

第3期
保健事業実施計画(データヘルス計画)

令和6年1月 西米良村

— 目 次 —

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1. 背景・目的	
2. 計画の位置づ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	
5. 保険者努力支援制度	
第 2 章 第 2 期計画に係る評価及び考察	8
1. 保険者の特性	
2. 第 2 期計画に係る評価及び考察	
第 3 章 第 3 期における健康課題の明確化	16
1. 健康課題の明確化	
2. 目標の設定	
第 4 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	21
1. 第四期特定健診等実施計画について	
2. 対象者の見込及び目標値の設定	
3. 特定健診の実施	
4. 特定保健指導の実施	
5. 個人情報の保護	
6. 結果の報告	
7. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第 5 章 保健事業の内容	27
I. 保健事業の方向性	
II. 重症化予防の取組み	
1. 糖尿病性腎症重症化予防	
2. 脳血管疾患重症化予防	
3. 虚血性心疾患重症化予防	
4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
III. 発症予防	
IV. ポピュレーションアプローチ	

第 6 章 計画の評価・見直し	42
1. 評価の時期	
2. 評価方法・体制	
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	43
参考資料	44

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

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。）の一部を改正する等により、健康・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・評価・改善等を行うものとした。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、また、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計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和3年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2021」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検討するとともに、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。」と示された。

このように、すべ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、標準化の取組みの推進や評価指標の設定の推進が進められている。

西米良村（以下「村」という。）においては、国の指針に基づき、「第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、標準的な健診・保健指導プログラムに踏まえ、被保険者の年代ごとの身体的な状況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、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

2. 計画の位置づ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ある。

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、宮崎県健康増進計画や西米良村健康増進計画、宮崎県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1～5）

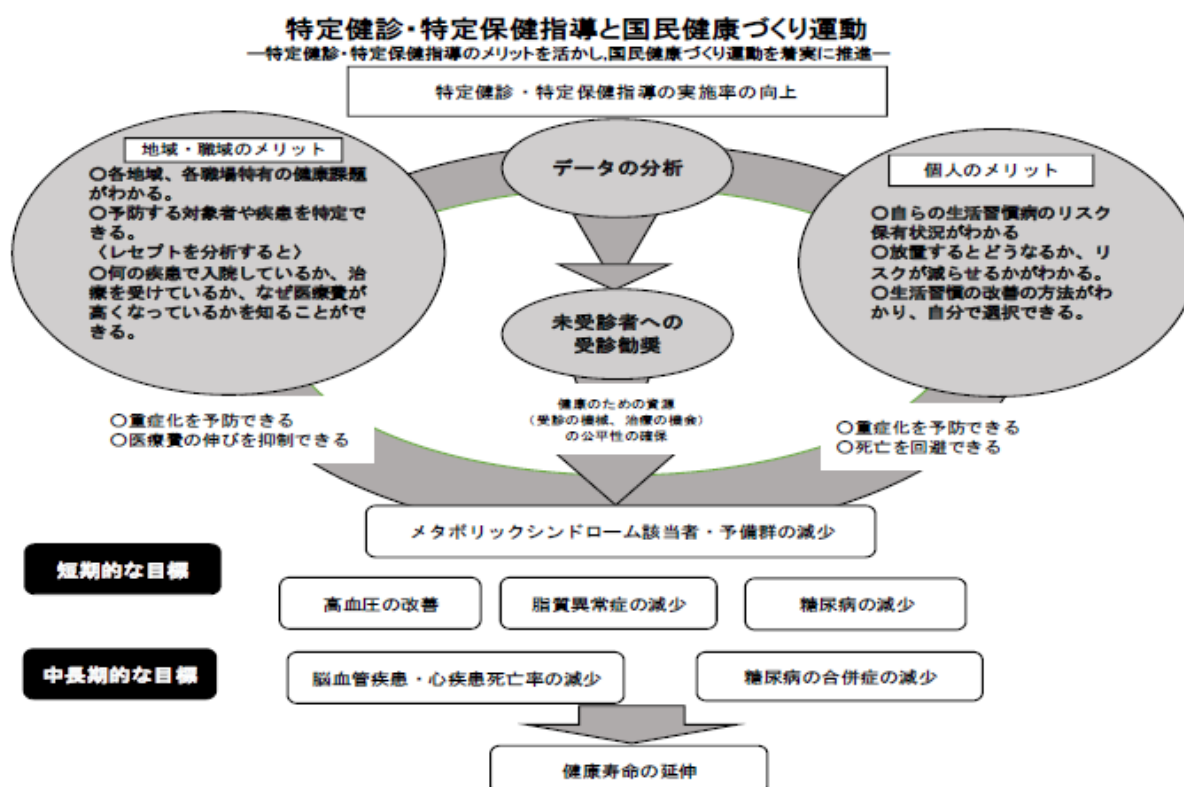
○法廷計画等の位置づけ

【図表 1】

	※健康増進事業実施者とは、健康増進法、国民健康保険法、高齢者保健推進法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、保健所等				医療連携強化計画	医療計画 (地域医療構想等)
	健康増進計画	データヘルス計画 (医療事業実施計画)	特定健康診査等実施計画	介護保険事業（支援）計画		
法律	健康増進法 第8条、第9条 第8条、健康増進事業実施者	国民健康保険法 健康増進法 高齢者保健 第150条 第150条 第150条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	介護保険法 第116条、第117条、第118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
基本的な方針	国を所管省 健康局 令和5年2月 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	国を所管省 健康局 令和2年3月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する方針の一部改正」	国を所管省 健康局 令和2年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切な かつ効率的な実施を図るための基本的な方針	国を所管省 健康局 令和3年改正 介護保険事業に係る医療提供の円滑な 実施を推進するための基本的な方針	国を所管省 健康局 平成28年3月令改正 医療連携体制の確保に関する 基本方針	国を所管省 健康局 平成28年3月令改正 医療連携体制の確保に関する 基本方針
種類・期間	成法 令和6～17年（12年） 2024年～2035年	指針 令和6～11年（6年） 2024～2029年	成法 令和6～11年（6年） 2024～2029年	成法 令和6～8年（3年） 2024～2026年	成法 令和6～11年（6年） 2024～2029年	成法 令和6～11年（6年） 2024～2029年
計画策定者	都道府県、義務、市町村、財力義務	都道府県、義務	都道府県、義務	市町村、義務、都道府県、義務	都道府県、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基盤とより効率的な医療の推進を図ることで、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	健康増進法の健康の増進を目的に、健康・医療・介護の連携を促進してPDCAサイクルにのった結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を策定し、保健事業の実施及び評価を行う。	医療者は、加入者数、加入者の年齢構成、地域的・社会的な課題を考慮して、特定健康診査の創設的かつ効率的に実施するための計画を作成する。	地域の実情に応じた介護保険等対象サービスを担う体制の構築及び地域医療連携の実施が計画に図られるようにする。 ・医療者数増強 ・高齢者の自立支援・要介護防止	持続可能な運営を確保するため、医療者、医療機関等の協力を得ながら、住民の健康増進、医療の創生的な提供の推進に向けた取組を進める。	医療機関の分化、連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、必要かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期、学童期、高齢期） ライフコースアプローチ（生活期から高齢期）	健康増進事業 特に高齢者の割合が高くなる高齢者に重点を置き、若年層への健康増進の取組、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病（90） ※特定疾病（90）は、生活習慣病、糖尿病、パーキンソン病、認知症、がん、心臓病等	すべて	すべて
対象疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質代謝異常 高血圧 高脂血症 虚血性心臓病 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質代謝異常 高血圧 等 虚血性心臓病 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質代謝異常 高血圧 高脂血症 虚血性心臓病 脳血管疾患	（疾病予防・介護予防） （要介護の予防） 糖尿病 脂質代謝異常 生活習慣病 虚血性心臓病、心不全	生活習慣病	55歳前 糖尿病 心臓病等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
	慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモティブシンドローム やせ メンタルヘルズ			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」 31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生活習慣の改善・継続化計画 ○社会環境の質の向上 1社会と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 ○ライフコース 1子ども、2高齢者、3女性	○中長期的目標 ・医療費の変化 ・要介護率 ・要介護率の変化 ・要介護率・要介護率の改善 ○短期的目標 ・血圧、血糖値、脂質等の検査値の改善 ・生活習慣の改善（食習慣、運動習慣） ・受診行動の改善	①特定健康診査 ②特定健康診査実施率 ③メタボリックシンドローム、予備群の減少	①PDCAサイクルの運用に関する医療者 ・医療機関等への体制 （地域医療連携） ②生活支援・要介護防止等 （在宅医療、介護連携、介護予防、自然生活支援） ③介護保険制度の安定化 （介護保険制度の適正化、人材の確保）	【入居医療】 ・医療計画（地域医療連携）に基づく 医療機関の分化、連携の推進の成果を反映 【在宅医療】 ①特定健康・保健指導の推進 ②医療機関の連携強化 ③医療機関の連携強化 ④医療機関の適正化	①55歳前、55歳前に関する目標 ②在宅医療連携体制 （地域医療連携） ③医療機関 ④医療機関 ⑤医療機関 ⑥医療機関 ⑦医療機関 ⑧医療機関 ⑨医療機関 ⑩医療機関

