

上峰町国民健康保険
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

上峰町国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期計画に係る評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
3. 第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)38

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46

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74

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75

1. 計画の公表・周知

2. 個人情報の取扱い

参考資料76

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、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・5)

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

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

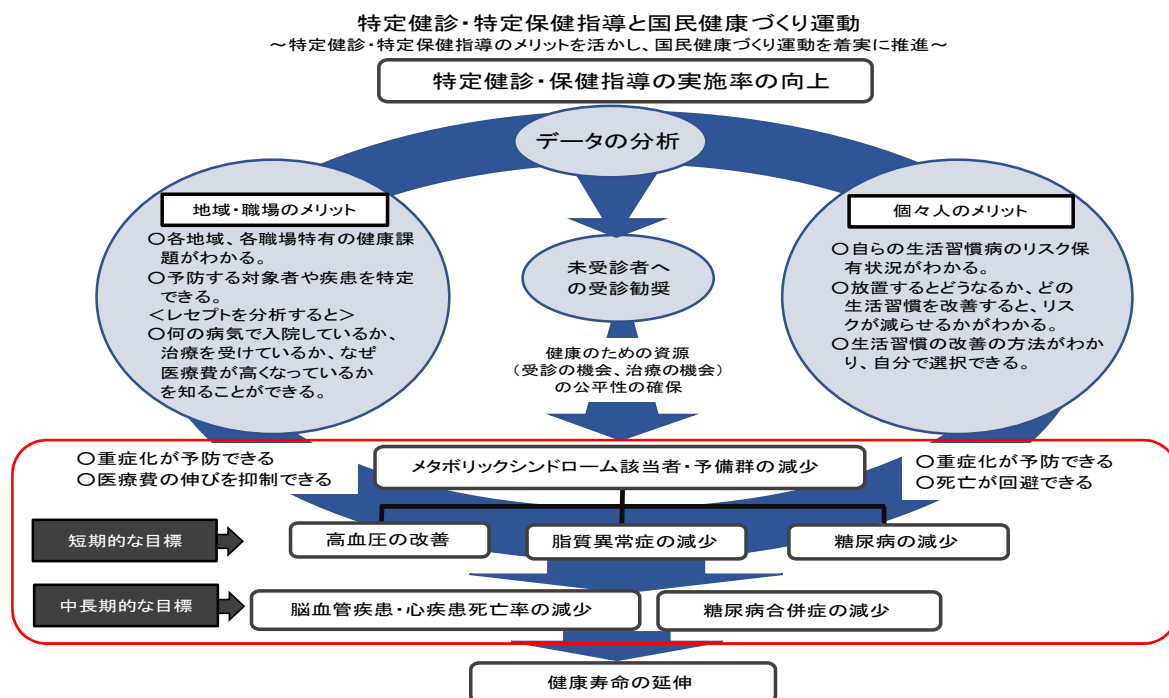
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

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

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

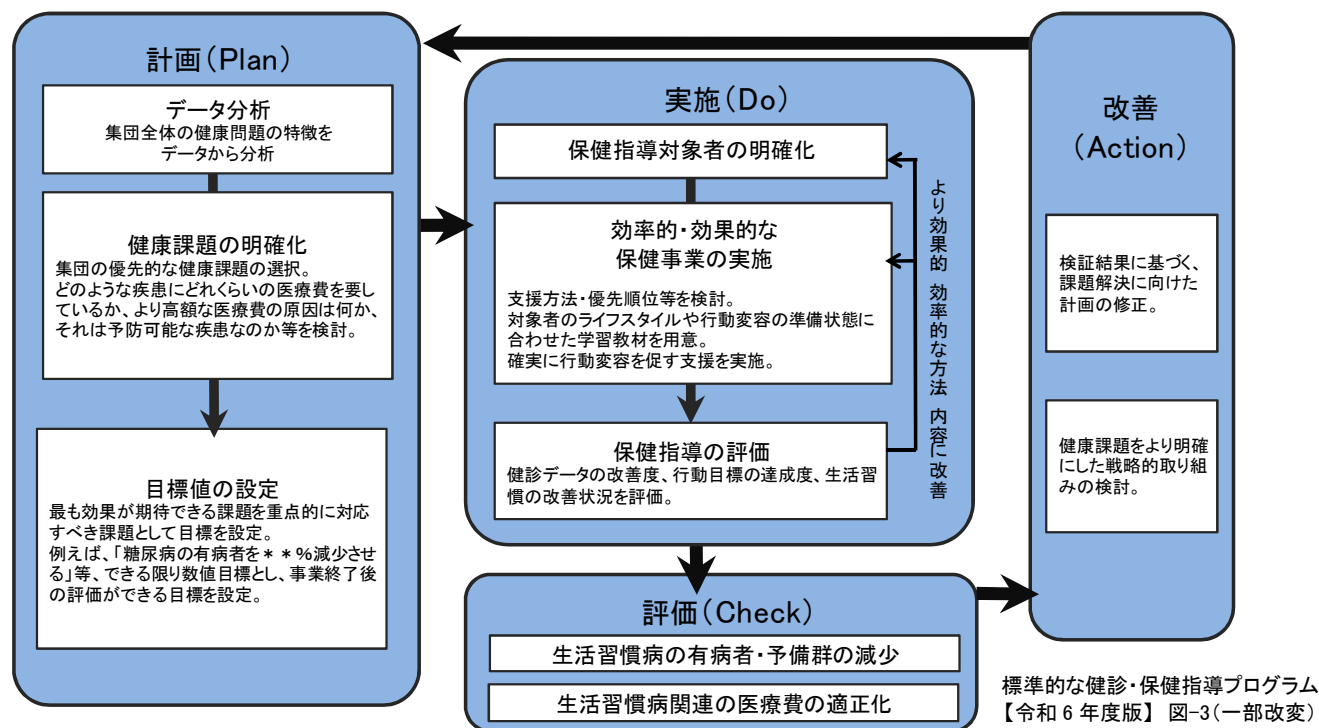
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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 全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、青少年期、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続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・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 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 2生活機能の維持・向上 3社会環境の質の向上 ○社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 ことも、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



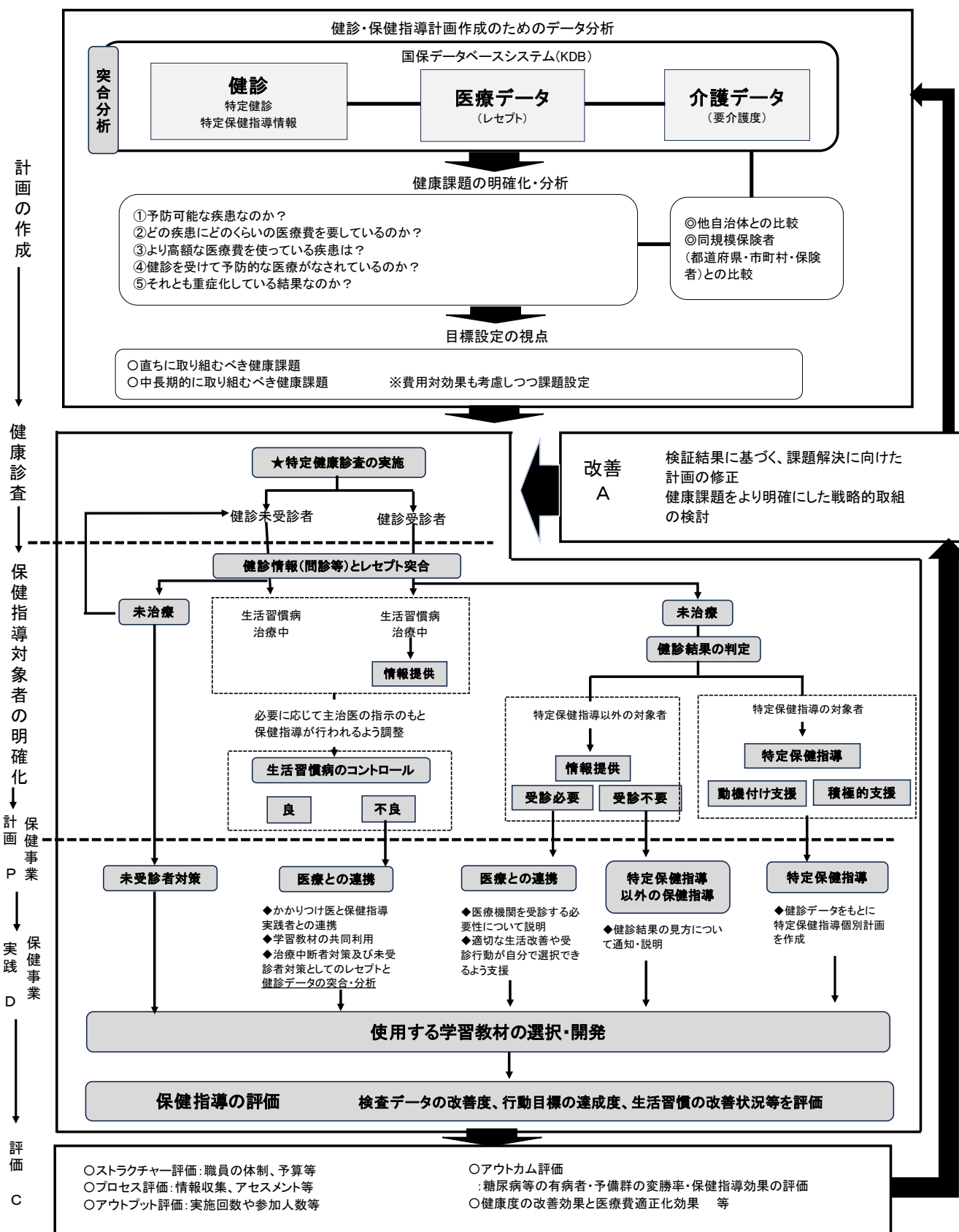
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につなげる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体メカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者	行動変容を促す手法	健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を講み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

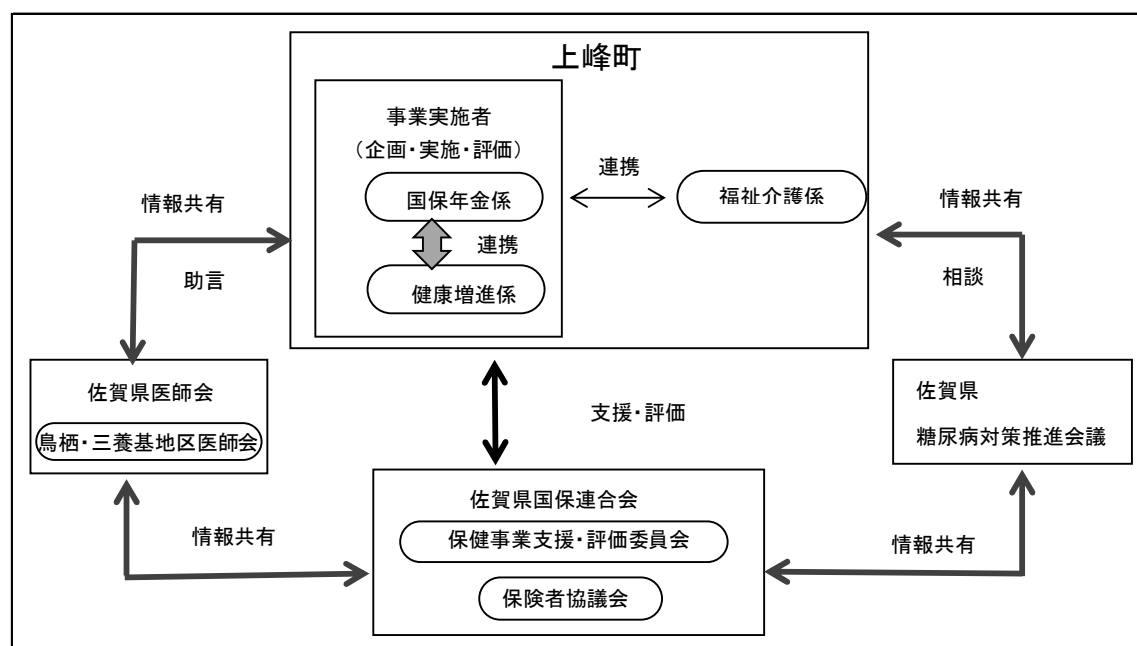
1) 市町村国保の役割

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

具体的には、高齢者医療部局(国保年金係)、保健衛生部局(健康増進係)、介護保険部局(福祉介護係)、とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 上峰町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

保・・・保健師			管栄・・・管理栄養士			事・・・事務(注:支払い事務、受診券送付等)			◎・・・主担当 ○・・・副担当	
	保	保	保	保	助	栄	管栄	事	事	
国保事務		○					○	◎	○	
健康診断 保健指導	◎	○	○			○	○	◎		
地区担当	◎	◎				◎	◎			
一体化	◎						○		○	
がん検診		◎	○					○		
新型コロナ ワクチン			○					◎		
予防接種		◎		○				○		
母子保健			◎	○	○	○	○	○		
精神保健	○	◎								
歯科保健			○					◎		

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定から評価までの一連のプロセスにおいて、関係機関との連携・協力が重要となります。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である佐賀県のほか、国保連合会や国保連合会に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、鳥栖三養基の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力します。

また、佐賀県は上峰町国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に上峰町国保の保険者機能の強化については、佐賀県の関与が更に重要となります。

さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、佐賀県が佐賀県医師会等との連携を推進することが重要です。国保連合会と佐賀県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めていきます。

上峰町は、退職や転職、加齢等に伴う被用者保険の往来が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、市町村国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、保険者間で連携して保健事業を展開したりすることに努めます。

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

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 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			上峰町	配点	上峰町	配点	上峰町	配点
交付額(万円)			4604		4755		4634	
全国順位(1,741市町村中)			456位		743位		423位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査実施率	75	70	-15	70	70	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	45	40	50	40	50	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	120	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	105	45	60	45	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		15		15		15
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	20	50	35	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	40	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	30	100	30	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	25	40	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	38	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	77	95	78	100	78	100
合計点			635	1,000	588	960	633	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

上峰町は、人口約 9000 人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で 26.7%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、若い町である。被保険者の平均年齢は 55 歳と同規模と同等で、出生率も高い町で財政指数は同等となっています。産業においては、第3次産業が 65.6%と同規模と比較しても高く、サービス業の割合が多く、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 9)

国保加入率は 17.8%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が 51.7%を占めており、県平均より高くなっています(図表 10、参考資料 1)

また上峰町には1つの病院、5つの診療所があり、これはいずれも同規模と比較しても多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあります。(図表 11)

図表 9 同規模・県・国と比較した上峰町の特性

	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
上峰町	9,071	26.7	1,611 (17.8)	55.0	9.4	9.7	0.6	5.0	29.4	65.6
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
県	--	30.8	21.7	53.4	7.5	12.5	0.4	8.7	24.2	67.1
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、上峰町と同規模保険者(240市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	1,715		1,676		1,675		1,663		1,611	
65～74歳	864	50.4	855	51.0	882	52.7	883	53.1	833	51.7
40～64歳	467	27.2	467	27.9	459	27.4	454	27.3	413	25.6
39歳以下	384	22.4	354	21.1	334	19.9	326	19.6	365	22.7
加入率	18.5		18.1		18.0		17.9		17.8	

出典：KDBシステム_

人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
病院数	1	0.6	1	0.6	1	0.6	1	0.6	1	0.6	0.4	0.6
診療所数	5	2.9	5	3.0	5	3.0	5	3.0	5	3.1	2.7	4.0
病床数	56	32.7	56	33.4	56	33.4	56	33.7	56	34.8	37.4	83.5
医師数	9	5.2	9	5.4	9	5.4	9	5.4	9	5.6	4.2	14.1
外来患者数	801.9		817.7		779.0		825.9		847.3		692.2	784.4
入院患者数	28.2		26.8		29.5		31.0		28.6		22.7	27.7

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

上峰町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で6人(認定率0.20%)、1号(65歳以上)被保険者で418人(認定率17.3%)と同規模・県・国と比較すると低くなっていますが、平成30年度と比べて増加しています。(図表12)

また、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約6億円から約6億9000万円に伸びています。(図表13)

40～74歳の要介護者の有病状況では、脳卒中が上位を占めていますが、75歳以上は虚血性心疾患が上位を占めています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	上峰町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	2,172人	23.4%	2,422人	26.7%	39.4%	30.8%	28.7%
2号認定者	15人	0.49%	6人	0.20%	0.39%	0.33%	0.38%
新規認定者			2人		--	--	--
1号認定者	366人	16.9%	418人	17.3%	19.4%	18.6%	19.4%
新規認定者	28人		56人		--	--	--
再掲	65～74歳	39人	42人	3.3%	--	--	--
新規認定者	28人		7人		--	--	--
75歳以上	327人	30.4%	376人	32.2%	--	--	--
新規認定者			49人		--	--	--

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	上峰町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	6億0789万円	6億9013万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	279,875	284,941	314,188	286,277	290,668
1件あたり給付費(円)全体	74,771	77,893	74,986	69,755	59,662
居宅サービス	51,876	51,606	43,722	50,348	41,272
施設サービス	287,492	282,654	289,312	290,902	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分			2号		1号						合計		
年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)			6		42		376		418		424		
			再)国保・後期		3		35		361		396		
有 病 状 況 (レセプトの 診断名より 重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	
	循環器 疾患	1	脳卒中	2 66.7%	脳卒中	18 51.4%	虚血性 心疾患	178 49.3%	虚血性 心疾患	188 47.5%	虚血性 心疾患	188 47.1%	
			虚血性 心疾患	0 0.0%	虚血性 心疾患	10 28.6%	脳卒中	155 42.9%	脳卒中	173 43.7%	脳卒中	175 43.9%	
		3	腎不全	0 0.0%	腎不全	8 22.9%	腎不全	72 19.9%	腎不全	80 20.2%	腎不全	80 20.1%	
			合併症	4	糖尿病 合併症	0 0.0%	糖尿病 合併症	9 25.7%	糖尿病 合併症	53 14.7%	糖尿病 合併症	62 15.7%	糖尿病 合併症
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		3 100.0%	基礎疾患	29 82.9%	基礎疾患	336 93.1%	基礎疾患	365 92.2%	基礎疾患	368 92.2%	
		血管疾患合計		3 100.0%	合計	30 85.7%	合計	346 95.8%	合計	376 94.9%	合計	379 95.0%	
	認知症		認知症	1 33.3%	認知症	8 22.9%	認知症	172 47.6%	認知症	180 45.5%	認知症	181 45.4%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	3 100.0%	筋骨格系	34 97.1%	筋骨格系	340 94.2%	筋骨格系	374 94.4%	筋骨格系	377 94.5%	

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

上峰町の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は横ばいで維持しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 8 万円も高く、平成 30 年度と比較しても 3 万円伸びています。また、入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3%程度にも関わらず、医療費全体の約 46%を占めており、1 件あたりの入院医療費は平成 30 年度同等となっています。(図表 15)

年齢調整をした地域差指数でみても、国民健康保険では全国平均の 1 を大きく超えており、全国 1 位の県平均よりも高く、特に入院の地域差指数が平成 30 年度よりも伸びています。後期高齢者医療でも県平均よりも高くなっており、入院・外来ともに県内 4 位と高い順位になっています。(図表 16)

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

図表 15 医療費の推移

		上峰町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		1,715人	1,611人	--	--	--
前期高齢者割合		864人 (50.4%)	833人 (51.7%)	--	--	--
総医療費		7億2481万円	7億3613万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		422,632 県内5位 同規模16位	456,939 県内13位 同規模20位	376,732	431,999	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	596,180	599,660	588,690	585,050	617,950
	費用の割合	49.3	46.2	43.7	46.2	39.6
	件数の割合	3.4	3.3	3.2	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	21,630	23,570	24,870	24,060	24,220
	費用の割合	50.7	53.8	56.3	53.8	60.4
	件数の割合	96.6	96.7	96.8	96.6	97.5
受診率		830.126	875.876	714.851	812.114	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は上峰町と同規模保険者240市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		上峰町(県内市町村中)		県(47県中)	上峰町(県内市町村中)		県(47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	1.172	1.210	1.207	1.198	1.259	1.140
		(15位)	(11位)	(1位)	(6位)	(3位)	(5位)
	入院	1.394	1.416	1.396	1.358	1.436	1.239
		(12位)	(11位)	(2位)	(4位)	(4位)	(9位)
	外来	1.032	1.090	1.094	1.033	1.085	1.045
		(17位)	(11位)	(2位)	(12位)	(4位)	(7位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると増加しており、慢性腎臓病(透析有り)は平成 30 年度より 2 倍以上の割合で、同規模より高くなっています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると虚血性心疾患が、患者数及び割合と減少していますが、脳血管疾患と人工透析については、増加しています。特に人工透析は平成 30 年度と比較すると9人(0.6%)増えています。(図表 18)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患です。同様に慢性腎不全から透析導入となると、週数回の通院を要するなどライフスタイルも大きく変えなくてはならず、また脳血管疾患や閉塞性動脈硬化症等の血管疾患のリスクも高くなります。そのため、原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			上峰町		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)			7億2481万円	7億3613万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			7372万円	8566万円	--	--	--
			10.17%	11.64%	7.67%	8.86%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	4.71%	3.93%	2.06%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.49%	0.94%	1.47%	1.04%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.17%	6.69%	3.83%	5.37%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.81%	0.07%	0.32%	0.29%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		13.15%	13.73%	16.76%	14.40%	16.69%
	筋・骨疾患		9.09%	10.02%	9.27%	8.87%	8.68%
	精神疾患		10.60%	8.65%	7.98%	10.73%	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	1,715	1,611	a	136	154	147	121	4	13
	a/A				7.9%	9.6%	8.6%	7.5%	0.2%	0.8%
40歳以上	B	1,331	1,246	b	135	153	145	119	4	13
	B/A	77.6%	77.3%	b/B	10.1%	12.3%	10.9%	9.6%	0.3%	1.0%
再掲 40～64歳	C	467	413	c	24	29	24	14	3	7
	C/A	27.2%	25.6%	c/C	5.1%	7.0%	5.1%	3.4%	0.6%	1.7%
	D	864	833	d	111	124	121	105	1	6
	D/A	50.4%	51.7%	d/D	12.8%	14.9%	14.0%	12.6%	0.1%	0.7%

