産山村国民健康保険
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

産　山　村

保健事業実施計画（データヘルス計画）目次

第 1 章　保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方　・・・・・・・・・1

1. 背景・目的
2. 計画の位置付けと基本的な考え方
3. 計画期間
4. 関係者が果たすべき役割と連携
   1）市町村国保の役割
   2）関係機関との連携
   3）被保険者の役割
5. 保険者努力支援制度

第 2 章　第 2 期計画にかかる考察及び第 3 期における健康課題の明確化　・・・・9

1. 保険者の特性
2. 第 2 期計画に係る評価及び考察
   1）第 2 期計画に係る評価
   2）主な個別事業の評価と課題
3. 第 3 期における健康課題の明確化
   1）基本的な考え方
   2）健康課題の明確化
   3)目標の設定

第 3 章　特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)　・・・・・・・・・・・・・・・・・・25

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

第 4 章　課題解決するための個別保健事業　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・32

Ⅰ. 保健事業の方向性

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

Ⅳ. 発症予防

Ⅴ. ポピュレーションアプローチ

第 5 章　計画の評価・見直し　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・45

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第 6 章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・46

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料　・・47

第1章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

1．背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。（図表1）

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

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

本村では、以上の事も踏まえ、国保データベース（KDB※6）を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

※5　標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。（図表 2）

なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施（データヘルス）計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

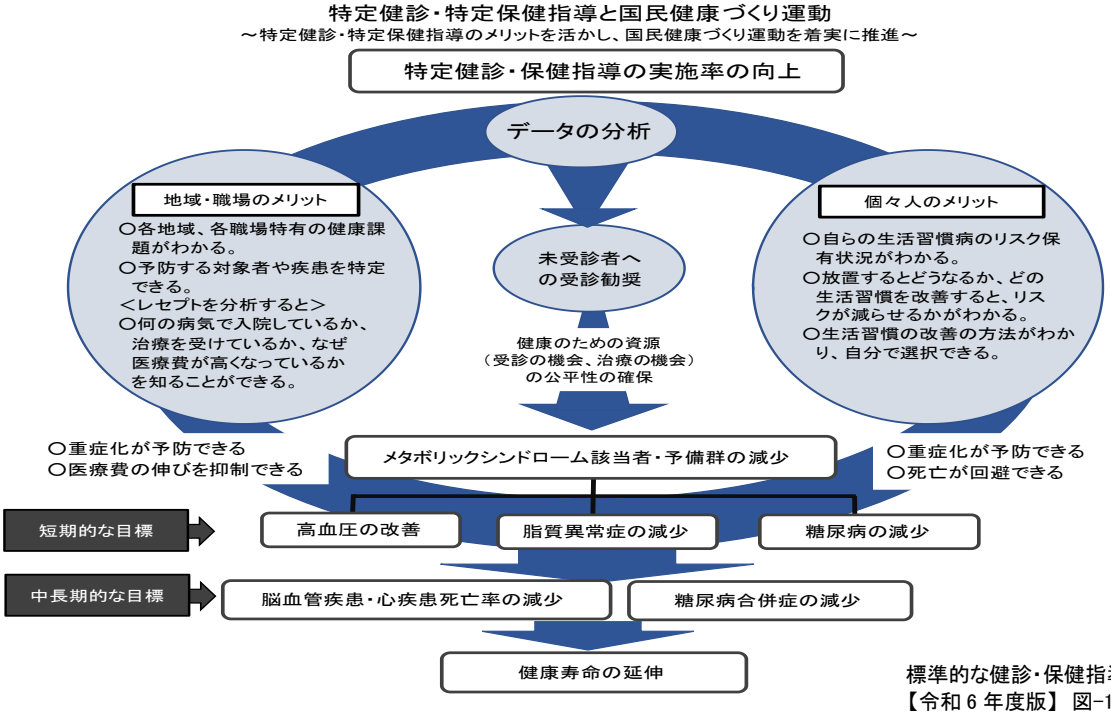
※6　KDB：国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表１　データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

	健康増進計画	※健康増進事業実施者とは　健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法 データヘルス計画 （保健事業実施計画）	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 （地域医療構想含む）	介護保険事業 （支援）計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条　健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法　第82条 健康保険法　第150条 高確法　第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省　健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省　保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省　保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省　保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策について基本指針	厚生労働省　医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する基本指針	厚生労働省　老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定　令和6～17年（12年） 2024年～2035年	指針　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～8年（3年） 2024～2026年
計画 策定者	都道府県：義務 市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者：義務	都道府県：義務	都道府県：義務	市町村：義務 都道府県：義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開とより実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持・医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通じ、地域で切れ目のない医療の提供、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止
対象年齢	ライフステージ （乳幼児期、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継時的）	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	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者　65歳以上 2号被保険者　40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿病合併症 （糖尿病腎症） 循環器病　高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿病性腎症 高　血　圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿性病腎症 高　血　圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖　尿　病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳　卒　中	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患（COPD） が　ん ロコモ―ティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康（うつ・不安）				がん 精神疾患	認　知　症 フレイル 口腔機能、低栄養
評　価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 **51目標項目** ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース １こども、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 ・医療資源の効果的・効率的な活用 ・医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 （地域の実状に応じて設定） 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルを活用にする保険者 機能強化に向けた体制等 （地域介護保険事業） ②自立支援・重度化防止等 （在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連） ③介護保険運営の安定化 （介護給付の適正化、人材の確保）
補助金等		保健事業支援・評価委員会（事務局：国保連合会）による計画作成支援 保険者努力支援制度（事業費・事業費連動分）交付金		保険者協議会(事務局：県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

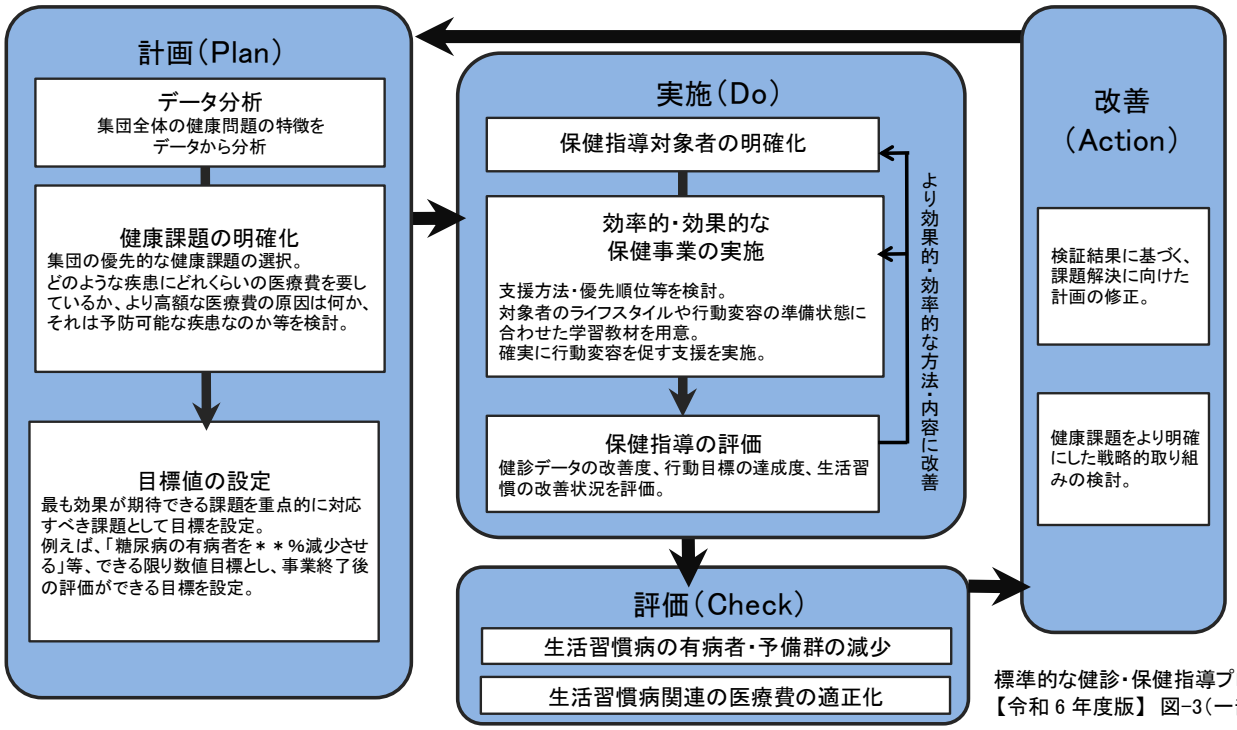
図表2　特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



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

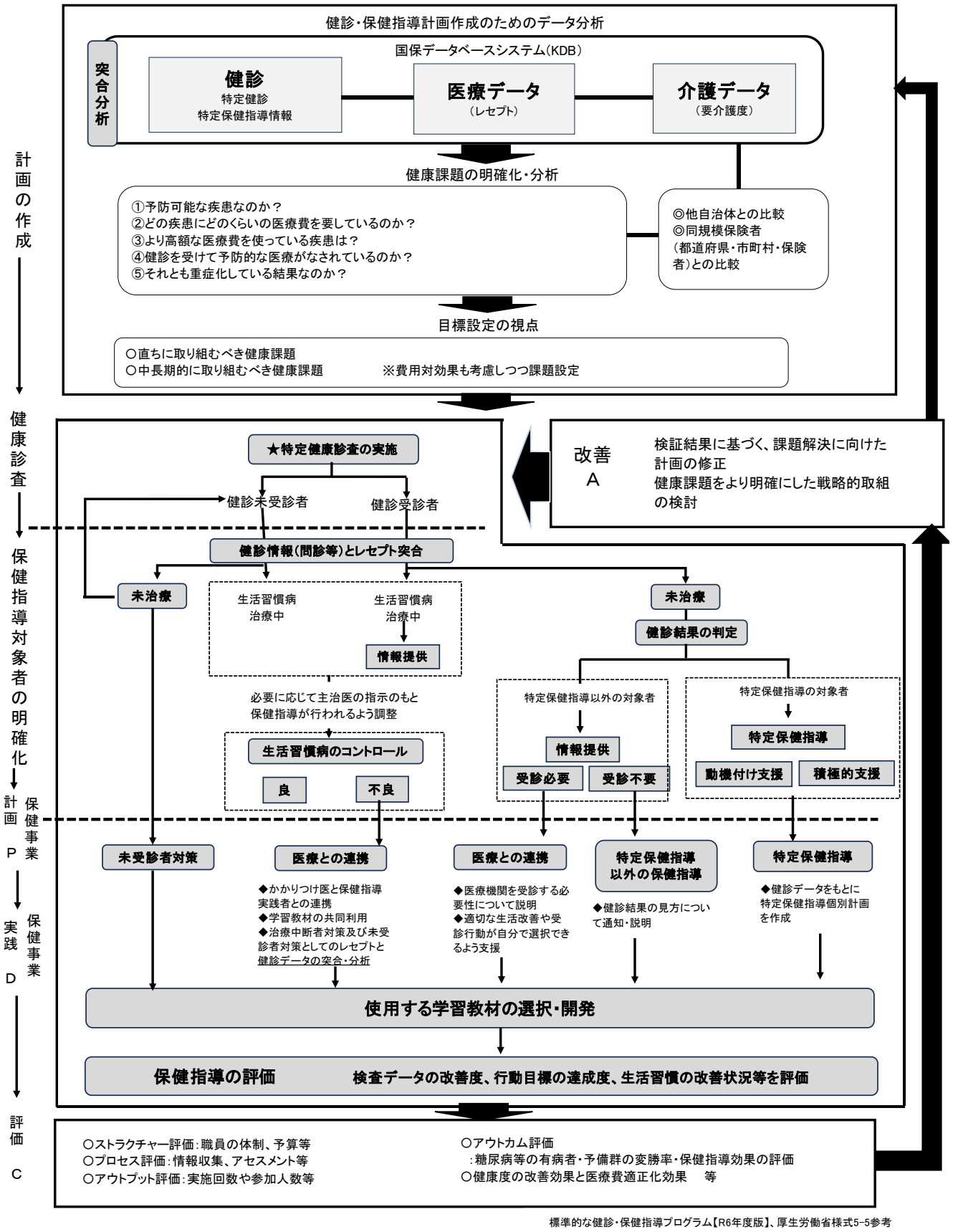
図表3　保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