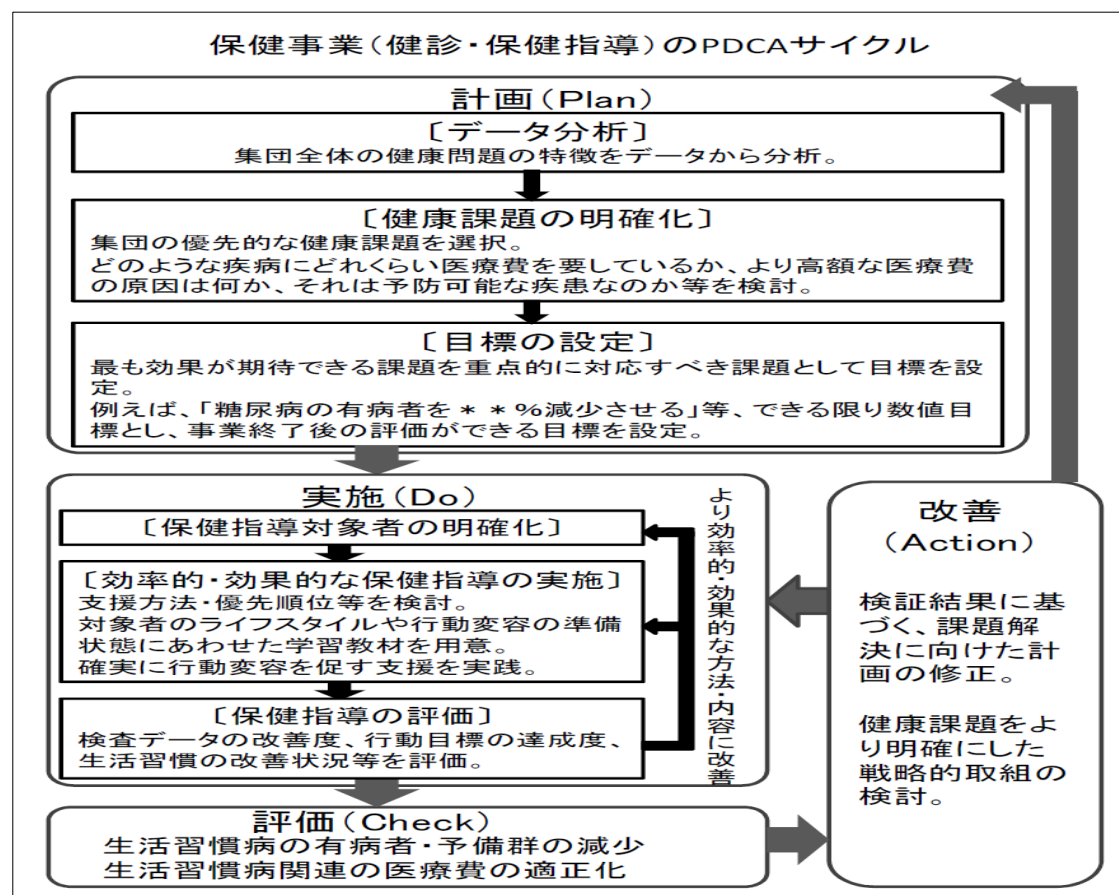
○標準的な健診・保健指導プログラム「令和6年度版」図1一部改変

【図表2】



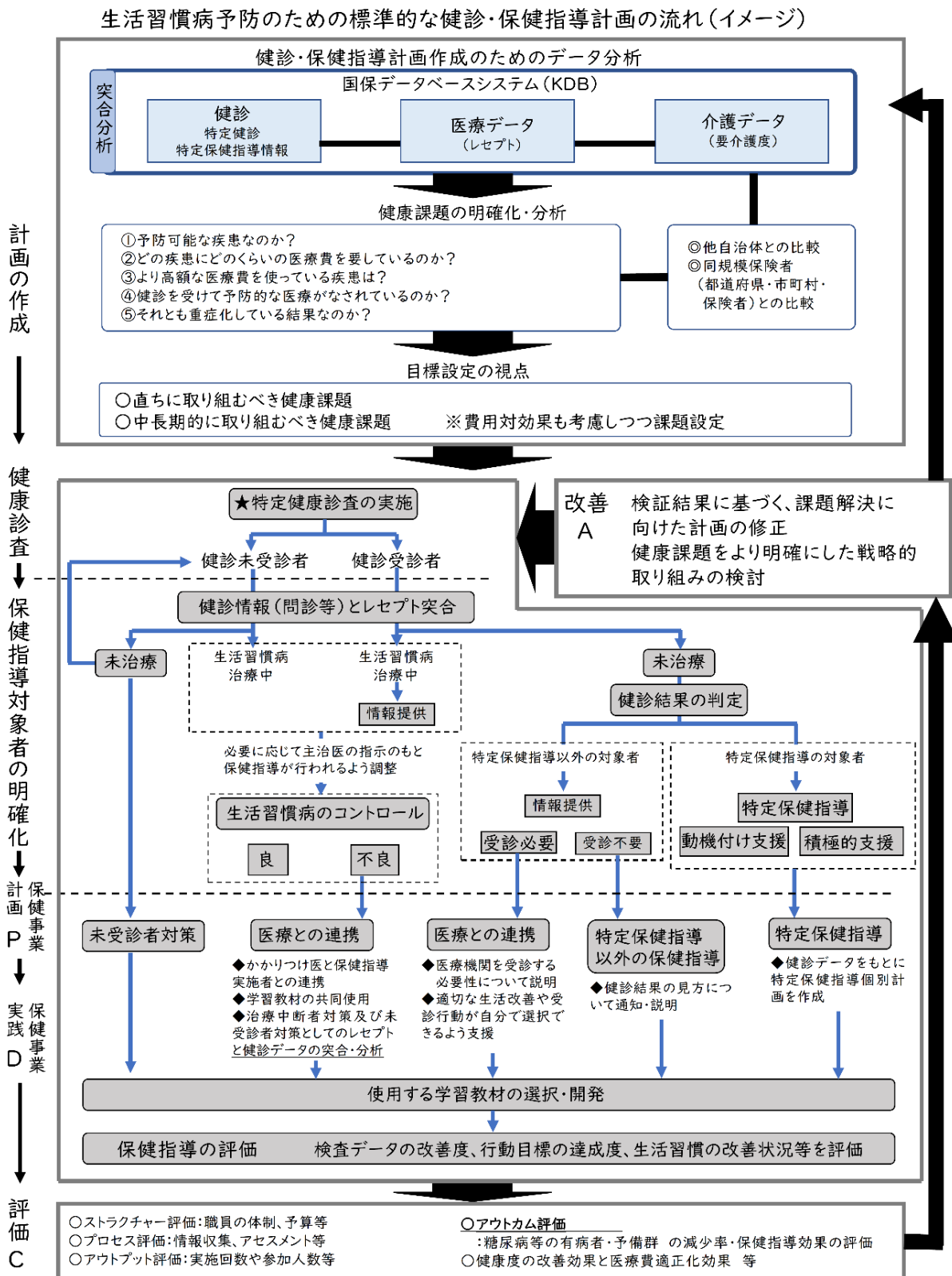
○保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル

【図表3】



○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）

【図表 4】



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
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析 (生活習慣病に関するガイドライン)	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体メカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、実践する
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者	行動変容を促す手法	健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機づけ支援」「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 個人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第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」としていること、また、手引書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、宮崎県における医療費適正化計画や医療計画とが令和6年度から令和11年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図り、計画期間を令和6年度から令和11年度の6年間とする。

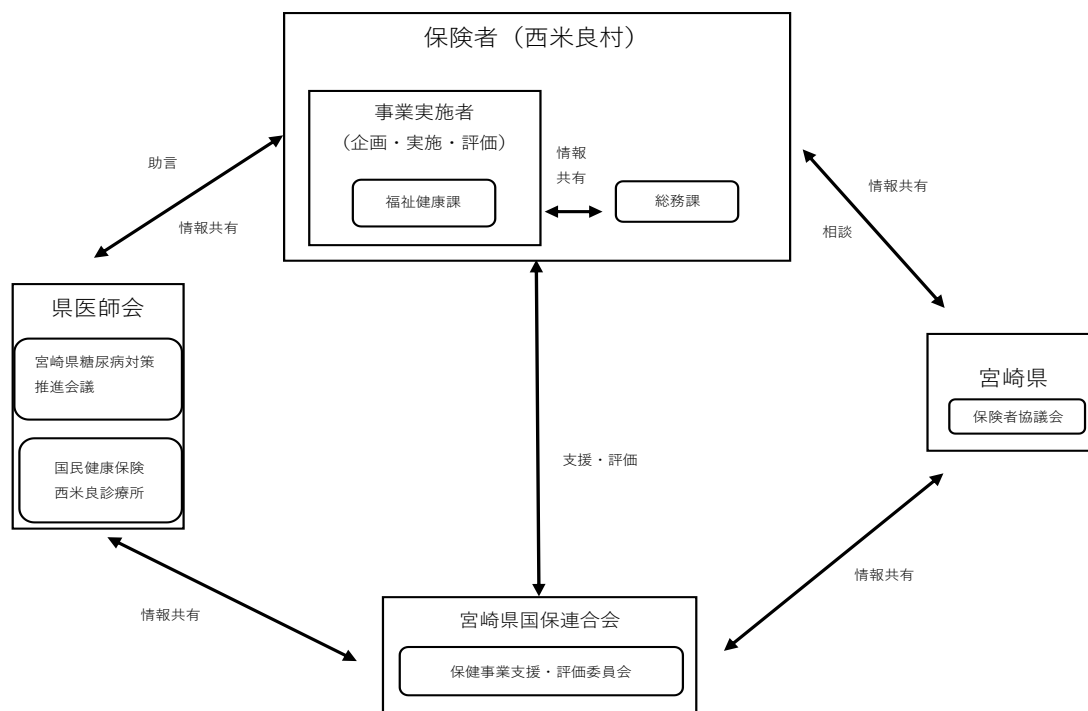
4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 西米良村国保の役割

村においては、福祉健康課が計画を策定する。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る。(図表6)

○西米良村の実施体制図

【図表 6】



2) 外部有識者等の役割

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、外部有識者等との連携・協力が重要となる。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う。

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うことが期待される。

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おり、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

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、宮崎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

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高めるうえでは、被保険者自身が状況を理解して主体的・積極的に取り組むことが重要である。

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している。(図表7)

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分を創設し、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押ししている。

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、保険者は同制度を有効に活用し、より質の高い計画とすることを目指し、策定を進める。

○保険者努力支援制度(評価指標:市町村分)

【図表7】

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点	
			村	配点	村	配点
交付額(万円)			719		587	
全国順位(1,741市町村中)			264位	—	599位	—
共通の指標	①	(1) 特定健康診査受診率	50	70	50	70
		(2) 特定保健指導実施率	25	70	0	70
		(3) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	50	0	50
	②	(1) がん検診受診率等	20	40	20	40
		(2) 歯科健診受診率等	20	30	20	30
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	45	120
	④	(1) 個人へのインセンティブ提供	60	90	45	45
		(2) 個人への分かりやすい情報提供	15	20	10	15
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	50	50
	⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組 (2) 後発医薬品の使用割合	100	135	120	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	100	100	100	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20
	④	地域包括ケア・一体的実施	10	30	20	40
	⑤	第三者求償の取組	24	40	31	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	54	95	52	100
合計点			678点	1,000	613点	960

第2章 第2期計画に係る評価及び考察

1. 保険者の特性

西米良村の特性

【図表 8】

	人口	高齢化率	被保険者数(加入率)			
			全体	65～74 歳	40～64 歳	39 歳以下
H30 年	1,089 人	42.8%	275 人 (25.3%)	145 人 (52.7%)	85 人 (30.9%)	45 人 (16.4%)
R4 年	1,000 人	43.7%	258 人 (25.8%)	134 人 (51.9%)	73 人 (28.3%)	51 人 (19.8%)

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期計画に係る評価

第2期計画において、目標の設定を2つに分類した。

1つ目は計画最終年度までに達成を目指す中長期的な目標として、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、糖尿病性腎症を設定した。2つ目は年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な短期的な目標疾患として、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た。（図表2参照）

（1）中長期的な目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表9、10）

R4年度はH30年度に比べ、介護保険認定者数は減っているのに対し、1人当たりの介護給付費および1件当たりの給付費が増額している。なかでも、居宅サービス費が増額している。これらのことから、介護度が上がっても村唯一の施設である特別養護老人ホームに入所できる介護度ではなく、通所介護やショートステイ等を活用しながら在宅で生活しているのではないかと考える。

○介護給付費の変化

【図表 9】

	西米良村		同規模	県	全国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
1人当たり介護給付費（円）	325,319	339,121	323,222	292,336	290,668
1件当たり給付費（円） （全体）	108,440	116,323	80,543	70,156	59,662
居宅サービス	38,483	46,855	42,864	50,961	41,272
施設サービス	268,060	265,921	288,059	294,840	296,364

○介護保険認定者（率）の状況

【図表 10】

			西米良村				同規模	県	全国	
			H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度	
高齢化率			466人	42.8%	437人	43.7%	41.4%	32.7%	28.7%	
2号認定者			1人	0.32%	1人	0.35%	0.38%	0.33%	0.38%	
	新規認定者		0人	－	0人	－	－	－	－	
1号認定者			75人	16.1%	70人	16.0%	19.9%	16.8%	19.4%	
	新規認定者		11人	－	15人	－	－	－	－	
	再掲	65～74歳	2人	1.1%	7人	4.1%	－	－	－	
			新規認定者	0人	－	2人				－
		75歳以上		73人	25.6%	63人				23.6%
			新規認定者	11人	－	13人				－