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えています。合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減っていますが、人工透析は増えています。(図表 19,20,21)

上峰町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が、脳血管疾患・虚血性心疾患では重症化予防につながっています。しかし、人工透析が増えていることから、人工透析の原因となる糖尿病、高血圧、脂質異常症などの重症化予防者への介入がさらに必要と思われます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲			
				40～64歳		65～74歳	
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)	A	591	601	126	115	465	486
	A/被保数	44.4%	48.2%	27.0%	27.8%	53.8%	58.3%
(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	74	66	12	9	62
		B/A	12.5%	11.0%	9.5%	7.8%	13.3%
	虚血性心疾患	C	107	90	18	12	89
		C/A	18.1%	15.0%	14.3%	10.4%	19.1%
	人工透析	D	4	13	3	7	1
		D/A	0.7%	2.2%	2.4%	6.1%	0.2%

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)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲					
				40～64歳		65～74歳			
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度		
糖尿病治療者(人)		A	309	301	65	51	244	250	
		A/被保数	23.2%	24.2%	13.9%	12.3%	28.2%	30.0%	
(中長期併症 目標疾患)	脳血管疾患	B	41	31	6	2	35	29	
		B/A	13.3%	10.3%	9.2%	3.9%	14.3%	11.6%	
	虚血性心疾患	C	55	45	6	6	49	39	
		C/A	17.8%	15.0%	9.2%	11.8%	20.1%	15.6%	
	人工透析	D	1	9	1	5	0	4	
		D/A	0.3%	3.0%	1.5%	9.8%	0.0%	1.6%	
	糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	34	48	4	8	30	40
			E/A	11.0%	15.9%	6.2%	15.7%	12.3%	16.0%
糖尿病性網膜症		F	49	65	8	8	41	57	
		F/A	15.9%	21.6%	12.3%	15.7%	16.8%	22.8%	
糖尿病性神経障害		G	8	7	3	3	5	4	
		G/A	2.6%	2.3%	4.6%	5.9%	2.0%	1.6%	

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)

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	510	515	113	109	397	406
		A/被保数	38.3%	41.3%	24.2%	26.4%	45.9%	48.7%
(中長期目標疾患合併症)	脳血管疾患	B	53	39	8	4	45	35
		B/A	10.4%	7.6%	7.1%	3.7%	11.3%	8.6%
	虚血性心疾患	C	92	80	16	9	76	71
		C/A	18.0%	15.5%	14.2%	8.3%	19.1%	17.5%
	人工透析	D	2	10	2	4	0	6
		D/A	0.4%	1.9%	1.8%	3.7%	0.0%	1.5%

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

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0%以上を平成 30 年度と令和 03 年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながっているかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で 23.3%、糖尿病で 4.9%ほどおり、その割合は全国と比較して低くなっています。(図表 22)

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も医療が必要な方には受診勧奨の保健指導を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧__Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
上峰町	640	46.1	624	45.7	39	6.1	22	56.4	43	6.9	17	39.5	10	23.3	0	0.0
448市町村* 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病__HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
上峰町	635	99.2	617	98.9	53	8.3	13	24.5	61	9.9	10	16.4	3	4.9	3	4.9
448市町村* 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典:ヘルスサポートラボツール

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

*ヘルスサポートラボ社にデータ提供している市町合計

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、虚血性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。上峰町の特定健診結果において、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は、3.6ポイントも伸びており、3項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。また、男女ともにメタボリックシンドローム該当者・予備軍共に同規模平均より高くなっています。(図表23、参考資料1)

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、いずれも増加しているものの、翌年度の結果を見ると、高血圧、脂質異常症では改善率は上がっていますが、糖尿病では下がっています。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、重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表24,25,26)

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	640 (46.1%)	131 (20.5%)	30 (4.7%)	101 (15.8%)	79 (12.3%)
R04年度	634 (46.5%)	153 (24.1%)	49 (7.7%)	104 (16.4%)	84 (13.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	106 (16.7%)	22 (20.8%)	49 (46.2%)	18 (17.0%)	17 (16.0%)
R03→R04	110 (17.8%)	21 (19.1%)	46 (41.8%)	18 (16.4%)	25 (22.7%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	39 (6.1%)	18 (46.2%)	13 (33.3%)	1 (2.6%)	7 (17.9%)
R03→R04	43 (6.9%)	23 (53.5%)	7 (16.3%)	1 (2.3%)	12 (27.9%)

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			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	63 (9.8%)	26 (41.3%)	20 (31.7%)	4 (6.3%)	13 (20.6%)
R03→R04	63 (10.1%)	31 (49.2%)	14 (22.2%)	8 (12.7%)	10 (15.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール

②健診実施率及び保健指導実施率の推移

生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。そのためにはまず、健診を受けていただく必要があります。

上峰町の特定健診実率は、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和 2 年度は実施率が下がったものの、ほぼ横ばいで経過しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません(図表 27)。

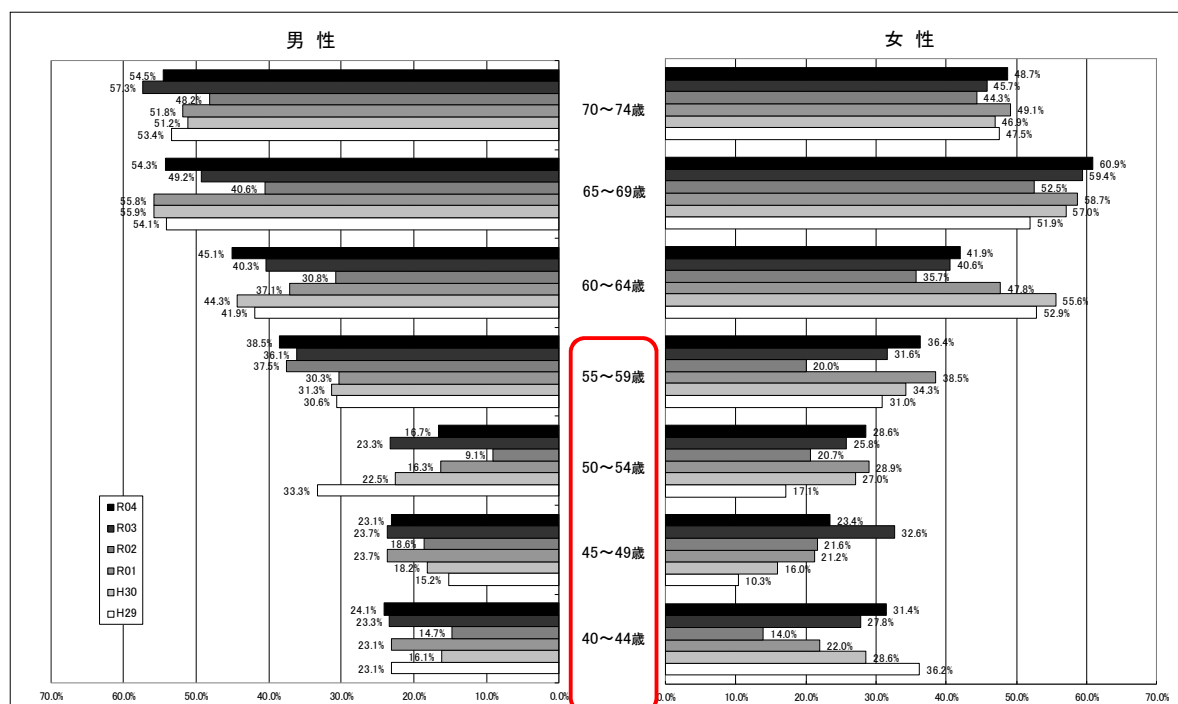
また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の実施率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。そのため若い世代をターゲットとした受診勧奨の取り組みを強化します。(図表 28)

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	実施者数	601	594	502	577	598	健診実施率 60%
	実施率	50.5%	50.1%	42.2%	50.2%	54.3%	
特定保健指導	該当者数	65	77	58	63	56	特定保健 指導実施率 60%
	割合	10.8%	13.0%	11.6%	10.9%	9.4%	
	実施者数	47	42	46	50	43	
	実施率	72.3%	54.5%	79.3%	79.4%	76.8%	

出典：上峰町健康福祉課

図表 28 年代別特定健診実率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

全国でも佐賀県は、糖尿病の割合が高い中で、県内1位の状況が続いています。そのため、図表 20 糖尿病治療中の経年変化では糖尿病性腎症を合併する割合も増加しています。また、上峰町は血糖値有所見者数が佐賀県内で最も多い町となっています。血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、年度によって差はあるものの、75%以上実施することが出来ています。また、血糖値有所見者は増加していますが、未治療・中断の割合は減少しています。

上峰町は糖尿病を最優先課題として、HbA1c6.5%以上の未治療者、治療中断者、HbA1c8.0%以上を優先対象者として重点的に支援してきました。その結果、HbA1c6.5%以上の未治療・中断者は平成30年度17名から令和4年度8名に減少しています。また、8名のうち5名が医療機関を受診し、2名が治療開始となりました。HbA1c8.0%以上の未治療者もH30年度6名からR4年度4名に減っており、対象者には複数回保健指導を行い、4名全員が治療開始となりました。しかし、HbA1c8.0%以上の割合は減少していないため、引き続き医療機関と連携しながら、継続した保健指導に努めます。

また、図表 23 よりメタボリックシンドローム該当者が平成30年度から令和4年度にかけて3.6ポイント増加しています。肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし、血糖値上昇の原因となるため、すでに糖尿病を治療中の方は医療機関と連携し、行政においても保健師・管理栄養士が保健指導を行い、血糖改善の支援を行っていきます。

※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

表1 糖尿病性人症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 *1	人(a)	106	112	90	110	112
佐賀県内順位	位	1	1	1	1	1
保健指導実施者 *2	人(b)	98	85	73	83	89
	(b/a)	92.5%	75.9%	81.1%	75.5%	79.5%

*1 HbA1c6.5%以上のもの

出典:上峰町糖尿病管理台帳

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

表2 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者	人(a)	106	112	90	110	112
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者	人(b)	17	21	16	11	8
	(b/a)	16.0%	18.8%	17.8%	10.0%	7.1%
	受診した者	人(c)	7	6	3	5
		(c/b)	41.2%	28.6%	18.8%	62.5%
	治療開始した者	人(c)	5	3	2	2
		(c/b)	29.4%	14.3%	12.5%	25.0%

出典:上峰町糖尿病管理台帳

表3 HbA1c8.0%以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	640	620	598	624	631
HbA1c8.0%以上	人(b)	14	19	8	13	13
	(b/a)	2.2%	3.1%	1.3%	2.1%	2.1%
	保健指導実施	人(c)	14	16	11	11
		(c/b)	100.0%	84.2%	100.0%	84.6%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	6	4	0	2	4
	(b/a)	42.9%	21.1%	0.0%	15.4%	30.8%

内服治療開始	4人	0人	1人	4人
元々治療中	15人	8人	11人	9人
死亡、転出	0人	0人	0人	0人

出典:上峰町糖尿病管理台帳

②虚血性心疾患重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図検査全数実施を目指し、健診時に実施勧奨をしており、心電図検査は約 9 割実施できています。

心電図の有所見者率は増加傾向にあり、精密検査対象者となった人も約半数がその後医療機関を受診していないため、保健指導により受診勧奨を行い、治療に繋がるよう支援を行います。

表 4 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	656	542	665	684
心電図受診者	人(b)	583	465	588	599
心電図実施率	(b/a)	88.9%	85.8%	88.4%	87.6%
有所見者数	人(c)	226	183	212	246
	(c/a)	38.8%	39.4%	36.1%	41.1%
要精査	人(d)	14	21	23	17
	(d/c)	6.2%	11.5%	10.8%	6.9%
医療機関受診あり	人	8	10	12	12
医療機関受診なし	人	6	11	11	5

出典：マルチマーカー、上峰町特定健診精密検査台帳

③脳血管疾患重症化予防対策

高血圧は、脳血管疾患において最大の危険因子です。要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。

表 5 より、令和 4 年度血圧Ⅱ度以上の者は 32 名と平成 30 年～令和 3 年度と比べると減少しています。15 名が未治療者であり、そのうち保健指導後に治療に繋がった者は 4 名でした。また、血圧Ⅲ度は 1 名で、未治療者であり治療には繋がっていません。さらに、高血圧治療中にも関わらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が 53%いました。保健指導にて未治療者の実態をみると、家庭血圧は正常もしくは正常高値である方もみられます。そのため、保健指導にて家庭血圧の測定継続を促し、血圧を測定していない者に対しては、血圧手帳の活用や血圧計の貸し出しを行うことで、自身の血圧を把握してもらうよう支援していきます。また、治療が必要な方に関しては保健指導教材を用いながら受診勧奨を行い、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。

図 6 より、心房細動未治療者については、9 名中 7 名が治療中であり、継続的に医療機関に受診している者が多数でした。しかし、未治療者 2 名のうち、1 名は受診勧奨や保健指導により医療機関を受診し、治療開始となりましたが、1 名は医療機関受診には至りませんでした。心房細動は、血栓を作りやすく、心原性脳梗塞の原因となります。心原性脳梗塞を発症してしまうと、すぐに要介護状態と

なったり、亡くなってしまったりするリスクが高い疾患です。そのため、心房細動治療中の者に対しては、継続して受診してもらい、治療中断を防ぎ、個別のリスクに応じた保健指導を継続して行っています。未治療者に対しては、保健指導教材を用いながら心房細動についてイメージしやすい保健指導を行い、受診勧奨を行います。

表7は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（降圧薬治療者を除く）です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層（糖尿病、尿蛋白等のリスクあり）の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を行います。

表5 II度高血圧以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	640	620	598	624	631
II度高血圧以上の者	人(b)	42	55	35	46	32
	(b/a)	6.6%	8.9%	5.9%	7.4%	5.1%
	治療あり	人(c)	28	22	28	17
		(c/b)	40.5%	50.9%	60.9%	53.1%
	治療なし	人(d)	25	13	18	15
		(d/b)	59.5%	49.1%	39.1%	46.9%
		人(e)	4	5	3	4
		(e/d)	16.0%	38.5%	16.7%	26.7%
(再掲)	Ⅲ度高血圧の者	人(f)	7	5	6	1
		(f/a)	1.1%	0.8%	1.0%	0.2%
	治療あり	人	3	3	6	0
	治療なし	人	4	2	0	1

出典：ヘルスサポートラボツール

表6 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
心房細動有所見者		3	2	7	6	9
心房細動未治療者		0	0	1	2	2
	検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)	0	0	0	0	0
	治療開始	0	0	1	1	1

出典：マルチマーカー

表 7 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定						(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会		
						p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子		
						p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化		
						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)								
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類				高リスク …中等リスク …低リスク		
		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			
	191	89 46.6%	87 45.5%	14 7.3%	1 0.5%			
リスク第1層 予後影響因子がない	9	C 6 4.7%	B 2 2.3%	B 1 7.1%	A 0 0.0%	A B C	ただちに 薬物療法を開始 概ね1ヵ月後に 再評価 概ね3ヵ月後に 再評価	49 25.7% 100 52.4% 42 22.0%
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	93	C 36 48.7%	B 50 57.5%	A 6 42.9%	A 1 100.0%			
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が9つ以上ある	89	B 47 46.6%	A 35 40.2%	A 7 50.0%	A 0 0.0%			

※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。

(2) ポピュレーションアプローチ

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

上峰町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、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町の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について健診会場にてチラシ配布し、住民へ周知を行っています。また、HbA1c6.5%以上の割合が上峰町は佐賀県内で最も多いことについて、広報誌や回覧にて広く周知を行いました。さらに、健診受診をされた方に、食事について減塩に関心を持っていただけるよう、リーフレットやクリアファイル、減塩調味料の試供品配布を行いました。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 データヘルス計画の目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの 把握方法 (活用データ年度)
				初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	
				(H30)	(R2)	(R4)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・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2%減少	4.7%	2.6%	3.9% ↓	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の2%減少	1.5%	1.4%	0.9% ↓	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の2%減少	3.1%	4.1%	6.7% ↑	
	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	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合の1%減少	30.7%	34.7%	37.7% ↑	TKCA012
			健診受診者の高血圧者の割合の1%減少(160/100以上)	6.1%	6.6%	4.6% ↓	上峰町 健康福祉課
			健診受診者の脂質異常者の割合の3%減少(LDL180以上)	3.9%	4.0%	4.1%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の6%減少(HbA1C6.5%以上)	16.9%	16.8%	18.3% ↑	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	1.1%	0.8%	0.6% ↓	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合 90%	29.4%	12.5%	25.0%	上峰町 糖尿病 管理台帳
		糖尿病の保健指導を実施した割合 60%	92.5%	81.1%	79.5%		
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診実施率60%以上	50.5%	42.2%	54.3%	TKCA012
			特定保健指導実施率60%以上	72.3%	79.3%	76.8%	
	特定保健指導対象者の割合の25%減少		17.2%	8.8%	16.0%		
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	17.7%	18.4%	16.2%	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	26.2%	15.5%	25.8%	
			大腸がん検診受診者の増加	22.1%	15.0%	21.4%	
			子宮がん検診受診者の増加	17.9%	25.3%	26.5%	
			乳がん検診受診者の増加	17.0%	25.6%	26.6%	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

平成30年度から令和5年度までの6年間、第2期データヘルス計画に基づき、本町における保健事業に取り組みました。また、健診・医療・介護のデータから経年変化を分析し、第2期データヘルス計画目標管理一覧に掲げた目標達成状況から令和5年度に最終評価を行いました。(図表 29)

(1) 特定健診実施率

国民健康保険の40歳以上の被保険者を対象とした特定健診は、平成30年度から50%台と横ばいで推移していましたが、新型コロナウイルス感染症の影響により受診控えの傾向が見られ、令和2年度には42%まで低下しました。その後、感染症対策を講じながら、未受診者に対し、健診案内の勧奨通知と併せ、家庭訪問や電話にて個別に受診勧奨を強化しました。その結果、令和4年度は54%と実施率増加が見られました。しかし、未だ国の目標値である60%は達成できていません。また、受診者の年齢構成をみると40～50代の若年層の実施率が低い傾向も見られます。

特定健診実施率の向上は、健康課題の明確化につながる重要な保健事業の一つでもあり、目標値達成に向けて、未受診者対策も効率的かつ効果的な方法で引き続き行っていくことが必要と考えます。

(2) 特定保健指導実施率およびメタボリックシンドローム該当者・予備群の割合

特定保健指導実施率は、70%で国の目標値である60%以上で目標達成となりました。

特定保健指導は目標達成しましたが、特定健診の結果にて、メタボ該当者及び予備群該当者の割合は増加していました。メタボリックシンドロームは、高血糖状態を招きやすく糖尿病の発症リスクや糖尿病の重症化の原因にもなります。メタボリックシンドロームは生活習慣の改善により予防効果が多く期待できるため、糖尿病の発症及び重症化予防の観点からも、保健師や管理栄養士による保健指導実施率とともに改善率も併せて確認していくとともに、取り組みを強化していく必要があると考えます。

(3) 糖尿病性腎症重症化予防の取り組みおよび総医療費における慢性腎不全(透析あり)の割合

糖尿病性腎症重症化予防では、過去の特定健診結果にて血糖値異常(HbA1c6.5%以上)を対象とし、地区担当保健師および管理栄養士が継続的に保健指導を実施しながら、対象者の血糖値等の変化を確認しています。糖尿病の未治療および治療中断者は減少したものの、糖尿病治療者は減少しておらず、経年変化では糖尿病性腎症の合併割合や人工透析者数は増加していました。人工透析者数の増加は、医療費増加への影響も大きく、実際に慢性腎不全(透析あり)の総医療費に占める割合は3ポイント増加しており、本町の国民健康保険の医療費の伸びの一因となっていたことが分かりました。

第2期計画において、糖尿病重症化予防は本町における最重要課題として取り組んだものの、目標達成に至らず、医療費増加への影響も見られたことから、これまでの取り組みの見直しや改善を図り、今後も引き続き取り組んでいくことが重要と考えます。

