

門川町国民健康保険  
第3期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)  
令和6年度～令和11年度

令和6年3月  
門川町

# 保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 .....	1
1 背景・目的	
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期計画における健康課題の明確化 .....	10
1 保険者の特性	
2 第2期計画にかかる評価及び考察	
(1)第2期データヘルス計画の評価	
(2)主な個別事業の評価と課題	
(3)第2期データヘルス計画にかかる考察	
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4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 課題解決のための個別保健事業 .....43

- 1 保健事業の方向性
- 2 重症化予防の取組
  - (1)糖尿病性腎症重症化予防
  - (2)肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
  - (3)虚血性心疾患重症化予防
  - (4)脳血管疾患重症化予防
- 3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
- 4 発症予防
- 5 ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し .....74

- 1 評価の時期
- 2 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い .....75

- 1 計画の公表・周知
- 2 個人情報の取扱い

参考資料 .....76

# 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

## 1 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略<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、標準化の取組や評価指標の設定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期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者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。

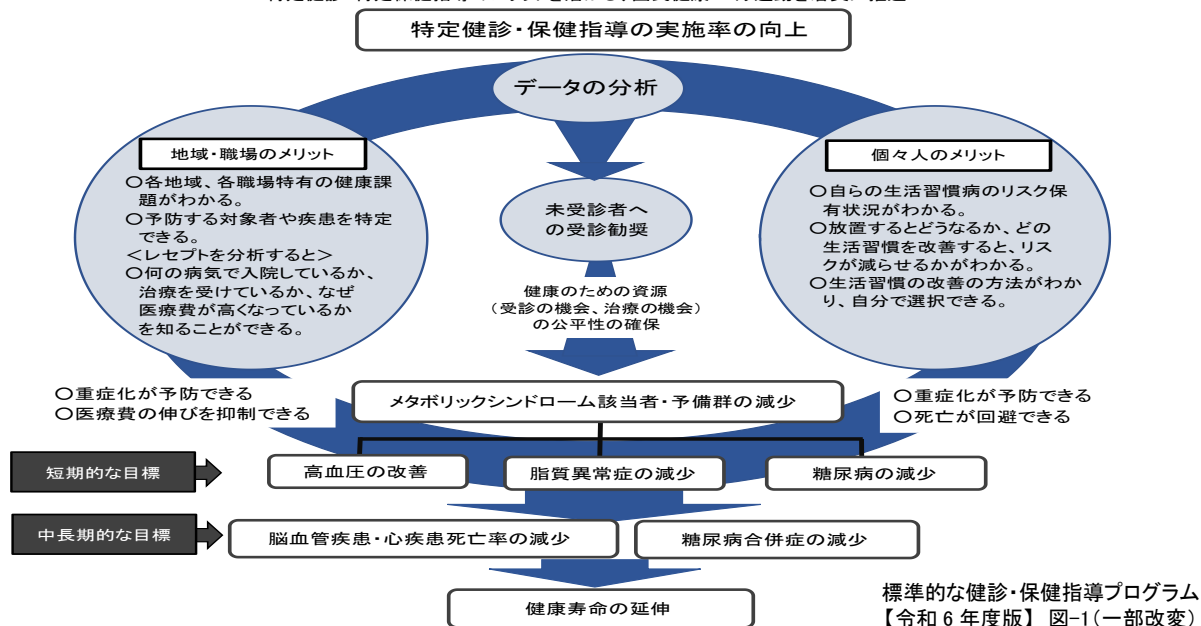
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

# 法定計画等の位置づけ

※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法						
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るため の保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症)  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疾病  糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止  生活習慣病  虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)			がん  精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能低下 低栄養	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」  51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心  参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進  (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・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	①6疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)  6事業  ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業)  ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連)  ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携	地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金	

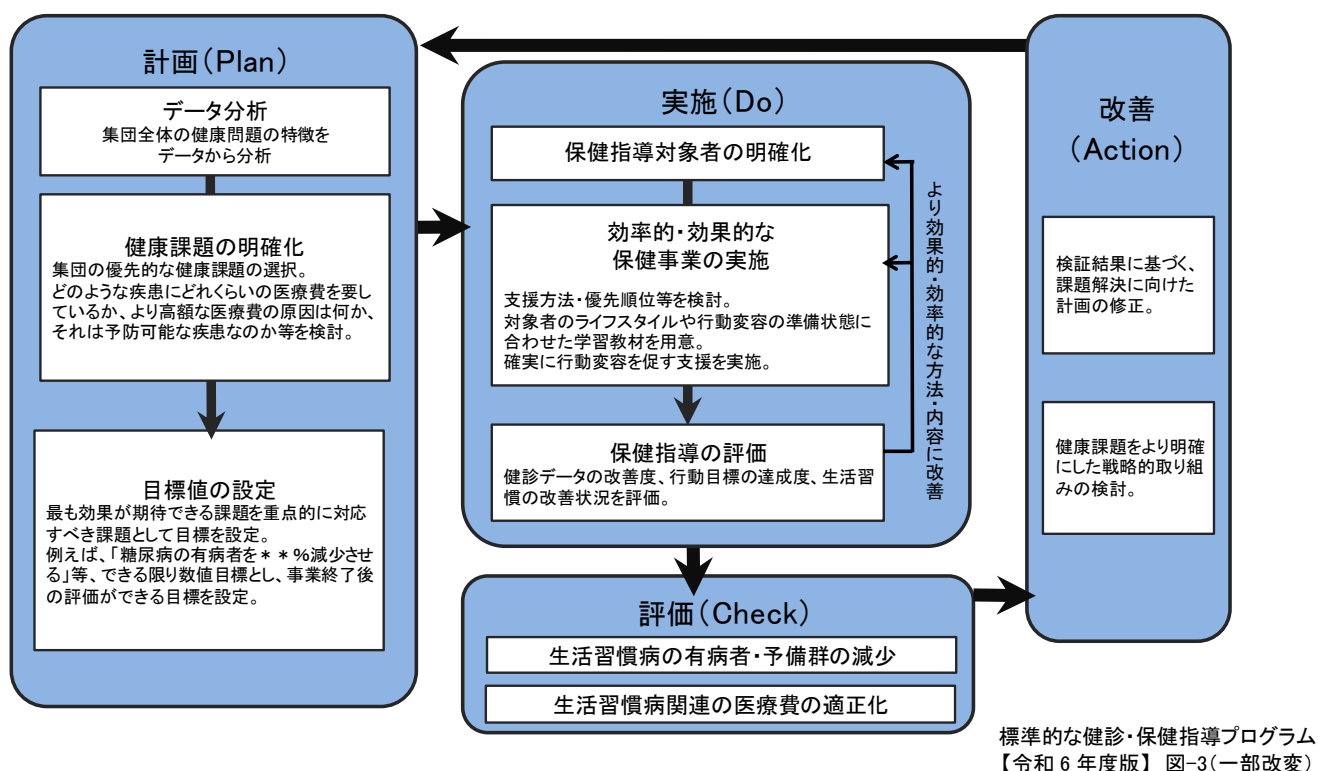
図1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動  
 ～特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進～



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、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

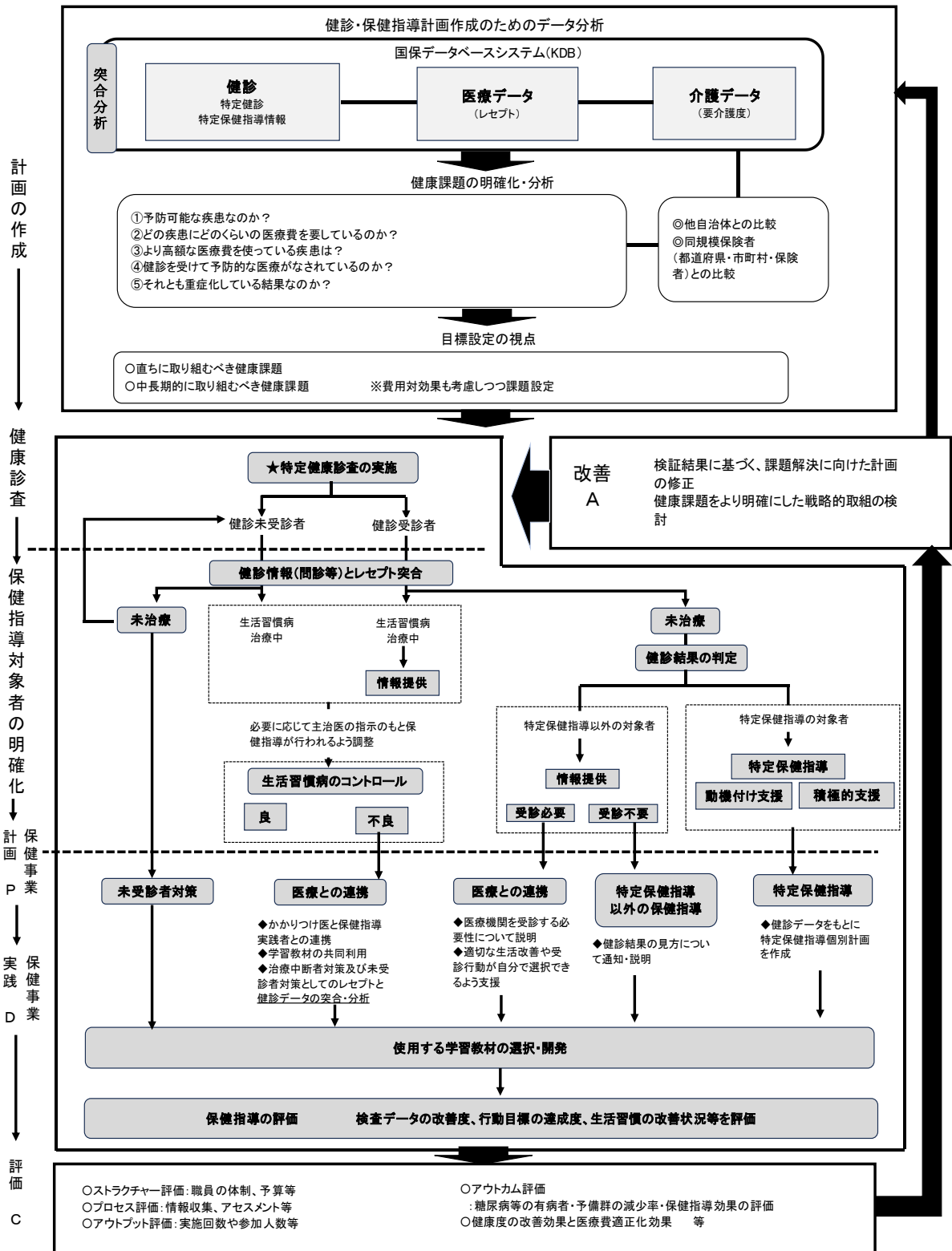
図2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



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

図3 保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル

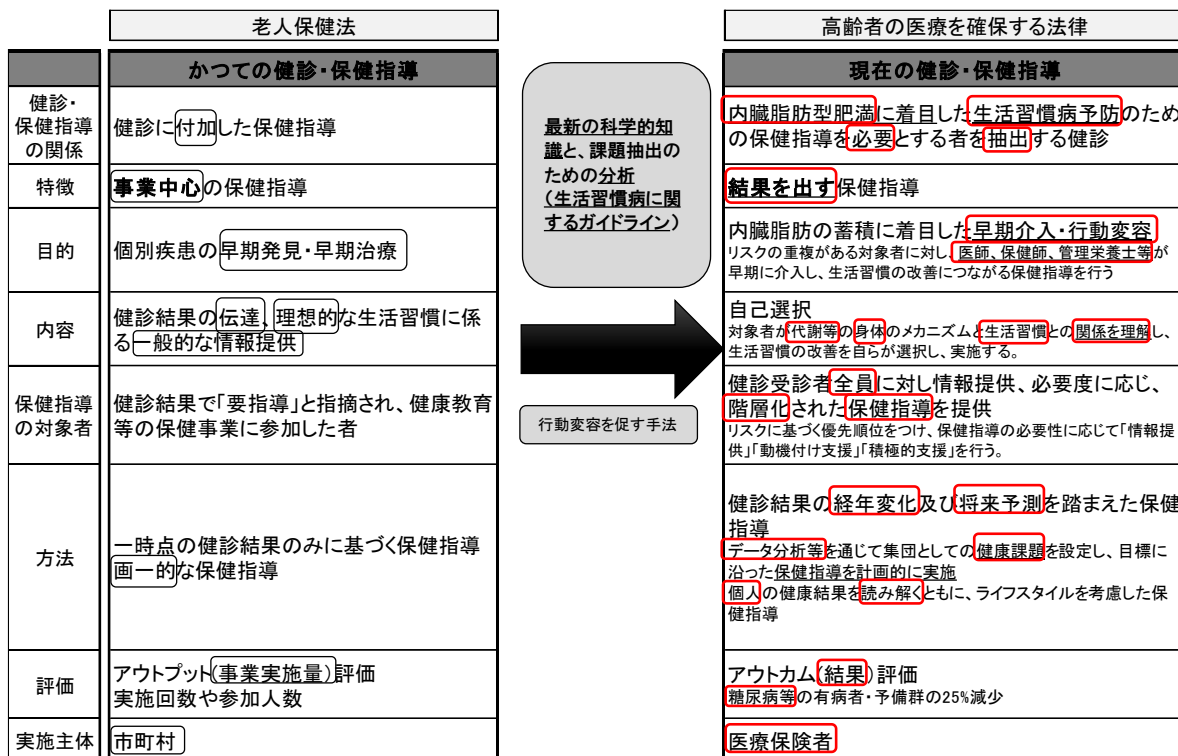
生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)



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)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考えを整理。

(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

図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)

### 3 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

### 4 関係者が果たすべき役割と連携

#### (1) 市町村国保の役割

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

期計画に反映させます。

本町においては、国保部署に専属の保健師が配属されていないため、健康長寿課 健康づくり係が主体となってデータヘルス計画を展開していきます。しかし、市町村一体となって計画策定を進めていく必要があるため、国保担当部署である健康長寿課 医療保険係と密になって連携を図っていきます。また、健康長寿課内の高齢者医療部局(医療保険係)、保健衛生部局(健康づくり係)、介護保険部局(介護保険係)、そして福祉課の生活保護部局(福祉課地域福祉係)、企画部局(財政課)とも十分連携を図ることとします。

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

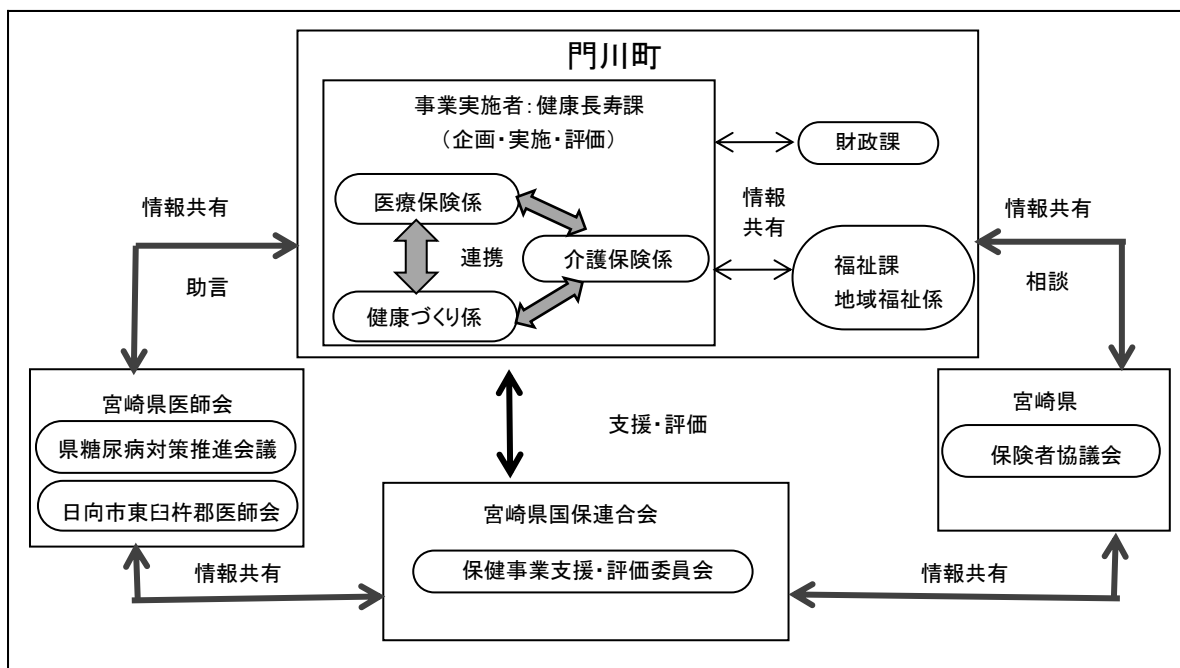


図 6 門川町の実施体制図

表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担<例>

保・・・保健師 管栄・・・管理栄養士 事・・・事務(注: 支払い事務、受診券送付等) ◎・・・主担当 ○・・・副担当

	保	保	保	保	管栄	管栄	事	事	事
国保事務			○	○				◎	○
健康診断 保健指導			◎		◎	○			
がん検診				◎			◎		
予防接種		◎	◎				◎		
母子保健		◎			○	○			
精神保健	◎						○		
歯科保健				◎			○		

## (2) 関係機関との連携

計画の実行性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となります。(外部有識者とは、国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という)及び宮崎県国保連に設置される宮崎県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会(以下「支援・評価委員会」という)等のことをいう。)

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、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員研修の充実に努めることも期待されます。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、共同保険者であることから、特に本町国保の保険者機能の強化については、宮崎県の関与が更に重要となります。

さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要です。

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めます。

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

## (3) 被保険者の役割

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

## 5 保険者努力支援制度

国保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。(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保険者努力支援制度(事業費分・事業費連動分)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。

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	
			門川町	配点	門川町	配点	門川町	配点
交付額(万円)			1,039		886		892	
全国順位(1,741市町村中)			302位		716位		649位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70
		(2)特定保健指導実施率	55	70	70	70	85	70
		(3)メタリックシフト・ルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	23	40	23	40	17	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	110	120	75	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	60	90	55	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		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 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	80	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	10	100	35	100	35	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	0	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	20	30	20	30	40	40
	⑤	第三者求償の取組	31	40	38	50	43	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	75	95	76	100	70	100
合計点			669	1,000	592	1,000	590	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1万7千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で34.3%。同規模市町村と比較すると高齢者の割合は低いですが、県、国よりは高くなっています。財政指数は、同規模市町村、県、国とほぼ同じ程度となっています。産業においては、第3次産業が60.6%を占めますが、第2次産業の割合も、同規模市町村・県・国と比較すると高くなっています。(表9)

国保加入率は22.6%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50%を占めています。(表10)

また本町内には3つの病院、5つの診療所があり、これはいずれも同規模市町村と比較しても多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれています。外来患者数は同規模市町村と比較して低く、入院患者数は多い傾向にあります。(表11)

表9 同規模市町村・県・国と比較した門川町の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢(歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
門川町	17,358	34.3	3,917 (22.6)	55.0	6.5	14.1	0.4	7.8	31.6	60.6
同規模	--	36.0	23.2	55.9	5.3	14.7	0.5	10.9	27.1	61.9
県	--	32.7	23.1	54.0	7.3	13.4	0.4	11.0	21.1	67.9
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、門川町と同規模保険者(111市町村)の平均値を表す

表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	4,490		4,375		4,229		4,096		3,917	
65～74歳	2,078	46.3	2,073	47.4	2,101	49.7	2,079	50.8	1,967	50.2
40～64歳	1,385	30.8	1,346	30.8	1,233	29.2	1,153	28.1	1,115	28.5
39歳以下	1,027	22.9	956	21.9	895	21.2	864	21.1	835	21.3
加入率	24.7		24.1		23.3		22.5		22.6	

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

表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	県 割合
病院数	3	0.7	3	0.7	3	0.7	3	0.7	3	0.8	0.3	0.6
診療所数	6	1.3	5	1.1	5	1.2	5	1.2	5	1.3	2.8	3.7
病床数	487	108.5	482	110.2	482	114.0	482	117.7	482	123.1	45.4	76.6
医師数	37	8.2	37	8.5	39	9.2	39	9.5	35	8.9	6.6	11.8
外来患者数	669.6		663.9		645.3		668.8		699.5		721.7	720.5
入院患者数	26.9		28.4		25.5		29.0		27.9		21.9	24.5

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、脳血管疾患死亡率の減少、虚血性心疾患死亡率の減少、糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の減少を設定しました。

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予備群の減少、高血圧の改善、脂質異常症の減少、糖尿病有病者の増加の抑制を設定しました。(第2期データヘルス計画 図表2参照)

### ア 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

#### (ア) 介護給付費の状況

本町のR4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で16人(認定率0.29%)、1号(65歳以上)被保険者で866人(認定率14.6%)と同規模・県・国と比較すると低く、H30年度と比べると1号認定者は増加しています。(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13億円から約13.5億円に伸びています。(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、どの年代でも脳卒中(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で7割以上、第1号被保険者でも約4割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。

(表14)

表12 要介護認定者(率)の状況

	門川町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	5,503人	30.3%	5,946人	34.3%	36.0%	32.7%	28.7%
2号認定者	22人	0.37%	16人	0.29%	0.40%	0.33%	0.38%
新規認定者	2人		5人		--	--	--
1号認定者	830人	15.1%	866人	14.6%	18.8%	16.8%	19.4%
新規認定者	115人		140人		--	--	--
再掲	65~74歳	96人	3.5%	89人	3.1%	--	--
新規認定者	23人		18人		--	--	--
75歳以上	734人	26.3%	777人	25.6%	--	--	--
新規認定者	92人		122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

表 13 介護給付費の変化

	門川町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	12億9292万円	13億5006万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	234,947	227,054	297,567	292,336	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	69,299	65,645	70,292	70,156	59,662
居室サービス	50,303	48,223	43,991	50,961	41,272
施設サービス	308,245	305,622	291,264	294,840	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

表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4 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)		16		89		777		866		882		
再)国保・後期		7		73		744		817		824		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
			割合	割合	割合	割合	割合	割合				
	循環器疾患	1	脳卒中	5 71.4%	脳卒中	30 41.1%	脳卒中	319 42.9%	脳卒中	349 42.7%	脳卒中	354 43.0%
		2	虚血性心疾患	4 57.1%	虚血性心疾患	14 19.2%	虚血性心疾患	270 36.3%	虚血性心疾患	284 34.8%	虚血性心疾患	288 35.0%
		3	腎不全	2 28.6%	腎不全	12 16.4%	腎不全	148 19.9%	腎不全	160 19.6%	腎不全	162 19.7%
	合併症	4	糖尿病合併症	2 28.6%	糖尿病合併症	12 16.4%	糖尿病合併症	89 12.0%	糖尿病合併症	101 12.4%	糖尿病合併症	103 12.5%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		7 100.0%	基礎疾患	67 91.8%	基礎疾患	706 94.9%	基礎疾患	773 94.6%	基礎疾患	780 94.7%
	血管疾患合計		7 100.0%	合計	68 93.2%	合計	720 96.8%	合計	788 96.5%	合計	795 96.5%	
	認知症		1 14.3%	認知症	18 24.7%	認知症	362 48.7%	認知症	380 46.5%	認知症	381 46.2%	
	筋・骨格疾患		5 71.4%	筋骨格系	60 82.2%	筋骨格系	712 95.7%	筋骨格系	772 94.5%	筋骨格系	777 94.3%	

※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

(イ) 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は増加傾向で、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約3万6千円高く、H30年度と比較しても6万円伸びています。

また入院件数は、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45%を占めており、1件あたりの入院医療費もH30年度と比較しても5万円も高くなっています。

年齢調整をした地域差指数で見ると、全国平均の1を超えています。県平均よりも低くなっています。一方で、後期高齢者医療では1を大きく超え、県内市町村で1位となっており、外来および入院の地域差指数がH30年度よりも伸びています。一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であ

り、入院を抑制するには、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。

表 15 医療費の推移

		門川町		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		4,490人	3,917人	--	--	--
前期高齢者割合		2,078人 (46.3%)	1,967人 (50.2%)	--		
総医療費		16億0404万円	16億3757万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		357,247	418,066	382,035	382,037	339,680
		県内13位 同規模43位	県内8位 同規模19位			
入院	1件あたり費用額(円)	504,810	557,210	601,790	552,530	617,950
	費用の割合(%)	46.3	45.3	42.6	43.7	39.6
	件数の割合(%)	3.9	3.8	2.9	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額(円)	23,500	26,810	24,640	24,210	24,220
	費用の割合(%)	53.7	54.7	57.4	56.3	60.4
	件数の割合(%)	96.1	96.2	97.1	96.7	97.5
受診率		696.48	727.442	743.593	744.987	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は門川町と同規模保険者111市町村の平均値を表す

