
球磨村
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(2024)年度～令和11(2029)年度 —



球磨村 国民健康保険
令和6年3月

目次

第1章 基本的事項	3
1. 計画の趣旨（背景・目的）	3
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	4
3. 計画期間	8
4. 関係者が果たすべき役割と連携	8
5. 保険者努力支援制度	10
第2章 現状の整理	12
1. 保険者の特性	12
2. 第2期計画にかかる評価及び考察	25
3. 健康・医療情報等の分析結果に基づく健康課題の抽出	27
4. データヘルス計画の目的、目標を達成するための戦略	29
第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）	31
1. 第4期特定健康診査等実施計画について	31
2. 目標値の設定	31
3. 対象者の見込み	31
4. 特定健診の実施	31
5. 特定保健指導の実施	34
6. 個人情報保護	36
第4章 課題解決するための個別保健事業	37
I.保健事業の方向性	37
II.重症化予防の取組	37
1. 糖尿病性腎症重症化予防	39
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	46
3. 虚血性心疾患重症化予防	51
4. 脳血管疾患重症化予防	55
III.高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	60
IV.発症予防	61
V.ポピュレーションアプローチ	62
第5章 その他	63
1. 評価の時期	63
2. 評価方法・体制	63
3. 計画の公表・周知	63
4. 個人情報の取扱い	63

第1章 基本的事項

1. 計画の趣旨（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^{※3}2020(骨太方針2020)」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取り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球磨村（以下、「本村」という。）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、社会党の分野における改革の重要性とその方向性を示すもの

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者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1-1）

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

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）^{※5}」（以下、「プログラム」という。）は、高齢者の医療の確保に関する法律（以下、「高確法」という。）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1-2・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1-2参照）

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

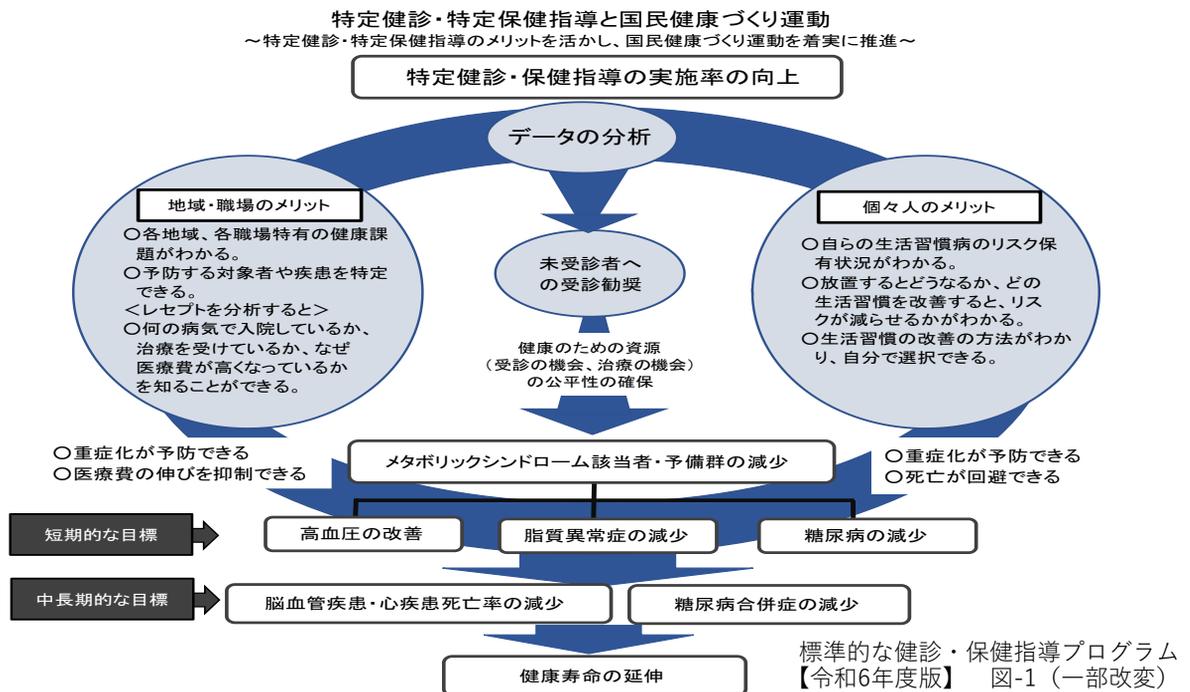
※6 KDB：国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表1-1 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

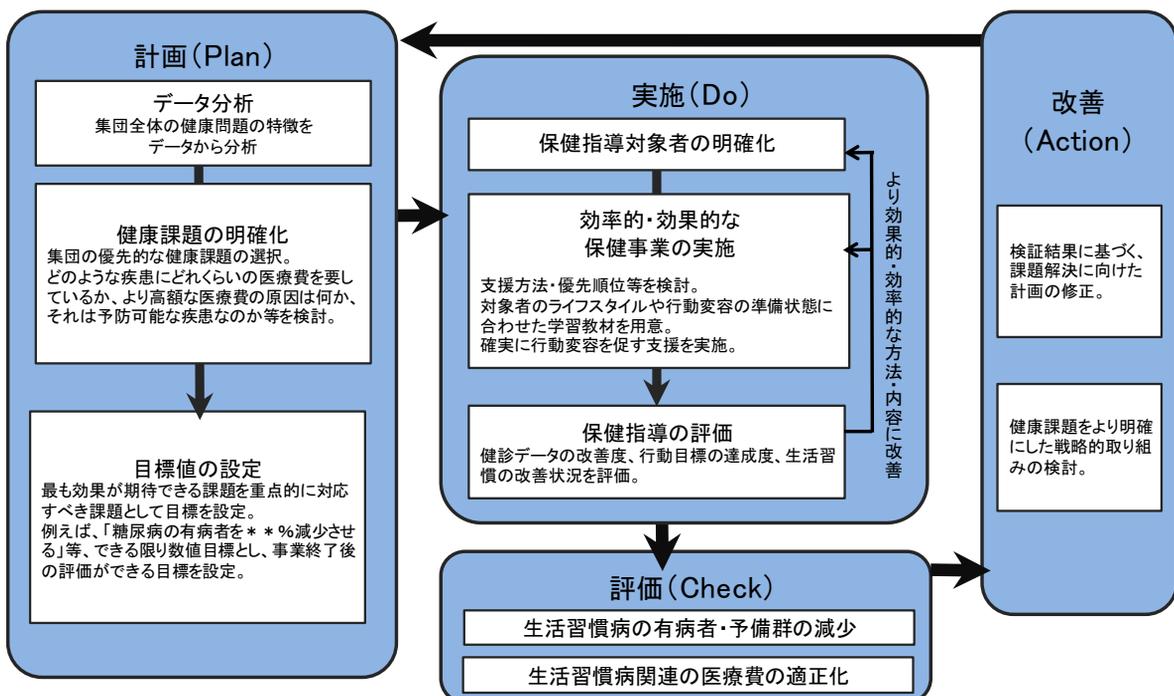
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高確法 第19条	高確法 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健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



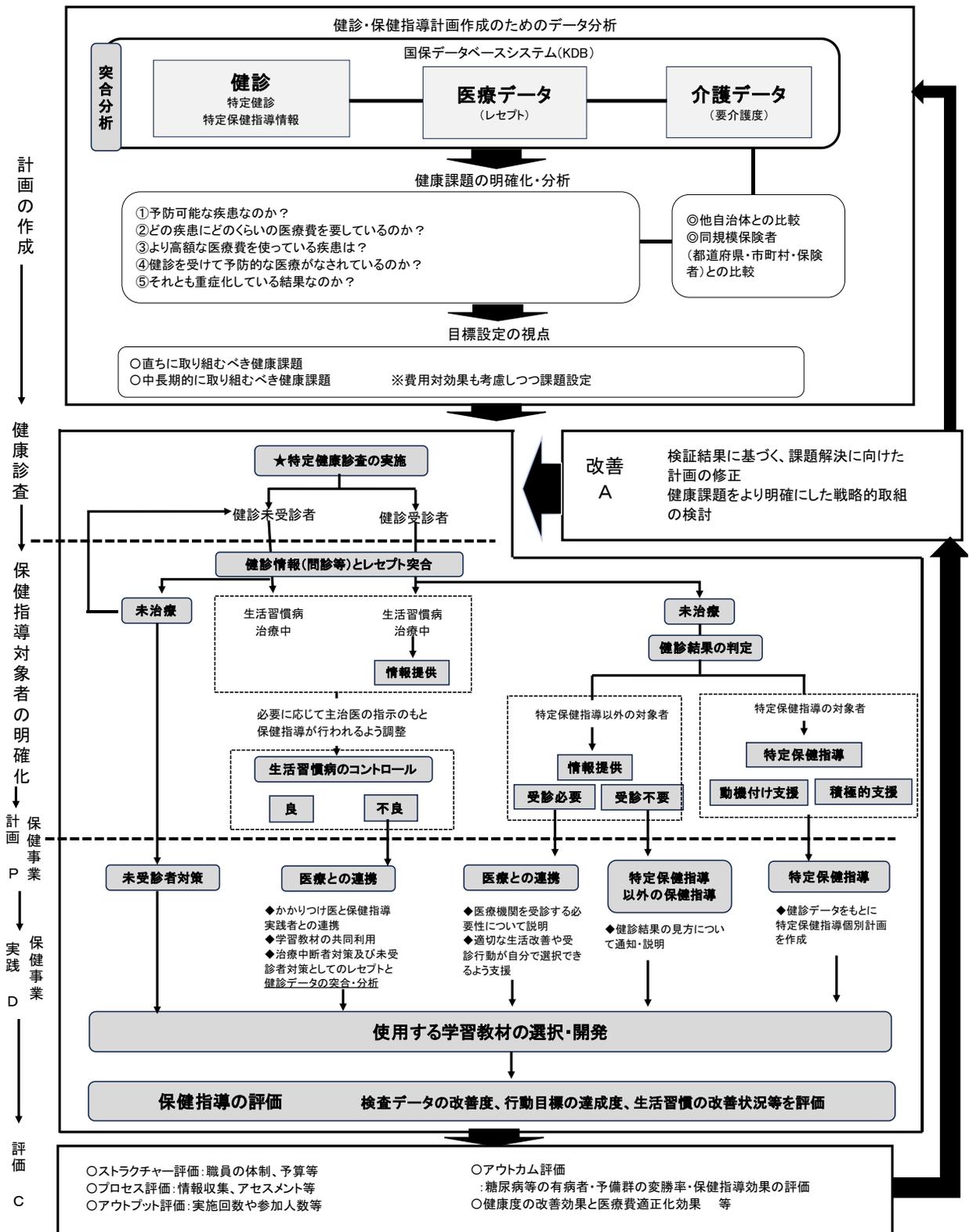
注) プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取り組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとすることにつながる。

図表1-3 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



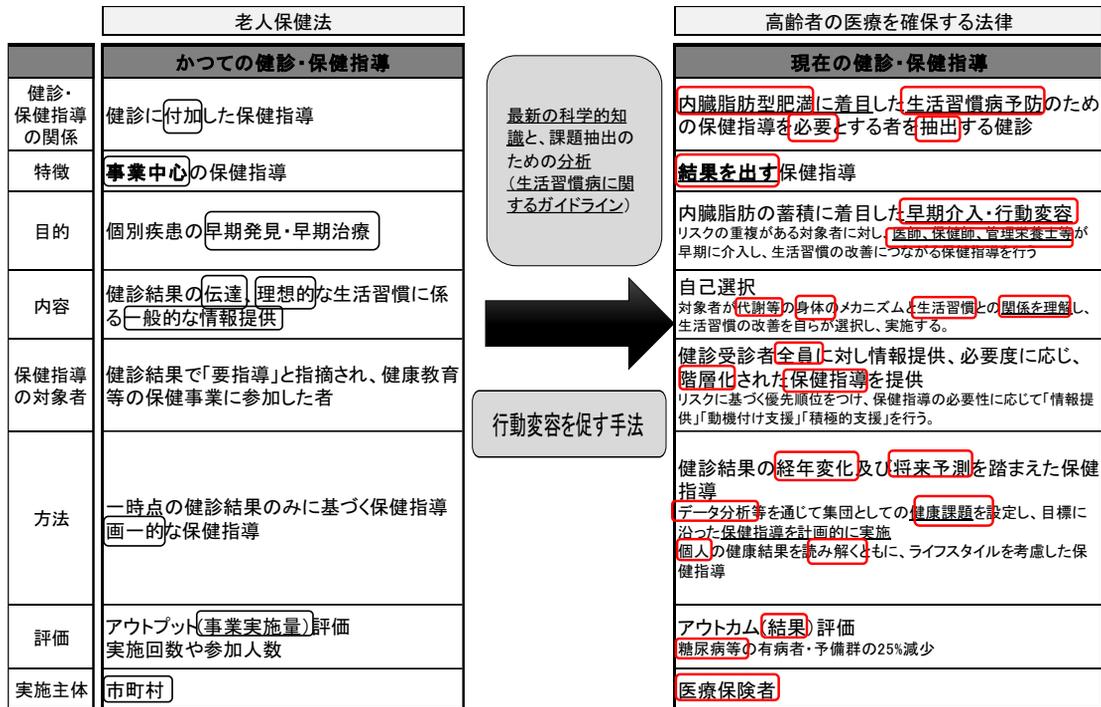
注) 生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながらPDCA（計画（Plan）、実施（Do）、評価（Check）、改善（Actin））サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

図表1-4 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1-5 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）



3. 計画期間

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。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

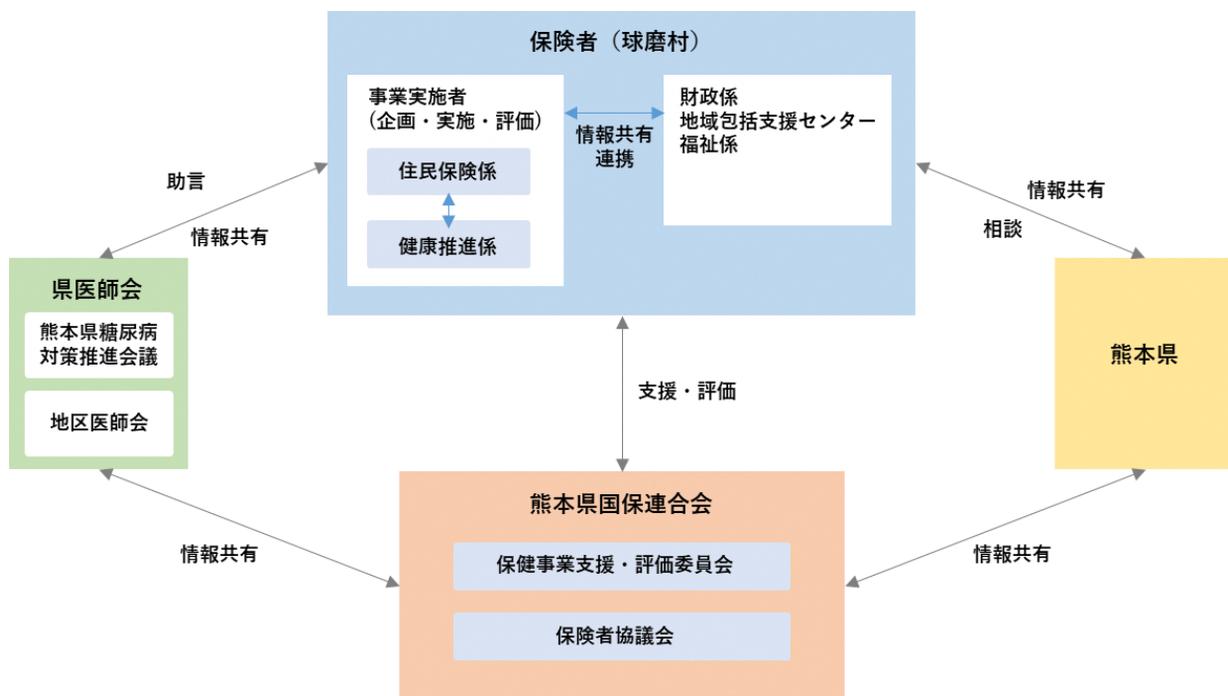
1) 球磨村国保の役割

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、関係課が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、税務住民課と保健福祉課で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1-6）

図表1-6 本村の実施体制図



2) 関係機関との連携

本計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要です。外部有識者等とは、熊本県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいいます。国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うこととされています。国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析等において、国保データベース（KDB）システムの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることを期待されています。

また、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、熊本県が熊本県医師会等との連携を推進することが重要であり、本村では、球磨村国民健康保険運営協議会に医師会から委員として参画を得て、連携を推進していきます。国保連と熊本県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めることが重要です。

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要です。そのためには、圏域で保険者協議会等を活用することも有用と考えています。

3) 被保険者の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、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。

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1-7）

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取り組みを後押しする（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います。

また、都道府県は、交付金（事業費連動分）を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表1-7 保険者努力支援制度評価指標

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	
			球磨村	配点	球磨村	配点	球磨村	配点
交付額(万円)			145				189	
全国順位(1,741市町村中)			1490					
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70
		(2)特定保健指導実施率	120	70	140	70	175	70
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	40	40	40	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	50	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	10	90	0	90	0	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	40	50	45	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	75	130	110	130	130	130
固有の指標	①	保険料(税) 収納率	0	100	0	100	10	100
	②	データヘルス計画の実施状況	12	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	0	25	0	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	5	30	0	30	20	40
	⑤	第三者求償の取組	30	40	31	50	40	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	65	95	53	100	75	100
合計点			427	1,000	569	960	675	940

