第３期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第１章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

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」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。)の一部を改正する等により、健康・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）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

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、また、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)」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 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検討するとともに、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、 令和５年５月には「国民健康保険保健事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引き」が改定されている。

このように、すべ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る。

三股町においては、国の指針に基づき、「第 3 期保健事業実施計画（データヘルス計画)」を定め、被保険者の年代ごとの身体的な状況に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（ＱＯＬ）の維持及び向上が図られ、結果として、健康寿命の延伸、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

２．計画の位置付け

本計画は、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ある。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、宮崎県健康増進計画や三股町健康増進計画（いきいきげんきみまた２１（第２次））、宮崎県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表 1・2・3・4・5）

【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

令和６年度に向けての法定計画等

	健康日本２１ 健康増進計画	特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	介護保険事業（支援）計画	医療費適正化計画	医療計画
法律	健康増進法 第８条、第９条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118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
基本的な指針	厚生労働省　健康局 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 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 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 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	厚生労働省　老健局 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 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 令和６～17年（第３次）	法定 令和６～11年（第４期）	指針 令和６～11年（第３期）	法定 令和６～８年（第９期）	法定 令和６～11年（第４期）	法定 令和６～11年（第８次）
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	都道府県：義務 市町村：義務	都道府県：義務	都道府県：義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を 抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療の伸びの抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民皆保険を堅持し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図っていく。	療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。

【図表 2】標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版図１　一部改変）

図１

【図表 3】保健事業(健診・保健指導)の PDCA サイクル

図３

【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】P1-1～1-24、3-1～3-17、3-69～3-73、4-6～4-13、厚生労働省様式５－５参考

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

３．計画期間

本計画の期間については、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（平成 16 年厚生労働省告示第 307 号　以下「指針」という。）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」としていること、また、国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き（令和 5 年 5 月改正）（以下、「手引き」という。）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、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが令和 6 年度から令和 11 年度までを次期計画期間としていることから、計画期間を令和 6 年度から令和 11 年度の 6 年間とする。

４.関係者が果たすべき役割と連携

１）　保険者（三股町国民健康保険）の役割

三股町においては、町民保健課国保年金係が主体となりデータヘルス計画を策定する。特に町民保健課健康推進係の保健師等の専門職と連携し、一体となって計画策定を進めていく。

また、被保険者の健康の保持増進には幅広い部局が関わっており、具体的には、町民保健課健康推進係、高齢者支援課介護高齢者係、福祉課社会福祉係、企画商工課企画政策係とも十分連携する。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・チームの業務を明確化・標準化するとともに、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、定期的に事業計画の進捗確認と評価に係る協議会の定期開催をする等の体制を整えることとした。　（図表 6、7）

【図表 6】ストラクチャー評価（保健事業体制と主な保健事業の分担）

保:保健師　管栄:管理栄養士　事:事務　◎主担当　○副担当

	事（補佐）	事（係長）	事	保（補佐）	保	保	保	保	保	保	保	管栄（係長）	管栄	事
国保事務	◎	○												
健康診断	○	○	○	○		◎		○	○			○	○	
保健指導	○	○							○			○	◎	
一体的事業			○			◎		○				○	○	
がん検診												◎		○
食育推進事業									○			○	◎	
予防接種・感染症				○			◎						◎	○
母子保健					◎					○	○			
歯科保健					○					○	○	◎		○

【図表 7】三股町の実施体制図

２）外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となる。

外部有識者等とは、宮崎県国民健康保険団体連合会（以下「宮崎県国保連」という。）及び宮崎県国保連に設置される宮崎県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会（以下、「支援・評価委員会」という）等のことをいう。

宮崎県国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。また、宮崎県国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際、健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

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、特に三股町国保の保険者機能の強化については、宮崎県の関与が更に重要となる。このため、三股町国保は、計画素案について宮崎県関係課と意見交換を行い、連携に努める。また、三股町国保と都城市北諸県郡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、宮崎県が宮崎県医師会等との連携を推進することが重要である。

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、宮崎県保険者協議会等を活用することも有用である。

３）被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要である。

５．保険者努力支援制度

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

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分を創設し、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押ししている。（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、保険者は同制度を有効に活用し、より質の高い保健事業の実施に向けて積極的かつ効果的な活用を進めていく。

【図表 8】保険者努力支援制度（評価指標：市町村分）

評価指標		令和３年度		令和４年度		令和５年度	
		三股町	配点	三股町	配点	三股町	配点
交付額（万円）		1,084		1,133		1,285	
全国順位（1,741市町村中）		879		765		322	
共通①	特定健診受診率	55	70	30	70	90	70
	特定保健指導実施率		70		70		70
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率		50		50		50
共通②	がん検診受診率	20	40	30	40	27	40
	歯科検診受診率		30		30		35
共通③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	80	110	100	100
共通④	個人のインセンティブ提供	105	90	40	60	55	45
	個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	25	50	50	50	50	50
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	80	130	110	130	80	130
	後発医薬品の使用割合						
固有①	保険料（税）収納率	0	100	50	100	50	100
固有②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
固有③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
固有④	地域包括ケア・一体的実施	10	30	30	30	40	40
固有⑤	第三者求償の取組	31	40	38	50	40	50
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	72	95	70	100	79	100
合計点		553	1,000	578	960	651	940

【図表 8-2】令和 5 年度　共通指標、固有指標の国・県との比較

第２章　第２期計画に係る評価及び考察と第３期計画における健康課題の明確化

１．保険者の特性

三股町の人口は令和 4 年度 25,533 人で平成 30 年度（25,420 人）以降、ほぼ横ばいである。65 歳以上人口の占める割合（高齢化率）は 28.4%で国や県、同規模と比較すると高齢化率は低い。

被保険者の構成をみると、令和 4 年度の国保加入者は 5,121 人で、平成 30 年度の（5,722 人）と比較して 601 人減少している。加入率は国や県、同規模と比較すると低い。

産業構成の割合は国と比較して第 1 次産業及び第 2 次産業が高く、県と比較して第 2 次産業が高い。（図表 9）

【図表 9】三股町の特性

R4	人口（人）	高齢化率（%）	被保険者数（加入率）	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
三股町	25,533	28.4	5,121（20.1）	8.7	10.4	0.5	7.1	26.1	66.8
同規模	28,952	29.1	5,965（20.6）	6.8	10.7	0.7	5.4	28.7	66
県	1,052,571	32.7	243,434（23.1）	7.3	13.4	0.4	11	21.1	67.9
国	123,214,261	28.7	27,488,882（22.3）	6.8	11.1	0.5	4	25	71

出典：ヘルスサポートラボツール様式 5-1
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

２．第２期計画に係る評価及び考察

１）第２期データヘルス計画の評価

第２期計画において、目標の設定を２つに分類した。

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、虚血性疾患、糖尿病性腎症を設定した。

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、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定した。

（１）中長期的な目標の達成状況

①介護給付費の状況

介護給付費の変化について、平成 30 年度と比較して、介護給付費、１件当たりの給付費のうち居宅サービスが減り、施設サービスは増えている。（図表 10）令和 4 年度の要介護認定率は 2 号（40～64 歳）被保険者で 0.30%、1 号（65 歳以上）被保険者で 14.6%と同規模、県、国と比較すると低く、平成 30 年度と比較すると 1 号被保険者、2 号被保険者いずれも減少している。（図表 11）

【図表 10】介護給付費の変化

		三股町		同規模(平均)	宮崎県	国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
介護給付費（千円）		1,910,073	1,838,388	2,184,934	100,722,415	10,074,274,227
1件当たり給付費（円）（全体）		72,873	68,464	63,000	70,156	59,662
	居宅サービス	51,019	49,881	41,449	50,961	41,272
	施設サービス	282,363	284,371	292,001	294,840	296,364

出典：ヘルスサポートラボツール様式 5-1

【図表 11】介護保険認定者（率）の状況

		三股町				同規模	宮崎県	国
		H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率		6482	25.8	7248	28.4	29.1	32.7	28.7
2号認定者		32	0.40	24	0.30	0.35	0.33	0.38
1号認定者数（認定率）		1,043	16.4	1,048	14.6	17.0	16.8	19.4
新規認定者		23	0.2	20	0.2	0.3	0.3	0.3
介護度別総件数	要支援1.2	3,260	12.4	4,150	15.5	13.9	10.8	12.9
	要介護1.2	10,961	41.8	11,835	44.1	45.9	45.8	46.3
	要介護3以上	11,990	45.7	10,867	40.5	40.2	43.4	40.8

出典：ヘルスサポートラボツール様式 5-1

②医療費の状況

三股町の令和 4 年度の総医療費は、平成 30 年度と比較して 1.5 億円の減少だが、一人当たりの医療費は約 1 万円伸び、同規模と比べて約 2 万円高くなっている。

また、入院医療費は全体レセプト件数の 3%程度でありながら、医療費全体の 45.5%を占めている。後期高齢者医療では、平成 30 年度と比較して 1 億円の増だが、一人当たりの医療費は約 3 万円減少しているが、県と比較すると約

3 万円多い。（図表 12､13）

【図表 12】医療費の変化

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		三股町		宮崎県	三股町		宮崎県
		H30年度	R4年度	R4年度	H30年度	R4年度	R4年度
費用額（円）		21億3121万円	19億7582万円	900億79万円	29億2889万円	30億2816万円	1502億3072万円
一人あたり実績医療費（円）		375,479	385,828	382,037	824,807	796,049	763,050
順位	県内（26市町村）	10位	16位				
	同規模(147)	16位	33位		51位	55位	

出典：ヘルスサポートラボツール様式 5-1

【図表 13】医療費の状況

		三股町				同規模	宮崎県	国
		H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数（人）		5,576		5,121		6,005	243,434	27,488,882
前期高齢者（65-74歳）割合（%）		44.8		50.0		46.8	46.7	40.5
総医療費（円）		2,131,220,510		1,975,826,170		2,169,264,215	93,000,795,058	933,742,343,776
一人あたり医療費（円）		375,479	県内10位 同規模16位	385,828	県内16位 同規模33位	361,243	382,037	339,680
外来	費用額	1,152,990,295		1,074,849,436		1,292,881,472	523,594,476,176	563,980,375,640
	費用の割合	54.1		54.4		59.6	56.3	60.4
	件数の割合	96.3		96.7		97.4	96.7	97.5
入院	費用額	978,230,215		900,976,734		876,382,743	40,641,347,440	369,761,968,136
	費用の割合	45.9		45.5		40.4	43.7	39.6
	件数の割合	3.7		3.3		2.6	3.3	2.5
一人あたり在院日数		17.2日		17.8日		16.0日	17.7日	15.7日

出典：ヘルスサポートラボツール様式 5-1

③中長期目標疾患の医療費の変化と治療状況

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の総医療費に占める割合は、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると減少し、同規模、県、国よりも低くなっている。（図表 14）

また、脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の患者数及び割合を平成 30 年度と令和 4 年度で比較すると、患者数及び割合は減少している。年代別でみると、40 歳未満の虚血性心疾患の割合及び人数が増加している。（図表 15）

【図表 14】中長期目標疾患の医療費の変化

			三股町		同規模(平均)	宮崎県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			2,131,220,510	1,975,826,170	2,154,770,278	93,000,733,620	9,337,411,479,190
生活習慣病医療費(円)			766,282,130.0	642,795,540	822,968,120	34,512,949,600	3,532,623,014,200
総医療費に占める割合			36.0%	32.5%	38.2%	37.1%	37.8%
中長期目標疾患医療費合計(円)			538,999,470	394,514,180	416,033,973	17,163,788,960	1,737,066,709,990
中長期目標疾患医療費割合(%)	脳	脳梗塞 脳出血	3.69	2.63	2.01	2.04	2.03
	心	狭心症 心筋梗塞	1.98	0.96	1.52	1.43	1.45
	腎	慢性腎不全(透析有)	7.47	4.94	4.24	4.61	4.26
		慢性腎不全(透析無)	0.60	0.25	0.31	0.24	0.29

出典：ヘルスサポートラボツール(データヘルス帳票)

【図表 15】中長期目標疾患の治療状況

中長期目標疾患			被保険者数		脳血管疾患 様式3-6		虚血性疾患 様式3-5		人工透析 様式3-7	
年齢区分			H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
全体		人数	5,866	5,350	313	267	231	194	37	25
		割合	100	100	5.3%	5.0%	3.9%	3.6%	0.6%	0.5%
再掲	65-74歳	人数	2,550	2,677	244	223	173	161	16	14
		割合	43.5%	50.0%	9.6%	8.3%	6.8%	6.0%	0.6%	0.5%
	40-64歳	人数	1,849	1,496	67	42	58	32	21	11
		割合	31.5%	28.0%	3.6%	2.8%	3.1%	2.1%	1.1%	0.7%
	40歳未満	人数	1,467	1,177	2	2	0	1	0	0
		割合	25.0%	22.0%	0.1%	0.2%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%

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

（２）短期的な目標の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、高血圧、脂質異常症の治療者の割合は増加している。また、糖尿病治療者は減少しているが、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害の患者数及び割合が増加している。(図表 16、17、18)

