

氷川町第3期データヘルス計画 (保健事業実施計画)

2024 (令和6年) ~ 2029 (令和11年)

第3期データヘルス計画目次

第1章 データヘルス計画の基本的事項

1. 背景・目的
2. 計画の位置づけと基本的な考え方
3. 計画の期間
4. 関係者が果たすべき役割と連携
 - 4-1)氷川町国保の役割
 - 4-2)関係機関との連携
 - 4-3)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
2. 第2期データヘルス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
 - 2)第2期データヘルス計画に係る考察
3. 第3期計画における健康課題の明確化
 - 1) 基本的考え方
 - 2)健康課題の明確化
 - 3) 目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

- I. 保健事業の方向性
- II. 重症化予防の取り組み
 - 1 糖尿病性腎症重症化予防
 - 2 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
 - 3 虚血性心疾患重症化予防
 - 4 脳血管疾患重症化予防
- III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
- IV. 発症予防
- V. ポピュレーションアプローチ

氷川町の課題である糖尿病に関しては『**糖尿病プロセス計画**』にて策定する

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取り扱い

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」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「データヘルス計画」の策定・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する」とされた

●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) の一部を改正する等により、健康・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・改善等を行うものとした

●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、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進があげられ、令和3年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2021」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定等を検討するとともに、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切なKPI(※1)の設定を推進する」と示された

●このように**すべての保険者の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**が進められている

●氷川町において国の指針に基づき「**第3期保健事業計画(データヘルス計画)**」を定め、被保険者の年代ごとの身体的な状況に応じた健康課題を的確にとらえ、課題に応じた保健事業を実施することにより、**健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化及び保険者の財政基盤浄化が図られる**ことを目的とする。

H25.6閣議決定「日本再興戦略」

→データヘルス計画の策定

H26.3国指針一部改正

PDCAサイクルでのデータヘルス計画

H30.4 県財政運営の責任主体

計画の標準化の進展・アウトカムベースでの適切なKPIの設定

※1 KPI：重要業績評価指標

2. 計画の位置づ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**するものである。

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、熊本県健康増進計画や氷川町健康増進計画(健康ひかわ21)、熊本県医療費適正化計画、介護保険事業計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等の実施計画と調和のとれたものとする必要がある。(図表1)

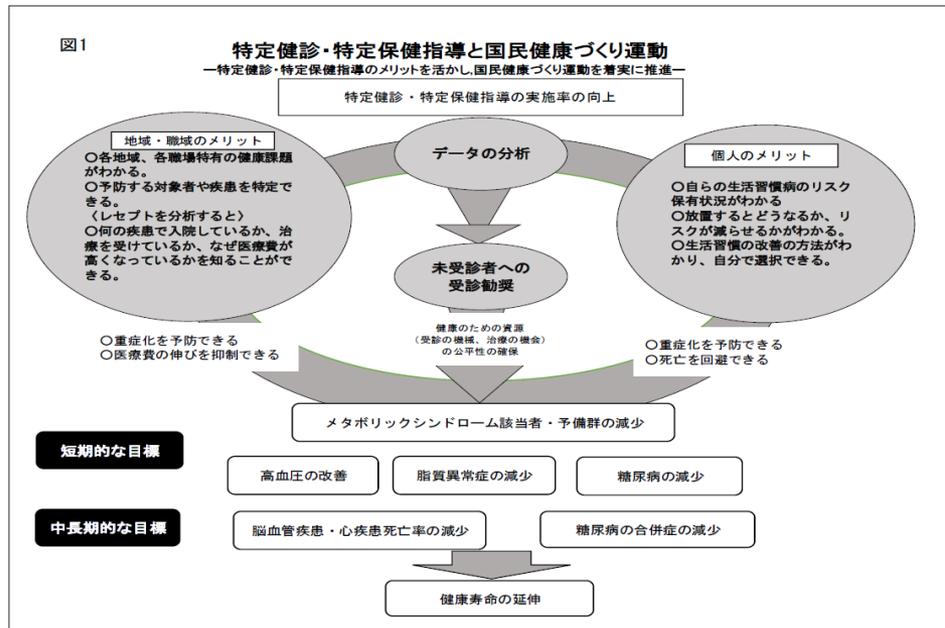
また、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画（データヘルス計画）と一体的に策定することとする。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」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、事務担当を含め、健診・保健指導に関わるもの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、基本的な考え方を「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」に準ずることとする。（図表2・3・4・5）

○法定計画等の位置づけ

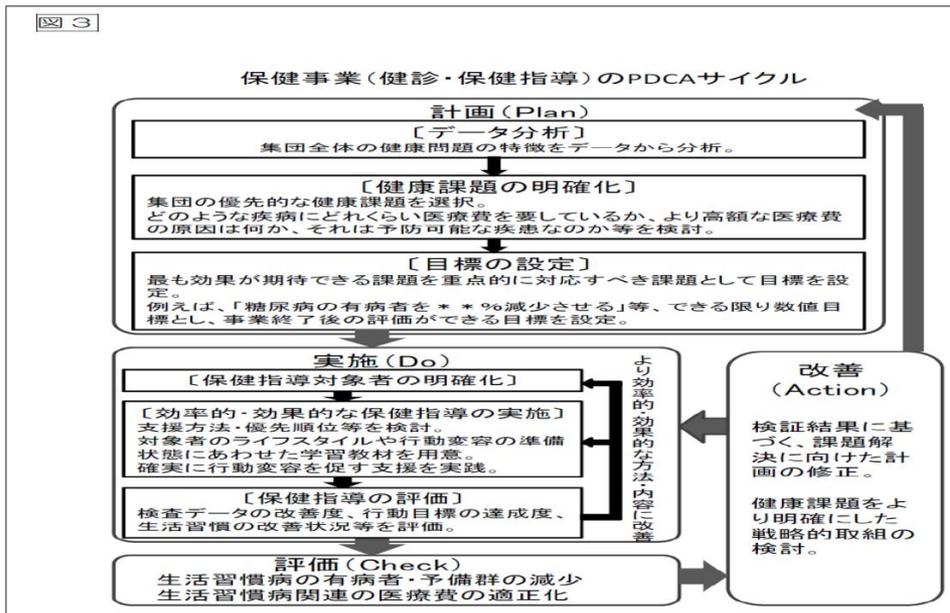
【図表1】

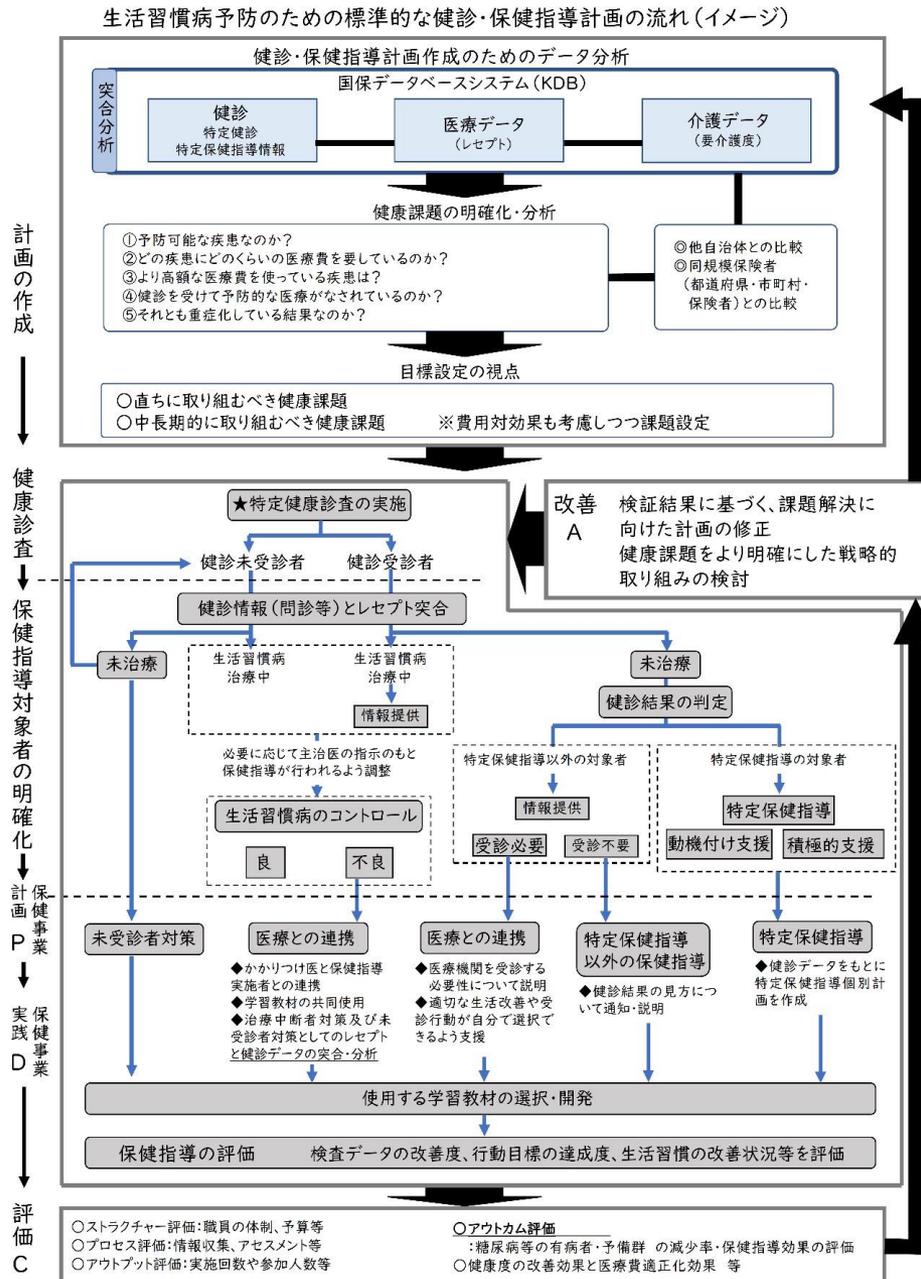
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等実施計画	介護保険事業(支援)計画	医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)
法律	健康増進法 第6条、第9条、第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条、健康保険法 第150条、高確法 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第119条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和5年2月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 「国民健康保険法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 老健局 令和5年3月改正 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	厚生労働省 保険局 平成29年3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29年3月改正 医療提供体制の確保に関する基本指針
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6~8年(3年) 2024~2026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
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	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県: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ための保健事業の実施計画を策定し、保健事業の実施及び評価を行う。	保険者は、加入者数、加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮して、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する。	地域の実情に応じた介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業の実施が計画的に図られるようにする。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止	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・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。
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)	被保険者全員 特に高齢率の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在(現役世代)・壮年期世代へ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	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 <40~64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨質、骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 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 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 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	疾病予防・介護予防(要介護の原因疾患) 糖尿病 腎不全 生活習慣病 脳血管疾患 虚血性心疾患・心不全	糖尿病 生活習慣病	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
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生活習慣の改善 2生活習慣病の発症予防・重症化予防 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心・健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり ○ライフコース 1子ども、2高齢者、3女性	○中長期的目標 ・医療費の変化 ・費用対効果 ・薬剤投与量の変化 ・冠動脈疾患・脳梗塞の発症 ○短期的目標 ・血圧、血糖値、脂質等の検査値の変化 ・生活習慣の変化(食習慣、運動習慣) ・受療行動の開始	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	①PDCAサイクルの活用によ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)	【入院医療費】 ・医療計画(地域医療構想)に基づく病床機能の分化・連携の推進の成果を反映 【外来医療費】 ①特定健診・保健指導の推進 ②糖尿病の重症化予防 ③後発医薬品の使用促進 ④医薬品の適正使用	①5疾病・5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) 5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
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		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	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	



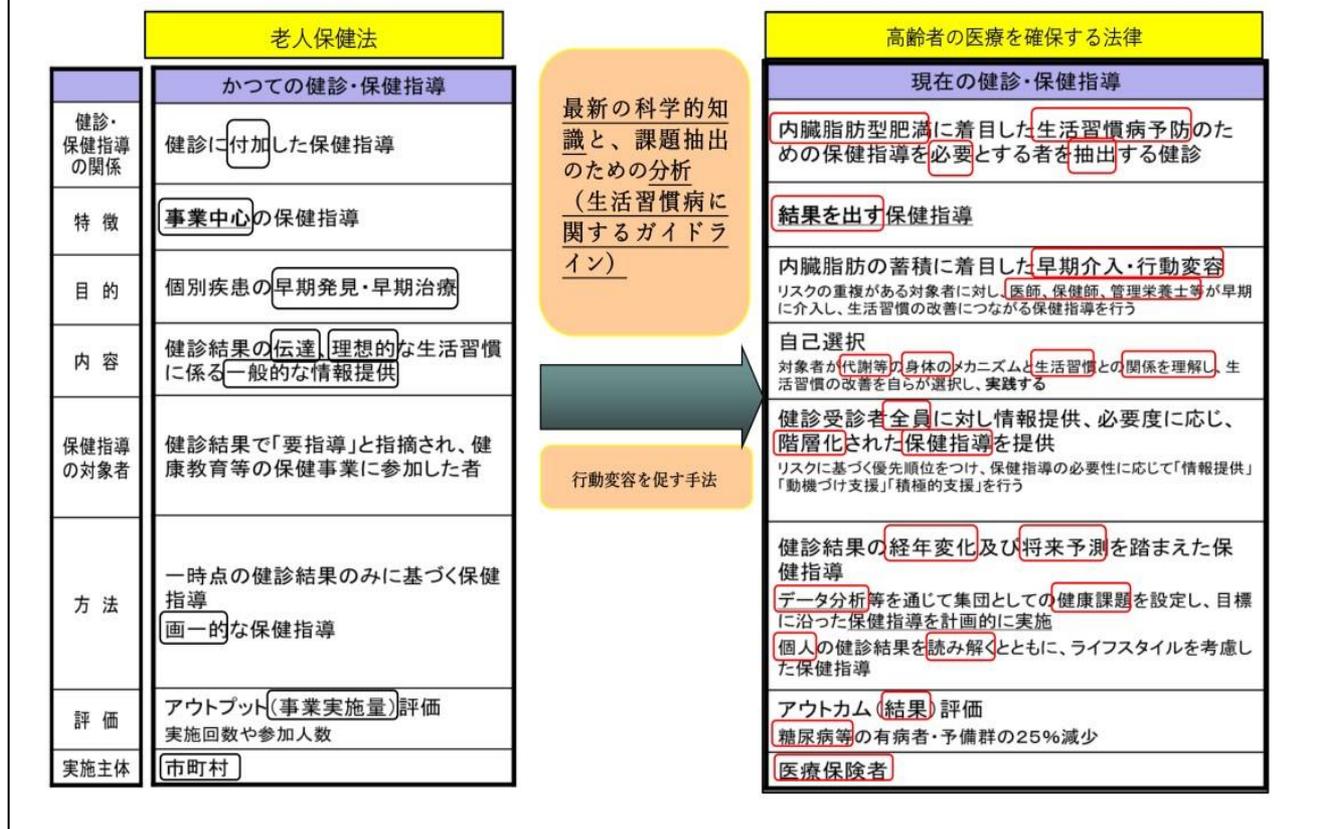
○保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル

【図表3】





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. 計画の期間

●計画期間については、保健事業実施指針第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」としていること、また、手引書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、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが令和6年度から令和11年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を令和6年度から令和11年度の6年間とする。2026年（令和8年度）に中間評価を行う。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

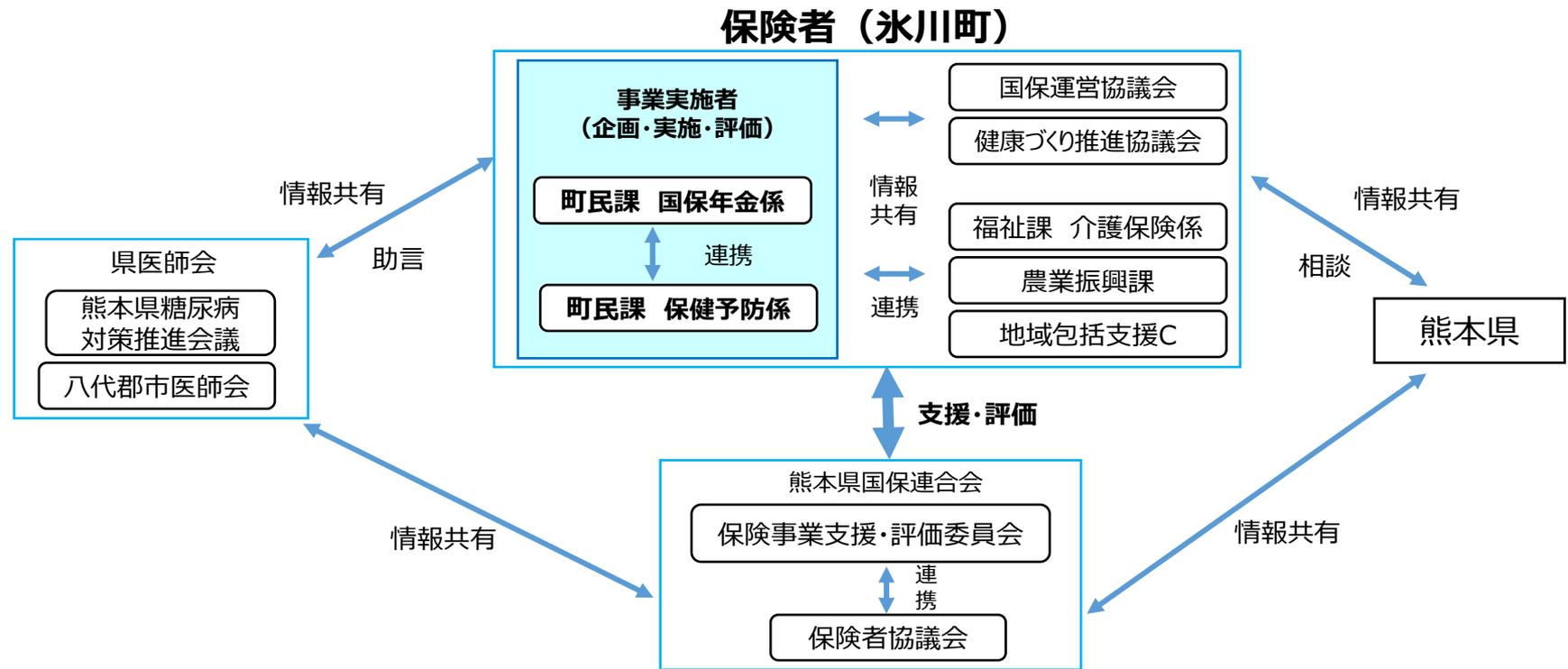
1) 氷川町国保の役割

氷川町においては、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、計画の策定等を進める。計画に基づき、効果的・効率的な保健事業実施して、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る。

- 具体的には、町民課保健予防係、国保年金係（国保・後期高齢者）、福祉課介護保険係、地域包括支援Cとも十分連携することを目指す。また、保険者努力支援制度の評価指標と未受診者対策を繋げ施策化するため、農業振興課とも連携を図っていく
- 国保運営協議会や健康づくり推進協議会でのデータヘルス計画の目標に対する年間計画の進捗状況を報告、意見交換を含め情報共有していく
- 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・チームの業務を明確化・標準化するとともに担当者が移動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である。

氷川町の実施体制図

【図表 6】



ストラクチャー評価（保健事業体制と主な保健事業の分担）

【図表7】

◎・・・主担当 ○・・・副担当

R4	保健師（係長）	保健師 1	保健師 2	保健師 3	保健師 4	管栄 1	管栄（会計）	国保事務（会計）	後期保（会計）	後期管栄（会計）	事務（会計）	
国保事務					産休			◎				
健診・保健指導	○	◎	○	○		○	○					
後期保健指導				○					◎	◎		
がん検診	◎											◎
新型コロナ関連	◎	○	○	○		○						
予防接種	○											◎
母子保健		○	◎	○		○	○					
精神保健	○	○	○	○								
歯科保健			◎									◎
その他	◎											

R3	保健師（係長）	保健師 1	保健師 2	保健師 3	保健師 4	管栄 1	管栄（会計）	国保事務（会計）	後期保（会計）	後期管栄（会計）	事務（会計）	
国保事務					産休			◎				
健診・保健指導	○	◎	○	○		○	○					
後期保健指導			○						◎	◎		
がん検診	◎											◎
新型コロナ関連	◎	○	○			○	○					
予防接種	○											◎
母子保健		○				◎	○	○				
精神保健	○	○	○			○						
歯科保健						◎						◎
その他	◎											

R2	保健師（係長）	保健師 1	保健師 2	保健師 3	保健師 4	管栄 1	管栄（会計）	国保事務（会計）	後期保（会計）	後期管栄（会計）	
国保事務					産休	産休		◎			
健診・保健指導	○	◎	○	○			○				
後期保健指導			○							◎	◎
がん検診	◎										
新型コロナ関連	◎	○	○				○				
予防接種	○										
母子保健		○	○				◎	○			
精神保健	○	○	○				○				
歯科保健							◎				
その他	◎										

2) 関係機関との連携

- 計画の実効性を高めるためには、施策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・協力が重要となる
- 外部有識者とは、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う
- 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などにおいて、KDB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が期待される
- 平成30年度から熊本県が市町村国保の財政責任の運営主体となり、共同保険者となったことから、熊本県の関与がさらに重要になる
- 計画素案については熊本県関係課と意見交換を行い、県との連携に努める
- 氷川町と八代郡市医師会との連携を円滑に行うためには、熊本県が県医師会等との連携を推進することも重要である
- 国保連と県は、ともに市町村の保険者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
- 保険者は転職や加齢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、保険者事業等の連携等に努めることが重要である

3) 被保険者の役割

- 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は、被保険者自身が状況を理解して、主体的に積極的に取り組むことが重要である

5. 保険者努力支援制度

●医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へインセンティブ制度が導入された。

●氷川町は全国順位は上位で推移している。

●R3,R4で配点に対し、獲得できていないところが「**健診受診率**」「**特定保健指導実施率**」「**メタボ該当・予備軍の減少**」「**がん検診受診率**」「**後発医薬品**」

