

基山町国民健康保険  
第3期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)  
令和6年度～令和11年度

令和6年3月

基山町

# 保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

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

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

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化・・・10

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

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……………34

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

第4章 課題解決するための個別保健事業 .....42

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

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

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し .....70

1. 評価の時期

2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い .....71

1. 計画の公表・周知

2. 個人情報の取扱い

参考資料 .....72

# 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

## 1. 背景・目的

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

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

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

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

---

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

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

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

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

---

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

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

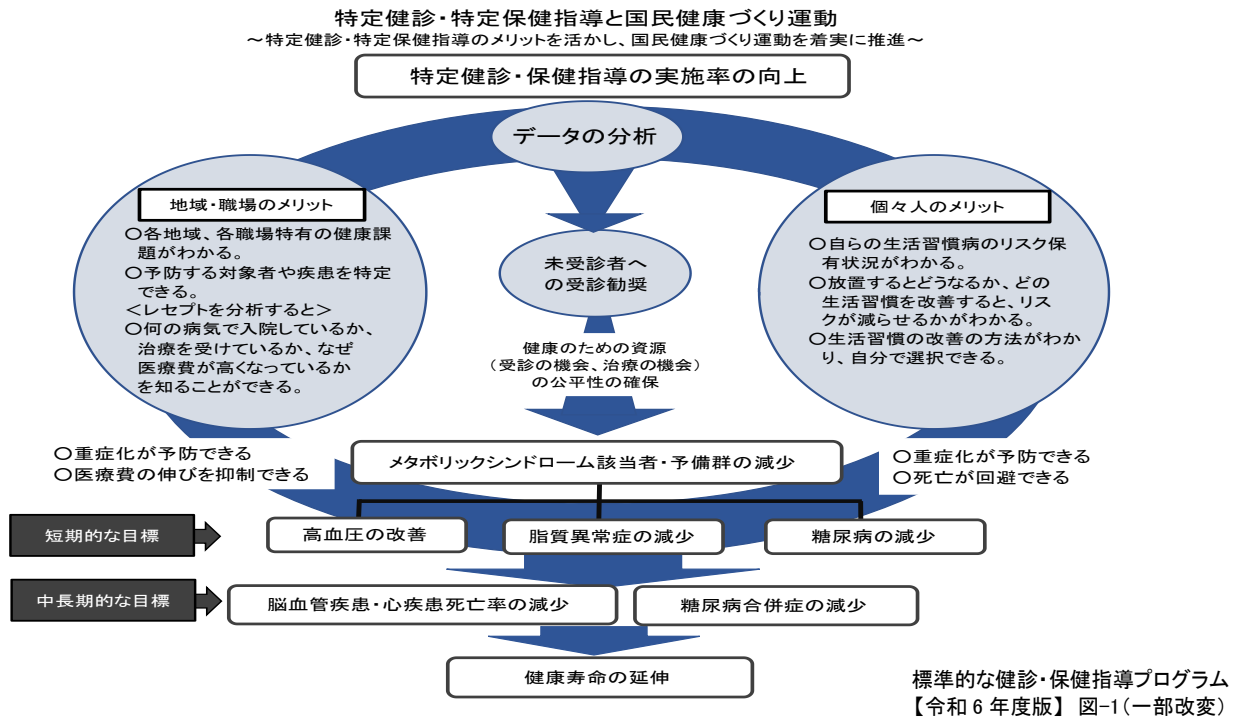
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

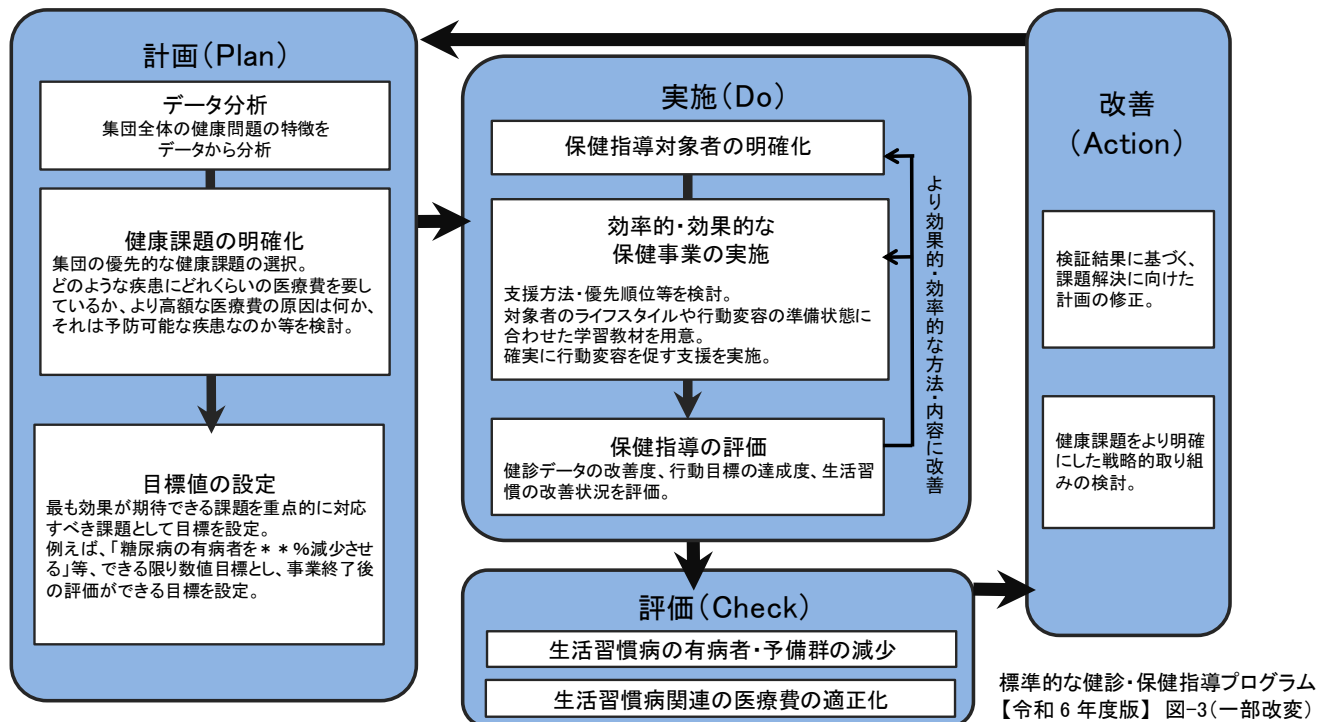
	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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 世代の生活習慣等の改善、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	がん  認知症 フレイル 口腔機能、低栄養	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」  51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心  参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進  (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・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



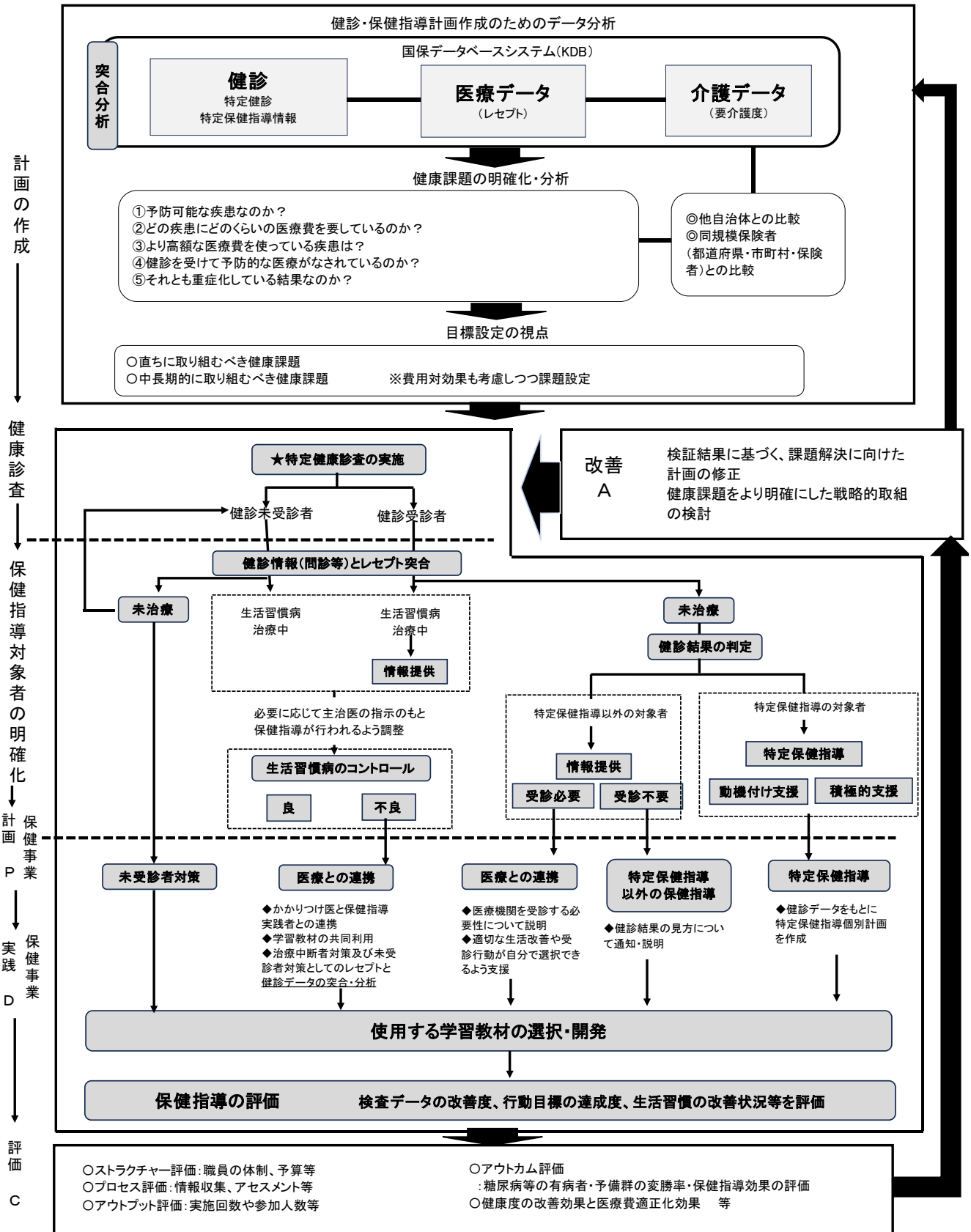
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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



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

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
	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

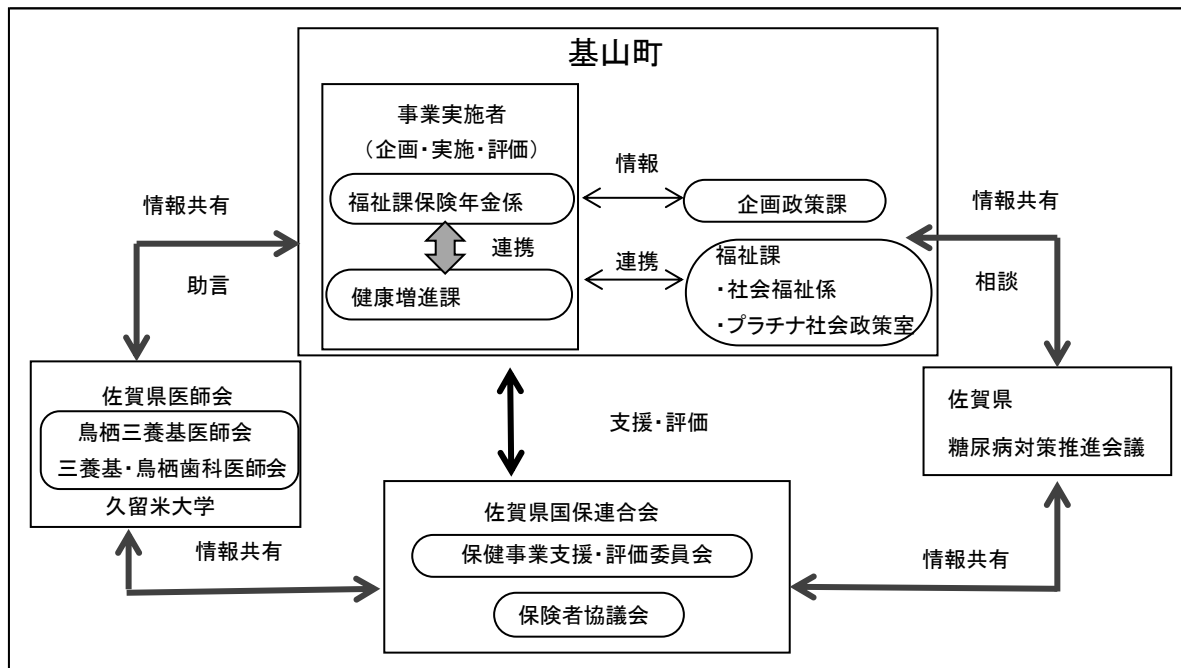
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、福祉課保険年金係、福祉課(社会福祉係、プラチナ社会政策室)など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 基山町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担<例>

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

	保	保	保	保	保	管栄	管栄	管栄	管栄	事 (係長)	事
国保事務										○	◎
健康診断 保健指導	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
がん検診	○	◎	○	○	○					○	○
新型コロナ ワクチン	○									○	
予防接種	○	○	◎	○	○					○	
母子保健	○	○	○	○	◎	○	○	○	○		
歯科保健				◎						○	

## 2) 関係機関との連携

計画の策定から評価までの一連のプロセスにおいては、各外部有識者等との連携・協力が重要となります。

佐賀県国保連合会及び国保連に設置された保健事業支援・評価委員会からは健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析、保健事業の技術的支援を得ることとします。

また、基山町国民健康保険運営協議会を始めとした機会を通じ、鳥栖三養基医師会や三養基・鳥栖歯科医師会等、地域の医療機関と連携し、保健事業の実施を行っていきます。また、連携協定を締結する久留米大学からも各学部からの支援をいただきます。

上記の連携には、財政責任があり、運営主体・共同保険である佐賀県の関与は、保険者機能の強化において、特に重要となるため、密に連携を行うように努める必要性があります。

特に、基山町国民健康保険においては、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力・情報の共有に努めることが重要であり、このためには保険者協議会等の機会を活用することも重要です。

### <参考>手引きより抜粋

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・協力が重要となる。

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、国保連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、協力する。

また、都道府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、都道府県の関与が更に重要となる。

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

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

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る。

## 3) 被保険者の役割

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

## 5. 保険者努力支援制度

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

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

図表8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点		
		基山町	配点	基山町	配点	基山町	配点	
交付額(万円)		818		917		908		
全国順位(1,741市町村中)		456位		120位		156位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	115	70	115	70	
		(2)特定保健指導実施率	40		70		70	
		(3)メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	20	37	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	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	75	90	50	45	55	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	40	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	110	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	55	100	55	100	55	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	25	30	35	40	35	40
	⑤	第三者求償の取組	38	40	43	50	33	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	77	95	77	100	74	100
合計点		635	1,000	725	960	694	940	

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1. 保険者の特性

本町は、人口約 1.7 万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で 31.2%でした。同規模と比較すると高齢化率と死亡率は低く、出生率は高いため、被保険者の平均年齢は 58 歳と同規模と比べて高くなっています。財政指数は他と比べると高く、産業においては、第3次産業が 73.1%と同規模と比較し 10%以上高く、サービス業の割合が高いことにより、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性から、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表 9)

国保加入率は約 20%を推移しており、被保険者数は年々減少傾向で、年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が半数以上を占めています。これは同規模及び県平均よりも高いです。(図表 10)

また本町内には1つの病院、11 の診療所があり、これはいずれも同規模と比較して多く、病床数も多いことに加え、県境に存在することから他県も含めた医療資源に恵まれており、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあります。(図表 11)

図表 9 同規模・県・国と比較した基山町の特性

	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
基山町	17,108	31.2	3,447 (20.1)	57.9	7.3	10.6	0.7	3.4	23.5	73.1
同規模	--	36.0	23.2	55.9	5.3	14.7	0.5	10.9	27.1	61.9
県	--	30.8	21.7	53.4	7.5	12.5	0.4	8.7	24.2	67.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、基山町と同規模保険者(111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	3,556		3,494		3,551		3,478		3,447	
65～74歳	1,933	54.4	1,961	56.1	2,015	56.7	2,014	57.9	1,963	56.9
40～64歳	1,011	28.4	939	26.9	926	26.1	895	25.7	891	25.8
39歳以下	612	17.2	594	17.0	610	17.2	569	16.4	593	17.2
加入率	20.4		20.1		20.4		20.0		20.1	

出典：KDBシステム\_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
病院数	2	0.6	2	0.6	1	0.3	1	0.3	1	0.3	0.3	0.6
診療所数	9	2.5	11	3.1	11	3.1	11	3.2	11	3.2	2.8	4.0
病床数	267	75.1	267	76.4	160	45.1	160	46.0	160	46.4	45.4	83.5
医師数	12	3.4	12	3.4	15	4.2	15	4.3	18	5.2	6.6	14.1
外来患者数	801.9		802.4		760.6		801.7		821.3		721.7	784.4
入院患者数	23.0		25.3		20.7		23.0		23.5		21.9	27.7

出典：KDBシステム\_地域の全体像の把握

## 2. 第2期計画にかかる評価及び考察

### 1) 第2期計画にかかる評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

#### (1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

##### ① 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で16人(認定率0.3%)と平成30年度と比べて横ばいで推移しています。1号(65歳以上)被保険者で800人(認定率15.0%)と平成30年度に比べ104人増加していますが、同規模・県・国と比較すると認定率は低いです。(図表 12)

