

南阿蘇村国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)
令和 6 年度～令和 11 年度

南阿蘇村国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……35

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 ……43

- I. 保健事業の方向性

Ⅱ. 重症化予防の取組

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

Ⅳ. 発症予防

Ⅴ. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し74

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75

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

<資料>76

1. 分析資料一覧(参考資料1～9)
2. 南阿蘇村国民健康保険運営協議会委員名簿

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

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

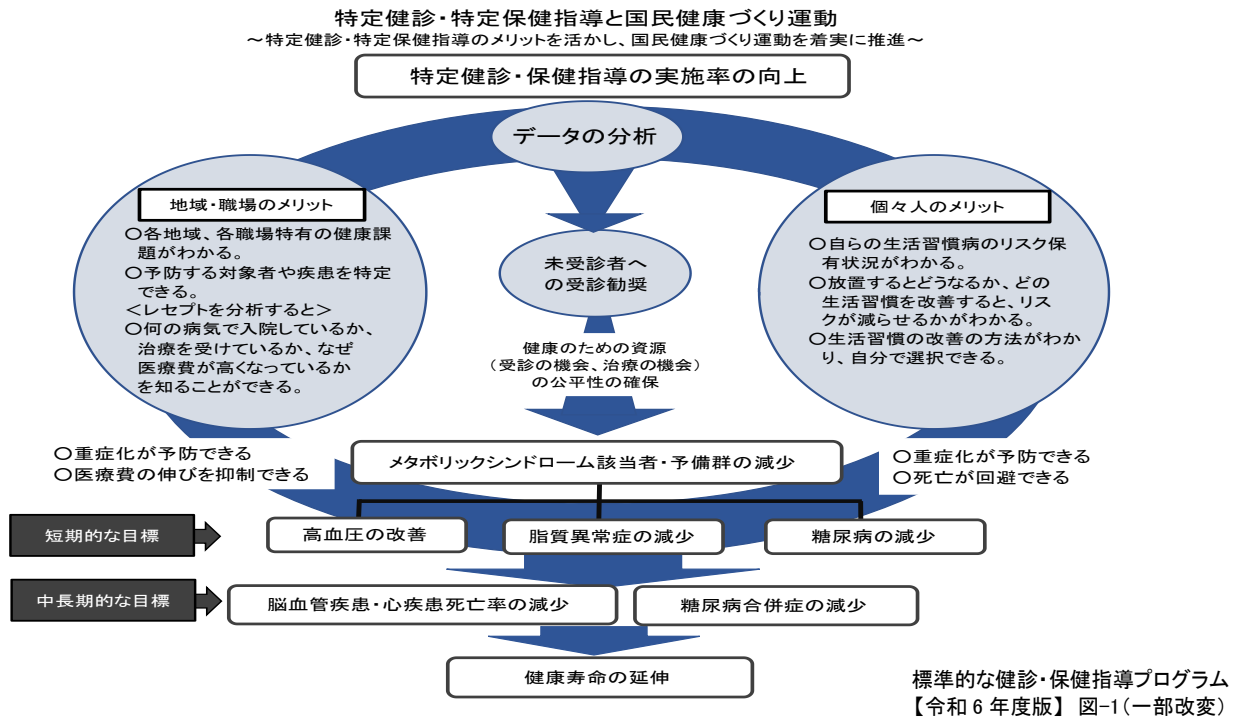
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

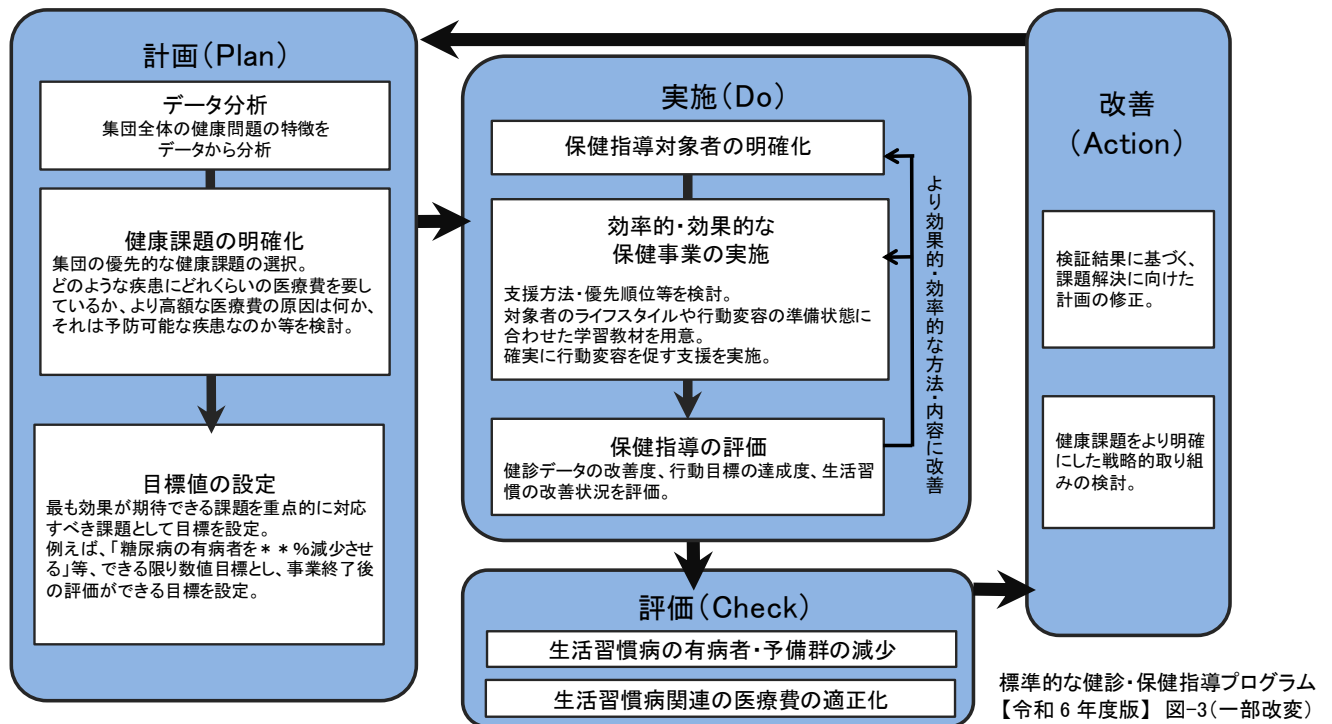
	健康増進計画		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画	
	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画				
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 <u>健康増進事業実施者</u>	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険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

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



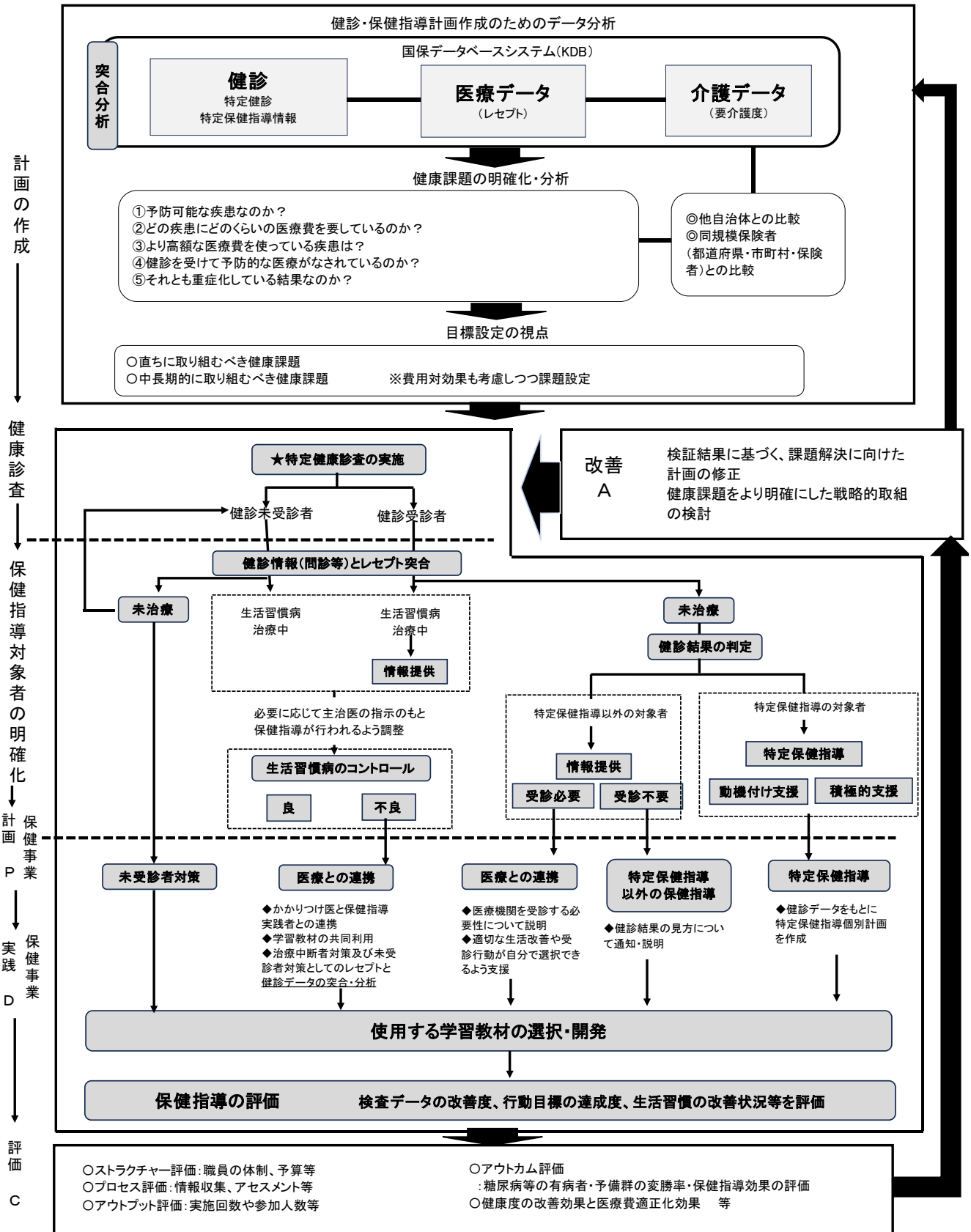
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

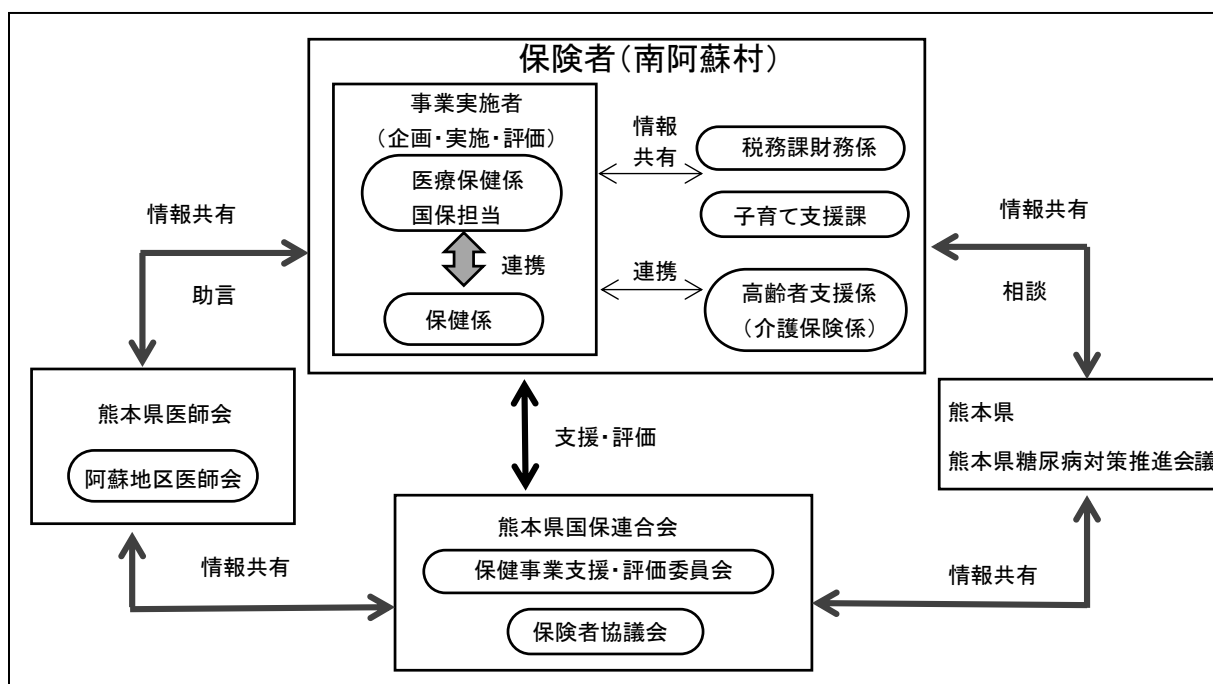
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、健康推進課医療保険係(国保担当)を主体とし、健康推進課保健係、高齢者支援係(介護保険担当)、税務課課税係(国保税担当)、子育て支援課(母子保健担当)とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 南阿蘇村の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

健康推進課	国保事務	事務職2人 保健師4人 管理栄養士1人 非常勤看護師1人 非常勤管理栄養士1人
	健康診断	
	保健指導	
	がん検診	
	予防接種	
	母子保健	
	歯科保健	
精神保健		
支子 援育 課	母子保健	保健師1人 事務職1人
	予防接種	
	歯科保健	

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等と連携・協力を図っていきます。

外部有識者等とは国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいいます。

国保連に設置された支援・評価委員会は委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行っており、本村は、計画策定や評価について支援を求めています。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB の活用によってデータ分析や技術支援を行っているため、本村は国保連合会の実施する職員向け研修に積極的に参加し、技術支援を受けていきます。

また、健康づくり推進会議や村内で実施する国保連主催の医療従事者研修会などにより、地域の保健医療従事者との連携を更に進めていきます。

<参考>手引きより抜粋

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

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

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

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ある。

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る。

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

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表8 保険者努力支援制度評価指標

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			
		南阿蘇村	配点	南阿蘇村	配点	南阿蘇村	配点		
交付額(万円)		242		270		268			
全国順位(1,741市町村中)		286位		55位		85位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	90	70	165	70	145	70	
		(2)特定保健指導実施率		70		70		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	38	40	58	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	90	120	120	120	100	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	90	90	60	90	65	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	50	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	130	130	100	130	100	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	10	100	10	100	10	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	15	30	35	30	40	40	
⑤		第三者求償の取組	27	40	38	50	50	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	73	95	72	100	73	100	
合計点		673	1,000	758	960	728	940		

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

令和2年度国勢調査において、本村の人口は約1万人で高齢化率は43.1%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も54.8歳となっています。出生率は同規模と比較すると高いですが、国・県と比較すると低い状況にあります。産業を見ると、本村においては第3次産業が60.2%と一番多く、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だと考えます。(図表9)

令和4年度の国保加入率は31.2%で、前年度と比較すると上昇しておりますが被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約半数を占めています。(図表10)

また本村内には1つの病院、7つの診療所があります。割合を同規模比較すると大きな差異はありませんが、県と比較すると少ない傾向があります。また熊本市近郊に隣接していることから、医療資源に恵まれており外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあります。(図表11)

図表9 保険者の特性

	人口(人)	高齢化率(%)	被保険者数(加入率)	被保険者平均年齢(歳)	出生率(人口千対)	死亡率(人口千対)	財政指数	第1次産業	第2次産業	第3次産業
南阿蘇村	9,757	43.1	3,049(31.2)	54.8	5.8	14.7	0.3	22.8	17.0	60.2
同規模	--	36.9	24.3	55.8	5.3	15.7	0.4	13.4	27.1	59.5
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、南阿蘇村と同規模保険者(152市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	3,428		3,333		3,324		3,160		3,049	
65～74歳	1,566	45.7	1,579	47.4	1,598	48.1	1,565	49.5	1,490	48.9
40～64歳	1,169	34.1	1,090	32.7	1,044	31.4	962	30.4	939	30.8
39歳以下	693	20.2	664	19.9	682	20.5	633	20.0	620	20.3
加入率	29.8		29.0		28.9		27.5		31.2	

出典：KDBシステム_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	0.3	0.5
診療所数	8	2.3	8	2.4	8	2.4	8	2.5	7	2.3	2.7	3.8
病床数	0	0.0	88	26.4	88	26.5	88	27.8	88	28.9	40.8	85.4
医師数	12	3.5	12	3.6	10	3.0	10	3.2	14	4.6	5.0	14.1
外来患者数	716.7		725.8		692.0		717.5		731.0		708.1	768.9
入院患者数	27.0		27.1		26.3		28.4		28.1		22.2	26.2

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本村の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で13人(認定率0.42%)、1号(65歳以上)被保険者で811人(認定率19.3%)と推移しており、特に2号被保険者については同規模・県・国と比較すると高く、H30年度と比べても高くなっていました。(図表12)

また介護給付費の変化を見ると、H30年度は約13億円でありR4年度は約14億円に伸びていました。(図表13)

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で約3割、第1号被保険者では約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、第1号被保険者では約7割第2号被保険者約9割以上と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表12 要介護認定者(率)の状況

	南阿蘇村				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	4,007人	34.8%	4,201人	43.1%	36.9%	31.6%	28.7%
2号認定者	11人	0.31%	13人	0.42%	0.38%	0.35%	0.38%
新規認定者	2人		5人				
1号認定者	817人	20.4%	811人	19.3%	18.6%	20.2%	19.4%
新規認定者	92人		100人				
再掲	65~74歳	57人	3.1%	70人	3.4%		
新規認定者	14人		18人				
75歳以上	760人	35.2%	741人	34.1%			
新規認定者	78人		82人				

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	南阿蘇村		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	13億3219万円	14億3893万円			
一人あたり給付費(円)	332,465	342,520	303,361	310,858	290,668
1件あたり給付費(円)全体	71,149	74,975	72,528	62,823	59,662
居宅サービス	43,933	46,089	44,391	42,088	41,272
施設サービス	296,450	303,347	291,231	303,857	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		15		71		744		815				
再)国保・後期		8		53		715		768				
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
	循環器疾患	1	腎不全	3 37.5%	脳卒中	29 54.7%	脳卒中	336 47.0%	脳卒中	365 47.5%	脳卒中	367 47.3%
		2	脳卒中	2 25.0%	腎不全	11 20.8%	虚血性心疾患	315 44.1%	虚血性心疾患	324 42.2%	虚血性心疾患	326 42.0%
		3	虚血性心疾患	2 25.0%	虚血性心疾患	9 17.0%	腎不全	128 17.9%	腎不全	139 18.1%	腎不全	142 18.3%
	合併症	4	糖尿病合併症	1 12.5%	糖尿病合併症	14 26.4%	糖尿病合併症	98 13.7%	糖尿病合併症	112 14.6%	糖尿病合併症	113 14.6%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		6 75.0%	基礎疾患	50 94.3%	基礎疾患	691 96.6%	基礎疾患	741 96.5%	基礎疾患	747 96.3%
	血管疾患合計		6 75.0%	合計	52 98.1%	合計	696 97.3%	合計	748 97.4%	合計	754 97.2%	
	認知症		0 0.0%	認知症	14 26.4%	認知症	376 52.6%	認知症	390 50.8%	認知症	390 50.3%	
	筋・骨格疾患		7 87.5%	筋骨格系	46 86.8%	筋骨格系	689 96.4%	筋骨格系	735 95.7%	筋骨格系	742 95.6%	

※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

本村の医療費は、国保加入者が減少しているにもかかわらず総医療費は増加しており、一人あたり医療費は、全国と同規模保険者と比べて約7万円高く、H30年度と比較しても約9万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか3%程度にも関わらず、医療費全体の約50%を占めており、1件あたりの入院医療費もH30年度と比較しても約13万円も高くなっています。(図表 15)

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の地域差指数を1とした場合、本村は県平均よりも高く、入院・外来ともに地域差指数がH30年度よりも伸びています。(図表 16)

一人あたり医療費の地域差は入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な

生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

		南阿蘇村		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		3,428人	3,049人			
前期高齢者割合		1,566人 (45.7%)	1,490人 (48.9%)			
総医療費		12億333万円	13億5431万円			
一人あたり医療費(円)		351,030 県内34位 同規模75位	444,181 県内14位 同規模18位	378,542	407,772	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	506,620	637,770	592,330	574,060	617,950
	費用の割合	48.4	49.5	43.0	45.5	39.6
	件数の割合	3.6	3.7	3.0	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	20,390	24,980	24,690	23,430	24,220
	費用の割合	51.6	50.5	57.0	54.5	60.4
	件数の割合	96.4	96.3	97.0	96.7	97.5
受診率		743.749	759.125	730.302	795.102	705.439