表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		後民健康保険			後期高齢者医療		
		門川町 (県内市町村中)		県 (47県中)	門川町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R02年度	R02年度	H30年度	R02年度	R02年度
地域差 指数・ 順位	全体	1.035	1.035	1.058	1.010	1.063	0.961
		(15位)	(18位)	(17位)	(4位)	(1位)	(28位)
	入院	1.194	1.170	1.182	1.144	1.190	0.971
		(16位)	(17位)	(13位)	(3位)	(3位)	(27位)
	外来	0.946	0.965	0.984	0.869	0.943	0.962
		(17位)	(14位)	(31位)	(16位)	(7位)	(30位)

出典：地域差分析(厚労省)

#### (ウ) 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30 年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患と慢性腎不全については、依然、同規模、県、国よりも高くなっています。(表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると脳血管疾患・人工透析が、患者数及び割合と減少していますが、虚血性心疾患については、割合が増加していました。また年代別にみたときに、40～64 歳の人工透析の割合が増加しています。(表 18)虚血性心疾患は



発症時の急性期に大きな手術を必要とし、医療費等の負担に加え、若い世代で人工透析が必要となると、生活に制限がかかり、患者本人や家族が長期にわたって日常生活に大きな負担を強いられる疾患であるため、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。

表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

		門川町		同規模	県	国	
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
総医療費		16億0404万円	16億3757万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計		2億0498万円	1億5616万円	--	--	--	
		12.78%	9.54%	7.88%	8.32%	8.03%	
目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	3.40%	2.40%	2.17%	2.04%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.72%	0.97%	1.42%	1.43%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	7.37%	6.02%	4.00%	4.61%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.29%	0.15%	0.29%	0.24%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		11.06%	16.05%	17.02%	15.01%	16.69%
	筋・骨疾患		7.98%	9.35%	8.86%	8.73%	8.68%
	精神疾患		9.68%	8.90%	8.15%	9.23%	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。

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	4,490	3,917	a	291	237	374	354	33	30	
				a/A	6.5%	6.1%	8.3%	9.0%	0.7%	0.8%	
40歳以上	B	3,463	3,082	b	289	235	370	350	32	30	
	B/A	77.1%	78.7%	b/B	8.3%	7.6%	10.7%	11.4%	0.9%	1.0%	
再 掲	40~64歳	C	1,385	1,115	c	64	33	77	54	9	12
		C/A	30.8%	28.5%	c/C	4.6%	3.0%	5.6%	4.8%	0.6%	1.1%
	65~74歳	D	2,078	1,967	d	225	202	293	296	23	18
		D/A	46.3%	50.2%	d/D	10.8%	10.3%	14.1%	15.0%	1.1%	0.9%

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

## イ 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

### (ア) 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある虚血性心疾患の割合は減っており、脳血管疾患と人工透析は横ばいで推移しています。本町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていると考えられます。(表 19,20,21)

表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)	A	1,472	1,445	378	333	1,094	1,112	
	A/被保数	42.5%	46.9%	27.3%	29.9%	52.6%	56.5%	
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	161	149	33	19	128	130
		B/A	10.9%	10.3%	8.7%	5.7%	11.7%	11.7%
	虚血性心疾患	C	193	172	38	28	155	144
		C/A	13.1%	11.9%	10.1%	8.4%	14.2%	12.9%
	人工透析	D	30	30	9	12	21	18
		D/A	2.0%	2.1%	2.4%	3.6%	1.9%	1.6%

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

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	701	701	190	177	511	524	
	A/被保数	20.2%	22.7%	13.7%	15.9%	24.6%	26.6%	
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	70	69	18	13	52	56
		B/A	10.0%	9.8%	9.5%	7.3%	10.2%	10.7%
	虚血性心疾患	C	109	107	26	21	83	86
		C/A	15.5%	15.3%	13.7%	11.9%	16.2%	16.4%
	人工透析	D	13	14	4	6	9	8
		D/A	1.9%	2.0%	2.1%	3.4%	1.8%	1.5%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	87	75	22	21	65	54
		E/A	12.4%	10.7%	11.6%	11.9%	12.7%	10.3%
	糖尿病性網膜症	F	135	136	38	30	97	106
		F/A	19.3%	19.4%	20.0%	16.9%	19.0%	20.2%
	糖尿病性神経障害	G	24	17	7	4	17	13
		G/A	3.4%	2.4%	3.7%	2.3%	3.3%	2.5%

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

表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覽)		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	1,079	1,011	287	240	792	771	
	A/被保数	31.2%	32.8%	20.7%	21.5%	38.1%	39.2%	
(患)中 (患)長 (患)期 (患)併 (患)目 (患)症 (患)標 (患)疾	脳血管疾患	B	94	93	18	13	76	80
		B/A	8.7%	9.2%	6.3%	5.4%	9.6%	10.4%
	虚血性心疾患	C	167	152	36	25	131	127
		C/A	15.5%	15.0%	12.5%	10.4%	16.5%	16.5%
	人工透析	D	15	11	5	6	10	5
		D/A	1.4%	1.1%	1.7%	2.5%	1.3%	0.6%

出典: KDBシステム\_ 疾病管理一覽(脂質異常症)  
地域の全体像の把握

(イ) 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上を H30 年度と R3 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が高血圧で約 40%、糖尿病で 8%ほどおり、特に糖尿病の割合は同規模と比較しても高くなっています。(表 22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、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、今後も要医療域の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。

表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧 Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A(人)	受診率 (%)	受診者 B(人)	受診率 (%)	C(人)	C/A(%)	未治療 (内服なし)		E(人)	E/B(%)	未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
							D(人)	D/C(%)			F(人)	F/E(%)	G(人)	G/E(%)	H(人)	H/E(%)
門川町	1,222	38.4	1,073	36.6	60	4.9	34	56.7	74	6.9	43	58.1	29	39.2	2	2.7
同規模	102,084	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 HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A(人)	実施率 (%)	HbA1c 実施者 B(人)	実施率 (%)	I(人)	I/実施者 A(%)	未治療 (内服なし)		K(人)	K/実施者 B(%)	未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
							J(人)	J/I(%)			L(人)	L/K(%)	M(人)	M/K(%)	N(人)	N/K(%)
門川町	1,085	88.8	1,001	93.3	53	4.9	15	28.3	61	6.1	14	23.0	5	8.2	0	0.0
同規模	100,303	98.3	87,882	98.8	4,815	4.8	1,222	25.5	4,394	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

(ウ) 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、H30年度とR4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、2%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。

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、いずれも微増しており、改善率も下がっています。また、翌年度健診を受診していない方がいずれも3~4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継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(表23,24,25,26)

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	1222人 (38.4%)	235人 (19.2%)	64人 (5.2%)	171人 (14.0%)	189人 (15.5%)
R04年度	872人 (31.3%)	186人 (21.3%)	61人 (7.0%)	125人 (14.3%)	128人 (14.7%)

出典：ヘルスサポートラボツール

表24 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上(%)	翌年度健診結果			
		改善率(%)	変化なし(%)	悪化(%)	健診未受診者(%)
H30→R01	106人 (9.8%)	32人 (30.2%)	32人 (30.2%)	13人 (12.3%)	29人 (27.4%)
R03→R04	108人 (10.8%)	27人 (25.0%)	27人 (25.0%)	8人 (7.4%)	46人 (42.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

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	60人 (4.9%)	34人 (56.7%)	9人 (15.0%)	0人 (0.0%)	17人 (28.3%)
R03→R04	74人 (6.9%)	33人 (44.6%)	13人 (17.6%)	1人 (1.4%)	27人 (36.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール

表26 LDL160以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上(%)	翌年度健診結果			
		改善率(%)	変化なし(%)	悪化(%)	健診未受診者(%)
H30→R01	133人 (10.9%)	60人 (45.1%)	20人 (15.0%)	9人 (6.8%)	44人 (33.1%)
R03→R04	133人 (12.4%)	54人 (40.6%)	24人 (18.0%)	10人 (7.5%)	45人 (33.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

(エ) 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、R1 年度には 38.1%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R2 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(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～50 歳の初回受診者へのインセンティブとして商品券のプレゼントを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 28)

特定保健指導については、当初から目標値を実施率が大きく上回っています。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。

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(人)	1,188	1,187	1,037	1,047	848	健診受診率 60%
	受診率	37.3%	38.1%	33.8%	35.7%	30.4%	
特定保健指導	該当者数(人)	161	140	131	139	120	特定保健指導実施率 60%
	割合	13.6%	11.8%	12.6%	13.3%	14.2%	
	実施者数(人)	152	136	121	125	111	
	実施率	94.4%	97.1%	92.4%	89.9%	92.5%	

出典：特定健診法定報告データ

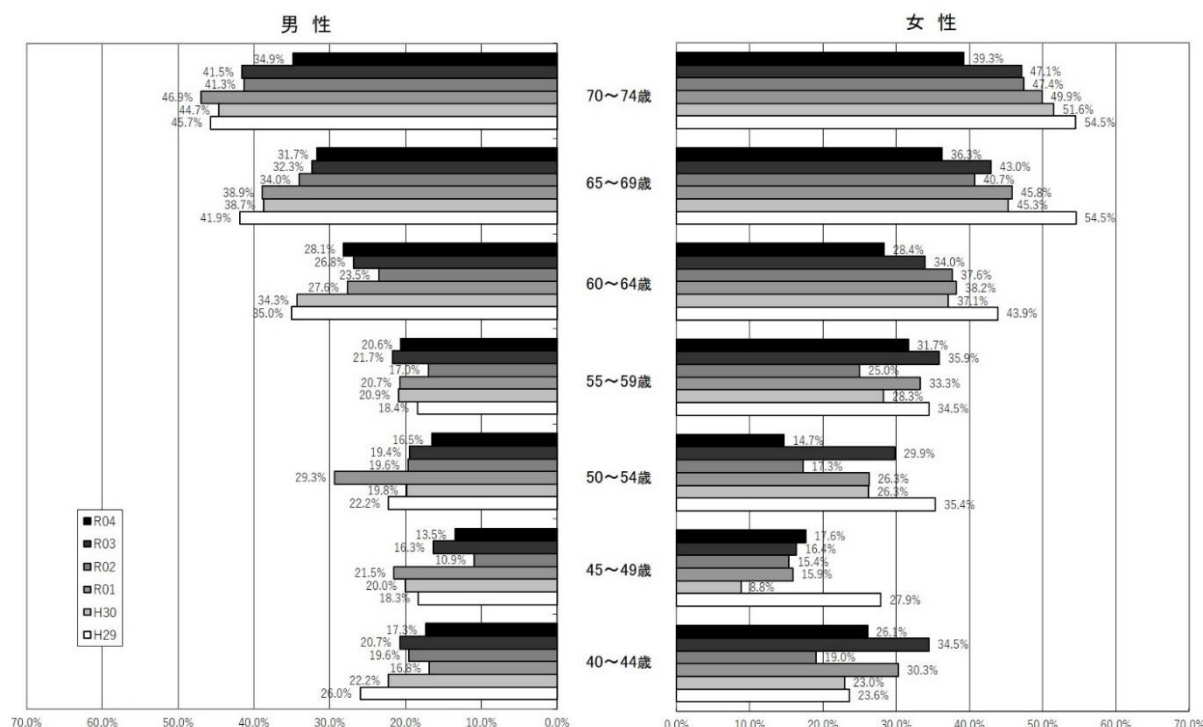


図 28 年代別特定健診受診率の推移

(2) 主な個別事業の評価と課題

ア 重症化予防の取組み

(ア) 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症重症化予防は、第2期データヘルス計画で、一番に力を入れてきた保健事業になります。図29のとおり、糖尿病性腎症を予防するために、HbA1cの値に応じて必要な保健事業につなぐことができるよう体制を整えてきました。また、当該年度に健診未受診となった方についても、糖尿病管理台帳やKDB補助システム等を活用し、優先度に応じて支援につなぐことが出来る体制になっています。

実施状況については、表30のとおりです。二次精密検査については、コロナ禍の影響による受診控えにより受診率が減少しています。重症化予防の訪問率は90%近くを維持できていますが、医療機関受診率は70%程度で伸び悩んでいます。今後は、さらに結果につながるような受診勧奨、保健指導の質の向上が課題となっています。

①本年度健診受診者		※75gOGTTは黒指針のうちに、微量アルブミンはエに該当		糖尿病治療中					
		対応不要	二次精密検査の対象者		糖尿病重症化予防	合併症予防	糖尿病重症化予防	合併症予防	
対象者	HbA1c	～5.5	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5～6.9	7.0～(★7.5～)	6.5～6.9	7.0～	
	空腹時血糖	～99	100～109	110～125	126～		126～		
その他の条件		・がん治療中、認知症、要介護レベル ・服薬治療中でコントロール良好(HbA1c7.0未満)の者	・67才以下の者 ・その他のリスクを有する者(例)血圧、脂質、肥満、家族歴など	・67才以下の者	・尿タンパク検査(～±)の者 ・服薬なし	・尿タンパク検査(+)以上の者 ・服薬なし ・定期受診あり	・服薬治療中 ★65歳以上でインスリン、SU薬、グリニド薬を使用しているもの	尿タンパク検査(+)以上の者 ・定期受診なし ・服薬なし	・未治療、中断
	目的		糖尿病発症予防	糖尿病腎症発症予防	糖尿病重症化予防	合併症予防(7.0未満にし、対象から外していく)	定期受診につなげる	定期服薬治療へつなげる	
内容	受診勧奨		訪問(75gOGTT受診券発行)	訪問(微量アルブミン受診券発行)			1回訪問(不在の場合はリーフレット残す)	複数回訪問(しせまたは連絡票で受診が確認できるまで継続)	
	保健指導		受診者…結果説明+保健指導	受診者…結果説明+保健指導	1回訪問(不在の場合はリーフレット残す)	複数回訪問(前後で評価、評価はTELでも可)			
医療機関との連携				△	△	○(初回のみ)	○	◎	
連携バスの使用				※個別に判断	糖尿病連携手帳の併用	糖尿病連携手帳の併用 地区担当保健師		地区担当保健師・管理栄養士	
対応者			嘱託職員(管理栄養士等)		腎症合併を伴う場合など:管理栄養士				
②糖尿病管理台帳より ※詳細は活用マニュアル参照					コントロール良好者 ～6.5(治:～6.9)	コントロール不良者 7.0～	6.5以上の未治療者 6.5～6.9	7.0以上の未治療者 7.0～(過去5年)	
対象者	HbA1c								
	その他の条件				・服薬治療中		・未治療、中断		
目的					特定健診の受診(またはデータ提供)				
内容	受診勧奨				優先度 低い	訪問またはポスティング			
	対応者				嘱託職員(管理栄養士等)				
③KDB補助システム DH/パイロット等					糖尿病治療中 工				
対象者	その他の条件				・健診未受診かつ治療中断者				
	目的				合併症(透析)予防				
内容	受診勧奨				しせ確認+訪問				
	対応者				管理栄養士				

図29 門川町糖尿病性腎症重症化予防 一覧

表 30 糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

二次精密検査	H30年度			R01年度			R02年度			R03年度			R04年度			
	OGTT		アルブミン	OGTT		アルブミン	OGTT		アルブミン	OGTT		アルブミン	OGTT		アルブミン	
	受診率57.7% (30人/52人)	100% (6人/6人)	100% (24人/42人)	100% (5人/5人)	受診率51.5% (17人/33人)	100% (4人/4人)	受診率40.6% (13人/32人)	50% (3人/6人)	受診率35.3% (6人/17人)	40% (2人/5人)						
糖尿病型	境界型	A3(顕著)	糖尿病型	境界型	A3(顕著)	糖尿病型	境界型	A3(顕著)	糖尿病型	境界型	A3(顕著)	糖尿病型	境界型	A3(顕著)		
	1人	12人	0人	0人	12人	1人	0人	11人	0人	1人	4人	0人	0人	5人	0人	
重症化予防	未治療	コントロール不良	計	未治療	コントロール不良	計	未治療	コントロール不良	計	未治療	コントロール不良	計	未治療	コントロール不良	計	
	対象者	3人	27人	30人	14人	24人	38人	16人	25人	41人	10人	28人	38人	7人	23人	30人
	訪問者 (実施率)	3人 (100%)	17人 (63.0%)	20人 (66.7%)	13人 (92.9%)	21人 (87.5%)	34人 (89.5%)	15人 (93.8%)	24人 (96.0%)	39人 (95.1%)	9人 (90%)	26人 (92.9%)	35人 (92.1%)	6人 (85.7%)	22人 (95.7%)	28人 (93.3%)
	連絡票	1人	8人	9人	4人	11人	15人	10人	7人	17人	6人	13人	19人	2人	2人	4人
	HP受診 (受診率)	0人 (0%)	6人 (75%)	6人 (66.7%)	4人 (100%)	9人 (81.8%)	13人 (86.7%)	7人 (70%)	6人 (85.7%)	13人 (76.5%)	4人 (66.7%)	9人 (69.2%)	13人 (68.4%)	1人 (50%)	0人 (0%)	1人 (25%)
糖尿病管理台帳	訪問率64.7% (22人/34人) ※対象外108人			TEL・訪問率100% (43人/43人) ※対象外106人			通知134人⇒TEL(48人/80人) ※対象外130人			通知129人⇒訪問48人,TEL12人 ※対象外145人			訪問88人、ポスティング23人 ※対象外126人			
KDB 介入支援対象者				治療中断DKD対象者 (0人/70人抽出) ※健診未受診者24人に動機通知送付			治療中断糖尿病対象者 (8人/35人抽出) 訪問実施率100%			12ヶ月中断対象者 (3人/11人抽出) 訪問実施率100%			3ヶ月中断対象者 (9人/143人抽出) 訪問実施率55.6% (不在はポスティング)			

門川町調べ

(イ) 虚血性心疾患による重症化予防

H28 年度より心電図検査の全数実施を導入し、心電図所見に応じて、要医療者を循環器内科へつなぐことができました(表 31)。その中で、心房細動の所見の方はほとんどが服薬治療につながっています(表 32)が、ST 変化の所見の方は約 30%の方が医療機関未受診となっています。そのまま放置とならないよう糖尿病のように台帳管理などの取組を検討していきます(表 33)。

次に、LDL コレステロール 180 以上の方への受診勧奨および保健指導を実施してきました。特に LDL コレステロールは、医療機関受診や服薬治療につながりにくく、支援・評価委員会から助言を得ながら、改善を重ねてきました。

実施状況等については表 34 のとおりです。当初は特定保健指導対象者の方が、結果につながっているのではないかとこの予測の元、検証するために、特定保健指導と重症化予防の対象者で分けて評価するようにしました。実際に、実施率、改善率ともに特定保健指導対象者の方が高いという結果が数値でも証明され、そのことを係内で共有しました。一番大きな違いは、保健指導の実施回数であったため、R2 年度から必要に応じて複数回の訪問を実施するようになり、データ改善率も少しずつ良くなりました。今後も内服治療やデータ改善につながるよう保健指導の質の向上を図っていきます。

表 31 「要医療者」受診勧奨実施状況

	対象者	訪問者		連絡票 発行者	医療機関受診	
	人数	人数	割合	人数	人数	割合
H30年度	3	3	100.0%	1	0	0.0%
R01年度	14	13	92.9%	4	4	100.0%
R02年度	16	15	93.8%	10	7	70.0%
R03年度	10	9	90.0%	6	4	66.7%
R04年度	7	6	85.7%	2	1	50.0%

門川町調べ

表 32 アウトカム評価① 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			
		治療中		未治療者	
		人数	割合	人数	割合
H30年度	15	13	86.7%	2	13.3%
R01年度	8	7	87.5%	1	12.5%
R02年度	16	16	100.0%	0	0.0%
R03年度	17	16	94.1%	1	5.9%
R04年度	9	9	100.0%	0	0.0%

出典:KDB システム

表 33 アウトカム評価② 心電図ST変化有所見者の医療機関受診状況

	ST有所見者 (a)	要精査(b)		医療機関受診あり (c)		受診なし (d)	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
H30年度	37	14	37.8%	10	71.4%	4	28.6%
R01年度	32	10	31.3%	7	70.0%	3	30.0%
R02年度	31	8	25.8%	6	75.0%	2	25.0%
R03年度	26	7	26.9%	4	57.1%	3	42.9%
R04年度	29	10	34.5%	8	80.0%	2	20.0%

出典:KDB システム

表 34 LDL180 以上未治療者の評価

未治療・中断 (人)	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	LDL 160以上	180以上	LDL 160以上	180以上	LDL 160以上	180以上	LDL 160以上	180以上	LDL 160以上	180以上
		127	41	117	47	93	34	127	50	107
	↓		↓		↓		↓		↓	
対象者	保健指導 18人	重症化予防 22人	保健指導 10人	重症化予防 35人	保健指導 9人	重症化予防 23人	保健指導 11人	重症化予防 36人	保健指導 13人	重症化予防 21人
訪問担当者	1人	5人	1人	4人	1人	5人	1人	5人	1人	5人
訪問回数	2~3回	1回	2~3回	1回	2~3回	1~2回	2~3回	1~2回	2~3回	1~2回
訪問人数	17人	11人	10人	16人	9人	15人	8人	28人	13人	15人
訪問率	94.4%	50.0%	100.0%	45.7%	100.0%	65.2%	72.7%	77.8%	100.0%	71.4%
医療機関受診	7人 38.9%	4人 18.2%	1人 10.0%	5人 14.3%	2人 22.2%	6人 26.1%	2人 18.2%	11人 30.6%	6人 46.2%	12人 57.1%
内服治療	2人 11.1%	4人 18.2%	1人 10.0%	8人 22.9%	3人 33.3%	4人 17.4%	1人 9.1%	11人 30.6%	1人 7.7%	4人 19.0%
翌年の健診受診	11人 61.1%	16人 72.7%	4人 40.0%	22人 62.9%	6人 66.7%	18人 78.3%	7人 63.6%	25人 69.4%	0人 0.0%	0人 0.0%
翌年の健診データの変化										
LDL160未満	7人	3人	2人	10人	2人	5人	4人	13人		
LDL160~179	4人	6人	1人	2人	3人	7人	2人	5人		
改善率	61.1%	40.9%	30.0%	34.3%	55.6%	52.2%	54.5%	50.0%	0.0%	0.0%
LDL180以上	0人	7人	1人	10人	1人	6人	1人	7人		
維持・悪化率	0.0%	31.8%	10.0%	28.6%	11.1%	26.1%	9.1%	19.4%	0.0%	0.0%

門川町調べ



(ウ) 脳血管疾患重症化予防対策

高血圧Ⅱ度以上で未治療の者への受診勧奨および保健指導を実施してきました。実施状況については表 35 の通りです。高血圧についても、R2 年度から必要に応じて複数回の訪問を実施するようになり、医療機関受診率や服薬治療開始率が上がってきました。R3 年度からは血圧手帳を配付し、記録をつけての医療機関受診を勧めています。

表 35 高血圧(Ⅱ度高血圧以上)未治療者の評価

未治療・中断 (人)	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	Ⅱ度以上		Ⅱ度以上		Ⅱ度以上		Ⅱ度以上		Ⅱ度以上	
		Ⅲ度以上		Ⅲ度以上		Ⅲ度以上		Ⅲ度以上		Ⅲ度以上
	34	4	21	2	35	8	43	3	30	3
	↓		↓		↓		↓		↓	
対象者	保健指導	重症化予防	保健指導	重症化予防	保健指導	重症化予防	保健指導	重症化予防	保健指導	重症化予防
	13人	18人	8人	8人	16人	17人	19人	21人	13人	16人
訪問担当者	1人	5人	1人	4人	1人	5人	1人	5人	1人	5人
訪問回数	2~3回	1回	2~3回	1回	2~3回	1~2回	2~3回	1~2回	2~3回	1~2回
訪問人数	13人	9人	8人	1人	15人	7人	18人	9人	12人	10人
訪問率	100.0%	50.0%	100.0%	12.5%	93.8%	41.2%	94.7%	42.9%	92.3%	62.5%
医療機関受診	6人	4人	3人	3人	7人	9人	7人	12人	6人	8人
	46.2%	22.2%	37.5%	37.5%	43.8%	52.9%	36.8%	57.1%	46.2%	50.0%
内服治療(継続中)	3人	2人	3人	1人	5人	6人	5人	9人	6人	8人
	23.1%	11.1%	37.5%	12.5%	31.3%	35.3%	26.3%	42.9%	46.2%	50.0%
翌年の健診受診	10人	15人	4人	4人	15人	12人	14人	15人		
	76.9%	83.3%	50.0%	50.0%	93.8%	70.6%	73.7%	71.4%	0.0%	0.0%
翌年の健診データの変化										
正常値	5人	4人	2人	0人	1人	3人	2人	2人		
I度高血圧	5人	7人	1人	3人	9人	5人	8人	8人		
改善率	76.9%	61.1%	37.5%	37.5%	62.5%	47.1%	52.6%	47.6%	0.0%	0.0%
Ⅱ度高血圧	0人	4人	0人	0人	3人	4人	3人	3人		
Ⅲ度高血圧	0人	0人	1人	1人	2人	0人	1人	2人		
変化なしor悪化率	0.0%	22.2%	12.5%	12.5%	31.3%	23.5%	21.1%	23.8%	0.0%	0.0%