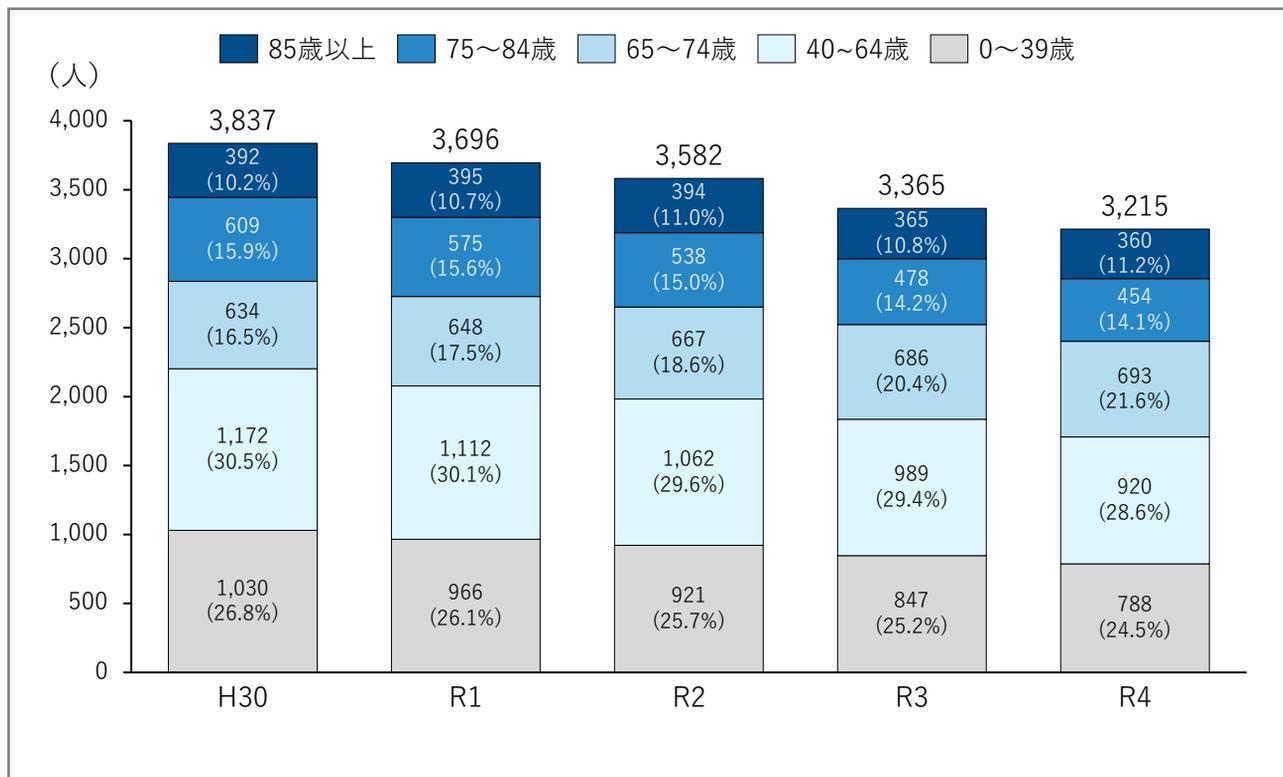
第2章 現状の整理

1. 保険者の特性

1) 人口動態及び高齢化率

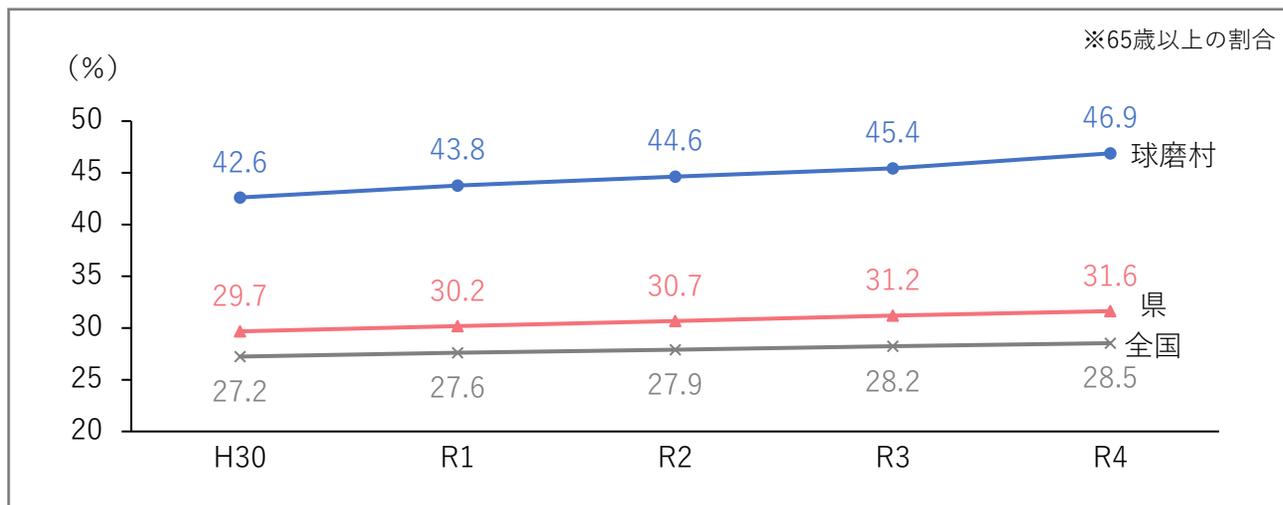
令和4年1月1日時点の住民基本台帳によると、本村は、人口約3,200人で、高齢化率は、46.9%となっており、県や全国と比較すると高齢者の割合は高い状況です。（図表2-1、2-2）

図表2-1 人口構成割合（経年推移）



出典：政府統計e-Stat，区別年齢階級別人口 各年度1月1日住民基本台帳年齢階級別人口

図表2-2 高齢化率



出典：政府統計e-Stat，区別年齢階級別人口 各年度1月1日住民基本台帳年齢階級別人口

2) 被保険者数の状況

本村の被保険者数は、令和4年度で790人と経年的には年々減少傾向となっており、人口の24.5%の加入率となっています。（図表2-3、2-4）

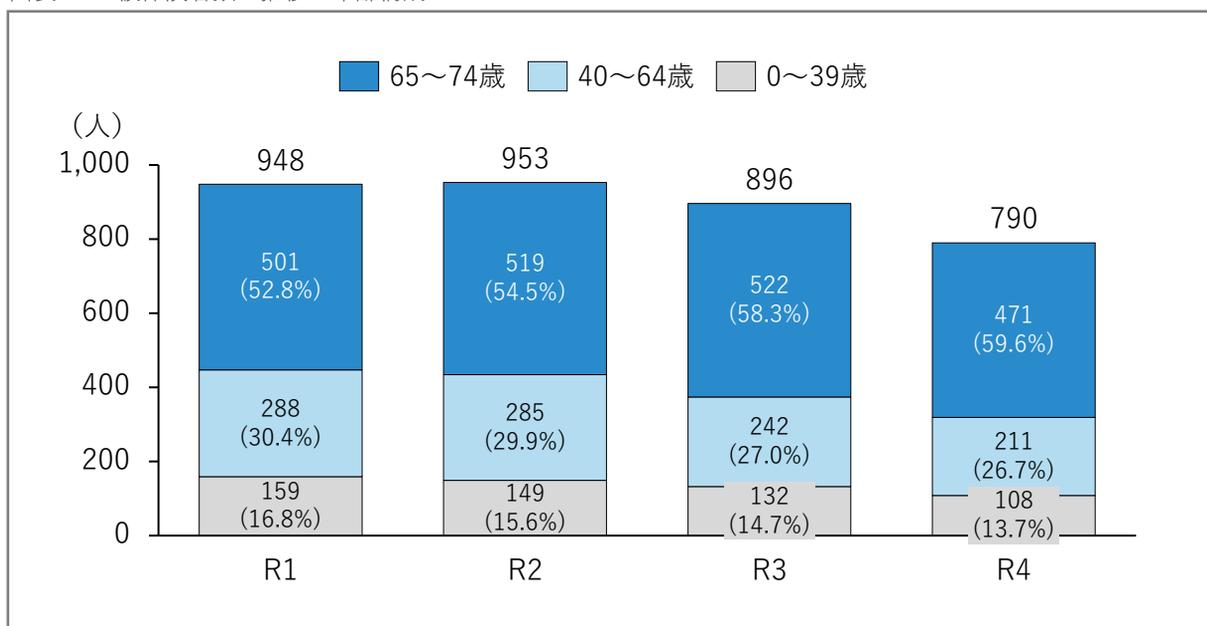
また、本村内には病院がなく、診療所が1箇所となっています。これは同規模と比較しても少ない割合となっており、医療資源は不足している状況です。（図表2-5）

図表2-3 被保険者数の状況

年齢区分	人数			割合		
	全体	男性	女性	全体	男性	女性
人口総数	3,219	1,542	1,677	—	47.9%	52.1%
被保険者数	790	420	370	—	53.2%	46.8%
加入率	24.5%	27.2%	22.1%	—	—	—

出典：KDB_S21_006_被保険者構成

図表2-4 被保険者数の推移と年齢構成



出典：KDB_S21_006_被保険者構成

図表2-5 医療提供環境の状況（令和4年度）

	千人当たり病院数	千人当たり診療所数	千人当たり病床数	千人当たり医師数
球磨村	0	1.3	0	1.3
県	0.6	3.9	87.3	14.4
同規模	0.3	3.6	21.9	3.3
全国	0.3	4.2	61.1	13.8

出典：KDB_S21_001_地域の全体像の把握

3) 介護の状況

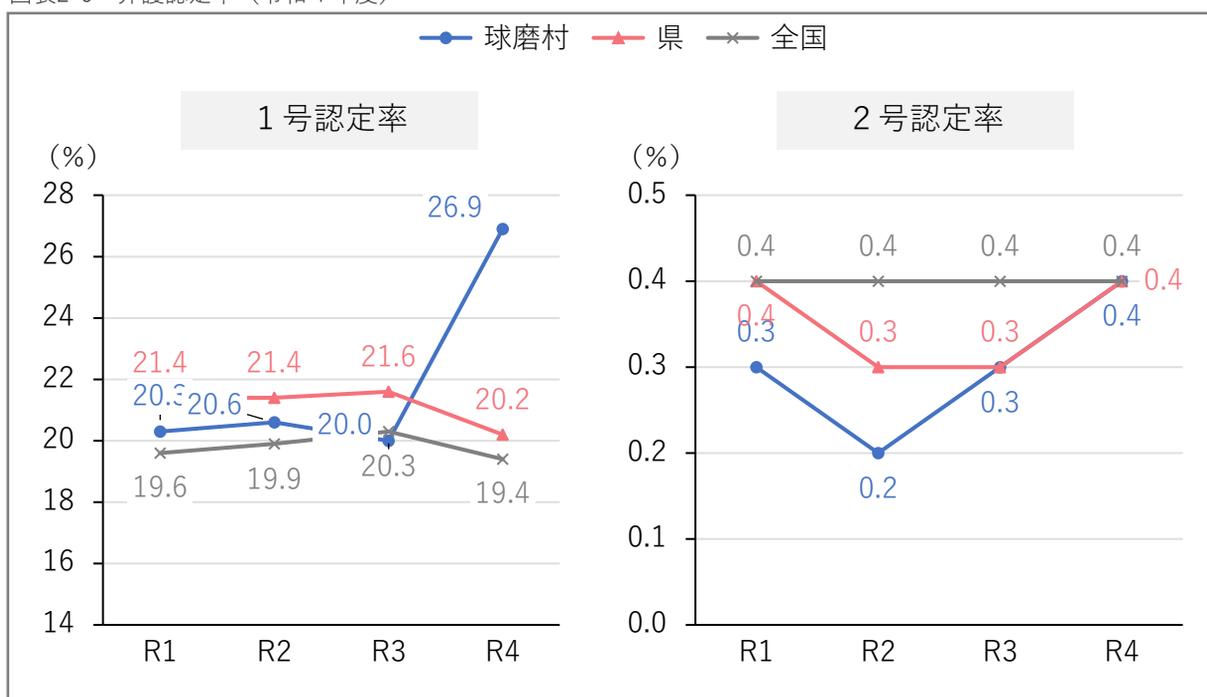
本村の令和4年度の要介護認定率は、2号（40～64歳）被保険者で0.4%、1号（65歳以上）被保険者で26.9%となっており、1号認定率は県・全国と比較すると高くなっています。（図表2-6）

介護給付費は、令和元年度は約5.9億円であり、令和4年度で約5.7億円と減少傾向となっています。一方で、1人当たり介護給付費では、居宅・施設ともに令和元年度から令和4年度にかけて増加しており、居宅で5,115円増、施設で6,239円増となっています。（図表2-7、2-8）

また、要介護認定者における有病状況は、心臓病で58.5%、高血圧症で53.0%、筋・骨格で49.5%となっており、生活習慣病を含む循環器系疾患の有病率が高いことがわかります。

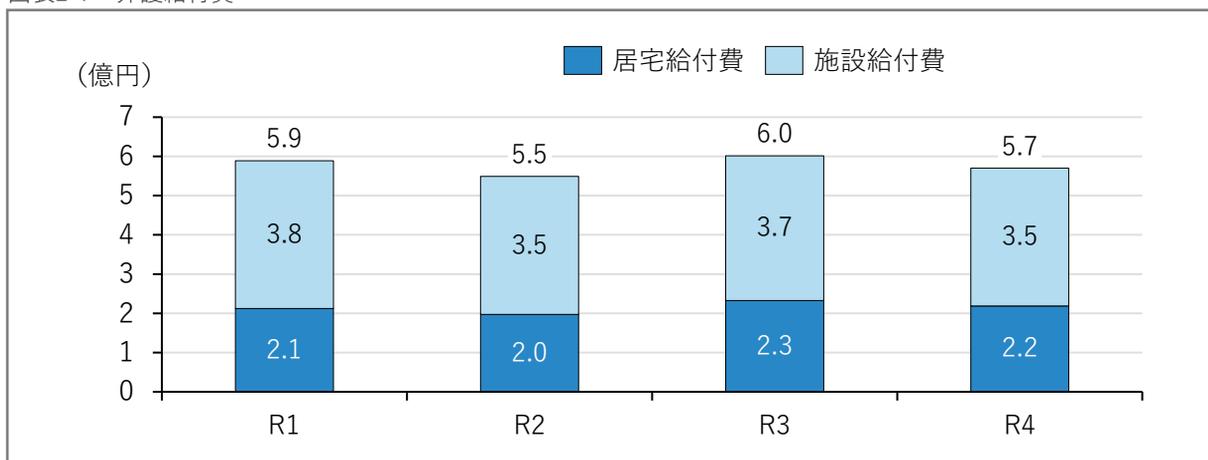
したがって、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。（図表2-9）

