

錦町国民健康保険
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

錦町国民健康保険

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) ……34

1. 第4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. 個人情報の保護
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 ……42

- 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. 脳血管疾患重症化予防
3. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
4. 虚血性心疾患重症化予防

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70

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71

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料72

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

このような国の動きや本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、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

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

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

本町では、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。

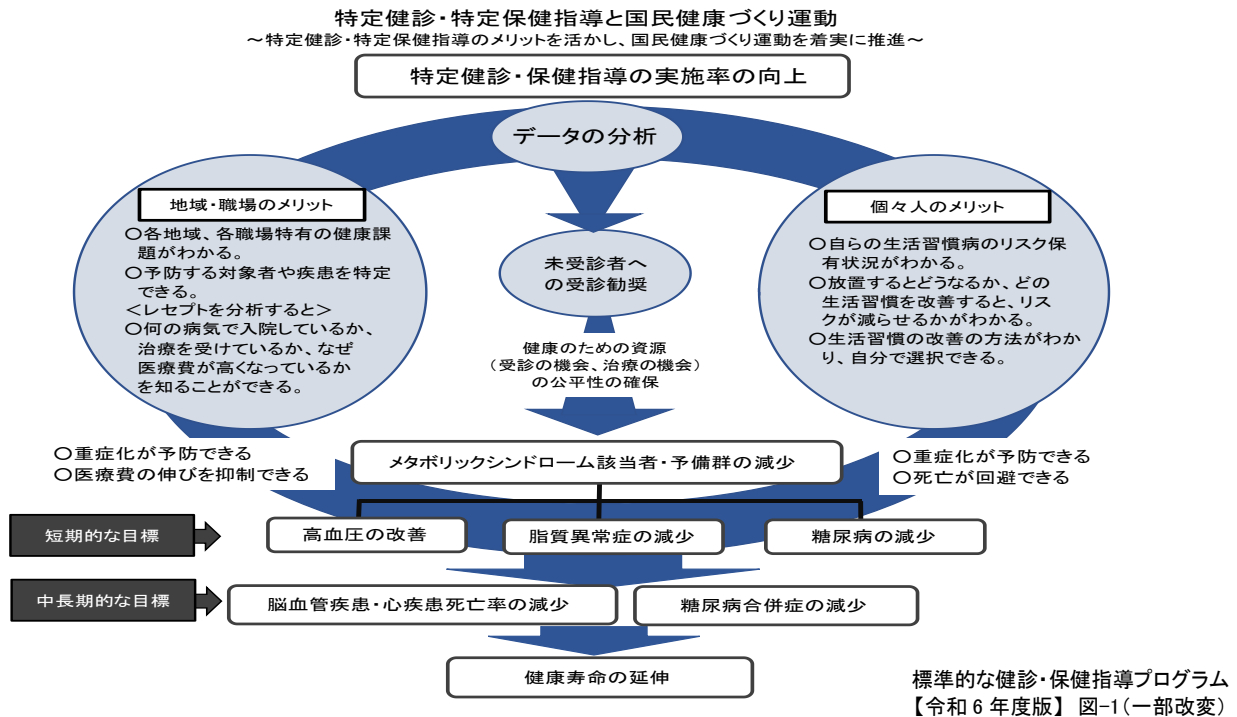
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

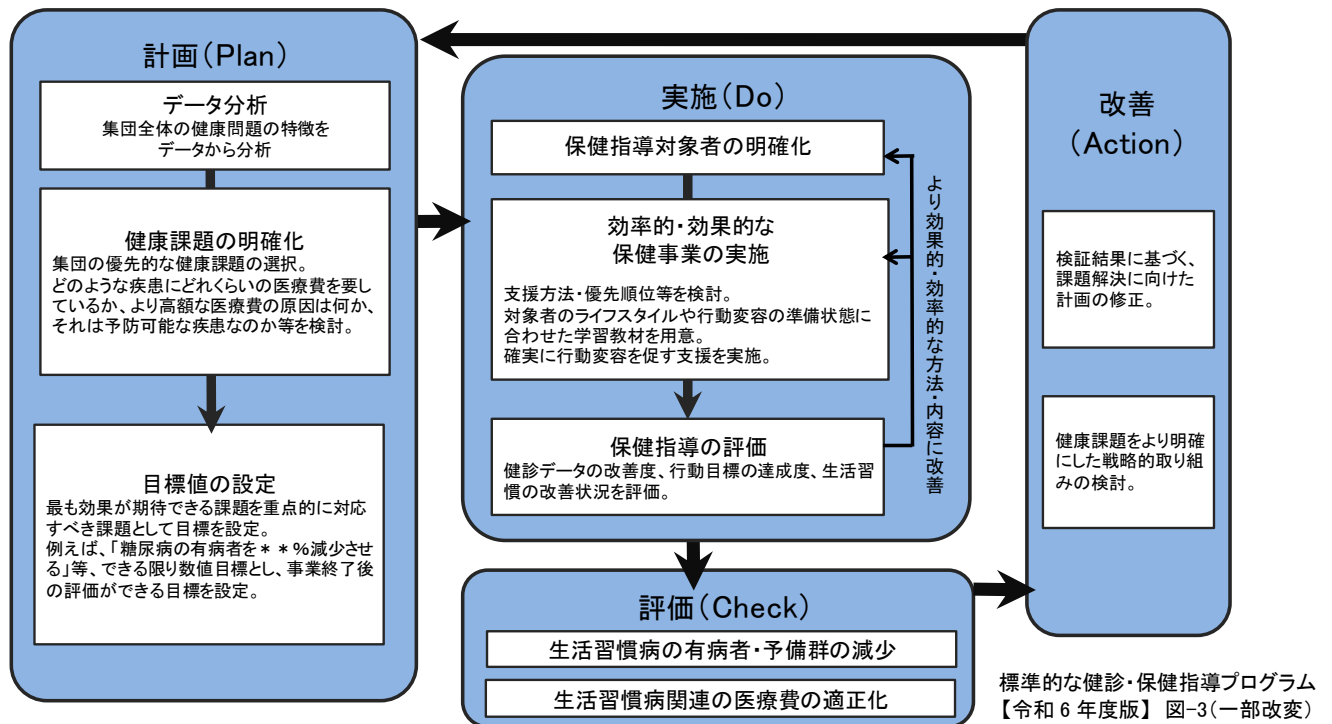
	※健康増進事業実施法とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施法(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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) 2024～2035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有効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向け た取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	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若年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	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、 脳神経系疾患
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・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



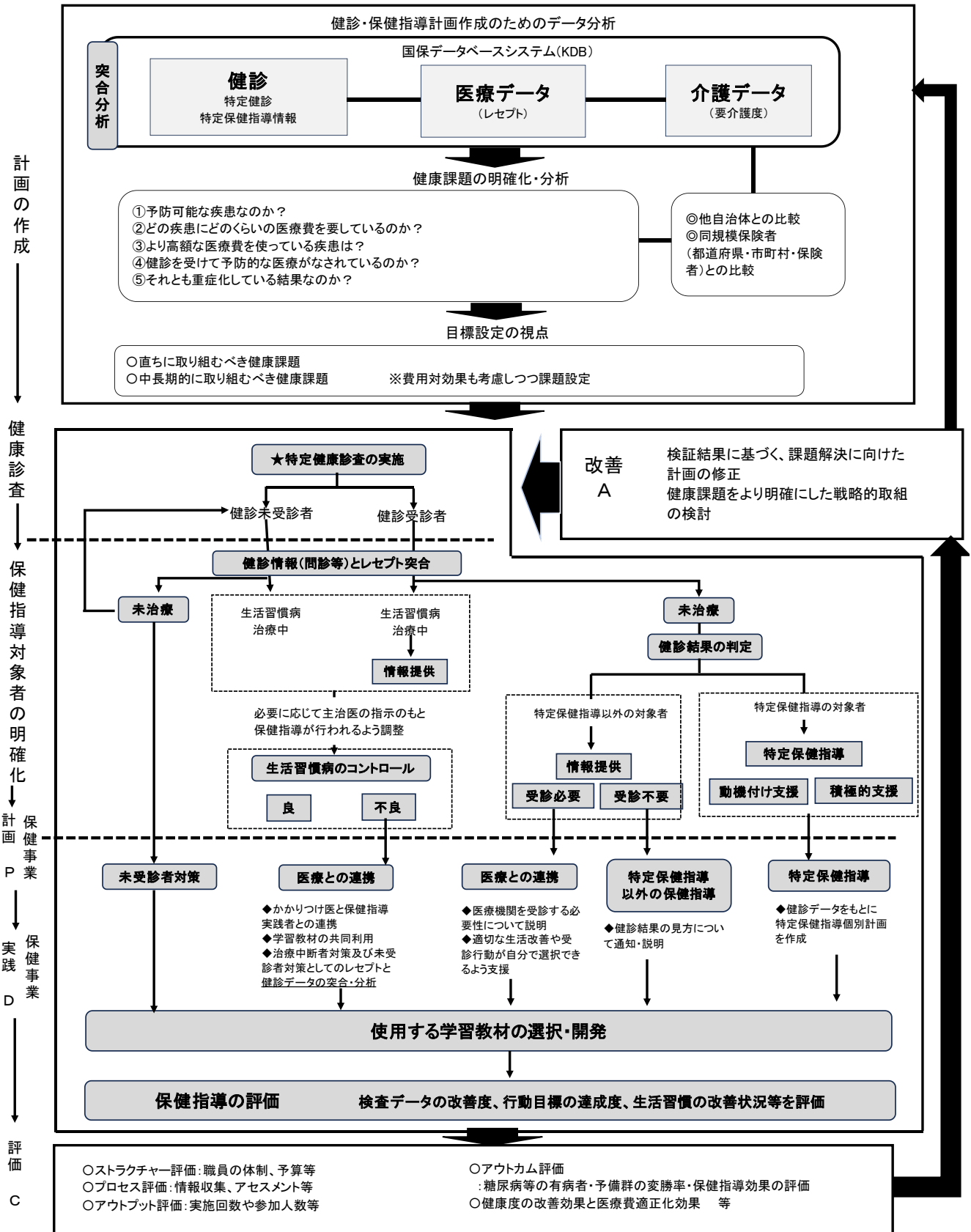
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

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(平成30年度版)における基本的な考え方(一部改変)

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

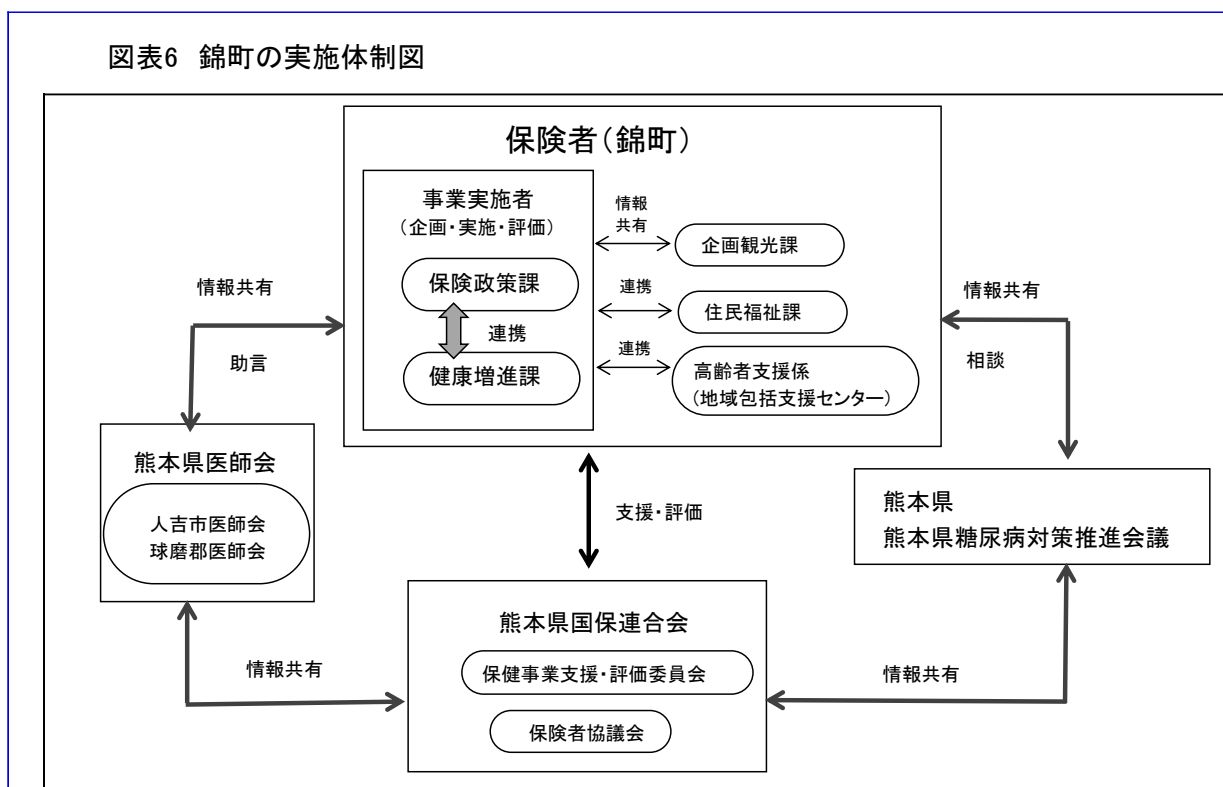
1) 市町村国保の役割

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

期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局(保険政策課保険・年金係)、保健衛生部局(健康増進課)、介護保険部局(保険政策課高齢者支援係)、企画部局(企画観光課)、生活保護部局(住民福祉課)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 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

	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
	保(師長)	保	保	保	保	管栄	栄	看	歯衛	事(課長)	事(国保)	事
国保事務							○				○	
健康診断 保健指導	○	◎	◎	○	○	◎	○	○				
一体化事業	◎	○						○				
がん検診		○	◎			◎						
新型コロナ ワクチン				◎						◎		
予防接種				○	◎							
母子保健	○	○	○	○	◎	○						○
精神保健	◎											
歯科保健			◎						◎			

2) 関係機関との連携

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

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である熊本県のほか、熊本県国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」という。)や国保連合会に設置される保健事業支援・評価委員会、熊本県医師会や人吉市医師会・球磨郡医師会、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連携、協力する。

〈参考〉手引きより抜粋

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

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

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

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

3) 被保険者の役割

本計画の最終目的は、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ある。

5. 保険者努力支援制度

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

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		
			錦町	配点	錦町	配点	錦町	配点	
交付額(万円)									
全国順位(1,741市町村中)			18位		14位		66位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	120	70	135	70	120	70	
		(3)メボリックシフト・ロム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	48	40	68	40	70	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組		120	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供		110	90	55	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		50	50	50	50	40	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合		130	130	130	130	130	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率		30	100	30	100	30	100
	②	データヘルス計画の実施状況		40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組		25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施		30	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組		30	40	43	50	40	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況		80	95	81	100	66	100
合計点			813	1,000	802	960	741	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1万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で33.3%でした。県、国と比較すると高齢者の割合はやや高く、被保険者の平均年齢は54歳と同規模と比べて若く、出生率も高い町ですが、財政指数は同規模、県と同じ割合となっています。産業においては、第3次産業が57.2%と同規模、県、国と比較して低く、農業を基盤とする第1次産業の割合が国・県・同規模と比べると多く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムの実態を把握し、健康課題との関連を明確にすることが重要だと考えます。(図表9)

国保加入率は22.7%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約50%を占めています。(図表10)

また本町内には9つの診療所があります。人吉球磨地域の中心にあるため医療機関にはかかりやすく、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数も同規模・県と比較して高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した錦町の特性

	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
錦町	10,279	33.3	2,332 (22.7)	54.0	8.7	12.6	0.4	18.2	24.6	57.2
同規模	--	36.9	24.3	55.8	5.3	15.7	0.4	13.4	27.1	59.5
県	--	31.6	22.4	53.6	7.6	12.3	0.4	9.8	21.1	69.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、錦町と同規模保険者(152市町村)の平均

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	2,594		2,544		2,478		2,372		2,332	
65～74歳	1,195	46.1	1,222	48.0	1,231	49.7	1,190	50.2	1,154	49.5
40～64歳	793	30.6	744	29.2	700	28.2	668	28.2	645	27.7
39歳以下	606	23.4	578	22.7	547	22.1	514	21.7	533	22.9
加入率	24.1		23.6		23.0		22.0		22.7	

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	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.3	0.5
診療所数	10	3.9	10	3.9	10	4.0	10	4.2	9	3.9	2.7	3.8
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	40.8	85.4
医師数	8	3.1	8	3.1	8	3.2	8	3.4	8	3.4	5.0	14.1
外来患者数	774.1		776.9		747.0		794.2		816.8		708.1	768.9
入院患者数	21.9		25.3		26.1		25.8		24.3		22.2	26.2

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で7人(認定率0.22%)、1号(65歳以上)被保険者で520人(認定率15.0%)と同規模・県・国と比較すると低く、平成30年度と比べても横ばいで推移しています。(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増加しており、介護給付費は、約8億円から約10億円に伸びています。(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(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で7割以上、第1号被保険者でも約6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

	錦町				同規模 R04年度	県 R04年度	国 R04年度
	H30年度		R04年度				
高齢化率	3,073人	28.5%	3,420人	33.3%	36.9%	31.6%	28.7%
2号認定者	12人	0.34%	7人	0.22%	0.38%	0.35%	0.38%
新規認定者	3人		2人		--	--	--
1号認定者	452人	14.7%	520人	15.0%	18.6%	20.2%	19.4%
新規認定者	49人		89人		--	--	--
再掲	65～74歳	32人	2.2%	51人	2.9%	--	--
	新規認定者	5人		15人		--	--
	75歳以上	420人	25.7%	469人	28.0%	--	--
	新規認定者	44人		74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

	錦町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	8億8060万円	10億2414万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	286,559	299,457	303,361	310,858	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	91,329	89,656	72,528	62,823	59,662
居宅サービス	53,375	54,150	44,391	42,088	41,272
施設サービス	311,272	323,465	291,231	303,857	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(令和4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)		7		51		469		520					
再)国保・後期		4		43		441		484					
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	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		
		循環器疾患	1	脳卒中	3 75.0%	脳卒中	24 55.8%	脳卒中	260 59.0%	脳卒中	284 58.7%	脳卒中	287 58.8%
			2	虚血性心疾患	0 0.0%	虚血性心疾患	8 18.6%	虚血性心疾患	128 29.0%	虚血性心疾患	136 28.1%	虚血性心疾患	136 27.9%
			3	腎不全	0 0.0%	腎不全	5 11.6%	腎不全	99 22.4%	腎不全	104 21.5%	腎不全	104 21.3%
	合併症	4	糖尿病合併症	2 50.0%	糖尿病合併症	5 11.6%	糖尿病合併症	57 12.9%	糖尿病合併症	62 12.8%	糖尿病合併症	64 13.1%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		4 100.0%		39 90.7%		417 94.6%		456 94.2%		460 94.3%		
	血管疾患合計		4 100.0%		40 93.0%		425 96.4%		465 96.1%		469 96.1%		
	認知症		0 0.0%		16 37.2%		289 65.5%		305 63.0%		305 62.5%		
	筋・骨格疾患		3 75.0%		38 88.4%		425 96.4%		463 95.7%		466 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、国保加入者が減少しているにもかかわらず総医療費は横ばいで推移しており、一人あたり医療費は同規模保険者と比べて高く、平成30年度と比較すると約3万円伸びています。

入院医療費は、全体のレセプトのわずか3%程度にも関わらず、医療費全体の約42%を占めており、1件あたりの入院医療費は平成30年度と比較しても3万円高くなっています。(図表15)

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の1を大きく超えており、特に入院の地域差指数が平成30年度よりもかなり伸びています。同じように後期高齢者の入院についても高い状況となっています。(図表16)

本町の医療費をあげている要因は入院の増加と考えられ、予防可能な疾患(脳・心・腎)の発症を抑えることが重要です。そのためには、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

		錦町		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)		2,594人	2,332人	--	--	--
前期高齢者割合		1,195人 (46.1%)	1,154人 (49.5%)	--		
総医療費		9億0457万円	8億9224万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		348,715 県内33位 同規模69位	382,608 県内37位 同規模65位	378,542	407,772	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	516,730	549,610	592,330	574,060	617,950
	費用の割合	40.0	42.5	43.0	45.5	39.6
	件数の割合	2.8	2.9	3.0	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	21,990	22,120	24,690	23,430	24,220
	費用の割合	60.0	57.5	57.0	54.5	60.4
	件数の割合	97.2	97.1	97.0	96.7	97.5
受診率		796.037	841.141	730.302	795.102	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は錦町と同規模保険者152市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		錦町 (県内市町村中)		県 (47県中)	錦町 (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	全体	1.036 (33位)	1.166 (12位)	1.139 (9位)	0.973 (37位)	1.007 (34位)	1.130 (7位)
		1.033 (37位)	1.387 (11位)	1.309 (8位)	1.047 (38位)	1.175 (29位)	1.277 (6位)
	入院	1.061 (11位)	1.033 (23位)	1.036 (12位)	0.918 (27位)	0.838 (39位)	0.982 (22位)
	外来						

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

中長期目標疾患(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、平成30年度と比較すると増加しています。その要因として、脳血管疾患・腎疾患(透析有)が平成30年度より2%ずつ伸びていることがあります。(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平成30年度と比較してみると、脳血管疾患・腎不全の患者割合は横ばいでしたが、虚血性心疾患の割合が増加しています。(図表18)

本町の治療者割合が多い脳血管疾患は、発症時の急性期のみならずリハビリ等による慢性期を含む総医療費、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大きな負担を強いる疾患です。その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病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

			錦町		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)			9億0457万円	8億9224万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			7632万円	9276万円	--	--	--
			8.44%	10.40%	8.01%	8.69%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	0.95%	2.57%	2.07%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.94%	0.80%	1.38%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.82%	6.81%	4.23%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.72%	0.22%	0.33%	0.26%	0.29%
その 他の 疾患	悪性新生物		13.52%	14.86%	17.23%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		8.02%	7.01%	8.66%	8.56%	8.68%
	精神疾患		11.19%	8.66%	8.13%	9.62%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	2,594	2,332	a	152	137	101	98	17	16	
				a/A	5.9%	5.9%	3.9%	4.2%	0.7%	0.7%	
40歳以上	B	1,988	1,799	b	152	136	98	95	17	16	
	B/A	76.6%	77.1%	b/B	7.6%	7.6%	4.9%	5.3%	0.9%	0.9%	
再掲	40~64歳	C	793	645	c	34	25	24	9	5	4
		C/A	30.6%	27.7%	c/C	4.3%	3.9%	3.0%	1.4%	0.6%	0.6%
	65~74歳	D	1,195	1,154	d	118	111	74	86	12	12
		D/A	46.1%	49.5%	d/D	9.9%	9.6%	6.2%	7.5%	1.0%	1.0%

