

山江村国民健康保険 第 3 期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)
令和 6 年度～令和 11 年度

山江村国民健康保険
令和6年3月

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期計画に係る評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
3. 第3期における健康課題の明確化
 - 1) 健康課題の明確化
 - 2) 目標の設定
 - 3) 目標値の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)37

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44

- I. 保健事業の方向性

Ⅱ. 重症化予防の取組

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

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69

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70

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料71

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村の課題等を踏まえ、本村では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づき、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として「第 3 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第 3 期保健事業の実施計画(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、熊本県健康増進計画や山江村健康増進計画、熊本県における医療費の見通しに関する計画、山江村高齢者福祉計画および介護保険事業計画、高齢者の保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表 1)

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

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

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

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

なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、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。

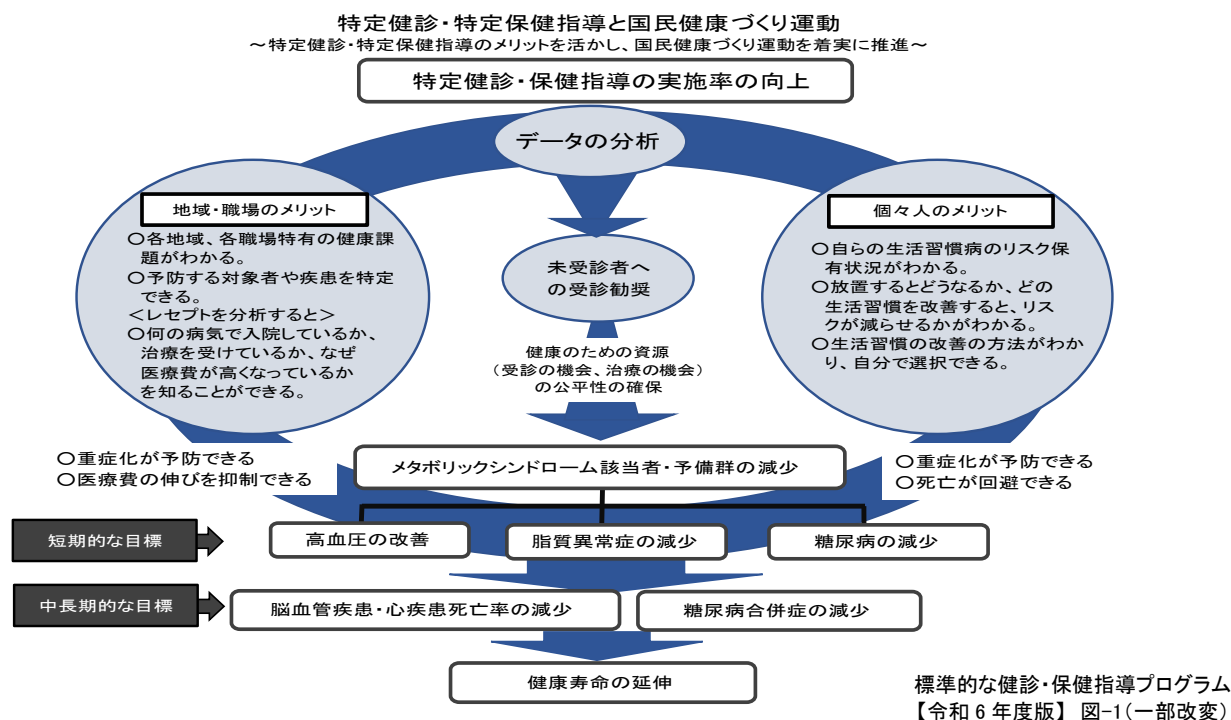
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

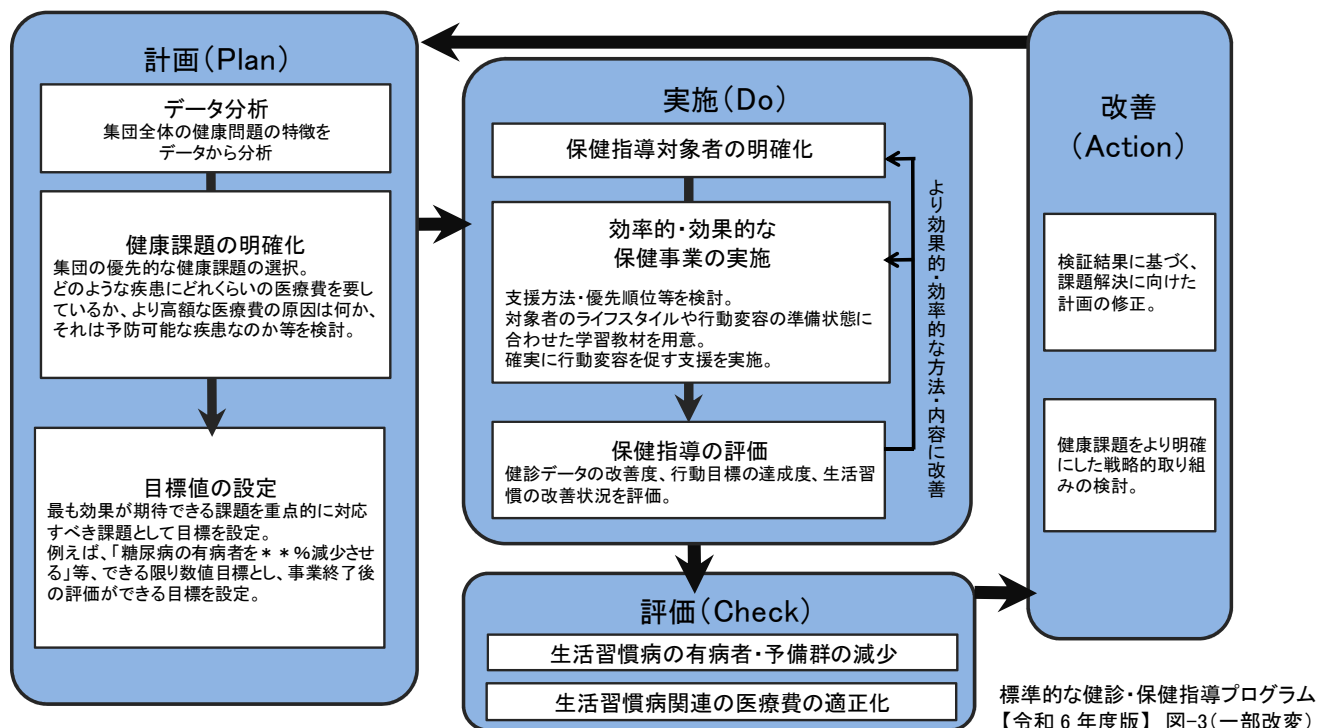
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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8～8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、青少年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりに配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨折後症、 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	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)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



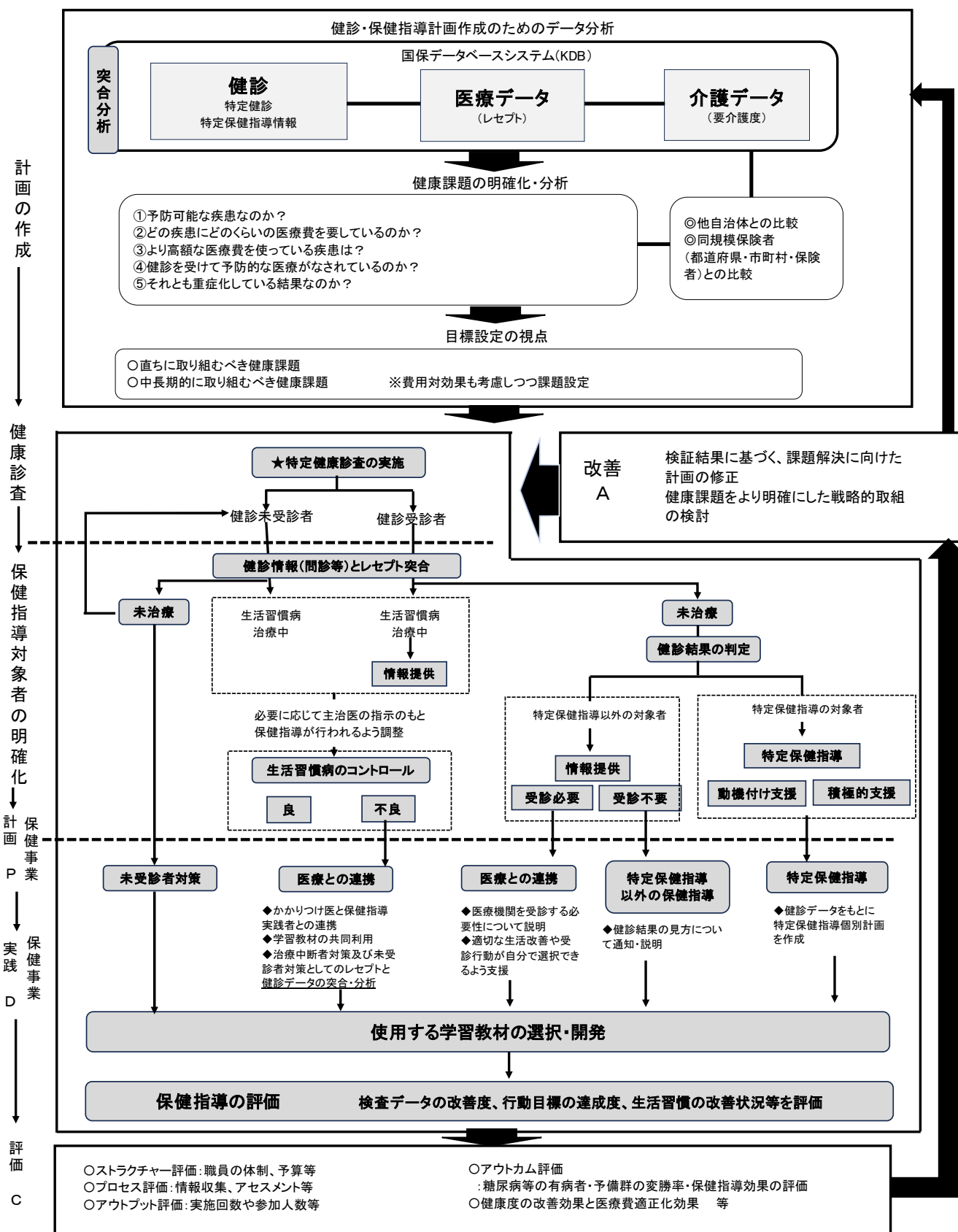
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

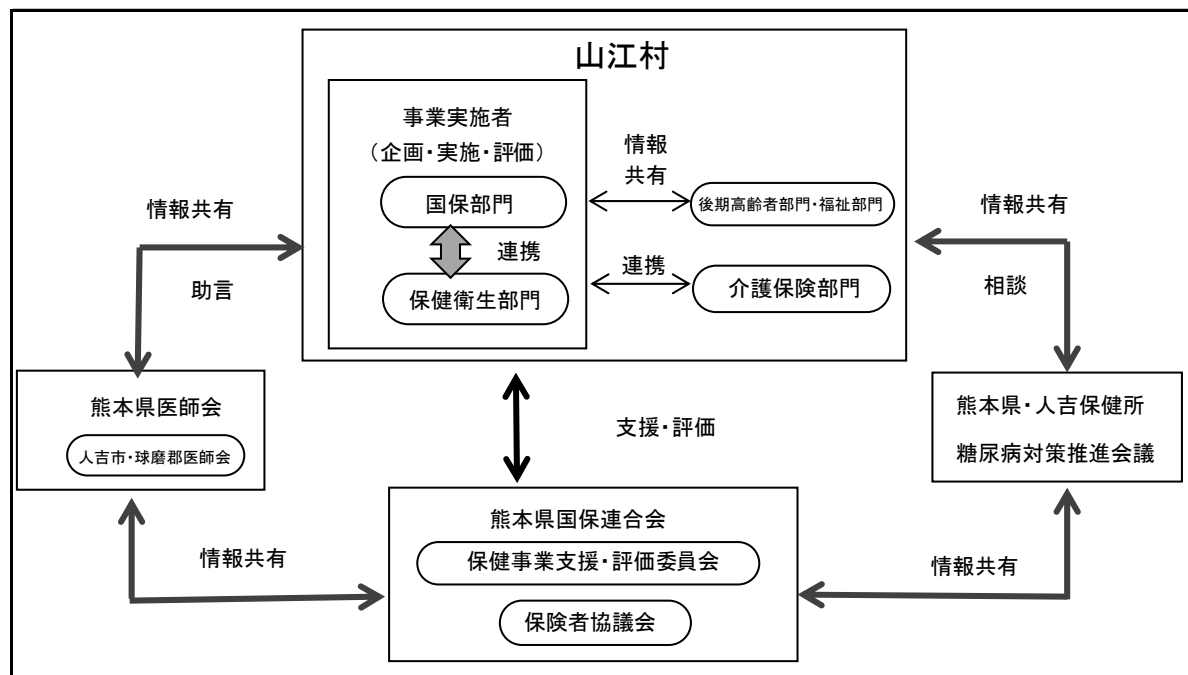
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部門、保健衛生部門、介護保険部門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 山江村の実施体制図



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 (主幹/係長)	保 (会計年度)	管栄	事	事	社福
国保事務					◎	
健康診断 保健指導、保健事業	◎		○	◎	○	○
がん検診	○			◎		
予防接種		◎		○		
母子保健		◎	○			
精神保健	○					◎
歯科保健	◎(成人)	◎(母子)				
感染症		○				

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、外部有識者を含む関係機関との連携・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、共同保険者である熊本県のほか、熊本県国民健康保険団体連合会（以下、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、熊本県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、地域の医療機関等の社会資源等と連携、協力する必要があります。

また、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熊本県からの助言を受けながら保険者機能を強化していくことが重要です。

さらに、保険者と医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、熊本県と熊本県医師会等との連携を推進することも重要です。

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

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3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			山江村	配点	山江村	配点	山江村	配点
交付額(万円)								
全国順位(1,741市町村中)			80位		148位		8位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	100	70	140	70	160	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	30	40	60	40	65	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	80	90	45	45	50	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	130	130	80	130	130	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	35	100	60	100	60	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	25	30	20	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	34	40	31	50	40	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	77	95	56	100	64	100
合計点			746	1,000	712	960	794	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

本村は、人口約3千2百人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で36.5%でした。同規模と比較すると、高齢者の割合は高くないものの、国と比較するとやや高くなっており、被保険者の平均年齢は58.2歳と国、県、同規模と比べて高くなっています。出生率は同規模と比較すると高い割合にありますが、国、県との比較では低い状況にあり、また年々低下傾向で、財政指数も国、県より低くなっています。産業においては、第1次産業が19.7%と国、県と比較しても高く基幹産業となっていますが、農林業従事者の高齢化や少子高齢化における後継者不足から、地域経済の停滞、人口減少につながることも懸念されます。(図表9)

令和4年度の国保加入率は21.7%で、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半数を占めています。(図表10)

また本村には医療機関がありませんが、近隣の市町村には医療機関が多く存在し、利便性も良いことから、医療環境に対しての課題は少ない状況です。一方で、外来患者数及び入院患者数は県、同規模と比較して高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した山江村の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者 数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千 対)	死亡率 (人口千 対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
山江村	3,201	36.5	696 (21.7)	58.2	6.2	12.5	0.2	19.7	24.4	55.9
同規模	--	41.4	27.1	54.5	4.9	18.9	0.2	22.3	20.6	57.2
県	--	31.6	22.4	53.6	7.6	12.3	0.4	9.8	21.1	69.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、山江村と同規模保険者(274市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	819		798		762		739		696	
65～74歳	396	48.4	406	50.9	412	54.1	418	56.6	393	56.5
40～64歳	260	31.7	248	31.1	227	29.8	195	26.4	191	27.4
39歳以下	163	19.9	144	18.0	123	16.1	126	17.1	112	16.1
加入率	23.9		23.3		22.3		21.6		21.7	

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 実数	県 割合
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.3	0.5
診療所数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3.6	3.8
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21.9	85.4
医師数	1	1.2	1	1.3	1	1.3	1	1.4	1	1.4	3.3	14.1
外来患者数	786.1		796.5		745.7		797.3		800.7		653.6	768.9
入院患者数	26.1		28.6		29.0		32.0		31.6		22.9	26.2

出典：KDBシステム 地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画に係る評価

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

本村の令和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0.10%)、1号(65歳以上)被保険者で191人(認定率16.4%)と国・県・同規模と比較すると低く、H30年度と比べても横ばいで推移しています。(図表12)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約3億5千万円から約4億3千万円に伸びています。(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(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者および第1号被保険者で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歳では70%以上、それ以外の全年齢で約95%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であるといえます。(図表14)

図表12 要介護認定者(率)の状況

		山江村				同規模	県	国
		H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率		1,083人	31.6%	1,168人	36.5%	41.4%	31.6%	28.7%
2号認定者		2人	0.18%	1人	0.10%	0.38%	0.35%	0.38%
	新規認定者					--	--	--
1号認定者		173人	16.0%	191人	16.4%	19.9%	20.2%	19.4%
	新規認定者	10人		25人		--	--	--
再掲	65～74歳	16人	3.5%	17人	3.1%	--	--	--
	新規認定者	10人		4人		--	--	--
	75歳以上	157人	25.2%	174人	28.5%	--	--	--
	新規認定者			21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

	山江村		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	3億4714万円	4億2919万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	320,532	367,460	323,222	310,858	290,668
1件あたり給付費(円)全体	87,396	91,201	80,543	62,823	59,662
居宅サービス	52,220	45,322	42,864	42,088	41,272
施設サービス	287,831	314,871	288,059	303,857	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 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		17		174		191		192	
再)国保・後期				1		14		164		178		179	
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	1 100.0%	脳卒中	10 71.4%	脳卒中	88 53.7%	脳卒中	98 55.1%	脳卒中	99 55.3%
			2	虚血性心疾患	0 0.0%	虚血性心疾患	3 21.4%	虚血性心疾患	42 25.6%	虚血性心疾患	45 25.3%	虚血性心疾患	45 25.1%
			3	腎不全	0 0.0%	腎不全	2 14.3%	腎不全	42 25.6%	腎不全	44 24.7%	腎不全	44 24.6%
	合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	4 28.6%	糖尿病合併症	11 6.7%	糖尿病合併症	15 8.4%	糖尿病合併症	15 8.4%	
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		1 100.0%	基礎疾患	10 71.4%	基礎疾患	159 97.0%	基礎疾患	169 94.9%	基礎疾患	170 95.0%
			血管疾患合計		1 100.0%	合計	11 78.6%	合計	162 98.8%	合計	173 97.2%	合計	174 97.2%
	認知症		認知症	0 0.0%	認知症	5 35.7%	認知症	111 67.7%	認知症	116 65.2%	認知症	116 64.8%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	0 0.0%	筋骨格系	11 78.6%	筋骨格系	158 96.3%	筋骨格系	169 94.9%	筋骨格系	169 94.4%	

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本村の医療費は、国保加入者が減少していることに伴い総医療費も減少していると考えられますが、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 3 万円高く、H30 年度と比較しても 5 万円も伸びています。

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、医療費全体の約 47%を占めて

おり、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較しても約 5 万円も高くなっています。

また、令和 2 年度国保では、年齢調整をした地域差指数が全国平均の 1 を超えており、県内順位も上昇しました。入院・外来ともに地域差指数が H30 年度よりも伸びています。

後期高齢者の入院については、H30 年度から県平均よりも高い状況で推移しています。

本村の医療費を上げている要因は入院の増加と考えられ、予防可能な疾患（脳・心・腎）の発症を抑えることが重要です。そのためには、引き続き、生活習慣病の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

		山江村		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		819人	696人	--	--	--
前期高齢者割合		396人 (48.4%)	393人 (56.5%)	--	--	--
総医療費		2億8508万円	2億7838万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		348,084 県内31位 同規模125位	399,978 県内31位 同規模106位	367,527	407,772	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	431,250	479,840	588,220	574,060	617,950
	費用の割合	39.2	47.2	44.9	45.5	39.6
	件数の割合	3.2	3.8	3.4	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	22,260	21,140	25,290	23,430	24,220
	費用の割合	60.8	52.8	55.1	54.5	60.4
	件数の割合	96.8	96.2	96.6	96.7	97.5
受診率		812.21	832.258	676.49	795.102	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は山江村と同規模保険者274市町村の平均値を表す

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		
		山江村 (県内市町村中)		県 (47県中)	山江村 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	1.037	1.130	1.139	1.027	1.125	1.130
		(32位)	(19位)	(9位)	(30位)	(13位)	(7位)
	入院	1.022	1.095	1.309	1.190	1.458	1.277
		(39位)	(39位)	(8位)	(24位)	(3位)	(6位)
	外来	1.050	1.185	1.036	0.866	0.769	0.982
		(16位)	(5位)	(12位)	(38位)	(45位)	(22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・慢性腎不全の医療費合計が、総医療費に占める割合は、H30 年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患については H30 年度より 0.12%、慢性腎不全(透析有)については、H30 年度より 0.8%伸びています。また、慢性腎不全(透析無)についても H30 年度と比較すると 0.2%伸びており、国、県よりも高くなっています。(図表 17)

次に中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と令和 4 年度で比較してみると、被保険者数が減少しているにも関わらず虚血性心疾患は、患者数及び割合は減少していますが、脳血管疾患及び人工透析者については、特に 65～74 歳の治療者数及び割合が増加していました。(図表 18)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

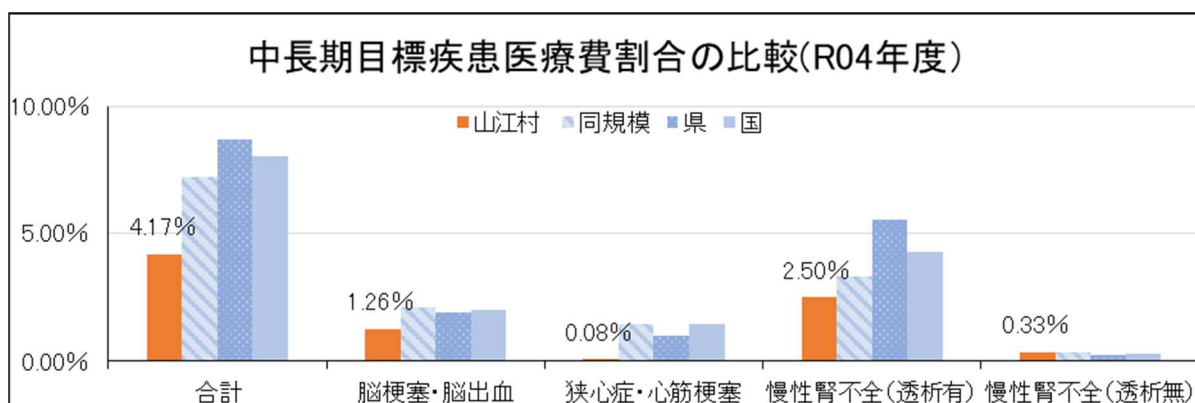
			山江村		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			2億8508万円	2億7838万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1468万円	1160万円	--	--	--
			5.15%	4.17%	7.24%	8.69%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.14%	1.26%	2.12%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.14%	0.08%	1.46%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	1.73%	2.50%	3.29%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.15%	0.33%	0.37%	0.26%	0.29%
	その他	悪性新生物	6.96%	15.89%	17.57%	14.11%	16.69%
その 他 の 疾 患	筋・骨疾患		6.72%	7.91%	9.33%	8.56%	8.68%
	精神疾患		12.98%	12.74%	7.82%	9.62%	7.63%

