

**みやき町国民健康保険  
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**

**みやき町国民健康保険  
令和 6 年 3 月**

# 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) ..... 35

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	43
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. 脳血管疾患重症化予防	
4. 虚血性心疾患重症化予防	
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	73
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	74
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
参考資料	75

# 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<sup>※1</sup>」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<sup>※2</sup>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)<sup>※3</sup>」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<sup>※4</sup>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とその方向性を示すもの

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

本町では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB<sup>※6</sup>)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)

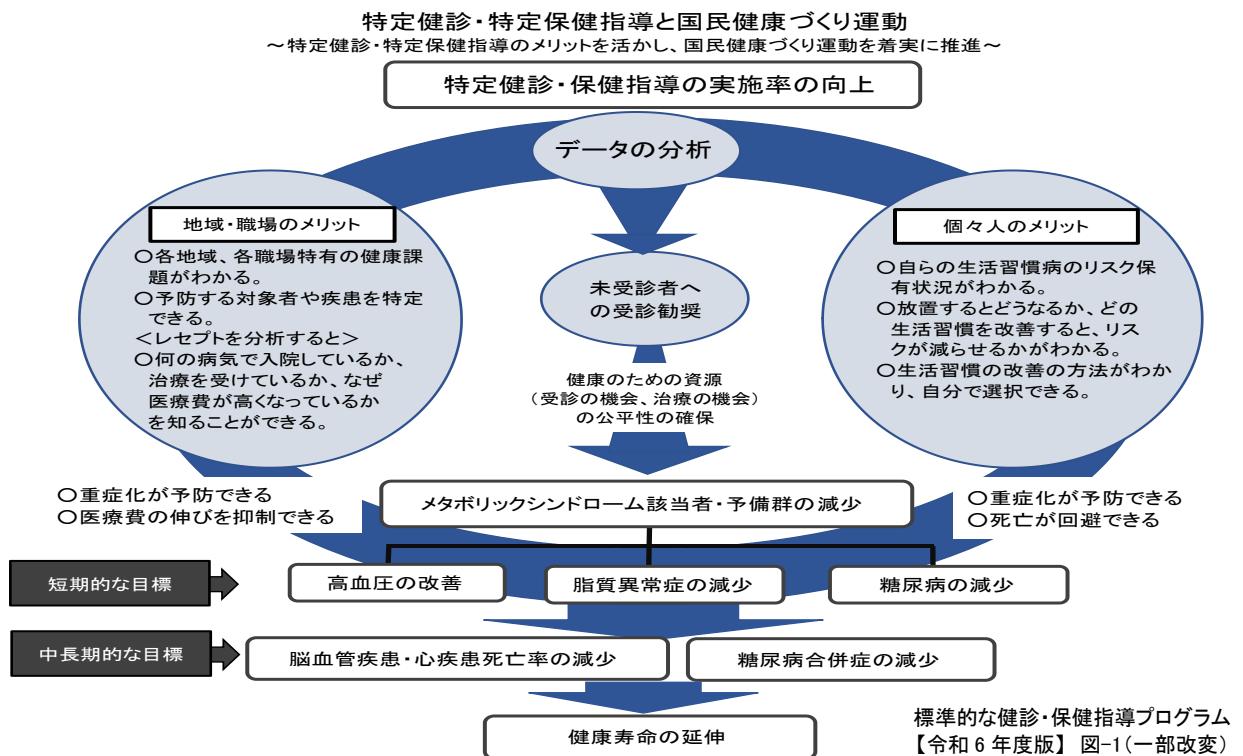
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

※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

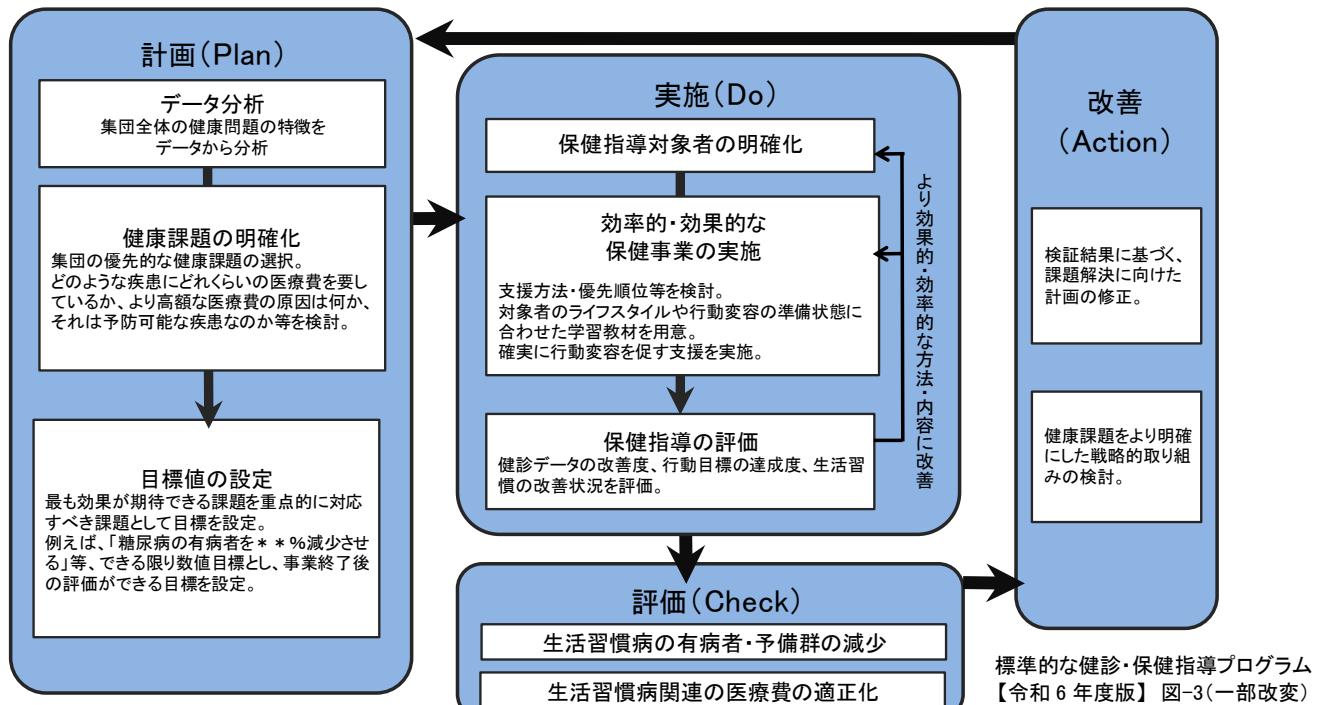
	健康増進計画	※健康増進事業実施者は、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高齢者 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な指針	厚生労働省 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に基本的な方針	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7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に基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年3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年改正予定 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て、誰一人取り残さない健康新時代の展開に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LPDCA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に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、被保険者・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を図った取組を進める。	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立。	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。  保険者機能強化 高齢者の自立支援・重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員	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 特定疾患(※) ※初老期の認知症、早老症、音耳・鼻咽病、バーチソン病関連疾患、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 (糖尿病性腎症)  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疾患  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 要介護度の軽減・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 ロコモー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 口腔機能低下、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」「健康格差の縮小」  5目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライコース 1子ども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 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> 特定健康実施率	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 ・バイオ後発品の使用促進 ・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べき地医療 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サイクルを活用する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業)  ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連)  ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、人材の確保)	
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金	保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携	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



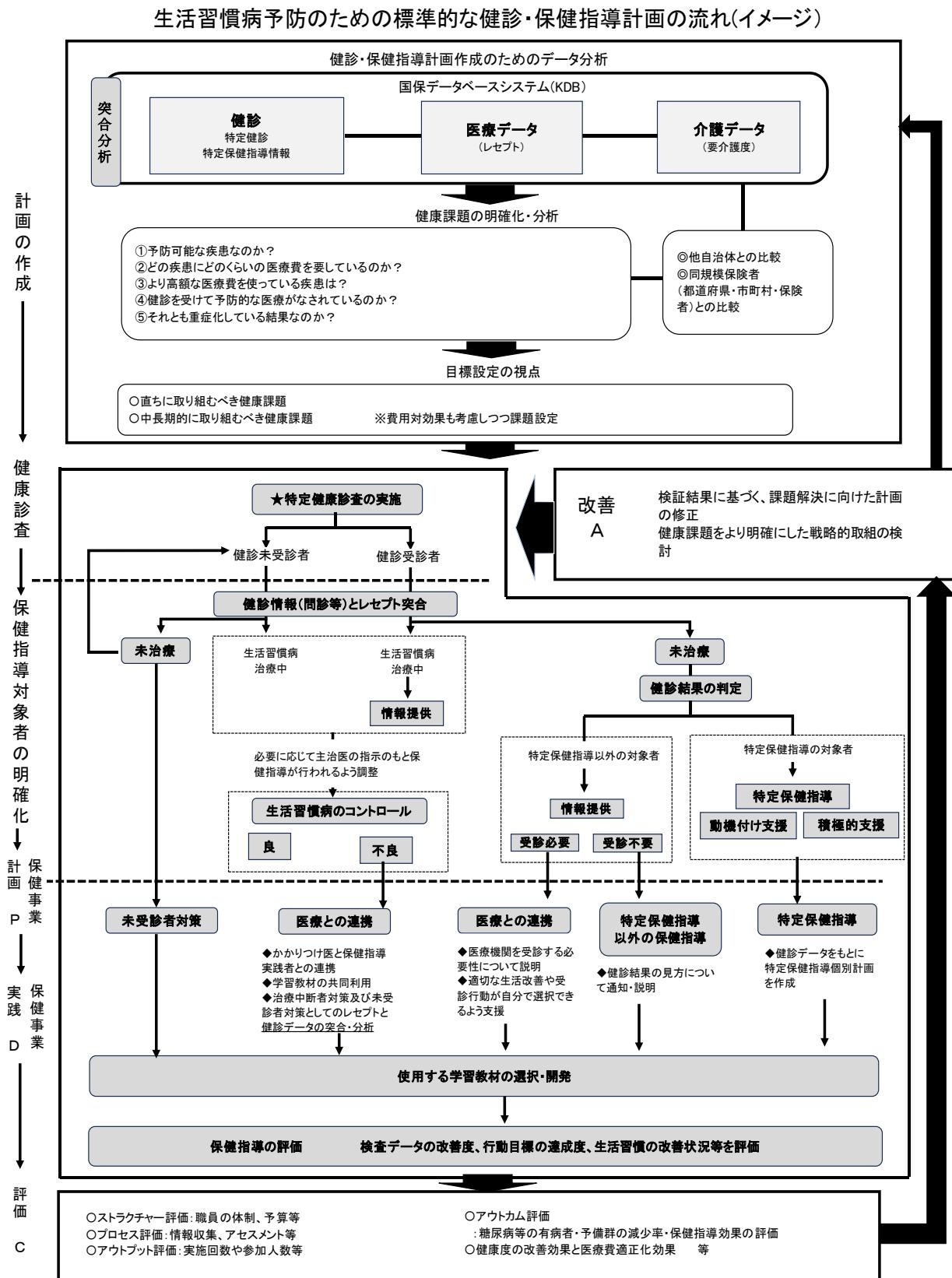
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとすることにつながる。

図表3 保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル



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

図表4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



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
健診・保健指導の関係	かつての健診・保健指導 健診に付加した保健指導	現在の健診・保健指導 内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導	結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療	内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供	リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、看護師等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
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	自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、実施する。
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。
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数	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 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
実施主体	市町村	アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少 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方を整理。

(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

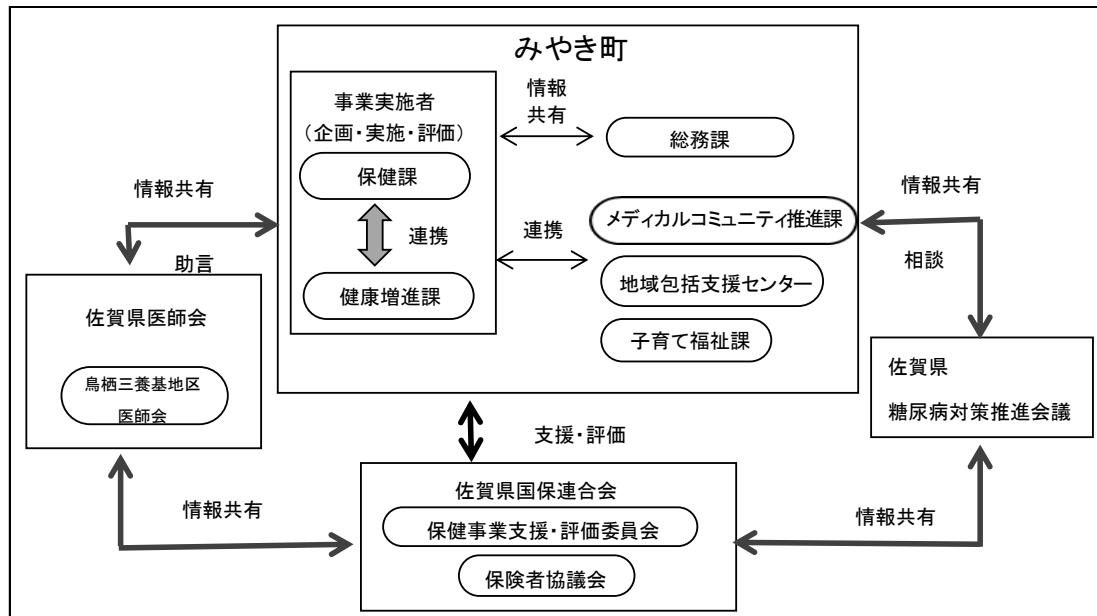
#### 1) 市町村国保の役割

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、保健課と健康増進課が中心となって、関係部署と連携して保険者の健康課題を分析し、町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、保健課、健康増進課、メディカルコミュニティ推進課、地域包括支援センター、総務課、子育て福祉課と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 みやき町の実施体制図



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)、理…理学療法士 ◎…主担当 ○…副担当

保健課	健康増進課													メディカルコミュニティ推進課				
	事	事	事	保 (係長)	保 (係長)	保	保	保	保	保	管栄	事	保 (係長)	保	管栄	理		
国保事務	◎	◎																
健康診断 保健指導				○	○	◎	○	○	○	○	○							
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				○														
一体化				○								○	◎	○	○	○	○	

## 2) 関係機関との連携

計画の実行性を高めるためには、策定から評価まで一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が必要となります。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいい、国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待されています。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、実施後の評価分析などにおいて、KDB の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待されています。

また、都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、県の関与が重要となってきます。

また、保険者等と鳥栖三養基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、県が県医師会等との連携を推進することが重要となってきます。

国保連と県は、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を務めることになっています。

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、保険者協議会等を活用して他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要です。また、本町においては、国民健康保険加入者や医療機関、保険者、公益代表者により構成する「みやき町国民健康保険運営協議会」に実施内容や結果を公表し、意見を聴取し計画に反映しています。

## 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	
共通の指標	評価指標	みやき町 交付額(万円)	みやき町 配点	みやき町 得点	みやき町 配点	みやき町 得点	みやき町 配点	
			10527	10602	10261			
全国順位(1,741市町村中)			362位	298位	365位			
①	(1)特定健康診査受診率	50	70	95	70	95	70	
	(2)特定保健指導実施率		70		70		70	
	(3)メタボ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	40	40	70	40	70	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	90	120	120	120	100	100	
④	(1)個人へのインセンティブ提供	105	90	60	45	55	45	
	(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20	
⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50	
⑥	(1)後発医薬品の促進の取組	110	130	110	130	80	130	
	(2)後発医薬品の使用割合							
固有の指標	① 保険料(税)収納率	40	100	5	100	5	100	
	② データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	20	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	20	30	20	40	40	40	
	⑤ 第三者求償の取組	35	40	45	50	50	50	
	⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況	51	95	42	100	64	100	
合計点			656	1,000	667	960	644	940

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1. 保険者の特性

本町は、人口約2万5千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で34.8%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も57歳と同規模と比べて高くなっています。財政指数は低い町となっています。産業においては、第1次産業が6.2%と同規模と比較してやや高く、また全体でみると第3次産業の割合も65.2%と占めており、被保険者の生活習慣や生活リズムが不規則である可能性があり、明確にしていく必要があります。(図表9)

国保加入率は19.4%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歳の前期高齢者が約55%を占めています。(図表10)

また本町内には3つの病院、17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くなっています。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較したみやき町の特性

	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 指標	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
みやき町	25,437	34.8	4,936 (19.4)	57.2	8.2	11.8	0.4	6.2	28.6	65.2
同規模	--	29.1	20.6	54.2	6.8	10.7	0.7	5.4	28.7	66.0
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、みやき町と同規模保険者(147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								
被保険者数	5,731		5,434		5,397		5,259		4,936	
65~74歳	3,096	54.0	2,992	55.1	3,001	55.6	2,931	55.7	2,702	54.7
40~64歳	1,646	28.7	1,545	28.4	1,487	27.6	1,448	27.5	1,371	27.8
39歳以下	989	17.3	897	16.5	909	16.8	880	16.7	863	17.5
加入率	22.7		21.5		21.4		20.8		19.4	

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	同規模	県								
病院数	3	0.5	3	0.6	3	0.6	3	0.6	3	0.6	0.3	0.6
診療所数	16	2.8	17	3.1	17	3.1	17	3.2	17	3.4	3.1	4.0
病床数	854	149.0	854	157.2	799	148.0	799	151.9	799	161.9	56.1	83.5
医師数	49	8.5	49	9.0	48	8.9	48	9.1	48	9.7	11.1	14.1
外来患者数	860.2		875.2		848.4		872.2		895.2		716.1	784.4
入院患者数	36.2		36.9		35.0		35.0		33.5		19.2	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

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で25人(認定率0.32%)、1号(65歳以上)被保険者で1,536人(認定率17.4%)と同規模・県・国と比較すると同等であり、平成30年度と比べても横ばいで推移していますが、新規認定者が228人と平成30年度に比べて増えています。(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22億円から約23億円に伸びています。(図表13)

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると第2号被保険者(40~64歳)と第1号被保険者(65歳~74歳)では脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占め、75歳以上で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、1号被保険者、2号被保険者ともに約8割以上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いえます。(図表14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	みやき町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	8,335人	33.0%	8,842人	34.8%	29.1%	30.8%	28.7%
2号認定者	25人	0.31%	25人	0.32%	0.35%	0.33%	0.38%
新規認定者	9人		8人		--	--	--
1号認定者	1,450人	17.4%	1,536人	17.4%	17.0%	18.6%	19.4%
新規認定者	192人		228人		--	--	--
再掲	65～74歳	148人	3.5%	141人	3.2%	--	--
	新規認定者	25人		31人		--	--
	75歳以上	1,302人	31.9%	1,395人	31.0%	--	--
	新規認定者	167人		197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

	みやき町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	22億1408万円	23億0923万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	265,637	261,166	259,723	286,277	290,668
1件あたり給付費(円)宿体	68,193	62,729	63,000	69,755	59,662
居宅サービス	51,606	46,802	41,449	50,348	41,272
施設サービス	279,707	288,083	292,001	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)		25		141		1,395		1,536		1,561			
再)国保・後期		10		128		1,363		1,491		1,501			
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	
(レセプトの診断名状況より重複して計上)	血管疾患	循環器疾患	1	脳血管疾患	6 60.0%	脳血管疾患	67 52.3%	虚血性心疾患	643 47.2%	虚血性心疾患	689 46.2%	虚血性心疾患	692 46.1%
			2	虚血性心疾患	3 30.0%	虚血性心疾患	46 35.9%	脳血管疾患	579 42.5%	脳血管疾患	646 43.3%	脳血管疾患	652 43.4%
			3	腎不全	3 30.0%	腎不全	23 18.0%	腎不全	279 20.5%	腎不全	302 20.3%	腎不全	305 20.3%
		合併症	4	糖尿病合併症	2 20.0%	糖尿病合併症	26 20.3%	糖尿病合併症	199 14.6%	糖尿病合併症	225 15.1%	糖尿病合併症	227 15.1%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		8 80.0%	基礎疾患	117 91.4%	基礎疾患	1,279 93.8%	基礎疾患	1,396 93.6%	基礎疾患	1,404 93.5%	
	血管疾患合計			8 80.0%	合計	119 93.0%	合計	1,303 95.6%	合計	1,422 95.4%	合計	1,430 95.3%	
	認知症		2 20.0%	認知症	42 32.8%	認知症	672 49.3%	認知症	714 47.9%	認知症	716 47.7%		
	筋・骨格疾患		9 90.0%	筋骨格系	109 85.2%	筋骨格系	1,302 95.5%	筋骨格系	1,411 94.6%	筋骨格系	1,420 94.6%		

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

出典:ヘルスサポートラボツール

## ② 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少しており総医療費は減少していますが、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 18 万円高く、平成 30 年度と比較しても約 5 万円伸びています。(図表 15)

また入院医療費は、令和 4 年度は全体のレセプトのわずか 4%程度にも関わらず、医療費全体の約 47%を占めており、1 件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較しても 7 万 8 千円高くなっています。(図表 15)

また年齢調整をした地域差指数でみても、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高くなっています。(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

		みやき町		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)		5,731人	4,936人	--	--	--
前期高齢者割合		3,096人 (54.0%)	2,702人 (54.7%)	--	--	--
総医療費		28億4198万円	27億1094万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		495,896 県内1位 同規模1位	549,218 県内2位 同規模1位	361,243	431,999	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	542,200	620,800	613,590	585,050	617,950
	費用の割合	48.6	47.3	40.4	46.2	39.6
	件数の割合	4.0	3.6	2.6	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	24,140	25,930	24,230	24,060	24,220
	費用の割合	51.4	52.7	59.6	53.8	60.4
	件数の割合	96.0	96.4	97.4	96.6	97.5
受診率		896.457	928.679	735.303	812.114	705.439

出典:ヘルスサポートラボツール

※同規模順位はみやき町と同規模保険者147市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指數の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		みやき町 (県内市町村中)		県 (47県中)	みやき町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指數・順位	全体	1.359	1.386	1.218	1.229	1.202	1.144
		(1位)	(1位)	(1位)	(4位)	(5位)	(6位)
	入院	1.651	1.626	1.398	1.387	1.323	1.232
		(2位)	(3位)	(2位)	(3位)	(5位)	(9位)
	外来	1.195	1.262	1.108	1.081	1.081	1.057
		(1位)	(2位)	(2位)	(7位)	(5位)	(6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 年度と比較すると減少していますが、腎疾患については平成 30 年度より増加しており、同規模、県よりも高くなっています。(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の患者数は減少していますが、脳血管疾患・人工透析については増加しており、脳血管疾患では、40～64 歳、65～74 歳ともに増加しており、人工透析は 40～64 歳の若い世代で増加しています。(図表 18)

これらは、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いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			みやき町		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)			28億4198万円	27億1094万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			2億6354万円	2億3795万円	--	--	--
中 長 期  患 疾 の 他 の	脳	脳梗塞・脳出血	2.57%	1.54%	2.01%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.15%	1.05%	1.52%	1.04%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.30%	5.82%	4.24%	5.37%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.24%	0.36%	0.31%	0.29%	0.29%
そ の 他 の	悪性新生物		11.29%	12.19%	16.85%	14.40%	16.69%
	筋・骨疾患		9.47%	8.25%	8.78%	8.87%	8.68%
	精神疾患		13.44%	14.37%	7.71%	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	5,731	4,936	a	678	688	493	376	39	35	
				a/A	11.8%	13.9%	8.6%	7.6%	0.7%	0.7%	
40歳以上	B	4,742	4,073	b	673	684	491	375	38	35	
	B/A	82.7%	82.5%	b/B	14.2%	16.8%	10.4%	9.2%	0.8%	0.9%	
再 掲	40~64歳	C	1,646	1,371	c	115	104	98	66	19	21
		C/A	28.7%	27.8%	c/C	7.0%	7.6%	6.0%	4.8%	1.2%	1.5%
	65~74歳	D	3,096	2,702	d	558	580	393	309	19	14
		D/A	54.0%	54.7%	d/D	18.0%	21.5%	12.7%	11.4%	0.6%	0.5%