出典:ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は0と同規模保険者152市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		南阿蘇村 (県内市町村中)		県 (47県中)	南阿蘇村 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R3年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	1.01	1.17	1.139	1.06	1.15	1.130
		(37位)	(10位)	(9位)	(22位)	(12位)	(7位)
	入院	1.20	1.46	1.309	1.22	1.27	1.277
		(28位)	(5位)	(8位)	(22位)	(16位)	(6位)
	外来	0.89	0.99	1.036	0.87	1.01	0.982
		(43位)	(27位)	(12位)	(36位)	(7位)	(22位)

出典:地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合は、H30年度と比較すると増加しており、特に慢性腎不全(透析有)については、H30年度より約1.4%伸び、脳血管疾患については、H30年度より約0.8%伸びており、ともに同規模、県、国よりも高い割合となっています。虚血性心疾患についてはH30年度より割合が減少し、同規模、県、国と比較して低い状況にあります。(図表 17)

次に中長期目標疾患の治療状況をH30年度と令和4年度で比較してみると、被保険者数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・虚血性心疾患は減少していましたが、人工透析者は増加傾向にあります。(図表 18)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			南阿蘇村		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			12億333万円	13億5431万円			
中長期目標疾患 医療費合計(円)			9413万円	1億3647万円			
			7.81%	10.08%	8.01%	8.69%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.06%	2.85%	2.07%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.90%	0.85%	1.38%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.82%	6.25%	4.23%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.03%	0.12%	0.33%	0.26%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		10.73%	12.19%	17.23%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		9.47%	9.88%	8.66%	8.56%	8.68%
	精神疾患		10.75%	7.71%	8.13%	9.62%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	3,428	3,049	a	418	288	245	207	15	25	
				a/A	12.2%	9.4%	7.1%	6.8%	0.4%	0.8%	
40歳以上	B	2,735	2,429	b	416	287	243	204	15	25	
	B/A	79.8%	79.7%	b/B	15.2%	11.8%	8.9%	8.4%	0.5%	1.0%	
再 掲	40~64歳	C	1,169	939	c	86	52	49	41	8	13
		C/A	34.1%	30.8%	c/C	7.4%	5.5%	4.2%	4.4%	0.7%	1.4%
	65~74歳	D	1,566	1,490	d	330	235	194	163	7	12
		D/A	45.7%	48.9%	d/D	21.1%	15.8%	12.4%	10.9%	0.4%	0.8%

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、治療者の割合はほぼ横ばいでした。また40歳以上の合併症(重症化)の疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は脳血管疾患の割合が減少している一方、人工透析の割合が増加していました。

本村は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施していますが、若い世代(40歳～64歳)に重症化している実態が多く見られたことは大きな課題です。(図表 19・20・21)

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	1,216	1,117	328	256	888	861	
	A/被保数	44.5%	46.0%	28.1%	27.3%	56.7%	57.8%	
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	157	97	31	16	126	81
		B/A	12.9%	8.7%	9.5%	6.3%	14.2%	9.4%
	虚血性心疾患	C	169	139	28	28	141	111
		C/A	13.9%	12.4%	8.5%	10.9%	15.9%	12.9%
	人工透析	D	15	25	8	13	7	12
		D/A	1.2%	2.2%	2.4%	5.1%	0.8%	1.4%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(高血圧症)
地域の全体像の把握

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	641	554	179	131	462	423	
	A/被保数	23.4%	22.8%	15.3%	14.0%	29.5%	28.4%	
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	77	56	8	11	69	45
		B/A	12.0%	10.1%	4.5%	8.4%	14.9%	10.6%
	虚血性心疾患	C	106	87	15	18	91	69
		C/A	16.5%	15.7%	8.4%	13.7%	19.7%	16.3%
	人工透析	D	9	18	5	9	4	9
		D/A	1.4%	3.2%	2.8%	6.9%	0.9%	2.1%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	80	73	23	16	57	57
		E/A	12.5%	13.2%	12.8%	12.2%	12.3%	13.5%
	糖尿病性網膜症	F	102	119	31	23	71	96
		F/A	15.9%	21.5%	17.3%	17.6%	15.4%	22.7%
	糖尿病性神経障害	G	31	20	9	5	22	15
		G/A	4.8%	3.6%	5.0%	3.8%	4.8%	3.5%

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 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覽)		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	1,057	896	270	203	787	693	
	A/被保数	38.6%	36.9%	23.1%	21.6%	50.3%	46.5%	
併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	122	74	21	18	101	56
		B/A	11.5%	8.3%	7.8%	8.9%	12.8%	8.1%
	虚血性心疾患	C	163	133	29	27	134	106
		C/A	15.4%	14.8%	10.7%	13.3%	17.0%	15.3%
	人工透析	D	9	17	5	7	4	10
		D/A	0.9%	1.9%	1.9%	3.4%	0.5%	1.4%

出典:KDBシステム_疾病管理一覽(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以上をH30年度とR03年度で比較してみたところ、Ⅱ度高血圧者の割合は減少しており、HbA1c7.0以上者の割合は増加していました。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧症で約32%、糖尿病で5%ほどおり、その割合は同規模と比較すると低くなっています。(図表22)

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

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧													
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)						医療のかかり方							
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)					
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療	治療中断	G	G/E	H	H/E
南阿蘇村	1,228	46.7	1,264	54.5	72	5.9	33	45.8	63	5.0	36	57.1	20	31.7	6	9.5		
同規模	44,557	49.5	39,370	46.9	2,236	5.0	1,226	54.8	2,269	5.8	1,216	53.6	736	32.4	106	4.7		

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
南阿蘇村	1,220	99.3	1,258	99.5	50	4.1	9	18.0	65	5.2	13	20.0	3	4.6	0	0.0
同規模			103,135 (熊本県市町村国保計)	99.3 (熊本県市町村国保計)	1,976	4.5	443	22.4	2,010	5.2	396	19.7	123	6.1	56	2.8

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ヶ月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

③健診結果の経年変化

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

また継続受診者における HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160 以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5 以上者の割合は 1.3%増加、Ⅱ度高血圧者は 0.9%減少、LDL-C 160 以上者は 4%減少しています。また改善率をみると血圧や LDL-C では翌年の改善率はよいのに対し、HbA1c の改善率は 2 割程度となっています。

増加傾向にある高血糖者に関しては、現在、HbA1c6.5 以上未治療者、HbA1c7.0 以上者を対象に個別の面談による保健指導を実施しております。内服により値が下がりやすい血圧・LDL-C に対し、糖尿病の治療は基盤に食事と運動があるため、効果が出るためには対象者本人の食生活の改善が重要となります。(図表 24～26)

今後も対象者の生活習慣に応じた保健指導を実施し、継続した支援を行っていきます。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者		予備群	
		3項目	2項目		
H30年度	1,228 (46.7%)	235 (19.1%)	69 (5.6%)	166 (13.5%)	142 (11.6%)
R04年度	1,198 (54.0%)	240 (20.0%)	68 (5.7%)	172 (14.4%)	148 (12.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	128 (10.5%)	29 (22.7%)	53 (41.4%)	19 (14.8%)	27 (21.1%)
R03→R04	149 (11.8%)	21 (14.1%)	77 (51.7%)	22 (14.8%)	29 (19.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	72 (5.9%)	44 (61.1%)	10 (13.9%)	4 (5.6%)	14 (19.4%)
R03→R04	63 (5.0%)	34 (54.0%)	11 (17.5%)	3 (4.8%)	15 (23.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	174 (14.2%)	79 (45.4%)	49 (28.2%)	18 (10.3%)	28 (16.1%)
R03→R04	129 (10.2%)	77 (59.7%)	22 (17.1%)	8 (6.2%)	22 (17.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール

②健診受診率及び保健指導実施率の推移

本村の特定健診受診率は、年々上昇しており平成 30 年度から令和 4 年度までの伸び率は 6.7% でした。新型コロナ感染症の影響で健診受診率低迷が懸念されていた中、受診率を保つことができたのは広報紙やチラシでの受診啓発や専門事業者のハガキによる受診勧奨に加え、地区担当の保健師・管理栄養士等による訪問や電話等での個別の受診勧奨の結果が影響したと考えます(図表 27)。特定健診の年代別の受診率をみると、40～50 代が低く、特に 55 歳～59 歳男性がより低い状況です(図表 28)。

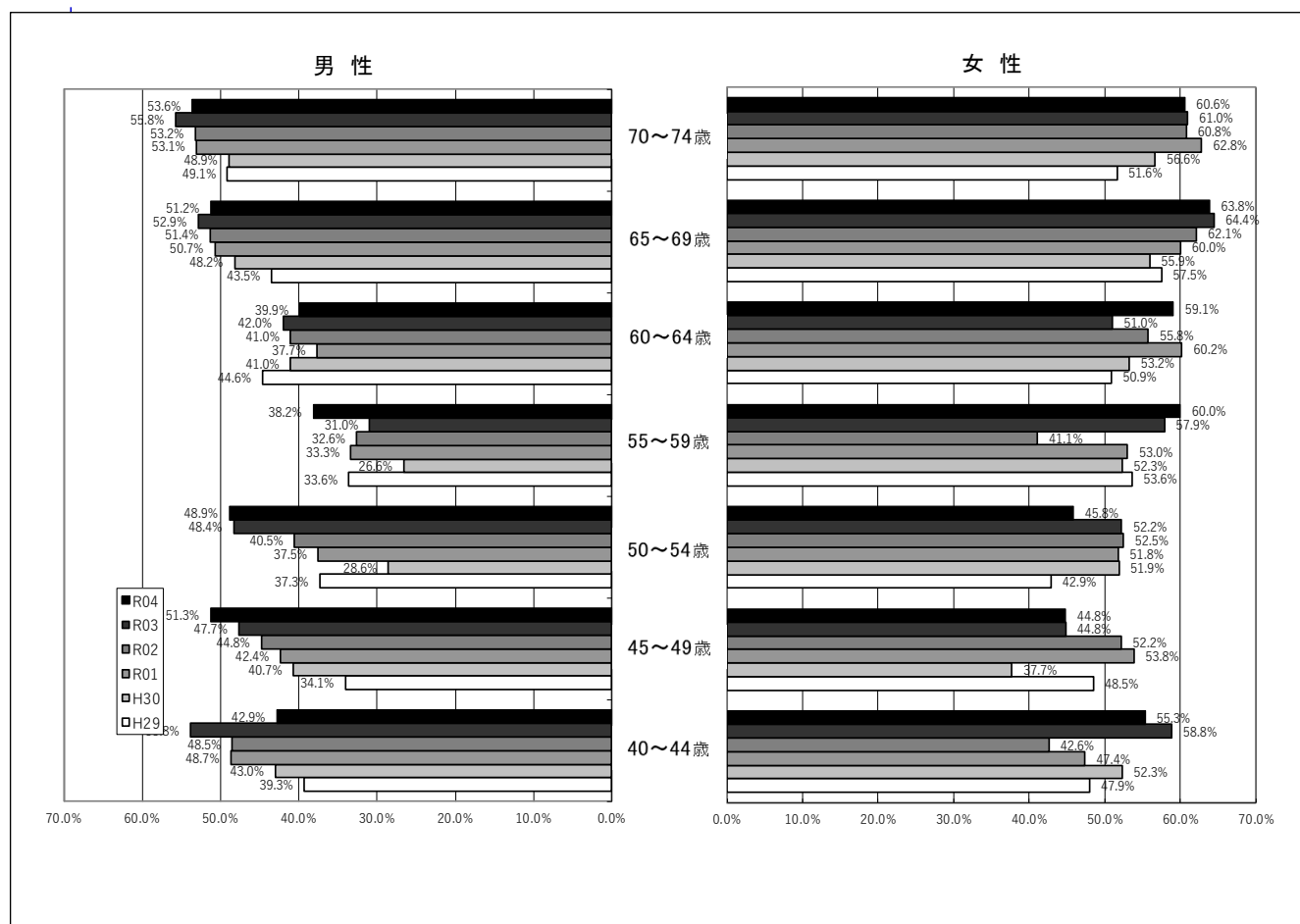
特定保健指導についても、指導実施率は少しずつ上昇しておりますが、まだ目標値を達成することはできていません。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。そのためにも重症化予防が必要な重症化予防対象者の方への保健指導率上昇に今後も努めていかなければならないと考えます。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,187	1,279	1,259	1,242	1,189	健診受診率 55%
	受診率	47.0%	52.1%	52.4%	53.7%	53.7%	
特定保健 指導	該当者数	139	133	122	123	127	特定保健指 導実施率 80%
	割合	11.7%	10.4%	9.7%	9.9%	10.70%	
	実施者数	95	94	88	90	94	
	実施率	68.3%	70.7%	72.1%	73.2%	74.0%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



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

近年 HbA1c6.5%以上の重症化予防対象者の割合は年々増加しているため、これまで HbA1c7%以上の高血糖者を保健指導優先対象者とし重点的に支援してきました。その結果、HbA1c8%以上の未治療者は、R1年 54.5%から R4年 15.4%に減っているものの、HbA1c7%以上の対象者は増加傾向であり特に治療中の割合が8割を超えています。糖尿病治療ガイドには血糖コントロール指標は、合併症予防の観点から HbA1c7%未満を目標にとあることから、治療者の良好なコントロール状態や適性体重の維持等について医療機関と連携して合併症の抑制による支援を行い、糖尿病のない人と変わらない寿命とQOLの向上を目指すために、支援をしていく必要があります。

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士等が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。(表 1～3)

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

表 1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

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	再掲		
						未治療	治療	
H29	1,269	372 29.3%	532 41.9%	245 19.3%	120 9.5%	51 42.5%	69 57.5%	9.5%
					51 4.0%	17 33.3%	34 66.7%	
H30	1,220	420 34.4%	490 40.2%	182 14.9%	128 10.5%	48 37.5%	80 62.5%	10.5%
					50 4.1%	9 18.0%	41 82.0%	
R01	1,311	372 28.4%	538 41.0%	254 19.4%	147 11.2%	57 38.8%	90 61.2%	11.2%
					61 4.7%	15 24.6%	46 75.4%	
R02	1,274	373 29.3%	538 42.2%	230 18.1%	133 10.4%	33 24.8%	100 75.2%	10.4%
					63 4.9%	9 14.3%	54 85.7%	
R03	1,258	297 23.6%	535 42.5%	277 22.0%	149 11.8%	42 28.2%	107 71.8%	11.8%
					65 5.2%	13 20.0%	52 80.0%	
R04	1,198	253 21.1%	505 42.2%	292 24.4%	148 12.4%	41 27.7%	107 72.3%	12.4%
					63 5.3%	9 14.3%	54 85.7%	

表 2 HbA1c7.0 以上の保健指導率

		H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c測定	人(a)	1,220	1,311	1,274	1,258	1,198
HbA1c7.0%以上	人(b)	50	61	63	65	63
	(b/a)	4.1%	4.7%	4.9%	5.2%	5.3%
保健指導実施者 * 1	人(c)	35	41	46	46	28
	(c/b)	70.0%	67.2%	73.0%	70.8%	44.4%

* 1 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

表 3 HbA1c8.0%以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c測定	人(a)	1,220	1,311	1,274	1,258	1,198
HbA1c8.0%以上	人(b)	8	11	17	12	13
	(b/a)	0.7%	0.8%	1.3%	1.0%	1.1%
保健指導実施	人(c)	6	11	14	9	11
	(c/b)	75.0%	100.0%	82.4%	75.0%	84.6%
HbA1c8.0%以上の 未治療者	人(b)	0	6	4	4	2
	(b/a)	0.0%	54.5%	23.5%	33.3%	15.4%

内服治療開始	4人	2人	2人
生活習慣改善	2人	1人	1人
医療機関未受診	0人	1人	1人

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図検査を約 9 割の健診受診者に実施しています。熊本県と比べると、心房細動、異常Q波の割合が多く、心電図の有所者のうち、心房細動、異常Q波の所見者に対して保健指導を実施していますが、それ以外の有所見者に対しては保健指導が実施できていない状況です。(表 4)

心房細動治療者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧、高血糖、脂質異常)に応じた保健指導を継続して行っています。また異常Q波所見者に対しては、心電図所見を含む健診データを確認し、保健指導に生かしていくことで、中長期目標疾患を発症させない取組みが大切になってきます。

表4 心電図受診者のうち、心房細動、異常Q波所見の状況

令和4年度	心電図検査				心房細動		異常Q波	
	実施者数	実施率	有所見者数	有所見者率				
南阿蘇村	1,161	93.3%	235	19.6%	12	5.1%	12	11.0%
熊本県	101,313	69%	22,973	22.7%	721	2.9%	836	3.4%

R4健診データ

③脳血管疾患重症化予防対策

高血圧は、脳血管疾患において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害と深く関与しています。

表 5 より、Ⅱ度高血圧以上の者の割合は 6%で、約 50%が未治療者です。本村では、健診でⅡ度高血圧以上の方に保健指導を行っていますが 5 割にとどまっています。また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、Ⅱ度高血圧以上のコントロール不良の者は 52%で、服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っています。また、Ⅱ度高血圧以上の者で、治療の有無に関わらず、普段の血圧状況を正確に知るために血圧手帳の活用を促しています。

表 6 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。高リスクの未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうため、個別の保健指導、受診勧奨に取り組んでいます。

表 5 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	1,228	1,315	1,278	1,264	1,198	
Ⅱ度高血圧以上の者	人(b)	72	59	71	63	80	
	(a/b)	5.9%	4.5%	5.6%	5.0%	6.7%	
	治療あり	人(c)	39	26	39	27	42
		(c/b)	54.2%	44.1%	54.9%	42.9%	52.5%
	治療なし	人(d)	33	33	32	36	38
		(d/b)	45.8%	55.9%	45.1%	57.1%	47.5%
再掲	Ⅲ度高血圧の者	人(f)	8	13	16	8	12
		(f/a)	0.7%	1.0%	1.3%	0.6%	1.0%
	治療あり	人	4	5	10	2	7
	治療なし	人	4	8	6	6	5

出典：ヘルスサポートラボツール

表 6 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和4年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	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
リスク第1層 子後影響因子がない	297	135 45.5%	124 41.8%	33 11.1%	5 1.7%
	12 4.0%	C 4 3.0%	B 6 4.8%	B 2 6.1%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	168	C 77 56.6%	B 73 58.9%	A 14 42.4%	A 4 80.0%
	117 39.4%	B 54 40.0%	A 45 36.3%	A 17 51.5%	A 1 20.0%

■ ...高リスク

■ ...中等リスク

■ ...低リスク

区分	該当者数
A	81 27.3%
B	135 45.5%
C	81 27.3%

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

(2)ポピュレーションアプローチ

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

本村においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの村民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援してきました。

取組内容としては、生活習慣病重症化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、生活習慣と食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、毎年、減塩フォーラムや集団健診結果説明会、文化祭での健康コーナーを実施し、日常生活改善のヒントを多くの村民へ周知しました。

また、高血圧や肥満の改善を目的として集団健診会場において、メタボリックシンドローム、血圧基準値、塩と血圧の関係などの保健指導資料を配布し、高血圧やメタボリックシンドロームなどの予防活動を行いました。加え、日本高血圧学会 JSH 減塩商品の普及配布、熊本健康アプリの登録支援を実施し、熊本健康アプリのポイントに応じてスマートミール弁当などを配布しました。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表29 データヘルス計画の目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための評価指標	目標	実績			データの把握方法			
				初年度 H30	中間評 価 R2	最終評 価 R5				
				(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)			
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・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	維持	2.1%	2.2%	2.9%	KDBシステム		
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合	維持	0.9%	1.1%	0.9%			
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合	維持	4.8%	5.3%	6.3%			
			新規透析導入者数	減少	1人	3人	2人			
			糖尿病性腎症による透析導入者数	減少	1人	2人	1人		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・予備群の割合	減少	30.9%	30.4%	32.7%	法定報告値		
			健診受診者の高血圧者の割合(160/100以上)	減少	5.9%	5.6%	6.7%	ヘルササポートラボツール		
			健診受診者の脂質異常者の割合(LDL160以上)		14.2%	7.8%	6.3%			
			健診受診者の血糖異常者の割合(未治療HbA1C6.5%以上者)		3.9%	2.6%	3.4%			
			健診受診者の血糖異常者の割合(治療中HbA1C7.0%以上者)		3.4%	4.2%	4.5%			
			健診受診者の糖尿病未治療者の割合(治療中断者を含む)		13.1%	12.9%	12.7%		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	47.0%	52.4%	53.7%	法定報告値		
		特定保健指導実施率	上昇	68.3%	72.1%	74.0%				
		特定保健指導対象者の割合	減少	11.9%	16.5%	15.0%				
		努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者	維持	23.2	21.8	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)	
					肺がん検診受診者	維持	35.4	31.8		33.7
					大腸がん検診受診者	維持	33.1	32.2		33.4
					子宮がん検診受診者	維持	26.7	27.9		27.6
乳がん検診受診者	維持				35.8	36.7				
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		上昇	86.1%	88.2%	88.6%	厚生労働省			