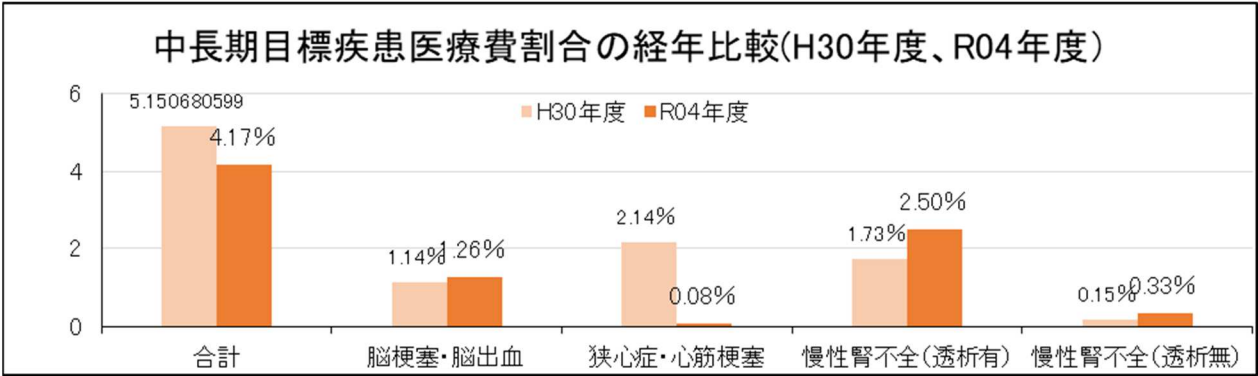
出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注) 最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

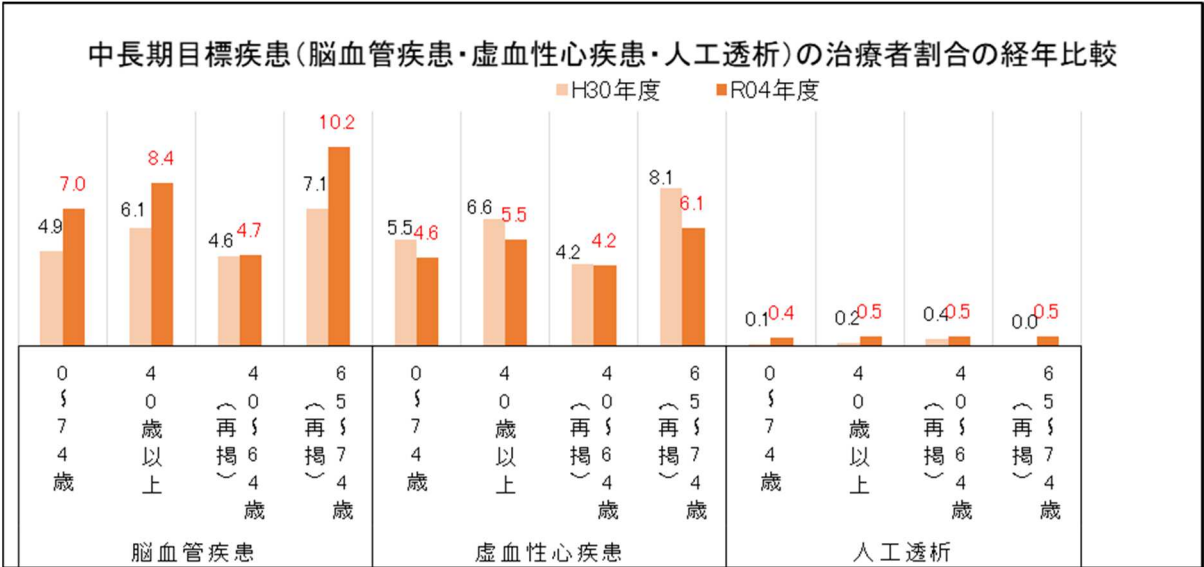




図表 18 中長期目標疾患の治療状況

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	819	696	a	40	49	45	32	1	3	
				a/A	4.9%	7.0%	5.5%	4.6%	0.1%	0.4%	
40歳以上	B	656	584	b	40	49	43	32	1	3	
	B/A	80.1%	83.9%	b/B	6.1%	8.4%	6.6%	5.5%	0.2%	0.5%	
再掲	40～64歳	C	260	191	c	12	9	11	8	1	1
		C/A	31.7%	27.4%	c/C	4.6%	4.7%	4.2%	4.2%	0.4%	0.5%
	65～74歳	D	396	393	d	28	40	32	24	0	2
		D/A	48.4%	56.5%	d/D	7.1%	10.2%	8.1%	6.1%	0.0%	0.5%

出典:KDBシステム 疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
地域の全体像の把握、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

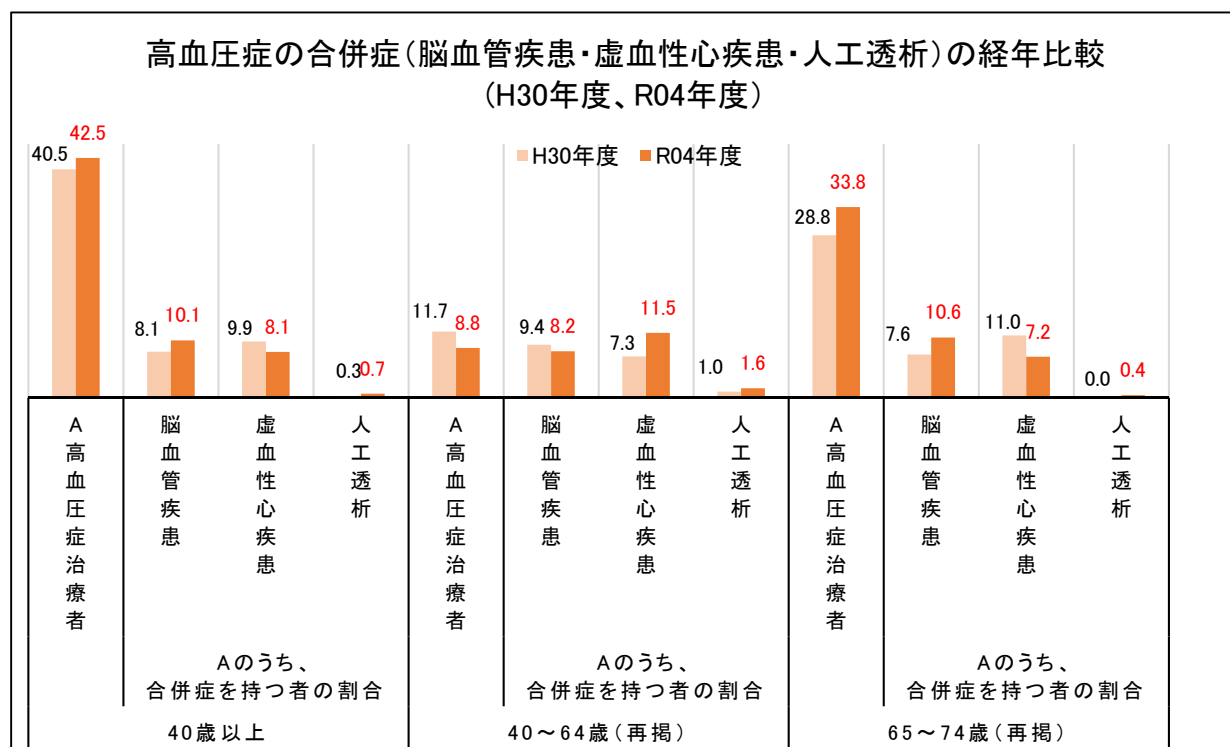
短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合はほぼ横ばい(一部で減少)で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・人工透析の割合は増加しています。

本村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実施していますが、若い世代に重症化している実態がみられたことは大きな課題です。

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		332	296	96	61	236	235
	A/被保数		40.5%	42.5%	11.7%	8.8%	28.8%	33.8%
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	27	30	9	5	18	25
		B/A	8.1%	10.1%	9.4%	8.2%	7.6%	10.6%
	虚血性心疾患	C	33	24	7	7	26	17
		C/A	9.9%	8.1%	7.3%	11.5%	11.0%	7.2%
	人工透析	D	1	2	1	1	0	1
		D/A	0.3%	0.7%	1.0%	1.6%	0.0%	0.4%

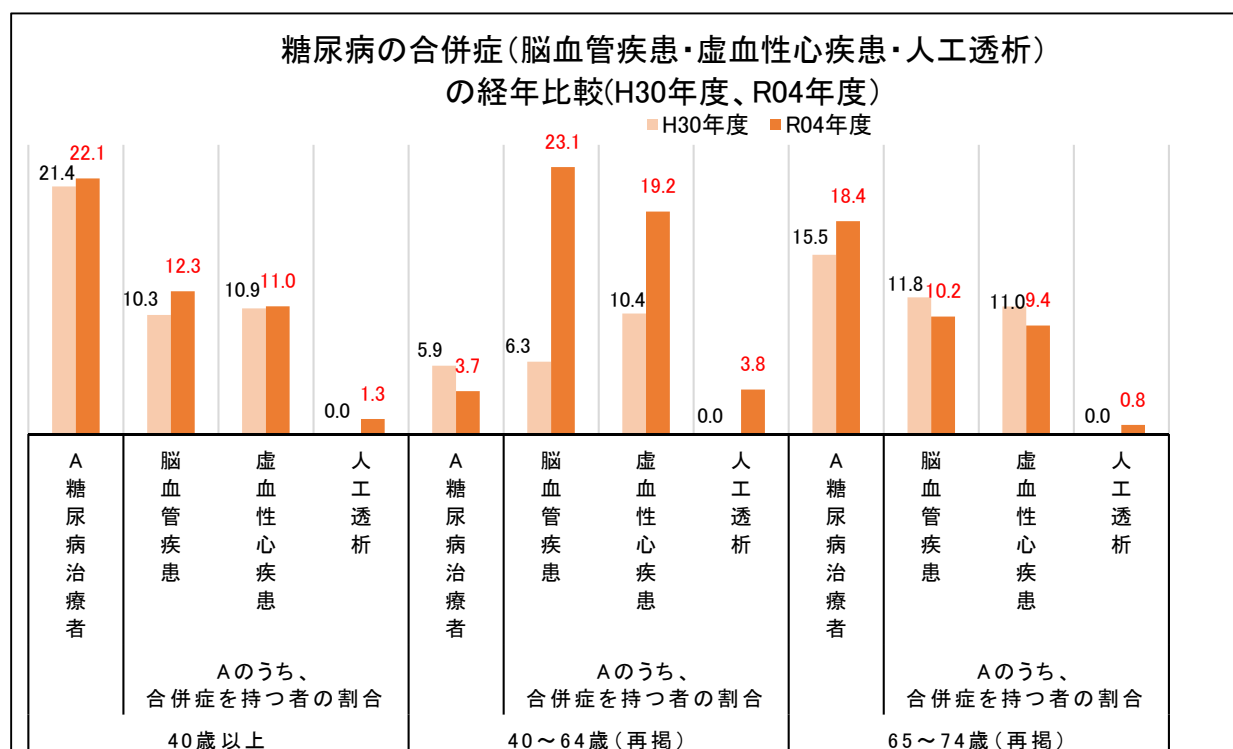
出典: KDBシステム_疾病管理一覧(高血圧症)、地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)



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	175	154	48	26	127	128
		A/被保数	21.4%	22.1%	5.9%	3.7%	15.5%	18.4%
(中長期合併症疾患)	脳血管疾患	B	18	19	3	6	15	13
		B/A	10.3%	12.3%	6.3%	23.1%	11.8%	10.2%
	虚血性心疾患	C	19	17	5	5	14	12
		C/A	10.9%	11.0%	10.4%	19.2%	11.0%	9.4%
	人工透析	D	0	2	0	1	0	1
		D/A	0.0%	1.3%	0.0%	3.8%	0.0%	0.8%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	15	31	7	11	8	20
		E/A	8.6%	20.1%	14.6%	42.3%	6.3%	15.6%
	糖尿病性網膜症	F	10	14	2	6	8	8
		F/A	5.7%	9.1%	4.2%	23.1%	6.3%	6.3%
	糖尿病性神経障害	G	4	6	1	3	3	3
		G/A	2.3%	3.9%	2.1%	11.5%	2.4%	2.3%

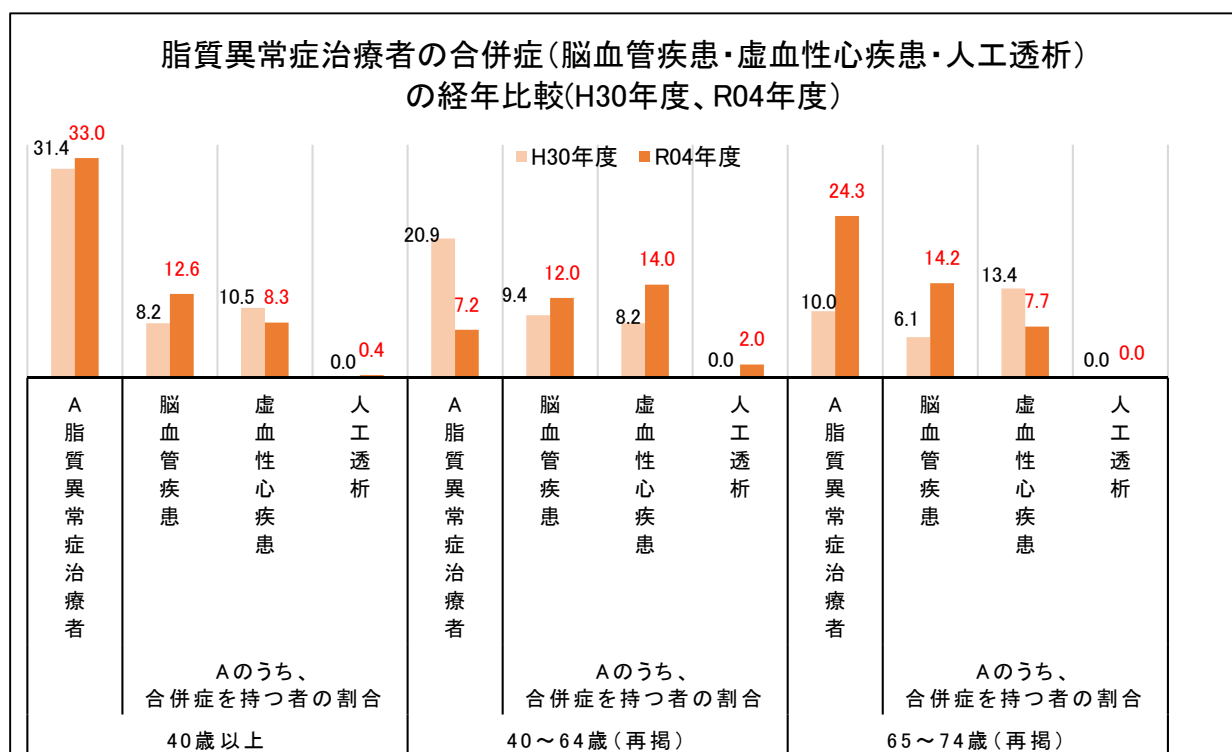
出典：KDBシステム 疾病管理一覧(高血圧症)、地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)



図表 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	257	230	171	50	82	169
	A/被保数	31.4%	33.0%	20.9%	7.2%	10.0%	24.3%
(中長期合併症) 標疾病	脳血管疾患	B	21	29	16	6	5
		B/A	8.2%	12.6%	9.4%	12.0%	6.1%
	虚血性心疾患	C	27	19	14	7	11
		C/A	10.5%	8.3%	8.2%	14.0%	13.4%
	人工透析	D	0	1	0	1	0
		D/A	0.0%	0.4%	0.0%	2.0%	0.0%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(高血圧症)、地域の全体像の把握、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以上者の割合についてH30年度とR03年度で比較してみたところ、Ⅱ度以上高血圧者の割合が増えており、HbA1c7.0以上者の割合は減っていました。また医療のかかり方においては、未治療のまま放置されている方が高血圧で約50%、糖尿病では0%であり、高血圧の未治療者の割合が市町村計と比較しても高くなっている状況でした。(図表 22)

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧__Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
山江村	431	68.9	356	65.0	23	5.3	10	43.5	22	6.2	11	50.0	11	50.0	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

	健診受診率				糖尿病__HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
山江村	428	100.0	351	100.0	27	6.3	14	51.9	18	5.1	3	16.7	0	0.0	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

出典：ヘルスサポートラボツール

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

②中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

③ 健診結果の経年変化

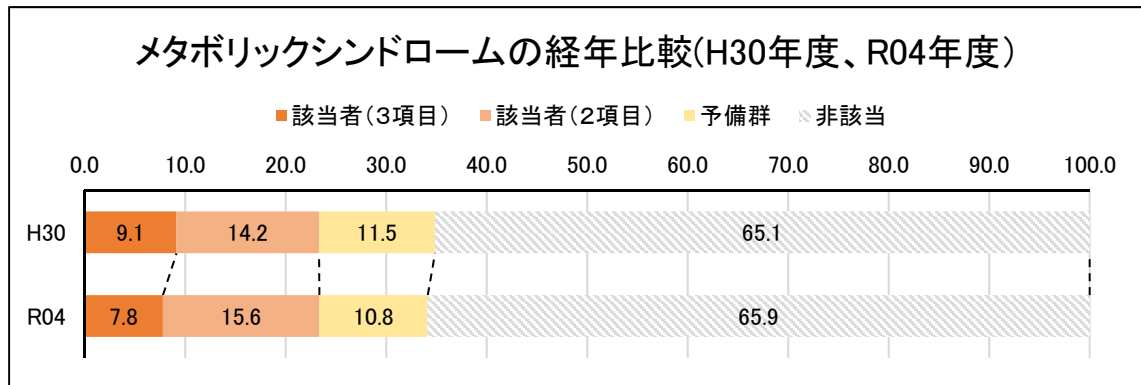
メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本村の特定健診結果において、H30年度とR04年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者の割合は横ばい、予備群割合は減少していますが、該当者の中で2項目の危険因子が重なっている割合が増加しています。

また継続受診者における、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合は、いずれも微増しているものの、翌年度の結果を見ると、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上は改善率が上がってきています。しかし、HbA1cの改善率は2割程度となっており、LDLの改善率は下がり悪化が5.6%と増加しています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも2割程度存在しており、重症化しやすい被保険者への継続したフォロー体制について考える必要があります。

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 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	416 (70.6%)	97 (23.3%)	38 (9.1%)	59 (14.2%)	48 (11.5%)
R04年度	334 (64.9%)	78 (23.4%)	26 (7.8%)	52 (15.6%)	36 (10.8%)

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	49 (10.8%)	11 (22.4%)	4 (8.2%)	10 (20.4%)	10 (20.4%)
R03→R04	41 (11.2%)	10 (24.4%)	16 (39.0%)	4 (9.8%)	11 (26.8%)

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	30 (6.6%)	19 (63.3%)	2 (6.7%)	0 (0.0%)	9 (30.0%)
R03→R04	23 (6.9%)	15 (65.2%)	2 (8.7%)	1 (4.3%)	5 (21.7%)

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	39 (8.6%)	22 (56.4%)	7 (17.9%)	0 (0.0%)	10 (25.6%)
R03→R04	36 (10.8%)	17 (47.2%)	10 (27.8%)	2 (5.6%)	7 (19.4%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本村の特定健診受診率は、令和元年度には 70.6%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症および令和 2 年 7 月豪雨の影響で、R02 年度以降は受診率が低迷したままになっており、第 3 期特定健診等

実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)

またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率をみると、40～50 代が低く、特に男性がより低い状況です(図表 28)。

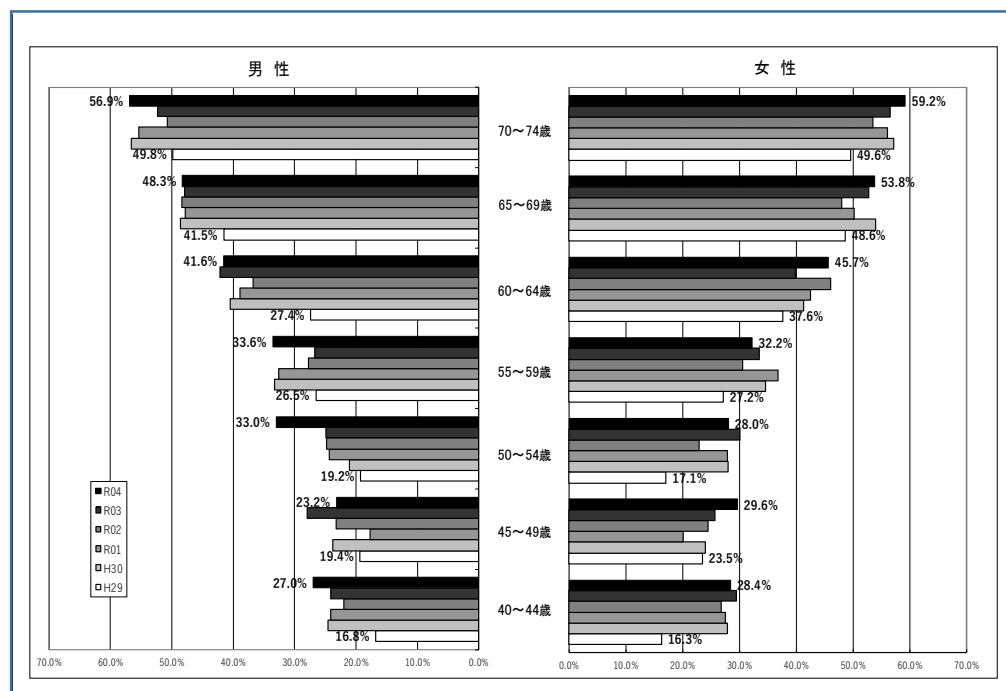
特定保健指導についても、R03 年度以降、実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

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	406	410	378	354	321	健診受診率 73%
	受診率	68.9%	70.6%	66.1%	65.0%	62.5%	
特定保健指導	該当者数	33	40	36	30	35	特定保健指導 実施率 90%
	割合	8.1%	9.8%	9.5%	8.5%	10.9%	
	実施者数	27	35	33	25	27	
	実施率	81.8%	87.5%	91.7%	83.3%	77.1%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 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

糖尿病性腎症重症化予防については、「熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の対象者にに基づき、特に、特定健診受診者のうち HbA1c6.5 以上者や eGFR50 以下、尿蛋白＋以上者について、個別面談にて全ての方へ保健指導を実施しています。H30 年度からは HbA1c7.0%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に介入した結果、HbA1c7.0%以上の未治療者は、H30 年 24 人(5.57%)から R4 年 16 人(4.48%)に減っています。しかし、特定健診受診者で糖尿病未治療(中断を含む)の割合や糖尿病型の割合は横ばいであり、増加は抑えられているものの今後も糖尿病対策に注力していく必要があると考えます。

また、医療機関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、糖尿病管理台帳で把握できている健診未受診者、特に治療中断者については継続的な医療機関受診に繋げ、必要な保健指導を実施するためにも、フォローを行えるよう体制の検討を行う必要があります。

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

表 1

特定健診受診者の中で糖尿病型の割合									
H30		R1		R2		R3		R4	
73	16.94%	55	12.84%	67	16.83%	55	14.59%	47	13.17%

特定健診受診者で糖尿病未治療(中断を含む)									
H30		R1		R2		R3		R4	
14	3.25%	11	2.57%	17	4.27%	14	3.71%	12	3.36%

特定健診受診者で糖尿病治療中のHbA1c7.0以上者									
H30		R1		R2		R3		R4	
24	5.57%	24	5.61%	21	5.28%	16	4.24%	16	4.48%

データヘルス支援システム

特定健診未受診者 [I]		特定健診 受診歴	治療中	
			治療中	中断
人数	割合(I/H)	なし	42	3
83	48.8235%		50.6024%	3.6145%
		あり	36	2
			43.3735%	2.4096%