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) 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、高血圧・脂質異常症では、治療者の割合は増えていますが、中長期目標である脳血管疾患、人工透析の割合も増えており、人工透析については40~64歳の割合が増加しています。糖尿病では、治療者の割合は減少し糖尿病性腎症の割合も減少していますが、中長期目標である脳血管疾患、人工透析の割合が増加しています。

本町は特定健診の結果から、治療が必要な方に対して、医療機関への受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施していますが、特に糖尿病については重症化する前に適切な治療が受けられない可能性があります。そのため、未治療者を早期に医療につなげることや生活習慣の改善ができ、重症化予防ができるよう継続した保健指導を行っていく必要があります。

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	
高血压症治療者(人)	A	2,162	1,919	476	390	1,686	1,529	
	A/被保数	45.6%	47.1%	28.9%	28.4%	54.5%	56.6%	
合 疾 併 患 症 ～ 中 長 期 目 標	脳血管疾患	B	232	215	39	29	193	186
		B/A	10.7%	11.2%	8.2%	7.4%	11.4%	12.2%
	虚血性心疾患	C	341	270	68	48	273	222
		C/A	15.8%	14.1%	14.3%	12.3%	16.2%	14.5%
	人工透析	D	34	34	17	21	17	13
		D/A	1.6%	1.8%	3.6%	5.4%	1.0%	0.9%

出典:KDBシステム\_疾病管理一覧(高血圧症)

地域の全体像の把握

介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 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	1,206	974	278	211	928	763	
	A/被保数	25.4%	23.9%	16.9%	15.4%	30.0%	28.2%	
合 疾 併 患 症 ～ 中 長 期 目 標	脳血管疾患	B	132	119	18	16	114	103
		B/A	10.9%	12.2%	6.5%	7.6%	12.3%	13.5%
	虚血性心疾患	C	217	166	38	31	179	135
		C/A	18.0%	17.0%	13.7%	14.7%	19.3%	17.7%
	人工透析	D	16	15	6	9	10	6
		D/A	1.3%	1.5%	2.2%	4.3%	1.1%	0.8%
糖尿 病 合 併 症	糖尿病性腎症	E	140	102	27	18	113	84
		E/A	11.6%	10.5%	9.7%	8.5%	12.2%	11.0%
	糖尿病性網膜症	F	234	186	57	34	177	152
		F/A	19.4%	19.1%	20.5%	16.1%	19.1%	19.9%
	糖尿病性神経障害	G	63	52	10	16	53	36
		G/A	5.2%	5.3%	3.6%	7.6%	5.7%	4.7%

出典:KDBシステム\_疾病管理一覧(糖尿病)

地域の全体像の把握

介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 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	1,927	1,675	454	342	1,473	1,333	
A/被保数		40.6%	41.1%	27.6%	24.9%	47.6%	49.3%		
合 疾 併 患 症 ～ 中 長 期 目 標	脳血管疾患		B	178	161	24	22	154	139
	B/A	9.2%	9.6%	5.3%	6.4%	10.5%	10.4%		
	虚血性心疾患		C	288	231	51	32	237	199
	C/A	14.9%	13.8%	11.2%	9.4%	16.1%	14.9%		
	人工透析		D	12	14	6	8	6	6
	D/A	0.6%	0.8%	1.3%	2.3%	0.4%	0.5%		

出典:KDBシステム 疾病管理一覧(脂質異常症)

地域の全体像の把握

介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

## ②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧以上・HbA1c 7.0 以上を平成 30 年度と令和 3 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、医療につながった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の割合は同規模と比較しても低くなっています、高血圧で 25.7%、糖尿病で約 2.7%です。(図表 22)

新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷している中、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、今後も治療が必要な方には受診勧奨を徹底し、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度高血圧以上												
					Ⅱ度高血圧以上の推移(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)						
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率			未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		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					
	みやき町	1,811	40.0	1,531	37.1	80	4.4	46	57.5	74	4.8	39	52.7	19	25.7	4	5.4
	同規模	102,284	42.4	88,959	38.8	6,357	6.2	4,013	63.1	6,269	7.0	3,976	63.4	2,492	39.8	309	4.9
	健診受診率				糖尿病_HbA1c 7.0%以上												
					HbA1c 7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方						
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果	R03年度		問診結果	レセプト情報 (R03.4～R04.3)						
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率			未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		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					
	みやき町	1,799	99.3	1,523	99.5	107	5.9	35	32.7	112	7.4	21	18.8	3	2.7	4	3.6
	同規模	100,303	98.3	87,882	98.8	4815	4.8	1,222	25.5	4,387	5.0	1,061	24.2	287	6.5	150	3.4

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

### ③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることが分かっています。本町の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、3ポイントも伸びており、その中でも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。(図表23)

また重症化予防の観点から、HbA1c 6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDLコレステロール160以上の有所見割合を見ると、HbA1c 6.5以上、Ⅱ度高血圧以上は増加しており、翌年度の結果を見ると、Ⅱ度高血圧以上、HbA1c 6.5以上は悪化の割合が高くなっています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも2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、年度当初に重症化予防対象者から健診の継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

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			予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,811 (40.0%)	347 (19.2%)	95 (5.2%)	252 (13.9%)	225 (12.4%)
R04年度	1,492 (36.1%)	335 (22.5%)	111 (7.4%)	224 (15.0%)	221 (14.8%)

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	233 (13.0%)	57 (24.5%)	100 (42.9%)	30 (12.9%)	46 (19.7%)
R03→R04	209 (13.7%)	48 (23.0%)	83 (39.7%)	34 (16.3%)	44 (21.1%)

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	80 (4.4%)	42 (52.5%)	19 (23.8%)	3 (3.8%)	16 (20.0%)
R03→R04	74 (4.8%)	40 (54.1%)	13 (17.6%)	7 (9.5%)	14 (18.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL コレステロール 160 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	198 (10.9%)	84 (42.4%)	57 (28.8%)	16 (8.1%)	41 (20.7%)
R03→R04	139 (9.1%)	63 (45.3%)	30 (21.6%)	8 (5.8%)	38 (27.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

#### ④健診受診率及び保健指導実施率の推移

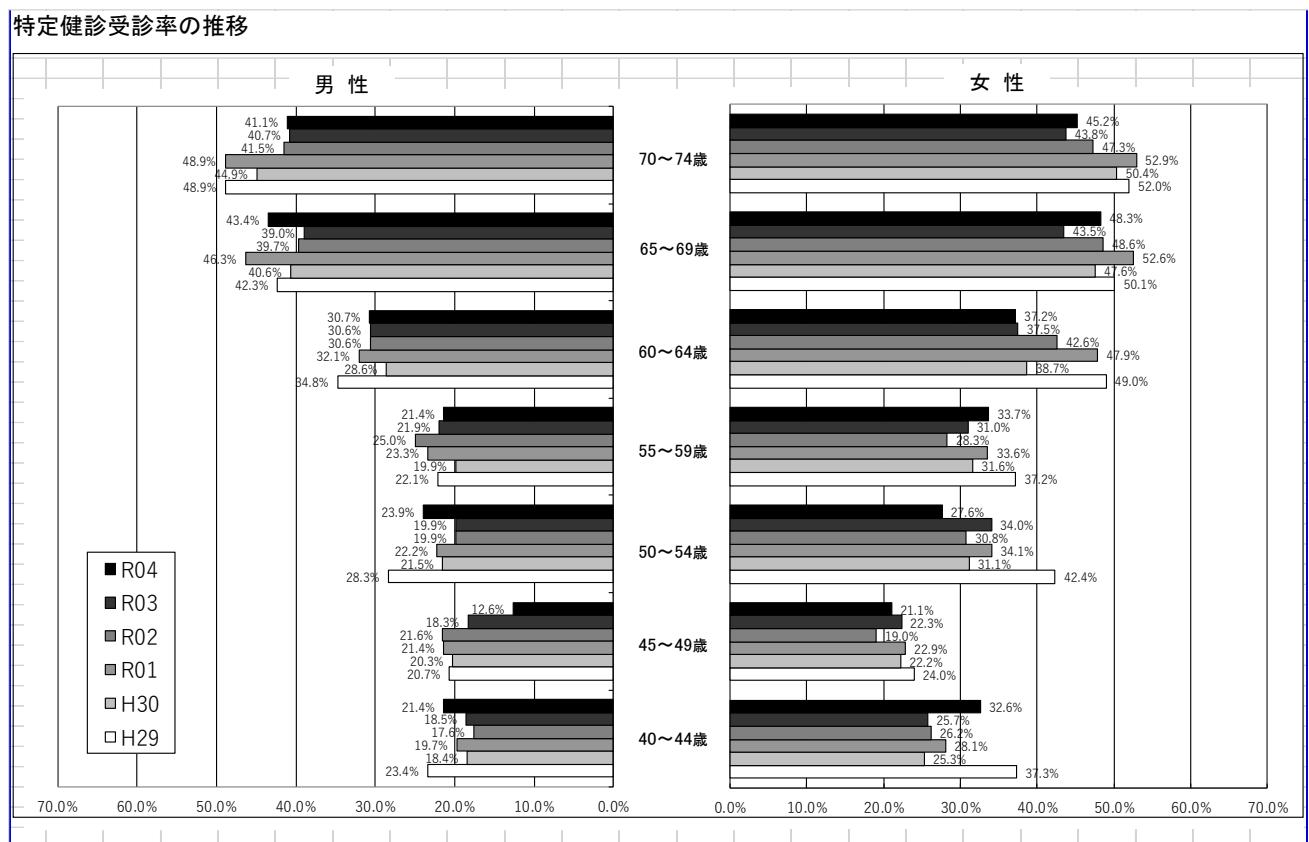
本町の特定健診受診率は、令和元年度には 45.0%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和 2 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健康診査等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28)

特定保健指導については、約 7 割の方へ実施することができています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,764	1,868	1,626	1,470	1,441	健診受診率 60%
	受診率	41.5%	45.0%	40.0%	37.4%	39.1%	
特定保健指 導	該当者数	214	244	191	174	176	特定保健指 導実施率 60%
	割合	12.1%	13.1%	11.7%	11.8%	12.2%	
	実施者数	153	176	146	126	130	
	実施率	71.5%	72.1%	76.4%	72.4%	73.9%	

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典:ヘルスサポートラボツール

## 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

本町では、HbA1c 6.5%以上の未治療者を治療につなげることを優先とし、重点的に支援してきました。血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、令和1年度 80.4%と増加しているものの、令和2年度以降徐々に減少しており、血糖値有所見者割合も増加傾向にあります。(表 1)糖尿病性腎症重症化予防対象者の未治療・中断については、令和4年度では 60%の方のみ治療に繋がっています。(表 2)

また HbA1c 8%以上の未治療者は、平成30年14人から徐々に減少していましたが、令和4年度には 11人と増加しており、27%の方が治療に繋がっていません。(表 3)引き続き、受診のない方には継続して受診勧奨を実施するように体制を強化し、また、治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら継続した支援をおこないます。

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

※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 HbA1c 6.5 以上の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,811	1,929	1,670	1,531	1,492
血糖値有所見者 *1	人(b)	233	270	256	209	222
	(b/a)	12.9%	14.0%	15.3%	13.7%	14.9%
保健指導実施者 *2	人(c)	186	217	205	158	163
	(c/b)	79.8%	80.4%	80.1%	75.6%	73.4%

\*1 HbA1c 6.5%以上のもの

\*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

表 2 糖尿病性腎症重症化予防対象者(未治療者・中断者)

	H30	R1	R2	R3	R4
対象者数	14 人	8 人	5 人	4 人	5 人
受診勧奨者	14 人	8 人	5 人	4 人	5 人
医療機関受診者	12 人	8 人	5 人	2 人	3 人
割合	85.7%	100%	100%	50%	60%

※HbA1c 6.5%以上で eGFR60 未満の者で未治療者・治療中断者

表 3 HbA1c 8.0 以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,811	1,929	1,670	1,531	1,492
HbA1c 8.0%以上	人(b)	21	28	27	23	25
	(b/a)	1.2%	1.5%	1.6%	1.5%	1.7%
保健指導実施	人(c)	12	18	15	12	16
	(c/b)	57.1%	64.3%	55.6%	52.2%	64.0%
HbA1c 8.0%以上の未治療者	人(d)	14	10	7	4	11
	(d/b)	66.7%	35.7%	25.9%	17.4%	44.0%
↓						
		内服治療開始	6人	2人	4人	6人
		元々治療中	3人	5人	0人	2人
		未治療	0人	0人	0人	3人
		死亡、転出	1人	0人	0人	0人

## ②心原性脳塞栓症及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳塞栓症や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、集団健診において心電図検査を詳細項目とは別に 40 歳・65 歳～74 歳全員を対象に実施しており、心電図検査は受診者の約 6 割実施できています。(表 4)

有所見者のうち ST 所見をみると、要精査・要医療と判定を受けた者のうち、75%が医療機関を受診しています。(表 5)心房細動未治療者については、ほぼ全数が治療や精密検査につながっています。(表 6)

ST 所見で要精査・要医療以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、

個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。

表 4 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

	H30			R1			R2			R3			R4			
	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	
健診受診者(人)	a	1,811	769	1,042	1,929	835	1,094	1,670	704	966	1,531	662	869	1,492	651	841
心電図受診者(人)	b	1,196	531	665	1,383	614	769	1,187	495	692	969	432	537	949	438	511
心電図実施率	b/a	66.0%	69.1%	63.8%	71.7%	73.5%	70.3%	71.1%	70.3%	71.6%	63.3%	65.3%	61.8%	63.6%	67.3%	60.8%
要医療者(人)	c	1	1	0	5	4	1	4	2	2	0	0	0	0	0	0
要精査者(人)	d	19	13	6	44	26	18	65	29	36	38	15	23	30	14	16
有所見率	(c+d)/b	1.7%	2.6%	0.9%	3.5%	4.9%	2.5%	5.8%	6.3%	5.5%	3.9%	3.5%	4.3%	3.2%	3.2%	3.1%
心房細動(人)	e	12	10	2	21	17	4	20	17	3	12	10	2	7	6	1
心房細動有所見率	e/b	1.0%	1.9%	0.3%	1.5%	2.8%	0.5%	1.7%	3.4%	0.4%	1.2%	2.3%	0.4%	0.7%	1.4%	0.2%
うち、心房細動未治療(人)		1	1	0	2	1	1	3	2	1	0	0	0	0	0	0

表 5 心電図受診者のうち、ST 所見の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者	1,196		1,383		1,187		969		949	
ST異常所見	87	7.3%	49	3.5%	24	2.0%	16	1.7%	20	2.1%
要医療・要精査	1	1.1%	4	8.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医療機関受診あり	1	100.0%	3	75.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医療機関受診なし	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
それ以外の判定	86	98.9%	45	91.8%	24	100.0%	16	100.0%	20	100.0%

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	12		21		20		12		7	
心房細動未治療者	1	8.3%	2	9.5%	3	15.0%	0	0.0%	0	0.0%
検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
治療開始	0	0.0%	2	100.0%	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%

### ③脳血管疾患重症化予防対策

Ⅱ度高血圧以上の者の割合は令和2年度までは増加しており、令和3年度からは横ばい傾向ですが、治療なしの割合は増加しています。令和4年度においてⅡ度高血圧以上の未治療者44人のうち、保健指導後治療につながった者は、26人でした。Ⅲ度高血圧においては、11人のうち7人が未治療でした。(表7)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、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8は、血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化(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や適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血圧の測定をすすめ血圧手帳の活用を促します。

表7 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)	1,811	1,929	1,670	1,531	1,492
血圧II度以上の者	人(b)	86	99	143	74	71
	(b/a)	4.7%	5.1%	8.6%	4.8%	4.8%
治療あり	人(c)	60	79	88	40	27
	(c/b)	69.8%	79.8%	61.5%	54.1%	38.0%
治療なし	人(d)	26	20	55	34	44
	(d/b)	30.2%	20.2%	38.5%	45.9%	62.0%
治療開始	人(e)	9	10	23	13	26
	(e/d)	34.6%	50.0%	41.8%	38.2%	59.1%
(再掲)	人(f)	13	22	19	9	11
	(f/a)	0.7%	1.1%	1.1%	0.6%	0.7%
	治療あり	人	8	9	7	4
	治療なし	人	5	13	12	7

表8 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)	区分	該当者数		
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	435	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	
リスク第1層 予後影響因子がない	21	213 49.0%	181 41.6%	34 7.8%	7 1.6%	
		C 13 4.8%	B 6 6.1%	B 2 3.3%	A 0 0.0%	
	260 59.8%	C 134 62.9%	B 103 56.9%	A 18 52.9%	A 5 71.4%	
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	154 35.4%	B 66 31.0%	A 72 39.8%	A 14 41.2%	A 2 28.6%	
区分		区分				
A	ただちに 薬物療法を開始	111 25.5%				
		177 40.7%				
B	概ね1ヵ月後に 再評価	147 33.8%				
該当者数						
※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」「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。

本町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの町民が、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、継続した健診の受診を行い検査結果の変化を早期に発見することの大切さや生活習慣病重症化予防について、特定健診受診者に広く周知を行いました。また、結果説明会会場において、1日の野菜量の展示やごはんなど実物による指導をするなど、取り組みを行ってきました。

## (3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	健康課題	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	
				初年度 H30 (H30)	中間評価 R2 (R2)	最終評価 R5 (R4)		
特定健診等		特定健診受診率の向上と健康課題の明確化	特定健診受診率60%以上（法定報告）	実績値 41.5% (H30)	40.0% (R2)	39.1% (R4)	特定健診 特定保健 指導結果 (厚生労 働省)	
			特定保健指導実施率（法定報告）	実績値 71.5% (H30)	76.4% (R2)	73.9% (R4)		
			特定保健指導対象者の減少率10%	実績値 14.6% (H30)	19.0% (R2)	26.4% (R4)		
保険者ターゲット支援制度	中長期	慢性腎不全、虚血性心疾患の割合が増加しており、一人当たりの医療費が高い	医療費の適正化	脳血管疾患の総医療費に占める割合3%減少	実績値 2.6% (H30)	2.9% (R2)	1.5% (R4)	KDB システム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合2%減少	実績値 1.2% (H30)	1.1% (R2)	1.1% (R4)		
			腎疾患（透析）の総医療費に占める割合3%減少	実績値 5.3% (H30)	5.3% (R2)	5.8% (R4)		
			糖尿病性腎症による透析新規導入者の割合現状維持	実績値 3人 (H30)	2人 (R2)	1人 (R4)		
		予防可能な疾患の生活習慣の改善ならびに重症化予防		メタボリックシンドローム・予備軍の割合5%減少	実績値 31.7% (H30)	37.8% (R2)	37.4% (R4)	みやき町 健康増進 課
				健診受診者の高血圧の割合減少3%（160/100）	実績値 4.4% (H30)	8.6% (R2)	4.8% (R4)	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少3%（LDL180以上）	実績値 3.5% (H30)	2.9% (R2)	2.4% (R4)	
				健診受診者の糖尿病者の割合減少3%（HbA1C6.5以上）	実績値 13.0% (H30)	15.3% (R2)	15.0% (R4)	
				健診受診者のHbA1c8以上の未治療者の割合減少0.3%	実績値 0.8% (H30)	0.4% (R2)	0.8% (R4)	

### 3) 第2期データヘルス計画に係る考察

本町の特定健診受診率は、令和元年度には45.0%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で令和2年度以降は受診率が低迷しており、訪問、電話や個別通知等による受診勧奨などを実施していますが目標達成できていません。年代別の受診率では、40～50代は特に受診率が低い状況が続いています。特定保健指導については、約7割の方へ実施ができていますが、メタボリックシンドロームの該当者、予備群の割合は増加しています。

中長期的な目標として、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)の総医療費に占める割合の減少を設定し、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として、メタボリックシンドローム及び予備軍の割合、高血圧、糖尿病、脂質異常症の総医療費に占める割合の減少を設定し、未治療者や治療中断者を医療につなげることを優先に行ってきました。しかし、糖尿病の未治療者・治療中断者、Ⅱ度高血圧以上の者で未治療者の半数近くが医療につながっていません。

本町の医療費は、国保加入者が減少しており総医療費は減少していますが、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約18万円高く、平成30年度と比較しても7万8千円高くなっています。医療費の推移をみてみると、糖尿病では治療者の割合は減少し、脳血管疾患や人工透析を合併している割合は高くなっています。治療が必要な人が早期に治療につながらずに重症化していることやコントロール不良者が重症化し、透析が必要な状態となっていると考えられます。透析が必要になれば医療費も高額になるため、早期の受診勧奨とともに、糖尿病では医療機関での治療だけでは血糖コントロールは難しく食事療法や運動療法が非常に重要であるため、望ましい生活習慣を本人が判断でき、取り組めるよう継続的な保健指導が必要であると考えられます。また高血圧症では、治療者の割合は高くなっていますが、脳血管疾患や人工透析の割合も高くなっています。これは、高血圧症では受診者数も多いですが、重症化している割合も高く、治療開始時期が早期ではなく、治療開始時点ですでに動脈硬化が進んでしまい、重症化していることが考えられます。生活習慣の改善への支援とともに健診を継続的に受け、健診データの変化をみながら早期介入が必要であると考えられます。