図表2-6 介護認定率（令和4年度）



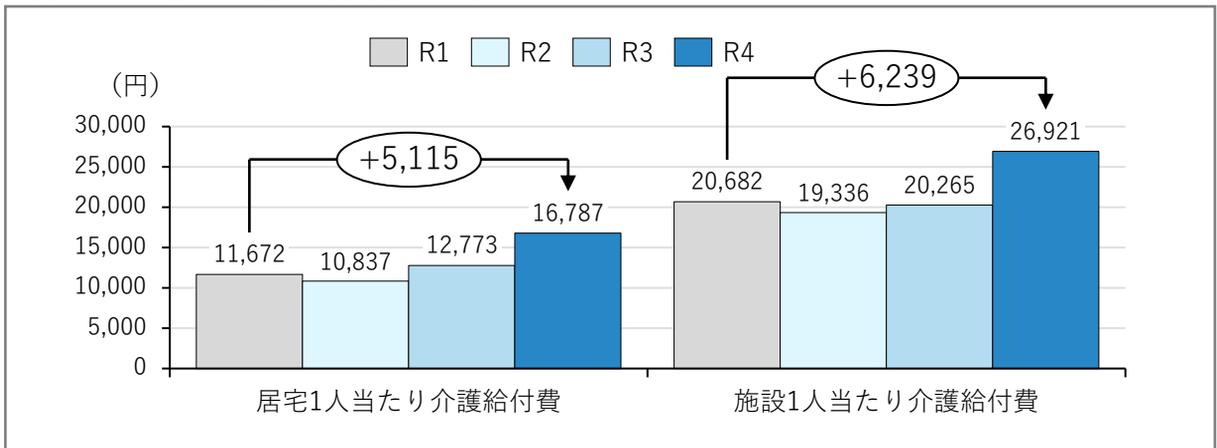
出典：KDB_S21_001_地域の全体像の把握

図表2-7 介護給付費



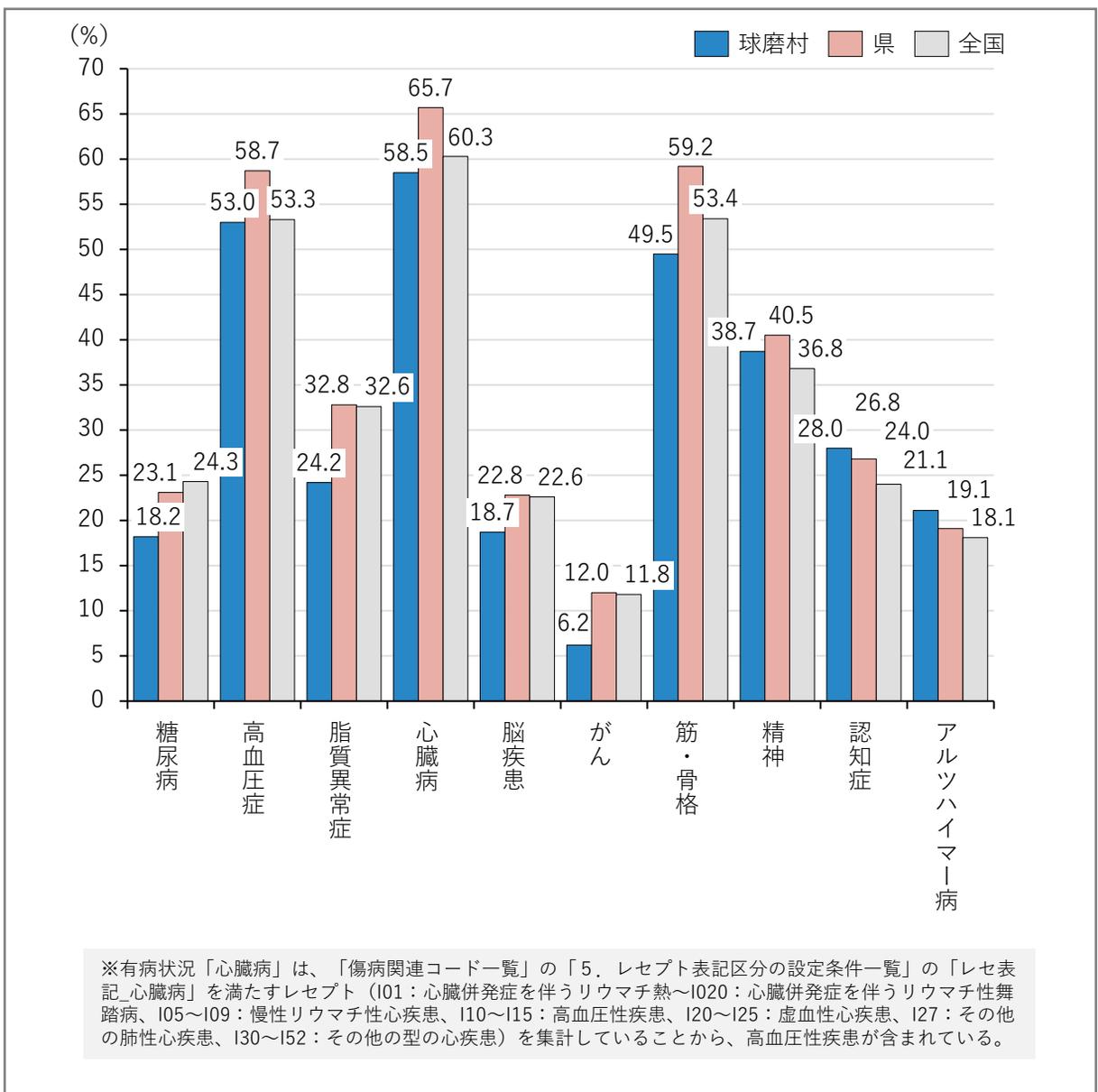
出典：KDB_S29_003_健康スコアリング（介護）

図表2-8 1人当たり介護給付費（経年推移）



出典：KDB_S29_003_健康スコアリング（介護）

図表2-9 介護認定者の有病状況



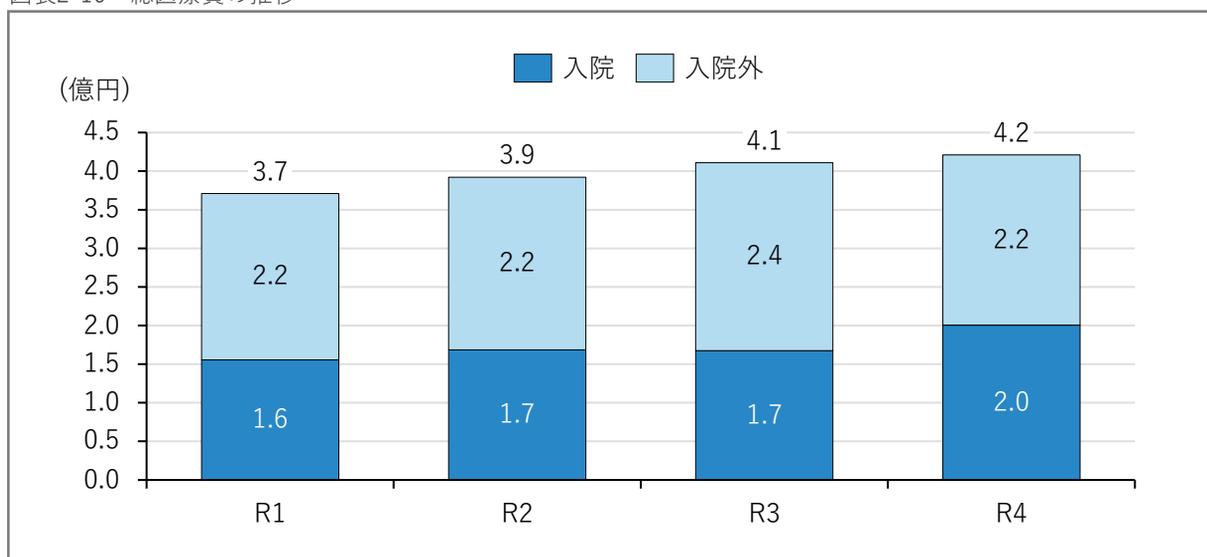
出典：KDB_S21_001_地域の全体像の把握

4) 医療費の状況

本村の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は増加傾向で、1人当たり医療費が令和元年度から令和4年度にかけて約8.9万円増加しています。特に、入院医療費の増加が見られる状況です。（図表2-10、2-11）

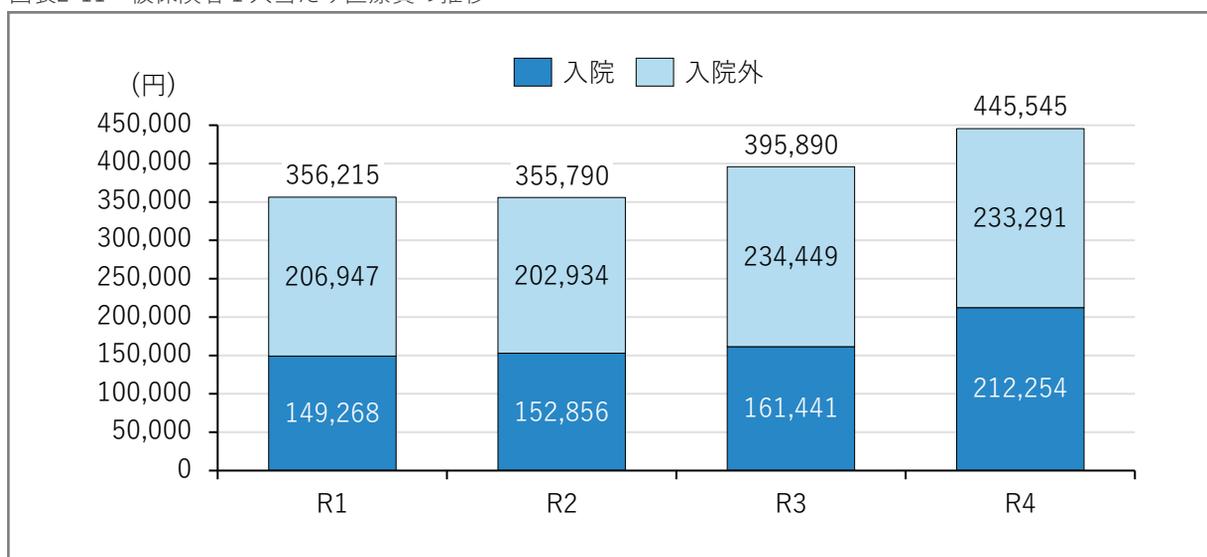
また、1人当たり医療費を3要素（受診率×1件当たり日数×1日当たり医療費）に分解すると、入院の1件当たり日数が増加傾向にあり、長期入院になっていることで、結果的に1人当たり医療費が高くなっていると推察されます。（図表2-12）

図表2-10 総医療費の推移



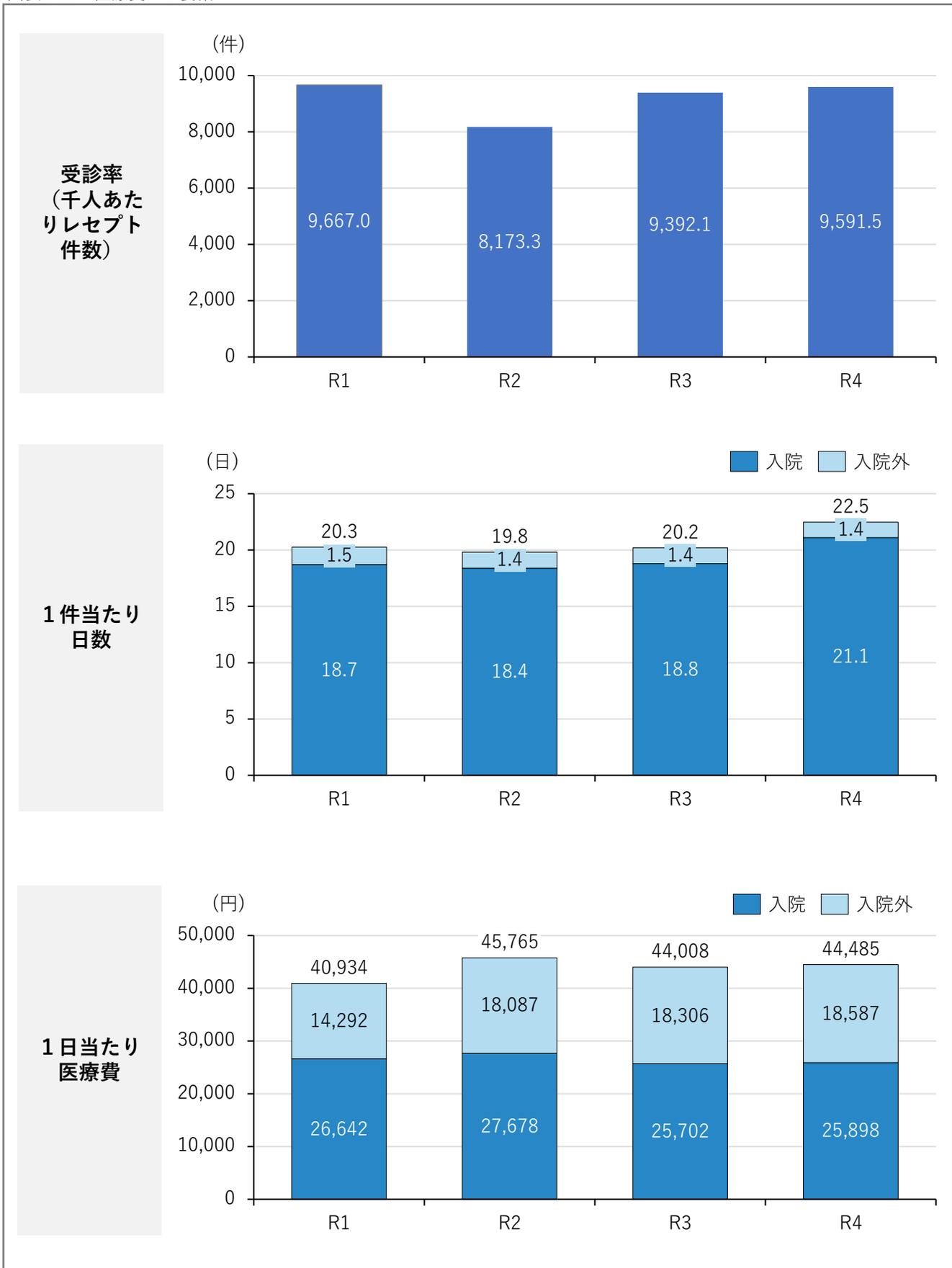
出典：KDB_S29_002_健康スコアリング（医療）

図表2-11 被保険者1人当たり医療費の推移



出典：KDB_S29_002_健康スコアリング（医療）

図表2-12 医療費の3要素



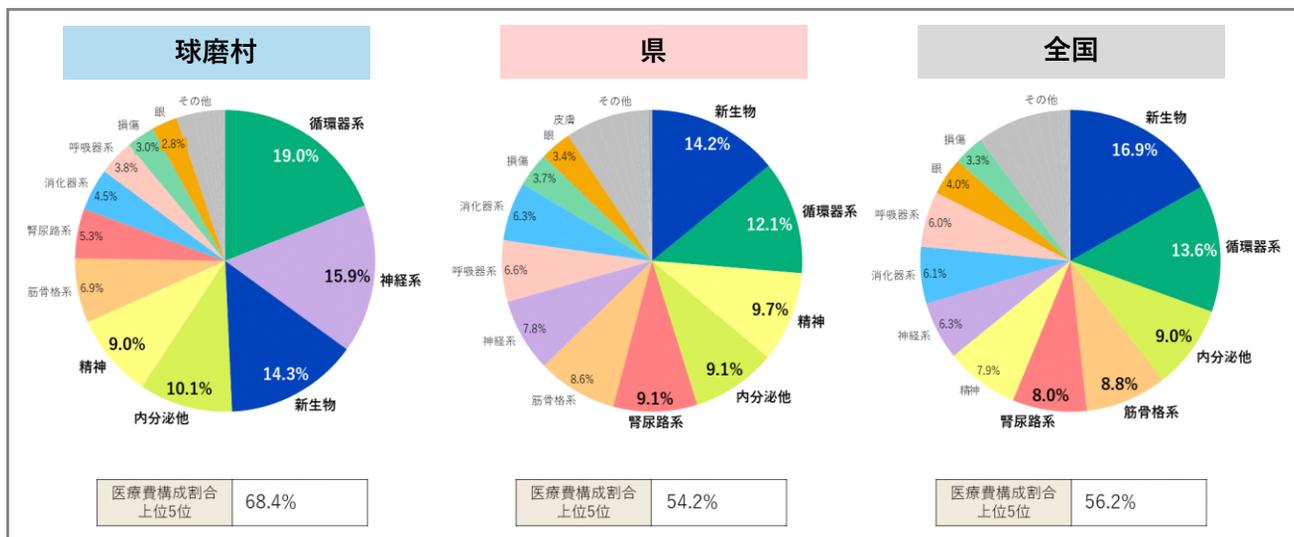
出典：KDB_S29_002_健康スコアリング（医療）

5) 疾病分類毎の状況

本村の疾病大分類別医療費割合は、高い順に「循環器系」、「神経系」、「新生物」、「内分泌」、「精神」となっている。県や全国と比較すると、「循環器系」、「神経系」、「内分泌」の比率が大きくなっています。(図表2-13)

生活習慣病基礎疾病では、糖尿病は医療費構成割合が高く、高血圧症は患者数割合が高くなっています。令和元年度から令和4年度の推移でみると糖尿病の医療費が増加傾向となっています。(図表2-14)

図表2-13 疾病大分類による医療費構成比(令和4年度)



※新生物には悪性新生物及び良性新生物・その他の新生物を含みます。 出典：KDB_S23_003_疾病別医療費分析(大分類)

図表2-14 生活習慣病基礎疾患の状況

疾病	年度	医療費(円・%)						患者数(人・%)			
		合計		入院		入院外		合計		新規	
		医療費	構成割合	医療費	構成割合	医療費	構成割合	人数	割合	人数	割合
糖尿病	R1	29,037,100	14.1	2,476,620	3.4	26,560,480	19.9	201	21.2	5	0.5
	R2	26,088,510	11.8	1,295,810	1.6	24,792,700	17.7	185	19.4	11	1.2
	R3	33,499,540	15.5	3,523,980	5.3	29,975,560	20.2	186	20.8	14	1.6
	R4	32,402,150	15.5	4,961,460	5.9	27,440,690	22	160	20.3	8	1
高血圧症	R1	21,085,520	10.2	332,040	0.5	20,753,480	15.5	364	38.4	5	0.5
	R2	19,280,430	8.7	541,080	0.7	18,739,350	13.4	354	37.1	10	1
	R3	19,631,290	9.1	1,741,600	2.6	17,889,690	12	369	41.2	11	1.2
	R4	15,850,590	7.6	77,150	0.1	15,773,440	12.7	314	39.7	5	0.6
脂質異常症	R1	10,734,640	5.2	1,880	0	10,732,760	8	259	27.3	3	0.3
	R2	7,664,050	3.5	0	0	7,664,050	5.5	260	27.3	6	0.6
	R3	8,755,800	4.1	212,730	0.3	8,543,070	5.7	255	28.5	5	0.6
	R4	6,887,370	3.3	0	0	6,887,370	5.5	208	26.3	2	0.3

出典：KDB_S23_001_医療費分析(1)細小分類

高血圧症や糖尿病、脂質異常症以外の生活習慣病関連疾患は、脳梗塞の医療費が高く、経年的にも増加傾向となっています。入院外では慢性腎臓病（透析）の医療費が高い傾向であるものの経年的には減少傾向となっています。（図表2-15、2-16）

図表2-15 生活習慣病関連疾患（入院）

		入院医療費（円）				
		R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R1→R4
短期目標疾患	高血圧症	332,040	541,080	1,741,600	77,150	👇 -254,890
	糖尿病	2,476,620	1,295,810	3,523,980	4,961,460	👆 2,484,840
	脂質異常症	1,880	0	212,730	0	👇 -1,880
中長期目標疾患	慢性腎臓病(透析)	3,457,830	6,990,750	257,080	1,833,690	👇 -1,624,140
	脳出血	714,660	20,090	2,177,830	0	👇 -714,660
	脳梗塞	2,911,550	5,071,480	4,004,990	5,371,410	👆 2,459,860
	狭心症	1,080,280	2,661,530	1,552,680	0	👇 -1,080,280
	心筋梗塞	1,255,650	0	0	0	👇 -1,255,650

