

みやき町国民健康保険 第3期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

【概要版】

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業実施計画(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。

本町では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB^{※6})を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保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。

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

	健康増進計画	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県・義務 市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者・義務	都道府県・義務	都道府県・義務	市町村・義務 都道府県・義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給 付等サービス提供体制の確 保及び地域支援事業の計画 的な実施を図る。 保険者機能強化 高齢者の自立支援・重度 化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで経時的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりに配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨折後症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 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 口腔機能低下、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

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。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

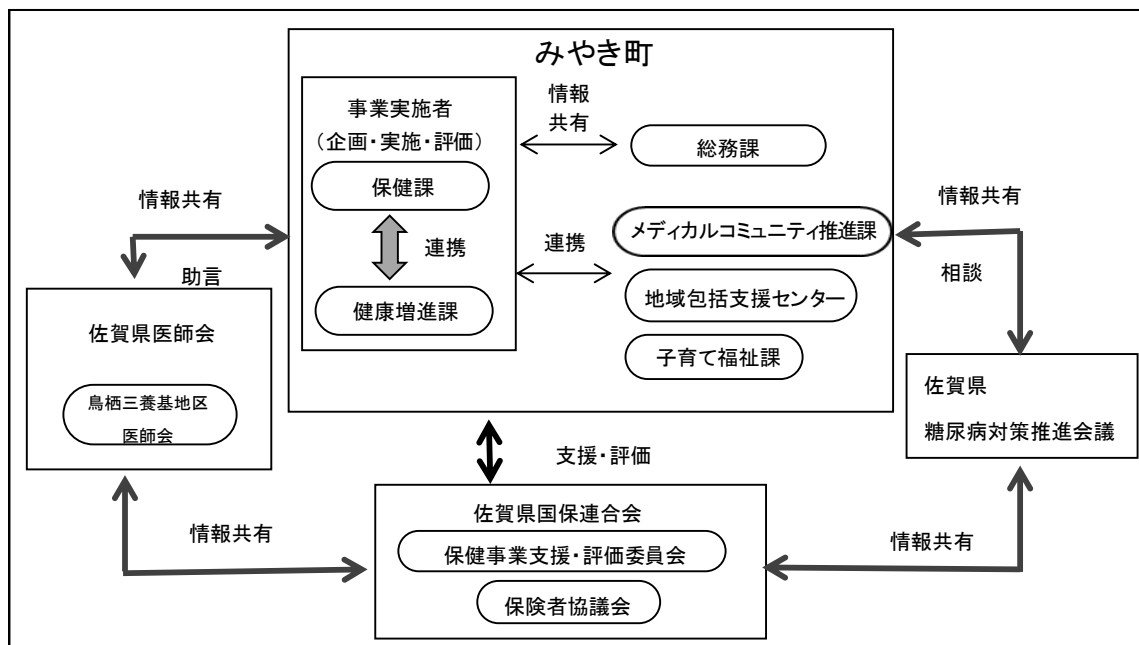
1) 市町村国保の役割

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、保健課と健康増進課が中心となって、関係部署と連携して保険者の健康課題を分析し、町一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、保健課、健康増進課、メディカルコミュニティ推進課、地域包括支援センター、総務課、子育て福祉課と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）

図表 6 みやき町の実施体制図



第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町は、人口約2万5千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で34.8%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57歳と同規模と比べて高くなっており、財政指数は低い町となっています。産業においては、第1次産業が6.2%と同規模と比較してやや高く、また全体でみると第3次産業の割合も65.2%と占めており、被保険者の生活習慣や生活リズムが不規則である可能性があり、明確にしていく必要があります。(図表9)

国保加入率は19.4%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約55%を占めています。(図表10)

また本町内には3つの病院、17の診療所があり、これはいずれも同規模と比較しても多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高くなっています。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較したみやき町の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千 対)	死亡率 (人口千 対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
みやき町	25,437	34.8	4,936 (19.4)	57.2	8.2	11.8	0.4	6.2	28.6	65.2
同規模	--	29.1	20.6	54.2	6.8	10.7	0.7	5.4	28.7	66.0
県	--	30.8	21.7	53.4	7.5	12.5	0.4	8.7	24.2	67.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、みやき町と同規模保険者(147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	5,731		5,434		5,397		5,259		4,936	
65～74歳	3,096	54.0	2,992	55.1	3,001	55.6	2,931	55.7	2,702	54.7
40～64歳	1,646	28.7	1,545	28.4	1,487	27.6	1,448	27.5	1,371	27.8
39歳以下	989	17.3	897	16.5	909	16.8	880	16.7	863	17.5
加入率	22.7		21.5		21.4		20.8		19.4	

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
病院数	3	0.5	3	0.6	3	0.6	3	0.6	3	0.6	0.3	0.6
診療所数	16	2.8	17	3.1	17	3.1	17	3.2	17	3.4	3.1	4.0
病床数	854	149.0	854	157.2	799	148.0	799	151.9	799	161.9	56.1	83.5
医師数	49	8.5	49	9.0	48	8.9	48	9.1	48	9.7	11.1	14.1
外来患者数	860.2		875.2		848.4		872.2		895.2		716.1	784.4
入院患者数	36.2		36.9		35.0		35.0		33.5		19.2	27.7

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。

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で25人(認定率0.32%)、1号(65歳以上)被保険者で1,536人(認定率17.4%)と同規模・県・国と比較すると同等であり、平成30年度と比べても横ばいで推移していますが、新規認定者が228人と平成30年度に比べて増えています。(図表12)

