

時津町国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)
令和 6 年度～令和 11 年度

時津町

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化10

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)36

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

第4章 健康課題を解決するための個別の保健事業……………44

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

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

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し……………70

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い……………71

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

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

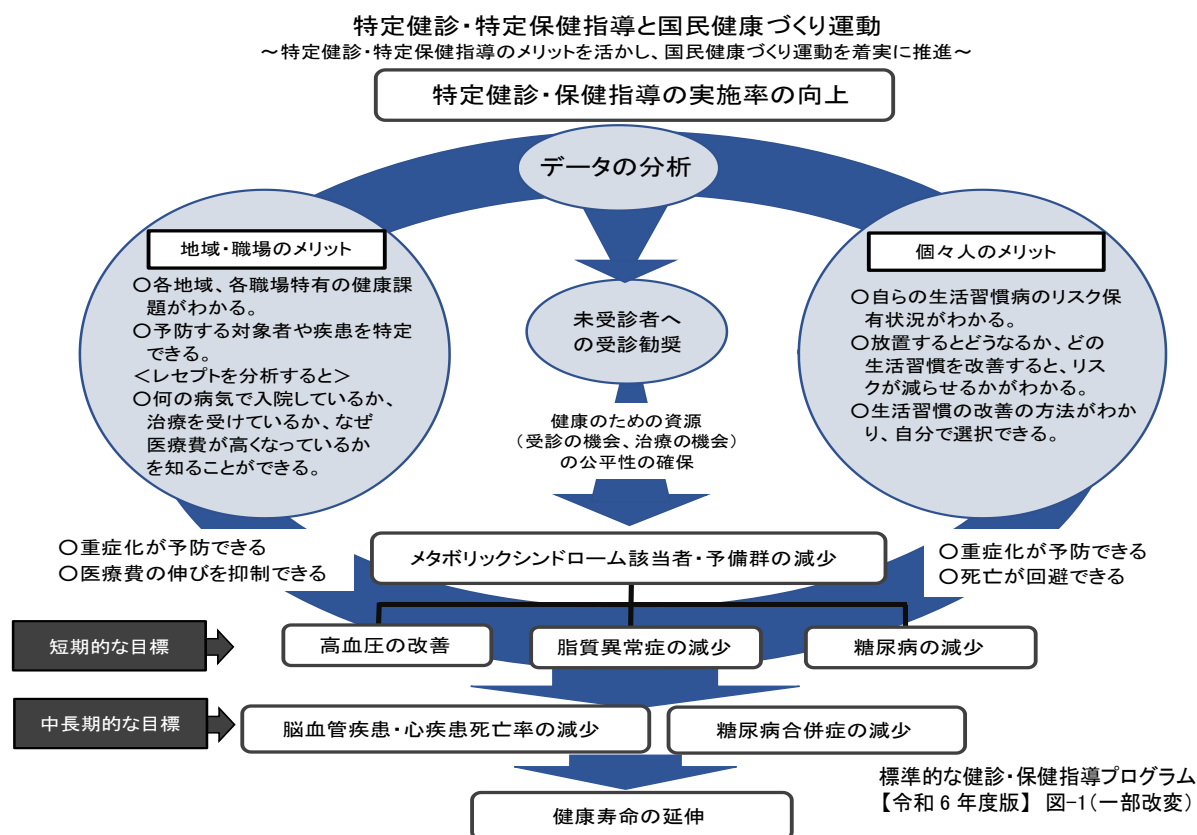
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等実施計画
法律	健康増進法 第8条 第9条 第6条	国民健康保険法 健康保険法 高齢者 の医療の確保に関する法律 第82条 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事 業の実施等に関する指針の一部 改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図 るための基本的な指針
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
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
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる 持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り 残さない健康づくりの展開とより実効性を持つ 取組の推進を通じて、国民の健康の増進の 総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、 健康・医療情報を活用しPDCAサイクル に沿った効果的かつ効率的な保健事業 の実施を図るための保健事業実施計画 を策定、保健事業の実施及び評価を行 う。	加入者の年齢構成、地域的条件等 の実情を考慮し、特定健康診査の 効率的かつ効果的に実施するため の計画を作成。
対象 年齢	ライフステージ(乳幼児期、 <u>青壮年期</u> 、 <u>高齢期</u>) ライフコースアプローチ(胎児期から老齢期 まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳
対象 疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症(糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患
評 価	「健康寿命の延伸」「健康格差の縮小」 51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 3、生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1、社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2、自然に健康になれる環境づくり 3、誰もがアクセスできる健康増進の基盤整 備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価中心 ※全都道府県で設定が望ましい指標例 アウトカム: メタボリックシンドローム減少率 HbA1C8.0以上者の割合 アウトプット:特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の 減少
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・事業費連動分)交付金	

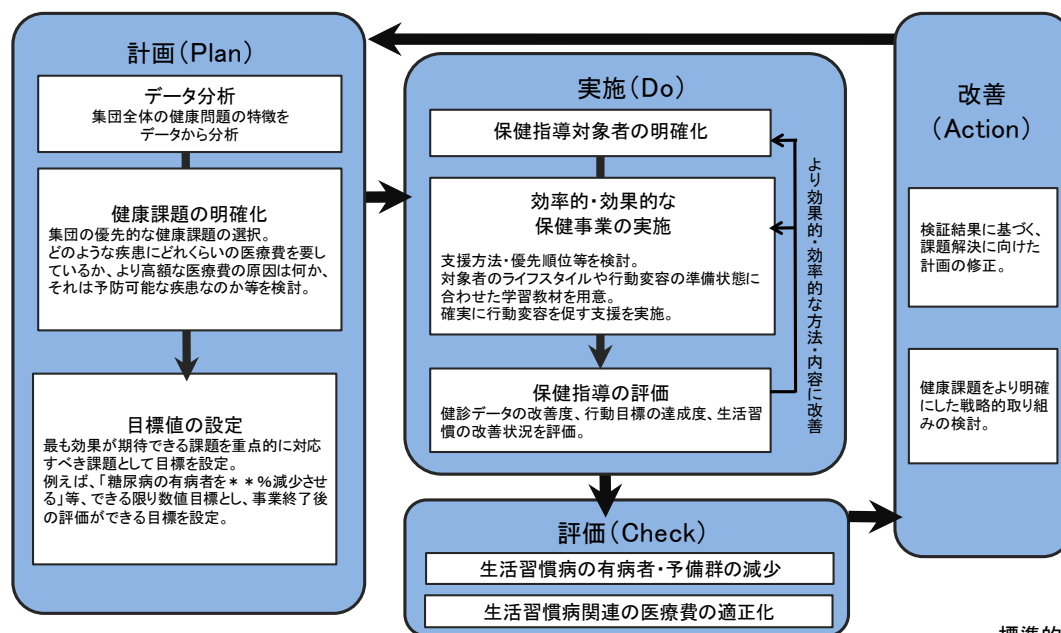
医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業(支援)計画
高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
厚生労働省 保険局 <u>令和5年7月改正</u> 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 <u>令和5年3月改正</u> 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 <u>令和5年改正予定</u> 介護保険事業に係る保険給付の 円滑な実施を確保するための基本 的な指針
法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務、都道府県:義務
持続可能な運営を確保するため、保険者・ 医療関係者等の協力を得ながら、住民の健 康保持・医療の効率的な提供の推進に向け た取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通じ、 地域で切れ目のない医療の提供、 良質かつ適切な医療を効率的に提 供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービス 提供体制の確保及び地域支援事業の計画 的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止
すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗 鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神 経系疾患
メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止 生活習慣病 虚血性心疾患・心不全 脳血管疾患
	がん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等に起因 した疾病予防・介護予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的な活用 ・医療・介護の連携を通じた効果的・ 効率的なサービス提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルの活用にする保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、介護予防、 日常生活支援関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、人材の確保)
保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



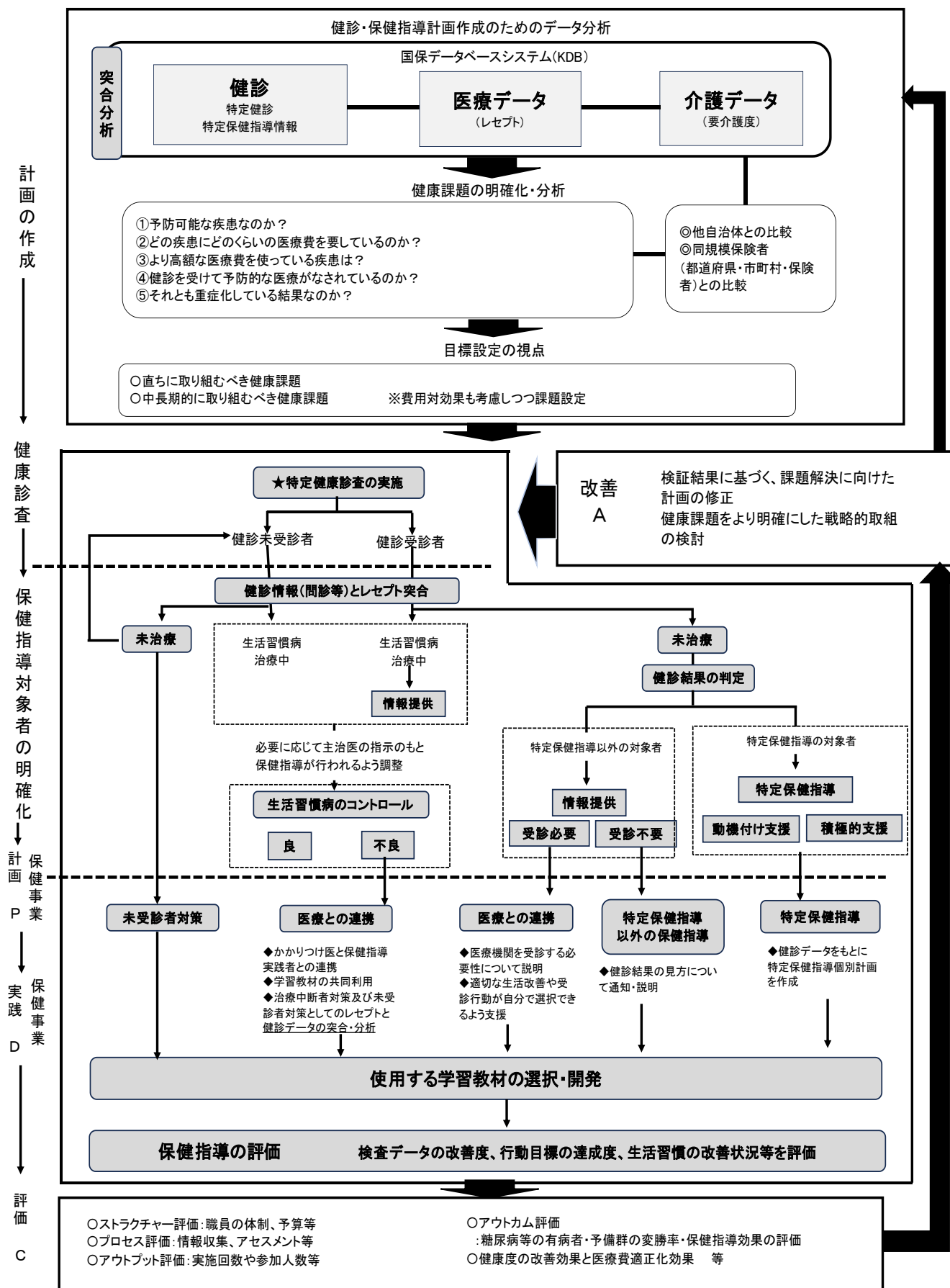
注) プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)の PDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

図表 5 標準的な健診・保健指導プログラム(平成 30 年度版)における基本的な考え方(一部改変)

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

※(参考)計画期間の根拠について

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

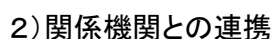
4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 時津町国保の役割

保険者である時津町国保は、被保険者の健康の保持増進及び保健事業の積極的な推進を図るために、健康課題の分析を行い、町一体となって計画策定等を進めます。特に、高齢者支援課とは十分に連携を図ることとします(図表6)。

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

図表 6 時津町の実施体制図



また、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要です。

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

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

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表7 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			時津町	配点	時津町	配点	時津町	配点
交付額(万円)			1622		1430		1419	
全国順位(1,741市町村中)			97位		277位		291位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	20	70	0	70	0	70
		(2)特定保健指導実施率	70	70	70	70	70	70
		(3)メタリックシフトロム該当者・予備群の減少率	20	50	0	50	0	50
	②	(1)がん検診受診率等	5	40	5	40	5	40
		(2)歯科健診受診率等	28	30	28	30	25	35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	110	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	90	90	45	45	45	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供	15	20	10	15	15	20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	40	50	45	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	125	130	130	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	50	100	30	100	30	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	25	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	31	40	43	50	43	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	77	95	71	100	70	100
合計点			736	1,000	672	960	663	940

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町は、人口約3万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で26.8%でした。同規模保険者、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、出生率も高い町です。

産業においては、第3次産業が74.4%と同規模保険者と比較しても高く、サービス業の割合が多く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である方が多いことが考えられます(図表8)。

令和4年度の国保加入率は19.4%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあります。年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約48.1%を占めています(図表9)。

また、本町には3つの病院、31の診療所があり、これはいずれも同規模保険者の割合と比較すると多く、病床数の割合も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数も同規模保険者と比較して高い傾向にあります(図表10)。

図表8 同規模保険者・県・国と比較した時津町の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
時津町	29,274	26.8	5,674 (19.4)	54.3	9.0	9.3	0.7	2.3	23.3	74.4
同規模	--	29.1	20.6	54.2	6.8	10.7	0.7	5.4	28.7	66.0
県	--	33.1	22.7	55.0	7.1	13.6	0.4	7.7	20.1	72.2
国	--	28.7	20	53.4	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

※同規模保険者とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模保険者程度の保険者」を指し、時津町と同規模保険者(164町)の平均値を表す

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(令和2年度国勢調査引用)

図表9 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	6,370		6,163		5,953		5,813		5,674	
65～74歳	2,825	44.3	2,835	46.0	2,920	49.1	2,883	49.6	2,731	48.1
40～64歳	1,964	30.8	1,855	30.1	1,795	30.2	1,740	29.9	1,673	29.5
39歳以下	1,581	24.8	1,473	23.9	1,238	20.8	1,190	20.5	1,270	22.4
加入率	21.4		20.7		20.0		19.5		19.4	

出典: KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

図表10 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	県 割合
病院数	3	0.5	3	0.5	3	0.5	3	0.5	3	0.5	0.3	0.5
診療所数	34	5.3	34	5.5	34	5.7	32	5.5	31	5.5	3.1	4.6
病床数	541	84.9	541	87.8	541	90.9	541	93.1	541	95.3	56.1	87.3
医師数	91	14.3	91	14.8	84	14.1	84	14.5	84	14.8	11.1	14.9
外来患者数	833.9		833.2		793.2		826.2		837.9		716.1	755.0
入院患者数	25.2		22.7		21.4		22.6		22.8		19.2	28.2

出典: KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的目標の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者は34人(認定率0.36%)で同規模保険者より高くなっており、1号(65歳以上)被保険者は1,328人(認定率16.9%)と同規模保険者・県・国と比較すると低く、また、平成30年度と比べると低下しています(図表11)。

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療保険へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加し、介護給付費は、約18億円から約20億円に伸びています(図表12)。

また、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が1位を占めており、第2号・第1号被保険者とも約6割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、2号保険者は約8割、1号保険者で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます(図表13)。

図表11 要介護認定者(率)の状況

	時津町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	6,854人	23.0%	7,859人	26.8%	29.1%	33.1%	28.7%
2号認定者	40人	0.41%	34人	0.36%	0.35%	0.38%	0.38%
新規認定者	13人		12人		--	--	--
1号認定者	1,270人	18.5%	1,328人	16.9%	17.0%	20.5%	19.4%
新規認定者	199人		156人		--	--	--
65～74歳	162人	4.3%	152人	3.7%	--	--	--
新規認定者	32人		26人		--	--	--
75歳以上	1,108人	36.0%	1,176人	31.1%	--	--	--
新規認定者	167人		130人		--	--	--

出典：KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 12 介護給付費の変化

	時津町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	17億7783万円	19億5617万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	259,386	248,908	259,723	310,443	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	59,109	57,292	63,000	69,584	59,662
居宅サービス	46,417	47,139	41,449	49,376	41,272
施設サービス	301,085	308,760	292,001	298,997	296,364

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表 13 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4 年度)

受給者区分		2号		1号						合計			
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
介護件数(全体)		34		152		1,176		1,328		1,362			
再)国保・後期		18		113		1,111		1,224		1,242			
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	
	血管疾患	1	脳血管疾患	11 61.1%	脳血管疾患	65 57.5%	脳血管疾患	703 63.3%	脳血管疾患	768 62.7%	脳血管疾患	779 62.7%	
		2	虚血性心疾患	5 27.8%	虚血性心疾患	37 32.7%	虚血性心疾患	558 50.2%	虚血性心疾患	595 48.6%	虚血性心疾患	600 48.3%	
		3	腎不全	4 22.2%	腎不全	23 20.4%	腎不全	280 25.2%	腎不全	303 24.8%	腎不全	307 24.7%	
		合併症	4	糖尿病合併症	3 16.7%	糖尿病合併症	15 13.3%	糖尿病合併症	144 13.0%	糖尿病合併症	159 13.0%	糖尿病合併症	162 13.0%
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)	15 83.3%	基礎疾患	107 94.7%	基礎疾患	1,083 97.5%	基礎疾患	1,190 97.2%	基礎疾患	1,205 97.0%	
	血管疾患合計			17 94.4%	合計	109 96.5%	合計	1,097 98.7%	合計	1,206 98.5%	合計	1,223 98.5%	
	認知症		認知症	5 27.8%	認知症	43 38.1%	認知症	613 55.2%	認知症	656 53.6%	認知症	661 53.2%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	16 88.9%	筋骨格系	103 91.2%	筋骨格系	1,091 98.2%	筋骨格系	1,194 97.5%	筋骨格系	1,210 97.4%	