(4) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期データヘルス計画では、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)の予防に重点をおき、また中長期目標疾患の予防に共通した高血圧、糖尿病、脂質異常症の重症化予防に取り組んできました。

その結果、第2章 第2期計画にかかる評価及び考察に記載した通り、総医療費に占める虚血性心疾患の割合はわずかに減少したものの、慢性腎不全(透析有)と脳血管疾患の占める割合が増加していました。特に慢性腎不全(透析有)に関しては、40～74歳の全年代で治療者数が1.7倍に増えていました。あわせて短期目標である高血圧、糖尿病、脂質異常の治療の割合はほぼ横ばいですが、合併症として人工透析の割合が増加し、課題となっています。

特定健診受診率、特定保健指導率は年々増加し、目標値に近づいています。健診結果から、Ⅱ度高血圧以上の者とLDL160以上の者の改善率をみると、R3からR4の改善率は50%以上で、保健指導により医療機関を受診され健診結果が改善したと考えます。HbA1cについては、糖尿病の治療は、内服治療が開始されても食事や運動の生活改善によるものが大きく、継続的な保健指導が必要になってきます。また、メタボリックシンドローム該当者及び予備軍は微増しています。内臓脂肪の蓄積は、インスリン抵抗性を示し、高血糖、高血圧を引き起こすためメタボリックシンドロームを解決することも重要になってきます。

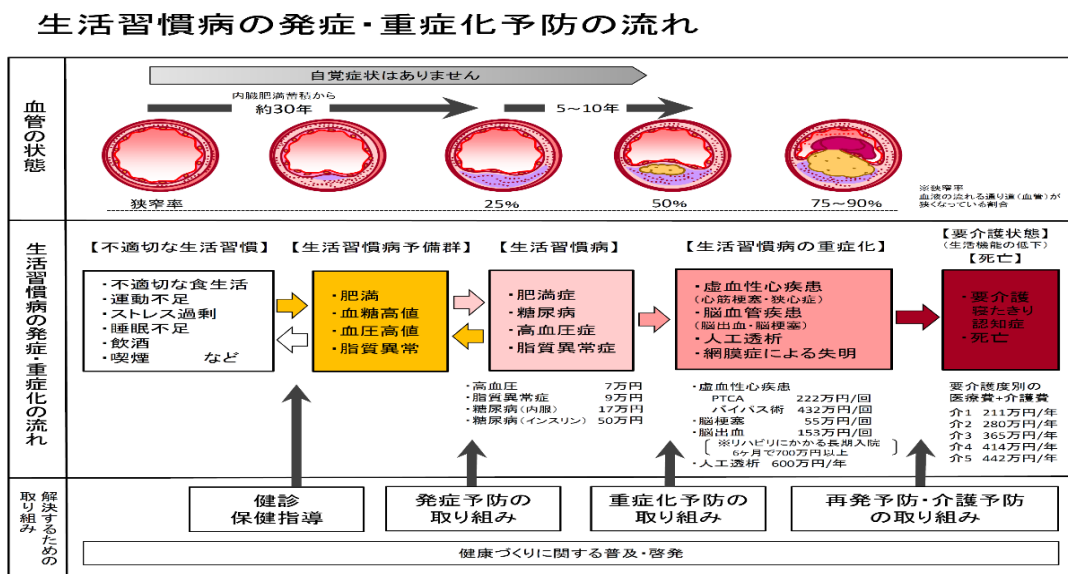
以上のことから、第3期データヘルス計画に向けては、引き続き肥満、高血圧、高血糖、脂質異常の重症化予防対象者への保健指導や受診勧奨を行い、若い年代からのメタボリックシンドロームの解決に向けた取り組みが重要と考えます。

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 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

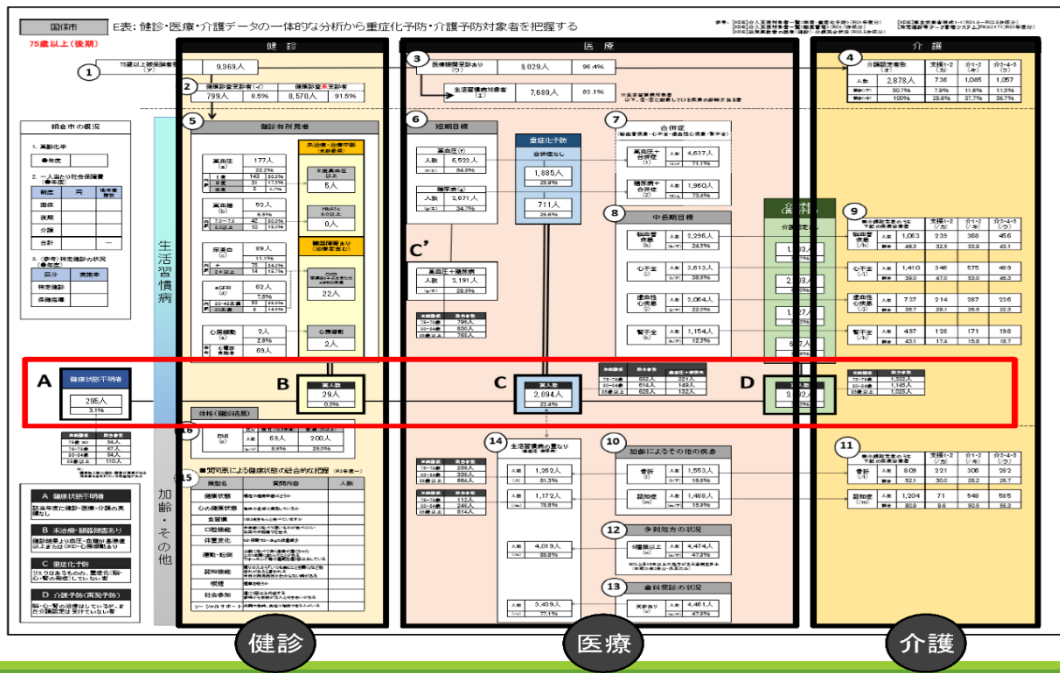
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

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

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
被保険者数	3,428人	3,333人	3,324人	3,160人	3,049人	2,339人	
総件数及び 総費用額	件数	31,619件	30,545件	28,491件	29,304件	28,411件	35,469件
	費用額	12億0333万円	12億9039万円	13億1089万円	13億9568万円	13億5431万円	23億1207万円
一人あたり医療費	35.1万円	38.7万円	39.4万円	44.2万円	44.4万円	98.8万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患			短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患			
			腎		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	南阿蘇村	13億5431万円	36,186	6.25%	0.12%	2.85%	0.85%	5.33%	3.38%	1.59%	2億7596万円	20.4%	12.2%	7.71%	9.88%
	同規模	—	30,653	4.23%	0.33%	2.07%	1.38%	6.02%	3.54%	2.04%	—	19.6%	17.2%	8.13%	8.66%
	県	—	33,050	5.52%	0.26%	1.89%	1.02%	5.62%	3.12%	1.72%	—	19.2%	14.1%	9.62%	8.56%
	国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	南阿蘇村	23億1207万円	83,087	3.65%	0.40%	4.76%	0.81%	4.27%	3.36%	0.93%	4億2062万円	18.2%	8.4%	4.44%	12.4%
	同規模	—	66,508	4.21%	0.52%	3.96%	1.49%	4.19%	3.35%	1.24%	—	19.0%	10.5%	3.78%	12.0%
	県	—	81,455	4.72%	0.47%	3.74%	1.12%	3.70%	2.88%	1.07%	—	17.7%	9.2%	4.70%	13.2%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	104人	121人	126人	143人	157人	318人
	件数	B	198件	221件	268件	305件	619件	606件
		B/総件数	0.63%	0.72%	0.94%	1.04%	2.18%	1.71%
	費用額	C	2億5382万円	3億4651万円	4億1116万円	4億4464万円	7億8924万円	7億3417万円
C/総費用		21.1%	26.9%	31.4%	31.9%	58.3%	31.8%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度								
脳血管疾患	人数	D	8人	9人	12人	14人	10人	25人							
		D/A	7.7%	7.4%	9.5%	9.8%	6.4%	7.9%							
	件数	E	9件	11件	21件	24件	43件	54件							
		E/B	4.5%	5.0%	7.8%	7.9%	6.9%	8.9%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	0	0.0%	3	27.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	11.1%	0	0.0%	1	4.8%	2	8.3%	0	0.0%	75-80歳	5	9.3%
		60代	5	55.6%	3	27.3%	11	52.4%	4	16.7%	20	46.5%	80代	36	66.7%
		70-74歳	3	33.3%	5	45.5%	9	42.9%	18	75.0%	23	53.5%	90歳以上	13	24.1%
	費用額	F	1471万円	2163万円	3401万円	3231万円	5006万円	6264万円							
		F/C	5.8%	6.2%	8.3%	7.3%	6.3%	8.5%							

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

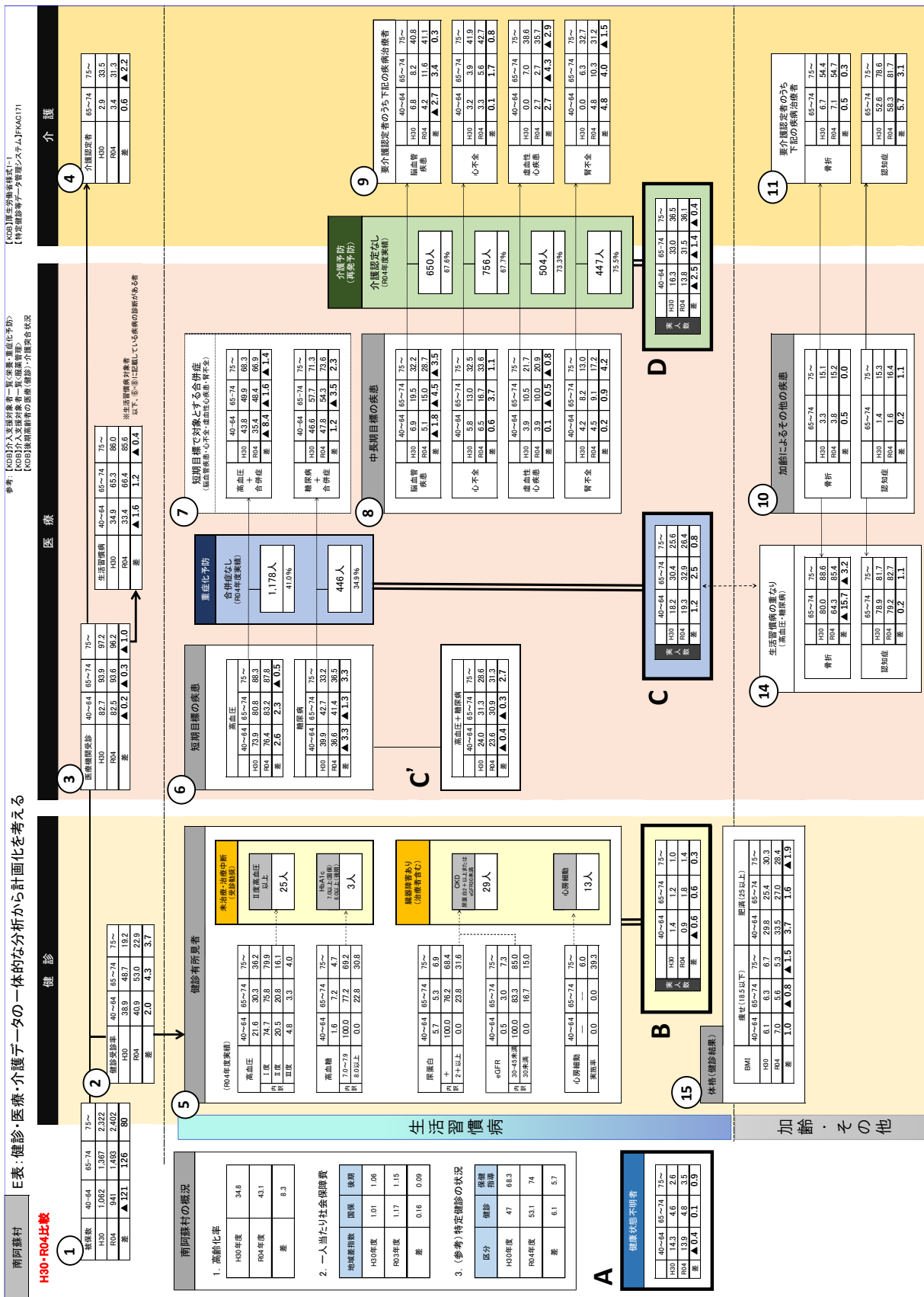
対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度								
虚血性心疾患	人数	G	3人	5人	6人	1人	3人	7人							
		G/A	2.9%	4.1%	4.8%	0.7%	1.9%	2.2%							
	件数	H	3件	5件	6件	1件	5件	7件							
		H/B	1.5%	0.0%	2.2%	0.3%	0.8%	1.2%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	4	57.1%
		60代	1	33.3%	3	60.0%	4	66.7%	1	100.0%	1	20.0%	80代	2	28.6%
		70-74歳	2	66.7%	2	40.0%	2	33.3%	0	0.0%	4	80.0%	90歳以上	1	14.3%
	費用額	I	458万円	615万円	835万円	118万円	822万円	1116万円							
		I/C	1.8%	1.8%	2.0%	0.3%	1.0%	1.5%							

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析

参考資料 2 を参照



図表 38 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			⑬ 体格(健診結果)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	33.5	1,062	1,367	2,322	38.9	48.7	19.2	6.1	6.3	6.7	29.8	25.4	30.3
R04	31.3	941	1,493	2,402	40.9	53.0	22.9	7.0	5.6	5.3	33.5	27.0	28.4

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上または eGFR30未満			心房細動														
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-												
年度	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%						
H30	23	5.6	(10)	41	6.2	(6)	29	6.5	(4)	14	3.4	(2)	28	4.2	(1)	7	1.6	(0)	2	0.5	4	0.6	10	2.2	1	0.2	6	0.9	10	2.2
R04	21	5.5	(8)	58	7.3	(12)	40	7.3	(5)	6	1.6	(0)	57	7.2	(3)	8	1.5	(0)	0	/	13	1.6	16	2.9	0	/	0	/	13	2.4

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症					
	高血圧		糖尿病		C'糖尿病+高血圧		高血圧+合併症			糖尿病+合併症											
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	82.7	93.9	97.2	34.9	65.3	86.0	73.9	80.8	88.3	39.9	42.7	33.2	24.0	31.3	28.6	43.8	49.9	68.3	46.6	57.7	71.3
R04	82.5	93.6	96.2	33.4	66.4	85.6	76.4	83.2	87.8	36.6	41.4	36.5	23.6	30.9	31.3	35.4	48.4	66.9	47.8	54.3	73.6

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	6.9	19.5	32.2	3.9	10.5	21.7	5.8	13.0	32.5	4.2	8.2	13.0	6.8	8.2	40.8	0.0	7.0	38.6	3.2	3.9	41.9	0.0	6.3	32.7
R04	5.1	15.0	28.7	3.9	10.0	20.9	6.5	16.7	33.6	4.5	9.1	17.2	4.2	11.6	41.1	2.7	2.7	35.7	3.3	5.6	42.7	4.8	10.3	31.2

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	80.0	88.6	78.9	81.7	3.3	15.1	1.4	15.3	6.7	54.4	52.6	78.6
R04	64.3	85.4	79.2	82.7	3.8	15.2	1.6	16.4	7.1	54.7	58.3	81.7

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化(図表 32~42)

国保の被保険者数は年々減少していますが、一人あたり医療費は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり98万円を超え、国保の約2倍も高い状況です。(図表 32)

その中身を見てみると、国保では慢性腎不全(透析有)と脳血管疾患の総医療に占める割合が、全国同規模・熊本県と比較して高いものの、その他の疾患については低い状況にあります。後期高齢者になると、脳血管疾患の総医療費に占める割合が高くなっています。(図表 33)

また高額レセプトについて、国保においては H30 年度と比較して R4 年度は人数で 1.5 倍、件数では 3 倍、後期高齢になると約 2 倍の人数となっており、医療費増加の一因となっています。

高額における疾病をみてみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和 4 年度が一番多く、H30 年度から件数が 5 倍、費用額は 3.5 倍の 5000 万円となりました。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 年度の 1.8 倍となっていました。

脳血管疾患や虚血性心疾患で高額になった方の経過をみてみると、9 割の方は過去 5 年に健診受診歴がなく、保険者として健康状態の把握ができていない方でした。また、基礎疾患に糖尿病、高血圧、高脂血症があり、未受診者対策や治療中断者へのフォロー対象者について、これらの実態を

基に、第3期計画に盛り込む必要があります。

また、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 34、35、36)

次に健診・医療・介護のデータについて H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析しました。図表 38 の⑮体格をみると 40～64 歳の若い年齢層で、BMI25 以上の率が 3.7%も高くなってきています。

図表 39 健診有所見の状況をみると、特に 65 歳以上で、Ⅱ度高血圧以上の者と HbA1c7.0 以上の人数、割合が増えています。未治療・中断者については、医療機関へのつなぎを確実に実施する必要があります。

図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況をみると、高血圧と合併症は減少しましたが、40～64 歳の糖尿病＋合併症は 1.2%増加しました。

図表 41 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30 年度と R4 年度を比較すると、脳血管疾患は全世代で減少しましたが、心不全、腎不全で割合が高くなっています。特に若い世代での心不全、腎不全については、しっかりと原因を分析し、予防計画に反映させていく必要があります。

(4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)において、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病等の重なりがあることが分かりました。また若い世代の肥満者も増えており、若い世代への予防活動の充実が必要ですが、若い世代の健診受診率が低いため、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。

また高額レセプトも増えており、医療費の増加もみられることから、予防可能な疾患である脳、心、腎を守るための活動に注力していく必要があります。

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、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、分析結果や実態から計画の見直し、改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが目標です。

そのため、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、高額レセプト(80 万円/件)以上の人数、件数が増え

ており、また入院の医療費割合が増えていました。特に本村では、人工透析の医療費や発症状況に課題がみられました。そのため、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患、また医療費が高額になる虚血性心疾患について、新規患者数・割合を維持・減少させることを目標とします。また、高齢化が進展する昨今では、医療費の増加を抑えることは難しいことから、医療費の伸びの抑制を目標とします。

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

また中長期目標疾患の発症予防のためには、短期目標に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。医療機関未受診者や治療中断者等、重症化するリスクの高い対象者について把握し、医療機関への受診勧奨や必要な保健指導、栄養指導を行います。特に糖尿病とメタボリックシンドロームについては、薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目標とします。

(2) 管理目標の設定

図表 43 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評価指標	目標	実績			データの把握方法 (活用データ)		
				初期値 R6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)			
データヘルス計画	中長期目標	新規脳梗塞患者数	維持・減少	29人			データヘルス支援システム		
		新規脳出血患者数	維持・減少	13人					
		新規虚血性心疾患患者数	維持・減少	47人					
		新規人工透析導入患者数	維持・減少	2人					
		糖尿病性腎症による新規透析導入患者数	維持・減少	1人					
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	★特定健診受診率	60%以上	53.70%			法定報告値	
			40代・50代の健診実施（受診）率	40代	上昇	45.6%			
				50代	上昇	44.5%			
			★特定保健指導実施率	上昇	74.0%			・特定健診等データ管理システム ・ラボツール ・データヘルス支援システム	
			内臓脂肪症候群該当者・予備軍の割合	減少	48.4%				
			朝食を抜くことが週3回以上ある40代の割合	減少	29.1%				
			血圧Ⅱ度以上者（160/100以上）の割合	減少	6.7%				
			LDL180以上者の割合	減少	6.3%				
			40代・50代の健診受診者のHbA1c6.5以上者の割合	減少	3.47%				
			★健診受診者のHbA1c8.0%以上者の割合	減少	1.04%				
			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	12.7%				
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	増加	15.0%				法定報告値
			内臓脂肪症候群該当者の減少率	増加	21.5%				

