

南小国町国民健康保険
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

南小国町国民健康保険

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2期データヘルス計画に係る考察
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41

- I. 保健事業の方向性
- II. 重症化予防の取組
 1. 脳血管疾患重症化予防
 - 1) 基本的な考え方

2) 対象者の明確化	
3) 保健指導の実施	
4) 医療との連携	
5) 評価	
2. 糖尿病性腎症重症化予防	
1) 基本的な考え方	
2) 人工透析に係る南小国町の実態と対象者の明確化	
3) 保健指導の実施	
4) 医療との連携	
5) 評価	
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	
2) 肥満・メタボリックシンドロームの状況	
3) 対象者の明確化	
4) 保健指導の実施	
5) 医療との連携	
6) 評価	
4. 虚血性心疾患重症化予防	
1) 基本的な考え方	
2) 対象者の明確化	
3) 保健指導の実施	
4) 医療との連携	
5) 評価	
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	
2) 事業の実施	
3) 関係者間での連携	
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	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	67
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
参考資料	68

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、熊本県健康増進計画や南小国町健康増進計画、熊本県における医療費の見通しに関する計画、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。

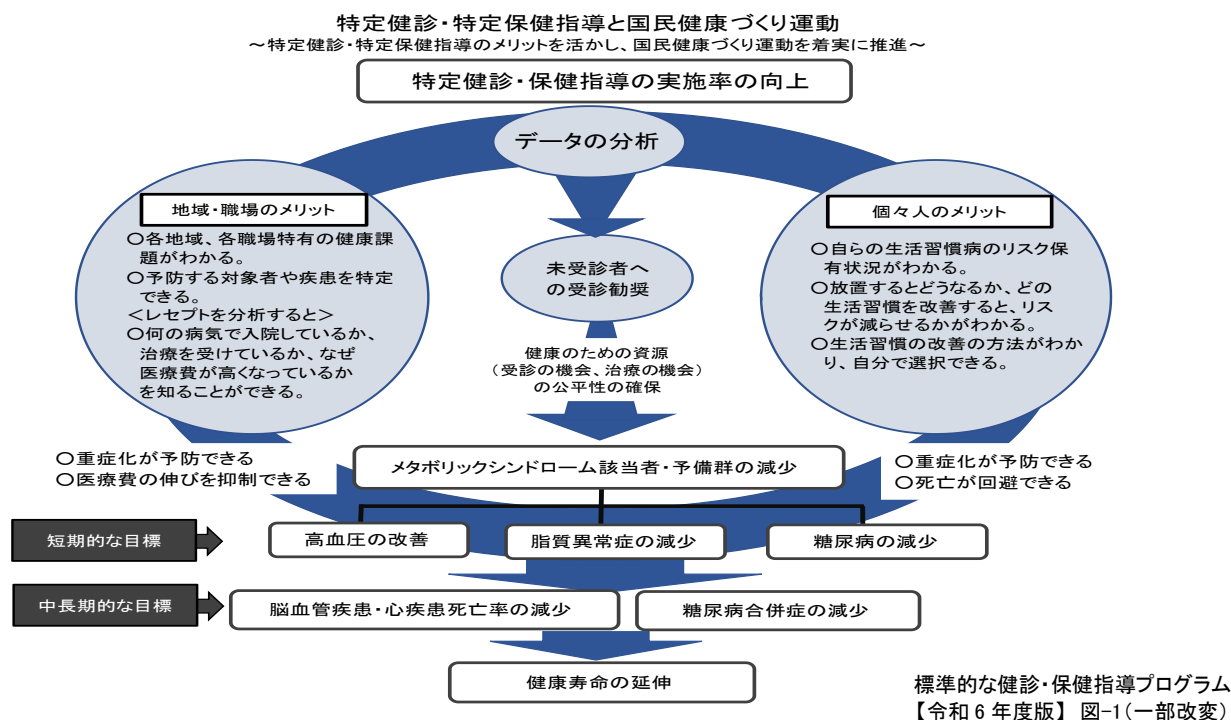
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

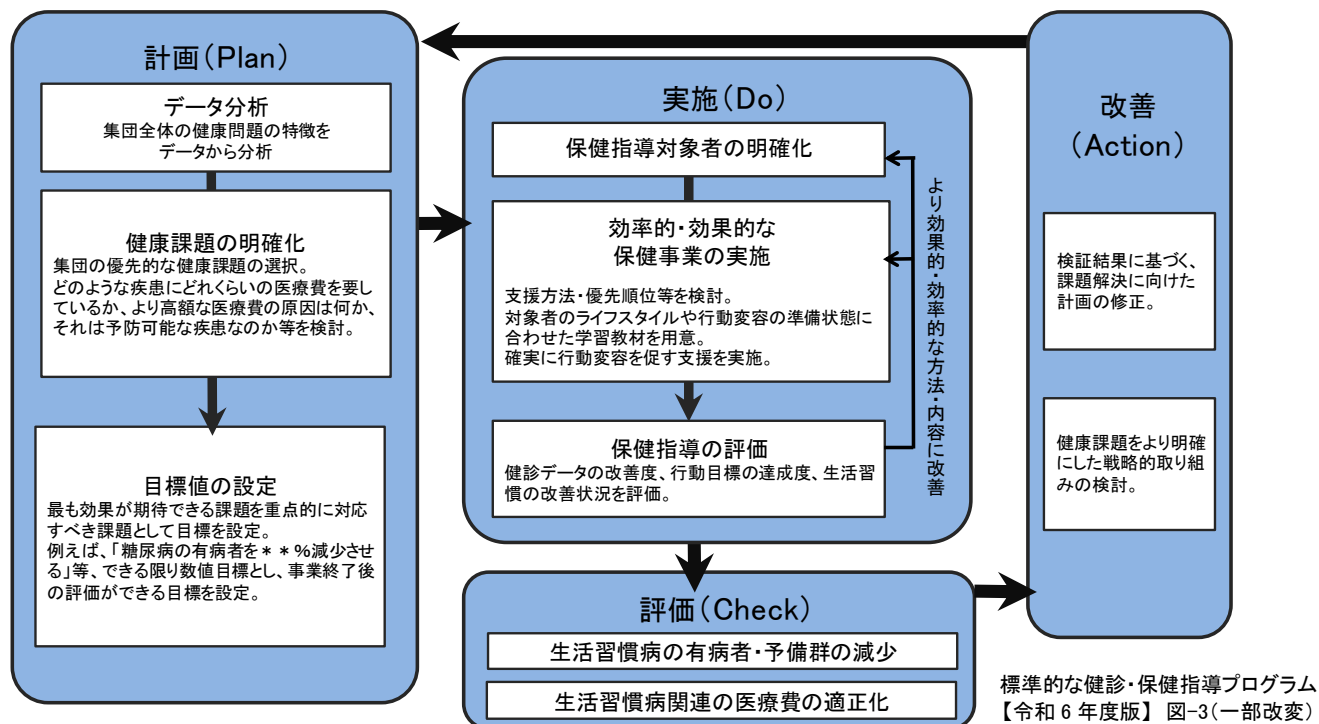
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法					
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、育壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の育壮年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりに配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				が ん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 ことも、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)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



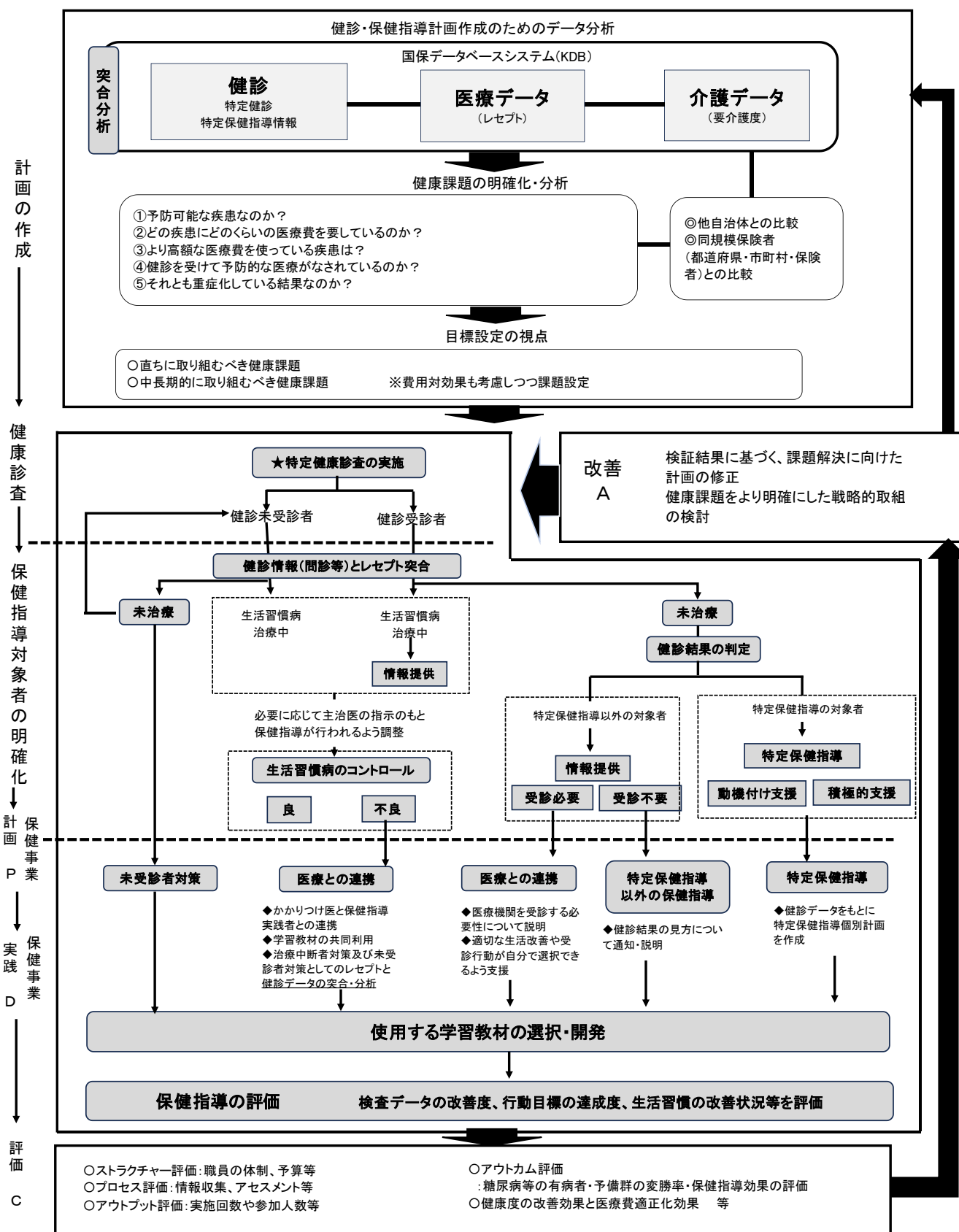
注) プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につなげる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体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 個人の健康結果を詳しく見るとともに、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

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

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) 南小国町国民健康保険の役割

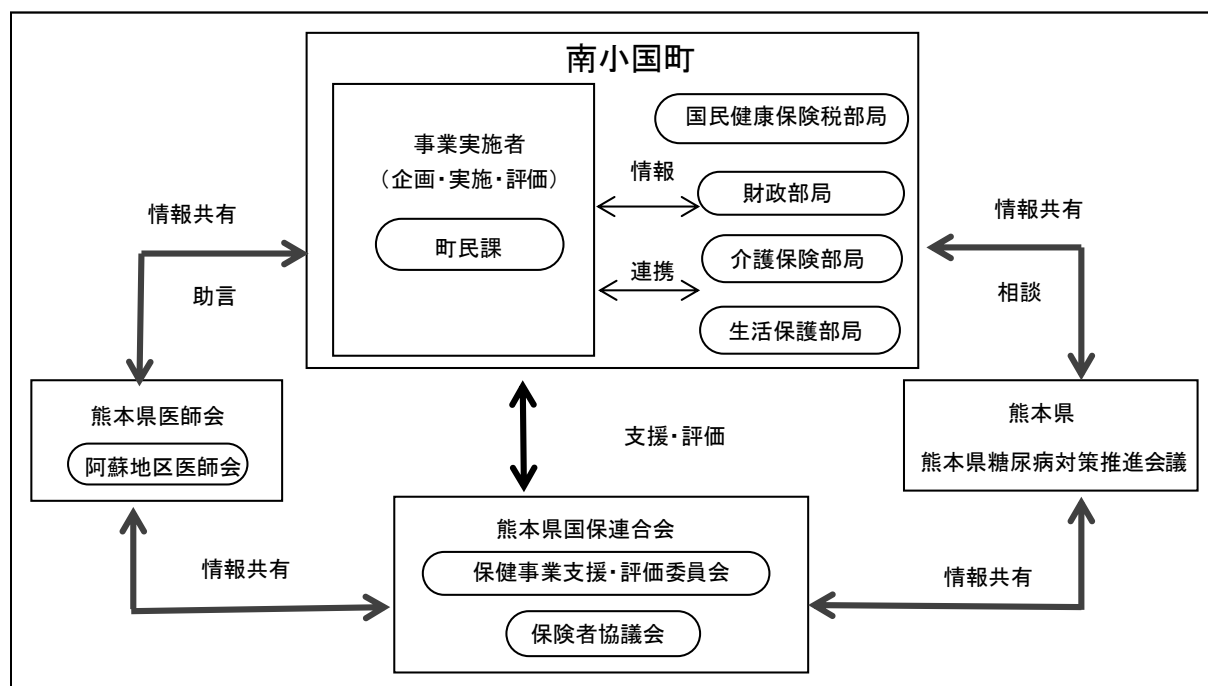
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国民健康保険資格部局(町民課)が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応

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、国民健康保険税部局(税務課)、保健衛生部局(町民課)、介護保険部局(福祉課)、生活保護部局(福祉課)、財政部局(総務課)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)

図表 6 南小国町の実施体制図



2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、全国的に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、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合と連携、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あります。

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。

以上のことより、南小国町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、南小国町国民健康保険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が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、国保運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行ってきました。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。(図表 7)

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

図表 7 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	
			南小国町	配点	南小国町	配点	南小国町	配点
交付額(万円)			1,843		2,283		2,546	
全国順位(1,741市町村中)			1,115位		437位		196位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	15	70	95	70	100	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	48	40	45	40	60	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	100	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	15	90	50	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	40	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	80	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	25	100	25	100
	②	データヘルス計画の実施状況	35	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	35	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	24	40	31	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	71	95	60	100	72	100
合計点			513	1,000	641	960	682	940

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町は、人口約 3,800 人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 40.3%でした。県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も 54.7 歳と同規模と比べて高くなっています。出生率も国・同規模と比べると高い状況です。産業においては、第 3 次産業が 63.7%と同規模と比較すると高く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムを把握し、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表 8)

国保加入率は 29.2%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向です。年齢構成をみると 65～74 歳の前期高齢者が 48%を占めています。(図表 9)

また本町内には 2 つの診療所がありますが、医療機関数は同規模と比較しても低く、外来患者数も同規模と比較して低い傾向にあります。(図表 10)

図表 8 同規模・県・国と比較した南小国町の特性

	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
南小国町	3,748	40.3	1,095 (29.2)	54.7	7.2	17.3	0.2	22.1	14.2	63.7
同規模	--	41.4	27.1	54.5	4.9	18.9	0.2	22.3	20.6	57.2
県	--	31.6	21.9	53.9	7.6	12.3	0.4	9.8	21.1	69.1
国	--	28.7	20	53.4	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、南小国町と同規模保険者(274市町村)の平均

図表 9 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	1,351		1,277		1,201		1,162		1,095	
65～74歳	547	40.5	557	43.6	546	45.5	551	47.4	526	48.0
40～64歳	458	33.9	424	33.2	399	33.2	363	31.2	334	30.5
39歳以下	346	25.6	296	23.2	256	21.3	248	21.3	235	21.5
加入率	33.4		31.5		29.7		28.7		29.2	

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 10 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	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.3	0.6
診療所数	2	1.5	2	1.6	2	1.7	2	1.7	2	1.8	3.6	3.9
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21.9	87.3
医師数	1	0.7	1	0.8	2	1.7	2	1.7	2	1.8	3.3	14.4
外来患者数	612.0		624.1		611.2		645.0		649.4		653.6	775.9
入院患者数	27.8		26.8		29.5		27.2		26.9		22.9	26.6

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期計画に係る評価

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R4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で2人(認定率0.18%)、1号(65歳以上)被保険者で322人(認定率21.3%)と同規模・県・国と比較すると高いが、H30年度と比較すると減少しています。(図表11)

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者割合が増加しており、介護給付費は、5億1,405万円から5億7,629万円に伸びています。(図表12)

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1号被保険者で約4割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表13)

図表11 要介護認定者(率)の状況

	南小国町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	1,511人	37.3%	1,511人	40.3%	41.4%	31.6%	28.7%
2号認定者	3人	0.24%	2人	0.18%	0.38%	0.35%	0.38%
新規認定者	1人		2人		--	--	--
1号認定者	344人	22.8%	322人	21.3%	19.9%	20.2%	19.4%
新規認定者	4人		34人		--	--	--
65～74歳	21人	3.3%	22人	3.1%	--	--	--
新規認定者	4人		5人		--	--	--
75歳以上	323人	36.6%	300人	37.5%	--	--	--
新規認定者			29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 12 介護給付費の変化

	南小国町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	5億1405万円	5億7629万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	340,208	381,394	323,222	310,858	290,668
1件あたり給付費(円)全体	66,952	69,025	80,543	62,823	59,662
居宅サービス	43,239	43,223	42,864	42,088	41,272
施設サービス	268,844	279,427	288,059	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 13 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)		2		22		300		322		324		
再)国保・後期		0		16		278		294		294		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器疾患	1	脳卒中	0 --	脳卒中	7 43.8%	虚血性心疾患	108 38.8%	虚血性心疾患	110 37.4%	虚血性心疾患	110 37.4%
		2	虚血性心疾患	0 --	腎不全	3 18.8%	脳卒中	95 34.2%	脳卒中	102 34.7%	脳卒中	102 34.7%
		3	腎不全	0 --	虚血性心疾患	2 12.5%	腎不全	65 23.4%	腎不全	68 23.1%	腎不全	68 23.1%
	合併症	4	糖尿病合併症	0 --	糖尿病合併症	4 25.0%	糖尿病合併症	25 9.0%	糖尿病合併症	29 9.9%	糖尿病合併症	29 9.9%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		0 --	基礎疾患	15 93.8%	基礎疾患	263 94.6%	基礎疾患	278 94.6%	基礎疾患	278 94.6%	
	血管疾患合計		0 --	合計	15 93.8%	合計	272 97.8%	合計	287 97.6%	合計	287 97.6%	
	認知症		0 --	認知症	4 25.0%	認知症	143 51.4%	認知症	147 50.0%	認知症	147 50.0%	
	筋・骨格疾患		0 --	筋骨格系	15 93.8%	筋骨格系	273 98.2%	筋骨格系	288 98.0%	筋骨格系	288 98.0%	

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、国保加入者の減少とともに総医療費は減少している状況ですが、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約3万円高く、H30年度と比較しても約6万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか4%に満たないにもかかわらず、医療費全体の約47%を占めており、1件あたりの入院医療費も56万円と、H30年度と比較しても約6万円も高くなっています。(図表14)

また、R2年度国保では、年齢調整をした入院の地域差指数が全国平均の1を大きく超えており、県内順位も上昇しました。後期高齢者の入院については、H30年度から県平均よりも低い状況ですが、微増しています。

本町の医療費を上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）

図表 14 医療費の推移

		南小国町		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)		1,351人	1,095人	--	--	--
	前期高齢者割合	547人 (40.5%)	526人 (48.0%)	--		
総医療費		4億5728万円	4億3568万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		338,477	397,882	367,527	413,234	358,522
入院	1件あたり費用額(円)	501,420	564,280	588,220	574,230	619,090
	費用の割合	50.7	46.9	44.9	45.6	40.1
	件数の割合	4.3	4.0	3.4	3.3	2.6
外来	1件あたり費用額	22,210	26,460	25,290	23,470	24,520
	費用の割合	49.3	53.1	55.1	54.4	59.9
	件数の割合	95.7	96.0	96.6	96.7	97.4
受診率		639.841	676.27	676.49	802.498	728.39

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は南小国町と同規模保険者274市町村の平均値を表す

図表 15 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		
		南小国町 (県内市町村中)		県 (47県中)	南小国町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	1.019	1.134	1.139	0.925	0.954	1.130
		(35位)	(18位)	(9位)	(41位)	(39位)	(7位)
	入院	1.265	1.433	1.309	0.946	0.990	1.277
		(19位)	(7位)	(8位)	(42位)	(40位)	(6位)
	外来	0.875	0.925	1.036	0.943	0.924	0.982
		(44位)	(40位)	(12位)	(19位)	(27位)	(22位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

総医療費に占める割合については、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、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 0.4% 伸び、同規模、県、国よりも高くなっています。また、慢性腎不全(透析有)についても、同規模より高くなっています。（図表 16）

次に中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と R4 年度で比較してみると、患者数は減少していますが、割合をみると、脳血管疾患及び虚血性心疾患は増加しており、特に 65～74 歳の脳血管疾患は治療者数とその割合が増加していました。