「**適正かつ健全な事業運営の実施状況**」である。国保年金係、保健予防係ともに共有しながら、取り組みを強化していく必要がある。

保険者努力支援制度

【図表8】

評価指標		H28前倒し分	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R4配点	R5	R5配点
		配点	配点	配点	配点	配点	配点	配点	2.72倍増	配点	配点
総得点（満点）		345	580	850	920	995	970	960		940	
交付額（千円）		2,386		8,532	9,521	10,368	9,426	8,412		9,188	3.85倍増
1人当たり交付額（円）				1,941	2,217	2,492	2,354	2,155		2,487	1.28倍増
（一人当たり交付額 県平均 円）				(1752)	(1942)	(2188)	(2243)	(2295)		(2466)	
総得点（体制構築加点を含む）		228		563	687	720	655	607		666	
全国順位（1714市町村中）		453		313	90	117	367	630		259	
県内順位（45市町村中）		22		13	4	9	21	31		22	
共通①	特定健診受診率							30	70	30	70
	特定保健指導実施率							50	70	50	70
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少	35		110	95	125	80	0	50	0	50
共通②	がん検診受診率							5	40	5	40
	歯周疾患（病）検診の実施	20		40	35	30	48	25	30	25	35
共通③	糖尿病等の重症化予防の取り組みの実施状況	40		100	100	120	90	120	120	100	100
共通④	個人インセンティブ提供										45
	個人へのわかりやすい情報提供	20		25	90	80	105	60	60	65	20
共通⑤	重複服薬者に対する取り組み	10		35	50	50	40	50	50	50	50
共通⑥	後発医薬品の促進	17		55	65	90	10	10	130	40	130
	後発医薬品の使用割合										
固有①	収納率向上に関する取り組みの実施状況	0		45	55	50	85	100	100	100	100
固有②	データヘルス計画策定状況	10		40	50	40	40	30	30	25	25
固有③	医療費通知の取り組みの実施状況	0		0	25	25	25	20	20	15	15
固有④	地域包括ケアの推進の取り組みの実施状況	0		9	25	20	30	35	40	40	40
固有⑤	第三者求償の取り組みの実施状況	6		26	24	27	30	17	50	50	50
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			18	33	63	72	55	100	71	100
体制構築加点		70		60	40	0	0	0		0	

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

健診・医療・介護データから見る地域の健康課題R4（累計）【図表9】

	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
氷川町	10,825	39.7	3,591 (33.2)	52.4	4.7	18.9	0.3	27.4	18.8	53.8
同規模	11,448	36.9	2,946 (24.8)	55.8	5.3	15.7	0.4	13.4	27.1	59.5
県	1,713,102	31.6	383,407 (22.4)	53.6	7.6	12.3	0.4	9.8	21.1	69.1
国	123,214,261	28.7	27,488,882(22.3)	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

●氷川町は高齢化率が高く、出生率が低い「少子高齢化」が進んだ地域である

●同規模や県、国と近くして、国保加入者が多く、第1次産業が盛んな地域である

西部小校区はいちごやイ草、大規模な野菜農家が多く、東小校区は主に果樹関係、イ草、いちごなどの農業が盛んな地域である。宮原小校区は農業よりも商業に従事する人が多い地域である。

●高齢化率が高い割には被保険者平均年齢が低いのは、外国籍で20～30代の研修生が農業、酪農関係に多く従事していることが影響していると思われる。

●同規模と比較して診療所数や病床数、医師数は少ないものの、近隣市町に医療機関があるため、医療にかかりやすい環境にある

通院や入院のしやすさもあり、外来、入院患者数は伸びている現状にある。

【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								
被保険者数	4,147		4,006		3,925		3,708		3,591	
65～74歳	1,616	39.0	1,630	40.7	1,608	41.0	1,597	43.1	1,519	42.3
40～64歳	1,463	35.3	1,353	33.8	1,323	33.7	1,224	33.0	1,180	32.9
39歳以下	1,068	25.8	1,023	25.5	994	25.3	887	23.9	892	24.8
加入率	34.9		33.7		33.0		31.2		33.2	

出典：KDBシステム、人口及び被保険者の状況
健診・医療・介護データから見る地域の健康課題

【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	同規模	県								
											割合	割合
病院数	1	0.2	1	0.2	1	0.3	1	0.3	1	0.3	0.3	0.5
診療所数	10	2.4	10	2.5	10	2.5	9	2.4	9	2.5	2.7	3.8
病床数	80	19.3	80	20.0	80	20.4	89	24.0	89	24.8	40.8	85.4
医師数	12	2.9	12	3.0	10	2.5	10	2.7	11	3.1	5.0	14.1
外来患者数	784.0		784.2		748.6		780.2		796.9		708.1	768.9
入院患者数	25.5		25.1		23.8		23.9		24.8		22.2	26.2

出典：KDBシステム、地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期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2つに分類した。

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た。**(図表2参照)

(1) 中長期的な疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析）の達成状況

①介護給付費の状況

氷川町の令和4年度の要介護認定は、2号（40～64歳）被保険者で15人（認定率0.44%）、1号（65歳以上）被保険者で783人（認定18.2%）でした。同規模・県・国と比較すると**2号認定者はやや多く推移している傾向**で、**1号認定者は減少傾向**にある。

H30年度と比べても2号認定は増加傾向、1号認定は減少傾向。(図表12)

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歳以上の人口が増えているにもかかわらず、氷川町は**認定者数、新規認定者数ともに減少傾向**にあり、**介護給付費は13億9135万円⇒13億2470万円に減少**している。

2号認定者と1号認定者の新規認定の介護度の内訳でH30とR4を比較してみると、2号認定者はより重度な要介護3～5が増加しており、1号認定者は介護度が低い要支援1～2が増加していることが見てきた。

図表14,15にて、2号認定となった新規申請の5人、全体の15人がどんな人だったのか、分析してみる。

【図表12】要介護認定者（率）の状況

	氷川町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	4,143人	34.8%	4,298人	39.7%	36.9%	31.6%	28.7%
2号認定者	11人	0.28%	15人	0.44%	0.38%	0.35%	0.38%
新規認定者	1人		5人		--	--	--
1号認定者	859人	20.7%	783人	18.2%	18.6%	20.2%	19.4%
新規認定者	109人		72人		--	--	--
再掲	65～74歳	81人	4.4%	65人	3.3%	--	--
新規認定者	15人		7人		--	--	--
75歳以上	778人	33.6%	718人	31.2%	--	--	--
新規認定者	94人		65人		--	--	--

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

【図表13】介護給付費の変化

	氷川町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	13億9135万円	13億2470万円	--	--	--
一人あたり給付費（円）	335,832	308,212	303,361	310,858	290,668
1件あたり給付費（円）全体	70,199	70,053	72,528	62,823	59,662
居宅サービス	50,203	51,233	44,391	42,088	41,272
施設サービス	287,096	294,481	291,231	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

	H30	R4
2号認定者		
要支援1～2	6	3
要介護1～2	4	6
要介護3～5	1	6
合計	11	15

	H30	R4
1号認定者		
要支援1～2	190	215
要介護1～2	334	255
要介護3～5	335	313
合計	859	783

介護度	対象4名	特定健診受診状況	基礎疾患			介護になった理由
要支援2						
要支援1	Aさん50代	未受診	糖尿病			認知症→脳梗塞
要介護1						
要介護2	Bさん50代	未受診	糖尿病	高血圧	脂質異常症	狭心症→糖尿病性網膜症→心筋梗塞→脳梗塞→透析
	Cさん60代	未受診	糖尿病			リウマチ→不整脈→がん→骨折
要介護3	Dさん50代	不定期	糖尿病	高血圧	脂質異常症	脳梗塞→半身不全→心不全
要介護4						
要介護5	Eさん50代	未受診	糖尿病	高血圧	脂質異常症	糖尿病悪化→クモ膜下出血→廃用症候群→気管切開術

★5人すべてが基礎疾患を持っていた！ 不定期受診が1人で後の4人は全くの未受診だった。

さらに2号保険者で介護保険を利用している15人を調べてみた（青字は2号認定者でR4以前から介護保険利用の人）

【図表15】

介護度	対象15名	健診受診状況	基礎疾患			介護になった理由
要支援2	Fさん50代	未受診			脂質異常症	脂質異常症→脳出血後遺症→失語症→高コレステロール血症
	Gさん60代	未受診		高血圧		下肢静脈瘤→高血圧→認知症→急性心不全
要支援1	Aさん50代	未受診	糖尿病			認知症→脳梗塞
要介護1	Hさん40代	未受診	糖尿病	高血圧	脂質異常症	がん→骨腫瘍→高血圧→糖尿病→高コレステロール血症→心不全
	Iさん50代	未受診	糖尿病	高血圧		脳出血後遺症→脂肪肝・歩行障害→心臓病→がん→動脈硬化症
要介護2	Bさん50代	未受診	糖尿病	高血圧	脂質異常症	狭心症→糖尿病性網膜症→心筋梗塞→脳梗塞→透析
	Cさん60代	未受診	糖尿病			リウマチ→不整脈→がん→骨折
	Jさん50代	1回のみ	糖尿病	高血圧	脂質異常症	アルツハイマー→パーキンソン病→不整脈→糖尿病性腎症
	Kさん60代	未受診	糖尿病	高血圧	脂質異常症	アテローム性脳梗塞→片麻痺
要介護3	Dさん50代	不定期	糖尿病	高血圧	脂質異常症	脳梗塞→半身不全→心不全
	Lさん50代	未受診	糖尿病	高血圧	脂質異常症	脳出血後遺症→痙攣性麻痺
要介護4	Mさん50代	未受診	糖尿病	高血圧	脂質異常症	脳出血→心不全→不全麻痺→歩行障害→うつ血性心不全
要介護5	Eさん50代	未受診	糖尿病	高血圧	脂質異常症	糖尿病悪化→クモ膜下出血→廃用症候群→気管切開術
	Nさん60代	未受診				くも膜下出血→症候性てんかん→睡眠時無呼吸症候群→気管切開
	Oさん60代	未受診	糖尿病			糖尿病性腎症→閉塞性動脈硬化症→壊疽→切断→認知症→急性呼吸器不全→死亡

介護保険利用の2号保険者はほとんど特定健診が未受診で、継続受診と未受診者の掘り起こしが重要であることがわかった。

15人のうち、1人以外すべて基礎疾患を併せ持つ状況で、特に糖尿病は15人中12人ともっとも高かった。

介護になる理由を調べてみると、1人以外動脈硬化をベースとした疾患が進行しており、重症化予防が可能な疾患だったことが見えてきた。

②医療費の状況

氷川町の医療費は**国保加入者が減少し、それに伴って総医療費も減少**している。しかし一人あたり医療費はH30年度と比較して3万円以上伸びており、入院も外来も増加していた。入院医療費は全体のレセプトのわずか3%にもかかわらず、医療費全体の45.4%を占めており、1件あたりの入院医療費がH30年度と比較しても6万円も高くなっている。外来医療費も1件あたり医療費がやや増加しており、外来医療費の内訳をみると、最も費用が高かったのは『**糖尿病**』だった。これは同規模や県、国と比較しても高い状況であり、**糖尿病対策が医療費抑制にも効果的**であると思われる。

【図表16】医療費の推移

		氷川町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		4,147人	3,591人	--	--	--
前期高齢者割合		1,616人 (39.0%)	1,519人 (42.3%)	--		
総医療費		14億3864万円	13億6633万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		346,911	380,487 <small>県内38位 同規模71位</small>	378,542	407,772	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	511,930	571,560	592,330	574,060	617,950
	費用の割合	45.7	45.4	43.0	45.5	39.6
	件数の割合	3.1	3.0	3.0	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	19,750	21,330	24,690	23,430	24,220
	費用の割合	54.3	54.6	57.0	54.5	60.4
	件数の割合	96.9	97.0	97.0	96.7	97.5
受診率		809.459	821.69	730.302	795.102	705.439

外来費用で高いもの	割合
糖尿病	11.0%
高血圧	8.3%
腎不全	5.9%
脂質異常症	3.9%
虚血性心疾患	0.7%
脳梗塞・脳出血	0.5%

同規模 10.1%
県 9.6%
国 8.6%

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は氷川町と同規模保険者152市町村の平均値を表す

【図表17】一人当たり(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			
	氷川町(県内市町村中)		県(45県中)	氷川町(県内市町村中)		県(45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	1.064	1.012	1.125	1.037	1.079	1.132
		(27位)	(43位)	(8位)	(28位)	(27位)	(7位)
	入院	1.171	1.165	1.291	1.150	1.266	1.282
		(31位)	(37位)	(8位)	(26位)	(23位)	(5位)
	外来	1.007	0.897	1.025	0.913	0.880	0.982
		(25位)	(45位)	(14位)	(29位)	(37位)	(21位)

(図表17)の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**となる。引き続き、重症化予防の取組に力を入れる必要がある。

③中長期目標疾患の医療費の変化

○中長期目標疾患の医療費の変化

【図表18】

H30	総医療費（円）	一人当たり医療費（円）	県内45市町村中	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（%）
				腎臓		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）	脳出血 脳梗塞	狭心症 心筋梗塞				
氷川町	14億3610万	28,465	32位	3.53%	0.36%	2.28%	0.81%	5.95%	5.21%	3.25%	21.38%
同規模平均											
熊本県		30,232		5.63%	0.31%	2.02%	1.25%	5.45%	3.74%	2.26%	20.66%
国		25,319		4.41%	0.35%	2.16%	1.82%	5.42%	3.79%	2.65%	20.60%

R1	総医療費（円）	一人当たり医療費（円）	県内45市町村中	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（%）
				腎臓		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）	脳出血 脳梗塞	狭心症 心筋梗塞				
氷川町	13億6666万	28,096	38位	2.59%	0.19%	1.62%	0.98%	6.67%	5.02%	3.19%	20.26%
同規模平均		29,237		4.46%	0.33%	2.08%	1.63%	5.97%	3.93%	2.50%	20.90%
熊本県		31,114		5.61%	0.29%	1.96%	1.29%	5.46%	3.48%	2.20%	20.28%
国		26,225		4.45%	0.31%	2.11%	1.69%	5.41%	3.52%	2.58%	20.07%

R2	総医療費（円）	一人当たり医療費（円）	県内45市町村中	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（%）
				腎臓		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）	脳出血 脳梗塞	狭心症 心筋梗塞				
氷川町	12億8158万	26,999	43位	2.81%	0.32%	2.40%	1.62%	6.87%	5.36%	2.71%	22.09%
同規模平均		28,889		4.59%	0.30%	2.12%	1.45%	6.09%	3.85%	2.35%	20.75%
熊本県		30,819		5.64%	0.28%	2.02%	1.15%	5.64%	3.42%	2.00%	20.15%
国		25,629		4.52%	0.30%	2.18%	1.61%	5.59%	3.48%	2.43%	20.12%

R3	総医療費（円）	一人当たり医療費（円）	県内45市町村中	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（%）
				腎臓		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）	脳出血 脳梗塞	狭心症 心筋梗塞				
氷川町	12億9402万	28,393	41位	2.31%	0.24%	3.14%	1.79%	7.37%	5.28%	2.50%	22.64%
同規模平均				4.34%	0.31%	2.08%	1.45%	6.11%	3.71%	2.30%	20.29%
熊本県				5.52%	0.28%	1.94%	1.09%	5.75%	3.27%	1.95%	19.80%
国				4.36%	0.29%	2.11%	1.54%	5.53%	3.25%	2.36%	19.46%

R4	総医療費（円）	一人当たり医療費（円）	県内45市町村中	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（%）
				腎臓		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）	脳出血 脳梗塞	狭心症 心筋梗塞				
氷川町	13億6632万	31,143	38位	3.83%	0.26%	1.24%	1.85%	6.25%	4.66%	2.17%	20.25%
同規模平均				4.23%	0.33%	2.07%	1.38%	6.02%	3.54%	2.04%	19.60%
熊本県				5.52%	0.26%	1.89%	1.02%	5.62%	3.12%	1.72%	19.15%
国				4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	18.60%

コロナ流行期

④ 中長期疾患治療状況

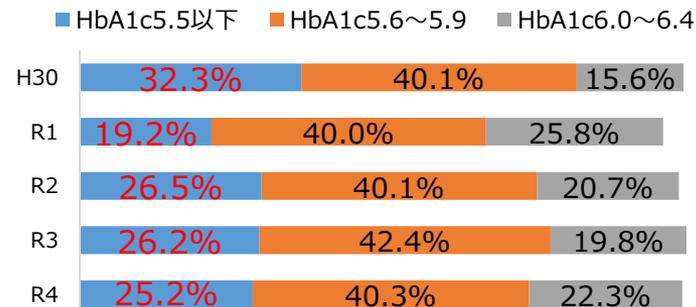
(糖尿病性腎症)

【図表19】中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析）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	4,147	3,591	a	219	211	200	182	13	13	
				a/A	5.3%	5.9%	4.8%	5.1%	0.3%	0.4%	
40歳以上	B	3,079	2,699	b	217	208	200	181	13	13	
	B/A	74.2%	75.2%	b/B	7.0%	7.7%	6.5%	6.7%	0.4%	0.5%	
再掲	40~64歳	C	1,463	1,180	c	74	49	48	38	6	6
		C/A	35.3%	32.9%	c/C	5.1%	4.2%	3.3%	3.2%	0.4%	0.5%
	65~74歳	D	1,616	1,519	d	143	159	152	143	7	7
		D/A	39.0%	42.3%	d/D	8.8%	10.5%	9.4%	9.4%	0.4%	0.5%

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

正常と境界域の人の経年変化



中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症（人工透析）の医療費の合計が総医療費に占める割合については、H30から経年で比較すると、**脳血管疾患と腎疾患は減少傾向**にあるが、**虚血性心疾患においてはやや増加傾向**にあり、同規模、県、国との比較でも高い状況にある。次に治療状況を見てみると、3つともに治療者の割合は増加傾向にある。

（図表18）で同規模や国、県よりも総医療費に占める割合が多かった「**脳血管疾患**」や「**虚血性心疾患**」は**境界域から血管の傷みが始まる**ので、特定健診の結果から正常値の割合が減ってきていることも影響しているのではないかと推測される。

医療費だけでなく、**患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患**であり、その原因となる高血圧、糖尿病などの生活習慣病の**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。

(2)短期的な目標疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症（重症化）でもある**脳血管疾患は減少、虚血性心疾患はほぼ横ばい、糖尿病性腎症（人工透析）の割合は増加**している。

氷川町では特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施している。

重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながると考える。

【図表20】高血圧症治療者の経年変化

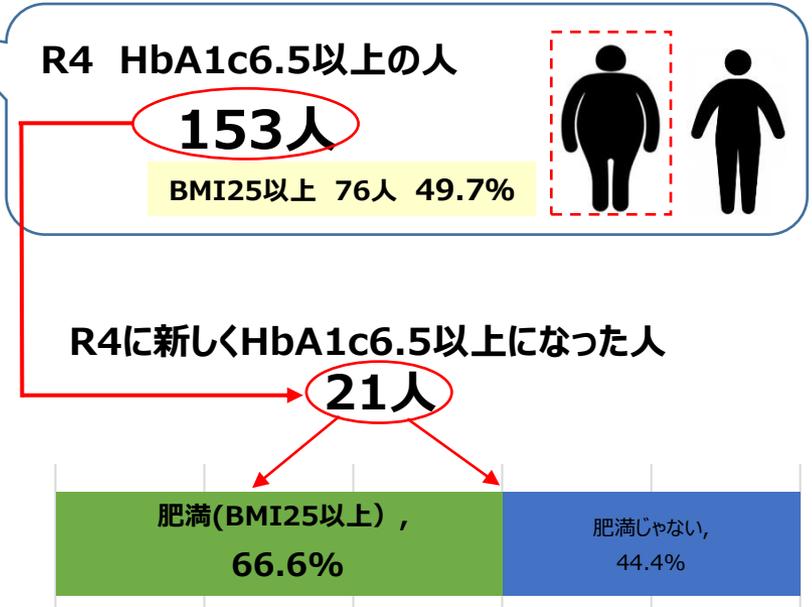
高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40~64歳		65~74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	1,422	1,340	458	368	964	972	
	A/被保数	46.2%	49.6%	31.3%	31.2%	59.7%	64.0%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	119	89	36	19	83	70
		B/A	8.4%	6.6%	7.9%	5.2%	8.6%	7.2%
	虚血性心疾患	C	157	148	40	29	117	119
		C/A	11.0%	11.0%	8.7%	7.9%	12.1%	12.2%
	人工透析	D	11	13	5	6	6	7
		D/A	0.8%	1.0%	1.1%	1.6%	0.6%	0.7%

出典：KDBシステム_ 疾病管理一覧（高血圧症）
地域の全体像の把握

【図表21】糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40~64歳		65~74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	725	628	237	169	488	459	
	A/被保数	23.5%	23.3%	16.2%	14.3%	30.2%	30.2%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	64	52	17	12	47	40
		B/A	8.8%	8.3%	7.2%	7.1%	9.6%	8.7%
	虚血性心疾患	C	95	84	25	16	70	68
		C/A	13.1%	13.4%	10.5%	9.5%	14.3%	14.8%
	人工透析	D	8	9	4	5	4	4
		D/A	1.1%	1.4%	1.7%	3.0%	0.8%	0.9%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	143	117	55	40	88	77
		E/A	19.7%	18.6%	23.2%	23.7%	18.0%	16.8%
	糖尿病性網膜症	F	77	63	29	19	48	44
		F/A	10.6%	10.0%	12.2%	11.2%	9.8%	9.6%
	糖尿病性神経障害	G	42	42	18	13	24	29
		G/A	5.8%	6.7%	7.6%	7.7%	4.9%	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



【 糖尿病の発症予防には肥満の解決が重要 】

【図表22】脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		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	1,220	1,110	434	329	786	781	
	A/被保数	39.6%	41.1%	29.7%	27.9%	48.6%	51.4%	
(中長期併目症標疾患)	脳血管疾患	B	87	80	25	15	62	65
		B/A	7.1%	7.2%	5.8%	4.6%	7.9%	8.3%
	虚血性心疾患	C	135	130	33	23	102	107
		C/A	11.1%	11.7%	7.6%	7.0%	13.0%	13.7%
	人工透析	D	7	9	4	4	3	5
		D/A	0.6%	0.8%	0.9%	1.2%	0.4%	0.6%

出典：KDBシステム_ 疾病管理一覧 (脂質異常症)
地域の全体像の把握

(図表21)の氷川町の健康課題でもある糖尿病の治療者の経年変化を見てみると、血圧の治療者と似たような傾向にある。

R4の特定健診の中で糖尿病域となるHbA1c6.5以上の153人を調べると、そのうち約半数となる76人はBMI25以上の肥満を併せ持っていた。さらに、R4に新しくHbA1c6.5を超えた人21人を調べるとBMI25以上は14人(66.6%)だった。

肥満の解消も糖尿病重症化予防には必要な切り口である。

【図表23】高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移 (結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
氷川町	1,558	--	1,287	48.4	53	3.4	27	50.9	56	4.4	24	42.9	9	16.1	2	3.6
448市町村	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

②高血圧・高血糖の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果から、Ⅱ度高血圧・HbA1c7以上をH30とR3を比較してみる

- ➡ Ⅱ度高血圧は同規模市町村よりも少ないが増加傾向
- ➡ HbA1c7以上は同規模市町村よりも多いが、減少傾向

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移 (結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
氷川町	1,485	95.3	1,265	98.3	101	6.8	24	23.8	76	6.0	15	19.7	2	2.6	2	2.6
448市町村	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

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る。

氷川町の特定期健診結果において、H30年度とR4年度を比較すると、**メタボリックシンドロームの該当者は0.8%伸びている**。その中でも、2項目危険因子が重なっている割合が増加している。

また、重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL160以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5以上とLDL160以上は減少、Ⅱ度高血圧以上は増加していた。翌年の改善状況をみると、HbA1c6.5以上は変化なしが最も多く、Ⅱ度高血圧は改善～変化なしが多い状況、LDL160以上は変化なし～悪化が多い状況だった。R1～R4はコロナ禍でもあり、継続受診ができていなかったり、生活面の変化が大きかったため、環境要因も大きく影響している可能性がある。