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

令和 4 年度の特定健診受診率は 53.7%、特定保健指導実施率は 74.0%でした。(法定報告値)
これをもとに令和 6 年度からの目標値を設定しました。

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	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60%以上
特定保健指導実施率	75.0%	75.5%	76.0%	76.5%	77.0%	77.5%以上

3. 対象者の見込み

国保被保険者数は今後減少していくと見込まれていますが、団塊の世代が後期高齢へ移行した令和8年度以降は減少率がゆるやかになると予測されています。そのため対象者を下記の通り見込みました。

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	2290人	2219人	2143人	2077人	1999人	1945人
	受診者数	1260人	1243人	1222人	1205人	1179人	1167人
特定保健指導	対象者数	130人	130人	130人	130人	130人	130人
	受診者数	98人	98人	99人	100人	100人	101人

令和 5 年度 南阿蘇村調べ

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。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(熊本県総合保健センター)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、個別に案内を送付するとともに、南阿蘇村広報誌及び南阿蘇村ホームページに掲載します。

(参照) URL : <https://www.vill.minamiaso.lg.jp/>

(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、追加の検査を実施します。

図表 46 特定健診検査項目

南阿蘇村特定健診検査項目

健診項目		南阿蘇村	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
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	○	
	血小板	○	
	non-HDLコレステロール	○	

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

(5)実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、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 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可)	保健指導の実施
5月			健診データ抽出(前年度)
6月			
7月			
8月		特定健診の開始	評価
9月		健診データ受取・費用決裁 → 重症化予防対象者抽出	
10月	契約に 関わる 予算手 続き	特定健診・特定保健指導の実施	受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
11月		保健指導の開始	
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導については、南阿蘇村役場保健師・管理栄養士等にて実施します。

○第4期(2024年以降)における変更点

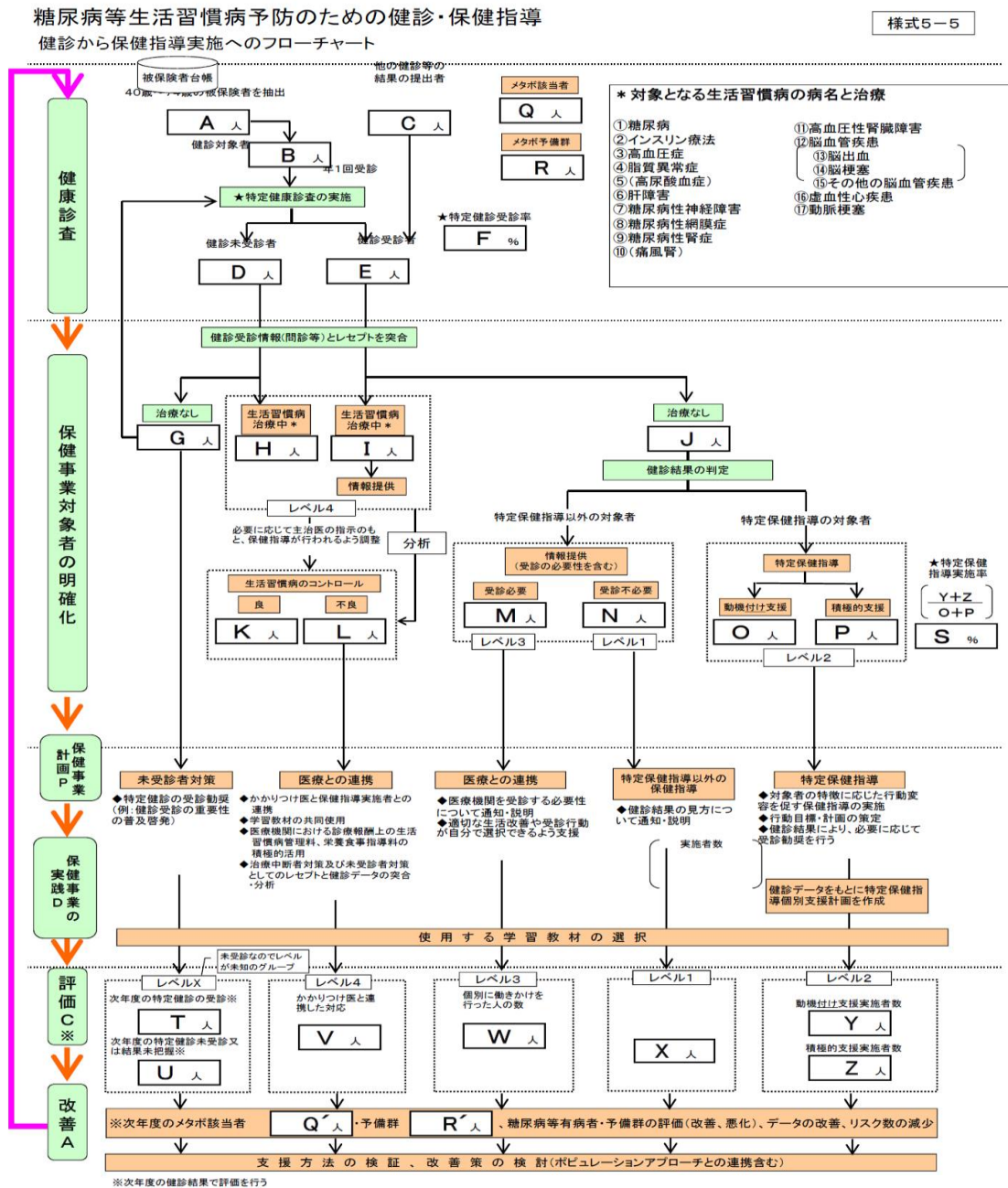
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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)



出典:ヘルサポートラボツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 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 (R4割合)	保健指導実施 率目標値 (R11)
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	134人 (11.2%)	77%
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	195人 (16.3%)	Ⅱ度高血圧以上については 90%
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)	1020人 ※受診率目標達成までにあと140人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	245人 (20.5%)	20%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆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	624人 (52.0%)	20%

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月			
6月			
7月	◎個別受診券の送付		
8月	◎特定健康診査の開始		◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始 ◎後期高齢者健診、がん検診開始
9月	↓	◎対象者の抽出・保健指導開始	
10月		◎利用券登録	◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
11月			
12月			
1月			
2月	◎健診の終了		
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南阿蘇村個人情報保護法施行条例を踏まえた対応を行います。

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

(2)特定健診・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、南阿蘇村ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

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

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により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・介護費用等の実態について広く村民へ周知していきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは対象者に対し広く受診勧奨を行い特定健診受診率を向上させ、特定保健指導により、多くの住民に、現在の自分の身体の状態を把握していただくよう努めます。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

II. 重症化予防の取組

南阿蘇村の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、令和4年度特定健診受診者1198人のうち422人(35.2%)でした。治療なし者(高血圧症・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125人(21.8%)で、そのうち特定保健指導対象者が60人と治療なし者の約半数にあたります。

このことから、特定保健指導に注力することは重症化予防にもつながり、効率的であるといえます。

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)		
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	1,198人	54.0%	
	クモ膜下出血 (5.8%)	脳出血 (18.3%)	脳梗塞 (75.9%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症			■各疾患の治療状況		
	心原性 脳塞栓症 (27.7)	ラクナ 梗塞 (31.2%)	アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)						治療中	治療なし	
	非心原性脳梗塞								高血圧	480	718
	※脳卒中 データリンク 2018より								脂質異常 症	326	872
									糖尿病	143	1,055
									3疾患 いづれか	624	574
									※問診結果による		
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 (日本動脈硬化化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)				
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者				
該当者数	80 6.7%	12 1.0%	30 2.5%	26 2.2%	240 20.0%	95 7.9%	94 7.8%		422 35.2%		
治療なし	38 5.3%	3 0.5%	29 3.3%	21 2.4%	38 6.6%	41 3.9%	37 6.4%		125 21.8%		
(再掲) 特定保健指導	15 18.8%	1 8.3%	7 23.3%	4 15.4%	38 15.8%	11 11.6%	16 17.0%		60 14.2%		
治療中	42 8.8%	9 1.4%	1 0.3%	5 1.5%	202 32.4%	54 37.8%	57 9.1%		297 47.6%		
臓器障害 あり	37 97.4%	3 100.0%	18 62.1%	12 57.1%	24 63.2%	20 48.8%	37 100.0%		89 71.2%		
CKD(専門医対象者)	3	1	5	2	5	7	37		37		
心電図所見あり	37	3	14	11	23	16	13		65		
臓器障害 なし	1 2.6%	—	11 37.9%	9 42.9%	14 36.8%	21 51.2%	—		—		

出典:ヘルスサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

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

2)人口透析に係る南阿蘇村の実態と対象者の明確化

(1)人工透析者の実態をみる(図表 52)

		R1			R2			R3			R4		
		被 保 険 者	人 数 ・ 割 合		被 保 険 者	人 数 ・ 割 合		被 保 険 者	人 数 ・ 割 合		被 保 険 者	人 数 ・ 割 合	
			人	%		人	%		人	%		人	%
国保	市町村計	434,068	2,399	0.55	423,336	2,361	0.56	415,981	2,326	0.56	402,744	2,232	0.55
	南阿蘇村国保	3,482	13	0.37	3,415	18	0.53	3,437	19	0.55	3,261	24	0.74
後期	市町村計	281,943	3,593	1.27	282,718	3,587	1.27	279,530	3,644	1.30	284,602	3,675	1.29
	南阿蘇村後期	2195	17	0.77	2191	19	0.87	2214	18	0.81	2290	20	0.87

(2)新規人工透析患者の実態をみる(図表 53)

		R1				R2				R3				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)		新 規 透 析 患 者 数		糖 尿 病 性 腎 症 (内 訳)	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
国保	市町村計	196	0.05	98	50.0	195	0.05	97	49.7	178	0.04	95	53.4	152	0.04	90	59.2
	南阿蘇村国保	0	0	0	0.00	3	0.09	2	66.7	1	0.03	0	0.00	2	0.06	1	50
後期	市町村計	261	0.09	89	34.10	249	0	86	34.50	267	0.10	81	30.30	226	0.08	81	35.80
	南阿蘇村後期	1	0.05	0	0	0	0	0	0	1	0.05	0	0	2	0.09	0	0

本村の人工透析の実態をみると、国保・後期の透析患者は増加傾向であり、特に国保では令和4年市町村平均を上回っています。(図表 52)新規透析患者の状況をみると、後期よりも国保の新規患者が多い傾向になっています。(図表 53)

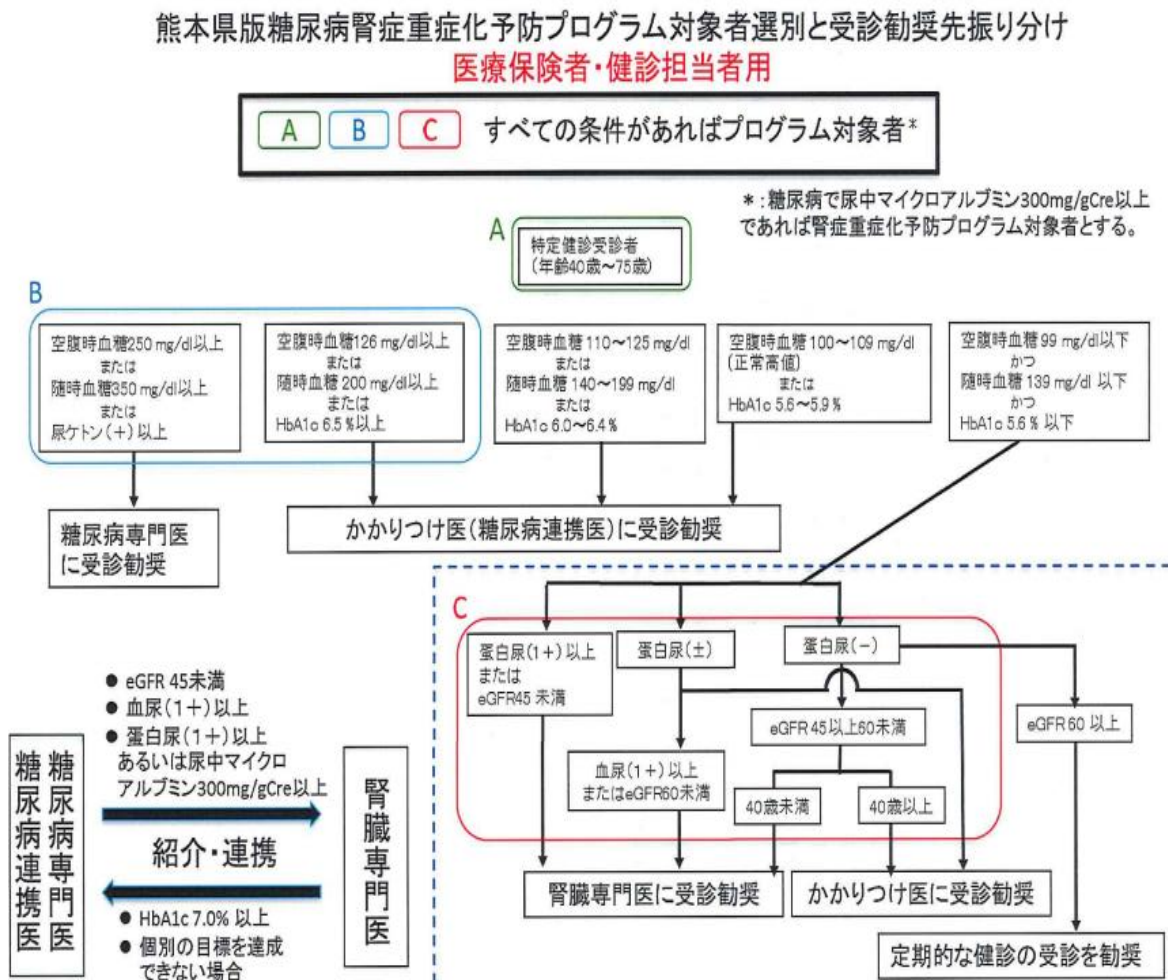
(3) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下(図表 54)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)。

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

健診データ、本人等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 54 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



(4) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

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

② 介入方法と優先順位

図表 55 より本村における介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・ 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・・・48人（F）

優先順位 2

【保健指導】

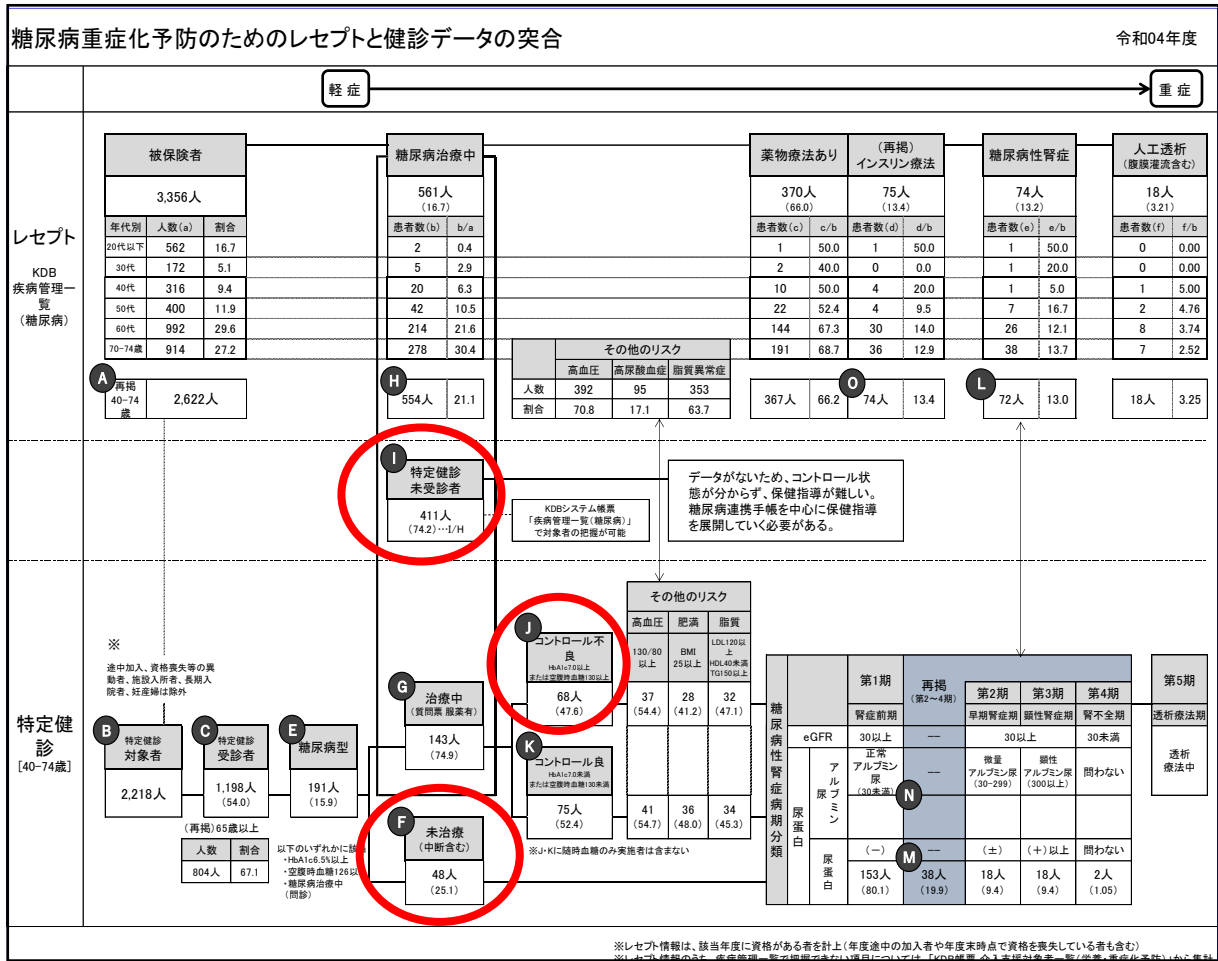
- ・ 糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（HbA1c7%以上又は空腹時血糖130mg/dl 以上）・・・68人（J）
- ・ 治療中断しない（継続受診）ための保健指導
- ・ 介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・ 医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【健診受診勧奨】

- ・ I の中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を糖尿病管理台帳で把握
- ・ 介入方法として個別訪問、個別面談、電話等に対応
- ・ 医療機関と連携した保健指導

図表 55 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの実合



出典:ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

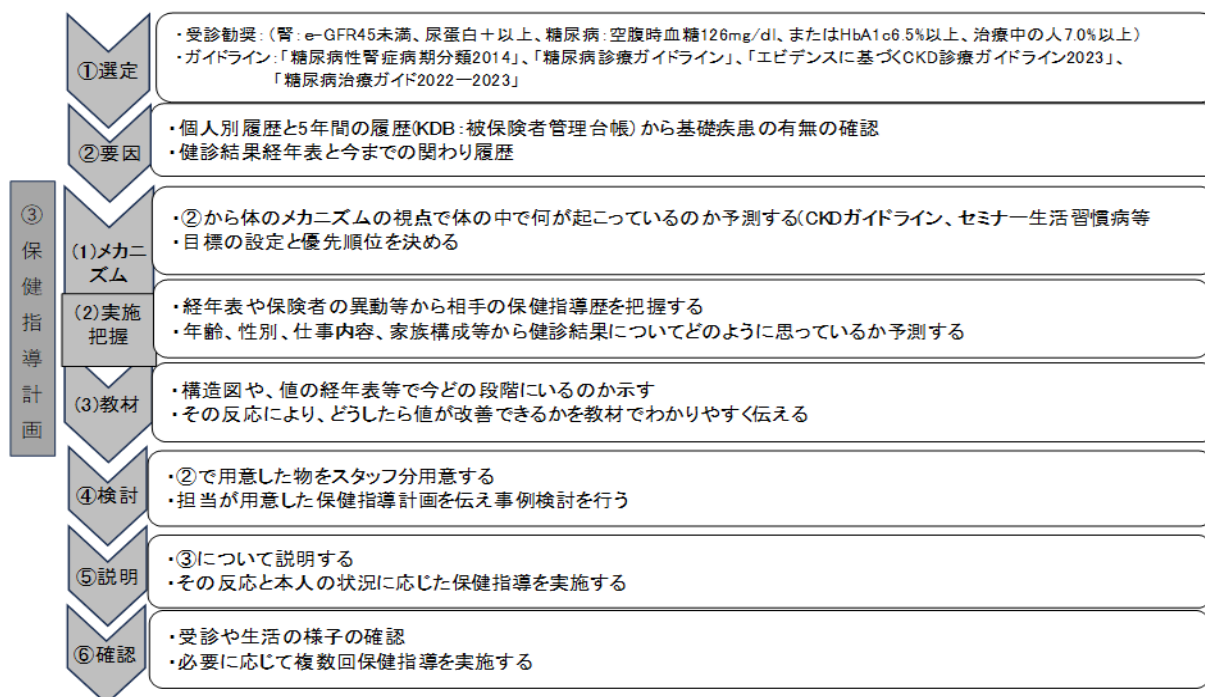
(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