また、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約22億円から約23億円に伸びています。

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第2号被保険者(40～64歳)と第1号被保険者(65歳～74歳)では脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占め、75歳以上では虚血性心疾患が上位を占めています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、1号被保険者、2号被保険者ともに約8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いえます。(図表14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	みやき町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	8,335人	33.0%	8,842人	34.8%	29.1%	30.8%	28.7%
2号認定者	25人	0.31%	25人	0.32%	0.35%	0.33%	0.38%
新規認定者	9人		8人		--	--	--
1号認定者	1,450人	17.4%	1,536人	17.4%	17.0%	18.6%	19.4%
新規認定者	192人		228人		--	--	--
再掲	65～74歳	148人	141人	3.2%	--	--	--
	新規認定者	25人	31人		--	--	--
	75歳以上	1,302人	1,395人	31.0%	--	--	--
	新規認定者	167人	197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 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)		25		141		1,395		1,536		1,561		
再)国保・後期		10		128		1,363		1,491		1,501		
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	脳血管疾患	6 60.0%	脳血管疾患	67 52.3%	虚血性心疾患	643 47.2%	虚血性心疾患	689 46.2%	虚血性心疾患	692 46.1%
		2	虚血性心疾患	3 30.0%	虚血性心疾患	46 35.9%	脳血管疾患	579 42.5%	脳血管疾患	646 43.3%	脳血管疾患	652 43.4%
		3	腎不全	3 30.0%	腎不全	23 18.0%	腎不全	279 20.5%	腎不全	302 20.3%	腎不全	305 20.3%
	合併症	4	糖尿病合併症	2 20.0%	糖尿病合併症	26 20.3%	糖尿病合併症	199 14.6%	糖尿病合併症	225 15.1%	糖尿病合併症	227 15.1%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		8 80.0%	基礎疾患	117 91.4%	基礎疾患	1,279 93.8%	基礎疾患	1,396 93.6%	基礎疾患	1,404 93.5%	
	血管疾患合計		8 80.0%	合計	119 93.0%	合計	1,303 95.6%	合計	1,422 95.4%	合計	1,430 95.3%	
	認知症		認知症	2 20.0%	認知症	42 32.8%	認知症	672 49.3%	認知症	714 47.9%	認知症	716 47.7%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	9 90.0%	筋骨格系	109 85.2%	筋骨格系	1,302 95.5%	筋骨格系	1,411 94.6%	筋骨格系	1,420 94.6%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

②医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少しており総医療費は減少していますが、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 18 万円高く、平成 30 年度と比較しても約 5 万円伸びています。(図表 15)

また入院医療費は、令和 4 年度は全体のレセプトのわずか 4%程度にも関わらず、医療費全体の約 47%を占めており、1 件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較しても 7 万 8 千円高くなっています。(図表 15)

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

		みやき町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		5,731人	4,936人	--	--	--
前期高齢者割合		3,096人 (54.0%)	2,702人 (54.7%)	--	--	--
総医療費		28億4198万円	27億1094万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		495,896	549,218	361,243	431,999	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	542,200	620,800	613,590	585,050	617,950
	費用の割合	48.6	47.3	40.4	46.2	39.6
	件数の割合	4.0	3.6	2.6	3.4	2.5
	1件あたり費用額	24,140	25,930	24,230	24,060	24,220
外来	費用の割合	51.4	52.7	59.6	53.8	60.4
	件数の割合	96.0	96.4	97.4	96.6	97.5
受診率		896.457	928.679	735.303	812.114	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位はみやき町と同規模保険者147市町村の平均値を表す

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・虚血性心疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると減少していますが、腎疾患については平成 30 年度より増加しており、同規模、県よりも高くなっています。(図表 17)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			みやき町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			28億4198万円	27億1094万円	---	---	---
中長期目標疾患 医療費合計(円)			2億6354万円	2億3795万円	---	---	---
			9.273196642	8.78%	8.08%	8.86%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.57%	1.54%	2.01%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.15%	1.05%	1.52%	1.04%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.30%	5.82%	4.24%	5.37%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.24%	0.36%	0.31%	0.29%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		11.29%	12.19%	16.85%	14.40%	16.69%
	筋・骨疾患		9.47%	8.25%	8.78%	8.87%	8.68%
	精神疾患		13.44%	14.37%	7.71%	10.73%	7.63%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、高血圧・脂質異常症では、治療者の割合は増えていますが、中長期目標である脳血管疾患、人工透析の割合も増えており、人工透析については 40～64 歳の割合が増加しています。糖尿病では、治療者の割合は減少し糖尿病性腎症の割合も減少していますが、中長期目標である脳血管疾患、人工透析の割合が増加しています。

本町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療機関への受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施していますが、特に糖尿病については重症化する前に適切な治療が受けられていない可能性があります。そのため、未治療者を早期に医療につなげることや生活習慣の改善ができ、重症化予防ができるよう継続した保健指導を行っていく必要があります。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)		A	2,162	1,919	476	390	1,686	1,529
		A/被保数	45.6%	47.1%	28.9%	28.4%	54.5%	56.6%
(中長期目標 合併症)	脳血管疾患	B	232	215	39	29	193	186
		B/A	10.7%	11.2%	8.2%	7.4%	11.4%	12.2%
	虚血性心疾患	C	341	270	68	48	273	222
		C/A	15.8%	14.1%	14.3%	12.3%	16.2%	14.5%
	人工透析	D	34	34	17	21	17	13
		D/A	1.6%	1.8%	3.6%	5.4%	1.0%	0.9%

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

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)		A	1,206	974	278	211	928	763
		A/被保数	25.4%	23.9%	16.9%	15.4%	30.0%	28.2%
(中長期目標 合併症)	脳血管疾患	B	132	119	18	16	114	103
		B/A	10.9%	12.2%	6.5%	7.6%	12.3%	13.5%
	虚血性心疾患	C	217	166	38	31	179	135
		C/A	18.0%	17.0%	13.7%	14.7%	19.3%	17.7%
	人工透析	D	16	15	6	9	10	6
		D/A	1.3%	1.5%	2.2%	4.3%	1.1%	0.8%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	140	102	27	18	113	84
		E/A	11.6%	10.5%	9.7%	8.5%	12.2%	11.0%
	糖尿病性網膜症	F	234	186	57	34	177	152
		F/A	19.4%	19.1%	20.5%	16.1%	19.1%	19.9%
	糖尿病性神経障害	G	63	52	10	16	53	36
		G/A	5.2%	5.3%	3.6%	7.6%	5.7%	4.7%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
脂質異常症治療者(人)		A	1,927	1,675	454	342	1,473	1,333
		A/被保数	40.6%	41.1%	27.6%	24.9%	47.6%	49.3%
(中長期目標 合併症)	脳血管疾患	B	178	161	24	22	154	139
		B/A	9.2%	9.6%	5.3%	6.4%	10.5%	10.4%
	虚血性心疾患	C	288	231	51	32	237	199
		C/A	14.9%	13.8%	11.2%	9.4%	16.1%	14.9%
	人工透析	D	12	14	6	8	6	6
		D/A	0.6%	0.8%	1.3%	2.3%	0.4%	0.5%