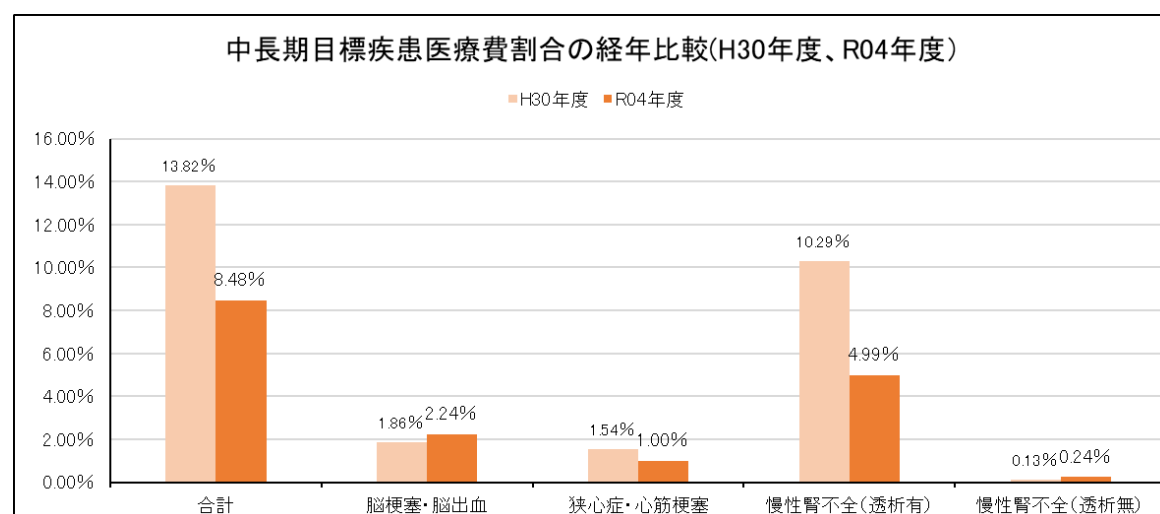
脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期の医療費、また退院後の介護

費がかかるなど、患者本人や家族に対して長期にわたって大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。(図表 17)

図表 16 中長期目標疾患の医療費の推移

			南小国町		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)			4億5728万円	4億3568万円	--	--	--
中長期目標疾患医療費合計(円)			6321万円	3693万円	--	--	--
			13.8%	8.48%	7.24%	8.74%	8.20%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.86%	2.24%	2.12%	1.90%	2.07%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.54%	1.00%	1.46%	1.02%	1.46%
	腎	慢性腎不全(透析有)	10.29%	4.99%	3.29%	5.55%	4.38%
		慢性腎不全(透析無)	0.13%	0.24%	0.37%	0.26%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		10.53%	14.96%	17.57%	14.11%	16.77%
	筋・骨疾患		9.38%	10.81%	9.33%	8.56%	8.71%
	精神疾患		10.38%	6.33%	7.82%	9.67%	7.88%

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題



注) 最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

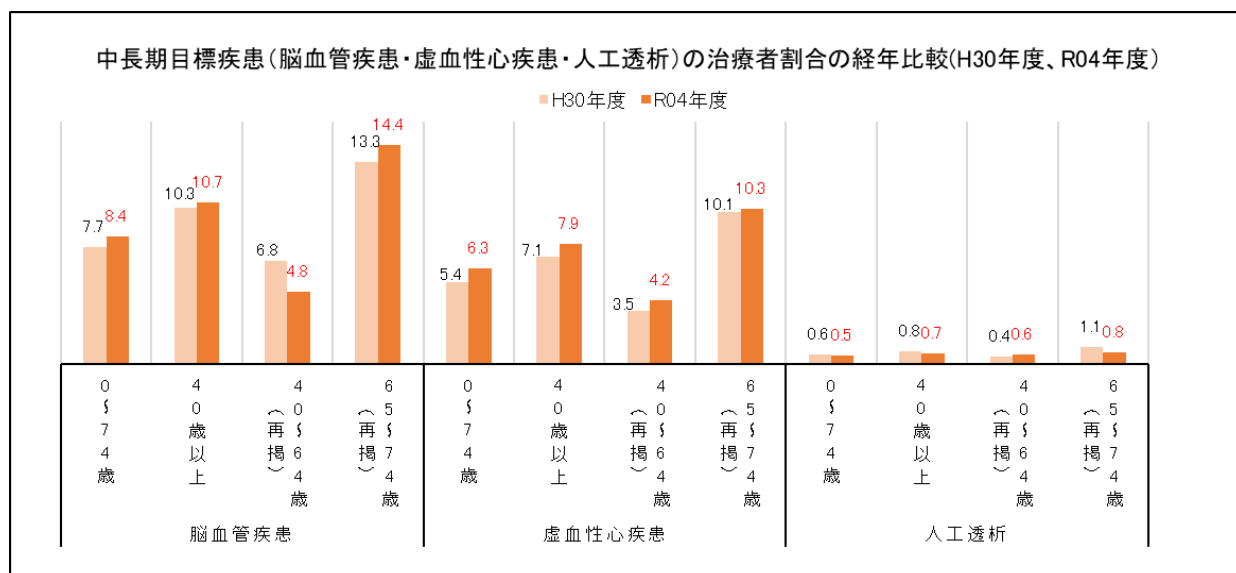
(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

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

図表 17 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	1,351	1,095	a	104	92	73	69	8	6	
				a/A	7.7%	8.4%	5.4%	6.3%	0.6%	0.5%	
40歳以上	B	1,005	860	b	104	92	71	68	8	6	
	B/A	74.4%	78.5%	b/B	10.3%	10.7%	7.1%	7.9%	0.8%	0.7%	
再掲	40～64歳	C	458	334	c	31	16	16	14	2	2
		C/A	33.9%	30.5%	c/C	6.8%	4.8%	3.5%	4.2%	0.4%	0.6%
	65～74歳	D	547	526	d	73	76	55	54	6	4
		D/A	40.5%	48.0%	d/D	13.3%	14.4%	10.1%	10.3%	1.1%	0.8%

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

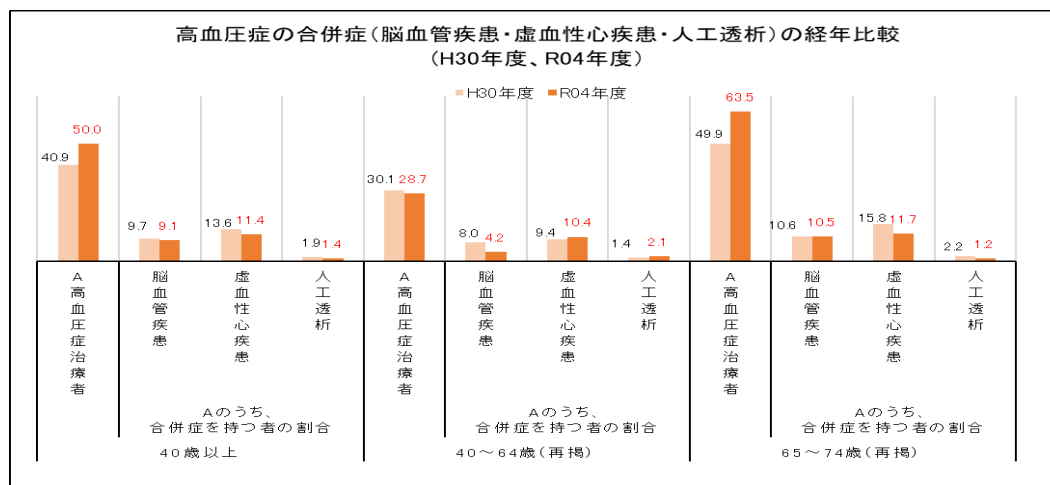
短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は H30 年と比べて増えている。合併症(重症化)でもある、脳血管疾患においては 65～74 歳、虚血性心疾患・人工透析においては 40～64 歳で増加しています。

本町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、若い世代に重症化している実態が見られたことは今後の大きな課題です。(図表 18・19・20)

図表 18 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	411	430	138	96	273	334
		A/被保数	40.9%	50.0%	30.1%	28.7%	49.9%	63.5%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	40	39	11	4	29	35
		B/A	9.7%	9.1%	8.0%	4.2%	10.6%	10.5%
	虚血性心疾患	C	56	49	13	10	43	39
		C/A	13.6%	11.4%	9.4%	10.4%	15.8%	11.7%
	人工透析	D	8	6	2	2	6	4
		D/A	1.9%	1.4%	1.4%	2.1%	2.2%	1.2%

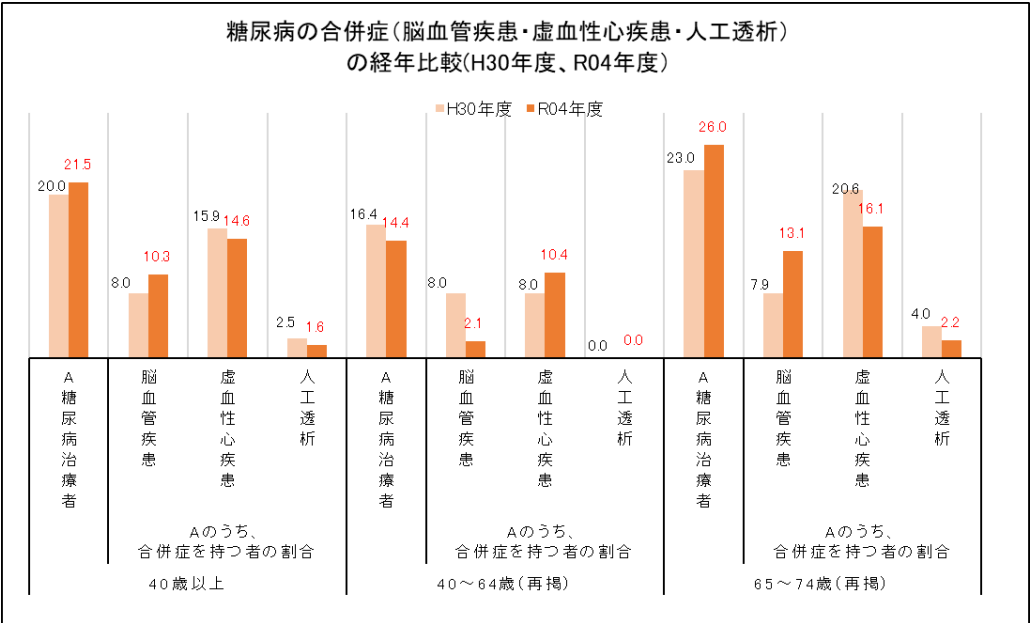
出典: KDBシステム_ 疾病管理一覧(高血圧症)、地域の全体像の把握、介入 支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)



図表 19 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	201	185	75	48	126	137
		A/被保数	20.0%	21.5%	16.4%	14.4%	23.0%	26.0%
(中長期 合併目 標疾 患)	脳血管疾患	B	16	19	6	1	10	18
		B/A	8.0%	10.3%	8.0%	2.1%	7.9%	13.1%
	虚血性心疾患	C	32	27	6	5	26	22
		C/A	15.9%	14.6%	8.0%	10.4%	20.6%	16.1%
	人工透析	D	5	3	0	0	5	3
		D/A	2.5%	1.6%	0.0%	0.0%	4.0%	2.2%
糖尿病 合併 症	糖尿病性腎症	E	18	14	3	3	15	11
		E/A	9.0%	7.6%	4.0%	6.3%	11.9%	8.0%
	糖尿病性網膜症	F	26	31	11	12	15	19
		F/A	12.9%	16.8%	14.7%	25.0%	11.9%	13.9%
	糖尿病性神経障害	G	5	7	3	1	2	6
		G/A	2.5%	3.8%	4.0%	2.1%	1.6%	4.4%

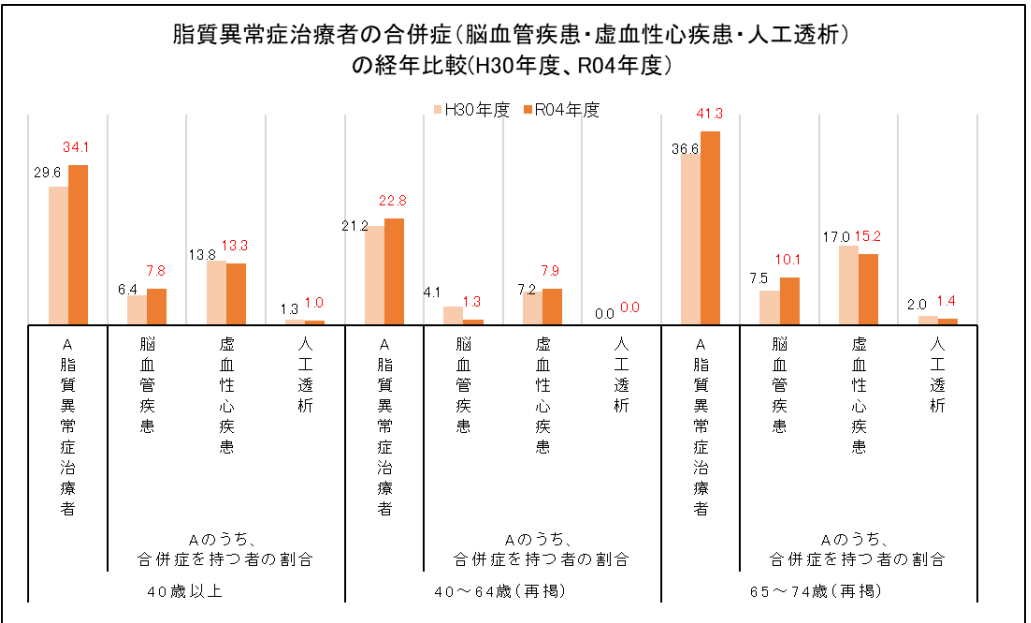
出典: KDBシステム_ 疾病管理一覧(糖尿病)、地域の全体像の把握、介入 支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)



図表 20 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	297	293	97	76	200	217
		A/被保数	29.6%	34.1%	21.2%	22.8%	36.6%	41.3%
（中長期目標疾患合併症）	脳血管疾患	B	19	23	4	1	15	22
		B/A	6.4%	7.8%	4.1%	1.3%	7.5%	10.1%
	虚血性心疾患	C	41	39	7	6	34	33
		C/A	13.8%	13.3%	7.2%	7.9%	17.0%	15.2%
	人工透析	D	4	3	0	0	4	3
		D/A	1.3%	1.0%	0.0%	0.0%	2.0%	1.4%

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



② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

特定健診結果からⅡ度以上高血圧者・HbA1c7.0%以上を H30 年度と R03 年度で比較すると、どちらも割合は増加しています。また、医療のかかり方においては、未治療のまま放置されている方が高血圧で約 20%、糖尿病で約 7%ほどおり、特にⅡ度以上高血圧者の治療中断者の割合が高い状況でした。(図表 21)

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、今後とも要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を防止することが重要であると考えます。

図表 21 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)	
	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E				
南小国町	480	51.4	445	52.5	31	6.5	23	74.2	38	8.5	22	57.9	7	18.4	3	7.9
同規模	25,420	56.0	22,990	54.5	1,484	5.8	794	53.5	1,520	6.6	803	52.8	487	32.0	85	5.6

	健診受診率				糖尿病ⅡHbA1c7.0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									未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)	
	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K				
南小国町	480	100.0	444	99.8	21	4.4	4	19.0	29	6.5	6	20.7	2	6.9	0	0.0
同規模	25,420	56.0	22,990	54.5	1,261	4.9	286	22.7	1,252	5.5	250	20.0	83	6.6	41	3.3

出典：ヘルスサポートラボツール

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月を基準として)3カ月以上レセプトがない者

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。

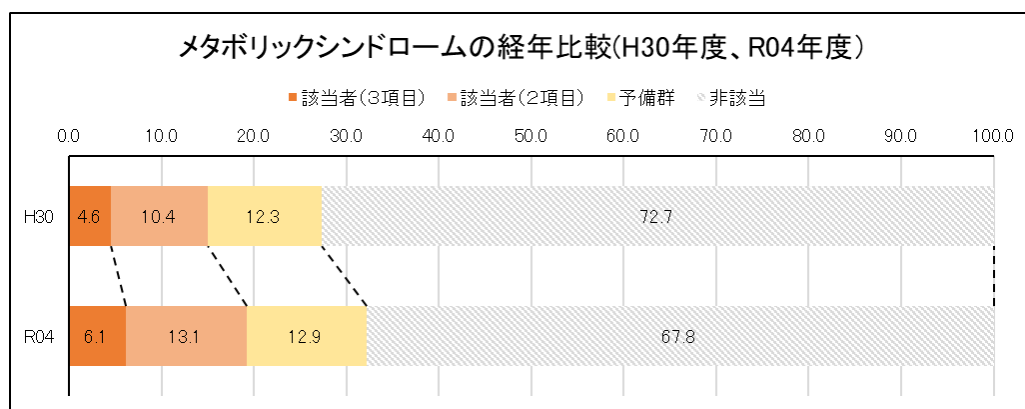
本町の特定健診結果において、H30 年度と R04 年度を比較すると、メタボリックシンドロームの該当者割合は 4%増加しており、予備群の割合は横ばいで推移しています。(図表 22)

また継続受診者における、HbA1c6.5%以上の有所見割合は約 4%増加、Ⅱ度高血圧以上及び LDL-C160 以上の有所見割合は 2%増加しています。血圧値や LDL 値は翌年の改善率はよいものの、HbA1cの改善率は 3 割程度となっており、保健指導の質が課題です。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも 2 割程度存在しており、重症化しやすい被保険者への継続したフォロー体制について考える必要があります。(図表 23、24、25)

図表 22 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	480 (51.4%)	72 (15.0%)	22 (4.6%)	50 (10.4%)	59 (12.3%)
R04年度	426 (53.1%)	82 (19.2%)	26 (6.1%)	56 (13.1%)	55 (12.9%)

出典：ヘルスサポートラボツール



図表 23 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	44 (9.2%)	13 (29.5%)	15 (34.1%)	6 (13.6%)	10 (22.7%)
R03→R04	58 (13.1%)	20 (34.5%)	25 (43.1%)	3 (5.2%)	10 (17.2%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 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	31 (6.5%)	17 (54.8%)	6 (19.4%)	0 (0.0%)	8 (25.8%)
R03→R04	38 (8.5%)	20 (52.6%)	7 (18.4%)	1 (2.6%)	10 (26.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 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	48 (10.0%)	24 (50.0%)	7 (14.6%)	6 (12.5%)	11 (22.9%)
R03→R04	54 (12.1%)	29 (53.7%)	12 (22.2%)	3 (5.6%)	10 (18.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール

②健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、H30年度には50.2%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響もあり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未達成です。(図表26)また、特定健診の年代別の受診率を見ると、40～50代が低く、特に男性がより低い状況です。(図表27)

特定保健指導率については、R02年度に初めて目標値を達成しました。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。

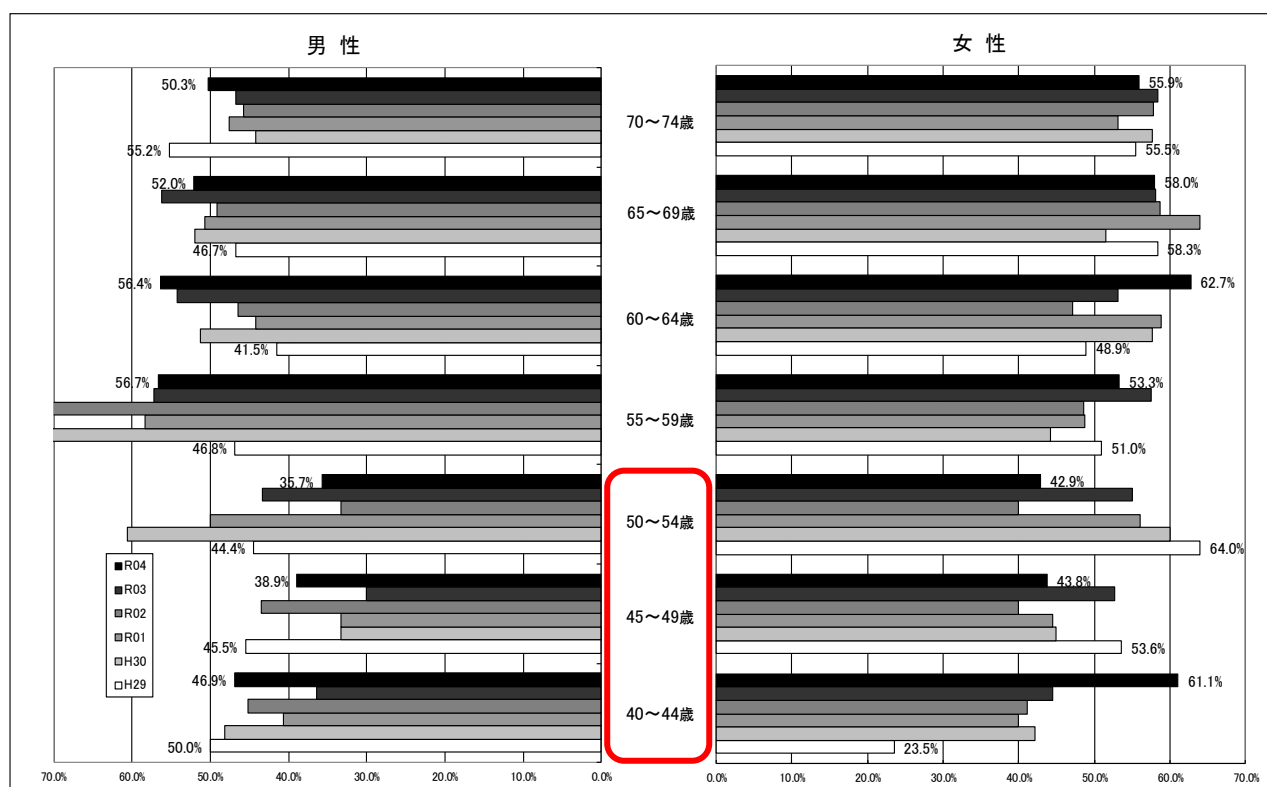
図表26 特定健診・特定保健指導の推移

		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	469	455	434	435	420	健診受診率 60%
	受診率	50.2%	50.8%	49.3%	51.3%	52.4%	
特定保健指導	該当者数	66	43	43	51	48	特定保健指導 実施率 60%
	割合	14.1%	9.5%	9.9%	11.7%	11.4%	
	実施者数	37	24	29	34	31	
	実施率	56.1%	55.8%	67.4%	66.7%	64.6%	