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)

(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)である脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合も増加傾向にあります。

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をすすめています。十分な成果につながっておらず、重症化予防が未達成であると考えます。(図表 19~21)

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	941	932	262	226	679	706
		A/被保数	47.3%	51.8%	33.0%	35.0%	56.8%	61.2%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	107	105	28	21	79	84
		B/A	11.4%	11.3%	10.7%	9.3%	11.6%	11.9%
	虚血性心疾患	C	65	65	15	7	50	58
		C/A	6.9%	7.0%	5.7%	3.1%	7.4%	8.2%
	人工透析	D	15	16	5	4	10	12
		D/A	1.6%	1.7%	1.9%	1.8%	1.5%	1.7%

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

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	486	448	126	88	360	360
		A/被保数	24.4%	24.9%	15.9%	13.6%	30.1%	31.2%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	57	54	15	9	42	45
		B/A	11.7%	12.1%	11.9%	10.2%	11.7%	12.5%
	虚血性心疾患	C	39	36	10	2	29	34
		C/A	8.0%	8.0%	7.9%	2.3%	8.1%	9.4%
	人工透析	D	10	12	2	2	8	10
		D/A	2.1%	2.7%	1.6%	2.3%	2.2%	2.8%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	56	61	19	14	37	47
		E/A	11.5%	13.6%	15.1%	15.9%	10.3%	13.1%
	糖尿病性網膜症	F	48	45	8	10	40	35
		F/A	9.9%	10.0%	6.3%	11.4%	11.1%	9.7%
	糖尿病性神経障害	G	21	18	5	5	16	13
		G/A	4.3%	4.0%	4.0%	5.7%	4.4%	3.6%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	653	679	191	177	462	502
		A/被保数	32.8%	37.7%	24.1%	27.4%	38.7%	43.5%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	68	74	14	17	54	57
		B/A	10.4%	10.9%	7.3%	9.6%	11.7%	11.4%
	虚血性心疾患	C	50	61	11	6	39	55
		C/A	7.7%	9.0%	5.8%	3.4%	8.4%	11.0%
	人工透析	D	7	10	3	4	4	6
		D/A	1.1%	1.5%	1.6%	2.3%	0.9%	1.2%

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

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を平成 30 年度と令和 3 年度で比較してみると、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で 47.1%、糖尿病で 5.9%おり、その割合は他の市町村と比較すると、特に高血圧で高くなっています。(図表 22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は本町では増加しており、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医療受診勧奨を徹底し、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	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		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	
錦町	1,232	62.3	1,135	62.1	34	2.8	14	41.2	51	4.5	33	64.7	24	47.1	1	2.0
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病 HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
錦町	1,216	98.7	1,125	99.1	58	4.8	7	12.1	68	6.0	11	16.2	4	5.9	1	1.5
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典：ヘルスサポートラボツール

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、平成 30 年度と令和 4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は 2%伸びており、3 項目すべての危険因子が重なっている割合が 0.1%、2 項目重なっている割合が 1.9%増加しています。(図表 23)

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、いずれも微増しているものの、翌年度の結果では、HbA1c6.5 以上と LDL-c160 以上の改善率が上がってきています。一方で、改善率が低い血圧Ⅱ度以上の有所見者については、翌年度健診を受診していない方が 20%程おり、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、現在、年度当初に重症化予防対象者(HbA1c6.5 以上者)へ継続受診を勧める働きかけを行っていますが、血圧Ⅱ度以上者にも行っていきたいと考えます。(図表 24～

26)

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	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,232 (62.3%)	224 (18.2%)	82 (6.7%)	142 (11.5%)	140 (11.4%)
R04年度	1,101 (63.9%)	222 (20.2%)	75 (6.8%)	147 (13.4%)	139 (12.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	124 (10.2%)	26 (21.0%)	57 (46.0%)	9 (7.3%)	32 (25.8%)
R03→R04	160 (14.2%)	42 (26.3%)	74 (46.3%)	22 (13.8%)	22 (13.8%)

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	34 (2.8%)	19 (55.9%)	7 (20.6%)	3 (8.8%)	5 (14.7%)
R03→R04	51 (4.5%)	25 (49.0%)	14 (27.5%)	0 (0.0%)	12 (23.5%)

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	82 (6.7%)	36 (43.9%)	16 (19.5%)	7 (8.5%)	23 (28.0%)
R03→R04	76 (6.7%)	50 (65.8%)	15 (19.7%)	4 (5.3%)	7 (9.2%)

出典：ヘルスサポートラボツール

②特定健診受診率及び特定保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、平成 30 年度には 64.6%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和 2 年度は受診率が 59.3%まで低下し、その後受診率が回復傾向にあります。令和 4 年度は 65.0%と第 3 期特定健診等実施計画の目標を達成できました。(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たこともあり、少しずつ特定健診の 40~50 代の受診率も伸びてきました。(図表 28)

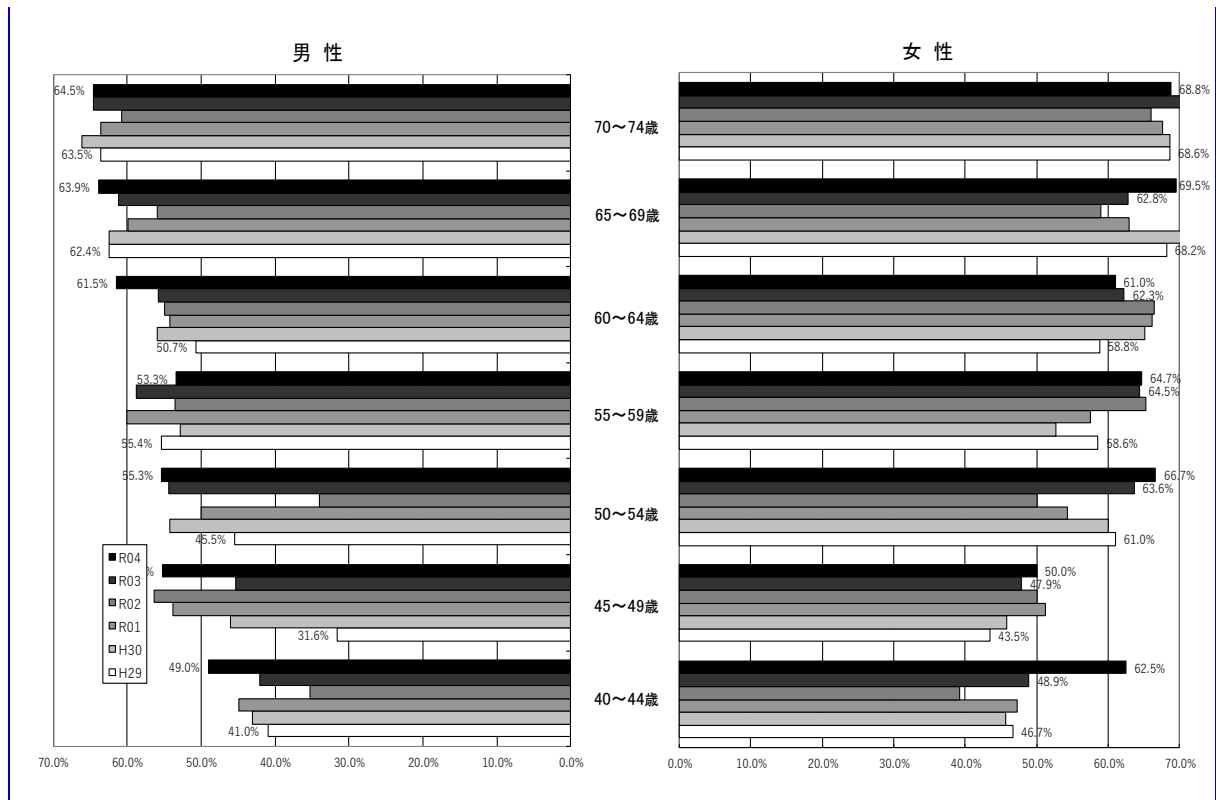
特定保健指導については、令和 2 年度はコロナ禍にありながらも体制を変えずに実施した結果、実施率は下がらずに推移しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,183	1,148	1,060	1,105	1062	健診受診率 65%
	受診率	64.6%	64.1%	59.3%	64.7%	65%	
特定保健指導	該当者数	123	117	105	117	85	特定保健指導実施率 89.6%
	割合	10.4%	10.2%	9.9%	10.6%	8%	
	実施者数	106	104	94	108	76	
	実施率	86.2%	88.9%	89.5%	92.3%	89.4%	

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

① 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症重症化予防については、「熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(以下、「熊本県版プログラム」という。)に基づき実施しており、特に特定健診受診者のうち HbA1c6.5 以上者(治療の有無にかかわらず)や e-GFR50 以下、尿蛋白+以上者へ 100%近く個別支援(訪問を中心に)ができています。しかし、HbA1c7.0 以上の割合が年々増加しており、令和4年度は 8.0 以上の重症化対象者についても県内順位が最も高くなっています。中には、初めて健診を受けて高かった人が、治療につながって翌年度以降に低下した人もいますが、全体的にみると改善が見られていない状況です。(図表 29)

健診を受けて治療につながった人は、県全体よりも多い状況ですが、コントロール不良者やインスリン治療者、透析者も多い状況となり、重症化予防が出来ていません。(図表 30)

医療機関受診ありの糖尿病コントロール不良者の半数以上に BMI25 又は腹囲基準該当の肥満者がみられます。(図表 31) 肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携し、行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

また、健診受診者の 8 割の方に HbA1c5.6 以上の耐糖能異常がみられ、年々悪化傾向にあります。この中には、肥満が無い高血糖者も含まれるため、その方への保健指導も必要です。75g糖負荷検査などの二次健診を活用して保健指導を勧めていきます。(図表 32)

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

図表29 HbA1c7%以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人	1,251	1,209	1,086	1,168	1,124
HbA1c7.0以上	人	58	59	65	71	73
	割合	4.6	4.9	6	6.1	6.5
県内順位 (割合の高い順)	45市町村	25位	23位	16位	14位	9位
HbA1c8.0%以上	人	9	12	12	18	20
	割合	0.72	0.99	1.1	1.54	1.78
県内順位 (割合の高い順)	45市町村	41位	32位	28位	21位	10位
保健指導実施	人	9	10	12	18	20
	割合	100	83.3	100	100	100
HbA1c8.0%以上の未治療者	人	3	4	1	1	7
	割合	33.3	33.3	8.3	5.5	35

内服治療開始	2		1	5
元々治療中		1		1
死亡、転出				

図表 30 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4年度

保険者名	健診結果の状況 ※治療中の有無は、質問票の服薬の有無で判断						レセプトの状況						
	特定健診受診者数	糖尿病型(※1)	未治療者(中断含む)	治療中者	コントロール不良(※2)	コントロール良	被保険者数40~74	糖尿病治療中	薬物療法あり	インスリン療法	糖尿病性腎症	人工透析(腹膜灌流含む)	
													人
熊本県内市町村	101,313	15.0%	37.8%	62.2%	53.8%	46.2%	325,442	23.1%	56.0%	10.9%	13.7%	1.9%	
錦町	1,096	19.4%	36.2%	63.8%	54.4%	45.6%	1,947	23.0%	63.2%	12.1%	13.6%	2.7%	

図表 31 糖尿病重症化予防のための健診データとレセプトの突合、保健指導実施状況

特定・重症化予防の保健指導の優先順位と肥満者数、R4保健指導人数

2023.12月作成

(糖尿病フローチャートと糖尿病重症化予防のレセプトと健診データの突合を参考にする)

肥満:438人

受診者1,074人	重症化						特定 85人(7.9%)		全合計
	医療機関受診あり			受診なし					
	DM治療中 135人 79人	治療中コントロール不良	重症化F	DM治療なし 854人	274人	肥満あり 85人	85人		
保健指導内容	2 薬が必要になった人の保健指導		1 未受診の保健指導			R4保健指導人数	タイプA・B		
① ~5.5	R4保健指導人数	3人/7人中 2/5人中	R4保健指導人数	39/83人中 13/35人中	R4保健指導人数	31/100人中 4/12人中	最終19/20 A:12/13人、B:7人	}	
② 5.6~5.9	R4保健指導人数	2人/6人中 2/2人中	R4保健指導人数	113/210人中 70/102人中	R4保健指導人数	89/199人中 11/22人中	最終32/33 A:28/29人、B:4人		
③ 6.0~6.4	R4保健指導人数	18/29人中 12/16人中	R4保健指導人数	129/143人中 52/71人中	R4保健指導人数	60/66人中 5/6人中	最終16/21 A:9/10人、B:7/11人		
④ 6.5~6.9	37人	37人中 24人	35人	36人中 20/21人	8人	8人中 0人	最終7/7 Bタイプ	87/88人中 51/52人中	
⑤ 7.0~7.9	42人	42人中 23人	4人	4人中 3人	1人	1人中 0人	最終2/2 Bタイプ	49/49人中 28/28人中	
⑥ 8.0~	14人	14人中 9人	2人	2人中 2人	2人	2人中 0人	最終2/2 Bタイプ	20/20人中 13/13人中	
合計	93人	93人中 56人	41人	42人中 25/26人	11人	11人中 0人	未治療者		

高リスク者

図表32 健診有所見者の状況 保健指導判定値以上の県内順位

		H30	R2	R4
HbA1c5.6以上の割合	40代	36.7	52.1	49.1
	50代	55.4	81.1	79.2
	全体	65.7	80.6	81.3
県内順位	位	33	7	3

(厚労省様式5-2) 特定健診等データ管理システム

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

本町では心原性脳梗塞などの重症化予防を目的として心電図検査を実施しており、心房細動所見者には保健指導を、未治療者には医療機関受診勧奨を、治療者には内服状況の確認や生活習慣の改善指導を行っています。特定健診受診者の約95%に心電図検査が実施できているものの、心電図結果を基に保健指導が実施できているのは心房細動のみです(実施率 100%)。

心房細動の有所見者は、県内平均よりも多く、特に男性で高い傾向にあります。これは、健診受診者に高齢者が多いこと、血圧が高い人が多いこと、飲酒量が多いことなど様々な要因が考えられます。毎年男性の心房細動未治療者が発見され、保健指導後に適切な治療につながることで重症化を予防できています。(図表 33)

有所見者の状況を見ると、ST 所見や房室ブロック、期外収縮などの有所見割合も多く、心房細動以外の所見で個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導も検討していく必要があります。(図表 34)

図表 33 特定健診心電図検査の結果 心房細動所見の状況

	H30			R2			R4		
	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
心電図実施率 (%)	95	95.6	94	93	93.2	93	94	94.4	94
有所見率 (%)	26	33	20	32	37.1	27	29	34	25
心房細動有所見率(%)	4.6	7.8	0	5.9	10.9	0	4.7	8.1	0.3
心房細動有所見 (人)	14	14	0	19	19	0	14	13	1
うち、心房細動未治療(人)		3			4			1	
治療開始(人)		2			3			1	

(一覧表作成ツール 錦町調べ)

図表 34 令和4年度 心電図検査結果

40~74歳	心電図検査			所見内訳																	
				ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈									
	実施者数	有所見者	有所見率	異常Q波		ST-T異常		左室肥大		輪位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮			
				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		
総町:全体	1,096	94.7	301	27.5	3	1.0	36	11.7	12	3.9	21	6.8	16	5.2	34	11	14	4.5	42	13.8	
男性	501	94.8	161	32.1	3	1.8	13	7.8	4	2.4	16	9.6	14	8.4	24	14.5	13	7.8	18	10.8	
女性	595	94.8	140	23.5	0	0.0	23	16.1	8	5.8	5	3.5	2	1.4	10	7	14	0.7	24	16.8	
県全体		88.9		22.7			3.4		10.2			3.5		12.8			16.9		2.9		13.1

④ 脳血管疾患重症化予防対策

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

本町では、健診でⅡ度以上(治療の有無にかかわらず)あった 95%程の方に個別の保健指導(訪問を中心に)を行っています。コロナ禍を境に有所見割合が年々増加傾向にあり、県内順位も高くなっている状況です。県内市町村計と比べると、健診結果ではⅡ度高血圧割合や、治療中者では脳血管疾患や人工透析割合が多く、重症化している状況です。(図表 35)

未治療者の割合は平成 30 年と比べると令和 4 年度は減少していますが、人数で見ると増加しており、まだまだ治療につながっていません。特に 40・50 代の男女では、県内市町村計より割合が高く、若いころから血圧のことを理解してもらうことが重要です。家庭血圧を測定する習慣や、必要に応じて服薬治療をすることで血圧をコントロールし、脳血管疾患等を防ぐ働きかけが必要です。(図表 36)

図表 37 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。今までは血圧の値で保健指導の優先順位を決めていましたが、高値血圧やⅠ度以上でも高リスクの方がいるため、リスク層を見ながら保健指導の優先順位を検討していく必要があります。高血圧治療ガイドライン 2019 に「家庭血圧による高血圧診断を優先する」とあることから、血圧手帳を活用し、家庭血圧の測定を勧めていきます。

図表 35 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

保 険 者 名	健診結果の状況										レセプトの状況				
	特定健診 受診者数	※治療中の有無は、質問票の服薬の有無で判断									被保険者数 40~74				
		高血圧 140/90			未治療者			治療中 者			高血圧 治療中 ※レセプト		脳血管 疾患	虚血性 心疾患	人工透 析
		人	%	%	I度	Ⅱ度	Ⅲ度	I度	Ⅱ度	Ⅲ度	人	%	%	%	%
熊本県内市 町村計	101,313	27.6%	52.8%	76.1%	19.9%	4.0%	47.2%	80.7%	16.9%	2.4%	325,442	39.8%	9.6%	13.3%	1.6%
錦町	1,096	23.8%	40.2%	72.4%	27.6%	0.0%	59.8%	75.6%	23.7%	0.6%	1,947	47.9%	11.3%	7.0%	1.7%

図表 36 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,264	1,224	1,099	1,178	1,132
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	34	33	43	53	69
	(b/a)%	2.7%	2.7%	3.9%	4.5%	6.1%
県内順位(割合の高い順)	45市町村	42位	40位	38位	33位	24位
治療あり	人(c)	12				38
	(c/b)%	35%				55%
治療なし	人(d)	18				29
	(d/b)%	53%				42%

R4年度 高血圧Ⅱ度以上 40・50代

		男女計		男性		女性		
県内市町村計			4.43		5.69		3.16	
錦 町	40・50代計	人(a)	19人	8.09	9人	7.83	10人	8.33
	40代	人(b)	11人	10.00	6人	10.53	5人	9.43
	50代	(b/a)	8人	6.40	3人	5.17	5人	7.46

(一覽表作成ツール 錦町調べ)

図表 37 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

(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 診察室血圧に基づいた脳心血管リスク層別化
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高血圧			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
	231	126 54.5%	76 32.9%	29 12.6%	0 0.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	19	C 9 7.1%	B 6 7.9%	B 4 13.8%	A 0 --
	8.2%				
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	137	C 75 59.5%	B 47 61.8%	A 15 51.7%	A 0 --
	59.3%				
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	75	B 42 33.3%	A 23 30.3%	A 10 34.5%	A 0 --
	32.5%				

...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	48 20.8%
B	概ね1ヵ月後に再評価	99 42.9%
C	概ね3ヵ月後に再評価	84 36.4%

※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。

(2)ポピュレーションアプローチ

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

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

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について明らかにし、各種団体や行政区単位のサロンや町の広報誌等を活用し、広く町民へ周知を行っています。

また、高血圧の改善を目的とした減塩の取組として、食生活改善推進員が作成した減塩白だしを使ったレシピ集の活用や各区での試食会、町内小売店で販売するなど食環境整備を行いました。さらに、町栄養士による広報誌を通じた高血圧予防の啓発にも取り組みました。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 38 データヘルス計画の目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法	
			初年度 H30	中間評 価 R2	最終評 価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	0.95%	1.72%	2.57%	KDBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.93%	0.88%	0.80%		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.88%	6.64%	6.81%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者数の減少(人)	0	1	1		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0%	100%	100%	錦町調べ	
	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	11.6%	11.9%	12.7%	錦町健康増進課
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	2.7%	3.9%	6.1%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	1.8%	2.1%	1.8%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	4.6%	6.0%	6.5%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.72%	1.10%	1.78%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	81.5%	90.9%	84.0%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	73.0%	88.6%	98.0%	
	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(%)	64.6	59.3	65	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上(%)	86.2	89.5	89.4		
		特定保健指導対象者の割合の減少(%)	10.4	9.9	8		
努力支援制度	その他	胃がん検診受診割合の増加(%)	21.7	30.0	29.6	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)	
		肺がん検診受診割合の増加(%)	43.2	39.0	38.5		
		大腸がん検診受診割合の増加(%)	38.5	37.2	40.0		
		子宮がん検診受診割合の増加(%)	34.4	35.0	32.8		
		乳がん検診受診割合の増加(%)	36.7	38.5	36.9		
		5つのがん検診の平均受診率の増加(%)	34.9	35.9	35.6		
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	82.1%	85.6%	87.7%	厚生労働省	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

【考察】

第2期計画において、医療費が高額となる疾患で予防可能な糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患を減らしていくことを目標にし、血管変化における共通のリスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の減少を短期目標として取り組んできました。

特に新規透析患者数を令和5年度までに年間1人に抑えることを目指しました。国保の新規透析導入者数は、平成30年から令和4年度まで毎年1人に抑えることができたが、糖尿病性腎症が原因での透析が令和2年度から4年度まで毎年発生しています。内訳をみると、健診未受診者で治療中断の経過がある方が多く、健診受診勧奨時に関わったときにはすでに透析直前で、糖尿病の治療期間や治療中断などが長いほど重症化しやすく、防ぐことの難しさを実感しました。また、転入や他保険から加入して1～2年以内に導入となったケースについては、被用者保険との連携が必要なため、保険者協議会などを通じて、今後どのように対応していくかなど検討をしていきます。

医療費や介護費用を見ると、脳血管疾患や慢性腎不全(透析あり)の医療費の増加や介護保険の中重度者の増加による介護給付費の増加が見られます。健診を受けた後に医療につながった人が、翌年度に健診未受診となる率も多く、保険者も重症化予防の視点で健診を継続して受けてもらうように働きかけていく必要があります。これは、治療中でもコントロール不良者が多い実態から、継続した治療ができていないか、服薬のみに頼らない生活習慣の改善ができていないかなど、重症化予防の視点として医療機関受診後も医療機関と連携しながら、継続支援に取り組むべき重要な課題であると考えます。