データヘルス支援システム

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

現在、村では心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図検査全数実施(一部除く)しています。若い世代の脳・心・腎の治療者数が増えている実態から、脳・心血管疾患を起こす可能性が高いハイリスク者については、経年的に心電図所見を含む健診データを確認し、保健指導に生かしていくことで、中長期目標疾患を発症させない取組みが大切です。

表 2

令和3年度	健診受診者	心電図実施者		心房細動	
	A	B	B/A	C	C/B
山江村	339	334	98.5%	5	1.5%
市町村計	147,043	101,313	68.9%	721	0.7%

③脳血管疾患予防

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。現在、村では健診でⅡ度高血圧以上であった方に個別の保健指導を行っていますが、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)を参考に、保健指導の対象者について再検討が必要です。また、血圧手帳を活用し、家庭血圧測定の普及に努め、村民自らが血圧の学習を深め、脳血管疾患の発症予防行動がとれるよう、ポピュレーションアプローチも併せて実施していきます。

表 3 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

高値血圧

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

リスク層
(血圧以外のリスク因子)

100

51

37

8

4

51.0%

37.0%

8.0%

4.0%

リスク第1層
予後影響因子がない

6

C 2

B 3

B 1

A 0

6.0%

3.9%

8.1%

12.5%

0.0%

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

55

C 31

B 18

A 3

A 3

55.0%

60.8%

48.6%

37.5%

75.0%

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

39

B 18

A 16

A 4

A 1

39.0%

35.3%

43.2%

50.0%

25.0%

高リスク

中等リスク

低リスク

A

ただちに薬物療法を開始

27

27.0%

B

概ね1か月後に再評価

40

40.0%

C

概ね3か月後に再評価

33

33.0%

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

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

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

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

※5 尿蛋白については、健診結果より(+)以上で判断。

(2)ポピュレーションアプローチ

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程されることも大きい。」とされています。

現在、山江村においては、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や村の実態や生活習慣病と食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、各種団体や行政区単位での講座の開催や村の広報等を活用し、広く村民へ周知を行っています。

また、肥満やメタボ、高血圧や高血糖の改善を目的として、集団健診会場等を活用し、食品に含まれる脂や糖の展示、減塩食品の紹介等を行うことも実践していきます。

(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

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.14%	0.94%	1.26%	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	2.14%	1.03%	0.08%	
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	1.73%	2.80%	2.50%	
		新規透析導入者の割合の減少	0.00%	0.13%	0.14%	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.00%	0.00%	100.00%	
	短期目標	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	18.1%	16.5%	15.6%	法定報告値
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	5.3%	8.5%	6.2%	ラボツール等
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL180以上)	2.6%	3.1%	3.3%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C7.0%以上)	6.4%	6.0%	5.2%	
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	1.17%	2.03%	0.28%	
		糖尿病の未治療者(治療中断を含む)の割合	18.5%	17.4%	17.6%	データヘルス支援システム
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	68.9%	66.1%	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	81.8%	91.7%	
			特定保健指導対象者の割合の減少	23.3%	20.5%	
					16.1%(R3)	
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	13.1%	49.4%	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)
			肺がん検診受診者の増加	27.8%	42.9%	
			大腸がん検診受診者の増加	25.5%	40.7%	
			子宮がん検診受診者の増加	35.1%	55.1%	
			乳がん検診受診者の増加	56.0%	64.1%	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	21.4%	50.4%	
		後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	85.6%	86.8%	厚生労働省
					86.1%	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

1. 健康課題に対する保健事業		
健康課題	対象者	健康課題等へ対応する事業
○糖尿病性腎症 ・慢性腎不全(透析あり)は医療費の上位ではないものの、年間 700 万円程度であり、医療費を押し上げている。 ・糖尿病にかかる医療費は年々増加しており、糖尿病性腎症においても患者数・医療費は増加。	特定健診対象者	特定健診の受診勧奨 ・希望調査票回収のため各地区公民館等巡回(R2～4年度は新型コロナウイルス感染拡大防止のため健康教室実施無) ・WEB 予約導入 ・チラシ作成、回覧、広報掲載、ケーブルテレビ放送 ・未申込者へ受診勧奨(戸別訪問) ・節目年齢自己負担金無料 ・健診機関受診項目増設、健診実施期間の拡大 ・40 歳未満の若年者健診 ・情報提供事業(みなし健診)の活用
○脳血管疾患 ・新規脳梗塞患者数の増加。高額(80 万円以上)のレセプトも2名。	健診受診者	特定保健指導・生活習慣病の重症化予防 ・健診結果説明会、訪問、電話等による保健指導 ・健診結果に基づくハイリスクの未治療者への受診勧奨促進
○虚血性心疾患 ・患者数、医療費ともに減少。しかしながら、肥満者や糖尿病有病者の増加を抑制しなければ心血管イベントへの移行の可能性大きい。	検査値に異常がある医療機関未受診者	・個人に合わせた保健指導の実施、情報提供 ・保健指導に従事する職員の意識向上とスキルアップのための研修参加 ・保健指導教材の活用(どこでもケア導入、保健指導実践ハンドブックの活用)
○特定健診受診率 ・受診率も保健指導実施率も低下傾向。特に 40 代・50 代の受診率が下降しており、受診率の伸び悩み。 ・新型コロナウイルスや R2 年 7 月豪雨の影響によるものとする。	医療機関治療中断者	・個人記録、症例について情報共有 ・生活習慣病重症化予防のための医療機関との連携 ・レセプトデータに基づく治療中断者の実態把握と対応 ・糖尿病管理台帳活用 ・慢性腎臓病(CKD)対策
○生活習慣病の重症化予防 ・基準値を超えた者へ医療		糖尿病性腎症重症化予防 ・糖尿病性腎症重症化予防等の生活習慣改善のための保健指導の実施 ・生活習慣病重症化予防のための医療機

機関の受診勧奨を行っているが、高血圧・糖尿病・脂質異常症など自覚症状のない項目は受診につながりにくい。また治療中断する者もあり、働きかけが必要。 ○医療費の適正化 ・1人当たり医療費は上昇傾向。同規模や県での順位は改善傾向にあるが、糖尿病や高血圧が医療費の上位に位置しており、増加の抑制および重症化予防が必至。	検査値に異常がある医療機関受診者 保険給付を受けた被保険者	関との連携 医療費の適正化 ・重複・頻回受診者への訪問や電話による指導 ・お薬手帳使用の周知や啓発 ・ジェネリック医薬品利用差額通知の送付 ・医療費通知の送付
---	---	---

2. 課題および今後の取組み内容の整理

現状からみた主な課題	重点的な取組み	取組みの推進体制
新規受診者の開拓、若年層への受診勧奨の取組を強化	特定健診の受診率向上 対象者に合わせた受診勧奨の実施 ・受診しやすい環境整備 ・40歳未満の健診の定着化 ・みなし健診の促進	○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策定 ○山江村健康増進計画・食育計画・自殺対策計画を一体的に策定。生涯を通じた健康づくりを推進。
好ましくない運動習慣や食習慣と、肥満や有所見者の増加の関連について分析を深める必要がある。 有所見者の発生抑制および重症化予防のため、より効果的な保健指導を実施する必要がある。	特定保健指導の指導充実 ・特定保健指導の実施率向上及び効率化に向けた取組み ・効果的な保健指導の実施	○高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業における分析結果の活用、事業連携。
要治療者および治療中断者に対し、早期に適切な治療を受け、受診が継続できるよう、医療機関への受診勧奨の強化とその後のフォロー	生活習慣病の重症化予防 ・要治療者のうち、未受診者や治療中断者への受診勧奨の強化	

一体制の構築が必要。		
糖尿病の増加につながる空腹時血糖値や HbA1c の有所見者が増加している。 早期介入による糖尿病の発症予防および重症化予防を2本柱とする対策を強化する必要がある。	糖尿病の重症化予防 ・より効率的な糖尿病性腎症重症化予防事業の実施に向けた、事業内容の検討 ・対象者の選定、事業評価方法の見直し ・事業参加者の健診、受診状況等を経年で確認し、長期的な事業効果の確認 ・より多くの医療機関、薬局の協力を得られるような働きかけ	

○専門職の減少によるマンパワーの問題があるため、特定健診未受診者対策については、専門職の働きかけ以外で対応できる仕組み作りが必要。

○40代、50代の健診受診率の伸び悩み(46～50%)に対する対策の検討が必要。

○特定保健指導対象者、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少。高血圧Ⅱ度以上者、HbA1c6.5以上者への介入。腎硬化症、糖尿病性腎症を防ぐ必要あり。保健師、管理栄養士による保健指導の充実、スキルアップが必要。

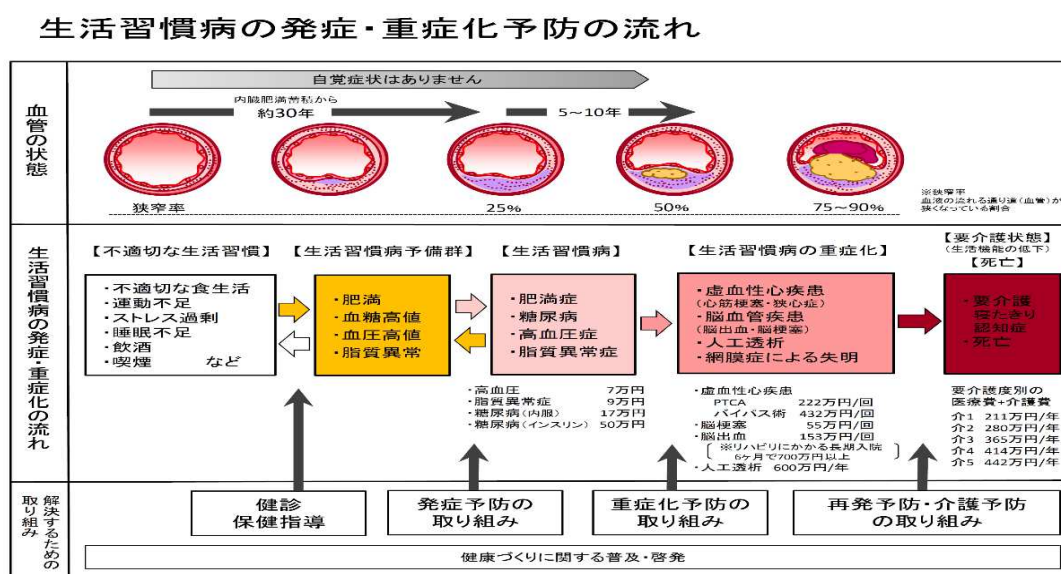
○医療機関が村内にないことによる、かかりつけ医との連携の困難さ。気軽に相談できる医師がおらず、連携がうまくできていない。健診結果経年表や重症化予防連絡票、糖尿病連携手帳、血圧手帳、CKD(慢性腎臓病)精密検査紹介様式等の媒体を使用した連携の方法および工夫が必要。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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

図表 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が、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

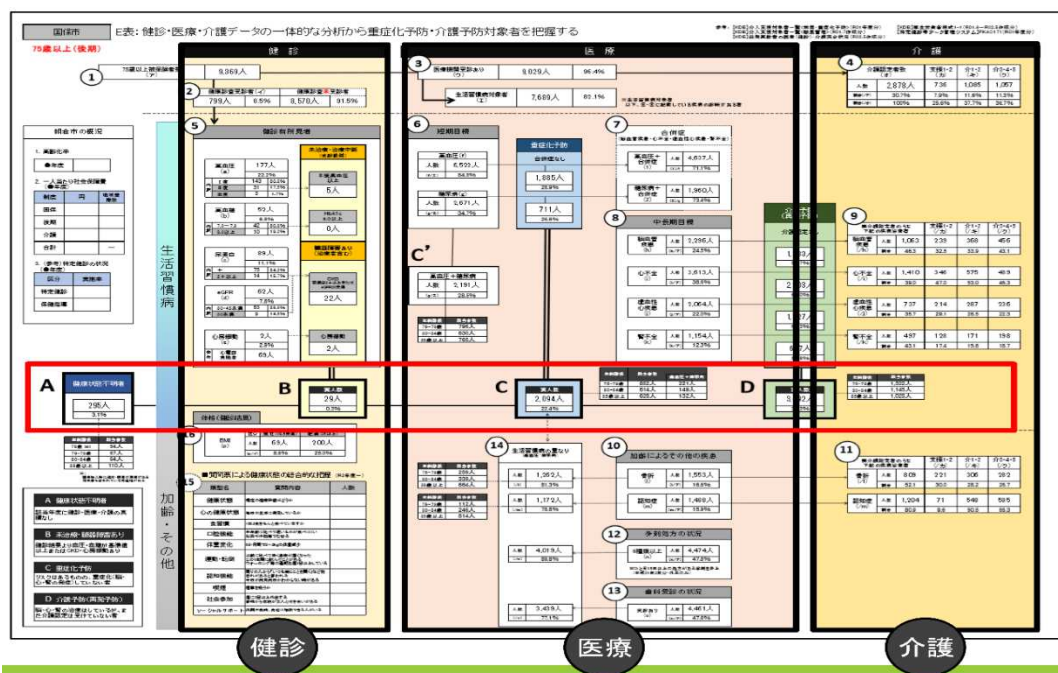
一方、国保では被保険者のうち、65 歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 31 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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、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

山江村のデータは 参考資料 2 に掲載 (74~77 ページ)



(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		819人	798人	762人	739人	696人	624人
総件数及び 総費用額	件数	8,049件	8,059件	7,269件	7,541件	7,224件	8,891件
	費用額	2億8508万円	3億2325万円	3億0597万円	3億0651万円	2億7838万円	4億8608万円
一人あたり医療費		34.8万円	40.5万円	40.2万円	41.5万円	40.0万円	77.9万円

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

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	山江村	2億7838万円	32,072	2.50%	0.33%	1.26%	0.08%	7.46%	5.43%	2.85%	5541万円	19.9%	15.9%	12.74%	7.91%
	同規模	—	29,993	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	—	18.6%	17.6%	7.82%	9.33%
	県	—	33,050	5.52%	0.26%	1.89%	1.02%	5.62%	3.12%	1.72%	—	19.2%	14.1%	9.62%	8.56%
	国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	山江村	4億8608万円	66,107	0.24%	1.09%	4.25%	0.98%	4.47%	4.21%	1.44%	8099万円	16.7%	3.7%	3.83%	16.3%
	同規模	—	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	—	18.8%	10.2%	3.61%	12.1%
	県	—	81,455	4.72%	0.47%	3.74%	1.12%	3.70%	2.88%	1.07%	—	17.7%	9.2%	4.70%	13.2%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム・健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 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	20人	25人	20人	17人	24人	62人
	件数	B	74件	54件	39件	33件	39件	93件
		B/総件数	0.92%	0.67%	0.54%	0.44%	0.54%	1.05%
	費用額	C	1億0907万円	7686万円	4981万円	5425万円	4637万円	1億0811万円
		C/総費用	38.3%	23.8%	16.3%	17.7%	16.7%	22.2%

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	0人		0人		1人		1人		2人		3人		
		D/A	0.0%		0.0%		5.0%		5.9%		8.3%		4.8%		
	件数	E	0件		0件		1件		1件		2件		4件		
		E/B	0.0%		0.0%		2.6%		3.0%		5.1%		4.3%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	2	50.0%
		60代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	80代	1	25.0%
		70-74歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	2	100.0%	90歳以上	1	25.0%
	費用額	F					81万円		89万円		184万円		367万円		
		F/C	0.0%		0.0%		1.6%		1.6%		4.0%		3.4%		

出典：ヘルスサポートラボツール

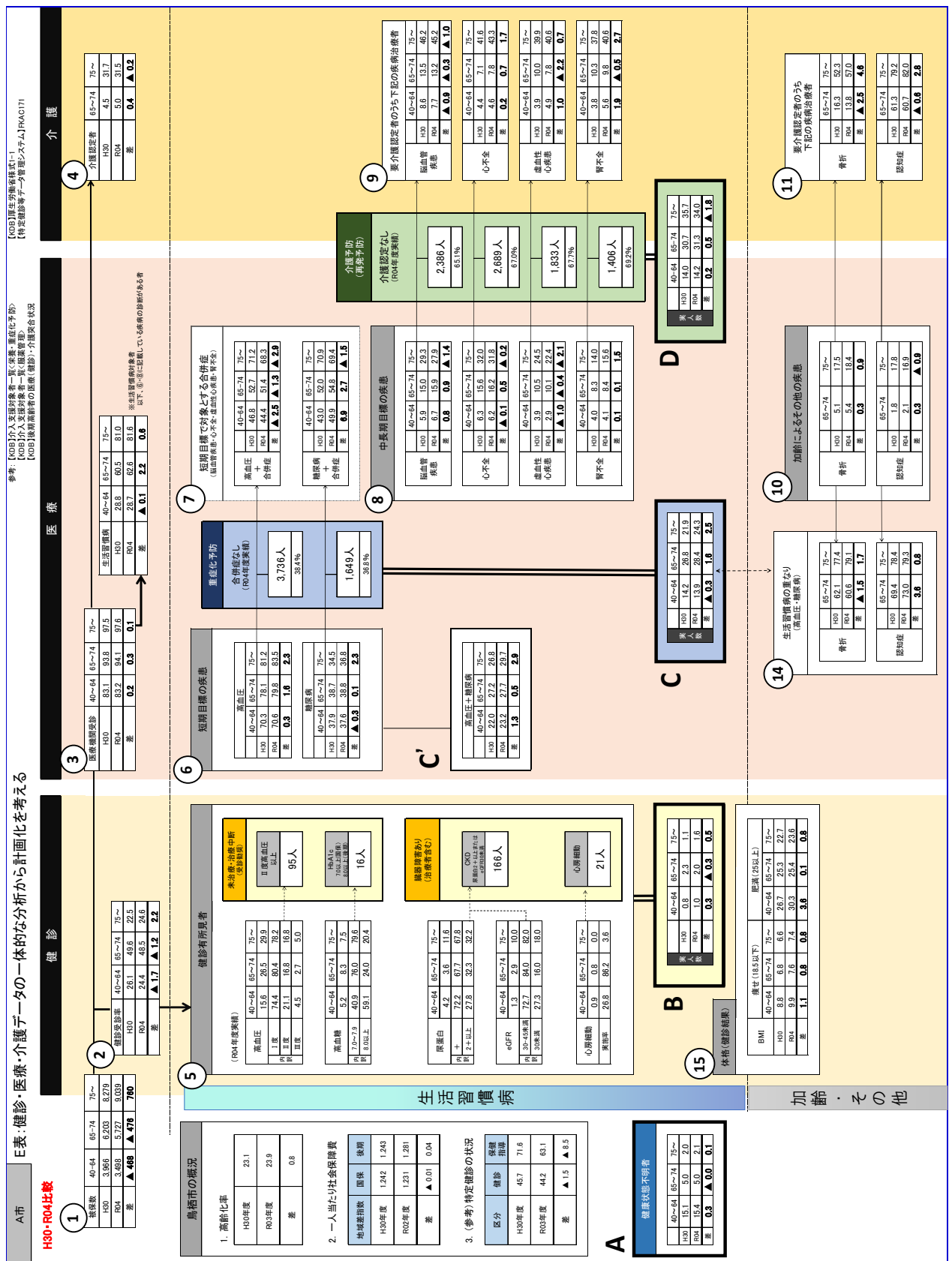
図表 36 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

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	3人		2人		1人		0人		0人		2人		
		G/A	15.0%		8.0%		5.0%		0.0%		0.0%		3.2%		
	件数	H	7件		2件		2件		0件		0件		2件		
		H/B	9.5%		0.0%		5.1%		0.0%		0.0%		2.2%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	3	42.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	0	0.0%
		60代	4	57.1%	1	50.0%	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	80代	2	100.0%
		70-74歳	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	663万円		179万円		209万円						343万円		
		I/C	6.1%		2.3%		4.2%		0.0%		0.0%		3.2%		

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(H30-R4 比較)



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数			健診受診率			体格（健診結果）					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	27.3	207	267	640	56.0	63.3	38.6	5.2	7.7	8.1	30.2	31.4	25.1
R04	26.3	197	429	628	41.1	57.3	43.2	7.4	7.3	8.1	28.4	31.7	23.6

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																													
年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%	
H30	7	6.0	(4)	8	4.7	(3)	12	4.9	(1)	7	6.0	(1)	9	5.3	(1)	1	0.4	(0)	2	1.7	3	1.8	15	6.1	1	0.9	2	1.2	0	--
R04	6	7.4	(2)	16	6.5	(4)	19	7.0	(2)	3	3.7	(0)	15	6.1	(3)	3	1.1	(0)	1	1.2	3	1.2	10	3.7	2	2.5	4	1.6	16	5.9

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦								
年度	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症								
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	78.7	90.6	96.6	40.6	62.9	85.9	81.0	85.7	89.6	36.9	47.6	37.5	25.0	37.5	32.9	23.5	36.8	54.8	35.5	42.5	58.3			
R04	73.6	86.7	95.2	35.5	62.5	83.4	81.4	85.4	90.3	32.9	44.8	39.7	22.9	35.8	34.5	22.8	41.5	59.8	60.9	50.8	62.5			

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											
年度	中長期目標の疾患(被保険者割合)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.3	7.1	19.7	4.3	7.5	10.6	7.2	9.4	30.9	4.3	6.7	15.8	11.1	26.3	42.1	0.0	5.0	29.4	0.0	12.0	34.8	0.0	5.6	34.7
R04	4.6	9.6	20.5	3.6	5.8	12.6	5.6	11.2	30.7	6.6	10.0	17.8	11.1	17.1	45.0	0.0	4.0	27.8	0.0	8.3	34.7	0.0	7.0	33.9

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	45.5	85.5	50.0	85.8	4.1	13.0	2.2	24.2	0.0	44.6	33.3	65.2
R04	46.7	88.8	36.4	79.1	3.5	15.6	2.6	17.5	0.0	41.8	45.5	75.5

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 43 40、50 代の HbA1c6.5 以上者の人数・割合【令和 4 年度】

	男女計						男性						女性					
	40・50代		40代		50代		40・50代		40代		50代		40・50代		40代		50代	
	HbA1c6.5以上者 人数・割合						HbA1c6.5以上者 人数・割合						HbA1c6.5以上者 人数・割合					
山江村	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
市町村計	1,241	6.44%	326	3.90%	915	8.39%	865	8.95%	244	5.50%	621	11.89%	376	3.91%	82	2.08%	294	5.17%

図表 44 40、50 代の血圧Ⅱ度以上者の人数・割合【令和 4 年度】

	男女計						男性						女性					
	40・50代		40代		50代		40・50代		40代		50代		40・50代		40代		50代	
	Ⅱ度以上 人数・割合						Ⅱ度以上 人数・割合						Ⅱ度以上 人数・割合					
山江村	3	7.89%	1	6.67%	2	8.70%	3	15.00%	1	11.11%	2	18.18%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
市町村計	856	4.43%	321	3.83%	535	4.89%	551	5.69%	221	4.97%	330	6.30%	305	3.16%	100	2.54%	205	3.59%

(3)健康課題の明確化(図表 32~44)

国保の被保険者数やレセプト件数、医療費総額は年々減っているものの、一人あたり医療費は 5 年間で約 5 万円の増加がみられています。また、後期高齢者になると一人あたり 80 万円となり、国保の 2 倍高い状況です。(図表 32)

その中身をみると、国保では、脳血管疾患・慢性腎不全・虚血性心疾患の総医療費に占める割合は県・同規模等と比較して低い状況にあります。後期高齢者になると、慢性腎不全、脳血管疾患の総医療費に占める割合が高くなっていました。(図表 33)

また、高額レセプトについてみると、国保は H30 年度と比較して R4 年度は人数は横ばい、件数は半数に減少。一方で、後期高齢者になると、国保の約 2.5 倍の人数と件数になっており、医療費増加の一因となっています。