出典：KDB_S23_001_医療費分析(1)細小分類

図表2-16 生活習慣病関連疾患（入院外）

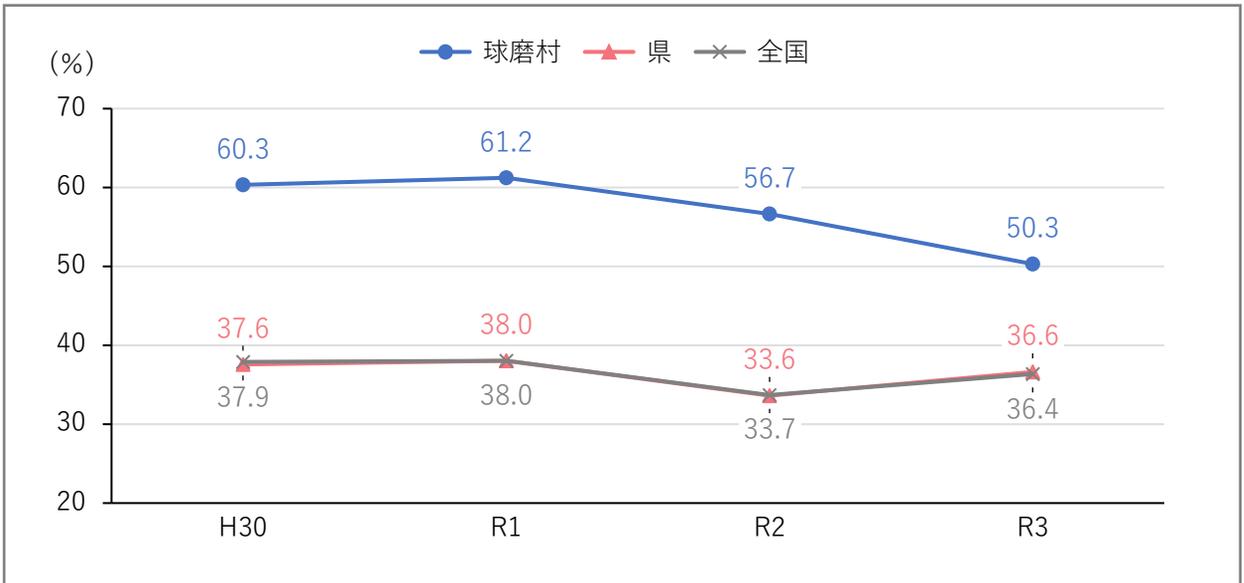
		入院外医療費（円）				
		R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R1→R4
短期目標疾患	高血圧症	20,753,480	18,739,350	17,889,690	15,773,440	👇 -4,980,040
	糖尿病	26,560,480	24,792,700	29,975,560	27,440,690	👉 880,210
	脂質異常症	10,732,760	7,664,050	8,543,070	6,887,370	👇 -3,845,390
中長期目標疾患	慢性腎臓病(透析)	19,802,710	17,151,640	17,285,190	12,537,590	👇 -7,265,120
	脳出血	471,640	61,320	0	190,130	👉 -281,510
	脳梗塞	2,143,790	842,180	819,070	1,179,130	👉 -964,660
	狭心症	1,518,280	942,020	945,400	1,004,000	👉 -514,280
	心筋梗塞	83,020	49,430	0	0	👉 -83,020

出典：KDB_S23_001_医療費分析(1)細小分類

6) 健診受診状況

特定健診受診率は令和3年度で50.3%と県や全国と比較して高い傾向にはあるものの、過去3年間と比較すると減少傾向となっています。(図表2-17)

図表2-17 健診受診率の推移

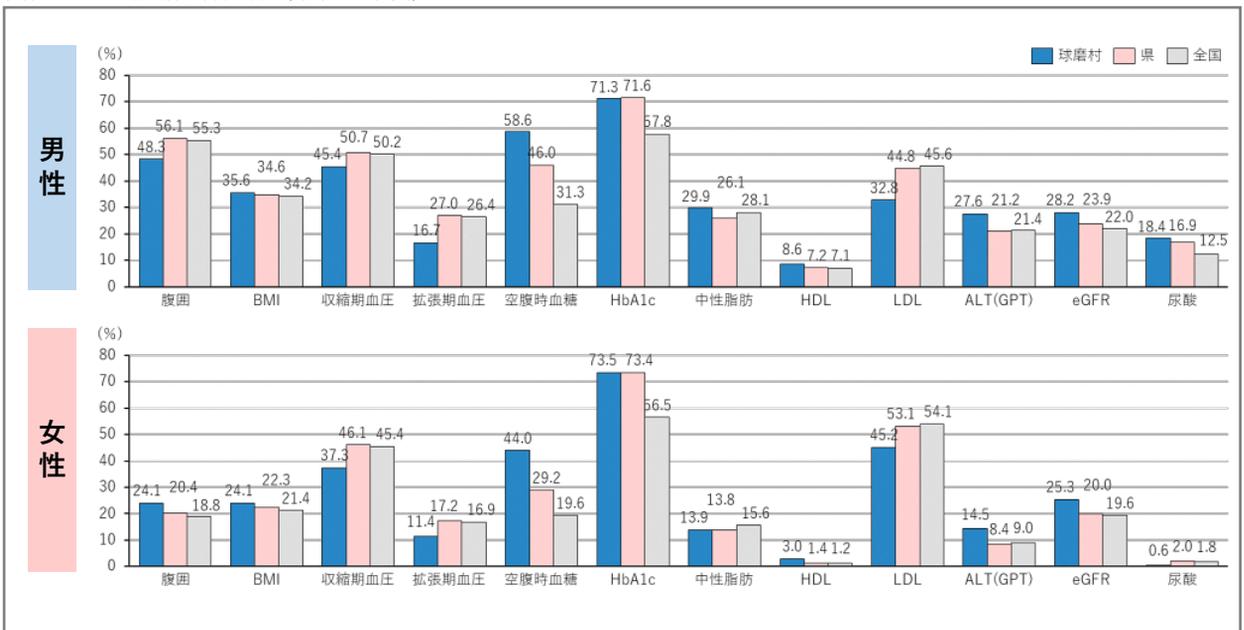


出典：厚生労働省「2018年度～2021年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

7) 健診結果

健診結果より有所見者割合を見ると男女ともにHbA1c、空腹時血糖の有所見がある割合が高くなっています。また、eGFRの割合も県や全国よりも高い状況となっています。(図表2-18)

図表2-18 有所見者割合 (令和4年度)

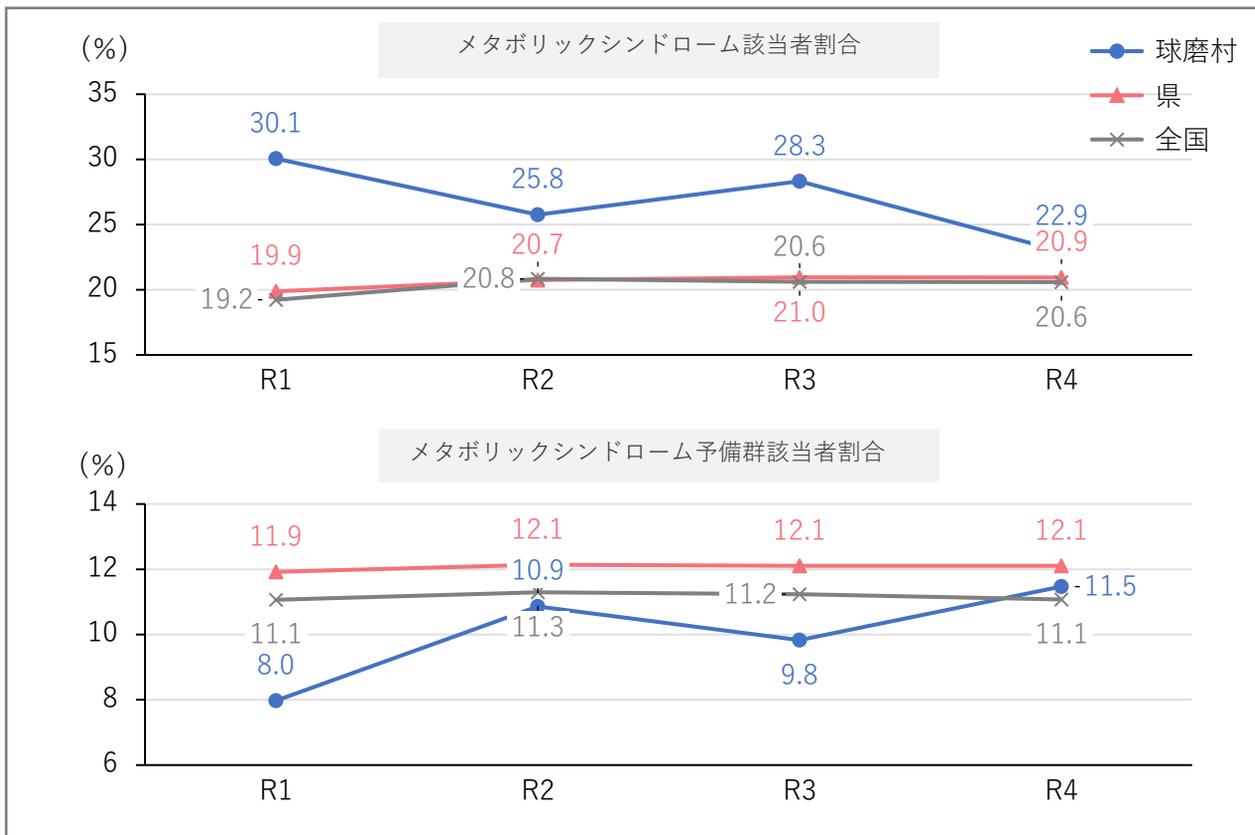


出典：KDB_S21_024_厚生労働省様式(様式5-2:健診有所見者状況)【令和4年度】

本村のメタボリックシンドローム該当者は県や全国よりやや高くなっていますが、令和元年度からの推移を見ると減少傾向にあります。しかしながら、メタボリックシンドローム予備群の割合は、やや増加傾向にある状況です。（図表2-19）

また、健診受診者のうち、生活習慣病の治療中でコントロール不良の割合は24.7%（R4年度時点）となっており、経年で見ると減少傾向にあります。一方で、健診未受診者においては、生活習慣病の治療中割合が31.9%（R4年度）となっており、経年で見ると増加傾向となっています。（図表2-20）

図表2-19 メタボリックシンドロームの状況



出典：（上段）KDB_S21_003_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
（下段）KDB_S21_008_健診の状況

図表2-20 健診・レセプトの突合分析

	人数 (人)				割合 (%)							
	R1	R2	R3	R4	R1	R2	R3	R4				
健診受診者	生活習慣病治療中 コントロール不良				198	206	203	156	27.6%	29.4%	29.6%	24.7%
	生活習慣病治療中 コントロール良				174	122	84	115	24.3%	17.4%	12.2%	18.2%
	治療なし				67	68	59	69	9.3%	9.7%	8.6%	10.9%
健診未受診者	生活習慣病治療中				187	216	242	201	26.1%	30.9%	35.3%	31.9%
	治療なし				187	216	242	201	12.7%	12.6%	14.3%	14.3%

出典：KDB_S21_027_厚生労働省様式（様式5-5：糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導）

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) 中長期目標

QOLの低下や医療費の高額化、要介護の要因となるような「脳血管疾患」、「虚血性心疾患」、「糖尿病性腎症（人工透析）」等の疾患予防を行い、医療費の適正化につなげることを設定しました。

評価結果として、まず、上記疾患を含む生活習慣病の医療費は、平成30年度時点で、総医療費の27.6%を占めていましたが、令和4年度では18.6%と減少しており、達成率112.9%となっています。また、該当疾患における新規患者数も下記のとおりおおむね目標を達成している状況となっています。

脳血管疾患	新規患者数は、脳梗塞及び脳出血ともに目標値以内に抑制できています。
虚血性心疾患	新規患者数は、令和3年度までは目標値以内に抑制できていたものの、令和4年度は新規患者数の増加が見られています。
糖尿病性腎症 (人工透析)	新規透析患者数として、令和1年度、令和4年度に発生しているものの、糖尿病性腎症患者は抑制できています。

(2) 短期目標

「脳血管疾患」、「虚血性心疾患」、「糖尿病性腎症（人工透析）」の血管変化における共通のリスクとなる、「脂質異常症」、「糖尿病」、「メタボリックシンドローム」、「高血圧」等を減らしていくことを設定しました。

具体的には特定健康診査における有所見者割合やメタボリックシンドロームの該当者割合等で評価しており、結果としては、下記のとおりとなっています。引き続き継続的な課題はあるものの、「血圧」や「血糖」における有所見者割合は減少傾向となっており、保健事業による成果が出ているものと考えています。

特定健診・特定保健指導の実施率	特定健診実施率は、令和3年度までは、目標達成していましたが、令和4年度は53.9%と未達成となっています。（目標達成率：98.0%） 特定保健指導実施率は、令和2年度までは目標達成していましたが、令和4年度は実施率38.9%と未達成となっています。（目標達成率：48.6%）
メタボリックシンドローム該当者割合	令和3年度までは、ほぼ目標に近い結果で推移しており、令和4年度に該当者割合が22.9%で目標達成となっています。（目標達成率：117.9%）
健診受診者の高血圧者の割合	令和2年度は、該当者割合8.6%となり目標未達成となっています。（目標達成率：93.0%）
健診受診者の脂質異常者の割合	令和2年度は、該当者割合0.98%となり目標達成となっています。（目標達成率：102%）
健診受診者の高血糖者の割合	令和2年度は、該当者割合10.57%となり目標未達成となっています。（目標達成率：94.6%）
特定保健指導対象者の減少率	令和2年度は、該当者割合26.9%となり目標達成となっています。（目標達成率：103.5%）
内臓指導症候群該当者の減少率	令和2年度は、該当者割合20.5%となり目標達成となっています。（目標達成率：102.5%）

図表2-24 第2期計画の評価

成果目標	(A) 評価項目	(B) 評価指標	平成30年度		令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		令和5年度		
			目標値	実績値	達成率	目標値	実績値	達成率	目標値	実績値	達成率	目標値	実績値	達成率	
中期目標	医療費の伸びの抑制	地域差指数（一人当たり年間調整後医療費）	-	0.996	-	1.046	-	-	-	-	-	-	-	-	
		レセプトに占める入院用の割合（%）	-	40.0	-	41.9	-	43.0	-	40.8	-	47.6	-	-	
	1人当たり医療費	1人当たり医療費（医科：入院）	-	118,701	-	149,268	-	152,856	-	161,441	-	212,254	-	-	
		1人当たり医療費（医科：外来）	-	184,127	-	206,947	-	202,934	-	234,449	-	233,291	-	-	
		1人当たり医療費（入院+外来）	-	302,828	-	356,215	-	355,790	-	395,890	-	445,545	-	-	
	高齢レセプトの状況	-	3.6	-	3.0	-	3.8	-	3.7	-	4.2	-	-		
	長期入院レセプトの状況	-	35.0	-	36.2	-	32.6	-	33.7	-	38.4	-	-		
	生活習慣病の医療費	総医療費に占める生活習慣病医療費の割合（%）	27.0	27.6	97.8%	26.0	27.6	100.0%	22.0	22.3	98.7%	21.0	18.6	112.9%	20.0
		総医療費に占める慢性腎臓病（透析）の割合（%）	-	6.6	-	6.3	-	6.2	-	4.3	-	3.4	-	-	-
		総医療費に占める慢性胃腸病（透視）の割合（%）	-	0.3	-	0.6	-	0.6	-	0.2	-	0.1	-	0.3	-
総医療費に占める糖尿病の割合（%）		-	7.8	-	7.8	-	6.7	-	8.2	-	7.7	-	-	-	
総医療費に占める高血圧症の割合（%）		-	6.4	-	5.7	-	4.9	-	4.8	-	3.8	-	-	-	
総医療費に占める脳出血の割合（%）		-	0.2	-	0.3	-	0.3	-	0.5	-	0.5	-	-	-	
総医療費に占める脳梗塞の割合（%）		-	0.8	-	1.4	-	1.5	-	1.2	-	1.6	-	-	-	
短期目標	特定保健指導の実施率	特定保健指導対象者の割合（%）	60.0	60.3	100.5%	61.0	61.2	100.3%	56.0	56.6	101.1%	50.0	50.4	100.8%	55.0
		特定保健指導実施率（%）	83.0	83.3	100.4%	76.0	76.9	101.2%	58.0	58.6	101.0%	0.0	87.9	80.0	38.9
	メタボ、要診療受診者の状況	メタボリックシンドロームの割合（%）	25.0	25.5	98.0%	30.0	30.1	99.7%	25.0	25.8	96.9%	28.0	28.3	98.9%	27.0
		メタボリックシンドローム予備群の割合（%）	13.0	13.0	100.0%	8.0	8.0	100.0%	10.0	10.9	91.7%	10.0	9.8	102.0%	9.0
	重症化予防対象者の状況	要診療受診者の割合（%）	51.0	51.9	98.3%	52.0	52.2	99.6%	63.0	63.4	99.4%	68.0	68.8	98.8%	67.0
		健診受診者の割合（%）	4.0	4.2	95.2%	5.0	5.7	87.7%	5.0	5.6	89.3%	0.0	8.1	0.0%	0.0
	特定保健指導の改善状況	LDL180以上の割合（%）	4.00	4.15	96.4%	4.00	4.09	97.8%	8.00	8.60	93.0%	8.00	-	8.00	-
		HbA1c 6.5以上の割合（%）	1.00	1.53	65.4%	1.00	1.51	66.2%	1.00	0.98	102.0%	1.00	-	1.00	-
	その他	がんの受診率	がんの受診率（千人当たり医療費）	-	1055.12	-	1388.68	-	1061.71	-	1356.46	-	1302.65	-	1302.65
			がんによる死亡者数（人）	-	16	-	12	-	17	-	13	-	12	-	12
死亡者のうち、がんの占める割合（%）		死亡者のうち、がんの占める割合（%）	-	40.0	-	30.0	-	50.0	-	40.0	-	50.0	-	50.0	
		がんによる死亡者数（人）	-	16	-	12	-	17	-	13	-	12	-	12	