認定率が下がったことに加えて、一人当たり給付費も下がったにも関わらず、介護給付費は1,200万円ほど増えていました。これは団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり75歳以上の認定者数が100人ほど増えているためだと考えられます。(図表 13)

また、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、予防可能な循環器疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、半数近い有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の有病状況は、2号被保険者で約7割、1号被保険者で9割以上と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	基山町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	4,754人	27.3%	5,344人	31.2%	36.0%	30.8%	28.7%
2号認定者	17人	0.29%	16人	0.30%	0.40%	0.33%	0.38%
新規認定者	5人		2人		--	--	--
1号認定者	696人	14.6%	800人	15.0%	18.8%	18.6%	19.4%
新規認定者	104人		110人		--	--	--
再掲	65～74歳		78人		2.7%	--	--
新規認定者	16人		21人		--	--	--
再掲	75歳以上		722人		29.8%	--	--
新規認定者	88人		89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

	基山町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	11億1634万円	↑11億2872万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	234,822	↓ 211,212	297,567	286,277	290,668
1件あたり給付費(円)全体	67,262	61,628	70,292	69,755	59,662
居室サービス	50,340	46,118	43,991	50,348	41,272
施設サービス	289,972	278,956	291,264	290,902	296,364

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		16		78		722		800				
再)国保・後期		11		59		714		773				
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器 疾患	1	脳卒中	5 45.5%	脳卒中	23 39.0%	脳卒中	336 47.1%	脳卒中	359 46.4%	脳卒中	364 46.4%
		2	腎不全	1 9.1%	虚血性 心疾患	18 30.5%	虚血性 心疾患	333 46.6%	虚血性 心疾患	351 45.4%	虚血性 心疾患	351 44.8%
		3	虚血性 心疾患	0 0.0%	腎不全	13 22.0%	腎不全	147 20.6%	腎不全	160 20.7%	腎不全	161 20.5%
	合併症	4	糖尿病 合併症	2 18.2%	糖尿病 合併症	8 13.6%	糖尿病 合併症	78 10.9%	糖尿病 合併症	86 11.1%	糖尿病 合併症	88 11.2%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			8 72.7%	基礎疾患	55 93.2%	基礎疾患	675 94.5%	基礎疾患	730 94.4%	基礎疾患	738 94.1%
	血管疾患合計			8 72.7%	合計	57 96.6%	合計	691 96.8%	合計	748 96.8%	合計	756 96.4%
	認知症			2 18.2%	認知症	16 27.1%	認知症	342 47.9%	認知症	358 46.3%	認知症	360 45.9%
	筋・骨格疾患			5 45.5%	筋骨格系	56 94.9%	筋骨格系	683 95.7%	筋骨格系	739 95.6%	筋骨格系	744 94.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

## ② 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少しているにもかかわらず総医療費は4千万円ほど増えており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約5万円高く、平成 30 年度と比較しても 2.5 万円伸びています。また入院医療費は、全体のレセプトのわずか3%程度にも関わらず、医療費全体の4割を占めています。1件あたりの入院費用額は平成 30 年度と比較して3千円ほど低くなっていますが、同規模と比べると4千円高い状況です。また外来費用額は、同規模と比べて千円程高く、平成 30 年と比較して費用額も2千円程増え、費用の割合も2%程増えています。(図表 15)

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の1を超えています。平成 30 年度と令和 2 年度を比較すると、国民健康保険は地域差指数が低くなっています。(図表 16)これは入院費用が下がったことが要因と考えられます。



しかし、後期高齢者医療の地域差指数は伸びており、国民健康保険の時点で、いかに重症化を予防できるかがより重要となり、保健事業と介護予防の一体的事業を実施していく中では、福祉課とも連携が大切になってくると思われます。

図表 15 医療費の推移

		基山町		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)		3,556人	3,447人	--	--	--
前期高齢者割合		1,933人 (54.4%)	1,963人 (56.9%)	--		
総医療費		14億4124万円	↑14億8286万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		405,297	↑430,188	382,035	431,999	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	609,110	605,990	601,790	585,050	617,950
	費用の割合	42.8	40.3	42.6	46.2	39.6
	件数の割合	2.8	2.8	2.9	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	23,380	25,710	24,640	24,060	24,220
	費用の割合	57.2	59.7	57.4	53.8	60.4
	件数の割合	97.2	97.2	97.1	96.6	97.5
受診率		824.912	844.768	743.593	812.114	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は基山町と同規模保険者111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			
	基山町 (県内市町村中)		県 (47県中)	基山町 (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	1.098	1.019	1.218	1.069	1.152	1.144
		(20位)	(20位)	(1位)	(17位)	(10位)	(6位)
	入院	1.165	1.014	1.398	1.205	1.316	1.232
		(20位)	(20位)	(2位)	(11位)	(6位)	(9位)
	外来	1.072	1.031	1.108	0.928	0.994	1.057
		(15位)	(17位)	(2位)	(20位)	(15位)	(6位)

出典：地域差分析(厚労省)

### ③ 中長期目標疾患の医療費の変化

本町国保の総医療費を平成30年度と比較すると、令和4年度は4千万円程増えていますが、中長期目標疾患の医療費合計は7千万円程減っており、脳、心臓、腎臓すべての疾患において、割合も減少していました。しかし、中長期目標疾患の医療費合計が占める割合については、同規模・県・国よりも高くなっています。中長期目標疾患の中では、特に慢性腎不全(透析有)の割合が高くなっています。後期に関しては中長期目標疾患の医療費合計が占める割合が14.18%と高く、内訳をみると、脳血管疾患が国保と比較すると4倍以上に高くなっています。(図表17)

次に中長期目標疾患の治療状況について平成30年度と比較すると、虚血性心疾患と人工透析が、



治療者数・割合とともに減少していますが、脳血管疾患については、治療者数・割合ともに増加していました。(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

		基山町国保		同規模	県	国	基山町後期	
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
総医療費(円)		14億4124万円	↑14億8286万円	--	--	--	24億8855万円	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		2億1116万円	↓1億3955万円	--	--	--	3億5288万円	
		14.65%	9.41%	7.88%	8.86%	8.03%	14.18%	
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	3.94%	1.84%	2.17%	2.15%	2.03%	8.90%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.17%	1.13%	1.42%	1.04%	1.45%	0.62%
	腎	慢性腎不全(透析有)	8.32%	6.26%	4.00%	5.37%	4.26%	4.29%
		慢性腎不全(透析無)	0.22%	0.18%	0.29%	0.29%	0.29%	0.37%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		13.94%	17.98%	17.02%	14.40%	16.69%	8.80%
	筋・骨疾患		8.24%	10.75%	8.86%	8.87%	8.68%	4.87%
	精神疾患		7.48%	7.59%	8.15%	10.73%	7.63%	13.80%

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		疾 患 別	中長期目標の疾患						
					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	3,556	3,447	a	370	413	283	251	30	22	
				a/A	10.4%	↑12.0%	8.0%	7.3%	0.8%	0.6%	
40歳以上	B	2,944	2,854	b	369	409	283	250	30	22	
	B/A	82.8%	82.8%	b/B	12.5%	14.3%	9.6%	8.8%	1.0%	0.8%	
再 掲	40~64歳	C	1,011	891	c	66	60	39	44	9	6
		C/A	28.4%	25.8%	c/C	6.5%	6.7%	3.9%	↑4.9%	0.9%	0.7%
	65~74歳	D	1,933	1,963	d	303	349	244	206	21	16
		D/A	54.4%	56.9%	d/D	15.7%	↑17.8%	12.6%	10.5%	1.1%	0.8%

出典：KDBシステム\_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)

地域の全体像の把握

介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

## (2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

### ① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の治療状況を見ると、3疾患とも治療者の割合は増加しています。3疾患ともに再掲 40～64 歳の割合は減少していますが、65～74 歳で増加しています。(図表 19～21)

合併症(中長期目標疾患)である脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の 40 歳以上の割合をみると、高血圧と脂質異常症の治療者では脳血管疾患の割合が増加し、虚血性心疾患と人工透析の割合は減少しています。糖尿病治療者では、脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析すべて減少しています。

さらに詳しく見ると、高血圧と脂質異常症の治療者のうち再掲 65～74 歳ではどの合併症も割合は減少していますが、40～64 歳では合併症の割合が増加している状況です。また、糖尿病治療者を見ると、糖尿病合併症である糖尿病性腎症だけはすべての年代で割合が増加しています。

短期目標である3疾患は、治療を適切に継続することで合併症(重症化)の予防につながると考えますが、特に糖尿病性腎症に関しては治療だけでなく、生活習慣の改善も一緒に行う必要があります。

以上より、適切な治療が継続できるよう、また治療とともに食事や運動等の生活習慣について一緒に考えられるような個別の保健指導が必要だと考えます。

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	1,267	1,266	258	219	1,009	1,047	
	A/被保数	43.0%	↑ 44.4%	25.5%	24.6%	52.2%	↑ 53.3%	
(中長期 合併目標 疾患)	脳血管疾患	B	151	158	19	24	132	134
		B/A	11.9%	↑ 12.5%	7.4%	↑ 11.0%	13.1%	12.8%
	虚血性心疾患	C	193	166	24	26	169	140
		C/A	15.2%	13.1%	9.3%	↑ 11.9%	16.7%	13.4%
	人工透析	D	27	19	9	5	18	14
		D/A	2.1%	1.5%	3.5%	2.3%	1.8%	1.3%

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  
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	879	909	201	169	678	740	
	A/被保数	29.9%	↑ 31.9%	19.9%	19.0%	35.1%	↑ 37.7%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	94	89	14	8	80	81
		B/A	10.7%	9.8%	7.0%	4.7%	11.8%	10.9%
	虚血性心疾患	C	130	111	17	17	113	94
		C/A	14.8%	12.2%	8.5%	↑ 10.1%	16.7%	12.7%
	人工透析	D	20	12	7	4	13	8
		D/A	2.3%	1.3%	3.5%	2.4%	1.9%	1.1%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	77	99	17	21	60	78
		E/A	8.8%	↑ 10.9%	8.5%	↑ 12.4%	8.8%	↑ 10.5%
	糖尿病性網膜症	F	89	80	19	20	70	60
		F/A	10.1%	8.8%	9.5%	↑ 11.8%	10.3%	8.1%
	糖尿病性神経障害	G	20	18	6	9	14	9
		G/A	2.3%	2.0%	3.0%	↑ 5.3%	2.1%	1.2%

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

図表 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	1,331	1,346	305	255	1,026	1,091	
	A/被保数	45.2%	↑ 47.2%	30.2%	28.6%	53.1%	↑ 55.6%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	128	131	16	14	112	117
		B/A	9.6%	9.7%	5.2%	↑ 5.5%	10.9%	10.7%
	虚血性心疾患	C	184	153	22	24	162	129
		C/A	13.8%	11.4%	7.2%	↑ 9.4%	15.8%	11.8%
	人工透析	D	15	12	3	3	12	9
		D/A	1.1%	0.9%	1.0%	↑ 1.2%	1.2%	0.8%

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

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果から、高血圧(Ⅱ度以上高血圧)と糖尿病(HbA1c7.0%以上)を平成30年度と令和3年度で比較すると、2疾患ともに増加しています。また、医療のかかり方として、未治療者が健診後、医療につながったかレセプト情報を確認すると、未治療のままの方が高血圧では33.3%、糖尿病では8.1%でした。糖尿病の未治療者は448市町村合計よりも高い状況になっています。治療中断をみると、高血圧・糖尿病ともに448市町村よりも高く、一度治療につながっても適切な受診の継続が課題であると考えます。(図表22)

前述したとおり、高血圧・糖尿病・脂質異常症で治療している方は微増しているものの、適切な治療の継続により合併症(重症化)である脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合を減少させることができると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報(R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	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	
基山町	1,358	46.1	1,243	42.0	57	4.2	44	77.2	69	5.6	46	66.7	23	33.3	8	11.6
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0%以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報(R03.4~R04.3)			
	HbA1c実施者 A	実施率	HbA1c実施者 B	実施率	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	
基山町	1,358	100.0	1,240	99.8	66	4.9	17	25.8	74	6.0	22	29.7	6	8.1	5	6.8
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典:ヘルスサポートラボツール

- ①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者
- ②中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3ヶ月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者
- ③448市町村…データヘルス計画作成のための比較検証に協力を得られた市町

### ③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、5.5ポイントも伸びており、3項目、2項目の危険因子が重なっている割合が、ともに増加しています。(図表 23)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合について、令和3年度・4年度の結果をみると、Ⅱ度以上高血圧とLDL-C160以上ともに改善率が5割前後であり平成30年度・令和元年度より改善割合も高い状況でした。しかし、HbA1c6.5以上は改善率2割と低い状況です。また、悪化の割合をみると、3つすべてが平成30年度・令和元年度よりも悪化率が増加しています。特にHbA1c6.5以上は悪化12.9%と3つの中で最も割合が高い状況です。また、翌年度の健診未受診者はそれぞれ2割程ですが、LDL-C160以上の健診未受診者15.5%で最も低い状況です。(図表 24~26)

今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,358 (46.1%)	209 (15.4%)	57 (4.2%)	152 (11.2%)	200 (14.7%)
R04年度	1,357 ↑(52.5%)	283 ↑(20.9%)	86 ↑(6.3%)	197 ↑(14.5%)	164 (12.1%)

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	166 (11.6%)	46 (27.7%)	56 (33.7%)	19 (11.4%)	45 (27.1%)
R03→R04	147 (11.9%)	33 ↓(22.4%)	58 (39.5%)	19 ↑(12.9%)	37 (25.2%)

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	71 (4.9%)	40 (56.3%)	9 (12.7%)	2 (2.8%)	20 (28.2%)
R03→R04	69 (5.6%)	37 (53.6%)	10 (14.5%)	4 ↑(5.8%)	18 (26.1%)

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	191 (13.3%)	82 (42.9%)	47 (24.6%)	17 (8.9%)	45 (23.6%)
R03→R04	174 (14.0%)	83 ↑(47.7%)	45 (25.9%)	19 ↑(10.9%)	27 ↓(15.5%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④ 健診実施率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診実施率は、平成 30 年度は 50.1%と半数を超えておりましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和2・3年度は実施率が一旦低迷しました。令和4年度は特定健診実施率が 53.6%まで

伸びましたが、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の実施率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28)

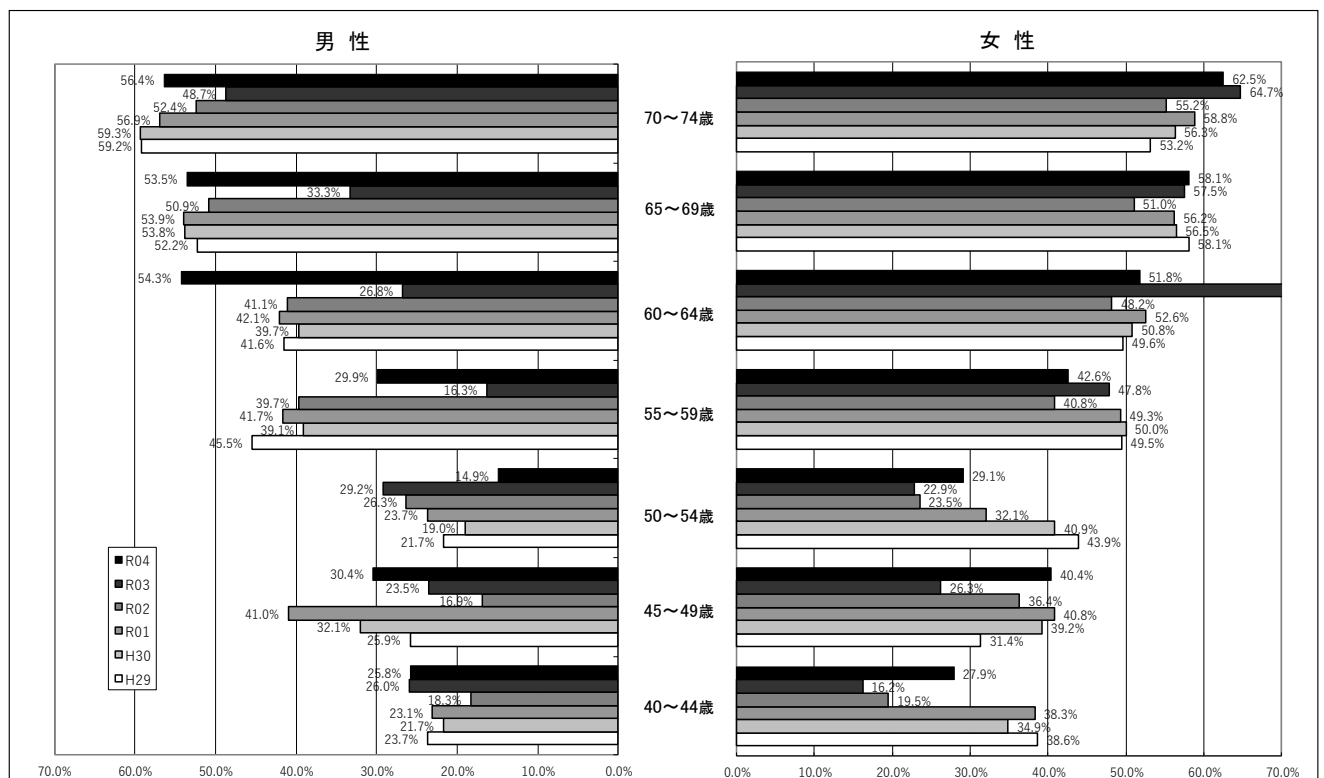
特定保健指導についても、令和2年度は低迷しましたが、令和3年度の実施率は再び7割を超えています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	実施者数	1,358	1,392	1,243	1,320	1369	健診実施率 60%
	実施率	50.1%	51.9%	46.4%	50.2%	53.6%	
特定保健指導	該当者数	171	181	149	151	154	特定保健指導実施率 60%
	割合	12.6%	13.0%	12.0%	11.4%	11.2%	
	実施者数	99	141	97	110	123	
	実施率	57.9%	77.9%	65.1%	72.8%	79.9%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診実施率の推移