出典：特定健診法定報告データ

図表27 年代別特定健診受診率の推移

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

「熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の対象者に基づき、特に特定健診受診者のうち、HbA1c7.0%以上の未治療高血糖者を優先対象者とし重点的に支援しています。

血糖値所見者割合は、R2 年度は最も高く 13.1%でしたが、R4 年度では 12.4%と減少傾向にあり、HbA1c7.0%以上の未治療者割合は、H30 年 19%から R4 年 13.6%に減少しています。一方、HbA1c6.0～6.4%の割合は、年々増加傾向にあります。

R4 年度の保健指導実施率は 42.6%で、受診勧奨実施者のうち医療機関受診率 72.7%となっています。全員が治療につながってはならず、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、また治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行います。

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

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)7.0以上	未治療	治療		
H29	490	165 33.7%	192 39.2%	81 16.5%	52 10.6%	25 48.1%	27 51.9%	10.6%	
					27 5.5%	10 37.0%	17 63.0%	5.5%	
H30	480	170 35.4%	190 39.6%	76 15.8%	44 9.2%	9 20.5%	35 79.5%	9.2%	
					21 4.4%	4 19.0%	17 81.0%	4.4%	
R01	463	173 37.4%	161 34.8%	85 18.4%	44 9.5%	15 34.1%	29 65.9%	9.5%	
					21 4.5%	4 19.0%	17 81.0%	4.5%	
R02	443	80 18.1%	174 39.3%	131 29.6%	58 13.1%	29 50.0%	29 50.0%	13.1%	
					25 5.6%	8 32.0%	17 68.0%	5.6%	
R03	444	99 22.3%	168 37.8%	119 26.8%	58 13.1%	22 37.9%	36 62.1%	13.1%	
					29 6.5%	6 20.7%	23 79.3%	6.5%	
R04	426	102 23.9%	163 38.3%	108 25.4%	53 12.4%	18 34.0%	35 66.0%	12.4%	
					22 5.2%	3 13.6%	19 86.4%	5.2%	

出典：ヘルスサポートラボツール

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

■ HbA1c6.5 以上
■ HbA1c7.0 以上

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

現在、本町では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、心電図検査全数実施を行っています。

若い世代の脳・心・腎の治療者数が増えている実態から、今後は、心電図結果を基に脳・心血管疾患を起こす可能性が高いハイリスク者については、経年的に心電図所見を含む健診データを確認し、保健指導に活かしていくことで、中長期目標疾患を発症させない取組が大切です。

③脳血管疾患重症化予防対策

Ⅱ度高血圧以上の者の割合は年々増加傾向にあり、R4 年が最も高く 12.2%、そのうち約 6 割が未治療者です。Ⅲ度高血圧においては、9 人のうち 7 人が未治療者でした。現在、本町では健診でⅡ度以上高血圧を重点課題として、受診勧奨及び保健指導を実施してきましたが、R4 年度の保健指導実施率は 45.9%であり、100%の達成率には至っていません。

高血圧は、脳・心血管疾患において最大の危険因子であり、要介護認定の要因につながる一つでもあり、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。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)を参考に、保健指導の対象者について再度検討が必要です。また、血圧手帳を活用し、家庭血圧測定の普及に努め、町民が血圧の学習を深め、脳血管疾患の発症予防行動がとれるよう、ポピュレーションアプローチも併せて実施します。

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													
H29	490	224 45.7%	125 25.5%	105 21.4%	36 7.3%	25 69.4%	11 30.6%													
					8 1.6%	8 100.0%	0 0.0%													
H30	480	242 50.4%	120 25.0%	87 18.1%	31 6.5%	23 74.2%	8 25.8%													
					8 1.7%	7 87.5%	1 12.5%													
R01	463	217 46.9%	130 28.1%	89 19.2%	27 5.8%	17 63.0%	10 37.0%													
					6 1.3%	6 100.0%	0 0.0%													
R02	443	199 44.9%	114 25.7%	89 20.1%	41 9.3%	23 56.1%	18 43.9%													
					3 0.7%	1 33.3%	2 66.7%													
R03	445	181 40.7%	132 29.7%	94 21.1%	38 8.5%	22 57.9%	16 42.1%													
					9 2.0%	7 77.8%	2 22.2%													
R04	426	154 36.2%	110 25.8%	110 25.8%	52 12.2%	32 61.5%	20 38.5%													
					9 2.1%	7 77.8%	2 22.2%													

出典：ヘルスサポートラボツール

Ⅱ 高血圧以上
Ⅲ 度高血圧

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)	140	57 40.7%	51 36.4%	25 17.9%	7 5.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	9	C 5 6.4%	B 2 3.9%	B 0 0.0%	A 2 28.6%
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	82	C 35 58.6%	B 30 58.8%	A 15 60.0%	A 2 28.6%
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	49	B 17 35.0%	A 19 37.3%	A 10 40.0%	A 3 42.9%

…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	51
		36.4%
B	概ね1ヵ月後に再評価	49
		35.0%
C	概ね3ヵ月後に再評価	40
		28.6%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的心電図所見」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(令和 6 年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規程されることも大きい。」とされています。

南小国町においては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大につながっている実態や、生活習慣病と食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、健康教育や町の広報等を活用し、広く町民へ周知を行っています。

また、肥満やメタボ、高血圧の改善を目的として、健診結果説明会場では食品に含まれる脂や糖の展示を行っています。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 28 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	各項目の実績			データの把握方法 (活用データ)
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	
			(H30)	(R2)	(R4)	
データヘルス計画	中長期目標	標準化医療費(年齢調整後医療費)の減少	1.02	1.13	1.10	KDBシステム (標準化医療費においてはR04年のデータがないため、R03年を記載)
		レセプトに占める入院の割合(費用)の減少	50.7	51.2	46.9	
		1人当たり医療費の減少	27,545	31,169	32,349	
		新規 脳血管疾患患者の減少	15	10	17	
		新規 虚血性心疾患患者の減少	19	19	26	
		新規 人工透析患者数(国保)の減少	1	0	0	南小国町調べ
		新規 人工透析患者数(後期高齢者)の減少	3	1	0	
		高額80万円以上のレセプト 脳血管疾患患者数の減少	1	2	1	
		高額80万円以上のレセプト 虚血性心疾患患者数の減少	2	1	3	
	短期目標	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	12.2	11.5	13.1	南小国町 町民課
		健診受診者の高血圧者の割合の減少 (160/100以上)	6.5	9.3	12.4	
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少 (LDL180以上)	2.6	2.7	2.2	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上)※治療中7.0%以上	2.1	10.4	8.7	
		健診受診者のHbA1C8.0以上のコントロール不良者の割合減少	1.6	0.9	1.3	
		健診受診者の糖尿病患者のうち未治療者割合の減少	21.43	28.57	10.61	
		糖尿病の保健指導実施率の増加		46.8	45.5	
		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				法定報告値
		特定健診受診率60%以上	50.2	49.3	52.4	
		特定保健指導実施率60%以上	56.1	67.4	64.6	
		特定保健指導対象者の割合の減少	14.1	9.9	11.4	
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 (R04年度データがないため、R03年度を記載)
		胃がん検診受診者の増加	20.5	28.8	30.3	
		肺がん検診受診者の増加	33.7	31.9	24.0	
		大腸がん検診受診者の増加	29.2	27.8	20.2	
		子宮がん検診受診者の増加	27.6	36.7	35.0	
		乳がん検診受診者の増加	42.3	44.7	42.3	
		5つのがん検診の平均受診率の増加	30.7	34.0	30.4	
	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 85%以上	81.5%	84.7%	86.6%	厚生労働省

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

【考察】

中長期目標の達成状況

総医療費は H30 年度と比較すると減少、またレセプトにおける入院の割合も減少しており、目標は達成できています。

脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の総医療費に占める割合は H30 年度と比較すると減少しています。しかし、同規模・国と比較すると、高い状況が続いています。

よって、医療費が高額となる疾患、長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護保険認定者の有病状況の多い疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の減少を目標に、今後も継続して重症化予防に取り組む必要があります。

短期目標の達成状況

メタボリックシンドローム該当者・予備群割合は横ばい、Ⅱ度以上高血圧者や HbA1c6.0～6.4%の割合は増加しています。尿蛋白定量検査は実施しているものの、結果を十分に重症化予防として活用できていないため、若年層を対象とした二次健診の実施や40歳到達前の健診受診者に対しての保健指導を強化していく必要があります。

Ⅱ度以上高血圧者における未治療者割合も高いことから、適切な治療を開始するための受診勧奨や、要医療となった方に対する医療機関との連携を通じた中断等のない、継続した保健活動を実施します。

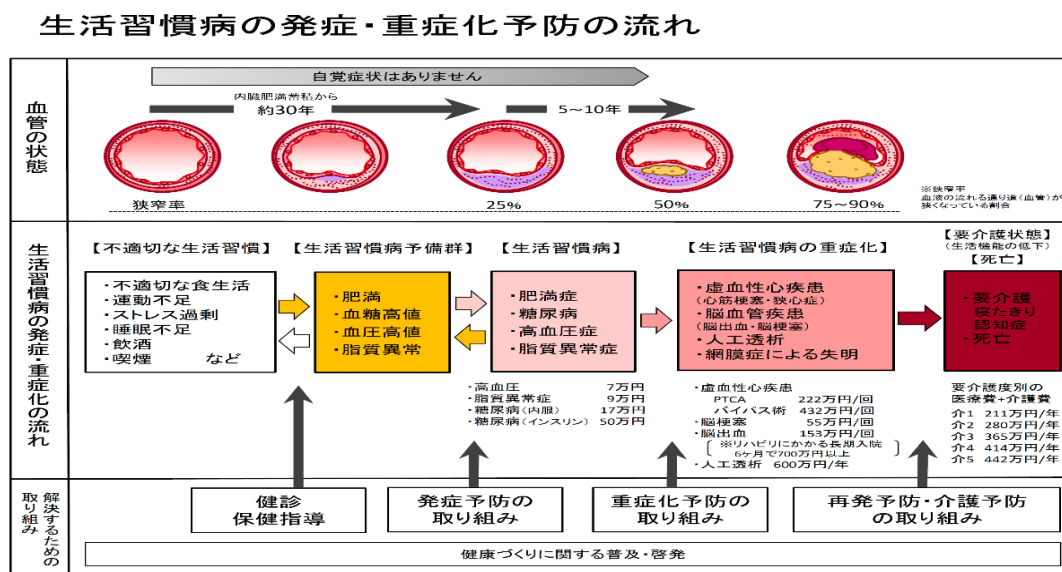
特定健診受診率は、目標値 60%に対して未達成の状況であり、特に若年層(40～50代)の受診率が低い状況です。今後、特に受診率の低い若年層へ、個別健診やみなし健診なども活用し、受診しやすい健診体制を整え、受診率向上に向けてアプローチを重点的に行っていきます。

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者を減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、さらには健康な状態へ改善する者を増加させることが必要となります。

図表 29 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。

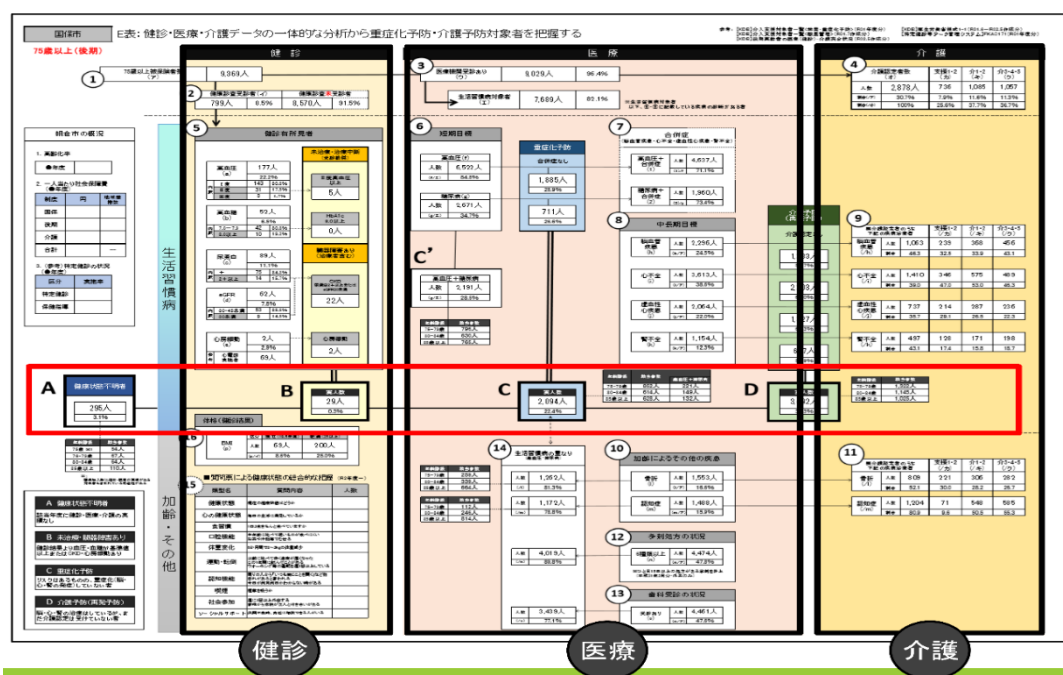
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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います。また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表30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 30 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 31 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	1,351人	1,277人	1,201人	1,162人	1,095人	840人
総件数及び 総費用額	件数	10,622件	10,232件	9,461件	9,478件	11,453件
	費用額	4億5728万円	4億4475万円	4億6030万円	4億4743万円	7億4335万円
一人あたり医療費	33.8万円	34.8万円	38.3万円	38.5万円	39.8万円	88.5万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 32 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	南小国町	4億3568万円	32,349	4.99%	0.24%	2.24%	1.00%	5.73%	3.34%	1.28%	8202万円	18.8%	15.0%	6.33%	10.81%
	同規模	—	29,993	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	—	18.6%	17.6%	7.82%	9.33%
	県	—	33,482	5.55%	0.26%	1.90%	1.02%	5.64%	3.13%	1.72%	—	19.2%	14.1%	9.67%	8.56%
	国	—	29,043	4.38%	0.29%	2.07%	1.46%	5.45%	3.06%	2.11%	—	18.8%	16.8%	7.88%	8.71%
② 後期	南小国町	7億4335万円	73,687	7.88%	0.30%	2.31%	0.53%	3.87%	2.57%	0.94%	1億3677万円	18.4%	11.4%	3.20%	10.1%
	同規模	—	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	—	18.8%	10.2%	3.61%	12.1%
	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 33 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	41人	46人	58人	52人	51人	97人
	件数	B	124件	73件	162件	83件	162件	163件
		B/総件数	1.17%	0.71%	1.71%	0.88%	1.78%	1.42%
	費用額	C	1億7633万円	8893万円	2億0955万円	1億0930万円	2億1491万円	1億9239万円
		C/総費用	38.6%	20.0%	45.5%	24.4%	49.3%	25.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 34 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		2人		2人		4人		1人		6人		
		D/A	2.4%		4.3%		3.4%		7.7%		2.0%		6.2%		
	件数	E	1件		5件		8件		5件		4件		6件		
		E/B	0.8%		6.8%		4.9%		6.0%		2.5%		3.7%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	1	16.7%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	2	33.3%
		60代	1	100.0%	2	40.0%	6	75.0%	0	0.0%	0	0.0%	80代	2	33.3%
		70-74歳	0	0.0%	3	60.0%	2	25.0%	4	80.0%	4	100.0%	90歳以上	1	16.7%
	費用額	F	82万円		424万円		972万円		832万円		358万円		813万円		
		F/C	0.5%		4.8%		4.6%		7.6%		1.7%		4.2%		

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(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	2人		1人		1人		1人		3人		0人		
		G/A	4.9%		2.2%		1.7%		1.9%		5.9%		0.0%		
	件数	H	4件		1件		2件		1件		6件		0件		
		H/B	3.2%		0.0%		1.2%		1.2%		3.7%		0.0%		
	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	--
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	33.3%	70-74歳	0	--
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	0	--
		60代	2	50.0%	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%	2	33.3%	80代	0	--
		70-74歳	2	50.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	2	33.3%	90歳以上	0	--
	費用額	I	571万円		127万円		212万円		86万円		630万円		—		
		I/C	3.2%		1.4%		1.0%		0.8%		2.9%		—		

出典：ヘルスサポートラボツール

南小国町

H30-R04比較

参考：【KDB】介入支援対象者一覧<栄養・重症化予防>
【KDB】介入支援対象者一覧<服薬管理>
【KDB】後期高齢者の医療（健診）：介護突合状況

【KDB】厚生労働省様式1-1
【特定健診等データ管理システム】FKAC171

H30-R04比較



図表 37 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	36.8	423	495	920	46.8	47.3	34.2	7.6	5.6	7.9	16.7	25.2	20.0	
R04	33.8	328	542	858	47.0	49.8	33.4	9.1	6.3	8.4	25.3	27.0	22.0	

図表 38 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	11	5.6	(3)	16	6.8	(6)	18	5.7	(3)	6	3.0	(0)	8	3.4	(1)	1	0.3	(0)	4	2.0	2	0.9	7	2.2	1	0.5	1	0.4	11	3.5
R04	15	9.7	(10)	34	12.6	(9)	51	17.8	(4)	7	4.5	(0)	14	5.2	(1)	6	2.1	(0)	2	1.3	3	1.1	9	3.1	0	--	9	3.3	12	4.2

図表 39 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	82.3	90.1	96.8	35.0	58.0	84.5	79.1	79.1	88.2	40.5	33.1	33.7	27.0	22.6	28.4	30.8	41.4	61.0	36.7	50.5	68.7			
R04	86.3	92.4	96.3	34.1	67.5	84.4	75.9	88.5	88.1	35.7	35.8	32.6	20.5	29.2	28.3	28.2	45.7	66.8	35.0	51.1	72.5			

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 40 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(被保険者割合)												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	5.4	11.5	20.9	2.6	8.7	21.7	5.4	11.5	28.4	4.0	7.5	16.0	8.7	10.5	48.4	0.0	4.7	47.5	0.0	7.0	46.7	0.0	13.5	54.4
R04	4.6	13.1	22.4	3.7	8.9	20.9	4.0	13.7	33.4	4.0	10.5	17.5	0.0	12.7	47.9	0.0	2.1	39.1	0.0	4.1	44.9	0.0	7.0	48.7

図表 41 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑩				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	41.7	87.0	50.0	79.5	4.8	17.5	1.6	18.0	0.0	59.6	62.5	75.3
R04	70.3	79.7	60.0	80.4	6.8	17.2	0.9	19.0	13.5	60.1	80.0	82.2

出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 健康課題の明確化(図表 31～41)

国保の被保険者数やレセプト件数は年々減っているものの、一人あたり医療費は 5 年間で 6 万円の増加がみられています。また、後期高齢者になると一人あたり 88 万円を超え、国保の 2 倍も高い状況です。(図表 31)

その中身を見てみると、国保では脳血管疾患及び慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合が同規模・県等と比較して高いものの、その他の目標疾患については低い状況にあり、後期高齢者になると、慢性腎不全の総医療費に占める割合が高くなっていました。(図表 32)

また、高額レセプトについてみてみると、国保は H30 年度と比較して R4 年度は人数で 1.2 倍、件数で 1.3 倍、後期では国保の 2.3 倍の人数になっており、医療費増加の一因となっています。(図表 33)

内訳をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、件数・費用額ともに R4 年度は H30 年度の 4 倍の件数、費用額になっており、虚血性心疾患は件数・費用ともに微増しています。(図表 34、35)

脳血管疾患や虚血性心疾患で高額になった方の経過をみてみると、75%は健診を受けておらず、保険者として健康状態の把握ができていない方でした。また、25%については、健診は受けていたが、医療機関受診中だったこともあり、十分な保健指導を実施できていない人でした。また、75%の方に基礎疾患として高血圧と糖尿病があり、未受診者対策や治療中者へのフォローについて、これらの実態を基に、第 3 期計画に盛り込む必要があります。

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 37 の⑮の体格では、40～64 歳の若い年齢層で、BMI25 以上の割合が 7%も高くなってきています。

図表 38 健診有所見の状況をみると、特にⅡ度以上高血圧者においては、65 歳以上では 2 倍、75 歳以上では 3 倍に人数・割合ともに増えており、一方で 40～64 歳の未治療者が増加していることから、まずは、必要な対象者への医療機関への繋ぎを確実に実施する必要があります。

図表 39 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症を H30 年度と比較してみると、75 歳以上は若干割合が減っていますが、高血圧、糖尿病、糖尿病＋高血圧の各年代で高くなっています。また、高血圧及び糖尿病の合併症についても、H30 年度と比較して重症化している実態がみえます。

図表 40 の中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30 年度と R4 年度を比較すると、虚血性心疾患では 40～64 歳の若い世代が、脳血管疾患や心不全においては 65 歳以上が高くなっています。特に、若い世代の虚血性心疾患については、しっかりと原因を分析し、予防計画に反映させていく必要があります。

(4)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、特に、若い世代の虚血性心疾患の増加がみられました。また 40～65 歳の若い世代の肥満者も増えており、若い世代への予防活動の充実が必要ですが、40～50 代の健診受診率はまだまだ低いため、第 3 期においても健診未受診者対策は、被保険者の健康実態を把握し、早期に予防活動を行うためにも大変重要だと考えます。

また、Ⅱ度以上の高血圧者の割合が 65 歳以上で 2～3 倍増えていました。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。

高額レセプトも増えており、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。

そのための具体的な取組方法については、第 3 章及び第 4 章に記載します。

3) 目標の設定

(1)成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

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く必要があります。また、第3期評価指標については、まず全ての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標を設定しています。(図表 42)

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県や国と比較すると高い状況でした。特に、本町では、脳血管疾患や人工透析の医療費や発症状況に課題が見られました。

そのため、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、また、医療費が高額になる虚血性心疾患について、新規の患者数・割合を維持・減少させることを目標とします。