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

図表 56 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、健診機関が発行する精密紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センター等と連携していきます。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表57 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

- ① 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 57

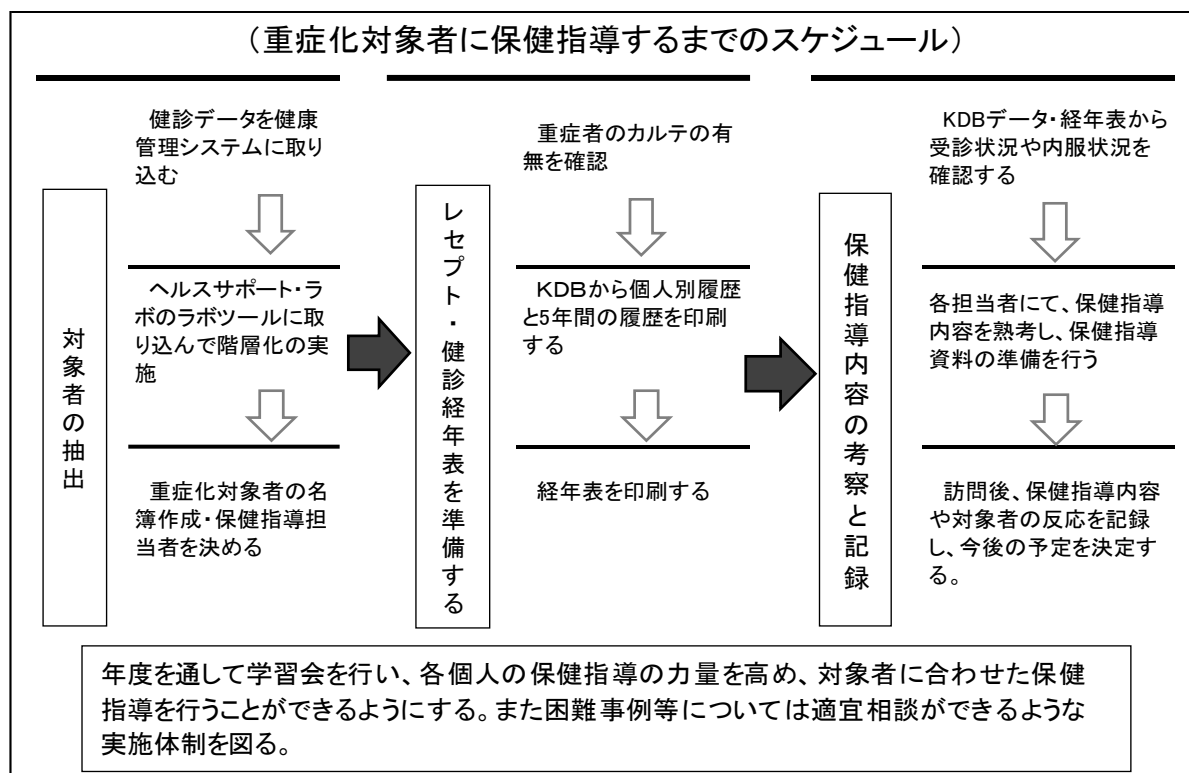
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		統合表	南阿蘇村										同規模保険者(平均)		
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	3,639人		3,458人		3,320人		3,350人		3,190人				
	② (再掲)40-74歳		2,881人		2,746人		2,672人		2,681人		2,547人				
2	① 特定健診 対象者数	B	2,528人		2,454人		2,402人		2,314人		2,217人				
	② 受診者数	C	1,229人		1,328人		1,282人		1,279人		1,198人				
	③ 受診率		48.6%		54.1%		53.4%		55.3%		54.0%				
3	① 特定保健指導 対象者数		139人		133人		122人		123人		95人				
	② 実施率		68.3%		70.7%		72.1%		73.2%		74.0%				
4	健診データ	① 糖尿病型	E	181人	14.7%	207人	15.6%	191人	14.9%	199人	15.6%	191人	15.9%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	62人	34.3%	71人	34.3%	40人	20.9%	52人	26.1%	48人	25.1%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	119人	65.7%	136人	65.7%	151人	79.1%	147人	73.9%	143人	74.9%		
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または血糖持続値190以上	J	58人 48.7%		69人 50.7%		70人 46.4%		78人 53.1%		68人 47.6%			
		⑤ 血圧 130/80以上		33人 56.9%		43人 62.3%		42人 60.0%		48人 61.5%		37人 54.4%			
		⑥ 肥満 BMI25以上		27人 46.6%		24人 34.8%		30人 42.9%		34人 43.6%		28人 41.2%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ血糖持続値190未満	K	61人 51.3%		67人 49.3%		81人 53.6%		69人 46.9%		75人 52.4%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	154人 85.1%		179人 86.5%		160人 83.8%		172人 86.4%		153人 80.1%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		13人 7.2%		12人 5.8%		16人 8.4%		13人 6.5%		18人 9.4%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		12人 6.6%		12人 5.8%		13人 6.8%		13人 6.5%		18人 9.4%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		2人 1.1%		3人 1.4%		2人 1.0%		1人 0.5%		2人 1.0%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		111.8人		117.1人		109.3人		119.1人		119.4人			
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		140.2人		145.7人		134.7人		147.7人		148.0人			
		③ レセプト件数(40-74歳) (1件=被保険者千対)		2,577件 (942.2)		2,665件 (998.5)		2,565件 (970.9)		2,656件 (1051.0)		2,538件 (1044.9)		334,283件 (942.0)	
		④ 入院外(件数) 入院(件数)		15件 (5.5)		20件 (7.5)		14件 (5.3)		9件 (3.6)		12件 (4.9)		1,709件 (4.8)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	407人 11.2%		405人 11.7%		363人 10.9%		399人 11.9%		381人 11.9%			
		⑥ (再掲)40-74歳		404人 14.0%		400人 14.6%		360人 13.5%		396人 14.8%		377人 14.8%			
		⑦ 健診未受診者	I	285人 70.5%		281人 70.3%		209人 58.1%		249人 62.9%		234人 62.1%			
		⑧ インスリン治療	O	42人 10.3%		45人 11.1%		42人 11.6%		42人 10.5%		42人 11.0%			
		⑨ (再掲)40-74歳		42人 10.4%		44人 11.0%		42人 11.7%		42人 10.6%		42人 11.1%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	44人 10.8%		39人 9.6%		39人 10.7%		43人 10.8%		43人 11.3%			
		⑪ (再掲)40-74歳		44人 10.9%		38人 9.5%		39人 10.8%		42人 10.6%		42人 11.1%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (腎臓病治療中に占める割合)		8人 2.0%		8人 2.0%		7人 1.9%		11人 2.8%		13人 3.4%			
		⑬ (再掲)40-74歳		8人 2.0%		8人 2.0%		7人 1.9%		11人 2.8%		13人 3.4%			
		⑭ 新規透析患者数		1 0.03%		0 0%		3 0.09%		1 0.03%		2 0.05%			
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		1 100%		0 0%		2 66.70%		0 0%		1 50%			
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (腎臓病治療中に占める割合)		10人 2.1%		11人 2.4%		9人 1.9%		10人 2.0%		8人 1.4%			
6	医療費	① 総医療費		12億0333万円		12億9039万円		13億1089万円		13億9568万円		13億5431万円		10億9648万円	
		② 生活習慣病総医療費		6億3340万円		6億7186万円		6億5790万円		7億1788万円		6億8182万円		5億9067万円	
		③ (総医療費に占める割合)		52.6%		52.1%		50.2%		51.4%		50.3%		53.9%	
		④ 生活習慣病対象者一人あたり		6,088円		7,277円		8,910円		8,403円		8,796円		8,199円	
		⑤ 健診受診者		31,092円		34,086円		32,112円		35,436円		36,092円		37,038円	
		⑥ 健診未受診者		7532万円		7876万円		7562万円		7448万円		7218万円		6602万円	
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		11.9%		11.7%		11.5%		10.4%		10.6%		11.2%	
		⑧ 糖尿病医療費		1億8112万円		1億9256万円		1億9392万円		1億9564万円		1億9684万円			
		⑨ 1件あたり		34,084円		35,461円		37,129円		36,433円		39,455円			
		⑩ 糖尿病入院総医療費		1億0939万円		1億4120万円		1億3071万円		1億4005万円		2億0807万円			
		⑪ 1件あたり		452,042円		532,836円		602,343円		622,457円		770,618円			
		⑫ 在院日数		18日		17日		17日		17日		20日			
		⑬ 慢性腎不全医療費		5845万円		5645万円		7020万円		7495万円		8630万円		4999万円	
		⑭ 透析有り		5805万円		5516万円		6885万円		7275万円		8465万円		4634万円	
		⑮ 透析なし		40万円		129万円		135万円		220万円		166万円		364万円	
7	介護	① 介護給付費		13億3219万円		13億5463万円		14億1103万円		14億6382万円		14億3893万円		13億3151万円	
		② (2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%		1件 16.7%		1件 16.7%		2件 25.0%		1件 12.5%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		2人 1.3%		1人 0.7%		0人 0.0%		0人 0.0%		2人 1.4%		582人 1.1%	

7) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 10月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 10月～特定健診結果が届き次第保健指導対象者を抽出し、順次対象者へ介入(通年)

図表 58 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

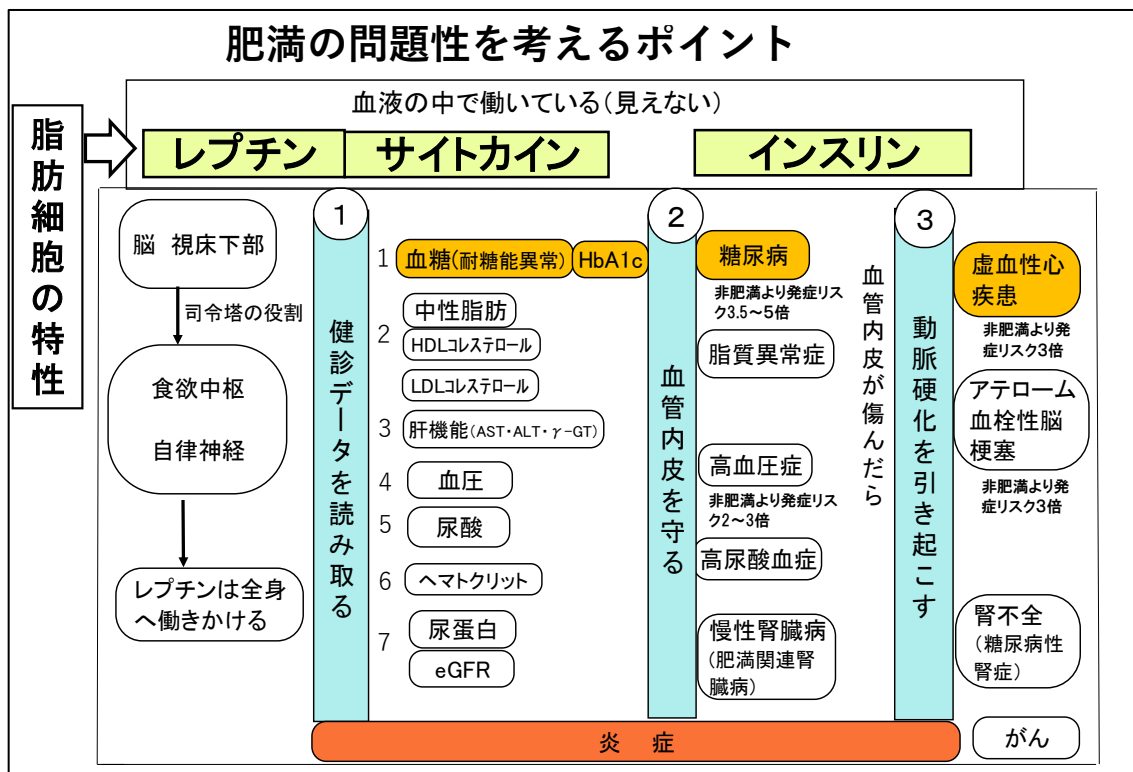
1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態であり、心血管病の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持ち、2型糖尿病の発症リスクも高く、このようにして発症した糖尿病は特に心血管疾患の基盤としての認識が必要です。【参考：「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」標準的な健診・保健指導プログラム】より)

なお、取組みにあたっては図表 59 に基づいて考えていきます。

図表 59 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満・メタボリックシンドロームの状況

(1) 南阿蘇村の肥満・メタボリックシンドロームの実態

本村における健診受診者のうち、図表 60 をみると、男性で 40~64 歳において肥満 I 度、II 度の割

合が高い状況にありました。また、メタボリック該当者及び予備軍の割合は、図表 61 のとおり、熊本県と比較すると低い状況にありますが、H30 年度と比較すると、R3 年度は 1.8%伸びています。

図表 62 をみると、女性のメタボリック該当者は 12%ですが、男性のメタボリック該当者は 28%で、特に 50 代以上になると増加しています。

また、図 63 をみると、50 代以上のメタボリックシンドローム該当者の半数以上の方が高血圧、糖尿病、脂質異常のいずれかの疾患で治療している状況にあります。また60代以上の男性は 8 割、女性では 9 割以上の方が、メタボ該当で 3 疾患の治療の重なりがあり、心血管疾患を起こす可能性が高く、重点的に取り組んでいく必要があると考えます。

図表 60 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	394	804	130	215	102	191	25	23	2	1	1	0	
			33.0%	26.7%	25.9%	23.8%	6.3%	2.9%	0.5%	0.1%	0.3%	0.0%	
再掲	男性	195	369	77	104	61	94	15	10	1	0	0	0
				39.5%	28.2%	31.3%	25.5%	7.7%	2.7%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%
	女性	199	435	53	111	41	97	10	13	1	1	1	0
				26.6%	25.5%	20.6%	22.3%	5.0%	3.0%	0.5%	0.2%	0.5%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 61 メタボリック該当者及び予備軍割合の経年変化

	H30		R1		R2		R3		R4	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
南阿蘇村	367	30.9%	371	29%	383	30.4%	386	31.1%	390	32.7%
熊本県	34,059	30.9%	34,555	31.8%	31,345	32.9%	33,326	33.1%	32,382	33.1%

特定健診法定報告値(国保中央会)

図表 62 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A	564	64	74	203	223	634	52	69	258	255	
	B	160	10	17	66	67	80	1	5	40	34	
メタボ該当者	B/A	28.4%	15.6%	23.0%	32.5%	30.0%	12.6%	1.9%	7.2%	15.5%	13.3%	
	① 3項目全て	C	46	1	6	14	25	22	0	1	11	10
再掲	② 血糖+血圧	C/B	28.8%	10.0%	35.3%	21.2%	37.3%	27.5%	0.0%	20.0%	27.5%	29.4%
		D	38	3	2	18	15	16	0	2	8	6
③ 血圧+脂質	D/B	23.8%	30.0%	11.8%	27.3%	22.4%	20.0%	0.0%	40.0%	20.0%	17.6%	
	E	66	5	9	27	25	35	1	2	15	17	
④ 血糖+脂質	E/B	41.3%	50.0%	52.9%	40.9%	37.3%	43.8%	100.0%	40.0%	37.5%	50.0%	
	F	10	1	0	7	2	7	0	0	6	1	
	F/B	6.3%	10.0%	0.0%	10.6%	3.0%	8.8%	0.0%	0.0%	15.0%	2.9%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 63 メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	564	160	28.4%	129	80.6%	31	19.4%	634	80	12.6%	73	91.3%	7	8.8%
40代	64	10	15.6%	2	20.0%	8	80.0%	52	1	1.9%	0	0.0%	1	100.0%
50代	74	17	23.0%	13	76.5%	4	23.5%	69	5	7.2%	3	60.0%	2	40.0%
60代	203	66	32.5%	55	83.3%	11	16.7%	258	40	15.5%	37	92.5%	3	7.5%
70～74歳	223	67	30.0%	59	88.1%	8	11.9%	255	34	13.3%	33	97.1%	1	2.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の優先順位

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

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

保健指導対象者については、図 62 のとおりメタボリック該当者は男性が多く、若い世代の男性を最優先の対象者とするものとします。

3) 対象者の明確化

(1) 対象者の選定基準の考え方

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

10月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

10月～ 特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)

(2) 最新の脳科学を活用した保健指導

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

(3) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。本村においても国保ヘルスアップ事業を活用して二次健診を実施します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ① 頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ② 血圧脈波検査(血管の動脈硬化状態を見る検査)
- ③ 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④ 75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)
- ⑤ HbA1c(過去1~2か月の平均血糖)

5) 医療との連携

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

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

6) 評価

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標について年に1回評価します。個々の評価については、特定保健指導対象者や他の重症化予防対象者と重複すると考えられるため、他の事業の中で実施してまいります。

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

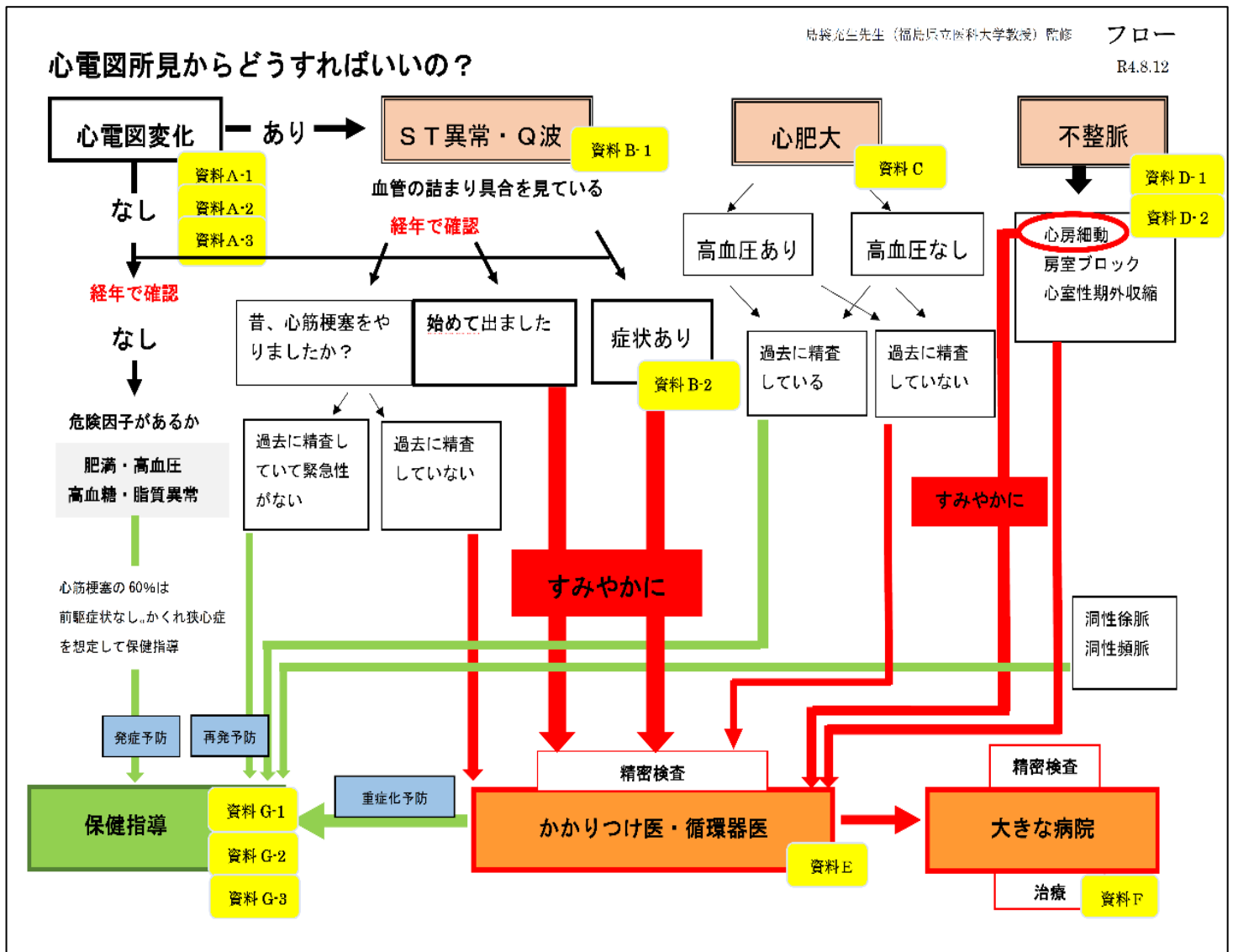
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表64に基づいて考えます。

