長洲町国民健康保険
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

令和６年３月

長　洲　町

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 1
2. 計画の位置づけと基本的な考え方 2
3. 計画期間 6
4. 関係者が果たすべき役割と連携 6
1）市町村国保の役割 6
2）関係機関との連携 7
3）被保険者の役割 7
5. 保険者努力支援制度 8
第 2 章　第 2 期計画にかかる評価・考察及び第 3 期計画における 健康課題の明確化 9
1. 保険者の特性 9
2. 第 2 期計画にかかる評価及び考察 10
1）第 2 期データヘルス計画の評価 10
2）主な個別事業の評価と課題 16
3）第 2 期データヘルス計画に係る考察 22
3. 第 3 期における健康課題の明確化 23
1）基本的考え方 23
2）健康課題の明確化 23
3）健康課題の設定 28
4）目標の設定 29
5）管理目標の設定 30
第 3 章　特定健診・特定保健指導の実施（法定義務） 31
1. 第 4 期特定健康診査等実施計画について 31
2. 目標値の設定 31
3. 対象者の見込み 31
4. 特定健診の実施 31
1）実施方法 31
2）特定健診委託基準 31
3）特定健診実施機関リスト 31
4）特定健診実施項目 32
5）実施時期 33
6）医療機関との連携 33
7）代行機関 33
8）健診の案内方法・健診実施スケジュール 33
9）受診率向上のための取組 33

5. 特定保健指導の実施 34
1）実施方法及び実施時期 34
2）健診から保健指導実施の流れ 34
3）保健指導を行う対象者の選定と優先順位・支援方法 35
4）生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール 36
6. 個人情報の保護 36
1）基本的な考え方 36
2）特定健診・保健指導の記録の管理について 36
7. 結果の報告 36
8. 特定健康診査等実施計画の公表 36
第 4 章　課題解決のための保健事業 37
Ⅰ. 保健事業の方向性 37
Ⅱ. 重症化予防の取組 38
1. 虚血性心疾患重症化予防 38
2. 脳血管疾患重症化予防 42
3. 糖尿病性腎症重症化予防 47
4. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防 54
Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 57
1. 基本的な考え方 57
2. 事業の実施 57
3. 関係者間での連携 57
Ⅳ. 発症予防 58
Ⅴ. ポピュレーションアプローチ 58
第 5 章　計画の評価・見直し 59
1. 評価の時期 59
2. 評価方法・体制 59
第 6 章　計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い 60
1. 計画の公表・周知 60
2. 個人情報の取扱い 60
参考資料 61

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計画の標準化等の取り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　改革工程表 ※42022」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針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長洲町の課題等を踏まえ、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（平成 25 年 6 月 閣議決定）

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

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

※4 新経済・財政再生計画　改革工程表：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. 計画の位置づ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）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・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査（以下、「特定健診」という）の結果やレセプトデータ等の健康・医療情報を活用し、PDCA サイクルに沿って実施します。

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長洲町健康増進計画、熊本県における医療費の見直しに関する計画、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。(3頁　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たものであり、保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「データヘルス計画」という。）と一体的に策定することとします。ただし、データヘルス計画の対象者は、長洲町国民健康保険被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）　※5」（以下「プログラム」という。）は、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という。）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り、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。(4～6頁　図表2～5)

長洲町では以上のことも踏まえ、国保データベース（以下「KDB※6 システム」という。）を活用して特定健診の結果やレセプト・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、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組むことで国民健康保険被保険者の健康寿命の延伸や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により、保健事業実施（データヘルス）計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害（網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病性腎症に着目することとする。

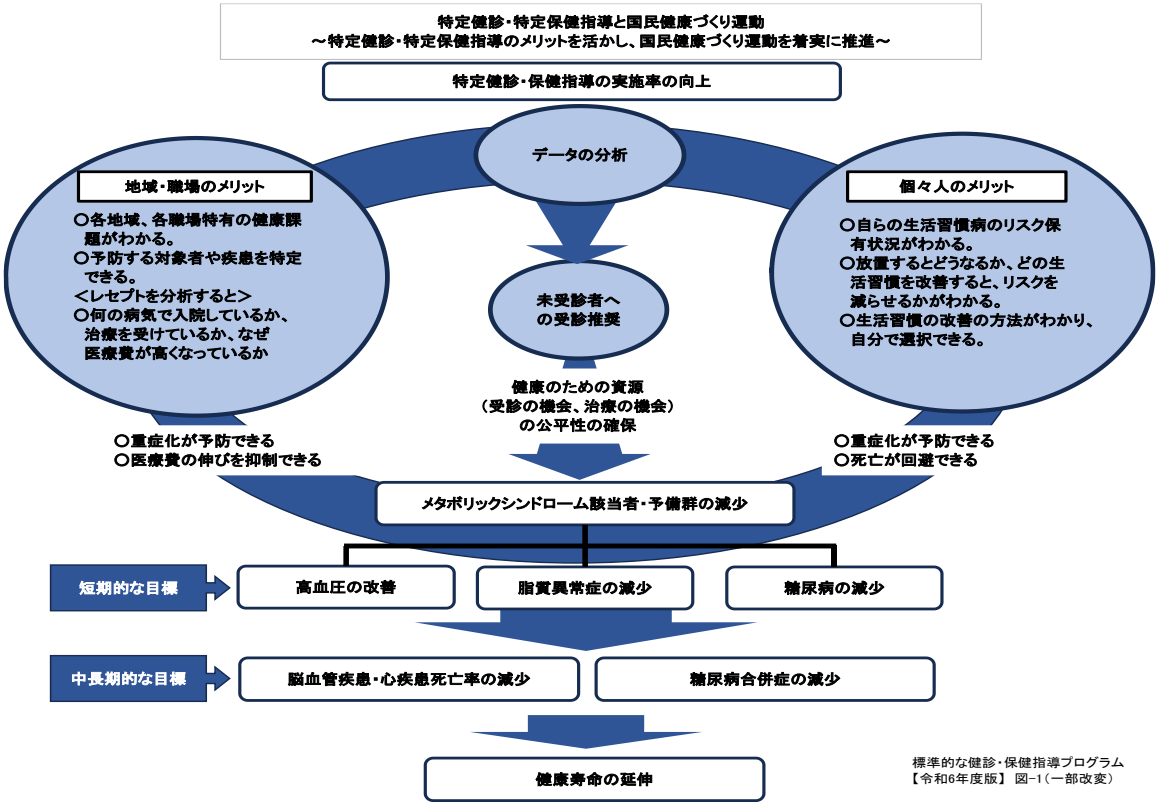
※6 KDB：国民健康保険団体連合会が管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

※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（母子健子法、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）	特定健康検査等実施計画	医療費適正化計画	医療計画（地域医療構想含む）	介護保険事業（支援）計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条　健康増進事業実施者（※）	国民健康保険法　第82条 健康保険法　第150条 高確法　第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な指針	厚生労働省　健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省　保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省　保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な方針	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方針	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年～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年～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6年～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6年～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6年～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推進を目的に、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・連携を通じ、地域の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。 ・保健機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止
対象年齢	ライフステージ （乳幼児期、青壮年期、高齢期） ライフコースアプローチ （胎児期から老齢期まで経時的）	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者　65歳以上 2号被保険者　40～64歳 特定疾病（※） ※初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 （糖尿病腎症） 循環器病　高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 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）	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 がん 精神疾患	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 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礎整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	（住民の健康の保持推進） ・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 ・医療資源の効率的・効果的な活用 ・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 （地域の実情に応じて設定） 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		保険事業支援・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

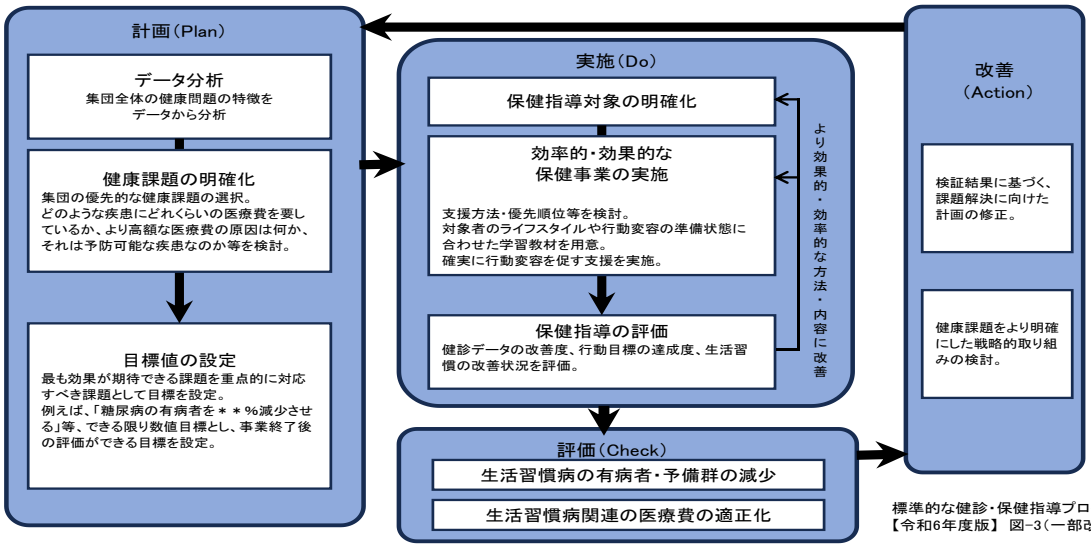
図表 2　特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



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）

注）プログラムにおいては、保健指導により脳・心疾患等の病気の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指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が明確となり分析に基づく保健事業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ことにつながる。

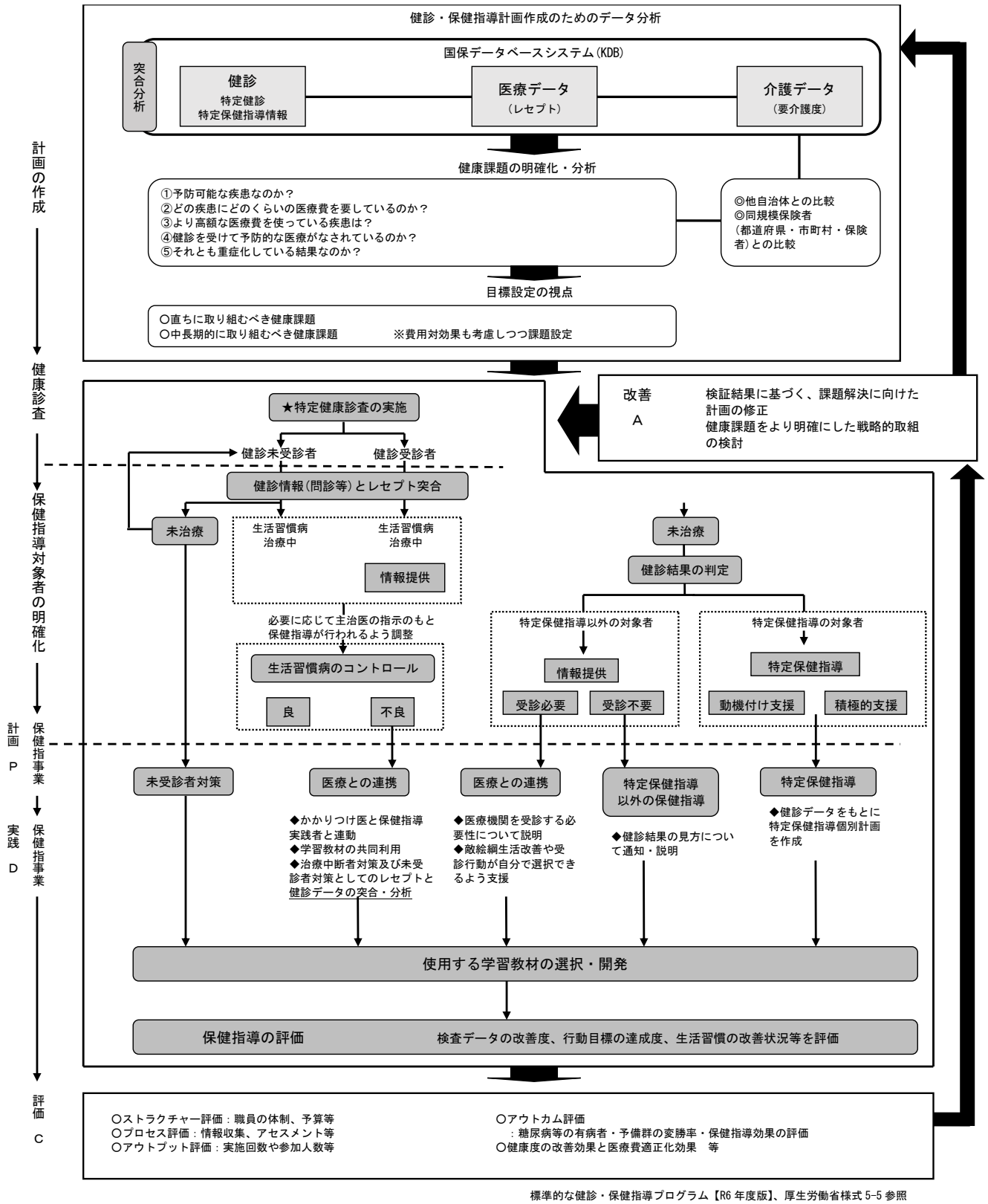
図表 3　保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



標準的な健診・保健指導プログラム
【令和6年度版】 図-3（一部改変）

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

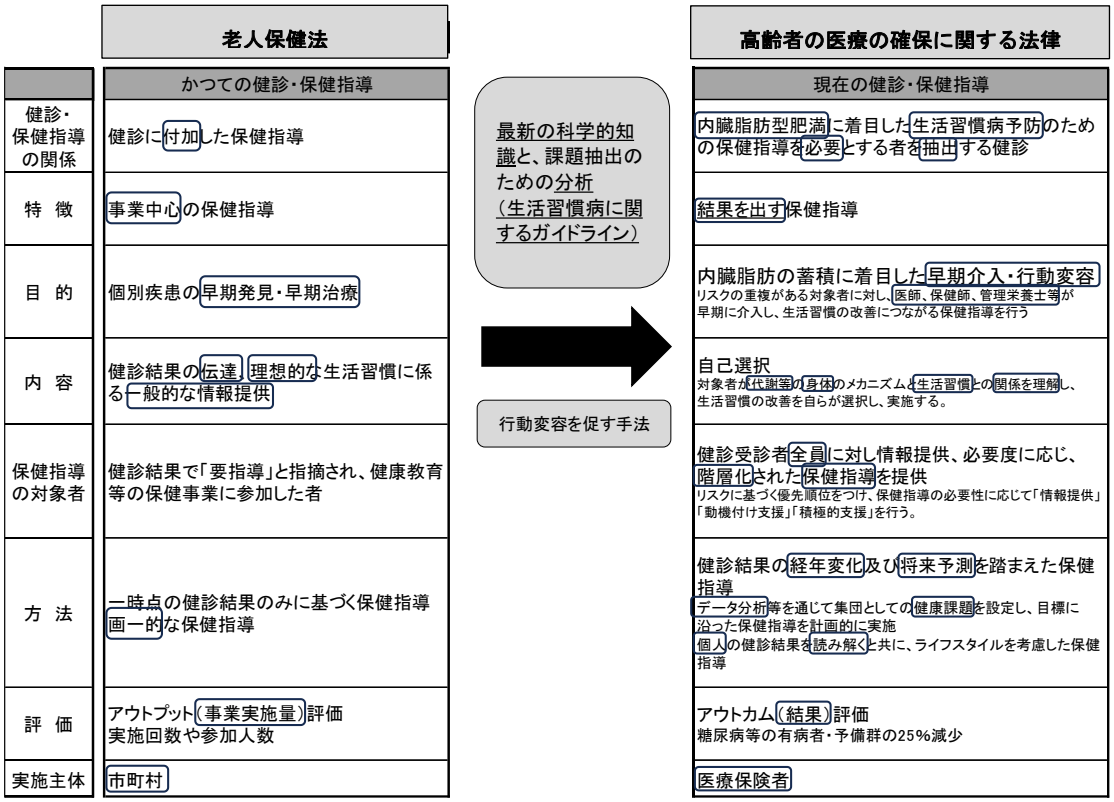
図表 4　生活習慣病予防のための標準的な検診・保健指導計画の流れ（一部改変）



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 参照

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)



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が 6 年を 1 期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

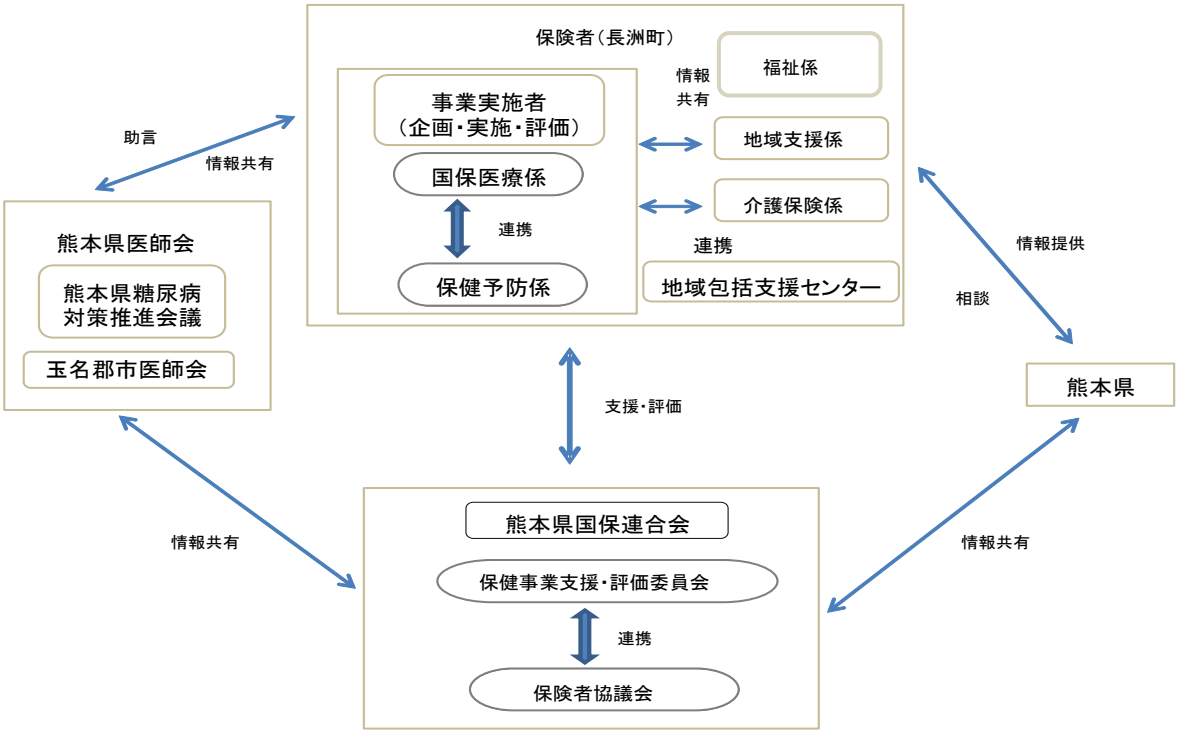
4. 関係者が果たすべき役割と連携

1）市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進や保健事業の積極的な推進を図るために、福祉保健介護課国保医療係（以下、「国保医療係」という。）が中心となって、同課保健予防係と連携して町の健康課題を分析しデータヘルス計画の策定等を進めます。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を評価し、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には国保医療係が中心となり、保健予防係・介護保険係・地域支援係・福祉係・地域包括支援センターと PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるように連携します。（図表 6）

図表 6　長洲町の実施体制図



2）関係機関との連携

データヘルス計画の実効性を高めるためには、計画の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・協力が重要となります。

また、データヘルス計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である熊本県のほか熊本県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）や国保連に設置された保健事業支援評価委員会、地域の医師会、後期高齢者医療広域連合等と連携・協力します。

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長洲町の国民健康保険事業の運営に関する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いきます。

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され、保険者における予防・健康づくり事業の取り組みを後押しすることで（事業費分・事業費連動分）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います。

都道府県では、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：長洲町）

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	
			長洲町	配点	長洲町	配点	長洲町	配点
交付額(万円)								
全国順位(1,741市町村中)			269位		316位		372位	
共通の指針	①	(1)特定健康診査受診率	80	70	110	70	90	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	40	40	68	40	65	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	生活習慣病の発症予防・重症化予防	90	120	105	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	50	45	55	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	50	50	40	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	105	130	80	130
固有の指針	①	保険料(税)の収納率	0	100	0	100	20	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	30	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	27	40	24	50	50	50
	⑥	適正化かつ健全な事業運営の実施状況	80	95	62	100	63	100
合計点			677	1,000	664	960	643	940

出展：厚生労働省「国民健康保険の保険者努力支援制度について」

第 2 章　第 2 期計画にかかる評価・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

長洲町は、人口約 1 万 5,400 人で高齢化率は令和 2 年度国勢調査において 35.8%と県や国と比較すると高く、被保険者の平均年齢は 58.6 歳となっています。出生率は県や国と比較すると低いですが、財政指数は国や県と比較しても高く、産業は第 2 次産業の割合が高い状況にあります。これらを踏まえて、被保険者の生活習慣などの実態を把握し健康課題との関連を明確にすることが重要と考えます。(図表 8)

令和 4 年度の国保加入率は 23.5%で被保険者数は年々減少傾向にあり、年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 6 割になっています。(図表 9)

長洲町には 1 つの病院と 5 つの診療所があります。病院数や診療所数・病床数・医師数等は全国や県の平均より少ないですが外来患者数及び入院患者数がともに高いことから、近隣市の医療機関への受診が多くなっていると考えられます。(10 頁　図表 10)

図表 8　同規模・県・国と比較した長洲町の特性

	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
長洲町	15,359	35.8	3,607（23.5）	58.6	6.1	11.7	0.6	5.5	38.8	55.8
同規模	--	36.0	23.2	55.9	5.3	14.7	0.5	10.9	27.1	61.9
県	--	31.6	22.4	53.6	7.6	12.3	0.4	9.8	21.1	69.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

※同規模とは、KDBシステムに定期されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、長洲町と同規模保険者の平均値を表す

出展：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 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	3,906		3,840		3,830		3,732		3,607	
65～74歳	2,123	54.4	2,163	56.3	2,215	57.8	2,206	59.1	2,125	58.9
40～64歳	1,103	28.2	1,026	26.7	980	25.6	935	25.1	927	25.7
39歳以下	680	17.4	651	17.0	635	16.6	591	15.8	555	15.4
加入率	24.6		24.2		24.1		23.5		23.5	

出展：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 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）	
											同規模	県
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	割合	割合
病院数	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	0.3	0.5
診療所数	5	1.3	5	1.3	5	1.3	5	1.3	5	1.4	2.8	3.8
病床数	131	33.5	131	34.1	131	34.2	131	35.1	131	36.3	45.4	85.4
医師数	14	3.6	14	3.6	15	3.9	15	4.0	15	4.2	6.6	14.1
外来患者数	860.9		862.7		821.6		859.7		876.9		721.7	768.9
入院患者数	29.8		30.4		27.7		29.7		30.2		21.9	26.2

