

肝付町国民健康保険
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

肝付町国民健康保険

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期計画における健康課題の明確化・・・10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期データヘルス計画の評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期データヘルス計画に係る考察
3. 第3期計画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)32

1. 第四期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報の保護
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39

1. 保健事業の方向性

2. 重症化予防の取組

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

3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

4. 発症予防

5. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し66

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68

1. 計画の公表・周知

2. 個人情報の取扱い

参考資料69

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、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、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・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性腎症に着目することとする。

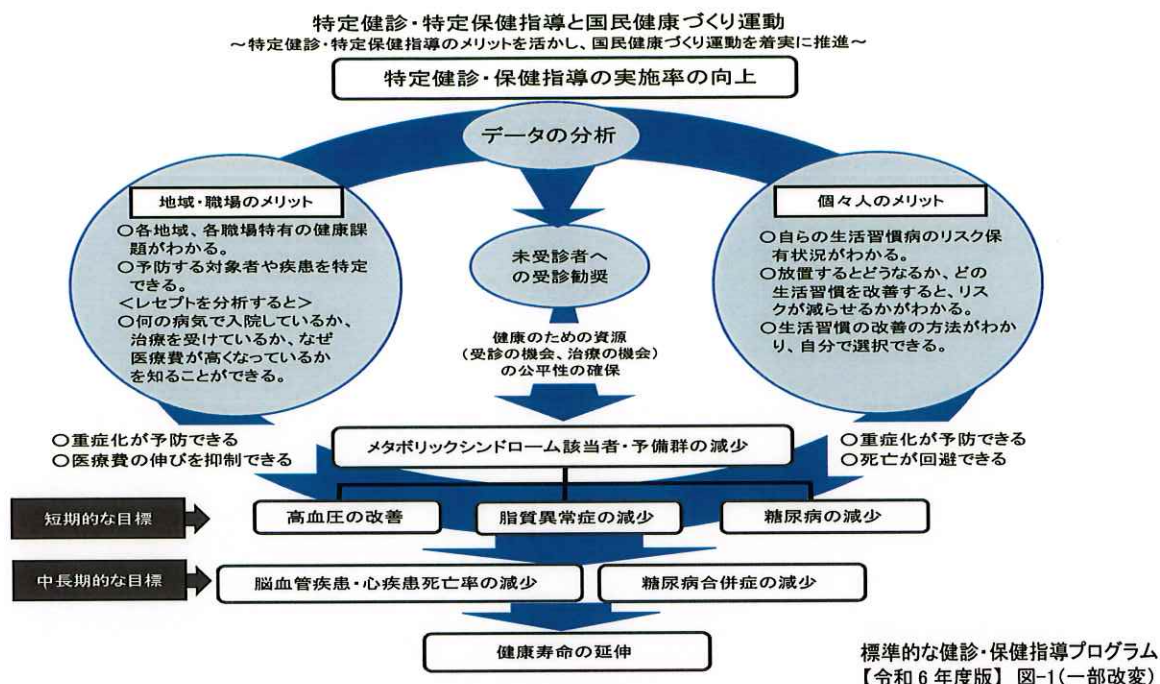
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に

係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ
法定計画等の位置づけ

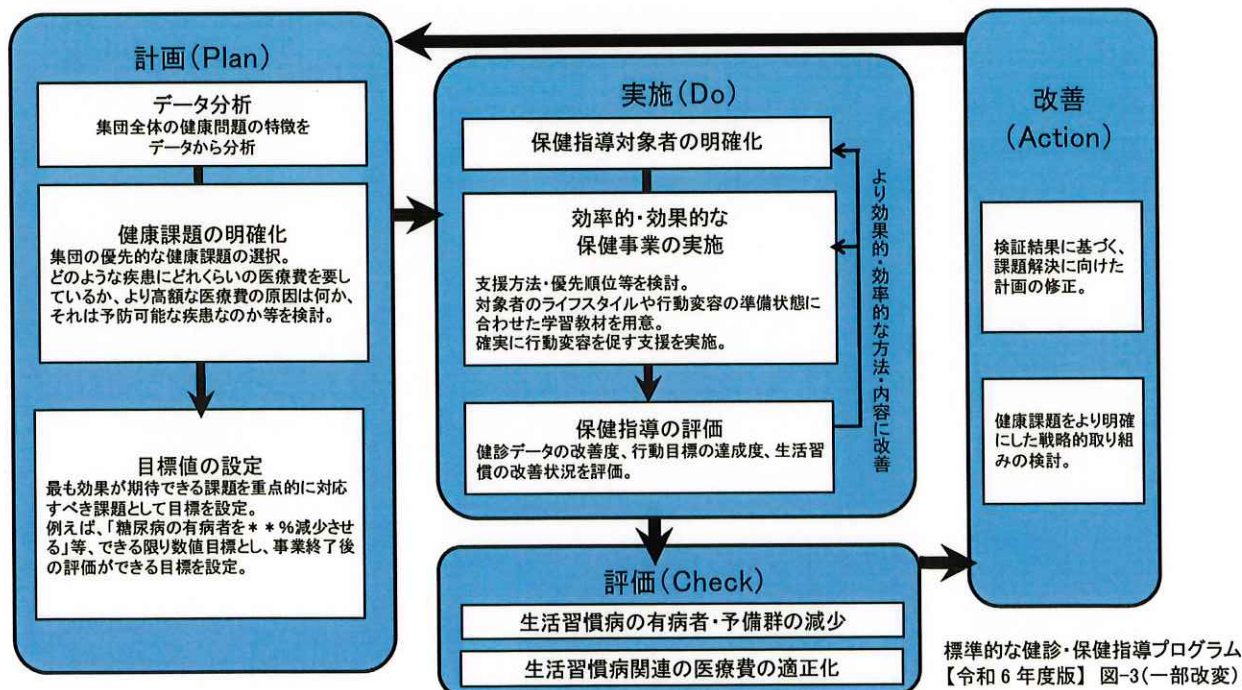
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改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