特定健診受診率は、40・50代の受診率も増加し、令和4年度は受診率65%を達成することが出来ましたが、メタボリックシンドローム減少率は目標に達しておらず、背景には女性のメタボ該当者の増加が見られたことがあります。また、糖尿病・高血圧者の割合が増加傾向となり、保健指導の実施率は高かったものの、結果の改善には至りませんでした。これは、R2年度以降のコロナ禍において、住民の生活様式が変わったことや保健師・栄養士の保健活動にかかる時間が減少したこと、感染症予防のために訪問時間が短くなったことで健診結果の意味するメカニズム等をきちんと伝えられなかったことなどがあると考えられます。本来ならば、継続して訪問したほうがいい方に1回で終了してしまうこともあり、十分な保健指導ができなかったということもあります。

40・50代の健診受診率が県内でも高いことで、特定保健指導対象者や血糖・血圧などの発症予防対象者を把握できているという利点を生かして、若い年代から根気強く、体のメカニズムなどもわかっただけのように関わっていくことが重要です。このことが、メタボリックシンドロームの減少や短期目標疾患のコントロールにつながると考えます。

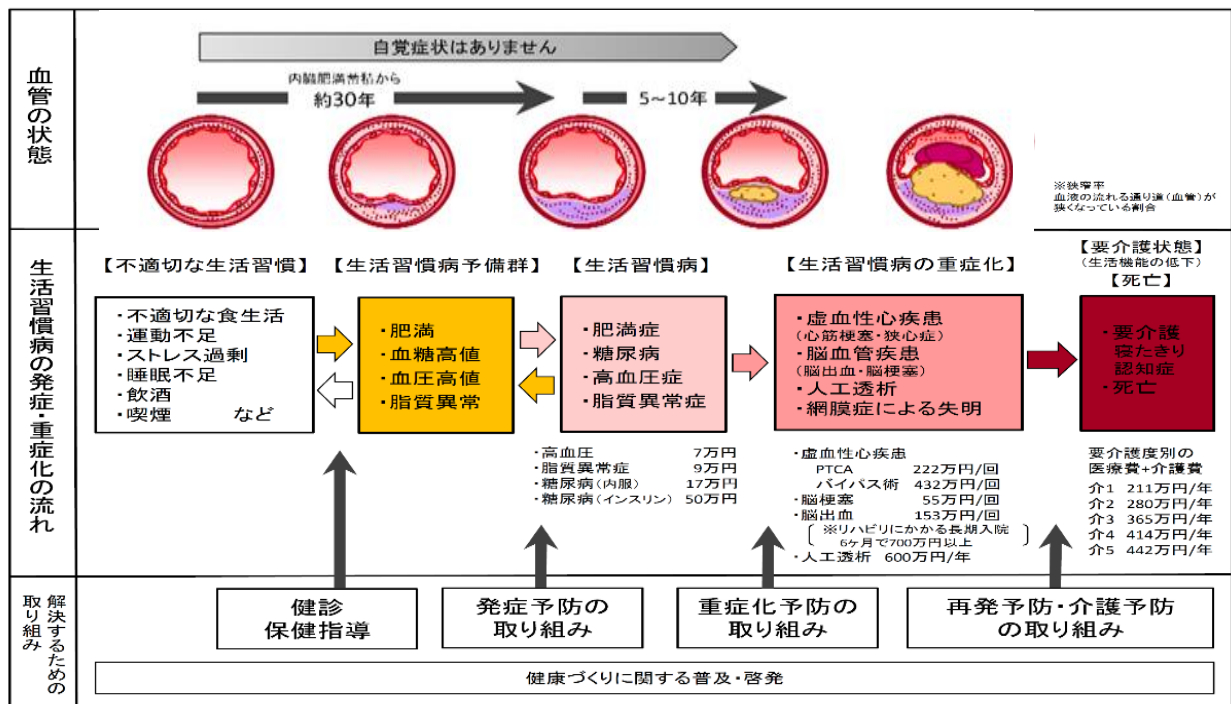
3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。

図表 39 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2)健康課題の明確化

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

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

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

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

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

(1) 医療費分析

図表 40 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		2,594人	2,544人	2,478人	2,372人	2,332人	1,757人
総件数及び 総費用額	件数	25,388件	24,681件	23,461件	23,938件	23,880件	27,293件
	費用額	9億0457万円	9億6886万円	9億8549万円	9億3861万円	8億9224万円	14億4387万円
一人あたり医療費		34.9万円	38.1万円	39.8万円	39.6万円	38.3万円	82.2万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 41 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞									
① 国 保	錦町	8億9224万円	31,428	6.81%	0.22%	2.57%	0.80%	7.60%	4.30%	1.80%	2億1501万円	24.1%	14.9%	8.66%	7.01%
	同規模	—	30,653	4.23%	0.33%	2.07%	1.38%	6.02%	3.54%	2.04%	—	19.6%	17.2%	8.13%	8.66%
	県	—	33,050	5.52%	0.26%	1.89%	1.02%	5.62%	3.12%	1.72%	—	19.2%	14.1%	9.62%	8.56%
	国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後 期	錦町	14億4387万円	69,161	4.51%	0.71%	2.46%	0.90%	4.24%	3.88%	1.32%	2億5999万円	18.0%	11.0%	6.08%	10.2%
	同規模	—	66,508	4.21%	0.52%	3.96%	1.49%	4.19%	3.35%	1.24%	—	19.0%	10.5%	3.78%	12.0%
	県	—	81,455	4.72%	0.47%	3.74%	1.12%	3.70%	2.88%	1.07%	—	17.7%	9.2%	4.70%	13.2%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 42 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	83人	93人	91人	80人	69人	177人
	件数	B	131件	172件	187件	166件	137件	541件
		B/総件数	0.52%	0.70%	0.80%	0.69%	0.57%	1.98%
	費用額	C	1億8308万円	2億1715万円	2億4534万円	2億1492万円	1億7424万円	6億6602万円
C/総費用		20.2%	22.4%	24.9%	22.9%	19.5%	46.1%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 43 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	1人	1人	4人	5人	4人	10人		
		D/A	1.2%	1.1%	4.4%	6.3%	5.8%	5.6%		
	件数	E	1件	3件	5件	5件	5件	21件		
		E/B	0.8%	1.7%	2.7%	3.0%	3.6%	3.9%		
	年代別	40歳未満	0	0	0	0	0	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0	1	0	0	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0	1	0	0	75-80歳	8	38.1%
		60代	1	3	3	3	0	80代	13	61.9%
		70-74歳	0	0	0	2	5	90歳以上	0	0.0%
	費用額	F	88万円	387万円	762万円	523万円	639万円	2371万円		
F/C		0.5%	1.8%	3.1%	2.4%	3.7%	3.6%			

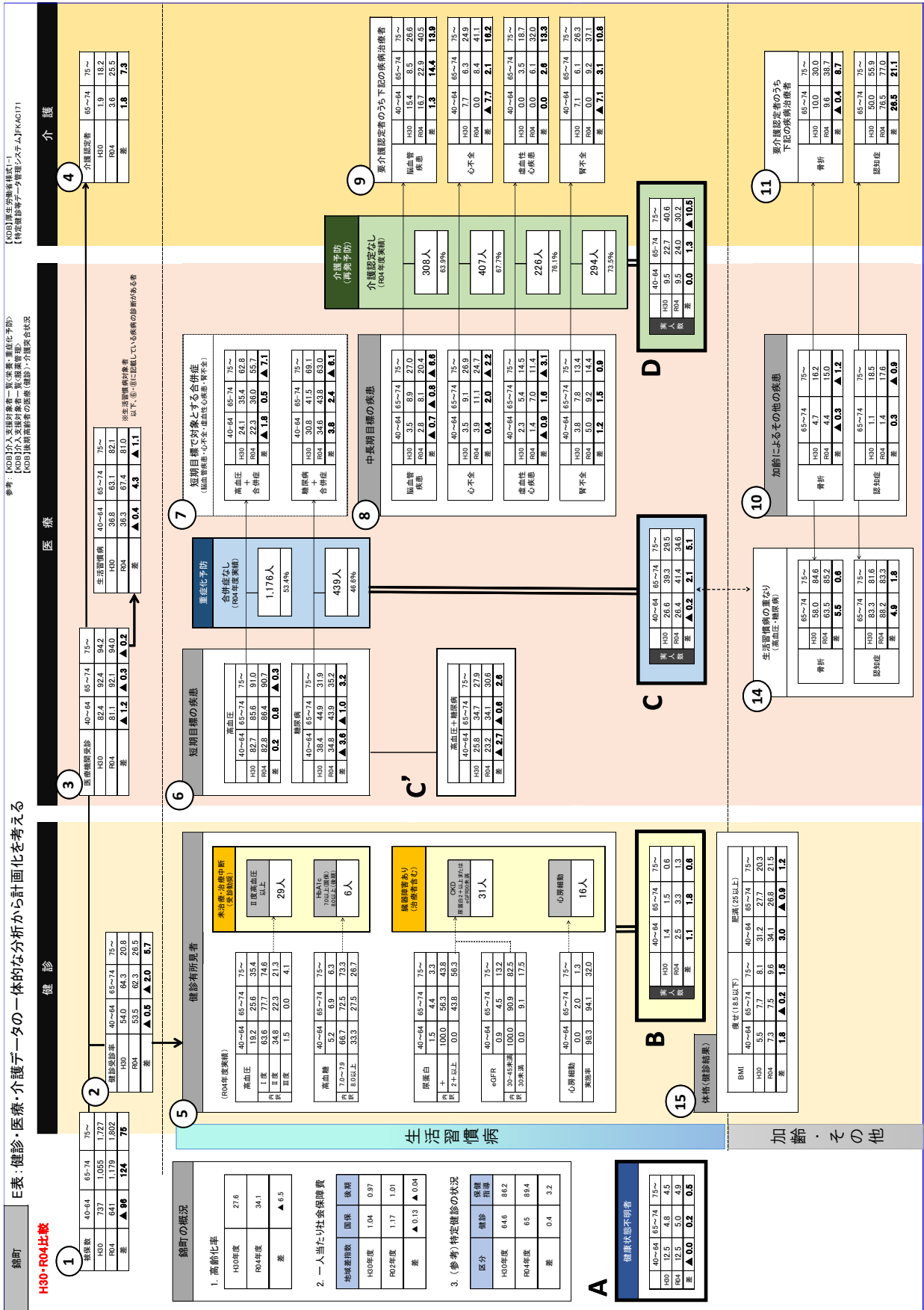
出典：ヘルスサポートラボツール

図表 44 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	3人	1人	5人	2人	2人	7人		
		G/A	3.6%	1.1%	5.5%	2.5%	2.9%	4.0%		
	件数	H	6件	1件	5件	2件	2件	16件		
		H/B	4.6%	0.0%	2.7%	1.2%	1.5%	3.0%		
	年代別	40歳未満	0	0	0	0	0	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0	0	0	0	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0	0	1	0	75-80歳	4	25.0%
		60代	2	1	1	0	0	80代	10	62.5%
		70-74歳	4	0	4	1	2	90歳以上	2	12.5%
	費用額	I	1305万円	100万円	698万円	563万円	319万円	2038万円		
I/C		7.1%	0.5%	2.8%	2.6%	1.8%	3.1%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 45 健診・医療・介護データの一体的な分析（平成 30-R4 比較）



(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 46 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	18.2	737	1,055	1,727	54.0	64.3	20.8	5.5	7.7	8.1	31.2	27.7	20.3
R04	25.5	641	1,179	1,802	53.5	62.3	26.5	7.3	7.5	9.6	34.1	26.8	21.5

図表 47 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動														
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-												
	人	%	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%									
H30	12	3.0	(7)	19	2.8	(5)	25	7.0	(3)	13	3.3	(1)	31	4.6	(1)	5	1.4	(0)	3	0.8	10	1.5	8	2.2	3	0.8	11	1.6	0	--
R04	24	7.0	(14)	42	5.7	(10)	43	9.0	(5)	18	5.2	(3)	51	6.9	(2)	8	1.7	(1)	0	--	14	1.9	17	3.6	0	--	14	1.9	2	0.4

図表 48 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③ 医療機関受診						⑥ 生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)									⑦ 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	82.4	92.4	94.2	36.8	63.1	82.1	82.7	85.6	91.0	38.4	44.9	31.9	25.8	34.7	27.9	24.1	35.4	62.8	30.8	41.5	69.1			
R04	81.1	92.1	94.0	36.3	67.4	81.0	82.8	86.4	90.7	34.8	43.9	35.2	23.2	34.1	30.6	22.3	36.0	55.7	34.6	43.8	63.0			

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 49 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 中長期目標の疾患(被保険割合)												⑨ 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	3.5	8.9	27.0	2.3	5.4	14.5	3.5	9.1	26.9	3.8	7.8	13.4	15.4	8.5	26.6	0.0	3.5	18.7	7.7	6.3	24.9	7.1	6.1	26.3
R04	2.8	8.1	20.4	1.4	7.0	11.4	3.9	11.1	24.7	5.0	9.2	14.4	16.7	22.9	40.5	0.0	6.1	32.0	0.0	8.4	41.1	0.0	9.2	37.1

図表 50 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	58.0	84.6	83.3	81.6	4.7	16.2	1.1	18.5	10.0	30.0	50.0	55.9
R04	63.5	85.2	88.2	83.3	4.4	15.0	1.4	17.6	9.6	38.7	76.5	77.0

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 40~50)

国保の被保険者数は年々減っているが、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響があったにもかかわらず、総件数は少ないが一人あたり医療費は39.8万円と高い状況でした。令和3年以降は減少傾向ではありますが、平成30年と比べると約4万円高くなっています。後期高齢者になると一人あたり82.2万円となり、国保の2倍以上も高い状況です。(図表 40)

本町は、これまで糖尿病と高血圧に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、短期的目標疾患の糖尿病及び高血圧の総医療費に占める割合は、同規模・国・県と比べて国保は1ポイント以上高く、後期においても高い状況です。その結果腎不全(透析あり)や脳血管疾患の医療費に占める割合も、国保においては、同規模、県、国と比べて高くなっています。(図表 41)

高額レセプトについては、国保においては毎年約100件以上のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約3倍に増えることがわかります。一人あたり医療費が高かった令和2年は、高額レセプト件数も多く、費用も過去5年で一番高い状況でした。

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和4年度が一番多く5件で600万円以上の費用がかかっていました。令和2年度以降は、毎年約5人ずつ発生しており、件数や費用額割合も後期高齢と同じくらいの発生状況となっています。特に令和2年は40歳・50歳代の発生も見られました。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患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 42、43)

健診・医療・介護のデータを平成30年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると(図表 45)、図表 46の①被保険者数は、40~64歳が減り、65歳~74歳、75歳以上と増加しています。人吉球磨管内では高齢化率の低い本町でも75歳以上の後期高齢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、40~64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が3ポイントも高くなってきています。図表 47 健診有所見の状況を見ると、各年代で対象人数が増えており、治療につながっていない人が増えています。さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 48の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、平成30年度と令和4年度を比較すると高血圧は40~74までの国保対象者は増加し、糖尿病や糖尿病・高血圧の重なりは75歳以上の後期で増加しています。後期は国保対象者時の取り組み効果が出ている部分もありますが、今後は社会保障を支える側の若い人への取り組みが課題となります。

図表 49 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、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、心不全や腎不全においてはどの年代も割合が多くなっています。特に国保では、65 歳以上の心不全や腎不全割合が増加しており、原因を分析し、予防計画に反映させていく必要があります。

(4)健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、特に若い世代の脳血管疾患、腎不全の増加が見られました。若い世代の肥満者も増えており、早期からの予防活動の充実が必要です。40代・50代の健診受診率は増加傾向のため、第3期においても健診受診勧奨を継続し、受診者を増やすことで被保険者の健康実態を把握し、早期に予防活動を行っていきます。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。高額レセプトや医療費の増加もみられることから、予防可能な疾患である脳・心・腎を守るための活動に注力していく必要があります。

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1)成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておきます。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 51)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が増えており、また、入院の医療費割合が増えていました。特に本町では、脳血管疾患や腎疾患(透析あり)の医療費や発症状況、介護給付費の増加に課題が見られました。

そのため、人工透析の原因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について、新規の患者数・割合、総医療費に占める割合を維持・減少させることを目標とします。

また、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、一人当たり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します。

③短期的な目標の設定

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

特に、若い世代からの肥満が課題であることから、若い世代の健診受診率の向上及び特定保健指導の充実による短期目標疾患の発症予防に努めます(特定健診・特定保健指導の具体的な取り組みについては、第3章に記載)

(2) 管理目標の設定

図表 51 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	定義(データ抽出先)	実績					データの把握方法 (活用データ年度)	
				初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)		最終評価 R11 (R10)			
				実績	目標値	実績	目標値	実績		
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	保険者データヘルス支援システム	30人	28人		26人		KDBシステム	
		新規 脳出血患者数		5人	4人		3人			
		新規 虚血性心疾患患者数		26人	24人		22人			
		年間新規透析導入患者数		1人	1人		0人			
		糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数		1人	0人		0人			
	アウトカム評価	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該当者等の対象者を減らす	内臓脂肪症候群該当者の割合	特定健診等データ管理システム ラボツール ①保健指導実践ツール	20.4	20		19.6		錦町健康増進課
			内臓脂肪症候群予備群の割合		12.7	12.5		12.2		
			血圧Ⅱ度以上者(160/100以上)の割合		6.1	5		4.5		
			40代、50代のHbA1c6.5以上者の割合		6.4	6		5.6		
			★HbA1c 8.0%以上者の割合		1.9	1.6		1.3		
LDL180以上者の割合			1.8		1.6		1.3			
糖尿病の未治療者(治療中断者を含む)の割合			19.8		19		18.5			
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	★特定健診実施(受診)率	特定健診等データ管理システム ※法定報告値	65.0	66.0		67.0以上		法定報告値	
		★特定保健指導実施率		89.4	89.9		91.0以上			
		40代、50代の健診実施(受診)率		59.7	60		61.5			
		★特定保健指導対象者の減少率		28.7	29		29.5			
		内臓脂肪症候群該当者の減少率		21.3	22		22.5			

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4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 年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第 3 期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 52 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	65.0%	66.0%	66.0%	66.0%	66.5%	67%以上
特定保健指導実施率	89.5%	89.7%	89.9%	90.1%	90.3%	91%以上

3. 対象者の見込み

図表 53 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	1,563人	1,496人	1,432人	1,370人	1,311人	1,255人
	受診者数	1,016人	987人	945人	904人	872人	841人
特定保健指導	対象者数	85人	83人	79人	76人	73人	71人
	受診者数	76人	74人	71人	68人	66人	65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(集団・施設)に委託します。実施機関(人吉医療センター・健診センター「コスモ」・熊本県医師会や人吉市医師会の委託医療機関)と町が契約を行います。情報提供事業(みなし健診)については、熊本県が委託した国保連合会と町が契約し、熊本県医師会の委託機関で行います。

- ① 集団健診(錦町保健センター他)『日赤健康管理センター』
- ② 個別健診(委託医療機関)『郡市医師会・人吉医療センター予防医療センター・健診センター「コスモ」・日赤健康管理センター・高野病院総合健診センター』

③ 情報提供事業(みなし健診)『県内委託医療機関』

(2) 特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、錦町のホームページに掲載します。

(参照) URL : <http://town.kumamoto-nishiki.lg.jp>

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。詳細健診である心電図、眼底検査、貧血検査については、医師の判断に基づき実施しますが、心電図と貧血検査は委託医療機関の受け入れが可能な限り、全員実施として取り組みます。

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 54 特定健診検査項目

○錦町特定健診検査項目

健診項目		錦町	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(但し、熊本県医師会委託の施設健診は、心電図と貧血検査については医師の判断とする)

(5)実施時期

- ①集団健診 7月・11月
- ②個別健診 4月～12月
- ③情報提供事業(みなし健診) 8月～翌年3月末まで

(6)医療機関との適切な連携

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

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

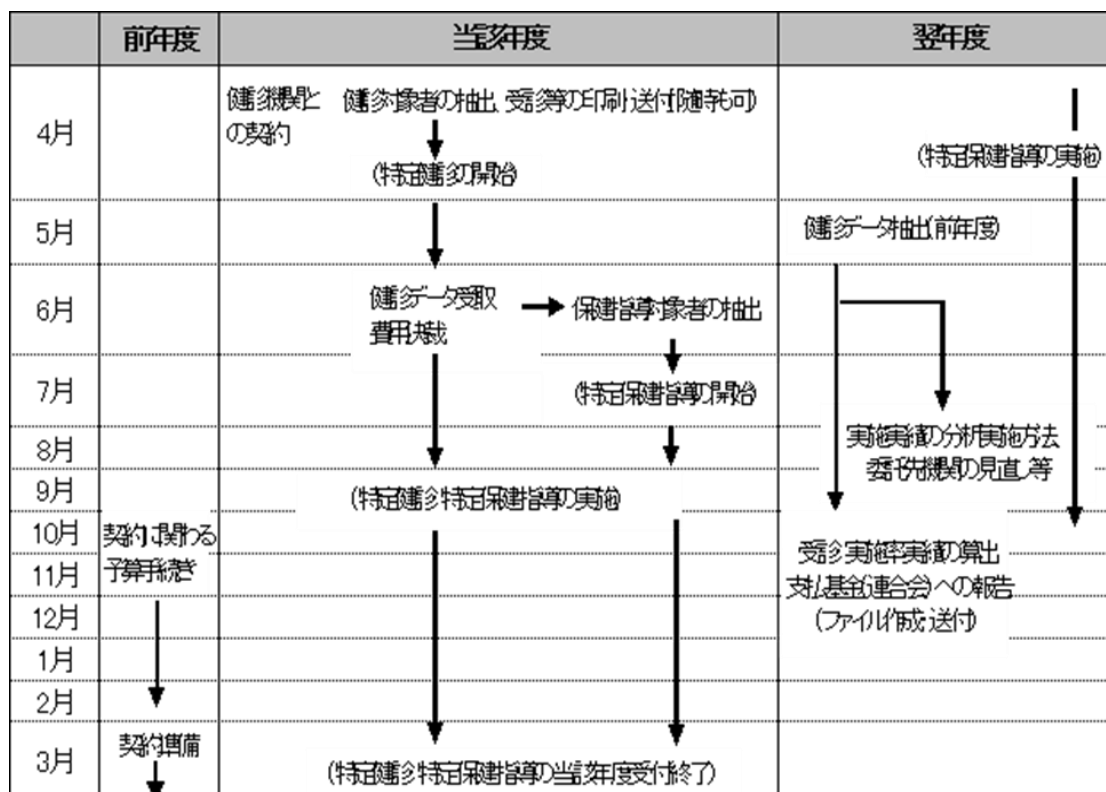
(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、国保連合会に事務処理を委託します。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 55 特定健診実施スケジュール