【図表 16】高血圧治療者の経年変化

高血圧様式3-3			合計		再掲					
					65～74歳		40～64歳		40歳未満	
			H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
被保険者数			5,866	5,350	2,550	2,677	1,849	1,496	1,467	1,177
高血圧症治療者		人数	1,462	1,388	1,079	1,105	376	275	7	8
		割合	24.9%	25.9%	42.3%	41.3%	20.3%	18.4%	0.5%	0.7%
中長期目標疾患	脳血管疾患	人数	242	212	196	181	45	31	1	0
		割合	16.6%	15.3%	18.2%	16.4%	12.0%	11.3%	14.3%	0.0%
	虚血性心疾患	人数	190	167	144	143	46	24	0	0
		割合	13.0%	12.0%	13.3%	12.9%	12.2%	8.7%	0.0%	0.0%
	人工透析	人数	32	22	14	13	18	9	0	0
		割合	2.2%	1.6%	1.3%	1.2%	4.8%	3.3%	0.0%	0.0%

出典：KDB システム　様式 3-3

【図表 17】糖尿病治療者の経年変化

糖尿病様式3-2			合計		再掲					
					65～74歳		40～64歳		40歳未満	
			H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
被保険者数			5,866	5,350	2,550	2,677	1,849	1,496	1,467	1,177
糖尿病症治療者		人数	756	687	539	546	210	135	7	6
		割合	12.9%	12.8%	21.1%	20.4%	11.4%	9.0%	0.5%	0.5%
中長期目標疾患	脳血管疾患	人数	116	96	93	84	22	11	1	1
		割合	15.3%	14.0%	17.3%	15.4%	10.5%	8.1%	14.3%	16.7%
	虚血性心疾患	人数	103	87	75	73	28	14	0	0
		割合	13.6%	12.7%	13.9%	13.4%	13.3%	10.4%	0.0%	0.0%
	人工透析	人数	19	9	8	4	11	5	0	0
		割合	2.5%	1.3%	1.5%	0.7%	5.2%	3.7%	0.0%	0.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	人数	95	117	72	100	23	17	0	0
		割合	12.6%	17.0%	13.4%	18.3%	11.0%	12.6%	0.0%	0.0%
	糖尿病性網膜症	人数	42	44	24	36	18	6	0	2
		割合	5.6%	6.4%	4.5%	6.6%	8.6%	4.4%	0.0%	33.3%
	糖尿病性神経障害	人数	20	26	14	19	6	7	0	0
		割合	2.6%	3.8%	2.6%	3.5%	2.9%	5.2%	0.0%	0.0%

出典：KDB システム　様式 3-2

【図表 18】脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症様式3-4			合計		再掲					
					65～74歳		40～64歳		40歳未満	
			H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
被保険者数			5,866	5,350	2,550	2,677	1,849	1,496	1,467	1,177
脂質異常症治療者		人数	1,034	1,007	747	808	282	185	4	14
		割合	17.6%	18.8%	29.3%	30.2%	15.3%	12.4%	0.3%	1.2%
中長期目標疾患	脳血管疾患	人数	174	157	138	138	36	18	0	1
		割合	16.8%	15.6%	18.5%	17.1%	12.8%	9.7%	0.0%	7.1%
	虚血性心疾患	人数	158	145	119	125	39	20	0	0
		割合	15.3%	14.4%	15.9%	15.5%	13.8%	10.8%	0.0%	0.0%
	人工透析	人数	12	10	4	9	9	1	0	0
		割合	1.2%	1.0%	0.5%	1.1%	3.2%	0.5%	0.0%	0.0%

出典：KDB システム　様式 3-4

②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複数保有することで、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る。

三股町の特定健診結果において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、メタボリックシンドロームの該当者は 3 ポイントも伸びており、約 4 人に 1 人はメタボリックシンドロームに該当している。また、3 項目の危険因子が重なっている割合が増加している。（図表 19）

重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、LDL160 以上、Ⅱ度高血圧以上の有所見割合をみると 3 項目とも割合は減少し、改善率は増加している。一方で、翌年度健診を受診していない人がいずれも 2 割程度存在しており、結果の把握ができていない。（図表 20～22）

【図表 19】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	（再掲） 3項目	 2項目	予備群
H30	1,704 44.0%	334 19.6%	74 4.3%	260 15.3%	214 12.6%
R4	1,509 42.0%	348 23.1%	111 7.4%	237 15.7%	182 12.1%

出典：ヘルスサポートラボツール様式 5-1

【図表 20】HbA1C6.5%以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c6.5%以上	改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30	159 9.2%	30 18.9%	42 26.4%	9 5.7%	78 49.1%
R3	129 8.0%	31 24.0%	45 34.9%	18 14.0%	35 27.1%

出典：ヘルスサポートラボツール(経年比較ツール)

【図表 21】LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL160 以上	改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30	220 12.7%	84 38.2%	67 30.5%	10 4.5%	59 26.8%
R3	168 12.0%	72 42.9%	45 26.8%	15 8.9%	36 21.4%

出典：ヘルスサポートラボツール(経年比較ツール)

【図表 22】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	改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30	72 4.1%	29 40.3%	15 20.8%	4 5.6%	24 33.3%
R3	60 3.7%	35 58.3%	13 21.7%	1 1.7%	11 18.3%

出典：ヘルスサポートラボツール(経年比較ツール)

③特定健診・特定保健指導の実施状況の経年変化

特定健診受診率は新型コロナウイルス感染拡大のときも大きく減少することもなく、ほぼ横ばいで推移している。重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への取り組み、特に受診率の低い 40 歳代、50 歳代の受診が重要となってくる 。

特定保健指導については、令和 2 年度より集団健診受診日に保健指導日の事前予約を取り実施することで、目標の 60%を上回っている。

生活習慣病は自覚症状がないため、健診を受診し、その結果に応じた保健指導を実施することが、発症予防・重症化予防につながる。(図表 23、24)

【図表 23】 特定健診・特定保健指導の受診率の推移

		平成30年度	令和元年度	令和２年度	令和３年度	令和４年度
40-74歳の被保険者数	（人）	3,858	3,772	3,777	3,752	3,590
特定健診受診者数	（人）	1,688	1,612	1,551	1,566	1,509
特定健診受診率	（%）	43.8	42.7	41.1	41.7	42.0
特定健診の継続受診率	（%）	93.1	80.1	91.0	89.1	84.5
（再掲） 40代　受診率	（%）	17.1	16.2	16.1	19.9	15.7
（再掲） 50代　受診率	（%）	21	18	22.4	21.5	24.8
特定保健指導該当者数	（人）	195	152	165	159	128
特定保健指導該当者率	（%）	11.6	9.4	10.6	10.2	8.5
特定保健指導実施者数	（人）	104	79	111	118	94
（再掲） 積極的支援	（人）	12	9	13	18	18
（再掲） 動機付け支援	（人）	92	70	98	100	76
特定保健指導実施率	（%）	53.3	52.0	67.3	74.2	73.4

出典：ヘルスサポートラボツール（評価ツール）

※値は法定報告とは異なります。

【図表 24】特定健診受診率の推移

出典：ヘルスサポートラボツール（評価ツール）

（３）第 2 期計画目標の達成状況一覧

【図表 25】データヘルス計画の目標管理一覧

関連計画			達成すべき目的	課題を解決するための成果目標	経過			改善状況※1	達成状況※2	目標値
					H28（策定時）	R1	R4			R5
データヘルス計画	中長期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	5.1%	4.6%	5.3%	↓	D	4.8%
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	4.1%	3.2%	1.9%	↑	A	3.9%
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	75.0%	50.0%	66.6%	↓	D	33.0%
	短期目標		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームの対象者を減らす。	メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	19.9%	20.3%	23.0%	↓	D	20.0%
				メタボリックシンドローム予備群の割合の減少	12.4%	12.3%	12.0%	↓	C	12.0%
				健診受診者のうち高血圧症の者の割合の減少（160mmHg/100mmHg以上）	4.1%	5.7%	4.4%	↑	D	3.9%
				健診受診者のうち脂質異常症の者の割合の減少（LDLコレステロール140mg/dl以上）	27.2%	26.3%	25.7%	↓	C	25.8%
				健診受診者のうち血糖コントロール不良者の者の割合の減少（HbA1c6.5%以上）	7.9%	10.0%	7.8%	↓	C	7.5%
				重症化予防連絡票（CKD・糖尿病）利用率の向上	—	14.5%	7.9%	—	D	35.0%
		アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率の向上	41.5%	42.7%	42.2%	↑	C	60.0%
				特定保健指導の実施率の向上	36.3%	51.7%	74.4%	↑	A	60.0%
				糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合（重症化予防連絡票）	—	59.2%	38.6%	—	D	50.0%
				糖尿病者への保健指導を実施した割合の増加	3.2%	3.1%	16.3%	↑	A	15.0%
努力者支援制度	その他		がんの早期発見、早期治療	胃がん検診	1.0%	1.1%	3.7%	↑	B	10.0%
				肺がん検診	13.5%	11.4%	7.4%	↓	D	15.0%
				大腸がん検診	11.9%	11.0%	10.5%	↓	D	15.0%
				子宮頸がん検診	5.1%	6.6%	13.6%	↑	A	10.0%
				乳がん検診	3.4%	5.6%	10.8%	↑	A	10.0%
			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の増加	—	82.1%	86.2%	—	A	80.0%
			高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	—	—	実施	—	A	実施

※1　改善状況：H28からR4が改善しているものは↑、悪化しているものは↓

※2　達成状況：A(目標を達成した指標)、B（目標を達成していないがH28からR4の改善率が5%以上改善した指標）、C（H28からR4の改善率が5%未満である指標）、D（H28からR4の改善率が6%以上悪化した指標）

2）第 2 期データヘルス計画に係る考察

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費の合計は減少しているが、脳梗塞・脳出血、慢性腎臓病（透析有）の医療費は国、県、同規模と比べて、高くなっている。短期目標である糖尿病治療者の割合は減少しているが、糖尿病合併症は増加しており、重症化予防につながっていない。また、メタボリックシンドロームの該当者は年々増加しており、特に危険因子を 3 項目有しているもの割合が増加している。特定健診未受診者が 6 割弱と高く、健康実態のわからない人が多く存在している。

メタボリックシンドロームの割合を減らすための取り組みとして、特定保健指導の特定健診受診当日に保健指導の事前予約を行うことで、特定保健指導実施率が目標を達成することができた。しかし、メタボ該当者の割合は増加しており、生活習慣改善の取り組みの継続を支援する対策が必要である。

重症化予防のための、ＣＫＤ・糖尿病重症化予防連携システムを活用した事業を令和元年度より実施しているが、医療機関との連携不足や住民に連絡票の活用が自身の重症化予防につながることの説明不足などにより、受診勧奨につなげていない。健診未受診者への対策として、個別通知による再勧奨を行っているが、受診率の増加にはつながっていない。

３．第 3 期における健康課題の明確化

１）健康課題の明確化

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

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る。

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る。

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する。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に検討していくことも必要である。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、若年健診を実施し、保健指導につなげるシステムづくりも必要である。

(1)入院と入院外の医療費の比較

三股町の医療費に占める入院件数の割合は 3.3%だが、費用額の割合は 45.5%を占めており、入院を減らしていくことが重症化予防にもつながり、費用対効果のも大きいと考えられる。（図表 26）また、高額になる疾患（80 万円以上レセ）のうち、脳血管疾患と虚血性心疾患で 11.2%であり、動脈硬化を予防するための保健事業が重要である。（図表 27）

国保の被保険者は年々減っているが、一人当たりの医療費は増加傾向である。後期高齢者医療になると、一人当たり 79 万円を超え、国保の 2 倍も高い状況である。（図表 28）

【図表 26】入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

出典：ヘルスサポートラボツール（データヘルス帳票）

【図表 27】何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。

厚労省様式	対象レセプト（R04年度）		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1	高額になる疾患（80万円以上レセ）	件数	302件	27件	7件	―
				8.9%	2.3%	
		費用額	4億1341万円	3133万円	949万円	―
				7.6%	2.3%	
様式2-1	長期入院（6か月以上の入院）	件数	565件	60件	13件	―
				10.6%	2.3%	
		費用額	2億4430万円	3037万円	496万円	―
				12.4%	2.0%	
様式2-2	人工透析患者（長期化する疾患）	件数	325件	71件	109件	113件
				21.8%	33.5%	34.8%
		費用額	1億3984万円	3376万円	4214万円	4386万円
				24.1%	30.1%	31.4%

厚労省様式	対象レセプト（R04年5月診療分）	全体		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3	生活習慣病の治療者数構成割合	2,257人		267人	194人	117人
				11.8%	8.6%	5.2%
		基礎疾患の重なり	高血圧	212人	167人	84人
				79.4%	86.1%	71.8%
			糖尿病	96人	87人	117人
				36.0%	44.8%	100.0%
			脂質異常症	157人	145人	80人
				58.8%	74.7%	68.4%
		高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
		1,388人		687人	1,007人	315人
		61.5%		30.4%	44.6%	14.0%

