

あさぎり町国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)
令和 6 年度～令和 11 年度



あさぎり町国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	1
1. 背景・目的	
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	
3. 計画期間	
4. 関係者が果たすべき役割と連携	
1) あさぎり町国民健康保険の役割	
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期計画における健康課題の明確化	9
1. 保険者の特性	
2. 第2期計画に係る評価及び考察	
1) 第2期データヘルス計画の評価	
2) 主な個別事業の評価と課題	
3. 第3期における健康課題の明確化	
1) 基本的考え方	
2) 健康課題の明確化	
3) 目標の設定	
4) 管理目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	30
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	37
1. 保健事業の方向性	
2. 発症予防	
3. 重症化予防の取組	
1)メタボリックシンドローム重症化予防	
2)脳血管疾患重症化予防	
3)糖尿病性腎症重症化予防	
4)虚血性心疾患重症化予防	
4. 医薬品の適正使用推進	
5. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
6. ポピュレーションアプローチ	
第5章 計画の評価・見直し	59
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	60
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
第7章 地域包括ケアに係る取り組み	60
参考資料	61

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」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^{※1}(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・改善等を行うものとされました。

その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、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)」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^{※3}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。

市町村国保における保健事業の目的としては、幅広い年代の被保険者が存在するためこれらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられます。

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

※1 平成16年厚生労働省告示第307号

※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 Key Performance Indicator の略称。重要業績評価指標。

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)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あさぎり町健康増進計画(あさぎり健康21計画)、熊本県医療費適正化計画、あさぎり町介護保険事業(支援)計画、熊本県高齢者保健事業の実施計画(後期高齢者データヘルス計画)、あさぎり町国民健康保険運営方針、あさぎり町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)

その際、他計画の計画期間、目的、目標を把握し、データヘルス計画との関連事項・関連目標を確認するプロセスが重要です。また、他の計画における関連事項・関連目標をふまえデータヘルス計画において推進、強化する取組等について検討し、取り組みを実行していくうえで連携が必要となる関係者等に共有し、理解を図ることが重要です。

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)^{※4}」(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)

本町では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB^{※5})を活用して特定健康診査や特定保健指導の結果、レセプトデータ、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、国保加入者の健康の保持増進を図ることで、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、健康寿命の延伸や結果として医療費適正化に資することを目指します。

※4 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)

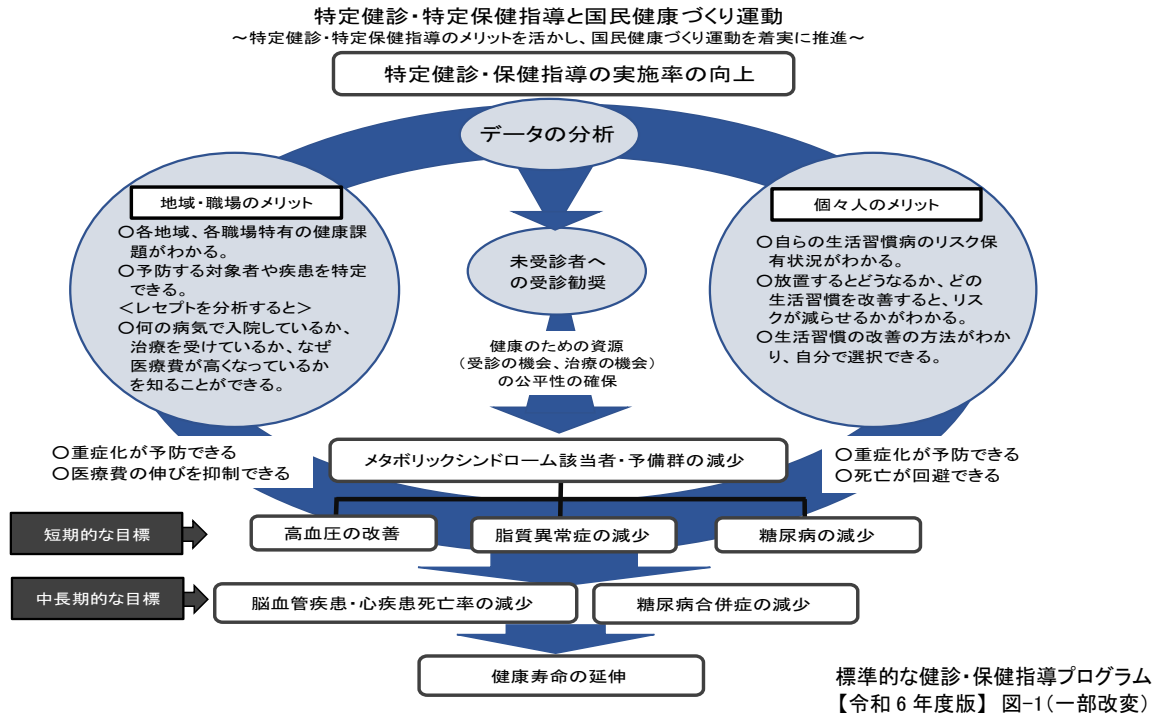
※5 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

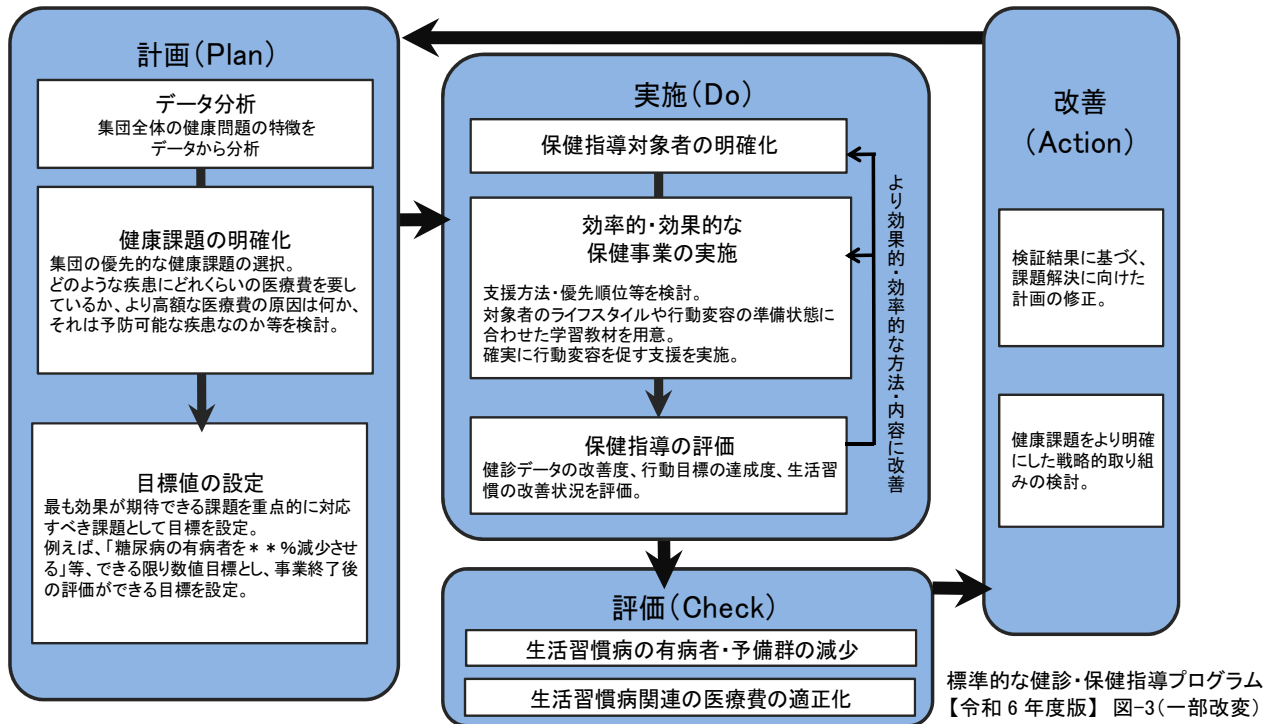
		※健康増進事業実施者とは 健康増進法、国民健康保険法、共済給付法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法						
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等実施計画	高齢者の保健事業計画 (後期高齢者データヘルス計画)	医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業(支援)計画	
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者 ^(※)	国民健康保険法 健康増進法 第2条 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9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月改定 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月改定 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月改定 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) 2024~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年	
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者・義務	後期高齢者医療連合・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発揮する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性かつ効果的に実施するための計画を作成。	生涯にわたる健康の保持増進、生活の質の維持向上を図るために、生活習慣病の発症や重症化予防及び心身機能の低下を防止し、在宅で自立した生活ができる高齢者を増やす	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・重症化防止	
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 若壮年期 、 高齢期)、ライフコース(若年期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特ニ高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の若年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳~74歳	75歳以上 (一部40歳以上)	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳(特定疾病 ^(※)) ※初老期の認知症、早老症、骨折・骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患	
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	高血圧 高脂血症 糖尿病 糖尿病性腎症 貧血 骨折	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への予防 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)	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)	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)	健康状態不明者 認知症 フレイル 歯科口腔機能 低栄養予防	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)	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 O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(WCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 O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 O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以上の割合 アウトプット:特定健康診査実施率	①特定健康診査受診率 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	・健康状態不明者の割合 ・健康診査受診率 ・歯科口腔機能受診率 ・重症化予防(コントロール不良者)の割合 ・重複・漏れ受診者訪問指導対象者の改善率 ・低栄養の割合 ・身体的フレイルの割合 ・骨折件数の割合 ・貧血の割合 ・重複・多剤の割合	(住民の健康の保持増進) ・特定健康診査実施率 ・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抑制 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) ・後援医薬品 ・ハイテク製品の活用促進 ・医療資源の効率的・効果的な活用 ・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在宅医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルの活用による保険者機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重症化防止等 (在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連) ③介護保険制度の安定化 (介護給付の適正化、人材の確保)	
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金	保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金	

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

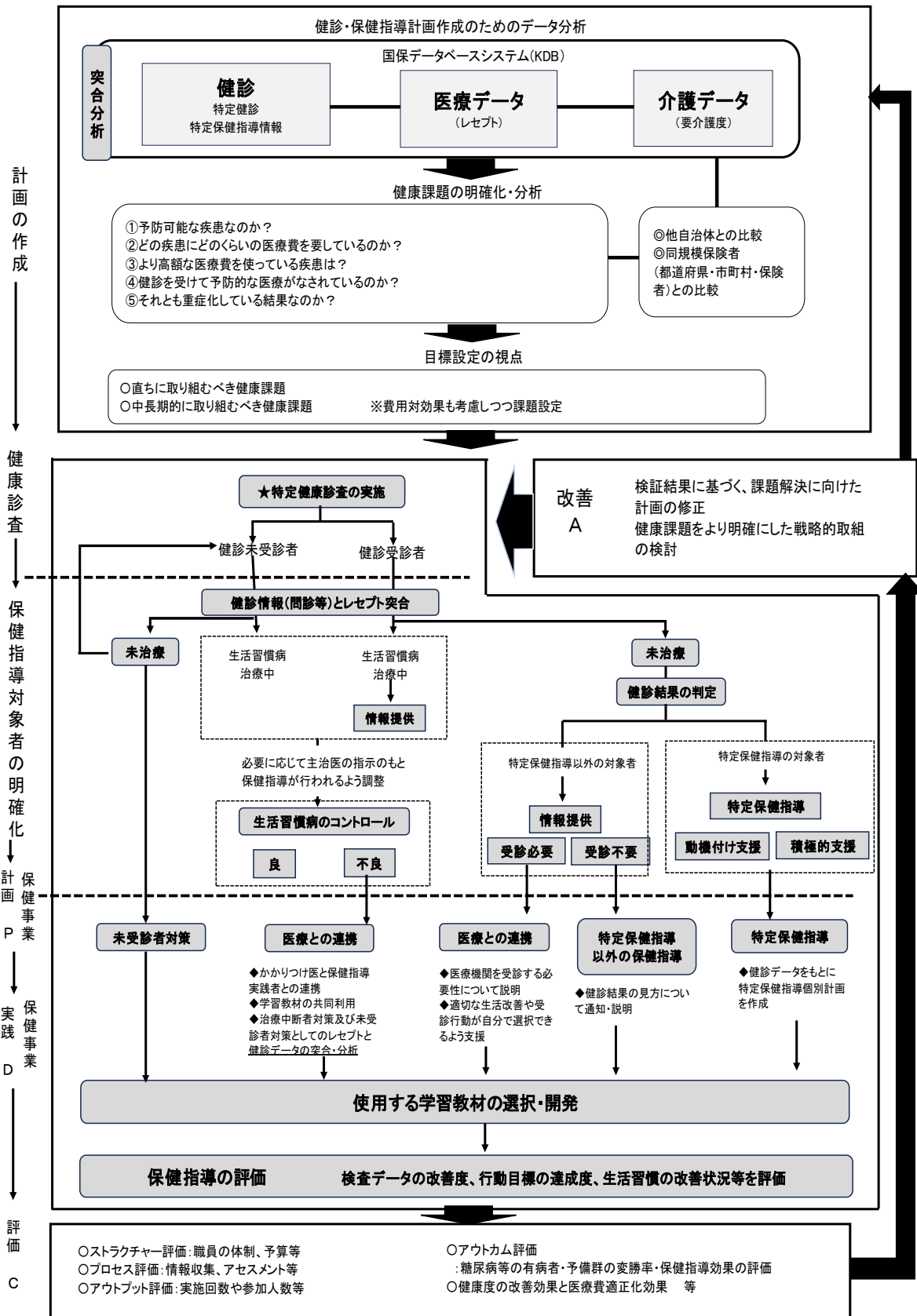


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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)



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。

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

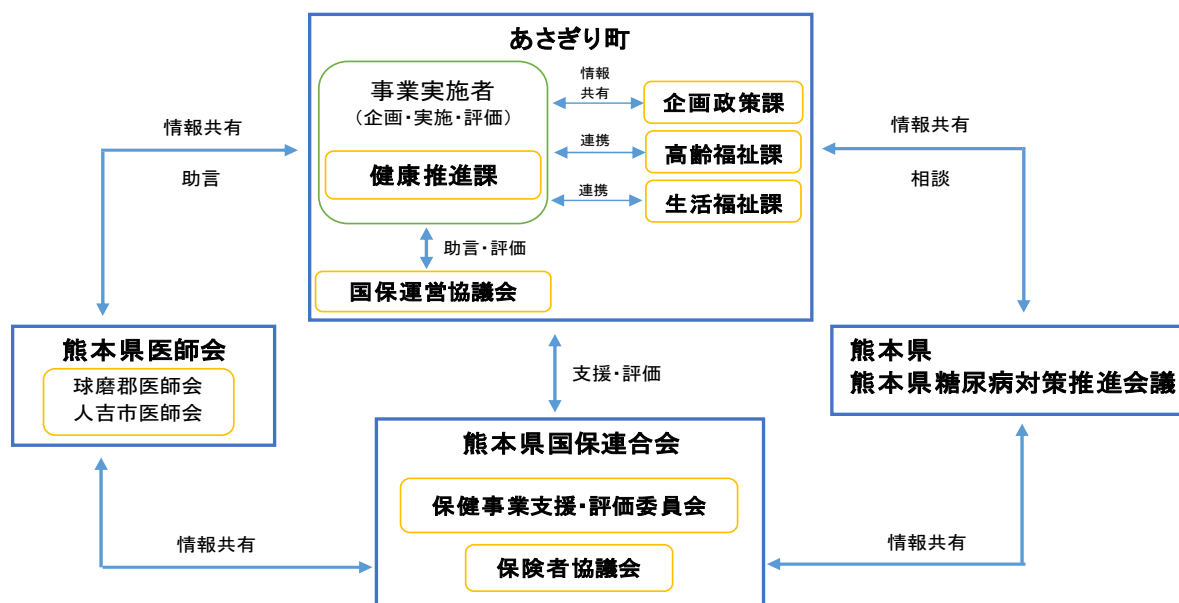
1) あさぎり町国民健康保険の役割

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、国保及び住民の健康の保持増進を担当する部局である健康推進課が中心となって保険者の健康課題を分析し、町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、後期高齢者医療、保健衛生部局(健康推進課)、介護保険部局(高齢福祉課)、企画部局(企画政策課)、生活保護部局(生活福祉課)とも十分連携を図ることとします。

また、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5)

図表5 あさぎり町の実施体制図



2) 関係機関との連携

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

計画策定等を進めるにあたっては、共同保険者である熊本県のほか、熊本県国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、球磨郡医師会等の地域の医師会等、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、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力します。

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

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

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

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

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。(図表 6)

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 6 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		
			あさぎり	配点	あさぎり	配点	あさぎり	配点	
交付額(万円)			8,284		7,611				
全国順位(1,741市町村中)			174位		106位		392位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	45	70	100	70	75	70	
		(3)メタリックシフト・ルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	35	40	55	40	55	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	95	90	45	45	35	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	40	50	40	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	125	130	80	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	60	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	30	30	40	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組	33	40	24	50	50	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	71	95	71	100	59	100	
合計点			704	1,000	730	960	639	940	

(注)令和3年度と令和4年度については実績での数値を、令和5年度は計画段階での数値を計上しております。

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町の人口は約1万5千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で38.4%でした。国や県と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢は54.8歳となっています。財政指数は国、県、同規模よりも低くなっています。産業においては、第1次産業が22.8%と他と比較して高い状況であり、被保険者の生活習慣及び生活のリズムの実態を把握し、健康課題との関連を明確にすることが重要です。(図表7)

令和4年度の国保加入率は24.3%で、加入率及び被保険者数は減少傾向で、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8)

また本町には1つの病院、11の診療所があります。人吉市に隣接しており、病床数、医師数ともに同規模や県と比較して低い割合となっています。(図表9)

図表7 同規模・県・国と比較したあさぎり町の特性(R4)

	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
あさぎり町	14,651	38.4	3,565 (24.3)	54.8	5.1	15.4	0.2	22.8	22.6	54.5
同規模	--	36.0	23.2	55.9	5.3	14.7	0.5	10.9	27.1	61.9
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、あさぎり町と同規模保険者(11市町村)の平均値を表す

図表8 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	4,141		4,032		3,895		3,765		3,565	
65～74歳	1,824	44.0	1,843	45.7	1,857	47.7	1,787	47.5	1,733	48.6
40～64歳	1,386	33.5	1,292	32.0	1,228	31.5	1,160	30.8	1,090	30.6
39歳以下	931	22.5	897	22.2	810	20.8	818	21.7	742	20.8
加入率	26.7		26.0		25.1		24.3		24.3	

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9 医療の状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	県 割合
病院数	1	0.2	1	0.2	1	0.3	1	0.3	1	0.3	0.3	0.5
診療所数	11	2.7	11	2.7	11	2.8	11	2.9	11	3.1	2.8	3.8
病床数	54	13.0	54	13.4	54	13.9	54	14.3	54	15.1	45.4	85.4
医師数	9	2.2	9	2.2	10	2.6	10	2.7	11	3.1	6.6	14.1
外来患者数	778.1		777.9		735.5		760.7		777.2		721.7	768.9
入院患者数	24.5		23.2		22.7		22.5		25.1		21.9	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の評価

第2期計画においては、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。

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で17人(認定率0.38%)、1号(65歳以上)被保険者で891人(認定率15.8%)と同規模と比較すると低い状況です。しかし、2号認定者については認定者数や新規申請者数がH30年度と同数となっており、若い人の要介護認定については横ばいの状態です。(図表10)

図表10 要介護認定者(率)の状況

	あさぎり町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	5,358人	34.5%	5,633人	38.4%	36.0%	31.6%	28.7%
2号認定者	17人	0.34%	17人	0.38%	0.40%	0.35%	0.38%
新規認定者	4人		4人		--	--	--
1号認定者	969人	18.1%	891人	15.8%	18.8%	20.2%	19.4%
新規認定者	100人		104人		--	--	--
再掲	65~74歳	68人	3.0%	56人	2.2%	--	--
	新規認定者	13人		4人		--	--
	75歳以上	901人	29.2%	835人	27.5%	--	--
新規認定者	87人		100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

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行し、年齢構成は高齢層が増加していますが、介護給付費の総額は約18億円から約16億7千万円に減少しており、一人あたり給付費も減少しています。しかし、1件あたりの給付費は国や県よりも高い状況です。(図表11)

図表11 介護給付費の変化

	あさぎり町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	17億9566万円	16億7270万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	335,137	296,947	297,567	310,858	290,668
1件あたり給付費(円)全体	78,702	74,409	70,292	62,823	59,662
居宅サービス	46,124	43,901	43,991	42,088	41,272
施設サービス	306,385	312,950	291,264	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

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が1位となっており、第2号被保険者で6割強、第1号被保険者でも約5割以上の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、65～74歳以外の年齢では約95%以上となっており、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12)

図表12 血管疾患の視点で見た要介護者の有病状況(R4年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		17		56		835		891		908		
再)国保・後期		8		40		793		833		841		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	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
			脳卒中	5 62.5%	脳卒中	28 70.0%	脳卒中	427 53.8%	脳卒中	455 54.6%	脳卒中	460 54.7%
	循環器疾患	2	虚血性心疾患	1 12.5%	虚血性心疾患	12 30.0%	虚血性心疾患	241 30.4%	虚血性心疾患	253 30.4%	虚血性心疾患	254 30.2%
		3	腎不全	0 0.0%	腎不全	8 20.0%	腎不全	218 27.5%	腎不全	226 27.1%	腎不全	226 26.9%
	合併症	4	糖尿病合併症	2 25.0%	糖尿病合併症	6 15.0%	糖尿病合併症	62 7.8%	糖尿病合併症	68 8.2%	糖尿病合併症	70 8.3%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		8 100.0%	基礎疾患	35 87.5%	基礎疾患	766 96.6%	基礎疾患	801 96.2%	基礎疾患	809 96.2%
	血管疾患合計		8 100.0%	合計	38 95.0%	合計	780 98.4%	合計	818 98.2%	合計	826 98.2%	
	認知症		2 25.0%	認知症	14 35.0%	認知症	465 58.6%	認知症	479 57.5%	認知症	481 57.2%	
	筋・骨格疾患		5 62.5%	筋骨格系	32 80.0%	筋骨格系	775 97.7%	筋骨格系	807 96.9%	筋骨格系	812 96.6%	

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

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は横ばいで、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約5万円高く、H30年度と比較すると6万円程高くなっています。

また入院医療費は、全体のレセプトの3%で医療費全体の約39%を占めており、1件あたりの入院医療費はH30年度と比較すると低くなっていますが、外来医療費についてはH30に比べて5000円ほど高くなっています。(図表13)

図表13 医療費の推移		あさぎり町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		4,141人		3,565人		--
前期高齢者割合		1,824人 (44.0%)		1,733人 (48.6%)		--
総医療費		15億5721万円		15億4095万円		--
一人あたり医療費(円)		376,046	432,245	382,035	407,772	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	554,670	539,650	601,790	574,060	617,950
	費用の割合	43.7	38.7	42.6	45.5	39.6
	件数の割合	3.0	3.1	2.9	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	22,420	27,650	24,640	23,430	24,220
	費用の割合	56.3	61.3	57.4	54.5	60.4
	件数の割合	97.0	96.9	97.1	96.7	97.5
受診率		802.513		802.38		743.593
						795.102
						705.439

出典:ヘルスサポートラボツール

※同規模順位はあさぎり町と同規模保険者111市町村の平均値を表す

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、外来においては高い状況です。また、後期高齢者の入院については、県平均よりかなり低い状況で推移しています(図表14)。本町の医療費をあげている要因は、国保の外来医療費の増加と考えられ、引き続き生活習慣病の取り組みが重要です。