門川町調べ

イ ポピュレーションアプローチ

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

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。

第 2 期の期間は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、ポピュレーションアプローチを十分に行えない状況にありました。今後は、新型コロナウイルス感染症流行以前に実施していた各地区をまわる出前講座や医師講演会などの再開に向けて取り組んでいきます。

ウ 第2期計画目標の達成状況一覧

表 36 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)	
			初年度 H30年度	中間評価 R02年度	最終評価 R05年度		
			(H30)	(R02)	(R04)		
データヘルス計画	中長期目標 脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	3.4%	3.0%	2.4%	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	1.7%	2.3%	1.0%		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	7.4%	6.0%	6.0%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.9%	2.7%	3.1%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.9%	0.9%	0.7%		門川町調べ
	短期目標 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボ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・予備群の割合の減少	34.8%	33.9%	35.8%	門川町調べ	
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(180/110以上)	0.5%	1.1%	0.6%		
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL180以上)	3.4%	3.6%	4.7%		
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	9.8%	11.1%	10.0%		
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.9%	1.0%	1.7%		
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	14.0%	20.0%	34.6%		
		重症化予防対象者の医療機関受診率の増加	61.4%	70.2%	57.6%		
	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	37.3	33.8	30.4	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	94.4	92.4	92.5		
		特定保健指導対象者の割合の減少	13.6	12.6	14.2		
	努力支援制度	その他 がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	8.8	7.6	8.6	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)
			肺がん検診受診者の増加	13.1	11.3	7.3	
			大腸がん検診受診者の増加	11.0	11.3	14.4	
子宮がん検診受診者の増加			21.0	16.8	17.0		
乳がん検診受診者の増加			24.4	24.9	25.5		
5つのがん検診の平均受診率の増加			15.7	14.4	14.6		
後発医薬品の使用により、医療費の削減		後発医薬品の使用割合 80%以上	78.8%	83.6%	84.3%	厚生労働省	

### (3) 第 2 期データヘルス計画にかかる考察

健診受診率向上を目的に、R2 年度から健診を無料化しましたが、新型コロナウイルス感染症の影響から受診を控える方も多く、受診率は伸びませんでした。本町の受診割合は個別健診(医療機関)が 7 割、集団健診(役場等)が 3 割と個別健診を受診する方が多い現状です。新型コロナウイルス感染症流行に伴い、発熱外来対応で、健診を実施する医療機関が当時激減したことが受診率の低下に大きく影響したと考えられます。個別健診の実施が難しい時期は、集団健診の実施回数を増やして対応しましたが、目標達成には至りませんでした。

第 3 期は、新型コロナウイルス感染症流行前の受診率回復に努めるとともに目標達成に向けて受診勧奨の強化に努めていく必要があります。第 2 期は、若い世代(40 代~50 代)の受診率が低いことが課題として挙げられていました。初めて健診対象となる 40 歳到達者へ訪問による受診勧奨や健診の習慣化に向けたポピュレーションアプローチを実施するなど若い世代に絞った受診率対策が必要であると考えます。また、第 2 期でも実施した、個別の受診勧奨の際に、HbA1c が高値の方から勧奨するなど、優先をつけて実施していく方法は継続していきます。

H29 年から日向保健所管内で作成した「重症化予防連絡票」を用いた受診勧奨が開始され、第 2 期計画では、定着化させることが出来ました。データの改善や服薬開始を含めた医療機関受診率にはまだまだ課題がありますが、保健指導実施率は、特定保健指導、重症化予防事業ともに 9 割近く、目標を達成できています。

第 2 期では保健指導事業の体制整備と定着化を図ることができたため、今後はより結果を出せるような効果的な事業に改善していく必要があります。例えば、現在の重症化予防の対象者は、抽出しやすいⅡ度高血圧以上の未治療者としており、図 37 のⅡ・Ⅲ度高血圧でリスク第 1~3 層の方たちにアプローチできています。ただ、本町の健康課題である脳・心臓の血管を守るためには、下記区分 Aの方を確実に治療に繋げる必要がありますが、現在の抽出基準ではそのうちの 40%の方にしかアプローチできていないことになり、取組としては不十分であったと考えます。

対象者の抽出には、健診データの分析や集計を行えるソフトを使用し、リスク層別に対象者を抽出できるため、今後は、Ⅰ度高血圧でリスク第 3 層の方たちも重症化予防の対象者に含める必要があると考えます。

また、H28 年度から全数実施している心電図について、現在は“要医療”の方への受診勧奨を実施しており、心房細動の所見があった方のほとんどを治療につなぐことが出来ました。しかし、ST 変化の所見の方の 3 割は定期受診につながっておらず、その後の支援もできていないというのが現状で、糖尿病管理台帳のように台帳管理することで継続的な支援につなげていく必要があります。

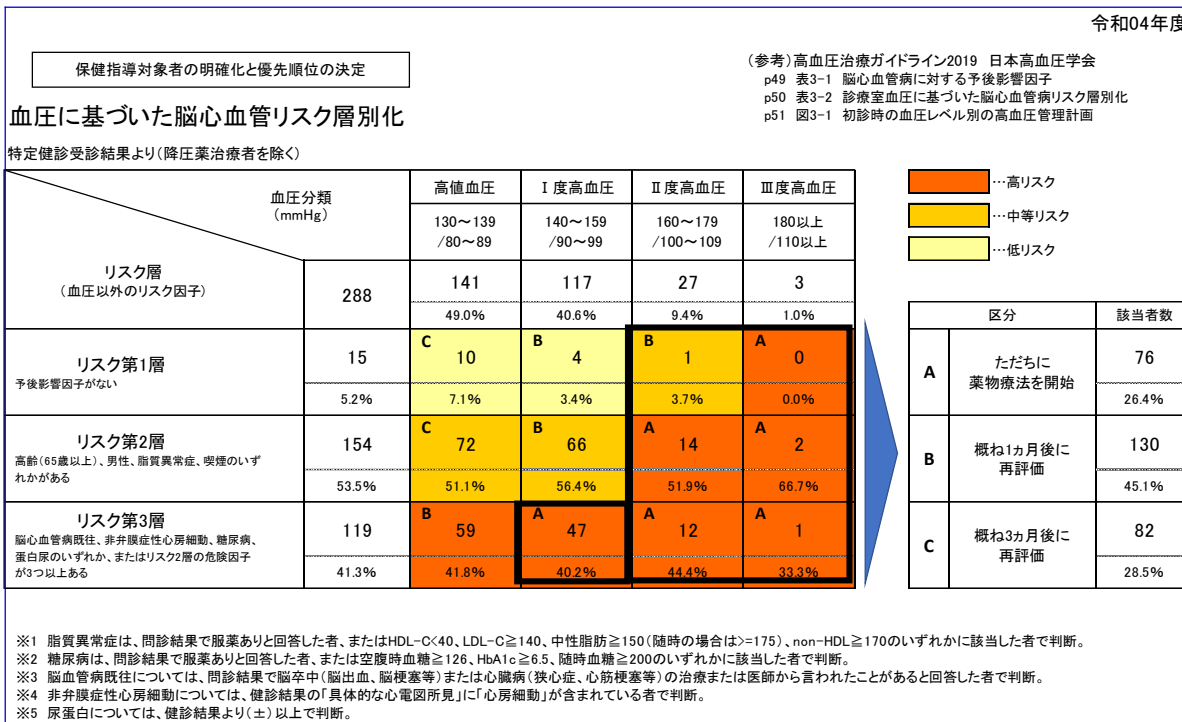


図 37 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

出典:ヘルスサポートラボツール

### 3 第3期計画における健康課題の明確化

#### (1) 基本的な考え方

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 38)

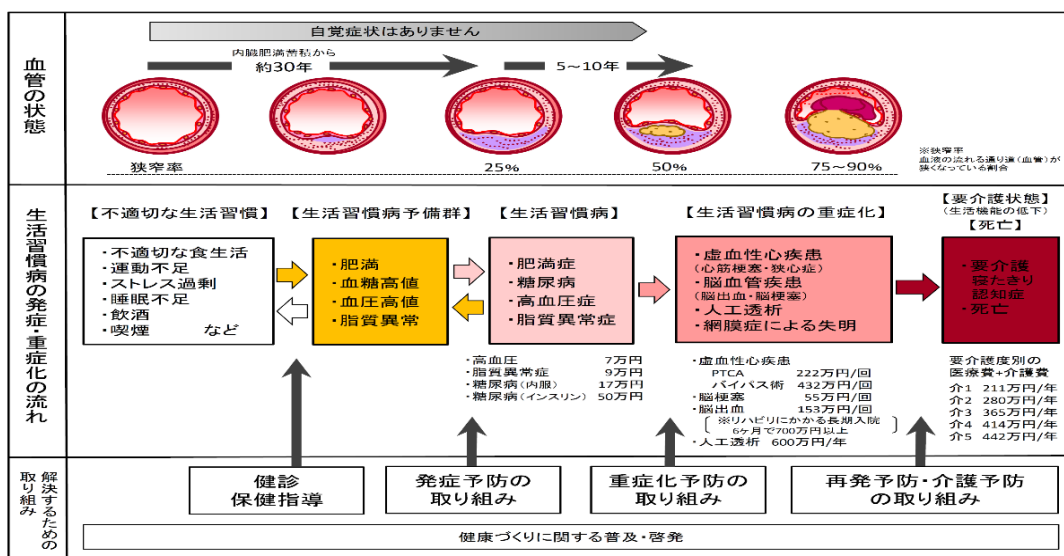


図 38 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

## (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39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R6年度から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や啓発を行う等、40歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

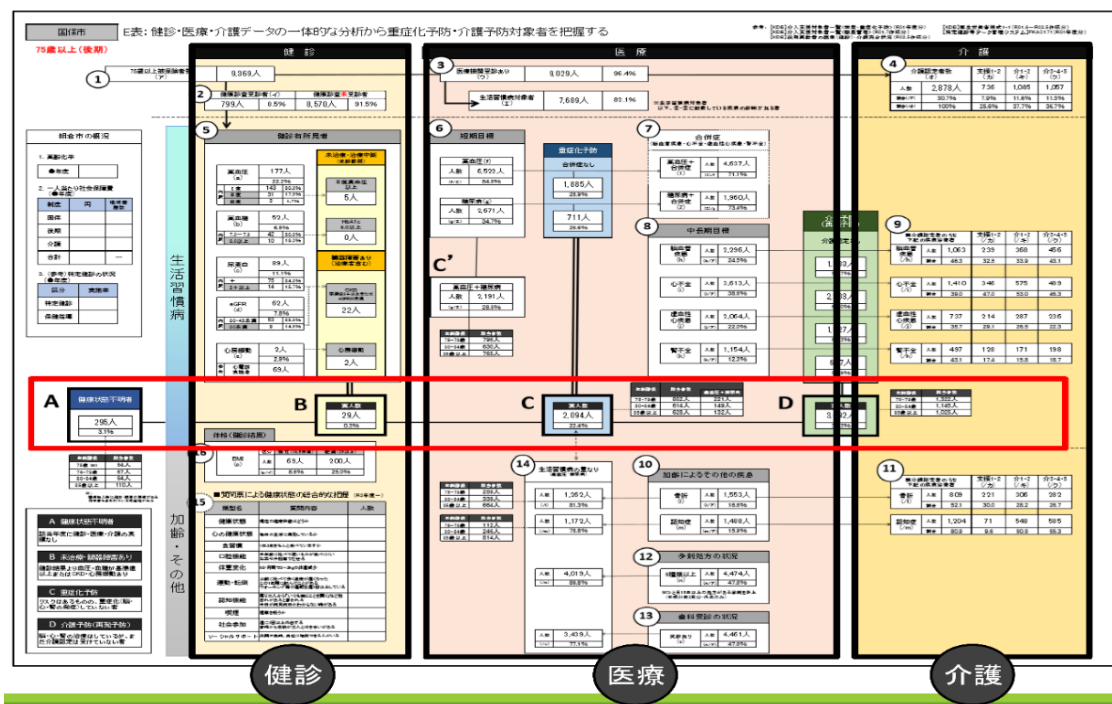


図39 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析

出典:ヘルスサポートラボツール

## ア 医療費分析

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は、R2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響で横ばいに推移したものの、R3 年以降は増加傾向で、後期高齢者になると国保の 2 倍も高い状況です。(表 40)

本町は、一人あたり医療費が同規模、県、国よりも高く、特に中長期目標疾病の、慢性腎不全と脳血管疾患が高い状況です。一方で短期目標疾病は同規模、県、国よりも低い状況です。(表 41)高額レセプトについては、国保においては毎年約 270 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 2 倍に増えることがわかります(表 42)。

疾病別に見てみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で R3 年度が 29 件で一番多く、3000 万円以上の費用がかかっていました。R4 年度は 11 件と件数が減り、費用額も 1085 万円と減っています。しかし、後期高齢においては、52 件発生し、5000 万円以上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。(表 43)

表 40 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	4,490人	4,375人	4,229人	4,096人	3,917人	3,114人	
総件数及び 総費用額	件数	38,110件	36,766件	34,476件	34,977件	34,723件	45,939件
	費用額	16億0404万円	15億8289万円	15億3335万円	16億8393万円	16億3757万円	27億5178万円
一人あたり医療費	35.7万円	36.2万円	36.3万円	41.1万円	41.8万円	88.4万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

表 41 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) (円)	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					
			慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞								
① 門川町	16億3757万円	34,307	6.02%	0.15%	2.40%	0.97%	4.99%	2.99%	1.11%	3億0505万円	18.6%	16.0%	8.90%	9.35%
① 同規模	—	30,968	4.00%	0.29%	2.17%	1.42%	5.95%	3.41%	2.05%	—	19.3%	17.0%	8.15%	8.86%
① 県	—	30,988	4.61%	0.24%	2.04%	1.43%	5.28%	3.33%	1.54%	—	18.5%	15.0%	9.23%	8.73%
① 国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 門川町	27億5178万円	75,214	4.10%	0.68%	3.53%	1.07%	3.86%	2.48%	0.61%	4億4924万円	16.3%	10.6%	7.62%	8.9%
② 同規模	—	69,105	4.34%	0.50%	4.05%	1.48%	4.08%	3.14%	1.26%	—	18.9%	11.0%	3.74%	12.3%
② 県	—	69,078	4.73%	0.53%	3.92%	1.59%	3.88%	3.22%	1.06%	—	18.9%	9.2%	4.73%	11.8%
② 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

表 42 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	130人	127人	124人	157人	140人	308人
	件数	B	237件	215件	229件	285件	272件	549件
		B/総件数	0.62%	0.58%	0.66%	0.81%	0.78%	1.20%
	費用額	C	3億3088万円	2億9586万円	3億4914万円	4億1711万円	3億8049万円	6億8172万円
		C/総費用	20.6%	18.7%	22.8%	24.8%	23.2%	24.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

表 43 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	11人	6人	11人	10人	9人	26人							
		D/A	8.5%	4.7%	8.9%	6.4%	6.4%	8.4%							
	件数	E	19件	10件	24件	29件	11件	52件							
		E/B	8.0%	4.7%	10.5%	10.2%	4.0%	9.5%							
	年 代 別 ( 件 )	40歳未満	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%	70-74歳	0	0.0%		
		50代	1	5.3%	3	30.0%	1	4.2%	2	6.9%	2	18.2%	75-80歳	21	40.4%
		60代	11	57.9%	1	10.0%	12	50.0%	10	34.5%	2	18.2%	80代	26	50.0%
		70-74歳	7	36.8%	6	60.0%	11	45.8%	17	58.6%	7	63.6%	90歳以上	5	9.6%
	費用額	F	2454万円	1152万円	2476万円	3071万円	1085万円	5385万円							
		F/C	7.4%	3.9%	7.1%	7.4%	2.9%	7.9%							

出典：ヘルスサポートラボツール

表 44 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	10人	8人	12人	11人	6人	11人							
		G/A	7.7%	6.3%	9.7%	7.0%	4.3%	3.6%							
	件数	H	11件	8件	13件	12件	6件	15件							
		H/B	4.6%	3.7%	5.7%	4.2%	2.2%	2.7%							
	年 代 別 ( 件 )	40歳未満	0	0.0%	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%		
		50代	2	18.2%	0	0.0%	0	0.0%	2	16.7%	1	16.7%	75-80歳	9	60.0%
		60代	4	36.4%	2	25.0%	2	15.4%	2	16.7%	3	50.0%	80代	6	40.0%
		70-74歳	4	36.4%	5	62.5%	11	84.6%	8	66.7%	2	33.3%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	1735万円	1357万円	2587万円	2661万円	828万円	2053万円							
		I/C	5.2%	4.6%	7.4%	6.4%	2.2%	3.0%							

出典：ヘルスサポートラボツール





表 46 被保険者数と健診受診状況

E表	④													②			⑮					
	年度	介護認定率 (%)	被保険者数				健診受診率			体格(健診結果)												
			特定健診			長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上												
年齢(歳)	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-									
H30年度	24.7	1,268	1,855	2,919	22.6	41.4	17.6	4.9	6.8	5.2	33.6	25.3	26.0									
R04年度	24.5	1,106	2,012	3,113	18.4	32.2	14.5	7.4	5.1	6.2	32.5	28.1	27.3									

出典:ヘルスサポートラボツール

表 47 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										
		年齢(歳)	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	%						
H30年度	11	3.8	(7)	41	5.3	(12)	47	9.1	(20)	11	3.8	(2)	33	4.3	(1)	3	0.6	(0)	3	1.0	9	1.2	11	2.1	1	0.3	2	0.3	0	--
R04年度	11	5.4	(3)	38	5.9	(9)	50	11.1	(15)	10	4.9	(0)	33	5.1	(0)	4	0.9	(0)	2	1.0	13	2.0	9	2.0	1	0.5	7	1.1	0	--

出典:ヘルスサポートラボツール

表 48 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	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		
年齢(歳)	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年度	82.0	92.2	96.8	32.0	61.6	81.3	76.6	82.0	84.3	37.9	38.0	33.2	24.6	27.3	26.6	44.4	54.3	71.5	46.8	55.1	75.5
R04年度	80.8	92.5	96.1	35.3	65.1	81.7	77.2	83.4	86.3	41.0	39.2	35.0	28.2	28.8	28.9	43.2	54.9	70.0	49.4	59.3	73.5

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

出典:ヘルスサポートラボツール

表 49 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保数割)												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		
年齢(歳)	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年度	4.0	9.4	21.7	4.6	12.1	23.6	7.3	19.2	38.7	3.5	7.5	13.6	17.6	14.9	42.4	3.4	1.8	28.0	2.2	4.2	32.6	0.0	5.0	32.7
R04年度	2.7	9.8	19.1	4.0	13.8	20.6	8.3	19.8	39.6	5.4	8.8	14.9	10.0	13.7	42.1	6.8	3.2	25.3	0.0	6.0	31.4	3.3	9.0	31.0

出典:ヘルスサポートラボツール

表 50 骨折・認知症の状況

E表		⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者				
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症		
年齢(歳)	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	
H30年度	64.2	75.7	54.5	75.8	3.6	12.8	1.2	14.5	11.9	48.8	36.4	67.8	
R04年度	65.2	84.5	69.4	79.6	3.4	12.2	1.8	14.5	11.6	46.5	52.8	73.6	

出典：ヘルスサポートラボツール

### ウ 健康課題の明確化(表 46～50)

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度で比較すると、表 46 の①被保険者数は、40～64 歳、65 歳～74 歳と減っていますが、75 歳以上では 200 人増え、高齢化率の高い門川町では 75 歳以上の後期高齢者が確実に増えていることがわかります。②の健診受診率をみると全年齢で下がっており、生活習慣病発症の発症または重症化予防のためには、早期からの関わりが重要となるため、特に 40～64 歳の健診受診率を伸ばすことが課題となります。また、表 47 の健診有所見の状況を見ると、各有所見の各年代で割合が増えており、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。

表 48 の短期目標の疾患は、高血圧、糖尿病、高血圧+糖尿病ともに増加しています。短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧においては、若干割合が減っていますが、糖尿病においては、各年代高くなっています。

表 49 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30 年度と R4 年度を比較すると、若い年代で R4 年度の割合が、心不全は約 1%、腎不全は約 2%上がっており、高額レセプト分析において入院費が伸びている要因が、一体的分析においても課題であることがわかります。

### エ 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

#### ア 成果目標

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

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施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、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(表 51)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

##### (イ) 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は必然であり、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、最小限医療費の伸びを抑えて、現状を維持することを目標とします。

また、軽症時に通院せず、重症化して入院する傾向が多いことから、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。

##### (ウ) 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させることを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、適切な保健指導を行います。糖尿病とメタボリックシンドロームは薬物療法だけでは改善が難しく、減量や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ます。

イ 管理目標の設定

表 51 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標			データの把握方法 (活用データ)
				初期値 R06年度 (R04)	中間評価 R08年度 (R07)	最終評価 R11年度 (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	2.4%	2.4%	2.4%	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	1.0%	1.0%	1.0%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	6.0%	6.0%	6.0%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	3.1%	3.0%	2.9%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.7%	0.6%	0.5%	
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボ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・予備群の減少率	35.8%	30.0%	25.0%	門川町健康長寿課
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	5.7%	4.7%	3.7%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL180以上)	4.7%	4.2%	3.8%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	10.0%	8.0%	7.0%	
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	1.7%	1.3%	0.6%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	34.6%	45.0%	50.0%	
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	30.4%	42.0%	50.0%	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	92.5%	80%以上	80%以上	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	14.2%	20.0%	25.0%	

表 51-2 第 3 期データヘルス計画 宮崎県共通評価指標一覧（国保連合会版）

●データヘルス計画全体における目的・目標

項目番号 国保連合会	データヘルス計画全体における 目的	評価指標	対象者年齢	目標値 (%)						データの把握方法 (活用データ)	
				初期値 R06年度 (R04)	R07年度 (R06)	中間評価 R08年度 (R07)	R09年度 (R08)	R10年度 (R09)	最終評価 R11年度 (R10)		
1-1	医療費削減のために特定健診受診率・特定保健指導の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診実施(受診)率	40～74歳	30.4%	40.0%	42.0%	45.0%	47.0%	50.0%	法定報告値	
1-5		特定健診実施(受診)率の年齢階層別指標	40～64歳	21.0%	23.0%	25.0%	28.0%	30.0%	32.0%		
			65～74歳	35.4%	45.8%	47.8%	49.3%	52.8%	54.9%		
1-2		特定保健指導実施率	40～74歳	92.5%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上		法定報告値
1-6		特定保健指導実施率の年齢階層別指標	40～64歳	93.2%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上		
			65～74歳	86.8%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上		
1-3		メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率(特定保健指導対象者の減少率)	40～74歳	14.2%	16.0%	18.0%	20.0%	23.0%	25.0%		
1-7	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率の年齢階層別指標(特定保健指導対象者の減少率)	40～64歳	3.0%	10.0%	15.0%	20.0%	23.0%	25.0%			
		65～74歳	19.8%	20.8%	21.8%	23.0%	25.0%	25.0%			
1-10	糖尿病性腎症の発症を予防するために、糖尿病対象者の未治療者を減らす	HbA1c6.5以上のうち、糖尿病レセプトがない者の割合	40～74歳	4.9%	4.7%	4.5%	4.5%	4.5%	4.5%	KDB補助システム	
1-9	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、糖尿病の対象者を減らす	高血糖(HbA1c6.5以上)の割合	40～74歳	10.0%	9.0%	8.0%	7.0%	7.0%	7.0%	KDB補助システム	
1-4		HbA1c8.0%以上の者の割合	40～74歳	1.7%	1.5%	1.3%	1.0%	0.8%	0.6%		
1-8		HbA1c8.0%以上の者の割合の年齢階層別指標	40～64歳	1.5%	1.2%	1.0%	0.8%	0.6%	0.6%		
			65～74歳	1.8%	1.5%	1.3%	1.0%	0.8%	0.6%		
1-11	血圧が保健指導判定値以上(130/85)の者の割合	40～74歳	59.9%	57.0%	55.0%	52.0%	52.0%	52%			
2-1	重症化予防対象者を減らすために、運動習慣のある者を増やし、生活習慣病患者を減らす	運動習慣のあり者の割合	男性	48.3%	50.0%	52.0%	55.0%	58.0%	60.0%	KDB補助システム	
2-2			女性	42.3%	48.0%	52.0%	55.0%	58.0%	60.0%		
2-3	低栄養によるロコモティブシンドロームやフレイルを予防・改善するため、前期高齢者の低栄養傾向者を減らす	前期高齢者のうち、BMIが20kg/m2以下の者の割合	65～74歳	10.5%	10%未満	10%未満	10%未満	10%未満	10%未満	KDB補助システム	
2-4	低栄養の者および生活習慣病患者を減らすため、咀嚼良好者を増やす	50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の割合	50～74歳	80.2%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	KDB補助システム	