内訳をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和 4 年度は 2 件で 180 万円の費

用がかかっていました。虚血性心疾患で高額になったレセプトは令和3年度・4年度と0件となっています。脳血管疾患で高額になった方の経過をみると1件は他医療保険のため過去に村の健診受診歴がなく、保険者として健康状態の把握ができていない方でした。1件は約10年前から保健指導や医療機関との連携により介入した方でした。また、基礎疾患として高血圧や糖尿病があり、未受診者対策や治療中者へのフォロー対象者について、これらの実態を基に、第3期に盛り込む必要があります。

また、脳血管疾患については、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、若い世代での脳血管疾患の発症を抑える必要があることから、脳血管疾患予防についても今後も注力していく必要があります。(図表34、35、36)

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⑮の体格をみると、BMI25以上の率は横ばいとなっており、図表39 健診有所見の状況をみると、特に65歳以上で、Ⅱ度高血圧以上者とHbA1c7.0以上者の人数、割合が増えていました。未治療・中断者については増加していないことから、まずは、必要な対象者への医療機関への繋ぎを確実に実施する必要があります。

図表40の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況をみると、高血圧、糖尿病、糖尿病＋高血圧の40～74歳ではH30年度と比較して横ばいまたは低くなっている状況です。また、高血圧の合併症及び糖尿病の合併症については高くなっており、H30年度と比較して重症化している実態がみえます。

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、脳血管疾患と腎不全は全年代割合が高くなっており、心不全は65歳以上で高くなっています。特に若い年代の脳血管疾患や腎不全については、しっかりと原因を分析し、予防計画に反映させていく必要があります。

(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、特に若い世代の脳血管疾患、腎不全の増加がみられました。肥満者の増加は横ばいですが、高血圧の合併症、糖尿病の合併症が増えており、若い世代への予防活動の充実が必要ですが、40代、50代の健診受診率はまだまだ低いいため、第3期においても健診未受診者対策は、被保険者の健康実態を把握し、早期に予防活動を行うためにも大変重要だと考えます。

また、高額レセプトや医療費の増加を抑えるため、予防可能な疾患である脳・心・腎を守るための活動に注力していく必要があります。

そのための具体的な取組方法については、第3章及び第4章に記載します。

3) 目標の設定

(1)成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実

施を図ることが求められており、分析結果や実態から計画の見直し、改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが目標です。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。また、第3期の評価指標については、すべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表45)を設定しています。

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が増えており、特に本村では、脳血管疾患や人工透析の医療費や発症状況に課題がみられました。

そのため、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、また、医療費が高額になる虚血性心疾患について、新規の患者数・割合を維持・減少させることを目標とします。

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

③短期的な目標の設定

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

特に若い世代からの肥満や若い世代の健診受診率の向上及び特定保健指導の充実による、短期目標疾患の発症予防に努めます。(特定健診・特定保健指導の具体的な取組については、第3章に記載)。

また、中長期目標疾患の発症予防のためには、短期目標疾患における適切な医療機関受診と疾病管理が重要です。医療機関未治療者や治療中断者等、重症化リスクの高い対象者について把握し、医療機関への受診勧奨や必要な保健指導、栄養指導を行います。特に糖尿病と、メタボリックシンドロームについては、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、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標とします。

(2) 管理目標の設定

図表 45 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

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標値	実績				データの把握方法 (活用データ)
				R11 数値目標	初期値 R 6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	新規 脳梗塞患者数	減少・発症させない	0				・データヘルス支援システム
		新規 脳出血患者数	減少・発症させない	0				
		新規 虚血性心疾患患者数	減少・発症させない	0				
		年間新規透析導入患者数	減少・発症させない	0				
		糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数	減少・発症させない	0				
	短期目標	★特定健診実施（受診）率	65%以上	70%以上				法定報告値
		40代、50代の健診実施（受診）率	上昇	55%以上				
		★特定保健指導実施率	80%以上	90%以上				
		（問診）朝食を抜くことが週3回以上ある40代、50代の割合	減少	25%以下				・特定健診等データ管理システム ・ラボツール ・データヘルス支援システム
		内臓脂肪症候群該当者・予備群の割合	減少	30%以下				
		血圧Ⅱ度以上者（160/100以上）の割合	減少	5%未満				
		LDL180以上者の割合	減少	3%未満				
		40代、50代の健診受診者のHbA1c6.5%以上者の割合	減少	1%未満				
		★健診受診者のHbA1c8.0%（NGSP値）以上の者の割合	減少	1%未満				
		健診受診者のうち糖尿病の未治療者（治療中断を含む）の割合	減少	0%				
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	1%増又は全国平均以下	18%				法定報告値
		内臓脂肪症候群該当者の減少率	1%増又は全国平均以下	17%				

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 46 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	65%	68%	70%	70%	70%	70%以上
特定保健指導実施率	80%	80%	85%	85%	90%	90%以上

40代の健診受診率	50	51	52	53	54	55%以上
50代の健診受診率	55	56	57	58	59	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 47 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	475人	455人	435人	415人	395人	375人
	受診者数	310人	310人	305人	292人	280人	265人
特定保健指導	対象者数	35人	34人	33人	32人	31人	30人
	受診者数	28人	28人	29人	29人	29人	30人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。

- ① 集団健診(山江村健康福祉課、委託健診機関)
- ② 個別健診・人間ドック(委託医療機関、委託健診機関)

(2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、および実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、全世帯に案内を送付するとともに、広報や回覧、ケーブルテレビにて周知します。

(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・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

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

図表 48 特定健診検査項目

○山江村特定健診検査項目

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

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

(5) 実施時期

- ① 集団健診 10 月中旬
- ② 個別健診・人間ドック 5 月～12 月
- ③ 情報提供事業 5 月から翌年 3 月末

(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、熊本県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 49 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 ↓ 健診申込者への受診券等の印刷・送付(随時可) (特定健診の開始)	(特定保健指導の実施)
5月		↓	健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取 ↓ 費用決裁	↓
7月		↓	↓
8月		↓	↓
9月		↓	↓
10月	契約に関わる	↓	↓
11月	予算手続き	↓	↓
12月	↓	↓	↓
1月		↓	↓
2月		↓	↓
3月	契約準備 ↓	↓	↓
		情報提供事業(みなし健診)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、委託健診機関と保険者の直接実施(衛生部門への執行委任)の形態で行います。また、特定保健指導委託健診機関とは、定期的に進捗状況等について確認を行

○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)

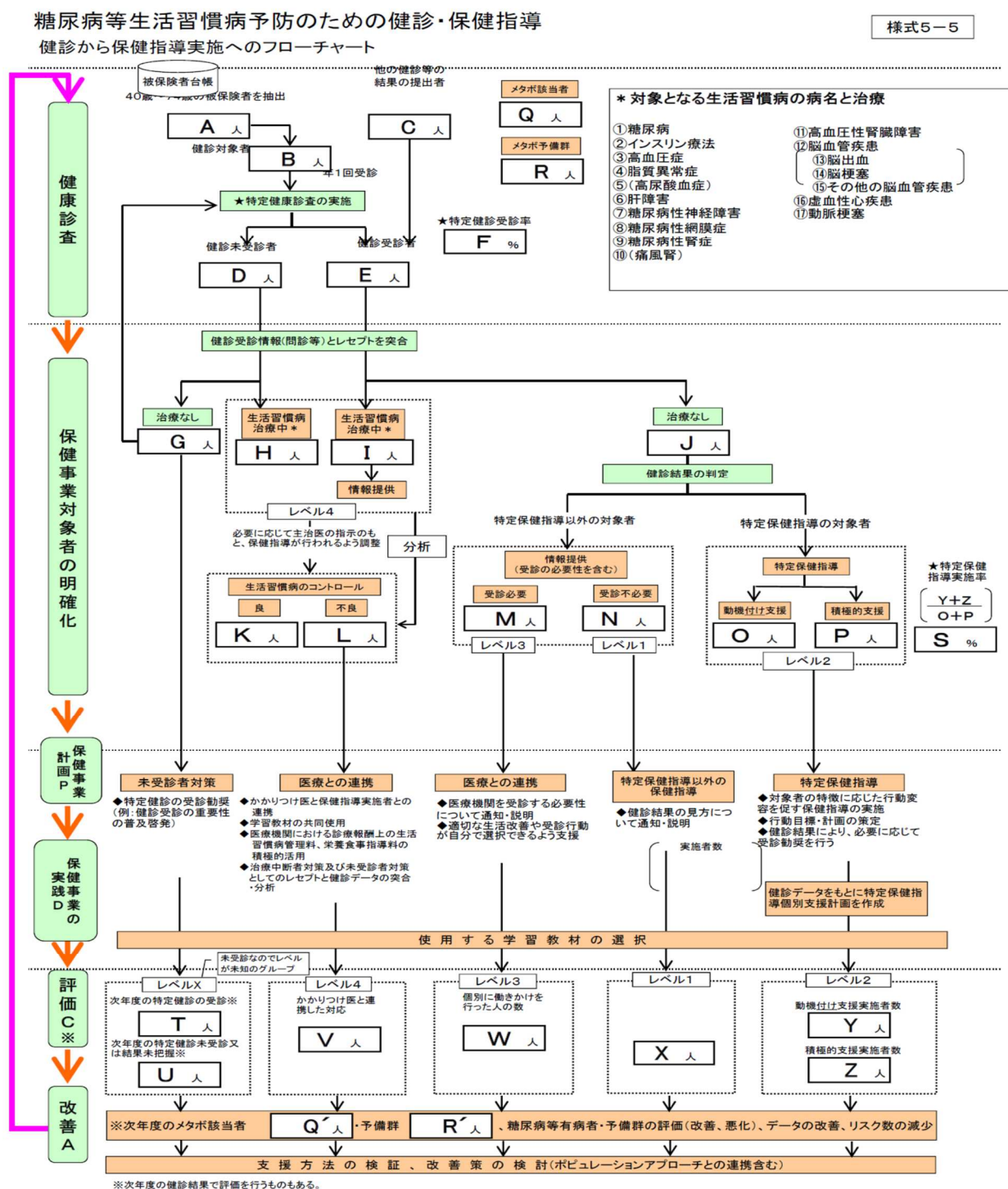
特定保健指導の見直し	(1)評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2)特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に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

うとともに、フォローが必要なケースの連携等、効率的な事業の実施に努めます。

(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 50 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルサポートラボツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 51 要保健指導対象者の見込み

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	41人 (12.3%)	90%
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	50人 (15.0%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	181 ※受診率目標達成までにあと38人	80%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	57人 (17.1%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	186人 (55.7%)	90%

1

- ・特定保健指導対象者の中で、重症化予防に該当する者については、その後のフォローや医療機関との連携を踏まえ、村の専門職が関わることとする。
- ・将来の臓器障害を防ぐためにも、特に 40 代、50 代の若い世代の対象者の実施率を上げる。
- ・特定保健指導のポイント(回数)にこだわらず、対象に応じた支援を実施し、改善率の向上に努める。

3

- ・特に 40 代、50 代の健診受診率向上に向けた未受診者対策に努める。
- ・過去に健診受診歴のある者、過去の健診で重症化予防対象者に該当した者(糖尿病管理台帳記載者等)について、状況確認も兼ねた未受診者対策の訪問を行う。
- ・若者健診受診者へは、できる限り丁寧な健診結果の説明に努め、1 年に 1 回の健診受診の習慣化

を目指す。

(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

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ます。

図表 52 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	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		
5月	◎特定健康診査の開始		◎後期高齢者健診、がん検診開始(施設・人間ドック)
6月		◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎保健指導の開始	
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	◎集団健診3日間実施
11月			
12月	◎健診の終了		
1月			◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報、申込書送付
2月			
3月	◎みなし健診の終了		

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

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

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日(各年度、国保連合会から連絡がある期限)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、山江村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、特定健診結果を基に、発症及び重症化予防の取組について、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを組み合わせ実施します。

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

具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し、臓器障害を防ぐための保健指導や栄養指導を実施します。

また、ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により、自分自身の生活や将来設計にも支障を及ぼしてしまうことや、高額な医療費や介護費用がかかることで、社会全体に及ぼす影響等について、広く住民に周知していくことで、住民が自らの健康管理の大切さや、予防可能な生活習慣病の発症予防に関心を向けることができるように努めます。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努め、健診と保健指導により、多くの住民に、現在の自分の身体の状態を把握していただく必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

II. 重症化予防の取組

山江村の脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、令和4年度の特定健診受診者321人(62.5%)のうち、136人(40.7%)。治療なし者(高血圧・糖尿病・脂質異常症の3疾患で内服がないと問診で答えた者)は30人(20.3%)で、そのうち、特定保健指導対象者が16人と、治療なし者の半数にあたります。このことから、特定保健指導に注力することは重症化予防にもつながり、効率的であるといえます。

さらに、治療なし者の66.7%にあたる20人は、すでに臓器障害があり、直ちに取り組むべき対象者であることや、血圧Ⅱ度以上者・HbA1c6.5以上者の半数以上は治療なし者にあたることから、医療機関への定期的な受診に繋げるための保健指導が重要といえます。

図表 53 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために－重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする－

令和04年度

健康日本21
(第2次)目標
目指すところ

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

脳血管疾患
の年齢調整死亡率の減少

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
脳塞・塞栓
(33.2%)

※脳卒中の約1/3は
非心原性脳梗塞

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(2014年度合同研究班報告))

心筋梗塞

労作性
狭心症

安静
狭心症

糖尿病性腎症
による年間新規透析導入患者数の減少

糖尿病治療ガイド
2022-2023
(日本糖尿病学会)

CKD診療ガイドライン
2018
(日本腎臓学会)

優先すべき
課題の明確化

科学的根拠に基づき
保健指導から
対象者の抽出

重症化予防対象

高血圧症

高血圧治療
ガイドライン2019
(日本高血圧学会)

Ⅱ度高血圧以上

22 6.6%

12 6.7%

5 22.7%

10 6.5%

心臓病

動脈硬化性疾患予防ガイドライン
2017年版
(日本動脈硬化学会)

心臓病

LDL-C
180mg/dl以上

5 1.5%

2 1.4%

1 20.0%

3 1.6%

脂質異常症

中性脂肪
300mg/dl以上

13 3.9%

9 3.7%

3 23.1%

4 4.5%

メタボリック
シンドローム

メタボリックシンドロームの
診断基準

メタボ該当者
(2項目以上)

78 23.4%

7 4.7%

7 9.0%

71 39.2%

糖尿病

糖尿病治療ガイド
2022-2023
(日本糖尿病学会)

HbA1c(NGSP)
6.5%以上
(治療中:7.0以上)

22 6.6%

8 2.7%

1 4.5%

14 35.9%

慢性腎臓病
(CKD)

CKD診療ガイドライン2018
(日本腎臓学会)

腎臓専門医
紹介基準対象者

29 8.7%

5 3.4%

3 10.3%

24 12.9%

該当者数

治療なし

(再掲)
特定保健指導

治療中

臓器障害
あり

1 0

6 50.0%

2 100.0%

6 75.0%

6 66.7%

5 71.4%

3 37.5%

5 100.0%

CKD(専門医対象者)

6 50.0%

2 25.0%

3 33.3%

2 28.6%

5 62.5%

心電図所見あり

6 50.0%

2 25.0%

3 33.3%

2 28.6%

5 62.5%

臓器障害
なし

6 50.0%

2 25.0%

3 33.3%

2 28.6%

5 62.5%

＜参考＞
健診受診者(受診率)

321人 62.5%

■各疾患の治療状況

治療中	治療なし
高血圧	155 179
脂質異常症	88 246
糖尿病	39 291
3疾患 いずれか	186 148

※問診結果による

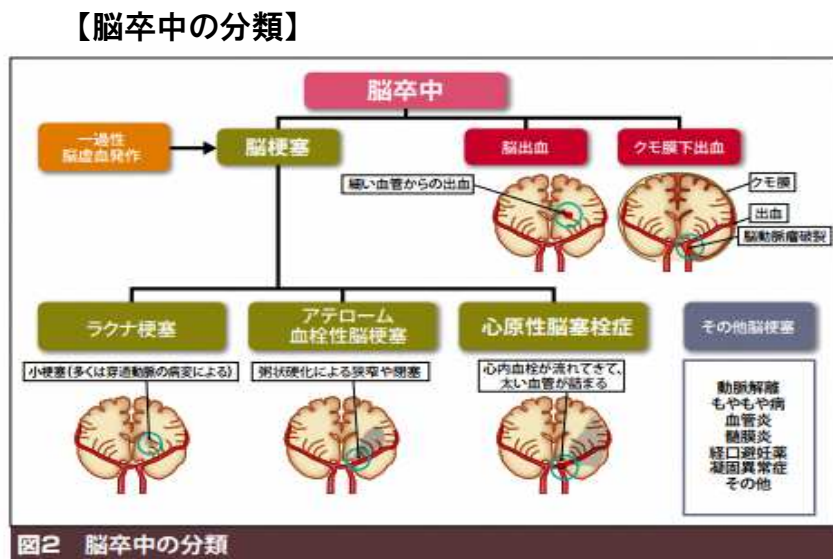
出典:ヘルサポートラボツール

1. 脳血管疾患予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患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 54)

図表 54 脳卒中の分類、脳血管疾患とリスク因子



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 脳血管疾患に係る山江村の実態と対象者の明確化

(1) 脳血管疾患発症の実態をみる

山江村の脳血管疾患の種類をみてみると、図表 55 のとおり、国保、後期高齢者及び介護認定者すべてにおいて脳梗塞の割合が最も多い状況でした。市町村平均との割合比較においては、国保世代の脳梗塞、脳出血や後期高齢者と介護認定者の脳梗塞の割合が高くなっている状況がみえました。

脳梗塞の種類を図表 56 でみてみると国保世代ではラクナ梗塞の割合が最も高くなっており、次いでアテローム血栓性脳塞栓症の割合が高くなっていました。ラクナ梗塞については市町村平均の割合と比較すると約 50%以上も高い状況でした。

後期高齢者においては、ラクナ梗塞の割合が最も高いものの、アテローム血栓性脳塞栓症の割合も市町村平均を上回っており、脳血管疾患の発症において課題がみえました。

図表 55 脳血管疾患の種類をみる(令和 4 年度)

国保		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	402,744	2,512	0.62%	639	0.16%	163	0.04%
山江村	739	5	0.68%	1	0.14%	0	0.00%

後期高齢者		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	被保険者	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	284,602	8,874	3.12%	1,333	0.47%	270	0.09%
山江村	604	21	3.48%	0	0.00%	0	0.00%

介護認定者		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	284,602	8,874	3.12%	1,333	0.47%	270	0.09%
山江村	604	21	3.48%	0	0.00%	0	0.00%

図表 56 脳梗塞の種類をみる(令和 4 年度)

国保		脳梗塞人数		ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳塞栓		心原性脳梗塞症	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	402,744	2,513	0.62%	737	29.3%	363	14.4%	279	11.1%
山江村	739	5	0.68%	4	80.0%	1	20.0%	0	0.0%

後期高齢者		脳梗塞人数		ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳塞栓		心原性脳梗塞症	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	284,602	8,874	3.10%	2,407	27.1%	1,103	12.4%	1,502	16.90%
山江村	604	21	3.48%	11	52.4%	6	28.6%	2	9.52%

(2) 重症化予防対象者の実態

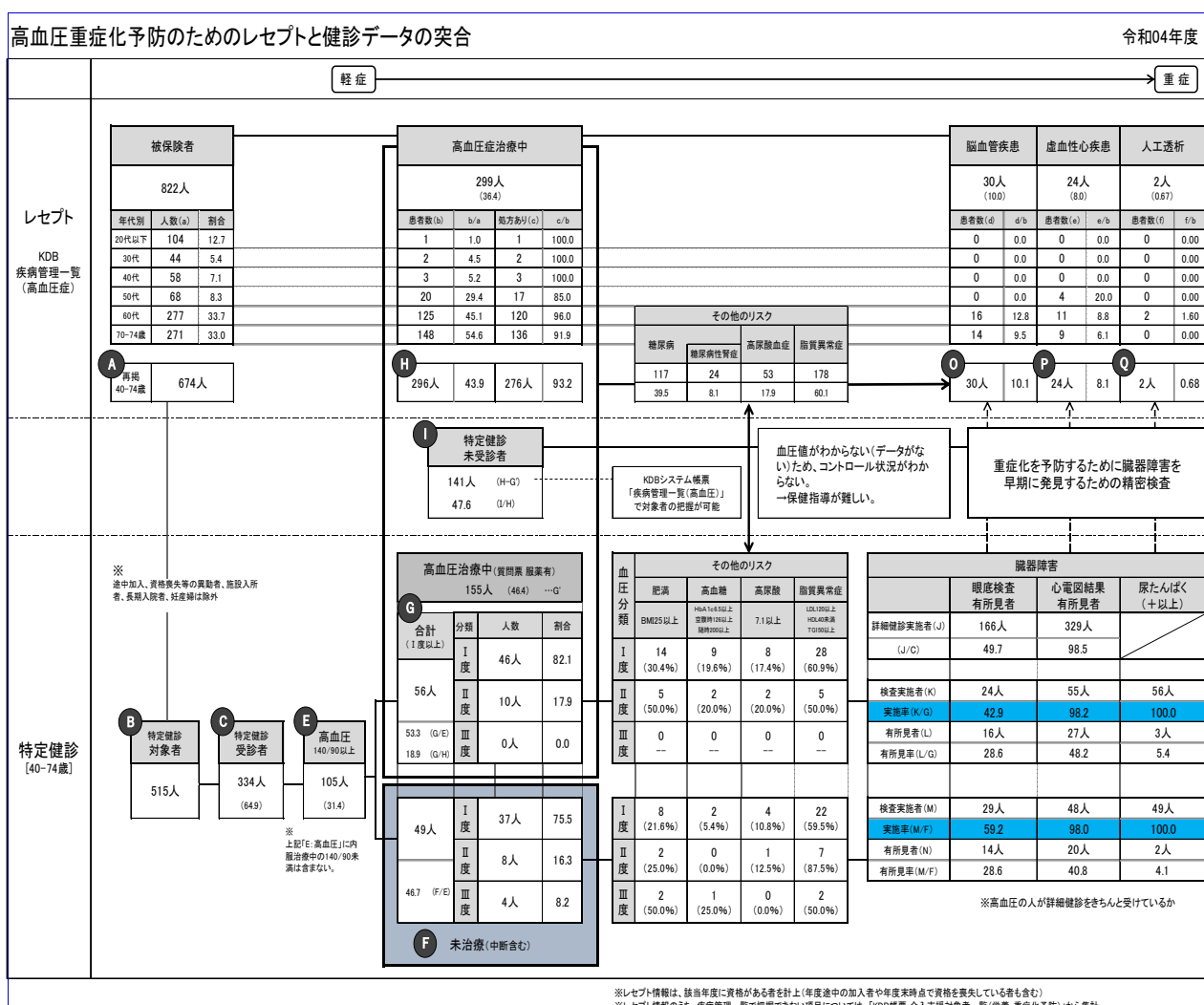
脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。また、心原性脳塞栓症の原因となる心房細動の発症においても、高血圧はリスクとなります。図表 57 でみると、高血圧治療者 296 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 30 人(10.1%-O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 22 人(6.6%)であり、そのうち 12 人(55%)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度高血圧以上の者が 10 人(6.4%)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。

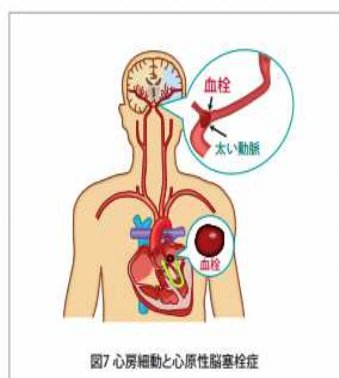
山江村では、臓器障害を早期に発見するための眼底検査や心電図検査(詳細検査)の実施は 99%以上と高い状況ですが、その結果をその後の対象者抽出や保健指導に十分生かしていない状況にあります。特に若い世代では脳血管疾患の発症や医療費割合が高くなっていることから、健診結果におけるハイリスク者については、重点的に取り組んでいく必要があると考えます。