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

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧以上・HbA1c 7.0 以上を平成 30 年度と令和 3 年度で比較してみると、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方の割合は同規模と比較しても低くなっており、高血圧で 25.7%、糖尿病で約 2.7%です。

新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷している中、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、今後も治療が必要な方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

③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分かっています。本町の特定健診結果において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、3 ポイントも伸びており、その中でも 3 項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表 23)

また重症化予防の観点から、HbA1c 6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL コレステロール 160 以上の有所見割合を見ると、HbA1c 6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上は増加しており、翌年度の結果を見ると、Ⅱ度高血圧以上、HbA1c 6.5 以上は悪化の割合が高くなっています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも 2 割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から健診の継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者			予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,811 (40.0%)	347 (19.2%)	95 (5.2%)	252 (13.9%)	225 (12.4%)
R04年度	1,492 (36.1%)	335 (22.5%)	111 (7.4%)	224 (15.0%)	221 (14.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	233 (13.0%)	57 (24.5%)	100 (42.9%)	30 (12.9%)	46 (19.7%)
R03→R04	209 (13.7%)	48 (23.0%)	83 (39.7%)	34 (16.3%)	44 (21.1%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	80 (4.4%)	42 (52.5%)	19 (23.8%)	3 (3.8%)	16 (20.0%)
R03→R04	74 (4.8%)	40 (54.1%)	13 (17.6%)	7 (9.5%)	14 (18.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL コレステロール 160 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	198 (10.9%)	84 (42.4%)	57 (28.8%)	16 (8.1%)	41 (20.7%)
R03→R04	139 (9.1%)	63 (45.3%)	30 (21.6%)	8 (5.8%)	38 (27.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、令和元年度には 45.0%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和 2 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健康診査等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。

特定保健指導については、約 7 割の方へ実施することができています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,764	1,868	1,626	1,470	1,441	健診受診率 60%
	受診率	41.5%	45.0%	40.0%	37.4%	39.1%	
特定保健指導	該当者数	214	244	191	174	176	特定保健指導実施率 60%
	割合	12.1%	13.1%	11.7%	11.8%	12.2%	
	実施者数	153	176	146	126	130	
	実施率	71.5%	72.1%	76.4%	72.4%	73.9%	

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

本町では、HbA1c 6.5%以上の未治療者を治療につなげることを優先とし、重点的に支援してきました。血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、令和1年度 80.4%と増加しているものの、令和2年度以降徐々に減少しており、血糖値有所見者割合も増加傾向にあります。(表1)糖尿病性腎症重症化予防対象者の未治療・中断については、令和4年度では60%の方のみ治療に繋がっています。またHbA1c8%以上の未治療者は、平成30年14人から徐々に減少していましたが、令和4年度には11人と増加しており、27%の方が治療に繋がっていません。引き続き、受診のない方には継続して受診勧奨を実施するように体制を強化し、また、治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら継続した支援を行ないます。

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

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

表1 HbA1c 6.5 以上の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,811	1,929	1,670	1,531	1,492
血糖値有所見者 *1	人(b)	233	270	256	209	222
	(b/a)	12.9%	14.0%	15.3%	13.7%	14.9%
保健指導実施者 *2	人(c)	186	217	205	158	163
	(c/b)	79.8%	80.4%	80.1%	75.6%	73.4%

*1 HbA1c6.5%以上のもの

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

②心原性脳塞栓症及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳塞栓症や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、集団健診において心電図検査を詳細項目とは別に40歳・65歳～74歳全員を対象に実施しており、心電図検査は受診者の約6割実施できています。

有所見者のうちST所見をみると、要精査・要医療と判定を受けた者のうち、75%が医療機関を受診しています。(表5)心房細動未治療者については、ほぼ全数が治療や精密検査につながっています。

ST所見で要精査・要医療以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。

表5 心電図受診者のうち、ST所見の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者		1,196		1,383		1,187		969		949	
ST異常所見		87	7.3%	49	3.5%	24	2.0%	16	1.7%	20	2.1%
	要医療・要精査	1	1.1%	4	8.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	医療機関受診あり	1	100.0%	3	75.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	医療機関受診なし	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	それ以外の判定	86	98.9%	45	91.8%	24	100.0%	16	100.0%	20	100.0%

③脳血管疾患重症化予防対策

Ⅱ度高血圧以上の者の割合は令和2年度までは増加しており、令和3年度からは横ばい傾向ですが、治療なしの割合は増加しています。令和4年度においてⅡ度高血圧以上の未治療者44人のうち、保健指導後治療につながった者は、26人でした。Ⅲ度高血圧においては、11人のうち7人が未治療でした。(表7)

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

表 7 II 度高血圧以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,811	1,929	1,670	1,531	1,492
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	86	99	143	74	71
	(b/a)	4.7%	5.1%	8.6%	4.8%	4.8%
	治療あり	人(c)	60	79	88	40
		(c/b)	69.8%	79.8%	61.5%	54.1%
	治療なし	人(d)	26	20	55	34
		(d/b)	30.2%	20.2%	38.5%	45.9%
	治療開始	人(e)	9	10	23	13
		(e/d)	34.6%	50.0%	41.8%	38.2%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	13	22	19	9
		(f/a)	0.7%	1.1%	1.1%	0.6%
	治療あり	人	8	9	7	5
	治療なし	人	5	13	12	4

