

第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月
青森県板柳町

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健指導実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	1
1. 背景・目的	1
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	2
3. 計画期間	3
4. 関係者が果たすべき役割と連携	6
1)市町村国保の役割	6
2)関係機関との連携	8
3)被保険者の役割	8
5. 保険者努力支援制度	8
第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化	10
1. 保険者の特性	10
2. 第2期計画に係る評価及び考察	11
1)第2期計画に係る評価	11
2)主な個別事業の評価と課題	21
3. 第3期における健康課題の明確化	28
1)基本的な考え方	28
2)健康課題の明確化	28
3)目標の設定	35
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	37
1. 第4期特定健康診査等実施計画について	37
2. 目標値の設定	37
3. 対象者の見込み	37
4. 特定健診の実施	37
5. 特定保健指導の実施	39
6. 個人情報の保護	42
7. 結果の報告	43
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	43

第4章 課題解決するための個別保健事業	44
1. 保健事業の方向性	44
2. 重症化予防の取組	44
3. 糖尿病性腎症重症化予防	46
4. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	53
5. 虚血性心疾患重症化予防	60
6. 脳血管疾患重症化予防	65
7. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	70
8. 発症予防	71
9. ポピュレーションアプローチ	72
第5章 計画の評価・見直し	73
1. 評価の時期	73
2. 評価方法・体制	73
第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	74
1. 計画の公表・周知	74
2. 個人情報の取扱い	74
参考資料	75

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

このような国の動きや板柳町の課題等を踏まえ、板柳町では、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、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

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

なお、「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。

また、本計画の目的や目標の達成に向けた取組が、SDGsの達成に貢献できるよう、本計画を策定及び推進します。

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

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

OSDGsとは、英語の Sustainable Development Goals(持続可能な開発目標)の略。2015年9月の国連サミットで採択された2030年までの国際目標であり、持続可能な世界を実現するための17のゴール・169のターゲットから構成されている。

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

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

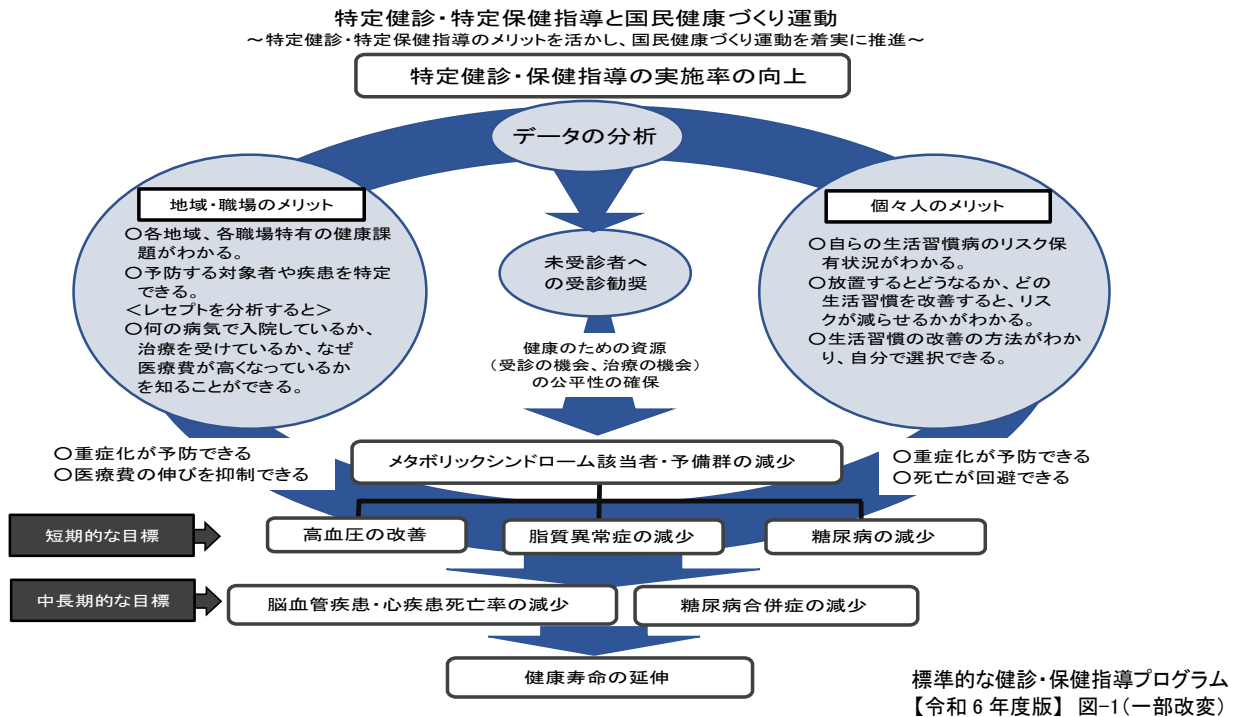
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

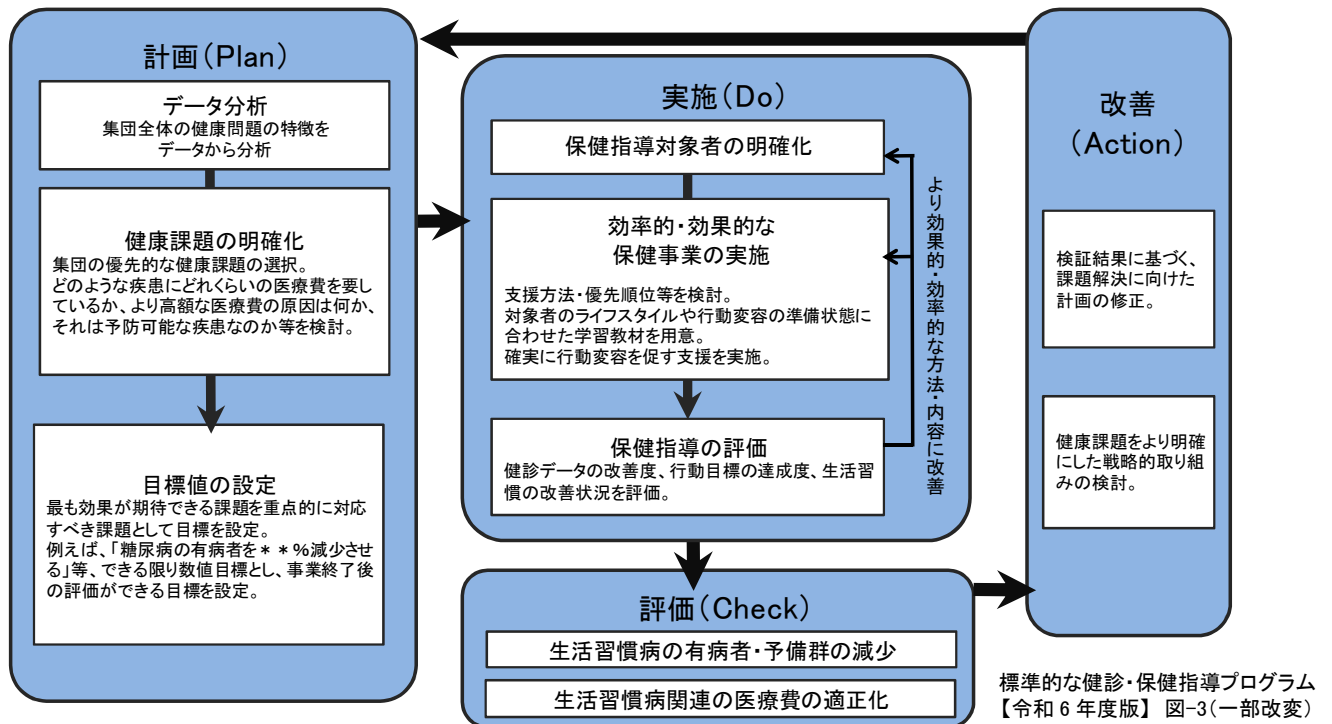
		※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳~74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、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 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 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	(住民の健康の保持増進) ・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	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

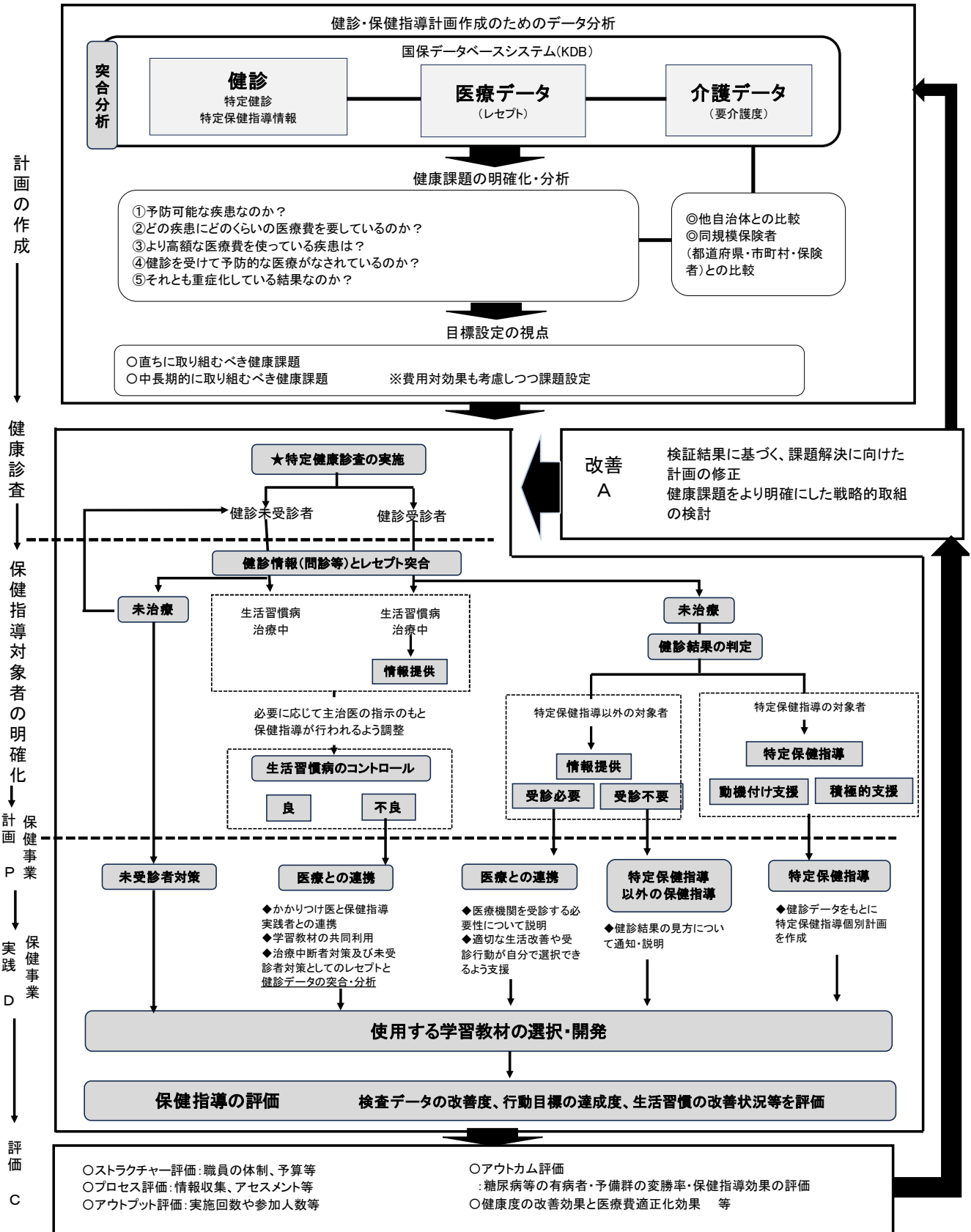


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

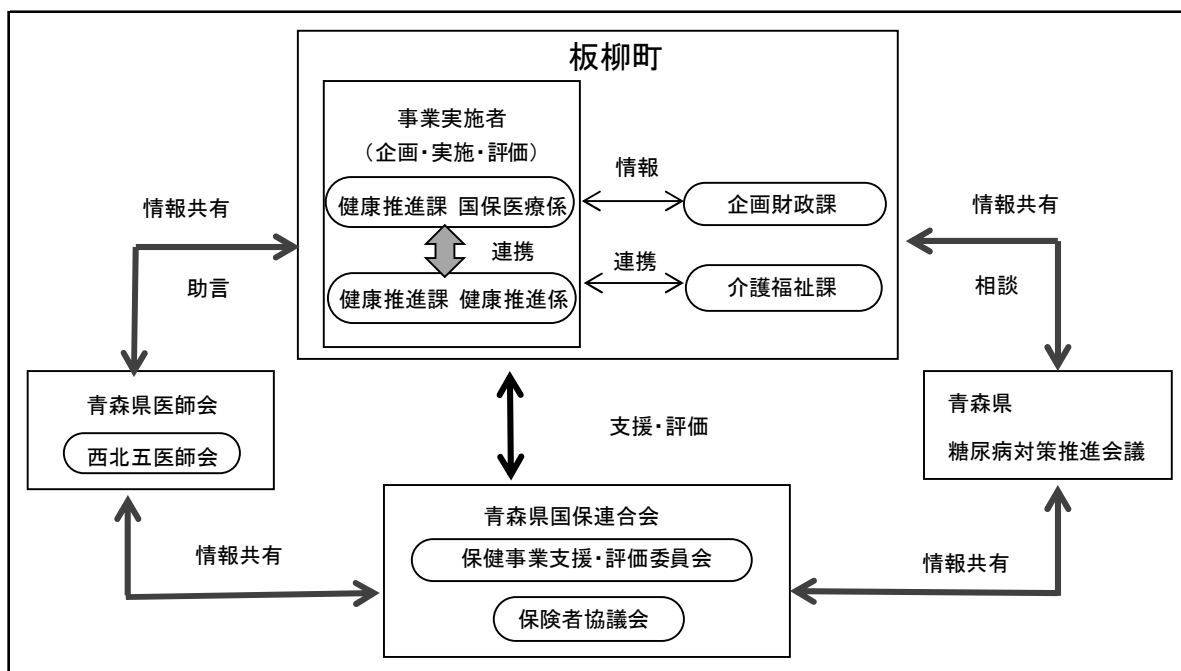
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、健康推進課国保医療係、健康推進係、介護福祉課、企画財政課等とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 板柳町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

事務・・・事務(注: 支払い事務、受診券送付等) ◎・・・主担当 ○・・・副担当

	健康推進課			国保医療係		介護福祉課
	健康推進担当	保健指導担当	特定健診 介護予防 担当	国保給付 担当	後期高齢者医 療担当	介護保険給付担当
特定健診			◎	◎事務		
保健指導		○	◎			
成人保健		○	◎			
介護予防		○	◎事業			◎事務
一体的実施		○	◎事業		◎事務	
がん検診	◎		◎			
その他健(検)診	◎					
予防接種	◎					
母子・精神 歯科保健		◎				

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、青森県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力が必要となってきます。

また、県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に市町村国保の保険者機能の強化については、県の関与が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、県が青森県医師会等との連携を推進することが重要であります。

国保連と県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携を努めることとなっております。

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。

2) 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、被保険者から意見を取り入れて主体的、積極的に取り組みます。

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
		板柳町	配点	板柳町	配点	板柳町	配点		
交付額(万円)		993.5		1,092		948.9			
全国順位(1,741市町村中)		779位		316位		495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	70	50	70	70	70		
		(3)メタリックシート・ローム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	35	40	35	40	35	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	100	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	105	45	55	45	50	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		15		15		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	105	130	70	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	5	100	50	100	50	100
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	20	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	30	40	40	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組	31	40	36	50	40	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	81	95	73	100	73	100	
合計点		572	960	664	960	613	940		

出典:ヘルスサポートラボツール

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

板柳町は、令和2年度国勢調査で人口約12,700人で、高齢化率は38.0%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢は53.9歳と同規模県と比べて若く、出生率は低い状況です。財政指数も低く、産業においては、第1次産業が38.0%と同規模と比較しても非常に高く、第2次・3次産業は同規模等と比較しても低い状況です。(図表9)

国保加入率は31.4%で、加入率は近年30%前後で推移し被保険者数は年々減少傾向となっており、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が40.9%を占めています。(図表10)

また板柳町には板柳中央病院と診療所がありますが、これはいずれも同規模と比較して少なく、病床数も少ないことから、医療資源は近隣市町村を利用している状況にあります。外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して低くなっています。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した板柳町の特性

	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
板柳町	12,699	38.0	3,986 (31.4)	53.9	4.6	18.0	0.3	38.0	15.9	46.1
同規模	--	36.9	24.3	55.8	5.3	15.7	0.4	13.4	27.1	59.5
県	--	33.9	22.7	55.8	5.6	14.7	0.4	12.4	20.4	67.2
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、板柳町と同規模保険者(152市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	4,589		4,417		4,308		4,140		3,986	
65～74歳	1,714	37.4	1,698	38.4	1,736	40.3	1,708	41.3	1,631	40.9
40～64歳	1,830	39.9	1,755	39.7	1,647	38.2	1,568	37.9	1,518	38.1
39歳以下	1,045	22.8	964	21.8	925	21.5	864	20.9	837	21.0
加入率	32.9		31.7		30.9		29.7		31.4	

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

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	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	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.3	0.3	0.3
診療所数	5	1.1	5	1.1	5	1.2	5	1.2	5	1.3	2.7	3.1
病床数	87	19.0	87	19.7	87	20.2	80	19.3	80	20.1	40.8	61.5
医師数	9	2.0	9	2.0	8	1.9	8	1.9	8	2.0	5.0	10.0
外来患者数	684.9		682.2		650.6		676.0		683.7		708.1	724.7
入院患者数	14.8		14.5		13.4		12.4		14.6		22.2	17.8

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第 2 期計画にかかる評価及び考察

1) 第 2 期データヘルス計画の評価

第 2 期計画において、目標の設定を以下の 2 つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

板柳町の令和 4 年度の要介護認定者は、2 号(40~64 歳)被保険者で 15 人(認定率 0.35%)、1 号(65 歳以上)被保険者で 1,015 人(認定率 20.9%)と同規模・県・国と比較すると高くなっていますが、平成 30 年度と比べるとやや減少傾向で推移しています。(図表 12)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、介護給付費は、約 14.4 億円から約 15.6 億円に伸びています。(図表 13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、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 6 割以上、第 1 号被保険者でも 4 割前後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、第 2 号被保険者で 100%、第 1 号被保険者で約 9 割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	板柳町				同規模	県	国	
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度	
高齢化率	4,741人	34.0%	4,822人	38.0%	36.9%	33.9%	28.7%	
2号認定者	27人	0.56%	15人	0.35%	0.38%	0.47%	0.38%	
新規認定者	6人		6人		--	--	--	
1号認定者	1,010人	21.3%	1,015人	20.9%	21.0%	18.5%	19.4%	
新規認定者	115人		149人		--	--	--	
再掲	65～74歳	100人	4.6%	89人	4.0%	--	--	--
新規認定者	14人		30人		--	--	--	
75歳以上	910人	35.3%	926人	35.4%	--	--	--	
新規認定者	101人		119人		--	--	--	