メタボ該当者の減少率や特定保健指導の対象者の減少率は県下でも低い状況にあり、特にメタボ改善に力を入れていく必要がある。

コロナ禍が落ち着き始めたこれからは、継続受診や結果の改善につながるよう働きかけをしていく。

【図表24】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	1,558 --	367 (23.6%)	121 (7.8%)	246 (15.8%)	193 (12.4%)
R04年度	1,217 (48.1%)	297 (24.4%)	92 (7.6%)	205 (16.8%)	138 (11.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表25】HbA1c6.5%以上の前年度からの変化

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	179 (12.1%)	40 (22.3%)	65 (36.3%)	35 (19.6%)	39 (21.8%)
R03→R04	147 (11.6%)	32 (21.8%)	56 (38.1%)	23 (15.6%)	36 (24.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表26】Ⅱ度高血圧以上の前年度からの変化

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	53 (3.4%)	27 (50.9%)	10 (18.9%)	1 (1.9%)	15 (28.3%)
R03→R04	56 (4.4%)	35 (62.5%)	14 (25.0%)	1 (1.8%)	6 (10.7%)

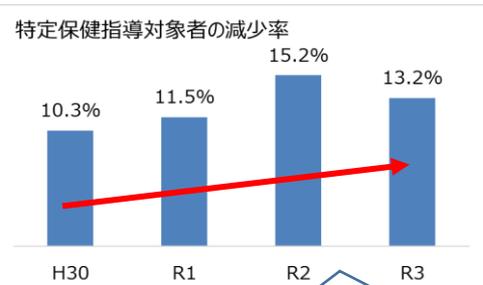
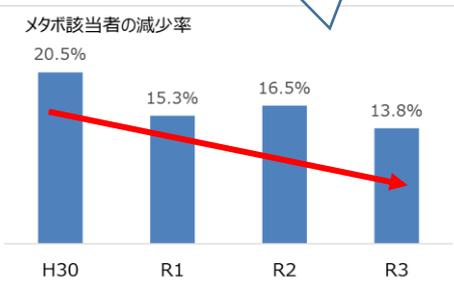
出典：ヘルスサポートラボツール

【図表27】LDL-C160以上の前年度からの変化

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	147 (9.4%)	74 (50.3%)	22 (15.0%)	8 (5.4%)	43 (29.3%)
R03→R04	107 (8.3%)	44 (41.1%)	25 (23.4%)	8 (7.5%)	30 (28.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール

メタボが減っていない！
県内ワースト7位！



保健指導対象者の減り方が
県内ワースト10位！

②健診受診率及び特定保健指導実施率の推移

氷川町の特定健診受診率はR1年度には55.6%まで伸びたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、その後低迷しており、**第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていない。**(図表28)

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満の若者向けの健診も実施してきたが、特定健診の年代別の受診率では40～50代は特に低い状況にある。(図表29)

特に若い世代の受診率を伸ばしていくことも予防の観点から重要である。

特定保健指導はコロナ禍であったこともあり、**受診率とともに特定保健指導実施率も下がってきている。**

特定保健指導の実施率だけにこだわることなく、**効果の出る保健指導の実施**となるように、スタッフ間の指導スキルの向上も目指す。

(図表28) 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,558	1,554	1,390	1,287	1251	健診受診率 60%
	受診率	54.5%	55.6%	51.2%	48.4%	50.3%	
特定保健指導	該当者数	190	206	158	156	133	特定保健指導 実施率 60%
	割合	12.2%	13.3%	11.4%	12.1%	10.7%	
	実施者数	186	194	154	139	120	
	実施率	97.9%	94.2%	97.5%	89.1%	90.2%	

出典：特定健診法定報告データ

(図表29)		H30	R1	R2	R3	R4
特定健診継続受診率		77.0%	77.7%	73.0%	72.7%	75.5%
(再掲)	40代受診率	39.1%	44.8%	41.9%	39.3%	43.5%
	40代リピーター率	70.1%	79.7%	79.7%	70.6%	78.7%
(再掲)	50代受診率	46.5%	50.4%	46.0%	47.4%	46.1%
	50代リピーター率	76.1%	81.3%	82.2%	73.8%	77.7%

2) 第2期データヘルス計画に係る考察

【課題1】

●メタボリックシンドロームが減っていない

➡メタボ該当者の減少率は県内でもワースト7位と特定保健指導率が90%台で推移しているにもかかわらず、メタボの人が減っていない。

高血圧や脂質異常など未治療者は減少し改善が図られてきたが、**糖尿病と肥満の課題は最後に残された課題**といえる。

保健指導対象者にとって、食の嗜好や偏りの気づきはあってもその修正や変化に至るには時間を要する。データと照らし合わせながら**食の学習を積み重ね、自分で選択できる力**をつけていくことが改善には必要であると思われる。そのためには、保健師管理栄養士が**地道な学習の積み重ねとその実践**を繰り返し、フィードバックしながら保健指導の質を高めていくためにそれぞれ力量をつけていけるような学習の軸を持ったプログラムを計画化することも必要であると思われる。



【課題2】

●中長期目標とする虚血性心疾患が増加

➡メタボリックシンドロームの重症化の中でも氷川町は**虚血性心疾患がやや増加傾向**にある。データヘルス計画作成当初は新規透析を抑えることが大きな目標だったが、その課題はやや解決の方向に向かってきた。しかし、虚血性心疾患に大きく影響するメタボが解決していないこと、**境界域以上の血糖値の人が**増えていることで**発症や再発を抑えられていない**と考える。心電図所見は虚血性心疾患を発見する大きな手立てとなる指標であり、**心電図所見の学習**の組み立ても保健指導スキルを上げるポイントになる。また、虚血性心疾患のイベントを起こした過程にはどんなことがあったのか振り返り、学習のポイントを見出すこと、それを実践計画に盛り込んでいくとどうか。



【課題3】

●国保医療費抑制は達成できてきたが、後期高齢者医療費と介護給付費は増加

➡保健指導の優先順位を①未治療者②治療中断③コントロール不良と設定。コロナ禍で社会生活も業務形態も大きく変動した時期は最低限①未治療②治療中断に対して保健指導をすることを徹底した。その影響もあり、血圧や脂質異常の解決にはつなげてきたが、**食の影響を受ける糖尿病はコントロール不良者が多い**状況にある。また虚血性心疾患に繋がる境界域の人もやや増加傾向にあり、発症させないためにはここを解決していかねばならない。糖尿病にかかる治療費も医療を圧迫する要因でもあることから、糖尿病の解決が医療費抑制のために重要。後期高齢者医療費と介護給付費を抑えていくためには、早期に介入し、発症予防の段階で改善できることが重要であり、個別とポピュレーションと相互に作用しながら、理解を深めていく対策をこの計画の中で整理していく。

死亡

平均寿命
女性87.5歳
男性80.8歳

氷川町H27市町村別生命表

1 熊本県平均とほぼ同じ

2 高齢化率

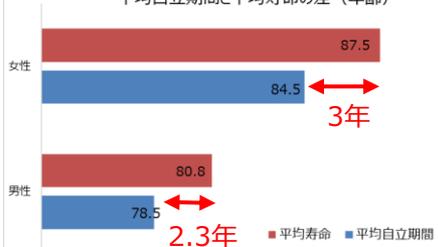
氷川町	39.7
同規模	36.9
熊本県	31.6
国	28.7



高齢化率が進んでいる町

3 平均寿命と健康寿命の差 (R4KDB)

平均自立期間と平均寿命の差 (年齢)



平均寿命と健康寿命の差が2～3年



氷川町のデータで健康課題を考えてみました

介護

4 【介護給付費】

R4氷川町	13億2469万
H30 氷川町	13億9135万

高齢者は増えているのに介護給付費は減っている！

R4介護保険利用する
2号認定者(40～64歳)を調べると...

	H30	R4
要支援1～2	6	3
要介護1～2	4	6
要介護3～5	1	6

要介護度が高い人が増えていた！

●R4に新しく介護保険を利用した人4人

新規4人はすべて基礎疾患もっていた

ほとんど特定健診は未受診だった

●R4に介護保険を利用している15人

15人ほとんど予防可能な疾患だった

8期 (R5まで) 1号 (65歳以上) 介護保険料		
氷川町	7,000円/月	県内3位
美里町	7,500円/月	県内1位
芦北町	4,991円/月	県内最下位
熊本県平均	6,240円/月	
全国平均	6,014円/月	

氷川町は他より介護保険料が高い状況

医療



5 一人当たり国保医療費(円)

氷川町	31,143
県	33,050

外来費用で高いもの	割合
糖尿病	11.0%
高血圧	8.3%
腎不全	5.9%
脂質異常症	3.9%
虚血性心疾患	0.7%
脳梗塞・脳出血	0.5%

同規模	10.1%
県	9.6%
国	8.6%

糖尿病で医療費を使っている割合

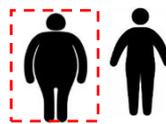
3位/43位 全国同規模市町村中

外来費用の割合で一番多いのは「糖尿病」！

8 糖尿病と肥満解決で健康寿命を延ばせる町

健診・生活

6 R4 HbA1c6.5以上の人 (特定健診受診者) 153人



BMI25以上 76人 49.7%

約2人に1人は肥満を併せ持つ！

7 食事の選択が解決のカギ！
食の学習が氷川町を変える！

西部小校区の特徴

- 仕事の時期で体重の増減が激しい
- 野菜も食べるが全体的に量を食べる
- ジュースをよく飲む習慣がある

東小校区の特徴

- 肥満の女性が多い
- 果物がたくさんあるので、量を食べる
- おかずを晩酌のあてにする
- 野菜も揚げ物で食べがち

宮原小校区の特徴

- 健康志向の女性が多い
- 夕食以外の夜食を食べる習慣がある
- 酒のつまみは柿ピー・ヤイカフライなど油が多い

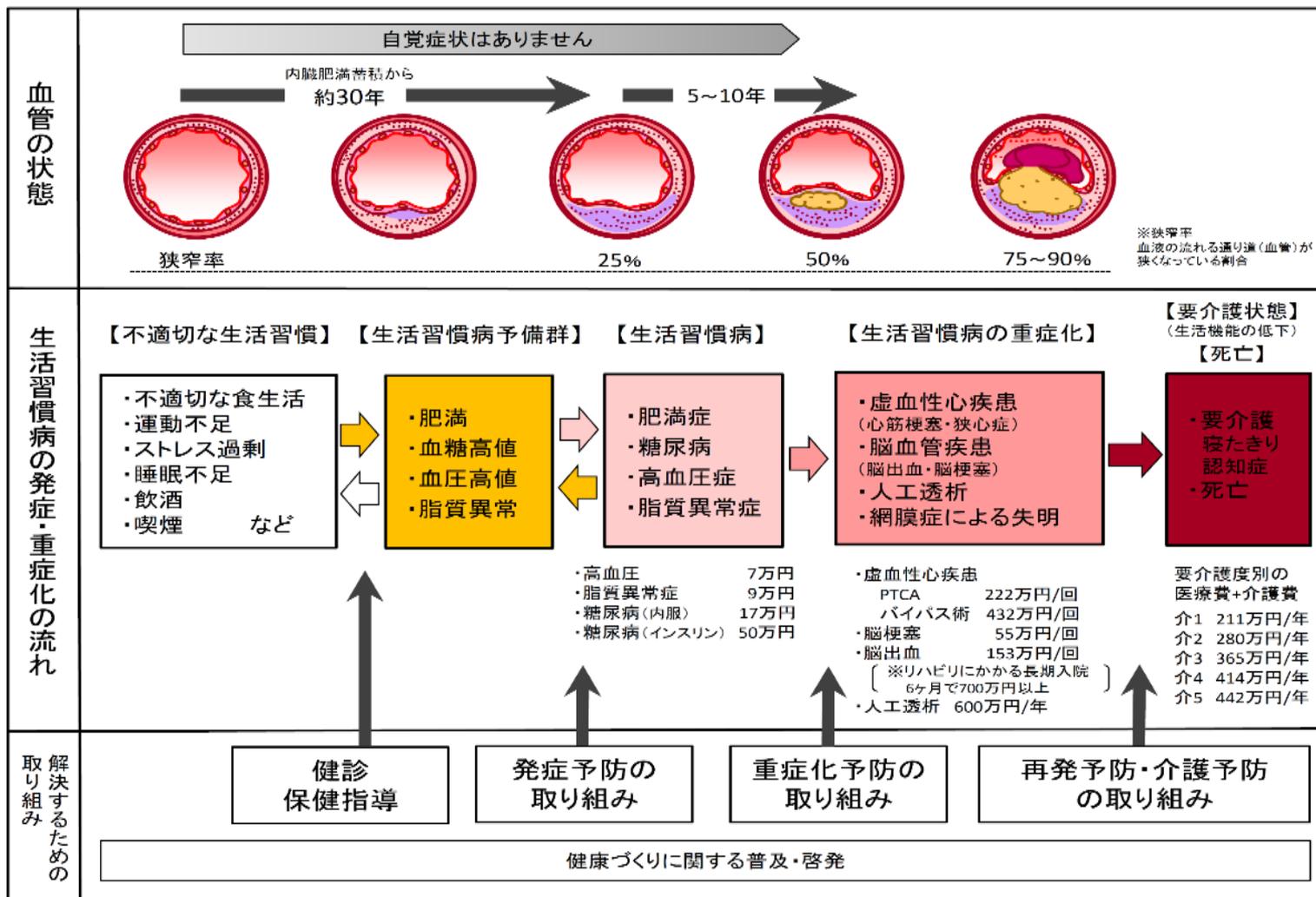
3. 第3期における健康課題の明確化

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者を減少させる**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者を増加させる**ことが必要となる。

生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

(図表30)



2)健康課題の明確化

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

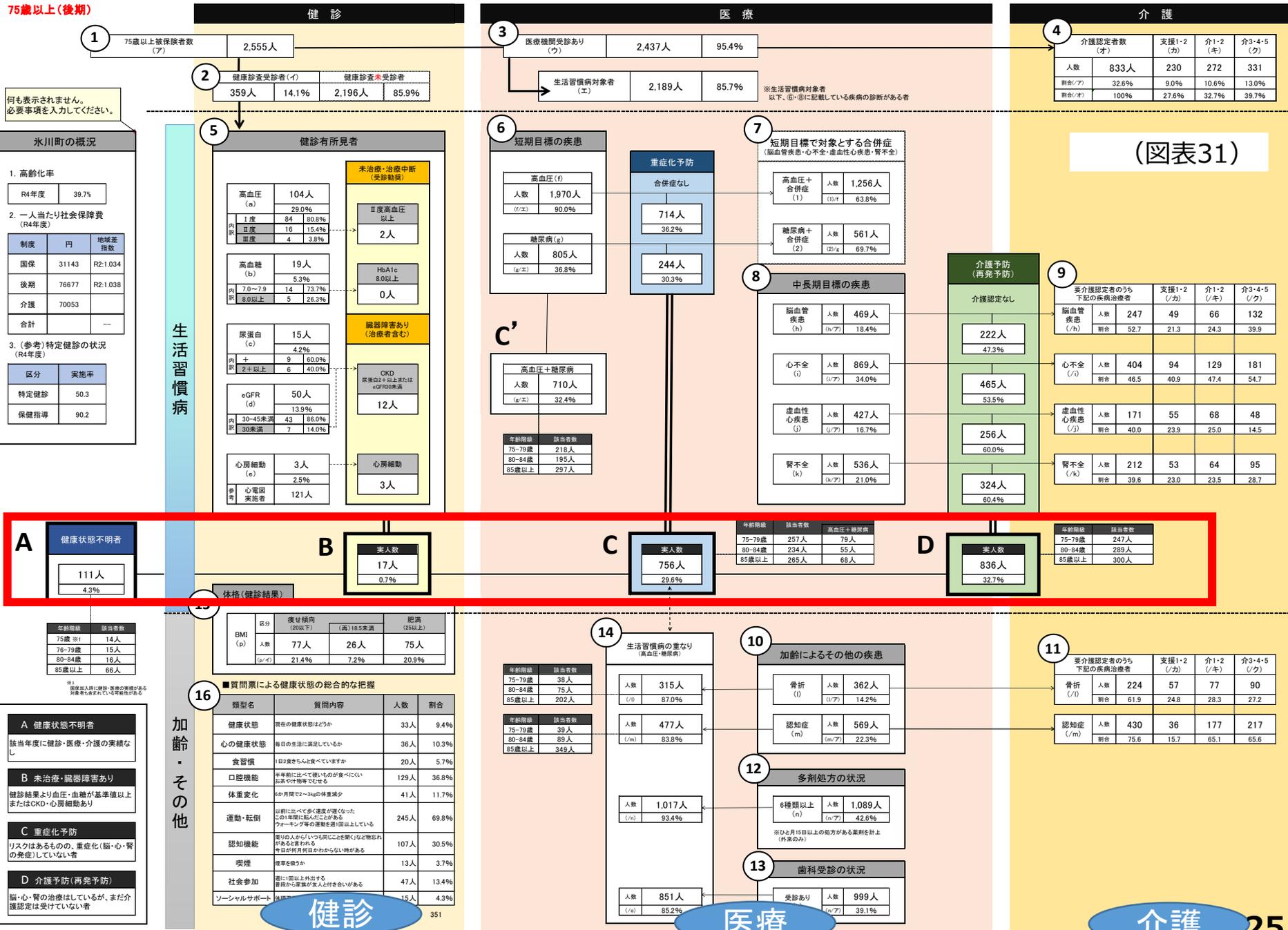
保健事業については、**高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましい**が、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題がある。

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

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する。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う。

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する。

75歳以上(後期)



(図表31)

何も表示されません。必要事項を入力してください。

水川町の概況

- 高齢化率

R4年度	39.7%
------	-------
- 一人当たり社会保険費 (R4年度)

制度	円	地域差指数
国保	31143	R2:1.034
後期	76677	R2:1.038
介護	70053	
合計	—	
- (参考) 特定健診の状況 (R4年度)

区分	実施率
特定健診	50.3
保健指導	90.2

A 健康状態不明者

人数	111人
割合	4.3%

B 実人数

人数	17人
割合	0.7%

C 実人数

人数	756人
割合	29.6%

D 実人数

人数	836人
割合	32.7%

A 健康状態不明者

該当年度に健診・医療・介護の実績なし

加齢・その他

脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

介護

医療

健診

25

(1) 医療費分析 高額医療費の視点で見る

【図表32】被保険者数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		4,147人	4,006人	3,925人	3,708人	3,591人	2,431人
総件数及び 総費用額	件数	40,838件	39,366件	36,664件	36,648件	36,050件	39,244件
	費用額	14億3864万円	13億6667万円	12億8158万円	12億9402万円	13億6633万円	22億0210万円
一人あたり医療費		34.7万円	34.1万円	32.7万円	34.9万円	38.0万円	90.6万円

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表33】データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患			短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			腎		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	氷川町	13億6633万円	31,143	3.83%	0.26%	1.24%	1.85%	6.25%	4.66%	2.17%	2億7671万円	20.3%	16.4%	6.79%	7.96%
	同規模	--	30,653	4.23%	0.33%	2.07%	1.38%	6.02%	3.54%	2.04%	--	19.6%	17.2%	8.13%	8.66%
	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	氷川町	22億0210万円	76,677	3.14%	0.24%	4.04%	1.69%	3.39%	3.87%	0.96%	3億8160万円	17.3%	8.0%	4.20%	14.5%
	同規模	--	66,508	4.21%	0.52%	3.96%	1.49%	4.19%	3.35%	1.24%	--	19.0%	10.5%	3.78%	12.0%
	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

2. 高額レセプト(80万以上/件) の推移

【図表34】高額レセプト（80万円／件）以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	241人	245人	327人	331人	137人	281人
	件数	B	643件	451件	624件	623件	239件	509件
		B/総件数	1.57%	1.15%	1.70%	1.70%	0.66%	1.30%
	費用額	C	8億1929万円	6億0901万円	8億3146万円	8億3998万円	3億2116万円	5億7261万円
C/総費用		56.9%	44.6%	64.9%	64.9%	23.5%	26.0%	

【図表35】高額レセプト（80万円／件）以上の推移（脳血管疾患）

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
脳血管疾患	人数	D	12人		7人		10人		10人		4人		22人		
		D/A	5.0%		2.9%		3.1%		3.0%		2.9%		7.8%		
	件数	E	41件		19件		30件		29件		9件		38件		
		E/B	6.4%		4.2%		4.8%		4.7%		3.8%		7.5%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	4	13.3%	5	17.2%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	5	12.2%	4	21.1%	6	20.0%	5	17.2%	5	55.6%	75-80歳	11	28.9%
		60代	28	68.3%	10	52.6%	9	30.0%	9	31.0%	2	22.2%	80代	10	26.3%
		70-74歳	8	19.5%	5	26.3%	11	36.7%	10	34.5%	2	22.2%	90歳以上	17	44.7%
	費用額	F	3860万円		2077万円		3244万円		3136万円		957万円		4093万円		
F/C		4.7%		3.4%		3.9%		3.7%		3.0%		7.1%			

【図表36】高額レセプト（80万円／件）以上の推移（虚血性心疾患）

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	11人		14人		20人		21人		8人		16人		
		G/A	4.6%		5.7%		6.1%		6.3%		5.8%		5.7%		
	件数	H	18件		16件		26件		27件		10件		22件		
		H/B	2.8%		3.5%		4.2%		4.3%		4.2%		4.3%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	1	6.3%	1	3.8%	1	3.7%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	4	22.2%	3	18.8%	3	11.5%	3	11.1%	2	20.0%	75-80歳	3	13.6%
		60代	9	50.0%	7	43.8%	12	46.2%	13	48.1%	5	50.0%	80代	14	63.6%
		70-74歳	5	27.8%	5	31.3%	10	38.5%	10	37.0%	3	30.0%	90歳以上	5	22.7%
	費用額	I	2975万円		3042万円		4210万円		4294万円		1866万円		2484万円		
I/C		3.6%		5.0%		5.1%		5.1%		5.8%		4.3%			

健診・医療・介護データの一体的な分析 (例：65～74歳国保加入者)

水川町 E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える

参考：【KDB】介護支援対象者一覧<栄養・重症化予防>
【KDB】介護支援対象者一覧<服薬管理>
【KDB】後期高齢者の医療(健診・介護実況)