〇生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化する。生活習慣病は予防が可能であるため、保健事業の対象とする。

出典：ヘルスサポートラボツール（データヘルス帳票）

(2)高額レセプトの推移

高額レセプトについては、国保では令和 4 年度で 302 件のレセプトが発生しているが、後期高齢者医療になると、580 件となり、約 1.9 倍に増えていることがわかる。高額レセプトにおける疾病を見てみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和3年度が一番多く102件で9,503万円の費用を要していたが、令和4年度は27件と件数が減り、費用額も3,133万円と減っている。しかし、後期高齢者医療においては、59件発生し、7,532万円余りの費用額を要している。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力を入れる必要がある。（図表28）

【図表 28】被保険者数及び高額レセプトの推移

1．被保険者数及びレセプトの推移

対象年度			H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期 R4年度
被保険者数			5,676	5,478	5,470	5,354	5,121	3,532
総件数及び総費用額	件数	A	52,744	51,735	47,559	49,889	50,466	57,986
	費用額	B	21億3121万円	20億7471万円	19億3407万円	20億3165万円	19億7582万円	28億1164万円
一人当たり医療費(B/被保険者数)			37.5万円	37.9万円	35.4万円	37.9万円	38.9万円	79.6万円

2．高額レセプト（80万円以上/件）の推移

対象年度				H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期 R4年度		
高額レセプト（80万円以上/件）		人数	C	195人		362人		261人		488人		179人		346人		
		件数	D	356件		667件		465件		981件		302件		580件		
			D/A	0.67%		1.29%		0.98%		1.97%		0.60%		1.00%		
		費用額	E	4億7724万円		8億9608万円		6億2542万円		9億2053万円		4億1341万円		7億2649万円		
			E/B	22.4%		43.2%		32.3%		45.3%		20.9%		25.8%		
①脳血管疾患	人数		F	16人		33人		26人		48人		11人		31人		
			F/C	8.2%		9.1%		10.0%		9.8%		6.1%		9.0%		
	件数		G	41件		70件		55件		102件		27件		59件		
			G/D	11.5%		10.5%		11.8%		10.4%		8.9%		10.2%		
	年代別	40歳未満		1	2.4%	1	1.4%	1	1.8%	1	1.0%	4	14.8%	65-69歳	0	0.0%
		40代		3	7.3%	3	4.3%	3	5.5%	4	3.9%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代		5	12.2%	4	5.7%	4	7.3%	5	4.9%	1	3.7%	75-80歳	24	40.7%
		60代		20	48.8%	37	52.9%	30	54.5%	48	47.1%	9	33.3%	80代	23	39.0%
		70-74歳		12	29.3%	25	35.7%	17	30.9%	44	43.1%	13	48.1%	90歳以上	12	20.3%
	費用額		H	5001万円		8575万円		6561万円		9503万円		3133万円		7532万円		
			H/E	10.5%		9.6%		10.5%		10.3%		7.6%		10.4%		
②虚血性心疾患	人数		I	13人		23人		16人		34人		7人		16人		
			I/C	6.7%		6.4%		6.1%		7.0%		3.9%		4.6%		
	件数		J	14件		25件		17件		39件		7件		19件		
			J/D	3.9%		3.7%		3.7%		4.0%		2.3%		3.3%		
	年代別	40歳未満		0	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	70-74歳	2	10.5%
		50代		2	14.3%	2	8.0%	2	11.8%	2	5.1%	0	0.0%	75-80歳	8	42.1%
		60代		7	50.0%	13	52.0%	10	58.8%	20	51.3%	0	0.0%	80代	7	36.8%
		70-74歳		5	35.7%	10	40.0%	5	29.4%	17	43.6%	6	85.7%	90歳以上	2	10.5%
	費用額		K	2489万円		4130万円		2811万円		4192万円		949万円		2716万円		
			K/E	5.2%		4.6%		4.5%		4.6%		2.3%		3.7%		
③がん	人数		L	52人		95人		66人		120人		47人		58人		
			L/C	26.7%		26.2%		25.3%		24.6%		26.3%		16.8%		
	件数		M	87件		176件		112件		250件		81件		125件		
			M/D	24.4%		26.4%		24.1%		25.5%		26.8%		21.6%		
	年代別	40歳未満		6	11.0%	6	3.4%	5	4.5%	8	3.2%	1	1.2%	65-69歳	0	0.0%
		40代		6	6.9%	9	5.1%	9	8.0%	12	4.8%	4	4.9%	70-74歳	0	0.0%
		50代		10	11.5%	24	13.6%	11	9.8%	30	12.0%	5	6.2%	75-80歳	58	46.4%
		60代		28	32.2%	64	36.4%	39	34.8%	95	38.0%	44	54.3%	80代	61	48.8%
		70-74歳		38	43.7%	73	41.5%	48	42.9%	105	42.0%	27	33.3%	90歳以上	6	4.8%
	費用額		N	1億1372万円		2億3634万円		1億4859万円		2億5302万円		9785万円		1億6998万円		
			N/E	23.8%		26.4%		23.8%		27.5%		23.7%		23.4%		

出典：ヘルスサポートラボツール（データヘルス帳票）

(3)短期目標疾患の状況

短期目標疾患の医療費に占める割合は、国保では糖尿病と高血圧、後期高齢者医療では糖尿病が、同規模、県、国と比べて高い状況です。また、中長期目標疾患においては、国保では慢性腎不全（透析有）、脳梗塞・脳出血、後期高齢者医療では脳梗塞・脳出血が同規模、県、国と比べ高くなっている。（図表 29）

【図表 29】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

R4	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								
				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	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
国保	三股町	1,975,826,170	31,424	4.94%	0.25%	2.63%	0.96%	6.23%	3.56%	1.39%	394,514,180	19.97%	11.62%	8.62%	9.24%
	同規模平均	2,154,770,278	29,136	4.24%	0.31%	2.01%	1.52%	5.81%	3.22%	2.20%	416,033,973	19.31%	16.85%	7.71%	8.78%
	県	93,000,733,620	30,988	4.61%	0.24%	2.04%	1.43%	5.28%	3.33%	1.54%	17,163,788,960	18.46%	15.01%	9.23%	8.73%
	国	9,337,411,479,190	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	1,737,066,709,990	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
後期	三股町	3,028,169,630	72,462	3.57%	0.40%	4.19%	1.38%	5.09%	3.00%	0.93%	561,803,420	18.55%	10.64%	4.13%	11.66%
	同規模平均	3,691,433,754	69,832	4.97%	0.47%	3.89%	1.64%	4.23%	2.97%	1.41%	722,968,494	19.59%	11.10%	3.50%	12.38%
	県	150,230,720,670	69,078	4.73%	0.53%	3.92%	1.59%	3.88%	3.22%	1.06%	28,431,352,820	18.93%	9.22%	4.73%	11.84%
	国	16,169,747,074,790	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	3,091,939,486,510	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

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費用を要した傷病名

ヘルスラボツール（データヘルス帳票/医療費に占める割合）
KDBシステム：健診・医療介護データから見る地域の健康課題

出典：ヘルスサポートラボツール（データヘルス帳票）

(4)健診受診者の実態

健診データの有所見の状況を見ると、40～64歳男性がBMI、腹囲、中性脂肪、GPT、HDL-C、血糖、尿酸、拡張期血圧の項目で国、県よりも高い割合となっている。女性も血糖、HbA1c、尿酸、収縮期血圧の割合が、国、県よりも高くなっている。生活改善を中心とした保健指導の実施が重要である。（図表30）また、男性のメタボリックシンドローム該当者の割合は35.3%で予備群の18.0%と合わせると53.8%となる。その中でリスク因子が3項目の者が12.0%であり、肥満解消を目的とした保健事業が必要である。（図表31）

【図表 30】健診データのうち有所見割合の高い項目、年代を把握する

R4 男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		ｸﾚｱﾁﾆﾝ	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3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	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		34.2		55.3		28.1		21.4		7.1		34.9		57.8		12.4		50.2		26.4		45.6		2.5	
県		9,423	34.0	15,662	56.5	6,953	25.1	5,811	21.0	2,291	8.3	11,203	40.4	16,548	59.7	4,962	17.9	14,287	51.5	5,945	21.4	12,242	44.1	812	2.9
保険者	合計	204	32.2	371	58.5	161	25.4	130	20.5	56	8.8	230	36.3	430	67.8	148	23.3	312	49.2	120	18.9	275	43.4	28	4.4
	40-64	52	37.4	83	59.7	49	35.3	43	30.9	17	12.2	50	36.0	75	54.0	43	30.9	49	35.3	43	30.9	73	52.5	2	1.4
	65-74	152	30.7	288	58.2	112	22.6	87	17.6	39	7.9	180	36.4	355	71.7	105	21.2	263	53.1	77	15.6	202	40.8	26	5.3

R4 女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		ｸﾚｱﾁﾆﾝ	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3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	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		21.4		18.8		15.6		9.0		1.2		22.0		56.5		1.8		45.3		16.9		54.1		0.3	
県		8,589	23.8	8,145	22.6	4,996	13.8	3,369	9.3	642	1.8	9,187	25.5	21,868	60.6	843	2.3	17,022	47.2	4,987	13.8	19,597	54.3	128	0.4
保険者	合計	202	23.1	208	23.8	115	13.1	75	8.6	21	2.4	218	24.9	587	67.1	26	3.0	440	50.3	116	13.3	484	55.3	2	0.2
	40-64	41	20.6	43	21.6	19	9.5	18	9.0	4	2.0	34	17.1	98	49.2	5	2.5	71	35.7	32	16.1	117	58.8	0	0.0
	65-74	161	23.8	165	24.4	96	14.2	57	8.4	17	2.5	184	27.2	489	72.3	21	3.1	369	54.6	84	12.4	367	54.3	2	0.3

出典：ヘルスサポートラボツール（データヘルス帳票）

【図表 31】メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握

R4 男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		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	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	634	37.5	30	4.7%	114	18.0%	5	0.8%	91	14.4%	18	2.8%	227	35.8%	47	7.4%	9	1.4%	95	15.0%	76	12.0%
	40-64	139	23.0	8	5.8%	26	18.7%	1	0.7%	18	12.9%	7	5.0%	49	35.3%	8	5.8%	3	2.2%	24	17.3%	14	10.1%
	65-74	495	45.7	22	4.4%	88	17.8%	4	0.8%	73	14.7%	11	2.2%	178	36.0%	39	7.9%	6	1.2%	71	14.3%	62	12.5%

R4 女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		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	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	875	46.0	19	2.2%	68	7.8%	2	0.2%	56	6.4%	10	1.1%	121	13.8%	19	2.2%	2	0.2%	65	7.4%	35	4.0%
	40-64	199	33.0	8	4.0%	19	9.5%	0	0.0%	13	6.5%	6	3.0%	16	8.0%	3	1.5%	0	0.0%	9	4.5%	4	2.0%
	65-74	676	52.1	11	1.6%	49	7.2%	2	0.3%	43	6.4%	4	0.6%	105	15.5%	16	2.4%	2	0.3%	56	8.3%	31	4.6%

出典：ヘルスサポートラボツール（データヘルス帳票）

(5)健診未受診者の状況

特定健診受診者の割合は42%であり、58%の人が未受診者である。40～64歳の健診未受診者の中で健診・治療なしは45%である。また、健診受診者と未受診者の生活習慣病の治療費を比較すると、健診未受診者は健診受診者の約4.3倍の治療費がかかっている。（図表32, 33）

【図表 32】未受診者の把握

○G_健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

出典：ヘルスサポートラボツール（データヘルス帳票）

【図表 33】特定健診の有無と生活習慣病治療にかかるお金（費用対効果）

出典：ヘルスサポートラボツール（データヘルス帳票）

(6)介護保険と疾患の状況

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが97.1%であり、筋・骨格疾患の96.7%を上回っている。特に40～74歳で、血管疾患による割合が高く、この年代は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患の共通リスクである高血圧、糖尿病、脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

【図表 34】何の疾患で介護保険を受けているのか

R4	受給者区分		2号		1号						合計	
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
要介護認定状況	被保険者数		7,963人		3,597人		3,651人		7,248人		15,211人	
	認定者数		24人		139人		909人		1,048人		1,072人	
		認定率	0.30%		3.9%		24.9%		14.5%		7.0%	
	新規認定者数(＊1)		4人		16人		98人		114人		118人	
	介護度別人数	要支援1･2	10	41.7%	30	21.6%	181	19.9%	211	20.1%	221	20.6%
		要介護1･2	8	33.3%	60	43.2%	366	40.3%	426	40.6%	434	40.5%
		要介護3～5	6	25.0%	49	35.3%	362	39.8%	411	39.2%	417	38.9%