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（Actin））サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

図表4　生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ（一部改変）



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和 11 年度までの6年間とします。

＜参考＞計画期間の根拠について

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

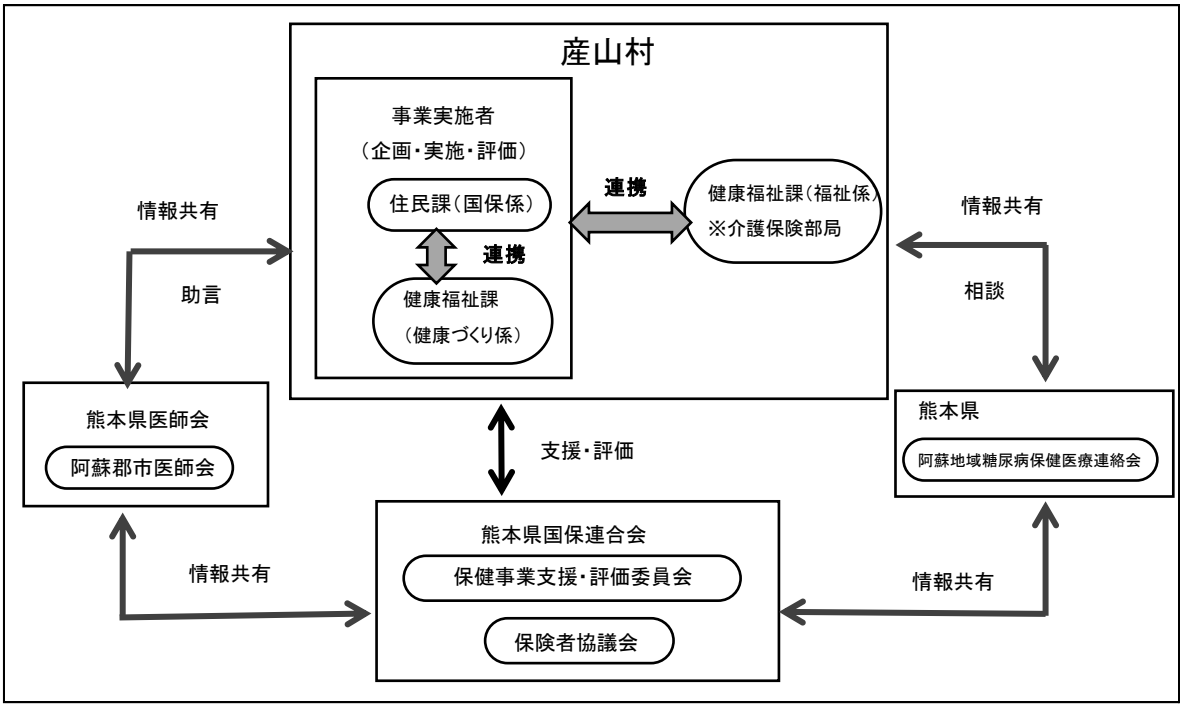
4. 関係者が果たすべき役割と連携

1） 市町村国保の役割

本村においては、住民課が主体となりデータヘルス計画を策定しますが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっています。特に健康福祉課の保健師等の専門職と連携をして、村一体となって計画策定を進めていきます。

具体的には、健康福祉課にある健康づくり係（保健衛生）、福祉係（介護保険・生活保護等）、及び住民課にある住民係（後期高齢者医療）とも十分連携を図ります。（図表 5）

図表 5 産山村の実施体制図



2） 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、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・協力が重要です。

(1)外部有識者

①国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）

②熊本県

③他の保険者

(2)具体的な連携方法について

①国保連は、保険者である市町村の共同連合体です。計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB の活用によるデータ分析等の技術支援を求めていきます。また、国保連が企画する計画の実効性を高めるために必要な研修等を積極的に利用します。さらに、国保連に設置されている支援・評価委員会の支援・評価を受けることで、具体的な計画の見直し・評価に努めます。

②平成 30 年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となっています。計画策定に係る県の支援を受けるため、県が委員として参加している保健事業支援・評価委員会（国保連に設置）に計画を提出し、助言等を受け連携を図ります。

③転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力が求められます。阿蘇圏域地域保健・職域連携推進協議会の会議に出席し、職域保健及び関係機関との情報交換や連携強化に努めます。

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 6)

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

図表 6 保険者努力支援制度評価指標（市町村分）

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			産山村	配点	産山村	配点	産山村	配点
交付額(万円)			89		79		87	
全国順位(1,741市町村中)			1406位	89万	1436位	79万	1369位	87万
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	70	70	70	160	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	60	40	60	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	100	120	25	120	20	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	10	90	0	45	5	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	40	50	10	50	15	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	10	130	110	130	40	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	25	100	85	100	50	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	0	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	15	30	8	40	8	40
	⑤	第三者求償の取組	24	40	17	50	26	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	52	95	48	100	52	100
合計点			451	1,000	463	960	476	940

第２章　第２期計画にかかる考察及び第３期計画における健康課題の明確化

１．保険者の特性

本村は人口 1,382 人で、高齢化率は 42.8%です。高齢者の割合は高いものの、被保険者の平均年齢は 49.8 歳と同規模と比べて若い村となっています。産業においては、第 3 次産業に次いで、第１次産業が同規模と比較しても高く、農業の割合が多い村です。被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。（図表 7）

国保加入率は 34.7%で、加入率は維持しつつも被保険者数は年々減少傾向です。（図表 8）

図表 7 同規模・県・国と比較した産山村の特性

	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
産山村	1,382	42.8	479（34.7）	49.8	4.3	22.4	0.2	38.8	13.9	47.3
同規模	--	41.4	27.1	54.5	4.9	18.9	0.2	22.3	20.6	57.2
県	--	31.6	22.4	53.6	7.6	12.3	0.4	9.8	21.1	69.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、産山村と同規模保険者（274市町村）の平均値を表す

図表 8 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	542		540		521		484		479	
65～74歳	186	34.3	189	35.0	193	37.0	190	39.3	186	38.8
40～64歳	188	34.7	178	33.0	175	33.6	156	32.2	157	32.8
39歳以下	168	31.0	173	32.0	153	29.4	138	28.5	136	28.4
加入率	35.9		35.8		34.5		32.1		34.7	

出典：KDBシステム_　人口及び被保険者の状況
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

２．第２期計画にかかる評価及び考察

1）第２期データヘルス計画の評価

第２期計画において、目標の設定を以下の２つに分類しました。

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

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

（1）総医療費・介護給付費の達成状況

①総医療費の状況

平成30年度から令和4年度の5年間をみると、国保の被保険者数は年々減少傾向ですが、総医療費、中長期短期疾患医療費計及び一人あたり医療費は横ばいで推移しています。後期高齢者になると一人あたり80万円を超え、国保の2．5倍も高い状況です。（図表 9・10）国保・後期ともに年齢調整をした地域差指数は全国平均の 1 を下回っており、大きな変化はありませんでした。（図表 11）

医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患）かどうかを見極めるため、本村の高額レセプトを確認したところ、国保、後期高齢ともに該当する疾患の件数はほぼない状況でした。③がんについては、健康増進法に基づいてがん検診及びがん精密検査受診率の向上に努め、早期発見早期治療の普及啓発に努めます。（図表 12）

図表 9 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		542人	479人	344人
総件数及び総費用額	件数	4,383件	4,217件	5,299件
	費用額	1億4760万円	1億3734万円	2億8714万円
一人あたり医療費		27.2万円	28.7万円	83.5万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 10 中長期・短期表疾患医療費の推移

	産山村		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）	1億4760万円	1億3734万円	--	--	--
中長期・短期目標疾患医療費計（円）	2461万円	2,333万円	--	--	--
	16.67%	16.99%	20.16%	20.52%	20.51%

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 11 一人あたり（年齢調整後）地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		産山村（県内市町村中）		県（47県中）	産山村（県内市町村中）		県（47県中）
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	0.923	0.979	1.139	0.911	0.880	1.130
		（43位）	（44位）	（9位）	（43位）	（42位）	（7位）
	入院	0.947	1.025	1.309	0.998	0.921	1.277
		（42位）	（44位）	（8位）	（40位）	（41位）	（6位）
	外来	0.894	0.945	1.036	0.811	0.835	0.982
		（42位）	（37位）	（12位）	（44位）	（41位）	（22位）

出典：地域差分析（厚労省）

図表 12 高額レセプト（80 万円／件）以上の推移（脳血管疾患・虚血性心疾患・がん）

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	件数	0件	2件	0件	0件	0件	0件
		0.0%	4.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	費用額	—	374万円	—	—	—	—
②	件数	0件	0件	0件	2件	0件	0件
		0.0%	0.0%	0.0%	9.1%	0.0%	0.0%
	費用額	—	—	—	210万円	—	—
③	件数	10件	17件	20件	3件	3件	2件
		28.6%	35.4%	45.5%	13.6%	20.0%	3.3%
	費用額	1247万円	1800万円	2773万円	494万円	377万円	301万円

①脳血管疾患　②虚血性心疾患　③がん　　出典：ヘルスサポートラボツール（産山村加工）

②介護給付費の状況

本村の令和4年度の要介護認定者は、1号（65 歳以上）被保険者で 136 人（認定率 22.8%）でした。そのうち、75 歳以上の認定者数が 131 人と大半を占めています。介護給付費は平成 30 年度と比べると横ばいで推移しています。（図表 13・14）

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）が上位を占めており、基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は約9割と非常に高い割合となっています。生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。（図表 15・16）