(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。

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

取組内容としては、継続した健診の受診を行い検査結果の変化を早期に発見することの大切さや生活習慣病重症化予防について、特定健診受診者に広く周知を行いました。また、結果説明会会場において、1日の野菜量の展示やごはんなど実物による指導をするなど、取り組みを行ってきました。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標		実績			データの把握方法
						初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	
						(H30)	(R2)	(R4)	
特定健診等 計画			特定健診受診率の向上と健康課題の明確化	特定健診受診率60%以上（法定報告）	実績値	41.5%	40.0%	39.1%	特定健診 特定保健指導結果 （厚生労働省）
				特定保健指導実施率（法定報告）	実績値	71.5%	76.4%	73.9%	
				特定保健指導対象者の減少率10%	実績値	14.6%	19.0%	26.4%	
保険者努力支援制度 データヘルス計画	中長期	慢性腎不全、虚血性心疾患の割合が増加しており、一人当たりの医療費が高い	医療費の適正化	脳血管疾患の総医療費に占める割合3%減少	実績値	2.6%	2.9%	1.5%	KDB システム
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合2%減少	実績値	1.2%	1.1%	1.1%	
				腎疾患（透析）の総医療費に占める割合3%減少	実績値	5.3%	5.3%	5.8%	
				糖尿病性腎症による透析新規導入者の割合現状維持	実績値	3人	2人	1人	
	短期		予防可能な疾患の生活習慣の改善ならびに重症化予防	メタボリックシンドローム・予備軍の割合5%減少	実績値	31.7%	37.8%	37.4%	みやき町 健康増進課
				健診受診者の高血圧の割合減少3%（160/100）	実績値	4.4%	8.6%	4.8%	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少3%（LDL180以上）	実績値	3.5%	2.9%	2.4%	
				健診受診者の糖尿病患者の割合減少3%（HbA1c6.5以上）	実績値	13.0%	15.3%	15.0%	
				健診受診者のHbA1c8以上の未治療者の割合減少0.3%	実績値	0.8%	0.4%	0.8%	

3)第2期データヘルス計画に係る考察

本町の特定健診受診率は、令和元年度には45.0%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で令和2年度以降は受診率が低迷しており、訪問、電話や個別通知等による受診勧奨などを実施していますが目標達成できていません。年代別の受診率では、40～50代は特に受診率が低い状況が続いています。特定保健指導については、約7割の方へ実施ができていますが、メタボリックシンドロームの該当者、予備群の割合は増加しています。

中長期的な目標として、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)の総医療費に占める割合の減少を設定し、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として、メタボリックシンドローム及び予備軍の割合、高血圧、糖尿病、脂質異常症の総医療費に占める割合の減少を設定し、未治療者や治療中断者を医療につなげることを優先に行ってきました。しかし、糖尿病の未治療者・治療中断者、Ⅱ度高血圧以上の者で未治療者の半数近くが医療につながっていません。

本町の医療費は、国保加入者が減少しており総医療費は減少していますが、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約18万円高く、平成30年度と比較しても7万8千円高くなっています。医療費の推移をみると、糖尿病では治療者の割合は減少し、脳血管疾患や人工透析を合併している割合は高くなっています。治療が必要な人が早期に治療につながらずに重症化していることやコントロール不良者が重症化し、透析が必要な状態となっていると考えられます。透析が必要になれば医療費も高額になるため、早期の受診勧奨とともに、糖尿病では医療機関での治療だけでは血糖コントロールは難しく食事療法や運動療法が非常に重要であるため、望ましい生活習慣を本人が判断でき、取り組めるよう継続的な保健指導が必要であると考えられます。また高血圧症では、治療者の割合は高くなっていますが、脳血管疾患や人工透析の割合も高くなっています。これは、高血圧症では受診者数も多いですが、重症化している割合も高く、治療開始時期が早期ではなく、治療開始時点ですでに動脈硬化が進んでしまい、重症化していることが考えられます。生活習慣の改善への支援とともに健診を継続的に受け、健診データの変化をみながら早期介入が必要であると考えられます。

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。

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、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、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。

(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		5,731人	5,434人	5,397人	5,259人	4,936人	4,777人
総件数及び 総費用額	件数	63,046件	61,477件	57,629件	58,457件	57,189件	83,853件
	費用額	28億4198万円	28億4236万円	27億2145万円	27億8492万円	27億1094万円	51億4058万円
一人あたり医療費		49.6万円	52.3万円	50.4万円	53.0万円	54.9万円	107.6万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
				腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞								
① 国保	みやき町	27億1094万円	44,022	5.82%	0.36%	1.54%	1.05%	4.26%	2.85%	2.26%	4億9189万円	18.1%	12.2%	14.37%	8.25%
	同規模	—	29,136	4.24%	0.31%	2.01%	1.52%	5.81%	3.22%	2.20%	—	19.3%	16.9%	7.71%	8.78%
	県	—	35,091	5.37%	0.29%	2.15%	1.04%	4.89%	2.99%	1.93%	—	18.7%	14.4%	10.73%	8.87%
	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	みやき町	51億4058万円	91,187	3.59%	0.50%	4.26%	0.90%	3.68%	2.48%	1.52%	8億6985万円	16.9%	9.3%	5.76%	13.0%
	同規模	—	69,832	4.97%	0.47%	3.89%	1.64%	4.23%	2.97%	1.41%	—	19.6%	11.1%	3.50%	12.4%
	県	—	84,251	4.29%	0.42%	4.62%	1.00%	3.61%	3.08%	1.27%	—	18.3%	9.2%	4.85%	13.6%
	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	255人	246人	228人	248人	232人	651人
	件数	B	454件	422件	786件	446件	466件	1,242件
		B/総件数	0.72%	0.69%	1.36%	0.76%	0.81%	1.48%
	費用額	C	5億8114万円	5億7610万円	10億5644万円	6億3557万円	6億7683万円	15億4157万円
		C/総費用	20.4%	20.3%	38.8%	22.8%	25.0%	30.0%