図表 57 血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典:ヘルスサポートラボツール

(3) 心電図検査における心房細動者の把握



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。その原因となる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 58 で、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みました。

（脳卒中予防の提言より引用）

図表 58 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	168	166	166	98.8%	163	98.2%	4	2.4%	1	0.6%	--	--
40代	9	6	9	100.0%	5	83.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	11	12	11	100.0%	12	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	67	66	66	98.5%	66	100.0%	1	1.5%	1	1.5%	1.9%	0.4%
70～74歳	81	82	80	98.8%	80	97.6%	3	3.8%	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

令和4年度健診における心電図検査において5人に心房細動の所見がありました。特に男性に多く、全て60歳以上の方でした。その発生率は日循環疫学調査の割合よりも低い状況ですが、心房細動所見者の未治療者については、すみやかに医療機関受診に繋げるとともに、治療中者についても、治療中断が引き起こすリスクについて十分な説明を行い、治療や内服の中断を防ぐ必要があります。

また、心房細動等の不整脈の早期発見のために、自己検脈の周知についても行っていきます。

すでに本村では、ほぼ全ての健診受診者に心電図検査が実施できていますが、第3期計画においても、心電図検査の全数実施に努め、心電図検査結果で把握できるハイリスク者について、確実に必要な受診勧奨や保健指導を実施していきます。

(4) 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。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。

第2期計画では、保健指導の対象者をⅡ度高血圧以上者としていましたが、図表59のとおり、リスク第3層に該当する高値血圧者やⅠ度高血圧者などは高リスク者にあたるため、より脳心疾患リスクの高い対象者に保健指導を実施できるよう、対象者の見直しを行っています。

図表59 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

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

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)

血圧分類 (mmHg)		高値血圧	I 度高血圧	II 度高血圧	III 度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	100	51 51.0%	37 37.0%	8 8.0%	4 4.0%
	リスク第1層 予後影響因子がない	6 6.0%	2 3.9%	3 8.1%	1 12.5%
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	55	31 55.0%	18 60.8%	3 48.6%	3 75.0%
	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	39 39.0%	18 35.3%	16 43.2%	4 50.0%

…高リスク

…中等リスク

…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	27
		27.0%
B	概ね1か月後に再評価	40
		40.0%
C	概ね3か月後に再評価	33
		33.0%

※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。

3) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

5月 対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)

(2) 受診勧奨及び保健指導

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、脳心血管リスク層別化の高リスク者の未治療者・治療中断者を

対象に、血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況等の経過を確認し、受診勧奨を行います。

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

脳血管疾患発症予防のためには、血圧をはじめとするリスク因子のコントロールが重要となります。すでに医療機関に受診中であっても、健診結果においてコントロールが不十分な方については、健診結果(経年表)やその他の連携ツール(糖尿病連携手帳、血圧記録手帳等)等を基に、対象者本人を介して医療機関と連携することとします。また、コントロール状況に課題が大きい方や治療中断が心配される方については、直接医療機関へ出向き連携を図る等、対象者の状況に応じた連携を行います。

6) 評価

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標について年1回評価します。

アウトプット評価やプロセス評価については、年度内(2月頃)に実施し、課題を整理し次年度計画へ反映します。また、アウトカム評価については、年度内は暫定値で評価し、最終的にはデータが揃う次年度に確認します。

また、保健指導を実施した対象者の評価については、次年度の健診結果で行います。

2. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(以下、「熊本県版プログラム」とする)に基づき実施します。

プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者を適切な受診勧奨によって医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち、重症化するリスクの高いものに対して、医療機関と連携した保健指導等を行い、人工透析等への移行を防止することが目的です。

2) 人工透析に係る山江村の実態と対象者の明確化

(1) 人工透析患者の実態をみる (図表 60)

	H30			R2			R4		
	被 保 険 者	人 透 析 割 合 者		被 保 険 者	人 透 析 割 合 者		被 保 険 者	人 透 析 割 合 者	
市町村計	451,989	2,455	0.54%	423,336	2,361	0.56%	402,744	2,232	0.55%
山江村国保	846	2	0.24%	807	3	0.37%	739	1	0.14%

市町村計	279,004	3,592	1.29%	282,718	3,587	1.27%	284,602	3,675	1.29%
山江村後期	640	5	0.78%	630	2	0.32%	604	4	0.66%

(2) 新規人工透析患者の実態をみる (図表 61)

		H30				R2				R4			
		新規 透析 患者 数	糖 尿 病 性 腎 症	内 訳 腎 症		新規 透析 患者 数	糖 尿 病 性 腎 症	内 訳 腎 症		新規 透析 患者 数	糖 尿 病 性 腎 症	内 訳 腎 症	
国保	市町村計	189	0.04%	104	55.0%	195	0.05%	97	49.7%	152	0.04%	90	59.2%
	山江村	0	0.00%	0	0.0%	1	0.12%	0	0.0%	1	0.14%	1	100.0%
後期	市町村計	257	0.09%	87	33.9%	249	0.09%	86	34.5%	226	0.08%	81	35.8%
	山江村	0	0.00%	0	0.0%	0	0.00%	0	0.0%	0	0.00%	0	0.0%

山江村における人工透析の実態をみると、国保・後期ともに透析者割合は市町村平均より低いものの、人工透析の医療費に占める割合は大きくなってきていることが課題です。また、後

期高齢者の透析予防は、国保世代からの予防活動が大変重要となります。

山江村における糖尿病治療者の割合が高いことから、糖尿病性腎症への移行が懸念されます。新規透析患者について、人数は1人ですが割合としては市町村平均より高くなっており、内訳としては糖尿病性腎症となっています。

そのため、山江村においても、熊本県版プログラムに基づき、糖尿病性腎症重症化予防への取組を重点的に進めていきます。

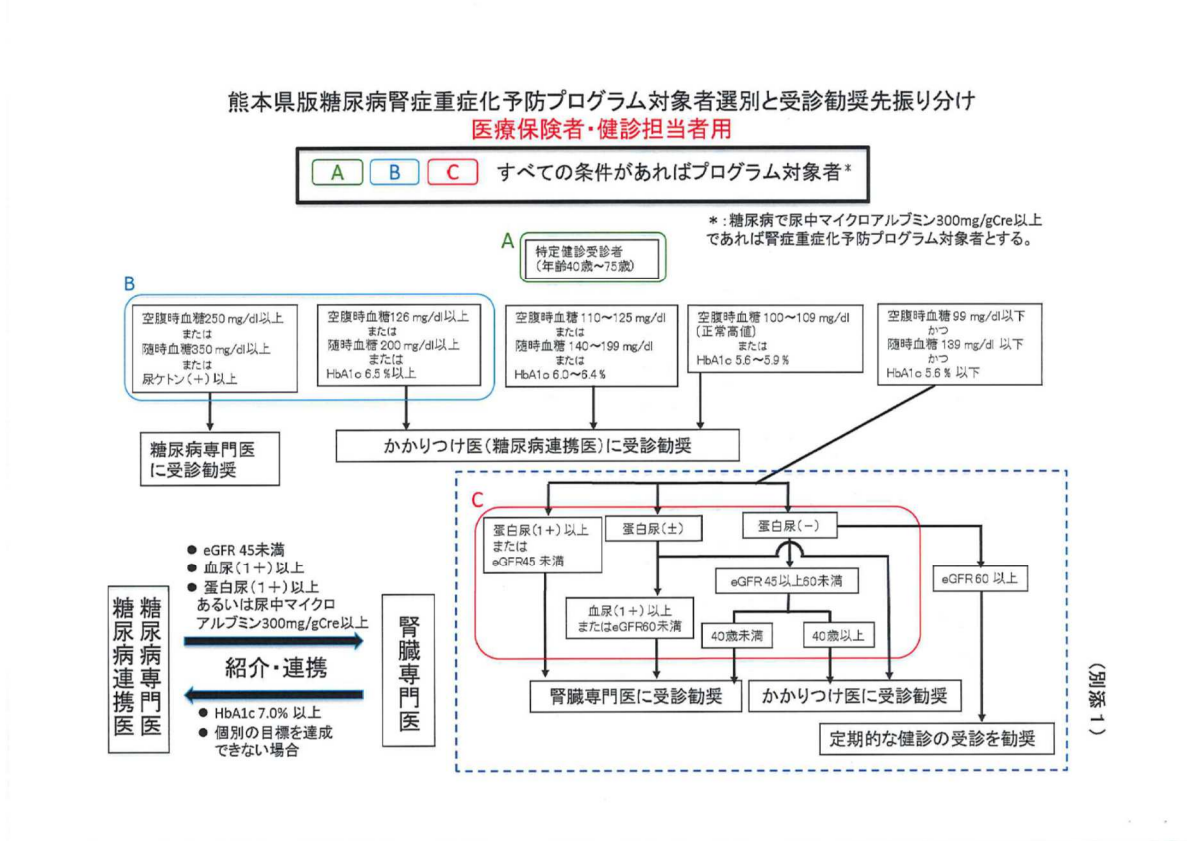
(3) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします(※熊本県版糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け参照)。

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

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

図表 60 熊本県版糖尿病重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け

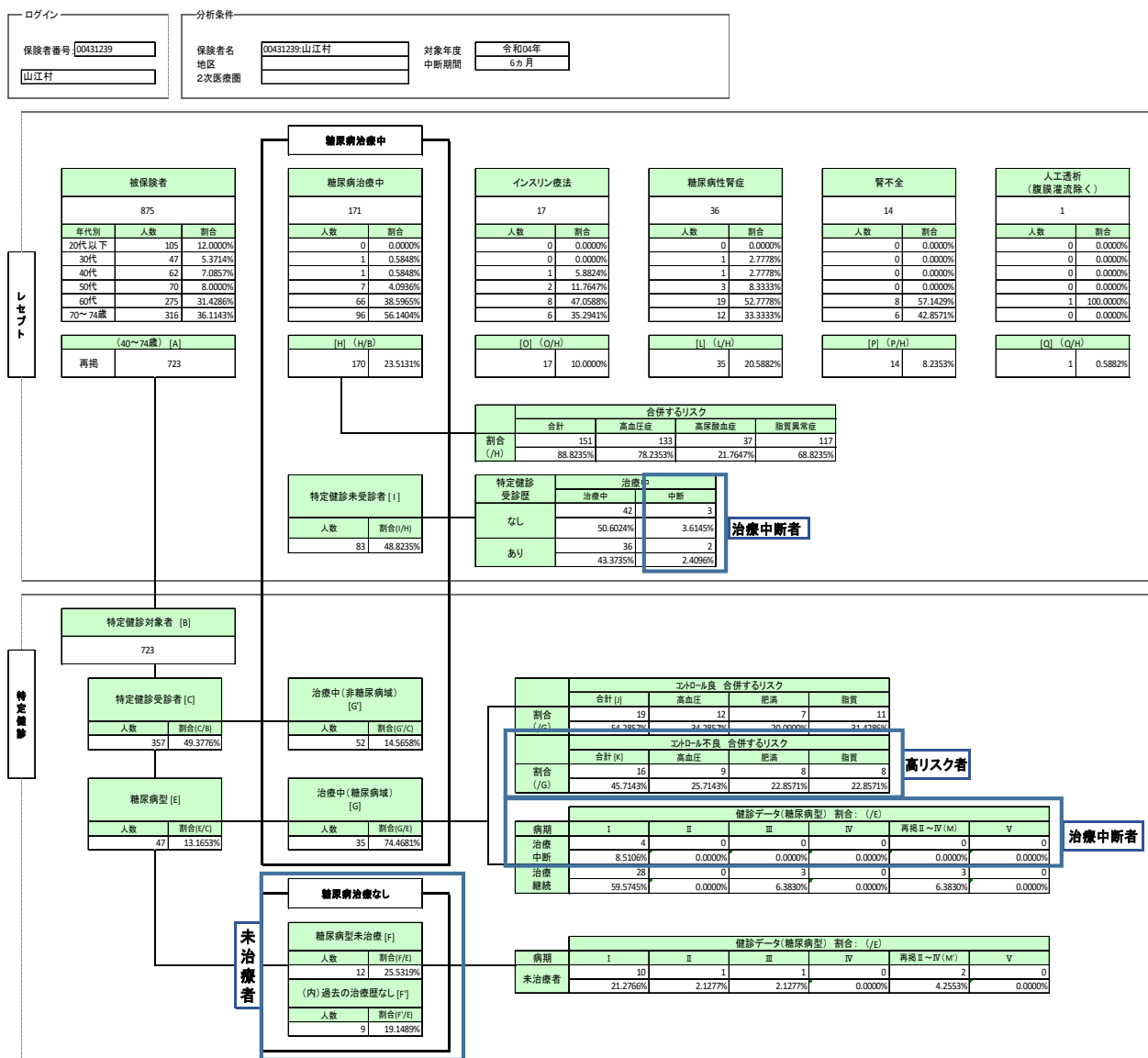


(4)選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出

対象者の抽出については、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、把握及び抽出を行います(「KDB システム」、★「保険者データヘルス支援システム」、「ラボツール」)。

図表 62 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



保険者データヘルス支援システム

④ 介入方法と優先順位

優先順位 1 健診を受診した者のうち医療機関未受診者(早期に積極的に受診勧奨が必要な者(図表 62 F)・・・2人

【受診勧奨】

- ・訪問による受診勧奨を実施します。

優先順位 2 糖尿病性治療中断者（最終の受診日から 6 か月以上経過している者）

- ・（図表 62 治療中断者）健診受診者・・・4 人
- ・（図表 62 治療中断者）健診未受診者・・・5 人

【保健指導】

- ・健診受診者については、健診結果を基に保健指導を実施し治療再開に繋がります。
- ・健診未受診者については、過去の健診受診歴がある者を優先して訪問等を行います。
- ・頻繁に治療中断となる対象者等、地域でフォローが必要な対象者について医療機関との情報共有を行い、連携した保健指導を実施します。

優先順位 3 糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者

- ・（図表 62 K）・・・16 人
- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者（糖尿病管理台帳で把握）

【保健指導】

- ・健診受診者については、健診結果を基に保健指導を実施し、血糖値やその他のリスク因子の数値があがっている要因に気づき、数値の改善に繋がるよう保健指導に努めます。
- ・過去に受診歴がある糖尿病管理台帳登録者に訪問し、現在の状況を確認し、必要な保健指導や関わりを行います。
- ・地域でフォローが必要な対象者について医療機関との情報共有を行い、連携した保健指導を実施します。

3) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

- 5 月 対象者の選定基準、概数試算、介入方法、実施方法の決定
- 6 月～特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施（通年）

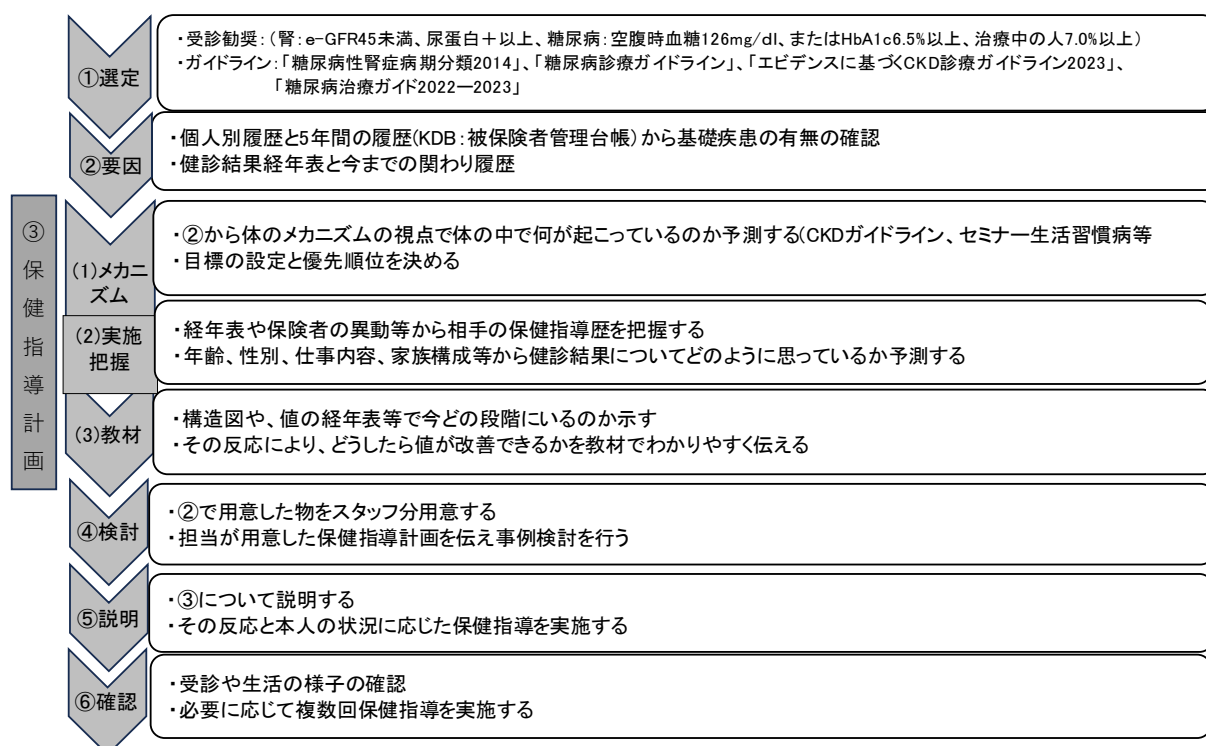
(2) 糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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。山江村においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を行います。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用します。

(2) 二次検査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であるため、可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがあります。健診当日の尿蛋白定量検査の実施や、二次検査として、HbA1c6.5 以上者へ微量アルブミン尿検査を実施する等、腎症ハイリスク者への早期介入のための取組も検討します。

図表 63 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



4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、健診結果経年表や糖尿病連携手帳、CKD 精密検査紹介様式(熊本県版)等を使用します。糖尿病連携手帳を持っていない方には、その後の自己管理に繋げることができるよう、手帳の使い方等について、丁寧な説明を行います。

(2) 治療中の者への対応

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

5) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。

短期的評価については、熊本県版プログラムのアウトカム評価指標に加え、データヘルス計画の評価について、年1回行うものとします。その際はKDBシステムや保険者データヘルス支援システム等の情報を活用します。

また、中長期的評価については、図表 64 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価も行います。

【短期的評価（熊本県版プログラムアウトカム評価）】

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

図表 64 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目			突 合 表	山江村										同規模保険者（平均）	
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	①	被保険者数	A	852人		798人		765人		765人		731人			
	②	（再掲）40～74歳		684人		664人		638人		638人		612人			
2	①	対象者数	B	589人		581人		572人		545人		514人			
	②	特定健診 受診者数	C	406人		410人		378人		354人		321人			
	③	受診率		68.9%		70.6%		66.1%		65.0%		62.5%			
3	①	特定 保健指導 対象者数		33人		40人		36人		30人		35人			
	②	実施率		81.8%		87.5%		91.7%		83.3%		77.1%			
4	①	糖尿病型	E	79人	19.0%	73人	17.4%	77人	19.8%	67人	18.3%	52人	15.6%		
	②	未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	26人	32.9%	15人	20.5%	22人	28.6%	23人	34.3%	13人	25.0%		
	③	治療中（質問票 服薬あり）	G	53人	67.1%	58人	79.5%	55人	71.4%	44人	65.7%	39人	75.0%		
	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	30人	56.6%	28人	48.3%	32人	58.2%	21人	47.7%	23人	59.0%		
	⑤	血圧 130/80以上		17人	56.7%	12人	42.9%	20人	62.5%	13人	61.9%	16人	69.6%		
	⑥	肥満 BMI25以上		13人	43.3%	11人	39.3%	14人	43.8%	10人	47.6%	9人	39.1%		
	⑦	コントロール良好 HbA1c 6.7未満かつ空腹時血糖130未満	K	23人	43.4%	30人	51.7%	23人	41.8%	23人	52.3%	16人	41.0%		
	⑧	第1期 尿蛋白（－）	M	56人	70.9%	53人	72.6%	62人	80.5%	52人	77.6%	46人	88.5%		
	⑨	第2期 尿蛋白（±）		19人	24.1%	14人	19.2%	10人	13.0%	8人	11.9%	1人	1.9%		
	⑩	第3期 尿蛋白（＋）以上		4人	5.1%	6人	8.2%	4人	5.2%	5人	7.5%	5人	9.6%		
	⑪	第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	1人	1.3%	2人	3.0%	0人	0.0%		
5	①	糖尿病受療率（被保険者千対）		145.5人		149.1人		166.0人		166.0人		162.8人			
	②	（再掲）40～74歳（被保険者千対）		179.8人		179.2人		197.5人		197.5人		192.8人			
	③	レセプト件数 （40～74歳） （1人1件）		654件（997.0）		696件（1064.2）		743件（1162.8）		825件（1345.8）		717件（1227.7）		136,930件	（893.2）
	④	入院外（件数） 入院（件数）		7件（10.7）		3件（4.6）		6件（9.4）		6件（9.8）		7件（12.0）		658件	（4.3）
	⑤	糖尿病治療中	H	124人	14.6%	119人	14.9%	127人	16.6%	127人	16.6%	119人	16.3%		
	⑥	（再掲）40～74歳		123人	18.0%	119人	17.9%	126人	19.7%	126人	19.7%	118人	19.3%		
	⑦	健診未受診者		70人	56.9%	66人	55.5%	71人	56.3%	82人	65.1%	79人	66.9%		
	⑧	インスリン治療	O	8人	6.5%	9人	7.6%	9人	7.1%	9人	7.1%	11人	9.2%		
	⑨	（再掲）40～74歳		8人	6.5%	9人	7.6%	9人	7.1%	9人	7.1%	11人	9.3%		
	⑩	糖尿病性腎症	L	9人	7.3%	9人	7.6%	18人	14.2%	18人	14.2%	24人	20.2%		
	⑪	（再掲）40～74歳		9人	7.3%	9人	7.6%	17人	13.5%	17人	13.5%	23人	19.5%		
	⑫	慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	100.0%		
	⑬	（再掲）40～74歳		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
	⑭	新規透析患者数										1	0.14%		
	⑮	（再掲）糖尿病性腎症										1	100%		
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）													
6	①	総医療費		2億8508万円		3億2325万円		3億0597万円		2億7838万円		2億7838万円		2億6175万円	
	②	生活習慣病総医療費		1億4155万円		1億8385万円		1億7391万円		1億5773万円		1億5773万円		1億4021万円	
	③	（総医療費に占める割合）		49.7%		56.9%		56.8%		56.7%		56.7%		53.6%	
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	9,964円		15,279円		11,665円		8,895円		8,895円		8,820円	
	⑤		健診未受診者	21,423円		26,334円		26,558円		27,220円		27,220円		40,357円	
	⑥	糖尿病医療費		1842万円		1843万円		1983万円		2077万円		2077万円		1572万円	
	⑦	（生活習慣病総医療費に占める割合）		13.0%		10.0%		11.4%		13.2%		13.2%		11.2%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費		3604万円		3735万円		3811万円		4822万円		4822万円			
	⑨	1件あたり		23,149円		23,863円		25,474円		31,769円		31,769円			
	⑩	糖尿病入院総医療費		2337万円		1688万円		2282万円		3007万円		3007万円			
	⑪	1件あたり		543,580円		581,992円		393,416円		527,560円		527,560円			
	⑫	在院日数		17日		19日		14日		13日		13日			
	⑬	慢性腎不全医療費		535万円		784万円		893万円		789万円		789万円		957万円	
7	①	透析有り		492万円		734万円		857万円		696万円		696万円		862万円	
	②	透析なし		43万円		50万円		36万円		93万円		93万円		96万円	
	③	介護給付費		3億4714万円		3億5760万円		3億7317万円		4億2919万円		4億2919万円		3億5514万円	
8	①	介護	（2号認定者）糖尿病合併症	1件	100.0%	1件	100.0%	1件	100.0%	0件	0.0%	0件	0.0%		
	②	死亡	糖尿病（死因別死亡数）	1人	1.9%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	2.5%	1人	2.5%	267人	1.0%

3. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

1) 基本的な考え方

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

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

2) 肥満・メタボリックシンドロームの状況

(1) 山江村の肥満・メタボリックシンドロームの実態

山江村における健診受診者のうちの肥満者（BMI25 以上者）の割合は、第 2 章の 3 で分析したとおり、市町村平均と比較すると低い状況にあります。40～64 歳においては市町村平均との差は小さく、65～74 歳においては市町村平均より高い状況です。H30 と R4 年度で比較すると横ばいまたは微増の状況です。

また、メタボリック該当者及び予備群の割合は、図表 65 のとおり、市町村平均より高い状況にあり、H25 年度と比較すると約 5%伸びており、先の分析結果をみると、予備群の割合が伸びていることが分かります。

図表 66 をみると、男性では 50 代、60 代、70～74 歳のメタボリックシンドローム該当者が健診受診者の 3 割程度、女性では 60 代で 1 割程度、70～74 歳で 2 割程度でした。また、男女ともに、血圧+脂質異常の組み合わせが多いことが分かります。

図表 67 をみると、50 代以上のメタボリックシンドローム該当者の半数以上の方は、高血圧、脂質異常、糖尿病のいずれかの疾患で治療中の状況にあります。

図表 65 メタボリック該当者及び予備群割合の経年変化

	H25		H28		R1		R3	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	30,848	27.1%	30,245	28.3%	34,555	31.8%	33,326	33.1%
山江村	143	30.3%	157	34.4%	153	37.3%	124	35.0%

図表 66 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40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	168	9	11	67	81	166	6	12	66	82
メタボ該当者		B	55	1	3	23	28	23	0	1	7	15
		B/A	32.7%	11.1%	27.3%	34.3%	34.6%	13.9%	0.0%	8.3%	10.6%	18.3%
再掲	① 3項目全て	C	23	0	1	10	12	3	0	0	0	3
		C/B	41.8%	0.0%	33.3%	43.5%	42.9%	13.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%
	② 血糖＋血圧	D	11	0	0	3	8	2	0	0	0	2
		D/B	20.0%	0.0%	0.0%	13.0%	28.6%	8.7%	0.0%	0.0%	0.0%	13.3%
	③ 血圧＋脂質	E	18	1	2	7	8	17	0	1	7	9
		E/B	32.7%	100.0%	66.7%	30.4%	28.6%	73.9%	0.0%	100.0%	100.0%	60.0%
	④ 血糖＋脂質	F	3	0	0	3	0	1	0	0	0	1
		F/B	5.5%	0.0%	0.0%	13.0%	0.0%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	6.7%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 67 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	168	55	32.7%	49	89.1%	6	10.9%	166	23	13.9%	22	95.7%	1	4.3%		
40代	9	1	11.1%	1	100.0%	0	0.0%	6	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
50代	11	3	27.3%	3	100.0%	0	0.0%	12	1	8.3%	1	100.0%	0	0.0%		
60代	67	23	34.3%	21	91.3%	2	8.7%	66	7	10.6%	6	85.7%	1	14.3%		
70～74歳	81	28	34.6%	24	85.7%	4	14.3%	82	15	18.3%	15	100.0%	0	0.0%		

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の優先順位

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

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要があるとされています。そのため、肥満 3 度、4 度の未治療者については、可能であれば専門医療機関受診を勧めることで対応します。

保健指導対象者については、図表 66 のとおり、メタボリック該当者は男性が多くを占めること、若い男性に心血管病は多いことを踏まえ、若い世代の男性を最優先の対象者とするものとします。

図表 68 肥満度分類で対象者をみる

		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		84	250	25	80	22	72	2	6	1	2	0	0
				29.8%	32.0%	26.2%	28.8%	2.4%	2.4%	1.2%	0.8%	0.0%	0.0%
再掲	男性	42	126	12	45	11	40	1	4	0	1	0	0
				28.6%	35.7%	26.2%	31.7%	2.4%	3.2%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%
	女性	42	124	13	35	11	32	1	2	1	1	0	0
				31.0%	28.2%	26.2%	25.8%	2.4%	1.6%	2.4%	0.8%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

3)対象者の明確化

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

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

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

(2)対象者の管理

特定保健指導対象者及び他の重症化予防対象者の管理と同様とします。

4)保健指導の実施

(1)実施機関及びスケジュール

5 月 対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定

6 月～特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)

(2)最新の脳科学を活用した保健指導

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

(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。

山江村においても対象者の早期介入を目的として、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 負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③ 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④ 75 g 糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

4) 医療との連携

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

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

5) 評価

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

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

4. 虚血性心疾患予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患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) 山江村の実態

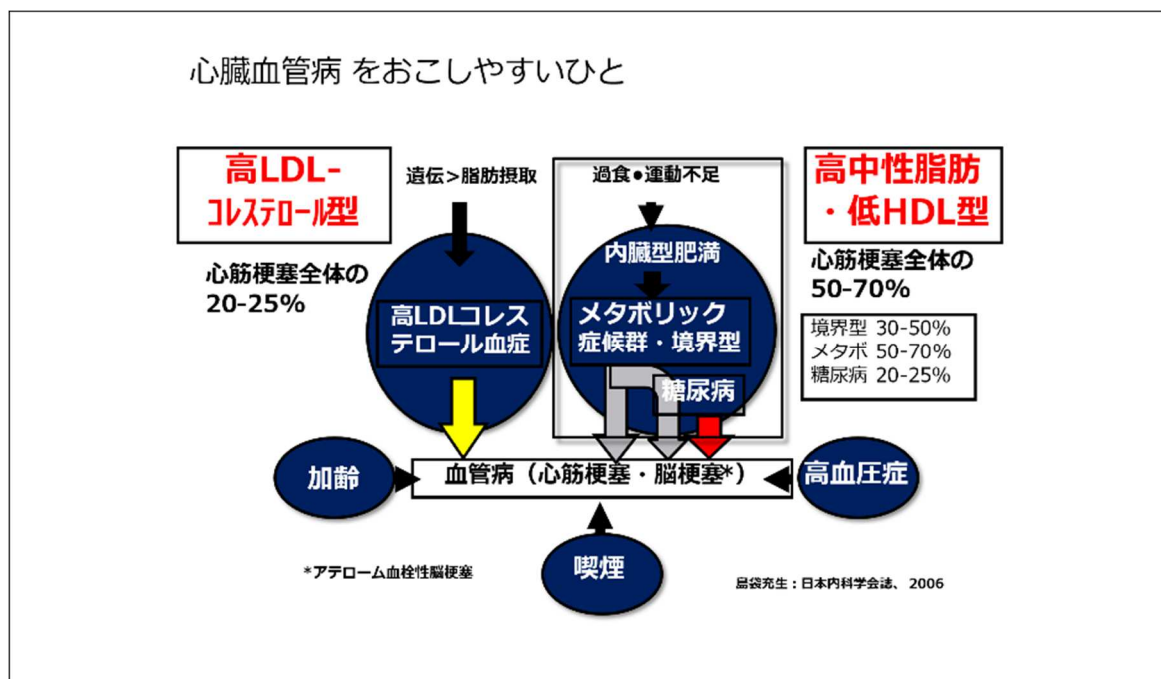
第2章での分析結果のとおり、虚血性心疾患で高額となったレセプトは、件数・費用額ともに令和3年度、4年度ともゼロとなっています。虚血性心疾患の受療率としては市町村平均よりも低いものの、介護認定者における虚血性心疾患の保有率は、特に75歳以上で高くなっています。

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

(2) 対象者選定基準の考え方

虚血性心疾患予防の対象者は、メタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表69)。また、心電図所見からのフロー図を活用します。(図表70)。

図表 69 心血管病をおこしやすいひと



心電図所見からどうすればいいの？

心電図変化 — あり → ST異常・Q波 (資料 B-1)

心電図変化 なし (資料 A-1, 資料 A-2, 資料 A-3)

経年で確認

経年で確認 なし

危険因子があるか (肥満・高血圧, 高血糖・脂質異常)

心筋梗塞の60%は前駆症状なし..かくれ狭心症を想定して保健指導 (発症予防, 再発予防)

保健指導 (資料 G-1, 資料 G-2, 資料 G-3)

血管の詰まり具合を見ている (経年で確認)

経年で確認 あり

ST異常・Q波 (資料 B-1)

心肥大 (資料 C)

不整脈 (資料 D-1, 資料 D-2)

心筋細動, 心房細動, 房室ブロック, 心室性期外収縮

高血圧あり, 高血圧なし

症状あり (資料 B-2)

過去に精査している, 過去に精査していない

すみやかに (すみやかに)

精密検査 (資料 E)

かかりつけ医・循環器医

大きな病院 (治療, 資料 F)

重症化予防

洞性徐脈, 洞性頻脈

図表 71 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果 (LDL-C)				(再掲) LDL160以上の年代別				
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70～74歳	
				126	67	32	19	8	0	1	14	12
				53.2%	25.4%	15.1%	6.3%	0.0%	3.7%	51.9%	44.4%	
一次予防 まず生活習慣の改善を 行った後、薬物療法の適 応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	12	6	5	1	0	0	1	0	0	
			9.5%	9.0%	15.6%	5.3%	0.0%	—	100.0%	0.0%	0.0%	
	中リスク	140未満 (170未満)	48	26	9	9	4	0	0	9	4	
			38.1%	38.8%	28.1%	47.4%	50.0%	—	0.0%	64.3%	33.3%	
	高リスク	120未満 (150未満)	60	32	16	8	4	0	0	5	7	
			47.6%	47.8%	50.0%	42.1%	50.0%	—	0.0%	35.7%	58.3%	
		再掲	100未満 (130未満) ※1	5	4	1	0	0	0	0	0	0
				4.0%	6.0%	3.1%	0.0%	0.0%	—	0.0%	0.0%	0.0%
二次予防 生活習慣の是正と共に 薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	6	3	2	1	0	0	0	0	1	
			4.8%	4.5%	6.3%	5.3%	0.0%	—	0.0%	0.0%	8.3%	

※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。

図表 72 心電図検査結果【令和4年度】

性別・年齢		心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		実施者数 A		有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	334	98.5	143	42.8%	2	1.4%	7	4.9%	7	4.9%	10	7.0%	3	2.1%	19	13.3%	5	3.5%	10	7.0%
	男性	168	98.8	84	50.0%	1	1.2%	1	1.2%	3	3.6%	9	10.7%	3	3.6%	10	11.9%	4	4.8%	7	8.3%
	女性	166	98.2	59	35.5%	1	1.7%	6	10.2%	4	6.8%	1	1.7%	0	0.0%	9	15.3%	1	1.7%	3	5.1%

山江村調べ

3) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

5 月 対象者の選定基準、概数試算、介入方法、実施方法の決定

6 月～特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)

(2) 受診勧奨及び保健指導

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

(3) 重症化予防対象者の管理

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

虚血性心疾患発症予防のためには、LDL やメタボをはじめとするリスク因子のコントロールが重要となります。すでに医療機関に受診中であっても、健診結果においてコントロールが不十分な方については、健診結果(経年表)やその他の連携ツール(糖尿病連携手帳、血圧記録手帳等)等を基に、治療中断が心配される方については、直接医療機関へ出向き連携を図る等、対象者の状況に応じた連携を行っていきます。

6) 評価

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

アウトプット評価やプロセス評価については年度内(2月頃)に実施し、課題を整理し次年度計画へ反映します。また、アウトカム評価については、年度内は暫定値で評価し、最終的にはデータが揃う次年度に確認します。

また、保健指導を実施した対象者の評価については、次年度の健診結果で行います。

Ⅲ. 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

山江村では、令和4年度より熊本県後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。

具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

② 地域を担当する医療専門職(保健師・管理栄養士・看護師・歯科衛生士等)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、国保の保健事業で活用している糖尿病管理台帳や重症化予防対象者の台帳等をもとに、継続した保健指導を実施します。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

3) 関係者間での連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行うにあたっては、庁内の関係部署(国保・後期・介護・地域包括支援センター)との連携が重要となります。

必要な情報及び実態の共有、対象者の引継ぎ等が円滑に進むよう、年度初め、年度末の関係者間でのミーティングに加え、必要時連携を図ることとします。

図表 74 統計からみえる熊本県の食

よく購入・消費されているもの					あまり購入・消費されていないもの				
外食等		順位（対全国比）			食品		順位（対全国比）		
ハンバーガー		1位	(1.4倍)		合いびき肉		1位	(1.7倍)	
焼肉		8位	(1.3倍)		鶏肉		2位	(1.3倍)	
					ウインナー		9位	(1.1倍)	
飲料		順位（対全国比）			食品		順位（対全国比）		
焼酎		5位	(1.3倍)		マヨネーズ		1位	(1.3倍)	
発泡酒		7位	(1.3倍)		ケチャップ		2位	(1.2倍)	
乳酸菌飲料		10位	(1.1倍)		ドレッシング		5位	(1.1倍)	
					まんじゅう		5位	(1.6倍)	
					チョコレート菓子		5位	(1.2倍)	
					スナック菓子		10位	(1.2倍)	
総務省統計局 家計調査 2019～2021年平均					第7回NDBオープンデータ				

朝食を抜くことが週に3回以上ある	
総数	12位
40～44歳男性	7位
40～44歳女性	8位

食習慣

図表 75 （問診）朝食を抜くことが週に3回以上ある

	男女計					男性					女性				
	40代	50代	60代	70代	総計	40代	50代	60代	70代	総計	40代	50代	60代	70代	総計
山江村	30.8%	30.4%	11.4%	5.6%	10.6%	37.5%	36.4%	14.9%	10.0%	15.1%	20.0%	25.0%	7.7%	1.2%	6.1%
市町村計	27.5%	20.1%	8.9%	5.6%	10.6%	32.7%	24.3%	11.8%	7.1%	13.6%	22.3%	16.4%	6.8%	4.4%	8.2%

図表 76 （問診）20歳の時の体重から10kg以上増加している

	男女計					男性					女性				
	40代	50代	60代	70代	総計	40代	50代	60代	70代	総計	40代	50代	60代	70代	総計
山江村	46.2%	43.5%	33.3%	36.4%	36.1%	25.0%	27.3%	37.3%	43.8%	39.2%	80.0%	58.3%	29.2%	29.3%	32.9%
市町村計	43.7%	42.6%	35.6%	33.1%	36.1%	54.9%	51.9%	45.6%	41.0%	45.4%	32.6%	34.4%	28.2%	26.6%	28.6%

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、次の第4期計画の策定を円滑に行うため評価を行います。

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います。

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

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

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB 活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか ・スケジュールどおり行われているか
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導実施率 ・計画した保健事業を実施したか ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・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)

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誌を通じた周知を行います。また、計画の概要版を作成し、村の健康づくりに係る会議等で説明します。

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り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山江村の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料4 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 HbA1c の年次比較

参考資料7 血圧の年次比較

参考資料8 LDL-C の年次比較

参考資料9 山江村の社会保障費健全化に向けて 医療費・介護費の適正化～山江村の位置～

参考資料10 熊本県で使用している医療機関との連携のためのツール

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた山江村の位置

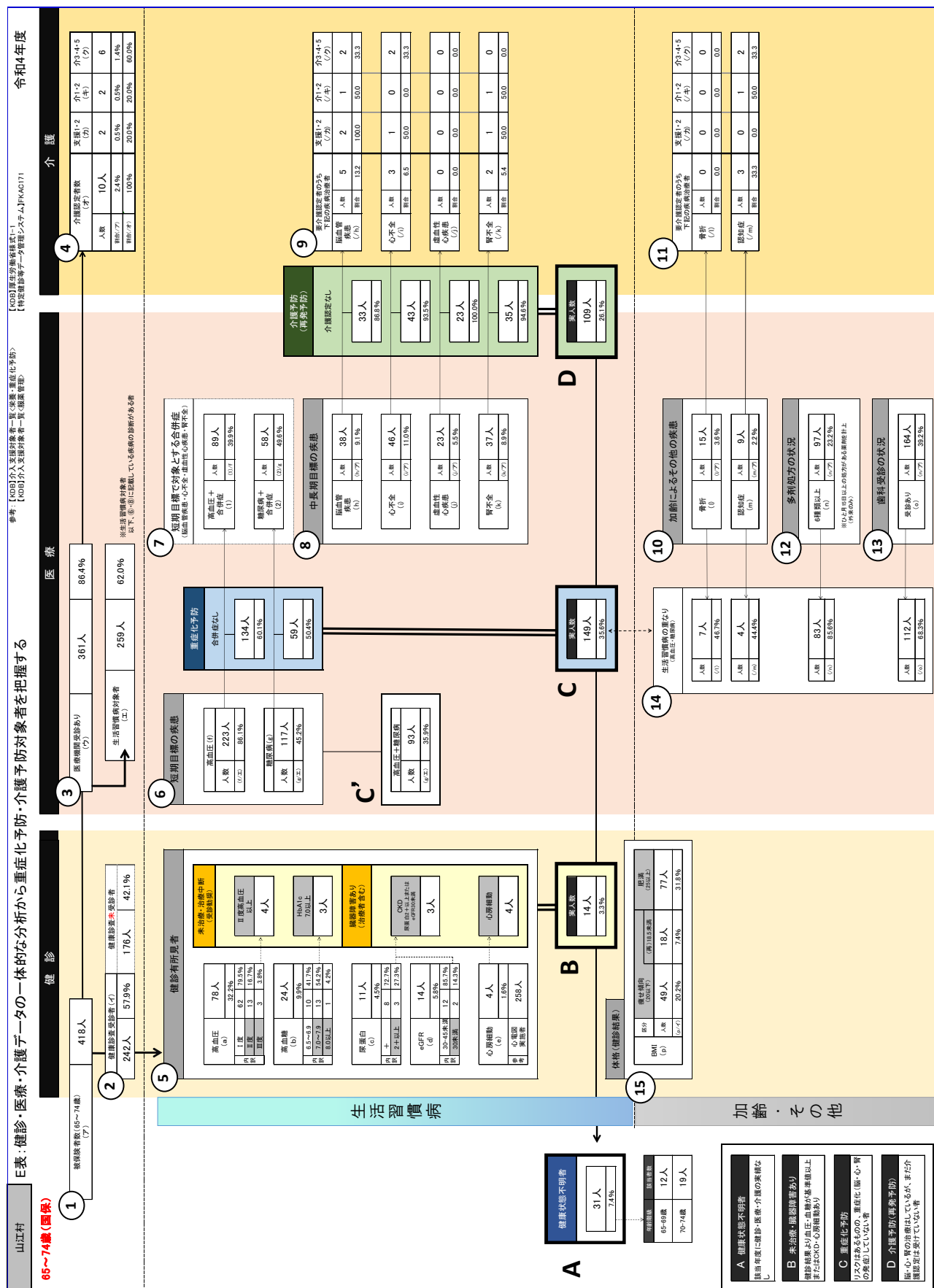
様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた山江村の位置												R04年度								
項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)								
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合									
1	①	人口構成	総人口		3,201		727,328		1,713,102		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題							
			65歳以上(高齢化率)		1,168	36.5	301,058	41.4	540,538	31.6	35,335,805	28.7								
			75歳以上		611	19.1	---	---	282,460	16.5	18,248,742	14.8								
			65～74歳		557	17.4	---	---	258,078	15.1	17,087,063	13.9								
			40～64歳		958	29.9	---	---	543,167	31.7	41,545,893	33.7								
	39歳以下		1,075	33.6	---	---	629,397	36.7	46,332,563	37.6										
	②	産業構成	第1次産業		19.7		22.3		9.8		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題							
			第2次産業		24.4		20.6		21.1		25.0									
			第3次産業		55.9		57.2		69.1		71.0									
	③	平均寿命	男性		81.3		80.5		81.2		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握							
女性			87.2		87.0		87.5		87.0											
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性		79.8		79.3		80.4		80.1										
		女性		84.4		84.2		85.0		84.4										
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	101.1		101.6		94.9		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握							
				女性	98.8		99.9		94.5		100									
			死 因	がん	8	40.0	3,423	47.4	5,349	48.2	378,272	50.6								
				心臓病	4	20.0	2,064	28.6	3,242	29.2	205,485	27.5								
				脳疾患	5	25.0	1,188	16.4	1,547	13.9	102,900	13.8								
				糖尿病	1	5.0	138	1.9	202	1.8	13,896	1.9								
				腎不全	2	10.0	267	3.7	476	4.3	26,946	3.6								
				自殺	0	0.0	146	2.0	282	2.5	20,171	2.7								
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査								
			男性																	
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		191	16.3	59,331	19.9	108,069	20.2	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握						
				新規認定者		3	0.2	933	0.3	1,261	0.3	110,289	0.3							
				介護度別 総件数	要支援1.2	422	9.0	162,745	13.5	380,309	14.2	21,785,044	12.9							
要介護1.2					2,289	48.6	568,999	47.1	1,309,567	49.0	78,107,378	46.3								
要介護3以上					1,995	42.4	476,421	39.4	984,793	36.8	68,963,503	40.8								
2号認定者					1	0.10	856	0.38	1,879	0.35	156,107	0.38								
②		有病状況	糖尿病		27	17.4	13,461	21.6	25,945	23.1	1,712,613	24.3								
			高血圧症		92	47.4	33,454	54.3	65,761	58.7	3,744,672	53.3								
			脂質異常症		39	20.2	18,421	29.6	37,156	32.8	2,308,216	32.6								
			心臓病		102	53.2	37,325	60.8	73,556	65.7	4,224,628	60.3								
			脳疾患		46	22.5	13,424	22.1	25,387	22.8	1,568,292	22.6								
			がん		20	10.7	6,308	10.3	13,445	12.0	837,410	11.8								
			筋・骨格		91	46.0	33,542	54.6	66,287	59.2	3,748,372	53.4								
			精神		79	38.8	22,904	37.4	45,259	40.5	2,569,149	36.8								
③		介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		367,460	429,193,664	323,222	97,308,660,154	310,858	168,030,405,720	290,668	10,074,274,226,888								
			1件当たり給付費(全体)		91,201		80,543		62,823		59,662									
			居宅サービス		45,322		42,864		42,088		41,272									
			施設サービス		314,871		288,059		303,857		296,364									
④		医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	10,354		9,108		9,463		8,610									
			認定なし		3,983		4,544		4,221		4,020									
4	①	国保の状況	被保険者数		696		195,140		383,407		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況							
			65～74歳		393	56.5			174,230	45.4	11,129,271	40.5								
			40～64歳		191	27.4			118,490	30.9	9,088,015	33.1								
			39歳以下		112	16.1			90,687	23.7	7,271,596	26.5								
	加入率		21.7		27.1		22.4		22.3											
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数		0		0.0		54		0.3		208		0.5		8,237		0.3	
			診療所数		0		0.0		703		3.6		1,473		3.8		102,599		3.7	
			病床数		0		0.0		4,267		21.9		32,745		85.4		1,507,471		54.8	
			医師数		1		1.4		641		3.3		5,415		14.1		339,611		12.4	
			外来患者数		800.7				653.6				768.9				687.8			
			入院患者数		31.6				22.9				26.2				17.7			
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		399,978	県内31位 同規模106位	367,527				407,772		339,680		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握					
			受診率		832.258		676.49				795.102		705.439							
			外 来	費用の割合	52.8		55.1				54.5		60.4							
件数の割合				96.2		96.6				96.7		97.5								
入 院			費用の割合	47.2		44.9				45.5		39.6								
			件数の割合	3.8		3.4				3.3		2.5								
1件あたり在院日数			19.1日		16.2日				18.1日		15.7日									

