

玄海町国民健康保険
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

玄海町国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期データヘルス計画の評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期データヘルス計画に係る考察
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) ……34

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

第4章 課題解決するための個別保健事業42

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

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

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し77

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78

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料79

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

このような国の動きや本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とその方向性を示すもの

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

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

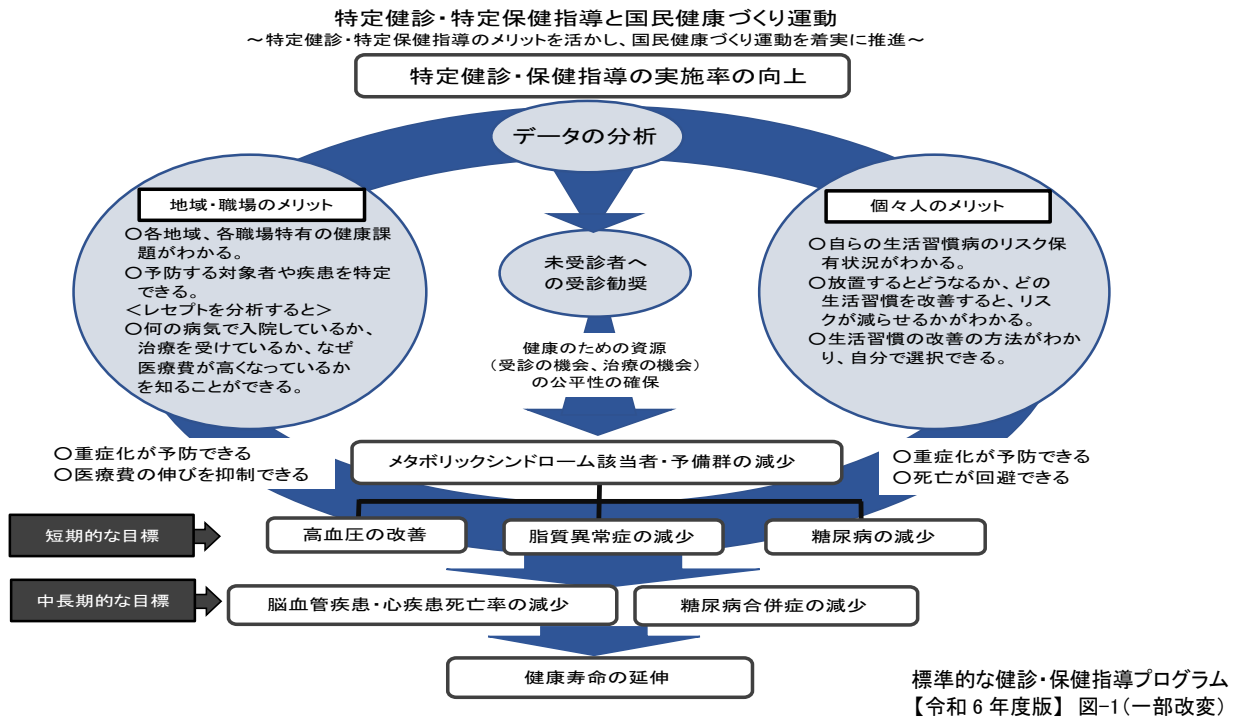
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

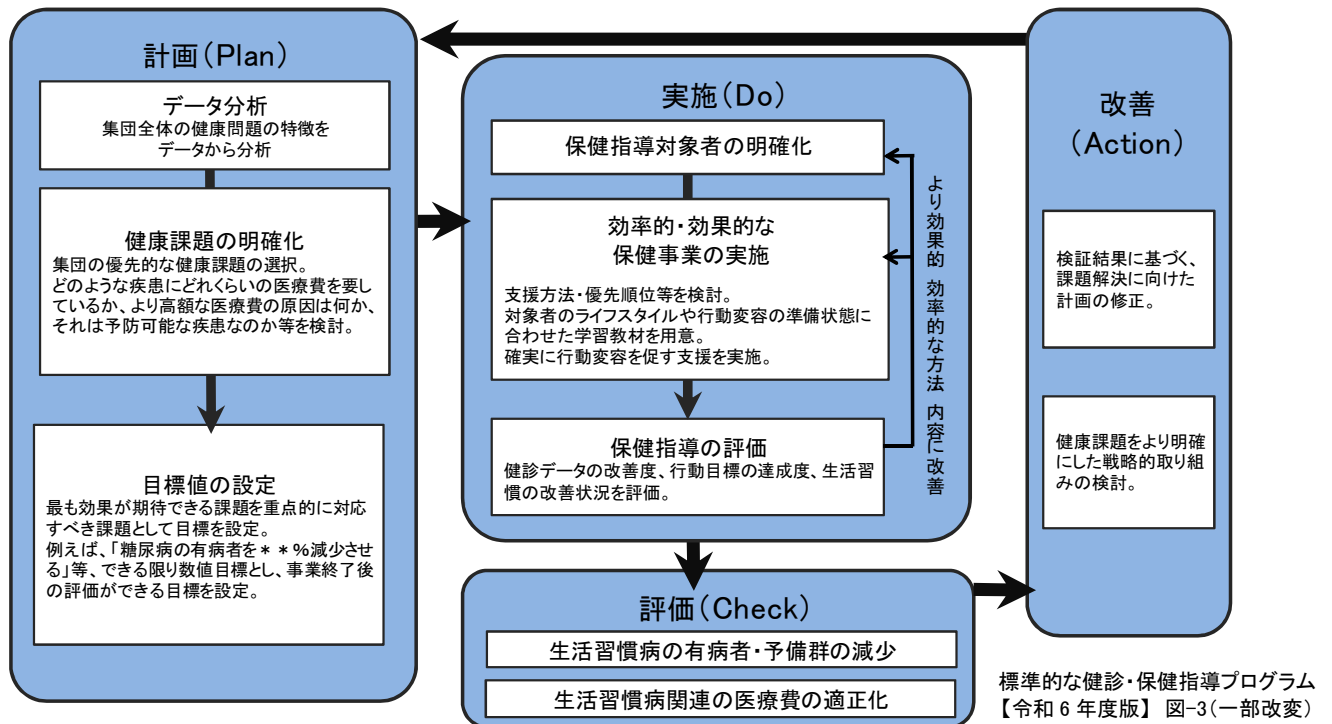
	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣等の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳~74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)			がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 ことも、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



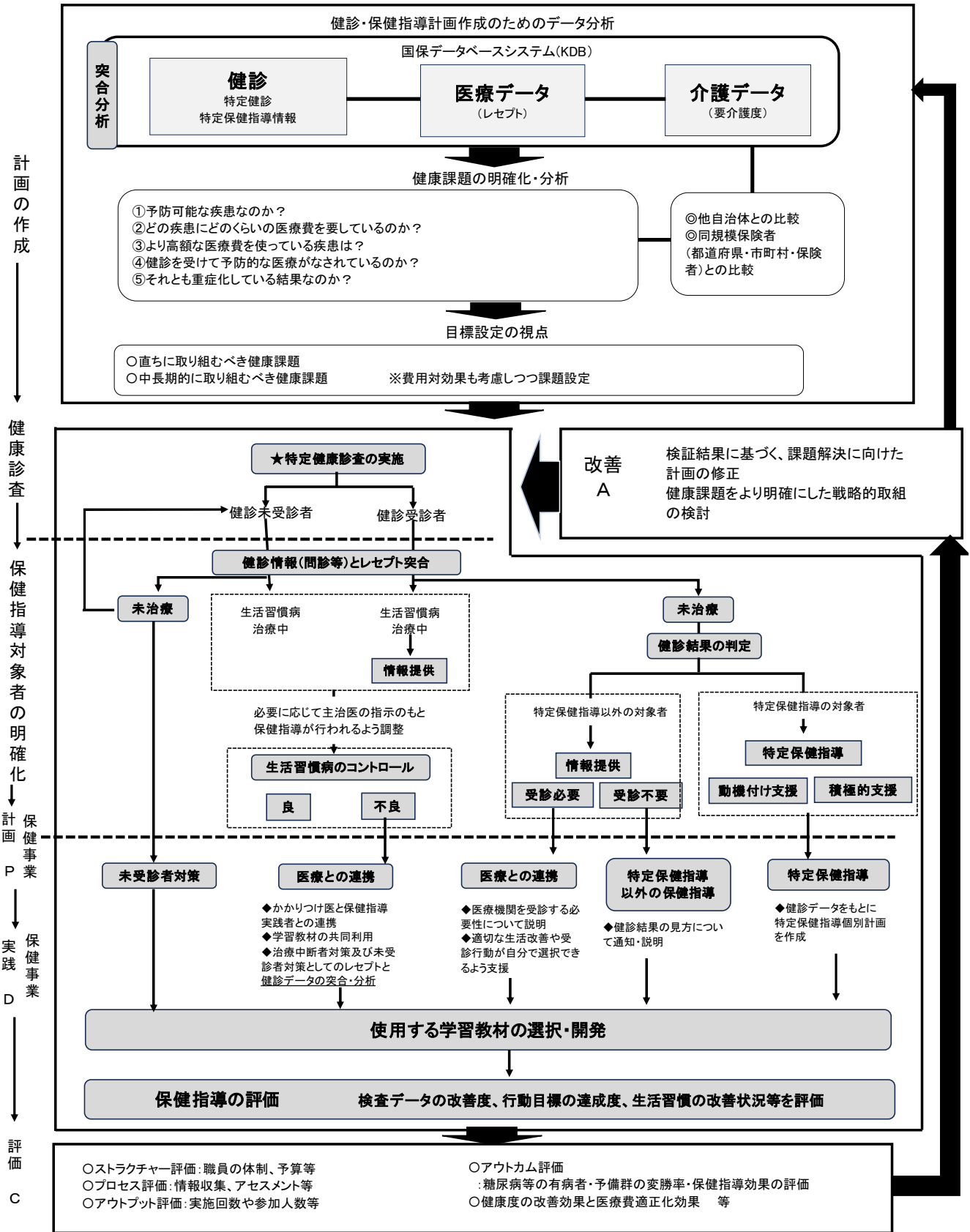
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)		
	→		
	行動変容を促す手法		
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を講み解くとともに、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方を整理。
(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

3. 計画期間

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、医療費適正化計画や医療計画とが6年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

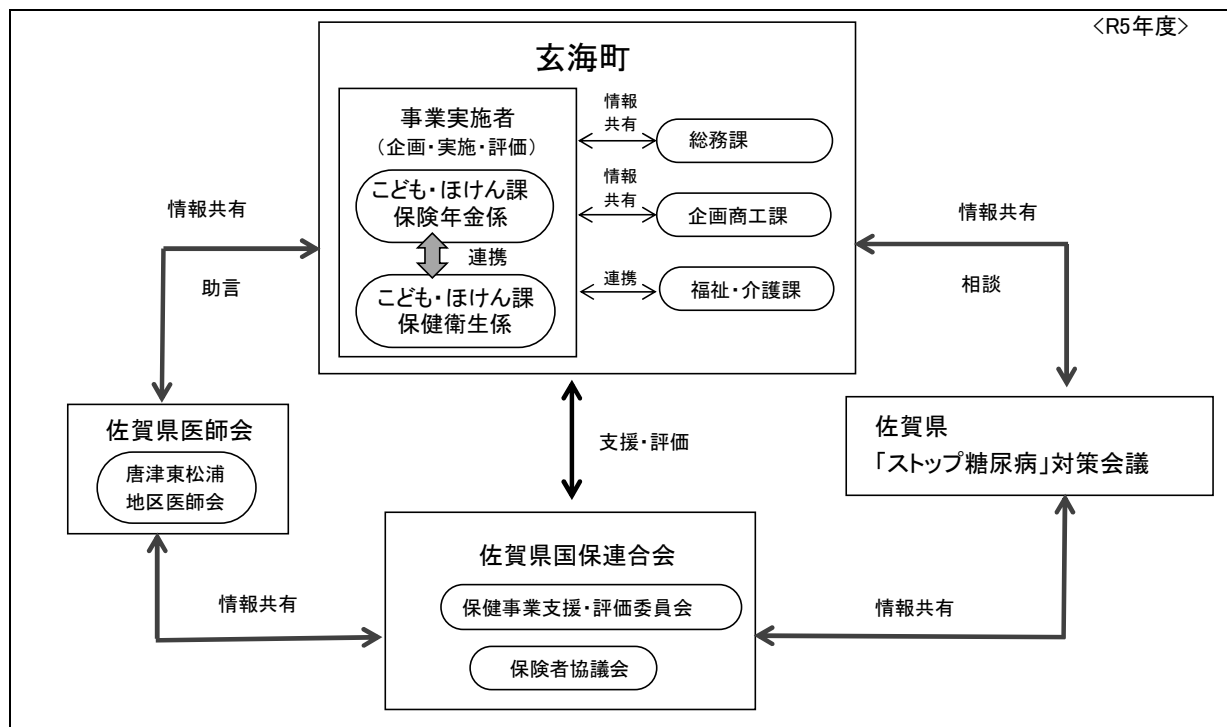
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局(こども・ほけん課)、保健衛生部局(こども・ほけん課)、介護保険部局(福祉・介護課)、財政部局(総務課)、企画部局(企画商工課)、生活保護部局(福祉・介護課)とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 玄海町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

	保…保健師			管栄…管理栄養士			事…事務(注:支払い事務、受診券送付等)		◎…主担当		○…副担当	
	保 (係長)	保	保	保	管栄	管栄	管栄	事 (係長)	事	事 (係長)	事	事
国保事務								◎	◎			
健康診査		○								◎	○	
保健指導		○			◎	◎	○					
がん検診			◎	○								
新型コロナワクチン				○						◎		◎
予防接種			○	◎								
母子保健	◎											
精神保健			◎	○								
歯科保健			◎	○								
一体的実施		◎		○			◎					

2) 関係機関との連携

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

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力します。

また、都道府県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となります。

さらに、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。

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めます。

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

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和5年10月申請時点							
		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
		玄海町	配点	玄海町	配点	玄海町	配点		
交付額(万円)		262.6		251.9					
全国順位(1,741市町村中)		1039位		1121位		660位			
共通 の 指 標	①	(1)特定健康診査実施率		70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	10	70	25	70	135	70	
		(3)メボリックシフトローム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	55	40	47	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	100	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	105	90	45	90	40	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	40	50	20	50	20	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	105	130	70	130	
	固有 の 指 標	①	保険料(税)収納率	0	100	10	100	10	100
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	22	30	20	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	5	30	35	30	35	40	
⑤		第三者求償の取組	29	40	38	50	26	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	52	95	31	100	70	100	
合計点		526	1,000	526	960	588	940		

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町は、人口約 5,400 人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 32.5%でした。高齢者の割合は県、国と比べて高く、被保険者の平均年齢は 51.8 歳と同規模、県と比べて若く、出生率は県、国と比べると低くなっています。財政指数が高く、産業においては、第 1 次産業が 23.4%と同規模、県、国と比較して高く、国保加入率も同規模、県、国と比べて高くなっています。(図表 9)

国保加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 42%を占めています。(図表 10)

また、本町内には 3 つの診療所があり、これは県と比較しても少ないことから、医療資源に乏しい一方で、外来患者数は同規模と比較して多い傾向にあります。(図表 11)

図表 9 同規模・県・国と比較した玄海町の特性

	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
玄海町	5,465	32.5	1,515 (27.7)	51.8	5.9	14.1	1.2	23.4	22.8	53.9
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
県	--	30.8	21.7	53.4	7.5	12.5	0.4	8.7	24.2	67.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、玄海町と同規模保険者(240市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	1,844		↓ 1,740		↓ 1,715		↓ 1,635		↓ 1,515	
65～74歳	646	35.0	645	37.1	665	38.8	681	41.7	636	42.0
40～64歳	679	36.8	629	36.1	600	35.0	527	32.2	480	31.7
39歳以下	519	28.1	466	26.8	450	26.2	427	26.1	399	26.3
加入率	31.2		29.5		29.1		27.7		27.7	

出典：KDBシステム_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.4	0.6
診療所数(※1)	3	1.6	3	1.7	3	1.7	3	1.8	3	2.0	2.7	4.0
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	37.4	83.5
医師数	3	1.6	3	1.7	2	1.2	2	1.2	2	1.3	4.2	14.1
外来患者数	686.6		712.4		688.4		716.4		749.0		692.2	784.4
入院患者数	26.4		27.9		22.5		24.3		20.8		22.7	27.7

※1 患者19人以下の入院施設を有する医療施設

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で1人(認定率0.06%)、1号(65歳以上)被保険者で268人(認定率15.1%)と同規模・県・国と比較すると低く、H30年度と比べて横ばいで推移しています。(図表12)

しかし、一人あたりの介護給付費は、同規模・県・国と比較すると高い水準にあります。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳卒中)が上位を占めており、約5割以上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、65～74歳で8割以上、75歳以上で9割以上と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	玄海町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	1,659人	28.1%	1,774人	32.5%	39.4%	30.8%	28.7%
2号認定者	6人	0.32%	1人	0.06%	0.39%	0.33%	0.38%
新規認定者	2人		0人		--	--	--
1号認定者	267人	16.1%	268人	15.1%	19.4%	18.6%	19.4%
新規認定者	39人		37人		--	--	--
再掲	65～74歳	24人	3.5%	26人	3.0%	--	--
新規認定者	6人		3人		--	--	--
75歳以上	243人	24.9%	242人	27.0%	--	--	--
新規認定者	33人		34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

	玄海町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	5億6878万円	6億1284万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	342,844	345,459	314,188	286,277	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	108,525	107,159	74,986	69,755	59,662
居室サービス	56,843	58,803	43,722	50,348	41,272
施設サービス	316,043	326,000	289,312	290,902	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		1		26		242		268				
再)国保・後期		1		18		229		247				
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	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
			割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合			
	循環器疾患	1	脳卒中	1	脳卒中	12	脳卒中	120	脳卒中	132	脳卒中	133
				100.0%	66.7%	52.4%	53.4%	53.6%				
		2	虚血性心疾患	0	虚血性心疾患	8	虚血性心疾患	83	虚血性心疾患	91	虚血性心疾患	91
				0.0%	44.4%	36.2%	36.8%	36.7%				
	合併症	3	腎不全	0	腎不全	2	腎不全	41	腎不全	43	腎不全	43
				0.0%	11.1%	17.9%	17.4%	17.3%				
		4	糖尿病合併症	0	糖尿病合併症	4	糖尿病合併症	18	糖尿病合併症	22	糖尿病合併症	22
			0.0%	22.2%	7.9%	8.9%	8.9%					
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			1	基礎疾患	15	基礎疾患	217	基礎疾患	232	基礎疾患	233	
		100.0%	83.3%	94.8%	93.9%	94.0%						
血管疾患合計			1	合計	16	合計	221	合計	237	合計	238	
		100.0%	88.9%	96.5%	96.0%	96.0%						
認知症		認知症	0	認知症	4	認知症	129	認知症	133	認知症	133	
		0.0%	22.2%	56.3%	53.8%	53.6%						
筋・骨格疾患		筋骨格系	1	筋骨格系	18	筋骨格系	220	筋骨格系	238	筋骨格系	239	
		100.0%	100.0%	96.1%	96.4%	96.4%						

※新規認定者についてはNO.49_要介護実況の「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_【国保版】KDB_CSV2次加工ツール

②医療費の状況

本町の医療費は、被保険者の減少に伴い総医療費は減少しています。一人あたり医療費は、県内では低い水準にあり H30 年度と比較して横ばいで推移していますが、国と比べると3万円ほど高く、佐賀県の一人あたり医療費が高いことが分かります。(図表 15)

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3%程度にも関わらず、医療費全体の 4 割を占めています。(図表 15)

また年齢調整をした地域差指数でも、47 都道府県中全国 1 位の県平均よりも高く、全国の中

でも高いことが分かります。特に外来の地域差指数がH30年度よりも伸びています。(図表 16)

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

図表 15 医療費の推移

	玄海町		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)	1,844人	1,515人	--	--	--	
前期高齢者割合	646人 (35.0%)	636人 (42.0%)	--	--	--	
総医療費	7億0004万円	5億6808万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	379,633 県内14位 同規模42位	374,971 県内20位 同規模134位	376,732	431,999	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	594,790	587,180	588,690	585,050	617,950
	費用の割合	49.6	40.6	43.7	46.2	39.6
	件数の割合	3.7	2.7	3.2	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	23,240	23,830	24,870	24,060	24,220
	費用の割合	50.4	59.4	56.3	53.8	60.4
	件数の割合	96.3	97.3	96.8	96.6	97.5
受診率	713.019	769.845	714.851	812.114	705.439	

※同規模順位は玄海町と同規模被保険者240市町村の平均値を表す

出典：ヘルスサポートラボツール【国保版】KDB_CSV2次加工ツール

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	玄海町(県内市町村中)		県(47県中)	玄海町(県内市町村中)		県(47県中)	
	H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度	
地域差指数・順位	全体	1.300 (3位)	1.289 (3位)	1.207 (1位)	0.978 (20位)	0.927 (20位)	1.140 (5位)
		1.662 (1位)	1.450 (9位)	1.396 (2位)	0.885 (20位)	0.863 (20位)	1.239 (9位)
	外来	1.086 (12位)	1.240 (2位)	1.094 (2位)	1.085 (5位)	1.017 (12位)	1.045 (7位)

出典：地域差分析(厚労省)

③中長期目標疾患の医療費の変化

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

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると、患者数は減少し

ているものの、治療者の割合が高くなっています。(図表 18)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			玄海町		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)			7億0004万円	5億6808万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			8129万円	4155万円	--	--	--
			11.61%	↓ 7.31%	7.67%	8.86%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	4.24%	1.55%	2.06%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.41%	1.01%	1.47%	1.04%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.89%	4.62%	3.83%	5.37%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.08%	0.14%	0.32%	0.29%	0.29%
そ 疾 の 患 他 の	悪性新生物		13.54%	9.89%	16.76%	14.40%	16.69%
	筋・骨疾患		8.11%	8.53%	9.27%	8.87%	8.68%
	精神疾患		7.29%	6.90%	7.98%	10.73%	7.63%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患						
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
治療者(人) 0~74歳	A	1,844	1,515	a	142	126	108	107	11	10
	a/A			7.7%	↑ 8.3%	5.9%	↑ 7.1%	0.6%	↑ 0.7%	
40歳以上	B	1,325	1,116	b	142	126	104	106	11	10
	B/A			71.9%	73.7%	b/B	10.7%	11.3%	7.8%	9.5%
再掲	40~64歳	679	480	d	34	28	23	20	2	4
				D/A	36.8%	31.7%	d/D	5.0%	↑ 5.8%	3.4%
	65~74歳	646	636	c	108	98	81	86	9	6
				C/A	35.0%	42.0%	c/C	16.7%	15.4%	12.5%

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、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合はいずれも増加しており、特に40～64歳において合併症(重症化)である脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の治療割合も増加しています。また、糖尿病性腎症者は倍増しています。(図表19～21)

本町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おり、引き続き重症化予防に取り組んでいく必要があると考えます。

図表19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	459	492	147	121	312	371	
	A/被保数	34.6%	↑ 44.1%	21.6%	↑ 25.2%	48.3%	↑ 58.3%	
中長期 合併 目標 疾患	脳血管疾患	B	76	82	12	16	64	66
		B/A	16.6%	16.7%	8.2%	↑ 13.2%	20.5%	17.8%
	虚血性心疾患	C	80	85	12	15	68	70
		C/A	17.4%	17.3%	8.2%	↑ 12.4%	21.8%	18.9%
	人工透析	D	11	10	2	4	9	6
		D/A	2.4%	2.0%	1.4%	↑ 3.3%	2.9%	1.6%