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	板柳町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	14億4192万円	15億6163万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	304,138	323,855	303,361	324,668	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	71,446	69,768	72,528	72,200	59,662
居宅サービス	52,477	53,289	44,391	51,854	41,272
施設サービス	295,084	307,502	291,231	301,081	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(令和4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)		15		89		926		1,015		1,030			
再)国保・後期		8		76		844		920		928			
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	
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	5 62.5%	脳卒中	33 43.4%	脳卒中	333 39.5%	脳卒中	366 39.8%	脳卒中	371 40.0%
			2	腎不全	2 25.0%	虚血性心疾患	17 22.4%	虚血性心疾患	331 39.2%	虚血性心疾患	348 37.8%	虚血性心疾患	348 37.5%
			3	虚血性心疾患	0 0.0%	腎不全	11 14.5%	腎不全	197 23.3%	腎不全	208 22.6%	腎不全	210 22.6%
		4	糖尿病合併症	1 12.5%	糖尿病合併症	17 22.4%	糖尿病合併症	119 14.1%	糖尿病合併症	136 14.8%	糖尿病合併症	137 14.8%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)				8 100.0%	基礎疾患	68 89.5%	基礎疾患	802 95.0%	基礎疾患	870 94.6%	基礎疾患	878 94.6%
	血管疾患合計				8 100.0%	合計	68 89.5%	合計	816 96.7%	合計	884 96.1%	合計	892 96.1%
	認知症			3 37.5%	認知症	22 28.9%	認知症	391 46.3%	認知症	413 44.9%	認知症	416 44.8%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	6 75.0%	筋骨格系	71 93.4%	筋骨格系	801 94.9%	筋骨格系	872 94.8%	筋骨格系	878 94.6%	

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

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

板柳町の医療費は、国保加入者の減少に伴い総医療費も減少傾向となっており、一人あたり医療費は同規模保険者と比べて約7万円低くなっており、平成30年度と比較すると約2.6万円伸びています。(図表15)

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか2.1%程度にも関わらず、医療費全体の約35.6%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較して約8万円高くなっています。(図表15)

また年齢調整をした地域差指数(全国平均が1)をみると、入院外来(国保・後期とも)は県平均を下回っており、平成30年度と比較しても下回っています。(図表16)

図表 15 医療費の推移

	板柳町		同規模	県	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数(人)	4,589人	3,986人	--	--	--	
前期高齢者割合	1,714人 (37.4%)	1,631人 (40.9%)	--	--	--	
総医療費	12億9858万円	12億3357万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	282,976 県内37位 同規模136位	309,475 県内39位 同規模146位	378,542	348,845	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	529,340	611,630	592,330	607,000	617,950
	費用の割合	34.1	35.6	43.0	38.2	39.6
	件数の割合	2.1	2.1	3.0	2.4	2.5
外来	1件あたり費用額	22,120	23,660	24,690	24,180	24,220
	費用の割合	65.9	64.4	57.0	61.8	60.4
	件数の割合	97.9	97.9	97.0	97.6	97.5
受診率	699.674	698.268	730.302	742.531	705.439	

※同規模順位は板柳町と同規模保険者152市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	板柳町 (県内市町村中)		県 (47県中)	板柳町 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指数・順位	全体	0.863 (37位)	0.807 (40位)	0.959 (39位)	0.796 (19位)	0.758 (24位)	0.853 (45位)
		入院	0.734 (39位)	0.743 (39位)	0.935 (38位)	0.725 (19位)	0.657 (27位)
	外来	0.973 (23位)	0.859 (39位)	0.993 (28位)	0.898 (18位)	0.894 (15位)	0.932 (35位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患については、平成30年度より6ポイント増加しており、同規模よりもやや高くなっています。(図表17)

次に中長期目標疾患の治療状況について、治療者数(0~74歳)を平成30年度と比較してみると脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析とも治療数は減少していますが、割合は減少しておらず、40歳以上の治療率は横ばいでした。(図表18)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			板柳町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			12億9858万円	12億3357万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			9653万円	9081万円	--	--	--
			7.43%	7.36%	8.01%	7.42%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.37%	2.08%	2.07%	2.35%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.59%	1.65%	1.38%	1.32%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.19%	3.20%	4.23%	3.40%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.28%	0.43%	0.33%	0.34%	0.29%
そ の 他 の	悪性新生物		16.60%	23.01%	17.23%	19.88%	16.69%
	筋・骨疾患		12.33%	11.90%	8.66%	8.64%	8.68%
	精神疾患		5.04%	4.04%	8.13%	6.72%	7.63%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

注)KDBシステムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	4,589	3,986	a	210	186	291	261	15	13	
				a/A	4.6%	4.7%	6.3%	6.5%	0.3%	0.3%	
40歳以上	B	3,544	3,149	b	208	185	289	258	15	13	
	B/A	77.2%	79.0%	b/B	5.9%	5.9%	8.2%	8.2%	0.4%	0.4%	
再掲	40~64歳	D	1,830	1,518	d	64	48	82	68	12	8
		D/A	39.9%	38.1%	d/D	3.5%	3.2%	4.5%	4.5%	0.7%	0.5%
	65~74歳	C	1,714	1,631	c	144	137	207	190	3	5
		C/A	37.4%	40.9%	c/C	8.4%	8.4%	12.1%	11.6%	0.2%	0.3%

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

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患についての割合は減っていますが、65~74歳の人工透析は増加しています。(図表 19.20.21)

板柳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いますが、今後も重症化しないように適切な治療を受けるなどの保健指導がより重要になってきます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40~64歳		65~74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	1,583	1,514	534	480	1,049	1,034	
	A/被保数	44.7%	48.1%	29.2%	31.6%	61.2%	63.4%	
(中長期 合併目標 疾患)	脳血管疾患	B	139	123	44	33	95	90
		B/A	8.8%	8.1%	8.2%	6.9%	9.1%	8.7%
	虚血性心疾患	C	209	190	55	52	154	138
		C/A	13.2%	12.5%	10.3%	10.8%	14.7%	13.3%
	人工透析	D	14	13	11	8	3	5
		D/A	0.9%	0.9%	2.1%	1.7%	0.3%	0.5%

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

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)		A	712	682	256	222	456	460
		A/被保数	20.1%	21.7%	14.0%	14.6%	26.6%	28.2%
(中長期 合併目 標疾患)	脳血管疾患	B	79	56	22	13	57	43
		B/A	11.1%	8.2%	8.6%	5.9%	12.5%	9.3%
	虚血性心疾患	C	107	99	27	27	80	72
		C/A	15.0%	14.5%	10.5%	12.2%	17.5%	15.7%
	人工透析	D	7	5	5	4	2	1
		D/A	1.0%	0.7%	2.0%	1.8%	0.4%	0.2%
糖尿病 合併症	糖尿病性腎症	E	65	75	36	29	29	46
		E/A	9.1%	11.0%	14.1%	13.1%	6.4%	10.0%
	糖尿病性網膜症	F	129	140	50	41	79	99
		F/A	18.1%	20.5%	19.5%	18.5%	17.3%	21.5%
	糖尿病性神経障害	G	29	25	16	14	13	11
		G/A	4.1%	3.7%	6.3%	6.3%	2.9%	2.4%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
脂質異常症治療者(人)		A	1,142	1,114	411	371	731	743
		A/被保数	32.2%	35.4%	22.5%	24.4%	42.6%	45.6%
(中長期 合併目 標疾患)	脳血管疾患	B	95	91	29	26	66	65
		B/A	8.3%	8.2%	7.1%	7.0%	9.0%	8.7%
	虚血性心疾患	C	147	147	41	38	106	109
		C/A	12.9%	13.2%	10.0%	10.2%	14.5%	14.7%
	人工透析	D	3	7	2	4	1	3
		D/A	0.3%	0.6%	0.5%	1.1%	0.1%	0.4%

出典：KDBシステム_ 疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0%以上を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、有所見者の割合はⅡ度高血圧以上がやや減少していますが、HbA1c7.0%以上の割合が伸びています。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、未治療や治療中断している方が高血圧で約45%、糖尿病で8%ほどおり、その割合は比較データが存在する448市町村と比較しても高くなっています。(図表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。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 II度高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度				R03年度				レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	問診結果				問診結果				未治療		治療中断	
					未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E					
板柳町	1,478	41.9	1,383	41.8	66	4.5	39	59.1	51	3.7	27	52.9	20	39.2	3	5.9
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度				R03年度				レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	問診結果				問診結果				未治療		治療中断	
					未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K					
板柳町	1,478	100.0	1,383	100.0	48	3.2	12	25.0	48	3.5	14	29.2	2	4.2	2	4.2
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

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

出典:ヘルスサポートラボツール

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発生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。板柳町の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者の割合は、3ポイントと伸びており、その中でも2項目3項目の危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表 23)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上とII度高血圧以上の有所見割合はやや減少しているものの、LDL-C160以上の有所見割合はやや増加しています。(図表 24~26) 翌年度の結果を見ると、HbA1c6.5%以上の改善率は大幅に下がっています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも3~4割程度存在しています。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行う必要があります。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者		予備群	
		3項目	2項目		
H30年度	1,478 (41.9%)	234 (15.8%)	74 (5.0%)	160 (10.8%)	164 (11.1%)
R04年度	1,282 (39.3%)	251 (19.6%)	70 (5.5%)	181 (14.1%)	121 (9.4%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	127 (8.9%)	54 (42.5%)	36 (28.3%)	4 (3.1%)	33 (26.0%)
R03→R04	105 (7.6%)	29 (27.6%)	37 (35.2%)	10 (9.5%)	29 (27.6%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 II度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	64 (4.5%)	32 (50.0%)	9 (14.1%)	1 (1.6%)	22 (34.4%)
R03→R04	51 (3.7%)	23 (45.1%)	6 (11.8%)	3 (5.9%)	19 (37.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	124 (8.7%)	49 (39.5%)	21 (16.9%)	7 (5.6%)	47 (37.9%)
R03→R04	127 (9.2%)	51 (40.2%)	31 (24.4%)	5 (3.9%)	40 (31.5%)

出典:ヘルスサポートラボツール

②健診受診率及び保健指導実施率の推移

板柳町の特定健診受診率は、令和元年度には44.3%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年度以降の受診率は低迷しており、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。(図表27) また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満の若者健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50代は特に低い状況が続いています。(図表29)

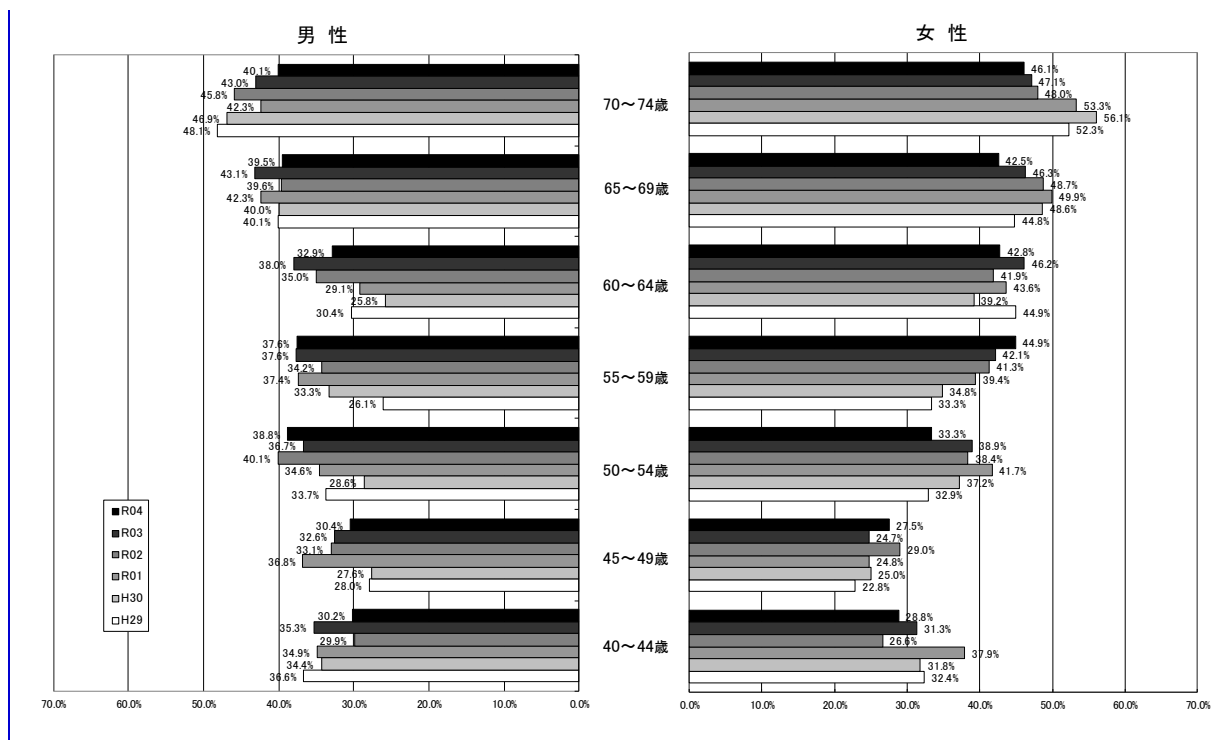
特定保健指導の実施率については、令和4年度では79.2%に減少していますが、生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を継続することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながると考えます。

図表27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,394	1,439	1,296	1,306	1,283	健診受診率 60%
	受診率	41.7%	44.3%	40.8%	42.4%	41.7%	
特定保健指導	該当者数	103	131	112	107	106	特定保健指導 実施率 60%
	割合	7.4%	9.1%	8.6%	8.2%	8.3%	
	実施者数	86	109	97	88	84	
	実施率	83.5%	83.2%	86.6%	82.2%	79.2%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、令和3年度 87.6%と増加しているものの、血糖値所見者割合、未治療・中断の割合も増加傾向にあります。

毎年 HbA1c7%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきました。令和4年度は、8割以上の方に面接による受診勧奨のための保健指導を実施しましたが、未治療者はなかなか受診につながっていません。

受診のない方には継続して保健指導を実施できるように体制を強化し、又治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援が必要です。

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

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

表 1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,429	1,473	1,380	1,383	1,346
血糖値有所見者 * 1	人(b)	127	76	84	105	82
	(b/a)	8.9%	5.2%	6.1%	7.6%	6.1%
保健指導実施者 * 2	人(c)	104	75	70	92	68
	(c/b)	81.9%	98.7%	83.3%	87.6%	82.9%

* 1 HbA1c6.5%以上のもの

* 2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

出典：ヘルスサポートラボツール

表 2 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 * 1	人(a)	127	76	84	105	82
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 3	人(b)	40	23	29	22	22
	(b/a)	31.5%	30.3%	34.5%	21.0%	26.8%
受診した者	人(c)	15	19	19	20	20
	(c/b)	37.5%	82.6%	65.5%	90.9%	90.9%
治療開始した者	人(c)	9	10	6	15	17
	(c/b)	22.5%	43.5%	20.7%	68.2%	77.3%

* 3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

出典：ヘルスサポートラボツール

表 3 HbA1c8.0 以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,429	1,473	1,380	1,383	1,346
HbA1c8.0%以上	人(b)	14	9	10	14	9
	(b/a)	1.0%	0.6%	0.7%	1.0%	0.7%
保健指導実施	人(c)	12	8	8	11	9
	(c/b)	85.7%	88.9%	80.0%	78.6%	100.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	2	2	4	2	2
	(b/a)	14.3%	22.2%	40.0%	14.3%	22.2%

内服治療開始	1人	4人	2人
元々治療中	7人	6人	9人
死亡、転出	0人	0人	0人

出典：ヘルスサポートラボツール

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図検査全数実施を目指し健診受診勧奨を実施しており、心電図検査は99.5%実施できています。

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

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

表4 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人)	a	1,429	635	794	1,473	660	813	1,380	641	739	1,383	654	729	1,346	603	679
心電図受診者(人)	b	1,429	635	794	1,473	660	813	1,379	641	738	1,382	653	729	1,344	602	678
心電図実施率	b/a	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	99.9%	100.0%	99.9%	99.9%	99.8%	100.0%	99.9%	99.8%	99.9%
要医療者(人)	c	87	52	35	78	46	32	72	51	21	90	62	28	82	55	27
要精査者(人)	d	115	50	65	126	54	72	101	53	57	106	55	51	109	49	60
有所見率	(c+d)/b	14.1%	16.1%	12.6%	13.8%	15.2%	12.8%	12.5%	16.2%	10.6%	14.2%	17.9%	10.8%	14.2%	17.3%	12.8%
心房細動(人)	e	19	13	6	16	10	6	17	13	4	18	14	4	13	11	2
心房細動有所見率	e/b	1.3%	2.0%	0.8%	1.1%	1.5%	0.7%	1.2%	2.0%	0.5%	1.3%	2.1%	0.5%	1.0%	1.8%	0.3%
うち、心房細動未治療(人)		2	2	0	1	0	1	2	2	0	1	1	0	4	4	0

出典：ヘルスサポートラボツール

表5 心電図受診者のうち、ST所見の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
心電図実施者		1,429		1,473		1,379		1,382		1,344	
ST異常所見		52	3.6%	35	2.4%	53	3.8%	41	3.0%	58	4.3%
要医療・要精査		51	98.1%	33	94.3%	48	90.6%	41	100.0%	56	96.6%
	医療機関受診あり	41	80.4%	28	84.8%	35	72.9%	33	80.5%	43	76.8%
	医療機関受診なし	10	19.6%	5	15.2%	13	27.1%	8	19.5%	13	23.2%
それ以外の判定		1	1.9%	2	5.7%	4	7.5%	0	0.0%	2	3.4%