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	25人		16人		25人		16人		13人		60人		
		D/A	9.8%		6.5%		11.0%		6.5%		5.6%		9.2%		
	件数	E	47件		34件		93件		38件		25件		123件		
		E/B	10.4%		8.1%		11.8%		8.5%		5.4%		9.9%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	1	2.1%	0	0.0%	4	4.3%	1	2.6%	0	0.0%	70-74歳	7	5.7%
		50代	2	4.3%	5	14.7%	3	3.2%	2	5.3%	4	16.0%	75-80歳	23	18.7%
		60代	20	42.6%	10	29.4%	38	40.9%	13	34.2%	3	12.0%	80代	57	46.3%
		70-74歳	24	51.1%	19	55.9%	48	51.6%	22	57.9%	18	72.0%	90歳以上	36	29.3%
	費用額	F	5678万円		4078万円		1億1436万円		5119万円		3371万円		1億4965万円		
F/C		9.8%		7.1%		10.8%		8.1%		5.0%		9.7%			

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 32～34)

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年度以降増加傾向です。後期高齢者になると一人あたり100万円を超え、国保の2倍高い状況です。(図表 32)

本町は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできており、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模と比べて1ポイント以上低くなっていますが、腎不全の医療費に占める割合は、国保においては、同規模、県、国と比べて高い状況です。(図表 33)

高額レセプトについては、国保においては令和2年度786件と多く、それ以外の年では約450件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると約2.5倍に増えていることがわかります。(図表 34)

高額レセプトにおける疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和2年度が一番多く93件で1億円以上の費用がかかっていましたが、令和4年度は25件と件数が減り、費用額も約3,371万円と減っています。しかし、後期高齢者においては、令和4年度は123件発生し、約1億5千万円あまりの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。

(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(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

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

② 中長期的な目標の設定

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

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

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

③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。また、根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。

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

(2) 管理目標の設定

図表 43 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目標	目標値			データの把握方法 (活用データ)
				初期値 R 6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.5%	1.4%	1.3%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.1%	1.0%	0.9%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	5.8%	5.4%	5.0%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	45.5%	42.5%	39.5%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	100%	0%	0%	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	37.4%	37.0%	36.6%	みやき町健康増進課
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	4.8%	4.5%	4.2%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	8.2%	7.8%	7.4%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	15.0%	14.0%	13.5%	
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	1.8%	1.7%	1.6%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	57.1%	60.0%	65.0%	
	アウトプット	特定健診実施率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診実施率60%以上	39.1%	49.0%	60.0%	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	73.9%	75.5%	78.0%	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	26.4%	26.9%	27.4%	

※分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用

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 1 期としていましたが、医療費適正化計画等が 6 年 1 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 1 期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	46%	49%	52%	55%	58%	60%
特定保健指導実施率	75%	75.5%	76%	76.5%	77%	78%

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	3,800	3,719	3,606	3,493	3,380	3,269
	受診者数	1,748	1,822	1,829	1,921	1,960	1,961
特定保健指導	対象者数	229	236	237	249	254	255
	受診者数	172	179	181	191	196	199

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

- ① 集団健診(働く婦人の家、北茂安保健センター、農村環境改善センター)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、佐賀県国保連合会(市町村)のホームページに掲載します。

(参照) URL : <https://www.sagakokuho.or.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(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

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

図表 46 特定健診検査項目

〇みやき町特定健診検査項目

健診項目		みやき町	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	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、※…町独自

(5) 実施時期

4 月から翌年 2 月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、佐賀県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、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。

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

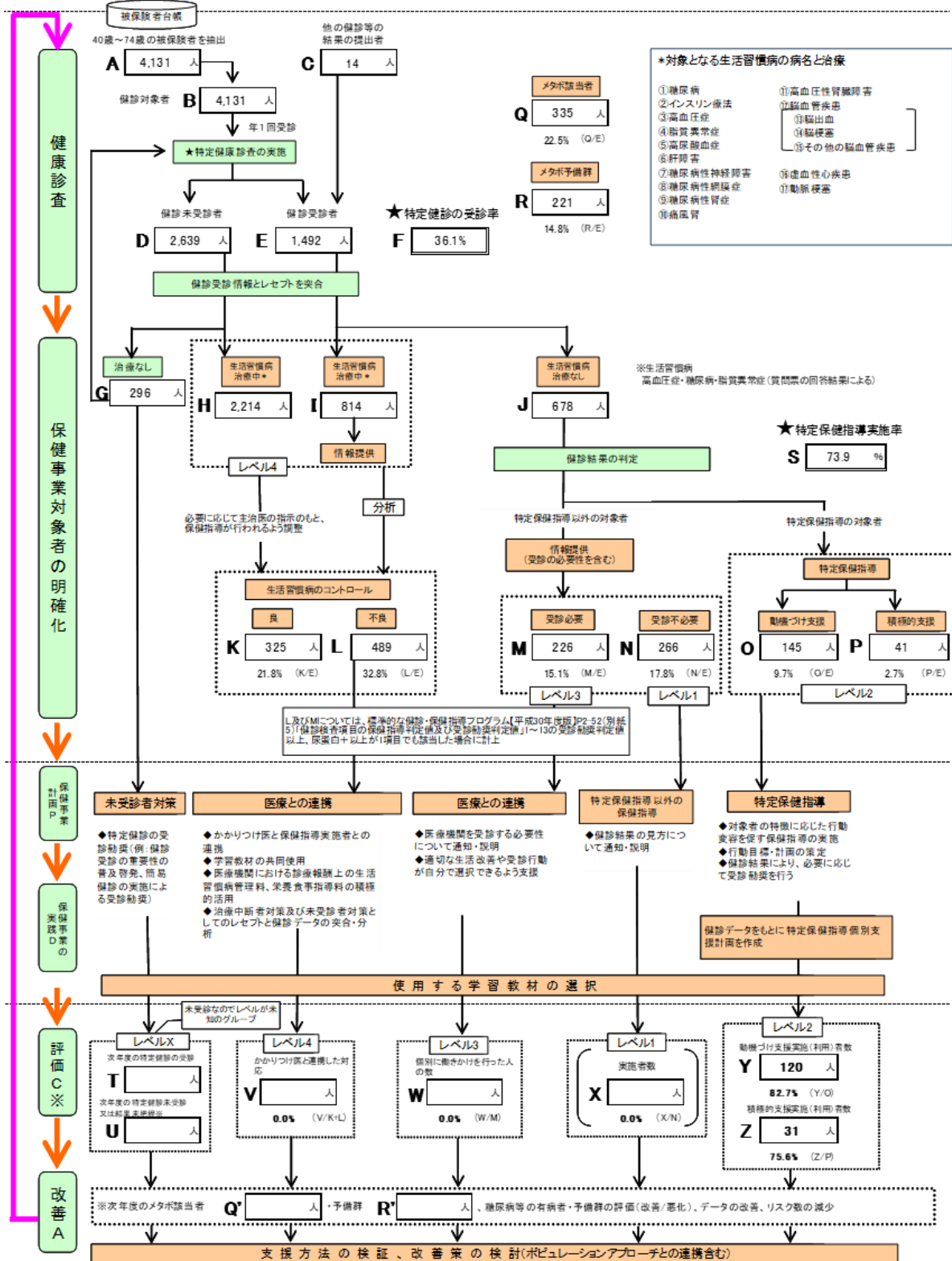
「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