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

基山町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき事業を実施しました。

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未治療者・中断者について、保健指導の同意が得られた方についてはほぼ 100%の割合で保健指導を行うことができ、受診勧奨をしました。しかし、実際に医療機関受診へつながった方は3割程度にとどまっています。治療を受けられていない方に関しては引き続き受診につながる支援を行います。(図表 29)

また、すでに医療機関に定期通院をしているけれど、HbA1c が 6.5%以上とコントロール不良の方について、同意を得られた方へは地区担当ごとに保健指導を行いました。その中で、本人同意のもと医療連携を糖尿病手帳等で行ったものは7人でした。(図表 30)

また、HbA1c8.0%以上の人数・割合はやや減少傾向となっています。しかし、毎年1割の方には保健指導の同意が得られない状況であり、その後の経過について、レセプトや健診で経過を把握していく必要があります。(図表 31)

また、腎症の状況については、毎年 95%以上が維持もしくは改善していますが、腎症は改善が難しい疾患であること、また悪化する場合は急激に変化するため、対象者へは健診受診時だけでなく、医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行います。(図表 32)

本町は小規模な町であるため透析導入原因疾患も年によってばらつきがあり、一概に改善・悪化は評価が難しいですが、健診受診でリスクを把握ができる方に限らず、治療中の方に関しても、医療と連携して保健師・管理栄養士で保健・栄養指導を行い、個々人の血糖改善・腎機能維持支援を行います。(図表 33・34)

図表 29 糖尿病性腎症重症化予防対象者(未治療者・中断者)

		H30	R1	R2	R3	R4	
未治療者	人(a)	7	11	16	8	6	
	保健指導実施者	人(b)	5	11	16	8	6
		(b/a)	71%	100%	100%	100%	100%
	更に保健指導実施者	人(c)	3	2	7	5	2
	受診した者	人(d)	2	1	14	3	2
(b/a)		40%	9%	88%	38%	33%	
中断者	人(e)	4	3	8	2	5	
	保健指導実施者	人(f)	4	3	8	2	5
		(f/e)	100%	100%	100%	100%	100%
	更に保健指導実施者	人(g)	2	2	3	2	4
	受診した者	人(h)	2	0	5	2	3
(h/f)		50%	0%	63%	100%	60%	

基山町調べ



図表 30 糖尿病性腎症重症化予防対象者(HbA1c6.5%以上)

		H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c6.5%以上	人(a)	182	178	106	145	175
保健指導同意者	人(b)	167	154	94	128	162
	(b/a)	92%	87%	89%	88%	93%
保健指導実施者	人(c)	167	154	94	128	162
	(c/b)	100%	100%	100%	100%	100%
医療連携人数	人	11	17	0	7	7

基山町調べ

図表 31 HbA1c8.0%以上の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,436	1,358	1,388	1,240	1,317
HbA1c8.0%以上	人(b)	19	18	15	13	15
	(b/a)	1.3%	1.3%	1.1%	1.0%	1.1%
保健指導実施者	人(c)	18	15	14	11	14
	(c/b)	94.7%	83.3%	93.3%	84.6%	93.3%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(d)	9	3	5	3	4
	(d/b)	47.4%	16.7%	33.3%	23.1%	26.7%

基山町調べ

図表 32 糖尿病性腎症病期分類による評価 ※1

		H30	R1	R2	R3	R4
初回介入あり	人(a)	167	154	94	128	162
評価できる者	人(b)	118	107	66	114	112
	(b/a)	70.7%	69.5%	70.2%	89.1%	69.1%
改善	人(c)	9	2	4	4	5
	(c/b)	7.6%	1.9%	6.1%	3.5%	4.5%
維持	人(d)	108	99	62	107	105
	(d/b)	91.5%	92.5%	93.9%	93.9%	93.8%
悪化	人(e)	1	6	0	3	2
	(e/b)	0.8%	5.6%	0.0%	2.6%	1.8%

※1 評価方法

※糖尿病性腎症病期分類		介入後の腎症病期		
		2期以下	3期	4期
介入前の腎症病期	2期以下			悪化
	3期	改善	維持	
	4期	改善		

※2 R4は集計途中

基山町調べ

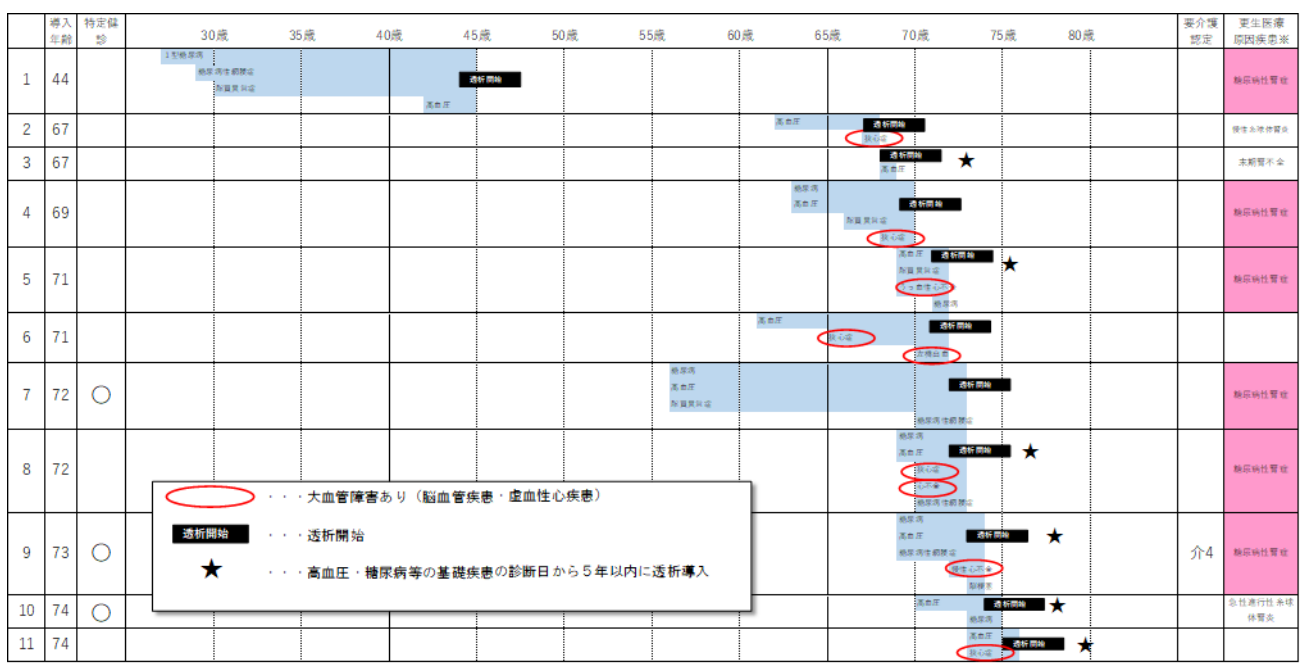
図表 33 新規透析導入者

	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
新規透析患者数(国保)	1		5		2		1		2	
(再掲)糖尿病性腎症	1	100%	3	60.0%	0	0%	0	0%	2	100%

基山町調べ



図表 34 H30～R4 年度 透析導入患者の健診・医療の経過 (基山町国民健康保険)



※厚生医療受給申請内容より (福祉課提供)

② 虚血性心疾患による重症化予防

心電図検査から有所見状況を確認し、虚血性心疾患のリスク因子である耐糖能異常・高血圧・脂質異常症・メタボリックシンドロームなどの重なりを持つ方の支援を行うことで、重症化予防を実施しました。心電図検査を全員実施しているため、今後は有所見状況の評価も行っていきます。(図表 35)

また、総医療費における虚血性心疾患が占める割合は増減があるものの、やや右肩下がりとなっています。本町は小規模な町であることから、一人の発症が医療費に大きな影響を及ぼすため、今後確認を行っていきます。(図表 36)

図表 35 重症化予防のための健診結果の推移

年度	HbA1c5.5～6.4%		HbA1c6.5%以上		血圧Ⅱ度以上		LDL180以上		メタボ該当者		メタボ予備軍	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H30	931	64.8%	166	11.6%	71	4.9%	77	5.4%	209	15.4%	200	14.7%
R1	851	62.7%	142	10.5%	57	4.2%	73	5.4%	243	17.5%	190	13.6%
R2	795	57.3%	154	11.1%	60	4.3%	64	4.6%	255	20.5%	169	13.6%
R3	744	60.0%	147	11.9%	69	5.6%	73	5.9%	254	19.2%	185	14.0%
R4	830	63.0%	147	11.2%	59	4.5%	75	5.7%	276	20.8%	160	12.0%

基山町調べ

図表 36 虚血性心疾患が総医療費に占める割合

	H30	R1	R2	R3	R4
総医療費(円)	1,441,237,030	1,458,709,990	1,311,831,240	1,393,451,510	1,482,858,570
うち虚血性心疾患(円) (狭心症・心筋梗塞)	31,274,844	19,984,327	13,905,411	25,918,198	16,756,302
割合	2.17%	1.37%	1.06%	1.86%	↓1.13%

基山町調べ

### ③ 脳血管疾患重症化予防

脳血管疾患のリスク因子である耐糖能異常・高血圧・脂質異常症・メタボリックシンドロームなどの重なりを持つ方の支援を行うことで、重症化予防を実施しました。心電図検査を全員実施しているため、今後は脳血管疾患のリスクの高い心房細動有所見者への評価も行っていきます。

また、総医療費における脳血管疾患が占める割合は増減はあるものの、減少しています。しかし、本町は小規模な町であることから、一人の発症が医療費に大きな影響を及ぼすため、今後確認を行っていきます。(図表 37)

図表 37 脳血管疾患が総医療費に占める割合

	H30	R1	R2	R3	R4
総医療費(円)	1,441,237,030	1,458,709,990	1,311,831,240	1,393,451,510	1,482,858,570
うち脳血管疾患(円) (脳出血・脳梗塞)	56,784,739	58,056,658	37,518,373	42,082,236	27,284,598
割合	3.94%	3.98%	2.86%	3.02%	↓ 1.84%

基山町調べ

## (2) ポピュレーションアプローチ

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

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

実施内容としては、生活習慣病の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、また食生活や生活リズムなどの生活背景と体との関連について、結果説明会の集団説明を毎年実施しました。

また、健診結果にて腎機能低下がみられている方の小集団での会を開き、一緒に学習等を行いました。

さらに、各種団体や行政区単位で出前講座の依頼があった際は、佐賀県の一人当たり年齢調整医療費の順位や、NDB データにおける HbA1c6.5%以上の割合が全国で一番高いこと等について伝えるようにし、基山町民の実情について広く町民へ周知を行いました。

また、毎年行われるふれあいフェスタでは、簡易血糖・HbA1c 測定を実施し、特定健診以外の場で血糖値や体のことについて学べるようにしました。同時に塩味検査や減塩商品の配布・紹介など、食事と体のことについても関心が持てるように周知しました。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 38 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			目標値	達成状況	データの把握方法 (活用データ)
			初年度 H29	中間評価 R2	最終評価 R5			
			(H28)	(R1)	(R4)			
データヘルス計画	中長期目標 脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	3.6%	4.0%	1.8%	3.0%	達成	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	1.4%	1.4%	1.1%	1.1%	達成	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	100.0%	100.0%	100.0%	50%	未達成	基山町調べ
	短期目標 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	31.5%	31.1%	32.8%	30.0%	未達成	基山町健康増進課
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	4.3%	4.3%	5.4%	3.1%	未達成	
		健診受診者の質異常者の割合の減少(LDL180以上)	5.8%	4.6%	3.4%	4.0%	達成	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	10.3%	11.1%	12.6%	9.5%	未達成	
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	1.4%	0.24%	1.20%	0.1%	未達成	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	36.3%	79.1%	60.0%	100%	未達成	
		糖尿病の保健指導を実施した割合	91.7%	88.6%	96.0%	100%	未達成	
努力支援制度 その他	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	48.0	51.9	53.6	60.0%	未達成	法定報告値
		特定保健指導実施率60%以上	65.9	77.9	79.9	83.0%	未達成	
		特定保健指導対象者の割合25%減少	176人	181人	154人	135人	未達成	
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	13.0	14.6	16.8	50.1%	未達成	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)
		肺がん検診受診者の増加	20.0	13.1	19.2	50.1%	未達成	
		大腸がん検診受診者の増加	19.0	11.9	16.3	50.5%	未達成	
		子宮がん検診受診者の増加	24.6	18.1	22.6	50.5%	未達成	
		乳がん検診受診者の増加	28.6	20.8	27.2	50.3%	未達成	
	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	81.1%	84.7%	85.0%	90.0%	未達成	厚生労働省

### 3) 第2期データヘルス計画に係る考察

本町の重症化の結果のひとつである、死亡率・介護認定率は同規模市町村・佐賀県・国と比較し、低い状況です。介護については、H30年度からR4年度で認定率が0.4%増加していましたが、一人当たり給付費は2万円以上減少していました。

医療費については、一人あたり(年齢調整後)地域差指数を見ると、国保・後期ともに1以上と医療費が高く、特に後期は全国で6位の県平均よりも指数が上回っていることから、基山町の課題であると考えられます。中長期疾患の医療費の推移をみると、国保では、H30年度と比較すると、内訳の割合が減少はしているものの依然として慢性腎臓病(人工透析)の割合が同規模・県・国よりも高い状況でした。脳血管疾患・虚血性心疾患が総医療費に占める割合は減少しており、第2期データヘルス計画の目標値を達成しています。ただし、後期では、脳血管疾患の占める割合は国保よりも4倍以上であることや、要介護認定状況についても脳血管疾患の有病率が全ての年代で4割程度を占め、1番多いことから、脳血管疾患も課題と言えます。

長期目標の対象疾患は短期目標となる基礎疾患の早期発見・持続的なコントロールが必要です。短期目標についてはH30年度と比較すると、R2年度にすべての項目が悪化していますが、原因として、新型コロナウイルス感染症の流行により、特定健診受診・特定保健指導や医療機関の受診控えがあると考えられます。最終評価として健診結果についてはLDLコレステロール180mg/dLの割合以外目標未達成でありましたが、R2年度と比較し改善していたことから、パンデミックにおいても健診・医療受診の継続は課題となります。また、未達成ではあるものの、特定保健指導率・糖尿病の保健指導率は増加しており、対象者への介入は多く実施できました。しかし、短期目標が目標達成できなかったことや、透析の原因の一つである糖尿病は薬物療法だけでは改善が難しく、食事や運動療法が必要となるため、質を伴った保健指導・栄養指導が重要だと考えます。基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の重なるの根源となるメタボリックシンドロームも糖尿病と同様に、治療だけでは解決しない疾患であるため、本町では地域での保健師・栄養士の介入が重要になると考えます。

以上のことから、生活習慣病予防・重症化予防のためには特定健診を受診し、血管や臓器の状態を確認することが必要ですが、健診実施率も感染症の影響もあり50%程度でとどまっており、健診未受診者対策も同時に行う必要があります。基山町では、実施率が低い50歳以下の新規受診と、年齢構成の大半を占める65歳以上の継続受診が実施率向上において重要だと考えます。