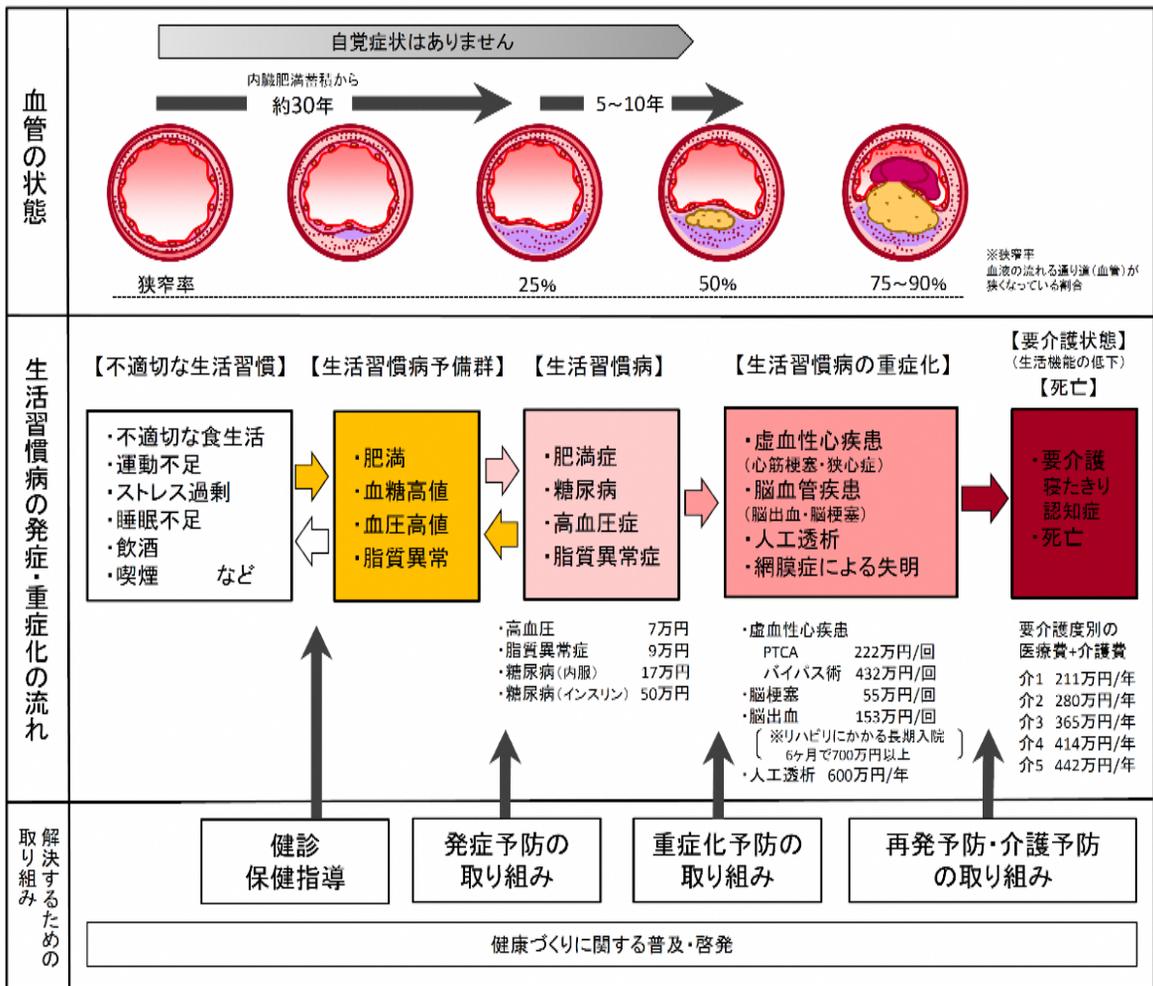
※各数値は確定後に随時更新してまいります。

3. 健康・医療情報等の分析結果に基づく健康課題の抽出

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、不健康な生活習慣が続く状態から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化や要介護状態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2-25）

図表2-25 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

現状分析及び第2期計画の評価を基に、下記のとおり健康課題を整理しました。
具体的な取り組み方法は、第4章に記載します。

	健康課題	図表番号
1	高齢化に伴う介護認定率の増加 <ul style="list-style-type: none"> 1号認定率が令和4年度で26.9%と前年度から6.9%上昇している。 要介護者の有病状況として、特に心臓病や高血圧症、筋・骨格の罹患者が多い。 	2-2 2-6
2	医療費の増加 <ul style="list-style-type: none"> 被保険者数は減少傾向である一方、医療費は増加傾向となっている。 (1人当たり医療費の増加) 1人当たり医療費を3要素に分解すると、入院における1件当たり日数が増加傾向にあり、長期入院が増えているため、重症化疾患が増えていることが推察される。 	2-10 2-11 2-12
3	生活習慣病を含む「循環器系」及び「内分泌系」疾患が多い <ul style="list-style-type: none"> 疾病別の医療費構成として、高血圧症や脳血管疾患、虚血性心疾患を含む「循環器系疾患」の医療費割合が19%と最も高く、県や全国よりも高い傾向にある。 糖尿病や脂質異常を含む「内分泌系」の医療費割合も県や全国よりも高い。 	2-13
4	健診受診率の低下 <ul style="list-style-type: none"> 令和3年度の受診率は50.3%と県や全国と比較して高い傾向にはある一方で、過去3年間と比較すると減少傾向となっている。 健診未受診者のうち、生活習慣病を既に治療中の方の割合が令和4年度時点で31.9%と令和元年度の26.1%から増加傾向にあるため、通院者が増えていることによる受診率低下が要因として推察される。 	2-17 2-20
5	高血糖・腎機能リスク <ul style="list-style-type: none"> 男女ともに、HbA1cや空腹時血糖の有所見者が多く、空腹時血糖は県や全国よりも高い傾向となっている。 eGFRの有所見者割合も男女ともに県や全国よりも高い。 	2-18
6	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況 <ul style="list-style-type: none"> メタボリックシンドロームの該当者割合は減少傾向にある一方で、県や全国よりは高い傾向が続いている。 また、予備群としては県よりは割合が低いもののやや増加傾向となっている。 	2-19

4. データヘルス計画の目的、目標を達成するための戦略

1) 目標の設定

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にするとともに評価指標についても、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表2-26)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

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、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。

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

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。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)の検査結果を改善を目指します。

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健診受診率の向上を目指します。次に、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を目指します。その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

2) 管理目標の設定

図表2-26 第3期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目標	課題を解決するための目標	定義 (データの抽出先)	実績 (活用データ年度)			データの把握方法	
				初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	データヘルス計画支援ツール (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)			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					
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持					
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少					
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少					
	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	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	保健指導実践ツール (集計ツール)			球磨村 税務住民課 保健福祉課
				健診受診者の高血圧の割合の減少(160/100以上)				
				健診受診者の脂質異常症の割合の減少(LDL160/以上)				
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)				
				★健診受診者のHbA1C8.0%以上(NGSP値)以上の者の割合の減少				
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合		各市町村		
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	法定報告値 (特定健診等データ管理システム)			法定報告値	
★特定保健指導実施率60%以上								
★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(※)			※分母のうち、今年特定保健指導の対象者ではなく、昨年度の特定保健指導の利用者					

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高確法第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表3-1 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（％）	55	56	57	58	59	60
特定保健指導実施率（％）	55	60	65	70	70	70

3. 対象者の見込み

図表3-2 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（人）	540	492	450	410	378	346
	受診者数（人）	297	276	257	238	223	208
特定保健指導	対象者数（人）	23	22	21	20	20	20
	指導者数（人）	13	13	14	14	14	14

4. 特定健診の実施

1) 実施方法

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

①集団健診：委託医療機関

②個別健診：委託医療機関

2) 特定健診委託基準

高確法第28条及び実施基準第16条第1項に基づき定めます。

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定められた基準になります。

3) 健診実施機関リスト

健診実施機関リストは健診希望調査配布時の資料と広報誌に掲載します。

4) 特定健診検査項目

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変更出来ます。（実施基準第1条第4項）

図表3-3 特定健診検査項目一覧

○球磨村特定健診検査項目

健診項目		球磨村	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	A S T (G O T)	○	○
	A L T (G P T)	○	○
	γ-G T (γ-G T P)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	H D L コレステロール	○	○
	L D H コレステロール	○	○
	(N O N-H D L 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)	○	□
	乳酸	○	

○…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

8月から翌年1月末まで実施します。

6) 医療機関との適切な連携

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

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

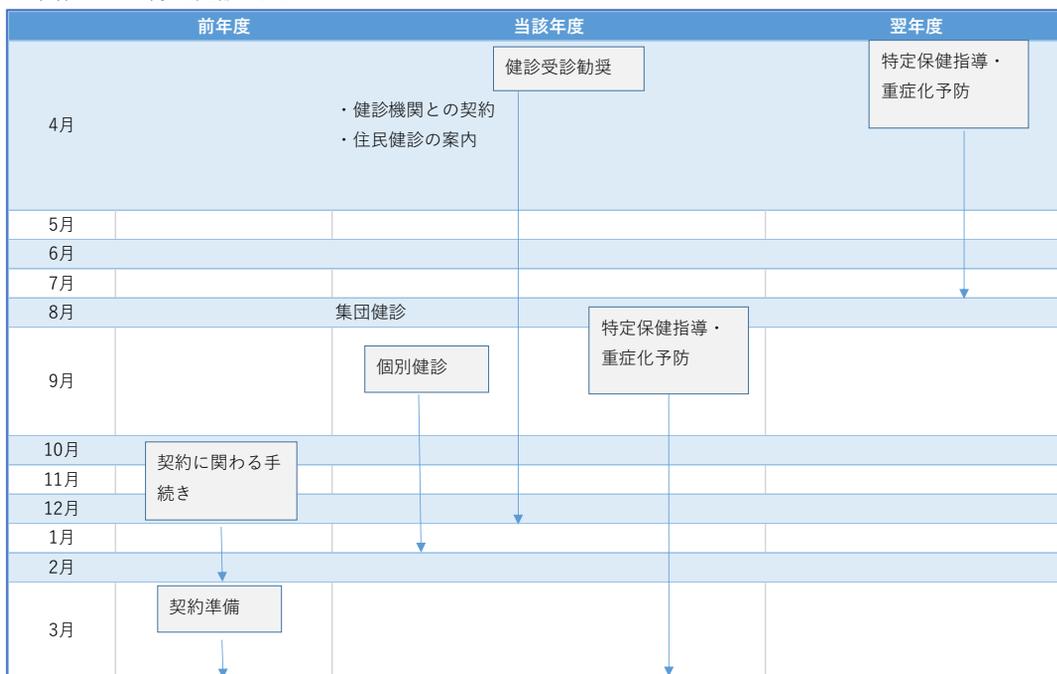
7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、国保連に事務処理を委託します。

8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表3-4 特定健診実施スケジュール



5. 特定保健指導の実施

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

○第4期(2024年以降)における変更点

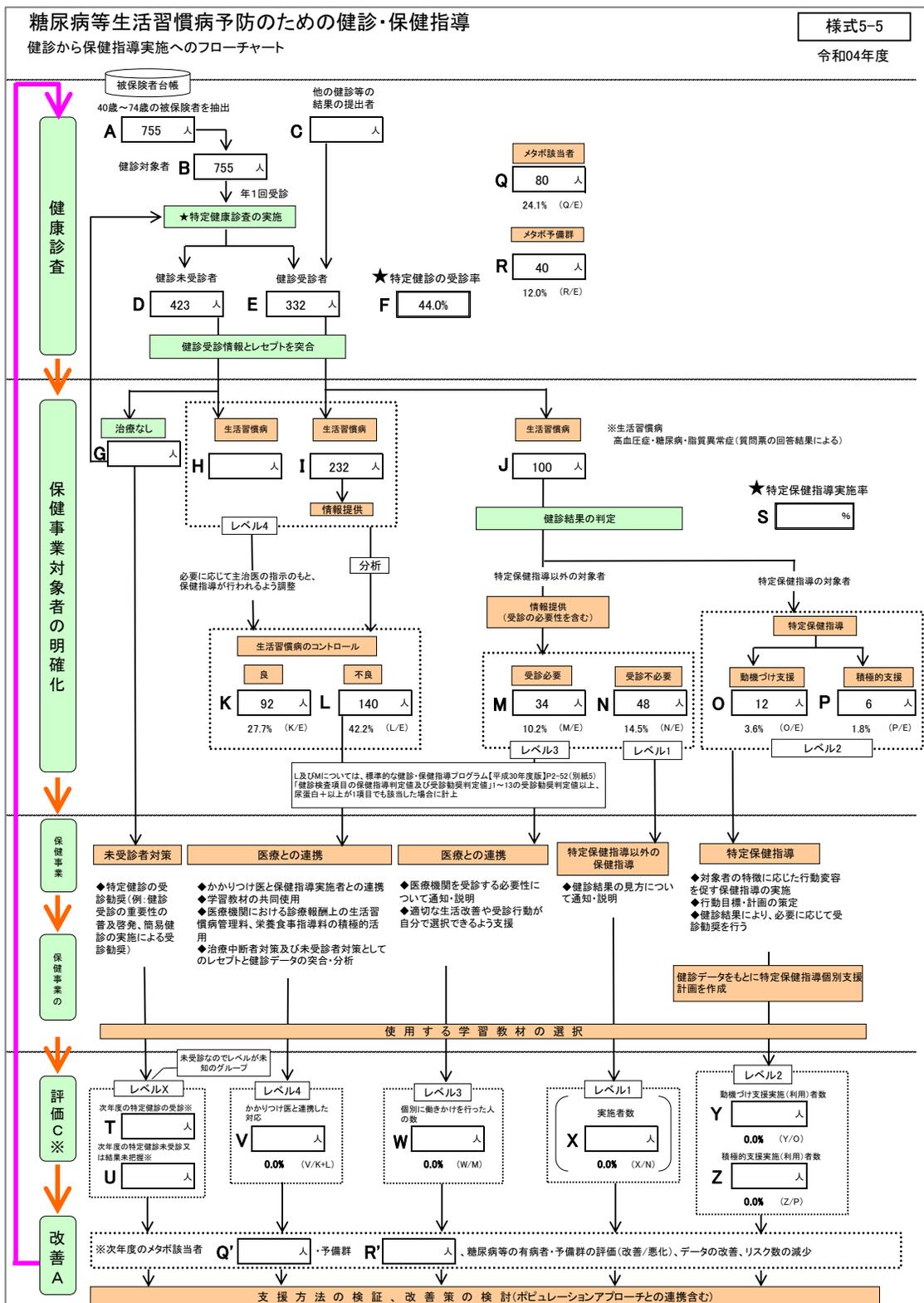
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表3-5 健診から保健指導へのフローチャート（様式5-5）



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3-6 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○%)	目標実施率
1	OP	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 ◆健診結果より、必要に応じて受診勧奨を行う	O：12人(3.6%) P：6人(1.8%)	85%
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説明(訪問・電話・通知等) ◆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	34人(10.2%)	100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨	423人(56%)	90%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について説明(訪問・電話・通知等)	48人(14.5%)	50%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析 ◆健診結果の見方について説明(訪問・電話・通知等)	232人(69.9%)	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。

6. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方

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

また、特定健康診査を外委託する際は、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、特定健診等データ管理システムで行います。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少が重要であるため、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果の改善につながるよう、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチの取組を組み合わせ実施していきます。

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

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

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

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

II. 重症化予防の取組

本村の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、121人（34.7%）です。そのうち治療なしが12人（11.4%）を占め、さらに臓器障害あり直ちに取り組むべき対象者が7人です。

また、本村においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、12人中5人と多いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。（図表4-1）

図表4-1 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		
科学的根拠に基づき ↓ 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	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	
	クモ膜下出血 (5.6%)	脳出血 (18.5%)	脳梗塞 (75.9%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症	
	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%)			
	※脳卒中の データは 2015より		非心原性脳梗塞				
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)	
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者
該当者数	12 3.4%	8 2.3%	6 1.7%	12 3.4%	80 22.9%	34 9.7%	26 7.4%
治療なし	7 4.8%	1 1.0%	4 1.8%	6 2.7%	5 4.8%	16 5.5%	3 2.9%
(再掲) 特定保健指導	1 8.3%	0 0.0%	2 33.3%	1 8.3%	5 6.3%	0 0.0%	0 0.0%
治療中	5 2.5%	7 2.9%	2 1.6%	6 4.7%	75 30.7%	18 32.1%	23 9.4%
臓器障害 あり	4 57.1%	1 100.0%	1 25.0%	2 33.3%	3 60.0%	8 50.0%	3 100.0%
CKD(専門医対象者)	0	1	0	1	0	1	3
心電図所見あり	4	1	1	1	3	7	2
臓器障害 なし	3 42.9%	—	3 75.0%	4 66.7%	2 40.0%	8 50.0%	—
重症化予防対象者 (実人数)	121	34.7%	121	34.7%	121	34.7%	121

<参考> 健診受診者(受診率)	
349人	46.2%
■各疾患の治療状況	
治療中	治療なし
高血圧	203 146
脂質異常症	127 222
糖尿病	56 293
3疾患 いずれも	244 105

※問診結果による

治療中

臓器障害 あり	2 40.0%	7 100.0%	0 0.0%	3 50.0%	30 40.0%	8 44.4%	23 100.0%	55 50.5%
CKD(専門医対象者)	0	2	0	1	9	3	23	22
心電図所見あり	2	7	0	3	26	8	12	44
臓器障害 なし	3 60.0%	—	2 100.0%	3 50.0%	45 60.0%	10 55.6%	—	—

出典：ヘルサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

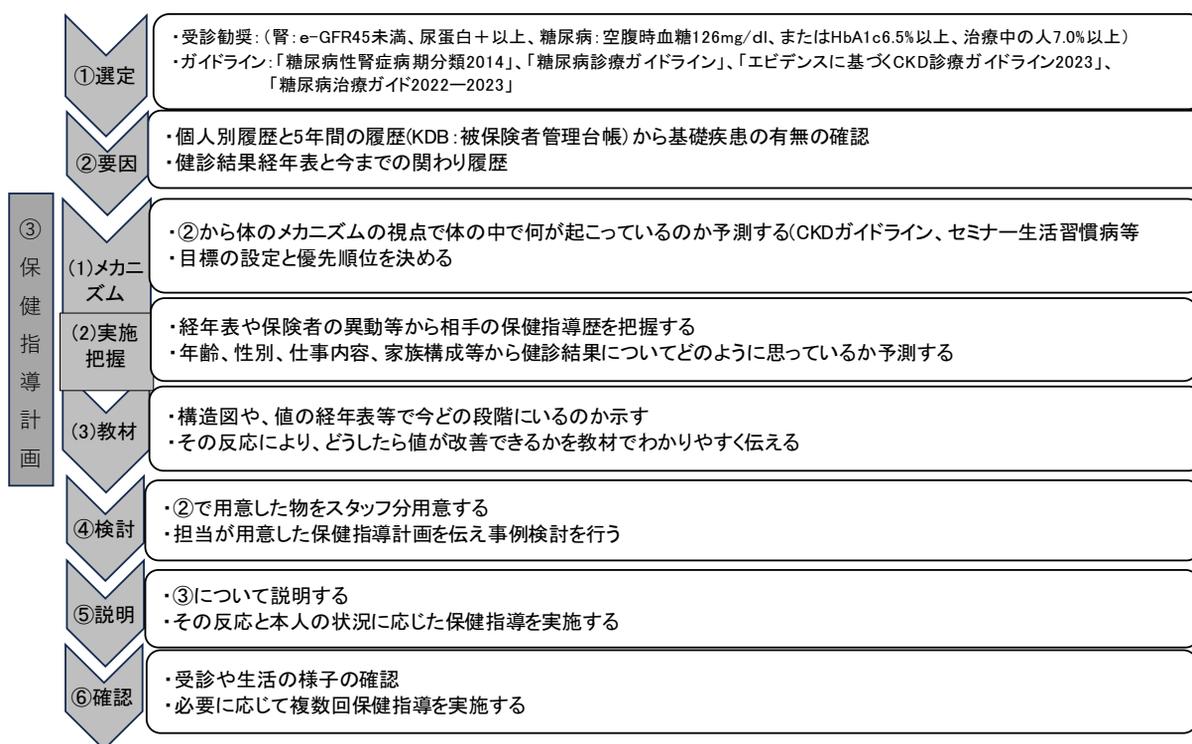
1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省）及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム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4-2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4-2 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - ア.糖尿病性腎症で通院している者
 - イ.糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及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4-3 糖尿病性腎症病期分類