【KDB】厚生労働省様式1-1
【特定健診等データ管理システム】FKAG171

H30・R04比較

1

被検数	40~64	65~74	75~
H30	1,418	1,587	2,504
R04	1,188	1,559	2,489
差	▲230	▲28	▲15

2

健診受診率	40~64	65~74	75~
H30	43.5	57.2	13.9
R04	38.9	47.1	17.7
差	▲4.6	▲10.1	3.8

医療

3

医療機関受診	40~64	65~74	75~
H30	84.1	93.9	97.0
R04	84.3	92.9	95.3
差	0.2	▲1.0	▲1.7

4

生活習慣病	40~64	65~74	75~
H30	34.8	67.4	86.0
R04	36.9	70.9	84.9
差	2.0	3.6	▲1.1

※生活習慣病対象者
以下、⑥、⑩に記載している疾病の診断がある者

介護

4

介護認定者	65~74	75~
H30	4.5	32.9
R04	4.0	28.3
差	▲0.6	▲4.6

水川町の概況

1. 高齢化率

年度	高齢化率
H30年度	34.8
R04年度	39.7
差	4.9

2. 一人当たり社会保障費

地域差指数	国保	後期
H30年度	1.064	1.037
R02年度	1.034	1.038
差	-0.03	0.001

3. (参考) 特定健診の状況

区分	健診	保健指導
H30年度	54.5	97.9
R04年度	50.3	90.2
差	-4.2	-7.7

5 健診有所見者

(R04年度実績)

高血圧	40~64	65~74	75~
H30	18.2	25.9	30.8
R04	82.1	85.3	81.6
差	15.5	12.6	16.2
Ⅲ度	2.4	2.1	2.2

未治療・治療中断(受診勧奨)

Ⅱ度高血圧以上	人数
9人	

HbA1c 7.0以上(国保) 8.0以上(後期)	人数
2人	

尿蛋白	40~64	65~74	75~	
H30	2.2	1.9	3.6	
R04	60.0	71.4	56.3	
差	2+以上	40.0	28.6	43.8

臓器障害あり(治療者含む)

CKD(尿蛋白4+以上またはeGFR30未満)	人数
23人	

心房細動	40~64	65~74	75~
H30	0.4	1.2	2.9
R04	97.2	89.6	31.1
差	97.2	89.6	31.1

心房細動

14人

6 短期目標の疾患

高血圧	40~64	65~74	75~
H30	79.1	84.7	90.3
R04	79.9	86.9	90.4
差	0.8	2.2	0.1

糖尿病	40~64	65~74	75~
H30	38.7	41.8	34.6
R04	38.1	40.4	37.8
差	▲0.5	▲1.4	3.2

重症化予防

合併症なし(R04年度実績)	人数
1,449人	
45.0%	

512人

36.2%

7 短期目標で対象とする合併症

(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)

高血圧+合併症	40~64	65~74	75~
H30	36.3	41.9	61.9
R04	36.9	45.4	63.2
差	0.5	3.5	1.3

糖尿病+合併症	40~64	65~74	75~
H30	49.2	49.9	68.0
R04	49.7	57.3	70.4
差	0.5	7.4	2.4

8 中長期目標の疾患

脳血管疾患	40~64	65~74	75~
H30	4.2	8.1	19.1
R04	4.0	9.7	17.9
差	▲0.2	1.6	▲1.2

心不全	40~64	65~74	75~
H30	5.4	12.4	30.6
R04	6.1	15.6	31.9
差	0.8	3.2	1.3

虚血性心疾患	40~64	65~74	75~
H30	2.8	8.3	17.7
R04	2.9	9.0	17.5
差	0.2	0.7	▲0.2

腎不全	40~64	65~74	75~
H30	7.2	12.2	20.6
R04	6.9	13.6	20.4
差	▲0.3	1.4	▲0.2

介護予防(再発予防)

介護認定なし(R04年度実績)

人数	割合
394人	61.3%

762人

68.6%

456人

74.6%

612人

76.3%

9 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

脳血管疾患	40~64	65~74	75~
H30	11.9	28.9	48.5
R04	12.8	16.6	49.0
差	0.9	▲12.3	0.5

心不全	40~64	65~74	75~
H30	2.6	7.1	44.6
R04	4.1	8.2	41.0
差	1.5	1.1	▲3.8

虚血性心疾患	40~64	65~74	75~
H30	5.1	10.7	35.9
R04	5.0	7.1	33.3
差	▲0.1	▲3.5	▲2.6

腎不全	40~64	65~74	75~
H30	2.0	9.3	38.3
R04	1.2	9.9	33.1
差	▲0.7	0.6	▲5.2

A 健康状態不明者

40~64	65~74	75~	
H30	13.5	4.5	2.6
R04	12.5	5.6	4.5
差	▲1.1	1.0	1.9

B 実人数

40~64	65~74	75~	
H30	1.1	2.0	0.4
R04	0.8	1.5	0.6
差	▲0.2	▲0.6	0.2

C 実人数

40~64	65~74	75~	
H30	20.5	37.5	31.1
R04	21.4	37.1	29.7
差	0.9	▲0.4	▲1.3

D 実人数

40~64	65~74	75~	
H30	14.0	26.7	32.7
R04	14.9	31.6	35.2
差	0.9	4.9	2.5

15 体格(健診結果)

BMI	痩せ(18.5以下)			肥満(25以上)		
H30	5.5	5.2	3.4	31.3	32.0	20.9
R04	4.5	5.4	6.1	34.6	34.2	21.8
差	▲1.0	0.3	2.7	3.4	2.2	0.9

14 生活習慣病の重なり(高血圧・糖尿病)

骨折	65~74	75~
H30	61.2	86.0
R04	70.4	88.7
差	9.2	0.7

認知症	65~74	75~
H30	64.3	85.1
R04	72.7	85.8
差	8.4	0.7

10 加齢によるその他の疾患

骨折	65~74	75~
H30	4.2	14.9
R04	5.2	14.5
差	1.0	▲0.3

認知症	65~74	75~
H30	1.8	20.9
R04	1.4	18.2
差	▲0.4	▲2.8

11 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

骨折	65~74	75~
H30	17.9	56.7
R04	16.0	53.6
差	▲1.9	▲3.1

認知症	65~74	75~
H30	50.0	75.6
R04	59.1	76.3
差	9.1	0.6

生活習慣病

加齢・その他

図表38 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)								
		75-		40-64		65-74		75-		特定 健診		長寿 健診		BMI18.5未満			BMI25以上		
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30	32.9	1,418	1,587	2,504	43.5	57.2	13.9	5.5	5.2	3.4	31.3	32.0	20.9						
R01	33.2	1,360	1,669	2,479	46.0	59.5	15.2	5.0	3.2	6.6	35.7	0.2	18.8						
R02	31.0	1,270	1,480	2,398	42.2	51.8	13.5	4.3	5.9	4.9	36.8	30.9	19.8						
R03	32.6	1,354	1,656	2,555	37.6	47.2	14.1	4.1	5.9	7.2	35.0	32.0	20.9						
R04	28.3	1,188	1,559	2,489	38.9	47.1	17.7	4.5	5.4	6.1	34.6	34.2	21.8						

図表39 健診有所見状況

E表		⑤																													
年度		Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動											
		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-							
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%						
H30		19	3.1	(9)	33	3.6	(8)	26	7.4	(2)	35	5.7	(1)	64	7.1	(1)	1	0.3	(0)	6	1.0	14	1.5	4	1.1	1	0.2	9	1.0	4	1.1
R01		24	3.8	(7)	0	--	(0)	24	6.3	(4)	30	4.8	(1)	0	--	(0)	5	1.3	(0)	3	0.5	0	--	9	2.4	0	--	1	0.1	4	1.1
R02		18	3.4	(6)	40	5.2	(9)	22	6.8	(3)	32	6.0	(3)	50	6.5	(0)	1	0.3	(0)	9	1.7	13	1.7	6	1.9	2	0.4	7	0.9	3	0.9
R03		22	4.3	(9)	34	4.3	(5)	20	5.6	(2)	20	3.9	(1)	53	6.8	(2)	5	1.4	(0)	8	1.6	10	1.3	12	3.3	3	0.6	8	1.0	3	0.8
R04		15	3.2	(3)	28	3.8	(6)	25	5.7	(0)	20	4.3	(0)	42	5.7	(2)	5	1.1	(0)	5	1.1	7	1.0	11	2.5	2	0.4	8	1.1	4	0.9

図表40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表		③									⑥									⑦								
年度	医療機関 受診	生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症														
					高血圧			糖尿病			c' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症											
		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-									
H30		84.1	93.9	97.0	34.8	67.4	86.0	79.1	84.7	90.3	38.7	41.8	34.6	25.7	32.0	30.3	36.3	41.9	61.9	49.2	49.9	68.0						
R01		83.5	7.2	96.7	34.4	5.2	85.3	81.2	23.2	91.2	38.5	15.1	35.8	24.1	12.8	31.2	18.9	45.0	49.3	32.2	61.5	55.0						
R02		83.3	93.3	95.2	36.5	68.6	85.5	77.3	84.3	90.6	38.7	40.1	36.2	25.1	30.8	32.1	35.2	42.3	63.3	49.2	53.1	68.4						
R03		81.2	92.8	95.4	34.7	70.8	85.7	78.9	86.4	90.0	38.9	40.2	36.8	27.0	32.4	32.4	38.8	42.9	63.8	50.8	54.6	69.7						
R04		84.3	92.9	95.3	36.9	70.9	84.9	79.9	86.9	90.4	38.1	40.4	37.8	26.5	32.4	33.5	36.9	45.4	63.2	49.7	57.3	70.4						

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

E表		⑧															⑨														
年度		中長期目標の疾患(被保険者割)															中長期疾患のうち介護認定者														
		脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全								
		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-						
H30		4.2	8.1	19.1	2.8	8.3	17.7	5.4	12.4	30.6	7.2	12.2	20.6	11.9	28.9	48.5	5.1	10.7	35.9	2.6	7.1	44.6	2.0	9.3	38.3						
R01		0.6	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.5	0.4	31.5	6.8	0.5	20.4	12.5	--	--	0.0	--	--	14.3	50.0	44.2	1.1	100.0	38.7						
R02		4.0	8.3	19.6	2.8	8.5	17.8	5.5	14.1	32.1	7.6	11.2	20.5	11.8	17.9	51.2	0.0	4.8	36.6	1.4	7.2	44.1	0.0	5.4	35.6						
R03		3.8	9.5	18.4	2.7	9.2	16.7	5.4	14.1	34.0	7.6	12.6	21.0	13.7	15.9	52.7	0.0	5.9	40.0	2.7	7.3	46.5	1.0	8.2	39.6						
R04		4.0	9.7	17.9	2.9	9.0	17.5	6.1	15.6	31.9	6.9	13.6	20.4	12.8	16.6	49.0	0.0	7.1	33.3	4.1	8.2	41.0	1.2	9.9	33.1						

図表42 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	61.2	86.0	64.3	85.1	4.2	14.9	1.8	20.9	17.9	56.7	50.0	75.6
R01	--	--	100.0	86.0	0.0	0.0	0.1	21.3	--	--	600.0	78.3
R02	66.7	86.7	57.7	86.7	4.9	15.1	1.8	20.3	11.1	59.7	53.8	73.9
R03	64.1	87.0	79.4	83.8	4.7	14.2	2.1	22.3	15.4	61.9	52.9	75.6
R04	70.4	86.7	72.7	85.8	5.2	14.5	1.4	18.2	16.0	53.6	59.1	76.3

(3) 健康課題の明確化 (図表32~42)

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は令和2年度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一人あたり90万円を超え、国保の2.4倍も高い状況にある。(図表32)

氷川町は、これまで糖尿病に重点を置いて保健事業に取り組んできたが、短期的目標疾患の糖尿病が総医療費に占める割合は、同規模や県、国に比較して高い。しかし、必要な人が治療を開始したことによって**重症化して起こる心・腎・脳の疾患にかかる医療費は抑えられており**、これまでの**糖尿病対策は、中長期目標に繋がってきている**と思われる。(図表33)

高額レセプトについては、国保においては**毎年約240~600件のレセプトが発生しているが、後期高齢になると、約2倍**に増えている。高額における疾病をみてみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で**H30年度が一番多く12件**と最も多く、3860万円費用がかかっている。**令和4年度は4件と件数が減り、費用額も957万円と減っている**。しかし、**後期高齢においては、22件発生し、約4000万円の費用**がかかっている。

脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要がある。(図表34、35)

健診・医療・介護のデータをH30年度とR4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表38の①被保険者数は、40~64歳、65歳~74歳と減っており、高齢化率が高くなっている氷川町は75歳以上の後期高齢者が確実に増えていく。

⑮の体格をみると、**40~64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率はやや横ばい、65~74歳の層は増加傾向**にある。

図表39健診有所見の状況を見ると、コロナ禍で受診率の落ち込みがあり経年で比較しづらいが各年代で対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となる。

図表40の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧、糖尿病ともに若い世代(40~64)は減少傾向、65~74歳の層は増加傾向にある。図表41の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30年度とR4年度を比較すると、心疾患がやや増加傾向にあり、高額レセプト分析においても、一体的分析においても課題であることが分かる。

(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・糖尿病性腎症）に共通した**高血圧、糖尿病等に重なり**がある。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る。具体的な取組方法については、第4章に記載する。

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）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、計画からみなおし、改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果を上げていくことが期待できる。

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**しておく。

評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標【図表34】設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておく。

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患の総医療費に占める割合を、**最終年度にはそれぞれ3%減少**させることを目指す。しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、**一人あたり医療費の伸びを抑えることを目標**とする。

また、軽症時に通院せず、重症化して入院する傾向があることから、重症化予防、医療費適正化へつなげるためには、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標とし、まず**一人あたり入院費を同規模並みとすることを目指す**

③ 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。特に、**メタボリックシンドローム該当者及び予備軍を3%減少**することを旨す。

そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要なものに適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。

また、根本的な改善に至っていない疾患に**糖尿病とメタボリックシンドローム**があげられる。これらは**薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的**であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行う。具体的には、日本人食事摂取基準（2020年版）の基本的な考え方を元に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病（CKD）の検査結果を改善していくことを目指す。

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

第3期データヘルス計画の目標管理一覧表

★すべての都道府県で設定することが望ましい目標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	基礎データ				中間評価			最終評価値	値の把握方法
			R4 (法定)	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
特定健診等計画	医療費適正化のために特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	★特定健診受診率60%以上	50.3%	51.5%	53.0%	54.5%	56.0%	57.5%	59.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果総括表 (厚生労働省)
		★特定保健指導実施率60%以上	90.2%	90.5%	91.0%	91.5%	92.0%	92.5%	93.0%	93.5%	
		★特定保健指導対象者の減少率 2.5%増	18.1%	18.5%	18.9%	19.4%	19.8%	20.2%	20.4%	20.6%	
		新 40代 50代受診率3%増 ※1	43.5%	43.9%	44.3%	44.7%	45.2%	45.7%	46.1%	46.5%	ヘルスボータル評価ツール (法定で作成)
	46.1%	46.5%	46.9%	47.3%	47.8%	48.3%	48.7%	49.1%			
中長期	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0.3%減少	1.24%	1.19%	1.15%	1.11%	1.07%	1.03%	0.99%	0.94%	データヘルズ報票 (KDBシステム)
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.3%減少	1.85%	1.81%	1.77%	1.73%	1.69%	1.65%	1.60%	1.55%	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合0.3%減少	3.83%	3.79%	3.75%	3.71%	3.67%	3.63%	3.58%	3.53%	
データヘルズ計画 短期	アウटकーム指標 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・予備軍の割合2.5%減	36.1%	35.7%	35.3%	34.9%	34.5%	34.1%	33.8%	33.6%	特定健診・特定保健指導実施結果総括表
		健診受診者の高血圧の割合0.8%減少 (160/100↑)	3.4%	3.3%	3.2%	3.1%	3.0%	2.9%	2.8%	2.6%	ヘルスボータル評価ツール (法定で作成)
		健診受診者の脂質異常者の割合0.8%減少 (LDL180↑)	2.5%	2.4%	2.3%	2.2%	2.1%	2.0%	1.9%	1.7%	
		健診受診者糖尿病有病者の割合0.5%減少 (HbA1c6.5↑)	12.3%	12.2%	12.2%	12.1%	12.0%	11.9%	11.9%	11.8%	
		新 HbA1c5.5以下正常域の割合の増加 2.5%増 ※2	22.1%	22.4%	22.8%	23.2%	23.6%	23.9%	24.3%	24.6%	
		★新 健診受診者のHbA1c 8以上の者の割合 0.5%減少 ※3	1.64%	1.58%	1.50%	1.42%	1.34%	1.26%	1.20%	1.14%	
		新 HbA1c8%以上の未治療者を1人まで ※4	1人	1人	1人	1人	1人	1人	1人	1人	HbA1c評価表
		新 インスリン治療者のHbA1c 8%以上を3人まで ※5	5人	5人	5人	5人	4人	4人	3人	3人	
		新規人工透析の発症が年間2人まで	2人	2人	2人	2人	2人	2人	2人	2人	厚生医療対象名簿参照データ
		若者健診受診者のうち精密検査未受診者へのアプローチ90% ※6	46.2% (6/13人)	50.0%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%	80.0%	90.0%	
新 HbA1c6.5以上 管理台帳で管理している群の継続受診率78%以上 ※7	67.8%	69.3%	70.8%	72.3%	73.8%	75.3%	76.8%	78.0%			
自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取り組みを行う実施者の割合8%以上 ※8	6.5%	6.7%	6.9%	7.1%	7.3%	7.5%	7.8%	8.0%	町民課	
後発医薬品の使用による医療費の削減	後発医薬品の使用割合82%以上	79.8%	80.0%	80.3%	80.6%	80.9%	81.2%	81.5%	82.0%	厚労省公表結果	

※1：受診率向上には若い世代の受診率の引き上げが必須のため、受診率が低い40代50代の受診率向上を目標設定した
 ※2：HbA1c5.6~6.4までの境界域が増加傾向にあることが虚血性心疾患発症リスクとなっていることを踏まえ、正常域が増加することを目標値に設定した
 ※3：コントロール不良が多い傾向にあり、特にインスリン治療者のコントロール不良が多いことから、集中的にHbA1c 8以上を減らしていくために目標値に設定した
 ※4：HbA1c 8以上の未治療者が例年1人程度おり、ぐりかえしアプローチはしていくが現状を踏まえ、実現可能な目標値を設定した
 ※5：インスリン治療者のコントロール不良を減していくことを目標に現状を踏まえ3人までと設定した
 ※6：特定健診対象となる前であっても予防的介入が必要な群に対して保健指導を実施することを目的として、目標値を設定した (カットオフ値：HbA1c6.5以上、血圧160/100以上、LDL180以上)
 ※7：より重症化しやすい群で不定期受診も拾うために、管理台帳をベースに継続受診者の把握をする。母数は当該年度記載数- (後期高齢に移行+死亡+他保険への移動+転出) とすること。
 ※8：(健活ポイント事業に取り組んだ人/集団健診で特定健診を受診した人) で算出すること

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第4期特定健診等実施計画について

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

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1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1期として策定する。**

2. 目標値の設定

【図表44】

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健診受診率	53.0%	54.5%	56.0%	57.5%	59.0%	60.0%
特定保健指導実施率	91.0%	91.5%	92.0%	92.5%	93.0%	93.5%

※特定健診実施率はR11を目途に目標値60%を目指す

※特定保健指導率は国の目標値60%ではなく、実績を踏まえてR11を目途に93.5%を目指す

3. 対象者の見込み

【図表45】

		R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健診	対象者数	2,639	2,579	2,519	2,459	2,399	2,339
	受診者数	1,398	1,405	1,410	1,413	1,415	1,403
	受診率	53.0%	54.5%	56.0%	57.5%	59.0%	60.0%
特定保健指導	対象者数	168	166	164	161	158	154
	(該当者)	12.0%	11.8%	11.6%	11.4%	11.2%	11.0%
	受診者数	153	152	151	149	147	144
	(実施率)	91.0%	91.5%	92.0%	92.5%	93.0%	93.5%

※特定健診対象者は実績から60人ずつの減少を見込む

※特定健診受診者は、図表28をもとに算出

※特定保健指導対象者は、実績をもとにR6を12%と設定、0.2%ずつ減少を目指し、6年間で1%減少を目指す

※特定保健指導受診者は、図表28をもとに算出

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。

- ①集団健診（JA厚生農業協同組合連合会 他）
- ②個別健診（委託医療機関）

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条及び実施基準第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省の告示において定められている。

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、氷川町のホームページに掲載する

(4)特定健診実施項目

内臓脂肪型に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c、クレアチニン、尿酸、尿潜血）を実施する。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る。（実施基準第1条4項）

○第4期(2024年度以降)における変更点

特定健康 診査の見直し	(1) 基本的な健診の項目 血中脂質検査における中性脂肪において、やむを得ず空腹時以外で中性脂肪を測定する場合は、食直後を除き随時中性脂肪による血中脂質検査を可とした。
	(2) 標準的な質問票 喫煙や飲酒に係る質問項目については、より生活にリスクを把握できるように詳細な選択肢へ修正した。 特定保健指導の受診歴を確認する質問項目に修正した。

検査項目		国	氷川町
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	○	○
	尿たんぱく	○	○
	尿潜血	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット	□	○
	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 (e-GFR)	□	○
	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月末まで実施する

(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うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。
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う。

(7)代行機関

特定健診にかかる費用の請求・支払いの代行は、熊本県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を上げるためには、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について、どのように行う予定なのかを記載する

【図表47】 特定健診実施スケジュール

	前年度	該当年度	翌年度
4月		健診機関 との契約 ●人間ドック実施（1月まで） 健診対象者の抽出、受診券の印刷、送付（随時可）	(保健指導の実施)
5月		ホームページ、防災無線、広報誌、氷川町公式SNS、各種会議等にて周知	
6月		●5月末～6月初旬⇒集団健診の実施 ●個別医療機関での健診（1月まで）	
7月		特定保健指導対象者の抽出 ●4～6月新規国保加入者へ個別医療機関受診通知	
8月		ホームページ、防災無線、広報誌、氷川町公式SNS、各種会議等にて周知 未受診者への個別はがき通知、前年度保健指導対象者への受診勧奨訪問 ●8月中旬⇒集団健診の実施 ●7月新規国保加入者へ個別医療機関受診通知	
9月		前年度の法定報告 ●8月新規国保加入者へ個別医療機関受診通知	法定報告
10月	契約に関わる 予算の手続き	未受診者への個別はがき通知、前年度保健指導対象者への受診勧奨訪問 ●9月新規国保加入者へ個別医療機関受診通知	
11月		●10月新規国保加入者へ個別医療機関受診通知	
12月		●11月新規国保加入者へ個別医療機関受診通知	
1月			
2月	人間ドック申込、 決定		
3月		(特定健診・特定保健指導の当年度受付終了)	

(新規国保加入者へ個別医療機関受診について)