②医療費の状況（図表 11、12）

R4 年度は H30 年度に比べ、一人当たり医療費及び総医療費が増額している。図表 12 より、外来件数が減り入院件数が増えたこと、また、1 人当たりの在院日数が増えたことが要因と考えられる。

○医療費の変化

【図表 11】

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		西米良村		県	西米良村		県
		H30年度	R4年度(R3)	R4年度(R3)	H30年度	R4年度(R3)	R4年度(R3)
費用額（円）		1億1,122万	1億2,490万	930億73万	2億5,963万	2億2,015万	1,502億3,072万
一人当たり実績医療費（円）		404,447	484,120	382,037	796,436	751,383	763,050
順位	県内順位 (26市町村中)	6位	1位	17位 (全国順位)	4位	14位	—

○医療費の状況

【図表 12】

			西米良村				同規模	県	全国
			H30年度		R4年度				
被保険者数（人）			275		258		—	—	—
	前期高齢者(65～74歳)割合		52.7%		51.9%		—	46.7%	40.5%
総医療費（円）			1億1,122万		1億2,490万		—	—	—
一人当たり医療費 （円・月）			32,257	県内6位 同規模57位	39,241	県内1位 同規模19位	29,993	30,988	27,570
	外来	費用額	22,350		26,240		16,530	17,450	16,660
		費用の割合	69.3%		66.9%		55.1%	56.3%	60.4%
		件数の割合	97.1%		95.7%		96.6%	96.7%	97.5%
	入院	費用額	9,910		13,010		13,460	13,540	10,920
		費用の割合	30.7%		33.1%		44.9%	43.7%	39.6%
		件数の割合	2.9%		4.3%		3.4%	3.3%	2.5%
一人当たり在院日数			12.6日		16.6日		16.2日	17.7日	15.7日

③中長期目標疾患の医療費の変化（図表 13）

中長期目標疾患の割合は減少しているが、生活習慣病にかかる医療費は増額している。このことから、短期目標疾患での医療費が増額していると考える。また、慢性腎不全透析無の割合が増加しており、今後、透析有に移行し、医療費が増額する恐れがあるとする。

○中長期目標疾患の医療費の変化

【図表 13】

			西米良村		同規模	県	全国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費（円）			1億1,122万	1億2,490万	717億1,927万	930億73万	9兆3,374億1,147万
生活習慣病医療費（円）			4,228万	4,665万	281億4,320万	345億1,294万	3兆5,326億2,301万
総医療費に占める割合			38.01%	37.34%	39.24%	37.11%	37.83%
中長期目標疾患			2,432万	2,420万	133億966万	171億6,378万	1兆7,370億6,670万
医療費合計（円）			21.87%	19.38%	18.56%	18.46%	18.60%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞 脳出血	0.47%	0.60%	2.12%	2.04%	2.03%
	心	狭心症 心筋梗塞	1.32%	0.17%	1.46%	1.43%	1.45%
	腎	慢性腎不全 (透析有)	4.40%	3.62%	3.29%	4.61%	4.26%
		慢性腎不全 (透析無)	0.01%	0.17%	0.37%	0.24%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		15.61%	18.39%	17.57%	15.01%	16.69%
	筋・骨疾患		9.26%	9.42%	9.33%	8.73%	8.68%
	精神疾患		3.03%	7.75%	7.82%	9.23%	7.63%

④中長期疾患の治療状況（図表 14）

脳血管疾患及び人工透析の人数は減少しているが、虚血性心疾患の人数が増加している。

○中長期目標疾患の治療状況

【図表 14】

年齢区分			中長期目標疾患		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
			被保険者数		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
			H30年度	R4年度						
全体		人数	300	268	14	10	9	16	14	10
		割合			4.7	3.7	3.0	5.3	4.7	3.7
再掲	65～74歳	人数	155	147	12	8	9	16	12	8
		割合	51.7	54.9	7.7	5.4	5.8	10.9	7.7	5.4
	40～64歳	人数	92	73	2	2	1	3	2	2
		割合	30.7	27.2	2.2	2.7	1.1	4.1	2.2	2.7
	40歳未満	人数	53	48	0	0	0	0	0	0
		割合	17.7	17.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

（２）短期的な目標の達成状況

①短期目標の経年変化（図表 15～17）

短期目標である３疾患に共通していることは、65～74 歳において治療者が増加している。さらに糖尿病では、どの年代においても治療者数及び割合が増加していることが分かる。また、中長期目標疾患である虚血性心疾患の人数及び割合が増加していることが分かる。

○高血圧治療者の経年変化

【図表 15】

高血圧		合計		再掲					
				65～74歳		40～64歳		40歳未満	
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
被保険者数		300	268	155	147	92	73	53	48
高血圧治療者	人数	118	113	84	88	31	22	3	3
	割合	39.3	42.2	54.2	59.9	33.7	30.1	5.7	6.3
中長期目標疾患	脳血管疾患	人数	14	10	12	8	2	2	0
		割合	4.7	3.7	34.3	5.4	2.2	2.7	0.0
	虚血性心疾患	人数	9	18	8	15	1	3	0
		割合	3.0	6.7	9.5	10.2	1.1	4.1	0.0
	人工透析	人数	2	1	1	1	1	0	0
		割合	0.7	0.4	1.2	0.7	1.1	0.0	0.0

○糖尿病治療者の経年変化

【図表 16】

糖尿病		合計		再掲					
				65～74歳		40～64歳		40歳未満	
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
被保険者数		300	268	155	147	92	73	53	48
糖尿病治療者	人数	35	42	25	29	10	12	0	1
	割合	11.7	15.7	16.1	19.7	10.9	16.4	0.0	2.1
中長期目標疾患	脳血管疾患	人数	4	3	3	3	1	0	0
		割合	1.3	1.1	1.9	2.0	1.1	0.0	0.0
	虚血性心疾患	人数	2	6	1	4	1	2	0
		割合	0.7	2.2	0.6	2.7	1.1	2.7	0.0
	人工透析	人数	0	0	0	0	0	0	0
		割合	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	人数	8	16	5	12	3	3	0
		割合	2.7	6.0	3.2	8.2	3.3	4.1	0.0
	糖尿病性網膜症	人数	4	3	4	3	0	0	0
		割合	1.3	1.1	2.6	2.0	0.0	0.0	0.0
	糖尿病性神経障害	人数	4	5	3	5	1	0	0
		割合	1.3	1.9	1.9	3.4	1.1	0.0	0.0

○脂質異常症治療者の経年変化

【図表 17】

脂質異常症		合計		再掲					
				65～74歳		40～64歳		40歳未満	
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
被保険者数		300	268	155	147	92	73	53	48
脂質異常症治療者	人数	81	69	51	52	29	16	1	1
	割合	27.0	25.7	32.9	35.4	31.5	21.9	1.9	2.1
中長期目標疾患	脳血管疾患	人数	5	7	3	6	2	1	0
		割合	1.7	2.6	1.9	4.1	2.2	1.4	0.0
	虚血性心疾患	人数	8	16	7	14	1	2	0
		割合	2.7	6.0	4.5	9.5	1.1	2.7	0.0
	人工透析	人数	1	0	0	0	1	0	0
		割合	0.3	0.0	0.0	0.0	1.1	0.0	0.0

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方（図表 18）

図表によると、医療機関受診勧奨レベルであっても、未治療者がいることが分かる。特に、糖尿病においては12.5%が未治療であり、県平均よりも高い割合となっていることが分かる。一方で、治療中断者が0となっていることから、治療開始後は中断していないということが分かった。

○高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

【図表 18】

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 II 度高血圧の推移								医療のかかり方(R3年度)			
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果 未治療(内服なし)		R3年度		問診結果 未治療(内服なし)		レセプト情報(R3.4~R4.3)			
	受診者	受診率	受診者	受診率									未治療		治療中断	
	A		B		C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
	西米良村	170	79.4	154	75.9	10	5.9	4	40	7	4.5	4	57.1	2	28.6	0
県平均 (21/26市町村)	57,674	35.7	53,964	35.7	2,553	4.4	1,395	54.6	2,818	5.2	1,578	56	940	33.4	138	4.9

	糖尿病											
	結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方(R3年度)			
	H30年度		問診結果 未治療(内服なし)		R3年度		問診結果 未治療(内服なし)		レセプト情報(R3.4～R4.3)			
									未治療		治療中断	
	J	J/実施者	K	K/J	L	L/実施者	M	M/L	N	N/L	O	O/L
西米良村	13	7.6	4	30.8	16	10.4	3	18.8	2	12.5	0	0
県平均 (21/26市町村)	2,494	4.4	681	27.3	2,432	4.5	607	25	166	6.8	69	2.8

③健診結果の経年変化（図表 19～22）

メタボリックシンドローム該当者及びHbA1c6.5%以上者が増加している。一方で、LDL160以上者及びⅡ度以上高血圧者は減少している。HbA1c6.5%以上者は、インスリン抵抗性が亢進し、血液中に糖がたまっている状態であり、その背景としてメタボリックシンドロームが関与していると考ええる。

○メタボリックシンドロームの経年変化

【図表 19】

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	(再掲)		予備群
			3 項目	2 項目	
H30	166人 (77.6%)	41人 (24.4%)	13人 (7.8%)	28人 (16.8%)	27人 (16.2%)
R4	138人 (71.1%)	45人 (32.6%)	19人 (13.8%)	26人 (18.8%)	24人 (17.4%)

○HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化（継続受診者）

【図表 20】

年度	HbA1c6.5% 以上	(再掲)			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30	9人 (5.6%)	3人 (33.3%)	4人 (44.4%)	2人 (22.2%)	0人 (0%)
R4	25人 (16.2%)	9人 (36%)	10人 (40%)	2人 (8%)	4人 (16%)

○LDL160 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

【図表 21】

年度	LDL160 以上	(再掲)			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30	16人 (10%)	9人 (56.2%)	5人 (31.2%)	1人 (6.2%)	1人 (6.2%)
R4	11人 (7.1%)	8人 (72.7%)	3人 (27.2%)	0人 (0%)	0人 (0%)

○Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化（継続受診者）

【図表 22】

年度	Ⅱ度高血圧 以上	(再掲)			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30	17人 (10.6%)	6人 (35.2%)	9人 (52.9%)	1人 (5.8%)	1人 (5.8%)
R4	7人 (4.5%)	4人 (57%)	0人 (0%)	0人 (0%)	3人 (42.9%)

④特定健診・特定保健指導の実施状況の経年変化（図表 23）

特定健診の受診率は国の目標基準を超えている。しかし、40代・50代ともに50%を超えているが、リピーター率が低いことが分かる。また、保健指導該当者数及び該当率は年々減少しているが、保健指導実施率には年毎に波があることが分かる。