図表14 一人当たり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	あさぎり町(県内市町村中)		熊本県	あさぎり町(県内市町村中)		熊本県	
	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	計	1.123	1.090	1.139	0.955	0.909	1.130
		(14)	(31)	(9)	(39)	(41)	(7)
	入院	1.223	1.087	1.309	0.964	0.908	1.277
		(25)	(40)	(8)	(41)	(42)	(6)
	外来	1.079	1.126	1.036	0.958	0.922	0.982
		(9)	(7)	(12)	(16)	(28)	(22)
	歯科	0.896	0.827	0.965	0.784	0.762	0.922
		(24)	(37)	(23)	(29)	(32)	(19)

※県内市町村数:45

出典:厚労省「地域差分析」

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・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おり、特に狭心症・心筋梗塞については、H30年度より1.26%減少しています。脳血管疾患や慢性腎不全(透析なし)についても同規模、県、国よりも低くなっています。総医療費が減少する中、悪性新生物の医療費割合は増加しています。(図表15)

図表15 中長期目標疾患の医療費の変化

	あさぎり町		同規模	県	国		
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度		
総医療費(円)	15億5721万円	15億4095万円	--	--	--		
中長期目標疾患 医療費合計(円)	1億5194万円	1億931万円	--	--	--		
	9.76%	7.09%	7.88%	8.69%	8.03%		
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.79%	1.62%	2.17%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.19%	0.93%	1.42%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.48%	4.41%	4.00%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.29%	0.13%	0.29%	0.26%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		13.17%	15.34%	17.02%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		7.92%	7.27%	8.86%	8.56%	8.68%
	精神疾患		9.23%	8.96%	8.15%	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。

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、被保険者数の減少もあり、患者数は減少しています。割合をみると、脳血管疾患は減少していますが、虚血性心疾患及び人工透析者は横ばいで、中でも 40～64 歳の虚血性心疾患、人口透析では割合が増加していました。(図表 16)

図表 16 中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析)の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	4,141	3,565	a	296	245	211	187	29	22	
				a/A	7.1%	6.9%	5.1%	5.2%	0.7%	0.6%	
40歳以上	B	3,210	2,823	b	294	242	210	185	28	22	
	B/A	77.5%	79.2%	b/B	9.2%	8.6%	6.5%	6.6%	0.9%	0.8%	
再掲	40～64歳	C	1,386	1,090	c	53	41	41	37	14	12
		C/A	33.5%	30.6%	c/C	3.8%	3.8%	3.0%	3.4%	1.0%	1.1%
	65～74歳	D	1,824	1,733	d	241	201	169	148	14	10
		D/A	44.0%	48.6%	d/D	13.2%	11.6%	9.3%	8.5%	0.8%	0.6%

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

(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、高血圧は H30 年度に比べ R4年度の治療者の割合が増加しており、合併症(重症化)の疾患である、脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は 40～64 歳で増加していました。40～64 歳でも重症化している実態が見られたことが大きな課題です。(図表 17)

図表 17 高血圧治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	1,470	1,392	391	341	1,079	1,051	
	A/被保数	45.8%	49.3%	28.2%	31.3%	59.2%	60.6%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	204	173	33	33	171	140
		B/A	13.9%	12.4%	8.4%	9.7%	15.8%	13.3%
	虚血性心疾患	C	154	129	19	25	135	104
		C/A	10.5%	9.3%	4.9%	7.3%	12.5%	9.9%
人工透析	D	27	20	14	11	13	9	
	D/A	1.8%	1.4%	3.6%	3.2%	1.2%	0.9%	

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

糖尿病についても治療者の割合は微増しており、中長期目標の合併症の割合は減少しています。ただし、糖尿病性腎症および糖尿病性神経障害については実人数と割合が増加しており、40～64歳までの若い年齢層においては脳血管疾患の人数と割合が増加しています。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しますが、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 18)(図表 19)

図表 18 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	811	738	226	187	585	551
		A/被保数	25.3%	26.1%	16.3%	17.2%	32.1%	31.8%
(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	102	83	12	17	90	66
		B/A	12.6%	11.2%	5.3%	9.1%	15.4%	12.0%
	虚血性心疾患	C	104	79	18	16	86	63
		C/A	12.8%	10.7%	8.0%	8.6%	14.7%	11.4%
	人工透析	D	17	13	10	8	7	5
		D/A	2.1%	1.8%	4.4%	4.3%	1.2%	0.9%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	75	77	21	21	54	56
		E/A	9.2%	10.4%	9.3%	11.2%	9.2%	10.2%
	糖尿病性網膜症	F	94	85	34	22	60	63
		F/A	11.6%	11.5%	15.0%	11.8%	10.3%	11.4%
	糖尿病性神経障害	G	23	31	6	12	17	19
		G/A	2.8%	4.2%	2.7%	6.4%	2.9%	3.4%

出典：KDBシステム、疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握

図表 19 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
脂質異常症治療者(人)		A	1,174	1,107	349	274	825	833
		A/被保数	36.6%	39.2%	25.2%	25.1%	45.2%	48.1%
(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	145	126	24	20	121	106
		B/A	12.4%	11.4%	6.9%	7.3%	14.7%	12.7%
	虚血性心疾患	C	136	110	20	23	116	87
		C/A	11.6%	9.9%	5.7%	8.4%	14.1%	10.4%
	人工透析	D	10	10	4	5	6	5
		D/A	0.9%	0.9%	1.1%	1.8%	0.7%	0.6%

出典：KDBシステム、疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

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以上の高血糖者の割合についてH30年度とR3年度で比較したところ、Ⅱ度以上高血圧者数は変わりませんが、未治療者の実数および割合が増えています。

HbA1c7.0 以上の高血糖者については該当者数が増加しており、未治療者の実数や割合も増加していました。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36.7%、糖尿病で6.5%いました。特に高血圧の未治療者の割合が高い状況でした。(図表 20)

図表 20 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

	健診受診率				高血圧__Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	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
あさぎ町	1,753	59.0	1,646	60.4	60	3.4	30	50.0	60	3.6	39	65.0	22	36.7	2	3.3
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
あさぎ町	1,749	99.8	1,641	99.7	71	4.1	8	11.3	77	4.7	16	20.8	5	6.5	3	3.9
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

本町の特定健診結果において、H30 年度と R4 年度を比較したところ、健診受診者数は減少していますが、メタボリックシンドローム該当者の実数および割合が 5.2%増加しており、予備群の割合も 1.3%増加していました。(図表 21)

また継続受診者における、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL コレステロール(以下 LDL-c) 160 以上の有所見割合は、HbA1c6.5 以上者は 0.8%増加、Ⅱ度高血圧者は 0.2%増加、LDL-c160 以上者は変化なしの状況です。翌年度健診結果から変化をみると HbA1c、高血圧、LDL-c高値者ともに改善率が低下しています。

Ⅱ度高血圧及び LDL-c高値者で翌年度の健診未受診者が 3 割弱おり、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 22~24)

図表 21 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		2項目		予備群
			3項目	2項目	3項目	2項目	
H30年度	1,753 (59.0%)	323 (18.4%)	109 (6.2%)	214 (12.2%)	218 (12.4%)		
R04年度	1,492 (57.8%)	352 (23.6%)	102 (6.8%)	250 (16.8%)	204 (13.7%)		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 22 HbA1c6.5 以上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	169 (9.7%)	52 (30.8%)	67 (39.6%)	19 (11.2%)	31 (18.3%)
R03→R04	172 (10.5%)	36 (20.9%)	78 (45.3%)	24 (14.0%)	34 (19.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 23 II度高血圧以上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	60 (3.4%)	30 (50.0%)	13 (21.7%)	1 (1.7%)	16 (26.7%)
R03→R04	60 (3.6%)	26 (43.3%)	15 (25.0%)	5 (8.3%)	14 (23.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 LDL-c160 以上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	176 (10.0%)	86 (48.9%)	43 (24.4%)	16 (9.1%)	31 (17.6%)
R03→R04	164 (10.0%)	58 (35.4%)	49 (29.9%)	12 (7.3%)	45 (27.4%)

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

本町の特定健診受診率は、平成 30 年度は 57.8%、令和 4 年度は 56.5%と低下しており、新型コロナウイルスの影響もあり、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 25)。特定健診の年代別の受診率をみると、40 代後半が低く、特に男性がより低い状況です(図表 26)。

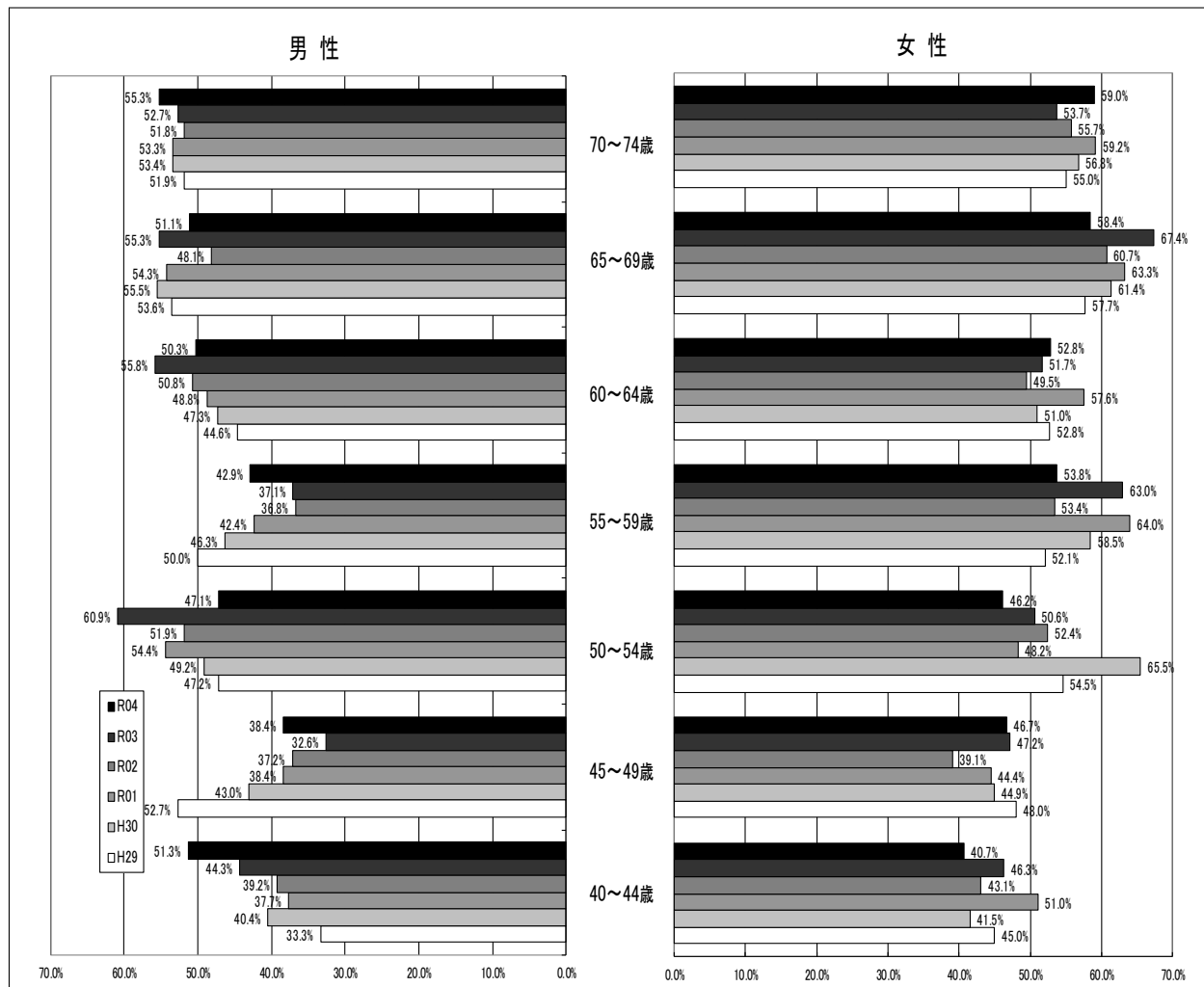
特定保健指導の実施率については、R3 年度に 39.1%と大きく低下したため、R4 には専門職を増員し対応しました。町の専門職もどのかかわるか、実施体制についても考えていく必要があります。

図表 25 特定健診・特定保健指導の推移

		H30 年度	R01 年度	R02 年度	R03 年度	R04 年度	R05 年度 目標値
特定健診	受診者数	1,717	1,675	1,586	1,587	1,450	健診受診率 65%
	受診率	57.8%	58.0%	55.4%	58.3%	56.5%	
特定保健 指導	該当者数	199	195	174	202	190	特定保健指 導実施率 68%
	割合	11.6%	11.6%	11.0%	12.7%	13.1%	
	実施者数	108	112	76	79	118	
	実施率	54.3%	57.4%	43.7%	39.1%	62.1%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 26 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 以上者について、訪問や個別面談にて保健指導を実施しています。特定健診受診者で糖尿病未治療(中断を含む)の割合の増加は押さえられているものの、特定健診受診者の中で糖尿病型の割合は増加しており、未治療者の人数も増加していることから、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。(図表 27、28)

図表 27 特定健診受診者の中で糖尿病型の割合

H30		R1		R2		R3		R4	
190	10.5%	202	11.4%	204	12.6%	208	12.4%	225	14.4%

図表 28 特定健診受診者で糖尿病未治療(中断を含む)

H30		R1		R2		R3		R4	
27	14.2%	37	18.3%	30	10.0%	38	18.3%	39	17.3%

データヘルス支援システム

② 脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

現在町では、心電図検査は9割以上の健診受診者に実施しています。40～64歳の脳・心・腎の治療者数が増えている実態であるため、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が大切です。(図表 29)

図表 29 特定健診受診者のうち心電図実施者および心房細動患者数

令和4年度	健診受診者数	心電図実施者数		心房細動	
	A	B	B/A	C	C/B
あさぎり町	1,566	1,483	95%	12	0.8%
市町村計	106,632	73,551	69%	797	1.1%

特定健診データ管理システム R5.6.抽出データ

③ 脳血管疾患重症化予防

高血圧は、脳血管疾患において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と深く関与しています。

現在町では、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、町民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。

(図表 30)

図表 30 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

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)	446	195 43.7%	190 42.6%	51 11.4%	10 2.2%
	リスク第1層 予後影響因子がない	34 7.6%	20 10.3%	11 5.8%	3 5.9%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	257 57.6%	108 55.4%	112 58.9%	32 62.7%	5 50.0%
	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	155 34.8%	67 34.4%	67 35.3%	16 31.4%

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	125 28.0%
	概ね1か月後に再評価	193 43.3%
B	概ね3か月後に再評価	128 28.7%

※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、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。

(2) ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の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は、町民全体へ周知していくことも重要ですが、コロナ禍で対面でのアプローチが制限され、取り組みが十分に実施できない時期がありました。

健診結果説明会等では肥満やメタボ、高血圧の改善を目的として、食品に含まれる塩分や糖の展示や減塩食品の紹介などを行ってきましたが、さらに町民全体へ働きかけていく必要があります。JAや商工会などとも連携し、各種団体での健康講座の実施や町の広報等を活用していく必要があります。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 31 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)	(活用データ年度)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.79%	1.70%	1.62%	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	2.19%	1.15%	0.93%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	5.48%	5.96%	4.41%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.00%	0.00%	0.00%	
			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%	0.00%	データヘルス支援システム
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	31.2%	33.2%	35.0%	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)	3.40%	3.40%	6.80%	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)	3.20%	3.30%	3.20%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C7.0%以上)	4.10%	5.30%	5.50%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	1.30%	1.50%	0.90%	
			糖尿病の未治療者(治療中断を含む)の割合	14.2%	10.0%	17.3%	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	57.8	55.4	56.5	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	54.3	43.7	62.1	
			特定保健指導対象者の割合の減少	11.6	11.0	13.1	
		努力支援制度	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	46.5	29.9	41.5
肺がん検診受診者の増加	42.2			35.3	37.0		
大腸がん検診受診者の増加	47.8			44.9	42.8		
子宮がん検診受診者の増加	52.9			35.3	45.0		
乳がん検診受診者の増加	52.8			36.1	69.5		
5つのがん検診の平均受診率の増加	48.4			36.3	47.2		
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		81.3%	86.5%	86.2%	厚生労働省	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

(1) 中長期目標について

第2期計画では、医療費が高額となり6か月以上の長期入院や人工透析につながりやすい疾患として、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らし、これら3つの疾患の医療費割合を3%減少させることを目標に設定しました。

まず、年齢調整後の一人当たりの地域差指数は、全国平均の1.0を超えており、医療費が高い状況が続いています。特に外来において高い状況です。

次に、脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全等の医療費合計は、被保険者数の減少の影響もあり、生活習慣病の割合は減少しており、目標である医療費割合の3%減少については達成しています。但し、総医療費における一人当たりの医療費は6万円ほど増加しており、悪性新生物の医療費割合が増加していることから、早期発見・治療につながるようがん検診等にも力を入れていく必要があります。

(2) 短期目標について

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、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標としていました。

高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況は、すべてにおいて治療者割合が増加しています。また、高血圧等の要因となるメタボリックシンドロームの該当者と予備軍の実数と割合も増加しており、40～64歳のリスク因子を複数保有している者の割合も増加しているため、40歳以前からの血圧管理は今後も課題と考えます。

また、翌年度健診結果の変化をみるとHbA1c、高血圧、LDL-C値ともに改善率が低下しており、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。

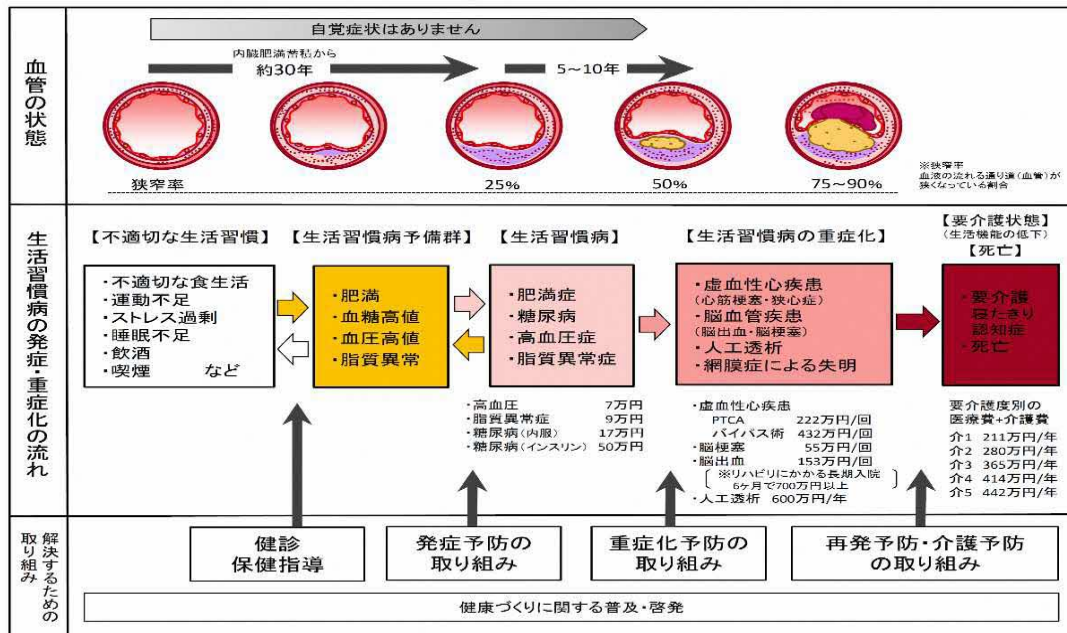
自らの健康状態を確認するための手段となる特定健康診査は重要です。本町の受診率は目標値に達していない状態にあるため、今後も継続的に受診を促し、働く世代の生活習慣病の発症予防・重症化予防を進めていくことが必要と考えます。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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 32 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

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く、町全体の健康課題に基づき連携して取り組む必要があります。

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います。また、若年期からの生活習慣の結果が高齢期での生活習慣病等の重症化や慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、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。

(1) 医療費分析

図表 33 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		4,141人	4,032人	3,895人	3,765人	3,565人	3,035人
総件数及び 総費用額	件数	40,299件	39,321件	36,058件	36,093件	35,271件	47,752件
	費用額	15億5721万円	15億2583万円	14億6499万円	15億1137万円	15億4095万円	24億4245万円
一人あたり医療費		37.6万円	37.8万円	37.6万円	40.1万円	43.2万円	80.5万円

出典：ヘルスサポートラボツール

国保の被保険者数やレセプト件数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6万円の増加となっています。また、後期高齢者になると一人あたり80万円を超えています。(図表 33)

図表 34 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	あさぎり町	15億4095万円	35,055	4.41%	0.13%	1.62%	0.93%	5.66%	4.13%	1.59%	2億8484万円	18.5%	15.3%	8.96%	7.27%
	同規模	--	30,968	4.00%	0.29%	2.17%	1.42%	5.95%	3.41%	2.05%	--	19.3%	17.0%	8.15%	8.86%
	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	あさぎり町	24億4245万円	67,491	3.95%	0.69%	4.10%	1.00%	4.79%	3.81%	1.10%	4億7480万円	19.4%	8.5%	4.08%	12.1%
	同規模	--	69,105	4.34%	0.50%	4.05%	1.48%	4.08%	3.14%	1.26%	--	18.9%	11.0%	3.74%	12.3%
	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%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

出典：KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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

国保では、総医療費に占める慢性腎不全(透析有)、高血圧の割合が同規模・国と比較して高い状況にあります。後期高齢者になると、高血圧に加え、慢性腎疾患(透析無)、脳梗塞・脳出血、糖尿病の総医療費に占める割合が高くなっています。(図表 34)

図表 35 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	124人	128人	116人	123人	131人	296人
	件数	B	243件	227件	253件	262件	267件	511件
		B/総件数	0.60%	0.58%	0.70%	0.73%	0.76%	1.07%
	費用額	C	3億6413万円	3億3826万円	3億6476万円	4億2000万円	4億5691万円	5億8377万円
		C/総費用	23.4%	22.2%	24.9%	27.8%	29.7%	23.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(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	4人		5人		6人		6人		9人		22人		
		D/A	3.2%		3.9%		5.2%		4.9%		6.9%		7.4%		
	件数	E	5件		8件		8件		7件		10件		34件		
		E/B	2.1%		3.5%		3.2%		2.7%		3.7%		6.7%		
	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%	1	10.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	1	12.5%	1	14.3%	1	10.0%	75-80歳	9	26.5%
		60代	4	80.0%	1	12.5%	3	37.5%	4	57.1%	3	30.0%	80代	18	52.9%
		70-74歳	1	20.0%	7	87.5%	4	50.0%	2	28.6%	5	50.0%	90歳以上	7	20.6%
	費用額	F	475万円		742万円		983万円		705万円		1144万円		3470万円		
F/C		1.3%		2.2%		2.7%		1.7%		2.5%		5.9%			

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 37 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	15人		10人		7人		7人		6人		9人		
		G/A	12.1%		7.8%		6.0%		5.7%		4.6%		3.0%		
	件数	H	16件		11件		7件		9件		6件		11件		
		H/B	6.6%		4.8%		2.8%		3.4%		2.2%		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	1	6.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	3	18.8%	1	9.1%	2	28.6%	0	0.0%	1	16.7%	75-80歳	4	36.4%
		60代	5	31.3%	6	54.5%	2	28.6%	5	55.6%	2	33.3%	80代	6	54.5%
		70-74歳	7	43.8%	4	36.4%	3	42.9%	3	33.3%	3	50.0%	90歳以上	1	9.1%
	費用額	I	2947万円		1431万円		1040万円		1263万円		1014万円		1642万円		
I/C		8.1%		4.2%		2.9%		3.0%		2.2%		2.8%			

