

大津町国民健康保険 第 3 期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)
令和 6 年度～令和 11 年度

大津町国民健康保険



保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第 2 章 第2期計画にかかる考察及び第 3 期における健康課題の明確化 …10

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

第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……36

1. 第四期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第 4 章 課題解決するための個別保健事業44

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

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

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第 5 章 計画の評価・見直し68

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第 6 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い69

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料70

特別資料 令和 5 年度 熊本県国保ヘルスアップ支援事業

「睡眠による予防・健康づくり事業」 大津町ワーキンググループ.....84

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とその方向性を示すもの

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、熊本県健康増進計画や大津町健康づくり推進計画、熊本県における医療費の見通しに関する計画、大津町介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表 1)

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

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

本町では、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。(図表 2 参照)

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

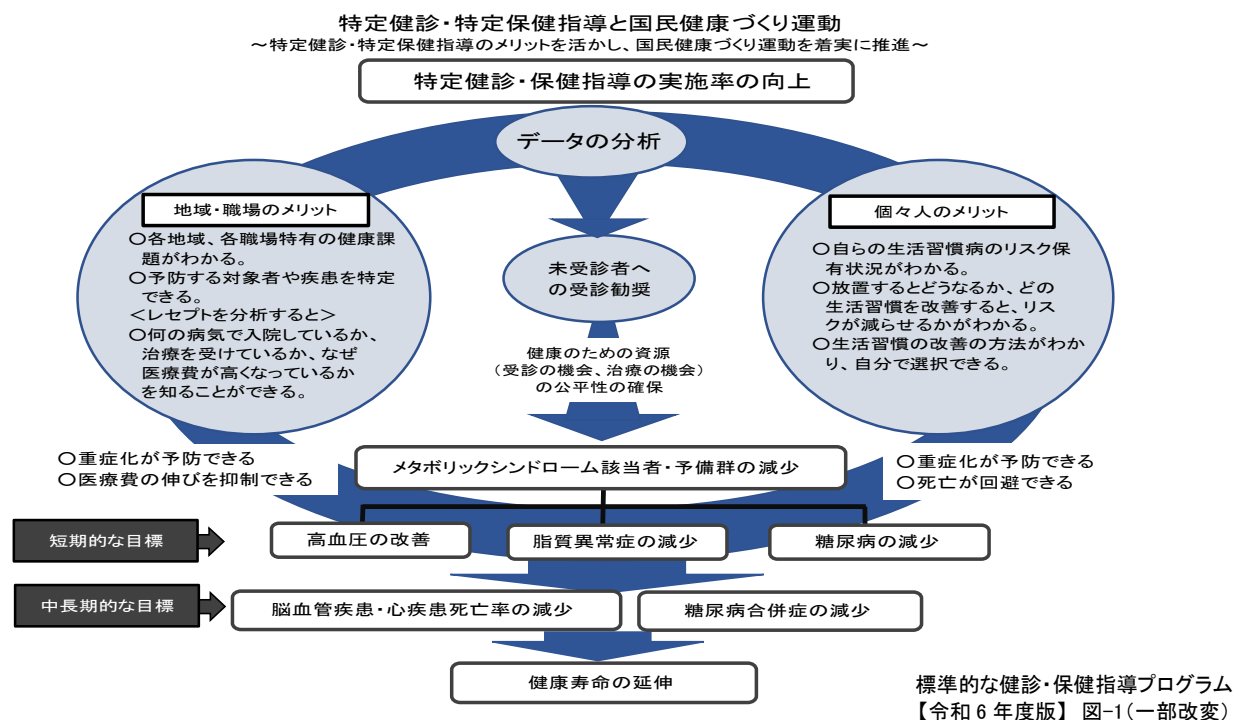
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

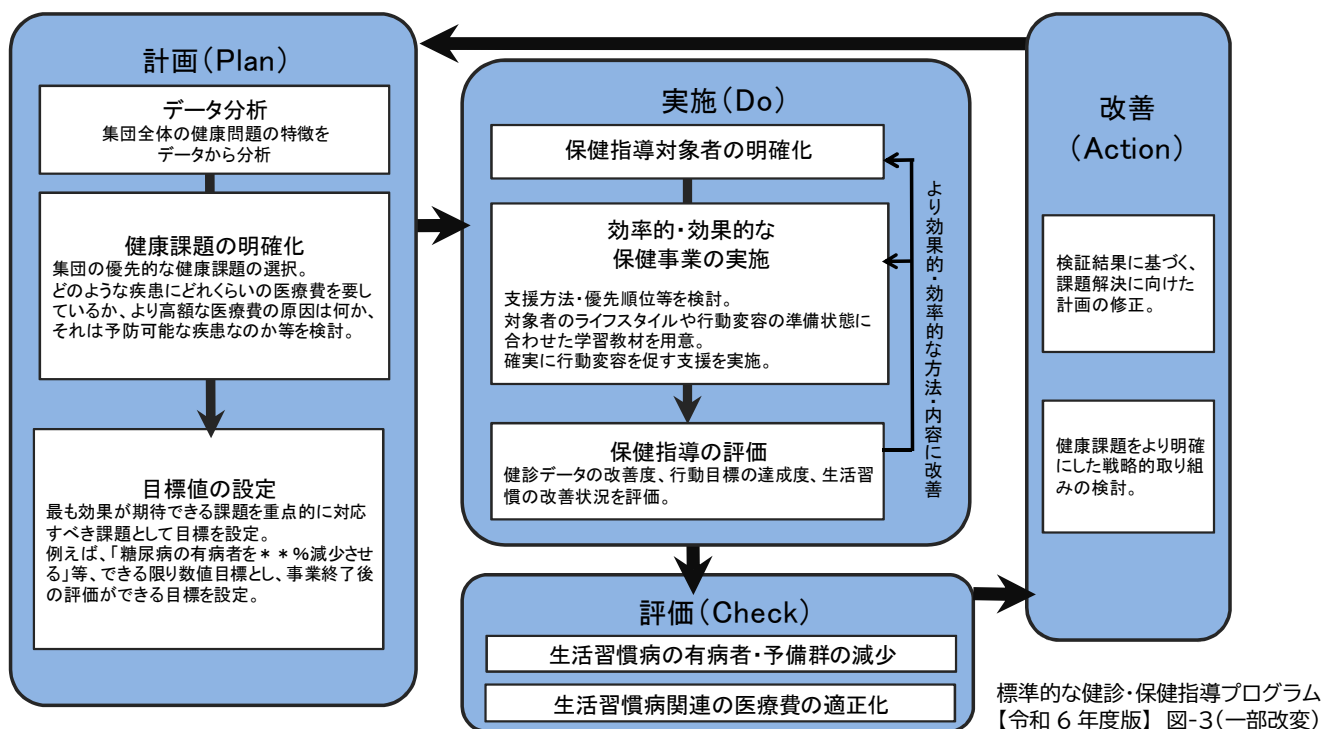
	健康増進計画	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 ことも、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・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



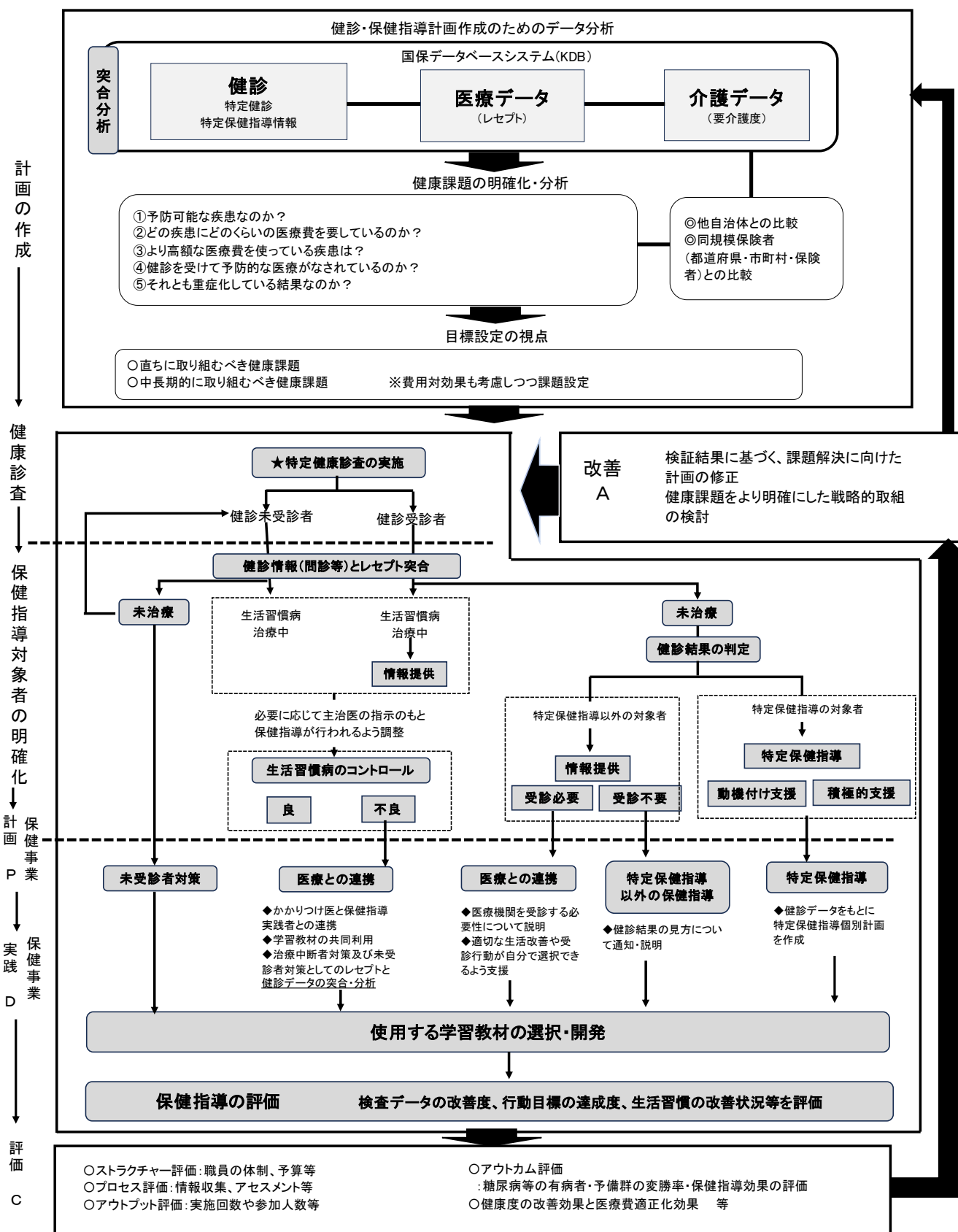
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)の PDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

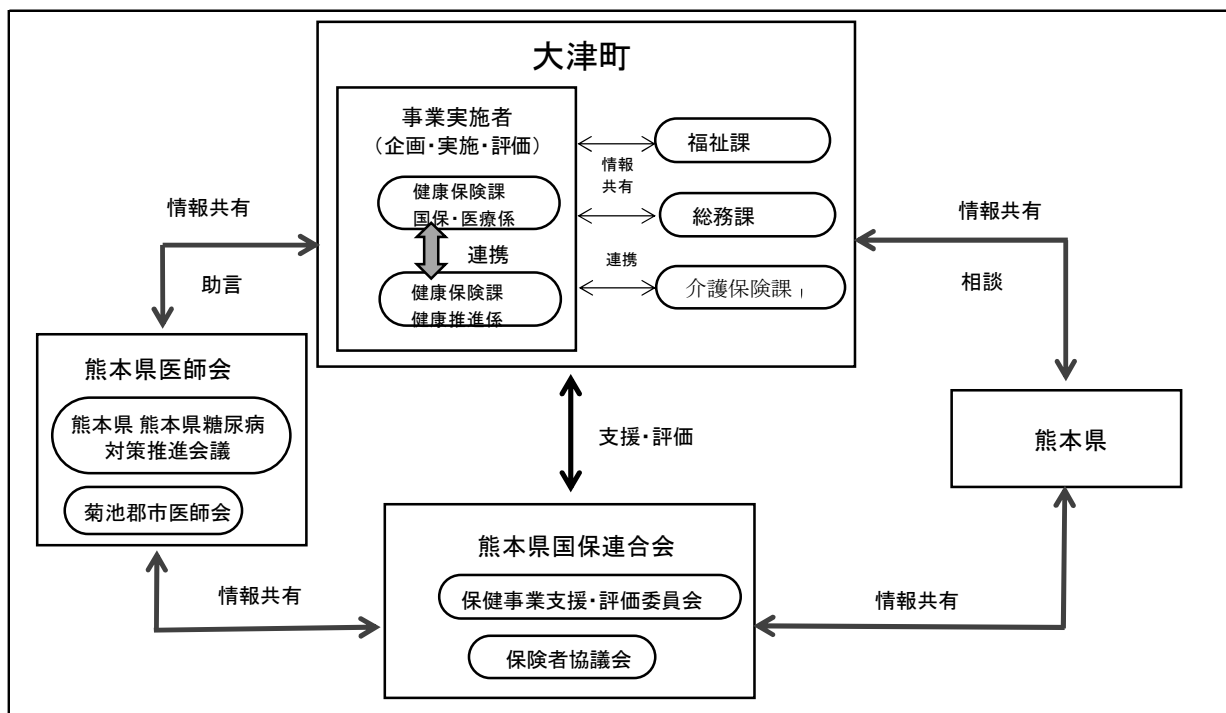
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直し

や次期計画に反映させます。

具体的には、具体的には、高齢者医療部局(健康保険課)、介護保険部局(介護保険課)、総務部局(総務課)、生活保護部局(福祉課)とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 大津町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担(R6.3.31 現在)

保・・・保健師　管栄・・・管理栄養士　事・・・事務(注:支払い事務、受診券送付等)　◎・・・主担当　○・・・副担当												
	健康保険課(国保・医療係)			健康保険課(健康推進係)					健康保険課(母子保健係)			コロナ対策室
	事 (係長)	事	事	事 (係長)	保	保	管栄 (会計年度任用職員)	保 (係長)	保	保	保 (係長)	
国保事務	○	◎	○									
健康診断 保健指導				○	◎	○	○	○	○	○	○	
がん検診				○	◎	○	○	○	○	○	○	
予防接種				○	○	◎	○					
精神保健				○	○	◎						
歯科保健				○	○	○	◎					
母子保健									◎	○	○	
新型コロナ ワクチン												◎

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、関係機関との連携・協力が重要となります。共同保険者である熊本県のほか、熊本県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会、医師会や薬剤師会、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と健康課題を共有し、連携強化に努めます。

また、被保険者が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から、切れ目のない支援が行えるよう保険者協議会や熊本県後期高齢者広域連合、地域の医療機関とも連携に努め、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するなど、保険者間で連携して好事例の情報収集を行い、健康寿命の延伸と医療費の適正化に努めます。

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和 3 年度得点		令和 4 年度得点		令和 5 年度得点	
			大津町	配点	大津町	配点	大津町	配点
交付額(万円)			1,441 万円		1,471 万円		1,586 万円	
全国順位(1,741 市町村中)			414 位		228 位		121 位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	90	70	90	70	90	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタボリックシンドローム 該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	70	40	70	40	75	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	50	90	35	45	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	80	130	105	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	10	100	35	100	35	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	25	30	28	30	40	40
	⑤	第三者求償の取組	34	40	24	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	86	95	78	100	80	100
合計点			645	1,000	685	960	705	940

第2章 第 2 期計画にかかる考察及び第 3 期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町は、人口約 3.5 万人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 21.9%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、被保険者の平均年齢も 52.4 歳と同規模と比べて若く、出生率・財政指数ともに高い町となっています。産業においては、第2次産業は 33.7%と同規模と比較して高く、第 3 次産業が 58.5%と同規模と比較して低い状況です。町の産業別就業人口は製造業が最も多く、同一の職場、類似した環境であまり外出せず働くことが多く、この業種の健康課題の傾向としては、肥満と不適切な食事習慣等があげられることから、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表 9)

国保加入率は16.9%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43.5%を占めています。(図表 10)

また本町内には1つの病院、23 の診療所があり、特に診療所の設置数が同規模と比較しても多く、医師数や病床数も多いことから、医療資源に恵まれており、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあります。(図表 11)

図表 9 同規模・県・国と比較した大津町の特性

	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
大津町	34,846	21.9	5,886 (16.9)	52.4	9.3	8.6	0.8	7.7	33.7	58.5
同規模	--	29.1	20.6	54.2	6.8	10.7	0.7	5.4	28.7	66.0
県	--	31.6	22.4	53.6	7.6	12.3	0.4	9.8	21.1	69.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、大津町と同規模保険者(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	6,322		6,223		6,168		6,087		5,886	
65～74歳	2,507	39.7	2,534	40.7	2,596	42.1	2,618	43.0	2,562	43.5
40～64歳	2,031	32.1	1,993	32.0	1,941	31.5	1,855	30.5	1,815	30.8
39歳以下	1,784	28.2	1,696	27.3	1,631	26.4	1,614	26.5	1,509	25.6
加入率	19.0		18.7		18.5		18.3		16.9	

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 割合	県 割合
病院数	2	0.3	2	0.3	2	0.3	2	0.3	1	0.2	0.3	0.5
診療所数	22	3.5	22	3.5	22	3.6	23	3.8	23	3.9	3.1	3.8
病床数	368	58.2	368	59.1	368	59.7	368	60.5	60	10.2	56.1	85.4
医師数	59	9.3	59	9.5	64	10.4	64	10.5	32	5.4	11.1	14.1
外来患者数	718.8		716.7		682.0		726.4		738.5		716.1	768.9
入院患者数	21.7		22.9		21.9		21.2		20.8		19.2	26.2

出典：KDBシステム 地域の全体像の把握

2. 第 2 期計画にかかる評価及び考察

1) 第 2 期データヘルス計画の評価

第 2 期計画において、目標の設定を以下の 2 つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の令和 4 年度の要介護認定者は、2 号(40～64 歳)被保険者は 33 人(認定率 0.3%)で、同規模・県・国と比較すると低いものの平成 30 年より増加しており、1 号(65 歳以上)被保険者は 1,564 人(認定率 20.5%)と同規模・県・国と比較すると高く、高齢化率は低いが、認定率は高い状況です。(図表 12)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75 歳以上の認定者数が大きく増加しているものの、介護総給付費は、約 23 億円から約 24 億円に伸びています。(図表 13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳卒中)が上位を占めており、第 2 号被保険者で 6 割以上、第 1 号被保険者でも約 4 割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約 9 割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	大津町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	6,899人	20.7%	7,632人	21.9%	29.1%	31.6%	28.7%
2号認定者	24人	0.23%	33人	0.30%	0.35%	0.35%	0.38%
新規認定者	5人		9人		--	--	--
1号認定者	1,403人	20.3%	1,564人	20.5%	17.0%	20.2%	19.4%
新規認定者	161人		186人		--	--	--
再掲	65～74歳	139人	4.3%	154人	3.9%	--	--
	新規認定者	27人		34人	--	--	--
	75歳以上	1,264人	34.5%	1,410人	38.2%	--	--
	新規認定者	134人		152人	--	--	--

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	大津町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	22億7597万円	23億8111万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	329,898	311,990	259,723	310,858	290,668
1件あたり給付費(円)全体	62,638	57,401	63,000	62,823	59,662
居宅サービス	40,622	39,753	41,449	42,088	41,272
施設サービス	302,991	304,323	292,001	303,857	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分			2号		1号						合計		
年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)			33		154		1,410		1,564		1,597		
再)国保・後期			16		107		1,336		1,443		1,459		
（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	10 62.5%	脳卒中	39 36.4%	脳卒中	610 45.7%	脳卒中	649 45.0%	脳卒中	659 45.2%
			2	腎不全	2 12.5%	虚血性心疾患	27 25.2%	虚血性心疾患	536 40.1%	虚血性心疾患	563 39.0%	虚血性心疾患	564 38.7%
			3	虚血性心疾患	1 6.3%	腎不全	20 18.7%	腎不全	348 26.0%	腎不全	368 25.5%	腎不全	370 25.4%
	血管疾患	合併症	4	糖尿病合併症	2 12.5%	糖尿病合併症	19 17.8%	糖尿病合併症	147 11.0%	糖尿病合併症	166 11.5%	糖尿病合併症	168 11.5%
			基礎疾患 （高血圧・糖尿病・脂質異常症）		15 93.8%	基礎疾患	96 89.7%	基礎疾患	1,292 96.7%	基礎疾患	1,388 96.2%	基礎疾患	1,403 96.2%
		血管疾患合計		15 93.8%	合計	98 91.6%	合計	1,309 98.0%	合計	1,407 97.5%	合計	1,422 97.5%	
	認知症		認知症	4 25.0%	認知症	29 27.1%	認知症	695 52.0%	認知症	724 50.2%	認知症	728 49.9%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	15 93.8%	筋骨格系	98 91.6%	筋骨格系	1,281 95.9%	筋骨格系	1,379 95.6%	筋骨格系	1,394 95.5%	

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、国保加入者は減少傾向にありますが、総医療費は増加しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べてわずかに低水準ですが、H30 年度と比較して約 4.6 万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 2.7%程度にも関わらず、医療費全体の約 43%を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較して 10 万円も高くなっています。

また年齢調整をした地域差指数では、県平均よりも低いものの、全国平均の 1 を超えており、入院、外来の地域差指数はそれぞれH30 年度と比べて伸びています。

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

		大津町		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)		6,322人	5,886人	--	--	--
	前期高齢者割合	2,507人 (39.7%)	2,562人 (43.5%)	--		
総医療費		19億6908万円	21億0716万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		311,465 県内41位 同規模107位	357,995 県内41位 同規模72位	361,243	407,772	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	508,080	607,940	613,590	574,060	617,950
	費用の割合	42.7	43.3	40.4	45.5	39.6
	件数の割合	2.9	2.7	2.6	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	20,570	22,450	24,230	23,430	24,220
	費用の割合	57.3	56.7	59.6	54.5	60.4
	件数の割合	97.1	97.3	97.4	96.7	97.5
受診率		740.531	759.299	735.303	795.102	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は大津町と同規模保険者147市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		大津町 (県内市町村中)		県 (47県中)	大津町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	0.974	1.032	1.139	1.043	1.081	1.130
		(39位)	(40位)	(9位)	(25位)	(23位)	(7位)
	入院	1.027	1.116	1.309	1.166	1.188	1.277
		(38位)	(37位)	(8位)	(25位)	(26位)	(6位)
	外来	0.952	0.983	1.036	0.921	0.974	0.982
		(37位)	(33位)	(12位)	(25位)	(18位)	(22位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30 年度と比較すると減少傾向にあります。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると虚血性心疾患が、患者数及び割合と減少していますが、脳血管疾患については、増加しており、40～64 歳の若い年代で増加傾向でした。(図表 18)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			大津町		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)			19億6908万円	21億0716万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億3034万円	1億3803万円	--	--	--
			6.62%	6.55%	8.08%	8.69%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.97%	2.08%	2.01%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.77%	0.54%	1.52%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.73%	3.68%	4.24%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.14%	0.25%	0.31%	0.26%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		12.40%	15.59%	16.85%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		10.17%	10.00%	8.78%	8.56%	8.68%
	精神疾患		11.08%	8.19%	7.71%	9.62%	7.63%