○特定健診・特定保健指導の実施状況の経年変化

【図表 23】

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
特定健診対象者数 (人)		214	210	212	202	194
特定健診受診者数 (人)		170	159	159	154	143
特定健診受診率 (%)		79.4	75.7	75	76.2	73.7
特定健診の継続受診率 (%)		81.7	84.1	84.3	86.2	74.7
再掲	40代 受診率 (%)	59.7	46.7	60.7	49.7	61.9
	40代 リピーター率 (%)	21.4%	31.3%	30%	52.2%	39.1%
再掲	50代 受診率 (%)	50	60.9	59.6	68.7	75
	50代 リピーター率 (%)	46.7%	46.7%	43.8%	53.3%	41.2%
特定保健指導該当者数 (人)		20	21	12	16	10
特定保健指導該当者率 (%)		11.8%	13.2%	7.5%	10.4%	7.0%
特定保健指導実施者数 (人)		9	11	8	4	8
再掲	積極的支援 (人)	3	3	4	2	1
	動機づけ支援 (人)	17	18	8	10	9
特定保健指導実施率 (%)		45.0%	52.4%	66.7%	25.0%	80.0%

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

【図表 24】

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	最終評価 R5		
					(活用データ年度) → (H30)	(R3)		
データヘルス計画	中長期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合5%減少	0.9%	1.7%	KDBシステム	
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合5%減少	2.6%	0.1%		
				慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合5%減少	31.3%	31.3%		
	短期目標	アウトカム指標	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	20.5%	24.5%		
				健診受診者の高血圧者の割合減少	28.8%	25.9%		
				健診受診者の脂質異常者の割合減少	20.5%	23.3%		
				健診受診者の血糖異常者(HbA1c6.5%以上)の割合の減少	13.5%	16.2%		
				健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療者の割合減少	0.5%	0%		
				糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合	36.3%	20.0%		
				特定保健指導対象者の減少	11.8%	10.4%		
	その他	アウトカム指標	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	77.9%	75.1%		法定報告値
				特定保健指導実施率60%以上	56.3%	23.5%		
努力支援制度	その他	アウトカム指標	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 16%以上	17.5%	13.8%	地域保健事業報告	
				がん検診受診率 肺がん検診 14%以上	32.1%	23.5%		
				がん検診受診率 大腸がん検診 12%以上	38.0%	30.6%		
				がん検診受診率 子宮頸がん検診 26%以上	22.2%	23.3%		
				がん検診受診率 乳がん検診 29%以上	28.7%	32.4%		
				5つのがん検診の平均受診率	27.7%	24.7%		
			高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	—	実施		

2) 第2期データヘルス計画に係る考察

短期目標項目であるメタボリックシンドロームの該当者、高血圧治療者、糖尿病治療者がそれぞれ増加しており、医療費も増加している。また、中長期目標である虚血性心疾患の総医療費割合は減っているが、高血圧治療者、糖尿病治療者、脂質異常症治療者のうち、虚血性心疾患の人数及び割合は増加している。このことから、重症化予防が行えておらず、医療費の抑制に繋がっていないと考える。

糖尿病対策としてこれまでは糖尿病管理台帳を作成し、保健指導を行うよう努めてきたが、保健指導にあたる職員の減少および新型コロナウイルス感染症の影響に伴い保健指導が十分に行えていなかった。それを打破するために、4年度からは保健指導の優先順位を決め、管理栄養士を含め指導対象者を分担し、保健指導を行っている。しかし、糖尿病有病者は増加しているため、今後も更なる対策が必要と考える。さらに、高血圧については、これまでのハイリスクアプローチに加え、令和4年2月末から『へらしお大作戦』と銘打ち、広報誌等による村の現状や血圧に関することのポピュレーションアプローチを導入している。

一方で、メタボリックシンドロームに対する保健事業は特定保健指導を行っている。特定保健指導の対象者には保健指導を実施するが、それ以外の方（既に、生活習慣病で治療有りの方）には指導を行っていなかった。健診結果で治療の必要がない値でも肥満があると動脈硬化は進行するため、メタボリックシンドロームに対する保健事業も展開する必要があると考える。そのため今後、ターゲットをどこにおくのかなども含め、保健事業の内容を検討していきたい。

最後に、住民自らの体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は今後も取り組むべき課題であると同時に、かかりつけ医などの医療機関との連携にも取り組んでいく必要があると考える。

第3章 第3期における健康課題の明確化

1. 健康課題の明確化

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・明確化し関係者と共有する。

若年期からの生活習慣病の経過が、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、75歳到達により後期高齢者医療制度に新たに参加することとなることを踏まえ、市町村国保及び広域連合は、保険者等における健康課題の分析結果等を共有する等、綿密な連携に努める。

また、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える。

1) 医療費分析

○被保険者数及びレセプトの推移

【図表 25】

対象年度			H30年度	R4年度	後期：R4年度
被保険者数			275人	258人	265人
総件数及び 総費用額	件数	A	3,043件	2,558件	3,785件
	費用額	B	1億1,096万円	1億2,490万円	2億2,015万円
一人当たり医療費（B/被保険者数）			40.4万円	48.4万円	75.1万円

○高額レセプト（80 万円以上/件）の推移

【図表 26】

対象年度			H30年度		R4年度		後期：R4年度		
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	C	8人		10人		24人		
		D	10件		27件		38件		
	件数	D/A	0.3%		1.0%		1.0%		
		E	1,059万円		3,388万円		4,335万円		
		E/B	9.5%		27.1%		19.6%		
脳血管疾患	人数	F	0		0		3人		
		F/C	0%		0%		12.5%		
	件数	G	0		0		8件		
		G/D	0%		0%		21.1%		
	(再掲) 年代別	40歳未満	0	0	0	0	65～69歳	0	0
		40代	0	0	0	0	70～74歳	0	0
		50代	0	0	0	0	75～80歳	0	0
		60代	0	0	0	0	80代	8	100%
		70～74歳	0	0	0	0	90歳以上	0	0
	費用額	H	0		0		746万円		
		H/E	0		0		17.20%		
虚血性心疾患	人数	I	1人		0		2人		
		I/C	12.5%		0		8.3%		
	件数	J	1件		0		3件		
		J/D	10%		0		7.9%		
	年代別	40歳未満	0	0	0	0	65～69歳	0	0
		40代	0	0	0	0	70～74歳	0	0
		50代	0	0	0	0	75～80歳	0	0
		60代	1	100%	0	0	80代	3	100%
		70～74歳	0	0	0	0	90歳以上	0	0
	費用額	K	102万円		0		442万円		
		K/E	9.6%		0		10.2%		
がん	人数	L	1人		2人		2人		
		L/C	12.5%		20%		8.3%		
	件数	M	1件		13件		4件		
		M/D	10%		48.1%		10.5%		
	年代別	40歳未満	0	0	0	0	65～69歳	0	0
		40代	0	0	0	0	70～74歳	0	0
		50代	1	100%	0	0	75～80歳	4	100%
		60代	0	0	0	0	80代	0	0
		70～74歳	0	0	13	100%	90歳以上	0	0
	費用額	N	167万円		1,425万円		439万円		
		N/E	15.8%		42.0%		10.1%		

○データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合（R4 年度）

【図表 27】

	市町村名	総医療費	一人当たり医療費 (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								
国保	西米良村	124,903,020	39,241	3.62%	0.17%	0.60%	0.17%	9.73%	3.57%	1.51%	24,201,350	19.38%	18.39%	7.75%	9.42%
	同規模平均	71,719,277,020	29,993	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	13,309,665,430	18.56%	17.57%	7.82%	9.33%
	県	93,000,733,620	30,988	4.61%	0.24%	2.04%	1.43%	5.28%	3.33%	1.54%	17,163,788,960	18.46%	15.01%	9.23%	8.73%
	国	9,337,411,479,190	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	1,737,066,709,990	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
後期	西米良村	220,155,090	68,648	9.47%	1.74%	4.56%	3.13%	4.41%	3.51%	0.88%	60,973,450	5.39%	5.39%	6.31%	9.78%
	同規模平均	136,772,643,550	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	25,690,399,840	10.21%	10.21%	3.61%	12.15%
	県	150,230,720,670	69,078	4.73%	0.53%	3.92%	1.59%	3.88%	3.22%	1.06%	28,431,352,820	9.22%	9.22%	4.73%	11.84%
	国	16,169,747,074,790	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	3,091,939,486,510	11.17%	11.17%	3.55%	12.41%

2) 健診・医療・介護の一体的分析

①全体像

【図表 28】

		平均寿命	65歳未満 死亡(%)		標準化死亡比(SMR)	
					脳出血	急性心筋梗塞
		R3年	H30年	R3年	H25～H29年	
西米良村	男	80.3歳	0	16.7%	154	168.5
	女	86.9歳	0	0	140.1	93.8
宮崎県	男	80.3歳	11.2%	10.4%	108.4	103.6
	女	87.1歳	5.8%	5.2%	108	106.9

②肥満、基礎疾患の受診状況

【図表 29】

	特定健 診受診	健診			基礎疾患の医療機関受診率								
		肥満(BMI25以上)			高血圧			糖尿病			糖尿病+高血圧		
年代		40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～
西米良村	75.1%	47.6%	36.7%	23.2%	92.1%	91.1%	93.3%	36.8%	30.1%	25.2%	34.2%	26.0%	23.0%
宮崎県	37.0%	32.0%	28.1%	27.1%	76.7%	84.1%	87.2%	41.9%	43.2%	39.0%	27.1%	33.2%	33.2%

③重症化疾患の医療機関の受診状況

【図表 30】

	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年代	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～
西米良村	9.8%	11.1%	27.7%	4.9%	10.5%	16.4%	6.1%	16.7%	41.8%	8.5%	18.5%	31.5%
宮崎県	4.7%	13.2%	28.7%	3.0%	9.1%	18.5%	3.8%	11.2%	31.9%	4.7%	9.5%	17.5%

④重症化疾患のうち介護認定を受けている割合

【図表 31】

	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年代	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～
西米良村	0	11.1%	32.1%	0	0	25%	20%	0	32%	0	3.3%	32.6%
宮崎県	11.6%	9.2%	46.4%	3.5%	4.4%	38.0%	5.1%	6.5%	47.6%	3.8%	5.7%	42.7%

⑤フレイルに関する医療・介護の状況

【図表 32】

	医療レセプト								介護レセプト			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による疾患				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知症		骨折		認知症		骨折		認知症	
年代	65～74	75～	65～74	75～	65～74	75～	65～74	75～	65～74	75～	65～74	75～
西米良村	85.7%	91.9%	75.0%	90.5%	8.6%	12.7%	2.5%	21.6%	21.4%	27.0%	50.0%	76.2%
宮崎県	70.1%	84.1%	71.9%	82.8%	5.7%	16.3%	1.6%	16.8%	9.0%	54.2%	38.2%	81.1%

3) 健康課題の明確化及び優先順位づけ (図表 25～32)

図表 29 より県と比較して、肥満の 74 歳以下の割合が高いことが分かる。また図表 29 より

り、高血圧はどの年代も高いが、糖尿病はどの年代においても低い。糖尿病においては医療費割合は低い、図表 20 から健診での HbA1c6.5%以上の者は増加していることが分かる。

重症化予防疾患においては、医療機関の受診状況では 74 歳以下の割合が県より高いことが分かる。一方で、重症化疾患のうち介護認定を受けている割合は 75 歳以上が高い。フレイルに関しては、どの年齢においても生活習慣病との重なりがあることが分かる。