(4)後期高齢者医療費および介護給付費の状況

本町の医療費の状況として、国民健康保険および後期高齢者医療保険いずれも、一人当たり(年齢調整後)地域差指数の推移では全国平均を上回り、県内順位も上位となっていました。特に後期高齢者医療では、令和2年度は入院、外来いずれも医療費が高い状況となっていました。また、介護給付費の増加も見られましたが、一人あたり給付は同規模町村と比較して低いことから、まずは医療費の抑制を優先課題とし、今後も医療費と併せて介護給付費の状況も分析を行い、後期高齢者においても課題に則した保健事業を実施していくことが重要と考えます。

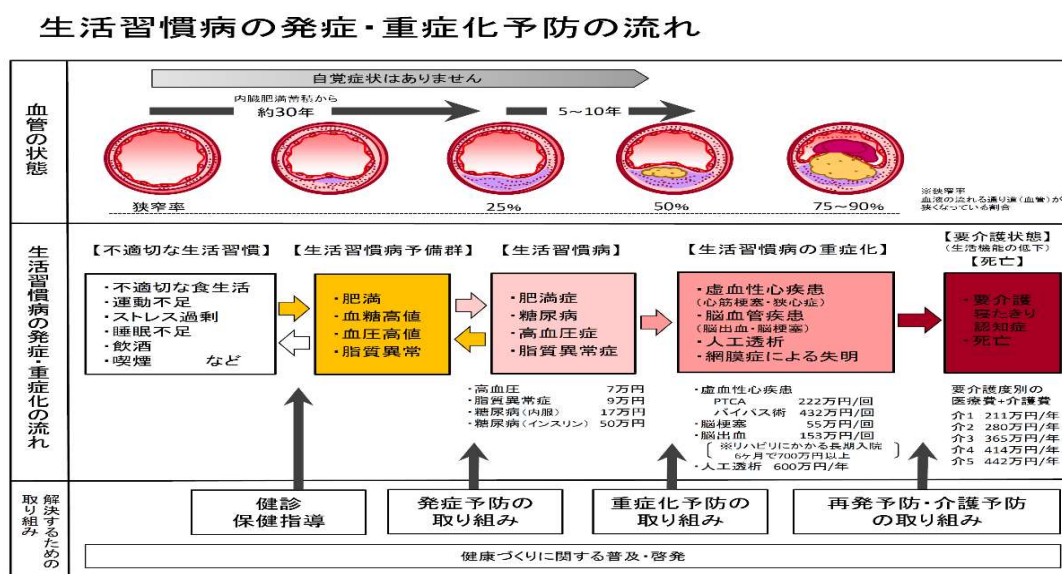
後期高齢者の自立した生活の実現のためには、生活習慣病等の重症化を予防する取り組みと生活機能低下を防止する取り組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、本町における後期高齢者医療費抑制の観点からも、後期高齢者医療の県事業と介護予防の一体的事業を重点的に行っていくことも重要と考えます。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

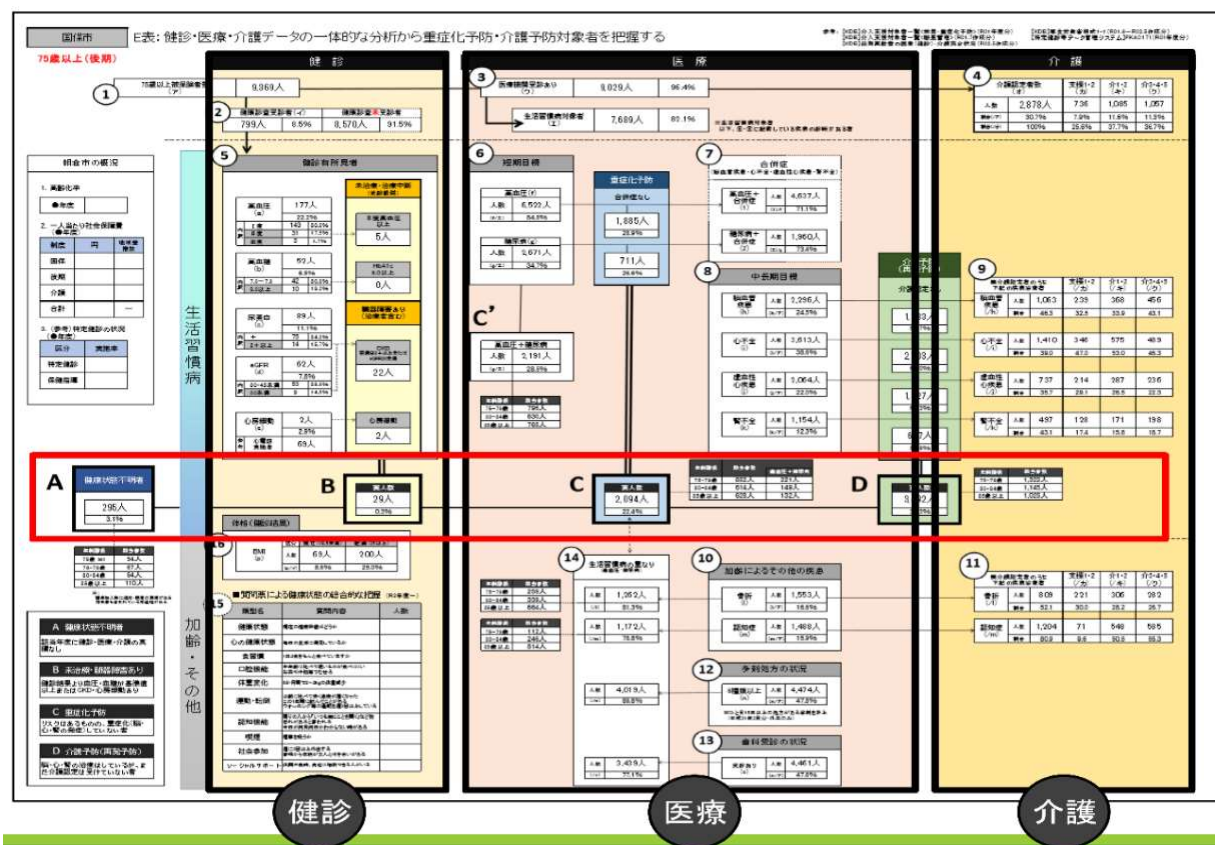
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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

健康課題の明確化においては、第 2 期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため 30~39 歳の方へ若年者健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

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

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は年々増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり約 100 万円となっており、国保の 2 倍も高い状況です。(図表 32)

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	1,715人	1,676人	1,675人	1,663人	1,611人	1,248人
総件数及び 総費用額	件数	17,602件	17,434件	16,469件	17,338件	21,553件
	費用額	7億2481万円	6億9339万円	7億2153万円	7億6146万円	7億3613万円
一人あたり医療費	42.3万円	41.4万円	43.1万円	45.8万円	45.7万円	99.6万円

出典：ヘルスサポートラボツール

上峰町は、これまで糖尿病に重点を置いて保健事業に取り組んできました。短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模と比べて約 1 ポイント低くなっていますが、中期目標疾患の慢性腎臓病(透析あり)、と脳血管疾患については同規模と比較しても約 2 倍高い状況です。後期高齢者においては、脳血管疾患については同規模より 0.8 ポイント高く、慢性腎臓病(透析)ありについては同規模より 0.4 ポイント低くなっています。(図表 33)

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)										狭心症 心筋梗 塞
① 国保	上峰町	7億3613万円	37,113	6.69%	0.07%	3.93%	0.94%	5.22%	2.79%	1.99%	1億5931万円	21.6%	13.7%	8.65%	10.02%
	同規模	--	30,571	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	--	19.3%	16.8%	7.98%	9.27%
	県	--	35,091	5.37%	0.29%	2.15%	1.04%	4.89%	2.99%	1.93%	--	18.7%	14.4%	10.73%	8.87%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	上峰町	12億4336万円	84,261	3.79%	0.26%	4.83%	0.81%	3.50%	2.64%	0.96%	2億0880万円	16.8%	12.0%	2.16%	13.6%
	同規模	--	68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	--	18.8%	10.3%	3.53%	12.4%
	県	--	84,251	4.29%	0.42%	4.62%	1.00%	3.61%	3.08%	1.27%	--	18.3%	9.2%	4.85%	13.6%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

高額レセプトについては、国保においては毎年約 150 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 2 倍に増えることがわかります。高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で平成 30 年度が一番多く 25 件で約 2900 万円の費用がかかっていました。令和 1 年度からレセプト件数と費用額も減少していますが、これらは新型コロナウイルス感染症の影響が考えられ、令和 4 年度には 16 件と費用も 2200 万円と平成 30 年度と同等の値になっています。後期高齢においては、30 件発生し、3700 万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防について力を入れる必要があります。(図表 34、35)

図表 34 高額レセプト(80 万円/件)以上の推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期: R04年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	77人	67人	77人	72人	82人	175人
	件数	B	149件	133件	147件	138件	150件	308件
		B/総件数	0.85%	0.76%	0.89%	0.80%	0.86%	1.43%
	費用額	C	2億0074万円	1億5601万円	1億9014万円	1億8553万円	1億8609万円	3億9863万円
		C/総費用	27.7%	22.5%	26.4%	24.4%	25.3%	32.1%

出典: ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
脳血管疾患	人数	D	10人		6人		7人		5人		5人		16人		
		D/A	13.0%		9.0%		9.1%		6.9%		6.1%		9.1%		
	件数	E	25件		9件		14件		11件		16件		30件		
		E/B	16.8%		6.8%		9.5%		8.0%		10.7%		9.7%		
	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%	1	11.1%	0	0.0%	2	18.2%	3	18.8%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	4.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	8	26.7%
		60代	10	40.0%	0	0.0%	1	7.1%	3	27.3%	5	31.3%	80代	18	60.0%
		70-74歳	14	56.0%	8	88.9%	13	92.9%	6	54.5%	8	50.0%	90歳以上	4	13.3%
	費用額	F	2956万円		1103万円		1752万円		1313万円		2201万円		3697万円		
F/C		14.7%		7.1%		9.2%		7.1%		11.8%		9.3%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
虚血性心疾患	人数		G	2人	3人		3人		2人		2人		3人		
			G/A	2.6%	4.5%		3.9%		2.8%		2.4%		1.7%		
	件数		H	2件	3件		3件		2件		2件		3件		
			H/B	1.3%	2.3%		2.0%		1.4%		1.3%		1.0%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	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%	1	50.0%	0	0.0%	75-80歳	3	100.0%
		60代	1	50.0%	2	66.7%	3	100.0%	0	0.0%	1	50.0%	80代	0	0.0%
		70-74歳	1	50.0%	1	33.3%	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%	90歳以上	0	0.0%
費用額		I	402万円	610万円		694万円		1295万円		246万円		361万円			
		I/C	2.0%	3.9%		3.7%		7.0%		1.3%		0.9%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析

令和4年度



健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は、40～64 歳と減っていますが、65～74 歳、75 歳以上では約 100 名増え、高齢化率の低い上峰町でも 65 歳以上の高齢者が増えていることが分かります。⑮の体格をみると、全ての年齢層で、BMI25 以上の率が増加しています。

図表 39 健診有所見の状況を見ると、各年代で対象人数の増加がみられており、受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

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-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	31.1	419	761	1,213	31.5	54.1	20.9	4.5	6.8	5.5	22.0	28.6	25.7	
R04	28.9	398	847	1,306	28.9	58.6	26.0	6.1	6.7	8.6	22.6	29.0	25.4	

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																													
年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%	
H30	3	2.3	(2)	28	6.8	(10)	21	8.3	(5)	11	8.3	(2)	36	8.7	(2)	4	1.6	(0)	2	1.5	4	1.0	12	4.7	1	0.8	4	1.0	1	0.4
R04	2	1.7	(1)	27	5.4	(10)	31	9.1	(2)	7	6.1	(0)	51	10.3	(2)	9	2.7	(0)	0	—	8	1.6	7	2.1	1	0.9	7	1.4	1	0.3

図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症の⑦をみると、高血圧・糖尿病のなかでも、特に 40～60 歳の糖尿病と合併症のある者の割合が 17.3 ポイントも高くなっています。

図表 41 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30 年度と R4 年度と比較すると、虚血性心疾患はすべての年代で減少していますが、脳血管疾患、心不全、腎不全では 40～74 歳で増加しています。脳血管疾患、心不全は 75 歳以上で減少していることから、早期に保健指導で介入し、予防した結果、合併症の発症を遅れさせることが出来ている可能性が考えられます。一方で、図表 40 より、糖尿病があり、合併症をもつ者が多く、特に 40～64 歳の若い世代で合併症をすでに発症していることから、長年の血管変化が、75 歳以上の腎不全増加と繋がっていると考えられます。さらに図表 41⑨より 65～74 歳の慢性腎臓病の介護認定者が 5.5 ポイント増えていることから、若い世代からの重症化予防対策が必要と考えられます。

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦								
年度	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症								
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30	82.6	93.3	95.6	30.8	62.3	80.5	77.5	79.3	84.6	40.3	42.8	36.1	22.5	28.7	28.7	38.0	52.4	68.8	30.8	54.7	68.0			
R04	86.2	94.3	92.8	30.7	66.1	79.4	77.9	82.3	85.8	32.8	42.0	39.5	21.3	30.5	31.8	36.8	53.4	67.3	47.5	56.2	70.7			

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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											
	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.3	11.3	23.5	4.3	11.8	24.4	4.5	18.4	34.6	3.8	8.3	12.9	14.3	16.3	46.0	5.6	7.8	44.6	5.3	6.4	41.9	0.0	4.8	47.4
R04	5.5	12.9	21.3	2.5	10.7	22.3	6.8	19.7	33.7	3.5	10.3	14.6	9.1	14.7	47.5	0.0	4.4	39.5	0.0	7.2	44.3	0.0	10.3	44.0

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	59.6	76.0	66.7	78.4	6.2	16.8	1.6	16.0	12.8	51.0	58.3	80.4
R04	81.6	82.0	81.8	85.5	4.5	17.8	1.3	14.8	13.2	51.9	54.5	81.3

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化

国保の一人当たり医療費は年々増加傾向で、後期高齢者の医療費は国保の2倍となっています。そのため、医療費の伸びに影響が大きい予防可能な疾患をターゲットに、保健事業において医療費抑制を行っていく必要があります。

医療費分析において、短期目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模と比べて低いものの、中長期目標疾患の慢性腎臓病（透析あり）と脳血管疾患は同規模と比べて約2倍高い状況がありました。

慢性腎臓病（透析あり）は、糖尿病の合併症である糖尿病性腎症による透析導入者も含まれます。そのため、新規透析患者数を増加させないことが、慢性腎臓病（透析あり）の医療費減少につながると考えられます。上峰町は、血糖高値（HbA1c6.5%以上）の割合が県内でも高い状況が続いており、これまでも糖尿病を重点課題として取り組んできましたが、医療費抑制に向けて、今後も糖尿病性腎症重症化予防に力を入れる必要があります。

また、脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防に力に取り組む必要があります。

健診・医療・介護の一体的分析において、健診結果ではいずれの年代においても肥満者の増加傾向がみられました。肥満・メタボリックシンドロームは、糖尿病発症のリスクも高いとされています。また、血圧高値（Ⅱ度以上）、血糖高値（HbA1c7%以上）、CKD、心房細動の有所見者の割合の増加傾向がみられ、特に短期目標疾患の糖尿病では、合併症（脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全）を併発している割合の増加傾向がみられました。中長期目標疾患の腎不全では、65歳以上で増加しており、介護認定者の割合も増加していました。糖尿病性腎症の重症化による人工透析導入は、65歳以上では介護を要する状態となることも想定され、医療費と介護費に影響を及ぼすことが考えられます。そのことから、糖尿病は重症化予防だけでなく、発症予防の段階からの保健指導の介入が必要であり、健診受診を通じて若い世代からの予防対策が重要です。

(4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第4章に記載します。

3) 目標の設定

(1)成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

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

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

(2) 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★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			目標値		データの把握方法 (活用データ)
				初期値	中間評価	最終評価	中間評価	最終評価	
				R6 (R4)	R8 (R7)	R11 (R10)	R8 (R7)	R11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	3.9%			3.9%	3.9%	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	0.9%			0.9%	0.9%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の減少	6.7%			6.0%	5.3%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	19.6%			19.0%	18.5%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%			0.0%	0.0%	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	37.7%			35.0%	32.0%	TKCA012
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	4.6%			4.4%	4.2%	上峰町健康福祉課
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	4.1%			4.0%	3.9%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	18.3%			18.0%	17.8%	
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	2.1%			2.0%	1.9%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合 ※1	100.0%			100.0%	100.0%	上峰町糖尿病管理台帳
			糖尿病の保健指導を実施した割合 80%	79.5%			80.0%	80.0%	
		アウトプット	★特定健診実施率60%以上	54.3%			56.0%	59.0%	TKCA012
			★特定保健指導実施率60%以上	76.8%			76.5%	77.0%	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少	16.0%			16.5%	17.0%	

※1: 第三期データヘルス計画目標より評価方法を変更

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診実施率・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
特定健診実施率	55%	56%	57%	58%	59%	60%以上
特定保健指導実施率	75%	76%	77%	78%	79%	80%以上

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		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	1200人	1200人	1200人	1200人	1200人	1200人
	実施者数	660人	672人	684人	696人	708人	720人
特定保健指導	対象者数	60人	58人	56人	54人	52人	50人
	実施者数	45人	44人	43人	42人	41人	40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する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。なお、上峰町国民健康保険で実施している人間ドック、脳ドックは実施医療機関と町が個別に契約を行います。

- ① 集団健診(おたっしや館)
- ② 個別健診(委託医療機関)
- ③ 人間ドック、脳ドック(委託医療機関)

(2) 特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関について、町内医療機関は上峰町広報に掲載しています。その他町外の医療機関については役場に問い合わせを行っていただきます。

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施、集団健診・町内医療機関での個別健診では、希望者全員に心電図を実施します。

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

図表 46 特定健診検査項目

上峰町特定健診検査項目

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

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

(5) 実施時期

4 月から翌年 2 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、佐賀県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47 特定健診実施スケジュール

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

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者が直接実施しています。

毎月受診者の中から対象者を抽出し、地区担当の保健師または管理栄養士が対象者を確認し、保健指導を行います。困難事例などはスタッフ間で情報を共有し、事例検討を行い解決に努めます。

○第4期(2024年以降)における変更点

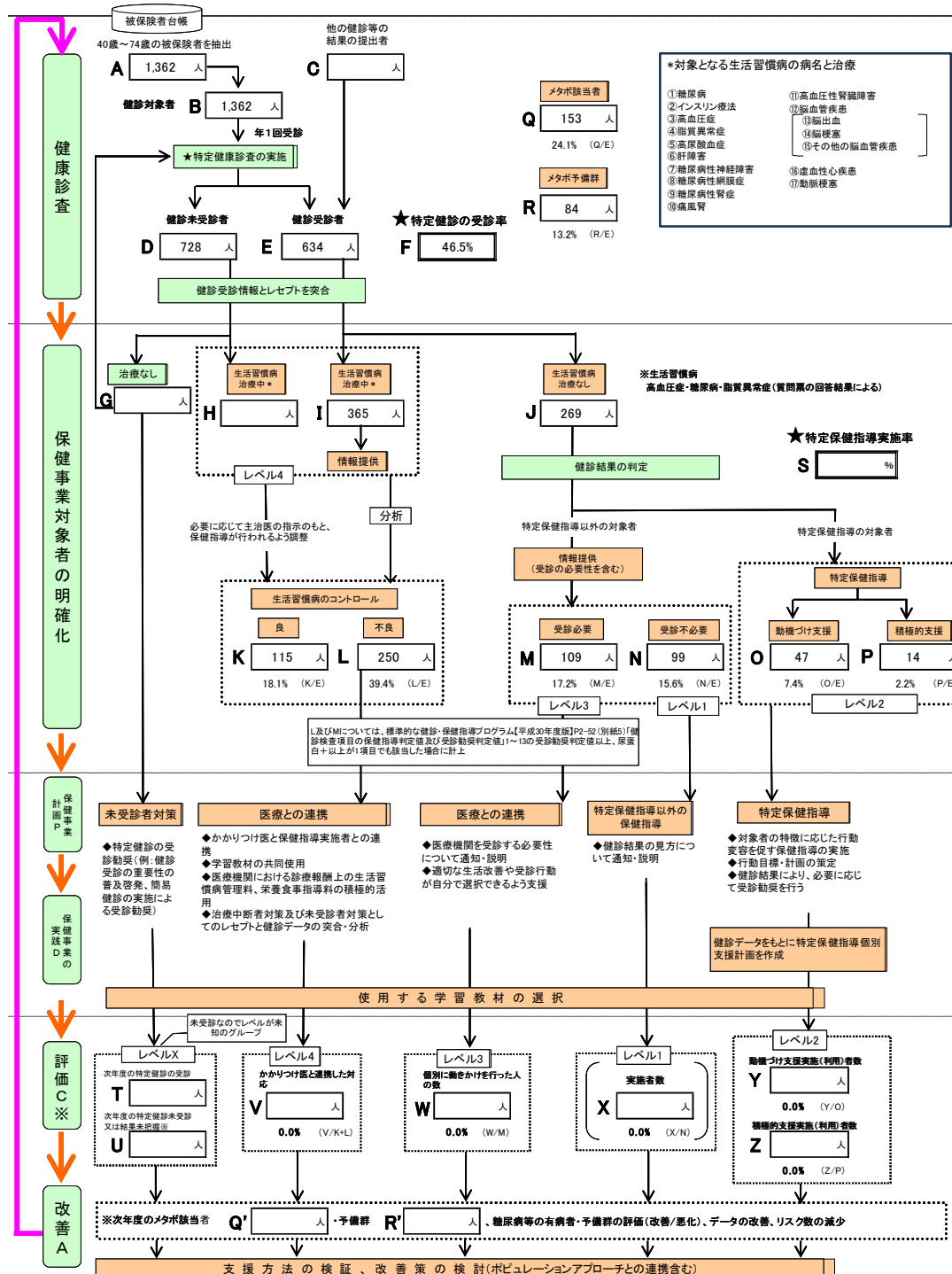
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