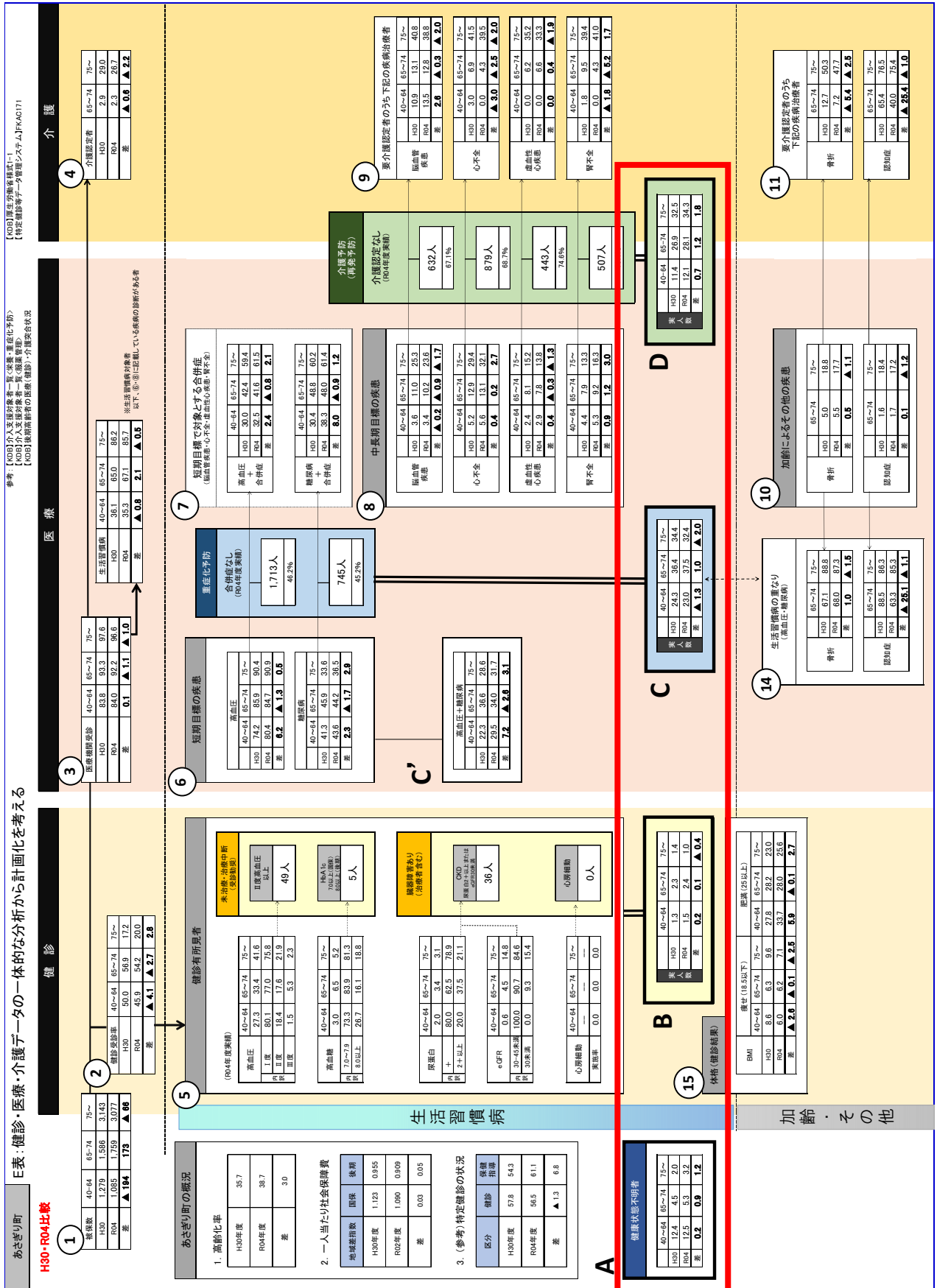
出典:ヘルスサポートラボツール

高額レセプトについてしてみると、国保では H30 年度と比較して R4 年度は人数、件数共に 1.1 倍、後期では国保の約 2 倍強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 10 件で約 1 千万円超の費用がかかっており、70 歳から 74 歳未満の方に多くおられました。若い年代の 40 代にもおられました。虚血性心疾患で高額になったレセプトは、件数・費用額ともに令和 4 年度は平成 30 年度より減少しており、約 3 分の 1 の件数、費用額となっていました。

脳血管疾患は、医療費のみならず介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから脳血管疾患予防については今後も注力していく必要があります。(図表 35・36・37)

図表 38 健診・医療・介護データの一体的な分析(H30-R4 比較)



図表 39 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)					
					特定健診		後期高齢者健診	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
H30	29.0	1,279	1,586	3,143	50.0	56.9	17.2	8.6	6.3	9.6	27.8	28.2	23.0
R04	26.7	1,085	1,759	3,077	45.9	54.2	20.0	6.0	6.2	7.1	33.7	28.0	25.6

図表 40 健診有所見状況

E表	⑤																																
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動								
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-				
	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()
H30	15	2.3	(6)	31	3.4	(8)	40	7.4	(7)	21	3.3	(1)	37	4.1	(2)	6	1.1	(0)	8	1.3	11	1.2	24	4.4	2	0.3	18	2.0	15	2.8			
R04	27	5.4	(12)	73	7.6	(25)	62	10.1	(12)	15	3.0	(2)	62	6.5	(2)	6	1.0	(1)	2	0.4	16	1.7	18	2.9	2	0.4	7	0.7	24	3.9			

図表 41 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③									⑥									⑦								
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症											
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症								
	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-	40-64	65-74	75-
H30	83.8	93.3	97.6	36.1	65.0	86.2	74.2	85.9	90.4	41.3	45.9	33.6	22.3	36.6	28.6	30.0	42.4	59.4	30.4	48.8	60.2						
R04	84.1	92.1	96.6	35.4	67.0	85.7	80.5	84.7	90.9	43.5	44.1	36.5	29.4	34.0	31.7	32.4	41.8	61.5	38.3	48.1	61.4						

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

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険割合)												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	3.6	11.0	25.3	2.4	8.1	15.2	5.2	12.9	29.4	4.4	7.9	13.3	10.9	13.1	40.8	0.0	6.2	35.2	3.0	6.9	41.5	1.8	9.5	39.4
R04	3.4	10.1	23.6	2.9	7.9	13.9	5.6	13.0	32.2	5.3	9.2	16.3	13.5	12.8	38.8	0.0	6.4	33.3	0.0	4.3	39.5	0.0	4.3	40.8

(3) 健康課題の明確化(図表 39～42)

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し図表 39 で体格別にみると、40～64 歳の若い年齢層で、BMI25 以上の割合が約 6%高くなっています。

図表 40 健診有所見の状況を見ると、特にⅡ度高血圧以上者が全年代で人数、割合が増え、HbA1c7.0 以上者は 65 歳から 74 歳未満で増えていました。未治療・中断者については特にⅡ度高血圧以上者で増加しており、まずは、必要な対象者の医療機関への受診勧奨を確実に実施する必要があります。

図表 41 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況を見ると、高血圧、糖尿病、糖尿病＋高血圧の各年代で H30 年度と比較して高くなっています。また、高血圧の合併症及び糖尿病の合併症の 40 歳から 64 歳未満と 75 歳以上についても高くなっており、H30 年度と比較して重症化している実態がみえます。

図表 42 の中長期目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患・心不全・腎不全)では、H30 年度と R4 年度を比較すると、虚血性心疾患では 40～64 歳が、また心不全及び腎不全では全年代で割合が高くなっています。特に介護認定者における 40～64 歳の脳血管疾患については、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 40～64 歳の心疾患や肥満者の増加、介護認定者における脳血管疾患割合が増えており、若い世代への予防活動の充実が必要ですが、40 代の健診受診率はまだまだ低いため、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、40～50 代の高額レセプトも見られ、予防可能な脳・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大切です。

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 43)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、本町では、医療費が高額となる脳・心・腎の治療者が特に40～64歳で増えていました。

そのため、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や人工透析となる疾患について、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、医療が高度化する昨今では、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が課題であることから、若い世代から肥満の原因となる食事や飲酒、運動に関して改善をはかる取り組みや健診受診率の向上及び特定保健指導の充実により、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、重症化するリスクの高い対象者等を把握し、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、食事療法や運動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)や健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023等の考え方を基に、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。

4) 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画の目標管理一覧

★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 (活用データ年度)	
				R11 数値目標	初期値 R 6 (R4)	中間評 価 R 8 (R7)	最終評 価 R11 (R10)		
データヘルス計画	中長期目標	新規脳梗塞患者数の減少（割合の維持・減少）	減少 (割合の維持・減少)	1.01	1.56			データヘルス支援システム	
		新規脳出血患者数	減少 (割合の維持・減少)	0.23	0.41				
		新規虚血性心疾患患者数	減少 (割合の維持・減少)	1.09	1.09				
		新規人工透析導入患者数	減少・発症させない	0	0				
		糖尿病性腎症による新規透析導入患者数	減少・発症させない	0	0				
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	★特定健診受診率	60%以上	65	56.5			法定報告値
			40代、50代の健診実施（受診）率	上昇	55	50.2			
			★特定保健指導実施率	60%以上	68	62.1			
			(問診) 40代の20歳の時からの体重が10kg以上増加	減少	43.7	52			特定健診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	32	37.2			
			血圧Ⅱ度以上者(160/100以上)の割合	減少	6	6.9			
			LDL180以上者の割合	減少	3	3.1			
			40代、50代の健診受診者のHbA1c6.5%以上者の割合	減少	5	5.52			
			★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合	減少	0.9	0.96			
			健診受診者のうち糖尿病の未治療者（治療中断者を含む）の割合	減少	4.6	5.6			
			★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	23.9	22.9			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	18.7	17.7			

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 年を一期としていたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・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	59%	61%	63%	64%	65%	65%以上
特定保健指導実施率	63%	64%	65%	66%	67%	68%以上

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	2,425人	2,248人	2,073人	1,931人	1,777人	1,610人
	受診者数	1,431人	1,371人	1,306人	1,236人	1,155人	1,047人
特定保健指導	対象者数	186人	178人	170人	161人	150人	136人
	受診者数	117人	114人	110人	106人	101人	92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する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

- ① 集団健診(町内 1 か所で実施)
- ② 人間ドック型検診
- ③ 個別健診(委託医療機関)

(2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、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

健診機関コード	健診機関名	住所	電話番号
4320700067	球磨郡公立多良木病院企業団 総合健診センター「コスモ」	多良木町多良木 4210	0966-42-2410
4318211366	人吉医療センター	人吉市老神町 35	0966-22-7070
4318212323	日本赤十字社熊本健康管理 センター	熊本市東区长嶺南 2-1-1	096-387-8271
4320700075	高野病院総合健診センター	熊本市中央区大江 3 丁目 2- 55	096-320-6510
4310120029	熊本県総合保健センター	熊本市東区東町 4 丁目 11-1	096-365-8800

(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。

図表 46 あさぎり町特定健診検査項目

健診項目		あさぎり町		国
		集団健診・ 人間ドック型健診	個別健診	
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も

(5) 実施時期

集団健診は5月頃、人間ドック型検診は4月から12月末まで、個別健診は9月から12月末まで実施します。(原則)

情報提供事業のみ通年で実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、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 47 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 特定健診の開始 人間ドック型検診 特定保健指導	(特定保健指導の実施)
5月		集団健診	健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取 費用決裁 → 保健指導対象者の抽出	
7月		個別特定健診 受診券郵送	特定保健指導の開始
8月		個別特定健診	実施実績の分析実施方法 委託先機関の見直し等
9月			受診・実施率実績の算出
10月	契約に関わる 予算手続き		支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
11月	次年度の申し込み開始・締め切り		
12月	健診申し込み確認 通知発送	(特定健診当該年度 受付終了)	
2月			
3月	契約準備	特定保健指導の当該年度 受付終了	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、または外部健診機関への事業委託の形で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

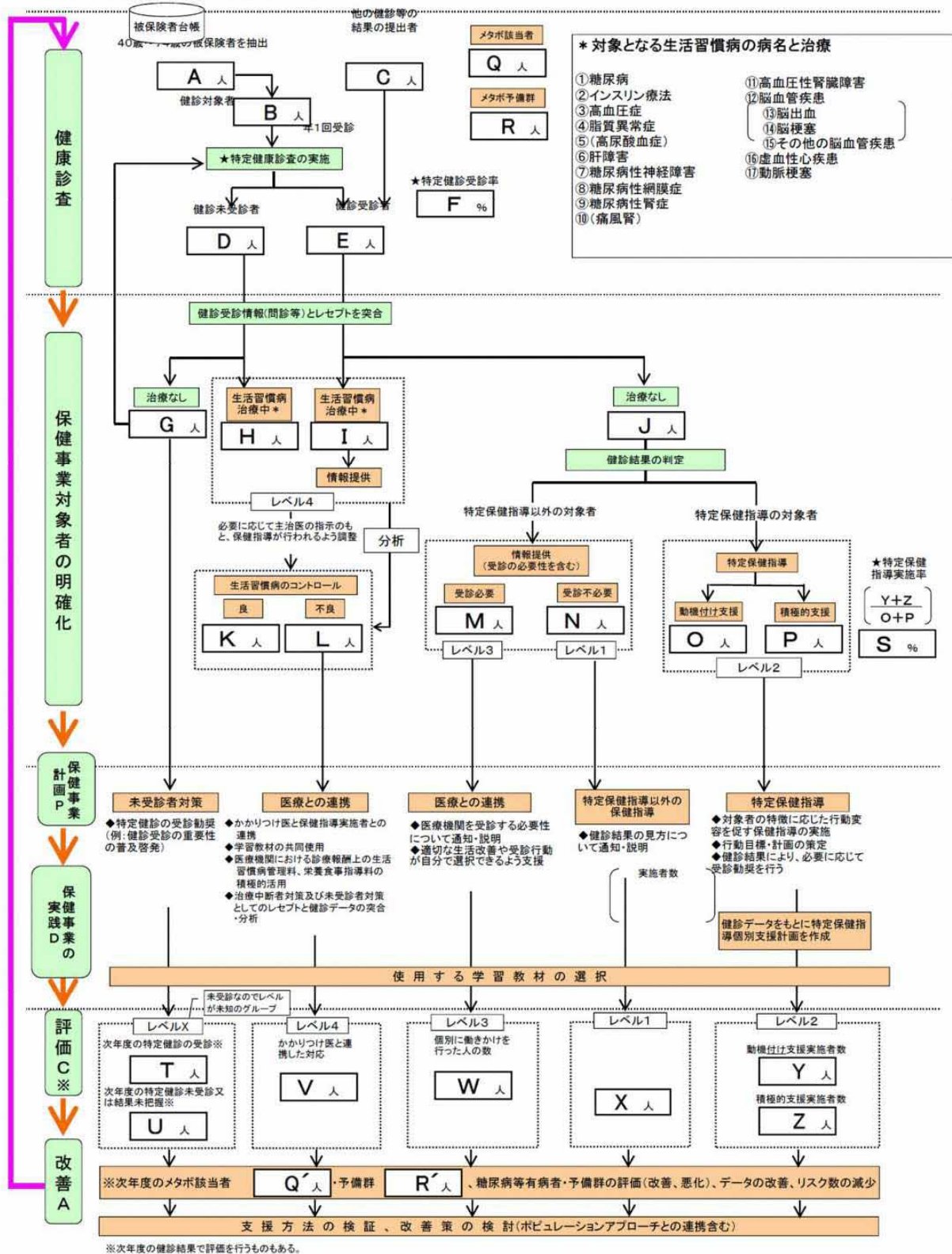
(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

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

様式5-5



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	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	186人 (13.0%)	63%
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	250人 (17.5%)	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)	1431人 ※受診率目標達成まであと61人	59%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	242人 (16.9%)	100%
5	I	情報提供	◆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	770人 (53.8%)	100%

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎人間ドック型検診 ◎情報提供事業実施(みなし健診)	◎人間ドック型検診保健指導開始	◎特定健診受診勧奨
5月	◎集団健診実施	◎保健指導(もれ)の開始	◎集団健診 後期高齢者健診・がん検診開始
6月		◎集団健診対象者の抽出	
7月		◎集団健診保健指導の開始	◎施設婦人科検診
8月	◎個別対象者の抽出及び受診券の送付		◎若っかもん健診
9月	◎個別特定健診実施	◎利用券の登録 ◎個別特定健診保健指導	◎特定健診(個別)受診勧奨
10月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
11月			◎翌年の健診(検診)申込開始
12月	◎健診の終了(情報提供事業のみ通年)		
1月			◎健診(検診)申込確認通知
2月			
3月			

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律およびあさぎり町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、あさぎり町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては脳血管疾患、慢性腎臓病、虚血性心疾患における共通のリスクとなるメタボリックシンドローム、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の減少を目指すために、特定健診におけるBMI、血圧、脂質、血糖の検査結果を改善していきます。そのためには、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る必要があります。

ハイリスクアプローチである重症化予防の取り組みとしては、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、脳血管疾患重症化予防、慢性腎臓病重症化予防・虚血性心疾患重症化予防等の取組を行います。具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への受診勧奨を行いながら生活習慣の改善につながるよう保健指導を行い、治療中の方には医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により、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、広く住民へ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。

また、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。

2. 発症予防

生活習慣病の重症化が介護予防や健康寿命の延伸と深く関わることから、生活習慣病の発症予防は大変重要です。生活習慣は小児期から確立することを考えれば、小児からの生活習慣病対策（食習慣・運動習慣の確立）が重要であり、特に小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

当町においては、健康増進法のもと「あさぎり健康21計画」を策定し、町民の健康増進に取り組んでいます。妊娠期から乳幼児期、成人期の健診等のデータを保有しており、データヘルス計画の対象者は被保険者全員であることから、ライフコースの視点で妊娠期からの保健事業についても、生活習慣病予防の視点を加え実施していく必要があると考えます。母子手帳交付や乳幼児健診等の母子保健事業の中でも、生活習慣に関連する保健指導を行い、望ましい生活習慣の定着にむけて取り組んでいくことが必要です。

あさぎり町国保における生活習慣病の医療機関受診者は、40～64歳で被保険者の35.3%となっています。40代ですでに臓器障害を起こしている方もおり、より若い世代からの健康管理が大切なことから、20歳から39歳を対象として若つかもん健診を実施しています。

当町は、国保部局と保健衛生部局が健康推進課にあり、妊産婦及び乳幼児期、成人期、老年期まですべての住民にかかわっていることから、町の健康課題や目標を踏まえた事業を展開し、若いうちから自身の身体の状態を確認することが習慣化できるような取り組みの推進に努めていきます。

3. 重症化予防の取組

当町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢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 1,492 人(57.1%)のうち 561 人(37.6%)です。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 181 人(25.4%)で、そのうち、特定保健指導対象者が 104 人と、治療なし者の半数以上にあたります。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 50.8%にあたる 92 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 51)

図表 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-								令和04年度														
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)	1,492人 57.1%												
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド 2018 (日本腎臓病学会)													
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心原性 脳塞栓症 (27.7%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※脳卒中 データリンク 2015より</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">安静 狭心症</div> </div>							■各疾患の治療状況											
	治療中		治療なし						<table border="1" style="font-size: x-small;"> <tr><td>高血圧</td><td>618</td><td>874</td></tr> <tr><td>脂質異常症</td><td>361</td><td>1,131</td></tr> <tr><td>糖尿病</td><td>164</td><td>1,328</td></tr> <tr><td>3疾患 いずれも</td><td>780</td><td>712</td></tr> </table> <p style="font-size: x-small;">※問診結果による</p>		高血圧	618	874	脂質異常症	361	1,131	糖尿病	164	1,328	3疾患 いずれも	780	712
高血圧	618	874																				
脂質異常症	361	1,131																				
糖尿病	164	1,328																				
3疾患 いずれも	780	712																				
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	重症化予防対象者 (実人数)														
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2018 (日本腎臓病学会)															
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者															
該当者数	101 6.8%	11 0.7%	49 3.3%	55 3.7%	352 23.6%	130 8.7%	133 8.9%	561 37.6%														
治療なし	61 7.0%	2 0.3%	43 3.8%	44 3.9%	70 9.8%	64 4.8%	41 5.8%	181 25.4%														
(再掲) 特定保健指導	30 29.7%	0 0.0%	12 24.5%	16 29.1%	70 19.9%	15 11.5%	15 11.3%	104 18.5%														
治療中	40 6.5%	9 1.2%	6 1.7%	11 3.0%	282 36.2%	66 40.2%	92 11.8%	380 48.7%														
臓器障害 あり	35 57.4%	2 100.0%	16 37.2%	14 31.8%	34 48.6%	28 43.8%	41 100.0%	92 50.8%														
CKD(専門医対象者)	6	0	3	4	8	6	41	24														
心電図所見あり	33	2	14	13	29	26	14	77														
臓器障害 なし	26 42.6%	--	27 62.8%	30 68.2%	36 51.4%	36 56.3%	--	--														

出典：ヘルサポートラボツール

1) 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。

メタボリックシンドロームについての基本的な考え方は、「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）を参考にします。

(2) 肥満・メタボリックシンドロームの状況

① 肥満・メタボリックシンドロームの実態

本町の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、H30とR4で比較すると5.9%増加しており、特に40～64歳の若い世代で肥満が進んでいる状況がみえます。（図表39）

また、メタボリック該当者及び予備群の割合は、図表の21のとおり、H30年度と比較してR4年度は6.5%増えており、先の分析結果から該当者の割合が増えていることが分かります。

男女ともに年齢が高くなるにつれメタボリック該当者割合が増えており、男女ともに、3項目すべてもしくは血圧＋脂質異常の組み合わせが多くなっています。（図表52）

図表53をみると、60代以上のメタボリック該当者の8割以上の方は、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です。

図表52 年代別メタボリック該当者の状況（R4）

		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	697	74	99	256	268	795	55	98	310	332	
メタボ該当者	B	234	18	27	76	113	118	5	10	43	60	
	B/A	33.6%	24.3%	27.3%	29.7%	42.2%	14.8%	9.1%	10.2%	13.9%	18.1%	
再掲	① 3項目全て	C	64	1	6	22	35	38	1	2	11	24
		C/B	27.4%	5.6%	22.2%	28.9%	31.0%	32.2%	20.0%	20.0%	25.6%	40.0%
	② 血糖＋血圧	D	41	4	1	16	20	18	0	0	9	9
		D/B	17.5%	22.2%	3.7%	21.1%	17.7%	15.3%	0.0%	0.0%	20.9%	15.0%
	③ 血圧＋脂質	E	105	10	15	30	50	59	3	8	22	26
		E/B	44.9%	55.6%	55.6%	39.5%	44.2%	50.0%	60.0%	80.0%	51.2%	43.3%
	④ 血糖＋脂質	F	24	3	5	8	8	3	1	0	1	1
		F/B	10.3%	16.7%	18.5%	10.5%	7.1%	2.5%	20.0%	0.0%	2.3%	1.7%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 53 メタボリック該当者の治療状況 (R4)

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし	
				人数	割合	人数	割合					人数	割合	
総数	697	234	33.6%	181	77.4%	53	22.6%	795	118	14.8%	101	85.6%	17	14.4%
40代	74	18	24.3%	6	33.3%	12	66.7%	55	5	9.1%	3	60.0%	2	40.0%
50代	99	27	27.3%	14	51.9%	13	48.1%	98	10	10.2%	7	70.0%	3	30.0%
60代	256	76	29.7%	64	84.2%	12	15.8%	310	43	13.9%	37	86.0%	6	14.0%
70～74歳	268	113	42.2%	97	85.8%	16	14.2%	332	60	18.1%	54	90.0%	6	10.0%

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

保健指導対象者については、図表 53 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や疾患が多いことを踏まえ、男性を優先の対象者とするものとします。