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

様式5-5

令和04年度



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を 促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受 診勧奨を行う	186人 (12.5%)	80%
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	226人 (15.1%)	HbA1c6.5以 上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受 診の重要性の普及啓発、簡易健診 の実施による受診勧奨)	2,639人 ※受診率目標達成 までにあと987人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説 明	266人 (17.8%)	60%
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	814人 (54.6%)	30%

(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。

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みやき町個人情報の保護に関する法律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、みやき町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・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る医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知していきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

II. 重症化予防の取組

本町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、521人(34.9%)です。そのうち治療なしが133人(19.6%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が42人です。

また、本町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、133人中77人と約半数であり、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表51)

図表 51 脳・心・腎を守るために

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-

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				令和04年度 ＜参考＞ 健診受診者(受診率)	
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)				虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023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年度合同研究班報告))				糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会)		1,492人 36.1%	
↓ 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	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓症 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞				心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症								■各疾患の治療状況	
													治療中 治療なし	
													高血圧 568 924	
													脂質異常症 431 1,061	
													糖尿病 175 1,313	
													3疾患 いずれも 814 678	
													※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)			
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 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓学会)			
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	71	4.8%	7	0.5%	36	2.4%	31	2.1%	335	22.5%	162	10.9%	79	5.3%
治療なし	41	4.4%	0	0.0%	31	2.9%	22	2.1%	55	8.1%	77	5.9%	16	2.4%
(再掲) 特定保健指導	15	21.1%	0	0.0%	10	27.8%	7	22.6%	55	16.4%	22	13.6%	7	8.9%
治療中	30	5.3%	7	0.9%	5	1.2%	9	2.1%	280	34.4%	85	48.6%	63	7.7%
臓器障害あり	17	41.5%	0	--	4	12.9%	7	31.8%	15	27.3%	25	32.5%	16	100.0%
CKD(専門医対象者)	2		0		1		3		2		7		16	
心電図所見あり	16		0		3		6		14		20		2	
臓器障害なし	24	58.5%	--		27	87.1%	15	68.2%	40	72.7%	52	67.5%	--	--

出典:ヘル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)及び佐賀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。

なお、取組にあたっては図表52に沿って実施します。

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

2)対象者の明確化

(1)対象者選定基準の考え方

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

① 医療機関未受診者

過去の健診において、空腹時 126 mg/dl(随時血糖 200 mg/dl) 以上または HbA1c(NGSP) 6.5%以上の者のうち、尿蛋白を認める者または eGFR が 60ml/分/1.73 m²未満の者(特定健診の際に血清クレアチニンを測定している場合)

② 糖尿病治療中断者

特定健診の結果で HbA1c(NGSP) 7.0%以上の者のうち、糖尿病治療中であるが最終受診日から 6 か月経過しても受診した記録がない者

③ 糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクが高い者

糖尿病治療中で尿アルブミン、尿蛋白、eGFR 等により腎機能低下が判明した者

(2)選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出

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

糖尿病性腎症病期分類 2023 では、尿中アルブミン・クレアチニン比(第 3 期では尿中蛋白・クレアチニン比)及び推算糸球体濾過量(eGFR)で把握していきます。

本町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であり、尿アルブミンについては HbA1c6.5 以上で尿蛋白(一)～(±)の場合に実施しています。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(一)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)と尿蛋白(++)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

②基準に基づく該当者数の把握

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

本町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、86 人(32.7%・F)でした。また、40～74 歳における糖尿病治療者 1,082 人のうち、特定健診受診者が 177 人(67.3%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者 905 人(83.6%・I)については、治療

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きます。

③介入方法と優先順位

本町においての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（F）・・・86 人

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（J）・・・97 人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

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

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

(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、対象者のうち HbA1c 6.5 以上で尿蛋白定性（－）～（±）の方へは、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

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、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

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

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の取り組みは、メディカルコミュニティ推進課を中心に行い、健康増進課と地域包括支援センターと連携していきます。

6) 評価

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

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

○eGFR の変化 (1 年で 25%以上の低下、1 年で 5ml/1.73 m²以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

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

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第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)

2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

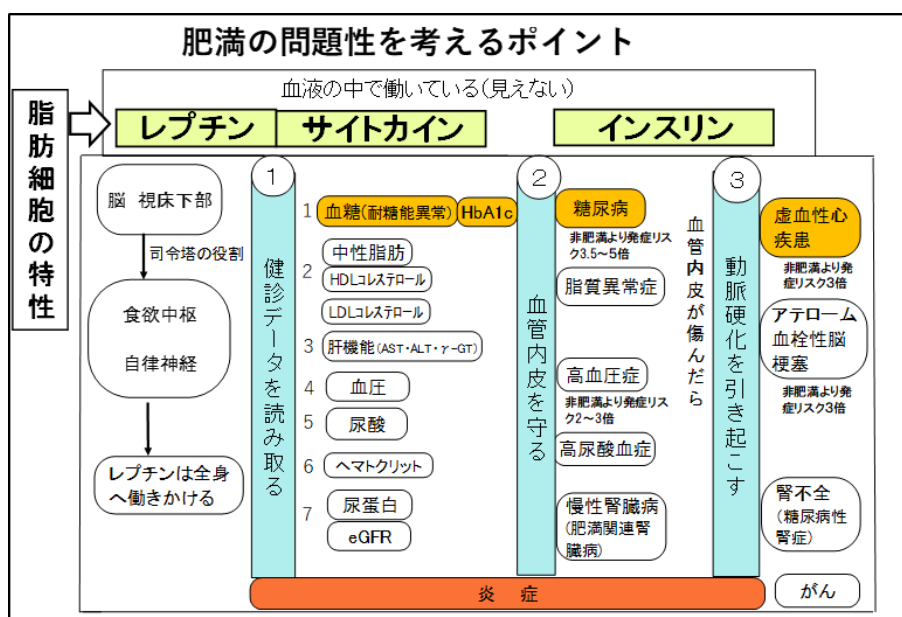
1) 基本的な考え方

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ある。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より)