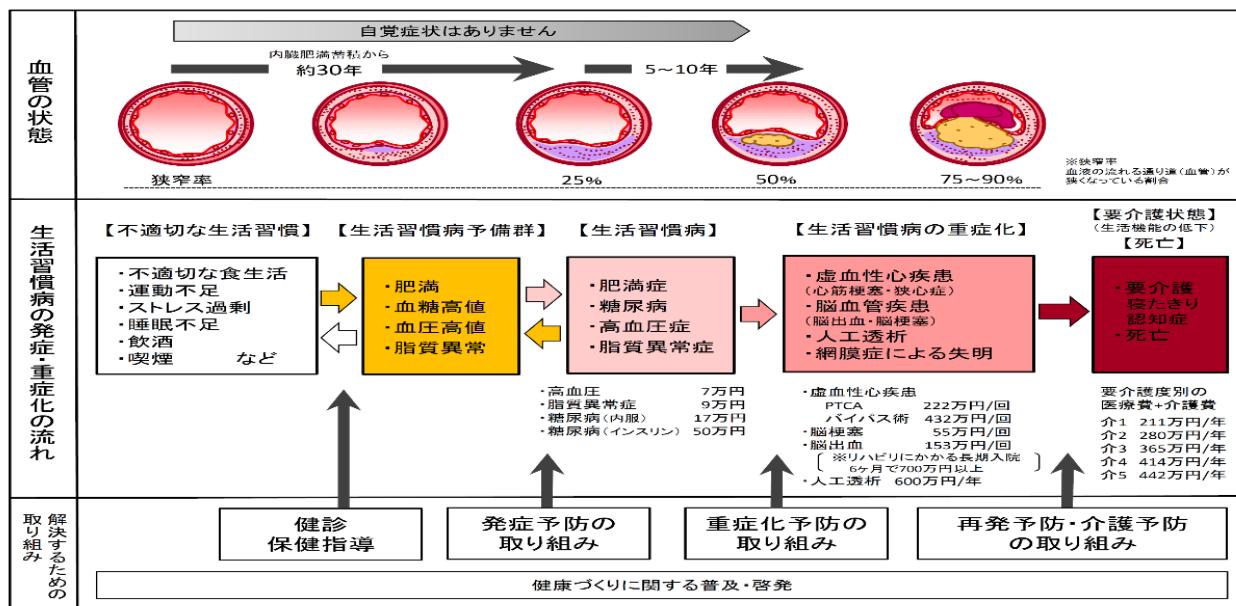
### 3. 第3期における健康課題の明確化

#### 1) 基本的考え方

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

図表30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

#### 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。

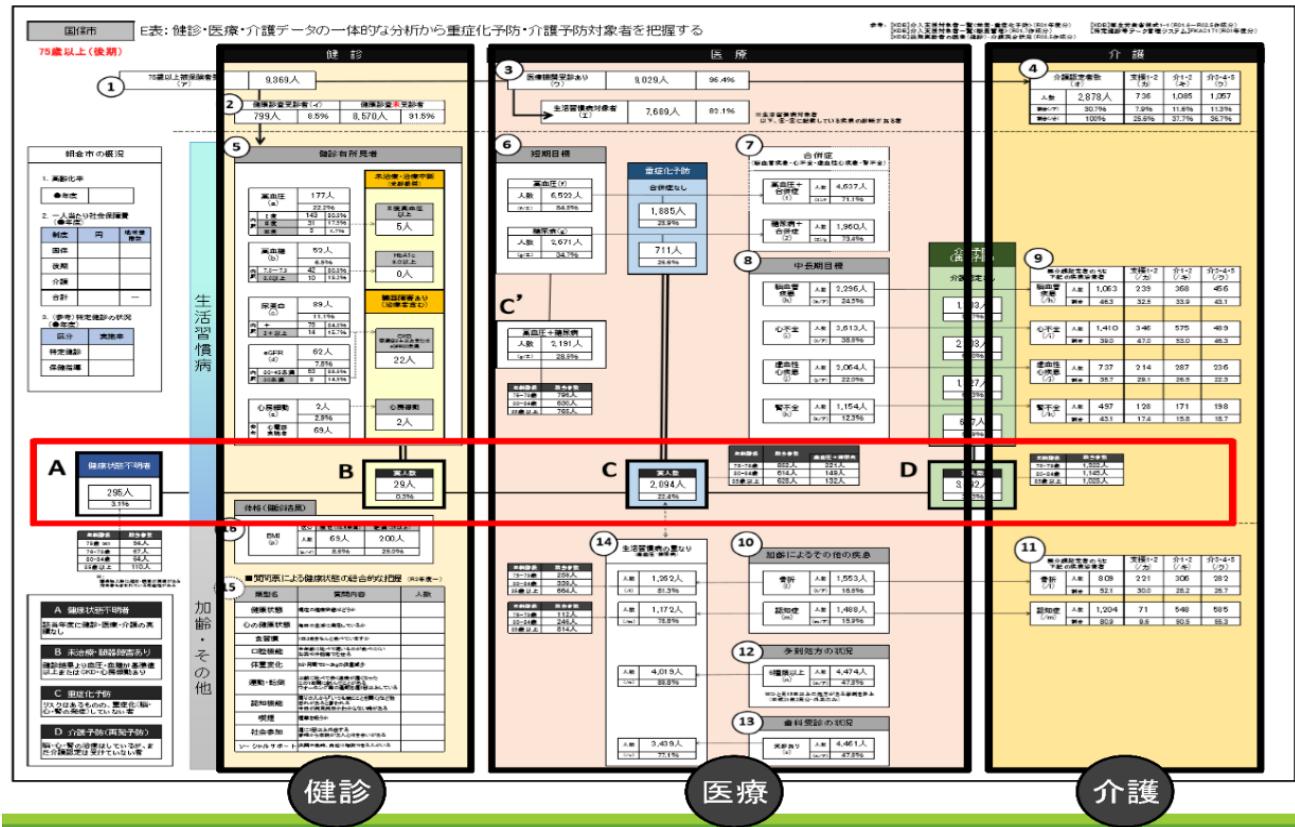
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

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

図表 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

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	件数	5,731人	5,434人	5,397人	5,259人	4,936人	4,777人
総件数及び 総費用額	費用額	63,046件	61,477件	57,629件	58,457件	57,189件	83,853件
一人あたり医療費		28億4198万円	28億4236万円	27億2145万円	27億8492万円	27億1094万円	51億4058万円
		49.6万円	52.3万円	50.4万円	53.0万円	54.9万円	107.6万円

出典: ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患			短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計			新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
				腎	脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
① 国 保	みやき町	27億1094万円	44,022	5.82%	0.36%	1.54%	1.05%	4.26%	2.85%	2.26%	4億9189万円	18.1%	12.2%	14.37%	8.25%
	同規模	--	29,136	4.24%	0.31%	2.01%	1.52%	5.81%	3.22%	2.20%	--	19.3%	16.9%	7.71%	8.78%
	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%
② 後 期	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%
	みやき町	51億4058万円	91,187	3.59%	0.50%	4.26%	0.90%	3.68%	2.48%	1.52%	8億6985万円	16.9%	9.3%	5.76%	13.0%
	同規模	--	69,832	4.97%	0.47%	3.89%	1.64%	4.23%	2.97%	1.41%	--	19.6%	11.1%	3.50%	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

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	255人	246人	228人	248人	232人	651人
	件数	B	454件	422件	786件	446件	466件	1,242件
		B/総件数	0.72%	0.69%	1.36%	0.76%	0.81%	1.48%
	費用額	C	5億8114万円	5億7610万円	10億5644万円	6億3557万円	6億7683万円	15億4157万円
		C/総費用	20.4%	20.3%	38.8%	22.8%	25.0%	30.0%

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	25人		16人		25人		16人		13人		60人		
		D/A	9.8%		6.5%		11.0%		6.5%		5.6%		9.2%		
	件数	E	47件		34件		93件		38件		25件		123件		
		E/B	10.4%		8.1%		11.8%		8.5%		5.4%		9.9%		
	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	1	2.1%	0	0.0%	4	4.3%	1	2.6%	0	0.0%	70-74歳	7	5.7%
		50代	2	4.3%	5	14.7%	3	3.2%	2	5.3%	4	16.0%	75-80歳	23	18.7%
		60代	20	42.6%	10	29.4%	38	40.9%	13	34.2%	3	12.0%	80代	57	46.3%
		70-74歳	24	51.1%	19	55.9%	48	51.6%	22	57.9%	18	72.0%	90歳以上	36	29.3%
	費用額	F	5678万円		4078万円		1億1436万円		5119万円		3371万円		1億4965万円		
		F/C	9.8%		7.1%		10.8%		8.1%		5.0%		9.7%		

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	9人		6人		9人		16人		12人		10人		
		G/A	3.5%		2.4%		3.9%		6.5%		5.2%		1.5%		
	件数	H	9件		6件		17件		17件		14件		10件		
		H/B	2.0%		1.4%		2.2%		3.8%		3.0%		0.8%		
	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%	2	14.3%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	14.3%	75-80歳	3	30.0%
		60代	4	44.4%	3	50.0%	2	11.8%	3	17.6%	4	28.6%	80代	7	70.0%
		70-74歳	5	55.6%	3	50.0%	15	88.2%	14	82.4%	6	42.9%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	1828万円		724万円		2807万円		2854万円		1930万円		3106万円		
		I/C	3.1%		1.3%		2.7%		4.5%		2.9%		2.0%		

出典: ヘルスサポートラボツール

图表 37 健診・医療・介護データの一體的な分析

E表：健診・医療・介護データの統合的な分析から計画化を考える

H30-R04 比較

みやき町の概要		H30・R04比較		
1. 高齢化率	総戸数	40歳以上		▲1.1%
	H30	1,414	1,313	
R04	1,394	1,306	差	▲1.1%
差	0	0	0	0

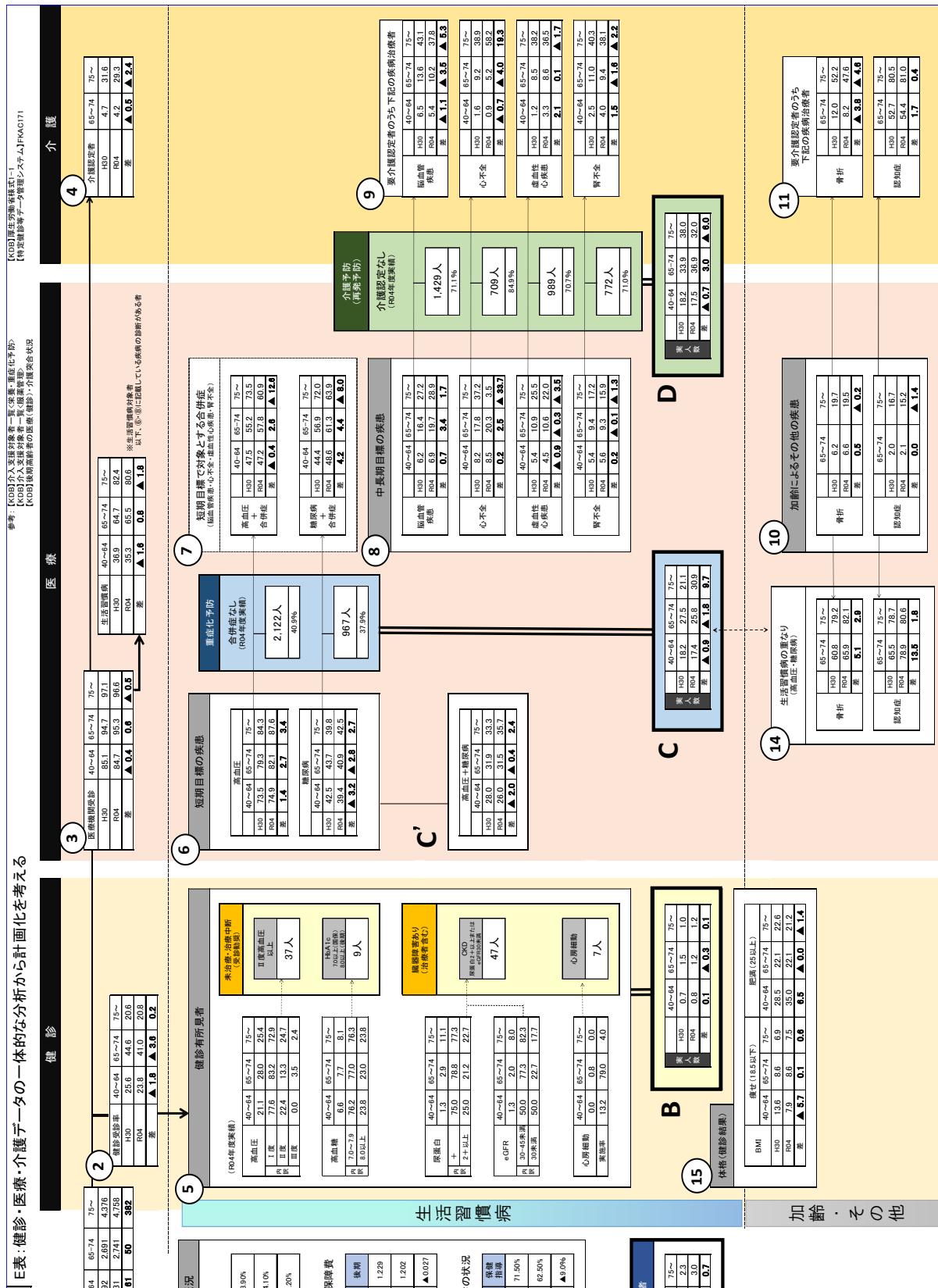
  

2. 一人当たり社会福祉費		H30・R04比較		
区分	基準差指数	基準		▲1.1%
H30年度	1.359	1.366		
R04年度	1.366	差	0.027	▲1.1%
差	0.027	0.027	0.027	▲1.1%

3. (参考)特定健診		H30・R04比較		
区分	健診	健診		健診状態不明 ▲1.1%
H30年度	41.50%	41.50%		
R04年度	37.90%	差	▲3.6%	▲1.1%
差	▲3.6%	▲3.6%	▲3.6%	▲1.1%

## (2) 健診・医療・介護の一体的分析



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑯					
年 度	介 護 認 定 率	被保險者數			健診受診率			體格(健診結果)					
					特定健診		長壽 健診	BMI18.5未滿			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	31.6	1,492	2,691	4,376	25.6	44.6	20.6	13.6	8.6	6.9	28.5	22.1	22.6
R04	29.3	1,331	2,741	4,758	23.8	41.0	20.8	7.9	8.6	7.5	35.0	22.1	21.2

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	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%				
H30	16	4.2	(5)	54	4.5	(19)	36	4.0	(8)	22	5.8	(0)	68	5.7	(4)	7	0.8	(1)	4	1.0	12	1.0	34	3.8	1	0.3	8	0.7	2	0.2
R04	15	4.7	(5)	53	4.7	(13)	68	6.9	(19)	21	6.6	(3)	87	7.7	(5)	19	1.9	(1)	2	0.6	10	0.9	35	3.5	0	--	7	0.6	0	--

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	85.1	94.7	97.1	36.9	64.7	82.4	73.5	79.3	84.3	42.5	43.7	39.8	28.0	31.9	33.3	47.5	55.2	73.5	44.4	56.9	72.0
R04	84.7	95.3	96.6	35.3	65.5	80.6	74.9	82.1	87.6	39.4	40.9	42.5	26.0	31.5	35.7	47.2	57.8	60.9	48.6	61.3	63.9

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											
年度	中長期目標の疾患(被保数割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	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	6.2	16.4	27.2	5.4	10.9	25.5	8.2	17.8	37.2	5.4	9.4	17.2	6.5	13.6	43.1	1.2	8.5	38.2	1.6	9.2	38.9	2.5	11.0	40.3
R04	6.9	19.7	28.9	4.5	10.6	22.0	8.5	20.3	3.5	5.6	9.3	15.9	5.4	10.2	37.8	3.3	8.6	36.5	0.9	5.2	58.2	4.0	9.4	38.1

図表 42 骨折・認知症の状況

年度	(1)				(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 (被保険者割合)		加齢による疾患のうち 要介護認定者				骨折		認知症	
	骨折	認知	骨折	認知症	骨折	認知症	骨折	認知症	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	60.8	79.2	65.5	78.7	6.2	19.7	2.0	16.7	12.0	52.2	52.7	80.5
R04	65.9	82.1	78.9	80.6	6.6	19.5	2.1	15.2	8.2	47.6	54.4	81.0

出典:ヘルスサポートラボツール

### (3) 健康課題の明確化(図表 32~42)

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、令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和 3 年度以降増加傾向です。後期高齢者になると一人あたり 100 万円を超え、国保の 2 倍高い状況です。(図表 32)

本町は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできており、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 1 ポイント以上低くなっていますが、腎不全の医療費に占める割合は、国保においては、同規模、県、国と比べて高い状況です。(図表 33)

高額レセプトについては、国保においては令和 2 年度 786 件と多く、それ以外の年では約 450 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると約 2.5 倍に増えていることがわかります。(図表 34)

高額レセプトにおける疾病をみてみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和 2 年度が一番多く 93 件で 1 億円以上の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 25 件と件数が減り、費用額も約 3,371 万円と減っています。しかし、後期高齢者においては、令和 4 年度は 123 件発生し、約 1 億 5 千万円あま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も力を入れる必要があります。(図表 35)

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 歳は減り 65~74 歳は増加していますが、特に 75 歳以上では約 400 名増え、本町は 75 歳以上の後期高齢者が確実に増えていることが分かります。

⑮の体格をみると、40~64 歳の若い年齢層で、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると BMI25 以上の割合が 6.5 ポイント高くなっています。図表 39 健診有所見状況をみると、各年代で対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、令和 4 年度高血圧では 65~74 歳・75 歳以上の割合が高く、糖尿病では全ての年代で令和 4 年度の割合が高くなっています。

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、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、脳血管疾患は全ての年代で令和 4 年度の割合が上がっています。

### (4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、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章に記載していきます。

### 3) 目標の設定

#### (1) 成果目標

##### ① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

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

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

##### ③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

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

## (2) 管理目標の設定

図表 43 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	目標値			データの把握方法 (活用データ)
				初期値 R6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (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	1.5%	1.4%	1.3%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.1%	1.0%	0.9%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	5.8%	5.4%	5.0%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	45.5%	42.5%	39.5%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	100%	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・予備群の減少率	37.4%	37.0%	36.6%	みやき町健康増進課
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	4.8%	4.5%	4.2%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	8.2%	7.8%	7.4%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	15.0%	14.0%	13.5%	
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	1.8%	1.7%	1.6%	
	アウトプット	特定健診実施率、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	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	57.1%	60.0%	65.0%	法定報告値
			★特定健診実施率60%以上	39.1%	49.0%	60.0%	
			★特定保健指導実施率60%以上	73.9%	75.5%	78.0%	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	26.4%	26.9%	27.4%	

※分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用

## 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1期としていたが、医療費適正化計画等が6年1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1期として策定します。

### 2. 目標値の設定

図表44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	46%	49%	52%	55%	58%	60%
特定保健指導実施率	75%	75.5%	76%	76.5%	77%	78%

### 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	3,800	3,719	3,606	3,493	3,380	3,269
	受診者数	1,748	1,822	1,829	1,921	1,960	1,961
特定保健指導	対象者数	229	236	237	249	254	255
	受診者数	172	179	181	191	196	199

### 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。

- ① 集団健診(働く婦人の家、北茂安保健センター、農村環境改善センター)
- ② 個別健診(委託医療機関)

#### (2) 特定健診委託基準

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

### (3) 健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、佐賀県国保連合会(市町村)のホームページに掲載します。

(参照) URL : <https://www.sagakokuho.or.jp>

### (4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

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

図表 46 特定健診検査項目

#### ○みやき町特定健診検査項目

健診項目		みやき町	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	●	●
	隨時中性脂肪	●	●
	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	○	●
	随时血糖	●	●
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、※…町独自

### (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。

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	健診機関との契約 ↓ (特定健診の開始)	健診対象者の抽出、受診券等の印刷・送付(隨時も可) ↓ (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 → (特定保健指導の開始)	
7月			
8月			
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等 ↓
10月	契約に関する予算手続き		受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
11月			
12月			
1月			
2月	受診券等の 発送準備 契約準備 ↓	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	
3月			

## 5. 特定保健指導の実施

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

#### (1)健診から保健指導実施の流れ

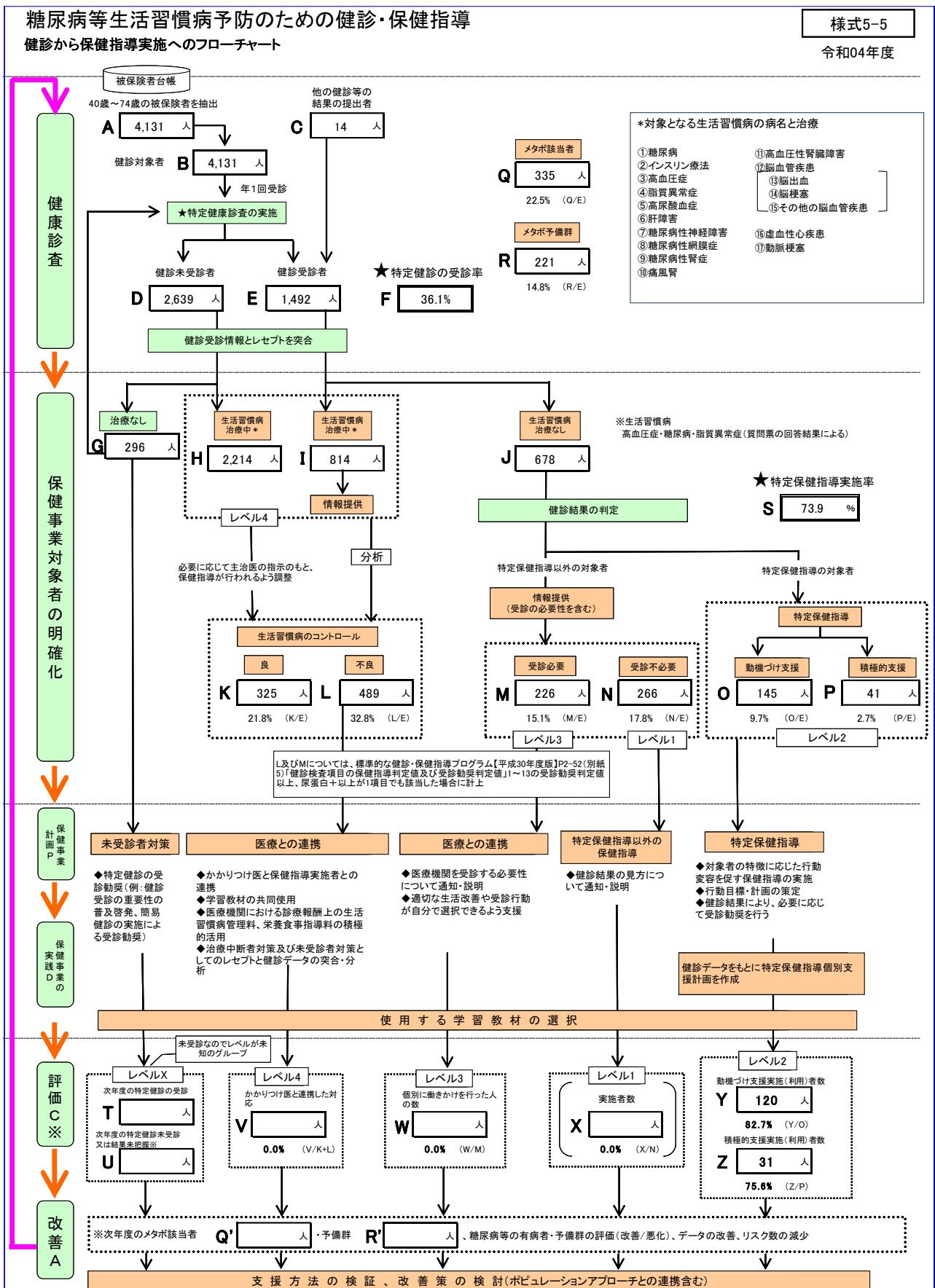
「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

## ○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。

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



出典:ヘルサポートラボソール

## (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	対象者数見込み (受診者の〇%)	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	186人 (12.5%)	80%
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	226人 (15.1%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	2,639人 ※受診率目標達成までにあと987人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	266人 (17.8%)	60%
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	814人 (54.6%)	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

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎個別健康診査実施の依頼 ◎特定健康診査の開始		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月			◎各種健康診査、がん検診等開始
6月		◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月			
8月			
9月	◎診療情報提供の依頼		◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
11月			
12月			
1月			
2月	◎健診の終了		
3月			

## 6. 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律およびみやき町個人情報の保護に関する法律施行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、みやき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て実施していく必要があります。

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る医療費や介護費用等の実態を広く町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受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

### II. 重症化予防の取組

本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、521人(34.9%)です。そのうち治療なしで133人(19.6%)を占め、さらに臓器障害あり直ちに取り組むべき対象者が42人です。

また、本町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、133人中77人と約半数であり、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)