→年度内の国保異動の対象者は特定健診対象者からは外れるが、特定健診受診をお勧めすることで、次年度の健診受診を促し、早期に健康課題を把握することが目的である。

毎月のルーチン作業とすることで、対象者を把握していく。

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**の形態で行う

○第4期(2024年度以降)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）

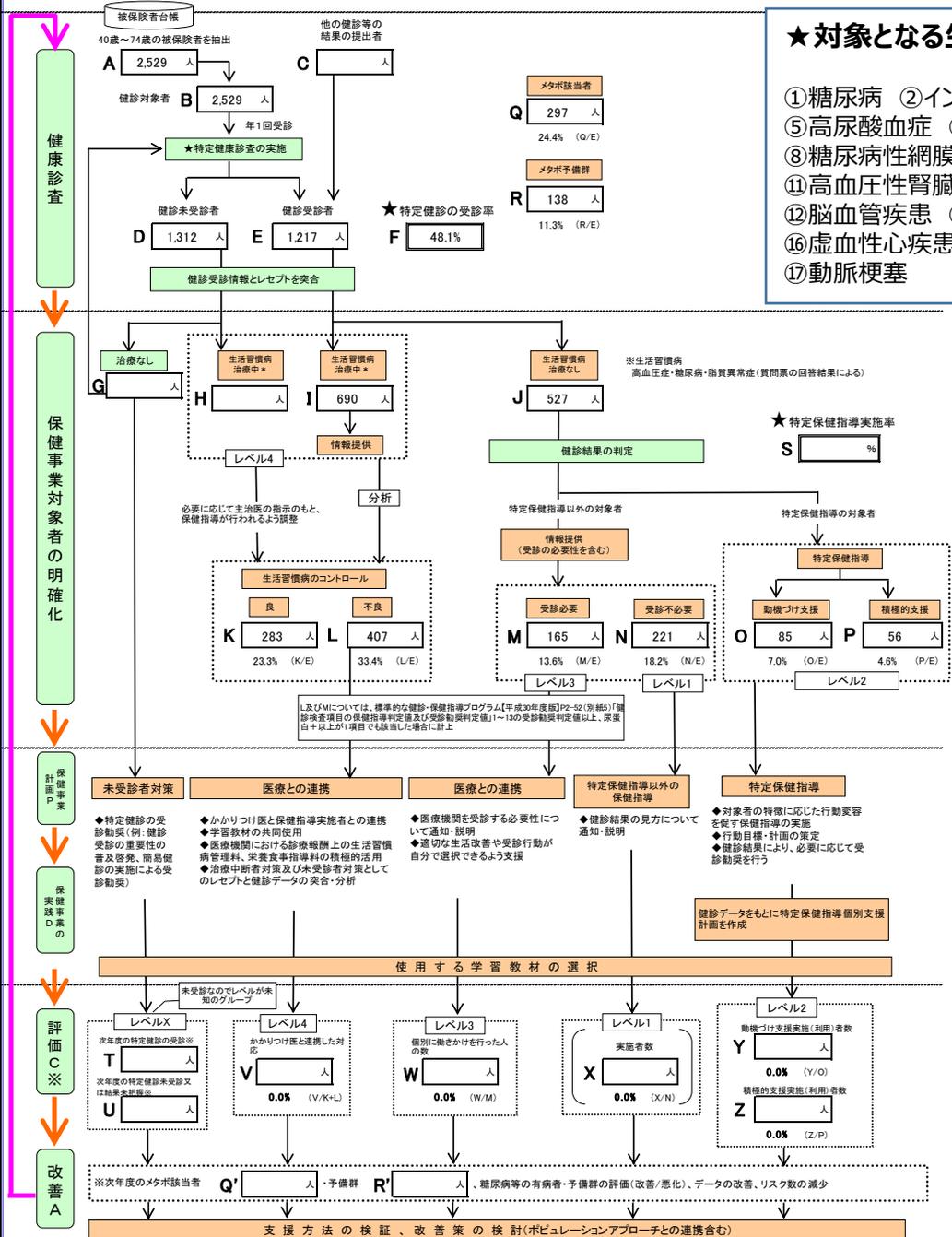
特定保健指導の見直し	(1) 評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2) 特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3) 糖尿病等の生活習慣病にかかる服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導会議後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導の対象者とし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かか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方の除外に当たって、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・保健指導のプログラム（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、実践評価を行う

★対象となる生活習慣病の病名と治療

- ①糖尿病 ②インスリン療法 ③高血圧症 ④脂質異常症
- ⑤高尿酸血症 ⑥肝障害 ⑦糖尿病性神経障害
- ⑧糖尿病性網膜症 ⑨糖尿病性腎症 ⑩痛風腎
- ⑪高血圧性腎臓障害
- ⑫脳血管疾患 ⑬脳出血 ⑭脳梗塞 ⑮その他の脳血管疾患
- ⑯虚血性心疾患
- ⑰動脈梗塞



(2) 要保健指導対象者の見込み、選定と優先順位・支援方法

出典ヘルスラボツール【図表49】

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込み (受診者の○%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機づけ支援 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	141人 (11.6)	93.5% 保健指導対象者 2.5%減少
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要について通知・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に支援	165人 (13.5)	HbA1c6.5以上 100%
3	L	生活習慣 コントロール不良	◆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 ①Ⅱ度以上高血圧、LDL180以上のコントロール不良、中断者 ②HbA1c7以上コントロール不良、HbA1c6.5以上治療中断者	407人 (33.4)	100% ①100% ②100%
4	D	健診未受診	◆特定健診の受診勧奨 ①前年度特定保健指導対象者で今年度未受診の者 ②過去5年間に1度でもⅡ度高血圧以上、HbA1c6.5以上、LDL-C180以上で今年度未受診の人 ③前年度受診率が各校区ワースト3以下の地区 ④治療歴がない60代の者	1,312人 ※目標60%まで あと300人	実施率80% ①80% ②80% ③80% ④80%

(3) 生活習慣病のための健診・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する（図表50）

- ①全体の活動タイムスケジュール
- ②事務処理の年間スケジュール
- ③具体的な特定保健指導・重症化予防対象者に保健指導するまでのスケジュール

①全体の活動タイムスケジュール

業務担当主導

事務担当主導

矢印：地区担当

【図表50】



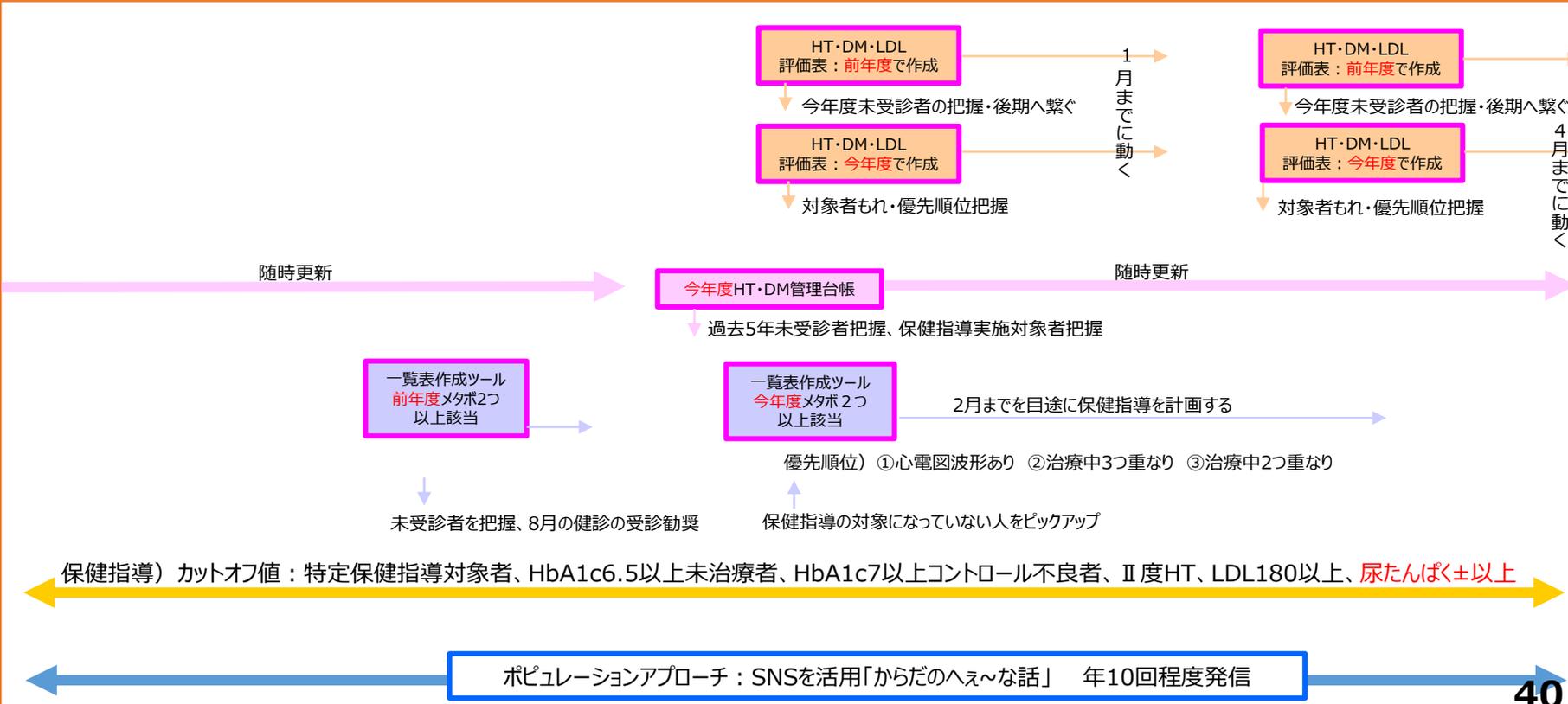
健診



共有

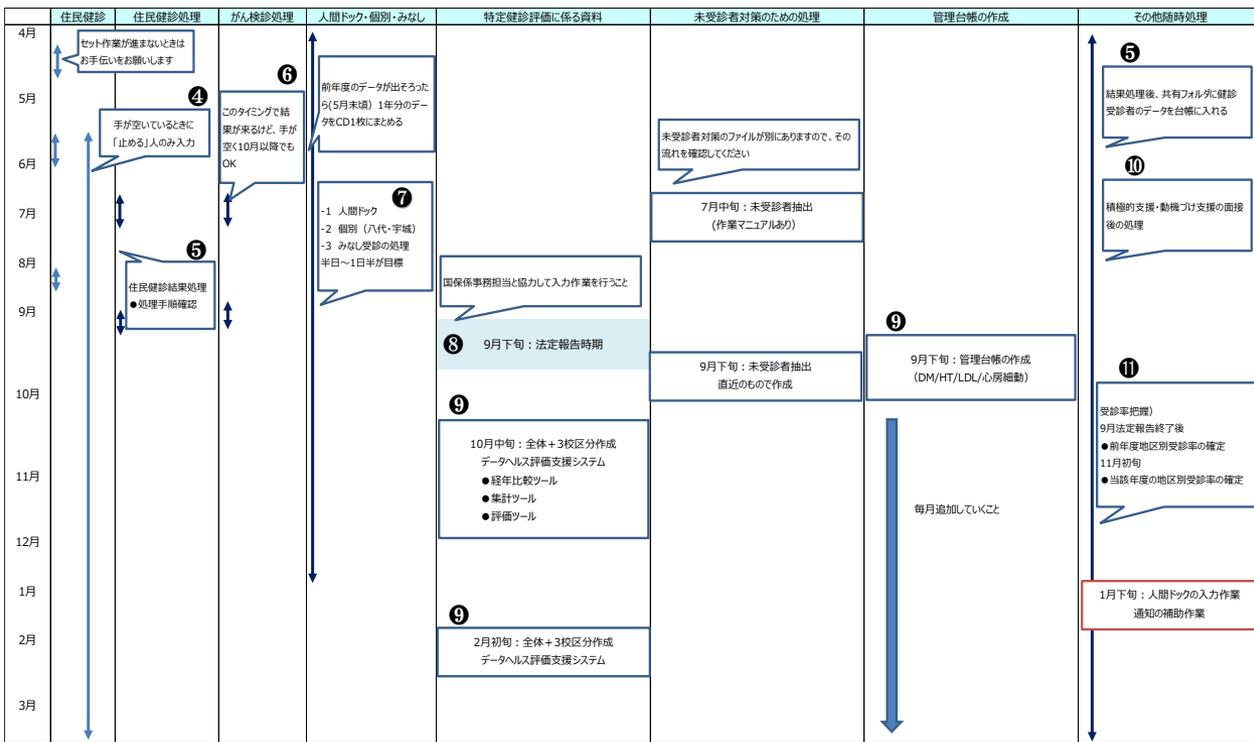


保健指導の実際 (プロセス)



②事務処理の年間タイムスケジュール

特定健診等に係る事務処理スケジュール



【図表51】

業務のタイムスケジュール

【図表52】

日付	内容	確認資料
1日	国保から社保、転出等の異動者の確認	①
2日		
3日		
4日		
5日		
6日		
7日		
8日		
9日		
10日	保険者ポータルでKDB使えない日の確認	②
11日	FKAC163・164・167自動作成	書ファイル
12日		
13日		
14日		
15日	宇城市の医療機関受診のチェック	③
16日		
17日		
18日		
19日		
20日	保険者ポータルでKDB使えない日の確認	④
21日		
22日		
23日		
24日		
25日		
26日		
27日		
28日		
29日	特定保健指導実施者を管理台帳へ入力	⑩
30日	糖尿病・血圧・LDL管理台帳への入力	⑨
31日		

作業の目安	項目	確認資料
手が空いた時	来年から通知不可の人の入力	④
～1日半	住民健診 (厚生連) データ処理	⑤
	がん検診のデータをRKKシステムに落とす	⑥
～1日半	⑦-1 人間ドックデータ処理	⑦
	⑦-2 個別受診データ処理	
	⑦-3 みなし受診データ処理	
	法定報告	⑧
	データヘルス評価支援システム ツール作成	⑨
	各種データ作成 (受診率の把握)	⑪
10分程度	若者・特定・後期高齢者健診受診券発行	⑫
10分程度	子宮がん乳がん検診受診券発行	

①～⑫まで番号をつけている資料をマニュアルとして使い、月、年間のスケジュールを参考にしながら事務作業を遂行していく

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り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および氷川町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。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する。

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う。

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、**氷川町ホームページ等への掲載により公表、周知**する。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては**糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少**を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。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**必要がある。

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の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へ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く。

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

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の実施も重要になってくる。そのため**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る。その実施にあたっては第3章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

II 重症化予防の取組

氷川町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると**425人（34.9%）**。そのうち治療なしが**99人（18.8%）**を占め、さらに臓器障害があり直ちに取り組むべき対象者が**32人（32.3%）**。また、氷川町においては重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが**99人中63人**と高いため、特定保健指導の徹底も併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わかる。

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-

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心原性 脳塞栓症 (27.7)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="font-size: small;">※脳卒中 データバンク 2015より</p> <p style="text-align: center;">非心原性脳梗塞</p>		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">安静 狭心症</div> </div>				
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)
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 2022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	43 3.4%	10 0.8%	31 2.5%	36 2.9%	314 25.1%	106 8.5%	62 5.0%
治療なし	21 3.1%	1 0.2%	25 2.9%	20 2.3%	46 7.5%	46 4.3%	13 2.1%
(再掲) 特定保健指導	11 25.6%	0 0.0%	7 22.6%	12 33.3%	46 14.6%	10 9.4%	3 4.8%
治療中	22 3.9%	9 1.2%	6 1.5%	16 4.1%	268 36.7%	60 42.6%	49 6.7%
臓器障害 あり	6 28.6%	1 100.0%	7 28.0%	5 25.0%	13 28.3%	20 43.5%	13 100.0%
CKD(専門医対象者)	2	0	1	1	1	3	13
心電図所見あり	4	1	6	5	12	19	3
臓器障害 なし	15 71.4%	--	18 72.0%	15 75.0%	33 71.7%	26 56.5%	--

<参考> 健診受診者(受診率)		
1,251人	50.3%	
■各疾患の治療状況		
	治療中	治療なし
高血圧	563	688
脂質異常症	394	857
糖尿病	141	1,072
3疾患 いずれか	730	613
※問診結果による		

重症化予防対象者 (実人数)	
449	35.9%
99	16.2%
61	13.6%
350	47.9%
34	34.3%
13	
24	
--	

1. 糖尿病性腎症重症化予防

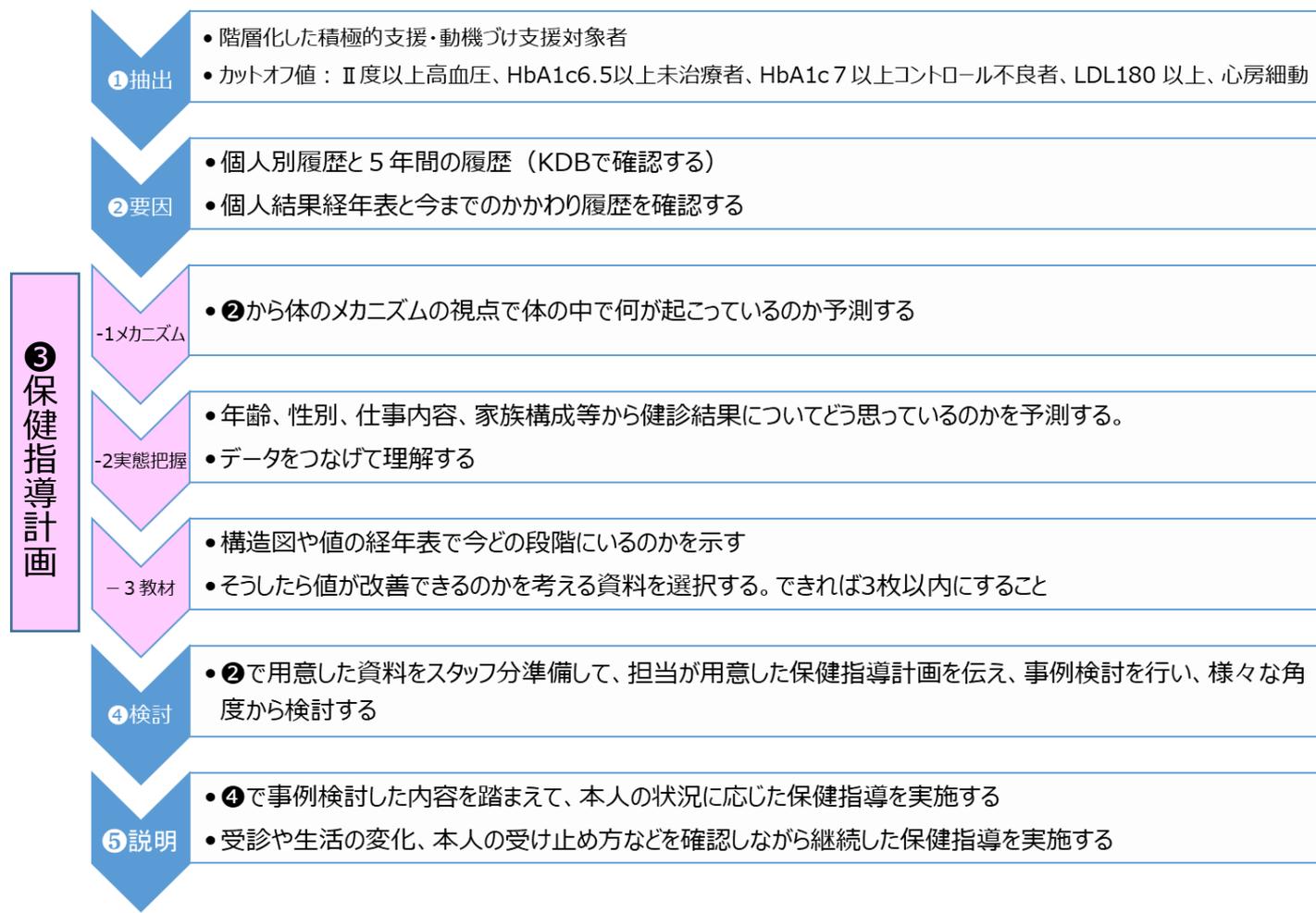
1) 基本的な考え方

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、P D C Aに沿って実施していく。

なお、取組にあたっては図表54に沿って実施する。

- (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54) 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プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- 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数の把握

①対象者の抽出

取り組み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る。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う。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）を基盤とする。

【図表55】糖尿病性腎症病期分類

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

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

氷川町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応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る。

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った。

氷川町において特定健診受診者のうち**糖尿病未治療者は51人**（26.3%・F）であった。また40～74歳における**糖尿病治療者693人中**のうち、**特定健診受診者が143人**（72.2%・G）であったが、**51人**（26.3%・F）は**中断**であった。

糖尿病治療者で**特定健診未受診者534人**（78.9%・I/H）については**継続受診中**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くる。

③ 介入方法と優先順位 → 図表56より氷川町における介入方法を以下の通りとする。

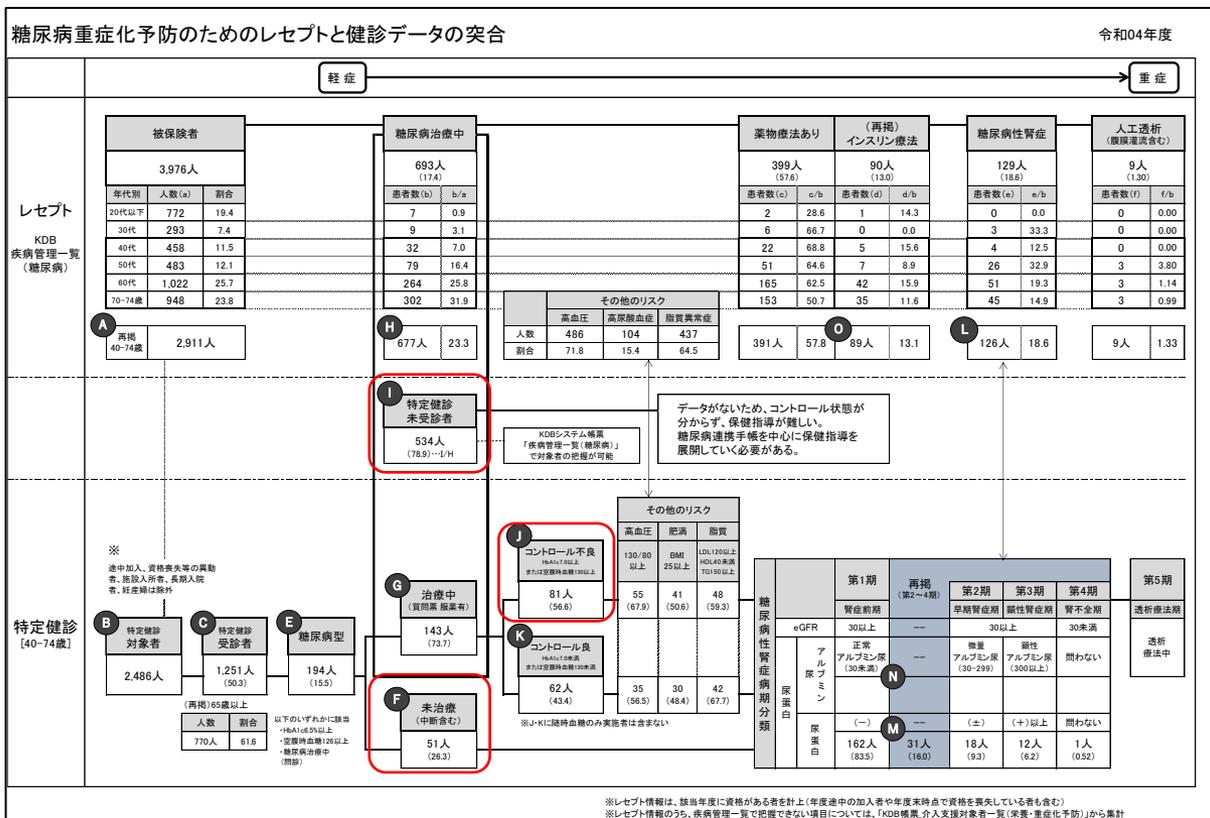
優先順位 1 【受診勧奨】 - 1) 糖尿病が重症化するリスクの高い**医療機関未治療者 (F)** …50人