図表 13 要介護認定者（率）の状況

			産山村				同規模	県	国
			H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率			600人	39.7%	592人	42.8%	41.4%	31.6%	28.7%
2号認定者			1人	0.20%	0人	0%	0.38%	0.35%	0.38%
	新規認定者		0人		0人		--	--	--
1号認定者			126人	21.0%	136人	22.8%	19.9%	20.2%	19.4%
	新規認定者		0人		11人		--	--	--
再掲	65～74歳		12人	5.2%	5人	2.0%	--	--	--
		新規認定者	0人		0人		--	--	--
	75歳以上		114人	30.7%	131人	37.8%	--	--	--
		新規認定者	0人		11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 14 介護給付費の変化

		産山村		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費		2億1228万円	2億1270万円	--	--	--
一人あたり給付費（円）		353,797	359,289	323,222	310,858	290,668
1件あたり給付費（円）全体		65,802	76,787	80,543	62,823	59,662
	居宅サービス	33,516	38,556	42,864	42,088	41,272
	施設サービス	303,352	306,656	288,059	303,857	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 15 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）		0	5	131	136	136
	再）国保・後期	0	5	127	132	132

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 16（図表 15 より）国保・後期の要介護者（132 人）の有病状況

疾患	血管疾患						認知症	筋・骨格疾患
	循環器疾患			合併症	基礎疾患	血管疾患合計		
順位	1	2	3	4				
疾病	脳卒中	虚血性心疾患	腎不全	糖尿病合併症	基礎疾患	合計		
件数	70	50	20	8	123	130	54	126
割合	53.0%	37.9%	15.2%	6.1%	93.2%	98.5%	40.9%	95.5%

出典：ヘルスサポートラボツール（産山村加工）

2）中長期的な疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析）の達成状況

①中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が総医療費に占める割合は平成 30 年度と比較すると 0.91 ポイント減少しました。（図表 17）

患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると、脳血管疾患は2ポイント減少し、虚血性心疾患及び人工透析は横ばいで推移していました。（図表 18）

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			産山村		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）			1億4760万円	1億3734万円	--	--	--
中長期目標疾患医療費合計（円）			813万円	631万円	--	--	--
			5.50%	4.59%	7.24%	8.69%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	0.33%	1.07%	2.12%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.70%	0.11%	1.46%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全（透析有）	4.48%	3.41%	3.29%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全（透析無）	0.00%	0.00%	0.37%	0.26%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		14.01%	11.64%	17.57%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		14.78%	15.43%	9.33%	8.56%	8.68%
	精神疾患		7.54%	7.87%	7.82%	9.62%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注）最大医療資源傷病（調剤含む）による分類結果
（最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名）
注）KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患						
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
治療者（人）0～74歳	A	542	479	a	46	31	33	30	↑	↑
				a/A	8.5%	6.5%	6.1%	6.3%	0.2%	0.2%
40歳以上	B	374	343	b	44	31	32	29	↑	↑
	B/A	69.0%	71.6%	b/B	11.8%	9.0%	8.6%	8.5%	0.3%	0.3%

※10人未満の人数は非表示

出典：KDBシステム_ 疾病管理一覧（脳卒中・虚血性心疾患）、地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）

（3）短期的な目標疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の達成状況

①短期的な目標疾患の医療費の状況

短期的な目標疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の医療費合計が総医療費に占める割合は平成 30 年度と比較すると 2.22 ポイント増加しました。疾患別では糖尿病の総医療費に占める割合が同規模、県、国と比べて高い状況です。（図表 19）

図表 19 短期目標疾患の医療費の推移

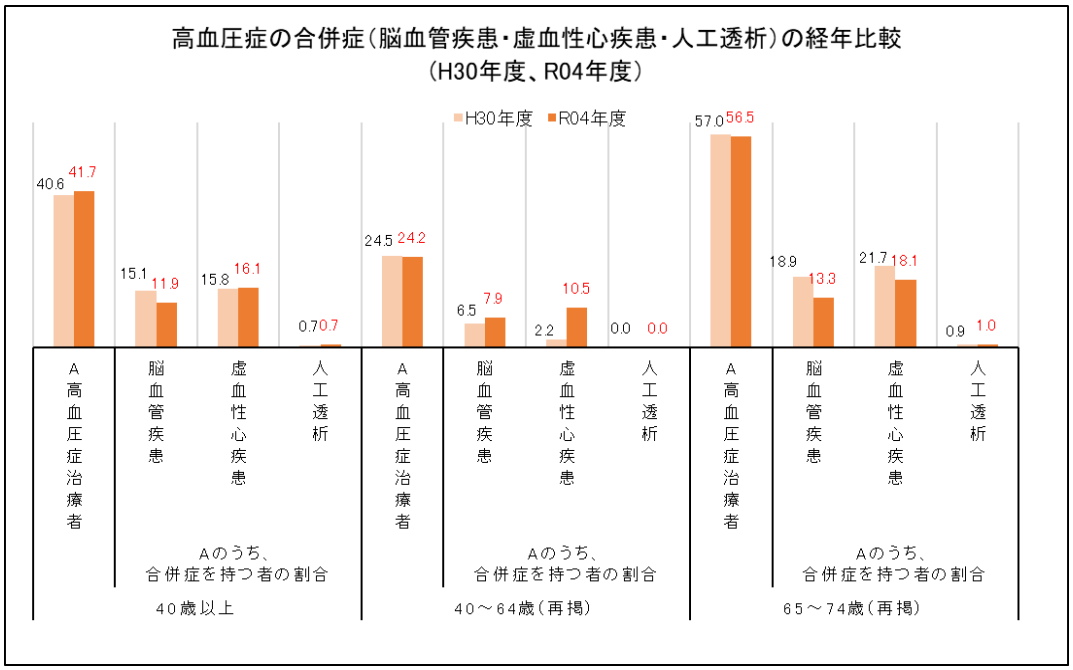
		産山村		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費（円）		1億4760万円	1億3734万円	--	--	--
中長期・短期目標疾患医療費計（円）		2461万円	2,333万円	--	--	--
		16.67%	16.99%	20.16%	20.52%	20.51%
短期目標疾患医療費合計（円）		1501万円	1,701万円	--	--	--
		10.17%	12.39%	18.56%	19.15%	18.60%
短期目標疾患	糖尿病	4.17%	7.82%	6.01%	5.62%	5.41%
	高血圧	4.02%	3.34%	3.48%	3.12%	3.06%
	脂質異常症	1.98%	1.23%	1.83%	1.72%	2.10%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

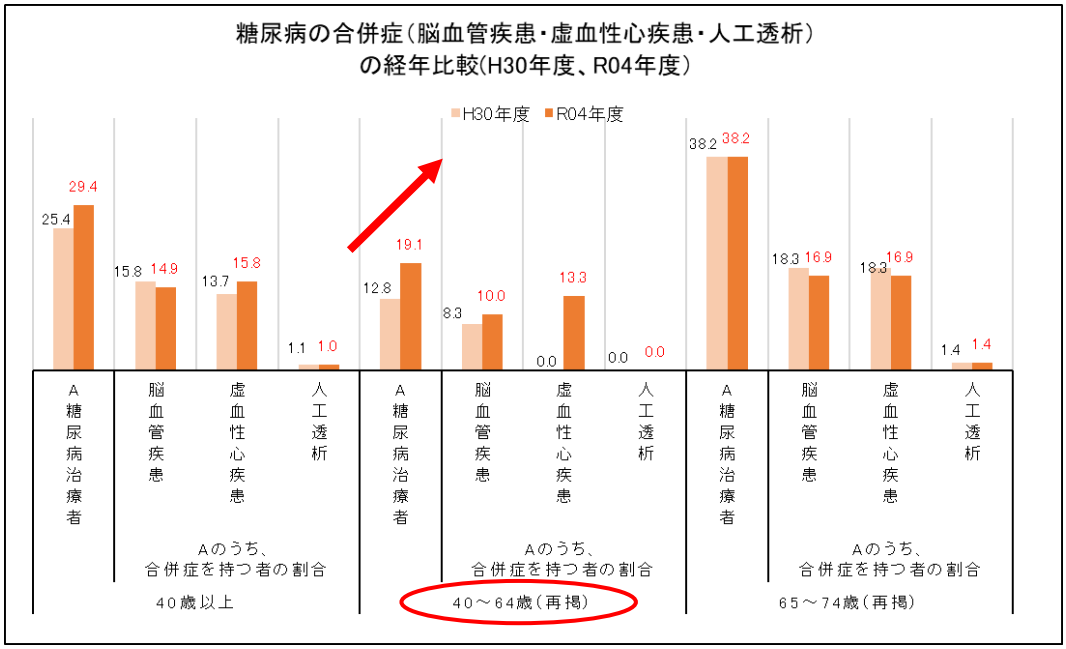
②短期目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標疾患である高血圧・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は横ばいで推移しています。しかし、糖尿病は増加しており、なかでも 40 歳から 64 歳の若い世代で増加がみられました。（図表 20～22）