※新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の令和４年度の医療費は、国保加入者が減少しているため総医療費は減少していますが、１人あたり医療費は同規模保険者と比べて約４万５千円高く、平成３０年度と比較しても約２万３千円伸びています。令和４年度の入院のレセプト件数は、レセプト全体のわずか２.６%程度にも関わらず、医療費全体の４２.３%を占めており、１件あたりの入院の費用額も平成３０年度と比較しても約７万円も高くなっています（図表１４）。

年齢調整をした医療費の地域差指数は、国保・後期とも全国平均の１を大きく超えています。しかし、後期においては、平成３０年度と令和２年度を比較すると減少し順位も下がっています。しかし、後期では平成３０年度・令和４年度ともに地域差指数は上昇し県内１位が続いています（図表１５）。

地域差指数が高くなるのは入院が主な要因であるため、入院を抑制するためには、予防可能な生活習慣病の重症化を防ぐことが重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表 14 医療費の推移

		時津町		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)		6,370人	5,674人	--	--	--
	前期高齢者割合	2,825人 (44.3%)	2,731人 (48.1%)	--	--	--
総医療費		24億4691万円	23億0993万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		384,131	407,108	361,243	423,509	358,522
入院	1件あたり費用額(円)	546,070	615,900	613,590	564,330	619,090
	費用の割合	44.1	42.3	40.4	46.8	40.1
	件数の割合	2.9	2.6	2.6	3.6	2.6
	1件あたり費用額	20,910	22,820	24,230	23,960	24,520
	費用の割合	55.9	57.7	59.6	53.2	59.9
	件数の割合	97.1	97.4	97.4	96.4	97.4
外来						
受診率		859.075	860.683	735.303	783.212	728.39

※同規模保険者数:147(令和４年度)

出典:KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 15 １人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険		後期高齢者医療保険	
		時津町(21市町中)		時津町(21市町中)	
		H30年度	R02年度	H30年度	R02年度
全体	地域差指数	1.170	1.075	1.425	1.443
	順位	5位	16位	1位	1位
入院	地域差指数	1.266	1.036	1.572	1.566
	順位	14位	21位	1位	1位
外来	地域差指数	1.103	1.086	1.286	1.33
	順位	2位	4位	1位	1位

出典:厚生労働省「地域差分析」

③中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費のそれぞれの合計を総医療費に占める割合でみると、3疾患とも令和4年度では平成30年度と比較すると減少しています(図表16)。

治療状況では、平成30年度と令和4年度で比較してみると脳血管疾患の割合は減少していますが、虚血性心疾患・慢性腎不全は横ばいでした(図表17)。

虚血性心疾患の治療状況を年代別でみると、40歳～64歳の割合が増加していました。虚血性心疾患の主な要因は内臓脂肪型肥満のため、若い世代では内臓脂肪型肥満が増加していることが考えられます。また、人工透析の治療状況を年代別でみると、65歳～74歳で割合が増加していました。これは、長い経過をたどって動脈硬化が進んだ結果であり、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表16 中長期目標疾患の医療費の推移

			時津町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			24億4691万円	23億0993万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			2億7746万円	2億0575万円	--	--	--
			11.3%	8.91%	8.08%	8.95%	8.20%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	3.58%	2.09%	2.01%	1.94%	2.07%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.47%	1.61%	1.52%	1.36%	1.46%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.10%	5.05%	4.24%	5.35%	4.38%
		慢性腎不全(透析無)	0.19%	0.16%	0.31%	0.30%	0.29%

出典: KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注) 最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表17 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	6,370	5,674	a	622	535	506	446	30	31	
				a/A	9.8%	9.4%	7.9%	7.9%	0.5%	0.5%	
40歳以上		B	4,789	4,404	b	615	526	499	440	29	31
		B/A	75.2%	77.6%	b/B	12.8%	11.9%	10.4%	10.0%	0.6%	0.7%
再掲	40～64歳	D	1,964	1,673	d	123	105	96	92	16	9
		D/A	30.8%	29.5%	d/D	6.3%	6.3%	4.9%	5.5%	0.8%	0.5%
	65～74歳	C	2,825	2,731	c	492	421	403	348	13	22
		C/A	44.3%	48.1%	c/C	17.4%	15.4%	14.3%	12.7%	0.5%	0.8%

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

(2) 短期的目標の達成状況

① 短期的目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症の各疾患の治療状況と脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の合併状況を、平成30年度と令和4年度で比較してみました。

高血圧では治療者の割合が増えていますが、高血圧が最大の原因である脳血管疾患の割合はどの年代でも減少していました(図表18)。

虚血性心疾患は、40歳以上においては割合が減少していますが、40歳～64歳については割合が多くなっています。虚血性心疾患の一番の危険因子はメタボリックシンドロームであり、若い世代にメタボリックシンドローム者が増加していることが考えられます。また、メタボリックシンドロームが原因で高血圧を発症していることも考えられます(図表18)。

人工透析の65歳～74歳の治療者の割合が多いのは、長期間高血圧が続き動脈硬化を起こし発症していると考えます(図表18)。

糖尿病では、40歳～64歳では治療状況の割合、そして、細小血管障害である糖尿病性腎症・網膜症の割合も増加しており、早い時期から糖尿病を発症していることがわかります。また、糖尿病性腎症についてはどの年代も増加しています(図表19)。

脂質異常症では40歳以上の治療割合が増加しており、これは、40歳～64歳の治療割合が増加しているためです。40歳～64歳の虚血性心疾患の割合が増加していますが、高血圧と同様にメタボリックシンドロームが原因と考えられること、脂質の多い食事へと変化していることも考えられます(図表20)。

以上のことから、本町では若い世代から健診の受診勧奨を行い、発症及び重症化予防を行っていく必要があると考えます。

図表18 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	2,203	2,129	537	496	1,666	1,633
		A/被保数	46.0%	48.3%	27.3%	29.6%	59.0%	59.8%
（中長期 合併症 目 標 疾 患）	脳血管疾患	B	358	307	67	55	291	252
		B/A	16.3%	14.4%	12.5%	11.1%	17.5%	15.4%
	虚血性心疾患	C	372	313	68	69	304	244
		C/A	16.9%	14.7%	12.7%	13.9%	18.2%	14.9%
	人工透析	D	24	28	13	8	11	20
		D/A	1.1%	1.3%	2.4%	1.6%	0.7%	1.2%

出典: KDB システム 疾病管理一覧(高血圧症)、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 19 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	1,163	1,065	276	259	887	806
		A/被保数	24.3%	24.2%	14.1%	15.5%	31.4%	29.5%
(中長期併症目標疾患)	脳血管疾患	B	227	177	46	37	181	140
		B/A	19.5%	16.6%	16.7%	14.3%	20.4%	17.4%
	虚血性心疾患	C	240	189	48	42	192	147
		C/A	20.6%	17.7%	17.4%	16.2%	21.6%	18.2%
	人工透析	D	14	12	8	4	6	8
		D/A	1.2%	1.1%	2.9%	1.5%	0.7%	1.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	102	118	22	37	80	81
		E/A	8.8%	11.1%	8.0%	14.3%	9.0%	10.0%
	糖尿病性網膜症	F	127	116	24	26	103	90
		F/A	10.9%	10.9%	8.7%	10.0%	11.6%	11.2%
	糖尿病性神経障害	G	70	61	12	11	58	50
		G/A	6.0%	5.7%	4.3%	4.2%	6.5%	6.2%

出典:KDB システム_疾病管理一覧(糖尿病)、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 20 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	1,784	1,701	453	432	1,331	1,269
		A/被保数	37.3%	38.6%	23.1%	25.8%	47.1%	46.5%
(中長期併症目標疾患)	脳血管疾患	B	268	233	45	45	223	188
		B/A	15.0%	13.7%	9.9%	10.4%	16.8%	14.8%
	虚血性心疾患	C	317	295	59	69	258	226
		C/A	17.8%	17.3%	13.0%	16.0%	19.4%	17.8%
	人工透析	D	11	10	7	4	4	6
		D/A	0.6%	0.6%	1.5%	0.9%	0.3%	0.5%

出典:KDB システム_疾病管理一覧(脂質異常症)、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果から重症化予防対象となる高血圧Ⅱ度以上及びHbA1c7.0%以上の割合を平成30年度と令和4年度で比較してみたところ、高血圧の有所見者の割合は4.6%から5.0%と増加しましたが、HbA1c7.0%以上の割合は5.5%から4.7%と減少しています。また、未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が令和4年度では高血圧が32.6%、糖尿病は7%となっており、高血圧の未治療者が多いことがわかり、図表18にあるように高血圧の有所見者の割合が増加した要因になっていると考えます(図表21)。

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も医療が必要な方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 21 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高 血 圧											
					結果の改善 II 度高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R04年度		H30年度		問診結果		R04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				
時津町	2,173	49.4	3,982	46.1	99	4.6	47	47.5	92	5.0	50	54.3	30	32.6	4	4.3

	健診受診率				糖 尿 病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R04年度		H30年度		問診結果		R04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				
時津町	2,157	99.3	1,585	99.7	119	5.5	31	26.1	86	4.7	23	26.7	6	7.0	2	2.3

出典：ヘルスサポートラボツール（特定健診結果）

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を、軽度であっても複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合が増加しています（図表 22）。

また、重症化予防の観点から、高血糖 HbA1c6.5%以上、高血圧 II 度以上、脂質異常症 LDL-C160mg/dl 以上の者で健診を 2 か年連続で受診した者の有所見割合を平成 30 年度・令和元年度健診受診者と令和 3 年度・4 年度健診受診者で比較してみました。

HbA1c6.5%以上の者の割合は、令和 3 年度・4 年度(10.3%)が平成 30 年度・令和元年度(11%)より減少しています。内訳をみると、令和 3 年度・4 年度の改善率の割合が増加し悪化率が減少していることから、有所見割合が減少している結果につながっていると考えます（図表 23）。

高血圧 II 度以上の割合は、令和 3 年度・4 年度(5.1%)が、平成 30 年度・令和元年度(4.6%)より増加しています。内訳をみると、令和 3 年度・4 年度の変化なしの割合(14.8%)が増加しているためと考えます（図表 24）。

LDL-C160mg/dl 以上の割合は、令和 3 年度・4 年度(9.4%)が、平成 30 年度・令和元年度(10.1%)より減少しています。内訳をみると、悪化率(7.3%)が増加していますが、改善率(50.0%)も増加しているためと考えます（図表 25）。

健診未受診者は生活習慣病が悪化することがわかっていますが、3 疾患とも健診未受診者の割合は減少していました。しかし、高血圧の II 度以上の割合のみ増加しているのは図表 21 にあるように未治療者が多いことが考えられます。

図表 22 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	予備群
H30年度	2,173 (49.4%)	447 (20.6%)	262 (12.1%)
R04年度	1,841 (46.1%)	404 (21.9%)	286 (15.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 23 高血糖 HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	237 (11.0%)	52 (21.9%)	77 (32.5%)	40 (16.9%)	68 (28.7%)
R03→R04	163 (10.3%)	60 (36.8%)	46 (28.2%)	14 (8.6%)	43 (26.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 高血圧Ⅱ度以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	99 (4.6%)	51 (51.5%)	12 (12.1%)	5 (5.1%)	31 (31.3%)
R03→R04	81 (5.1%)	46 (56.8%)	12 (14.8%)	0 (0.0%)	23 (28.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 脂質異常症 LDL160mg/dl 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	218 (10.1%)	93 (42.7%)	42 (19.3%)	14 (6.4%)	69 (31.7%)
R03→R04	150 (9.4%)	75 (50.0%)	31 (20.7%)	11 (7.3%)	33 (22.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、平成 30 年度には 48.2%でしたが、新型コロナウイルス感染症の影響で令和 2 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません(図表 26)。

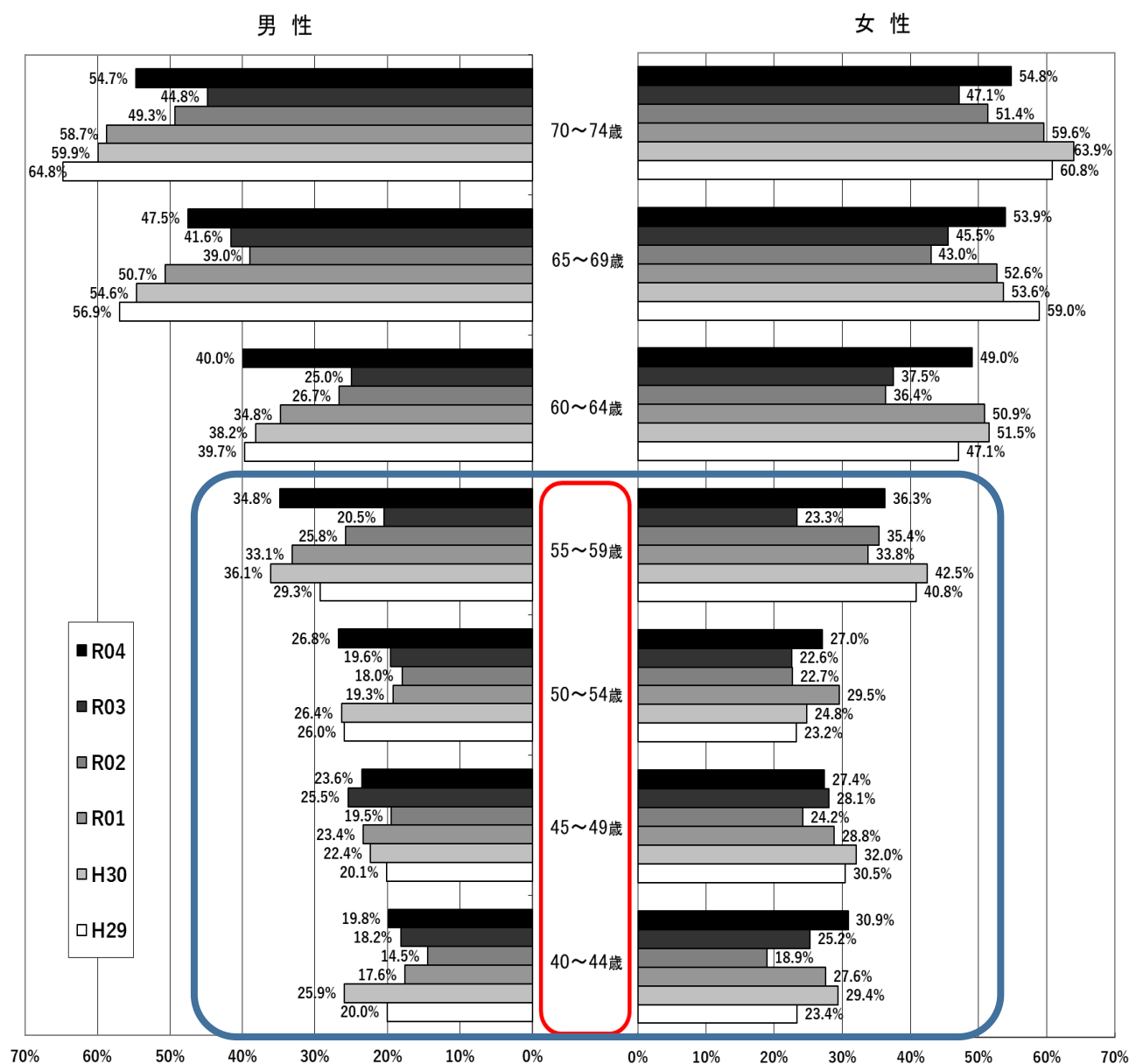
特に、40 歳～50 歳代の受診率が 20%台～30%台と低い状況が続いています(図表 27)。動脈硬化の進展には 20～30 年かかり自覚症状もなく進行し、高齢になるにつれて重症化疾患を発症するため、40 歳からの若い年代に健診受診勧奨を行い保健指導へ繋げることが重要です。

図表 26 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	2,118	1,997	1,622	1,525	1769	健診受診率 56%
	受診率	48.2%	45.4%	37.7%	36.7%	44.3%	
特定保健 指導	該当者数	202	176	150	164	185	特定保健指導 実施率 80%
	割合	9.5%	8.8%	9.2%	10.8%	10.5%	
	実施者数	169	149	119	132	135	
	実施率	83.7%	84.7%	79.3%	80.5%	73.0%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 27 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2)第2期計画の主な個別事業の評価

(1)重症化予防の取組み状況

①糖尿病性腎症重症化予防事業

平成 29 年度より糖尿病性腎症重症化予防事業が開始され、HbA1c6.5%以上の者で医療機関未受診者に対して医療機関への受診勧奨を行い、治療中で HbA1c7%以上の者に対しては重点的に保健指導を行っており、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、HbA1c6.5%以上者の割合が 11.0%から 9.5%、HbA1c7%以上者の割合が 5.5%から 4.7%へと減少しています(図表 28)。

図表 29 の HbA1c6.5%以上の 2 か年での改善・悪化状況をみると、改善率は増加し悪化が減少しています。また、健診未受診者は値が悪くなる方が多いため、健診を受診してもらうことが重要になりますが、健診未受診者率も減少しており、改善につながっていると考えます。