「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。

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート

令和04年度



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 49 要保健指導対象者の見込み

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を 促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受 診勧奨を行う	61人 (9.6%)	75%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性につい て通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自 分で選択できるよう支援	109人 (17.2%)	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)	728人 ※受診率目標達成 まであと36人	50%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説 明	99人 (15.6%)	20%
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	365人 (57.6%)	30%

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

	健診実施計画		案内通知等	広報	保健指導	
	集団健診 (おたっしや館)	個別健診 (医療機関)			特定保健指導対象者	重症化予防対象者
H29. 4月	★1回目 4月中旬に実施	★4月～2月末まで 佐賀県内の登録医療 機関にて随時実施	4月上旬：対象者へ案内通知・受診券送付	・特定健診案内掲載	前年度分 特定保健指導（評価）	通年で保健指導
5月			受診状況把握		特定保健指導	
6月			6月下旬： ○未受診者へ受診勧奨ハガキ郵送 ○途中加入者へ案内通知・受診券送付 ○未受診者勧奨訪問			糖尿病管理台帳作成
7月	★2回目 7月中旬に実施					
8月						
9月			受診状況把握			
10月			10月下旬： ○未受診者へ再勧奨案内通知送付 ○途中加入者へ案内通知・受診券送付 ○未受診者勧奨訪問			
11月	★3回目 11月中旬に実施					
12月			受診状況把握			
1月			未受診者勧奨訪問			
2月						
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上峰町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

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、上峰町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、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る必要があります。

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。

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、広く住民へ周知していきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診実率、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。

II. 重症化予防の取組

上峰町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、255人(40.2%)です。そのうち治療なしが63人(23.4%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が28人です。

また、上峰町においては重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものは、63人中29人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために－重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする－

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)															
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究報告))	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会)	634人 46.5%															
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓症 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血性性梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞 ※脳卒中 データバンク 2019より	心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症			■各疾患の治療状況															
					<table><tr><th></th><th>治療中</th><th>治療なし</th></tr><tr><td>高血圧</td><td>247</td><td>387</td></tr><tr><td>脂質異常症</td><td>187</td><td>447</td></tr><tr><td>糖尿病</td><td>89</td><td>539</td></tr><tr><td>3疾患 いずれか</td><td>365</td><td>269</td></tr></table> ※問診結果による		治療中	治療なし	高血圧	247	387	脂質異常症	187	447	糖尿病	89	539	3疾患 いずれか	365	269
	治療中	治療なし																		
高血圧	247	387																		
脂質異常症	187	447																		
糖尿病	89	539																		
3疾患 いずれか	365	269																		
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)														
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓学会)														
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者														
該当者数	29 4.6%	9 1.4%	26 4.1%	11 1.7%	153 24.1%	88 13.9%														
治療なし	15 3.9%	3 1.1%	25 5.6%	7 1.6%	22 8.2%	38 7.1%														
(再掲) 特定保健指導	5 17.2%	1 11.1%	7 26.9%	3 27.3%	22 14.4%	3 3.4%														
治療中	14 5.7%	6 1.6%	1 0.5%	4 2.1%	131 35.9%	50 56.2%														
臓器障害 あり	5 33.3%	3 100.0%	11 44.0%	1 14.3%	8 36.4%	20 52.6%														
CKD(専門医対象者)	1	1	1	1	4	7														
心電図所見あり	5	3	11	1	7	16														
臓器障害 なし	10 66.7%	--	14 56.0%	6 85.7%	14 63.6%	18 47.4%														

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

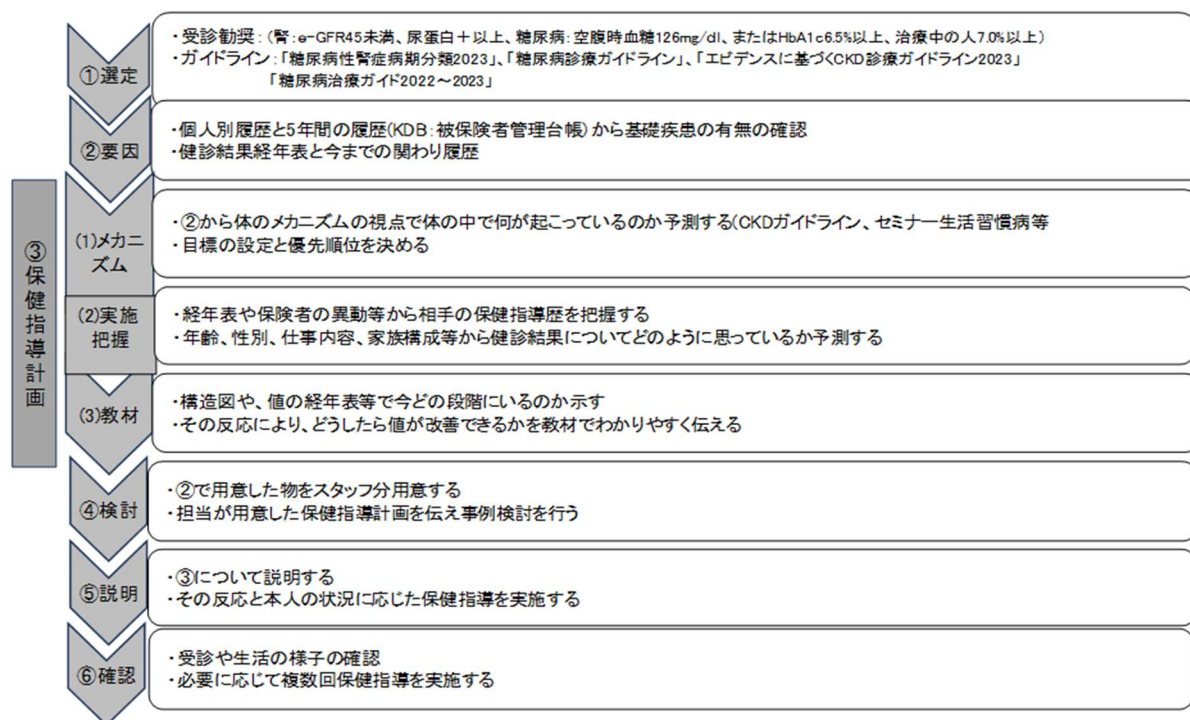
1) 基本的な考え方

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)及び佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

- (1) 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2)対象者の明確化

(1)対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者

なお、①～③の具体的な対象者は上峰町が策定している糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて抽出します。

(2)選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、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・糖尿病性腎症病気分類改定ワーキンググループ)を基盤とします。

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類 2023 ^{注1}		
病 期	尿中アルブミン・クレアチニン比(UACR, mg/g) あるいは 尿中蛋白・クレアチニン比(UPCR, g/g)	推算糸球体濾過量 ^{注3} (eGFR, mL/分/1.73m ²)
正常アルブミン尿期(第1期) ^{注2}	UACR30未満	30以上
微量アルブミン尿期(第2期) ^{注4}	UACR30～299	30以上
顕性アルブミン尿期(第3期) ^{注5}	UACR300以上あるいはUPCR0.5以上	30以上
GFR高度低下・末期腎不全期(第4期)	問わない	30未満
腎代替療法期(第5期)	透析療法中あるいは腎移植後	

注1: 糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。また評価の際には、腎症病期とともに、慢性腎臓病(CKD)重症度分類も併記することが望ましい。

注2: 正常アルブミン尿期は糖尿病性腎症の存在を否定するものではなく、この病期でも糖尿病性腎症に特有の組織変化を呈している場合がある。

注3: eGFR60mL/分/1.73m²未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外のCKDが存在しうするため、他のCKDとの鑑別診断が必要である。なお血清クレアチニンに基づくeGFRの低下を認めた場合、血清シスチンCに基づくeGFRを算出することで、より正確な腎機能を評価できる場合がある。

注4: 微量アルブミン尿を認めた患者では、糖尿病性腎症早期診断基準にしたがって鑑別診断を行ったうえで、微量アルブミン尿期と診断する。微量アルブミン尿は糖尿病性腎症の早期診断に必須のバイオマーカーであるのみならず、顕性アルブミン尿への移行及び大血管障害のリスクである。GFR60mL/分/1.73m²以上であっても微量アルブミン尿の早期発見が重要である。

注5: 顕性アルブミン尿の患者では、eGFR60mL/分/1.73m²未満からGFRの低下に伴い腎イベント(eGFRの半減、透析導入)が増加するため注意が必要である。

糖尿病性腎症病期分類 2023 では、尿中アルブミン・クレアチニン比（第3期では尿中蛋白・クレアチニン比）及び推算糸球体濾過量（eGFR）で把握していきます。

上峰町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため、腎機能（eGFR）の把握は可能です。

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した。

上峰町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、45人(33.6%・F)でした。また、40～74歳における糖尿病治療者301人のうち、特定健診受診者が89人(66.4%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者212人(70.4%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表 54 より上峰町においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・45人

優先順位 2

【保健指導】

- ・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）・・・59人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

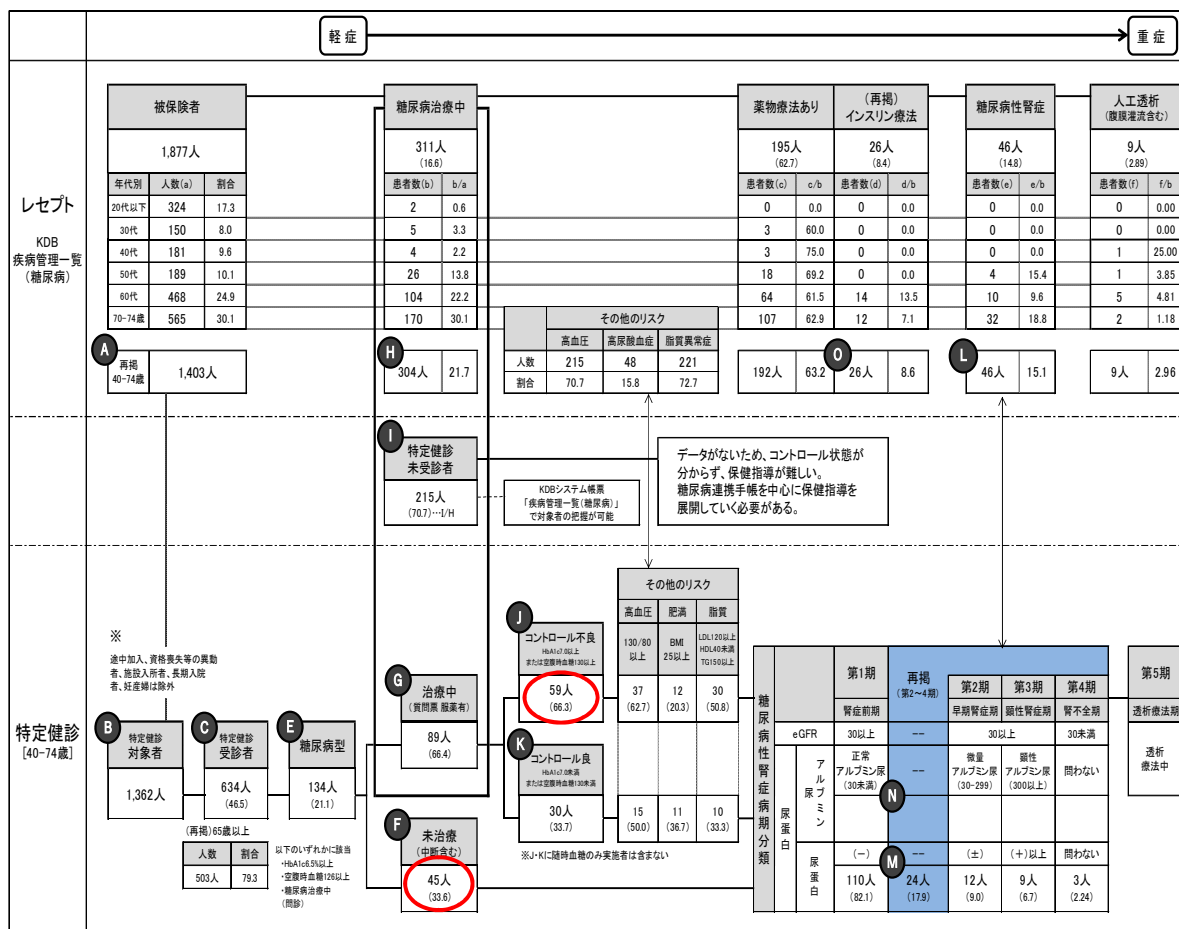
【保健指導】

- ・ I の中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳
- ・ 介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・ 医療機関と連携した保健指導

図表 54 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

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

令和04年度



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。上峰町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。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て行っています。

図表 55 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始めます
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・薬品・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

(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。上峰町では、腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、HbA1c6.5%以上の方には、尿中アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(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佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行っていきます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。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回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目			突 合 表	上峰町										同規模保険者(平均)	
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	①	被保険者数	A	1,813人		1,761人		1,703人		1,709人		1,688人			
	②	(再掲)40-74歳		1,391人		1,357人		1,345人		1,367人		1,345人			
2	①	対象者数	B	1,190人		1,185人		1,189人		1,150人		1,101人			
	②	特定健診 受診者数	C	601人		594人		502人		577人		598人			
	③	受診率		50.5%		50.1%		42.2%		50.2%		54.3%			
3	①	特定 保健指導 対象者数		65人		77人		58人		63人		56人			
	②	実施率		72.3%		54.5%		79.3%		79.4%		76.8%			
4	①	糖尿病型	E	125人	19.4%	127人	20.5%	108人	20.5%	134人	21.5%	135人	21.3%		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	49人	39.2%	41人	32.3%	30人	27.8%	41人	30.6%	46人	34.1%		
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	76人	60.8%	86人	67.7%	78人	72.2%	93人	69.4%	89人	65.9%		
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	53人	69.7%	55人	64.0%	44人	56.4%	58人	62.4%	59人	66.3%		
	⑤	血圧 130/80以上		38人	71.7%	41人	74.5%	27人	61.4%	38人	65.5%	37人	62.7%		
	⑥	肥満 BMI25以上	K	25人	47.2%	21人	38.2%	15人	34.1%	16人	27.6%	12人	20.3%		
	⑦	コントロール良好 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		23人	30.3%	31人	36.0%	34人	43.6%	35人	37.6%	30人	33.7%		
	⑧	第1期 尿蛋白(ー)	M	103人	82.4%	89人	70.1%	88人	81.5%	100人	74.6%	111人	82.2%		
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		13人	10.4%	20人	15.7%	14人	13.0%	17人	12.7%	12人	8.9%		
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		7人	5.6%	12人	9.4%	5人	4.6%	13人	9.7%	9人	6.7%		
	⑪	第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	1人	0.9%	4人	3.0%	3人	2.2%		
5	①	糖尿病受診率(被保険者対)		131.3人		124.9人		109.2人		129.3人		133.9人			
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)		168.9人		160.6人		138.3人		161.7人		167.3人			
	③	レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者対		1,315件	(988.0)	1,385件	(1047.7)	1,365件	(1017.9)	1,501件	(1122.7)	1,499件	(1203.0)	319,711件	(930.6)
	④	入院外(件数) 入院(件数)		2件	(1.5)	6件	(4.5)	5件	(3.7)	11件	(8.2)	9件	(7.2)	1,521件	(4.4)
	⑤	糖尿病治療中	H	238人	13.1%	220人	12.5%	186人	10.9%	221人	12.9%	226人	13.4%		
	⑥	(再掲)40-74歳		235人	16.9%	218人	16.1%	186人	13.8%	221人	16.2%	225人	16.7%		
	⑦	健診未受診者	I	159人	67.7%	142人	65.1%	108人	58.1%	128人	57.9%	136人	60.4%		
	⑧	インスリン治療	O	17人	7.1%	17人	7.7%	11人	5.9%	18人	8.1%	17人	7.5%		
	⑨	(再掲)40-74歳		16人	6.8%	16人	7.3%	11人	5.9%	18人	8.1%	17人	7.6%		
	⑩	糖尿病性腎症	L	22人	9.2%	17人	7.7%	20人	10.8%	36人	16.3%	32人	14.2%		
	⑪	(再掲)40-74歳		22人	9.4%	17人	7.8%	20人	10.8%	36人	16.3%	32人	14.2%		
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		2人	0.8%	2人	0.9%	4人	2.2%	4人	1.8%	7人	3.1%		
	⑬	(再掲)40-74歳		2人	0.9%	2人	0.9%	4人	2.2%	4人	1.8%	7人	3.1%		
	⑭	新規透析患者数		2	/	4	/	3	/	3	/	3	/		
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		0	0%	2	50%	0	0%	0	0%	1	33.30%		
	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)		5人	1.8%	5人	1.8%	6人	2.2%	6人	2.1%	5人	1.7%		
6	①	総医療費		7億2481万円		6億9339万円		7億2153万円		7億6146万円		7億3613万円		6億7051万円	
	②	生活習慣病総医療費		3億8769万円		3億9423万円		4億1354万円		4億4295万円		4億0120万円		3億5898万円	
	③	(総医療費に占める割合)		53.5%		56.9%		57.3%		58.2%		54.5%		53.5%	
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり		10,869円		11,421円		5,678円		10,727円		10,309円		9,063円	
	⑤	健診未受診者		33,650円		31,508円		41,896円		37,152円		35,360円		37,482円	
	⑥	糖尿病医療費		3054万円		3272万円		3350万円		3818万円		3846万円		4061万円	
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		7.9%		8.3%		8.1%		8.6%		9.6%		11.3%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費		9181万円		1億0932万円		1億0618万円		1億0868万円		1億2379万円			
	⑨	1件あたり		29,157円		34,465円		34,998円		34,667円		38,890円			
	⑩	糖尿病入院総医療費		8051万円		7088万円		9278万円		1億1146万円		8645万円			
	⑪	1件あたり		600,796円		553,778円		742,246円		748,069円		621,919円			
	⑫	在院日数		21日		18日		19日		20日		19日			
	⑬	慢性腎不全医療費		2880万円		3796万円		4197万円		4599万円		4975万円		2783万円	
	⑭	透析有り		2294万円		3560万円		4123万円		4496万円		4927万円		2567万円	
	⑮	透析なし		586万円		236万円		74万円		102万円		48万円		216万円	
7	①	介護給付費		6億0789万円		6億6144万円		6億9900万円		7億0438万円		6億9013万円		8億6719万円	
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%		
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	1.1%	622人	1.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