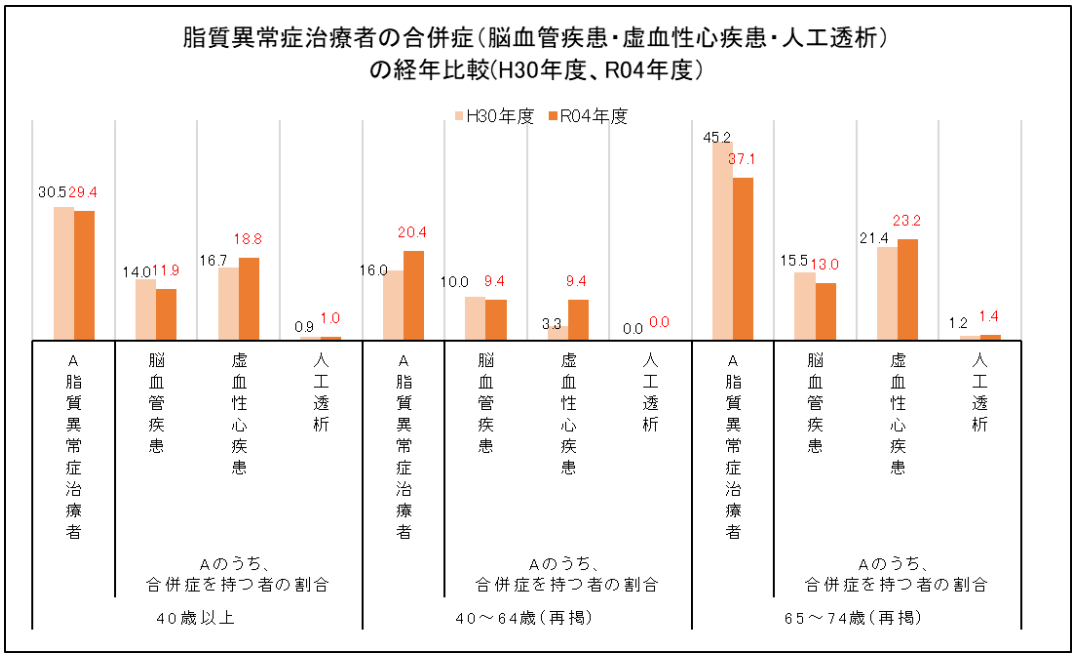
図表 20 高血圧症治療者の経年比較



図表 21 糖尿病治療者の経年比較



図表 22 脂質異常症治療者の経年変化



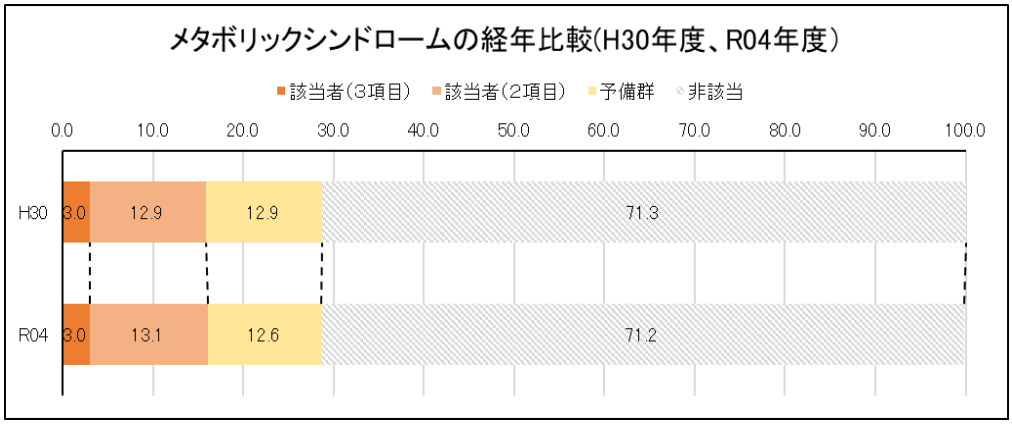
③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。平成 30 年度と令和 04 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者・予備軍は横ばいでした。

また、重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160 以上の有所見割合を見ると、いずれも微増しているものの、翌年度の結果を見ると、変化なし又は改善している傾向がみ

られました。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも 3 割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、重症化予防対象者の継続受診を勧めていきます。（図表 23～26）

図表 23 メタボリックシンドロームの経年比較



図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	27 （12.2%）	7 （25.9%）	11 （40.7%）	3 （11.1%）	6 （22.2%）
R03→R04	21 （9.4%）	3 （14.3%）	9 （42.9%）	2 （9.5%）	7 （33.3%）

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	Ⅱ度高血圧以上	翌年度健診結果			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	10 （4.5%）	8 （80.0%）	1 （10.0%）	0 （0.0%）	1 （10.0%）
R03→R04	13 （5.8%）	10 （76.9%）	1 （7.7%）	0 （0.0%）	2 （15.4%）

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	18 （8.1%）	6 （33.3%）	4 （22.2%）	0 （0.0%）	8 （44.4%）
R03→R04	23 （10.3%）	14 （60.9%）	3 （13.0%）	0 （0.0%）	6 （26.1%）

出典：ヘルスサポートラボツール

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本村の特定健診受診率は新型コロナ感染症の影響で令和 2 年度に受診率が 60%を下回りましたが、概ね第 3 期特定健診等実施計画の目標を達成することができました。特定保健指導では新型コロナ感染症の影響で令和 3 年度に大きく実施率が下がりました。（図表 27・28）

特定健診ではどの年代でも 40～50%の受診率を維持することができました。今後の課題として、年代別では 50 歳代で受診率が低いため受診勧奨に努めます。（図表 29）

また、若年期からの生活習慣病対策を目的に 30 歳から 39 歳の健診を実施し、継続受診を促してきました。受診者数は横ばいですが、精密検査対象となる方が増えつつあるため、より早期からの肥満対策及び生活習慣の改善が求められます。（図表 30）

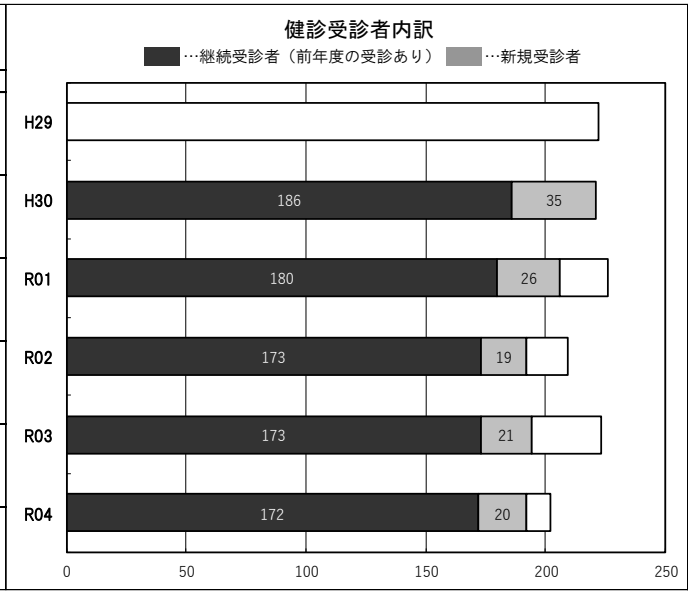
図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	217	221	198	212	198	健診受診率 60%
	受診率	60.8%	64.2%	57.9%	64.6%	60.6%	
特定保健指導	該当者数	30	24	27	25	26	特定保健指導実施率 60%
	割合	13.8%	10.9%	13.6%	11.8%	13.1%	
	実施者数	12	10	24	1	12	
	実施率	40.0%	41.7%	88.9%	4.0%	46.2%	

出典：特定健診法定報告データ

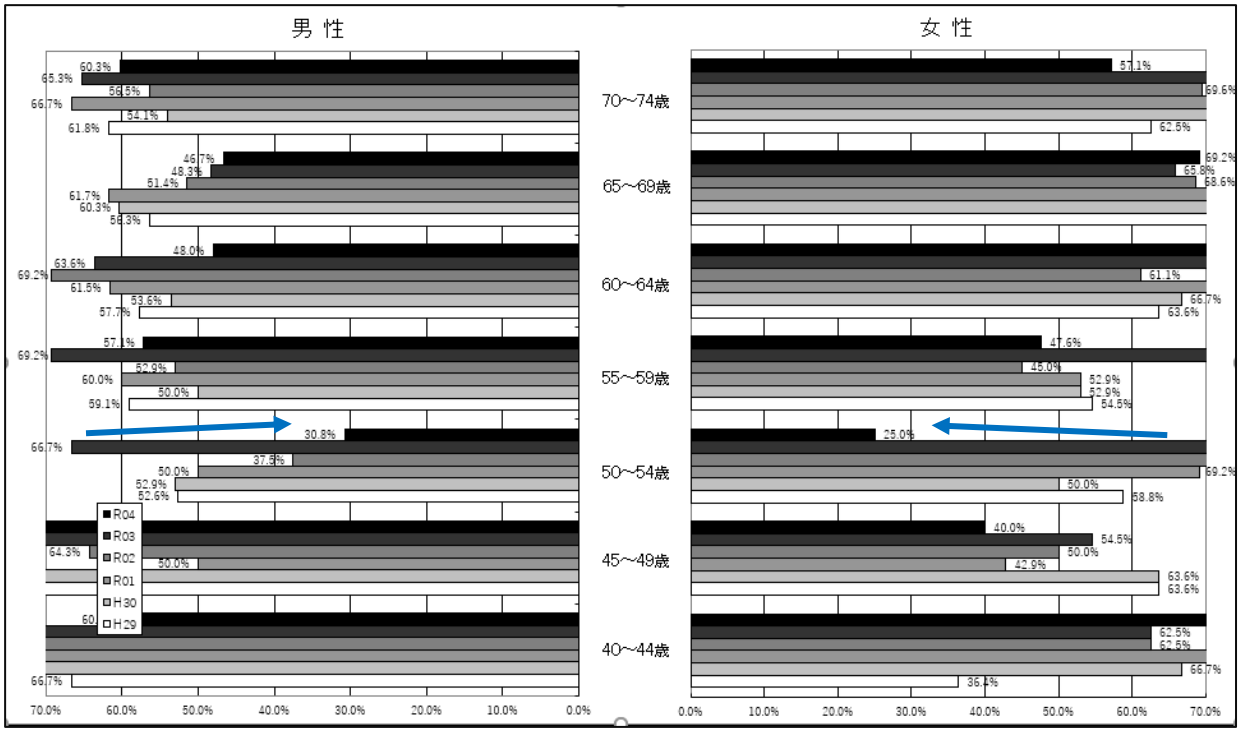
図表 28 特定健診受診率の推移

	受診者数 （下段:受診率） A	Aのうち 次年度 健診対象者 B	新規受診者 C	40歳 受診者 C'
H29	222 61.5%	218 98.2%	--	--
H30	221 61.9%	215 97.3%	35 15.8%	5 14.3%
R01	226 65.7%	219 96.9%	26 11.5%	3 11.5%
R02	209 61.1%	196 93.8%	19 9.1%	5 26.3%
R03	223 68.0%	213 95.5%	21 9.4%	4 19.0%
R04	202 57.9%	190 94.1%	20 9.9%	3 15.0%



出典：ヘルスサポートラボツール

図表 29 男女・年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

図表 30 若年期（30 歳代）健診受診率の推移

年度	対象者数	受診者数	受診率（%）	精密検査対象	精密検査の割合（%）
	a	b	b/a	c	c/b
H30	79	34	43%	5	15%
R1	85	34	40%	5	15%
R2	72	28	39%	8	29%
R3	74	31	42%	8	26%
R4	71	33	46%	12	36%

出典：産山村

2）主な個別事業の評価と課題

（1）重症化予防の取組み　　※対象人数が10人未満のため図表なし

①糖尿病性腎症重症化予防

平成 30 年度から HbA1c8%以上の高血糖者を優先対象者とし、次いで、HbA1c6.5 以上の者のうち未治療者を重点的に支援してきました。対象となるすべての方に受診勧奨のための保健指導を実施しましたが、半数しか治療につながっていません。未治療者には継続して保健指導を実施し、又治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行います。

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して、行政においても保健師が保健指導を行い、血糖改善の支援が必要と考えます。

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

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患のよる重症化予防を目的として、集団健診では心電図検査を全ての受診者に実施しています。

有所見者のうち ST 所見で要精査・要医療と判定を受けた者のうち、80%が医療機関を受診しています。心房細動未治療者については全数が治療や精密検査につながっています。

ST所見で要精査・要医療以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行います。

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者のうち約6割が未治療者です。血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（降圧薬治療者を除く）では、①高リスクの未治療者、②中等リスクで第 3 層（糖尿病、尿蛋白等のリスクあり）の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。

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

（2）ポピュレーションアプローチ

本村においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりが、自分の健康に関心をもって健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、日護躰推進員会議等を機会に村民に向けて周知を行いました。