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4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 による年齢新規透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)		
科学的根拠に基づき 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	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器疾患の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド 2018 (日本腎臓病学会)	<参考> 健診受診者(受診率)		
	クモ膜下出血 (5.6%)	脳出血 (18.5%)	脳梗塞 (75.9%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症	1,492人	36.1%	
	心原性 脳塞栓症 (27.7%)	ラクナ 梗塞 (31.2%)	アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)	非心原性脳梗塞			■各疾患の治療状況		
	※調査中 データリンク 2019より							※問診結果による	
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	重症化予防対象者 (実人数)		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)	重症化予防対象者 (実人数)		
重症化予防対象	II度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	521 34.9%		
該当者数	71 4.8%	7 0.5%	36 2.4%	31 2.1%	335 22.5%	162 10.9%	79 5.3%	133 19.6%	
治療なし	41 4.4%	0 0.0%	31 2.9%	22 2.1%	55 8.1%	77 5.9%	16 2.4%	77 14.8%	
(再掲) 特定保健指導	15 21.1%	0 0.0%	10 27.8%	7 22.6%	55 16.4%	22 13.6%	7 8.9%	388 47.7%	
治療中	30 5.3%	7 0.9%	5 1.2%	9 2.1%	280 34.4%	85 48.6%	63 7.7%	42 31.6%	
→ 脳器障害 あり	17 41.5%	0 --	4 12.9%	7 31.8%	15 27.3%	25 32.5%	16 100.0%	16 28 --	
CKD(専門医対象者)	2	0	1	3	2	7	16	2	
心電図所見あり	16	0	3	6	14	20	2	--	
→ 脳器障害 なし	24 58.5%	--	27 87.1%	15 68.2%	40 72.7%	52 67.5%	--	--	

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

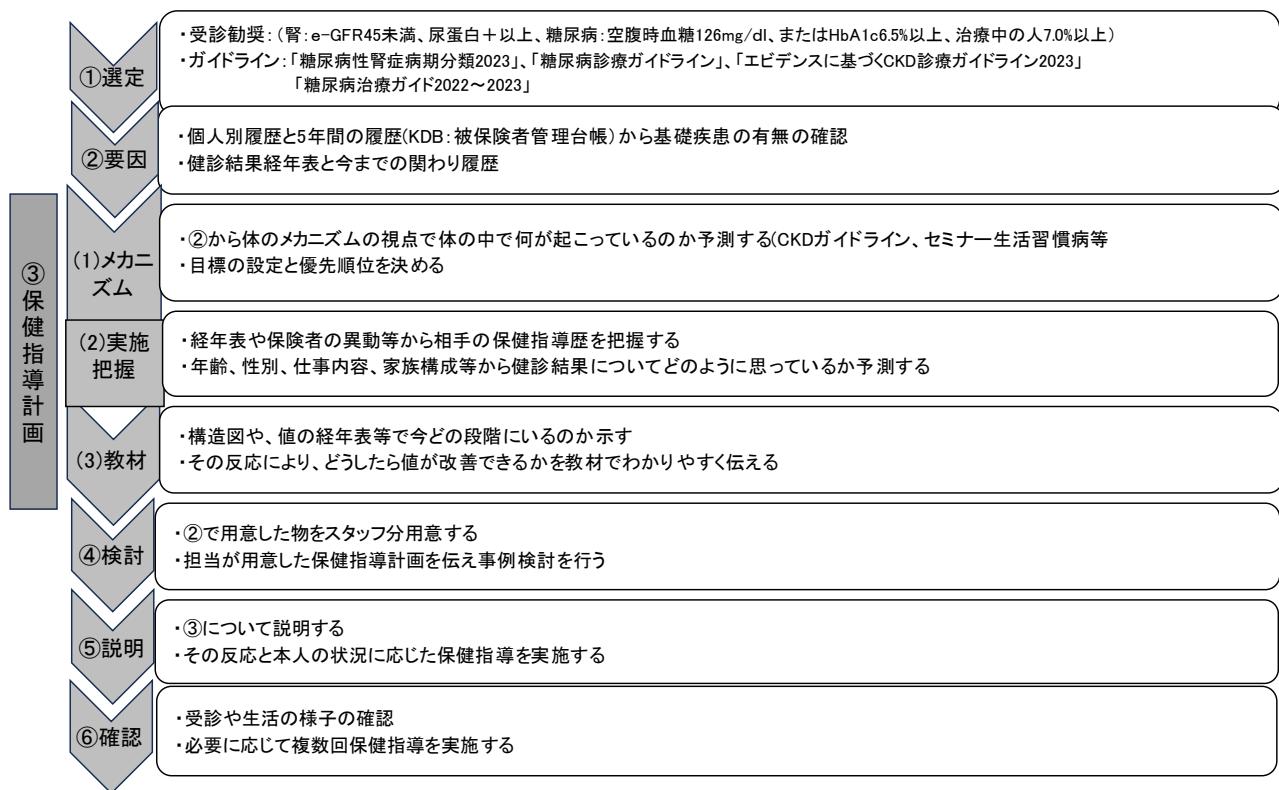
## 1) 基本的な考え方

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

過去の健診において、空腹時 126 mg/dl(随時血糖 200 mg/dl)以上または HbA1c(NGSP)6.5%以上の者のうち、尿蛋白を認める者または eGFR が 60ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満の者(特定健診の際

に血清クレアチニンを測定している場合)

② 糖尿病治療中断者

特定健診の結果で HbA1c(NGSP) 7.0% 以上の者のうち、糖尿病治療中であるが最終受診日から 6 か月経過しても受診した記録がない者

③ 糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクが高い者

糖尿病治療中で尿アルブミン、尿蛋白、eGFR 等により腎機能低下が判明した者

(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・糖尿病性腎症病期分類改訂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 <sup>注1</sup>		
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 <sup>注3</sup> (eGFR、mL/分/1.73m <sup>2</sup> )
正常アルブミン尿期(第1期) <sup>注2</sup>	UACR30未満	30以上
微量アルブミン尿期(第2期) <sup>注4</sup>	UACR30～299	30以上
顕性アルブミン尿期(第3期) <sup>注5</sup>	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/1.73m<sup>2</sup>未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外のCKDが存在するため、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/1.73m<sup>2</sup>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/1.73m<sup>2</sup>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。

本町においては、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)の把握は可能であり、尿アルブミンについては HbA1c 6.5 以上で尿蛋白(−)～(±)の場合に実施しています。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(−)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)と尿蛋白(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査で

も腎症病期の推測が可能となります。

## ②基準に基づく該当者数の把握

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

本町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、86人(32.7%・F)でした。また、40～74歳における糖尿病治療者1,082人のうち、特定健診受診者が177人(67.3%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者905人(83.6%・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。

## ④ 介入方法と優先順位

図表54より本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)・・・86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)・・・97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、手紙等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

### 優先順位3

#### 【保健指導】

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

図表 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						
		軽症					重症									
レセプト KDB 疾病管理一覧 (糖尿病)	被保険者		糖尿病治療中					薬物療法あり		(再掲) インスリン療法		糖尿病性腎症				
	5,604人		1,089人 (184)					639人 (587)		126人 (116)		103人 (95)				
	年代別 人数(人) 割合		患者数(b) b/a					患者数(c) c/b		患者数(d) d/b		患者数(e) e/b				
	20代以下 779 13.9		3 0.4					0 0.0		0 0.0		0 0.0				
	30代 367 6.5		4 1.1					4 100.0		2 50.0		0 0.0				
	40代 529 9.4		36 6.8					23 63.9		7 19.4		4 11.1				
	50代 612 10.9		95 15.5					65 68.4		13 13.7		11 11.6				
	60代 1,468 26.2		387 26.4					225 58.1		38 9.8		23 5.9				
	70~74歳 1,849 33.0		564 30.5					322 57.1		66 11.7		65 11.5				
	A 再掲 40~74歳 4,458人		H 1,082人 (24.3)					L 0		L 103人 (9.5)		L 15人 (1.39)				
特定健診 [40~74歳]	※途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外		I 特定健診未受診者 905人 (83.6)…L/H					データがないため、コントロール状態が分からず、保健指導が難しい。 糖尿病連携手帳を中心して保健指導を展開していく必要がある。								
	B 特定健診受診者 4,131人		J コントロール不良 97人 (54.8)					その他のリスク								
	C 特定健診受診者 1,492人 (36.1)		K コントロール良好 78人 (44.1)					高血圧 肥満 脂質								
	E 糖尿病型 263人 (17.6)		L 130/80 以上					BMI 25以上								
	(再掲)65歳以上 人数 割合		M 49 (50.5)					LDL120mg以上 HDL40mg以上 TG150mg以上								
	F 未治療 (中断含む) 86人 (32.7)		N eGFR 30以上					第1期 再掲 (第2~4期)								
	以下にいずれかに該当 ・HbA1c 5.7%以上 ・空腹時血糖126mg以上 ・糖尿病治療中 (問診)		O 腎症前期 30以上					第2期 早期腎症期 30未満								
			P 頸性腎症期 正常 アルブミン尿 (30未満)					第3期 頸性腎症期 30未満								
			Q 第4期 腎不全期 問わない					第5期 透析療法期 透析療法中								
			R 尿蛋白 (-) M 209人 (79.5)					S (±) 54人 (20.5)								
※レセプト情報は、該年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年末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、疾患管理一覧で把握できない項目については、「KDB標準・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

### 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な要素となります。本町においては、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につける(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につける	
<b>もくじ</b>	
<b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b>	<b>2 高血糖を解決するための食</b>
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 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病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か	5 自分の食べている食品みてみます
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	<b>3 薬物療法</b>
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「 $\alpha$ グリコニダーゼ阻害薬」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 ピグアナイド薬とは
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 チアブリジン薬とは？
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、体の中で何がおこるのでしょうか
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	<b>4 参考資料</b>
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が異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・禁忌・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。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち HbA1c 6.5 以上で尿蛋白定性(－)～(±)の方へは、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

## 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行なっていきます。

## 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の取り組みは、メディカルコミュニティ推進課を中心に行い、健康増進課と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なっていきます。

### 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/1.73m<sup>2</sup>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	みやき町										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	5,921人		5,769人		5,500人		5,471人		5,252人			
		(再掲)40~74歳		4,911人		4,776人		4,572人		4,575人		4,382人	
2 ① 対象者数 ② 特定健診 ③ 受診率	B	4,252人		4,147人		4,070人		3,928人		4,226人			
		受診者数		1,832人		1,947人		1,673人		1,534人		1,492人	
		43.1%		46.9%		41.1%		39.1%		35.3%			
3 ① 特定保健指導 ② 実施率		対象者数		214人		244人		191人		174人		192人	
		実施率		71.5%		72.1%		76.4%		72.4%		62.5%	
4 ① 糖尿病型 ② 未治療・中断者(質問票 服薬なし) ③ 治療中(質問票 服薬あり) ④ コントロール不良 ⑤ 血圧 130/80以上 ⑥ 肥満 BMI25以上 ⑦ コントロール良好 ⑧ 第1期 尿蛋白(-) ⑨ 第2期 尿蛋白(±) ⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上 ⑪ 第4期 eGFR30未満	E	277人	15.1%	337人	17.3%	317人	18.9%	252人	16.4%	263人	17.6%		
		103人	37.2%	118人	35.0%	99人	31.2%	80人	31.7%	86人	32.7%		
		174人	62.8%	219人	65.0%	218人	68.8%	172人	68.3%	177人	67.3%		
		87人	50.0%	115人	52.5%	118人	54.1%	101人	58.7%	97人	54.8%		
		45人	51.7%	65人	56.5%	74人	62.7%	49人	48.5%	49人	50.5%		
		33人	37.9%	41人	35.7%	53人	44.9%	39人	38.6%	35人	36.1%		
		87人	50.0%	104人	47.5%	100人	45.9%	71人	41.3%	80人	45.2%		
		217人	78.3%	231人	68.5%	264人	83.3%	206人	81.7%	209人	79.5%		
		39人	14.1%	62人	18.4%	34人	10.7%	31人	12.3%	37人	14.1%		
		20人	7.2%	41人	12.2%	17人	5.4%	14人	5.6%	14人	5.3%		
		1人	0.4%	1人	0.3%	2人	0.6%	1人	0.4%	3人	1.1%		
5 ① 糖尿病受療率(被保険者数) ② (再掲)40~74歳(被保険者数) ③ レセプト件数 ④ 入院外(件数) ⑤ 入院(件数) ⑥ 糖尿病治療中 ⑦ (再掲)40~74歳 ⑧ 健診未受診者 ⑨ インスリン治療 ⑩ (再掲)40~74歳 ⑪ 糖尿病性腎症 ⑫ (再掲)40~74歳 ⑬ 慢性人工透析患者数 ⑭ (再掲)40~74歳 ⑮ 新規透析患者数 ⑯ (再掲)糖尿病性腎症 ⑰ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 ⑱ (糖尿病治療中に占める割合)	F	1522人		149.8人		135.6人		147.7人		147.9人			
		181.8人		179.4人		162.5人		176.0人		176.4人			
		5,183件	(1094.1)	5,104件	(1125.0)	4,668件	(1040.1)	4,542件	(1037.2)	4,268件	(1047.9)	630,975件	(921.9)
		28件	(5.9)	30件	(6.6)	23件	(5.1)	17件	(3.9)	15件	(3.7)	2,654件	(3.9)
		901人	15.2%	864人	15.0%	746人	13.6%	808人	14.8%	777人	14.8%		
		893人	18.2%	857人	17.9%	743人	16.3%	805人	17.6%	773人	17.6%		
		719人	80.5%	683人	79.7%	525人	70.7%	633人	78.6%	596人	77.1%		
		86人	9.5%	87人	10.1%	63人	8.4%	80人	9.9%	77人	9.9%		
		85人	9.5%	87人	10.2%	63人	8.5%	79人	9.8%	75人	9.7%		
		88人	9.8%	100人	11.6%	73人	9.8%	72人	8.9%	67人	8.6%		
		88人	9.9%	99人	11.6%	73人	9.8%	72人	8.9%	67人	8.7%		
		10人	1.1%	14人	1.6%	12人	1.6%	17人	2.1%	15人	1.9%		
		10人	1.1%	14人	1.6%	12人	1.6%	17人	2.1%	15人	1.9%		
		3人	0.32%	2人	0.23%	2人	0.27%	2人	0.30%	1	0.19		
		3人	0.32%	2人	0.23%	2人	0.27%	2人	0.30%	1	0.19		
		22人	2.0%	22人	1.9%	17人	1.5%	18人	1.5%	23人	1.8%		
6 ① 総医療費 ② 生活習慣病総医療費 ③ (総医療費に占める割合) ④ 生活習慣病対象者 ⑤ 健診受診者 ⑥ 健診未受診者 ⑦ 糖尿病医療費 ⑧ (生活習慣病総医療費に占める割合) ⑨ 糖尿病入院外総医療費 ⑩ 1件あたり ⑪ 糖尿病入院総医療費 ⑫ 1件あたり ⑬ 在院日数 ⑭ 慢性腎不全医療費 ⑮ 透析有り ⑯ 透析なし	G	28億4198万円		28億4236万円		27億2145万円		27億8492万円		27億1094万円		21億6943万円	
		15億5180万円		15億3736万円		15億3324万円		15億3198万円		14億4682万円		11億4738万円	
		54.6%		54.1%		56.3%		55.0%		53.4%		52.9%	
		8,166円		8,754円		7,102円		7,840円		7,544円		7,199円	
		42,353円		43,635円		42,788円		46,431円		45,890円		37,856円	
		1億4007万円		1億3789万円		1億2760万円		1億2141万円		1億1539万円		1億2598万円	
		9.0%		9.0%		8.3%		7.9%		8.0%		11.0%	
		4億0496万円		4億1303万円		4億2244万円		4億7666万円		4億5150万円			
		32,929円		34,656円		38,272円		42,811円		43,972円			
		2億5973万円		2億4432万円		2億4513万円		3億1254万円		2億9459万円			
		608,266円		588,713円		582,259円		641,769円		674,114円			
		17日		17日		18日		18日		19日			
		1億5760万円		1億5988万円		1億4991万円		1億5787万円		1億6762万円		9872万円	
		1億5076万円		1億4583万円		1億4348万円		1億4676万円		1億5777万円		9197万円	
		684万円		1405万円		643万円		1111万円		985万円		675万円	
7 ① 介護 ② 介護給付費 ③ (2号認定者)糖尿病合併症	H	22億1408万円		22億9905万円		22億9607万円		23億0251万円		23億0923万円		21億9980万円	
		2件	12.5%	1件	7.1%	1件	8.3%	1件	10.0%	2件	20.0%		
8 ① 死亡		糖尿病(死因別死亡数)		2人	0.6%	3人	0.9%	2人	0.6%	2人	0.6%	1人	0.3%
												926人	1.1%

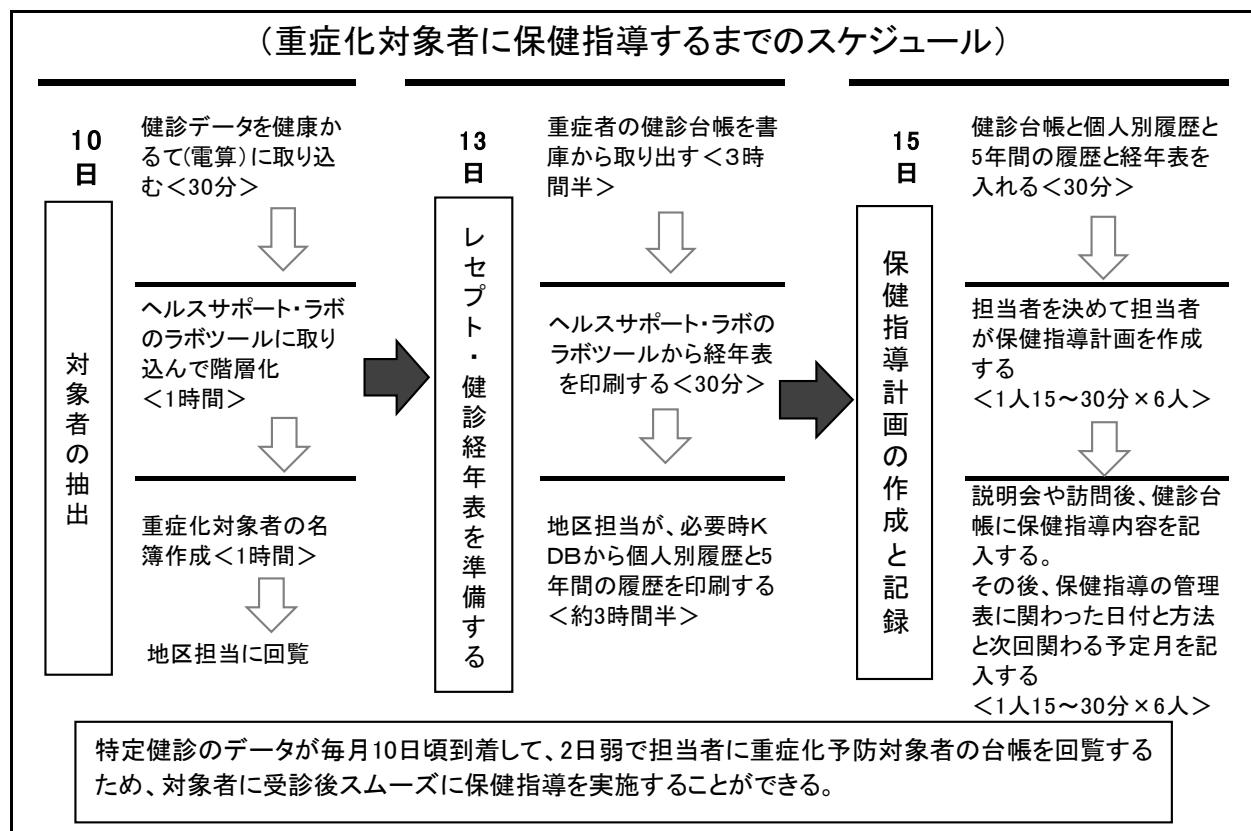
## 7) 実施期間及びスケジュール

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



出典：ヘルスサポートラボツール

## 2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

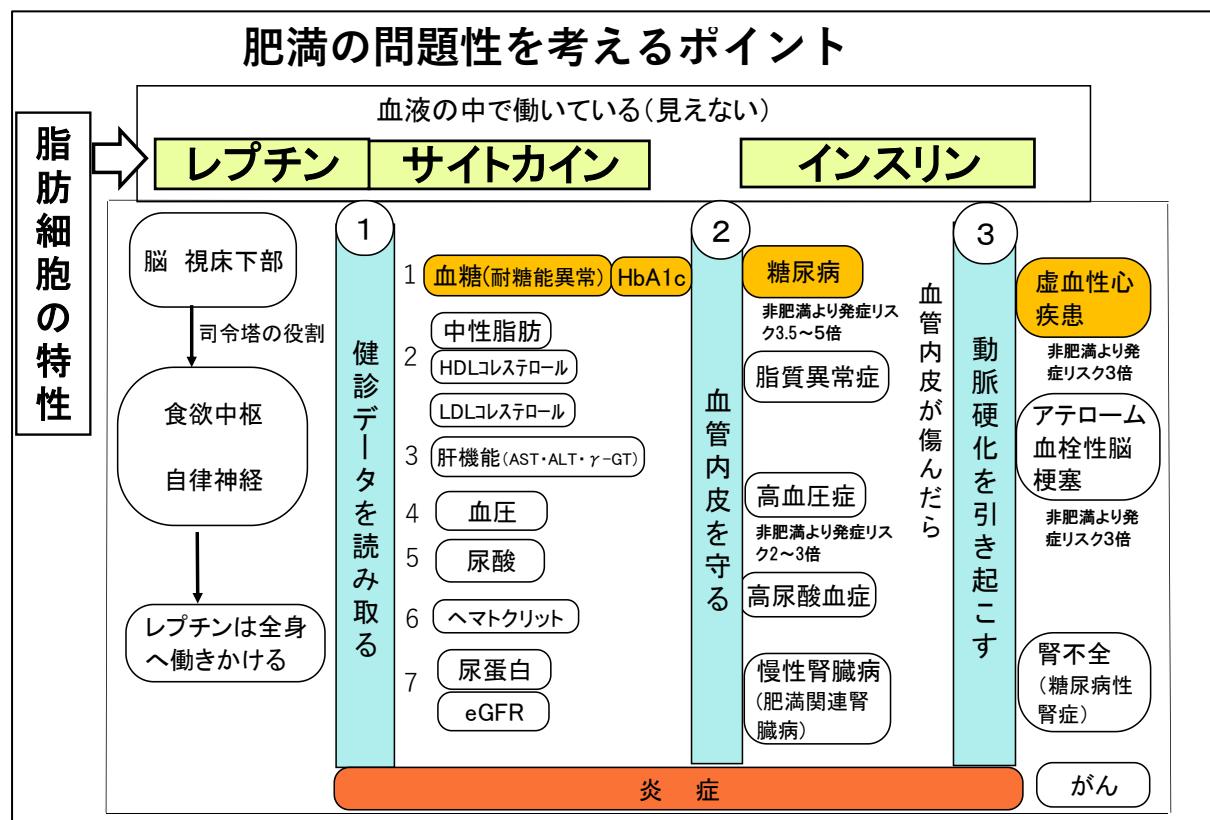
### 1) 基本的な考え方

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

						(再掲)肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
		40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数		331	1,161	117	258	92	220	22	30	3	8	0	0
				35.3%	22.2%	27.8%	18.9%	6.6%	2.6%	0.9%	0.7%	0.0%	0.0%
再掲	男性	150	501	61	124	50	111	11	9	0	4	0	0
				40.7%	24.8%	33.3%	22.2%	7.3%	1.8%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%
女性		181	660	56	134	42	109	11	21	3	4	0	0
				30.9%	20.3%	23.2%	16.5%	6.1%	3.2%	1.7%	0.6%	0.0%	0.0%