(3) 対象者の明確化

メタボリック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 53) は、男女とも約 8 割が治療中となっていますが、メタボリック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。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 保健指導対象者の選定基準

- i メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診勧奨を行います。
- ii 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・運動指導) を行います。
- iii 特定保健指導対象者の保健指導については、第3章 特定健康診査等実施計画のとおり実施します。

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 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定

5 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 二次検査の実施

メタボリック該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、当町においても対象者の早期介入を目的とした二次検査の実施については、対象者の状況に応じて実施していきます。

動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

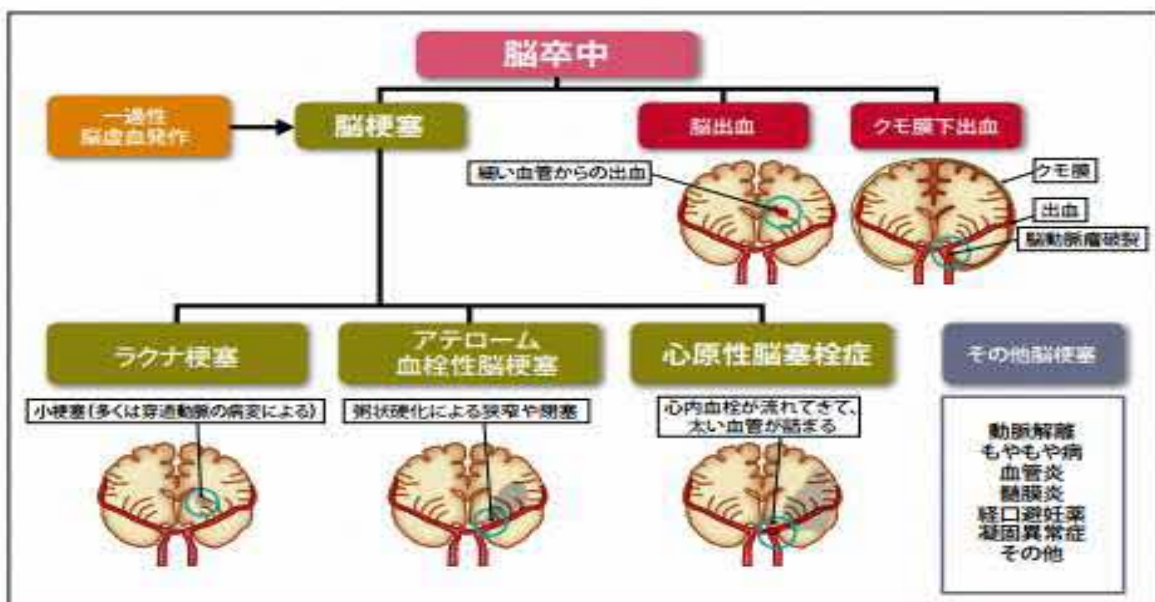
- i 頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ii 微量アルブミン尿検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- iii 尿蛋白定量検査

2) 脳血管疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 54、55)

図表 54 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 55 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) 脳血管疾患における町の実態と対象者の明確化

① 脳血管疾患発症の実態

本町の脳血管疾患の種類をみると、図表 56 のとおり、国保、後期高齢者において脳梗塞の割合が最も多く、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 57 でみると、国保・後期・介護認定者すべてにおいて、ラクナ梗塞の割合が 45%以上と非常に高く、市町村平均の割合と比較すると約 20%高い状況でした。また、アテローム血栓性脳梗塞の割合も市町村平均よりも高くなっていました。

国保・後期高齢者においては、心原性脳梗塞の割合は市町村平均を下回っていますが、介護認定者においては、同程度の割合となっています。

これらの結果から、本町においては特にラクナ梗塞に課題があると考えられます。(図表 57)

図表 56 脳血管疾患の種類 (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	2,513	0.62%	639	0.16%	163	0.04%
あさぎり町	3,830	43	1.12%	10	0.26%	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%
あさぎり町	2,970	90	3.03%	14	0.47%	0	0.00%

図表 57 脳梗塞の種類 (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梗塞		心原性脳梗塞	
	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%
あさぎり町	3,830	43	1.12%	22	51.2%	8	18.6%	2	4.7%

後期高齢者	脳梗塞人数			ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳梗塞		心原性脳梗塞	
	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	3.12%	2,407	27.1%	1,103	12.4%	1,502	16.9%
あさぎり町	2,970	90	3.03%	41	45.6%	16	17.8%	12	13.3%

介護認定者	脳梗塞人数			ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳梗塞		心原性脳梗塞	
	介護認定者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	108,069	21,139	19.56%	5,524	26.1%	2,227	10.5%	2,543	12.0%
あさぎり町	891	181	20.31%	83	45.9%	31	17.1%	21	11.6%

② 重症化予防対象者の抽出

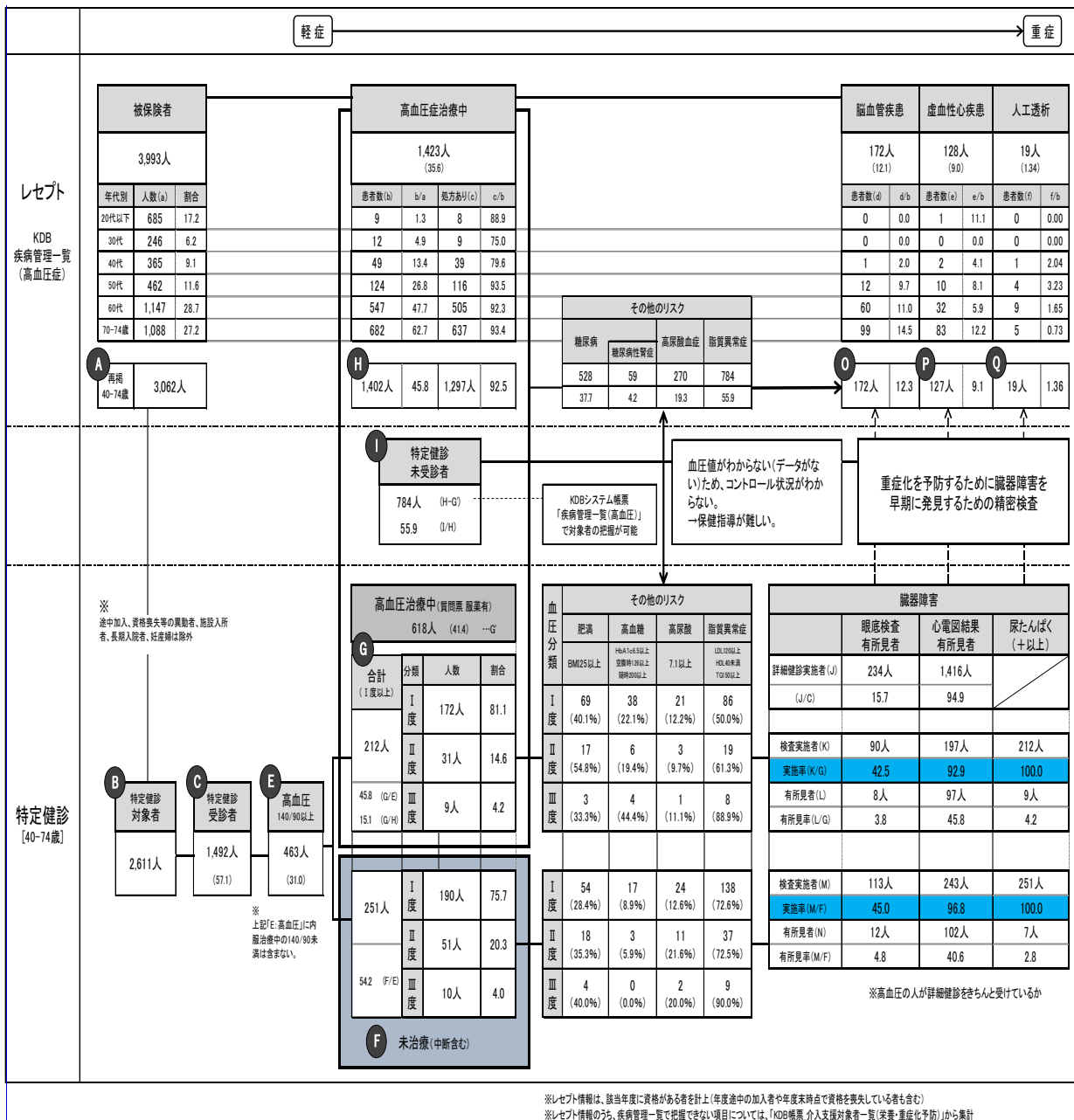
脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 58 でみると、高血圧治療者 1,402 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 172 人(12.3%)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 101 人(6.8%)であり、そのうち 61 人は未治療者です。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、高血圧治療中の人のうちⅡ度高血圧以上が 40 人(18.9%)いました。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。そのため、重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)を 234 人(15.7%)に実施しており、有所見者は 20 人(8.6%)でした。

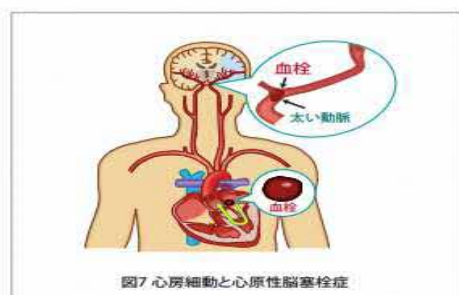
図表 58 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



出典：ヘルスサポートラボツール

③ 心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症は、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 59 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	697	795	666	95.6%	750	94.3%	8	1.2%	3	0.4%	--	--
40代	74	55	74	100.0%	53	96.4%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	99	98	94	94.9%	97	99.0%	0	0.0%	1	1.0%	0.8%	0.1%
60代	256	310	249	97.3%	289	93.2%	2	0.8%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	268	332	249	92.9%	311	93.7%	6	2.4%	2	0.6%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 59 で、令和 4 年度特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみたとところ、心電図検査において 11 人が心房細動の所見があり、有所見率は年齢が高くなるにつれ増加しています。

心房細動有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。

すでに本町では、ほぼ全ての健診受診者に心電図検査を実施していますが、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、前の章で示した図表 30 のとおり、リスクの高い対象者に保健指導を実施していきます。

(3) 保健指導の実施

① 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

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

③ 二次検査の実施

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

i 頸動脈エコー検査

④ 対象者の管理

i 高血圧者の管理

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

ii 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受診勧奨を確実にし、その後の受診確認を実施していきます。

3) 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者に対して、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) 人工透析に係る町の実態と対象者の明確化

① 人工透析患者の実態

図表 60 人工透析患者の実態

	H30			R2			R4		
	被保険者	透析患者数・割合	透析患者人	被保険者	透析患者数・割合	透析患者人	被保険者	透析患者数・割合	透析患者人
市町村計	451,989	2,455	0.54%	423,336	2,361	0.56%	402,744	2,232	0.55%
あさぎり町国保	4,315	28	0.65%	4,105	27	0.66%	3,830	24	0.63%
市町村計	279,004	3,592	1.29%	282,718	3,587	1.27%	284,602	3,675	1.29%
あさぎり町後期	3,060	25	0.82%	3,004	26	0.87%	2,970	19	0.64%

図表 61 新規人工透析の実態

	H30				R2				R4				
	新規透析患者数		糖尿病性腎症(内訳)		新規透析患者数		糖尿病性腎症(内訳)		新規透析患者数		糖尿病性腎症(内訳)		
国保	市町村計	189	0.04%	104	0.02%	195	0.05%	97	0.02%	152	0.04%	90	0.02%
	あさぎり町	1	0.02%	0	0.00%	2	0.05%	1	0.02%	0	0.00%	0	0.00%
後期	市町村計	257	0.09%	87	0.03%	249	0.09%	86	0.03%	226	0.08%	81	0.03%
	あさぎり町	2	0.07%	1	0.03%	1	0.03%	1	0.03%	1	0.03%	1	0.03%

本町における人工透析の実態をみると、国保の透析者割合は市町村平均より高く、後期高齢者になると市町村平均を下回っています。(図表 60)

また、新規透析者の状況をみると、過去の健診履歴が無い人が多く見られたため、特定健診受診率向上も併せて行っていく必要があります。また、引き続き本町においても、熊本県版プログラムに基づいて、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。(図表 61)

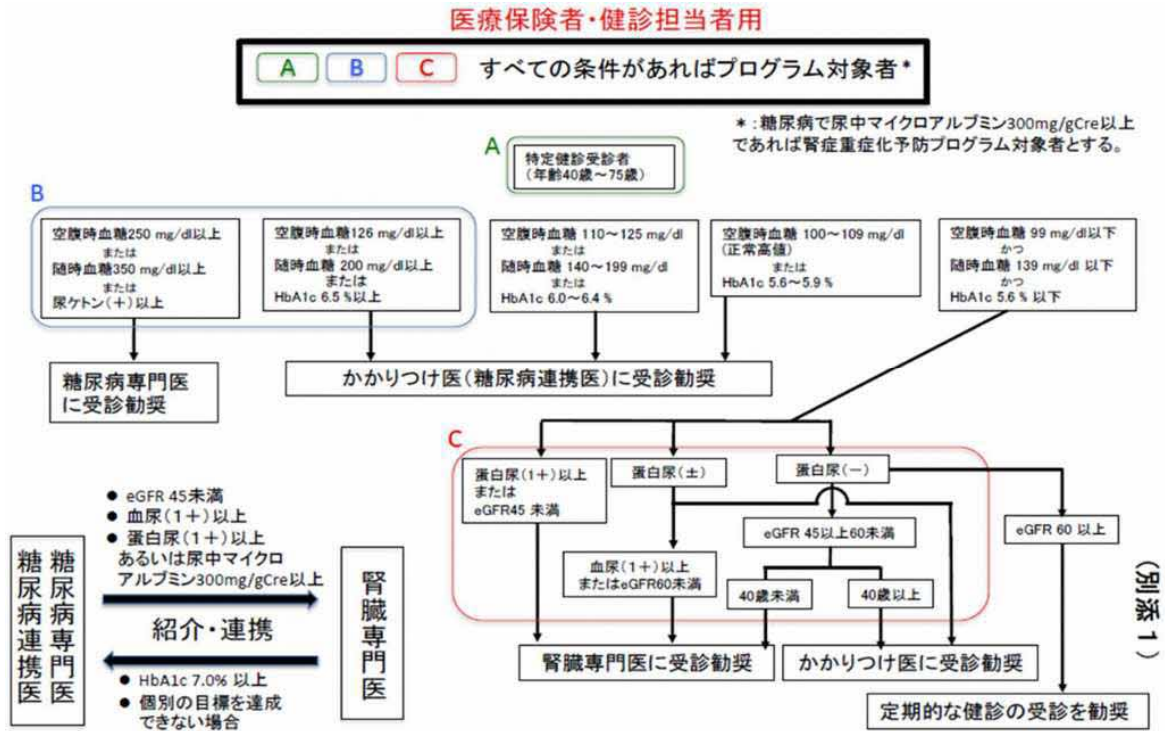
② 対象者選定基準の考え方

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)。

- i 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)
- ii 糖尿病治療中断者(最終の受診日から6ヶ月以上経過している者)
- iii 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 62 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

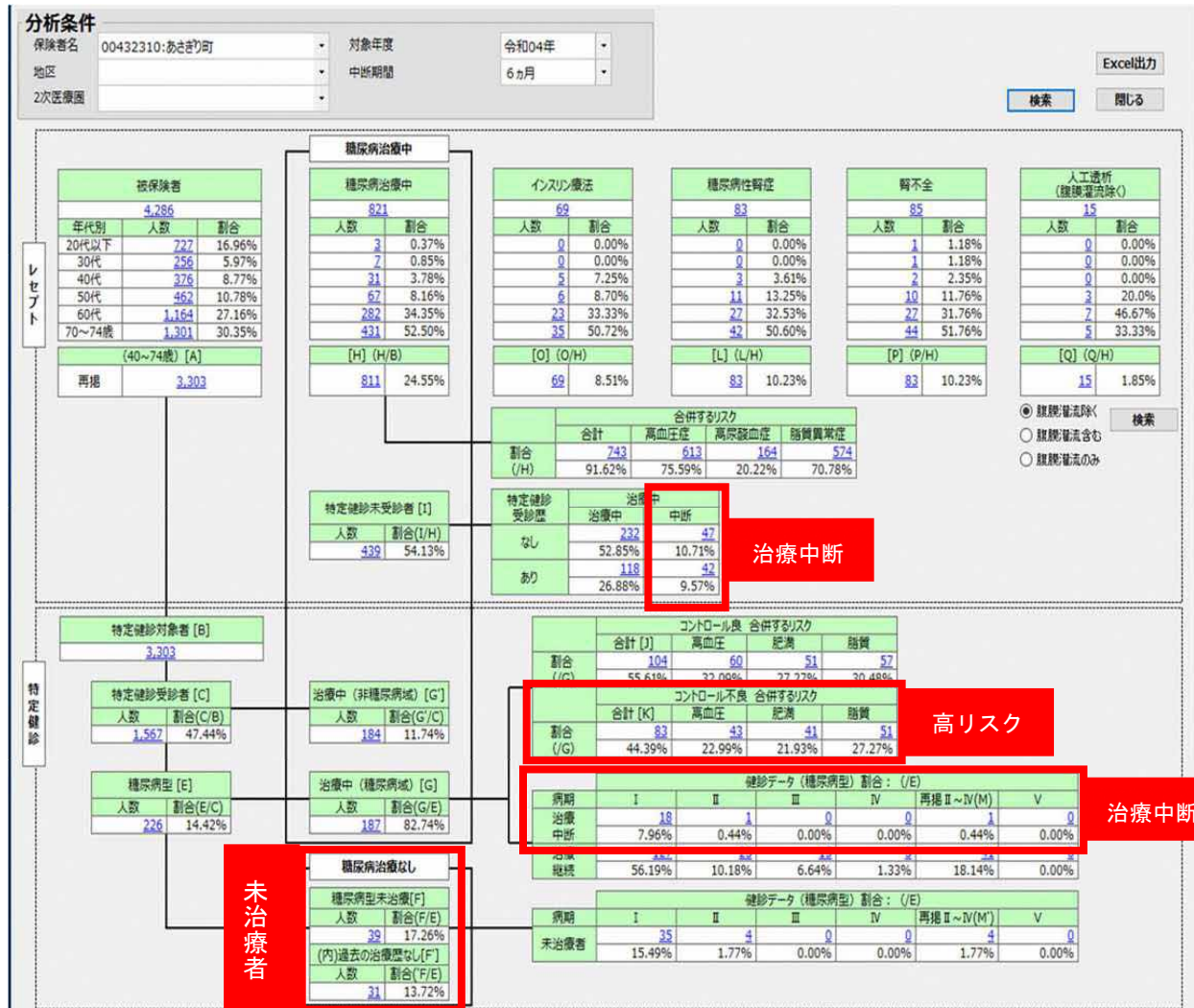


③ 選定基準に基づく該当者の把握

i 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 63 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

ii 優先順位と介入方法

優先順位 1 健診を受診した者のうち医療機関未治療者(早期に積極的に受診勧奨が必要な者)
 (図表 63 F)・・・39人

【介入方法】 ・訪問による受診勧奨を実施

優先順位 2 糖尿病治療中断者(最終の受診日から6ヶ月以上経過している者)

- ・(図表 63 治療中断者) 健診受診者・・・・・・42人
- ・(図表 63 治療中断者) 健診未受診者・・・47人

【介入方法】

- ・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げる。
- ・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う。
- ・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する。

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 63 K) ・ ・ ・ 83 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)

【介入方法】

- ・ 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る。
- ・ 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う。
- ・ 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する。

(3) 保健指導の実施

① 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準、概数試算、介入方法、実施方法の決定

5 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)

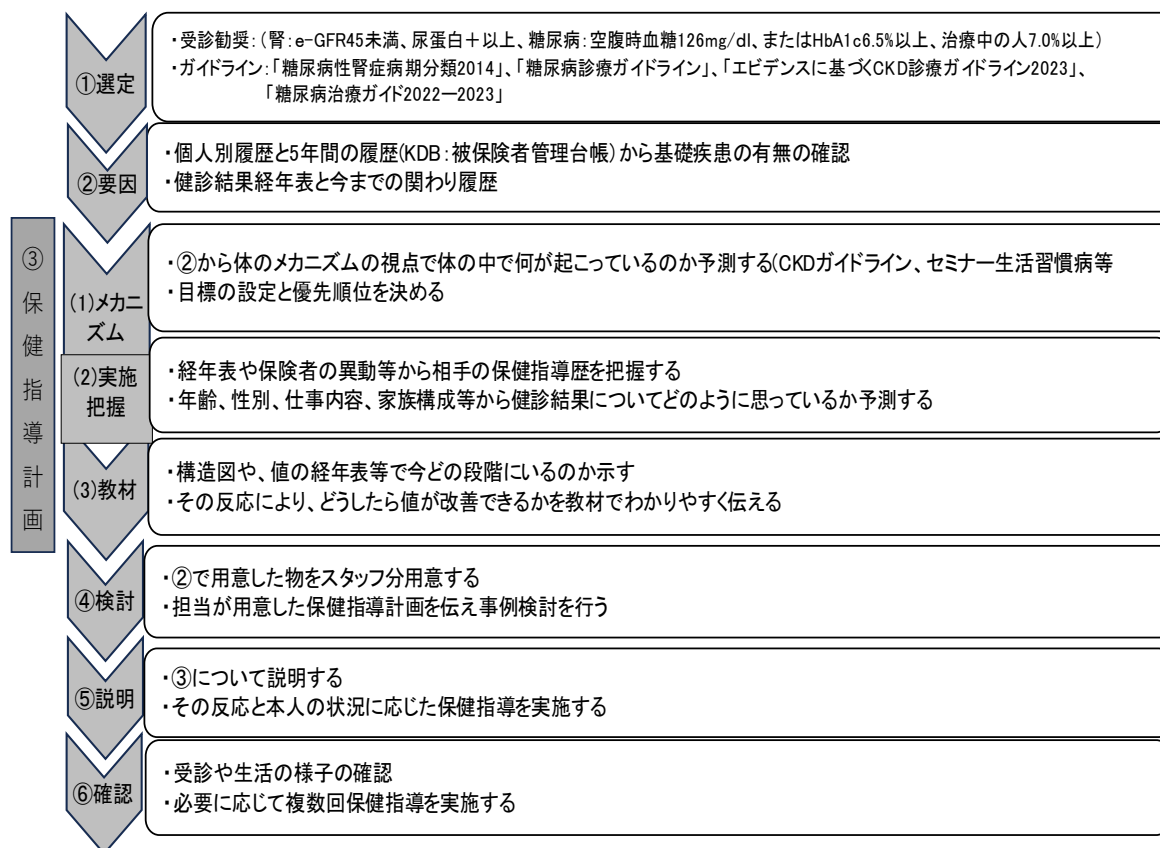
② 糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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。あさぎり町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を行います。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保健指導を行います。

③ 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、2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を行います。

図表 64 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、重症化予防連絡票等を使用します。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、重症化予防連絡票等を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては熊本県版プログラムに準じていきます。