また、肥満の改善を目的として集団健診結果説明会の会場で食品に含まれる砂糖や塩分の展示を実施ました。

（3）第2期計画目標の達成状況一覧

図表 31 第2期データヘルス計画目標管理一覧

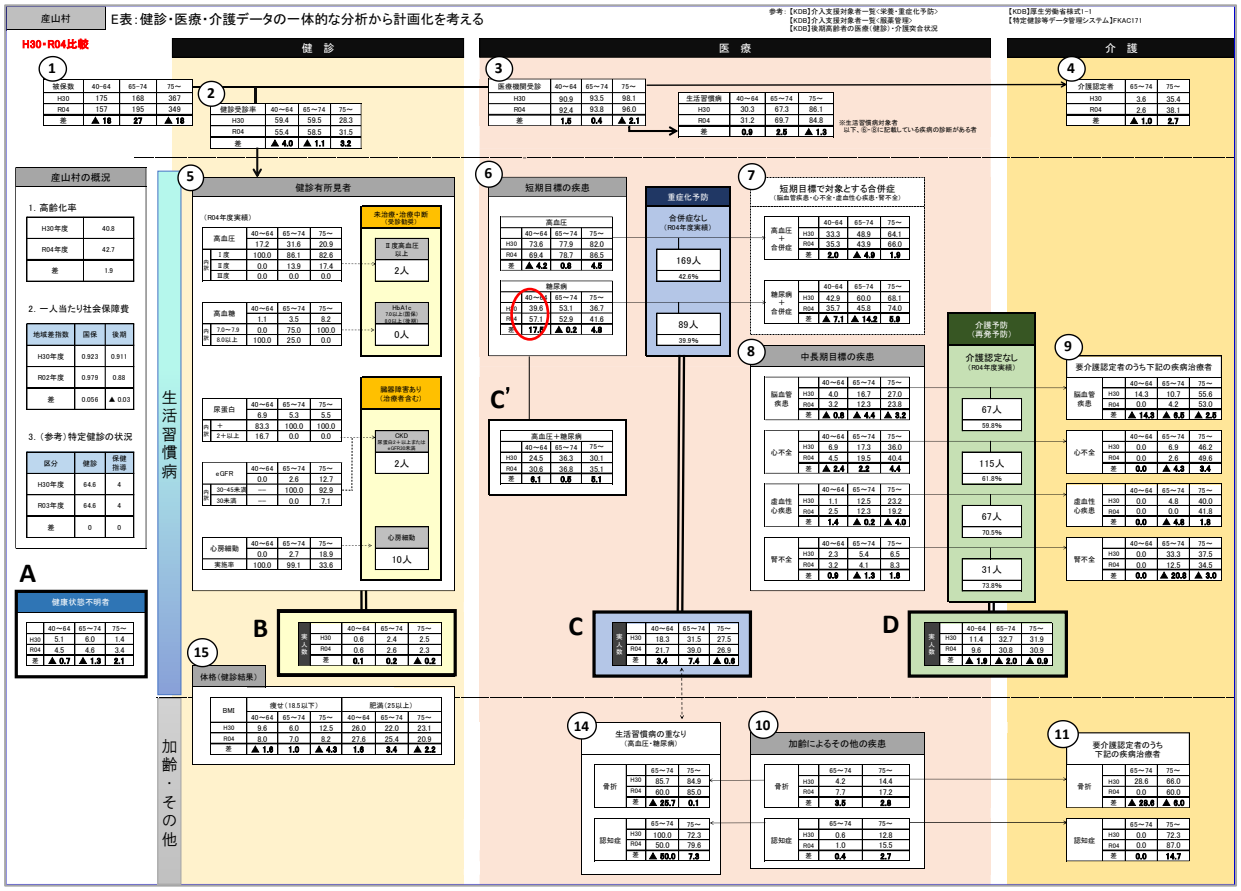
関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績 初年度 H30 （H30）	実績 中間評価 R2 （R2）	実績 最終評価 R5 （R4）	データの把握方法 （活用ﾃﾞｰﾀ）
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	0.33	3.62	1.07	KDB システム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	0.7	0.48	0.11	
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	4.48	4.69	3.41	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0	0	0	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0	0	0	産山村調べ
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボシックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	28.6	27.3	28.8	産山村健康福祉課
			メタボリックシンドローム該当者の割合の減少率	16.1	22.2	11.1	
			健診受診者の高血圧者の割合の減少（160/100以上）	4.78	1.9	2.42	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少（LDL160以上）	8.13	4.27	7.73	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1C6.5%以上）	11.96	9.48	8.21	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	33.3	100	0	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	55	90	100	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	100	100	100	
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	60.8	57.9	61	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	40.0	88.9	46.2	
			特定保健指導対象者の割合の減少	7.1	13.0	12.5	
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	53.1	56.6	93.0	地域保健事業報告（R04年度データがないためR03年度を記載）
			肺がん検診受診者の増加	57.7	61.3	72.8	
			大腸がん検診受診者の増加	48.3	56.9	69.7	
			子宮がん検診受診者の増加	95.1	102.3	111.2	
			乳がん検診受診者の増加	105.9	113.0	147.5	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	72.0	78.0	98.8	
		後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合　80%以上	77.1%	77.6%	79.9%	厚生労働省

（4）健診・医療・介護の一体的分析

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析しました。（図表 32）①被保険者数は、ほぼ横ばいで推移しています。①～⑤、⑦～⑪の項目では大きな変化はありませんでした。⑥短期目標の疾患における「糖尿病」は 40～64 歳において 17.5 ポイント、⑮体格（健診結果）は 65～74 歳の肥満（25 以上）において 3.4 ポイント高くなっています。

合併症なしの重症化予防（C）が 40～64 歳、65～74 歳のいずれも高くなっていることから、将来的な合併症の発症、再発予防、介護予防を図るため、この時期に改善に向けて取り組むことが重要であることが一体的な分析からみえてきました。

図表 32 健診・医療・介護データの一体的な分析



3） 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期データヘルス計画の実施期間のうち、後半は新型コロナ感染症の対応等によりマンパワーが不足し、個別保健指導が計画的に実施できませんでした。その中でも、特定健診受診率を維持し、また、医療費が横ばいで大きな変化はありませんでした。

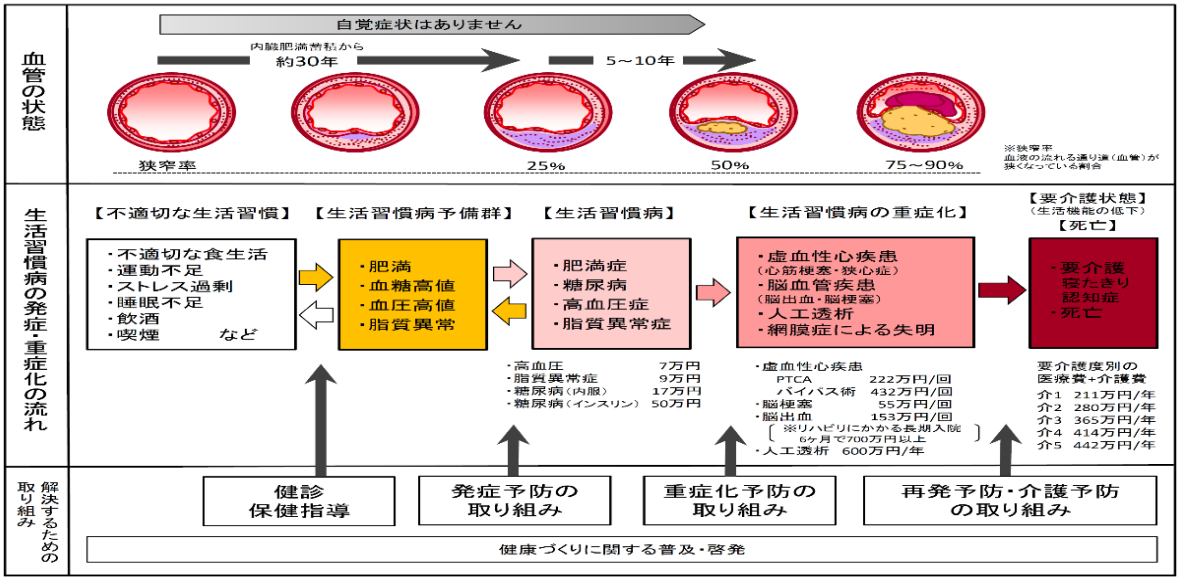
そのなかで、若年層における糖尿病に関する医療が増加しており、早期から医療受診しながら血糖コントロールができていると評価する一方で、若年期から高血糖状態に至っている生活背景を危惧し、第3期においては、若年期からの糖尿病の発症予防及び重症化予防に取り組むことが求められます。

3. 第3期における健康課題の明確化

1）基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。（図表 33）

図表 33 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2)健康課題の明確化

（1）特定健診受診率の維持向上

若い世代で血糖コントロール（糖尿病の治療）が必要になる者が増加傾向である。特定健診有所見者の傾向に大きな変化はみられないことから、未受診者における血糖コントロール不良が危惧されるため、健診の新規受診者及び継続受診者の増加により現状把握に努めます。

（2）40歳未満の肥満対策

20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導対象者や重症化予防事業対象者を減らすためには、若年期から適正体重の維持、生活習慣の改善に取り組むことができるよう、より若い時期から特定健診と同じプログラムで受診できる体制を整え、積極的な保健指導・啓発に努めます。

（3）糖尿病の発症及び重症化予防

若い世代で血糖コントロール（糖尿病の治療）が必要になる者が増加傾向である。合併症による要介護を予防するためにも、適切な血糖管理ができるよう保健指導に努める。

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3）目標の設定

（1）成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 34)設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

②中長期的な目標の設定

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

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

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

③短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。 また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準（2020 年版）の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。 さらに、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

（2） 管理目標の設定

図表 34 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画			達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績 初期値 R６ (R4)	実績 中間評価 R８ (R7)	実績 最終評価 R11 (R10)	データの把握方法 (活用データ)
データヘルス計画	中長期目標	アウトカム指標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.07	維持	維持	KDB ｼｽﾃﾑ
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	0.11	維持	維持	
				慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	3.41	維持	維持	
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0	維持	維持	
				糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0	維持	維持	
	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、メタボシックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者の減少率	11.1	初期値より減少	中間評価より減少	産山村 健康福祉課
				健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	2.42	初期値より減少	中間評価より減少	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	7.73	初期値より減少	中間評価より減少	
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	8.21	初期値より減少	中間評価より減少	
				★健診受診者のＨbA1C8.0%以上の者の割合の減少	0	初期値より減少	中間評価より減少	
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	100	維持	維持	
		アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	60.6	60%以上	60%以上	法定報告値
				★特定保健指導実施率60%以上	46.2	60%以上	60%以上	
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	12.5	初期値より減少	中間評価より減少	

第3章　特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1．第四期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としましたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2．目標値の設定

図表 35 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上
特定保健指導実施率	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上

3．対象者の見込み

図表 36 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	344	325	297	277	255	241
	受診者数	210	198	181	169	156	147
特定保健指導	対象者数	25	24	22	20	19	18
	受診者数	15	15	13	12	11	11

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（熊本県総合保健センター）

② 個別健診（産山村診療所）

（2）特定健診委託基準

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

（3）特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血）を実施します。（図表 37）

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

図表 37 特定健診検査項目

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

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

(5)実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、熊本県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を計画的に行います。(図表 38)

