R4年度はいませんでした。(図表 38)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあります。また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。図表 39 は、血圧に基づいた脳心血管リスクを層別化(降圧薬治療者を除く)した表です。血圧Ⅱ度・血圧Ⅲ度の対象者だけではなく、高値血圧・血圧Ⅰ度の高リスクの未治療者、や中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者にも治療の必要性を理解してもらうための支援に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、今後もひきつづき血圧手帳の活用を促し、家庭血圧の測定をすすめていきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、コントロール不良の者がいるため、今後も、服薬状況の確認に加え、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

図表 38 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受信者	人(a)	140	137	148	151	134
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	2	3	4	6	6
	(b/a)(%)	1.4	2.2	2.7	4.0	4.5
県平均	(b/a)(%)					6.0
治療なし	人(d)	1	0	3	1	4
	(d/b)(%)	50.0	0.0	75.0	16.7	66.7
(再掲)	血圧Ⅲ度以上の者	人(f)	0	0	1	3
	(f/a)(%)	0.0	0.0	0.7	2.0	0.0
	治療なし	人	0	0	1	0

図表 39 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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)

(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

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

9

23.1%

B

概ね1ヵ月後に再評価

16

41.0%

C

概ね3ヵ月後に再評価

14

35.9%

※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。

(2) ポピュレーションアプローチ

当村においては、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まいりました。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五木村の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、村内15か所で保健福祉課事業説明会の場を利用して資料を作成し村民へ説明を行いました。

(3) メタボ対策事業

メタボリックシンドローム対象者に対して、ました。集団指導と個別保健指導を併用した、4回コースの健康教室を開催し生活習慣の改善を促しました。R4年は特にメタボリックシンドローム対象者55人すべてに食習慣や生活習慣に関するアンケート調査を実施し、34人から回答あり、その結果を教室に反映しました。(回収率40%) 参加者には仲間意識が芽生え、お互いが支えあいながら取組まれましたが、参加者が少なかったことから、より多くの方に参加してもらえるように、内容や時間など検討していく必要があります。

(4) 特定健診未受診者対策

追加健診を村内で実施するには受診者数が少ないことから、村内では追加健診を実施できません。そこで、保健福祉課事業説明会や、集団健診に来られた人の中でも特定健診の受診を希望しない方には、その場で健診の必要性を説明し受診勧奨を行い受診につなげました。

(5)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 40 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法
				初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	
				(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	0.1%	1.3%	0.2%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	6.5%	0.6%	2.8%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	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%	五木村調べ
	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該当者・予備群の割合の減少	1.9%	8.8%	2.6%	五木村調べ
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	2.0%	3.1%	4.5%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	10.1%	8.8%	9.0%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	10.1%	11.9%	14.2%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	該当なし	該当なし	該当なし	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	0.0%	0.0%	0.0%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	33.3%	72.2%	76.5%	
		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	78.2	78.3	75.6	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	93.8	47.6	94.1	
			特定保健指導対象者の割合の減少	11.4	14.2	12.8	
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	…	142.0	149.0	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	73.2	65.9	46.2	
			大腸がん検診受診者の増加	65.4	34.4	46.2	
			子宮がん検診受診者の増加	…	60.0	72.5	
			乳がん検診受診者の増加	…	81.8	111.7	
			5つのがん検診の平均受診率の増加		76.8	85.1	
		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	76.6%	84.6%	82.4%	厚生労働省

※5つのがん検診のH30については国保対象者では受診率を算出していません。

※改善している項目には◎を付けています。

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期計画においては、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を減らすことを目標にし、短期目標疾患である高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームの発症予防・重症化予防に取り組んできました。しかしながら、虚血性心疾患の総医療費に占める割合は減少したものの、メタボリックシンドロームの割合は増加し、高血圧と脂質異常症などの基礎疾患の重なりのある方の増加、糖尿病性腎症の割合が増加するなど、今後も重症化予防は保険者が取り組むべき重要な課題です。さらに、

保健指導の時間を確保できなかった 40 歳～64 歳の若い年代の健診結果が悪化していることから、若い年代に対する重症化予防対策は更に重要となってきます。

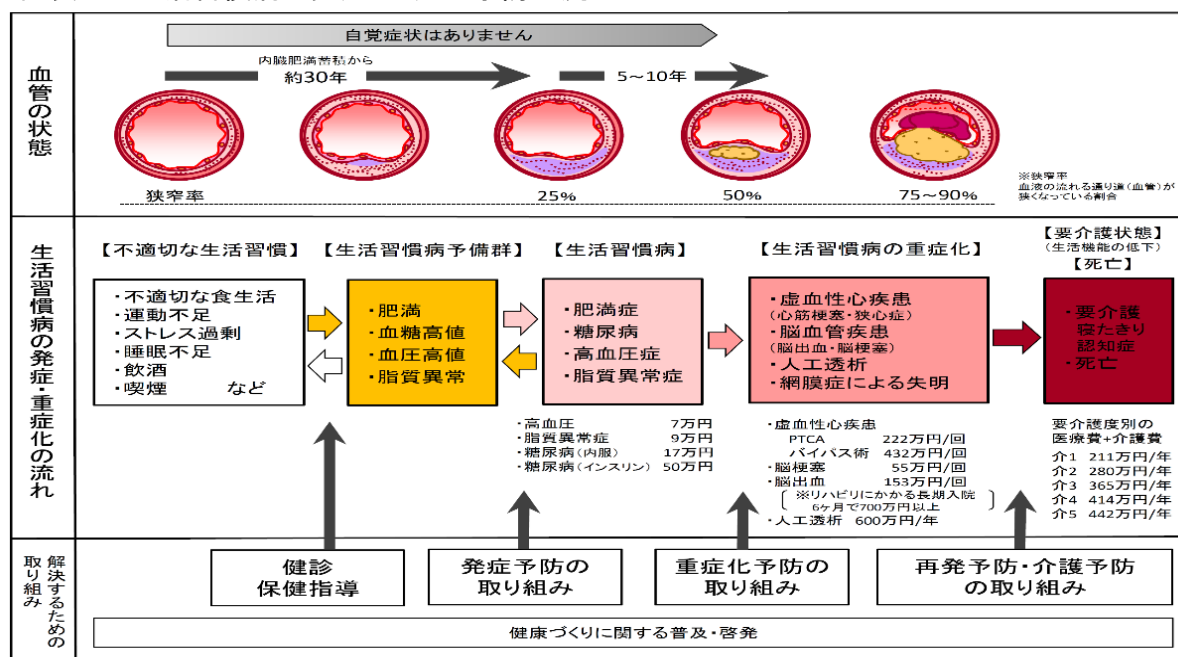
また、計画初年度から、終了年度まで、保健事業を実施するための保健師や管理栄養士の専門職の体制が確保できない状態になったため、計画していた保健事業などが予定どおり遂行できませんでした。第 3 期計画では業務を遂行するための役割分担を決めて、データ分析や本計画の対象疾患である生活習慣病やメタボリックシンドロームにしっかりと取り組んで目標が達成できるように取り組んで必要があります。

3. 第 3 期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。(図表 41)

図表 41 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

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

一方、国保では被保険者のうち、65 歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、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、五木村及び広域連合は、健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

(1)医療費分析

国保の被保険者数は数字上あまり変化していませんが、これは外国人研修生が短期的に何人も国保への加入・離脱を繰り返しているためによるものです。一人あたり医療費は令和2年度には新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年以降は増加傾向で、後期高齢者になると国保の約2倍も高い状況です。(図表42)

当村では、保健指導を「高血圧」から医療費が上昇していた「糖尿病」に重点を変えて取り組んできました。しかし、短期目標疾患の総医療費に占める割合はすべての項目において同規模町村や県平均を上回っており、特に短期的目標疾患の糖尿病及の総医療費に占める割合は、同規模と比べて約2ポイント高くなっています。しかし、腎不全の医療費に占める割合は同規模、県、国と比べて低い状況です。後期高齢者を見ると腎不全の割合が高くなっていることから保険者が後期高齢に移行したことが考えられます。

中長期目標疾患においては心疾患が上昇しており、血管が損傷してきていることが考えられことから生活習慣病を改善し重症化を予防していかななくては、今後、更に医療費が上昇することが考えられます。(図表43)

高額レセプトの推移をみると、国保は、H30年度と比較すると件数、費用額ともに減少しています。後期高齢者医療においての高額レセプトの割合は国保より低くなっています。(図表44) 疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは国保では令和2年、3年でそれぞれ1件ありますが、後期高齢においては、7件発生し、700万円余りで総費用額の1割を占めています。これは、若い頃からの高血圧治療者多いことが起因していると考えられます。(図表45)

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、若い頃から脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表44、45)

図表 42 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		227人	242人	242人	238人	236人	290人
総件数及び 総費用額	件数	2,914件	2,807件	2,658件	2,675件	↓ 2,641件	4,654件
	費用額	1億0498万円	1億1883万円	9725万円	9318万円	9751万円	2億4464万円
一人あたり医療費		46.2万円	49.1万円	40.2万円	—	↓ 41.3万円	84.4万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 43 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
				腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞								
① 国保	五木村	9751万円	33,042	0.00%	0.13%	0.24%	2.78%	7.79%	3.82%	2.33%	1667万円	17.1%	12.0%	2.19%	14.07%
	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	五木村	2億4464万円	69,677	4.10%	1.10%	6.00%	0.31%	2.92%	4.21%	0.68%	4724万円	19.3%	5.6%	3.19%	15.6%
	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 44 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	13人	10人	10人	14人	32人
	件数	B	22件	31件	20件	15件	17件	51件
		B/総件数	0.75%	1.10%	0.75%	0.56%	↓ 0.64%	1.10%
	費用額	C	3186万円	3803万円	2481万円	1977万円	2297万円	5439万円
		C/総費用	30.3%	32.0%	25.5%	21.2%	↓ 23.6%	22.2%

出典: ヘルスサポートラボツール

図表 45 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	1人	1人	0人	4人
		D/A	0.0%	0.0%	10.0%	10.0%	0.0%	12.5%
	件数	E	0件	0件	1件	1件	0件	7件
		E/B	0.0%	0.0%	5.0%	6.7%	0.0%	13.7%
	費用額	F			83万円	90万円		700万円
		F/C			3.3%	4.6%		12.9%

出典: ヘルスサポートラボツール

図表 46 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	4人	0人	0人	1人	0人
		G/A	16.7%	30.8%	0.0%	0.0%	7.1%	0.0%
	件数	H	3件	4件	0件	0件	1件	0件
		H/B	13.6%	12.9%	0.0%	0.0%	5.9%	0.0%
	費用額	I	609万円	442万円			191万円	
		I/C	19.1%	11.6%			8.3%	0.0%

出典: ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

【KDB】厚生労働省様式1-1
特定健診等データ管理システム【FKAC171

図表 48 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数			健診受診率			体格(健診結果)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	23.5	59	118	324	67.8	71.2	52.8	7.5	1.2	4.7	32.5	39.3	28.1
R04	23.2	58	142	310	55.2	69.0	56.8	3.1	4.1	6.8	37.5	40.8	30.1

図表 49 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	%	
H30	2	5.0	(1)	1	1.2	(0)	5	2.9	(1)	2	5.0	(0)	7	8.3	(0)	1	0.6	(0)	1	2.5	2	2.4	8	4.7	0	--	3	3.6	12	7.0
R04	2	6.3	(1)	3	3.1	(1)	4	2.3	(1)	4	12.5	(0)	5	5.1	(0)	1	0.6	(0)	2	6.3	1	1.0	8	4.5	1	3.1	7	7.1	11	6.3

図表 50 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-			
五木村	H30	79.7	94.9	95.7	35.6	69.5	85.2	61.9	81.7	89.5	42.9	36.6	27.5	19.0	25.6	24.3	23.1	40.3	59.9	33.3	60.0	68.4			
	R04	75.9	90.8	93.5	37.9	60.6	81.0	63.6	89.5	90.0	72.7	34.9	25.9	40.9	27.9	22.3	42.9	45.5	54.0	43.8	56.7	69.2			
県	R04	82.2	90.9	96.5	33.1	63.1	83.6	74.8	82.2	87.3	45.8	46.4	41.7	29.4	35.1	35.5	40.0	48.2	67.3	46.2	54.2	71.6			

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

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	1.7	8.5	18.2	3.4	15.3	15.7	3.4	16.9	30.2	8.5	14.4	13.0	0.0	20.0	35.6	0.0	11.1	19.6	0.0	10.0	28.6	0.0	5.9	40.5
R04	3.4	7.7	14.2	3.4	10.6	13.9	3.4	14.8	28.4	12.1	14.1	12.9	0.0	0.0	31.8	0.0	6.7	30.2	0.0	4.8	29.5	0.0	5.0	35.0

図表 52 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	75.0	88.0	40.0	67.9	3.4	7.7	4.2	16.4	0.0	44.0	40.0	77.4
R04	0.0	86.1	66.7	80.6	0.7	11.6	2.1	11.6	0.0	50.0	33.3	80.6

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化(図表 48～52)

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると(図表 47)、図表 48 の⑮体格において、すべての年代層で、BMI25 以上の率が高くなってきています。特に 40～64 歳の若い年齢層では 5 ポイントも高くなってきています。図表 49 健診有所見の状況をみると、各年代で対象人数が増えており、さらなる保健指導の徹底が課題となります。

図表 50 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況をみると、⑥短期目標疾患、⑦短期目標の疾患とする合併症において 40～74 歳では H30 年度と比較して R4 年度は高くなっています。さらに、⑥、⑦では 40～64 歳の率が高くなっており、⑥では特に糖尿病の受診率が 4 割から 7 割と高くなっています。図表 49 の⑤で 40～64 歳の HbA1c7.0 以上の未治療・中断者は 0 人となっており受診勧奨の結果が出ていることも考えられますが、血糖有所見者割合は増加していることから 40～64 歳の医療機関受診者が増加していると思われます。

また、⑧の中長期目標疾患で 40～64 歳では脳血管疾患・腎不全の率が増えていることから重症化していることも考えられますが、⑨の介護認定者では 2 号保険者は 0 人であることから介護認定までにはまだ至ってはいません。今後は特に若い世代への取り組みが重要となってきます。

(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。さらに、若い世代の疾病の発症及び合併症が増加していることから、若い世代への予防活動の充実が第 3 期では最も重要であると考えます。具体的な取組方法については、第 3 章に記載します。

3) 目標の設定

(1)成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。第3期の評価指標については、すべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表53)を設定します。

②中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が80万以上となる疾患は減少傾向で、医療費も減少してはいます。しかし、まだ同規模市町村と比較すると医療費は高い状態で、入院患者数は増加しています。そのため、有病状況の多い脳血管疾患、また、医療費が高額になる虚血性心疾患について、新規の患者数・割合を維持・減少させることを目標とします。

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

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

③短期的な目標の設定

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

特に、若い世代からの肥満が課題であることから、若い世代のメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行い短期目標疾患の発症予防に努めます。

また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、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います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、50歳代の健診受診率の向上を目指します。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2編の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2) 管理目標の設定

図表 53 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

		達成すべき目的	課題を解決するための目標		実績					データの把握方法
					初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11			
							目標	数値目標	(R10)	
中長期目標		脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	新規 脳梗塞患者数	保険者データヘルス支援システム	2		減少	1		KDBシステム
			新規 脳出血患者数		0		維持	0		
			新規 虚血性心疾患患者数		5		減少	3		
			年間新規透析導入患者数		0		維持	0		
			糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数		0		維持	0		
短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	内臓脂肪症候群該当者の割合	特定健診等データ管理システム ラボツール ①保健指導実践ツール	31.8		減少	22.3		五木村
			内臓脂肪症候群予備群の割合		16.7		減少	12.4		
			血圧Ⅱ度以上者（160/100以上）の割合		4.0		減少	3.0		
			LDL180以上者の割合		2.0		減少	1.0		
			40代、50代のHbA1c6.5以上者の割合		5.9		減少	4.0		
			★HbA1C8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少		1.99		減少	1.3		
			糖尿病の未治療者（治療中断者を含む）の割合		26.09		減少	13.0		
			★特定健診受診率60%以上		特定健診等データ管理システム ※法定報告値	75.6		上昇	83.0	
	★特定保健指導実施率60%以上	94.1		上昇		98.0				
	40代、50代の健診実施（受診）率	60.7		上昇		75.0				
	★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	12.8		減少		15.0				
	内臓脂肪症候群該当者の減少率	18.2		上昇		22.0				

※分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくった者の数/昨年度の特

第3章 健康課題を解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

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

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により自分自身の生活や将来設計にも支障を及ぼしてしまうことや、高額な医療費や介護費用等がかかることで、村の社会保障に影響を及ぼすことについて、生活習慣病のメカニズムや予防対策などとともに広報誌やいつきチャンネルなどを通して広く村民へ周知し、村民自らが予防可能な生活習慣病の発症予防に関心を向け健康管理できるように努めます。