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

図表20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	266	268	94	63	172	205	
	A/被保数	20.1%	↑ 24.0%	13.8%	13.1%	26.6%	↑ 32.2%	
中長期 合併 目標 疾患	脳血管疾患	B	41	40	8	5	33	35
		B/A	15.4%	14.9%	8.5%	7.9%	19.2%	17.1%
	虚血性心疾患	C	45	45	7	4	38	41
		C/A	16.9%	16.8%	7.4%	6.3%	22.1%	20.0%
	人工透析	D	5	6	1	2	4	4
		D/A	1.9%	↑ 2.2%	1.1%	↑ 3.2%	2.3%	2.0%
糖尿 病 合 併 症	糖尿病性腎症	E	28	↑ 61	12	12	16	↑ 49
		E/A	10.5%	↑ 22.8%	12.8%	↑ 19.0%	9.3%	↑ 23.9%
	糖尿病性網膜症	F	35	24	12	4	23	20
		F/A	13.2%	9.0%	12.8%	6.3%	13.4%	9.8%
	糖尿病性神経障害	G	13	8	7	1	6	7
		G/A	4.9%	3.0%	7.4%	1.6%	3.5%	3.4%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	458	453	164	127	294	326
		A/被保数	34.6%	↑ 40.6%	24.2%	↑ 26.5%	45.5%	↑ 51.3%
中長期 合併症 目標疾患	脳血管疾患	B	60	56	10	11	50	45
		B/A	13.1%	12.4%	6.1%	↑ 8.7%	17.0%	13.8%
	虚血性心疾患	C	76	78	16	14	60	64
		C/A	16.6%	17.2%	9.8%	↑ 11.0%	20.4%	19.6%
	人工透析	D	2	4	1	2	1	2
		D/A	0.4%	0.9%	0.6%	↑ 1.6%	0.3%	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、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上をH30年度とR03年度で比較してみたところ、HbA1c7.0以上の者の割合が増加しています。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高血圧で約35.3%、糖尿病で7.5%となっています。(図表22)

前述した通り、40～64歳の合併症(脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析)の治療割合が増加してきており、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の実施率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診実施率				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		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	実施率	受診者 B	実施率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療 (内服なし)		治療中断	
													G	G/E	H	H/E
玄海町	533	45.8	584	52.9	18	3.4	8	44.4	17	2.9	11	64.7	6	35.3	0	0.0
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診実施率				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		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	未治療 (内服なし)		治療中断	
													M	M/K	N	N/K
玄海町	533	100.0	580	99.3	26	4.9	8	30.8	40	↑ 6.9	9	22.5	3	7.5	0	0.0
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

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ヶ月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者


出典：ヘルスサポートラボツール

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、H30年度とR04年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、4.9%増えています。(図表 23)


また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、いずれも微減しているものの、翌年度の結果を見ると、HbA1c6.5以上者及びLDL160以上者の改善率は下がっています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも存在し、結果が把握できていません。(図表 24~26)今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (実施率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	533 (45.8%)	104 (19.5%)	38 (7.1%)	66 (12.4%)	73 (13.7%)
R04年度	544 (53.3%)	 133 (24.4%)	36 (6.6%)	97 (17.8%)	47 (8.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	68 (12.8%)	17 (25.0%)	23 (33.8%)	7 (10.3%)	21 (30.9%)
R03→R04	66 (11.4%)	 11 (16.7%)	35 (53.0%)	5 (7.6%)	15 (22.7%)


出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	18 (3.4%)	6 (33.3%)	5 (27.8%)	0 (0.0%)	7 (38.9%)
R03→R04	17 (2.9%)	10 (58.8%)	0 (0.0%)	1 (5.9%)	6 (35.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	47 (8.8%)	23 (48.9%)	12 (25.5%)	1 (2.1%)	11 (23.4%)
R03→R04	32 (5.5%)	 13 (40.6%)	9 (28.1%)	4 (12.5%)	6 (18.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

④健診実施率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診実施率は、R1 年度には 46.9%まで伸び、R2 年度は新型コロナウイルス感染症の拡大の影響で下がったものの、R3 年度は H20 年度の特定健診開始以降初めて 50%を超え、R4 年度も維持しています。しかしながら、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できておらず、引き続き実施率向上対策を行う必要があります。(図表 27)

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 30 歳代の健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の実施率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28)

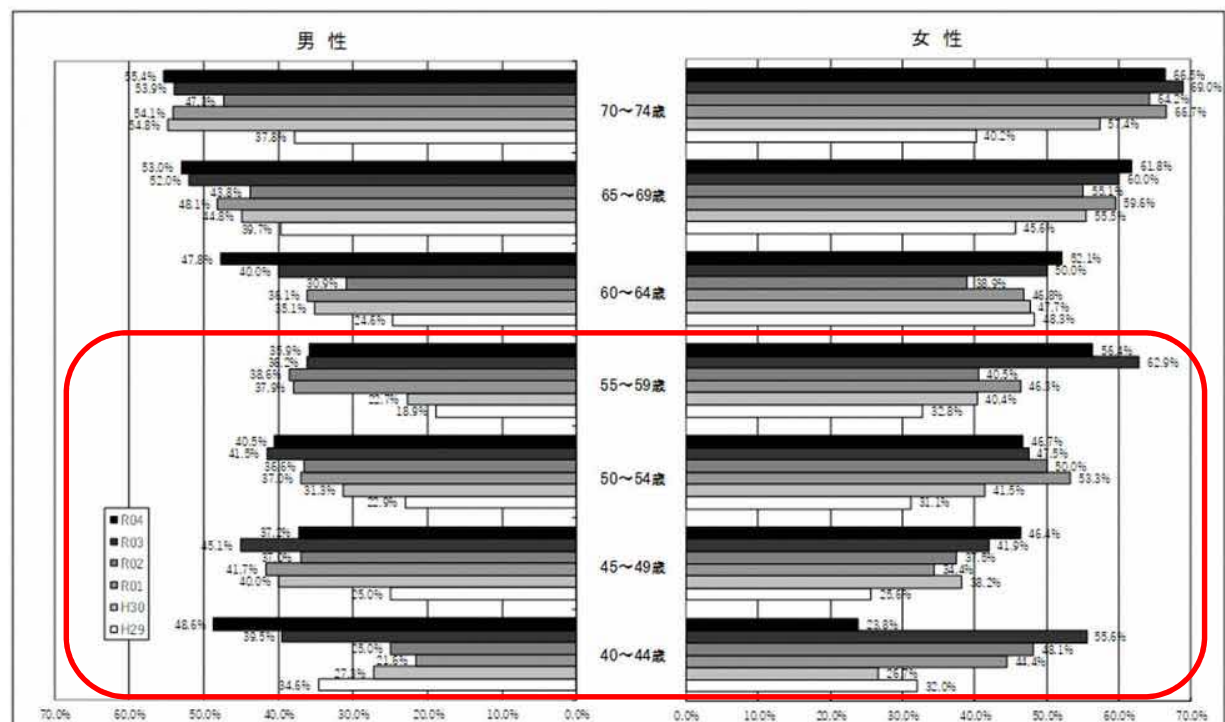
特定保健指導については、R02 年度以降、大きく実施率が上がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	514	546	511	565	519	健診実施率 60%
	実施率	42.9%	46.9%	43.9%	51.2%	50.9%	
特定保健指導	該当者数	76	72	62	50	53	特定保健指導 実施率 60%
	割合	14.8%	13.2%	12.1%	8.8%	10.2%	
	実施者数	42	23	60	50	42	
	実施率	55.3%	31.9%	96.8%	100.0%	79.2%	

出典：特定健診・特定保健指導実施結果報告書

図表 28 年代別特定健診実施率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール_④_2評価ツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、70%程度で推移しているものの、血糖値所見者割合も R4 年度は 15.0%に増加しています。(例示表 1)

R3 年度は、約 7 割の方に受診勧奨のための保健指導を実施し、未治療者の約 8 割が受診につながっています。受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、又治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行います。(例示表 2)

H30 年度からは HbA1c8%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきました。その結果、HbA1c8%以上の未治療者は 2~3人で推移し、介入後内服治療開始に至る者もいるため、健診未受診者の中に HbA1c8%以上の未治療者が一定程度潜在していると考えます。(例示表 3)

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

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

例示表 1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者(HbA1c測定) *1	人(a)	533	562	524	580	540
血糖値有所見者 *2	人(b)	68	58	74	66	81
	(b/a)	12.8%	10.3%	14.1%	11.4%	15.0%
保健指導実施者 *3	人(c)	未把握	44	47	46	57
	(c/b)		75.9%	63.5%	69.7%	70.4%

*1 年度末年齢75歳の者を除く

*2 HbA1c6.5%以上のもの

*3 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

ヘルスサポートラボツール(④.2 評価ツール)
 玄海町糖尿病管理台帳

例示表 2 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 *1	人(a)	68	58	74	66	81
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *2	人(b)	36	24	29	24	33
	(b/a)	52.9%	41.4%	39.2%	36.4%	40.7%
受診した者 *3	人(c)	未把握	13	20	19	18
	(c/b)		54.2%	69.0%	79.2%	54.5%
治療開始した者	人(c)	未把握	0	6	5	11
	(c/b)		0.0%	20.7%	20.8%	33.3%

*1 HbA1c6.5%以上のもの、年度末年齢75歳の者を除く

*2 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

*3 健診時に通院中であるが服薬しなかった者を含む

ヘルスサポートラボツール(④.2 評価ツール)
 玄海町糖尿病管理台帳

例示表3 HbA1c8.0以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者(HbA1c測定) *1	人(a)	533	562	524	580	540
HbA1c8.0%以上	人(b)	6	8	13	8	8
	(b/a)	1.1%	1.4%	2.5%	1.4%	1.5%
保健指導実施	人(c)	未把握	7	10	8	7
	(c/b)		87.5%	76.9%	100.0%	87.5%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	2	3	3	0	2
	(b/a)	33.3%	37.5%	23.1%	0.0%	25.0%

*1 年度末年齢75歳の者を除く

	H30	R1	R2
内服治療開始	1人	1人	0人
元々治療中	0人	1人	0人
死亡、転出	0人	0人	0人

ヘルスサポートラボツール(④)2 評価ツール
 玄海町糖尿病管理台帳

②虚血性心疾患重症化予防

虚血性心疾患重症化予防の対象者は、脳血管疾患重症化予防対象者と合わせ高血圧管理台帳と心電図検査結果から把握しています。高血圧管理台帳は、中間評価までは収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者で作成していましたが、R3年度からは収縮期血圧150mmHg以上の者については治療の有無に関わらず保健指導を行い、未治療者には病院受診勧奨を行っています。

心電図検査は「標準的な健診・保健指導プログラム」による詳細な健診として、「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者または問診等において不整脈が疑わしい者」を基準に医師が個別に検査の必要があると判断した者に実施しています。

心電図検査実施率はR1年度からR4年度にかけて減少傾向にあり、有所見率は45~55%程度で推移しています。(例示表4)

不整脈、心肥大、ST変化、異常Q波のある者に対しては、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。(例示表5)

心房細動未治療者については、全数が治療や精密検査につながっています。(例示表6)

例示表4 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人) *1	a	533	260	273	566	272	294	524	253	271	584	284	300	544	269	275
心電図受診者(人)	b	78	38	40	93	66	27	81	52	29	77	46	31	65	37	28
心電図実施率	b/a	14.6%	14.6%	14.7%	16.4%	24.3%	9.2%	15.5%	20.6%	10.7%	13.2%	16.2%	10.3%	11.9%	13.8%	10.2%
有所見者(人)	c	35	27	8	42	32	10	37	21	16	42	24	18	30	15	15
有所見率	(c+d)/b	44.9%	71.1%	20.0%	45.2%	48.5%	37.0%	45.7%	40.4%	55.2%	54.5%	52.2%	58.1%	46.2%	40.5%	53.6%
心房細動(人)	e	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0
心房細動有所見率	e/b	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%	1.5%	0.0%	1.2%	1.9%	0.0%	1.3%	2.2%	0.0%	1.5%	2.7%	0.0%
うち、心房細動未治療(人)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

*1 年度末年齢75歳の者を除く

ヘルスサポートラボツール(②)1 健診結果集計ツール様式5-2
 特定健診結果

例示表5 心電図受診者のうち、ST 所見の状況

			H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者 *1	人(a)		73		89		78		77		65	
心電図有所見者	人(b)	(b/a)	35	47.9%	42	47.2%	37	47.4%	42	54.5%	30	46.2%
不整脈(心房細動含む)	人(c)	(c/a)	3	4.1%	9	10.1%	7	9.0%	6	7.8%	7	10.8%
心肥大	人(d)	(d/a)	7	9.6%	10	11.2%	11	14.1%	6	7.8%	7	10.8%
ST異常・Q波	人(e)	(e/a)	5	6.8%	6	6.7%	6	7.7%	5	6.5%	5	7.7%

*1 年度末年齢75歳の者を除く

特定健診結果

例示表6 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

			H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者 *1			0		1		1		1		1	
心房細動未治療者	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
治療開始	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

*1 年度末年齢75歳の者を除く

特定健診結果

③脳血管疾患重症化予防

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、2～5%程度で推移し、約5割が未治療者です。令和3年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者11人のうち、保健指導後、治療につながったものは、わずか3人(27.3%)でした。血圧Ⅲ度においては、1人のうち1人が未治療者でした。(例示表7)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。例示表8は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。高リスクの未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援および適切な受診勧奨に取り組んでいく必要があります。Ⅰ度高血圧および高値血圧の者においても、家庭での血圧測定、血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにも関わらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が52.6%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

例示表7 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者(血圧測定) *1	人(a)	533	566	524	583	543	
高血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	18	24	25	17	19	
	(b/a)	3.4%	4.2%	4.8%	2.9%	3.5%	
	治療あり	人(c)	10	15	14	6	10
		(c/b)	55.6%	62.5%	56.0%	35.3%	52.6%
	治療なし	人(d)	8	9	11	11	9
		(d/b)	44.4%	37.5%	44.0%	64.7%	47.4%
治療開始	人(e)	未把握	未把握	2	3	3	
	(e/d)			18.2%	27.3%	33.3%	
(再掲)	高血圧Ⅲ度の者	人(f)	2	5	4	1	3
		(f/a)	0.4%	0.9%	0.8%	0.2%	0.6%
	治療あり	人	1	2	2	0	2
	治療なし	人	1	3	2	1	1

*1 年度末年齢75歳の者を除く

ヘルスサポートラボツール(④_2 評価ツール、⑤_2高血圧・糖尿病評価ツール)
 玄海町高血圧管理台帳

例示表8 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高血圧			
		高値高血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
155		90 58.1%	56 36.1%	8 5.2%	1 0.6%
リスク第1層 予後影響因子がない	9	C 6 6.7%	B 1 1.8%	B 2 25.0%	A 0 0.0%
	5.8%				
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	73	C 45 50.0%	B 24 42.9%	A 3 37.5%	A 1 100.0%
	47.1%				
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	73	B 39 43.3%	A 31 55.4%	A 3 37.5%	A 0 0.0%
	47.1%				

...高リスク
 ...中等リスク
 ...低リスク

区分	該当者数
A	38 24.5%
B	66 42.6%
C	51 32.9%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

ヘルスサポートラボツール(②_1健診結果集計ツール)

(2)ポピュレーションアプローチ

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

玄海町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの町民が、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いきます。

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、広報紙や行政放送などで広く町民へ周知を行いました。

また、食生活の改善を目的として、集団健診会場で食生活改善推進協議会の協力を得て、食品に含まれる糖の展示や1日に必要な野菜摂取量の説明などを積極的に実施してきました。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

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					最終評価値	現状値の把握方法
				H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5				
メタボリックシンドロームの予備軍・該当者の増加、一人あたり入院医療費の増加、中長期的目標の疾患に対する医療費割合の増加	一人あたり入院医療費、中長期的目標の疾患に対する医療費割合の減少	①特定健診実施率60%以上(法定報告)	目標値	46.2	46.2	48.5	51.0	53.5	56	58.5	60	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)			
			実績値	46.2	44.7	42.9	46.9	43.9	51.2	50.9					
		②特定保健指導実施率60%以上(法定報告)	目標値	28.9	28.9	37.0	41.5	46	50.5	55	60				
			実績値	31.1	3.7	55.3	31.9	96.8	100	79.2					
		③特定保健指導対象者の減少率25%(中間評価後：減少率18.6%)	目標値	94	94	95	90	85	80	75	70				
			目標値(修正)	-	-	-	-	16.9	17.5	18.0	18.6				
	一人あたり入院医療費、中長期的目標の疾患に対する医療費割合の減少	④脳血管疾患の総医療費に占める割合5%減少	目標値	3.64	3.64	3.61	3.58	3.55	3.52	3.49	3.46		第2期データヘルス計画の図表8：KDBシステム		
			実績値	3.63	3.55	4.24	2.65	2.73	3.32	1.55					
		⑤虚血性心疾患の総医療費に占める割合5%減少(中間評価後：R1年度の実績値から2.5%減少)	目標値	0.91	0.91	0.90	0.89	0.88	0.87	0.86	0.86				
			目標値(修正)	-	-	-	-	1.09	1.08	1.07	1.07				
		⑥腎疾患(透析)の総医療費に占める割合5%減少	目標値	6.64	6.64	6.58	6.52	6.47	6.42	6.37	6.31				
			実績値	6.63	6.15	5.89	5.36	5.27	4.43	4.62					
	一人あたり入院医療費、中長期的目標の疾患に対する医療費割合の増加	⑦メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合5%減少(中間評価後：R1年度の実績値から2.5%減少)	目標値	27.9	27.9	27.6	27.4	27.2	26.9	26.7	26.5	第2期データヘルス計画の1項目5及び図表18：KDBシステム			
			目標値(修正)	-	-	-	-	32.5	32.3	32.1	31.9				
			実績値	27.9	27.8	33.2	32.8	30.1	30.2	33.0					
		⑧健診受診者の高血圧者の割合5%減少(II度以上)	目標値	3.50	3.50	3.47	3.44	3.41	3.38	3.35	3.32				
			実績値	3.5	2.2	3.4	4.3	4.8	3.0	3.5					
			⑨健診受診者の脂質異常者の割合5%減少(LDL180以上)	目標値	2.60	2.60	2.58	2.56	2.54	2.52	2.5			2.47	
⑩健診受診者の糖尿病者の割合5%減少(HbA1c 6.5以上)(中間評価後：R1年度の実績値から2.5%減少)	目標値	7.2	7.2	7.1	7.1	7	7	6.9	6.8						
	目標値(修正)	-	-	-	-	15.0	14.9	14.8	14.7						
	実績値	12.9	16.0	12.8	15.1	14.0	11.3	15.0							
健診受診者のHbA1c 8以上の未治療者の割合5%減少	目標値	-	-	-	-	0.57	0.56	0.55	0.55						
	実績値	1.11	0.39	0.41	0.58	0.56	0.00	0.41							
歯科検診	歯科検診(歯周病検診含む)の受診率H30実績値を基準として2年毎に1ポイント増加	目標値	-	-	-	-	3.6	4.1	4.6	5.1					
		実績値	2.7	4.1	2.6	0.02	0.07	0.09	0.11						
がんの一人あたり入院医療費・外来医療費の増加	がんの早期発見・早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 8.4%以上	目標値	-	-	-	-	8.4	8.4	8.4	8.4	決算に係る主要な施策の成果説明書：町作成資料			
			実績値	8.3	9.9	7.8	7.7	7.3	5.4	7.5					
		肺がん検診 25.4%以上	目標値	-	-	-	-	25.4	25.4	25.4	25.4				
			実績値	25.4	25.2	23.8	23.5	22.1	21.5	24.8					
		大腸がん検診 16.0%以上	目標値	-	-	-	-	16.0	16.0	16.0	16.0				
			実績値	16.0	17.0	15.9	14.4	12.2	12.9	14.7					
		子宮頸がん検診 (集団有) 21%以上 (集団無) 7.6%以上	目標値	-	-	-	-	21.0	7.6	21.0	7.6				
			実績値	17.1	6.1	19.8	9.1	16.8	6.8	17.5					
		乳がん検診 (集団有) 16.5%以上 (集団無) 2.0%以上	目標値	-	-	-	-	16.5	2.0	16.5	2.0				
			実績値	14.5	0.6	14.4	1.8	14.2	1.8	14.8					
		5つのがん検診の平均受診率 (集団有) 17.4%以上 (集団無) 11.8%以上	目標値	-	-	-	-	17.4	11.8	17.4	11.8				
			実績値	16.2	14.7	16.4	14.2	14.5	9.7	15.9					

※がん検診については、集団での乳・子宮がん検診を隔年で実施しており実績値に差があるため、現状に即して目標値を設定しています。

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第1期計画においては、中長期的目標の疾患に対する医療費割合の増加、メタボリックシンドロームの予備軍・該当者の増加、一人あたり入院医療費の増加などの課題が見え、第2期計画において、これらの健康課題に対する目標を設定し、保健事業に取り組みました。

第1期計画に引き続き、第2期においても中長期目標疾患である糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患の重症化予防に取り組みました。脳血管疾患及び糖尿病性腎症の総医療費に占める割合は減少傾向にあり目標を達成していますが、虚血性心疾患については中間評価後の目標は達成しているもののH28年度と比較すると増加しており、背景には短期目標疾患である高血圧治療者の増加(図表19)及び中長期目標疾患である虚血性心疾患治療者(図表18)の増加があると推察します。また、R4年度の糖尿病治療者のうち合併症である糖尿病性腎症の者が平成30年度から倍増しており、引き続き対策が必要です。(図表20)年齢で見ると、40～64歳の合併症(脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析)の治療割合が増加してきており(図表19～21)、中長期目標疾患の血管変化における共通のリスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことが必要です。

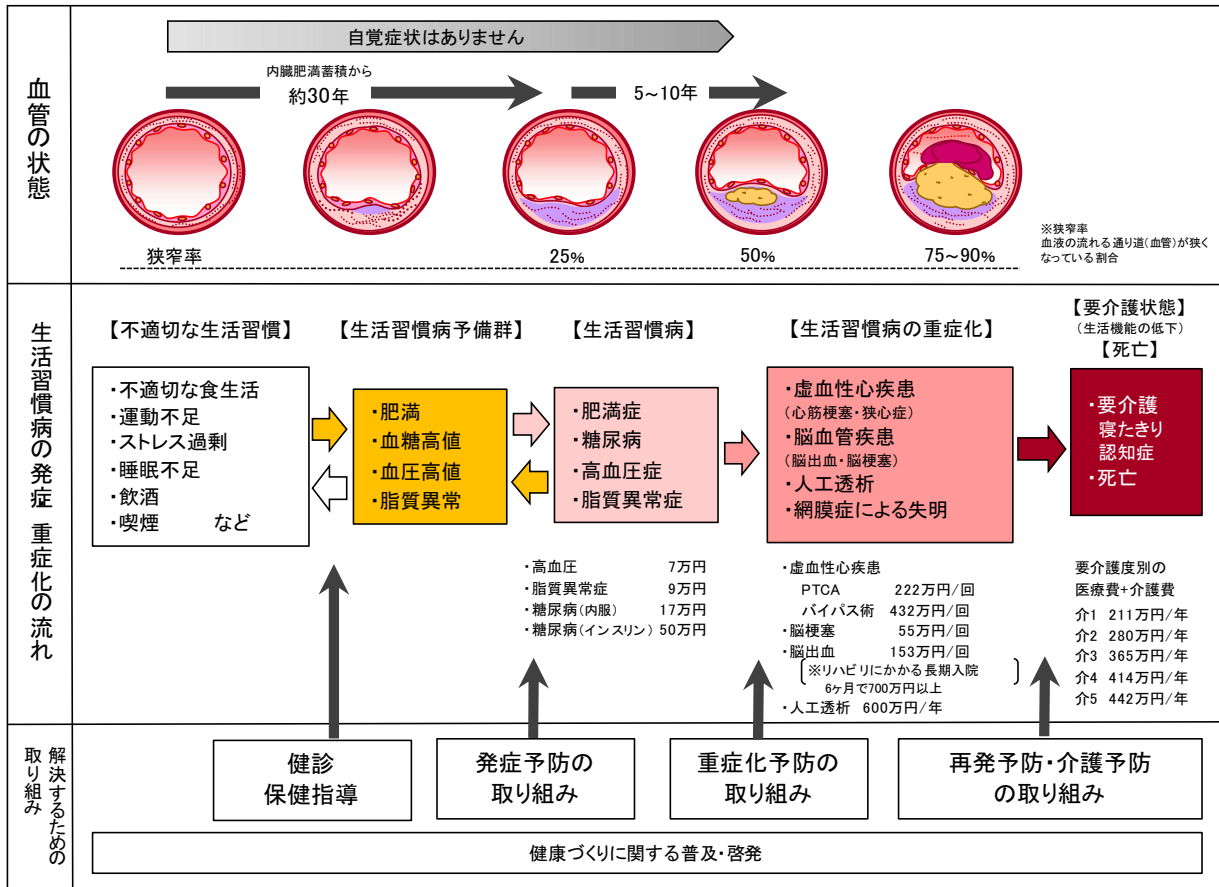
生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の実施率向上を図りつつ、今後重要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