5. 特定保健指導の実施

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

○第4期(2024年以降)における変更点

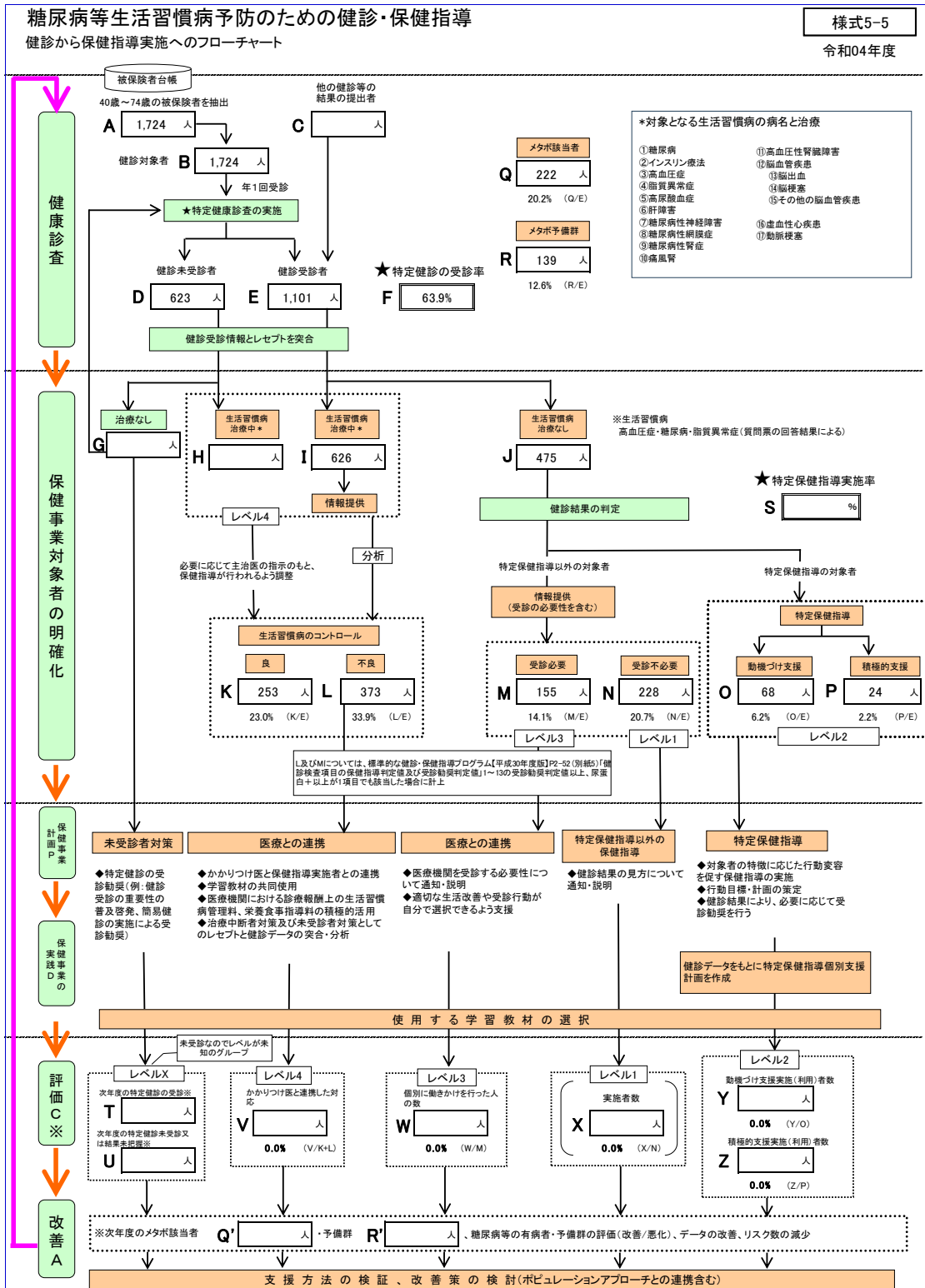
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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 56 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 57 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	92人 (8.4%)	91%
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	155人 (14.1%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	623 ※受診率目標達成までにあと54人	67%
4	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	626人 (56.9%)	70%
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	228人 (20.7%)	35%

(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 58 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎人間ドック受診者は4月～12月で特定健康診査受診		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報、申込書の回収
5月		◎保健指導の開始 ◎対象者の抽出	
6月	◎情報提供(みなし健診)の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月	◎集団健康診査の開始(中旬～下旬)		◎集団健診にて特定健康診査、後期高齢者健診、がん検診実施
8月	◎集団健診未受診者の抽出及び受診券の送付 ◎施設健診(～12月末まで) ◎情報提供事業(みなし健診)開始		◎施設健診にて特定健康診査、がん検診実施
9月	◎特定健康診査未受診者へ受診勧奨	◎利用券の登録	◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月	◎集団フォロー健康診査(1日のみ)		◎集団健診にて特定健康診査、後期高齢者健診、がん検診実施
12月	◎施設健診の終了		
1月			
2月			
3月	◎情報提供事業(みなし健診)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および錦町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告します。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、錦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り医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知していきます。

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

II. 重症化予防の取組

本町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、令和4年度の特定健診受診者1,101人(健診受診率63.9%)のうち、399人(36.2%)です。治療なし者(高血圧・糖尿病・脂質異常症の3疾患で内服がないと問診で答えた者)は87人(18.3%)で、そのうち臓器障害があり直ちに取り組むべき対象者が39人(44.8%)と医療機関受診勧奨者や定期受診に繋げるための保健指導が重要といえます。

本町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なる人が、87人中44人と半数以上にあたるため、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。

また、治療中の重症化予防対象者312人(49.8%)についても、臓器障害があり直ちに取り組むべき対象者142人(45.5%)となることから、治療中の人にも継続した保健指導を行うことで、コントロールを良くして臓器障害が少しでも改善できるように医療機関と連携した取り組みが必要といえます。

図表 59 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率) 1,101人 63.9%																
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器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)																
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓症 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞		心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症				■各疾患の治療状況 <table border="1"> <tr><th></th><th>治療中</th><th>治療なし</th></tr> <tr><td>高血圧</td><td>514</td><td>587</td></tr> <tr><td>脂質異常症</td><td>287</td><td>814</td></tr> <tr><td>糖尿病</td><td>133</td><td>959</td></tr> <tr><td>3疾患 いづれか</td><td>626</td><td>475</td></tr> </table> ※開診結果による			治療中	治療なし	高血圧	514	587	脂質異常症	287	814	糖尿病	133	959	3疾患 いづれか	626	475
	治療中	治療なし																					
高血圧	514	587																					
脂質異常症	287	814																					
糖尿病	133	959																					
3疾患 いづれか	626	475																					
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	重症化予防対象者 (実人数)															
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)																
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者																
該当者数	67 6.1%	14 1.3%	20 1.8%	23 2.1%	222 20.2%	122 11.1%	70 6.4%	399 36.2%															
治療なし	29 4.9%	4 0.8%	18 2.2%	14 1.7%	21 4.4%	66 6.9%	12 2.5%	87 18.3%															
(再掲) 特定保健指導	16 23.9%	1 7.1%	6 30.0%	2 8.7%	21 9.5%	11 9.0%	5 7.1%	44 11.0%															
治療中	38 7.4%	10 1.6%	2 0.7%	9 3.1%	201 32.1%	56 42.1%	58 9.3%	312 49.8%															
臓器障害 あり	9 31.0%	4 100.0%	6 33.3%	3 21.4%	8 38.1%	25 37.9%	12 100.0%	39 44.8%															
CKD(専門医対象者)	1	0	0	1	2	4	12	12															
心電図所見あり	9	4	6	2	7	21	2	29															
臓器障害 なし	20 69.0%	--	12 66.7%	11 78.6%	13 61.9%	41 62.1%	--	--															
治療中	臓器障害 あり	19 50.0%	10 100.0%	1 50.0%	5 55.6%	83 41.3%	20 35.7%	58 100.0%	142 45.5%														
CKD(専門医対象者)	7	2	0	0	29	7	58	58															
心電図所見あり	15	10	1	5	65	15	19	103															
臓器障害 なし	19 50.0%	--	1 50.0%	4 44.4%	118 58.7%	36 64.3%	--	--															

出典:ヘルサポータルツール

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」(日本医師会 日本糖尿病対策推進会議 厚生労働省)及び熊本県版プログラムに基づき実施します。

プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者を適切な受診勧奨によって医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、医療機関と連携した保健指導等を行い、人工透析等への移行を防止することが目的です。

2) 人工透析に係る錦町の実態と対象者の明確化

本町における人工透析の実態をみると、国保の透析割合は県内市町村平均よりも毎年高く、診療費総額に占める透析割合も同じように上回っています。(図表 60)

新規透析者の状況をみると、国保は毎年1名が透析開始となっており、令和2年からは糖尿病性腎症が原因の新規透析者が出ている状況にあります。後期高齢者についても、国保と同じで毎年1名は平均して出ていますが、糖尿病性腎症ではなく、原因が腎硬化症などによるものとなっています。後期高齢者の透析予防は、国保世代からの予防活動が大変重要となります。(図表 61)

予防可能な透析の原因となる糖尿病腎症を減らすために、本町においても、熊本県版プログラムに基づき、糖尿病性腎症重症化予防への取組を重点的に進めていきます。

(1) 人工透析患者の実態をみる

図表 60 錦町国保被保険者に占める透析患者の件数割合

国保透析者		H30年	R01年	R02年	R03年	R04年
錦町	人数	17	18	19	18	16
	率	0.62	0.69	0.74	0.72	0.67
熊本県内市町村平均	率	0.54	0.55	0.56	0.56	0.55

診療費総額に占める透析診療費割合	H30年	R01年	R02年	R03年	R04年
錦町	4.88	6.32	6.64	6.61	6.81
熊本県内市町村平均	5.6	5.61	5.64	5.52	5.52

(2)新規人工透析患者の実態をみる

図表 61 錦町新規透析患者の推移 ()糖尿病腎症

年度	H30年	R01年	R02年	R03年	R04年
(国保)	1 (0)	1 (0)	1 (1)	1 (1)	1 (1)
(後期)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	3 (1)

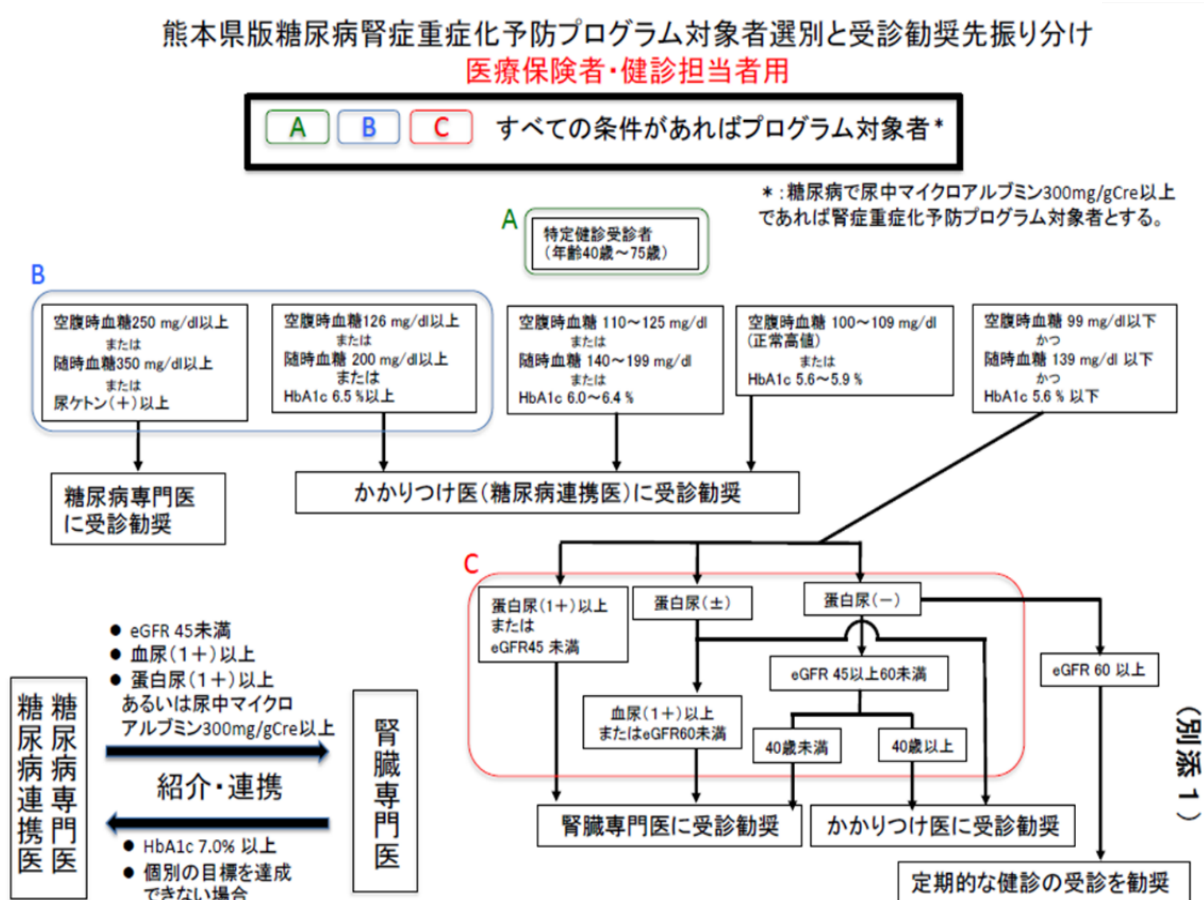
(3)対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、熊本県版プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします
(※熊本県版糖尿病腎症重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け参照)。

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

健診データ、本人・医療機関からの情報提供により、糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成できていない者や、尿アルブミン、尿たんぱく、eGFR等により腎症と診断された者及び腎症が疑われる者。

図表 62 熊本県版糖尿病重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け

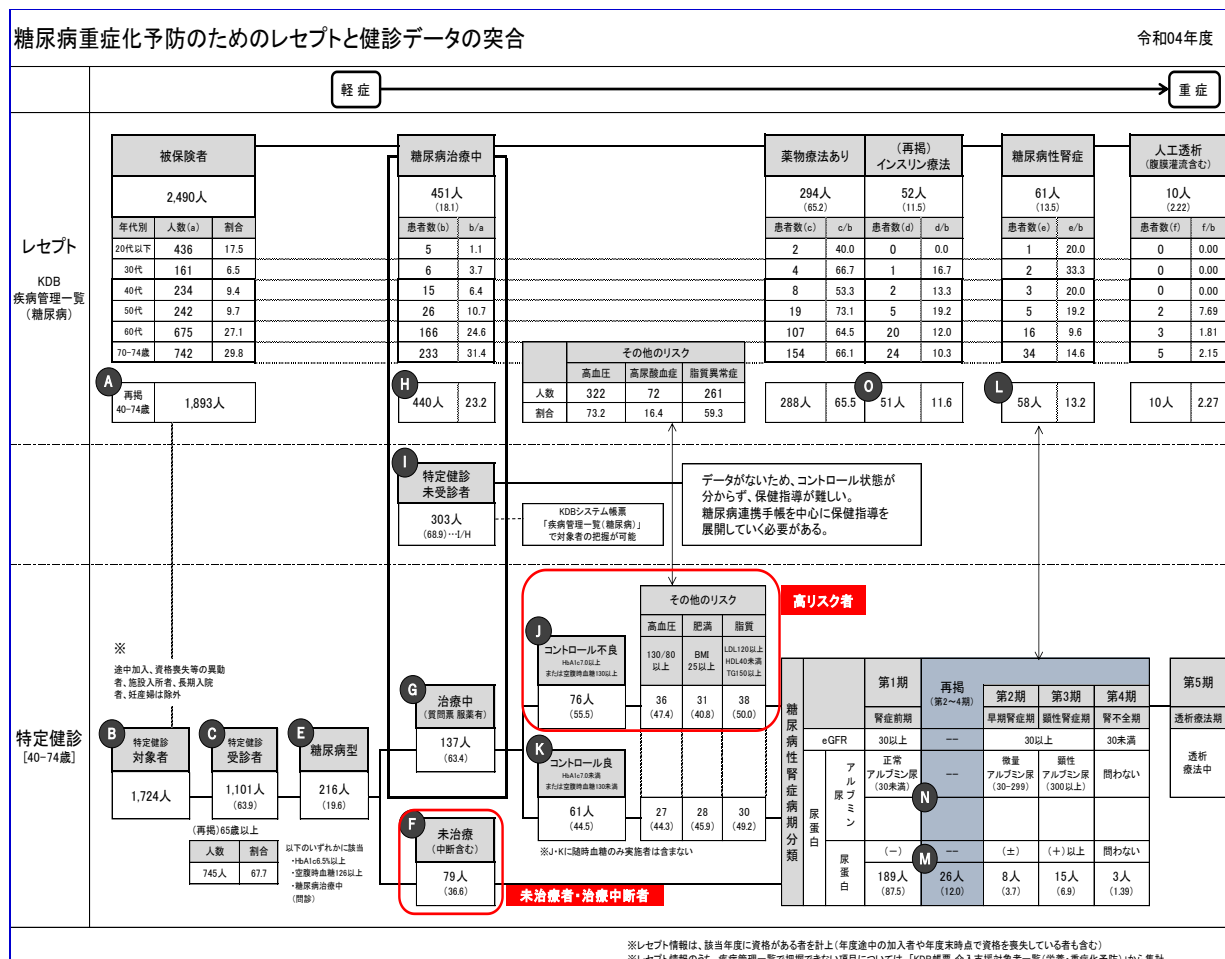


(4) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

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

図表 63 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

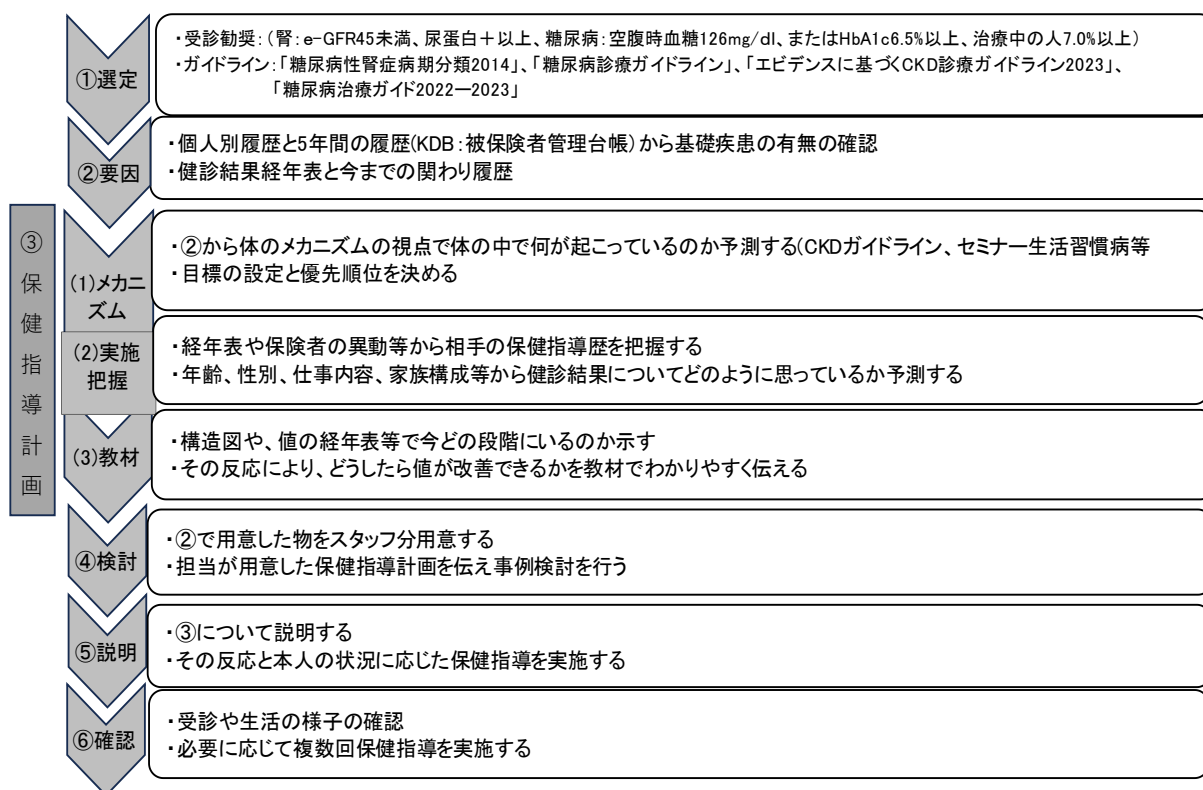


出典：ヘルスサポートラボツール

なお、取組にあたっては図表 64 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 64 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



3)対象者の優先順位

(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、熊本県版プログラムに準じ、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 65 糖尿病性腎症病期分類

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/1.73m ²)
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。本町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ではありますが、尿アルブミンについては把握が難しいです。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(+)とすることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

②基準に基づく該当者数の把握

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

本町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、79人(36.6%・F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者451人のうち、特定健診受診者が137人(63.4%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者311人(69.4%・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63より本町における介入方法を以下のとおりとします。

優先順位1 健診を受診した者のうち医療機関未受診者(早期に積極的に受診勧奨が必要な者)
(図表63 F)・・・79人

【受診勧奨】

- ・訪問による受診勧奨を実施

優先順位2 糖尿病治療中断者(最終の受診日から6か月以上経過している者)

- ・(図表63 Fのうち治療中断者)健診受診者
- ・「保険者データヘルス支援システム」で治療中断となった健診未受診者

【保健指導】

- ・ 健診受診者については、健診結果を基に保健指導を実施し治療再開につなげる。
- ・ 健診未受診者については、過去の健診受診歴がある者を優先して訪問等を行う。
- ・ 頻繁に治療中断となる対象者など、地域でフォローが必要な対象者について医療機関との情報共有を行い、連携した保健指導を実施する。