出展：KDBシステム帳簿　地域の全体像の把握

2. 第 2 期計画にかかる評価及び考察

1）第 2 期データヘルス計画の評価

長洲町は第 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 つ目は中長期目標として『「虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症の新規患者発生率」と「1 人あたりの医療費の伸び率」をそれぞれ熊本県並みとすること』を設定しました。

2 つ目は短期目標として中長期目標の虚血性心疾患・脳血管疾患・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、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を前年比で減らしていく」ことを設定しました。

（1）中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況

長洲町の令和 4 年度の要介護認定者は、2 号（40～64 歳）被保険者で 11 人（認定率 0.25%）、1 号（65 歳以上）被保険者で 961 人（認定率 17.5%）と同規模と比較すると低く、平成 30 年度と比べて 1 号被保険者の認定率は 0.7%低くなっていました（11 頁　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 歳以上の認定者数・割合が増加しており、平成 30 年度と比較すると介護給費は 3,132 万円伸びていました（11 頁　図表 12）。

また図表 13（11 頁）血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患と虚血性心疾患が上位を占めていました。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で 95.8%以上となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要であるといえます。

図表 11　要介護認定者（率）の状況

			長洲町				同規模	県	国
			H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率			4,955人	31.2%	5,492人	35.8%	36.0%	31.6%	28.7%
2号認定者			13人	0.25%	11人	0.25%	0.40%	0.35%	0.38%
	新規認定者		4人		2人		--	--	--
1号認定者			900人	18.2%	961人	17.5%	18.8%	20.2%	19.4%
	新規認定者		124人		116人		--	--	--
再掲	65～74歳		66人	2.7%	87人	3.0%	--	--	--
		新規認定者	13人		16人		--	--	--
	75歳以上		834人	33.3%	874人	33.9%	--	--	--
		新規認定者	111人		100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

	長洲町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	14億7301万円	15億0433万円	--	--	--
一人あたり給付費（円）	297,277円	273,913円	297,567円	310,858円	290,668円
1件あたり給付費（円）全体	71,756円	67,538円	70,292円	62,823円	59,662円
居宅サービス	44,733円	42,956円	43,991円	42,088円	41,272円
施設サービス	303,590円	311,091円	291,264円	303,857円	296,364円

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）				11人		87人		874人		961人		972人	
再）国保・後期				3人		68人		844人		912人		915人	
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	脳血管疾患	2人 66.7%	脳血管疾患	32人 47.1%	虚血性心疾患	436人 51.7%	虚血性心疾患	459人 50.3%	虚血性心疾患	460人 50.3%
			2	虚血性心疾患	1人 33.3%	虚血性心疾患	23人 33.8%	脳血管疾患	423人 50.1%	脳血管疾患	455人 49.9%	脳血管疾患	457人 49.9%
			3	腎不全	1人 33.3%	腎不全	13人 19.1%	腎不全	196人 23.2%	腎不全	209人 22.9%	腎不全	210人 23.0%
		合併症	4	糖尿病合併症	1人 33.3%	糖尿病合併症	14人 20.6%	糖尿病合併症	90人 10.7%	糖尿病合併症	104人 11.4%	糖尿病合併症	105人 11.5%
		基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）			3人 100.0%	基礎疾患	61人 89.7%	基礎疾患	813人 96.3%	基礎疾患	874人 95.8%	基礎疾患	877人 95.8%
		血管疾患合計			3人 100.0%	合計	63人 92.6%	合計	821人 97.3%	合計	884人 96.9%	合計	887人 96.9%
	認知症			認知症	0人 0.0%	認知症	19人 27.9%	認知症	450人 53.3%	認知症	469人 51.4%	認知症	469人 51.3%
	筋・骨格疾患			筋骨格系	3人 100.0%	筋骨格系	65人 95.6%	筋骨格系	812人 96.2%	筋骨格系	877人 96.2%	筋骨格系	880人 96.2%

※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

出典：ヘルスサポートラボツール

②医療費の状況

中長期目標である虚血性心疾患・脳血管疾患・慢性腎不全（糖尿病性腎症が原因を含む）の医療費合計が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ています。特に虚血性心疾患については、平成 30 年度より 0.9%減少しています。

脳血管疾患及び慢性腎不全（透析有）については、総医療費に占める割合は増加しており特に脳血管疾患は同規模・県・国と比較して高い状況にあります。（図表 14）

中長期疾患の医療費の伸びを抑えるためには、予防可能な疾患（脳・心・腎）の発症を押さえられるように重症化予防の取組を強化していく必要があります。

図表 14　中長期目標疾患の医療費の変化

			長洲町		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）			16億0877万円	16億2251万円	--	--	--
中長期目標疾患医療費合計（円）			1億6282万円	1億5364万円	--	--	--
			10.1%	9.5%	7.9%	8.7%	8.0%
中長期目標疾患	心	虚血性心疾患	2.2%	1.3%	1.4%	1.0%	1.5%
	脳	脳血管疾患	2.6%	2.8%	2.2%	1.9%	2.0%
	腎	慢性腎不全（透析有）	5.2%	5.3%	4.0%	5.5%	4.3%
		慢性腎不全（透析無）	0.1%	0.1%	0.3%	0.3%	0.3%
その他の疾患	悪性新生物		12.0%	13.2%	17.0%	14.1%	16.7%
	筋・骨疾患		7.7%	8.3%	8.9%	8.6%	8.7%
	精神疾患		9.9%	10.6%	8.1%	9.6%	7.6%

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

③新規患者発生率を熊本県並みとする

目標とした虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症において、第 2 期計画を策定した際に現状として確認した平成 28 年度の値と令和 4 年度までの値を比較するといずれの疾患においても新規患者発生率が熊本県の発生率を超えている状態です（13 頁　図表 15）。

町の虚血性心疾患と脳血管疾患新規患者発生率は一度増加傾向となりますが、その後は緩やかに減少し、令和 4 年度は平成 28 年度の値を下回っています。しかし、町と県の発生率を比較するといずれも町が高い値になっています。糖尿病性腎症は、一度町が県の発生率よりも下回りましたがその後は増加しており、令和 4 年度は平成 28 年度の 2 倍近くまで増加しています。

④1 人あたりの医療費の伸びを熊本県並みとする

1 人あたりの医療費は、第 2 期データヘルス計画時の伸び率と比較すると 4.5%から 2.2%と減少しています。また、この数値は第 2 期計画で目標とした熊本県の割合 3.3%を下回っています（13 頁図表 15）。

図表 15　中長期目標の達成状況

目標	評価指標	H28		H29		H30		R1		R2		R3		R4	
		県	町	県	町	県	町	県	町	県	町	県	町	県	町
新規患者発生率を熊本県並みとする	虚血性心疾患の新規患者発生率の減少	1.8%	2.5%	1.8%	3.1%	1.7%	2.7%	1.7%	2.6%	1.7%	2.1%	1.6%	2.1%	1.6%	2.0%
	脳血管疾患の新規患者発生率の減少	1.2%	2.0%	1.1%	2.2%	1.1%	2.0%	1.1%	1.8%	1.1%	1.8%	1.1%	1.7%	1.0%	1.9%
	糖尿病性腎症の新規患者発生率の減少	0.5%	0.5%	0.5%	0.4%	0.6%	0.8%	0.6%	1.1%	0.6%	0.8%	0.6%	1.1%	0.6%	0.9%
1人あたり医療費の伸び率を熊本県並みとする	医療費の伸び率	3.3%	4.5%	5.4%	8.5%	3.4%	2.4%	3.7%	4.1%	2.5%	0.5%	3.0%	2.4%	2.5%	2.2%

出典：保険者データヘルス支援システムおよび国保連合会提供データ

(2)短期的な目標の達成状況（図表 16）

短期的な目標であった高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の減少と、重症化予防の対象者（高血圧：Ⅱ度高血圧以上、脂質異常症：LDL コレステロール 180mg/dl 以上・中性脂肪 300mg/dl 以上、糖尿病：HbA1c6.5%以上）の治療なしの割合を前年比より減少するとしておりましたが、いずれの項目でも目標の割合を下回ることは出来ませんでした。

第 2 期計画策定時の平成 28 年度の値と比較しても LDL コレステロールのみ減少していますが、他の項目については割合が上昇しているか同程度の状態になっています。

図表 16　短期目標の達成状況

目標	評価指標	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
特定健診受診者における対象者割合の前年比減少	糖尿病の割合減少（HbA1ｃ6.5%以上）	9.4%	10.1%	8.2%	8.4%	5.6%	9.6%	9.4%
	高血圧の割合減少 Ⅱ度高血圧以上	6.0%	6.4%	5.3%	4.6%	5.8%	7.3%	10.0%
	脂質異常症の割合減少 LDLコレステロール 180mg/dl以上	3.0%	3.0%	2.4%	3.4%	4.1%	3.4%	2.7%
	脂質異常症の割合減少 中性脂肪 300mg/dl以上	2.2%	2.3%	2.3%	2.0%	1.8%	2.7%	2.3%
	メタボリックシンドローム該当者の割合減少	20.4%	19.7%	21.4%	19.5%	22.6%	22.5%	20.5%
	重症化予防対象者の治療なし割合の減少 10.0%	18.6%	20.2%	20.5%	18.6%	28.1%	26.4%	27.4%

出展：健診結果集計ツール

(3) 特定健診・特定保健指導率の向上

①特定健診受診率の向上

特定健診受診率は、第2期計画で設定した目標値を下回っており、令和2年度と令和3年度はコロナ禍の影響で特に低くなっています。令和4年度は受診率が回復してきましたが、目標値には達していない状況です（図表17）。

健診受診率を年代別にみると40～64歳は28.0%、65～74歳は45.0%と若い世代の受診率が低い状況です（図表18）。

また、図表20（15頁）の令和3年度と令和4年度の特定健診の受診回数別結果より継続受診者と新規受診者の健診結果を比較すると、継続受診者は新規受診者と比べてBMIや血圧が高い値の者が多く、新規受診者は継続受診者と比べて中性脂肪やLDLコレステロール・HbA1c等のメタボリックシンドローム項目に該当する者が多くみられました。

図表17　特定健診の受診率の推移

	平成28年度	平成29年度	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
目標値	48.0%	48.0%	44.0%	46.0%	47.0%	48.0%	49.0%
受診率	40.2%	40.4%	42.6%	39.6%	24.4%	34.4%	40.3%
対象者数	3,043人	2,948人	2,911人	2,903人	2,870人	2,825人	2,702人
受診者数	1,223人	1,191人	1,239人	1,151人	700人	972人	1,089人

出展：法定報告

図表18　年代別の受診率の推移

	平成28年度			令和4年度			伸び率
	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率	
総数	3,043人	1,223人	40.2%	2,702人	1,089人	40.3%	0.1%
40歳代	287人	75人	26.1%	248人	68人	27.4%	1.3%
50歳代	327人	74人	22.6%	257人	72人	28.0%	5.4%
60歳代	1,585人	653人	41.2%	947人	368人	38.9%	-2.3%
70歳代	844人	421人	49.9%	1,250人	581人	46.5%	-3.4%
再掲）40～64歳	1,142人	329人	28.8%	746人	209人	28.0%	-0.8%
再掲）65～74歳	1,901人	894人	47.0%	1,956人	880人	45.0%	-2.0%

出展：法定報告

図表19　年代別・男女別の受診率の推移

	男性							女性						
	平成28年度			令和4年度			伸び率	平成28年度			令和4年度			伸び率
	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率		対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率	
総数	1,515人	559人	36.9%	1,307人	487人	37.3%	0.4%	1,528人	664人	43.5%	1,395人	602人	43.2%	-0.3%
40歳代	161人	41人	25.5%	132人	36人	27.3%	1.8%	126人	34人	27.0%	116人	32人	27.6%	0.6%
50歳代	172人	31人	18.0%	132人	32人	24.2%	6.2%	155人	43人	27.7%	125人	40人	32.0%	4.3%
60歳代	769人	290人	37.7%	416人	141人	33.9%	-3.8%	816人	363人	44.5%	531人	227人	42.7%	-1.7%
70歳代	413人	197人	47.7%	627人	278人	44.3%	-3.4%	431人	224人	52.0%	623人	303人	48.6%	-3.3%
再掲）40～64歳	579人	141人	24.4%	359人	87人	24.2%	-0.1%	563人	188人	33.4%	387人	122人	31.5%	-1.9%
再掲）65～74歳	936人	418人	44.7%	948人	400人	42.2%	-2.5%	965人	476人	49.3%	1,008人	480人	47.6%	-1.7%

出展：法定報告

図表 20　特定健診の受診者の受診回数別結果

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者					全体		継続受診者 過去5年間で1回以上受診がある者		新規受診者 過去5年間受診がない者	
受診者数					1,133 人	100.0%	919 人	81.1%	214 人	18.9%
項目				基準値	人数	割合	人数	割合	人数	割合
身体の大きさ			BMI	25以上	316 人	27.9%	262 人	28.5%	54 人	25.2%
			腹囲	男性85以上 女性90以上	397 人	35.0%	323 人	35.1%	74 人	34.6%
血管が傷む（動脈硬化の危険因子）	内臓脂肪		中性脂肪	300以上	235 人	20.7%	185 人	20.1%	50 人	23.4%
	インスリン抵抗性	血糖	HbA1c（NGSP値）	6.5以上	142 人	12.7%	117 人	12.9%	25 人	11.9%
				（再掲） 7.0以上	70 人	6.3%	54 人	5.9%	16 人	7.6%
	血管を傷つける	血圧	収縮期	160以上	106 人	9.4%	92 人	10.0%	14 人	6.5%
			拡張期	100以上	21 人	1.9%	14 人	1.5%	7 人	3.3%
			計		113 人	10.0%	96 人	10.4%	17 人	7.9%
その他の動脈硬化危険因子			LDLコレステロール	160以上	105 人	9.3%	82 人	8.9%	23 人	10.7%
腎機能			尿蛋白	2＋以上	10 人	0.9%	7 人	0.8%	3 人	1.4%
			eGFR	50未満 70歳以上は40未満	37 人	3.3%	25 人	2.7%	12 人	5.7%
			尿酸	8.0以上	19 人	1.7%	11 人	1.2%	8 人	3.8%

＊HbA1c・eGFR・尿酸については検査実施者数が異なる場合、検査実施者数を分母に割合を算出

出典：ヘルスサポートラボツール

②特定保健指導率の向上

平成 29 年度の健診結果説明会より集団説明から個別面談による説明へ変更したことにより、特定保健指導の初回面談と前年度支援の評価まで実施できたため、特定保健指導実施率が目標値を超えるほど向上しました。（図表 21）

図表 21　特定健診・特定保健指導率の推移

	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
目標値	60.0%	60.0%	64.0%	65.0%	66.0%	67.0%	68.0%
実施率	63.8%	76.1%	69.4%	79.2%	80.8%	81.3%	75.0%
対象者数	130人	138人	134人	125人	73人	123人	132人
終了者数	83人	105人	93人	99人	59人	100人	99人

出展：法定報告

2）主な個別事業の評価と課題

（1）重症化予防の取り組み

①虚血性心疾患重症化予防

長洲町では、平成 26 年度より受診者全員に心電図検査を実施しています。令和 4 年度において健診受診者 1,137 人のうち心電図検査実施者は 926 人（81.4%）であり有所見者は 301 人（32.5%）でした（図表 22）。健診受診者全員に心電図を実施したことで、受診者の健康状態や異常の早期発見につながりました。

心電図の有所見者は、虚血性心疾患や脳血管疾患を発症する可能性があるため、健診や医療機関の継続受診と重症化予防のための保健指導が重要となります。また、要精密者のうち医療機関未受診者もいたため、医療機関につなぐとともに医療機関と連携した取り組みが課題です。

図表 22　心電図検査結果（令和 4 年度）

所見 / 性別・年齢		心電図検査			
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A
		人	%	人	%
40～74歳		926	81.4	301	32.5
内訳	男性	419	45.2	146	34.8
内訳	女性	507	44.6	155	30.6

所見 / 性別・年齢		健診受診者数	所見内訳															
			ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
			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
		人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
40～74歳		28,139	5	1.7	8	2.7	8	2.7	23	7.6	27	9.0	39	13.0	11	3.7	25	8.3
内訳	男性	12,046	3	2.1	3	2.1	6	4.1	8	5.5	22	15.1	26	17.8	7	4.8	10	6.8
内訳	女性	16,093	2	1.3	5	3.2	2	1.3	15	9.7	5	3.2	13	8.4	4	2.6	15	9.7

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 23　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
	人	%	人	%	人	%	人	%
全体	301	32.5	10	3.3	9	90.0	1	10.0
男性	146	34.8	7	4.8	6	85.7	1	0.0
女性	155	30.6	3	1.9	3	100.0	0	0.0

出典：ヘルスサポートラボツール

②脳血管疾患重症化予防

高血圧は、脳血管疾患において最大の危険因子であり、糖尿病や脂質異常症等が重なることで心・脳・腎疾患等の発症や重症化に大きく影響を与えます。

図表 27（18 頁）は、令和 4 年度の健診結果から重症化予防の基準と治療状況、臓器障害の有無について健診受診者を分けたものです。Ⅱ度高血圧に該当した 113 人中治療中の者は 36 人でした。一方、治療をしていない 77 人のうち 31 人は腎臓や心電図に有所見が認められており、脳血管疾患等の病気の発症や重症化につながる可能性があります。

これらを予防するためには、現在行っている集団健診会場で特定健診受診者への高血圧予防の指導や家庭血圧測定と記録の推進、健診結果に基づいた個別の保健指導を継続します。また、治療中の者については、治療の中断を防ぐため医療機関と連携しながら継続支援を行っていく必要があります。

令和04年度

図表 24　保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

（参考）高血圧治療ガイドライン2019　日本高血圧学会
p49　表3-1　脳心血管病に対する予後影響因子
p50　表3-2　診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
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） リスク層（血圧以外のリスク因子）		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
	409	171	161	65	12
		41.8%	39.4%	15.9%	2.9%
リスク第1層 予後影響因子がない	24	C 16	B 7	B 1	A 0
	5.9%	9.4%	4.3%	1.5%	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	235	C 96	B 96	A 37	A 6
	57.5%	56.1%	59.6%	56.9%	50.0%
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	150	B 59	A 58	A 27	A 6
	36.7%	34.5%	36.0%	41.5%	50.0%

…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	134
		32.8%
B	概ね1ヵ月後に再評価	163
		39.9%
C	概ね3ヵ月後に再評価	112
		27.4%

※1　脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≧140、中性脂肪≧150（随時の場合は>=175）、non-HDL≧170のいずれかに該当した者で判断。
※2　糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≧126、HbA1c≧6.5、随時血糖≧200のいずれかに該当した者で判断。
※3　脳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。

図表 25　特定健診における心房細動有所見者状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査（※1）	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	511	626	419	82.0%	507	81.0%	7	1.4%	4	0.6%	--	--
40代	30	34	28	93.3%	29	85.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	41	42	34	82.9%	37	88.1%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	110	205	85	77.3%	159	77.6%	1	0.9%	2	1.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	330	345	272	82.4%	282	81.7%	6	1.8%	2	0.6%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

※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

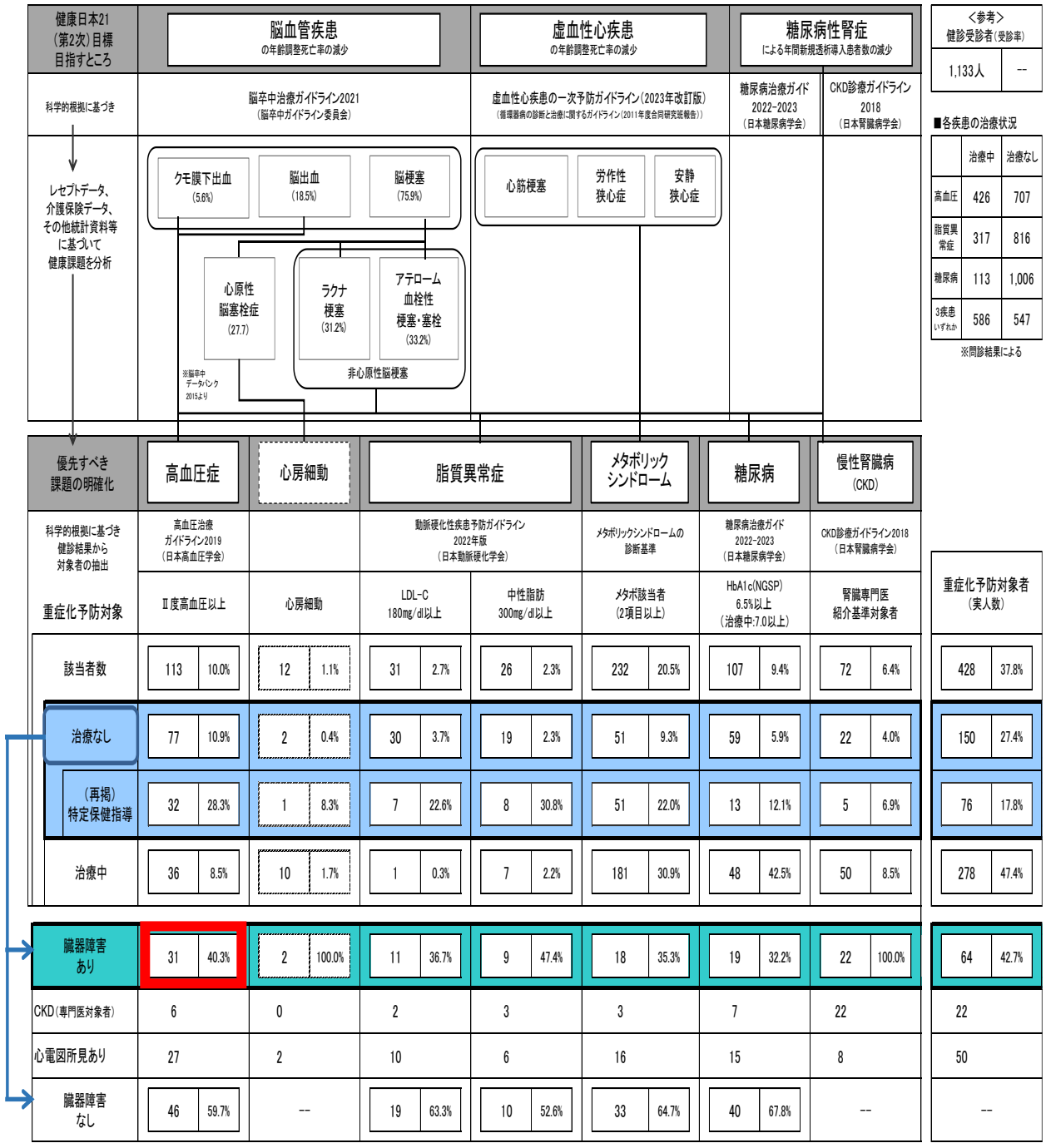
図表 26　心房細動有所見者の治療状況

心房細動有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
11	0	0.0	11	100.0

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 27　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 4 年度）



出典：ヘルスサポートラボツール

③糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症重症化予防については、「熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下、「熊本県版プログラム」という。）」に基づき、受診勧奨および保健指導を強化し、訪問や個別面談・電話・文書等で約 9 割の方へ支援しています。