出典：ヘルスサポートラボツール

表6 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
心房細動有所見者		19		16		17		18		13	
心房細動未治療者		2	10.5%	1	6.3%	2	11.8%	1	5.6%	4	30.8%
検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)		1	50.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%
	治療開始	1	50.0%	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%	1	25.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約3%となり減少傾向で、約6割が未治療者です。令和3年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者27人のうち、保健指導後、治療につながったものは、わずか4人(14.8%)でした。血圧Ⅲ度においては、7人のうち5人が未治療者でした。

高血圧は、脳血管疾患において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。表8は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血圧のすすめ血圧手帳の活用を促していきます。

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

表7 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4		
健診受診者	人(a)	1,429	1,473	1,380	1,383	1,346		
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	64	66	71	51	52		
	(b/a)	4.5%	4.5%	5.1%	3.7%	3.9%		
	治療あり	人(c)	25	25	33	24	23	
		(c/b)	39.1%	37.9%	46.5%	47.1%	44.2%	
	治療なし	人(d)	39	41	38	27	29	
		(d/b)	60.9%	62.1%	53.5%	52.9%	55.8%	
		治療開始	人(e)	6	6	5	4	0
			(e/d)	15.4%	14.6%	13.2%	14.8%	0.0%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	16	12	16	7	10	
		(f/a)	1.1%	0.8%	1.2%	0.5%	0.7%	
	治療あり	人	4	1	5	2	2	
	治療なし	人	2	11	11	5	8	

出典：ヘルスサポートラボツール

表 8 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	340	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
			130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
			180 52.9%	131 38.5%	21 6.2%	8 2.4%
リスク第1層 予後影響因子がない	20	5.9%	C 13 7.2%	B 6 4.6%	B 1 4.8%	A 0 0.0%
			リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれがある	223	65.6%	C 122 67.8%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	97	28.5%	B 45 25.0%	A 43 32.8%	A 7 33.3%	A 2 25.0%

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	71 20.9%
	134 39.4%
B 概ね1ヵ月後に再評価	135 39.7%
C 概ね3ヵ月後に再評価	

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

(2) ポピュレーションアプローチ

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

板柳町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの町民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県や町の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、広報活動や関係機関と連携しながら広く町民へ周知を行っています。

特に高血圧と脳血管の関係、高血圧が引き起こすものなど、町民自身が高血圧から引き起こされることを理解し、脳のほか大事な臓器を守ろうと思えるようなアプローチをきめ細かにあらゆる機会を通して周知していくことが必要と考えます。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表29 データヘルス計画の目標管理一覧

○・・・達成
△・・・未達成

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 H28	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5			
			(H28)	(H30)	(R2)	(R4)			
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.3%	1.4%	3.9%	△4.7%	KDBシステム		
		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	1.7%	0.6%	1.4%	○1.2%			
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.6%	5.2%	3.4%	△5.6%			
		糖尿病性腎症による透析導入者の減少	2人	2人	0人	2人			
	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	15.9%	26.9%	30.9%	△29%	板柳町健康推進課	
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	2.6%	4.5%	5.2%	△4.1%		
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	8.8%	8.7%	10.0%	△9.1%		
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	5.4%	8.9%	6.1%	△6.4%		
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.7%	0.3%	0.0%	○0.2%		
	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	38.7%	41.7%	40.8%	△42.4%	法定報告値		
		特定保健指導実施率90%以上	84.1%	83.5%	86.6%	△79.2%			
		特定保健指導対象者の割合の減少	7.7%	7.4%	8.6%	△7.9%			
	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	14.7%	13.1%	13.1%	△11.6%	地域保健事業報告
			肺がん検診受診者の増加	20.5%	19.0%	16.2%	△16.6%		
大腸がん検診受診者の増加			20.4%	18.8%	16.3%	△17.0%			
子宮がん検診受診者の増加			13.4%	7.0%	7.0%	△7.5%			
乳がん検診受診者の増加			16.9%	8.4%	9.2%	△9.3%			
5つのがん検診の平均受診率の増加			17.2%	13.3%	12.4%	△12.4%			
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	65.8%	73.1%	80.9%	○80.0%	厚生労働省		

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期データヘルス計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全を重点に重症化予防に進めてきました。医療費は、国保加入者の減少に伴い総医療費は減少傾向となっており、一人あたりの医療費は同規模保険者と比べ低くなっているが、町の平成30年度と比較すると増加しています。また、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の医療費合計が、平成30年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患に関しては増加していることから、脳血管疾患の原因である高血圧、糖尿病等生活習慣病の発症予防および重症化予防の対策が重要であると考えます。

町でも、結果が出やすいとされている高血圧を中心に、高血圧管理台帳、Ⅱ度以上高血圧者のリスト等を活用し、健診結果報告会や訪問で対象者と関わってきました。その他、健康相談の場で健康教育、減塩商品の紹介や提供を行ってきました。その結果、短期目標でもあるⅡ度以上高血圧の減少、高血圧治療者の割合は増加しましたが、脳血管疾患の総医療費は増加しており、脳血管疾患発症者の実態を分析してみると、健診未受診者が多く、又高血圧、糖尿病、脂質異常症のリスクの重なりがあるため、リスク因子のコントロールが重要です。糖尿病、脂質異常症についても、治療者は増えている一方で、脂質異常者の割合(LDL-C160以上)の増加、血糖異常者の翌年の健診結果の悪化、継続受診者の減少など、様々な課題が見えてきました。それに伴い、メタボリックシンドローム該当者も増加傾向にあり、予防可能な疾患の分析、対策が必要です。

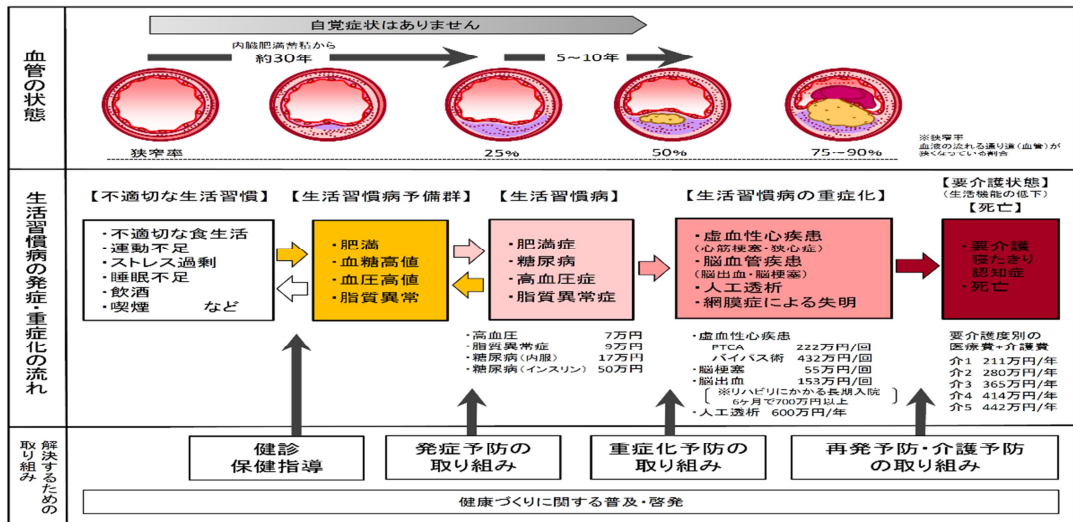
治療が必要な方に対し、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別で実施していますが、今後も重症化しないように継続した保健指導が重要になってくると考えます。また、未治療者や治療中断者の割合が高くなっていることから、治療継続できるよう保健指導し、関わっていく必要があると考えます。治療に繋がったが、継続して治療できているか、コントロール状態はどうか等、重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組む重要な課題です。適正な医療、自分の身体に関する正しい情報を知ってもらうためにも、住民自ら身体の状態を確認でき、どうすべきなのか考え、自ら選択できるよう提案、提供することが重要と考えます。特に高血圧と脳血管疾患の関係を理解し、高血圧を予防して脳を守ろうという意識を持ってもらうことが重要です。町民自ら身体の状態を確認できる場として特定健診は重要であり、受診率向上は取り組むべき課題であり、健診受診者を増やし、未受診者に対して受診勧奨することで新規受診者の獲得に努めていく必要があります。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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

図表30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



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。

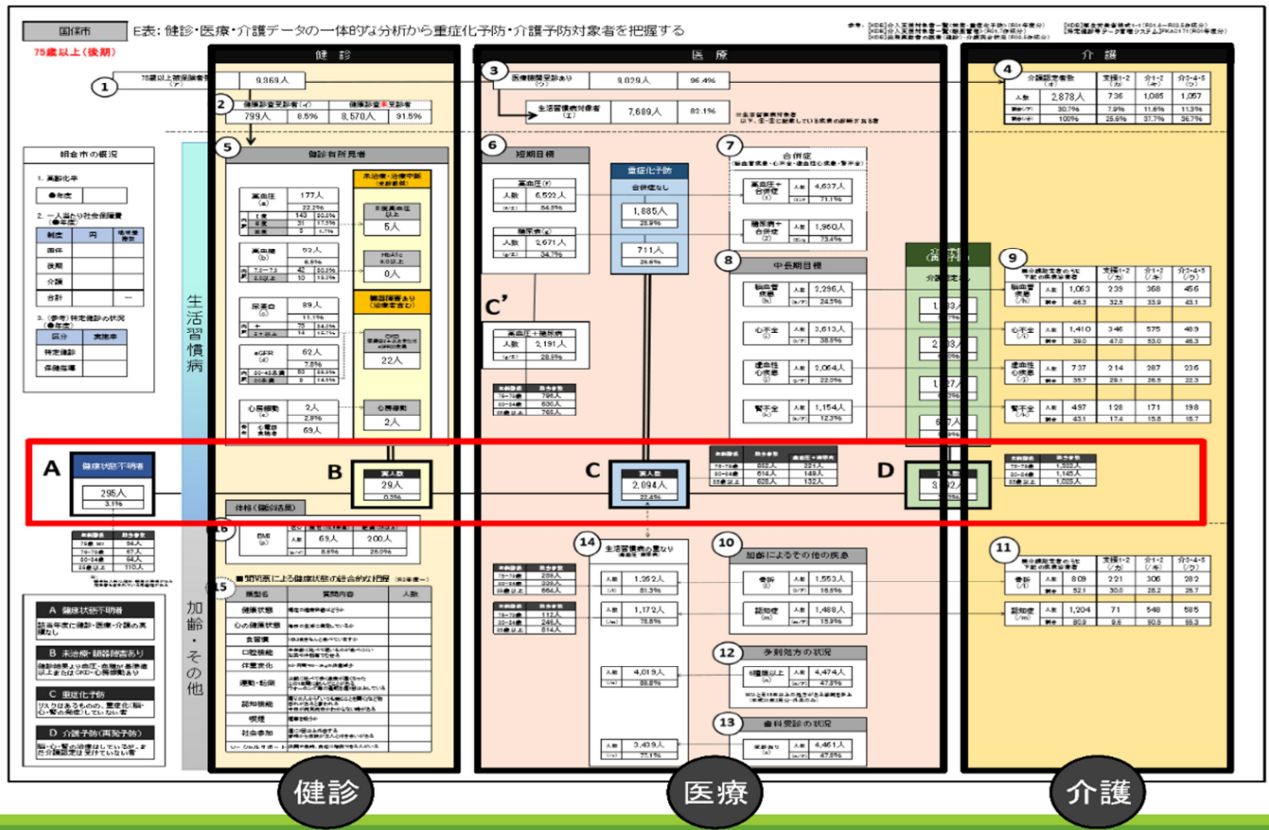
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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、図表31に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を継続し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

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

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
被保険者数	4,589人	4,417人	4,308人	4,140人	3,986人	2,676人	
総件数及び 総費用額	件数	39,519件	37,751件	34,976件	35,085件	34,301件	37,340件
	費用額	12億9858万円	12億3216万円	11億3189万円	11億3305万円	12億3357万円	17億2354万円
一人あたり医療費	28.3万円	27.9万円	26.3万円	27.4万円	30.9万円	64.4万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費(月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			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 国保	板柳町	12億3357万円	25,112	3.20%	0.43%	2.08%	1.65%	7.10%	4.22%	2.07%	2億5599万円	20.75%	23.01%	4.04%	11.90%
	同規模	--	30,653	4.23%	0.33%	2.07%	1.38%	6.02%	3.54%	2.04%	--	19.60%	17.23%	8.13%	8.66%
	県	--	28,352	3.40%	0.34%	2.35%	1.32%	6.84%	3.97%	2.04%	--	20.27%	19.88%	6.72%	8.64%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	板柳町	17億2354万円	53,869	5.64%	0.77%	4.75%	1.17%	4.88%	4.28%	1.06%	3億8862万円	22.55%	14.88%	1.88%	10.73%
	同規模	--	66,508	4.21%	0.52%	3.96%	1.49%	4.19%	3.35%	1.24%	--	18.96%	10.49%	3.78%	11.96%
	県	--	61,123	4.96%	0.62%	3.99%	1.28%	4.78%	3.67%	1.20%	--	20.50%	11.71%	4.03%	11.52%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

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

図表 34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	113人	114人	125人	104人	142人	191人
	件数	B	194件	182件	197件	353件	237件	360件
		B/総件数	0.49%	0.48%	0.56%	1.01%	0.69%	0.96%
	費用額	C	2億6440万円	2億5902万円	2億6402万円	5億0111万円	3億1466万円	4億3753万円
C/総費用		20.4%	21.0%	23.3%	44.2%	25.5%	25.4%	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
脳血管疾患	人数	D	3人		8人		13人		10人		8人		21人		
		D/A	2.7%		7.0%		10.4%		9.6%		5.6%		11.0%		
	件数	E	9件		10件		33件		32件		17件		46件		
		E/B	4.6%		5.5%		16.8%		9.1%		7.2%		12.8%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	1	2.2%
		50代	0	0.0%	1	10.0%	11	33.3%	12	37.5%	0	0.0%	75-80歳	8	17.4%
		60代	1	11.1%	5	50.0%	11	33.3%	12	37.5%	6	35.3%	80代	36	78.3%
		70-74歳	8	88.9%	4	40.0%	11	33.3%	8	25.0%	11	64.7%	90歳以上	1	2.2%
	費用額	F	1032万円		1248万円		3714万円		4203万円		1907万円		5644万円		
F/C		3.9%		4.8%		14.1%		8.4%		6.1%		12.9%			

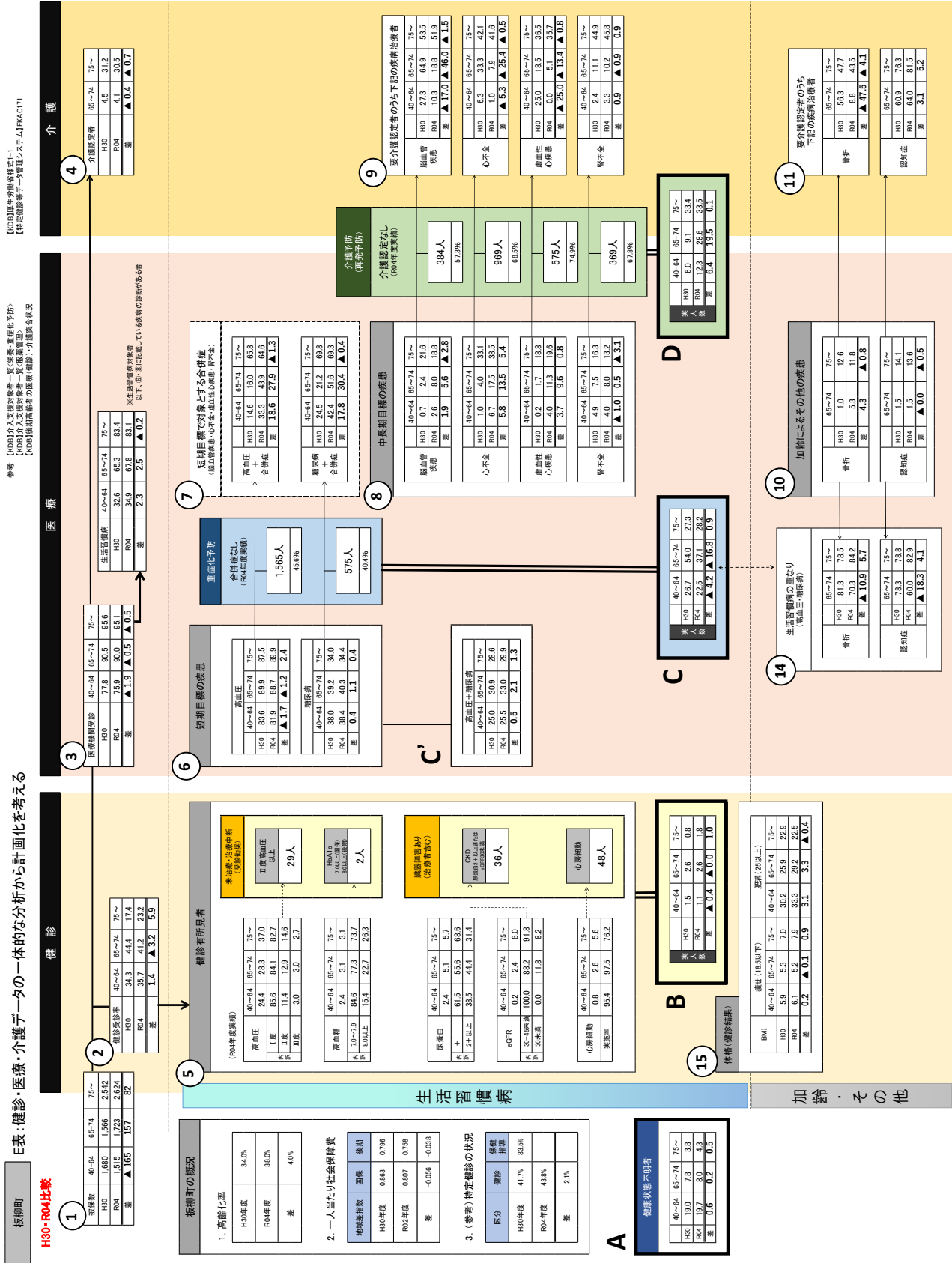
出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	1人		2人		3人		5人		5人		6人		
		G/A	0.9%		1.8%		2.4%		4.8%		3.5%		3.1%		
	件数	H	1件		2件		3件		9件		7件		6件		
		H/B	0.5%		1.1%		1.5%		2.5%		3.0%		1.7%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	1	16.7%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	1	16.7%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	44.4%	0	0.0%	75-80歳	2	33.3%
		60代	0	0.0%	2	100.0%	2	66.7%	3	33.3%	3	42.9%	80代	1	16.7%
		70-74歳	1	100.0%	0	0.0%	1	33.3%	2	22.2%	4	57.1%	90歳以上	1	16.7%
	費用額	I	82万円		497万円		749万円		1586万円		1385万円		740万円		
I/C		0.3%		1.9%		2.8%		3.2%		4.4%		1.7%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 健診・医療・介護データの一体的分析