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

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

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

② 基準に基づく該当者数の把握

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

本村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、22人(28.2%・F)でした。

また、40～74歳における糖尿病治療者221人のうち、特定健診受診者が56人(71.8%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者164人（74.5%・I）については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③ 介入方法と優先順位

図表4-4より本村においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・22人

優先順位2

【保健指導】

- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・29人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

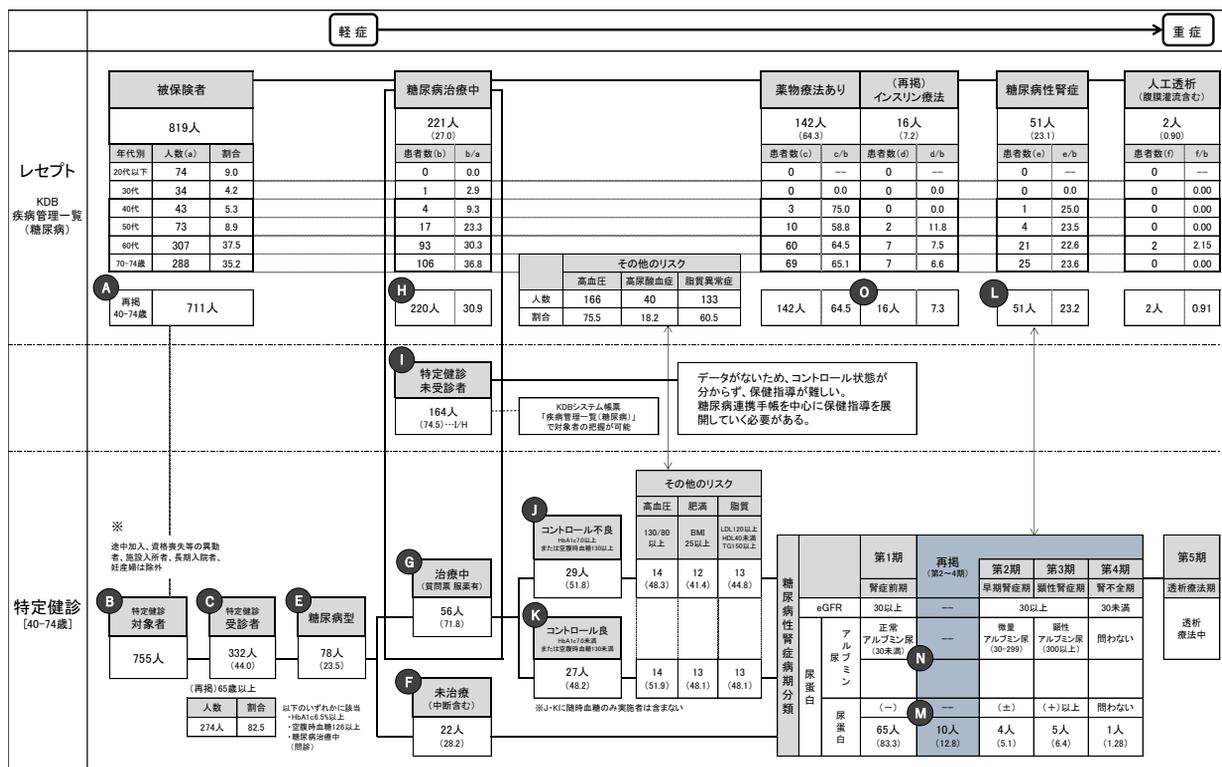
優先順位3

【保健指導】

- ・1の中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表4-4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの実合

令和04年度



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

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、喫煙の因子の管理も重要となってきます。

本村においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。

また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていきます。

図表4-5 どこでもケア（保健指導教材）

糖尿病ノート		CKDノート																																																					
<p>データを判断するための基礎資料</p> <p>(糖-1) 糖尿病予防のための構造図 (糖-2) 検査値を記録してみましょう (糖-3) 高血糖を考えた経過表 (糖-4) 検査項目の意味(メカニズム)は (糖-5) 糖尿病の診断基準(案) (糖-6) 75グラム糖負荷試験について (糖-7) 75グラム糖負荷試験結果 (糖-8) 腎臓検査を受けた方へ。こういう症状はありませんか？ (糖-9) 私はどのパターン？(1)(2)</p>		<table border="1"> <thead> <tr> <th>NO.</th> <th>資料名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>慢性腎臓病の構造図</td></tr> <tr><td>2</td><td>私はどのステージにいるのかな？</td></tr> <tr><td>3</td><td>私のステージでは、心血管死亡、末期腎不全の危険度はどれくらいだろう</td></tr> <tr><td>4</td><td>健診経年結果一覧</td></tr> <tr><td>5</td><td>腎機能の経過をみよう</td></tr> <tr><td>6</td><td>年齢によるGFRの低下速度</td></tr> <tr><td>7</td><td>CKDには健診結果以外にも下のようなリスクが関係しています</td></tr> <tr><td>8</td><td>あなたの腎機能が低下した原因は何だろう？</td></tr> <tr><td>9</td><td>糖尿病性腎症 いま、私はどの段階なのか</td></tr> <tr><td>10</td><td>糖尿病性腎症の経過 私はどの段階？</td></tr> <tr><td>11</td><td>HbA1cは どの値にするのとよいのでしょうか？</td></tr> <tr><td>12</td><td>血圧が高いと腎臓は…</td></tr> <tr><td>13</td><td>減塩だけでは血圧を下げられない人もいます</td></tr> <tr><td>14</td><td>血圧値は どの値にするのとよいのでしょうか？</td></tr> <tr><td>15</td><td>尿酸は食べ物には含まれません</td></tr> <tr><td>16</td><td>前立腺肥大、結石と腎臓</td></tr> <tr><td>17</td><td>腎臓は悪くなるまで自覚症状が出ません</td></tr> <tr><td>18</td><td>尿検査eGFRに異常が出た方へ</td></tr> <tr><td>19</td><td>腎臓の働きと健診結果</td></tr> <tr><td>20</td><td>腎を考える経過表</td></tr> <tr><td>21</td><td>蛋白尿が出た方へ～尿蛋白が出る問題性～</td></tr> <tr><td>22</td><td>治療や食事の改善で腎機能の改善が期待できます</td></tr> <tr><td>23</td><td>腎臓とたばこ</td></tr> <tr><td>24</td><td>慢性腎臓病と言われたら</td></tr> <tr><td>25</td><td>〇〇さんの腎機能の結果をみてみましょう(私はどのステージにいるのかな？)</td></tr> </tbody> </table>		NO.	資料名	1	慢性腎臓病の構造図	2	私はどのステージにいるのかな？	3	私のステージでは、心血管死亡、末期腎不全の危険度はどれくらいだろう	4	健診経年結果一覧	5	腎機能の経過をみよう	6	年齢によるGFRの低下速度	7	CKDには健診結果以外にも下のようなリスクが関係しています	8	あなたの腎機能が低下した原因は何だろう？	9	糖尿病性腎症 いま、私はどの段階なのか	10	糖尿病性腎症の経過 私はどの段階？	11	HbA1cは どの値にするのとよいのでしょうか？	12	血圧が高いと腎臓は…	13	減塩だけでは血圧を下げられない人もいます	14	血圧値は どの値にするのとよいのでしょうか？	15	尿酸は食べ物には含まれません	16	前立腺肥大、結石と腎臓	17	腎臓は悪くなるまで自覚症状が出ません	18	尿検査eGFRに異常が出た方へ	19	腎臓の働きと健診結果	20	腎を考える経過表	21	蛋白尿が出た方へ～尿蛋白が出る問題性～	22	治療や食事の改善で腎機能の改善が期待できます	23	腎臓とたばこ	24	慢性腎臓病と言われたら	25	〇〇さんの腎機能の結果をみてみましょう(私はどのステージにいるのかな？)
NO.	資料名																																																						
1	慢性腎臓病の構造図																																																						
2	私はどのステージにいるのかな？																																																						
3	私のステージでは、心血管死亡、末期腎不全の危険度はどれくらいだろう																																																						
4	健診経年結果一覧																																																						
5	腎機能の経過をみよう																																																						
6	年齢によるGFRの低下速度																																																						
7	CKDには健診結果以外にも下のようなリスクが関係しています																																																						
8	あなたの腎機能が低下した原因は何だろう？																																																						
9	糖尿病性腎症 いま、私はどの段階なのか																																																						
10	糖尿病性腎症の経過 私はどの段階？																																																						
11	HbA1cは どの値にするのとよいのでしょうか？																																																						
12	血圧が高いと腎臓は…																																																						
13	減塩だけでは血圧を下げられない人もいます																																																						
14	血圧値は どの値にするのとよいのでしょうか？																																																						
15	尿酸は食べ物には含まれません																																																						
16	前立腺肥大、結石と腎臓																																																						
17	腎臓は悪くなるまで自覚症状が出ません																																																						
18	尿検査eGFRに異常が出た方へ																																																						
19	腎臓の働きと健診結果																																																						
20	腎を考える経過表																																																						
21	蛋白尿が出た方へ～尿蛋白が出る問題性～																																																						
22	治療や食事の改善で腎機能の改善が期待できます																																																						
23	腎臓とたばこ																																																						
24	慢性腎臓病と言われたら																																																						
25	〇〇さんの腎機能の結果をみてみましょう(私はどのステージにいるのかな？)																																																						
<p>治療の基本を理解するための資料</p> <p>(糖-10) 糖尿病とはどういう病気なのでしょう (糖-11) インスリン抵抗性とはどのような状態なのでしょう？ (糖-12) わたしどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か (糖-13) 合併症予防のための検査記録 (糖-14) 「大したことはない」と思っているでしょうか？ (糖-15) 糖の流れと薬のメカニズム (糖-16) 糖尿病治療とは「薬を飲むこと」だと思いませんか？ (事例1) 健診でHbA1c値11.0% でも、食事と薬で6.2%まで改善 (事例2) 食事と薬を上手につかかって改善した人の例 (事例3) 糖尿病の薬には色々な種類があります (事例4) インスリン療法事例 (事例5) インスリン療法事例 (事例6) 自己判断で治療中断 なぜいけないのでしょうか？</p>																																																							
<p>インスリン作用とあわせて考える食事療法</p> <p>(糖-17) インスリンの仕事 (糖-18) 食べ物はからだの中でどのように変化するか (糖-19) 生活リズムと体のリズム (糖-20) 食べた物の中身をみてみましょう (糖-21) インスリンはエネルギーになる栄養素全てにかかわるホルモンです 糖-21を使いこなすための資料：糖-食A、糖-食B①～⑦ (糖-22) 糖(炭水化物)が入ってきた時のインスリンの仕事 (糖-23) インスリンの仕事が少なくて済む甘いおやつ一覧</p>																																																							
<p>運動療法</p> <p>(糖-24) 筋肉には2つの種類があります (糖-25) 運動習慣のある60歳の女性 75グラム糖負荷試験結果 (糖-26) 運動を始める前に確認して欲しいこと (糖-27) 鍛えたい筋肉を意識するために (糖-28) 筋力トレーニング 安全に効果的に行なうために 実践メニュー</p>																																																							
<p>薬物療法</p> <p>(糖-30) インスリン注射?飲み薬では駄目なの？ (糖-31) インスリン注射の基本は (糖-32) 私が使っているインスリンの特徴は (糖-33) 自己血糖測定(SMG)が必要な時って、どんな時 (糖-34) 糖尿病治療中の方 シックディに注意!! (糖-35) 低血糖症状</p>																																																							
<p>合併症</p> <p>(糖-36) 眼(網膜症) ～失明直前まで自覚症状が出ません (糖-37) 糖尿病性神経障害 ～寝る体の部位と症状のあらわれ方 (糖-38) 閉塞性動脈硬化症とは？ (糖-39) 閉塞性動脈硬化症の予防法 (糖-40) 脳(神経細胞)を守る (糖-41) 逆流性食道炎 ～食道がんの危険因子 (カラー写真資料) 危険因子を持つ人の動脈硬化 (カラー写真資料) まさか!足切断? (カラー写真資料) できるだけ早く見つけて、手当てをしたい「皮膚症状」</p>																																																							
<p>糖尿病性腎症予防(その他の腎関係資料は腎臓ノート参照)</p> <p>(糖-42) 糖尿病性腎症～いま、私はどの段階なのか (糖-43) 糖尿病性腎症の経過 ～私はどの段階?～ (糖-44) (糖尿病における)なぜ、過剰な速になるのか? (糖-45) 尿検査で蛋白尿が出た方へ (糖-46) 血圧値は(1) HbA1c値は(2) どの値にするのとよいのでしょうか？ (糖-47) 差行を遅らせるための目標値 (糖-48) 腎臓の働きと健診結果 (糖-49) 腎臓とくすり</p>																																																							

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

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

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。

また、中長期的評価においては、図表4-6糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

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

② 保健指導対象者に対する評価

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

図表4-6 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基		
		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度同規模保険者数274				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1 ① 被保険者数	A	904人		945人		880人				KDB 厚生労働省様式様式3-2		
② (再掲)40-74歳		285人		812人		761人						
2 ① 対象者数	B	699人		686人		631人				市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書		
② 特定健診 受診者数	C	396人		345人		348人						
③ 受診率		56.7%		50.3%		55.2%						
3 ① 特定保健指導 対象者数		28人		33人		18人						
② 実施率		50.0%		87.9%		38.9%						
4 ① 健診データ 糖尿病型	E	97人	24.5%	91人	26.4%	78人	22.4%			特定健診結果		
② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	28人	28.9%	31人	34.1%	22人	28.2%					
③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	69人	71.1%	60人	65.9%	56人	71.8%					
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	41人 59.4%		34人 56.7%		29人 51.8%						
⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
④ コントロール不良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		K	28人 40.6%		26人 43.3%		27人 48.2%					
⑤ 第1期 尿蛋白(-)	M	84人 86.6%		76人 83.5%		66人 84.6%						
⑥ 第2期 尿蛋白(±)		5人 5.2%		6人 6.6%		5人 6.4%						
⑦ 第3期 尿蛋白(+)		8人 8.2%		7人 7.7%		6人 7.7%						
⑧ 第4期 eGFR30未満		0人 0.0%		2人 2.2%		1人 1.3%						
5 ① 糖尿病受療率(被保険者千対)	レセプト	250.0人		201.1人		198.9人					KDB 厚生労働省様式様式3-2	
② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		256.1人		234.0人		230.0人						
③ レセプト件数 (40-74歳) (1件は被保険者千対)		N	1,085件	(1349.5)	1,274件	(1667.5)	1,154件	(1692.1)	500件	(840.2)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
④ 入院(件数)			5件	(6.2)	10件	(13.1)	14件	(20.5)	2件	(5.1)		
⑤ 糖尿病治療中		H	226人	25.0%	190人	20.1%	175人	19.9%			KDB 厚生労働省様式様式3-2	
⑥ (再掲)40-74歳		I	73人 25.6%		190人 23.4%		175人 23.0%					
⑦ 健診未受診者			4人 5.5%		130人 68.4%		119人 68.0%					
⑧ インスリン治療		O	9人 4.0%		14人 7.4%		10人 5.7%					
⑨ (再掲)40-74歳		L	3人 4.1%		14人 7.4%		10人 5.7%					
⑩ 糖尿病性腎症			11人 4.9%		38人 20.0%		44人 25.1%					
⑪ (再掲)40-74歳			4人 5.5%		38人 20.0%		44人 25.1%					
⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		P	5人 2.2%		3人 1.6%		2人 1.1%					
⑬ (再掲)40-74歳			0人 0.0%		3人 1.6%		2人 1.1%					
⑭ 新規透析患者数			0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%					
⑮ (再掲)糖尿病性腎症		Q	0人 0.0%		0人 0.0%		0人 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)			5人 2.2%		5人 2.5%		5人 2.6%					
6 ① 総医療費	医療費	3億9208万円		4億1093万円		4億2104万円		2億6175万円		KDB 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題		
② 生活習慣病総医療費		2億2164万円		2億1577万円		2億0863万円		1億4021万円				
③ (総医療費に占める割合)		56.5%		52.5%		49.6%		53.6%				
④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		R	5,362円		3,447円		5,325円		6,845円			
⑤ 健診未受診者			35,175円		33,170円		36,761円		40,820円			
⑥ 糖尿病医療費		S	2609万円		3350万円		3240万円		1572万円			
⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)			11.8%		15.5%		15.5%		11.2%			
⑧ 糖尿病入院外総医療費		T	7241万円		8101万円		7356万円					
⑨ 1件あたり			32,183円		33,769円		32,548円					
⑩ 糖尿病入院総医療費			4059万円		4845万円		3627万円					
⑪ 1件あたり		U	765,836円		538,293円		518,211円					
⑫ 在院日数			15日		17日		20日					
⑬ 慢性腎不全医療費		V	2478万円		1779万円		1546万円		957万円			
⑭ 透析有り			2414万円		1754万円		1437万円		862万円			
⑮ 透析なし			64万円		25万円		109万円		96万円			
7 ① 介護給付費	W	5億5384万円		6億0693万円		5億7504万円		3億5514万円				
② (2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%						
8 ① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)	X	0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		1人 1.0%		KDB 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題		