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



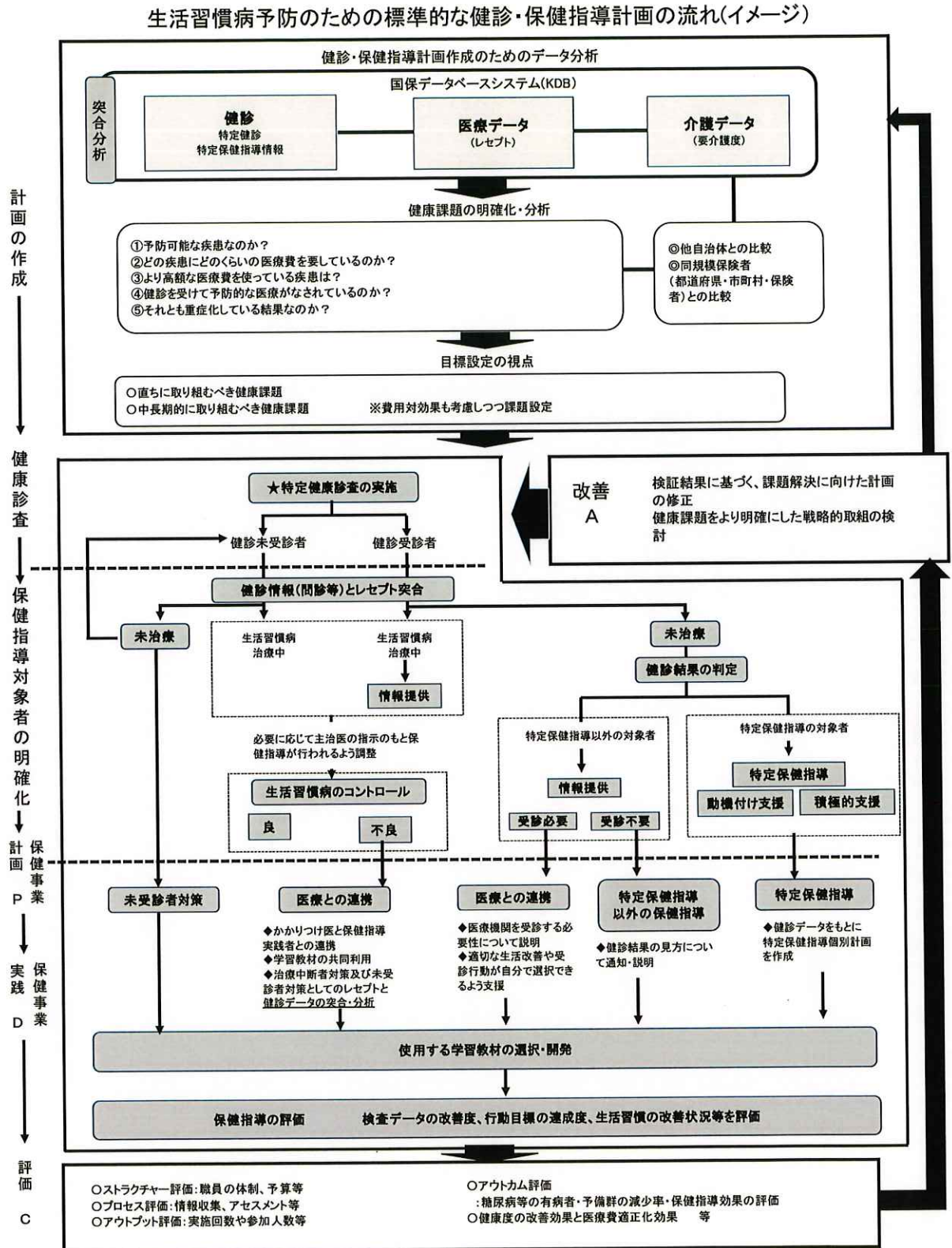
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながらPDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(Action))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)



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

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考>計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

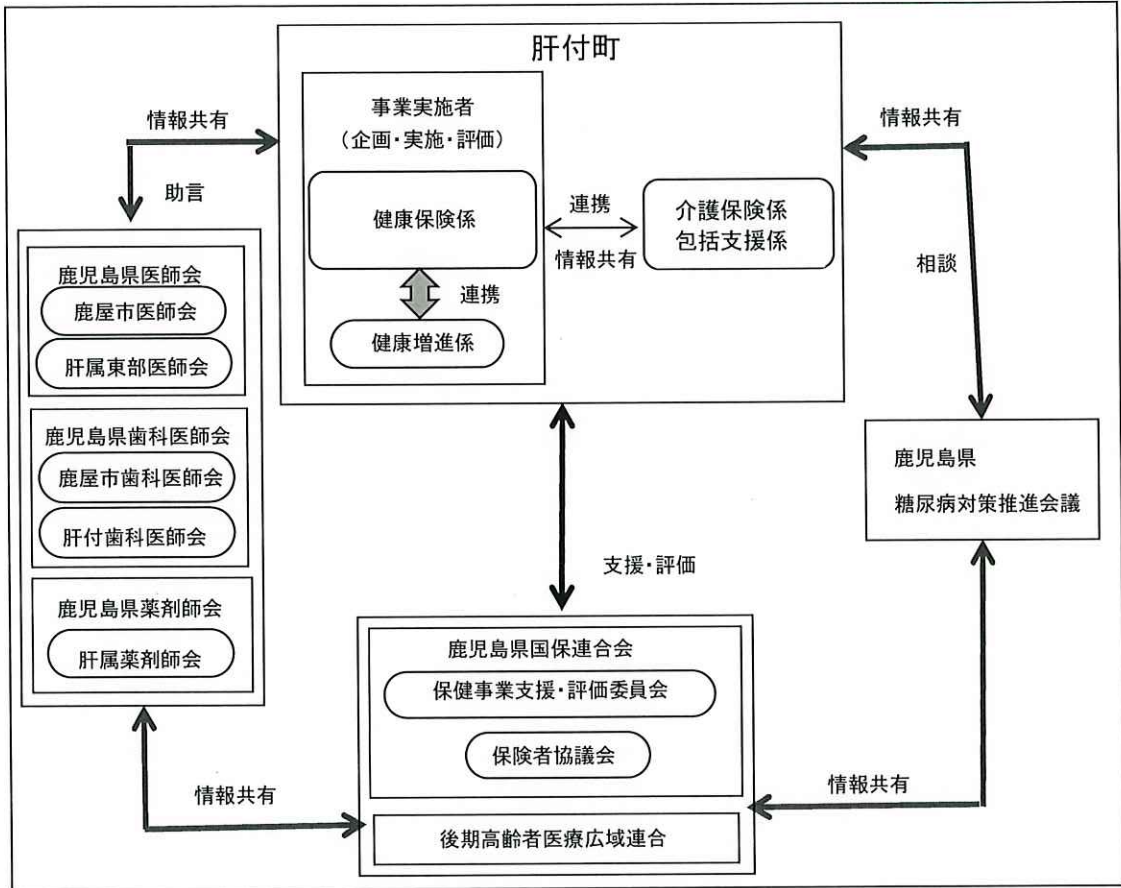
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国民健康保険係が中心となって、健康増進係等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直し

や次期計画に反映させます。

具体的には、健康保険係、健康増進係、介護保険係、包括支援係とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 肝付町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

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	管栄	事 (係長)	事	事	事
国保事務			◎	○		
後期事務			◎		○	
健康診断	◎	○				
保健指導	○	◎				

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・協力が重要となります。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、地域の医療等関係者として医師会、歯科医師会、薬剤師会等と連携、協力します。

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

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す。

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

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ます。

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

令和 2 年度からは上記に加え、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分を創設し、「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・健康づくりの取り組みを抜本的に後押ししています。また、都道府県においては交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			肝付町	配点	肝付町	配点	肝付町	配点
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	125	70	110	70	90	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシフト・ルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	53	40	53	40	47	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	110	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	100	90	15	90	20	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	20	50	20	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組	110	130	110	130	80	130
		(2)後発医薬品の使用割合						
固有の指標	①	保険料(税)収納率	45	100	85	100	85	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	20	30	20	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	20	30	40	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	38	50	43	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	71	95	37	100	71	100
合計点			774	1,000	638	960	626	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 14,227 人、高齢化率は 41.4%であり、同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高い傾向にあります。産業においては、第1次産業が 17.2%と同規模と比較しても高い傾向にあります。(図表 9)

国保加入率 26.2%で、被保険者数は年々減少傾向にあり、年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者 51.7%と半数を占めています。(図表 10)

また本町内には 2 つの病院、7 つの診療所があり、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・国と比較した肝付町の特性