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

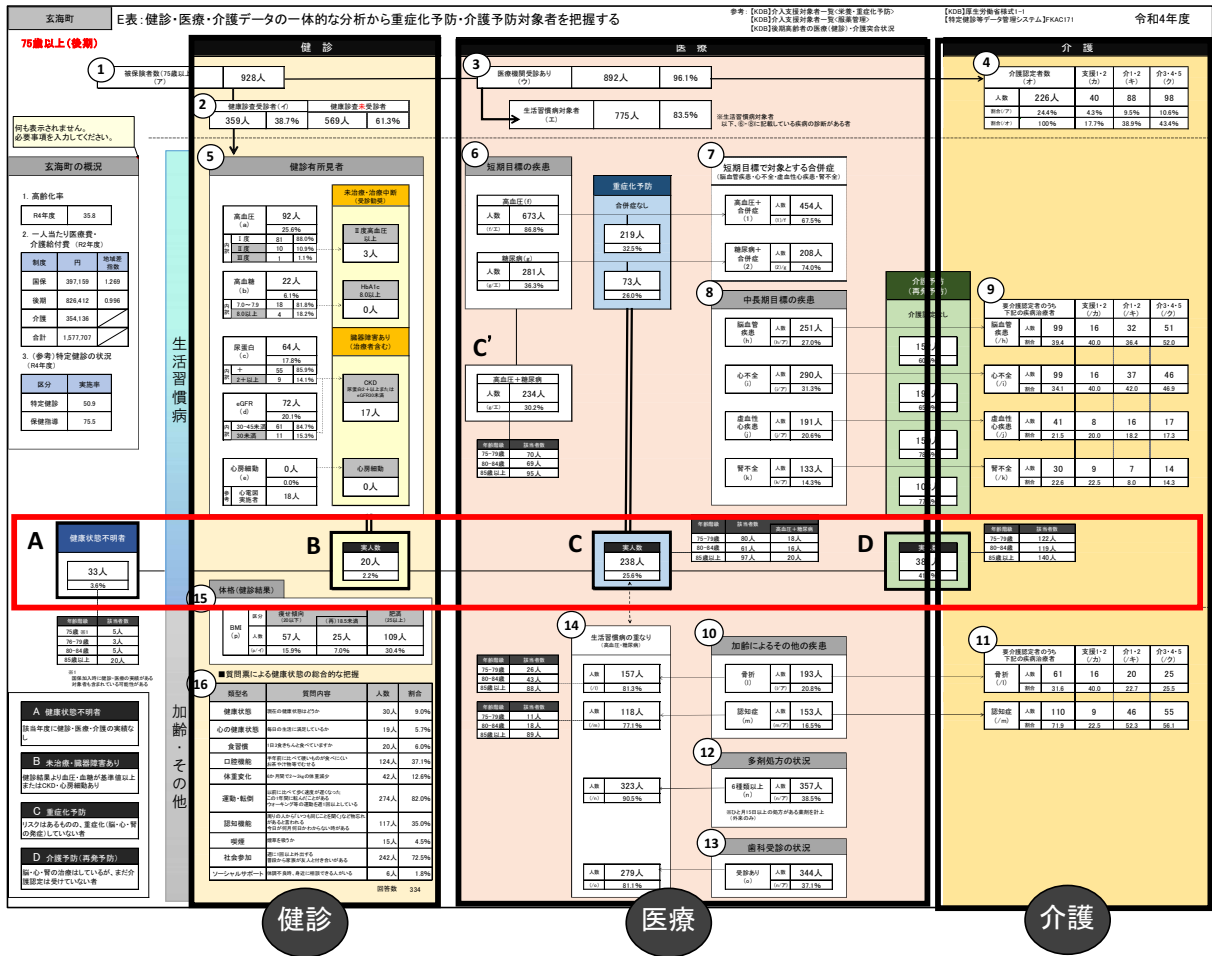
一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も6割を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 31 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保

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

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

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
被保険者数	1,844人	1,740人	1,715人	1,635人	1,515人	923人	
総件数及び 総費用額	件数	15,757件	15,727件	14,849件	14,870件	14,547件	15,218件
	費用額	7億0004万円	7億2722万円	6億8113万円	7億2464万円	5億6808万円	8億0191万円
一人あたり医療費	38.0万円	41.8万円	39.7万円	44.3万円	37.5万円	86.9万円	

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(R4 年度)

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	玄海町	5億6808万円	30,064	4.62%	0.14%	1.55%	1.01%	6.55%	4.55%	2.62%	1億1953万円	21.04%	9.89%	6.90%	8.53%
	同規模	--	30,571	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	--	19.28%	16.76%	7.98%	9.27%
	県	--	35,091	5.37%	0.29%	2.15%	1.04%	4.89%	2.99%	1.93%	--	18.67%	14.40%	10.73%	8.87%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	玄海町	8億0191万円	72,446	4.02%	0.34%	6.97%	1.49%	5.28%	4.92%	1.48%	1億9641万円	24.49%	8.47%	1.20%	10.41%
	同規模	--	68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	--	18.77%	10.30%	3.53%	12.45%
	県	--	84,251	4.29%	0.42%	4.62%	1.00%	3.61%	3.08%	1.27%	--	18.28%	9.23%	4.85%	13.57%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

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

図表 34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	73人	66人	65人	78人	52人	102人
	件数	B	122件	126件	115件	169件	104件	150件
		B/総件数	0.77%	0.80%	0.77%	1.14%	0.71%	0.99%
	費用額	C	1億6478万円	1億8327万円	1億7703万円	2億5004万円	1億1879万円	1億8242万円
C/総費用		23.5%	25.2%	26.0%	34.5%	20.9%	22.7%	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度								
脳血管疾患	人数	D	7人	3人	5人	9人	1人	16人							
		D/A	9.6%	4.5%	7.7%	11.5%	1.9%	15.7%							
	件数	E	11件	6件	9件	13件	2件	26件							
		E/B	9.0%	4.8%	7.8%	7.7%	1.9%	17.3%							
		年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%			
	40代		0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%		
	50代		3	27.3%	4	66.7%	2	22.2%	0	0.0%	75-80歳	9	34.6%		
	60代		2	18.2%	2	33.3%	0	0.0%	3	23.1%	2	100.0%	80代	14	53.8%
	70-74歳		6	54.5%	0	0.0%	7	77.8%	9	69.2%	0	0.0%	90歳以上	3	11.5%
	費用額	F	1532万円	807万円	1277万円	1980万円	215万円	3626万円							
		F/C	9.3%	4.4%	7.2%	7.9%	1.8%	19.9%							

出典:ヘルスサポートラボツール

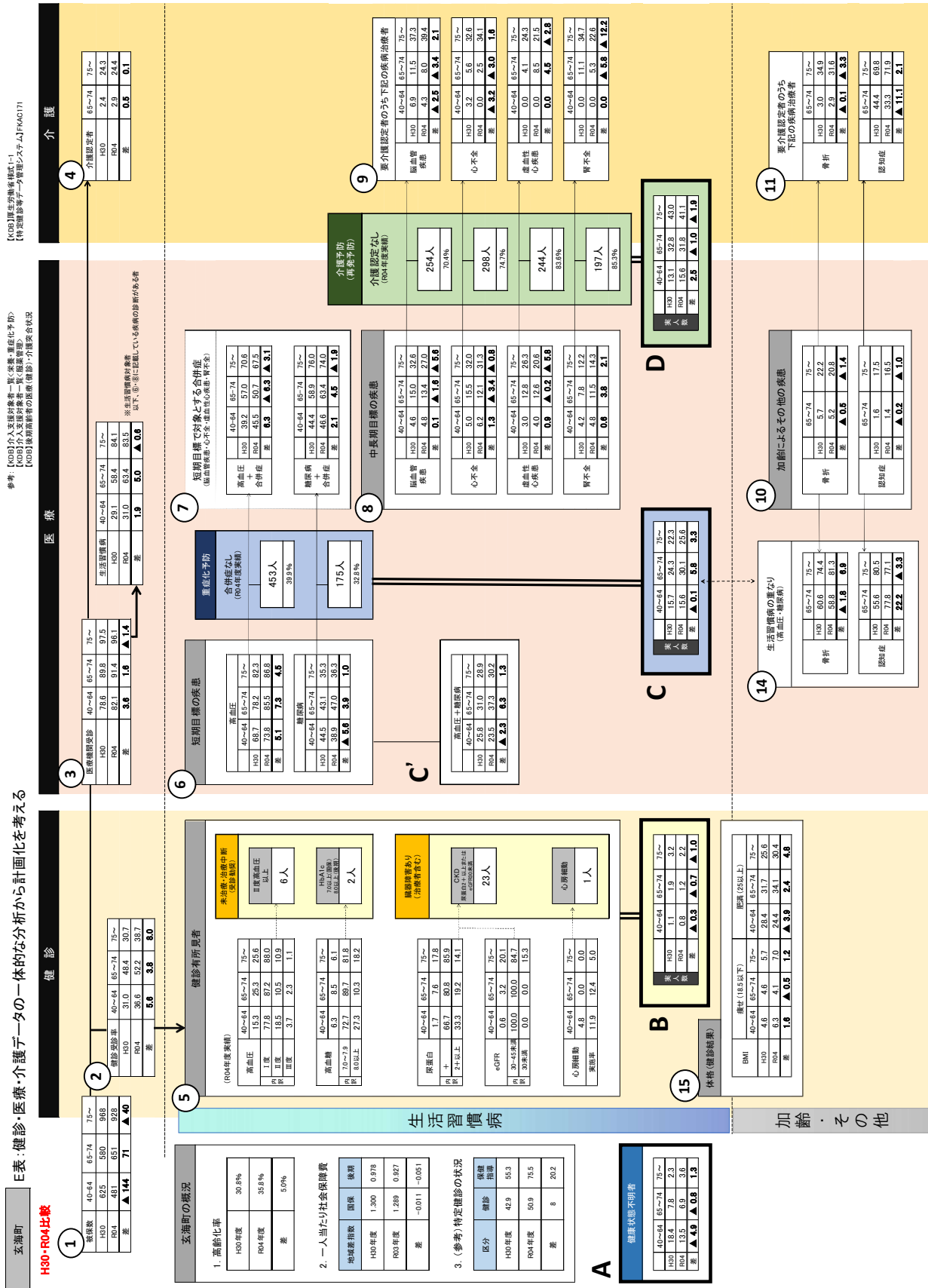
図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度								
虚血性心疾患	人数	G	4人	4人	3人	2人	2人	3人							
		G/A	5.5%	6.1%	4.6%	2.6%	3.8%	2.9%							
	件数	H	4件	4件	3件	3件	2件	3件							
		H/B	3.3%	3.2%	2.6%	1.8%	1.9%	2.0%							
		年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%	
	40代		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
	50代		1	25.0%	0	0.0%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	0	0.0%
	60代		2	50.0%	2	50.0%	2	66.7%	1	33.3%	1	50.0%	80代	2	66.7%
	70-74歳		1	25.0%	2	50.0%	0	0.0%	2	66.7%	1	50.0%	90歳以上	1	33.3%
	費用額	I	815万円	433万円	444万円	736万円	194万円	465万円							
		I/C	4.9%	2.4%	2.5%	2.9%	1.6%	2.5%							

出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮						
		認定 介護	被保険者数			健診実施率			体格(健診結果)					
			75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	BMI18.5未満			BMI25以上	
年度								40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	
H30	24.3	625	580	968	31.0	48.4	30.7	4.6	4.6	5.7	28.4	31.7	25.6	
R04	24.4	↓ 481	↑ 651	928	36.6	52.2	38.7	6.3	4.1	7.0	24.4	34.1	30.4	

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																													
	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-												
年度	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%												
H30	1	0.5	(1)	14	5.0	(3)	16	5.4	(4)	11	5.7	(3)	12	4.3	(2)	3	1.0	(1)	3	1.5	6	2.1	25	8.4	0	---	0	---	1	0.3
R04	↑ 6	3.4	(2)	11	3.2	(1)	11	3.1	(3)	↑ 11	6.3	(0)	↑ 29	8.5	(2)	4	1.1	(0)	1	0.6	5	1.5	17	4.7	1	0.6	0	---	0	---

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					
	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											
年度	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	78.6	89.8	97.5	29.1	58.4	84.1	68.7	78.2	82.3	44.5	43.1	35.3	25.8	31.0	28.9	39.2	57.0	70.6	44.4	58.9	76.0
R04	82.1	91.4	96.1	31.0	63.4	83.5	↑ 73.8	↑ 85.5	↑ 86.8	38.9	↑ 47.0	↑ 36.3	23.5	↑ 37.3	↑ 30.2	↑ 45.5	50.7	67.5	↑ 46.6	↑ 63.4	74.0

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧												⑨											
	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		
年度	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	4.6	15.0	32.6	3.0	12.8	26.3	5.0	15.5	32.0	4.2	7.8	12.2	6.9	11.5	37.3	0.0	4.1	24.3	3.2	5.6	32.6	0.0	11.1	34.7
R04	↑ 4.8	13.4	27.0	↑ 4.0	12.6	20.6	↑ 6.2	12.1	31.3	↑ 4.8	↑ 11.5	↑ 14.3	4.3	8.0	39.4	0.0	8.5	21.5	0.0	2.5	34.1	0.0	5.3	22.6

図表 42 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	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	60.6	74.4	55.6	80.5	5.7	22.2	1.6	17.5	3.0	34.9	44.4	69.8
R04	58.8	81.3	77.8	77.1	5.2	20.8	1.4	16.5	2.9	31.6	33.3	71.9

(3)健康課題の明確化(図表 32~42)

国保の被保険者数は年々減っていますが、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年度に増加に転じ、令和4年度に再び減少しています。後期高齢者になると一人あたり80万円を超え、国保の2倍と高い状況です。(図表 32)

玄海町は、国保及び後期の両方において、短期的目標疾患の糖尿病、高血圧、脂質異常症それぞれの総医療費に占める割合が、同規模、県、国と比べて高い状況です。(図表 33)

高額レセプトについては、国保においては毎年約100件を超えるレセプトが発生しており、総医療費の2~3割を占めていることが分かります。(図表 34~36)

高額レセプトにおける疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和3年度が一番多く13件で約2千万円の費用がかかっていました。令和4年度は2件と件数が減り、費用額も約200万円と減っています。しかし、後期高齢においては、26件発生しており、約3千600万円余りの費用がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防について力を入れる必要があります。(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歳で減っていますが、65~74歳以下では約70名増えています。

図表39 健診有所見の状況を見ると、40~64歳ではⅡ度以上高血圧以上の者、HbA1c7.0以上の者、心房細動のある者、65~74歳ではHbA1c7.0以上の者が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表40の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況を見ると、高血圧の合併症においては、40-64歳の割合が増加し、糖尿病の合併症においては、40~74歳で増加しています。

図表41の中長期疾患(脳血管疾患・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、腎不全の割合は全年代で増加し、脳血管疾患、虚血性心疾患、心不全の割合は、40~64歳で増加していることが分かり、健診・医療・介護の一体的分析においても若年層の重症化予防が課題であることが分かります。

図表42の骨折・認知症との生活習慣病の重なりをみると、65~74歳における認知症のある者のうち、生活習慣病の疾患がある者の割合が増加していることが分かります。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

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

② 中長期的な目標の設定

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

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

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

③ 短期的な目標の設定

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

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

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診実施率の向上を目指し、

個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2)管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標 ☆県内統一指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			目標値		データの把握方法 (活用データ年度)	
			初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)	中間目標値 R 8 (R7)	最終目標値 R 11 (R10)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	★脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.55%			1.55%	1.55%	KDBシステム
			★虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.01%			1.01%	1.01%	
			★慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	4.62%			4.62%	4.62%	
			★糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	59.8%			56.4%	53.0%	
			★糖尿病性腎症による透析導入者の減少	5人			5人	5人	
			★糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%			0.0%	0.0%	
			★糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	0人			0人	0人	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	★メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	33.0%			32.0%	31.0%	特定健診結果
			★健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	3.50%			3.40%	3.30%	
			★健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	6.40%			6.20%	6.00%	
			★健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL180以上)	2.39%			2.29%	2.20%	
			★健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	15.0%			14.3%	13.5%	
			★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	1.48%			1.39%	1.30%	
			★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値)以上の未治療者(※1)の割合の減少	0.41%			0.38%	0.35%	
アウトプット	特定健診実施率、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	★特定健診実施率60%以上	50.9%			54.8%	60.0%	特定健診・特定保健指導実施結果報告書(法定報告値)	
		★特定保健指導実施率60%以上	79.2%			80.0%	80.0%		
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率の増加 ※分母のうち、当該年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/前年度の特定保健指導の利用者数	18.8%			20.0%	25.0%		
		★糖尿病(健診受診者のHbA1C7.0%以上)の未治療者(※2)を治療(※3)に結びつける割合の増加	18.2%			21.6%	25.0%	特定健診結果・国保総合システム	

※1 特定健診の問診にて、糖尿病治療薬の服薬なしと回答した者
 ※2 特定健診の問診にて、糖尿病治療薬の服薬なしと回答した者のうち、糖尿病の診断名がついたレセプトがなく、糖尿病治療薬の処方がない者
 ※3 以下のいずれかに該当した場合
 ・糖尿病の診断名がついたレセプトがあり、糖尿病治療薬の処方ある。
 ・糖尿病の診断名がついたレセプトはあるが糖尿病治療薬の処方がない場合、血糖検査が1回以上実施されている。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としていましたが、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、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診実施率・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
特定健診実施率	53.5%	54.8%	56.1%	57.4%	58.7%	60%以上
特定保健指導実施率	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80%以上

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		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	959人	929人	901人	873人	844人	816人
	受診者数	513人	509人	505人	501人	496人	490人
特定保健指導	対象者数	50人	48人	47人	45人	44人	42人
	受診者数	40人	39人	37人	36人	35人	33人

※特定健診の対象者数は40～74歳の人口推計(国立社会保障・人口問題研究所)による伸び率で算出

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診は、集団健診と個別健診を実施します。健診業務は、特定健診実施機関に委託します。

① 集団健診

特定健診実施機関と調整し、集団健診業務の委託契約を行います。

② 個別健診(委託医療機関)

佐賀県医師会が実施機関の取りまとめを行い、佐賀県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である佐賀県が集合契約を行います。

(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、対象者への健診案内通知に記載します。また、町のホームページに掲載します。

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c、尿酸、尿潜血)を実施します。

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

図表 46 特定健診検査項目

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

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

■…佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業で実施する項目

(5)実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、佐賀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、受診の案内の送付のみならず、医療保険者として被保険者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。

図表 47 特定健診実施スケジュール(例示)

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 健診対象者の抽出、除外者の把握	(特定保健指導の実施)
5月		通知準備	健診データ抽出(前年度)
6月		受診券印刷、送付 (特定健診の開始)	
7月		健診データ受取 → 保健指導対象者の抽出	実施実績の分析、実施方法等の見直し
8月			
9月	集団健診の日程調整	(特定保健指導の開始) (特定健診・特定保健指導の実施)	
10月	↓		受診・実施率実績の算出
11月	予算要求書作成		支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
12月	↓		
1月	↓		
2月			
3月	契約準備	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

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、一部保健衛生部門への執行委任の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

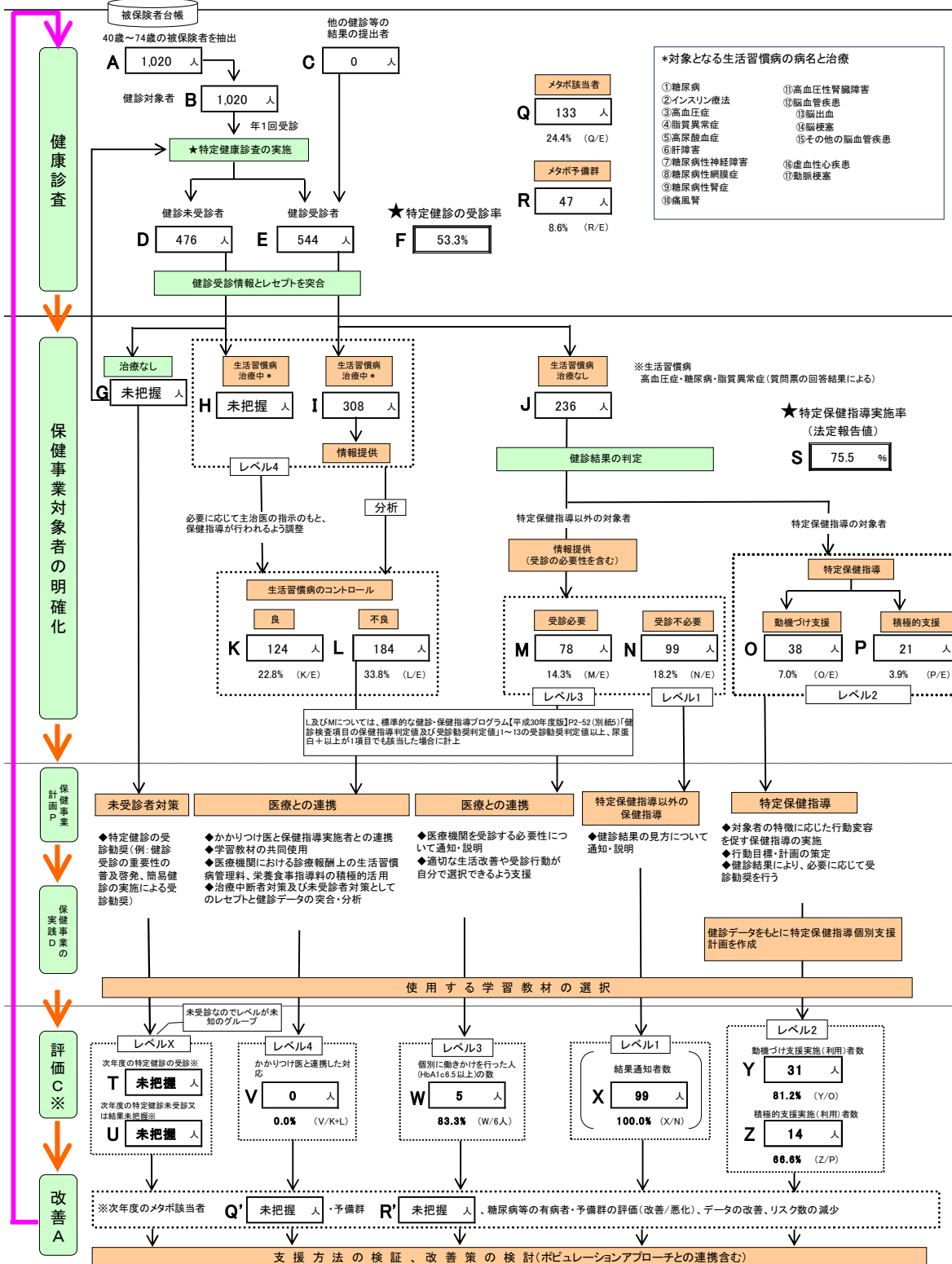
(1)健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5
令和04年度



出典:ヘルス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 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	R4年度の 対象者数見込 (受診者の544 人の〇%)	R7年度の 対象者数見込 (受診者の509 人の〇%)	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	59人 (10.8%)	48人 (9.5%)	80.0%
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	78人 (14.3%)	73人 (14.3%)	◆通知100% ◆HbA1c6.5 以上の者は個 別に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)	476人	420人	◆通知100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方につい て通知・説明	99人 (18.2%)	93人 (18.2%)	◆通知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	308人 (56.6%)	288人 (56.6%)	◆通知100% ◆HbA1c7.0 以上の者で次 のいずれかに 該当する者は 個別に100% ・尿蛋白(1+)以 上 ・eGFRが60ml/ 分/1.73m2未満 (ただし70歳以 上は、eGFRが 40ml/分 /1.73m2未満)の 者

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	・健診対象者の抽出 ・除外者の把握		・特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	・個別健康診査実施の依頼 ・通知準備		
6月	・受診券の送付 ・特定健康診査の開始		・代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月	・集団健診		
8月	・受診勧奨	・対象者の抽出	・前年度特定健診・特定保健指導除外者の登録
9月	・集団健診 ・受診勧奨	・保健指導の開始	・前年度特定健診・特定保健指導実績報告
10月	・集団健診 ・診療情報の提供依頼	・利用券の登録 ・実施報告(随時)	
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

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

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、玄海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 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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・肥満・メタボリックシンドローム重症化予防・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る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が重要となります。そのため特に特定健診実施率、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。