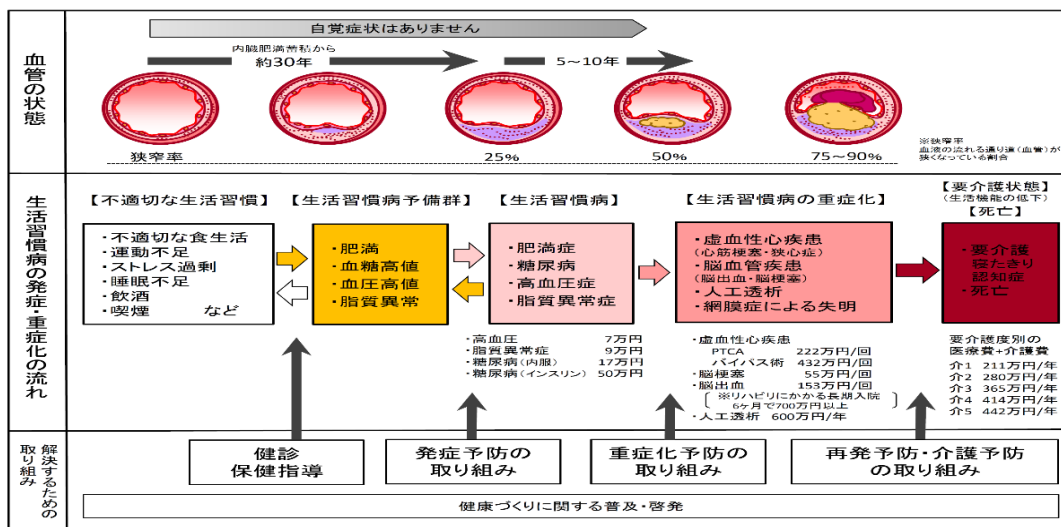
### 3. 第3期における健康課題の明確化

#### 1) 基本的な考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。(図表 39)

図表 39 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



#### 2) 健康課題の明確化

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

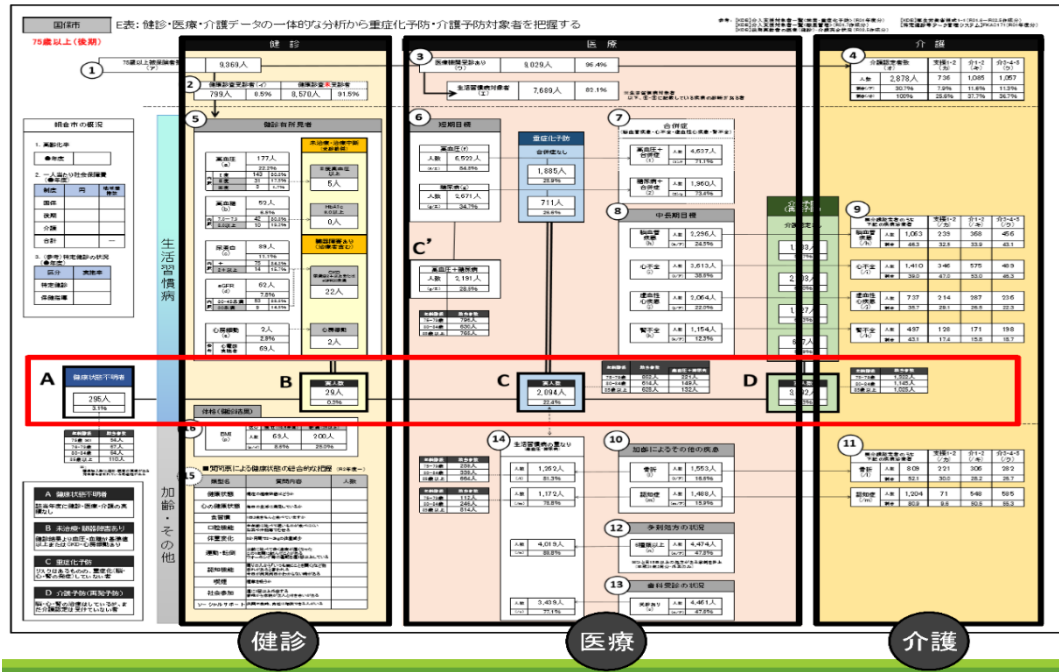
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 40 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

図表 40 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



出典：ヘルスサポートラボツール

(1) 医療費分析

図表 41 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	3,556人	3,494人	3,551人	3,478人	3,447人	2,667人	
総件数及び総費用額	件数	36,292件	35,518件	33,442件	35,049件	35,449件	42,955件
	費用額	14億4124万円	14億5871万円	13億1183万円	13億9345万円	14億8286万円	24億8855万円
一人あたり医療費	40.5万円	41.7万円	36.9万円	40.1万円	↑43.0万円	93.3万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 42 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		
			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	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
① 国保	基山町	14億8286万円	35,337	6.26%	0.18%	1.84%	1.13%	4.36%	3.00%	2.58%	2億8689万円	19.3%	18.0%	7.59%	10.75%
	同規模	---	30,968	4.00%	0.29%	2.17%	1.42%	5.95%	3.41%	2.05%	---	19.3%	17.0%	8.15%	8.86%
	県	---	35,091	5.37%	0.29%	2.15%	1.04%	4.89%	2.99%	1.93%	---	18.7%	14.4%	10.73%	8.87%
	国	---	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	---	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	基山町	24億8855万円	79,754	4.29%	0.37%	8.90%	0.62%	3.86%	2.25%	1.92%	5億5294万円	22.2%	8.8%	4.87%	13.8%
	同規模	---	69,105	4.34%	0.50%	4.05%	1.48%	4.08%	3.14%	1.26%	---	18.9%	11.0%	3.74%	12.3%
	県	---	84,251	4.29%	0.42%	4.62%	1.00%	3.61%	3.08%	1.27%	---	18.3%	9.2%	4.85%	13.6%
	国	---	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	---	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 43 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	144人	151人	139人	147人	168人	359人
	件数	B	254件	269件	265件	277件	347件	740件
		B/総件数	0.70%	0.76%	0.79%	0.79%	↑ 0.98%	1.72%
	費用額	C	3億3811万円	3億4789万円	3億3413万円	3億6738万円	4億2390万円	8億5131万円
		C/総費用	23.5%	23.8%	25.5%	26.4%	↑ 28.6%	34.2%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 44 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度								
脳血管疾患	人数	D	11人	14人	16人	10人	7人	42人							
		D/A	7.6%	9.3%	11.5%	6.8%	↓ 4.2%	11.7%							
	件数	E	22件	30件	21件	19件	12件	104件							
		E/B	8.7%	11.2%	7.9%	6.9%	↓ 3.5%	14.1%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	4.8%	1	5.3%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	1	3.3%	2	9.5%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	4	13.3%	3	14.3%	2	10.5%	1	8.3%	75-80歳	25	24.0%
		60代	3	13.6%	2	6.7%	7	33.3%	7	36.8%	2	16.7%	80代	51	49.0%
		70-74歳	19	86.4%	23	76.7%	8	38.1%	9	47.4%	9	75.0%	90歳以上	28	26.9%
	費用額	F	2440万円	3389万円	2619万円	2282万円	1457万円	1億2713万円							
		F/C	7.2%	9.7%	7.8%	6.2%	↓ 3.4%	14.9%							

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 45 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	11人	8人	4人	7人	5人	6人							
		G/A	7.6%	5.3%	2.9%	4.8%	↓ 3.0%	1.7%							
	件数	H	13件	8件	4件	9件	6件	7件							
		H/B	5.1%	3.0%	1.5%	3.2%	↓ 1.7%	0.9%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	1	16.7%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	2	28.6%
		60代	5	38.5%	2	25.0%	0	0.0%	3	33.3%	2	33.3%	80代	4	57.1%
		70-74歳	8	61.5%	6	75.0%	1	25.0%	6	66.7%	3	50.0%	90歳以上	1	14.3%
	費用額	I	2207万円	1001万円	857万円	1555万円	839万円	687万円							
		I/C	6.5%	2.9%	2.6%	4.2%	↓ 2.0%	0.8%							

出典：ヘルスサポートラボツール







図表 47 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑬ 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	27.7	927	1,653	2,367	35.4	51.8	24.3	7.9	6.4	7.1	26.8	20.6	24.5
R04	27.6	884	1,956	2,680	30.4	53.4	32.5	12.3↑	7.7↑	8.3	27.5	22.1↑	22.7

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 48 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-							
H30	7	2.1	(4)	42	4.9	(14)	43	7.5	(7)	7	2.1	(2)	49	5.7	(5)	4	0.7	(1)	2	0.6	13	1.5	14	2.4	2	0.6	9	1.1	5	0.9
R04	8	3.0	(4)	62	5.5↑	(32)	62	7.1	(13)	8	3.0	(1)	71	6.8↑	(5)	17	1.9↑	(0)	0	--	11	1.1	23	2.6	0	--	14	1.3	11	1.3

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 49 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症					
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症		
H30	85.9	94.4	97.3	34.0	61.6	83.9	67.9	79.3	84.9	52.7	52.2	47.1	31.1	40.2	39.5	36.9	50.4	71.0	35.5	46.4	69.6
R04	83.7↓	94.4	96.1	32.1	66.0↑	82.6	68.7	77.7↓	87.8↑	56.0↑	55.7↑	48.5	35.6↑	42.0↑	42.5↑	44.6↑	52.0↑	67.7↓	37.7	47.8↑	70.0

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

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保数割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
H30	6.1	13.4	27.2	3.1	11.0	25.4	6.0	14.5	31.6	3.7	7.5	13.6	8.8	7.7	38.3	3.4	3.3	29.9	1.8	5.9	32.6	5.9	5.6	31.6
R04	5.8	16.4↑	25.8↓	4.5↑	10.0↓	20.9↓	5.3	14.2	31.4	4.2	9.9↑	14.6↑	7.8	7.5	39.7↑	0.0↓	8.2↑	36.4↑	4.3↑	9.0↑	39.1↑	2.7↓	9.8↑	37.6↑

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 51 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	64.3	75.8	76.9	80.5	5.1	15.9	1.6	14.5	10.7	48.9	42.3	76.5
R04	62.4↓	80.8↑	68.4↓	82.6↑	4.8	15.3	1.9	13.3↓	10.8	56.0↑	42.1	79.8↑

出典：ヘルスサポートラボツール

### (3)健康課題の明確化(図表 41～51)

国保の被保険者数は 3,500 人を下回るようになり、一人あたり医療費は令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年度は再び増加しており、後期高齢者になると一人あたり 90 万円を超え、国保の2倍以上医療費がかかっている状況です。(図表 41)

本町は、短期的目標疾患である糖尿病の総医療費に占める割合は、国保においては同規模と比べて 1.59%低いですが、慢性腎不全(透析有)の医療費に占める割合は、同規模と比べて 2.26%高い状況です。(図表 42)

高額レセプト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、国保で令和元年度が 30 件で一番多く3千万円以上の費用がかかっていましたが、令和4年度は 12 件と件数が減り、費用額も約 1.9 千万円減っています。しかし、後期高齢者においては、104 件発生し、1 億円以上の費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず介護を要する状態となり長期にわたって医療費と介護給付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の実施が課題です。(図表 43・44)

健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 47 について、①被保険者数をみると 40～64 歳で減っていますが、65～74 歳、75 歳以上で、約 300 名ずつ増えており、前期高齢者・後期高齢者ともに増加していることが分かります。

②健診実施率をみると、40～64 歳では3割の実施率、65～74 歳では5割の実施率であり、特に若い方の健診未受診者が多く、体の状態が確認できていない方が多い可能性があると考えます。

⑤体格をみると、BMI25 以上の割合がすべての年代で2割以上の状況です。

図表 48 の健診有所見状況をみると、平成 30 年度よりも令和4年度の方が対象人数も割合もほとんどの項目で増加しており、さらなる受診勧奨及び保健指導が重要となります。

図表 49 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況をみると、生活習慣病対象者は 65～74 歳が平成 30 年度よりも令和4年度の方が増加している状況です。「短期目標の疾患」及び「短期目標の疾患とする合併症」についてはほとんどの項目で増加しています。

図表 50 の中長期目標疾患(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、腎不全は全ての年代で令和4年度の割合が高くなっています。中長期疾患のうち介護認定者では、虚血性心疾患・心不全・腎不全の割合が令和4年度の方が増加している状況です。

#### (4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全）に共通した高血圧、糖尿病、脂質異常症の重なりがあります。高血圧や糖尿病、脂質異常症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、人工透析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 52)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、医療受診が必要な方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方についても適切な保健指導を行います。また、根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診実施率の向上を目指し、

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

## (2) 管理目標の設定

図表 52 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			目標値		データの把握方法 (活用データ)		
			初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)	中間目標値 R 8 (R7)	最終目標値 R 11 (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（同規模平均以下を維持）	1.84%	同規模 2.17%		同規模平均以下	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（同規模平均以下を維持）	1.13%	同規模 1.42%		同規模平均以下			
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の減少	6.26%	県 5.37%		県平均以下			
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.84%			初期値以下			
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	100%			75% 50%			
			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	53.6%				56.0% 59.0%	法定報告値
	★特定保健指導実施率60%以上	79.9%			- 80.0%					
	★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	11.5%			11.0% 10.5%					
	短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	32.8%			31.8% 30.8%	基山町健康増進課	
				健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	5.4%			4.9% 4.4%		
				健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	9.9%			9.4% 8.9%		
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1C6.5%以上）	12.6%			11.6% 10.6%		
				★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	1.2%			1.1% 1.0%		
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	96.0%			97.0% 98.0%		
				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	53.6%				56.0% 59.0%
★特定保健指導実施率60%以上				79.9%			- 80.0%			
★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率				11.5%			11.0% 10.5%			

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

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

### 2. 目標値の設定

図表 53 特定健診実施率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診実施率	55%	56%	57%	58%	59%	60%以上
特定保健指導実施率	75%	76%	77%	78%	79%	80%以上

### 3. 対象者の見込み

図表 54 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	2531人	2515人	2485人	2465人	2442人	2413人
	実施者数	1392人	1408人	1417人	1430人	1441人	1448人
特定保健指導	対象者数	175人	177人	178人	180人	182人	182人
	実施者数	132人	135人	137人	141人	143人	146人

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

健診については、本町では以下の4つを実施しています。個別健診については、県医師会が特定健診実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の代表者として佐賀県が集合契約を行います。

- ① 集団健診(基山町保健センター)
- ② 個別健診(県内の契約医療機関)
- ③ 人間ドック(契約医療機関)
- ④ 脳ドック(契約医療機関)

## (2) 特定健診委託基準

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

## (3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、基山町のホームページに掲載します。

[https://www.town.kiyama.lg.jp/ki\\_ji0034091/index.html](https://www.town.kiyama.lg.jp/ki_ji0034091/index.html)

## (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・心電図)を実施します。

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

図表 55 特定健診検査項目

### ○基山町特定健診検査項目

健診項目		基山町	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール (NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

## (5) 実施時期

4月から翌年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、佐賀県では、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、国保連合会が市町を取りまとめ、佐賀県医師会と契約し、かかりつけ医と協力及び連携を行います。

### (7) 代行機関

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

### (8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 56 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 総合健診問診票送付 個別健診受診券送付	(特定保健指導の実施)
5月		(特定健診の開始)	健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取 費用決裁 → 保健指導対象者の	
7月		(特定保健指導の開始)	
8月			実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
10月	契約に関わる		受診・実施率実績の算出
11月	予算手続き		支払基金(連合会)への報告
12月			(ファイル作成・送付)
1月			
2月	総合健診 事前調査		
3月	契約準備 健診予約開始	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

## 5. 特定保健指導の実施

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

図表 57 第4期特定健康診査実施計画における変更点

○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。





(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 59 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	158人 (11.6%)	80%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	263人 (19.4%)	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)	1227人 ※実施率目標達成まであと323人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	251人 (18.5%)	65%
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	685人 (50.5%)	65%

出典: ヘル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 60 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎特定健康診査の開始		◎総合健診、個別健診、人間ドック、脳ドック開始
6月		◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎保健指導の開始	
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	◎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基山町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

### (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

## **7. 結果の報告**

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

## **8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知**

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

## 第4章 課題解決するための個別保健事業

### I. 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病の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町民へ周知していきます。

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

## II. 重症化予防の取組

本町の特定健診実施者のうち、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患の重症化予防対象者について、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、450人(33.2%)です。(図表 61)

そのうち治療なしが142人(21.1%)であり、さらに臓器障害があり直ちにに取り組むべき対象者が37人(26.1%)です。

また、本町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、142人中71人(50%)と高いため、特定保健指導の徹底も併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 61 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(2012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)		1,357人	52.5%									
↓ 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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心原性 脳塞栓症 (27.7%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※脳卒中 データバンク 2015より</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">安静 狭心症</div> </div>																	
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)		■各疾患の治療状況												
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		<table border="1" style="font-size: x-small;"> <tr><th>治療中</th><th>治療なし</th></tr> <tr><td>高血圧</td><td>493 / 864</td></tr> <tr><td>脂質異常症</td><td>398 / 959</td></tr> <tr><td>糖尿病</td><td>139 / 1,208</td></tr> <tr><td>3疾患 いづれか</td><td>685 / 672</td></tr> </table>			治療中	治療なし	高血圧	493 / 864	脂質異常症	398 / 959	糖尿病	139 / 1,208	3疾患 いづれか	685 / 672
治療中	治療なし																				
高血圧	493 / 864																				
脂質異常症	398 / 959																				
糖尿病	139 / 1,208																				
3疾患 いづれか	685 / 672																				
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		重症化予防対象者 (実人数)												
該当者数	73 / 5.4%	14 / 1.0%	46 / 3.4%	27 / 2.0%	283 / 20.9%	126 / 9.3%	48 / 3.5%		450 / 33.2%												
治療なし	54 / 6.3%	5 / 0.7%	43 / 4.5%	19 / 2.0%	50 / 7.4%	64 / 5.3%	11 / 1.6%		142 / 21.1%												
(再掲) 特定保健指導	20 / 27.4%	3 / 21.4%	10 / 21.7%	8 / 29.6%	50 / 17.7%	14 / 11.1%	3 / 6.3%		71 / 15.8%												
治療中	19 / 3.9%	9 / 1.3%	3 / 0.8%	8 / 2.0%	233 / 34.0%	62 / 44.6%	37 / 5.4%		308 / 45.0%												
臓器障害 あり	13 / 24.1%	5 / 100.0%	10 / 23.3%	3 / 15.8%	11 / 22.0%	27 / 42.2%	11 / 100.0%		37 / 26.1%												
CKD(専門医対象者)	2	0	1	1	1	4	11		11												
心電図所見あり	13	5	9	2	11	24	5		31												
臓器障害 なし	41 / 75.9%	--	33 / 76.7%	16 / 84.2%	39 / 78.0%	37 / 57.8%	--		--												