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2編の第4期五木村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、令和4年度の特定健診受診者134人のうち58人(43.3%)です。そのうち治療なし(高血圧・糖尿病・脂質異常症の3疾患で内服がないと問診で答えた者)が10人(20.4%)で、その内、臓器障害があり直ちにに取り組むべき対象者が5人(50.0%)と半数を占めることから受診勧奨に繋げるための保健指導が重要となります。また、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なる人もいるため、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。

更に、重症化予防対象者で治療中の30人(62.5%)は臓器障害があることから、治療中でも医療機関と連携した保健指導を実施していくことが重要です。

図表 54 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために－重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする－											令和04年度						
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少				虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)						
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)				虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会)			134人	75.7%				
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性 脳塞栓症 (27.7%) ラクナ 梗塞 (31.2%) アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) ※脳卒中 データバンク 2015より 非心原性脳梗塞				心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症						■各疾患の治療状況						
											治療中	治療なし					
											高血圧	67	67				
											脂質異常症	46	88				
											糖尿病	22	112				
											3疾患 いずれか	85	49				
											※照診結果による						
優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)							
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)			動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓学会)							
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動	LDL-C 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)		腎臓専門医 紹介基準対象者		重症化予防対象者 (実人数)					
該当者数	6	4.5%	7	5.2%	3	2.2%	0	0.0%	44	32.8%	12	9.0%	15	11.2%	58	43.3%	
治療なし	4	6.0%	1	2.0%	2	2.3%	0	0.0%	5	10.2%	3	2.7%	2	4.1%	10	20.4%	
(再掲) 特定保健指導	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	－	5	11.4%	0	0.0%	0	0.0%	5	8.6%	
治療中	2	3.0%	6	7.1%	1	2.2%	0	0.0%	39	45.9%	9	40.9%	13	15.3%	48	56.5%	
臓器障害 あり	3	75.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	－	3	60.0%	1	33.3%	2	100.0%	5	50.0%	
CKD(専門医対象者)	0		1		0		0		0		0		2		2		
心電図所見あり	3		1		0		0		3		1		1		4		
臓器障害 なし	1	25.0%	－		2	100.0%	0	－	2	40.0%	2	66.7%	－		－		
治療中	臓器障害 あり	1	50.0%	6	100.0%	0	0.0%	0	－	23	59.0%	7	77.8%	13	100.0%	30	62.5%
	CKD(専門医対象者)	0		3		0		0		11		2		13		13	
	心電図所見あり	1		6		0		0		20		7		10		27	
	臓器障害 なし	1	50.0%	－		1	100.0%	0	－	16	41.0%	2	22.2%	－		－	

出典:ヘルサポートラボツール

(1)各学会のガイドラインに基づく重症化予防の対象者の基準 (図表 55)

項 目	抽 出 基 準
血 圧	収縮期 160mmHg以上180mmHg未満
	拡張期 100mmHg以上110mmHg未満
糖代謝	服薬あり HbA1c7.0%以上
	服薬なし HbA1c6.5%～6.9%
腎機能	eGFR 45ml/分/1.73m 尿蛋白2+ 以上
脂質代謝	LDL 180mg/dl以上
	TG 300mg/dl以上

(2)保健指導の実施

適切な受診への働きかけを行う受診勧奨と、重症化予防のための保健指導を実施していきます。生活習慣病のリスク因子を把握し、対象者に応じた保健指導を考えていきます。その際には保健指導教材を活用して対象者がイメージしやすいように心がけます。

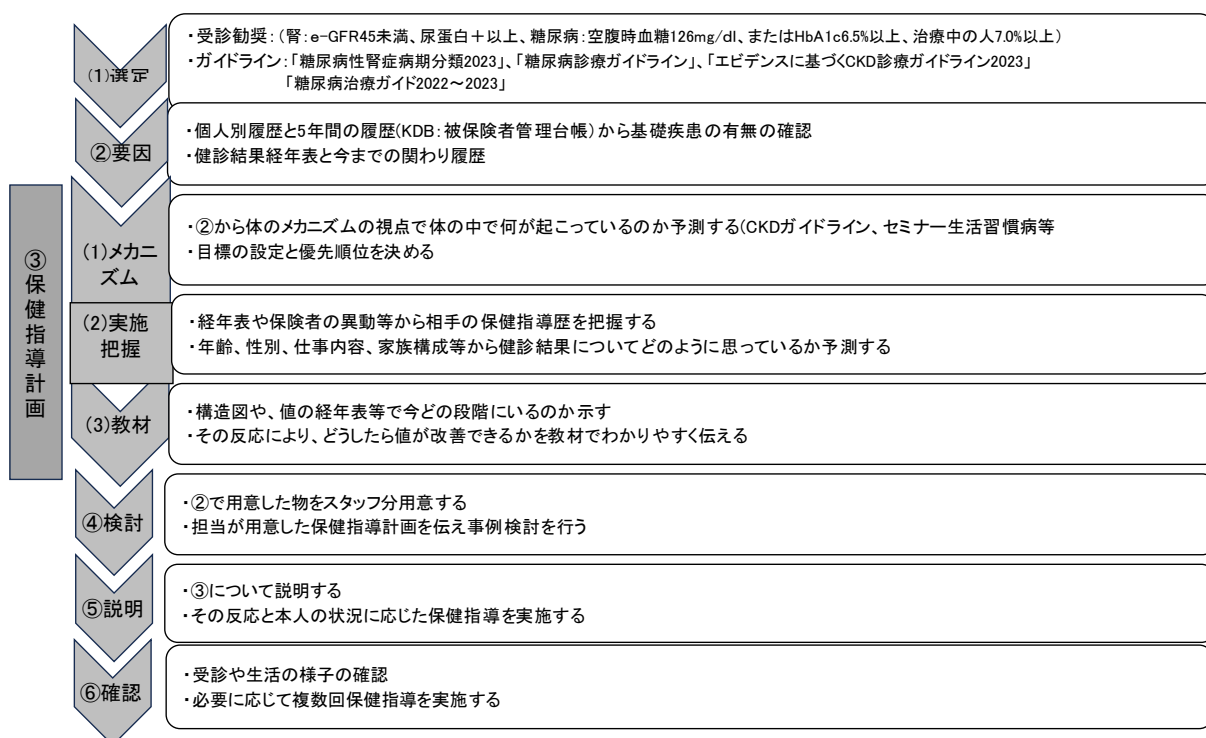
1. 糖尿病性腎症重症化予防

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

なお、取組にあたっては図表56に沿って実施します。

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

図表 56 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



1) 糖尿病性腎症重症化の実態

糖尿病が重症化した本村における人工透析の実態をみると、国保からの新規患者はなく、他保険者からの加入による患者のみです。また、糖尿病治療者における糖尿病性腎症の割合は僅かですが減少しています。(図表57)

図表 57 糖尿病性腎症重症

	40 歳以上	再掲	
		40 歳～64 歳	65 歳～74 歳
H30	15 人 (33.3%)	3 人 (33.3%)	12 人 (33.3%)
R4	15 人 (31.3%)	4 人 (25.0%)	11 人 (34.4%)

2) 対象者の明確化

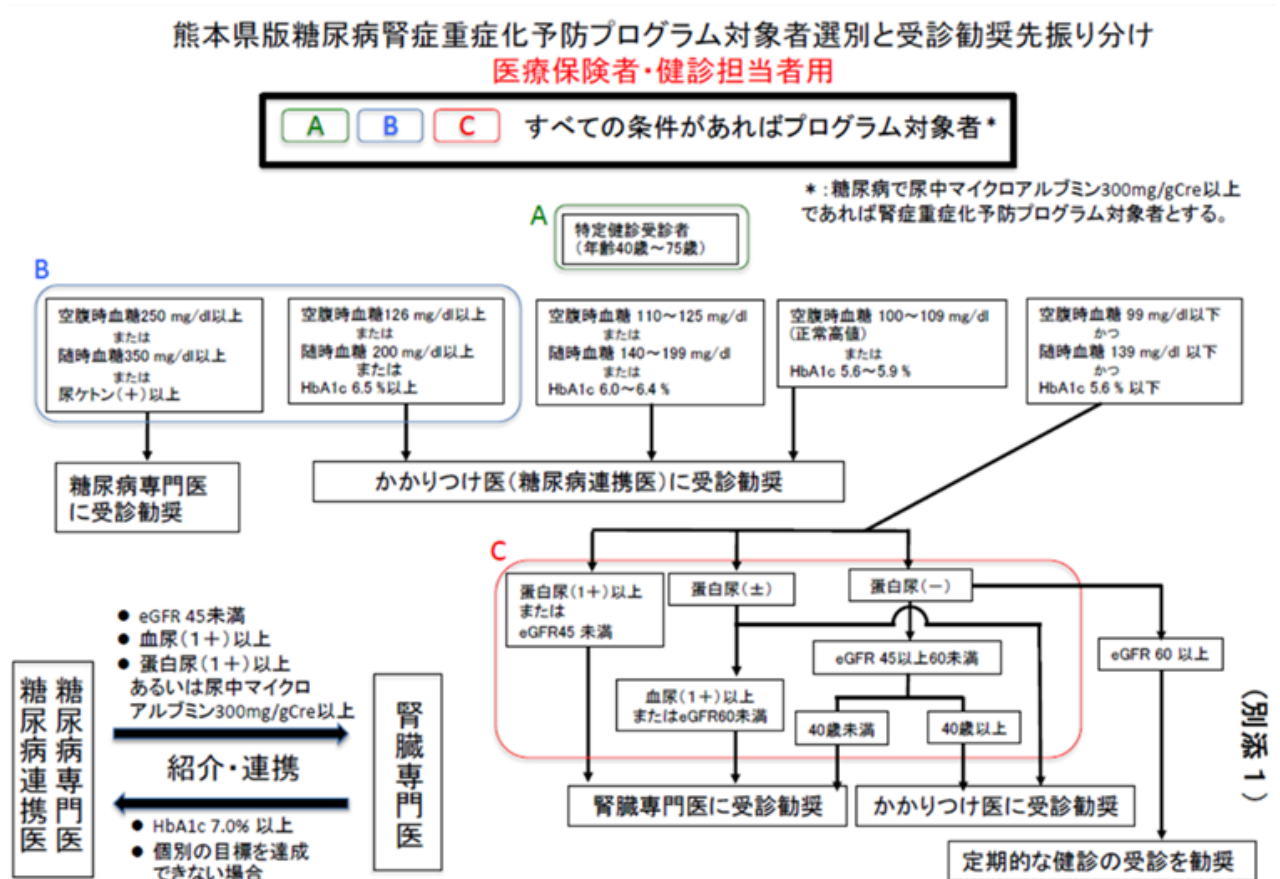
(1) 対象者選定基準の考え方

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。(図表 58)

- ① 健診を受診した者のうち医療機関未受診者(早期に積極的に受診勧奨が必要な者)
- ② 糖尿病治療中断者(最終の受診日から6ヶ月以上経過している者)
- ③ 重症化するリスクの高い者

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

図表 58 熊本県版糖尿病重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け



(別添1)

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

対象者を抽出するにあたって、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 59)

図表 59 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類 2023 ^{注1}		
病 期	尿中アルブミン・クレアチニン比(UACR, mg/g) あるいは 尿中蛋白・クレアチニン比(UPCR, g/g)	推算糸球体濾過量 ^{注3} (eGFR, ml/分/1.73m ²)
正常アルブミン尿期(第1期) ^{注2}	UACR30未満	30以上
微量アルブミン尿期(第2期) ^{注4}	UACR30～299	30以上
顕性アルブミン尿期(第3期) ^{注5}	UACR300以上あるいはUPCR0.5以上	30以上
GFR高度低下・末期腎不全期(第4期)	問わない	30未満
腎代替療法期(第5期)	透析療法中あるいは腎移植後	

注1: 糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。また評価の際には、腎症病期とともに、慢性腎臓病(CKD)重症度分類も併記することが望ましい。

注2: 正常アルブミン尿期は糖尿病性腎症の存在を否定するものではなく、この病期でも糖尿病性腎症に特有の組織変化を呈している場合がある。

注3: eGFR60ml/分/1.73m²未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外のCKDが存在しうするため、他のCKDとの鑑別診断が必要である。なお血清クレアチニンに基づくeGFRの低下を認めた場合、血清シスチンCに基づくeGFRを算出することで、より正確な腎機能を評価できる場合がある。

注4: 微量アルブミン尿を認めた患者では、糖尿病性腎症早期診断基準にしたがって鑑別診断を行ったうえで、微量アルブミン尿期と診断する。微量アルブミン尿は糖尿病性腎症の早期診断に必須のバイオマーカーであるのみならず、顕性アルブミン尿への移行及び大血管障害のリスクである。GFR60ml/分/1.73m²以上であっても微量アルブミン尿の早期発見が重要である。

注5: 顕性アルブミン尿の患者では、eGFR60ml/分/1.73m²未満からGFRの低下に伴い腎イベント(eGFRの半減、透析導入)が増加するため注意が必要である。

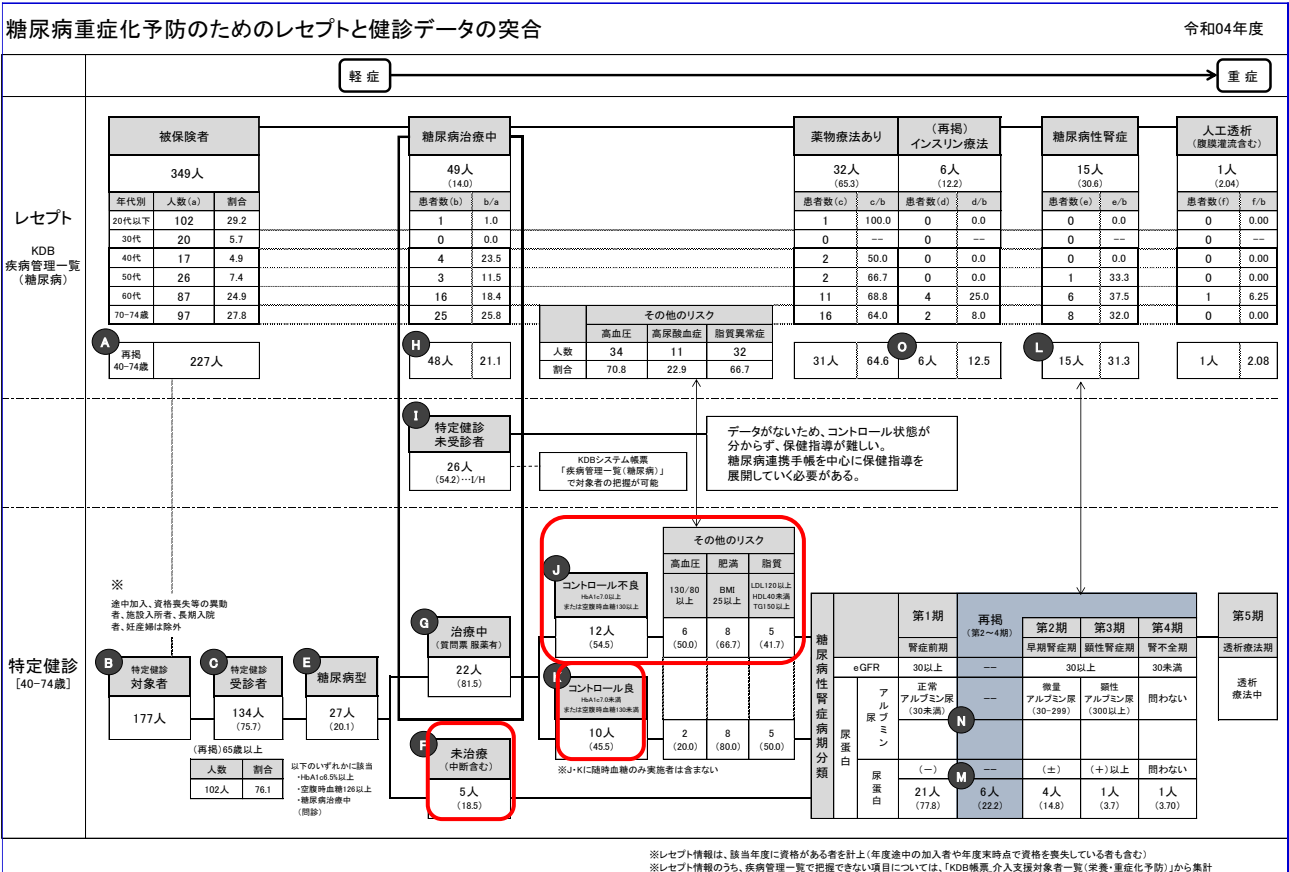
出典: 糖尿病性腎症合同委員会・糖尿病性腎症病期分類改訂ワーキンググループ

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)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が難し状況です。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。