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1 第4期特定健康診査等実施計画について

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1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を一期として策定します。

### 2 目標値の設定

表 52 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	38%	40%	42%	45%	47%	50%
特定保健指導実施率	80%	80%	80%	80%	80%	80%

### 3 対象者の見込み

表 53 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	2676人	2566人	2456人	2346人	2236人	2126人
	受診者数	1017人	1026人	1032人	1056人	1051人	1063人
特定保健指導	対象者数	135人	137人	139人	140人	140人	140人
	受診者数	108人	110人	111人	112人	112人	112人

### 4 特定健診の実施

#### (1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。個別健診については、日向市東臼杵郡医師会と市町村で契約を行い、集団健診は実施可能な事業所と門川町で契約を行い、実施します。

ア 個別健診(委託医療機関)

イ 集団健診(門川町役場他)

#### (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、本町のホームページに掲載します。

(参照) URL : <https://www.town.kadogawa.lg.jp/live/health/medical/page004137.html>

(4) 特定健診実施項目

国が定めた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項目に加え、追加の検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血・心電図)を実施します。

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

表 54 門川町特定健診検査項目

○門川町特定健診検査項目

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

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

(5) 実施時期

4 月から翌年 1 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の健診受診勧奨を行っていただけるよう、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、国保連に事務処理を委託します。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

健診受診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。

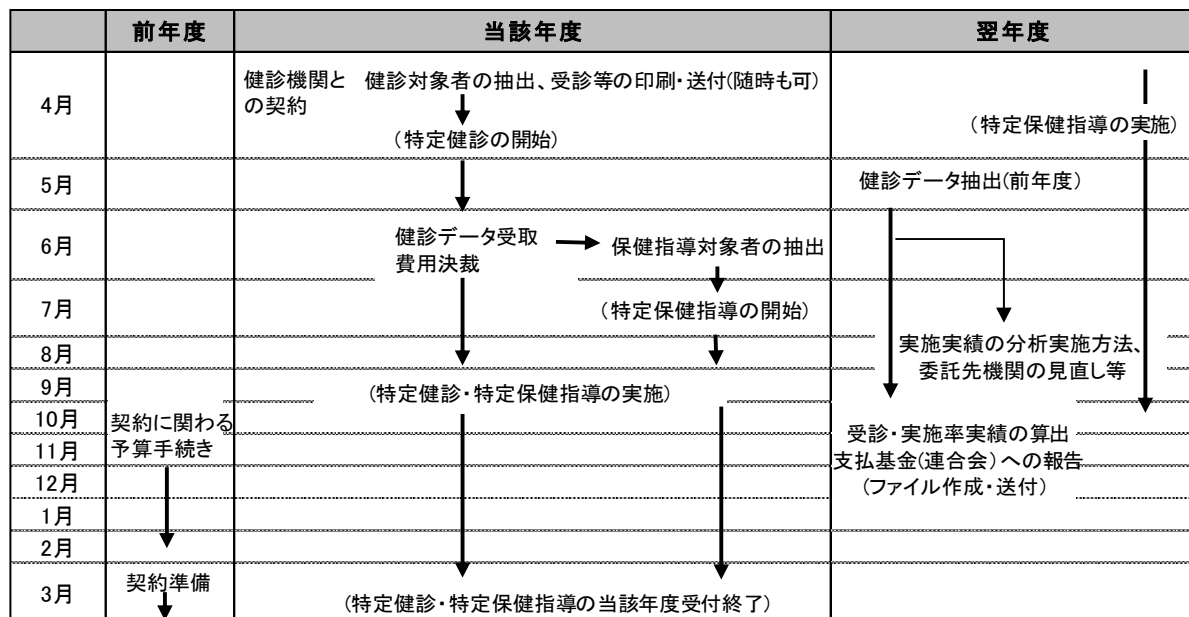


図 55 特定健診実施スケジュール

(9) 健診受診勧奨

初めて特定健診の対象となる 40 歳到達者へ受診勧奨の強化や 40~50 代の働き世代でも健診を受診しやすい体制を整備し、若い世代の受診率向上に努めます。また、第2期でも実施をしてきた、個別受診勧奨の際に、前年度の健診結果でHbA1cが高値の方から勧奨するなど、勧奨者に優先度をつけて実施していく方法は継続していきます。

また、健診の重要性について、町の生活習慣病の重症化による医療費や社会保障費の増大につながっている実態を含め、ポピュレーションアプローチを通して、周知していきます。



## 5 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、現在の体制を継続して実施していきます。専任の職員を雇用し、保険者自前形式で実施し、訪問による対面方式の指導を重視していきます。

○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。

### (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。

# 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5

令和04年度

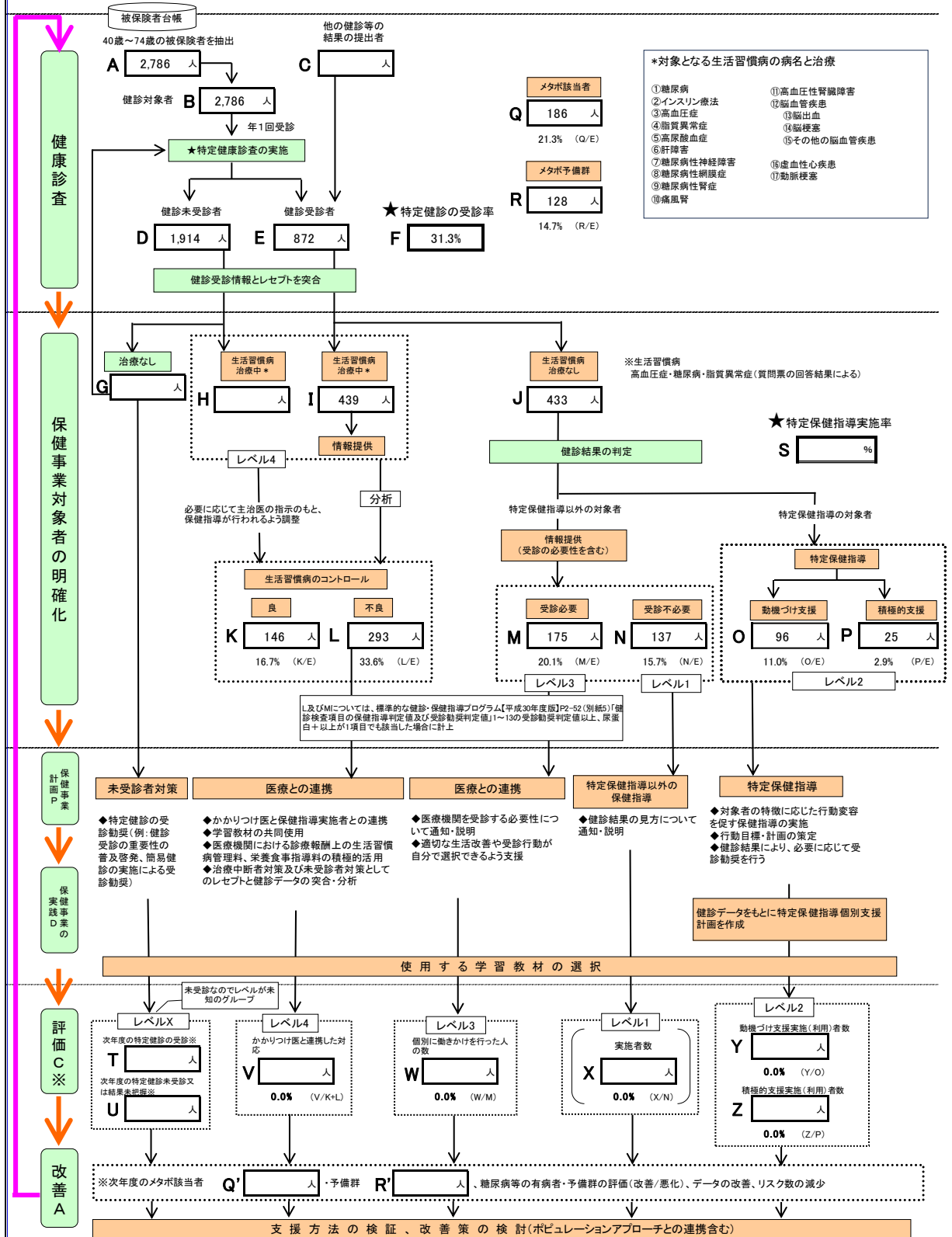


図 56 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

出典:ヘルサポートラボツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

表 57 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	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	121人 (13.9%)	80%以上
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	175人 (20.1%)	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)	1914人 ※受診率目標達成までにあと521人	50%
4	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	439人 (50.3%)	HbA1c7.0以上 については 80%
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	137人 (15.7%)	20%

### (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。

表 58 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 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼 ◎特定健康診査の開始	◎保健指導記録用紙の印刷	◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報 ◎特定健康診査、後期高齢者健診、がん検診開始
5月		◎前々年度保健指導の評価	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
6月		◎保健指導の開始(月ごとに対象者を抽出)	
7月		◎随時、利用券や保健指導内容の登録	
8月			
9月		◎前年度の特定保健指導対象者の登録内容確認	◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月			
12月			
1月	◎健診の終了		
2月			
3月			

## 6 個人情報保護

### (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門川町個人情報保護法施行条例等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。その保存期間は5年とします。

## **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、門川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 課題解決のための個別保健事業

### 1 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きます。

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

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

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

## 2 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、328人(37.6%)です。そのうち治療なしが113人(26.1%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が89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、113人中58人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

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-

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		令和04年度 <参考> 健診受診者(受診率)																
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (虚血性心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診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)																
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 クモ膜下出血 (5.6%)   脳出血 (18.5%)   脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓症 (27.7%)   ラクナ梗塞 (31.2%)   アテローム血栓性脳塞栓・塞栓 (33.2%) <small>※脳卒中専門センター 2015より</small> 非心原性脳梗塞		心筋梗塞   労作性狭心症   安静狭心症				872人   31.3%																
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)	<b>■各疾患の治療状況</b> <table border="1"> <tr><th></th><th>治療中</th><th>治療なし</th></tr> <tr><td>高血圧</td><td>354</td><td>518</td></tr> <tr><td>脂質異常症</td><td>181</td><td>691</td></tr> <tr><td>糖尿病</td><td>115</td><td>707</td></tr> <tr><td>3疾患いずれも</td><td>439</td><td>433</td></tr> </table> <small>※問診結果による</small>		治療中	治療なし	高血圧	354	518	脂質異常症	181	691	糖尿病	115	707	3疾患いずれも	439	433
	治療中	治療なし																					
高血圧	354	518																					
脂質異常症	181	691																					
糖尿病	115	707																					
3疾患いずれも	439	433																					
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)	<b>重症化予防対象者 (実人数)</b> <table border="1"> <tr><td>328</td><td>37.6%</td></tr> </table>	328	37.6%													
328	37.6%																						
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d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)	腎臓専門医 紹介基準対象者																
該当者数	50   5.7%	9   1.0%	41   4.7%	30   3.4%	186   21.3%	56   6.4%	74   8.5%	328   37.6%															
治療なし	30   5.8%	3   0.7%	39   5.6%	21   3.0%	40   9.2%	18   2.5%	24   5.5%	113   26.1%															
(再掲) 特定保健指導	13   26.0%	2   22.2%	13   31.7%	4   13.3%	40   21.5%	8   14.3%	8   10.8%	58   17.7%															
治療中	20   5.6%	6   1.4%	2   1.1%	9   5.0%	146   33.3%	38   33.0%	50   11.4%	215   49.0%															
臓器障害あり	21   70.0%	3   100.0%	32   82.1%	14   66.7%	29   72.5%	16   88.9%	24   100.0%	89   78.8%															
CKD(専門医対象者)	4	1	5	2	4	5	24	24															
心電図所見あり	21	3	32	13	28	15	22	87															
臓器障害なし	9   30.0%	--	7   17.9%	7   33.3%	11   27.5%	2   11.1%	--	--															

図表 59 脳・心臓・腎臓を守るために

## (1) 糖尿病性腎症重症化予防

### ア 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)及び宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針(令和 3 年 1 月改定 宮崎県保険者協議会)に基づき以下の視点で、P DCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図 60 に沿って実施します。

- (ア) 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
- (イ) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (ウ) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

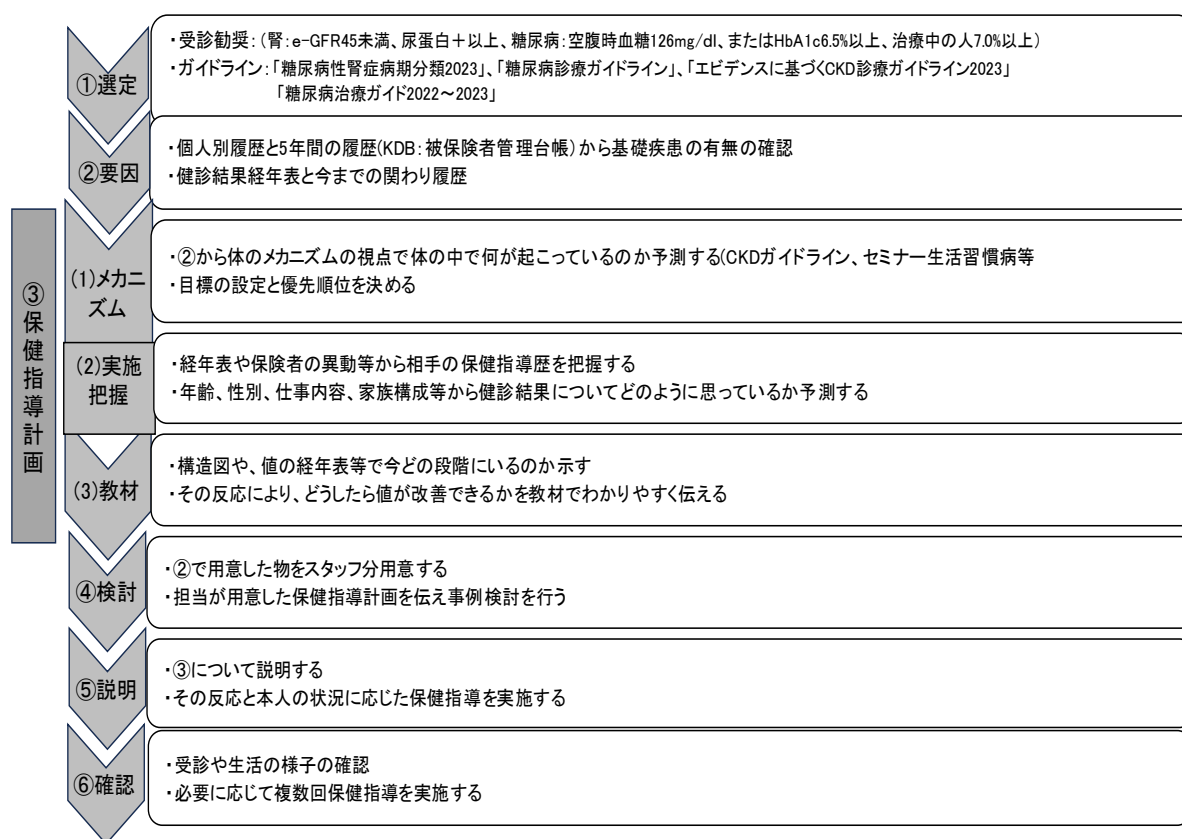


図 60 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



## イ 対象者の明確化

### (ア) 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、宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針に準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- a 医療機関未受診者
- b 医療機関受診中断者
- c 糖尿病治療者
- (a) 糖尿病性腎症で通院している者
- (b) 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

### (イ) 選定基準に基づく該当者の把握

#### a 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。

表 61 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が存在しうるため、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、血清システイン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。

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)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい現状があります。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。

## b 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、26人(18.2%・F)でした。

また、40～74歳における糖尿病治療者701人のうち、特定健診受診者が117人(16.7%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者584人(83.3%・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。

## c 介入方法と優先順位

図62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)・・・26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)・・・50人  
治療中断しない(継続受診)のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

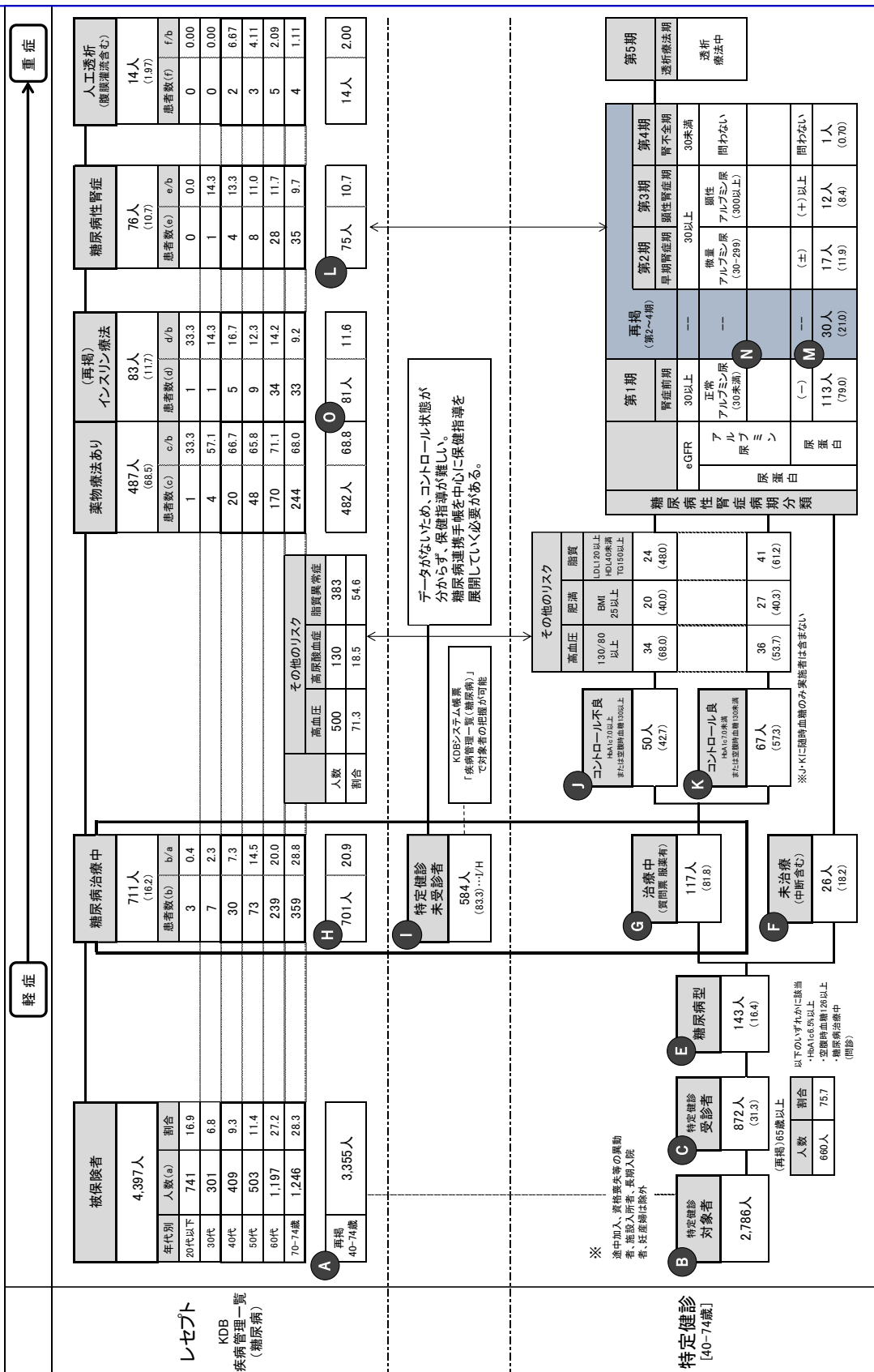
### 優先順位3

#### 【保健指導】

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

# 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



## ウ 保健指導の実施

### (ア) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。本町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます。

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
<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 何うことから始めます
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみます
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 薬は体のもととの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコンダーゼ阻害薬」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ます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きます
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
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・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)

図 63 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

## エ 医療との連携

### (ア) 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、事前に日向市東臼杵郡医師会等と協議した「重症化予防連絡票」を使用します。

### (イ) 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宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針に準じ行っています。

## オ 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## カ 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、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、表64 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

### 短期的評価

#### (ア) 受診勧奨者に対する評価

- a 受診勧奨対象者への介入率
- b 医療機関受診率
- c 医療機関未受診者への再勧奨数

#### (イ) 保健指導対象者に対する評価

- a 保健指導実施率
- b 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

表 64 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	門川町										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	4,630人		4,480人		4,351人		4,235人		4,061人			
	② (再掲)40-74歳		3,594人		3,479人		3,404人		3,350人		3,220人			
2	① 特定健診	B	3,182人		3,114人		3,064人		2,930人		2,786人			
	② 対象者数		1,222人		1,214人		1,069人		1,073人		872人			
	③ 受診率	C	38.4%		39.0%		34.9%		36.6%		31.3%			
④ 実施率	161人		140人		131人		139人		120人					
4	① 健診データ	E	183人 15.0%		183人 15.1%		178人 16.7%		173人 16.1%		143人 16.4%			
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)		43人 23.5%		37人 20.2%		40人 22.5%		47人 27.2%		26人 18.2%			
	③ 治療中(質問票 服薬あり)		140人 76.5%		146人 79.8%		138人 77.5%		126人 72.8%		117人 81.8%			
	④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		50人 35.7%		55人 37.7%		55人 39.9%		57人 45.2%		50人 42.7%			
	⑤ 血圧 130/80以上		32人 64.0%		37人 67.3%		39人 70.9%		40人 70.2%		34人 68.0%			
	⑥ 肥満 BMI25以上		22人 44.0%		24人 43.6%		20人 36.4%		21人 36.8%		20人 40.0%			
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		90人 64.3%		91人 62.3%		83人 60.1%		69人 54.8%		67人 57.3%			
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)		146人 79.8%		151人 82.5%		149人 83.7%		146人 84.4%		113人 79.0%			
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)		20人 10.9%		11人 6.0%		9人 5.1%		13人 7.5%		17人 11.9%			
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)		13人 7.1%		17人 9.3%		19人 10.7%		13人 7.5%		12人 8.4%			
	⑪ 第4期 eGFR30未満		0人 0.0%		0人 0.0%		1人 0.6%		1人 0.6%		1人 0.7%			
5	① レセプト	H	101.1人		102.9人		101.8人		108.4人		113.0人			
	② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		128.5人		130.8人		129.0人		135.8人		141.0人			
	③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対		3,026件 (873.8)		3,030件 (886.2)		3,037件 (910.9)		3,069件 (949.6)		2,881件 (934.8)		3,193.9件 (944.1)	
	④ 入院外(件数)		24件 (6.9)		23件 (6.7)		19件 (5.7)		17件 (5.3)		19件 (6.2)		1,366件 (4.0)	
	⑤ 糖尿病治療中		468人 10.1%		461人 10.3%		443人 10.2%		459人 10.8%		459人 11.3%			
	⑥ (再掲)40-74歳		462人 12.9%		455人 13.1%		439人 12.9%		455人 13.6%		454人 14.1%			
	⑦ 健診未受診者		322人 69.7%		315人 69.2%		301人 68.6%		329人 72.3%		337人 74.2%			
	⑧ インスリン治療		38人 8.1%		33人 7.2%		43人 9.7%		38人 8.3%		41人 8.9%			
	⑨ (再掲)40-74歳		35人 7.6%		31人 6.8%		42人 9.6%		37人 8.1%		39人 8.6%			
	⑩ 糖尿病性腎症		51人 10.9%		58人 12.6%		47人 10.6%		39人 8.5%		47人 10.2%			
	⑪ (再掲)40-74歳		49人 10.6%		57人 12.5%		46人 10.5%		39人 8.6%		47人 10.4%			
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		9人 1.9%		9人 2.0%		12人 2.7%		10人 2.2%		14人 3.1%			
	⑬ (再掲)40-74歳		9人 1.9%		8人 1.8%		11人 2.5%		10人 2.2%		14人 3.1%			
	⑭ 新規透析患者数		5人		6人		5人		2人		5人			
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		4人 0.9%		3人 0.7%		4人 0.9%		2人 0.4%		3人 0.7%			
	⑯ 【参考】後高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		16人 2.6%		17人 2.7%		16人 2.6%		14人 2.3%		14人 2.4%			
6	① 医療費	I	16億0404万円		15億8289万円		15億3335万円		16億8393万円		16億3757万円		14億4496万円	
	② 生活習慣病総医療費		8億3813万円		8億3805万円		7億9079万円		8億7832万円		8億7055万円		7億7425万円	
	③ (総医療費に占める割合)		52.3%		52.9%		51.6%		52.2%		53.2%		53.6%	
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		6,237円		6,269円		7,575円		5,510円		4,888円		7,560円	
	⑤ 健診未受診者		33,979円		35,793円		35,045円		40,615円		40,306円		37,805円	
	⑥ 糖尿病医療費		8617万円		8430万円		8577万円		8469万円		8179万円		8603万円	
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.3%		10.1%		10.8%		9.6%		9.4%		11.1%	
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		2億4250万円		2億3786万円		2億6423万円		3億3178万円		2億6184万円			
	⑨ 1件あたり		37,423円		37,340円		41,422円		51,398円		42,472円			
	⑩ 糖尿病入院総医療費		1億7537万円		1億9502万円		1億8861万円		1億9684万円		2億1297万円			
	⑪ 1件あたり		541,266円		544,762円		564,711円		545,534円		539,156円			
	⑫ 在院日数		18日		19日		20日		19日		20日			
	⑬ 慢性腎不全医療費		1億2284万円		1億0280万円		9261万円		9858万円		1億0107万円		6202万円	
	⑭ 透析有り		1億1820万円		1億0035万円		8985万円		9507万円		9856万円		5785万円	
	⑮ 透析なし		464万円		245万円		276万円		352万円		251万円		418万円	
7	① 介護	J	12億9292万円		12億8949万円		14億1553万円		14億0679万円		13億5006万円		17億4718万円	
	② (2号認定者)糖尿病合併症		1件 5.6%		1件 6.3%		0件 0.0%		1件 11.1%		2件 28.6%			
8	① 死亡	K	5人 2.0%		2人 0.8%		1人 0.4%		1人 0.4%		1人 0.4%		564人 1.0%	
② 糖尿病(死因別死亡数)														