また、高齢化が進展する昨今では、医療費の増加を抑えることは難しいことから、医療費の伸びの抑制を目標とし、地域差指数の減少を目指します。

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する。

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組については第 3 章に記載)。

また、中長期目標疾患の発症予防のためには、短期目標疾患における適切な医療機関受診と疾患管理が重要です。未治療者や治療中断者等、重症化するリスクの高い対象者について把握し、医

療機関への受診勧奨や必要な保健指導、栄養指導を行います。特に糖尿病とメタボリックシンドロームについては、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、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標とします。

(2) 管理目標の設定

図表 42 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	目標値	R 11 数値目標	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	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	減少 (割合の維持・減少)	2.00	2.24			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	減少 (割合の維持・減少)	1.00	1.00			
		慢性腎不全(透析有)総医療費に占める割合の維持	減少 (割合の維持・減少)	3.00	4.99			
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	減少・発症させない	0	0			
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	減少・発症させない	0	0			
	短期目標	★特定健診受診率	60%以上	60	52.4			法定報告値
		40代、50代の健診実施(受診)率	上昇	50%以上	40代▶45.9 50代▶47.7			
		★特定保健指導実施率	60%以上	66	64.6			
		(問診)朝食を抜くことが週3回以上ある40代、50代の割合	減少	10%以下	40代▶16.3 50代▶13.2			・特定健診等データ管理システム ・ラボツール ・データヘルス支援システム
		内臓脂肪症候群該当者・予備群の割合	減少	27.0	31.4			
		血圧Ⅱ度以上者(160/100以上)の割合	減少	7.0	12.4			
		LDL180以上者の割合	減少	2.0	2.3			
		40代、50代の健診受診者のHbA1C6.5%以上者の割合	減少	7.0	9.38			
		★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合	減少	1.0	1.3			
		健診受診者のうち糖尿病の未治療者(治療中断を含む)の割合	減少	8.0	10.61			
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	1%増又は全国平均以下	30.0	27.3			法定報告値
		内臓脂肪症候群該当者の減少率	1%増又は全国平均以下	24.0	21.5			

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 43 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	52%	54%	56%	58%	60%	60%以上
特定保健指導実施率	60%	60%	63%	63%	66%	66%以上
40代の健診受診率	46%	47%	48%	49%	50%	50%以上
50代の健診受診率	48%	49%	50%	51%	52%	53%以上

3. 対象者の見込み

図表 44 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	759人	731人	699人	665人	612人	582人
	受診者数	394人	394人	391人	385人	367人	350人
特定保健指導	対象者数	50人	49人	48人	47人	46人	45人
	受診者数	30人	29人	30人	30人	30人	30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、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(南小国町役場他)
- ② 人間ドック(委託医療機関)
- ③ 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、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。

特定健診実施機関については、全世帯もしくは申込者に案内を送付します。

(3) 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 45 特定健診検査項目

○南小国町特定健診検査項目

健診項目		南小国町	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	○

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

(5) 実施時期

計画期間中、毎年 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、熊本県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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 46 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 (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 (ファイル作成・送付)
12月			
1月			
2月	健診対象者の抽出、申込		
3月	等の印刷・送付(随時可) ↓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、業者委託と保険者の直接実施の形態で行います。

また、特定保健指導委託業者とは、定期的に進捗状況等について確認を行うとともに、フォローが必要なケースの連携等、効率的な事業の実施に努めます。

○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。

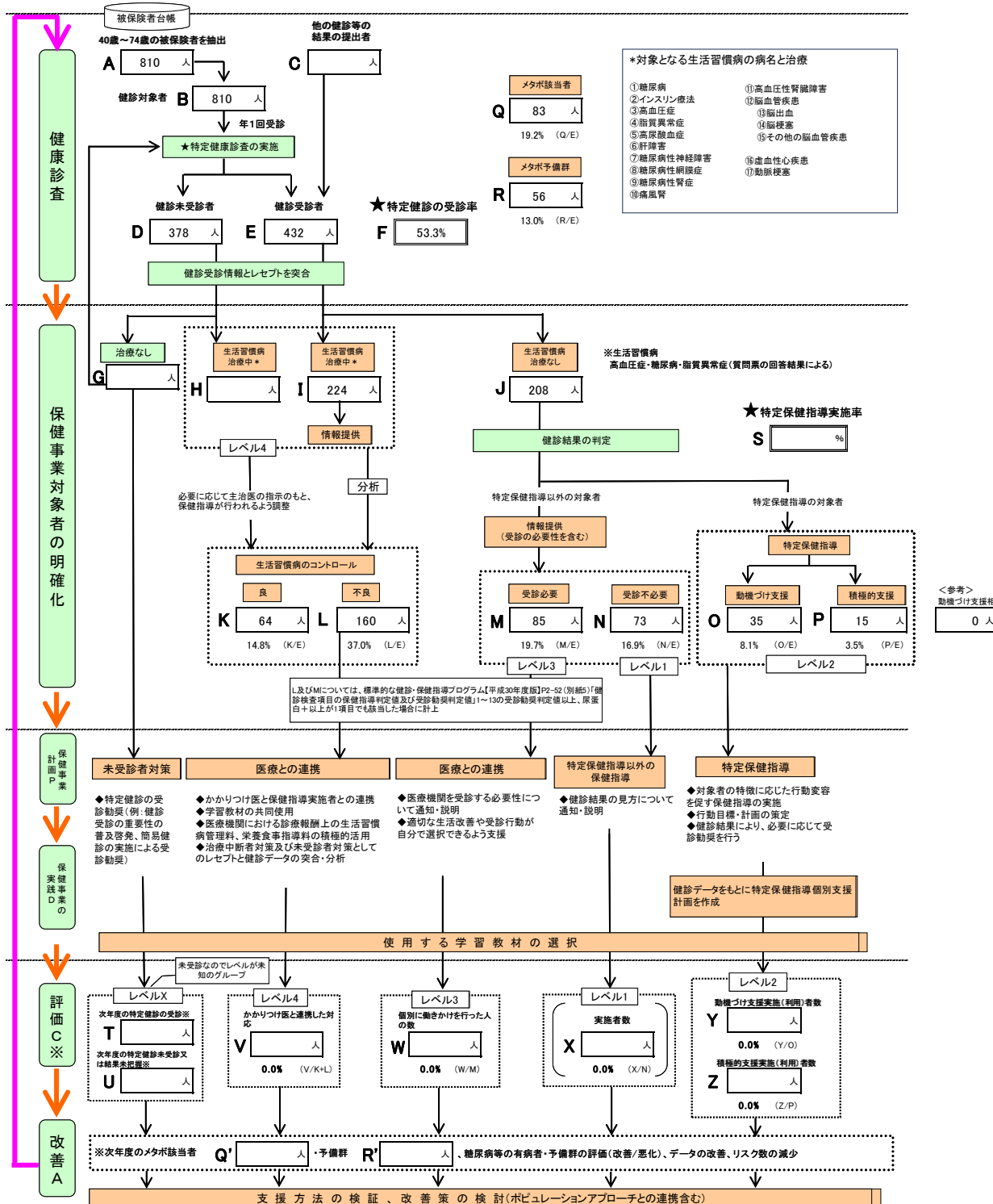
図表 47 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5

令和04年度



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 48 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	50人 (11.6%)	R7 54% R11 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	85人 (19.7%)	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)	378 ※受診率目標達 成までにあと54人	◆過去5年間に1度で も受診歴のあるⅡ度 以上高血圧・HbA1c 6.5%以上の高血糖者 を記載している管理台 帳で把握している者 100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	73人 (16.9%)	集団健診については 100%
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	224人 (51.9%)	コントロール不良者 (L)については 60%

※優先順位 1

- ・ 特定保健指導対象者の中で、重症化予防に該当する者については、その後のフォローや医療機関との連携を踏まえ、委託ではなくできる限り町の専門職が関わることとする。
- ・ 将来の臓器障害を防ぐためにも、特に 40 代、50 代の若い世代の対象者の実施率を上げる。
- ・ 特定保健指導のポイント（回数）にこだわらず、対象に応じた支援を実施し、改善率の向上に努める。

※優先順位 3

- ・ 特に 40 代、50 代の健診受診率向上に向けた未受診者対策に努める。
- ・ 過去に健診受診歴のある者、過去の健診で重症化予防対象者に該当した者（糖尿病管理台帳記載者等）について、状況確認も兼ねた未受診者の訪問を行う。
- ・ 若年健診受診者へは、できる限り丁寧な健診結果の説明に努め、1 年に 1 回の健診受診の習慣化を目指す。

(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 49 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作成 ◎特定健康診査の開始		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報(前年度2月頃) ◎住民健診、後期高齢者健診、がん検診開始
5月			
6月	◎個別健康診査実施の依頼	◎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	◎診療情報提供の依頼 ◎みなし健診の開始		◎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法律および南小国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(各年度、国保連合会から連絡がある期限)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、南小国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、特定健診結果を基に、発症及び重症化予防の取組について、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを組み合わせ実施します。

ハイリスクアプローチとしては、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。

また、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、自分自身の生活や将来設計にも支障を及ぼしてしまうことや、高額な医療費や介護費用がかかることで、社会全体に及ぼす影響等について、広く町民へ周知していくことで、住民が自らの健康管理や大切さや、予防可能な生活習慣病の発症予防に関心を向けることができるように努めます。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努め、健診と保健指導により、多くの住民に現在の自分の身体の状態を把握していただく必要があります。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

令和4年度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、171人(39.6%)です。(図表50) そのうち治療なし者(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54人(26.0%)で、そのうち特定保健指導対象者が21人と、治療なし者の約半数にあたります。このことから、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。

さらに、治療なし者75%にあたる41人は、すでに臓器障害があり、直ちにに取り組むべき対象者であることや、血圧Ⅱ度以上者・HbA1c6.5以上者の半数以上は治療なし者にあたることから、医療機関への定期的な受診に繋げるための保健指導が重要といえます。

図表 50 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 による年間新発透析導入患者数の減少				<参考> 健診受診者(受診率)			
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)				虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (虚血性心疾患の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))				糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会)		432人	53.3%		
↓ 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 ※脳卒中データリンク 2015.2.1				心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症								■各疾患の治療状況			
													治療中	治療なし		
													高血圧	178	254	
													脂質異常症	103	329	
													糖尿病	47	385	
													3疾患いずれか	224	208	
													※問診結果による			
優先すべき課題の明確化	高血圧症		心房細動		脂質異常症		メタボリックシンドローム		糖尿病		慢性腎臓病(CKD)					
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療ガイドライン2019 (日本高血圧学会)				動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓学会)					
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		メタボ該当者 (2項目以上)		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)		腎臓専門医 紹介基準対象者			
該当者数	52	12.0%	8	1.9%	10	2.3%	8	1.9%	83	19.2%	37	8.6%	23	5.3%		
治療なし	32	12.6%	3	1.4%	10	3.0%	5	1.5%	14	6.7%	18	4.7%	5	2.4%		
(再掲) 特定保健指導	12	23.1%	1	12.5%	4	40.0%	0	0.0%	14	16.9%	3	8.1%	0	0.0%		
治療中	20	11.2%	5	2.2%	0	0.0%	3	2.9%	69	30.8%	19	40.4%	18	8.0%		
臓器障害あり	31	96.9%	3	100.0%	5	50.0%	2	40.0%	11	78.6%	11	61.1%	5	100.0%		
CKD(専門医対象者)	0		0		1		0		0		1		5			
心電図所見あり	31		3		4		2		11		11		1			
臓器障害なし	1	3.1%	—		5	50.0%	3	60.0%	3	21.4%	7	38.9%	—			
治療中																
臓器障害あり	20	100.0%	5	100.0%	0	—	2	66.7%	45	65.2%	10	52.6%	18	100.0%		
CKD(専門医対象者)	2		1		0		2		5		2		18			
心電図所見あり	20		5		0		1		43		8		10			
臓器障害なし	0	0.0%	—		0	—	1	33.3%	24	34.8%	9	47.4%	—			
重症化予防対象者(実人数)																
171																
54																
21																
117																
41																
37																
—																
83																
18																
75																
—																

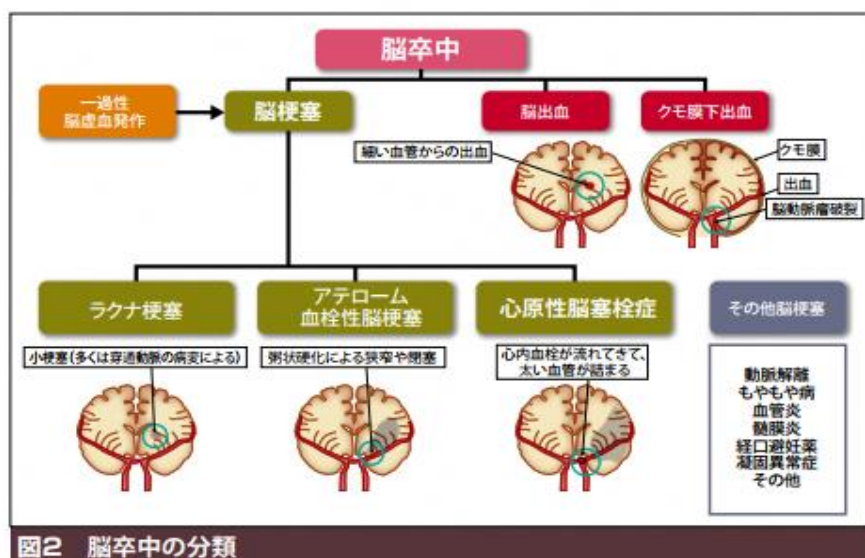
出典:ヘルスサポートラボツール

1. 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 51、52)

図表 51 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 52 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) 脳血管疾患発症の実態をみる

南小国町の脳血管疾患の種類をみてもみると、図表 53 のとおり、国保及び後期高齢者において脳梗塞の割合が最も多い状況でした。県平均との割合比較においては、国保世代の脳梗塞の割合が若干高くなっている状況でした。脳内出血やくも膜下出血については、発症している年度に差がみられ、一人発症することで割合は大きく変化することが分かります。

脳梗塞の種類を図表 54 でみると、ラクナ梗塞及びアテローム血栓性脳梗塞の割合が高く、県平均の割合と比較すると 10%以上高い状況でした。後期高齢者においては、国保世代では発症がなかつ

た心原性脳塞栓症も、後期高齢者においては県平均割合と同様の発生が見られます。

図表 53 脳血管疾患の種類をみる

国 保	脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
令和4年度	9	0.78%	2	0.17%	0	—
令和3年度	9	0.75%	0	—	2	0.17%
令和3年度(県平均)	—	0.64%	—	0.16%	—	0.04%

後期高齢者 (令和4年度)	脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
県平均	8,874	3.12%	1,333	0.47%	270	0.09%
南小国町	19	2.28%	1	0.12%	0	—

図表 54 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	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合
令和4年度	9	0.78%	1	7.1%	0	—	0	—
令和3年度	9	0.75%	5	55.6%	2	22.2%	0	—
令和3年度(県平均)	—	0.64%	—	30.9%	—	12.7%	—	11.7%

後期高齢者 (令和4年度)	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	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	8,874	3.1%	2,407	27.1%	1,103	12.4%	1,502	16.9%
南小国町	19	2.3%	5	26.3%	2	10.5%	3	15.8%

(2)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。また、心原性脳塞栓症の原因となる心房細動の発症においても、高血圧はリスクとなります。図表 55 でみると、高血圧治療者 458 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 42 人(9.2%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 52 人(12%)であり、そのうち 32 人(61.5%)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。

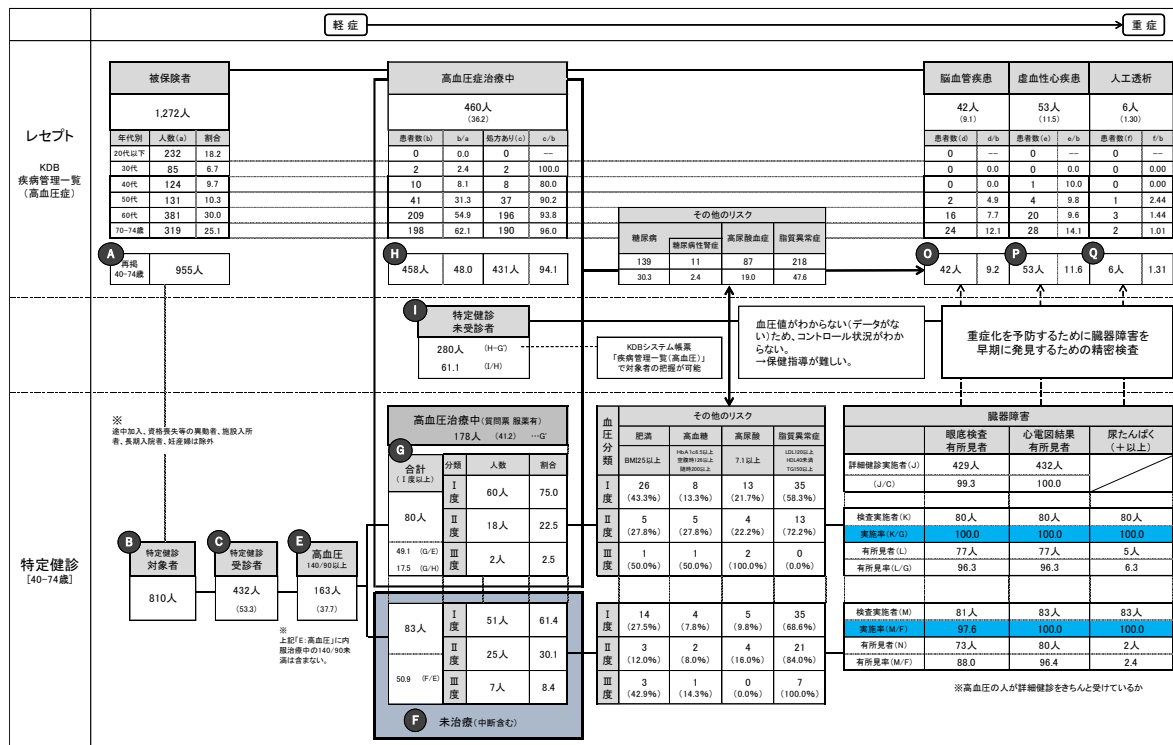
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 20 人(4.6%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

南小国町では、臓器障害を早期に発見するための眼底検査（詳細検査）や心電図検査（詳細検査）の実施は 99%以上と高い状況ですが、そ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にあります。そのため、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 55 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

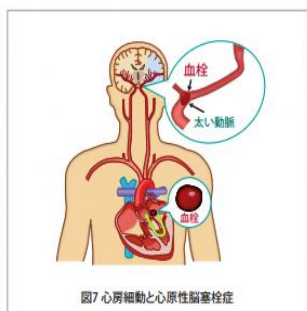
高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



(3) 心電図検査における心房細動の実態

出典：ヘルスサポートラボツール



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。その原因となる心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。図表 56 で、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみてみました。

（脳卒中予防の提言より引用）

令和4年度健診における心電図検査において8人が心房細動の所見がありました。男性7人、女性1人ですべて60歳以上の方であり、その発生率は日循疫学調査の割合より高い状況でした。

心原性脳塞栓症の発症予防としても、心房細動所見の未治療者については、速やかに医療機関受診に繋げるとともに、治療中者においても、治療中断が引き起こすリスクについて十分な説明を行い、治療や内服の中断を防ぐ必要があります。また、心房細動等の不整脈の早期発見のために、自己検脈の周知も行っています。

図表 56 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	216	216	216	100.0%	216	100.0%	7	3.2%	1	0.5%	--	--
40代	24	19	24	100.0%	19	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	28	25	28	100.0%	25	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	83	101	83	100.0%	101	100.0%	4	4.8%	1	1.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	81	71	81	100.0%	71	100.0%	3	3.7%	0	0.0%	3.4%	1.1%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 57 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
8	3	37.5%	5	62.5%

南小国町調べ

(4) 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。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていける必要があります。

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 58 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 58 血圧に基づいた脳心血管リスク層別

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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)

140

9

予後影響因子がない

82

高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある

49

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

血圧分類
(mmHg)

140

9

6.4%

82

58.6%

49

35.0%

高値血圧

130～139
/80～89

57
40.7%

I度高血圧

140～159
/90～99

51
36.4%

II度高血圧

160～179
/100～109

25
17.9%

III度高血圧

180以上
/110以上

7
5.0%

C

5
8.8%

B

2
3.9%

B

0
0.0%

A

2
28.6%

C

35
61.4%

B

30
58.8%

A

15
60.0%

A

2
28.6%

B

17
29.8%

A

19
37.3%

A

10
40.0%

A

3
42.9%

…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

51

36.4%

B

概ね1ヵ月後に再評価

49

35.0%

C

概ね3ヵ月後に再評価

40

28.6%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。

※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。

※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

※4 非弁脈症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。

※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

出典：ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(1) 実施機関及びスケジュール

5 月 対象者の選定基準、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、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

(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・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、未治療者や中断者の把握に努め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は、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) 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。

2. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(以下、「熊本県版プログラム」とする。)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、人工透析等への意向を防止することが目的です。

2) 人工透析に係る南小国町の実態と対象者の明確化

(1) 人工透析患者の実態を見る(図表 59)

		H 3 0			R 2			R 4		
		被保険者数	透析患者人数	割合	被保険者数	透析患者人数	割合	被保険者数	透析患者人数	割合
国保	市町村計	451,989	2,455	0.54%	423,336	2,361	0.56%	402,744	2,232	0.55%
	南小国町	1,427	8	0.32%	1,272	8	0.63%	1,149	6	0.52%
後期	市町村計	279,004.00	3,592.00	1.29%	282,718	3,587	1.27%	284,602	3,675	1.29%
	南小国町	904	16	1.77%	879	13	1.48%	834	12	1.44%

出典: 保険者データヘルスシステム

(2) 新規人工透析患者の実態を見る(図表 60)