図表 60 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

出典:ヘルスサポートラボツール



図表 61 介入方法と優先順位

優先順位	図表番号	介入方法	対象者
①医療機関未受診者	F	受診勧奨と個別保健指導	健診の結果HbA1c6.5%以上の未治療者 eGFR50未満（70歳未満） eGFR40未満（70歳以上） 尿蛋白+かつ尿潜血+ 尿蛋白+以上
②医療機関受診中断者		受診勧奨と個別保健指導	過去に糖尿病治療者であり1年以上の診療記録がない者（管理台帳）
③糖尿病治療中者のハイリスク	J	医療機関と連携した個別保健指導	健診の結果糖尿病治療者で糖尿病性腎症分類2期・3期相当の者 HbA1c6.5%以上（70歳以上は7.0%以上）かつeGFR30以上
④糖尿病治療中者	K	医療機関と連携した個別保健指導	健診の結果糖尿病治療者で糖尿病性腎症分類1期相当の者 HbA1c6.5%以上（70歳以上は7.0%以上）かつeGFR30以上

(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。

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。

③ 医療との連携

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合は事前に地区医師会等と協議した連携用紙等を使用します。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治療方針の確認や検査データの収集を行い保健指導を実施します。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては熊本県プログラムに準じ行っていきます。

④ 関係機関との連携

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。

4) 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、熊本県版プログラムのアウトカム評価指標に加え、データヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとし、その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 62 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

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

図表 62 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	五木村										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	254人		224人		242人		252人		269人			
	②	（再掲）40～74歳		223人		200人		209人		224人		213人			
2	①	対象者数	B	179人		177人		189人		191人		176人			
	②	特定健診 受診者数	C	140人		137人		148人		150人		133人			
	③	受診率		78.2%		77.4%		78.3%		78.5%		75.6%			
3	①	特定 保健指導 対象者数		16人		18人		10人		11人		17人			
	②	実施率		93.8%		61.1%		47.6%		68.8%		94.1%			
4	①	糖尿病型	E	20人	13.5%	27人	17.9%	28人	17.6%	26人	16.9%	27人	20.1%		
	②	未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	2人	10.0%	6人	22.2%	7人	25.0%	5人	19.2%	5人	18.5%		
	③	治療中（質問票 服薬あり）	G	18人	90.0%	21人	77.8%	21人	75.0%	21人	80.8%	22人	81.5%		
	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	12人	66.7%	13人	61.9%	10人	47.6%	12人	57.1%	12人	54.5%		
	⑤	血圧 130/80以上		3人	25.0%	4人	30.8%	3人	30.0%	4人	33.3%	6人	50.0%		
	⑥	肥満 BMI25以上		4人	33.3%	7人	53.8%	6人	60.0%	8人	66.7%	8人	66.7%		
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	6人	33.3%	8人	38.1%	11人	52.4%	9人	42.9%	10人	45.5%		
	⑧	第1期 尿蛋白（－）	M	15人	75.0%	22人	81.5%	21人	75.0%	14人	53.8%	21人	77.8%		
	⑨	第2期 尿蛋白（±）		2人	10.0%	3人	11.1%	4人	14.3%	8人	30.8%	4人	14.8%		
	⑩	第3期 尿蛋白（＋）以上		2人	10.0%	1人	3.7%	2人	7.1%	2人	7.7%	1人	3.7%		
	⑪	第4期 eGFR30未満		1人	5.0%	1人	3.7%	1人	3.6%	2人	7.7%	1人	3.7%		
5	①	糖尿病受診率（被保険者千対）		153.5人		151.8人		140.5人		107.1人		130.1人			
	②	（再掲）40～74歳（被保険者千対）		174.9人		170.0人		162.7人		120.5人		164.3人			
	③	レセプト件数 （40～74歳） （1件は重複せず）		221件	(1099.5)	230件	(1116.5)	241件	(1095.5)	239件	(1116.8)	249件	(1296.9)	136,930件	(893.2)
	④	入院外（件数）		0件		0件		0件		0件		0件		658件	(4.3)
	⑤	糖尿病治療中	H	39人	15.4%	34人	15.2%	34人	14.0%	27人	10.7%	35人	13.0%		
	⑥	（再掲）40～74歳		39人	17.5%	34人	17.0%	34人	16.3%	27人	12.1%	35人	16.4%		
	⑦	健診未受診者	I	21人	53.8%	16人	47.1%	13人	38.2%	6人	22.2%	13人	37.1%		
	⑧	インスリン治療		4人	10.3%	4人	11.8%	5人	14.7%	4人	14.8%	7人	20.0%		
	⑨	（再掲）40～74歳	O	4人	10.3%	4人	11.8%	5人	14.7%	4人	14.8%	7人	20.0%		
	⑩	糖尿病性腎症	L	11人	28.2%	9人	26.5%	8人	23.5%	5人	18.5%	8人	22.9%		
	⑪	（再掲）40～74歳		11人	28.2%	9人	26.5%	8人	23.5%	5人	18.5%	8人	22.9%		
	⑫	慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）		1人	2.6%	1人	2.9%	1人	2.9%	1人	3.7%	1人	2.9%		
	⑬	（再掲）40～74歳		1人	2.6%	1人	2.9%	1人	2.9%	1人	3.7%	1人	2.9%		
	⑭	新規透析患者数		0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%		
	⑮	（再掲）糖尿病性腎症		0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%		
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）													
6	①	総医療費		1億0498万円		1億1883万円		9725万円		9318万円		9751万円		2億6175万円	
	②	生活習慣病総医療費		5062万円		6038万円		4785万円		4333万円		4434万円		1億4021万円	
	③	（総医療費に占める割合）		48.2%		50.8%		49.2%		46.5%		45.5%		53.6%	
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	18,862円		16,874円		10,257円		19,408円		21,602円		8,820円	
	⑤		健診未受診者	18,277円		34,216円		30,357円		15,740円		18,933円		40,357円	
	⑥	糖尿病医療費		576万円		618万円		691万円		719万円		760万円		1572万円	
	⑦	（生活習慣病総医療費に占める割合）		11.4%		10.2%		14.4%		16.6%		17.1%		11.2%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費		1780万円		1712万円		1750万円		1697万円		1753万円			
	⑨	1件あたり		34,036円		36,581円		39,248円		37,719円		34,860円			
	⑩	糖尿病入院総医療費		415万円		1173万円		1241万円		1063万円		1018万円			
	⑪	1件あたり		519,343円		533,218円		620,524円		966,730円		848,368円			
	⑫	在院日数		15日		16日		12日		13日		12日			
	⑬	慢性腎不全医療費		79万円		84万円		28万円		21万円		12万円		957万円	
	⑭	透析有り												862万円	
	⑮	透析なし		79万円		84万円		28万円		21万円		12万円		96万円	
7	①	介護給付費		1億6635万円		1億8029万円		1億9473万円		1億9110万円		1億7244万円		3億5514万円	
	②	（2号認定者）糖尿病合併症		0件 #####		0件 #####		0件 #####		0件 #####		0件 #####			
8	①	死亡 糖尿病（死因別死亡数）		0人	0.0%	0人	0.0%	1人	4.8%	0人	0.0%	0人	0.0%	267人	1.0%

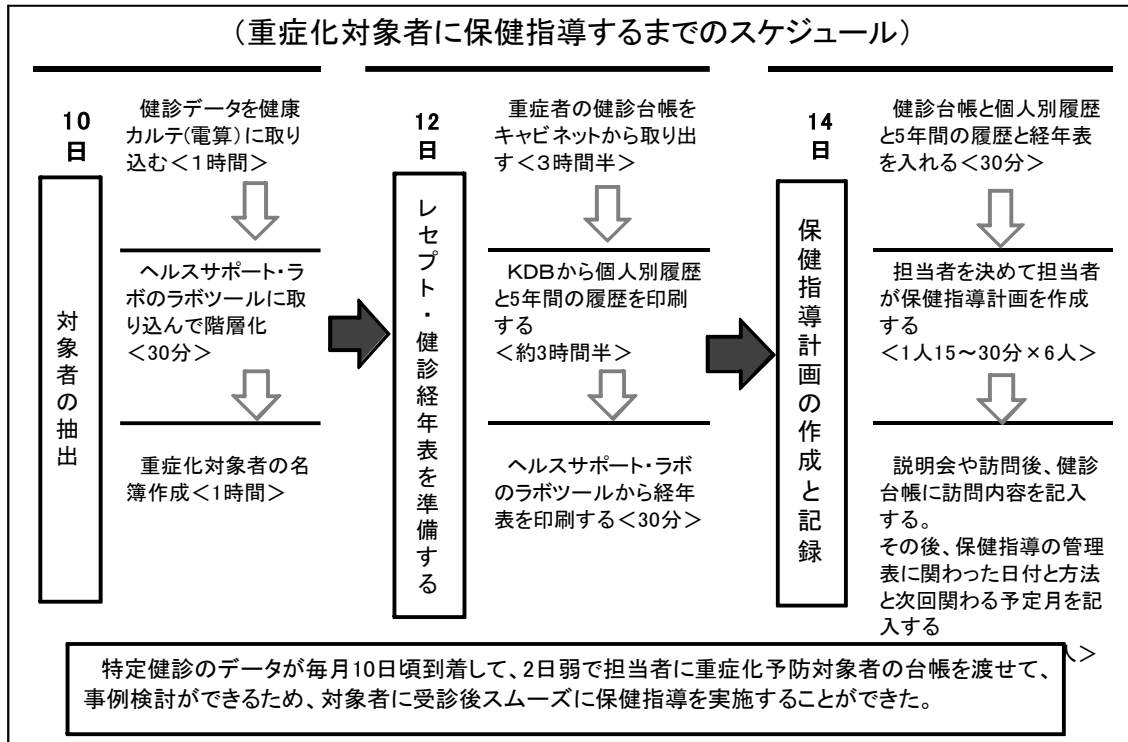
7) 実施期間及びスケジュール

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 63 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



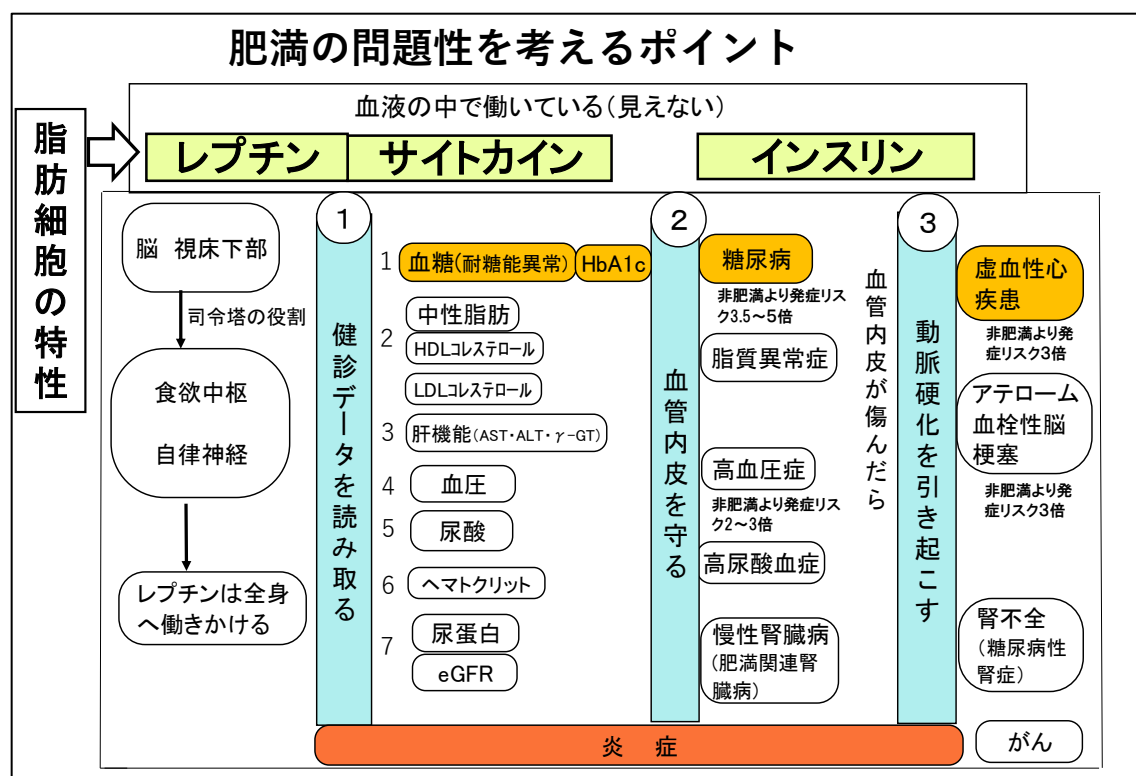
2 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

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

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

そこで、対象者が自分の健康に関する自己管理ができるようになることを目的とした事業を実施し肥満やメタボリックシンドロームの重症化を予防します。なお、取組みにあたっては図表 64 に基づいて考えていきます。

図表 64 肥満の問題性を考えるポイント



1) 肥満・メタボリックシンドロームの状況

(1) 肥満・メタボリックシンドローム実態把握

本村における健診受診者のうち肥満者(BMI25 以上者)の割合は同規模や県平均と比べると高い状況にあり、H30 年と比較すると該当者、予備軍とともに増加し、県下でも一番高い状況です。(図表 65)

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、男性で41.3%、特に60代では45.8%、女性は25.4%で特に

40・50代で割合が高く、また男性では血圧＋脂質、女性では3項目すべてか血圧＋脂質の組み合わせが多いことがわかります。(図表 66)

60代以上のメタボリックシンドローム該当者のほとんど方は、血圧、脂質異常症、糖尿病のいずれかの疾患で治療している状況です。(図表 67)

図表 65 メタボリックシンドローム該当者の状況

年度	メタボリックシンドローム該当者			メタボリックシンドローム予備群		
	五木村	同規模	県	五木村	同規模	県
H30	25.0%(県下 3 位)	20.0%	18.8%	12.1%(県下 18 位)	12.2%	12.0%
H31	32.1%(県下 1 位)	20.8%	19.7%	12.4%(県下 15 位)	12.3%	11.9%
R2	31.1%(県下 1 位)	22.4%	20.6%	14.9%(県下 7 位)	12.3%	12.1%
R3	30.5%(県下 1 位)	22.2%	20.8%	17.2%(県 2 位)	12.2%	12.1%
R4	31.6%(県下 1 位)	22.3%	20.8%	16.5%(県下 1 位)	12.4%	12.0%

出典：KDB システム

図表 66 年代別メタボリック該当者の状況

		男性				女性				
		総数	40・50代	60代	70～74歳	総数	40・50代	60代	70～74歳	
健診受診者(人)		A	63	6	24	33	71	11	27	33
メタボ該当者(人)		B	26	1	11	14	18	4	5	9
		B/A	41.3%	16.7%	45.8%	42.4%	25.4%	36.4%	18.5%	27.3%
再掲	① 3項目全て	C	8	0	3	5	9	2	3	4
		C/B	30.8%	0.0%	27.3%	35.7%	50.0%	50.0%	60.0%	44.4%
	② 血糖＋血圧	D	5	0	3	2	0	0	0	0
		D/B	19.2%	0.0%	27.3%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	③ 血圧＋脂質	E	12	1	5	6	9	2	2	5
		E/B	46.2%	100.0%	45.5%	42.9%	50.0%	50.0%	40.0%	55.6%
	④ 血糖＋脂質	F	1	0	0	1	0	0	0	0
		F/B	3.8%	0.0%	0.0%	7.1%	5.6%	0.0%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 67 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者 (人)	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者 (人)	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	63	26	41.3%	23	88.5%	3	11.5%	71	18	25.4%	16	88.9%	2	11.1%		
40・50代	6	1	16.7%	0	0.0%	1	100.0%	11	4	36.3%	3	75.0%	1	25.0%		
60代	24	11	45.8%	10	90.9%	1	9.1%	27	5	18.5%	4	80.0%	1	20.0%		
70～74歳	33	14	42.4%	13	92.9%	1	7.1%	33	9	27.3%	9	100.0%	0	0.0%		

出典：ヘルスサポートラボツール

2) 対象者の明確化

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 67)は、男女とも約 90%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。そのため、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を行います。

(2) 選定基準に基づく該当者の把握及び

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」に基づき該当者を把握します。(図表 68)

図表 68 肥満度分類による実態

(令和 4 年度)

		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・Ⅳ度 BMI35～40未満	
						40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数 (人)		32	102	12	42	8	38	2	4	2	0
				37.5%	41.2%	25.0%	37.3%	6.3%	3.9%	6.3%	0.0%
再 掲	男性 (人)	13	50	5	28	4	27	0	1	1	0
				38.5%	56.0%	30.8%	54.0%	0.0%	2.0%	7.7%	0.0%
	女性 (人)	19	52	7	14	4	11	2	3	1	0
				36.8%	26.9%	21.1%	21.2%	10.5%	5.8%	5.3%	0.0%