	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
肝付町	14,227	41.4	3,728 (26.2)	56.1	5.6	21.2	0.3	17.2	22.0	60.8
同規模	--	36.9	24.3	55.8	5.3	15.7	0.4	13.4	27.1	59.5
県	--	32.8	23.1	54.8	7.5	13.9	0.4	9.5	19.4	71.1
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、肝付町と同規模保険者(152市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	4,178		4,013		4,011		3,876		3,728	
65～74歳	1,932	46.2	1,944	48.4	1,989	49.6	2,013	51.9	1,926	51.7
40～64歳	1,432	34.3	1,325	33.0	1,286	32.1	1,175	30.3	1,108	29.7
39歳以下	814	19.5	744	18.5	736	18.3	688	17.8	694	18.6
加入率	26.7		25.6		25.6		24.8		26.2	

出典：KDBシステム_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
病院数	2	0.5	2	0.5	2	0.5	2	0.5	2	0.5	0.3	0.7
診療所数	7	1.7	7	1.7	7	1.7	7	1.8	7	1.9	2.7	3.8
病床数	140	33.5	140	34.9	140	34.9	140	36.1	140	37.6	40.8	90.2
外来患者数	779.3		773.6		729.1		758.7		782.0		708.1	755.6
入院患者数	32.8		32.8		31.3		31.1		32.5		22.2	30.3

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)

(1) 中長期的な目標(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 R4 年度の要介護認定者は、2 号(40～64 歳)被保険者で 19 人(認定率 0.44%)、1 号(65 歳以上)被保険者で 1,366 人(認定率 23.2%)と同規模・県・国と比較すると高いですが、H30 年度と比べると 2 号被保険者は減少傾向にあります。1号被保険者の認定率は横ばいで推移していますが、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えてきています。(図表 12)

介護給付費は H30 年度と比べ、総額、一人当たり給付費ともに上昇しており、同規模、県、国よりも高くなっています。(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 5 割程度の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、第1号被保険者では約 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

	肝付町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	6,125人	39.1%	5,886人	41.4%	36.9%	32.8%	28.7%
2号認定者	30人	0.59%	19人	0.44%	0.38%	0.37%	0.38%
新規認定者	3人		6人		--	--	--
1号認定者	1,453人	23.7%	1,366人	23.2%	18.6%	20.1%	19.4%
新規認定者	201人		163人		--	--	--
65～74歳	116人	4.8%	123人	4.8%	--	--	--
新規認定者	28人		24人		--	--	--
75歳以上	1,337人	35.9%	1,243人	37.1%	--	--	--
新規認定者	173人		139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

	肝付町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	23億4400万円	23億8921万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	382,693	405,915	303,361	316,197	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	70,333	73,188	72,528	68,209	59,662
居宅サービス	46,534	48,558	44,391	44,980	41,272
施設サービス	287,392	292,652	291,231	298,436	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分			2号		1号					合計			
年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)			19		123		1,243		1,366		1,385		
再)国保・後期			7		79		1,139		1,218		1,225		
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	5 71.4%	脳卒中	50 63.3%	脳卒中	549 48.2%	脳卒中	599 49.2%	脳卒中	604 49.3%
			2	虚血性心疾患	4 57.1%	虚血性心疾患	31 39.2%	虚血性心疾患	530 46.5%	虚血性心疾患	561 46.1%	虚血性心疾患	565 46.1%
			3	腎不全	1 14.3%	腎不全	16 20.3%	腎不全	289 25.4%	腎不全	305 25.0%	腎不全	306 25.0%
		合併症	4	糖尿病合併症	1 14.3%	糖尿病合併症	13 16.5%	糖尿病合併症	124 10.9%	糖尿病合併症	137 11.2%	糖尿病合併症	138 11.3%
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		5 71.4%	基礎疾患	75 94.9%	基礎疾患	1,099 96.5%	基礎疾患	1,174 96.4%	基礎疾患	1,179 96.2%
		血管疾患合計		6 85.7%	合計	77 97.5%	合計	1,115 97.9%	合計	1,192 97.9%	合計	1,198 97.8%	
	認知症		認知症	1 14.3%	認知症	25 31.6%	認知症	650 57.1%	認知症	675 55.4%	認知症	676 55.2%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	7 100.0%	筋骨格系	71 89.9%	筋骨格系	1,112 97.6%	筋骨格系	1,183 97.1%	筋骨格系	1,190 97.1%	

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

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少していることもあり、総医療費は減少していますが、一人あたり医療費は、同規模と比べて約 7 万円高く、H30 年度と比較しても 3 万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 4%程度にも関わらず、医療費全体の約 46%を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較しても高くなっています。(図表 15)

また年齢調整をした地域差指数でみると、全国平均の 1 を超えているものの、入院・外来ともに低くなっています。

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。(図表 16)

図表 15 医療費の推移

		肝付町		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)		4,178人	3,728人	--	--	--
	前期高齢者割合	1,932人 (46.2%)	1,926人 (51.7%)	--	--	--
総医療費		17億3947万円	16億7757万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		416,341	県内16位 同規模7位 449,992	378,542	444,085	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	499,390	522,780	592,330	573,470	617,950
	費用の割合	48.0	46.4	43.0	48.0	39.6
	件数の割合	4.0	4.0	3.0	3.8	2.5
外来	1件あたり費用額	22,750	25,090	24,690	24,840	24,220
	費用の割合	52.0	53.6	57.0	52.0	60.4
	件数の割合	96.0	96.0	97.0	96.2	97.5

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		
		肝付町(県内市町村中)		県(47県中)	肝付町(県内市町村中)		県(47県中)
		H30年度	R03年度	R03年度	H30年度	R03年度	R03年度
地域差指数・順位	全体	1.148	1.118	1.186	1.080	1.008	1.162
		(20位)	(24位)	(2位)	(21位)	(28位)	(3位)
	入院	1.378	1.311	1.441	1.181	1.073	1.354
		(22位)	(36位)	(1位)	(28位)	(32位)	(3位)
	外来	1.044	1.037	1.037	1.009	0.980	0.984
		(19位)	(15位)	(11位)	(7位)	(11位)	(18位)

出典:地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30 年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患については、H30 年度より伸びており、同規模、県よりも高くなっています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全すべて微増傾向にあり、年代別にみても、40～64 歳では虚血性心疾患が、65～74 歳では脳血管疾患が増加しています。(図表 18)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			肝付町		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)			17億3947万円	16億7757万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億9060万円	1億7645万円	--	--	--
			10.96%	10.52%	8.01%	9.45%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.48%	2.92%	2.07%	2.38%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.74%	2.15%	1.38%	1.44%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.44%	4.79%	4.23%	5.30%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.29%	0.66%	0.33%	0.33%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		13.32%	14.76%	17.23%	14.42%	16.69%
	筋・骨疾患		9.06%	8.62%	8.66%	9.49%	8.68%
	精神疾患		9.24%	8.17%	8.13%	9.59%	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		疾患 別	中長期目標の疾患					
					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	4,178	3,728	a	409	368	411	391	26	25
				a/A	9.8%	9.9%	9.8%	10.5%	0.6%	0.7%
40歳以上	B	3,364	3,034	b	405	365	403	388	25	25
	B/A	80.5%	81.4%	b/B	12.0%	12.0%	12.0%	12.8%	0.7%	0.8%
再 掲	40～64歳	D	1,432	1,108	d	100	49	98	83	12
		D/A	34.3%	29.7%	d/D	7.0%	4.4%	6.8%	7.5%	0.8%
	65～74歳	C	1,932	1,926	c	305	316	305	305	13
		C/A	46.2%	51.7%	c/C	15.8%	16.4%	15.8%	15.8%	0.7%