		H 3 0				R 2				R 4			
		新規透析患者数		糖尿病性腎症		新規透析患者数		糖尿病性腎症		新規透析患者数		糖尿病性腎症	
国保	市町村計	189	0.04%	104	55.0%	195	0.05%	97	49.7%	152	0.04%	90	59.2%
	南小国町	1	0.07%	1	100.0%	0	—	0	—	0	—	0	—
後期	市町村計	257	0.09%	87	33.9%	249	0.09%	86	34.5%	226	0.08%	81	35.8%
	南小国町	3	0.33%	1	33.3%	1	0.11%	0	—	0	—	0	—0

出典: 保険者データヘルスシステム

南小国町における人工透析の実態をみると、国保の透析者割合は市町村平均より低いものの、後期高齢者になると市町村平均を上回っており、医療費に占める割合も大きくなっていることが課題です。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 59、60)

そのため、南小国町においても、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。

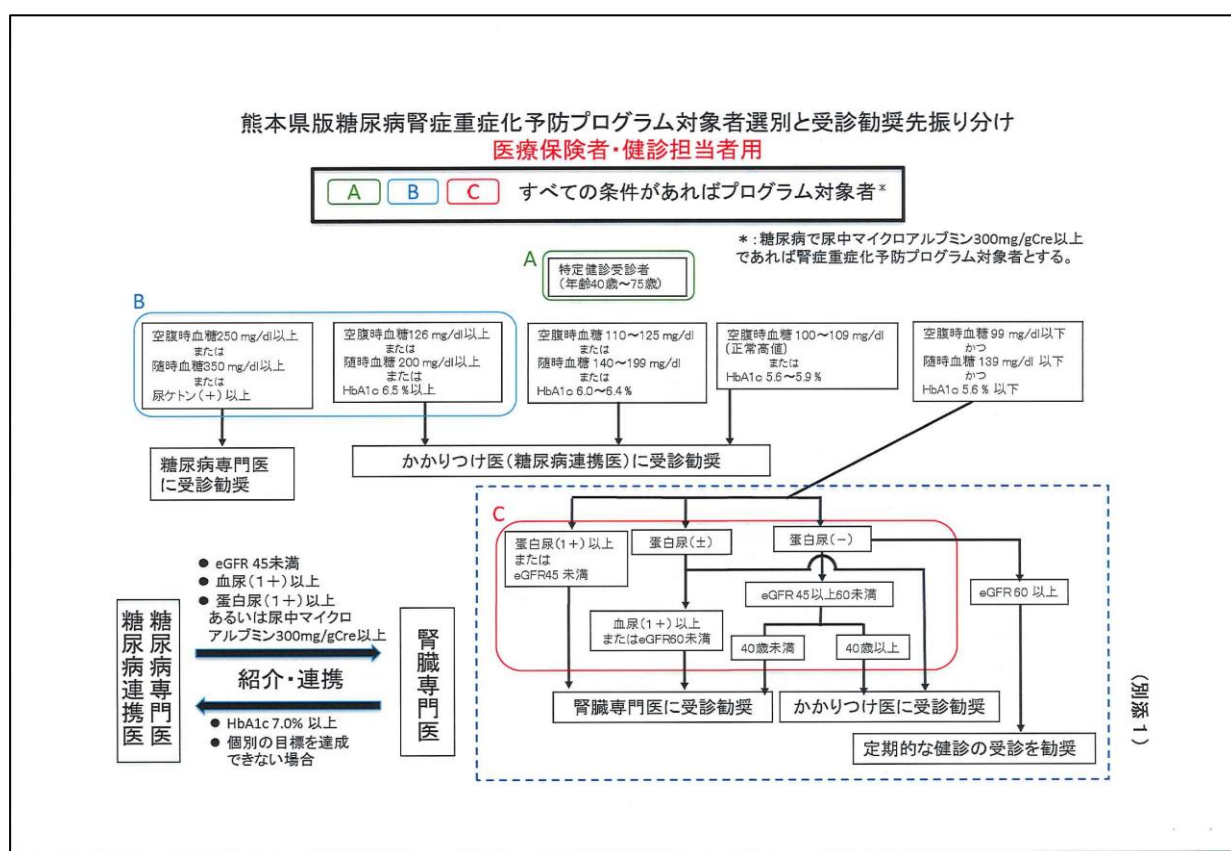
(3) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。(図表 61)

- 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カ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 61



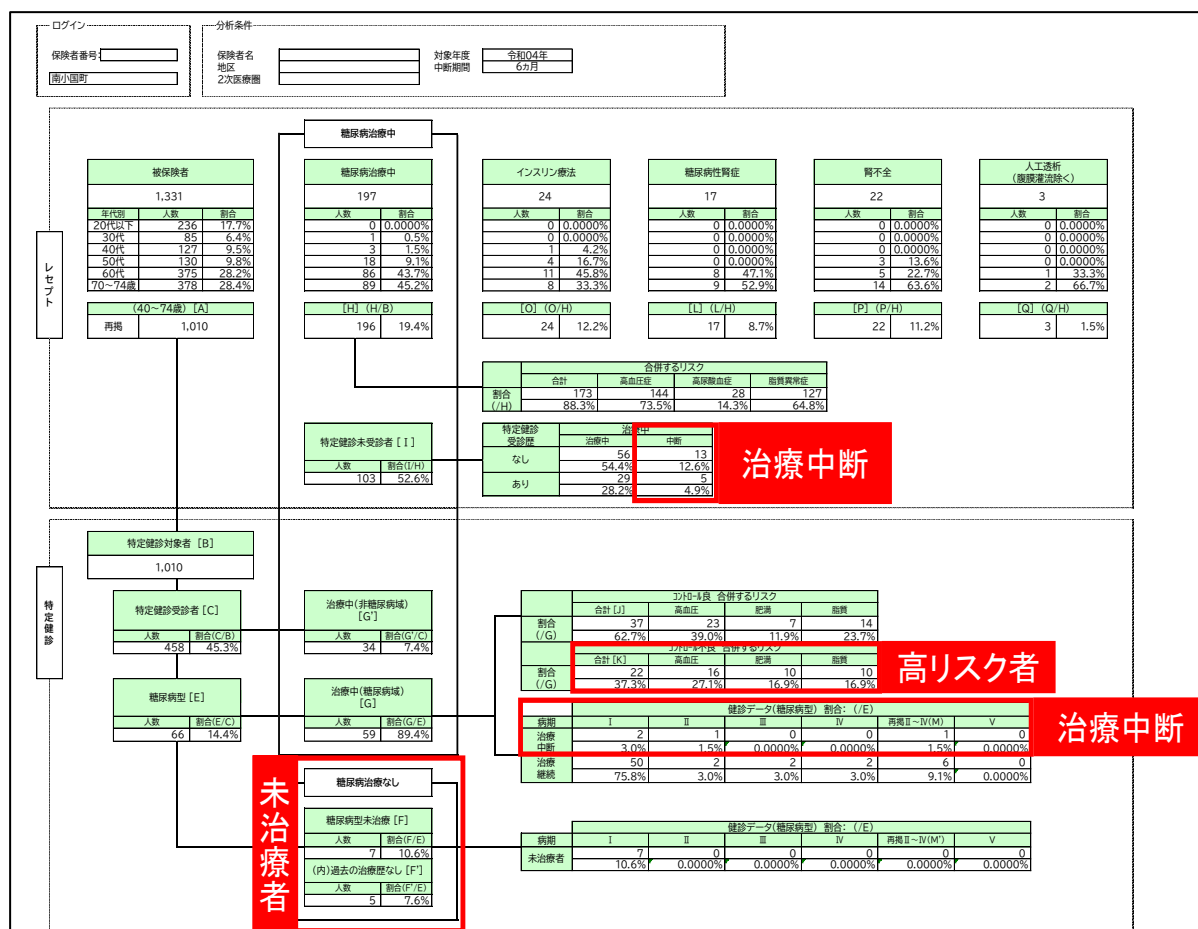
熊本県版糖尿病腎症重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け

(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、国保が所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 62 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



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 62 K）・・・58 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、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あがっている要因に気づき、数値の改善に繋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。

3) 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、対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 6 月～特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導を実施（通年）

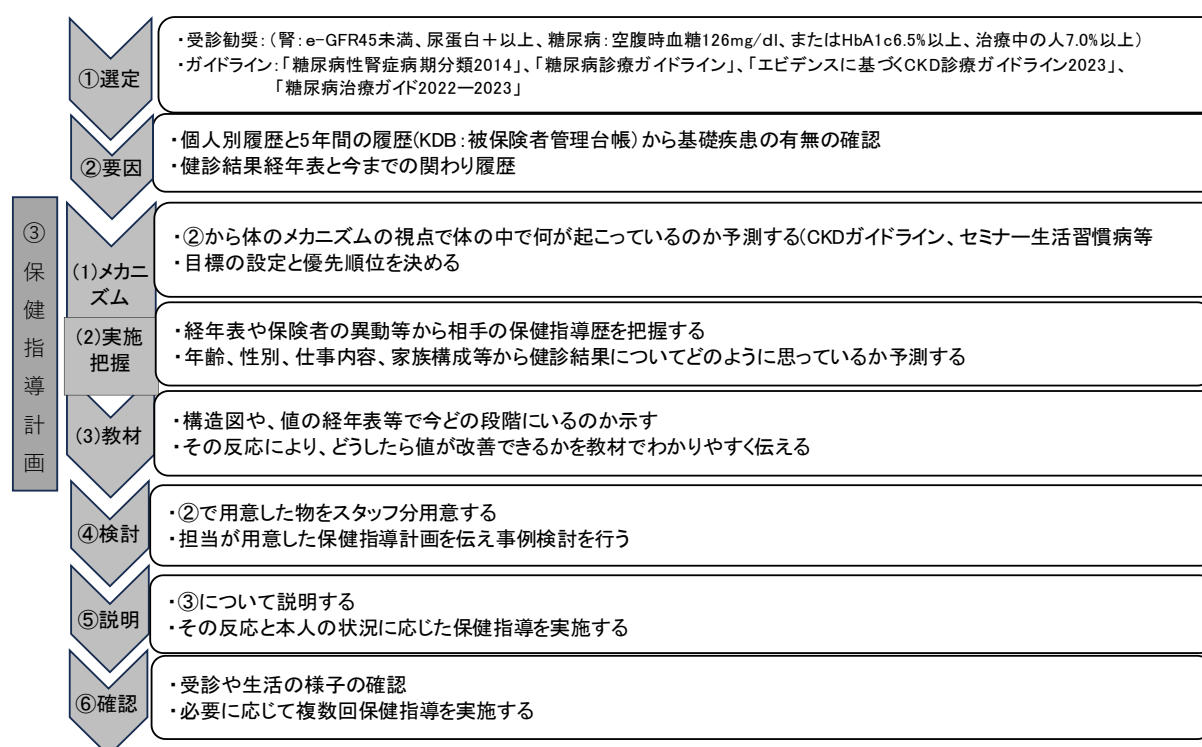
(2) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。南小国町においては、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のため、可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがあります。健診当日の対象者のうち尿蛋白定性(±)へ尿蛋白定量検査の実施や、二次健診として、HbA1c6.5 以上者へ微量アルブミン検査を実施する等、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。

図表 63 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



4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、健診結果経年表や糖尿病連携手帳、CKD 精密検査紹介様式(熊本県版)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繋げることができるよう、手帳の使い方等について、丁寧に説明を行います。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳、CKD 精密検査紹介様式(熊本県版)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プログラムに準じ行っていきます。

5) 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について、年1回行うものとしします。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 64 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 糖尿病性腎症病期分類ステージの維持・改善・悪化の数
- ② 新規人工透析導入患者数（糖尿病性腎症患者数）の推移
- ③ 人工透析に係る医療費の推移
- ④ 医療機関未受診者の割合
- ⑤ 治療中断者（糖尿病及び糖尿病性腎症）の割合

図表 64 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			突合表	南小国町										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	1,421人		1,327人		1,251人		1,190人		1,163人			
	②	(再掲)40-74歳		1,041人		1,007人		965人		935人		918人			
2	①	対象者数	B	848人		895人		881人		848人		801人			
	②	特定健診受診者数	C	485人		463人		443人		445人		438人			
	③	受診率		57.2%		51.7%		50.3%		52.5%		—			
3	①	特定保健指導対象者数		51人		43人		43人		51人		48人			
	②	実施率		66.7%		55.8%		67.4%		66.7%		64.6%			
4	①	糖尿病型	E	74人	15.3%	69人	14.9%	74人	16.7%	76人	17.1%	72人	16.4%		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	18人	24.3%	21人	30.4%	34人	45.9%	28人	36.8%	23人	31.9%		
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	56人	75.7%	48人	69.6%	40人	54.1%	48人	63.2%	49人	68.1%		
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130未満	J	26人	46.4%	27人	56.3%	19人	47.5%	26人	54.2%	23人	46.9%		
	⑤	血圧 130/80以上		13人	50.0%	15人	55.6%	12人	63.2%	19人	73.1%	16人	69.6%		
	⑥	肥満 BMI25以上		5人	19.2%	6人	22.2%	6人	31.6%	10人	38.5%	8人	34.8%		
	⑦	コントロール良好 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	30人	53.6%	21人	43.8%	21人	52.5%	22人	45.8%	26人	53.1%		
	⑧	第1期 尿蛋白(ー)	M	67人	90.5%	59人	85.5%	58人	78.4%	71人	93.4%	65人	90.3%		
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		2人	2.7%	3人	4.3%	7人	9.5%	1人	1.3%	3人	4.2%		
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		3人	4.1%	6人	8.7%	8人	10.8%	3人	3.9%	2人	2.8%		
	⑪	第4期 eGFR30未満		2人	2.7%	1人	1.4%	1人	1.4%	1人	1.3%	2人	2.8%		
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		90.8人		94.2人		90.3人		97.5人		99.7人			
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)		123.9人		124.1人		117.1人		124.1人		126.4人			
	③	レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対		872件	(867.7)	893件	(910.3)	879件	(930.2)	841件	(920.1)	794件	(923.3)	136,930件	(893.2)
	④	入院外(件数)		7件	(7.0)	6件	(6.1)	6件	(6.3)	6件	(6.6)	2件	(2.3)	658件	(4.3)
	⑤	入院(件数)	H	129人	9.1%	125人	9.4%	113人	9.0%	116人	9.7%	116人	10.0%		
	⑥	(再掲)40-74歳		129人	12.4%	125人	12.4%	113人	11.7%	116人	12.4%	116人	12.6%		
	⑦	健診未受診者		73人	56.6%	69人	55.2%	73人	64.6%	68人	58.6%	67人	57.8%		
	⑧	インスリン治療	O	11人	8.5%	14人	11.2%	14人	12.4%	15人	12.9%	17人	14.7%		
	⑨	(再掲)40-74歳	L	11人	8.5%	14人	11.2%	14人	12.4%	15人	12.9%	17人	14.7%		
	⑩	糖尿病性腎症		8人	6.2%	11人	8.8%	10人	8.8%	15人	12.9%	14人	12.1%		
	⑪	(再掲)40-74歳		8人	6.2%	11人	8.8%	10人	8.8%	15人	12.9%	14人	12.1%		
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		2人	1.6%	4人	3.2%	5人	4.4%	4人	3.4%	3人	2.6%		
	⑬	(再掲)40-74歳		2人	1.6%	4人	3.2%	5人	4.4%	4人	3.4%	3人	2.6%		
	⑭	新規透析患者数		1	0.8%	1	0.8%	0	—	0	—	0	—		
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		1	0.8%	1	0.8%	0	—	0	—	0	—		
	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)		7人	3.8%	9人	4.9%	8人	4.7%	8人	4.9%	8人	4.7%		
6	①	総医療費		4億5728万円		4億4475万円		4億6030万円		4億4743万円		4億3568万円		2億6175万円	
	②	生活習慣病総医療費		2億5429万円		2億5676万円		2億5166万円		2億1665万円		2億2235万円		1億4021万円	
	③	(総医療費に占める割合)		55.6%		57.7%		54.7%		48.4%		51.0%		53.6%	
	④	生活習慣病対象者一人あたり		10,418円		9,588円		7,638円		11,973円		11,309円		8,820円	
	⑤	健診未受診者		29,362円		34,859円		38,469円		31,258円		38,122円		40,357円	
	⑥	糖尿病医療費		2740万円		2785万円		2699万円		2633万円		2498万円		1572万円	
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		10.8%		10.8%		10.7%		12.2%		11.2%		11.2%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費		6825万円		7283万円		7377万円		7841万円		6323万円			
	⑨	1件あたり		41,288円		43,821円		46,046円		49,658円		42,984円			
	⑩	糖尿病入院総医療費		4098万円		4020万円		4635万円		5998万円		5957万円			
	⑪	1件あたり		422,488円		484,380円		558,449円		778,917円		763,657円			
	⑫	在院日数		10日		16日		16日		14日		15日			
	⑬	慢性腎不全医療費		4767万円		3081万円		3079万円		2215万円		2279万円		957万円	
	⑭	透析有り		4707万円		3021万円		2940万円		2112万円		2175万円		862万円	
	⑮	透析なし		60万円		60万円		139万円		103万円		104万円		96万円	
7	①	介護給付費		5億1405万円		5億2545万円		5億6410万円		5億7001万円		5億7629万円		3億5514万円	
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		1件	#VALUE!	1件	100.0%	1件	100.0%	0件	—	0件	—		
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)	1人	1.4%	1人	1.4%	2人	2.7%	0人	0.0%	0人	0.0%	267人	1.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

3. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

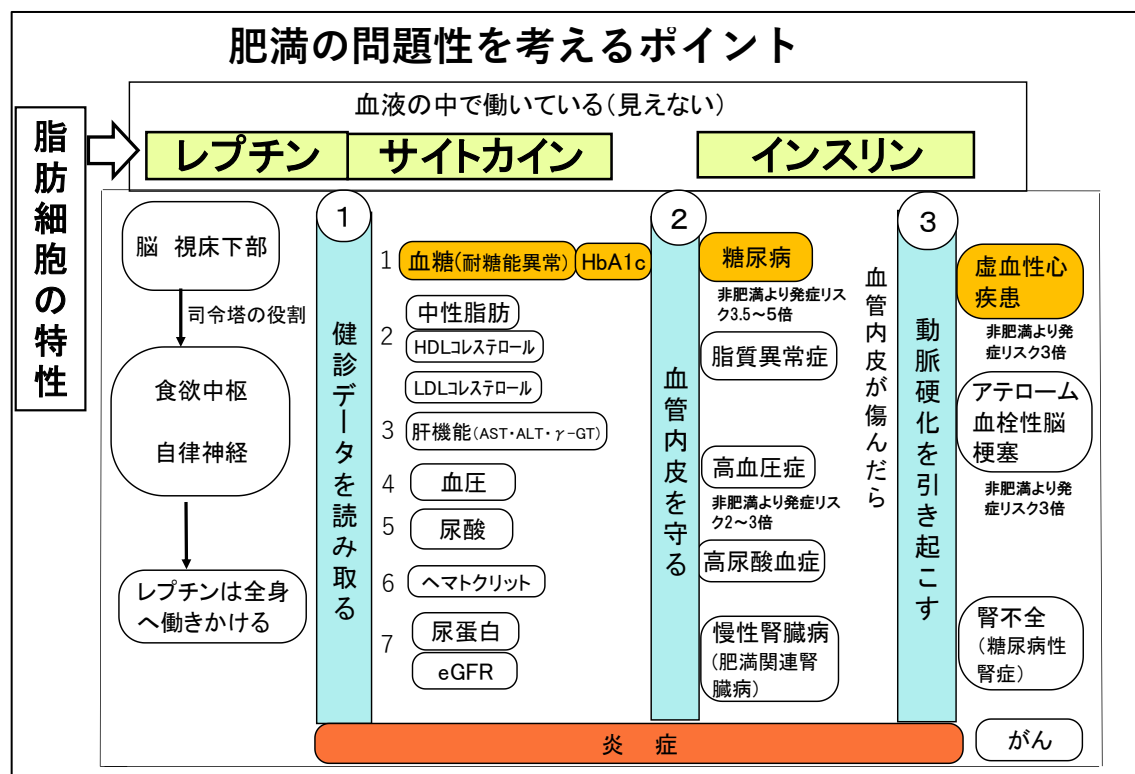
1) 基本的な考え方

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に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 型糖尿病発症のリスクも高く、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】

なお、取組みにあたっては図表 65 に基づいて考えていきます。

図表 65 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満・メタボリックシンドロームの状況

(1) 南小国町の肥満・メタボリックシンドロームの実態

南小国町における健診受診者のうちの肥満者(BMI25 以上者)の割合は、第 2 章の 3 で分析したとおり、40~64 歳においては、H30 と R4 で比較すると 8.6%増加しており、若い世代で肥満が進んでい

る状況がみえます。

また、メタボリック該当者及び予備群の割合は、図表 66 のとおり、市町村平均よりは低いものの、H28 年度と比較すると、R3 年度は 5.5%増加しています。図表 67 をみると、男性では 60 代のメタボリック該当者が健診受診者の 3 割を超えており、女性では 50 代で 1 割程度でした。また、男女ともに、血圧+脂質異常の組み合わせが多いことが分かります。図表 68 をみると、メタボリックシンドローム該当者の半数以上の方は、高血圧、脂質異常、糖尿病のいずれかの疾患で治療中の状況にあります。

図表 66 メタボリック該当者及び予備群割合の経年変化

	H28		R1		R3	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	30,245	28.3%	34,555	31.8%	33,326	33.1%
南小国町	118	25.1%	124	27.3%	133	30.6%