要介護突合状況	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)			24		139		910		1,049		1,073	
	再)国保･後期			14		116		854		970		984	
	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
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	9 64.3%	脳卒中	66 56.9%	脳卒中	509 59.6%	脳卒中	575 59.3%	脳卒中	584 59.3%
			2	虚血性心疾患	4 28.6%	虚血性心疾患	23 19.8%	虚血性心疾患	285 33.4%	虚血性心疾患	308 31.8%	虚血性心疾患	312 31.7%
			3	腎不全	1 7.1%	腎不全	19 16.4%	腎不全	213 24.9%	腎不全	232 23.9%	腎不全	233 23.7%
		合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	27 23.3%	糖尿病合併症	105 12.3%	糖尿病合併症	132 13.6%	糖尿病合併症	132 13.4%
		基礎疾患(高血圧･糖尿病･脂質異常症)			12 85.7%	基礎疾患	106 91.4%	基礎疾患	818 95.8%	基礎疾患	924 95.3%	基礎疾患	936 95.1%
		血管疾患合計			13 92.9%	合計	109 94.0%	合計	833 97.5%	合計	942 97.1%	合計	955 97.1%
	認知症			認知症	1 7.1%	認知症	28 24.1%	認知症	459 53.7%	認知症	487 50.2%	認知症	488 49.6%
	筋･骨格疾患			筋骨格系	11 78.6%	筋骨格系	107 92.2%	筋骨格系	834 97.7%	筋骨格系	941 97.0%	筋骨格系	952 96.7%

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

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

出典：ヘルスサポートラボツール(データヘルス帳票)

２）優先して解決を目指す健康課題の順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全）に共通した高血圧、糖尿病等の基礎疾患に重なりがある。また、若い年齢層でのメタボリックシンドローム該当者が増えており、中長期疾患や基礎疾患のある方がメタボリックシンドローム該当者の割合が高いことも分かってきた。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、腎不全、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながる。

具体的な取組方法については、第 4 章に記載する。

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、改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できる。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。

評価指標については、すべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておく。（図表 35）

②中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患の総医療費に占める割合を、最終年度には、それぞれ 10%減少させることを目指す。 しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の結果も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

また、軽症時に通院せず、重症化して入院する傾向があることから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目標とし、まず入院件数の割合を 6 年後に国並みにすることを目指す。(図表 35)

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。特にメタボリックシンドローム該当者を10%減少することを目指す。

そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。

また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームがあげられる。これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行っていく。具体的には、日本人食事摂取基準（2020 年版）の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。（図表 35）

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指す。さらに個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

【図表 35】データヘルス計画の目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画			達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績 初期値 R4	実績 中間評価 R8	実績 最終評価 R11	データの把握方法
データヘルス計画	中長期目標	アウトカム指標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	5.3%	5.0%	4.8%	KDBシステム
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.9%	1.8%	1.7%	
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	66.7%	63.3%	60.0%	
	短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボシックシンドローム等の対象者を減らす	★メタボリックシンドローム・予備群の減少率 (特定保健指導の対象者の減少率)	23.0% 12.0%	22.0% 11.5%	21.0% 11.0%	三股町町民保健課
				健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)	4.4%	4.2%	4.0%	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL180以上)	25.7%	24.4%	23.1%	
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上)	7.8%	7.4%	7.0%	
				★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	1.5%	1.4%	1.3%	
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	38.6%	44.0%	50.0%	
		アウトプット指標	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	42.2%	50.0%	60.0%	法定報告値
				★特定保健指導実施率の維持	74.4%	75.0%	75.0%	
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	29.0%	32.0%	35.0%	
			後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合	80.0%	80.0%	80.0%	

第３章　特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

１．第４期特定健診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る。なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としていたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定する。

２．目標値の設定

【図表 36】

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診実施率	44.0%	47.0%	50.0%	53.5%	57.0%	60.0%
特定保健指導実施率	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%

３．対象者の見込み

【図表 37】

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	3,858人	3,698人	3,593人	3,502人	3,408人	3,315人
	受診者数	1,698人	1,738人	1,797人	1,874人	1,943人	1,989人
特定保健指導	対象者数	153人	156人	162人	169人	175人	179人
	実施者数	115人	117人	121人	126人	131人	134人

４．特定健診の実施

（１）実施方法

健診については、個別健診は一般社団法人都城市北諸県郡医師会に、集団健診は公益財団法人宮崎県健康づくり協会に委託して実施する。

（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、及び実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できる者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る。

（３）健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、三股町公式ホームページと三股町回覧に掲載す

る。　　（参照）URL：http://www.town.mimata.lg.jp/

（４）特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人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）を実施する。

【図表 38】第 4 期(2024 年度以降)における変更点

特定健康診査の見直し	(1)基本的な健診の項目 血中脂質検査における中性脂肪において、やむを得ず空腹時以外で中性脂肪を測定する場合は、食直後を除き随時中性脂肪による血中脂質検査を可とした。
	(2)標準的な質問票 喫煙や飲酒に係る質問項目については、より正確にリスクを把握できるように詳細な選択肢へ修正した。 特定保健指導の受診歴を確認する質問項目に修正した。

【図表 39】三股町特定健診検査項目

健診項目		国	三股町
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	●	●
	随時血糖	●	●
	HbA1C	●	○
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白(定性)	○	○
	尿蛋白(定量)		△
	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実施、●：いづれの項目の実施で可、△：集団健診のみで実施
LDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。(実施基準第 1 条 4 項)

（５）実施時期

個別健診は 6 月から 12 月まで、集団健診は 6 月から 11 月まで実施する。

（６）医療機関との適切な連携

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

（７）代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、宮崎県国保連合会に事務処理を委託する。

（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、以下のように案内する。（図表 40）

また、未受診者への受診勧奨として 8 月と 10 月に対象者へ個別通知を行う。

※健診の案内方法

・対象者全員に特定健診受診票・肺がん検診受診票・大腸がん検診受診票を郵送する。

・公式ホームページ、公式ライン、回覧、町広報紙により広報する。

【図表 40】年間スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約　健診対象者の抽出	保健指導の実施
5月		受診票の印刷・送付	
6月		特定健診の開始（個別健診）（集団健診） 健診結果（データ）受取り 保健指導対象者抽出	前年度分健診データの抽出
7月		健診結果送付　保健指導の実施	
8月		前半未受診者への受診勧奨通知	
9月		フォロー教室の実施	
10月		後半未受診者への受診勧奨通知	受診・実施率実績の算出
11月	契約に関わる予算手続き	実施における課題の抽出	
12月		関係部署との協議	
1月			
2月	関係部署との協議	受診結果の把握	
3月	契約準備		

５．特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、健康推進係への執行委任の形態でおこなう。

【図表 41】第 4 期(2024 年度以降)における変更点

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 2 ㎝・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会議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、特定保健指導の対象者として、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塩津対象者からの除外。 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・保健指導のプログラム（令和 6 年版）」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・実践評価を行う。

【図表 42】糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

出典：ヘルスサポートラボツール〈様式 5-5〉

（２）要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

【図表 43】要保健指導対象者の見込み（令和 6 年度）

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	OP	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	153人 （9%）	75%
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	271人 （16%）	HbA1c6.5 以上については100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	2,160人 ※受診率目標達成までにあと620 人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	340人 （20%）	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	934人 （55%）	100%

（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、年間スケジュールを作成する。

【図表 44】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 重症化予防事業	その他
4月	○健診対象者の抽出 ○健診実施機関との業務契約		○医師会への検診(健診)説明会の準備
5月	○受診券の送付		○医師会への検診(健診)説明会の開催 ○特定健診や各種検診の広報
6月	○個別特定健診開始 ○集団特定健診開始	○健診結果の受取り ○対象者の抽出 ○保健指導日の調整	○肺がん検診、大腸がん検診、胃がんX線検診と集団特定健診の同時実施
7月		○保健指導の実施	
8月			
9月		○利用券登録 ○健康おうえん教室(運動)の実施	○前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月	○集団特定健診終了		
12月	○個別特定健診終了		
1月		○健康おうえん教室(血液検査)の実施	
2月			
3月		○健康おうえん教室(血液検査)の実施	

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り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および三股町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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する。

（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う。

７．結果の報告

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

８．特定健康診査等実施計画の評価・見直し

計画の見直しはデータヘルス計画と同時に行う。3 年後の令和 8 年度に進捗確認のための中間評価、令和 8 年度に最終評価を行う。

また、特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者・予備群（特定保健指導対象者）の減少率については、毎年度達成状況を評価する。

９．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）に基づく本計画は、三股町公式ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第 4 章 課題解決するための個別保健事業

Ⅰ 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へ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く。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知する。

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては第 3 章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

Ⅱ 重症化予防の取組

令和4年度の町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、581人（37.3%）である。そのうち治療なしが145人（21.5%）を占め、その中の64人に臓器障害があり直ちに取り組むべき対象者となっている。

また、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、145人中65人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かる。（図表45）

【図表 45】脳・心・腎を守るために

出典：ヘルスサポートラボツール（健診結果集計ツール）

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1） 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては宮崎県県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下、「プログラム」とする。）に基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては（図表 46）に沿って実施する。

（1） 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導

（2） 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

（3） 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 46】糖尿病重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ

２）対象者の明確化

（１）対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたってはプログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

① 医療機関未受診者

② 医療機関受診中断者

③ 糖尿病治療中断者

ア．糖尿病性腎症で通院している者

イ．糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

（２）選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し、該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とする。（図表 47）

【図表 47】糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)注1

病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/gCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿(30 未満)	30以上注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿(30～299)注3	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300 以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上注4
第4期 (腎不全期)	問わない注5	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。三股町においては特定健診(個別健診)にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため腎機能（eGFR）の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が困難である。ＣＫＤ診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量（mg/dl）に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（－)、微量アルブミン尿と尿蛋白±)、顕性アルブミン尿（＋）としていることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となる。
特定健診(集団健診)では血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査に加え、尿蛋白/Cr比定量検査を実施し、重症度の把握をする。
今後の取り組みとして、糖尿病性腎症の早期診断のために、糖尿病の場合の尿アルブミン/クレアチン比(mg/gCr）の定量検査の実施に向け検討する。

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。（図表 48）三股町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 67 人（26.1%・F）であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 1,067 人中のうち、特定健診受診者が 190 人（173.9%・G）であった。治療中の 190 人の中 77 人（40.5%・J）が HbA1c7.0 以上のコントロール不良者であった。特定健診未受診者はデータがないため、コントロール状態が分からず、保健指導が難しい。

糖尿病連携手帳を中心に医療機関と連携した介入が必要となる。

③　介入方法と優先順位

（図表 48）より三股町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位１

【受診勧奨】

・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・67 人

優先順位２

【保健指導】

・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・77 人
　治療を中断しない（継続受診）のための保健指導

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

優先順位３

【保健指導】

・Ｉの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

【図表 48】糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

出典：ヘルスサポートラボツール（健診結果集計ツール）

３）対象者の進捗管理

（１）糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は、糖尿病管理台帳（参考資料 4）及び「健診・保健指導年間スケジュール」(図表 44)で行う。

【糖尿病台帳作成手順】

健診データが届いたら治療の有無にかかわらずHbA1ｃ6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

＊HbA1ｃ6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

＊HbA1ｃ6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上､随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

＊当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1ｃ6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1ｃ　②血圧　③体重　④eGFR　⑤尿蛋白

（２）資格を確認する

（３）レセプトを確認し情報を記載する

①治療状況の把握

・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認

・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認

・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入

・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

（４）管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

（５）対象者数の把握

① 未治療者・中断者（受診勧奨者）数

② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）数

４）保健指導の実施

（１）糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・重症化予防には血糖値と血圧のコントロールが重要である。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くる。三股町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病

のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。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行っていく。（図表 49）

【図表 49】糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立 29）	資　料
インスリン非依存状態：2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち ③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、個々人の状況を確認し対応する	**未受診者の保健指導** 1．ヘモグロビンA1cとは 2．糖尿病の治療の進め方 3．健診を受けた人の中での私の位置は？ 4．HbA1cと体重の変化 5．HbA1cとGFRの変化 6．糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7．高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ ①糖尿病による網膜症 ②眼（網膜症）～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8．私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう（グリコカリックス）
食事療法・運動療法の必要性 ① 糖尿病の病態を理解（インスリン作用不足という）「代謝改善」という言い方 ② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する 〇合併症をおこさない目標　HbA1c 7．0%未満 〇食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 〇薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 （6．0%未満）	9．糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10．糖尿病のタイプ 11．インスリンの仕事 12．食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13．私はどのパターン？（抵抗性） 14．なぜ体重を減らすのか ← 15．自分の腎機能の位置と腎の構造 16．高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17．私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18．腎臓は 19．なぜ血圧を130/80にするのでしょうか（A）（B） 20．血圧値で変化する腎機能の低下速度 21．血糖値で変化する腎機能の低下速度 22．血圧を下げる薬と作用 ❒ 食の資料 … 別資料 ←
薬物療法 ①経口薬、注射薬は少量～　血糖コントロールの状態を見ながら増量 ②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る ③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価 ⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP－1受容体作動薬	23．薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 4．HbA1cと体重の変化 5．HbA1cとGFRの変化 6．糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ **薬が必要になった人の保健指導** 24．病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25．薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26．ビグアナイド薬とは 27．チアゾリジン薬とは 28．SGLT2阻害薬とは