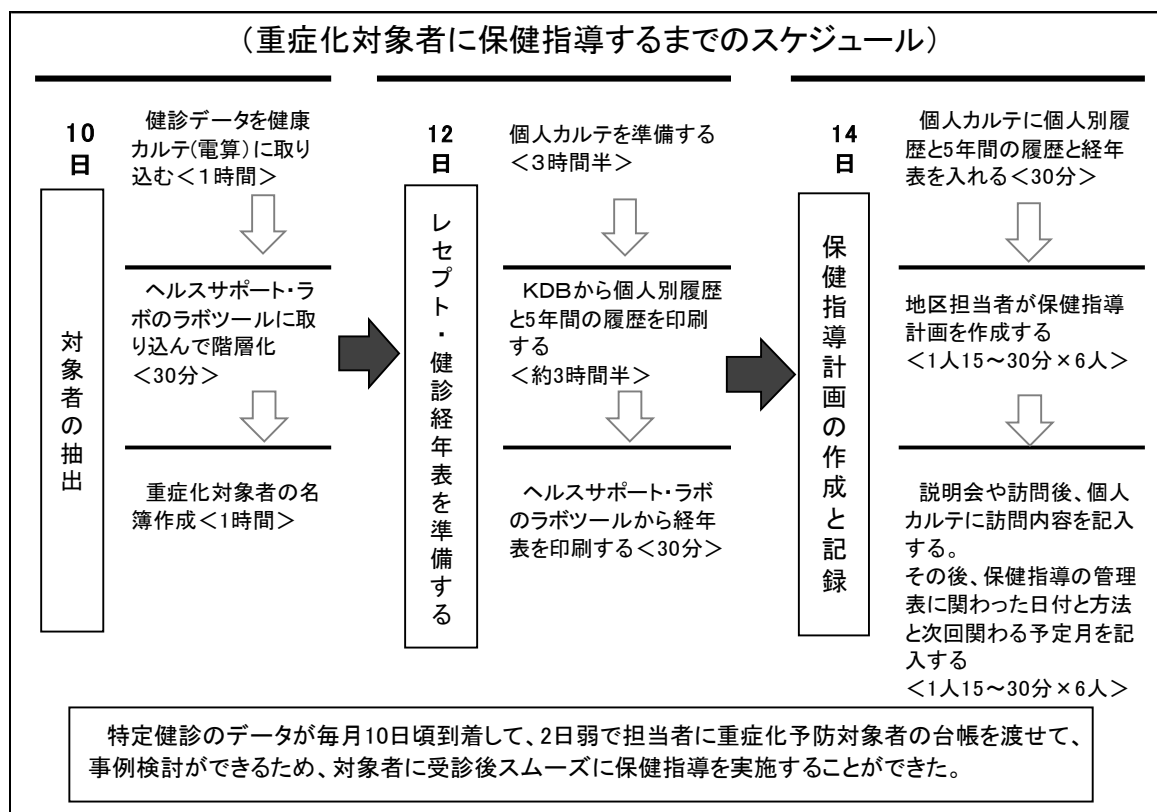
7) 実施期間及びスケジュール

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

5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

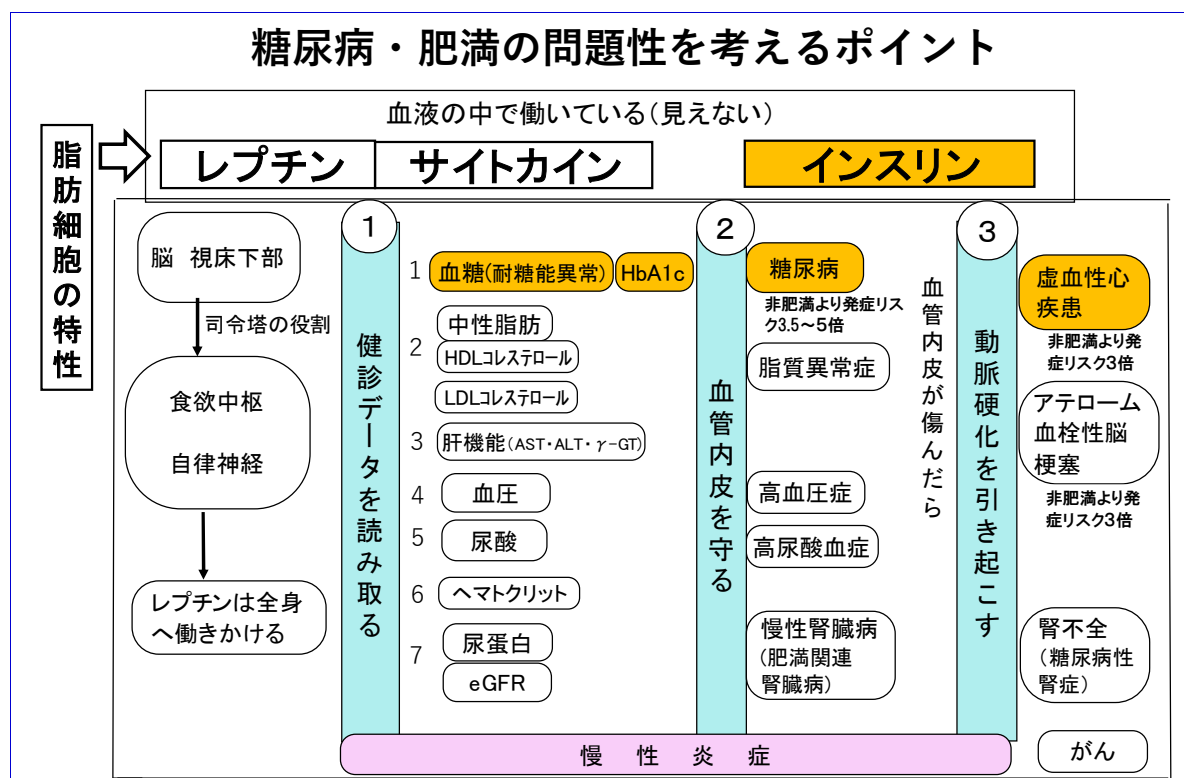
1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態であります。

「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より)

なお、取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59 肥満度分類による実態

		受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
						40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
再掲	総数	131	503	28	145	22	123	6	18	0	2	0	2
				21.4%	28.8%	16.8%	24.5%	4.6%	3.6%	0.0%	0.4%	0.0%	0.4%
	男性	59	238	16	79	14	69	2	9	0	1	0	0
				27.1%	33.2%	23.7%	29.0%	3.4%	3.8%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%
	女性	72	265	12	66	8	54	4	9	0	1	0	2
				16.7%	24.9%	11.1%	20.4%	5.6%	3.4%	0.0%	0.4%	0.0%	0.8%

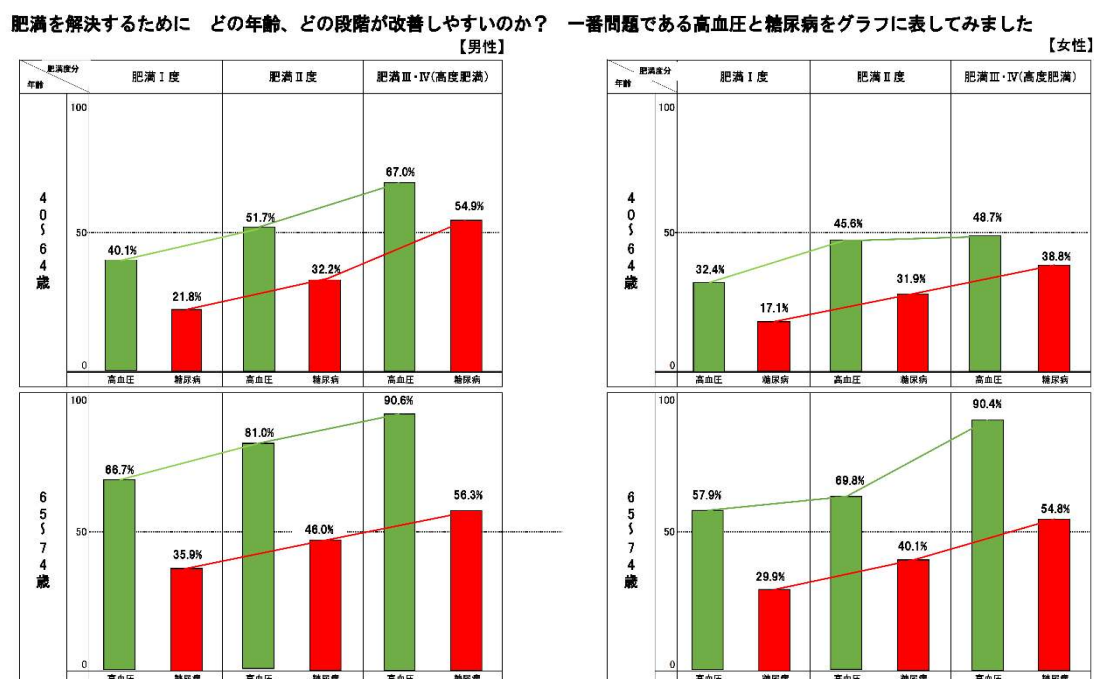
出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位をつけます。

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠(EBM)「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 60 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



② 保健指導を実施した時の住民の声(意識)から「日常生活」で困っていることを教えてもらいました。

図表 61 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる		肥満度			
		I 度	II 度	III 度	IV 度
		25～29.9	30～34.9	35～39.9	40～
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているから腸の蠕動もおこるよ	・逆流性食道炎になった。 ・便秘になって大変
排泄	排便			・便秘になって大変	・便秘になって大変
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる	・尿意を感じて夜中に3回起きる	・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって9年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする	・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩く足がしびれる	・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い
	日常動作		・屈めず、足の爪を切ることができない ・朝起きると体重で手がしびれて色が変わっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かしづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸	・2～3年前から胸の変な感じがある ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動機あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグッと	・動機がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動機が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している

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ります。そのことは、図表 61 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に図表 60 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満 I 度で、若い年代(40～64 歳)を対象とすることが効率いいことがわかります。

③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例

事例 N o	性別	発症 年齢	KDBから把握									特定 健診	転 帰
			レセプト										
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患				介護		
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症			
1	男	60代		●	●		●		●			メタボ	死亡
2	男	60代	●		●		●		●	●		メタボ	
3	男	50代	●				●	●	●		要介護2	メタボ	
4	男	50代		●		●	●	●	●	●		メタボ	
5	男	40代		●		●	●	●	●	●		メタボ	

3)対象者の明確化

図表 63 年代別メタボリック該当者の状況

			男性					女性				
			総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳
健診受診者		A	297	15	21	99	162	337	21	25	124	167
メタボ該当者		B	108	4	7	33	64	45	2	4	14	25
		B/A	36.4%	26.7%	33.3%	33.3%	39.5%	13.4%	9.5%	16.0%	11.3%	15.0%
再掲	① 3項目全て	C	38	1	4	14	19	11	0	0	4	7
		C/B	35.2%	25.0%	57.1%	42.4%	29.7%	24.4%	0.0%	0.0%	28.6%	28.0%
	② 血糖＋血圧	D	17	0	1	5	11	7	0	1	1	5
		D/B	15.7%	0.0%	14.3%	15.2%	17.2%	15.6%	0.0%	25.0%	7.1%	20.0%
	③ 血圧＋脂質	E	47	3	2	12	30	25	2	3	9	11
		E/B	43.5%	75.0%	28.6%	36.4%	46.9%	55.6%	100.0%	75.0%	64.3%	44.0%
	④ 血糖＋脂質	F	6	0	0	2	4	2	0	0	0	2
		F/B	5.6%	0.0%	0.0%	6.1%	6.3%	4.4%	0.0%	0.0%	0.0%	8.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 64 メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				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	297	108	36.4%	91	84.3%	17	15.7%	337	45	13.4%	40	88.9%	5	11.1%
40代	15	4	26.7%	0	0.0%	4	100.0%	21	2	9.5%	1	50.0%	1	50.0%
50代	21	7	33.3%	5	71.4%	2	28.6%	25	4	16.0%	3	75.0%	1	25.0%
60代	99	33	33.3%	30	90.9%	3	9.1%	124	14	11.3%	12	85.7%	2	14.3%
70～74歳	162	64	39.5%	56	87.5%	8	12.5%	167	25	15.0%	24	96.0%	1	4.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 63)は、男性で 50 代から受診者の 3 割を超えていますが、女性では 60 代・70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 64)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、全員がメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ④ 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。
- ⑤ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っています。

図表 65 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いときよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いのですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかららないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといひの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001 年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。上峰町においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施をします。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ③75 g 糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

でした。所見の中でも脚ブロックが 47 人(19.1%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 67)

また、有所見者のうち要精査が 17 人(6.9%)で、その後の受診状況をみると 5 人(24.9%)は未受診でした。(図表 68)。

医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、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た受診勧奨を行う必要があります。

図表 67 令和 4 年度心電図検査結果

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		有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
							人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内 訳	40～74歳		599	87.5	246	41.1%	14	5.7%	26	10.6%	3	1.2%	14	5.7%	8	3.3%	47	19.1%	9	3.7%	19	7.7%
	男性		275	86.2	128	46.5%	10	7.8%	8	6.3%	3	2.3%	7	5.5%	7	5.5%	27	21.1%	7	5.5%	9	7.0%
	女性		324	88.8	118	36.4%	4	3.4%	18	15.3%	0	0.0%	7	5.9%	1	0.8%	20	16.9%	2	1.7%	10	8.5%

出典：マルチマーカー、上峰町特定健診精密検査台帳

図表 68 令和 4 年度心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	246	41.1%	17	6.9%	12	70.6%	5	29.4%
男性	128	46.5%	8	6.3%	5	62.5%	3	37.5%
女性	118	36.4%	9	7.6%	7	77.8%	2	22.2%

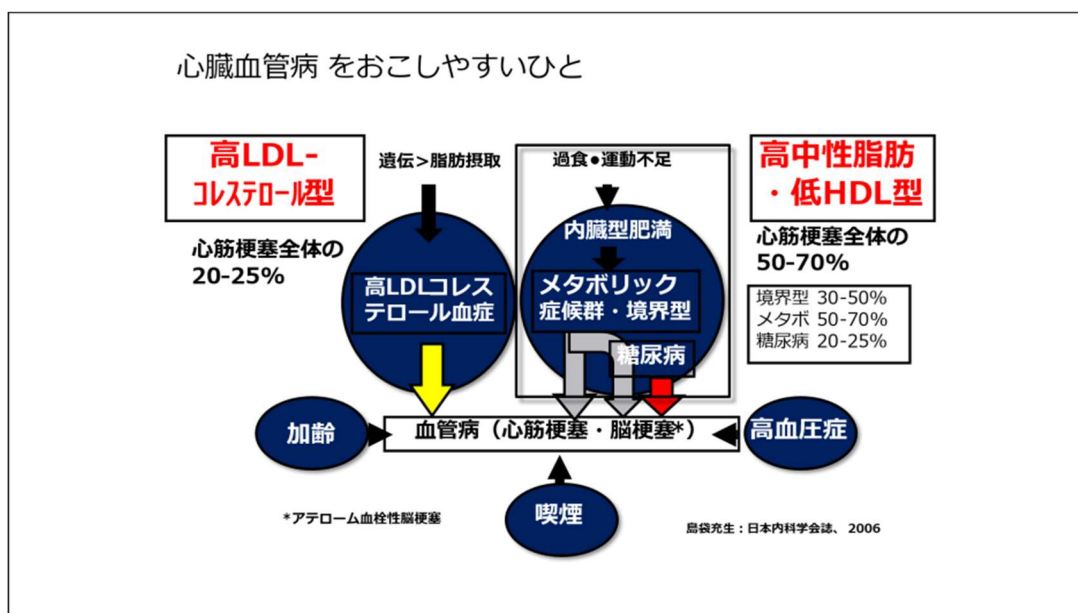
出典：マルチマーカー、上峰町特定健診精密検査台帳

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。(図表 69)

図表 69 心血管病をおこしやすいひと



図表 69 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、第 4 章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 63・64)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 70)

図表 70 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別					
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70〜74歳		
248			104	74	45	25	5	10	22	33		
			41.9%	29.8%	18.1%	10.1%	7.1%	14.3%	31.4%	47.1%		
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)	30	17	6	4	3	3	4	0	0	
			12.1%	16.3%	8.1%	8.9%	12.0%	60.0%	40.0%	0.0%	0.0%	
	中リスク	140未満 (170未満)	96	30	34	21	11	1	4	17	10	
			38.7%	28.8%	45.9%	46.7%	44.0%	20.0%	40.0%	77.3%	30.3%	
	高リスク	120未満 (150未満)	122	57	34	20	11	1	2	5	23	
			49.2%	54.8%	45.9%	44.4%	44.0%	20.0%	20.0%	22.7%	69.7%	
		再掲	100未満 (130未満) ※1	8	6	1	1	0	0	0	0	1
				3.2%	5.8%	1.4%	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.0%
	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)	0	0	0	0	0	0	0	0	
				0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者に判断。

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

図表 71 心電図所見からの保健指導教材（例示）

心電図所見からの保健指導教材
もくじ
心電図所見からどうすればいいの？ フロー図
資料A-1 休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです
資料A-2 私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞や心房細動を発症する前に
資料A-3 心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！
資料B-1 心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？
資料B-2 心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！！
資料C 左室肥大って？
資料D-1 不整脈・・・このくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの？
資料D-2 心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです
資料E ST変化・異常Q波 所見がある方へ
資料F 精密検査を受けて治療が必要になった方へ
資料G-1 狭心症になった人から学びました
資料G-2 健診データの色がついているところに○をしてみましょう
資料G-3 心臓の血管を守るために、今できることは何だろう？
資料G-4 肥満(BMI25以上)になると心臓はどうなるの？

(2) 二次健診の実施

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

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 202 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

上峰町においては、二次健診で頸部動脈エコー検査を実施しており、検査結果に応じた保健指導を実施しています。

(3) 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者への継続的な医療受診ができるよう、台帳を作成し経過を把握します。

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用する。

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

7) 実施期間及びスケジュール

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

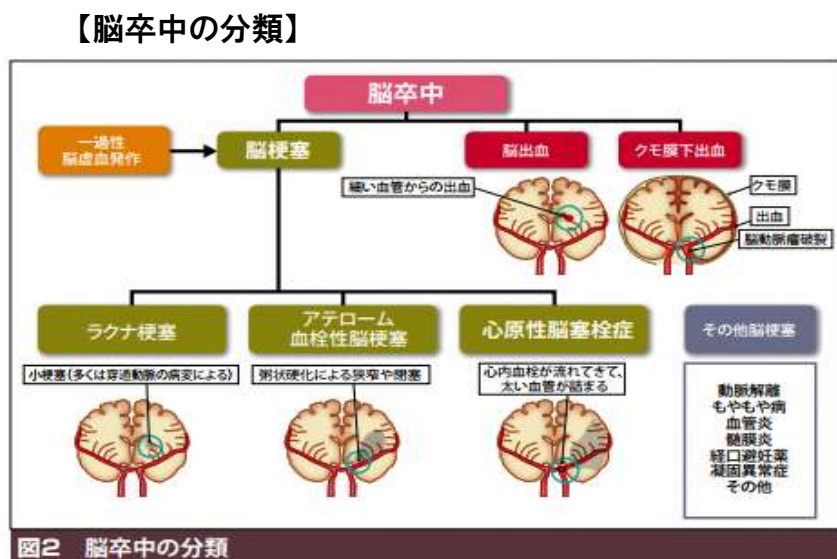
5 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

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 72,73)

図表 72 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 73 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 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。図表 74 でみると、高血圧治療者 602 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 66 人(11.0%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 29 人(4.5%)であり、そのうち 15 人(51.7%)は未治療者です。

医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

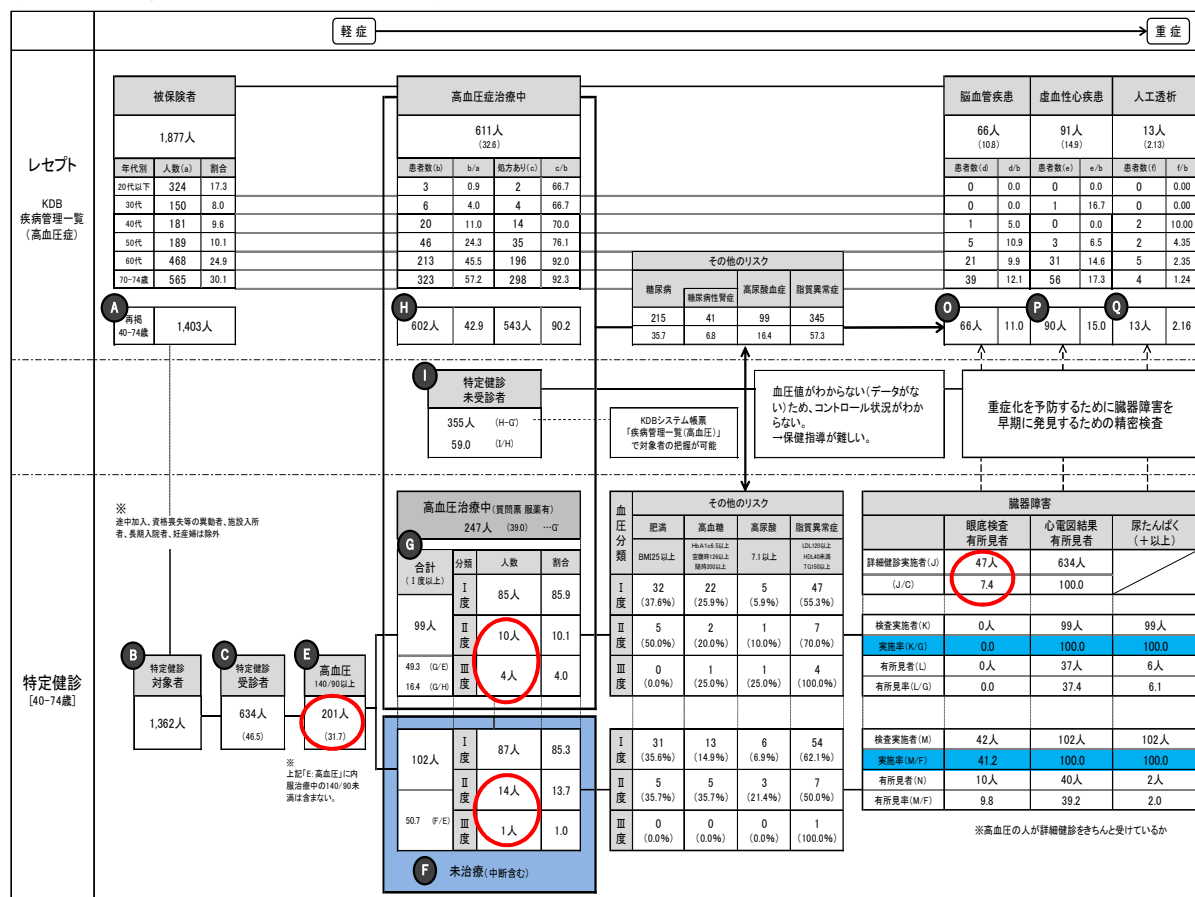
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 14 人(14.1%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