出典：法定報告

図表 67 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	211	22	27	82	80	215	18	25	101	71
メタボ該当者		B	66	4	5	30	27	16	0	3	8	5
		B/A	31.3%	18.2%	18.5%	36.6%	33.8%	7.4%	0.0%	12.0%	7.9%	7.0%
再掲	① 3項目全て	C	20	2	0	9	9	6	0	2	3	1
		C/B	30.3%	50.0%	0.0%	30.0%	33.3%	37.5%	—	66.7%	37.5%	20.0%
	② 血糖＋血圧	D	15	0	1	11	3	2	0	0	1	1
		D/B	22.7%	0.0%	20.0%	36.7%	11.1%	12.5%	—	0.0%	12.5%	20.0%
	③ 血圧＋脂質	E	27	2	4	7	14	8	0	1	4	3
		E/B	40.9%	50.0%	80.0%	23.3%	51.9%	50.0%	—	33.3%	50.0%	60.0%
	④ 血糖＋脂質	F	4	0	0	3	1	0	0	0	0	0
		F/B	6.1%	0.0%	0.0%	10.0%	3.7%	0.0%	—	0.0%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 68 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	割合	なし	割合		人数	割合	あり	割合	なし	割合
総数	216	67	31.0%	54	80.6%	13	19.4%	216	16	7.4%	15	93.8%	1	6.3%
40代	24	4	16.7%	3	75.0%	1	25.0%	19	0	0.0%	0	—	0	—
50代	28	6	21.4%	4	66.7%	2	33.3%	25	3	12.0%	3	100.0%	0	0.0%
60代	83	30	36.1%	21	70.0%	9	30.0%	101	8	7.9%	7	87.5%	1	12.5%
70～74歳	81	27	33.3%	26	96.3%	1	3.7%	71	5	7.0%	5	100.0%	0	0.0%

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Ⅲ度・Ⅳ度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要があるとされています。そのため、肥満Ⅲ度、Ⅳ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。(図表 69)

保健指導対象者については、図表 67 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、若い世代の男性を最優先の対象者とするものとします。

図表 69 肥満度分類で対象者をみる

		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
再掲	総数	160	272	41	73	31	65	8	8	1	0	1	0
				25.6%	26.8%	19.4%	23.9%	5.0%	2.9%	0.6%	0.0%	0.6%	0.0%
	男性	84	132	27	43	21	39	6	4	0	0	0	0
				32.1%	32.6%	25.0%	29.5%	7.1%	3.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
再掲	女性	76	140	14	30	10	26	2	4	1	0	1	0
				18.4%	21.4%	13.2%	18.6%	2.6%	2.9%	1.3%	0.0%	1.3%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

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 68)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ② 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ③ 特定保健指導対象者の保健指導については、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)実施機関及びスケジュール

5 月 対象者の選定基準、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 等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます。

(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。南小国町においても対象者の早期介入を目的として、二次健診の実施を検討します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ① 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)
- ② 負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③ 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④ 75 g 糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

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。

メタボリックシンドローム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、他の事業中で実施していきます。

4. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

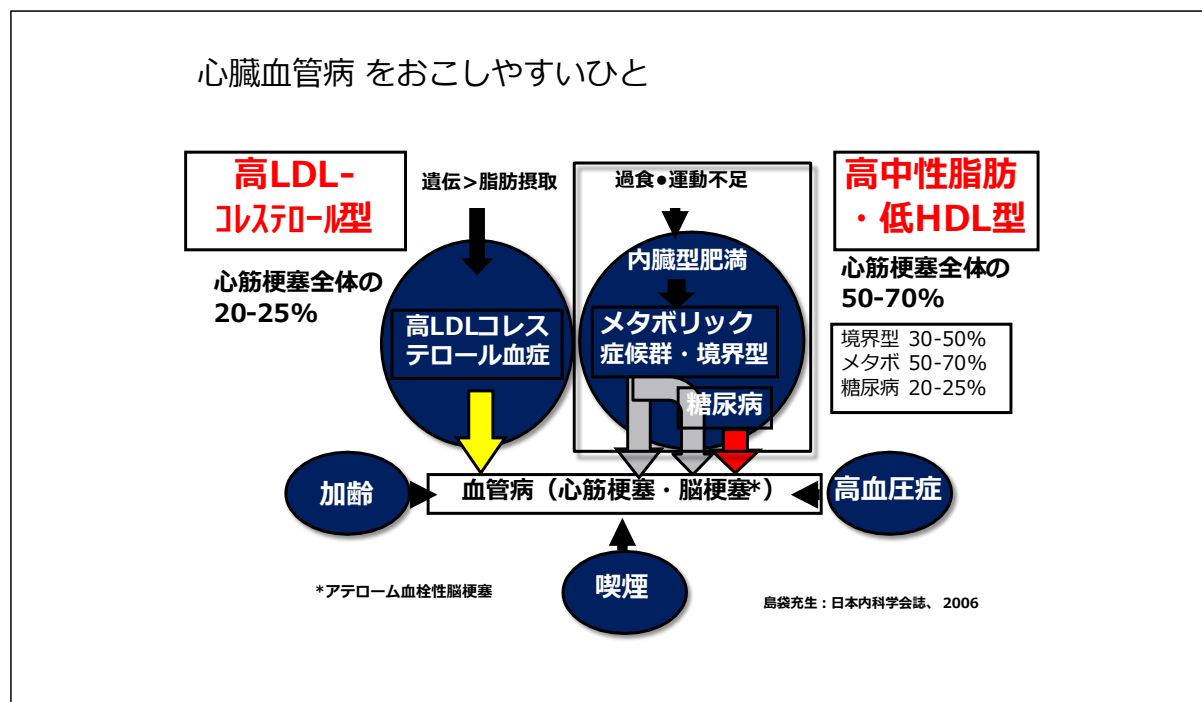
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

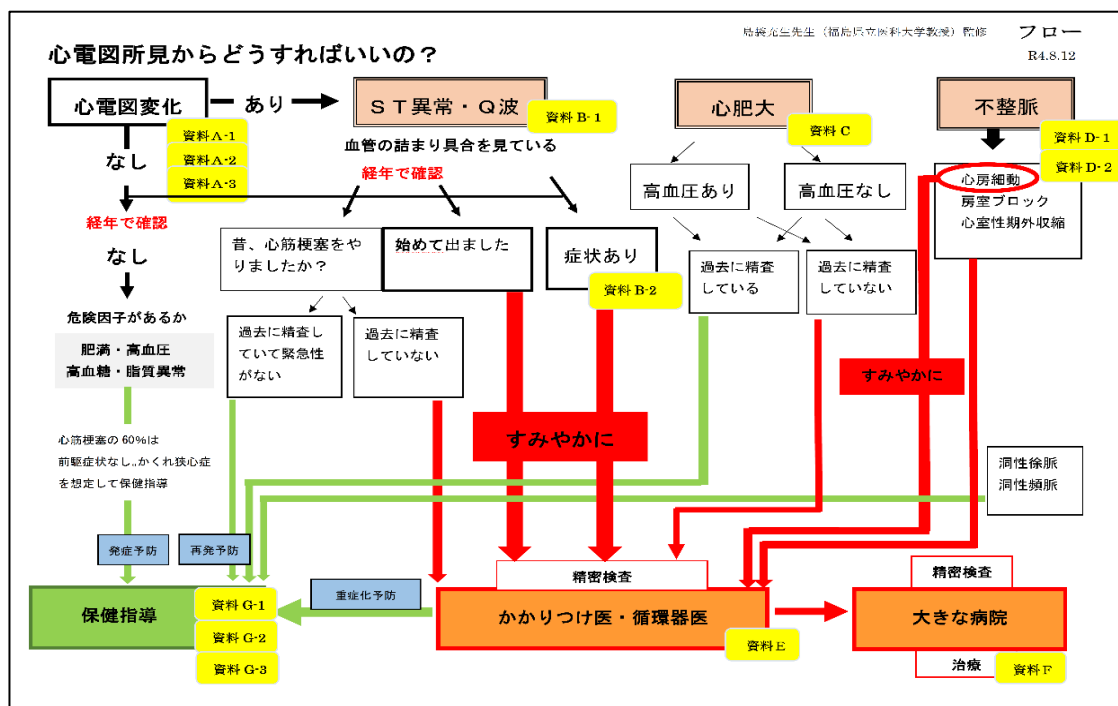
(1) 対象者選定基準の考え方

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 70)また、心電図所見からのフロー図を活用します。(図表 71)

図表 70 心血管病をおこしやすい人



図表 71 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

①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 72 を参考に、高リスク者にあたる者について最優先的に関わり、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。心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は図表 71 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。

南小国町においては、心電図検査を 438 人(100%)に実施し、そのうち有所見者が 122 人(27.9%)でした。有所見率は男性が高く、不整脈や異常Q波の割合が高い状況でした。心肥大やST変化については女性の有所見率が高くなっていました。(図表 73)

また、有所見者のうち要精査が 31 人(36.9%)で、その後の受診状況をみると 6 人(19.4%)は未受診でした。(図表 74)。これまでは、心電図所見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 71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 72 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)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別													
				120-139		140-159		160-179		180以上		40代		50代		60代		70～74歳			
				179		81		58		30		10		2		5		21		12	
				45.3%		32.4%		16.8%		5.6%		5.0%		12.5%		52.5%		30.0%			
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)		25		12		10		2		1		1		2		0		0	
				14.0%		14.8%		17.2%		6.7%		10.0%		50.0%		40.0%		0.0%		0.0%	
	中リスク	140未満 (170未満)		78		34		27		14		3		0		2		11		4	
				43.6%		42.0%		46.6%		46.7%		30.0%		0.0%		40.0%		52.4%		33.3%	
	高リスク	120未満 (150未満)	67		32		15		14		6		1		1		10		8		
			37.4%		39.5%		25.9%		46.7%		60.0%		50.0%		20.0%		47.6%		66.7%		
		再掲	100未満 (130未満) ※1	4		2		0		1		1		1		0		1		0	
				2.2%		2.5%		0.0%		3.3%		10.0%		50.0%		0.0%		4.8%		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)		9		3		6		0		0		0		0		0		
					5.0%		3.7%		10.3%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		

※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。

図表 73 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	438	－	122	27.9%	16	13.1%	16	13.1%	7	5.7%	15	12.3%	2	1.6%	16	13.1%	8	6.6%	27	22.1%
	男性	220	100%	70	31.8%	10	14.3%	5	7.1%	4	5.7%	6	8.6%	1	1.4%	10	14.3%	7	10.0%	17	24.3%
	女性	218	100%	52	23.9%	6	11.5%	11	21.2%	3	5.8%	9	17.3%	1	1.9%	6	11.5%	1	1.9%	10	19.2%

南小国町調べ

図表 74 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	84		31	36.9%	25	80.6%	6	19.4%
男性	46	24.1%	16	34.8%	12	75.0%	4	25.0%
女性	38	17.4%	15	39.5%	13	86.7%	2	13.3%

南小国町調べ

3) 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、対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(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、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) 評価

データヘルス計画の短期的評価・中長期的評価の評価視点について年に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)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・地域包括支援センター)との連携が重要となります。

必要な情報及び実態の共有、対象者の引継ぎなどが円滑に進むよう、年度初め、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(食生活・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。

南小国町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しています。データヘルス計画の対象者は、南小国町国民健康保険被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で妊娠期からの保健事業についても、生活習慣病予防の支援を加え実施していく必要があると考えます。

特に、妊娠期や乳幼児健診で把握できる情報をもとに、ハイリスク者台帳を作成し、経過が確認できるようなフォロー体制の構築を行っていきます。

また、南小国町では 19 歳から受診できる若年健診を実施しています。より若い世代からの健康管理が大切であり、被保険者が自身の身体の状態を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

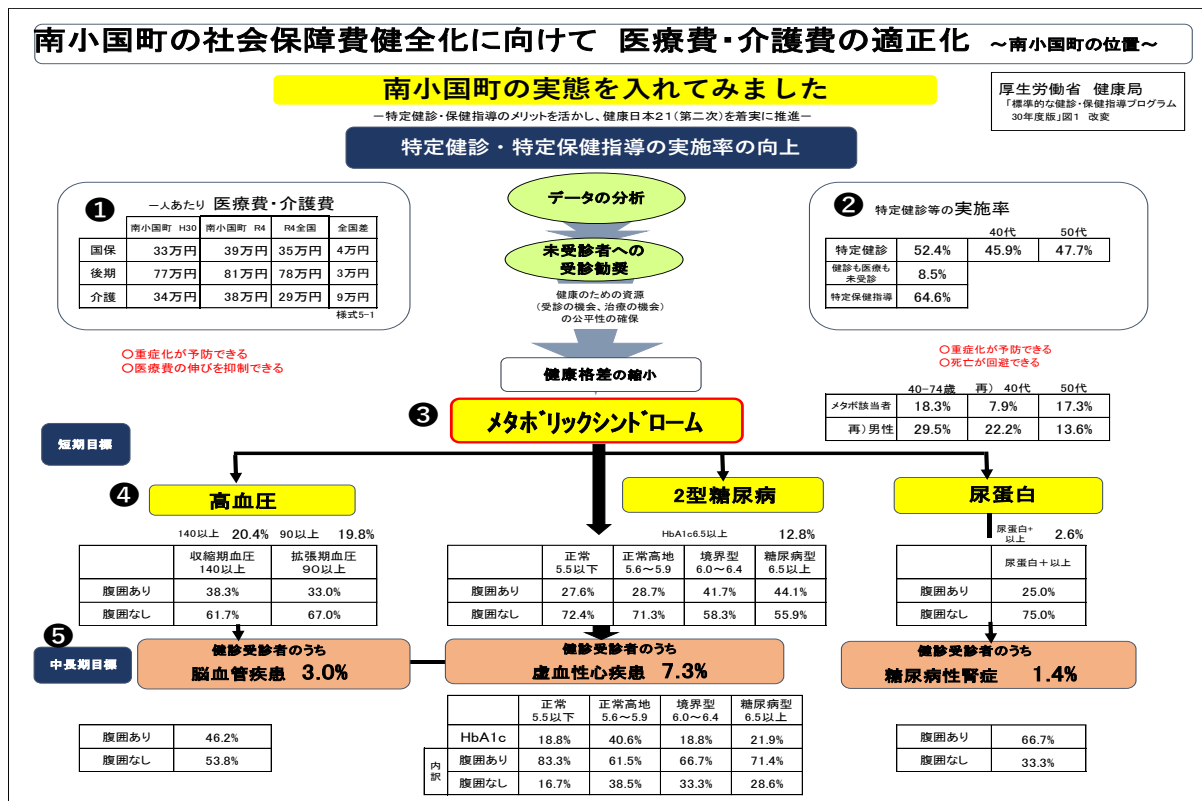
図表 76 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える　　―基本的考え方―　　（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）																		
発症予防			重症化予防															
1　根拠法 6条 健康増進事業実施者			健康増進法															
			母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全法）		高齢者の医療の確保に関する法律		（介護保険）			
2　計画			健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）															
3　年代			妊婦 （胎児期）		産婦	0歳～5歳				6歳～14歳		15～18歳	～29歳　30歳～39歳		40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上	
4　健康診査 （根拠法）			妊婦健康診査 （13条）		産婦健診 （13条）	乳幼児健康診査 （第12・13条）			保育所・幼稚園健康診断	児童・生徒の定期健康診断 （第11・12条）		定期健康診断 （第66条）		特定健康診査 （第18・20・21条）		後期高齢者健康診査 （第125条）		
			妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 （第13・44条）		標準的な特定健診・保健指導プログラム（第2章）			
5　対象者 健診内容			血糖	95mg/dl以上														
			HbA1c	6.5%以上														
			50GCT	1時間値 140mg/dl以上														
			75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上														
			（診断） 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの														
			身長 体重															
			BMI															
			肥満度				77° 18以上		肥満度15%以上			肥満度20%以上						
			尿糖	（+）以上														
			糖尿病家族歴															

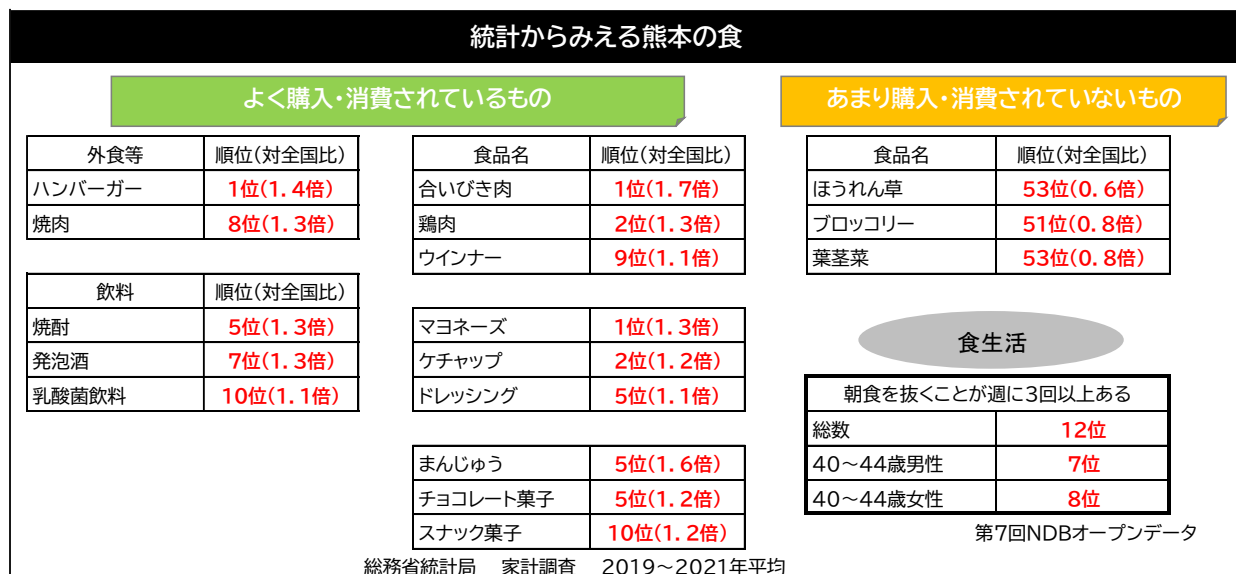
V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の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 77、78)

図表 77 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 78 統計からみえる熊本の食



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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた南小国町の位置

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南小国町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた南小国町の位置

R04年度

項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)				
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
1	①	人口構成	総人口		3,748		727,328		1,713,102		123,214,261		KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題			
			65歳以上(高齢化率)		1,511	40.3	301,058	41.4	540,538	31.6	35,335,805	28.7				
			75歳以上		801	21.4	--	--	282,460	16.5	18,248,742	14.8				
			65～74歳		710	18.9	--	--	258,078	15.1	17,087,063	13.9				
			40～64歳		1,109	29.6	--	--	543,167	31.7	41,545,893	33.7				
	39歳以下		1,128	30.1	--	--	629,397	36.7	46,332,563	37.6						
	②	産業構成	第1次産業		22.1		22.3		9.8		4.0		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題			
			第2次産業		14.2		20.6		21.1		25.0					
			第3次産業		63.7		57.2		69.1		71.0					
	③	平均寿命	男性		81.3		80.5		81.2		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握			
女性			87.1		87.0		87.5		87.0							
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性		81.0		79.3		80.4		80.1						
		女性		83.9		84.2		85.0		84.4						
2	①	死亡の状況	標準化死亡率比 (SMR)	男性	100.0		101.6		94.9		100		KDB NO.1 地域全体像の把握			
				女性	102.1		99.9		94.5		100					
			死因	がん	23	62.2	3,423	47.4	5,349	48.2	378,272	50.6				
				心臓病	9	24.3	2,064	28.6	3,242	29.2	205,485	27.5				
				脳疾患	3	8.1	1,188	16.4	1,547	13.9	102,900	13.8				
				糖尿病	0	0.0	138	1.9	202	1.8	13,896	1.9				
				腎不全	1	2.7	267	3.7	476	4.3	26,946	3.6				
				自殺	1	2.7	146	2.0	282	2.5	20,171	2.7				
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計										厚労省HP 人口動態調査			
			男性													
			女性													
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		322	22.0	59,331	19.9	108,069	20.2	6,724,030	19.4	KDB NO.1 地域全体像の把握			
			新規認定者		4	0.3	933	0.3	1,261	0.3	110,289	0.3				
			介護度別 総件数	要支援1.2	499	6.0	162,745	13.5	380,309	14.2	21,785,044	12.9				
				要介護1.2	5,043	60.4	568,999	47.1	1,309,567	49.0	78,107,378	46.3				
				要介護3以上	2,807	33.6	476,421	39.4	984,793	36.8	68,963,503	40.8				
			2号認定者		2	0.18	856	0.38	1,879	0.35	156,107	0.38				
	②	有病状況	糖尿病	64	20.8	13,461	21.6	25,945	23.1	1,712,613	24.3					
			高血圧症	195	58.9	33,454	54.3	65,761	58.7	3,744,672	53.3					
			脂質異常症	93	26.4	18,421	29.6	37,156	32.8	2,308,216	32.6					
			心臓病	212	64.3	37,325	60.8	73,556	65.7	4,224,628	60.3					
			脳疾患	75	24.2	13,424	22.1	25,387	22.8	1,568,292	22.6					
			がん	35	10.8	6,308	10.3	13,445	12.0	837,410	11.8					
			筋・骨格	213	63.5	33,542	54.6	66,287	59.2	3,748,372	53.4					
			精神	148	42.3	22,904	37.4	45,259	40.5	2,569,149	36.8					
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		381,394	576,285,596	323,222	97,308,660,154	310,858	168,030,405,720	290,668	100,742,742,226,869				
			1件当たり給付費(全体)		69,025		80,543		62,823		59,662					
			居宅サービス		43,223		42,864		42,088		41,272					
			施設サービス		279,427		288,059		303,857		296,364					
	④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	9,222		9,108		9,463		8,610					
			認定なし	4,958		4,544		4,221		4,020						
4	①	国保の状況	被保険者数		1,095		195,140		375,135		24,660,500		KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況			
			65～74歳		526				173,210		46.2			10,794,323	43.8	
			40～64歳		334		30.5				115,118			30.7	7,904,763	32.1
			39歳以下		235		21.5				86,807			23.1	5,961,414	24.2
			加入率		29.2		27.1		21.9		20.0					
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	54	0.3	208	0.6	8,237	0.3					
			診療所数	2	1.8	703	3.6	1,473	3.9	102,599	4.2					
			病床数	0	0.0	4,267	21.9	32,745	87.3	1,507,471	61.1					
			医師数	2	1.8	641	3.3	5,415	14.4	339,611	13.8					
			外来患者数	649.4		653.6		775.9		709.6						
			入院患者数	26.9		22.9		26.6		18.8						
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		397,882		367,527		413,234		358,522		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握			
			受診率		676.27		676.49		802.498		728.39					
			外 来	費用の割合	53.1		55.1		54.4		59.9					
				件数の割合	96.0		96.6		96.7		97.4					
			入 院	費用の割合	46.9		44.9		45.6		40.1					
				件数の割合	4.0		3.4		3.3		2.6					
			1件あたり在院日数		17.2日		16.2日		18.2日		16.0日					