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

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患の割合は減っています。

本町は特定健診受診者すべての方に対して、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ことが重症化予防につながっていると考えられます。

(図表 19、図表 20、図表 21)

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲			
				40～64歳		65～74歳	
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)	A	1,583	1,534	454	354	1,129	1,180
	A/被保数	47.1%	50.6%	31.7%	31.9%	58.4%	61.3%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	248	211	57	29	191
		B/A	15.7%	13.8%	12.6%	8.2%	16.9%
	虚血性心疾患	C	299	290	66	61	233
		C/A	18.9%	18.9%	14.5%	17.2%	20.6%
	人工透析	D	23	24	12	9	11
		D/A	1.5%	1.6%	2.6%	2.5%	1.0%

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	730	704	222	181	508	523
	A/被保数	21.7%	23.2%	15.5%	16.3%	26.3%	27.2%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	124	100	28	12	96
		B/A	17.0%	14.2%	12.6%	6.6%	18.9%
	虚血性心疾患	C	174	169	40	38	134
		C/A	23.8%	24.0%	18.0%	21.0%	26.4%
	人工透析	D	15	14	8	5	7
		D/A	2.1%	2.0%	3.6%	2.8%	1.4%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	135	121	46	32	89
		E/A	18.5%	17.2%	20.7%	17.7%	17.5%
	糖尿病性網膜症	F	94	92	31	21	63
		F/A	12.9%	13.1%	14.0%	11.6%	12.4%
	糖尿病性神経障害	G	29	21	14	7	15
		G/A	4.0%	3.0%	6.3%	3.9%	3.0%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	1,259	1,202	363	267	896	935
		A/被保数	37.4%	39.6%	25.3%	24.1%	46.4%	48.5%
（中長期 合併症 目標疾患）	脳血管疾患	B	180	164	44	24	136	140
		B/A	14.3%	13.6%	12.1%	9.0%	15.2%	15.0%
	虚血性心疾患	C	271	288	63	56	208	232
		C/A	21.5%	24.0%	17.4%	21.0%	23.2%	24.8%
	人工透析	D	14	17	7	5	7	12
		D/A	1.1%	1.4%	1.9%	1.9%	0.8%	1.3%

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 H30 年度と R3 年度で比較してみたところ、有所見者の割合は減少してきています。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約 30%、糖尿病で 5%ほどおり、治療中断者も含め、継続して受診勧奨をおこなう必要があります。(図表 22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)治療者の合併症の割合は脳血管疾患では減ってきていますが、新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 Ⅱ度高血圧の推移								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)	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
肝付町	1,563	56.2	1,231	44.3	81	5.2	32	39.5	58	4.7	28	48.3	17	29.3	3	5.2
鹿児島県	95,325	43.9	89,760	43.2	4,152	4.4	2,156	51.9	4,229	4.7	2,185	51.7	1,244	29.4	218	5.2

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善　HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度				R03年度				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												
					未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断					
				I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K	
肝付町	1,535	98.2	1,214	98.6	109	7.1	25	22.9	70	5.8	19	27.1	4	5.7	3	4.3
鹿児島県	93,667	98.3	88,017	98.1	5,339	5.7	1,456	27.3	5,193	5.9	1,282	24.7	271	5.2	141	2.7

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

②中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

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。本町の特健診結果において、H30年度とR4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、1.1%減少していますが、3項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表 23)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上は減少していますが、翌年度の結果では悪化している割合が増えています。また、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表 24、図表 25、図表 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	1,563 (56.2%)	392 (25.1%)	130 (8.3%)	262 (16.8%)	187 (12.0%)
R04年度	1,304 (48.0%)	313 (24.0%)	117 (9.0%)	196 (15.0%)	168 (12.9%)

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	197 (12.8%)	58 (29.4%)	62 (31.5%)	18 (9.1%)	59 (29.9%)
R03→R04	137 (11.3%)	38 (27.7%)	46 (33.6%)	16 (11.7%)	37 (27.0%)

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	81 (5.2%)	43 (53.1%)	11 (13.6%)	1 (1.2%)	26 (32.1%)
R03→R04	58 (4.7%)	27 (46.6%)	8 (13.8%)	2 (3.4%)	21 (36.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL-C160 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	118 (7.6%)	48 (40.7%)	35 (29.7%)	8 (6.8%)	27 (22.9%)
R03→R04	104 (8.5%)	44 (42.3%)	30 (28.8%)	4 (3.8%)	26 (25.0%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、H30 年度には 51.6%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R1 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)また、R4 年度から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開始しましたが、定着するには至っておらず、特定健診の年代別の受診率では、40～50 歳代は低い状況が続いています。(図表 28)

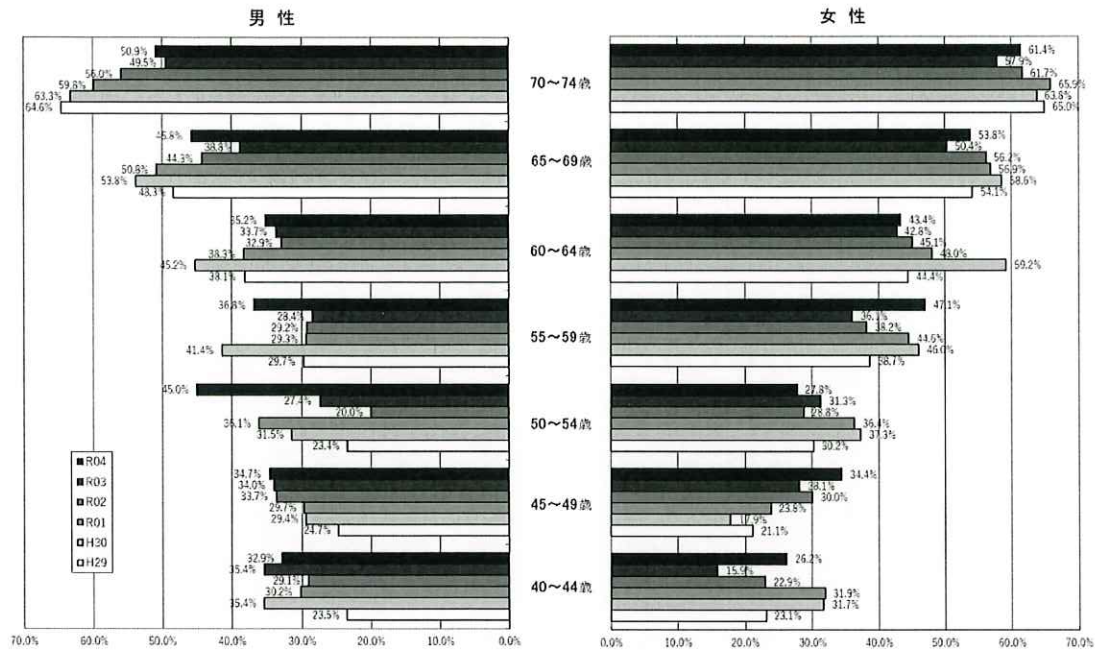
特定保健指導につきましては、目標の 60%を達成できていますが、約 3 割の対象者は最終評価まで実施できていません。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながるため、今後も継続した取り組みが必要となります。