これらのことから、若い世代の肥満や高血圧といった短期目標疾患が長年血管を傷つけ、それが、75 歳以上になり重症化して表出しているのではないかと考える。また、図表 32 からフレイルにおいて生活習慣病の重なりがある割合が高いため、重症化する前の若い世代から生活習慣病予防を中心とした保健事業に取り組むことで、フレイル予防にもなると考える。

2. 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 P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直し、改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できる。このため、評価の目的、方法、基準、時期、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。

評価指標については、まず全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 33）を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておく。

(2) 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患の総医療費に占める割合を、最終年度には、それぞれ 5%減少させることを目指す。しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

(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する。特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を 10%減少することを目指す。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療機関への受診勧奨や治療継続を促す。

また、根本的な改善に至っていない疾患に高血圧とメタボリックシンドロームがあげられる。これらは、食事療法が第一段階であるため、医療機関と連携して栄養指導等の保健指導を行っていく。具体的には、日本人食事摂取基準（2020 年版）の基本的な考え方をもとに血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病（C K D）の検査結果を改善していく。さらに、生活習慣病は自

覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指す。また、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第4章の「特定健診・特定保健指導の実施（法廷義務）」に記載する。

（４）目標の設定

【図表 33】

優先順位	健康課題	データヘルス計画全体における目的	評価指標	策定時 (%)	目標値 (%)
				R4 年	R11 年
1	メタボリックシンドロームの割合が高い	生活習慣の改善により、メタボリックシンドロームの割合が減少する	特定健診受診率	73.7	75
			特定保健指導対象者の減少率	37.5	25
			特定保健指導実施率	80	60
			メタボリックシンドロームの該当率	32.6	25
			メタボリックシンドロームの予備群率	17.4	14.5
2	糖尿病の増加と重症化による医療費増大	新規の糖尿病患者数の減少により、医療費も抑制する	HbA1c6.5%以上の者の割合	16.2	6
			HbA1c6.5%以上のうち未治療者の割合	20.8	12.5
3	脳血管疾患、心疾患による死亡者増加と医療費増大	生活習慣病を早期に発見し、重症化を予防する	心房細動有所見者の未治療者の割合	20	0
			心電図検査（ST 所見有り）の者の割合	3.6	2.5
			脳心血管疾患リスク第3層の者の割合	50	35
			Ⅱ度高血圧以上の者の割合	4.5	3
			LDL-C160mg/dL 以上の者の割合	7.1	5
4		医療費抑制	後発医薬品の使用割合	88.1	88.5

第4章 特定健診・特定保健指導の実施（法廷義務）

1. 第四期特定健診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る。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する。

2. 対象者の見込及び目標値の設定

【図表 34】

		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	190 人	188 人	185 人	183 人	180 人	180 人
	受診者数	143 人	141 人	139 人	138 人	135 人	135 人
	目標率	75%					
特定保健指導	対象者数	12 人	12 人	9 人	8 人	6 人	5 人
	実施者数	8 人	8 人	6 人	5 人	4 人	3 人
	目標率	60%					

3. 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（集団健診及び個別健診）。

- ①集団健診（西米良村保健センター他）
- 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、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できるものの基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

（3）健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、3月区長会にて配布または西米良村広報誌にて掲載する。

（4）特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する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、尿中Na濃度、微量アルブミン尿）を実施する。また、血中脂質検査のうちLDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はnon-HDLコレステロールの測定に換えられる。（実施基準第1条4項）

○第4期（2024年度以降）における変更点

【図表 35】

特定健康診査の見直し	（１）基本的な健診の項目 血中脂質検査における中性脂肪において、やむを得ず空腹時以外で中性脂肪を測定する場合は、食直後を除き随時中性脂肪による血中脂質検査を可とした。
	（２）標準的な質問票 喫煙や飲酒に係る質問項目については、より正確にリスクを把握できるように詳細な選択肢へ修正。 特定保健指導の受診歴を確認する質問項目に修正。

○西米良村特定健診検査項目

【図表 36】

健診項目		国	西米良村
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST（GOT）	○	○
	ALT（GPT）	○	○
	γ-GT（γ-GTP）	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	（NON-HDLコレステロール）	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	○
	HbA1c	●	○
	随時血糖	○	○
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血		○
血液学検査（貧血検査）	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	□	○
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン（eGFR）	□	○
	尿酸		○

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

（５）実施時期

５月から翌年３月末まで実施する。

（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うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

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う。

（７）代行機関

費用の請求・支払代行は、宮崎県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール (図表 37)

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について、どのように行う予定なのか記載する。

【図表 37】

	前年度	当該年度			
		(集団健診)		(個別健診)	
4月		健診機関との契約 問診票等の健診セット準備			
				特定健診・保健指導実施	
5月		健診セット配布 特定健診実施			
6月			特定保健指導実施		
7月					
8月		↓			
9月		特定健診情報提供事業実施			
10月		↓			
11月		↓			
12月					
1月					
2月					
3月	健診対象者の抽出 健診申込み（集団・個別）				↓

4. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者が直接行う。

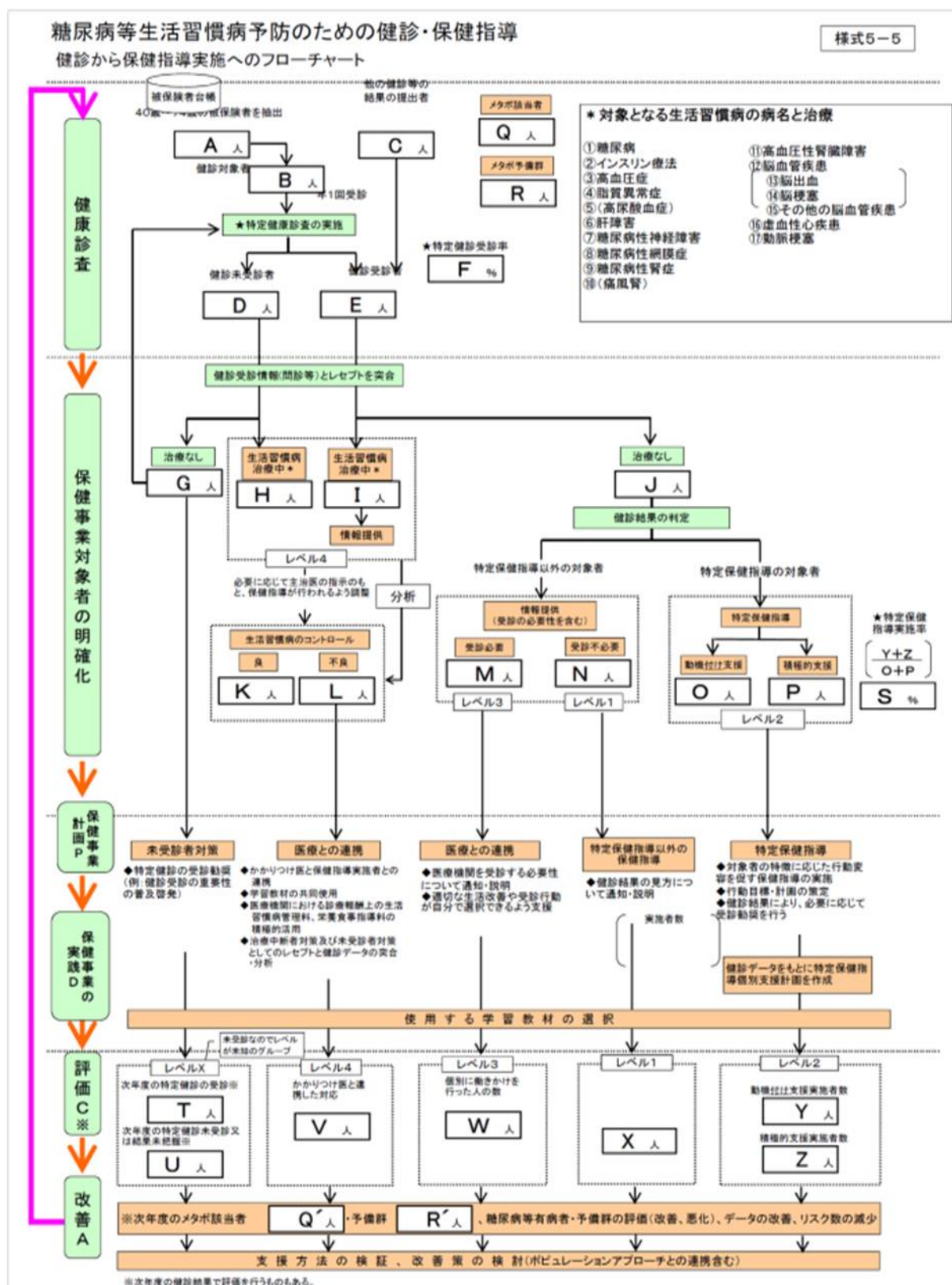
○第4期 (2024 年度以降) における変更点

【図表 38】

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会議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、特定保健指導の対象者として、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・保健指導のプログラム（令和6年版）」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・実践評価を行う。【図表 39】



出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

【図表 40】

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	10 人 (7.0)	60%
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	20 人 (14.0)	HbA1c6.5 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健 診受診の重要性の普及啓発)	64 人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通 知・説明	19 人 (13.3)	25%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実 施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬 上の生活習慣病管理料、栄養 食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診 者対策としてのレセプトと健 診データの突合・分析	94 人 (65.7)	60%

(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(図表 37)

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する。

5. 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西米良村個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。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する。

(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う。

6. 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 日までに報告する。

7. 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、西米良村ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第5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

保健事業の実施に当たっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組み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る。

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の取組みを行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携して重症化予防のための保健指導を実施していく。ポピュレーションアプローチとしては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く村民へ周知する。また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては第4章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

II. 重症化予防の取組み

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みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び宮崎県糖尿病発症予防糖尿病性腎症重症化予防指針に基づき以下の視点で、PDCAサイクルに沿って実施する。なお、取組みにあたっては図表41に沿って実施する。

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

○糖尿病性重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ

【図表 41】

（1）選定		・受診勧奨値…（腎：eGFR50未満、尿蛋白+以上 糖尿病：HbA1c6.5%以上 治療中の人 7.0%） ガイドライン…CKDの重症化分類 CKD診療ガイド2012
（2）要因		・個人別履歴と5年間の履歴（KDB：被保険者管理台帳）から基礎疾患の有無の確認 ・健診結果経年表と今までの関わり履歴
（3） 保健指導 計画	①メカニズム	・（2）から体のメカニズムの視点で体の中で何が起きているのか予測する（CKDガイドライン、セミナー生活習慣病等） ・目標の設定と優先順位を決める
	②実態把握	・経年表や保険者の異動等から相手の保健指導歴を把握する ・年齢、性別、仕事内容、家族構成等から健診結果についてどのように思っているか予測する
	③教材	・構造図や、値の経年表等で今どの段階にいるのか示す ・その反応により、どうしたら値が改善できるかを教材等で分かりやすく伝える
（4）検討		・（2）で用意した物をスタッフ分用意する ・担当が用意した保健指導計画を伝え事例検討を行う
（5）説明		・（3）について説明する ・その反応と本人の状況に応じた保健指導を実施する
（6）確認		・受診や生活の様子の確認 ・必要に応じて複数回保健指導を実施する

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては宮崎県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