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん		65,167,890	29.3	32.8	27.2	32.0	KDB NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる 地域の健康課題																				
			慢性腎不全(透析あり)		21,751,950	9.8	6.1	10.7	8.3																					
			糖尿病		24,977,510	11.2	11.2	10.9	10.4																					
			高血圧症		14,550,030	6.5	6.5	6.0	5.8																					
			脂質異常症		5,567,770	2.5	3.4	3.3	4.0																					
			脳梗塞・脳出血		9,779,490	4.4	4.0	3.6	4.0																					
			狭心症・心筋梗塞		4,359,990	2.0	2.8	2.0	2.8																					
			精神		27,592,240	12.4	14.6	18.7	15.0																					
			筋・骨格		47,099,220	21.2	17.4	16.5	16.6																					
			5	⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	794	0.4		363	0.2	444	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分類)															
糖尿病	1,026	0.6					1,389	0.8	2,212	1.2	1,235	0.9																		
脂質異常症	—	—					76	0.0	119	0.1	57	0.0																		
脳梗塞・脳出血	8,245	4.4					6,827	4.1	7,167	3.8	6,468	4.5																		
虚血性心疾患	4,027	2.2					4,500	2.7	3,442	1.8	4,199	2.9																		
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	腎不全			3,167	1.7	4,305	2.6	5,501	2.9	4,409	3.1																		
		高血圧症			12,494	5.9	12,436	6.1	12,471	5.5	10,703	5.0																		
		糖尿病			22,315	10.6	21,206	10.5	21,647	9.6	18,816	8.8																		
		脂質異常症			5,085	2.4	6,646	3.3	6,985	3.1	7,503	3.5																		
		脳梗塞・脳出血			631	0.3	934	0.5	635	0.3	884	0.4																		
6	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,549	2,915	2,467	2,087	KDB NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる 地域の健康課題																					
				健診未受診者	11,963	13,340	13,611	13,715																						
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	11,309	8,820	6,746	6,161																						
				健診未受診者	38,122	40,357	37,213	40,479																						
				健診・レセ 突合	受診勧奨者	277	65.8	36,450		58.3	54,318	56.9	3,419,396	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握															
		医療機関受診率 医療機関非受診率	248		58.9	32,495	52.0	49,217	51.5	3,145,545	52.4																			
			29		6.9	3,955	6.3	5,101	5.3	273,851	4.6																			
			①		健診受診者	421	62,519	95,484	5,999,930	5	特定健診の 状況 県内市町村数 47市町村 同規模市区町村数 274市町村	メタボ	該当者	77		18.3	13,887	22.2	19,981	20.9	1,236,157	20.6	KDB NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる 地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握							
			男性		62	29.5	9,720	32.3	13,968					32.4		850,990	32.9													
		女性	15	7.1	4,167	12.8	6,013	11.5	385,167					11.3																
予備群	55	13.1	7,780	12.4	11,573	12.1	664,378	11.1																						
男性	40	19.0	5,523	18.4	7,954	18.5	459,829	17.8																						
女性	15	7.1	2,257	7.0	3,619	6.9	204,549	6.0																						
7	⑦	メ タ ボ 該 当 ・ 予 備 群 レ ベ ル	BMI	総数	136	32.3	23,952	38.3	34,912				36.6	2,093,140	34.9	6	⑧	問診の状況	服薬	高血圧	173	41.1		24,538	39.3	36,793	38.5	2,212,738	36.9	KDB NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病	47	11.2	6,716	10.8	9,027				9.5	536,761	8.9															
				脂質異常症	99	23.5	17,112	27.4	26,066				27.3	1,748,878	29.2															
				既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	15	3.6	2,034	3.3				2,914	3.1	191,098					3.3										
					心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	19	4.5	3,656	5.9	5,416	5.7	334,592	5.7																	
					腎不全	3	0.7	566	0.9	654	0.7	49,526	0.8																	
		貧血	62		14.7	5,363	8.8	10,292	11.0	623,853	10.7																			
		8	⑧	生活習慣の 状況	喫煙	週3回以上朝食を抜く	64	15.2	10,267	16.4	13,096	13.7	763,799	12.7	KDB NO.1 地域全体像の把握															
						週3回以上食後間食(～H29)	38	9.0	5,550	9.4	8,752	10.1	524,122	9.6																
						週3回以上就寝前夕食(H30～)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0																
週3回以上就寝前夕食	58					13.8	10,136	17.1	13,017	14.8	804,080	14.7																		
週3回以上就寝前夕食	58					13.8	10,136	17.1	13,017	14.8	804,080	14.7																		
食べる速度が速い	121					28.7	16,521	28.0	24,014	27.3	1,441,633	26.4																		
20歳時体重から10kg以上増加	164					39.0	21,716	36.6	31,422	36.1	1,896,304	34.5																		
1回30分以上運動習慣なし	281					66.7	40,253	67.5	53,877	61.2	3,245,295	59.2																		
1日1時間以上運動なし	190					45.1	28,321	47.6	44,230	50.3	2,603,183	47.4																		
睡眠不足	91					21.6	14,480	24.5	21,376	24.3	1,364,352	24.9																		
9	⑨	生活習慣の 状況	毎日飲酒	毎日飲酒	101	24.0	15,957	26.5	24,813	26.4	1,411,626	24.6	KDB NO.1 地域全体像の把握																	
				時々飲酒	121	28.7	13,842	23.0	22,288	23.7	1,275,564	22.2																		
				一日飲酒量	281	68.2	21,335	54.7	51,671	68.7	2,677,669	65.6																		
				1～2合	91	22.1	10,999	28.2	16,825	22.4	940,908	23.1																		
				2～3合	38	9.2	4,986	12.8	5,379	7.1	359,082	8.8																		
				3合以上	2	0.5	1,688	4.3	1,362	1.8	101,477	2.5																		
				⑩	1合未満	281	68.2	21,335	54.7	51,671	68.7	2,677,669		65.6																
				1～2合	91	22.1	10,999	28.2	16,825	22.4	940,908	23.1																		
				2～3合	38	9.2	4,986	12.8	5,379	7.1	359,082	8.8																		
				3合以上	2	0.5	1,688	4.3	1,362	1.8	101,477	2.5																		

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

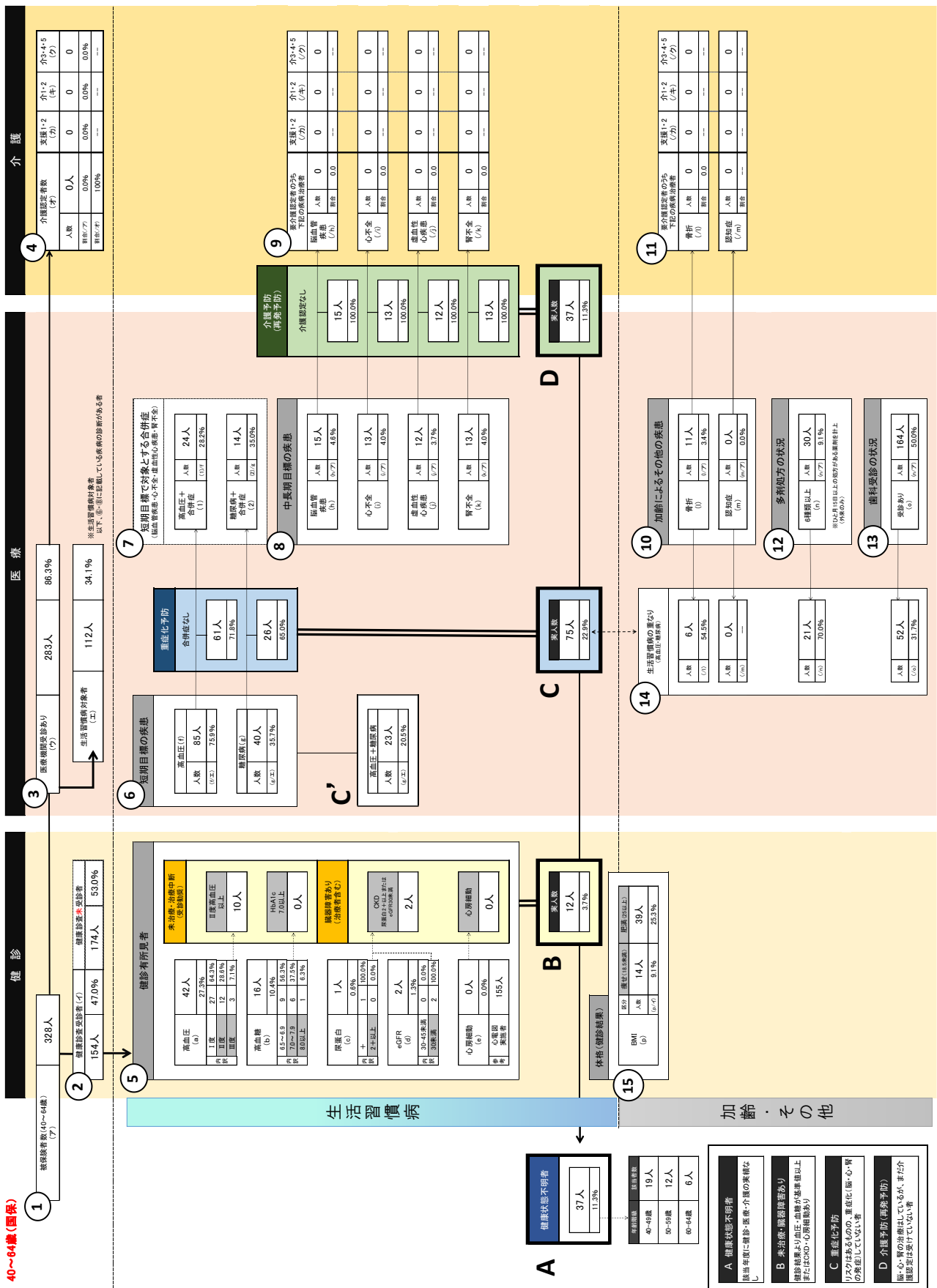
① 40～64歳(国保)

南小国町

令和4年度

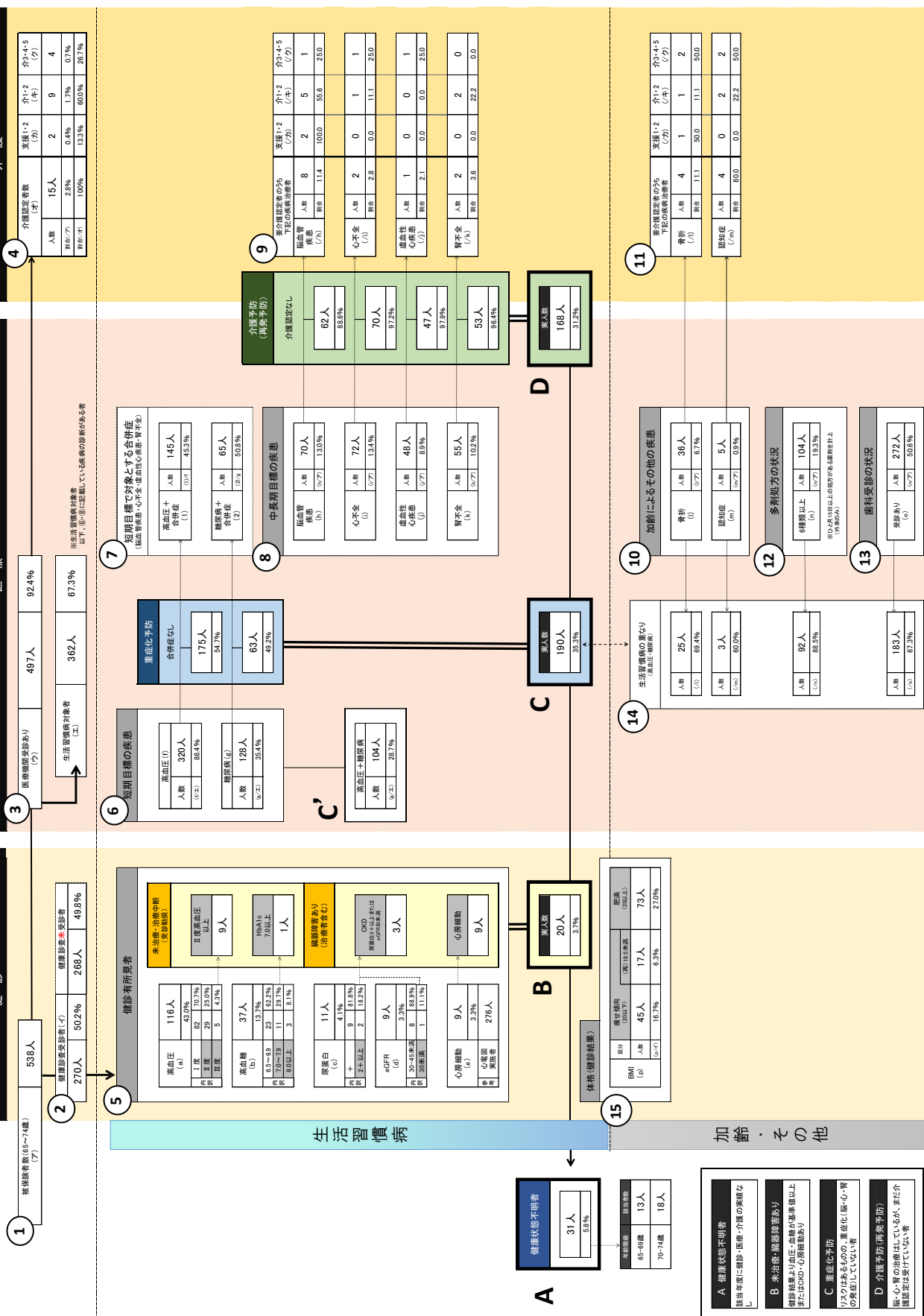
参考：【KOB】介入支援対象者一覧(治療・重症化予防)
【KOB】介入支援対象者一覧(健康増進)

E表(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する)



獲

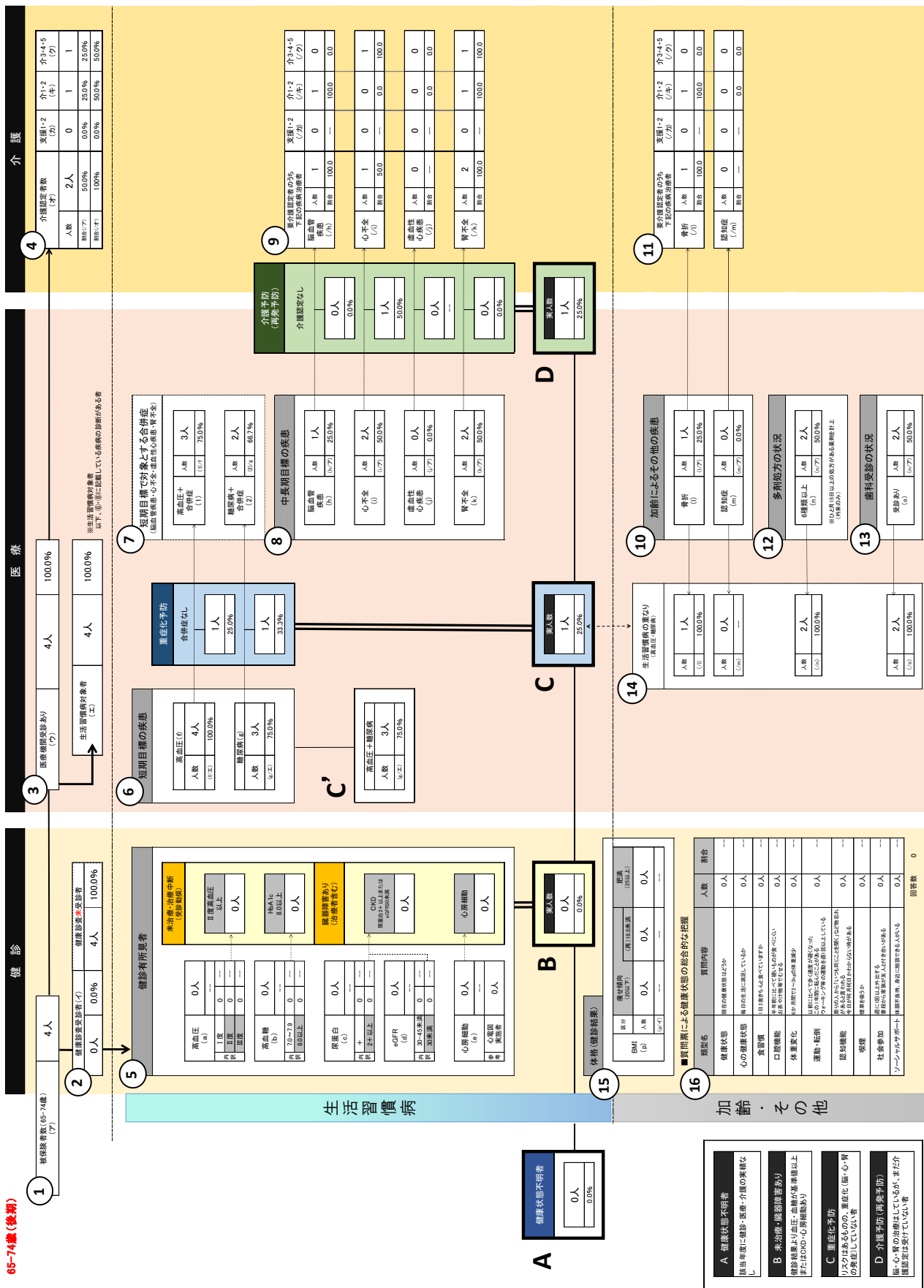
② 65～74 歳(国保)



【KOB】厚生労働省様式1-1
特定健診等データ管理システム【FKAC171】

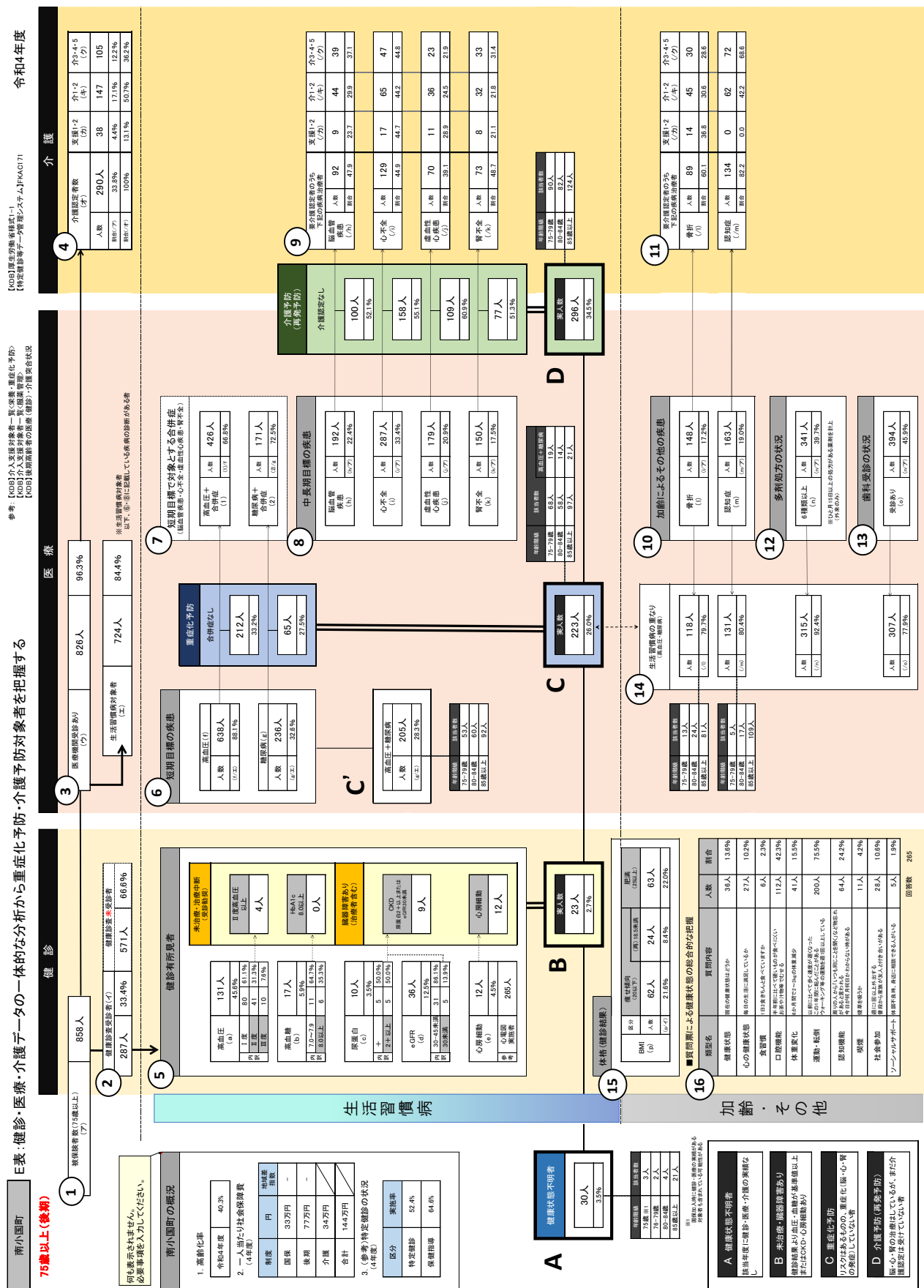
↑
諸

③ 65～74 歳(後期)