しかし、図表 28（20 頁）糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価によると 5⑮医療レセプトの新規透析患者の 50%以上は糖尿病性腎症であり、さらに 5⑩及び⑪の糖尿病性腎症の割合は年々高くなっていました。特定健診未受診者については、健診結果がないため町が健診未受診者の健康状態を把握することが難しく、早期から関わる機会が少ないことが課題です。

そのため、治療中の者にも健診受診勧奨を行い、健診結果から対象者の健康状態を把握するとともに糖尿病性腎症や人工透析導入への移行を防ぎ、必要に応じて医療機関と連携した保健指導を実施していく必要があります。

図表 28　糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

		項目			突合表	長洲町									
						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
1	①	被保険者数			A	3,945人		3,949人		3,889人		3,876人		3,707人	
	②		（再掲）40−74歳			3,280人		3,269人		3,236人		3,258人		3,142人	
2	①	特定健診	対象者数		B	2,911人		2,903人		2,870人		2,825人		2,702人	
	②		受診者数		C	1,268人		1,173人		718人		1,008人		1,137人	
	③		受診率			43.6%		40.4%		25.0%		35.7%		42.1%	
3	①	特定保健指導	対象者数			134人		125人		73人		123人		132人	
	②		実施率			69.4%		79.2%		80.8%		81.3%		75.0%	
4	①	健診データ	糖尿病型		E	192人	15.1%	175人	14.9%	89人	12.4%	161人	16.0%	182人	16.0%
	②			未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	69人	35.9%	67人	38.3%	26人	29.2%	63人	39.1%	68人	37.4%
	③			治療中（質問票 服薬あり）	G	123人	64.1%	108人	61.7%	63人	70.8%	98人	60.9%	114人	62.6%
	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	73人	59.3%	66人	61.1%	35人	55.6%	64人	65.3%	70人	61.4%
	⑤			血圧　130/80以上		45人	61.6%	43人	65.2%	23人	65.7%	34人	53.1%	51人	72.9%
	⑥			肥満　BMI25以上		32人	43.8%	27人	40.9%	14人	40.0%	32人	50.0%	37人	52.9%
	⑦			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	50人	40.7%	42人	38.9%	28人	44.4%	34人	34.7%	44人	38.6%
	⑧			第1期　尿蛋白（−）	M	172人	89.6%	160人	91.4%	76人	85.4%	146人	90.7%	166人	91.2%
	⑨			第2期　尿蛋白（±）		5人	2.6%	4人	2.3%	7人	7.9%	6人	3.7%	4人	2.2%
	⑩			第3期　尿蛋白（＋）以上		11人	5.7%	7人	4.0%	5人	5.6%	8人	5.0%	11人	6.0%
	⑪			第4期　eGFR30未満		0人	0.0%	1人	0.6%	1人	1.1%	1人	0.6%	1人	0.5%
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保数千対）			133.6人		129.1人		129.1人		133.4人		145.9人	
	②		（再掲）40−74歳（被保数千対）			158.2人		153.6人		152.7人		157.2人		169.6人	
	③		レセプト件数（40−74歳）（）内は被保数千対	入院外（件数）		3,061件	(948.9)	3,150件	(987.8)	3,162件	(989.7)	3,265件	(1039.5)	3,338件	(1093.7)
	④			入院（件数）		17件	(5.3)	21件	(6.6)	21件	(6.6)	9件	(2.9)	16件	(5.2)
	⑤		糖尿病治療中		H	527人	13.4%	510人	12.9%	502人	12.9%	517人	13.3%	541人	14.6%
	⑥		（再掲）40−74歳			519人	15.8%	502人	15.4%	494人	15.3%	512人	15.7%	533人	17.0%
	⑦			健診未受診者	I	396人	76.3%	379人	75.5%	431人	87.2%	414人	80.9%	419人	78.6%
	⑧		インスリン治療		O	45人	8.5%	50人	9.8%	39人	7.8%	38人	7.4%	44人	8.1%
	⑨			（再掲）40−74歳		44人	8.5%	48人	9.6%	38人	7.7%	37人	7.2%	43人	8.1%
	⑩		糖尿病性腎症		L	55人	10.4%	75人	14.7%	73人	14.5%	68人	13.2%	97人	17.9%
	⑪			（再掲）40−74歳		55人	10.6%	73人	14.5%	73人	14.8%	68人	13.3%	96人	18.0%
	⑫		慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）			10人	1.9%	11人	2.2%	14人	2.8%	12人	2.3%	12人	2.2%
	⑬			（再掲）40−74歳		9人	1.7%	10人	2.0%	13人	2.6%	12人	2.3%	11人	2.1%
	⑭			新規透析患者数		2	0.05%	2	0.05%	2	0.05%	3	0.08%	0	0.00%
	⑮			（再掲）糖尿病性腎症		1	50.0%	1	50.0%	1	50.0%	2	66.7%	0	0.00%
	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）			14人	2.3%	13人	2.4%	12人	2.1%	12人	2.1%	11人	1.8%
6	①	医療費	総医療費			16億0877万円		17億0598万円		15億3150万円		16億6676万円		16億2251万円	
	②			生活習慣病総医療費		8億3868万円		9億1146万円		8億7908万円		9億5537万円		8億5418万円	
	③			（総医療費に占める割合）		52.1%		53.4%		57.4%		57.3%		52.6%	
	④			生活習慣病対象者一人あたり　健診受診者		7,866円		7,138円		2,686円		6,324円		7,244円	
	⑤			生活習慣病対象者一人あたり　健診未受診者		30,791円		34,094円		39,720円		39,830円		32,548円	
	⑥		糖尿病医療費			8728万円		8957万円		8995万円		9039万円		9641万円	
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）			10.4%		9.8%		10.2%		9.5%		11.3%	
	⑧		糖尿病入院外総医療費			2億4403万円		2億5154万円		2億5653万円		2億6391万円		2億6290万円	
	⑨			1件あたり		34,836円		35,279円		36,439円		37,014円		37,536円	
	⑩		糖尿病入院総医療費			1億7605万円		1億8964万円		2億1662万円		1億7268万円		1億9794万円	
	⑪			1件あたり		604,985円		598,235円		571,544円		646,727円		689,697円	
	⑫			在院日数		18日		18日		19日		18日		16日	
	⑬		慢性腎不全医療費			8572万円		9807万円		9570万円		9341万円		8795万円	
	⑭			透析有り		8343万円		9510万円		9400万円		9158万円		8628万円	
	⑮			透析なし		230万円		297万円		170万円		183万円		168万円	
7	①	介護	介護給付費			14億7301万円		15億1818万円		15億3981万円		14億9601万円		15億0433万円	
	②			（2号認定者）糖尿病合併症		9件	−	4件	−	2件	−	0件	−	10件	−
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）			2人	1.1%	5人	2.8%	1人	0.6%	3人	1.7%	2人	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

（2）ポピュレーションアプローチ

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

長洲町においては、町の健診・医療・介護の実態を基に町民が自分の健康状態に関心を持ち、健康づくりが取り組めるように周知や健康教室・地域活動等を進めています。

（3）第 2 期計画目標の達成状況一覧

図表 29　第 2 期データヘルス計画目標管理一覧

中間評価　　最終評価

	目　標	評価指標	H28	H30		R1		R2		R3		R4		R5	
			現状	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績
中長期目標	新規患者発生率を熊本県並みとする。	虚血性心疾患の新規患者発生数の減少 （県発生率0.91%）	**2.5% (120人)**					1.2% (56人)	**2.1% (92人)**					0.9% (44人)	
		脳血管疾患の新規患者発生数の減少 （県発生率0.75%）	**2.0% (94人)**					0.9% (41人)	**1.8% (78人)**					0.8% (36人)	
		糖尿病性腎症の新規患者発生数の減少 （県発生率0.26%）	**0.5% (22人)**					0.3% (14人)	**0.8% (35人)**					0.3% (12人)	
	1人あたり医療費の伸び率を熊本県並みとする。	医療費の伸び率 （熊本県単年度平均伸び率3.3%）	**4.5% (32,473円)**					3.3% (36,976円)	**0.5% (33,096円)**					3.3% (40,758円)	
短期目標	特定健診受診者における対象者割合の前年比減少	糖尿病の割合減少 （HbA1ｃ6.5%以上）	**9.4% (117人)**	9.0% (112人)	**8.2% (105人)**	8.6% (107人)	**8.4% (99人)**	8.2% (102人)	**5.6% (41人)**	7.8% (97人)	**9.6% (97人)**	7.4% (92人)	**9.4% (107人)**	7.0% (87人)	
		高血圧の割合減少 Ⅱ度高血圧以上	**6.0% (75人)**	5.8% (72人)	**5.3% (68人)**	5.5% (69人)	**4.6% (54人)**	5.3% (66人)	**5.8% (42人)**	5.1% (63人)	**7.3% (74人)**	4.8% (60人)	**10.0% (113人)**	4.6% (57人)	
		脂質異常症の割合減少 LDLコレストロール 180mｇ/ｄｌ以上	**3.0% (37人)**	2.8% (35人)	**2.4% (31人)**	2.7% (33人)	**3.4% (40人)**	2.5% (31人)	**4.1% (30人)**	2.3% (29人)	**3.4% (34人)**	2.2% (27人)	**2.7% (31人)**	2.0% (25人)	
		脂質異常症の割合減少 中性脂肪 300mｇ/ｄｌ以上	**2.2% (27人)**	2.0% (25人)	**2.3% (29人)**	1.8% (23人)	**2.0% (24人)**	1.7% (21人)	**1.8% (13人)**	1.5% (19人)	**2.7% (27人)**	1.4% (17人)	**2.3% (26人)**	1.2% (15人)	
		メタボリックシンドローム該当者の割合減少	**20.4% (249人)**	19.8% (241人)	**21.2% (263人)**	19.2% (234人)	**19.5% (225人)**	18.6% (226人)	**22.6% (157人)**	18.0% (219人)	**22.5% (219人)**	17.4% (212人)	**20.5% (225人)**	16.8% (204人)	
		重症化予防対象者の治療なし割合の減少 10.0%	**18.6% (120人)**	10.0% (65人)	**20.5% (129人)**	10.0% (65人)	**18.6% (106人)**	10.0% (65人)	**28.1% (90人)**	10.0% (65人)	**26.4% (126人)**	10.0% (65人)	**27.4% (150人)**	10.0% (65人)	
	特定健診・特定保健指導の実施率	特定健診受診率	**40.2% (1,223人)**	44.0% (1,294人)	**42.6% (1,239人)**	46.0% (1,330人)	**39.6% (1,151人)**	47.0% (1,335人)	**24.4% (700人)**	48.0% (1,344人)	**34.4% (972人)**	49.0% (1,353人)	**40.3% (1,089人)**	50.0% (1,365人)	
		特定保健指導の実施率	**63.8% (84人)**	64.0% (106人)	**69.4% (93人)**	65.0% (111人)	**79.2% (99人)**	66.0% (113人)	**80.8% (59人)**	67.0% (114人)	**81.3% (100人)**	68.0% (116人)	**75.0% (99人)**	69.0% (118人)	

※中長期・短期目標の（）内数値については、平成28年度実績を基準としている。

出典：KDB システム

3）第 2 期データヘルス計画に係る考察

第 2 期計画は、健康課題として次の 4 点を挙げていました。

健康課題①　特定健診受診率が低く、自身の健康状態を把握していない者が多い

健康課題②　メタボ該当者が多い

健康課題③　生活習慣病治療中の人でコントロール不良となっている者が多い

健康課題④　虚血性心疾患、脳血管疾患の新規患者数が毎年一定数発生している

第 2 期計画は、4 つの健康課題をもとに中長期目標や短期目標、特定健診受診率および特定保健指導率の目標を設定し保健事業を実施しました。

特定健診の受診率については、計画期間の途中までは順調に伸びていましたが、令和 2 年度・令和 3 年度はコロナ禍の影響で特に低い受診率となりました。受診勧奨を実施する中で、特に若い年代と病院治療中の方は生活習慣病の自覚症状がない者や治療中のため健診の必要性を感じていない者が多く、健診受診につながりにくい状況でした。また、令和 3 年度と令和 4 年度の特定健診継続受診者と新規受診者の健診結果を比較すると、継続受診者は新規受診者と比べて BMI や血圧が高い値の者が多く、新規受診者は継続受診者と比べて中性脂肪や LDL コレステロール・HbA1c 等のメタボリックシンドローム項目に該当する者が多くみられました。新規受診者は、複数の所見を持っており自身の健康状態を把握していない可能性が高いため、今後も積極的に健診受診勧奨や保健指導を行い、重症化予防に努める必要があります。

一方、特定保健指導については、健診結果説明会を集団説明から個別面談による説明へ変更したことにより、翌年度以降の短期目標である「健診受診者における対象者割合の前年比減少」に良い結果が見られるようになりました。これは、個人の健診結果に合わせた細やかな指導を行ったことで効果が得られたでのではないかと考えられます。しかしながら、令和 2 年度・令和 3 年度のコロナ禍の影響で健診受診を見送られた方や健診結果説明会の方法を変更したことで支援が中断し、その結果が令和 4 年度の実績値に影響を与えたと考えられます。

第 2 期計画では、健診の受診率を上げることで早期に保健指導対象者を見つけ出し、高血圧や糖尿病、脂質異常症の発症予防（短期目標）を行い、虚血性心疾患・脳血管疾患などの新規発生を抑える（中長期目標）計画としていました。しかし、健診の受診率向上や短期目標を達成できなかったことで、中長期目標にも良い結果を出せなかったと考察しています。

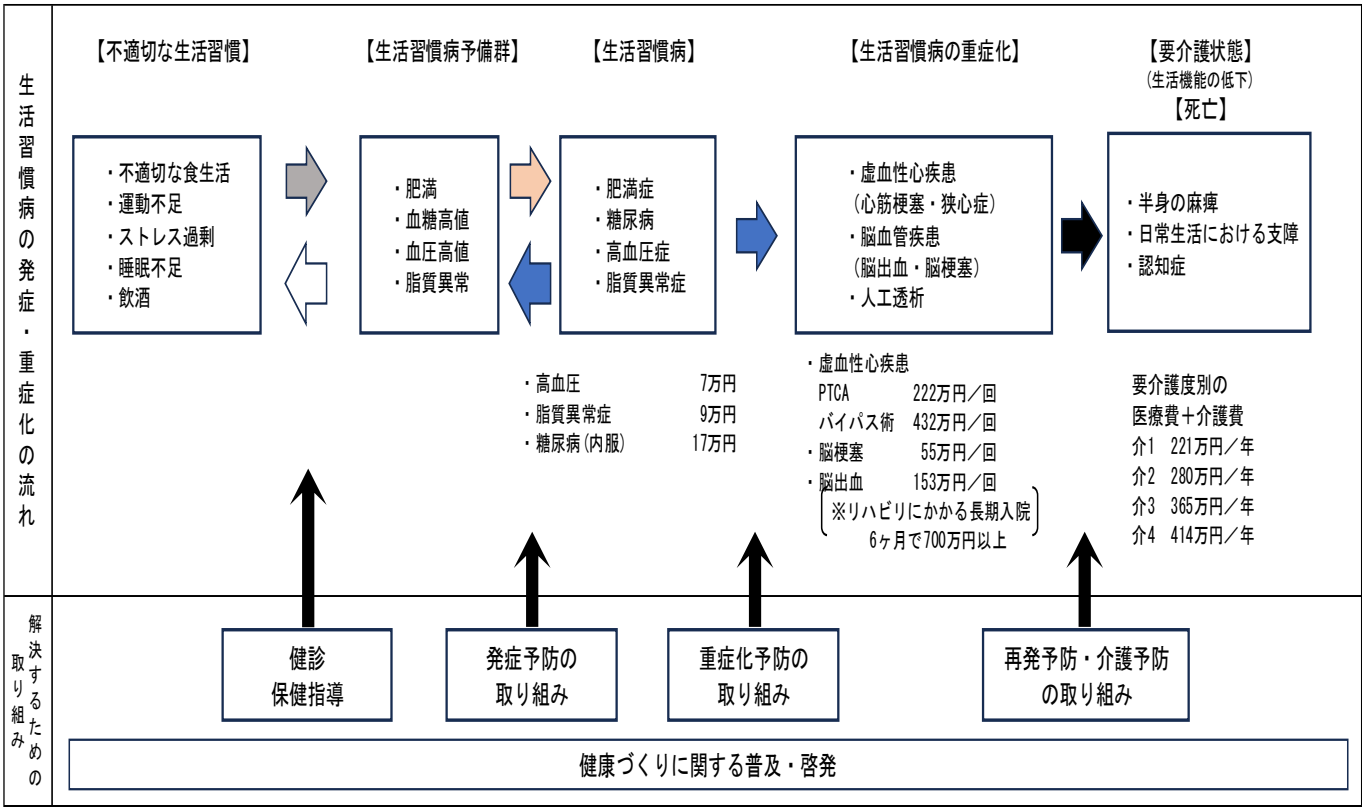
さらに、40～64 歳の健診受診率が低く脳血管疾患や腎不全も増えているため、新たな課題として取り組む必要があります。

3. 第 3 期における健康課題の明確化

1）基本的考え方

生活習慣病の発症や重症化を予防するためには、不摂生な生活習慣の蓄積から生活習慣病の予備群・病気の発症・重症化を減少させること、あるい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 30　生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典：ヘルスサポートラボツール

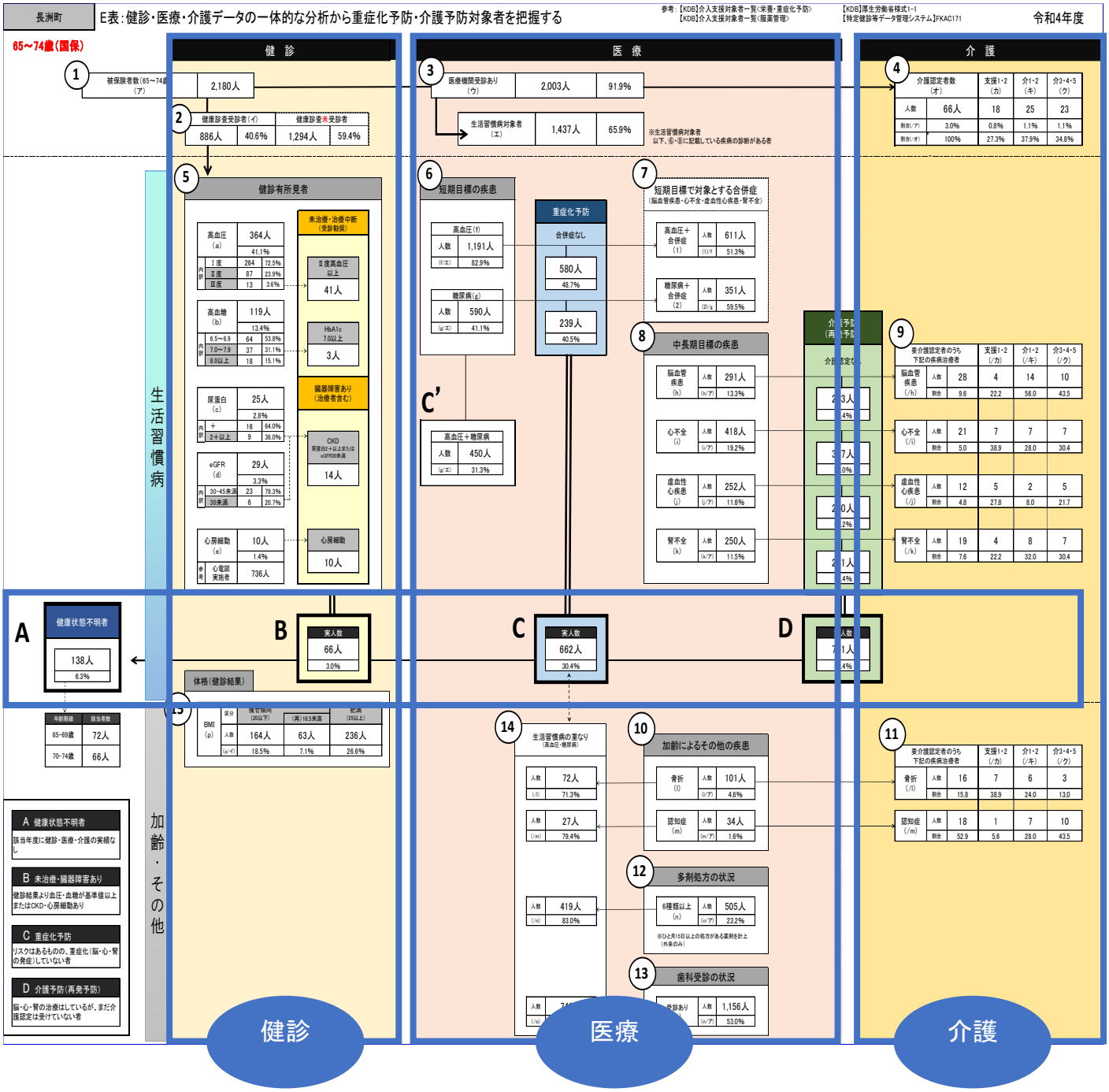
2）健康課題の明確化

国保の被保険者数や医療費総額は年々減っていますが、「1 人あたりの医療件数が増加傾向にあること、中長期・短期の目標疾患医療費が総医療費の 20.2%になっていること」を踏まえると、「1 人あたりの疾患増加や長期化の影響」が大きいことが懸念されます（25 頁　図表 33）。

特に町の被保険者は 65 歳以上者の割合が高く医療費に占める割合も過半数を超えており、図表 41（27 頁）の中長期目標疾患（脳血管疾患、心不全、虚血性心疾患、腎不全）の脳血管疾患が 40～64 歳、心不全が 65～74 歳、腎不全は全ての年代で割合が増加していることも医療費を上げる要因となっていると考えられます。

そのため、若年期からの不摂生な生活習慣が高齢期での重症化や複数の慢性疾患につながることから、若年者１人ひとりが自身の健康状態に関心が持てるように健診受診勧奨や健康に関する知識の普及等に取り組むことが重要となります。高齢者については、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等から後期高齢者医療制度へ移行することになるため、保健事業においても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等、年齢や健康課題に応じた取り組みについて第 3 期の計画に盛り込む必要があります。

図表 31　健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



出典：ヘルスサポートラボツール

（1）医療費分析

図表 32　被保険者及びレセプトの推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数			3,906人	3,840人	3,830人	3,732人	3,607人	2,815人
総件数及び総費用額	件数	A	41,975件	41,729件	39,299件	40,786件	39,972件	47,983件
	費用額	B	16億0877万円	17億0598万円	15億3150万円	16億6676万円	16億2251万円	25億4046万円
一人あたり医療費　（B/被保険者数）			41.2万円	44.4万円	40.0万円	44.7万円	45.0万円	90.2万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33　データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費（月額）	中長期目標疾患				短期目標疾患			（中長期・短期）目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
			腎		脳	心								
			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					
長洲町	16億2251万円	36,817円	5.3%	0.1%	2.8%	1.3%	5.9%	3.1%	1.7%	3億2762万円	20.2%	13.2%	10.6%	8.3%
同規模	--	30,968円	4.0%	0.3%	2.2%	1.4%	6.0%	3.4%	2.1%	--	19.3%	17.0%	8.1%	8.9%
県	--	33,050円	5.5%	0.3%	1.9%	1.0%	5.6%	3.1%	1.7%	--	19.2%	14.1%	9.6%	8.6%
国	--	27,570円	4.3%	0.3%	2.0%	1.5%	5.4%	3.1%	2.1%	--	18.6%	16.7%	7.6%	8.7%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病（※1）による分類結果