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	1,522	1,451	1,353	1,220	1,288	健診受診率 60%
	受診率	51.6%	49.1%	47.0%	43.9%	47.4%	
特定保健指導	該当者数	172	146	131	132	153	特定保健指導実施率 60%
	割合	11.3%	10.1%	9.7%	10.8%	11.9%	
	実施者数	113	105	80	92	103	
	実施率	65.7%	71.9%	61.1%	69.7%	67.3%	

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対象者への保健指導実施の割合は、R2 年度は 50%以下にとどまったものの、R3 年から指導率を伸ばすことができています。これは、新型コロナウイルス感染症の流行により自粛していた訪問指導等の再開に加え、R4 年度からは情報提供により対象となった方への訪問指導も行ったことによるものです。(表 1)

また、血糖値有所見者の未治療・中断者の割合は年々増加傾向にありますが、保健指導実施後に約 9 割の方が医療機関の受診につながっており、保健指導の効果が現れていると評価できます。受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、又治療中断にならないように糖尿病管理台帳にてレセプト情報の確認を行います。(表 2)

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※7)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

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

(表1) 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
健診受診者	人 (a)	1,522	1,451	1,353	1,220	1,288
対象者 *1	人 (b)	128	112	107	110	111
	(b/a)	8.4%	7.7%	7.9%	9.0%	8.6%
保健指導実施者 *2	人 (c)	67	72	52	71	85
	(c/b)	52.3%	64.3%	48.6%	64.5%	76.6%

*1 治療中：HbA1c 7.0%以上、未治療：HbA1c 6.5%以上

出典：KDBデータ

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

(表2) 治療が必要な者の適切な受診

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
血糖値有所見者 *3	人 (a)	179	159	130	143	153
血糖値有所見者の未治療・中断者 *4	人 (b)	45	47	36	49	54
	(b/a)	25.1%	29.6%	27.7%	34.3%	35.3%
受診した者	人 (c)	33	43	26	37	50
	(c/b)	73.3%	91.5%	72.2%	75.5%	92.6%
治療開始した者	人 (d)	4	7	2	7	7
	(d/c)	12.1%	16.3%	7.7%	18.9%	14.0%

*3 HbA1c 6.5%以上の者

出典：KDBデータ

*4 HbA1c 6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

(表3) HbA1c 8.0%以上の状況（アウトカム評価）

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
健診受診者	人 (a)	1,522	1,451	1,353	1,220	1,288
HbA1c 8.0%以上 (治療中も含む)	人 (b)	33	27	24	27	28
	(b/a)	2.2%	1.9%	1.8%	2.2%	2.2%
保健指導実施	人 (c)	17	14	6	14	16
	(c/b)	51.5%	51.9%	25.0%	51.9%	57.1%
HbA1c 8.0%以上の未治療者	人 (d)	2	2	3	1	1
	(d/b)	6.1%	7.4%	12.5%	3.7%	3.6%

出典：KDBデータ

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として心電図検査を実施しており、R3年度からは約8割実施できています。(表4)

有所見者のうちST所見(※8)をみると、約6割の方が医療機関を受診しています。経過観察の判定等で医療機関の受診に至っていない方に対しては、特定健診を経年受診していただくことが重要であり、心疾患発症のリスク(短期的な目標)に対する保健指導を継続します。(表5、表6、図表2)心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。

※8 ST所見：心筋虚血の特徴的な所見

(表4) 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30年度			R01年度			R02年度			R03年度			R04年度		
		統計	男性	女性	統計	男性	女性	統計	男性	女性	統計	男性	女性	統計	男性	女性
健診受診者 (人)	a	1,522	740	782	1,451	697	754	1,353	663	690	1,220	602	618	1,288	639	649
心電図受診者 (人)	b	1,115	540	575	1,086	524	562	917	443	474	1,015	493	522	1,041	511	530
心電図実施率	b/a	73.3%	73.0%	73.5%	74.8%	75.2%	74.5%	67.8%	66.8%	68.7%	83.2%	81.9%	84.5%	80.8%	80.0%	81.7%
	有所見者 c	275	149	126	229	124	105	299	158	141	246	131	115	237	133	104
	有所見率 c/b	24.7%	27.6%	21.9%	21.1%	23.7%	18.7%	32.6%	35.7%	29.7%	24.2%	26.6%	22.0%	22.8%	26.0%	19.6%
心房細動 (人)	d	8	6	2	15	12	3	10	10	0	10	10	0	14	8	6
	心房細動有所見率 d/b	0.7%	1.1%	0.3%	1.4%	2.3%	0.5%	1.1%	2.3%	0.0%	1.0%	2.0%	0.0%	1.3%	1.6%	1.1%
	うち、心房細動未治療者 (人)	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

出典：KDBデータ

(表5) 心電図受診者のうち、ST所見の状況

		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
心電図実施者		1,115		1,086		917		1,015		1,041	
ST異常所見		20	1.8%	15	1.4%	36	3.9%	12	1.2%	15	1.4%
	医療機関受診あり	12	60.0%	6	40.0%	19	52.8%	7	58.3%	9	60.0%
	医療機関受診なし	8	40.0%	9	60.0%	17	47.2%	5	41.7%	6	40.0%

出典：KDBデータ

(表6) 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
心房細動有所見者		8		15		10		10		14	
心房細動未治療者		2	25.0%	3	20.0%	1	10.0%	1	10.0%	2	14.3%
	検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)	0	0.0%	1	33.3%	1	100.0%	1	100.0%	1	50.0%
	治療開始	1	50.0%	2	66.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%

出典：KDBデータ

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合、そのうち未治療者である割合ともに増加傾向にあります。R4 年度は、未治療者のうち、保健指導後に医療機関を受診し治療開始となった者が約 50%でした。

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。表 8 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。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第 3 層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援として受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血圧のすすめ血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が 46%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

(表7) 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
健診受診者	人 (a)	1,522	1,451	1,353	1,220	1,288
高血圧Ⅱ度以上の者	人 (b)	73	74	61	47	69
	(b/a)	4.8%	5.1%	4.5%	3.9%	5.4%
	治療あり	人 (c)	44	42	32	27
		(c/b)	60.3%	56.8%	52.5%	46.4%
	治療なし	人 (d)	29	32	29	20
		(d/b)	39.7%	43.2%	47.5%	53.6%
	治療開始	人 (e)	19	23	14	7
		(e/d)	65.5%	71.9%	48.3%	35.0%
(再掲)	高血圧Ⅲ度以上の者	人 (f)	11	5	5	7
		(f/a)	0.7%	0.3%	0.4%	0.6%
	治療あり	人 (g)	6	0	0	0
		(g/f)	54.5%	0.0%	0.0%	0.0%
	治療なし	人 (h)	5	5	5	7
		(h/f)	45.5%	100.0%	100.0%	100.0%
	治療開始	人 (i)	3	4	3	3
		(i/h)	60.0%	80.0%	60.0%	42.9%
						60.0%

出典：KDBデータ

(表8) 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決定		(参考)高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管リスク層別化 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 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
	392	230 58.7%	120 30.6%	37 9.4%	5 1.3%
リスク第1層 予後影響因子がない	17 4.3%	C 11 4.8%	B 5 4.2%	B 1 2.7%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれがある	216 55.1%	C 137 59.6%	B 62 51.7%	A 16 43.2%	A 1 20.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁閉塞性心臓病、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1つ以上ある	159 40.6%	B 82 35.7%	A 53 44.2%	A 20 54.1%	A 4 80.0%