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定率 介護 率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
		被保険者数			特定 健診		長寿 健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	31.2	1,680	1,566	2,542	34.3	44.4	17.4	5.9	5.3	7.0	30.2	25.9	22.9
R04	30.5	1,515	1,723	2,624	35.7	41.2	23.2	6.1	5.2	7.9	33.3	29.2	22.5

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動														
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-												
年度	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%						
H30	24	4.2	(13)	30	4.3	(9)	31	7.0	(3)	21	3.6	(2)	21	3.0	(1)	3	0.7	(0)	5	0.9	12	1.7	17	3.8	6	1.0	20	2.9	0	--
R04	19	3.5	(10)	32	4.5	(11)	39	6.4	(8)	13	2.4	(1)	22	3.1	(1)	5	0.8	(0)	5	0.9	16	2.3	15	2.5	4	0.7	18	2.5	26	4.3

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③ 医療機関 受診						⑥ 短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									⑦ 短期目標の疾患とする 合併症					
	生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)						高血圧			糖尿病			c' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	77.8	90.5	95.6	32.6	65.3	83.4	83.6	89.9	87.5	38.0	39.2	34.0	25.0	30.9	28.6	14.6	16.0	65.8	24.5	21.2	69.8
R04	75.9	90.0	95.1	34.9	67.8	83.1	81.9	88.7	89.9	38.4	40.3	34.4	25.5	33.0	29.9	33.3	43.9	64.6	42.4	51.6	69.3

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

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

E表	⑧ 中長期目標の疾患(被保数割)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	0.7	2.4	21.6	0.2	1.7	18.8	1.0	4.0	33.1	4.9	7.5	16.3	27.3	64.9	53.5	25.0	18.5	36.5	6.3	33.3	42.1	2.4	11.1	44.9
R04	2.6	8.0	18.8	4.0	11.3	19.6	6.7	17.5	38.5	4.0	8.0	13.2	10.3	18.8	51.9	0.0	5.1	35.7	1.0	7.9	41.6	3.3	10.2	45.8

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保数割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	81.3	78.5	78.3	78.8	1.0	12.6	1.5	14.1	56.3	47.7	60.9	76.3
R04	70.3	84.2	60.0	82.9	5.3	11.8	1.5	13.6	8.8	43.5	64.0	81.5

(3)健康課題の明確化(図表 32~42)

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は令和2年度では新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり60万円を超え、国保の2倍と高い状況です。(図表 32)

板柳町は、これまで糖尿病や高血圧に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、短期的目標疾患の糖尿病や高血圧の総医療費に占める割合は、同規模と比べて1ポイント前後高く、国保においては脳血管疾患や心疾患が医療費に占める割合は、同規模より高い状況です。(図表 33)

高額レセプト(80万円以上/件)については、国保においては200~350件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約1.5倍に増えることがわかります。(図表 34)

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和2年度と3年度は30件を超え4,000万円前後の費用がかかっていましたが、令和4年度は17件と件数が減り、費用額が約2,000万円と半分に減っています。しかし、後期高齢においては、46件発生し、約5,600万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 34、35)

健診・医療・介護のデータを平成30年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、被保険者数(①)は、40~64歳は減っていますが、65~74歳、75歳以上では増加しています。高齢化のため高齢者が増えていることがわかります。体格(⑮)をみると、40~64歳の若い年齢層で、全体的に率が高くなってきています。

健診有所見の状況を見ると、40~64歳は減っており、65歳以上になると増えている箇所も見受けられ、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。(図表 39)

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。また、C'および、高血圧+合併症、糖尿病+合併症の割合も高くなっていることから、継続的な保健指導、受診勧奨を行っていく必要があります。(図表 40)

中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、平成30年度と令和4年度を比較すると、腎不全は横ばいですが、脳血管、虚血性心疾患、心不全では、令和4年度の割合が高くなっており、高額レセプト分析において入院費が伸びている要因が、健診、医療、介護の一体的分析においても課題であることがわかります。(図表 41)

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

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

② 中長期的な目標の設定

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

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

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

③ 短期的な目標の設定

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

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

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

(2) 管理目標の設定

図表 43 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	目標値			データの把握方法 (活用データ)
				初期値 R6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	4.8%	4.5%	4.0%	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	1.2%	1.0%	0.8%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	5.6%	5.0%	4.5%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の減少	2人	2人	1人	
	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	29.0%	25.0%	25.0%	板柳町健康推進課
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	4.1%	3.0%	3.0%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	9.1%	9.0%	7.0%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	6.5%	6.0%	5.5%	
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	0.2%	0.1%	0.0%	
	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	42.4%	45.0%	60.0%	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	79.2%	90.0%	90.0%	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	7.9%	7.0%	6.5%	

出典：ヘルスサポートラボツール

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	45%	45%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	85%	86%	87%	88%	89%	90%

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	2,816人	2,728人	2,640人	2,552人	2,464人	2,376人
	受診者数	1,267人	1,228人	1,188人	1,276人	1,355人	1,426人
特定保健指導	対象者数	105人	102人	99人	106人	112人	118人
	受診者数	89人	88人	86人	93人	100人	106人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。

- ① 集団健診
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関

特定健診実施機関については、町ホームページに掲載する。

(4) 特定健診実施項目

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

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

図表 46 特定健診検査項目

○板柳町特定健診検査項目

健診項目		板柳町	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	総コレステロール	□	
	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

6月から翌年3月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 ↓ 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付	(特定糖保健指導の実施)
5月			
6月		(集団特定健診の開始) ↓ 健診データ受取	健診データ抽出(前年度)
7月		↓ 保健指導対象者の抽出 ↓ (特定等保健指導の開始)	↓ 実施実績の分析等
8月			
9月			
10月	契約に関わる 予算手続き	(個別特定健診の開始) ↓ (集団特定健診開始)	受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告
11月			
12月			
1月		(集団特定健診特定等保健指導の実施、評価)	
2月			
3月	契約準備	(特定健診・特定保健指導の当該年度終了)	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保健指導担当(健康推進課)、健診センターへ委託して行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

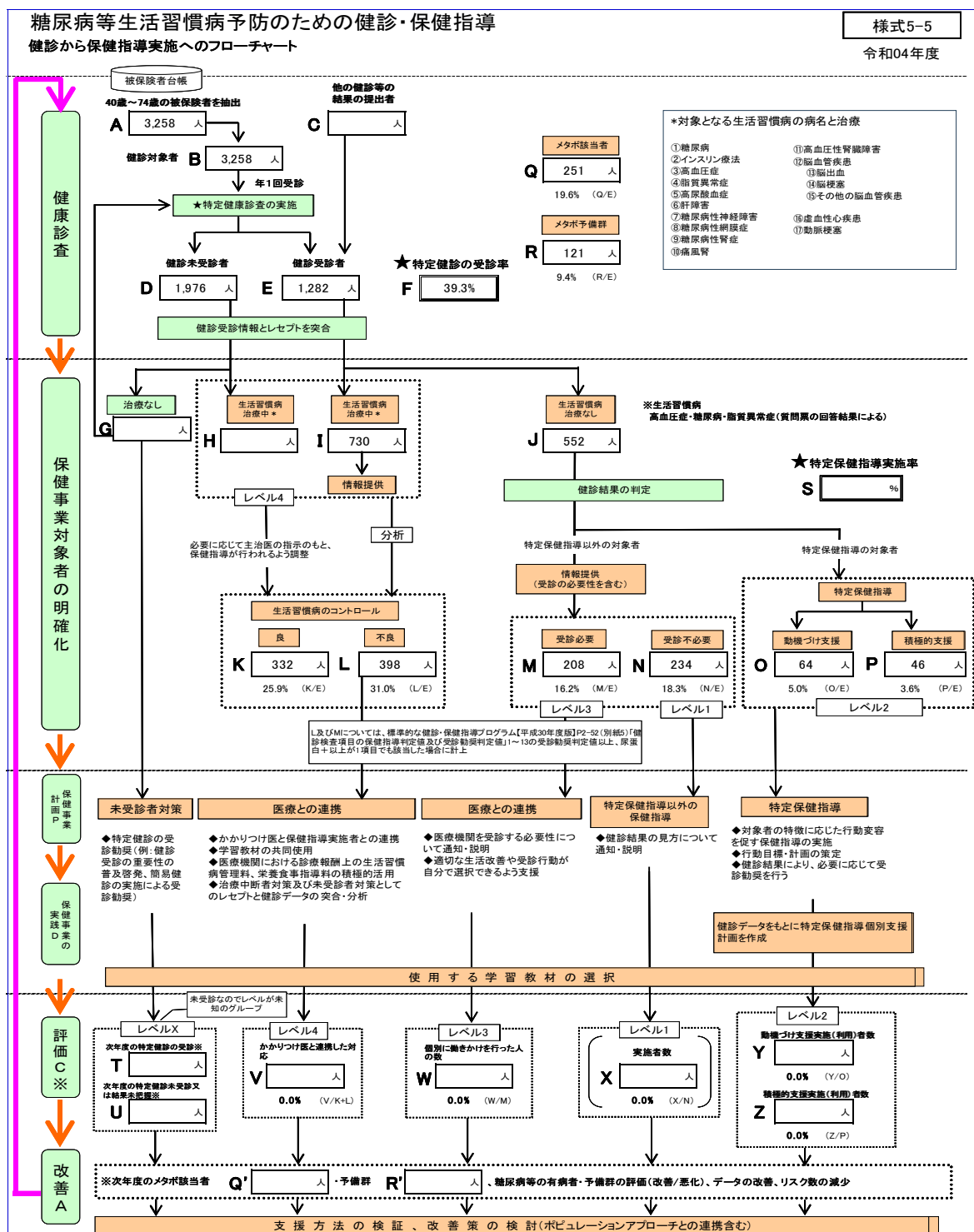
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典: ヘルサポータルツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込(%)	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	110人 (8.6%)	90%
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	208人 (16.2%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	1976人 ※受診率目標達成までにあと670人	35%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	234人 (18.3%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	730人 (56.9%)	80%

出典:ヘルスサポートラボツール

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール(見込み)

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月			◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付		
6月	◎特定健康診査の開始(集団)		◎基本健診、若者健診、後期高齢者健診、がん検診開始
7月		◎対象者の抽出	
8月	◎個別健康診査実施の依頼	◎保健指導の開始(集団)	
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月	◎個別健康診査の開始		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
11月	◎特定健康診査の開始(集団)	◎保健指導の開始(個別)	
12月			
1月		◎保健指導の開始(集団)	
2月			
3月	◎個別健診の終了		

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

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

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

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る必要があります。

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

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

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く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る必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

2. 重症化予防の取組

令和4年度の板柳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、401人(31.3%)です。そのうち治療なしが97人(17.6%)を占め、さらに臓器障害があり直ちに取り組むべき対象者が24人です。また、板柳町においては、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、97人中46人と約半数のため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表51)

図表 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-										令和04年度						
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)						
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器科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)		1,282人	39.3%				
↓ 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											■各疾患の治療状況					
	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)		治療中	治療なし		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)				動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		重症化予防対象者 (実人数)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		メタボ該当者 (2項目以上)		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)		腎臓専門医 紹介基準対象者			
該当者数	52	4.1%	18	1.4%	41	3.2%	32	2.5%	251	19.6%	52	4.1%	65	5.1%	401	31.3%
治療なし	29	4.1%	1	0.2%	37	4.2%	23	2.6%	36	6.5%	22	1.9%	14	2.5%	97	17.6%
(再掲) 特定保健指導	8	15.4%	0	0.0%	9	22.0%	10	31.3%	36	14.3%	4	7.7%	4	6.2%	46	11.5%
治療中	23	4.0%	17	2.3%	4	1.0%	9	2.3%	215	29.5%	30	24.6%	51	7.0%	304	41.6%
臓器障害 あり	4	13.8%	1	100.0%	4	10.8%	6	26.1%	9	25.0%	5	22.7%	14	100.0%	24	24.7%
CKD(専門医対象者)	1		0		1		2		3		1		14		14	
心電図所見あり	3		1		3		4		7		4		5		15	
臓器障害 なし	25	86.2%	--		33	89.2%	17	73.9%	27	75.0%	17	77.3%	--		--	

3. 糖尿病性腎症重症化予防

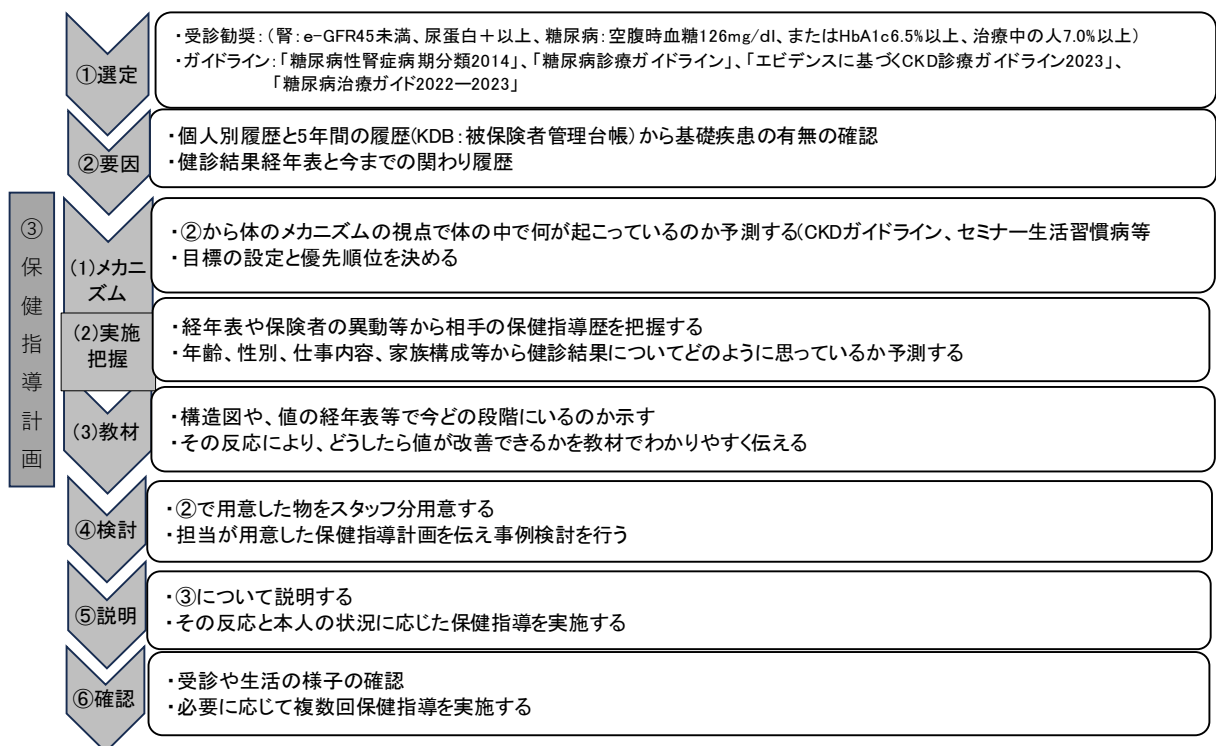
1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「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)及び青森県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、青森県および板柳町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中の者(ハイリスク者)
- ア. 糖尿病性腎症で通院している者(健診結果から①尿蛋白(+)以上②eGFR 60ml/分/1.73 m²未満・70歳以上は eGFR 50ml/分/1.73 m²未満)
- イ. 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

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

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

板柳町においては、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。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

② 基準に基づく該当者数の把握

令和4年度の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。(図表 54)

板柳町において特定健診受診者のうちHbA1c 6.5%以上等で糖尿病型の者が168人(E)でした。そのうち、糖尿病治療中の者は122人、未治療の者は46人(27.4%・F)となっています。糖尿病治療者で特定健診未受診者613人(83.4%・I)については、データが不明なため重症

化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

④ 介入方法と優先順位

図表 54 より板柳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）・・・46人

優先順位 2

【保健指導】

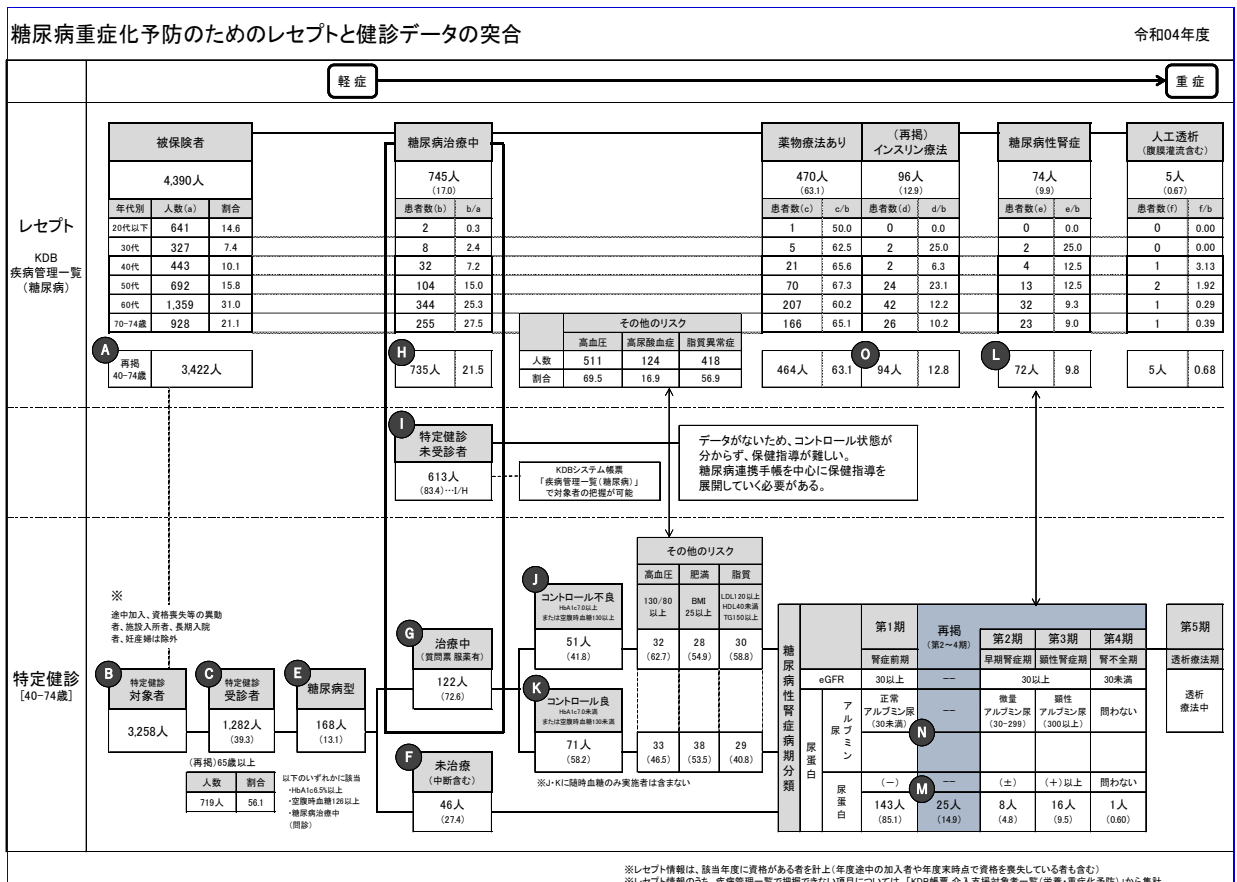
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・51人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、文書等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