出典:ヘルサポートラボツール

# 1. 糖尿病性腎症重症化予防

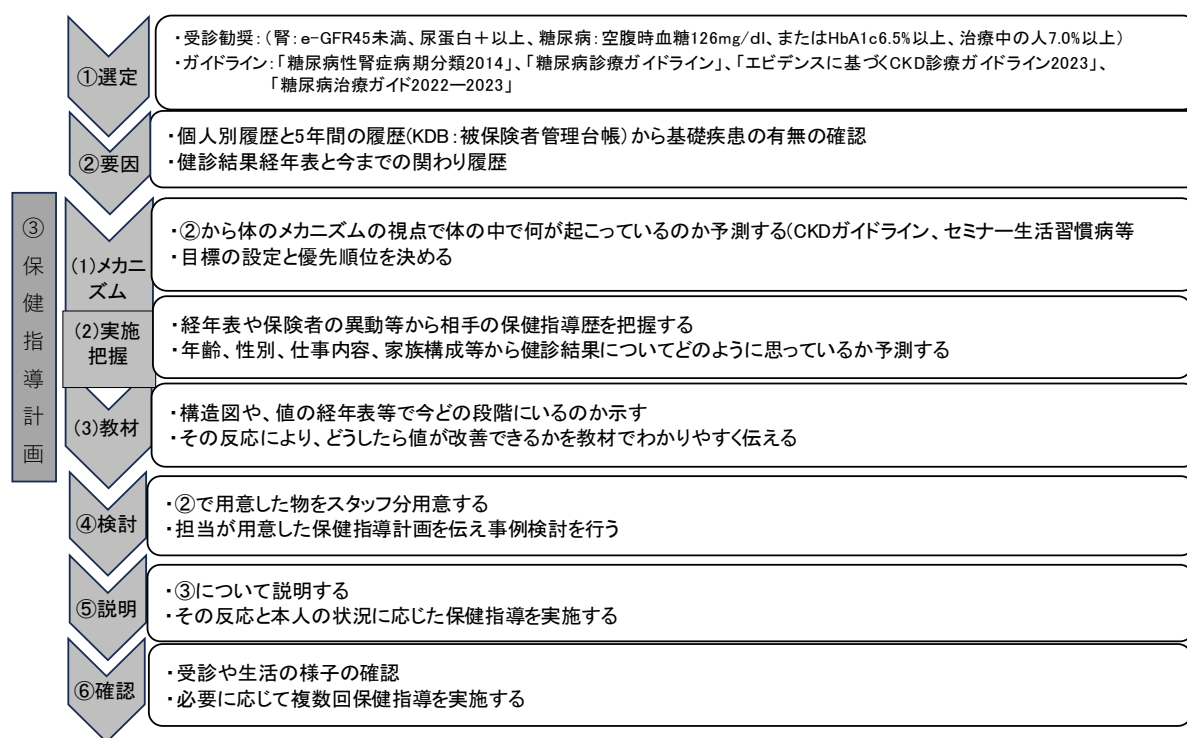
## 1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAサイクルに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 61 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) 治療中の方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 62 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中の者
  - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
  - 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

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。

図表 63 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/1.73㎡)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。本町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミン値については把握ができません。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

### ② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。(図表 64)

本町において、特定健診実施者のうち糖尿病未治療者は、82人(36.6%・F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者970人(31.9%・H)のうち、特定健診実施者が142人(63.4%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者828人(85.4%・I)については、治療中ですが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になると考えます。



### ③介入方法と優先順位

図表 64 より本町においての介入方法を以下のとおりとします。

#### ○優先順位 1

##### 【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・82人

#### ○優先順位 2

##### 【保健指導】

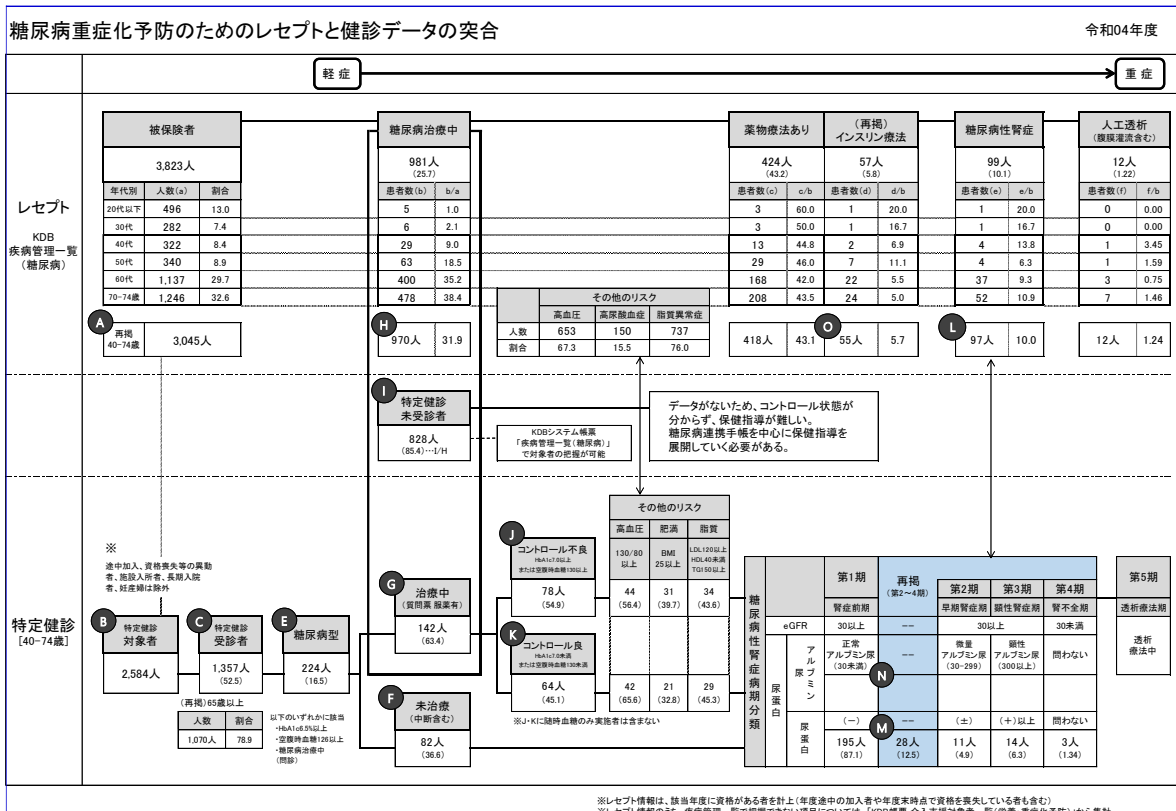
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・78人  
…治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

#### ○優先順位 3

##### 【保健指導】

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

図表 64 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典:ヘルスサポートラボツール

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

図表 65 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	
<b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b>	<b>2 高血糖を解決するための食</b>
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しわかりません 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？	<b>3 薬物療法</b>
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	3-1 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
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	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
1-12 糖尿病による網膜症	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
1-13 眼(網膜症)	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-15 64歳以下 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」
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-8 ビグアナイド薬とは
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-9 チアソリジン薬とは？
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのでしょうか
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	<b>4 参考資料</b>
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 食べ方を変えて良くなった人の事例	

## (2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

## 4) 医療との連携

### (1) 医療機関未受診者について

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

### (2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行っています。

## 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と連携して行きます。

## 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、図表 66 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

### 短期的評価

#### ①受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

#### ②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
  - HbA1cの変化
  - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m<sup>2</sup>以上低下)
  - 尿蛋白の変化

図表 66 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	基山町										同規模保険者(平均)		データ基	
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	3,739人		2,366人		2,380人		2,435人		2,560人				KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		3,102人		815人		824人		824人		854人					
2	① 特定健診 対象者数	B	2,708人		2,683人		2,676人		2,629人		2,575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	1,358人		1,392人		1,243人		1,320人		1,369人					
	③ 受診率		50.1%		51.9%		46.4%		50.2%		53.6%					
3	① 特定保健指導 対象者数		171人		181人		149人		151人		154人					
	② 実施率		57.9%		77.9%		65.1%		69.1%		79.9%					
4	健診データ	① 糖尿病型	E	190人	13.6%	214人	15.3%	192人	15.0%	201人	14.8%	224人	16.5%			特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	61人	32.1%	66人	30.8%	62人	32.3%	68人	33.8%	82人	36.6%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	129人	67.9%	148人	69.2%	130人	67.7%	133人	66.2%	142人	63.4%			
		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	64人	49.6%	71人	48.0%	66人	50.8%	71人	53.4%	78人	54.9%			
		⑤ 血圧 130/80以上		30人	46.9%	35人	49.3%	36人	54.5%	45人	63.4%	44人	56.4%			
		⑥ 肥満 BMI25以上		24人	37.5%	23人	32.4%	23人	34.8%	26人	36.6%	31人	39.7%			
		⑦ コントロール良 (HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満)	K	65人	50.4%	77人	52.0%	64人	49.2%	62人	46.6%	64人	45.1%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	175人	92.1%	181人	84.6%	176人	91.7%	176人	87.6%	196人	87.5%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		2人	1.1%	9人	4.2%	6人	3.1%	11人	5.5%	11人	4.9%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		11人	5.8%	6人	2.8%	8人	4.2%	11人	5.5%	14人	6.3%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		2人	1.1%	2人	0.9%	2人	1.0%	3人	1.5%	3人	1.3%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		166.4人		320.8人		302.1人		310.5人		307.0人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		198.9人		326.4人		305.8人		307.0人		311.5人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1件1被保険者千対)	入院外(件数)	2,492件 (846.5)		2,479件 (854.8)		2,547件 (866.0)		2,636件 (906.2)		2,545件 (891.7)		3,193.9件 (944.1)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ 入院(件数)		8件 (2.7)		16件 (5.5)		17件 (5.8)		13件 (4.5)		12件 (4.2)		1,366件 (4.0)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	622人	16.6%	759人	32.1%	719人	30.2%	756人	31.0%	786人	30.7%			KDB_厚生労働省様式様式3-2
		⑥ (再掲)40-74歳	I	617人	19.9%	266人	32.6%	252人	30.6%	253人	30.7%	266人	31.1%			
		⑦ 健診未受診者		488人	79.1%	137人	51.5%	122人	48.4%	120人	47.4%	124人	46.6%			
		⑧ インスリン治療	O	29人	4.7%	45人	5.9%	44人	6.1%	50人	6.6%	50人	6.4%			
		⑨ (再掲)40-74歳		26人	4.2%	13人	4.9%	14人	5.6%	17人	6.7%	14人	5.3%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	53人	8.5%	56人	7.4%	50人	7.0%	55人	7.3%	72人	9.2%			
		⑪ (再掲)40-74歳		52人	8.4%	18人	6.8%	18人	7.1%	17人	6.7%	21人	7.9%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		16人	2.6%	7人	0.9%	10人	1.4%	11人	1.5%	7人	0.9%			
		⑬ (再掲)40-74歳		15人	2.4%	3人	1.1%	4人	1.6%	4人	1.6%	3人	1.1%			
		⑭ 新規透析患者数		1		5		2		1		2				
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		1	100%	3	60.0%	0	0%	0	%	2	100%			
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		6人	0.9%	7人	0.9%	10人	1.4%	11人	1.6%	7人	0.9%			
6	医療費	① 総医療費		14億4124万円		14億5871万円		13億1183万円		13億9345万円		14億8286万円		14億4496万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題
		② 生活習慣病総医療費		7億9289万円		7億8295万円		6億9608万円		7億7165万円		8億2860万円		7億7425万円		
		③ (総医療費に占める割合)		55.0%		53.7%		53.1%		55.4%		55.9%		53.6%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	3,897円		2,318円		4,987円		6,224円		10,135円		7,560円		
		⑤ 健診未受診者		37,568円		39,104円		33,937円		38,106円		39,086円		37,805円		
		⑥ 糖尿病医療費		6099万円		6702万円		7006万円		6473万円		6459万円		8603万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		7.7%		8.6%		10.1%		8.4%		7.8%		11.1%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		2億7555万円		2億8183万円		2億6912万円		2億7838万円		2億9240万円				
		⑨ 1件あたり		34,582円		35,401円		34,507円		34,275円		37,115円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費		1億3549万円		1億5689万円		1億0634万円		1億2070万円		1億1565万円				
		⑪ 1件あたり		691,280円		676,256円		618,239円		583,090円		646,074円				
		⑫ 在院日数		16日		17日		15日		14日		15日				
		⑬ 慢性腎不全医療費		1億2311万円		1億3011万円		1億0464万円		9689万円		9543万円		6202万円		
		⑭ 透析有り		1億1998万円		1億2291万円		1億0332万円		9203万円		9281万円		5785万円		
		⑮ 透析なし		313万円		720万円		131万円		486万円		262万円		418万円		
7	介護	① 介護給付費		11億1634万円		10億9703万円		10億8535万円		11億2360万円		11億2872万円		17億4718万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症		2件 25.0%		2件 18.2%		2件 20.0%		1件 11.1%		2件 18.2%				
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		2人 1.4%		3人 2.1%		0人 0.0%		0人 0.0%		4人 2.2%		564人 1.0%		KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題

出典：ヘルスサポートラボツール

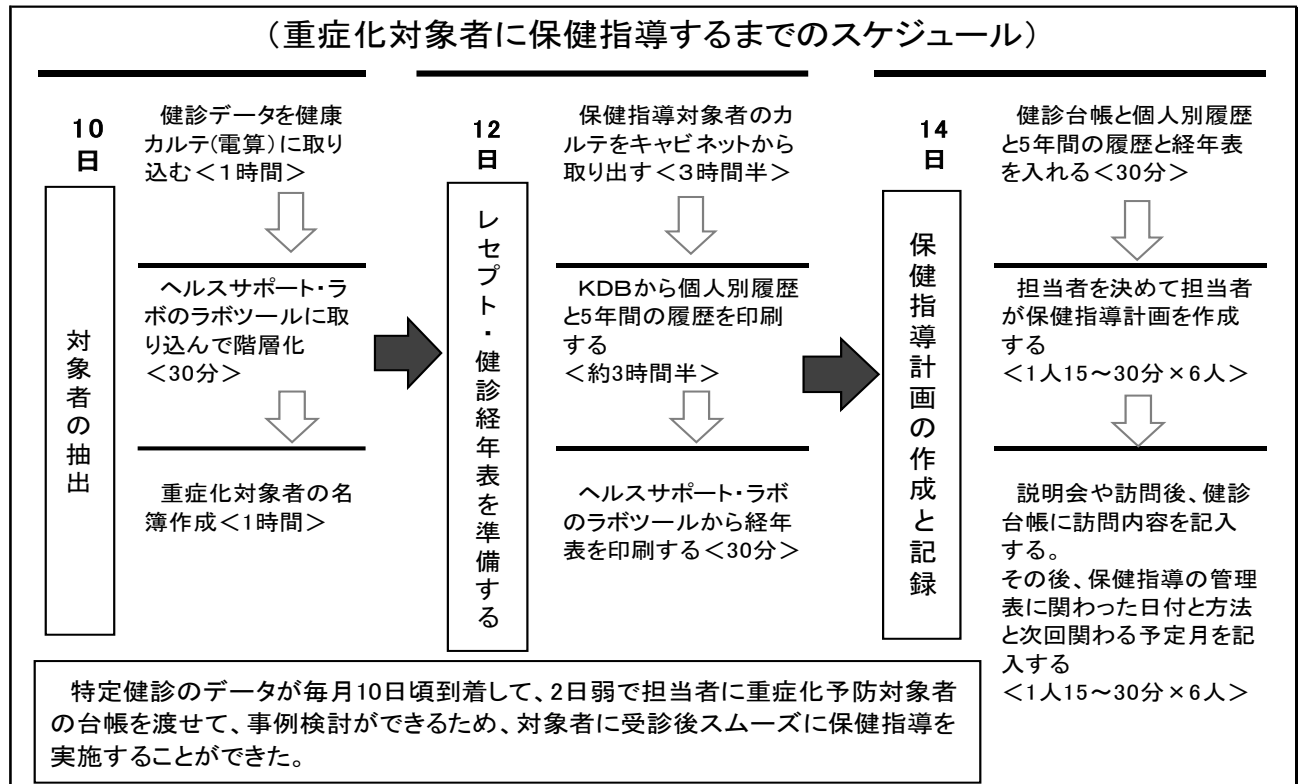
## 7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

図表 67 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



## 2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

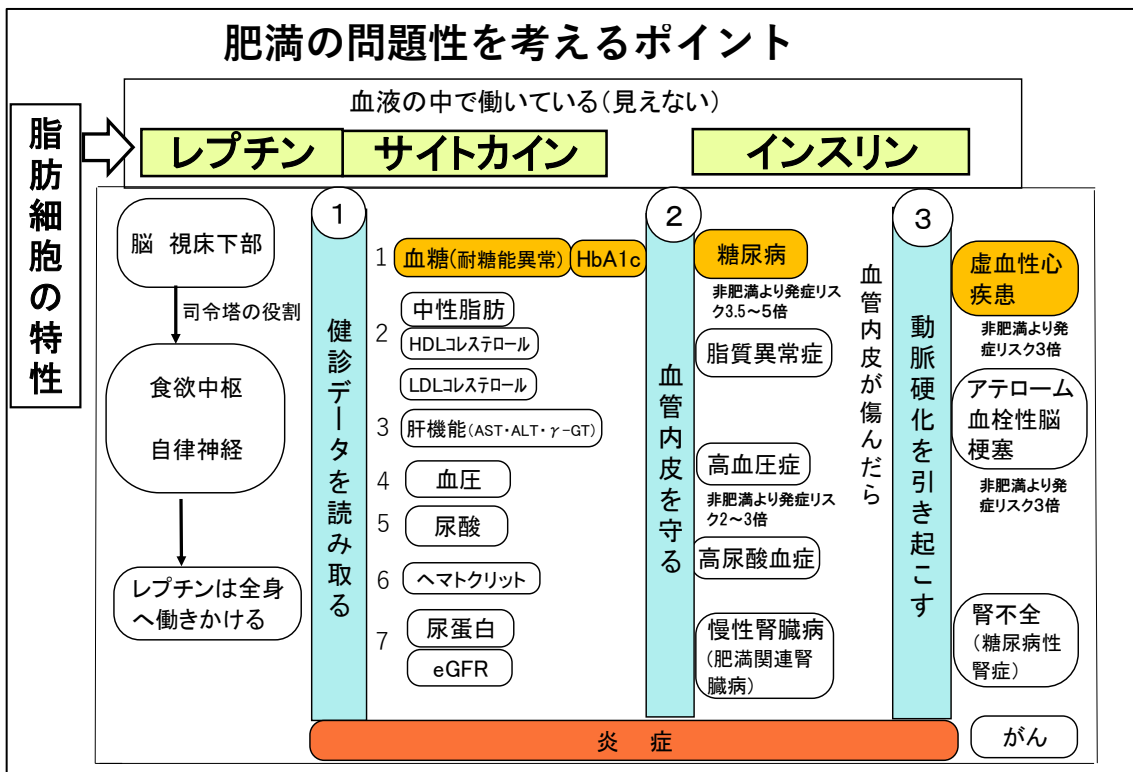
### 1) 基本的な考え方

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

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

なお、取組みにあたっては図表 67 に基づいて考えていきます。

図表 68 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 69 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	287	1,070	78	238	59	210	14	26	4	2	1	0	
				27.2%	22.2%	20.6%	19.6%	4.9%	2.4%	1.4%	0.2%	0.3%	0.0%
再掲	男性	124	455	43	122	34	117	7	5	2	0	0	0
	女性	163	615	35	116	25	93	7	21	2	2	1	0
				21.5%	18.9%	15.3%	15.1%	4.3%	3.4%	1.2%	0.3%	0.6%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