なお、取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59 肥満度分類による実態

	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	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数	331	1,161	117	258	92	220	22	30	3	8	0	0
			35.3%	22.2%	27.8%	18.9%	6.6%	2.6%	0.9%	0.7%	0.0%	0.0%
再掲	男性	150	501	61	124	50	111	11	9	0	4	0
				40.7%	24.8%	33.3%	22.2%	7.3%	1.8%	0.0%	0.8%	0.0%
	女性	181	660	56	134	42	109	11	21	3	4	0
				30.9%	20.3%	23.2%	16.5%	6.1%	3.2%	1.7%	0.6%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位をつけます。

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

3) 対象者の明確化

図表 63 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況

		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	651	39	64	209	339	841	49	61	324	407
メタボ該当者		B	229	5	20	79	125	106	3	9	34	60
		B/A	35.2%	12.8%	31.3%	37.8%	36.9%	12.6%	6.1%	14.8%	10.5%	14.7%
再掲	① 3項目全て	C	74	1	4	29	40	37	0	1	11	25
		C/B	32.3%	20.0%	20.0%	36.7%	32.0%	34.9%	0.0%	11.1%	32.4%	41.7%
	② 血糖＋血圧	D	39	0	3	17	19	12	2	3	3	4
		D/B	17.0%	0.0%	15.0%	21.5%	15.2%	11.3%	66.7%	33.3%	8.8%	6.7%
	③ 血圧＋脂質	E	98	4	9	30	55	52	1	5	20	26
		E/B	42.8%	80.0%	45.0%	38.0%	44.0%	49.1%	33.3%	55.6%	58.8%	43.3%
	④ 血糖＋脂質	F	18	0	4	3	11	5	0	0	0	5
		F/B	7.9%	0.0%	20.0%	3.8%	8.8%	4.7%	0.0%	0.0%	0.0%	8.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 63)は、男性で 50 代から受診者の 30%を超えていますが、女性では 50 代で 14.8%であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ①メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、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(食事指導)

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理は、担当地区ごとに管理します。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

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

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、本町においても二次健診を実施しています。

◎動脈硬化の有無や進行の程度をみるための検査

- 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みる検査)
- ②微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態をみる検査)
- ③75 g 糖負荷検査(高インスリン状態をみる検査)

3. 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。

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 68 でみると、高血圧治療者 2,113 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 240 人(11.4%・O)でした。

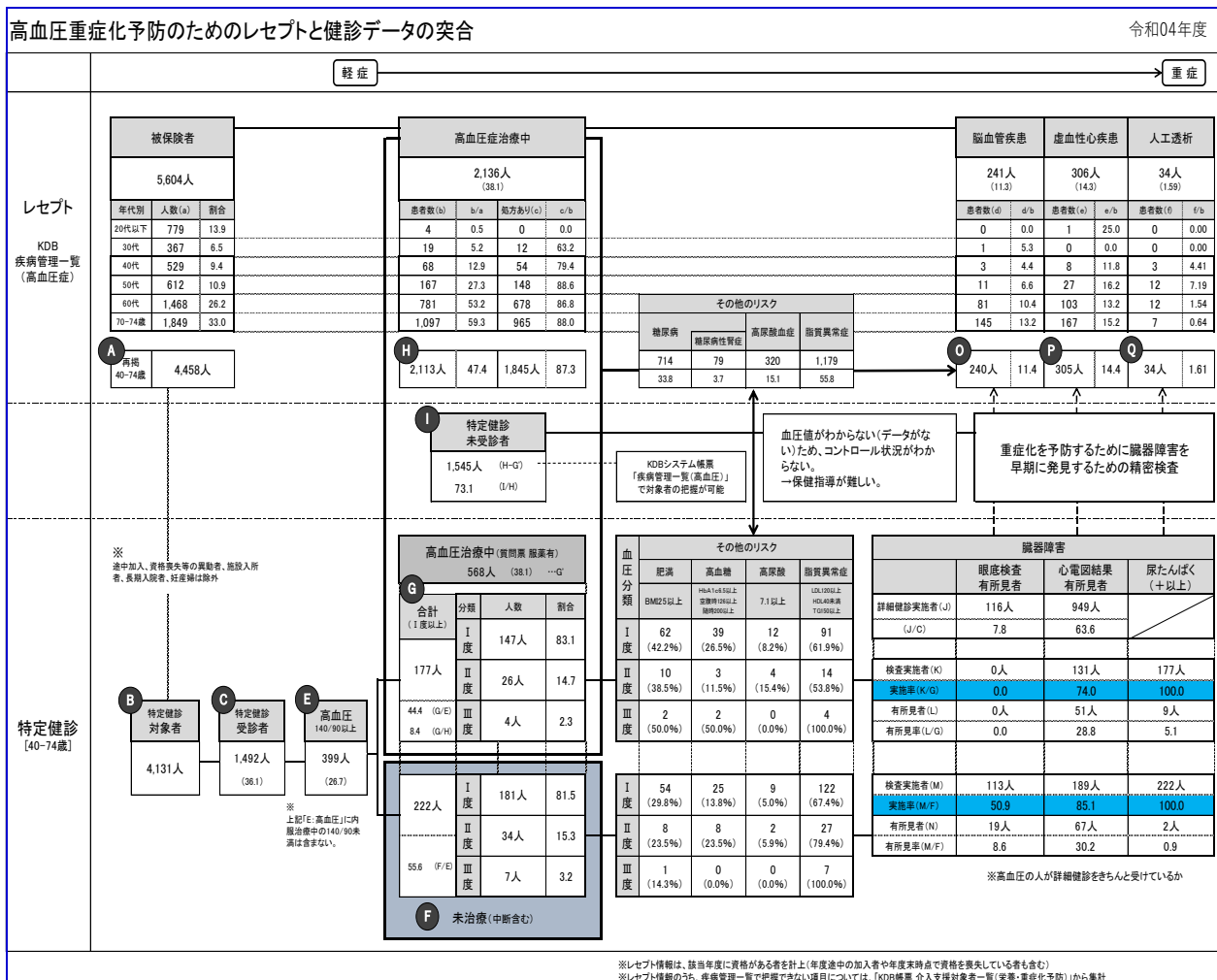
健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 71 人(4.7%)であり、そのうち 41 人(57.7%)は未治療者です。