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

図表 34　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
高額レセプト（80万円以上/件）	人数	C	19人	26人	19人	24人	31人	24人
	件数	D	23件	38件	26件	29件	34件	27件
		D/A	0.05%	0.09%	0.07%	0.07%	0.09%	0.06%
	費用額	E	6368万円	1億0682万円	6848万円	8631万円	9636万円	8297万円
		E/B	4.0%	6.3%	4.5%	5.2%	5.9%	3.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移（脳血管疾患）

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
①脳血管疾患	人数	F	1人		1人		0人		0人		4人		1人		
		F/C	5.3%		3.8%		0.0%		0.0%		12.9%		4.2%		
	件数	G	1件		1件		0件		0件		5件		1件		
		G/D	4.3%		2.6%		0.0%		0.0%		14.7%		3.7%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	--	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	1	100.0%	0	0.0%	0	--	0	--	2	40.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	--	0	0.0%	75-80歳	0	0.0%
		60代	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	--	0	0.0%	80代	1	100.0%
		70-74歳	0	0.0%	1	100.0%	0	--	0	--	3	60.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	H	367万円		236万円						1579万円		256万円		
		H/E	5.8%		2.2%						16.4%		3.1%		

出典：ヘルスサポートラボツール

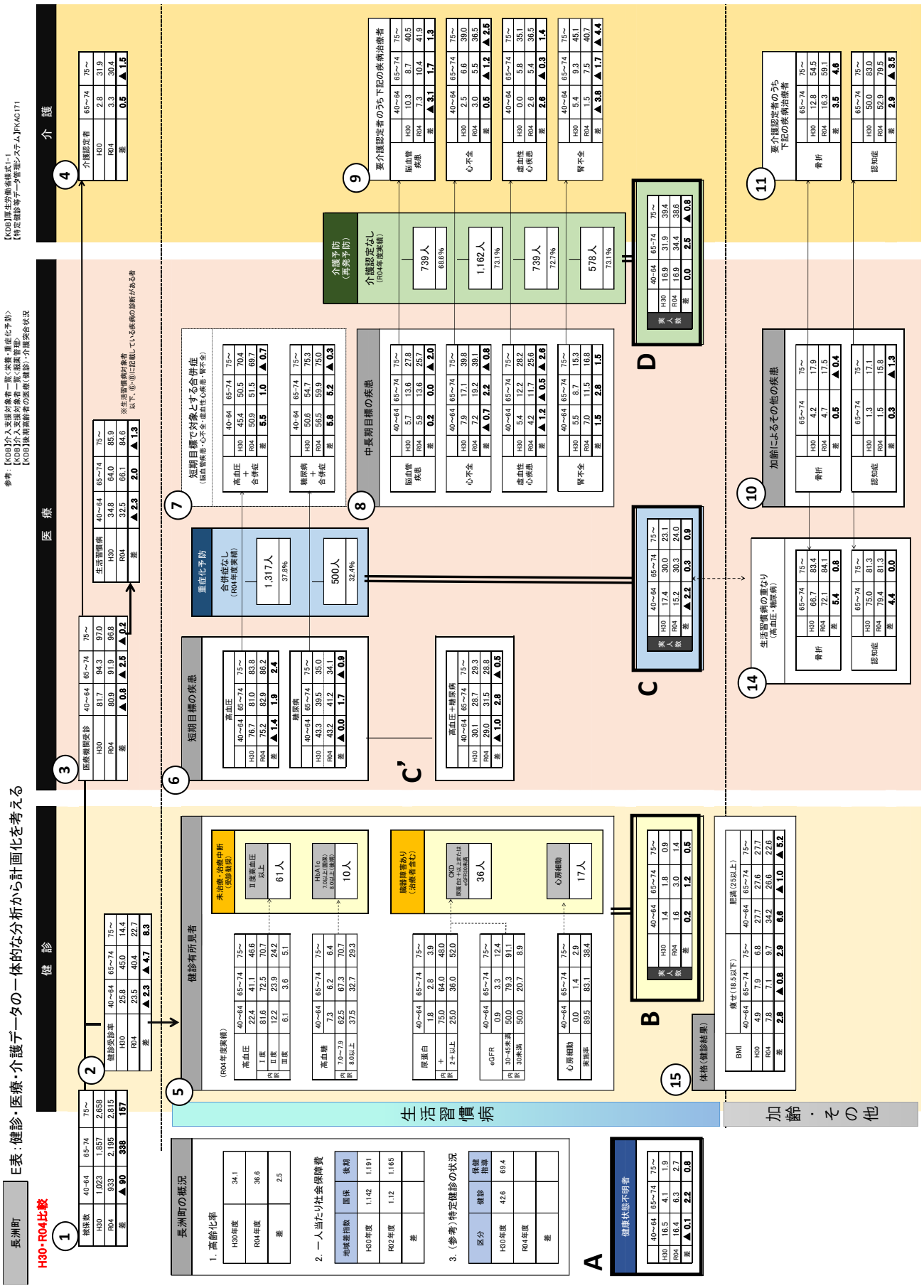
図表 36　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移（虚血性心疾患）

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
②虚血性心疾患	人数	I	2人		1人		1人		3人		2人		1人		
		I/C	10.5%		3.8%		5.3%		12.5%		6.5%		4.2%		
	件数	J	2件		2件		1件		3件		2件		1件		
		J/D	8.7%		5.3%		3.8%		10.3%		5.9%		3.7%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	0	0.0%
		60代	2	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	2	66.7%	0	0.0%	80代	1	100.0%
		70-74歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%	2	100.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	K	578万円		506万円		220万円		749万円		560万円		814万円		
		K/E	9.1%		4.7%		3.2%		8.7%		5.8%		9.8%		

出典：ヘルスサポートラボツール

（2）健診・医療・介護の一体的分析

図表 37　健診・医療・介護の一体的な分析（H30-R4 比較）



出典：ヘルスサポートラボツール

図表 38　被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数			健診受診率			体格（健診結果）					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-
	%	人	人	人	%	%	%	%	%	%	%	%	%
H30	31.9	1,023	1,857	2,658	25.8	45.0	14.4	4.9	7.9	6.8	27.7	27.6	27.7
R04	30.4	933	2,195	2,815	23.5	40.4	22.7	7.8	7.1	9.7	34.2	26.6	22.6

図表 39　健診有所見状況

E表	⑤																											
年度	Ⅱ度高血圧以上（未治療・治療中断者）									HbA1c7.0以上（未治療・治療中断者）※後期高齢者は8.0以上									CKD（慢性腎臓病）尿蛋白2＋以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64歳			65-74歳			75歳-			40-64歳			65-74歳			75歳-			40-64歳		65-74歳		75歳-		40-64歳		65-74歳		75歳-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30	13	4.9	(8)	45	5.4	(16)	27	7.1	(8)	11	4.2	(1)	36	4.3	(1)	3	0.8	(1)	2	0.8	9	1.1	9	2.4	3	1.1	8	1.0	7	1.8
R04	9	4.1	(8)	100	11.3	(41)	87	13.6	(12)	16	7.3	(5)	55	6.2	(3)	12	1.9	(2)	2	0.9	14	1.6	20	3.1	0	--	10	1.1	7	1.1

図表 40　短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
年度	医療機関受診			生活習慣病対象者（生活習慣病の医療機関受診者）			短期目標の疾患（生活習慣病受診者のうち）									短期目標の疾患とする合併症					
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧＋合併症			糖尿病＋合併症		
	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
H30	81.7	94.3	97.0	34.8	64.0	85.9	76.7	81.0	83.8	43.3	39.5	35.0	30.1	28.7	29.3	45.4	50.5	70.4	50.6	54.7	75.3
R04	80.9	91.9	96.8	32.5	66.1	84.6	75.2	82.9	86.2	43.2	41.2	34.1	29.0	31.5	28.8	50.9	51.5	69.7	56.5	59.9	75.0

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

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保数割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
H30	5.7	13.6	27.8	5.4	12.2	28.2	7.9	17.1	39.8	5.5	8.7	15.3	10.3	8.7	40.5	0.0	5.8	35.1	2.5	6.6	39.0	5.4	9.3	45.1
R04	5.9	13.6	25.7	4.2	11.7	25.6	7.2	19.2	39.1	7.0	11.5	16.8	7.3	10.4	41.9	2.6	5.4	36.5	3.0	5.5	36.5	1.5	7.5	40.7

図表 38～41　出典：ヘルスサポートラボツール

図表 42　骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり（高血圧・糖尿病）				加齢による その他の疾患（被保数割）				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歳	75歳-	65-74歳	75歳-	65-74歳	75歳-	65-74歳	75歳-	65-74歳	75歳-	65-74歳	75歳-
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
H30	66.7	83.4	75.0	81.3	4.2	17.9	1.3	17.1	12.8	54.5	50.0	83.0
R04	72.1	84.1	79.4	81.3	4.7	17.5	1.5	15.8	16.3	59.1	52.9	79.5

出典：ヘルスサポートラボツール

（3）優先して解決を目指す健康課題

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、特に 40～50 歳代の脳血管疾患・腎不全の増加がみられました。この年代は肥満者も増えており予防活動の充実が必要ですが、40～50 歳代の健診受診率は低いことや新規受診者は複数の所見を有している傾向にあるため、第 3 期においても健診未受診者対策は重要と言えます。

また、高額レセプトが増えたことで医療費の増加も見られることから、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）健康課題の設定

第 2 期計画の評価等から第 3 期計画における健康課題として、以下を設定します。

健康課題①　特定健診受診率が低く、自身の健康状態を把握していない者が多い
健康課題②　メタボ該当者が多い
健康課題③　生活習慣病治療中の人でコントロール不良となっている者が多い
健康課題④　虚血性心疾患、脳血管疾患および糖尿病性腎症の新規患者発生率が県の発生率を上回っている
健康課題⑤　保健指導対象者への継続した支援が必要
健康課題⑥　40～64 歳の被保険者の特定健診受診率が低く、肥満者や脳血管疾患等が増加している

健康課題①～③ついては、第 2 期計画の評価等から引き続き第 3 期計画においても町の課題とし、健康課題④について文言の一部見直しを行います。

健康課題⑤については、短期目標を達成するには継続した健診の受診勧奨および保健指導等の支援が必要であることから健康課題に追加します。

健康課題⑥については、第 2 期計画の評価から 40～64 歳の若い年齢層での肥満者の増加、脳血管疾患、腎不全の増加が見られたことにより健康課題に追加します。

4）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のために、レセプトや健診情報等を活用したデータ分析、新規発生患者数や医療費の推移の把握、健康リスクの階層化、保健事業の効果が高い対象者の抽出や事業を実施し成果を上げていく必要があります。

そのため、評価の目的・方法・基準・時期・評価内容の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。

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脳血管疾患や人工透析の発生が増えていました。

また、要介護認定につながる虚血性心疾患についても新規患者発生割合を熊本県並みに維持・減少させることを目標とします。

③短期的な目標の設定

虚血性心疾患、脳血管疾患、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の割合を前年比で減らしていくことを短期的な目標とします。

特に若い世代からの肥満が課題であるため、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（特定健康診査・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病管理が重要です。医療機関未受診者や治療中断者等重症化するリスクの高い者を把握し、医療機関への受診勧奨や保健指導を行います。

5）管理目標の設定

図表 43　第 3 期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標値	実績			データの把握方法
				(R11)	初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R9)	（活用データ年度）
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	虚血性心疾患の新規患者発生率を熊本県並みとする	減少（割合の維持・減少）	2.0%			データヘルス支援システム
			脳血管疾患の新規患者発生率を熊本県並みとする	減少（割合の維持・減少）	1.9%			
			糖尿病性腎症の新規患者発生率を熊本県並みとする	減少（割合の維持・減少）	0.9%			
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	★特定健診受診率	50%以上	40.3%			法定報告値
			40～64歳の特定健診受診率	35%以上	28.0%			
			★特定保健指導実施率	81%以上	75.0%			
			特定健診受診者における糖尿病（HbA1ｃ6.5%以上）割合の前年比減少	減少	9.4%			・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
			特定健診受診者における高血圧（Ⅱ度高血圧以上）割合の前年比減少	減少	10.0%			
			特定健診受診者における脂質異常症（LDL180以上者）割合の前年比減少	減少	2.7%			
			特定健診受診者における脂質異常症（中性脂肪300以上者）割合の前年比減少	減少	2.3%			
			特定健診受診者におけるメタボリックシンドローム該当者割合の前年比減少	減少	20.5%			
			特定健診受診者における重症化予防対象者の治療なし割合の前年比減少	減少	27.4%			

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

医療保険者は、高確法第 19 条に基づき、特定健康診査等基本指針（以下「基本指針」）に即して、特定健康診査等実施計画（以下「実施計画」）を定めるものとされています。

なお、第 1 期及び第 2 期は 5 年を 1 期としていましたが、医療費適正化計画が 6 年 1 期に改正されたことを踏まえ、第 3 期以降（平成 30 年度以降）は実施計画も 6 年を 1 期として、データヘルス計画と一体的に策定します。

2. 目標値の設定

図表 44　特定健診受診率および特定保健指導実施率の目標

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診受診率	40～74歳	43%	44%	46%	47%	48%	50%
	40～64歳	30%	31%	32%	33%	34%	35%
特定保健指導実施率		76%	77%	78%	79%	80%	81%

3. 対象者の見込み

図表 45　特定健診受診者および特定保健指導実施者の見込数

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診	対象者数	2,620人	2,580人	2,540人	2,500人	2,460人	2,420人
	受診者数（40～74歳）	1,127人	1,136人	1,169人	1,176人	1,182人	1,210人
	対象者数	724人	713人	702人	691人	681人	670人
	受診者数（40～64歳）	217人	221人	225人	228人	232人	235人
特定保健指導	対象者数	145人	148人	152人	153人	154人	157人
	受診者数	110人	114人	119人	121人	123人	127人

4. 特定健診の実施

1）実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。

①集団健診（町中央公民館）　健診機関への委託

②個別健診（指定医療機関）　熊本県医師会等への委託

③情報提供事業　　熊本県医師会等への委託

2）特定健診委託基準

高確法第 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ます。

3）特定健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、健診個別通知文にて案内するとともに、長洲町ホームページに掲載します。

4）特定健診実施項目

特定健診は、生活習慣病予防のために 40～74 歳の被保険者を対象にした健診です。町では国が定めた健診項目に加え、追加の検査（HbA1c・総コレステロール・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血・貧血・心電図）を健診受診者全員に実施します。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 400 mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-LDL コレステロールの測定に代えられます。（実施基準第 1 条 4 項）

図表 46　特定健診項目

区　分		内　　容	
特定健康診査※①	基本的な健診の項目	質問（問診）	
		身体計測	身長、体重、腹囲、BMI
		理学的所見（身体診察）	
		血圧	収縮期血圧、拡張期血圧
		血中脂質検査	中性脂肪※②、HDL-コレステロール LDL-コレステロール
		肝機能検査	AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GTP
		血糖検査	糖代謝（血糖）※②
		尿検査※③	糖、蛋白
	詳細な健診	眼底検査（両眼）、貧血検査、心電図検査、血清クレアチニン	
	保険者独自の追加健診項目	糖代謝（ヘモグロビン A1c）、総コレステロール	
		血清尿酸、血清クレアチニン※④、尿潜血検査	
		貧 血 検 査※④	赤血球数、血色素数、ヘマトクリット値
		心電図検査※④	
		眼底検査（両眼）（別記該当者※⑤）※④	
	尿蛋白定量検査　※⑥		

※①　特定健康診査の結果を受診者に通知する際には、結果内容に合わせた、実施基準第 3 条に基づく必要な情報を提供するものとする。

※②　問診時等に採血時間（食後 10 時間以上か未満か）について確認すること。

※③　生理中の女性や、腎疾患等の基礎疾患があるために排尿障害を有しているものに対する尿検査については、検査不能として実施を行わない場合も認めるものの、その他の項目については、全て実施すること。実施されなかった場合は完全に実施するまで何度も実施するか、未実施扱いとする（この場合委託者から受託者に委託費用は支払われない）。

※④　詳細な健診の対象者に実施する場合は、詳細な健診として実施するものとする。

※⑤　実施対象者は、前年度の LDL コレステロール値が 180 以上の者とする。

※⑥　実施対象者は、尿蛋白定性検査において（±）以上の者とする。

5）実施時期

① 集団健診　　6 月、12 月

② 個別健診　　6 月から翌年 2 月まで

③ 情報提供事業　4 月から翌年 3 月まで

6）医療機関との連携

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に医療機関へ説明や協力を依頼します。

また、本人同意のもとで保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるようにかかりつけ医と連携します。

7）代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、国保連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（図表 47）

特定健診受診率を高めるためには、対象者に特定健診の必要性を認知してもらうことが不可欠であるため、受診案内の送付や広報、イベントなどでの周知活動を年間通して行います。

図表 47　年間実施スケジュール

<table>
<tr><th>事業</th><th>4月</th><th>5月</th><th>6月</th><th>7月</th><th>8月</th><th>9月</th><th>10月</th><th>11月</th><th>12月</th><th>1月</th><th>2月</th><th>3月</th></tr>
<tr><td>集団健診</td><td colspan="2"></td><td>集団健診
(10日間)</td><td colspan="5"></td><td>集団健診
(4日間)</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>個別健診</td><td colspan="2"></td><td colspan="8">当年6月～翌年2月</td><td></td></tr>
<tr><td>結果提出</td><td colspan="11">通年</td></tr>
<tr><td>情報提供事業</td><td colspan="11">通年</td></tr>
<tr><td>健診受診勧奨</td><td colspan="3">はがき発送準備</td><td colspan="3">ハガキ発送・電話勧奨</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>健診周知</td><td colspan="11">広報、LINE、ローカルメール、イベント、ポスターなど通年で受診勧奨実施</td></tr>
</table>

9）受診率向上のための取組

受診率向上のために以下の取組を実施しました。

・勧奨ハガキや訪問による受診勧奨

・節目年齢（40、45、50、55、60、65、70 歳）の健診窓口負担金の無料化

・個別健診の実施機関を町内医療機関から玉名郡市の医療機関へ拡大

・医療機関で実施した特定健診同等の検査結果の個人への提出依頼

・新規国保加入者への窓口や通知等で受診勧奨

また、令和５年度より特定健診未受診者の診療情報を活用することにより特定健診受診率の向上、被保険者の健康状態の把握及びその後の保健指導への反映を図ることを目的に「特定健診情報提供事業（みなし健診）」を開始しました。この事業は、熊本県、熊本県医師会、国保連、県内市町村が連携し、特定健診の受診率向上のため取り組んでいます。

5. 特定保健指導の実施

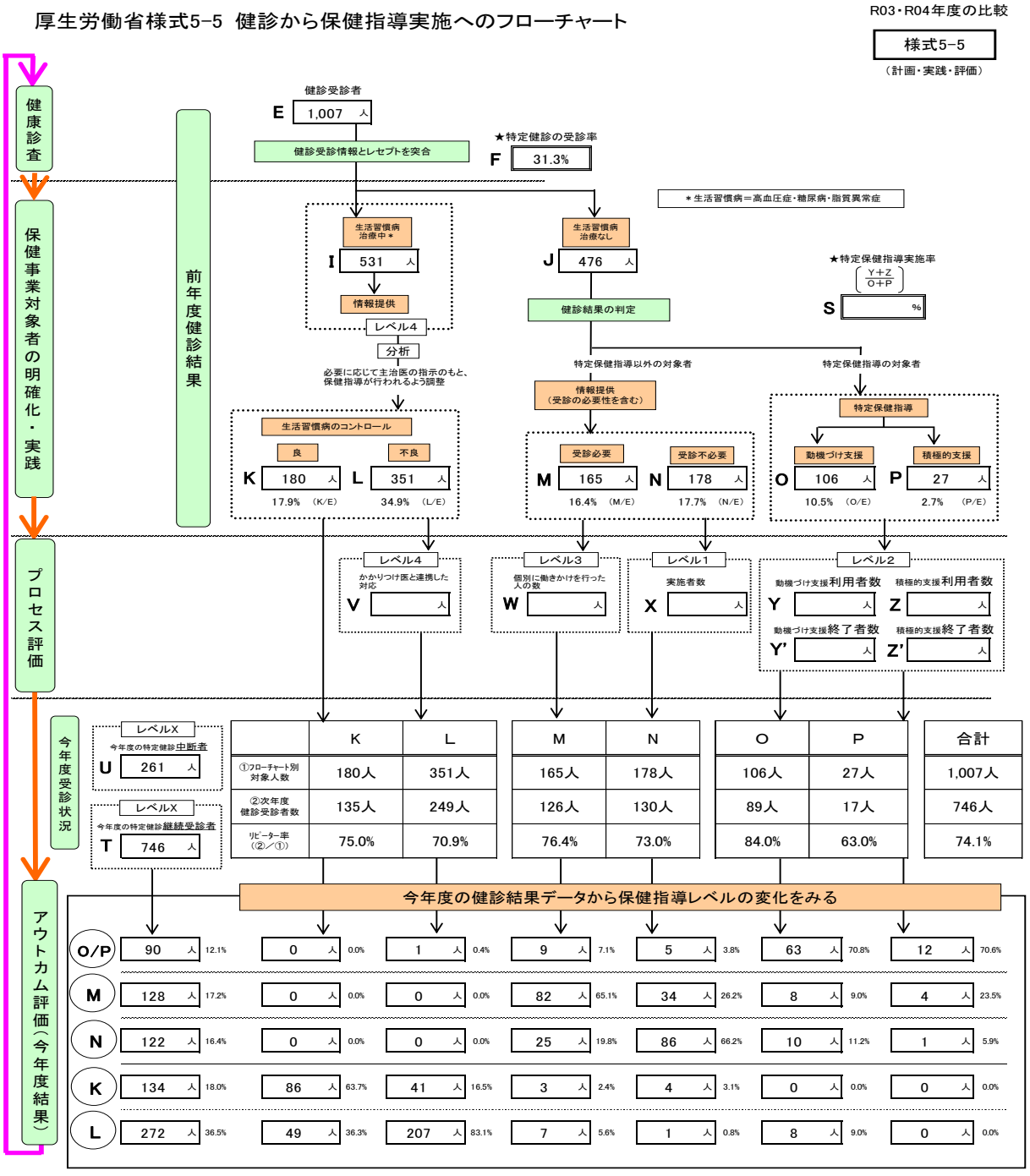
1）実施方法及び実施時期

特定保健指導の実施については、保健予防係と連携して実施します。

2）健診から保健指導実施の流れ　（図表 48）

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 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・実践評価を行います。