## キ 実施期間及びスケジュール

6月～ 毎月の健診受診結果より対象者の抽出および訪問指導の開始

8月 糖尿病管理台帳を作成。優先順位に応じて、健診未受診者に対して訪問やポスティングによる健診受診勧奨や治療状況の確認をおこないます。

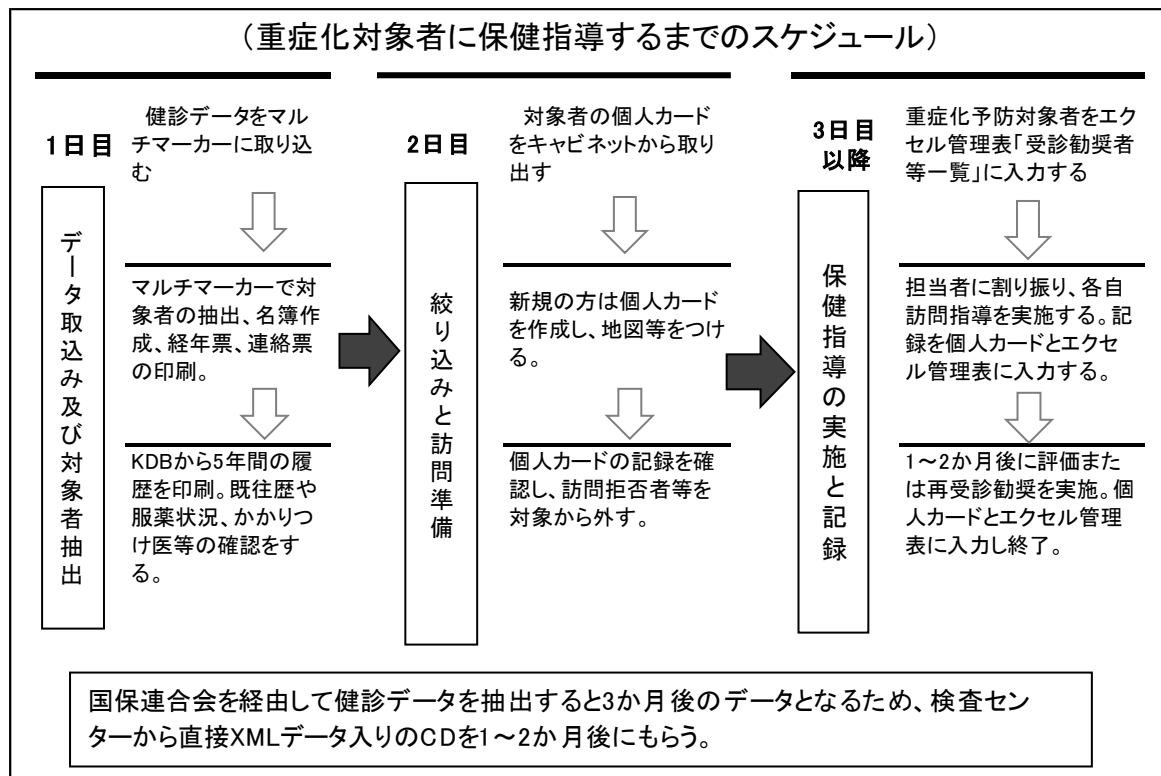


図 65 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール

## (2) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

### ア 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 66 に基づいて行います。

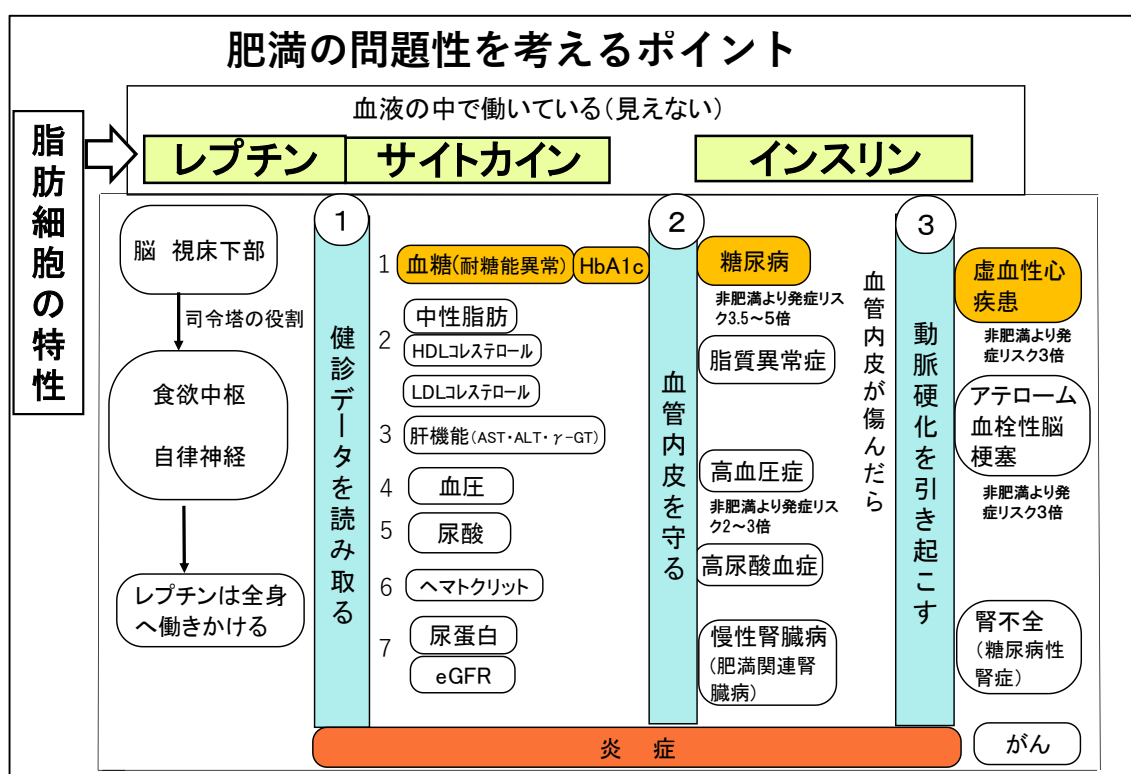


図 66 肥満の問題性を考えるポイント



## イ 肥満の状況

(ア) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

表 67 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数(人)	212	660	71	189	54	164	14	23	3	2	0	0	
				33.5%	28.6%	25.5%	24.8%	6.6%	3.5%	1.4%	0.3%	0.0%	0.0%
再掲	男性(人)	104	284	47	97	35	88	10	9	2	0	0	0
					45.2%	34.2%	33.7%	31.0%	9.6%	3.2%	1.9%	0.0%	0.0%
再掲	女性(人)	108	376	24	92	19	76	4	14	1	2	0	0
					22.2%	24.5%	17.6%	20.2%	3.7%	3.7%	0.9%	0.5%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

(イ) 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。

a 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検討しました。

図 68 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。

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？ 一番問題である高血圧と糖尿病をグラフに表してみました

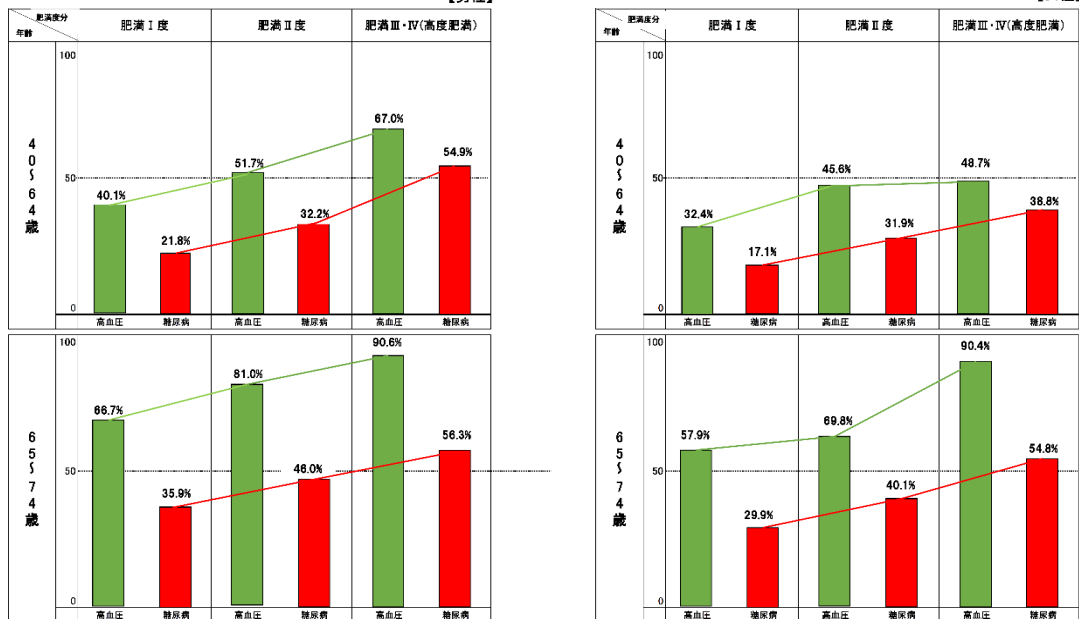


図 68 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

b 保健指導実施時の住民の声(意識)から「日常生活」で困っていることを調査しました。

「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。そのことは、表 69 の「日常生活」で困っている住民の声からも明らかです。

「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

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

表 69 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

c 心臓・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

表 70 心・脳血管疾患を発症した事例(例示)

心・脳血管疾患を発症した事例から課題を整理する

事例 No.	性別	発症年齢	KDBから把握								介護	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				
1	男	60代		●	●			●		●			メタボ	
2	男	60代	●		●			●		●	●		メタボ	死亡
3	男	50代	●					●	●	●		要介護2	メタボ	
4	男	50代		●		●		●	●	●			メタボ	
5	男	40代		●		●		●	●	●			メタボ	

## ウ 対象者の明確化

表 71 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A	388	27	39	139	183	484	24	42	178	240	
メタボ該当者	B	125	7	11	42	65	61	1	5	21	34	
	B/A	32.2%	25.9%	28.2%	30.2%	35.5%	12.6%	4.2%	11.9%	11.8%	14.2%	
再掲	① 3項目全て	C	43	2	3	12	26	18	0	1	4	13
		C/B	34.4%	28.6%	27.3%	28.6%	40.0%	29.5%	0.0%	20.0%	19.0%	38.2%
	② 血糖+血圧	D	20	0	2	7	11	9	1	1	3	4
		D/B	16.0%	0.0%	18.2%	16.7%	16.9%	14.8%	100.0%	20.0%	14.3%	11.8%
	③ 血圧+脂質	E	53	4	6	20	23	33	0	3	14	16
		E/B	42.4%	57.1%	54.5%	47.6%	35.4%	54.1%	0.0%	60.0%	66.7%	47.1%
	④ 血糖+脂質	F	9	1	0	3	5	1	0	0	0	1
		F/B	7.2%	14.3%	0.0%	7.1%	7.7%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	2.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

表 72 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	388	125	32.2%	94	75.2%	31	24.8%	484	61	12.6%	52	85.2%	9	14.8%		
40代	27	7	25.9%	4	57.1%	3	42.9%	24	1	4.2%	1	100.0%	0	0.0%		
50代	39	11	28.2%	7	63.6%	4	36.4%	42	5	11.9%	1	20.0%	4	80.0%		
60代	139	42	30.2%	31	73.8%	11	26.2%	178	21	11.8%	18	85.7%	3	14.3%		
70~74歳	183	65	35.5%	52	80.0%	13	20.0%	240	34	14.2%	32	94.1%	2	5.9%		

出典：ヘルスサポートラボツール

表 70 の心臓・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。

年代別のメタボリックシンドローム該当者(表 71)は、男性で 50 代から受診者の 2~3 割を超えるが、女性では 60 代・70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効果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(表 72)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。

(ア) 対象者の選定基準の考え方

- a 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。
- b 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- c 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)を行います。

(イ) 対象者の管理

対象者の進捗管理は、メタボ(肥満)台帳を作成します。

## エ 保健指導の実施

(ア) 最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます。(図 73)

## 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

<p>1 国の施策</p> <p>1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導</p> <p>1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方</p> <p>1-3 特定保健指導対象者</p> <p>1-4 メタリックシンドロームの解決に向けて</p> <p>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</p> <p>1-6 メタ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～</p> <p>2 保健指導対象者の明確化</p> <p>2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表</p> <p>2-2 おたずね</p> <p>2-3 健診結果みる肥満のリスク</p> <p>2-4 肥満がもたらすもの</p> <p>3 肥満の症状</p> <p>3-1 肥満がもたらす症状</p> <p>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</p> <p>3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？</p> <p>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</p> <p>3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの</p> <p>3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)</p> <p>3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)</p> <p>3-5-1 膝が痛いときよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？</p> <p>3-5-2 膝のどこが痛いですか？</p> <p>3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング</p> <p>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！</p> <p>3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)</p> <p>3-7 新型コロナと肥満</p> <p>4 高度肥満</p> <p>4-1 外科手術という治療があります</p> <p>4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧</p> <p>4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合</p> <p>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</p> <p>5 保健指導教材で減量できた事例</p> <p>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</p> <p>5-2 住民の体重変化</p>	<p>6 脂肪細胞の特性</p> <p>6-1 肥満の問題性を考えるポイント</p> <p>6-2 脂肪細胞ってね①</p> <p>6-3 脂肪細胞ってね②</p> <p>6-4 脂肪細胞から分泌される物質</p> <p>6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中</p> <p>6-6 食欲が抑えられない</p> <p>6-7 脳の変調を起こす原因は？</p> <p>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</p> <p>7 健診データ・検査</p> <p>7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます</p> <p>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</p> <p>7-3 血管が傷むとは</p> <p>7-4 体の中で起こっていることは？</p> <p>7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いますか？</p> <p>7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝</p> <p>7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか</p> <p>7-8 尿酸って聞いたことがありますか？</p> <p>7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？</p> <p>7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？</p> <p>7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします</p> <p>7-12 労災保険二次健康診断給付制度</p> <p>7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？</p> <p>7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。</p> <p>8 食事療法</p> <p>8-1 栄養指導の基本</p> <p>8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する</p> <p>8-3-1 短鎖脂肪酸</p> <p>8-3-7 肥満の推移とその背景と原因</p> <p>9 運動療法</p> <p>9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？</p> <p>9-2 体重測定</p> <p>10 参考資料</p>
---	--

図 73 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

### (イ) 二次健診の実施

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

### (3) 虚血性心疾患重症化予防

#### ア 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。

#### イ 対象者の明確化

##### (ア) 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 74 に基づいて考えます。

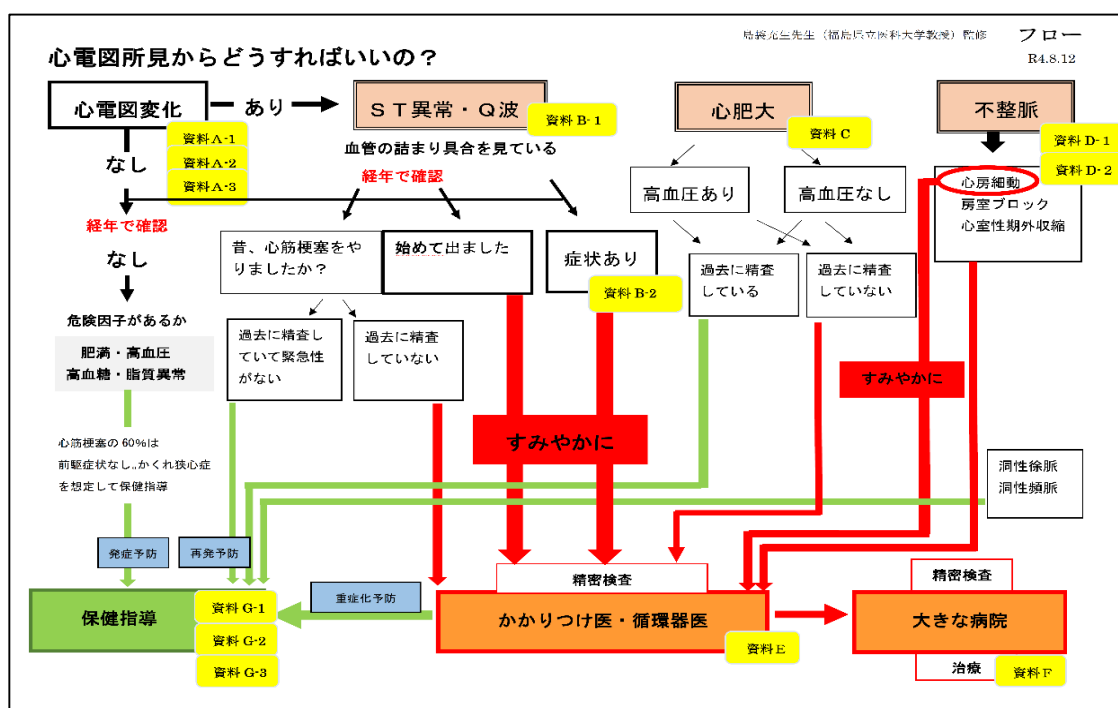


図 74 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）

##### (イ) 重症化予防対象者の抽出

###### a 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 598 人(68.6%)に実施し、そのうち有所見者が 288 人(48.2%)でし

た。所見の中でも軸偏位が 49 人(17.0%)で、所見率が一番高いことがわかります。(表 75)

また、有所見者のうち要精査が 10 人(34.5%)で、その後の受診状況を見ると 2 人(20.0%)は未受診でした。(表 76)。

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。

表 75 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	598	68.6%	288	48.2%	11	3.8%	29	10.1%	11	3.8%	49	17.0%	1	0.3%	46	16.0%	9	3.1%	28	9.7%
	男性	274	70.6%	132	48.2%	5	3.8%	10	7.6%	6	4.5%	25	18.9%	0	0.0%	28	21.2%	7	5.3%	15	11.4%
	女性	324	66.9%	156	48.1%	6	3.8%	19	12.2%	5	3.2%	24	15.4%	1	0.6%	18	11.5%	2	1.3%	13	8.3%

門川町調べ

表 76 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	29		10	34.5%	8	80.0%	2	20.0%
男性	10	7.6%	4	40.0%	3	75.0%	1	25.0%
女性	19	12.2%	6	31.6%	5	83.3%	1	16.7%

門川町調べ

#### b 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%は前駆症状がないため)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または 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 77)

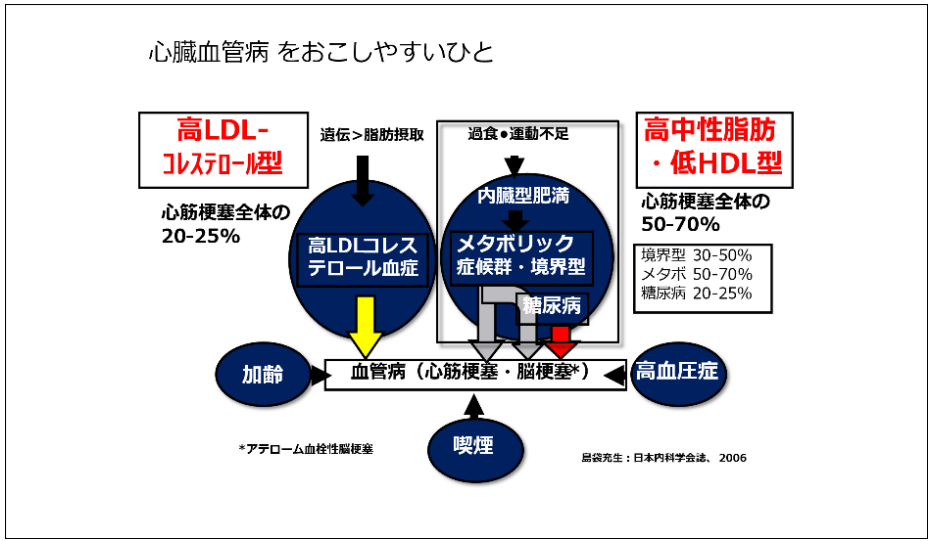


図 77 心臓血管病をおこしやすいひと

図 77 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」(表 71・72)を参照します。
- (b) LDL コレステロールタイプ(図 78)

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)				健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別					
管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL			420	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳		
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)	37 8.8%	16 8.9%	11 8.3%	7 10.3%	3 7.7%	3 37.5%	7 63.6%	0 0.0%	0 0.0%		
		140未満 (170未満)	187 44.5%	77 42.8%	58 43.6%	32 47.1%	20 51.3%	3 37.5%	3 27.3%	27 67.5%	19 39.6%		
	高リスク	120未満 (150未満)	168 40.0%	77 42.8%	54 40.6%	21 30.9%	16 41.0%	1 12.5%	0 0.0%	12 30.0%	24 50.0%		
		再掲 100未満 (130未満) ※1	12 2.9%	4 2.2%	6 4.5%	1 1.5%	1 2.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 4.2%		
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞の既往 ※2		100未満 (130未満)	28 6.7%	10 5.6%	10 7.5%	8 11.8%	0 0.0%	1 12.5%	1 9.1%	1 2.5%	5 10.4%	