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

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 30 人(17%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

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)が、116 人(7.8%)実施している状況です。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 399 人(26.7%・E)は眼底検査を実施する必要がありますが、糖尿病・高血圧・脂質異常症・脳血管疾患・虚血性心疾患で治療中の方は除外となり、眼底検査を実施していません。眼底検査が必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、検討をしていく必要があります。

図表 68 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



出典：ヘルスサポートラボツール

(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ける必要があります。

(3) 心電図検査における心房細動の実態

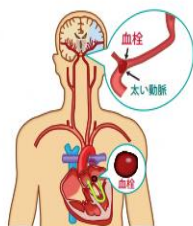


図7 心房細動と心房性脳塞栓症

心房性脳塞栓症とは、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。

4. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

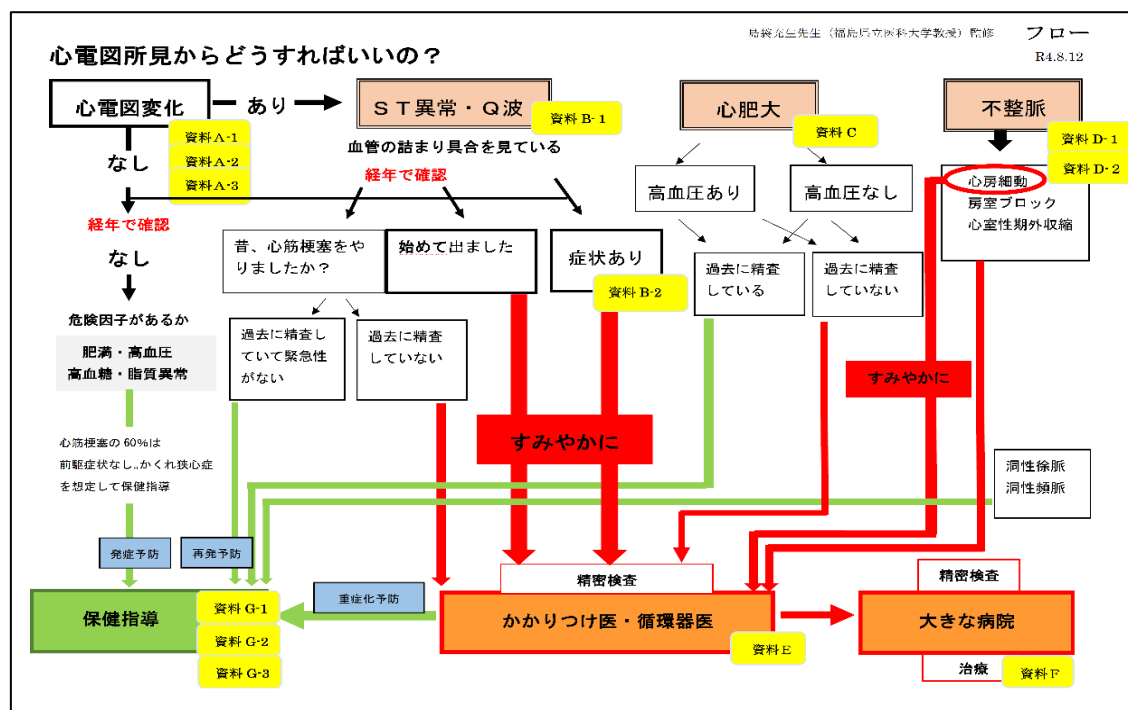
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 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 72 に基づいて考えます。

図表 72 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

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。

本町においては、心電図検査を 949 人(63.6%)に実施し、そのうち有所見者が 358 人(37.7%)でした。所見の中でも脚ブロックが 65 人(18.2%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 73)

また、有所見者のうち要精査が 30 人(8.4%)で、その後の受診状況をみると 11 人(36.6%)は未受診でした。(図表 74)。

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 73 心電図検査結果

性別・年齢	所見	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
内訳	40～74歳	949	63.6%	358	37.7%	24	6.7%	20	5.6%	2	0.6%	19	5.3%	5	1.4%	65	18.2%	7	2.0%	30	8.4%
	男性	438	29.3%	190	43.4%	14	7.4%	9	4.7%	1	0.5%	11	5.8%	3	1.6%	39	20.5%	6	3.2%	14	7.4%
	女性	511	34.2%	168	32.9%	10	6.0%	11	6.5%	1	0.6%	8	4.8%	2	1.2%	26	15.5%	1	0.6%	16	9.5%

みやき町調べ

図表 74 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	358		30	8.4%	19	63.3%	11	36.7%
男性	190	53.1%	14	7.4%	6	42.9%	8	57.1%
女性	168	46.9%	16	9.5%	13	81.3%	3	18.8%

みやき町調べ

②心電図以外からの把握

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

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

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。

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。

本町においては、健康増進法に基づき妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていく必要があります。

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めます。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实態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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

2. 評価方法・体制

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

価が求められています。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・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、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知する。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り扱いが確保されるよう措置を講じます。