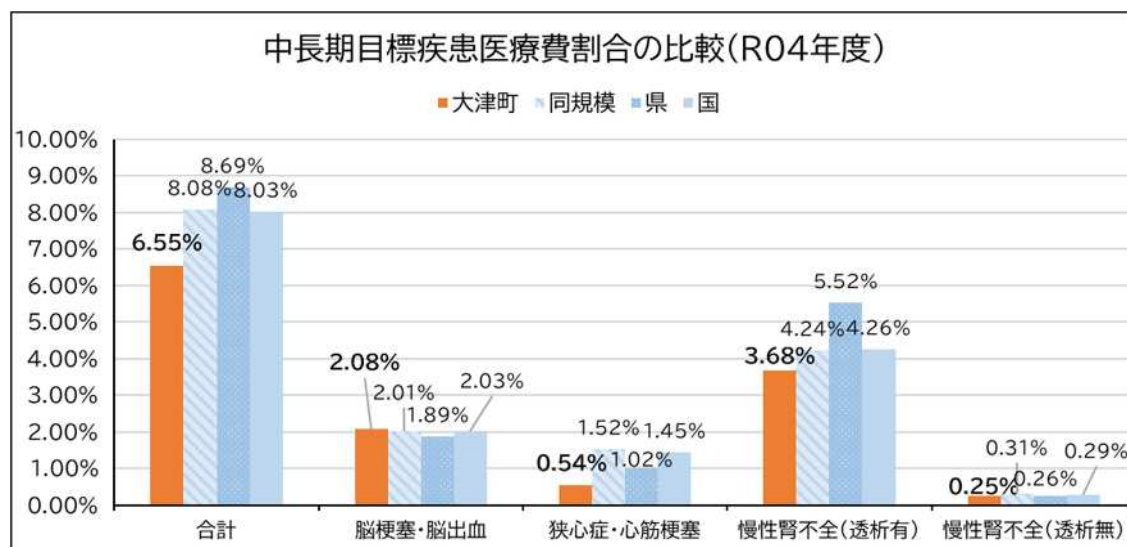
出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

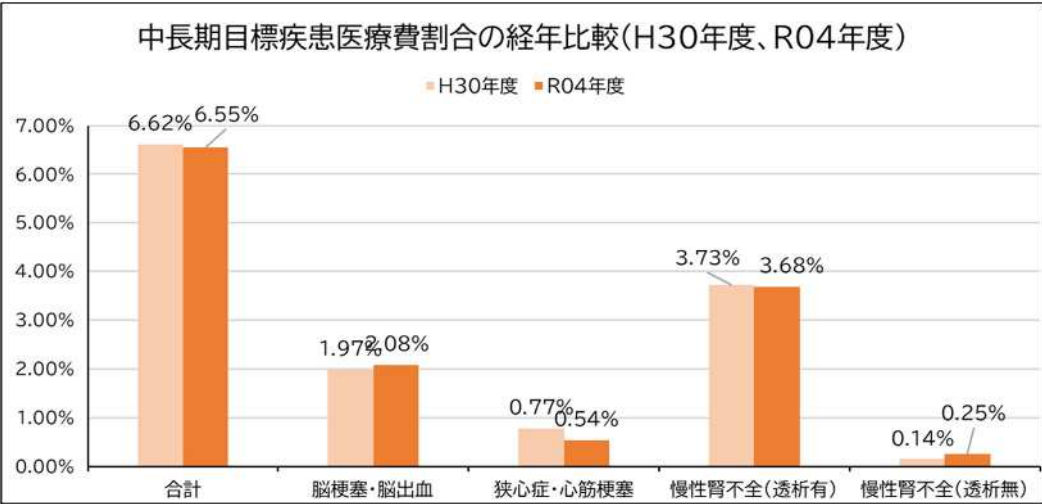
(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

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

図表 17-2 中長期目標疾患医療費割合の比較(R04 年度)



図表 17-3 中長期目標疾患医療費割合の経年比較(H30 年度、R04 年度)

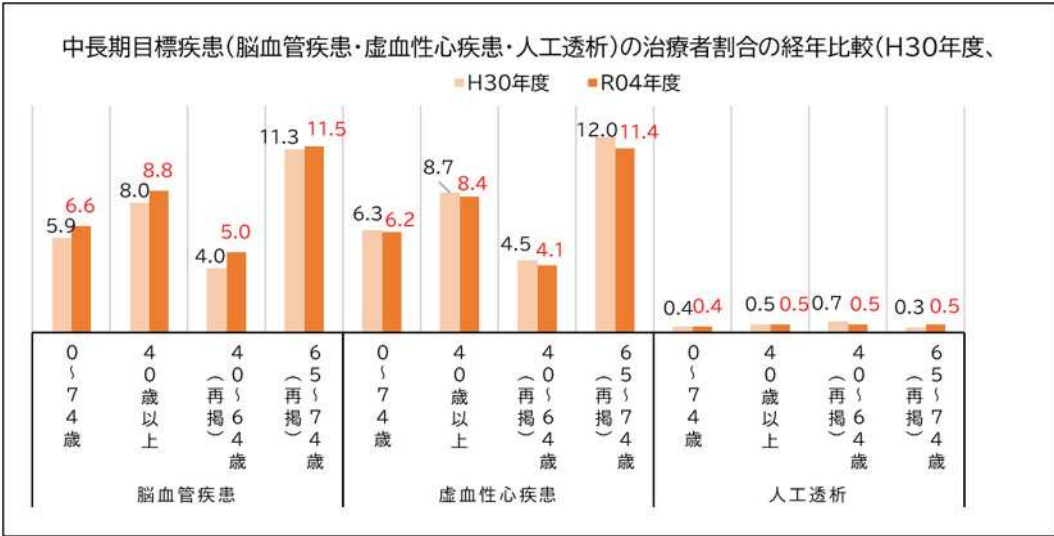


図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	6,322	5,886	a	371	388	400	366	23	22	
				a/A	5.9%	6.6%	6.3%	6.2%	0.4%	0.4%	
40歳以上	B	4,538	4,377	b	365	384	393	366	21	22	
	B/A	71.8%	74.4%	b/B	8.0%	8.8%	8.7%	8.4%	0.5%	0.5%	
再掲	40～64歳	C	2,031	1,815	c	81	90	91	75	14	9
		C/A	32.1%	30.8%	c/C	4.0%	5.0%	4.5%	4.1%	0.7%	0.5%
	65～74歳	D	2,507	2,562	d	284	294	302	291	7	13
		D/A	39.7%	43.5%	d/D	11.3%	11.5%	12.0%	11.4%	0.3%	0.5%

出典：KDBシステム、疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 18-2 中長期目標疾患の治療状況



(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)のうちでもある人工透析の割合は横ばいであるものの、脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減少しています。

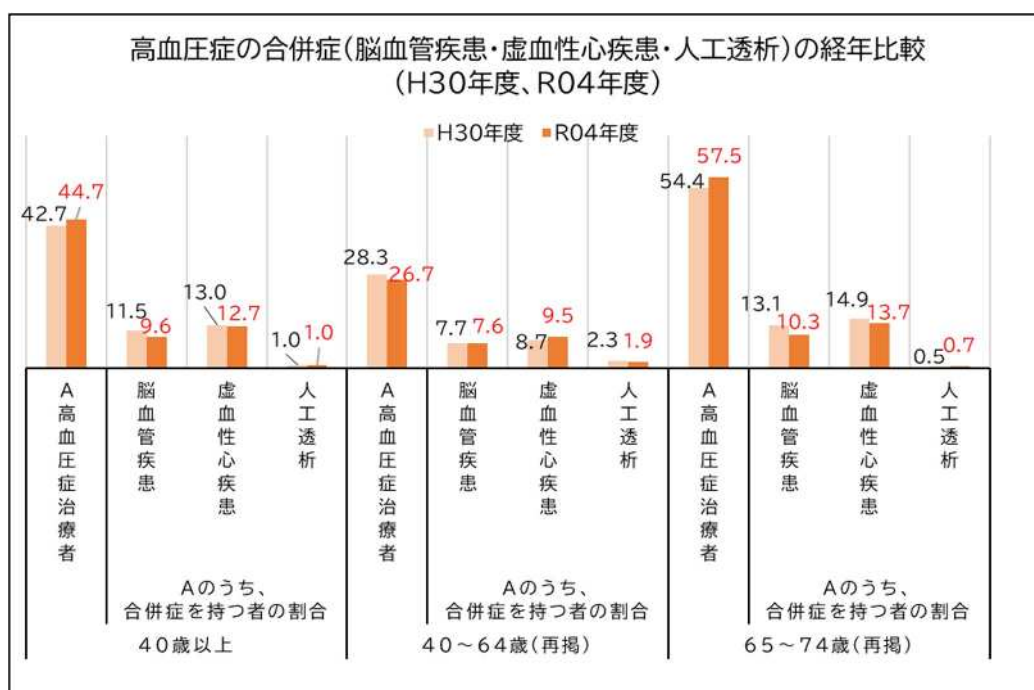
本町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。

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	1,939	1,956	574	484	1,365	1,472
	A/被保数	42.7%	44.7%	28.3%	26.7%	54.4%	57.5%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	223	188	44	37	179
		B/A	11.5%	9.6%	7.7%	7.6%	13.1%
	虚血性心疾患	C	253	248	50	46	203
		C/A	13.0%	12.7%	8.7%	9.5%	14.9%
	人工透析	D	20	20	13	9	7
		D/A	1.0%	1.0%	2.3%	1.9%	0.5%

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 19-2 高血圧症の合併症(脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析)の経年比較(H30年度、R04年度)

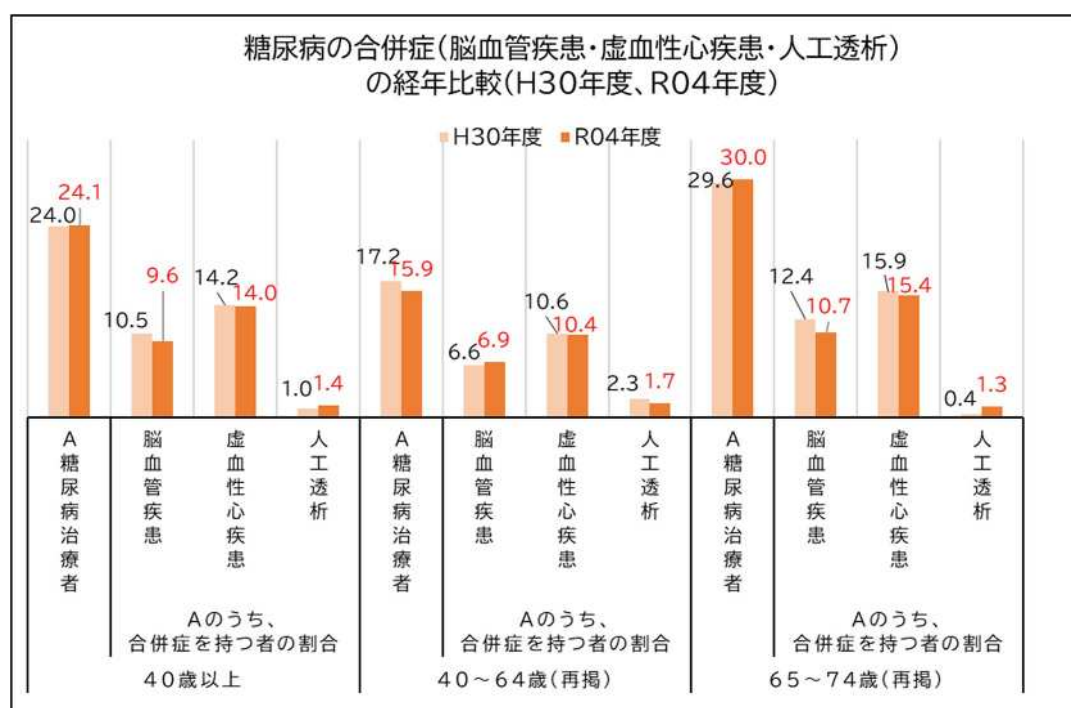


図表 20 糖尿病治療者の経年変化

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	1,091	1,057	349	289	742	768
	A/被保数	24.0%	24.1%	17.2%	15.9%	29.6%	30.0%
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	115	102	23	20	92
		B/A	10.5%	9.6%	6.6%	6.9%	12.4%
	虚血性心疾患	C	155	148	37	30	118
		C/A	14.2%	14.0%	10.6%	10.4%	15.9%
	人工透析	D	11	15	8	5	3
		D/A	1.0%	1.4%	2.3%	1.7%	0.4%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	128	110	48	36	80
		E/A	11.7%	10.4%	13.8%	12.5%	10.8%
	糖尿病性網膜症	F	110	182	35	38	75
		F/A	10.1%	17.2%	10.0%	13.1%	10.1%
	糖尿病性神経障害	G	47	42	10	9	37
		G/A	4.3%	4.0%	2.9%	3.1%	5.0%

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 20-2 糖尿病の合併症(脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析)の経年比較(H30年度、R04年度)

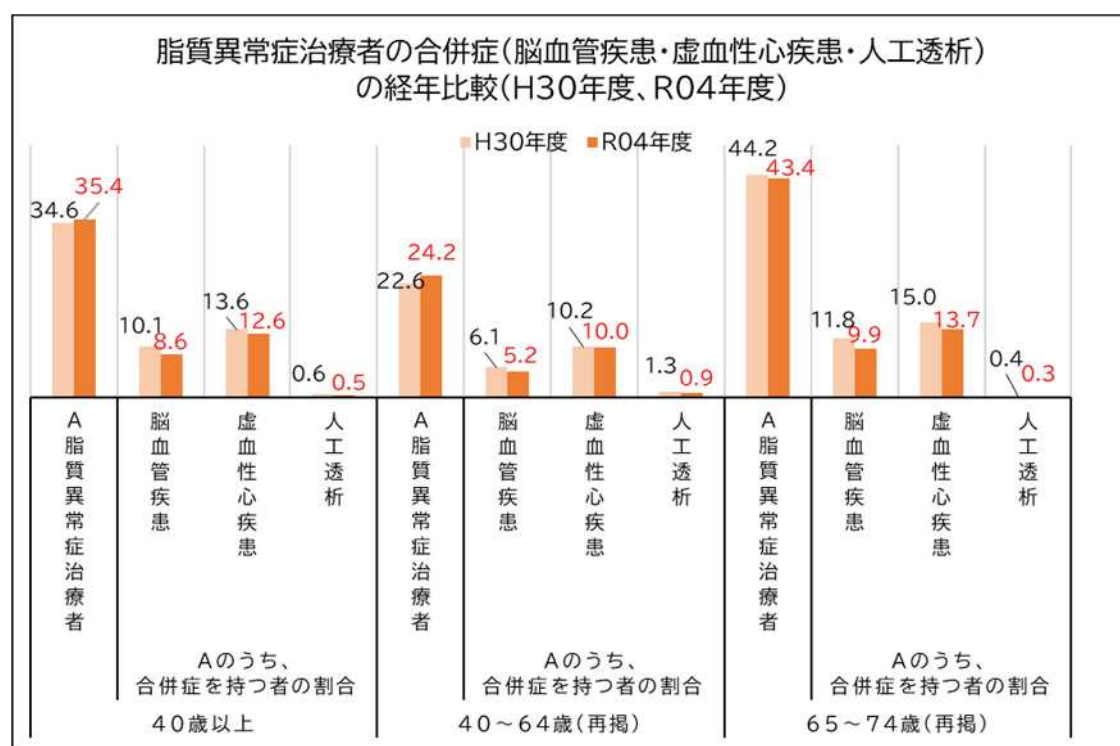


図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

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	1,568	1,551	460	440	1,108	1,111
	A/被保険者	34.6%	35.4%	22.6%	24.2%	44.2%	43.4%
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	159	133	28	23	131
		B/A	10.1%	8.6%	6.1%	5.2%	11.8%
	虚血性心疾患	C	213	196	47	44	166
		C/A	13.6%	12.6%	10.2%	10.0%	15.0%
	人工透析	D	10	7	6	4	4
		D/A	0.6%	0.5%	1.3%	0.9%	0.4%

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)

図表 21-2 脂質異常症治療者の合併症(脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析)の経年比較
(H30 年度、R04 年度)



②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上をH30年度とR3年度で比較してみたところ、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たままの場合や、治療中断している人の割合は同規模と比較しても高くなっています。(図表 22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減少傾向にあります

が、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、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧 II 度以上高血圧											
					II 度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
大津町	1,767	42.8	1,648	41.2	110	6.0	58	52.7	136	7.9	79	58.1	47	34.6	15	11.0
同規模	102,084	42.4	88,959	38.8	6,357	6.2	4,013	63.1	6,269	7.0	3,976	63.4	2,492	39.8	309	4.9

	健診受診率				糖尿病 HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
大津町	1,842	100.0	1,722	100.0	74	4.0	19	25.7	88	5.1	19	21.6	7	8.0	6	6.8
同規模	100,303	98.3	87,882	98.8	4,799	4.8	1,222	25.5	4,387	5.0	1,061	24.2	287	6.5	150	3.4

出典：ヘルスサポートラボツール

③健診結果の経年変化

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

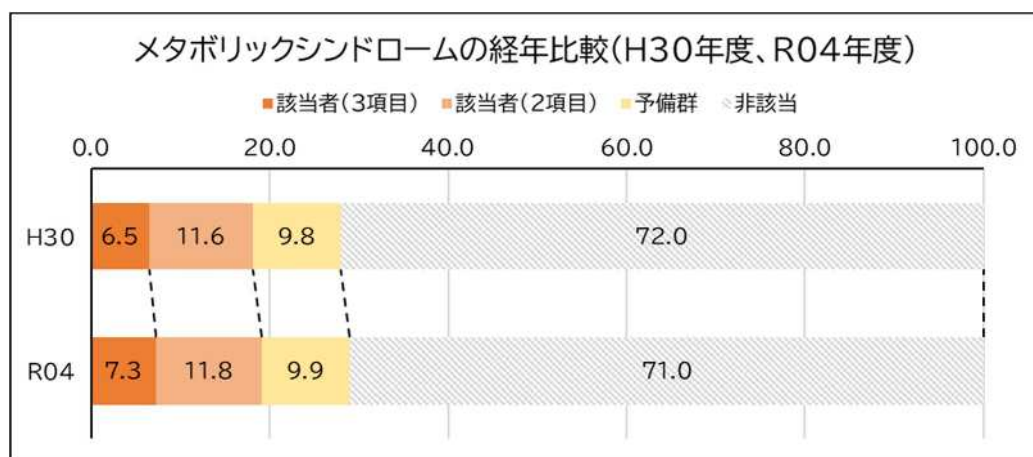
また重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、II 度高血圧以上、LDL-C160 以上の有所見割合を見ると、LDL-C160 以外は増加しているものの、翌年度の結果を見ると、全て改善率が上がってきています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも 3 割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者に対し継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

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	1,842 (42.8%)	334 (18.1%)	120 (6.5%)	214 (11.6%)	181 (9.8%)
R04年度	1,798 (44.1%)	343 (19.1%)	131 (7.3%)	212 (11.8%)	178 (9.9%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 23-2 メタボリックシンドロームの経年比較(H30 年度、R04 年度)



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	165 (9.0%)	32 (19.4%)	64 (38.8%)	24 (14.5%)	45 (27.3%)
R03→R04	185 (10.7%)	52 (28.1%)	63 (34.1%)	22 (11.9%)	48 (25.9%)

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	110 (6.0%)	56 (50.9%)	14 (12.7%)	6 (5.5%)	34 (30.9%)
R03→R04	136 (7.9%)	65 (47.8%)	26 (19.1%)	4 (2.9%)	41 (30.1%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	249 (13.5%)	93 (37.3%)	71 (28.5%)	22 (8.8%)	63 (25.3%)
R03→R04	177 (10.3%)	77 (43.5%)	45 (25.4%)	12 (6.8%)	43 (24.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

②健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、新型コロナウイルス感染症の受診控えの影響で、R02年度は受診率が大きく下がりましたが、オンラインによる申し込み方法の導入やチラシ・封筒等の工夫、未受診者への勧奨通知を実施したこと等により、R04年度の受診率は、44.1%となり、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できなかったものの、過去5年間で最高の受診率となりました。(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代の男性は他の年代と比較すると低い状況ですが、様々な機会を受診勧奨をした結果、受診率は伸びつつあります。今後も継続して、若い人でも受診したいと思うような取組を実施します(図表29)

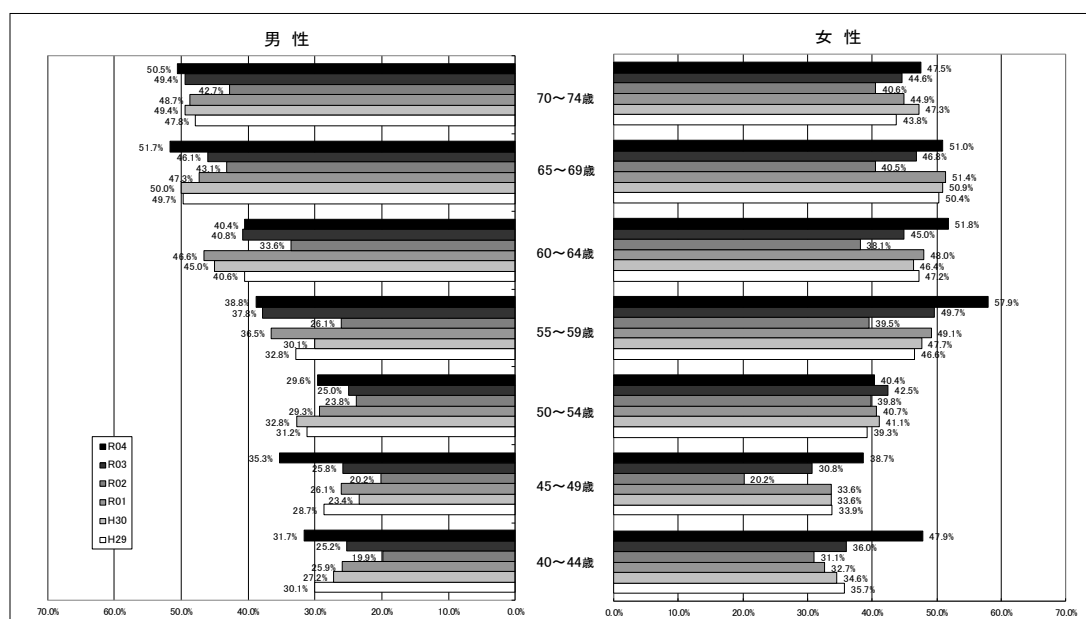
特定保健指導は、R02年度以降、実施率がやや減少傾向にあります。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

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	1,767	1,722	1,479	1,648	1686	健診受診率 60%
	受診率	42.8%	42.6%	36.2%	41.2%	44.1%	
特定保健指導	該当者数	227	219	182	196	214	特定保健指導実施率 60%
	割合	12.8%	12.7%	12.3%	11.9%	12.7%	
	実施者数	159	160	123	133	143	
	実施率	70.0%	73.1%	67.6%	67.9%	66.8%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