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の検討

9月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

9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）

2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

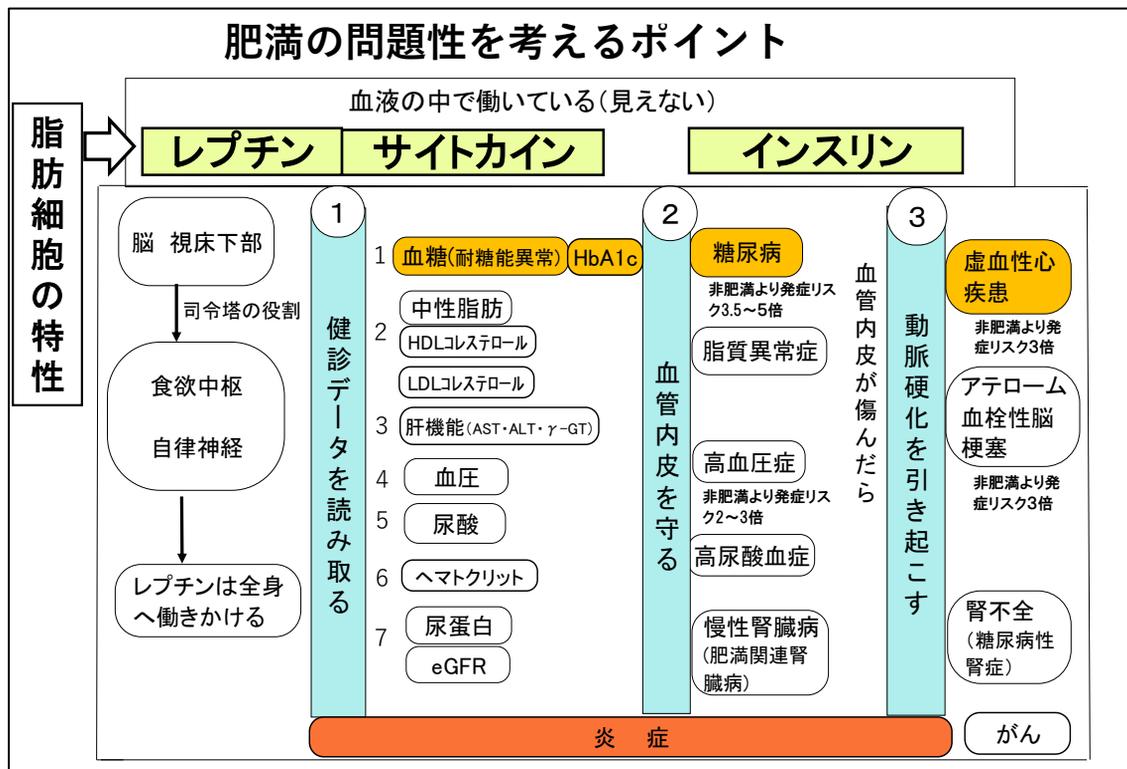
1) 基本的な考え方

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

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

なお、取り組みにあたっては図表4-7に基づいて考えていきます。

図表4-7 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握

図表4-8 肥満度分類による実態

令和4年度

		健診受診者		肥満		(再掲)							
						肥満1度		肥満2度		肥満3度		肥満4度	
		人	%	BMI25以上	BMI25~29.9	BMI30~34.9	BMI35~39.9	BMI40以上	人	%	人	%	
総計	合計	349	46.2%	107	30.7%	92	26.4%	13	3.7%	2	0.6%	0	0.0%
	40-49歳	12	26.1%	5	41.7%	5	41.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	50-59歳	26	32.1%	11	42.3%	11	42.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	60-69歳	151	45.8%	39	25.8%	29	19.2%	8	5.3%	2	1.3%	0	0.0%
	70-74歳	160	53.7%	52	32.5%	47	29.4%	5	3.1%	0	0.0%	0	0.0%
男性	合計	175	43.9%	62	35.4%	56	32.0%	5	2.9%	1	0.6%	0	0.0%
	40-49歳	8	28.6%	3	37.5%	3	37.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	50-59歳	18	39.1%	7	38.9%	7	38.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	60-69歳	70	41.4%	23	32.9%	19	27.1%	3	4.3%	1	1.4%	0	0.0%
	70-74歳	79	50.6%	29	36.7%	27	34.2%	2	2.5%	0	0.0%	0	0.0%
女性	合計	174	48.9%	45	25.9%	36	20.7%	8	4.6%	1	0.6%	0	0.0%
	40-49歳	4	22.2%	2	50.0%	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	50-59歳	8	22.9%	4	50.0%	4	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	60-69歳	81	50.3%	16	19.8%	10	12.3%	5	6.2%	1	1.2%	0	0.0%
	70-74歳	81	57.0%	23	28.4%	20	24.7%	3	3.7%	0	0.0%	0	0.0%

出典：ヘルサポートラボツール

※ BMI：体重と身長の関係から算出される、肥満度を表す体格指数のこと。BMI22を標準としている。基準値は25以上。

BMI指数 = 体重(kg) ÷ (身長(m) × 身長(m))

(2) 優先順位

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

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

3) 対象者の明確化

図表4-9 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況

令和4年度

		男性					女性				
		総数	40代	50代	60代	70-74歳	総数	40代	50代	60代	70-74歳
健診受診者	A	175	8	18	70	79	174	4	8	81	81
メタボ該当者	B	53	1	7	15	30	27	0	1	12	14
	B/A	30.3%	12.5%	38.9%	21.4%	38.0%	15.5%	0.0%	12.5%	14.8%	17.3%
3項目全て	C	27	1	4	6	16	10	0	0	4	6
	C/B	50.9%	100.0%	57.1%	40.0%	53.3%	37.0%		0.0%	33.3%	42.9%
血糖+血压	D	8	0	1	5	2	5	0	0	5	0
	D/B	15.1%	0.0%	14.3%	33.3%	6.7%	18.5%		0.0%	41.7%	0.0%
血压+脂質	E	15	0	1	3	11	11	0	0	3	8
	E/B	28.3%	0.0%	14.3%	20.0%	36.7%	40.7%		0.0%	25.0%	57.1%
血糖+脂質	F	3	0	1	1	1	1	0	1	0	0
	F/B	5.7%	0.0%	14.3%	6.7%	3.3%	3.7%		100.0%	0.0%	0.0%

出典：ヘルサポートラボツール

※ メタボリックシンドローム：内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中等になりやすい病態

図表4-10 メタボリックシンドローム該当者の治療状況

令和4年度

		健診受診者		3疾患治療の有無 (高血圧/糖尿病/脂質異常)				
				治療中		治療なし (特定保健指導)		
				人数	割合	人数	割合	
		349	65.6%	244	69.9%	105	30.1%	
メタボリックシンドローム判定	非該当	229	65.6%	141	57.8%	88	83.8%	
	メタボリック予備群	40	11.5%	28	11.5%	12	11.4%	
	メタボリック該当者	80	22.9%	75	30.7%	5	4.8%	
	リスクの重なり	2項目	43	12.3%	39	16.0%	4	3.8%
		3項目	37	10.6%	36	14.8%	1	1.0%

出典：ヘルサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表4-9)は、男性で50代から受診者の2~3割を超えるが、女性では60代・70代で1~2割弱程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

また、健診受診者のうち、244人(69.9%)の方が高血圧、糖尿病、脂質異常症のいずれかを治療中となっており、そのうちメタボリックシンドローム該当者及び予備軍となっている方は、103人(42.2%)となっています。治療中であってもコントロール不良となっているケースもありメタボリックシンドロームの状況やリスク要素の重なり状況も踏まえて優先度を付ける必要があると考えます。

(1) 対象者の選定基準の考え方

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

(2) 対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、管理します。

4) 保健指導の実施

「ヘルスサポートラボツール」と「どこでもケア」を活用した保健指導

対象者の保健指導には、保健指導実践ツール「ヘルスサポートラボツール」と、ipadを使用したアプリ「どこでもケア」を活用して行っています。

図表4-11 どこでもケア（保健指導教材）

A 基本	B メタボリックシンドローム	C 糖尿病	D 脂質異常症
1 私の家族歴・病気歴	1 メタボリックシンドロームの構成因糖尿病のタイプ	1 糖尿病のタイプ	1 脂質の構造図
2 健診経年結果一覧	2 メタボリックシンドロームと動脈硬化	2 検査値を記録してみましょう	2 健診で脂質異常症」と言われたのですが…
3 健診検査項目の保健指導判定値及び受診勧奨判定値	3 血管の状態	3 合併症予防のための検査記録	3 LDLコレステロールの判断基準
4 健診結果と生活との関連の読み取り	4 脂肪細胞のなかみってなんだろう？	4 検査値を記録してみましょう	4 LDLコレステロール値の検査方法は2つあります
5 血液データと栄養素・食品	5 内臓脂肪と皮下脂肪の違い	4(A) HbA1cと体重の推移	5 私のコレステロールバランスは？
6 健診データで食品の種類と量を決めます	6 高インスリン状態は何を引き起こすのでしょうか	4(B) HbA1cとeGFRの推移	6 健診でコレステロールが高かった
	7 二次健診(精密検査)の結果表	5 インスリン分泌をみる検査は	再検査ってどんなことをするの？
	8 75グラム糖負荷試験結果	6(1) 糖尿病の診断基準	7 私のLDLコレステロールは？
	9 私はどのパターン？	6(2) 糖尿病は早期診断が予後に大きく影響します	8 食べた物は体の中でどのように利用されているのでしょうか
	10 体重変化とインスリン量の変化	7 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	9 脂質異常症の薬
	11 体重日記	8 インスリンの仕事	10 LDLコレステロールが180mg/dl以上の人は家族性高コレステロール血症(FH)かもしれませぬ
	12 肌腹に備えて→全て貯蓄する	9 (炭水化物)が入ってきた時のインスリンの仕事	11 遺伝による脂質異常症
	13 目標体重で私の食事量を計算してみよう	10 血液の中に糖が多いとなぜ困るのでしょうか？	12 4つの食品群(香川方式)における脂肪酸比率(選択力をつけるための資料)
	14 主食と思って食べている穀類の目安のつけ方	11 「症状がないから大丈夫!!」と思っていないですか？	コレステロールに変化しやすすい飽和脂肪酸
	15 自分の油料理の目安をつける	12 糖尿病の治療の段階	(1) 12群(肉)
	16 私の食べ方と飲み方は肝臓の仕事を増やしていませんか	13 事例1 健診でHbA1c値11.0%でも、食事と薬で6.2%まで改善	(2) 2群(魚・大豆製品)・4群
	17 アルコールとからだ	14 事例2 糖尿病には色々な種類があります	(3) 調味料の脂肪酸比率油脂
	18 アルコールの種類とアルコールと糖の量	15 糖尿病治療とは「薬を飲むこと」だと思いませんか？	(4) 食品中の脂肪酸比率嗜好品
	19 頸動脈エコー検査結果	16 糖の流れと薬のメカニズム	
	20 「眼底検査」って何を見ているの？	17 インスリン注射?飲み薬では駄目なの？	
	21 血管内皮機能が傷害されることで動脈硬化へ(心・胃・脳)	18 事例3 インスリン療法事例	
		19 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	
		20 眼(網膜症)~失明直前まで自覚症状が出ません	
		21 糖尿病性腎症~いま、私はどの段階なのか	
		22 糖尿病性腎症の経過~私はどの段階?~	
		23 HbA1c値はどの値になるとよいでしょう？	
		24 なぜ、過剰すぎるのか？	
		25 糖尿病性神経障害の症状とそのすすみ方	
		26 糖尿病の足病変はこんな些細なことからはじまる(写真)	
		27 できるだけ早く見つけて、手当てをしたい「皮膚症状」(写真)	
		28 糖尿病性神経障害~起こる体の部位と症状のあらわれ方	
		29 重症化する足を切断しなければならぬ閉塞性動脈硬化症とは？	
		30 閉塞性動脈硬化症の予防法	
		31 脳(神経細胞)を守る	
		32 シックデイに注意!~普段の血糖コントロールがよくても起こります	
		33 低血糖症状	
		34 胃切除術を受けた方へ、こういう症状はありませんか？	

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、保健指導管理台帳及び、特定健診等データ管理システム等の情報を活用します。

7) 実施期間及びスケジュール

9月 対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定

9月 特定健診結果表が届き次第、特定健診管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入。

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

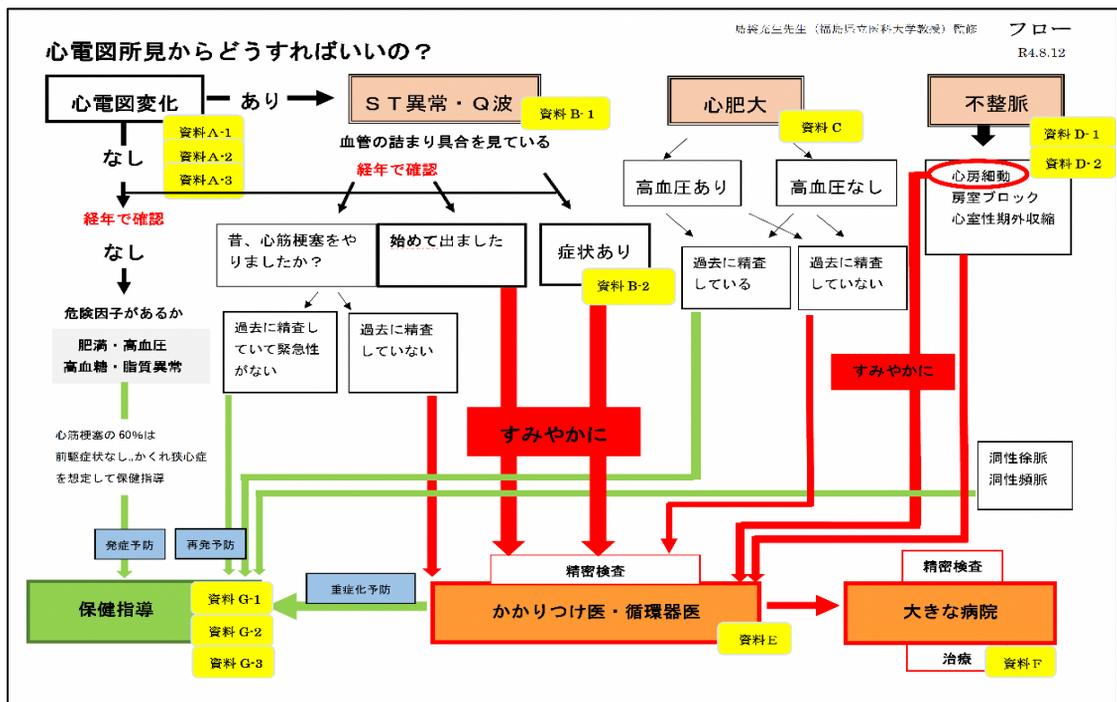
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表4-12に基づいて考えます。

図表4-12 肥満の問題性を考えるポイント



(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大等の評価に用いられます。

また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」（心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会）ことから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血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

本村においては、心電図検査を350人（96%）に実施し、そのうち有所見者が138人（39%）でした。所見の中でも脚ブロックが29人(21%)で、所見率が一番高いことがわかります。（図表4-13）

また、有所見者のうち要精査が1人(0.7%)で、その後の受診状況をみると受診済です。

図表4-13 心電図検査結果

令和4年度

性別 年齢	心電図検査				所見内訳															
	実施者数		有所見者数	有所見率	ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
	A	実施率	B	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
全体	350	96%	138	39%	3	2.2%	15	10.9%	5	3.6%	14	10.1%	5	3.6%	29	21.0%	8	5.8%	21	15.2%
男性	173	98%	77	45%	2	2.6%	5	6.5%	2	2.6%	10	13.0%	3	3.9%	17	22.1%	7	9.1%	9	11.7%
女性	177	94%	61	34%	1	1.6%	10	16.4%	3	4.9%	4	6.6%	2	3.3%	12	19.7%	1	1.6%	12	19.7%

出典：健康診査データより集計

②心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握します。（図表4-14）

図表4-14 心臓血管病をおこしやすいひと

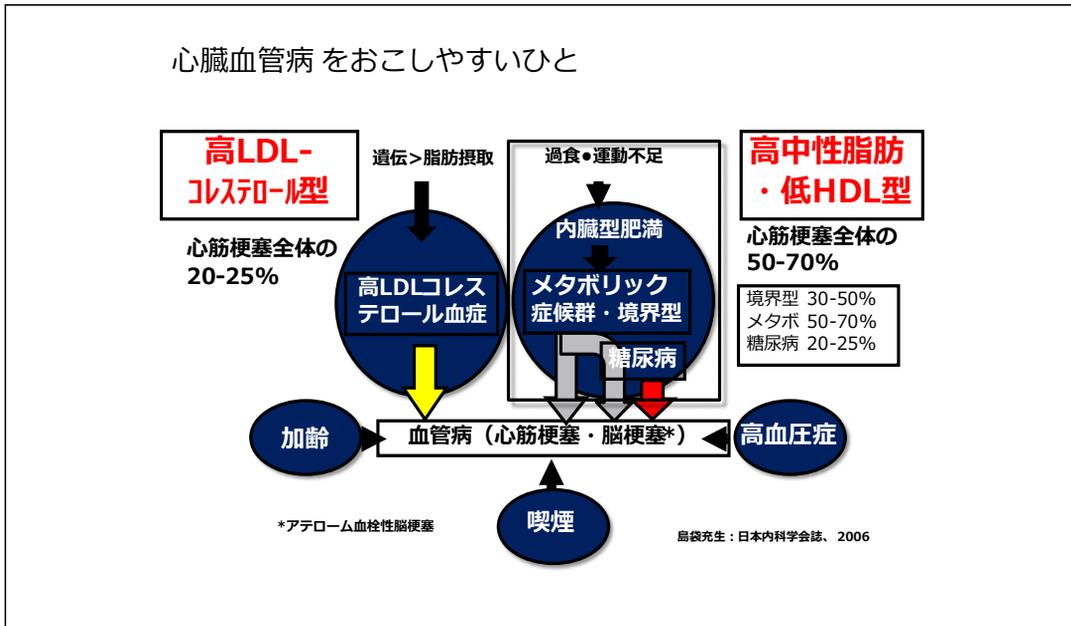


図4-14をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A：メタボタイプについては、第4章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表4-9、4-10)を参照します。