優先順位 2 【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち**重症化するリスクの高い者 (J)** …81人
- ・介入方法として戸別訪問、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】

- ・過去に**特定健診歴のある糖尿病治療者 (I)** …534人
- ・介入方法として戸別訪問、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56】

出典：ヘルスラボツール

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・**進展抑制**には、**血糖値と血圧のコントロール**が重要である。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**も重要となってくる。氷川町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、**対象者に応じた保健指導**を考えていく。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く。

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける

もくじ

1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援

- 1-1 健診経年結果一覧
- 1-2 糖尿病タイプ
- 1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か
- 1-4 ヘモグロビンA1cは・・・
- 1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう
- 1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？
- 1-7 75グラム糖負荷検査結果
- 1-8 私はどのパターン？
- 1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう
- 1-10 Zさん(男性)から教えていただきました
- 1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？
- 1-12 糖尿病による網膜症
- 1-13 眼(網膜症)
- 1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか
- 1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化
- 1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化
- 1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます
- 1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!
- 1-19 糖尿病性神経障害の症状とすすみ方
- 1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です
- 1-21 糖尿病治療の進め方
- 1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です
- 1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か
- 1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移
- 1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移
- 1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います
- 1-27 健診データの推移と生活・食の変化
- 1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例

2 高血糖を解決するための食

- 1 健診結果と日常食べている食品
- 2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始めます
- 3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
- 4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
- 5 自分の食べている食品をみてみます
- 6 糖尿病性腎症食事療法

3 薬物療法

- 3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
- 3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
- 3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
- 3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
- 3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
- 3-6 イメグリミンってどんな薬？
- 3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
- 3-8 ビグアナイド薬とは
- 3-9 チアゾリジン薬とは？
- 3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるのでしょ

4 参考資料

- 4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
- 4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
- 4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
- 4-4 ライフステージごとの食品の目安量
- 4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
- 4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
- 4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

図表【57】

糖尿病・対糖尿以上の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける
(保健指導教材)

※詳細は
「糖尿病性腎症重症化予防プロセス計画」
の中で示す

(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期を逃す恐れがある。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す。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、**糖尿病連携手帳を活用**する。

(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う。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く。

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く。

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く。

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回行うものとする。

その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用する。

また、中長期的評価においては、図表58糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていく。

短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

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

② 保健指導対象者に対する評価

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

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		実施表	水川町										同規模保険者(平均)		
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	4,287人		4,120人		3,985人		3,884人		3,884人				
	② (再掲)40-74歳		3,140人		3,078人		2,986人		2,931人		2,931人				
2	① 対象者数	B	2,859人		2,797人		2,714人		2,657人		2,486人				
	② 特定健診 受診者数	C	1,588人		1,554人		1,390人		1,287人		1,251人				
	③ 受診率		55.5%		55.6%		51.2%		48.4%		50.3%				
3	① 特定 対象者数		190人		206人		158人		156人		133人				
	② 保健指導 実施率		97.9%		94.2%		97.5%		89.1%		90.3%				
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	255人	16.1%	226人	16.2%	236人	16.7%	200人	15.2%	201人	15.8%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	81人	31.8%	81人	35.8%	68人	28.8%	55人	27.5%	53人	26.4%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	174人	68.2%	145人	64.2%	168人	71.2%	145人	72.5%	148人	73.6%		
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または血糖管理目標100以上	J	102人	58.6%	90人	62.1%	88人	52.4%	77人	53.1%	85人	57.4%		
		⑤ 血圧 130/80以上		66人	64.7%	51人	56.7%	48人	54.5%	49人	63.6%	57人	67.1%		
		⑥ 肥満 BMI25以上		48人	47.1%	43人	47.8%	44人	50.0%	37人	48.1%	42人	49.4%		
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ血糖管理目標100未満	K	72人	41.4%	55人	37.9%	80人	47.6%	68人	46.9%	63人	42.6%		
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	203人	79.8%	194人	85.8%	202人	85.6%	174人	87.0%	170人	84.6%		
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		30人	11.8%	16人	7.1%	13人	5.5%	8人	4.0%	18人	9.0%		
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		21人	8.2%	13人	5.8%	18人	7.6%	15人	7.5%	11人	5.5%		
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	2人	0.9%	2人	0.8%	2人	1.0%	1人	0.5%		
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		123.2人		118.9人		118.7人		127.4人		135.8人			
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		166.9人		157.2人		156.7人		166.5人		177.2人			
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1000件未満)	入院外(件数)	2,816件	(914.6)	3,034件	(1017.1)	2,932件	(1000.3)	3,034件	(1075.5)	2,954件	(1094.5)	334,283件	(942.0)
		④ 入院(件数)	29件	(9.4)	22件	(7.4)	25件	(8.5)	32件	(11.3)	20件	(7.4)	1,709件	(4.8)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	528人	12.3%	490人	11.9%	473人	11.9%	495人	12.7%	505人	13.6%		
		⑥ (再掲)40-74歳		524人	16.7%	484人	15.7%	468人	15.7%	488人	16.6%	501人	17.7%		
		⑦ 健診未受診者	I	350人	66.8%	310人	64.0%	300人	64.1%	343人	70.3%	353人	70.5%		
		⑧ インスリン治療	O	45人	8.5%	51人	10.4%	48人	10.1%	44人	8.9%	45人	8.9%		
		⑨ (再掲)40-74歳		44人	8.4%	51人	10.5%	48人	10.3%	44人	9.0%	45人	9.0%		
		⑩ 糖尿病性腎症	L	48人	9.1%	62人	12.7%	70人	14.8%	64人	12.9%	70人	13.9%		
		⑪ (再掲)40-74歳		48人	9.2%	61人	12.6%	70人	15.0%	64人	13.1%	70人	14.0%		
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症に占める割合)		6人	1.1%	5人	1.0%	2人	0.4%	4人	0.8%	5人	1.0%		
		⑬ (再掲)40-74歳		6人	1.1%	5人	1.0%	2人	0.4%	4人	0.8%	5人	1.0%		
		⑭ 新規透析患者数		3		3		2		1		2			
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		1		1		1		0		2			
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症に占める割合)		11人	1.9%	8人	1.4%	11人	2.0%	11人	1.8%	10人	1.7%		
6	医療費	① 総医療費		14億3864万円		13億6667万円		12億8158万円		13億6633万円		10億9648万円			
		② 生活習慣病総医療費		7億7745万円		7億3714万円		6億8269万円		7億0533万円		5億9067万円			
		③ (総医療費に占める割合)		54.0%		53.9%		53.3%		51.6%		53.9%			
		④ 生活習慣病 対象者 (一人あたり)	健診受診者	10,772円		10,045円		9,815円		11,126円		8,199円			
		⑤ 健診未受診者	27,369円		28,043円		26,208円		29,754円		37,038円				
		⑥ 糖尿病医療費		8550万円		9111万円		8801万円		8540万円		6602万円			
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		11.0%		12.4%		12.9%		12.1%		11.2%			
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		2億2020万円		2億0750万円		1億9942万円		2億2483万円					
		⑨ 1件あたり		32,817円		30,915円		30,377円		34,740円					
		⑩ 糖尿病入院総医療費		1億6201万円		9763万円		1億1498万円		1億4325万円					
		⑪ 1件あたり		540,025円		464,897円		583,677円		625,550円					
		⑫ 在院日数		17日		17日		16日		16日					
		⑬ 慢性腎不全医療費		5579万円		3791万円		4013万円		5576万円		4999万円			
		⑭ 透析有り		5066万円		3534万円		3604万円		5226万円		4634万円			
		⑮ 透析なし		514万円		256万円		410万円		349万円		364万円			
7	① 介護	介護給付費		13億9135万円		14億2774万円		14億4250万円		13億2470万円		13億3151万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症		1件	14.3%	1件	11.1%	1件	14.3%	2件	18.2%	3件	33.3%		
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		1人	0.7%	2人	1.4%	0人	0.0%			2人	1.0%	582人	1.1%

【図表58】

糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

出典：ヘルスサポートラボツール

毎月10日

国保専属事務（会計年度職員）

地区担当保健師・管理栄養士

対象者の抽出

健診機関からデータが到着

- ①ヘルスサポートラボツールに取り込んで階層化
- ②管理台帳作成(3時間)

2日前後

レセプト・健診経年表を準備

- ③特定保健指導対象者及び、重症化予防対象者の面談記録用紙の印刷・健診機関からの健康診断結果報告書を縮小コピー（A3→A4）・訪問カルテの作成（2時間）
- ④ヘルスサポート・ラボツールから経年表を作成する（1時間）
- ⑤面談記録用紙・健康診断結果報告書・経年表の入った訪問カルテを地区担当に渡す

保健指導計画立案

→作業開始から4日前後

- ⑥KDBから個人履歴と5年間の履歴を確認し、I表を作成する。（5時間）
ヘルスサポート・ラボツールから、対象者に必要な指導媒体（構造図等）を印刷し、訪問準備を行う。（2時間）



訪問指導

訪問後

情報の整理

- ⑨特定保健指導対象者については、面談記録用紙を確認し、面接日を記入しポイント等の管理を行う

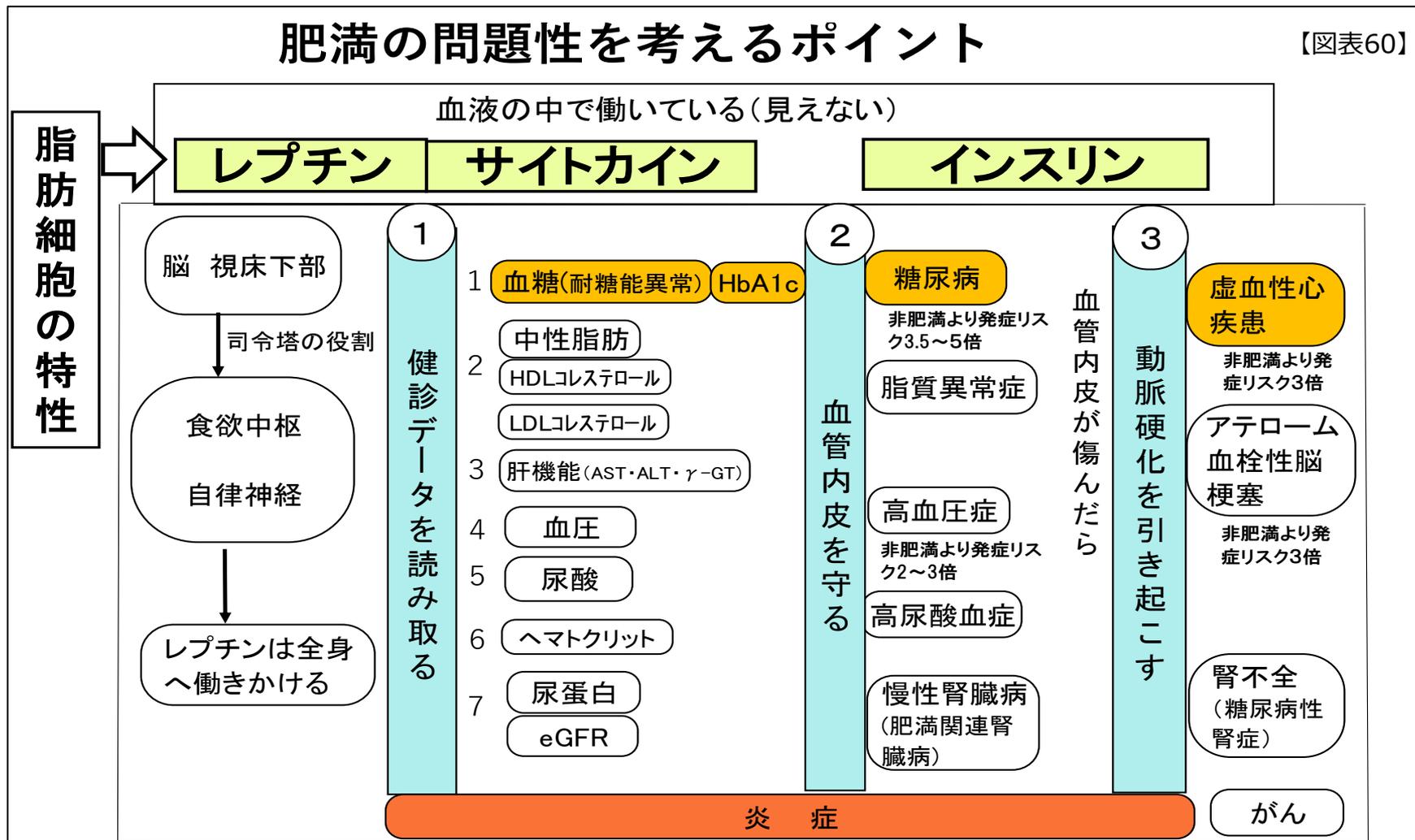
- ⑦面談記録用紙に記録（日付、面接内容、次回の訪問予定など）（1時間）
- ⑧I表に情報を追加
困難事例は、プロセスレコードに落とし、事例検討資料を作成する（3時間）

国保専属事務がいることで、保健指導に行くまでのデータ処理等準備が4日前後でできる。会計年度職員が国保専属事務を担うため、行う一連の作業をマニュアル化し、作業単位で確認しながら行えるようにし、人が変わっても訪問指導に行けるまで4日前後の処理で可能。

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る。「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。」(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より) なお、取組みにあたっては図表60に基づいて考えていく。



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握する

【図表61】肥満度分類別の該当者数（性・年齢別）

	受診者数		BMI25以上		(再掲) 肥満度分類							
					肥満				高度肥満			
					肥満Ⅰ度		肥満Ⅱ度		肥満Ⅲ度		肥満Ⅳ度	
					BMI25~30未満	BMI30~35未満	BMI35~40未満	BMI40以上				
	40~64歳	65~74歳	40~64歳	65~74歳	40~64歳	65~74歳	40~64歳	65~74歳	40~64歳	65~74歳	40~64歳	65~74歳
総数	477	740	165	251	132	220	26	30	6	1	1	0
			34.6%	33.9%	27.7%	29.7%	5.5%	4.1%	1.3%	0.1%	0.2%	0.0%
再掲	男性	243	327	99	124	77	107	19	16	3	1	0
				40.7%	37.9%	31.7%	32.7%	7.8%	4.9%	1.2%	0.3%	0.0%
	女性	234	413	66	127	55	113	7	14	3	0	1
				28.2%	30.8%	23.5%	27.4%	3.0%	3.4%	1.3%	0.0%	0.4%

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位をつける

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、優先順位をつける。

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る

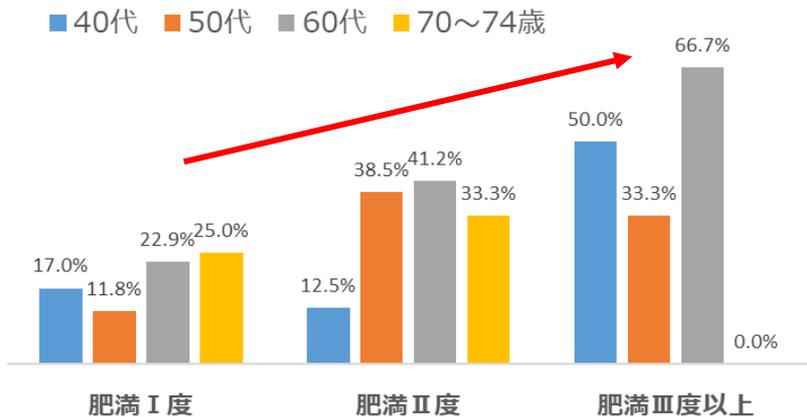
【図表62、63】肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

※肥満度・・・肥満度Ⅰ（BMI25~30）肥満度Ⅱ（BMI30~35）肥満度Ⅲ（BMI35~40）

※情報提供対象・・・BMI25以上か腹囲が基準以上のみ

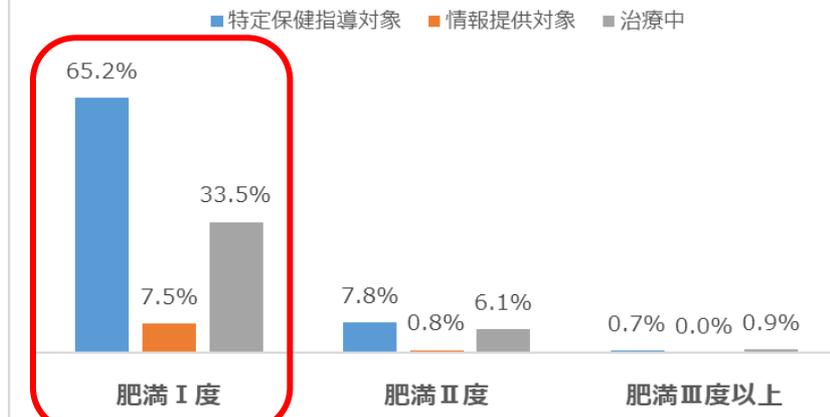
肥満度と収縮期140以上の関係

【図表62】



肥満度と保健指導対象者の分類

【図表63】



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

【図表64】

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

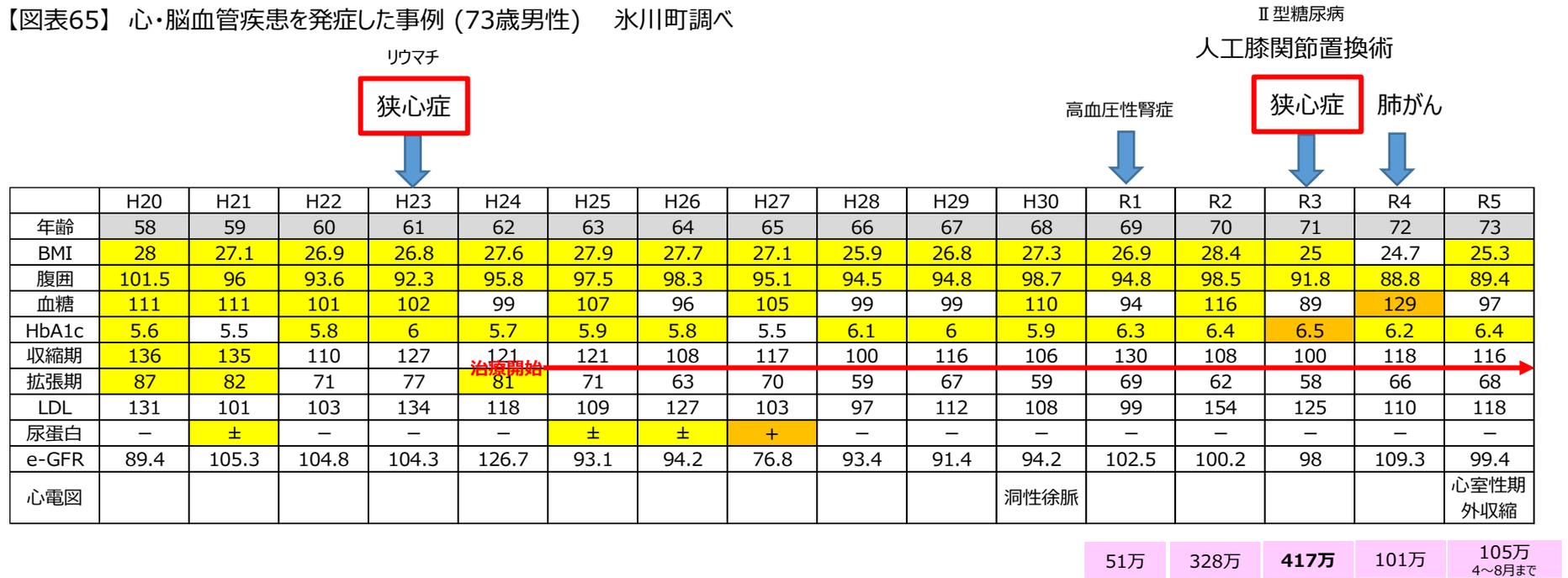
生活		肥満度 BMI		I度		II度		III度		IV度	
				25~29.9		30~34.9		35~39.9		40~	
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない		・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない		・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う		・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない			
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる				・太っているからか腸の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

まず、「**肥満症診療ガイドライン2022**」によると、6か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満3度・4度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要がある。そのことは、図表64の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻である。

次に図表62をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど高血圧を合併することから、予防の視点で見ると**若い世代(40~60歳代)で肥満I度を対象**とすると効率がいいと予想される。また、**保健指導対象者で考えると肥満I度が最も多く、中でも特定保健指導対象者が半数以上を占めるため、特定保健指導対象者で肥満I度を優先**するとよいと思われる。治療中の肥満I度も続いて多いため、**重症化予防対象者のなかでも肥満解決に向けた指導の視点**が必要である。

③心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

【図表65】心・脳血管疾患を発症した事例(73歳男性) 氷川町調べ



肥満が解決できないまま、高血圧、糖尿病の重なりがあり、狭心症を発症。**治療を続けていても肥満を併せ持つことで狭心症も再発**している。腎臓や脳を守るために、再発予防が重要なケースモデルである。治療が開始されても肥満症解決の視点を持って保健指導を組み立てる必要がある。

3) 対象者の明確化

【図表66】メタボリック該当者の状況（性・年代別）

		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	570	85	93	180	212	647	71	89	242	245	
メタボ該当者	B	208	12	36	70	90	89	4	11	22	52	
	B/A	36.5%	14.1%	38.7%	38.9%	42.5%	13.8%	5.6%	12.4%	9.1%	21.2%	
再掲	① 3項目全て	C	64	1	7	26	30	28	1	4	9	14
		C/B	30.8%	8.3%	19.4%	37.1%	33.3%	31.5%	25.0%	36.4%	40.9%	26.9%
	② 血糖+血圧	D	37	1	4	10	22	12	1	2	3	6
		D/B	17.8%	8.3%	11.1%	14.3%	24.4%	13.5%	25.0%	18.2%	13.6%	11.5%
	③ 血圧+脂質	E	96	8	23	29	36	47	2	5	8	32
		E/B	46.2%	66.7%	63.9%	41.4%	40.0%	52.8%	50.0%	45.5%	36.4%	61.5%
	④ 血糖+脂質	F	11	2	2	5	2	2	0	0	2	0
		F/B	5.3%	16.7%	5.6%	7.1%	2.2%	2.2%	0.0%	0.0%	9.1%	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（性・年代別）

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	570	208	36.5%	169	81.3%	39	18.8%	647	89	13.8%	80	89.9%	9	10.1%		
40代	85	12	14.1%	8	66.7%	4	33.3%	71	4	5.6%	1	25.0%	3	75.0%		
50代	93	36	38.7%	23	63.9%	13	36.1%	89	11	12.4%	9	81.8%	2	18.2%		
60代	180	70	38.9%	55	78.6%	15	21.4%	242	22	9.1%	21	95.5%	1	4.5%		
70~74歳	212	90	42.5%	83	92.2%	7	7.8%	245	52	21.2%	49	94.2%	3	5.8%		