(3) 保健指導対象者の優先順位

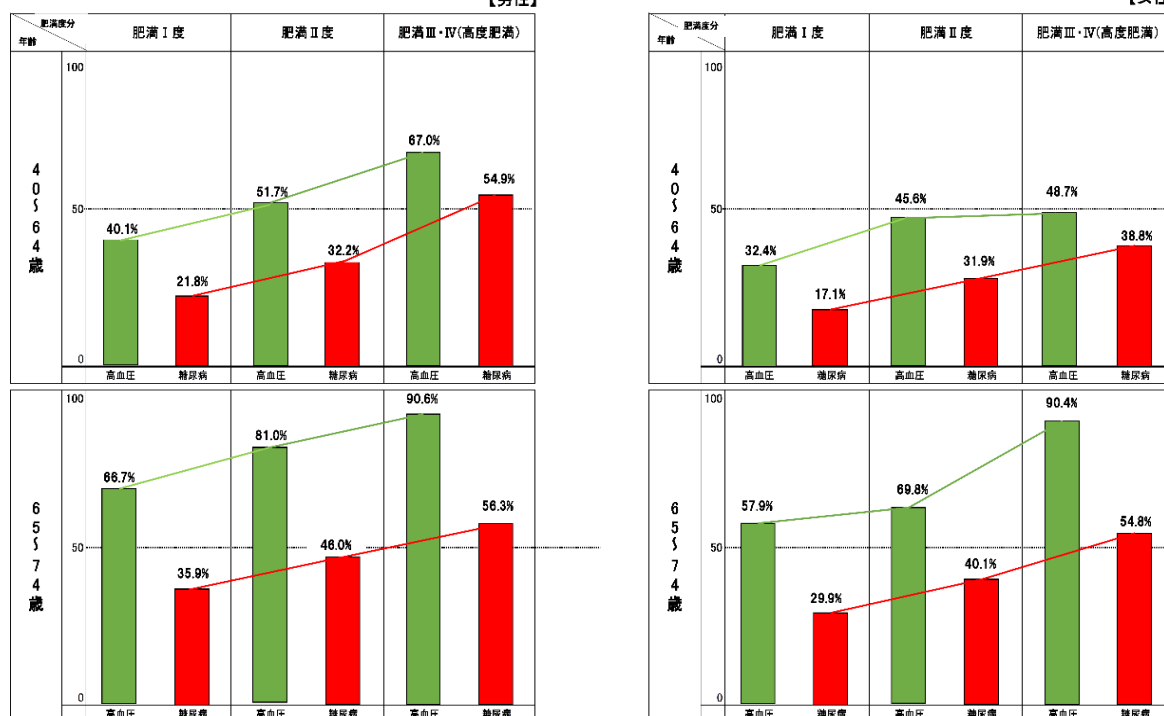
図表 69 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることにより、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満Ⅰ度で、若い年代(40～64 歳)を対象とすることが効率いいことがわかります。本村では図表 66 のとおりメタボリックシンドローム該当者は男性が多くを占めること、男性に血圧+脂質の重なりが多いことや、心血管病が多いことを踏まえ、男性を最優先の対象者とするものとします。

図表 69 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

【男性】

【女性】



(4)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し管理します。

4) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準の決定、介入方法、実施方法の決定
- 5 月 特定健診結果が届き次第、対象者への保健指導の実施(通年)

(2) 最新の脳科学を活用した保健指導

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

(3) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、対象者の早期介入を目的として国保ヘルスアップ事業を活用して、対応できる医療機関から順次二次健診を実施します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ① 75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)
- 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)
- ④ 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)

5) 医療との連携

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

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

6) 評価

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

個々の評価については、特定保健指導対象者や他の重症化予防対象者と重複すると考えられるため、他の事業の中で実施していきます。

3. 虚血性心疾患重症化予防

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対策を進めていきます。

1) 対象者の明確化

(1) 本村の実態

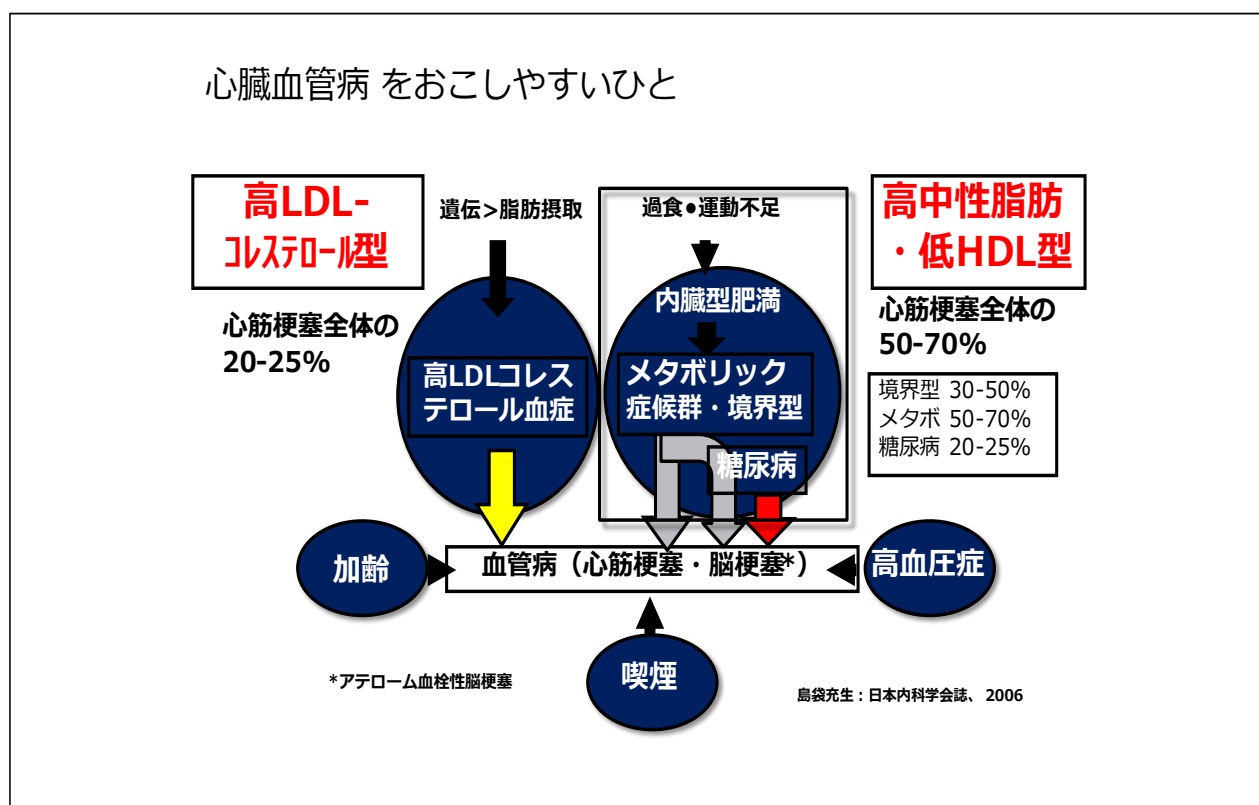
第2章での分析結果のとおり、虚血性心疾患の医療費は平成 30 年度より令和 4 年度は減少しましたが、同規模市町村よりは高い状況で、治療者の割合もほとんど減少していません。また、新規介護保険申請者の原因疾患の 4 位で 1 割を占めています。(図表 16)

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

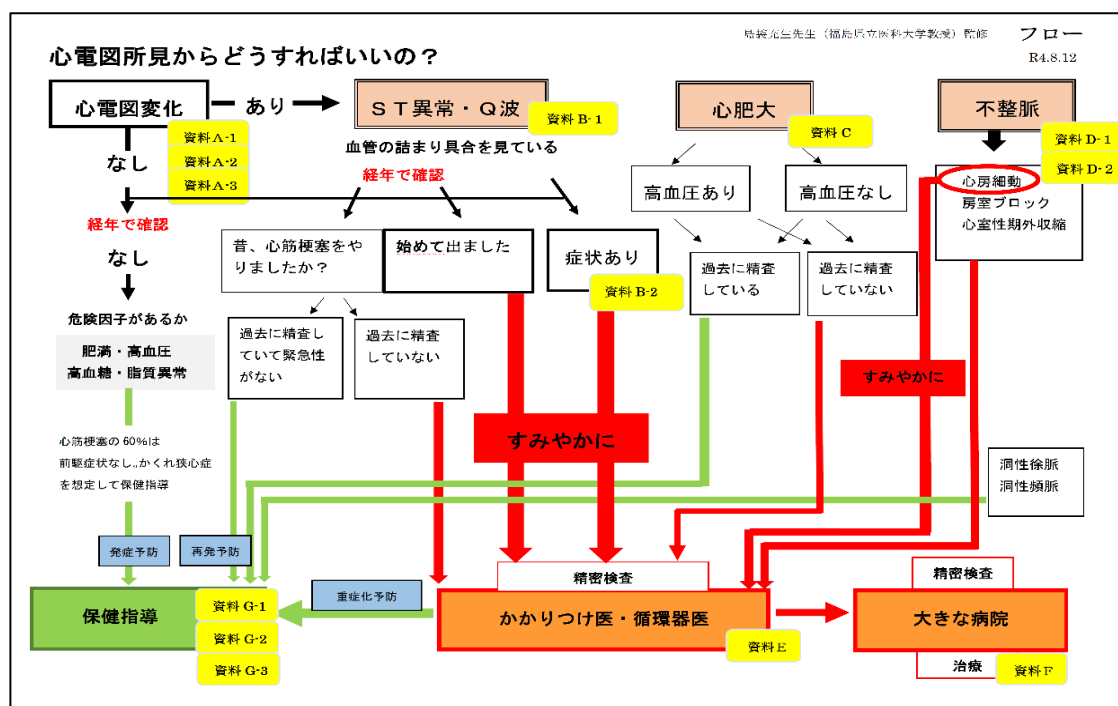
(2) 対象者選定基準の考え方

虚血性心疾患予防の対象者は、メタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します(図表 70)。また、心電図所見からのフロー図を活用します(図表 71)。

図表 70 心血管病をおこしやすいひと



図表 71 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

①高 LDL 者

心筋梗塞全体の20～25%を占める高LDLコレステロール者については、これまでLDL180以上の未治療者へ受診勧奨を実施してきましたが、なかなか治療に繋がらない状況にあります。第3期においては、図表74を参考に、高リスク者にあたる者について優先的に関わり、確実な医療機関受診や服薬による管理に繋がるよう、効果的な保健指導の実施を目指します。

②メタボタイプ

第3章「2 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」を参照

③心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患予防においても重要な検査の1つです。心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は図表71フロー図に基づき適切な受診勧奨や保健指導を実施します。

当村においては、心電図検査実を134人(100%)に実施し、そのうち有所見者が64人(47.8%)でした。所見の中でも不整脈が27人(42.1%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表72) 不整脈の中でも心房細動は脳梗塞のリスクにもなるので注意が必要です。

また、有所見者のうち要精査が1人で、その後の受診状況をみると未受診でした。(図表73)。医療機関未受診者はメタボリックシンドローム該当者で血圧、血糖などのリスクを有していることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 72 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
内訳	40～74歳	134	100.0	64	47.8%	3	4.7%	1	1.6%	1	1.6%	6	9.4%	3	4.7%	17	26.6%	7	10.9%	6	9.4%
	男性	63	100.0	33	52.4%	2	6.1%	0	0.0%	1	3.0%	3	9.1%	2	6.1%	9	27.3%	6	18.2%	3	9.1%
	女性	71	100.0	31	43.7%	1	3.2%	1	3.2%	0	0.0%	3	9.7%	1	3.2%	8	25.8%	1	3.2%	3	9.7%

五木村調べ

図表 73 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	64		1	1.6%	0	0.0%	1	100.0%
男性	33	52.4%	0	0.0%	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!
女性	31	43.7%	1	3.2%	0	0.0%	1	100.0%

五木村調べ

図表 74 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	
52				21	21	8	2	1	2	2	5	
				40.4%	40.4%	15.4%	3.8%	10.0%	20.0%	20.0%	50.0%	
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	4	3	0	0	1	0	1	0	0	
			7.7%	14.3%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	
	中リスク	140未満 (170未満)	20	6	12	2	0	0	1	0	1	
			38.5%	28.6%	57.1%	25.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	20.0%	
	高リスク	120未満 (150未満)	27	11	9	6	1	1	0	2	4	
			51.9%	52.4%	42.9%	75.0%	50.0%	100.0%	0.0%	100.0%	80.0%	
		再掲	100未満 (130未満) ※1	2	2	0	0	0	0	0	0	0
				3.8%	9.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
			1.9%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病＋喫煙ありの場合に考慮

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

出典：ヘルスサポートラボツール

2) 保健指導の実施

(1)実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準の決定、介入方法、実施方法の決定
- 5 月 特定健診結果が届き次第、対象者への保健指導の実施(通年)

(2)受診勧奨及び保健指導

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

(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。

3) 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。

4) 関係担当者との連携

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や関係担当者との連携していきます。

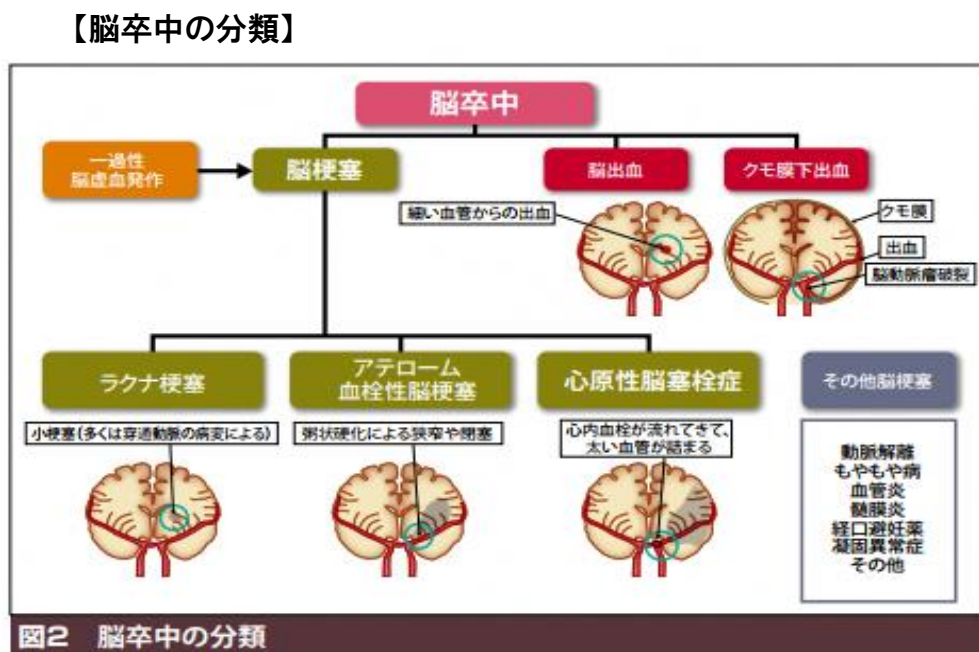
5) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 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。

4. 脳血管疾患重症化予防

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 75,76)

図表 75 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 76 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	●							

1) 本村の実態対象者の明確化

本村の脳血管疾患の種類をみると、図表 77 のとおり国保では脳梗塞、脳出血、くも膜下出血ともに市町村平均より低い割合です。しかし、後期高齢になると脳梗塞、脳出血ともに市町村平均より高くなっており、特に脳梗塞が高い状況です。

脳梗塞の種類をみると図表 78 のとおり後期高齢ではラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、心原性脳梗塞のすべてで市町村平均より高くなっており、ラクナ梗塞、心原性脳梗塞が高い状況です。

本村では、メタボリックシンドローム該当者が合併症を併発していることや、若い頃から高血圧の治療を開始していることから血管内被障害や、血管に慢性的な炎症を引き起こし、後期高齢になって脳梗塞を発症することが考えられます。

図表 77 脳血管疾患の種類をみる

令和 4 年度		被保険者数	脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合
国	市町村計	402,744	2512	0.62%	639	0.16%	163	0.04%
保	五木村	263	1	0.38%	0	0.00%	0	0.00%
後	市町村計	274,602	8,874	3.12%	1,333	0.47%	270	0.09%
期	五木村	293	11	3.75%	2	0.68%	0	0.00%

出典：データヘルス支援システム ICD コードでの抽出

図表 78 脳梗塞の種類をみる

令和 4 年度		被保険者数	脳梗塞人数		ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳梗塞		心原性脳梗塞	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
国	市町村計	402,744	2,513	0.62%	737	29.3%	363	14.4%	279	11.1%
保	五木村	263	1	0.4%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
後	市町村計	274,602	8,874	3.1%	2,407	27.1%	1,103	12.4%	1,502	16.9%
期	五木村	293	11	3.8%	6	54.5%	2	18.2%	3	27.3%