（２）二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診(集団健診)では血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査に加え、尿蛋白/Cr 比定量検査を実施しているが、個別健診では実施できていない。尿蛋白定性検査のみでは可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性（±）へは二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

５）医療との連携

（１）医療機関未受診者・治療中断者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に都城市北諸県郡医師会と協議した紹介状等を使用する。

（２）治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては「CKD・糖尿病重症化予防連絡票」を活用する。

（３）糖尿病連携手帳の活用について

支援・評価委員会の委員からの助言でもあるが、糖尿病連携手帳は、原則として糖尿病治療中の場合に活用することとし、かかりつけ医と相談しながら使用していくこととする。

６）高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。また、現在介護２号認定者のうち、糖尿病がある者については、特定健診の受診勧奨と健診データの共有を図り、重症化を予防していく。

７）評価

評価を行うにあたっては，短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していく。

また、中長期的評価においては様式 5-1 糖尿病性腎症取り組み評価(図表 50)を用いて行っていく。

○　短期的評価

①　受診勧奨者に対する評価

ア．受診勧奨対象者への介入率

イ．医療機関受診率

ウ．医療機関未受診者への再勧奨数

②　保健指導対象者に対する評価

ア．保健指導実施率

イ．糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

- HbA1c の変化
- eGFR の変化（1 年で 25%以上の低下、1 年で 5ml/1.73 ㎡以上低下）
- 尿蛋白の変化
- 服薬状況の変化

【図表 50】糖尿病性腎症重症化予防の取り組み（様式 5-1）

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	保険者 R02年度 実数	保険者 R02年度 割合	保険者 R03年度 実数	保険者 R03年度 割合	保険者 R04年度 実数	保険者 R04年度 割合	同規模保険者（平均） R04年度同規模保険者数147 実数	同規模保険者（平均） 割合	データ基
1	①	被保険者数	A	5,482人		5,507人		5,350人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②	（再掲）40-74歳		4,195人		4,226人		4,173人				
2	①	特定健診 対象者数	B	3,777人		3,752人		3,590人				市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書
	②	特定健診 受診者数	C	1,600人		1,132人		1,558人				
	③	特定健診 受診率		42.4%		30.2%		43.4%				
3	①	特定保健指導 対象者数		165人		159人		128人				
	②	特定保健指導 実施率		67.3%		74.2%		73.4%				
4	①	健診データ 糖尿病型	E	248人	15.5%	146人	12.9%	257人	16.5%			特定健診結果
	②	未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	71人	28.6%	31人	21.2%	67人	26.1%			
	③	治療中（質問票 服薬あり）	G	177人	71.4%	115人	78.8%	190人	73.9%			
	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	62人	35.0%	42人	36.5%	77人	40.5%			
	⑤	血圧　130/80以上	J	37人	59.7%	21人	50.0%	47人	61.0%			
	⑥	肥満　BMI25以上	J	35人	56.5%	20人	47.6%	34人	44.2%			
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	115人	65.0%	73人	63.5%	113人	59.5%			
	⑧	第1期　尿蛋白（－）	M	190人	76.6%	120人	82.2%	180人	70.0%			
	⑨	第2期　尿蛋白（±）	M	27人	10.9%	15人	10.3%	46人	17.9%			
	⑩	第3期　尿蛋白（＋）以上	M	27人	10.9%	9人	6.2%	26人	10.1%			
	⑪	第4期　eGFR30未満	M	4人	1.6%	2人	1.4%	5人	1.9%			
5	①	レセプト 糖尿病受療率（被保数千対）		125.1人		132.4人		128.4人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②	（再掲）40-74歳（被保数千対）		162.1人		170.6人		163.2人				
	③	レセプト件数（40-74歳）（）内は被保数千対 入院外（件数）		4,762件	(1144.2)	4,870件	(1176.0)	4,749件	(1194.7)	4,292件	(849.3)	KDB_疾病別医療費分析（生活習慣病）
	④	入院（件数）		13件	(3.1)	11件	(2.7)	18件	(4.5)	18件	(4.0)	
	⑤	糖尿病治療中	H	686人	12.5%	729人	13.2%	687人	12.8%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	⑥	（再掲）40-74歳	H	680人	16.2%	721人	17.1%	681人	16.3%			
	⑦	健診未受診者	I	503人	74.0%	606人	84.0%	491人	72.1%			
	⑧	インスリン治療	O	61人	8.9%	66人	9.1%	65人	9.5%			
	⑨	（再掲）40-74歳	O	60人	8.8%	66人	9.2%	64人	9.4%			
	⑩	糖尿病性腎症	L	96人	14.0%	111人	15.2%	117人	17.0%			
	⑪	（再掲）40-74歳	L	96人	14.1%	111人	15.4%	117人	17.2%			
	⑫	慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		15人	2.2%	14人	1.9%	9人	1.3%			
	⑬	（再掲）40-74歳		15人	2.2%	14人	1.9%	9人	1.3%			
	⑭	新規透析患者数		7	46.7%	2	14.3%	3	33.3%			
	⑮	（再掲）糖尿病性腎症		3	42.9%	0	0.0%	2	66.7%			
	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）		18人	2.0%	18人	2.0%	19人	1.9%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
6	①	医療費 総医療費		19億3407万円		20億3165万円		19億7583万円		21億6943万円		KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
	②	生活習慣病総医療費		10億7003万円		10億9554万円		9億8540万円		11億4738万円		
	③	（総医療費に占める割合）		55.3%		53.9%		49.9%		52.9%		
	④	生活習慣病対象者一人あたり 健診受診者		6,921円		7,203円		7,061円		5,852円		
	⑤	生活習慣病対象者一人あたり 健診未受診者		34,508円		34,127円		30,418円		38,430円		
	⑥	糖尿病医療費		1億1990万円		1億2416万円		1億2316万円		1億2598万円		
	⑦	（生活習慣病総医療費に占める割合）		11.2%		11.3%		12.5%		11.0%		
	⑧	糖尿病入院外総医療費		3億5209万円		3億4444万円		3億1479万円				
	⑨	1件あたり		36,520円		35,579円		34,574円				
	⑩	糖尿病入院総医療費		2億0900万円		2億6608万円		2億6015万円				
	⑪	1件あたり		535,893円		617,354円		596,667円				
	⑫	在院日数		18日		19日		17日				
	⑬	慢性腎不全医療費		1億1854万円		1億1324万円		1億0255万円		9872万円		
	⑭	透析有り		1億1610万円		1億0868万円		9764万円		9197万円		
	⑮	透析なし		244万円		456万円		491万円		675万円		
7	①	介護 介護給付費		19億3071万円		18億8627万円		18億3839万円		21億9980万円		
	②	（2号認定者）糖尿病合併症										
8	①	死亡 糖尿病（死因別死亡数）		3人	1.3%	3人	1.3%	1人	0.4%	3人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

出典：ヘルスサポートラボツール〈様式 5-1〉

８）実施期間及びスケジュール

４月　　保健事業体制と役割分担を決定する（図表 6）
　　担当者間の協議により対象者の選定基準の決定する

５月　　対象の抽出、介入方法、実施方法の決定する

６月　　集団健診会場で対象者の選定と保健指導日の事前予約行う
　　個別健診受診者は健診結果に基づき保健指導の案内を行う
　　特定健診結果の糖尿病管理台帳への記載、前年度介入者の経年変化の確認を行い、順次対象者へ介入を行う（通年）
　　対象者数や介入状況について定期的に協議の場を設け、全体で進捗確認をする

３月　　医療機関受診確認を行い、未受診者への再受診勧奨を行う
　　年度末に状況についてまとめを行い、支援を継続する内容について確認する

【図表 51】重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール

２．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みに当たっては、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き進める。

２）対象者の明確化

（１）対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。

（２）重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」（心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会）ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。三股町において令和 4 年度の健診受診者 1,558 人のうち心電図検査実施者は 328 人（21.1%）であり、そのうち ST 所見があったのは 22 人であった。（図表 52）ST 所見あり 22 人中のうち要精密者は 0 人であった。（図表 53）また、要精査には該当しない ST 所見ありの 23 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

三股町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

【図表 52】心電図検査結果

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
令和4年度	1558	100	328	21.1	22	6.7	139	42.4	167	50.9

出典：ヘルスサポートラボツール（心電図集計ツール）

【図表 53】ST 所見ありの医療機関受診状況

ST所見あり(a)		要精密(b)					
				医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
人	%	人	(b/a)%	人	(c/b)%	人	(d/b)%
22	100	0	0	0	－	0	－

出典：R4 特定健診結果

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上または拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 54 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。（図表 54）

【図表 54】心電図以外の保健指導対象者の把握

令和4年度			受診者	① 心電図検査実施			実施なし
				ST変化	その他の変化	異常なし	
			1558	22	139	167	1230
				1.4	8.9	10.7	78.9
メタボ該当者			358	4	47	49	258
			23.0%	1.1%	13.1%	13.7%	72.1%
メタボ予備群			189	0	20	29	140
			12.1%	0.0%	10.6%	15.3%	74.1%
メタボなし			1055	18	72	89	876
			67.7%	1.7%	6.8%	8.4%	83.0%
	LDL	140－162	161	2	12	18	129
			10.3%	1.2%	7.5%	11.2%	80.1%
		160－182	62	5	7	2	48
			4.0%	8.1%	11.3%	3.2%	77.4%
		183－	47	2	2	5	38
			3.0%	4.3%	4.3%	10.6%	80.9%
【参考】							
CKD		G3aA4～	319	6	35	32	246
			20.5%	1.9%	11.0%	10.0%	77.1%

出典：ヘルスサポートラボツール（心電図集計ツール）

３）保健指導の実施

（１）受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、（図表 55）の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

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う。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る。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う。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う。

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う。

【図表 55】虚血性心疾患に関する症状

・少なくとも１５秒以上症状が持続
・同じような状況で症状がある
・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある
・首や肩、歯へ放散する痛み
・冷汗や吐気を伴う

症状の現れ方	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時間関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	３週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3～５分程度 （休むとよくなる）	数分～20分程度	20分以上 （安静でも寛解せず）

（２）二次健診の実施

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

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられている。

①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査（頸動脈内膜中膜厚（IMT））、冠動脈CT（冠動脈石灰化）

②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比（ABI）、脈波伝搬速（PWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、血管内皮機能（FMD）

（３）対象者の管理

糖尿病、慢性腎臓病（CKD）が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお、糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日を記載で

きるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはないLDLコレステロールに関する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

４）医療との連携

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

５）高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

６）評価

評価を行うにあたっては，短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。

短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年１回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

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

○　短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、LDLコレステロール等重症化予防対象者の減少

７）実施期間及びスケジュール

４月	保健事業体制と役割分担を決定する（図表6） 担当者間の協議により対象者の選定基準の決定する
５月	対象の抽出、介入方法、実施方法の決定する
６月	集団健診会場で対象者の選定と保健指導日の事前予約行う 個別健診受診者は健診結果に基づき保健指導の案内を行う 特定健診結果の糖尿病管理台帳への記載、前年度介入者の経年変化の確認を行い、順次対象者へ介入を行う（通年） 対象者数や介入状況について定期的に協議の場を設け、全体で進捗確認をする
３月	医療機関受診確認を行い、未受診者への再受診勧奨を行う 年度末に状況についてまとめを行い、支援を継続する内容について確認する

３．脳血管疾患重症化予防

１）基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取り組み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ていく。

【図表 56】脳卒中の分類

図2　脳卒中の分類　（脳卒中予防の提言より引用）

【図表 57】脳血管疾患のリスク因子

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	●							

出典：ヘルスサポートラボツール

２）対象者の明確化

（１）重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては（図表 58）に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が 68 人（4.4%）であり、36 人は未治療者であった。また未治療者のうち 24 人（66.7%）は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。

また治療中であってもⅡ度高血圧である者も 32 人（4.6%）いることがわかった。

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くる。

【図表 58】特定健診受診者における重症化予防対象者

特定健診受診者における重症化予防対象者													
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	●											
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		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病（CKD）	
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5以上（治療中7.0以上）		LDL180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白（2+）以上eGFR50未満（70歳以上は40未満）	
受診者数 1,558人		68人	4.4%	121人	7.8%	65人	4.2%	11人	0.7%	358人	23.0%	138人	8.9%
	治療なし	36人	4.1%	57人	4.2%	61人	5.2%	3人	0.4%	40人	5.9%	18人	2.7%
	治療中	32人	4.6%	64人	33.7%	4人	1.0%	8人	0.9%	318人	36.0%	120人	13.6%
	臓器障害あり	24人	66.7%	17人	29.8%	16人	26.2%	3人	100.0%	18人	45.0%	18人	100.0%
	CKD（専門医対象）	3人		7人		3人		0人		1人		18人	
	心電図所見あり	23人		13人		15人		3人		17人		2人	
	臓器障害なし	12人	33.3%	40人	70.2%	45人	73.8%	―		22人	55.0%	―	

出典：ヘルスサポートラボツール

（２）リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。（図表 59）は降圧薬治療者を除いているため、高リスク群にあたるＡについては早急な受診勧奨が必要になってくる。