図表 38 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	
4月		健診機関と契約	健診対象者の抽出 受診券の発行（随時あり）
5月			住民健診申込開始
6月			
7月			
8月			特定健診（集団健診）の実施
9月			健診データ受け取り
10月			健診結果配布
11月	契約に関わる 予算準備	健診データの受取 費用決済	精密検査受診勧奨
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備		精密検査受診結果確認

5. 特定保健指導の実施

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

図表 39 第4期（2024 年以降）における変更点

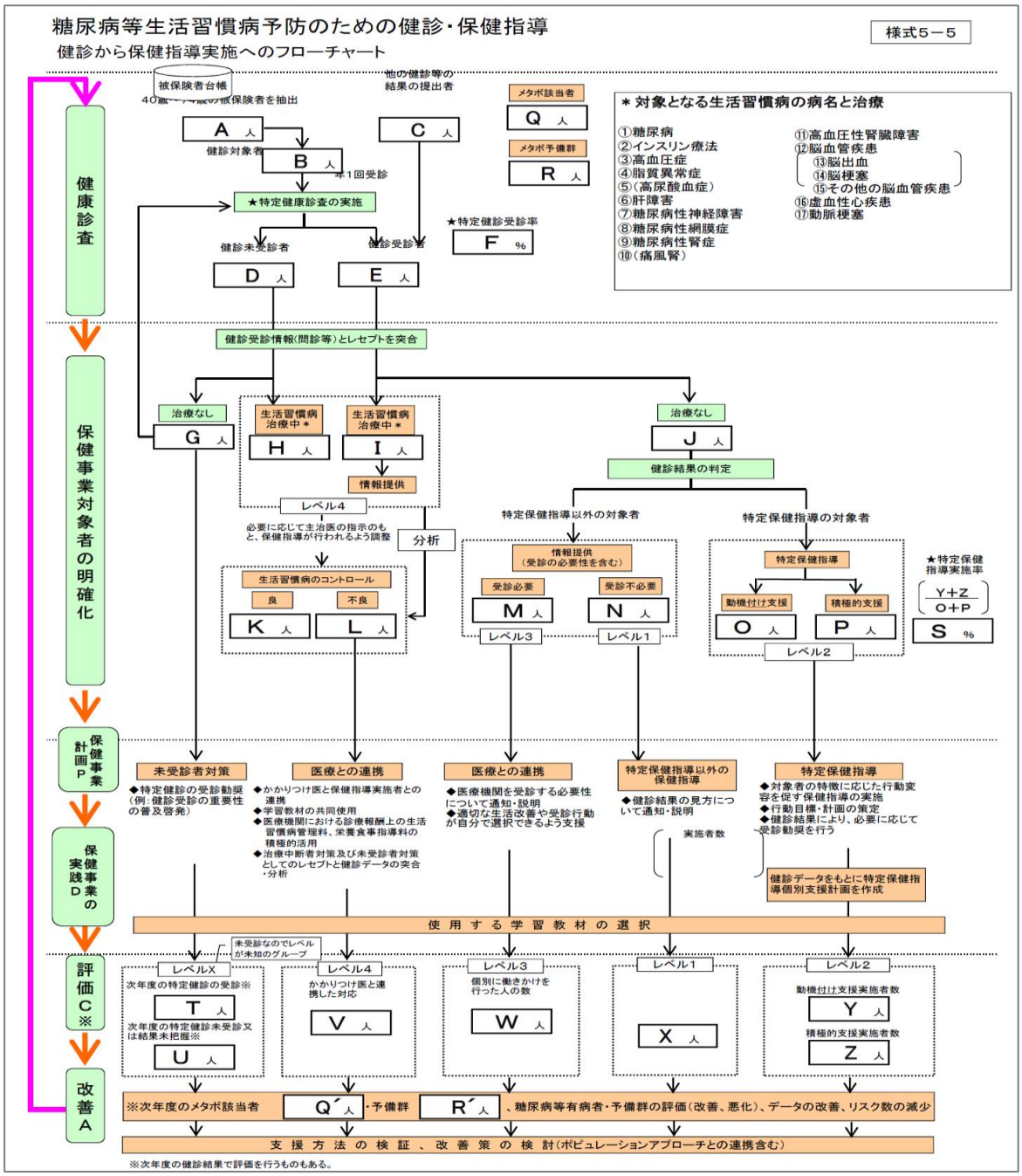
特定保健指導の見直し	（1）評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2㎝・体重2kgとし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1㎝・体重1kg減をその他の目標として設定した。
	（2）特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	（3）糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないこと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

出典：特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き（第4版）

（1）健診から保健指導実施の流れ

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

図表 40 健診から保健指導へのフローチャート（様式 5-5）



出典：ヘルサポートラボツール

（2）要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 41 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込（受診者の○%）	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	26人 （12.9%）	60%
2	M	情報提供 （受診必要）	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	34人 （16.8%）	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	147 ※受診率目標達成までにあと8人	63%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	59人 （29.2%）	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	83人 （41.1%）	100%

（3）生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。（図表 42）

図表 42 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の発行 ◎人間ドック（助成金）申込受付	（前年度分）保健指導の実施	◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月			◎住民健診申込受付
6月			
7月			
8月	◎特定健康診査の実施 （住民健診）		
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎対象者の抽出	
11月		◎保健指導の開始	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
12月			
1月	◎特定健康診査の実施 （個別実施）		
2月		◎利用券の登録	
3月			

6. 個人情報の保護

（1）基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および産山村個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

（2）特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

７．結果の報告

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

８．特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、産山村ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章　課題解決するための個別保健事業

Ⅰ．保健事業の方向性

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

（方向性１）

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

（方向性2）

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。

具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

（方向性3）

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

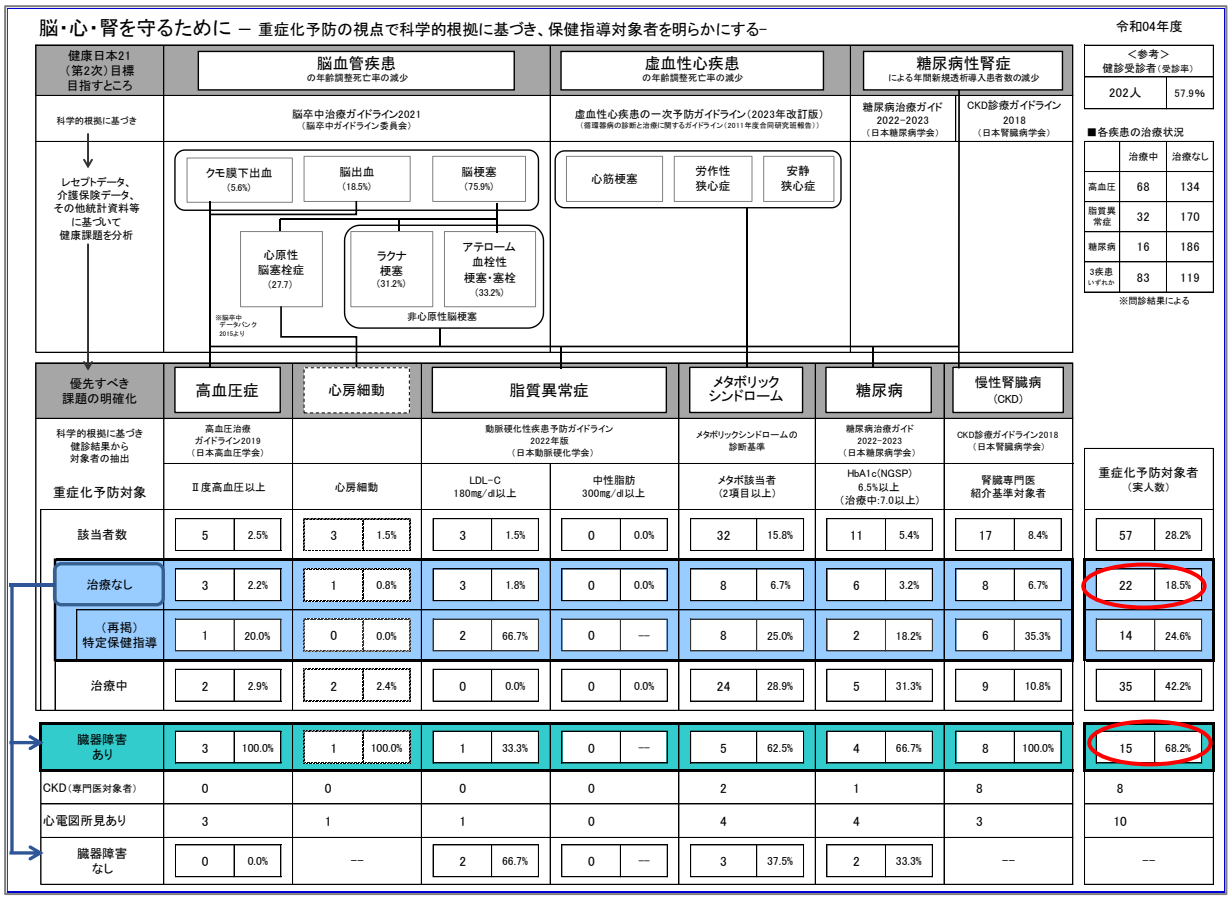
Ⅱ．重症化予防の取組

特定健診受診者のうち、脳・心・腎を守るために重症化予防の視点で各学会のガイドラインに基づき保健指導対象者を明らかにして取り組みます。（図表 43）

ここからは、課題を解決するための個別保健事業として取り組みを整理します。

１．糖尿病性腎症重症化予防
２．肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
３．虚血性心疾患重症化予防
４．脳血管疾患重症化予防
５．上記１～４の個別保健事業に共通する医療等との連携や評価及び実施スケジュール

図表 43 脳・心・腎を守るために



出典：ヘルサポートラボツール

1．糖尿病性腎症重症化予防

1） 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（平成 31 年 4 月 25 日改定　日本医師会　日本糖尿病推進会議　厚生労働省）、及び、「熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（令和3年11月改定）、各ガイドライン等に基づいて進めます。

2） 対象者の明確化

（1）対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準は、「熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づいて考えます。

① 健診を受診したもののうち医療機関未受診者

② 糖尿病治療中断者

③ 重症化するリスクの高い者

（2）重症化予防対象者の抽出

①選定基準に基づく該当者の把握

国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とします。（図表 44）

図表 44 糖尿病性腎症病期分類（改定）

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

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。

本村では、特定健診にて血清クレアチンニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため腎機能（ｅGFR）の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握できません。『ＣＫＤ診療ガイド 2012』では尿アルブミン定量（mg/dl）に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（－）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（＋）としていることから尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となります。