出典：データヘルス支援システム ICD コードでの抽出

2) 本村の実態対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

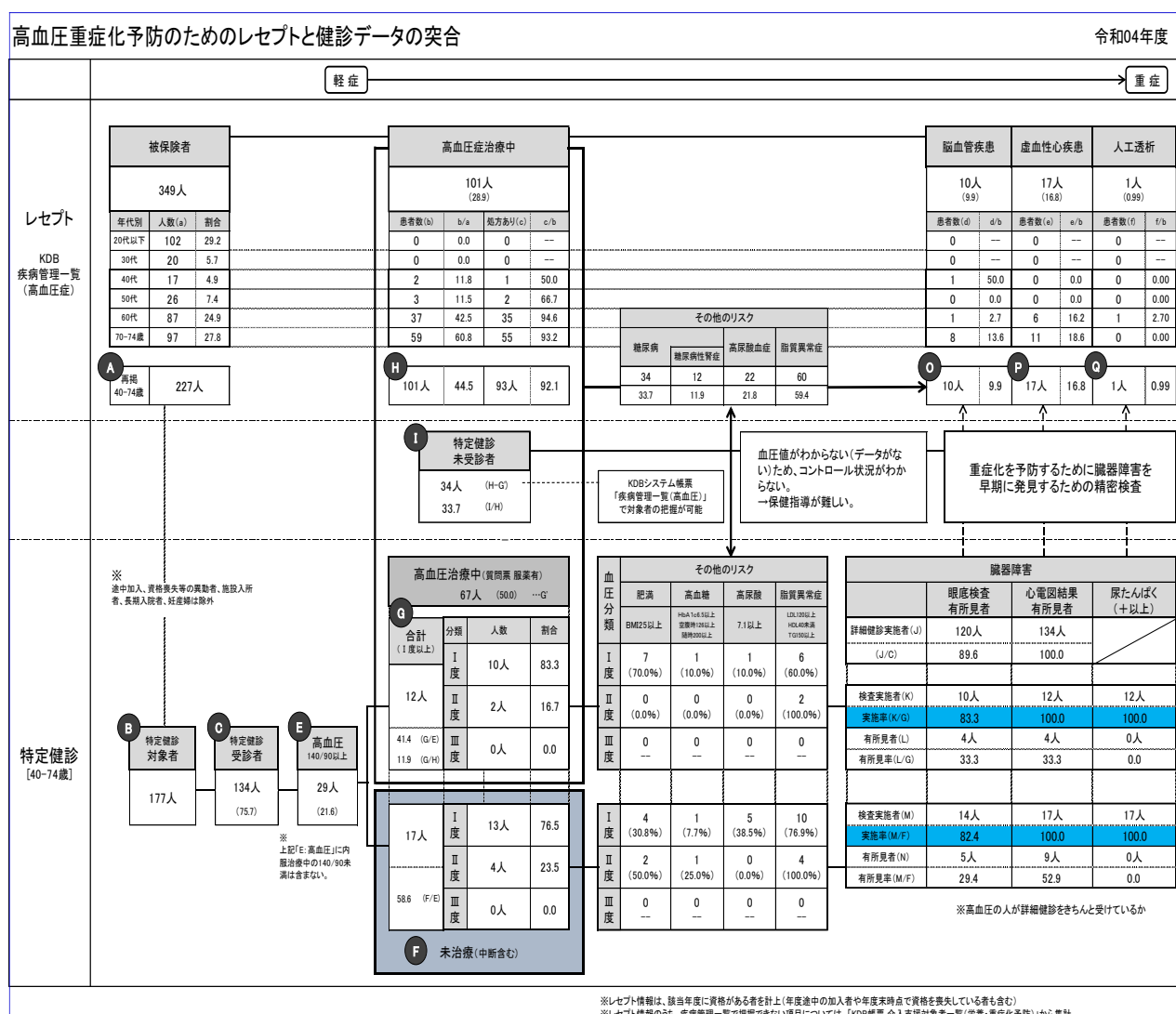
脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。心原性脳梗塞の原因となる心房細動の発症においても高血圧はリスクとなります。図表 79 でみると、高血圧治療者 101 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 10 人(9.9%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 6 人(20.7%・G+F)であり、そのうち 4 人(23.5%・F)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 2 人(16.7%・G)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。

当村では、臓器障害を早期に発見するための眼底検査や心電図検査を受診者全員に実施していますが、その結果をその後の保健指導に十分生かしていない状況です。今後も、対象者を抽出するにあたって、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者把握を行い結果に結びつけるような保健指導に努めます。

図表 79 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



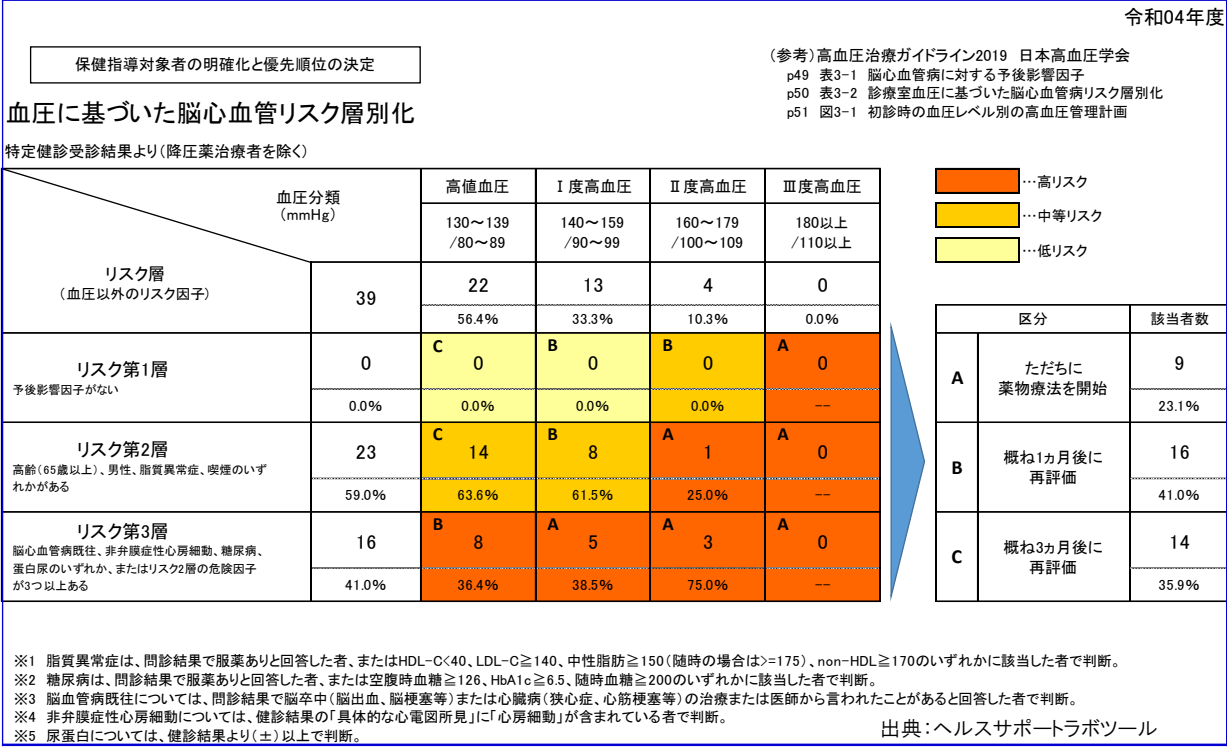
出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 80 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。

図表 80 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化



図表 81 は、令和4年度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。心電図検査において7人が心房細動の所見があり、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、発症率を日循環学調査と比較すると高い状況にあります。

心房細動があると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(心原性脳塞栓症)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。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。図表 82 の心電図有所見未治療者についてはすみやかに医療器機関受診に繋がると共に治療中についても治療中断しないように努めます。

図表 81 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	63	71	63	100.0%	71	100.0%	6	9.5%	1	1.4%	--	--
40代	3	5	3	100.0%	5	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	3	6	3	100.0%	6	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	24	27	24	100.0%	27	100.0%	3	12.5%	1	3.7%	1.9%	0.4%
70~74歳	33	33	33	100.0%	33	100.0%	3	9.1%	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 82 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	%
7	2	28.6%	5	71.4%

五木村調べ

3) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準の決定、介入方法、実施方法の決定
- 5 月 特定健診結果が届き次第、対象者への保健指導の実施(通年)

(2) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては健診結果経年表やKDBから合併症、治療状況を確認し、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。

(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、脳心血管リスク階層別化の未治療者や中断者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、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) 関係担当者との連携

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。保健指導を実施した対象者の評価については、次年度の健診結果で行います。

Ⅲ. 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、親世代の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。

当村においては、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していく必要があります。

図表 83 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																				ー基本的考え方ー					(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		児童福祉法																																
2 計画		健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】																																
		データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）																																
3 年代		妊婦 (胎児期)		産婦	0歳～5歳					6歳～14歳			15～18歳		～29歳		30歳～39歳		40歳～64歳		65歳～74歳		75歳以上											
5 対象者	4 健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条)		産婦健康診 (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 / 幼稚園児		小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)																	
	血糖		95mg/dl以上												空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上																			
	HbA1c		6.5%以上												6.5%以上																			
	50GCT		1時間値 140mg/dl以上																															
	75gOGTT		①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上												空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上																			
	(診断) 妊娠糖尿病		空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの																															
	身長 体重																																	
	BMI																			25以上														
	肥満度				かつ 18以上					肥満度15%以上					肥満度20%以上																			
尿糖		(+) 以上												(+) 以上																				
糖尿病家族歴																																		

IV. 受診率向上

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、健診を受診してもらい、生活習慣病の兆候を発見することが重要です。そのためには、特定健診を受診するように促し、受診率の向上に努める必要があります。

(1) 受診勧奨者の選定

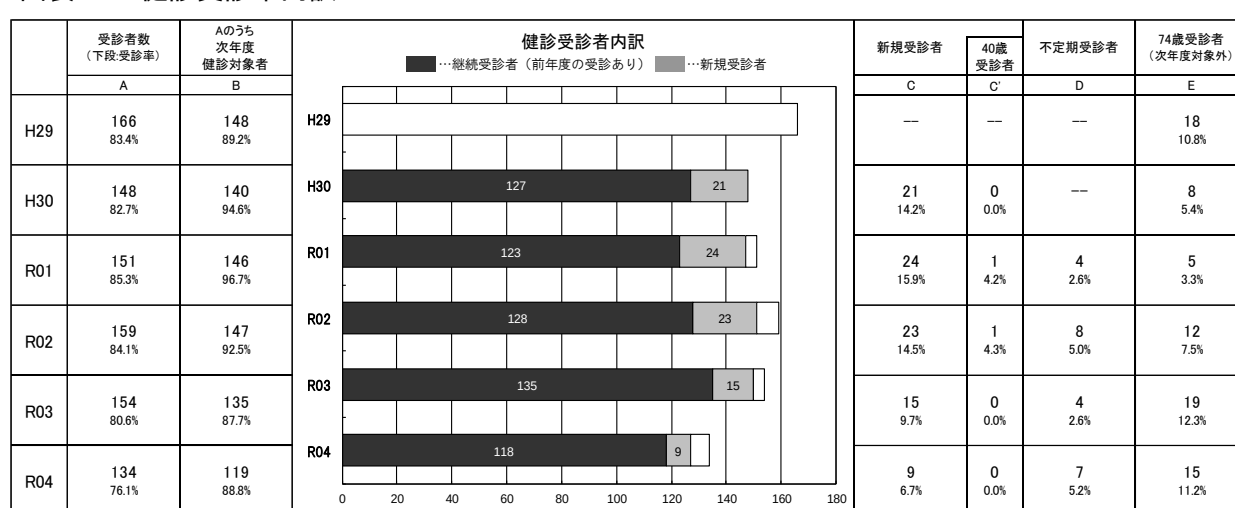
- ① 長期未受診者(過去3年間)
 - ・通院履歴もなく健診もまったく受診していない者
 - ・生活習慣病由来の通院履歴があり健診を受診していない者
- ② 不定期受診者(過去3年間に1回もしくは2回健診を受診している者)
- ③ 連続受診者

(2) 受診傾向及び課題

本村においては、R1年度の85.3%をピークに受診率が年々減少し、R4年度は76.1%となっています。これは、日頃から継続的に健診を受診していた団塊の世代が後期高齢者医療保険に移行したことにより受診者数が減少したことが考えられます。(図表84)

また、第2章2第2期計画にかかる評価及び考察で述べたとおり年代別の受診率は50代が毎年低い状況です。今後、受診率を向上させるためには、特に受診率が低い50～60歳代への受診勧奨を積極的に実施する必要があります。(図表85)

図表84 健診受診率内訳



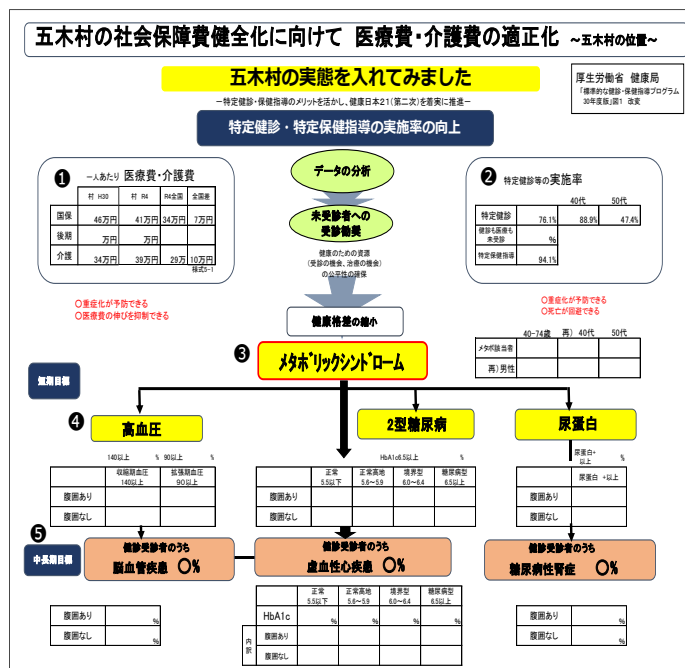
(3) 受診勧奨の実施

未受診者への受診勧奨は「家庭訪問」「受診勧奨ハガキ」にて対象者全員に実施します。また、通院中未受診者に対しては、医療機関の検査結果を提出してもらうとともに特定健診の受診者とみなす「みなし健診」を勧めていきます。さらに五木村診療所受診者については、診療所と連携して未受診者に対して受診するように促してもらいます。

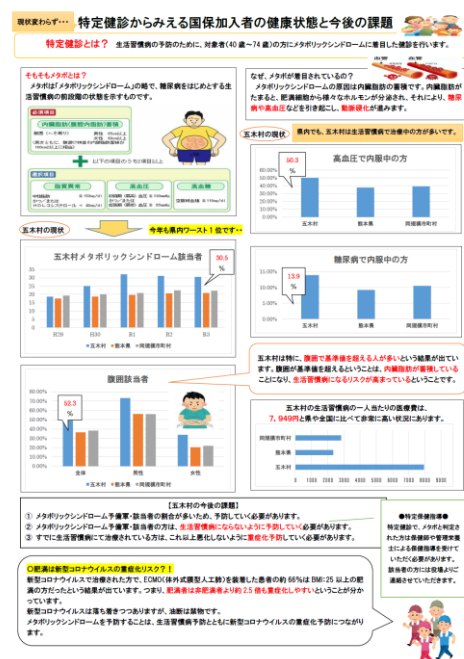
V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病のメカニズムや予防対策、重症化による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などについて「広報いつき」や「いつきチャンネル」「保健福祉課事業説明会」などを利用して広く村民へ周知していきます。(図表85～88)

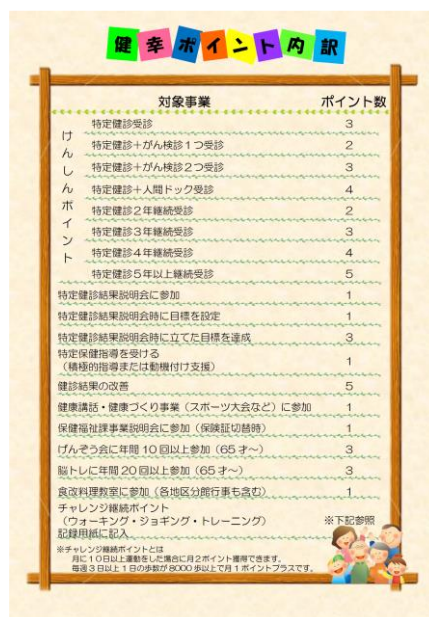
図表 85 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 86 保健福祉課事業説明会資料



図表 87 健幸ポイント事業チラシ



「健幸ポイント事業」については R4年8人とまだまだ参加者が少ない状況です。参加者が増加するようアンケート結果などの意見を参考にして適宜、運用を見直して自ら健康づくりに取り組んでもらえるように「健幸ポイント事業」も積極的に推進していきます

図表 88 統計からみえる熊本の食

県民が食べているもの**全国ランキングトップ 10**

項目	食品	全国順位
外食	ハンバーガー	1位
	焼肉	8位
肉類	合いびき肉	1位
	生鮮肉・鶏肉	2位
	ウインナー	9位
魚介類	たい	2位
油脂・調味料	マヨネーズ類	1位
	ケチャップ	2位
	カレールー	3位
	ドレッシング	5位
穀類	即席麺	3位
果物	柑きつ類	5位
生鮮野菜	えのき	6位
菓子類	まんじゅう・チョコ	5位
	アイス	8位
	スナック菓子	10位
飲料	乳酸菌飲料	10位