※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。

図 78 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標



## ウ 保健指導の実施

### (ア) 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。

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

図 79 心電図所見からの保健指導教材（例示）

### (イ) 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。

## エ 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。

## オ 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## カ 評価

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

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

## キ 実施期間及びスケジュール

5月 対象者の選定基準の決定

6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

## (4) 脳血管疾患重症化予防

### ア 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 80, 表 81)

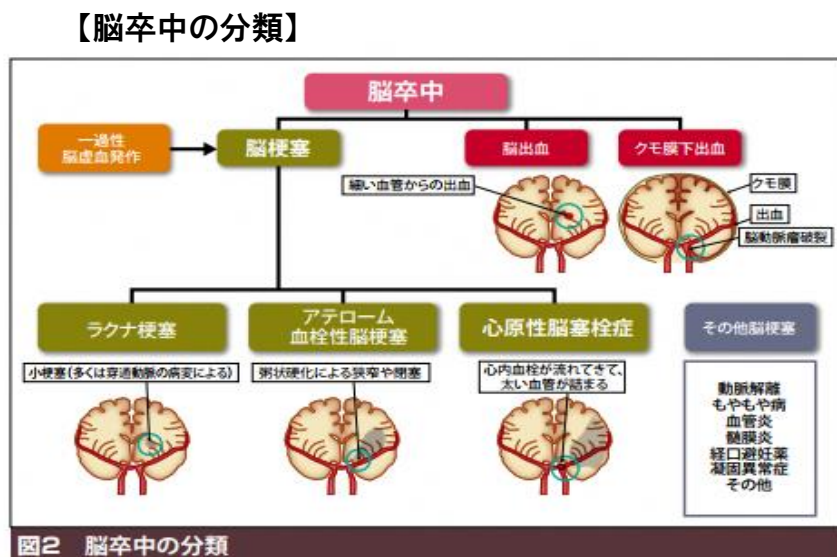


図 80 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

表 81 脳血管疾患とリスク因子

### 脳血管疾患とリスク因子

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

# イ 対象者の明確化

## (ア) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 74 でみると、高血圧治療者 1,445 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 149 人(10.3%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 50 人(5.7%)であり、そのうち 30 人(60%)は未治療者です。

医療機関未受診者の中には白衣高血圧や、メタボリックシンドローム該当者、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 20 人(13.9%)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)は、わずか 61 人(7.0%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、291 人(33.4%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

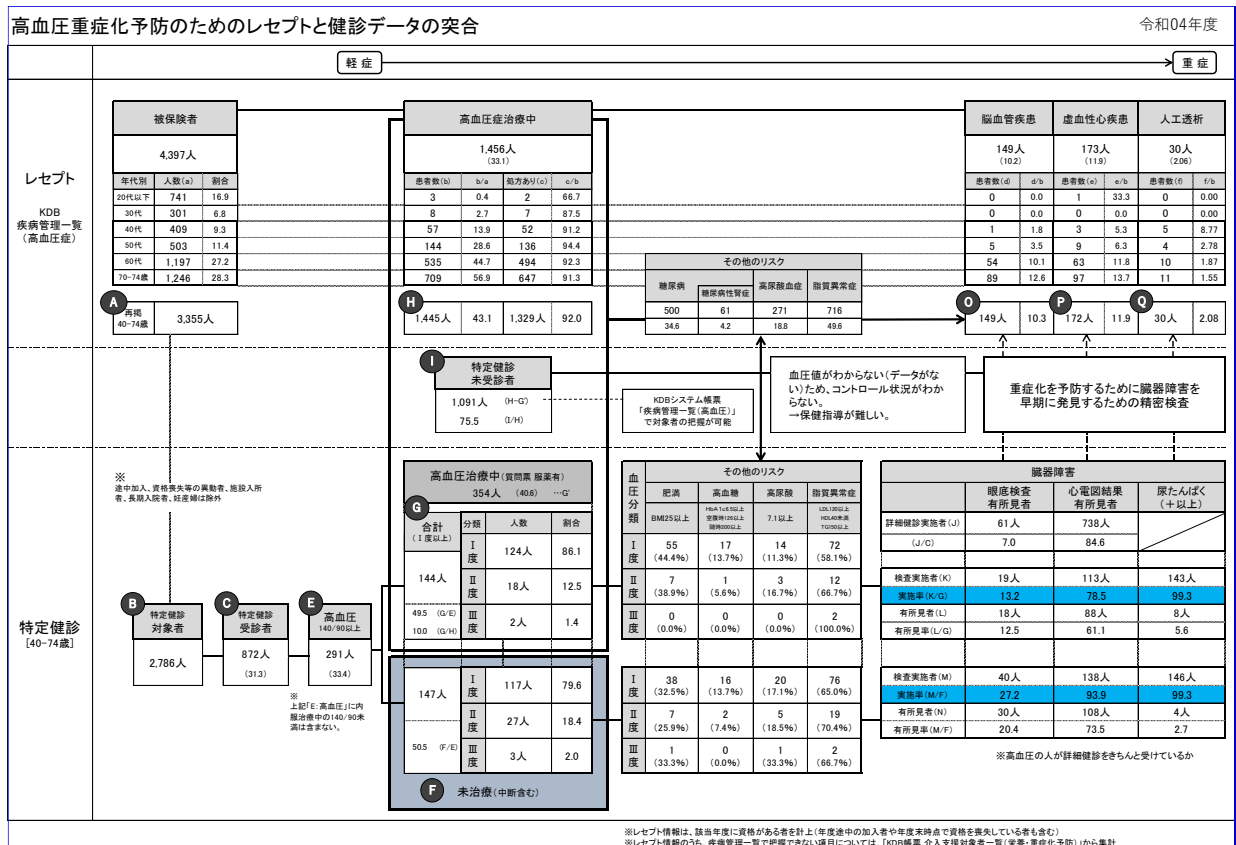


図 82 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

(イ) 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 83 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

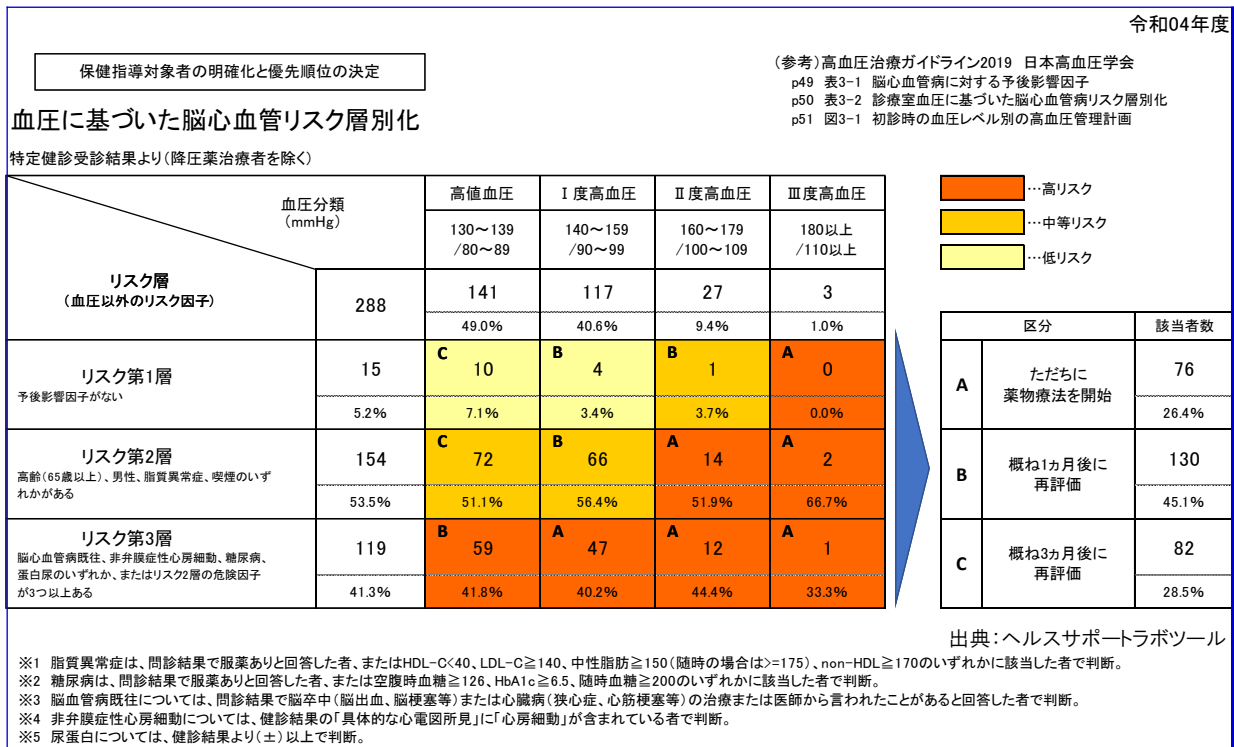
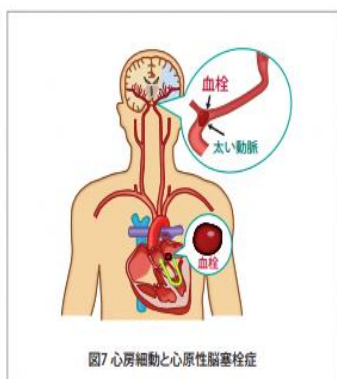


図 83 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

出典：ヘルスサポートラボツール

(ウ) 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よ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。

表 84 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況を表しています。

(脳卒中予防の提言より引用)

表 84 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	388	484	337	86.9%	401	82.9%	7	2.1%	2	0.5%	--	--
40代	27	24	27	100.0%	22	91.7%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	39	42	33	84.6%	38	90.5%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	139	178	125	89.9%	147	82.6%	3	2.4%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	183	240	152	83.1%	194	80.8%	4	2.6%	2	1.0%	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

表 85 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
9	0	0.0%	9	100.0%

門川町調べ

心電図検査において9人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者9人すべての方が治療につながっています。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の実施率の向上が必要になります。

## ウ 保健指導の実施

### (ア) 受診勧奨及び保健指導

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

### (イ) 対象者の管理

#### a 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

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。

#### b 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。

### エ 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。

### オ 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

### カ 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。

### キ 実施期間及びスケジュール

5 月 対象者の選定基準の決定

6 月～ 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6 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)

### 3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

#### (1) 基本的な考え方

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

#### (2) 事業の実施

本町は、R4 年度より宮崎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」に取り組んでいます。R6 年度以降も引き続き事業を行っていきます。

##### ア 企画・調整等を担当する医療専門職を配置

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。

##### イ 地域を担当する医療専門職を配置

高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。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、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)



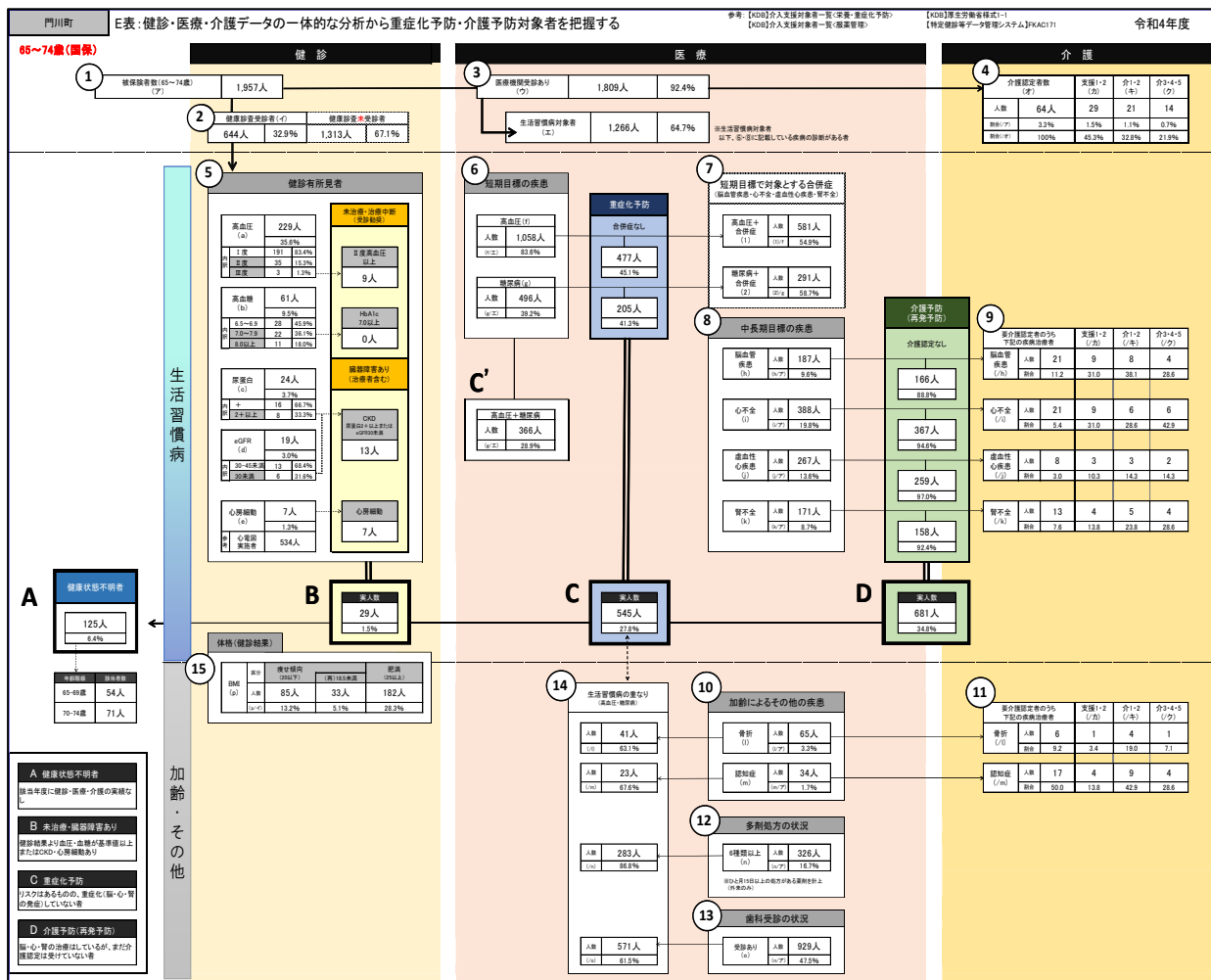


図 86 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

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

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

図 87 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

## 5 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 88,89)

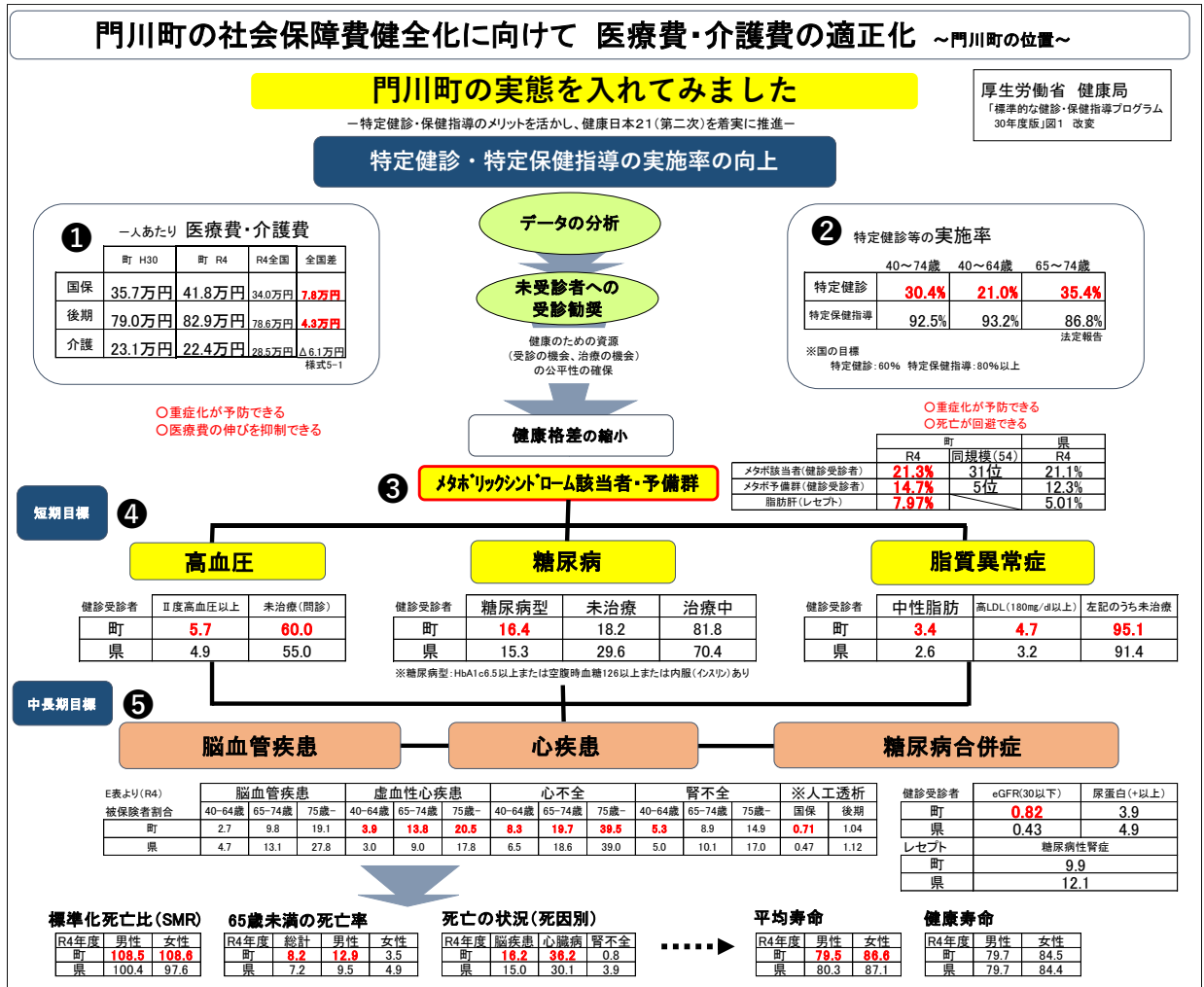


図 88 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化

統計からみえる宮崎の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2020～2022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)
鶏肉(円)	2位	えのき(g)	3位
生鮮肉(g)	4位	他のかんきつ類(g・円)	3位
餃子(円)	1位	ほうれん草(g・円)	3位
あじ(円・g)	6位	野菜・海藻(円)	45位
さば(円)	3位	果物・野菜ジュース (円)	52位
乳卵類(円)	45位	外食(円)	43位
豆腐(丁)	48位		
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)
焼酎(円・ml)	1位	味噌(円・g)	6位
発泡酒(リットル)	12位	砂糖(円)	4位

図 89 統計からみえる宮崎県民の食(例示)

## 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 R8 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 R11 年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行います。

### 2 評価方法・体制

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

※評価における 4 つの指標

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

具体的な評価方法は、KDB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得るものとすることが重要であるため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。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を行います。

### 2 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、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門川町の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた門川町の位置

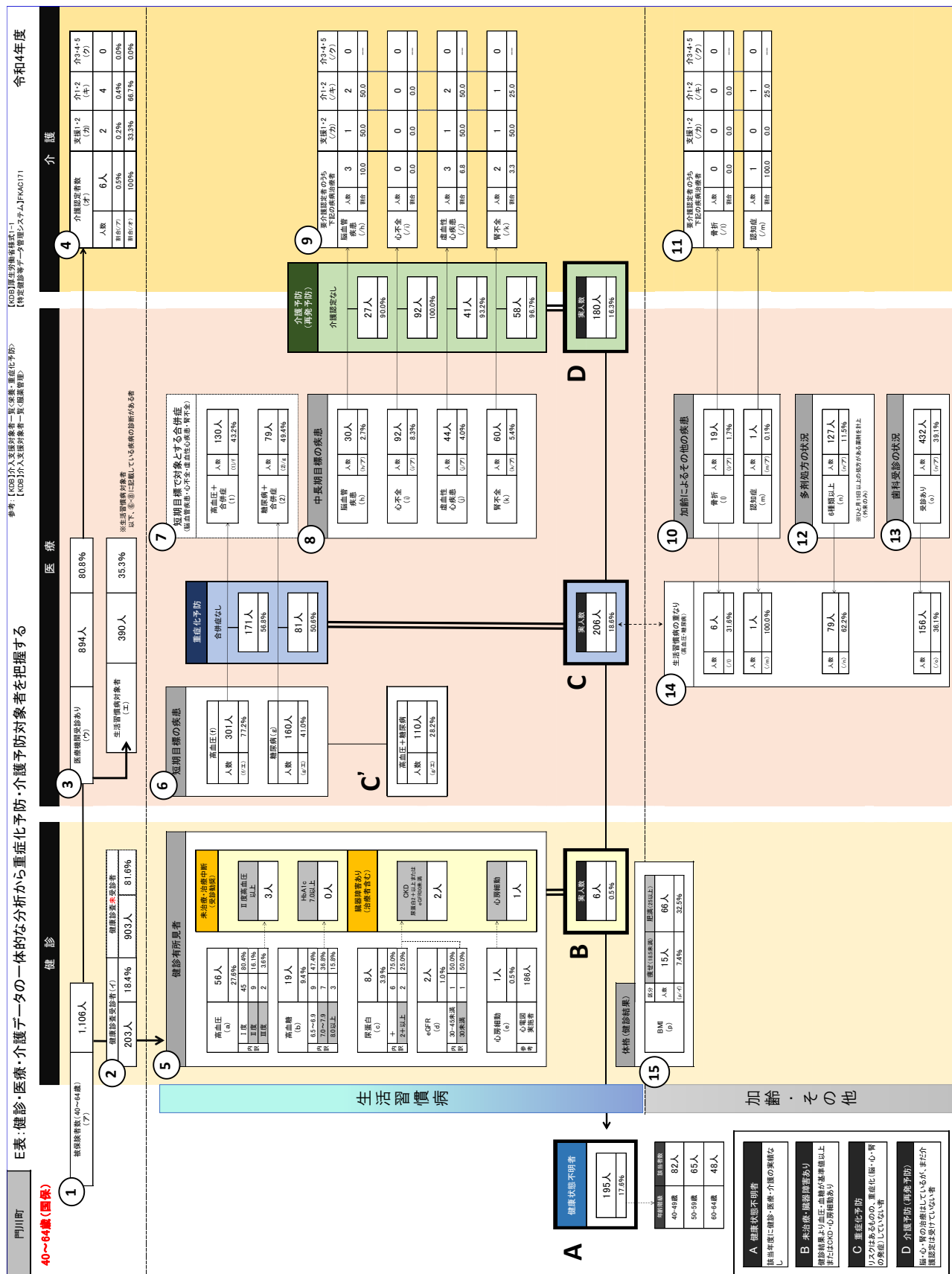
様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた門川町の位置 (単位: 実数 人、割合 %)										R04年度			
項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 人口構成	総人口		17,358		1,810,851		1,052,571		123,214,261	KDB.NO.5 人口の状況 KDB.NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
		65歳以上(高齢化率)		5,946	34.3	651,740	36.0	344,543	32.7	35,335,805		28.7	
		75歳以上		3,030	17.5	--	--	177,484	16.9	18,248,742		14.8	
		65～74歳		2,916	16.8	--	--	167,059	15.9	17,087,063		13.9	
		40～64歳		5,496	31.7	--	--	336,003	31.9	41,545,893		33.7	
	39歳以下		5,916	34.1	--	--	372,025	35.3	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業		7.8		10.9		11.0		4.0	KDB.NO.3		
		第2次産業		31.6		27.1		21.1		25.0	健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
		第3次産業		60.6		61.9		67.9		71.0			
	③ 平均寿命	男性		79.5		80.5		80.3		80.8	KDB.NO.1 地域全体像の把握		
女性		86.6		86.9		87.1		87.0					
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性 ※保険者欄は二次医療圏データ		79.7		79.7		79.7		80.1	KDB.NO.1 地域全体像の把握			
	女性 ※保険者欄は二次医療圏データ		84.5		84.3		84.4		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比 (SMR)		108.5		103.0		100.4		100	KDB.NO.1 地域全体像の把握		
		がん		57	43.8	6,844	47.1	3,564	46.1	378,272		50.6	
		心臓病		47	36.2	4,468	30.7	2,325	30.1	205,485		27.5	
		脳疾患		21	16.2	2,073	14.3	1,161	15.0	102,900		13.8	
		糖尿病		1	0.8	271	1.9	156	2.0	13,896		1.9	
		腎不全		1	0.8	564	3.9	305	3.9	26,946		3.6	
		自殺		3	2.3	317	2.2	217	2.8	20,171		2.7	
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		23	8.2			1,154	7.2	129,016	8.2	厚労省HP 人口動態調査	
		男性		18	12.9			748	9.5	84,891	10.6		
	女性		5	3.5			406	4.9	44,125	5.7			
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		866	14.5	121,841	18.8	57,611	16.8	6,724,030	19.4	KDB.NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者		16	0.2	1,946	0.3	1,057	0.3	110,289	0.3		
		介護度別総件数	要支援1.2		3,529	17.2	382,007	13.8	154,815	10.8	21,785,044		12.9
			要介護1.2		8,429	41.0	1,277,829	46.3	658,018	45.8	78,107,378		46.3
			要介護3以上		8,608	41.9	1,099,163	39.8	622,868	43.4	68,963,503		40.8
	2号認定者		16	0.29	2,304	0.40	1,124	0.33	156,107	0.38			
	② 有病状況	糖尿病		177	20.2	29,183	22.8	13,365	22.2	1,712,613	24.3		
		高血圧症		490	54.4	67,451	53.3	33,890	57.0	3,744,672	53.3		
		脂質異常症		219	23.4	38,328	30.0	17,626	29.0	2,308,216	32.6		
		心臓病		564	62.7	76,143	60.3	38,154	64.3	4,224,628	60.3		
		脳疾患		215	23.4	29,057	23.1	16,008	27.1	1,568,292	22.6		
		がん		96	10.7	14,184	11.0	6,328	10.5	837,410	11.8		
		筋・骨格		461	51.0	66,665	52.7	33,310	55.9	3,748,372	53.4		
		精神		388	42.4	46,518	36.9	24,991	42.2	2,569,149	36.8		
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		227,054	1,350,062.418	297,567	193,936,445.825	292,336	100,722,414.805	290,668	107,742,274.2869		KDB.NO.1 地域全体像の把握
		1件当たり給付費(全体)		65,645		70,292		70,156		59,662			
		居宅サービス		48,223		43,991		50,961		41,272			
施設サービス		305,622		291,264		294,840		296,364					
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)		9,760		9,041		8,010		8,610				
	認定あり 認定なし		4,776		4,224		4,230		4,020				
4	① 国保の状況	被保険者数		3,917		419,832		243,434		27,488,882	KDB.NO.1 地域全体像の把握 KDB.NO.5 被保険者の状況		
		65～74歳		1,967	50.2			113,577	46.7	11,129,271		40.5	
		40～64歳		1,115	28.5			74,851	30.7	9,088,015		33.1	
		39歳以下		835	21.3			55,006	22.6	7,271,596		26.5	
	加入率		22.6		23.2		23.1		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		3	0.8	141	0.3	137	0.6	8,237	0.3		
		診療所数		5	1.3	1,172	2.8	894	3.7	102,599	3.7		
		病床数		482	123.1	19,041	45.4	18,636	76.6	1,507,471	54.8		
		医師数		35	8.9	2,768	6.6	2,879	11.8	339,611	12.4		
		外来患者数		699.5		721.7		720.5		687.8			
		入院患者数		27.9		21.9		24.5		17.7			
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費		418,066		382,035		382,037		339,680		KDB.NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB.NO.1 地域全体像の把握	
		受診率		727.442		743.593		744.987		705.439			
		外来	費用の割合		54.7		57.4		56.3		60.4		
件数の割合			96.2		97.1		96.7		97.5				
入院		費用の割合		45.3		42.6		43.7		39.6			
		件数の割合		3.8		2.9		3.3		2.5			
1件あたり在院日数		18.7日		16.6日		17.7日		15.7日					