健診受診後は、健診結果から保健指導対象者の優先順位を決め、より重症化しやすい対象者から保健指導を実施しています。対象者は HbA1c6.5%以上で未治療者と HbA1c7.0%以上の治療中でコントロール不良の人、尿たんぱく陽性の人、Ⅱ度高血圧(160/100mmHg)以上の人、LDL コレステロール 180 mg/dl 以上の人としています。保健指導に当たっては、健診結果と生活を結び付けて考えられるように保健指導教材を活用するなど、それぞれの対象者に応じた指導が行えるように工夫しています。特に、脳血管疾患等の原因となっている高血圧や糖尿病の重症化予防対象者については、随時、受診状況や服薬情報の確認を行い、保健指導実施状況等の進捗管理も実施しています。

HbA1c6.5%以上の者の状況は、HbA1c6.5%以上の者の割合、治療なしの割合共に、令和3年度が上昇しましたが、ほぼ横ばいで推移しています。未受診者は治療につなげ、また治療中の人は中断をしないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行います。(重症化表1)

重症化表1 HbA1c6.5以上の者の推移と治療状況

		H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c測定者	人(a)	1,842	1,794	1,502	1,670	1,798
HbA1c6.5%以上	人(b)	165	175	144	182	174
	(b/a)	9.0%	9.8%	9.6%	10.9%	9.7%
	治療あり	人(c)	106	115	94	112
		(c/b)	64.2%	65.7%	65.3%	64.4%
	治療なし	人(d)	59	60	70	62
		(d/b)	35.8%	34.3%	34.7%	35.6%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(e)	7	4	4	13	6
	(e/b)	4.2%	2.3%	2.8%	7.1%	3.4%

ヘルスサポートラボツール

Ⅱ度高血圧以上の者の割合は、経年変化を見ると増減していますが、全体的に増加傾向で推移しています。そのうち、治療なしの人が約6割おり、治療をしているにもかかわらず、Ⅱ度高血圧以上のコントロール不良の者も約4割います。Ⅲ度高血圧異常の人も1割程度おり、脳血管疾患予防の観点から優先的に受診につなげる必要があります。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導の実施が必要です。高値血圧の者においても、家庭血圧を推進し、血圧手帳の活用を促していきます。(重症化表2)

重症化表2 II度高血圧以上の者の推移と治療状況

		H30	R1	R2	R3	R4
受診者	人(a)	1,842	1,794	1,502	1,670	1,798
II度高血圧以上	人(b)	110	86	150	131	139
	(b/a)	6.0%	4.8%	10.0%	7.8%	7.7%
	治療あり	人(c)	34	62	56	53
		(c/b)	47.3%	39.5%	41.3%	42.7%
	治療なし	人(d)	52	88	75	86
		(d/b)	52.7%	60.5%	57.3%	61.9%
III度高血圧以上の 未治療者	人(e)	8	10	15	13	9
	(e/b)	7.3%	11.6%	10.0%	9.9%	6.5%

ヘルスサポートラボツール

LDL コレステロール 180 mg/dL 以上の者の割合は、3～4％程度と横ばいで推移しています。そのうち、治療なしの人が約9割以上とかなり高い状況です。血液検査結果以外のリスク因子を確認しながら、保健指導することが必要です。(重症化表3)

重症化予防表3 LDLコレステロール180mg/dl以上の者の推移と治療状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,842	1,794	1,502	1,670	1,798
LDLコレステロール180以上	人(b)	68	67	39	50	63
	(b/a)	3.7%	3.7%	2.6%	3.0%	3.5%
	治療あり	人(c)	2	5	4	4
		(c/b)	1.5%	3.0%	8.0%	6.3%
	治療なし	人(d)	65	34	46	59
		(d/b)	97.0%	87.2%	92.0%	93.7%

ヘルスサポートラボツール

(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すが、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定されることも大きい。」とされています。

大津町においては、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、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、広報誌や健診申込書、健診結果に同封するチラシ等に掲載し、広く町民へ周知を行いました。

メタボの増加が町の課題となっているため、肥満の改善を目的として管理栄養士と運動指導を

行う NPO 法人と協力・連携して、「痩せる塾」などの健康教室を実施しました。

また、全年代の町民に向けて、健康に関心をもってもらうために、健康ポイント事業を実施していますが、令和 4 年度からは健康アプリを導入しました。

重症化予防事業とともに広く町民に健康に関心をもってもらい、疾病の予防に取り組んでもらうためのポピュレーションアプローチも同時に実施していきます。

(3)第 2 期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第 2 期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	
			(H30)	(R2)	(R4)	
データヘルス計画	中長期目標	入院の伸び率	44.7%	43.8%	43.3%	KDBシステム
		新規の脳血管疾患患者数	79	65	59	
		新規の虚血性心疾患患者数	98	104	93	
		新規の人工透析患者数	3	3	1	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.05%	0.05%	0.02%	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	66.7%	100.0%	100.0%	
	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・予備群の割合の減少	27.7%	30.6%	大津町ヘルスサポートラボツール
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(未治療者HbA1C6.5%以上)	3.2%	3.3%	
			健診受診者のHbA1C7.0以上の治療者(コントロール不良者)の割合減少	3.0%	3.5%	
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(未治療160/100以上)	3.1%	5.9%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(未治療LDL180以上)	12.8%	8.0%	
			糖尿病の保健指導実施率(未治療)	69.0%	75.0%	大津町
			糖尿病の保健指導実施率(治療中)	72.2%	75.6%	
			尿蛋白有所見者の保健指導実施率	64.3%	75.0%	
			高血圧の保健指導実施率	70.6%	70.1%	
			脂質異常の保健指導実施率	76.4%	93.8%	
		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	42.8	36.2	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	70.0	67.6	
			特定保健指導対象者の割合の減少	15.4	13.2	
	努力支援制度 その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	26.3	38.9	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)
			肺がん検診受診者の増加	33.8	25.4	
			大腸がん検診受診者の増加	32.0	24.3	
			子宮がん検診受診者の増加	29.8	29.0	
			乳がん検診受診者の増加	37.8	36.4	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	31.9	30.8	
		自己の健康に関心を 持つ住民が増える	健康ポイントの取り組み実施者数	470	198	大津町
			歯周病検診の受診率(R3～)	10.5%	7.0%	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

特定健診受診率はオンラインによる申し込み方法の導入やチラシ・封筒等の工夫、未受診者への勧奨通知などの受診率向上のための取組を実施し、受診率は回復傾向にあります。国が目標とする60%には到達していません。さらに、国保被保険者のうち特定健診受診率が比較的高い世代が今後75歳となり後期高齢者医療制度に移行していくことから、受診率の低い働き盛り世代の受診率向上が課題となっています。

医療費が高額となる脳血管疾患の新規患者数は減少傾向にあります。虚血性心疾患の新規患者数は横ばいとなっています。健診結果では、高血圧、脂質異常、血糖異常の割合は横ばいで、糖尿病の未治療者の割合も減少していないという現状があります。特に脂質異常や高血圧で未治療の割合が高く、脳血管疾患等発症者は、高血圧、糖尿病、脂質異常等の基礎疾患を併せ持っていることから、受診勧奨や治療継続の支援など生活習慣病重症化予防の取組を継続していく必要があります。

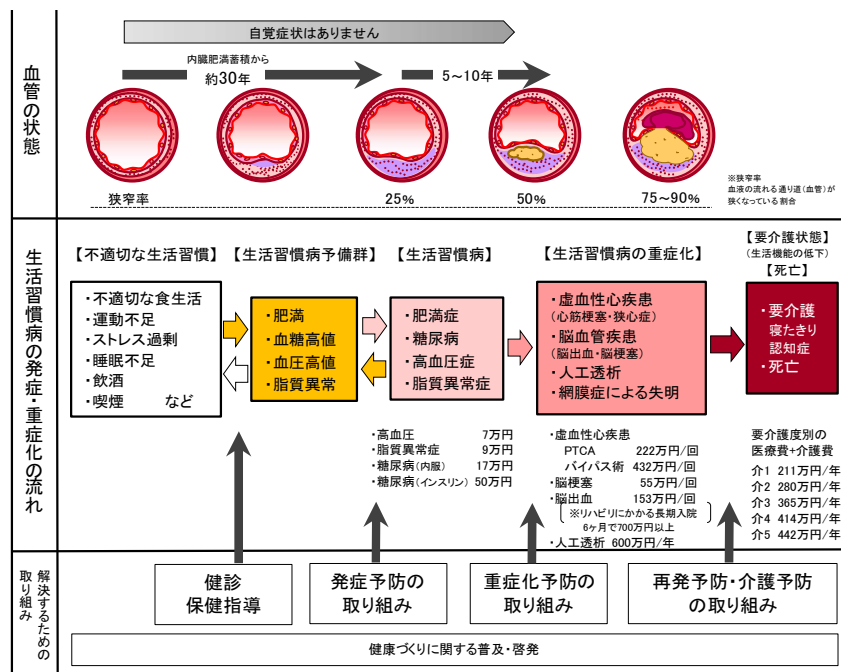
また、メタボ該当者・予備群の割合も増加傾向にあるため、肥満対策の継続が必要です。特定保健指導の実施およびポピュレーション事業も継続して実施し、肥満と生活習慣病の関連性について広く町民に周知する活動を行います。

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、「生活習慣病の予備群」、「生活習慣病への進展」、「重症化・合併症へと悪化」するものを減少させることや、「生活習慣病」を「予備群」や「健康な状態」へ改善するものを増加させることが必要となります。

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

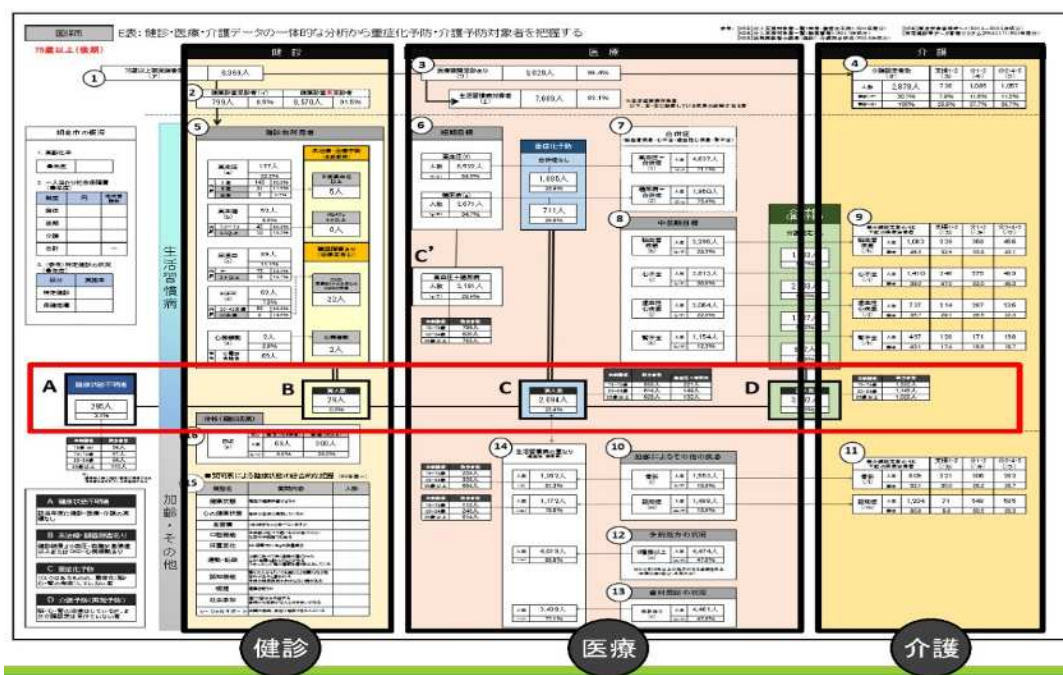
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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います。また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表31に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1)医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数	6,322人	6,223人	6,168人	6,087人	5,886人	4,155人
総件数及び 総費用額	件数	56,501件	55,671件	52,468件	55,116件	54,706件
	費用額	19億6908万円	20億5651万円	20億6192万円	21億1887万円	21億0716万円
一人あたり医療費	31.1万円	33.0万円	33.4万円	34.8万円	35.8万円	100.9万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
				腎		脳 梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗 塞		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)										
① 国保	大津町	21億0716万円	29,247	3.68%	0.25%	2.08%	0.54%	5.84%	3.22%	1.66%	3億6396万円	17.3%	15.6%	8.19%	10.00%
	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	--	33,050	5.52%	0.26%	1.89%	1.02%	5.62%	3.12%	1.72%	--	19.2%	14.1%	9.62%	8.56%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	大津町	41億9057万円	85,280	5.85%	0.51%	3.54%	1.05%	3.49%	2.50%	0.81%	7億4333万円	17.7%	8.4%	4.54%	13.2%
	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	--	81,455	4.72%	0.47%	3.74%	1.12%	3.70%	2.88%	1.07%	--	17.7%	9.2%	4.70%	13.2%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 34 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	201人	209人	205人	200人	210人	562人
	件数	B	322件	373件	388件	400件	438件	1,083件
		B/総件数	0.57%	0.67%	0.74%	0.73%	0.80%	1.61%
	費用額	C	4億1490万円	4億7578万円	4億9013万円	5億3635万円	5億7463万円	13億4508万円
		C/総費用	21.1%	23.1%	23.8%	25.3%	27.3%	32.1%

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	17人		12人		14人		13人		11人		31人		
			D/A	8.5%		5.7%		6.8%		6.5%		5.2%		5.5%		
	件数		E	20件		19件		29件		26件		27件		68件		
			E/B	6.2%		5.1%		7.5%		6.5%		6.2%		6.3%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	1	5.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%	
		40代	0	0.0%	1	5.3%	1	3.4%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	1	1.5%	
		50代	3	15.0%	0	0.0%	3	10.3%	2	7.7%	2	7.4%	75-80歳	16	23.5%	
		60代	11	55.0%	4	21.1%	13	44.8%	7	26.9%	10	37.0%	80代	40	58.8%	
		70-74歳	6	30.0%	13	68.4%	12	41.4%	17	65.4%	15	55.6%	90歳以上	11	16.2%	
	費用額		F	2430万円		2849万円		3556万円		3167万円		3136万円		8324万円		
F/C			5.9%		6.0%		7.3%		5.9%		5.5%		6.2%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
虚血性心疾患	人数	G	5人		2人		8人		12人		5人		15人		
		G/A	2.5%		1.0%		3.9%		6.0%		2.4%		2.7%		
	件数	H	5件		2件		10件		12件		5件		17件		
		H/B	1.6%		0.5%		2.6%		3.0%		1.1%		1.6%		
	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	1	5.9%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	2	11.8%
		50代	1	20.0%	0	0.0%	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	3	17.6%
		60代	1	20.0%	2	100.0%	3	30.0%	6	50.0%	3	60.0%	80代	8	47.1%
		70-74歳	3	60.0%	0	0.0%	6	60.0%	6	50.0%	2	40.0%	90歳以上	3	17.6%
	費用額	I	879万円		350万円		1451万円		1595万円		657万円		3168万円		
		I/C	2.1%		0.7%		3.0%		3.0%		1.1%		2.4%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析

E表:健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①				②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数				健診受診率			体格(健診結果)					
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	33.3		1,884	2,313	3,945	32.7	44.3	15.8	9.1	7.9	7.7	24.0	22.9	23.0
R04	32.9		1,800	2,718	4,175	32.3	42.6	18.5	7.2	6.6	6.7	29.1	25.9	23.6

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																														
年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動						
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30	28	4.5	(14)	70	6.8	(21)	70	11.2	(11)	18	2.9	(4)	46	4.5	(3)	6	1.0	(0)	3	0.5	9	0.9	17	2.7	1	0.2	19	1.9	14	2.2	
R04	32	5.5	(17)	104	9.0	(34)	78	10.1	(18)	17	2.9	(2)	68	5.9	(8)	9	1.2	(1)	3	0.5	9	0.8	6	0.8	0	—	10	0.9	17	2.2	

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表		③						⑥												⑦								
年度	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症												
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症									
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-							
H30	82.8	92.6	97.1	33.1	60.8	83.3	76.2	82.5	88.3	48.3	44.9	37.5	32.6	33.2	32.4	38.5	48.0	66.6	42.2	49.3	67.8							
R04	81.7	91.2	96.1	31.8	63.0	84.3	75.0	85.3	88.7	44.8	44.5	40.0	27.4	34.9	34.4	37.5	46.3	68.3	42.6	49.8	71.0							

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.6	10.4	23.9	3.9	11.2	21.4	6.3	14.3	34.4	5.6	8.3	15.8	7.5	17.4	46.6	4.1	7.7	36.1	3.4	8.5	41.2	3.8	12.4	39.9
R04	4.3	10.8	24.2	3.6	10.9	20.5	5.9	15.6	39.1	4.9	8.2	18.3	9.1	13.6	49.4	1.6	6.4	39.9	1.9	9.4	46.1	2.2	12.2	44.4

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	64.0	81.7	68.3	84.0	4.8	15.4	1.8	15.8	9.0	55.9	68.3	83.7
R04	61.0	85.3	72.9	85.0	3.9	15.5	1.8	16.0	13.3	60.1	60.4	84.2

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化(図表 32～42)

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は増加が続いています。後期高齢者になると一人あたり 100 万円を超え、国保の 2.8 倍も高い状況です。(図表 32)

高額レセプトについては、国保においては毎年約 400 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 倍に増えることがわかります。

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、国保で平成30年度は 20 件で約 2,400 万円の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 27 件と件数が増え、費用額も約 3,100 万円と増えています。後期高齢においては、68 件発生し、約 8,300 万円余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。(図表 34、35)

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は、40～64 歳が 84 人減少しているのに対し、65～74 歳は 405 人、75 歳以上では 230 人増えており、高齢化率の低い大津町でも 65 歳以上の被保険者が確実に増えていることがわかります。

⑮の体格をみると、BMI25以上の率が 40～64 歳の若い年齢層では 5.1 ポイント、65～74 歳の年齢層では 1.9 ポイント、75 歳以上では 0.6 ポイントそれぞれ高くなっています。図表 39 健診有所見の状況をみると、Ⅱ度高血圧以上、HbA1c7.0 以上の対象人数が増えており、より一層の受診勧奨や保健指導の徹底が課題となります。

図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧においては 40～64 歳、65～74 歳で割合が減っていますが、糖尿病においてはすべての年齢層で増えています。

図表 41 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30 年度と R4 年度を比較すると、大きな変化は見られないが、脳血管疾患だけは 40～64 歳 65～74 歳ともに上がっており、高額レセプト分析において入院費が伸びている要因が、一体的分析においても課題であることがわかります。

(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ておき、評価指標については、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43)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つの臓器の血管が傷んでくることを考えると、高齢化が進展する状況では、医療費の伸びを抑えることが難しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とする。

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。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。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。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基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

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 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			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	新規脳梗塞患者数の減少（割合の維持・減少）	50	45	43	保険者データヘルス支援システム
			新規脳出血患者数の減少（割合の維持・減少）	9	8	7	
			新規虚血性心疾患患者数の減少（割合の維持・減少）	93	85	82	
			年間新規透析導入患者数の減少（割合の維持・減少）	1	1	1	
			糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少	1	1	1	
	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該当者の割合減少	19.1%	18.6%	18.1%	大津町健康保険課
			メタボリックシンドローム予備群の割合減少	9.9%	9.7%	9.4%	
			健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	7.5%	7.0%	6.5%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL180以上）	3.3%	2.8%	2.3%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1C6.5%以上）	12.3%	11.8%	11.3%	
			40代50代のHbA1c6.5以上者の割合の減少	4.4%	4.2%	4.0%	
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	1.10%	0.98%	0.96%	
			糖尿病（HbA1c 6.5以上）の未治療者の割合の減少	34.4%	34.2%	34.0%	
	短期目標	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	44.1%	54.0%	60.0%	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	66.8%	71.0%	72.0%	
			★特定保健指導対象者の減少率	12.8%	15.0%	18.0%	
		生活習慣病発症予防	40代の健診受診率向上	32.2%	32.4%	32.7%	特定健診等データ管理システム
			50代の健診受診率向上	37.9%	38.2%	38.4%	
			朝食を抜くことが3回以上ある40代の割合の減少	29.4%	28.5%	27.5%	
			朝食を抜くことが3回以上ある50代の割合の減少	21.3%	20.7%	20.1%	
			健康アプリ登録者数の増加	1,943	2,500	3,000	大津町
			歯周病検診受診者数の増加	130	増加	増加	

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1期及び第2期は5年を1期としていたが、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3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	48%	51%	54%	56%	58%	60%以上
特定保健指導実施率	70%	70%	71%	71%	72%	72%

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	4,055人	3,959人	3,999人	3,969人	3,994人	4,040人
	受診者数	1,946人	2,019人	2,159人	2,182人	2,316人	2,424人
特定保健指導	対象者数	253人	262人	280人	283人	301人	315人
	受診者数	177人	186人	204人	212人	231人	252人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。現在、大津町では委託により年3回の集団健診を実施していますが、個別健診は行っていません。今後は、受診率上昇のため、県や県医師会と協議の上、検討していきます。

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、対象者に郵送する健診案内チラシに記載します。

(4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

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

図表 46 特定健診検査項目(例示)

○大津町特定健診検査項目

健診項目		大津町	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

(5)実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

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

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

スケジュールは図表47のとおりです。実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。

図表 47 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 健診対象者の抽出、健診の案内の印刷・郵送	特定保健指導の実施
5月			健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取費用決裁 ふるさと総合健診 保健指導対象者の抽出	
7月		特定保健指導の開始	
8月			実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
9月			
10月		がん複合検診の実施	受診・実施率実績の算出
11月	契約に関する予算手続き		支払基金(連合会)への報告(ファイル作成・送付)
12月			
1月		追加健診	
2月			
3月	契約準備	特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、事業者への委託の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