【図表 59】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 130～139 /80～89	Ⅰ度高血圧 140～159 /90～99	Ⅱ度高血圧 160～179 /100～109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	415	233	146	33	3
		56.1%	35.2%	8.0%	0.7%
リスク第1層 予後影響因子がない	30	C 21	B 7	B 2	A 0
	7.2%	9.0%	4.8%	6.1%	0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	226	C 123	B 82	A 18	A 3
	54.5%	52.8%	56.2%	54.5%	100.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	159	B 89	A 57	A 13	A 0
	38.3%	38.2%	39.0%	39.4%	0.0%

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	91
		21.9%
B	概ね1ヵ月後に再評価	180
		43.4%
C	概ね3ヵ月後に再評価	144
		34.7%

※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。

（３）心電図検査における心房細動の実態

図7 心房細動と心原性脳塞栓症

（脳卒中予防の提言より引用）

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。（図表 60）は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

【図表 60】特定健診における心房細動有所見状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査＊	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	128	200	9	7.0	2	1.0	－	－
40歳代	1	6	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	9	9	0	0.0	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	58	85	6	10.3	1	1.2	1.9	0.4
70～74歳	60	100	3	5.0	1	1.0	3.4	1.1

＊日本循環器学会疫学調査（2009年）による心房細動有所見率

＊日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～82歳

出典：ヘルスサポートラボツール（心電図集計ツール）

【図表 61】心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
11	100	3	27.3%	8	72.7%

出典：ヘルスサポートラボツール（心電図集計ツール）

心電図検査において11人が心房細動の所見があり、有所見率を見ると年齢が高い方に集中している。特に男性の有所見率は日本循環器学会疫学調査の有所見率を大きく上回っている。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見･早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。（図表60）

３）保健指導の実施

（１）受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。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る。治療が必要である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う。

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う。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う。

（２）二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者には、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、二次健診を検討していく必要がある。

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

①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚（IMT）)、冠動脈CT（冠動脈石灰化）

②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI）、脈波伝搬速度（PWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、血管内皮機能（FMD）

（３）対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、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っていく。

② 心房細動の管理台帳

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く。

４）医療との連携

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

５）高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

６）評価

評価を行うにあたっては，短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年１回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していく。

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

○　短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少

7）実施期間及びスケジュール

4 月　保健事業体制と役割分担を決定する（図表 6）
担当者間の協議により対象者の選定基準の決定する

5 月　対象の抽出、介入方法、実施方法の決定する

6 月　集団健診会場で対象者の選定と保健指導日の事前予約行う
個別健診受診者は健診結果に基づき保健指導の案内を行う
特定健診結果の糖尿病管理台帳への記載、前年度介入者の経年変化の確認を行い、順次対象者へ介入を行う（通年）
対象者数や介入状況について定期的に協議の場を設け、全体で進捗確認をする

3 月　医療機関受診確認を行い、未受診者への再受診勧奨を行う
年度末に状況についてまとめを行い、支援を継続する内容について確認する

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

我が国の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る。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無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る。

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者に係る医療費の割合も過半数を超えている。高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は、国保にとっても非常に重要である。

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

２）事業の実施

三股町においても令和３年度より、宮崎県後期高齢者広域連合から、町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施している。令和 6 年度以降も引き続き推進して行く。

事業内容

①企画・調整等を担当する医療専門職（保健師）を配置し、KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行う。

②地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）を行う。

75 歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病（高血圧）管理台帳（参考資料 4）を基に、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行う。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していく。（ポピュレーションアプローチ）

【図表 62】E 表（参考資料２）

出典：ヘルスサポートラボツール

Ⅳ 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題である。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起される。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る。

三股町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていくことが必要である。

【図表 63】 糖尿病等（耐糖能異常）の問題を解決するためのライフサイクルで考える

| | | |

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う。

また、計画の最終年度の令和 11 年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

２．評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してＰＤＣＡサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても 4 つの指標での評価が求められている。 （図表 64）

【図表 64】 評価における 4 つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース（ＫＤＢ）システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の担当の被保険者分については定期的に行う。また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決として糖尿病・高血圧の重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

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ことが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

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ある。

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、庁内糖での利用、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る。

参考資料

参考資料１　国・県・同規模と比べた本町の位置

参考資料２　健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料３　脳・心・腎を守るために保健指導対象者を明らかにする（R4 年度）

参考資料４　糖尿病（高血圧）管理台帳

参考資料１　国・県・同規模と比べた本町の位置

様式5-1　国・県・同規模平均と比べてみた三股町の位置　　R04年度

項目					保険者 実数	保険者 割合	同規模平均 実数	同規模平均 割合	県 実数	県 割合	国 実数	国 割合	データ元（CSV）
1	①	人口構成	総人口		25,533		4,284,839		1,052,571		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる 地域の健康課題
				65歳以上（高齢化率）	7,248	28.4	1,245,056	29.1	344,543	32.7	35,335,805	28.7	
				75歳以上	3,651	14.3	--	--	177,484	16.9	18,248,742	14.8	
				65～74歳	3,597	14.1	--	--	167,059	15.9	17,087,063	13.9	
				40～64歳	7,963	31.2	--	--	336,003	31.9	41,545,893	33.7	
				39歳以下	10,322	40.4	--	--	372,025	35.3	46,332,563	37.6	
	②	産業構成	第1次産業		7.1		5.4		11.0		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		26.1		28.7		21.1		25.0		
			第3次産業		66.8		66.0		67.9		71.0		
	③	平均寿命	男性		80.5		80.8		80.3		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性		88.2		87.1		87.1		87.0		
	④	平均自立期間（要介護2以上）	男性	※保険者欄は二次医療圏データ	79.1		80.4		79.7		80.1		
			女性	※保険者欄は二次医療圏データ	84.1		84.5		84.4		84.4		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	99.3		98.7		100.4		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	91.4		99.7		97.6		100		
			死因	がん	67	48.6	12,696	50.6	3,564	46.1	378,272	50.6	
				心臓病	39	28.3	6,874	27.4	2,325	30.1	205,485	27.5	
				脳疾患	17	12.3	3,420	13.6	1,161	15.0	102,900	13.8	
				糖尿病	1	0.7	485	1.9	156	2.0	13,896	1.9	
				腎不全	9	6.5	926	3.7	305	3.9	26,946	3.6	
				自殺	5	3.6	686	2.7	217	2.8	20,171	2.7	
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計										厚労省HP 人口動態調査
				男性									
				女性									
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		1,048	14.6	211,456	17.0	57,611	16.8	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者		20	0.2	3,785	0.3	1,057	0.3	110,289	0.3	
			介護度別総件数	要支援1.2	4,150	15.5	712,630	13.9	154,815	10.8	21,785,044	12.9	
				要介護1.2	11,835	44.1	2,355,997	45.9	658,018	45.8	78,107,378	46.3	
				要介護3以上	10,867	40.5	2,064,273	40.2	622,868	43.4	68,963,503	40.8	
			2号認定者		24	0.30	5,015	0.35	1,124	0.33	156,107	0.38	
	②	有病状況	糖尿病		289	25.8	54,717	24.5	13,365	22.2	1,712,613	24.3	
			高血圧症		645	58.5	117,224	52.9	33,890	57.0	3,744,672	53.3	
			脂質異常症		280	25.6	70,399	31.5	17,626	29.0	2,308,216	32.6	
			心臓病		718	65.2	132,327	59.8	38,154	64.3	4,224,628	60.3	
			脳疾患		325	29.0	50,122	22.9	16,008	27.1	1,568,292	22.6	
			がん		114	9.5	24,937	11.1	6,328	10.5	837,410	11.8	
			筋・骨格		647	58.7	116,014	52.5	33,310	55.9	3,748,372	53.4	
			精神		457	41.5	80,119	36.4	24,991	42.2	2,569,149	36.8	
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		253,641	1,838,388,266	259,723	323,370,248,294	292,336	100,722,414,805	290,668	10,074,274,226,869	
			1件当たり給付費（全体）		68,464		63,000		70,156		59,662		
				居宅サービス	49,881		41,449		50,961		41,272		
				施設サービス	284,371		292,001		294,840		296,364		
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	7,830		8,999		8,010		8,610		
				認定なし	4,170		4,040		4,230		4,020		
4	①	国保の状況	被保険者数		5,121		882,802		243,434		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
				65～74歳	2,560	50.0			113,577	46.7	11,129,271	40.5	
				40～64歳	1,415	27.6			74,851	30.7	9,088,015	33.1	
				39歳以下	1,146	22.4			55,006	22.6	7,271,596	26.5	
			加入率		20.1		20.6		23.1		22.3		
	②	医療の概況（人口千対）	病院数		1	0.2	265	0.3	137	0.6	8,237	0.3	
			診療所数		14	2.7	2,753	3.1	894	3.7	102,599	3.7	
			病床数		311	60.7	49,546	56.1	18,636	76.6	1,507,471	54.8	
			医師数		24	4.7	9,765	11.1	2,879	11.8	339,611	12.4	
			外来患者数		776.2		716.1		720.5		687.8		
			入院患者数		26.4		19.2		24.5		17.7		
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		385,828	県内16位 同規模33位	361,243		382,037		339,680		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる 地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
			受診率		802.615		735.303		744.987		705.439		
			外来	費用の割合	54.5		59.6		56.3		60.4		
				件数の割合	96.7		97.4		96.7		97.5		
			入院	費用の割合	45.5		40.4		43.7		39.6		
				件数の割合	3.3		2.6		3.3		2.5		
			1件あたり在院日数		17.8日		16.0日		17.7日		15.7日		