しかし、図表 28 の HbA1c6.5%治療状況をみると、HbA1c6.5%以上者のうち未治療者の割合が平成 30 年度の 33.8%から令和 4 年度では 36.6%と増加しています。重症化予防のためには、確実に治療に繋げることが重要になってきます(図表 28)。

治療中でも HbA1c7%以上(血糖コントロール不良者)が約 73%います(図表 28)。糖尿病は薬だけでは血糖コントロールは難しく、食生活の改善が必要となってきます。そのため、食生活について保健指導を行うことが重要です。

また、糖尿病性腎症を悪化させないためには尿蛋白の改善も重要です。図表 30 をみると、令和 4 年度の尿蛋白陽性者(0.15 g/gcr 以上)の割合では、陽性者のうち約 5 割が肥満者であることがわかります。また、肥満と糖尿病の関係をみてみると、糖尿病の正常高値～境界型は 47%、糖尿病型 31%と陽性者が多いことがわかります。

糖尿病性腎症の診断がついている者の状況を見ると、平成 30 年度の 6.8%から令和 4 年度では 8.9%と増加しています(図表 31)。

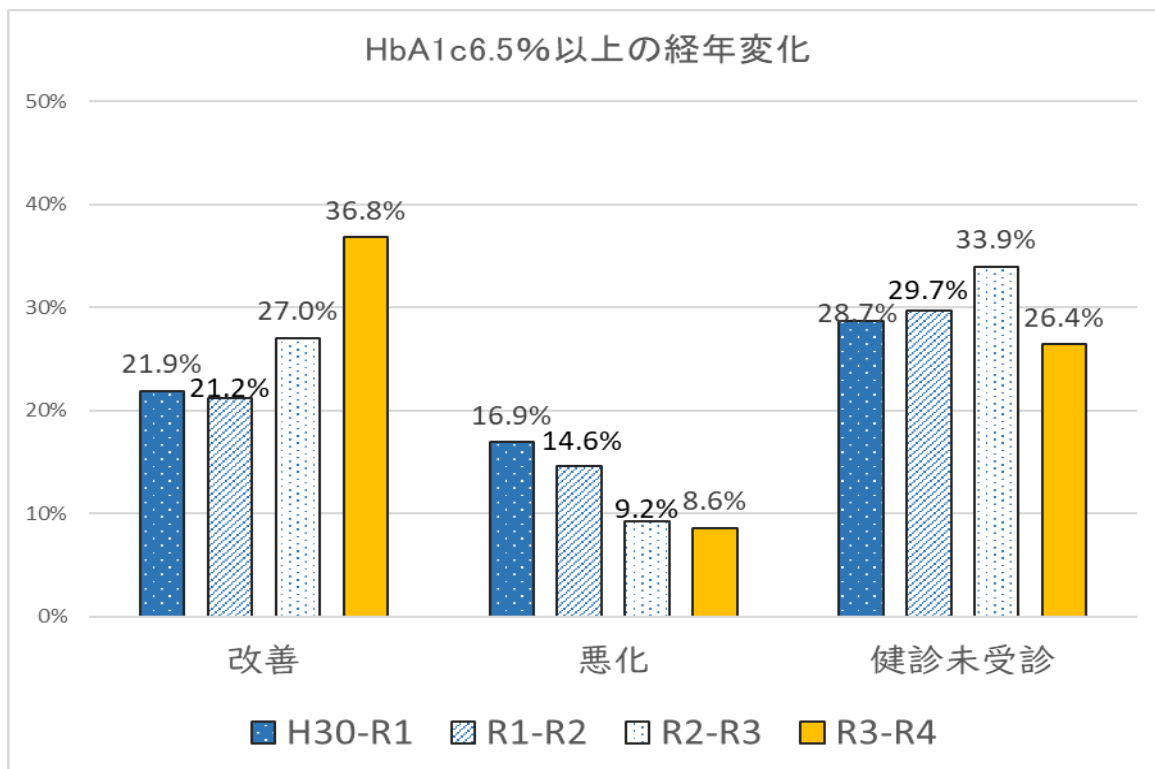
引き続き、糖尿病性腎症重症化予防を行い、あわせて肥満者へ減量の保健指導を行っていく必要があります

図表 28 HbA1c の年次比較

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6～ 5.9	6.0～ 6.4	6.5以上												
					再)7.0以上	再掲											
						未治療	治療										
H30	2,157	962 44.6%	692 32.1%	266 12.3%	237 11.0%	80 33.8%	157 66.2%										
					119 5.5%	31 26.1%	88 73.9%										
R04	1,839	911 49.5%	546 29.7%	207 11.3%	175 9.5%	64 36.6%	111 63.4%										
					86 4.7%	23 26.7%	63 73.3%										

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 29 HbA1c6.5%以上の経年変化



出典：ヘルスサポートラボツール

図表 30 尿蛋白定量検査の陽性者(0.15g/gcr 以上)の肥満と糖尿病の関係 (R4 年度健診結果)

総数	肥満(内臓脂肪型含む)あり					
			再掲)正常高値～境界型 HbA1c5.6～6.4		再掲)糖尿病型 HbA1c6.5以上	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
229	118	52%	55	47%	36	31%

出典：特定健診データより(マルチマーカー)

図表 31 糖尿病性腎症患者数

	時津町			
	H30年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合
糖尿病性腎症	54人	6.8%	64人	8.9%
(再掲)40-74歳	53人	6.8%	64人	9.0%

出典：KDB_厚生労働省様式 3-2

②虚血性心疾患の重症化予防事業

本町では、国の基準と前々年度の健診結果において HbA1c6.5%以上又は 7.0%以上の該当者に心電図検査を実施しています。

心電図検査を実施した者のうち、虚血性心疾患の所見がある者が 63 人(26.8%)いました。その中で ST 変化の所見がある者は 46%おり虚血性心疾患を発症する可能性が高く、医療機関受診を直ちに勧めなくてはなりません。異常 Q 波は、既に虚血性心疾患を発症した者になりますが、一度も医療機関で精密検査をしたことがない者については、検査をするよう勧める必要があります(図表 32)。

専門病院での検査や、かかりつけ医から専門医への紹介などへつながった割合は半数でした。

図表 32 心筋虚血の変化(心電図)

R04 年度

健診受診者 1841人	心電図検査 有所見者数		心筋虚血											
							再掲)ST変化		専門病院で 検査した者		再掲)異常Q波		専門病院で 検査した者	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
40～74歳	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	235	12.8%	63	26.8%	29	46.0%	13	44.8%	9	14.3%	5	55.6%		

出典:ヘルスサポートラボツール

③脳血管疾患重症化予防事業

脳血管疾患において最大の危険因子は高血圧であるため、高血圧Ⅱ度以上の者に対し保健指導を実施してきました。高血圧Ⅱ度以上の者の割合をみていくと平成 30 年度 4.6%から令和 4 年度では 5.0%と増加しています(図表 33)。

高血圧は糖尿病と比較すると内服することによって値がコントロールしやすい疾患ですが、治療につながっていない割合が高くなっています(図表 34)。

拡張期高血圧から始まり収縮期高血圧へ移行し、高血圧を発症します。図表 35 で肥満あり・肥満なしの拡張期血圧Ⅰ度以上の割合を年代別でみると、40 代・50 代の肥満ありの割合が肥満なしと比べて高く、肥満があると若い年代から血圧が高くなる傾向が有ります。長崎県市町国保での高血圧の順位をみると、拡張期血圧Ⅰ度以上の者の割合が平成 30 年度 3 位から令和 4 年度 1 位となっています。そのため、収縮期血圧Ⅰ度以上の者の割合は平成 30 年度 17 位でしたが令和 4 年度では 11 位と順位があがっています(図表 36)。

脳血管疾患の発症を抑えるためには、未治療者については治療につなげ、メタボリックシンドローム者には収縮期高血圧へ移行しないよう減量の保健指導を行っていく必要があります。

また、高血圧によって心房細動を起こし発症する心原性脳塞栓症は、死亡・介護につながりやすいため、心房細動を早期に発見し治療に繋げることが重要です。そのため、高血圧Ⅰ度以上の者には心電図検査を行うよう国の基準も定められています。高血圧だけではなく糖尿病患者も心房細動を発症しやすいこともあり、本町では、国の基準以外に心房細動を発症しやすい HbA1c6.5%以上(治療中者は 7.0%以上)の者に対して心電図検査を実施しています(図表 37)。平成 30 年度では心電図

検査実施率が約 30%だったこともあり、再度、医療機関へ心電図検査の目的等について説明をしたところ、令和 4 年度は 60.5%まであがりました。引き続き、医療機関へ心電図検査実施について協力をお願いし心電図検査を行うようになっていく必要があり、発見した場合は治療に繋げていきます。

図表 33 血圧の年次比較

年度	健診 受診者	正常 正常高 値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧 以上						
					再) Ⅲ度高血圧	再掲					
						未治療	治療				
H30	2,172	962 44.3%	655 30.2%	456 21.0%	99	47	52				
					4.6%	47.5%	52.5%				
					16	6	10	0.7%			
R04	1,841	798 43.3%	534 29.0%	417 22.7%	92	50	42				
					5.0%	54.3%	45.7%				
					14	9	5	0.8%			

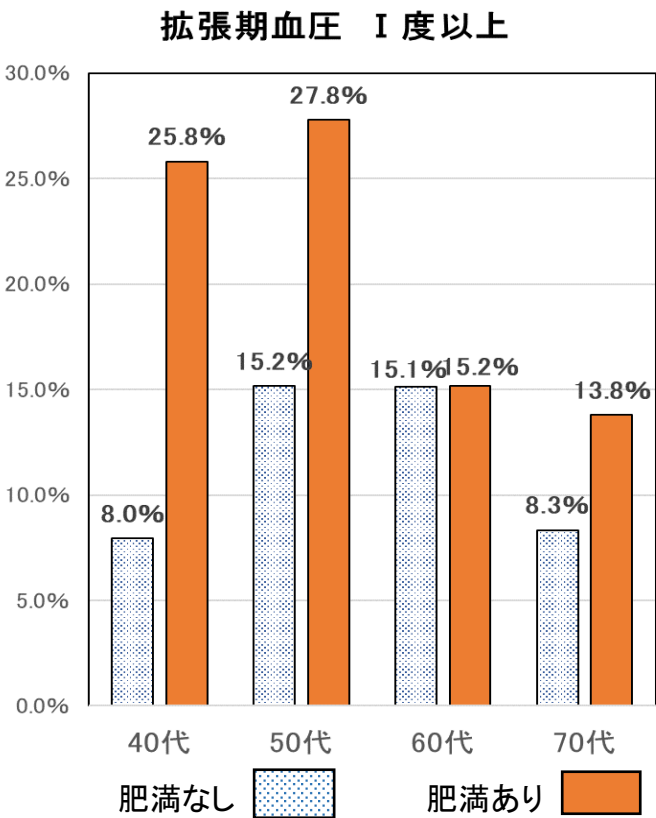
出典：ヘルスサポートラボツール

図表 34 高血圧と糖尿病の医療の医療機関受診状況

血圧								HbA1c							
Ⅱ度以上		未治療		治療中断		不定期受診		7.0%以上		未治療		治療中断		不定期受診	
D	D/B	E	E/D	F	F/D	G	G/D	H	H/C	I	I/H	J	J/H	K	K/H
92	5.0	30	32.6	4	4.3	14	15.2	86	4.7	6	7.0	2	2.3	7	8.1

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 肥満あり・なしの拡張期血圧の状況



出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 高血圧 県内順位

高血圧Ⅰ度以上(収縮期)						高血圧Ⅰ度以上(拡張期)					
H30年度			R4年度			H30年度			R4年度		
人数	割合	県内順位	人数	割合	県内順位	人数	割合	県内順位	人数	割合	県内順位
518人	22.8%	17位	463人	23.9%	11位	245人	10.8%	3位	240人	12.4%	1位

出典: FOCUS

図表 37 心房細動の有所見者数

心電図	H30				R4			
	町基準 (人)	国基準 (人)	合計 (人)	%	町基準 (人)	国基準 (人)	合計 (人)	%
対象者	169	570	739		95	538	633	
受診者	66	157	223	30.2%	64	319	383	60.5%
心房細動	2	5	7	3.1%	2	9	11	2.9%
未治療者			0				0	

出典: 特定健診データ(マルチマーカー)

(2) ポピュレーションアプローチの取り組み状況

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

時津町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、1人ひとりの町民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援してきました。

取組内容としては、生活習慣病重症化が医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっていることや、食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、集団健康教育を行っています。

(3) 第2期計画目標の達成状況

図表38の第2期データヘルス計画の目標管理一覧をみると、中長期目標では、1人あたりの入院費の伸び率・人工透析の患者数は増加していますが、虚血性心疾患と脳血管疾患の患者数は減少しています。

特定健診受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響により低迷していましたが、令和4年度では新型コロナウイルス感染症前の受診率近くまで増加しました。しかし、目標の56%に至っていません(図表39)。特定保健指導の目標値は80%となっていますが、実施率は70%台となっています(図表40)。

脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析を予防するための重症化予防事業保健指導実施率は、

徐々に増加しており、71.6%まで到達しました(図表 38)。短期目標をみると、糖尿病・脂質異常症の者の割合は減少していますが、高血圧は上昇しています。図表 34 で糖尿病と比較すると未治療者の割合が多かったことや、23 ページの図表 35、24 ページの図表 36 にあるように高血圧の背景にはメタボリックシンドロームがあります。メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合ともに増加し、今後、高血圧のみならず糖尿病等の割合も再び上昇することが予測され、1人当たりの医療費の伸び率を抑制するためには、メタボリックシンドローム者の減少にむけて保健指導を実施していく必要があります。

また、重点事業である糖尿病性腎臓病重症化予防事業の保健指導実施率は増加していますが、未治療者への医療機関受診率が約 5 割と横ばいのため、受診率を上げていくことが重要になってきます(図表 38)。

図表 38 第 2 期データヘルス計画目標管理一覧

データヘルス計画 目標指標			目標値	実績		
				初年度	中間	最終
				H30年度	R1年度 (伸び率)	R4年度 (伸び率)
中長期目標	1人当たりの入院費の伸び率の抑制		減少	31,195円	29,729円 (-4.7%)	33,142円 (11.5%)
	虚血性心疾患の患者数の減少		減少	369人	339人	312人
	脳血管疾患の患者数の減少		減少	358人	350人	303人
	慢性腎不全の患者数の減少		減少	23人	24人	27人
短期目標 【アウトカム】	血圧Ⅱ度(160/100mmHg)以上の者の割合		減少	4.6%	5.0%	5.0%
	HbA1c7.0%以上の者の割合		減少	5.5%	5.5%	4.7%
	LDLコレステロール180mg/dl以上の者の割合		減少	3.7%	3.1%	3.5%
	メタボリックシンドローム該当者の割合		減少	20.6%	20.9%	21.9%
	メタボリックシンドローム予備群者の割合		減少	12.1%	13.5%	15.5%
短期目標 【アウトプット】	重症化予防事業保健指導実施率		増加	57.3%	64%	71.6%
	糖尿病性腎臓病(慢性腎不全)重症化予防	保健指導実施率	増加	58.2%	53.4%	92.9%
		医療機関 受診勧奨率	増加	82.6%	100%	76.9%
		医療機関 受診率	増加	52.6%	50.0%	53.8%

図表 39 特定健診受診率管理目標

	H30	R1	R2	R3	R4
目標率	51.1%	53.0%	50.0%	53.0%	56.0%
受診率	48.2%	45.4%	37.7%	36.7%	44.3%

出典:特定健診法定報告データ

図表 40 特定保健指導管理目標

	H30	R1	R2	R3	R4
目標率	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
実施率	83.7%	84.7%	79.3%	80.5%	77.1%

出典:特定健診法定報告データ

3)第2期計画に係る考察

目標である1人あたりの入院費の伸び率を減少させることができなかった背景としては、脳血管疾患や虚血性心疾患の患者数は減少したものの、慢性腎不全の患者数は増加していることが考えられます。慢性腎不全は糖尿病性腎症の中でもあったように尿蛋白を改善していくことが重要となり、尿蛋白者の減少を図るためには、肥満対策が必要であると考えます。

重点的に行ってきた糖尿病性腎臓病重症化予防事業では、HbA1c7.0%以上の者の割合が減少しました。今後も、さらなる減少を目指していきます。

しかし、高血圧Ⅱ度以上の者の割合・メタボリックシンドローム該当者・予備群者の割合は増加しています。

本町の糖尿病や高血圧の原因は、メタボリックシンドローム該当者・予備群者が多いことがわかっており、メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少を目指していく必要があります。