①医療機関未受診者

②医療機関受診中断者

③糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

①対象者の抽出（図表 42）

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

【図表 42】

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

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能 (eGFR) で把握していく。村においては特定健診の二次検査として尿アルブミン定量検査及び糖負荷検査を加えて行う。

②基準に基づく該当者数の把握（図表 43）

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 12 人 (33.3%・F)。また、40～74 歳における糖尿病治療者 54 人中のうち、特定健診受診者が 24 人 (66.7%・G) である。糖尿病治療者で特定健診未受診者 30 人 (55.6%・I) については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③介入方法と優先順位

図表 43 より村においての介入方法を以下のとおりとする。

<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（F）・・・12人

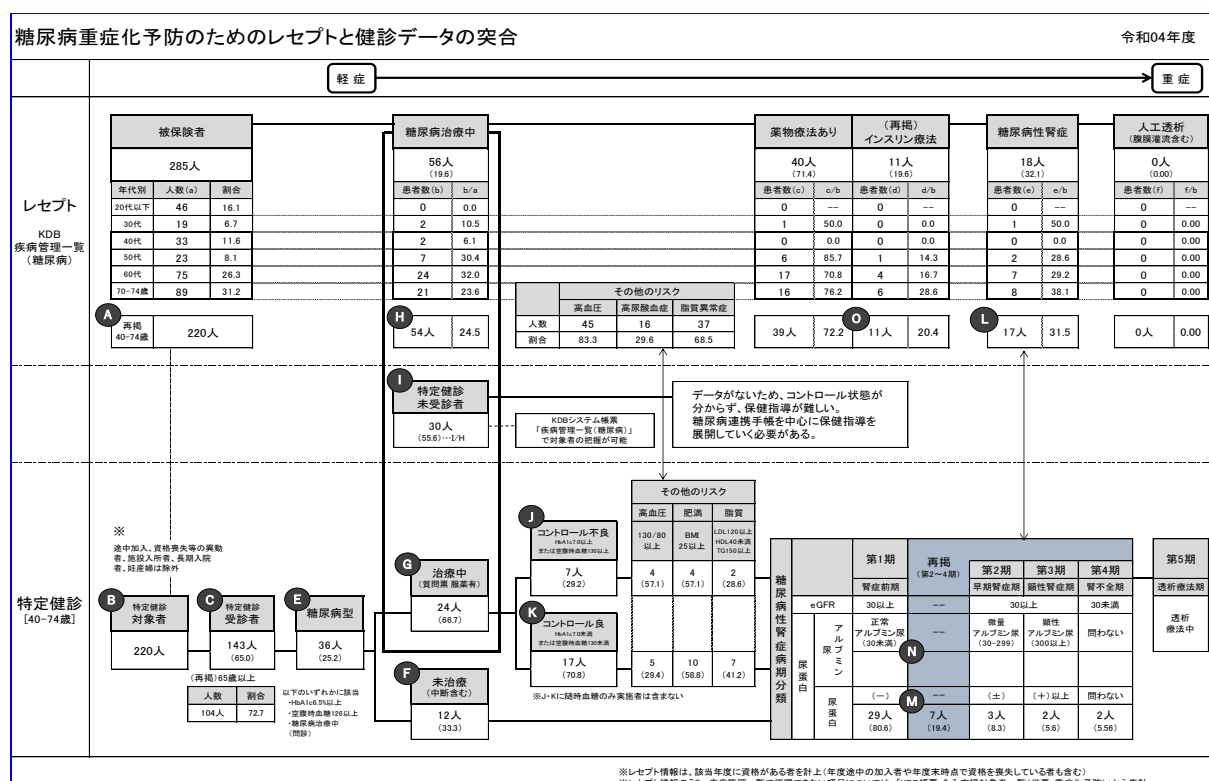
<優先順位 2> 保健指導

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・7人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

<優先順位 3> 保健指導

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者（I）・・・30人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 43】



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料 2）にて行う。

【糖尿病台帳作成手順】

健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5% 以上は次の情報を管理台帳に記載する。① H b A 1 c ② 血圧 ③ 体重 ④ e G F R ⑤ 尿蛋白

※ HbA1c 6.5% 以下でも糖尿病治療中の場合は記載

※ HbA1c 6.5% 以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

※当該年度の健診データのみだけでなく過去5年間のうち特定健診受診時にHbA1c6.5%以上になった場合は記載する

(2) レセプトから治療状況を把握

- ・服薬状況等
- ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日
- ・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
- ・がん治療、認知症、手術の有無

4) 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（図表44）

糖尿病性腎症の発症・進行抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進行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くる。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く。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く。

【図表44】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
インスリン非依存状態：2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる ② 自覚症状が乏しいので中断しがち ③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、個々人の状況を確認し対応する	未受診者の保健指導 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起ころうのでしょうか？ ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 ④糖尿病性神経障害～起ころう体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
食事療法・運動療法の必要性 ① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方) ② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する ○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 6.0%未満	9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
薬物療法 ①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量 ②体重減少・生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る ③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価 ⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

5) 医療機関との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に国民健康保険西米良診療所と協議した紹介状等を使用する。

(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う。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては宮崎県糖尿病発症予防糖尿病性腎症重症化予防指針に準じる。

6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は、地域包括支援センターと連携していく。

7) 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く。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回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。また、中長期的評価においては糖尿病性腎症取組評価表（図表45）を用いて行っていく。

<短期的評価>

①受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

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

8) 実施機関及びスケジュール

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6月～ 特定健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳に記載。

台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

〇様式 5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

【図表 45】

項目			突合表	同規模保険者（平均）				データ基	
				R04年度		R02年度同規模保険者数			
				実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	A					KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	（再掲）40-74歳							
2	①	対象者数	B					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						
	③	受診率		---					
3	①	特定 保健指導	対象者数						
	②	実施率							
4	①	健診 データ	糖尿病型	E		---		特定健診結果	
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F		---			
	③		治療中（質問票 服薬あり）	G		---			
	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		---			
	⑤				血圧 130/80以上		---		
	⑥				肥満 BMI25以上		---		
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K		---			
	⑧		第1期	尿蛋白（－）	M		---		
	⑨		第2期	尿蛋白（±）			---		
	⑩		第3期	尿蛋白（＋）以上			---		
	⑪		第4期	eGFR30未満			---		
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②		（再掲）40-74歳（被保険者千対）				KDB_疾病別医療費分析 （生活習慣病）		
	③		レセプト件数 （40-74歳）	入院外（件数）					
	④		（ ）内は被保険者千対	入院（件数）					
	⑤		糖尿病治療中	H		---	KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	⑥		（再掲）40-74歳	I		---			
	⑦		健診未受診者						
	⑧		インスリン治療	O		---			
	⑨		（再掲）40-74歳			---			
	⑩		糖尿病性腎症	L		---			
	⑪		（再掲）40-74歳			---			
	⑫		慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）						
	⑬		（再掲）40-74歳			---			
	⑭		新規透析患者数						
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症						
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）				KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー		
6	①	医療費	総医療費				KDB 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題		
	②		生活習慣病総医療費						
	③		（総医療費に占める割合）						
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者					
	⑤			健診未受診者					
	⑥		糖尿病医療費						
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）						
	⑧		糖尿病入院外総医療費						
	⑨		1件あたり						
	⑩		糖尿病入院総医療費						
	⑪		1件あたり						
	⑫		在院日数						
	⑬		慢性腎不全医療費						
	⑭		透析有り						
	⑮		透析なし						
7	①	介護給付費							
	②	（2号認定者）糖尿病合併症							
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）				KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		

出典：ヘルスサポートラボツール

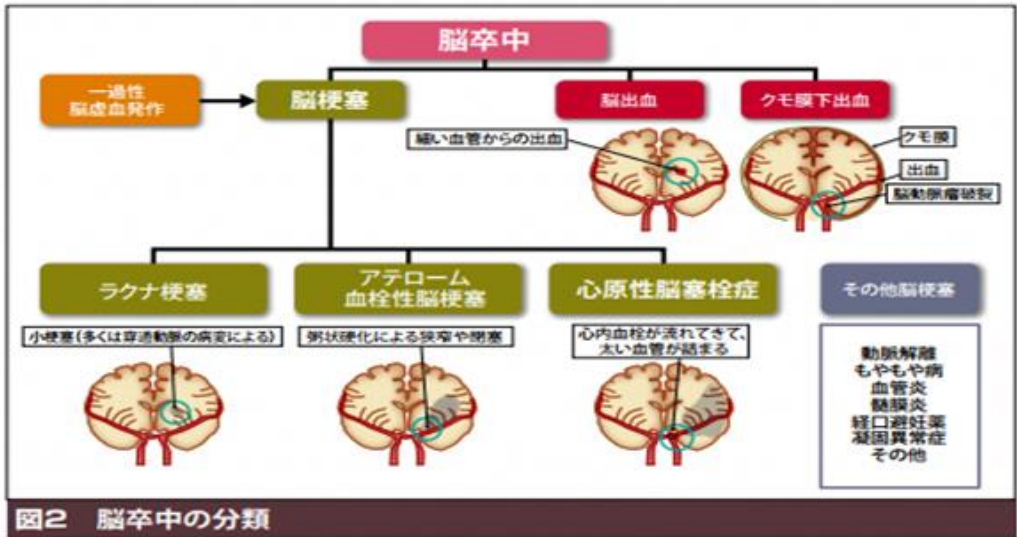
2. 脳血管疾患患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組み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ていく。

○脳卒中の分類

【図表 46】



(脳卒中予防の提言より引用)

○脳血管疾患とリスク因子

【図表 47】

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	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳塞栓症	●			●			○	○
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

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 48 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が4人(2.8%)であり、全員治療中であった。治療中でリスク因子を有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

○特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 48】

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	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高BMDBM)		心房細動		メタボ ¹ 「リッジント」 ローム		慢性腎臓病(CDK)			
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
受診者数		4人	2.8%	14人	9.8%	0人	0.0%	5人	3.5%	46人	32.2%	13人	9.1%	65人	45.5%
治療なし		0人	0.0%	9人	7.7%	0人	0.0%	1人	2.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	7人	14.3%
治療あり		4人	4.5%	5人	20.8%	0人	0.0%	4人	4.3%	46人	48.9%	13人	13.8%	58人	61.7%
臓器障害あり		0人	--	6人	66.7%	0人	--	1人	100.0%	0人	48.9%	0人	13.8%	3人	42.9%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	0人		1人		0人		0人		0人		0人		0人	
	尿蛋白(2+) 以上	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		--	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	心電図所見あり	0人		5人		0人		1人		0人		0人		3人	

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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る。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る(図表 49)。

○血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 49】

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
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)	24	12 50.0%	12 50.0%	0 0.0%	0 0.0%
	2 8.3%	C 1 8.3%	B 1 8.3%	B 0 —	A 0 —
リスク第1層 予後影響因子がない	10 41.7%	C 4 33.3%	B 6 50.0%	A 0 —	A 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	12 50.0%	B 7 58.3%	A 5 41.7%	A 0 —	A 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					

…高リスク

…中等リスク

…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	5 20.8%
B	概ね1ヵ月後に再評価	14 58.3%
C	概ね3ヵ月後に再評価	5 20.8%

※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。

（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」になる頻度が高い。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ある。

図表 50 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。心電図検査において 5 人が心房細動の所見があった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。60 歳以上においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことが分かった。また 5 人中 4 人は既に治療が開始されていたが、1 人は特定健診受診で心電図検査を受けることで発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、健診の継続受診の必要と医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施を継続することが望まれる。