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

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

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

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

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

治療が必要にもかかわらず医療機関未受診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ます。医療機関につなぐ場合は、受診に際して、健診結果経年表や必要に応じて生活歴等を一覧にした経過表等の持参を勧めます。

(2) 治療中の者への対応

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとし、その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて毎年行っていきます。(図表 56)

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率

②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	板柳町										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	4,794人		4,579人		4,457人		4,311人		4,175人				
② (再掲)40-74歳	A	3,660人		3,555人		3,487人		3,416人		3,329人				
2 ① 対象者数	B	3,340人		3,248人		3,173人		3,081人		3,224人				
② 特定健診 受診者数	C	1,436人		1,426人		959人		1,335人		1,346人				
③ 受診率	C	43.0%		43.9%		30.2%		43.3%		41.7%				
3 ① 特定保健指導 対象者数		103人		131人		112人		107人		106人				
② 実施率		83.5%		83.2%		86.6%		82.2%		79.2%				
4 ① 健診データ 糖尿病型	E	182人	12.7%	170人	11.9%	113人	11.8%	181人	13.6%	168人	13.1%			
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	52人	28.6%	43人	25.3%	26人	23.0%	46人	25.4%	46人	27.4%		
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	130人	71.4%	127人	74.7%	87人	77.0%	135人	74.6%	122人	72.6%		
	④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	67人	51.5%	45人	35.4%	24人	27.6%	58人	43.0%	51人	41.8%		
	⑤ 血圧 130/80以上		43人	64.2%	24人	53.3%	15人	62.5%	35人	60.3%	32人	62.7%		
	⑥ 肥満 BMI25以上		31人	46.3%	24人	53.3%	12人	50.0%	33人	56.9%	28人	54.9%		
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	63人	48.5%	82人	64.6%	63人	72.4%	77人	57.0%	71人	58.2%		
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	144人	79.1%	143人	84.1%	97人	85.8%	141人	77.9%	143人	85.1%		
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)		18人	9.9%	8人	4.7%	5人	4.4%	23人	12.7%	8人	4.8%		
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		14人	7.7%	13人	7.6%	11人	9.7%	17人	9.4%	16人	9.5%		
	⑪ 第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	1人	0.6%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	0.6%		
5 ① レセプト 糖尿病受療率(被保険者千対)		97.4人		99.1人		96.3人		96.3人		110.9人				
	② (再掲)40-74歳(被保険者千対)	125.4人		126.3人		121.3人		120.0人		137.3人				
	③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対	2,982件 (841.4)	3,008件 (871.1)	2,998件 (886.2)	3,076件 (938.9)	2,949件 (936.5)	334,283件 (942.0)							
	④ 入院外(件数)	15件 (4.2)	19件 (5.5)	17件 (5.0)	13件 (4.0)	9件 (2.9)	1,709件 (4.8)							
	⑤ 入院(件数)													
	⑥ 糖尿病治療中	H	467人	9.7%	454人	9.9%	429人	9.6%	415人	9.6%	463人	11.1%		
	⑦ (再掲)40-74歳		459人	12.5%	449人	12.6%	423人	12.1%	410人	12.0%	457人	13.7%		
	⑧ 健診未受診者	I	329人	71.7%	319人	71.0%	336人	79.4%	275人	67.1%	335人	73.3%		
	⑨ インスリン治療	O	59人	12.6%	61人	13.4%	49人	11.4%	50人	12.0%	50人	10.8%		
	⑩ (再掲)40-74歳		57人	12.4%	60人	13.4%	47人	11.1%	48人	11.7%	49人	10.7%		
	⑪ 糖尿病性腎症	L	38人	8.1%	44人	9.7%	48人	11.2%	44人	10.6%	48人	10.4%		
	⑫ (再掲)40-74歳		37人	8.1%	44人	9.8%	47人	11.1%	43人	10.5%	47人	10.3%		
	⑬ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		5人	1.1%	3人	0.7%	4人	0.9%	2人	0.5%	2人	0.4%		
	⑭ (再掲)40-74歳		5人	1.1%	3人	0.7%	4人	0.9%	2人	0.5%	2人	0.4%		
	⑮ 新規透析患者数		3		6		1		4		6			
	⑯ (再掲)糖尿病性腎症		3		3		0		1		2			
⑰ 【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	2.9%	16人	2.9%	12人	2.2%	10人	1.8%	9人	1.7%			
6 ① 医療費 総医療費		12億9858万円		12億3216万円		11億3189万円		11億3305万円		12億3357万円		10億9648万円		
	② 生活習慣病総医療費	7億4597万円		7億0896万円		6億4909万円		6億5187万円		7億4186万円		5億9067万円		
	③ (総医療費に占める割合)	57.4%		57.5%		57.3%		57.5%		60.1%		53.9%		
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	9,619円		11,111円		8,159円		7,744円		11,126円		8,199円		
	⑤ 健診受診者	29,833円		28,061円		29,747円		30,154円		33,820円		37,038円		
	⑥ 健診未受診者													
	⑦ 糖尿病医療費	9575万円		9457万円		9970万円		9670万円		8763万円		6602万円		
	⑧ (生活習慣病総医療費に占める割合)	12.8%		13.3%		15.4%		14.8%		11.8%		11.2%		
	⑨ 糖尿病入院外総医療費	2億0753万円		2億0791万円		1億8745万円		2億1206万円		2億2810万円				
	⑩ 1件あたり	33,418円		34,151円		32,141円		35,162円		38,911円				
	⑪ 糖尿病入院総医療費	1億1971万円		9187万円		1億0546万円		7729万円		1億3399万円				
	⑫ 1件あたり	586,805円		524,996円		599,225円		581,093円		656,835円				
	⑬ 在院日数	15日		14日		14日		13日		13日				
	⑭ 慢性腎不全医療費	7104万円		5733万円		4033万円		3066万円		4487万円		4999万円		
	⑮ 透析有り	6745万円		5407万円		3804万円		2920万円		3952万円		4634万円		
⑯ 透析なし	359万円		326万円		230万円		145万円		536万円		364万円			
7 ① 介護 介護給付費		14億4192万円		14億8881万円		14億8468万円		15億4101万円		15億6163万円		13億3151万円		
② (2号認定者)糖尿病合併症		5件	26.3%	3件	20.0%	1件	11.1%	1件	14.3%	0件	0.0%			
8 ① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		7人	2.8%	2人	0.8%	3人	1.2%	3人	1.2%	5人	2.2%	582人	1.1%	

出典:ヘルスサポートラボツール

7) 実施期間及びスケジュール

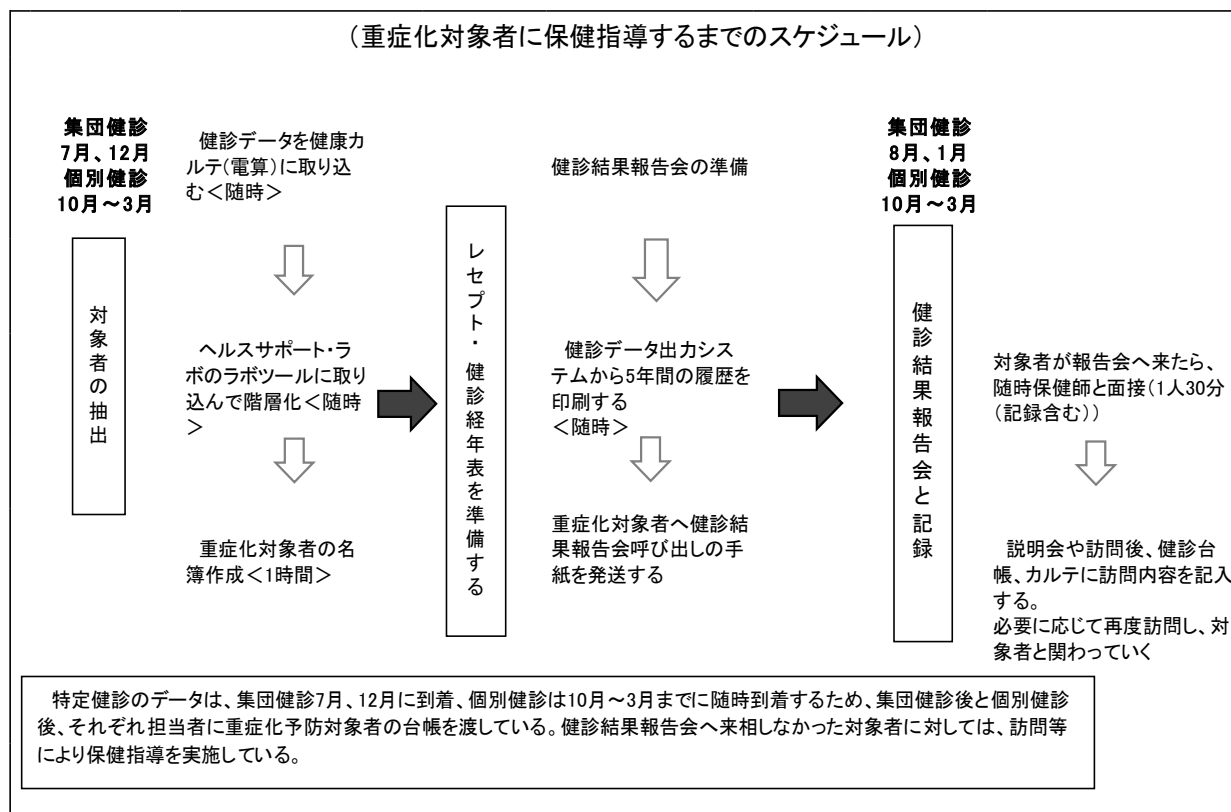
4月～5月 対象者の選定基準の決定、対象者の抽出

6月、11月(集団健診)、10月～3月(個別健診)

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)

地区担当者が保健指導の実施状況を記録。(通年)

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



4. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

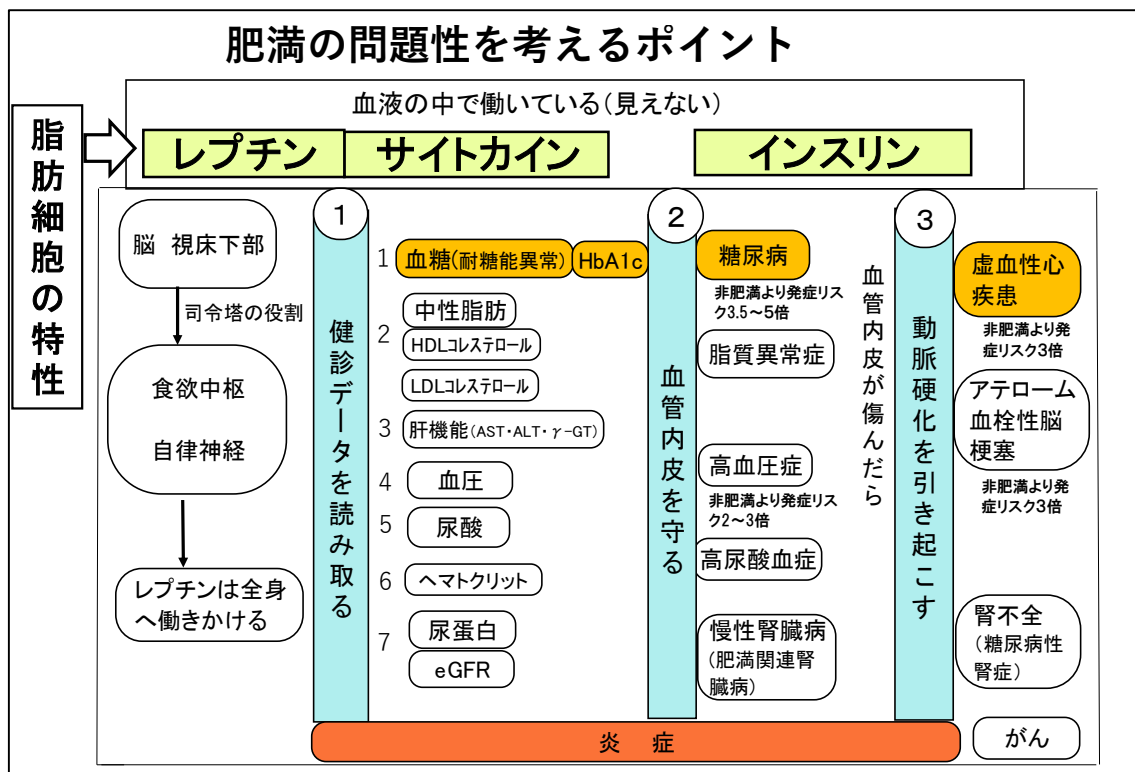
1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値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」です。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行います。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)となっているため、取り組んでいきます。

なお、取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	563	719	192	209	165	181	20	26	7	1	0	1	
				34.1%	29.1%	29.3%	25.2%	3.6%	3.6%	1.2%	0.1%	0.0%	0.1%
再掲	男性	290	313	114	98	102	89	8	9	4	0	0	0
				39.3%	31.3%	35.2%	28.4%	2.8%	2.9%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%
	女性	273	406	78	111	63	92	12	17	3	1	0	1
				28.6%	27.3%	23.1%	22.7%	4.4%	4.2%	1.1%	0.2%	0.0%	0.2%

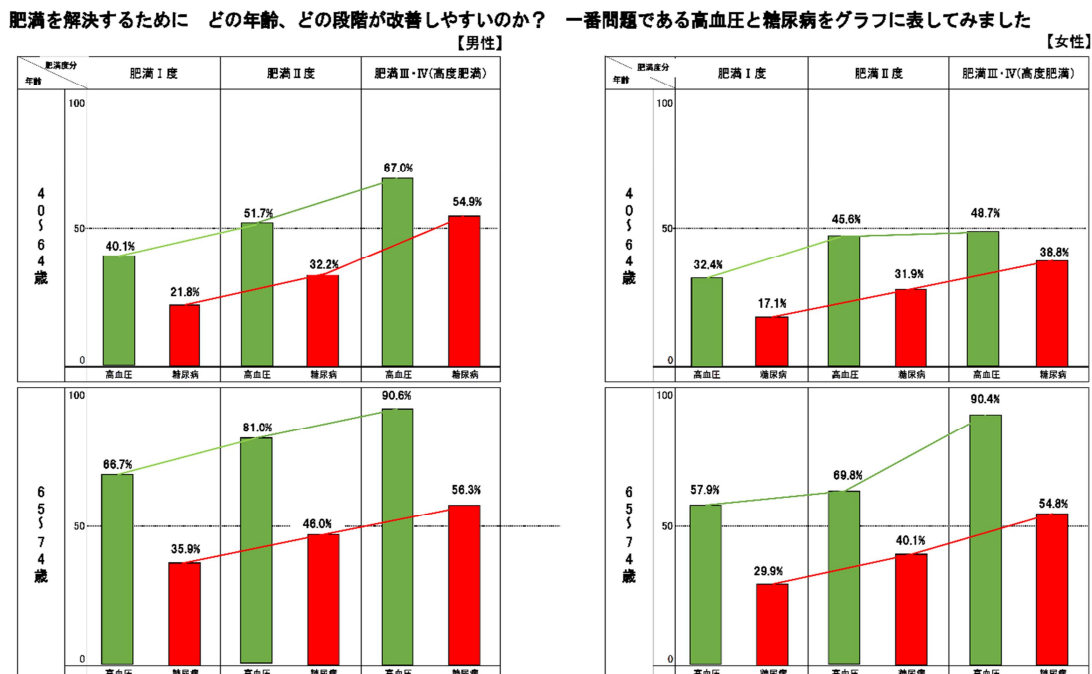
出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位をつけます。

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

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます。

図表 60 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



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

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

図表 61

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

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

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満3度・4度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種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、「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。(図表 61)

③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例（例示）

事例 No.	性別	発症 年齢	KDBから把握 レセプト								特定 健診	転 帰	
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患						
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋 梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常 症	高尿酸血 症			介護
1	男	60代		●	●		●		●			メタボ	
2	男	60代	●		●		●		●	●		メタボ	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	

3) 対象者の明確化

図表 63 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A	603	77	130	222	174	679	44	107	299	229	
メタボ該当者	B	187	16	31	77	63	64	1	12	28	23	
	B/A	31.0%	20.8%	23.8%	34.7%	36.2%	9.4%	2.3%	11.2%	9.4%	10.0%	
再掲	① 3項目全て	C	52	3	6	19	24	18	0	2	8	8
		C/B	27.8%	18.8%	19.4%	24.7%	38.1%	28.1%	0.0%	16.7%	28.6%	34.8%
	② 血糖+血圧	D	40	2	5	21	12	8	0	4	2	2
		D/B	21.4%	12.5%	16.1%	27.3%	19.0%	12.5%	0.0%	33.3%	7.1%	8.7%
	③ 血圧+脂質	E	85	7	19	35	24	35	0	6	16	13
		E/B	45.5%	43.8%	61.3%	45.5%	38.1%	54.7%	0.0%	50.0%	57.1%	56.5%
	④ 血糖+脂質	F	10	4	1	2	3	3	1	0	2	0
		F/B	5.3%	25.0%	3.2%	2.6%	4.8%	4.7%	100.0%	0.0%	7.1%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 64 メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし	
総数	603	187	31.0%	158	84.5%	29	15.5%	679	64	9.4%	57	89.1%	7	10.9%
40代	77	16	20.8%	7	43.8%	9	56.3%	44	1	2.3%	1	100.0%	0	0.0%
50代	130	31	23.8%	24	77.4%	7	22.6%	107	12	11.2%	9	75.0%	3	25.0%
60代	222	77	34.7%	69	89.6%	8	10.4%	299	28	9.4%	25	89.3%	3	10.7%
70~74歳	174	63	36.2%	58	92.1%	5	7.9%	229	23	10.0%	22	95.7%	1	4.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 63)は、男性で 40 代から受診者の 2~3 割を超え、女性では 50 代から 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の 3 疾患治療状況(図表 64)は、男女とも 8 割以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