(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 65 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 65 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	あさぎり町										データ元		
		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			
1 ① 被保険者数	A	4,264人		4,138人		3,998人		3,885人		3,744人		KDB 厚生労働省様式様式3-2		
② (再掲)40-74歳		3,311人		3,227人		3,150人		3,088人		2,965人				
2 ① 特定健診 対象者数	B	2,969人		2,886人		2,865人		2,723人		2,567人		市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書		
② 受診者数	C	1,753人		1,724人		1,638人		1,646人		1,492人				
③ 受診率		57.8%		58.0%		55.4%		58.3%		56.5%				
3 ① 特定保健指導 対象者数		199人		195人		174人		202人		190人		特定健診結果		
② 実施率		54.3%		57.4%		43.7%		39.1%		62.1%				
4 ① 健診データ 糖尿病型	E	236人	13.5%	250人	14.5%	253人	15.4%	249人	15.1%	247人	16.6%	特定健診結果		
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	78人	33.1%	82人	32.8%	78人	30.8%	73人	29.3%	83人		33.6%	
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	158人	66.9%	168人	67.2%	175人	69.2%	176人	70.7%	164人		66.4%	
	④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	80人	50.6%	76人	45.2%	81人	46.3%	76人	43.2%	89人		54.3%	
	⑤ 血圧 130/80以上		44人	55.0%	40人	52.6%	43人	53.1%	35人	46.1%	47人		52.8%	
	⑥ 肥満 BMI25以上		43人	53.8%	41人	53.9%	43人	53.1%	39人	51.3%	46人		51.7%	
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	78人	49.4%	92人	54.8%	94人	53.7%	100人	56.8%	75人		45.7%	
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	178人	75.4%	200人	80.0%	207人	81.8%	208人	83.5%	198人		80.2%	
	⑨ 第2期 尿蛋白(+)		41人	17.4%	33人	13.2%	20人	7.9%	19人	7.6%	28人		11.3%	
	⑩ 第3期 尿蛋白(++)以上		16人	6.8%	16人	6.4%	21人	8.3%	19人	7.6%	17人		6.9%	
	⑪ 第4期 eGFR30未満		1人	0.4%	1人	0.4%	5人	2.0%	3人	1.2%	4人		1.6%	
5 ① レセプト 糖尿病受療率(被保険者千対)		139.8人		140.6人		142.3人		151.9人		155.7人		KDB 厚生労働省様式様式3-2		
	② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		177.6人		177.6人		179.4人		188.8人		195.3人			
	③ レセプト件数(40-74歳)		3,102件 (966.4)		3,074件 (980.5)		3,033件 (983.1)		3,275件 (1111.3)		3,055件 (1082.2)		KDB 疾病別医療費分析(生活習慣病)	
	④ (1)内は被保険者千対 入院外(件数)		27件 (8.4)		19件 (6.1)		13件 (4.2)		11件 (3.7)		17件 (6.0)			
	⑤ 糖尿病治療中	H	596人	14.0%	582人	14.1%	569人	14.2%	590人	15.2%	583人	15.6%	KDB 厚生労働省様式様式3-2	
	⑥ (再掲)40-74歳		588人	17.8%	573人	17.8%	565人	17.9%	583人	18.9%	579人	19.5%		
	⑦ 健診未受診者	I	430人	73.1%	415人	72.4%	390人	69.0%	407人	69.8%	415人	71.7%		
	⑧ インスリン治療	O	41人	6.9%	53人	9.1%	47人	8.3%	48人	8.1%	42人	7.2%		
	⑨ (再掲)40-74歳		41人	7.0%	52人	9.1%	46人	8.1%	48人	8.2%	42人	7.3%		
	⑩ 糖尿病性腎症	L	34人	5.7%	35人	6.0%	33人	5.8%	34人	5.8%	46人	7.9%		
	⑪ (再掲)40-74歳		34人	5.8%	35人	6.1%	33人	5.8%	34人	5.8%	46人	7.9%		
	⑫ 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		11人	1.8%	14人	2.4%	16人	2.8%	13人	2.2%	13人	2.2%		
	⑬ (再掲)40-74歳		11人	1.9%	14人	2.4%	16人	2.8%	13人	2.2%	13人	2.2%		
	⑭ 新規透析患者数		1	0.02	1	0.02	2	0.05	2	0.05	0	0		
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0	0	0	0	1	50	0	0	0	0		
	⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		13人	1.8%	15人	2.1%	11人	1.6%	10人	1.5%	6人	0.8%		
6 ① 医療費 総医療費		15億5721万円		15億2583万円		14億6499万円		15億1137万円		15億4095万円		KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
	② 生活習慣病総医療費		8億3033万円		7億9974万円		8億3367万円		8億2759万円		7億7546万円			
	③ (総医療費に占める割合)		53.3%		52.4%		56.9%		54.8%		50.3%			
	④ 生活習慣病対象者一人あたり 健診受診者		13,881円		11,160円		9,665円		10,738円		13,970円			
	⑤ 健診未受診者		23,235円		23,780円		30,432円		31,225円		27,092円			
	⑥ 糖尿病医療費		8886万円		8850万円		8398万円		9246万円		8725万円			
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.7%		11.1%		10.1%		11.2%		11.3%			
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		2億6217万円		2億7876万円		2億9598万円		3億0833万円		2億6923万円			
	⑨ 1件あたり		33,925円		35,729円		39,702円		40,043円		37,502円			
	⑩ 糖尿病入院総医療費		1億8870万円		1億6329万円		1億8990万円		1億7188万円		2億2183万円			
	⑪ 1件あたり		659,775円		570,947円		587,934円		576,775円		660,221円			
	⑫ 在院日数		21日		20日		19日		20日		20日			
	⑬ 慢性腎不全医療費		8986万円		9614万円		9364万円		9109万円		6993万円			
	⑭ 透析有り		8540万円		8750万円		8734万円		8612万円		6792万円			
	⑮ 透析なし		446万円		864万円		630万円		497万円		201万円			
7 ① 介護 介護給付費		17億9566万円		17億4607万円		17億5205万円		17億1066万円		16億7270万円		KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
	② (2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%	0件 0.0%		0件 0.0%		1件 25.0%		2件 25.0%				
8 ① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		3人 1.3%		2人 0.9%		3人 1.3%		1人 0.4%		2人 0.9%				

4) 虚血性心疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

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

(2) 対象者の明確化

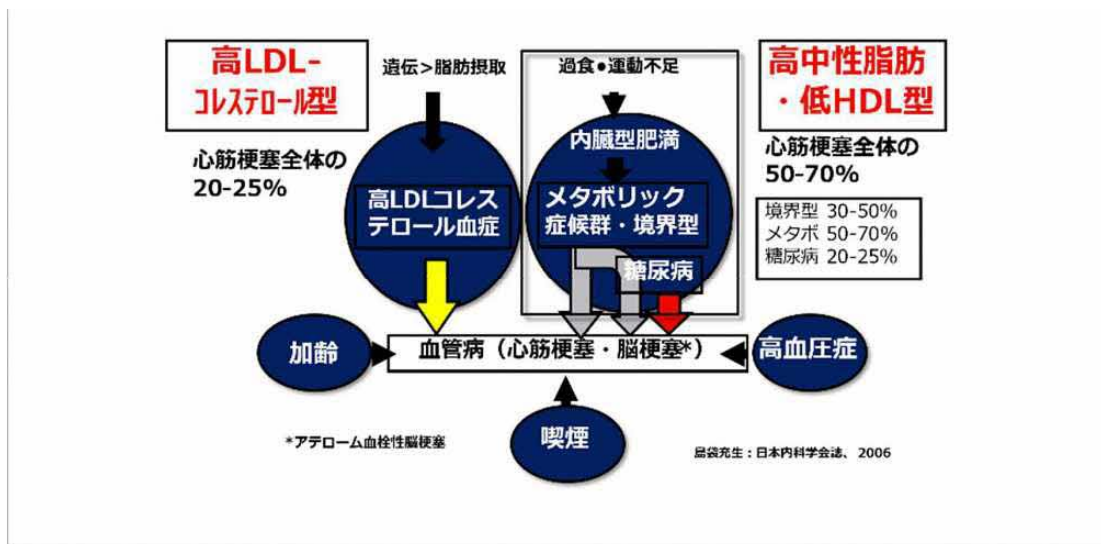
① 本町の実態

第2章での分析結果のとおり、虚血性心疾患で高額になったレセプトは、件数・費用額ともに平成30年度に比べ令和4年度は減少していました。また、虚血性心疾患の受療率としては市町村平均よりも低くなっています。しかしながら、虚血性心疾患の保有率は、40～64歳の若い世代で高く、また1件当たりの費用額も高額になることから、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66)。

図表 66 心血管病をおこしやすいひと



(3) 重症化予防対象者の抽出

① 高 LDL 者

心筋梗塞全体の20～25%を占める高LDLコレステロール者については、これまでLDL180以上の未治療者へ受診勧奨を実施してきましたが、なかなか治療に繋がらない状況にあります。

第3期においては、高リスク者にあたる者について優先的に関わり、確実な医療機関受診や服薬による管理に繋がるよう、効果的な保健指導の実施を目指します。

図表 67 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

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
721				362	237	87	35	15	23	54	30
				50.2%	32.9%	12.1%	4.9%	12.3%	18.9%	44.3%	24.6%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	105	54	34	11	6	7	10	0	0
			14.6%	14.9%	14.3%	12.6%	17.1%	46.7%	43.5%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	314	157	99	41	17	4	7	39	8
			43.6%	43.4%	41.8%	47.1%	48.6%	26.7%	30.4%	72.2%	26.7%
	高リスク	120未満 (150未満)	283	137	102	32	12	4	6	14	20
		39.3%	37.8%	43.0%	36.8%	34.3%	26.7%	26.1%	25.9%	66.7%	
	再掲	100未満 (130未満) ※1	10	6	2	1	1	1	1	0	0
			1.4%	1.7%	0.8%	1.1%	2.9%	6.7%	4.3%	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)	19	14	2	3	0	0	0	1	2
			2.6%	3.9%	0.8%	3.4%	0.0%	0.0%	0.0%	1.9%	6.7%

※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。

②メタボタイプ

第4章 「 1)メタボリックシンドローム重症化予防 」 を参照

③心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患予防においても重要な検査の1つです。心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は適切な受診勧奨や保健指導を実施します。

あさぎり町においては、心電図検査を1,492人(94.9%)に実施し、そのうち有所見者が584人(39.1%)でした。有所見率は男性が高く、心肥大や不整脈の割合が高い状況でした。(図表 68)。

これまででは、心電図検査結果からの対象者としては心房細動の有所見者のみとしていましたが、それ以外にも必要な方への受診勧奨や保健指導を実施します。

図表 68 心電図検査結果 (R4 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	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		輪偏位		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	
40~74歳	1,492	94.9	584	39.1	8	1.4	23	3.9	28	4.8	37	6.3	8	1.4	73	12.5	11	1.9	59	10.1	
内訳	男性	697	95.6	304	43.6	5	1.6	15	4.9	14	4.6	24	7.9	7	2.3	45	14.8	8	2.6	28	9.2
	女性	795	94.3	280	35.2	3	1.1	8	2.9	14	5.0	13	4.6	1	0.4	28	10.0	3	1.1	31	11.1

あさぎり町調べ

(3) 保健指導の実施

① 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準、概数試算、介入方法、実施方法の決定

5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

治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合、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には受診勧奨を行います。

治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

(4) 医療との連携

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、健診結果経年表や糖尿病連携手帳、血圧記録手帳等の連携ツールを活用し、対象者本人を介して医療機関と連携します。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。

(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。

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。

4. 医薬品の適正使用推進

1) 後発医薬品利用促進

ジェネリック医薬品(後発医薬品)は、一般的に先進医薬品と同等の効果が期待されるものでも先進医薬品と比べて薬価が低いいため、広く普及させることで被保険者負担軽減を図ることができません。関係団体等と連携しながら、普及促進に努めます。

2) 重複・多剤使用に係る取り組みの実施

重複・多剤服用は、被保険者の健康被害につながることもあることから、ポリファーマシーの対策と併せて、服薬の適正化については薬剤師等と連携しながら服薬指導を推進します。

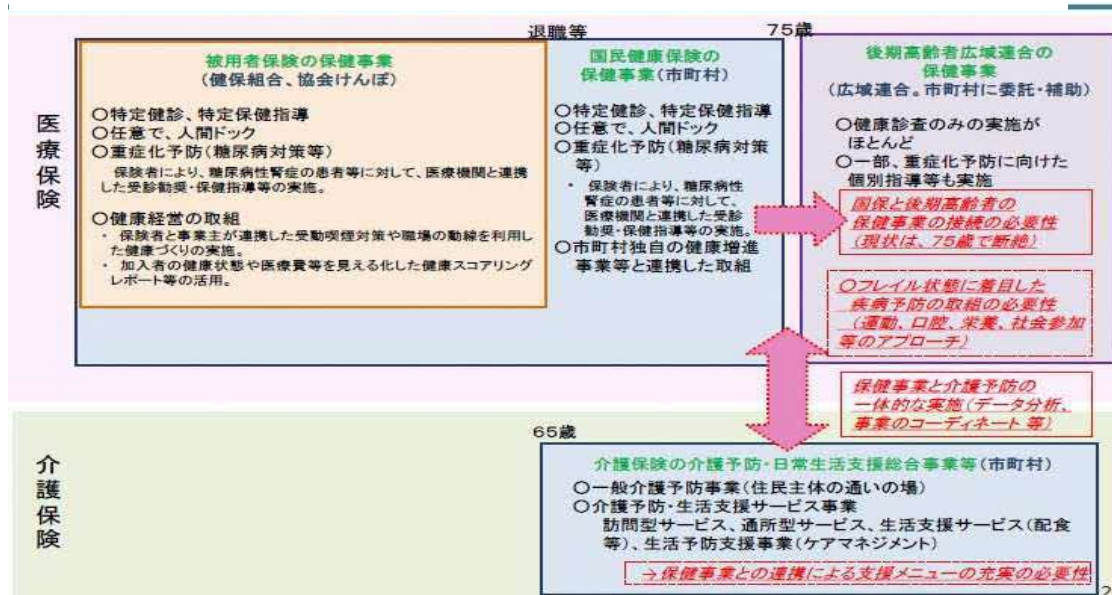
5. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

医療保険制度の中では国保の被保険者は75歳に到達すると後期高齢者医療へ移行しますが、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、疾病の発症や重症化を予防するための保健事業を継続して実施していくことが必要です。(図表 69)

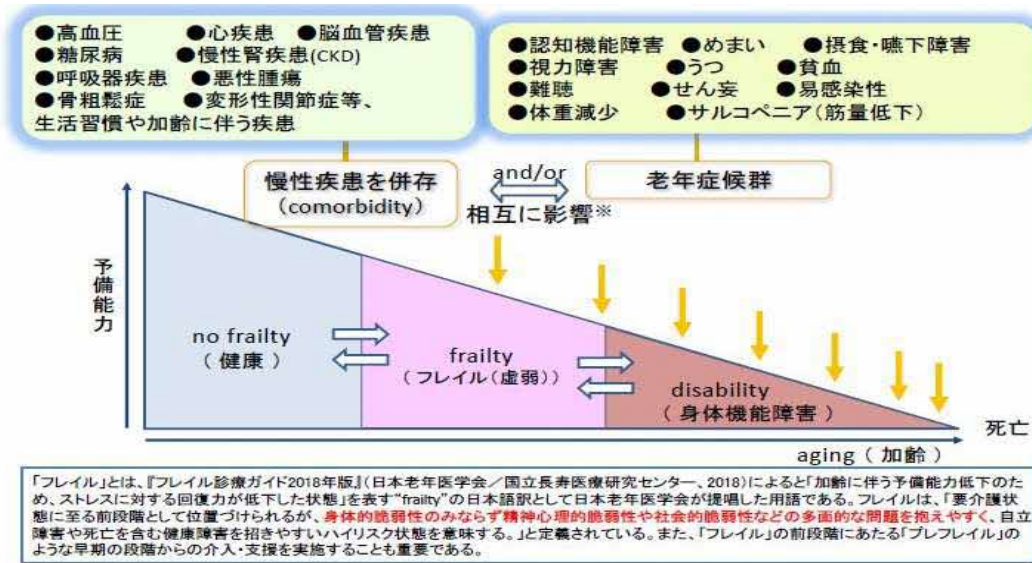
高齢者の特性(図表 70)を前提に、生活習慣病等の疾病・重症化を予防する取組みと、フレイル状態に着目した生活機能の低下を改善する取組みを一体的に実施するよう、後期高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を進めていきます。

図表 69 保健事業と介護予防の現状と課題(イメージ)



厚生労働省 HP より引用

図表 70 高齢者の健康状態の特性等



※ 現時点では、慢性疾患とフレイルの関わりについて継続的に検証されている段階にあることに留意が必要。

厚生労働省 HP より引用

2) 事業の実施

本町は、令和 2 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に取り組んでおり、熊本県後期高齢者医療連合が作成した「後期高齢者データヘルス計画」に基づき作成した「あさぎり町高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施方針」に沿って令和 6 年度以降も引き続き事業を行っていきます。

具体的には以下のような取り組みを行います。

① 企画・調整等を担当する保健師の配置

KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から、重症化予防や健診結果の個別指導など保健事業の対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行うとともに、通いの場等の介護予防事業への関与によりコーディネートや企画調整等を行います。

② 地域を担当する管理栄養士や歯科衛生士等の医療専門職の配置

(ハイリスクアプローチ)

医療・健診・介護データがない健康状態不明者に対して健診受診を促し、必要に応じて医療機関受診勧奨や介護・福祉サービスへの接続等の働きかけを行います。

また、後期高齢者健診受診を促し、健診結果から高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出するとともに、国保での重症化予防対象者が 75 歳を過ぎても支援が途切れないよう管理台帳等を継続して活用し、かかりつけ医とも連携しながら治療中断者への受診勧奨や高血圧や糖尿病等の重症化予防の保健指導を行います。併せて、質問票を活用して歯科口腔機能低下者や低栄養者などのリスク者に対し個別支援を行います。

高齢者の場合、特に多剤服用によりポリファーマシーなどにつながることもあるため、かかりつけ医療機関や薬局の薬剤師とも連携し、適正な服薬やポリファーマシー等についても周知や指導を行っていきます。

(ポピュレーションアプローチ)

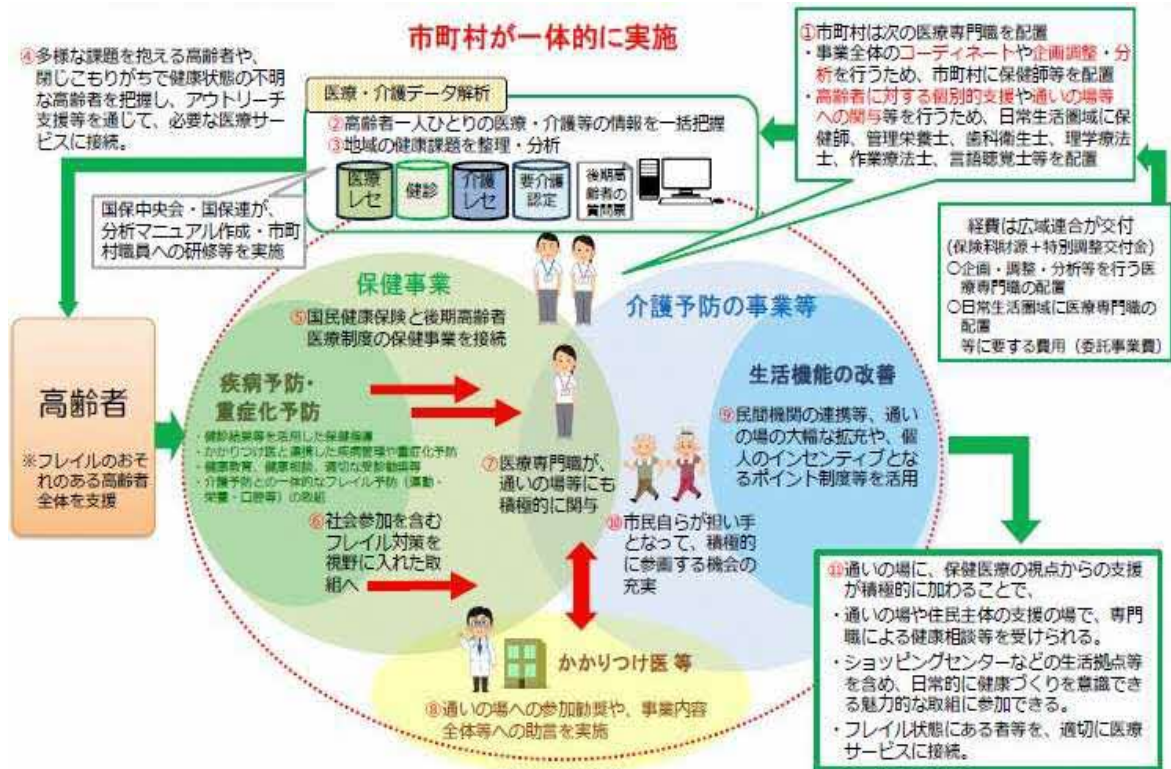
本町においては、高齢福祉課や社会福祉協議会が中心となり、町内の行政区ごとに実施している地域型サロンやいきいき百歳体操などの住民主体の地域活動を推進しています。これらの通いの場へ管理栄養士や歯科衛生士などの医療専門職が出向き、健康教育や健康相談を実施して健康づくりやフレイル予防を意識した生活を送るよう働きかけていきます。

また、フレイルや認知症の予防に取り組む意欲や必要性がある方には、町が開催する健幸運動教室や脳いきいき教室等への参加を促すとともに、フレイルや口腔機能低下、認知症を予防するために社会参加を促し、地域のつながりを持てるよう通いの場等の地域活動につないでいきます。

併せて、高齢者が日常の歩数を増やし自身の筋力や体脂肪などの状態を把握することで健康づくりの意識を高め、フレイル予防に取り組むよう定期的に体組成や体力の測定会を行います。

後期高齢者では約98%の方が医療機関を受診しており、特に高血圧治療中の方が多いことから、広く町民全体へ減塩や野菜摂取の推進に関する働きかけや、血圧測定、自己検脈などの習慣化についても併せて周知していきます。

図表 71 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施(実施イメージ図)



厚生労働省 HP より引用

6. ポピュレーションアプローチ

本町は、健診結果や医療レセプトから高血圧者が同規模町村や県、国と比較して多いことが分かっており、高血糖や糖尿病に関してもリスク者の割合が年々増加しています。これらを改善するためには、減塩や野菜摂取の増加などの食習慣の改善や、適性飲酒、体重の管理、運動習慣を増やす取り組みをすすめることなどが重要です。(図表 72)

あさぎり健康21計画との整合性を図り、生活習慣病の発症予防や地域の健康無関心層への効果的な働きかけ等に向け、様々な関係事業所等と連携しながら、町民全体を対象にしたポピュレーションアプローチに取り組めます。

図表 72 特定健診質問票からみた生活習慣(R4)

質問票項目	あさぎり町	熊本県	同規模町村	国	目標
喫煙者の割合	14.4%	13.6%	13.6%	13.8%	減少
1回30分以上の運動習慣なし者の割合	65.3%	61.6%	61.8%	60.4%	減少
1日1時間以上の運動習慣なし者の割合	53.7%	50.9%	47.3%	48.0%	減少
噛みにくい者の割合	28.1%	20.4%	22.1%	19.9%	減少
飲酒頻度が毎日の者の割合	31.8%	26.3%	25.2%	25.5%	減少
1日飲酒量:2~3合の割合	14.3%	7.1%	10.3%	9.4%	減少
1日飲酒量:3合以上の割合	9.3%	1.8%	2.7%	2.8%	減少

KDB 地域の全体像の把握

具体的には、令和2年度から町主催で開催している健幸運動教室を活用した運動習慣化の取り組みの活用や教育課等で開催しているスポーツ普及推進と併せて、健康無関心層の町民が健康づくりを意識し、参加できるよう歩数や体組成測定などの健康行動に対するインセンティブとしてデジタル健幸ポイントを付与し、歩数を増やす働きかけを行うことで、生活習慣病やフレイルを予防する取り組みを広く進めていきます。