B：LDLコレステロールタイプ[※](図表4-15)

図表4-15 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設定				令和04年度				
動脈硬化性心血管疾患の予防から見たLDLコレステロール管理目標				(参考)動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版				
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)								
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果 (LDL-C)				
				120-139	140-159	160-179	180以上	
				1,531	727	472	218	114
				47.5%	30.8%	14.2%	7.4%	
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する ※4	低リスク	160未満 (190未満)	272	152	98	18	4	
			17.8%	20.9%	20.8%	8.3%	3.5%	
	中リスク	140未満 (170未満)	592	264	184	101	43	
			38.7%	36.3%	39.0%	46.3%	37.7%	
高リスク ※3	再掲	120未満 (150未満)	656	305	186	98	67	
		100未満 (130未満) ※1	44	23	12	5	4	
			2.9%	3.1%	2.6%	2.1%	3.9%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	11	6	4	1	0	
			0.7%	0.8%	0.8%	0.5%	0.0%	

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮
 ※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※3 糖尿病(服薬あり・健診結果で糖尿病型)、CKD(eGFR60未満、尿蛋白(±)以上)を考慮。
 ※4 ※1~3がない場合、動脈硬化性疾患の発症リスク(性別・収縮期血圧・糖代謝異常・LDL・HDL・喫煙)で判断

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

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

図表4-16 どこでもケア（保健指導教材）

G-1	心臓
G-2	心電図の読み取り～自分の心電図所見があらわす「脈」と「血管」を見る
G-3	心電図の読み取り～自分の心電図所見があらわすもの
G-4	虚血性心疾患は心臓細胞で虚血・壊死を起こす
G-5	心筋梗塞や心房細動を発症する前に
G-6	心房細動といわれたあなたへ
G-7	ワーファリンを服用している人にビタミンKを含む食品に注意

(2) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行います。その際はKDB等の情報を活用する。また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っています。

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の検討

9月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

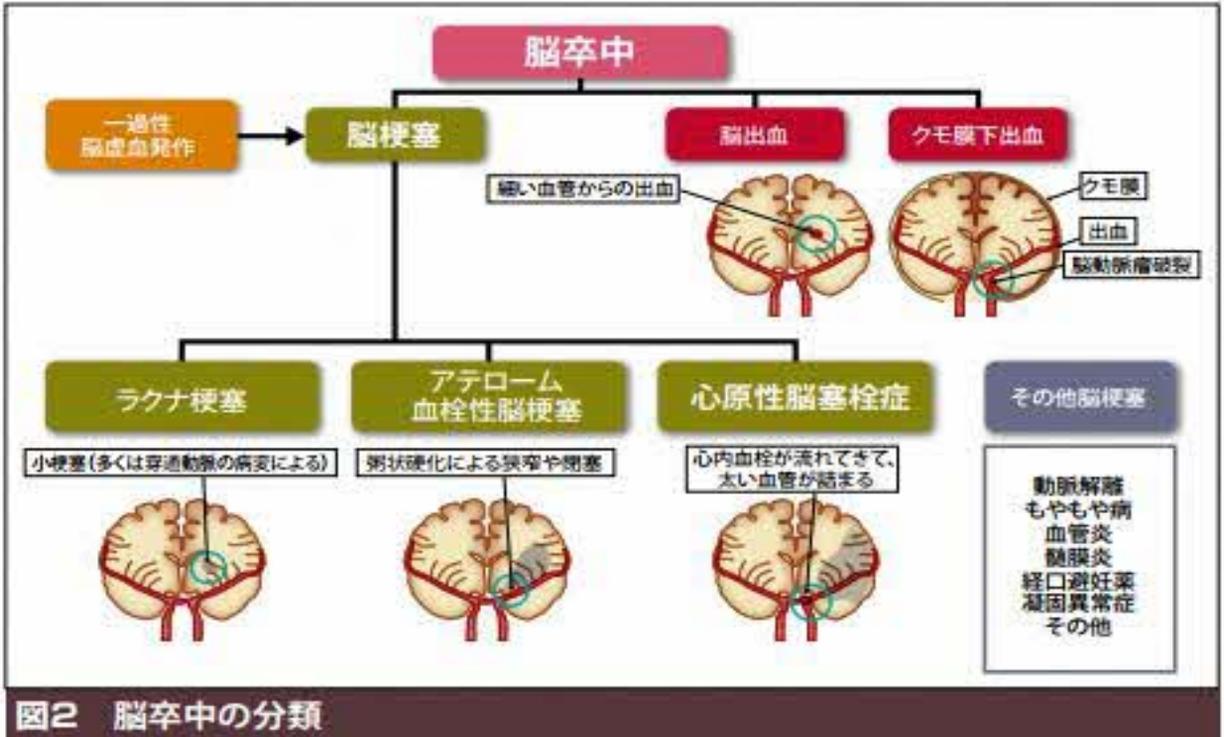
9月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表4-17、4-18)

図表4-17 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表4-18 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表4-19でみると、高血圧治療者413人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が42人(10.2%・O)でした。健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が12人(3.6%)であり、そのうち7人(58.3%)は未治療者です。

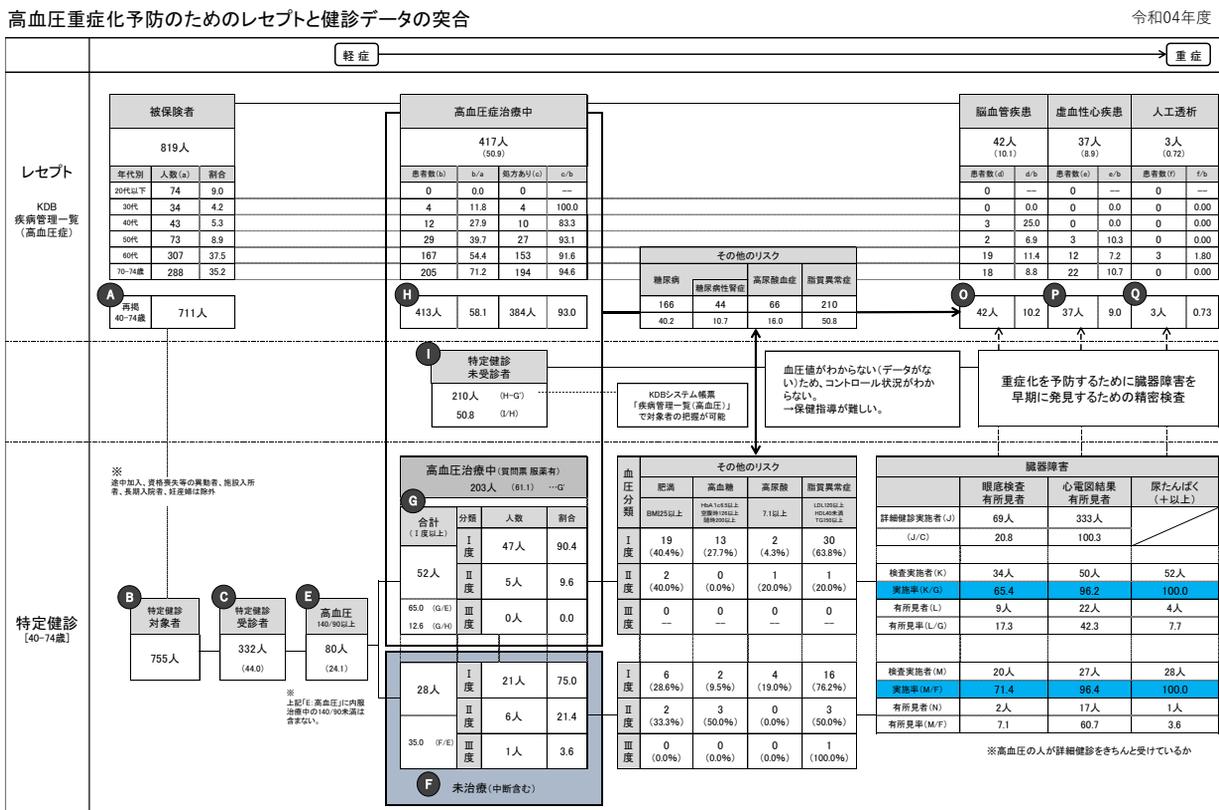
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖等のリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が5人(2.5%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか69人(20.8%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、80人(24.1%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

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

図表4-19 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

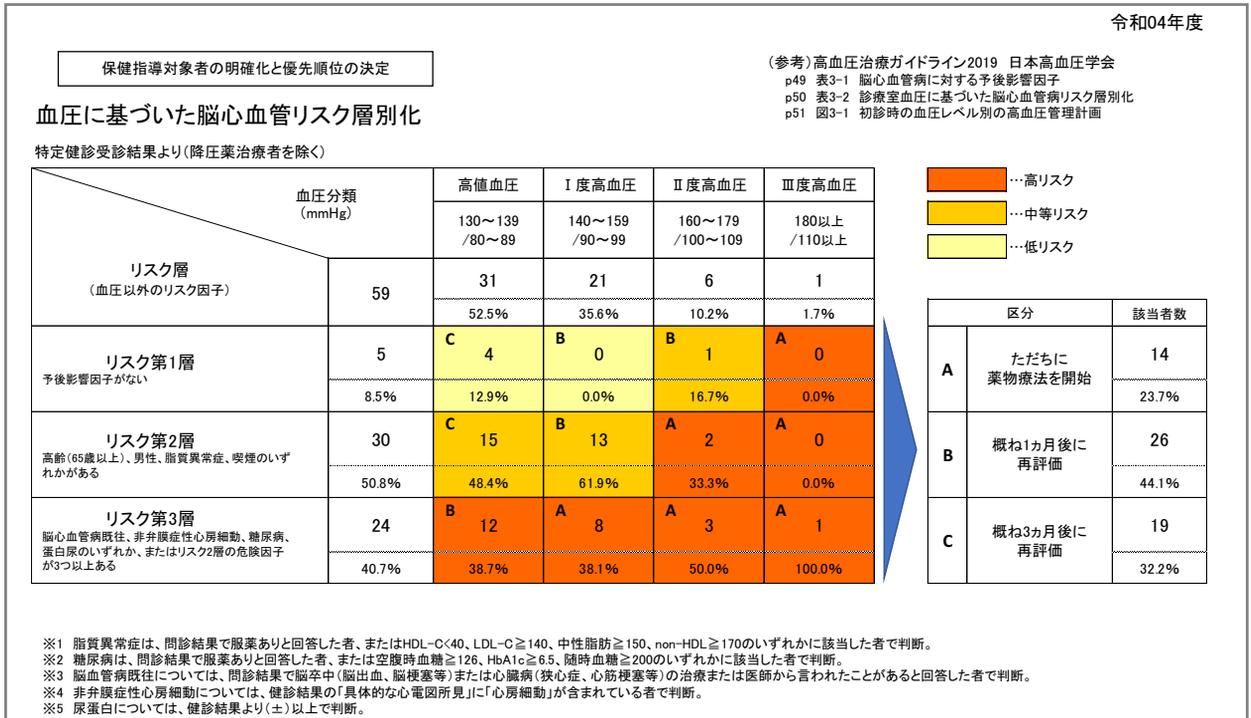


(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患等、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4-20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4-20 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化



出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 心電図検査における心房細動の実態

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

図表4-21は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況を表しています。

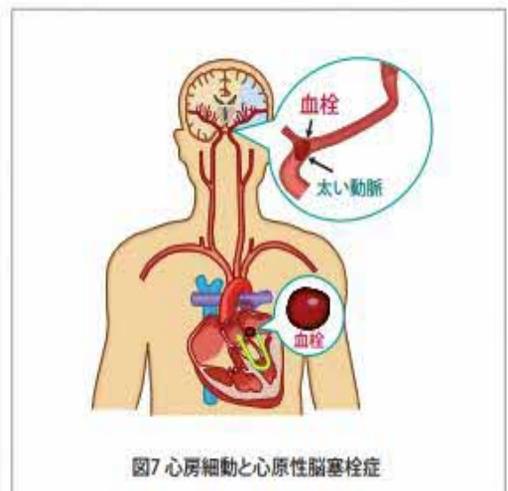


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(脳卒中予防の提言より引用)

図表4-21 心房細動有所見状況

令和4年度

	健診受診者		心電図検査実施者数				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	177	189	173	98%	177	94%	7	4%	1	1%	—	—
40代	8	4	8	100%	4	100%	0	0%	0	0%	0.20%	0.04%
50代	18	8	18	100%	8	100%	0	0%	0	0%	0.80%	0.10%
60代	70	81	67	96%	76	94%	2	3%	0	0%	1.90%	0.40%
70～74歳	81	96	80	99%	89	93%	5	6%	1	1%	3.40%	1.10%

出典：健康診査データより集計

図表4-22 心房細動有所見者の治療状況

令和4年度

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
8	100%	0	0%	8	100%

出典：健康診査データ及びレセプトデータより集計

心電図検査において8人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者8人は既に治療が開始されていることが確認できています。（図表4-22）

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

3) 保健指導の実施

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。

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータを収集していきます。

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6) 評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の検討

9月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

9月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取り組みと、生活機能の低下を防止する取り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

本村は、令和6年度より熊本県後期高齢者医療広域連合から、本村が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の実施を予定しています。

具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)の配置

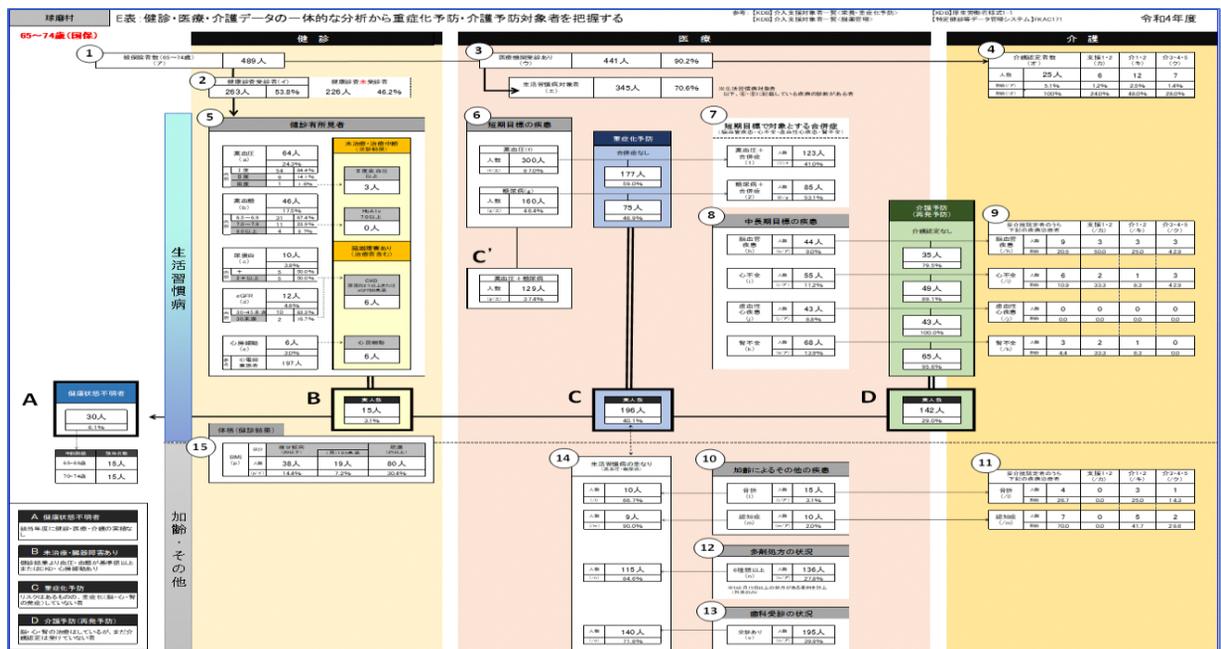
KDBシステム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護等の関係機関との連携調整を行います。

② 地域を担当する保健師の配置

高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。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、糖尿病や高血圧等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健康教育や健康相談等を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ) (図表4-23)

図表4-23 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 発症予防

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

本村においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、さらに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えていくことが必要であります。（図表4-24）

図表4-24 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える												— 基本的考え方 —		(ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)		
												発症予防		重症化予防		
1	健康増進法															
	母子保健法			児童福祉法			学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律		(介護保険)		
2	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】（各被保険者）		特定健康診査等実施計画（各被保険者）		
3	妊婦 (胎児期)		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳		15～18歳		～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上	
4	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診断		就学時健診 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)
	妊婦前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)			
5	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			加齢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																

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために地域と健康に関する情報、個人の実態や社会環境等について広く住民へ周知していきます。（図表4-25）

図表4-25 統計からみえる熊本の食

統計からみえる熊本の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2019年～2021年 ～

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
即席麺	1位
たい	2位
生鮮肉	1位
すいか	1位
マヨネーズ	1位

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
魚介類	46位
ヨーグルト	46位
ほうれんそう	47位
りんご	47位
生うどん・そば	46位

その他	全国ランキング (購入量・購入金額)
焼酎	4位
ハンバーガー	2位
弁当	7位

第5章 その他

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にて行います。

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。

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

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

※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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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 等
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"> ・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 等)

3. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、関係機関経由で医療機関等に周知します。また、公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

4. 個人情報の取扱い

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

球磨村
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(2024)年度～令和11(2029)年度 —

令和6年3月

(発行) 球磨村
〒869-6401
熊本県球磨郡球磨村
大字渡丙1730番地
代表電話 0966-32-1111
<https://www.kumamura.com/>