佐賀県の市町国保においては、令和9年度に国民健康保険の保険税率を一本化することに伴い、市町国保保険者として実施している保健事業について、標準化を進める必要があります。これは、被保険者にとって、同一所得・同一世帯であれば県内どの市町に住所を有していても同じ税率・税額となるため、被保険者が受けられるサービス水準に非合理的な差があると不公平であること、保険者側にとっても、医療費水準が勘案されない納付金となるため、保険税率一本化後も医療費適正化に向けたインセンティブが働く仕組みの構築が必要であるためです。そのため、今後令和9年度に向けて、「標準的保健事業検討委員会」及び「医療費適正化勉強会」において、市町国保保険者として実施している保健事業について、標準化を進める事業の内容、基準、財源及び各事業の評価指標等を整理していくこととします。

Ⅱ. 重症化予防の取組

玄海町の R4 年度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、238 人(43.8%)です。そのうち治療なしが 61 人(25.8%)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 25 人です。

また、玄海町においては、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、61 人中 31 人と多いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表 51)

図表 51 脳・心・腎を守るために

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 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少 (虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度版)研究班報告))	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	慢性腎臓病 (CKD) 2018 (日本腎臓病学会)
科学的根拠に基づき レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓症 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	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)
	優先すべき 課題の明確化	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	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)
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)	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)	メタボリック シンドローム メタボ該当者 (2項目以上)	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	慢性腎臓病 (CKD) 2018 (日本腎臓病学会)
重症化予防対象	重症化予防対象	重症化予防対象	重症化予防対象	重症化予防対象	重症化予防対象	重症化予防対象
該当者数	19 3.5%	19 3.5%	133 24.4%	65 11.9%	238 43.8%	79 14.5%
治療なし	9 2.7%	9 2.7%	23 9.7%	33 6.8%	61 25.8%	15 6.4%
(再掲) 特定保健指導	3 15.8%	3 15.8%	23 17.3%	5 7.7%	31 13.0%	4 5.1%
治療中	10 4.7%	10 4.7%	110 35.7%	32 56.1%	177 57.5%	64 20.8%
臓器障害 あり	6 66.7%	6 66.7%	4 17.4%	12 36.4%	25 41.0%	15 100.0%
CKD(専門医対象者)	1	1	2	7	15	15
心電図所見あり	5	5	2	5	11	11
臓器障害 なし	3 33.3%	3 33.3%	19 82.6%	21 63.6%	--	--

令和04年度

<参考>
健診受診者(受診率)
544人 53.3%

■各疾患の治療状況

治療なし	330
治療中	213
高血圧	330
脂質異常症	188
糖尿病	57
CKD	308
心電図	236

※問診結果による

重症化予防対象者
(実人数)

238	43.8%
61	25.8%
31	13.0%
177	57.5%

25	41.0%
15	
11	
--	

出典：ヘルサポートラボツール ②_1 健診結果集計ツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

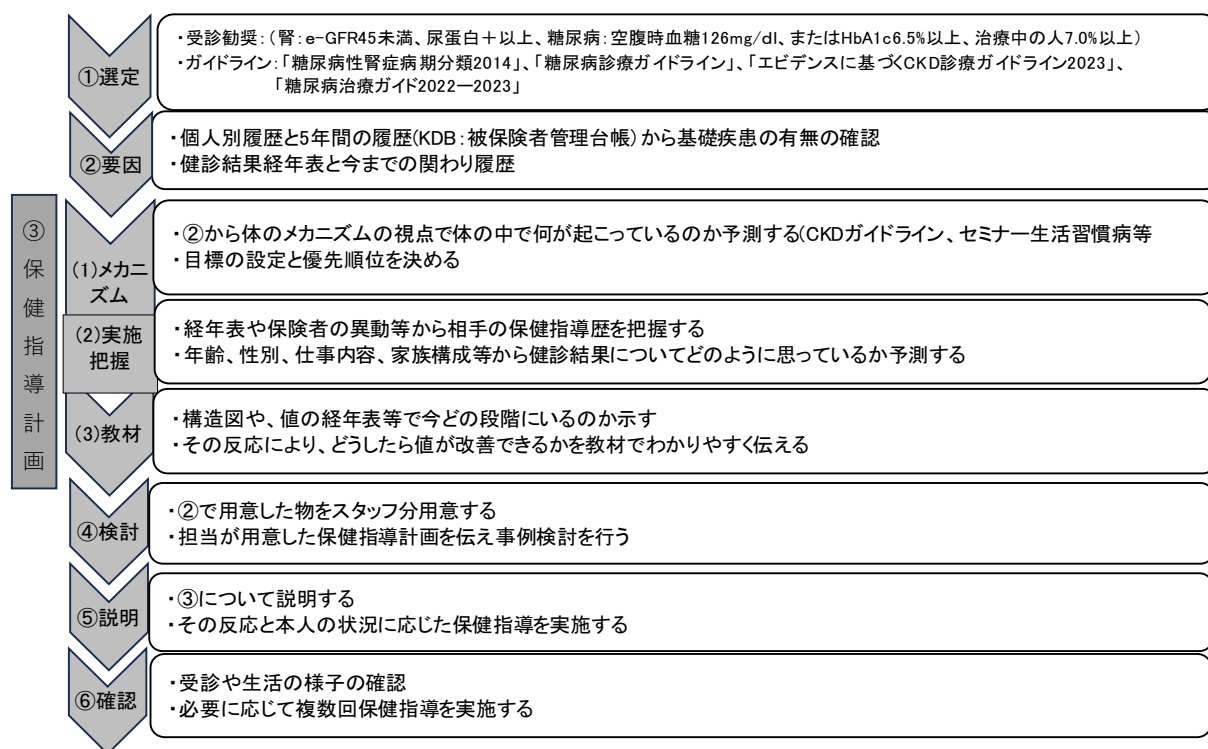
1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては図表 52 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 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

① 医療機関未受診者及び糖尿病治療中断者

当該年度の特定健診において、空腹時血糖 126 mg/dl(随時血糖 200 mg/dl)以上または

HbA1c6.5(NGSP)以上の者(通院中の患者で最終の受診日から6カ月経過しても受診した記録がない者を含む)

② 糖尿病治療中者(糖尿病性腎症で通院している者)

当該年度の特定健診において、HbA1c7.0(NGSP)以上の者(コントロール不良)

③ 特定健診未受診者

当該年度の特定健診未受診者のうち、過去5年間の特定健診において、空腹時血糖 126 mg/dl(随時血糖 200 mg/dl)以上または HbA1c6.5(NGSP)以上の者

なお、上記対象者①～③のそれぞれにおいて、次のいずれかに該当する者を優先します。

- ・尿蛋白(1+)以上を認めるもの
- ・eGFRが60ml/分/1.73m²未満の者(ただし70歳以上は、eGFRが40ml/分/1.73m²未満)

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

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

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

玄海町においては、特定健診にて尿蛋白(定性)検査を必須項目、血清クレアチニン検査(eGFR)を医師の判断に基づき実施しているため、尿蛋白の把握は可能ですが、腎機能(eGFR)及び尿アルブミンについては把握が難しい状況です。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。(図表 54)

玄海町において R4 年度の特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、35 人(38.0%・F)でした。また、40～74 歳における糖尿病治療者 268 人のうち、特定健診受診者が 57 人(62.0%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者 211 人(78.7%・I)については、治療中であるが、データが不明のため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表 54 より玄海町における介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・対象者①医療機関未受診者及び糖尿病治療中断者

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・35 人

優先順位 2

【保健指導】

- ・対象者②糖尿病治療中者(糖尿病性腎症で通院している者)

糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者 (J)・・・35 人

- ・治療中断しない(継続受診)のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

- ・対象者③特定健診未受診者

Iの中から、過去5年間の特定健診において、空腹時血糖 126 mg/dl(随時血糖 200 mg/dl)以上または HbA1c6.5 (NGSP)以上の者→管理台帳

- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

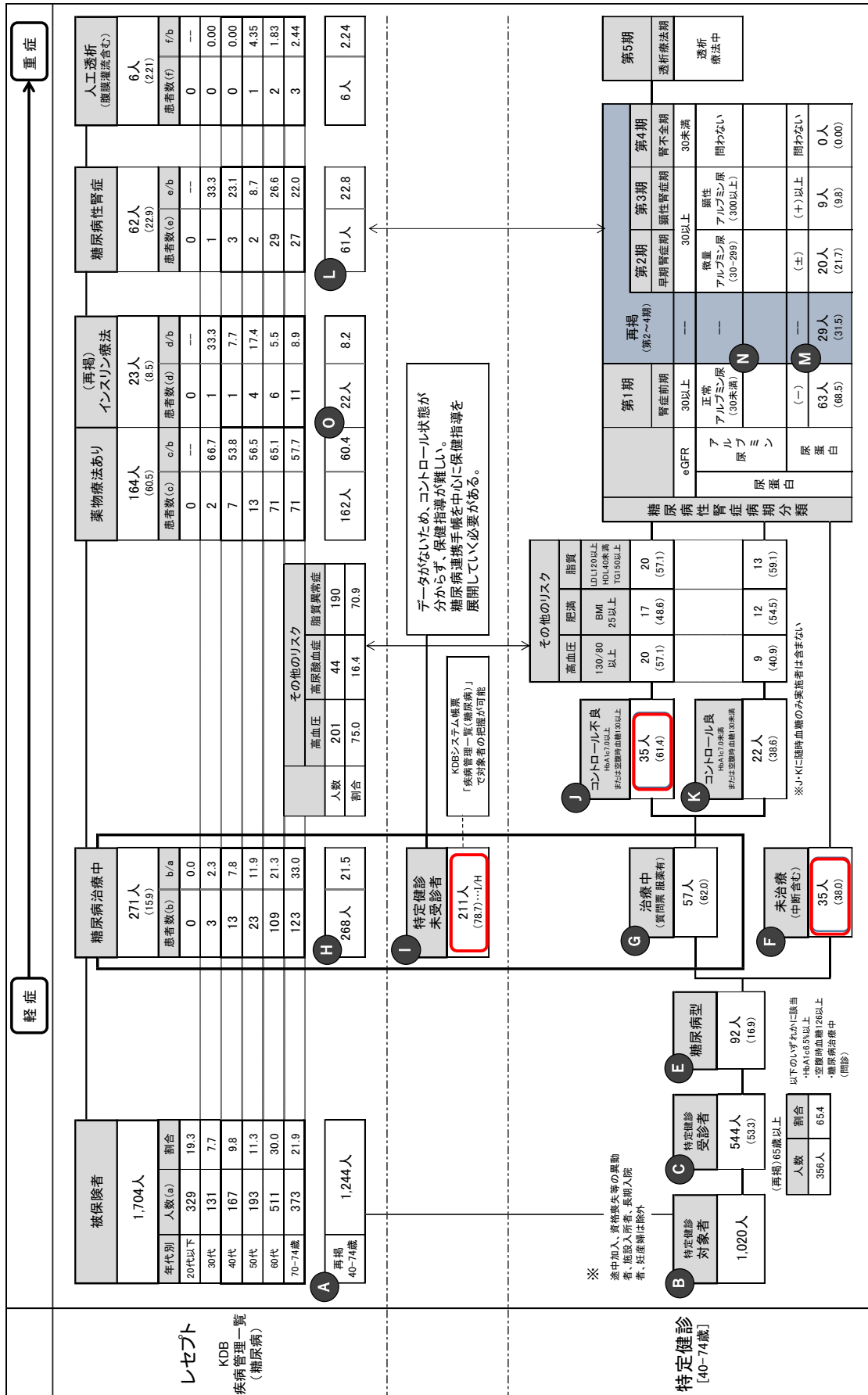
なお、下記優先順位 1～3のそれぞれにおいて、次のいずれかに該当する者を優先する。

- ・尿蛋白(1+)以上を認めるもの
- ・eGFR が 60ml/分/1.73m²未満の者(ただし 70 歳以上は、eGFR が 40ml/分/1.73m²未満)

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点まで資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報のうち、疾病管理一貫で把握できない項目については、「KDB帳票-介入支援対象者一貫(薬療・重症化予防)」から集計

出典：ヘルスサポートラボツール ②.1 健診結果集計ツール

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。玄海町においては、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行っていきます。

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

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

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

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

また、対象者のうち医療機関未受診者で尿蛋白定性(±)の者については、尿アルブミン検査の他、頸動脈超音波検査を受診勧奨し、自覚症状がなくとも検査結果を通して血管の変化を本人が認識できるよう支援します。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者及び糖尿病治療中断者について

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

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行っていきます。

また、対象者が医療機関を定期受診した際に得た検査データを本人の同意を得て保健指導者に情報提供してもらいます。

(3) 近隣の医療機関等への保健指導取組状況報告及び連携協力依頼

医療機関連携を図ること及び主治医の方針を確認することを目的に、近隣医療機関または地区医師会を対象に町の資料を持参し保健指導の取組状況報告を行い、連携の協力を依頼します。

5) 高齢者福祉部門(福祉・介護部局)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等と連携していきます。

6) 評価

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

(1) 短期的評価

①受診勧奨対象者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率

②保健指導対象者に対する評価

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

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	玄海町										同規模保険者(平均)		データ基	
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	1,855人		1,804人		1,759人		1,700人		1,621人				KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲)40-74歳	1,334人		1,314人		1,285人		1,261人		1,200人					
2	① 対象者数	1,199人		1,164人		1,163人		1,103人		1,019人				市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書	
	② 特定健診受診者数	514人		546人		511人		565人		519人					
	③ 特定健診受診率	42.9%		46.9%		43.9%		51.2%		50.9%					
3	① 特定保健指導対象者数	76人		72人		62人		50人		53人					
	② 特定保健指導実施率	55.3%		31.9%		96.8%		100.0%		75.5%					
4	健診データ	① 糖尿病型	E	80人	15.0%	87人	15.4%	85人	16.2%	89人	15.2%	92人	16.9%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	38人	47.5%	38人	43.7%	30人	35.3%	30人	33.7%	35人	38.0%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	42人	52.5%	49人	56.3%	55人	64.7%	59人	66.3%	57人	62.0%		
		④ コントロール不良 HbA1c 7.0以上または空腹時血糖130以上	J	27人	64.3%	29人	59.2%	34人	61.8%	34人	57.6%	35人	61.4%		
		⑤ 血圧 130/80以上		14人	51.9%	18人	62.1%	22人	64.7%	19人	55.9%	20人	57.1%		
		⑥ 肥満 BMI25以上		12人	44.4%	16人	55.2%	16人	47.1%	19人	55.9%	17人	48.6%		
		⑦ コントロール良 HbA1c 7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	15人	35.7%	20人	40.8%	21人	38.2%	25人	42.4%	22人	38.6%		
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	46人	57.5%	52人	59.8%	62人	72.9%	62人	69.7%	63人	68.5%		
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		26人	32.5%	21人	24.1%	15人	17.6%	14人	15.7%	20人	21.7%		
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		8人	10.0%	12人	13.8%	7人	8.2%	10人	11.2%	9人	9.8%		
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	1人	1.1%	1人	1.2%	2人	2.2%	0人	0.0%		
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)	113.2人		118.6人		117.1人		130.6人		133.9人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)	155.2人		161.3人		158.8人		174.5人		180.0人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1件1処方箋計)	1,136件	(857.4)	1,209件	(949.0)	1,272件	(1005.5)	1,333件	(1103.5)	1,370件	(1227.6)	319,711件	(930.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ 入院外(件数)	6件	(4.5)	14件	(11.0)	2件	(1.6)	8件	(6.6)	2件	(1.8)	1,521件	(4.4)	
		⑤ 入院(件数)	6件	(4.5)	14件	(11.0)	2件	(1.6)	8件	(6.6)	2件	(1.8)	1,521件	(4.4)	KDB_厚生労働省様式様式3-2
		⑥ 糖尿病治療中	H	210人	11.3%	214人	11.9%	206人	11.7%	222人	13.1%	217人	13.4%		
		⑦ (再掲)40-74歳	I	207人	15.5%	212人	16.1%	204人	15.9%	220人	17.4%	216人	18.0%		
		⑧ 健診未受診者		165人	79.7%	170人	80.2%	149人	73.0%	161人	73.2%	159人	73.6%		
		⑨ インスリン治療	O	13人	6.2%	17人	7.9%	15人	7.3%	13人	5.9%	19人	8.8%		
		⑩ (再掲)40-74歳	L	13人	6.3%	17人	8.0%	15人	7.4%	13人	5.9%	19人	8.8%		
		⑪ 糖尿病性腎症		9人	4.3%	21人	9.8%	27人	13.1%	37人	16.7%	44人	20.3%		
		⑫ (再掲)40-74歳		9人	4.3%	21人	9.9%	27人	13.2%	37人	16.8%	44人	20.4%		
		⑬ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		3人	1.4%	4人	1.9%	4人	1.9%	4人	1.8%	4人	1.8%		
		⑭ (再掲)40-74歳		3人	1.4%	4人	1.9%	4人	2.0%	4人	1.8%	4人	1.9%		
		⑮ 新規透析患者数		0人	0%	0人	0%	0人	0%	1人	0.5%	0人	0%		
		⑯ (再掲)糖尿病性腎症		0人	0%	0人	0%	0人	0%	0人	0%	0人	0%		
⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		5人	2.1%	5人	2.1%	3人	1.4%	2人	0.9%	4人	1.7%	KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期			
6	医療費	① 総医療費	7億0004万円		7億2722万円		6億8113万円		7億2464万円		5億6808万円		6億7051万円		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	3億6155万円		3億6245万円		3億2809万円		3億4164万円		2億6539万円		3億5898万円		
		③ (総医療費に占める割合)	51.6%		49.8%		48.2%		47.1%		46.7%		53.5%		
		④ 生活習慣病対象者 一人あたり	10,853円		11,789円		8,756円		11,217円		10,606円		9,063円		
		⑤ 健診未受診者	36,547円		35,272円		34,075円		34,272円		24,585円		37,482円		
		⑥ 糖尿病医療費	3299万円		3381万円		3418万円		3706万円		3721万円		4061万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	9.1%		9.3%		10.4%		10.8%		14.0%		11.3%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	1億0622万円		1億2339万円		1億2609万円		1億1918万円		1億0421万円				
		⑨ 1件あたり	37,256円		42,099円		42,512円		39,701円		36,591円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費	5566万円		5368万円		3879万円		5722万円		4205万円				
		⑪ 1件あたり	562,209円		542,271円		587,795円		650,213円		637,103円				
		⑫ 在院日数	16日		14日		17日		14日		16日				
		⑬ 慢性腎不全医療費	4175万円		3947万円		3651万円		3280万円		2704万円		2783万円		
		⑭ 透析有り	4120万円		3896万円		3595万円		3208万円		2626万円		2567万円		
		⑮ 透析なし	55万円		51万円		56万円		73万円		78万円		216万円		
7	介護	① 介護給付費	5億6878万円		5億6952万円		5億8751万円		6億1000万円		6億1284万円		8億6719万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症	1件	33.3%	1件	20.0%	1件	20.0%	0件	0.0%	0件	0.0%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	2人	2.7%	1人	1.3%	5人	6.7%	1人	1.3%	1人	1.3%	622人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題

出典:ヘルスサポートラボツール サポートツール②糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

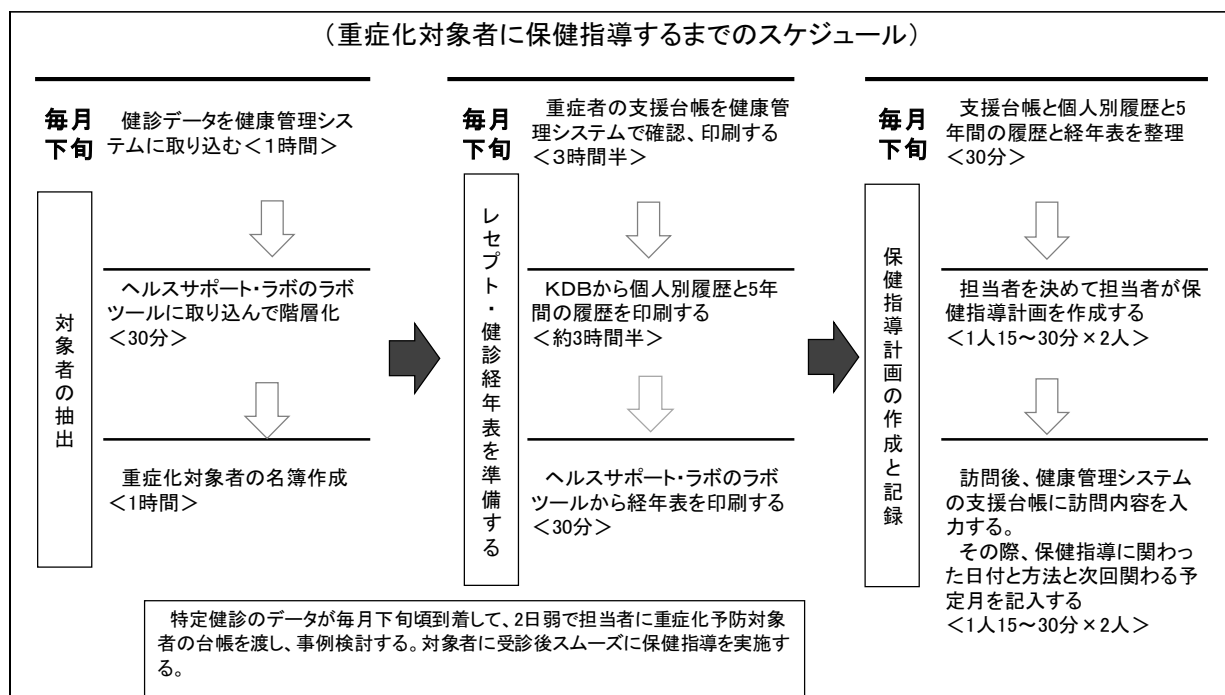
7) 実施期間及びスケジュール

8月 対象者の選定基準の決定

8月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

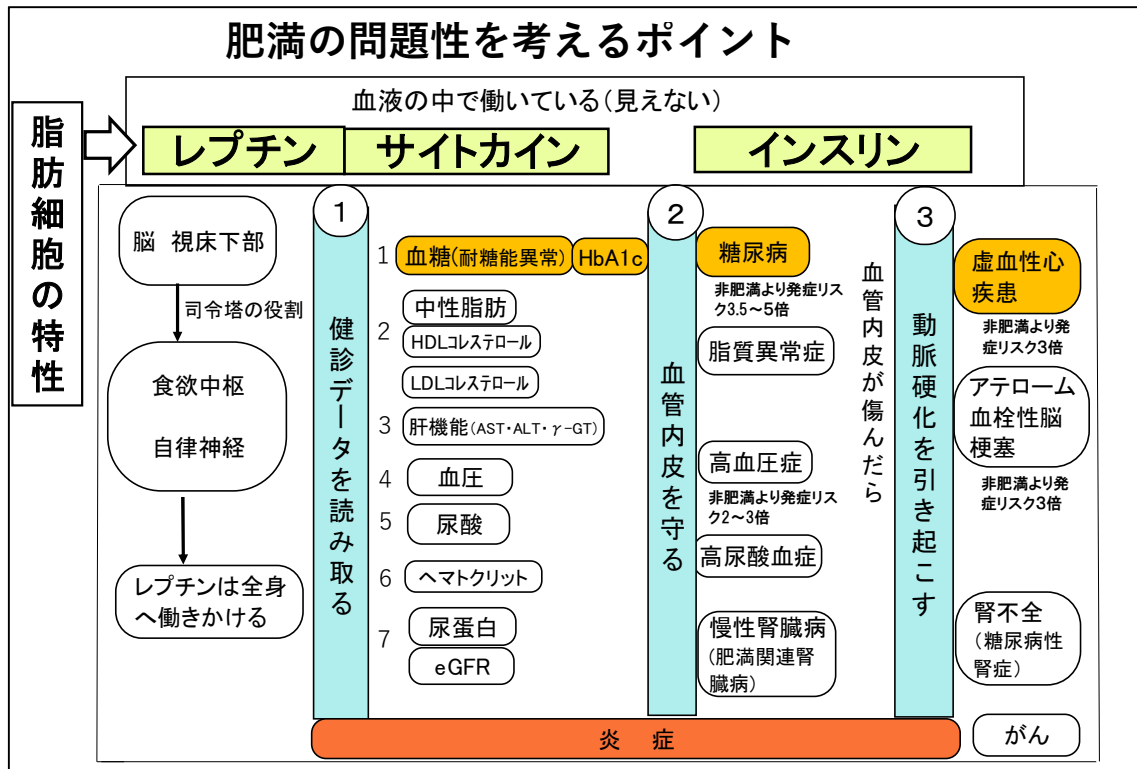
1) 基本的な考え方

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

「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。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 58 に基づいて考えていきます。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59 肥満度分類による実態(R4 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	188	356	50	124	39	104	9	18	1	2	1	0	
			26.6%	34.8%	20.7%	29.2%	4.8%	5.1%	0.5%	0.6%	0.5%	0.0%	
再掲	男性	97	172	29	62	24	55	4	7	0	0	1	0
				29.9%	36.0%	24.7%	32.0%	4.1%	4.1%	0.0%	0.0%	1.0%	0.0%
	女性	91	184	21	62	15	49	5	11	1	2	0	0
				23.1%	33.7%	16.5%	26.6%	5.5%	6.0%	1.1%	1.1%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