県民が食べていないもの**全国ランキングワースト 10**

項目	食品	全国順位
生鮮野菜	野菜全体	49位
	葉茎菜 野菜	47位
	ブロッコリー	45位
	ほうれん草	52位
	小松菜	49位
	人参	53位
	かぼちゃ	44位
	白菜	47位
	根菜	49位
きのこ類	生しいたけ	45位
	他のきのこ	44位
海そう	海そう	47位
乳製品	牛乳	45位
	ヨーグルト	51位
	乳製品	48位

VI. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

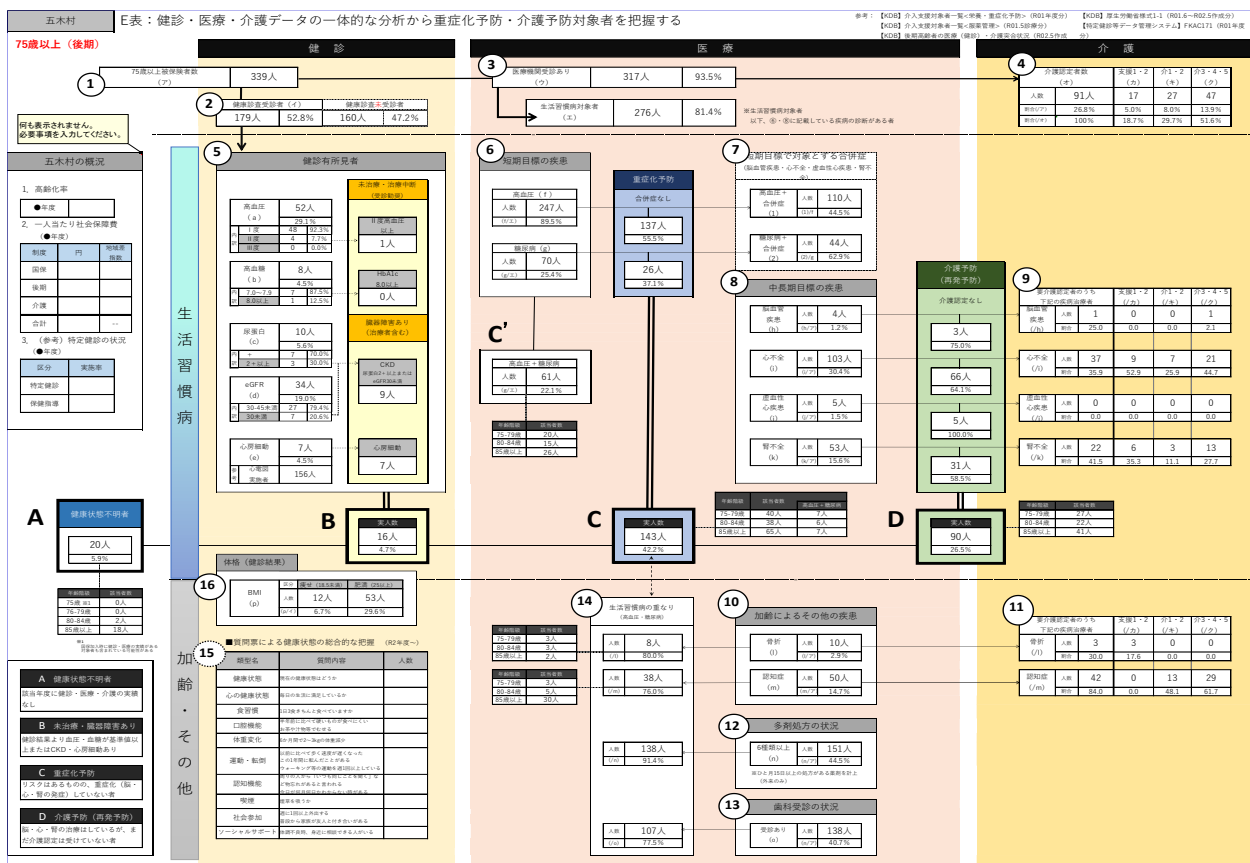
当村では、令和3年度より熊本県後期高齢者広域連合から、事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

② 保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための脳いきいき教室や食生活改善推進協議会と協力した栄養教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 89 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



VII. 医療費適正化対策

1)重複・頻回受診、重複・多剤服薬者保健指導事業

重複・頻回受診者及び重複・多剤服用者に対して、個々の実態や実情を踏まえた保健指導を実施することで健康の保持と疾病の早期回復を目指します。また、広く適切な医療のかかり方について「広報いつき」や「いつきチャンネル」「保健福祉課事業説明会」等を活用して周知・啓発することにより、医療費の適正化を図ります。

(1)対象者の選定基準の考え方

対象者の抽出にあたっては、レセプトデータ及びKDBデータを活用し対象者の把握を行います。

- ①重複受診： 連続3か月間に毎月3医療機関以上の外来受診を継続する者で受診内容に重複がある者
- ②頻回受診： 同一医療機関（診療科）において、連続3か月間に毎月15日以上外来受診を継続する者（人工透析は除く）
- ③重複服薬： 連続3か月間に、毎月3か所以上の医療機関により、同一薬効の薬剤投与を受けている者
- ④多剤服用： 連続3か月間に、3 か所以上の医療機関から、15剤以上の薬剤投与を受けている者

上記該当者であって、疾病・治療の経過や、これまでの関わりと今後の働きかけの必要性等を勘案し、対象者を決定します。

(2)保健指導の実施

対象者への電話または訪問等により、重複・頻回受診にかかる実態把握を行うとともに、内服薬の重複や大量摂取、飲み合わせ等による副作用等の防止、お薬手帳の活用、かかりつけ医、かかりつけ薬局の意義、地域の相談窓口や専門相談機関の紹介、心身の健康維持のための日常生活等について、保健指導を実施します。

2)後発医薬品の使用促進対策事業

後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用を促すことにより、患者の自己負担額の軽減を図るとともに、医療保険財政の健全化を図ります。

※先発医薬品の特許が切れた後に製造・販売される、厚生労働省が先発医薬品と同等と認めた安価な医薬品

(1)第2期データヘルス計画までの実績

先発医薬品を後発医薬品に切り替えた場合における医療費の自己負担額について、軽減額の目安をお知らせする通知(年2回)を発送しています。なお、この差額通知に後発医薬品への変更方法等の情報を記載し、後発医薬品について更なる利用の促進を図っています。

(2)第2期データヘルス計画までの評価

熊本県国民健康保険団体連合会より提供を受けた後発医薬品の年齢別使用状況等のデータに基づき、後発医薬品の未使用者を対象として差額を通知することなどにより、後発医薬品の使用割合が政府目標(80%)に達成できるように取り組みましたが12.1%とまったく達成できませんでした。今後も五木村診療所と連携しながら目標達成に向けて取り組んでいきます。

(3)第3期データヘルス計画における目標について

後発医薬品の更なる普及啓発を図りつつ、政府目標である80%以上の使用割合を達成できるよう取り組みます。

(4)第3期データヘルス計画における事業実施方法・体制について

自己負担額の差額通知等を発送することで、医療費の適正化を図っていきます。また、事業実施にあたり、熊本県及び熊本県国民健康保険団体連合会と連携を図ります。

(5)評価 事業の評価については、後発医薬品使用割合を80%以上とします。

第4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)

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

また、中間評価や最終評価における医療費やメタボ減少率等の評価については、年齢補正された国の公表データを使用することとします。

評価は、国保担当部署及び保健指導を実施する部署において、評価担当者を予め決めておき、年間スケジュールに基づき評価を実施することとします。

第5章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じて周知します。また、これらの公表に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫も検討します。

2. 個人情報の取扱い

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

第2編 五木村国民健康保険特定健診等実施計画

第1章 計画の概要

1. 特定健康診査・特定保健指導等の実施に関する基本的な考え方

基本事項	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	結果を出す保健指導
目的	内臓脂肪に着目して早期介入 リスクの重複がある者に対して専門職が早期に介入し保健指導を行う。
内容	対象者が代謝などの身体のメカニズムと生活習慣病との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、行動変容につなげる。

2. 計画の性格

この計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づき、五木村国民健康保険の保険者である五木村が策定する計画であり第3期五木村国民健康保険保健事業計画と整合性を図るものとします。

3. 計画の期間

第1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第4期以降は実施計画も6年を一期とし、令和6年度から令和11年までの6年計画とします。

第2章 計画の目標

1. 目標値の設定

特定健診等基本指針に基づき設定することとなっていますが、本村では加入者が少ないため、対象者の見込みを算出してはいますが、主に「受診率」[実施率]を目標としています。

図表 1 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	78.0%	79.0%	80.0%	83.0%	85.0%	88%以上
特定保健指導実施率	95.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100%以上

2. 対象者の見込み

図表 2 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	175人	174人	174人	172人	170人	165人
	受診者数	136人	137人	139人	143人	143人	145人
特定保健指導	対象者数	15人	13人	13人	12人	11人	11人
	受診者数	14人	12人	12人	11人	10人	9人

第3章 特定健診・特定保健指導等の実施方法

1. 特定健診の実施

(1)対象者

年度中に 40～74 歳になる五木村国民健康保険加入者を対象にします。年度中に75歳になる人は、74 歳のうちに受診する人のみを対象者としてします。年度途中に五木村国民健康保険に加入された人は健診の対象とします。ただし、同一年度に特定健診を受診済みの人、五木村人間ドック助成金の交付を受けた人は対象外とします。

(2)実施方法及び健診実施機関

第3期に引き続き、集団健診と人間ドックを特定健診実施機関に委託します。

・集団健診

実施場所： 保健センター及び宮園体育館

実施時期： 公立多良木病院健診センターコスモ。1 月頃を目処に追加健診を実施。

・人間ドック

実施機関： 日本赤十字病院熊本健康管理センター

高野病院健診センター

人吉総合病院予防医療センター

公立多良木病院健診センターコスモ

(3)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。

(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 3 特定健診検査項目

五木村特定健診検査項目

健診項目		五木村	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)事業主健診からの健診結果の提供

事業主が実施する健康診査を受診した場合、その健診結果が特定健診の基本的な検査項目を包含している場合に、その結果を村に提供された場合には特定健診の実施に代えることとします。

(7)治療中の検査結果の提供による特定健診(みなし健診)

生活習慣病の治療のために受けた検査が、特定健診の基本的な検査項目を包含している場合に、その結果を村に提供された場合には特定健診の実施に代えることとします。

また、熊本県と熊本県医師会が契約した「みなし健診」を実施した場合にも特定健診の実施に代えることとします。

(8)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。

(9) 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。

(10) 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、目標に向かってPDCAサイクルで実践し進捗状況管理していきます。

図表 4 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 (特定健診の開始) 人間ドック	(特定保健指導の実施)
5月			健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取 費用決裁	
7月		保健福祉課事業説明会 での申し込み	
8月		集団健診	実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
10月	契約に関わる	健診結果説明会の実施	受診・実施率実績の算出
11月	予算手続き		支払基金(連合会)への報告
12月		特定保健指導の実施	(ファイル作成・送付)
1月	健診対象者の抽出		
2月	人間ドックの 申し込み		
3月	契約準備	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

2. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、委任と直営の方法で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

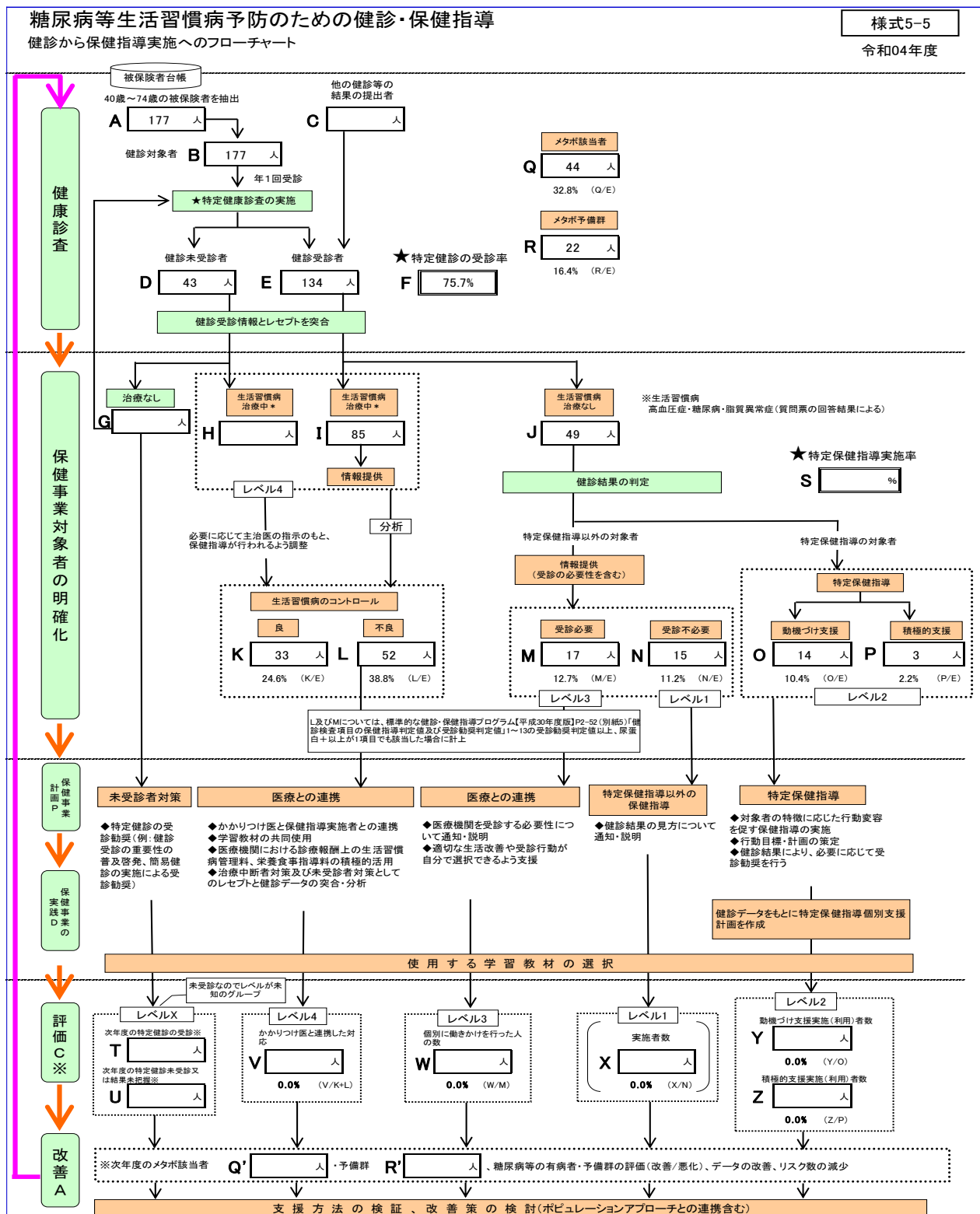
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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5 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルサポートラボツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 6 要保健指導対象者の見込み

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	17人 (12.7%)	100%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	17人 (12.7%)	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)	43	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	15人 (11.2%)	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 ◆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	85人 (63.4%)	50%

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間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	◎人間ドック受診者の特定健診開始(4月～12月)		
5月		◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	
6月	◎みなし健診の依頼		◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月			◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報及び申込書回収
8月	◎集団健診実施		◎集団健診にて特定健診、後期高齢者健診、がん検診実施
9月		◎利用券の登録	◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月	◎集団健診未受診者の抽出及び通知		
11月	◎健診未受診者受診勧奨		
12月	◎人間ドックの終了 ◎追加健診の実施		◎集団健診にて特定健診、後期高齢者健診、がん検診実施
1月	◎みなし健診の開始		
2月	◎次年度、人間ドックの申込み開始		
3月	◎みなし健診の終了		

第4章 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五木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。

(3) 関係機関への報告

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

(4) 特定健診等の記録の利用

生活習慣病の対策や本事業の評価のため、特定健康診査・特定保健指導の結果や記録等を分析する場合は、個人が特定できないようにし、必要な情報の範囲に限定し、データの集計・分析を行います。

第5章 計画の推進

1. 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、五木村ホームページ等への掲載により公表、周知します。

2. 五木村国民健康保険運営協議会への報告

本計画の進捗状況については、被保険者数、特定健診受診率や特定健診保健指導実施率、その他の把握した健康状況や健康課題などの現状を五木村国民健康保険運営協議会に報告し審議します。

3. 計画の評価・見直し

関連法令などの変更があった場合など、必要に応じて本計画の内容について見直しを行います。
また、五木村診療所や課内で毎年度1回程度、特定健診結果や保健指導等について検討しながら事業の効果的で効率的な改善を図るための評価を行います。

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた五木村の位置

参考資料2 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料3 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4 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5 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6 HbA1c の年次比較