そのためには、健診受診率及び保健指導実施率の向上を目指すことが重要となります。

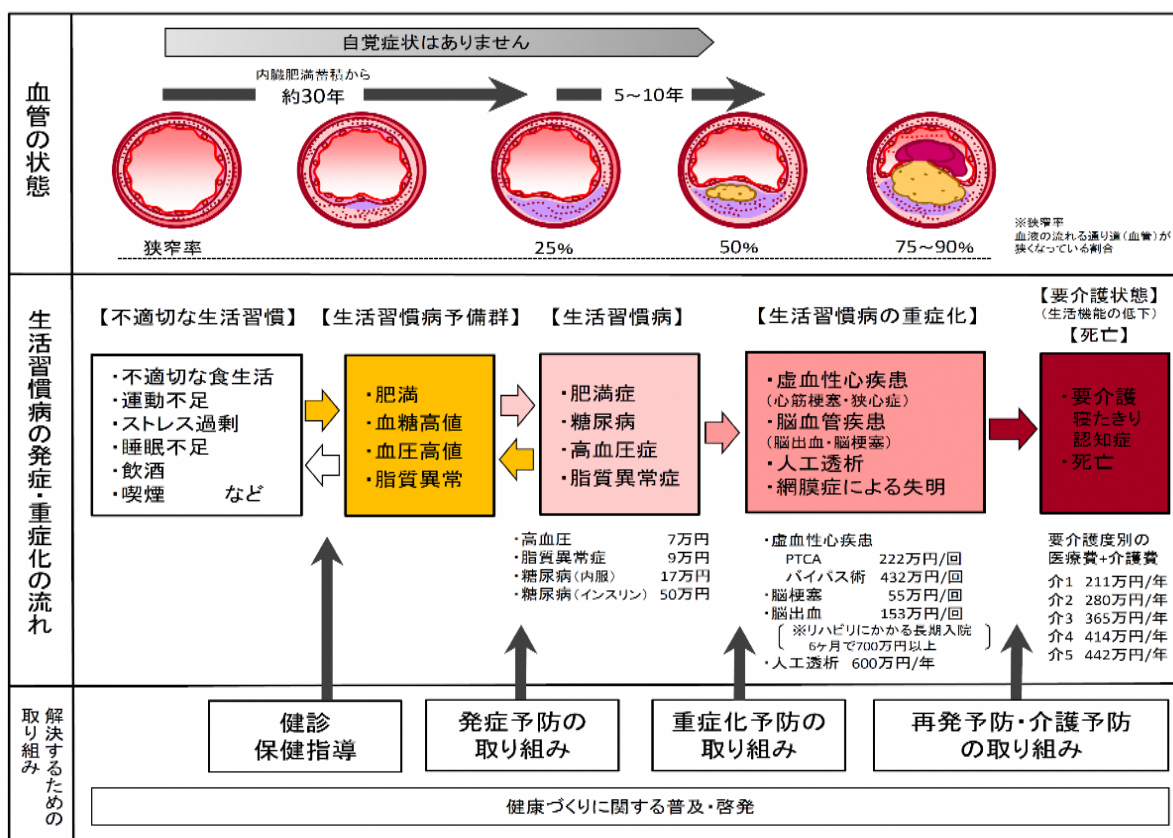
3. 第3期計画における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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ります。

図表 41 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2)健康課題の明確化

データヘルス計画の対象者は、被保険者全員となっていますが、特定健診・特定保健指導の対象である 40～74 歳への保健事業が主な事業となり、それ以前の若者世代や 75 歳に到達し後期高齢者医療制度の被保険者になった者にも、ライフコースアプローチで保健事業を実施していく必要があります。

本町は、75 歳以上の後期高齢者の医療費が県内 1 位(13 ページの図表 15)となっています。

若年期に生活習慣病に罹患した結果、高齢期になって重症化疾患や複数の慢性疾患を発症していることがわかり、健診・医療・介護を切れ目なく一体的に健康課題の分析を行い、保健事業を展開していくことが重要となってきます。

健康課題の明確化においては、第 2 期計画の評価も踏まえ健康・医療情報等を活用し、年代別の被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定していきます。

そこで、効率的・効果的かつ切れ目のない保健事業を行うため、国保から後期までの健診・医療・介護について分析を行い、健康課題を明らかにします。

(1)医療費分析

国保の被保険者数は年々減っていますが、1 人あたり医療費は令和 2 年度は新型コロナウイルスの影響で減少したものの、令和 3 年度以降は増加傾向で、後期高齢者になると1人あたり 100 万円を超え、国保の 2.7 倍も高い状況です(図表 42)。

中長期目標である腎(慢性腎不全透析有り無し)・脳(脳梗塞・脳出血)・心(狭心症・心筋梗塞)の医療費を同規模保険者と比較すると、本町が 3 疾患とも高くなっています(図表 43)。

高額レセプト(80 万円以上/件)の推移をみると、1 人あたりの医療費と同様に令和元年・2 年度では件数が減少していますが令和 4 年度で増加し、後期にいたっては国保と比較すると約 2 倍に増加しています(図表 44)。

しかし、脳血管疾患・虚血性心疾患の高額レセプトをみると、令和 4 年度では平成 30 年度と比較すると人数及び件数ともに減少し、金額も減少しています(図表 45・46)。

図表 42 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		6,370人	6,163人	5,953人	5,813人	5,674人	3,941人
総件数及び 総費用額	件数	67,385件	64,580件	59,420件	60,426件	59,987件	80,660件
	費用額	24億4691万円	22億4311万円	21億5982万円	23億1308万円	23億0993万円	43億5648万円
一人あたり医療費		38.4万円	36.4万円	36.3万円	39.8万円	40.7万円	110.5万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 43 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		R4年度	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	
		総医療費		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	時津町	23億0993万円	33,142	5.05%	0.16%	2.09%	1.61%	5.22%	3.72%	1.48%	4億4636万円	19.32%
	同規模	--	29,136	4.24%	0.31%	2.01%	1.52%	5.81%	3.22%	2.20%	--	19.31%
	県	--	33,994	5.35%	0.30%	1.94%	1.36%	4.80%	3.30%	1.65%	--	18.71%
	国	--	29,043	4.38%	0.29%	2.07%	1.46%	5.45%	3.06%	2.11%	--	18.82%
② 後期	時津町	43億5648万円	94,386	4.59%	0.32%	3.78%	0.92%	3.54%	4.10%	0.80%	7億8643万円	18.05%
	同規模	--	69,832	4.97%	0.47%	3.89%	1.64%	4.23%	2.97%	1.41%	--	19.59%
	県	--	82,405	3.52%	0.45%	4.13%	1.36%	3.43%	3.32%	1.12%	--	17.33%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%

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 44 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期: R04年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	221人	187人	189人	216人	228人	462人
		B	380件	345件	336件	379件	404件	884件
	件数	B/総件数	0.56%	0.53%	0.57%	0.63%	0.67%	1.10%
		C	5億2186万円	4億3475万円	4億4491万円	5億6066万円	5億7568万円	10億9434万円
	費用額	C/総費用	21.3%	19.4%	20.6%	24.2%	24.9%	25.1%

出典: ヘルスサポートラボツール

図表 45 脳血管疾患 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			
脳血管疾患	人数		D	14人		13人		11人		11人		12人		20人		
			D/A	6.3%		7.0%		5.8%		5.1%		5.3%		4.3%		
	件数		E	37件		28件		14件		19件		22件		37件		
			E/B	9.7%		8.1%		4.2%		5.0%		5.4%		4.2%		
	年代別	40歳未満		0	0.0%	1	3.6%	1	7.1%	0	0.0%	2	9.1%	65-69歳	0	0.0%
		40代		3	8.1%	0	0.0%	0	0.0%	2	10.5%	1	4.5%	70-74歳	0	0.0%
		50代		1	2.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.5%	75-80歳	13	35.1%
		60代		25	67.6%	19	67.9%	8	57.1%	8	42.1%	2	9.1%	80代	16	43.2%
		70-74歳		8	21.6%	8	28.6%	5	35.7%	9	47.4%	16	72.7%	90歳以上	8	21.6%
	費用額		F	4750万円		3414万円		1805万円		2627万円		3026万円		4483万円		
F/C			9.1%		7.9%		4.1%		4.7%		5.3%		4.1%			

出典: ヘルスサポートラボツール

図表 46 虚血性心疾患 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		
虚血性心疾患	人数	G	14人		11人		5人		11人		12人		6人		
		G/A	6.3%		5.9%		2.6%		5.1%		5.3%		1.3%		
	件数	H	16件		12件		5件		11件		13件		6件		
		H/B	4.2%		3.5%		1.5%		2.9%		3.2%		0.7%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	2	12.5%	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	6.3%	1	8.3%	1	20.0%	0	0.0%	1	7.7%	75-80歳	2	33.3%
		60代	4	25.0%	2	16.7%	3	60.0%	6	54.5%	4	30.8%	80代	4	66.7%
70-74歳		9	56.3%	7	58.3%	1	20.0%	5	45.5%	8	61.5%	90歳以上	0	0.0%	
費用額	I	3764万円		1399万円		749万円		2118万円		2608万円		863万円			
	I/C	7.2%		3.2%		1.7%		3.8%		4.5%		0.8%			

出典: ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・疾患(医療)・介護データの一体的分析

健康寿命の延伸を図るため、本町国保では健診・医療・介護データを活用して、国保から後期高齢者までの健康課題を分析し、一体的に保健事業を行うよう令和 2 年度より保健事業と介護予防の一体的実施事業を行っています。そこで、40 歳以上の健診・医療・介護データをみていったものが図表 47 になります。

健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と R4 年度の各年代毎の結果でみると、図表 48 の①被保険者数は 40～64 歳が減少していますが、65 歳～74 歳と 75 歳以上では増加しています。本町は高齢化率が低い町ですが、65 歳以上の高齢者が確実に増えていることが分かります。

生活習慣病の発症予防・重症化予防にはメタボリックシンドローム該当者・予備群(肥満)の減少が重要ですが、年代別で見た図表 48 の⑮年代別体格をみると、40～64 歳の若い年齢層の BMI25 以上の割合が平成 30 年度から令和 4 年度では増加し、約 30%の者が肥満になっていることがわかります。動脈硬化は図表 41 にあるように内臓脂肪型肥満から約 30 年かかり、その後 5～10 年で動脈硬化による疾患を発症することがわかります。若い年代でいかにメタボリックシンドローム該当者・予備群を減少させるかが課題となってきます。

本町は糖尿病を重点課題として保健指導を行っており、図表 49 の健診有所見状況をみると、平成 30 年度から令和 4 年度では、40～64 歳・65 歳～74 歳の年代では HbA1c7.0%以上の者の割合が減少しています。しかし、糖尿病の背景にはメタボリックシンドロームがあり、メタボリックシンドローム者がこのまま増加していくと、今後、糖尿病も増加することが予測されます。また、40～64 歳・65 歳～74 歳の高血圧Ⅱ度以上の割合が増加していますが、これもメタボリックシンドロームによる影響が考えられ、糖尿病・高血圧者の割合を減少させるためには、メタボリックシンドロームへの対策が優先課題であることがわかります。

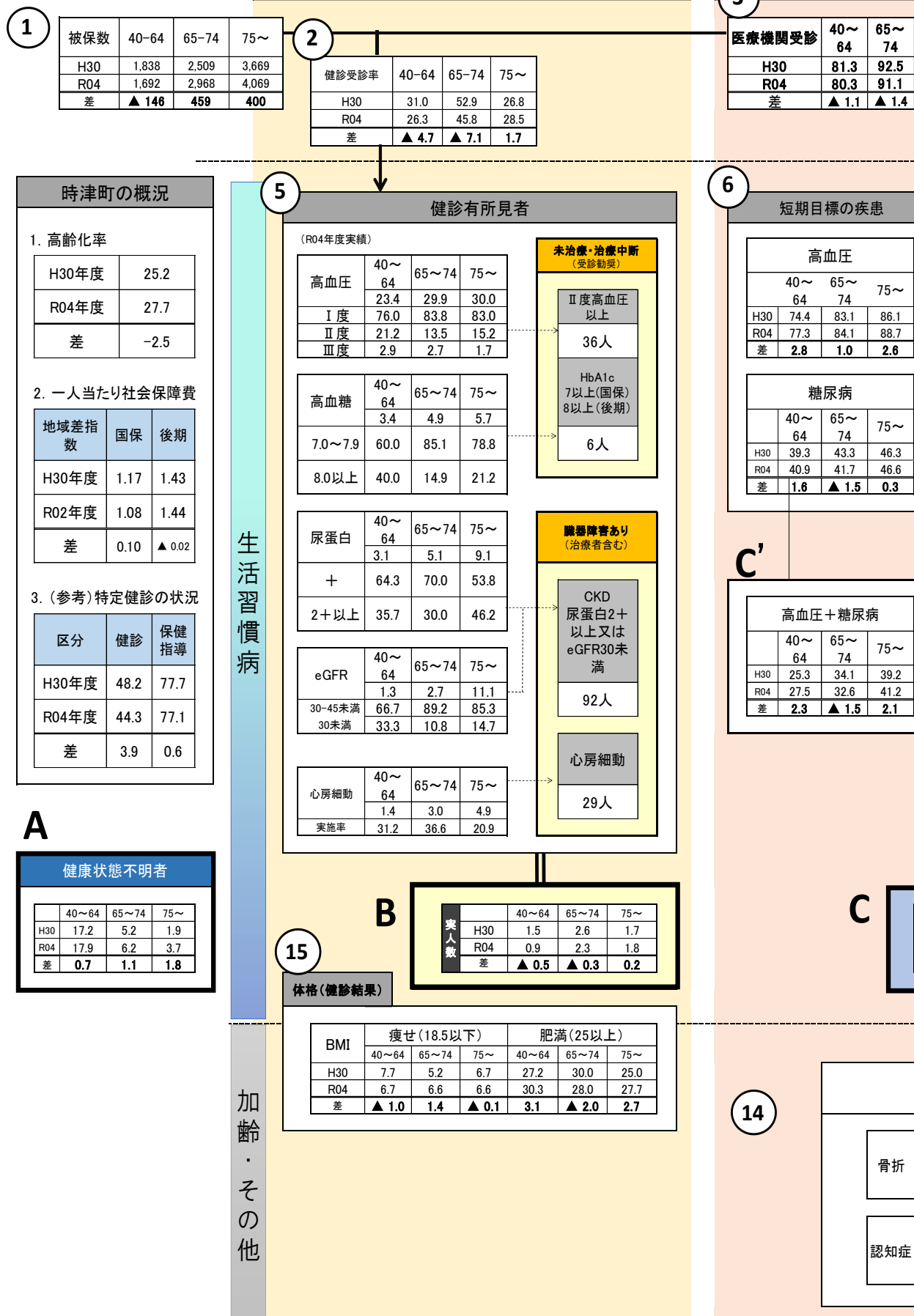
図表 50 の⑥高血圧・糖尿病の治療状況をみると、高血圧・糖尿病とも 40～64 歳の治療者の割合が増加しています。高血圧と糖尿病では高血圧の治療割合が多いですが、図表 50 の⑦の合併症をみると、高血圧者よりも糖尿病者が合併症を発症しており、どの年代においても、同じであることがわかります。糖尿病は全身の血管を傷め合併症を起こす疾患のため、今後も引き続き糖尿病対策は重点課題として行っていき、併せて高血圧対策も行っていく必要があります。

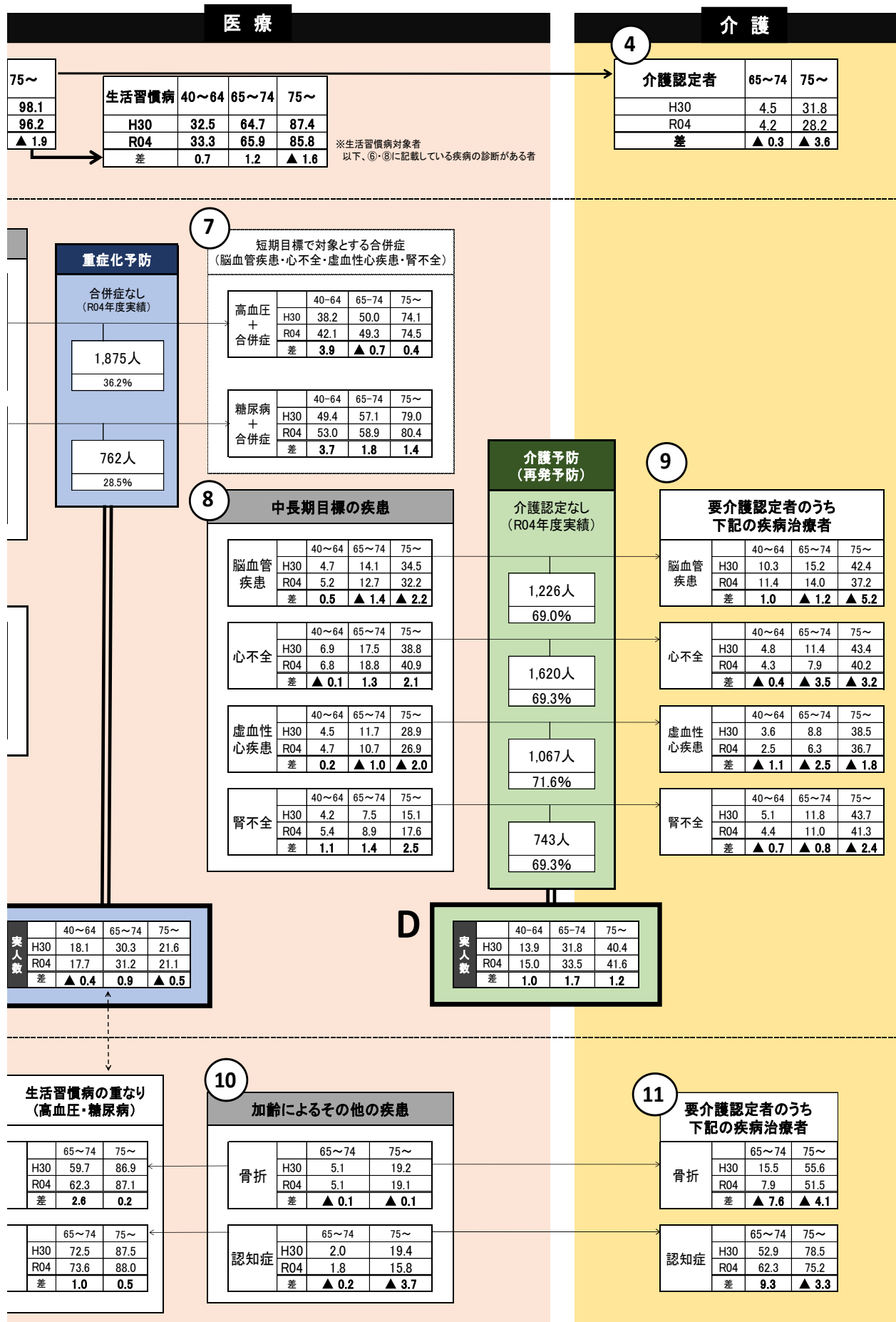
また、高齢者における課題としては介護があります。介護認定の一番のリスクは脳血管疾患ですが、図表 51 の⑧をみると 65 歳～74 歳及び 75 歳以上の脳血管疾患の介護認定者の割合が平成 30 年度と令和 4 年度で比較すると減少しています。しかし、図表 51 の⑧の 40 歳～64 歳での脳血管疾患の割合は増加し、図表 51 の⑨の介護認定でも 40 歳～64 歳の脳血管疾患の割合が増加しています。介護予防のためには、高血圧対策を若い世代から行うことが重要となってきます。