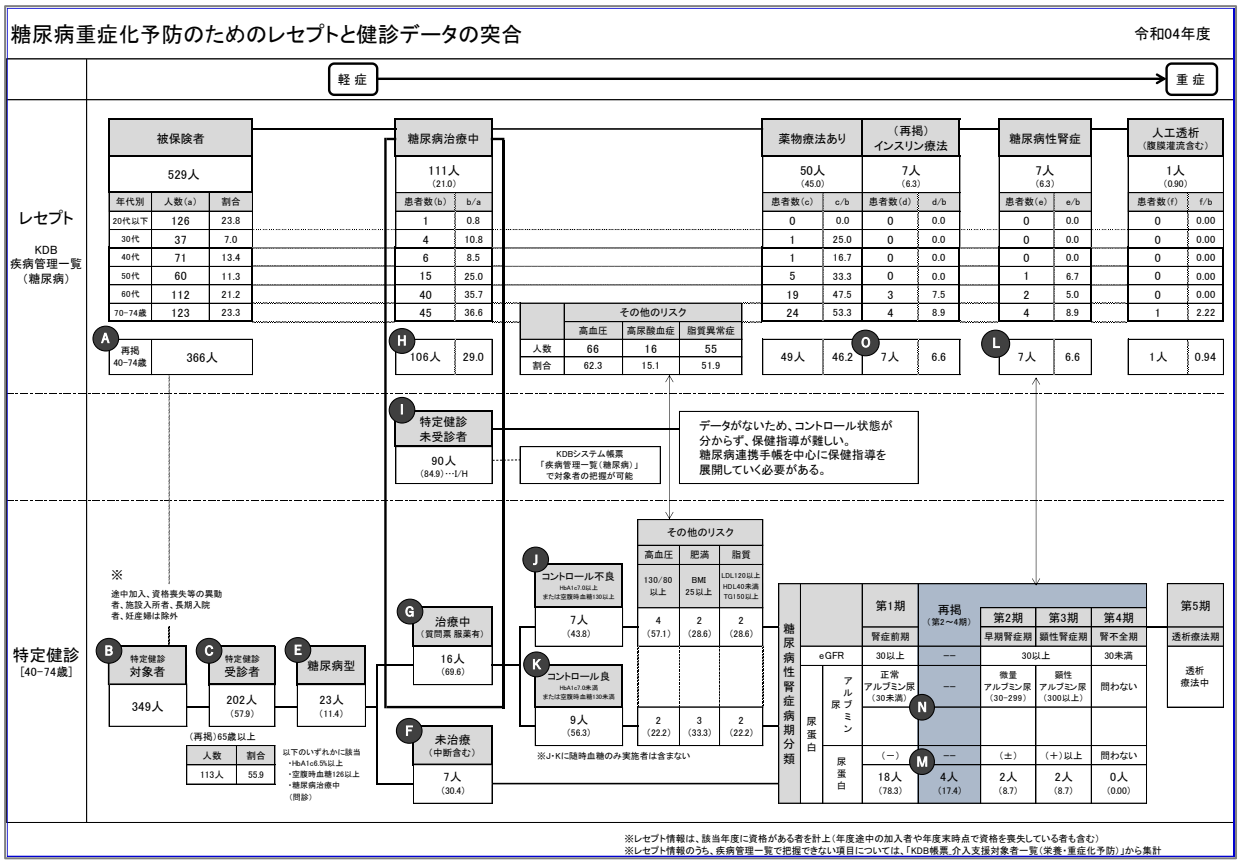
②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行います。（図表 45）

③優先順位と介入方法

優先順位	対象者	介入方法
1	糖尿病性腎症重症病期分類で第３期相当以上に該当する者	受診勧奨（腎臓専門医）
2	糖尿病性腎症重症病期分類で第１～２期相当に該当する者	受診勧奨（かかりつけ医、尿アルブミン値の測定）
3	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）	受診勧奨（糖尿病の治療）
4	糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）	保健指導（継続受診）
5	Iの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握	医療機関と連携した保健指導

図表 45 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典：ヘルスサポートラボツール

3） 保健指導の実施

（1） 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。本村においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。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行います。

（2） 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性（±）以上については、尿たんぱく定量検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

2. 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

肥満・メタボリックシンドローム重症化予防の取組にあたっては「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」、「肥満症診療ガイドライン」等に基づいて進めます。

2）対象者の明確化

①肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 46 肥満度分類による実態（参考：令和4年度）

	受診者数		BMI25以上		（再掲）肥満度分類							
					肥満				高度肥満			
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数	89	113	24	29	21	26	3	2	0	1	0	0
			27.0%	25.7%	23.6%	23.0%	3.4%	1.8%	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

②メタボリック該当者の治療状況等を把握します。

図表 47 メタボリック該当者の治療状況（参考：令和4年度）

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	112	26	23.2%	18	69.2%	8	30.8%	90	6	6.7%	6	100.0%	0	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

③基準に基づく該当者数の把握

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

④優先順位と介入方法

優先順位	対象者	介入方法
1	メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者	受診勧奨
2	特定保健指導対象者	保健指導(食事指導)
3	治療中の者	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）

4）保健指導の実施

（1）受診勧奨及び保健指導

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。

（2） 対象者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、体重、BMI、血圧・血糖・脂質の値、eGFR、尿蛋白、心電図、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていきます。

（3） 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため二次健診の実施を検討します。

①75ｇ糖負荷検査（高インスリン状態を見る検査）

3. 虚血性心疾患重症化予防

1） 基本的な考え方

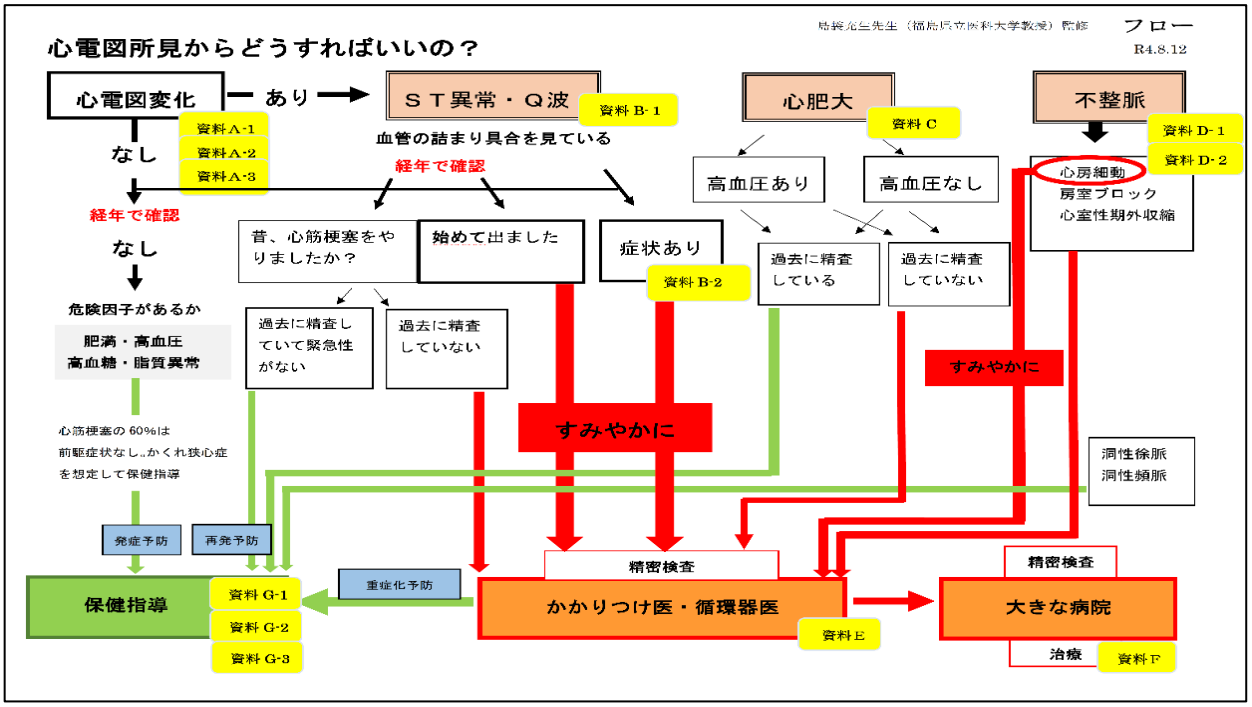
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、「脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019」、「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版」、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」等に基づいて進めます。

2） 対象者の明確化

（1） 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準に基づいて考えます。（図表 48）

図表 48 心電図所見からのフロー図 （保健指導教材）



（2） 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

標準 12 誘導心電図（心電図）検査は、不整脈や心筋の異常など循環器疾患の評価に用いられます。心電図の判定は、同一所見であっても診察、自覚症状、心電図検査以外の検査所見、過去の心電図との比較、精密歴、家族歴などを考慮して判定区分を決定すべきであるとされています。（標準 12 誘導心電図検診判定マニュアル（2023 年度版）より抜粋。）所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。（図表 49･50）

図表 49 心電図検査結果

性別・年齢 ＼ 所見	心電図検査				所見内訳															
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
40～74歳	202	100%	46	22.8%	8	17.4%	7	15.2%	5	10.9%	6	13.0%	1	2.2%	8	17.4%	3	6.5%	10	21.7%

出典：産山村調べ

図表 50 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	人数	割合(b/a)	人数	割合(c/b)	人数	割合(d/b)
全体	46	19	41.3%	8	42.1%	11	57.9%

②心電図以外からの把握

心電図検査で異常がない、または、心電図検査を実施していないが肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して（心筋梗塞の 60%は前駆症状ないため）積極的に保健指導を行う必要があります。

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。

A：メタボタイプ

第 4 章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」を参照します。

B：LDL コレステロールタイプ（図表 51）

①LDL コレステロール値が 180 以上

②LDL コレステロール値が 160-179 で、一次予防が高リスクに該当

図表 51 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

（参考）
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より（脂質異常治療者（問診結果より服薬あり）を除く）

管理区分及びLDL管理目標（ ）内はNon-HDL				健診結果（LDL-C） 120-139	140-159	160-179	180以上	（再掲）LDL160以上の年代別 40代	50代	60代	70～74歳
			80	43	25	9	3	1	1	4	6
				53.8%	31.3%	11.3%	3.8%	8.3%	8.3%	33.3%	50.0%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満（190未満）	21	14	6	0	1	1	0	0	0
				26.3%	32.6%	24.0%	0.0%	33.3%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満（170未満）	32	15	12	4	1	0	1	3	1
				40.0%	34.9%	48.0%	44.4%	33.3%	0.0%	100.0%	75.0%	16.7%
	高リスク	120未満（150未満）	24	13	6	4	1	0	0	1	4
				30.0%	30.2%	24.0%	44.4%	33.3%	0.0%	0.0%	25.0%	66.7%
		再掲 100未満（130未満）※1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
				1.3%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性脳梗塞の既往 ※2	100未満（130未満）	3	1	1	1	0	0	0	0	1
				3.8%	2.3%	4.0%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	16.7%

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

3） 保健指導の実施

（1） 受診勧奨及び保健指導

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

（2） 対象者の管理

①LDL コレステロール値による該当者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、B タイプを対象に LDL コレステロール値、血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていきます。