…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	94
		24.0%
B	概ね1ヵ月後に再評価	150
		38.3%
C	概ね3ヵ月後に再評価	148
		37.8%

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

(2) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			達成状況	データの把握方法 (活用ツール)
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.5%	2.2%	2.9%	悪化	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	2.7%	4.4%	2.1%	改善	
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	5.4%	5.8%	4.8%	改善	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	2.4%	2.4%	2.2%	改善	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	66.0%	0.0%	0.0%	改善	
	短期目標	メタリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	36.9%	35.8%	37.9%	悪化	肝付町健康増進課
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	5.5%	5.9%	6.0%	悪化	
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	8.3%	8.1%	10.2%	悪化	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	13.3%	12.3%	11.3%	改善	
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	31.4%	26.7%	39.0%	悪化	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	73.3%	72.2%	92.6%	改善	
		糖尿病の保健指導を実施した割合	52.3%	42.6%	76.6%	改善	
		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	51.6%	47.0%	47.4%	悪化	
		特定保健指導実施率60%以上	65.7%	61.1%	67.3%	改善	
		特定保健指導対象者の割合の減少	11.3%	9.7%	7.5%	改善	
	努力支援制度 その他	がんの早期発見、早期治療					地域保健事業報告
		胃がん検診受診者の増加	7.7	6.3	6.3	悪化	
		肺がん検診受診者の増加	10.3	10.7	13.1	改善	
		大腸がん検診受診者の増加	13.2	12.9	13.2	改善	
		子宮がん検診受診者の増加	12.3	13.2	13.9	改善	
		乳がん検診受診者の増加	19.5	21.3	21.2	改善	
		5つのがん検診の平均受診率の増加	12.6	12.9	13.5	改善	
		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	79.8%	84.6%	83.4%	改善	厚生労働省

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

内臓脂肪症候群をターゲットとした特定健診・特定保健指導に加え、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきました。しかし、介護給付費の増加、一人あたり医療費の増加がみられます。医療費適正化を図るためには、引き続き、重症化予防の取組、継続的な治療の推進が必要となります。

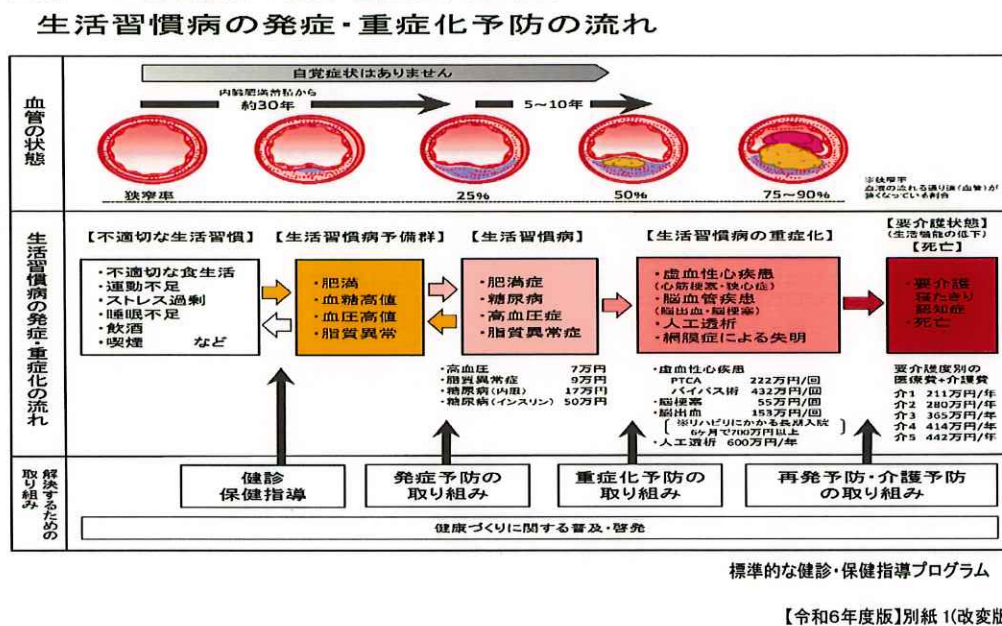
適正な医療につなげるためには、住民自らの体の状態を確認できる場としての特定健診は重要ですが、まだ目標の60%には届いていません。令和4年度からAIを使った受診勧奨ハガキを導入し、対象者に送付したところ、3.5%受診率が上昇しました。今後も特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題です。

3. 第3期計画における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

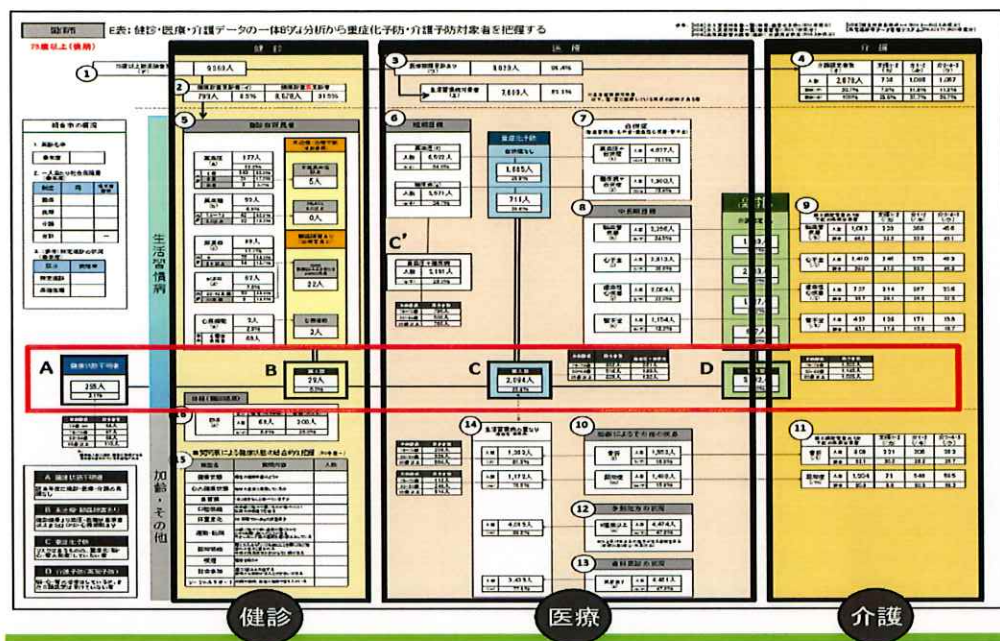
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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

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

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

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期: R04年度
被保険者数		4,178人	4,013人	4,011人	3,876人	3,728人	3,343人
総件数及び 総費用額	件数	41,412件	39,541件	36,795件	37,460件	37,309件	52,857件
	費用額	17億3947万円	16億8178万円	16億6591万円	16億9018万円	16億7757万円	31億6315万円
一人あたり医療費		41.6万円	41.9万円	41.5万円	43.6万円	45.0万円	94.6万円