その他にも、生活習慣病予防の取り組みとして、野菜摂取や減塩の促進、禁煙の推進、睡眠や心の健康に関する情報に加え、適正飲酒の重要性についての情報提供や講話、健康づくり月間として健康フェアの開催など町民が広く健康づくりに参加できるような取り組みを実施していきます。

また、広報や様々な取り組みの場で、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性等について広く町民へ周知します。

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和11年度においては、次期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む)・保健指導実施のための専門職の配置・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none">・保健指導等の手順は決まっているか・必要なデータは入手できているか。・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none">・特定健診受診率、特定保健指導率・計画した保健事業を実施したか・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、生活習慣病の有病者や要介護率の状況など)

具体的な評価方法としては、国保データベース(KDB)システムを使い、健診・医療・介護のデータや受診率・受療率等を保健指導に係る保健師・栄養士等が定期的に確認します。

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえることが重要であり、国指針において公表するものとされています。

具体的には、町のホームページや広報紙を通じて広く住民に周知を行います。また、町国保運営協議会への周知、町医療連携会議において町内医療機関等への周知等も行います。

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。

第7章 地域包括ケアに係る取り組み

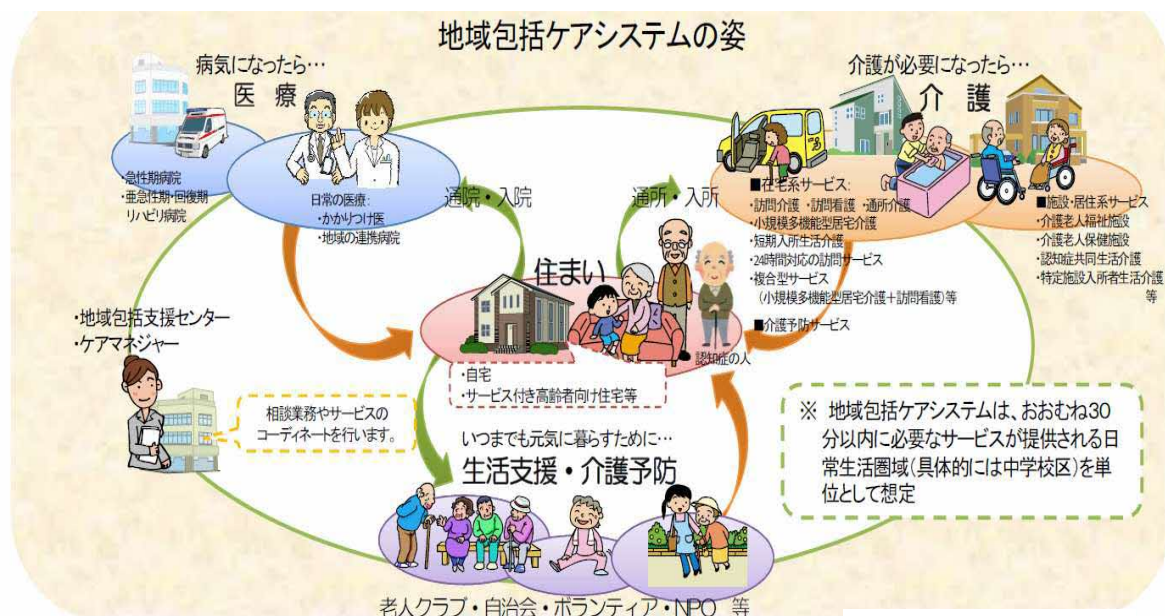
市町村国保においては、高齢者の被保険者が多く介護保険サービスを利用する被保険者が相対的に多いという保険者特性を踏まえ、地域包括ケアに係る取り組みも必要となります。

地域包括ケアとは、医療や介護が必要な状態になっても、可能な限り住み慣れた生活を続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援などが包括的に確保される考え方です。

当町においても、医療機関や地域にある資源を活用し、地域包括ケアを進めるための仕組みやネットワークのシステムである地域包括ケアシステムの構築をすすめています。

その一つとして、様々な職種・機関と連携しながら協議する機会として、地域包括支援センターが中心になり行っている地域ケア会議に保険者として参加し、疾病の発症・重症化予防に関する助言や地域資源などについて意見交換を行います。

図表 73 地域包括ケアシステムイメージ



参考資料

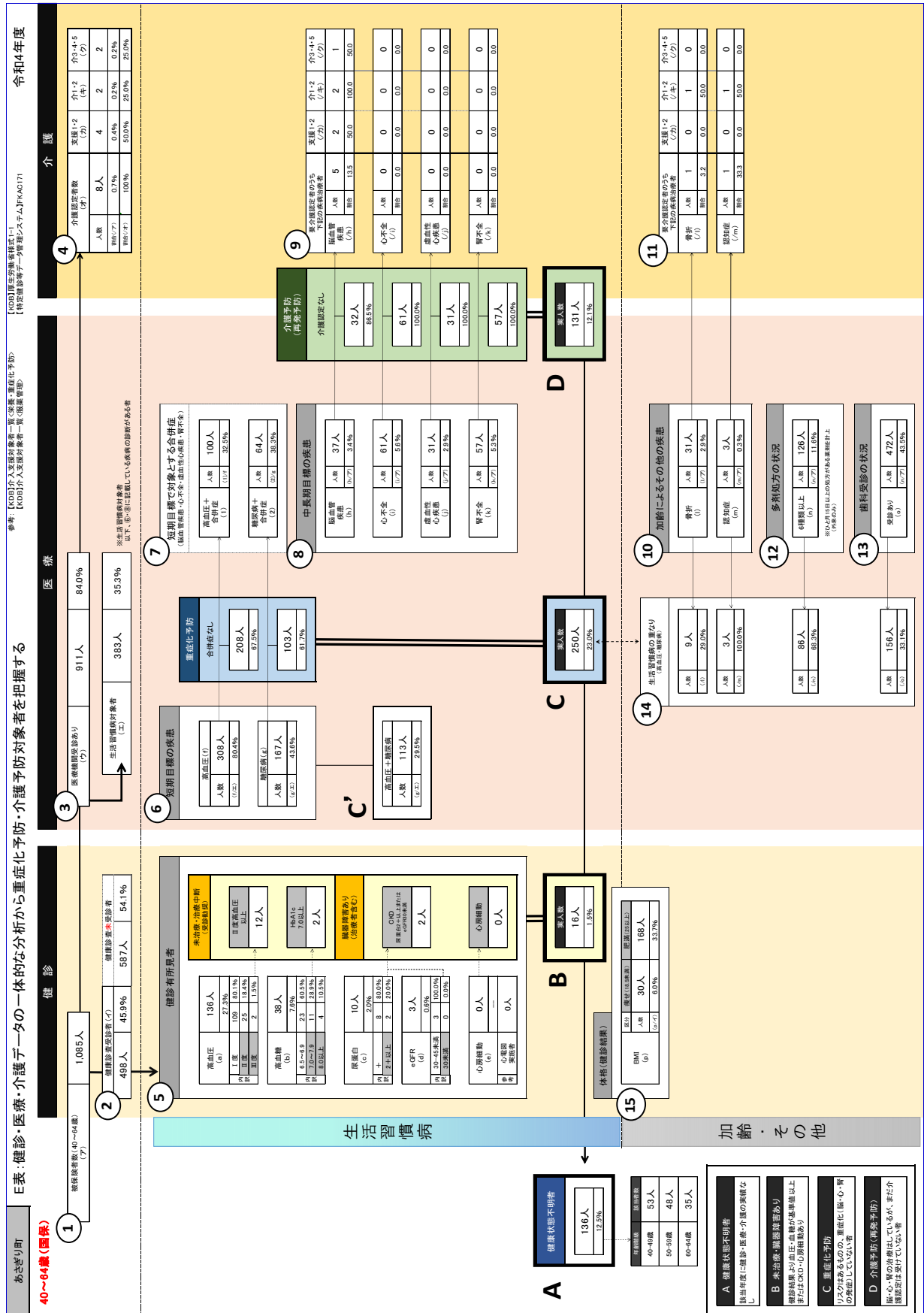
- 参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみたあさぎり町の位置
- 参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料7 HbA1c の年次比較
- 参考資料8 血圧の年次比較
- 参考資料9 LDL-C の年次比較
- 参考資料10 地域の全体像の把握(R4)
- 参考資料11 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題 (R4)
- 参考資料12 用語解説

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	14,651		1,810,851		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)	5,633	38.4	651,740	36.0	540,538	31.6	35,335,805	28.7		
		75歳以上	3,039	20.7	--	--	282,460	16.5	18,248,742	14.8		
		65~74歳	2,594	17.7	--	--	258,078	15.1	17,087,063	13.9		
		40~64歳	4,434	30.3	--	--	543,167	31.7	41,545,893	33.7		
	39歳以下	4,584	31.3	--	--	629,397	36.7	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業	22.8		10.9		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	22.6		27.1		21.1		25.0			
		第3次産業	54.5		61.9		69.1		71.0			
	③ 平均寿命	男性	80.8		80.5		81.2		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		87.1		86.9		87.5		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	81.3		79.7		80.4		80.1				
	女性	84.8		84.3		85.0		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	97.2		103.0		94.9		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性	97.6		100.8		94.5		100		
		死因	がん	50	40.0	6,844	47.1	5,349	48.2	378,272	50.6	
			心臓病	39	31.2	4,468	30.7	3,242	29.2	205,485	27.5	
			脳疾患	28	22.4	2,073	14.3	1,547	13.9	102,900	13.8	
			糖尿病	2	1.6	271	1.9	202	1.8	13,896	1.9	
			腎不全	5	4.0	564	3.9	476	4.3	26,946	3.6	
	自殺	1	0.8	317	2.2	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	
	3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		891	16.0	121,841	18.8	108,069	20.2	6,724,030	19.4
新規認定者			11	0.2	1,946	0.3	1,261	0.3	110,289	0.3		
介護度別 総件数			要支援1.2	3,518	15.6	382,007	13.8	380,309	14.2	21,785,044	12.9	
			要介護1.2	9,425	41.9	1,277,829	46.3	1,309,567	49.0	78,107,378	46.3	
			要介護3以上	9,537	42.4	1,099,163	39.8	984,793	36.8	68,963,503	40.8	
2号認定者		17	0.38	2,304	0.40	1,879	0.35	156,107	0.38			
② 有病状況		糖尿病	195	19.1	29,183	22.8	25,945	23.1	1,712,613	24.3		
		高血圧症	614	65.3	67,451	53.3	65,761	58.7	3,744,672	53.3		
		脂質異常症	298	31.5	38,328	30.0	37,156	32.8	2,308,216	32.6		
		心臓病	655	70.0	76,143	60.3	73,556	65.7	4,224,628	60.3		
	脳疾患	227	24.7	29,057	23.1	25,387	22.8	1,568,292	22.6			
	がん	87	9.1	14,184	11.0	13,445	12.0	837,410	11.8			
	筋・骨格	600	64.5	66,665	52.7	66,287	59.2	3,748,372	53.4			
精神	384	41.4	46,518	36.9	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		296,947	1,672,703,125	297,567	193,936,445,825	310,858	168,030,405,720	290,668	10074274228,989		
	1件当たり給付費(全体)		74,409		70,292		62,823		59,662			
	居宅サービス		43,901		43,991		42,088		41,272			
	施設サービス		312,950		291,264		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	8,833		9,041		9,463		8,610			
	認定なし	4,043		4,224		4,221		4,020				

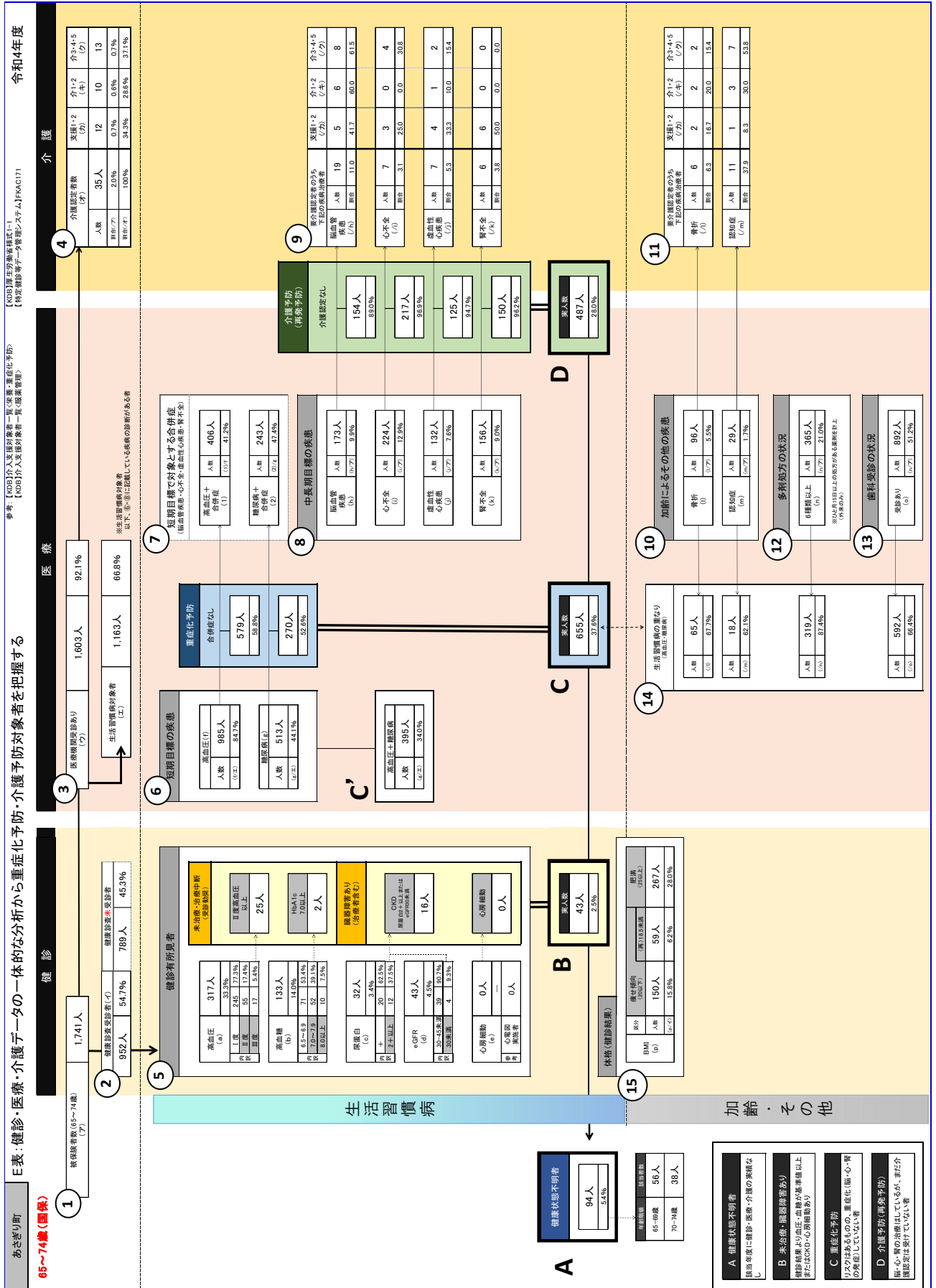
4	①	国保の状況	被保険者数	3,565		419,832		383,407		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			65～74歳	1,733	48.6			174,230	45.4	11,129,271	40.5				
			40～64歳	1,090	30.6			118,490	30.9	9,088,015	33.1				
	39歳以下		742	20.8			90,687	23.7	7,271,596	26.5					
	加入率	24.3		23.2		22.4		22.3							
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.3	141	0.3	208	0.5	8,237	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況			
			診療所数	11	3.1	1,172	2.8	1,473	3.8	102,599	3.7				
			病床数	54	15.1	19,041	45.4	32,745	85.4	1,507,471	54.8				
			医師数	11	3.1	2,768	6.6	5,415	14.1	339,611	12.4				
			外来患者数	777.2		721.7		768.9		687.8					
入院患者数			25.1		21.9		26.2		17.7						
③	医療費の 状況	一人当たり医療費	432,245	県内17位 同規模17位	382,035	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	802.38		743.593		795.102		705.439						
		外 来	費用の割合	61.3		57.4		54.5			60.4				
			件数の割合	96.9		97.1		96.7			97.5				
		入 院	費用の割合	38.7		42.6		45.5			39.6				
			件数の割合	3.1		2.9		3.3			2.5				
		1件あたり在院日数	17.8日		16.6日		18.1日		15.7日						
		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	236,342,930	30.5	31.8	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)	67,919,690			8.8	7.5	10.7	8.2								
糖尿病	87,253,490			11.3	11.1	10.9	10.4								
高血圧症	63,717,910			8.2	6.4	6.0	5.9								
脂質異常症	24,560,370			3.2	3.8	3.3	4.1								
脳梗塞・脳出血	24,993,850			3.2	4.0	3.6	3.9								
狭心症・心筋梗塞	14,386,360			1.9	2.6	2.0	2.8								
精神	138,003,730			17.8	15.2	18.6	14.7								
筋・骨格	111,999,540			14.4	16.5	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	866	0.5	329	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	1,839		1.1	1,391	0.9	2,168	1.2	1,144	0.9				
		脂質異常症	186		0.1	65	0.0	117	0.1	53	0.0				
		脳梗塞・脳出血	5,763		3.4	7,229	4.4	7,036	3.8	5,993	4.5				
		虚血性心疾患	2,961		1.8	4,422	2.7	3,398	1.8	3,942	2.9				
	腎不全	2,837	1.7	4,564	2.8	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	16,949	6.4	12,709	5.8	12,283	5.5	10,143	4.9				
			糖尿病	22,840	8.6	21,886	10.0	21,299	9.6	17,720	8.6				
			脂質異常症	6,703	2.5	7,778	3.5	6,890	3.1	7,092	3.5				
			脳梗塞・脳出血	1,248	0.5	1,013	0.5	625	0.3	825	0.4				
虚血性心疾患			1,507	0.6	2,004	0.9	1,621	0.7	1,722	0.8					
腎不全	26,207	9.9	17,654	8.0	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	5,697		2,690		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 一人当たり	11,049		13,453		13,484		13,295						
		生活習慣病対象者 一人当たり	13,970		7,560		6,758		6,142						
		健診未受診者 一人当たり	27,092		37,805		37,197		40,210						
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	884	60.9	75,309	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	792	54.5	67,899	52.6	51,599	51.4	3,543,116	52.0					
5	特定健診の 状況	健診受診者	1,452		129,182		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 KDB_NO.1 地域全体像の把握				
		受診率	56.1	県内13位 同規模3位	42.0	37.4	全国25位	37.1							
		特定保健指導終了者(実施率)	67	34.7	3,687	24.2	4,220	35.2	107,925	13.4					
		非肥満高血糖	117	8.1	13,125	10.2	8,910	8.9	615,549	9.0					
		メタボ	該当者	343	23.6	27,581	21.4	20,842	20.8	1,382,506		20.3			
			男性	229	33.7	19,114	32.5	14,553	32.4	965,486		32.0			
			女性	114	14.8	8,467	12.0	6,289	11.3	417,020		11.0			
			予備群	197	13.6	14,639	11.3	12,101	12.1	765,405		11.2			
		県内市町村数	男性	120	17.6	10,319	17.6	8,299	18.5	539,738		17.9			
			女性	77	10.0	4,320	6.1	3,802	6.9	225,667		5.9			
		⑦	47市町村	メ タ ボ 該 当 ・ 予 備 群 レ セ ル	腹 囲	総数	591	40.7	46,429	35.9		36,516	36.4	2,380,778	34.9
		男性	384			56.5	32,340	55.0	25,219	56.1		1,666,592	55.3		
		⑧	同規模市区町村数	女性	207	28.8	14,089	20.0	11,297	20.4		714,186	18.8		
		⑩	111市町村	B M I	総数	56	3.9	6,672	5.2	4,279		4.3	320,038	4.7	
		⑪	男性		9	1.3	1,017	1.7	632	1.4		51,248	1.7		
		⑫	⑬	女性	47	6.1	5,655	8.0	3,647	6.6		268,790	7.1		
		⑭	血糖のみ	15	1.0	902	0.7	725	0.7	43,519		0.6			
		⑮	血圧のみ	140	9.6	10,532	8.2	8,779	8.7	539,490		7.9			
		⑯	脂質のみ	42	2.9	3,205	2.5	2,597	2.6	182,396		2.7			
⑰	血糖・血圧	58	4.0	4,461	3.5	3,629	3.6	203,072	3.0						
⑱	血糖・脂質	26	1.8	1,311	1.0	1,026	1.0	70,267	1.0						
⑲	血圧・脂質	162	11.2	12,691	9.8	9,426	9.4	659,446	9.7						
⑲	血糖・血圧・脂質	97	6.7	9,118	7.1	6,761	6.7	449,721	6.6						
6	①	問診の状況	服薬	高血圧	603	41.5	49,799	38.6	38,063	37.9	2,428,038	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			糖尿病	156	10.7	13,039	10.1	9,312	9.3	589,470	8.7				
②	既往歴	脂質異常症	353	24.3	36,804	28.5	26,927	26.8	1,899,637	27.9					
		脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	49	3.4	4,180	3.3	2,984	3.0	207,385	3.1					
6	③	生活習慣の 状況	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	62	4.3	7,699	6.2	5,604	5.6	365,407	5.5	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			腎不全	35	2.4	1,060	0.8	672	0.7	53,898	0.8				
			貧血	112	7.7	11,963	9.6	10,832	11.0	702,088	10.7				
			喫煙	209	14.4	17,549	13.6	13,656	13.6	939,212	13.8				
			週3回以上朝食を抜く	100	7.2	9,629	8.1	9,465	10.4	642,886	10.4				
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	209	15.2	18,189	15.2	13,769	14.9	976,348	15.7				
			週3回以上就寝前夕食	209	15.2	18,189	15.2	13,769	14.9	976,348	15.7				
			食べる速度が速い	346	25.1	31,129	26.0	25,388	27.4	1,659,705	26.8				
			20歳時体重から10kg以上増加	492	35.7	41,961	35.1	32,936	36.1	2,175,065	35.0				
			1日30分以上運動習慣なし	901	65.3	73,980	61.8	57,040	61.6	3,749,069	60.4				
			1日1時間以上運動なし	740	53.7	56,527	47.3	47,045	50.9	2,982,100	48.0				
			睡眠不足	328	23.8	29,904	25.1	22,904	24.7	1,587,311	25.6				
毎日飲酒	461	31.7	31,623	25.2	25,909	26.2	1,658,999	25.5							
⑬	時々飲酒	366	25.2	25,821	20.6	23,658	24.0	1,463,468	22.5						
⑭	日 飲 酒 量	1合未満	473	47.8	45,881	60.4	54,337	68.5	2,978,351	64.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
		1～2合	282	28.5	20,169	26.6	17,843	22.5	1,101,465	23.7					
		2～3合	142	14.4	7,800	10.3	5,655	7.1	434,461	9.4					
		3合以上	92	9.3	2,070	2.7	1,463	1.8	128,716	2.8					

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

①40～64歳(国保)