○特定健診における心房細動有所見状況

【図表 50】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査 *	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	72	68	2	2.8	3	4.4	—	—
40歳代	9	6	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	9	3	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	19	31	0	0.0	1	3.2	1.9	0.4
70～74歳	35	28	2	5.7	2	7.1	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

○心房細動有所見者の治療の有無

【図表 51】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
5	100	1	20.0	4	80.0

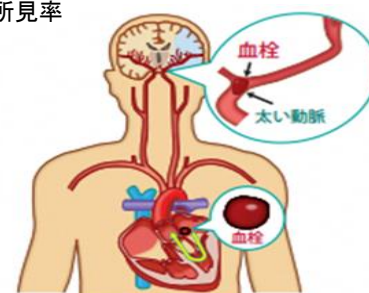


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

（脳卒中予防の提言より引用）

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う。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る。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う。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う。治療中であるがリスク因子がある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

（２）対象者の管理

①高血圧の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に、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く（参考資料 3）。

②心房細動の管理台帳

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く（参考資料 4）。

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て医療機関と連携した保健指導を実施していく。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く。

5）高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

6）評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中期的評価の視点で考えていく。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 回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。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く。

＜短期的評価＞

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少

7）実施期間及びスケジュール

5 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6 月～ 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。

台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

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み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 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいてすすめていく。(参考資料 5)

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脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料 6)

(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「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る。西米良村において健診受診者 143 人のうち心電図検査実施者は 140 人 (97.9%) であり、そのうち ST 所見があった者は 5 人であった (図表 52)。ST 所見ありの者には電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データを合わせて対象者に応じた保健指導を実施し、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。

○心電図検査結果

【図表 52】

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
令和4年度	143	100	140	97.9	5	3.6	61	43.6	74	52.9

②心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。村で実施する健診を受診した場合は、詳細な健診の対象者以外であっても心電図検査を受けることができるよう整備している。しかし、心電図検査を実施しなかった場合、図表 53 に沿った対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム、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ていく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

令和4年度		受診者	① 心電図検査実施			実施なし
			ST変化	その他の変化	異常なし	
		143	5	61	74	3
			3.5	42.7	51.7	2.1
メタボ該当者		46 32.2%	2 4.3%	19 41.3%	22 47.8%	3 6.5%
メタボ予備群		25 17.5%	1 4.0%	9 36.0%	15 60.0%	0 0.0%
メタボなし		106 74.1%	2 1.9%	33 31.1%	37 34.9%	34 32.1%
LDL	140－159	13 9.1%	2 15.4%	6 46.2%	5 38.5%	0 0.0%
	160－179	8 5.6%	0 0.0%	3 37.5%	5 62.5%	0 0.0%
	180－	0 0.0%	0 #DIV/0!	0 #DIV/0!	0 #DIV/0!	0 #DIV/0!

【参考】

CKD	G3aA1～	47	2	19	24	2
		32.9%	4.3%	40.4%	51.1%	4.3%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 54 の問診票が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

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う。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る。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う。また、過去に治療中であつたにも関わらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。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う。

虚血性心疾患に関する症状

・少なくとも15秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う			
症状の現れ方	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時間関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	3週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度 (休むとよくなる)	数分～20分程度	20分以上 (安静でも寛解せず)

（２）対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみたＬＤＬコレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」（動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017）によると糖尿病、慢性腎臓病（ＣＫＤ）が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお、糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、ＬＤＬコレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

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て医療機関と連携した保健指導を実施していく。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く。

５）高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していくなかで生活支援等の必要が出てきた場合は、地域包括支援センター等と連携していく。

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く。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回行うものとする。その際は、糖尿病管理台帳の情報及びＫＤＢ等の情報を活用していく。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く。

<短期的評価>

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、ＬＤＬコレステロール等重症化予防対象者の減少

７）実施期間及びスケジュール

- ５月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- ６月～ 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。
記載後順次、対象者へ介入（通年）

4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

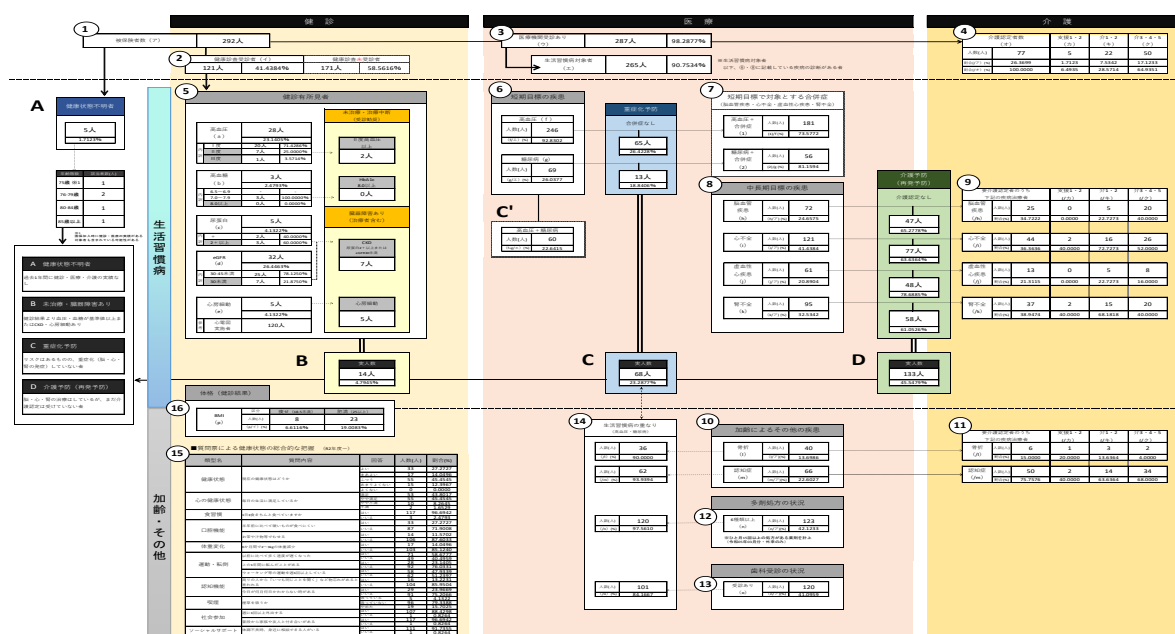
1) 基本的な考え方

我が国の医療保険制度においては、75歳に到達した後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになる。保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により、支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題がある。

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者に係る医療費の割合も過半数を超えている。高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための方策は、国保にとっても非常に重要である。また、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る。

2) 事業の実施

村においても令和4年度より、宮崎県後期高齢者広域連合から村が事業を受託し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施している。令和6年度以降も引き続き推進していく。具体的には、①企画・調整等を担当する医療専門職（保健師）を配置し、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、医療・介護などの関係機関との連携調整を行う。②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）を行う。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基に、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行う。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していく（ポピュレーションアプローチ）。【図表 55】



第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行う。また、計画の最終年度の令和11年度においては、次期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。

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る。

※評価における4つの指標（参考資料7・8）

【図表 57】

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・介護データが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が定期的に行う。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する。特に直ちに取組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

第7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得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る。

村においては、ホームページや広報誌を通じて周知する。

2. 個人情報の取扱い

保険者においては、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る。

参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた西米良村の位置

参考資料 2 糖尿病管理台帳

参考資料 3 血圧評価表

参考資料 4 心房細動管理台帳

参考資料 5 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 6 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 7 評価イメージ

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた西米良村の位置										R04年度				
項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口		1,000		727,328		1,052,571		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)		437	43.7	301,058	41.4	344,543	32.7	35,335,805	28.7		
			75歳以上		267	26.7	--	--	177,484	16.9	18,248,742	14.8		
			65～74歳		170	17.0	--	--	167,059	15.9	17,087,063	13.9		
			40～64歳		286	28.6	--	--	336,003	31.9	41,545,893	33.7		
	39歳以下		277	27.7	--	--	372,025	35.3	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業		23.3		22.3		11.0		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		15.7		20.6		21.1		25.0			
			第3次産業		61.0		57.2		67.9		71.0			
	③	平均寿命	男性		80.3		80.5		80.3		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性			86.9		87.0		87.1		87.0					
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性 ※保険者欄は二次医療圏データ		80.0		79.3		79.7		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		女性 ※保険者欄は二次医療圏データ		84.1		84.2		84.4		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性		102.0		101.6		100.4		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
				女性		97.6		99.9		97.6			100	
			死 因	がん		6	54.5	3,423	47.4	3,564	46.1		378,272	50.6
				心臓病		3	27.3	2,064	28.6	2,325	30.1		205,485	27.5
				脳疾患		1	9.1	1,188	16.4	1,161	15.0		102,900	13.8
				糖尿病		0	0.0	138	1.9	156	2.0		13,896	1.9
				腎不全		1	9.1	267	3.7	305	3.9		26,946	3.6
				自殺		0	0.0	146	2.0	217	2.8		20,171	2.7
				合計										
	②	早世予防から みた死亡 (65歳未満)	男性									厚生省HP 人口動態調査		
			女性											
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		70	16.4	59,331	19.9	57,611	16.8	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			新規認定者	要支援1.2		0	--	162,745	13.5	154,815	10.8	21,785,044		12.9
				要介護1.2		616	48.4	568,999	47.1	658,018	45.8	78,107,378		46.3
				要介護3以上		658	51.6	476,421	39.4	622,868	43.4	68,963,503		40.8
				2号認定者		1	0.35	856	0.38	1,124	0.33	156,107		0.38
			②	有病状況	糖尿病		17	22.2	13,461	21.6	13,365	22.2		1,712,613
	高血圧症				50	69.1	33,454	54.3	33,890	57.0	3,744,672	53.3		
	脂質異常症				27	35.3	18,421	29.6	17,626	29.0	2,308,216	32.6		
	心臓病				55	74.3	37,325	60.8	38,154	64.3	4,224,628	60.3		
	脳疾患				17	23.4	13,424	22.1	16,008	27.1	1,568,292	22.6		
	がん				6	7.7	6,308	10.3	6,328	10.5	837,410	11.8		
	筋・骨格				56	77.4	33,542	54.6	33,310	55.9	3,748,372	53.4		
	精神				51	68.1	22,904	37.4	24,991	42.2	2,569,149	36.8		
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		339,121	148,195,755	323,222	97,308,660,154	292,336	100,722,414,805	290,668	100,074,274,226,889		
			1件当たり給付費(全体)		116,323		80,543		70,156		59,662			
			居宅サービス		46,855		42,864		50,961		41,272			
			施設サービス		265,921		288,059		294,840		296,364			
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		7,476		9,108		8,010		8,610				
		認定あり 認定なし		5,235		4,544		4,230		4,020				
4	①	国保の状況	被保険者数		258		195,140		243,434		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
			65～74歳		134	51.9			113,577	46.7	11,129,271	40.5		
			40～64歳		73	28.3			74,851	30.7	9,088,015	33.1		
			39歳以下		51	19.8			55,006	22.6	7,271,596	26.5		
	加入率		25.8		27.1		23.1		22.3					
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数		0	0.0	54	0.3	137	0.6	8,237	0.3		
			診療所数		3	11.6	703	3.6	894	3.7	102,599	3.7		
			病床数		0	0.0	4,267	21.9	18,636	76.6	1,507,471	54.8		
			医師数		2	7.8	641	3.3	2,879	11.8	339,611	12.4		
			外来患者数		769.1		653.6		720.5		687.8			
			入院患者数		34.6		22.9		24.5		17.7			
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		484,120	県内1位 同規模19位	367,527		382,037		339,680			
			受診率		803.644		676.49		744.987		705.439			
			外 来	費用の割合		66.9		55.1		56.3		60.4		
				件数の割合		95.7		96.6		96.7		97.5		
入 院			費用の割合		33.1		44.9		43.7		39.6			
			件数の割合		4.3		3.4		3.3		2.5			
1件あたり在院日数			16.6日		16.2日		17.7日		15.7日					