図表64 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

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

令和4年度本村においては、心電図検査を1,198人(93.3%)に実施し、そのうち有所見者が235人(19.6%)内訳は男性120人、女性115人でした。所見においてはST-T 変化が42人(17.8%)、内訳は男性13人、女性29人、脚ブロック42人(17.8%)、内訳は男性25人、女性17人、軸偏位41人(17.4%)、内訳は男性23人、女性18人、心房細動12人(5.1%)、内訳は男性10人、女性2人。有所見者全体の男女差はないものの、ST-T 変化の所見で女性が多いほかは、男性の有所見者が多いことがわかります。(図表65)

医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 65 心電図検査結果

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		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
40～74歳 内訳		1,198	93.3	235	19.6%	26	11.1%	42	17.9%	14	6.0%	41	17.4%	1	0.4%	42	17.9%	12	5.1%	40	17.0%
	男性	564	94.7	120	21.3%	14	11.7%	13	10.8%	4	3.3%	23	19.2%	0	0.0%	25	20.8%	10	8.3%	22	18.3%
	女性	634	92.1	115	18.1%	12	10.4%	29	25.2%	10	8.7%	18	15.7%	1	0.9%	17	14.8%	2	1.7%	18	15.7%

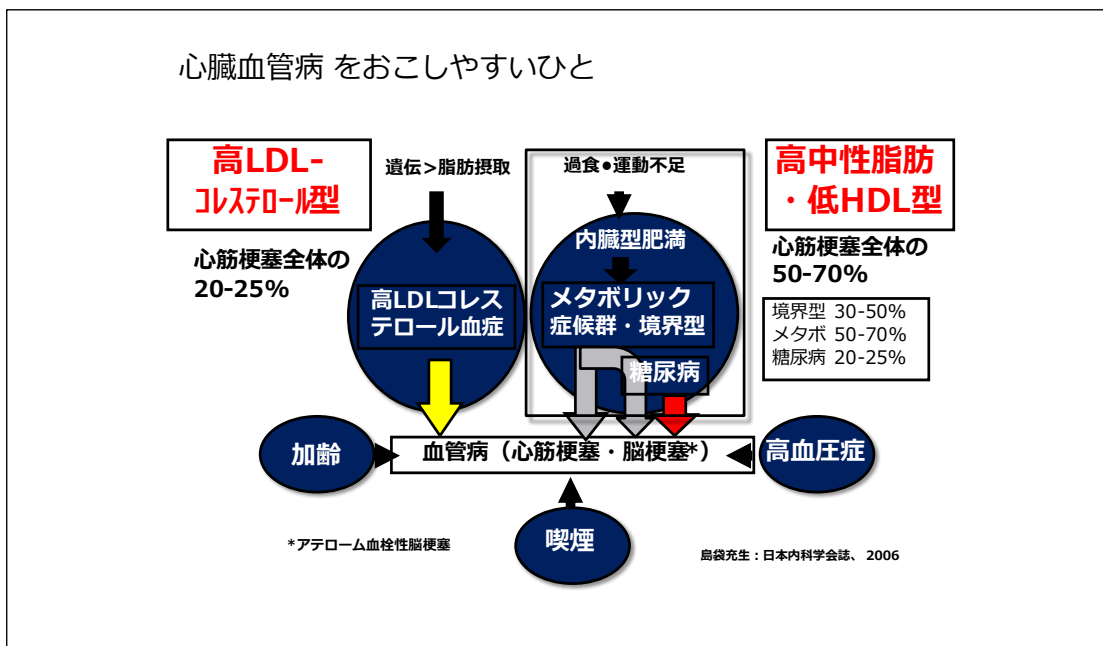
令和4年度 南阿蘇村調べ

③ 心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の60%は前駆症状ないため)積極的に保健指導を行う必要があります。このことから、図表66が示すように虚血性心疾患にはメタボリックシンドローム並びにLDLコレステロールが関連すると考えられるため、高LDLコレステロール型や高中性脂肪及び低LDLコレステロール型などのタイプ別に把握します。

なお、図表67を参考に冠動脈疾患予防からみた管理目標からみると、LDLコレステロール160mm/dl以上は71人であるが、160mm/dl以下であっても、高リスク者は150人であり、この観点も踏まえ虚血性心疾患重症化予防の保健指導を行う必要があります。

図表 66 心血管病をおこしやすいひと



図表 69 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

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

B:LDL コレステロールタイプ(図表 70)

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

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定			令和04年度											
動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標			(参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版											
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)			健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別							
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			443	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳			
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)	62 14.0%	39 17.8%	17 11.1%	2 4.8%	4 13.8%	4 26.7%	2 66.7%	0 0.0%	0 0.0%			
		140未満 (170未満)	179 40.4%	83 37.9%	67 43.8%	18 42.9%	11 37.9%	5 33.3%	0 0.0%	17 47.2%	7 41.2%			
	高リスク	120未満 (150未満)	186 42.0%	85 38.8%	65 42.5%	22 52.4%	14 48.3%	6 40.0%	1 33.3%	19 52.8%	10 58.8%			
		再掲 100未満 (130未満) ※1	16 3.6%	7 3.2%	6 3.9%	2 4.8%	1 3.4%	0 0.0%	0 0.0%	2 5.6%	1 5.9%			
	二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	16 3.6%	12 5.5%	4 2.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮
 ※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

図表 68 心電図所見からの保健指導教材（例示）

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

(2) 二次健診の実施

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

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 202 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、本村においては、形態学的検査法として、頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))を取り入れています。

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センター等と連携していきます。

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

10 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

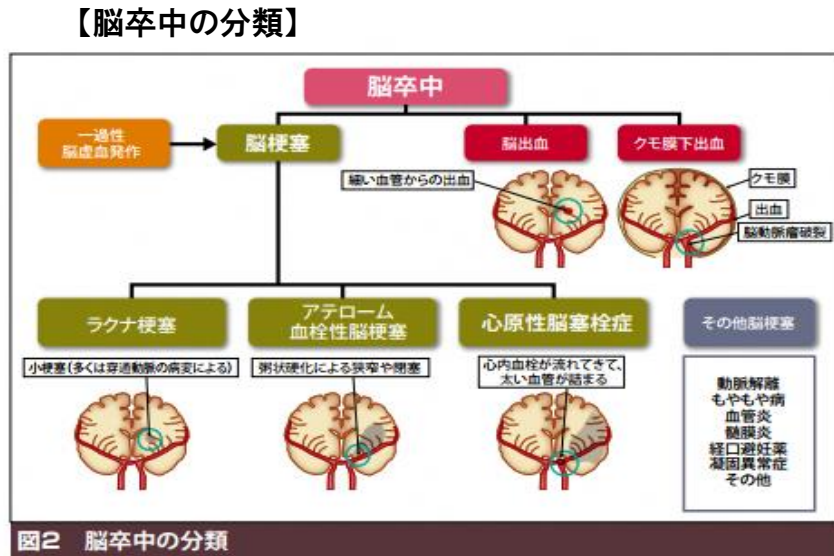
10 月～特定健診結果が届き次第、保健指導対象者を抽出し、順次対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 69,70)

図表 69 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 70 脳血管疾患とリスク因子

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) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 71 の令和 4 年度 KDB の疾病管理一覧によると高血圧治療者 1,117 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 97 人(8.7%・O)でした。

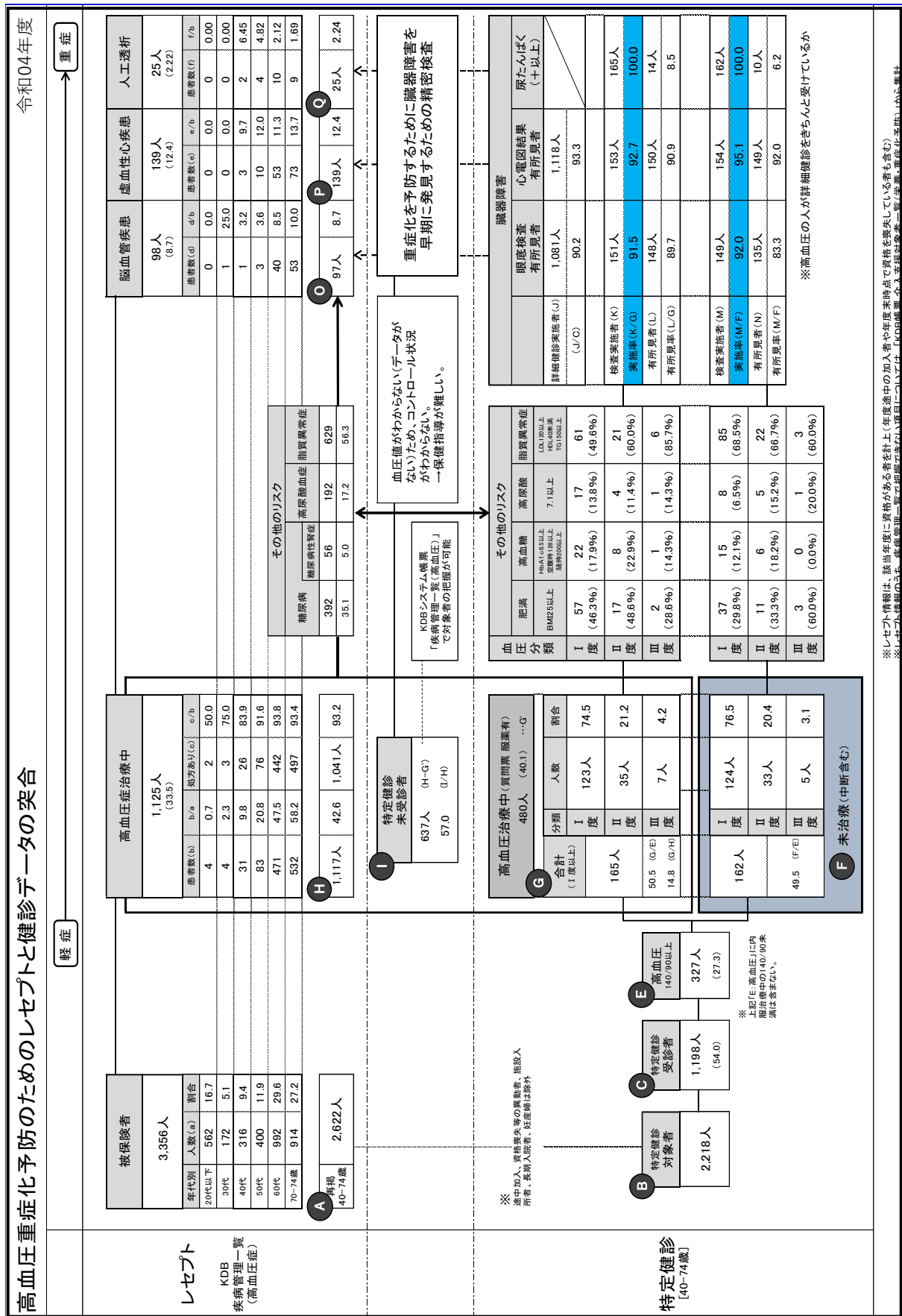
健診結果をみると I 度以上高血圧者 327 人(E)のうち II 度高血圧以上が 80 人(24.5%G・F)であり、そのうち 38 人(47.5%)は未治療者です。

また、医療機関未受診者の高血圧者においては、重なるその他のリスクのうち脂質代謝異常症が 60%を超え、肥満、高血糖より重なる者が多く、しかも高血圧治療者においても 60%以上が脂質代謝異常症のリスク重なりをしている状況であることがわかります。

なお、高血圧治療中であっても II 度高血圧以上が 42 人(12.8%G)であり、その他のリスクとの重なりを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってくると思われます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)の受診者は、1,081 人(90.2%)です。眼底検査(詳細検査)の条件は、I 度高血圧以上の場合となっておりますが、I 度高血圧以上 327 人のうち、眼底検査受診者は 300 人(91.7%)であり、27 人が眼底検査未実施による重症化予防のための検査がされておらず、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

図表 71 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 72 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

		高血圧					
		高血圧	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)	297	135	124	33	5		
		45.5%	41.8%	11.1%	1.7%		
リスク第1層 予後影響因子がない	12	C 4	B 6	B 2	A 0		
		4.0%	3.0%	4.8%	6.1%	0.0%	
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	168	C 77	B 73	A 14	A 4		
		56.6%	57.0%	58.9%	42.4%	80.0%	
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	117	B 54	A 45	A 17	A 1		
		39.4%	40.0%	36.3%	51.5%	20.0%	

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	81
		27.3%
B	概ね1カ月後に再評価	135
		45.5%
C	概ね3カ月後に再評価	81
		27.3%

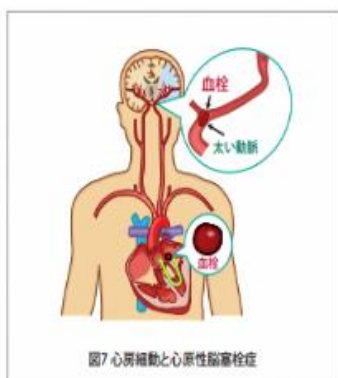
…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 72 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるA(81人)については、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



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

図表 73 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況を見ています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 73 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	564	634	534	94.7%	584	92.1%	10	1.9%	2	0.3%	--	--
40代	64	52	63	98.4%	48	92.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	74	69	69	93.2%	64	92.8%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	203	258	191	94.1%	238	92.2%	2	1.0%	1	0.4%	1.9%	0.4%
70～74歳	223	255	211	94.6%	234	91.8%	8	3.8%	1	0.4%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 74 心房細動有所見者の治療状況

全体

心房細動 有所見者	治療の有無		
	未治療者	治療中	不詳
人	人	人	人
12	1	10	1

令和4年度 南阿蘇村調べ

内男性

心房細動 有所見者	治療の有無		
	未治療者	治療中	不詳
人	人	人	人
10	1	8	1

令和4年度 南阿蘇村調べ

心電図検査において 12 人が心房細動の所見がありました。70 代になると有所見率が一気に増加しています。また、心電図有所見者 12 人のうち 10 人は既に治療が開始されていましたが、1 人はまだ治療につながっていません。(図表 73, 74)

また、本村の傾向として、心房細動の有所見者は男性に多いことがわかります。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれるところですが、本村の令和 4 年度の心電図検査の受診者は 1,118 人(93.3%)の状況です。(図表 71)

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入して

いく必要があり、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、本村においては、形態学的検査法として、頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))を取り入れています。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センター等と連携していきます。

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

10 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

10 月～特定健診結果が届き次第、保健指導対象者を抽出し、順次対象者へ介入(通年)

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

南阿蘇村は、令和 3 年度より熊本県後期高齢者広域連合から本村が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和 6 年度以降も引き続き事業を行ってまいります。

具体的には、

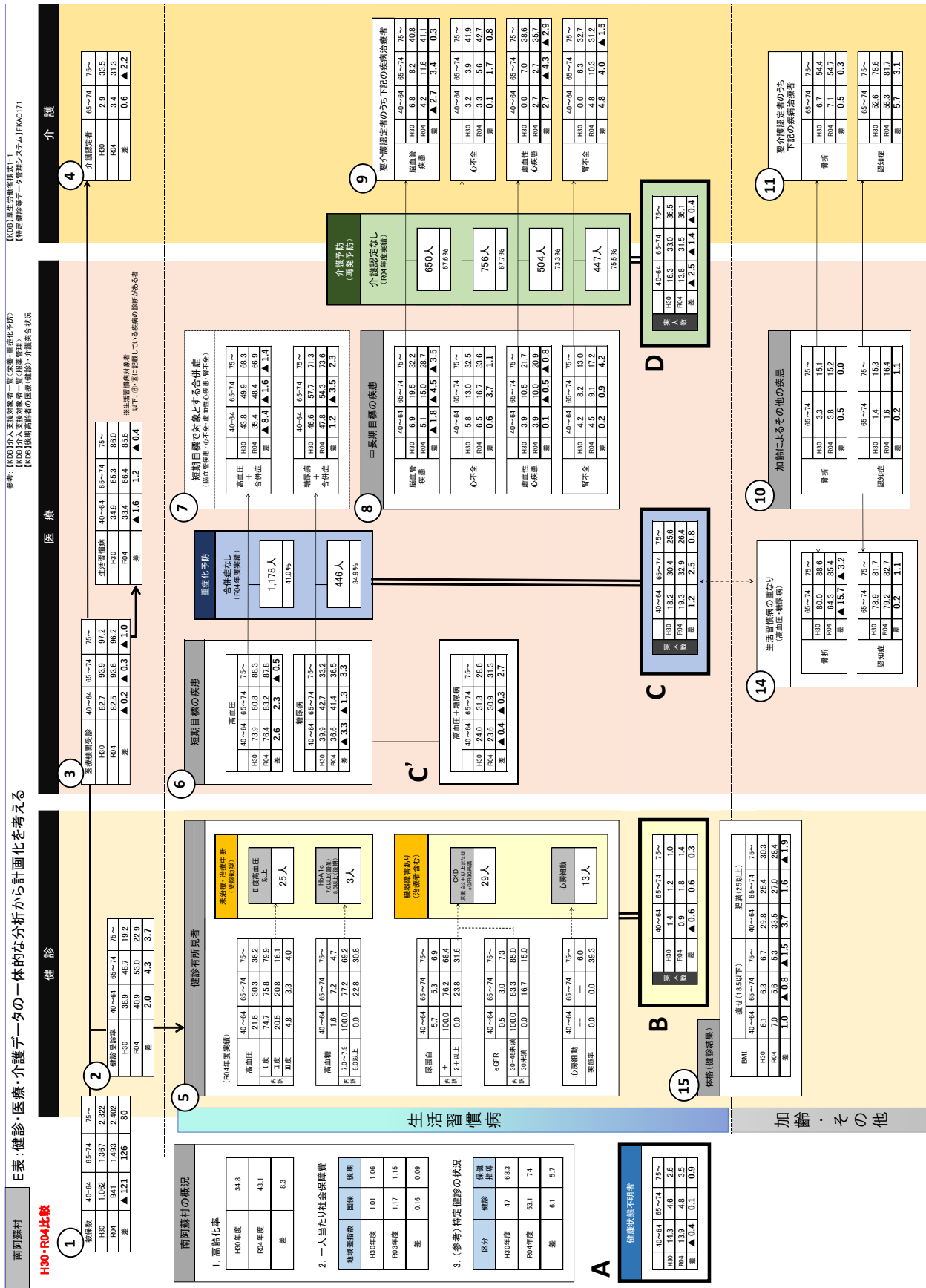
- ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師・管理栄養士)を配置します。

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

- ② 地域を担当する保健師等を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75 歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 75 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

参考資料 2 を参照



IV. 発症予防

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

南阿蘇村においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見えていくことが必要であります。(図表 76)

図表 76 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病 (耐糖能異常) の問題を解決するためにライフサイクルで考える		発症予防		健康増進法										重症化予防
		基本的考え方		母子保健法		学校保健安全法		労働安全衛生法		高齢者の医療の確保に関する法律		(介護保険)		
1	根拠法 6条 健康増進事業実施者	健康増進計画(原) (市町村努力義務) 【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】												
2	計画	データヘルズ計画【保健事業実施計画】(各保険者)												
3	年代	妊婦 (胎児期)	産婦	0歳～5歳			6歳～14歳		15～18歳	29歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上	
	健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条) 妊娠中	産婦健康診査 (13条) 産後1年以上以内	乳幼児健康診査 (第12・13条) 乳児 1.6歳児 3歳児	保育所・幼稚園健康診査 保育園 / 幼稚園児	就学時健康診査 (11・12条) 小学校	児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条) 小学校 中学校 高等学校	定期健康診断 (第66条) 労働安全衛生規則 (第13・44条)	特定健康診査 (第18・20・21条)	特定健康診査 (第18・20・21条)	特定健康診査 (第18・20・21条)	特定健康診査 (第18・20・21条)	後期高齢者健康診査 (第125条)	
4	血糖	空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上												
	HbA1c	6.5%以上												
5	50GCT	1時間値140mg/dl以上												
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上												
健診内容	(診断) 妊娠 糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの												
	身長 体重 BMI 肥満度	25以上												
対象者	尿糖	初年18以上 肥満度20%以上												(+) 以上
	糖尿病 家族歴	(+) 以上												