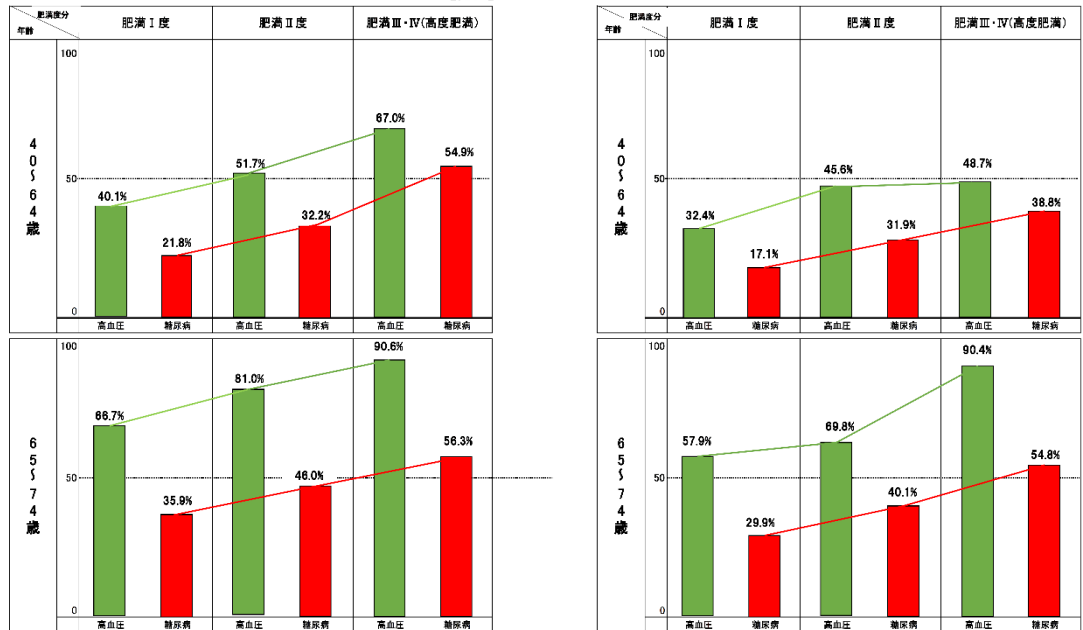
(2) 優先順位をつけます。

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

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

図表 70 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？

肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？ 一番問題である高血圧と糖尿病をグラフに表してみました



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

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

生活	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		・太っているからか腸の痙攣もおこるよ	・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6年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない			
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れがする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れがする	・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩くとき足がしびれる	・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・息が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 ・靴起きると体重で手がしびれて色が変わっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かしづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない			
身体	胸	・2~3年前から胸の変な感じがある ・仕事中時々胸の息苦し ・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バクバクする	・左を向いて寝ると動機が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。			
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す			
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している			

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満3度・4度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。そのことは、図表 71 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に図表 70 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病を合併する割合が高くなっている状況です。高血圧・糖尿病の発症が 50%に満たない肥満 I 度の方で、若い年代(40~64 歳)から優先的に介入することが効率的・効果的だと考えます。

③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 72 心・脳血管疾患を発症した事例(例示)

心・脳血管疾患を発症した事例から課題を整理する

事例 No.	性別	発症年齢	KDBから把握								介護	特定健診	転帰		
			レセプト												
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患								
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症					
1	男	60代		●	●			●			●			メタボ	
2	男	60代	●		●			●			●			メタボ	死亡
3	男	50代	●					●	●		●		要介護2	メタボ	
4	男	50代		●				●	●		●			メタボ	
5	男	40代		●				●	●		●			メタボ	



### 3) 対象者の明確化

図表 73 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	579	37	30	209	303	778	33	42	321	382	
メタボ該当者	B	198	4	7	65	122	85	2	3	31	49	
	B/A	34.2%	10.8%	23.3%	31.1%	40.3%	10.9%	6.1%	7.1%	9.7%	12.8%	
再掲	① 3項目全て	C	63	0	3	14	46	23	0	1	11	11
		C/B	31.8%	0.0%	42.9%	21.5%	37.7%	27.1%	0.0%	33.3%	35.5%	22.4%
	② 血糖+血圧	D	52	1	0	18	33	17	0	0	7	10
		D/B	26.3%	25.0%	0.0%	27.7%	27.0%	20.0%	0.0%	0.0%	22.6%	20.4%
	③ 血圧+脂質	E	76	3	4	30	39	41	2	2	12	25
		E/B	38.4%	75.0%	57.1%	46.2%	32.0%	48.2%	100.0%	66.7%	38.7%	51.0%
	④ 血糖+脂質	F	7	0	0	3	4	4	0	0	1	3
		F/B	3.5%	0.0%	0.0%	4.6%	3.3%	4.7%	0.0%	0.0%	3.2%	6.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 74 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		あり		なし					
総数	579	198	34.2%	160	80.8%	38	19.2%	778	85	10.9%	73	85.9%	12	14.1%
40代	37	4	10.8%	2	50.0%	2	50.0%	33	2	6.1%	0	0.0%	2	100.0%
50代	30	7	23.3%	2	28.6%	5	71.4%	42	3	7.1%	1	33.3%	2	66.7%
60代	209	65	31.1%	51	78.5%	14	21.5%	321	31	9.7%	27	87.1%	4	12.9%
70~74歳	303	122	40.3%	105	86.1%	17	13.9%	382	49	12.8%	45	91.8%	4	8.2%

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 73)は、男性で 50 代から受診者の 2 割を超えますが、女性では 70 代で初めて 1 割を超えるため、男性への介入を優先することが効率的・効果的だと考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 74)は、男女とも 40 代、50 代では半数以上が 3 疾患治療の治療がなしとなっています。治療が必要な方へは医療機関への受診勧奨が必要ですが、メタボリックシンドロームに効果的な治療薬はなく、基本的には生活習慣の改善が必要なものとなっています。

また、図表 72 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、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方には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ② 治療中の方へは、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。
- ③ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

## (2) 対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(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 75 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 体の中で起きていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いませんか？
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 膝が痛いとお聞きしますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

## (2) 二次健診の実施

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

### ◎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)

### 3. 虚血性心疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

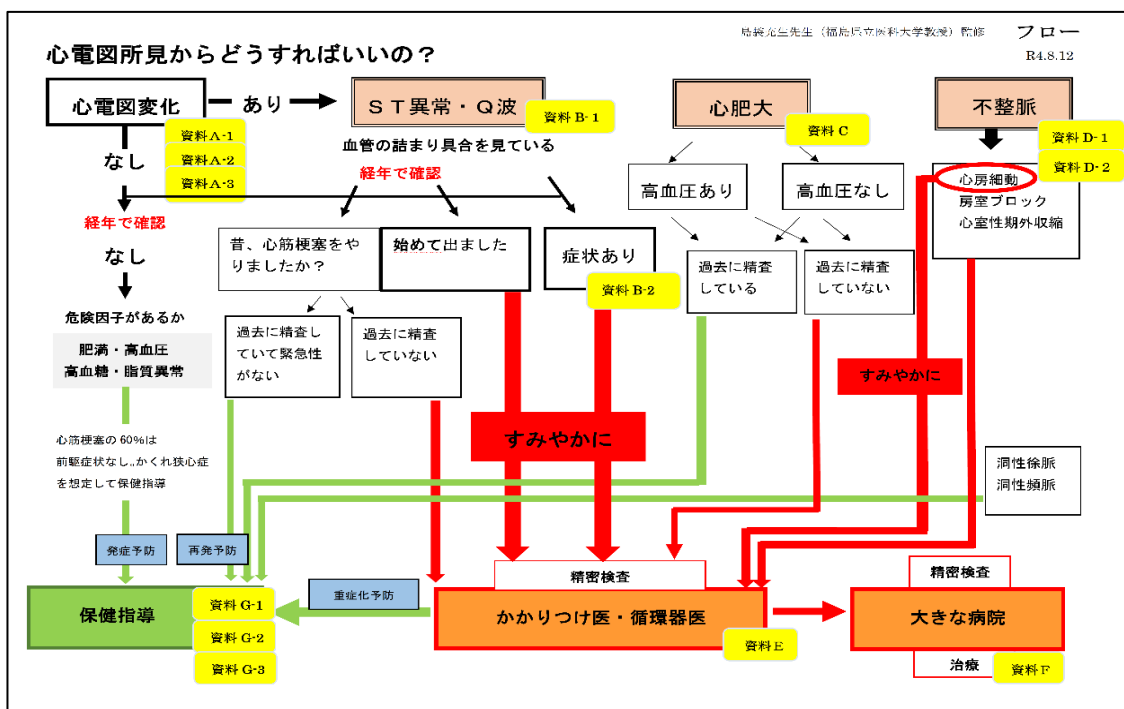
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

#### 2) 対象者の明確化

##### (1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 66 に基づいて考えます。

図表 76 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



##### (2) 重症化予防対象者の抽出

###### ①心電図検査からの把握

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

本町においては、心電図検査を 1,455 人に実施し、そのうち有所見者が 447 人(30.7%)でした。所見の中でも不整脈である、脚ブロックが 89 人(19.9%)、期外収縮が 66 人(14.8%)の順に高いことがわかります。(図表 77)

また、有所見者のうち要精査が14人(3.1%)で、その後の受診状況を見ると7人(50.0%)は未受診でした。(図表78)。

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方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 77 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	1,455	30.7%	447	30.7%	16	3.6%	30	6.7%	15	3.4%	47	10.5%	5	1.1%	89	19.9%	16	3.6%	66	14.8%	
内訳	男性	625	33.0%	206	33.0%	9	4.4%	13	6.3%	5	2.4%	16	7.8%	2	1.0%	44	21.4%	13	6.3%	35	17.0%
	女性	830	29.0%	241	29.0%	7	2.9%	17	7.1%	10	4.1%	31	12.9%	3	1.2%	45	18.7%	3	1.2%	31	12.9%

基山町調べ

図表 78 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	447		14	3.1%	7	50.0%	7	50.0%
男性	206	46.1%	10	4.9%	4	40.0%	6	60.0%
女性	241	53.9%	4	1.7%	3	75.0%	1	25.0%

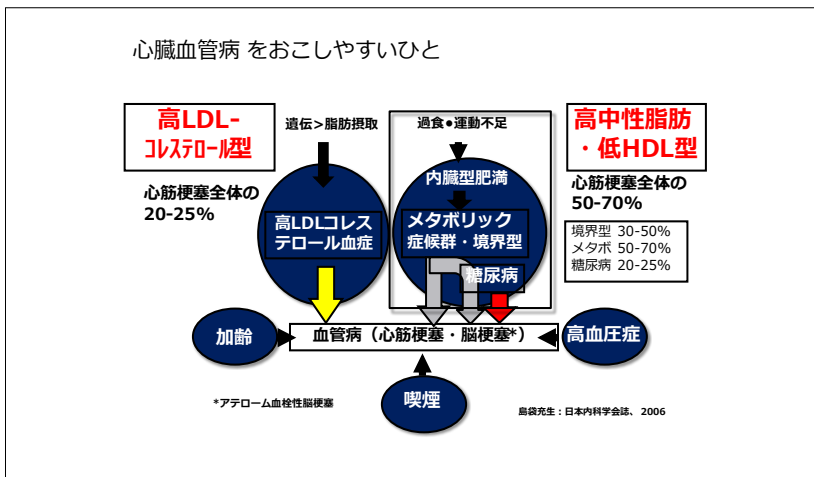
基山町調べ

## ②心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表79)

図表 79 心血管病をおこしやすいひと



図表 79 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

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 73・74)を参照します。

LDL コレステロールタイプについては図表 80 をもとに対象者を把握し、リスクによって優先順位を決定します。

図表 80 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定				令和04年度							
動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標				(参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版							
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)				健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別			
管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
567				240	201	83	43	6	16	55	49
				42.3%	35.4%	14.6%	7.6%	4.8%	12.7%	43.7%	38.9%
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)	57	31	18	6	2	4	4	0	0
			10.1%	12.9%	9.0%	7.2%	4.7%	66.7%	25.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	257	94	97	44	22	2	6	37	21
			45.3%	39.2%	48.3%	53.0%	51.2%	33.3%	37.5%	67.3%	42.9%
高リスク	120未満 (150未満)	229	102	81	30	16	0	5	17	24	
		40.4%	42.5%	40.3%	36.1%	37.2%	0.0%	31.3%	30.9%	49.0%	
	再掲	100未満 (130未満) ※1	11	6	3	1	1	0	1	0	1
			1.9%	2.5%	1.5%	1.2%	2.3%	0.0%	6.3%	0.0%	2.0%
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)	24	13	5	3	3	0	1	1	4
			4.2%	5.4%	2.5%	3.6%	7.0%	0.0%	6.3%	1.8%	8.2%

※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 81 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 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**

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、治療中の方へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集します。

### **5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携**

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

### **6) 評価**

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

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

### **7) 実施期間及びスケジュール**

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

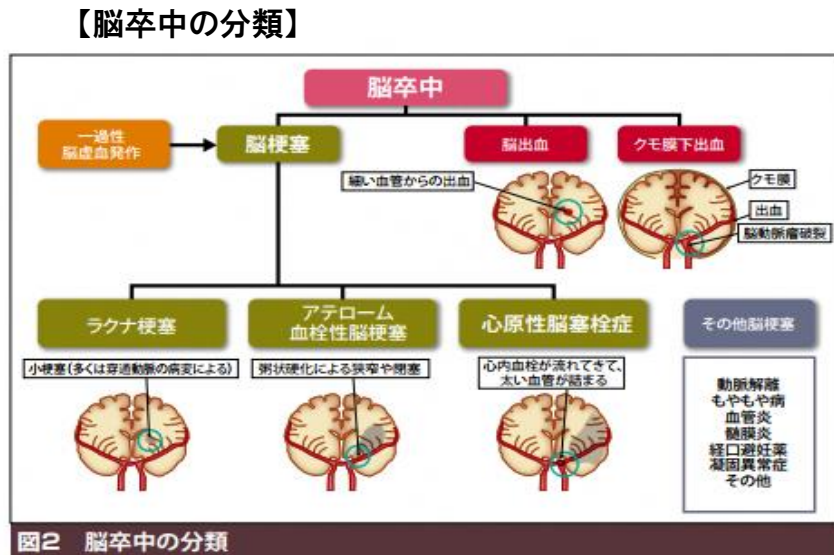


## 4. 脳血管疾患重症化予防

### 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 82・83)

図表 82 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 83 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 84 でみると、高血圧治療者 1,374 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 174 人(12.7%・O)でした。