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名(頭割含む)	がん	22,963,550	33.4	32.8	29.0	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)	4,519,910	6.6	6.1	8.9	8.2							
			糖尿病	12,151,940	17.7	11.2	10.2	10.4							
			高血圧症	4,465,240	6.5	6.5	6.4	5.9							
			脂質異常症	1,890,620	2.8	3.4	3.0	4.1							
			脳梗塞・脳出血	745,450	1.1	4.0	3.9	3.9							
			狭心症・心筋梗塞	216,380	0.3	2.8	2.8	2.8							
			精神	9,679,120	14.1	14.6	17.8	14.7							
筋・骨格	11,771,090	17.1	17.4	16.9	16.7										
5	⑤	医療費分析 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	--	--	363	0.2	428	0.3	256	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)		
				糖尿病	108	0.1	1,389	0.8	1,780	1.1	1,144	0.9			
				脂質異常症	--	--	76	0.0	58	0.0	53	0.0			
				脳梗塞・脳出血	2,572	1.6	6,827	4.1	6,583	3.9	5,993	4.5			
				虚血性心疾患	--	--	4,500	2.7	4,627	2.8	3,942	2.9			
				腎不全	--	--	4,305	2.6	4,620	2.8	4,051	3.0			
	医療費分析 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	17,307	5.3	12,436	6.1	12,284	5.7	10,143	4.9				
			糖尿病	46,992	14.5	21,206	10.5	19,018	8.8	17,720	8.6				
			脂質異常症	7,270	2.2	6,646	3.3	5,807	2.7	7,092	3.5				
			脳梗塞・脳出血	317	0.1	934	0.5	1,105	0.5	825	0.4				
			虚血性心疾患	839	0.3	1,857	0.9	1,816	0.8	1,722	0.8				
			腎不全	22,096	6.8	14,043	6.9	20,692	9.6	15,781	7.7				
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	10,442	2,915	2,110	2,031	KDB NO.3 健診・医療・介護 データからみる 地域 の健康課題							
			健診未受診者	9,328	13,340	14,044	13,295								
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	25,617	8,820	5,929	6,142								
			健診未受診者	22,883	40,357	39,471	40,210								
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	89	64.5	36,450	58.3	35,630	56.3	3,698,441	56.9	KDB NO.1 地域全体像の把握				
		医療機関受診率	81	58.7	32,495	52.0	33,191	52.5	3,375,719	51.9					
		医療機関非受診率	8	5.8	3,955	6.3	2,439	3.9	322,722	5.0					
5	①	特定健診の 状況	メ タ ボ	健診受診者	138	62,519	63,258	6,503,152	KDB NO.3 健診・医療・介護 データからみる 地域 の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握						
	②			受診率	71.1	県内1位 同規模7位	45.2	36.7		全国24位	35.3				
	③			特定保健指導終了者(実施率)	8	80.0	1158	14.8		1,371	20.5	69,327	9.0		
	④			非肥満高血糖	9	6.5	5,946	9.5		5,026	7.9	588,083	9.0		
	⑤			該当者	45	32.6	13,887	22.2		13,297	21.0	1,321,197	20.3		
					男性	26	35.6	9,720		32.3	8,885	32.3	923,222	32.0	
					女性	19	29.2	4,167		12.8	4,412	12.3	397,975	11.0	
					予備群	24	17.4	7,780		12.4	7,995	12.6	730,607	11.2	
	⑥			男性	19	26.0	5,523	18.4		5,206	18.9	515,813	17.9		
					女性	5	7.7	2,257		7.0	2,789	7.8	214,794	5.9	
	⑦			メ タ ボ 該 当 ・ 予 備 群 レ ベ ル	総数	75	54.3	23,952		38.3	23,634	37.4	2,273,296	35.0	
						男性	49	67.1		16,801	55.8	15,544	56.6	1,592,747	55.3
						女性	26	40.0		7,151	22.1	8,090	22.6	680,549	18.8
					総数	7	5.1	3,692		5.9	2,891	4.6	304,276	4.7	
						男性	1	1.4		695	2.3	422	1.5	48,780	1.7
						女性	6	9.2		2,997	9.2	2,469	6.9	255,496	7.1
					血糖のみ	1	0.7	427		0.7	373	0.6	41,541	0.6	
						血圧のみ	22	15.9		5,692	9.1	6,073	9.6	514,593	7.9
						脂質のみ	1	0.7		1,661	2.7	1,549	2.4	174,473	2.7
						血糖・血圧	7	5.1		2,311	3.7	2,305	3.6	193,722	3.0
						血糖・脂質	0	0.0		697	1.1	558	0.9	67,212	1.0
						血圧・脂質	19	13.8		6,233	10.0	6,460	10.2	630,648	9.7
						血糖・血圧・脂質	19	13.8		4,646	7.4	3,974	6.3	429,615	6.6
高血圧	85	61.6	24,538	39.3		26,669	42.2	2,324,538	35.8						
糖尿病	24	17.4	6,716	10.8		6,523	10.3	564,473	8.7						
脂質異常症	39	28.3	17,112	27.4		16,442	26.0	1,817,350	28.0						
6	①	服 薬	高血圧	85	61.6	24,538	39.3	26,669	42.2	2,324,538	35.8				
			糖尿病	24	17.4	6,716	10.8	6,523	10.3	564,473	8.7				
②	問診の状況	既 往 歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	9	6.5	2,034	3.3	2,544	4.0	199,003	3.1				
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	21	15.2	3,656	5.9	4,132	6.6	349,845	5.5				
③	腎不全	3	2.2	566	0.9	595	0.9	51,680	0.8						
		貧血	12	8.8	5,363	8.8	6,457	10.3	669,737	10.6					
6	④	生活習慣の 状況	喫煙	24	17.4	10,267	16.4	7,720	12.2	896,676	13.8				
	週3回以上朝食を抜く		6	4.4	5,550	9.4	5,886	9.5	609,166	10.3					
	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～)		22	16.2	10,136	17.1	9,603	15.5	932,218	15.7					
	週3回以上就寝前夕食		22	16.2	10,136	17.1	9,603	15.5	932,218	15.7					
	食べる速度が速い		31	23.0	16,521	28.0	16,630	26.8	1,590,713	26.8					
	20歳時体重から10kg以上増加		64	46.7	21,716	36.6	22,249	35.9	2,083,152	34.9					
	1回30分以上運動習慣なし		93	67.9	40,253	67.5	34,213	55.2	3,589,415	60.3					
	1日1時間以上運動なし		61	44.5	28,321	47.6	27,513	44.5	2,858,913	48.0					
	睡眠不足		33	24.3	14,480	24.5	13,607	22.0	1,521,685	25.6					
	毎日飲酒		45	32.8	15,957	26.5	17,001	27.3	1,585,206	25.5					
	時々飲酒		40	29.2	13,842	23.0	14,088	22.6	1,393,154	22.4					
	⑭		一 日 飲 酒 量	1合未満	38	43.7	21,335	54.7	19,764	56.0	2,851,798	64.2			
				1～2合	38	43.7	10,999	28.2	11,438	32.4	1,053,317	23.7			
2～3合		11		12.6	4,986	12.8	3,362	9.5	414,658	9.3					
3合以上		0		0.0	1,688	4.3	700	2.0	122,039	2.7					

【参考資料 2】

糖尿病管理台帳（永年）

番号	追加 年度	地区	氏名	性別	年度 年齢	診療開始日 合併症の有無		項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考
						糖尿病		糖	服薬							
						高血圧			HbA1c							
						虚血性心疾患		糖 以外	体重							
						脳血管疾患			BMI							
						糖尿病性腎症			血圧							
								CKD	GFR							
						糖尿病			尿蛋白							
						高血圧		糖	服薬							
						虚血性心疾患			HbA1c							
						脳血管疾患		糖 以外	体重							
						糖尿病性腎症			BMI							
									血圧							
								CKD	GFR							
									尿蛋白							

【参考資料 3】

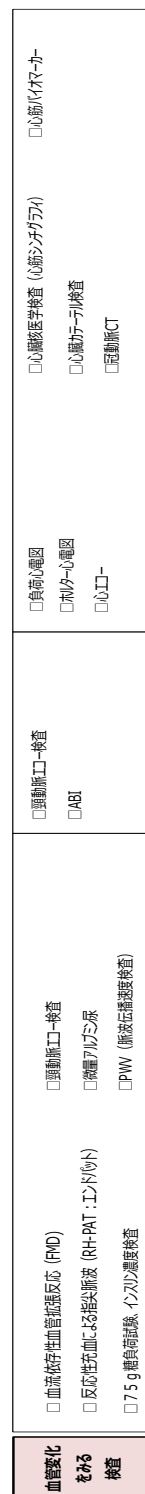
血圧評価表

番号	被保険者証		氏名	性別	年齢	健診データ																					
						過去5年間のうち直近					血圧																
	メタボ 判定	HbA1c									LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24			H25			H26			H27			H28
						治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期					拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期

【参考資料 4】

心房細動管理台帳

番号	登録年度 番号	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること														
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療 機関名	心房細動 の病名	心房細動 診療開始日	脳梗塞 病名	脳梗塞 診療日	H26年度					H27年度					H28年度				
												健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考

[illegible]

【参考文献】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診		リスク状況		対象者			
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図		心電図所見なし	☐ ST変化	⑤ 重症化予防対象者			
			☐ その他所見				
② 問診		自覚症状なし ☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある	⑤ 重症化予防対象者			
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。			発症予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
☐ メタボリックシンドローム	☐ 腹囲		男 85～ 女 90～				
	☐ BMI	～24.9	25～				
	☐ 中性脂肪	空腹	～149		150～299	300～	
		食後	～199		200～		
	☐ HDL-C	40～	35～39		～34		
	☐ nonHDL-C	～149	150～169		170～		
	☐ ALT	～30	31～50		51～		
	☐ γ-GT	～50	51～100		101～		
	☐ 血糖	空腹	～99		100～125	126～	【軽度】 ☐ 75g 糖負荷試験 【重度】 ☐ 眼底検査 ☐ 尿アルブミン/クレアチニン比
		食後	～139		140～199	200～	
	☐ HbA1c	～5.5	5.6～6.4		6.5～		
	☐ 血圧	収縮期	～129		130～139	140～	☐ 24時間血圧 （夜間血圧・職場高血圧の鑑別）
		拡張期	～84		85～89	90～	
	☐ 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④ ☐ LDL-C	～119	120～139	140～	☐ 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
e G F R		60未満					
尿蛋白	(-)	(+) ～					
☐ C K D重症度分類		G3aA1					

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

[illegible]