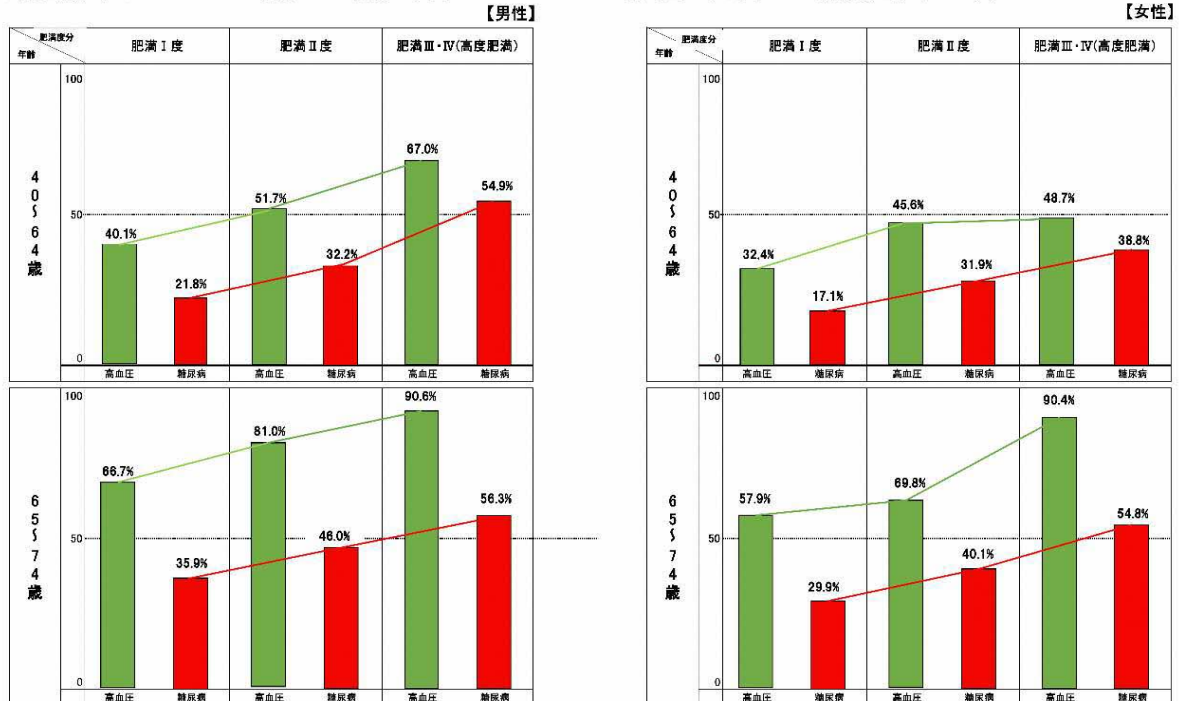
(2) 優先順位をつけます。

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

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます。

図表 60 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか(例示)

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



② 保健指導を実施した時の住民の声(意識)から「日常生活」で困っていることから考えます。

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

「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	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しまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる	・太っているから腸の痙攣もおこるよ	・逆流性食道炎になった。	
	排便			・便秘になって大変	・便秘に座ると便座が割れる	排泄	排便			
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	日常生活動作		・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		
	胸	・2~3年前から胸の変な感じがある ・仕事時時々胸の息苦しさ ・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。					
身体	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ります。そのことは、図表 61 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

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

③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例(例示)

心・脳血管疾患を発症した事例から課題を整理する

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

A市調べ

3) 対象者の明確化

図表 63 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況(R4 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	269	34	31	111	93	275	18	36	118	103	
メタボ該当者	B	87	7	8	43	29	46	2	5	19	20	
	B/A	32.3%	20.6%	25.8%	38.7%	31.2%	16.7%	11.1%	13.9%	16.1%	19.4%	
再掲	① 3項目全て	C	26	4	0	12	10	10	2	0	3	5
		C/B	29.9%	57.1%	0.0%	27.9%	34.5%	21.7%	100.0%	0.0%	15.8%	25.0%
	② 血糖+血圧	D	18	0	1	9	8	3	0	1	1	1
		D/B	20.7%	0.0%	12.5%	20.9%	27.6%	6.5%	0.0%	20.0%	5.3%	5.0%
	③ 血圧+脂質	E	36	1	5	19	11	28	0	3	13	12
		E/B	41.4%	14.3%	62.5%	44.2%	37.9%	60.9%	0.0%	60.0%	68.4%	60.0%
	④ 血糖+脂質	F	7	2	2	3	0	5	0	1	2	2
		F/B	8.0%	28.6%	25.0%	7.0%	0.0%	10.9%	0.0%	20.0%	10.5%	10.0%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 64 メタボリック該当者の治療状況 (R4 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			
			人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし	
総数	269	87	32.3%	69	79.3%	18	20.7%	275	46	16.7%	41	89.1%	5	10.9%	
40代	34	7	20.6%	2	28.6%	5	71.4%	18	2	11.1%	1	50.0%	1	50.0%	
50代	31	8	25.8%	4	50.0%	4	50.0%	36	5	13.9%	4	80.0%	1	20.0%	
60代	111	43	38.7%	37	86.0%	6	14.0%	118	19	16.1%	16	84.2%	3	15.8%	
70~74歳	93	29	31.2%	26	89.7%	3	10.3%	103	20	19.4%	20	100.0%	0	0.0%	

出典:ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 63)は、男性で受診者の3割を超えるが、女性では40代・50代で1割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

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

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

(1) 対象者の選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、抽出すべき対象者を以下とします。優先順位は以下のとおりとし、特に男性を優先します。

① 医療機関未受診者及び医療機関受診中断者

当該年度の特定健診において、メタボリックシンドローム該当者で血圧、血糖、脂質の未治療者（通院中の患者で最終の受診日から6カ月経過しても受診した記録がない者を含む）

② 治療中者

当該年度の特定健診において、メタボリックシンドローム該当者で、血圧、高血糖、脂質の治療中の者

(2) 対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し管理します。

4) 保健指導の実施

(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 等を参考に減量のための保健指導(食事指導)を行っていきます。

図表 65 特定健診・特定保健指導 実践に向けての保健指導教材(例示)

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	
<p>1 国の施策</p> <p>1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導</p> <p>1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方</p> <p>1-3 特定保健指導対象者</p> <p>1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて</p> <p>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</p> <p>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～</p> <p>2 保健指導対象者の明確化</p> <p>2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表</p> <p>2-2 おたすね</p> <p>2-3 健診結果みる肥満のリスク</p> <p>2-4 肥満がもたらすもの</p> <p>3 肥満の症状</p> <p>3-1 肥満がもたらす症状</p> <p>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</p> <p>3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？</p> <p>3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます</p> <p>3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの？</p> <p>3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)</p> <p>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)</p> <p>3-5-1 膝が痛いときよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？</p> <p>3-5-2 膝のどこが痛いのですか？</p> <p>3-5-3 膝に圧力がかららないトレーニング</p> <p>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！</p> <p>3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)</p> <p>3-7 新型コロナと肥満</p> <p>4 高度肥満</p> <p>4-1 外科手術という治療があります</p> <p>4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧</p> <p>4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合</p> <p>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</p> <p>5 保健指導教材で減量できた事例</p> <p>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</p> <p>5-2 住民の体重変化</p>	<p>6 脂肪細胞の特性</p> <p>6-1 肥満の問題性を考えるポイント</p> <p>6-2 脂肪細胞ってね①</p> <p>6-3 脂肪細胞ってね②</p> <p>6-4 脂肪細胞から分泌される物質</p> <p>6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中</p> <p>6-6 食欲が抑えられない</p> <p>6-7 脳の変調を起こす原因は？</p> <p>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</p> <p>7 健診データ・検査</p> <p>7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます</p> <p>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</p> <p>7-3 血管が傷むとは</p> <p>7-4 体の中で起こっていることは？</p> <p>7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いませんか？</p> <p>7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝</p> <p>7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか</p> <p>7-8 尿酸って聞いたことがありますか？</p> <p>7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？</p> <p>7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？</p> <p>7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします</p> <p>7-12 労災保険二次健康診断給付制度</p> <p>7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？</p> <p>7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。。</p> <p>8 食事療法</p> <p>8-1 栄養指導の基本</p> <p>8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する</p> <p>8-3-1 短鎖脂肪酸</p> <p>8-3-7 肥満の推移とその背景と原因</p> <p>9 運動療法</p> <p>9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？</p> <p>9-2 体重測定</p> <p>10 参考資料</p>

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。

玄海町においても国民健康保険給付費等交付金等を活用して、二次健診の実施を検討します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ③75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

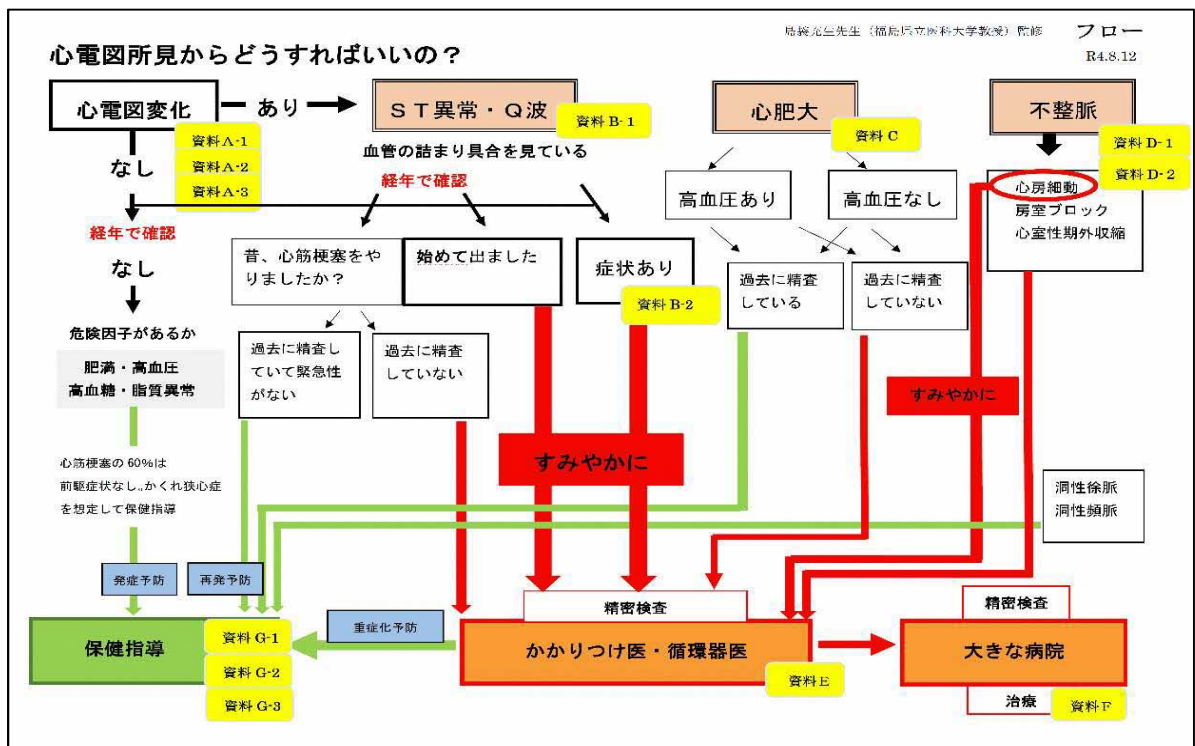
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

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66に基づいて考えます。

図表66 心電図所見からのフロー図



対象者の選定基準にあたっては、抽出すべき対象者及び優先順位を以下のとおりとします。

① 心電図有所見者

当該年度の特定健診において、心電図に所見がある以下の者

- ・心房細動の所見がある者
- ・ST異常・異常Q波の所見があり、かつ、症状があるもの、または初めて所見がある者

② 医療機関未受診者及び医療機関受診中断者

当該年度の特定健診において、メタボリックシンドローム該当者、またはLDLコレステロール180mg/dl以上の者で、血圧、血糖、脂質の未治療者（通院中の患者で最終の受診日から6カ月経過しても受診した記録がない者を含む）

(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、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

玄海町においては、医師の判断により心電図検査を11～15%の人に実施し、そのうち有所見者が毎年47%程度です。有所見者のうち、すみやかに医療機関受診が必要な心房細動有所見者は令和元年度以降各年1人でした。(図表 67)

また、心房細動有所見者については治療中であることを確認しています。(図表 68)

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態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 67 心電図検査結果

年度	心電図検査			所見内訳																
				ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
H30	73	13.7	35	47.9	4	11.4	6	17.1	4	11.4	3	8.6	0	0.0	3	8.6	0	0.0	0	0.0
R1	89	15.7	42	47.2	3	7.1	3	7.1	4	9.5	6	14.3	0	0.0	4	9.5	1	2.4	4	9.5
R2	78	14.9	37	47.4	2	5.4	4	10.8	2	5.4	9	24.3	1	2.7	3	8.1	1	2.7	2	5.4
R3	88	15.1	42	47.7	3	7.1	2	4.8	1	2.4	4	9.5	1	2.4	3	7.1	1	2.4	1	2.4
R4	65	11.9	30	46.2	2	6.7	3	10.0	1	3.3	6	20.0	1	3.3	2	6.7	1	3.3	3	10.0

特定健診結果

図表 68 心房細動有所見者の治療状況

年度	心房細動 有所見者 人	治療の有無			
		未治療者		治療中(R5.9現在)	
		人	%	人	%
R1	1	0	0.0	1	100.0
R2	1	0	0.0	1	100.0
R3	1	0	0.0	1	100.0
R4	1	0	0.0	1	100.0

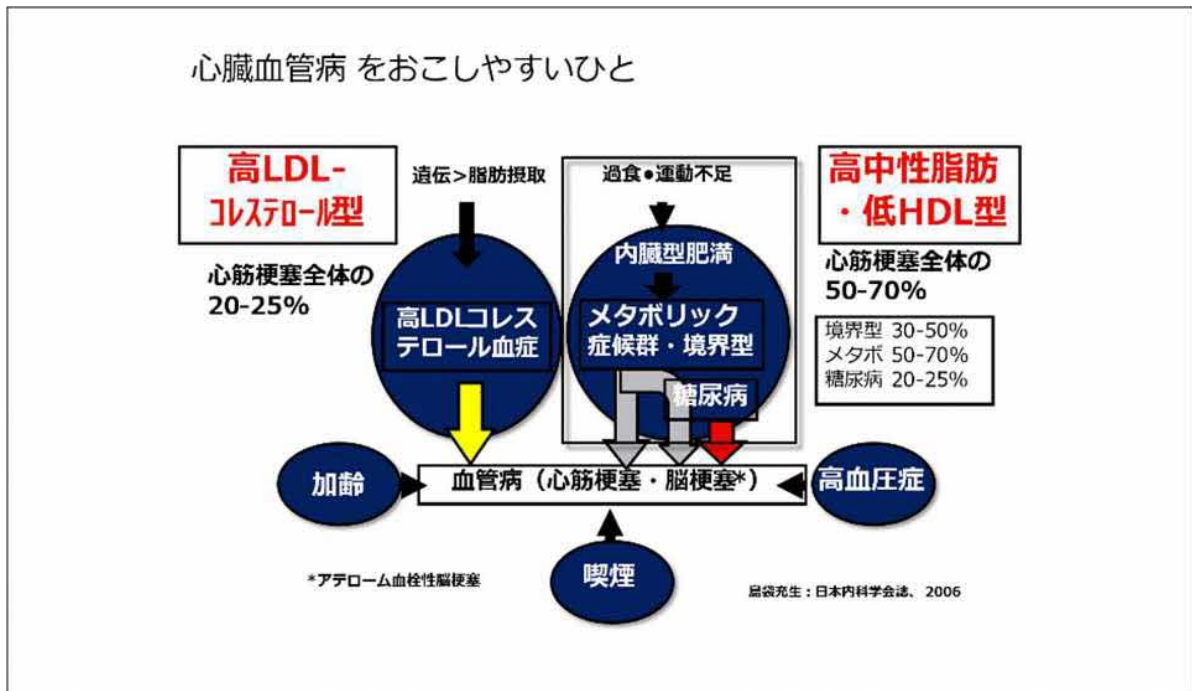
特定健診結果、国保総合システム

②心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドロームまたは LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 69)

図表 69 心血管病をおこしやすいひと



図表 69 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

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

B:LDL コレステロールタイプ(図表 70)

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)LDL 160以上の年代別			
	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
	93 51.4%	58 32.0%	17 9.4%	13 7.2%	4 13.3%	12 40.0%	12 40.0%	2 6.7%	
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)	24 13.3%	6 10.3%	1 5.9%	3 23.1%	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%
		140未満 (170未満)	57 31.5%	22 37.9%	3 17.6%	3 23.1%	1 25.0%	2 16.7%	0 0.0%
	高リスク	120未満 (150未満)	95 52.5%	29 50.0%	13 76.5%	6 46.2%	1 25.0%	9 75.0%	2 100.0%
		再掲 100未満 (130未満) ※1	10 5.5%	3 5.2%	0 0.0%	1 7.7%	0 0.0%	1 8.3%	0 0.0%
	二次予防 生活習慣の是正と共に 薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	5 2.8%	1 1.7%	0 0.0%	1 7.7%	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います。その際、対象者がイメージしやすい資料の活用を心がけます。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います。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います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

図表 71 心電図所見からの保健指導教材(例示)

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

(2) 二次健診の実施

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

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 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、以下の検査方法が用いられています。

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

玄海町では、二次健診において、頸動脈エコー検査を用います。

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(福祉・介護部局)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等と連携していきます。

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

8 月 対象者の選定基準の決定

8 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

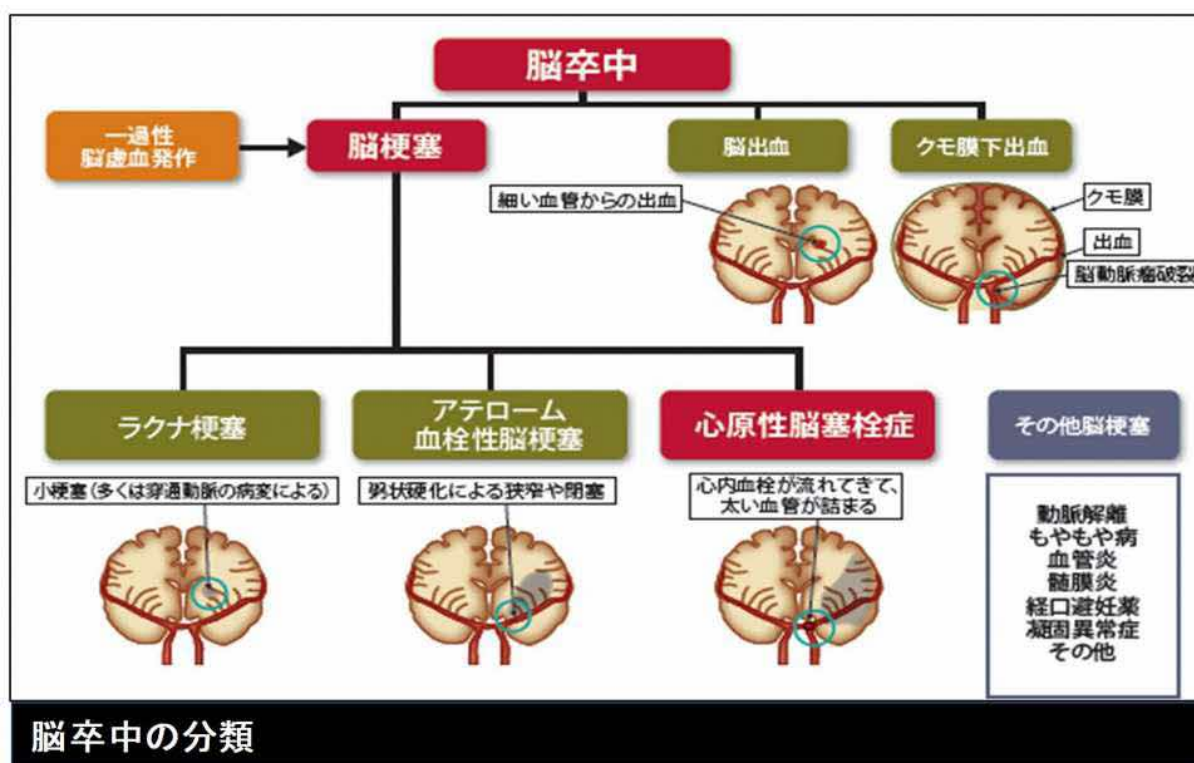
8 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

図表 72 脳卒中の分類



(「脳卒中予防の提言」「心房細動による脳卒中を予防するプロジェクト」実行委員会より引用)

図表 73 脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 74 でみると、高血圧治療者 492 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 82 人(16.7%・0)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 19 人(3.49%)であり、そのうち 9 人(47.4%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 10 人(4.69%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

対象者の選定基準にあたっては、図表 74、75 に基づき特定健診受診者の健診結果から把握し、抽出すべき対象者を以下のとおりとします。

① 心電図有所見者

当該年度の特定健診において、心電図に心房細動の所見がある者

② Ⅱ度高血圧以上の者

当該年度の特定健診において、Ⅱ度高血圧以上の者

③ リスク第3層(図表 75)に該当するⅠ度高血圧の者

当該年度の特定健診において、Ⅰ度高血圧の者で以下のいずれかの者で降圧薬未治療者

・脳心血管病既往(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)

・糖尿病(問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖 ≥ 126 、HbA1c ≥ 6.5 、随時血糖 ≥ 200 のいずれかに該当した者)

・蛋白尿 \pm 以上の者

・リスク2層の危険因子(65歳以上、男性、脂質異常症、喫煙)が3つ以上ある者

④ リスク第3層(図表 75)に該当する高値血圧の者

当該年度の特定健診において、高値血圧症の者で降圧薬未治療者

※③のいずれかの者に同じ

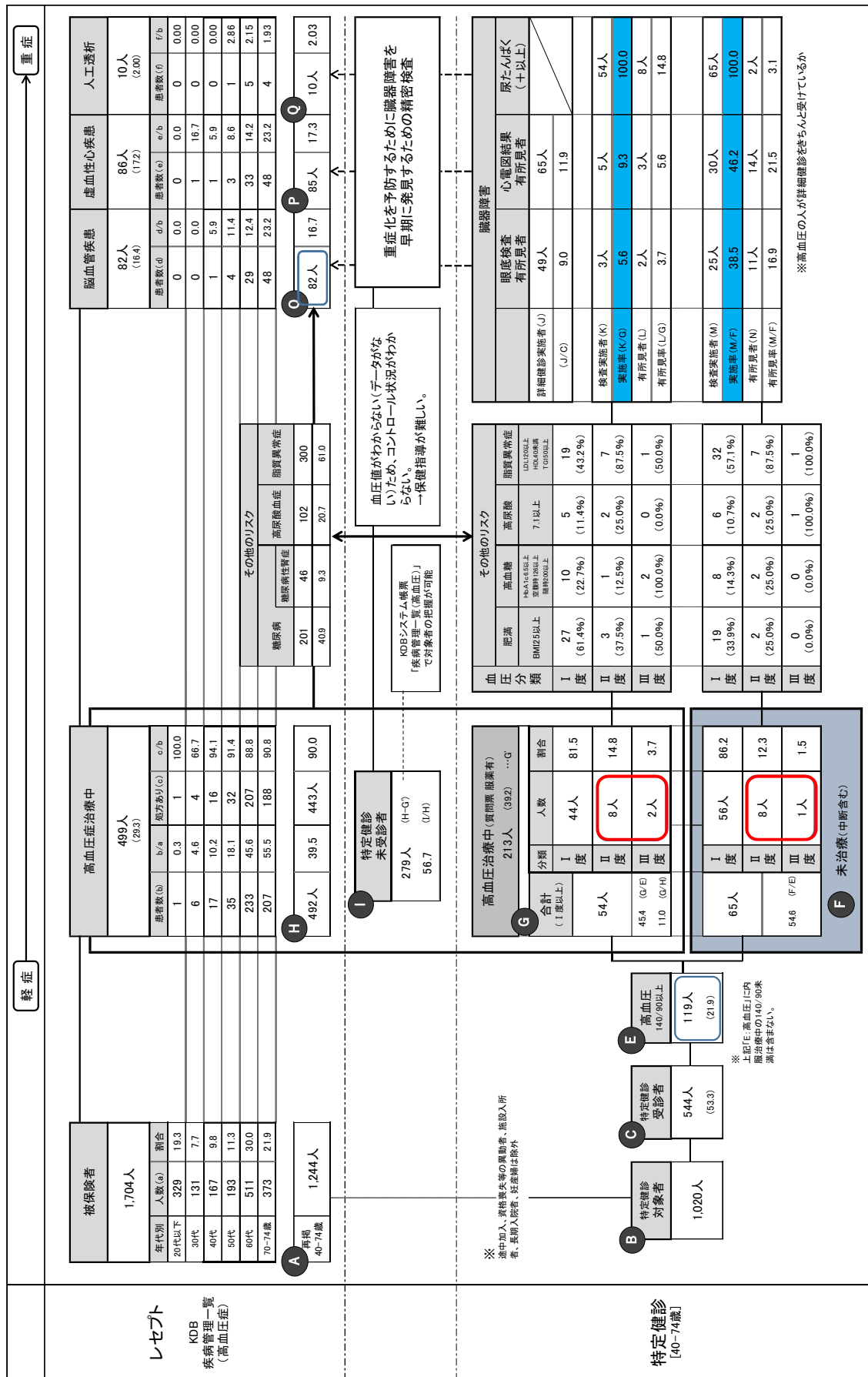
⑤ 特定健診未受診者

当該年度の特定健診未受診者のうち、過去5年間の特定健診において、Ⅱ度高血圧以上の者

図表 74 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

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

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)				該当者数
	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	
リスク第1層 予後影響因子がない	130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	38 24.5%
	90	56	8	1	
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	130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	66 42.6%
	90	56	8	1	
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	51 32.9%
	90	56	8	1	