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く村民へ周知していきます。(図表 77、78)

図表 77 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の健全化



図表 78 統計からみえる熊本の食

～ 総務省統計局 家計調査 2019～2021年平均、R4熊本県民健康・栄養調査～

		よく購入・消費されているもの		あまり購入・消費されていないもの	
		食品名	全国ランキング 全52市中 (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング 全52市中 (購入量・購入金額)
穀類	インスタントめん		1位	魚類	53位
	ハンバーガー		2位	生鮮野菜	53位
肉類	鶏肉		1位	白茎菜	52位
	ひき肉		1位	ほうれん草	52位
	臓もつ		1位	ブロッコリー	52位
	ソーセージ		5位		
果物	すいか		1位		
	メロン		5位		
酒類	焼酎		4位		
	発泡酒		7位		
イモ類	里芋		5位		
調味料	醤油		4位		
	味噌		5位		
	さとう		5位		
	ケチャップ		5位		
	マヨネーズ		1位		
	カレールウ		3位		
菓子	チョコレート		7位		
	饅頭		7位		
	乳酸菌飲料		7位		

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、村内医療機関に周知します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた南阿蘇村の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病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

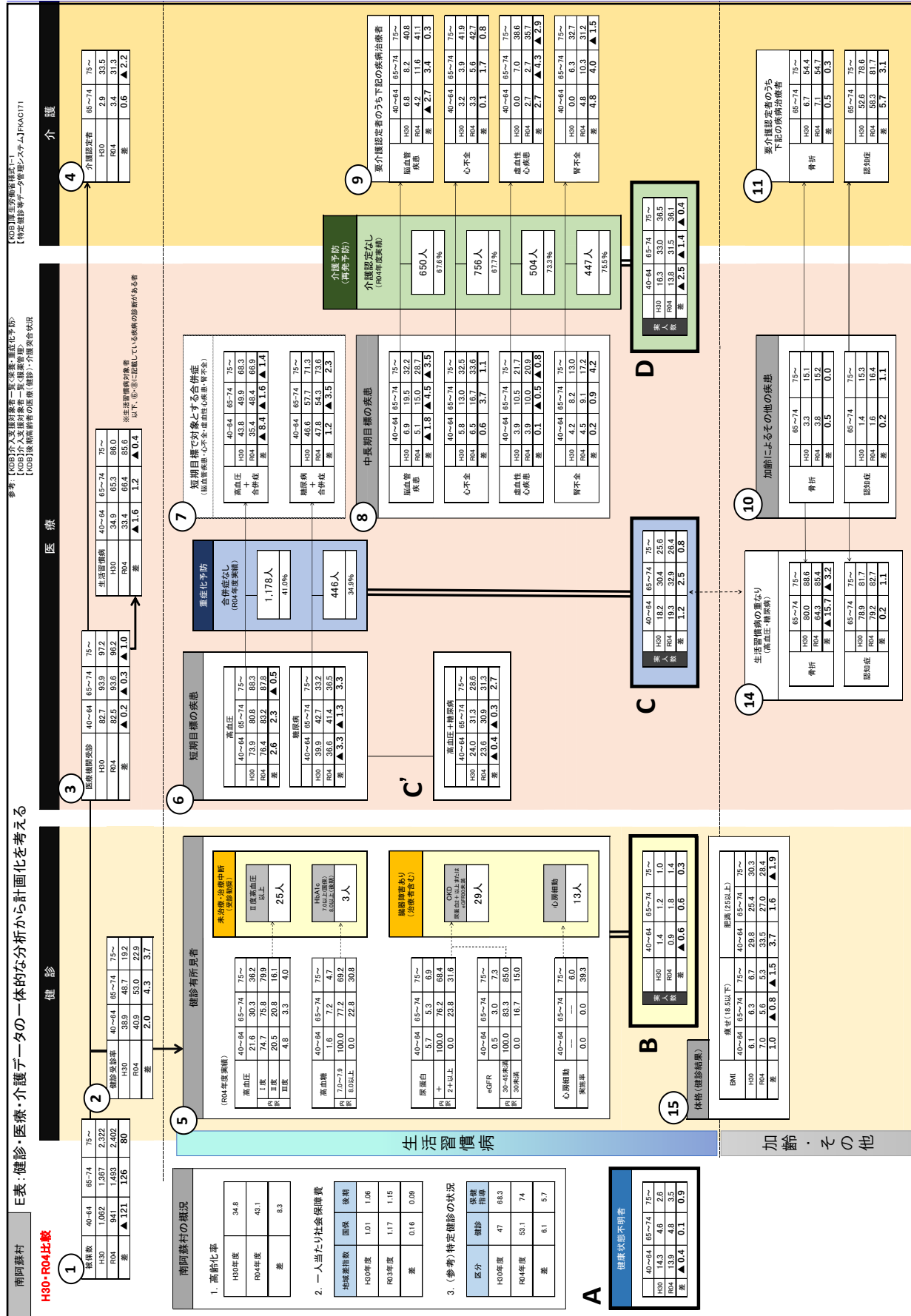
参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた南阿蘇村の位置

項目			南阿蘇村				同規模平均		熊本県		国			
			H30年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1 概況	①	人口構成	総人口	11,503		9,757		1,808,758		1,713,102		123,214,261		
			65歳以上(高齢化率)	4,007	34.8	4,201	43.1	667,156	36.9	540,538	31.6	35,335,805	28.7	
			75歳以上	2,162	18.8	2,171	22.3	---	---	282,460	16.5	18,248,742	14.8	
			65~74歳	1,845	16.0	2,030	20.8	---	---	258,078	15.1	17,087,063	13.9	
			40~64歳	3,603	31.3	3,076	31.5	---	---	543,167	31.7	41,545,893	33.7	
	39歳以下	3,893	33.8	2,480	25.4	---	---	629,397	36.7	46,332,563	37.6			
	②	産業構成	第1次産業	22.8		22.8		13.4		9.8		4.0		
			第2次産業	17.0		17.0		27.1		21.1		25.0		
			第3次産業	60.2		60.2		59.5		69.1		71.0		
	③	平均寿命	男性	81.1		81.1		80.4		81.2		80.8		
女性			87.3		87.3		86.9		87.5		87.0			
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	79.1		80.0		79.5		80.4		80.1			
		女性	83.2		85.1		83.9		85.0		84.4			
2 死亡	①	死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	104.5		90.0		103.9		94.9		100.0		
			がん	42	47.2	43	55.1	7,103	46.7	5,349	48.2	378,272	50.6	
			心臓病	21	23.6	24	30.8	4,457	29.3	3,242	29.2	205,485	27.5	
			脳疾患	15	16.9	3	3.8	2,405	15.8	1,547	13.9	102,900	13.9	
			糖尿病	2	2.2	2	2.6	309	2.0	202	1.8	13,896	1.8	
			腎不全	5	5.6	3	3.8	582	3.8	476	4.3	26,946	3.6	
			自殺	4	4.5	3	3.8	356	2.3	282	2.5	20,171	2.7	
			1号認定者数(認定率)	817	20.7	811	19.6	123,092	18.6	108,069	20.2	6,724,030	19.4	
			新規認定者	1	0.2	1	0.2	2,019	0.3	1,261	0.3	110,289	0.3	
			介護度別総件数	2,393	12.8	2,144	11.2	352,830	12.6	380,309	14.2	21,785,044	12.9	
要介護1.2	9,263	49.5	9,999	51.6	1,291,061	46.3	1,309,567	49.0	78,107,378	46.3				
要介護3以上	7,068	37.7	7,149	37.2	1,146,606	41.1	984,793	36.8	68,963,503	40.8				
2号認定者	11	0.3	13	0.4	2,178	0.4	1,879	0.3	156,107	0.4				
②	有病状況	糖尿病	159	18.7	189	22.2	29,521	22.9	25,945	23.1	1,712,613	24.3		
		高血圧症	513	60.9	514	61.8	69,159	54.1	65,761	58.7	3,744,672	53.3		
		脂質異常症	236	29.0	277	33.7	39,076	30.2	37,156	32.8	2,308,216	32.6		
		心臓病	560	67.6	570	68.2	77,477	60.7	73,556	65.7	4,224,628	60.3		
		脳疾患	246	28.4	228	27.7	29,613	23.5	25,387	22.8	1,568,292	22.6		
		がん	84	10.3	100	11.3	14,238	11.0	13,445	12.0	837,410	11.8		
		筋・骨格	513	59.9	511	62.0	67,887	53.1	66,287	59.2	3,748,372	53.4		
		精神	344	38.8	358	43.9	48,712	38.1	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	332,465	1,332,186,116	342,520	1,438,924,999	303,361	310,858	290,668			
		1件当たり給付費(全体)	71,149	74,975	72,528	62,823	59,662							
居宅サービス	43,933	46,089	44,391	42,088	41,272									
施設サービス	296,450	303,347	291,231	303,857	296,364									
④	医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	9,194	11,021	8,988	9,463	8,610							
認定あり	3,888	4,657	4,226	4,221	4,020									
認定なし														
①	国保の状況	被保険者数	3,428		3,049		440,282		383,407		27,488,882			
		65~74歳	1,566	45.7	1,490	48.9	---	---	174,230	45.4	11,129,271	40.5		
		40~64歳	1,169	34.1	939	30.8	---	---	118,490	30.9	9,088,015	33.1		
		39歳以下	693	20.2	620	20.3	---	---	90,687	23.7	7,271,596	26.5		
		加入率	29.8		31.2		24.3		22.4		22.3			
		②	医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	1	0.3	139	0.3	208	0.5	8,237	0.3
				診療所数	8	2.3	8	2.6	1,177	2.7	1,473	3.8	102,599	3.7
				病床数	0	0.0	88	28.9	17,962	40.8	32,745	85.4	1,507,471	54.8
				医師数	12	3.5	14	4.6	2,218	5.0	5,415	14.1	339,611	12.4
				外来患者数	716.7		731.0		708.1		768.9		687.8	
入院患者数	27.0				28.1		22.2		26.2		17.7			
③	医療費の状況	一人当たり医療費	351,030	県内34位 同規模75位	444,181	県内14位 同規模18位	378,542	407,772	339,680					
		受診率	743.7		759,125		730,302		795,102		705,439			
		外来	費用の割合	51.6		50.5		57.0		54.5		60.4		
		件数の割合	96.4		96.3		97.0		96.7		97.5			
		入院	費用の割合	48.4		49.5		43.0		45.5		39.6		
		件数の割合	3.6		3.7		3.0		3.3		2.5			
		1件あたり在院日数	18.5日		19.1日		16.7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	129,068,420	20.4	165,079,800	24.2	32.0	27.3	32.2			
				慢性腎不全(透析あり)	58,048,640	9.2	84,648,280	12.4	7.8	10.7	8.2			
				糖尿病	75,323,480	11.9	72,176,460	10.6	11.2	10.9	10.4			
高血圧症	56,214,570			8.9	45,816,690	6.7	6.6	6.0	5.9					
脂質異常症	31,603,180			5.0	21,495,560	3.2	3.8	3.3	4.1					
脳梗塞・脳出血	24,837,820			3.9	38,657,640	5.7	3.9	3.6	3.9					
狭心症・心筋梗塞	10,844,400			1.7	11,512,080	1.7	2.5	2.0	2.8					
精神	129,358,850			20.4	104,481,910	15.3	15.1	18.6	14.7					
筋・骨格	113,953,120			18.0	133,747,410	19.6	16.1	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	645	0.4	355	0.2	363	0.2	435	0.2	256
		糖尿病	2,156		1.3	2,475	1.1	1,550	1.0	2,168	1.2	1,144	0.9	
		脂質異常症	628		0.4	216	0.1	73	0.0	117	0.1	53	0.0	
		脳梗塞・脳出血	6,422		3.8	11,950	5.4	6,817	4.2	7,036	3.8	5,993	4.5	
		虚血性心疾患	2,557		1.5	2,946	1.3	4,157	2.6	3,398	1.8	3,942	2.9	
	腎不全	3,424	2.0	7,980	3.6	5,219	3.2	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	15,753	8.7	14,671	6.5	13,015	6.0	12,283	5.5	10,143	4.9	
			糖尿病	20,533	11.3	21,619	9.6	21,723	10.1	21,299	9.6	17,720	8.6	
			脂質異常症	8,590	4.7	6,834	3.0	7,634	3.5	6,890	3.1	7,092	3.5	
			脳梗塞・脳出血	824	0.5	729	0.3	951	0.4	625	0.3	825	0.4	
虚血性心疾患			1,273	0.7	1,255	0.6	1,821	0.8	1,621	0.7	1,722	0.8		
腎不全	18,461	10.2	29,778	13.3	18,224	8.4	23,648	10.6	15,781	7.7				

5 健診	①	特定健診の 状況	健診受診者	1,187		1,163		141,687		97,898		6,503,152				
	②		受診率	46.8	県内27位 同規模63位	52.1	県内18位 同規模29位	43.8		36.4	全国26位	35.3				
	③		特定保健指導終了者(実施率)	96	69.1	90	70.9	2,951	17.8	3,313	28.6	69,327	9.0			
	④		非肥満高血糖	108	9.1	84	7.2	15,497	10.9	8,692	8.9	588,083	9.0			
	⑤		メタボ	該当者	229	19.3	236	20.3	30,235	21.3	20,321	20.8	1,321,197	20.3		
	⑥			男性	156	28.2	157	28.6	21,095	32.0	14,222	32.4	923,222	32.0		
	⑦			女性	73	11.5	79	12.9	9,140	12.1	6,099	11.3	397,975	11.0		
	⑧			予備群	139	11.7	142	12.2	15,952	11.3	11,800	12.1	730,607	11.2		
	⑨		県内市町村数	男性	103	18.6	109	19.9	11,241	17.0	8,107	18.5	515,813	17.9		
	⑩			女性	36	5.7	33	5.4	4,711	6.2	3,693	6.8	214,794	5.9		
	⑪		63市町村	メタボ 該当・予備群 レベル	腹囲	総数	396	33.4	411	35.3	50,374	35.6	35,581	36.3	2,273,296	35.0
	⑫		男性			278	50.2	291	53.0	35,285	53.5	24,633	56.1	1,592,747	55.3	
	⑬		女性	118	18.6	120	19.5	15,089	19.9	10,948	20.3	680,549	18.8			
	⑭		同規模市区町村数 280市町村	BMI	総数	56	4.7	66	5.7	7,897	5.6	4,148	4.2	304,276	4.7	
	⑮				男性	8	1.4	12	2.2	1,324	2.0	620	1.4	48,780	1.7	
	⑯			女性	48	7.6	54	8.8	6,573	8.7	3,528	6.5	255,496	7.1		
	⑰			血糖のみ	10	0.8	17	1.5	955	0.7	705	0.7	41,541	0.6		
	⑱		血圧のみ	111	9.4	96	8.3	11,657	8.2	8,557	8.7	514,593	7.9			
	⑲		脂質のみ	18	1.5	29	2.5	3,340	2.4	2,538	2.6	174,473	2.7			
⑳	血糖・血圧	51	4.3	53	4.6	5,059	3.6	3,517	3.6	193,722	3.0					
㉑	血糖・脂質	15	1.3	17	1.5	1,443	1.0	985	1.0	67,212	1.0					
㉒	血圧・脂質	94	7.9	99	8.5	13,553	9.6	9,222	9.4	630,648	9.7					
㉓	血糖・血圧・脂質	69	5.8	67	5.8	10,180	7.2	6,597	6.7	429,615	6.6					
6 問診	①	問診の状況	服薬	466	39.3	472	40.6	55,815	39.4	37,276	38.1	2,324,538	35.8			
	②		糖尿病	113	9.5	140	12.0	14,192	10.0	9,143	9.3	564,473	8.7			
	③		脂質異常症	288	24.3	321	27.6	39,744	28.1	26,402	27.0	1,817,350	28.0			
	④	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	28	2.4	25	2.1	4,238	3.1	2,933	3.0	199,003	3.1			
	⑤		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	60	5.1	54	4.6	8,077	5.9	5,477	5.7	349,845	5.5			
	⑥	腎不全	7	0.6	4	0.3	1,245	0.9	662	0.7	51,680	0.8				
	⑦	貧血	97	8.4	107	9.2	12,089	8.9	10,590	11.0	669,737	10.6				
	⑧	生活習慣の 状況	喫煙	183	15.4	136	11.7	19,577	13.8	13,307	13.6	896,676	13.8			
	⑨		週3回以上朝食を抜く	86	8.0	109	10.1	10,726	8.0	9,112	10.2	609,166	10.3			
	⑩		週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
	⑪		週3回以上就寝前夕食(H30～)	173	16.1	180	16.7	20,886	15.5	13,395	14.8	932,218	15.7			
	⑫		週3回以上就寝前夕食	173	16.1	180	16.7	20,886	15.5	13,395	14.8	932,218	15.7			
	⑬		食べる速度が速い	252	23.5	268	24.9	35,250	26.1	24,787	27.4	1,590,713	26.8			
	⑭		20歳時体重から10kg以上増加	375	35.0	386	35.9	46,943	34.9	32,106	36.0	2,083,152	34.9			
⑮	1回30分以上運動習慣なし		701	65.4	669	62.1	87,224	64.6	55,634	61.6	3,589,415	60.3				
⑯	1日1時間以上運動なし		557	52.0	527	48.9	65,749	48.7	45,867	50.8	2,858,913	48.0				
⑰	睡眠不足		268	25.0	256	23.8	33,002	24.5	22,325	24.7	1,521,685	25.6				
⑱	毎日飲酒		224	19.3	250	21.5	35,225	25.7	25,323	26.3	1,585,206	25.5				
⑳	時々飲酒	307	26.4	333	28.6	28,823	21.1	23,075	24.0	1,393,154	22.4					
⑭	一日 飲酒 量	1合未満	781	73.3	803	75.5	52,589	60.4	52,841	68.5	2,851,798	64.2				
		1～2合	117	11.0	155	14.6	22,931	26.4	17,396	22.5	1,053,317	23.7				
		2～3合	100	9.4	89	8.4	8,971	10.3	5,528	7.2	414,658	9.3				
		3合以上	68	6.4	16	1.5	2,518	2.9	1,416	1.8	122,039	2.7				