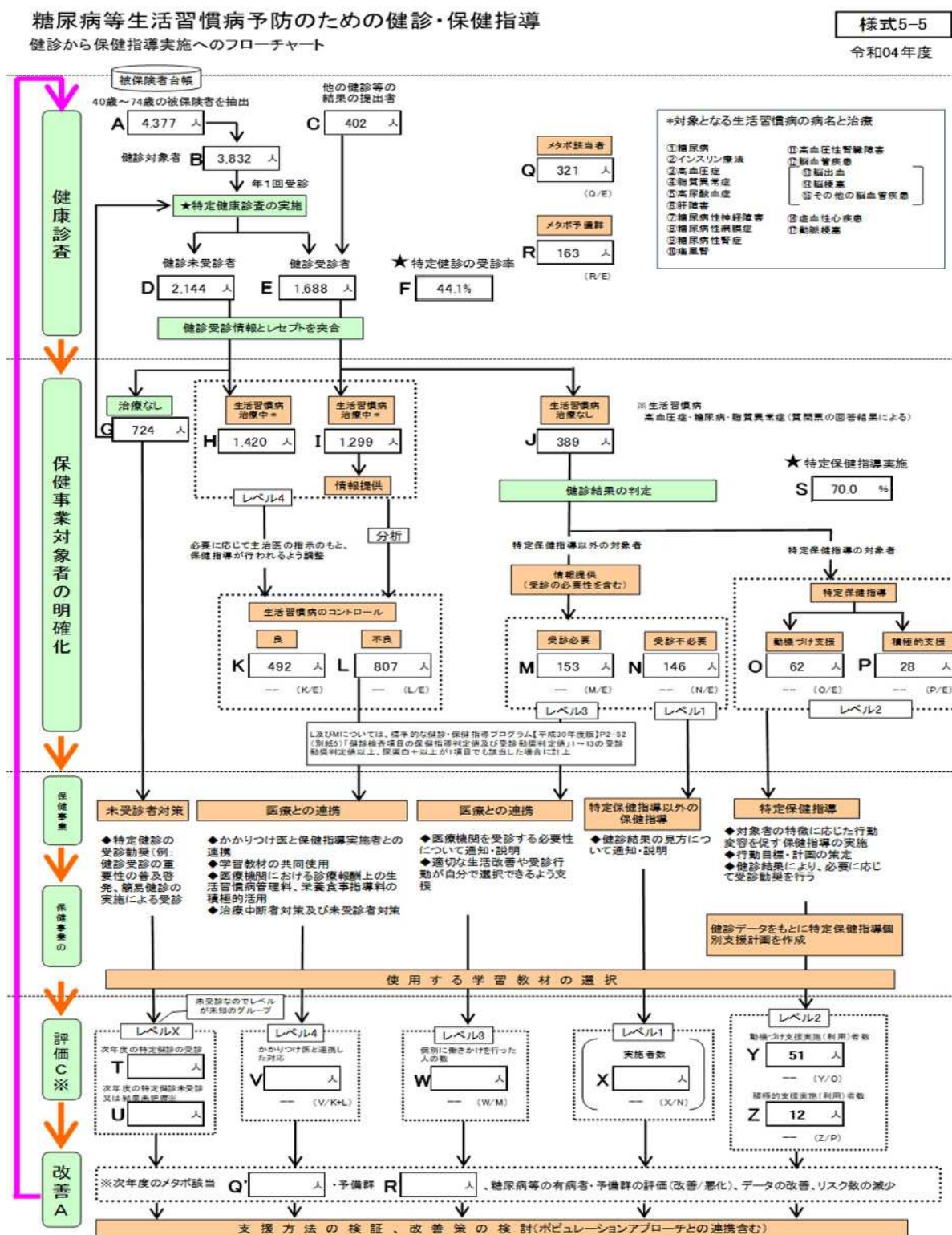
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1)健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



出典:ヘルサポートラボツール

(2)要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の優先順位

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	令和4年度 対象者
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	90人 (5.3%)
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	153人 (9.1%)
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)	2,144人 ※受診率目標 達成までにあ と611人
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通 知・説明	146人 (8.6%)
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	1,299人

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の案内郵送
5月			◎人間ドック申込の開始 (5月～翌年2月)
6月	◎ふるさと総合健診の開始 (6月下旬頃)	◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎保健指導の開始	
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	◎ガン複合検診開始 (10月～11月)
11月	◎未受診者に追加健診の案内を郵送		
12月			
1月	◎特定健康診査の追加健診		
2月	◎健診の終了		◎人間ドックの終了
3月		◎保健指導の終了	

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び大津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、大津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

大津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、613人(34.1%)です。そのうち治療なしが204人(21.8%)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133人です。

また、大津町においては、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、204人中109人と高いため、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 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-

脳・心・腎を守るために－重症化予防の視点から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 健診受診者(受診率)																																																							
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)				虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))				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 (日本腎臓病学会)		■各疾患の治療状況																																																							
	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								治療中		治療なし																																																					
	脳卒中治療ガイドライン2019 (日本高血圧学会)				動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)				糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		高血圧		673		1,125																																																			
	重症化予防対象 Ⅱ度高血圧以上				重症化予防対象 心房細動				重症化予防対象 LDL-C 180mg/dl以上				重症化予防対象 中性脂肪 300mg/dl以上				重症化予防対象 メタボ該当者 (2項目以上)				重症化予防対象 HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)				重症化予防対象 腎臓専門医 紹介基準対象者				重症化予防対象者 (実人数)																																							
	該当者数				139				7.7%				9				0.5%				63				3.5%				41				2.3%				343				19.1%				131				7.3%				89				4.9%				613				34.1%			
	治療なし				86				7.6%				1				0.1%				59				4.4%				30				2.2%				66				7.1%				62				3.8%				18				1.9%				204				21.8%			
	(再掲) 特定保健指導				36				25.9%				0				0.0%				20				31.7%				12				29.3%				66				19.2%				14				10.7%				5				5.6%				109				17.8%			
	治療中				53				7.9%				8				0.9%				4				0.9%				11				2.4%				277				32.1%				69				40.6%				71				8.2%				409				47.3%			
	臓器障害あり				77				89.5%				1				100.0%				25				42.4%				14				46.7%				42				63.6%				34				54.8%				18				100.0%				133				65.2%			
	CKD(専門医対象者)				7								1								0								0								2								6								18								18							
	心電図所見あり				77								1								25								14								41								31								12								127							
	臓器障害なし				9				10.5%				—								34				57.6%				16				53.3%				24				36.4%				28				45.2%				—								—							

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

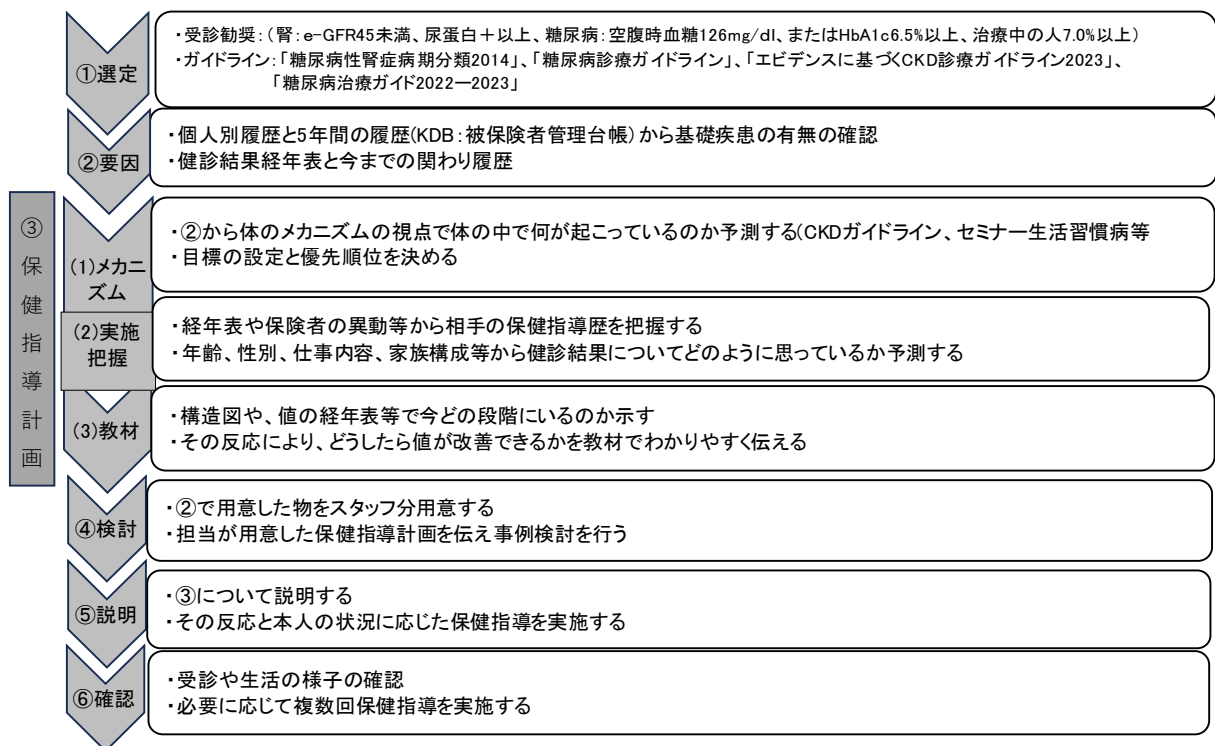
1) 基本的な考え方

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)及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



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、熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- 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)を基盤とします。

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73㎡)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30～299)	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
第4期(腎不全期)	問わない	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)で把握していきます。大津町においては、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)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が難しい状況です。しかし、定性検査で(±)以上者については、尿たんぱく定量検査を実施しています。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(－)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(＋)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。

大津町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、89人(34.4%・F)でした。また、40～74歳における糖尿病治療者1,077人のうち、特定健診受診者が170人(65.6%・

G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者 887 人(83.9%・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

図表 54 より大津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)・・・89 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)・・・91 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

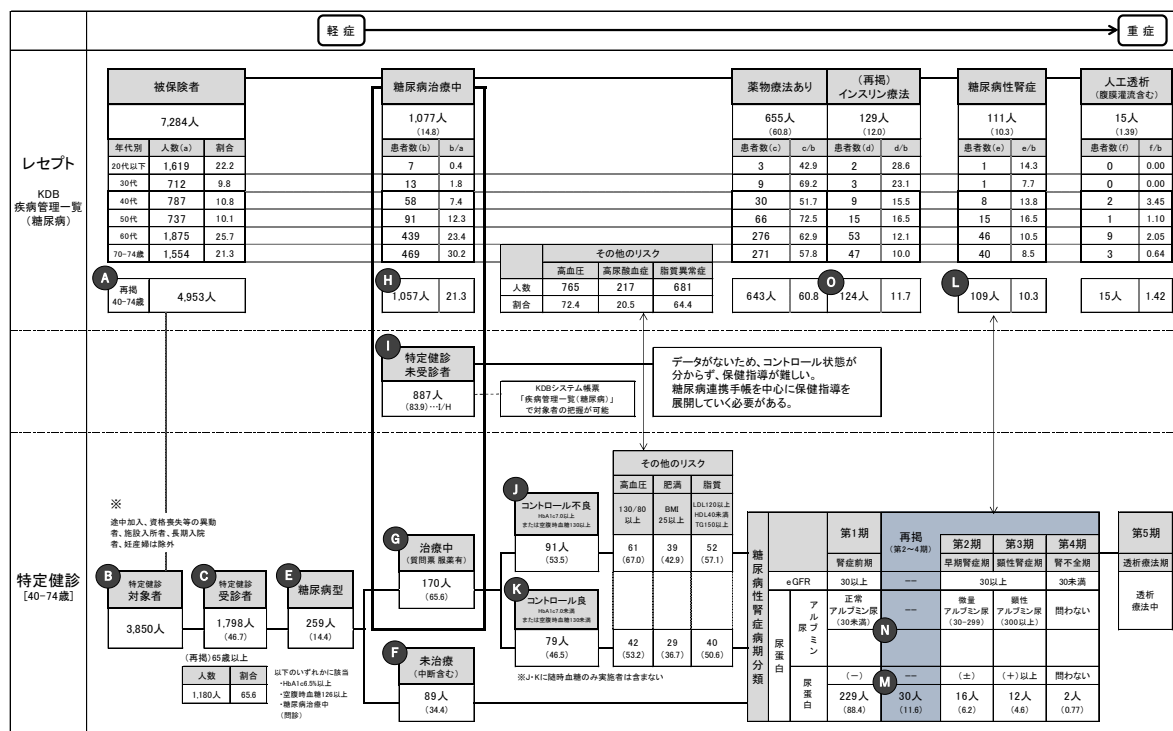
【保健指導】

- ・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

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



出典：ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。大津町においては、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ます。

図表 55 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始めます
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体の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
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・薬品・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

(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、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは、尿たんぱく定量検査を実施していますが、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、県と県医師会の協議や連携を踏まえ、菊池郡市医師会等を通じた医療機関やかかりつけ医との連携体制を検討します。

(2) 治療中の者への対応

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センター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、図表56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

①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

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		実 台 表	大津町										同年度県平均(平成)		データ基
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	6,372人		6,343人		6,255人		6,226人		6,147人			KDB,厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40~74歳		4,605人		4,595人		4,576人		4,608人		4,523人				
2	① 対象者数	B	4,126人		4,045人		4,091人		3,997人		3,839人			市町村国保 特定健康診査・特定保 険指保状況報告書	
	② 特定健診 受診者数	C	1,842人		1,794人		1,523人		1,722人		1,798人				
	③ 受診率		44.6%		44.4%		37.2%		43.1%		46.8%				
3	① 特定 保健指導 対象者数		227人		219人		182人		196人		214人			特定健診結果	
	② 実施率		70.0%		73.1%		67.6%		67.9%		66.9%				
	④ 糖尿病型	E	250人	13.6%	251人	14.0%	217人	14.2%	251人	14.6%	259人	14.4%			
	⑤ 未治療・中断者(錠剤薬服用なし)	F	98人	39.2%	85人	33.9%	79人	36.4%	91人	36.3%	89人	34.4%			
	⑥ 治療中(錠剤薬服用あり)	G	152人	60.8%	166人	66.1%	138人	63.6%	160人	63.7%	170人	65.6%			
	⑦ コントロール不良 HbA1c 6.5%以上または2週間以上血糖値が目標値以上	J	94人	61.8%	104人	62.7%	76人	55.1%	94人	58.8%	91人	53.5%			
	⑧ 血圧 130/80以上		53人	56.4%	65人	62.5%	51人	67.1%	61人	64.9%	61人	67.0%			
	⑨ 肥満 BMI25以上		37人	39.4%	47人	45.2%	32人	42.1%	41人	43.6%	39人	42.9%			
	⑩ コントロール良好 HbA1c 6.5%未満かつ2週間以上血糖値が目標値未満	K	58人	38.2%	62人	37.3%	62人	44.9%	66人	41.3%	79人	46.5%			
	⑪ 第1期 尿蛋白(-)	M	219人	87.6%	214人	85.3%	195人	89.9%	228人	90.8%	229人	88.4%			
	⑫ 第2期 尿蛋白(±)		15人	6.0%	16人	6.4%	8人	3.7%	6人	2.4%	16人	6.2%			
	⑬ 第3期 尿蛋白(+)以上		13人	5.2%	18人	7.2%	12人	5.5%	15人	6.0%	12人	4.6%			
	⑭ 第4期 eGFR30未満		3人	1.2%	3人	1.2%	2人	0.9%	2人	0.8%	2人	0.8%			
	① 糖尿病受診率(治療中者)		113.9人		120.3人		114.8人		119.2人		118.3人			KDB,厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40~74歳(治療中者)		155.9人		162.4人		154.3人		159.5人		158.3人			KDB,疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	③ レセプト件数 (40~74歳) (1000円未満)		3,861件 (850.8)		4,040件 (892.4)		4,136件 (911.6)		4,491件 (1004.0)		4,424件 (1010.7)		830.2万件 (921.9)		
	④ 入院外(件数)		39件 (8.6)		34件 (7.5)		35件 (7.7)		37件 (8.3)		26件 (6.4)		2,654件 (3.9)	KDB,厚生労働省様式 様式3-2	
	⑤ 入院(件数)		726人	11.4%	763人	12.0%	718人	11.5%	742人	11.9%	727人	11.8%			
	⑥ 糖尿病治療中	H	718人	15.6%	746人	16.2%	706人	15.4%	735人	16.0%	716人	15.8%			
	⑦ (再掲)40~74歳														
	⑧ 健診未受診者	I	566人	78.8%	594人	79.6%	568人	80.5%	575人	78.2%	546人	76.3%			
	⑨ インスリン治療	O	56人	7.7%	64人	8.4%	72人	10.0%	74人	10.0%	81人	11.1%			
	⑩ (再掲)40~74歳		53人	7.4%	61人	8.2%	69人	9.8%	73人	9.9%	80人	11.2%			KDB,厚生労働省様式 様式3-2
	⑪ 糖尿病性腎症	L	73人	10.1%	58人	7.6%	57人	7.9%	63人	8.5%	65人	8.9%			
	⑫ (再掲)40~74歳		71人	9.9%	55人	7.4%	54人	7.6%	63人	8.6%	65人	9.1%			
	⑬ 慢性人工透析患者数 (標準透析量を100%とする割合)		5人	0.7%	9人	1.2%	12人	1.7%	13人	1.8%	10人	1.4%			
	⑭ (再掲)40~74歳		5人	0.7%	9人	1.2%	12人	1.7%	13人	1.8%	10人	1.4%			
	⑮ 新規透析患者数		3人		2人		3人		2人		1人			KDB,厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
	⑯ (再掲)糖尿病性腎症		4人		4人		6人		7人		7人				
	⑰ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (標準透析量を100%とする割合)		26人	2.8%	27人	2.9%	28人	3.0%	29人	3.2%	33人	3.2%			
	① 総医療費		19億6908万円		20億5651万円		20億6192万円		21億1887万円		21億0716万円		21億6943万円	KDB 健診・医療・介護データ からみえる地域の健康課題	
	② 生活習慣病総医療費		10億3026万円		10億7511万円		11億1431万円		10億8160万円		10億8129万円		11億4738万円		
	③ (総医療費に占める割合)		52.3%		52.3%		54.0%		51.0%		51.3%		52.9%		
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		7,168円		6,688円		6,305円		7,749円		7,856円		7,199円		
	⑤ 健診受診者		33,697円		34,822円		37,796円		35,604円		36,890円		37,856円		
	⑥ 糖尿病医療費		1億1343万円		1億2027万円		1億2482万円		1億3134万円		1億2310万円		1億2598万円		
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		11.0%		11.2%		11.2%		12.1%		11.4%		11.0%		
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		2億8156万円		3億1588万円		3億3727万円		3億4239万円		3億6172万円				
	⑨ 1件あたり		28,660円		32,524円		35,136円		35,110円		38,281円				
	⑩ 糖尿病入院総医療費		1億6541万円		2億2511万円		2億0457万円		2億6260万円		2億3248万円				
	⑪ 1件あたり		499,738円		632,327円		581,168円		658,152円		669,958円				
	⑫ 在院日数				16日		17日		18日		19日				
	⑬ 慢性腎不全医療費		7631万円		9105万円		9522万円		7295万円		8285万円		9872万円	KDB 健診・医療・介護データ からみえる地域の健康課題	
	⑭ 透析あり		7346万円		8192万円		9248万円		7025万円		7762万円		9197万円		
	⑮ 透析なし		284万円		913万円		274万円		270万円		523万円		675万円		
7	① 介護 介護給付費		22億7597万円		22億5688万円		23億2067万円		23億4381万円		23億8111万円		21億9980万円	KDB,健康・医療・介護データ からみえる地域の健康課題	
	② (2号認定者)糖尿病合併症		1件 7.7%		0件		0件		0件		0件				
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		1人 0.4%		0人 0.0%		5人 1.8%		4人 1.5%		2人 0.7%		926人 1.1%	KDB,健康・医療・介護データ からみえる地域の健康課題	
	②														

7) 実施期間及びスケジュール

4～5 月 対象者の選定基準の確認、決定

対象者の抽出(概数の試算)、介入方法・実施方法の決定

7 月 特定健診結果(ふるさと総合健診)のデータ分析、糖尿病管理台帳に登録、重症化予防対象者への介入開始

11 月 特定健診結果(がん複合検診)のデータ分析、糖尿病管理台帳に登録、重症化予防対象者への介入開始

12 月 保健指導実施状況の整理、ケース検討

2 月 特定健診結果(追加健診)のデータ分析、糖尿病管理台帳に登録、重症化予防対象者への介入開始

3 月 当年度の保健指導実施状況整理・総括、次年度の事業実施計画策定

2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

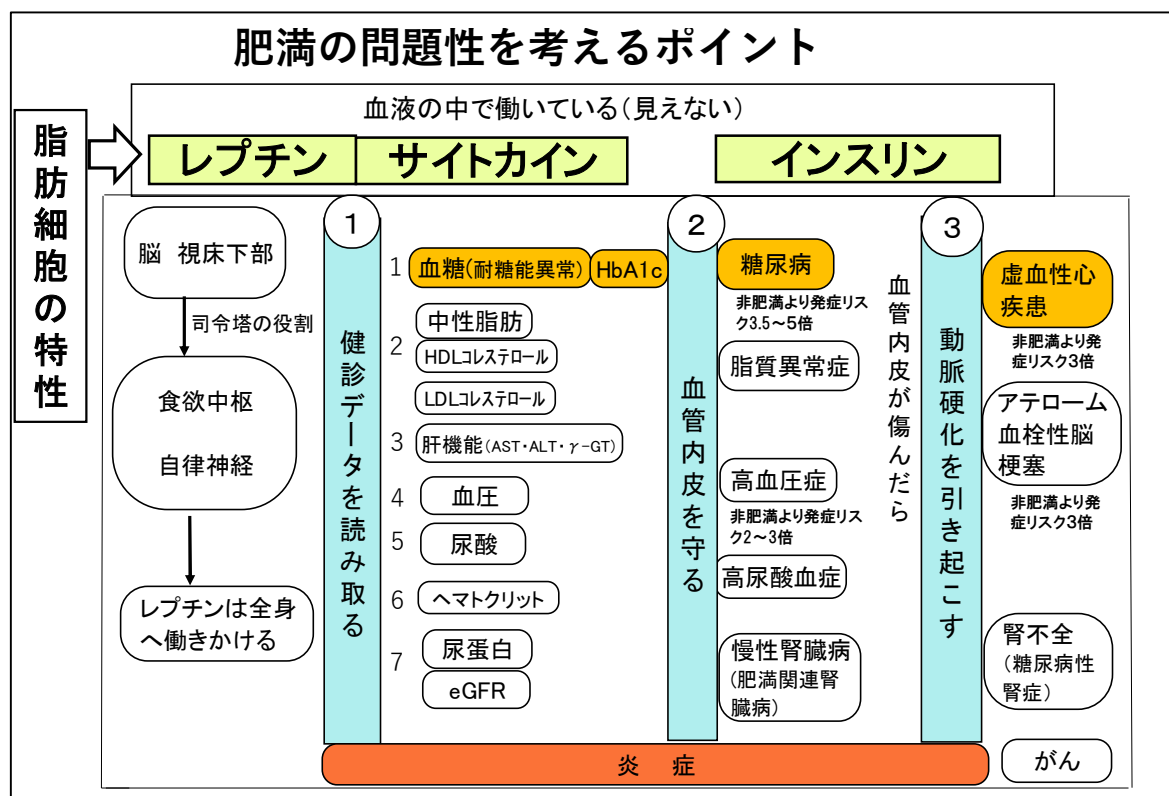
1) 基本的な考え方

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) 肥満度分類による実態

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
総数		618	1,180	185	305	139	272	34	27	10	6	2	0
				29.9%	25.8%	22.5%	23.1%	5.5%	2.3%	1.6%	0.5%	0.3%	0.0%
再掲	男性	262	554	91	173	68	161	17	9	5	3	1	0
				34.7%	31.2%	26.0%	29.1%	6.5%	1.6%	1.9%	0.5%	0.4%	0.0%
	女性	356	626	94	132	71	111	17	18	5	3	1	0
				26.4%	21.1%	19.9%	17.7%	4.8%	2.9%	1.4%	0.5%	0.3%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