図表 48　糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の流れ



出典：ヘルスサポートラボツール

3）保健指導を行う対象者の選定と優先順位・支援方法（図表 49）

図表 49

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法
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
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
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)
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明
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 ◆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

4）生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール（図表 50）

目標達成に向けて保健指導の年間スケジュールを作成し、PDCA サイクルに沿った実践及び進捗管理を行います。

図表 50　保健指導年間スケジュール

<table>
<tr><th>事業</th><th>4月</th><th>5月</th><th>6月</th><th>7月</th><th>8月</th><th>9月</th><th>10月</th><th>11月</th><th>12月</th><th>1月</th><th>2月</th><th>3月</th></tr>
<tr><td>健診結果説明会</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">健診結果説明会</td><td colspan="5"></td><td colspan="2">健診結果説明会</td></tr>
<tr><td>特定保健指導</td><td colspan="12">通年</td></tr>
<tr><td>重症化予防保健指導</td><td colspan="12">通年</td></tr>
</table>

6. 個人情報の保護

1）基本的な考え方

特定健診・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長洲町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健診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について

特定健診・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や長洲町総合行政システム等で行います。

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表

高確法第 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、長洲町ホームページ等への掲載により公表します。

第 4 章　課題解決のための保健事業

Ⅰ．保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、中長期的な目標である虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症における共通のリスクとなる短期的な目標の糖尿病・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こととします。そのためには、重症化予防の取組（ハイリスクアプローチ）と集団への支援（ポピュレーションアプローチ）を組み合わせて実施していく必要があります。

重症化予防は、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制のため、虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症、肥満・メタボリックシンドロームについて取り組みを行います。

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ます。

集団への支援は、生活習慣病予防のための健康講話や生活習慣病の重症化による医療費や介護費等の実態等を広く町民へ周知し、町民主体の健康づくりを推進します。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、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ります。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します。

Ⅱ．重症化予防の取組

1．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、虚血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保健指導対象者の選定や保健指導を行います。

2）対象者の明確化

（1）長洲町の実態

第 2 章での分析結果のとおり、虚血性心疾患で高額になったレセプトは、平成 30 年度と令和 4 年度の件数は同数、費用額は令和 4 年度が若干減少していました（25 頁　図表 36）。

また、虚血性心疾患は要介護認定につながるため、発症予防に向けた保健指導が重要と考えます。

（2）対象者選定基準の考え方

特定健診で全受診者に実施している心電図検査（心房細動）やLDL コレステロール結果を基に保健指導対象を選定します。

（3）重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握（図表 51・52）

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 つです。心電図検査における ST 変化や異常 Q 波は心筋虚血を推測する所見であり、図表 54（40 頁）フロー図に基づき医療機関への適切な受診勧奨や保健指導を実施します。

町においては、心電図検査を 926 人に実施しそのうち 301 人（32.5%）が有所見者でした。有所見率は男性が女性より 4.2%高く、特に不整脈（房室ブロック、脚ブロック）では 9.4%以上男性が高い状況でした。そのため、有所見者については血圧やLDL コレステロール等の健診結果を踏まえた保健指導や医療機関への受診勧奨を行います。

また、長洲町は同規模の自治体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く、虚血性心疾患の発症予防のために心電図検査の全数実施を継続していきます。

図表 51　心電図検査結果（16 頁　図表 22 再掲）

所見 / 性別・年齢		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
40～74歳		926	81.4	301	32.5	5	1.7	8	2.7	8	2.7	23	7.6	27	9.0	39	13.0	11	3.7	25	8.3
内訳	男性	419	45.2	146	34.8	3	2.1	3	2.1	6	4.1	8	5.5	22	15.1	26	17.8	7	4.8	10	6.8
内訳	女性	507	44.6	155	30.6	2	1.3	5	3.2	2	1.3	15	9.7	5	3.2	13	8.4	4	2.6	15	9.7

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 52　心電図有所見者の医療機関受診状況（16 頁　図表 23 再掲）

	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
	人	%	人	%	人	%	人	%
全体	301	32.5	10	3.3	9	90.0	1	10.0
男性	146	34.8	7	4.8	6	85.7	1	0.0
女性	155	30.6	3	1.9	3	100.0	0	0.0

出典：ヘルスサポートラボツール

②心電図検査以外からの把握

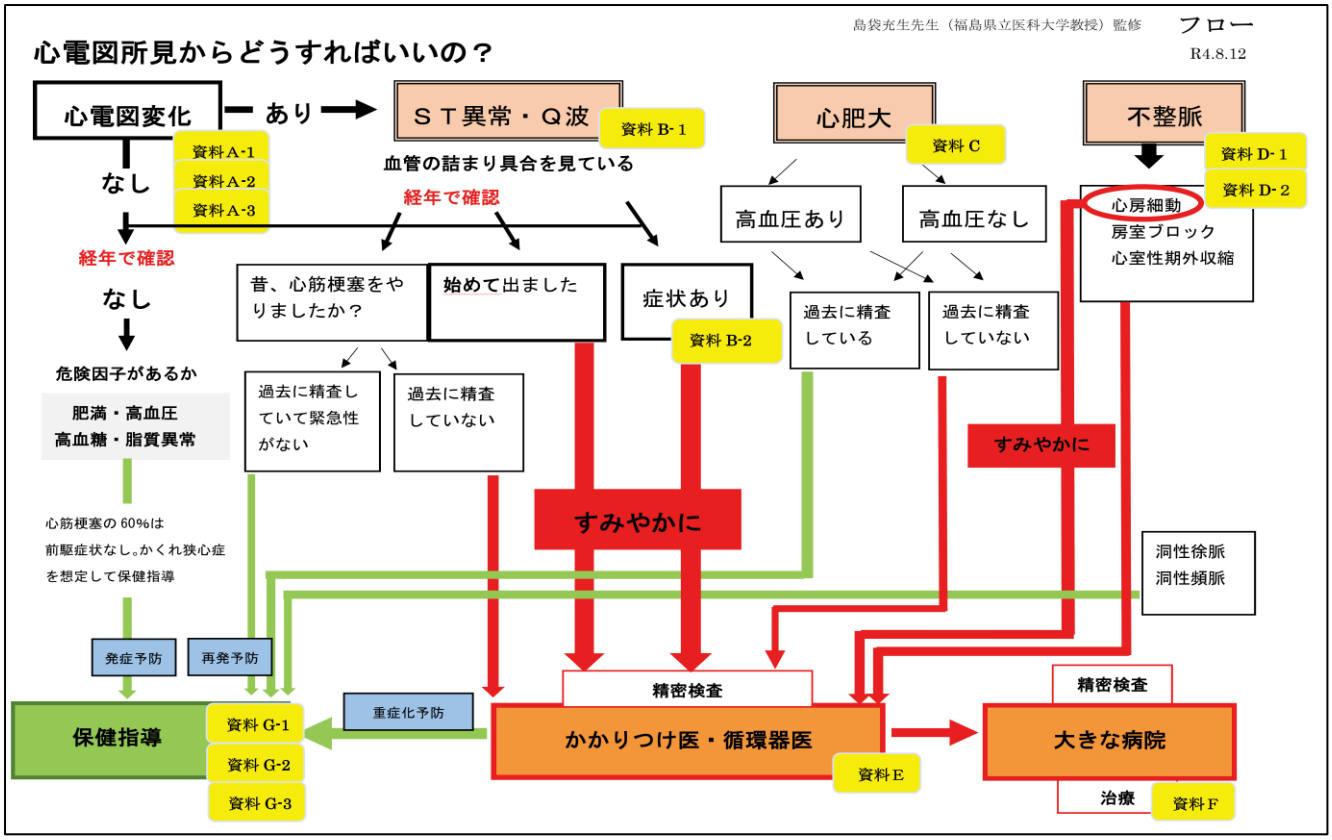
虚血性心疾患はメタボリックシンドロームまたは LDL コレステロールに関連することから、図表 53 に沿って対象者をタイプ別に把握していきます。

図表 53　心電図以外の保健指導対象者の把握

R4年度実施			受診者	心電図検査実施			実施なし
				ST変化	その他の変化	異様なし	
			1,137	13	288	625	211
				1.1%	25.3%	55.0%	18.6%
メタボ該当者			252	7	77	123	45
			22.2%	53.8%	26.7%	19.7%	21.3%
メタボ予備群			142	7	34	74	27
			12.5%	53.8%	11.8%	11.8%	12.8%
メタボなし			804	35	172	453	144
			70.7%	269.2%	59.7%	72.5%	68.2%
	LDL-C	140-159	116	4	26	60	26
			14.4%	11.4%	15.1%	13.2%	18.1%
		160-179	53	3	9	31	10
			6.6%	8.6%	5.2%	6.8%	6.9%
		180-	22	1	3	13	5
			2.7%	2.9%	1.7%	2.9%	3.5%
CKD	G3aA1～		262	9	71	156	26
			32.6%	25.7%	41.3%	34.4%	18.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 54　心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



3）保健指導の実施

（1）実施時期及びスケジュール

4 月　　対象者の選定基準の決定

5 月　　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

7 月～　特定健診結果を基に対象者へ介入（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、対象者が体の中で起きている状態をイメージしやすいように対象者の理解度に応じた保健指導教材を活用して説明を行います。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である者や中断している者には、医療機関へ受診勧奨を行います。

（3）対象者の管理

健診結果と保健指導の経過を 1 つにまとめた保健指導台帳を作成し、虚血性心疾患重症化予防対象者の把握と保健指導の進捗管理を行います。

4）医療との連携

虚血性心疾患発症予防のためには、LDL コレステロールやメタボリックシンドローム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情報共有します。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、直接医療機関と連携します。

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は年度内（2 月頃）に実施し、課題を整理して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。

（1）中長期的評価

虚血性心疾患の新規患者発生率を熊本県並みとする。

※他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と併せて行っていきます。

（2）短期的評価

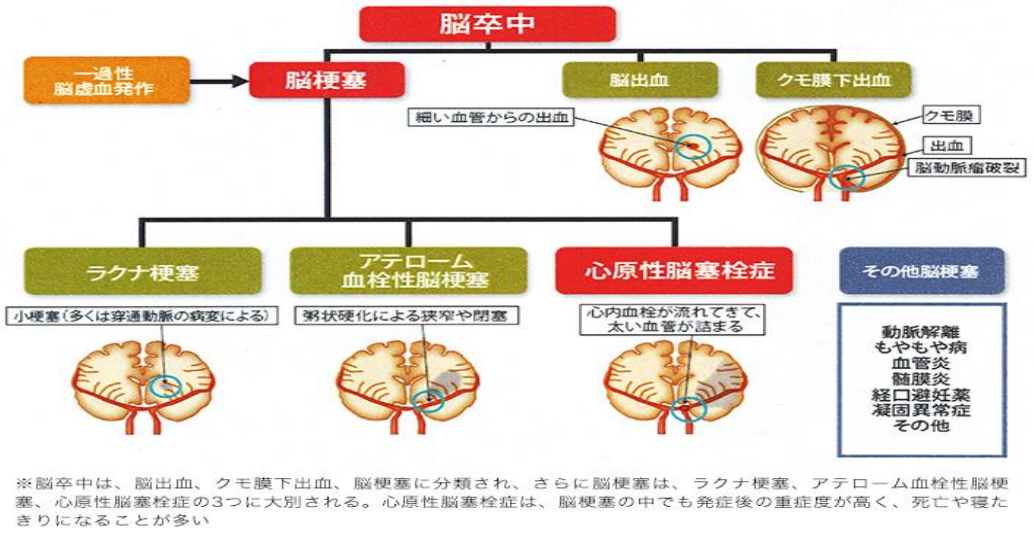
特定健診受診者における糖尿病・高血圧・LDL コレステロール・脂質異常症・メタボリックシンドロームの対象者割合の前年比減少

2. 脳血管疾患重症化予防

1）基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組は、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保健指導対象者の選定や保健指導を行います（図表 55～57）。

図表 55　脳卒中の分類



※脳卒中は、脳出血、クモ膜下出血、脳梗塞に分類され、さらに脳梗塞は、ラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、心原性脳塞栓症の3つに大別される。心原性脳塞栓症は、脳梗塞の中でも発症後の重症度が高く、死亡や寝たきりになることが多い

図表 56　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	●							

（脳卒中予防の提言より引用）

2）対象者の明確化

（1）長洲町の実態

第 2 章での分析結果のとおり、脳血管疾患で高額になったレセプトは、平成 30 年度が 1 件に対して令和4年度は5件に増えたことで費用額も令和4年度は1,212万円増加しました（25頁　図表35）。

一方、脳血管疾患患者の発生率は、県の 1.0%に対して当町は 1.9%と県より 0.9%高かったため、発症予防に向けた保健指導が重要と考えます（13 頁　図表 15）。

（2）対象者選定基準の考え方

特定健診で実施している血圧と心電図検査（心房細動）等を基に保健指導対象者を選定します。

（3）重症化予防対象者の抽出

①血圧からの把握

脳血管疾患において、高血圧は最も重要な危険因子です。図表 57 特定健診受診者における重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が 75 人（6.0%）であり、32 人（4.1%）は未治療者でした。未治療者のうち 13 人（9.5%）は臓器障害の所見が見られたため、医療機関へ受診が必要となります。

また、治療中であってもⅡ度高血圧である者も 11 人（14.7%）いたため、医療機関と連携した保健指導が重要となります。

図表 57　特定健診受診者における重症化予防対象者　　令和 4 年度

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BMDBM）		心房細動		ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ		慢性腎臓病(CDK)					
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40未満）			
受診者数 1244人		75人	6.0%	117人	9.4%	37人	3.0%	14人	1.1%	252人	20.3%	7人	0.6%	25人	2.0%		
治療なし		32人	4.1%	63人	5.6%	32人	3.4%	2人	0.3%	47人	7.3%	1人	0.2%	3人	0.5%		
治療あり		11人	14.7%	14人	12.0%	4人	10.8%	1人	7.1%	47人	18.7%	0人	0.0%	0人	0.0%		
臓器障害あり		13人	9.5%	16人	49.5%	4人	1.7%	2人	2.0%	16人	34.3%	1人	1.0%	3人	3.7%		
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	1人		3人		0人		0人		1人		0人		0人			
	尿蛋白(2+)以上	0人		2人		0人		0人		0人		0人		0人			
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人		0人		0人		0人		1人		0人		0人			
	eGFR50未満（70歳以上は40未満）	0人		1人		0人		0人		0人		0人		0人			
	心電図所見あり	12人		13人		4人		0人		15人		0人		0人			

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とそれ以外の危険因子は、脳・心・腎疾患等の臓器障害の程度と深く関与しています。そのため、健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

図表 58（44 頁）は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化です。降圧薬治療者を除いているため、高リスク群については早急な受診勧奨が必要となってきます。

図表 58　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）

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

（参考）高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
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） / リスク層（血圧以外のリスク因子）		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
	409	171	161	65	12
		41.8%	39.4%	15.9%	2.9%
リスク第1層 予後影響因子がない	24	C 16	B 7	B 1	A 0
	5.9%	9.4%	4.3%	1.5%	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	235	C 96	B 96	A 37	A 6
	57.5%	56.1%	59.6%	56.9%	50.0%
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	150	B 59	A 58	A 27	A 6
	36.7%	34.5%	36.0%	41.5%	50.0%

…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	134
		32.8%
B	概ね1ヵ月後に再評価	163
		39.9%
C	概ね3ヵ月後に再評価	112
		27.4%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≧140、中性脂肪≧150（随時の場合は>=175）、non-HDL≧170のいずれかに該当した者で判断。
※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≧126、HbA1c≧6.5、随時血糖≧200のいずれかに該当した者で判断。
※3 脳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

図表 55（42 頁）の脳卒中の分類にある心原性脳塞栓症は、心房細動が主な原因です。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ます。心房細動は、脳梗塞のなかでも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い病気ですが、心電図検査によって早期に発見することができます。

図表 59

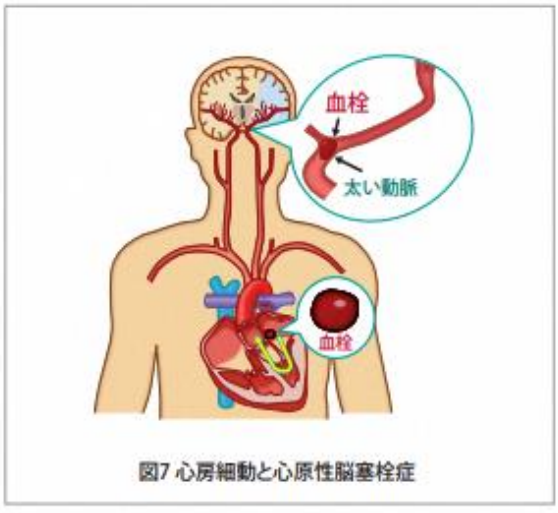


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

（脳卒中予防の提言より引用）

図表 60 の特定健診受診者における心房細動有所見者は 60 歳以上の男性にみられ、全員治療が開始されていました（図表 61）。心房細動は脳梗塞のリスクとなるため、早期発見･早期介入するため心電図検査の全数実施を継続します。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と啓発についても行っていきます。

図表 60　特定健診における心房細動有所見者状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査（※1）	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	511	626	419	82.0%	507	81.0%	7	1.4%	4	0.6%	--	--
40代	30	34	28	93.3%	29	85.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	41	42	34	82.9%	37	88.1%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	110	205	85	77.3%	159	77.6%	1	0.9%	2	1.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	330	345	272	82.4%	282	81.7%	6	1.8%	2	0.6%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

※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

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	0	0.0	11	100.0

出典：ヘルスサポートラボツール

3）保健指導の実施

（1）実施時期及びスケジュール

4 月　　対象者の選定基準の決定

5 月　　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

7 月～　特定健診結果を基に対象者へ介入（通年）

（2）受診勧奨及び保健指導

保健指導は対象者が体の中で起きている状態をイメージしやすいように対象者の理解度に応じた保健指導教材を活用して説明を行います。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である者や中断している者には、医療機関受診の勧奨を行います。

（3）対象者の管理

健診結果と保健指導の経過を１つにまとめた保健指導台帳を作成し、脳血管疾患重症化予防対象者の把握と保健指導の進捗管理を行います。

4）医療との連携

脳血管疾患発症予防のためには、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、医療機関と連携した保健指導を行います。

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。

（1）中長期的評価

脳血管疾患の新規患者発生率を熊本県並みとする。

※他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と併せて行っていきます。

（2）短期的評価

特定健診受診者における糖尿病・高血圧・LDL コレステロール・脂質異常症・メタボリックシンドロームの対象者割合の前年比減少

3. 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）及び熊本県版プログラムに基づき実施します。

熊本県版プログラムは、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機関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リスクの高い者に対して医療機関と連携した保健指導等を行い、人工透析等への移行を防止することが目的です。

2）人工透析に係る長洲町の実態と対象者の明確化

（1）人工透析患者の実態をみる（図表 62）

	平成30年			令和2年			令和4年		
	被保険者数	透析患者		被保険者数	透析患者		被保険者数	透析患者	
		人数	割合		人数	割合		人数	割合
熊本県国保計	451,989	2,455	0.5%	423,336	2,361	0.6%	402,744	2,332	0.6%
長洲町国保	4,081	24	0.6%	3,999	25	0.6%	3,832	18	0.5%
熊本県後期計	279,004	3,592	1.3%	282,718	3,587	1.3%	284,602	3,675	1.3%
長洲町後期	2,604	26	1.0%	2,676	25	0.9%	2,732	22	0.8%

出典：国保連より提供

（2）新規人工透析患者の実態をみる（図表 63）

	平成30年					令和2年					令和4年				
	被保険者数	新規透析患者		糖尿病性腎症患者（内訳）		被保険者数	新規透析患者		糖尿病性腎症患者（内訳）		被保険者数	新規透析患者		糖尿病性腎症患者（内訳）	
		人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合
熊本県国保計	451,989	189	0.0%	104	55.0%	423,336	195	0.1%	97	49.7%	402,744	152	0.04%	90	59.2%
長洲町国保	4,081	2	0.1%	1	50.0%	3,999	2	0.1%	1	50.0%	3,832	0	0.00%	0	0.0%
熊本県後期計	279,004	257	0.1%	87	33.9%	282,718	249	0.1%	86	34.5%	284,602	226	0.08%	81	35.8%
長洲町後期	2,604	4	0.2%	2	50.0%	2,676	0	0.0%	0	0.0%	2,732	2	0.07%	1	50.0%

出典：国保連より提供

長洲町における人工透析患者の実態をみると、国保及び後期高齢者の透析者割合は熊本県を下回っています。一方、新規人工透析患者の実態をみると、国保及び後期の新規透析患者の 50%が糖尿病性腎症により人工透析が開始となっているため、長洲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（図表 62・63）。

(3) 対象者選定基準の考え方

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

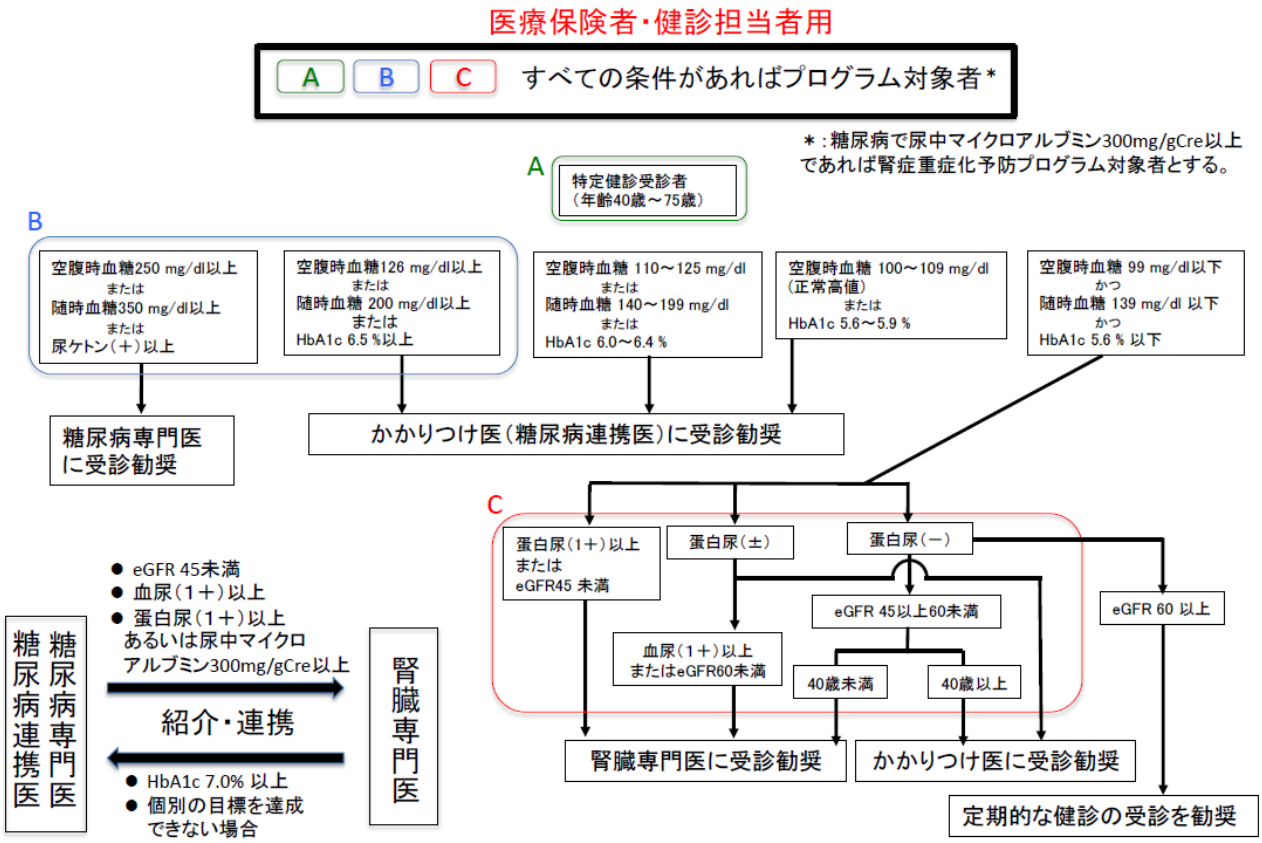
① 健診を受診した者のうち医療機関未受診者（早期に積極的に受診勧奨が必要な者）

② 糖尿病治療中断者（最終の受診日から 6 ヶ月以上経過している者）

③ 重症化するリスクの高い者

健診データや本人・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 等により糖尿病性腎症と診断された者及び腎症が疑われる者。