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の眼底検査(詳細検査)が、わずか 47 人(7.4%)しか実施していない状況です。眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、201 人(31.7%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し働きかけを行います。

図表 74 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



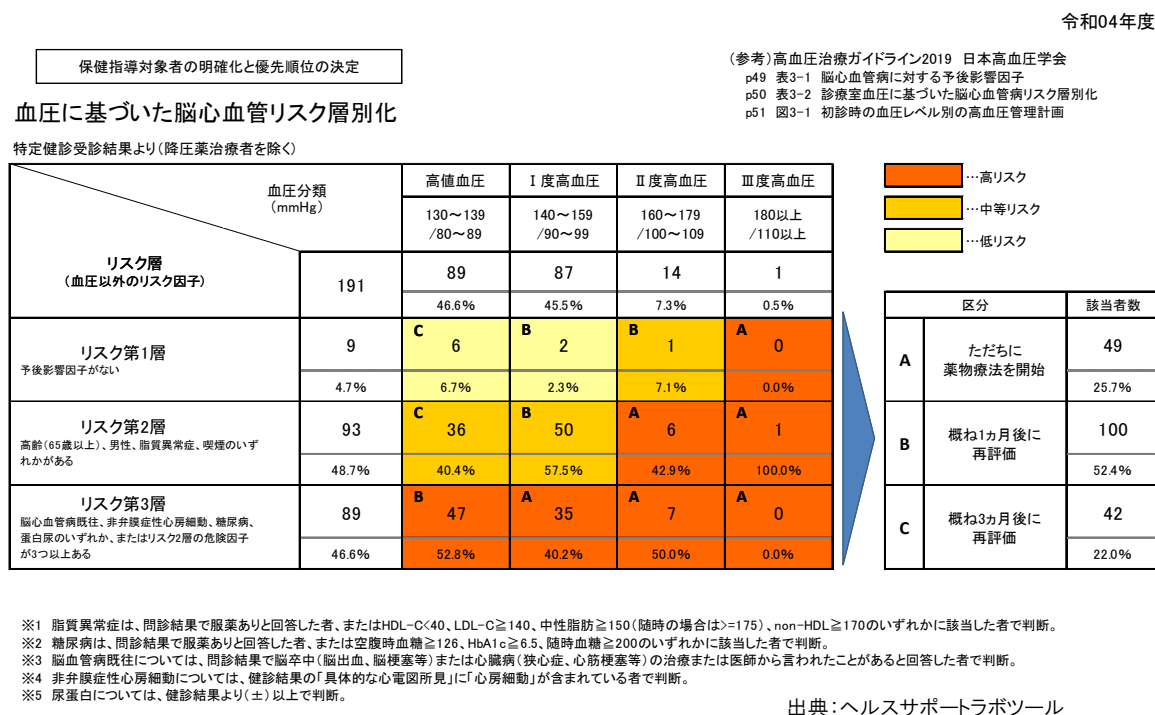
※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB医風介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

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

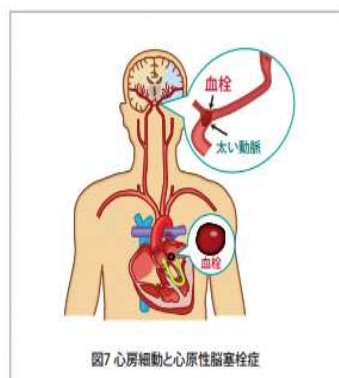
脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化



図表 75 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。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 76 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 76 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	297	337	297	100.0%	337	100.0%	7	2.4%	2	0.6%	--	--
40代	15	21	15	100.0%	21	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	21	25	21	100.0%	25	100.0%	0	0.0%	1	4.0%	0.8%	0.1%
60代	99	124	99	100.0%	124	100.0%	1	1.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	162	167	162	100.0%	167	100.0%	6	3.7%	1	0.6%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 77 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	%
9	2	22.2%	7	77.8%

上峰町調べ

令和4年度の心電図検査において9人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者9人のうち7人は既に治療が開始されていました。未治療者のうち1名は医療機関受診につながり、内服を開始しましたが、1人はまだ治療につながっていないため、継続した受診勧奨を行います。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。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。

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

(2) 二次健診の実施

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

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

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

上峰町においては、二次健診で頸部動脈エコー検査を実施しており、検査結果に応じた保健指導を実施しています。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、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) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

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

7) 実施期間及びスケジュール

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

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

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。

上峰町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見っていく必要があります。そのため、乳幼児の健診等においても、生活習慣病予防のための保健指導を行っていきます。

図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

上峰町 ライフサイクルで糖尿病を考える

R4年度

発症予防

重症化予防

健康増進法

母子保健法

学校保健法

労働安全衛生法

高齢者医療確保法

保健事業

実施人数及び対象者

①
H
b
A
1
c
・
血
糖

受診率 検診2回目
74人 血糖95以上
人数 17
割合 23.0

受診者 妊前糖尿病
74人
人数 1
割合 1.3

②
肥
満

児

成人
BMI
25以上

人数 16
割合 18.0

③
尿
糖

陽性

陽性
受診者74人
人数 19
割合 25.7

④遺伝

⑤治療中

⑥介護

出生時
4000g以上
人数 0
割合 0

カウプ18以上
人数 24
割合 27.5

人数 16
割合 20.3

肥満度15%以上
人数 7
割合 7.2

人数 3
割合 4.3

人数 3
割合 5.2

肥満度20%以上
人数 55
割合 9.3

データなし

		正常範囲		境界領域		糖尿病領域						
糖尿病判定HbA1c (%)		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0～		
国	40～74歳	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	肥あり	1614	559	34.4	268	16.6	82	5.1	71	4.4	21	1.3
	肥なし											
	合計	684	272	39.8	140	20.5	58	8.5	55	8.0	14	2.0
上峰町	肥あり	292	103	37.9	68	48.6	34	58.6	24	43.6	9	64.3
	肥なし	392	169	62.1	72	51.4	24	41.4	31	56.4	5	35.7
	合計	1488	604	40.9	344	23.0	149	75.8	52	53.9	37	20.7
	肥あり	611,580	204,008	40.4	114,473	52.5	47,066	61.9	35,512	65.8	14,463	69.8
494 市町村計	肥あり	854,804	300,491	59.6	103,430	47.5	28,921	38.1	18,418	34.2	6,244	30.2
	肥なし											

注：令和5年度 国民健康調査、494市町村：保健推進ツールより（※2年度未満計）、上峰町：マルマール・エー
肥満ありの取り方：肥満度率以上またはBMI25以上

2次試験75g
糖負荷試験結果

実測人数	人数	割合
8人	0	0
糖尿病型	5	56

40～50代	55～74歳
人数 19 割合 23.1	人数 158 割合 28.6

人数 39 割合 5.7

治療中
人数 88 割合 12.9

治療中
人数 244 割合 56

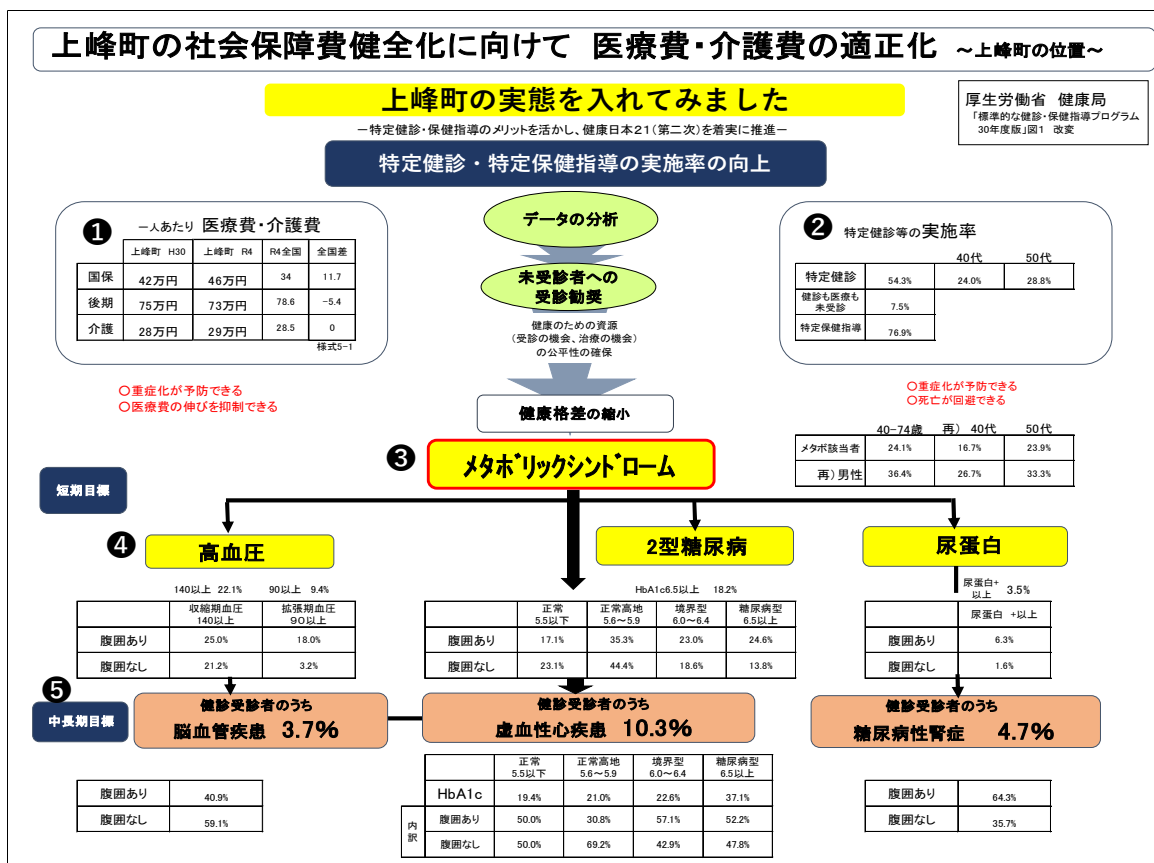
要介護3～5			うち糖尿病患者		
人数	人数	割合	人数	人数	割合
認知症	82	30	36.6		
脳血管疾患	52	16	30.8		
虚血性心疾患	33	17	51.5		
骨折	35	12	34.3		
腎不全	34	12	35.3		

※妊娠中のみR3年度データ

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、町の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、広く町民へ周知していきます。(図表 80, 81)

図表 80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 81 統計からみえる上峰町(佐賀県)の食

統計からみえる上峰町の食		～ 総務省統計局 家計調査 2019～2021年平均 ～	
食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
冷凍調理食品	4位	魚類	35位
即席めん	3位	葉野菜	42位
魚肉練製品	5位	牛乳	43位
カレールウ	5位	しいたけ等	37位
調理パン	9位	わかめ	49位
		豆腐	23位
店舗・種別	店舗数 (人口10万対)		
飲食店総数	20位		
ハンバーガー店	5位		
すし店	12位		
持ち帰り・配達・飲食サービス	13位		

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)	・特定健診実率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。

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のが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた上峰町の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた上峰町の位置

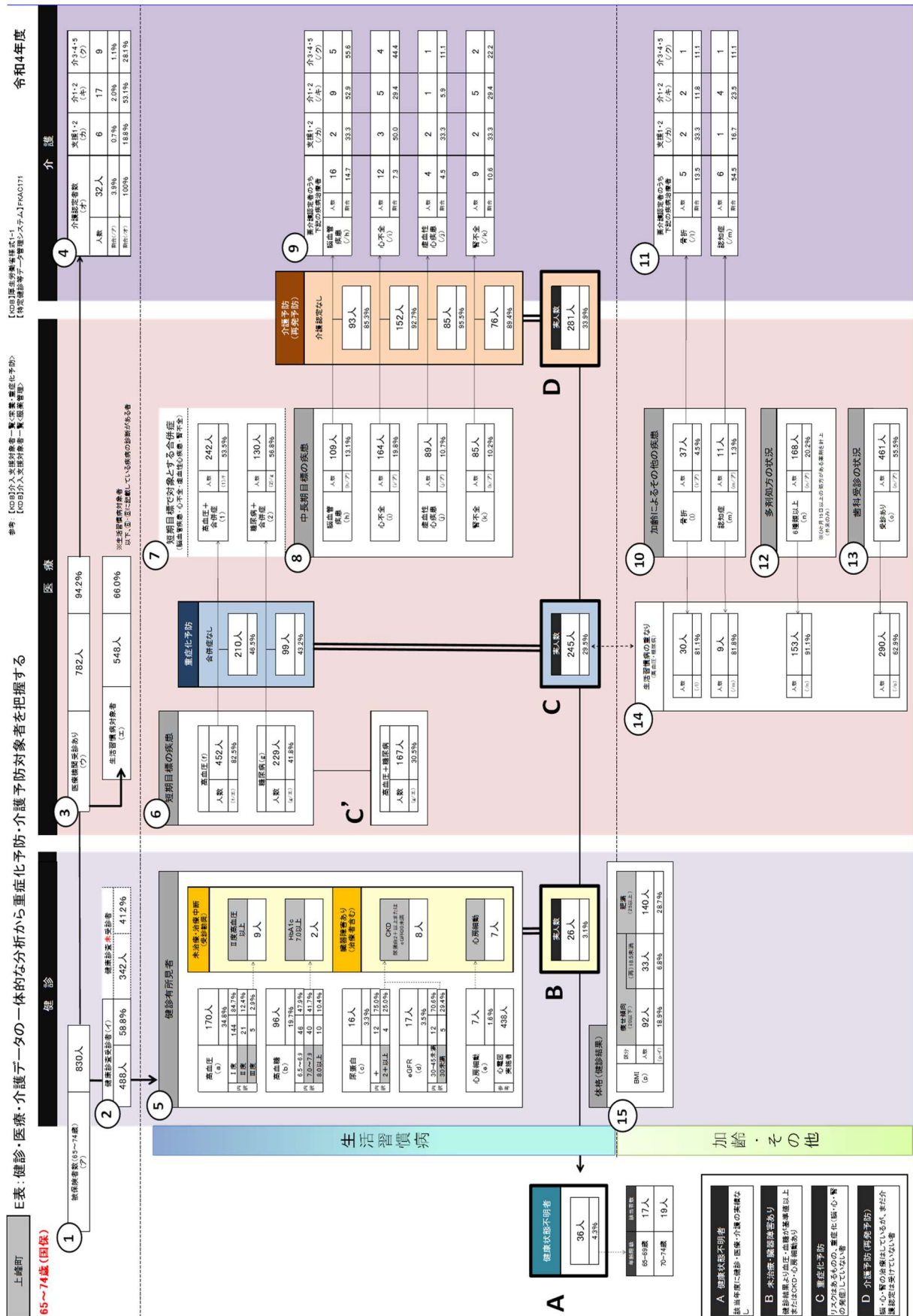
項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	人口構成	総人口	9,071		1,680,058		797,881		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			65歳以上(高齢化率)	2,422	26.7	662,426	39.4	246,061	30.8	35,335,805	28.7		
			75歳以上	1,167	12.9	--	--	125,245	15.7	18,248,742	14.8		
			65～74歳	1,255	13.8	--	--	120,816	15.1	17,087,063	13.9		
			40～64歳	2,938	32.4	--	--	253,839	31.8	41,545,893	33.7		
		39歳以下	3,711	40.9	--	--	297,981	37.3	46,332,563	37.6			
	②	産業構成	第1次産業	5.0		17.0		8.7		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			第2次産業	29.4		25.3		24.2		25.0			
			第3次産業	65.6		57.7		67.1		71.0			
	③	平均寿命	男性	80.8		80.4		80.7		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性			87.0		86.9		87.1		87.0				
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性 ※保険者欄は二次医療圏データ	80.6		79.5		80.1		80.1				
		女性 ※保険者欄は二次医療圏データ	84.3		84.2		85.2		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	99.0		103.1		102.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	99.7		101.3		99.1		100		
			死因	がん	29	60.4	7,089	46.3	2,689	51.1	378,272	50.6	
				心臓病	13	27.1	4,562	29.8	1,488	28.3	205,485	27.5	
				脳疾患	3	6.3	2,404	15.7	687	13.0	102,900	13.8	
				糖尿病	1	2.1	283	1.8	95	1.8	13,896	1.9	
				腎不全	1	2.1	622	4.1	198	3.8	26,946	3.6	
				自殺	1	2.1	346	2.3	108	2.1	20,171	2.7	
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査	
			男性										
				女性									
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	418	17.1	127,161	19.4	45,455	18.6	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握
新規認定者				9	0.2	2,078	0.3	831	0.3	110,289	0.3		
介護度別 総件数				要支援1.2	1,099	12.4	365,856	13.2	192,586	19.1	21,785,044	12.9	
				要介護1.2	4,502	50.8	1,297,770	46.8	500,432	49.6	78,107,378	46.3	
				要介護3以上	3,259	36.8	1,111,908	40.1	316,821	31.4	68,963,503	40.8	
2号認定者				6	0.20	2,073	0.39	825	0.33	156,107	0.38		
②		有病状況	糖尿病	103	24.6	30,162	22.6	11,160	23.4	1,712,613	24.3		
			高血圧症	271	64.0	71,773	54.3	28,610	60.7	3,744,672	53.3		
			脂質異常症	124	29.5	39,654	29.6	16,120	33.7	2,308,216	32.6		
			心臓病	303	71.0	80,304	60.9	32,225	68.4	4,224,628	60.3		
			脳疾患	121	28.7	30,910	23.8	13,290	28.7	1,568,292	22.6		
			がん	64	16.5	14,782	11.0	6,572	14.0	837,410	11.8		
			筋・骨格	244	58.9	71,540	54.1	28,736	61.0	3,748,372	53.4		
			精神	173	44.0	49,589	37.8	21,641	46.2	2,569,149	36.8		
③		介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	284,941	690,128,119	314,188	208,126,001,519	286,277	70,441,691,145	290,668	100,742,728,899		
			1件当たり給付費(全体)	77,893		74,986		69,755		59,662			
			居宅サービス	51,606		43,722		50,348		41,272			
			施設サービス	282,654		289,312		290,902		296,364			
④		医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	9,094		9,224		9,309		8,610			
			認定あり	4,329		4,375		4,328		4,020			
4		①	国保の状況	被保険者数	1,611		427,153		172,974		27,488,882		
	65～74歳			833	51.7			78,402	45.3	11,129,271	40.5		
	40～64歳			413	25.6			53,309	30.8	9,088,015	33.1		
	39歳以下			365	22.7			41,263	23.9	7,271,596	26.5		
	加入率			17.8		25.6		21.7		22.3			
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.6	150	0.4	100	0.6	8,237	0.3		
			診療所数	5	3.1	1,147	2.7	691	4.0	102,599	3.7		
			病床数	56	34.8	15,964	37.4	14,451	83.5	1,507,471	54.8		
			医師数	9	5.6	1,780	4.2	2,445	14.1	339,611	12.4		
			外来患者数	847.3		692.2		784.4		687.8			
			入院患者数	28.6		22.7		27.7		17.7			
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費	456,939	県内13位 同規模20位	376,732		431,999		339,680			
			受診率	875.876		714.851		812.114		705.439			
			外来	費用の割合	53.8		56.3		53.8		60.4		
件数の割合				96.7		96.8		96.6		97.5			
入院			費用の割合	46.2		43.7		46.2		39.6			
			件数の割合	3.3		3.2		3.4		2.5			
1件あたり在院日数			18.9日		16.4日		17.9日		15.7日				