区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	38 24.5%
B 概ね1か月後に再評価	66 42.6%
C 概ね3か月後に再評価	51 32.9%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合(※)=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。

※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。

※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことと回答した者で判断。

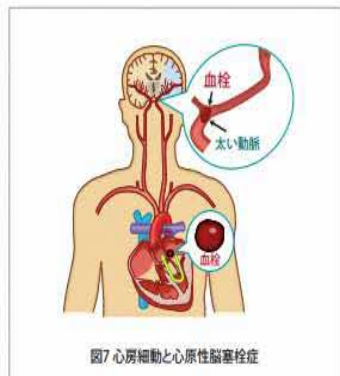
※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。

※5 蛋白尿については、健診結果より(±)以上で判断。

出典:ヘルスサポートラボツール ②_1 健診結果集計ツール

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

(3)心電図検査における心房細動の実態



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

図表 76 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(「脳卒中予防の提言」より引用)

図表 76 心房細動有所見状況 (R4 年度)

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	269	275	37	13.8%	28	10.2%	1	2.7%	0	0.0%	--	--
40代	34	18	7	20.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	31	36	5	16.1%	3	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	111	118	15	13.5%	13	11.0%	1	6.7%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	93	103	10	10.8%	12	11.7%	0	0.0%	0	0.0%	3.4%	1.1%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 77 心房細動有所見者の治療状況 (R4 年度) (図表 68 一部再掲)

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
1	0	0.0	1	100.0

特定健診結果

R4 年度の心電図検査において 1 人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加する傾向にあります。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。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が必要です。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、対象者がイメージしやすい資料の活用を心がけます。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います。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います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

(2) 二次健診の実施

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

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

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

玄海町では、二次健診において、頸動脈エコー検査を用います。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(福祉・介護部局)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等と連携していきます。

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

8月 対象者の選定基準の決定

8月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8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ります。

2) 事業の実施

玄海町は、令和4年度より佐賀県後期高齢者医療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事業」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行ってまいります。

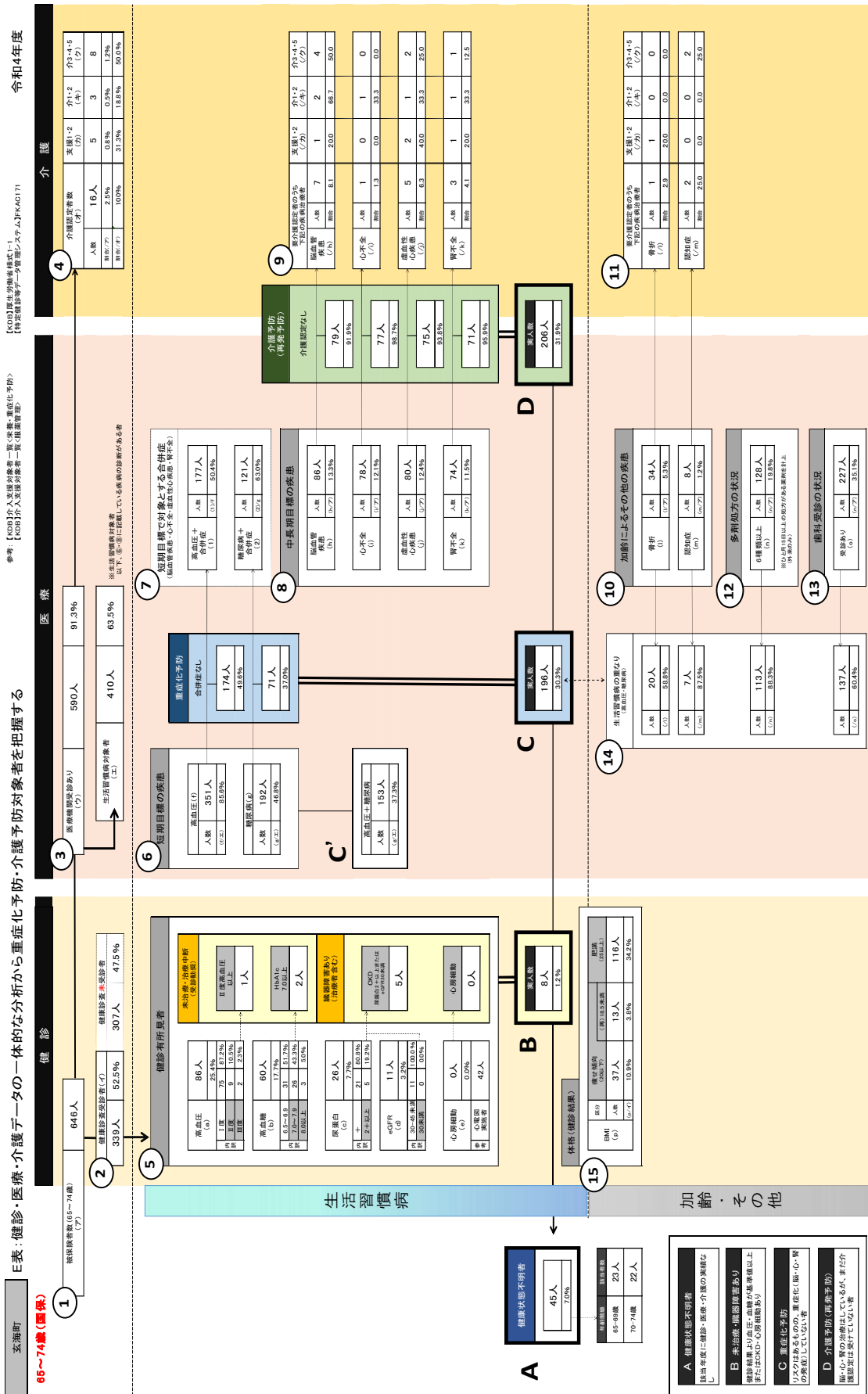
具体的には、

- ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置します。

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

- ② 地域を担当する医療専門職を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための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まいります。(ポピュレーションアプローチ)

図表 78 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



出典：ヘルスサポートラボツール 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施支援ツール

IV. 発症予防

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

玄海町においては、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ていくことが必要であります。

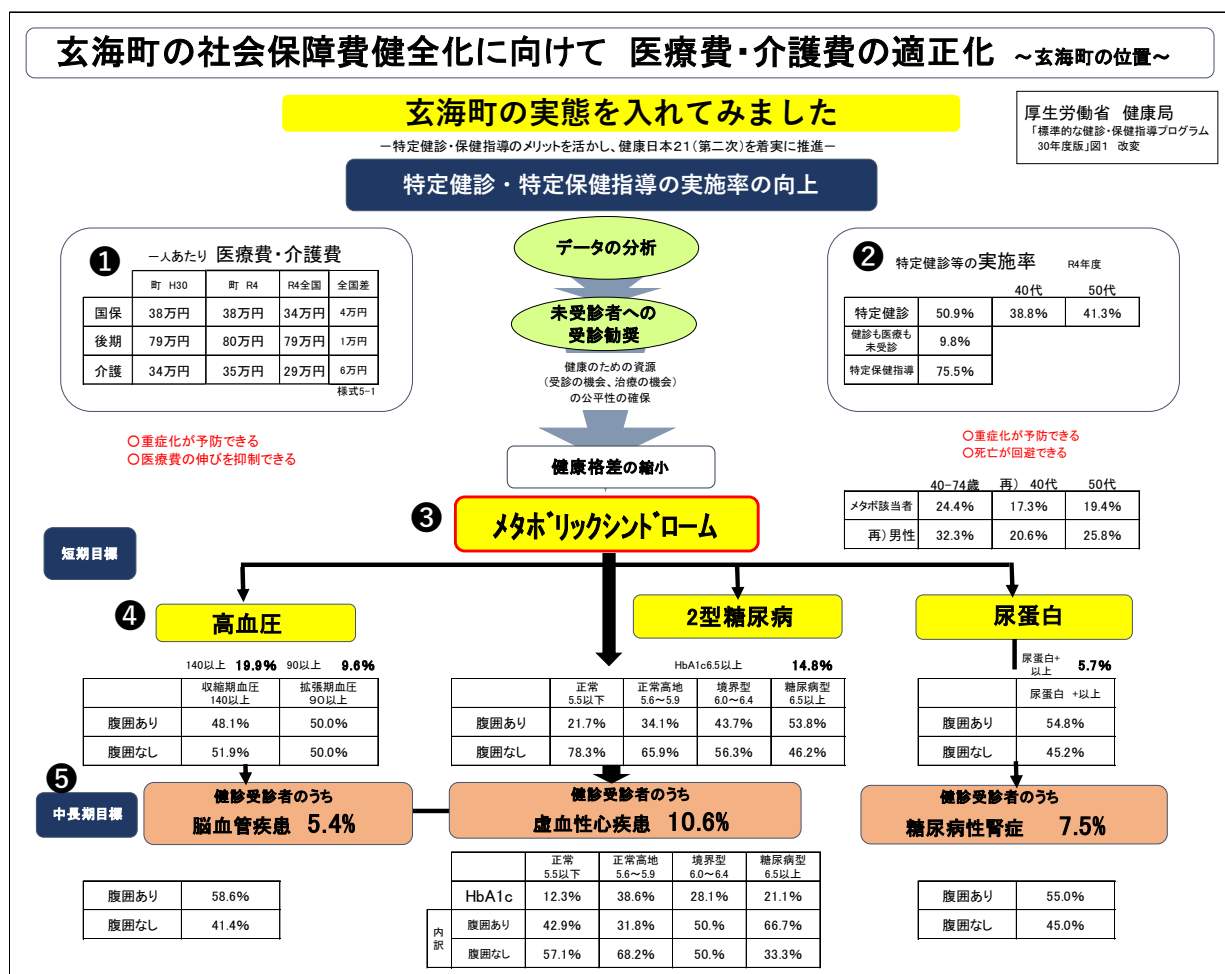
図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える - 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	健康増進法															
	母子保健法			学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)							
2 計画	健康増進計画(県)(市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】															
	データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)															
3 年代	妊婦(胎児期)		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳			15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上	
	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査		就学時健診 (11・12条)		児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)	
5 対象者	妊娠前		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)			
	血糖	95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上								
	HbA1c	6.5%以上						6.5%以上								
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上														
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上								
	(診断) 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの														
	身長 体重															
	BMI											25以上				
	肥満度			加 ¹ 18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上								
	尿糖	(+) 以上						(+) 以上								
糖尿病家族歴																

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表 80)

図表 80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた玄海町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた玄海町の位置

R04年度

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口	5,465		1,680,058		797,881		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)	1,774	32.5	662,426	39.4	246,061	30.8	35,335,805	28.7		
		75歳以上	895	16.4	--	--	125,245	15.7	18,248,742	14.8		
		65~74歳	879	16.1	--	--	120,816	15.1	17,087,063	13.9		
		40~64歳	1,790	32.8	--	--	253,839	31.8	41,545,893	33.7		
	39歳以下	1,901	34.8	--	--	297,981	37.3	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業	23.4		17.0		8.7		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第2次産業	22.8		25.3		24.2		25.0			
		第3次産業	53.9		57.7		67.1		71.0			
	③ 平均寿命	男性	80.5		80.4		80.7		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		87.1		86.9		87.1		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性 ※保険者欄は二次医療圏データ	79.0		79.5		80.1		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性 ※保険者欄は二次医療圏データ	84.9		84.2		85.2		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	105.2		103.1		102.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		男性	105.2		103.1		102.0		100			
		女性	101.7		101.3		99.1		100			
		がん	19	48.7	7,089	46.3	2,689	51.1	378,272	50.6		
		心臓病	11	28.2	4,562	29.8	1,488	28.3	205,485	27.5		
		脳疾患	7	17.9	2,404	15.7	687	13.0	102,900	13.8		
		糖尿病	1	2.6	283	1.8	95	1.8	13,896	1.9		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査	
		男性										
		女性										
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	268	15.5	127,161	19.4	45,455	18.6	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者	8	0.2	2,078	0.3	831	0.3	110,289	0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2	856	15.0	365,856	13.2	192,586	19.1	21,785,044		12.9
			要介護1.2	2,637	46.1	1,297,770	46.8	500,432	49.6	78,107,378		46.3
			要介護3以上	2,226	38.9	1,111,908	40.1	316,821	31.4	68,963,503		40.8
	2号認定者	1	0.06	2,073	0.39	825	0.33	156,107	0.38			
	② 有病状況	糖尿病	69	24.0	30,162	22.6	11,160	23.4	1,712,613	24.3		
		高血圧症	177	63.9	71,773	54.3	28,610	60.7	3,744,672	53.3		
		脂質異常症	100	34.0	39,654	29.6	16,120	33.7	2,308,216	32.6		
		心臓病	204	73.6	80,304	60.9	32,225	68.4	4,224,628	60.3		
		脳疾患	95	34.6	30,910	23.8	13,290	28.7	1,568,292	22.6		
		がん	52	19.6	14,782	11.0	6,572	14.0	837,410	11.8		
		筋・骨格	200	70.5	71,540	54.1	28,736	61.0	3,748,372	53.4		
		精神	128	46.7	49,589	37.8	21,641	46.2	2,569,149	36.8		
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	345,459	612,844,694	314,188	208,126,001,519	286,277	70,441,691,145	290,668	1007427426889		
		1件当たり給付費(全体)	107,159		74,986		69,755		59,662			
		居宅サービス	58,803		43,722		50,348		41,272			
施設サービス		326,000		289,312		290,902		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	8,570	9,224	9,309	8,610						
	認定なし	4,082	4,375	4,328	4,020							
4	① 国保の状況	被保険者数	1,515		427,153		172,974		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		65~74歳	636	42.0			78,402	45.3	11,129,271	40.5		
		40~64歳	480	31.7			53,309	30.8	9,088,015	33.1		
		39歳以下	399	26.3			41,263	23.9	7,271,596	26.5		
	加入率		27.7		25.6		21.7		22.3			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	150	0.4	100	0.6	8,237	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況	
		診療所数	3	2.0	1,147	2.7	691	4.0	102,599	3.7		
		病床数	0	0.0	15,964	37.4	14,451	83.5	1,507,471	54.8		
		医師数	2	1.3	1,780	4.2	2,445	14.1	339,611	12.4		
		外来患者数	749.0		692.2		784.4		687.8			
	入院患者数	20.8		22.7		27.7		17.7				
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	374,971	県内20位 同規模134位	376,732	431,999	339,680					
		受診率	769,845		714,851		812,114		705,439		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
外 来		費用の割合	59.4		56.3		53.8		60.4			
		件数の割合	97.3		96.8		96.6		97.5			
入 院		費用の割合	40.6		43.7		46.2		39.6			
		件数の割合	2.7		3.2		3.4		2.5			
1件あたり在院日数	16.8日		16.4日		17.9日		15.7日					

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	最大医療費源傷病名 (調剤含む)	がん	56,205,800	21.2	31.3	27.2	32.2	KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健 康課題				
				慢性腎不全(透析あり)	26,263,690	9.9	7.2	10.2	8.2					
				糖尿病	37,209,960	14.0	11.3	9.2	10.4					
				高血圧症	25,870,020	9.7	6.6	5.6	5.9					
				脂質異常症	14,900,800	5.6	3.8	3.7	4.1					
				脳梗塞・脳出血	8,785,630	3.3	3.9	4.0	3.9					
				狭心症・心筋梗塞	5,728,160	2.2	2.8	2.0	2.8					
				精神	39,224,460	14.8	14.9	20.3	14.7					
	筋・骨格	48,458,830	18.3	17.3	16.8	16.7								
	⑤	一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症	96	0.1	430	0.3	370	0.2	256	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)	
				糖尿病	1,194	0.8	1,426	0.9	1,416	0.7	1,144	0.9		
				脂質異常症	37	0.0	69	0.0	64	0.0	53	0.0		
				脳梗塞・脳出血	4,639	3.0	6,762	4.1	8,250	4.1	5,993	4.5		
				虚血性心疾患	2,861	1.9	4,422	2.7	3,573	1.8	3,942	2.9		
		腎不全	1,145	0.8	4,755	2.9	6,245	3.1	4,051	3.0				
		一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	高血圧症	16,980	7.6	12,793	6.0	12,536	5.4	10,143	4.9		
				糖尿病	25,508	11.5	21,925	10.3	20,303	8.7	17,720	8.6		
				脂質異常症	9,799	4.4	7,608	3.6	8,279	3.6	7,092	3.5		
				脳梗塞・脳出血	1,160	0.5	943	0.4	1,022	0.4	825	0.4		
虚血性心疾患				1,556	0.7	1,933	0.9	1,800	0.8	1,722	0.8			
腎不全	26,853			12.1	16,719	7.9	23,024	9.9	15,781	7.7				
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	4,313		3,122		3,014		2,031	KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健 康課題			
			健診未受診者	9,997		12,911		14,170		13,295				
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	10,606		9,063		7,990		6,142				
			健診未受診者	24,585		37,482		37,560		40,210				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	274	52.9	81,311	58.1	25,957	55.2	3,698,441	56.9	KDB NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	250	48.3	73,037	52.2	23,565	50.1	3,375,719	51.9				
		医療機関非受診率	24	4.6	8,274	5.9	2,392	5.1	322,722	5.0				
5	特定健診の 状況	県内市町村数 23市町村 同規模市区町村数 240市町村	健診受診者	518		139,850		46,997		6,503,152	KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健 康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握			
				受診率	50.7	県内6位 同規模68位	44.7	39.6	全国16位	35.3				
			特定保健指導終了者(実施率)	27	48.2	2,678	16.0	1,049	19.4	69,327		9.0		
			非肥満高血糖	60	11.6	14,190	10.1	4,529	9.6	588,083		9.0		
			メタボ	該当者	125	24.1	30,227	21.6	10,252	21.8		1,321,197	20.3	
				男性	81	31.5	21,300	32.1	6,954	32.9		923,222	32.0	
				女性	44	16.9	8,927	12.1	3,298	12.8		397,975	11.0	
				予備群	45	8.7	16,236	11.6	5,760	12.3		730,607	11.2	
			メタボ 該当・ 予備 群レ ベル	腹囲	男性	34	13.2	11,464	17.3	3,928		18.6	515,813	17.9
					女性	11	4.2	4,772	6.5	1,832		7.1	214,794	5.9
				BMI	総数	190	36.7	51,122	36.6	18,140		38.6	2,273,296	35.0
					女性	60	23.0	15,187	20.6	5,879		22.7	680,549	18.8
			⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	血糖のみ 血圧のみ 脂質のみ 血糖・血圧 血糖・脂質 血圧・脂質 血糖・血圧・脂質	男性	130	50.6	35,935	54.2	12,261		58.0	1,592,747	55.3
					女性	60	23.0	15,187	20.6	5,879		22.7	680,549	18.8
					総数	30	5.8	8,128	5.8	1,785		3.8	304,276	4.7
					男性	6	2.3	1,372	2.1	256		1.2	48,780	1.7
					女性	24	9.2	6,756	9.2	1,529		5.9	255,496	7.1
					血糖のみ	4	0.8	963	0.7	486		1.0	41,541	0.6
					血圧のみ	26	5.0	11,851	8.5	3,847		8.2	514,593	7.9
脂質のみ	15	2.9			3,422	2.4	1,427	3.0	174,473	2.7				
血糖・血圧	21	4.1			5,115	3.7	1,794	3.8	193,722	3.0				
血糖・脂質	11	2.1			1,475	1.1	744	1.6	67,212	1.0				
血圧・脂質	60	11.6			13,535	9.7	4,364	9.3	630,648	9.7				
血糖・血圧・脂質	33	6.4	10,102	7.2	3,350	7.1	429,615	6.6						
6	問診の状況	服薬 既往歴	高血圧	203	39.2	55,201	39.5	17,603	37.5	2,324,538	35.8	KDB NO.1 地域全体像の把握		
			糖尿病	53	10.2	14,674	10.5	5,331	11.3	564,473	8.7			
			脂質異常症	179	34.6	38,748	27.7	13,630	29.0	1,817,350	28.0			
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	7	1.9	4,389	3.3	751	1.7	199,003	3.1			
6	生活習慣の 状況	喫煙 週3回以上朝食を抜く 週3回以上食後開食(～H29) 週3回以上就寝前夕食(H30～) 週3回以上就寝前夕食 食べる速度が速い 20歳時体重から10kg以上増加 1回30分以上運動習慣なし 1日1時間以上運動なし 睡眠不足 毎日飲酒 時々飲酒 一日飲酒量 1合未満 1～2合 2～3合 3合以上	74	14.3	21,078	15.1	6,482	13.8	896,676	13.8	KDB NO.1 地域全体像の把握			
			62	12.0	11,378	8.6	4,585	10.1	609,166	10.3				
			0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
			109	21.0	21,660	16.4	6,259	13.8	932,218	15.7				
			109	21.0	21,660	16.4	6,259	13.8	932,218	15.7				
			141	27.2	35,108	26.4	12,310	27.1	1,590,713	26.8				
			203	39.2	47,632	35.8	16,331	35.9	2,083,152	34.9				
			365	70.7	86,948	65.2	26,377	57.9	3,589,415	60.3				
			239	46.6	62,532	46.9	20,705	45.5	2,858,913	48.0				
			120	23.3	32,230	24.3	10,777	23.7	1,521,685	25.6				
			150	29.0	35,947	26.5	11,712	25.6	1,585,206	25.5				
			112	21.6	28,605	21.1	9,319	20.3	1,393,154	22.4				
			117	43.2	53,892	59.9	12,128	52.4	2,851,798	64.2				
			108	39.9	23,850	26.5	7,535	32.6	1,053,317	23.7				
43	15.9	9,375	10.4	2,797	12.1	414,658	9.3							
3	1.1	2,835	3.2	667	2.9	122,039	2.7							