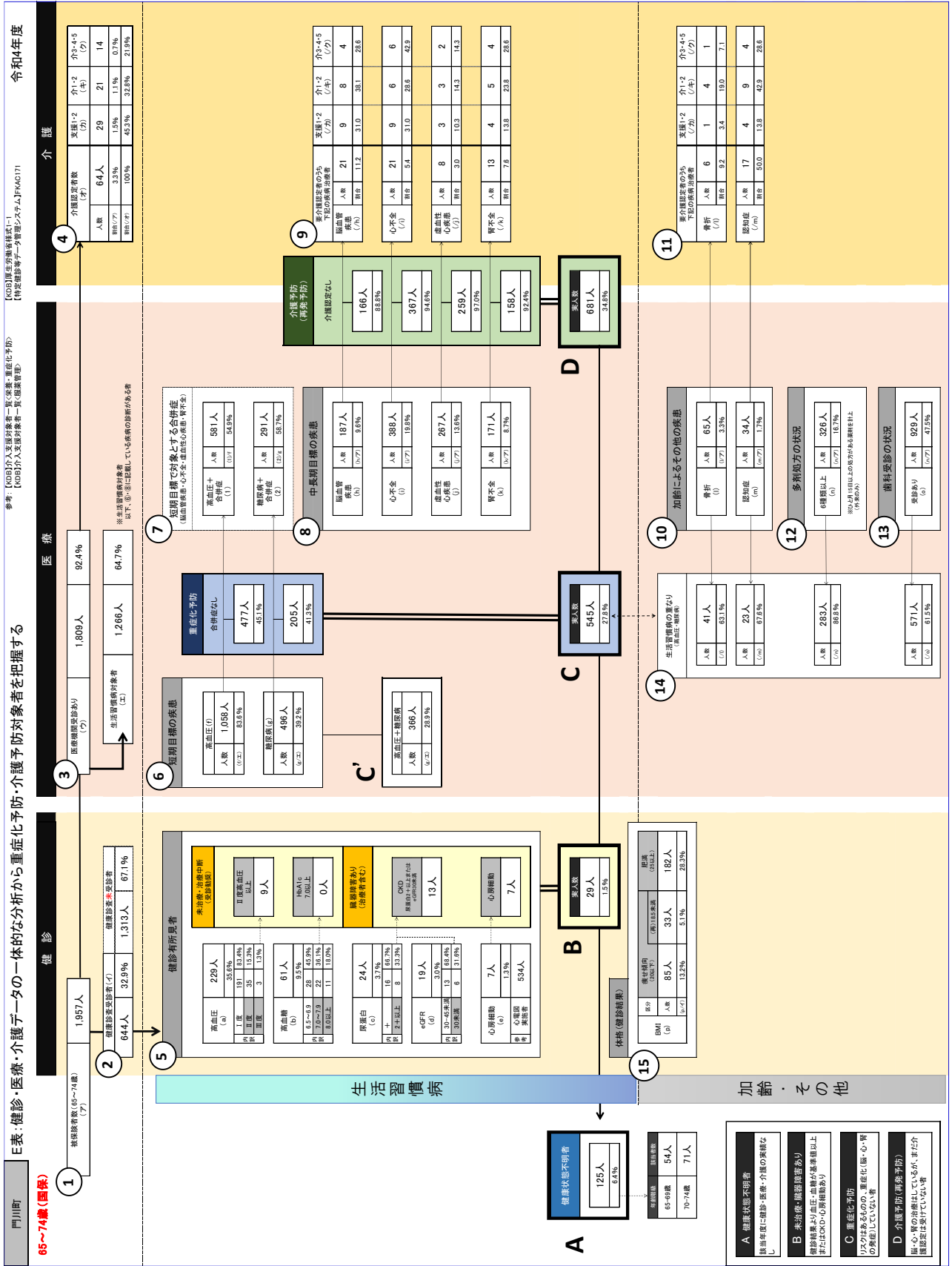
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	262,761,220	30.2	31.8	29.0	32.2	KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健 康課題				
			慢性腎不全(透析あり)	98,561,340	11.3	7.5	8.9	8.2					
			糖尿病	81,787,430	9.4	11.1	10.2	10.4					
			高血圧症	48,901,080	5.6	6.4	6.4	5.9					
			脂質異常症	18,199,860	2.1	3.8	3.0	4.1					
			脳梗塞・脳出血	39,236,130	4.5	4.0	3.9	3.9					
			狭心症・心筋梗塞	15,852,130	1.8	2.6	2.8	2.8					
			精神	145,798,560	16.7	15.2	17.8	14.7					
	筋・骨格	153,172,810	17.6	16.5	16.9	16.7							
	⑤	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症	369	0.2	329	0.2	428	0.3	256	0.2	
				糖尿病	1,788	0.9	1,391	0.9	1,780	1.1	1,144	0.9	
				脂質異常症	32	0.0	65	0.0	58	0.0	53	0.0	
				脳梗塞・脳出血	7,176	3.8	7,229	4.4	6,583	3.9	5,993	4.5	
		医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	高血圧症	2,556	1.3	4,422	2.7	4,627	2.8	3,942	2.9	
糖尿病				5,644	3.0	4,564	2.8	4,620	2.8	4,051	3.0		
脂質異常症				12,115	5.3	12,709	5.8	12,284	5.7	10,143	4.9		
脳梗塞・脳出血				19,729	8.6	21,886	10.0	19,018	8.8	17,720	8.6		
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,678		2,690		2,110		2,031			
			健診未受診者	13,837		13,453		14,044		13,295			
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	4,888		7,560		5,929		6,142			
			健診未受診者	40,306	13.1	17,654	8.0	20,692	9.6	15,781	7.7		
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	541	63.9	74,035	58.3	35,630	56.3	3,698,441	56.9			
		医療機関受診率	514	60.7	66,739	52.5	33,191	52.5	3,375,719	51.9			
		医療機関非受診率	27	3.2	7,296	5.7	2,439	3.9	322,722	5.0			
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況 県内市町村数 28市町村 同規模市区町村数 111市町村	健診受診者	847		127,078		63,258		6,503,152			
			受診率	30.2	県内27位 同規模101位	41.2	36.7	全国24位	35.3				
			特定保健指導終了者(実施率)	73	61.3	2563	17.1	1,371	20.5	69,327	9.0		
			非肥満高血糖	63	7.4	12,908	10.2	5,026	7.9	588,083	9.0		
			メタボ	該当者	176	20.8	27,097	21.3	13,297	21.0	1,321,197	20.3	
				男性	120	31.7	18,784	32.5	8,885	32.3	923,222	32.0	
				女性	56	11.9	8,313	12.0	4,412	12.3	397,975	11.0	
			予備群	男性	127	15.0	14,409	11.3	7,995	12.6	730,607	11.2	
				女性	87	23.0	10,159	17.6	5,206	18.9	515,813	17.9	
				女性	40	8.5	4,250	6.1	2,789	7.8	214,794	5.9	
			メタボ 該当・ 予備群 レベル	腹囲	総数	321	37.9	45,663	35.9	23,634	37.4	2,273,296	35.0
					男性	220	58.2	31,820	55.0	15,544	56.6	1,592,747	55.3
					女性	101	21.5	13,843	20.0	8,090	22.6	680,549	18.8
				BMI	総数	39	4.6	6,554	5.2	2,891	4.6	304,276	4.7
					男性	6	1.6	999	1.7	422	1.5	48,780	1.7
					女性	33	7.0	5,555	8.0	2,469	6.9	255,496	7.1
			血糖のみ	10	1.2	887	0.7	373	0.6	41,541	0.6		
			血圧のみ	106	12.5	10,372	8.2	6,073	9.6	514,593	7.9		
			脂質のみ	11	1.3	3,150	2.5	1,549	2.4	174,473	2.7		
血糖・血圧	28	3.3	4,378	3.4	2,305	3.6	193,722	3.0					
血糖・脂質	10	1.2	1,294	1.0	558	0.9	67,212	1.0					
血圧・脂質	82	9.7	12,473	9.8	6,460	10.2	630,648	9.7					
血糖・血圧・脂質	56	6.6	8,952	7.0	3,974	6.3	429,615	6.6					
6	① ②	問診の状況	服薬	高血圧	341	40.3	48,903	38.5	26,669	42.2	2,324,538	35.8	
			糖尿病	112	13.2	12,787	10.1	6,523	10.3	564,473	8.7		
			脂質異常症	175	20.7	36,118	28.4	16,442	26.0	1,817,350	28.0		
			既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	34	4.0	4,109	3.3	2,544	4.0	199,003	3.1	
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	50	5.9	7,569	6.2	4,132	6.6	349,845	5.5		
			腎不全	4	0.5	1,041	0.8	595	0.9	51,680	0.8		
6	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	喫煙	100	11.8	17,252	13.6	7,720	12.2	896,676	13.8		
			週3回以上朝食を抜く	79	10.7	9,476	8.1	5,886	9.5	609,166	10.3		
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	98	13.4	17,906	15.2	9,603	15.5	932,218	15.7		
			週3回以上就寝前夕食	98	13.4	17,906	15.2	9,603	15.5	932,218	15.7		
			食べる速度が速い	191	26.0	30,627	26.0	16,630	26.8	1,590,713	26.8		
			20歳時体重から10kg以上増加	262	35.6	41,268	35.1	22,249	35.9	2,083,152	34.9		
			1回30分以上運動習慣なし	403	54.9	72,803	61.8	34,213	55.2	3,589,415	60.3		
			1日1時間以上運動なし	325	44.2	55,629	47.2	27,513	44.5	2,858,913	48.0		
			睡眠不足	196	26.7	29,477	25.1	13,607	22.0	1,521,685	25.6		
			毎日飲酒	191	26.0	31,142	25.2	17,001	27.3	1,585,206	25.5		
			時々飲酒	163	22.2	25,375	20.6	14,088	22.6	1,393,154	22.4		
			⑭	日 飲 酒 量	1合未満	345	64.6	44,882	60.3	19,764	56.0	2,851,798	64.2
					1～2合	146	27.3	19,886	26.7	11,438	32.4	1,053,317	23.7
2～3合	35	6.6			7,675	10.3	3,362	9.5	414,658	9.3			
3合以上	8	1.5			2,032	2.7	700	2.0	122,039	2.7			

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

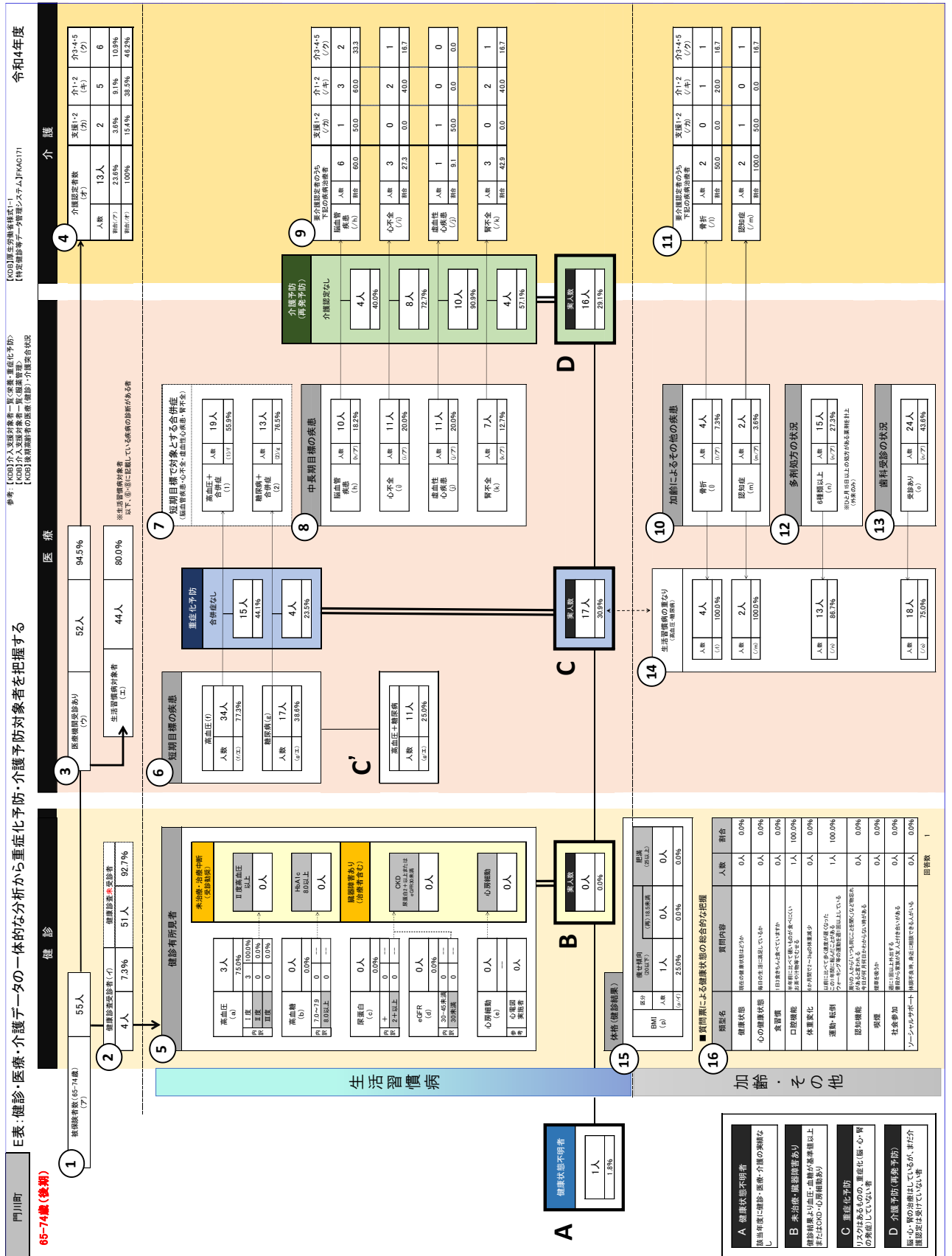
① 40~64歳(国保)



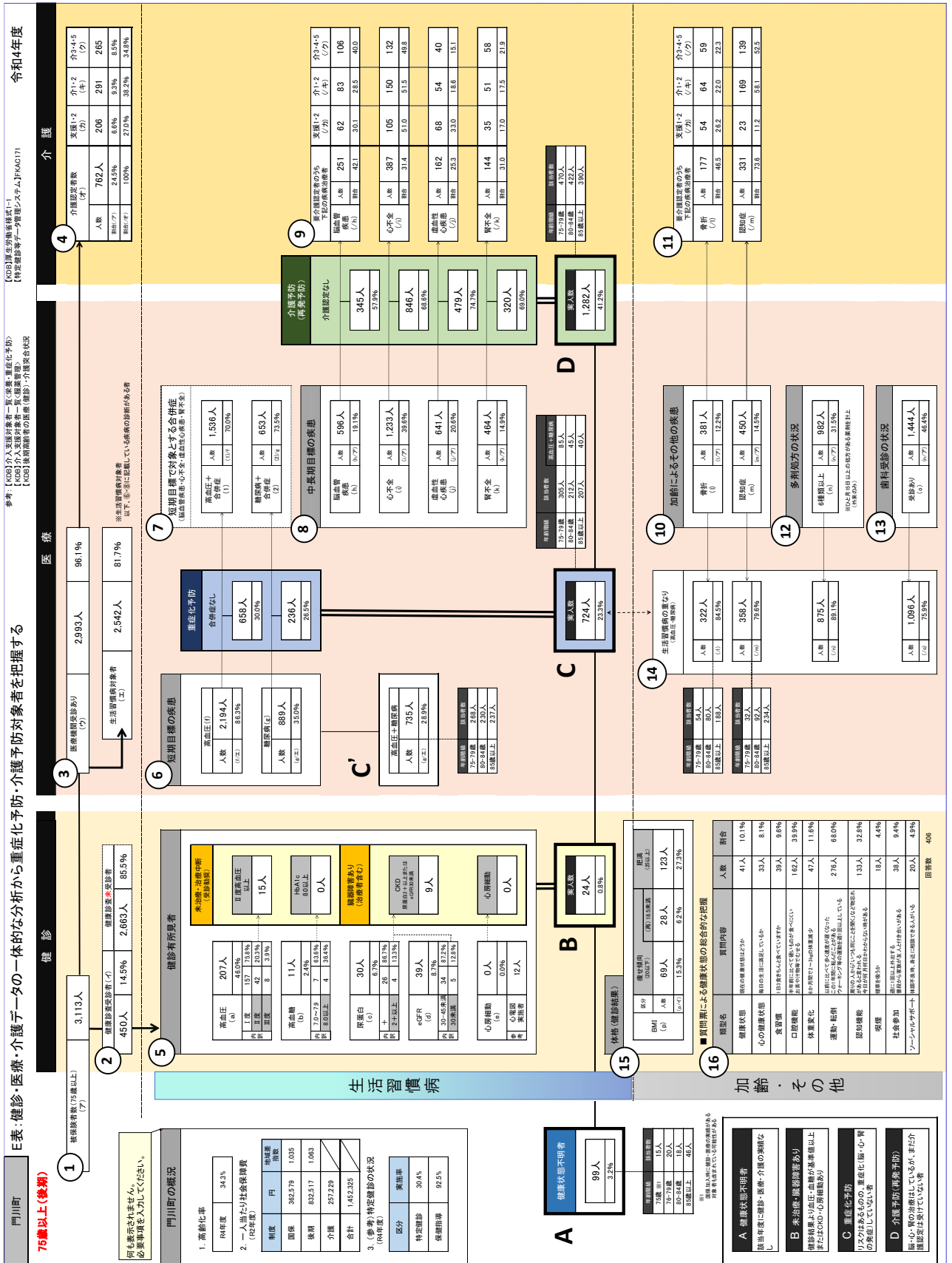
# ② 65～74 歳(国保)



③ 65～74 歳(後期)



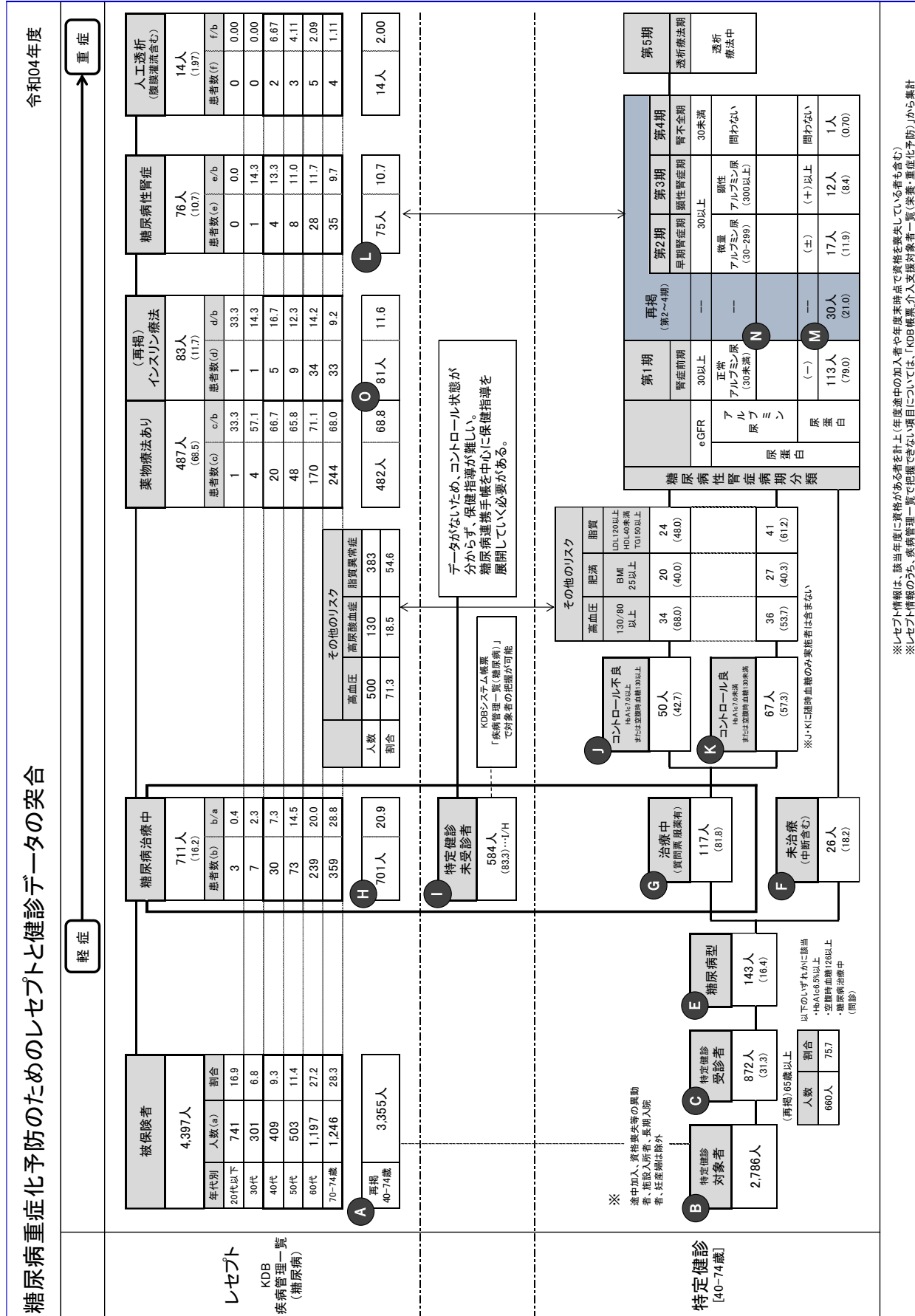
④75歳以上(後期)