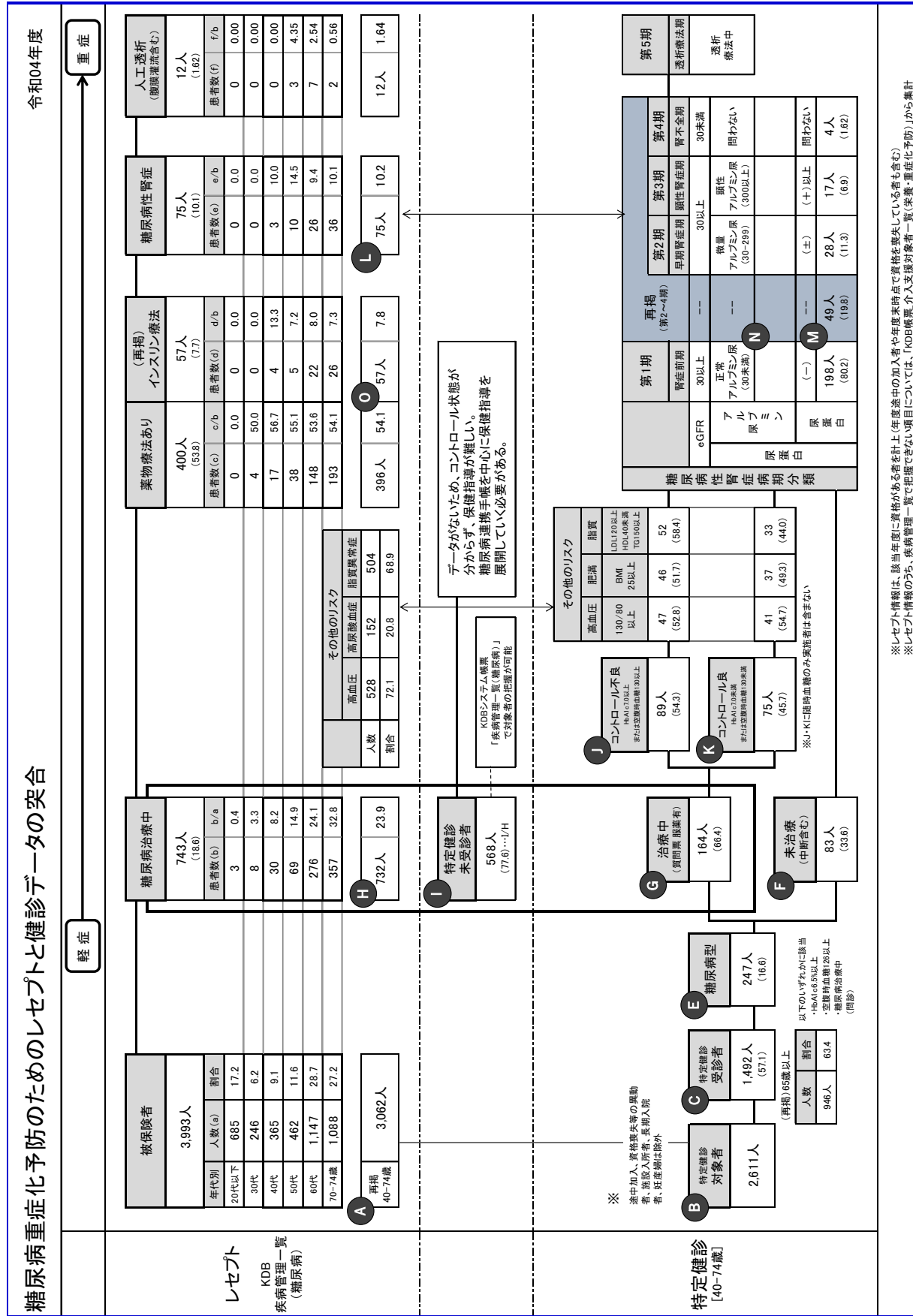


② 65～74歳(国保)

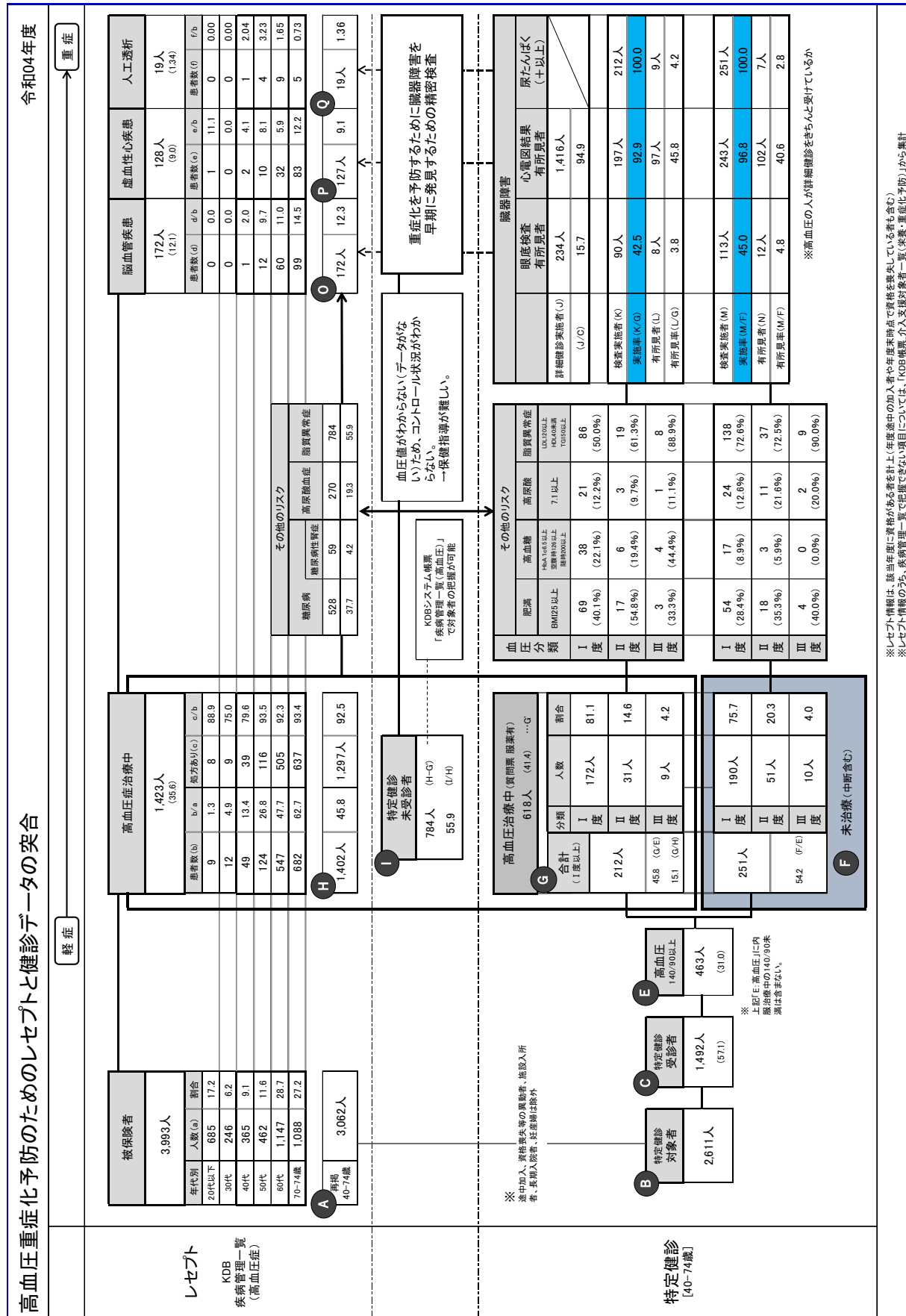


参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	あさぎり町										データ元	
			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		
1	① 被保険者数	A	4,264人		4,138人		3,998人		3,885人		3,744人		KDB 厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		3,311人		3,227人		3,150人		3,088人		2,965人			
2	① 対象者数	B	2,969人		2,886人		2,865人		2,723人		2,567人		市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書	
	② 特定健診	C	1,753人		1,724人		1,638人		1,646人		1,492人			
③	受診率		57.8%		58.0%		55.4%		58.3%		56.5%			
3	① 特定保健指導	D	199人		195人		174人		202人		190人			
	② 実施率		54.3%		57.4%		43.7%		39.1%		62.1%			
4	① 糖尿病型	E	236人	13.5%	250人	14.5%	253人	15.4%	249人	15.1%	247人	16.6%	特定健診結果	
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	78人	33.1%	82人	32.8%	78人	30.8%	73人	29.3%	83人	33.6%		
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	158人	66.9%	168人	67.2%	175人	69.2%	176人	70.7%	164人	66.4%		
	④ コントロール不良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130以上	J	80人		76人		81人		76人		89人			
	⑤ 血圧 130/80以上		44人		40人		43人		35人		47人			
	⑥ 肥満 BMI25以上	K	43人		41人		43人		39人		46人			
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		78人		92人		94人		100人		75人			
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	178人		200人		207人		208人		198人			
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)		41人		33人		20人		19人		28人			
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)		16人		16人		21人		19人		17人			
	⑪ 第4期 eGFR30未満		1人		1人		5人		3人		4人			
5	① 糖尿病受療率(被保険者千対)	H	139.8人		140.6人		142.3人		151.9人		155.7人		KDB 厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		177.6人		177.6人		179.4人		188.8人		195.3人			
	③ レセプト件数 (40-74歳)		I	3,102件 (966.4)		3,074件 (980.5)		3,033件 (983.1)		3,275件 (1111.3)		3,055件 (1082.2)		KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④ (1)内は被保険者千対 入院(件数)			27件 (8.4)		19件 (6.1)		13件 (4.2)		11件 (3.7)		17件 (6.0)		
	⑤ 糖尿病治療中		O	596人		582人		569人		590人		583人		KDB 厚生労働省様式様式3-2
	⑥ (再掲)40-74歳			588人		573人		565人		583人		579人		
	⑦ 健診未受診者		L	430人		415人		390人		407人		415人		
	⑧ インスリン治療			41人		53人		47人		48人		42人		
	⑨ (再掲)40-74歳		41人		52人		46人		48人		42人			
	⑩ 糖尿病性腎症		L	34人		35人		33人		34人		46人		
	⑪ (再掲)40-74歳			34人		35人		33人		34人		46人		
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		11人		14人		16人		13人		13人		KDB 厚生労働省様式様式3-2 ※後期	
	⑬ (再掲)40-74歳		11人		14人		16人		13人		13人			
	⑭ 新規透析患者数		1		1		2		2		0			
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0		0		1		0		0			
	⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		13人		15人		11人		10人		6人			
6	① 総医療費	KDB 健診・医療・介護データから みられる地域の健康課題	15億5721万円		15億2583万円		14億6499万円		15億1137万円		15億4095万円			
	② 生活習慣病総医療費		8億3033万円		7億9974万円		8億3367万円		8億2759万円		7億7546万円			
	③ (総医療費に占める割合)		53.3%		52.4%		56.9%		54.8%		50.3%			
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		13,881円		11,160円		9,665円		10,738円		13,970円			
	⑤ 健診未受診者		23,235円		23,780円		30,432円		31,225円		27,092円			
	⑥ 糖尿病医療費		8886万円		8850万円		8398万円		9246万円		8725万円			
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.7%		11.1%		10.1%		11.2%		11.3%			
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		2億6217万円		2億7876万円		2億9598万円		3億0833万円		2億6923万円			
	⑨ 1件あたり		33,925円		35,729円		39,702円		40,043円		37,502円			
	⑩ 糖尿病入院総医療費		1億8870万円		1億6329万円		1億8990万円		1億7188万円		2億2183万円			
	⑪ 1件あたり		659,775円		570,947円		587,934円		576,775円		660,221円			
	⑫ 在院日数		21日		20日		19日		20日		20日			
	⑬ 慢性腎不全医療費		8986万円		9614万円		9364万円		9109万円		6993万円			
	⑭ 透析有り		8540万円		8750万円		8734万円		8612万円		6792万円			
	⑮ 透析なし		446万円		864万円		630万円		497万円		201万円			
7	① 介護	介護給付費	17億9566万円		17億4607万円		17億5205万円		17億1066万円		16億7270万円			
	② (2号認定者)糖尿病合併症		0件		0件		0件		1件		2件			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	3人		2人		3人		1人		2人		KDB 健診・医療・介護データ からみられる地域の健康課題	

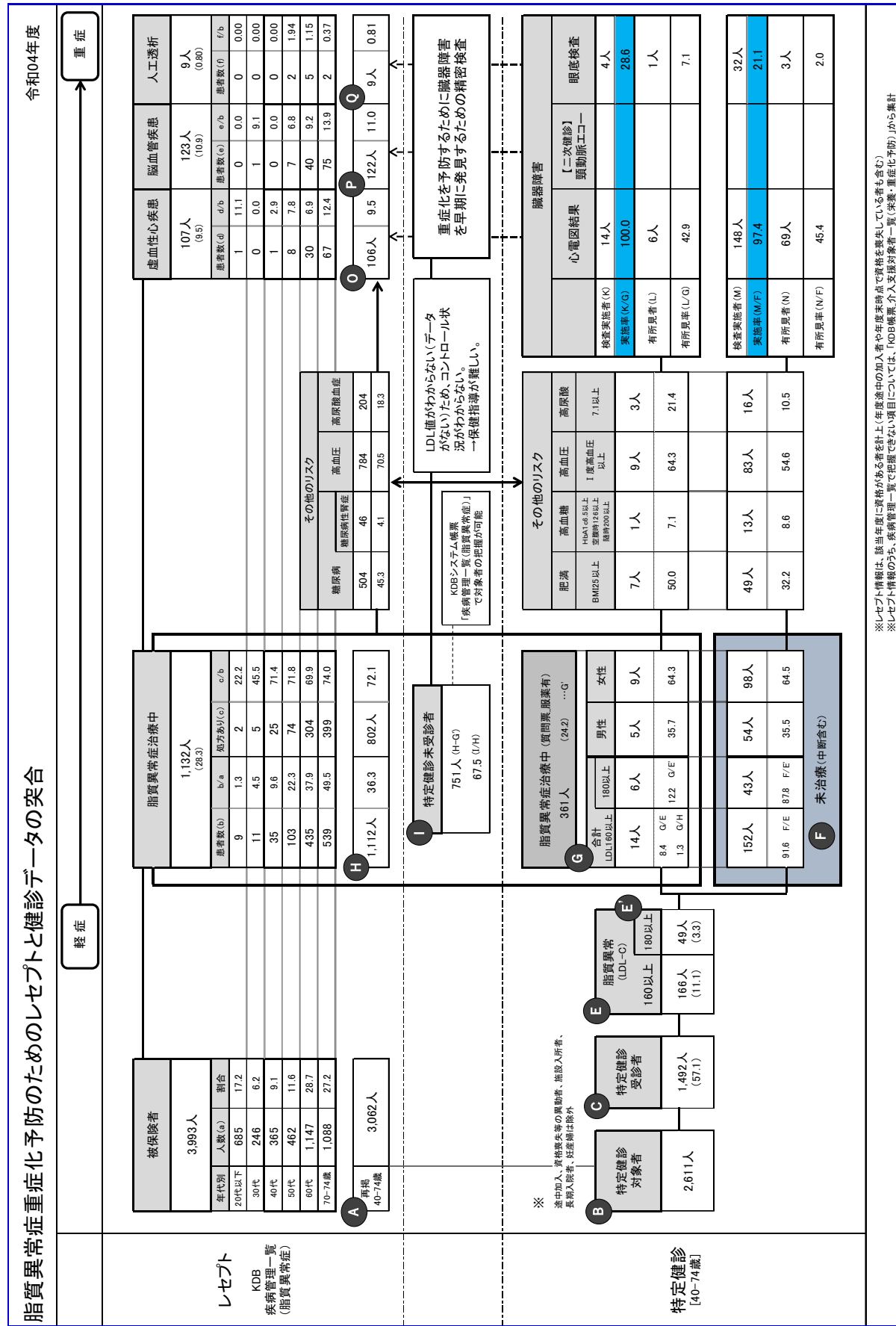


※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB帳票-介入支援対象者一覧(薬業・重症化予防)」から集計



※ レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上し、年度途中の加入者や年度末時点に資格を喪失している者も含む
 ※ レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上し、年度途中の加入者や年度末時点に資格を喪失している者も含む
 ※ レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上し、年度途中の加入者や年度末時点に資格を喪失している者も含む

参考資料6 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7 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									
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	1,786	487	27.3%	794	44.5%	354	19.8%	74	4.1%	53	3.0%	24	1.3%	39	2.2%	20	1.1%
H30	1,749	454	26.0%	752	43.0%	374	21.4%	98	5.6%	49	2.8%	22	1.3%	39	2.2%	17	1.0%
R01	1,720	465	27.0%	707	41.1%	381	22.2%	95	5.5%	47	2.7%	25	1.5%	43	2.5%	18	1.0%
R02	1,595	430	27.0%	623	39.1%	360	22.6%	98	6.1%	60	3.8%	24	1.5%	41	2.6%	17	1.1%
R03	1,595	430	27.0%	623	39.1%	360	22.6%	98	6.1%	60	3.8%	24	1.5%	41	2.6%	17	1.1%
R04	1,492	333	22.3%	615	41.2%	366	24.5%	96	6.4%	68	4.6%	14	0.9%	40	2.7%	9	0.6%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすい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					
												人数
H29	1,786	487	794	354	151	56	95	8.5%	37.1%	62.9%	4.3%	8.5%
H30	1,749	454	752	374	169	58	111	9.7%	34.3%	65.7%	4.1%	9.7%
R01	1,720	465	707	381	167	64	103	9.7%	38.3%	61.7%	4.2%	9.7%
R02	1,595	430	623	360	182	61	121	11.4%	33.5%	66.5%	5.3%	11.4%
R03	1,595	430	623	360	182	61	121	11.4%	33.5%	66.5%	5.3%	11.4%
R04	1,492	333	615	366	178	64	114	11.9%	36.0%	64.0%	5.5%	11.9%

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											
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	146	8.2%	0	0.0%	8	5.5%	43	29.5%	30	20.5%	50	34.2%	15	10.3%	29	19.9%	13	8.9%
治療中	H30	158	9.0%	0	0.0%	8	5.1%	39	24.7%	48	30.4%	43	27.2%	20	12.7%	36	22.8%	15	9.5%
治療中	R01	167	9.7%	1	0.6%	9	5.4%	54	32.3%	46	27.5%	41	24.6%	16	9.6%	34	20.4%	12	7.2%
治療中	R02	173	10.8%	4	2.3%	8	4.6%	40	23.1%	51	29.5%	50	28.9%	20	11.6%	35	20.2%	13	7.5%
治療中	R03	173	10.8%	4	2.3%	8	4.6%	40	23.1%	51	29.5%	50	28.9%	20	11.6%	35	20.2%	13	7.5%
治療中	R04	164	11.0%	1	0.6%	13	7.9%	36	22.0%	48	29.3%	58	35.4%	8	4.9%	33	20.1%	4	2.4%
治療なし	H29	1,640	91.8%	487	29.7%	786	47.9%	311	19.0%	44	2.7%	3	0.2%	9	0.5%	10	0.6%	7	0.4%
治療なし	H30	1,591	91.0%	454	28.5%	744	46.8%	335	21.1%	50	3.1%	6	0.4%	2	0.1%	3	0.2%	2	0.1%
治療なし	R01	1,553	90.3%	464	29.9%	698	44.9%	327	21.1%	49	3.2%	6	0.4%	9	0.6%	9	0.6%	6	0.4%
治療なし	R02	1,422	89.2%	426	30.0%	615	43.2%	320	22.5%	47	3.3%	10	0.7%	4	0.3%	6	0.4%	4	0.3%
治療なし	R03	1,422	89.2%	426	30.0%	615	43.2%	320	22.5%	47	3.3%	10	0.7%	4	0.3%	6	0.4%	4	0.3%
治療なし	R04	1,328	89.0%	332	25.0%	602	45.3%	330	24.8%	48	3.6%	10	0.8%	6	0.5%	7	0.5%	5	0.4%

参考資料8 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
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	1,787	619	34.6%	351	19.6%	473	26.5%	294	16.5%	43	2.4%	7	0.4%
H30	1,753	627	35.8%	343	19.6%	433	24.7%	290	16.5%	53	3.0%	7	0.4%
R01	1,724	571	33.1%	347	20.1%	438	25.4%	310	18.0%	50	2.9%	8	0.5%
R02	1,600	483	30.2%	331	20.7%	416	26.0%	315	19.7%	46	2.9%	9	0.6%
R03	1,600	483	30.2%	331	20.7%	416	26.0%	315	19.7%	46	2.9%	9	0.6%
R04	1,492	388	26.0%	256	17.2%	385	25.8%	362	24.3%	82	5.5%	19	1.3%

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	1,787	970 54.3%	473 26.5%	294 16.5%	50 2.8%	32 64.0%	18 36.0%	7 0.4%	5 71.4%	2 28.6%	2.8%	0.4%				
H30	1,753	970 55.3%	433 24.7%	290 16.5%	60 3.4%	30 50.0%	30 50.0%	7 0.4%	4 57.1%	3 42.9%	3.4%	0.4%				
R01	1,724	918 53.2%	438 25.4%	310 18.0%	58 3.4%	35 60.3%	23 39.7%	8 0.5%	4 50.0%	4 50.0%	3.4%	0.5%				
R02	1,600	814 50.9%	416 26.0%	315 19.7%	55 3.4%	30 54.5%	25 45.5%	9 0.6%	5 55.6%	4 44.4%	3.4%	0.6%				
R03	1,600	814 50.9%	416 26.0%	315 19.7%	55 3.4%	30 54.5%	25 45.5%	9 0.6%	5 55.6%	4 44.4%	3.4%	0.6%				
R04	1,492	644 43.2%	385 25.8%	362 24.3%	101 6.8%	61 60.4%	40 39.6%	19 1.3%	10 52.6%	9 47.4%	6.8%	1.3%				6.8%

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	694	38.8%	175	25.2%	147	21.2%	201	29.0%	153	22.0%	16	2.3%	2	0.3%
	H30	702	40.0%	189	26.9%	146	20.8%	197	28.1%	140	19.9%	27	3.8%	3	0.4%
	R01	706	41.0%	168	23.8%	145	20.5%	222	31.4%	148	21.0%	19	2.7%	4	0.6%
	R02	652	40.8%	149	22.9%	142	21.8%	200	30.7%	136	20.9%	21	3.2%	4	0.6%
	R03	652	40.8%	149	22.9%	142	21.8%	200	30.7%	136	20.9%	21	3.2%	4	0.6%
治療なし	H29	1,093	61.2%	444	40.6%	204	18.7%	272	24.9%	141	12.9%	27	2.5%	5	0.5%
	H30	1,051	60.0%	438	41.7%	197	18.7%	236	22.5%	150	14.3%	26	2.5%	4	0.4%
	R01	1,018	59.0%	403	39.6%	202	19.8%	216	21.2%	162	15.9%	31	3.0%	4	0.4%
	R02	948	59.3%	334	35.2%	189	19.9%	216	22.8%	179	18.9%	25	2.6%	5	0.5%
	R03	948	59.3%	334	35.2%	189	19.9%	216	22.8%	179	18.9%	25	2.6%	5	0.5%
R04	874	58.6%	283	32.4%	145	16.6%	195	22.3%	190	21.7%	51	5.8%	10	1.1%	

参考資料9 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	F/A		
総数	H29	1,595	783	49.1%	399	25.0%	266	16.7%	107	6.7%	40	2.5%
	H30	1,598	775	48.5%	395	24.7%	263	16.5%	114	7.1%	51	3.2%
	R01	1,580	776	49.1%	376	23.8%	261	16.5%	116	7.3%	51	3.2%
	R02	1,476	724	49.1%	364	24.7%	227	15.4%	113	7.7%	48	3.3%
	R03	1,476	724	49.1%	364	24.7%	227	15.4%	113	7.7%	48	3.3%
男性	H29	762	406	53.3%	186	24.4%	108	14.2%	47	6.2%	15	2.0%
	H30	763	417	54.7%	177	23.2%	108	14.2%	45	5.9%	16	2.1%
	R01	732	398	54.4%	161	22.0%	110	15.0%	40	5.5%	23	3.1%
	R02	695	372	53.5%	175	25.2%	85	12.2%	44	6.3%	19	2.7%
	R03	695	372	53.5%	175	25.2%	85	12.2%	44	6.3%	19	2.7%
女性	H29	833	377	45.3%	213	25.6%	158	19.0%	60	7.2%	25	3.0%
	H30	835	358	42.9%	218	26.1%	155	18.6%	69	8.3%	35	4.2%
	R01	848	378	44.6%	215	25.4%	151	17.8%	76	9.0%	28	3.3%
	R02	781	352	45.1%	189	24.2%	142	18.2%	69	8.8%	29	3.7%
	R03	781	352	45.1%	189	24.2%	142	18.2%	69	8.8%	29	3.7%
R04	734	326	44.4%	182	24.8%	126	17.2%	69	9.4%	31	4.2%	