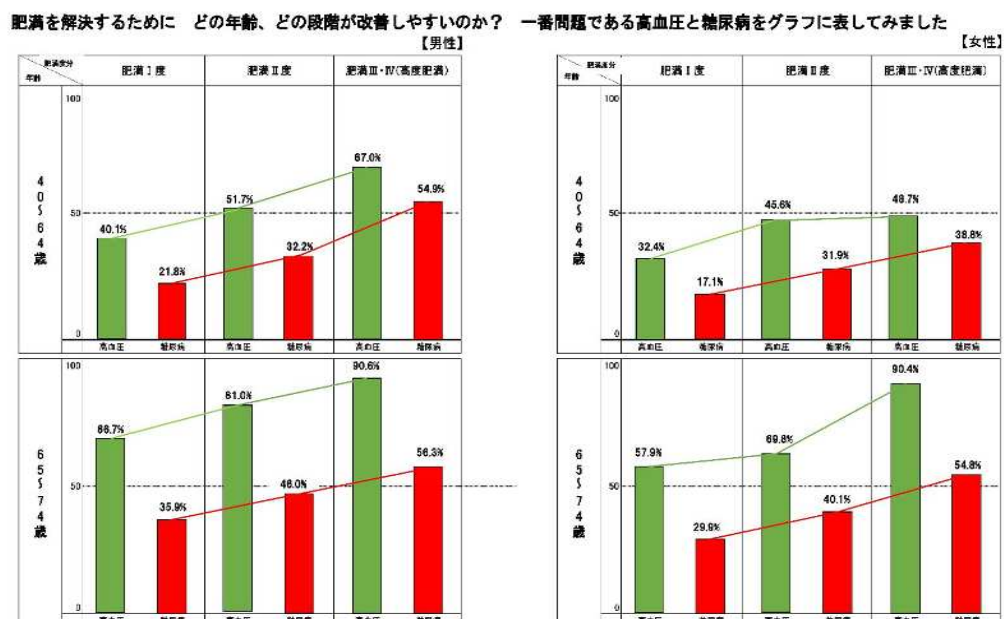
町の肥満の実態は図表 59 のとおりですが、性別でみると、女性より男性に肥満が多く、肥満度と年齢で見ると、肥満度Ⅰでは65歳以上が多いですが、Ⅱ度以上の肥満では40～64歳までの若い年代に多くみられます。

(2)優先順位

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

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 60 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



② 保健指導を実施した時の住民の声(意識)から「日常生活」で困っていることを教えてもらいました。

図表 61 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

「肥満」になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

肥満度 BMI		I 度	II 度	III 度	IV 度
生活		25～29.9	30～34.9	35～39.9	40～
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているからか腸の痙攣もおこるよ	・逆流性食道炎になった。
排泄	排便			・便秘になって大変	・便器に座ると便座が割れる
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる	・尿意を感じて夜中に3回起きる	・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする	・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩く足がしびれる	・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い
	日常動作		・屈まず、足の爪を切ることができない ・朝起きると体重で手がしびれて色が変わっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かすづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸	・2～3年前から胸の変な感じがある ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動機あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグツと	・動機がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動機が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感苦しさで10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要がある。そのことは、図表 61 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に図表 60 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満 I 度で、若い年代(40～64 歳)を対象とすると効率が良いことがわかります。

3)対象者の明確化

図表 63 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性				
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳
健診受診者	A	816	92	79	336	309	982	86	128	400	368
メタボ該当者	B	256	19	25	102	110	87	4	14	34	35
	B/A	31.4%	20.7%	31.6%	30.4%	35.6%	8.9%	4.7%	10.9%	8.5%	9.5%
再掲	① 3項目全て	C	96	4	7	40	45	35	1	5	17
		C/B	37.5%	21.1%	28.0%	39.2%	40.9%	40.2%	25.0%	35.7%	50.0%
	② 血糖＋血圧	D	41	1	2	20	18	13	1	2	5
		D/B	16.0%	5.3%	8.0%	19.6%	16.4%	14.9%	25.0%	14.3%	14.7%
	③ 血圧＋脂質	E	107	13	14	39	41	36	1	6	12
		E/B	41.8%	68.4%	56.0%	38.2%	37.3%	41.4%	25.0%	42.9%	35.3%
	④ 血糖＋脂質	F	12	1	2	3	6	3	1	1	0
		F/B	4.7%	5.3%	8.0%	2.9%	5.5%	3.4%	25.0%	7.1%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 64 メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	816	256	31.4%	201	78.5%	55	21.5%	982	87	8.9%	76	87.4%	11	12.6%
40代	92	19	20.7%	6	31.6%	13	68.4%	86	4	4.7%	3	75.0%	1	25.0%
50代	79	25	31.6%	16	64.0%	9	36.0%	128	14	10.9%	13	92.9%	1	7.1%
60代	336	102	30.4%	86	84.3%	16	15.7%	400	34	8.5%	28	82.4%	6	17.6%
70～74歳	309	110	35.6%	93	84.5%	17	15.5%	368	35	9.5%	32	91.4%	3	8.6%

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 3 割を超えるが、女性では 50 代から 70 代で 1 割程度であるため、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(図表 64)は、40 代の男性を除いた 6 割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。

また、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えるため、メタボリックシンドローム該当者は心・脳血管疾患を発症しやすくなります。メタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 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メタボ(肥満)台帳を作成し、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て行っていきます。

図表 65 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

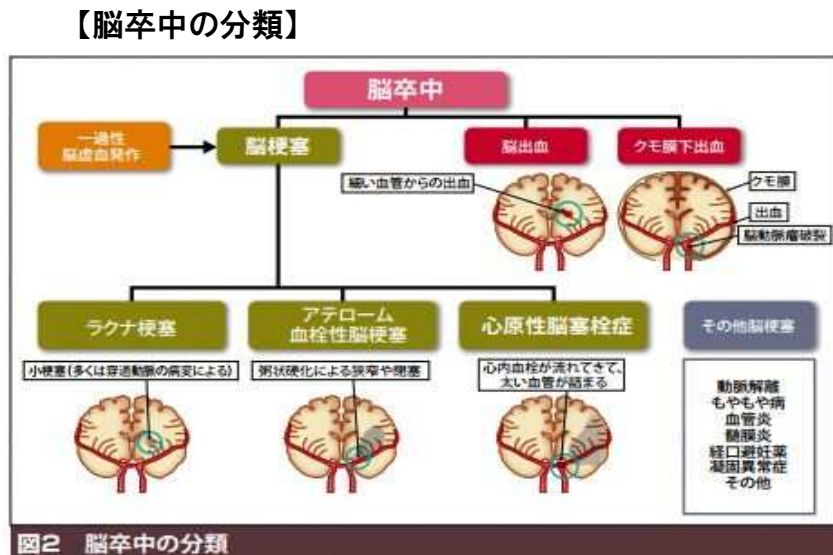
特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いませんか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えたと、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかけられないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

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。(図表 72,73)

図表 72 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 73 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

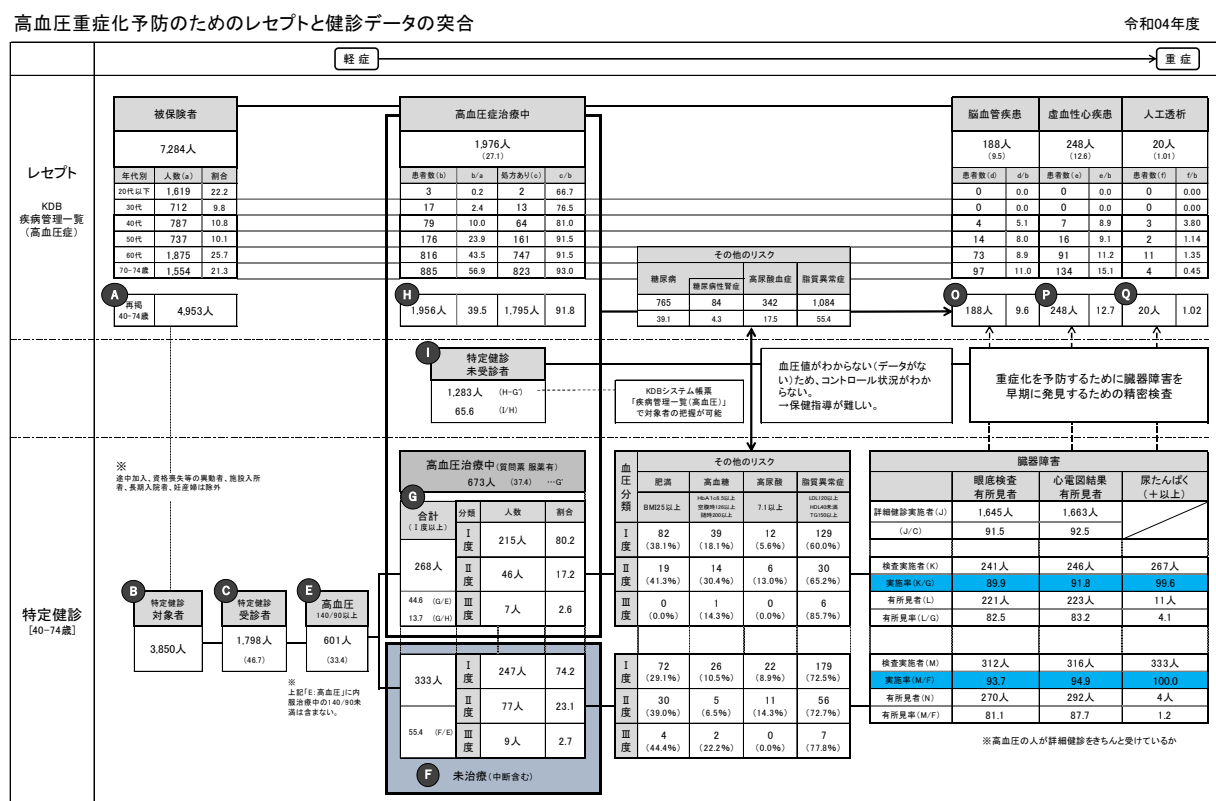
脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 74 でみると、高血圧治療者 1,976 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 188 人(9.6%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 139 人(7.7%)であり、そのうち 86 人(61.9%)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 53 人(7.9%)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。

図表 74 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く必要があります。

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

(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)	579	246 42.5%	247 42.7%	77 13.3%	9 1.6%
リスク第1層 予後影響因子がない	35	C 12 6.0%	B 15 6.1%	B 8 10.4%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	345	C 152 59.6%	B 149 60.3%	A 37 48.1%	A 7 77.8%
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	199	B 82 34.4%	A 83 33.3%	A 32 41.6%	A 2 22.2%

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

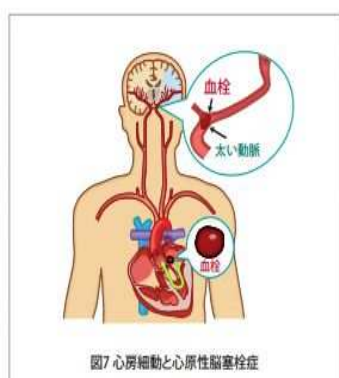
区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	161
		27.8%
B	概ね1ヵ月後に再評価	254
		43.9%
C	概ね3ヵ月後に再評価	164
		28.3%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 75 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3)心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。

しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 76 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 76 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	816	982	731	89.6%	932	94.9%	7	1.0%	2	0.2%	--	--
40代	92	86	79	85.9%	80	93.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	79	128	72	91.1%	123	96.1%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	336	400	300	89.3%	380	95.0%	2	0.7%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	309	368	280	90.6%	349	94.8%	5	1.8%	2	0.6%	3.4%	1.1%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

心電図検査において9人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者20人のうち9人は既に治療が開始されていましたが、1人はまだ治療につながっていません。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4～5月 対象者の選定基準の確認、決定

対象者の抽出(概数の試算)、介入方法・実施方法の決定

7月 特定健診結果(ふるさと総合健診)のデータ分析、台帳に登録、重症化予防対象者への介入開始

11月 特定健診結果(がん複合検診)のデータ分析、台帳に登録、重症化予防対象者への介入開始

12月 保健指導実施状況の整理、ケース検討

2月 特定健診結果(追加健診)のデータ分析、台帳に登録、重症化予防対象者への介入開始

3月 当年度の保健指導実施状況整理・総括、次年度の事業実施計画策定

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

大津町では、令和3年度より熊本県後期高齢者広域連合から、本町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

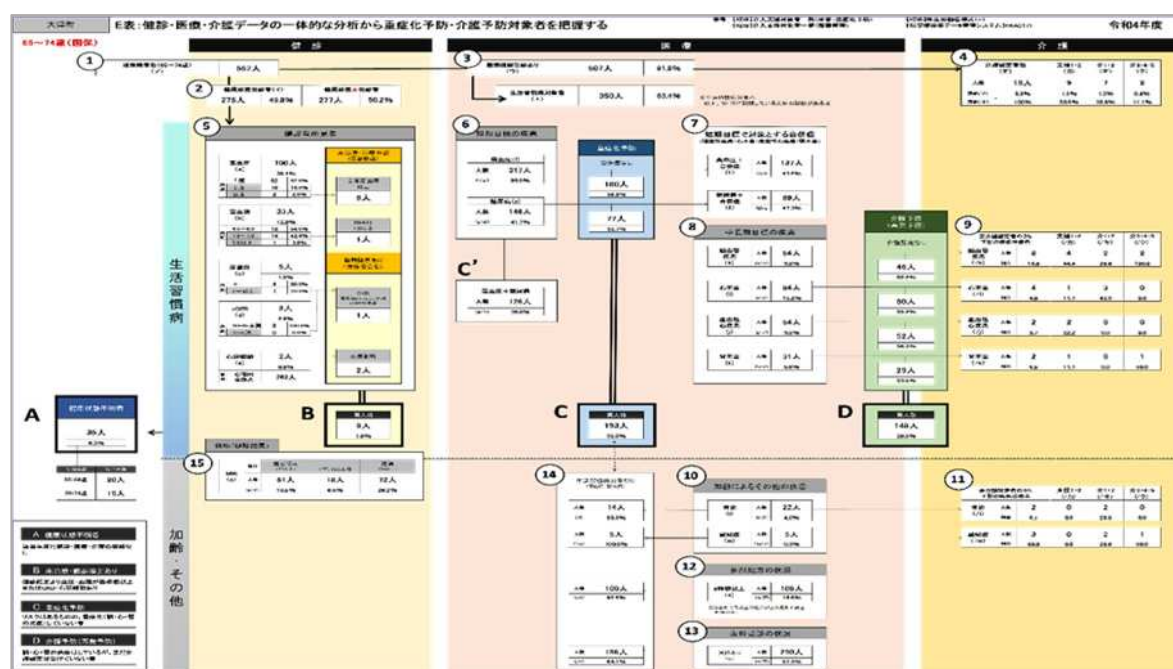
具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

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

図表 78 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



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。

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

図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

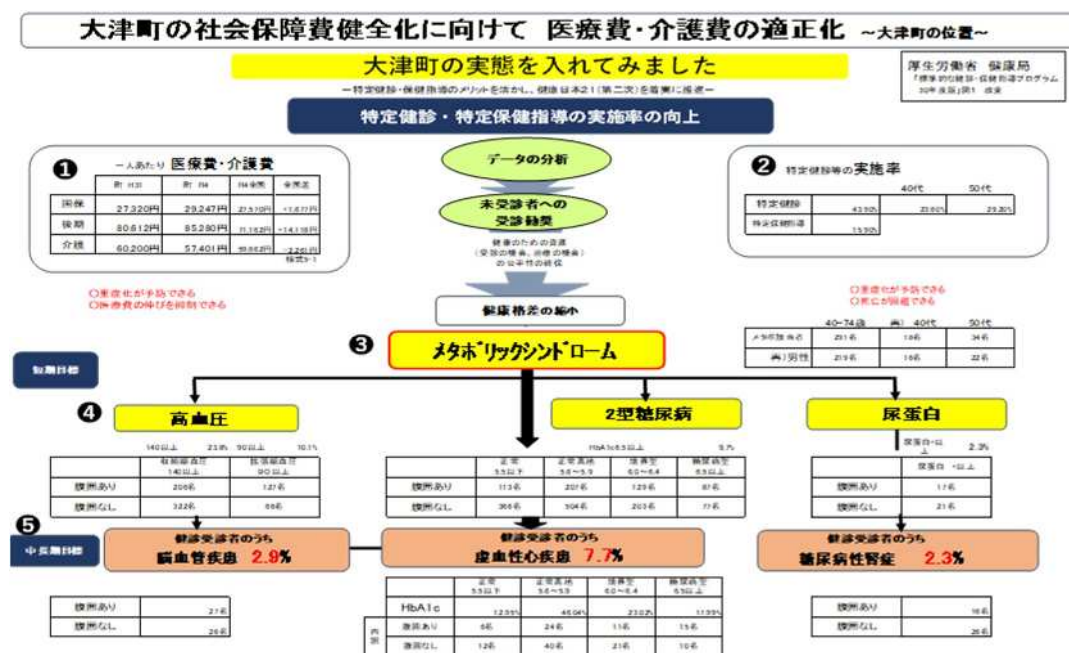
糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える　　―基本的考え方―　　（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）																		
発症予防 重症化予防																		
1　根拠法 6条 健康増進事業実施者		健康増進法																
		母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全法）		高齢者の医療の確保に関する法律 （介護保険）						
2　計画		健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）																
3　年代		妊婦 （胎児期）		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳		15～18歳		～29歳　30歳～39歳		40歳～64歳		65歳～74歳		75歳以上
5 対 象 者	4　健康診査 （根拠法）		妊婦健康診査 （13条）		産婦健康診 （13条）	乳幼児健康診査 （第12・13条）			保育所・幼稚園 健康診断		就学時 健診 （11・12条）	児童・生徒の定期健康診断 （第1・13・14条）		定期健康診断 （第66条）		特定健康診査 （第18・20・21条）		後期高齢者 健康診査 （第125条）
			妊娠前	妊娠中	産後 1年 以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育 園児　/　幼 稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 （第13・44条）		標準的な特定健診・保健 指導プログラム（第2章）			
	健 診 内 容	血糖	95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上									
		HbA1c	6.5%以上						6.5%以上									
		50GCT	1時間値 140mg/dl以上															
		75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上									
		(診断) 妊娠 糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の 1点以上満たすもの															
		身長 体重																
		BMI																
		肥満度			加齢18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上									
	尿糖	(+) 以上					(+) 以上											
	糖尿病 家族歴																	

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の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。(図表80、81)

また、自分の身体に関心を持つ人を増やし、健康を維持増進することを目的として、関係団体と連携しながら運動教室や栄養教室等の健康教室の開催や健康アプリ事業を実施します。

図表 80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 81 統計からみえる熊本の食

統計からみえる熊本の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2020～2022年平均 ～

県庁所在地、政令指定都市及び全国平均の計53地区のランキング
※1世帯(2人以上の世帯)当たりの年間支出金額

よく購入・消費されるもの		あまり購入・消費されないもの	
食品名	順位	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
即席めん	3位	生うどん・そば	52位
鯛	2位	中華めん	53位
合いびき肉	2位	もち	53位
ケチャップ	3位	魚介類(全体)	52位
マヨネーズ	1位	ヨーグルト	51位
カレーうどん	3位	ほうれん草	53位
さといも	5位	ネギ	52位
		だいこん	53位
		果物(全体)	53位
		ジャム	50位

よく利用される外食

食品名	順位
ハンバーガー	1位

◎生活習慣病の改善の取り組み

- ・地域活性化起業人による新たな健康づくり事業
- ・健康運動教室(痩せる塾)等の成果を目標とした取り組み
- ・「熊本健康アプリ」による「歩く」などの日々の健康づくり
- ・インターネット申込による特定健診・がん検診の受診率の向上
- ・がんのリスク要因となる感染の予防(ピロリ菌検査、HPV(子宮頸がん予防)ワクチン接種の実施)
- ・重複処方又は多剤処方の方への訪問による服薬指導等の実施

◎重症化予防の取り組み

- ・町保健師・管理栄養士の重症化予防訪問指導
生活習慣病の重症化予防のために、受診勧奨や保健・栄養指導
- ・特定保健指導 メタボ等で生活習慣の改善が必要な人に保健指導

★重点的な取り組み

- ・がんの医療費の伸びが大きい
- ・疾病別の死亡者割合の上位をがんや心臓病、脳卒中が大きな割合を占める



がんや心臓病、脳卒中は、「生活習慣病」に大きく起因

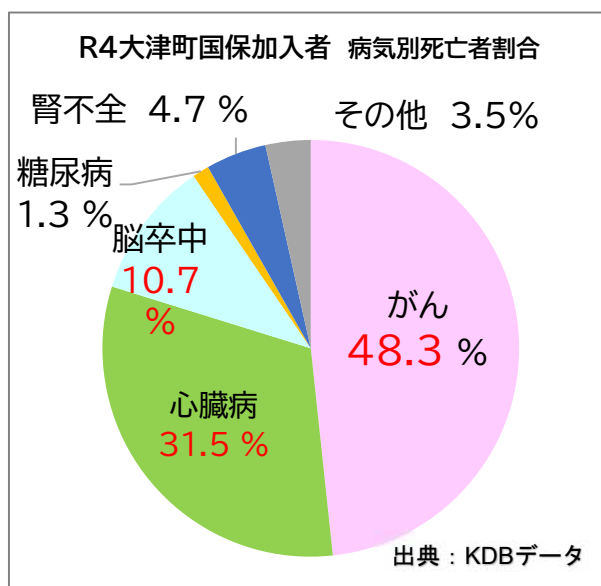
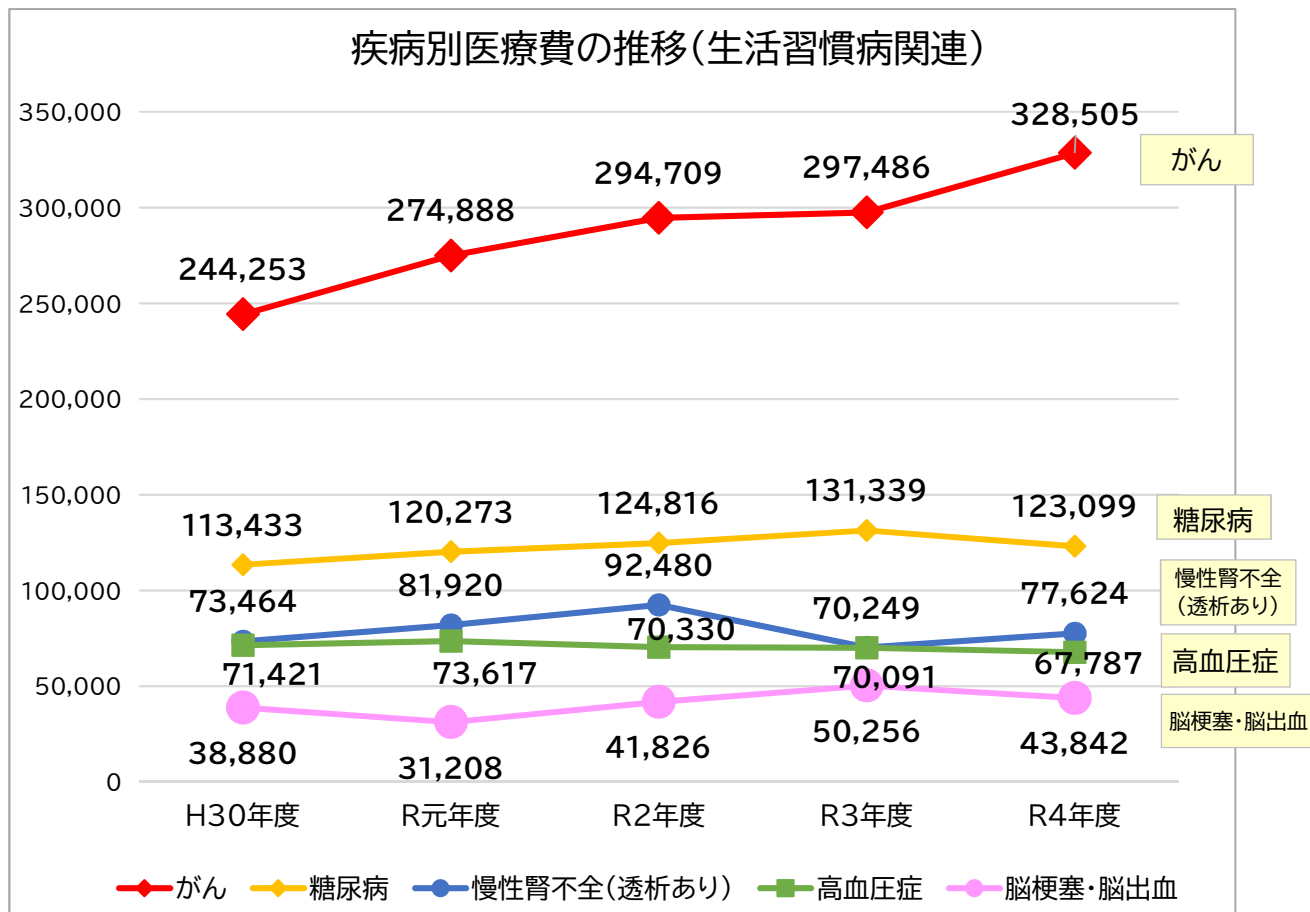