4	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	がん		229,584,130	23.3	31.9		29.0		32.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域	
			慢性腎不全（透析あり）		97,636,560	9.9	8.0		8.9		8.2			
			糖尿病		123,159,300	12.5	11.0		10.2		10.4			
			高血圧症		70,327,750	7.1	6.1		6.4		5.9			
			脂質異常症		27,429,110	2.8	4.2		3.0		4.1			
			脳梗塞・脳出血		52,057,720	5.3	3.8		3.9		3.9			
			狭心症・心筋梗塞		18,989,580	1.9	2.9		2.8		2.8			
			精神		170,271,560	17.3	14.6		17.8		14.7			
			筋・骨格		182,591,880	18.5	16.6		16.9		16.7			
	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	13,570	7.7	11,332	7.8	12,284	7.4	10,143	7.5	KDB_NO.43 疾病別医療費分析（中分類）	
				糖尿病	23,219	13.2	20,232	13.9	19,018	11.4	17,720	13.2		
				脂質異常症	5,356	3.1	7,876	5.4	5,807	3.5	7,092	5.3		
				脳梗塞・脳出血	1,639	0.9	916	0.6	1,105	0.7	825	0.6		
				虚血性心疾患	1,705	1.0	1,870	1.3	1,816	1.1	1,722	1.3		
				腎不全	20,650	11.8	17,044	11.7	20,692	12.4	15,781	11.7		
		医療費分析 一人当たり医療費／外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	163	0.1	310	0.2	428	0.3	256	0.2		
				糖尿病	1,130	0.6	1,270	0.9	1,780	1.1	1,144	0.9		
				脂質異常症	0	0.0	61	0.0	58	0.0	53	0.0		
				脳梗塞・脳出血	7,995	4.6	6,294	4.3	6,583	3.9	5,993	4.5		
				虚血性心疾患	2,724	1.6	4,413	3.0	4,627	2.8	3,942	2.9		
				腎不全	7,893	4.5	4,223	2.9	4,620	2.8	4,051	3.0		
	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	2,717		2,440		2,110		2,031		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域	
				健診未受診者	11,705		12,830		14,044		13,295			
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	7,061		7,199		5,929		6,142			
				健診未受診者	30,418		37,856		39,471		40,210			
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者		853	56.5	147,297	57.9	35,943	56.3	3,916,059	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				医療機関受診率	793	52.6	133,114	52.3	33,483	52.5	3,574,558	52.0		
				医療機関非受診率	60	4.0	14,183	5.6	2,460	3.9	341,501	5.0		
5	①	特定健診の状況 県内市町村数 28市町村 同規模市区町村数 147市町村	健診受診者		1,509		254,565		63,813		6,875,056		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	
	②			受診率	42.0	県内13位 同規模64位	40.1		37.3	全国27位	37.6			
	③		特定保健指導終了者（実施率）		94	73.4	12438	41.1	3,216	47.8	203,239	24.9		
	④		非肥満高血糖		107	7.1	25,650	10.1	5,097	8.0	620,953	9.0		
	⑤		メタボ	該当者	348	23.1	53,198	20.9	13,399	21.0	1,394,769	20.3		
				男性	227	35.8	36,409	32.5	8,955	32.3	974,828	32.0		
				女性	121	13.8	16,789	11.8	4,444	12.3	419,941	11.0		
	⑥			予備群	182	12.1	28,653	11.3	8,046	12.6	772,619	11.2		
				男性	114	18.0	19,784	17.7	5,238	18.9	545,330	17.9		
				女性	68	7.8	8,869	6.2	2,808	7.8	227,289	5.9		
	⑦		メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	579	38.4	90,280	35.5	23,807	37.3	2,402,902	35.0	
	⑧				男性	371	58.5	61,895	55.3	15,662	56.5	1,683,473	55.3	
	⑨				女性	208	23.8	28,385	19.9	8,145	22.6	719,429	18.8	
	⑩			BMI	総数	59	3.9	12,549	4.9	2,930	4.6	323,057	4.7	
	⑪				男性	5	0.8	1,748	1.6	424	1.5	51,841	1.7	
	⑫				女性	54	6.2	10,801	7.6	2,506	6.9	271,216	7.1	
	⑬			血糖のみ		7	0.5	1,775	0.7	376	0.6	43,987	0.6	
	⑭			血圧のみ		147	9.7	20,335	8.0	6,115	9.6	544,518	7.9	
	⑮			脂質のみ		28	1.9	6,543	2.6	1,555	2.4	184,114	2.7	
	⑯			血糖・血圧		66	4.4	8,233	3.2	2,339	3.7	205,065	3.0	
	⑰			血糖・脂質		11	0.7	2,679	1.1	560	0.9	70,937	1.0	
	⑱			血圧・脂質		160	10.6	24,508	9.6	6,497	10.2	664,878	9.7	
	⑲			血糖・血圧・脂質		111	7.4	17,778	7.0	4,003	6.3	453,889	6.6	
6	①	問診の状況	服薬	高血圧		674	44.7	94,408	37.1	26,902	42.2	2,447,146	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病		186	12.3	23,857	9.4	6,577	10.3	594,927	8.7	
				脂質異常症		379	25.1	72,428	28.5	16,584	26.0	1,914,847	27.9	
	②		既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）		75	5.0	7,719	3.2	2,554	4.0	208,635	3.1	
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）		129	8.5	14,445	5.9	4,172	6.6	367,822	5.5	
				腎不全		32	2.1	2,051	0.8	602	1.0	54,302	0.8	
				貧血		217	14.4	25,504	10.4	6,491	10.3	706,680	10.7	
6	③	生活習慣の状況	喫煙			151	10.0	32,600	12.8	7,778	12.2	948,575	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握
	④		週3回以上朝食を抜く			93	6.2	20,314	8.7	5,934	9.5	648,865	10.4	
	⑤		週3回以上食後間食 （～H29）			0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
			週3回以上就寝前夕食 （H30～）			235	15.6	33,898	14.3	9,663	15.5	985,252	15.8	
	⑥		週3回以上就寝前夕食			235	15.6	33,898	14.3	9,663	15.5	985,252	15.8	
	⑦		食べる速度が速い			408	27.0	60,556	25.9	16,770	26.9	1,672,168	26.8	
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加			531	35.2	84,176	35.5	22,427	36.0	2,191,006	35.0	
	⑨		1回30分以上運動習慣なし			739	49.0	139,316	59.6	34,490	55.3	3,777,161	60.4	
	⑩		1日1時間以上運動なし			555	36.8	112,476	47.4	27,759	44.5	3,004,820	48.0	
	⑪		睡眠不足			348	23.1	60,475	25.6	13,703	22.0	1,599,841	25.6	
	⑫		毎日飲酒			402	26.6	56,964	23.6	17,132	27.3	1,671,521	25.5	
	⑬		時々飲酒			327	21.7	51,798	21.5	14,221	22.7	1,475,568	22.5	
	⑭		一日飲酒量	1合未満		390	53.9	105,144	65.6	19,904	56.0	2,997,543	64.1	
				1～2合		265	36.7	37,810	23.6	11,535	32.5	1,110,600	23.7	
				2～3合		64	8.9	13,795	8.6	3,389	9.5	438,425	9.4	
				3合以上		4	0.6	3,562	2.2	710	2.0	130,129	2.8	

参考資料２　健診・医療・介護の一体的な分析

三股町

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：【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】厚生労働省様式1-1
【特定健診等データ管理システム】FKAC171

令和4年度

65～74歳（国保）

健　診

1 被保険者数（65～74歳）（ア）：2,476人

2 健康診査受診者（イ）：1,133人　45.8%
健康診査未受診者：1,343人　54.2%

5 健診有所見者

高血圧（a）	301人	26.6%	
内訳 Ⅰ度	248	82.4%	
内訳 Ⅱ度	47	15.6%	
内訳 Ⅲ度	6	2.0%	
高血糖（b）	131人	11.6%	
内訳 6.5～6.9	64	48.9%	
内訳 7.0～7.9	49	37.4%	
内訳 8.0以上	18	13.7%	
尿蛋白（c）	49人	4.3%	
内訳 ＋	39	79.6%	
内訳 2＋以上	10	20.4%	
eGFR（d）	57人	5.0%	
内訳 30-45未満	49	86.0%	
内訳 30未満	8	14.0%	
心房細動（e）	11人	4.2%	
参考 心電図実施者	259人		

未治療・治療中断（受診勧奨）
- Ⅱ度高血圧以上：18人
- HbA1c 7.0以上：5人

臓器障害あり（治療者含む）
- CKD 尿蛋白2＋以上またはeGFR30未満：17人
- 心房細動：11人

B 実人数：51人　2.1%

A 健康状態不明者：152人　6.1%

年齢階級	該当者数
65-69歳	84人
70-74歳	68人

体格（健診結果）

15

BMI（p）	区分	痩せ傾向（20以下）	（再）18.5未満	肥満（25以上）
	人数	207人	78人	301人
	（p/イ）	18.3%	6.9%	26.6%

医　療

3 医療機関受診あり（ウ）：2,284人　92.2%

生活習慣病対象者（エ）：1,569人　63.4%

※生活習慣病対象者
以下、⑥～⑧に記載している疾病の診断がある者

6 短期目標の疾患

高血圧（f）	人数	1,385人
	（f/エ）	88.3%
糖尿病（g）	人数	689人
	（g/エ）	43.9%

C’ 高血圧＋糖尿病：536人　34.2%

重症化予防
- 合併症なし：1,093人　78.9%
- 455人　66.0%

C 実人数：1,200人　48.5%

7 短期目標で対象とする合併症（脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全）

高血圧＋合併症（1）	人数	292人	
	（1）/f	21.1%	
糖尿病＋合併症（2）	人数	234人	
	（2）/g	34.0%	

8 中長期目標の疾患

脳血管疾患（h）	人数	41人	
	（h/ア）	1.7%	
心不全（i）	人数	51人	
	（i/ア）	2.1%	
虚血性心疾患（j）	人数	21人	
	（j/ア）	0.8%	
腎不全（k）	人数	314人	
	（k/ア）	12.7%	

14 生活習慣病の重なり（高血圧・糖尿病）

人数	22人
（/l）	91.7%
人数	36人
（/m）	83.7%
人数	497人
（/n）	88.0%
人数	754人
（/o）	64.2%

10 加齢によるその他の疾患

骨折（l）	人数	24人	
	（l/ア）	1.0%	
認知症（m）	人数	43人	
	（m/ア）	1.7%	

12 多剤処方の状況

6種類以上（n）	人数	565人	
	（n/ア）	22.8%	

※ひと月15日以上の処方がある薬剤を計上（外来のみ）

13 歯科受診の状況

受診あり（o）	人数	1,174人	
	（n/ア）	47.4%	

D 実人数：337人　13.6%

介　護

4

介護認定者数（オ）		支援1・2（カ）	介1・2（キ）	介3・4・5（ク）
人数	98人	23	43	32
割合（/ア）	4.0%	0.9%	1.7%	1.3%
割合（/オ）	100%	23.5%	43.9%	32.7%

介護予防（再発予防）
- 介護認定なし：24人　58.5%
- 43人　84.3%
- 18人　85.7%
- 298人　94.9%

9

要介護認定者のうち下記の疾病治療者			支援1・2（/カ）	介1・2（/キ）	介3・4・5（/ク）
脳血管疾患（/h）	人数	17	2	5	10
	割合	41.5	8.7	11.6	31.3
心不全（/i）	人数	8	1	3	4
	割合	15.7	4.3	7.0	12.5
虚血性心疾患（/j）	人数	3	0	2	1
	割合	14.3	0.0	4.7	3.1
腎不全（/k）	人数	16	4	6	6
	割合	5.1	17.4	14.0	18.8

11

要介護認定者のうち下記の疾病治療者			支援1・2（/カ）	介1・2（/キ）	介3・4・5（/ク）
骨折（/l）	人数	4	2	1	1
	割合	16.7	8.7	2.3	3.1
認知症（/m）	人数	25	3	12	10
	割合	58.1	13.0	27.9	31.3

生活習慣病

加齢・その他

A 健康状態不明者
該当年度に健診・医療・介護の実績なし

B 未治療・臓器障害あり
健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはCKD・心房細動あり

C 重症化予防
リスクはあるものの、重症化（脳・心・腎の発症）していない者

D 介護予防（再発予防）
脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

三股町

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：【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

令和4年度

75歳以上（後期）

何も表示されません。
必要事項を入力してください。

三股町の概況

1. 高齢化率

R4年度	28.4

2. 一人当たり社会保障費（●年度）

制度	円	地域差指数
国保		
後期		
介護		
合計		

3.（参考）特定健診の状況（R4年度）

区分	実施率
特定健診	42.2%
保健指導	74.4%

健診

1 被保険者数（75歳以上）（ア）：3,548人

2 健康診査受診者（イ）：1,444人 40.7%
健康診査未受診者：2,104人 59.3%

5 健診有所見者

高血圧（a）	480人	33.2%	
内訳 Ⅰ度	367	76.5%	
内訳 Ⅱ度	97	20.2%	
内訳 Ⅲ度	16	3.3%	
高血糖（b）	100人	6.9%	
内訳 7.0～7.9	72	72.0%	
内訳 8.0以上	28	28.0%	
尿蛋白（c）	128人	8.9%	
内訳 ＋	89	69.5%	
内訳 2＋以上	39	30.5%	
eGFR（d）	181人	12.5%	
内訳 30～45未満	141	77.9%	
内訳 30未満	40	22.1%	
心房細動（e）	23人	5.7%	
参考 心電図実施者	401人		

未治療・治療中断（受診勧奨）
- Ⅱ度高血圧以上：25人
- HbA1c 8.0以上：0人

臓器障害あり（治療者含む）
- CKD 尿蛋白2＋以上または eGFR30未満：69人
- 心房細動：23人

医療

3 医療機関受診あり（ウ）：3,450人 97.2%

生活習慣病対象者（エ）：3,038人 85.6%
※生活習慣病対象者
以下、⑥・⑦に記載している疾病の診断がある者

6 短期目標の疾患

高血圧（f） 人数	2,702人	
（f/エ）	88.9%	
糖尿病（g） 人数	1,381人	
（g/エ）	45.5%	

C’

高血圧＋糖尿病 人数	1,188人	
（g’/エ）	39.1%	

年齢階級	該当者数
75-79歳	442人
80-84歳	352人
85歳以上	394人

重症化予防

合併症なし	1,187人	43.9%
	485人	35.1%

7 短期目標で対象とする合併症（脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全）

高血圧＋合併症（1）	人数	1,515人	
	（1）/f	56.1%	
糖尿病＋合併症（2）	人数	896人	
	（2）/g	64.9%	

8 中長期目標の疾患

脳血管疾患（h）	人数	1,071人	
	（h/ア）	30.2%	
心不全（i）	人数	224人	
	（i/ア）	6.3%	
虚血性心疾患（j）	人数	552人	
	（j/ア）	15.6%	
腎不全（k）	人数	665人	
	（k/ア）	18.7%	

年齢階級	該当者数	高血圧＋糖尿病
75-79歳	475人	162人
80-84歳	373人	114人
85歳以上	429人	119人

介護

4

介護認定者数（オ）		支援1・2（カ）	介1・2（キ）	介3・4・5（ク）
人数	889人	191	361	337
割合（/ア）	25.1%	5.4%	10.2%	9.5%
割合（/オ）	100%	21.5%	40.6%	37.9%

介護予防（再発予防）

- 介護認定なし：668人 62.4%
- 101人 45.1%
- 381人 69.0%
- 472人 71.0%

9

要介護認定者のうち下記の疾病治療者		支援1・2（/カ）	介1・2（/キ）	介3・4・5（/ク）
脳血管疾患（/h） 人数	403	76	157	170
割合	37.6	39.8	43.5	50.4
心不全（/i） 人数	123	22	44	57
割合	54.9	11.5	12.2	16.9
虚血性心疾患（/j） 人数	171	45	68	58
割合	31.0	23.6	18.8	17.2
腎不全（/k） 人数	193	41	74	78
割合	29.0	21.5	20.5	23.1

年齢階級	該当者数
75-79歳	484人
80-84歳	384人
85歳以上	315人

A 健康状態不明者

78人 2.2%

年齢階級	該当者数
75歳 ※1	9人
76-79歳	12人
80-84歳	22人
85歳以上	35人

※1 医療加入時に健診・医療の実績がある対象者も含まれている可能性がある

B

実人数 115人 3.2%

C

実人数 1,277人 36.0%

D

実人数 1,183人 33.3%

14 生活習慣病の重なり（高血圧・糖尿病）

人数	470人	
（i/）	85.5%	
人数	439人	
（/m）	82.5%	
人数	1,462人	
（/n）	93.9%	
人数	1,231人	
（/o）	82.0%	