出典:ヘルスサポートラボツール サポートツール②糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

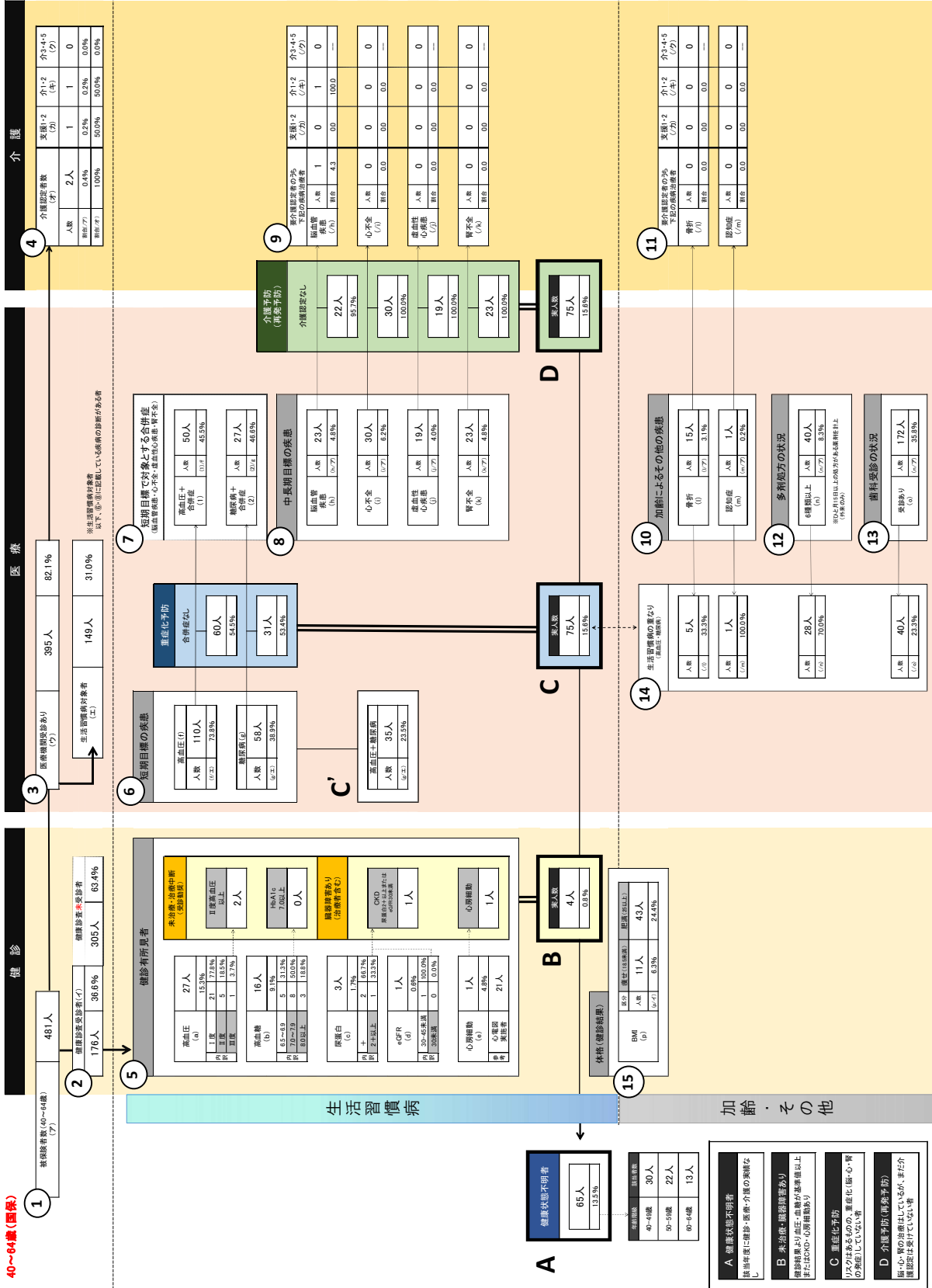
①40～64歳(国保)

令和4年度

【(D)】厚生労働省統計①-1
【特定高齢者等一斉管理システム(PK-GIT)】

参考：【(D)】介入生活習慣改善者一斉管理システム(重化予防) >
【(D)】介入生活習慣改善者一斉管理システム(重化予防) >

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」



② 65～74 歳(国保)

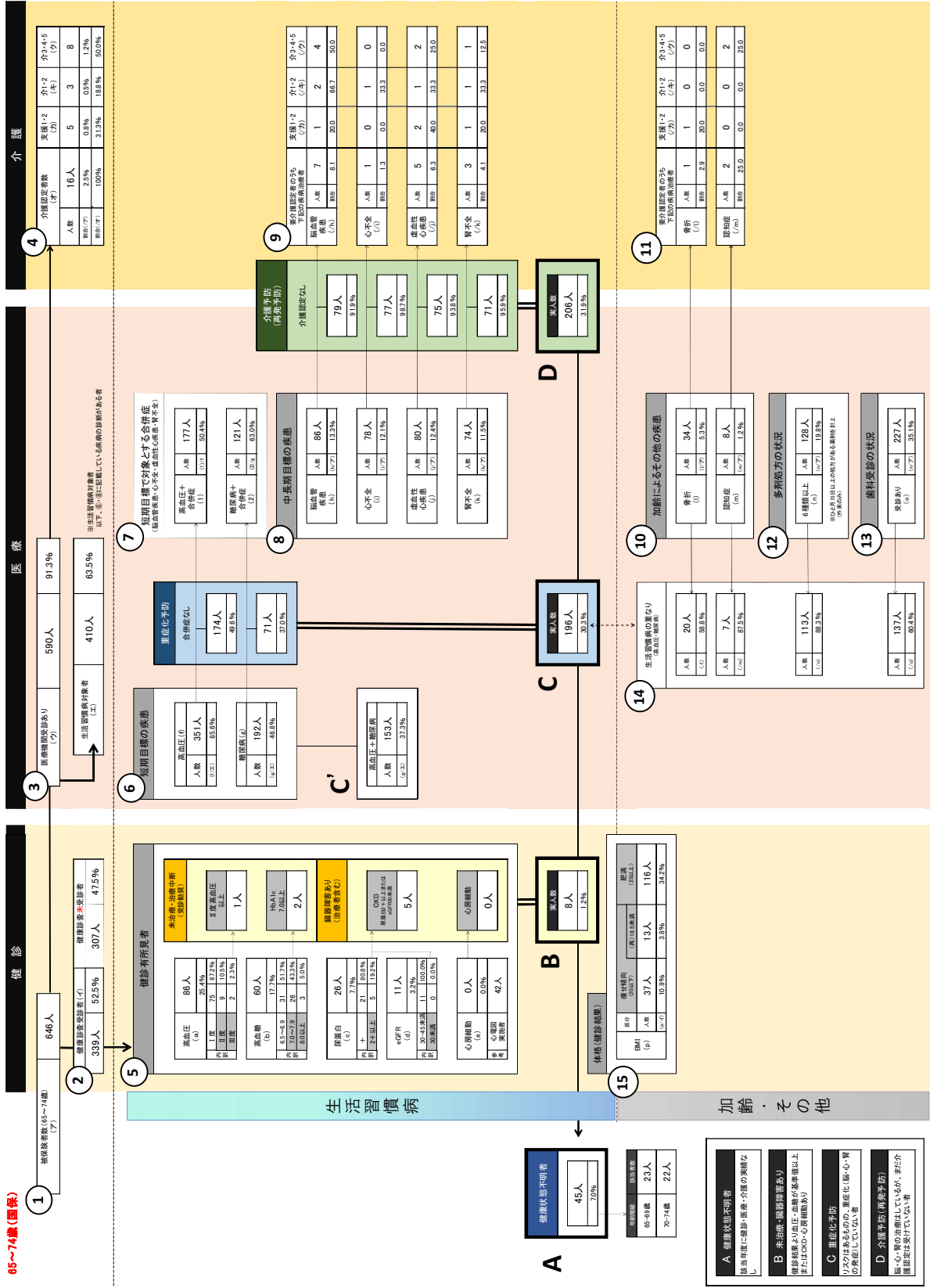
令和4年度

【NOD】厚生労働省標準式1-1
【特定高齢者】予一予管理システム(JFAC171)

参考 【ORF】介入支援対象者一貫(医療・介護七予防)
【ORF】介入支援対象者一貫(医療管理)

① 健康状態不明者
② 健康状態不明者
③ 医療機関受診あり
④ 介護認定者数
⑤ 健康状態不明者
⑥ 短期目標の疾患
⑦ 短期目標で対象とする合併症
⑧ 中長期目標の疾患
⑨ 介護予防(単独予防)
⑩ 加齢によるその他の疾患
⑪ 介護認定者の子
⑫ 多剤処方状況
⑬ 歯科受診状況
⑭ 生活習慣病の重なり
⑮ 体格(健診結果)

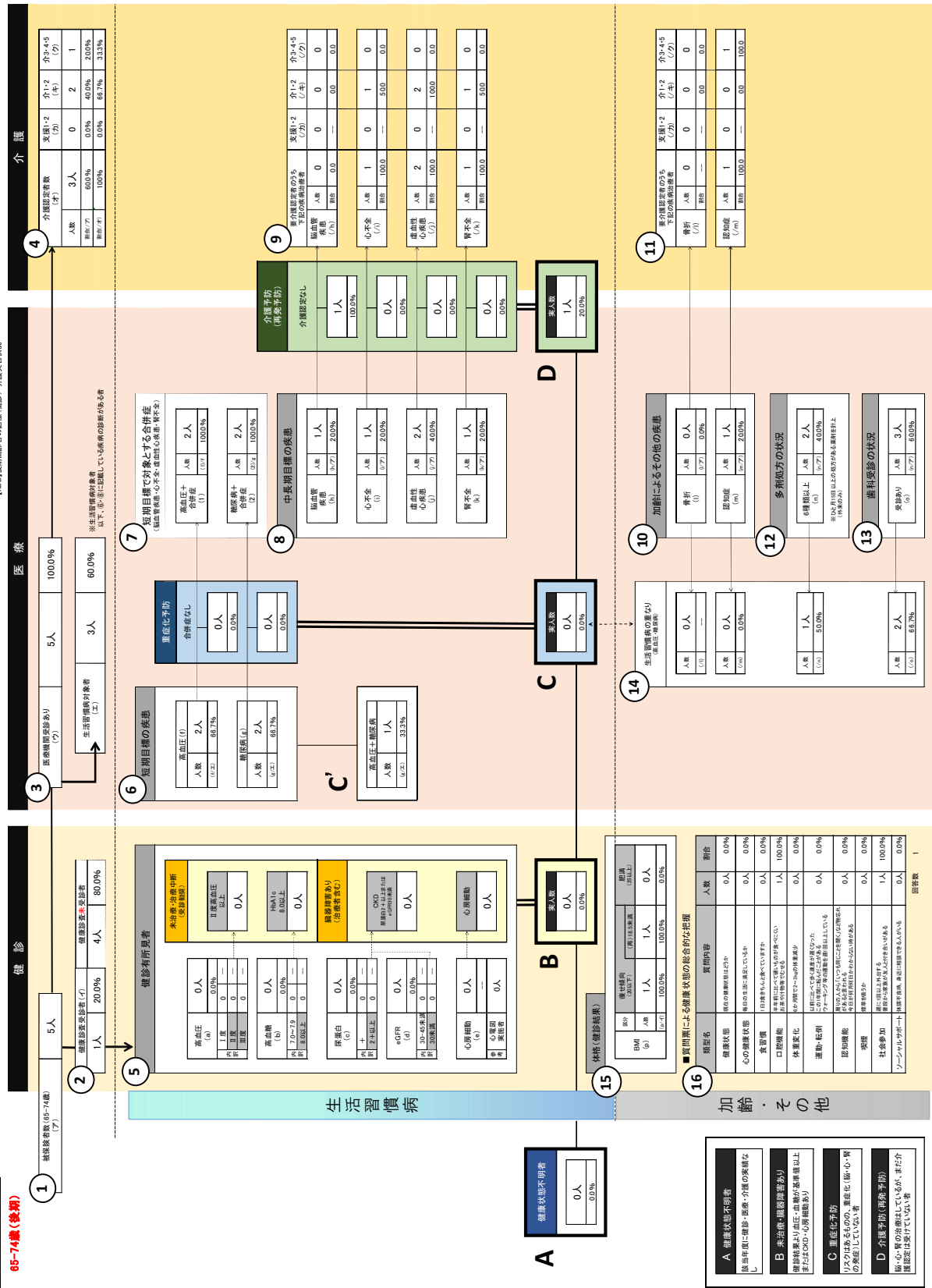
5月町
65～74歳(国保)



③ 65～74 歳(後期)

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

5. 海町 65～74歳(後期)



④75歳以上(後期)

令和4年度

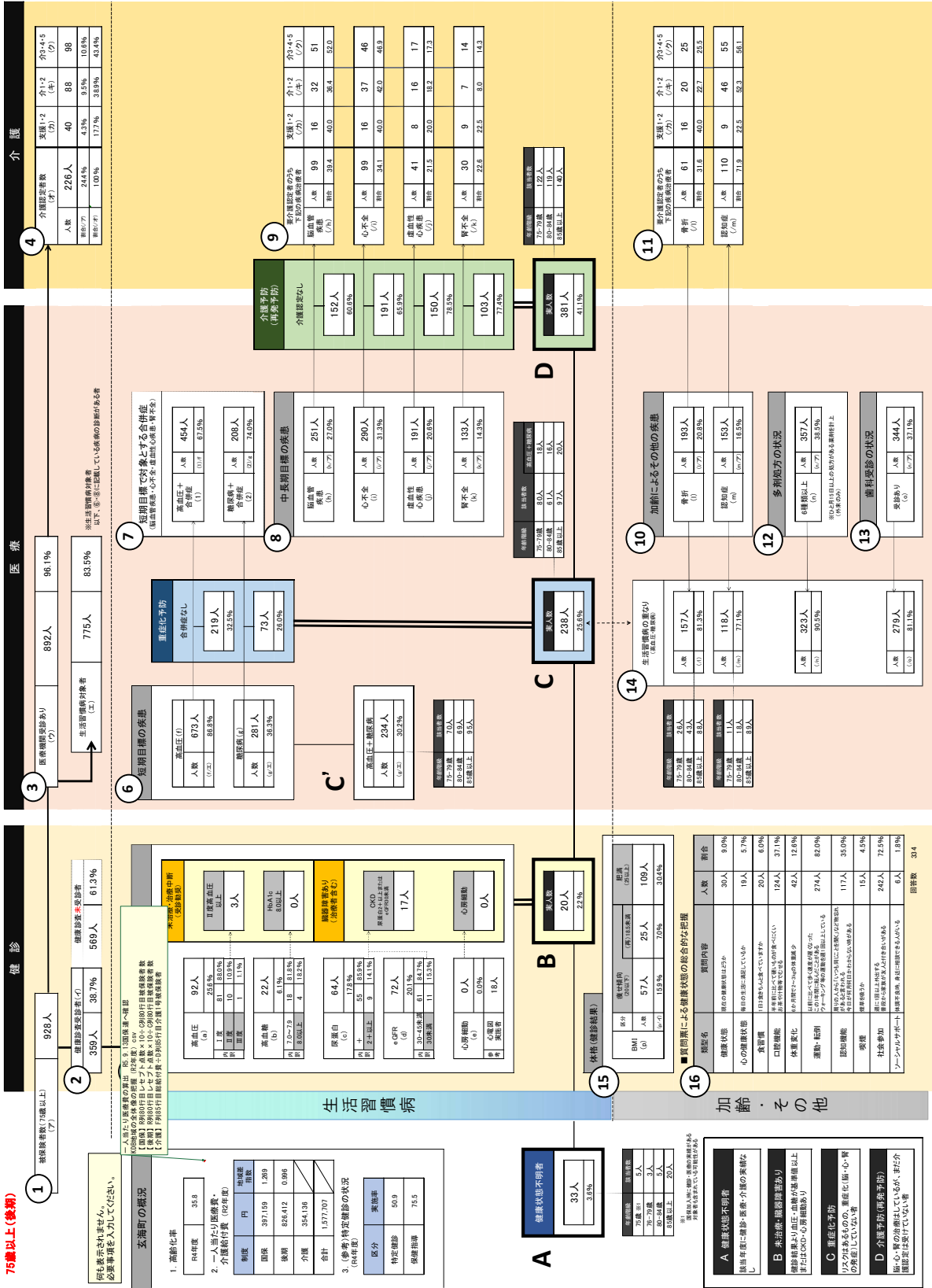
【60】重症化予防・介護予防対象者一時的な重症化予防
【70】重症化予防・介護予防対象者一時的な重症化予防

【60】重症化予防・介護予防対象者一時的な重症化予防
【70】重症化予防・介護予防対象者一時的な重症化予防

【60】重症化予防・介護予防対象者一時的な重症化予防
【70】重症化予防・介護予防対象者一時的な重症化予防

【60】重症化予防・介護予防対象者一時的な重症化予防
【70】重症化予防・介護予防対象者一時的な重症化予防

【60】重症化予防・介護予防対象者一時的な重症化予防
【70】重症化予防・介護予防対象者一時的な重症化予防



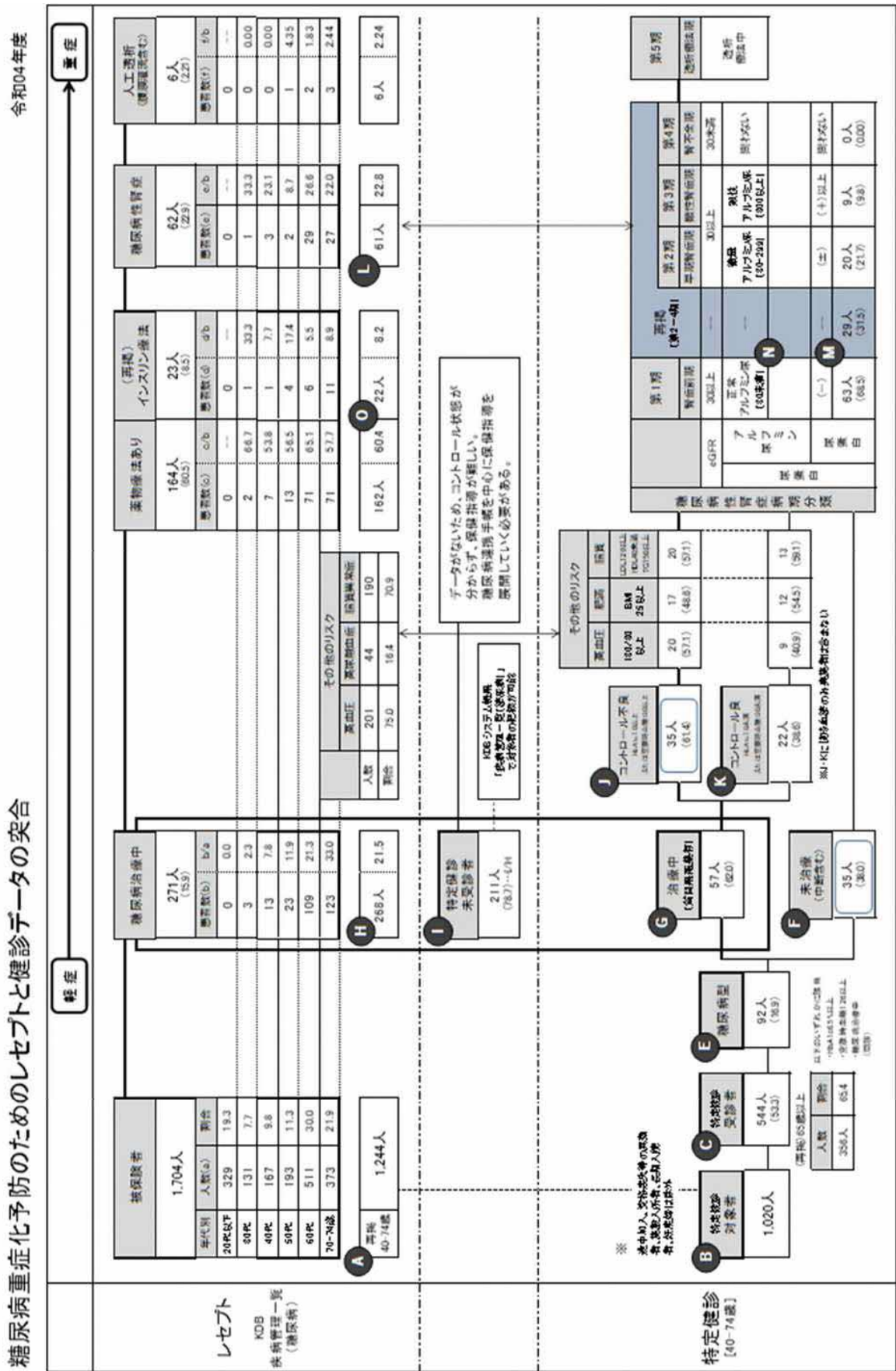
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価(図表 56 再掲)

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目	突合表	玄海町										同規模保険者(平均)		データ基			
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度					
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 被保険者数	1,855人		1,804人		1,759人		1,700人		1,621人				KDB_厚生労働省様式様式3-2			
	② (再掲)40-74歳	1,334人		1,314人		1,285人		1,261人		1,200人							
2	① 対象者数	1,199人		1,164人		1,163人		1,103人		1,019人				市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書			
	② 特定健診受診者数	514人		546人		511人		565人		519人							
	③ 受診率	42.9%		46.9%		43.9%		51.2%		50.9%							
3	① 特定保健指導対象者数	76人		72人		62人		50人		53人							
	② 実施率	55.3%		31.9%		96.8%		100.0%		75.5%							
4	健診データ	① 糖尿病型	E	80人	15.0%	87人	15.4%	85人	16.2%	89人	15.2%	92人	16.9%	特定健診結果			
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	38人	47.5%	38人	43.7%	30人	35.3%	30人	33.7%	35人	38.0%				
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	42人	52.5%	49人	56.3%	55人	64.7%	59人	66.3%	57人	62.0%				
		④ コントロール不良 HbA1c 7.0以上または空腹時血糖130以上	J	27人	64.3%	29人	59.2%	34人	61.8%	34人	57.6%	35人	61.4%				
		⑤ 血圧 130/80以上		14人	51.9%	18人	62.1%	22人	64.7%	19人	55.9%	20人	57.1%				
		⑥ 肥満 BMI25以上		12人	44.4%	16人	55.2%	16人	47.1%	19人	55.9%	17人	48.6%				
		⑦ コントロール良 HbA1c 7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	15人	35.7%	20人	40.8%	21人	38.2%	25人	42.4%	22人	38.6%				
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	46人	57.5%	52人	59.8%	62人	72.9%	62人	69.7%	63人	68.5%				
		⑨ 第2期 尿蛋白(+)		26人	32.5%	21人	24.1%	15人	17.6%	14人	15.7%	20人	21.7%				
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		8人	10.0%	12人	13.8%	7人	8.2%	10人	11.2%	9人	9.8%				
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	1人	1.1%	1人	1.2%	2人	2.2%	0人	0.0%				
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		113.2人		118.6人		117.1人		130.6人		133.9人		KDB_厚生労働省様式様式3-2			
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		155.2人		161.3人		158.8人		174.5人		180.0人					
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1件1処方箋計)	入院外(件数)	1,136件	(857.4)	1,209件	(949.0)	1,272件	(1005.5)	1,333件	(1103.5)	1,370件	(1227.6)	319,711件	(930.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④ 入院(件数)		6件	(4.5)	14件	(11.0)	2件	(1.6)	8件	(6.6)	2件	(1.8)	1,521件	(4.4)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	210人	11.3%	214人	11.9%	206人	11.7%	222人	13.1%	217人	13.4%	KDB_厚生労働省様式様式3-2			
		⑥ (再掲)40-74歳	I	207人	15.5%	212人	16.1%	204人	15.9%	220人	17.4%	216人	18.0%				
		⑦ 健診未受診者	I	165人	79.7%	170人	80.2%	149人	73.0%	161人	73.2%	159人	73.6%				
		⑧ インスリン治療	O	13人	6.2%	17人	7.9%	15人	7.3%	13人	5.9%	19人	8.8%				
		⑨ (再掲)40-74歳		13人	6.3%	17人	8.0%	15人	7.4%	13人	5.9%	19人	8.8%				
		⑩ 糖尿病性腎症	L	9人	4.3%	21人	9.8%	27人	13.1%	37人	16.7%	44人	20.3%				
		⑪ (再掲)40-74歳	L	9人	4.3%	21人	9.9%	27人	13.2%	37人	16.8%	44人	20.4%				
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		3人	1.4%	4人	1.9%	4人	1.9%	4人	1.8%	4人	1.8%	町作成資料			
		⑬ (再掲)40-74歳		3人	1.4%	4人	1.9%	4人	2.0%	4人	1.8%	4人	1.9%				
		⑭ 新規透析患者数		0人	0%	0人	0%	0人	0%	1人	0.5%	0人	0%				
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0人	0%	0人	0%	0人	0%	0人	0%	0人	0%				
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		5人	2.1%	5人	2.1%	3人	1.4%	2人	0.9%	4人	1.7%	KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期			
6	医療費	① 総医療費		7億0004万円		7億2722万円		6億8113万円		7億2464万円		5億6808万円		6億7051万円		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		3億6155万円		3億6245万円		3億2809万円		3億4164万円		2億6539万円		3億5898万円			
		③ (総医療費に占める割合)		51.6%		49.8%		48.2%		47.1%		46.7%		53.5%			
		④ 生活習慣病対象者 一人あたり	健診受診者	10,853円		11,789円		8,756円		11,217円		10,606円		10,606円			9,063円
		⑤ 健診未受診者		36,547円		35,272円		34,075円		34,272円		24,585円		37,482円			
		⑥ 糖尿病医療費		3299万円		3381万円		3418万円		3706万円		3721万円		4061万円			
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		9.1%		9.3%		10.4%		10.8%		14.0%		11.3%			
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		1億0622万円		1億2339万円		1億2609万円		1億1918万円		1億0421万円					
		⑨ 1件あたり		37,256円		42,099円		42,512円		39,701円		36,591円					
		⑩ 糖尿病入院総医療費		5566万円		5368万円		3879万円		5722万円		4205万円					
		⑪ 1件あたり		562,209円		542,271円		587,795円		650,213円		637,103円					
		⑫ 在院日数		16日		14日		17日		14日		16日					
		⑬ 慢性腎不全医療費		4175万円		3947万円		3651万円		3280万円		2704万円		2783万円			
		⑭ 透析有り		4120万円		3896万円		3595万円		3208万円		2626万円		2567万円			
		⑮ 透析なし		55万円		51万円		56万円		73万円		78万円		216万円			
7	介護	① 介護給付費		5億6878万円		5億6952万円		5億8751万円		6億1000万円		6億1284万円		8億6719万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症		1件	33.3%	1件	20.0%	1件	20.0%	0件	0.0%	0件	0.0%				
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		2人	2.7%	1人	1.3%	5人	6.7%	1人	1.3%	1人	1.3%	622人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	