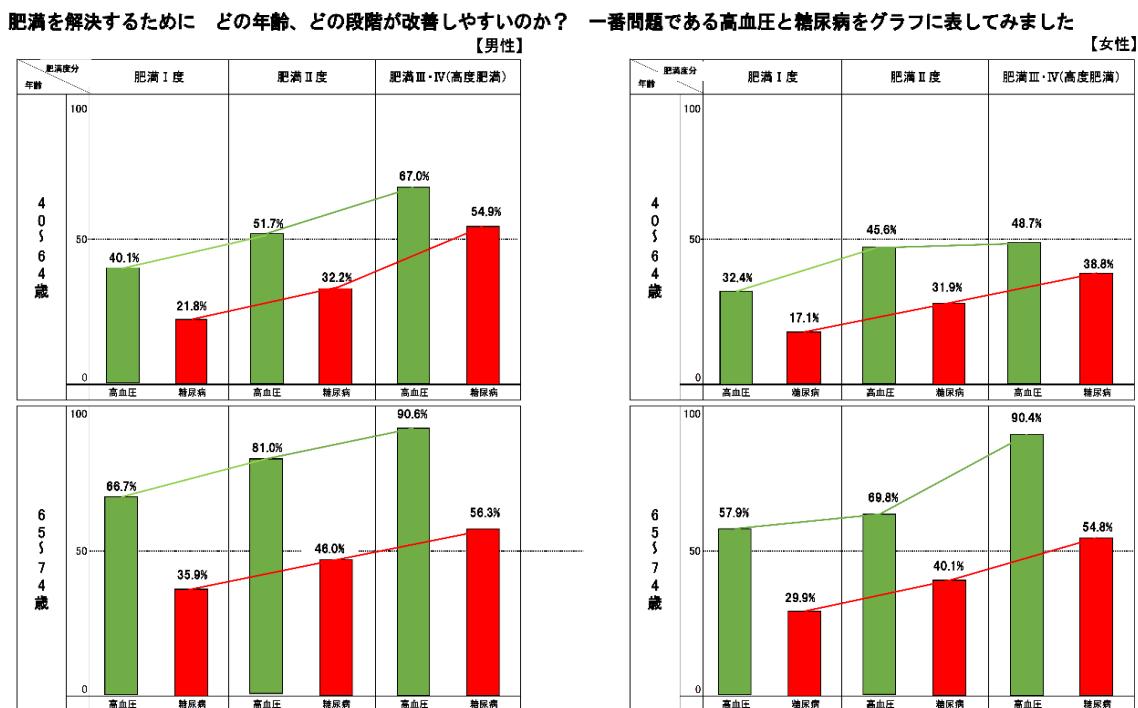
出典:ヘルスサポートラボツール

(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 BMI		I 度	II 度	III 度	IV 度
生活		25~29.9	30~34.9	35~39.9	40~
		・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
食事	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているからか腸の痙攣もおこるよ	・逆流性食道炎になった。
	排便			・便秘になって大変	・便器に座ると便座が割れる
排泄	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ない ・むくみがあつて5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
	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 ・ゆくゆくか歩けず、電話に間に合わない ・歩くと足がしびれる	・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
動作	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 ・運動すると数日かかるくなる ・身体が動かしづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがつらい ・手が届かないで排泄の後始末ができない
	身体	・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年前から動悸あり、休憩しながら仕事をしていた ・胸が痛くなることがある。止まるんじゃないとかグッと	・動悸がする ・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自覚める ・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悸が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感苦しさで10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦くなる ・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	・背中がかいの ・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。 ・全身の湿疹がつらい ・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Ⅲ度・Ⅳ度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。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果的であることがわかります。

### 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およびメタボ予備軍

図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例

事例 No	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							
			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	介護			
1	男	60代			●	●	●		●	●		メタボ		
2	男	60代			●		●		●			メタボ		
3	男	70代	●		●	●	●	●	●			メタボ		
4	男	70代		●			●	●				メタボ予備軍		
5	男	70代			●		●		●			メタボ予備軍		

### 3) 対象者の明確化

図表 63 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況

		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	651	39	64	209	339	841	49	61	324	407	
メタボ該当者	B	229	5	20	79	125	106	3	9	34	60	
	B/A	35.2%	12.8%	31.3%	37.8%	36.9%	12.6%	6.1%	14.8%	10.5%	14.7%	
再掲	① 3項目全て	C	74	1	4	29	40	37	0	1	11	25
		C/B	32.3%	20.0%	20.0%	36.7%	32.0%	34.9%	0.0%	11.1%	32.4%	41.7%
	② 血糖+血圧	D	39	0	3	17	19	12	2	3	3	4
		D/B	17.0%	0.0%	15.0%	21.5%	15.2%	11.3%	66.7%	33.3%	8.8%	6.7%
	③ 血圧+脂質	E	98	4	9	30	55	52	1	5	20	26
		E/B	42.8%	80.0%	45.0%	38.0%	44.0%	49.1%	33.3%	55.6%	58.8%	43.3%
	④ 血糖+脂質	F	18	0	4	3	11	5	0	0	0	5
		F/B	7.9%	0.0%	20.0%	3.8%	8.8%	4.7%	0.0%	0.0%	0.0%	8.3%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 64 メタボリックシンドローム該当者の治療状況

受診者	男性						女性					
	メタボ該当者	3疾患治療の有無					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	
総数	651	229	35.2%	180	78.6%	49	21.4%	841	106	12.6%	100	94.3%
40代	39	5	12.8%	2	40.0%	3	60.0%	49	3	6.1%	3	100.0%
50代	64	20	31.3%	13	65.0%	7	35.0%	61	9	14.8%	6	66.7%
60代	209	79	37.8%	59	74.7%	20	25.3%	324	34	10.5%	31	91.2%
70~74歳	339	125	36.9%	106	84.8%	19	15.2%	407	60	14.7%	60	100.0%

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 30% を超えていますが、女性では 50 代で 14.8% 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。
- ②治療中の者へは、治療中斷し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ③特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

#### (2) 対象者の管理

対象者の進捗管理は、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 新しい考え方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	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こっているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いとよく聞きますが、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 膝に圧力がかか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、運動するといいの？
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、本町においても二次健診を実施しています。

### ◎動脈硬化の有無や進行の程度をみるための検査

- 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)

### 3. 脳血管疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取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 66,67)

図表 66 脳卒中の分類

【脳卒中の分類】

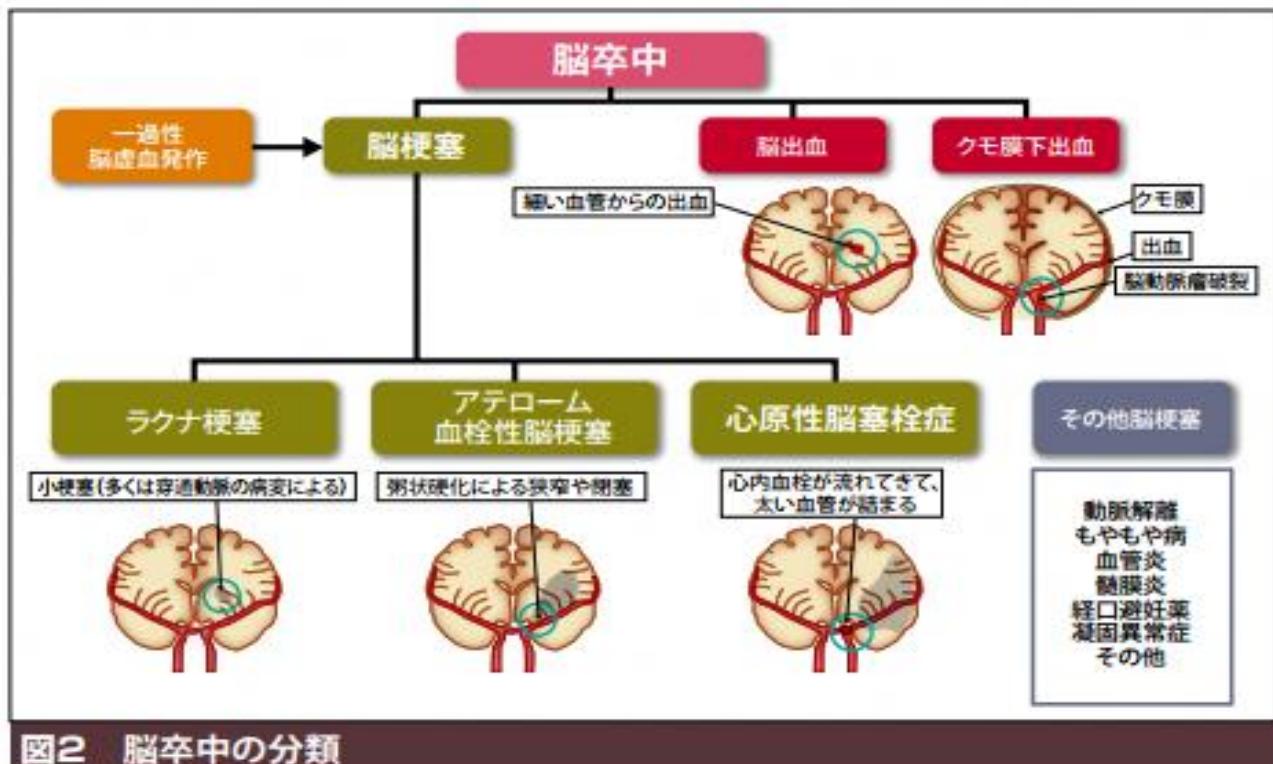


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 67 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дром	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	●							
	クモ膜下出血	●							

## 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 68 でみると、高血圧治療者 2,113 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 240 人(11.4%・O)でした。

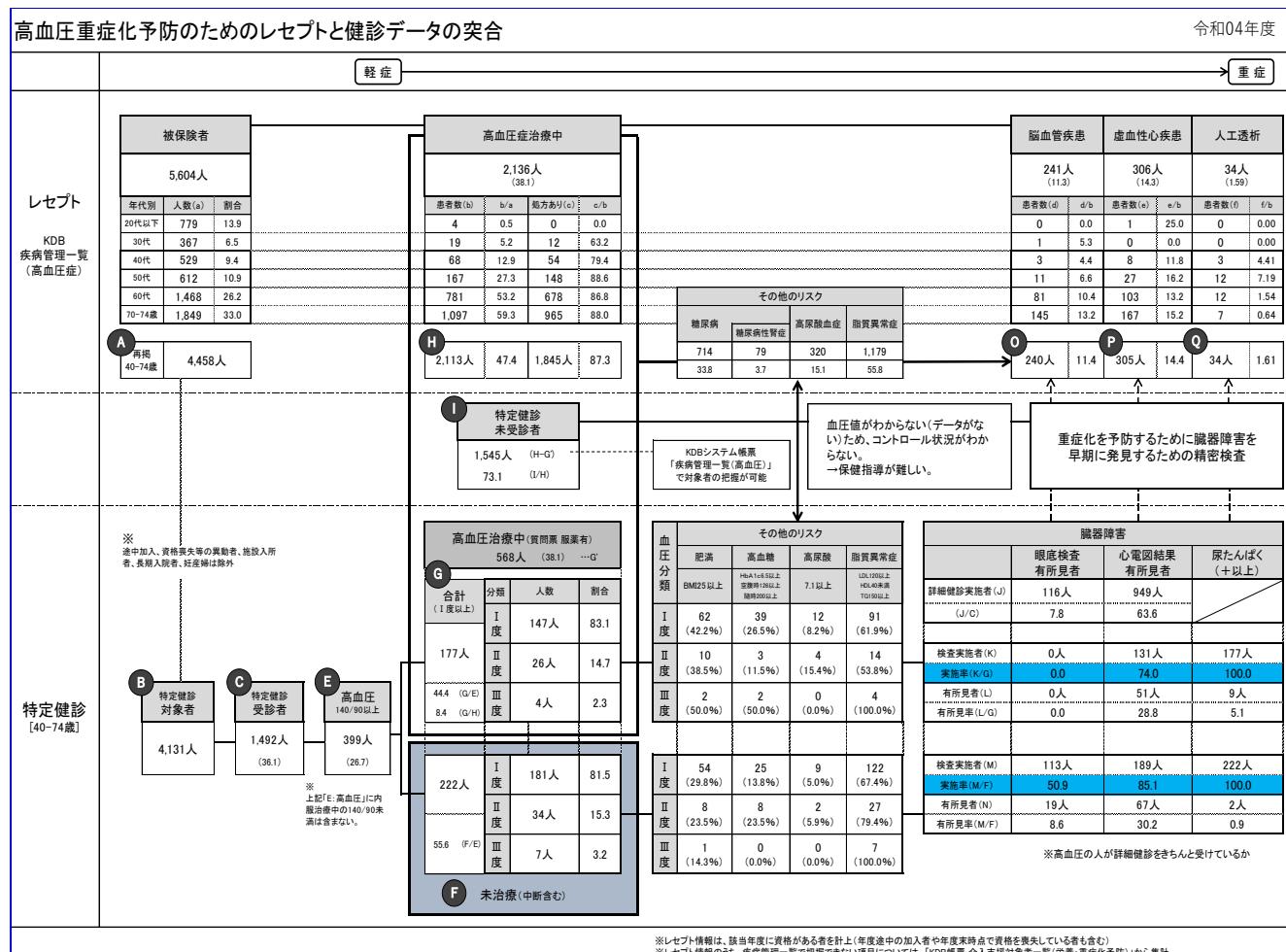
健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 71 人(4.7%)であり、そのうち 41 人(57.7%)は未治療者です。

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 30 人(17%)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、116 人(7.8%)実施している状況です。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おり 399 人(26.7%・E)は眼底検査を実施する必要がありますが、糖尿病・高血圧・脂質異常症・脳血管疾患・虚血性心疾患で治療中の方は除外となり、眼底検査を実施していません。眼底検査が必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、検討をしていく必要があります。

図表 68 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



※レセプト情報は、該當年度に資格がある者を計上(年度途中に加入者や年度末時点に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標準\_介入支援対象者一覧(未審・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あるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

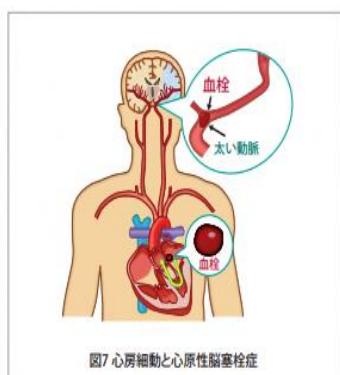
図表 69 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

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)											
<b>リスク層 (血圧以外のリスク因子)</b>											
リスク第1層 予後影響因子がない	435	高値血圧	I 度高血圧	II 度高血圧	III 度高血圧						
		130～139 /80～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上						
		213 49.0%	181 41.6%	34 7.8%	7 1.6%						
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	21 4.8%	C 13 6.1%	B 6 3.3%	B 2 5.9%	A 0 0.0%						
		260 59.8%	C 134 62.9%	B 103 56.9%	A 18 52.9%	A 5 71.4%					
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	154 35.4%	B 66 31.0%	A 72 39.8%	A 14 41.2%	A 2 28.6%						
<b>区分</b>											
A	ただちに 薬物療法を開始		111 25.5%								
B	概ね1ヵ月後に 再評価		177 40.7%								
C	概ね3ヵ月後に 再評価		147 33.8%								

出典:ヘルスサポートトラボツール

図表 69 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 70 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 70 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	651	841	438	67.3%	511	60.8%	6	1.4%	1	0.2%	--	--
40代	39	49	7	17.9%	2	4.1%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	64	61	9	14.1%	13	21.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	209	324	142	67.9%	209	64.5%	2	1.4%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	339	407	280	82.6%	287	70.5%	4	1.4%	1	0.3%	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 71 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	%
7	0	0.0%		7	100.0%

みやき町調べ

心電図検査において 7 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、心房細動有所見者 7 人のうち全員が既に治療が開始されています。

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

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

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

#### (2) 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います。本町では、形態学的検査法である頸動脈エコ一検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT) 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の取り組みは、メディカルコミュニティ推進課を中心にを行い、健康増進課と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)

## 4. 虚血性心疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

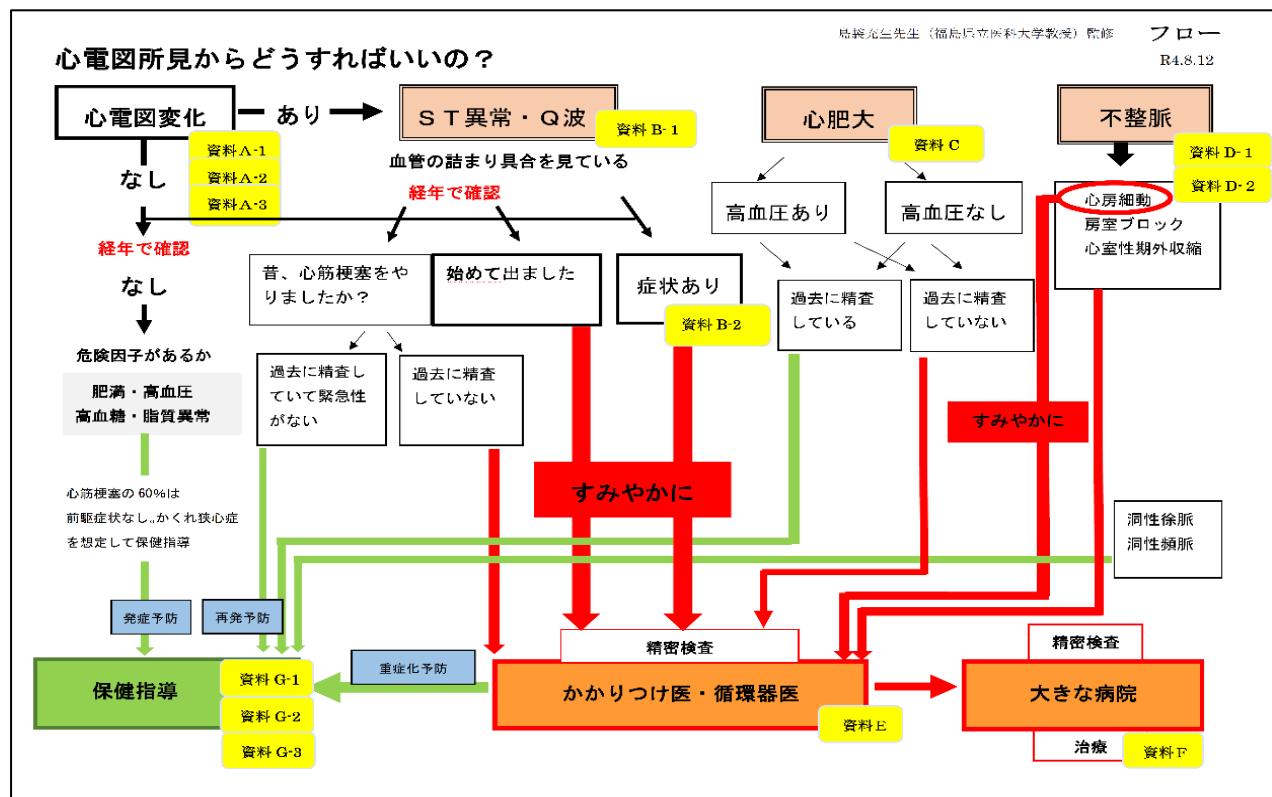
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

### 2) 対象者の明確化

#### (1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表72に基づいて考えます。

図表72 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



#### (2) 重症化予防対象者の抽出

##### ①心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル:日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

本町においては、心電図検査を 949 人(63.6%)に実施し、そのうち有所見者が 358 人(37.7%)でした。所見の中でも脚ブロックが 65 人(18.2%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 73)

また、有所見者のうち要精査が 30 人(8.4%)で、その後の受診状況をみると 11 人(36.6%)は未受診でした。(図表 74)。

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 73 心電図検査結果

性別・年齢 所見	心電図検査			所見内訳																
				ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数 A	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		
内訳				人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
40～74歳	949	63.6%	358	37.7%	24	6.7%	20	5.6%	2	0.6%	19	5.3%	5	1.4%	65	18.2%	7	2.0%	30	8.4%
男性	438	29.3%	190	43.4%	14	7.4%	9	4.7%	1	0.5%	11	5.8%	3	1.6%	39	20.5%	6	3.2%	14	7.4%
女性	511	34.2%	168	32.9%	10	6.0%	11	6.5%	1	0.6%	8	4.8%	2	1.2%	26	15.5%	1	0.6%	16	9.5%

みやき町調べ

図表 74 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	358		30	8.4%	19	63.3%	11	36.7%
男性	190	53.1%	14	7.4%	6	42.9%	8	57.1%
女性	168	46.9%	16	9.5%	13	81.3%	3	18.8%

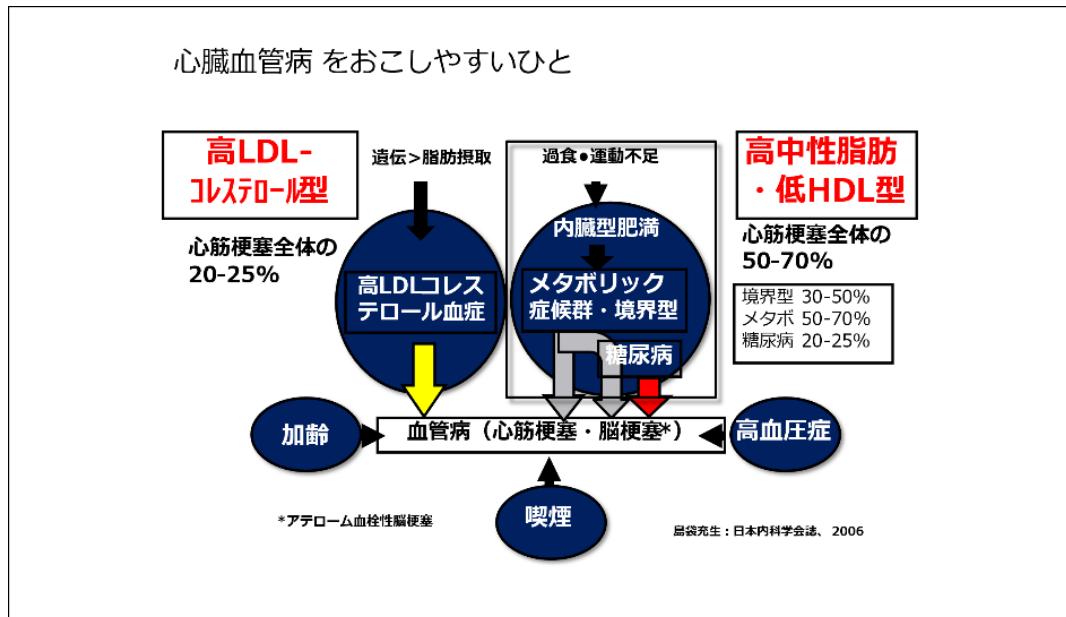
みやき町調べ

## 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 75)

図表 75 心血管病をおこしやすいひと



図表 75 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)を参考します。

B: LDLコレステロールタイプ<sup>°</sup>(図表 76)