図表 52 で加齢による疾患である骨折・認知症の状況もみてみると、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると骨折・認知症者に高血圧・糖尿病を発症している者の割合が多く(図表 52 の⑭)、高血圧・糖尿病は骨折・認知症のリスクと考えられます。骨折・認知症においても、高血圧・糖尿病対策は若い世代から行うことが重要となってきます。

図表 47 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)

H30・R04比較





出典：ヘルスサポートラボツール

図表 48 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	介護 認定率	被保険者数			健診受診率			体格（健診結果）					
					特定 健診		長寿 健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	31.8	1,838	2,509	3,669	31.0	52.9	26.8	7.7	5.2	6.7	27.2	30.0	25.0
R04	28.2	1,692	2,968	4,069	26.3	45.8	28.5	6.7	6.6	6.6	30.3	28.0	27.7

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 49 健診有所見(高血圧・糖尿病・慢性腎臓病(CKD)・心房細動)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	%	
H30	24	4.2	(12)	59	4.4	(17)	59	6.0	(12)	23	4.0	(2)	70	5.3	(2)	7	0.7	(0)	13	2.3	33	2.5	47	4.8	0	—	14	1.1	2	0.2
R04	25	5.6	(8)	66	4.9	(23)	59	5.1	(5)	15	3.4	(1)	67	4.9	(5)	14	1.2	(0)	6	1.3	25	1.8	61	5.3	2	0.4	15	1.1	12	1.0

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 50 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表		③						⑥												⑦					
年度	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症									
							高血圧			糖尿病			c' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症						
	40- 64	65- 74	75-	40- 64	65- 74	75-	40- 64	65- 74	75-	40- 64	65- 74	75-	40- 64	65- 74	75-	40- 64	65- 74	75-	40- 64	65- 74	75-				
H30	81.3	92.5	98.1	32.5	64.7	87.4	74.4	83.1	86.1	39.3	43.3	46.3	25.3	34.1	39.2	38.2	50.0	74.1	49.4	57.1	79.0				
R04	80.3	91.1	96.2	33.3	65.9	85.8	77.3	84.1	88.7	40.9	41.7	46.6	27.5	32.6	41.2	42.1	49.3	74.5	53.0	58.9	80.4				

出典:ヘルスサポートラボツール

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険割合)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.7	14.1	34.5	4.5	11.7	28.9	6.9	17.5	38.8	4.2	7.5	15.1	10.3	15.2	42.4	3.6	8.8	38.5	4.8	11.4	43.4	5.1	11.8	43.7
R04	5.2	12.7	32.2	4.7	10.7	26.9	6.8	18.8	40.9	5.4	8.9	17.6	11.4	14.0	37.2	2.5	6.3	36.7	4.3	7.9	40.2	4.4	11.0	41.3

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 52 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	59.7	86.9	72.5	87.5	5.1	19.2	2.0	19.4	15.5	55.6	52.9	78.5
R04	62.3	87.1	73.6	88.0	5.1	19.1	1.8	15.8	7.9	51.5	62.3	75.2

出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全）を発症している背景には、高血圧・糖尿病・メタボリックシンドロームが重なっていることがわかりました。そのため、高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐこと、町民が自ら生活習慣の改善ができるように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・腎不全への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第 4 章の「課題解決するための個別保健事業」に記載していきます。

3) 目標の設定

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、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておきます。評価指標については、すべての都道府県で設定することが望ましい指標と、地域の実情に応じた中長期目標と短期目標(図表 53)を設定します。

(1) 中長期的目標の設定

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と考えると、高齢化が進展する昨今では医療費そのものを抑えることが難しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限現状を維持する必要があります。

そのため、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や人工透析となる疾患、介護認定者の有病状況に占める割合が多い疾患である脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度まで維持することを目指します。

(2) 短期的目標の設定

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

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・重症化予防に繋げることが重要であり、その目標値は第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

発症予防・重症化予防を達成するためには、医療が必要な者や治療中断者には医療機関の受診勧奨を行います。また、薬物療法だけでは難しい疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームがありますが、これらは食事療法と併用して治療を行うことが効果的であるため、医療機関と連携を図り栄養指導を行います。

4) 目標値の設定

図表 53 第3期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	目標	指標	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績		
					初期値	中間評価	最終評価
					R 6	R 7	R 8
					(R4)	(R7)	(R10)
データヘルス計画	中長期目標		脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.1%		
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.6%		
				慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	5.1%		
	短期目標	アウトカム	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	21.9%		
				メタボリックシンドローム予備群者の割合の減少	15.5%		
				健診受診者の高血圧者の割合の減少（160/100以上）	5.0%		
				健診受診者の脂質異常者の割合の減少（LDL160以上）	10.1%		
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1C6.5%以上）	9.7%		
				★健診受診者のHbA1C8.0%（NGSP値）以上の者の割合の減少	4.7%		
				健診受診者の糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	53.8%		
	アウトプット		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	44.3%		
				★特定保健指導実施率70%以上	77.1%		
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	21.0%		

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 54 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	46.9%	49.5%	52.1%	54.7%	57.3%	60%以上
特定保健指導実施率	70%	70%	70%	70%	70%	70%以上

3. 対象者の見込み

図表 55 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	3,911人	3,639人	3,356人	3,090人	2,843人	2,590人
	受診者数	1,834人	1,801人	1,748人	1,690人	1,629人	1,554人
特定保健指導	対象者数	183人	180人	175人	169人	163人	155人
	受診者数	128人	126人	122人	118人	114人	108人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については外部委託を行い、契約方法は個別契約及び集合契約にて契約します

①集団健診(個別契約)

②個別健診(集合契約)

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、および特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成 19 年厚生労働省令。以下、「実施基準」という。)第 16 条第 1 項に基づき、具体的に

委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、時津町のカレンダーに掲載及び特定健診対象者に発送しています。

(4) 特定健診実施項目

「内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する」と国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血)を実施します。また、血中脂質検査のうち LDL については、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL の測定に変えられます【実施基準第 1 条第 4 項】(図表 56)。

また、慢性腎不全対策として、健診受診者全員に尿蛋白定量検査、脳血管疾患(心房細動による血栓から生じる)対策として、65 歳以上で HbA1c が 6.5%(治療中 7%)以上の者に心電図検査を実施します。また、高血圧対策として、推定食塩摂取量検査(集団健診のみ)の実施を行います(図表 56)。

図表 56 特定健診検査項目

健診(検査)項目		時津町	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能	AST	○	○
	ALT	○	○
	γ-GTP	○	○
血中脂質	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	○	○
	(nonHDLコレステロール)	○	○
血糖	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	●
	随時血糖	●	●
尿	尿糖	○	○
	尿蛋白定性	○	○
	尿蛋白定量	○	
	尿潜血	○	
	推定1日食塩摂取量	○	
貧血	ヘマトクリット	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球	○	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	○	□
	血清クレアチニン	○	□
	尿酸	○	□

○…必須項目 ●…いずれの項目で実施可 □…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

(5)実施時期

5月から翌年3月末まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

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

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います(図表 57)。

図表 57 特定健診実施スケジュール

内容／実施月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
受診券有効期限		有効期間: 5月1日～翌年3月31日 →										
受診券発行		5月初旬						11月中旬				
受診勧奨チラシ送付 (受診券に同封)		5月初旬				9月		11月中旬				
情報提供書送付 (医療情報提供事業)						9月				1月		
個別健診 (診療所、病院等)		受診期間: 5月1日～ →										
集団検診					8月			11月			2月	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、時津町国保(担当部署:国保・健康増進課)が行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

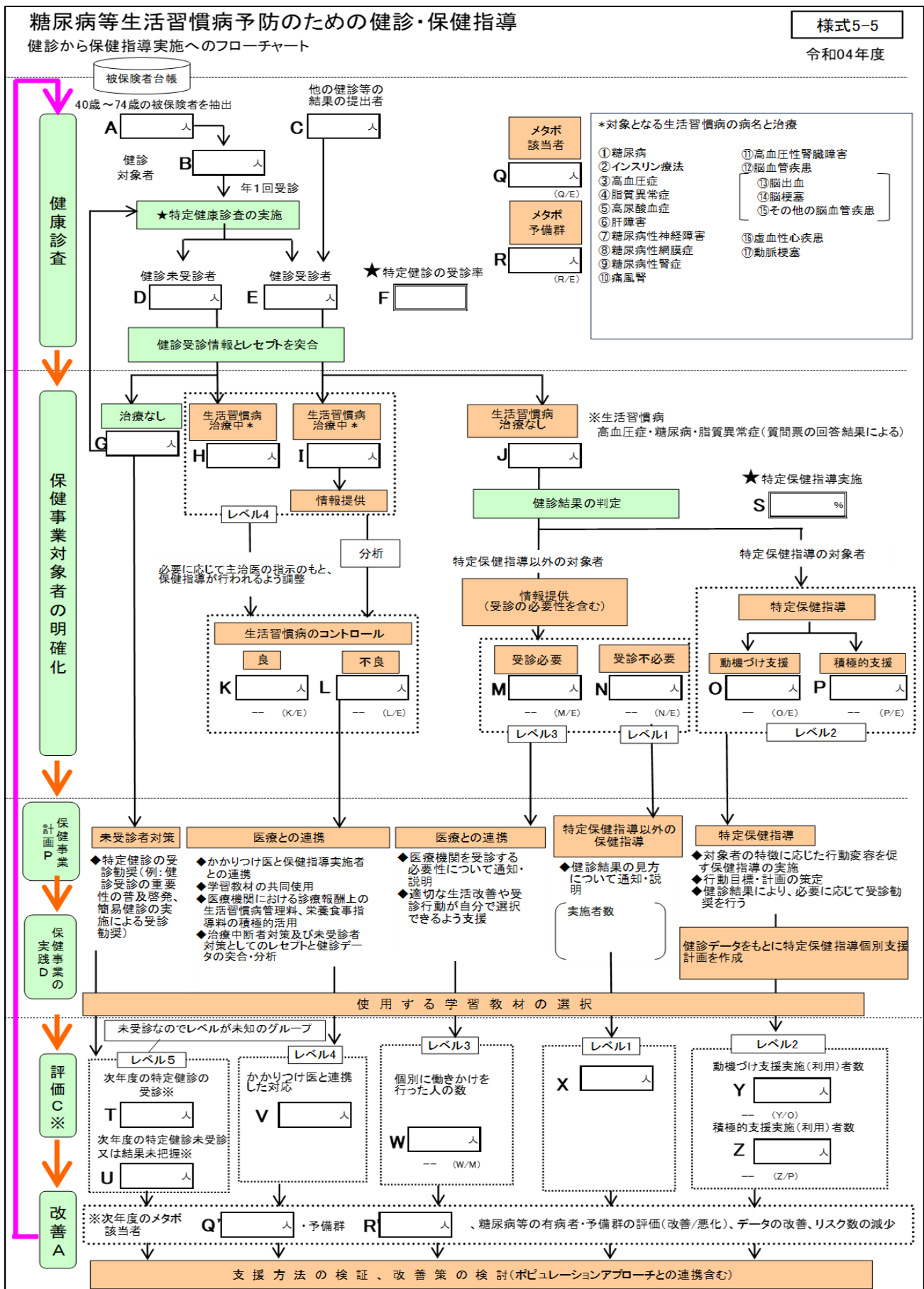
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1)健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います(図表58)。

図表 58 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



出典:ヘルサポートラボツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 59 要保健指導対象者の見込み ※参考年度 令和4年度

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標 実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を 促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受 診勧奨を行う	197人 (10.7%)	70%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性につい て通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自 分で選択できるよう支援	301人 (16.3%)	HbA1c6.5% 以上は 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受 診の重要性の普及啓発、簡易健診 の実施による受診勧奨)	2,151人 健診受診率目標値達 成(60%)まであと554 人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説 明	278人 (15.1%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の 生活習慣病管理料、栄養食事指導 料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対 策としてのレセプトと健診データの突 合・分析	1,065人 (57.8%)	100%

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます(図表 60)。

図表 60 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健診	特定保健指導
4月	対象者の抽出 契約(集団・個別)	
5月	受診券送付 健診開始	
6月		名簿作成・保健指導開始
7月		
8月		
9月		
10月		
11月		
12月		
1月		
2月		
3月	健診終了	次年度8月まで

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

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

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

(2)特定健康診査・特定保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査のデータ管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。また、特定保健指導の記録管理は、保健センターで行います。

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 健康課題を解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症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、特定健康診査における血糖、血圧、脂質の検査数値を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。

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

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

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

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

II. 重症化予防の取組

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、664人(36.1%)です。そのうち治療なしが169人(21.8%)を占め、さらに治療なしの者で臓器障害のある者が48人(28.4%)です(図表61)。

また、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、169人中83人と約半数いるため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効果的であることが分かります(図表61)。



出典：ヘルスサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防事業

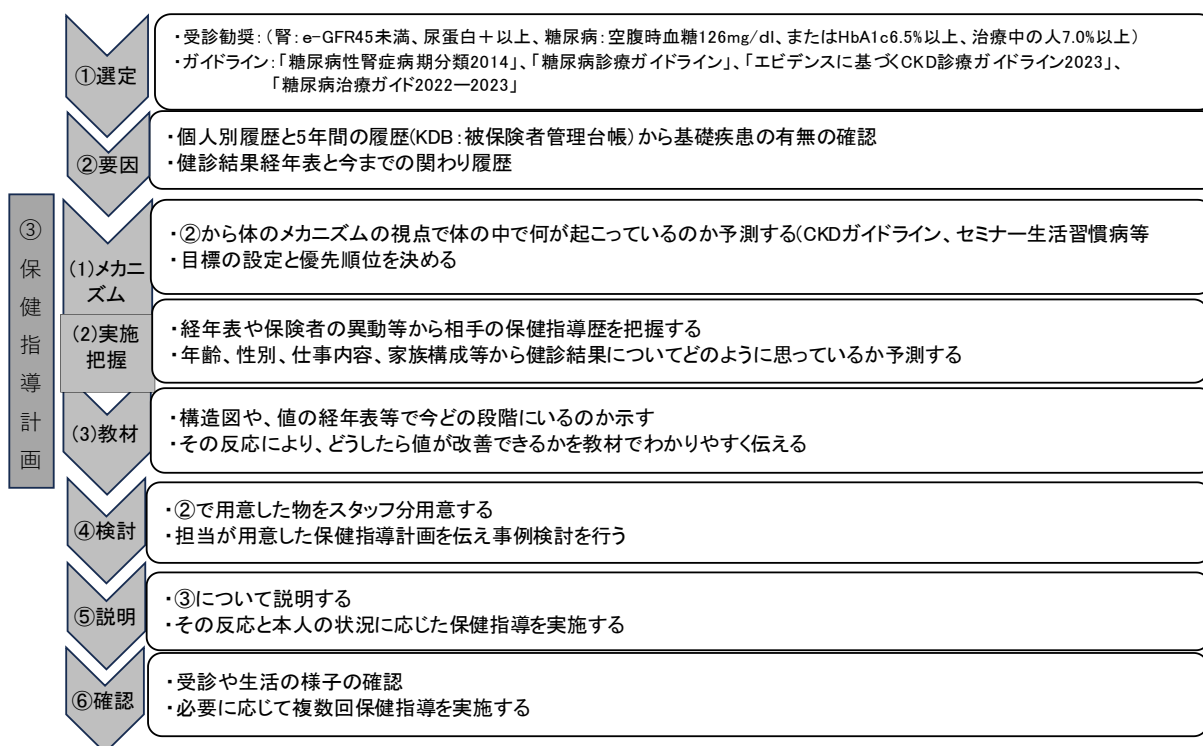
1) 基本的な考え方

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)及び長崎県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCA **サイクル**に沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 62 を参考に実施します。

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

図表 62 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、時津町糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに基づき、抽出すべき対象者を以下のとおりとします。

①医療機関未受診者

過去の健診において、HbA1c6.5%以上の者を対象とする。また、慢性腎臓病(CKD)対策もあ

わせて考慮する必要があるため、空腹時血糖等の結果によらず、尿蛋白、eGFR の結果により、医療機関の受診勧奨を行う。

②医療機関受診中断者

通院中の患者で、最終の医療機関受診月から6か月経過しても受診した記録がない者に、医療機関受診勧奨を行う。

③糖尿病治療中者(ハイリスク者)