- ・特定健診等の受診率を一層高め、**早期発見・早期治療**をすることで、生活習慣病の進行を防ぎます
- ・特定健診受診者をターゲットに、「痩せる塾」などの健康運動教室を実施し、運動習慣の定着を推進することで、生活習慣病の改善を図ります

■疾病別医療費（中分類）の推移 ⇒特徴：がん増加

- ・がんの医療費の伸びが、他の疾病に比べて大きい
- ・生活習慣病(糖尿病、高血圧)が高い水準のまま推移している

出典：KDBデータ



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、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、地域の医師会等など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。

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた大津町の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた大津町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた大津町の位置

R04年度

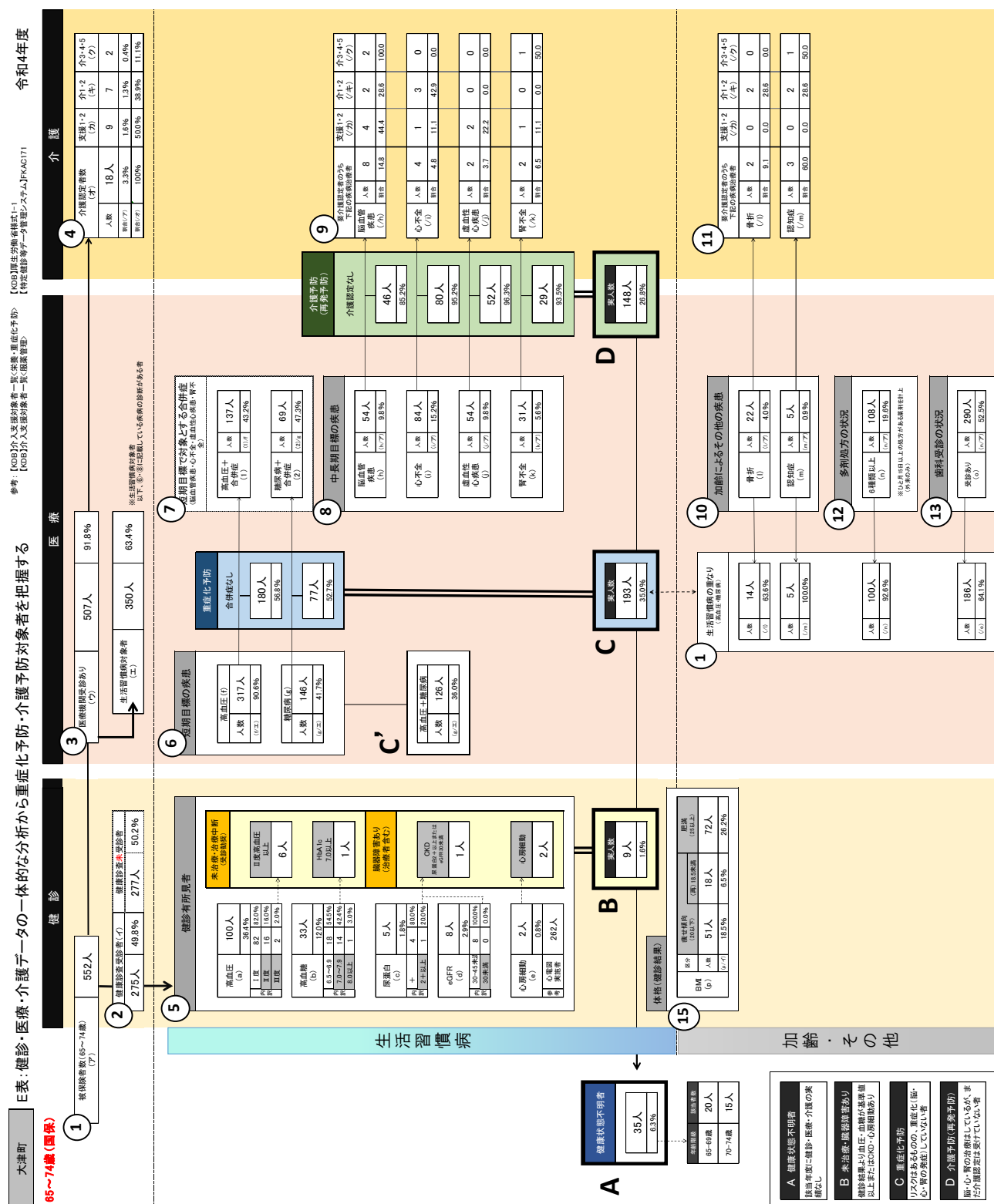
項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	人口構成	総人口		34,846		4,284,839		1,713,102		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題
			65歳以上(高齢化率)		7,632	21.9	1,245,056	29.1	540,538	31.6	35,335,805	28.7	
			75歳以上		3,691	10.6	---	---	282,460	16.5	18,248,742	14.8	
			65～74歳		3,941	11.3	---	---	258,078	15.1	17,087,063	13.9	
			40～64歳		10,989	31.5	---	---	543,167	31.7	41,545,893	33.7	
	39歳以下		16,225	46.6	---	---	629,397	36.7	46,332,563	37.6			
	②	産業構成	第1次産業		7.7		5.4		9.8		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題
			第2次産業		33.7		28.7		21.1		25.0		
			第3次産業		58.5		66.0		69.1		71.0		
	③	平均寿命	男性		81.8		80.8		81.2		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性			87.8		87.1		87.5		87.0				
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性		81.4		80.4		80.4		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		女性		85.9		84.5		85.0		84.4			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	89.6		98.7		94.9		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	90.2		99.7		94.5		100		
			死 因	がん	72	48.3	12,696	50.6	5,349	48.2	378,272	50.6	
				心臓病	47	31.5	6,874	27.4	3,242	29.2	205,485	27.5	
				脳疾患	16	10.7	3,420	13.6	1,547	13.9	102,900	13.8	
				糖尿病	2	1.3	485	1.9	202	1.8	13,896	1.9	
				腎不全	7	4.7	926	3.7	476	4.3	26,946	3.6	
	自殺	5	3.4	686	2.7	282	2.5	20,171	2.7				
	②	早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計										厚労省HP 人口動態調査
			男性										
女性													
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		1,564	20.5	211,456	17.0	108,069	20.2	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者		21	0.2	3,785	0.3	1,261	0.3	110,289	0.3	
			介護度別 総件数	要支援1.2	7,156	17.3	712,630	13.9	380,309	14.2	21,785,044	12.9	
				要介護1.2	20,858	50.3	2,355,997	45.9	1,309,567	49.0	78,107,378	46.3	
				要介護3以上	13,468	32.5	2,064,273	40.2	984,793	36.8	68,963,503	40.8	
	2号認定者		33	0.30	5,015	0.35	1,879	0.35	156,107	0.38			
	②	有病状況	糖尿病	385	23.1	54,717	24.5	25,945	23.1	1,712,613	24.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			高血圧症	999	60.9	117,224	52.9	65,761	58.7	3,744,672	53.3		
			脂質異常症	519	31.2	70,399	31.5	37,156	32.8	2,308,216	32.6		
			心臓病	1,132	68.6	132,327	59.8	73,556	65.7	4,224,628	60.3		
			脳疾患	416	25.7	50,122	22.9	25,387	22.8	1,568,292	22.6		
			がん	210	13.1	24,937	11.1	13,445	12.0	837,410	11.8		
			筋・骨格	973	58.9	116,014	52.5	66,287	59.2	3,748,372	53.4		
			精神	650	40.1	80,119	36.4	45,259	40.5	2,569,149	36.8		
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		311,990	2,381,105,204	259,723	323,370,248,294	310,858	168,030,405,720	290,668	10,074,274,226,889	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			1件当たり給付費(全体)		57,401		63,000		62,823		59,662		
			居宅サービス		39,753		41,449		42,088		41,272		
			施設サービス		304,323		292,001		303,857		296,364		
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	9,821	8,999	9,463	8,610	4,020					
		認定なし	4,170	4,040	4,221								
4	①	国保の状況	被保険者数		5,886		882,802		383,407		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
			65～74歳		2,562	43.5			174,230	45.4	11,129,271	40.5	
			40～64歳		1,815	30.8			118,490	30.9	9,088,015	33.1	
			39歳以下		1,509	25.6			90,687	23.7	7,271,596	26.5	
			加入率		16.9		20.6		22.4		22.3		
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.2	265	0.3	208	0.5	8,237	0.3	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	
			診療所数	23	3.9	2,753	3.1	1,473	3.8	102,599	3.7		
			病床数	60	10.2	49,546	56.1	32,745	85.4	1,507,471	54.8		
			医師数	32	5.4	9,765	11.1	5,415	14.1	339,611	12.4		
			外来患者数	738.5		716.1		768.9		687.8			
			入院患者数	20.8		19.2		26.2		17.7			
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		357,995	県内41位 同規模72位	361,243		407,772		339,680	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			受診率		759.299		735.303		795.102		705.439		
			外 来	費用の割合	56.7		59.6		54.5		60.4		
				件数の割合	97.3		97.4		96.7		97.5		
入 院			費用の割合	43.3		40.4		45.5		39.6			
			件数の割合	2.7		2.6		3.3		2.5			
1件あたり在院日数			17.2日		16.0日		18.1日		15.7日				

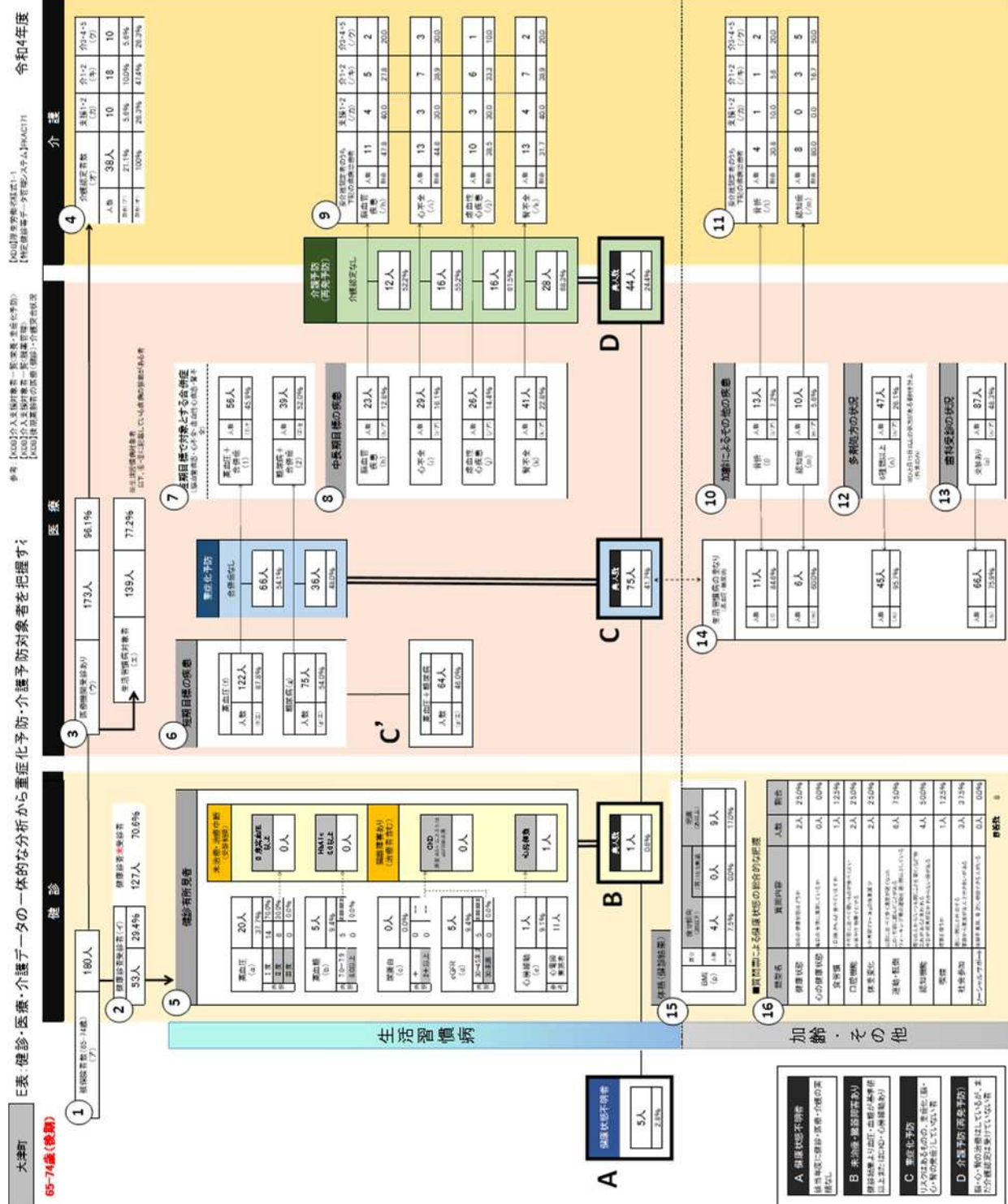
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名(調剤含む)	がん	328,504,700	30.4	31.9	27.3	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題						
			慢性腎不全(透析あり)	77,624,400	7.2	8.0	10.7	8.2							
			糖尿病	123,099,240	11.4	11.0	10.9	10.4							
			高血圧症	67,787,140	6.3	6.1	6.0	5.9							
			脂質異常症	35,049,870	3.2	4.2	3.3	4.1							
			脳梗塞・脳出血	43,841,830	4.0	3.8	3.6	3.9							
			狭心症・心筋梗塞	11,333,450	1.1	2.9	2.0	2.8							
			精神	172,669,460	16.0	14.6	18.6	14.7							
			筋・骨格	210,663,130	19.5	16.6	16.6	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	728		0.5	310	0.2	435	0.2	256
糖尿病	1,671	1.1					1,270	0.9	2,168	1.2	1,144	0.9			
脂質異常症	---	---					61	0.0	117	0.1	53	0.0			
脳梗塞・脳出血	6,911	4.5					6,294	4.3	7,036	3.8	5,993	4.5			
虚血性心疾患	1,953	1.3					4,413	3.0	3,398	1.8	3,942	2.9			
腎不全	2,645	1.7					4,223	2.9	5,404	2.9	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			10,789	5.3	11,332	5.3	12,283	5.5	10,143	4.9			
		糖尿病			19,908	9.8	20,232	9.4	21,299	9.6	17,720	8.6			
		脂質異常症			5,955	2.9	7,876	3.7	6,890	3.1	7,092	3.5			
		脳梗塞・脳出血			514	0.3	916	0.4	625	0.3	825	0.4			
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	虚血性心疾患	1,383	0.7	1,870	0.9	1,621	0.7	1,722	0.8					
		腎不全	16,744	8.2	17,044	7.9	23,648	10.6	15,781	7.7					
6	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	2,775		2,440	2,450	2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題					
				健診未受診者	13,029		12,830	13,484	13,295						
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	7,856		7,199	6,758	6,142						
				健診未受診者	36,890		37,856	37,197	40,210						
	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	医療機関受診率	935	55.2	131,102	52.3	50,251	51.3	3,375,719	51.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
				医療機関非受診率	90	5.3	13,962	5.6	5,324	5.4	322,722	5.0			
	5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況 県内市町村数 47市町村 同規模市区町村 数 147市町村	健診受診者	1,695		250,612		97,898		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		
					受診率	43.7	県内30位 同規模45位	39.3	36.4	全国26位	35.3				
						特定保健指導終了者(実施率)	23	10.7	4814	16.1	3,313	28.6		69,327	9.0
非肥満高血糖						192	11.3	25,228	10.1	8,692	8.9	588,083		9.0	
⑤				メタボ	該当者	男性	243	31.5	35,817	32.5	14,222	32.4	923,222	32.0	
						女性	79	8.6	16,529	11.8	6,099	11.3	397,975	11.0	
						予備群	164	9.7	28,214	11.3	11,800	12.1	730,607	11.2	
						男性	117	15.2	19,495	17.7	8,107	18.5	515,813	17.9	
						女性	47	5.1	8,719	6.2	3,693	6.8	214,794	5.9	
						⑥	メ タ ボ 該 当 ・ 予 備 群 レ ベ ル	腹 囲	総数	541	31.9	88,865	35.5	35,581	36.3
男性				396	51.3				60,938	55.3	24,633	56.1	1,592,747	55.3	
女性				145	15.7				27,927	19.9	10,948	20.3	680,549	18.8	
BMI				総数	94			5.5	12,320	4.9	4,148	4.2	304,276	4.7	
				男性	13			1.7	1,709	1.6	620	1.4	48,780	1.7	
				女性	81			8.8	10,611	7.6	3,528	6.5	255,496	7.1	
血糖のみ				11	0.6			1,744	0.7	705	0.7	41,541	0.6		
血圧のみ				129	7.6			20,034	8.0	8,557	8.7	514,593	7.9		
脂質のみ				24	1.4			6,436	2.6	2,538	2.6	174,473	2.7		
血糖・血圧				51	3.0			8,097	3.2	3,517	3.6	193,722	3.0		
血糖・脂質				14	0.8			2,643	1.1	985	1.0	67,212	1.0		
血圧・脂質				132	7.8			24,138	9.6	9,222	9.4	630,648	9.7		
血糖・血圧・脂質				125	7.4			17,468	7.0	6,597	6.7	429,615	6.6		
6				① ②	服 薬 問診の状況 既往 歴			高血圧	640	37.8	92,854	37.1	37,276	38.1	2,324,538
						糖尿病	161	9.5	23,444	9.4	9,143	9.3	564,473	8.7	
	脂質異常症	425	25.1			71,191	28.4	26,402	27.0	1,817,350	28.0				
	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	60	3.5			7,606	3.1	2,933	3.0	199,003	3.1				
	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	74	4.4			14,124	5.8	5,477	5.7	349,845	5.5				
	腎不全	7	0.4			2,026	0.8	662	0.7	51,680	0.8				
	貧血	150	8.8			25,148	10.4	10,590	11.0	669,737	10.6				
	喫煙	240	14.2			32,100	12.8	13,307	13.6	896,676	13.8				
	週3回以上朝食を抜く	164	9.7			20,062	8.7	9,112	10.2	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				
6	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	週3回以上就寝前夕食(H30～)	245	14.5	33,458	14.3	13,395	14.8	932,218	15.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			週3回以上就寝前夕食	245	14.5	33,458	14.3	13,395	14.8	932,218	15.7				
			食べる速度が速い	471	27.8	59,745	25.9	24,787	27.4	1,590,713	26.8				
			20歳時体重から10kg以上増加	628	37.1	83,122	35.5	32,106	36.0	2,083,152	34.9				
			1回30分以上運動習慣なし	1,033	60.9	137,627	59.6	55,634	61.6	3,589,415	60.3				
			1日1時間以上運動なし	898	53.0	111,206	47.4	45,867	50.8	2,858,913	48.0				
			睡眠不足	429	25.3	59,845	25.6	22,325	24.7	1,521,685	25.6				
			毎日飲酒	408	24.1	56,219	23.6	25,323	26.3	1,585,206	25.5				
			時々飲酒	421	24.8	51,095	21.4	23,075	24.0	1,393,154	22.4				
			⑭	一 日 飲 酒 量	1合未満	1,119	72.1	103,887	65.7	52,841	68.5		2,851,798	64.2	
					1～2合	288	18.5	37,237	23.5	17,396	22.5		1,053,317	23.7	
					2～3合	125	8.0	13,576	8.6	5,528	7.2		414,658	9.3	
					3合以上	21	1.4	3,510	2.2	1,416	1.8		122,039	2.7	

①40～64 歳(国保)



③ 65～74 歳(国保)





1



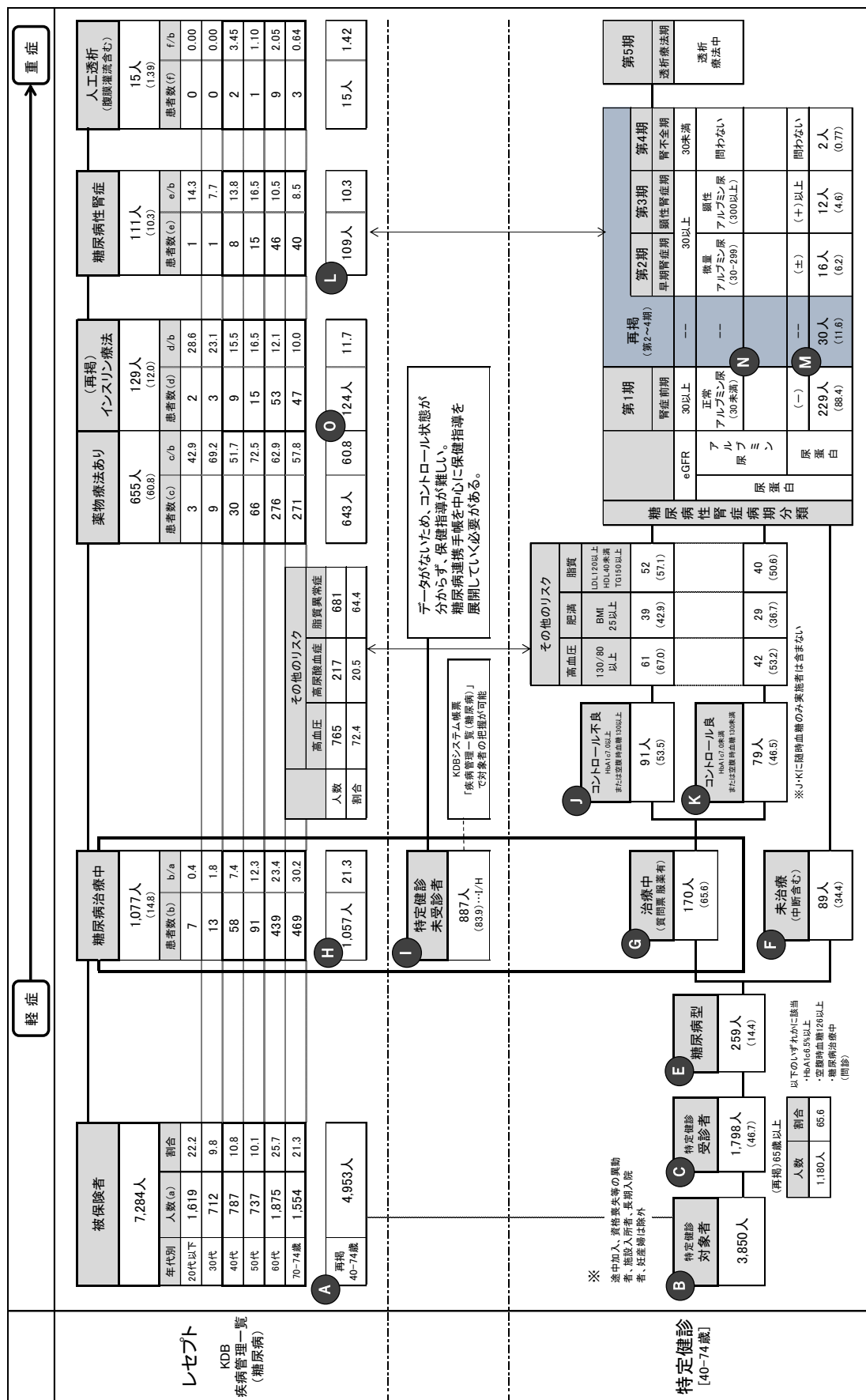
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