出典: ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
				腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
① 国保	肝付町	16億7757万円	36,624	4.79%	0.66%	2.92%	2.15%	5.60%	3.42%	1.47%	3億5260万円	21.02%	14.76%	8.17%	8.62%
	同規模	--	30,653	4.23%	0.33%	2.07%	1.38%	6.02%	3.54%	2.04%	--	19.60%	17.23%	8.13%	8.66%
	県	--	36,117	5.30%	0.33%	2.38%	1.44%	4.99%	2.87%	1.59%	--	18.90%	14.42%	9.59%	9.49%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	肝付町	31億6315万円	78,280	2.70%	0.41%	4.62%	2.38%	3.87%	2.95%	0.94%	5億6542万円	17.88%	11.19%	2.00%	13.57%
	同規模	--	66,508	4.21%	0.52%	3.96%	1.49%	4.19%	3.35%	1.24%	--	18.96%	10.49%	3.78%	11.96%
	県	--	85,212	3.49%	0.48%	4.79%	1.38%	3.50%	2.59%	0.98%	--	17.22%	9.31%	4.33%	14.86%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

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

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 34 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	154人	145人	154人	159人	166人	429人
	件数	B	267件	240件	264件	313件	317件	750件
		B/総件数	0.64%	0.61%	0.72%	0.84%	0.85%	1.42%
	費用額	C	3億7635万円	3億5685万円	4億0707万円	4億2884万円	4億1566万円	9億7833万円
		C/総費用	21.6%	21.2%	24.4%	25.4%	24.8%	30.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
脳血管疾患	人数	D	8人		8人		6人		9人		10人		35人		
		D/A	5.2%		5.5%		3.9%		5.7%		6.0%		8.2%		
	件数	E	13件		9件		8件		15件		25件		74件		
		E/B	4.9%		3.8%		3.0%		4.8%		7.9%		9.9%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	24	32.4%
		60代	3	23.1%	4	44.4%	6	75.0%	9	60.0%	13	52.0%	80代	34	45.9%
		70-74歳	10	76.9%	5	55.6%	1	12.5%	6	40.0%	12	48.0%	90歳以上	16	21.6%
	費用額	F	1544万円		1021万円		954万円		1700万円		3374万円		8546万円		
		F/C	4.1%		2.9%		2.3%		4.0%		8.1%		8.7%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
虚血性心疾患	人数	G	12人		13人		22人		12人		15人		23人		
		G/A	7.8%		9.0%		14.3%		7.5%		9.0%		5.4%		
	件数	H	13件		16件		25件		12件		16件		25件		
		H/B	4.9%		0.0%		9.5%		3.8%		5.0%		3.3%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	4.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	12.5%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	15.4%	1	6.3%	1	4.0%	1	8.3%	1	6.3%	75-80歳	9	36.0%
		60代	5	38.5%	10	62.5%	8	32.0%	5	41.7%	8	50.0%	80代	11	44.0%
		70-74歳	6	46.2%	5	31.3%	15	60.0%	6	50.0%	5	31.3%	90歳以上	5	20.0%
	費用額	I	2286万円		2097万円		4699万円		2409万円		2007万円		4401万円		
		I/C	6.1%		5.9%		11.5%		5.6%		4.8%		4.5%		

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

参考:【KB8】介入支援対象者一頁<受養・重症化予防>
【KB8】介入支援対象者一頁<服薬管理>
【KB8】健康高齢者の医療(福祉)・介護実態状況

2) 1

建議



表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	介護 認定率	被保険者数			健診受診率			体格(健診結果)					
					特定 健診		長寿 健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	35.6	1,322	1,747	3,725	34.0	51.9	17.0	5.3	5.1	6.6	37.0	30.2	22.0
R04	34.3	1,115	1,975	3,444	30.2	47.5	16.4	8.0	6.5	8.7	40.1	29.3	24.5

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 39 健診有所見状況

E表		⑤																												
年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%	
H30	19	4.2	(6)	50	5.5	(12)	43	6.8	(12)	41	9.1	(5)	55	6.1	(3)	12	1.9	(0)	15	3.3	28	3.1	24	3.8	0	—	5	0.6	30	4.7
R04	13	3.9	(5)	69	7.4	(17)	67	11.9	(18)	22	6.5	(4)	55	5.9	(3)	6	1.1	(2)	6	1.8	19	2.0	15	2.7	0	—	13	1.4	15	2.7

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦								
年度	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症								
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30	82.4	93.1	96.9	35.6	61.5	84.1	82.4	87.2	89.6	39.9	38.6	31.6	24.4	28.7	26.9	19.3	19.3	58.2	32.4	30.6	71.8			
R04	80.4	91.5	95.1	33.6	64.9	84.0	83.2	88.7	90.5	42.9	39.7	31.7	28.5	30.7	27.8	19.9	21.2	58.4	31.7	33.6	72.7			

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

出典:ヘルスサポートラボツール

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

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	0.5	1.5	27.5	0.4	2.2	24.3	1.3	1.8	5.3	6.9	11.2	19.0	16.7	46.2	48.4	0.0	23.1	42.3	5.9	29.0	59.4	2.2	11.2	48.2
R04	0.3	1.2	25.5	0.9	1.3	25.1	0.9	1.8	4.8	6.5	13.0	20.4	33.3	41.7	49.1	10.0	20.0	38.3	10.0	19.4	62.2	4.1	6.6	44.2

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割合)				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	81.8	85.4	82.5	84.1	0.6	15.6	2.3	19.4	45.5	57.0	52.5	82.7
R04	78.3	86.6	76.3	86.6	1.2	16.3	1.9	20.5	34.8	59.7	55.3	82.0

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 32～42)

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は R2 年度以降増加傾向で、後期高齢者になると国保の 2 倍近く高い状況です。(図表 32)

本町は、これまで中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全を重点に重症化予防に努めてきました。国保においては、短期的目標疾患の高血圧、糖尿病の総医療費に占める割合は、国と比較して高く、その結果脳血管疾患、虚血性心疾患の医療費に占める割合が高い状況です。(図表 33)

高額レセプトの件数について、国保においては、R1 年度以降、年々増加傾向にあり、後期高齢になると約 2 倍まで増えています。

高額レセプトにおける疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で、R2 年度から R4 年度にかけて増加しており、費用額も 3 倍近くかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 34、35)

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は、65～74 歳が増加しており、この年代が数年後には 75 歳以上の後期高齢者に突入するため、高齢化問題が深刻となっていきます。

⑮の体格をみると、40～64 歳の若い年齢層で BMI25 以上が 3 ポイントも高くなってきています。図表 39 健診有所見の状況をみると、65 歳でⅡ度以上高血圧・心房細動の割合が高くなっています。

図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況をみると、高血圧においては各年代高くなっています。

図表 41 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)のうち介護認定者を H30 年度と R4 年度で比較すると、40～64 歳の割合がすべての疾患において 2 倍以上高くなっており、一体的分析においても課題であることが分かります。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全）に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 43)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

② 中長期的な目標の設定

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

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

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

③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、

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

(2) 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
				初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	☆1人あたりの医療費（入院）の抑制（円）	204,120	204,120	204,120	KDBシステム
			☆1人あたりの医療費（通院）の抑制（円）	235,440	235,440	235,440	
			☆脳血管疾患の1人あたりの医療費の抑制（円）	12,745	12,745	12,745	
			☆虚血性心疾患の1人あたりの医療費の抑制（円）	9,229	9,229	9,229	
			☆慢性腎不全(透析あり)の1人あたりの医療費の抑制（円）	21,095	21,095	21,095	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	2.2%	1.9%	1.5%	
			☆被保険者10万人あたりの新規人工透析導入者	1人	1人	1人	
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の対象者を減らす	☆健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	6.0%	5.5%	5.0%	肝付町健康増進課
			☆健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL180以上)	3.4%	3.3%	3.2%	
			☆健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	11.3%	10.6%	10%	
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	1.8%	1.7%	1.6%	
			☆糖尿病性腎症重症化予防事業対象者のうち、未受診者や治療の中断者の割合	7.5%	7.3%	7.0%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	92.6%	100%	100%	
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	47.4%	53.0%	59.0%	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	67.3%	60.0%	60.0%	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	26.8%	28.5%	30.0%	
努力支援制度		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%	80.0%	80.0%	80.0%	厚生労働省