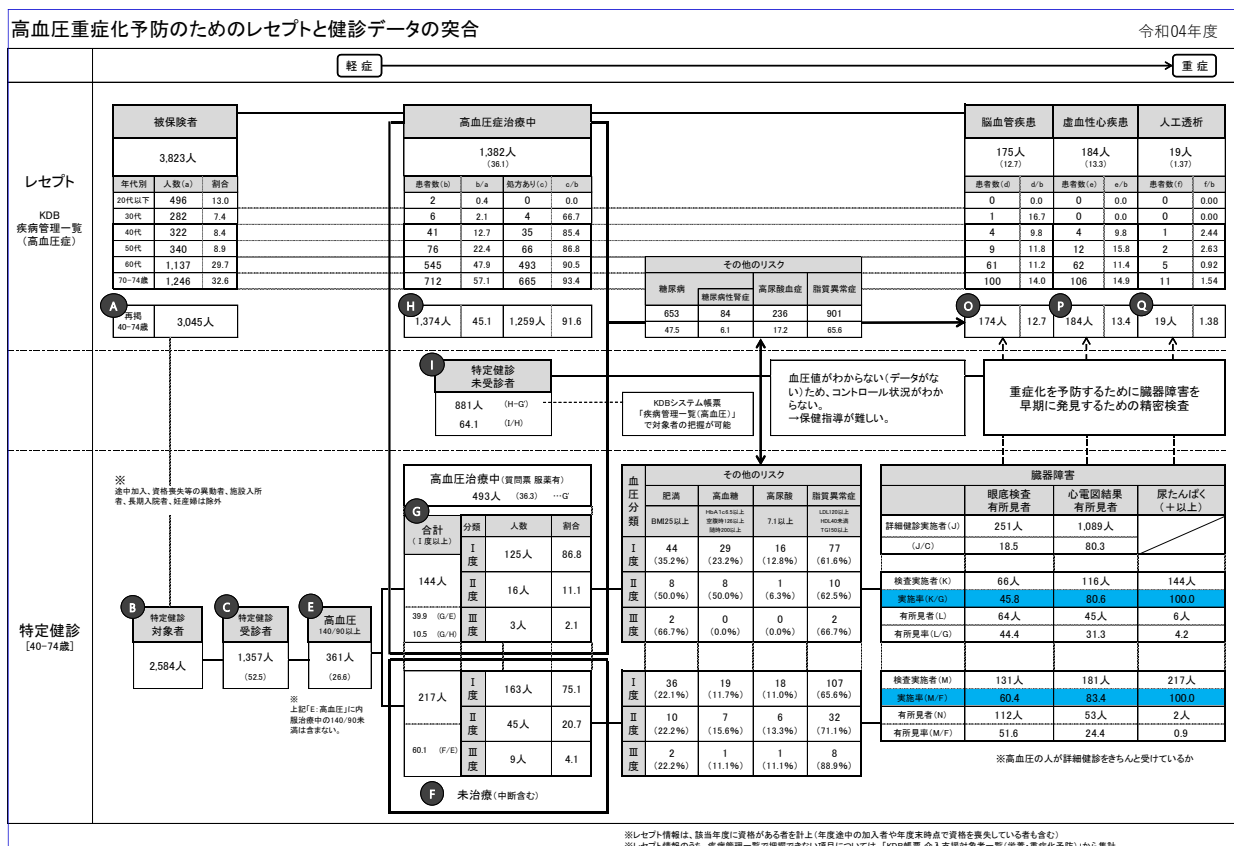
健診結果をみると、Ⅱ度高血圧以上が 73 人(5.3%)であり、そのうち 54 人(74%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 19 人(3.8%)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目的である眼底検査(詳細検査)が、わずか 251 人(18.5%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、361 人(26.6%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

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

図表 84 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典：ヘルスサポートラボツール

## (2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 85 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 診察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)	高血圧			
		高値高血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
	455	238 52.3%	163 35.8%	45 9.9%	9 2.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	10 2.2%	C 5 2.1%	B 4 2.5%	B 1 2.2%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	293 64.4%	C 167 70.2%	B 93 57.1%	A 29 64.4%	A 4 44.4%
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	152 33.4%	B 66 27.7%	A 66 40.5%	A 15 33.3%	A 5 55.6%

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	119
		26.2%
B	概ね1か月後に再評価	164
		36.0%
C	概ね3か月後に再評価	172
		37.8%

※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 85 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



(脳卒中予防の提言より引用)

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るものであり、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 86 は、特定健診実施者における心房細動の有所見状況をみています。

図表 86 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	579	778	471	81.3%	618	79.4%	11	2.3%	2	0.3%	--	--
40代	37	33	33	89.2%	31	93.9%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	30	42	27	90.0%	33	78.6%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	209	321	175	83.7%	258	80.4%	2	1.1%	1	0.4%	1.9%	0.4%
70～74歳	303	382	236	77.9%	296	77.5%	9	3.8%	1	0.3%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 87 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	0	0.0%	13	100.0%

基山町調べ

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 人のうち全員既に治療が開始されていました。

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。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

#### (2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。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(介護保険部局)との連携

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

### 6) 評価

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

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)

### Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

#### 1) 基本的な考え方

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

#### 2) 事業の実施

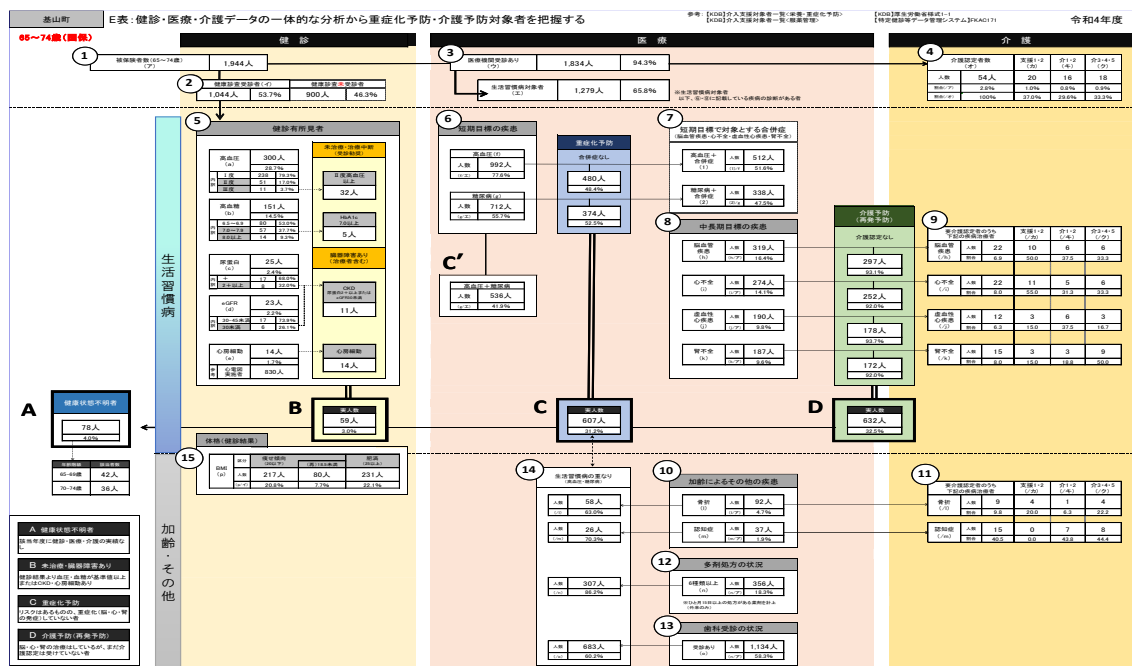
本町は、令和2年度より佐賀県後期高齢者広域連合から、本町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。具体的には、

##### ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師・管理栄養士)を配置

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

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

図表 88 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



## IV. 発症予防

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

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

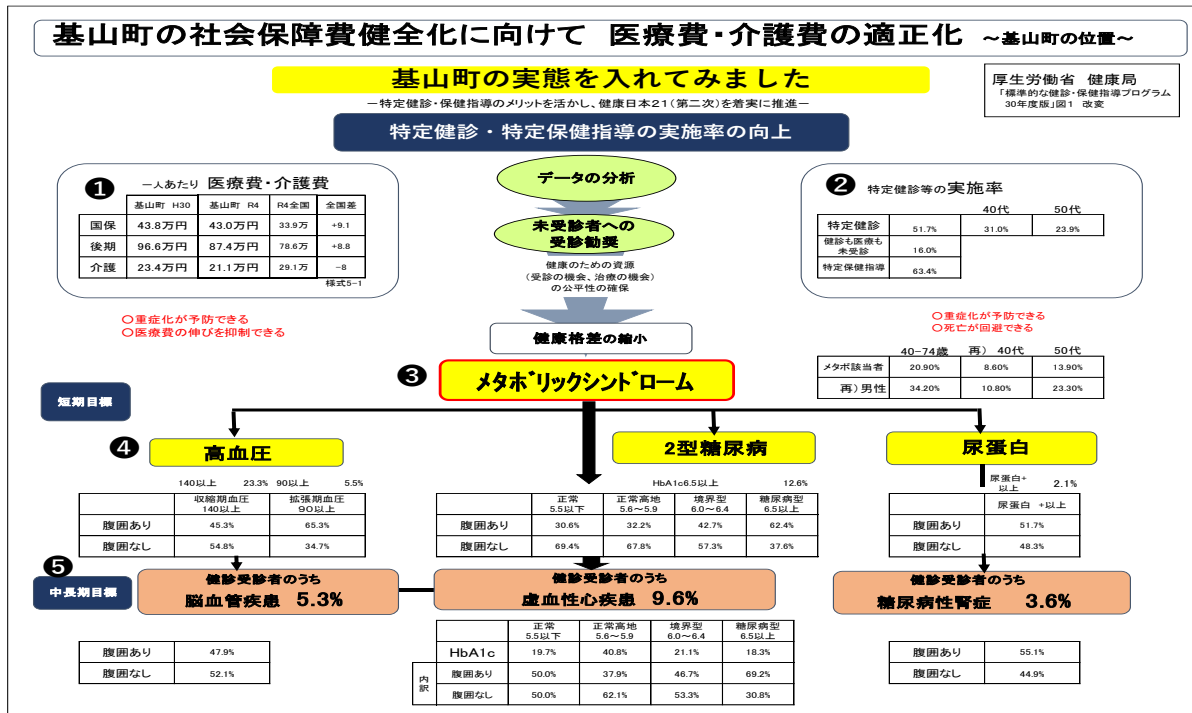
図表 89 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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)															
1 根拠法	健康増進法														
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)				
2 計画	健康増進計画(県)(市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】														
	データヘルス計画【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
	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・幼稚園健康診査		就学時健診 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診査 (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)	
5 対象者 健診内容	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則(第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)		
	血糖	95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
	HbA1c	6.5%以上						6.5%以上							
	50GCT	1時間値140mg/dl以上													
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
	(診断)妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの													
	身長														
	体重														
	BMI							25以上							
	肥満度			加齢 <sup>*</sup> 18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上							
尿糖	(+)以上			(+)以上											
糖尿病家族歴															

## V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表 90, 91)

図表 90 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 91 統計からみえる佐賀県の食

**統計からみえる佐賀の食** ~ 総務省統計局 家計調査 2019~2021年平均 ~

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
ごぼう	1位
れんこん	1位
カレールウ	5位
即席めん	3位
冷凍調理食品	4位
調理パン	9位

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
牛乳	47位
豆腐	45位
かつお	53位
葉茎菜	39位
ブロッコリー	44位
果物	52位

店舗・種別	全国ランキング (金額)
和食	2位
日本そば・うどん	5位
焼肉	6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"><li>・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか(予算等も含む)</li><li>・保健指導実施のための専門職の配置</li><li>・KDB 活用環境の確保</li></ul>
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"><li>・保健指導等の手順・教材はそろっているか</li><li>・必要なデータは入手できているか</li><li>・スケジュールどおり行われているか</li></ul>
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"><li>・特定健診実施率、特定保健指導率</li><li>・計画した保健事業を実施したか</li><li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li></ul>
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"><li>・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)</li></ul>

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収集されるので、実施率・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、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

### 2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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基山町の位置

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

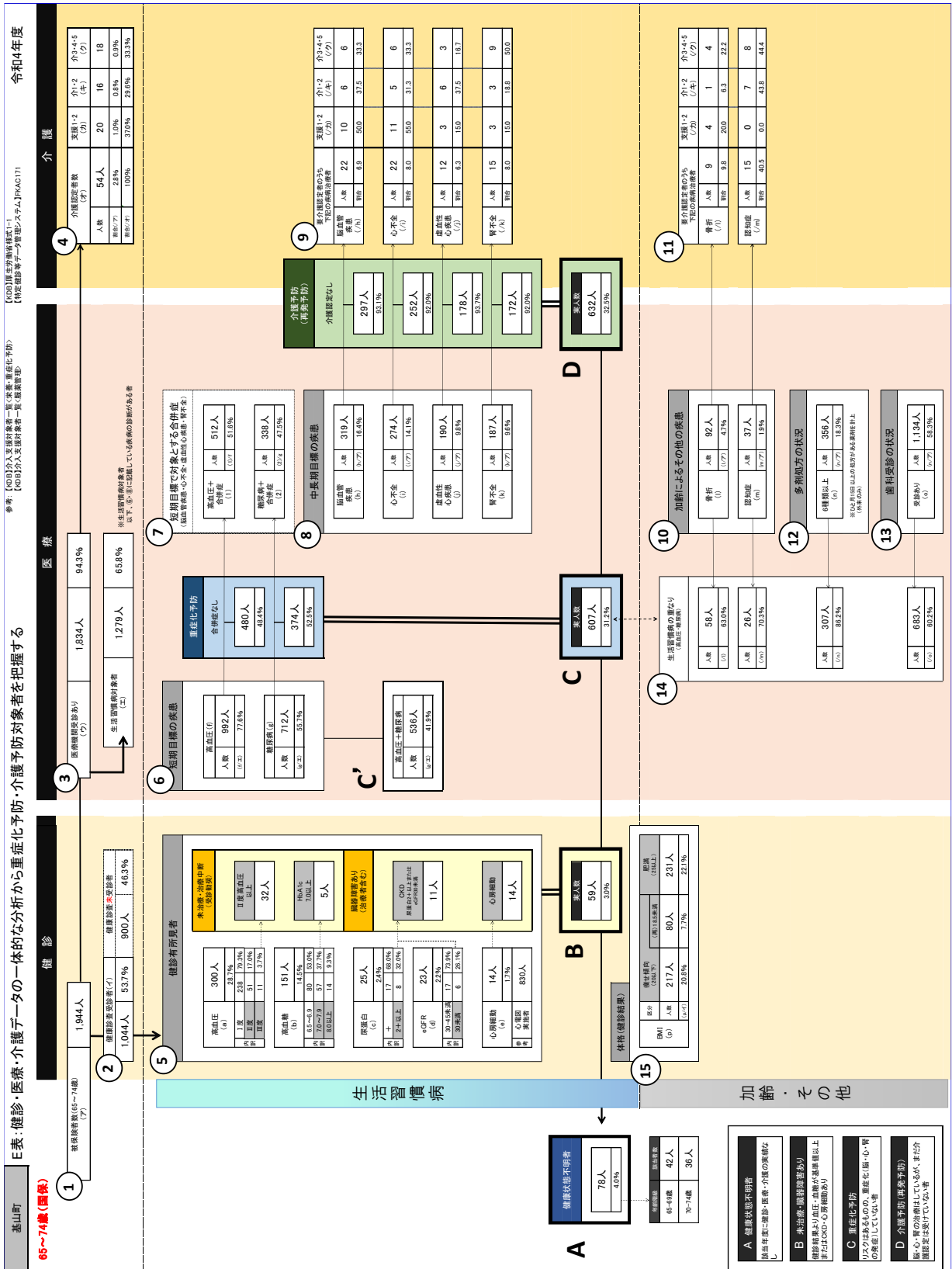
参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた基山町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた基山町の位置										R04年度				
項目			保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	①	人口構成	総人口		17,108		1,810,851		797,881		123,214,261	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			65歳以上(高齢化率)	5,344	31.2	651,740	36.0	246,061	30.8	35,335,805	28.7			
			75歳以上	2,425	14.2	--	--	125,245	15.7	18,248,742	14.8			
			65~74歳	2,919	17.1	--	--	120,816	15.1	17,087,063	13.9			
			40~64歳	5,348	31.3	--	--	253,839	31.8	41,545,893	33.7			
	39歳以下	6,416	37.5	--	--	297,981	37.3	46,332,563	37.6					
	②	産業構成	第1次産業		3.4		10.9		8.7		4.0	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			第2次産業		23.5		27.1		24.2		25.0			
			第3次産業		73.1		61.9		67.1		71.0			
	③	平均寿命	男性		81.6		80.5		80.7		80.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			女性		87.5		86.9		87.1		87.0			
	④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性 ※保険者欄は二次医療圏データ		80.6		79.7		80.1		80.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			女性 ※保険者欄は二次医療圏データ		84.3		84.3		85.2		84.4			
	2	①	死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		92.8		103.0		102.0		100	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				死因	男性		89.9		100.8		99.1			100
					女性									
がん					54	55.1	6,844	47.1	2,689	51.1	378,272	50.6		
心臓病					26	26.5	4,468	30.7	1,488	28.3	205,485	27.5		
脳疾患					12	12.2	2,073	14.3	687	13.0	102,900	13.8		
糖尿病					4	4.1	271	1.9	95	1.8	13,896	1.9		
腎不全		1	1.0	564	3.9	198	3.8	26,946	3.6					
自殺		1	1.0	317	2.2	108	2.1	20,171	2.7					
②		早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査		
	女性													
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		800	15.2	121,841	18.8	45,455	18.6	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			新規認定者		17	0.2	1,946	0.3	831	0.3	110,289	0.3		
			介護度別 総件数	要支援1.2		2,724	14.9	382,007	13.8	192,586	19.1	21,785,044		12.9
				要介護1.2		8,741	47.7	1,277,829	46.3	500,432	49.6	78,107,378		46.3
				要介護3以上		6,850	37.4	1,099,163	39.8	316,821	31.4	68,963,503		40.8
			2号認定者		16	0.30	2,304	0.40	825	0.33	156,107	0.38		
	②	有病状況	糖尿病		219	26.7	29,183	22.8	11,160	23.4	1,712,613	24.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			高血圧症		506	60.1	67,451	53.3	28,610	60.7	3,744,672	53.3		
			脂質異常症		323	37.7	38,328	30.0	16,120	33.7	2,308,216	32.6		
			心臓病		568	68.1	76,143	60.3	32,225	68.4	4,224,628	60.3		
			脳疾患		226	27.6	29,057	23.1	13,290	28.7	1,568,292	22.6		
			がん		122	15.6	14,184	11.0	6,572	14.0	837,410	11.8		
			筋・骨格		506	59.8	66,665	52.7	28,736	61.0	3,748,372	53.4		
			精神		369	45.7	46,518	36.9	21,641	46.2	2,569,149	36.8		
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		211,212	1,128,717,856	297,567	193,936,445,825	286,277	70,441,691,145	290,668	10074274226889	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			1件当たり給付費(全体)		61,628		70,292		69,755		59,662			
			居宅サービス		46,118		43,991		50,348		41,272			
			施設サービス		278,956		291,264		290,902		296,364			
	④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		10,337		9,041		9,309		8,610	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			認定あり		4,109		4,224		4,328		4,020			
4	①	国保の状況	被保険者数		3,447		419,832		172,974		27,488,882	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			65~74歳		1,963	56.9			78,402	45.3	11,129,271		40.5	
			40~64歳		891	25.8			53,309	30.8	9,088,015		33.1	
			39歳以下		593	17.2			41,263	23.9	7,271,596		26.5	
	加入率		20.1		23.2		21.7		22.3					
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数		1	0.3	141	0.3	100	0.6	8,237	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況	
			診療所数		14	4.1	1,172	2.8	691	4.0	102,599	3.7		
			病床数		160	46.4	19,041	45.4	14,451	83.5	1,507,471	54.8		
			医師数		18	5.2	2,768	6.6	2,445	14.1	339,611	12.4		
			外来患者数		821.3		721.7		784.4		687.8			
			入院患者数		23.5		21.9		27.7		17.7			
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		430,188	県内16位 同規模14位	382,035		431,999		339,680	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			受診率		844.768		743.593		812.114		705.439			
			外 来	費用の割合		59.7		57.4		53.8			60.4	
件数の割合				97.2		97.1		96.6		97.5				
入 院			費用の割合		40.3		42.6		46.2		39.6			
			件数の割合		2.8		2.9		3.4		2.5			
1件あたり在院日数			16.2日		16.6日		17.9日		15.7日					