優先順位 3 糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者

- ・ (図表 63 J)・・・76人
- ・ 過去に特定健診歴のある糖尿病治療者（糖尿病管理台帳で把握）

【保健指導】

- ・ 健診受診者については、健診結果を基に保健指導を実施し、血糖値やその他のリスク因子の数値が上がっている要因に気づき、数値の改善につながるよう保健指導に努める。
- ・ 過去に受診歴がある糖尿病管理台帳登録者に訪問し、現在の状況を確認し、必要な保健指導や関わりを行う。
- ・ 地域でフォローが必要な対象者について医療機関との情報共有を行い、連携した保健指導を実施する。
- ・ 介入方法は、訪問を中心に実施し、ケースによっては来所でも対応する

4) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

5月 対象者の選定基準、概数試算、介入方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導などを実施(通年)

糖尿病管理台帳登録者で健診の申し込みをしていない人に健診受診勧奨と合わせて血糖コントロール状況を把握し保健指導実施。

(2) 糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

(3) 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であるため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。健診当日の尿たんぱく定量検査の実施、二次健診として HbA1c6.5 以上者(未治療者の

み)へ微量アルブミン尿検査を実施し、受けた人全員に個別に結果説明するなど、腎症ハイリスク者への早期介入のための取組を行います。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、健診結果経年表や糖尿病連携手帳、事前に地区医師会等と協議した重症化予防連絡票等を使用します。糖尿病連携手帳を持っていない方には、その後の自己管理につなげることができるように、手帳の使い方などについて丁寧な説明を行います。

(2) 治療中の者への対応

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

6) 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、本町直営の地域包括支援センターと連携していきます。

7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。

短期的評価については、熊本県版プログラムのアウトカム評価指標に加え、データヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとします。その際はKDBシステムや保険者データヘルス支援システム等の情報を活用します。

また、中長期的評価においては、図表 66 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価も行います。

【短期的評価（熊本県版プログラムアウトカム評価）】

- ① 医療機関未受診者の割合
- ② 治療中断者（糖尿病及び糖尿病性腎症）の割合
- ③ 糖尿病性腎症病期分類ステージの維持・改善・悪化の数
- ④ 新規人工透析導入患者数（糖尿病性腎症患者数）の推移
- ⑤ 人工透析に係る医療費の推移

図表 66 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		実合表	錦町										同規模保険者(平均)	
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	① 被保険者数	A	2,706人		2,607人		2,554人		2,498人		2,402人			
	② (再掲)40-74歳		2,047人		2,010人		1,986人		1,952人		1,883人			
2	① 特定健診 対象者数	B	1,831人		1,790人		1,789人		1,707人		1,633人			
	② 受診者数	C	1,221人		1,185人		1,083人		1,130人		1,096人			
	③ 受診率		66.7%		66.2%		60.5%		66.2%		67.1%			
3	① 特定保健指導 対象者数		123人		117人		105人		117人		85人			
	② 実施率		86.2%		88.9%		89.5%		92.3%		89.4%			
4	① 健診データ 糖尿病型	E	191人	15.6%	194人	16.4%	195人	18.0%	215人	19.0%	213人	19.4%		
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	52人	27.2%	60人	30.9%	58人	29.7%	75人	34.9%	77人	36.2%		
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	139人	72.8%	134人	69.1%	137人	70.3%	140人	65.1%	136人	63.8%		
	④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	68人	48.9%	61人	45.5%	75人	54.7%	76人	54.3%	74人	54.4%		
	⑤ 血圧 130/80以上		27人	39.7%	33人	54.1%	32人	42.7%	40人	52.6%	36人	48.6%		
	⑥ 肥満 BMI25以上		35人	51.5%	26人	42.6%	29人	38.7%	31人	40.8%	30人	40.5%		
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	71人	51.1%	73人	54.5%	62人	45.3%	64人	45.7%	62人	45.6%		
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	159人	83.2%	166人	85.6%	165人	84.6%	182人	84.7%	186人	87.3%		
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)		14人	7.3%	10人	5.2%	14人	7.2%	16人	7.4%	8人	3.8%		
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		13人	6.8%	16人	8.2%	13人	6.7%	14人	6.5%	15人	7.0%		
	⑪ 第4期 eGFR30未満		2人	1.0%	2人	1.0%	3人	1.5%	3人	1.4%	3人	1.4%		
5	① 糖尿病受療率(被保険者対)		139.7人		137.7人		140.6人		143.7人		144.0人			
	② (再掲)40-74歳(被保険者対)		182.7人		176.6人		178.8人		181.9人		179.5人			
	③ レセプト件数 (40-74歳)		2,432件	(1223.3)	2,301件	(1170.4)	2,237件	(1158.5)	2,298件	(1236.8)	2,350件	(1306.3)	334283件	(942.0)
	④ 入院外(件数)		10件	(5.0)	14件	(7.1)	11件	(5.7)	18件	(9.7)	16件	(8.9)	1,709件	(4.8)
	⑤ 糖尿病治療中	H	378人	14.0%	359人	13.8%	359人	14.1%	359人	14.4%	346人	14.4%		
	⑥ (再掲)40-74歳		374人	18.3%	355人	17.7%	355人	17.9%	355人	18.2%	338人	18.0%		
	⑦ 健診未受診者	I	235人	62.8%	216人	60.8%	218人	61.4%	215人	60.6%	202人	59.8%		
	⑧ インスリン治療	O	43人	11.4%	33人	9.2%	32人	8.9%	41人	11.4%	39人	11.3%		
	⑨ (再掲)40-74歳		43人	11.5%	32人	9.0%	32人	9.0%	41人	11.5%	38人	11.2%		
	⑩ 糖尿病性腎症	L	32人	8.5%	27人	7.5%	25人	7.0%	34人	9.5%	44人	12.7%		
	⑪ (再掲)40-74歳		32人	8.6%	26人	7.3%	25人	7.0%	34人	9.6%	43人	12.7%		
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		7人	1.9%	8人	2.2%	10人	2.8%	10人	2.8%	10人	2.9%		
	⑬ (再掲)40-74歳		7人	1.9%	8人	2.3%	10人	2.8%	10人	2.8%	10人	3.0%		
	⑭ 新規透析患者数		1	0.04	1	0.04	1	0.04	1	0.04	1	0.04		
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0	0	0	0	1	100%	1	100%	1	100%		
	⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		10人	2.6%	9人	2.3%	9人	2.3%	10人	2.5%	10人	2.4%		
6	① 総医療費		9億0915万円		9億6886万円		9億8549万円		9億3861万円		8億9224万円		10億9648万円	
	② 生活習慣病総医療費		5億0011万円		5億2664万円		5億5126万円		5億0353万円		4億8882万円		5億9067万円	
	③ (総医療費に占める割合)		55.0%		54.4%		55.9%		53.6%		54.8%		53.9%	
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		10,679円		12,274円		10,543円		12,846円		12,767円		8,199円	
	⑤ 健診受診者		24,190円		25,355円		28,846円		24,545円		24,486円		37,038円	
	⑥ 健診未受診者		24,190円		25,355円		28,846円		24,545円		24,486円		37,038円	
	⑦ 糖尿病医療費		6066万円		5912万円		5722万円		6272万円		6778万円		6602万円	
	⑧ (生活習慣病総医療費に占める割合)		12.1%		11.2%		10.4%		12.5%		13.9%		11.2%	
	⑨ 糖尿病入院外総医療費		1億7481万円		1億8345万円		1億7447万円		1億8002万円		1億6447万円			
	⑩ 1件あたり		35,720円		38,187円		37,895円		38,205円		36,092円			
	⑪ 糖尿病入院総医療費		1億0777万円		1億3930万円		1億6065万円		1億1411万円		1億1085万円			
	⑫ 1件あたり		564,247円		546,291円		592,809円		543,368円		522,866円			
	⑬ 在院日数		20日		20日		21日		21日		21日			
	⑭ 慢性腎不全医療費		5017万円		6765万円		6901万円		6582万円		6273万円		4999万円	
	⑮ 透析有り		4439万円		6123万円		6540万円		6205万円		6079万円		4634万円	
⑯ 透析なし		579万円		642万円		361万円		377万円		193万円		364万円		
7	① 介護 介護給付費		8億8060万円		9億1763万円		9億9350万円		10億4266万円		10億2414万円		13億3151万円	
	② (2号認定者)糖尿病合併症		1件	11.1%	0件	0.0%	0件	0.0%	1件	20.0%	2件	50.0%		
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%	2人	1.5%	2人	1.5%	1人	0.8%	1人	0.8%	582人	1.1%

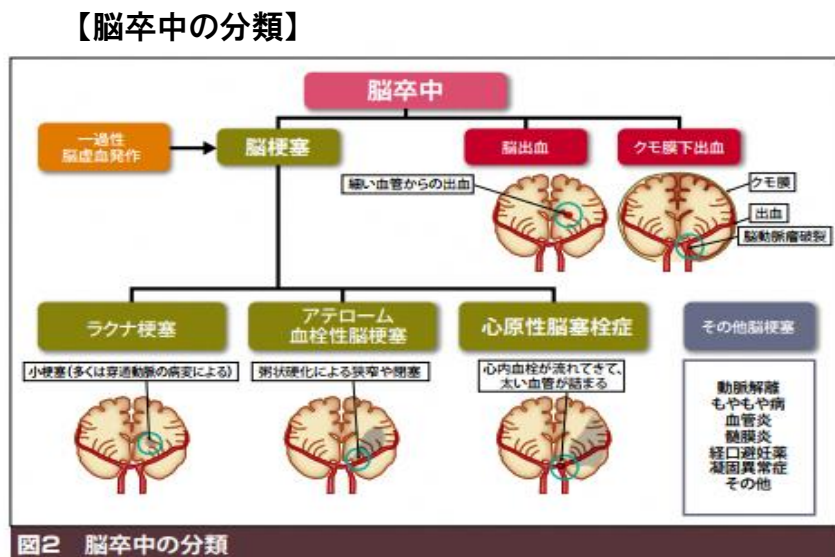
出典:ヘルスサポートラボツール

2. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 67,68)

図表 67 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 68 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実態

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 69 でみると、高血圧治療者 932 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 101人(10.9%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 66 人(6%)であり、そのうち 29 人(27.6%)は未治療者です。

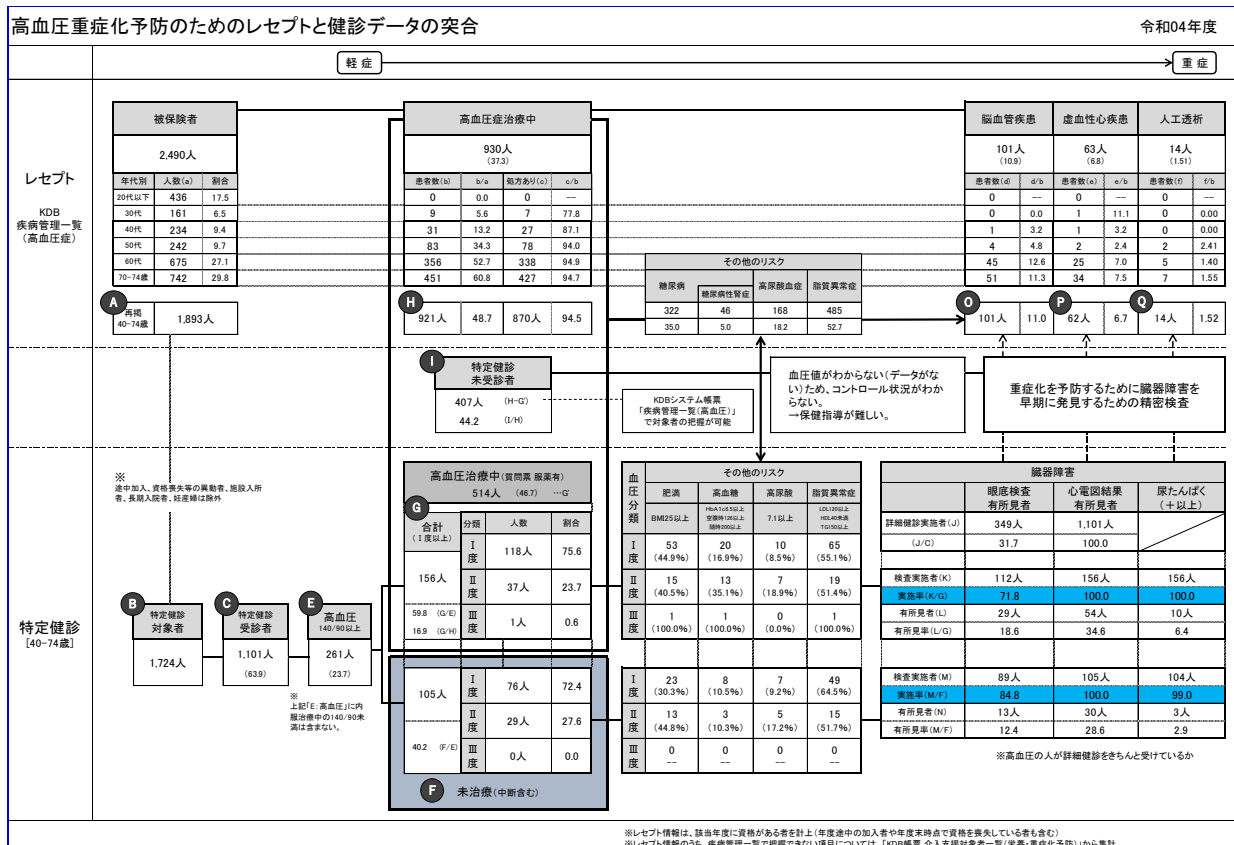
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 37 人(23.7%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)の実施は 349 人(31.7%)しか実施していない状況です。これは、対象者のⅠ度高血圧以上となっておりますが、健診機関や医療機関によっては体制の問題等で重症化予防の検査ができない状況があります。第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

検査を受診された方の結果をその後の対象者抽出や保健指導に十分に生かせていない状況もあります。特に 40・50 代の若い世代で脳血管疾患の発症や医療費割合が高くなっていることから、健診結果におけるハイリスク者については、重点的に取り組んでいく必要があると考えます。

図表 69 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



(2) 脳血管疾患発症の実態をみる

本町の脳血管疾患の種類をみてみると、図表 70 のとおり、国保、後期高齢者及び介護認定者すべて、熊本県全体との割合比較においては、脳梗塞の割合が最も多い状況でした。介護認定者については、脳内出血の割合も高くなっている状況がみえました。

脳梗塞の種類を図表 71 でみてみると、国保、後期高齢者ともに、ラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞の割合が高く、心原性脳塞栓症の割合は熊本県全体よりも低い状況でした。ラクナ梗塞やアテローム脳梗塞が多い背景に、高血圧や糖尿病などがありますが、本町はその原因となる疾患が多いこと、血管内皮障害によるプラークの発生や長年の経過から血管に慢性的な炎症を引き起こしている実態がわかります。この血管変化が予防できなかった結果ということになります。

図表 70 脳血管疾患の種類をみる（令和 4 年度）

国保		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
熊本県全体	402,744	2,512	0.62%	639	0.16%	163	0.04%
錦町	2,403	20	0.83%	2	0.08%	1	0.04%

後期高齢者		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
熊本県全体	284,602	8,874	3.12%	1,333	0.47%	270	0.09%
錦町	1,717	58	3.38%	7	0.41%	1	0.06%

介護認定者		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
熊本県全体	21,139	5,524	26.1%	2,227	10.5%	2,543	12.0%
錦町	135	65	48.1%	21	15.6%	11	8.1%

図表 71 脳梗塞の種類をみる（令和 4 年度）

国保		脳梗塞人数		ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳塞栓		心原性脳塞栓症	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
熊本県全体	402,744	2,513	0.62%	737	29.3%	363	14.4%	279	11.1%
錦町	2,403	20	0.80%	8	40.0%	7	35.0%	1	5.0%

後期高齢者		脳梗塞人数		ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳塞栓		心原性脳塞栓症	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
熊本県全体	284,602	8,874	3.1%	2,407	27.1%	1,103	12.4%	1,502	16.9%
錦町	1,717	58	3.4%	22	37.9%	11	19.0%	9	15.5%

(3) 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。

第 2 期計画では、保健指導の対象者をⅡ度高血圧以上者としていましたが、図表 72 の血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表のとおり、リスク第 3 層に該当する高値血圧者やⅠ度高血圧者な

どは高リスク者にあたるため、より脳心疾患リスクの高い対象者に保健指導を実施できるよう、対象者の見直しを行っていきます。

図表 72 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)		高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	231	126 54.5%	76 32.9%	29 12.6%	0 0.0%
	リスク第1層 予後影響因子がない	19 8.2%	9 7.1%	6 7.9%	4 13.8%
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	137	75 59.3%	47 61.8%	15 51.7%	0 --
	リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	75	42 32.5%	23 33.3%	10 30.3%

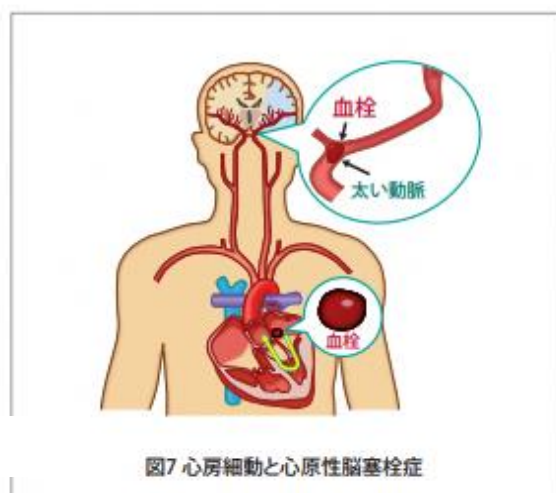
...高リスク
 ...中等リスク
 ...低リスク

区分	該当者数
A	48 20.8%
B	99 42.9%
C	84 36.4%

出典:ヘルスサポートラボツール

※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。

(4) 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の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。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 73 特定健診における心房細動有所見者状況 令和 4 年度

R4年度	健診受診者		心房細動有所見者				日循環学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	502	599	13	2.6%	1	0.2%	--	--
40代	57	53	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	58	68	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	174	218	4	2.3%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	213	260	9	4.2%	1	0.4%	3.4%	1.1%

※1 日本循環器学会疫学調査(2006年)による
心房細動有病率

出典：ヘルスサポートラボツール

心電図検査において 14 人に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、男性に多く、年齢が高くなるにつれて増加しています。14 人のうち 13 人は既に治療しており、未治療は 1 人でした。個別の保健指導を実施後は治療につながっています。

すでに本町では、ほぼ全ての健診受診者に心電図検査が実施できていますが、第3期計画においても、心電図検査の全数実施に努め、心電図検査結果で把握できるハイリスク者について、確実に必要な受診勧奨や保健指導を実施していきます。

また、心房細動等の不整脈の早期発見のために、自己検脈の周知についても行っていきます。

3) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)

(2) 受診勧奨及び保健指導

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

(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、脳心血管リスク層別化の高リスク者の未治療者・治療中断者を対象に、血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、受診勧奨を行います。

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、血圧をはじめとするリスク因子のコントロールが重要となります。すでに医療機関に受診中であっても、健診結果においてコントロールが不十分な方については、健診結果(経年表)やその他の連携ツール(糖尿病連携手帳、血圧記録手帳等)を基に、対象者本人を介して医療機関と連携することとします。また、コントロール状況に課題が大きい方や治療中断が心配される方については、直接医療機関へ出向き連携を図る等、対象者の状況に応じた連携を行います。

5) 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

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標について年に1回評価します。

アウトプット評価やプロセス評価については年度内(2月頃)に実施し、課題を整理し次年度計画へ反映します。また、アウトカム評価については、年度内は暫定値で評価し、最終的にはデータが揃う次年度に確認します。

また、保健指導を実施した対象者の評価については、次年度の健診結果で行います。

3. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態であり、心血管病の重要な予防ターゲットとなっていることに加え、ライフスタイルが関与する多くの病態を含んでいます。

メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することです。また、メタボリックシンドロームを呈する多くの人々はインスリン抵抗性をもち、2型糖尿病の発症リスクも高く、このようにして発症した糖尿病は特に心血管疾患の基盤としての認識が必要です。【参考：「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）添付資料】

2) 肥満・メタボリックシンドロームの状況

(1) 肥満・メタボリックシンドロームの実態

本町における健診受診者のうち肥満者(BMI25 以上者)の割合は、第 2 章の3で分析したとおり、同規模や市町村平均と比べると低い状況にあります。年々増加傾向にあります。特に予備群の割合が平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると 1.1 と増加しています。(図表 74)

また、年代別のメタボリック該当者を見ると男性では 70~74 歳、女性では 50 代と該当者割合の年代に違いが見られ、該当疾患についても男性は 3 項目全てが多い状況でしたが、女性はその年代も血圧+脂質異常の組み合わせが多い状況が見られました。(図表 75)

メタボリック該当者の治療状況を見ると男女ともに 3 疾患(糖尿病・脂質異常症・高血圧)のいずれか治療有りの割合が 9 割以上となっており、ほとんどの方が治療をしている状況です。性別・年代別に見てみると、男性では年代が上がるにつれて治療割合が高くなっています。

図表 74 メタボリック該当者及び予備群割合の経年変化

	H30年度		R2年度		R4年度	
	該当者	予備群	該当者	予備群	該当者	予備群
錦町	18.3	11.6	20.2	11.9	20.4	12.7
同規模平均	19.1	11.2	21.8	11.4	21.3	11.3
熊本県	18.7	12	20.6	12.1	20.8	12.1
国	18.4	11.1	20.6	11.5	20.3	11.2

図表 75 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	502	57	58	174	213	599	53	68	218	260	
メタボ該当者	B	131	9	9	44	69	91	1	13	28	49	
	B/A	26.1%	15.8%	15.5%	25.3%	32.4%	15.2%	1.9%	19.1%	12.8%	18.8%	
再掲	① 3項目全て	C	49	2	2	18	27	26	0	3	5	18
		C/B	37.4%	22.2%	22.2%	40.9%	39.1%	28.6%	0.0%	23.1%	17.9%	36.7%
	② 血糖＋血圧	D	33	2	2	12	17	14	0	2	4	8
		D/B	25.2%	22.2%	22.2%	27.3%	24.6%	15.4%	0.0%	15.4%	14.3%	16.3%
	③ 血圧＋脂質	E	43	4	4	13	22	46	1	6	18	21
		E/B	32.8%	44.4%	44.4%	29.5%	31.9%	50.5%	100.0%	46.2%	64.3%	42.9%
	④ 血糖＋脂質	F	6	1	1	1	3	5	0	2	1	2
		F/B	4.6%	11.1%	11.1%	2.3%	4.3%	5.5%	0.0%	15.4%	3.6%	4.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 76 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			
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし	
総数	502	131	26.1%	118	90.1%	13	9.9%	599	91	15.2%	83	91.2%	8	8.8%
40代	57	9	15.8%	6	66.7%	3	33.3%	53	1	1.9%	1	100.0%	0	0.0%
50代	58	9	15.5%	8	88.9%	1	11.1%	68	13	19.1%	11	84.6%	2	15.4%
60代	174	44	25.3%	38	86.4%	6	13.6%	218	28	12.8%	27	96.4%	1	3.6%
70～74歳	213	69	32.4%	66	95.7%	3	4.3%	260	49	18.8%	44	89.8%	5	10.2%