出典:ヘルスサポートラボツール

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合(図表 54 再掲)



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

重症	人数	割合
重症	6人	(2.24)
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	1	33.3
重症	3	23.1
重症	2	8.7
重症	2	4.35
重症	29	26.6
重症	3	2.44

重症: 61人 (22.8%)

軽症

軽症	人数	割合
重症	6人	(2.24)
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	1	33.3
重症	3	23.1
重症	2	8.7
重症	2	4.35
重症	29	26.6
重症	3	2.44

軽症: 61人 (22.8%)

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

重症	人数	割合
重症	6人	(2.24)
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	1	33.3
重症	3	23.1
重症	2	8.7
重症	2	4.35
重症	29	26.6
重症	3	2.44

重症: 61人 (22.8%)

軽症

軽症	人数	割合
重症	6人	(2.24)
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	1	33.3
重症	3	23.1
重症	2	8.7
重症	2	4.35
重症	29	26.6
重症	3	2.44

軽症: 61人 (22.8%)

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

重症	人数	割合
重症	6人	(2.24)
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	1	33.3
重症	3	23.1
重症	2	8.7
重症	2	4.35
重症	29	26.6
重症	3	2.44

重症: 61人 (22.8%)

軽症

軽症	人数	割合
重症	6人	(2.24)
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	1	33.3
重症	3	23.1
重症	2	8.7
重症	2	4.35
重症	29	26.6
重症	3	2.44

軽症: 61人 (22.8%)

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

重症	人数	割合
重症	6人	(2.24)
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	1	33.3
重症	3	23.1
重症	2	8.7
重症	2	4.35
重症	29	26.6
重症	3	2.44

重症: 61人 (22.8%)

軽症

軽症	人数	割合
重症	6人	(2.24)
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	1	33.3
重症	3	23.1
重症	2	8.7
重症	2	4.35
重症	29	26.6
重症	3	2.44

軽症: 61人 (22.8%)

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

重症	人数	割合
重症	6人	(2.24)
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	1	33.3
重症	3	23.1
重症	2	8.7
重症	2	4.35
重症	29	26.6
重症	3	2.44

重症: 61人 (22.8%)

軽症

軽症	人数	割合
重症	6人	(2.24)
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	1	33.3
重症	3	23.1
重症	2	8.7
重症	2	4.35
重症	29	26.6
重症	3	2.44

軽症: 61人 (22.8%)

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

重症	人数	割合
重症	6人	(2.24)
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	1	33.3
重症	3	23.1
重症	2	8.7
重症	2	4.35
重症	29	26.6
重症	3	2.44

重症: 61人 (22.8%)

軽症

軽症	人数	割合
重症	6人	(2.24)
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	1	33.3
重症	3	23.1
重症	2	8.7
重症	2	4.35
重症	29	26.6
重症	3	2.44

軽症: 61人 (22.8%)

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

重症	人数	割合
重症	6人	(2.24)
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	1	33.3
重症	3	23.1
重症	2	8.7
重症	2	4.35
重症	29	26.6
重症	3	2.44

重症: 61人 (22.8%)

軽症

軽症	人数	割合
重症	6人	(2.24)
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	1	33.3
重症	3	23.1
重症	2	8.7
重症	2	4.35
重症	29	26.6
重症	3	2.44

軽症: 61人 (22.8%)

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

重症	人数	割合
重症	6人	(2.24)
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	1	33.3
重症	3	23.1
重症	2	8.7
重症	2	4.35
重症	29	26.6
重症	3	2.44

重症: 61人 (22.8%)

軽症

軽症	人数	割合
重症	6人	(2.24)
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	1	33.3
重症	3	23.1
重症	2	8.7
重症	2	4.35
重症	29	26.6
重症	3	2.44

軽症: 61人 (22.8%)

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

重症	人数	割合
重症	6人	(2.24)
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	1	33.3
重症	3	23.1
重症	2	8.7
重症	2	4.35
重症	29	26.6
重症	3	2.44

重症: 61人 (22.8%)

軽症

軽症	人数	割合
重症	6人	(2.24)
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	1	33.3
重症	3	23.1
重症	2	8.7
重症	2	4.35
重症	29	26.6
重症	3	2.44

軽症: 61人 (22.8%)

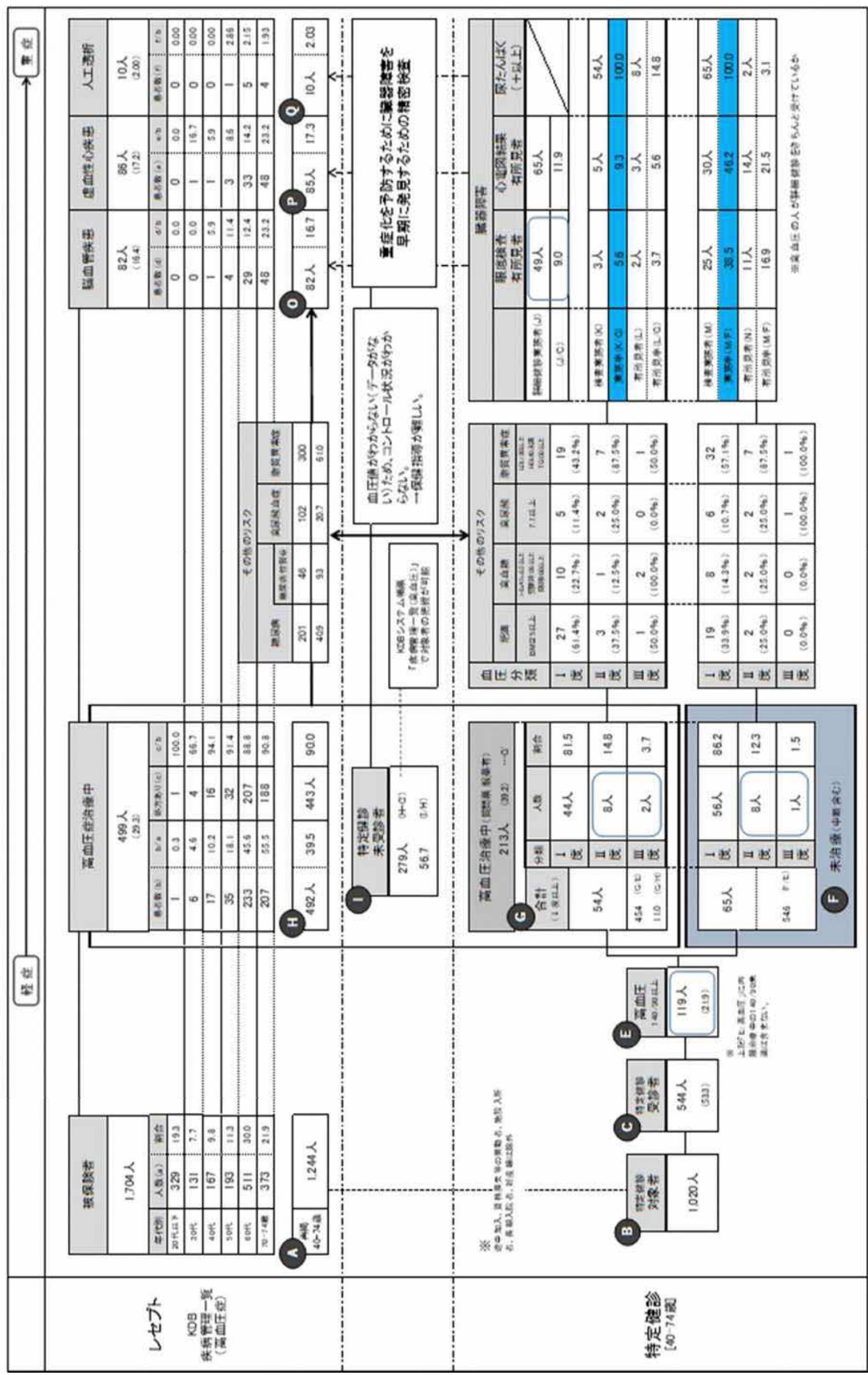
糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

重症	人数	割合
重症	6人	(2.24)
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	0	0
重症	1	33.3
重症	3	23.1
重症		

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合(図表 74 再掲)

令和04年度

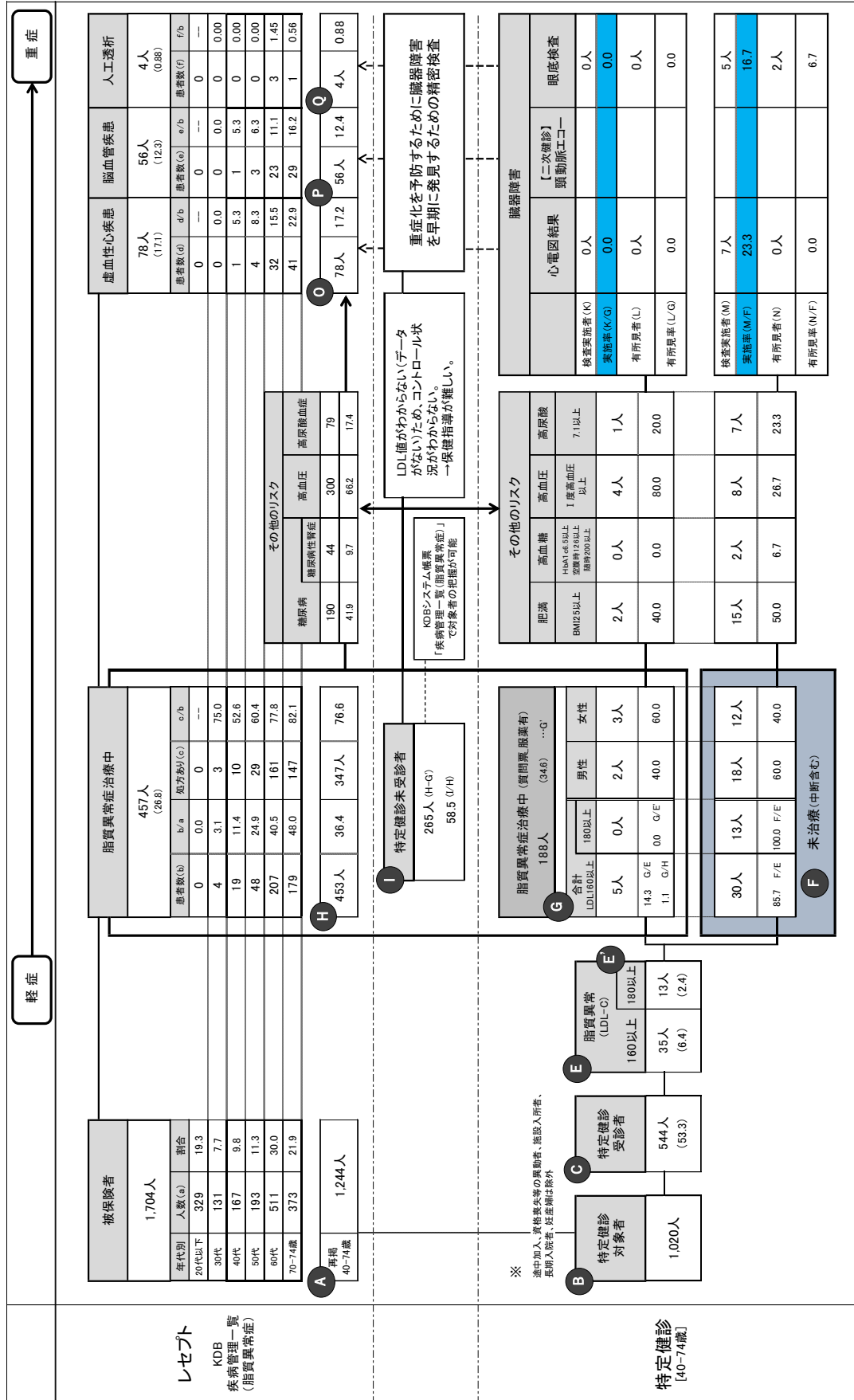
高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



※ レセプト情報は、該当患者に別格にアクセスするシステム(年度末時点)で取得する。年度末時点での取得結果を基に、心算も行う。
※ レセプト情報のうち、医療連携一覧(薬品出)については、「KOB薬品 介入薬品対患者一覧(薬品・重症化予防)」から確認

脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



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

参考資料7 HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	435	87	20.0%	168	38.6%	127	29.2%	35	8.0%	16	3.7%	2	0.5%	12	2.8%	2	0.5%
H30	533	175	32.8%	182	34.1%	108	20.3%	42	7.9%	20	3.8%	6	1.1%	16	3.0%	3	0.6%
R01	562	191	34.0%	213	37.9%	100	17.8%	29	5.2%	21	3.7%	8	1.4%	16	2.8%	5	0.9%
R02	524	139	26.5%	184	35.1%	127	24.2%	35	6.7%	26	5.0%	13	2.5%	25	4.8%	10	1.9%
R03	580	189	32.6%	218	37.6%	107	18.4%	26	4.5%	32	5.5%	8	1.4%	24	4.1%	6	1.0%
R04	540	120	22.2%	220	40.7%	119	22.0%	38	7.0%	35	6.5%	8	1.5%	26	4.8%	4	0.7%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲		再掲率
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合	
H29	435	87 20.0%	168 38.6%	127 29.2%	53 12.2%	28 6.4%	25 5.8%	12.2%	4.1%	12.2%
H30	533	175 32.8%	182 34.1%	108 20.3%	68 12.8%	36 6.8%	32 6.0%	12.8%	4.9%	12.8%
R01	562	191 34.0%	213 37.9%	100 17.8%	58 10.3%	24 4.3%	34 6.1%	10.3%	5.2%	10.3%
R02	524	139 26.5%	184 35.1%	127 24.2%	74 14.1%	29 5.5%	45 8.6%	14.1%	7.4%	14.1%
R03	580	189 32.6%	218 37.6%	107 18.4%	66 11.4%	24 4.1%	42 7.3%	11.4%	6.9%	11.4%
R04	540	120 22.2%	220 40.7%	119 22.0%	81 15.0%	33 6.1%	48 8.9%	15.0%	8.0%	15.0%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	31	7.1%	0	0.0%	1	3.2%	5	16.1%	14	45.2%	10	32.3%	1	3.2%	7	22.6%	1	3.2%
	H30	42	7.9%	2	4.8%	1	2.4%	7	16.7%	14	33.3%	14	33.3%	4	9.5%	11	26.2%	2	4.8%
	R01	47	8.4%	0	0.0%	3	6.4%	10	21.3%	13	27.7%	16	34.0%	5	10.6%	11	23.4%	3	6.4%
	R02	55	10.5%	0	0.0%	2	3.6%	8	14.5%	15	27.3%	20	36.4%	10	18.2%	20	36.4%	7	12.7%
	R03	59	10.2%	0	0.0%	2	3.4%	15	25.4%	11	18.6%	23	39.0%	8	13.6%	22	37.3%	6	10.2%
	R04	57	10.6%	0	0.0%	4	7.0%	5	8.8%	16	28.1%	26	45.6%	6	10.5%	19	33.3%	3	5.3%
治療なし	H29	404	92.9%	87	21.5%	167	41.3%	122	30.2%	21	5.2%	6	1.5%	1	0.2%	5	1.2%	1	0.2%
	H30	491	92.1%	173	35.2%	181	36.9%	101	20.6%	28	5.7%	6	1.2%	2	0.4%	5	1.0%	1	0.2%
	R01	515	91.6%	191	37.1%	210	40.8%	90	17.5%	16	3.1%	5	1.0%	3	0.6%	5	1.0%	2	0.4%
	R02	469	89.5%	139	29.6%	182	38.8%	119	25.4%	20	4.3%	6	1.3%	3	0.6%	5	1.1%	3	0.6%
	R03	521	89.8%	189	36.3%	216	41.5%	92	17.7%	15	2.9%	9	1.7%	0	0.0%	2	0.4%	0	0.0%
	R04	483	89.4%	120	24.8%	216	44.7%	114	23.6%	22	4.6%	9	1.9%	2	0.4%	7	1.4%	1	0.2%

出典：ヘルスサポートラボツール

参考資料8 血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	435	155	35.6%	98	22.5%	99	22.8%	74	17.0%	8	1.8%	1	0.2%
H30	533	155	29.1%	88	16.5%	156	29.3%	116	21.8%	16	3.0%	2	0.4%
R01	566	160	28.3%	107	18.9%	178	31.4%	97	17.1%	19	3.4%	5	0.9%
R02	524	129	24.6%	97	18.5%	175	33.4%	98	18.7%	21	4.0%	4	0.8%
R03	583	156	26.8%	123	21.1%	170	29.2%	117	20.1%	16	2.7%	1	0.2%
R04	543	140	25.8%	118	21.7%	166	30.6%	100	18.4%	16	2.9%	3	0.6%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再Ⅲ度高血圧	再掲
					再Ⅲ度高血圧	未治療	治療		
H29	435	253 58.2%	99 22.8%	74 17.0%	9 2.1%	6 66.7%	3 33.3%	0.2%	2.1%
H30	533	243 45.6%	156 29.3%	116 21.8%	18 3.4%	8 44.4%	10 55.6%	0.4%	3.4%
R01	566	267 47.2%	178 31.4%	97 17.1%	24 4.2%	9 37.5%	15 62.5%	0.9%	4.2%
R02	524	226 43.1%	175 33.4%	98 18.7%	25 4.8%	11 44.0%	14 56.0%	0.8%	4.8%
R03	583	279 47.9%	170 29.2%	117 20.1%	17 2.9%	11 64.7%	6 35.3%	0.2%	2.9%
R04	543	258 47.5%	166 30.6%	100 18.4%	19 3.5%	9 47.4%	10 52.6%	0.6%	3.5%

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	126	29.0%	33	26.2%	36	28.6%	30	23.8%	24	19.0%	3	2.4%	0	0.0%
	H30	159	29.8%	27	17.0%	28	17.6%	54	34.0%	40	25.2%	9	5.7%	1	0.6%
	R01	191	33.7%	28	14.7%	33	17.3%	73	38.2%	42	22.0%	13	6.8%	2	1.0%
	R02	178	34.0%	20	11.2%	26	14.6%	70	39.3%	48	27.0%	12	6.7%	2	1.1%
	R03	212	36.4%	42	19.8%	40	18.9%	74	34.9%	50	23.6%	6	2.8%	0	0.0%
R04	213	39.2%	32	15.0%	51	23.9%	76	35.7%	44	20.7%	8	3.8%	2	0.9%	
治療なし	H29	309	71.0%	122	39.5%	62	20.1%	69	22.3%	50	16.2%	5	1.6%	1	0.3%
	H30	374	70.2%	128	34.2%	60	16.0%	102	27.3%	76	20.3%	7	1.9%	1	0.3%
	R01	375	66.3%	132	35.2%	74	19.7%	105	28.0%	55	14.7%	6	1.6%	3	0.8%
	R02	346	66.0%	109	31.5%	71	20.5%	105	30.3%	50	14.5%	9	2.6%	2	0.6%
	R03	371	63.6%	114	30.7%	83	22.4%	96	25.9%	67	18.1%	10	2.7%	1	0.3%
R04	330	60.8%	108	32.7%	67	20.3%	90	27.3%	56	17.0%	8	2.4%	1	0.3%	

出典：ヘルスサポートラボツール

参考資料9 LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120~139		140~159		160~179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	435	213	49.0%	112	25.7%	76	17.5%	27	6.2%	7	1.6%
	H30	533	267	50.1%	123	23.1%	96	18.0%	32	6.0%	15	2.8%
	R01	564	298	52.8%	146	25.9%	80	14.2%	19	3.4%	21	3.7%
	R02	524	308	58.8%	116	22.1%	56	10.7%	33	6.3%	11	2.1%
	R03	584	340	58.2%	137	23.5%	75	12.8%	20	3.4%	12	2.1%
男性	H29	207	110	53.1%	44	21.3%	34	16.4%	14	6.8%	5	2.4%
	H30	260	133	51.2%	57	21.9%	44	16.9%	18	6.9%	8	3.1%
	R01	271	142	52.4%	71	26.2%	39	14.4%	10	3.7%	9	3.3%
	R02	253	142	56.1%	59	23.3%	30	11.9%	18	7.1%	4	1.6%
	R03	284	168	59.2%	59	20.8%	39	13.7%	12	4.2%	6	2.1%
女性	H29	228	103	45.2%	68	29.8%	42	18.4%	13	5.7%	2	0.9%
	H30	273	134	49.1%	66	24.2%	52	19.0%	14	5.1%	7	2.6%
	R01	293	156	53.2%	75	25.6%	41	14.0%	9	3.1%	12	4.1%
	R02	271	166	61.3%	57	21.0%	26	9.6%	15	5.5%	7	2.6%
	R03	300	172	57.3%	78	26.0%	36	12.0%	8	2.7%	6	2.0%
R04	275	156	56.7%	69	25.1%	35	12.7%	10	3.6%	5	1.8%	

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			再掲	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	435	213 49.0%	112 25.7%	76 17.5%	34 7.8%	29 85.3%	5 14.7%	7.8%	
H30	533	267 50.1%	123 23.1%	96 18.0%	47 8.8%	40 86.7%	7 13.3%	8.8%	
R01	564	298 52.8%	146 25.9%	80 14.2%	40 7.1%	37 92.5%	3 7.5%	7.1%	
R02	524	308 58.8%	116 22.1%	56 10.7%	44 8.4%	39 88.6%	5 11.4%	8.4%	
R03	584	340 58.2%	137 23.5%	75 12.8%	32 5.5%	27 84.4%	5 15.6%	5.5%	
R04	544	318 58.5%	122 22.4%	69 12.7%	35 6.4%	30 85.7%	5 14.3%	6.4%	

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120~139		140~159		160~179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	121	27.8%	68	56.2%	33	27.3%	15	12.4%	5	4.1%	0	0.0%
	H30	150	28.1%	97	64.7%	35	23.3%	11	7.3%	5	3.3%	2	1.3%
	R01	162	28.7%	113	69.8%	35	21.6%	11	6.8%	1	0.6%	2	1.2%
	R02	158	30.2%	123	77.8%	24	15.2%	6	3.8%	2	1.3%	3	1.9%
	R03	195	33.4%	152	77.9%	31	15.9%	7	3.6%	4	2.1%	1	0.5%
治療なし	H29	314	72.2%	145	46.2%	79	25.2%	61	19.4%	22	7.0%	7	2.2%
	H30	383	71.9%	170	44.4%	88	23.0%	85	22.2%	27	7.0%	13	3.4%
	R01	402	71.3%	185	46.0%	111	27.6%	69	17.2%	18	4.5%	19	4.7%
	R02	366	69.8%	185	50.5%	92	25.1%	50	13.7%	31	8.5%	8	2.2%
	R03	389	66.6%	188	48.3%	106	27.2%	68	17.5%	16	4.1%	11	2.8%
R04	356	65.4%	175	49.2%	93	26.1%	58	16.3%	17	4.8%	13	3.7%	

出典：ヘルスサポートラボツール