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

☆都道府県が設定する指標

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としていましたが、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、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	51%	53%	55%	57%	59%	60%以上
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	2556人	2478人	2402人	2328人	2256人	2186人
	受診者数	1304人	1313人	1321人	1327人	1331人	1312人
特定保健指導	対象者数	156人	151人	145人	139人	133人	125人
	受診者数	94人	91人	87人	83人	80人	75人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

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

- ① 集団健診(肝付町文化センター、内之浦保健センター他)
- ② 個別健診(委託医療機関)
- ③ 情報提供事業(委託医療機関)
- ④ 人間ドック(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

《集団検診》

実施機関
肝属東部医師会
厚生連健康管理センター

《個別健診》

実施機関
肝属東部医師会内 一部医療機関
鹿屋市医師会内 一部医療機関
高山クリニック
坂元内科クリニック

《情報提供事業》

実施機関
鹿児島県医師会内 医療機関
大隅鹿屋病院
高山クリニック

《人間ドック》

実施機関	
1 日 ド ック	厚生連健康管理センター
	大隅鹿屋病院
	肝属郡医師会立病院
	山内クリニック
	吉川医院
	肝付町立病院
2 日 ド ック	厚生連健康管理センター
	大隅鹿屋病院
	肝属郡医師会立病院
脳 ド ック	大隅鹿屋病院
	肝属郡医師会立病院
	徳田脳神経外科病院
がん ド ック	厚地記念クリニック
	南風病院
	藤元総合病院附属予防医療プラザ

(4) 特定健診実施項目

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

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

図表 46 特定健診検査項目

○肝付町特定健診検査項目

健診項目		肝付町	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)	○	○
	空腹時中性脂肪	●	●
血中脂質検査	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	●	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	□	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	□	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	□	□
	尿酸	□	

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

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、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、鹿児島県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関と 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可)の契約 ↓ (特定健診の開始)	(特定保健指導の実施)
5月		↓	健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取 費用決裁 → 保健指導対象者の抽出	↓
7月		↓ (特定保健指導の開始)	↓
8月		↓	実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
9月		↓ (特定健診・特定保健指導の実施)	↓
10月	契約に関わる	↓	受診・実施率実績の算出
11月	予算手続き	↓	支払基金(連合会)への報告
12月	↓	↓	(ファイル作成・送付)
1月		↓	
2月		↓	
3月	契約準備 ↓	↓ (特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一部外部委託の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

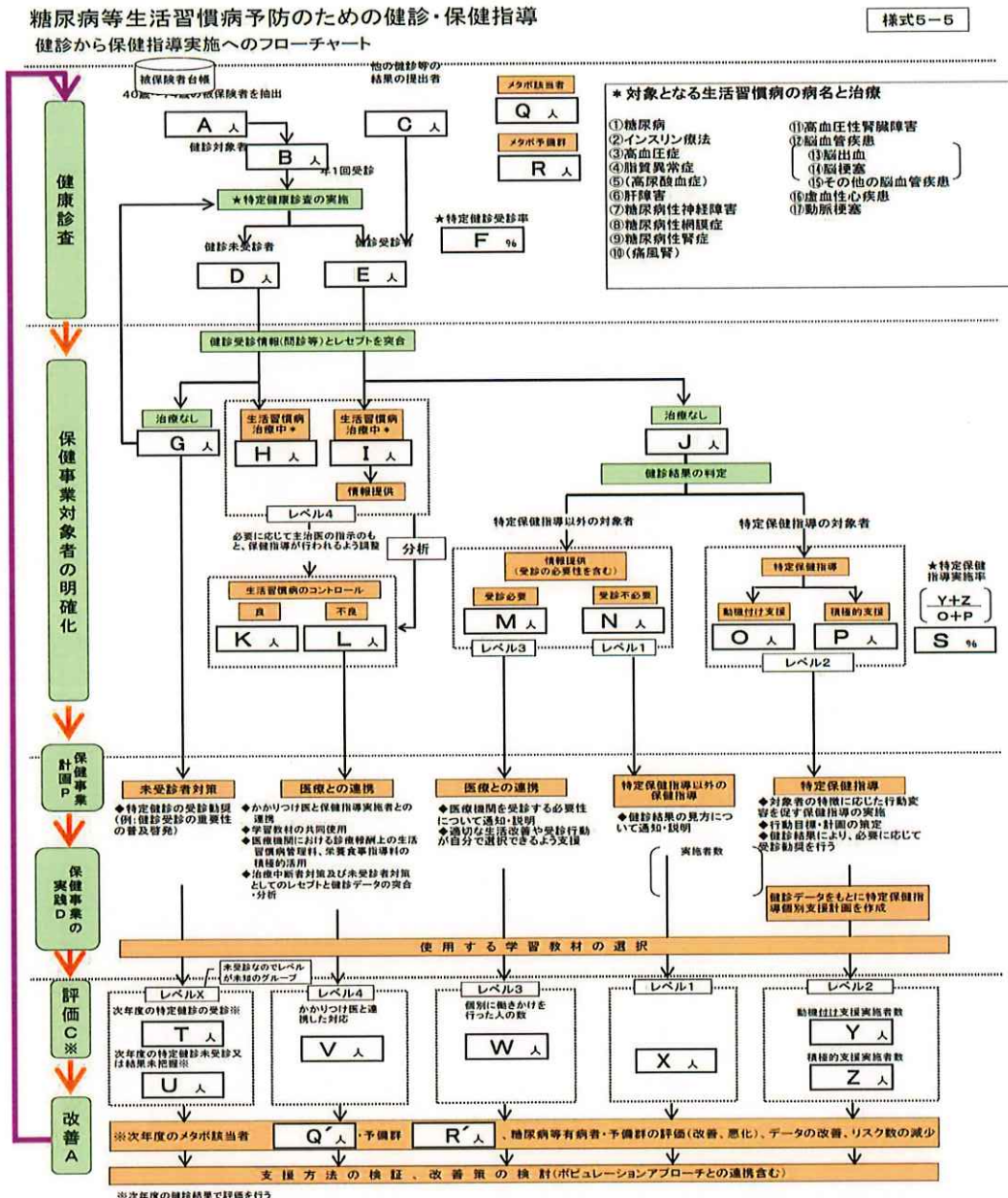
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルサポータルツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	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	155人 (11.9%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	204人 (15.6%)	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)	1412 ※受診率目標達成までにあと217人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	201人 (15.4%)	90%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	744人 (57.1%)	90%

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎特定健康診査の開始		◎町民健診、後期高齢者健診、がん検診開始
6月		◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎保健指導の開始	
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
11月			
12月			
1月			
2月	◎健診の終了		
3月			

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドライン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. 法定報告

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 日までに国(NDB)へ報告します。

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 項に基づき、肝付町ホームページ等への掲載により公表、周知します。