図表 64　熊本県版糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先

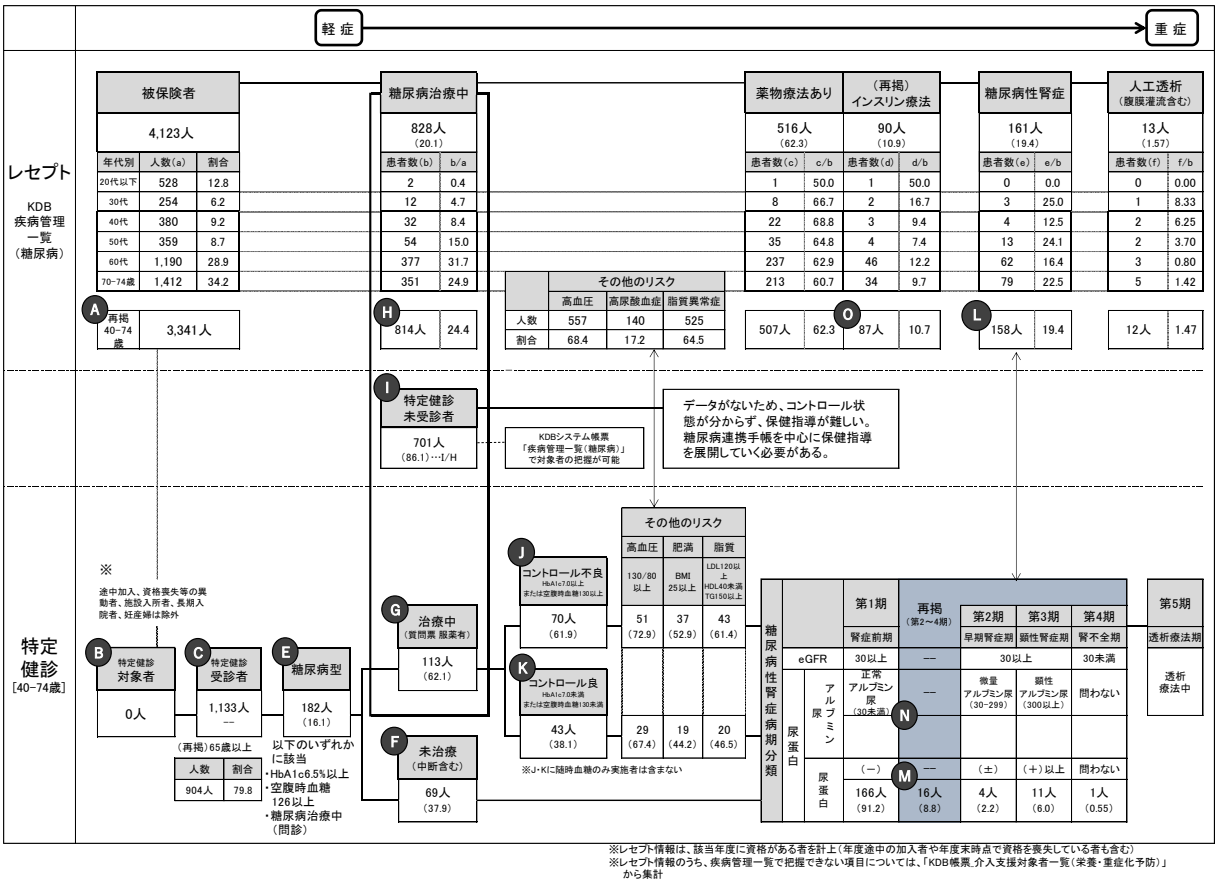


出典：熊本県版糖尿病性腎症重症化予防プログラム

(4) 選定基準に基づく該当者の把握

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

図表 65　糖尿病性腎症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合　　令和 4 年度



出典：KDB システム

3）対象者の進捗管理

（1）糖尿病管理台帳の作成

健診結果と保健指導の経過を 1 つにまとめた保健指導台帳及び糖尿病管理台帳（参考資料 3）を作成し、糖尿病性腎症重症化予防対象者の把握と保健指導の進捗管理を行います。

また、糖尿病管理台帳に記載されている者のうち、当年度の健診未申込者にはハガキや電話、訪問等にて健診受診勧奨を実施します。

4）保健指導の実施（図表 66）

（1）実施時期及びスケジュール

4 月　　対象者の選定基準の決定

5 月　　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

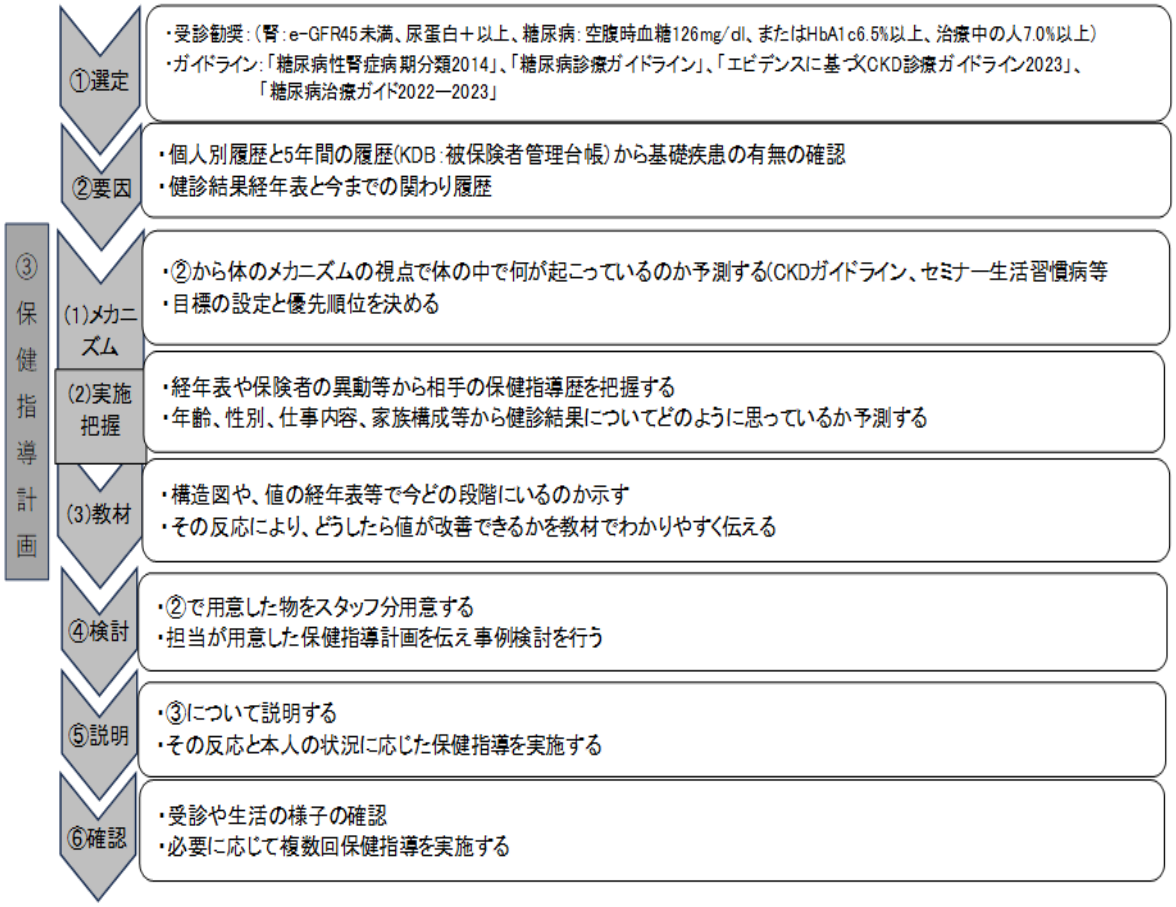
7 月～　特定健診結果を基に糖尿病管理台帳を作成

台帳作成後、対象者へ介入、当年度健診未申込者に健診受診勧奨を実施（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、糖尿病性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・喫煙等の管理も重要となります。長洲町においては、熊本県版プログラムを参考に特定健診受診者の病気分類及びリスク因子に基づき対象者を抽出し、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。

図表　66



5）医療との連携

（1）医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、健診結果経年表や糖尿病連携手帳、CKD精密検査紹介様式（熊本県版）等を活用します。

（2）治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳や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データを収集するとともに、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医や専門医との連携にあたっては、熊本県版プログラムに準じて行います。

6）評価

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

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

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

（1）中長期的評価

糖尿病性腎症の新規患者発生率を熊本県並みとする。

※他の虚血性心疾患・脳血管疾患等と併せて行っていきます。

(2) 短期的評価

①特定健診受診者における糖尿病の対象者割合の前年比減少

②健診受診勧奨者に対する評価

健診受診勧奨対象者の健診受診率

③保健指導対象者に対する評価

保健指導実施率、次年度健診申込者率

図表 67　糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価（図表 28 再掲　20 頁）

項目					突合表	長洲町									
						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
1	①	被保険者数			A	3,945人		3,949人		3,889人		3,876人		3,707人	
	②		（再掲）40-74歳			3,280人		3,269人		3,236人		3,258人		3,142人	
2	①	特定健診	対象者数		B	2,911人		2,903人		2,870人		2,825人		2,702人	
	②		受診者数		C	1,268人		1,173人		718人		1,008人		1,137人	
	③		受診率			43.6%		40.4%		25.0%		35.7%		42.1%	
3	①	特定保健指導	対象者数			134人		125人		73人		123人		132人	
	②		実施率			69.4%		79.2%		80.8%		81.3%		75.0%	
4	①	健診データ	糖尿病型		E	192人	15.1%	175人	14.9%	89人	12.4%	161人	16.0%	182人	16.0%
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）		F	69人	35.9%	67人	38.3%	26人	29.2%	63人	39.1%	68人	37.4%
	③		治療中（質問票 服薬あり）		G	123人	64.1%	108人	61.7%	63人	70.8%	98人	60.9%	114人	62.6%
	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	73人	59.3%	66人	61.1%	35人	55.6%	64人	65.3%	70人	61.4%
	⑤			血圧　130/80以上		45人	61.6%	43人	65.2%	23人	65.7%	34人	53.1%	51人	72.9%
	⑥			肥満　BMI25以上		32人	43.8%	27人	40.9%	14人	40.0%	32人	50.0%	37人	52.9%
	⑦			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	50人	40.7%	42人	38.9%	28人	44.4%	34人	34.7%	44人	38.6%
	⑧		第1期	尿蛋白（－）	M	172人	89.6%	160人	91.4%	76人	85.4%	146人	90.7%	166人	91.2%
	⑨		第2期	尿蛋白（±）		5人	2.6%	4人	2.3%	7人	7.9%	6人	3.7%	4人	2.2%
	⑩		第3期	尿蛋白（＋）以上		11人	5.7%	7人	4.0%	5人	5.6%	8人	5.0%	11人	6.0%
	⑪		第4期	eGFR30未満		0人	0.0%	1人	0.6%	1人	1.1%	1人	0.6%	1人	0.5%
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保数 千対）			133.6人		129.1人		129.1人		133.4人		145.9人	
	②		（再掲）40-74歳（被保数 千対）			158.2人		153.6人		152.7人		157.2人		169.6人	
	③		レセプト件数（40-74歳）（ ）内は被保数千対	入院外（件数）		3,061件	(948.9)	3,150件	(987.8)	3,162件	(989.7)	3,265件	(1039.5)	3,338件	(1093.7)
	④			入院（件数）		17件	(5.3)	21件	(6.6)	21件	(6.6)	9件	(2.9)	16件	(5.2)
	⑤		糖尿病治療中		H	527人	13.4%	510人	12.9%	502人	12.9%	517人	13.3%	541人	14.6%
	⑥		（再掲）40-74歳			519人	15.8%	502人	15.4%	494人	15.3%	512人	15.7%	533人	17.0%
	⑦		健診未受診者		I	396人	76.3%	379人	75.5%	431人	87.2%	414人	80.9%	419人	78.6%
	⑧		インスリン治療		O	45人	8.5%	50人	9.8%	39人	7.8%	38人	7.4%	44人	8.1%
	⑨		（再掲）40-74歳			44人	8.5%	48人	9.6%	38人	7.7%	37人	7.2%	43人	8.1%
	⑩		糖尿病性腎症		L	55人	10.4%	75人	14.7%	73人	14.5%	68人	13.2%	97人	17.9%
	⑪		（再掲）40-74歳			55人	10.6%	73人	14.5%	73人	14.8%	68人	13.3%	96人	18.0%
	⑫		慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）			10人	1.9%	11人	2.2%	14人	2.8%	12人	2.3%	12人	2.2%
	⑬		（再掲）40-74歳			9人	1.7%	10人	2.0%	13人	2.6%	12人	2.3%	11人	2.1%
	⑭		新規透析患者数			2	0.05%	2	0.05%	2	0.05%	3	0.08%	0	0.00%
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症			1	50.0%	1	50.0%	1	50.0%	2	66.7%	0	0.00%
	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）			14人	2.3%	13人	2.4%	12人	2.1%	12人	2.1%	11人	1.8%
6	①	医療費	総医療費			16億0877万円		17億0598万円		15億3150万円		16億6676万円		16億2251万円	
	②		生活習慣病総医療費			8億3868万円		9億1146万円		8億7908万円		9億5537万円		8億5418万円	
	③		（総医療費に占める割合）			52.1%		53.4%		57.4%		57.3%		52.6%	
	④		生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者		7,866円		7,138円		2,686円		6,324円		7,244円	
	⑤			健診未受診者		30,791円		34,094円		39,720円		39,830円		32,548円	
	⑥		糖尿病医療費			8728万円		8957万円		8995万円		9039万円		9641万円	
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）			10.4%		9.8%		10.2%		9.5%		11.3%	
	⑧		糖尿病入院外総医療費			2億4403万円		2億5154万円		2億5653万円		2億6391万円		2億6290万円	
	⑨		1件あたり			34,836円		35,279円		36,439円		37,014円		37,536円	
	⑩		糖尿病入院総医療費			1億7605万円		1億8964万円		2億1662万円		1億7268万円		1億9794万円	
	⑪		1件あたり			604,985円		598,235円		571,544円		646,727円		689,697円	
	⑫		在院日数			18日		18日		19日		18日		16日	
	⑬		慢性腎不全医療費			8572万円		9807万円		9570万円		9341万円		8795万円	
	⑭		透析有り			8343万円		9510万円		9400万円		9158万円		8628万円	
	⑮		透析なし			230万円		297万円		170万円		183万円		168万円	
7	①	介護	介護給付費			14億7301万円		15億1818万円		15億3981万円		14億9601万円		15億0433万円	
	②		（2号認定者）糖尿病合併症			9件	－	4件	－	2件	－	0件	－	10件	－
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）			2人	1.1%	5人	2.8%	1人	0.6%	3人	1.7%	2人	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

4. 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・血圧高値の重なりから心血管病になりやすい状態であり、対象者の生活状況が関与するため早期から予防することが重要になります。

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持ち、2 型糖尿病の発症リスクも高く特に心血管疾患の原因の一つになりやすい、という認識を町民へ周知していきます。

2）対象者の明確化

（1）長洲町の肥満・メタボリックシンドロームの実態

長洲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 で分析したとおり高い状況にあります。令和 4 年度の図表 69 様式 5-3 メタボリックシンドローム予備群・該当者をみると、腹囲はどの年代（総数）も 30%以上の者が該当しており、特にメタボ該当者は血圧や血糖、脂質の 3 項目全て有所見のある者が 22%該当しているため、どの年代においてもメタボリックシンドローム予防のための保健指導（栄養・食生活の改善、運動、休養、禁煙、アルコールの制限）に重点的に取り組みます。

図表 68

様式5-3 メタボリックシンドローム該当者･予備群

注)割合①の分母は健診受診者、割合②の分母は腹囲85cm以上又は90cm以上で算出

令和04年度

					総数			40～49歳			50～59歳			60～69歳			70～74歳			(再掲)65～74歳		
					人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②
総数	健診受診者数(受診率%)				1,133	—		76	—		77	—		390	—		590	—		904	—	
	腹囲85cm以上の者				397	35.0%		27	35.5%		27	35.1%		128	32.8%		215	36.4%		321	35.5%	
	(再掲)有所見の重複状況		高血糖	高血圧	脂質異常																	
		腹囲のみ				31	2.7%	7.8%	7	9.2%	25.9%	4	5.2%	14.8%	8	2.1%	6.3%	12	2.0%	5.6%	16	1.8%	5.0%
		予備群	●			9	0.8%	2.3%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	4	1.0%	3.1%	5	0.8%	2.3%	9	1.0%	2.8%
				●		98	8.6%	24.7%	4	5.3%	14.8%	5	6.5%	18.5%	32	8.2%	25.0%	57	9.7%	26.5%	84	9.3%	26.2%
					●	27	2.4%	6.8%	6	7.9%	22.2%	2	2.6%	7.4%	7	1.8%	5.5%	12	2.0%	5.6%	19	2.1%	5.9%
		該当者	●	●		32	2.8%	8.1%	2	2.6%	7.4%	5	6.5%	18.5%	9	2.3%	7.0%	16	2.7%	7.4%	23	2.5%	7.2%
			●		●	10	0.9%	2.5%	2	2.6%	7.4%	0	0.0%	0.0%	3	0.8%	2.3%	5	0.8%	2.3%	6	0.7%	1.9%
				●	●	108	9.5%	27.2%	0	0.0%	0.0%	4	5.2%	14.8%	37	9.5%	28.9%	67	11.4%	31.2%	97	10.7%	30.2%
			●	●	●	82	7.2%	20.7%	6	7.9%	22.2%	7	9.1%	25.9%	28	7.2%	21.9%	41	6.9%	19.1%	67	7.4%	20.9%
	メタボリック予備群					134	11.8%	33.8%	10	13.2%	37.0%	7	9.1%	25.9%	43	11.0%	33.6%	74	12.5%	34.4%	112	12.4%	34.9%
	メタボリック該当者					232	20.5%	58.4%	10	13.2%	37.0%	16	20.8%	59.3%	77	19.7%	60.2%	129	21.9%	60.0%	193	21.3%	60.1%
男性	健診受診者数(受診率%)					510	—		39	—		34	—		155	—		282	—		415	—	
	腹囲85cm以上の者					263	51.6%		19	48.7%		19	55.9%		73	47.1%		152	53.9%		214	51.6%	
	(再掲)有所見の重複状況		高血糖	高血圧	脂質異常																	
		腹囲のみ				22	4.3%	8.4%	5	12.8%	26.3%	2	5.9%	10.5%	4	2.6%	5.5%	11	3.9%	7.2%	13	3.1%	6.1%
		予備群	●			6	1.2%	2.3%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	2	1.3%	2.7%	4	1.4%	2.6%	6	1.4%	2.8%
				●		65	12.7%	24.7%	3	7.7%	15.8%	4	11.8%	21.1%	18	11.6%	24.7%	40	14.2%	26.3%	55	13.3%	25.7%
					●	18	3.5%	6.8%	2	5.1%	10.5%	1	2.9%	5.3%	5	3.2%	6.8%	10	3.5%	6.6%	15	3.6%	7.0%
		該当者	●	●		24	4.7%	9.1%	1	2.6%	5.3%	5	14.7%	26.3%	5	3.2%	6.8%	13	4.6%	8.6%	17	4.1%	7.9%
			●		●	9	1.8%	3.4%	2	5.1%	10.5%	0	0.0%	0.0%	3	1.9%	4.1%	4	1.4%	2.6%	5	1.2%	2.3%
				●	●	66	12.9%	25.1%	0	0.0%	0.0%	4	11.8%	21.1%	18	11.6%	24.7%	44	15.6%	28.9%	60	14.5%	28.0%
			●	●	●	53	10.4%	20.2%	6	15.4%	31.6%	3	8.8%	15.8%	18	11.6%	24.7%	26	9.2%	17.1%	43	10.4%	20.1%
	メタボリック予備群					89	17.5%	33.8%	5	12.8%	26.3%	5	14.7%	26.3%	25	16.1%	34.2%	54	19.1%	35.5%	76	18.3%	35.5%
	メタボリック該当者					152	29.8%	57.8%	9	23.1%	47.4%	12	35.3%	63.2%	44	28.4%	60.3%	87	30.9%	57.2%	125	30.1%	58.4%
女性	健診受診者数(受診率%)					623	—		37	—		43	—		235	—		308	—		489	—	
	腹囲90cm以上の者					134	21.5%		8	21.6%		8	18.6%		55	23.4%		63	20.5%		107	21.9%	
	(再掲)有所見の重複状況		高血糖	高血圧	脂質異常																	
		腹囲のみ				9	1.4%	6.7%	2	5.4%	25.0%	2	4.7%	25.0%	4	1.7%	7.3%	1	0.3%	1.6%	3	0.6%	2.8%
		予備群	●			3	0.5%	2.2%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	2	0.9%	3.6%	1	0.3%	1.6%	3	0.6%	2.8%
				●		33	5.3%	24.6%	1	2.7%	12.5%	1	2.3%	12.5%	14	6.0%	25.5%	17	5.5%	27.0%	29	5.9%	27.1%
					●	9	1.4%	6.7%	4	10.8%	50.0%	1	2.3%	12.5%	2	0.9%	3.6%	2	0.6%	3.2%	4	0.8%	3.7%
		該当者	●	●		8	1.3%	6.0%	1	2.7%	12.5%	0	0.0%	0.0%	4	1.7%	7.3%	3	1.0%	4.8%	6	1.2%	5.6%
			●		●	1	0.2%	0.7%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	1	0.3%	1.6%	1	0.2%	0.9%
				●	●	42	6.7%	31.3%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	19	8.1%	34.5%	23	7.5%	36.5%	37	7.6%	34.6%
			●	●	●	29	4.7%	21.6%	0	0.0%	0.0%	4	9.3%	50.0%	10	4.3%	18.2%	15	4.9%	23.8%	24	4.9%	22.4%
	メタボリック予備群					45	7.2%	33.6%	5	13.5%	62.5%	2	4.7%	25.0%	18	7.7%	32.7%	20	6.5%	31.7%	36	7.4%	33.6%
	メタボリック該当者					80	12.8%	59.7%	1	2.7%	12.5%	4	9.3%	50.0%	33	14.0%	60.0%	42	13.6%	66.7%	68	13.9%	63.6%