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	44,243,180	28.1	32.8		27.3		32.2		KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題		
				慢性腎不全(透析あり)	6,956,380	4.4	6.1		10.7		8.2				
				糖尿病	20,774,710	13.2	11.2		10.9		10.4				
				高血圧症	15,111,990	9.6	6.5		6.0		5.9				
				脂質異常症	7,920,190	5.0	3.4		3.3		4.1				
				脳梗塞・脳出血	3,502,120	2.2	4.0		3.6		3.9				
				狭心症・心筋梗塞	213,940	0.1	2.8		2.0		2.8				
				精神	35,477,920	22.5	14.6		18.6		14.7				
	筋・骨格	22,010,770	14.0	17.4		16.6		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	272	0.1	363	0.2	435	0.2	256	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分類)		
糖尿病				1,917	1.0	1,389	0.8	2,168	1.2	1,144	0.9				
脂質異常症				455	0.2	76	0.0	117	0.1	53	0.0				
脳梗塞・脳出血				3,948	2.1	6,827	4.1	7,036	3.8	5,993	4.5				
虚血性心疾患				90	0.0	4,500	2.7	3,398	1.8	3,942	2.9				
腎不全				345	0.2	4,305	2.6	5,404	2.9	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	21,440	10.2	12,436	6.1	12,283	5.5	10,143	4.9				
			糖尿病	28,036	13.3	21,206	10.5	21,299	9.6	17,720	8.6				
			脂質異常症	10,925	5.2	6,646	3.3	6,890	3.1	7,092	3.5				
			脳梗塞・脳出血	1,084	0.5	934	0.5	625	0.3	825	0.4				
			虚血性心疾患	511	0.2	1,857	0.9	1,621	0.7	1,722	0.8				
			腎不全	15,403	7.3	14,043	6.9	23,648	10.6	15,781	7.7				
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,711		2,915		2,450		2,031		KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題			
			健診未受診者	11,356		13,340		13,484		13,295					
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	8,895		8,820		6,758		6,142					
			健診未受診者	27,220		40,357		37,197		40,210					
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	187	58.3	37,634	58.3	57,103	56.9	3,881,055	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握				
			医療機関受診率	154	48.0	33,587	52.0	51,599	51.4	3,543,116		52.0			
			医療機関非受診率	33	10.3	4,047	6.3	5,504	5.5	337,939		5.0			
5	①	特定健診の 状況	県内市町村数 47市町村	メタボ	健診受診者	321		64,539		100,397		6,812,842		KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題	
	②				受診率	62.2	県内7位 同規模41位	46.7		37.4	全国25位	37.1			
	③				特定保健指導終了者(実施率)	21	53.8	1693	21.0	4,220	35.2	107,925	13.4		
	④				非肥満高血糖	33	10.3	6,180	9.6	8,910	8.9	615,549	9.0		
	⑤	同規模市区町村数 274市町村	メタボ該当・予備群レベル	腹囲	該当者	75	23.4	14,327	22.2	20,842	20.8	1,382,506	20.3	KDB NO.1 地域全体像の把握	
	⑥				男性	54	33.1	10,060	32.4	14,553	32.4	965,486	32.0		
	⑦				女性	21	13.3	4,267	12.8	6,289	11.3	417,020	11.0		
	⑧				予備群	36	11.2	7,996	12.4	12,101	12.1	765,405	11.2		
	⑨				男性	23	14.1	5,688	18.3	8,299	18.5	539,738	17.9		
	⑩				女性	13	8.2	2,308	6.9	3,802	6.9	225,667	5.9		
	⑪	BMI	総数	120	37.4	24,681	38.2	36,516	36.4	2,380,778	34.9	KDB NO.1 地域全体像の把握			
	⑫		男性	82	50.3	17,354	55.8	25,219	56.1	1,666,592	55.3				
	⑬		女性	38	24.1	7,327	21.9	11,297	20.4	714,186	18.8				
	⑭		総数	14	4.4	3,854	6.0	4,279	4.3	320,038	4.7				
	⑮		男性	2	1.2	730	2.3	632	1.4	51,248	1.7				
	⑯		女性	12	7.6	3,124	9.3	3,647	6.6	268,790	7.1				
	⑰		血糖のみ	2	0.6	442	0.7	725	0.7	43,519	0.6				
	⑱		血圧のみ	26	8.1	5,843	9.1	8,779	8.7	539,490	7.9				
	⑲		脂質のみ	8	2.5	1,711	2.7	2,597	2.6	182,396	2.7				
⑳	血糖・血圧		13	4.0	2,376	3.7	3,629	3.6	203,072	3.0					
㉑	血糖・脂質		4	1.2	714	1.1	1,026	1.0	70,267	1.0					
㉒	血圧・脂質		32	10.0	6,429	10.0	9,426	9.4	659,446	9.7					
㉓	血糖・血圧・脂質		26	8.1	4,808	7.4	6,761	6.7	449,721	6.6					
6	①		問診の状況	服薬	高血圧	150	46.7	25,333	39.3	38,063	37.9		2,428,038	35.6	KDB NO.1 地域全体像の把握
	糖尿病				38	11.8	6,949	10.8	9,312	9.3	589,470		8.7		
②	脂質異常症	83	25.9	17,768	27.6	26,927	26.8	1,899,637	27.9						
6	③	生活習慣の 状況	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	12	3.7	2,096	3.3	2,984	3.0	207,385	3.1	KDB NO.1 地域全体像の把握		
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	12	3.7	3,753	5.9	5,604	5.6	365,407	5.5			
				腎不全	2	0.6	596	0.9	672	0.7	53,898	0.8			
				貧血	20	6.2	5,551	8.8	10,832	11.0	702,088	10.7			
				④	喫煙	58	18.1	10,581	16.4	13,656	13.6	939,212		13.8	
				⑤	週3回以上朝食を抜く	34	10.6	5,703	9.4	9,465	10.4	642,886		10.4	
				⑥	週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0		0.0	
				⑦	週3回以上就寝前夕食(H30～)	38	11.8	10,372	17.1	13,769	14.9	976,348		15.7	
				⑧	週3回以上就寝前夕食	38	11.8	10,372	17.1	13,769	14.9	976,348		15.7	
				⑨	食べる速度が遅い	85	26.5	16,947	27.9	25,388	27.4	1,659,705		26.8	
				⑩	20歳時体重から10kg以上増加	116	36.1	22,295	36.6	32,936	36.1	2,175,065		35.0	
				⑪	1回30分以上運動習慣なし	209	65.1	41,418	67.6	57,040	61.6	3,749,069		60.4	
				⑫	1日1時間以上運動なし	167	52.0	29,178	47.8	47,045	50.9	2,982,100		48.0	
	⑬	睡眠不足	98	30.5	14,822	24.5	22,904	24.7	1,587,311	25.6					
⑭	毎日飲酒	118	36.8	16,356	26.5	25,909	26.2	1,658,999	25.5						
⑮	時々飲酒	66	20.6	14,214	23.0	23,658	24.0	1,463,468	22.5						
⑭	一日飲酒量	1合未満	124	51.5	22,091	54.9	54,337	68.5	2,978,351	64.1	KDB NO.1 地域全体像の把握				
		1～2合	63	26.1	11,317	28.1	17,843	22.5	1,101,465	23.7					
		2～3合	32	13.3	5,089	12.6	5,655	7.1	434,461	9.4					
		3合以上	22	9.1	1,734	4.3	1,463	1.8	128,716	2.8					

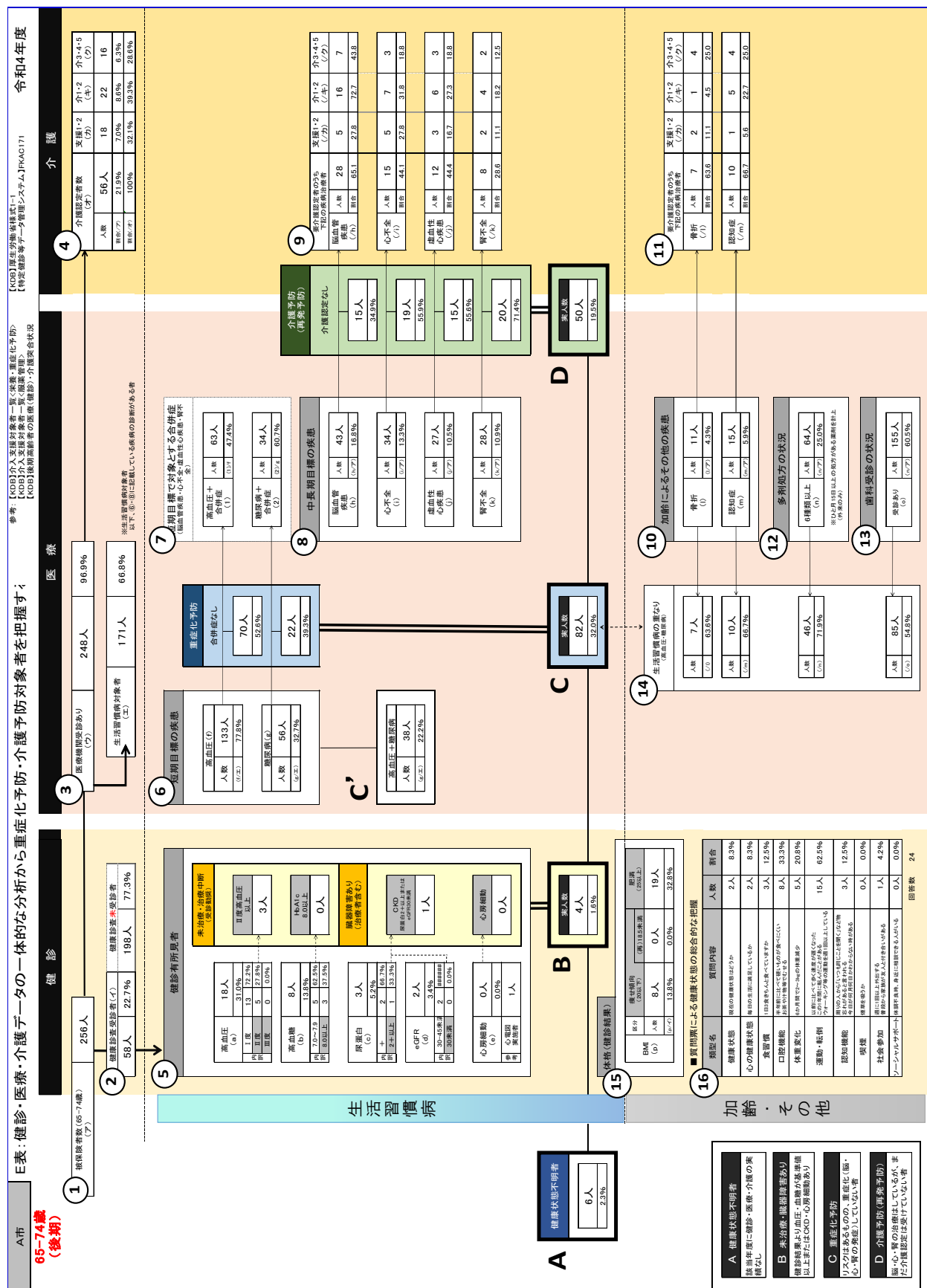
① 40～64歳(国保)



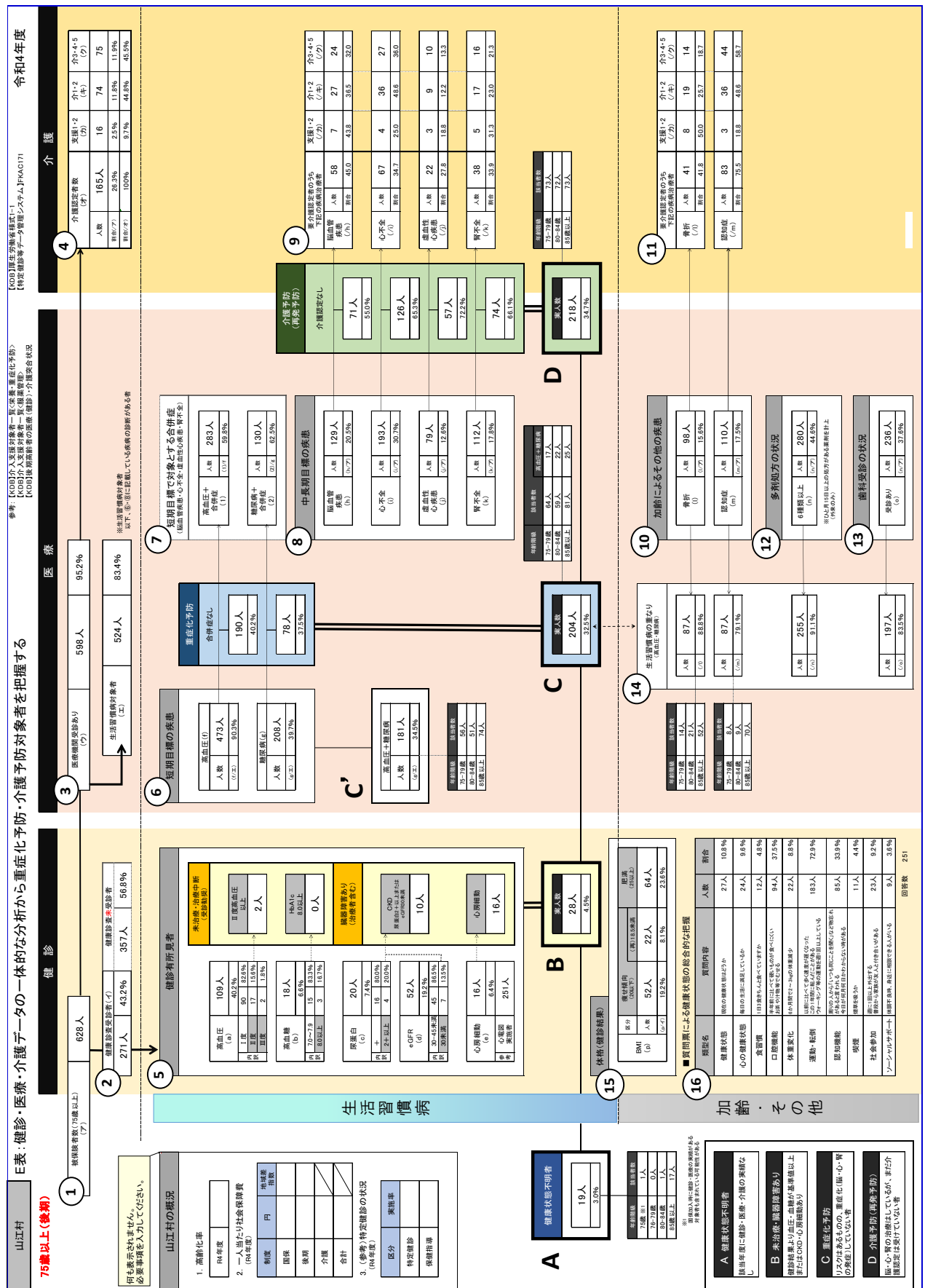
② 65～74歳(国保)



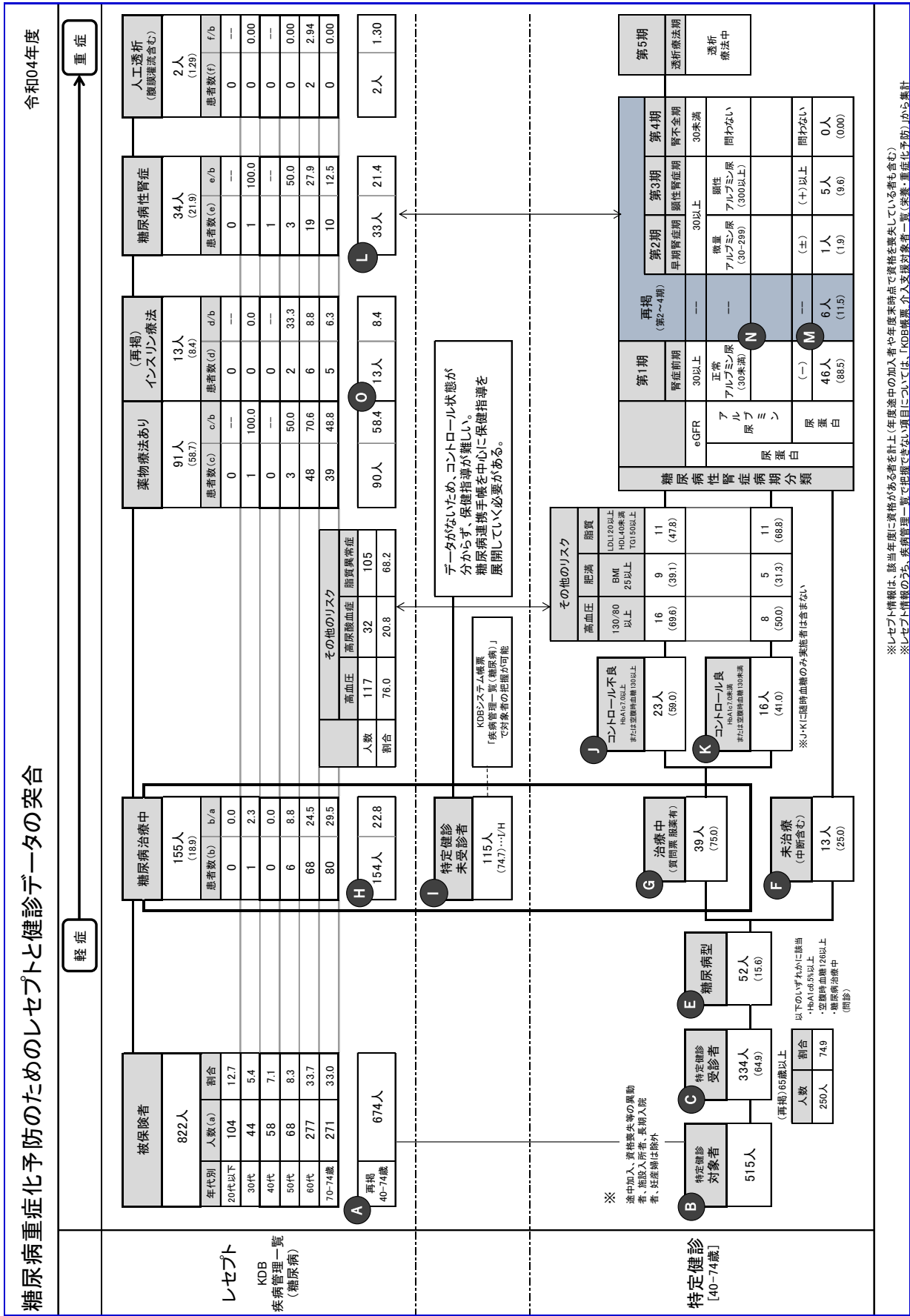
③ 65～74歳(後期)



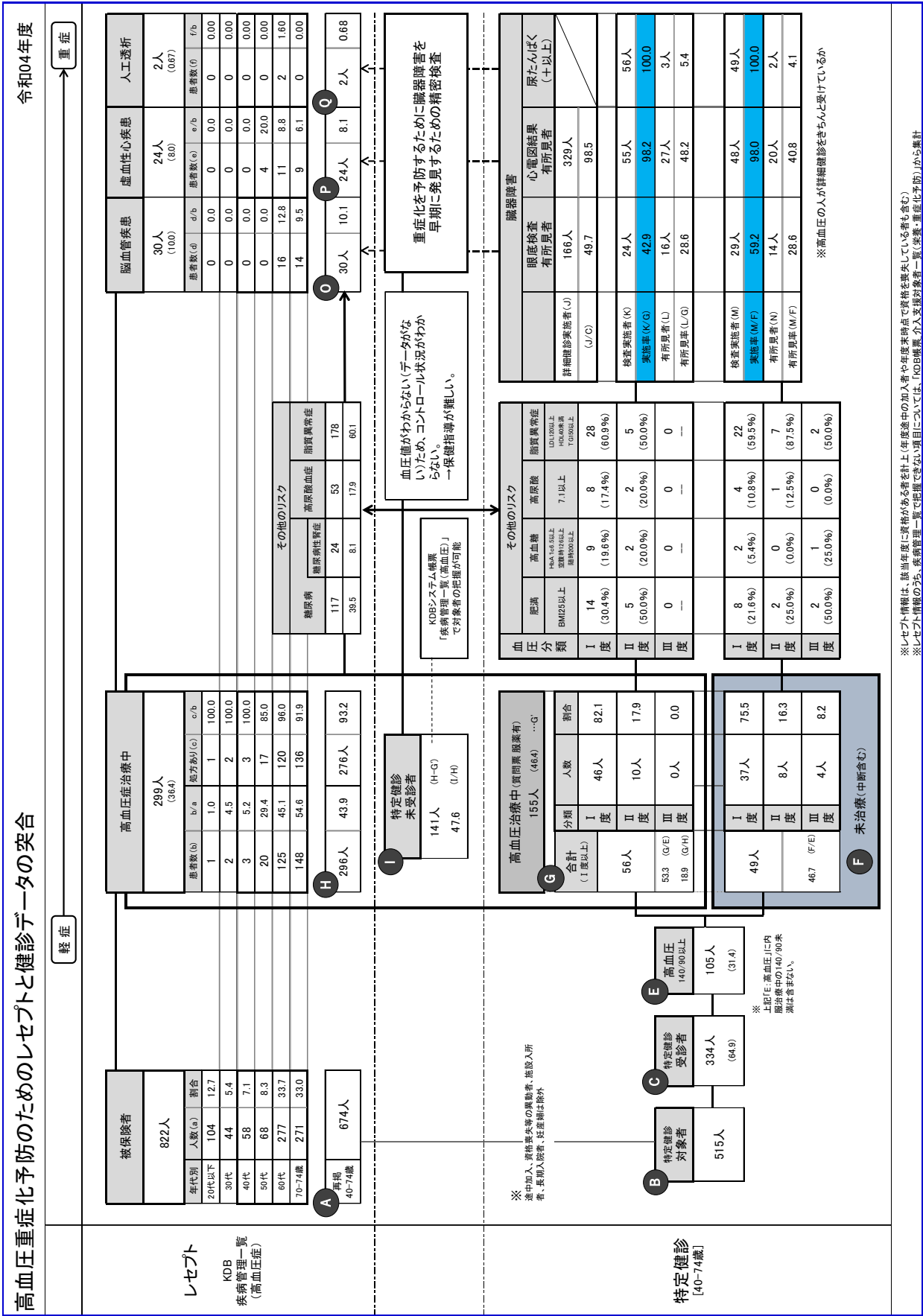
④ 75歳以上(後期)