下記のア)～オ)のいずれかに該当する者に保健指導を行う。

ア)HbA1c7%以上

* 65歳以上の高齢者については、「糖尿病治療ガイド」の「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標」を参照すること

イ)尿蛋白(±)及び(+)以上

* 健診の経年結果(肥満、血圧、eGFR)を確認し、選定する。

ウ)尿蛋白(2+)以上の者

エ)eGFRの変化

・1年でeGFRが5ml/分/1.73m²低下した者又は25%低下した者

・50 ml/分/1.73m²未満

オ)その他、かかりつけ医及び時津町が必要と認めた者

* また、慢性腎臓病対策もあわせて考慮する必要があるため、尿蛋白、eGFR、高血圧などの結果により保健指導を行う。

(2)選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします(図表 63)。

図表 63 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/gCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30～299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類（図表 63）では、尿アルブミン値及び腎機能（eGFR）で把握していきます。

ただし、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）で分類していますが、尿アルブミン値を検査している医療機関は少ないため把握が困難です。

CKD 診療ガイド 2019 では、尿アルブミン定量（mg/dl）に対応する尿蛋白定性検査では、正常アルブミン尿は尿蛋白定性（-）、微量アルブミン尿は尿蛋白定性（±）、顕性アルブミン尿は尿蛋白定性（+）以上としていることから、尿蛋白定性検査でも糖尿病性腎症病期の推測が可能です。尿蛋白定量検査も同様です。そのため、本町においては、特定健診の血清クレアチニン検査、尿蛋白定性及び定量検査にて把握を行っていきます。

次に対象者の把握を行うため、レセプトデータと特定健診データを用いました（図表 64）。

本町では、特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、88 人（32.1% 図表 64 の F）でした。また、40～74 歳における糖尿病治療者 1,065 人（図表 64 の H）のうち、特定健診受診者が 186 人（67.9% 図表 64 の G）でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者 879 人（82.5% 図表 64 の I）については、治療中です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取組みが必要になってきます。

②取組み方法と優先順位

図表 64 より本町の取組み方法を以下のとおりとします。

□優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（図表 64 の F）

□優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（図表 64 の J）
治療中断しない（継続受診）ための保健指導
- ・取組み方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

□優先順位 3

【保健指導】

- ・図表 64 の I の中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳
- ・取組み方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 64 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和4年度	軽 症	重 症																																																																																	
レセプト (糖尿病)	被保険者 6,771人 年代別 <table><tr><th>人数(a)</th><th>割合</th></tr><tr><td>20代以下</td><td>1,271 18.8</td></tr><tr><td>30代</td><td>462 6.8</td></tr><tr><td>40代</td><td>682 10.1</td></tr><tr><td>50代</td><td>751 11.1</td></tr><tr><td>60代</td><td>1,803 26.6</td></tr><tr><td>70~74歳</td><td>1,802 26.6</td></tr></table> 再掲 40~74歳 5,038人	人数(a)	割合	20代以下	1,271 18.8	30代	462 6.8	40代	682 10.1	50代	751 11.1	60代	1,803 26.6	70~74歳	1,802 26.6	糖尿病治療中 1,085人 (16.0) 患者数(b) b/a <table><tr><td>4</td><td>0.3</td></tr><tr><td>16</td><td>3.5</td></tr><tr><td>47</td><td>6.9</td></tr><tr><td>100</td><td>13.3</td></tr><tr><td>393</td><td>21.8</td></tr><tr><td>525</td><td>29.1</td></tr></table> 特定健診 未受診者 879人 (82.5)・・・I/H その他のリスク <table><tr><td>高血圧</td><td>799</td></tr><tr><td>高尿酸血症</td><td>189</td></tr><tr><td>脂質異常症</td><td>730</td></tr></table> 人数 割合 75.0 17.7 68.5	4	0.3	16	3.5	47	6.9	100	13.3	393	21.8	525	29.1	高血圧	799	高尿酸血症	189	脂質異常症	730	薬物療法あり 558人 (51.4) 患者数(c) c/b d/b <table><tr><td>1</td><td>25.0</td><td>1</td><td>25.0</td></tr><tr><td>7</td><td>43.8</td><td>4</td><td>25.0</td></tr><tr><td>25</td><td>53.2</td><td>4</td><td>8.5</td></tr><tr><td>51</td><td>51.0</td><td>14</td><td>14.0</td></tr><tr><td>208</td><td>52.9</td><td>31</td><td>7.9</td></tr><tr><td>266</td><td>50.7</td><td>48</td><td>9.1</td></tr></table> 550人 51.6 97人 9.1 (再掲) インスリン療法 102人 (9.4) 患者数(d) d/b 糖尿病性腎症 119人 (11.0) 患者数(e) e/b <table><tr><td>0</td><td>0.0</td></tr><tr><td>2</td><td>12.5</td></tr><tr><td>6</td><td>12.8</td></tr><tr><td>18</td><td>18.0</td></tr><tr><td>33</td><td>8.4</td></tr><tr><td>60</td><td>11.4</td></tr></table> 117人 11.0 人工透析 (慢性透析含む) 12人 (1.1) 患者数(f) f/b <table><tr><td>0</td><td>0.0</td></tr><tr><td>0</td><td>0.0</td></tr><tr><td>1</td><td>2.1</td></tr><tr><td>1</td><td>1.0</td></tr><tr><td>6</td><td>1.5</td></tr><tr><td>4</td><td>0.7</td></tr></table> 12人 1.1	1	25.0	1	25.0	7	43.8	4	25.0	25	53.2	4	8.5	51	51.0	14	14.0	208	52.9	31	7.9	266	50.7	48	9.1	0	0.0	2	12.5	6	12.8	18	18.0	33	8.4	60	11.4	0	0.0	0	0.0	1	2.1	1	1.0	6	1.5	4	0.7
	人数(a)	割合																																																																																	
	20代以下	1,271 18.8																																																																																	
	30代	462 6.8																																																																																	
	40代	682 10.1																																																																																	
	50代	751 11.1																																																																																	
	60代	1,803 26.6																																																																																	
	70~74歳	1,802 26.6																																																																																	
	4	0.3																																																																																	
	16	3.5																																																																																	
47	6.9																																																																																		
100	13.3																																																																																		
393	21.8																																																																																		
525	29.1																																																																																		
高血圧	799																																																																																		
高尿酸血症	189																																																																																		
脂質異常症	730																																																																																		
1	25.0	1	25.0																																																																																
7	43.8	4	25.0																																																																																
25	53.2	4	8.5																																																																																
51	51.0	14	14.0																																																																																
208	52.9	31	7.9																																																																																
266	50.7	48	9.1																																																																																
0	0.0																																																																																		
2	12.5																																																																																		
6	12.8																																																																																		
18	18.0																																																																																		
33	8.4																																																																																		
60	11.4																																																																																		
0	0.0																																																																																		
0	0.0																																																																																		
1	2.1																																																																																		
1	1.0																																																																																		
6	1.5																																																																																		
4	0.7																																																																																		
特定健診 [40~74歳]	対象者 3,992人 受診者 1,841人 (46.1) 再掲 65歳以上 1,360人 73.9 人数 割合	治療中 (質問票 回答有) 186人 (67.9) 特定健診 未受診者 879人 (82.5)・・・I/H その他のリスク <table><tr><td>高血圧</td><td>799</td></tr><tr><td>高尿酸血症</td><td>189</td></tr><tr><td>脂質異常症</td><td>730</td></tr></table> 人数 割合 75.0 17.7 68.5	高血圧	799	高尿酸血症	189	脂質異常症	730	再掲(第2~4期) 第2期 早期 第3期 顕性 第4期 顕性 第5期 顕性 第6期 顕性 第7期 顕性 第8期 顕性 第9期 顕性 第10期 顕性 第11期 顕性 第12期 顕性 第13期 顕性 第14期 顕性 第15期 顕性 第16期 顕性 第17期 顕性 第18期 顕性 第19期 顕性 第20期 顕性 第21期 顕性 第22期 顕性 第23期 顕性 第24期 顕性 第25期 顕性 第26期 顕性 第27期 顕性 第28期 顕性 第29期 顕性 第30期 顕性 第31期 顕性 第32期 顕性 第33期 顕性 第34期 顕性 第35期 顕性 第36期 顕性 第37期 顕性 第38期 顕性 第39期 顕性 第40期 顕性 第41期 顕性 第42期 顕性 第43期 顕性 第44期 顕性 第45期 顕性 第46期 顕性 第47期 顕性 第48期 顕性 第49期 顕性 第50期 顕性 第51期 顕性 第52期 顕性 第53期 顕性 第54期 顕性 第55期 顕性 第56期 顕性 第57期 顕性 第58期 顕性 第59期 顕性 第60期 顕性 第61期 顕性 第62期 顕性 第63期 顕性 第64期 顕性 第65期 顕性 第66期 顕性 第67期 顕性 第68期 顕性 第69期 顕性 第70期 顕性 第71期 顕性 第72期 顕性 第73期 顕性 第74期 顕性 第75期 顕性 第76期 顕性 第77期 顕性 第78期 顕性 第79期 顕性 第80期 顕性 第81期 顕性 第82期 顕性 第83期 顕性 第84期 顕性 第85期 顕性 第86期 顕性 第87期 顕性 第88期 顕性 第89期 顕性 第90期 顕性 第91期 顕性 第92期 顕性 第93期 顕性 第94期 顕性 第95期 顕性 第96期 顕性 第97期 顕性 第98期 顕性 第99期 顕性 第100期 顕性 第101期 顕性 第102期 顕性 第103期 顕性 第104期 顕性 第105期 顕性 第106期 顕性 第107期 顕性 第108期 顕性 第109期 顕性 第110期 顕性 第111期 顕性 第112期 顕性 第113期 顕性 第114期 顕性 第115期 顕性 第116期 顕性 第117期 顕性 第118期 顕性 第119期 顕性 第120期 顕性 第121期 顕性 第122期 顕性 第123期 顕性 第124期 顕性 第125期 顕性 第126期 顕性 第127期 顕性 第128期 顕性 第129期 顕性 第130期 顕性 第131期 顕性 第132期 顕性 第133期 顕性 第134期 顕性 第135期 顕性 第136期 顕性 第137期 顕性 第138期 顕性 第139期 顕性 第140期 顕性 第141期 顕性 第142期 顕性 第143期 顕性 第144期 顕性 第145期 顕性 第146期 顕性 第147期 顕性 第148期 顕性 第149期 顕性 第150期 顕性 第151期 顕性 第152期 顕性 第153期 顕性 第154期 顕性 第155期 顕性 第156期 顕性 第157期 顕性 第158期 顕性 第159期 顕性 第160期 顕性 第161期 顕性 第162期 顕性 第163期 顕性 第164期 顕性 第165期 顕性 第166期 顕性 第167期 顕性 第168期 顕性 第169期 顕性 第170期 顕性 第171期 顕性 第172期 顕性 第173期 顕性 第174期 顕性 第175期 顕性 第176期 顕性 第177期 顕性 第178期 顕性 第179期 顕性 第180期 顕性 第181期 顕性 第182期 顕性 第183期 顕性 第184期 顕性 第185期 顕性 第186期 顕性 第187期 顕性 第188期 顕性 第189期 顕性 第190期 顕性 第191期 顕性 第192期 顕性 第193期 顕性 第194期 顕性 第195期 顕性 第196期 顕性 第197期 顕性 第198期 顕性 第199期 顕性 第200期 顕性 第201期 顕性 第202期 顕性 第203期 顕性 第204期 顕性 第205期 顕性 第206期 顕性 第207期 顕性 第208期 顕性 第209期 顕性 第210期 顕性 第211期 顕性 第212期 顕性 第213期 顕性 第214期 顕性 第215期 顕性 第216期 顕性 第217期 顕性 第218期 顕性 第219期 顕性 第220期 顕性 第221期 顕性 第222期 顕性 第223期 顕性 第224期 顕性 第225期 顕性 第226期 顕性 第227期 顕性 第228期 顕性 第229期 顕性 第230期 顕性 第231期 顕性 第232期 顕性 第233期 顕性 第234期 顕性 第235期 顕性 第236期 顕性 第237期 顕性 第238期 顕性 第239期 顕性 第240期 顕性 第241期 顕性 第242期 顕性 第243期 顕性 第244期 顕性 第245期 顕性 第246期 顕性 第247期 顕性 第248期 顕性 第249期 顕性 第250期 顕性 第251期 顕性 第252期 顕性 第253期 顕性 第254期 顕性 第255期 顕性 第256期 顕性 第257期 顕性 第258期 顕性 第259期 顕性 第260期 顕性 第261期 顕性 第262期 顕性 第263期 顕性 第264期 顕性 第265期 顕性 第266期 顕性 第267期 顕性 第268期 顕性 第269期 顕性 第270期 顕性 第271期 顕性 第272期 顕性 第273期 顕性 第274期 顕性 第275期 顕性 第276期 顕性 第277期 顕性 第278期 顕性 第279期 顕性 第280期 顕性 第281期 顕性 第282期 顕性 第283期 顕性 第284期 顕性 第285期 顕性 第286期 顕性 第287期 顕性 第288期 顕性 第289期 顕性 第290期 顕性 第291期 顕性 第292期 顕性 第293期 顕性 第294期 顕性 第295期 顕性 第296期 顕性 第297期 顕性 第298期 顕性 第299期 顕性 第300期 顕性 第301期 顕性 第302期 顕性 第303期 顕性 第304期 顕性 第305期 顕性 第306期 顕性 第307期 顕性 第308期 顕性 第309期 顕性 第310期 顕性 第311期 顕性 第312期 顕性 第313期 顕性 第314期 顕性 第315期 顕性 第316期 顕性 第317期 顕性 第318期 顕性 第319期 顕性 第320期 顕性 第321期 顕性 第322期 顕性 第323期 顕性 第324期 顕性 第325期 顕性 第326期 顕性 第327期 顕性 第328期 顕性 第329期 顕性 第330期 顕性 第331期 顕性 第332期 顕性 第333期 顕性 第334期 顕性 第335期 顕性 第336期 顕性 第337期 顕性 第338期 顕性 第339期 顕性 第340期 顕性 第341期 顕性 第342期 顕性 第343期 顕性 第344期 顕性 第345期 顕性 第346期 顕性 第347期 顕性 第348期 顕性 第349期 顕性 第350期 顕性 第351期 顕性 第352期 顕性 第353期 顕性 第354期 顕性 第355期 顕性 第356期 顕性 第357期 顕性 第358期 顕性 第359期 顕性 第360期 顕性 第361期 顕性 第362期 顕性 第363期 顕性 第364期 顕性 第365期 顕性 第366期 顕性 第367期 顕性 第368期 顕性 第369期 顕性 第370期 顕性 第371期 顕性 第372期 顕性 第373期 顕性 第374期 顕性 第375期 顕性 第376期 顕性 第377期 顕性 第378期 顕性 第379期 顕性 第380期 顕性 第381期 顕性 第382期 顕性 第383期 顕性 第384期 顕性 第385期 顕性 第386期 顕性 第387期 顕性 第388期 顕性 第389期 顕性 第390期 顕性 第391期 顕性 第392期 顕性 第393期 顕性 第394期 顕性 第395期 顕性 第396期 顕性 第397期 顕性 第398期 顕性 第399期 顕性 第400期 顕性 第401期 顕性 第402期 顕性 第403期 顕性 第404期 顕性 第405期 顕性 第406期 顕性 第407期 顕性 第408期 顕性 第409期 顕性 第410期 顕性 第411期 顕性 第412期 顕性 第413期 顕性 第414期 顕性 第415期 顕性 第416期 顕性 第417期 顕性 第418期 顕性 第419期 顕性 第420期 顕性 第421期 顕性 第422期 顕性 第423期 顕性 第424期 顕性 第425期 顕性 第426期 顕性 第427期 顕性 第428期 顕性 第429期 顕性 第430期 顕性 第431期 顕性 第432期 顕性 第433期 顕性 第434期 顕性 第435期 顕性 第436期 顕性 第437期 顕性 第438期 顕性 第439期 顕性 第440期 顕性 第441期 顕性 第442期 顕性 第443期 顕性 第444期 顕性 第445期 顕性 第446期 顕性 第447期 顕性 第448期 顕性 第449期 顕性 第450期 顕性 第451期 顕性 第452期 顕性 第453期 顕性 第454期 顕性 第455期 顕性 第456期 顕性 第457期 顕性 第458期 顕性 第459期 顕性 第460期 顕性 第461期 顕性 第462期 顕性 第463期 顕性 第464期 顕性 第465期 顕性 第466期 顕性 第467期 顕性 第468期 顕性 第469期 顕性 第470期 顕性 第471期 顕性 第472期 顕性 第473期 顕性 第474期 顕性 第475期 顕性 第476期 顕性 第477期 顕性 第478期 顕性 第479期 顕性 第480期 顕性 第481期 顕性 第482期 顕性 第483期 顕性 第484期 顕性 第485期 顕性 第486期 顕性 第487期 顕性 第488期 顕性 第489期 顕性 第490期 顕性 第491期 顕性 第492期 顕性 第493期 顕性 第494期 顕性 第495期 顕性 第496期 顕性 第497期 顕性 第498期 顕性 第499期 顕性 第500期 顕性 第501期 顕性 第502期 顕性 第503期 顕性 第504期 顕性 第505期 顕性 第506期 顕性 第507期 顕性 第508期 顕性 第509期 顕性 第510期 顕性 第511期 顕性 第512期 顕性 第513期 顕性 第514期 顕性 第515期 顕性 第516期 顕性 第517期 顕性 第518期 顕性 第519期 顕性 第520期 顕性 第521期 顕性 第522期 顕性 第523期 顕性 第524期 顕性 第525期 顕性 第526期 顕性 第527期 顕性 第528期 顕性 第529期 顕性 第530期 顕性 第531期 顕性 第532期 顕性 第533期 顕性 第534期 顕性 第535期 顕性 第536期 顕性 第537期 顕性 第538期 顕性 第539期 顕性 第540期 顕性 第541期 顕性 第542期 顕性 第543期 顕性 第544期 顕性 第545期 顕性 第546期 顕性 第547期 顕性 第548期 顕性 第549期 顕性 第550期 顕性 第551期 顕性 第552期 顕性 第553期 顕性 第554期 顕性 第555期 顕性 第556期 顕性 第557期 顕性 第558期 顕性 第559期 顕性 第560期 顕性 第561期 顕性 第562期 顕性 第563期 顕性 第564期 顕性 第565期 顕性 第566期 顕性 第567期 顕性 第568期 顕性 第569期 顕性 第570期 顕性 第571期 顕性 第572期 顕性 第573期 顕性 第574期 顕性 第575期 顕性 第576期 顕性 第577期 顕性 第578期 顕性 第579期 顕性 第580期 顕性 第581期 顕性 第582期 顕性 第583期 顕性 第584期 顕性 第585期 顕性 第586期 顕性 第587期 顕性 第588期 顕性 第589期 顕性 第590期 顕性 第591期 顕性 第592期 顕性 第593期 顕性 第594期 顕性 第595期 顕性 第596期 顕性 第597期 顕性 第598期 顕性 第599期 顕性 第600期 顕性 第601期 顕性 第602期 顕性 第603期 顕性 第604期 顕性 第605期 顕性 第606期 顕性 第607期 顕性 第608期 顕性 第609期 顕性 第610期 顕性 第611期 顕性 第612期 顕性 第613期 顕性 第614期 顕性 第615期 顕性 第616期 顕性 第617期 顕性 第618期 顕性 第619期 顕性 第620期 顕性 第621期 顕性 第622期 顕性 第623期 顕性 第624期 顕性 第625期 顕性 第626期 顕性 第627期 顕性 第628期 顕性 第629期 顕性 第630期 顕性 第631期 顕性 第632期 顕性 第633期 顕性 第634期 顕性 第635期 顕性 第636期 顕性 第637期 顕性 第638期 顕性 第639期 顕性 第640期 顕性 第641期 顕性 第642期 顕性 第643期 顕性 第644期 顕性 第645期 顕性 第646期 顕性 第647期 顕性 第648期 顕性 第649期 顕性 第650期 顕性 第651期 顕性 第652期 顕性 第653期 顕性 第654期 顕性 第655期 顕性 第656期 顕性 第657期 顕性 第658期 顕性 第659期 顕性 第660期 顕性 第661期 顕性 第662期 顕性 第663期 顕性 第664期 顕性 第665期 顕性 第666期 顕性 第667期 顕性 第668期 顕性 第669期 顕性 第670期 顕性 第671期 顕性																																																																										
	高血圧	799																																																																																	
	高尿酸血症	189																																																																																	
	脂質異常症	730																																																																																	