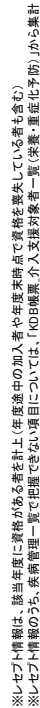
項目			実 施 表	大津町										同規模保健所(平均)		データ基
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
				実施	割合	実施	割合	実施	割合	実施	割合	実施	割合	実施	割合	
1	①	被保険者数	A	6,372人		6,343人		6,255人		6,226人		6,147人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②	〈再掲〉40-74歳		4,605人		4,595人		4,576人		4,608人		4,523人				
2	①	対象者数	B	4,126人		4,045人		4,091人		3,997人		3,839人				市町村国保 特定健康診査・特定保 険指図状況概況報告書
	②	特定健診 受診者数	C	1,842人		1,794人		1,523人		1,722人		1,798人				
	③	受診率		44.6%		44.4%		37.2%		43.1%		46.8%				
3	①	特定 保健指導 対象者数		227人		219人		182人		196人		214人				
	②	実施率		70.0%		73.1%		67.6%		67.9%		66.8%				
4	①	糖尿病型	E	250人	13.6%	251人	14.0%	217人	14.2%	251人	14.6%	259人	14.4%			特定健診結果
	②	未治療・中断者(質問票 返送なし)	F	98人	39.2%	85人	33.9%	79人	36.4%	91人	36.3%	89人	34.4%			
	③	治療中(質問票 返送あり)	G	152人	60.8%	166人	66.1%	138人	63.6%	160人	63.7%	170人	65.6%			
	④	コントロール不良 HbA1cの5%以上または血糖値持続的に90以上	J	94人	61.8%	104人	62.7%	76人	55.1%	94人	58.8%	91人	53.5%			
	⑤	血圧 130/80以上		53人	56.4%	65人	62.5%	51人	67.1%	61人	64.9%	61人	67.0%			
	⑥	肥満 BMI25以上	K	37人	39.4%	47人	45.2%	32人	42.1%	41人	43.6%	39人	42.9%			
	⑦	コントロール良 HbA1cの5%未満かつ血糖値持続的に90未満		58人	38.2%	62人	37.3%	62人	44.9%	66人	41.3%	79人	46.5%			
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	219人	87.6%	214人	85.3%	195人	89.9%	228人	90.8%	229人	88.4%			
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		15人	6.0%	16人	6.4%	8人	3.7%	6人	2.4%	16人	6.2%			
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		13人	5.2%	18人	7.2%	12人	5.5%	15人	6.0%	12人	4.6%			
	⑪	第4期 eGFR30未満		3人	1.2%	3人	1.2%	2人	0.9%	2人	0.8%	2人	0.8%			
5	①	糖尿病受療率(調療率千分)		113.9人		120.3人		114.8人		119.2人		118.3人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②	〈再掲〉40-74歳(調療率千分)		155.9人		162.4人		154.3人		159.5人		158.3人				
	③	レセプト数 (40-74歳) (1000人あたり)		3,861件 (850.8)		4,040件 (892.4)		4,136件 (911.6)		4,491件 (1004.0)		4,424件 (1010.7)		830.979件 (921.9)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④	入院外(件数)	H	39件 (8.6)		34件 (7.5)		35件 (7.7)		37件 (8.3)		28件 (6.4)		2,654件 (3.9)		
	⑤	入院(件数)														
	⑥	糖尿病治療中		726人		763人		718人		742人		727人		11.8%		
	⑦	〈再掲〉40-74歳	I	718人		746人		706人		735人		716人		15.8%		
	⑧	健診未受診者	O	566人		594人		568人		575人		546人		76.3%		
	⑨	インスリン治療	L	56人		64人		72人		74人		81人		11.1%		
	⑩	〈再掲〉40-74歳		53人		61人		69人		73人		80人		11.2%		
	⑪	糖尿病性腎症		73人		58人		57人		63人		65人		8.9%		
	⑫	〈再掲〉40-74歳		71人		55人		54人		63人		65人		9.1%		
	⑬	慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症にのみ限る)		5人		9人		12人		13人		10人		1.4%		
	⑭	〈再掲〉40-74歳		5人		9人		12人		13人		10人		1.4%		
	⑮	新規透析患者数		3人		2人		3人		2人		1人				
	⑯	〈再掲〉糖尿病性腎症		4人		4人		6人		7人		7人				
	⑰	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症にのみ限る)		26人		27人		28人		29人		33人		3.2%		
6	①	総医療費		19億6908万円		20億5651万円		20億6192万円		21億1887万円		21億0716万円		21億6943万円		KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題
	②	生活習慣病総医療費		10億3020万円		10億7511万円		11億1431万円		10億8160万円		10億8129万円		11億4738万円		
	③	(総医療費に占める割合)		52.3%		52.3%		54.0%		51.0%		51.3%		52.9%		
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	7,163円		6,688円		6,305円		7,749円		7,856円		7,199円		
	⑤	健診未受診者		33,697円		34,822円		37,796円		35,604円		36,890円		37,856円		
	⑥	糖尿病医療費		1億1343万円		1億2027万円		1億2482万円		1億3134万円		1億2310万円		1億2598万円		
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		11.0%		11.2%		11.2%		12.1%		11.4%		11.0%		
	⑧	糖尿病入院外総医療費		2億8156万円		3億1588万円		3億3727万円		3億4239万円		3億6172万円				
	⑨	1件あたり		29,660円		32,524円		35,136円		35,110円		38,281円				
	⑩	糖尿病入院総医療費		1億6541万円		2億2511万円		2億0457万円		2億6260万円		2億3248万円				
	⑪	1件あたり		499,733円		632,327円		581,168円		658,152円		669,969円				
	⑫	在院日数		16日		17日		17日		18日		19日				
	⑬	慢性腎不全医療費		7631万円		9105万円		9522万円		7295万円		8285万円		9872万円		
	⑭	透析有り		7346万円		8192万円		9248万円		7025万円		7762万円		9197万円		
	⑮	透析なし		284万円		913万円		274万円		270万円		523万円		675万円		
7	①	介護給付費		22億7597万円		22億5688万円		23億2067万円		23億4381万円		23億8111万円		21億9980万円		
	②	〈2号認定者〉糖尿病合併症		1件 7.7%		0件		0件		0件		0件				
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		1人 0.4%		0人 0.0%		5人 1.8%		4人 1.5%		2人 0.7%		926人 1.1%		KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

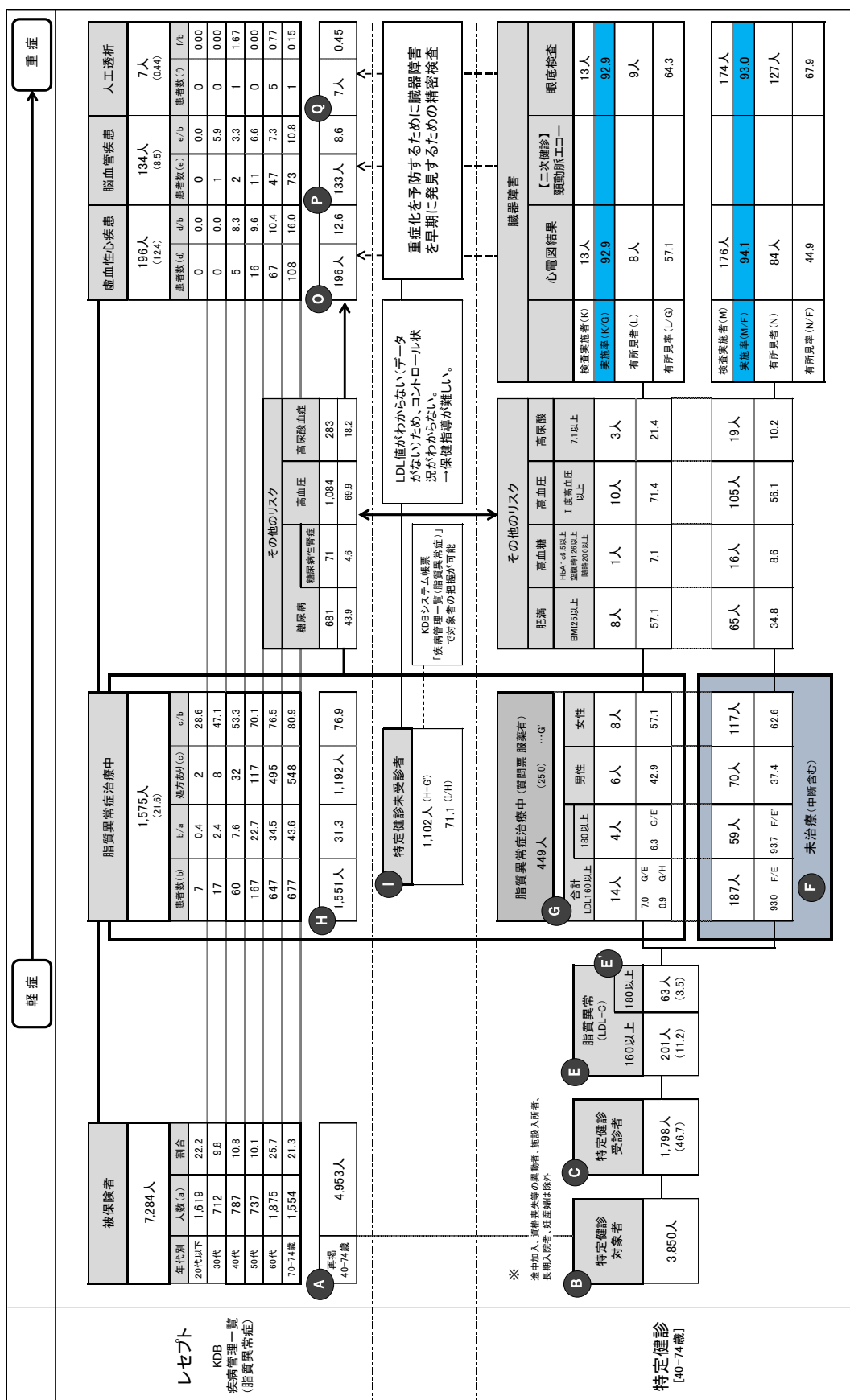
糖尿病重症化予防のためのセプトと健診データの突合



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



脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの実合



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中での加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※※レセプト情報の一覧で把握できない項目については、「KDB帳票 介入支援対象者一覧（養老・重症化予防）」から集計

参考資料7 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
			正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
							合併症予防のための目標		最低値達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる							
			5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	1,820	565	31.0%	751	41.3%	348	19.1%	90	4.9%	50	2.7%	16	0.9%	33	1.8%	11	0.6%	
H30	1,842	606	32.9%	720	39.1%	351	19.1%	91	4.9%	54	2.9%	20	1.1%	40	2.2%	14	0.8%	
R01	1,794	597	33.3%	696	38.8%	326	18.2%	94	5.2%	63	3.5%	18	1.0%	42	2.3%	13	0.7%	
R02	1,502	423	28.2%	612	40.7%	323	21.5%	75	5.0%	53	3.5%	16	1.1%	38	2.5%	10	0.7%	
R03	1,670	390	23.4%	715	42.8%	383	22.9%	97	5.8%	57	3.4%	28	1.7%	47	2.8%	20	1.2%	
R04	1,798	522	29.0%	748	41.6%	354	19.7%	88	4.9%	66	3.7%	20	1.1%	44	2.4%	8	0.4%	

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上												
					再掲												
						再掲7.0以上	未治療	治療									
H29	1,820	565 31.0%	751 41.3%	348 19.1%	156 8.6%	64 41.0%	92 59.0%										
					66 3.6%	18 27.3%	48 72.7%	3.6%									
					8.6%												
H30	1,842	606 32.9%	720 39.1%	351 19.1%	165 9.0%	59 35.8%	106 64.2%										
					74 4.0%	19 25.7%	55 74.3%	4.0%									
					9.0%												
R01	1,794	597 33.3%	696 38.8%	326 18.2%	175 9.8%	60 34.3%	115 65.7%										
					81 4.5%	18 22.2%	63 77.8%	4.5%									
					9.8%												
R02	1,502	423 28.2%	612 40.7%	323 21.5%	144 9.6%	50 34.7%	94 65.3%										
					69 4.6%	16 23.2%	53 76.8%	4.6%									
					9.6%												
R03	1,670	390 23.4%	715 42.8%	383 22.9%	182 10.9%	70 38.5%	112 61.5%										
					85 5.1%	19 22.4%	66 77.6%	5.1%									
					10.9%												
R04	1,798	522 29.0%	748 41.6%	354 19.7%	174 9.7%	62 35.6%	112 64.4%										
					86 4.8%	17 19.8%	69 80.2%	4.8%									
					9.7%												

治療と未治療の状況

HbA1c測定				正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値								再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		合併症予防のための目標		糖尿病		合併症の危険が更に大きくなる							
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
				A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
治療中	H29	128	7.0%	1	0.8%	4	3.1%	31	24.2%	44	34.4%	37	28.9%	11	8.6%	25	19.5%	7	5.5%		
	H30	152	8.3%	1	0.7%	10	6.6%	35	23.0%	51	33.6%	42	27.6%	13	8.6%	31	20.4%	7	4.6%		
	R01	166	9.3%	1	0.6%	13	7.8%	37	22.3%	52	31.3%	49	29.5%	14	8.4%	36	21.7%	11	6.6%		
	R02	136	9.1%	1	0.7%	8	5.9%	33	24.3%	41	30.1%	41	30.1%	12	8.8%	30	22.1%	7	5.1%		
	R03	155	9.3%	3	1.9%	7	4.5%	33	21.3%	46	29.7%	51	32.9%	15	9.7%	32	20.6%	11	7.1%		
	R04	170	9.5%	3	1.8%	9	5.3%	46	27.1%	43	25.3%	55	32.4%	14	8.2%	35	20.6%	5	2.9%		
治療なし	H29	1,692	93.0%	564	33.3%	747	44.1%	317	18.7%	46	2.7%	13	0.8%	5	0.3%	8	0.5%	4	0.2%		
	H30	1,690	91.7%	605	35.8%	710	42.0%	316	18.7%	40	2.4%	12	0.7%	7	0.4%	9	0.5%	7	0.4%		
	R01	1,628	90.7%	596	36.6%	683	42.0%	289	17.8%	42	2.6%	14	0.9%	4	0.2%	6	0.4%	2	0.1%		
	R02	1,366	90.9%	422	30.9%	604	44.2%	290	21.2%	34	2.5%	12	0.9%	4	0.3%	8	0.6%	3	0.2%		
	R03	1,515	90.7%	387	25.5%	708	46.7%	350	23.1%	51	3.4%	6	0.4%	13	0.9%	15	1.0%	9	0.6%		
	R04	1,628	90.5%	519	31.9%	739	45.4%	308	18.9%	45	2.8%	11	0.7%	6	0.4%	9	0.6%	3	0.2%		

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者 受診者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	1,820	586	32.2%	270	14.8%	456	25.1%	405	22.3%	85	4.7%	18	1.0%
H30	1,842	581	31.5%	300	16.3%	463	25.1%	388	21.1%	94	5.1%	16	0.9%
R01	1,794	541	30.2%	315	17.6%	474	26.4%	378	21.1%	73	4.1%	13	0.7%
R02	1,502	334	22.2%	239	15.9%	388	25.8%	391	26.0%	124	8.3%	26	1.7%
R03	1,670	448	26.8%	272	16.3%	439	26.3%	380	22.8%	109	6.5%	22	1.3%
R04	1,798	465	25.9%	296	16.5%	436	24.2%	462	25.7%	123	6.8%	16	0.9%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診 受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上								
					再掲								
					再)Ⅱ度高血圧	未治療	治療						
H29	1,820	856 47.0%	456 25.1%	405 22.3%	103 5.7%	59 57.3%	44 42.7%	1.0%					
H30	1,842	881 47.8%	463 25.1%	388 21.1%	110 6.0%	58 52.7%	52 47.3%	0.9%					
R01	1,794	856 47.7%	474 26.4%	378 21.1%	86 4.8%	52 60.5%	34 39.5%	0.7%					
R02	1,502	573 38.1%	388 25.8%	391 26.0%	150 10.0%	88 58.7%	62 41.3%	1.7%					
R03	1,670	720 43.1%	439 26.3%	380 22.8%	131 7.8%	75 57.3%	56 42.7%	1.3%					
R04	1,798	761 42.3%	436 24.2%	462 25.7%	139 7.7%	86 61.9%	53 38.1%	0.9%					

治療と未治療の状況

	血圧測定者 受診者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	589	32.4%	93	15.8%	93	15.8%	185	31.4%	174	29.5%	37	6.3%
	H30	631	34.3%	109	17.3%	111	17.6%	187	29.6%	172	27.3%	44	7.0%
	R01	633	35.3%	105	16.6%	101	16.0%	207	32.7%	186	29.4%	31	4.9%
	R02	571	38.0%	67	11.7%	89	15.6%	166	29.1%	187	32.7%	51	8.9%
	R03	630	37.7%	84	13.3%	106	16.8%	216	34.3%	168	26.7%	47	7.5%
	R04	673	37.4%	98	14.6%	117	17.4%	190	28.2%	215	31.9%	46	6.8%
治療なし	H29	1,231	67.6%	493	40.0%	177	14.4%	271	22.0%	231	18.8%	48	3.9%
	H30	1,211	65.7%	472	39.0%	189	15.6%	276	22.8%	216	17.8%	50	4.1%
	R01	1,161	64.7%	436	37.6%	214	18.4%	267	23.0%	192	16.5%	42	3.6%
	R02	931	62.0%	267	28.7%	150	16.1%	222	23.8%	204	21.9%	73	7.8%
	R03	1,040	62.3%	364	35.0%	166	16.0%	223	21.4%	212	20.4%	62	6.0%
	R04	1,125	62.6%	367	32.6%	179	15.9%	246	21.9%	247	22.0%	77	6.8%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A	B B/A	C C/A	D D/A	E E/A	F F/A				
総数	H29	1,820	794	43.6%	438	24.1%	330	18.1%	180	9.9%	78	4.3%
	H30	1,842	816	44.3%	472	25.6%	305	16.6%	181	9.8%	68	3.7%
	R01	1,794	764	42.6%	472	26.3%	323	18.0%	168	9.4%	67	3.7%
	R02	1,502	772	51.4%	385	25.6%	207	13.8%	99	6.6%	39	2.6%
	R03	1,670	803	48.1%	421	25.2%	277	16.6%	119	7.1%	50	3.0%
	R04	1,798	864	48.1%	426	23.7%	307	17.1%	138	7.7%	63	3.5%
男性	H29	829	404	48.7%	203	24.5%	130	15.7%	64	7.7%	28	3.4%
	H30	838	422	50.4%	206	24.6%	121	14.4%	63	7.5%	26	3.1%
	R01	824	412	50.0%	200	24.3%	127	15.4%	63	7.6%	22	2.7%
	R02	690	382	55.4%	174	25.2%	82	11.9%	38	5.5%	14	2.0%
	R03	769	404	52.5%	190	24.7%	108	14.0%	50	6.5%	17	2.2%
	R04	816	414	50.7%	195	23.9%	131	16.1%	48	5.9%	28	3.4%
女性	H29	991	390	39.4%	235	23.7%	200	20.2%	116	11.7%	50	5.0%
	H30	1,004	394	39.2%	266	26.5%	184	18.3%	118	11.8%	42	4.2%
	R01	970	352	36.3%	272	28.0%	196	20.2%	105	10.8%	45	4.6%
	R02	812	390	48.0%	211	26.0%	125	15.4%	61	7.5%	25	3.1%
	R03	901	399	44.3%	231	25.6%	169	18.8%	69	7.7%	33	3.7%
	R04	982	450	45.8%	231	23.5%	176	17.9%	90	9.2%	35	3.6%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲		
					再)180以上	未治療	治療			
H29	1,820	794 43.6%	438 24.1%	330 18.1%	258 14.2%	240 93.0%	18 7.0%			14.2%
					78 4.3%	74 94.9%	4 5.1%		4.3%	
H30	1,842	816 44.3%	472 25.6%	305 16.6%	249 13.5%	236 94.8%	13 5.2%			13.5%
					68 3.7%	67 98.5%	1 1.5%		3.7%	
R01	1,794	764 42.6%	472 26.3%	323 18.0%	235 13.1%	226 96.2%	9 3.8%			13.1%
					67 3.7%	65 97.0%	2 3.0%		3.7%	
R02	1,502	772 51.4%	385 25.6%	207 13.8%	138 9.2%	120 87.0%	18 13.0%			9.2%
					39 2.6%	34 87.2%	5 12.8%		2.6%	
R03	1,670	803 48.1%	421 25.2%	277 16.6%	169 10.1%	155 91.7%	14 8.3%			10.1%
					50 3.0%	46 92.0%	4 8.0%		3.0%	
R04	1,798	864 48.1%	426 23.7%	307 17.1%	201 11.2%	187 93.0%	14 7.0%			11.2%
					63 3.5%	59 93.7%	4 6.3%		3.5%	

治療と未治療の状況

		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	391	21.5%	246	62.9%	91	23.3%	36	9.2%	14	3.6%	4	1.0%
	H30	418	22.7%	268	64.1%	92	22.0%	45	10.8%	12	2.9%	1	0.2%
	R01	414	23.1%	262	63.3%	103	24.9%	40	9.7%	7	1.7%	2	0.5%
	R02	394	26.2%	280	71.1%	74	18.8%	22	5.6%	13	3.3%	5	1.3%
	R03	439	26.3%	298	67.9%	83	18.9%	44	10.0%	10	2.3%	4	0.9%
	R04	449	25.0%	298	66.4%	92	20.5%	45	10.0%	10	2.2%	4	0.9%
治療なし	H29	1,429	78.5%	548	38.3%	347	24.3%	294	20.6%	166	11.6%	74	5.2%
	H30	1,424	77.3%	548	38.5%	380	26.7%	260	18.3%	169	11.9%	67	4.7%
	R01	1,380	76.9%	502	36.4%	369	26.7%	283	20.5%	161	11.7%	65	4.7%
	R02	1,108	73.8%	492	44.4%	311	28.1%	185	16.7%	86	7.8%	34	3.1%
	R03	1,231	73.7%	505	41.0%	338	27.5%	233	18.9%	109	8.9%	46	3.7%
	R04	1,349	75.0%	566	42.0%	334	24.8%	262	19.4%	128	9.5%	59	4.4%