図表 76 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	
			598	306	180	81	31	7	16	45	44
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)	66	41	16	6	3	2	7	0	0
			11.0%	13.4%	8.9%	7.4%	9.7%	28.6%	43.8%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	273	129	91	42	11	1	6	27	19
			45.7%	42.2%	50.6%	51.9%	35.5%	14.3%	37.5%	60.0%	43.2%
	高リスク	120未満 (150未満)	241	128	66	30	17	4	3	17	23
			40.3%	41.8%	36.7%	37.0%	54.8%	57.1%	18.8%	37.8%	52.3%
	再掲	100未満 (130未満) ※1	22	14	4	1	3	1	1	2	0
			3.7%	4.6%	2.2%	1.2%	9.7%	14.3%	6.3%	4.4%	0.0%
二次予防 生活習慣のは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)	18	8	7	3	0	0	0	1	2
			3.0%	2.6%	3.9%	3.7%	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%	4.5%

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

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

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

図表 77 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 狹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、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 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います。本町では、形態学的検査法である頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))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の取り組みは、メディカルコミュニティ推進課を中心にを行い、健康増進課と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)

### III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

#### 1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一體的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

#### 2) 事業の実施

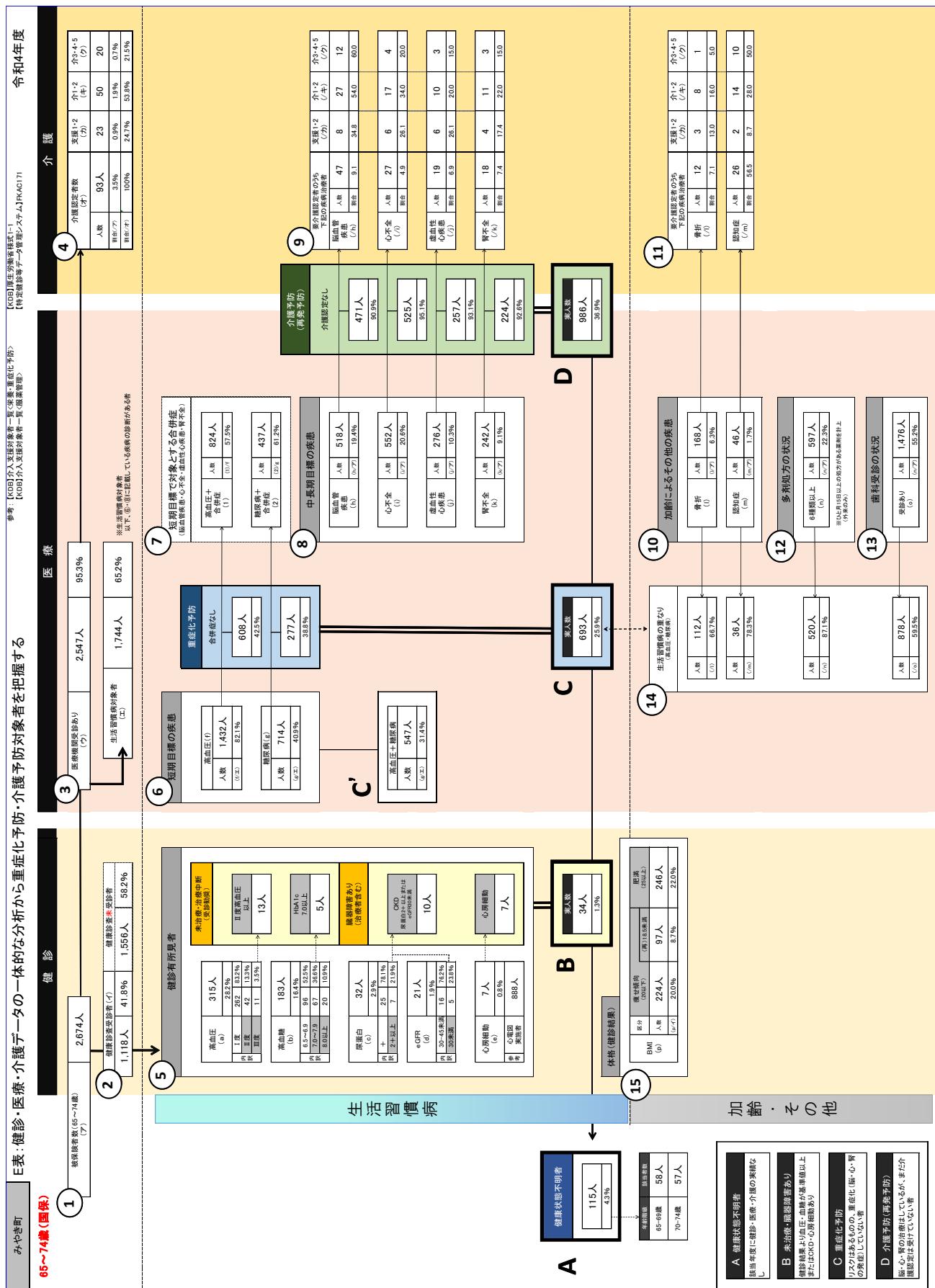
本町は、令和3年度より佐賀県後期高齢者広域連合から、本町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。具体的には、以下のとおりです。

##### ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

KDBシステム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

##### ② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイルなど健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 78 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



## IV. 発症予防

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

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

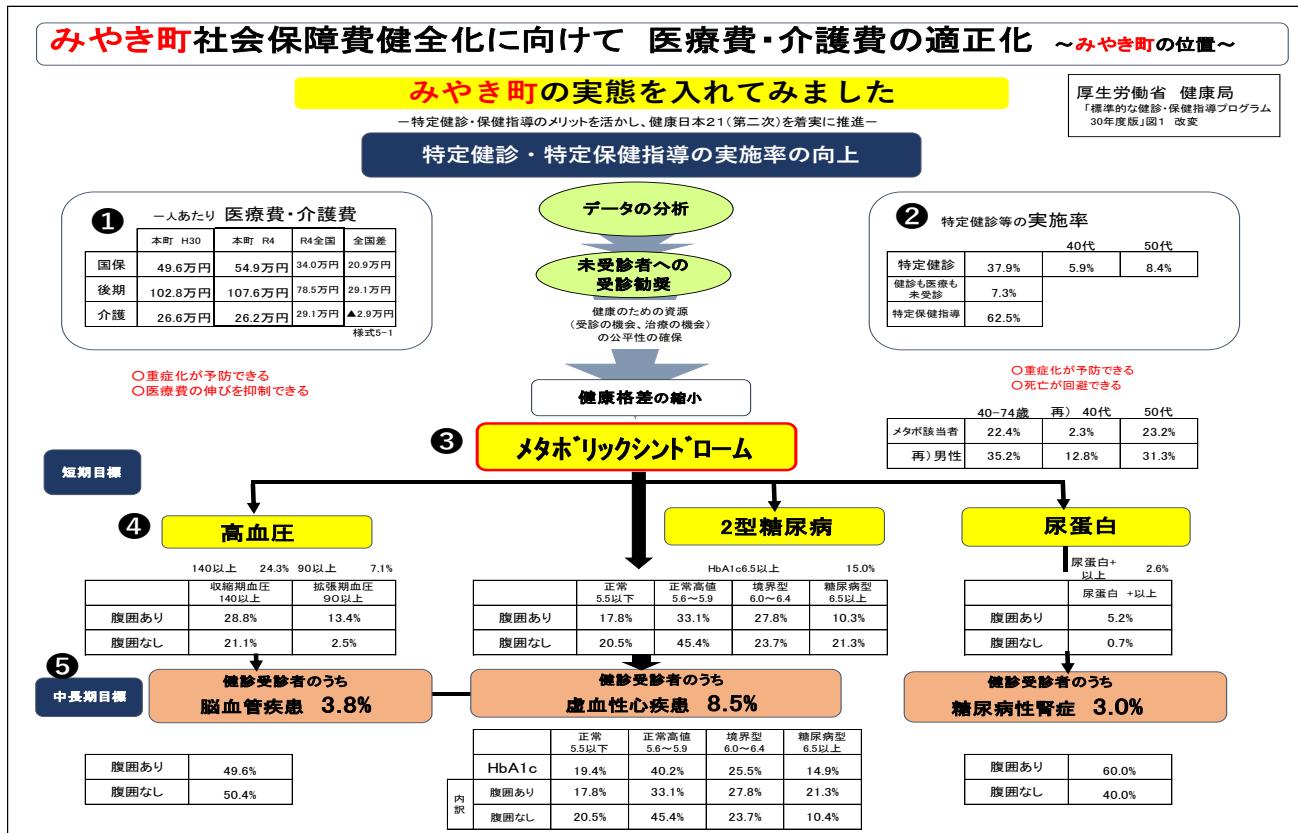
図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える 一基本的考え方一 （ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）																
		発症予防 → 重症化予防														
1 根拠法		健康増進法														
6条 健康増進事業実施者	母子保健法					学校保健安全法	労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全法）		高齢者の医療の確保に関する法律 （介護保険）							
児童福祉法	健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）											特定健康診査等実施計画（各保険者）				
2 計画																
3 年代		妊娠 (胎児期)	産婦	0歳～5歳			6歳～14歳	15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上			
4 健康診査 (根拠法)		妊娠健康診査 (13条)	産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)		保育所・幼稚園健康診断	就学時健診 (11・12歳)	児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)	定期健康診断 (第66条)	特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)				
		妊娠前	妊娠中 産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)	標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)				
5 対象者 健診内容	血糖	95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上								
	HbA1c	6.5%以上						6.5%以上								
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上														
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上								
	(診断) 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75GTTの①～③の1点以上満たすもの														
	身長 体重															
	BMI							25以上								
	肥満度		かわ18以上	肥満度15%以上		肥満度20%以上										
	尿糖	(+) 以上					(+) 以上									
	糖尿病家族歴															

## V. ポピュレーションアプローチ

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

統計からみえる佐賀の食 ~ 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)
ごぼう	1位	肉類(全体)	17位
れんこん	1位	魚介類(全体)	35位
ようかん	2位	生鮮野菜(全体)	38位
即席めん	3位	乳卵類(全体)	44位
冷凍調理食品	4位	油脂(全体)	48位
調理パン	9位	果物(全体)	52位
スナック菓子	11位		
炭酸飲料	12位		
砂糖	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)	<ul style="list-style-type: none"><li>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)</li><li>保健指導実施のための専門職の配置</li><li>KDB活用環境の確保</li></ul>
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"><li>保健指導等の手順・教材はそろっているか。</li><li>必要なデータは入手できているか。</li><li>スケジュールどおり行われているか。</li></ul>
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"><li>特定健診受診率、特定保健指導率</li><li>計画した保健事業を実施したか。</li><li>保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li></ul>
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"><li>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)</li></ul>

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ことが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等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、府内等での利用、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みやき町の位置

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 コolestrolの年次比較

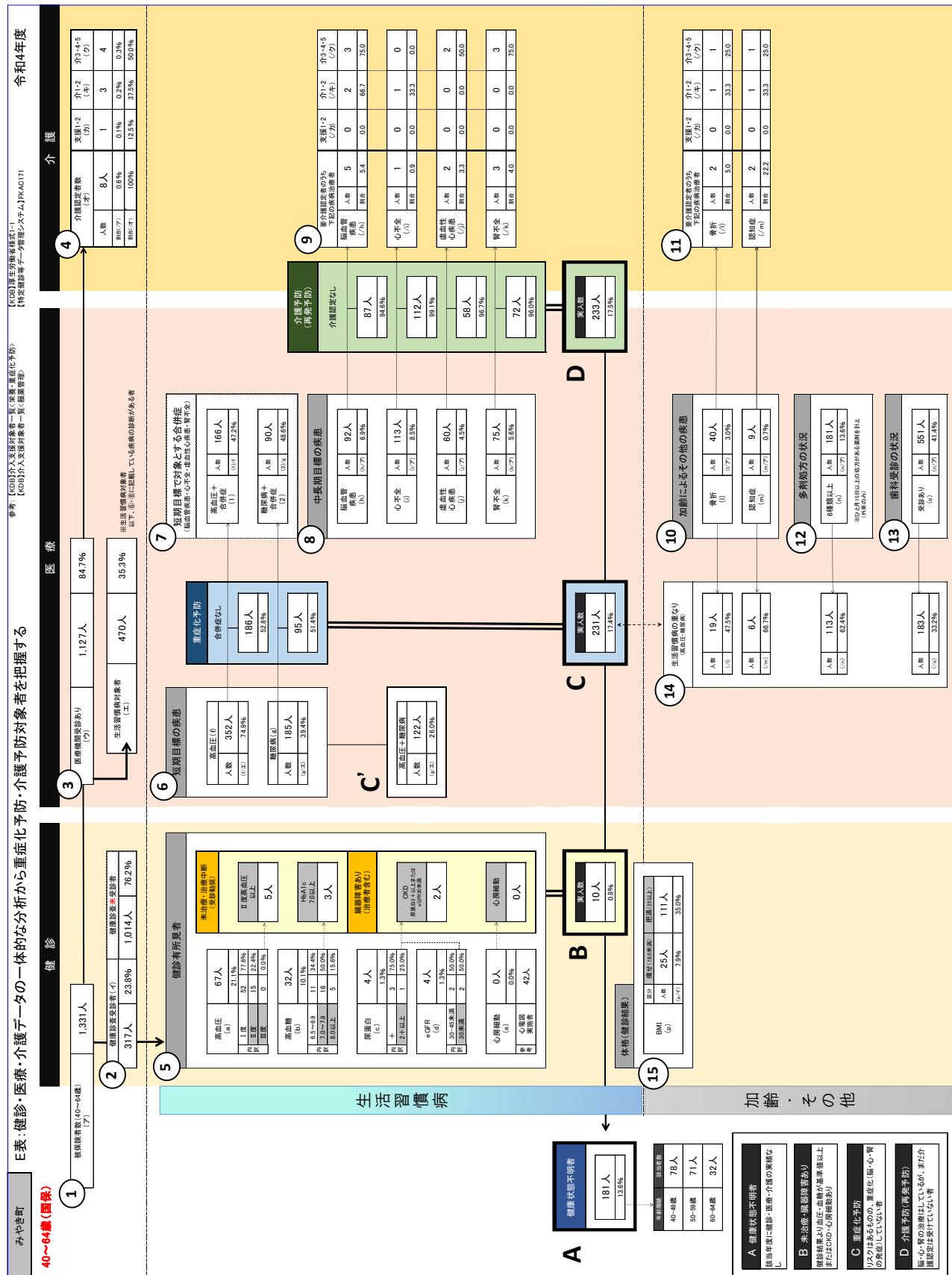
参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみたみやき町の位置

R04年度												
項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 人口構成	人口構成	総人口	25,437		4,284,839		797,881		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況
			65歳以上(高齢化率)	8,842	34.8	1,245,056	29.1	246,061	30.8	35,335,805	28.7	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			75歳以上	4,501	17.7	--	--	125,245	15.7	18,248,742	14.8	
			65~74歳	4,341	17.1	--	--	120,816	15.1	17,087,063	13.9	
			40~64歳	7,773	30.6	--	--	253,839	31.8	41,545,893	33.7	
	② 産業構成	産業構成	39歳以下	8,822	34.7	--	--	297,981	37.3	46,332,563	37.6	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			第1次産業		6.2		5.4		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		28.6		28.7		24.2		25.0	
	③ 平均寿命	平均寿命	第3次産業		65.2		66.0		67.1		71.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			男性		81.2		80.8		80.7		80.8	
			女性		86.6		87.1		87.1		87.0	
			④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	79.6		80.4		80.1		80.1	
			女性		84.7		84.5		85.2		84.4	
2	① 死亡の状況	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	96.5		98.7		102.0		100	
			女性		104.0		99.7		99.1		100	
			死因	がん	81	50.9	12,696	50.6	2,689	51.1	378,272	50.6
			心臓病	40	25.2	6,874	27.4	1,488	28.3	205,485	27.5	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			脳疾患	29	18.2	3,420	13.6	687	13.0	102,900	13.8	
			糖尿病	1	0.6	485	1.9	95	1.8	13,896	1.9	
			腎不全	6	3.8	926	3.7	198	3.8	26,946	3.6	
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	自殺	2	1.3	686	2.7	108	2.1	20,171	2.7	
			男性									厚労省HP 人口動態調査
			女性									
3	① 介護保険	介護保険	1号認定者数(認定率)	1,536	17.5	211,456	17.0	45,455	18.6	6,724,030	19.4	
			新規認定者	27	0.3	3,785	0.3	831	0.3	110,289	0.3	
			介護度別 総件数	要支援1.2	6,199	16.8	712,630	13.9	192,586	19.1	21,785,044	12.9
			要介護1.2	19,718	53.6	2,355,997	45.9	500,432	49.6	78,107,378	46.3	
			要介護3以上	10,896	29.6	2,064,273	40.2	316,821	31.4	68,963,503	40.8	
			2号認定者		25	0.32	5,015	0.35	825	0.33	156,107	0.38
	② 有病状況	有病状況	糖尿病	439	26.3	54,717	24.5	11,160	23.4	1,712,613	24.3	
			高血圧症	1,002	61.1	117,224	52.9	28,610	60.7	3,744,672	53.3	
			脂質異常症	558	34.3	70,399	31.5	16,120	33.7	2,308,216	32.6	
			心臓病	1,135	69.8	132,327	59.8	32,225	68.4	4,224,628	60.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			脳疾患	427	28.3	50,122	22.9	13,290	28.7	1,568,292	22.6	
			がん	231	15.1	24,937	11.1	6,572	14.0	837,410	11.8	
			筋・骨格	971	60.7	116,014	52.5	28,736	61.0	3,748,372	53.4	
	③ 介護給付費	介護給付費	精神	716	45.5	80,119	36.4	21,641	46.2	2,569,149	36.8	
			一人当たり給付費/総給付費	261,166	2,309,230,527	259,723	323,370,248,294	286,277	70,441,691,145	290,668	10074274226869	
			1件当たり給付費(全体)		62,729		63,000		69,755		59,662	
			居宅サービス		46,802		41,449		50,348		41,272	
	④ 医療費等	医療費等	施設サービス		288,083		292,001		290,902		296,364	
			要介護認定別	認定あり	9,904		8,999		9,309		8,610	
			医療費(40歳以上)	認定なし	4,672		4,040		4,328		4,020	
			被保険者数		4,936		882,802		172,974		27,488,882	
4	① 国保の状況	国保の状況	65~74歳	2,702	54.7	--	--	78,402	45.3	11,129,271	40.5	
			40~64歳	1,371	27.8	--	--	53,309	30.8	9,088,015	33.1	
			39歳以下	863	17.5	--	--	41,263	23.9	7,271,596	26.5	
			加入率		19.4		20.6		21.7		22.3	
	② 医療の概況 (人口千対)	医療の概況 (人口千対)	病院数	3	0.6	265	0.3	100	0.6	8,237	0.3	
			診療所数	17	3.4	2,753	3.1	691	4.0	102,599	3.7	KDB_NO.5 被保険者の状況
			病床数	799	161.9	49,546	56.1	14,451	83.5	1,507,471	54.8	
			医師数	48	9.7	9,765	11.1	2,445	14.1	339,611	12.4	
			外来患者数		895.2		716.1		784.4		687.8	
			入院患者数		33.5		19.2		27.7		17.7	
			一人当たり医療費	549,218	県内2位 同規模1位	361,243		431,999		339,680		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			受診率		928,679		735,303		812,114		705,439	
			外 来	費用の割合	52.7		59.6		53.8		60.4	
			入 院	費用の割合	96.4		97.4		96.6		97.5	
③ 医療費の 状況	医療費の 状況	医療費の 状況	件数の割合		3.6		2.6		3.4		2.5	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			1件あたり在院日数		21.1日		16.0日		17.9日		15.7日	