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

(2) 特定健診検査項目に尿蛋白定量を追加(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 期を見逃す恐れがあります。慢性腎臓病も含めた重症化ハイリスク者の増加抑制のため、尿蛋白定量検査を健診受診者全員に実施します。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会と協議し受診勧奨を行います。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳等を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては糖尿病性腎臓病重症化予防事業プログラムに沿って行います。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施では、地域包括支援センターと連携して糖尿病性腎臓病重症化予防事業を実施します。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ、年 1 回行うものとします。その際は健診データ及び KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 65 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への保健指導実施率（再掲で医療機関未受診者への再勧奨数も含む）

イ. 医療機関受診率

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 保健指導実施後の検査値の変化を比較

比較項目：HbA1c、eGFR、尿蛋白

図表 65 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目				時津町				同規模保険者(平均)		データ基		
				H30年度		R04年度		R04年度				
				実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数		6,637人		5,904人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳		4,889人		4,669人						
2	①	対象者数		4,398人		3,992人				市町村国保 特定健康診査・特定 保健指導状況概況 報告書		
	②	受診者数		2,173人		1,841人						
	③	受診率		49.4%		46.1%						
3	①	特定 保健指導		対象者数		202人		185人				
	②	実施率		83.7%		73.0%						
4	①	健診 データ	糖尿病型		344人	15.8%	274人	14.9%		特定健診結果		
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)		108人	31.4%	87人	31.8%				
	③		治療中(質問票 服薬あり)		236人	68.6%	187人	68.2%				
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上又は空腹時血糖130以上	117人		49.6%	84人	44.9%				
	⑤			血圧 130/80以上	65人	55.6%	53人	63.1%				
	⑥				肥満 BMI25以上	56人	47.9%	32人	38.1%			
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	119人	50.4%	103人	55.1%					
	⑧		第1期	尿蛋白(一)	199人	57.8%	207人	75.5%				
	⑨		第2期	尿蛋白(±)	63人	18.3%	30人	10.9%				
	⑩		第3期	尿蛋白(+)以上	30人	8.7%	33人	12.0%				
	⑪		第4期	eGFR30未満	7人	2.0%	4人	1.5%				
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		119.5人		122.5人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
	②		(再掲)40-74歳(被保険者千対)		159.5人		153.1人					
	③		レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者千対	入院外(件数)		4,525件 (944.9)	4,178件 (948.7)	630,975件 (921.9)	KDB_疾病別医療費 分析 (生活習慣病)			
	④			入院(件数)		24件 (5.0)	18件 (4.1)	2,654件 (3.9)				
	⑤		糖尿病治療中		793人	11.9%	723人	12.2%				
	⑥		(再掲)40-74歳		780人	16.0%	715人	15.3%				
	⑦		健診未受診者		544人	69.7%	528人	73.8%				
	⑧		インスリン治療		69人	8.7%	66人	9.1%				
	⑨		(再掲)40-74歳		67人	8.6%	65人	9.1%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
	⑩		糖尿病性腎症		54人	6.8%	64人	8.9%				
	⑪		(再掲)40-74歳		53人	6.8%	64人	9.0%				
	⑫		慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		8人	1.0%	7人	1.0%				
	⑬		(再掲)40-74歳		8人	1.0%	7人	1.0%				
	⑭		新規透析患者数		1		3					
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症									
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		11人	1.1%	21人	1.8%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期			
6	①	医療費	総医療費		24億4691万円		23億0993万円		21億6943万円		KDB 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題	
	②		生活習慣病総医療費		13億4826万円		12億3807万円		11億4738万円			
	③		(総医療費に占める割合)		55.1%		53.6%		52.9%			
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		8,080円		7,058円		7,199円		
	⑤			健診未受診者		34,636円		35,704円		37,856円		
	⑥		糖尿病医療費		1億2881万円		1億2053万円		1億2598万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.6%		9.7%		11.0%			
	⑧		糖尿病入院外総医療費		3億7992万円		3億6064万円					
	⑨		1件あたり		33,976円		36,654円					
	⑩		糖尿病入院総医療費		2億8471万円		2億1610万円					
	⑪		1件あたり		550,697円		612,175円					
	⑫		在院日数		16日		18日					
	⑬		慢性腎不全医療費		1億2947万円		1億2031万円		9872万円			
	⑭		透析有り		1億2483万円		1億1673万円		9197万円			
	⑮		透析なし		464万円		358万円		675万円			
7	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		2人	0.8%	1人	0.4%	926人	1.1%		

出典:ヘルスサポートラボツール

7) 実施期間及びスケジュール

(1) 健診結果から名簿を作成し、保健指導を実施(健診データシステムより)

- 名簿作成担当者が毎月中旬までに当該年度の健診受診者の名簿を作成し、地区担当者へ配付。
- 地区担当者は対象者を抽出し、保健指導の読み取りを行う。行う際には、健診結果経過表と KDB 個人履歴を抽出する。
- 抽出後、読み取りを行い、保健指導を実施(通年)。
- 保健指導実施後は、医療機関受診が必要な者に対しては受診できているか、検査結果が改善されているかを確認する。

(2) 高血糖名簿を作成し、保健指導を実施(保健指導実践ツールより作成)。

- 名簿作成担当者が、10 月末に過去の健診受診者で(6か年分)HbA1c7.0%以上の名簿を作成。
- 地区担当者が名簿から健診未受診者がいないかを確認し、受診勧奨を行う。
また、保健指導が実施できているかを確認し、実施できていない場合は直ちに保健指導を開始する(通年)。
- 実施前には保健指導の読み取りを行うため、健診結果経過表と KDB 個人履歴を抽出する。
- 保健指導実施後は、医療機関受診が必要な者に対しては受診できているか、検査結果が改善されているかを確認する。

(3) 糖尿病管理台帳から保健指導を実施

- 名簿作成担当者が 10 月末に糖尿病管理台帳を作成(県連合会の KDB 補完システムより抽出)
- 地区担当者が HbA1c・腎機能から対象者を抽出する。
- 対象者を抽出後、保健指導の読み取りを行う。行う際には、健診結果経過表と KDB 個人履歴を抽出する。
- 読み取り後、保健指導を行う(通年)
- 保健指導実施後は、医療機関受診が必要な者に対しては受診できているか、検査結果が改善されているかを確認する。

2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防事業

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す。

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

2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類にからみた肥満の状況

肥満度分類でみると、肥満度Ⅰ度（BMI 25～30未満）の割合が多く、性別でみると男性が女性より肥満者が多いことがわかります（図表 66）。

図表 67 で肥満度別・年代別で見た糖尿病・高血圧治療状況をみると、40～64 歳で肥満度Ⅰ度の者は治療まで至っていないことがわかります。

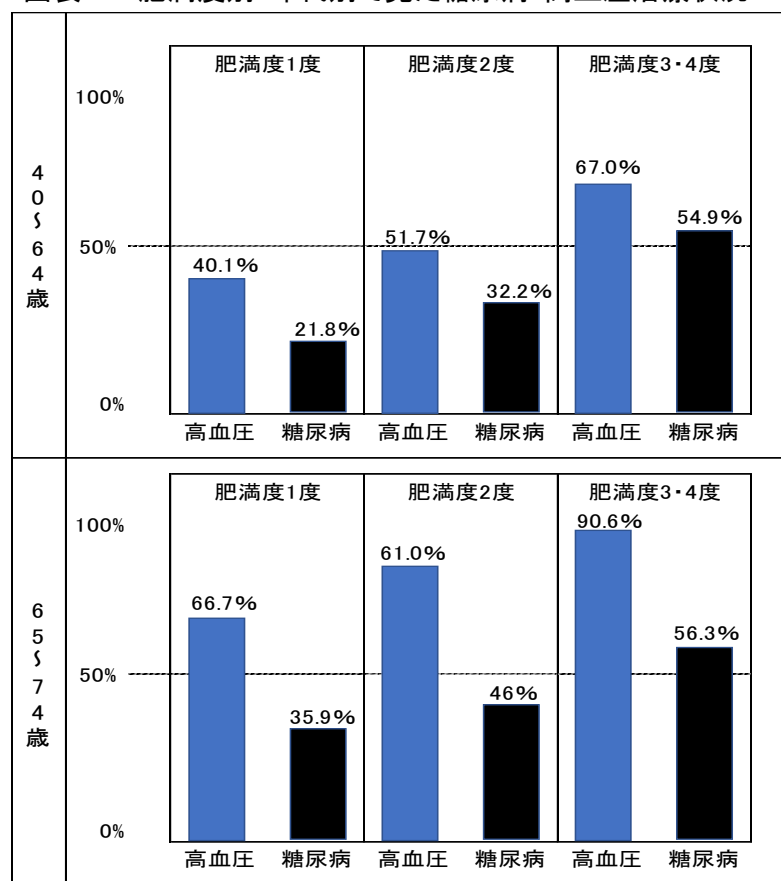
また、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満Ⅲ度・Ⅳ度)は、減量・代謝改善手術を検討」とあります。そのため、肥満度Ⅰ度の軽度者で、代謝がよく減量しやすい若い年代から優先的に保健指導を行うと効率がよいと言えます。

図表 66 肥満度分類による実態

令和04年度		受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
						40～64 歳	65～74 歳	40～64 歳	65～74 歳	40～64 歳	65～74 歳	40～64 歳	65～74 歳
総数		481	1,360	148	380	113	332	31	42	3	6	1	0
				30.8%	27.9%	23.5%	24.4%	6.4%	3.1%	0.6%	0.4%	0.2%	0.0%
再掲	男性	219	603	85	200	63	182	20	15	1	3	1	0
				38.8%	33.2%	28.8%	30.2%	9.1%	2.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.0%
	女性	262	757	63	180	50	150	11	27	2	3	0	0
				24.0%	23.8%	19.1%	19.8%	4.2%	3.6%	0.8%	0.4%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 67 肥満度別・年代別で見た糖尿病・高血圧治療状況



3) 対象者の明確化

性別・年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 68)をみると、男性で 50 代から健診受診者の約 30%を超えている為、女性と比較すると男性を優先することが効率的であると考えられます。

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 69)をみると、男女とも約 90%前後治療中ですが、治療している者の割合が高い年代は 50 代以降となっています。メタボリックシンドローム者に該当する血圧・血糖・脂質の基準値は正常高値からとなりますが、年代が進むにつれて治療中が増加しているのは、減量ができていないために値が悪化し、高血圧・糖尿病等を発症しているためです。

また、図表 70 の心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、全員がメタボリックシンドローム該当者でした。メタボリックシンドローム者は慢性炎症を起こし動脈硬化が悪化し、心血管病を発症したと考えられます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

図表 68 年代別メタボリック該当者の状況

令和04年度		男性					女性				
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳
健診受診者	A	822	61	88	272	401	1,019	58	78	428	455
メタボ該当者	B	259	7	27	92	133	145	3	6	58	78
	B/A	31.5%	11.5%	30.7%	33.8%	33.2%	14.2%	5.2%	7.7%	13.6%	17.1%
再掲	① 3項目全て	C	77	2	5	29	41	49	0	3	23
		C/B	29.7%	28.6%	18.5%	31.5%	30.8%	33.8%	0.0%	50%	29.5%
	② 血糖＋血圧	D	57	1	6	23	27	25	1	1	5
		D/B	22.0%	14.3%	22.2%	25.0%	20.3%	17.2%	33.3%	16.7%	8.6%
	③ 血圧＋脂質	E	114	3	14	36	61	66	2	2	29
		E/B	44%	42.9%	51.9%	39.1%	45.9%	45.5%	66.7%	33.3%	50.0%
	④ 血糖＋脂質	F	11	1	2	4	4	5	0	0	1
		F/B	4.2%	14.3%	7.4%	4.3%	3.0%	3.4%	0.0%	0.0%	1.7%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 69 メタボリックシンドローム該当者の治療状況

令和04 年度	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	822	259	31.5%	226	87.3%	33	12.7%	1,019	145	14.2%	133	91.7%	12	8.3%
40代	61	7	11.5%	3	42.9%	4	57.1%	58	3	5.2%	1	33.3%	2	66.7%
50代	88	27	30.7%	19	70.4%	8	29.6%	78	6	7.7%	5	83.3%	1	16.7%
60代	272	92	33.8%	84	91.3%	8	8.7%	428	58	13.6%	53	91.4%	5	8.6%
70～74歳	401	133	33.2%	120	90.2%	13	9.8%	455	78	17.1%	74	94.9%	4	5.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 70 心・脳血管疾患を発症した事例

心・脳血管疾患を発症した事例から課題を整理する

心臓・脳血管疾患を発症した事例から課題を整理する

事例 No.	性別	発症 年齢	KDBから把握								介護	特定 健診	転 帰
			レセプト										
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患						
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性 心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質 異常症	高尿酸 血症			
1	男	60代		●	●		●		●			メタボ	
2	男	60代	●		●		●		●	●		メタボ	死亡
3	男	50代	●				●	●	●		要介護2	メタボ	
4	男	50代		●		●	●	●	●	●		メタボ	
5	男	40代		●		●	●	●	●	●		メタボ	

(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、血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ②治療中の者に対し、治療中断しないようまた心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ③特定保健指導対象者(治療していない者)にも、保健指導(食事指導)を行います。

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した減量のための保健指導

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

(2)特定健診内容及び二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者及び予備群においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、二次健診の実施及び検討をします。

■動脈硬化や臓器障害の有無・進行の程度を見るための検査

①実施している検査

75 g 糖負荷検査（高インスリン状態を見る検査）及び心電図

②検討する検査

内臓脂肪型肥満者には心電図全員実施を検討する

5)医療との連携

治療中の者には血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報については、かかりつけ医や対象者からの情報、又は KDB 等を活用しデータを収集します。

6)評価

評価は年 1 回行い、その際は KDB 等の情報を活用します。

7)実施期間及びスケジュール

(1)当該年度健診結果から、毎月の名簿を作成し保健指導を実施(健診データシステム)