参考資料7 血圧の年次比較

参考資料8 LDL-C の年次比較

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた五木村の位置

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		927		727,328		1,713,102		123,214,261		KDB_NO 5 人口の状況 KDB_NO 3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題							
			65歳以上（高齢化率）		446	48.1	301,058	41.4	540,538	31.6	35,335,805	28.7								
			75歳以上		266	28.7	--	--	282,460	16.5	18,248,742	14.8								
			65～74歳		180	19.4	--	--	258,078	15.1	17,087,063	13.9								
			40～64歳		265	28.6	--	--	543,167	31.7	41,545,893	33.7								
	39歳以下		216	23.3	--	--	629,397	36.7	46,332,563	37.6										
	②	産業構成	第1次産業		23.9		22.3		9.8		4.0		KDB_NO 3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題							
			第2次産業		20.3		20.6		21.1		25.0									
			第3次産業		55.8		57.2		69.1		71.0									
	③	平均寿命	男性		81.0		80.5		81.2		80.8		KDB_NO 1 地域全体像の把握							
女性			87.5		87.0		87.5		87.0											
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性		82.2		79.3		80.4		80.1		KDB_NO 1 地域全体像の把握								
		女性		87.3		84.2		85.0		84.4										
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性		96.9		101.6		94.9		100		KDB_NO 1 地域全体像の把握						
				女性		93.4		99.9		94.5		100								
			死因	がん		5	71.4	3,423	47.4	5,349	48.2	378,272	50.6							
				心臓病		1	14.3	2,064	28.6	3,242	29.2	205,485	27.5							
				脳疾患		1	14.3	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		0	0.0	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							
	②	早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計										厚労省HP 人口動態調査							
			男性																	
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		84	20.3	59,331	19.9	108,069	20.2	6,724,030	19.4	KDB_NO 1 地域全体像の把握							
			新規認定者		0	0.3	933	0.3	1,261	0.3	110,289	0.3								
			介護度別 総件数	要支援1.2		178	11.4	162,745	13.5	380,309	14.2	21,785,044		12.9						
				要介護1.2		624	40.0	568,999	47.1	1,309,567	49.0	78,107,378		46.3						
				要介護3以上		758	48.6	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		8	9.0	13,461	21.6	25,945	23.1	1,712,613	24.3	KDB_NO 1 地域全体像の把握							
			高血圧症		46	57.1	33,454	54.3	65,761	58.7	3,744,672	53.3								
			脂質異常症		21	24.1	18,421	29.6	37,156	32.8	2,308,216	32.6								
			心臓病		51	63.8	37,325	60.8	73,556	65.7	4,224,628	60.3								
			脳疾患		11	16.5	13,424	22.1	25,387	22.8	1,568,292	22.6								
			がん		2	3.3	6,308	10.3	13,445	12.0	837,410	11.8								
			筋・骨格		48	59.3	33,542	54.6	66,287	59.2	3,748,372	53.4								
			精神		28	39.2	22,904	37.4	45,259	40.5	2,569,149	36.8								
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		386,647	172,444,638	323,222	97,308,660,154	310,858	168,030,405,720	290,668	10,074,274,226,889								
			1件当たり給付費（全体）		110,541		80,543		62,823		59,662									
			居宅サービス		64,788		42,864		42,088		41,272									
			施設サービス		309,225		288,059		303,857		296,364									
	④	医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）		認定あり		11,736		9,108		9,463		8,610							
			認定なし		3,596		4,544		4,221		4,020									
4	①	国保の状況	被保険者数		236		195,140		383,407		27,488,882		KDB_NO 1 地域全体像の把握 KDB_NO 5 被保険者の状況							
			65～74歳		136	57.6			174,230	45.4	11,129,271	40.5								
			40～64歳		56	23.7			118,490	30.9	9,088,015	33.1								
			39歳以下		44	18.6			90,687	23.7	7,271,596	26.5								
			加入率		25.5		27.1		22.4		22.3									
	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	
			診療所数		1		4.2		703		3.6		1,473		3.8		102,599		3.7	
			病床数		0		0.0		4,267		21.9		32,745		85.4		1,507,471		54.8	
			医師数		0		0.0		641		3.3		5,415		14.1		339,611		12.4	
			外来患者数		864.5		653.6		768.9		687.8									
	入院患者数		30.5		22.9		26.2		17.7											
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		413,169	県内26位 同規模89位	367,527		407,772		339,680		KDB_NO 3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB_NO 1 地域全体像の把握							
			受診率		894.951		676.49		795.102		705.439									
			外来	費用の割合		51.4		55.1		54.5		60.4								
				件数の割合		96.6		96.6		96.7		97.5								
			入院	費用の割合		48.6		44.9		45.5		39.6								
				件数の割合		3.4		3.4		3.3		2.5								
			1件あたり在院日数		18.7日		16.2日		18.1日		15.7日									

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	11,704,340	26.4	32.8	27.3	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題						
		慢性腎不全（透析あり）	0	0.0	6.1	10.7	8.2							
		糖尿病	7,595,280	17.1	11.2	10.9	10.4							
		高血圧症	3,723,100	8.4	6.5	6.0	5.9							
		脂質異常症	2,275,840	5.1	3.4	3.3	4.1							
		脳梗塞・脳出血	238,740	0.5	4.0	3.6	3.9							
		狭心症・心筋梗塞	2,709,710	6.1	2.8	2.0	2.8							
		精神	2,135,190	4.8	14.6	18.6	14.7							
筋・骨格	13,717,390	30.9	17.4	16.6	16.7									
4	⑤ 一人当たり医 療費/入院医 療費に占める 割合	入 院	高血圧症	--	--	363	0.2	435	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分 類)				
			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	--	--	6,827	4.1	7,036	3.8		5,993	4.5		
			虚血性心疾患	11,482	5.7	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		
	医療費分析 一人当たり医 療費/外来医 療費に占める 割合	外 来	高血圧症	15,776	7.4	12,436	6.1	12,283	5.5		10,143	4.9		
			糖尿病	32,183	15.2	21,206	10.5	21,299	9.6		17,720	8.6		
			脂質異常症	9,643	4.5	6,646	3.3	6,890	3.1		7,092	3.5		
			脳梗塞・脳出血	1,012	0.5	934	0.5	625	0.3		825	0.4		
			虚血性心疾患	965	0.5	1,857	0.9	1,621	0.7		1,722	0.8		
			腎不全	19,242	9.1	14,043	6.9	23,648	10.6		15,781	7.7		
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	8,916	2,915	2,450	2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題						
			健診未受診者	7,814	13,340	13,484	13,295							
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	21,602	8,820	6,758	6,142							
			健診未受診者	18,933	40,357	37,197	40,210							
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	医療機関受診率	79	59.8	36,450	58.3	55,575	56.8	3,698,441	56.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			医療機関受診率	66	50.0	32,495	52.0	50,251	51.3	3,375,719	51.9			
			医療機関非受診率	13	9.8	3,955	6.3	5,324	5.4	322,722	5.0			
5	特定健診の 状況 県内市町村数 47市町村 同規模市区町村 数 274市町村	①	健診受診者	132		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	74.2	県内1位 同規模4位	45.2	36.4	全国26位	35.3			
		③	特定保健指導終了者（実施率）	2	12.5	1158	14.8	3,313	28.6	69,327	9.0			
		④	非肥満高血糖	10	7.6	5,946	9.5	8,692	8.9	588,083	9.0			
		⑤	メタボ	該当者	42	31.8	13,887	22.2	20,321	20.8	1,321,197		20.3	
				男性	24	39.3	9,720	32.3	14,222	32.4	923,222		32.0	
				女性	18	25.4	4,167	12.8	6,099	11.3	397,975		11.0	
				予備群	22	16.7	7,780	12.4	11,800	12.1	730,607		11.2	
				男性	16	26.2	5,523	18.4	8,107	18.5	515,813		17.9	
				女性	6	8.5	2,257	7.0	3,693	6.8	214,794		5.9	
		⑥	メタボ該当・ 予備群レ ベル	BMI	総数	68	51.5	23,952	38.3	35,581	36.3		2,273,296	35.0
					男性	42	68.9	16,801	55.8	24,633	56.1		1,592,747	55.3
					女性	26	36.6	7,151	22.1	10,948	20.3		680,549	18.8
				血糖のみ	総数	4	3.0	3,692	5.9	4,148	4.2		304,276	4.7
					男性	2	3.3	695	2.3	620	1.4		48,780	1.7
					女性	2	2.8	2,997	9.2	3,528	6.5		255,496	7.1
					血糖のみ	1	0.8	427	0.7	705	0.7		41,541	0.6
					血圧のみ	18	13.6	5,692	9.1	8,557	8.7		514,593	7.9
					脂質のみ	3	2.3	1,661	2.7	2,538	2.6		174,473	2.7
					血糖・血圧	5	3.8	2,311	3.7	3,517	3.6		193,722	3.0
					血糖・脂質	1	0.8	697	1.1	985	1.0		67,212	1.0
血圧・脂質	20				15.2	6,233	10.0	9,222	9.4	630,648	9.7			
血糖・血圧・脂質	16				12.1	4,646	7.4	6,597	6.7	429,615	6.6			
①	服薬	高血圧	66	50.0	24,538	39.3	37,276	38.1	2,324,538	35.8				
		糖尿病	22	16.7	6,716	10.8	9,143	9.3	564,473	8.7				
		脂質異常症	45	34.1	17,112	27.4	26,402	27.0	1,817,350	28.0				
		脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	1	0.8	2,034	3.3	2,933	3.0	199,003	3.1				
②	既往 歴	心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	7	5.3	3,656	5.9	5,477	5.7	349,845	5.5				
		腎不全	6	4.5	566	0.9	662	0.7	51,680	0.8				
		貧血	8	6.1	5,363	8.8	10,590	11.0	669,737	10.6				
		喫煙	19	14.4	10,267	16.4	13,307	13.6	896,676	13.8				
6	生活習慣の 状況	週3回以上朝食を抜く	9	6.8	5,550	9.4	9,112	10.2	609,166	10.3				
		週3回以上食後同食（～H9）	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
		週3回以上就寝前夕食（～H0～）	17	12.9	10,136	17.1	13,395	14.8	932,218	15.7				
		週3回以上就寝前夕食	17	12.9	10,136	17.1	13,395	14.8	932,218	15.7				
		食べる速度が速い	43	32.6	16,521	28.0	24,787	27.4	1,590,713	26.8				
		20歳時体重から10kg以上増加	56	42.4	21,716	36.6	32,106	36.0	2,083,152	34.9				
		1回30分以上運動習慣なし	90	68.2	40,253	67.5	55,634	61.6	3,589,415	60.3				
		1日1時間以上運動なし	65	49.2	28,321	47.6	45,867	50.8	2,858,913	48.0				
		睡眠不足	37	28.0	14,480	24.5	22,325	24.7	1,521,685	25.6				
		毎日飲酒	32	24.2	15,957	26.5	25,323	26.3	1,585,206	25.5				
		時々飲酒	33	25.0	13,842	23.0	23,075	24.0	1,393,154	22.4				
		⑭	日飲 酒量	1合未満	56	60.2	21,335	54.7	52,841	68.5	2,851,798	64.2		
				1～2合	20	21.5	10,999	28.2	17,396	22.5	1,053,317	23.7		
				2～3合	9	9.7	4,986	12.8	5,528	7.2	414,658	9.3		
3合以上	8			8.6	1,688	4.3	1,416	1.8	122,039	2.7				

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			統合表	五木村										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	254人		224人		242人		252人		269人			
	②	(再掲)40-74歳		223人		200人		209人		224人		213人			
2	①	対象者数	B	179人		177人		189人		191人		176人			
	②	特定健診 受診者数	C	140人		137人		148人		150人		133人			
	③	受診率		78.2%		77.4%		78.3%		78.5%		75.6%			
3	①	特定保健指導 対象者数		16人		18人		10人		11人		17人			
	②	実施率		93.8%		61.1%		47.6%		68.8%		94.1%			
4	①	糖尿病型	E	20人	13.5%	27人	17.9%	28人	17.6%	26人	16.9%	27人	20.1%		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	2人	10.0%	6人	22.2%	7人	25.0%	5人	19.2%	5人	18.5%		
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	18人	90.0%	21人	77.8%	21人	75.0%	21人	80.8%	22人	81.5%		
	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	12人	66.7%	13人	61.9%	10人	47.6%	12人	57.1%	12人	54.5%		
	⑤	血圧 130/80以上		3人	25.0%	4人	30.8%	3人	30.0%	4人	33.3%	6人	50.0%		
	⑥	肥満 BMI25以上		4人	33.3%	7人	53.8%	6人	60.0%	8人	66.7%	8人	66.7%		
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	6人	33.3%	8人	38.1%	11人	52.4%	9人	42.9%	10人	45.5%		
	⑧	第1期 尿蛋白(ー)	M	15人	75.0%	22人	81.5%	21人	75.0%	14人	53.8%	21人	77.8%		
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		2人	10.0%	3人	11.1%	4人	14.3%	8人	30.8%	4人	14.8%		
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		2人	10.0%	1人	3.7%	2人	7.1%	2人	7.7%	1人	3.7%		
	⑪	第4期 eGFR30未満		1人	5.0%	1人	3.7%	1人	3.6%	2人	7.7%	1人	3.7%		
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		153.5人		151.8人		140.5人		107.1人		130.1人			
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)		174.9人		170.0人		162.7人		120.5人		164.3人			
	③	レセプト件数 (40-74歳)		221件	(1099.5)	230件	(1116.5)	241件	(1095.5)	239件	(1116.8)	249件	(1296.9)	136,930件	(893.2)
	④	入院外(件数)		0件		0件		0件		0件		0件		658件	(4.3)
	⑤	糖尿病治療中	H	39人	15.4%	34人	15.2%	34人	14.0%	27人	10.7%	35人	13.0%		
	⑥	(再掲)40-74歳		39人	17.5%	34人	17.0%	34人	16.3%	27人	12.1%	35人	16.4%		
	⑦	健診未受診者	I	21人	53.8%	16人	47.1%	13人	38.2%	6人	22.2%	13人	37.1%		
	⑧	インスリン治療	O	4人	10.3%	4人	11.8%	5人	14.7%	4人	14.8%	7人	20.0%		
	⑨	(再掲)40-74歳		4人	10.3%	4人	11.8%	5人	14.7%	4人	14.8%	7人	20.0%		
	⑩	糖尿病性腎症	L	11人	28.2%	9人	26.5%	8人	23.5%	5人	18.5%	8人	22.9%		
	⑪	(再掲)40-74歳		11人	28.2%	9人	26.5%	8人	23.5%	5人	18.5%	8人	22.9%		
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人	2.6%	1人	2.9%	1人	2.9%	1人	3.7%	1人	2.9%		
	⑬	(再掲)40-74歳		1人	2.6%	1人	2.9%	1人	2.9%	1人	3.7%	1人	2.9%		
	⑭	新規透析患者数		0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%		
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%		
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)													
6	①	総医療費		1億0498万円		1億1883万円		9725万円		9318万円		9751万円		2億6175万円	
	②	生活習慣病総医療費		5062万円		6038万円		4785万円		4333万円		4434万円		1億4021万円	
	③	(総医療費に占める割合)		48.2%		50.8%		49.2%		46.5%		45.5%		53.6%	
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	18,862円		16,874円		10,257円		19,408円		21,602円		8,820円	
	⑤		健診未受診者	18,277円		34,216円		30,357円		15,740円		18,933円		40,357円	
	⑥	糖尿病医療費		576万円		618万円		691万円		719万円		760万円		1572万円	
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		11.4%		10.2%		14.4%		16.6%		17.1%		11.2%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費		1780万円		1712万円		1750万円		1697万円		1753万円			
	⑨	1件あたり		34,036円		36,581円		39,248円		37,719円		34,860円			
	⑩	糖尿病入院総医療費		415万円		1173万円		1241万円		1063万円		1018万円			
	⑪	1件あたり		519,343円		533,218円		620,524円		966,730円		848,368円			
	⑫	在院日数		15日		16日		12日		13日		12日			
	⑬	慢性腎不全医療費		79万円		84万円		28万円		21万円		12万円		957万円	
	⑭	透析有り												862万円	
	⑮	透析なし		79万円		84万円		28万円		21万円		12万円		96万円	
7	①	介護給付費		1億6635万円		1億8029万円		1億9473万円		1億9110万円		1億7244万円		3億5514万円	
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		0件 #####		0件 #####		0件 #####		0件 #####		0件 #####			
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		0人 0.0%		0人 0.0%		1人 4.8%		0人 0.0%		0人 0.0%		267人 1.0%	

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

軽 症

重 症

レセプト

KDB
疾病管理一覧
(高血圧症)

被保険者		
年代別	人数(a)	割合
20代以下	102	29.2
30代	20	5.7
40代	17	4.9
50代	26	7.4
60代	87	24.9
70-74歳	97	27.8
75歳以上		
合計	349人	

高血圧症治療中		
患者数(b)	b/a	処方あり(c)
0	0.0	0
0	0.0	0
2	11.8	1
3	11.5	2
37	42.5	35
59	60.8	55
合計	101人	93人

脳血管疾患		
患者数(d)	d/b	患者数(f)
0	--	0
0	--	0
1	50.0	0
0	0.0	0
1	2.7	6
8	13.6	11
合計	10人	17人

虚血性心疾患		
患者数(e)	e/b	患者数(g)
0	--	0
0	--	0
0	0.0	0
0	0.0	0
1	2.7	6
8	13.6	11
合計	9人	16人