④ 75 歳以上(後期)

E表 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する

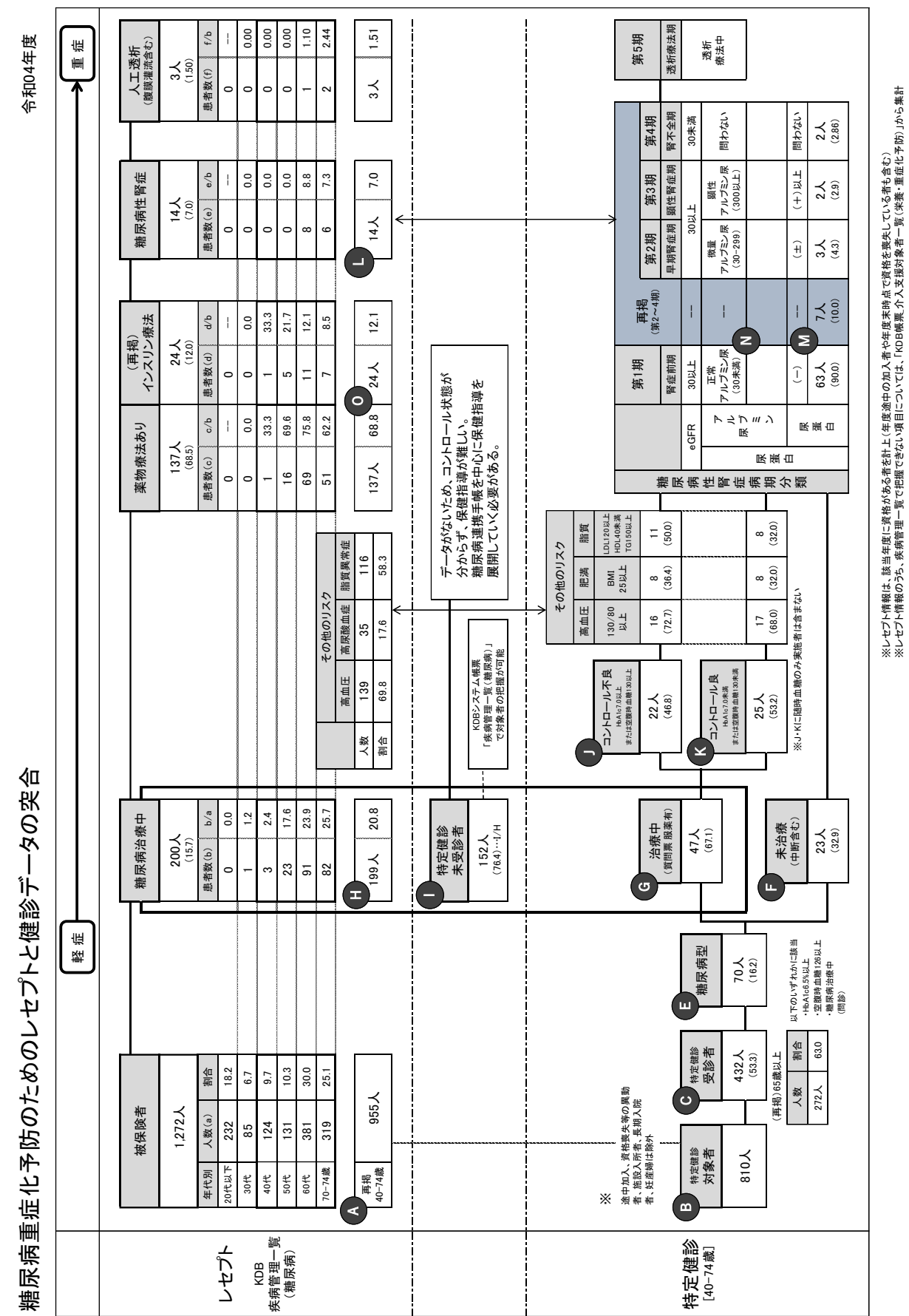


参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

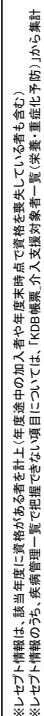
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			突 合 表	南小国町										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	1,421人		1,327人		1,251人		1,190人		1,163人			
	②	(再掲)40～74歳		1,041人		1,007人		965人		935人		918人			
2	①	対象者数	B	848人		895人		881人		848人		801人			
	②	特定健診 受診者数	C	485人		463人		443人		445人		438人			
	③	受診率		57.2%		51.7%		50.3%		52.5%		—			
3	①	特定 保健指導 対象者数		51人		43人		43人		51人		48人			
	②	実施率		66.7%		55.8%		67.4%		66.7%		64.6%			
4	①	糖尿病型	E	74人	15.3%	69人	14.9%	74人	16.7%	76人	17.1%	72人	16.4%		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	18人	24.3%	21人	30.4%	34人	45.9%	28人	36.8%	23人	31.9%		
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	56人	75.7%	48人	69.6%	40人	54.1%	48人	63.2%	49人	68.1%		
	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	26人	46.4%	27人	56.3%	19人	47.5%	26人	54.2%	23人	46.9%		
	⑤	血圧 130/80以上		13人	50.0%	15人	55.6%	12人	63.2%	19人	73.1%	16人	69.6%		
	⑥	肥満 BMI25以上		5人	19.2%	6人	22.2%	6人	31.6%	10人	38.5%	8人	34.8%		
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖(130未満)	K	30人	53.6%	21人	43.8%	21人	52.5%	22人	45.8%	26人	53.1%		
	⑧	第1期 尿蛋白(－)	M	67人	90.5%	59人	85.5%	58人	78.4%	71人	93.4%	65人	90.3%		
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		2人	2.7%	3人	4.3%	7人	9.5%	1人	1.3%	3人	4.2%		
	⑩	第3期 尿蛋白(＋)以上		3人	4.1%	6人	8.7%	8人	10.8%	3人	3.9%	2人	2.8%		
	⑪	第4期 eGFR30未満		2人	2.7%	1人	1.4%	1人	1.4%	1人	1.3%	2人	2.8%		
5	①	糖尿病受診率(被保険者千対)		90.8人		94.2人		90.3人		97.5人		99.7人			
	②	(再掲)40～74歳(被保険者千対)		123.9人		124.1人		117.1人		124.1人		126.4人			
	③	レセプト件数 (40～74歳 1千人は糖尿病千対)		872件	(867.7)	893件	(910.3)	879件	(930.2)	841件	(920.1)	794件	(923.3)	136,930件	(893.2)
	④	入院外(件数)		7件	(7.0)	6件	(6.1)	6件	(6.3)	6件	(6.6)	2件	(2.3)	658件	(4.3)
	⑤	糖尿病治療中	H	129人	9.1%	125人	9.4%	113人	9.0%	116人	9.7%	116人	10.0%		
	⑥	(再掲)40～74歳		129人	12.4%	125人	12.4%	113人	11.7%	116人	12.4%	116人	12.6%		
	⑦	健診未受診者	I	73人	56.6%	69人	55.2%	73人	64.6%	68人	58.6%	67人	57.8%		
	⑧	インスリン治療	O	11人	8.5%	14人	11.2%	14人	12.4%	15人	12.9%	17人	14.7%		
	⑨	(再掲)40～74歳		11人	8.5%	14人	11.2%	14人	12.4%	15人	12.9%	17人	14.7%		
	⑩	糖尿病性腎症	L	8人	6.2%	11人	8.8%	10人	8.8%	15人	12.9%	14人	12.1%		
	⑪	(再掲)40～74歳		8人	6.2%	11人	8.8%	10人	8.8%	15人	12.9%	14人	12.1%		
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		2人	1.6%	4人	3.2%	5人	4.4%	4人	3.4%	3人	2.6%		
	⑬	(再掲)40～74歳		2人	1.6%	4人	3.2%	5人	4.4%	4人	3.4%	3人	2.6%		
	⑭	新規透析患者数		1	0.8%	1	0.8%	0	－	0	－	0	－		
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		1	0.8%	1	0.8%	0	－	0	－	0	－		
	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)		7人	3.8%	9人	4.9%	8人	4.7%	8人	4.9%	8人	4.7%		
6	①	総医療費		4億5728万円		4億4475万円		4億6030万円		4億4743万円		4億3568万円		2億6175万円	
	②	生活習慣病総医療費		2億5429万円		2億5676万円		2億5166万円		2億1665万円		2億2235万円		1億4021万円	
	③	(総医療費に占める割合)		55.6%		57.7%		54.7%		48.4%		51.0%		53.6%	
	④	生活習慣病 対象者		10,418円		9,588円		7,638円		11,973円		11,309円		8,820円	
	⑤	一人あたり 健診未受診者		29,362円		34,859円		38,469円		31,258円		38,122円		40,357円	
	⑥	糖尿病医療費		2740万円		2785万円		2699万円		2633万円		2498万円		1572万円	
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		10.8%		10.8%		10.7%		12.2%		11.2%		11.2%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費		6825万円		7283万円		7377万円		7841万円		6323万円			
	⑨	1件あたり		41,288円		43,821円		46,046円		49,658円		42,984円			
	⑩	糖尿病入院総医療費		4098万円		4020万円		4635万円		5998万円		5957万円			
	⑪	1件あたり		422,488円		484,380円		558,449円		778,917円		763,657円			
	⑫	在院日数		10日		16日		16日		14日		15日			
	⑬	慢性腎不全医療費		4767万円		3081万円		3079万円		2215万円		2279万円		957万円	
7	①	介護給付費		5億1405万円		5億2545万円		5億6410万円		5億7001万円		5億7629万円		3億5514万円	
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		1件	#VALUE!	1件	100.0%	1件	100.0%	0件	#VALUE!	0件	#VALUE!		
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		1人	1.4%	1人	1.4%	2人	2.7%	0人	0.0%	0人	0.0%	267人	1.0%

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



脂質異常症重症化予防のためのレポートと健診データの実合



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											
								合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる							
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	490	165	33.7%	192	39.2%	81	16.5%	25	5.1%	20	4.1%	7	1.4%	16	3.3%	5	1.0%		
H30	480	170	35.4%	190	39.6%	76	15.8%	23	4.8%	13	2.7%	8	1.7%	11	2.3%	5	1.0%		
R01	463	173	37.4%	161	34.8%	85	18.4%	23	5.0%	15	3.2%	6	1.3%	14	3.0%	5	1.1%		
R02	443	80	18.1%	174	39.3%	131	29.6%	33	7.4%	21	4.7%	4	0.9%	12	2.7%	2	0.5%		
R03	444	99	22.3%	168	37.8%	119	26.8%	29	6.5%	21	4.7%	8	1.8%	18	4.1%	2	0.5%		
R04	426	102	23.9%	163	38.3%	108	25.4%	31	7.3%	18	4.2%	4	0.9%	11	2.6%	3	0.7%		

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)7.0以上	再掲											
						未治療	治療										
H29	490	165 33.7%	192 39.2%	81 16.5%	52	25	27										
					10.6%	48.1%	51.9%										
					27 5.5%	10 37.0%	17 63.0%										
H30	480	170 35.4%	190 39.6%	76 15.8%	44	9	35										
					9.2%	20.5%	79.5%										
					21 4.4%	4 19.0%	17 81.0%										
R01	463	173 37.4%	161 34.8%	85 18.4%	44	15	29										
					9.5%	34.1%	65.9%										
					21 4.5%	4 19.0%	17 81.0%										
R02	443	80 18.1%	174 39.3%	131 29.6%	58	29	29										
					13.1%	50.0%	50.0%										
					25 5.6%	8 32.0%	17 68.0%										
R03	444	99 22.3%	168 37.8%	119 26.8%	58	22	36										
					13.1%	37.9%	62.1%										
					29 6.5%	6 20.7%	23 79.3%										
R04	426	102 23.9%	163 38.3%	108 25.4%	53	18	35										
					12.4%	34.0%	66.0%										
					22 5.2%	3 13.6%	19 86.4%										

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																			
																合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる															
								5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上													
								人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	42	8.6%	0	0.0%	4	9.5%	11	26.2%	10	23.8%	13	31.0%	4	9.5%	10	23.8%	3	7.1%																
	H30	55	11.5%	2	3.6%	6	10.9%	12	21.8%	18	32.7%	10	18.2%	7	12.7%	10	18.2%	4	7.3%																
	R01	48	10.4%	0	0.0%	2	4.2%	17	35.4%	12	25.0%	13	27.1%	4	8.3%	12	25.0%	3	6.3%																
	R02	40	9.0%	1	2.5%	2	5.0%	8	20.0%	12	30.0%	15	37.5%	2	5.0%	6	15.0%	1	2.5%																
	R03	48	10.8%	3	6.3%	2	4.2%	7	14.6%	13	27.1%	16	33.3%	7	14.6%	13	27.1%	1	2.1%																
	R04	47	11.0%	0	0.0%	2	4.3%	10	21.3%	16	34.0%	15	31.9%	4	8.5%	10	21.3%	3	6.4%																
治療なし	H29	448	91.4%	165	36.8%	188	42.0%	70	15.6%	15	3.3%	7	1.6%	3	0.7%	6	1.3%	2	0.4%																
	H30	425	88.5%	168	39.5%	184	43.3%	64	15.1%	5	1.2%	3	0.7%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%																
	R01	415	89.6%	173	41.7%	159	38.3%	68	16.4%	11	2.7%	2	0.5%	2	0.5%	2	0.5%	2	0.5%																
	R02	403	91.0%	79	19.6%	172	42.7%	123	30.5%	21	5.2%	6	1.5%	2	0.5%	6	1.5%	1	0.2%																
	R03	396	89.2%	96	24.2%	166	41.9%	112	28.3%	16	4.0%	5	1.3%	1	0.3%	5	1.3%	1	0.3%																
	R04	379	89.0%	102	26.9%	161	42.5%	98	25.9%	15	4.0%	3	0.8%	0	0.0%	1	0.3%	0	0.0%																

参考資料8 血圧の年次比較

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	490	154	31.4%	70	14.3%	125	25.5%	105	21.4%	28	5.7%	8	1.6%
H30	480	166	34.6%	76	15.8%	120	25.0%	87	18.1%	23	4.8%	8	1.7%
R01	463	145	31.3%	72	15.6%	130	28.1%	89	19.2%	21	4.5%	6	1.3%
R02	443	137	30.9%	62	14.0%	114	25.7%	89	20.1%	38	8.6%	3	0.7%
R03	445	126	28.3%	55	12.4%	132	29.7%	94	21.1%	29	6.5%	9	2.0%
R04	426	92	21.6%	62	14.6%	110	25.8%	110	25.8%	43	10.1%	9	2.1%

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Ⅲ度高血圧	再掲													
						未治療	治療												
H29	490	224 45.7%	125 25.5%	105 21.4%	36 7.3%	25 69.4%	11 30.6%												
					8 1.6%	8 100.0%	0 0.0%	1.6%											
H30	480	242 50.4%	120 25.0%	87 18.1%	31 6.5%	23 74.2%	8 25.8%												
					8 1.7%	7 87.5%	1 12.5%	1.7%											
R01	463	217 46.9%	130 28.1%	89 19.2%	27 5.8%	17 63.0%	10 37.0%												
					6 1.3%	6 100.0%	0 0.0%	1.3%											
R02	443	199 44.9%	114 25.7%	89 20.1%	41 9.3%	23 56.1%	18 43.9%												
					3 0.7%	1 33.3%	2 66.7%	0.7%											
R03	445	181 40.7%	132 29.7%	94 21.1%	38 8.5%	22 57.9%	16 42.1%												
					9 2.0%	7 77.8%	2 22.2%	2.0%											
R04	426	154 36.2%	110 25.8%	110 25.8%	52 12.2%	32 61.5%	20 38.5%												
					9 2.1%	7 77.8%	2 22.2%	2.1%											

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	162	33.1%	30	18.5%	28	17.3%	47	29.0%	46	28.4%	11	6.8%
	H30	143	29.8%	23	16.1%	26	18.2%	49	34.3%	37	25.9%	7	4.9%
	R01	161	34.8%	32	19.9%	27	16.8%	49	30.4%	43	26.7%	10	6.2%
	R02	159	35.9%	30	18.9%	23	14.5%	47	29.6%	41	25.8%	16	10.1%
	R03	172	38.7%	21	12.2%	22	12.8%	68	39.5%	45	26.2%	14	8.1%
	R04	177	41.5%	19	10.7%	24	13.6%	55	31.1%	59	33.3%	18	10.2%
治療なし	H29	328	66.9%	124	37.8%	42	12.8%	78	23.8%	59	18.0%	17	5.2%
	H30	337	70.2%	143	42.4%	50	14.8%	71	21.1%	50	14.8%	16	4.7%
	R01	302	65.2%	113	37.4%	45	14.9%	81	26.8%	46	15.2%	11	3.6%
	R02	284	64.1%	107	37.7%	39	13.7%	67	23.6%	48	16.9%	22	7.7%
	R03	273	61.3%	105	38.5%	33	12.1%	64	23.4%	49	17.9%	15	5.5%
	R04	249	58.5%	73	29.3%	38	15.3%	55	22.1%	51	20.5%	25	10.0%

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	490	256	52.2%	115	23.5%	76	15.5%	32	6.5%	11	2.2%
	H30	480	226	47.1%	121	25.2%	85	17.7%	36	7.5%	12	2.5%
	R01	463	213	46.0%	106	22.9%	90	19.4%	36	7.8%	18	3.9%
	R02	443	234	52.8%	98	22.1%	72	16.3%	27	6.1%	12	2.7%
	R03	445	218	49.0%	109	24.5%	64	14.4%	43	9.7%	11	2.5%
	R04	426	214	50.2%	100	23.5%	70	16.4%	32	7.5%	10	2.3%
男性	H29	235	132	56.2%	50	21.3%	34	14.5%	16	6.8%	3	1.3%
	H30	237	126	53.2%	60	25.3%	31	13.1%	15	6.3%	5	2.1%
	R01	223	116	52.0%	44	19.7%	39	17.5%	16	7.2%	8	3.6%
	R02	215	123	57.2%	46	21.4%	27	12.6%	12	5.6%	7	3.3%
	R03	215	116	54.0%	45	20.9%	30	14.0%	17	7.9%	7	3.3%
	R04	211	111	52.6%	43	20.4%	37	17.5%	15	7.1%	5	2.4%
女性	H29	255	124	48.6%	65	25.5%	42	16.5%	16	6.3%	8	3.1%
	H30	243	100	41.2%	61	25.1%	54	22.2%	21	8.6%	7	2.9%
	R01	240	97	40.4%	62	25.8%	51	21.3%	20	8.3%	10	4.2%
	R02	228	111	48.7%	52	22.8%	45	19.7%	15	6.6%	5	2.2%
	R03	230	102	44.3%	64	27.8%	34	14.8%	26	11.3%	4	1.7%
	R04	215	103	47.9%	57	26.5%	33	15.3%	17	7.9%	5	2.3%

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)180以上	未治療	治療					
H29	490	256 52.2%	115 23.5%	76 15.5%	43 8.8%	41 95.3%	2 4.7%					
					11 2.2%	11 100.0%	0 0.0%	2.2%				
H30	480	226 47.1%	121 25.2%	85 17.7%	48 10.0%	46 95.8%	2 4.2%					
					12 2.5%	11 91.7%	1 8.3%	2.5%				
R01	463	213 46.0%	106 22.9%	90 19.4%	54 11.7%	49 90.7%	5 9.3%					
					18 3.9%	15 83.3%	3 16.7%	3.9%				
R02	443	234 52.8%	98 22.1%	72 16.3%	39 8.8%	37 94.9%	2 5.1%					
					12 2.7%	11 91.7%	1 8.3%	2.7%				
R03	445	218 49.0%	109 24.5%	64 14.4%	54 12.1%	49 90.7%	5 9.3%					
					11 2.5%	11 100.0%	0 0.0%	2.5%				
R04	426	214 50.2%	100 23.5%	70 16.4%	42 9.9%	39 92.9%	3 7.1%					
					10 2.3%	10 100.0%	0 0.0%	2.3%				

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	91	18.6%	69	75.8%	13	14.3%	7	7.7%	2	2.2%	0	0.0%
	H30	100	20.8%	63	63.0%	25	25.0%	10	10.0%	1	1.0%	1	1.0%
	R01	98	21.2%	64	65.3%	19	19.4%	10	10.2%	2	2.0%	3	3.1%
	R02	98	22.1%	76	77.6%	13	13.3%	7	7.1%	1	1.0%	1	1.0%
	R03	101	22.7%	70	69.3%	17	16.8%	9	8.9%	5	5.0%	0	0.0%
	R04	102	23.9%	66	64.7%	20	19.6%	13	12.7%	3	2.9%	0	0.0%
治療なし	H29	399	81.4%	187	46.9%	102	25.6%	69	17.3%	30	7.5%	11	2.8%
	H30	380	79.2%	163	42.9%	96	25.3%	75	19.7%	35	9.2%	11	2.9%
	R01	365	78.8%	149	40.8%	87	23.8%	80	21.9%	34	9.3%	15	4.1%
	R02	345	77.9%	158	45.8%	85	24.6%	65	18.8%	26	7.5%	11	3.2%
	R03	344	77.3%	148	43.0%	92	26.7%	55	16.0%	38	11.0%	11	3.2%
	R04	324	76.1%	148	45.7%	80	24.7%	57	17.6%	29	9.0%	10	3.1%

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

南小国町国民健康保険

令和6年3月

南小国町 町民課

〒869-2492 阿蘇郡南小国町大字赤馬場143番地

TEL 0967-42-1111 FAX0967-42-1122