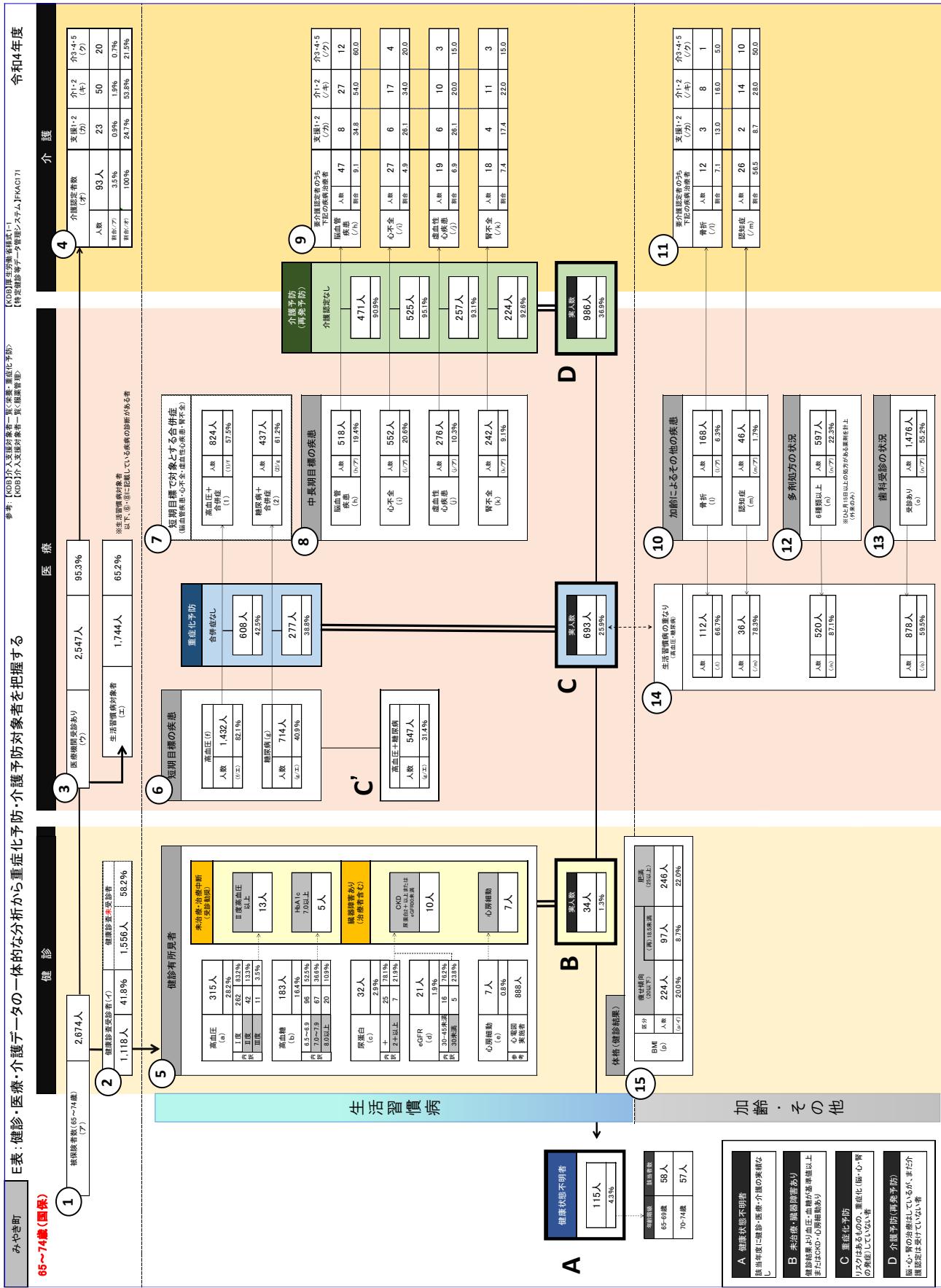
項目			保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
4	(4) 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源優病名(調剤含む)	がん	445,429,870	22.0	29.4		23.9		30.8		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域	
		慢性腎不全(透析あり)	269,282,230	13.3	7.7		12.8		8.4			
		糖尿病	153,447,930	7.6	10.7		8.2		10.4			
		高血圧症	115,371,360	5.7	6.8		5.1		6.5			
		脂質異常症	65,976,040	3.3	4.2		3.1		4.5			
		脳梗塞・脳出血	135,970,450	6.7	4.1		4.9		4.1			
		狭心症・心筋梗塞	42,858,510	2.1	2.7		3.4		3.0			
	(5) 医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	精神	497,574,760	24.5	17.0		22.3		15.1		KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)	
		筋・骨格	281,511,130	13.9	16.3		15.2		16.2			
		高血圧症	8,312	5.5	13,261	8.3	7,225	5.2	10,519	8.4		
5	(6) 医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	糖尿病	12,467	8.3	20,474	12.8	11,568	8.4	16,572	13.3	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域	
		脂質異常症	5,302	3.5	8,383	5.2	4,462	3.2	7,473	6.0		
		脳梗塞・脳出血	615	0.4	1,084	0.7	632	0.5	849	0.7		
		虚血性心疾患	1,190	0.8	1,990	1.2	1,385	1.0	1,766	1.4		
		腎不全	22,139	14.8	17,641	11.0	20,949	15.2	15,262	12.2		
		高血圧症	1,081	0.7	379	0.2	365	0.3	263	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)	
		糖尿病	540	0.4	1,617	1.0	1,012	0.7	1,201	1.0		
		脂質異常症	70	0.0	106	0.1	68	0.0	71	0.1		
		脳梗塞・脳出血	10,311	6.9	7,076	4.4	6,522	4.7	5,862	4.7		
		虚血性心疾患	2,850	1.9	4,449	2.8	4,137	3.0	3,971	3.2		
	(7) 健診・レセ突合	腎不全	7,719	5.2	4,799	3.0	5,534	4.0	3,932	3.1	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域	
		健診対象者 一人当たり点数	1,618		2,045		1,224		1,679			
		健診未受診者	11,561		14,166		12,004		13,352			
6	(8) 特定健診の状況 県内市町村数 42市町村	生活習慣病対象者 一人当たり	5,747		5,692		4,829		5,098		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域	
		健診受診者	41,069		39,435		47,342		40,533			
		医療機関受診率	1,806	57.7	335,909	59.6	46,673	62.5	3,992,397	59.6		
		医療機関非受診率	1,634	52.2	304,966	54.1	42,795	57.3	3,639,859	54.3		
		受診勧奨者	172	5.5	30,943	5.5	3,878	5.2	352,538	5.3		
		受診率	41.2	県内10位 同規模82位	35.7		28.6	全国41位	33.5			
		特定健診指導終了者(実施率)	271	71.1	27,454	41.8	6,362	55.6	194,170	23.8		
	(9) 非肥満高血糖 県内市町村数 42市町村	非肥満高血糖	292	9.3	60,851	10.8	4,974	6.7	616,981	9.2	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	
		該当者	872	27.9	119,931	21.3	19,689	26.4	1,377,962	20.6		
		男性	610	37.1	82,069	32.6	13,521	37.9	952,819	32.3		
		女性	262	17.6	37,862	12.2	6,168	15.8	425,143	11.3		
		予備群	413	13.2	62,269	11.1	11,637	15.6	767,632	11.5		
		男性	294	17.9	42,925	17.0	7,715	21.6	534,649	18.1		
		女性	119	8.0	19,344	6.2	3,922	10.1	232,983	6.2		
	(10) 特定健診の状況 同規模市町村数 274市町村	メタボ	総数	1,421	45.4	198,801	35.3	34,765	46.6	2,372,474	35.4	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健 康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
		男性	1,002	61.0	136,069	54.0	23,425	65.6	1,641,573	55.7		
		女性	419	28.2	62,732	20.1	11,340	29.1	730,901	19.5		
		該当	193	6.2	31,919	5.7	4,978	6.7	335,933	5.0		
		BMI	29	1.8	4,922	2.0	736	2.1	52,516	1.8		
		女性	164	11.0	26,997	8.7	4,242	10.9	283,417	7.5		
		予備群	36	1.1	3,814	0.7	598	0.8	42,613	0.6		
	(11) 血糖のみ 既往歴	血圧のみ	279	8.9	45,117	8.0	8,642	11.6	546,491	8.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		脂質のみ	98	3.1	13,338	2.4	2,397	3.2	178,528	2.7		
		血糖・血圧	131	4.2	19,342	3.4	2,916	3.9	206,056	3.1		
		血糖・脂質	53	1.7	5,758	1.0	882	1.2	67,390	1.0		
		血圧・脂質	391	12.5	54,566	9.7	9,379	12.6	658,504	9.8		
		血糖・血圧・脂質	297	9.5	40,245	7.1	6,512	8.7	446,012	6.7		
		貧血	1445	46.2	220,975	39.2	30,983	41.5	2,421,171	36.1		
7	(12) 問診の状況 既往歴	高血圧	428	13.7	56,006	9.9	8,078	10.8	582,389	8.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		糖尿病	934	29.8	161,157	28.6	19,182	25.7	1,835,656	27.4		
		脂質異常症	120	4.3	18,640	3.4	2,589	3.7	216,279	3.3		
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	189	6.9	32,316	5.9	3,921	5.6	373,053	5.8		
		腎不全	23	0.8	4,839	0.9	555	0.8	51,010	0.8		
		貧血	420	13.4	70,164	12.5	10,450	14.0	903,261	13.5		
		喫煙	426	16.5	35,831	7.0	10,259	17.5	553,389	9.2		
(13) 生活習慣の状況	(14)	週3回以上朝食を抜く	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		週3回以上食後間食(～H29)	644	24.9	75,811	14.7	14,271	24.3	945,788	15.7		
		週3回以上就寝前夕食(H30～)	644	24.9	75,811	14.7	14,271	24.3	945,788	15.7		
		食べる速度が速い	877	33.9	141,436	27.5	17,954	30.8	1,639,839	27.4		
		20歳時体重から10kg以上増加	1,220	47.1	170,081	34.5	28,067	47.5	2,099,912	35.1		
		1回30分以上運動習慣なし	1,261	49.7	321,551	62.2	33,906	57.8	3,631,522	60.3		
		1日1時間以上運動なし	1,063	41.0	247,962	47.9	25,497	43.4	2,933,625	48.7		
		睡眠不足	581	23.3	123,575	24.0	16,054	28.1	1,461,282	24.4		
		毎日飲酒	641	23.9	136,558	25.4	12,940	21.2	1,639,906	25.8		
		時々飲酒	657	24.5	110,368	20.5	17,677	28.9	1,408,619	22.2		
		一日1合未満	842	55.2	241,871	65.3	19,449	50.2	3,000,413	65.1		
		1~2合	463	30.3	87,544	23.6	11,742	30.3	1,074,831	23.3		
		2~3合	179	11.7	32,504	8.8	5,603	14.4	416,824	9.0		
		3合以上	42	2.8	8,526	2.3	1,984	5.1	118,554	2.6		

## 参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

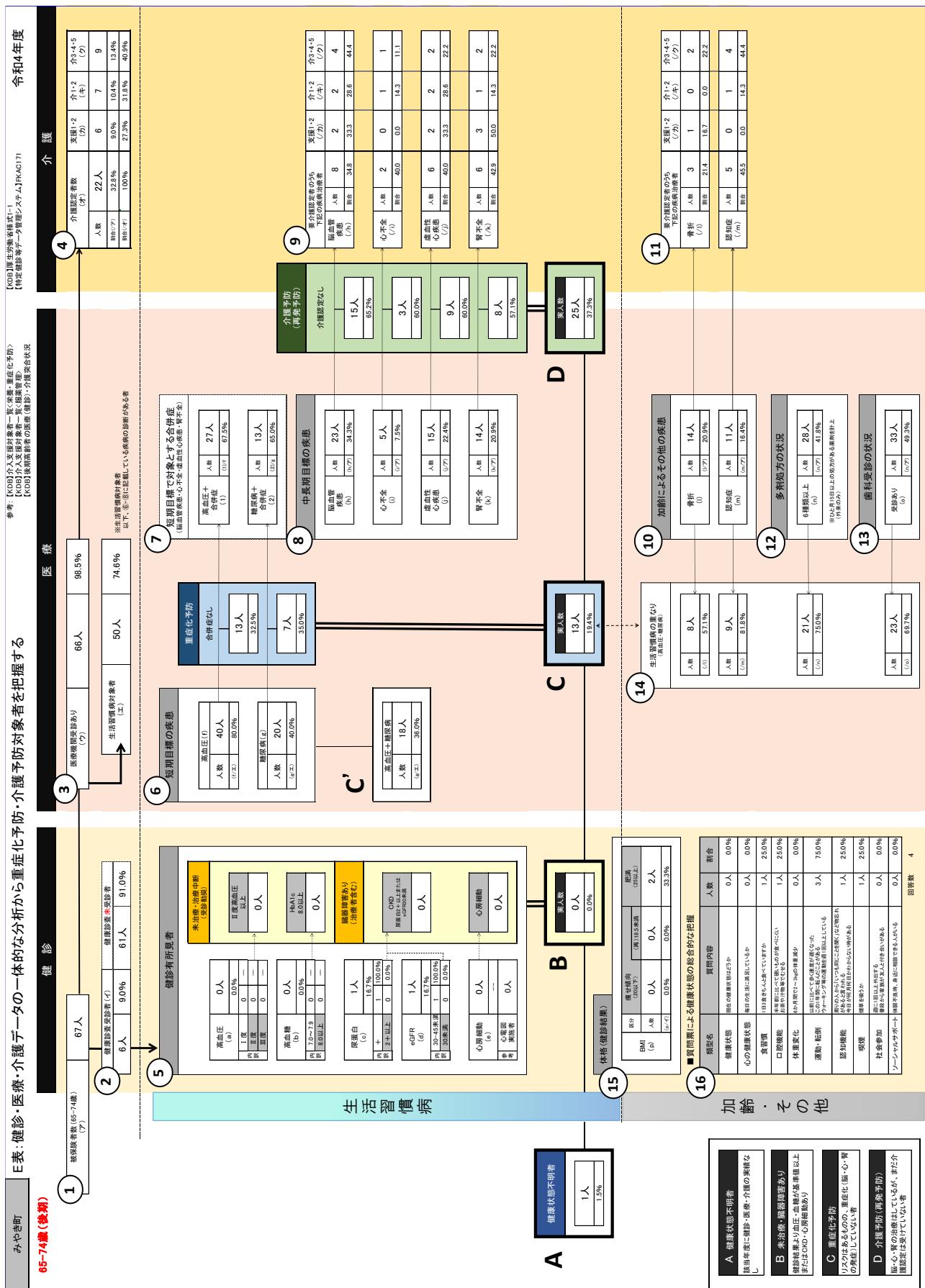
### ① 40～64歳(国保)



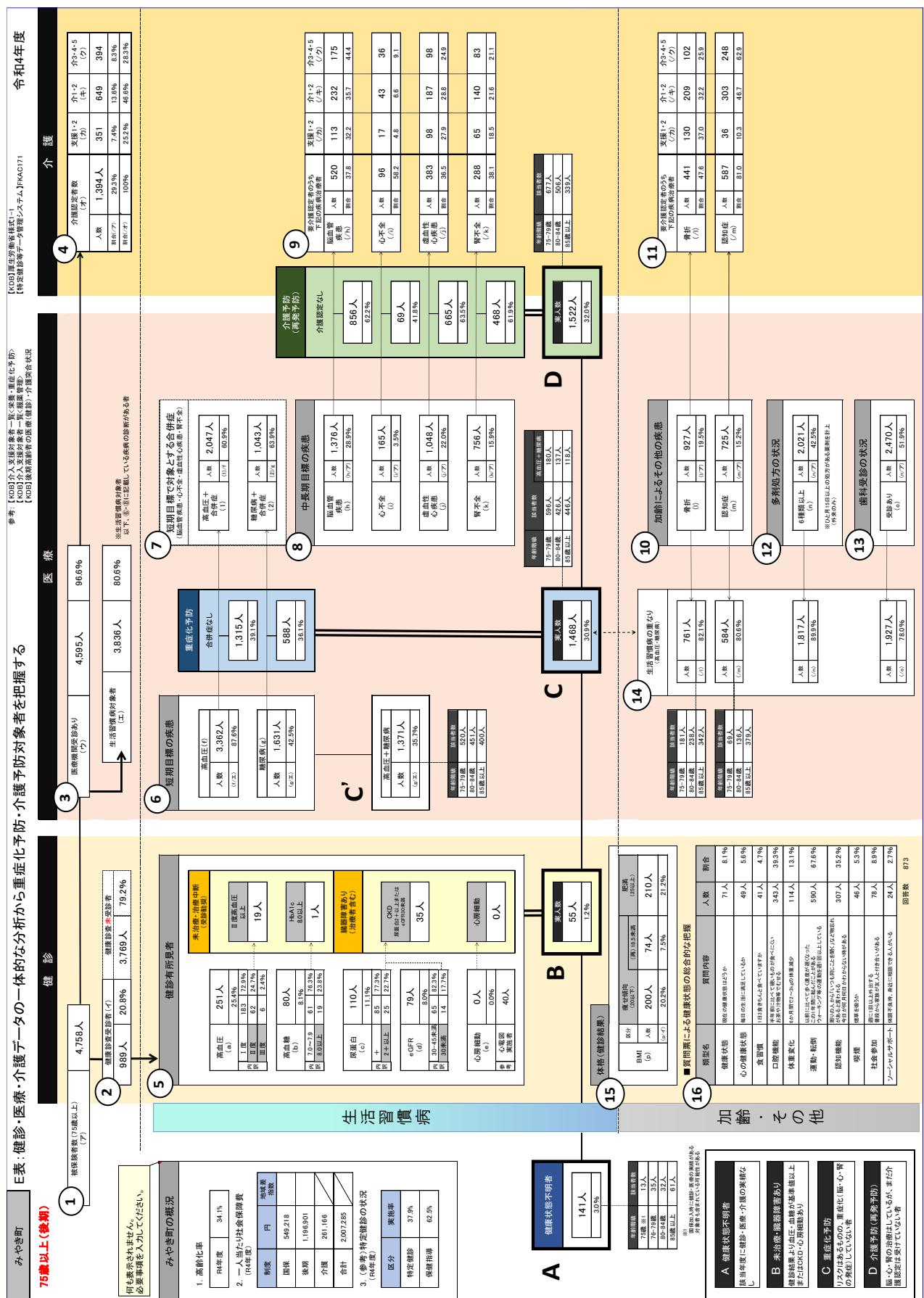
## ②65～74歳(国保)



## ② 65～74 歳(後期)



③ 75 歳以上(後期)



### 参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目				突合表	みやき町								同規模保険者(平均)		
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数		A	5,921人		5,769人		5,500人		5,471人		5,252人		
		(再掲)40~74歳			4,911人		4,776人		4,572人		4,575人		4,382人		
2	②	対象者数		B	4,252人		4,147人		4,070人		3,928人		4,226人		
		特定健診			受診者数		1,832人		1,947人		1,673人		1,534人		
		受診率			43.1%		46.9%		41.1%		39.1%		35.3%		
3	①	特定保健指導			対象者数		214人		244人		191人		174人		
		実施率			71.5%		72.1%		76.4%		72.4%		62.5%		
4	①	糖尿病型		E	277人	15.1%	337人	17.3%	317人	18.9%	252人	16.4%	263人	17.6%	
		未治療・中断者(質問票 服薬なし)		F	103人	37.2%	118人	35.0%	99人	31.2%	80人	31.7%	86人	32.7%	
		治療中(質問票 服薬あり)		G	174人	62.8%	219人	65.0%	218人	68.8%	172人	68.3%	177人	67.3%	
		コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130mg以上		J	87人	50.0%	115人	52.5%	118人	54.1%	101人	58.7%	97人	54.8%	
		血圧 130/80以上			45人	51.7%	65人	56.5%	74人	62.7%	49人	48.5%	49人	50.5%	
		肥満 BMI25以上			33人	37.9%	41人	35.7%	53人	44.9%	39人	38.6%	35人	36.1%	
		コントロール良 HbA1c7.0%未満かつ空腹時血糖130mg未満		K	87人	50.0%	104人	47.5%	100人	45.9%	71人	41.3%	80人	45.2%	
		第1期 尿蛋白(-)		M	217人	78.3%	231人	68.5%	264人	83.3%	206人	81.7%	209人	79.5%	
		第2期 尿蛋白(±)			39人	14.1%	62人	18.4%	34人	10.7%	31人	12.3%	37人	14.1%	
		第3期 尿蛋白(+)以上			20人	7.2%	41人	12.2%	17人	5.4%	14人	5.6%	14人	5.3%	
		第4期 eGFR30未満			1人	0.4%	1人	0.3%	2人	0.6%	1人	0.4%	3人	1.1%	
5	①	糖尿病受療率(被保険者数)			152.2人		149.8人		135.6人		147.7人		147.9人		
		(再掲)40~74歳(被保険者数)			181.8人		179.4人		162.5人		176.0人		176.4人		
		レセプト件数 (40~74歳) (内は被保険者数)			5,188件	(1094.1)	5,104件	(1125.0)	4,668件	(1040.1)	4,542件	(1037.2)	4,268件	(1047.9)	
		入院件数			28件	(5.9)	30件	(6.6)	23件	(5.1)	17件	(3.9)	15件	(3.7)	
		糖尿病治療中		H	901人	15.2%	864人	15.0%	746人	13.6%	808人	14.8%	777人	14.8%	
		(再掲)40~74歳			893人	18.2%	857人	17.9%	743人	16.3%	805人	17.8%	773人	17.6%	
		健診未受診者		I	719人	80.5%	683人	79.7%	525人	70.7%	633人	78.6%	596人	77.1%	
		インスリン治療		O	86人	9.5%	87人	10.1%	63人	8.4%	80人	9.9%	77人	9.9%	
		(再掲)40~74歳			85人	9.5%	87人	10.2%	63人	8.5%	79人	9.8%	75人	9.7%	
		糖尿病性腎症		L	88人	9.8%	100人	11.6%	73人	9.8%	72人	8.9%	67人	8.6%	
		(再掲)40~74歳			88人	9.9%	99人	11.6%	73人	9.8%	72人	8.9%	67人	8.7%	
		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			10人	1.1%	14人	1.6%	12人	1.6%	17人	2.1%	15人	1.9%	
		(再掲)40~74歳			10人	1.1%	14人	1.6%	12人	1.6%	17人	2.1%	15人	1.9%	
		新規透析患者数			3人	0.32%	2人	0.23%	2人	0.27%	2人	0.30%	1	0.19	
		(再掲)糖尿病性腎症			3人	0.32%	2人	0.23%	2人	0.27%	2人	0.30%	1	0.19	
		【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)			22人	2.0%	22人	1.9%	17人	1.5%	18人	1.5%	23人	1.8%	
6	①	総医療費			28億4198万円		28億4236万円		27億2145万円		27億8492万円		27億1094万円		
		生活習慣病総医療費			15億5180万円		15億3736万円		15億3324万円		15億3198万円		14億4682万円		
		(総医療費に占める割合)			54.6%		54.1%		56.3%		55.0%		53.4%		
		生活習慣病対象者 一人あたり			8,166円		8,754円		7,102円		7,840円		7,544円		
		健診受診者			42,353円		43,635円		42,788円		46,431円		45,890円		
		糖尿病医療費			1億4007万円		1億3789万円		1億2760万円		1億2141万円		1億1539万円		
		(生活習慣病総医療費に占める割合)			9.0%		9.0%		8.3%		7.9%		8.0%		
		糖尿病入院外総医療費			4億0496万円		4億1303万円		4億2244万円		4億7666万円		4億5150万円		
		1件あたり			32,929円		34,656円		38,272円		42,811円		43,972円		
		糖尿病入院総医療費			2億5973万円		2億4432万円		2億4513万円		3億1254万円		2億9459万円		
		1件あたり			608,266円		588,713円		582,259円		641,769円		674,114円		
		在院日数			17日		17日		18日		18日		19日		
		慢性腎不全医療費			1億5760万円		1億5988万円		1億4991万円		1億5787万円		1億6762万円		
		透析有り			1億5076万円		1億4583万円		1億4348万円		1億4676万円		1億5777万円		
		透析なし			684万円		1405万円		643万円		1111万円		985万円		
7	①	介護給付費			22億1408万円		22億9905万円		22億9607万円		23億0251万円		23億0923万円		
		(2号認定者)糖尿病合併症			2件	12.5%	1件	7.1%	1件	8.3%	1件	10.0%	2件	20.0%	
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		2人	0.6%	3人	0.9%	2人	0.6%	2人	0.6%	1人	0.3%	
					2人	0.6%	3人	0.9%	2人	0.6%	2人	0.6%	1人	0.3%	
					2人	0.6%	3人	0.9%	2人	0.6%	2人	0.6%	1人	0.3%	
					2人	0.6%	3人	0.9%	2人	0.6%	2人	0.6%	1人	0.3%	

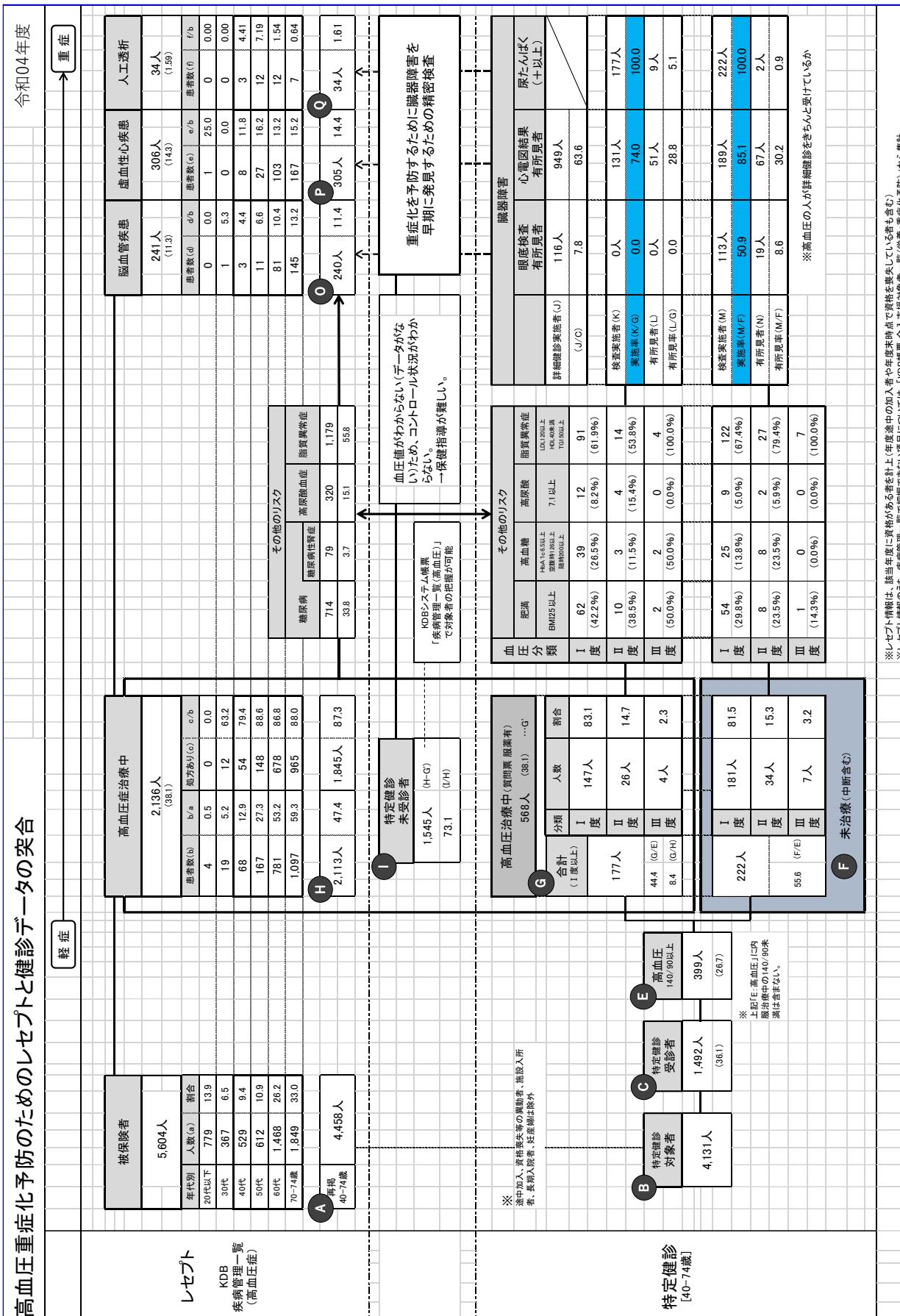
## 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