年齢階級	該当者数
75-79歳	98人
80-84歳	127人
85歳以上	245人

年齢階級	該当者数
75-79歳	53人
80-84歳	93人
85歳以上	293人

10 加齢によるその他の疾患

骨折（l）	人数	550人	
	（l/ア）	15.5%	
認知症（m）	人数	532人	
	（m/ア）	15.0%	

11

要介護認定者のうち下記の疾病治療者		支援1・2（/カ）	介1・2（/キ）	介3・4・5（/ク）
骨折（/l） 人数	255	61	99	95
割合	46.4	31.9	27.4	28.2
認知症（/m） 人数	409	26	178	205
割合	76.9	13.6	49.3	60.8

12 多剤処方の状況

6種類以上（n）	人数	1,557人	
	（n/ア）	43.9%	

※ひと月15日以上の処方がある薬剤を針上（外来のみ）

13 歯科受診の状況

受診あり（o）	人数	1,501人	
	（n/ア）	42.3%	

15 体格（健診結果）

	区分	痩せ傾向（20以下）	（再）18.5未満	肥満（25以上）
BMI（p）	人数	250人	108人	386人
	（p/イ）	17.3%	7.5%	26.7%

16 ■質問票による健康状態の総合的な把握

類型名	質問内容	人数	割合
健康状態	現在の健康状態はどうか	140人	10.5%
心の健康状態	毎日の生活に満足しているか	89人	6.7%
食習慣	1日3食きちんと食べていますか	59人	4.4%
口腔機能	半年前に比べて固いものが食べにくい お茶や汁物等でむせる	547人	40.9%
体重変化	6か月間で2～3kgの体重減少	201人	15.0%
運動・転倒	以前に比べて歩く速度が遅くなった この1年間に転んだことがある ウォーキング等の運動を週1回以上としている	954人	71.4%
認知機能	周りの人から「いつも同じことを聞く」などと物忘れがあると言われる 今日が何月何日かわからない時がある	390人	29.2%
喫煙	煙草を吸うか	46人	3.4%
社会参加	週に1回以上外出する 趣味か笑顔が友人とけが合いがある	124人	9.3%
ソーシャルサポート	体調不良時、身近に相談できる人がいる	44人	3.3%

回答数 1,337

A 健康状態不明者
該当年度に健診・医療・介護の実績なし

B 未治療・臓器障害あり
健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはCKD・心房細動あり

C 重症化予防
リスクはあるものの、重症化（脳・心・腎の発症）していない者

D 介護予防（再発予防）
脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

生活習慣病

加齢・その他

参考資料３　脳・心・腎を守るために保健指導対象者を明らかにする（R4 年度）

参考資料４　糖尿病（高血圧）管理台帳

糖尿病管理台帳

（過去6年間に一度でもHbA1c7.0以上に該当した者）

※高血圧・糖尿病の服薬は問診結果による
※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す

番号	追加年度 高血圧	追加年度 糖尿病	氏名	性別	R04年度末年齢	合併症の有無 病名	R0	初診年月	項目	H29	H30	R01	R02	R03	R04
1	R04	R04		男	44	高血圧			圧 血圧						138/103
						糖尿病			圧 服薬						
						インスリン			糖 HbA1c						7.6
						腎症			糖 服薬						
						網膜症			その他 体重						109.5
						神経障害			その他 BMI						37
						脂質異常症			その他 尿酸						7.3
						高尿酸血症			その他 LDL-C						144
						脳血管疾患			詳細健診 眼底						所見あり
						虚血性心疾患			詳細健診 心電図						なし
						腎不全			CKD GFR						57.7
						人工透析			CKD 尿蛋白						－
2	R04	R04		女	72	高血圧	●		圧 血圧						166/91
						糖尿病	●		圧 服薬						
						インスリン			糖 HbA1c						12.2
						腎症			糖 服薬						
						網膜症	●		その他 体重						45.9
						神経障害			その他 BMI						24.3
						脂質異常症	●		その他 尿酸						4
						高尿酸血症			その他 LDL-C						170
						脳血管疾患			詳細健診 眼底						
						虚血性心疾患			詳細健診 心電図						／洞頻脈／軽度
						腎不全			CKD GFR						71.2
						人工透析			CKD 尿蛋白						－
29	R02	R03		男	61	高血圧	●		圧 血圧				160/100	150/96	150/95
						糖尿病	●		圧 服薬				○	○	○
						インスリン			糖 HbA1c					7.3	7.3
						腎症			糖 服薬				○	○	○
						網膜症			その他 体重				85.4	84.2	88
						神経障害	●		その他 BMI				27.3	27	28.4
						脂質異常症	●		その他 尿酸					5.4	6.6
						高尿酸血症			その他 LDL-C				126	126	82
						脳血管疾患			詳細健診 眼底						
						虚血性心疾患			詳細健診 心電図						
						腎不全			CKD GFR				118.7	120.6	108.7
						人工透析			CKD 尿蛋白				±	±	－
30		R03		女	59	高血圧	●		圧 血圧		140/58			138/90	139/85
						糖尿病	●		圧 服薬						
						インスリン			糖 HbA1c		6.4			6.7	7.8
						腎症			糖 服薬						
						網膜症			その他 体重		72			76.9	77.9
						神経障害			その他 BMI		30.3			32.1	32.4
						脂質異常症			その他 尿酸		4.3			4.7	4.2
						高尿酸血症			その他 LDL-C		92			105	125
						脳血管疾患			詳細健診 眼底					所見あり	所見あり
						虚血性心疾患			詳細健診 心電図		平低T波			低T／反時計回	
						腎不全			CKD GFR		90.9			81.5	87.3
						人工透析			CKD 尿蛋白		－			－	－
31		R03		男	64	高血圧	●		圧 血圧					139/90	125/96
						糖尿病	●		圧 服薬					○	○
						インスリン			糖 HbA1c					6.7	7.6
						腎症			糖 服薬						
						網膜症			その他 体重					76.8	76.8
						神経障害			その他 BMI					25.8	26
						脂質異常症			その他 尿酸					5.4	5.1
						高尿酸血症			その他 LDL-C					154	161
						脳血管疾患			詳細健診 眼底						所見あり
						虚血性心疾患			詳細健診 心電図						反時計回転
						腎不全			CKD GFR					65	58.4
						人工透析			CKD 尿蛋白					－	－
44	R02	R02		女	73	高血圧	●		圧 血圧		153/82		200/110	138/74	145/68
						糖尿病	●		圧 服薬					○	○
						インスリン			糖 HbA1c		6.3		7	6.3	6.4
						腎症			糖 服薬					○	○
						網膜症			その他 体重		52.6		53.8	50.4	53.6
						神経障害			その他 BMI		25		25.6	24	25.5
						脂質異常症			その他 尿酸		5.9		5.6	4.2	5
						高尿酸血症			その他 LDL-C		141		138	94	150
						脳血管疾患			詳細健診 眼底						
						虚血性心疾患			詳細健診 心電図						
						腎不全			CKD GFR		76.1		81.1	82.4	82.1
						人工透析			CKD 尿蛋白		－		－	－	－
45		R02		女	58	高血圧			圧 血圧				112/69		
						糖尿病	●		圧 服薬						
						インスリン			糖 HbA1c				14.2		
						腎症	●		糖 服薬						
						網膜症			その他 体重				66.9		
						神経障害	●		その他 BMI				25.6		
						脂質異常症	●		その他 尿酸				4.3		
						高尿酸血症			その他 LDL-C				178		
						脳血管疾患			詳細健診 眼底						
						虚血性心疾患			詳細健診 心電図						
						腎不全			CKD GFR				106.1		
						人工透析			CKD 尿蛋白				－		
46		R02		男	60	高血圧	●		圧 血圧				138/80		
						糖尿病	●		圧 服薬				○		
						インスリン			糖 HbA1c				7.5		
						腎症	●		糖 服薬				○		
						網膜症			その他 体重				56.5		
						神経障害	●		その他 BMI				19		
						脂質異常症			その他 尿酸				4.3		
						高尿酸血症			その他 LDL-C				111		
						脳血管疾患			詳細健診 眼底						
						虚血性心疾患			詳細健診 心電図						
						腎不全			CKD GFR				82.1		
						人工透析			CKD 尿蛋白				±		
47		R02		女	66	高血圧	●		圧 血圧				143/78	142/87	
						糖尿病	●		圧 服薬					○	
						インスリン			糖 HbA1c				8.4	7.6	
						腎症			糖 服薬					○	
						網膜症			その他 体重				49.1	46.2	
						神経障害	●		その他 BMI				21.4	20	
						脂質異常症	●		その他 尿酸				4.6	5.1	
						高尿酸血症			その他 LDL-C				98	98	
						脳血管疾患			詳細健診 眼底						
						虚血性心疾患			詳細健診 心電図						
						腎不全			CKD GFR				80.7	76	
						人工透析			CKD 尿蛋白				±	±	
48		R02		男	66	高血圧	●		圧 血圧				154/83	133/64	132/71
						糖尿病	●		圧 服薬				○	○	○
						インスリン			糖 HbA1c				8.1	5.7	7
						腎症	●		糖 服薬					○	○
						網膜症			その他 体重				76.7	67.9	74.5
						神経障害			その他 BMI				27.7	24.6	27.1
						脂質異常症			その他 尿酸				4.2	6.3	6.1
						高尿酸血症	●		その他 LDL-C				85	77	117
						脳血管疾患			詳細健診 眼底					所見なし	
						虚血性心疾患			詳細健診 心電図				なし		
						腎不全			CKD GFR				78.3	67.3	61.7
						人工透析			CKD 尿蛋白				－	－	－

番号	R04年度 KDBレセプト情報	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	要介護度 転出・死亡等
1	高血圧診断													
	糖尿病診断													
	住所	889-1914												
	健診受診日	令和4年6月16日												
	個人番号						被保険者番号	129780						
	国保資格取得	令和3年5月10日					国保資格喪失							
	備考欄 1													
	備考欄 2													
	備考欄 3													
	備考欄 4													
2	高血圧診断				●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	糖尿病診断				●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	住所	889-1912												
	健診受診日	令和4年6月28日												
	個人番号						被保険者番号	1851						
	国保資格取得	令和3年8月1日					国保資格喪失							
	備考欄 1													
	備考欄 2													
	備考欄 3													
	備考欄 4													
29	高血圧診断	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	糖尿病診断	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	住所	889-1914												
	健診受診日	令和4年10月28日												
	個人番号						被保険者番号	8018						
	国保資格取得	平成12年4月1日					国保資格喪失							
	備考欄 1													
	備考欄 2													
	備考欄 3													
	備考欄 4													
30	高血圧診断										●	●	●	
	糖尿病診断										●	●	●	
	住所	889-1901												
	健診受診日	令和4年11月20日												
	個人番号						被保険者番号	3537						
	国保資格取得	令和2年11月2日					国保資格喪失							
	備考欄 1													
	備考欄 2													
	備考欄 3													
	備考欄 4													
31	高血圧診断	●	●				●		●					
	糖尿病診断		●				●		●					
	住所	889-1914												
	健診受診日	令和4年9月13日												
	個人番号						被保険者番号	3839						
	国保資格取得	令和5年8月26日					国保資格喪失							令和8年11月2日
	備考欄 1													
	備考欄 2													
	備考欄 3													
	備考欄 4													
44	高血圧診断	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	糖尿病診断	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	住所	889-1912												
	健診受診日	令和4年10月20日												
	個人番号						被保険者番号	51632						
	国保資格取得	平成21年10月5日					国保資格喪失							
	備考欄 1													
	備考欄 2													
	備考欄 3													
	備考欄 4													
45	高血圧診断													
	糖尿病診断						●	●	●	●	●	●		
	住所	889-1901												
	健診受診日													
	個人番号						被保険者番号	97721						
	国保資格取得	平成28年7月14日					国保資格喪失							令和6年4月2日
	備考欄 1													
	備考欄 2													
	備考欄 3													
	備考欄 4													
46	高血圧診断	●	●	●	●	●	●		●		●		●	
	糖尿病診断	●	●	●	●	●	●		●		●		●	
	住所	889-1901												
	健診受診日													
	個人番号						被保険者番号	1306						
	国保資格取得	平成8年11月20日					国保資格喪失							
	備考欄 1													
	備考欄 2													
	備考欄 3													
	備考欄 4													
47	高血圧診断	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	糖尿病診断	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	住所	889-1901												
	健診受診日													
	個人番号						被保険者番号	2132						
	国保資格取得	平成12年1月27日					国保資格喪失							
	備考欄 1													
	備考欄 2													
	備考欄 3													
	備考欄 4													
48	高血圧診断	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	糖尿病診断	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	住所	889-1903												
	健診受診日	令和4年9月29日												
	個人番号						被保険者番号	5928						
	国保資格取得	令和1年10月1日					国保資格喪失							
	備考欄 1													
	備考欄 2													
	備考欄 3													
	備考欄 4													