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	101,090,430	25.2	31.3	27.2	32.2	KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題				
			慢性腎不全(透析あり)	49,268,880	12.3	7.2	10.2	8.2					
			糖尿病	38,454,980	9.6	11.3	9.2	10.4					
			高血圧症	20,530,770	5.1	6.6	5.6	5.9					
			脂質異常症	14,659,370	3.7	3.8	3.7	4.1					
			脳梗塞・脳出血	28,959,240	7.2	3.9	4.0	3.9					
			狭心症・心筋梗塞	6,951,670	1.7	2.8	2.0	2.8					
			精神	63,711,210	15.9	14.9	20.3	14.7					
	筋・骨格	73,783,280	18.4	17.3	16.8	16.7							
	⑤	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	273	0.1	430	0.3	370	0.2	256	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分類)
				糖尿病	1,766	0.8	1,426	0.9	1,416	0.7	1,144	0.9	
				脂質異常症	--	--	69	0.0	64	0.0	53	0.0	
				脳梗塞・脳出血	16,984	8.0	6,762	4.1	8,250	4.1	5,993	4.5	
				虚血性心疾患	2,300	1.1	4,422	2.7	3,573	1.8	3,942	2.9	
腎不全				17,400	8.2	4,755	2.9	6,245	3.1	4,051	3.0		
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	12,471	5.1	12,793	6.0	12,536	5.4	10,143	4.9		
			糖尿病	22,141	9.0	21,925	10.3	20,303	8.7	17,720	8.6		
			脂質異常症	9,100	3.7	7,608	3.6	8,279	3.6	7,092	3.5		
			脳梗塞・脳出血	992	0.4	943	0.4	1,022	0.4	825	0.4		
			虚血性心疾患	2,657	1.1	1,933	0.9	1,800	0.8	1,722	0.8		
			腎不全	26,822	10.9	16,719	7.9	23,024	9.9	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	4,409		3,122		3,014		2,031	KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題		
			健診未受診者	15,122		12,911		14,170		13,295			
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	10,309		9,063		7,990		6,142			
			健診未受診者	35,360		37,482		37,560		40,210			
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者		392	65.6	83,590	58.2	26,358	55.3	3,897,959	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握	
			医療機関受診率	368	61.5	75,130	52.4	23,930	50.3	3,558,319	52.0		
			医療機関非受診率	24	4.0	8,460	5.9	2,428	5.1	339,640	5.0		
5	①	特定健診の 状況 県内市町村数 23市町村 同規模市区町村数 240市町村	健診受診者		598		143,504		47,621		6,841,520	KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握	
	受診率			54.0	県内4位 同規模52位	45.9	40.2	全国17位	37.3				
				特定保健指導終了者(実施率)		40	61.5	4,725	27.4	1,862	34.1		128,960
	非肥満高血糖			69	11.5	14,689	10.2	4,601	9.7	618,057	9.0		
	メタボ		該当者	143	23.9	31,140	21.7	10,421	21.9	1,388,590	20.3		
				男性	100	35.7	21,946	32.2	7,081	33.0	970,094		32.0
				女性	43	13.5	9,194	12.2	3,340	12.8	418,496		11.0
				予備群	82	13.7	16,641	11.6	5,820	12.2	768,935		11.2
				男性	51	18.2	11,760	17.3	3,965	18.5	542,453		17.9
				女性	31	9.7	4,881	6.5	1,855	7.1	226,482		5.9
	メタボ 該当・予備群 レベル		腹囲	総数	242	40.5	52,541	36.6	18,385	38.6	2,391,618		35.0
				男性	162	57.9	36,942	54.3	12,438	58.0	1,674,817		55.3
				女性	80	25.2	15,599	20.7	5,947	22.7	716,801		18.8
			BMI	総数	12	2.0	8,377	5.8	1,830	3.8	321,466		4.7
				男性	0	0.0	1,418	2.1	262	1.2	51,547		1.7
				女性	12	3.8	6,959	9.2	1,568	6.0	269,919		7.1
				血糖のみ	4	0.7	991	0.7	493	1.0	43,725		0.6
				血圧のみ	62	10.4	12,145	8.5	3,886	8.2	541,974		7.9
				脂質のみ	16	2.7	3,505	2.4	1,441	3.0	183,236		2.7
血糖・血圧		23		3.8	5,273	3.7	1,816	3.8	204,070	3.0			
血糖・脂質		9		1.5	1,504	1.0	752	1.6	70,564	1.0			
血圧・脂質		67		11.2	13,907	9.7	4,423	9.3	662,217	9.7			
血糖・血圧・脂質		44		7.4	10,456	7.3	3,430	7.2	451,739	6.6			
6	① ②	問診の状況	服薬	高血圧	230	38.5	56,760	39.6	17,874	37.5	2,437,293	35.6	
				糖尿病	83	13.9	15,142	10.6	5,452	11.4	591,972	8.7	
				脂質異常症	174	29.1	39,962	27.9	13,867	29.1	1,907,025	27.9	
			既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	12	2.1	4,485	3.3	767	1.8	208,100	3.1	
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	14	2.5	8,487	6.2	1,110	2.5	366,617	5.5	
				腎不全	3	0.5	1,312	0.9	331	0.8	54,096	0.8	
貧血	80	14.3	12,487	9.0	3,965	9.1	704,463	10.7					
6	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬	生活習慣の 状況	喫煙	91	15.2	21,633	15.1	6,552	13.8	944,145	13.8		
			週3回以上朝食を抜く	41	7.3	11,696	8.6	4,654	10.1	646,557	10.4		
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	70	12.5	22,120	16.4	6,349	13.8	981,532	15.7		
			週3回以上就寝前夕食	70	12.5	22,120	16.4	6,349	13.8	981,532	15.7		
			食べる速度が速い	144	25.7	35,821	26.4	12,462	27.2	1,666,344	26.8		
			20歳時体重から10kg以上増加	206	36.8	48,710	35.9	16,523	36.0	2,184,280	35.0		
			1回30分以上運動習慣なし	314	56.1	88,676	65.2	26,664	57.9	3,763,456	60.4		
			1日1時間以上運動なし	197	35.2	63,908	47.0	20,939	45.6	2,993,291	48.0		
			睡眠不足	120	21.4	32,860	24.2	10,909	23.7	1,593,714	25.6		
			毎日飲酒	128	21.4	36,714	26.4	11,830	25.5	1,666,174	25.5		
			時々飲酒	99	16.6	29,239	21.1	9,430	20.4	1,469,490	22.5		
			一日飲酒量	1合未満	120	52.2	55,020	59.9	12,261	52.5	2,987,540	64.1	
				1～2合	79	34.3	24,364	26.5	7,603	32.5	1,106,496	23.7	

①40～64 歳(国保)

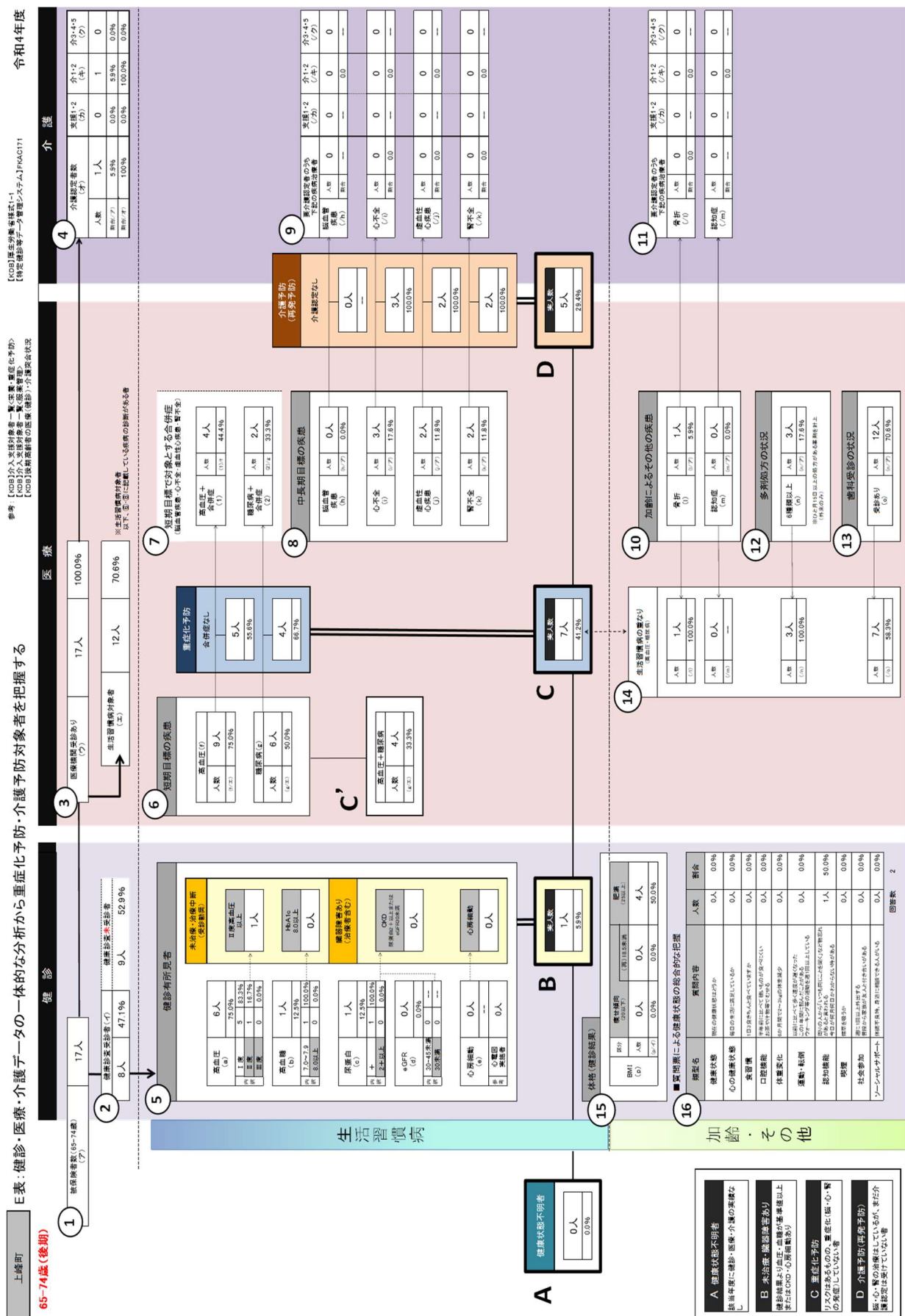


② 65～74 歳(国保)



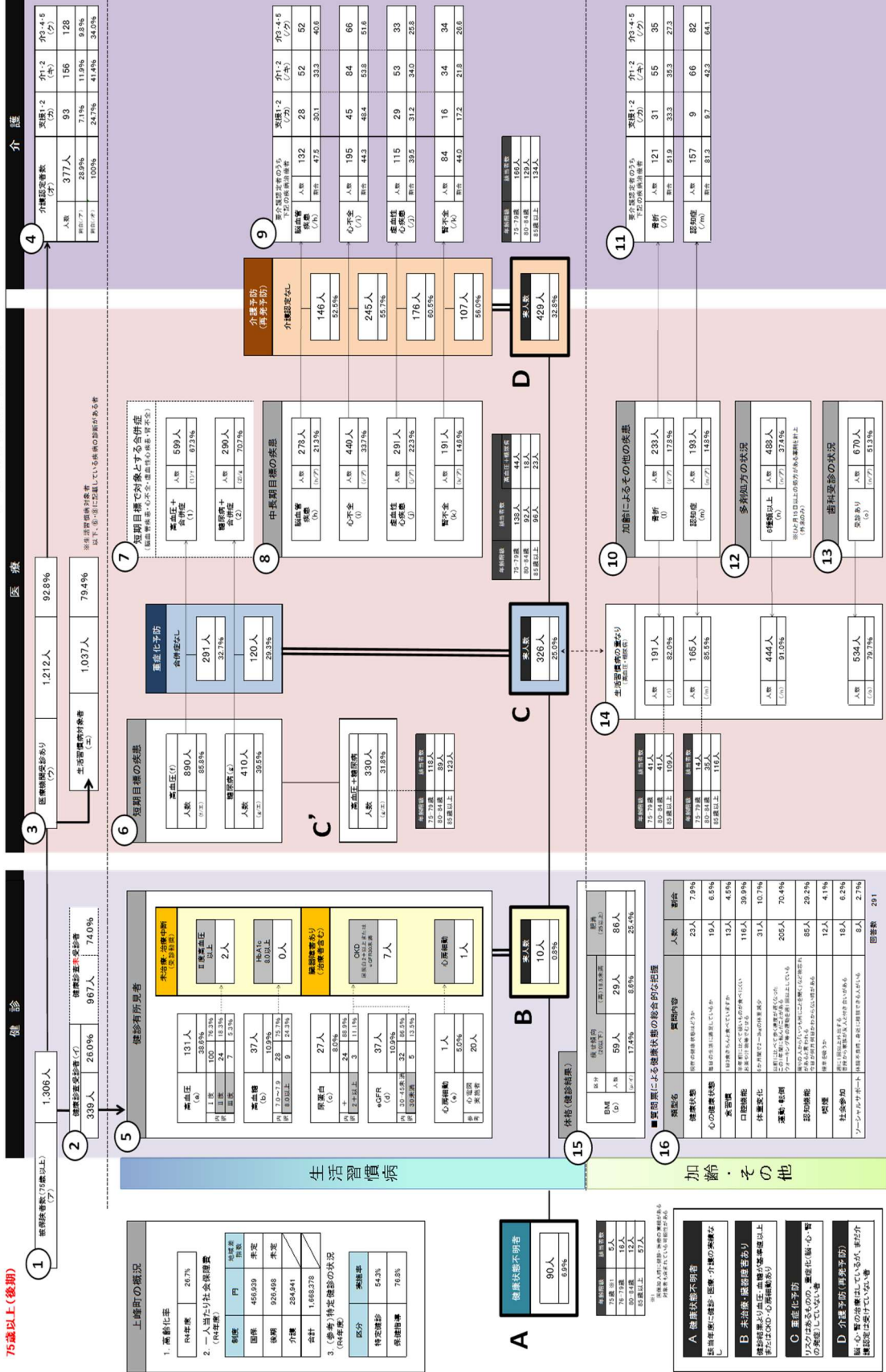
③65～74 歳(後期)

E表: 健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する



④75 歳以上(後期)

E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する



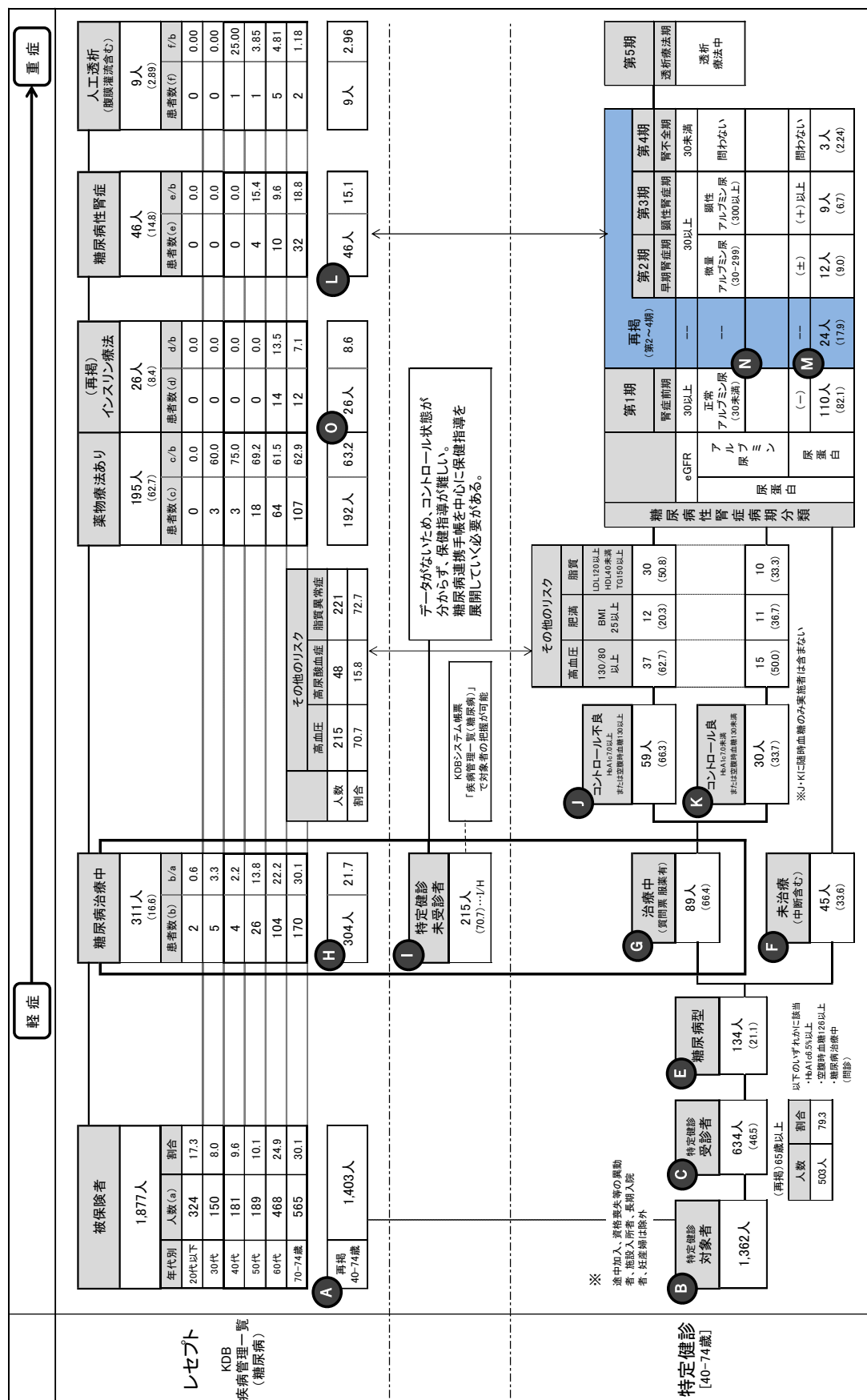
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			実 合 表	上峰町										同規模保険者(平均)	
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	①	被保険者数	A	1,813人		1,761人		1,703人		1,709人		1,688人			
	②	(再掲)40-74歳		1,391人		1,357人		1,345人		1,367人		1,345人			
2	①	対象者数	B	1,190人		1,185人		1,189人		1,150人		1,101人			
	②	受診者数	C	601人		594人		502人		577人		598人			
	③	受診率		50.5%		50.1%		42.2%		50.2%		54.3%			
3	①	特定 保健指導		65人		77人		58人		63人		56人			
	②	実施率		72.3%		54.5%		79.3%		79.4%		76.8%			
4	①	糖尿病型	E	125人	19.4%	127人	20.5%	108人	20.5%	134人	21.5%	135人	21.3%		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	49人	39.2%	41人	32.3%	30人	27.8%	41人	30.6%	46人	34.1%		
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	76人	60.8%	86人	67.7%	78人	72.2%	93人	69.4%	89人	65.9%		
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	53人	69.7%	55人	64.0%	44人	56.4%	58人	62.4%	59人	66.3%		
	⑤	血圧 130/80以上		38人	71.7%	41人	74.5%	27人	61.4%	38人	65.5%	37人	62.7%		
	⑥	肥満 BMI25以上		25人	47.2%	21人	38.2%	15人	34.1%	16人	27.6%	12人	20.3%		
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	23人	30.3%	31人	36.0%	34人	43.6%	35人	37.6%	30人	33.7%		
	⑧	第1期 尿蛋白(一)	M	103人	82.4%	89人	70.1%	88人	81.5%	100人	74.6%	111人	82.2%		
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		13人	10.4%	20人	15.7%	14人	13.0%	17人	12.7%	12人	8.9%		
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		7人	5.6%	12人	9.4%	5人	4.6%	13人	9.7%	9人	6.7%		
	⑪	第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	1人	0.9%	4人	3.0%	3人	2.2%		
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		131.3人		124.9人		109.2人		129.3人		133.9人			
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)		168.9人		160.6人		138.3人		161.7人		167.3人			
	③	レセプト件数 (40-74歳)	入院(件数)	1,315件	(988.0)	1,385件	(1047.7)	1,365件	(1017.9)	1,501件	(1122.7)	1,499件	(1203.0)	319,711件	(930.6)
	④	(1人1被保険者千対)	入院(件数)	2件	(1.5)	6件	(4.5)	5件	(3.7)	11件	(8.2)	9件	(7.2)	1,521件	(4.4)
	⑤	糖尿病治療中	H	238人	13.1%	220人	12.5%	186人	10.9%	221人	12.9%	226人	13.4%		
	⑥	(再掲)40-74歳		235人	16.9%	218人	16.1%	186人	13.8%	221人	16.2%	225人	16.7%		
	⑦	健診未受診者	I	159人	67.7%	142人	65.1%	108人	58.1%	128人	57.9%	136人	60.4%		
	⑧	インスリン治療	O	17人	7.1%	17人	7.7%	11人	5.9%	18人	8.1%	17人	7.5%		
	⑨	(再掲)40-74歳		16人	6.8%	16人	7.3%	11人	5.9%	18人	8.1%	17人	7.6%		
	⑩	糖尿病性腎症	L	22人	9.2%	17人	7.7%	20人	10.8%	36人	16.3%	32人	14.2%		
	⑪	(再掲)40-74歳		22人	9.4%	17人	7.8%	20人	10.8%	36人	16.3%	32人	14.2%		
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		2人	0.8%	2人	0.9%	4人	2.2%	4人	1.8%	7人	3.1%		
	⑬	(再掲)40-74歳		2人	0.9%	2人	0.9%	4人	2.2%	4人	1.8%	7人	3.1%		
	⑭	新規透析患者数		2		4		3		3		3			
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		0	0%	2	50%	0	0%	0	0%	1	33.30%		
	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)		5人	1.8%	5人	1.8%	6人	2.2%	6人	2.1%	5人	1.7%		
6	①	総医療費		7億2481万円		6億9339万円		7億2153万円		7億6146万円		7億3613万円		6億7051万円	
	②	生活習慣病総医療費		3億8769万円		3億9423万円		4億1354万円		4億4295万円		4億0120万円		3億5898万円	
	③	(総医療費に占める割合)		53.5%		56.9%		57.3%		58.2%		54.5%		53.5%	
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	10,869円		11,421円		5,678円		10,727円		10,309円		9,063円	
	⑤		健診未受診者	33,656円		31,508円		41,896円		37,152円		35,360円		37,482円	
	⑥	糖尿病医療費		3054万円		3272万円		3350万円		3818万円		3846万円		4061万円	
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		7.9%		8.3%		8.1%		8.6%		9.6%		11.3%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費		9181万円		1億0932万円		1億0618万円		1億0868万円		1億2379万円			
	⑨	1件あたり		29,157円		34,465円		34,998円		34,667円		38,890円			
	⑩	糖尿病入院総医療費		8051万円		7088万円		9278万円		1億1146万円		8645万円			
	⑪	1件あたり		600,796円		553,778円		742,246円		748,069円		621,919円			
	⑫	在院日数		21日		18日		19日		20日		19日			
	⑬	慢性腎不全医療費		2880万円		3796万円		4197万円		4599万円		4975万円		2783万円	
	⑭	透析有り		2294万円		3560万円		4123万円		4496万円		4927万円		2567万円	
	⑮	透析なし		586万円		236万円		74万円		102万円		48万円		216万円	
7	①	介護給付費		6億0789万円		6億6144万円		6億9900万円		7億0438万円		6億9013万円		8億6719万円	
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%			
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)	0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		1人 1.1%		622人 1.0%	