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の優先順位

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

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 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 of 医療者が連携してフォローアップを行う必要があるとされています。そのため、肥満度 3 度、4 度の未治療者については、可能であれば専門医療機関受診を勧めることで対応します。

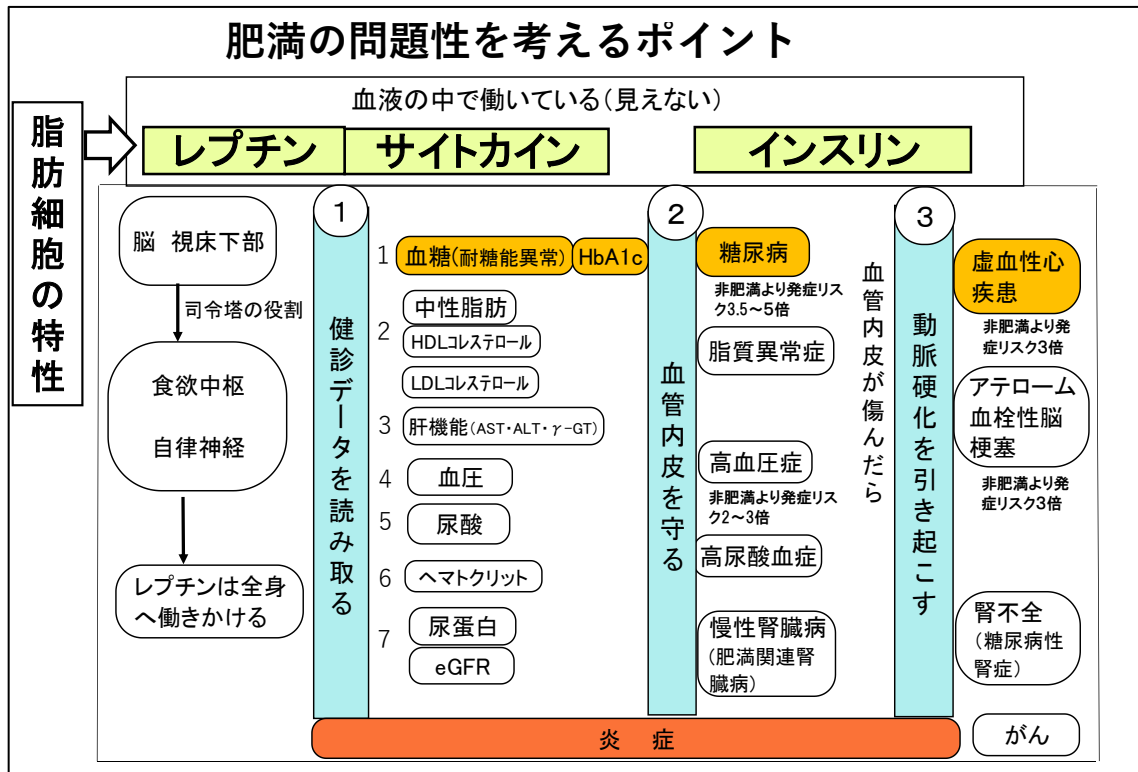
保健指導対象者については、図表 75 のとおり、メタボリック該当者は男性が多くを占めること、若い男性に心血管病は多いことを踏まえ、若い世代(40～64 歳)の男性を最優先の対象者とするものとします。

図表 77 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	356	745	121	200	94	178	20	20	7	2	0	0	
			34.0%	26.8%	26.4%	23.9%	5.6%	2.7%	2.0%	0.3%	0.0%	0.0%	
再掲	男性	174	328	63	91	52	84	7	6	4	1	0	0
				36.2%	27.7%	29.9%	25.6%	4.0%	1.8%	2.3%	0.3%	0.0%	0.0%
再掲	女性	182	417	58	109	42	94	13	14	3	1	0	0
				31.9%	26.1%	23.1%	22.5%	7.1%	3.4%	1.6%	0.2%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 78 肥満の問題性を考えるポイント



3) 対象者の明確化

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 76)は、男女とも 9 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。

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ことが分かっています。(図表 78)

そのため、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、血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ② 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ③ 特定保健指導対象者の保健指導については、第 3 章 特定健康診査等実施計画のとおり実施します。

(2) 対象者の管理

特定保健指導対象者及び他の重症化予防対象者の管理と同様とします。

4) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)

(2) 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 等を参考に作成された保健指導用教材を活用し、行っていきます。

(3) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001 年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。

本町においても対象者の早期介入を目的として、二次健診を実施します。

動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ① 75g糖負荷検査（高インスリン状態を見る検査）
- ② 微量アルブミン検査（尿で腎臓の状態を見る検査）
- ③ 頸動脈エコー検査（心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査）

対象者：① 特定保健指導対象者かつHbA1c6.4以下、またはHbA1c6.0～6.4の未治療者の者

- ② HbA1c6.5以上または空腹時血糖値126以上かつ糖尿病未治療者かつ尿たんぱく（－）、（±）の者

- ③ 体格・血圧・血糖・脂質のいずれも保健指導判定値以上の者または高血圧・糖尿病・脂質異常症の3疾患すべてを治療中の者。

①～③の対象者に対して、早期に介入することで生活習慣病の発症を予防します。特に、特定保健指導対象者は若い年代に該当者が多く、若いころからの生活習慣を見直してもらうために保健指導時に個別の勧奨を行っています。受診者には、個別訪問を中心に結果説明を行います。

5) 医療との連携

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

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

6) 評価

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標について年に1回評価します。

個々の評価については、特定保健指導対象者や他の重症化予防対象者と重複すると考えられるため、他の事業の中で実施していきます。

4. 虚血性心疾患予防

1) 基本的な考え方

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

2) 対象者の明確化

(1) 本町の実態

第2章での分析結果のとおり、虚血性心疾患の医療費は平成30年度と比べて令和4年度は半分に減少しており、国や県と比べても低い状況になっています。これは、治療割合は高くなっていますが、医療費の推移は下がっており、早期に治療が開始できることで、重症化予防につながっています。介護認定者における虚血性心疾患の保有割合はどの年代においても脳卒中の次に多く、全体の約3割を占めています。(図表 14・17・18)

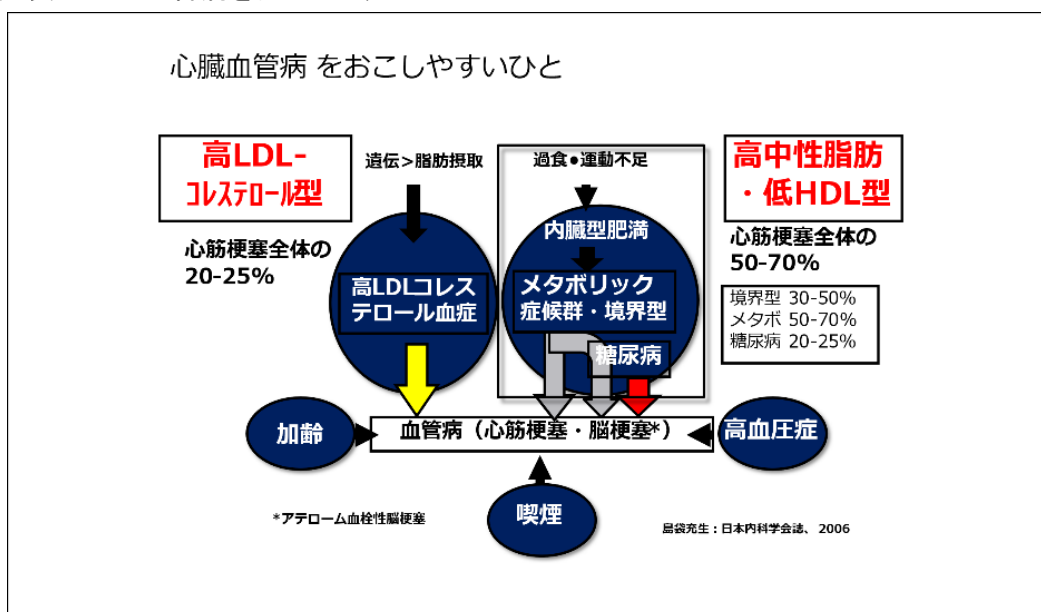
これらのことから、虚血性心疾患のリスク因を持つ方の把握と、発症予防に向けた保健指導が重要と考えます。

(2) 対象者選定基準の考え方

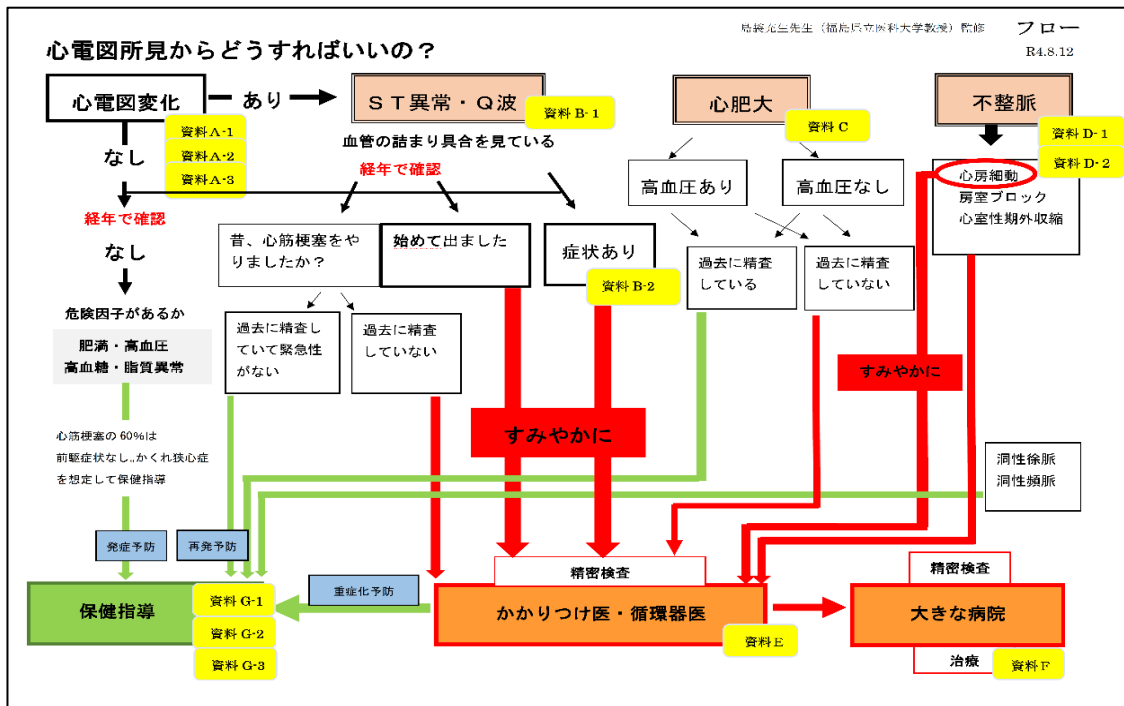
虚血性心疾患予防の対象者は、メタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 79)

また、心電図所見からのフロー図を活用します。(図表 80)

図表 79 心血管病をおこしやすいひと



図表 80 心電図所見からのフロー図



(3) 重症化予防対象者の抽出

①高 LDL 者

心筋梗塞全体の 20～25%を占める高 LDL コレステロール者については、これまで LDL180 以上の未治療者へ受診勧奨を実施してきましたが、なかなか治療に繋がらない状況にあります。第3期においては、図表 81 を参考に、高リスク者にあたる者について優先的に関わり、確実な医療機関受診や服薬による管理に繋がるよう、効果的な保健指導の実施を目指します。

②メタボタイプ

第4章「3. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」を参照

③心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患予防においても重要な検査の 1 つです。心電図所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は図表 80 フロー図に基づき適切な受診勧奨や保健指導を実施します。

本町においては、第2章の分析結果のとおり、心電図検査を 1,096 人(94.7%)に実施し、そのうち有所見者が 301 人(27.5%)でした。有所見率は男性が高く、男性は不整脈、女性は ST-T 異常や期外収縮が高く見られました。(図表 34)。

これまででは、心電図検査結果からの対象者としては心房細動の有所見者のみとしていたため、その他の異常所見についても、図表 80 フロー図を基に必要な方への受診勧奨や保健指導を実施します。

図表 81 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定				令和04年度									
動脈硬化性心血管疾患の予防から見たLDLコレステロール管理目標				(参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版									
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)				健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別					
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳		
412				219	121	54	18	5	14	32	21		
				53.2%	29.4%	13.1%	4.4%	6.9%	19.4%	44.4%	29.2%		
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	66	41	16	8	1	3	6	0	0		
			16.0%	18.7%	13.2%	14.8%	5.6%	60.0%	42.9%	0.0%	0.0%		
	中リスク	140未満 (170未満)	162	76	56	24	6	1	4	15	10		
			39.3%	34.7%	46.3%	44.4%	33.3%	20.0%	28.6%	46.9%	47.6%		
高リスク	120未満 (150未満)	158	85	42	21	10	1	4	16	10			
			38.3%	38.8%	34.7%	38.9%	55.6%	20.0%	28.6%	50.0%	47.6%		
再掲	100未満 (130未満) ※1	11	6	2	3	0	0	1	2	0			
			2.7%	2.7%	1.7%	5.6%	0.0%	0.0%	7.1%	6.3%	0.0%		
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	26	17	7	1	1	0	0	1	1		
			6.3%	7.8%	5.8%	1.9%	5.6%	0.0%	0.0%	3.1%	4.8%		

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

3) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)

(2) 受診勧奨及び保健指導

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

(3) 重症化予防対象者の管理

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

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のためには、LDL やメタボをはじめとするリスク因子のコントロールが重要となります。すでに医療機関に受診中であっても、健診結果においてコントロールが不十分な方に

については、健診結果(経年表)やその他の連携ツール(糖尿病連携手帳、血圧記録手帳等)等を基に、対象者本人を介して医療機関と連携することとします。また、コントロール状況に課題が大きい方や治療中断が心配される方については、直接医療機関へ出向き連携を図る等、対象者の状況に応じた連携を行っていきます。

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

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標について年に1回評価します。

アウトプット評価やプロセス評価については年度内(2月頃)に実施し、課題を整理し次年度計画へ反映します。また、アウトカム評価については、年度内は暫定値で評価し、最終的にはデータが揃う次年度に確認します。

また、保健指導を実施した対象者の評価については、次年度の健診結果で行います。

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

本町では、令和2年度より熊本県後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」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、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を地域のサロンや老人会、地域の縁側事業などあらゆる機会を通じて、実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

3) 関係者間での連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行うにあたっては、庁内の関係部署(国保・後期・介護・包括支援センター)との連携が重要となります。

必要な情報及び実態の共有、対象者の引継ぎ等が円滑に進むよう、年度はじめ、年度末の関係者間でのミーティングに加え、必要時連携を図ることとします。

IV. 発症予防

生活習慣病の重症化予防が、介護予防や健康寿命の延伸と深く関わることから、生活習慣病の予防は大変重要です。

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(食習慣・運動習慣の確立)が重要であり、特に小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

本町では、生活習慣病予防のための中学3年生の健診や19歳からの基本健診などを実施しております。若い世代にも健診を始めたきっかけは、親世代の30代から50代の健診結果が糖代謝・脂質代謝異常ともに5割を占め、血管内皮障害が進行している状況があったためです。

中学生健診の結果を見ると夕食時間が20時以降となる割合が半数を占めるなど、食事時間や生活リズムに問題がある傾向がすでにみられている状況です。健診結果についてもすでに中学生から耐糖能異常や肥満などがみられ、年々増加傾向にあります。大人の生活習慣は小児期からの生活が影響します。乳幼児期から生活習慣病予防を視野に入れて生活習慣を身につけさせていくことが必要です。

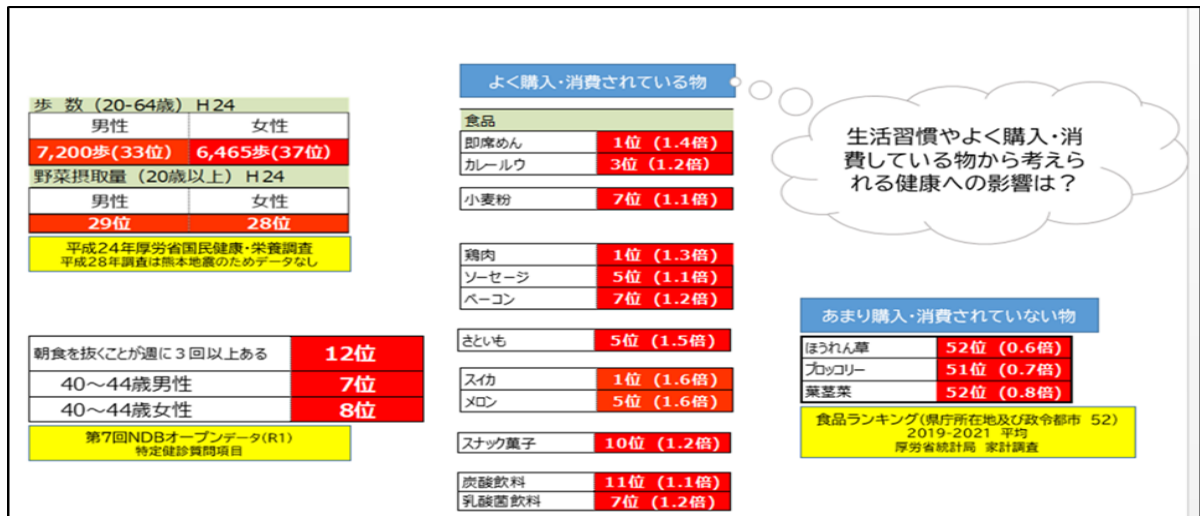
本町では健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、データヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、ライフサイクルの視点で妊娠期からの保健事業についても、生活習慣病予防の視点を加え、実施していく必要があると考えます。

より若い世代からの健康管理が大切であり、今後も中学生健診や19歳から受診できる基本健診を継続して実施していき、早期から身体の状態を自身で毎年確認することが習慣化できるような取組の推進に努めていきます。

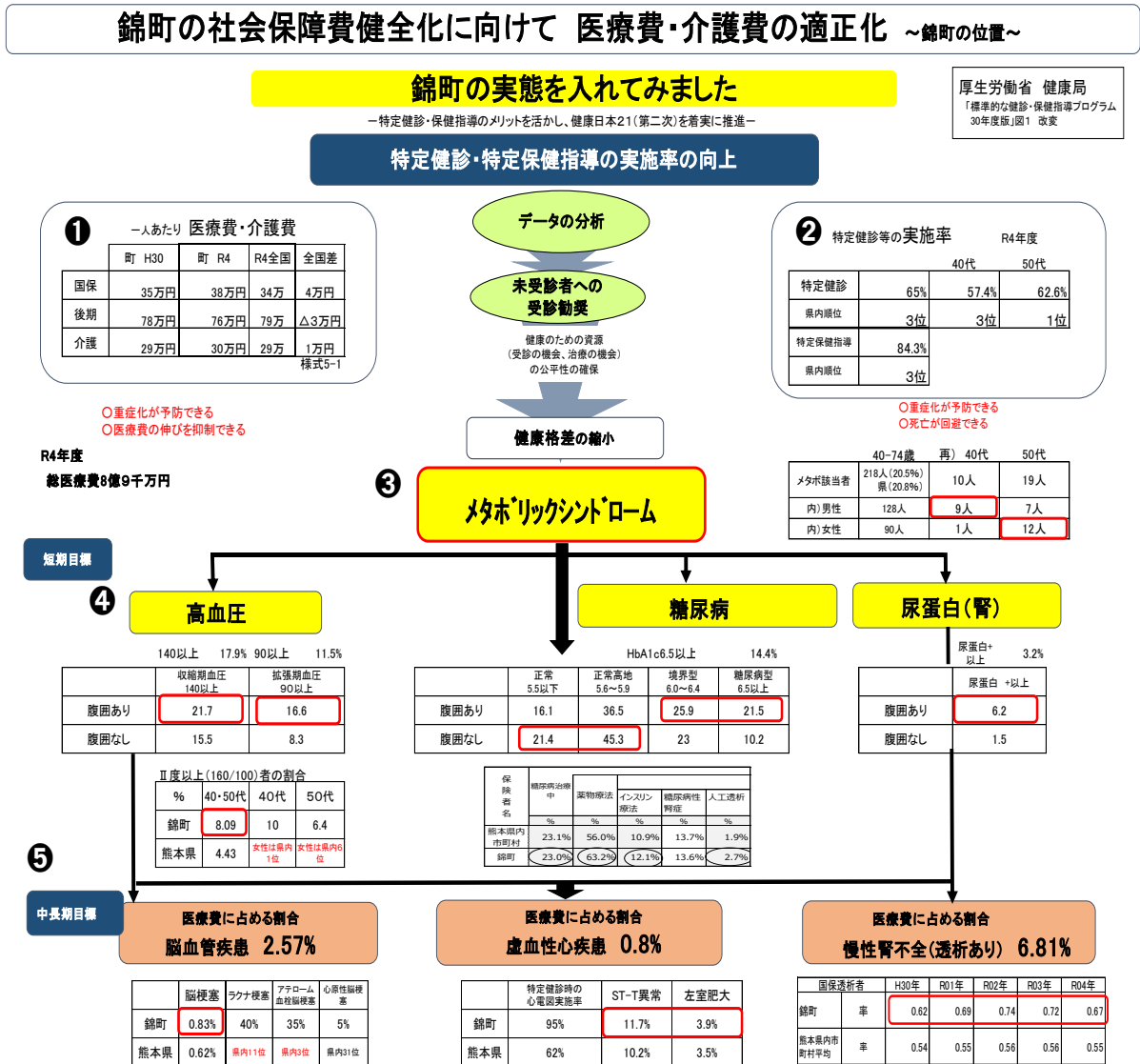
V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実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 82, 83)