＊血糖については空腹時血糖を優先します(HbA1cについては、空腹時血糖のデータが存在しない場合のみ判定に含めます。)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 69　メタボリックシンドローム予備群・該当者

		被保険者数	健診受診者		腹囲		有所見の重複状況																			
					男性85cm以上 女性90cm以上		腹囲のみ		メタボリック該当者		（腹囲＋2項目or3項目）								メタボリック予備群		（腹囲＋1項目）					
											3項目全て		血糖＋血圧		血圧＋脂質		血糖＋脂質				血圧		血糖		脂質	
		A	B	B/A	C	C/B	D	D/C	E	E/B	F	F/(E+J)	G	G/(E+J)	H	H/(E+J)	I	I/(E+J)	J	J/B	K	K/(E+J)	L	L/(E+J)	M	M/(E+J)
総数	総数	3,144	1,133	--	397	35.0%	31	7.8%	232	20.5%	82	22.4%	32	8.7%	108	29.5%	10	2.7%	134	11.8%	98	26.8%	9	2.5%	27	7.4%
	40代	314	76	--	27	35.5%	7	25.9%	10	13.2%	6	30.0%	2	10.0%	0	0.0%	2	10.0%	10	13.2%	4	20.0%	0	0.0%	6	30.0%
	50代	312	77	--	27	35.1%	4	14.8%	16	20.8%	7	30.4%	5	21.7%	4	17.4%	0	0.0%	7	9.1%	5	21.7%	0	0.0%	2	8.7%
	60代	1,260	390	--	128	32.8%	8	6.3%	77	19.7%	28	23.3%	9	7.5%	37	30.8%	3	2.5%	43	11.0%	32	26.7%	4	3.3%	7	5.8%
	70-74	1,258	590	--	215	36.4%	12	5.6%	129	21.9%	41	20.2%	16	7.9%	67	33.0%	5	2.5%	74	12.5%	57	28.1%	5	2.5%	12	5.9%
男性	総数	1,537	510	--	263	51.6%	22	8.4%	152	29.8%	53	22.0%	24	10.0%	66	27.4%	9	3.7%	89	17.5%	65	27.0%	6	2.5%	18	7.5%
	40代	162	39	--	19	48.7%	5	26.3%	9	23.1%	6	42.9%	1	7.1%	0	0.0%	2	14.3%	5	12.8%	3	21.4%	0	0.0%	2	14.3%
	50代	156	34	--	19	55.9%	2	10.5%	12	35.3%	3	17.6%	5	29.4%	4	23.5%	0	0.0%	5	14.7%	4	23.5%	0	0.0%	1	5.9%
	60代	582	155	--	73	47.1%	4	5.5%	44	28.4%	18	26.1%	5	7.2%	18	26.1%	3	4.3%	25	16.1%	18	26.1%	2	2.9%	5	7.2%
	70-74	637	282	--	152	53.9%	11	7.2%	87	30.9%	26	18.4%	13	9.2%	44	31.2%	4	2.8%	54	19.1%	40	28.4%	4	2.8%	10	7.1%
女性	総数	1,607	623	--	134	21.5%	9	6.7%	80	12.8%	29	23.2%	8	6.4%	42	33.6%	1	0.8%	45	7.2%	33	26.4%	3	2.4%	9	7.2%
	40代	152	37	--	8	21.6%	2	25.0%	1	2.7%	0	0.0%	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	5	13.5%	1	16.7%	0	0.0%	4	66.7%
	50代	156	43	--	8	18.6%	2	25.0%	4	9.3%	4	66.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	4.7%	1	16.7%	0	0.0%	1	16.7%
	60代	678	235	--	55	23.4%	4	7.3%	33	14.0%	10	19.6%	4	7.8%	19	37.3%	0	0.0%	18	7.7%	14	27.5%	2	3.9%	2	3.9%
	70-74	621	308	--	63	20.5%	1	1.6%	42	13.6%	15	24.2%	3	4.8%	23	37.1%	1	1.6%	20	6.5%	17	27.4%	1	1.6%	2	3.2%

出典：ヘルスサポートラボツール

（2）対象者選定基準の考え方

①保健指導対象者の優先順位

肥満を解消するためには、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）である「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医・外科医・メンタルヘルスの専門職・麻酔科医・管理栄養士・看護師・理学療法士など多職種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 3 度・4 度の未治療者については、可能であれば専門医療機関受診を勧めます。

②町が実施する対象者選定基準の考え方

ア）特定健診結果を基に、メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧・血糖・脂質の値が受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。

イ）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。

ウ）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。

（3）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。

3）保健指導の実施

（1）実施時期及びスケジュール

4 月　　対象者の選定基準の決定

5 月　　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

7 月～　特定健診結果を基に対象者へ介入（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行っていきます。

4）医療との連携

肥満・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。

5）評価

（1）短期的評価

特定健診受診者におけるメタボリックシンドロームの対象者割合の前年比減少

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

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り組みと、生活機能の低下を防止する取り組みの双方について高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する必要があります。

2. 事業の実施

長洲町では、令和2年度より熊本県後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を以下の内容で実施しています。

1) 企画・調整等を担当する者を配置し、KDBシステム等のデータから健診・医療・介護の一体的な分析を行い、町の健康課題を明確化、重症化予防・介護予防対象者等を把握し、医療・介護等の関係機関との連携調整を行います。

2) 地域を担当する保健師・管理栄養士・歯科衛生士を配置し、75歳を過ぎても支援が途切れないよう管理台帳等を基に、生活習慣病予防の重症化やフレイル予防等の対象者を抽出し、個別的支援（ハイリスクアプローチ）を行います。また、地域の地区組織や介護予防拠点施設等で実施している活動、町内関係者と連携し、フレイルや認知症予防等のための健康教育や健康講話を実施していきます（ポピュレーションアプローチ）。

3. 関係者間での連携

高齢者の保健事業と介護予防を一体的に取り組むにあたり、庁舎内の関係部署（国保医療係・保健予防係・介護保険係・地域支援係・福祉係・地域包括支援センター・社会福祉協議会）との連携が重要となります。

また、庁舎内の関係部署と円滑に連携できるように情報共有の場を設け、事業協力等の調整を行います。

Ⅳ．発症予防

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

生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児期からのヘルスリテラシー（健康に関する知識や理解力）を高めることが重要です。特に、小児肥満は成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患予防の視点からますます注目されています。

データヘルス計画の対象者は被保険者全員であることから、ライフサイクルの視点で妊娠期から高齢期までライフステージに合わせた生活習慣病予防に取り組む必要があると考えます（図表 70）。

長洲町の生活習慣病による医療機関受診者は 40～64 歳で被保険者の 35%程となっており、県平均より高い状況です。40 歳代ですでに臓器障害を起こしている方もおられます。そのため、若い世代からの健康管理が必要であり、当町でも 19 歳から受診できる若年者健診を実施しています。被保険者が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り組みの推進に努めます。

図表 70　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　ー基本的考え方ー　（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）																
																特定健康診査等実施計画（各保険者）		
3 年代		妊婦（胎児期）		産婦	0歳～5歳					6歳～14歳		15～18歳		～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳		65歳～74歳	75歳以上
5 対象者	4 健康診査（根拠法）	妊婦健康診査（13条）		産婦健診（13条）	乳幼児健康診査（第12・13条）			保育所・幼稚園健康診断		就学時健診（11-12条）	児童・生徒の定期健康診断（第1・13・14条）			定期健康診断（第66条）		特定健康診査（第18・20・21条）		後期高齢者健康診査（第125条）	
		妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児		小学校	中学校	高等学校		労働安全衛生規則（第13・44条）		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)			
	健診内容 血糖		95mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上									
	HbA1c		6.5%以上							6.5%以上									
	50GCT		1時間値140mg/dl以上																
	75gOGTT		①空腹時92mg/dl以上 ②１時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上									
	(診断)妊娠糖尿病		空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の １点以上満たすもの																
	身長体重																		
	BMI													25以上					
	肥満度				カウプ18以上	肥満度15%以上				肥満度20%以上									
	尿糖	（+）以上						（+）以上											
	糖尿病家族歴																		

出典：ヘルスサポートラボツール

Ⅴ．ポピュレーションアプローチ

被保険者が生活習慣病の発症予防のための知識や行動決定ができるように、長洲町の医療費や介護費等社会保障費の実態や、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健康教育や健康講話等を行います（ポピュレーションアプローチ）。

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 年度中に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の最終評価を行います。

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。

評価は KDB システムや保険者データヘルス支援システム等を活用し、評価指標に基づいて各年度事業を評価します。

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、年齢調整された国の公表データを使用します。

評価は、国保医療係及び保健予防係において、年間スケジュールに基づき実施します。

図表 71　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（予算等を含む） ・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）	・保健事業の手順・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、受診勧奨実施数等
アウトカム （成果）	・設定した目標に達することができたか （健診データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活 習慣病有病者数の変化、要介護認定率等）

第 6 章　計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者が容易に知り得るべきものとすることが重要であり、国の指針において公表するものとされています。

具体的には、保健事業の目的や内容が被保険者や関係者に周知し、事業の実効性が高まるように本計画は長洲町ホームページ等で公表し周知します。

また、計画の概要版を作成し町の健康づくりに係る会議等で説明します。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁舎内等での利用及び外部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】(62 頁)
様式 5-1　国・県・同規模平均と比べてみた長洲町の位置（H30～R04 年度）

【参考資料 2】(68 頁)
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 3】(69 頁)
糖尿病管理台帳

【参考資料 4】(70 頁)
保健事業に関する年間活動計画

【参考資料 5】(71 頁)
糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

【参考資料 6】(72 頁)
第 3 期データヘルス計画目標管理一覧

【参考資料 1】

様式 5-1　国・県・同規模平均と比べてみた長洲町の位置（H30～R04 年度）

出典：ヘルスサポートラボツール

項目			長洲町								同規模平均		熊本県		国	
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1 状況	① 人口構成	総人口	15,886		15,886		15,886		15,886		15,359		1,810,851		1,713,102		123,214,261	
		65歳以上(高齢化率)	4,955	31.2	4,955	31.2	4,955	31.2	4,955	31.2	5,492	35.8	651,740	36.0	540,538	31.6	35,335,805	28.7
		75歳以上	2,507	15.8	2,507	15.8	2,507	15.8	2,507	15.8	2,578	16.8	--	--	282,460	16.5	18,248,742	14.8
		65～74歳	2,448	15.4	2,448	15.4	2,448	15.4	2,448	15.4	2,914	19.0	--	--	258,078	15.1	17,087,063	13.9
		40～64歳	5,104	32.1	5,104	32.1	5,104	32.1	5,104	32.1	4,364	28.4	--	--	543,167	31.7	41,545,893	33.7
		39歳以下	5,827	36.7	5,827	36.7	5,827	36.7	5,827	36.7	5,503	35.8	--	--	629,397	36.7	46,332,563	37.6
	② 産業構成	第1次産業	5.5		5.5		5.5		5.5		5.5		10.9		9.8		4.0	
		第2次産業	38.8		38.8		38.8		38.8		38.8		27.1		21.1		25.0	
		第3次産業	55.8		55.8		55.8		55.8		55.8		61.9		69.1		71.0	
	③ 平均寿命	男性	81.3		81.3		81.3		81.3		81.3		80.5		81.2		80.8	
		女性	87.9		87.9		87.9		87.9		87.9		86.9		87.5		87.0	
	④ 平均自立期間（要介護2以上）	男性	80.2		80.0		79.1		79.5		80.1		79.7		80.4		80.1	
		女性	85.2		84.9		83.6		83.6		84.3		84.3		85.0		84.4	
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	91.4		91.4		91.4		96.7		96.7		103.0		94.9		100.0	
			女性	92.8		92.8		92.8		93.3		93.3		100.8		94.5		100.0	
		死因	がん	55	49.1	63	50.0	61	52.1	43	45.3	35	36.1	6,844	47.1	5,349	48.2	378,272	50.6
			心臓病	37	33.0	33	26.2	34	29.1	31	32.6	40	41.2	4,468	30.7	3,242	29.2	205,465	27.5
			脳疾患	10	8.9	18	14.3	16	13.7	12	12.6	12	12.4	2,073	14.3	1,547	13.9	102,900	13.8
			糖尿病	2	1.8	5	4.0	1	0.9	3	3.2	2	2.1	271	1.9	202	1.8	13,896	1.9
			腎不全	5	4.5	2	1.6	4	3.4	4	4.2	6	6.2	564	3.9	476	4.3	26,946	3.6
			自殺	3	2.7	5	4.0	1	0.9	2	2.1	2	2.1	317	2.2	282	2.5	20,171	2.7

項目					長洲町										同規模平均		熊本県		国	
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度	
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
3 介護	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		900	18.2	953	18.8	949	19.0	964	19.1	961	17.5	121,841	18.8	108,069	20.2	6,724,030	19.4
			新規認定者		15	0.3	9	0.3	5	0.2	13	0.3	18	0.2	1,946	0.3	1,261	0.3	110,289	0.3
			介護度別総件数	要支援1.2	2,840	13.8	3,016	14.2	2,809	12.9	2,678	12.2	2,650	11.9	382,007	13.8	380,309	14.2	21,785,044	12.9
				要介護1.2	11,024	53.7	11,742	55.4	11,888	54.6	12,377	56.4	13,269	59.6	1,277,829	46.3	1,309,567	49.0	78,107,378	46.3
				要介護3以上	6,664	32.5	6,439	30.4	7,079	32.5	6,888	31.4	6,355	28.5	1,099,163	39.8	984,793	36.8	68,963,503	40.8
			2号認定者		13	0.3	14	0.3	15	0.3	11	0.2	11	0.3	2,304	0.4	1,879	0.3	156,107	0.4
	②	有病状況	糖尿病		198	21.7	201	21.0	208	20.5	204	21.8	198	21.3	29,183	22.8	25,945	23.1	1,712,613	24.3
			高血圧症		546	57.9	554	58.4	584	57.9	561	58.1	550	58.2	67,451	53.3	65,761	58.7	3,744,672	53.3
			脂質異常症		319	32.9	329	34.1	353	33.1	336	36.1	360	35.8	38,328	30.0	37,156	32.8	2,308,216	32.6
			心臓病		631	67.4	638	67.5	669	66.3	644	66.8	633	66.8	76,143	60.3	73,556	65.7	4,224,628	60.3
			脳疾患		221	24.9	235	23.8	243	23.8	219	24.3	217	23.1	29,057	23.1	25,387	22.8	1,568,292	22.6
			がん		113	12.6	134	13.4	127	13.3	110	12.2	119	12.5	14,184	11.0	13,445	12.0	837,410	11.8
			筋・骨格		543	57.3	572	59.3	584	58.3	569	59.5	573	59.0	66,665	52.7	66,287	59.2	3,748,372	53.4
			精神		380	40.5	407	41.8	403	40.9	391	41.5	396	40.9	46,518	36.9	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		297,277	1,473,008,872	306,393	1,518,175,479	310,760	1,539,813,839	301,919	1,496,011,030	273,913	1,504,332,287	297,567		310,858		290,668	
			1件当たり給付費(全体)		71,756		71,622		70,712		68,177		67,538		70,292		62,823		59,662	
			居宅サービス		44,733		44,404		44,470		43,789		42,956		43,991		42,088		41,272	
			施設サービス		303,590		309,667		312,628		304,200		311,091		291,264		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	9,512		9,686		9,549		9,134		8,743		9,041		9,463		8,610	
				認定なし	3,784		3,980		3,891		4,005		3,940		4,224		4,221		4,020	

項目				長洲町										同規模平均		熊本県		国	
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
4 医療	①	国保の状況	被保険者数	3,906		3,840		3,830		3,732		3,607		419,832		383,407		27,488,882	
			65～74歳	2,123	54.4	2,163	56.3	2,215	57.8	2,206	59.1	2,125	58.9	--	--	174,230	45.4	11,129,271	40.5
			40～64歳	1,103	28.2	1,026	26.7	980	25.6	935	25.1	927	25.7	--	--	118,490	30.9	9,088,015	33.1
			39歳以下	680	17.4	651	17.0	635	16.6	591	15.8	555	15.4	--	--	90,687	23.7	7,271,596	26.5
			加入率	24.6		24.2		24.1		23.5		23.5		23.2		22.4		22.3	
	②	医療の概況（人口千対）	病院数	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	141	0.3	208	0.5	8,237	0.3
			診療所数	8	2.0	8	2.1	8	2.1	8	2.1	8	2.2	1,172	2.8	1,473	3.8	102,599	3.7
			病床数	131	33.5	131	34.1	131	34.2	131	35.1	131	36.3	19,041	45.4	32,745	85.4	1,507,471	54.8
			医師数	14	3.6	14	3.6	15	3.9	15	4.0	15	4.2	2,768	6.6	5,415	14.1	339,611	12.4
			外来患者数	860.9		862.7		821.6		859.7		876.9		721.7		768.9		687.8	
			入院患者数	29.8		30.4		27.7		29.7		30.2		21.9		26.2		17.7	
	③	医療費の状況	一人当たり医療費	411,872	県内9位 同規模6位	444,264	県内7位 同規模5位	399,870	県内14位 同規模15位	446,613	県内11位 同規模8位	449,822	県内9位 同規模7位	382,035		407,772		339,680	
			受診率	890.8		893.115		849.267		889.436		907.012		743.593		795.102		705.439	
			外来 費用の割合	54.2		53.0		56.4		54.5		53.3		57.4		54.5		60.4	
			外来 件数の割合	96.7		96.6		96.7		96.7		96.7		97.1		96.7		97.5	
			入院 費用の割合	45.8		47.0		43.6		45.5		46.7		42.6		45.5		39.6	
			入院 件数の割合	3.3		3.4		3.3		3.3		3.3		2.9		3.3		2.5	
			1件あたり在院日数	18.8日		18.4日		19.4日		18.7日		18.8日		16.6日		18.1日		15.7日	
	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	がん	192,536,520	23.0	234,470,030	25.7	232,394,040	26.4	299,282,750	31.3	214,165,920	25.1	31.8		27.3		32.2	
			慢性腎不全（透析あり）	83,425,640	9.9	95,097,440	10.4	93,999,520	10.7	91,578,720	9.6	86,278,290	10.1	7.5		10.7		8.2	
			糖尿病	87,280,020	10.4	89,565,830	9.8	89,950,290	10.2	90,385,040	9.5	96,410,720	11.3	11.1		10.9		10.4	
			高血圧症	67,516,730	8.1	63,735,850	7.0	55,988,720	6.4	54,564,070	5.7	50,595,750	5.9	6.4		6.0		5.9	
			脂質異常症	37,945,880	4.5	35,377,530	3.9	31,285,440	3.6	32,594,230	3.4	26,973,940	3.2	3.8		3.3		4.1	
			脳梗塞・脳出血	42,523,510	5.0	38,890,980	4.3	47,122,230	5.4	42,484,270	4.5	45,389,140	5.3	4.0		3.6		3.9	
			狭心症・心筋梗塞	34,570,390	4.2	33,336,280	3.6	19,982,140	2.2	23,061,720	2.4	20,296,620	2.4	2.6		2.0		2.8	
			精神	159,112,540	19.0	149,746,670	16.4	166,509,240	18.9	169,773,780	17.8	171,388,430	20.1	15.2		18.6		14.7	
			筋・骨格	123,162,530	14.7	161,527,250	17.7	133,385,540	15.2	143,438,970	15.0	135,354,480	15.8	16.5		16.6		16.7	