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

		令和04年度	
		重症	
		軽症	
<b>被保険者</b>		<b>糖尿病治療中</b>	
<b>KDB 疾病管理一覧 (糖尿病)</b>		<b>1,089人 (94)</b>	
<b>年代別 人數(a) 割合</b>		<b>患者数(b) b/a</b>	
20代以下	779	13.9	3
30代	367	6.5	4
40代	529	9.4	36
50代	612	10.9	95
60代	1,468	26.2	387
70-74歳	1,849	33.0	564
<b>A 再掲 40-74歳</b>		<b>1,082人 24.3</b>	
<b>特定健診 未受診者</b>		<b>905人 (83.6) / H</b>	
<b>B 特定健診 対象者 [40-74歳]</b>		<b>4,131人 (再掲) 65歳以上 以下のおよびかに該当 ・HbA1c 6.5%以上 ・空腹時血糖値 126以上 ・糖尿病治療中 (問診)</b>	
<b>C 特定健診 受診者</b>		<b>1,492人 (36.1)</b>	
<b>D 糖尿病型 疾患</b>		<b>263人 (17.6)</b>	
<b>E 糖尿病 実施者</b>		<b>1,492人 (36.1)</b>	
<b>F 未治療 (中断含む)</b>		<b>86人 (32.7)</b>	
<b>G 治療中 (質問票履歴有)</b>		<b>177人 (67.3)</b>	
<b>H 薬物療法あり (再掲)</b>		<b>639人 (58.7)</b>	
<b>I インスリン療法 (再掲)</b>		<b>126人 (11.6)</b>	
<b>J 人工透析 (腹膜灌流含む)</b>		<b>15人 (3.5)</b>	
<b>K 糖尿病性腎症</b>		<b>103人 (9.5)</b>	
<b>L その他のリスク</b>		<b>0 103人 9.5</b>	
<b>M データがないため、コントロール状態が 分からず。保健指導が難しい。 糖尿病連携手帳を中心<sup>※</sup>に保健指導を 展開していく必要がある。</b>		<b>0 103人 9.5</b>	
<b>N KDBシステム帳票 「健康管理一覧・糖尿病」 で対象者の把握が可能</b>		<b>0 103人 9.5</b>	
<b>O その他のリスク</b>		<b>0 103人 9.5</b>	
<b>P 第5期</b>		<b>透析 療法中</b>	
<b>Q 第4期</b>		<b>透析療法明 30未満</b>	
<b>R 第3期</b>		<b>透析 療法明 30以上</b>	
<b>S 第2期</b>		<b>透析 療法明 30未満</b>	
<b>T 第1期</b>		<b>透析 療法明 30未満</b>	
<b>U 再掲</b>		<b>透析 療法明 30未満</b>	
<b>V ※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、「IDB帳票」介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計</b>		<b>透析 療法明 30未満</b>	

## 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



※レセプト情報は、該当年生に資格がある者と計算上、年度途中の加入者や年度途中で資格を喪失している者も含む。)

※検査実施率のうち、疾患管理一覧で記載できぬ項目については、「KODSシステム結果」で対象者の把握が可能。

## 脂質異常症化予防のためのレセプトと健診データの突合

		令和4年度									
		脂質異常症治療中					虚血性心疾患				
被保険者		患者数(人)					患者数(人)				
レセプト		5,604人	1,868人	(33.3)	b/a	施方別(c)	c/b	d/b	e/b	f/b	患者数(n)
年代別		人数(a)	割合		6	0.8	2	33.3	0.0	0.0	0
20代以下		779	13.9		29	7.9	17	58.6	0	0.0	0
30代		367	6.5		65	12.3	40	61.5	0	0.0	0
40代		529	9.4		144	23.5	105	72.9	6	9.2	3
50代		612	10.9		680	46.3	536	78.8	14	9.7	7
60代		1,468	26.2		944	51.1	778	82.4	90	13.2	62
70~74歳		1,849	33.0		H	41.1	1,459人	79.6	150	15.9	116
A 再掲 40~44歳		4,458人			661	83	1,179	26.7	260人	14.2	188人
I 特定健診未受診者		1,402人	(H-G)		361	4.5	64.3	14.6	14.6	14.2	10.3
J KDBシステム帳票 「疾病管理・腫瘍登録票(脂質異常症)」 で対象者の把握が可能		765人	(U-H)								
C 脂質異常症治療中(質問調査票有) 431人		(28.9)	…G								
E 脂質異常 (LDL-C)		合計	180以上	男性	女性	肥満	高血糖	高尿酸	心電図結果	【二次健診】	眼底検査
B 特定健診 対象者		10人	5人	2人	8人	BM25以上	1度高血糖 以上	7.1以上	7人、	7人、	0人
C 特定健診 受診者		8.2	G/E	139	G/E	160以上	1度高血糖 以上	1度高血糖 以上	70.0	70.0	0.0
E 特定健診 受診者		0.5	G/H	122人	36人	180以上	1度高血糖 以上	1度高血糖 以上	有所見者(L)	1人、	0人
F 未治療(中断含む)		1492人	(36.1)	122人	(8.2)	160以上	1度高血糖 以上	1度高血糖 以上	有所見率(L/G)	100	0.0
特定健診 [40~74歳]		4,131人		112人	31人	42人	70人	26人	13人	61人	4人、
F 未治療(中断含む)		91.8	F/E	86.1	F/E	91.8	F/E	91.8	232	11.6	54.5
G 検査実施者(M)		78人		69.6		78人		78人		23人	
H 検査実施者(M/M/F)										20.5	
I 有前歴者(N)										4人、	
J 有所見率(N/F)										3.6	

※レセプト情報は該当年度に資格がある者に対する算定上、年度途中の加入者や年度末時点を含む者を喪失している者も含む。  
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で出現できない項目については、「KDB基準、介入支給対象者一覧(生年・重複化削除)」から集計

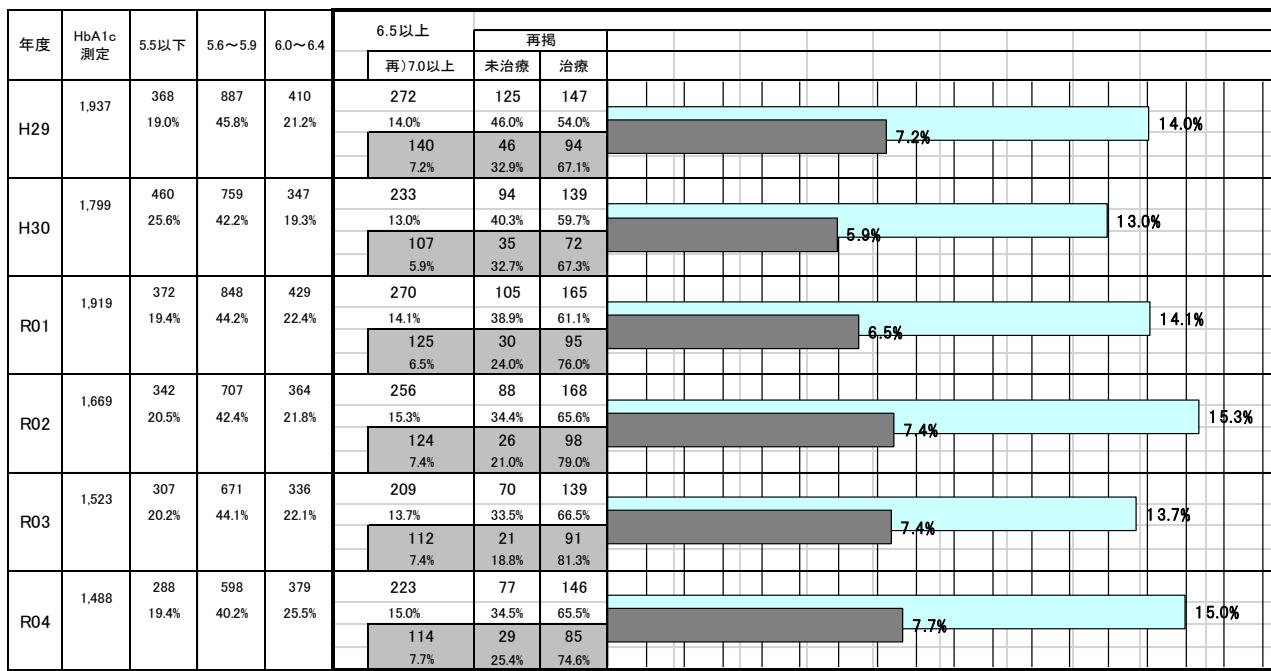
## 参考資料7 HbA1C の年次比較

### 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			
		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	1,937	368	19.0%	887	45.8%	410	21.2%	132	6.8%	104	5.4%	36	1.9%	77	4.0%	23	1.2%
H30	1,799	460	25.6%	759	42.2%	347	19.3%	126	7.0%	73	4.1%	34	1.9%	69	3.8%	23	1.3%
R01	1,919	372	19.4%	848	44.2%	429	22.4%	145	7.6%	97	5.1%	28	1.5%	55	2.9%	18	0.9%
R02	1,669	342	20.5%	707	42.4%	364	21.8%	132	7.9%	97	5.8%	27	1.6%	61	3.7%	14	0.8%
R03	1,523	307	20.2%	671	44.1%	336	22.1%	97	6.4%	89	5.8%	23	1.5%	55	3.6%	13	0.9%
R04	1,488	288	19.4%	598	40.2%	379	25.5%	109	7.3%	88	5.9%	26	1.7%	53	3.6%	17	1.1%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は



### 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					
		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	180	9.3%	3	1.7%	6	3.3%	24	13.3%	53	29.4%	75	41.7%	19	10.6%	50	27.8%	8	4.4%
	H30	173	9.6%	1	0.6%	2	1.2%	31	17.9%	67	38.7%	52	30.1%	20	11.6%	45	26.0%	12	6.9%
	R01	213	11.1%	0	0.0%	8	3.8%	40	18.8%	70	32.9%	77	36.2%	18	8.5%	40	18.8%	9	4.2%
	R02	217	13.0%	1	0.5%	4	1.8%	44	20.3%	70	32.3%	78	35.9%	20	9.2%	50	23.0%	10	4.6%
	R03	169	11.1%	0	0.0%	1	0.6%	29	17.2%	48	28.4%	72	42.6%	19	11.2%	42	24.9%	11	6.5%
	R04	175	11.8%	0	0.0%	2	1.1%	27	15.4%	61	34.9%	71	40.6%	14	8.0%	35	20.0%	7	4.0%
治療なし	H29	1,757	90.7%	365	20.8%	881	50.1%	386	22.0%	79	4.5%	29	1.7%	17	1.0%	27	1.5%	15	0.9%
	H30	1,626	90.4%	459	28.2%	757	46.6%	316	19.4%	59	3.6%	21	1.3%	14	0.9%	24	1.5%	11	0.7%
	R01	1,706	88.9%	372	21.8%	840	49.2%	389	22.8%	75	4.4%	20	1.2%	10	0.6%	15	0.9%	9	0.5%
	R02	1,452	87.0%	341	23.5%	703	48.4%	320	22.0%	62	4.3%	19	1.3%	7	0.5%	11	0.8%	4	0.3%
	R03	1,354	88.9%	307	22.7%	670	49.5%	307	22.7%	49	3.6%	17	1.3%	4	0.3%	13	1.0%	2	0.1%
	R04	1,313	88.2%	288	21.9%	596	45.4%	352	26.8%	48	3.7%	17	1.3%	12	0.9%	18	1.4%	10	0.8%

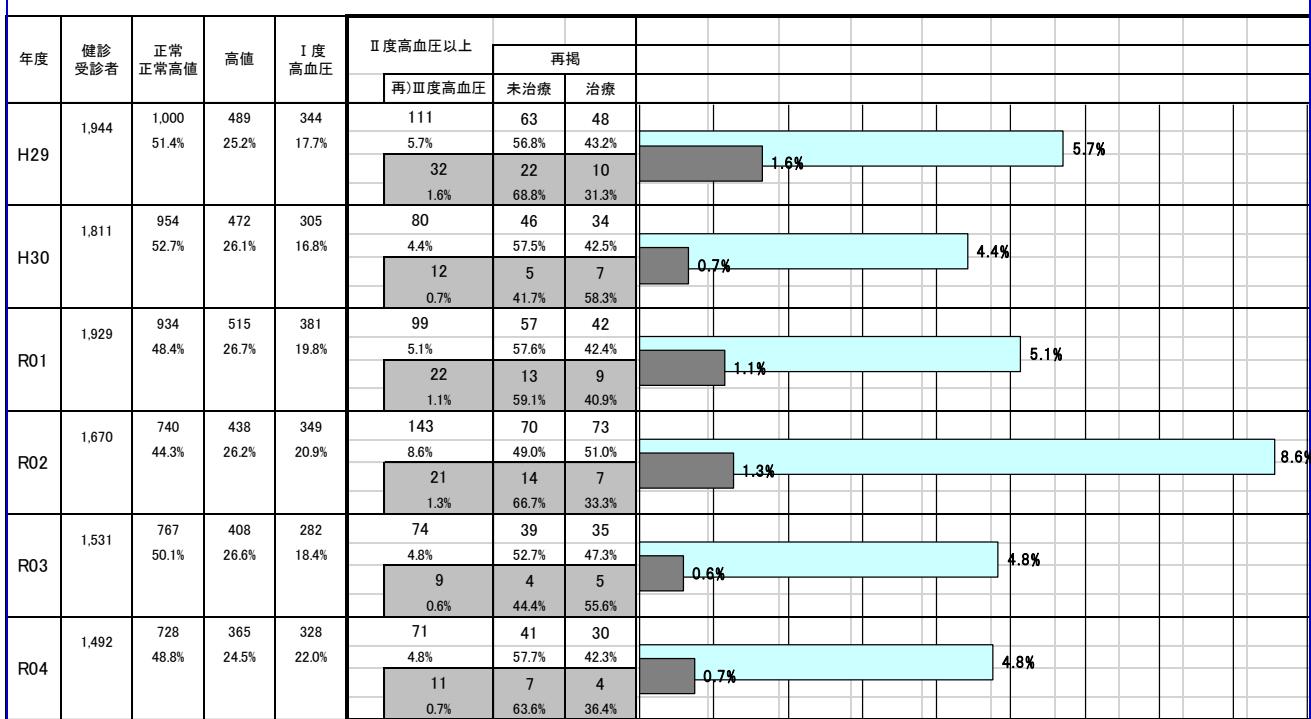
## 参考資料8 血圧の年次比較

### 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	1,944	583	30.0%	417	21.5%	489	25.2%	344	17.7%	79	4.1%	32	1.6%
H30	1,811	550	30.4%	404	22.3%	472	26.1%	305	16.8%	68	3.8%	12	0.7%
R01	1,929	548	28.4%	386	20.0%	515	26.7%	381	19.8%	77	4.0%	22	1.1%
R02	1,670	408	24.4%	332	19.9%	438	26.2%	349	20.9%	122	7.3%	21	1.3%
R03	1,531	428	28.0%	339	22.1%	408	26.6%	282	18.4%	65	4.2%	9	0.6%
R04	1,492	395	26.5%	333	22.3%	365	24.5%	328	22.0%	60	4.0%	11	0.7%

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

### 重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は



### 治療と未治療の状況

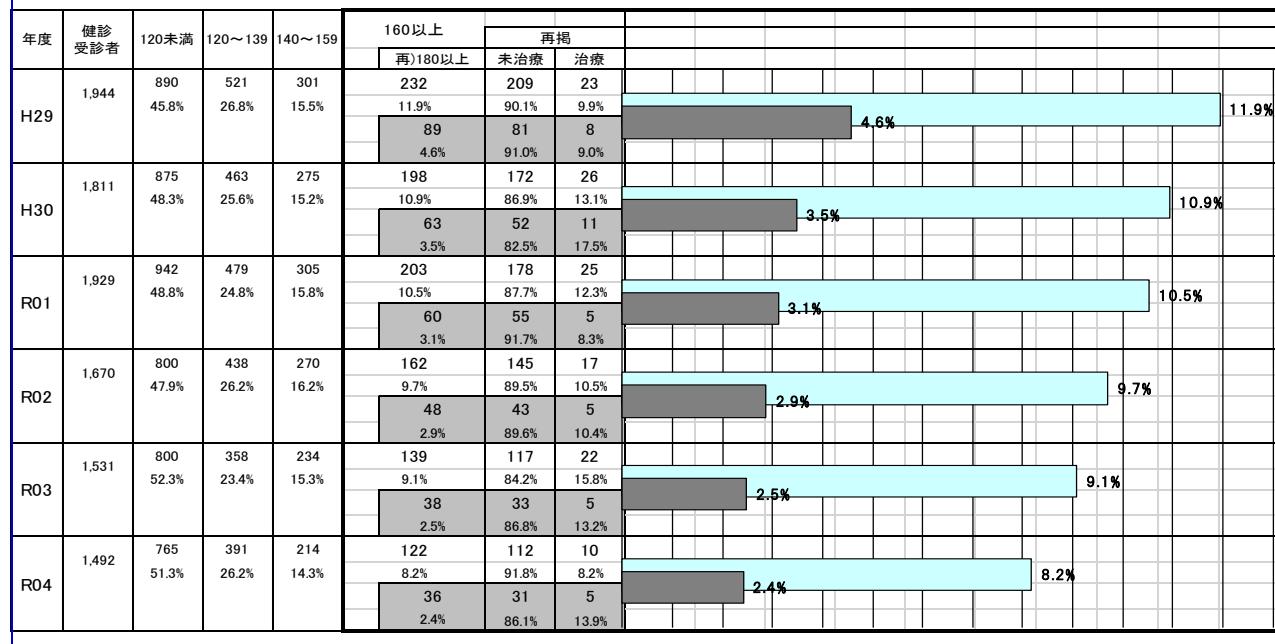
血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
	正常		正常高値		高値血圧		I 度		II 度		III 度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	657 33.8%	94 14.3%	149 22.7%	216 32.9%	150 22.8%	38 5.8%	10 1.5%				
	H30	608 33.6%	107 17.6%	143 23.5%	178 29.3%	146 24.0%	27 4.4%	7 1.2%				
	R01	680 35.3%	118 17.4%	133 19.6%	212 31.2%	175 25.7%	33 4.9%	9 1.3%				
	R02	626 37.5%	76 12.1%	118 18.8%	171 27.3%	188 30.0%	66 10.5%	7 1.1%				
	R03	573 37.4%	107 18.7%	130 22.7%	168 29.3%	133 23.2%	30 5.2%	5 0.9%				
	R04	568 38.1%	106 18.7%	133 23.4%	152 26.8%	147 25.5%	26 4.6%	4 0.7%				
治療なし	H29	1,287 66.2%	489 38.0%	268 20.8%	273 21.2%	194 15.1%	41 3.2%	22 1.7%				
	H30	1,203 66.4%	443 36.8%	261 21.7%	294 24.4%	159 13.2%	41 3.4%	5 0.4%				
	R01	1,249 64.7%	430 34.4%	253 20.3%	303 24.3%	206 16.5%	44 3.5%	13 1.0%				
	R02	1,044 62.5%	332 31.8%	214 20.5%	267 25.6%	161 15.4%	56 5.4%	14 1.3%				
	R03	958 62.6%	321 33.5%	209 21.8%	240 25.1%	149 15.6%	35 3.7%	4 0.4%				
	R04	924 61.9%	289 31.3%	200 21.6%	213 23.1%	181 19.6%	34 3.7%	7 0.8%				

## 参考資料9 LDLコレステロールの年次比較

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	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	1,944	890	45.8%	521	26.8%	301	15.5%	143	7.4%	89	4.6%
	H30	1,811	875	48.3%	463	25.6%	275	15.2%	135	7.5%	63	3.5%
	R01	1,929	942	48.8%	479	24.8%	305	15.8%	143	7.4%	60	3.1%
	R02	1,670	800	47.9%	438	26.2%	270	16.2%	114	6.8%	48	2.9%
	R03	1,531	800	52.3%	358	23.4%	234	15.3%	101	6.6%	38	2.5%
	R04	1,492	765	51.3%	391	26.2%	214	14.3%	86	5.8%	36	2.4%
男性	H29	822	425	51.7%	212	25.8%	117	14.2%	47	5.7%	21	2.6%
	H30	769	388	50.5%	207	26.9%	116	15.1%	39	5.1%	19	2.5%
	R01	835	441	52.8%	212	25.4%	114	13.7%	47	5.6%	21	2.5%
	R02	704	371	52.7%	187	26.6%	108	15.3%	29	4.1%	9	1.3%
	R03	662	367	55.4%	145	21.9%	97	14.7%	38	5.7%	15	2.3%
	R04	651	353	54.2%	177	27.2%	77	11.8%	30	4.6%	14	2.2%
女性	H29	1,122	465	41.4%	309	27.5%	184	16.4%	96	8.6%	68	6.1%
	H30	1,042	487	46.7%	256	24.6%	159	15.3%	96	9.2%	44	4.2%
	R01	1,094	501	45.8%	267	24.4%	191	17.5%	96	8.8%	39	3.6%
	R02	966	429	44.4%	251	26.0%	162	16.8%	85	8.8%	39	4.0%
	R03	869	433	49.8%	213	24.5%	137	15.8%	63	7.2%	23	2.6%
	R04	841	412	49.0%	214	25.4%	137	16.3%	56	6.7%	22	2.6%

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LDL160以上の方の減少は



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	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	436	22.4%	260	59.6%	113	25.9%	40	9.2%	15	3.4%
	H30	446	24.6%	288	64.6%	93	20.9%	39	8.7%	15	3.4%
	R01	507	26.3%	323	63.7%	106	20.9%	53	10.5%	20	3.9%
	R02	479	28.7%	314	65.6%	108	22.5%	40	8.4%	12	2.5%
	R03	465	30.4%	314	67.5%	88	18.9%	41	8.8%	17	3.7%
	R04	431	28.9%	302	70.1%	85	19.7%	34	7.9%	5	1.2%
治療なし	H29	1,508	77.6%	630	41.8%	408	27.1%	261	17.3%	128	8.5%
	H30	1,365	75.4%	587	43.0%	370	27.1%	236	17.3%	120	8.8%
	R01	1,422	73.7%	619	43.5%	373	26.2%	252	17.7%	123	8.6%
	R02	1,191	71.3%	486	40.8%	330	27.7%	230	19.3%	102	8.6%
	R03	1,066	69.6%	486	45.6%	270	25.3%	193	18.1%	84	7.9%
	R04	1,061	71.1%	463	43.6%	306	28.8%	180	17.0%	81	7.6%