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

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ④ 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ⑤ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 65 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

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

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。板柳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。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

板柳町においては、心電図検査を 1,275 人(99.5%)に実施し、そのうち有所見者が 246 人(19.3%)でした。所見の中でも ST-T 変化が 28 人(11.48%)、心肥大が 29 人(11.7%)と所見率が高いことがわかります。(図表 67)

また、有所見者のうち要精査が 104 人(42.3%)で、その後の受診状況をみると 45(43.3%)は未受診でした。(図表 68)。

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

図表 67 心電図検査結果

性別・年齢	心電図検査				所見内訳															
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
40～74歳	1,275	99.5	246	19.3%	14	5.7%	28	11.4%	2	0.8%	29	11.8%	23	9.3%	45	18.3%	13	5.3%	28	11.4%
内訳																				
男性	599	99.3	134	22.4%	8	6.0%	11	8.2%	1	0.7%	19	14.2%	19	14.2%	27	20.1%	11	8.2%	12	9.0%
女性	676	99.6	112	16.6%	6	5.4%	17	15.2%	1	0.9%	10	8.9%	4	3.6%	18	16.1%	2	1.8%	16	14.3%

板柳町健康推進課調べ

図表 68 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	246		104	42.3%	59	56.7%	45	43.3%
男性	134	54.5%	48	35.8%	23	47.9%	25	52.1%
女性	112	45.5%	56	50.0%	36	64.3%	20	35.7%

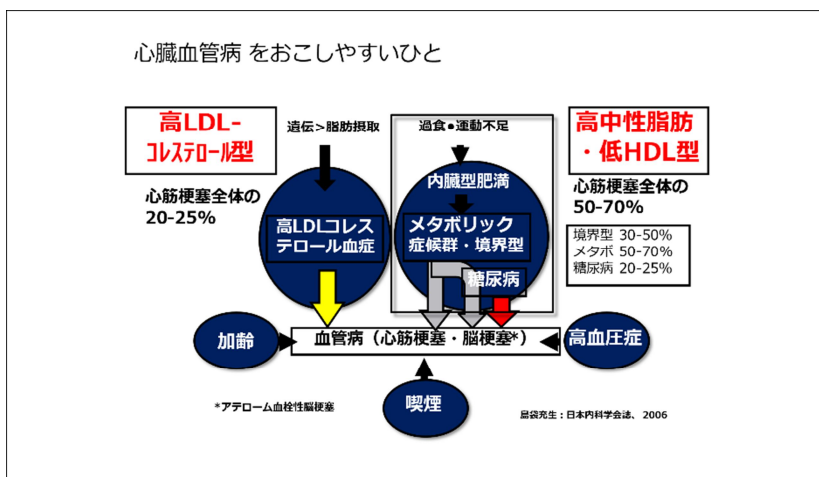
板柳町健康推進課調べ

③ 心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 69)

図表 69 心血管病をおこしやすいひと



図表 69 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

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

B: LDL コレステロールタイプ^①(図表 70)

図表 70 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定 令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標 (参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果(LDL-C)				
			120-139	140-159	160-179	180以上	
			517	243	170	67	37
				47.0%	32.9%	13.0%	7.2%
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)	99	49	31	9	10
			19.1%	20.2%	18.2%	13.4%	27.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	257	115	85	39	18
			49.7%	47.3%	50.0%	58.2%	48.6%
高リスク	120未満 (150未満)	145	67	52	18	8	
		28.0%	27.6%	30.6%	26.9%	21.6%	
	再掲	100未満 (130未満) ※1	15	7	5	3	0
		2.9%	2.9%	2.9%	4.5%	0.0%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	16	12	2	1	1
		3.1%	4.9%	1.2%	1.5%	2.7%	

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

図表 71 心電図所見からの保健指導教材（例示）

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

(2) 二次健診の実施

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

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

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部門)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等と連携していきます。

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月～5 月 対象者の選定基準の決定、対象者の抽出

6 月、11 月(集団健診)、10 月～3 月(個別健診)

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)

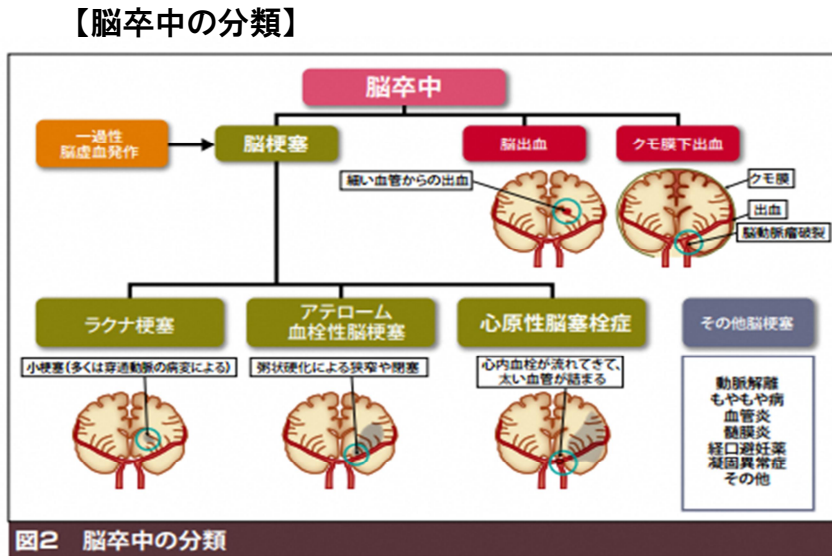
地区担当者が保健指導の実施状況を記録。(通年)

6. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 72,73)

図表 72 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 73 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 74 でみると、高血圧治療者 1,528 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 132 人(8.2%)でした。

令和 4 年度の健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 52 人(4.1%)であり、そのうち 29 人(55.8%)は未治療者です。

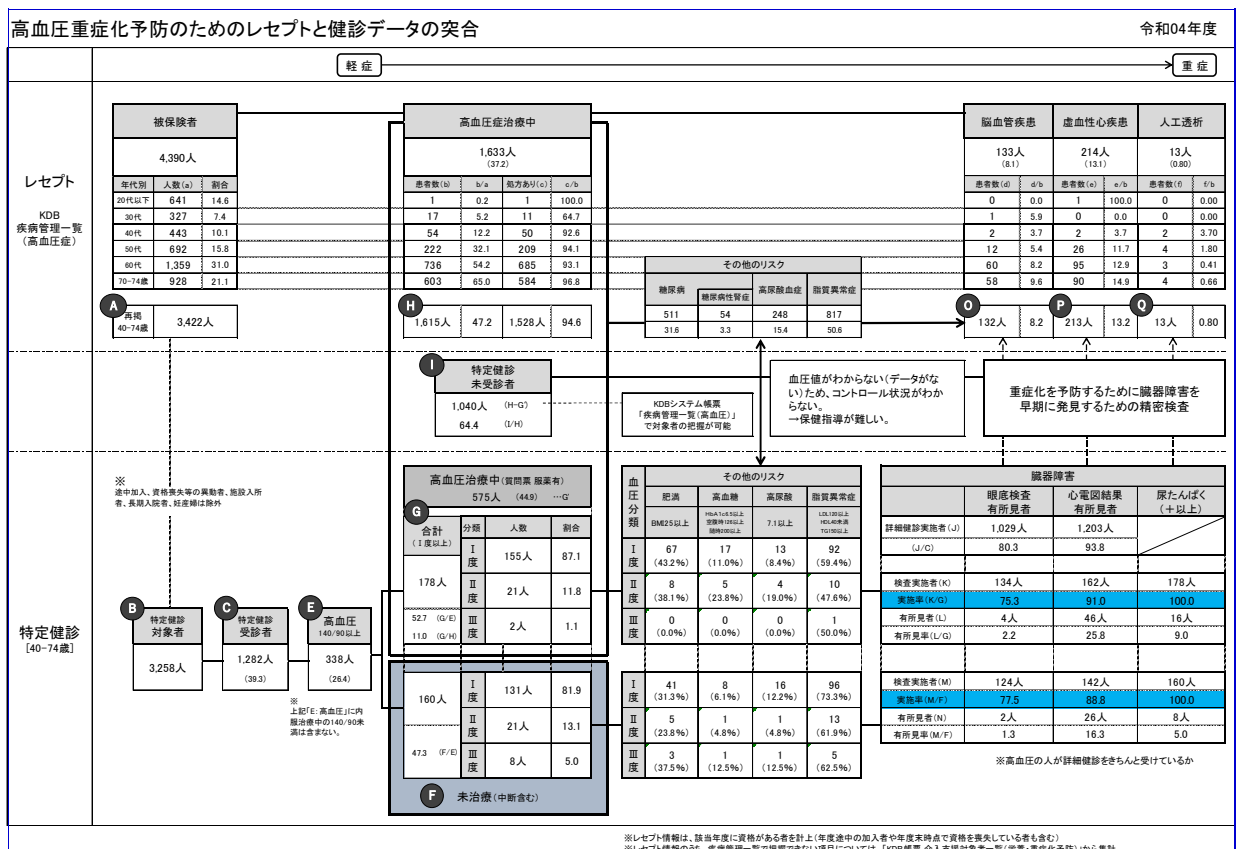
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 23 人(6.8%)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、1,029 人(80.3%)に実施していますが、個別健診においては、医療機関の体制により眼底検査は実施が困難な状況にあります。

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。

図表 74 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	340	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	区分	該当者数
			130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上		
リスク第1層 予後影響因子がない	20	180	131	21	8	A ただちに 薬物療法を開始	71	
	5.9%	52.9%	38.5%	6.2%	2.4%			20.9%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	223	131	82	13	6	B 概ね1か月後に 再評価	134	
	65.6%	67.8%	62.6%	61.9%	75.0%			39.4%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	97	45	43	7	2	C 概ね3か月後に 再評価	135	
	28.5%	25.0%	32.8%	33.3%	25.0%			39.7%

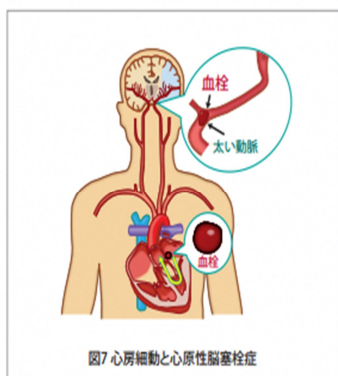
…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 75 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流に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。

図表 76 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 76 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※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	603	679	570	94.5%	633	93.2%	13	2.3%	5	0.8%	--	--
40代	77	44	73	94.8%	44	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	130	107	122	93.8%	95	88.8%	1	0.8%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	222	299	206	92.8%	277	92.6%	6	2.9%	1	0.4%	1.9%	0.4%
70～74歳	174	229	169	97.1%	217	94.8%	6	3.6%	4	1.8%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

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

図表 77 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
13	6	46.2%	7	53.8%

板柳町健康推進課調べ

心電図検査において13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13人のうち7人は既に治療が開始されていましたが、半数近い6人はまだ治療につながっていません。

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であ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。

(2) 二次健診の実施

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

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

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部門)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等と連携していきます。

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

8. 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。

板柳町においては、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ていることが必要であります。

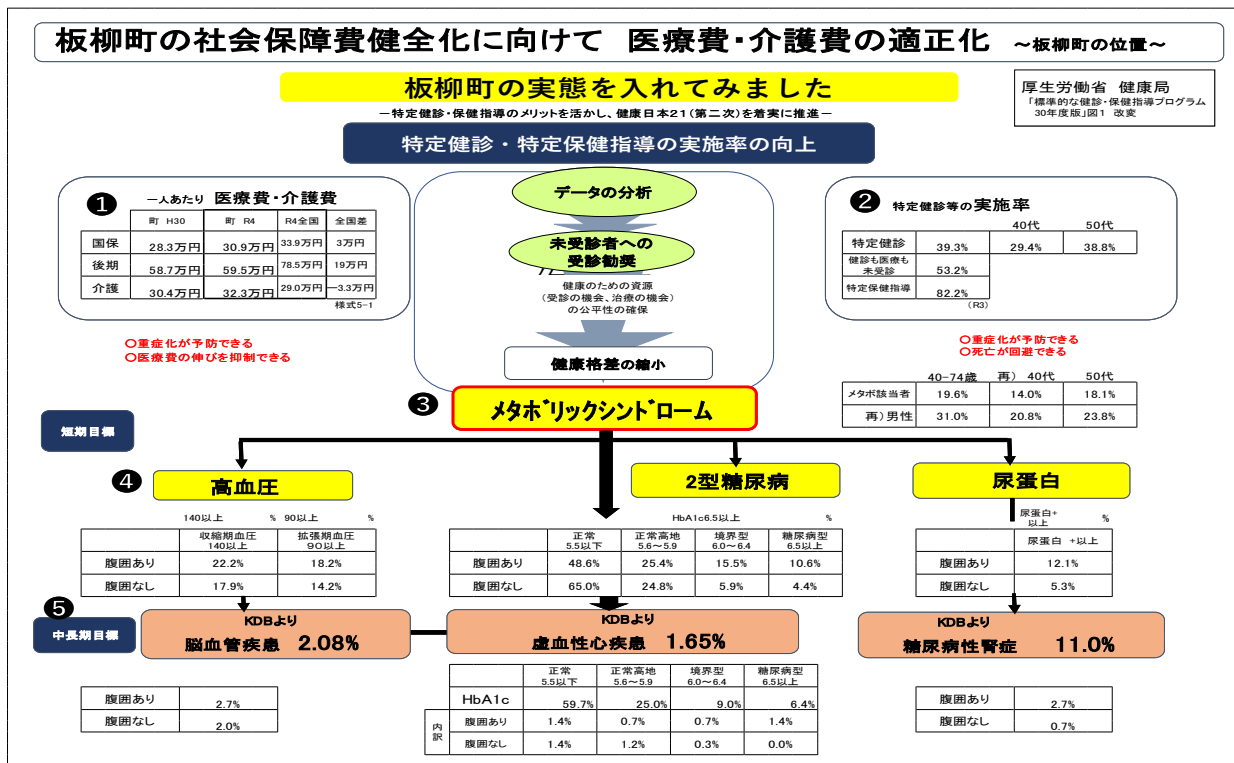
図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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)																							
		健康増進法																					
1 根拠法		母子保健法			学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)													
6条 健康増進事業実施者		児童福祉法																					
2 計画		健康増進計画(県)(市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】																					
		データヘルス計画【保健事業実施計画】(各被保険者)																					
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	
4 健康診査(根拠法)		妊婦健康診査(13条)		産婦健診(13条)		乳幼児健康診査(第12・13条)			保育所・幼稚園健康診断(11・12条)		児童・生徒の定期健康診断(第1・13・14条)		定期健康診断(第66条)		特定健康診査(第18・20・21条)		後期高齢者健康診査(第125条)						
		妊娠前 妊娠中		産後1年以内		乳児 1.6歳児 3歳児			保育 / 幼稚園児		小学校 中学校 高等学校		労働安全衛生規則(第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)								
5 対象者		血糖		95mg/dl以上																			
		HbA1c		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																			
		(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				加齢18以上			肥満度15%以上			肥満度20%以上											
		尿糖		(+)以上																			
		糖尿病家族歴																					

9. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表 80, 81)

図表 80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 81 統計からみえる青森の食(例示)

統計からみえる青森の食 ~ 総務省統計局 家計調査 2019~2021年平均 ~

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
葉野菜	21位
牛乳・ヨーグルト	38位
米	26位
葉野菜	21位

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
生鮮魚介いか・ほたて	1位
塩干魚介	1位
魚介漬物	2位
梅干し	4位
カップめん・中華麺	2位
ソーセージ・ウインナー	3位
ごぼう	2位
もやし	4位
醤油	3位
塩	6位
果実野菜ジュース	1位