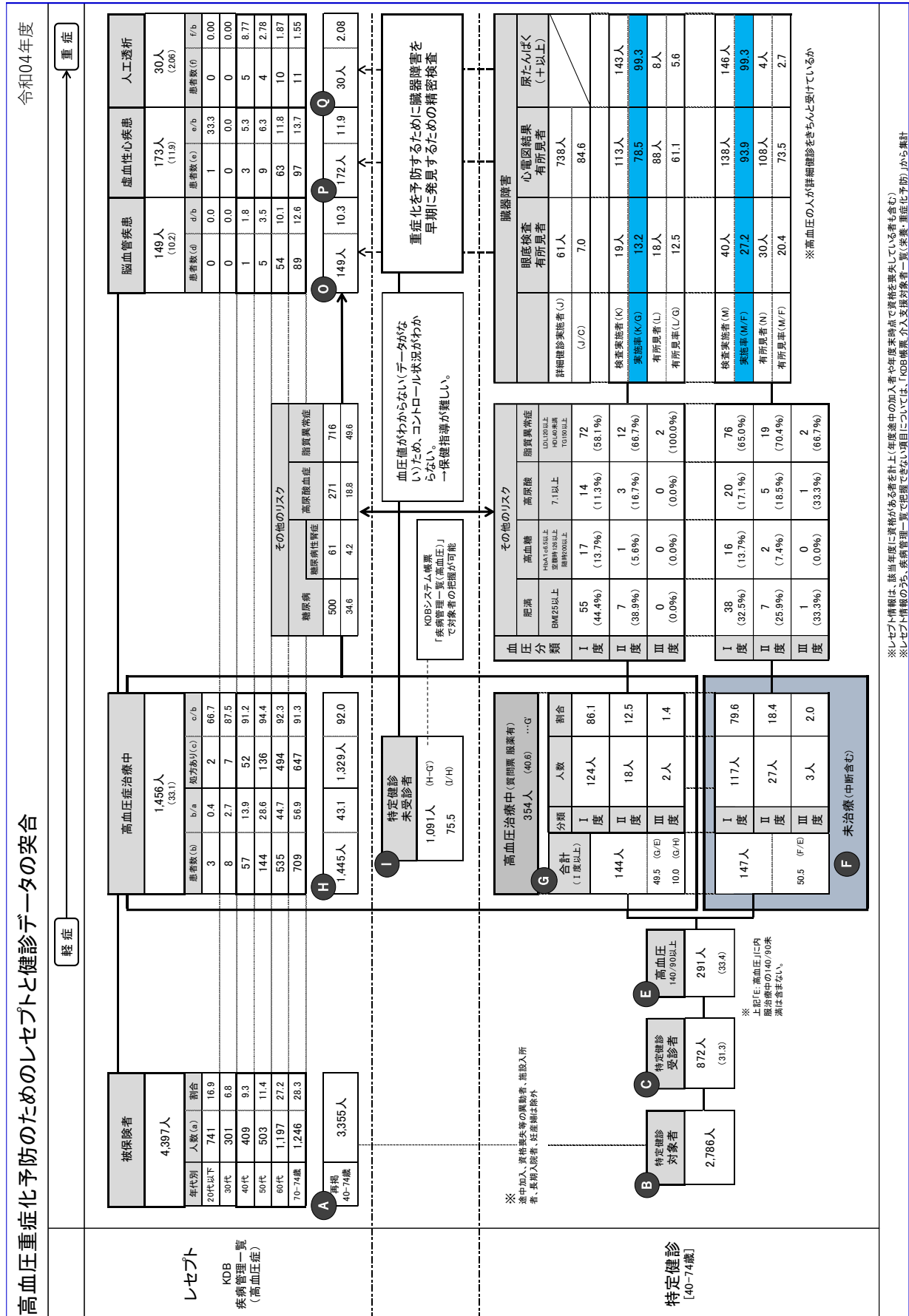


参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	門川町										同規模保険者(平均)		データ基	
			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	4,630人		4,480人		4,351人		4,235人		4,061人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳	A	3,594人		3,479人		3,404人		3,350人		3,220人					
2	① 特定健診 対象者数	B	3,182人		3,114人		3,064人		2,930人		2,786人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書	
	② 受診者数	C	1,222人		1,214人		1,069人		1,073人		872人					
	③ 受診率	C	38.4%		39.0%		34.9%		36.6%		31.3%					
3	① 特定 保健指導 対象者数		161人		140人		131人		139人		120人					
	② 実施率		91.9%		92.1%		93.9%		89.9%		92.5%					
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	183人	15.0%	183人	15.1%	178人	16.7%	173人	16.1%	143人	16.4%			特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	43人	23.5%	37人	20.2%	40人	22.5%	47人	27.2%	26人	18.2%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	140人	76.5%	146人	79.8%	138人	77.5%	126人	72.8%	117人	81.8%			
		④ コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130%以上	J	50人	35.7%	55人	37.7%	55人	39.9%	57人	45.2%	50人	42.7%			
		⑤ 血圧 130/80以上	J	32人	64.0%	37人	67.3%	39人	70.9%	40人	70.2%	34人	68.0%			
		⑥ 肥満 BMI25以上	J	22人	44.0%	24人	43.6%	20人	36.4%	21人	36.8%	20人	40.0%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	90人	64.3%	91人	62.3%	83人	60.1%	69人	54.8%	67人	57.3%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	146人	79.8%	151人	82.5%	149人	83.7%	146人	84.4%	113人	79.0%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)	M	20人	10.9%	11人	6.0%	9人	5.1%	13人	7.5%	17人	11.9%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)	M	13人	7.1%	17人	9.3%	19人	10.7%	13人	7.5%	12人	8.4%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満	M	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	0.6%	1人	0.6%	1人	0.7%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		101.1人		102.9人		101.8人		108.4人		113.0人			KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		128.5人		130.8人		129.0人		135.8人		141.0人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1件は糖尿病千対)		3,026件 (873.8)	3,030件 (886.2)	3,037件 (910.9)	3,069件 (949.6)	2,881件 (934.8)	3,193.90件 (944.1)						KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④ 入院外(件数)		24件 (6.9)	23件 (6.7)	19件 (5.7)	17件 (5.3)	19件 (6.2)	1,366件 (4.0)							
		⑤ 糖尿病治療中	H	468人	10.1%	461人	10.3%	443人	10.2%	459人	10.8%	459人	11.3%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2
		⑥ (再掲)40-74歳	H	462人	12.9%	455人	13.1%	439人	12.9%	455人	13.6%	454人	14.1%			
		⑦ 健診未受診者	I	322人	69.7%	315人	69.2%	301人	68.6%	329人	72.3%	337人	74.2%			
		⑧ インスリン治療	O	38人	8.1%	33人	7.2%	43人	9.7%	38人	8.3%	41人	8.9%			
		⑨ (再掲)40-74歳	O	35人	7.6%	31人	6.8%	42人	9.6%	37人	8.1%	39人	8.6%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	51人	10.9%	58人	12.6%	47人	10.6%	39人	8.5%	47人	10.2%			
		⑪ (再掲)40-74歳	L	49人	10.6%	57人	12.5%	46人	10.5%	39人	8.6%	47人	10.4%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		9人	1.9%	9人	2.0%	12人	2.7%	10人	2.2%	17人	3.1%			
		⑬ (再掲)40-74歳		9人	1.9%	8人	1.8%	11人	2.5%	10人	2.2%	14人	3.1%			
		⑭ 新規透析患者数		5人		6人		5人		2人		5人				
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		4人	0.9%	3人	0.7%	4人	0.9%	2人	0.4%	3人	0.7%			
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		16人	2.6%	17人	2.7%	16人	2.6%	14人	2.3%	14人	2.4%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
6	医療費	① 総医療費		16億0404万円		15億8289万円		15億3335万円		16億8393万円		16億3757万円		14億4496万円	KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	
		② 生活習慣病総医療費		8億3813万円		8億3805万円		7億9079万円		8億7832万円		8億7055万円		7億7425万円		
		③ (総医療費に占める割合)		52.3%		52.9%		51.6%		52.2%		53.2%		53.6%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		6,237円		6,269円		7,575円		5,510円		4,888円		7,560円		
		⑤ 健診未受診者		33,979円		35,793円		35,045円		40,615円		40,306円		37,805円		
		⑥ 糖尿病医療費		8617万円		8430万円		8577万円		8469万円		8179万円		8603万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.3%		10.1%		10.8%		9.6%		9.4%		11.1%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		2億4250万円		2億3786万円		2億6423万円		3億3178万円		2億6184万円				
		⑨ 1件あたり		37,423円		37,340円		41,422円		51,398円		42,472円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費		1億7537万円		1億9502万円		1億8861万円		1億9694万円		2億1297万円				
		⑪ 1件あたり		541,266円		544,762円		564,711円		545,534円		539,156円				
		⑫ 在院日数		18日		19日		20日		19日		20日				
		⑬ 慢性腎不全医療費		1億2284万円		1億0280万円		9261万円		9858万円		1億0107万円		6202万円		
		⑭ 透析有り		1億1820万円		1億0035万円		8985万円		9507万円		9856万円		5785万円		
		⑮ 透析なし		464万円		245万円		276万円		352万円		251万円		418万円		
7	① 介護		12億9292万円		12億8949万円		14億1553万円		14億0679万円		13億5006万円		17億4718万円			
	② (2号認定者)糖尿病合併症		1件	5.6%	1件	6.3%	0件	0.0%	1件	11.1%	2件	28.6%				
8	① 死亡		5人	2.0%	2人	0.8%	1人	0.4%	1人	0.4%	1人	0.4%	564人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	

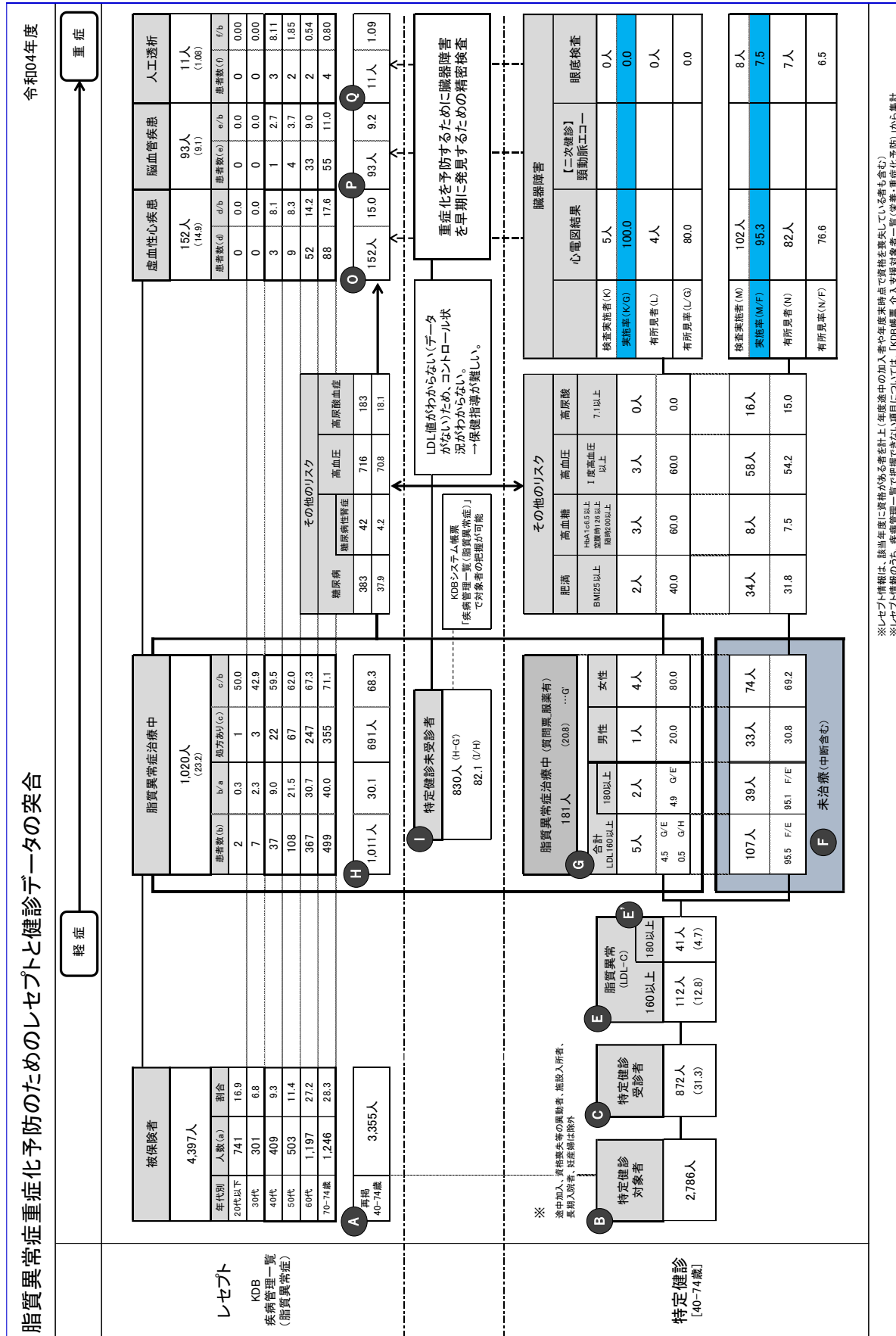
参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合







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



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

参考資料7 HbA1Cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値								受診勧奨判定値						再掲			
		正常		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		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
H29	1,246	717	57.5%	300	24.1%	130	10.4%	53	4.3%	34	2.7%	12	1.0%	29	2.3%	6	0.5%		
H30	1,085	472	43.5%	355	32.7%	152	14.0%	53	4.9%	43	4.0%	10	0.9%	30	2.8%	7	0.6%		
R01	1,105	554	50.1%	324	29.3%	124	11.2%	49	4.4%	46	4.2%	8	0.7%	28	2.5%	4	0.4%		
R02	971	484	49.8%	267	27.5%	112	11.5%	54	5.6%	44	4.5%	10	1.0%	24	2.5%	7	0.7%		
R03	1,001	468	46.8%	286	28.6%	139	13.9%	47	4.7%	45	4.5%	16	1.6%	35	3.5%	7	0.7%		
R04	822	445	54.1%	214	26.0%	81	9.9%	38	4.6%	30	3.6%	14	1.7%	24	2.9%	8	1.0%		

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以上の方の割合 年次比較

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		再掲割合
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合	
H29	1,246	717	300	130	99	26	73			7.9%
					7.9%	26.3%	73.7%	3.7%	7.9%	
H30	1,085	472	355	152	106	34	72			9.8%
					9.8%	32.1%	67.9%	4.9%	9.8%	
R01	1,105	554	324	124	103	27	76			9.3%
					9.3%	26.2%	73.8%	4.9%	9.3%	
R02	971	484	267	112	108	30	78			11.1%
					11.1%	27.8%	72.2%	5.6%	11.1%	
R03	1,001	468	286	139	108	35	73			10.8%
					10.8%	32.4%	67.6%	6.1%	10.8%	
R04	822	445	214	81	82	18	64			10.0%
					10.0%	22.0%	78.0%	5.4%	10.0%	

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	保健指導判定値								受診勧奨判定値						再掲			
		正常		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		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	145	11.6%	10	6.9%	26	17.9%	36	24.8%	41	28.3%	27	18.6%	5	3.4%	19	13.1%	3	2.1%
	H30	134	12.4%	7	5.2%	10	7.5%	45	33.6%	34	25.4%	32	23.9%	6	4.5%	22	16.4%	4	3.0%
	R01	141	12.8%	5	3.5%	21	14.9%	39	27.7%	35	24.8%	37	26.2%	4	2.8%	19	13.5%	2	1.4%
	R02	133	13.7%	3	2.3%	16	12.0%	36	27.1%	37	27.8%	35	26.3%	6	4.5%	17	12.8%	4	3.0%
	R03	123	12.3%	4	3.3%	14	11.4%	32	26.0%	26	21.1%	36	29.3%	11	8.9%	27	22.0%	5	4.1%
	R04	115	14.0%	2	1.7%	22	19.1%	27	23.5%	26	22.6%	27	23.5%	11	9.6%	19	16.5%	5	4.3%
治療なし	H29	1,101	88.4%	707	64.2%	274	24.9%	94	8.5%	12	1.1%	7	0.6%	7	0.6%	10	0.9%	3	0.3%
	H30	951	87.6%	465	48.9%	345	36.3%	107	11.3%	19	2.0%	11	1.2%	4	0.4%	8	0.8%	3	0.3%
	R01	964	87.2%	549	57.0%	303	31.4%	85	8.8%	14	1.5%	9	0.9%	4	0.4%	9	0.9%	2	0.2%
	R02	838	86.3%	481	57.4%	251	30.0%	76	9.1%	17	2.0%	9	1.1%	4	0.5%	7	0.8%	3	0.4%
	R03	878	87.7%	464	52.8%	272	31.0%	107	12.2%	21	2.4%	9	1.0%	5	0.6%	8	0.9%	2	0.2%
	R04	707	86.0%	443	62.7%	192	27.2%	54	7.6%	12	1.7%	3	0.4%	3	0.4%	5	0.7%	3	0.4%

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	1,391	351	25.2%	234	16.8%	431	31.0%	310	22.3%	51	3.7%	14	1.0%
H30	1,222	296	24.2%	205	16.8%	369	30.2%	292	23.9%	54	4.4%	6	0.5%
R01	1,215	333	27.4%	209	17.2%	324	26.7%	314	25.8%	32	2.6%	3	0.2%
R02	1,069	229	21.4%	173	16.2%	347	32.5%	261	24.4%	47	4.4%	12	1.1%
R03	1,073	199	18.5%	187	17.4%	327	30.5%	286	26.7%	66	6.2%	8	0.7%
R04	872	175	20.1%	132	15.1%	274	31.4%	241	27.6%	45	5.2%	5	0.6%

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II度高血圧以上の方の割合 年次比較

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I度 高血圧	II度高血圧以上			再掲		割合
					再)III度高血圧	未治療	治療	割合	割合	
H29	1,391	585 42.1%	431 31.0%	310 22.3%	65 4.7%	44 67.7%	21 32.3%	14 1.0%	4.7%	
H30	1,222	501 41.0%	369 30.2%	292 23.9%	60 4.9%	34 56.7%	26 43.3%	6 0.5%	4.9%	
R01	1,215	542 44.6%	324 26.7%	314 25.8%	35 2.9%	21 60.0%	14 40.0%	3 0.2%	2.9%	
R02	1,069	402 37.6%	347 32.5%	261 24.4%	59 5.5%	35 59.3%	24 40.7%	12 1.1%	5.5%	
R03	1,073	386 36.0%	327 30.5%	286 26.7%	74 6.9%	43 58.1%	31 41.9%	8 0.7%	6.9%	
R04	872	307 35.2%	274 31.4%	241 27.6%	50 5.7%	30 60.0%	20 40.0%	5 0.6%	5.7%	

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		I度		II度		III度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	461	33.1%	60	13.0%	85	18.4%	177	38.4%	118	25.6%	17	3.7%	4	0.9%
	H30	453	37.1%	58	12.8%	85	18.8%	164	36.2%	120	26.5%	24	5.3%	2	0.4%
	R01	455	37.4%	68	14.9%	80	17.6%	140	30.8%	153	33.6%	13	2.9%	1	0.2%
	R02	423	39.6%	44	10.4%	64	15.1%	167	39.5%	124	29.3%	20	4.7%	4	0.9%
	R03	436	40.6%	37	8.5%	80	18.3%	141	32.3%	147	33.7%	26	6.0%	5	1.1%
	R04	354	40.6%	36	10.2%	41	11.6%	133	37.6%	124	35.0%	18	5.1%	2	0.6%
治療なし	H29	930	66.9%	291	31.3%	149	16.0%	254	27.3%	192	20.6%	34	3.7%	10	1.1%
	H30	769	62.9%	238	30.9%	120	15.6%	205	26.7%	172	22.4%	30	3.9%	4	0.5%
	R01	760	62.6%	265	34.9%	129	17.0%	184	24.2%	161	21.2%	19	2.5%	2	0.3%
	R02	646	60.4%	185	28.6%	109	16.9%	180	27.9%	137	21.2%	27	4.2%	8	1.2%
	R03	637	59.4%	162	25.4%	107	16.8%	186	29.2%	139	21.8%	40	6.3%	3	0.5%
	R04	518	59.4%	139	26.8%	91	17.6%	141	27.2%	117	22.6%	27	5.2%	3	0.6%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常				保健指導判定値				受診勧奨判定値			
		120未満				120～139		140～159		160～179		180以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	1,391	700	50.3%	315	22.6%	219	15.7%	108	7.8%	49	3.5%	
	H30	1,222	588	48.1%	304	24.9%	197	16.1%	92	7.5%	41	3.4%	
	R01	1,215	571	47.0%	320	26.3%	203	16.7%	74	6.1%	47	3.9%	
	R02	1,069	544	50.9%	252	23.6%	173	16.2%	62	5.8%	38	3.6%	
	R03	1,073	504	47.0%	262	24.4%	174	16.2%	80	7.5%	53	4.9%	
	R04	872	399	45.8%	212	24.3%	149	17.1%	71	8.1%	41	4.7%	
男性	H29	591	315	53.3%	138	23.4%	88	14.9%	35	5.9%	15	2.5%	
	H30	548	294	53.6%	134	24.5%	76	13.9%	35	6.4%	9	1.6%	
	R01	541	284	52.5%	143	26.4%	75	13.9%	27	5.0%	12	2.2%	
	R02	463	258	55.7%	101	21.8%	76	16.4%	21	4.5%	7	1.5%	
	R03	453	242	53.4%	120	26.5%	58	12.8%	20	4.4%	13	2.9%	
	R04	388	197	50.8%	98	25.3%	59	15.2%	23	5.9%	11	2.8%	
女性	H29	800	385	48.1%	177	22.1%	131	16.4%	73	9.1%	34	4.3%	
	H30	674	294	43.6%	170	25.2%	121	18.0%	57	8.5%	32	4.7%	
	R01	674	287	42.6%	177	26.3%	128	19.0%	47	7.0%	35	5.2%	
	R02	606	286	47.2%	151	24.9%	97	16.0%	41	6.8%	31	5.1%	
	R03	620	262	42.3%	142	22.9%	116	18.7%	60	9.7%	40	6.5%	
	R04	484	202	41.7%	114	23.6%	90	18.6%	48	9.9%	30	6.2%	

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以上の方の割合 年次比較

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	1,391	700 50.3%	315 22.6%	219 15.7%	157 11.3%	150 95.5%	7 4.5%	49 3.5%	11.3%
H30	1,222	588 48.1%	304 24.9%	197 16.1%	133 10.9%	127 95.5%	6 4.5%	41 3.4%	10.9%
R01	1,215	571 47.0%	320 26.3%	203 16.7%	121 10.0%	115 95.0%	6 5.0%	47 3.9%	10.0%
R02	1,069	544 50.9%	252 23.6%	173 16.2%	100 9.4%	93 93.0%	7 7.0%	38 3.6%	9.4%
R03	1,073	504 47.0%	262 24.4%	174 16.2%	133 12.4%	127 95.5%	6 4.5%	53 4.9%	12.4%
R04	872	399 45.8%	212 24.3%	149 17.1%	112 12.8%	107 95.5%	5 4.5%	41 4.7%	12.8%

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常				保健指導判定値				受診勧奨判定値			
		120未満				120～139		140～159		160～179		180以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
治療中	H29	275	19.8%	202	73.5%	51	18.5%	15	5.5%	3	1.1%	4	1.5%
	H30	251	20.5%	178	70.9%	45	17.9%	22	8.8%	5	2.0%	1	0.4%
	R01	250	20.6%	183	73.2%	45	18.0%	16	6.4%	4	1.6%	2	0.8%
	R02	226	21.1%	163	72.1%	41	18.1%	15	6.6%	3	1.3%	4	1.8%
	R03	215	20.0%	154	71.6%	40	18.6%	15	7.0%	3	1.4%	3	1.4%
	R04	181	20.8%	128	70.7%	32	17.7%	16	8.8%	3	1.7%	2	1.1%
治療なし	H29	1,116	80.2%	498	44.6%	264	23.7%	204	18.3%	105	9.4%	45	4.0%
	H30	971	79.5%	410	42.2%	259	26.7%	175	18.0%	87	9.0%	40	4.1%
	R01	965	79.4%	388	40.2%	275	28.5%	187	19.4%	70	7.3%	45	4.7%
	R02	843	78.9%	381	45.2%	211	25.0%	158	18.7%	59	7.0%	34	4.0%
	R03	858	80.0%	350	40.8%	222	25.9%	159	18.5%	77	9.0%	50	5.8%
	R04	691	79.2%	271	39.2%	180	26.0%	133	19.2%	68	9.8%	39	5.6%