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表66)は、男性50代から受診者の4割近く、女性では60代・70代で1割程度であるため、**男性を優先とすることが効率的**であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表67)は、男女とも8割以上が治療中となっているが、3疾患の治療だけではメタボの改善は難しいことがわかる。

脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与える。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**となる。

(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う。
- 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）を行う。
- ③ 特定保健指導対象者の保健指導（**食事指導**）

(2) 対象者の管理

対象者の**進捗管理はメタボ(肥満)台帳**を作成し、担当地区ごとに管理していく。

4) 保健指導の実施

(1) 最新の脳科学を活用した保健指導

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

【図表68】 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて（保健指導教材）

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

(2) 二次健診の実施

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

◎ 動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ① 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ② 75g 糖負荷検査 (高インスリン状態を見る検査)

医療機関にて動脈硬化の状況を医療の中で調べてもらう

- ③ 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)
- ④ 負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

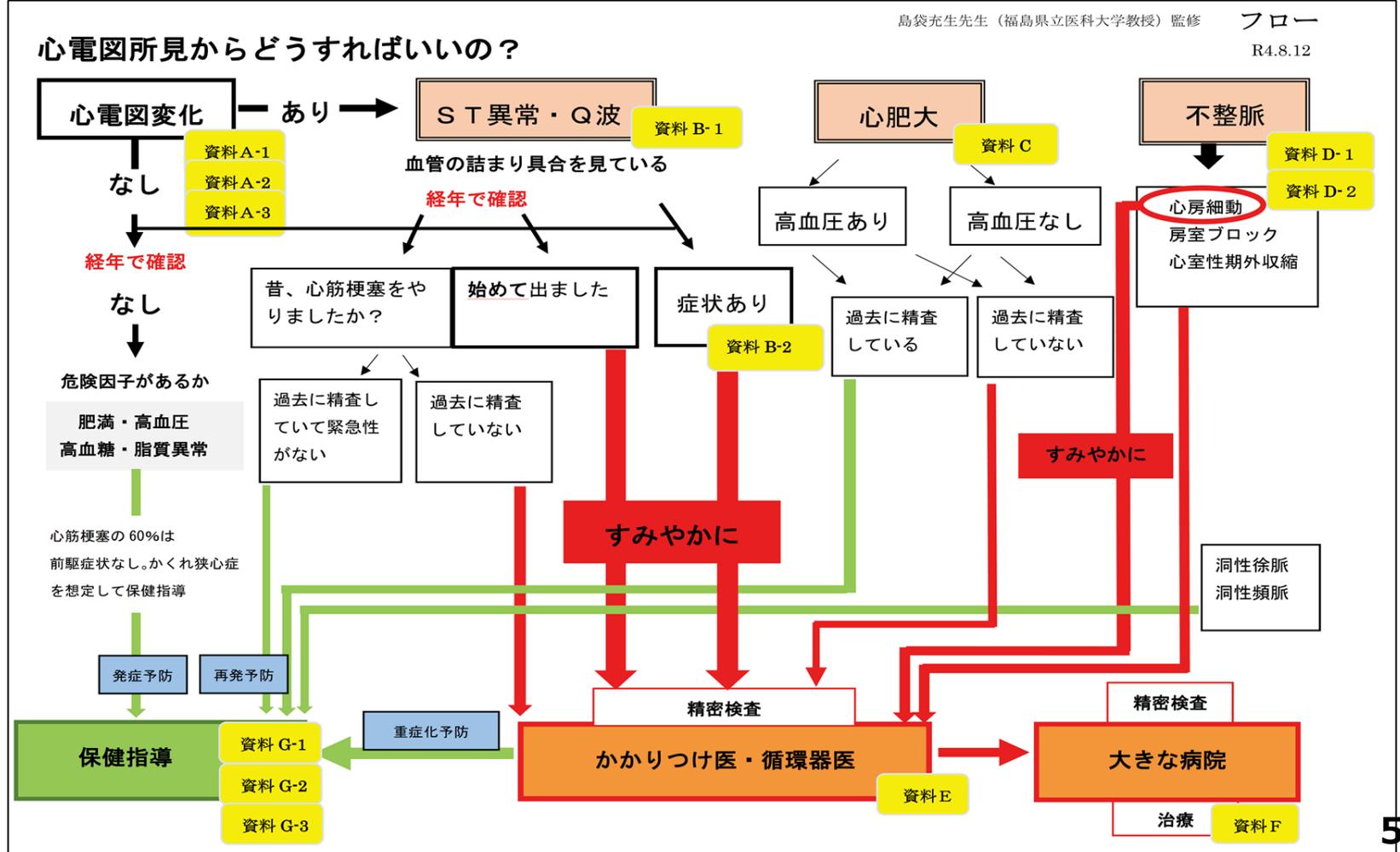
虚血性心疾患重症化予防の取組に当たっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく

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当たっては、図表69に基づいて考える。

【図表69】 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心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において、重要な検査の1つである。「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変化と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、血糖等のリスクと併せて医療機関で判断してもらう必要がある。

氷川町において、健診受診者1274人のうち、心電図検査実施者は1106人(86.8%)であり、そのうちST所見があったのは57人であった(図表70)

ST所見あり57人中7人は要精密であり、その後の受診状況を見ると3人は未受診であった(図表58)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圧、血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状況に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないがST所見ありの220人へは、心電図におけるSTとはどのような状態であるのかを健診データとあわせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

氷川町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備軍が多い。

メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

R5より熊本県内共通の情報提供書を活用したみなし受診が開始となるが、その受診方法は心電図検査は必須ではないため全数実施ではない。

心電図検査結果

【図表70】

R4	健診受診者(a)		心電図検査(b)							
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
					(人)	(c/a)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
	1274	100	1106	86.8	57	5.2	259	23.4	790	71.4

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表71】

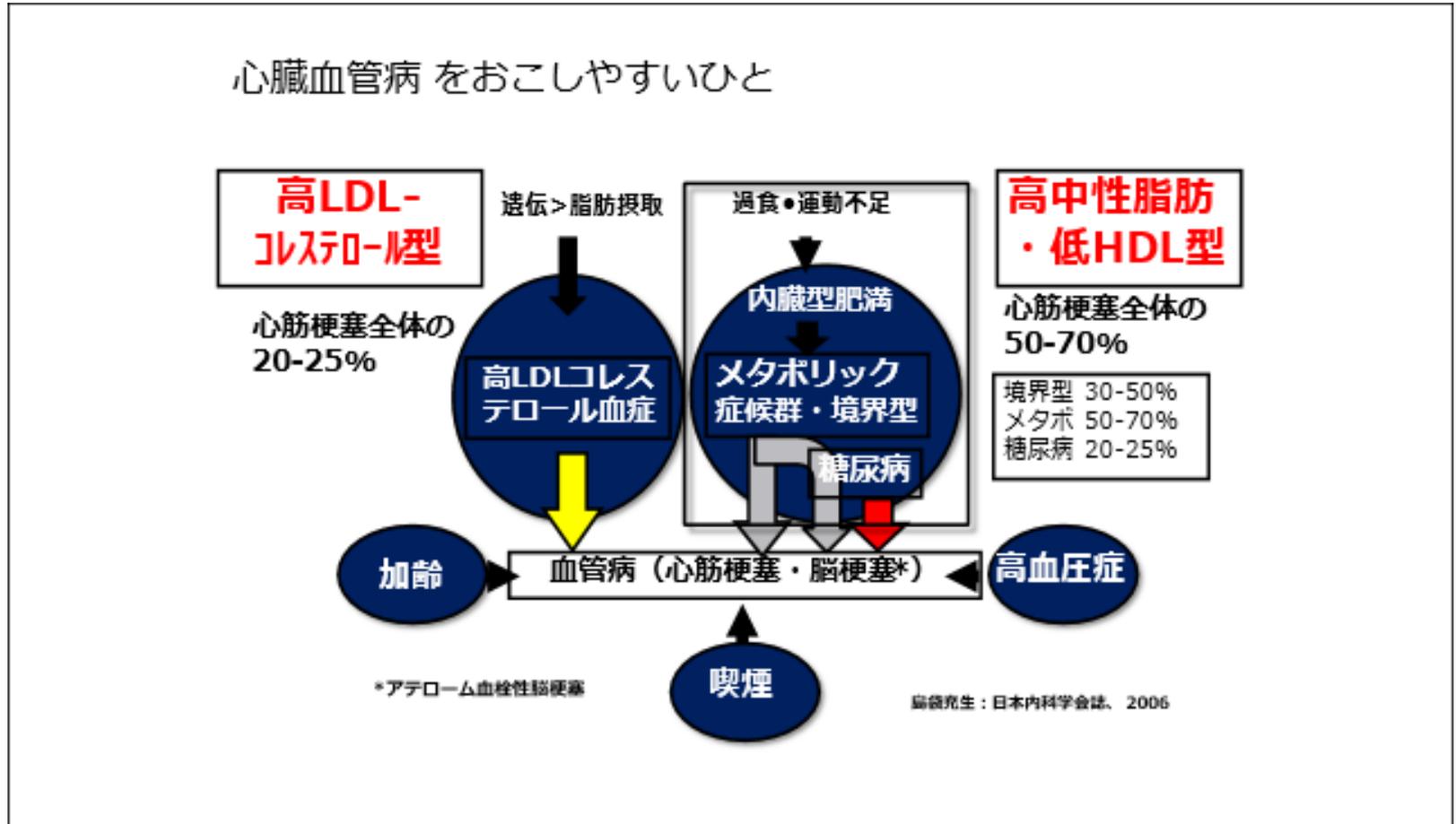
R4	ST所見あり(a)		要精査(b)							
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	医療機関受診(c)		受診なし(d)			
					(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)		
	57	100	7	12.3%	4	57.1%	3	42.9%		

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る。

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する。(図表72)

(図表72)



図表72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66・67)を参照

B：LDLコレステロールタイプ(図表73)

【図表73】 冠動脈疾患予防から見たLDLコレステロール管理目標

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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	
503			252	167	59	25	11	18	31	24	
			50.1%	33.2%	11.7%	5.0%	13.1%	21.4%	36.9%	28.6%	
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)	95	51	30	10	4	8	6	0	0
			18.9%	20.2%	18.0%	16.9%	16.0%	72.7%	33.3%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	225	114	74	29	8	1	9	19	8
			44.7%	45.2%	44.3%	49.2%	32.0%	9.1%	50.0%	61.3%	33.3%
	高リスク	120未満 (150未満)	183	87	63	20	13	2	3	12	16
		36.4%	34.5%	37.7%	33.9%	52.0%	18.2%	16.7%	38.7%	66.7%	
再掲	100未満 (130未満) ※1	15	7	7	1	0	0	0	0	1	
		3.0%	2.8%	4.2%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.2%	
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)	0	0	0	0	0	0	0	0	
			0.0%	0.0%	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。

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**を行う。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る。治療が必要にも関わらず**医療機関未受診である場合は受診勧奨**を行う。また、過去に治療中であったにも関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う。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**を行う。

(3) -1優先順位

①心電図所見あり ②治療中で3つ重なりあり ③治療中で2つの重なりあり →どのような資料で指導を行ったか、実践学習会等でスタッフ間の学習を企画

【図表50】 (3) -2 時期

①7月、10月をめどに一覧表作成ツールで対象者を抽出。校区ごとに抽出した名簿を地区担当に渡す

②(3)-1の優先順位で分けてみる
 →3つの優先順位で分類分け
 →1度でも介入した人と全く介入していない人で分ける
 →全く介入していない人を優先的に保健指導に回る
 その際に地区担当保健師、管理栄養士が役割分担をし、協力して介入を行う

③できる限り、I表を作成し、次の介入の時の情報整理に活用する

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く。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する。

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行く中で、国保年金係後期高齢事業担当保健師・管理栄養士や地域包括支援センターと連携していく。介入する中で生活支援の必要が出てきた場合は、福祉課福祉係と連携していく。

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く。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回行う。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く。単年でPDCAシートを活用し、取り組みをスタッフ間で共有する。

5月初旬：前年度のPDCAに沿った評価、今年度のPDCAに沿った計画、意見交換

11月中旬：前年度法定報告にそったアウトカム評価、今年度のPDCAに沿った事業展開の進捗確認、状況に沿った軌道修正等

2月中旬：今年度のPCDAに沿った事業展開の進捗確認、11月に軌道修正した状況把握、次年度に向けた意見交換

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
- 6月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 6月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

【紹介状様式】

【経年表（サンプル）】

御紹介（サンプル）

様

御紹介

患者指名			
生年月日	昭和	年	月 日
性別			
住所	氷川町	番地	
電話番号	090-●●●●-××××		

日頃より大変お世話になっております。ご高診よろしくお願いたします。

【特定健診結果】令和 年 月 日実施

心電図所見 例：異常Q波	自覚症状	
	既往歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし・不明 <input type="checkbox"/> 突然死（誰が：発症時年齢：） <input type="checkbox"/> 若年発症（50歳未満）の狭心症
生活職業嗜好品	睡眠リズム	
その他特記事項	<input type="checkbox"/> 20歳のころの体重(▲kg) <input checked="" type="checkbox"/> 最高体重(△kg：○○歳頃)	

【本人持参資料】
特定健診結果の経年表(氷川町役場にて作成)
家庭血圧を記録した血圧手帳

【今後について】

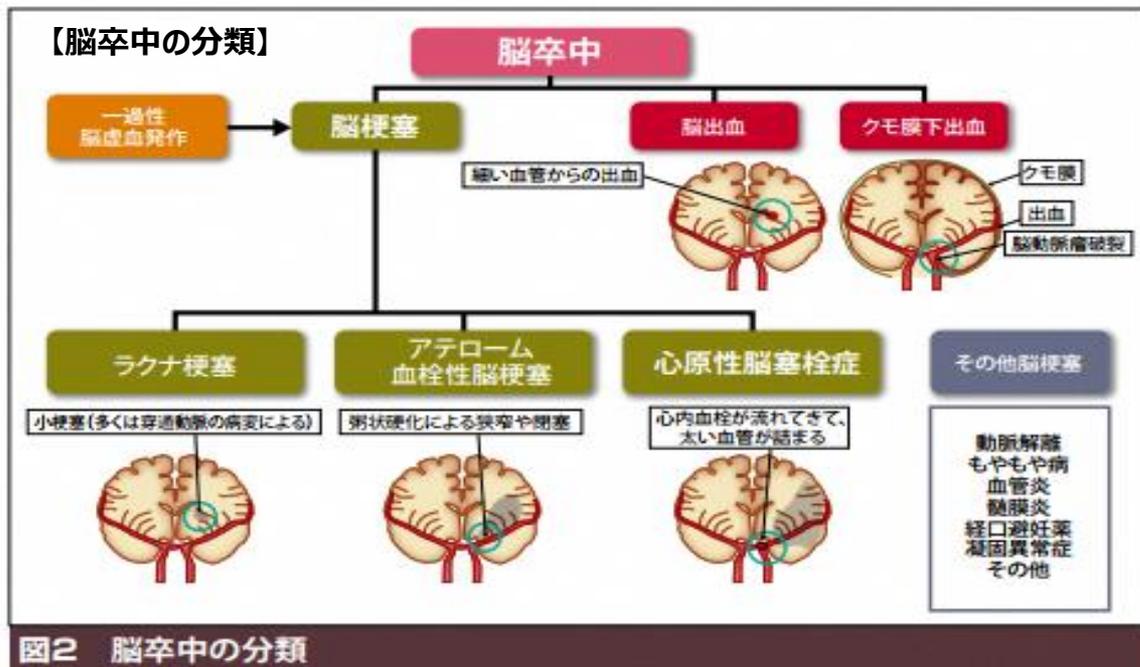
診察の結果についてはご本人様から伺いますが、不明な点は再度、本人の了解を取ったうえで町から医療機関へお尋ねさせていただきます。よろしくお願いたします。

個人番号								
氏名		様	男性	正常	軽症	中等度	重症	
		H28.8.30	H29.8.26	H30.11.12	R1.8.26			
健診経年結果一覧		年齢	63	64	65	66	67	
		実施年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	
		健診機関	ドック	集団	ドック	集団		
		医療機関						
検査項目		基準値	空腹	空腹	空腹	空腹	空腹	
身体的な大きさ	身長		169.4	168.3	168.6	167.4		
	体重		85	87.5	88.9	82.6		
	BMI	18.5~24.9	29.6	30.9	31.3	29.5		
	腹囲	男 ~85cm未満 女 ~90cm未満	102	101.7	109.4	104		
血管への影響（動脈硬化の危険因子）	内臓脂肪の蓄積	中性脂肪	空腹 ~149mg/dℓ 食後 ~199mg/dℓ	96	135	145	75	
		HDLコレステロール	40~80mg/dℓ	58.2	51	52	55	
		AST (GOT)	~30IU/ℓ	36	57	88	23	
		ALT (GPT)	~30IU/ℓ	43	78	95	25	
		γ-GT (γ-GTP)	~50IU/ℓ	156	186	171	69	
	内皮障害	血圧	収縮期	130mmHg未満	119治	146治	130治	127治
			拡張期	85mmHg未満	73治	80治	61治	75治
		尿酸	~7.0g/dℓ	6.6	7.3	6.5	7.5	
	インスリン抵抗性	血糖	空腹 ~99mg/dℓ 随時 ~199mg/dℓ	116	136	157	116	
		HbA1c (NGSP)	~5.5%	5.9	7.1	7.5	5.4	
腎臓	尿糖	—	—	—	+	—		
	血清クレアチニン	男 ~1.0mg/dℓ 女 ~0.7mg/dℓ	0.78	0.74	0.82	0.74		
	eGFR (糸球体ろ過量)	60~ml/min/1.73m	77.2	81.4	72	80.7		
	尿蛋白	—	—	—	—			
その他の動脈硬化の危険因子	LDLコレステロール	~119mg/dℓ	139.5	162	154	118		
	尿潜血	—	—	—	—			
詳細な項目	血管変化	心臓	心電図	所見なし	異常なし	軽度ST低下	前壁梗塞疑い/陰性↑ R波増高不良	
		脳	眼底検査	H O S O				
	血管の易血栓化	ヘマトクリット	男 38.5~48.9% 女 35.5~43.9%	50.2	46.5	47.3	47.6	
		血色素 (ヘモグロビン)	男 13.1~16.6g/dℓ 女 12.1~14.6g/dℓ	17.6	16.9	16.9	16.8	
CKD重症度分類			G2A1	G2A1	G2A1	G2A1		
メタボリックシンドローム判定			該当者	該当者	該当者	該当者		
保健指導レベル			情報提供	情報提供	情報提供	情報提供		
non-HDL (総コレステロール-HDL)			156.8	170	183	132		

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、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ていく。(図表75・76)



【図表75】

(脳卒中予防の提言より引用)

【脳血管疾患とリスク因子】

【図表76】

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

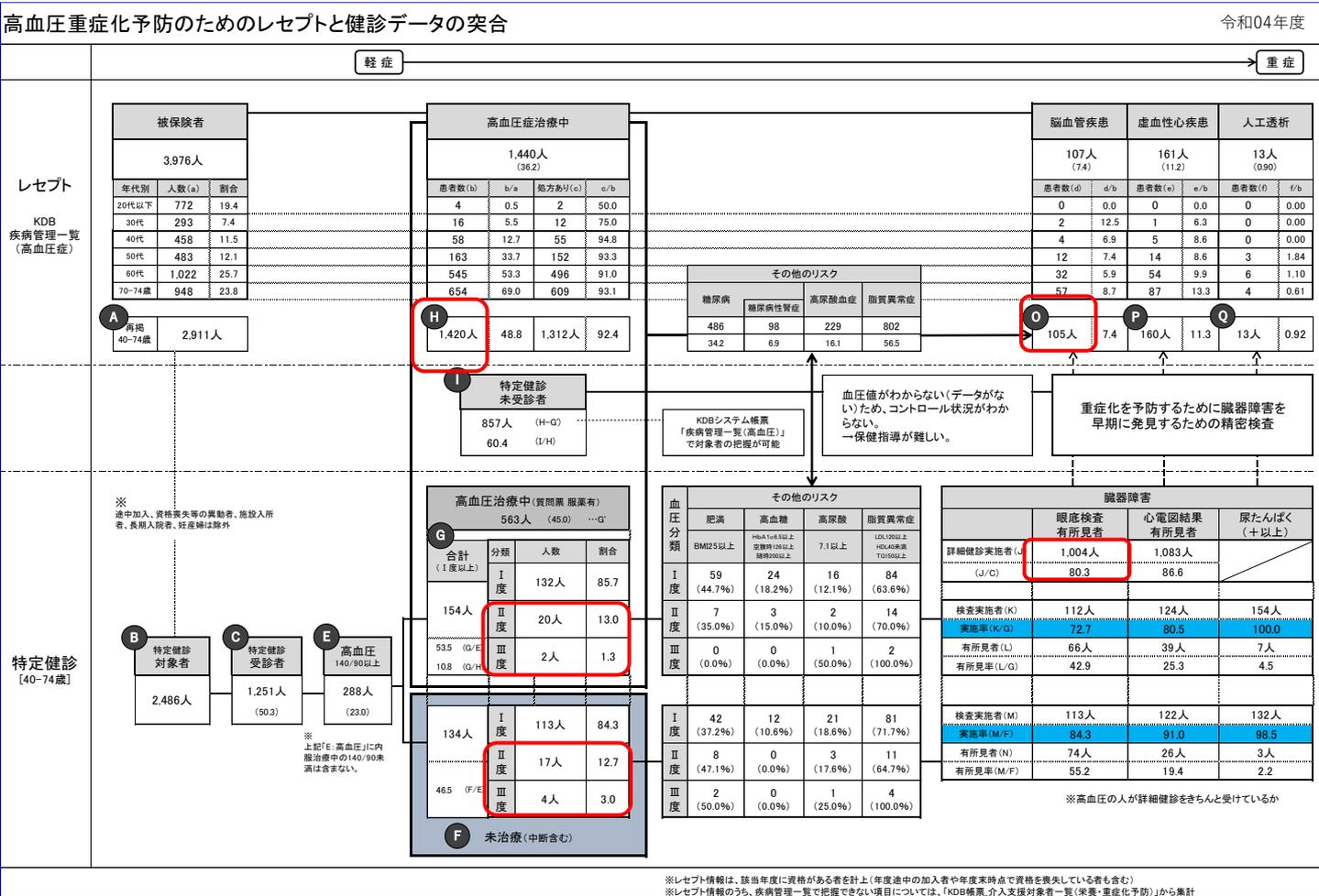
脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子である。図表77でみると、**高血圧治療者1420人(H)**のうち、**既に脳血管疾患を起こしている人が105人(7.4%・O)**であった。**健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が43人**であり、そのうち**21人(48.8%)は未治療者**。

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る。また、**高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が22人**いることがわかった。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る。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査（詳細検査）は町独自追加として実施しており、80.3%実施できている。