店舗・種別	店舗数 (人口10万対)
外食	52位
食堂・レストラン	4位
コンビニ	5位

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

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板柳町の位置

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板柳町の位置

令和4年度

項目			板柳町		県		国		データ元 (CSV)		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口		12,699		1,218,222		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 みられる地域の健康課題
			65歳以上(高齢化率)	4,822	38.0	412,943	33.9	35,335,805	28.7		
			75歳以上	2,614	20.6	210,338	17.3	18,248,742	14.8		
			65～74歳	2,208	17.4	202,605	16.6	17,087,063	13.9		
			40～64歳	4,324	34.0	416,107	34.2	41,545,893	33.7		
	39歳以下	3,553	28.0	389,172	31.9	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業	38.0		12.4		4.0		KDB.NO.3 健診・医療・介護データから みられる地域の健康課題	
			第2次産業	15.9		20.4		25.0			
			第3次産業	46.1		67.2		71.0			
	③	平均寿命	男性	78.5		78.7		80.8		KDB.NO.1 地域全体像の把握	
女性			85.4		86.0		87.0				
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	78.8		78.0		80.1				
		女性	85.0		83.3		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		121.9		119.1		100		KDB.NO.1 地域全体像の把握
			男性	121.9		119.1		100			
			女性	117.9		110.8		100			
			がん	58	45.0	4,988	49.9	378,272	50.6		
			心臓病	36	27.9	2,714	27.1	205,485	27.5		
			脳疾患	21	16.3	1,455	14.5	102,900	13.8		
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	18		1,648		130,786		厚生省HP 人口動態調査	
				男性	10		1,072		85,810		
				女性	8		576		44,976		
				自殺	1	0.8	238	2.4	20,171		2.7
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		1,015 20.9		76,189 18.5		6,724,030 19.4		KDB.NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者	14 0.3		1,257 0.3		110,289 0.3			
			介護度別 総件数	要支援1・2	1,963 8.8		125,088 6.7		21,785,044 12.9		
				要介護1・2	10,279 45.9		876,713 47.2		78,107,378 46.3		
				要介護3以上	10,141 45.3		855,129 46.1		68,963,503 40.8		
	2号認定者	15 0.35		1,945 0.47		156,107 0.38					
	②	有病状況	糖尿病	207 19.2		17,776 22.0		1,712,613 24.3		KDB.NO.1 地域全体像の把握	
			高血圧症	529 51.7		39,663 49.6		3,744,672 53.3			
			脂質異常症	278 27.2		22,191 27.4		2,308,216 32.6			
			心臓病	593 58.0		43,977 55.1		4,224,628 60.3			
脳疾患			202 20.5		17,224 21.8		1,568,292 22.6				
がん			96 9.0		7,451 9.0		837,410 11.8				
筋・骨格			501 48.1		35,718 44.6		3,748,372 53.4				
精神			320 30.4		27,918 35.0		2,569,149 36.8				
③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		323,855 1,561,626,834		324,668 134,069,420,414		290,668 10,074,274,226,889			
		1件当たり給付費(全体)		69,768		72,200		59,662			
		居宅サービス	53,289		51,854		41,272				
		施設サービス	307,502		301,081		296,364				
④	医療費等	要介護認定別	6,629		7,537		8,610		KDB.NO.1 地域全体像の把握		
		医療費(40歳以上)	3,760		3,826		4,020				
4	①	国保の状況	被保険者数		3,986		276,251		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	1,631 40.9		131,746 47.7		11,129,271 40.5			
			40～64歳	1,518 38.1		92,368 33.4		9,088,015 33.1			
			39歳以下	837 21.0		52,137 18.9		7,271,596 26.5			
	加入率			31.4		22.7		22.3			
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1 0.3		94 0.3		8,237 0.3			
			診療所数	5 1.3		862 3.1		102,599 3.7			
			病床数	80 20.1		16,984 61.5		1,507,471 54.8			
			医師数	8 2.0		2,773 10.0		339,611 12.4			
			外来患者数	683.7		724.7		687.8			
入院患者数	14.6		17.8		17.7						
③	医療費の 状況	一人当たり医療費		309,475 県内39位 同規模146位		348,845		339,680		KDB.NO.3 健診・医療・介護データから みられる地域の健康課題 KDB.NO.1 地域全体像の把握	
		受診率		698,268		742,531		705,439			
		外 来	費用の割合	64.4		61.8		60.4			
			件数の割合	97.9		97.6		97.5			
		入 院	費用の割合	35.6		38.2		39.6			
			件数の割合	2.1		2.4		2.5			
1件あたり在院日数			13.0日		15.6日		15.7日				

項目		板柳町		県		国		データ元 (CSV)					
		実数	割合	実数	割合	実数	割合						
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	283,898,900	38.3	35.7	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)	39,515,180	5.3	6.1	8.2						
			糖尿病	87,629,530	11.8	12.3	10.4						
			高血圧症	51,999,910	7.0	7.1	5.9						
			脂質異常症	25,544,700	3.4	3.7	4.1						
			脳梗塞・脳出血	25,623,850	3.5	4.2	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	20,320,020	2.8	2.4	2.8						
			精神	49,859,060	6.7	12.0	14.7						
	筋・骨格	146,778,180	19.8	15.5	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	451	0.4	289	0.2	256	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分 類)			
				糖尿病	735	0.7	1,407	1.1	1,144				
				脂質異常症	47	0.0	36	0.0	53				
				脳梗塞・脳出血	5,790	5.3	7,118	5.3	5,993				
		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	虚血性心疾患	4,224	3.8	3,655	2.7	3,942				
				腎不全	1,498	1.4	3,214	2.4	4,051				
				高血圧症	12,595	6.3	13,548	6.3	10,143				
				糖尿病	21,438	10.8	22,773	10.6	17,720				
	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,861		2,291		2,031	KDB NO.3 健診・医療・介護データか らみる地域の健康課題			
				健診未受診者	11,736		14,012		13,295				
生活習慣病対象者 一人当たり			健診受診者	11,126		6,279		6,142					
			健診未受診者	33,820		38,404		40,210					
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	特定健診の 状況 県内市町村数 40市町村 同規模市区町村数 152市町村	健診受診者	1,246		73,809		6,503,152		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	42.0	県内18位 同規模93位	35.9	全国27位	35.3					
			特定保健指導終了者(実施率)	14	13.2	1,017	14.0	69,327	9.0				
			非肥満高血糖	122	9.8	8,352	11.3	588,083	9.0				
			メタボ	該当者	244	19.6	15,312	20.7	1,321,197		20.3		
				男性	183	31.0	10,516	32.1	923,222		32.0		
				女性	61	9.3	4,796	11.7	397,975		11.0		
			メタボ該当・ 予備群 レベル	予備群	119	9.6	7,981	10.8	730,607		11.2		
				男性	77	13.0	5,392	16.5	515,813		17.9		
				女性	42	6.4	2,589	6.3	214,794		5.9		
			メタボ該当・ 予備群 レベル	腹囲	総数	404	32.4	25,296	34.3		2,273,296	35.0	
					男性	285	48.2	17,193	52.5		1,592,747	55.3	
				女性	119	18.2	8,103	19.7	680,549		18.8		
				BMI	総数	91	7.3	5,215	7.1		304,276	4.7	
					男性	16	2.7	872	2.7		48,780	1.7	
				女性	75	11.5	4,343	10.6	255,496		7.1		
				血糖のみ	8	0.6	516	0.7	41,541		0.6		
				血圧のみ	87	7.0	5,952	8.1	514,593		7.9		
				脂質のみ	24	1.9	1,513	2.0	174,473		2.7		
血糖・血圧	47	3.8		3,018	4.1	193,722	3.0						
血糖・脂質	13	1.0	606	0.8	67,212	1.0							
血圧・脂質	115	9.2	6,663	9.0	630,648	9.7							
血糖・血圧・脂質	69	5.5	5,025	6.8	429,615	6.6							
6	① ②	問診の状況	服薬	高血圧	564	45.3	32,199	43.6	2,324,538	35.8			
			糖尿病	120	9.6	8,176	11.1	564,473	8.7				
			脂質異常症	381	30.6	21,765	29.5	1,817,350	28.0				
			既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	27	2.2	2,085	2.9	199,003	3.1			
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	42	3.4	3,677	5.1	349,845	5.5				
			腎不全	16	1.3	681	0.9	51,680	0.8				
貧血	10	0.8	3,538	5.5	669,737	10.6							
6	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬	生活習慣の 状況	喫煙	221	17.7	10,870	14.7	896,676	13.8				
			週3回以上朝食を抜く	102	8.2	5,510	8.6	609,166	10.3				
			週3回以上就寝前夕食	203	16.3	12,406	19.3	932,218	15.7				
			食べる速度が速い	369	29.6	17,769	27.6	1,590,713	26.8				
			20歳時体重から10kg以上増加	450	36.1	23,186	36.0	2,083,152	34.9				
			1回30分以上運動習慣なし	989	79.4	42,039	65.4	3,589,415	60.3				
			1日1時間以上運動なし	651	53.1	32,314	50.2	2,858,913	48.0				
			睡眠不足	290	23.3	14,869	23.1	1,521,685	25.6				
			毎日飲酒	375	30.1	19,378	26.6	1,585,206	25.5				
			時々飲酒	277	22.2	16,358	22.4	1,393,154	22.4				
			量 日 飲 酒	1合未満	587	48.8	33,113	56.5	2,851,798	64.2			
				1~2合	335	27.9	14,837	25.3	1,053,317	23.7			
				2~3合	144	12.0	6,590	11.2	414,658	9.3			
3合以上	136	11.3		4,113	7.0	122,039	2.7						

② 65～74歳(国保)

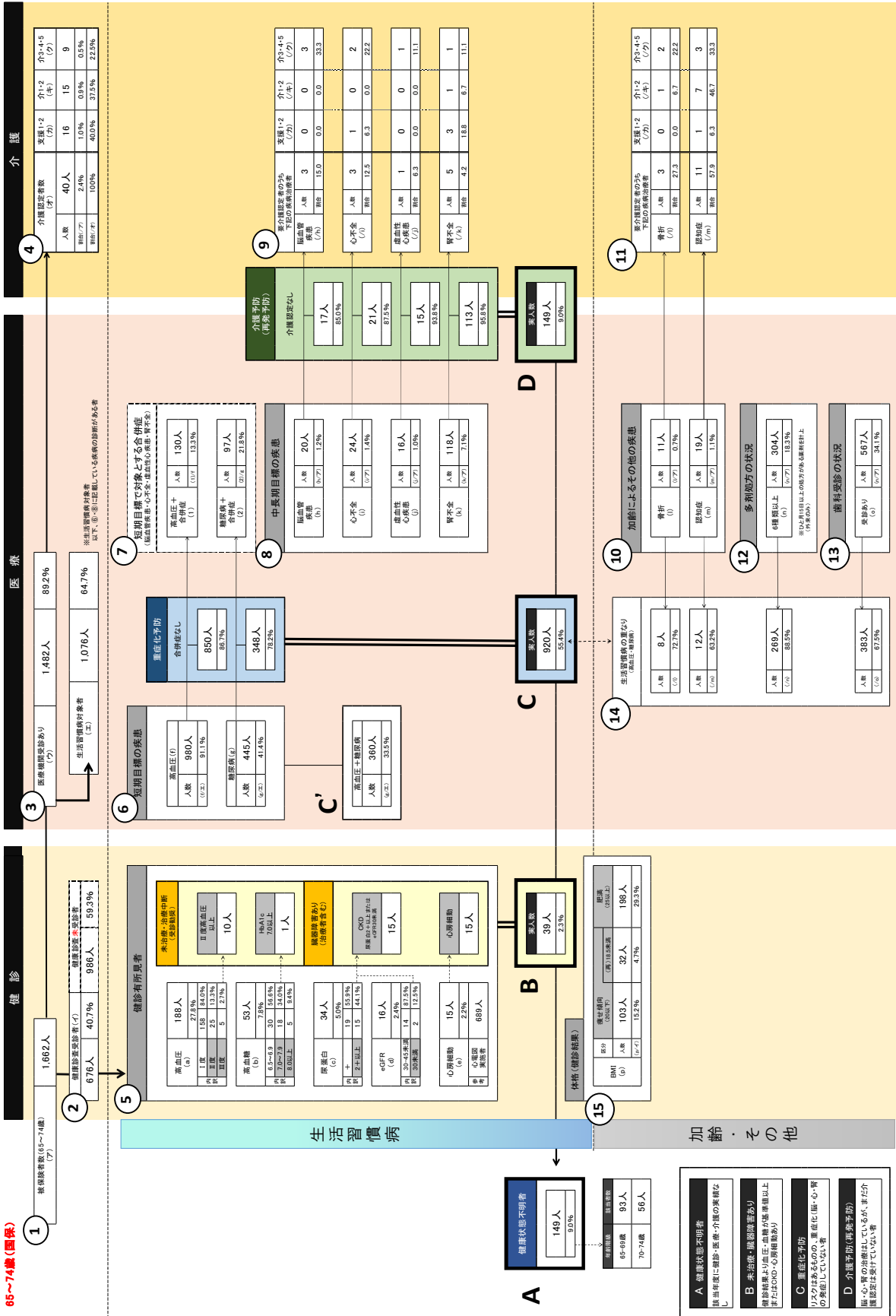
令和4年度

【65～74歳(国保)】
【65～74歳(国保)】

参考: 【65～74歳(国保)】
【65～74歳(国保)】

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

板柳町



④75歳以上(後期)

令和4年度

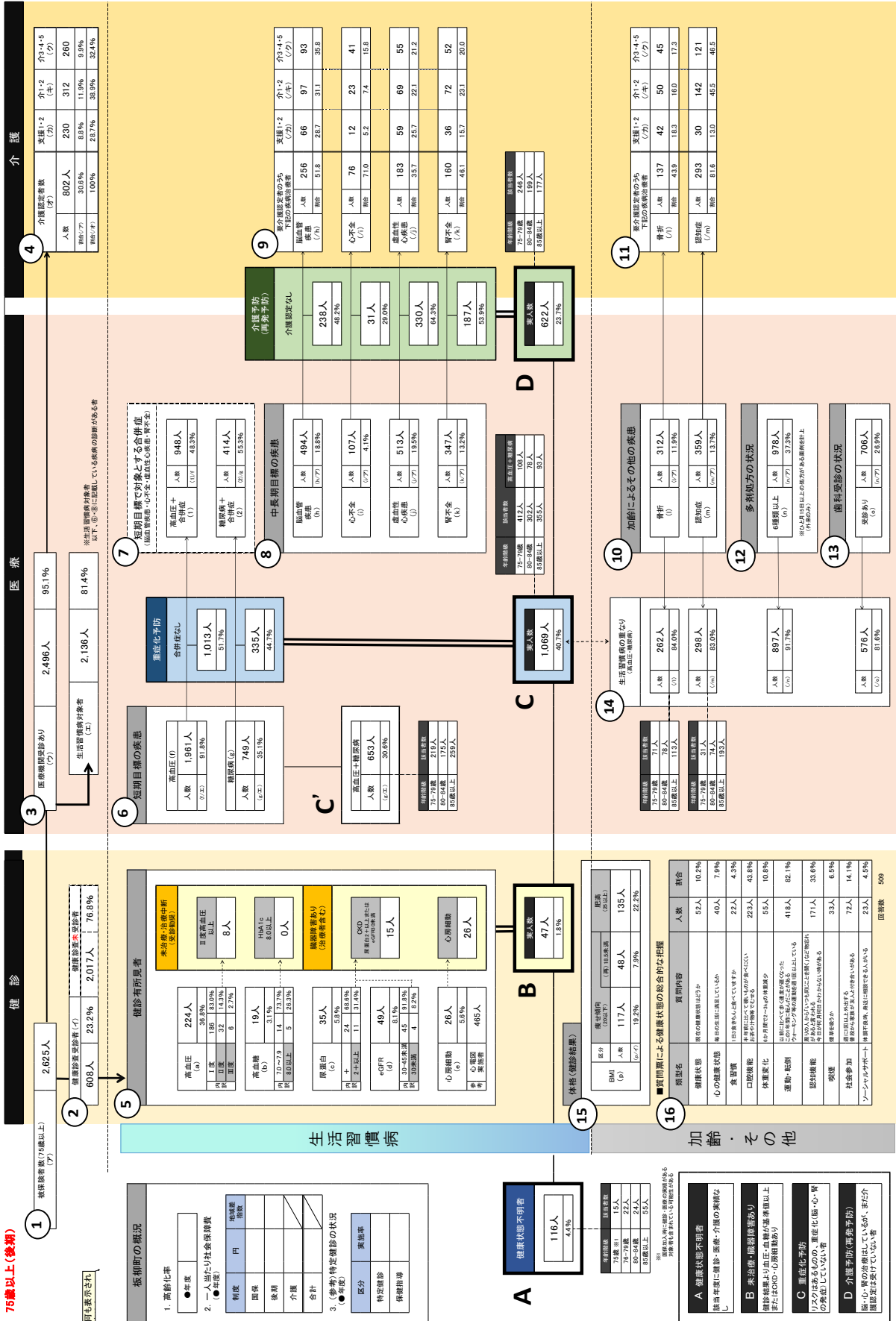
【09】厚生労働省標準形式-1
【特定高齢者等一斉管理システム】P6-A(17)

参考:【09】介護・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する
【09】後期高齢者の医療(介護)・介護受給状況

参考:【09】介護・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

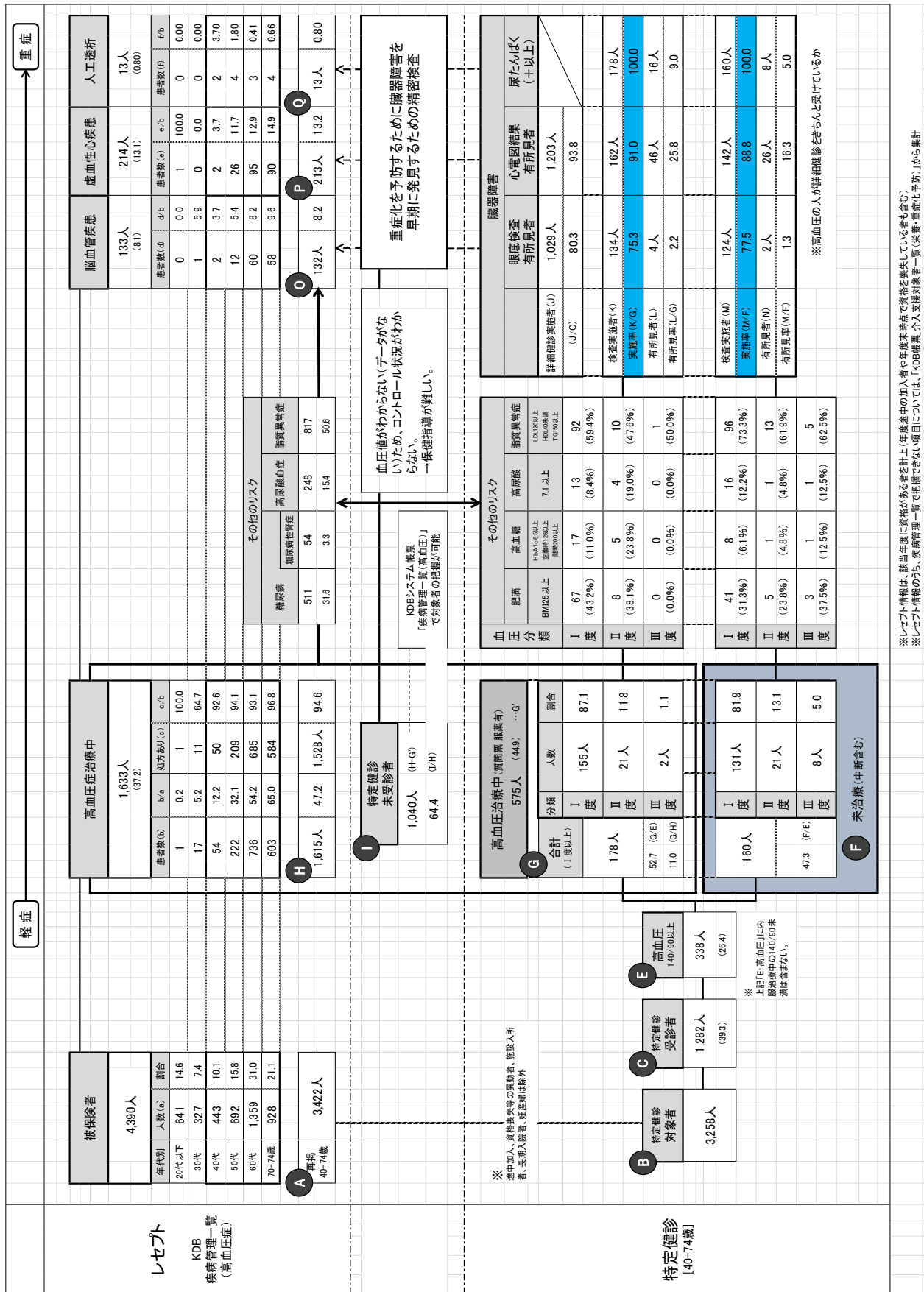
参考:【09】介護・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