図表 82 統計からみえる生活習慣と食(熊本県)



図表 83 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



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、次の第4期計画の策定を円滑に行うため評価を行います。

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います。

評価には、国保データベース(KDB)システムや保険者データヘルス支援システムを活用し、評価指標に基づいて各年度の事業評価を実施します。

また、中間評価や最終評価における医療費やメタボ減少率等の評価については、年齢補正された国の公表データを使用することとします。

評価は、国保担当部署及び保健指導を実施する部署において、評価担当者を予め決めておき、年間スケジュールに基づき評価を実施することとします。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む)・保健指導実施のための専門職の配置・KDB 活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none">・保健指導等の手順・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)	<ul style="list-style-type: none">・特定健診受診率、特定保健指導率・計画した保健事業を実施したか。・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

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を行います。また、計画の概要版として、図表 83 を用いて、町の健康づくりにかかる会議等で説明します。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

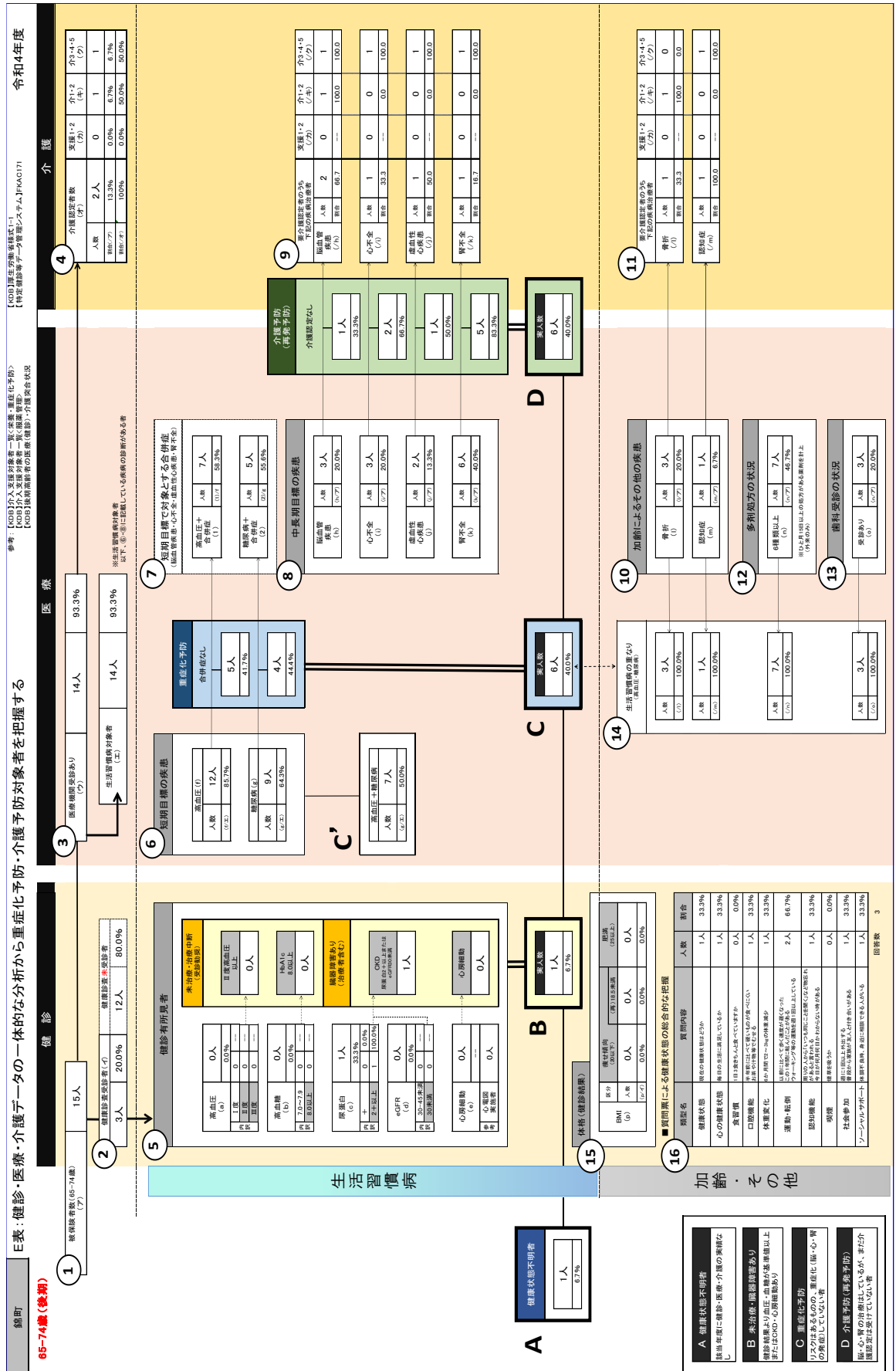
- 参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた錦町の位置
- 参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料7 HbA1c の年次比較
- 参考資料8 血圧の年次比較
- 参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた錦町の位置

項目		錦町						同規模平均		熊本県		国			
		H30年度		R02年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1 概況	① 人口構成	総人口	10,766		10,766		10,279		1,808,758		1,713,102		123,214,261		
		65歳以上(高齢化率)	3,073	28.5	3,073	28.5	3,420	33.3	667,156	36.9	540,538	31.6	35,335,805	28.7	
		75歳以上	1,632	15.2	1,632	15.2	1,676	16.3	--	--	282,460	16.5	18,248,742	14.8	
		65~74歳	1,441	13.4	1,441	13.4	1,744	17.0	--	--	258,078	15.1	17,087,063	13.9	
		40~64歳	3,533	32.8	3,533	32.8	3,176	30.9	--	--	543,167	31.7	41,545,893	33.7	
	39歳以下	4,160	38.6	4,160	38.6	3,683	35.8	--	--	629,397	36.7	46,332,563	37.6		
② 産業構成	第1次産業	18.2		18.2		18.2		13.4		9.8		4.0			
	第2次産業	24.6		24.6		24.6		27.1		21.1		25.0			
	第3次産業	57.2		57.2		57.2		59.5		69.1		71.0			
③ 平均寿命	男性	81.6		81.6		81.6		80.4		81.2		80.8			
	女性	86.7		86.7		86.7		86.9		87.5		87.0			
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	78.5		80.8		78.6		79.5		80.4		80.1			
	女性	83.3		83.6		83.4		83.9		85.0		84.4			
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	114.0		114.0		99.4		103.9		94.9		100.0		
		がん	33	46.5	37	44.6	39	49.4	7,103	46.7	5,349	48.2	378,272	50.6	
		心臓病	22	31.0	25	30.1	18	22.8	4,457	29.3	3,242	29.2	205,485	27.5	
		脳疾患	11	15.5	14	16.9	14	17.7	2,405	15.8	1,547	13.9	102,900	13.8	
		糖尿病	0	0.0	2	2.4	1	1.3	309	2.0	202	1.8	13,896	1.9	
		腎不全	5	7.0	3	3.6	6	7.6	582	3.8	476	4.3	26,946	3.6	
		自殺	0	0.0	2	2.4	1	1.3	356	2.3	282	2.5	20,171	2.7	
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	12		16		15		9.0		1,730		7.1		
		男性	7		11		11		13.3		1,124		9.6		
		女性	5		6		4		4.8		606		4.8		
3 介護	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	452	14.5	518	16.6	520	15.0	123,092	18.6	108,069	20.2	6,724,030	19.4	
		新規認定者	8		11		6		0.3		1,261		0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2	541	5.6	294	2.6	615	5.4	352,830	12.6	380,309	14.2	21,785,044	12.9
			要介護1.2	4,482	46.5	4,443	39.9	3,955	34.6	1,291,061	46.3	1,309,567	49.0	78,107,378	46.3
	要介護3以上		4,619	47.9	6,402	57.5	6,853	60.0	1,146,606	41.1	984,793	36.8	68,963,503	40.8	
	2号認定者	12		8		7		0.2		2,178		0.4			
	② 有病状況	糖尿病	65	14.4	96	15.8	119	21.5	29,521	22.9	25,945	23.1	1,712,613	24.3	
		高血圧症	214	49.2	294	51.2	322	60.1	69,159	54.1	65,761	58.7	3,744,672	53.3	
		脂質異常症	77	17.5	111	19.0	147	26.9	39,076	30.2	37,156	32.8	2,308,216	32.6	
		心臓病	228	52.1	309	54.2	347	64.6	77,477	60.7	73,556	65.7	4,224,628	60.3	
		脳疾患	106	23.4	104	19.9	130	24.1	29,613	23.5	25,387	22.8	1,568,292	22.6	
		がん	27	6.0	52	8.5	48	9.6	14,238	11.0	13,445	12.0	837,410	11.8	
		筋・骨格	193	44.5	253	45.1	303	57.0	67,887	53.1	66,287	59.2	3,748,372	53.4	
	精神	166	37.1	202	36.0	239	45.3	48,712	38.1	45,259	40.5	2,569,149	36.8		
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	286,559	880,595,790	323,299	993,497,765	299,457	1,024,142,770	303,361	303,361	310,858	310,858	290,668		
1件当たり給付費(全体)		91,329		89,191		89,656		72,528		62,823		59,662			
居宅サービス		53,375		54,881		54,150		44,391		42,088		41,272			
施設サービス		311,272		322,697		323,465		291,231		303,857		296,364			
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	9,152	10,916	10,180	10,180	8,988	8,988	9,463	9,463	8,610	8,610				
	認定あり 認定なし	4,074	4,205	3,834	4,226	4,226	4,226	4,221	4,221	4,020	4,020				
4 医療	① 国保の状況	被保険者数	2,594		2,478		2,332		440,282		383,407		27,488,882		
		65~74歳	1,195	46.1	1,231	49.7	1,154	49.5	--	--	174,230	45.4	11,129,271	40.5	
		40~64歳	793	30.6	700	28.2	645	27.7	--	--	118,490	30.9	9,088,015	33.1	
		39歳以下	606	23.4	547	22.1	533	22.9	--	--	90,687	23.7	7,271,596	26.5	
	加入率	24.1		23.0		22.7		24.3		22.4		22.3			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0		0		0		139		208		8,237		
		診療所数	10		10		9		1,177		1,473		102,599		
		病床数	0		0		0		17,962		32,745		1,507,471		
		医師数	8		8		8		2,218		5,415		339,611		
		外来患者数	774.1		747.0		816.8		708.1		768.9		687.8		
入院患者数	21.9		26.1		24.3		22.2		26.2		17.7				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	348,715	県内33位 同規模69位	397,695	県内20位 同規模28位	382,608	県内37位 同規模65位	378,542	378,542	407,772	407,772	339,680			
	受診率	796.0		773.066		841.141		730.302		795.102		705.439			
	外来費用の割合	60.0		52.7		57.5		57.0		54.5		60.4			
	入院費用の割合	97.2		96.6		97.1		97.0		96.7		97.5			
	入院費用の割合	40.0		47.3		42.5		43.0		45.5		39.6			
	1件あたり入院日数	17.4日		19.0日		18.6日		16.7日		18.1日		15.7日			
	④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源病名 (調剤含む)	がん	122,310,420	24.5	178,227,420	33.5	132,594,920	27.1	32.0	32.0	27.3	32.2			
慢性腎不全(透析あり)		43,618,680	8.7	65,396,100	12.2	60,794,220	12.4	7.8	7.8	10.7	8.2				
糖尿病		60,657,020	12.1	57,218,440	10.7	67,776,050	13.9	11.2	11.2	10.9	10.7				
高血圧症		42,487,260	8.5	40,214,640	7.6	38,380,080	7.9	6.6	6.6	6.0	5.9				
脂質異常症		19,091,110	3.8	19,135,790	3.6	16,092,880	3.3	3.8	3.8	3.3	4.1				
脳梗塞・脳出血		8,600,470	1.7	16,991,610	3.2	22,904,330	4.7	3.9	3.9	3.6	3.9				
狭心症・心筋梗塞		17,545,630	3.5	8,676,390	1.6	7,126,200	1.5	2.5	2.5	2.0	2.8				
精神		101,178,920	20.2	93,105,850	17.4	77,248,450	15.8	15.1	15.1	18.6	14.7				
筋・骨格	72,544,700	14.5	67,821,050	12.7	62,584,380	12.8	16.1	16.1	16.6	16.7					

項目		錦町						同規模平均		熊本県		国							
		H30年度		R02年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度							
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合						
4 医療	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	399	0.3	214	673	0.4	363	0.2	435	0.2	256	0.2				
				糖尿病	1,312	0.9	1,152	3,471	2.1	1,550	1.0	2,168	1.2	1,144	0.9				
				脂質異常症	--	--	337	--	--	73	0.0	117	0.1	53	0.0				
				脳梗塞・脳出血	2,164	1.6	5,492	8,676	5.3	6,817	4.2	7,036	3.8	5,993	4.5				
				虚血性心疾患	6,724	4.8	3,353	2,221	1.4	4,157	2.6	3,398	1.8	3,942	2.9				
		腎不全	4,751	3.4	13,700	15,685	9.6	5,219	3.2	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	15,980	7.6	16,015	15,781	7.2	13,015	6.0	12,283	5.5	10,143	4.9				
				糖尿病	22,196	10.6	22,218	25,864	11.8	21,723	10.1	21,299	9.6	17,720	8.6				
				脂質異常症	7,360	3.5	7,386	6,901	3.1	7,634	3.5	6,890	3.1	7,092	3.5				
				脳梗塞・脳出血	1,152	0.6	1,365	1,146	0.5	951	0.4	625	0.3	825	0.4				
	虚血性心疾患			756	0.4	1,178	898	0.4	1,821	0.8	1,621	0.7	1,722	0.8					
	腎不全	25,453	12.2	26,178	21,856	9.9	18,224	8.4	23,648	10.6	15,781	7.7							
	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	4,523	4,527	5,653	2,885	2,450	2,031									
				健診未受診者	10,246	12,386	10,841	13,033	13,484	13,295									
生活習慣病対象者 一人当たり			健診受診者	10,679	10,543	12,767	8,199	6,758	6,142										
			健診未受診者	24,190	28,846	24,486	37,038	37,197	40,210										
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	571	48.3	576	54.3	565	53.2	82,799	58.4	55,575	56.8	3,698,441	56.9					
		医療機関受診率	520	44.0	517	48.8	501	47.1	74,226	52.4	50,251	51.3	3,375,719	51.9					
		医療機関非受診率	51	4.3	59	5.6	64	6.0	8,573	6.1	5,324	5.4	322,722	5.0					
5 健診	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰	特定健診の 状況	メタボ	健診受診者	1,183	1,060	1,063	141,687	97,898	6,503,152									
				受診率	64.6	県内4位 同規模5位	59.3	県内9位 同規模5位	64.8	県内3位 同規模3位	43.8	36.4	全国26位	35.3					
				特定保健指導終了者(実施率)	82	66.7	95	89.6	26	29.9	2,951	17.8	3,313	28.6	69,327	9.0			
				非肥満高血糖	131	11.1	113	10.7	128	12.0	15,497	10.9	8,692	8.9	588,083	9.0			
				該当者	男性	217	18.3	214	20.2	217	20.4	30,235	21.3	20,321	20.8	1,321,197	20.3		
					女性	138	25.5	144	29.4	128	26.7	21,095	32.0	14,222	32.4	923,222	32.0		
					予備群	79	12.3	70	12.3	89	15.2	9,140	12.1	6,099	11.3	397,975	11.0		
				県内市町村数 47市町村	BMI	男性	137	11.6	126	11.9	135	12.7	15,952	11.3	11,800	12.1	730,607	11.2	
						女性	91	16.8	80	16.4	79	16.5	11,241	17.0	8,107	18.5	515,813	17.9	
				同規模市区町村数 152市町村	メタボ 該当・予備群 レベル	腹囲	総数	407	34.4	378	35.7	395	37.2	50,374	35.6	35,581	36.3	2,273,296	35.0
							男性	259	47.8	246	50.3	238	49.7	35,285	53.5	24,633	56.1	1,592,747	55.3
						女性	148	23.1	132	23.1	157	26.9	15,089	19.9	10,948	20.3	680,549	18.8	
						BMI	総数	57	4.8	50	4.7	38	3.6	7,897	5.6	4,148	4.2	304,276	4.7
							男性	5	0.9	2	0.4	7	1.5	1,324	2.0	620	1.4	48,780	1.7
						女性	52	8.1	48	8.4	31	5.3	6,573	8.7	3,528	6.5	255,496	7.1	
						血糖のみ	14	1.2	14	1.3	12	1.1	955	0.7	705	0.7	41,541	0.6	
						血圧のみ	97	8.2	92	8.7	96	9.0	11,657	8.2	8,557	8.7	514,593	7.9	
						脂質のみ	26	2.2	20	1.9	27	2.5	3,340	2.4	2,538	2.6	174,473	2.7	
						血糖・血圧	46	3.9	49	4.6	46	4.3	5,059	3.6	3,517	3.6	193,722	3.0	
血糖・脂質	10	0.8	11	1.0	10	0.9	1,443	1.0	985	1.0	67,212	1.0							
血圧・脂質	83	7.0	83	7.8	86	8.1	13,553	9.6	9,222	9.4	630,648	9.7							
血糖・血圧・脂質	78	6.6	71	6.7	75	7.1	10,180	7.2	6,597	6.7	429,615	6.6							
6 問診	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	問診の状況	服薬	高血圧	486	41.1	485	45.8	495	46.6	55,815	39.4	37,276	38.1	2,324,538	35.8			
				糖尿病	133	11.2	137	12.9	133	12.5	14,192	10.0	9,143	9.3	564,473	8.7			
				脂質異常症	243	20.5	265	25.0	284	26.7	39,744	28.1	26,402	27.0	1,817,350	28.0			
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	44	3.8	37	3.5	37	3.5	4,238	3.1	2,933	3.0	199,003	3.1			
		既往歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	66	5.7	58	5.6	63	6.0	8,077	5.9	5,477	5.7	349,845	5.5				
			腎不全	3	0.3	6	0.6	5	0.5	1,245	0.9	662	0.7	51,680	0.8				
		貧血	54	4.7	46	4.4	43	4.1	12,089	8.9	10,590	11.0	669,737	10.6					
		生活習慣の 状況	喫煙	週3回以上朝食を抜く	167	14.1	155	14.6	163	15.3	19,577	13.8	13,307	13.6	896,676	13.8			
				週3回以上朝食後間食(～H29)	92	8.3	76	7.7	100	10.0	10,726	8.0	9,112	10.2	609,166	10.3			
				週3回以上就寝前夕食(H30～)	202	18.2	156	15.9	168	16.7	20,886	15.5	13,395	14.8	932,218	15.7			
				週3回以上就寝前夕食	202	18.2	156	15.9	168	16.7	20,886	15.5	13,395	14.8	932,218	15.7			
				食べる速度が遅い	288	26.0	294	30.0	261	26.0	35,250	26.1	24,787	27.4	1,590,713	26.8			
				20歳時体重から10kg以上増加	391	35.3	366	37.3	399	39.7	46,943	34.9	32,106	36.0	2,083,152	34.9			
				1回30分以上運動習慣なし	719	65.0	650	66.3	676	67.3	87,224	64.6	55,634	61.6	3,589,415	60.3			
1日1時間以上運動なし	607			54.8	534	54.4	538	53.6	65,749	48.7	45,867	50.8	2,858,913	48.0					
睡眠不足	271			24.5	212	21.6	211	21.0	33,002	24.5	22,325	24.7	1,521,685	25.6					
毎日飲酒	333			28.7	304	29.1	317	30.2	35,225	25.7	25,323	26.3	1,585,206	25.5					
時々飲酒	315	27.2	270	25.9	255	24.3	28,823	21.1	23,075	24.0	1,393,154	22.4							
一日飲酒量	1合未満	410	59.2	356	57.6	389	61.6	52,589	60.4	52,841	68.5	2,851,798	64.2						
	1～2合	228	32.9	215	34.8	177	28.0	22,931	26.4	17,396	22.5	1,053,317	23.7						
	2～3合	48	6.9	41	6.6	54	8.5	8,971	10.3	5,528	7.2	414,658	9.3						
	3合以上	6	0.9	6	1.0	12	1.9	2,518	2.9	1,416	1.8	122,039	2.7						

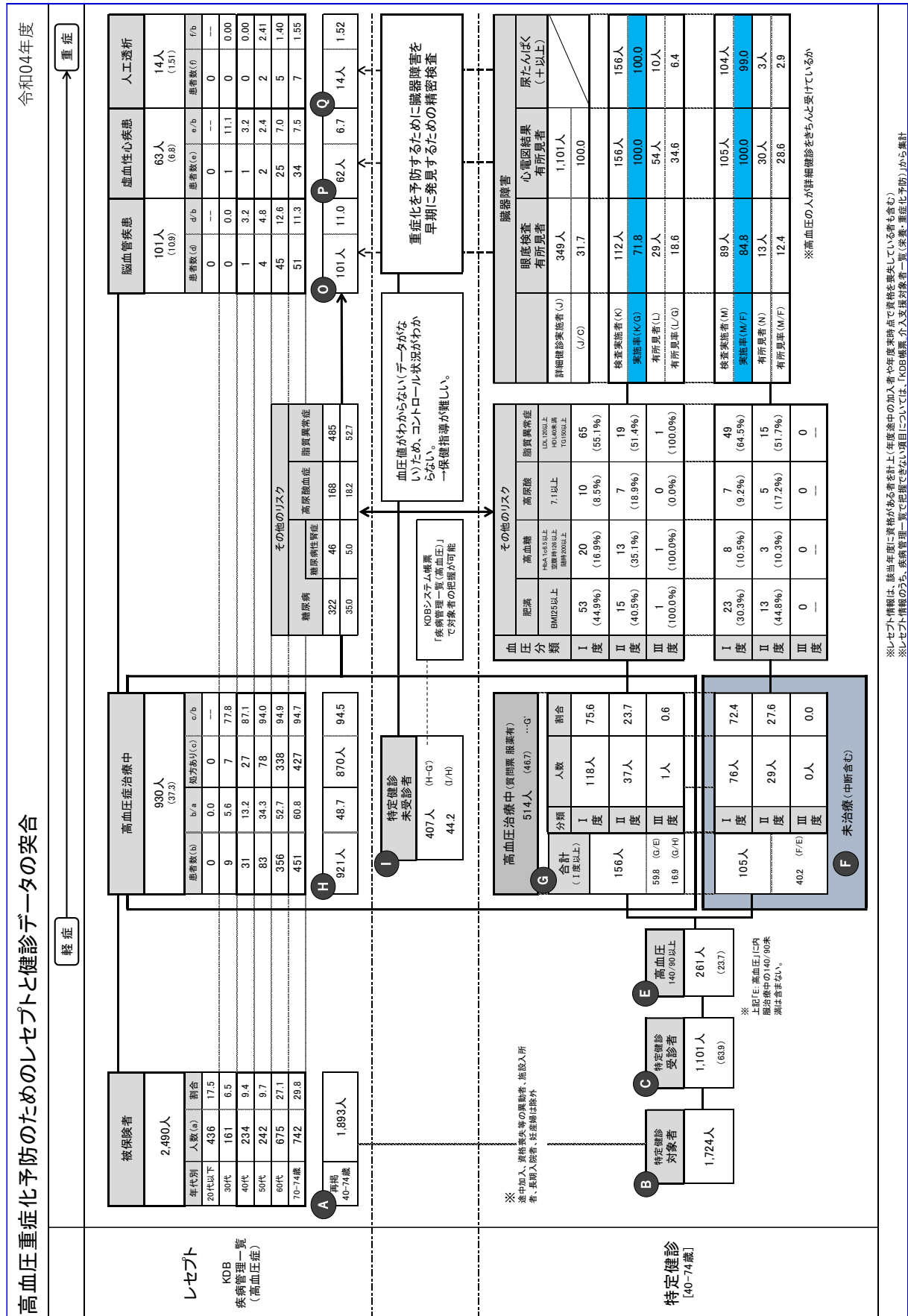
③ 65～74 歳(後期)