人工透析		
患者数(h)	h/b	患者数(i)
0	--	0
0	--	0
0	0.0	0
0	0.0	0
1	2.7	6
8	13.6	11
合計	1人	1人

その他のリスク		
糖尿病	高尿酸血症	脂質異常症
34	12	22
33.7	11.9	21.8
合計	60	59.4

特定健診 未受診者		
人数	(H-G)	(I/H)
34人		
33.7		

重症化を予防するために臓器障害を 早期に発見するための精密検査		
検査項目	検査結果	検査結果
心電図検査	134人	100.0
尿たんぱく	0人	0.0
血圧値がわからない(データがないため、コントロール状況がわからない。)		
一保健指導が難しい。		

KDBシステム構築
「疾病管理一覧(高血圧)」
で対象者の把握が可能

血圧値がわからない(データがないため、コントロール状況がわからない。)

重症化を予防するために臓器障害を
早期に発見するための精密検査

※
途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊娠婦は除外

高血圧治療中(併用薬 脂薬有)		
分類	人数	割合
I度	10人	83.3
II度	2人	16.7
III度	0人	0.0
合計	12人	
41.4 (G/E)		
11.9 (G/H)		

その他のリスク		
肥満	高血糖	高尿酸
7	1	1
70.0%	10.0%	100.0%
0	0	0
0.0%	0.0%	0.0%
0	0	0
--	--	--
合計	4人	5人
30.8%	7.7%	38.5%
2	1	0
50.0%	25.0%	0.0%
0	0	0
--	--	--
合計	0人	0人
--	--	--

臓器障害		
眼底検査	心電図結果	尿たんぱく
有所見者	有所見者	(+以上)
120人	134人	
89.6	100.0	
検査実施者(K)	10人	12人
実施率(K/G)	83.3	100.0
有所見者(L)	4人	0人
有所見率(L/G)	33.3	0.0
検査実施者(M)	14人	17人
実施率(M/F)	82.4	100.0
有所見者(N)	5人	0人
有所見率(M/F)	29.4	0.0

特定健診 [40-74歳]

特定健診 対象者		
人数	割合	割合
177人		
134人	75.7	
29人	21.6	
合計	163人	

※
上記「E」：高血圧に内服治療中の140/90未満は含まない。

※高血圧の人が詳細健診をきちんと受けているか

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

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

軽 症

重 症

レセプト

KDB
疾病管理一覧
(脂質異常症)

被保険者		
349人		
年代別	人数(a)	割合
20代以下	102	29.2
30代	20	5.7
40代	17	4.9
50代	26	7.4
60代	87	24.9
70~74歳	97	27.8

再掲
40~74歳

227人

脂質異常症治療中			
88人 (252)			
患者数(b)	b/a	処方あり(c)	c/b
1	1.0	0	0.0
0	0.0	0	—
7	41.2	3	42.9
5	19.2	4	80.0
26	29.9	21	80.8
49	50.5	42	85.7

H

87人

38.3

70人

80.5

特定健診未受診者

41人 (H-G)

47.1 (I/H)

KDBシステム構築
「疾病管理一覧(脂質異常症)」
で対象者の把握が可能

LDL値がわからない(データ
がない)ため、コントロール状
況がわからない。
一保健指導が難しい。

重症化を予防するために臓器障害
を早期に発見するための精密検査

臓器障害

糖尿病

32

36.8

糖尿病性腎症

11

12.6

高血圧

60

69.0

高尿酸血症

17

19.5

その他のリスク

虚血性心疾患

15人

17.0

脳血管疾患

9人

10.2

人工透析

1人

1.14

患者数(d)

d/b

患者数(e)

e/b

患者数(f)

f/b

0

0.0

0

0.00

0

—

0

—

0

0.00

0

0.00

0

0.00

4

15.4

1

3.8

1

3.85

11

22.4

7

14.3

0

0.00

15人

17.2

9人

10.3

1人

1.15

O

P

Q

特定健診
[40~74歳]

※
途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、
長期入院者、妊娠婦は除外

特定健診 対象者	特定健診 受診者	脂質異常 (LDL-C)	
		160以上	180以上
177人	134人 (75.7)	12人 (9.0)	3人 (2.2)

脂質異常症治療中(質問票服薬有)			
46人 (34.3) ...G'			
合計	LDL160以上	性別	
		男性	女性
2人	1人	0人	2人
16.7 G/E	33.3 G/E	0.0	100.0
2.3 G/H			

その他のリスク			
肥満	高血糖	高血圧	高尿酸
BM25以上	HbA1c6.5以上 空腹時126以上 随時200以上	1度高血圧 以上	7.1以上
1人	1人	2人	0人
50.0	50.0	100.0	0.0

臓器障害		心電図結果		【二次健診】 頸動脈エコー		眼底検査	
検査実施者(K)	実施率(K/G)	検査実施者(L)	有所見率(L/G)	検査実施者(M)	実施率(M/F)	検査実施者(N)	有所見率(N/F)
2人	100.0	0人	0.0	10人	100.0	9人	90.0
2人	100.0	0人	0.0	5人	100.0	1人	100.0
2人	100.0	0人	0.0	500	100.0	100	100.0

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

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値								再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
								合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる							
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	166	47	28.3%	66	39.8%	35	21.1%	9	5.4%	6	3.6%	3	1.8%	8	4.8%	2	1.2%		
H30	148	36	24.3%	63	42.6%	34	23.0%	5	3.4%	7	4.7%	3	2.0%	6	4.1%	2	1.4%		
R01	151	38	25.2%	56	37.1%	37	24.5%	5	3.3%	12	7.9%	3	2.0%	7	4.6%	1	0.7%		
R02	159	30	18.9%	66	41.5%	44	27.7%	8	5.0%	7	4.4%	4	2.5%	7	4.4%	3	1.9%		
R03	154	25	16.2%	70	45.5%	38	24.7%	8	5.2%	6	3.9%	7	4.5%	10	6.5%	6	3.9%		
R04	134	27	20.1%	56	41.8%	32	23.9%	10	7.5%	7	5.2%	2	1.5%	6	4.5%	2	1.5%		

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲									
					再)7.0以上	未治療	治療										
H29	166	47 28.3%	66 39.8%	35 21.1%	18	6	12										
					10.8%	33.3%	66.7%										
					9 5.4%	3 33.3%	6 66.7%										
H30	148	36 24.3%	63 42.6%	34 23.0%	15	1	14										
					10.1%	6.7%	93.3%										
					10 6.8%	0 0.0%	10 100.0%										
R01	151	38 25.2%	56 37.1%	37 24.5%	20	5	15										
					13.2%	25.0%	75.0%										
					15 9.9%	4 26.7%	11 73.3%										
R02	159	30 18.9%	66 41.5%	44 27.7%	19	4	15										
					11.9%	21.1%	78.9%										
					11 6.9%	2 18.2%	9 81.8%										
R03	154	25 16.2%	70 45.5%	38 24.7%	21	5	16										
					13.6%	23.8%	76.2%										
					13 8.4%	2 15.4%	11 84.6%										
R04	134	27 20.1%	56 41.8%	32 23.9%	19	3	16										
					14.2%	15.8%	84.2%										
					9 6.7%	0 0.0%	9 100.0%										

治療と未治療の状況

				HbA1c測定		保健指導判定値				受診勧奨判定値								再掲																	
						正常		正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病																							
												合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる																			
						5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上															
						人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合												
A				B		B/A		C		C/A		D		D/A		E		E/A		F		F/A		G		G/A		H		H/A		I		I/A	
治療中	H29	21	12.7%	2	9.5%	3	14.3%	4	19.0%	6	28.6%	4	19.0%	2	9.5%	5	23.8%	1	4.8%																
	H30	18	12.2%	1	5.6%	0	0.0%	3	16.7%	4	22.2%	7	38.9%	3	16.7%	6	33.3%	2	11.1%																
	R01	21	13.9%	1	4.8%	2	9.5%	3	14.3%	4	19.0%	8	38.1%	3	14.3%	6	28.6%	1	4.8%																
	R02	21	13.2%	1	4.8%	2	9.5%	3	14.3%	6	28.6%	5	23.8%	4	19.0%	7	33.3%	3	14.3%																
	R03	21	13.6%	1	4.8%	0	0.0%	4	19.0%	5	23.8%	5	23.8%	6	28.6%	9	42.9%	5	23.8%																
	R04	22	16.4%	1	4.5%	0	0.0%	5	22.7%	7	31.8%	7	31.8%	2	9.1%	6	27.3%	2	9.1%																
治療なし	H29	145	87.3%	45	31.0%	63	43.4%	31	21.4%	3	2.1%	2	1.4%	1	0.7%	3	2.1%	1	0.7%																
	H30	130	87.8%	35	26.9%	63	48.5%	31	23.8%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%																
	R01	130	86.1%	37	28.5%	54	41.5%	34	26.2%	1	0.8%	4	3.1%	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%																
	R02	138	86.8%	29	21.0%	64	46.4%	41	29.7%	2	1.4%	2	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%																
	R03	133	86.4%	24	18.0%	70	52.6%	34	25.6%	3	2.3%	1	0.8%	1	0.8%	1	0.8%	1	0.8%																
	R04	112	83.6%	26	23.2%	56	50.0%	27	24.1%	3	2.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%																

血圧の年次比較													
	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	166	56	33.7%	42	25.3%	42	25.3%	23	13.9%	3	1.8%	0	0.0%
H30	148	53	35.8%	37	25.0%	38	25.7%	17	11.5%	3	2.0%	0	0.0%
R01	151	45	29.8%	38	25.2%	48	31.8%	15	9.9%	5	3.3%	0	0.0%
R02	159	43	27.0%	45	28.3%	36	22.6%	30	18.9%	4	2.5%	1	0.6%
R03	154	47	30.5%	30	19.5%	43	27.9%	28	18.2%	3	1.9%	3	1.9%
R04	134	41	30.6%	29	21.6%	35	26.1%	23	17.2%	6	4.5%	0	0.0%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診 受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上								
					再掲								
					再Ⅲ度高血圧	未治療	治療						
H29	166	98 59.0%	42 25.3%	23 13.9%	3 1.8%	1 33.3%	2 66.7%	-0.0%	1.8%				
					0 0.0%	#DIV/0!	0 #DIV/0!						
H30	148	90 60.8%	38 25.7%	17 11.5%	3 2.0%	2 66.7%	1 33.3%	-0.0%	2.0%				
					0 0.0%	#DIV/0!	0 #DIV/0!						
R01	151	83 55.0%	48 31.8%	15 9.9%	5 3.3%	2 40.0%	3 60.0%	-0.0%	3.3%				
					0 0.0%	#DIV/0!	0 #DIV/0!						
R02	159	88 55.3%	36 22.6%	30 18.9%	5 3.1%	3 60.0%	2 40.0%	-0.6%	3.1%				
					1 0.6%	0 0.0%	1 100.0%						
R03	154	77 50.0%	43 27.9%	28 18.2%	6 3.9%	2 33.3%	4 66.7%	-1.9%	3.9%				
					3 1.9%	2 66.7%	1 33.3%						
R04	134	70 52.2%	35 26.1%	23 17.2%	6 4.5%	4 66.7%	2 33.3%	-0.0%	4.5%				
					0 0.0%	#DIV/0!	0 #DIV/0!						

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	80	48.2%	28	35.0%	17	21.3%	23	28.8%	10	12.5%	2	2.5%	0	0.0%
	H30	65	43.9%	18	27.7%	19	29.2%	18	27.7%	9	13.8%	1	1.5%	0	0.0%
	R01	69	45.7%	15	21.7%	20	29.0%	26	37.7%	5	7.2%	3	4.3%	0	0.0%
	R02	74	46.5%	17	23.0%	24	32.4%	16	21.6%	15	20.3%	1	1.4%	1	1.4%
	R03	78	50.6%	27	34.6%	13	16.7%	21	26.9%	13	16.7%	3	3.8%	1	1.3%
	R04	67	50.0%	22	32.8%	20	29.9%	13	19.4%	10	14.9%	2	3.0%	0	0.0%
治療なし	H29	86	51.8%	28	32.6%	25	29.1%	19	22.1%	13	15.1%	1	1.2%	0	0.0%
	H30	83	56.1%	35	42.2%	18	21.7%	20	24.1%	8	9.6%	2	2.4%	0	0.0%
	R01	82	54.3%	30	36.6%	18	22.0%	22	26.8%	10	12.2%	2	2.4%	0	0.0%
	R02	85	53.5%	26	30.6%	21	24.7%	20	23.5%	15	17.6%	3	3.5%	0	0.0%
	R03	76	49.4%	20	26.3%	17	22.4%	22	28.9%	15	19.7%	0	0.0%	2	2.6%
	R04	67	50.0%	19	28.4%	9	13.4%	22	32.8%	13	19.4%	4	6.0%	0	0.0%

LDL-Cの年次比較												
		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H29	166	100	60.2%	28	16.9%	29	17.5%	8	4.8%	1	0.6%
	H30	148	75	50.7%	40	27.0%	18	12.2%	11	7.4%	4	2.7%
	R01	151	75	49.7%	42	27.8%	20	13.2%	10	6.6%	4	2.6%
	R02	159	87	54.7%	36	22.6%	22	13.8%	7	4.4%	7	4.4%
	R03	154	81	52.6%	27	17.5%	29	18.8%	8	5.2%	9	5.8%
	R04	134	69	51.5%	29	21.6%	24	17.9%	9	6.7%	3	2.2%
男性	H29	80	51	63.8%	13	16.3%	12	15.0%	3	3.8%	1	1.3%
	H30	73	39	53.4%	23	31.5%	6	8.2%	4	5.5%	1	1.4%
	R01	74	39	52.7%	23	31.1%	8	10.8%	3	4.1%	1	1.4%
	R02	77	47	61.0%	18	23.4%	7	9.1%	1	1.3%	4	5.2%
	R03	72	44	61.1%	11	15.3%	14	19.4%	1	1.4%	2	2.8%
	R04	63	33	52.4%	15	23.8%	11	17.5%	4	6.3%	0	0.0%
女性	H29	86	49	57.0%	15	17.4%	17	19.8%	5	5.8%	0	0.0%
	H30	75	36	48.0%	17	22.7%	12	16.0%	7	9.3%	3	4.0%
	R01	77	36	46.8%	19	24.7%	12	15.6%	7	9.1%	3	3.9%
	R02	82	40	48.8%	18	22.0%	15	18.3%	6	7.3%	3	3.7%
	R03	82	37	45.1%	16	19.5%	15	18.3%	7	8.5%	7	8.5%
	R04	71	36	50.7%	14	19.7%	13	18.3%	5	7.0%	3	4.2%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲												
					再)180以上	未治療	治療													
H29	166	100 60.2%	28 16.9%	29 17.5%	9 5.4%	8 88.9%	1 11.1%	1 100.0%	0 0.0%	0.6%										
H30	148	75 50.7%	40 27.0%	18 12.2%	15 10.1%	13 86.7%	2 13.3%	4 27.0%	3 75.0%	1 25.0%	2.7%									
R01	151	75 49.7%	42 27.8%	20 13.2%	14 9.3%	13 92.9%	1 7.1%	4 28.6%	4 100.0%	0 0.0%	2.6%									
R02	159	87 54.7%	36 22.6%	22 13.8%	14 8.8%	13 92.9%	1 7.1%	7 50.0%	7 100.0%	0 0.0%	4.4%									
R03	154	81 52.6%	27 17.5%	29 18.8%	17 11.0%	16 94.1%	1 5.9%	9 52.9%	9 100.0%	0 0.0%	5.8%									
R04	134	69 51.5%	29 21.6%	24 17.9%	12 9.0%	10 83.3%	2 16.7%	3 25.0%	2 66.7%	1 33.3%	2.2%									

治療と未治療の状況

		LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
治療中	H29	49	29.5%	35	71.4%	7	14.3%	6	12.2%	1	2.0%	0	0.0%
	H30	45	30.4%	31	68.9%	7	15.6%	5	11.1%	1	2.2%	1	2.2%
	R01	50	33.1%	36	72.0%	9	18.0%	4	8.0%	1	2.0%	0	0.0%
	R02	55	34.6%	38	69.1%	11	20.0%	5	9.1%	1	1.8%	0	0.0%
	R03	51	33.1%	35	68.6%	11	21.6%	4	7.8%	1	2.0%	0	0.0%
	R04	46	34.3%	33	71.7%	8	17.4%	3	6.5%	1	2.2%	1	2.2%
治療なし	H29	117	70.5%	65	55.6%	21	17.9%	23	19.7%	7	6.0%	1	0.9%
	H30	103	69.6%	44	42.7%	33	32.0%	13	12.6%	10	9.7%	3	2.9%
	R01	101	66.9%	39	38.6%	33	32.7%	16	15.8%	9	8.9%	4	4.0%
	R02	104	65.4%	49	47.1%	25	24.0%	17	16.3%	6	5.8%	7	6.7%
	R03	103	66.9%	46	44.7%	16	15.5%	25	24.3%	7	6.8%	9	8.7%
	R04	88	65.7%	36	40.9%	21	23.9%	21	23.9%	8	9.1%	2	2.3%