出典:ヘルスサポートラボツール①H30～R4 様式 5-1・高額レセプト集計ツール

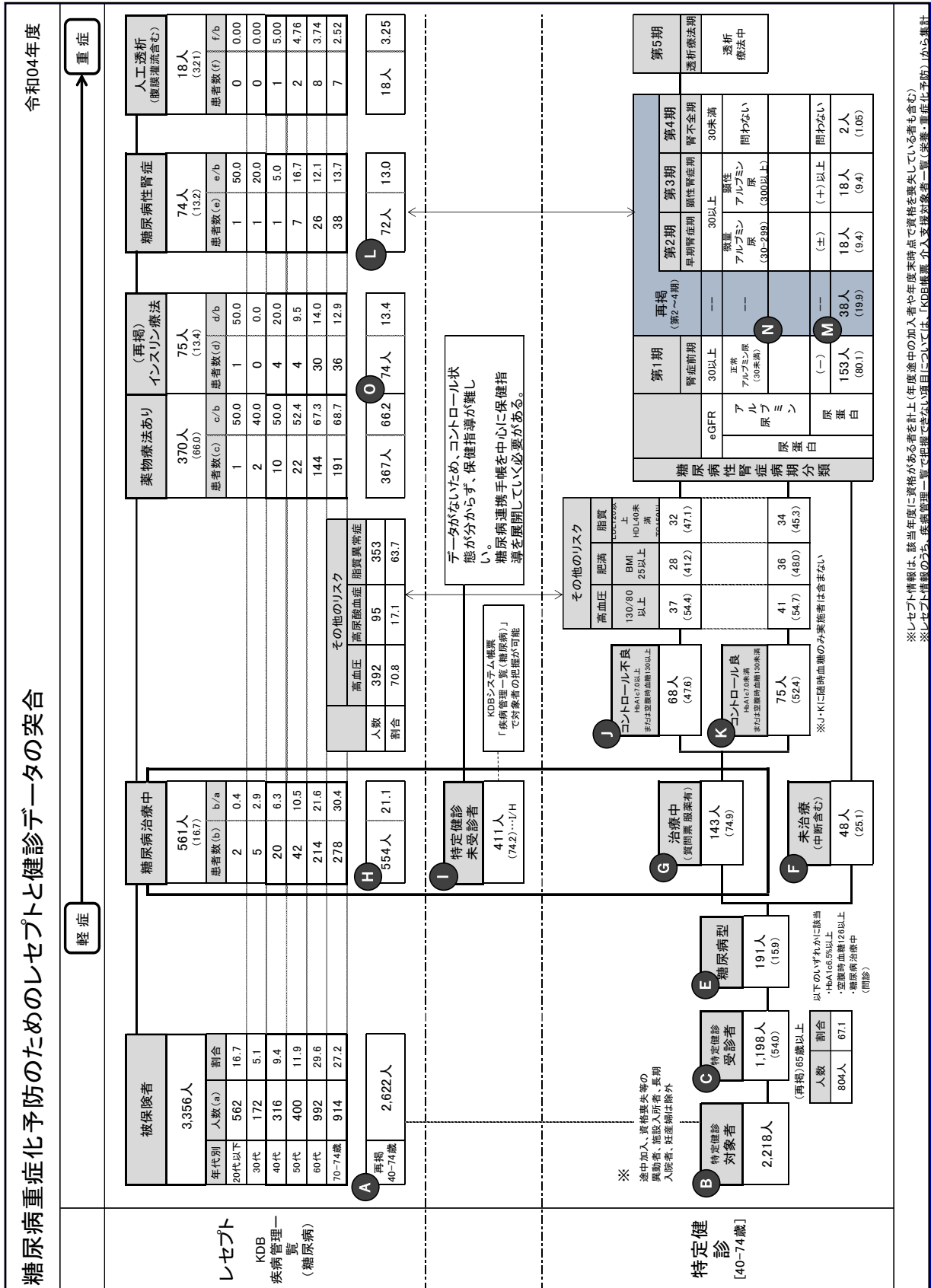


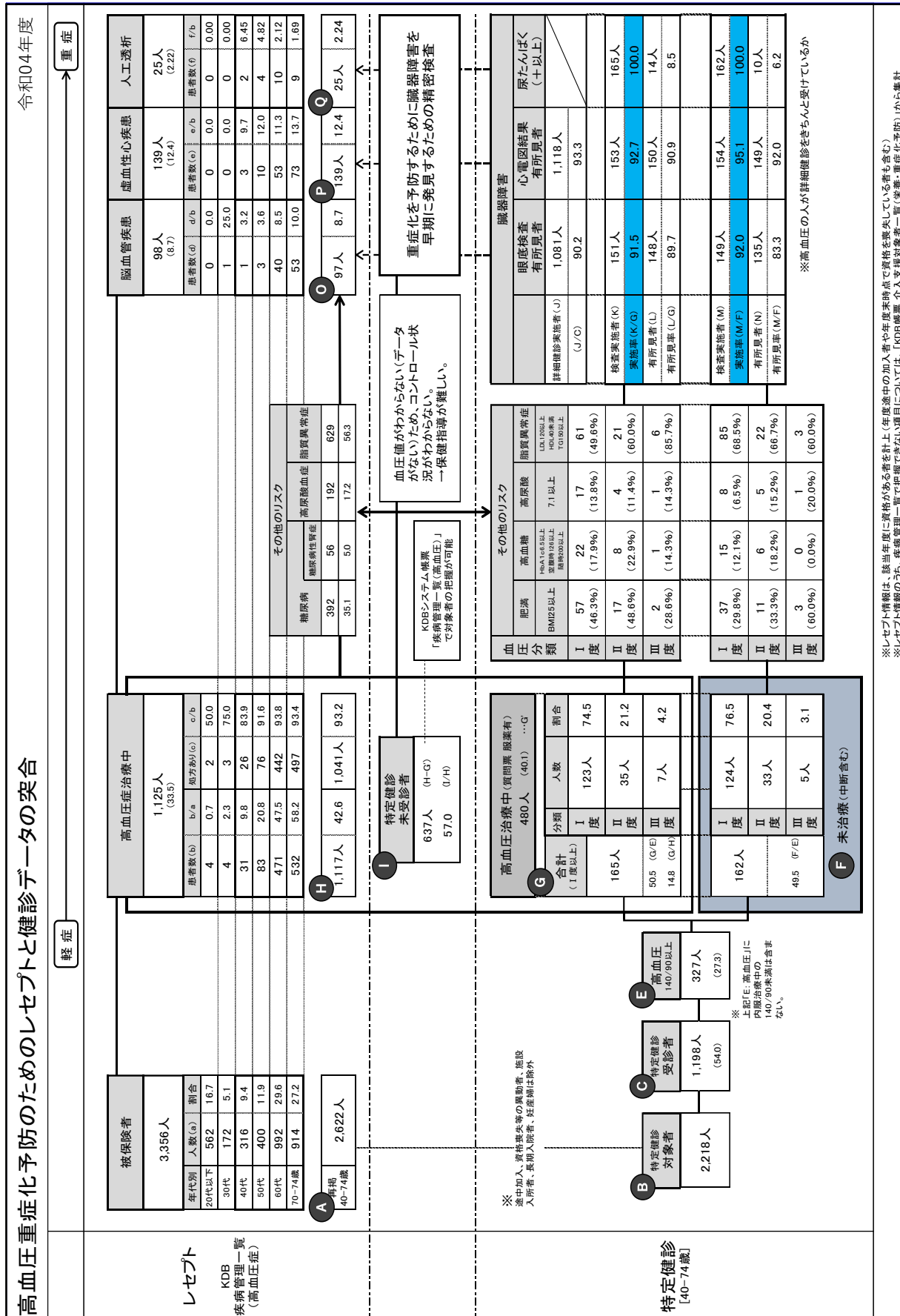
参考資料3

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	南阿蘇村										同規模保険者(平均)		データ基				
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度						
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
1	① 被保険者数	3,639人		3,458人		3,320人		3,350人		3,190人				KDB_厚生労働省様式様式3-2				
	② (再掲)40-74歳	2,881人		2,746人		2,672人		2,681人		2,547人								
2	① 対象者数	2,528人		2,454人		2,402人		2,314人		2,214人				市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書				
	② 特定健診 受診者数	1,229人		1,328人		1,282人		1,279人		1,198人								
	③ 受診率	48.6%		54.1%		53.4%		55.3%		54.0%								
3	① 特定保健指導 対象者数	139人		133人		122人		123人		127人								
	② 実施率	68.3%		70.7%		72.1%		73.2%		74.0%								
4	健診データ	① 糖尿病型	E	181人	14.7%	207人	15.6%	191人	14.9%	199人	15.6%	191人	15.9%			特定健診結果		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	62人	34.3%	71人	34.3%	40人	20.9%	52人	26.1%	48人	25.1%					
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	119人	65.7%	136人	65.7%	151人	79.1%	147人	73.9%	143人	74.9%					
		④ ⑤ ⑥	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	④ コントロール不良	J	58人	48.7%	69人	50.7%	70人	46.4%	78人	53.1%	68人	47.6%			
				⑤ 血圧 130/80以上	J	33人	56.9%	43人	62.3%	42人	60.0%	48人	61.5%	37人	54.4%			
				⑥ 肥満 BMI25以上	J	27人	46.6%	24人	34.8%	30人	42.9%	34人	43.6%	28人	41.2%			
		⑦	コントロール良好 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	61人	51.3%	67人	49.3%	81人	53.6%	69人	46.9%	75人	52.4%				
		⑧	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	154人	85.1%	179人	86.5%	160人	83.8%	172人	86.4%	153人	80.1%				
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)	13人		7.2%	12人	5.8%	16人	8.4%	13人	6.5%	18人	9.4%					
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)	12人		6.6%	12人	5.8%	13人	6.8%	13人	6.5%	18人	9.4%					
		⑪ 第4期 eGFR30未満	2人		1.1%	3人	1.4%	2人	1.0%	1人	0.5%	2人	1.0%					
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)	111.8人		117.1人		109.3人		119.1人		119.4人				KDB_厚生労働省様式様式3-2			
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)	140.2人		145.7人		134.7人		147.7人		148.0人							
		③	レセプト件数 (40-74歳) (1)内は糖尿病対	③ 入院外(件数)	2,577件 (942.2)		2,665件 (998.5)		2,565件 (970.9)		2,656件 (1051.0)		2,538件 (1044.9)			334,283件 (942.0)		
				④ 入院(件数)	15件 (5.5)		20件 (7.5)		14件 (5.3)		9件 (3.6)		12件 (4.9)			1,709件 (4.8)		
		⑤	糖尿病治療中	H	407人	11.2%	405人	11.7%	363人	10.9%	399人	11.9%	381人	11.9%				
		⑥	(再掲)40-74歳	H	404人	14.0%	400人	14.6%	360人	13.5%	396人	14.8%	377人	14.8%				
		⑦	健診未受診者	I	285人	70.5%	281人	70.3%	209人	58.1%	249人	62.9%	234人	62.1%				
		⑧	インスリン治療	O	42人	10.3%	45人	11.1%	42人	11.6%	42人	10.5%	42人	11.0%				
		⑨	(再掲)40-74歳	O	42人	10.4%	44人	11.0%	42人	11.7%	42人	10.6%	42人	11.1%				
		⑩	糖尿病性腎症	L	44人	10.8%	39人	9.6%	39人	10.7%	43人	10.8%	43人	11.3%				
		⑪	(再掲)40-74歳	L	44人	10.9%	38人	9.5%	39人	10.8%	42人	10.6%	42人	11.1%				
		⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		8人	2.0%	8人	2.0%	7人	1.9%	11人	2.8%	13人	3.4%				
		⑬	(再掲)40-74歳		8人	2.0%	8人	2.0%	7人	1.9%	11人	2.8%	13人	3.4%				
		⑭	新規透析患者数		1	0.03%	0	0%	3	0.09%	1	0.03%	2	0.06%				
		⑮	(再掲)糖尿病性腎症		1	100%	0	0%	2	66.70%	0	0%	1	50%				
		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)		10人	2.1%	11人	2.4%	9人	1.9%	10人	2.0%	8人	1.4%				
6	医療費	① 総医療費	12億0333万円		12億9039万円		13億1089万円		13億9568万円		13億5431万円		10億9648万円		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	6億3340万円		6億7186万円		6億5790万円		7億1788万円		6億8182万円		5億9067万円					
		③ (総医療費に占める割合)	52.6%		52.1%		50.2%		51.4%		50.3%		53.9%					
		④	生活習慣病 対象者 一人あたり	④ 健診受診者	6,088円		7,277円		8,910円		8,403円		8,796円			8,199円		
				⑤ 健診未受診者	31,092円		34,086円		32,112円		35,436円		36,092円			37,038円		
		⑥	糖尿病医療費	7532万円		7876万円		7562万円		7448万円		7218万円		6602万円				
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	11.9%		11.7%		11.5%		10.4%		10.6%		11.2%					
		⑧	糖尿病入院外総医療費	1億8112万円		1億9256万円		1億9392万円		1億9564万円		1億9684万円						
		⑨ 1件あたり	34,084円		35,461円		37,129円		36,433円		39,455円							
		⑩	糖尿病入院総医療費	1億0939万円		1億4120万円		1億3071万円		1億4005万円		2億0807万円						
		⑪ 1件あたり	452,042円		532,836円		602,343円		622,457円		770,618円							
		⑫	在院日数	18日		17日		17日		17日		20日						
		⑬	慢性腎不全医療費	5845万円		5645万円		7020万円		7495万円		8630万円		4999万円				
		⑭	透析有り	5805万円		5516万円		6885万円		7275万円		8465万円		4634万円				
		⑮	透析なし	40万円		129万円		135万円		220万円		166万円		364万円				
7	介護	① 介護給付費	13億3219万円		13億5463万円		14億1103万円		14億6382万円		14億3893万円		13億3151万円					
		② (2号認定者)糖尿病合併症	0件 0.0%		1件 16.7%		1件 16.7%		2件 25.0%		1件 12.5%							
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	2人 1.3%		1人 0.7%		0人 0.0%		0人 0.0%		2人 1.4%		582人 1.1%		KDB_健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題			

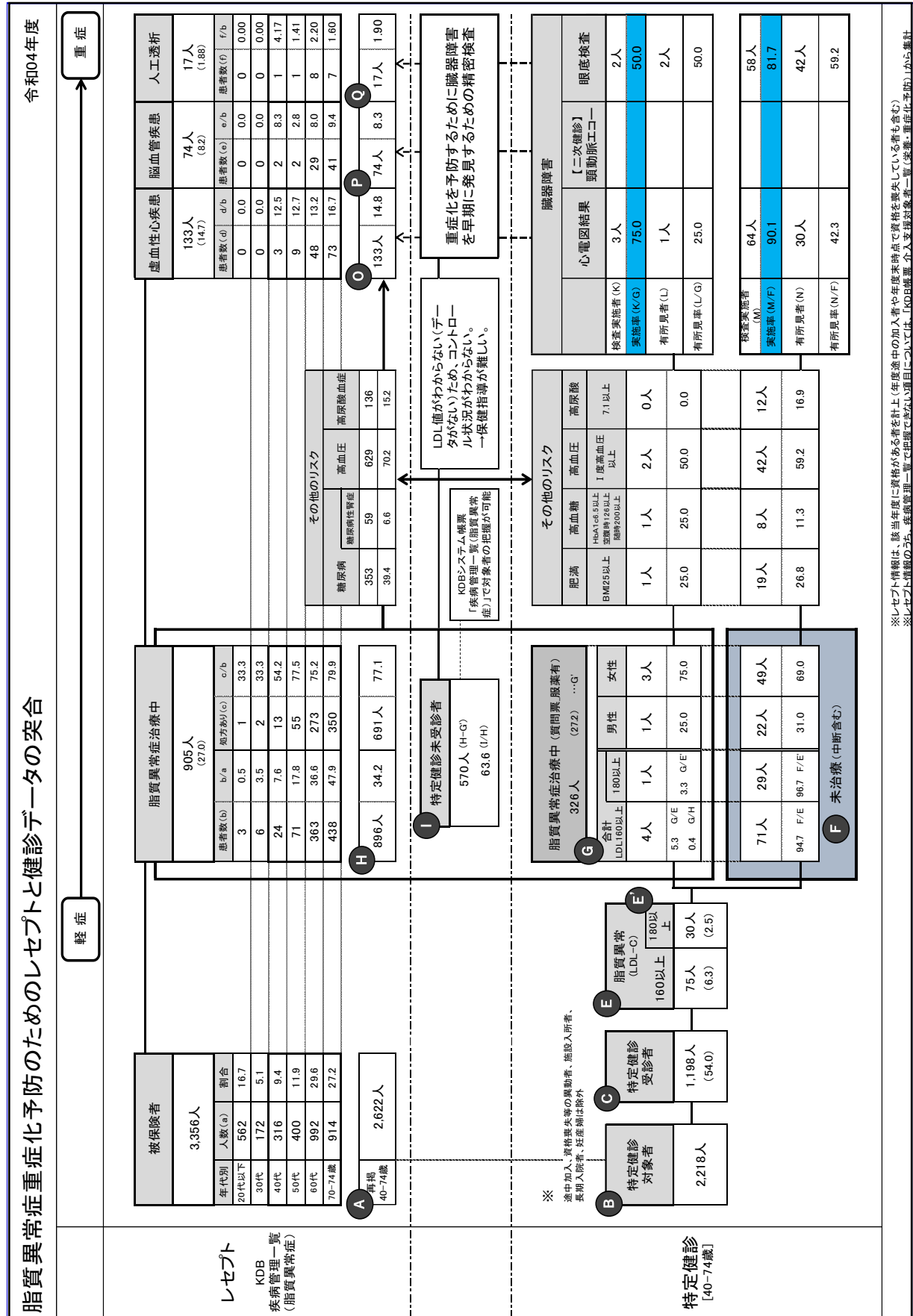
参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合





※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を対象に(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)
※レセプト情報は、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB疾患」介入支援対象者一覧(疾病・重症化予防)から集計

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



※レセプト情報は、該当年度に添付がある者を計上(年度途中の加入、喪失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かった項目については、「KDB腫瘍」から受診患者一覧(治療(重症化予防))から集計

参考資料7 HbA1Cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常						保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上									
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
		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	1,269	372	29.3%	532	41.9%	245	19.3%	69	5.4%	39	3.1%	12	0.9%	30	2.4%	7	0.6%								
H30	1,220	420	34.4%	490	40.2%	182	14.9%	78	6.4%	42	3.4%	8	0.7%	27	2.2%	5	0.4%								
R01	1,311	372	28.4%	538	41.0%	254	19.4%	86	6.6%	48	3.7%	13	1.0%	33	2.5%	5	0.4%								
R02	1,274	373	29.3%	538	42.2%	230	18.1%	70	5.5%	46	3.6%	17	1.3%	39	3.1%	9	0.7%								
R03	1,258	297	23.6%	535	42.5%	277	22.0%	84	6.7%	53	4.2%	12	1.0%	32	2.5%	11	0.9%								
R04	1,198	253	21.1%	505	42.2%	292	24.4%	85	7.1%	50	4.2%	13	1.1%	33	2.8%	9	0.8%								

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲			
					再)7.0以上	未治療	治療				
H29	1,269	372 29.3%	532 41.9%	245 19.3%	120	51	69			9.5%	4.0%
					9.5%	42.5%	57.5%				
H30	1,220	420 34.4%	490 40.2%	182 14.9%	128	48	80			10.5%	4.1%
					10.5%	37.5%	62.5%				
R01	1,311	372 28.4%	538 41.0%	254 19.4%	147	57	90			11.2%	4.7%
					11.2%	38.8%	61.2%				
R02	1,274	373 29.3%	538 42.2%	230 18.1%	133	33	100			10.4%	4.9%
					10.4%	24.8%	75.2%				
R03	1,258	297 23.6%	535 42.5%	277 22.0%	149	42	107			11.8%	5.2%
					11.8%	28.2%	71.8%				
R04	1,198	253 21.1%	505 42.2%	292 24.4%	148	41	107			12.4%	5.3%
					12.4%	27.7%	72.3%				

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					
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上									
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
		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	100	7.9%	1	1.0%	6	6.0%	24	24.0%	35	35.0%	26	26.0%	8	8.0%	21	21.0%	6	6.0%						
	H30	118	9.7%	2	1.7%	6	5.1%	30	25.4%	39	33.1%	33	28.0%	8	6.8%	24	20.3%	5	4.2%						
	R01	134	10.2%	5	3.7%	6	4.5%	33	24.6%	44	32.8%	39	29.1%	7	5.2%	26	19.4%	3	2.2%						
	R02	150	11.8%	5	3.3%	11	7.3%	34	22.7%	46	30.7%	41	27.3%	13	8.7%	33	22.0%	6	4.0%						
	R03	145	11.5%	2	1.4%	5	3.4%	31	21.4%	55	37.9%	45	31.0%	7	4.8%	25	17.2%	6	4.1%						
	R04	143	11.9%	1	0.7%	9	6.3%	26	18.2%	53	37.1%	44	30.8%	10	7.0%	27	18.9%	8	5.6%						
治療なし	H29	1,169	92.1%	371	31.7%	526	45.0%	221	18.9%	34	2.9%	13	1.1%	4	0.3%	9	0.8%	1	0.1%						
	H30	1,102	90.3%	418	37.9%	484	43.9%	152	13.8%	39	3.5%	9	0.8%	0	0.0%	3	0.3%	0	0.0%						
	R01	1,177	89.8%	367	31.2%	532	45.2%	221	18.8%	42	3.6%	9	0.8%	6	0.5%	7	0.6%	2	0.2%						
	R02	1,124	88.2%	368	32.7%	527	46.9%	196	17.4%	24	2.1%	5	0.4%	4	0.4%	6	0.5%	3	0.3%						
	R03	1,113	88.5%	295	26.5%	530	47.6%	246	22.1%	29	2.6%	8	0.7%	5	0.4%	7	0.6%	5	0.4%						
	R04	1,055	88.1%	252	23.9%	496	47.0%	266	25.2%	32	3.0%	6	0.6%	3	0.3%	6	0.6%	1	0.1%						