②心電図有所見者（ST-T 変化）の管理

健診受診時の心電図検査において精密検査対象となった者が適切に受診できるように台帳を作成し経過を把握していきます。

4. 脳血管疾患重症化予防

1） 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては、「脳卒中治療ガイドライン」、「脳卒中予防への提言」、「高血圧治療ガイドライン」等に基づいて進めます。（図表 52）

図表 52 脳血管疾患とリスク因子

リスク因子（○はハイリスク群）		高血圧	糖尿病	脂質異常（高LDL）	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリックシンドローム	慢性腎臓病（CKD）
脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳出血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

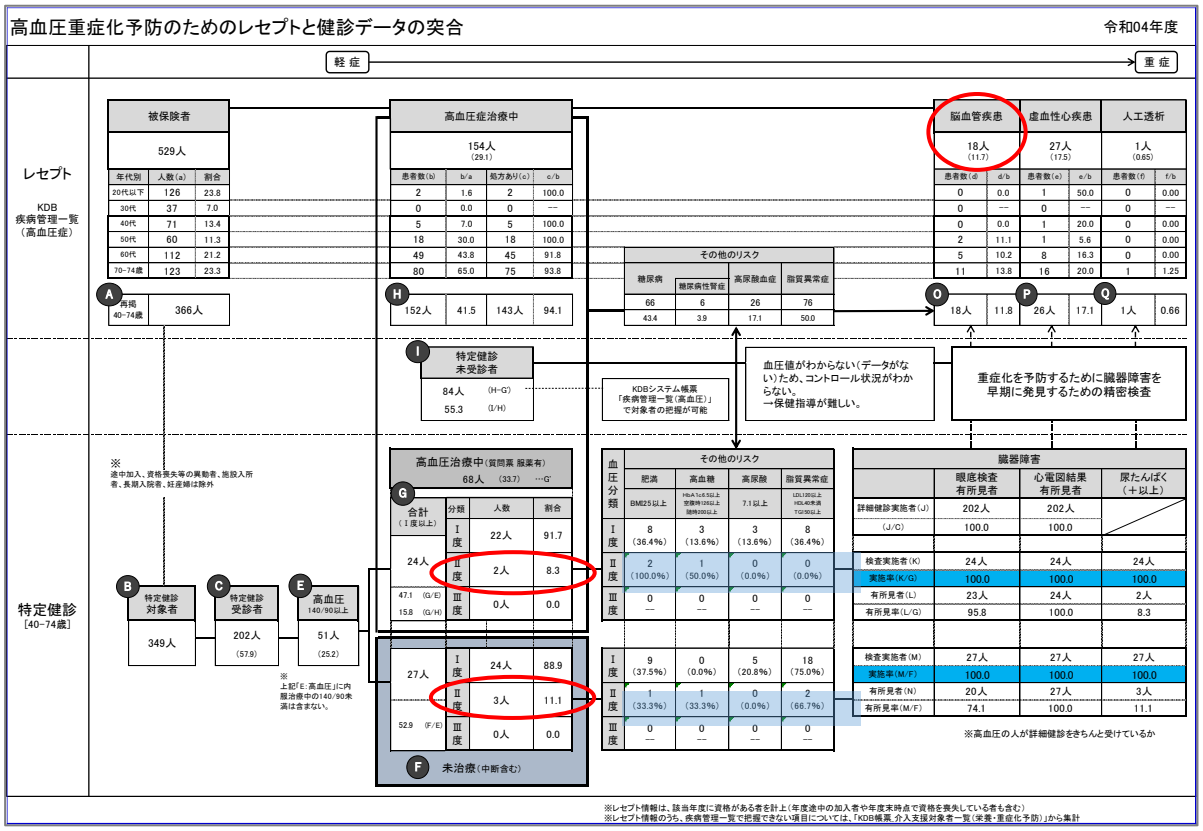
2） 対象者の明確化

（1） 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。この中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。（図表53）

また、重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するため、集団健診では眼底検査（詳細検査）を全対象者へ実施しています。

図表 53 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典：ヘルスサポートラボツール

（2） 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。図表 54 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

図表 54 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

（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）		高値血圧 130～139 /80～89	Ⅰ度高血圧 140～159 /90～99	Ⅱ度高血圧 160～179 /100～109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上
リスク層（血圧以外のリスク因子）	56	29	24	3	0
		51.8%	42.9%	5.4%	0.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	5	C 4	B 1	B 0	A 0
	8.9%	13.8%	4.2%	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	29	C 13	B 14	A 2	A 0
	51.8%	44.8%	58.3%	66.7%	--
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	22	B 12	A 9	A 1	A 0
	39.3%	41.4%	37.5%	33.3%	--

…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	12
		21.4%
B	概ね1ヵ月後に再評価	27
		48.2%
C	概ね3ヵ月後に再評価	17
		30.4%

※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。

出典：ヘルスサポートラボツール

（3）心電図検査における心房細動の実態

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見･早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれます。（図表 55）

図表 55 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査（※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	112	90	112	100.0%	90	100.0%	3	2.7%	0	0.0%	--	--

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

出典：ヘルスサポートラボツール

3） 保健指導の実施

（1） 受診勧奨及び保健指導

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

（2） 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧以上を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていきます。

② 心房細動者の管理

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していきます。

4. 個別保健事業における医療との連携

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、必要に応じて医療機関の地域連携室等と相談・調整し対応します。

2） 治療中の者への対応

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

5. 個別保健事業における高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

6. 個別保健事業における評価

評価を行うにあたっては，短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。

短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年１回行うものとします。その際はKDB等の情報を活用します。

中長期的評価においては、「様式 5-1 国・県・同規模平均と比べてみた産山村の位置」、「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」「糖尿病性腎症重症化予防の取組評価」等を用いて行います。

7. 個別保健事業における実施期間及びスケジュール

（重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール）

対象者の抽出	11月	①健診データを特定健診等データ管理システムからダウンロードする
		②ヘルスサポートラボツールに取り込んで階層化する
		③重症化対象者の名簿を作成する
保健指導の計画	12月	①担当者を決めて、担当者が保健指導計画を作成する。
		・ヘルスサポートラボツールから経年表、KDBから個別履歴及び5年間の履歴を印刷
		②訪問、面談後、訪問内容を記録し次回の保健指導を確認する。
保健指導の評価	翌年	①各種検査または翌年の特定健診の結果を確認する

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1. 基本的な考え方

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

2. 事業の実施

本村は令和 6 年度より熊本県後期高齢者広域連合から、本村が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施します。（参考資料 2）

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

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

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

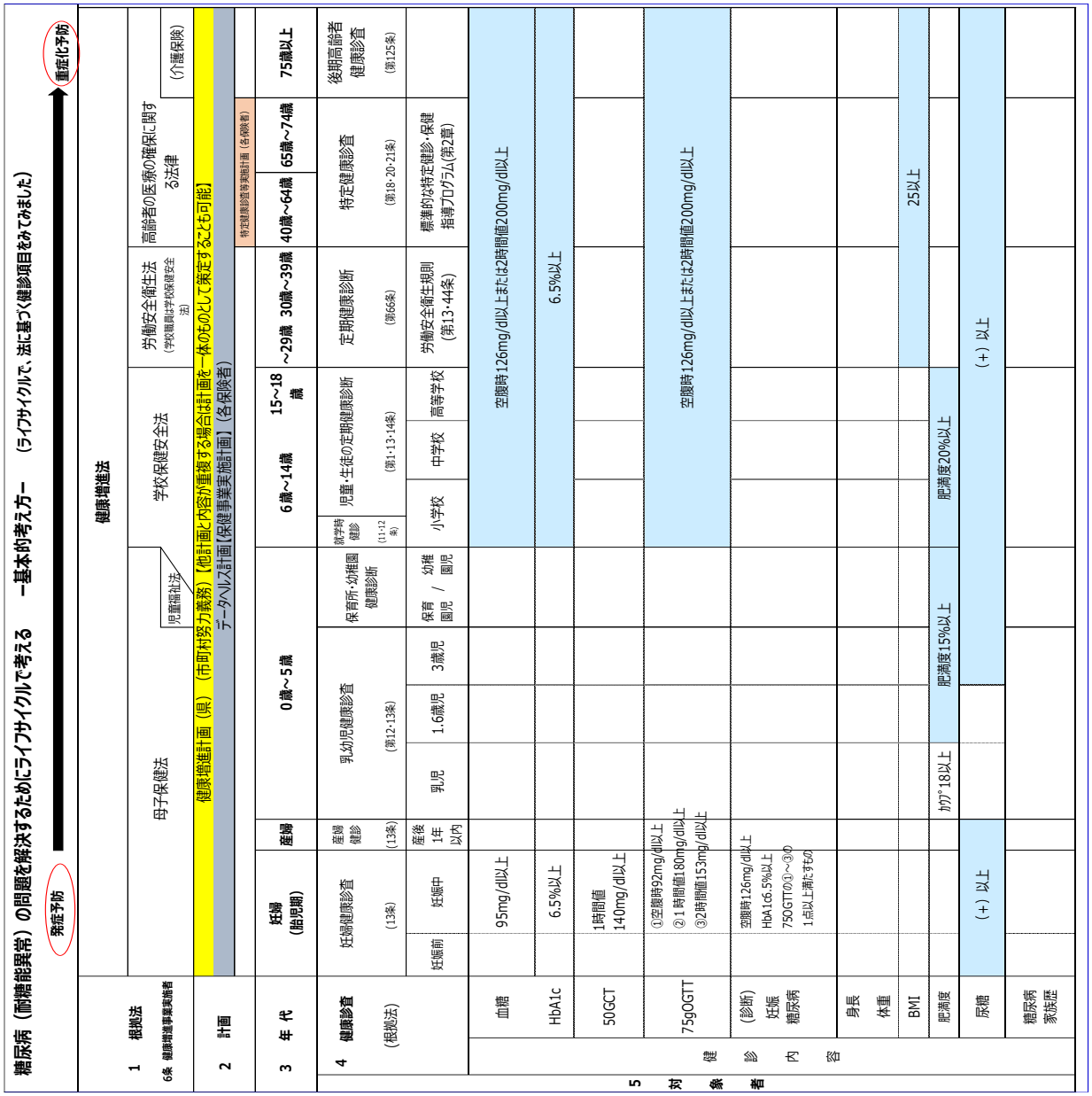
Ⅳ. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題であります。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目され

ています。

本村においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていくことが必要であります。（図表 57）

図表 57 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える



Ⅴ．　ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く村民へ周知していきます。

第5章　計画の評価・見直し

1．評価の時期

計画の見直しは、3 年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和 11 年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

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おり、保険者努力支援制度においても 4 つの指標での評価が求められています。

※評価における 4 つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース（KDB）システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師等が定期的に行います。
また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。

第6章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

１．計画の公表・周知

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

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

２．個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料１　様式 5-1　国・県・同規模と比べてみた産山村の位置

参考資料２　健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料３　糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料４　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料５　高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料６　脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料７　HbA1c の年次比較

参考資料８　血圧の年次比較

参考資料９　LDL-C の年次比較