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	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	1,595	783 49.1%	399 25.0%	266 16.7%	147 9.2%	145 9.1%	16 1.0%	40 2.5%	9.2%
H30	1,598	775 48.5%	395 24.7%	263 16.5%	165 10.3%	163 10.2%	13 0.8%	51 3.2%	10.8%
R01	1,580	776 49.1%	376 23.8%	261 16.5%	167 10.6%	153 9.7%	16 1.0%	51 3.2%	10.6%
R02	1,476	724 49.1%	364 24.7%	227 15.4%	161 10.9%	165 11.2%	12 0.8%	48 3.3%	10.9%
R03	1,476	724 49.1%	364 24.7%	227 15.4%	161 10.9%	165 11.2%	12 0.8%	48 3.3%	10.9%
R04	1,387	687 49.5%	324 23.4%	220 15.9%	156 11.2%	152 10.9%	14 1.0%	45 3.2%	11.2%

治療と未治療の状況

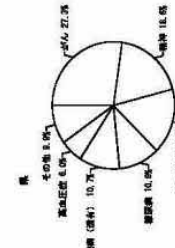
	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	334	20.9%	215	64.4%	67	20.1%	36	10.8%	7	2.1%	9	2.7%
	H30	357	22.3%	235	65.8%	82	23.0%	27	7.6%	7	2.0%	6	1.7%
	R01	398	25.2%	271	68.1%	79	19.8%	32	8.0%	11	2.8%	5	1.3%
	R02	362	24.5%	257	71.0%	66	18.2%	27	7.5%	10	2.8%	2	0.6%
	R03	362	24.5%	257	71.0%	66	18.2%	27	7.5%	10	2.8%	2	0.6%
R04	361	26.0%	259	71.7%	60	16.6%	28	7.8%	8	2.2%	6	1.7%	
治療なし	H29	1,453	91.1%	678	46.7%	372	25.6%	258	17.8%	111	7.6%	34	2.3%
	H30	1,396	87.4%	631	45.2%	351	25.1%	251	18.0%	118	8.5%	45	3.2%
	R01	1,326	83.9%	591	44.6%	332	25.0%	250	18.9%	106	8.0%	47	3.5%
	R02	1,238	83.9%	534	43.1%	325	26.3%	214	17.3%	116	9.4%	49	4.0%
	R03	1,238	83.9%	534	43.1%	325	26.3%	214	17.3%	116	9.4%	49	4.0%
R04	1,131	81.5%	484	42.8%	288	25.5%	207	18.3%	109	9.6%	43	3.8%	

地域の全体像の把握

保健番号 : 43210
 保健所名 : 赤松市庁
 市区 : 赤松市
 県庁 : 岡山県
 国 : 日本

保健番号 : 43210
 保健所名 : 赤松市庁
 市区 : 赤松市
 県庁 : 岡山県
 国 : 日本

項目	数値	単位	項目	数値	単位	項目	数値	単位	項目	数値	単位	項目	数値	単位	項目	数値	単位		
人口概況	14,571	人	1,712,102	人	172,714,281	人	1,712,102	人	1,712,102	人	172,714,281	人	1,712,102	人	1,712,102	人	172,714,281	人	
性別	7,285	人	7,286	人	728,571	人	7,285	人	7,285	人	728,571	人	7,285	人	7,285	人	728,571	人	
年齢	0-14	1,000	0-14	1,000	100,000	人	0-14	1,000	0-14	1,000	100,000	人	0-14	1,000	0-14	1,000	100,000	人	
平均寿命	81.7	歳	81.7	歳	81.7	歳	81.7	歳	81.7	歳	81.7	歳	81.7	歳	81.7	歳	81.7	歳	81.7
健康寿命	71.5	歳	71.5	歳	71.5	歳	71.5	歳	71.5	歳	71.5	歳	71.5	歳	71.5	歳	71.5	歳	71.5
生活習慣	喫煙者	1,000	喫煙者	1,000	100,000	人	喫煙者	1,000	喫煙者	1,000	100,000	人	喫煙者	1,000	喫煙者	1,000	100,000	人	
医療	医師	100	医師	100	10,000	人	医師	100	医師	100	10,000	人	医師	100	医師	100	10,000	人	
介護	介護士	100	介護士	100	10,000	人	介護士	100	介護士	100	10,000	人	介護士	100	介護士	100	10,000	人	



参考資料 11 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題 (R4)

保険者番号 : 432310
 保険者名 : あさぎ町
 地区 :
 県計・国計 : 国保組合含む

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

作成年月 : R04年度(累計)
 印刷日 : R06年03月12日
 比較先 : 県
 ページ : 1/2

令和04年度	人口総数(人)	高齢化率(%) (65歳以上)	被保険者数(人) (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	産業構成率(%)		
								第1次産業	第2次産業	第3次産業
保険者	14,651	38.4	3,565 (24.3)	54.8	5.1	15.4	0.2	22.8	22.6	54.5
県	1,713,102	31.6	383,407 (22.4)	53.6	7.6	12.3	0.4	9.8	21.1	69.1
同規模	15,346	36.0	3,782 (23.2)	55.9	5.3	14.7	0.5	10.9	27.1	61.9
国	123,214,261	28.7	27,488,882 (22.3)	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

数値から見られる実態

健診

1 ◆特定健診受診率(令和04年度)

受診率(%)	順位(位)
保険者 56.6	県内 13
県 37.5	全国 26
同規模 42.5	3
国 37.8	

2 ◆特定健診結果有所見率(令和04年度)

検査項目	保険者(%)	県(%)	同規模(%)	国(%)
メタボ予備群	13.5 (8)	12.0	11.3	11.2
メタボ該当者	23.5 (14)	20.8	21.4	20.3
非肥満高血糖	8.2 (35)	8.9	10.2	9.0
腹囲	40.8 (10)	36.4	38.0	35.0
BMI	3.9 (30)	4.3	5.2	4.7
血糖	1.0 (6)	0.7	0.7	0.6
血圧	9.6 (11)	8.7	8.1	7.9
脂質	2.9 (9)	2.6	2.5	2.7
血糖・血圧	4.0 (19)	3.6	3.5	3.0
血糖・脂質	1.8 (2)	1.0	1.0	1.0
血圧・脂質	11.1 (7)	9.4	9.8	8.7
血糖・血圧・脂質	6.6 (32)	6.8	7.1	6.6

(被保険者数 47)

医科

7 ◆医療費推移(平成30年度～令和04年度)

1人当たり医療費(円)

8 ◆1人当たり医療費順位

年度	1人当たり医療費(円)	県内順位(位)	同規模内順位(位)	参考: 国金額(円)
H30	0	0	0	0
R01	31,087	27	34	26,225
R02	30,806	28	28	25,629
R03	32,795	23	22	27,038
R04	35,055	17	17	27,570

9 ◆医療費割合(令和04年度)

市区町村名	1人当たり医療費(円)	受診率
保険者	35,055	802,380
県内平均	33,050	785,102
国平均	27,570	705,439
同規模平均	30,968	743,593
同規模最大	48,212	1,050,988
同規模最小	21,378	680,322
同規模内順位(市区町村数)	17 (11)	28 (11)

10 ◆受診率と1人当たり医療費の相関図

介護

12 ◆介護認定率、1件当たり介護給付費

	保険者	県	同規模	国
介護認定率(%)	16.0	20.2	18.8	19.4
介護給付費(円)	74,409	62,823	70,292	59,682
居宅給付費(円)	43,901	42,088	43,991	41,272
施設給付費(円)	312,950	303,857	291,264	286,384

13 ◆要介護者の有病状況

	保険者(%)	県(%)	同規模(%)	国(%)
糖尿病	19.1	23.1	22.8	24.3
心臓病	70.0	85.7	80.3	80.3
脳疾患	24.7	22.8	23.1	22.6
筋・骨疾患	64.5	59.2	52.7	63.4
精神	41.4	40.5	36.9	36.8

歯科

15 ◆医療費推移(平成30年度～令和04年度)

1人当たり医療費(円)

16 ◆1人当たり医療費順位

年度	1人当たり医療費(円)	県内順位(位)	同規模内順位(位)	参考: 国金額(円)
H30	0	0	0	0
R01	1,864	25	63	1,996
R02	1,727	38	86	1,978
R03	1,853	39	82	2,061
R04	1,950	35	75	2,158

17 ◆医療費割合(令和04年度)

市区町村名	1人当たり医療費(円)	受診率
保険者	1,950	134,083
県内平均	2,165	161,462
国平均	2,158	161,440
同規模平均	2,111	153,134
同規模最大	2,942	199,695
同規模最小	1,418	79,241
同規模内順位(市区町村数)	75 (11)	83 (11)

18 ◆受診率と1人当たり医療費の相関図

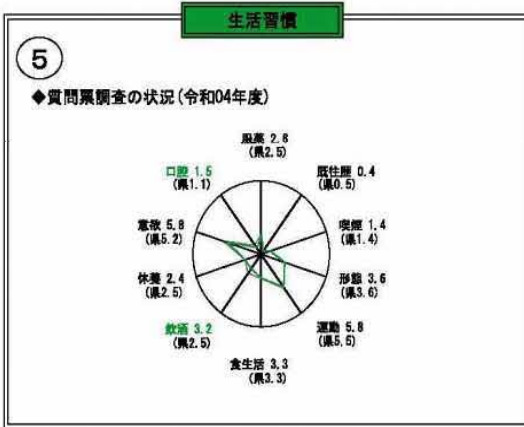
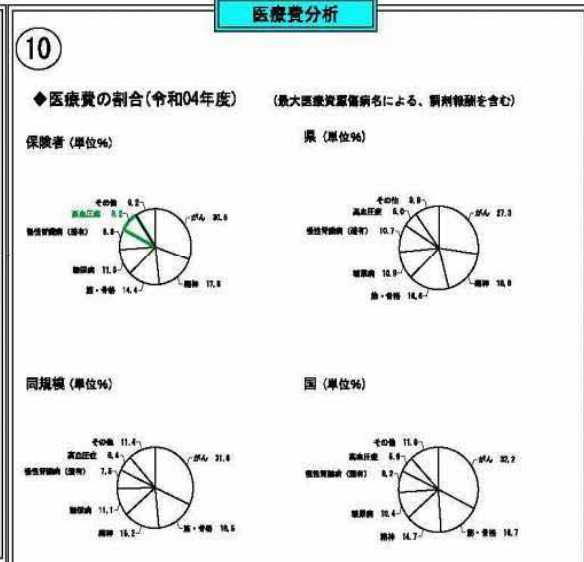
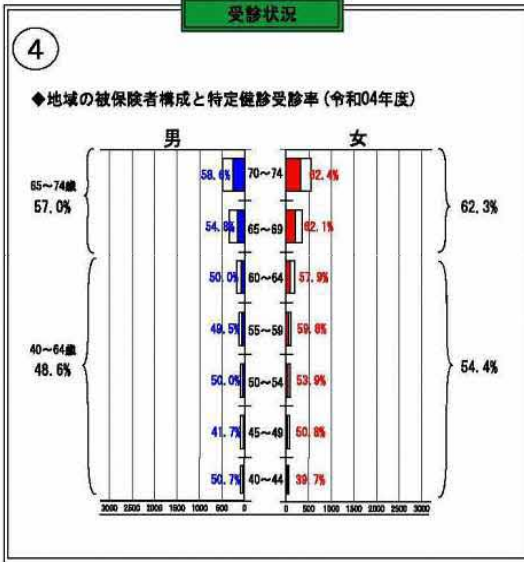
死亡

14 ◆平均寿命(平成27年市区町村別生命表)

	保険者	県	同規模	国
男	80.8	81.2	80.5	80.8
女	87.1	87.5	86.9	87.0

19 ◆死因(%)

	保険者	県	同規模	国
がん	0.3	0.3	0.4	0.3
心臓病	0.3	0.2	0.2	0.2
脳疾患	0.2	0.1	0.1	0.1
糖尿病	0.0	0.0	0.0	0.0
腎不全	0.0	0.0	0.0	0.0



11 疾病統計

疾病	入院(円/件) (順位)	在院日数(日/件)	入院外(円/件) (順位)
糖尿病	660,221 (15)	20	37,502 (23)
高血圧症	562,889 (35)	17	28,435 (29)
脂質異常症	566,081 (28)	20	25,822 (29)
脳血管疾患	829,482 (30)	21	41,170 (10)
心疾患	754,291 (18)	21	51,099 (17)
腎不全	575,351 (37)	21	120,321 (20)
精神	497,058 (28)	26	30,898 (18)
新生物	749,838 (10)	13	79,300 (4)
筋肉炎・肩周炎	309,280 (13)	6	14,212 (5)

生活習慣病等受診状況(1件当たりの外来・入院単価) (総保険者数 47)

6

◆健診受診者、未受診者における生活習慣病等1人当たり医療費(単位:円)

令和04年度 入院+外来	健診受診者				健診未受診者			
	保険者	県	同規模	国	保険者	県	同規模	国
①	5,897	2,450	2,690	2,031	/	/	/	/
②	/	/	/	/	11,048	13,484	13,453	13,295
③	13,970	5,758	7,560	6,142	/	/	/	/
④	/	/	/	/	27,092	37,197	37,805	40,210

①健診受診者の生活習慣病医療費総額/健診対象者数
 ②健診未受診者の生活習慣病医療費総額/健診対象者数
 ③健診受診者の生活習慣病医療費総額/健診対象者数(生活習慣病患者数)
 ④健診未受診者の生活習慣病医療費総額/健診対象者数(生活習慣病患者数)

参考資料 12 用語解説

用語	読み	説明
アウトカム評価	あうとかむひょうか	事業の目的・目標の達成度、成果の数値目標に対する評価
アウトプット評価	あうとぶつとひょうか	目的・目標の達成のために行われる事業の結果に対する評価
悪性新生物	あくせいしんせいぶつ	周囲の組織に浸潤・転移を起こす腫瘍。「がん」や「悪性腫瘍」とも表記される
あさぎり健康21計画	あさぎりけんこうにじゅういちけいかく	健康増進法、熊本県健康増進計画に基づき策定したあさぎり町の健康増進計画
アテローム血栓性脳梗塞	あてろーむけっせんせいのうこうそく	脳内の比較的太い動脈や頸動脈の動脈硬化が進行し、血管内に血栓により詰まることによって起こる脳梗塞
インスリン抵抗性	いんすりんていこうせい	インスリン(膵臓から分泌されるホルモンの一種で、糖代謝を調整し血糖値を一定に保つ働きをもつ)に対する感受性が低下し、インスリンの作用が十分に発揮できない状態
インセンティブ	いんせんていぶ	人々の意思決定や行動を変化させるような要因や動機、報酬のこと
LDL-コレステロール (LDL-c)	えるでいーえるこれすてろーる	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる悪玉コレステロール
冠動脈疾患	かんだうみやくしっかん	心臓の筋肉への血液供給が部分的または完全に遮断されることで起きる病気
狭心症	きょうしんしょう	冠動脈に狭窄が生じることによって心筋に十分な酸素がいざわたらなくなることで生じる病気
虚血性心疾患	きよけつせいしんしっかん	動脈硬化や血栓で冠動脈が狭くなったり閉塞したりすることで血流障害を起こす病気
熊本県糖尿病性腎症予防プログラム	くまもとけんとうにようびょうせいじんしょうよぼううぶろぐらむ	熊本県が作成した糖尿病の重症化予防や高リスク者への医療機関と連携した保健指導等による人工透析への移行を防止することを目的としたプログラム
くも膜下出血	くもまくかしゅっけつ	脳を覆う3層の膜の隙間であるくも膜下腔に出血が生じる病気
KDBシステム	けーでいーびーしすてむ	国保データベースシステムの略。国民健康保険団体連合会が保険者の委託を受けて管理する医療情報・特定健診等情報・介護情報を活用し統計情報や個人の健康に関するデータを作成できるシステム
血清クレアチニン	けっせいくれあちにん	筋肉で作られる老廃物の一つで、腎機能が低下すると血液中に蓄積されるため腎機能の指標として使用される
健康寿命	けんこうじゅみょう	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のこと
健康増進法	けんこうぞうしんほう	国民の健康増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定め、栄養の改善など国民の健康増進と保健向上を図ることを目的とした法律
健康づくりのための身体活動・運動ガイド	けんこうづくりのためのしんたいかつどううんどうがいで	身体活動・運動の意義と重要性が広く国民に認知・実践されることを目的に、最新の科学的知見に基づき身体活動・運動分野の取り組みをさらに推進するために策定された指針
CKD	しーけーでいー	慢性腎臓病の略称。慢性に経過するすべての腎臓病をさす
ジェネリック医薬品	じえねりっくいやくひん	先発医薬品の独占販売期間の終了後に発売され、先発医薬品と同一の有効成分を同一量含み、同一経路から投与する製剤
脂質異常症	ししつじょうしょう	コレステロールや中性脂肪などの脂質代謝に異常をきたし、血液中の値が多すぎる、あるいは少なすぎる状態
重複・多剤服用	じゅうふくたざいふくよう	複数の医療機関から同じ薬効の薬が処方されておりそれを服用することや必要以上に多くの種類の薬が処方されておりそれを服用すること
心筋梗塞	しんきんこうそく	心筋に血流を送る冠動脈が閉塞することによって血流が途絶え心筋が酸素不足に陥る病気
心原性脳梗塞	しんげんせいのうこうそく	心臓でできた血栓が血流によって脳に運ばれ、脳血管を詰まらせる病気
人工透析	じんこうとうせき	機能が低下した腎臓の代わりに体内に蓄積した余分な水分や老廃物を人工的に取り除く治療法のこと
心房細動	しんぼうさいどう	心臓の上部にある心房が小刻みに震えて痙攣し、うまく働かなくなってしまう心臓の病気
生活習慣病	せいかつしゅうかんびょう	食事・運動・休養・喫煙・飲酒などの生活習慣が、発症の要因や進行に関与する病気の総称
地域差指数	ちいさしすう	地域の一人当たり医療費について人口年齢構成の相違による分を補正し指数化(全国を1)としたもの
糖尿病	とうりょうびょう	インスリンの作用が十分でないためブドウ糖が有効に使われず血糖値が慢性的に高くなる病気。
糖尿病性神経障害	とうりょうびょうせいしんけいしょうがい	糖尿病患者に診られる種々の末梢神経障害の総称でインスリン作用の不足ないし慢性高血糖状態に起因する末梢神経障害のこと。

用語	読み	説明
糖尿病性腎症	とうにようびょうせいじんしょう	糖尿病の合併症で全身の細かい血管を痛めつけ血管が詰まったり破れたりした結果、腎臓の機能が低下したもの
糖尿病性網膜症	とうにようびょうせいもうまくしょう	糖尿病の合併症で全身の細かい血管を痛めつけ血管が詰まったり破れたりした結果、眼底出血や網膜の血管が詰まり視力低下したもの
糖尿病連携手帳	とうにようびょうれんけいてちょう	糖尿病にかかわる検査結果や治療内容などを患者本人と関係する医療機関や医療関係者等が記録し共有しながら治療を進めるための手帳
動脈硬化惹起性リポタンパク	どうみやくこうかじゃっきせいりぼたんぱく	動脈硬化性疾患の発症予測につながる蛋白質
動脈硬化	どうみやくこうか	動脈の血管が硬くなって弾力性が失われた状態
特定健診	とくていけんしん	生活習慣病の予防のために、40歳～74歳の方に実施するメタボリックシンドロームに着目した健診
特定保健指導	とくていほけんしどう	生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる人に対して保健師や管理栄養士などの専門スタッフが生活習慣を見直すために行う保健指導
2型糖尿病	にがたとうにようびょう	インスリンの作用不足により、血糖値が慢性的に高くなる糖尿病の一つ。糖尿病の90%以上を占め最も割合が多く、食生活や運動不足それらに基づく肥満などの環境因子によって発症するものが多い
Ⅱ度高血圧	にどこうけつあつ	収縮期血圧160-179かつ/または拡張期血圧100-109の範囲内の血圧
日本人食事摂取基準	にほんじんしょくじせっしゅきじゅん	厚生労働省が健康な個人、集団を対象として国民の健康の維持・推進、エネルギー・栄養素欠乏症の予防、生活習慣病の予防、過剰摂取による健康障害の予防を目的として制定したエネルギーおよび各栄養素の摂取量基準
尿蛋白定量検査	にょうたんぱくていりょうけんさ	尿中の蛋白質量を測定し、腎疾患の早期発見や治療効果を調べる検査
脳血管疾患	のうけっかんしっかん	脳血管に異常が起きることが原因でおこる病気の総称。分類として脳梗塞と脳出血に大別される。
脳梗塞	のうこうそく	何らかの原因で脳動脈が閉塞し、血液がいかなくなると脳が壊死してしまう病気
脳出血	のうしゅっけつ	脳の中を走行する細い血管が何らかの原因で破れることで脳内に出血する病気
non-HDLコレステロール	のんえいちでいーえるこれすてろーる	総コレステロールから善玉(HDL)コレステロールを引いた値。この値が高い人ほど虚血性心疾患の発症リスクが高まることが知られている
ハイリスクアプローチ	はいりすくあぷろーち	健診などでスクリーニングして疾病の発症リスクが高い人を特定し、リスクを下げるように働きかけること
BMI	びーえむあい	ボディマス指数と呼ばれ、体重と身長から算出される成人の肥満度を表す体格指数。体重(kg)を身長(m)二乗で割った値となり22が標準
フレイル	ふれいる	加齢や疾患によって身体的・精神的な様々な機能が徐々に衰え、心身のストレスに脆弱になった状態のこと。健康な状態と介護が必要な状態の間地点にある状態
プロセス評価	ぶろせすひょうか	成果を作るまでの「過程」を評価すること
HbA1c	へもぐろびんえーわんしー	糖尿病の検査値で、赤血球中のヘモグロビンの中でどれくらいの割合が糖と結合しているかを示す指標
保険者データヘルス支援システム	ほけんじゃでーたへるすしえんしすてむ	国民健康保険団体連合会が各保険者に提供するシステムで、レセプトなどの保険者データの分析と活用により健康・医療・介護情報を生かした様々な保健事業を支援することを目的として作られたもの
ポピュレーションアプローチ	ぽぴゅれーしょんあぷろーち	多くの人々が少しずつリスクを軽減することで集団全体が良い方向へとシフトさせるよう働きかける取り組み
ポリファーマシー	ぼりふあーましー	多くの薬を服用することにより副作用などの有害事象を起こすこと
慢性腎不全	まんせいじんふぜん	数か月から数十年かけて腎臓の機能が低下して正常に働かなくなる病気
メタボリックシンドローム	めたぼりっくしんどろーむ	内臓脂肪が過剰に蓄積されていることに加え、血圧上昇、空腹時の高血糖、脂質の異常値などがみられる状態
ライフコース	らいふこーす	個人の一生を個々人の多様な選択や経路に着目した考え方
ラクナ梗塞	らくなこうそく	脳の深い場所に発生する細い血管におこる小さな脳梗塞。最大の原因は高血圧で、糖尿病、高脂血症なども原因となる
レセプト	れせぷと	患者が受けた保険診療について医療機関が保険者に請求する医療報酬明細書のこと。医科・歯科は診療報酬明細書、調剤は調剤報酬明細書のこと

五十音順