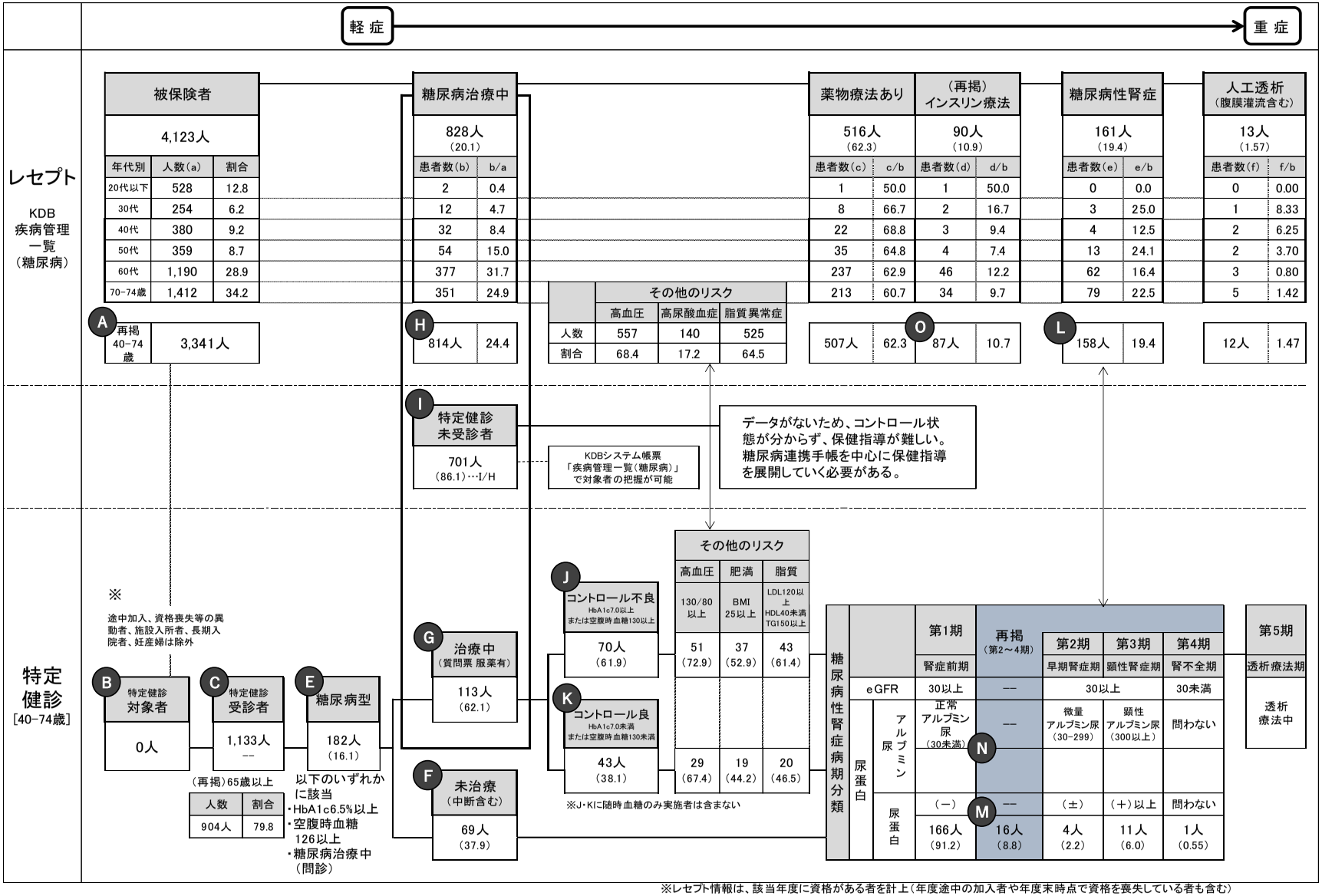
項目					長洲町										同規模平均		熊本県		国	
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度	
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
4 医療	⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	1,557	0.8	1,056	0.5	289	0.2	410	0.2	2	0.0	329	0.2	435	0.2	256	0.2
				糖尿病	1,798	1.0	1,892	0.9	1,900	1.1	854	0.4	2,080	1.0	1,391	0.9	2,168	1.2	1,144	0.9
				脂質異常症	28	0.0	--	--	--	--	276	0.1	--	--	65	0.0	117	0.1	53	0.0
				脳梗塞・脳出血	9,732	5.2	8,899	4.3	11,276	6.5	10,319	5.1	11,453	5.4	7,229	4.4	7,036	3.8	5,993	4.5
				虚血性心疾患	7,056	3.7	7,589	3.6	3,669	2.1	5,094	2.5	4,405	2.1	4,422	2.7	3,398	1.8	3,942	2.9
				腎不全	9,860	5.2	10,806	5.2	9,595	5.5	9,496	4.7	5,183	2.5	4,564	2.8	5,404	2.9	4,051	3.0
		医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	15,728	7.0	15,542	6.6	14,330	6.4	14,211	5.8	14,024	5.9	12,709	5.8	12,283	5.5	10,143	4.9
				糖尿病	20,799	9.3	21,857	9.3	21,970	9.7	24,078	9.9	25,482	10.6	21,886	10.0	21,299	9.6	17,720	8.6
				脂質異常症	9,687	4.3	9,213	3.9	8,169	3.6	8,458	3.5	7,478	3.1	7,778	3.5	6,890	3.1	7,092	3.5
				脳梗塞・脳出血	1,155	0.5	1,229	0.5	1,027	0.5	1,055	0.4	1,131	0.5	1,013	0.5	625	0.3	825	0.4
				虚血性心疾患	3,320	1.5	3,119	1.3	2,338	1.0	2,232	0.9	2,626	1.1	2,004	0.9	1,621	0.7	1,722	0.8
				腎不全	19,140	8.6	21,471	9.1	21,311	9.5	21,766	8.9	23,331	9.7	17,654	8.0	23,648	10.6	15,781	7.7
	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	3,211		2,905		1,074		2,548		2,869		2,690		2,450		2,031	
				健診未受診者	12,571		13,876		15,878		16,047		12,891		13,453		13,484		13,295	
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	7,866		7,138		2,686		6,324		7,244		7,560		6,758		6,142	
				健診未受診者	30,791		34,094		39,720		39,830		32,548		37,805		37,197		40,210	
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者		687	55.4	634	55.1	435	62.1	591	60.9	688	63.1	74,035	58.3	55,575	56.8	3,698,441	56.9
				医療機関受診率	639	51.6	587	51.0	405	57.9	539	55.5	627	57.5	66,739	52.5	50,251	51.3	3,375,719	51.9
				医療機関非受診率	48	3.9	47	4.1	30	4.3	52	5.4	61	5.6	7,296	5.7	5,324	5.4	322,722	5.0

項目					長洲町										同規模平均		熊本県		国	
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度	
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
5 健診	①	特定健診の状況	健診受診者		1,239		1,151		700		971		1,091		127,078		97,898		6,503,152	
	②			受診率	42.5	県内31位 同規模66位	39.6	県内37位 同規模81位	24.4	県内47位 同規模111位	34.3	県内43位 同規模86位	40.0	県内38位 同規模59位	41.2		36.4	全国26位	35.3	
	③		特定保健指導終了者(実施率)		94	66.2	100	75.8	60	73.2	100	76.9	45	31.0	2,563	17.1	3,313	28.6	69,327	9.0
	④		非肥満高血糖		123	9.9	121	10.5	47	6.7	99	10.2	102	9.3	12,908	10.2	8,692	8.9	588,083	9.0
	⑤		メタボ	該当者	263	21.2	225	19.5	158	22.6	219	22.6	225	20.6	27,097	21.3	20,321	20.8	1,321,197	20.3
				男性	175	30.8	150	27.5	103	33.7	148	33.8	147	30.1	18,784	32.5	14,222	32.4	923,222	32.0
				女性	88	13.1	75	12.4	55	14.0	71	13.3	78	12.9	8,313	12.0	6,099	11.3	397,975	11.0
	⑥			予備群	155	12.5	148	12.9	106	15.1	126	13.0	130	11.9	14,409	11.3	11,800	12.1	730,607	11.2
				男性	104	18.3	99	18.1	60	19.6	78	17.8	86	17.6	10,159	17.6	8,107	18.5	515,813	17.9
				女性	51	7.6	49	8.1	46	11.7	48	9.0	44	7.3	4,250	6.1	3,693	6.8	214,794	5.9
	⑦	県内市町村数 47市町村	メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	467	37.7	417	36.2	286	40.9	368	37.9	384	35.2	45,663	35.9	35,581	36.3	2,273,296	35.0
	⑧				男性	306	53.8	279	51.1	175	57.2	239	54.6	255	52.3	31,820	55.0	24,633	56.1	1,592,747	55.3
	⑨				女性	161	24.0	138	22.8	111	28.2	129	24.2	129	21.4	13,843	20.0	10,948	20.3	680,549	18.8
	⑩	同規模市区町村数 111市町村		BMI	総数	50	4.0	43	3.7	37	5.3	53	5.5	53	4.9	6,554	5.2	4,148	4.2	304,276	4.7
	⑪				男性	11	1.9	11	2.0	5	1.6	8	1.8	9	1.8	999	1.7	620	1.4	48,780	1.7
	⑫				女性	39	5.8	32	5.3	32	8.1	45	8.4	44	7.3	5,555	8.0	3,528	6.5	255,496	7.1
	⑬			血糖のみ		12	1.0	12	1.0	2	0.3	8	0.8	9	0.8	887	0.7	705	0.7	41,541	0.6
	⑭			血圧のみ		112	9.0	101	8.8	89	12.7	93	9.6	95	8.7	10,372	8.2	8,557	8.7	514,593	7.9
	⑮			脂質のみ		31	2.5	35	3.0	15	2.1	25	2.6	26	2.4	3,150	2.5	2,538	2.6	174,473	2.7
	⑯			血糖・血圧		51	4.1	44	3.8	19	2.7	35	3.6	30	2.7	4,378	3.4	3,517	3.6	193,722	3.0
	⑰			血糖・脂質		12	1.0	17	1.5	4	0.6	11	1.1	9	0.8	1,294	1.0	985	1.0	67,212	1.0
	⑱			血圧・脂質		120	9.7	95	8.3	91	13.0	96	9.9	105	9.6	12,473	9.8	9,222	9.4	630,648	9.7
	⑲			血糖・血圧・脂質		80	6.5	69	6.0	44	6.3	77	7.9	81	7.4	8,952	7.0	6,597	6.7	429,615	6.6

項目					長洲町										同規模平均		熊本県		国	
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度	
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
6 問診	①	問診の状況	服薬	高血圧	486	39.2	454	39.4	284	40.6	374	38.5	410	37.6	48,903	38.5	37,276	38.1	2,324,538	35.8
				糖尿病	121	9.8	106	9.2	60	8.6	93	9.6	109	10.0	12,787	10.1	9,143	9.3	564,473	8.7
				脂質異常症	322	26.0	310	26.9	213	30.4	286	29.5	309	28.3	36,118	28.4	26,402	27.0	1,817,350	28.0
	②		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	36	2.9	36	3.1	20	2.9	29	3.0	42	3.8	4,109	3.3	2,933	3.0	199,003	3.1
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	97	7.8	95	8.3	57	8.1	72	7.4	66	6.0	7,569	6.2	5,477	5.7	349,845	5.5
				腎不全	3	0.2	2	0.2	4	0.6	3	0.3	2	0.2	1,041	0.8	662	0.7	51,680	0.8
				貧血	38	3.1	34	3.0	64	9.1	50	5.1	65	6.0	11,759	9.6	10,590	11.0	669,737	10.6
	③	生活習慣の状況	喫煙		152	12.3	145	12.6	68	9.7	121	12.5	142	13.0	17,252	13.6	13,307	13.6	896,676	13.8
	④		週3回以上朝食を抜く		73	7.6	67	7.3	1	1.7	48	7.4	70	8.8	9,476	8.1	9,112	10.2	609,166	10.3
	⑤		週3回以上食後間食（～H29）		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
			週3回以上就寝前夕食（H30～）		126	13.1	123	13.4	4	6.8	72	11.0	86	10.8	17,906	15.2	13,395	14.8	932,218	15.7
	⑥		週3回以上就寝前夕食		126	13.1	123	13.4	4	6.8	72	11.0	86	10.8	17,906	15.2	13,395	14.8	932,218	15.7
	⑦		食べる速度が速い		267	27.7	235	25.5	21	35.6	166	25.5	199	25.0	30,627	26.0	24,787	27.4	1,590,713	26.8
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加		371	38.4	344	37.4	17	28.8	250	38.3	310	38.9	41,268	35.1	32,106	36.0	2,083,152	34.9
	⑨		1回30分以上運動習慣なし		567	58.8	503	54.6	19	32.2	365	56.0	428	53.8	72,803	61.8	55,634	61.6	3,589,415	60.3
	⑩		1日1時間以上運動なし		504	52.2	447	48.5	23	39.0	319	48.9	381	47.9	55,629	47.2	45,867	50.8	2,858,913	48.0
	⑪		睡眠不足		189	19.6	198	21.5	7	11.9	119	18.3	135	17.0	29,477	25.1	22,325	24.7	1,521,685	25.6
	⑫		毎日飲酒		270	22.8	260	23.3	169	25.8	222	23.6	237	22.5	31,142	25.2	25,323	26.3	1,585,206	25.5
	⑬		時々飲酒		250	21.1	249	22.3	138	21.0	176	18.7	227	21.6	25,375	20.6	23,075	24.0	1,393,154	22.4
	⑭		一日飲酒量	1合未満	245	54.2	244	55.2	18	60.0	144	51.6	189	53.2	44,882	60.3	52,841	68.5	2,851,798	64.2
				1～2合	153	33.8	159	36.0	11	36.7	99	35.5	126	35.5	19,886	26.7	17,396	22.5	1,053,317	23.7
				2～3合	46	10.2	33	7.5	1	3.3	28	10.0	33	9.3	7,675	10.3	5,528	7.2	414,658	9.3
				3合以上	8	1.8	6	1.4	0	0.0	8	2.9	7	2.0	2,032	2.7	1,416	1.8	122,039	2.7

糖尿病性腎症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



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

出典：KDBシステム

【参考資料 3】　糖尿病管理台帳

糖尿病管理台帳

(過去6年間に一度でもHbA1c6.5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年末年齢	合併症の有無 病名	R04	初診年月日	項目		H29	H30	R01	R02	R03	R04
1	0	0	0	0	0	高血圧			圧	血圧	0	0	0	0	0	0
						糖尿病				服薬	0	0	0	0	0	0
						インスリン	0		糖	HbA1c	0	0	0	0	0	0
						腎症	0			服薬	0	0	0	0	0	0
						網膜症	0		その他	体重	0	0	0	0	0	0
						神経障害	0			BMI	0	0	0	0	0	0
						脂質異常症	0			尿酸	0	0	0	0	0	0
						高尿酸血症	0			LDL-C	0	0	0	0	0	0
						脳血管疾患	0		詳細健診	眼底	0	0	0	0	0	0
						虚血性心疾患	0			心電図	0	0	0	0	0	0
						腎不全	0		CKD	GFR	0	0	0	0	0	0
						人工透析	0			尿蛋白	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	高血圧			圧	血圧	0	0	0	0	0	0
						糖尿病				服薬	0	0	0	0	0	0
						インスリン	0		糖	HbA1c	0	0	0	0	0	0
						腎症	0			服薬	0	0	0	0	0	0
						網膜症	0		その他	体重	0	0	0	0	0	0
						神経障害	0			BMI	0	0	0	0	0	0
						脂質異常症	0			尿酸	0	0	0	0	0	0
						高尿酸血症	0			LDL-C	0	0	0	0	0	0
						脳血管疾患	0		詳細健診	眼底	0	0	0	0	0	0
						虚血性心疾患	0			心電図	0	0	0	0	0	0
						腎不全	0		CKD	GFR	0	0	0	0	0	0
						人工透析	0			尿蛋白	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	高血圧			圧	血圧	0	0	0	0	0	0
						糖尿病				服薬	0	0	0	0	0	0
						インスリン	0		糖	HbA1c	0	0	0	0	0	0
						腎症	0			服薬	0	0	0	0	0	0
						網膜症	0		その他	体重	0	0	0	0	0	0
						神経障害	0			BMI	0	0	0	0	0	0
						脂質異常症	0			尿酸	0	0	0	0	0	0
						高尿酸血症	0			LDL-C	0	0	0	0	0	0
						脳血管疾患	0		詳細健診	眼底	0	0	0	0	0	0
						虚血性心疾患	0			心電図	0	0	0	0	0	0
						腎不全	0		CKD	GFR	0	0	0	0	0	0
						人工透析	0			尿蛋白	0	0	0	0	0	0

番号	R04年度 KDBレセプト情報													要介護認定 転出・死亡等
1	高血圧診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	0
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	糖尿病診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	住所	0	0											
	健診受診日	明治33年1月0日												
	個人番号	0				被保険者番号	0							
	国保資格取得	明治33年1月0日				国保資格喪失	明治33年1月0日							
	備考欄	1												
		2												
		3												
		4												
2	高血圧診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	0
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	糖尿病診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	住所	0	0											
	健診受診日	明治33年1月0日												
	個人番号	0				被保険者番号	0							
	国保資格取得	明治33年1月0日				国保資格喪失	明治33年1月0日							
	備考欄	1												
		2												
		3												
		4												
3	高血圧診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	0
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	糖尿病診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	住所	0	0											
	健診受診日	明治33年1月0日												
	個人番号	0				被保険者番号	0							
	国保資格取得	明治33年1月0日				国保資格喪失	明治33年1月0日							
	備考欄	1												
		2												
		3												
		4												

出典：ヘルスサポートラボツール

【参考資料 4】　保健事業に関する年間活動計画

年度	月	対象者	内容	
	4月 5月 6月	前年度から継続支援者	・保健指導体制の確認 ・前年度医療機関健診受診結果が町に届く。 ・前年度から継続支援者・未指導者への支援。 ・健診未受診者への受診勧奨。	
	7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月	当年度特定保健指導・重症化予防対象者への支援	・当年度の健診結果が町に届き始める。 ・8月集団健診受診者の健診結果説明会 ※特定保健指導、重症化予防対象者 対象者（　　）人 ・12月集団健診受診者の健診結果説明会 ※特定保健指導、重症化予防対象者 ・介入予定数のうち保健指導が実施できた数（アウトプット）	% ・保健指導実数のうち改善した対象者数（アウトカム） %

【参考資料 5】　糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目					突合表	長洲町									
						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
1	①	被保険者数			A	3,945人		3,949人		3,889人		3,876人		3,707人	
	②		（再掲）40−74歳			3,280人		3,269人		3,236人		3,258人		3,142人	
2	①	特定健診	対象者数		B	2,911人		2,903人		2,870人		2,825人		2,702人	
	②		受診者数		C	1,268人		1,173人		718人		1,008人		1,137人	
	③		受診率			43.6%		40.4%		25.0%		35.7%		42.1%	
3	①	特定保健指導	対象者数			134人		125人		73人		123人		132人	
	②		実施率			69.4%		79.2%		80.8%		81.3%		75.0%	
4	①	健診データ	糖尿病型		E	192人	15.1%	175人	14.9%	89人	12.4%	161人	16.0%	182人	16.0%
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）		F	69人	35.9%	67人	38.3%	26人	29.2%	63人	39.1%	68人	37.4%
	③		治療中（質問票 服薬あり）		G	123人	64.1%	108人	61.7%	63人	70.8%	98人	60.9%	114人	62.6%
	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	73人	59.3%	66人	61.1%	35人	55.6%	64人	65.3%	70人	61.4%
	⑤			血圧　130/80以上		45人	61.6%	43人	65.2%	23人	65.7%	34人	53.1%	51人	72.9%
	⑥			肥満　BMI25以上		32人	43.8%	27人	40.9%	14人	40.0%	32人	50.0%	37人	52.9%
	⑦			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	50人	40.7%	42人	38.9%	28人	44.4%	34人	34.7%	44人	38.6%
	⑧		第1期	尿蛋白（−）	M	172人	89.6%	160人	91.4%	76人	85.4%	146人	90.7%	166人	91.2%
	⑨		第2期	尿蛋白（±）		5人	2.6%	4人	2.3%	7人	7.9%	6人	3.7%	4人	2.2%
	⑩		第3期	尿蛋白（＋）以上		11人	5.7%	7人	4.0%	5人	5.6%	8人	5.0%	11人	6.0%
	⑪		第4期	eGFR30未満		0人	0.0%	1人	0.6%	1人	1.1%	1人	0.6%	1人	0.5%
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保数千対）			133.6人		129.1人		129.1人		133.4人		145.9人	
	②		（再掲）40−74歳（被保数千対）			158.2人		153.6人		152.7人		157.2人		169.6人	
	③		レセプト件数（40−74歳）（ ）内は被保数千対	入院外（件数）		3,061件	(948.9)	3,150件	(987.8)	3,162件	(989.7)	3,265件	(1039.5)	3,338件	(1093.7)
	④			入院（件数）		17件	(5.3)	21件	(6.6)	21件	(6.6)	9件	(2.9)	16件	(5.2)
	⑤		糖尿病治療中		H	527人	13.4%	510人	12.9%	502人	12.9%	517人	13.3%	541人	14.6%
	⑥		（再掲）40−74歳			519人	15.8%	502人	15.4%	494人	15.3%	512人	15.7%	533人	17.0%
	⑦			健診未受診者	I	396人	76.3%	379人	75.5%	431人	87.2%	414人	80.9%	419人	78.6%
	⑧		インスリン治療		O	45人	8.5%	50人	9.8%	39人	7.8%	38人	7.4%	44人	8.1%
	⑨		（再掲）40−74歳			44人	8.5%	48人	9.6%	38人	7.7%	37人	7.2%	43人	8.1%
	⑩		糖尿病性腎症		L	55人	10.4%	75人	14.7%	73人	14.5%	68人	13.2%	97人	17.9%
	⑪		（再掲）40−74歳			55人	10.6%	73人	14.5%	73人	14.8%	68人	13.3%	96人	18.0%
	⑫		慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）			10人	1.9%	11人	2.2%	14人	2.8%	12人	2.3%	12人	2.2%
	⑬		（再掲）40−74歳			9人	1.7%	10人	2.0%	13人	2.6%	12人	2.3%	11人	2.1%
	⑭		新規透析患者数			2	0.05%	2	0.05%	2	0.05%	3	0.08%	0	0.00%
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症			1	50.0%	1	50.0%	1	50.0%	2	66.7%	0	0.00%
	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）			14人	2.3%	13人	2.4%	12人	2.1%	12人	2.1%	11人	1.8%
6	①	医療費	総医療費			16億0877万円		17億0598万円		15億3150万円		16億6676万円		16億2251万円	
	②		生活習慣病総医療費			8億3868万円		9億1146万円		8億7908万円		9億5537万円		8億5418万円	
	③		（総医療費に占める割合）			52.1%		53.4%		57.4%		57.3%		52.6%	
	④		生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者		7,866円		7,138円		2,686円		6,324円		7,244円	
	⑤			健診未受診者		30,791円		34,094円		39,720円		39,830円		32,548円	
	⑥		糖尿病医療費			8728万円		8957万円		8995万円		9039万円		9641万円	
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）			10.4%		9.8%		10.2%		9.5%		11.3%	
	⑧		糖尿病入院外総医療費			2億4403万円		2億5154万円		2億5653万円		2億6391万円		2億6290万円	
	⑨		1件あたり			34,836円		35,279円		36,439円		37,014円		37,536円	
	⑩		糖尿病入院総医療費			1億7605万円		1億8964万円		2億1662万円		1億7268万円		1億9794万円	
	⑪		1件あたり			604,985円		598,235円		571,544円		646,727円		689,697円	
	⑫		在院日数			18日		18日		19日		18日		16日	
	⑬		慢性腎不全医療費			8572万円		9807万円		9570万円		9341万円		8795万円	
	⑭		透析有り			8343万円		9510万円		9400万円		9158万円		8628万円	
	⑮		透析なし			230万円		297万円		170万円		183万円		168万円	
7	①	介護	介護給付費			14億7301万円		15億1818万円		15億3981万円		14億9601万円		15億0433万円	
	②		（2号認定者）糖尿病合併症			9件	−	4件	−	2件	−	0件	−	10件	−
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）			2人	1.1%	5人	2.8%	1人	0.6%	3人	1.7%	2人	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

【参考資料 6】　第 3 期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標値	実績			データの把握方法（活用データ年度）
				(R11)	初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R9)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	虚血性心疾患の新規患者発生率を熊本県並みとする	減少（割合の維持・減少）	2.0%			データヘルスシステム
			脳血管疾患の新規患者発生率を熊本県並みとする	減少（割合の維持・減少）	1.9%			データヘルスシステム
			糖尿病性腎症の新規患者発生率を熊本県並みとする	減少（割合の維持・減少）	0.9%			データヘルスシステム
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	★特定健診受診率	50%以上	40.3%			法定報告値
			40～64歳の特定健診受診率	35%以上	28.0%			法定報告値
			★特定保健指導実施率	81%以上	75.0%			法定報告値
			特定健診受診者における糖尿病（HbA1ｃ6.5%以上）割合の前年比減少	減少	9.4%			・特定健診等データ管理システム ・ラポツール ・データヘルス支援システム
			特定健診受診者における高血圧（Ⅱ度高血圧以上）割合の前年比減少	減少	10.0%			・特定健診等データ管理システム ・ラポツール ・データヘルス支援システム
			特定健診受診者における脂質異常症（LDL180以上者）割合の前年比減少	減少	2.7%			・特定健診等データ管理システム ・ラポツール ・データヘルス支援システム
			特定健診受診者における脂質異常症（中性脂肪300以上者）割合の前年比減少	減少	2.3%			・特定健診等データ管理システム ・ラポツール ・データヘルス支援システム
			特定健診受診者におけるメタボリックシンドローム該当者割合の前年比減少	減少	20.5%			・特定健診等データ管理システム ・ラポツール ・データヘルス支援システム
			特定健診受診者における重症化予防対象者の治療なし割合の前年比減少	減少	27.4%			・特定健診等データ管理システム ・ラポツール ・データヘルス支援システム

長洲町国民健康保険第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３月

編集・発行　　長洲町　福祉保健介護課　国保医療係

〒869-0198
熊本県玉名郡長洲町大字長洲 2766
TEL 0968-78-3139　FAX 0968-78-3449