しかし、個別医療機関受診時は八代市医師会立病院で眼底検査のみ受ける必要があり、受診しないケースが多い。

特に動脈硬化が疑われるケースには、集団健診の場を推奨していく。



【図表77】

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る。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る。

(図表78) 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

血圧分類 (mmHg)		高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 / 80~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	327	190	116	17	4
		58.1%	35.5%	5.2%	1.2%
リスク第1層 予後影響因子がない	24	C 19	B 4	B 1	A 0
		7.3%	10.0%	3.4%	5.9%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	186	C 106	B 68	A 11	A 1
		56.9%	55.8%	58.6%	64.7%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が2つ以上ある	117	B 65	A 44	A 5	A 3
		35.8%	34.2%	37.9%	29.4%

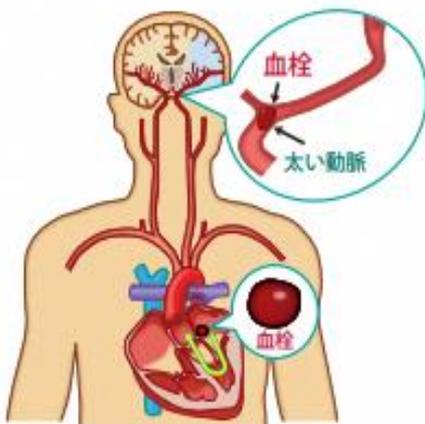
区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	64
		19.6%
B	概ね1か月後に再評価	138
		42.2%
C	概ね3か月後に再評価	125
		38.2%

(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 診察室血圧に基づいた脳心血管リスク層別化
 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

※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 \geq 140、中性脂肪 \geq 150(随時の場合は \geq 175)、non-HDL \geq 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 \geq 126、HbA1c \geq 6.5、随時血糖 \geq 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 蛋白尿については、健診結果より(±)以上で判断。

(図表78) 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である。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも**「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなる**。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ある。

(図表79) は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみている。

(脳卒中予防の提言より引用)

(図表79)特定健診における心房細動有所見者状況

	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	570	647	524	91.9%	585	90.4%	7	1.3%	3	0.5%	--	--
40代	85	71	85	100.0%	70	98.6%	1	1.2%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	93	89	91	97.8%	85	95.5%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	180	242	161	89.4%	221	91.3%	2	1.2%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	212	245	187	88.2%	209	85.3%	4	2.1%	3	1.4%	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80) 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	%
10	0	0.0	10	100.0

心電図検査において 10人が心房細動の所見があった。
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く。
また、心電図有所見者10人すべて治療につながっていた。
心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診
勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電
図検査の全数実施が望ましい。

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う。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る**。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**を行う。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**を行う。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**を行う。

(2) 二次健診の実施

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

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

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚 (I M T))、冠動脈 C T (冠動脈石灰化)
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比 (A B I)、脈波伝搬速度 (P W V)、心臓足首血管指数 (C A V I)、血管内皮機能 (F M D)

3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動有所見者の管理

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く。

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く。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く。

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く。

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く。**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**行う。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く。**

単年でPDCAシートを活用し、取り組みをスタッフ間で共有する。

5月初旬：前年度のPDCAに沿った評価、今年度のPDCAに沿った計画、意見交換

11月中旬：前年度法定報告にそったアウトカム評価、今年度のPDCAに沿った事業展開の進捗確認、状況に沿った軌道修正等

2月中旬：今年度のPDCAに沿った事業展開の進捗確認、11月に軌道修正した状況把握、次年度に向けた意見交換

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

6月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

氷川町は、令和元年10月から前倒し事業として取組みを開始し、令和2年度より正式に熊本県後期高齢者広域連合から、氷川町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施。**令和6年度以降も引き続き事業を行っていく。**

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う。

② **地域を担当する保健師・管理栄養士を配置**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)を行う。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う。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していく。(ポピュレーションアプローチ)

【図表81】 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

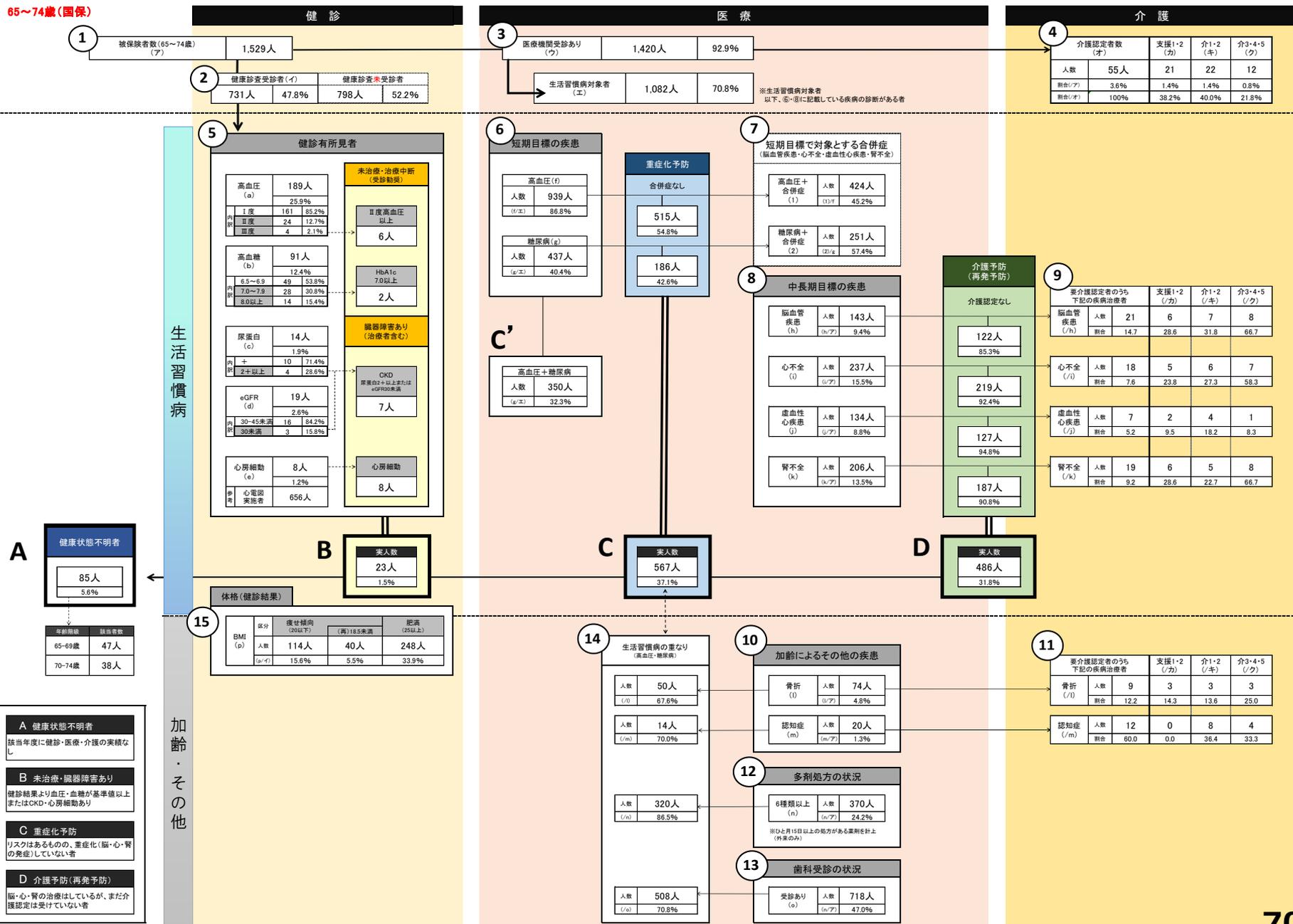
氷川町

E表：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する

参考：【KDB】介入支援対象者一覧<栄養・重症化予防>
【KDB】介入支援対象者一覧<服薬管理>

【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

令和4年度



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る。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る。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る。

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

【図表82】

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）																
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>																
1 根拠法 6条 健康増進事業実施者	健康増進法															
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>					
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】（各被保険者）															
3 年代	妊婦 (胎児期)		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳			15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上	
4 健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診断		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)
	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)			
5 対象者 健診内容	血糖	95mg/dl以上										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、18.5以下											25以上		20以下	
	肥満度			加 ⁷ 18以上		肥満度15%以上			肥満度20%以上							
	尿酸 尿蛋白	尿酸 (+) 以上											尿蛋白 + 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む。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知する。(図表83)

(図表83)

氷川町の社会保障費健全化に向けて 医療費・介護費の適正化 ~氷川町の位置~

氷川町の実態を入れてみました

—特定健診・保健指導のメリットを活かし、健康日本21(第二次)を着実に推進—

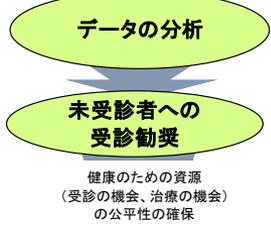
厚生労働省 健康局
「標準的な健診・保健指導プログラム
30年度版」図1 改変

特定健診・特定保健指導の実施率の向上

① 一人あたり 医療費・介護費

	氷川町H30	氷川町R4	R4全国	全国差
国保	28,465円	31,143円	27,570	3,573
後期	70,199円	70,053円	72,528	
介護	335,832円	308,212円	290,668円	17,544円

様式5-1



② 特定健診等の実施率(R4)

	40代	50代
特定健診	50.3%	43.5%
健診も医療も未受診	21.5%	46.1%
特定保健指導	90.2%	

○重症化が予防できる
○医療費の伸びを抑制できる

健康格差の縮小

○重症化が予防できる
○死亡が回避できる

③ メタボリックシンドローム

	40-74歳	再) 40代	50代
メタボ該当者	25.1%	9.6%	25.1%
再) 男性	37.2%	12.8%	37.6%

短期目標

④ 高血圧

	140以上	18.7%	90以上	16.1%
収縮期血圧	140以上		90以上	
拡張期血圧				
腹囲あり	21.0%		27.9%	
腹囲なし	17.3%		8.4%	

2型糖尿病

	正常 5.5以下	正常高地 5.6~5.9	境界型 6.0~6.4	糖尿病型 6.5以上
HbA1c6.5以上				10.8%
腹囲あり	15.9%	38.9%	28.6%	16.6%
腹囲なし	26.3%	45.3%	21.1%	7.3%

尿蛋白

	尿蛋白+以上	3.0%
尿蛋白+以上		
腹囲あり	4.9%	
腹囲なし	1.8%	

⑤ 中長期目標

健診受診者のうち
脳血管疾患 1.68%

腹囲あり	56.3%
腹囲なし	43.8%

健診受診者のうち
虚血性心疾患 1.01%

	正常 5.5以下	正常高地 5.6~5.9	境界型 6.0~6.4	糖尿病型 6.5以上
HbA1c	18.4%	31.6%	32.9%	17.1%
内訳				
腹囲あり	35.7%	29.2%	52.0%	46.1%
腹囲なし	64.3%	70.8%	48.0%	53.8%

健診受診者のうち
糖尿病性腎症 5.13%

腹囲あり	69.2%
腹囲なし	30.8%

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行う。
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る。

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る。

※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●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●スケジュール通り行われているか
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・特定保健指導実施率●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)	<ul style="list-style-type: none">●設定した目標に達することができたか <p>(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)</p>

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う。
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く。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。
具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。

2. 個人情報の取扱い

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

資料

- ① 第2期データヘルス計画目標管理一覧
- ② 第3期データヘルス計画目標管理一覧

第2期データヘルス計画の目標管理一覧表

○ 目標達成している項目

R5.12.20 修正分

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標				初期値		中間評価値		目標値		実績		最終評価値		値の把握方法
			H28	H29	H30	R1(法定)	R1	R2	R2(法定)	R3	R3(法定)	R4	R4(法定)	R5			
特定健診等計画	医療費適正化のために特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	49.4%	55.0%	54.5%	55.6%	57.0%	57.0%	57.0%	51.2%	58.0%	48.4%	59.0%	50.3%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
		特定保健指導実施率60%以上	89.7%	100%	97.9%	94.2%	90.5%	91.0%	97.5%	91.5%	89.1%	92.0%	90.2%	92.5%			
		新 特定保健指導対象者の減少率 3%増 ※5		13.7%	10.3%	11.5%		12.5%	15.2%	13.5%	13.5%	14.0%	18.1%	14.5%			
データヘルス計画	中長期	脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症による透析導入者の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合0.3%減少	2.28%	1.41%	2.28%	1.63%	2.18%	2.1%	2.40%	2.0%	3.14%	1.99%	1.24%	1.98%	KDBシステム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.3%減少	1.61%	0.71%	0.81%	0.98%	1.51%	1.5%	1.62%	1.45%	1.79%	1.4%	1.85%	1.31%		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合0.3%減少	5.73%	4.79%	3.53%	2.59%	5.63%	5.6%	2.81%	5.5%	2.31%	5.4%	3.83%	5.43%		
	短期	脳血管疾患、人工透析は減少してきているが、虚血性心疾患は医療費と発症ともに増加した。虚血性心疾患、人工透析、脳血管疾患のうち、高血圧を併せ持つ人がそれぞれ8割、64歳以下で虚血性心疾患発症した人で糖尿病を併せ持つ人は5割、脂質異常症は7割を超える。人工透析患者では糖尿病を併せ持つ人の割合が50%まで上昇しており、経変比較しても増加傾向	メタボリックシンドローム・予備軍の割合10%減少⇒5%減少に変更 ※6	29.4%	35.0%	35.9%	37.0%	24.4%	24.4%	38.0%	24.4%	35.7%	24.4%	36.1%	24.4%	水川町データヘルス計画	
			健診受診者の高血圧の割合1%減少(160/100↑)	4.9%	4.20%	3.40%	4.00%	4.4%	4.3%	4.6%	4.1%	4.4%	4.0%	3.4%	3.9%		
			健診受診者の脂質異常者の割合1%減少(LDL180↑)	3.1%	3.50%	3.20%	2.50%	2.4%	2.3%	1.8%	2.1%	2.3%	2.0%	2.5%	1.9%		
			健診受診者糖尿病有病者の割合増加抑制(HbA1c5.5↑)	11.0%	14.3%	14.8%	15.0%	11.0%	11.0%	12.7%	11.0%	11.6%	11.0%	12.3%	11.0%		
			HbA1c6.5%以上の未治療者を治療に結びつける割合90% ※1	80.0%	65.5%	77.4%	62.8%	85.0%	87.0%	78.2%	88.0%	94.9%	89.0%	66.7%	90.0%		
			HbA1c6.5%以上の保健指導実施率100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		100%
			保健指導実施後翌年HbA1cが維持・低下した者の割合 60% ※2	53.2%	66.4%	73.1%	53.1%	56.0%	57.0%	68.5%	58.0%	61.3%	59.0%	57.1%	60.0%		
			HbA1c7↑未治療・治療中断者(糖尿病及び糖尿病性腎症)の割合現状維持 ※3	28.2%	6.7%	4.0%	5.3%	6.0%	5.8%	2.3%	5.5%	2.6%	5.2%	1.4%	5.0%		
			新 HbA1c8以上の未治療者の割合 0% ※7				0.0%		0.0%	7.1%(2/28人)	0.0%	4.5%(1/23人)	0.0%	5.3%(1人)	0.0%		
			新規人工透析の発症が年間2人まで	1人	0人	1人	1人	1人	2人	2人	1人	2人	2人	2人	2人		
			尿たんぱく±以上の者を増加抑制 ※4	11.3%	16.7%	20.0%	15.4%	11.3%	11.3%	6.0%	11.3%	5.7%	11.3%	5.4%	11.3%		
			新 若者健診受診者のうち精密検査未受診者へのアプローチ100%						100.0%	83.0%	100.0%	33.3%	100.0%	46.2%	100.0%		
新 低出生体重児の減少		9人/59人	8人/74人	6人/60人	3人	7人/58人	3人	1人/47人	3人	7人/44人	3人						
新 4・7か月、1歳6か月、3歳児やせと肥満の減少 ※8	1YGM		やせ：5人肥満：2人	やせ：6人肥満：2人	やせ：2人肥満：0人	やせ3人1肥満1人1	やせ：0人肥満：1人	やせ3人1肥満1人1	やせ：3人肥満：1人	やせ3人1肥満1人1							
3Y		やせ：5人肥満：3人	やせ：7人肥満：0人	やせ：3人肥満：0人	やせ3人1肥満1人1	やせ：0人肥満：3人	やせ3人1肥満1人1	やせ：3人肥満：0人	やせ3人1肥満1人1								
個人へのインセンティブの取り組みをしていない	自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取り組みを行う実施者の割合10%以上	なし	なし	1.9%	2.6%	5.0%	6.0%	5.6%	7.0%	5.6%	8.0%	6.5%	10.0%	町民課		
保険者努力支援制度で保健者共通の取組をしていない	後発医薬品の使用による医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上	66.4%	69.8%	76.9%	78.0%	72.0%	75.0%	79.5%	77.0%	80.1%	79.0%	79.8%	80.0%	厚労省公表結果		

※1：「医療機関に結びついた」と判断する基準は、医療機関を受診し、内服はなくても糖尿病の診断がついた人と設定する (治療に繋がった人/当該年度の特定健診で未治療者)

※2：図表28より「HbA1cが悪化している⇒46.8%」から「維持改善⇒53.2%」とし、目標設定した

※3：図表28 未治療(中断を含む)を参照。潜在的な糖尿病の掘り起こしを未受診者対策で実施していくことを考慮して現状維持と目標設定した HbA1c7以上最後まで未治療者/HbA1c7以上

※4：参考資料2より糖尿病性腎症病期分類にて尿たんぱく±以上で算出した。潜在的な糖尿病の掘り起こしを未受診者対策で実施していくことを考慮して現状維持と目標設定した

※5：前年度対象者のうち、今年度特定保健指導の対象ではなくなった者の数/前年度特定保健指導対象者数 に基準を変更した(以前は積極的支援対象+動機づけ支援対象/受診者の割合を想定)

※6：増加傾向を考慮し、実現可能な目標値として「5%減少」に設定を変更した

※7：高血圧・糖尿病評価ツール～未治療・中断者の把握～ を使用して、評価数値とする

※8：やせをカウプ指数14以下、肥満をカウプ指数19以上と設定し、%でなく人数で設定した

第3期データヘルス計画の目標管理一覧表

★すべての都道府県で設定することが望ましい目標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	基礎データ				中間評価			最終評価値	値の把握方法	
			R4 (法定)	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11		
特定健診等計画	医療費適正化のために特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	★特定健診受診率60%以上	50.3%	51.5%	53.0%	54.5%	56.0%	57.5%	59.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導実施結果総括表 (厚生労働省)	
		★特定保健指導実施率60%以上	90.2%	90.5%	91.0%	91.5%	92.0%	92.5%	93.0%	93.5%		
		★特定保健指導対象者の減少率 2.5%増	18.1%	18.5%	18.9%	19.4%	19.8%	20.2%	20.4%	20.6%		
		新 40代 50代受診率3%増 ※1	43.5%	43.9%	44.3%	44.7%	45.2%	45.7%	46.1%	46.5%	ヘルスボット評価ツール (法定で作成)	
			46.1%	46.5%	46.9%	47.3%	47.8%	48.3%	48.7%	49.1%		
中長期	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0.3%減少	1.24%	1.19%	1.15%	1.11%	1.07%	1.03%	0.99%	0.94%	データヘルス帳票 (KDBシステム)	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.3%減少	1.85%	1.81%	1.77%	1.73%	1.69%	1.65%	1.60%	1.55%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合0.3%減少	3.83%	3.79%	3.75%	3.71%	3.67%	3.63%	3.58%	3.53%		
データヘルス計画	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・予備軍の割合2.5%減	36.1%	35.7%	35.3%	34.9%	34.5%	34.1%	33.8%	33.6%	特定健診・特定保健指導実施結果総括表	
		健診受診者の高血圧の割合0.8%減少 (160/100↑)	3.4%	3.3%	3.2%	3.1%	3.0%	2.9%	2.8%	2.6%	ヘルスボット評価ツール (法定で作成)	
		健診受診者の脂質異常者の割合0.8%減少 (LDL180↑)	2.5%	2.4%	2.3%	2.2%	2.1%	2.0%	1.9%	1.7%		
		健診受診者糖尿病有病者の割合0.5%減少 (HbA1c6.5↑)	12.3%	12.2%	12.2%	12.1%	12.0%	11.9%	11.9%	11.8%		
		新 HbA1c5.5以下正常域の割合の増加 2.5%増 ※2	22.1%	22.4%	22.8%	23.2%	23.6%	23.9%	24.3%	24.6%		
		★新 健診受診者のHbA1c8以上の者の割合 0.5%減少 ※3	1.64%	1.58%	1.50%	1.42%	1.34%	1.26%	1.20%	1.14%		
		新 HbA1c8%以上の未治療者を1人まで ※4	1人	1人	1人	1人	1人	1人	1人	1人	1人	HbA1c評価表
		新 インスリン治療者のHbA1c8%以上を3人まで ※5	5人	5人	5人	5人	4人	4人	3人	3人	3人	
		新規人工透析の発症が年間2人まで	2人	2人	2人	2人	2人	2人	2人	2人	2人	厚生医療対象者名簿参照データ
		若者健診受診者のうち精密検査未受診者へのアプローチ90% ※6	46.2% (6/13人)	50.0%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%	80.0%	80.0%	90.0%	
新 HbA1c6.5以上管理台帳で管理している群の継続受診率78%以上 ※7	67.8%	69.3%	70.8%	72.3%	73.8%	75.3%	76.8%	78.0%	78.0%			
自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取り組みを行う実施者の割合8%以上 ※8	6.5%	6.7%	6.9%	7.1%	7.3%	7.5%	7.8%	8.0%	町民課		
後発医薬品の使用による医療費の削減	後発医薬品の使用割合82%以上	79.8%	80.0%	80.3%	80.6%	80.9%	81.2%	81.5%	82.0%	厚生省公表結果		

※1：受診率向上には若い世代の受診率の引き上げが必須のため、受診率が低い40代50代の受診率向上を目標設定した

※2：HbA1c5.6～6.4までの境界域が増加傾向にあることが虚血性心疾患発症リスクとなっていることを踏まえ、正常域が増加することを目標値に設定した

※3：コントロール不良が多い傾向にあり、特にインスリン治療者のコントロール不良が多いことから、集中的にHbA1c8以上を減らしていくために目標値に設定した

※4：HbA1c8以上の未治療者が例年1人程度おり、くりかえしアプローチはしていくが現状を踏まえ、実現可能な目標値を設定した

※5：インスリン治療者のコントロール不良を減らしていくことを目標に現状を踏まえ3人までと設定した

※6：特定健診対象となる前であっても予防的介入が必要な群に対して保健指導を実施することを目的として、目標値を設定した（カットオフ値：HbA1c6.5以上、血圧160/100以上、LDL180以上）

※7：より重症化しやすい群で不定期受診も拾うために、管理台帳をベースに継続受診者の把握をする。母数は当該年度記載数－（後期高齢に移行＋死亡＋他保険への移動＋転出）とすること。

※8：（健活ポイント事業に取り組んだ人/集団健診で特定健診を受診した人）で算出すること