○名簿作成担当者が、毎月中旬までに名簿を作成し、地区担当者へ配付。

○地区担当者は対象者を抽出し、保健指導の読み取りを行う。行う際には、健診結果経過表とKDB 個人履歴を抽出する。

○抽出後、読み取りを行い、保健指導を実施(通年)。

○保健指導実施後は、医療機関受診が必要な者に対しては受診できているか、検査結果が改善されているかを確認する。

3. 虚血性心疾患重症化予防事業

1) 基本的な考え方

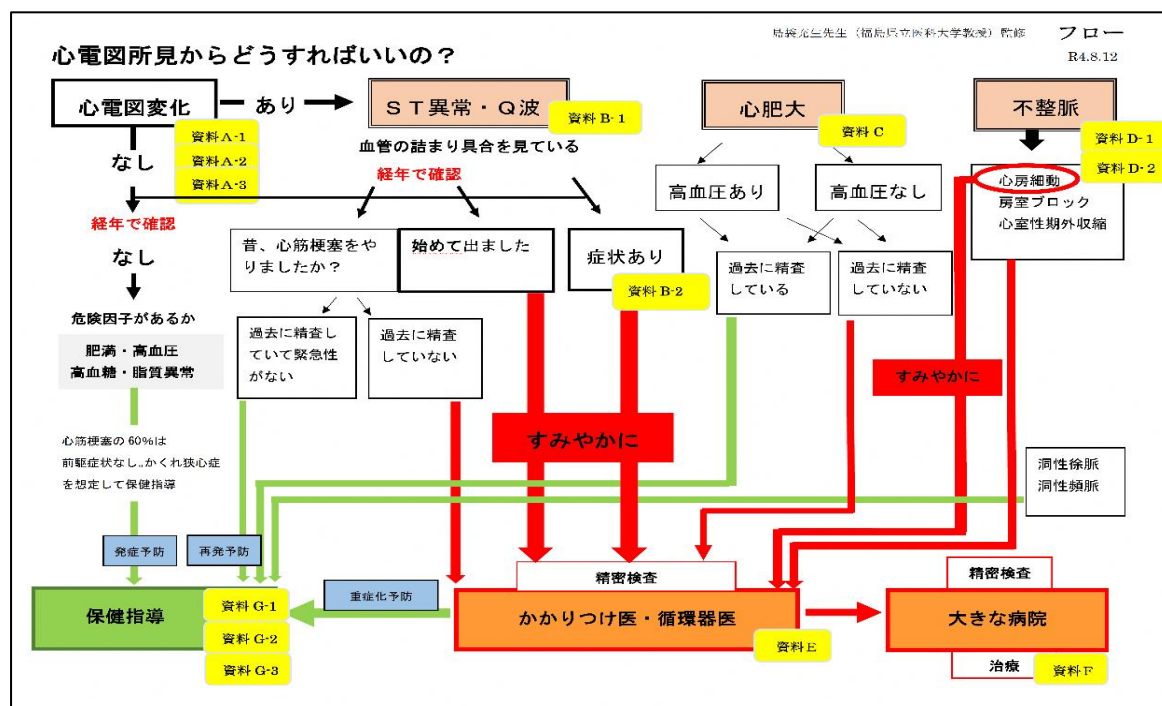
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 71 に基づいて考えます。

図表 71 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図にST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見があった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

令和 4 年度健診では、心電図検査実施したうち 235 人(12.8%)を、心筋虚血・心肥大・不整脈をメタボリックシンドロームあり(該当者・予備群)とメタボリックシンドロームなし(非該当)でみてみました。心筋虚血・不整脈ともメタボリックシンドローム者に所見がでている人が多く、特に、心筋虚血は 61.9%(39 人)で ST 変化・異常 Q 波もそのうち有所見者が 62.9%(22 人)でした(図表 72)。

不整脈の一番のリスクは高血圧ですが、図表 72 をみるとメタボリックシンドローム者に不整脈が多いこともわかり、不整脈の発症予防においてもメタボリックシンドロームの改善が必要です。

また、現在、国の基準による心電図検査の対象者にメタボリックシンドローム者は該当しません。虚血性心疾患発症を予防するためには、メタボリックシンドローム者全員に心電図検査を実施することを検討する必要が有ります。

図表 72 心電図検査結果

健診受診者 1841人	心電図検査 有所見者数		内訳※重複あり									
			心筋虚血				心肥大		不整脈			
			人数	割合	再掲) ST変化・ 異常Q波		人数	割合	人数	割合	再掲) 心房細動	
40～74歳	人数	割合			人数	割合					人数	割合
	235	12.8%	63	26.8%	35	55.6%	39	16.6%	134	57.0%	17	12.7%
メタボ該当 者・予備群	125	53.2%	39	61.9%	22	62.9%	19	48.7%	73	54.5%	7	41.2%
メタボ非該当	110	46.8%	24	38.1%	13	37.1%	20	51.3%	61	45.5%	10	58.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

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、隠れ狭心症を想定する必要があります(心筋梗塞の 60%は前駆症状ないため)。特に、虚血性心疾患を発症しやすいのはメタボリックシンドローム者又は高 LDL コレステロール者であり、積極的に保健指導を行う必要があります。

メタボリックシンドローム者の把握については、56 ページの図表 68・69 参照してください。

LDL コレステロールについては、図表 73 を参照し把握していきます。

図表 73 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た

LDLコレステロール管理目標

(参考)動脈硬化性疾患予防ガイド
ライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果(LDL-C)			
				120-139	140-159	160-179	180以上
1,531				727	472	218	114
				47.5%	30.8%	14.2%	7.4%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する ※4	低リスク	160未満 (190未満)	272	152	98	18	4
			17.8%	20.9%	20.8%	8.3%	3.5%
	中リスク	140未満 (170未満)	592	264	184	101	43
			38.7%	36.3%	39.0%	46.3%	37.7%
	高リスク	120未満 (150未満)	656	305	186	98	67
			42.8%	42.0%	39.4%	45.0%	58.8%
再掲			100未満 (130未満) ※1	44	23	12	5
	2.9%	3.1%		2.6%	2.1%	3.9%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	11	6	4	1	0
			0.7%	0.8%	0.8%	0.5%	0.0%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病＋喫煙ありの場合に考慮

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

※3 糖尿病(服薬あり・健診結果で糖尿病型)、CKD(eGFR60未満、尿蛋白(±)以上)を考慮。

※4 ※1～3がない場合、動脈硬化性疾患の発症リスク(性別・収縮期血圧・糖代謝異常・LDL・HDL・喫煙)で判断

出典：ヘルスサポートラボツール

3)保健指導の実施

(1)受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては、対象者に応じた保健指導を行います。

治療が必要な者や治療中断者にもかかわらず医療機関未受診である場合は、受診勧奨を行います。治療中でリスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

(2)二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者においては血管変化を早期に捉えて発症予防を行っていく必要があり、血管変化の検査を二次健診として下記の検査内容を実施することを検討していく必要があります。検査内容は、「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」を参照します。

■検討する検査内容

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

(3)重症化対象者の管理

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

4)医療との連携

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

5)評価

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

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

6)実施期間及びスケジュール

(1)当該年度健診結果から、毎月の名簿を作成して保健指導を実施(健診データシステム)

○名簿作成担当者が、毎月中旬までに名簿を作成し、地区担当者へ配付。

○地区担当者は対象者を抽出し、保健指導の読み取りを行う。行う際には、健診結果経過表と KDB 個人履歴を抽出する。

○抽出後、読み取りを行い、保健指導を実施(通年)

○保健指導実施後は、医療機関受診が必要な者に対しては受診できているか、検査結果が改善されているかを確認する。

(2)心電図有所見名簿から保健指導を実施

○名簿作成担当者が、10 月末に心電図有所見名簿を作成(保健指導実践ツールより作成)

○地区担当者が名簿から、健診未受診者がいないかを確認し、受診勧奨を行う。また、保健指導が実施できているかを確認し、実施できていない場合は直ちに保健指導を開始する(通年)

○実施前には保健指導の読み取りを行うため、健診結果経過表と KDB 個人履歴を抽出する。

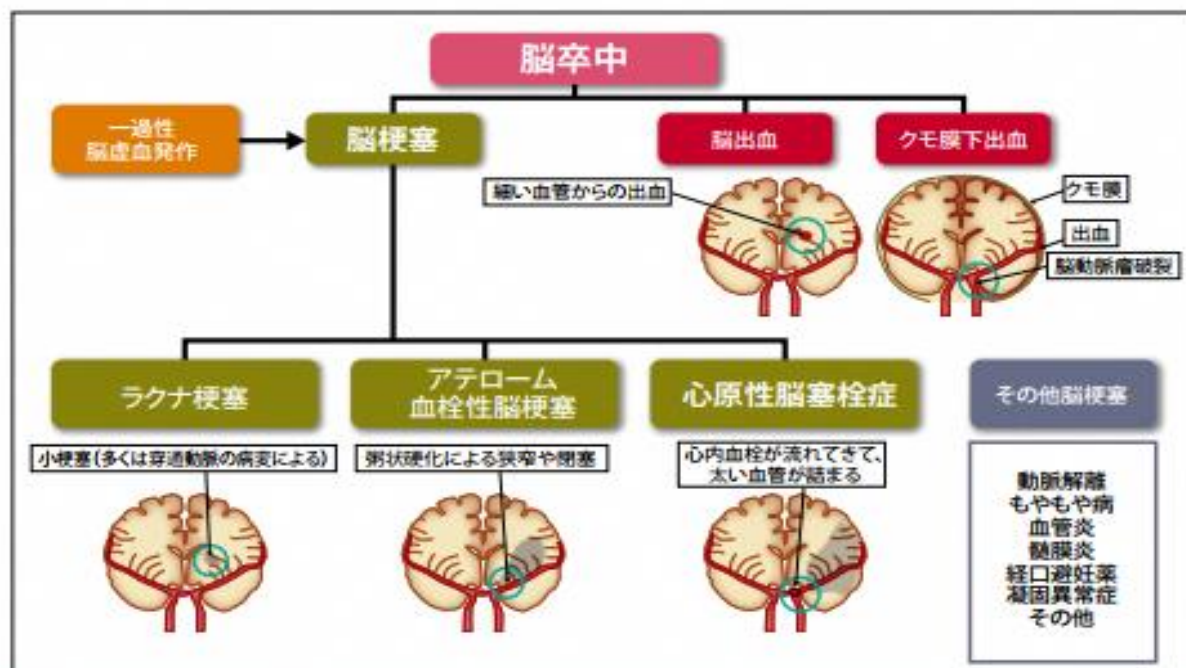
○保健指導実施後は、医療機関受診が必要な者に対しては受診できているか、検査結果が改善されているかを確認する。

4. 脳血管疾患重症化予防事業

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 74・75)

図表 74 脳卒中の分類



図表 75 脳血管疾患とリスク因子

リスク因子		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	●							

(脳卒中予防の提言より引用)

2)対象者の明確化

(1)重症化予防対象者の抽出

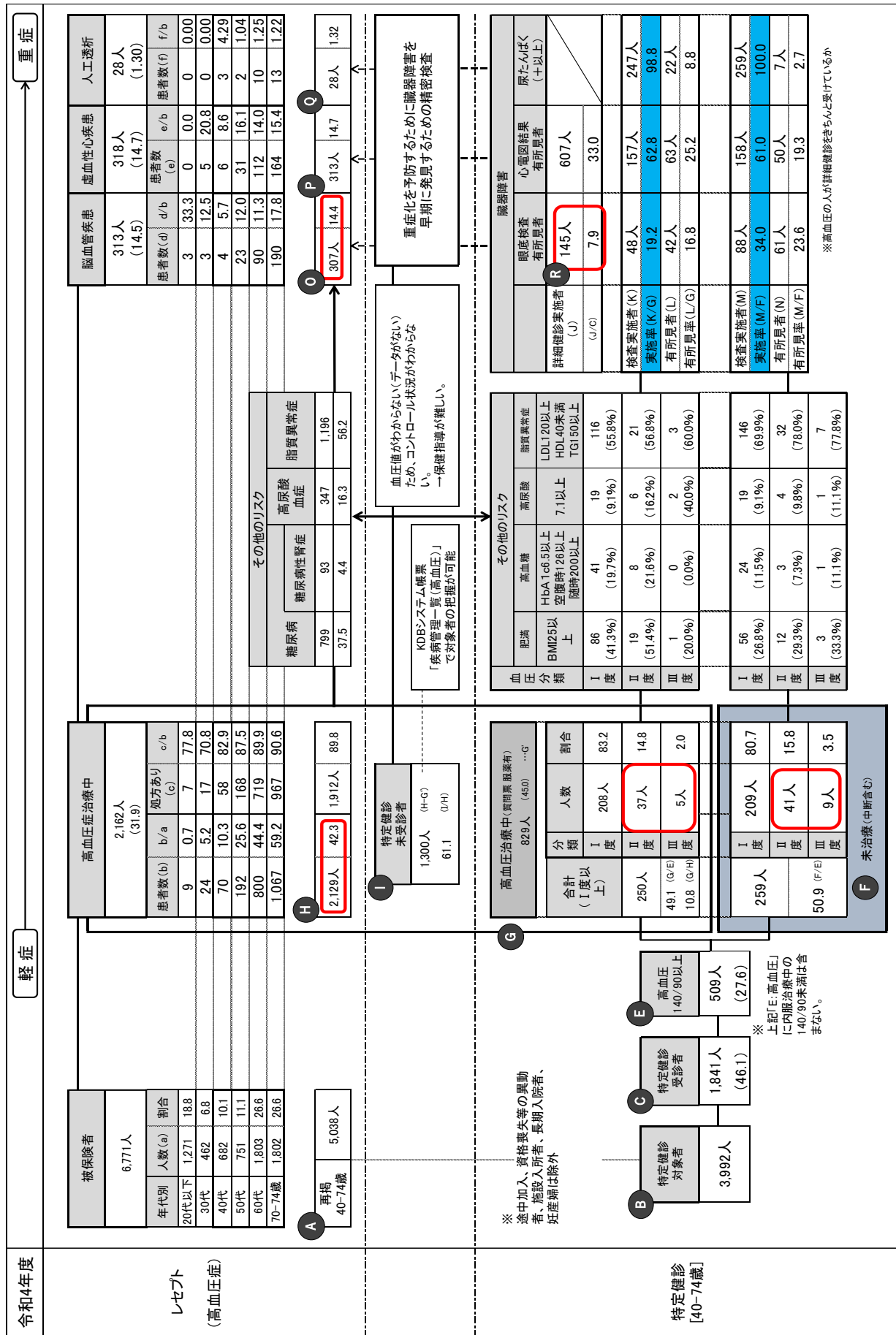
脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子で、特に高血圧Ⅱ度以上の者は発症する危険性が高いです。図表 76 をみると、高血圧治療者 2,129 人(図表 76 の H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 341 人で 14.4%(図表 76 の O)でした。特に未治療者は脳血管疾患の発症率が高く、健診結果をみるとⅡ度・Ⅲ度高血圧の未治療者が 41 人・9 人(図表 76 の F)の合計 50 人おり、確実に受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度・Ⅲ度高血圧の者が 37 人・5 人(図表 76 の G)の合計 42 人いることがわかります。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となります。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見する眼底検査(詳細検査)は、145 人の 7.9%(図表 76 の R)しか実施していない状況です。眼底検査(詳細検査)は国の基準でⅠ度高血圧以上の場合となっていることから 509 人(図表 76 の E)の方に眼底検査を実施する必要がありますが、実際は検査が行われていない状況です。

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

図表 76 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



図表 77 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表になり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、早急な医療機関の受診勧奨が必要になってきます。

出典：ヘルスサポートラボツール

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、健診の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れます。

図表 78 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				参考) 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	822	1,019	315	38.3%	292	28.7%	13	4.1%	4	1.4%	--	--
40代	61	58	14	23.0%	12	20.7%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	88	78	37	42.0%	20	25.6%	1	2.7%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	272	428	99	36.4%	129	30.1%	5	5.1%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	401	455	165	41.1%	131	28.8%	7	4.2%	4	3.1%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 79 心房細動治療状況

心房細動 16人	人数	割合
治療中	15	93.8%
治療中断	1	6.3%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者については、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え保健指導していく必要があり、二次健診として下記の検査を実施することを検討していく必要があります。

検査は、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」を参照します。

■ 検討する検査内容

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

(3)対象者の管理

①高血圧者の管理

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

②心房細動者の管理

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

4)医療との連携

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

5)評価

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

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

6)実施期間及びスケジュール

(1)当該年度健診結果から、毎月の名簿を作成し保健指導を実施(健診データシステムより作成)

- 名簿作成担当者が毎月中旬までに名簿を作成し、地区担当者へ配付。
- 地区担当者は対象者を抽出し、保健指導の読み取りを行う。行う際には、健診結果経過表と KDB 個人履歴を抽出する。
- 抽出後、読み取りを行い、保健指導を実施(通年)
- 保健指導実施後は、医療機関受診が必要な者に対しては受診できているかを確認する。

(2)高血圧評価表から保健指導を実施(保健指導実践ツールより作成)

- 名簿作成担当者が、6か年でみた高血圧Ⅱ度以上の名簿を作成する。
- 地区担当者が名簿から健診未受診者がいないかを確認し、受診勧奨を行う。
また、保健指導が実施できているかを確認し、実施できていない場合は直ちに保健指導を開始する(通年)
- 実施前には保健指導の読み取りを行うため、健診結果経過表と KDB 個人履歴を抽出する。
- 保健指導実施後は、医療機関受診が必要な者に対しては、受診できているかを確認する。

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行うことが必要であるため、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進めていきます。

2) 事業の実施

本町は、令和2年度より長崎県後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」に取り組んでいます。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

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

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

Ⅴ. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の实態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行い、計画を見直します。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

具体的な評価方法は、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・管理栄養士等が自身の地区担当の被保険者分について定期的に行います。

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや集団健診などの場を通じて周知していきます。

2. 個人情報の取扱い

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