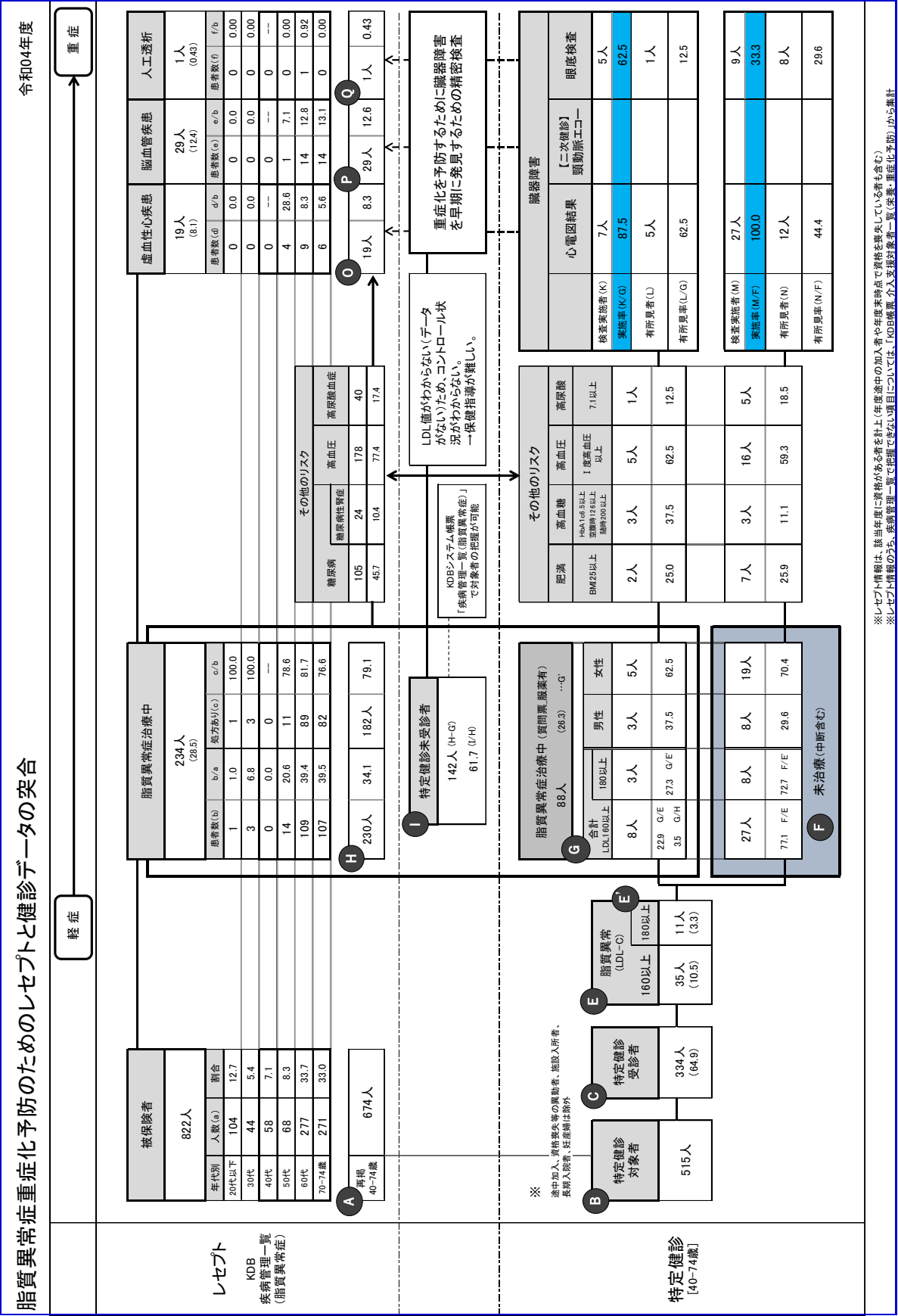


参考資料3 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料4 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合





参考資料6 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較																			
	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値								再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病				合併症の危険が更に大きくなる							
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A		
H29	453	121	26.7%	191	42.2%	92	20.3%	24	5.3%	18	4.0%	7	1.5%	18	4.0%	6	1.3%		
H30	413	90	21.8%	159	38.5%	100	24.2%	37	9.0%	22	5.3%	5	1.2%	16	3.9%	4	1.0%		
R01	416	135	32.5%	156	37.5%	77	18.5%	22	5.3%	19	4.6%	7	1.7%	9	2.2%	5	1.2%		
R02	385	90	23.4%	154	40.0%	87	22.6%	31	8.1%	15	3.9%	8	2.1%	13	3.4%	4	1.0%		
R03	365	86	23.6%	142	38.9%	96	26.3%	25	6.8%	12	3.3%	4	1.1%	7	1.9%	3	0.8%		
R04	330	83	25.2%	141	42.7%	76	23.0%	13	3.9%	16	4.8%	1	0.3%	7	2.1%	1	0.3%		

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上													
					再掲													
					再)7.0以上	未治療	治療											
H29	453	121 26.7%	191 42.2%	92 20.3%	49	17	32											
					10.8%	34.7%	65.3%											
					25 5.5%	7 28.0%	18 72.0%	5.5% 10.8%										
H30	413	90 21.8%	159 38.5%	100 24.2%	64	24	40											
					15.5%	37.5%	62.5%											
					27 6.5%	5 18.5%	22 81.5%	6.5% 15.5%										
R01	416	135 32.5%	156 37.5%	77 18.5%	48	13	35											
					11.5%	27.1%	72.9%											
					26 6.3%	4 15.4%	22 84.6%	6.3% 11.5%										
R02	385	90 23.4%	154 40.0%	87 22.6%	54	16	38											
					14.0%	29.6%	70.4%											
					23 6.0%	4 17.4%	19 82.6%	6.0% 14.0%										
R03	365	86 23.6%	142 38.9%	96 26.3%	41	17	24											
					11.2%	41.5%	58.5%											
					16 4.4%	3 18.8%	13 81.3%	4.4% 11.2%										
R04	330	83 25.2%	141 42.7%	76 23.0%	30	8	22											
					9.1%	26.7%	73.3%											
					17 5.2%	3 17.6%	14 82.4%	5.2% 9.1%										

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値								再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病				合併症の危険が更に大きくなる							
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A		
治療中	H29	56	12.4%	1	1.8%	5	8.9%	18	32.1%	14	25.0%	13	23.2%	5	8.9%	14	25.0%	5	8.9%
	H30	52	12.6%	0	0.0%	2	3.8%	10	19.2%	18	34.6%	17	32.7%	5	9.6%	14	26.9%	4	7.7%
	R01	58	13.9%	1	1.7%	4	6.9%	18	31.0%	13	22.4%	15	25.9%	7	12.1%	9	15.5%	5	8.6%
	R02	55	14.3%	1	1.8%	4	7.3%	12	21.8%	19	34.5%	12	21.8%	7	12.7%	12	21.8%	4	7.3%
	R03	44	12.1%	1	2.3%	2	4.5%	17	38.6%	11	25.0%	10	22.7%	3	6.8%	6	13.6%	2	4.5%
	R04	39	11.8%	0	0.0%	3	7.7%	14	35.9%	8	20.5%	13	33.3%	1	2.6%	7	17.9%	1	2.6%
治療なし	H29	397	87.6%	120	30.2%	186	46.9%	74	18.6%	10	2.5%	5	1.3%	2	0.5%	4	1.0%	1	0.3%
	H30	361	87.4%	90	24.9%	157	43.5%	90	24.9%	19	5.3%	5	1.4%	0	0.0%	2	0.6%	0	0.0%
	R01	358	86.1%	134	37.4%	152	42.5%	59	16.5%	9	2.5%	4	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	R02	330	85.7%	89	27.0%	150	45.5%	75	22.7%	12	3.6%	3	0.9%	1	0.3%	1	0.3%	0	0.0%
	R03	321	87.9%	85	26.5%	140	43.6%	79	24.6%	14	4.4%	2	0.6%	1	0.3%	1	0.3%	1	0.3%
	R04	291	88.2%	83	28.5%	138	47.4%	62	21.3%	5	1.7%	3	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

参考資料7 血圧の年次比較

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	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
H29	455	125	27.5%	90	19.8%	120	26.4%	90	19.8%	25	5.5%	5	1.1%		
H30	416	111	26.7%	68	16.3%	116	27.9%	99	23.8%	21	5.0%	1	0.2%		
R01	420	112	26.7%	86	20.5%	122	29.0%	89	21.2%	8	1.9%	3	0.7%		
R02	389	55	14.1%	88	22.6%	94	24.2%	118	30.3%	30	7.7%	4	1.0%		
R03	366	72	19.7%	69	18.9%	83	22.7%	111	30.3%	23	6.3%	8	2.2%		
R04	334	79	23.7%	59	17.7%	91	27.2%	83	24.9%	18	5.4%	4	1.2%		

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上	再掲										
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療									
H29	455	215 47.3%	120 26.4%	90 19.8%	30 6.6%	17 56.7%	13 43.3%	1.1%	6.6%							
					5 1.1%	3 60.0%	2 40.0%									
H30	416	179 43.0%	116 27.9%	99 23.8%	22 5.3%	10 45.5%	12 54.5%	0.2%	5.3%							
					1 0.2%	1 100.0%	0 0.0%									
R01	420	198 47.1%	122 29.0%	89 21.2%	11 2.6%	7 63.6%	4 36.4%	0.7%	2.6%							
					3 0.7%	1 33.3%	2 66.7%									
R02	389	143 36.8%	94 24.2%	118 30.3%	34 8.7%	19 55.9%	15 44.1%	1.0%	8.7%							
					4 1.0%	2 50.0%	2 50.0%									
R03	366	141 38.5%	83 22.7%	111 30.3%	31 8.5%	15 48.4%	16 51.6%	2.2%	8.5%							
					8 2.2%	4 50.0%	4 50.0%									
R04	334	138 41.3%	91 27.2%	83 24.9%	22 6.6%	12 54.5%	10 45.5%	1.2%	6.6%							
					4 1.2%	4 100.0%	0 0.0%									

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	204	44.8%	35	17.2%	50	24.5%	66	32.4%	40	19.6%	11	5.4%	2	1.0%
	H30	189	45.4%	41	21.7%	29	15.3%	61	32.3%	46	24.3%	12	6.3%	0	0.0%
	R01	201	47.9%	45	22.4%	48	23.9%	63	31.3%	41	20.4%	2	1.0%	2	1.0%
	R02	192	49.4%	21	10.9%	44	22.9%	45	23.4%	67	34.9%	13	6.8%	2	1.0%
	R03	186	50.8%	35	18.8%	31	16.7%	41	22.0%	63	33.9%	12	6.5%	4	2.2%
	R04	155	46.4%	31	20.0%	28	18.1%	40	25.8%	46	29.7%	10	6.5%	0	0.0%
治療なし	H29	251	55.2%	90	35.9%	40	15.9%	54	21.5%	50	19.9%	14	5.6%	3	1.2%
	H30	227	54.6%	70	30.8%	39	17.2%	55	24.2%	53	23.3%	9	4.0%	1	0.4%
	R01	219	52.1%	67	30.6%	38	17.4%	59	26.9%	48	21.9%	6	2.7%	1	0.5%
	R02	197	50.6%	34	17.3%	44	22.3%	49	24.9%	51	25.9%	17	8.6%	2	1.0%
	R03	180	49.2%	37	20.6%	38	21.1%	42	23.3%	48	26.7%	11	6.1%	4	2.2%
	R04	179	53.6%	48	26.8%	31	17.3%	51	28.5%	37	20.7%	8	4.5%	4	2.2%

参考資料8 LDL-Cの年次比較

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
総 数	H29	420	224	53.3%	97	23.1%	63	15.0%	21	5.0%	15	3.6%
	H30	377	204	54.1%	80	21.2%	57	15.1%	26	6.9%	10	2.7%
	R01	386	218	56.5%	85	22.0%	50	13.0%	24	6.2%	9	2.3%
	R02	361	195	54.0%	76	21.1%	57	15.8%	21	5.8%	12	3.3%
	R03	343	199	58.0%	66	19.2%	37	10.8%	33	9.6%	8	2.3%
	R04	312	169	54.2%	79	25.3%	30	9.6%	24	7.7%	10	3.2%
男 性	H29	211	124	58.8%	48	22.7%	24	11.4%	11	5.2%	4	1.9%
	H30	192	112	58.3%	40	20.8%	23	12.0%	12	6.3%	5	2.6%
	R01	195	116	59.5%	36	18.5%	29	14.9%	12	6.2%	2	1.0%
	R02	185	114	61.6%	30	16.2%	32	17.3%	6	3.2%	3	1.6%
	R03	173	101	58.4%	37	21.4%	20	11.6%	13	7.5%	2	1.2%
	R04	157	89	56.7%	41	26.1%	16	10.2%	6	3.8%	5	3.2%
女 性	H29	209	100	47.8%	49	23.4%	39	18.7%	10	4.8%	11	5.3%
	H30	185	92	49.7%	40	21.6%	34	18.4%	14	7.6%	5	2.7%
	R01	191	102	53.4%	49	25.7%	21	11.0%	12	6.3%	7	3.7%
	R02	176	81	46.0%	46	26.1%	25	14.2%	15	8.5%	9	5.1%
	R03	170	98	57.6%	29	17.1%	17	10.0%	20	11.8%	6	3.5%
	R04	155	80	51.6%	38	24.5%	14	9.0%	18	11.6%	5	3.2%

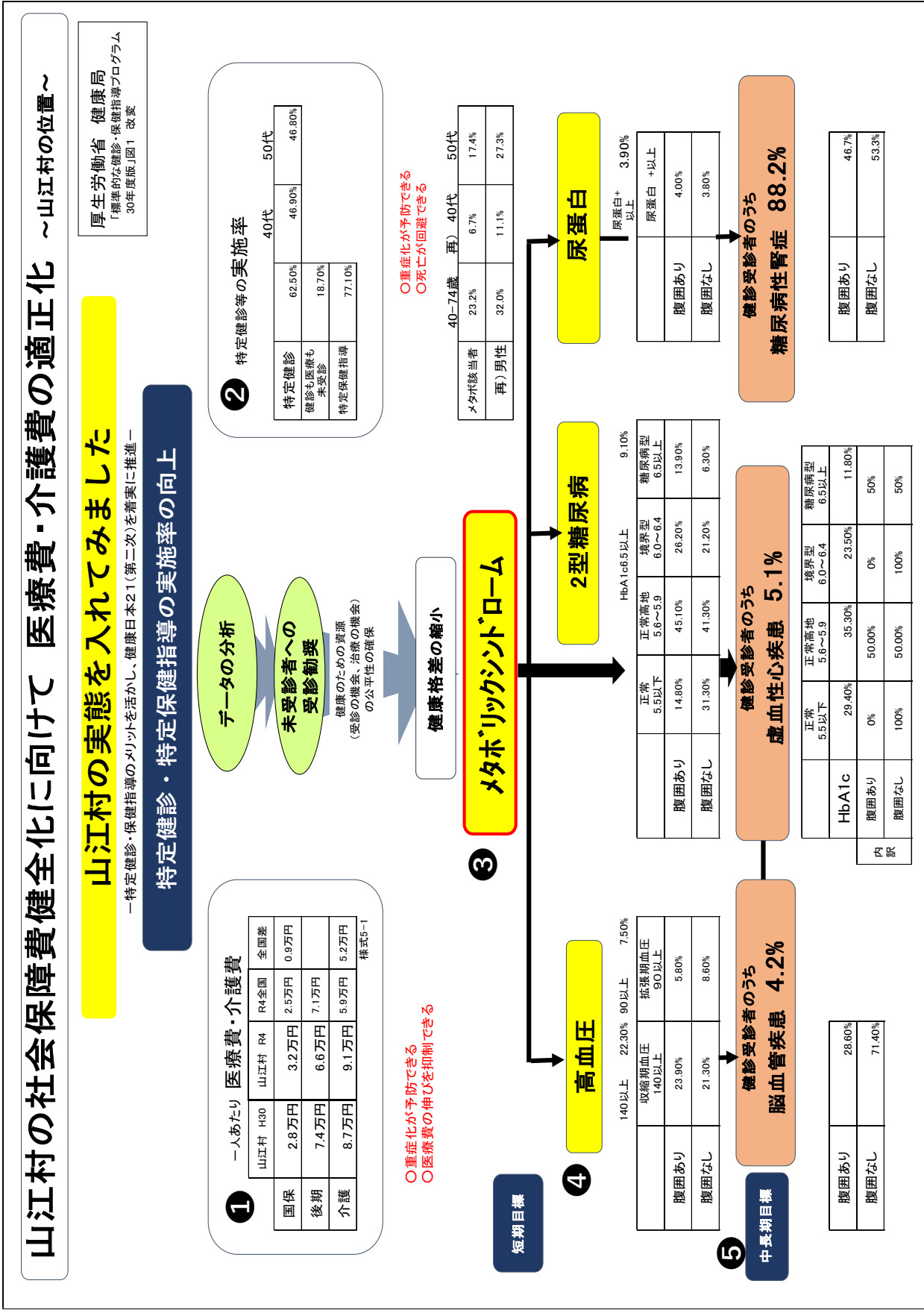
アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲												
					再)180以上	未治療	治療	再)180以上	未治療	治療										
H29	420	224 53.3%	97 23.1%	63 15.0%	36	34	5	36	34	5										
					8.6%	94.4%	13.9%	8.6%	94.4%	13.9%										
					15	12	3	15	12	3										
H30	377	204 54.1%	80 21.2%	57 15.1%	36	32	7	36	32	7										
					9.5%	88.9%	19.4%	9.5%	88.9%	19.4%										
					10	8	3	10	8	3										
R01	386	218 56.5%	85 22.0%	50 13.0%	33	28	5	33	28	5										
					8.5%	84.8%	15.2%	8.5%	84.8%	15.2%										
					9	9	0	9	9	0										
R02	361	195 54.0%	76 21.1%	57 15.8%	33	32	4	33	32	4										
					9.1%	97.0%	12.1%	9.1%	97.0%	12.1%										
					12	11	1	12	11	1										
R03	343	199 58.0%	66 19.2%	37 10.8%	41	42	3	41	42	3										
					12.0%	102.4%	7.3%	12.0%	102.4%	7.3%										
					8	7	2	8	7	2										
R04	312	169 54.2%	79 25.3%	30 9.6%	34	27	8	34	27	8										
					10.9%	79.4%	23.5%	10.9%	79.4%	23.5%										
					10	8	3	10	8	3										

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
治 療 中	H29	101	24.0%	68	67.3%	17	16.8%	11	10.9%	2	2.0%
	H30	101	26.8%	67	66.3%	24	23.8%	3	3.0%	4	4.0%
	R01	114	29.5%	82	71.9%	19	16.7%	8	7.0%	5	4.4%
	R02	96	26.6%	64	66.7%	18	18.8%	10	10.4%	3	3.1%
	R03	96	28.0%	71	74.0%	15	15.6%	7	7.3%	1	1.0%
	R04	88	28.2%	62	70.5%	17	19.3%	1	1.1%	5	5.7%
治 療 な し	H29	355	84.5%	178	50.1%	88	24.8%	55	15.5%	22	6.2%
	H30	315	83.6%	160	50.8%	65	20.6%	58	18.4%	24	7.6%
	R01	306	79.3%	155	50.7%	76	24.8%	47	15.4%	19	6.2%
	R02	293	81.2%	147	50.2%	63	21.5%	51	17.4%	21	7.2%
	R03	270	78.7%	142	52.6%	55	20.4%	31	11.5%	35	13.0%
	R04	246	78.8%	120	48.8%	67	27.2%	32	13.0%	19	7.7%



I表 (經過表) 例

年月	H17	H18	H19	H20	H21
年齢	36~37歳	38歳	39歳	40歳	41歳
健診場所	学校健診	病院	なし	病院	住民健診
生活状況(職業等)	パン製造業	Y市のパン屋に1年 指導のため在任			
検査結果	BMI 腹囲 LDLコレステロール 尿酸 HbA1c 血圧 クレアチニン 尿蛋白 尿糖 eGFR 中性脂肪	結果不明	結果不明	結果不明	31 104.2 60 92 109 121/98 1.0 2+
医療情報等	異常なし	20代後半～5年間、 回盲結石のために緊急 車で運ばれる。内臓 で石を壊れ、出血。 搬送時の内臓のみ。	強度の腰痛痛ある が、腰部MRI異常な し。	糖尿病の境界 型。	要精密検査 (中性脂肪、糖化ヘモグロビン、心電図)。専門医を受診を勧められるも未受診。
本人の思いと生活	特に覚えがない	尿や腎の異常を指摘された記憶はない。 喫煙開始 (40～60本/日)		口臭、頻尿・夜尿があり、後輩のアドバイスが手助けになった。体調が最悪だった。自分で生活改善を試みる。	↑
薬剤治療		定期的な内服はなし			→

血圧記録手帳



分類社団法人 日本糖尿病協会 編

伊藤 貞恵 明治大学名誉教授 元図書館
藤田 明 明治大学名誉教授 元図書館

CKD 精密検査のお願い

特定健診の結果、CKD（慢性腎臓病）がわかれ、医療機関受診の対象となられました。つきましては、ご診察くださいますようお願いいたします。なお、お手紙がご自宅へご記入の上、ご返送をお願い申し上げます。

氏名:	国保 花子 様	性	女	生年月日:	昭和△△年 △月 △日	担当:	△△
健診結果 (△△年 △月 △日実施)	* 添付資料あり (健診受診票・腎臓病・経路表)						
○尿蛋白 (+)	○eGFR: 75.1 ml/min/1.73m ²						
* 医療に特定健診のCKD重症度分類(※1)を記載していますが、特定健診の尿蛋白は尿定性検査の結果分類になって います。より正確な重症度分類をガイドラインに基き、以下に精密検査をお願いいたします。							

病院での検査結果 (年 月 日)	G: □1 □2 □3a □3b □4 □5 A: □1 □2 □3 (該当箇所に✓)	
CKD 重症度分類		
尿蛋白検査	☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 慢性腎炎 ☐ 脂質異常 ☐ 尿路結石 ☐ 不明 ☐ その他 () (該当箇所に✓ 複数可)	
検査結果	尿蛋白: 尿蛋白定量検査 (g/gCr) 糖蛋白アルブミン尿 (mg/gCr) 尿蛋白: () 血液検査: () その他 () 尿検査: ()	
方針	☐ 治療不要 ☐ 経過観察 (月後) (該当箇所に✓) ☐ 治療中 介入は要しない () (該当箇所に✓)	
医師へ依頼する 検査内容	☐ 栄養指導 ☐ 運動指導 ☐ 運動指導 ☐ 禁煙指導 ☐ その他 () (該当箇所に✓)	
医師による検査依頼を下記の内容で実施していただくようお願いします。	☐ はい ☐ いいえ 「日本人の食事摂取基準2015年版」慢性腎臓病に対する食事療法基準2014年版に基づき、 国保 花子 様の食事指導内容を以下のよう算出しました。 ・総エネルギー 1,830 kcal (25~35 kcal/kg) ・たんぱく質 59 g (0.8~1.0 g/kg 軽度制限) ・塩分 7.5 g ・カリウム 2,000 mg * 医療に「日本人の食事摂取基準2015年版」等を参考に、貴方の食事の資料(※2)を記載していただきます。 ご参照ください。	
医師相談名	医師名	

(※1) *は精密検査の重症度分類です。尿蛋白検査の結果で分類しています。

CKDの重症度分類

原疾患	尿蛋白区分	A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/クレアチニン比 (mg/gCr)	30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性骨髄腫 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日)	正常	軽度尿蛋白	高度尿蛋白
	尿蛋白/クレアチニン比 (g/gCr)	0.15未満	0.15~0.49	0.5以上
	尿蛋白排泄法	(-)	(±)	(+)以上
	G1 正常または 高値	≥90		
	G2 正常または 軽度低下	60~89		★
	G3a 軽度~ 中度低下	45~59		
	G3b 中度~ 高度低下	30~44		
	G4 高度低下	15~29		
	G5 末期腎不全期 (ESKD)	<15		

重症度は尿蛋白・GFR区分・尿蛋白区分を併せたステージに基づいて評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死に発症のリスクを白□のステージを基準に、黄□、オレンジ□、赤□の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

(※2) 「日本人の食事摂取基準2015年版」等を参考に、貴方の食事の内容

GFR	90以上	60~90未満	45~60未満	30~45未満	15~30未満	15未満
GFR区分	G1	G2	G3a	G3b	G4	G5
総エネルギーkcal/日						
たんぱく質 標準体重(kgあたりの量) (g/日)	0.8~1.0 ※1.0~1.2でもよい	0.8~1.0 ※1.0~1.2でもよい	0.8~1.0 ※1.0~1.2でもよい	0.6~0.8 ※1.0~1.2でもよい	0.6~0.8 ※1.0~1.2でもよい	0.6~0.8 ※1.0~1.2でもよい
塩分(g/日)	1.0 (70歳以上)	1.0	1.0			
カリウム(mg/日)						