参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

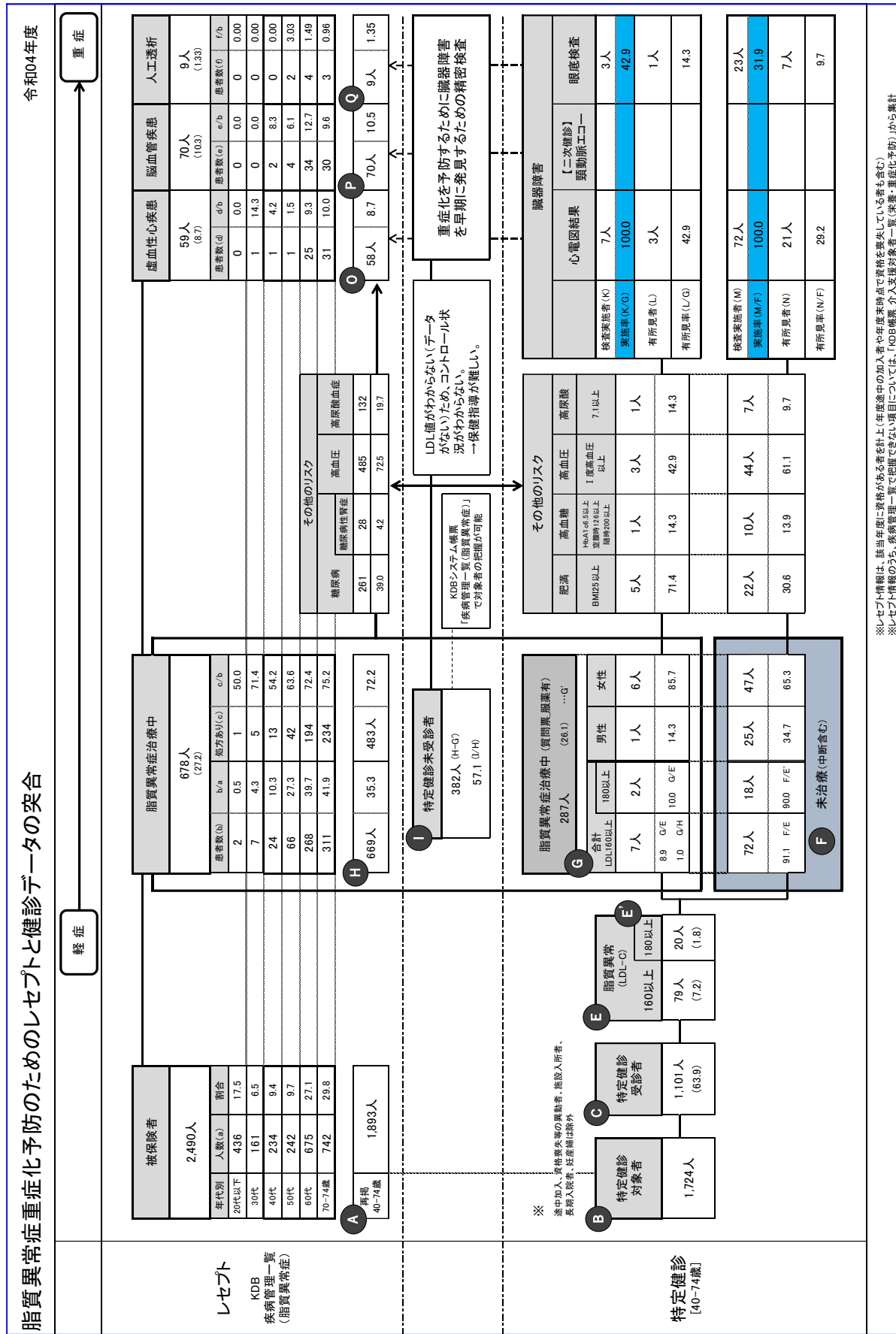
項目		実合表	錦町										同規模保険者(平均)		
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	2,706		2,607		2,554		2,498		2,402				
	② (再掲)40-74歳	A	2,047		2,010		1,986		1,952		1,883				
2	① 対象者数	B	1,831		1,790		1,789		1,707		1,633				
	② 特定健診 受診者数	C	1,221		1,185		1,083		1,130		1,096				
	③ 受診率	C	66.7%		66.2%		60.5%		66.2%		67.1%				
3	① 特定保健指導 対象者数		123		117		105		117		85				
	② 実施率		86.2%		88.9%		89.5%		92.3%		89.4%				
4	健診データ	① 糖尿病型	E	191	15.6%	194	16.4%	195	18.0%	215	19.0%	213	19.4%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	52	27.2%	60	30.9%	58	29.7%	75	34.9%	77	36.2%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	139	72.8%	134	69.1%	137	70.3%	140	65.1%	136	63.8%		
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	68	48.9%	61	45.5%	75	54.7%	76	54.3%	74	54.4%		
		⑤ ④ かつ ⑥		27	39.7%	33	54.1%	32	42.7%	40	52.6%	36	48.6%		
		⑥ ④ かつ ⑦	35	51.5%	26	42.6%	29	38.7%	31	40.8%	30	40.5%			
		⑦ ④ かつ ⑧	71	51.1%	73	54.5%	62	45.3%	64	45.7%	62	45.6%			
		⑧ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	159	83.2%	166	85.6%	165	84.6%	182	84.7%	186	87.3%		
		⑨ 第1期 尿蛋白(-)	M	14	7.3%	10	5.2%	14	7.2%	16	7.4%	8	3.8%		
		⑩ 第2期 尿蛋白(±)		13	6.8%	16	8.2%	13	6.7%	14	6.5%	15	7.0%		
		⑪ 第3期 尿蛋白(+)以上		2	1.0%	2	1.0%	3	1.5%	3	1.4%	3	1.4%		
⑫ 第4期 eGFR30未満															
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		139.7		137.7		140.6		143.7		144.0			
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		182.7		176.6		178.8		181.9		179.5			
		③ レセプト件数(40-74歳) ④ ③の内訳(被保険者千対)	入院外(件数)	2,432	(1223.3)	2,301	(1170.4)	2,237	(1158.5)	2,298	(1236.8)	2,350	(1306.3)	334,283件 (942.0)	
		④ 入院(件数)	10	(5.0)	14	(7.1)	11	(5.7)	18	(9.7)	16	(8.9)	1,709件 (4.8)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	378	14.0%	359	13.8%	359	14.1%	359	14.4%	346	14.4%		
		⑥ (再掲)40-74歳	H	374	18.3%	355	17.7%	355	17.9%	355	18.2%	338	18.0%		
		⑦ 健診未受診者	I	235	62.8%	216	60.8%	218	61.4%	215	60.6%	202	59.8%		
		⑧ インスリン治療	O	43	11.4%	33	9.2%	32	8.9%	41	11.4%	39	11.3%		
		⑨ (再掲)40-74歳	O	43	11.5%	32	9.0%	32	9.0%	41	11.5%	38	11.2%		
		⑩ 糖尿病性腎症	L	32	8.5%	27	7.5%	25	7.0%	34	9.5%	44	12.7%		
		⑪ (再掲)40-74歳	L	32	8.6%	26	7.3%	25	7.0%	34	9.6%	43	12.7%		
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		7	1.9%	8	2.2%	10	2.8%	10	2.8%	10	2.9%		
		⑬ (再掲)40-74歳		7	1.9%	8	2.3%	10	2.8%	10	2.8%	10	3.0%		
		⑭ 新規透析患者数		1	0.04	1	0.04	1	0.04	1	0.04	1	0.04		
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0	0	0	0	1	100%	1	100%	1	100%		
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		10	2.6%	9	2.3%	9	2.3%	10	2.5%	10	2.4%		
6	医療費	① 総医療費		9億0915万円		9億6886万円		9億8549万円		9億3861万円		8億9224万円		10億9648万円	
		② 生活習慣病総医療費		5億0011万円		5億2664万円		5億5126万円		5億0353万円		4億8882万円		5億9067万円	
		③ (総医療費に占める割合)		55.0%		54.4%		55.9%		53.6%		54.8%		53.9%	
		④ 生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者	10,679円		12,274円		10,543円		12,846円		12,767円		8,199円	
		⑤ 健診未受診者	24,190円		25,355円		28,846円		24,545円		24,486円		37,038円		
		⑥ 糖尿病医療費		6066万円		5912万円		5722万円		6272万円		6778万円		6602万円	
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		12.1%		11.2%		10.4%		12.5%		13.9%		11.2%	
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		1億7481万円		1億8345万円		1億7447万円		1億8002万円		1億6447万円			
		⑨ 1件あたり		35,720円		38,187円		37,895円		38,205円		36,092円			
		⑩ 糖尿病入院総医療費		1億0777万円		1億3930万円		1億6065万円		1億1411万円		1億1085万円			
		⑪ 1件あたり		564,247円		546,291円		592,809円		543,368円		522,866円			
		⑫ 在院日数		20日		20日		21日		21日		21日			
		⑬ 慢性腎不全医療費		5017万円		6765万円		6901万円		6582万円		6273万円		4999万円	
		⑭ 透析有り		4439万円		6123万円		6540万円		6205万円		6079万円		4634万円	
		⑮ 透析なし		579万円		642万円		361万円		377万円		193万円		364万円	
7	介護	① 介護給付費		8億8060万円		9億1763万円		9億9350万円		10億4266万円		10億2414万円		13億3151万円	
		② (2号認定者)糖尿病合併症		1件 11.1%	0件 0.0%	0件 0.0%	1件 20.0%	2件 50.0%							
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		0人 0.0%		2人 1.5%		2人 1.5%		1人 0.8%		1人 0.8%		582人 1.1%	

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



※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まで資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB帳票 介入支援対象者一覧(薬業、重症化予防)」から確認

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料7 HbA1cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標					
		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	1,213	265	21.8%	549	45.3%	259	21.4%	90	7.4%	38	3.1%	12	1.0%	28	2.3%	6	0.5%
H30	1,216	416	34.2%	472	38.8%	204	16.8%	66	5.4%	49	4.0%	9	0.7%	30	2.5%	6	0.5%
R01	1,165	327	28.1%	487	41.8%	229	19.7%	64	5.5%	46	3.9%	12	1.0%	25	2.1%	10	0.9%
R02	1,083	208	19.2%	455	42.0%	272	25.1%	82	7.6%	54	5.0%	12	1.1%	32	3.0%	2	0.2%
R03	1,125	229	20.4%	490	43.6%	246	21.9%	92	8.2%	50	4.4%	18	1.6%	38	3.4%	9	0.8%
R04	1,092	208	19.0%	461	42.2%	263	24.1%	89	8.2%	50	4.6%	21	1.9%	44	4.0%	13	1.2%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすい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		割合
					再)7.0以上	未治療	治療	割合	割合	
H29	1,213	265	549	259	140	43	97	11.5%	30.7%	69.3%
					50	6	44			
H30	1,216	416	472	204	124	29	95	10.2%	23.4%	76.6%
					58	7	51			
R01	1,165	327	487	229	122	38	84	10.5%	31.1%	68.9%
					58	12	46			
R02	1,083	208	455	272	148	50	98	13.7%	33.8%	66.2%
					66	9	57			
R03	1,125	229	490	246	160	55	105	14.2%	34.4%	65.6%
					68	11	57			
R04	1,092	208	461	263	160	66	94	14.7%	41.3%	58.8%
					71	15	56			

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標						合併症の危険が更に大きくなる	
		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	138	11.4%	1	0.7%	14	10.1%	26	18.8%	53	38.4%	35	25.4%	9	6.5%	25	18.1%	5	3.6%
	H30	144	11.8%	4	2.8%	10	6.9%	35	24.3%	44	30.6%	45	31.3%	6	4.2%	26	18.1%	3	2.1%
	R01	135	11.6%	2	1.5%	14	10.4%	35	25.9%	38	28.1%	38	28.1%	8	5.9%	19	14.1%	6	4.4%
	R02	135	12.5%	3	2.2%	7	5.2%	27	20.0%	41	30.4%	46	34.1%	11	8.1%	30	22.2%	2	1.5%
	R03	141	12.5%	2	1.4%	11	7.8%	23	16.3%	48	34.0%	40	28.4%	17	12.1%	34	24.1%	8	5.7%
	R04	133	12.2%	3	2.3%	7	5.3%	29	21.8%	38	28.6%	42	31.6%	14	10.5%	34	25.6%	6	4.5%
治療なし	H29	1,075	88.6%	264	24.6%	535	49.8%	233	21.7%	37	3.4%	3	0.3%	3	0.3%	3	0.3%	1	0.1%
	H30	1,072	88.2%	412	38.4%	462	43.1%	169	15.8%	22	2.1%	4	0.4%	3	0.3%	4	0.4%	3	0.3%
	R01	1,030	88.4%	325	31.6%	473	45.9%	194	18.8%	26	2.5%	8	0.8%	4	0.4%	6	0.6%	4	0.4%
	R02	948	87.5%	205	21.6%	448	47.3%	245	25.8%	41	4.3%	8	0.8%	1	0.1%	2	0.2%	0	0.0%
	R03	984	87.5%	227	23.1%	479	48.7%	223	22.7%	44	4.5%	10	1.0%	1	0.1%	4	0.4%	1	0.1%
	R04	959	87.8%	205	21.4%	454	47.3%	234	24.4%	51	5.3%	8	0.8%	7	0.7%	10	1.0%	7	0.7%

参考資料8 血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	1,224	320	26.1%	264	21.6%	341	27.9%	267	21.8%	26	2.1%	6	0.5%
H30	1,232	321	26.1%	307	24.9%	376	30.5%	194	15.7%	31	2.5%	3	0.2%
R01	1,165	315	27.0%	265	22.7%	363	31.2%	192	16.5%	24	2.1%	6	0.5%
R02	1,096	289	26.4%	263	24.0%	316	28.8%	185	16.9%	40	3.6%	3	0.3%
R03	1,135	290	25.6%	252	22.2%	305	26.9%	237	20.9%	44	3.9%	7	0.6%
R04	1,101	268	24.3%	284	25.8%	288	26.2%	194	17.6%	66	6.0%	1	0.1%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲							
					再/Ⅲ度高血圧			未治療		治療		割合			
					人数	割合	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H29	1,224	584 47.7%	341 27.9%	267 21.8%	32	2.6%	17	53.1%	15	46.9%	2.6%				
					6	0.5%	5	83.3%	1	16.7%	0.5%				
H30	1,232	628 51.0%	376 30.5%	194 15.7%	34	2.8%	14	41.2%	20	58.8%	2.8%				
					3	0.2%	1	33.3%	2	66.7%	0.2%				
R01	1,165	580 49.8%	363 31.2%	192 16.5%	30	2.6%	18	60.0%	12	40.0%	2.6%				
					6	0.5%	4	66.7%	2	33.3%	0.5%				
R02	1,096	552 50.4%	316 28.8%	185 16.9%	43	3.9%	19	44.2%	24	55.8%	3.9%				
					3	0.3%	2	66.7%	1	33.3%	0.3%				
R03	1,135	542 47.8%	305 26.9%	237 20.9%	51	4.5%	33	64.7%	18	35.3%	4.5%				
					7	0.6%	5	71.4%	2	28.6%	0.6%				
R04	1,101	552 50.1%	288 26.2%	194 17.6%	67	6.1%	29	43.3%	38	56.7%	6.1%				
					1	0.1%	0	0.0%	1	100.0%	0.1%				

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	499	40.8%	80	16.0%	101	20.2%	178	35.7%	125	25.1%	14	2.8%	1	0.2%
	H30	512	41.6%	78	15.2%	123	24.0%	189	36.9%	102	19.9%	18	3.5%	2	0.4%
	R01	477	40.9%	90	18.9%	104	21.8%	165	34.6%	106	22.2%	10	2.1%	2	0.4%
	R02	493	45.0%	69	14.0%	129	26.2%	171	34.7%	100	20.3%	23	4.7%	1	0.2%
	R03	530	46.7%	90	17.0%	127	24.0%	161	30.4%	134	25.3%	16	3.0%	2	0.4%
	R04	514	46.7%	69	13.4%	127	24.7%	162	31.5%	118	23.0%	37	7.2%	1	0.2%
治療なし	H29	725	59.2%	240	33.1%	163	22.5%	163	22.5%	142	19.6%	12	1.7%	5	0.7%
	H30	720	58.4%	243	33.8%	184	25.6%	187	26.0%	92	12.8%	13	1.8%	1	0.1%
	R01	688	59.1%	225	32.7%	161	23.4%	198	28.8%	86	12.5%	14	2.0%	4	0.6%
	R02	603	55.0%	220	36.5%	134	22.2%	145	24.0%	85	14.1%	17	2.8%	2	0.3%
	R03	605	53.3%	200	33.1%	125	20.7%	144	23.8%	103	17.0%	28	4.6%	5	0.8%
	R04	587	53.3%	199	33.9%	157	26.7%	126	21.5%	76	12.9%	29	4.9%	0	0.0%

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	1,224	687	56.1%	311	25.4%	142	11.6%	68	5.6%	16	1.3%
	H30	1,231	657	53.4%	312	25.3%	180	14.6%	59	4.8%	23	1.9%
	R01	1,165	642	55.1%	279	23.9%	149	12.8%	74	6.4%	21	1.8%
	R02	1,096	557	50.8%	298	27.2%	160	14.6%	58	5.3%	23	2.1%
	R03	1,135	611	53.8%	278	24.5%	170	15.0%	51	4.5%	25	2.2%
R04	1,101	622	56.5%	264	24.0%	136	12.4%	59	5.4%	20	1.8%	
男性	H29	572	370	64.7%	128	22.4%	47	8.2%	22	3.8%	5	0.9%
	H30	570	347	60.9%	126	22.1%	73	12.8%	17	3.0%	7	1.2%
	R01	549	346	63.0%	112	20.4%	56	10.2%	28	5.1%	7	1.3%
	R02	503	298	59.2%	123	24.5%	58	11.5%	18	3.6%	6	1.2%
	R03	516	315	61.0%	122	23.6%	56	10.9%	18	3.5%	5	1.0%
R04	502	314	62.5%	119	23.7%	43	8.6%	17	3.4%	9	1.8%	
女性	H29	652	317	48.6%	183	28.1%	95	14.6%	46	7.1%	11	1.7%
	H30	661	310	46.9%	186	28.1%	107	16.2%	42	6.4%	16	2.4%
	R01	616	296	48.1%	167	27.1%	93	15.1%	46	7.5%	14	2.3%
	R02	593	259	43.7%	175	29.5%	102	17.2%	40	6.7%	17	2.9%
	R03	619	296	47.8%	156	25.2%	114	18.4%	33	5.3%	20	3.2%
R04	599	308	51.4%	145	24.2%	93	15.5%	42	7.0%	11	1.8%	

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	1,224	687 56.1%	311 25.4%	142 11.6%	84 6.9%	81 96.4%	3 3.6%	1.3%	6.9%
H30	1,231	657 53.4%	312 25.3%	180 14.6%	82 6.7%	78 95.1%	4 4.9%	1.9%	6.7%
R01	1,165	642 55.1%	279 23.9%	149 12.8%	95 8.2%	86 90.5%	9 9.5%	1.8%	8.2%
R02	1,096	557 50.8%	298 27.2%	160 14.6%	81 7.4%	76 93.8%	5 6.2%	2.1%	7.4%
R03	1,135	611 53.8%	278 24.5%	170 15.0%	76 6.7%	67 88.2%	9 11.8%	2.2%	6.7%
R04	1,101	622 56.5%	264 24.0%	136 12.4%	79 7.2%	72 91.1%	7 8.9%	1.8%	7.2%

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	248	20.3%	179	72.2%	51	20.6%	15	6.0%	2	0.8%	1	0.4%
	H30	255	20.7%	188	73.7%	52	20.4%	11	4.3%	2	0.8%	2	0.8%
	R01	253	21.7%	194	76.7%	40	15.8%	10	4.0%	7	2.8%	2	0.8%
	R02	274	25.0%	189	69.0%	56	20.4%	24	8.8%	4	1.5%	1	0.4%
	R03	300	26.4%	217	72.3%	53	17.7%	21	7.0%	6	2.0%	3	1.0%
R04	287	26.1%	220	76.7%	45	15.7%	15	5.2%	5	1.7%	2	0.7%	
治療なし	H29	976	79.7%	508	52.0%	260	26.6%	127	13.0%	66	6.8%	15	1.5%
	H30	976	79.3%	469	48.1%	260	26.6%	169	17.3%	57	5.8%	21	2.2%
	R01	912	78.3%	448	49.1%	239	26.2%	139	15.2%	67	7.3%	19	2.1%
	R02	822	75.0%	368	44.8%	242	29.4%	136	16.5%	54	6.6%	22	2.7%
	R03	835	73.6%	394	47.2%	225	26.9%	149	17.8%	45	5.4%	22	2.6%
R04	814	73.9%	402	49.4%	219	26.9%	121	14.9%	54	6.6%	18	2.2%	