糖尿病患者と健診データの実合

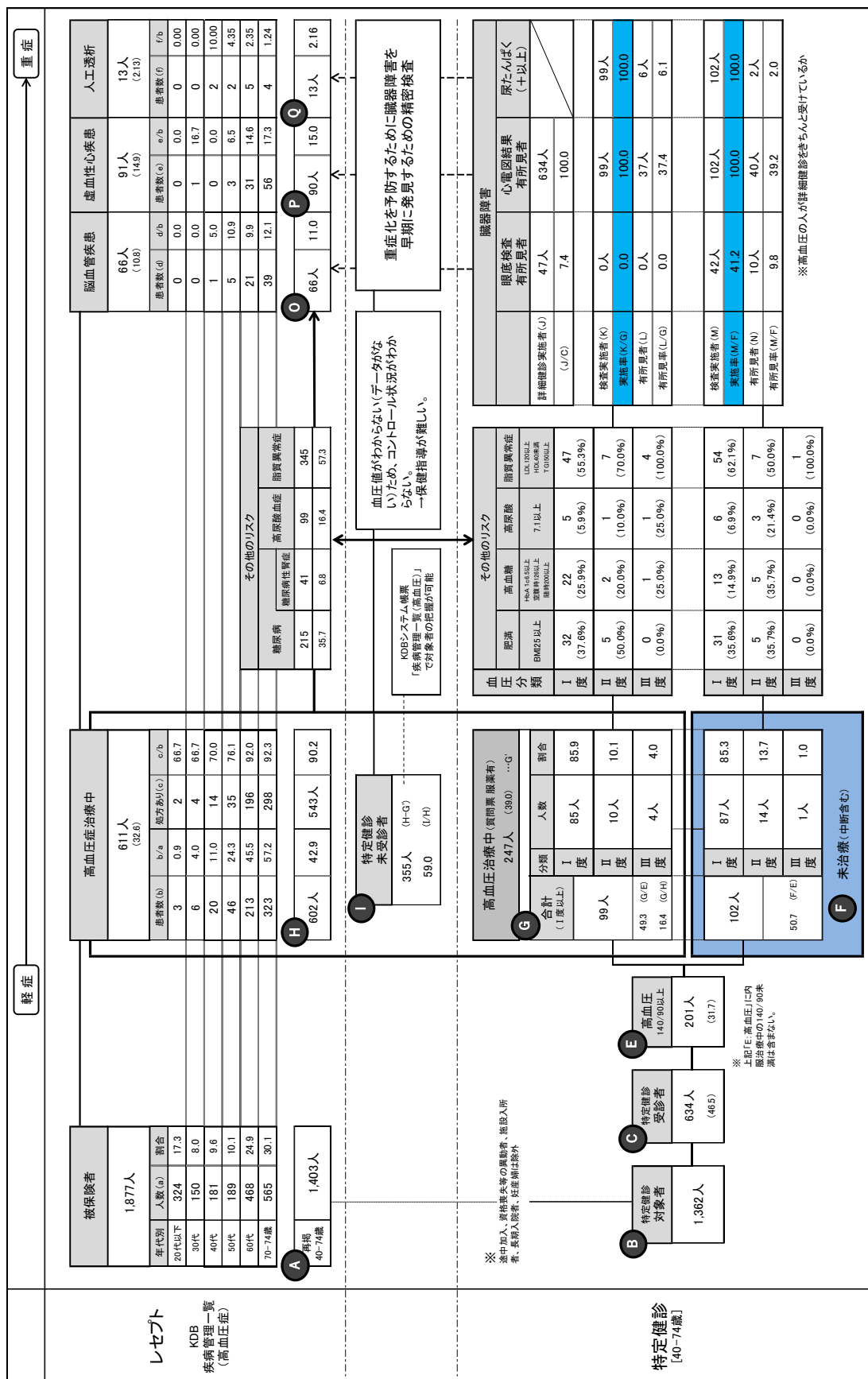
令和04年度



※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、疾病管理一覽で把握できない項目については、I・KDB帳票・介入支援対象者一覽（栄養・重症化予防）から集計

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

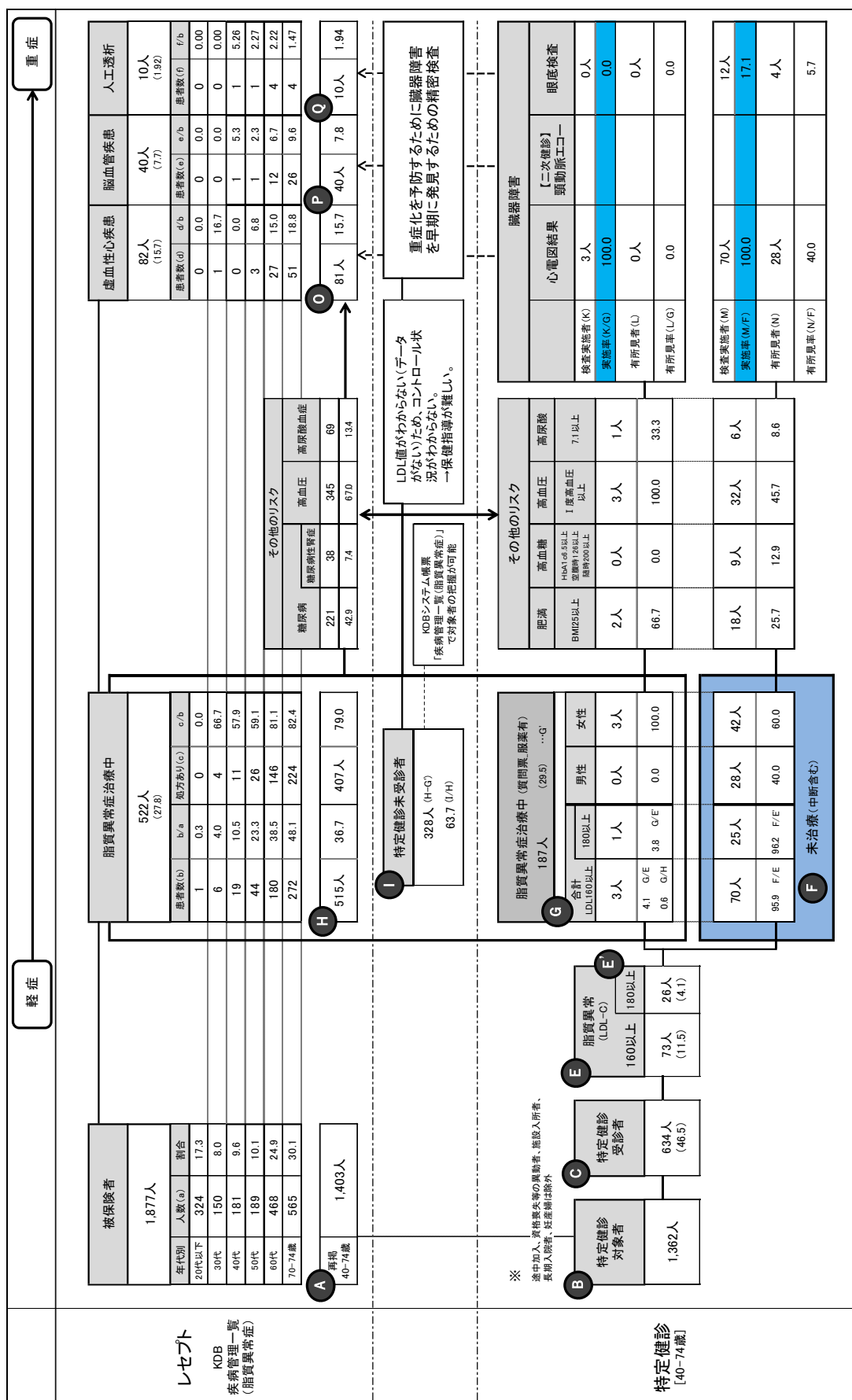


※「セブ」は、当該年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）

※セプト情報は、該当年度に資格がある者や年度末時点で資格を喪失している者も含む。

脂質異常症重症化予防のためのセプトと健診データの突合

令和04年度



※⑨「セブテプラ管理」は、該当年度に資格がある者が計上（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）

※⑩「セブテプラ情報の一覧で把握できない項目については、「KDB嶋票 介入支援対象者一覧(栄養・症化予防)」から集計

参考資料7 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較																			
	HbA1c測定	正常				保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標						合併症の危険が更に大きくなる									
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
H29	632	121	19.1%	249	39.4%	148	23.4%	55	8.7%	40	6.3%	19	3.0%	34	5.4%	13	2.1%		
H30	635	157	24.7%	249	39.2%	123	19.4%	53	8.3%	39	6.1%	14	2.2%	31	4.9%	8	1.3%		
R01	614	106	17.3%	265	43.2%	131	21.3%	47	7.7%	46	7.5%	19	3.1%	33	5.4%	7	1.1%		
R02	517	122	23.6%	209	40.4%	99	19.1%	46	8.9%	30	5.8%	11	2.1%	22	4.3%	8	1.5%		
R03	617	129	20.9%	265	42.9%	113	18.3%	49	7.9%	48	7.8%	13	2.1%	32	5.2%	6	1.0%		
R04	628	130	20.7%	256	40.8%	128	20.4%	52	8.3%	49	7.8%	13	2.1%	34	5.4%	10	1.6%		

アウトカム（結果）評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲														
					再)7.0以上	未治療	治療															
H29	632	121 19.1%	249 39.4%	148 23.4%	114	51	63															
					18.0%	44.7%	55.3%															
					59 9.3%	19 32.2%	40 67.8%	9.3%18.0%														
H30	635	157 24.7%	249 39.2%	123 19.4%	106	43	63															
					16.7%	40.6%	59.4%															
					53 8.3%	13 24.5%	40 75.5%	8.3%16.7%														
R01	614	106 17.3%	265 43.2%	131 21.3%	112	36	76															
					18.2%	32.1%	67.9%															
					65 10.6%	13 20.0%	52 80.0%	10.6%18.2%														
R02	517	122 23.6%	209 40.4%	99 19.1%	87	26	61															
					16.8%	29.9%	70.1%															
					41 7.9%	7 17.1%	34 82.9%	7.9%16.8%														
R03	617	129 20.9%	265 42.9%	113 18.3%	110	33	77															
					17.8%	30.0%	70.0%															
					61 9.9%	10 16.4%	51 83.6%	9.9%17.8%														
R04	628	130 20.7%	256 40.8%	128 20.4%	114	38	76															
					18.2%	33.3%	66.7%															
					62 9.9%	12 19.4%	50 80.6%	9.9%18.2%														

治療と未治療の状況

		HbA1c測定	正常				保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
							正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
			合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標						合併症の危険が更に大きくなる									
			5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A				
治療中	H29	74	11.7%	0	0.0%	1	1.4%	10	13.5%	23	31.1%	28	37.8%	12	16.2%	23	31.1%	7	9.5%	
	H30	74	11.7%	0	0.0%	0	0.0%	11	14.9%	23	31.1%	32	43.2%	8	10.8%	23	31.1%	4	5.4%	
	R01	86	14.0%	0	0.0%	1	1.2%	9	10.5%	24	27.9%	37	43.0%	15	17.4%	28	32.6%	5	5.8%	
	R02	76	14.7%	0	0.0%	1	1.3%	14	18.4%	27	35.5%	23	30.3%	11	14.5%	22	28.9%	8	10.5%	
	R03	95	15.4%	0	0.0%	5	5.3%	13	13.7%	26	27.4%	40	42.1%	11	11.6%	28	29.5%	4	4.2%	
	R04	89	14.2%	0	0.0%	3	3.4%	10	11.2%	26	29.2%	41	46.1%	9	10.1%	27	30.3%	9	10.1%	
治療なし	H29	558	88.3%	121	21.7%	248	44.4%	138	24.7%	32	5.7%	12	2.2%	7	1.3%	11	2.0%	6	1.1%	
	H30	561	88.3%	157	28.0%	249	44.4%	112	20.0%	30	5.3%	7	1.2%	6	1.1%	8	1.4%	4	0.7%	
	R01	528	86.0%	106	20.1%	264	50.0%	122	23.1%	23	4.4%	9	1.7%	4	0.8%	5	0.9%	2	0.4%	
	R02	441	85.3%	122	27.7%	208	47.2%	85	19.3%	19	4.3%	7	1.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	R03	522	84.6%	129	24.7%	260	49.8%	100	19.2%	23	4.4%	8	1.5%	2	0.4%	4	0.8%	2	0.4%	
	R04	539	85.8%	130	24.1%	253	46.9%	118	21.9%	26	4.8%	8	1.5%	4	0.7%	7	1.3%	1	0.2%	

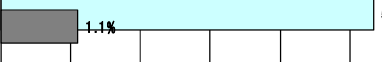
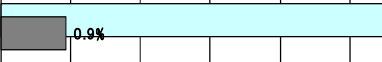
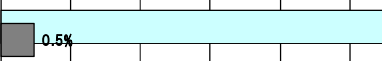
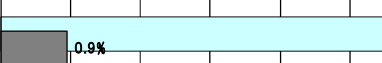
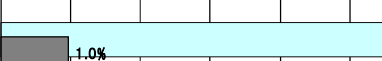
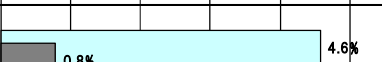
参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	637	173	27.2%	137	21.5%	153	24.0%	140	22.0%	27	4.2%	7	1.1%
H30	640	142	22.2%	104	16.3%	199	31.1%	156	24.4%	33	5.2%	6	0.9%
R01	620	141	22.7%	121	19.5%	160	25.8%	145	23.4%	50	8.1%	3	0.5%
R02	527	158	30.0%	92	17.5%	138	26.2%	104	19.7%	30	5.7%	5	0.9%
R03	624	144	23.1%	108	17.3%	169	27.1%	160	25.6%	37	5.9%	6	1.0%
R04	634	156	24.6%	120	18.9%	157	24.8%	172	27.1%	24	3.8%	5	0.8%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上												
					再掲												
					Ⅱ度高血圧以上	再掲	再掲										
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療										
H29	637	310 48.7%	153 24.0%	140 22.0%	34 5.3%	17 50.0%	17 50.0%										
H30	640	246 38.4%	199 31.1%	156 24.4%	39 6.1%	22 56.4%	17 43.6%										
R01	620	262 42.3%	160 25.8%	145 23.4%	53 8.5%	26 49.1%	27 50.9%										
R02	527	250 47.4%	138 26.2%	104 19.7%	35 6.6%	13 37.1%	22 62.9%										
R03	624	252 40.4%	169 27.1%	160 25.6%	43 6.9%	17 39.5%	26 60.5%										
R04	634	276 43.5%	157 24.8%	172 27.1%	29 4.6%	15 51.7%	14 48.3%										

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	215	33.8%	22	10.2%	40	18.6%	70	32.6%	66	30.7%	13	6.0%
	H30	226	35.3%	18	8.0%	28	12.4%	82	36.3%	81	35.8%	14	6.2%
	R01	220	35.5%	25	11.4%	36	16.4%	67	30.5%	65	29.5%	25	11.4%
	R02	193	36.6%	30	15.5%	40	20.7%	51	26.4%	50	25.9%	19	9.8%
	R03	250	40.1%	28	11.2%	48	19.2%	73	29.2%	75	30.0%	20	8.0%
	R04	247	39.0%	33	13.4%	47	19.0%	68	27.5%	85	34.4%	10	4.0%
治療なし	H29	422	66.2%	151	35.8%	97	23.0%	83	19.7%	74	17.5%	14	3.3%
	H30	414	64.7%	124	30.0%	76	18.4%	117	28.3%	75	18.1%	19	4.6%
	R01	400	64.5%	116	29.0%	85	21.3%	93	23.3%	80	20.0%	25	6.3%
	R02	334	63.4%	128	38.3%	52	15.6%	87	26.0%	54	16.2%	11	3.3%
	R03	374	59.9%	116	31.0%	60	16.0%	96	25.7%	85	22.7%	17	4.5%
	R04	387	61.0%	123	31.8%	73	18.9%	89	23.0%	87	22.5%	14	3.6%

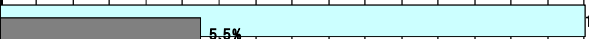
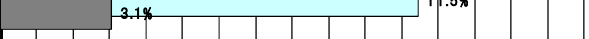
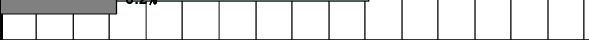
参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A	B	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H29	637	268	42.1%	173	27.2%	94	14.8%	67	10.5%	35	5.5%
	H30	640	312	48.8%	170	26.6%	95	14.8%	38	5.9%	25	3.9%
	R01	620	286	46.1%	180	29.0%	83	13.4%	52	8.4%	19	3.1%
	R02	526	243	46.2%	150	28.5%	71	13.5%	41	7.8%	21	4.0%
	R03	624	324	51.9%	148	23.7%	89	14.3%	43	6.9%	20	3.2%
男性	R04	634	318	50.2%	150	23.7%	93	14.7%	47	7.4%	26	4.1%
	H29	306	141	46.1%	78	25.5%	44	14.4%	25	8.2%	18	5.9%
	H30	298	150	50.3%	80	26.8%	46	15.4%	15	5.0%	7	2.3%
	R01	278	146	52.5%	71	25.5%	32	11.5%	22	7.9%	7	2.5%
	R02	237	127	53.6%	63	26.6%	25	10.5%	15	6.3%	7	3.0%
女性	R03	298	168	56.4%	65	21.8%	37	12.4%	18	6.0%	10	3.4%
	R04	297	155	52.2%	77	25.9%	37	12.5%	17	5.7%	11	3.7%
	H29	331	127	38.4%	95	28.7%	50	15.1%	42	12.7%	17	5.1%
	H30	342	162	47.4%	90	26.3%	49	14.3%	23	6.7%	18	5.3%
	R01	342	140	40.9%	109	31.9%	51	14.9%	30	8.8%	12	3.5%
	R02	289	116	40.1%	87	30.1%	46	15.9%	26	9.0%	14	4.8%
	R03	326	156	47.9%	83	25.5%	52	16.0%	25	7.7%	10	3.1%
	R04	337	163	48.4%	73	21.7%	56	16.6%	30	8.9%	15	4.5%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120～139	140～159	160以上							
					再)180以上	再掲						
						未治療	治療					
H29	637	268 42.1%	173 27.2%	94 14.8%	102	88	14		16.0%			
					16.0%	86.3%	13.7%					
					35	33	2					
H30	640	312 48.8%	170 26.6%	95 14.8%	63	52	11		9.8%			
					9.8%	82.5%	17.5%					
					25	22	3					
R01	620	286 46.1%	180 29.0%	83 13.4%	71	64	7		11.5%			
					11.5%	90.1%	9.9%					
					19	16	3					
R02	526	243 46.2%	150 28.5%	71 13.5%	62	54	8		11.8%			
					11.8%	87.1%	12.9%					
					21	20	1					
R03	624	324 51.9%	148 23.7%	89 14.3%	63	57	6		10.1%			
					10.1%	90.5%	9.5%					
					20	19	1					
R04	634	318 50.2%	150 23.7%	93 14.7%	73	70	3		11.5%			
					11.5%	95.9%	4.1%					
					26	25	1					

治療と未治療の状況

			LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
					120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A			B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F
治療中	H29	144	22.6%	78	54.2%	37	25.7%	15	10.4%	12	8.3%	2	1.4%	
	H30	157	24.5%	96	61.1%	39	24.8%	11	7.0%	8	5.1%	3	1.9%	
	R01	177	28.5%	105	59.3%	48	27.1%	17	9.6%	4	2.3%	3	1.7%	
	R02	163	31.0%	91	55.8%	45	27.6%	19	11.7%	7	4.3%	1	0.6%	
	R03	190	30.4%	126	66.3%	40	21.1%	18	9.5%	5	2.6%	1	0.5%	
	R04	187	29.5%	119	63.6%	46	24.6%	19	10.2%	2	1.1%	1	0.5%	
治療なし	H29	493	77.4%	190	38.5%	136	27.6%	79	16.0%	55	11.2%	33	6.7%	
	H30	483	75.5%	216	44.7%	131	27.1%	84	17.4%	30	6.2%	22	4.6%	
	R01	443	71.5%	181	40.9%	132	29.8%	66	14.9%	48	10.8%	16	3.6%	
	R02	363	69.0%	152	41.9%	105	28.9%	52	14.3%	34	9.4%	20	5.5%	
	R03	434	69.6%	198	45.6%	108	24.9%	71	16.4%	38	8.8%	19	4.4%	
	R04	447	70.5%	199	44.5%	104	23.3%	74	16.6%	45	10.1%	25	5.6%	