参考:【09】介護・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する



参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	板柳町						同規模保険者(平均)		データ基	
			R02年度		R03年度		R04年度		R04年度同規模保険者数152			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	4,457人		4,311人		4,175人				KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		3,487人		3,416人		3,329人					
2	① 特定健診 対象者数	B	3,173人		3,081人		2,940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	1,322人		1,335人		1,283人					
	③ 受診率		41.7%		43.3%		42.4%					
3	① 特定保健指導 対象者数		112人		107人		106人					
	② 実施率		86.6%		82.2%		79.2%					
4	①-⑪ 健診データ	糖尿病型	E	173人	13.1%	181人	13.6%	168人	13.1%			特定健診結果
		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	51人	29.5%	46人	25.4%	46人	27.4%			
		治療中(質問票 服薬あり)	G	122人	70.5%	135人	74.6%	122人	72.6%			
		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	39人	32.0%	58人	43.0%	51人	41.8%			
		血圧 130/80以上		24人	61.5%	35人	60.3%	32人	62.7%			
		肥満 BMI25以上		19人	48.7%	33人	56.9%	28人	54.9%			
		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	83人	68.0%	77人	57.0%	71人	58.2%			
		第1期 尿蛋白(一)	M	145人	83.8%	141人	77.9%	143人	85.1%			
		第2期 尿蛋白(±)		8人	4.6%	23人	12.7%	8人	4.8%			
		第3期 尿蛋白(+)		20人	11.6%	17人	9.4%	16人	9.5%			
		第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	1人	0.6%			
5	①-⑯ レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)		96.3人		96.3人		110.9人				KDB 厚生労働省様式 様式3-2
		(再掲)40-74歳(被保険者対)		121.3人		120.0人		137.3人				
		レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者対	入院外(件数)	2,998件	(886.2)	3,076件	(938.9)	2,949件	(936.5)	2,199件	(857.4)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)
			入院(件数)	17件	(5.0)	13件	(4.0)	9件	(2.9)	11件	(4.8)	
		糖尿病治療中	H	429人	9.6%	415人	9.6%	463人	11.1%			
		(再掲)40-74歳		423人	12.1%	410人	12.0%	457人	13.7%			
		健診未受診者	I	301人	71.2%	275人	67.1%	335人	73.3%			KDB 厚生労働省様式 様式3-2
		インスリン治療	O	49人	11.4%	50人	12.0%	50人	10.8%			
		(再掲)40-74歳		47人	11.1%	48人	11.7%	49人	10.7%			
		糖尿病性腎症	L	48人	11.2%	44人	10.6%	48人	10.4%			
		(再掲)40-74歳		47人	11.1%	43人	10.5%	47人	10.3%			
		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		4人	0.9%	2人	0.5%	2人	0.4%			
		(再掲)40-74歳		4人	0.9%	2人	0.5%	2人	0.4%			
		新規透析患者数		1		4		6				
		(再掲)糖尿病性腎症		0	0%	1	25.0%	2	33.3%			
		【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)		12人	2.2%	10人	1.8%	9人	1.7%			KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
6	①-⑮ 医療費	総医療費		11億3189万円		11億3305万円		12億3357万円		10億9648万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題
		生活習慣病総医療費		6億4909万円		6億5187万円		7億4186万円		5億9067万円		
		(総医療費に占める割合)		57.3%		57.5%		60.1%		53.9%		
		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	8,159円		7,744円		11,126円		6,275円		
			健診未受診者	29,747円		30,154円		33,820円		37,637円		
		糖尿病医療費		9970万円		9670万円		8763万円		6602万円		
		(生活習慣病総医療費に占める割合)		15.4%		14.8%		11.8%		11.2%		
		糖尿病入院外総医療費		1億8745万円		2億1206万円		2億2810万円				
		1件あたり		32,141円		35,162円		38,911円				
		糖尿病入院総医療費		1億0546万円		7729万円		1億3399万円				
		1件あたり		599,225円		581,093円		656,835円				
		在院日数		14日		13日		13日				
		慢性腎不全医療費		4033万円		3066万円		4487万円		4999万円		
		透析有り		3804万円		2920万円		3952万円		4634万円		
		透析なし		230万円		145万円		536万円		364万円		
7	①-② 介護	介護給付費		14億8468万円		15億4101万円		15億6163万円		13億3151万円		
		(2号認定者)糖尿病合併症		1件	11.1%	1件	14.3%	0件	#VALUE!			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		3人	1.2%	3人	1.2%	5人	2.2%	2人	1.1%	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7 HbA1Cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		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			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
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	1,473	913	62.0%	350	23.8%	123	8.4%	48	3.3%	21	1.4%	18	1.2%	27	1.8%	14	1.0%
H30	1,429	584	40.9%	542	37.9%	176	12.3%	80	5.6%	33	2.3%	14	1.0%	22	1.5%	10	0.7%
R01	1,473	966	65.6%	324	22.0%	107	7.3%	45	3.1%	22	1.5%	9	0.6%	19	1.3%	8	0.5%
R02	1,380	871	63.1%	306	22.2%	119	8.6%	49	3.6%	25	1.8%	10	0.7%	19	1.4%	8	0.6%
R03	1,383	757	54.7%	392	28.3%	129	9.3%	57	4.1%	34	2.5%	14	1.0%	26	1.9%	7	0.5%
R04	1,282	765	59.7%	320	25.0%	115	9.0%	46	3.6%	29	2.3%	7	0.5%	17	1.3%	3	0.2%

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HbA1c6.5以上の方の減少は

出典：ヘルスサポートラボツール

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上	再掲		再)7.0以上	未治療	治療	
						再掲	再掲				
						人数	割合				
H29	1,473	913	350	123	87	30	57	5.9%	34.5%	65.5%	5.9%
		62.0%	23.8%	8.4%	39	16	23	2.6%	41.0%	59.0%	2.6%
H30	1,429	584	542	176	127	40	87	8.9%	31.5%	68.5%	8.9%
		40.9%	37.9%	12.3%	47	12	35	3.3%	25.5%	74.5%	3.3%
R01	1,473	966	324	107	76	23	53	5.2%	30.3%	69.7%	5.2%
		65.6%	22.0%	7.3%	31	6	25	2.1%	19.4%	80.6%	2.1%
R02	1,380	871	306	119	84	29	55	6.1%	34.5%	65.5%	6.1%
		63.1%	22.2%	8.6%	35	12	23	2.5%	34.3%	65.7%	2.5%
R03	1,383	757	392	129	105	32	73	7.6%	30.5%	69.5%	7.6%
		54.7%	28.3%	9.3%	48	14	34	3.5%	29.2%	70.8%	3.5%
R04	1,282	765	320	115	82	22	60	6.4%	26.8%	73.2%	6.4%
		59.7%	25.0%	9.0%	36	6	30	2.8%	16.7%	83.3%	2.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		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			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		
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	114	7.7%	3	2.6%	12	10.5%	42	36.8%	34	29.8%	15	13.2%	8	7.0%	12	10.5%	6	5.3%
	H30	131	9.2%	1	0.8%	13	9.9%	30	22.9%	52	39.7%	25	19.1%	10	7.6%	18	13.7%	6	4.6%
	R01	141	9.6%	18	12.8%	26	18.4%	44	31.2%	28	19.9%	18	12.8%	7	5.0%	15	10.6%	6	4.3%
	R02	131	9.5%	9	6.9%	20	15.3%	47	35.9%	32	24.4%	17	13.0%	6	4.6%	15	11.5%	4	3.1%
	R03	139	10.1%	3	2.2%	14	10.1%	49	35.3%	39	28.1%	26	18.7%	8	5.8%	17	12.2%	4	2.9%
R04	122	9.5%	3	2.5%	17	13.9%	42	34.4%	30	24.6%	26	21.3%	4	3.3%	13	10.7%	2	1.6%	
治療なし	H29	1,359	92.3%	910	67.0%	338	24.9%	81	6.0%	14	1.0%	6	0.4%	10	0.7%	15	1.1%	8	0.6%
	H30	1,298	90.8%	583	44.9%	529	40.8%	146	11.2%	28	2.2%	8	0.6%	4	0.3%	4	0.3%	4	0.3%
	R01	1,332	90.4%	948	71.2%	298	22.4%	63	4.7%	17	1.3%	4	0.3%	2	0.2%	4	0.3%	2	0.2%
	R02	1,249	90.5%	862	69.0%	286	22.9%	72	5.8%	17	1.4%	8	0.6%	4	0.3%	4	0.3%	4	0.3%
	R03	1,244	89.9%	754	60.6%	378	30.4%	80	6.4%	18	1.4%	8	0.6%	6	0.5%	9	0.7%	3	0.2%
R04	1,160	90.5%	762	65.7%	303	26.1%	73	6.3%	16	1.4%	3	0.3%	3	0.3%	4	0.3%	1	0.1%	

出典：ヘルスサポートラボツール

参考資料8 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	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	1,473	545	37.0%	231	15.7%	349	23.7%	297	20.2%	47	3.2%	4	0.3%
H30	1,429	533	37.3%	208	14.6%	375	26.2%	249	17.4%	48	3.4%	16	1.1%
R01	1,473	532	36.1%	199	13.5%	388	26.3%	288	19.6%	54	3.7%	12	0.8%
R02	1,380	479	34.7%	186	13.5%	364	26.4%	280	20.3%	55	4.0%	16	1.2%
R03	1,383	431	31.2%	197	14.2%	410	29.6%	294	21.3%	44	3.2%	7	0.5%
R04	1,282	404	31.5%	180	14.0%	360	28.1%	286	22.3%	42	3.3%	10	0.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲
					再Ⅲ度高血圧	未治療	治療	
H29	1,473	776 52.7%	349 23.7%	297 20.2%	51	30	21	3.5%
					4	3	1	
H30	1,429	741 51.9%	375 26.2%	249 17.4%	64	39	25	4.5%
					16	12	4	
R01	1,473	731 49.6%	388 26.3%	288 19.6%	66	41	25	4.5%
					12	11	1	
R02	1,380	665 48.2%	364 26.4%	280 20.3%	71	38	33	5.1%
					16	11	5	
R03	1,383	628 45.4%	410 29.6%	294 21.3%	51	27	24	3.7%
					7	5	2	
R04	1,282	584 45.6%	360 28.1%	286 22.3%	52	29	23	4.1%
					10	8	2	

出典：ヘルスサポートラボツール

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	562	38.2%	144	25.6%	85	15.1%	174	31.0%	138	24.6%	20	3.6%	1	0.2%
	H30	598	41.8%	153	25.6%	101	16.9%	184	30.8%	135	22.6%	21	3.5%	4	0.7%
	R01	619	42.0%	163	26.3%	101	16.3%	180	29.1%	150	24.2%	24	3.9%	1	0.2%
	R02	589	42.7%	141	23.9%	95	16.1%	171	29.0%	149	25.3%	28	4.8%	5	0.8%
	R03	613	44.3%	135	22.0%	91	14.8%	204	33.3%	159	25.9%	22	3.6%	2	0.3%
R04	575	44.9%	114	19.8%	103	17.9%	180	31.3%	155	27.0%	21	3.7%	2	0.3%	
治療なし	H29	911	61.8%	401	44.0%	146	16.0%	175	19.2%	159	17.5%	27	3.0%	3	0.3%
	H30	831	58.2%	380	45.7%	107	12.9%	191	23.0%	114	13.7%	27	3.2%	12	1.4%
	R01	854	58.0%	369	43.2%	98	11.5%	208	24.4%	138	16.2%	30	3.5%	11	1.3%
	R02	791	57.3%	338	42.7%	91	11.5%	193	24.4%	131	16.6%	27	3.4%	11	1.4%
	R03	770	55.7%	296	38.4%	106	13.8%	206	26.8%	135	17.5%	22	2.9%	5	0.6%
R04	707	55.1%	290	41.0%	77	10.9%	180	25.5%	131	18.5%	21	3.0%	8	1.1%	

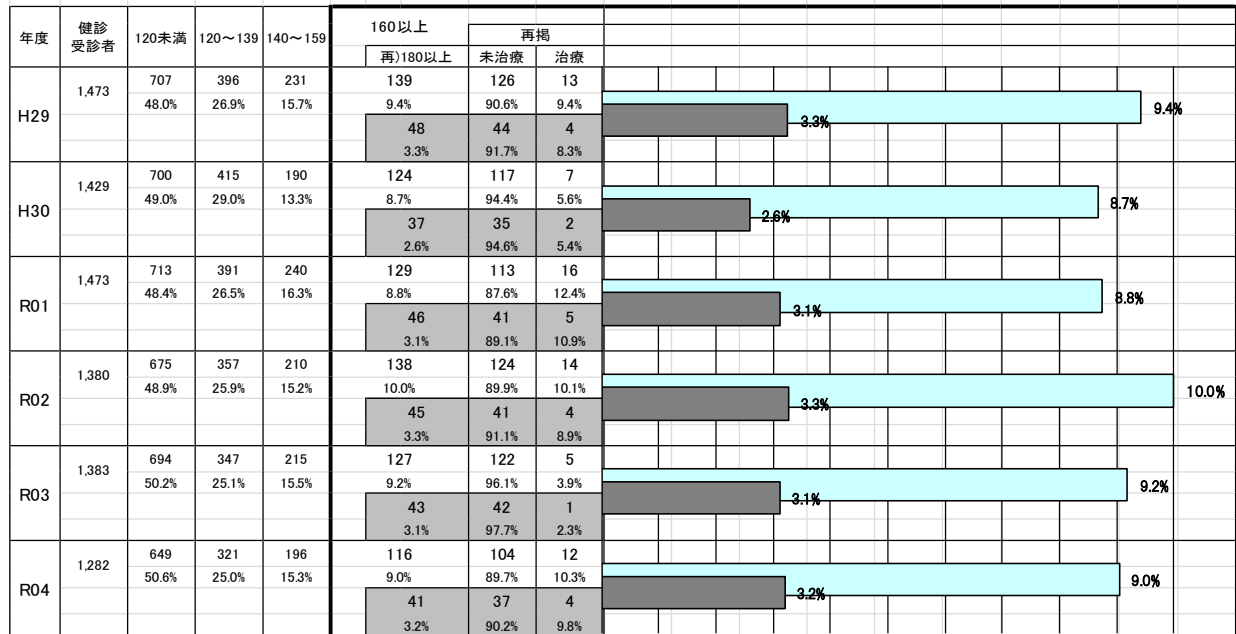
出典：ヘルスサポートラボツール

参考資料9 LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H29	1,473	707	48.0%	396	26.9%	231	15.7%	91	6.2%	48	3.3%
	H30	1,429	700	49.0%	415	29.0%	190	13.3%	87	6.1%	37	2.6%
	R01	1,473	713	48.4%	391	26.5%	240	16.3%	83	5.6%	46	3.1%
	R02	1,380	675	48.9%	357	25.9%	210	15.2%	93	6.7%	45	3.3%
	R03	1,383	694	50.2%	347	25.1%	215	15.5%	84	6.1%	43	3.1%
R04	1,282	649	50.6%	321	25.0%	196	15.3%	75	5.9%	41	3.2%	
男性	H29	679	347	51.1%	175	25.8%	98	14.4%	42	6.2%	17	2.5%
	H30	636	335	52.7%	164	25.8%	88	13.8%	34	5.3%	15	2.4%
	R01	660	333	50.5%	183	27.7%	102	15.5%	26	3.9%	16	2.4%
	R02	642	336	52.3%	154	24.0%	93	14.5%	41	6.4%	18	2.8%
	R03	654	351	53.7%	150	22.9%	91	13.9%	45	6.9%	17	2.6%
R04	603	335	55.6%	139	23.1%	84	13.9%	32	5.3%	13	2.2%	
女性	H29	794	360	45.3%	221	27.8%	133	16.8%	49	6.2%	31	3.9%
	H30	793	365	46.0%	251	31.7%	102	12.9%	53	6.7%	22	2.8%
	R01	813	380	46.7%	208	25.6%	138	17.0%	57	7.0%	30	3.7%
	R02	738	339	45.9%	203	27.5%	117	15.9%	52	7.0%	27	3.7%
	R03	729	343	47.1%	197	27.0%	124	17.0%	39	5.3%	26	3.6%
R04	679	314	46.2%	182	26.8%	112	16.5%	43	6.3%	28	4.1%	

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

出典：ヘルスサポートラボツール



出典：ヘルスサポートラボツール

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		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	327	22.2%	216	66.1%	67	20.5%	31	9.5%	9	2.8%	4	1.2%
	H30	351	24.6%	244	69.5%	79	22.5%	21	6.0%	5	1.4%	2	0.6%
	R01	386	26.2%	263	68.1%	78	20.2%	29	7.5%	11	2.8%	5	1.3%
	R02	372	27.0%	241	64.8%	82	22.0%	35	9.4%	10	2.7%	4	1.1%
	R03	404	29.2%	295	73.0%	73	18.1%	31	7.7%	4	1.0%	1	0.2%
R04	393	30.7%	277	70.5%	78	19.8%	26	6.6%	8	2.0%	4	1.0%	
治療なし	H29	1,146	77.8%	491	42.8%	329	28.7%	200	17.5%	82	7.2%	44	3.8%
	H30	1,078	75.4%	456	42.3%	336	31.2%	169	15.7%	82	7.6%	35	3.2%
	R01	1,087	73.8%	450	41.4%	313	28.8%	211	19.4%	72	6.6%	41	3.8%
	R02	1,008	73.0%	434	43.1%	275	27.3%	175	17.4%	83	8.2%	41	4.1%
	R03	979	70.8%	399	40.8%	274	28.0%	184	18.8%	80	8.2%	42	4.3%
R04	889	69.3%	372	41.8%	243	27.3%	170	19.1%	67	7.5%	37	4.2%	

出典：ヘルスサポートラボツール