令和5年度 熊本県国保ヘルスアップ支援事業
「睡眠による予防・健康づくり事業」 大津町ワーキンググループ 議事録

日時： 令和5年（2023年）8月8日（火） 9：15～11：45

会場： 町民交流施設（オークスプラザ） 2階 ふれあいホール

参加者：敬称略

1	大津町 コロナウイルス感染症対策室	上田 雅子	（保健師）
2	大津町 健康保険課	山部 美保	（事務）
3	大津町 健康保険課	石原 春香	（事務）
4	大津町 健康保険課	古庄 美穂	（保健師）
5	熊本大学 教授	青石 恵子	
6	九州看護福祉大学 准教授	上田 智之	
7	熊本県 健康づくり推進課	木脇 朱梨	（保健師）
8	熊本県 菊池保健所	代々 耕治	（管理栄養士）
9	熊本県 国保・高齢者医療課	小崎 暢子	（事務）
10	公益財団法人熊本総合保健センター	今村 靖子	（管理栄養士）
11	公益財団法人熊本総合保健センター	前 悠佳璃	（保健師）
12	公益財団法人熊本総合保健センター	吉田 由美	（保健師）
13	公益財団法人熊本総合保健センター	湯治 典子	（事務）
14	熊本産業保健研究所	筑地翔一朗	（医師）
15	熊本産業保健研究所	堀口 真愛	（保健師）
16	熊本産業保健研究所	佐伯 裕子	（保健師）

記録：熊本産業保健研究所

1. 目的

市町村保険者が、KDB（国保データベース）システム等を活用して医療費等の分析を行い、各市町村の健康課題を把握するとともに、地域の課題に応じた保健事業を企画立案・実施できるよう支援する。

2 概要

- KDB システム等を用いたデータの抽出及び分析方法や、各保険者がそれぞれの健康課題に応じた保健事業を検討・実施できるよう、助言を行う。
- 保健師・管理栄養士・事務職など、保健事業に携わる多職種の職員が、組織として効果的に保健事業を実施できるよう支援する。

3 内容

- ① 青石教授より KDB データの集計結果と見方について説明
生活習慣・健診グループ：背景、不適切な生活習慣、生活習慣病予備群
医療・介護グループ：生活習慣病、重症化、要介護状態・死亡
- ② 各班に分かれて大津町の健康課題の分析・抽出
- ③ 各班の健康課題の共有

令和5年度 熊本県国保ヘルスアップ
支援事業
「睡眠による予防・健康づくり事業」
大津町ワーキンググループ 議事録

日時： 令和5年（2023年）8月8日（火） 9：15～11：45
会場： 町民交流施設（オークスプラザ） 2階 ふれあいホール

全体像

0-74歳 背景

- ・第3次産業 約6割 第1次産業 約1割
→39歳の人口 約48% 若い世代が多い
- ・北・南部には高齢者が多く、中部に若い世代が多い
- ・JRの駅があるが利用者は学生が多い
バスの本数少なく、移動は車が多い
- ・大規模病院なし、クリニックが多い
- ・特定健診受診率 43.8%
- ・介護認定率 22.1%
- ・受診勧奨率 60%

0-74歳 不適切な生活習慣

- ・時々飲酒の頻度だが、1回飲酒量(2合以上)の割合が多い
- ・運動習慣が少ない
- ・朝食を抜く(女性)
- ・歩く速度が遅い(40~64才男女)
- ・食べる速度が速い(男女ともに)
- ・咀嚼でかみにくいと感じている割合が高い(R4 24.5%)

0-74歳 生活習慣病予備群

- ・血糖が高い(男・女)
- ・HbA1cが高い(男・女)
- ・20歳時体重から10kg以上増加している人の割合多い(男)
- ・BMI高い(女)
- ・血圧(収縮・拡張期)が高い人の割合多い(男・女)
- ・尿酸値高い(男)
- ・非肥満高血糖者が多い
- ・メタボ(女性)の割合が多い

75歳以上 背景

- ・65~74歳が増加傾向(11.3%)
- ・健診受診率増加傾向(16.4%)
- ・出生率が高い(9.4%)、死亡率は低い(8.6%)
高齢化低い(21.9%)
- ・地区は大きく3つにわかれている 中央・南北
南北に高齢者多く、農林業
ぎりぎりまで受診せず仕事に頑張る
- ・水源の問題など、他の地区の人には話してくれない
- ・外部の人を受け入れにくい

75歳以上 不適切な生活習慣

- ・健康状態がよくない方が増加、ふつうの方が減少
- ・心の健康状態が満足している方が減少
- ・食習慣に変化なく、他と比べても変わりなし
- ・禁煙者が他と比べて多いもの喫煙率増加
- ・社会参加率が他と比べて高く、ソーシャルサポートも高く、年々↑
- ・高血圧、糖尿病での服薬率が上昇 他と比べても高い
- ・歯科受診率が高い
- ・睡眠薬服用率が減少、他と比べても低い

75歳以上 生活習慣病予備群

- ・R3~腹囲有所見上昇!
- ・血圧の有所見率が高い

0-74歳 生活習慣病

- ・外来医療費
総額：男5.8億(0.97)、女4.8億(0.98)
- 1. 脂肪肝： 男165万(2.02)、女148万(1.69)
- 2. 高尿酸血症： 男133万(1.24)、女7万4千(0.88)
- 3. 精神： 男3000万(1.09)、女3500万(1.20)
- 4. 糖尿病： 男6700万(1.08)、女4400万(1.07)

→問題!! 脂肪肝、尿酸高値、血糖高値 →→→→→→→→
ウイルス肝炎、うつ病 →→→→→→→→

0-74歳 重症化

- ・入院医療費
総額：男4.8億(1.05)、女4.3億(1.26)
- 1. 脂肪肝： 男19万(2.33)、女23万(4.0)
- 2. 高血圧： 男297万(2.98)、女176万(2.52)
- 3. 脂質異常： 男4.4万(0.19)、女72万(3.4)
- 4. 糖尿病： 男880万(1.84)、女468万(1.84)
- 5. 精神： 男725万(1.42)、女680万(1.52)

→ 肝硬変、肝がん、B型肝炎 →→→→→→→→
→ 精神(うつが多く統合失調症は少ない傾向) →→→→→→→→

0-74歳 要介護状態・死亡

- ・平均寿命(R4)
男81.8歳(+1.0)、女87.8歳(+0.8)
- ・標準化死亡率比→死亡率低い
男89.6、女90.2

(死因)
①心臓病 31.5%(+4%)
②腎不全 4.7%(+0.7%)
③自殺 3.4%(+1.1%)

75歳以上 生活習慣病

- ・入院・外来医療費合計から標準化比高いもの
(男女共通) 脂肪肝、筋骨格疾患、精神、高尿酸血症
(男性) 脳梗塞、心筋梗塞、糖尿病
(女性) 動脈硬化症
- ・女性は受療行動につながるが、男性は低め
- ・地域の特性として、来客時のふるまい菓子なども脂肪肝につながる要因か?

75歳以上 重症化

- ・男性HD導入者は増加傾向
- ・男性心筋梗塞・脳血管疾患が多い傾向
- ・アルツハイマーを除く認知症の増加(脳血管系)
- ・入院費の増加・有病率(心疾患や脳血管疾患)
→悪化・発症後の影響か?
- ・ソーシャルサポートの有無はここ数年改善
- ・睡眠薬使用者の改善
→コロナ禍?もう少しデータがほしいところ。

75歳以上 要介護状態・死亡

- <平均寿命>(国比較)
男81.8(+1.0)、女87.8(+0.8)
- <平均自立期間>(県比較)
男81.4(+1.0)、女85.9(+0.9)
- <要介護の有病状況>(国比較)
・心臓病：68.6%(+8.5%) 増加傾向
・脳疾患：25.7%(+2.9%) 増加傾向
・筋骨格：58.9%(+5.5%) 増加傾向

0-74歳のまとめ

0-74歳 背景

- ・ 第3次産業 約6割 第1次産業 約1割
~39歳の人口 約48% 若い世代が多い
- ・ 北・南部には高齢者が多く、中部に若い世代が多い
- ・ JRの駅あるが利用者は学生が多い
バスの本数少なく、移動は車が多い
- ・ 大規模病院なし、クリニックが多い
- ・ 特定健診受診率 43.8%
- ・ 介護認定率 22.1%
- ・ 受診勧奨率 60%

0-74歳 不適切な生活習慣

- ・時々飲酒の頻度だが、1回飲酒量(2合以上)の割合が多い
- ・運動習慣が少ない
- ・朝食を抜く(女性)
- ・歩く速度が遅い(40~64才男女)
- ・食べる速度が速い(男女ともに)
- ・咀嚼でかみにくいと感じている割合が高い(R4 24.5%)

0-74歳 生活習慣病予備群

- ・血糖が高い(男・女)
- ・HbA1cが高い(男・女)
- ・20歳時体重から10kg以上増加している人の割合多い(男)
- ・BMI高い(女)
- ・血圧(収縮・拡張期)が高い人の割合多い(男・女)
- ・尿酸値高い(男)
- ・非肥満高血糖者が多い
- ・メタボ(女性)の割合が多い

0-74歳 生活習慣病

- ・外来医療費

総額：男5.8億(0.97)、45.8億(0.98)

1. 脂肪肝： 男165万(2.02)、女148万(1.69)
2. 高尿酸血症： 男133万(1.24)、女7万4千(0.88)
3. 精神： 男3000万(1.09)、女3500万(1.20)
4. 糖尿病： 男6700万(1.08)、女4400万(1.07)

→問題!! 脂肪肝、尿酸高値、血糖高値 →→→→→→→→→
ウイルス肝炎、うつ病 →→→→→→→→→→→→→

0-74歳 重症化

- ・入院医療費

総額：男4.8億(1.05)、女4.3億(1.26)

1. 脂肪肝： 男19万(2.33)、女23万(4.0)
2. 高血圧： 男297万(2.98)、女176万(2.52)
3. 脂質異常： 男4.4万(0.19)、女72万(3.4)
4. 糖尿病： 男880万(1.84)、女468万(1.84)
5. 精神： 男725万(1.42)、女680万(1.52)

→ 肝硬変、肝がん、B型肝炎 →→→→→→→→→
→ 精神(うつが多く統合失調症は少ない傾向) →→→→→→→→→

0-74歳 要介護状態・死亡

- ・ 平均寿命(R4)
男81.8歳(+1.0)、女87.8歳(+0.8)
- ・ 標準化死亡比→死亡率低い
男89.6、女90.2

(死因)

- ①心臓病 31.5%(+4%)
- ②腎不全 4.7%(+0.7%)
- ③自殺 3.4% (+1.1%)

75歳以上のまとめ

75歳以上 背景

- ・ 65～74歳が増加傾向(11.3%)
- ・ 健診受診率増加傾向(16.4%)
- ・ 出生率が高い(9.4%)、死亡率は低い(8.6%)
高齡化低い(21.9%)
- ・ 地区は大きく3つに分かれている 中央・南北
南北に高齡者多く、農林業
ぎりぎりまで受診せず仕事に頑張る
- ・ 水源の問題など、他の地区の人には話してくれない
- ・ 外部の人を受け入れにくい

75歳以上 不適切な生活習慣

- ・ 健康状態がよくない方が増加、ふつうの方が減少
- ・ 心の健康状態で満足している方が減少
- ・ 食習慣に変化なく、他と比べても変わりなし
- ・ 禁煙者が他と比べて多いもの喫煙率増加
- ・ 社会参加率が他と比べて高く、ソーシャルサポートも高く、年々↑
- ・ 高血圧、糖尿病での服薬率が上昇 他と比べても高い
- ・ 歯科受診率が高い
- ・ 睡眠薬服用率が減少、他と比べても低い

75歳以上 生活習慣病予備群

- ・ R3～腹囲有所見急上昇!?
- ・ 血圧の有所見率が高い

75歳以上 生活習慣病

- ・ 入院・外来医療費合計から標準化比高いもの
（男女共通）脂肪肝、筋骨格疾患、精神、高尿酸血症
（男性）脳梗塞、心筋梗塞、糖尿病
（女性）動脈硬化症
- ・ 女性は受療行動につながるが、男性は低め
- ・ 地域の特性として、来客時のふるまい菓子なども脂肪肝につながる要因か？

75歳以上 重症化

- ・ 男性HD導入者は増加傾向
 - ・ 男性心筋梗塞・脳血管疾患が多い傾向
 - ・ アルツハイマーを除く認知症の増加(脳血管系)
 - ・ 入院費の増加・有病率(心疾患や脳血管疾患)
- 悪化・発症後の影響か？

- ・ ソーシャルサポートの有無はここ数年改善
 - ・ 睡眠薬使用者の改善
- コロナ禍？もう少しデータがほしいところ。

75歳以上 要介護状態・死亡

<平均寿命>(国比較)

男81.8(+1.0)、女87.8(+0.8)

<平均自立期間>(県比較)

男81.4(+1.0)、女85.9(+0.9)

<要介護の有病状況>(国比較)

- ・ 心臓病：68.6%(+8.5%) 増加傾向
- ・ 脳疾患：25.7%(+2.9%) 増加傾向
- ・ 筋骨格：58.9%(+5.5%) 増加傾向

令和5年度 熊本県国保ヘルスアップ支援事業
「睡眠による予防・健康づくり事業」 大津町ワーキンググループ 議事録

日時： 令和5年（2023年）10月26日（火）10：00～12：00

会場： 大津町役場内 町民協働ルーム

1. 目的

市町村保険者が、KDB（国保データベース）システム等を活用して医療費等の分析を行い、各市町村の健康課題を把握するとともに、地域の課題に応じた保健事業を企画立案・実施できるよう支援する。

2 概要

- KDB システム等を用いたデータの抽出及び分析方法や、各保険者がそれぞれの健康課題に応じた保健事業を検討・実施できるよう、助言を行う。
- 保健師・管理栄養士・事務職など、保健事業に携わる多職種の職員が、組織として効果的に保健事業を実施できるよう支援する。

3 内容

- ① 2グループに分かれ、前回の結果を元に、健康課題を抽出
- ② 全体で今後実施する対策の検討

4 グループ分け

①生活習慣・健診グループ

大津町 上田 雅子 （保健師）	熊本大学 教授 青石 恵子
熊本県 菊池保健所 代々 耕治 （管理栄養士）	熊本産業保健研究所 佐伯 裕子 （保健師）
大津町 山部 美保 （事務）	熊本総合保健センター 前 悠佳璃 （保健師）
熊本県 国保・高齢者医療課 小崎 暢子 （事務）	熊本総合保健センター 今村 靖子 （管理栄養士）

②医療・介護グループ

大津町 石原 春香 （事務）	九州看護福祉大学 准教授 上田 智之
熊本県 健康づくり推進課 木脇 朱梨 （保健師）	熊本産業保健研究所 堀口 真愛 （保健師）
大津町 古庄 美穂 （保健師）	熊本産業保健研究所 筑地 翔一朗 （医師）
熊本県 健康づくり推進課 平上 真紀子 （保健師）	熊本総合保健センター 吉田 由美 （保健師）

5 各班のディスカッション内容（現状分析シートは別紙参照）

KDB 等の分析に基づく 大津町 の生活習慣病対策のための現状分析と課題設定

背景

不適切な生活習慣

生活習慣病予備群

生活習慣病

重症化

要介護状態・死亡

0-74歳 背景

- ・要介護者661人(第1次産業約1割)
- ・55歳の人口約48%、若い世代が多い
- ・北・南には若者が多く、中央に若い世代が多い
- ・旧の集落は若者が多く、移住者が多い
- ・バス本数が少なく、移動が難しい
- ・大規模な施設なし、クリニックが多い
- ・特定高齢者対策43.8%
- ・介護認定率22.1%
- ・要介護認定率20%

75歳以上 背景

- ・65-74歳が増加傾向(11.3%)
- ・健康寿命延伸率増加(15.4%)
- ・出生率が低い(9.4%)、死亡率は低い(6.6%)
- ・高齢者が多い(12.9%)
- ・地区はよき(3つ)に分かれている、中央・南北
- ・南北に高齢者多く、集落
- ・若者まで定住せず上層に集まる
- ・水害の問題など、他の地区の人には当てはまらない
- ・外資の人を受け入れにくい

0-74歳 不適切な生活習慣

- ・持たざるの現状だが、1日飲酒量2合以上の割合が多い
- ・運動習慣が少ない
- ・朝食を抜く(女性)
- ・歩く速度が遅い(40-64才男女)
- ・食べる速度が早い(男女とも)
- ・塩しぐさでかきこく、とろける割合が多い(94.25%)

75歳以上 不適切な生活習慣

- ・健康状態がよくない方が増加、ふつうの方が減少
- ・心の健康状態でも減少している方が減少
- ・食習慣に変化なく、他と比べても変わりなし
- ・家族構成が他と比べて多いもの増加率増加
- ・社会参加の割合が他と比べて高く、ソーシャルサポートも高く、年々!
- ・高血圧、糖尿病等の罹患率が上昇、他と比べても高い
- ・生活習慣病の罹患率が高い
- ・健康寿命延伸率増加

0-74歳 生活習慣病予備群

- ・血糖が高い(男・女)
- ・HbA1cが高い(男・女)
- ・20歳未満から10歳以上増加している人の割合多い(男)
- ・BMIが高い(女)
- ・血圧(収縮・拡張期)が高い人の割合多い(男・女)
- ・尿酸値が高い(男)
- ・尿酸値が高い(男)
- ・メタボ(女性)の割合が多い

75歳以上 生活習慣病予備群

- ・30-40歳代に見え上昇?
- ・血圧の増進率が高い

0-74歳 生活習慣病

- ・外来受診費
- ・総額：男8,888(0.37)、女8,888(0.98)
- 1. 糖尿病：男16,512(2.42)、女14,888(1.59)
- 2. 高血圧症：男13,512(2.42)、女17,512(4.08)
- 3. 脂質異常：男3,000(1.09)、女3,500(1.20)
- 4. 糖尿病：男7,000(1.08)、女4,000(1.07)
- ・喫煙：脂質異常、血糖異常、尿酸異常
- ・ウイルス肝炎、うつ病

75歳以上 生活習慣病

- ・入院・外来受診費合計から重症化は高いもの
- (男女共通) 糖尿病、脂質異常、高血圧症
- (男性) 糖尿病、脂質異常、高血圧症、脂質異常
- (女性) 糖尿病、脂質異常
- ・女性は受診行動につながるが、男性は低い
- ・地域の特性として、受診行動のふるまい変革なども糖尿病に必要

0-74歳 重症化

- ・入院受診費
- ・総額：男4,888(1.05)、女4,888(1.26)
- 1. 糖尿病：男19,233(2.33)、女23,333(4.0)
- 2. 高血圧：男23,333(2.33)、女23,333(2.33)
- 3. 脂質異常：男4,444(1.09)、女4,444(1.84)
- 4. 糖尿病：男8,888(1.84)、女8,888(1.84)
- 5. 糖尿病：男7,251(1.42)、女8,888(1.52)
- ・糖尿病、脂がん、肥満、うつ病
- ・糖尿病、うつ病、脂質異常、脂質異常

75歳以上 重症化

- ・男性HDL低下は増加傾向
- ・男性HDL低下、脂質異常、脂質異常、脂質異常
- ・アルブミン低下、脂質異常、脂質異常、脂質異常
- ・入院後の合併、脂質異常、脂質異常、脂質異常
- ・肥満、脂質異常、脂質異常
- ・ソーシャルサポートの活用はここ数年改善
- ・糖尿病、脂質異常、脂質異常
- コロナ禍?もう少しデータがほしいところ。

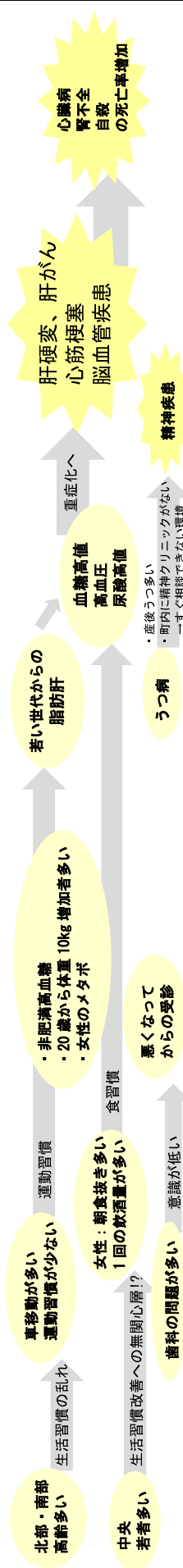
0-74歳 要介護状態・死亡

- ・平均寿命(男)
- ・男81.8歳(+1.0)、女87.8歳(+0.8)
- ・標準化死亡率→死亡率低い
- ・男89.6、女90.2
- (死因)
- ①心臓病 31.5%(+4%)
- ②腎不全 4.7%(+0.7%)
- ③自殺 3.4%(+1.1%)

75歳以上 要介護状態・死亡

- ・平均寿命(男)
- ・男81.8(+1.0)、女87.8(+0.8)
- ・平均自立期間(男)
- ・男81.4(+1.0)、女88.3(+0.9)
- ・要介護の有無状況(男)
- ・心臓病：68.6%(+8.5%) 増加傾向
- ・糖尿病：25.7%(+2.9%) 増加傾向
- ・脂質異常：58.9%(+5.5%) 増加傾向

問題



健診受診率向上

- ・今年45%なのでそれ以上を目指している。
- ・ナッジの活用、オンライン申込みを行い、増加傾向にある。
- ・みなし健診も開始したため、医療機関との連携を強化する必要がある。

脂肪肝対策！！

- 【運動習慣】**
- ・運動教室(個別対応)の活用
 - ターゲットをしぼる必要あり。
 - ・町の事業へ落とし込むと良いのでは。
 - ・ちよいいと動画を動画に流すのはどうか。

【食習慣】

- ・糖質、脂質が多い傾向。砂糖を良く使用する。
- ・栄養教室や個別訪問を強化する必要がある。
- ・若年者をターゲットにした啓発。
- ・動画やSNSの活用、健康ポイントにつなげる等。

歯科対策！！

- ・若年者への介入が必要。
- ・乳幼児健診の際、母親に介入する方法。
- ・現在クーポンを40代~10歳刻みで配布。
- 30代や若年者に幅を広げてはどうか。
- ・歯科医にアンケートをとり、まずは実態を把握する方法も必要。

備考

**大津町国民健康保険 第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)・第4期特定健康診査等実施計画
(計画期間:令和6年度～令和11年度)**

大津町健康福祉部 健康保険課 〒869-1233 熊本県菊池郡大津町大津 1233 番地
☎(096)293-3114(直通) E-mail:kenkou@town.ozu.kumamoto.jp