4	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	266,598,280	32.2	31.8	27.2	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題					
			慢性腎不全(透析あり)	92,808,540	11.2	7.5	10.2	8.2						
			糖尿病	64,588,970	7.8	11.1	9.2	10.4						
			高血圧症	44,475,160	5.4	6.4	5.6	5.9						
			脂質異常症	38,268,570	4.6	3.8	3.7	4.1						
			脳梗塞・脳出血	27,304,270	3.3	4.0	4.0	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	16,817,900	2.0	2.6	2.0	2.8						
			精神	112,565,190	13.6	15.2	20.3	14.7						
	筋・骨格	159,376,580	19.2	16.5	16.8	16.7								
	⑤	一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	749	0.4	329	0.2	370	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)			
				糖尿病	1,346	0.8	1,391	0.9	1,416	0.7		1,144	0.9	
				脂質異常症	214	0.1	65	0.0	64	0.0		53	0.0	
		一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	12,154	4.7	12,709	5.8	12,536	5.4		10,143	4.9	
				糖尿病	17,989	7.0	21,886	10.0	20,303	8.7		17,720	8.6	
脂質異常症				10,888	4.2	7,778	3.5	8,279	3.6	7,092		3.5		
⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	3,935		2,690		3,014		2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題				
		健診未受診者	15,175		13,453		14,170		13,295					
⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者	780	58.7	74,035	58.3	25,957	55.2	3,698,441	56.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	716	53.9	66,739	52.5	23,565	50.1	3,375,719	51.9				
5	特定健診の状況 県内市町村数 23市町村 同規模市区町村数 111市町村	①	健診受診者	1,369		127,078		46,997		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			
		②	受診率	53.6	県内4位 同規模16位	41.2	39.6	全国16位	35.3					
		③	特定保健指導終了者(実施率)	123	79.9	2563	17.1	1,049	19.4	69,327		9.0		
		④	非肥満高血糖	101	7.6	12,908	10.2	4,529	9.6	588,083		9.0		
		⑤	メタボ	該当者	276	20.8	27,097	21.3	10,252	21.8		1,321,197	20.3	
				男性	196	34.3	18,784	32.5	6,954	32.9		923,222	32.0	
				女性	80	10.6	8,313	12.0	3,298	12.8		397,975	11.0	
		⑥	予備群	男性	160	12.0	14,409	11.3	5,760	12.3		730,607	11.2	
				女性	106	18.5	10,159	17.6	3,928	18.6		515,813	17.9	
		⑦	メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	499	37.6	45,663	35.9	18,140		38.6	2,273,296	35.0
					男性	348	60.8	31,820	55.0	12,261		58.0	1,592,747	55.3
				女性	151	20.0	13,843	20.0	5,879	22.7		680,549	18.8	
				BMI	総数	41	3.1	6,554	5.2	1,785		3.8	304,276	4.7
					男性	6	1.0	999	1.7	256		1.2	48,780	1.7
				女性	35	4.6	5,555	8.0	1,529	5.9		255,496	7.1	
				血糖のみ	8	0.6	887	0.7	486	1.0		41,541	0.6	
				血圧のみ	112	8.4	10,372	8.2	3,847	8.2		514,593	7.9	
				脂質のみ	40	3.0	3,150	2.5	1,427	3.0		174,473	2.7	
				血糖・血圧	67	5.0	4,378	3.4	1,794	3.8		193,722	3.0	
血糖・脂質	11			0.8	1,294	1.0	744	1.6	67,212	1.0				
血圧・脂質	114	8.6	12,473	9.8	4,364	9.3	630,648	9.7						
血糖・血圧・脂質	84	6.3	8,952	7.0	3,350	7.1	429,615	6.6						
⑧	問診の状況	服薬	高血圧	483	36.4	48,903	38.5	17,603	37.5	2,324,538	35.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			糖尿病	137	10.3	12,787	10.1	5,331	11.3	564,473	8.7			
⑨	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	脂質異常症	395	29.7	36,118	28.4	13,630	29.0	1,817,350	28.0			
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	40	3.0	4,109	3.3	751	1.7	199,003	3.1			
⑩	腎不全	腎不全	62	4.7	7,569	6.2	1,076	2.5	349,845	5.5				
		貧血	13	1.0	1,041	0.8	327	0.8	51,680	0.8				
⑪	生活習慣の状況	喫煙	高血圧	88	6.6	11,759	9.6	3,936	9.1	669,737	10.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			週3回以上朝食を抜く	157	11.8	17,252	13.6	6,482	13.8	896,676	13.8			
⑫	週3回以上食後閉食(～H2)	113	8.5	9,476	8.1	4,585	10.1	609,166	10.3					
⑬	週3回以上食後閉食(～H2)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0					
⑭	週3回以上就寝前夕食(H30～)	151	11.4	17,906	15.2	6,259	13.8	932,218	15.7					
⑮	週3回以上就寝前夕食	151	11.4	17,906	15.2	6,259	13.8	932,218	15.7					
⑯	食べる速度が速い	346	26.1	30,627	26.0	12,310	27.1	1,590,713	26.8					
⑰	20歳時体重から10kg以上増加	456	34.3	41,268	35.1	16,331	35.9	2,083,152	34.9					
⑱	1回30分以上運動習慣なし	686	51.7	72,803	61.8	26,377	57.9	3,589,415	60.3					
⑳	1日1時間以上運動なし	592	44.6	55,629	47.2	20,705	45.5	2,858,913	48.0					
㉑	睡眠不足	291	21.9	29,477	25.1	10,777	23.7	1,521,685	25.6					
㉒	毎日飲酒	314	23.6	31,142	25.2	11,712	25.6	1,585,206	25.5					
㉓	時々飲酒	328	24.7	25,375	20.6	9,319	20.3	1,393,154	22.4					
⑳	一日飲酒量	1合未満	357	54.5	44,882	60.3	12,128	52.4	2,851,798	64.2				
		1～2合	225	34.4	19,886	26.7	7,535	32.6	1,053,317	23.7				
		2～3合	65	9.9	7,675	10.3	2,797	12.1	414,658	9.3				
		3合以上	8	1.2	2,032	2.7	667	2.9	122,039	2.7				











参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目	突合表	保険者						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111				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A	3,604人		3,581人		3,522人		KDB, 厚生労働省様式 様式3-2			
	② (再掲)40-74歳	A	2,969人		2,981人		2,943人					
2	① 対象者数	B	2,676人		2,629人		2,555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 特定健診 受診者数	C	1,243人		1,320人		1,369人					
	③ 受診率	C	46.4%		50.2%		53.6%					
3	① 特定保健指導 対象者数		149人		151人		154人					
	② 実施率		65.1%		72.8%		79.9%					
4	健診データ	① 糖尿病型	E	192人	15.0%	201人	14.8%	224人	16.5%	特定健診結果		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	62人	32.3%	68人	33.8%	82人	36.6%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	130人	67.7%	133人	66.2%	142人	63.4%			
		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	66人	50.8%	71人	53.4%	78人	54.9%			
		⑤ ④ 中 血圧 130/80以上		36人	54.5%	45人	63.4%	44人	56.4%			
		⑥ ④ 中 肥満 BMI25以上		23人	34.8%	26人	36.6%	31人	39.7%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	64人	49.2%	62人	46.6%	64人	45.1%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	176人	91.7%	176人	87.6%	196人	87.5%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		6人	3.1%	11人	5.5%	11人	4.9%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		8人	4.2%	11人	5.5%	14人	6.3%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		2人	1.0%	3人	1.5%	3人	1.3%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		155.9人		166.4人		173.8人		KDB, 厚生労働省様式 様式3-2		
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		188.3人		199.3人		206.9人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者対	入院外(件数)	2,547件	(866.0)	2,636件	(906.2)	2,545件	(891.7)	2,877件	(869.8)	KDB, 疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ 入院(件数)	17件	(5.8)	13件	(4.5)	12件	(4.2)	12件	(4.6)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	562人	15.6%	596人	16.6%	612人	17.4%	KDB, 厚生労働省様式 様式3-2		
		⑥ (再掲)40-74歳	H	559人	18.8%	594人	19.9%	609人	20.7%			
		⑦ 健診未受診者	I	429人	76.7%	461人	77.6%	467人	76.7%			
		⑧ インスリン治療	O	29人	5.2%	23人	3.9%	22人	3.6%			
		⑨ (再掲)40-74歳		28人	5.0%	22人	3.7%	21人	3.4%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	45人	8.0%	42人	7.0%	61人	10.0%			
		⑪ (再掲)40-74歳		44人	7.9%	41人	6.9%	60人	9.9%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		15人	2.7%	13人	2.2%	9人	1.5%			
		⑬ (再掲)40-74歳		15人	2.7%	13人	2.2%	9人	1.5%			
		⑭ 新規透析患者数		2		1		2		基山町ピラミッド(国保のみ)		
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0	0%	0	0%	2	100%			
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		10人	1.4%	11人	1.5%	7人	0.9%	KDB, 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー		
6	医療費	① 総医療費		13億1183万円		13億9345万円		14億8286万円		14億4496万円	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
		② 生活習慣病総医療費		6億9608万円		7億7165万円		8億2860万円		7億7425万円		
		③ (総医療費に占める割合)		53.1%		55.4%		55.9%		53.6%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	4,987円		6,224円		10,135円		6,018円		
		⑤ 健診未受診者	33,937円		38,106円		39,086円		38,167円			
		⑥ 糖尿病医療費		7006万円		6473万円		6459万円		8603万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.1%		8.4%		7.8%		11.1%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		2億6912万円		2億7838万円		2億9240万円				
		⑨ 1件あたり		34,507円		34,275円		37,115円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費		1億0634万円		1億2070万円		1億1565万円				
		⑪ 1件あたり		618,239円		583,090円		646,074円				
		⑫ 在院日数		15日		14日		15日				
		⑬ 慢性腎不全医療費		1億0464万円		9689万円		9543万円		6202万円		
		⑭ 透析有り		1億0332万円		9203万円		9281万円		5785万円		
		⑮ 透析なし		131万円		486万円		262万円		418万円		
7	介護	① 介護給付費		10億8535万円		11億2360万円		11億2872万円		17億4718万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症		2件	20.0%	1件	11.1%	2件	18.2%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%	0人	0.0%	4人	2.2%	3人	1.1%	KDB, 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題

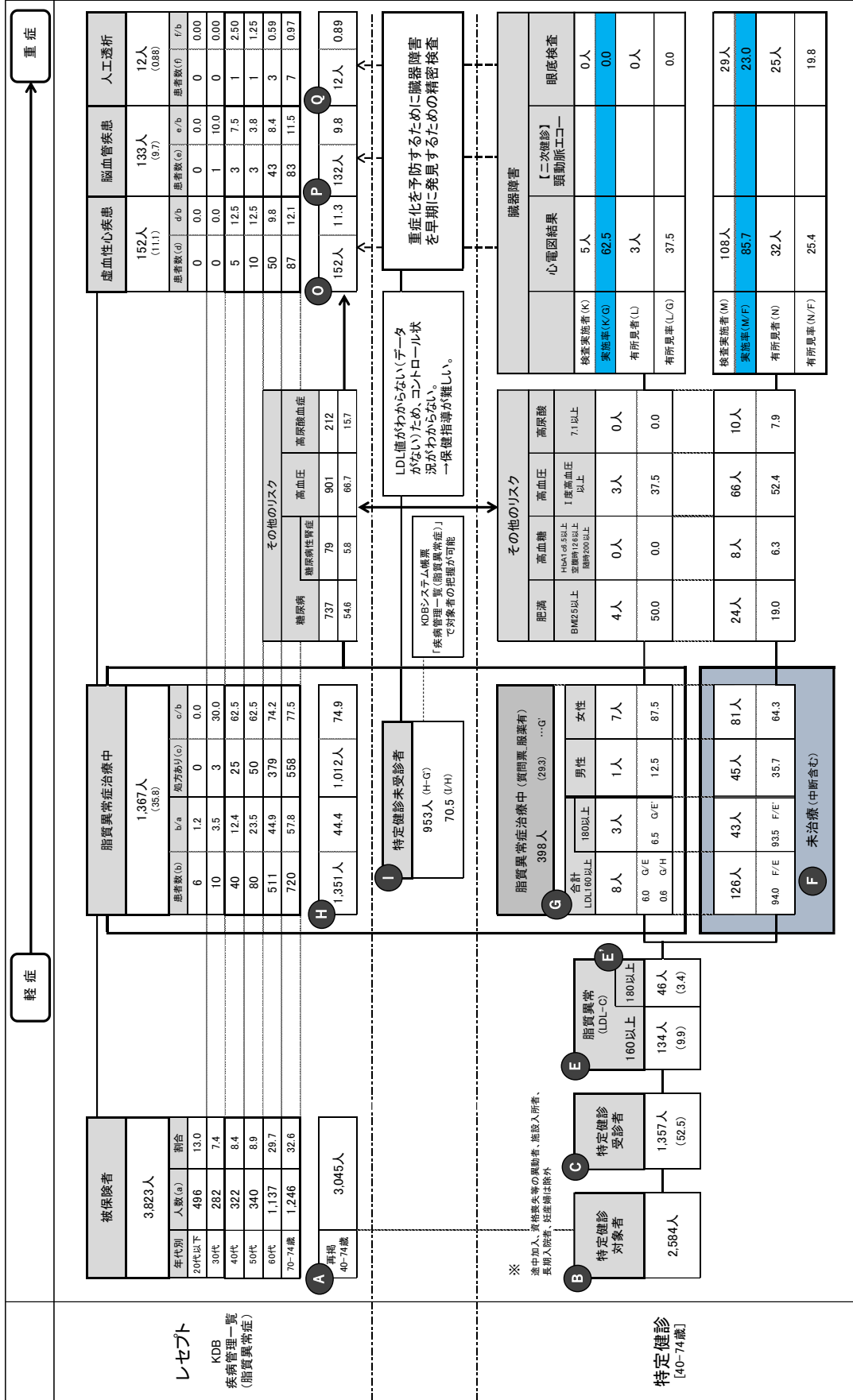




参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

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

令和04年度



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

参考資料7 HbA1cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	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		最低限度達成が望ましい目標					
		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	1,401	326	23.3%	635	45.3%	277	19.8%	80	5.7%	64	4.6%	19	1.4%	40	2.9%	11	0.8%
H30	1,394	380	27.3%	607	43.5%	262	18.8%	76	5.5%	50	3.6%	19	1.4%	37	2.7%	14	1.0%
R01	1,396	439	31.4%	546	39.1%	256	18.3%	85	6.1%	52	3.7%	18	1.3%	41	2.9%	12	0.9%
R02	1,273	362	28.4%	546	42.9%	216	17.0%	74	5.8%	57	4.5%	18	1.4%	45	3.5%	12	0.9%
R03	1,346	352	26.2%	566	42.1%	280	20.8%	74	5.5%	61	4.5%	13	1.0%	38	2.8%	7	0.5%
R04	1,347	373	27.7%	544	40.4%	260	19.3%	90	6.7%	64	4.8%	16	1.2%	43	3.2%	12	0.9%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して  
重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		割合
					再)7.0以上	未治療	治療	割合	割合	
H29	1,401	326	635	277	163	71	92	11.6%	5.9%	11.6%
					83	28	55			
H30	1,394	380	607	262	145	51	94	10.4%	4.9%	10.4%
					69	18	51			
R01	1,396	439	546	256	155	53	102	11.1%	5.0%	11.1%
					70	15	55			
R02	1,273	362	546	216	149	54	95	11.7%	5.9%	11.7%
					75	22	53			
R03	1,346	352	566	280	148	54	94	11.0%	5.5%	11.0%
					74	18	56			
R04	1,347	373	544	260	170	64	106	12.6%	5.9%	12.6%
					80	18	62			

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		最低限度達成が望ましい目標						合併症の危険が更に大きくなる	
		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	133	9.5%	0	0.0%	11	8.3%	30	22.6%	37	27.8%	45	33.8%	10	7.5%	26	19.5%	3	2.3%
	H30	129	9.3%	0	0.0%	11	8.5%	24	18.6%	43	33.3%	40	31.0%	11	8.5%	28	21.7%	8	6.2%
	R01	147	10.5%	2	1.4%	10	6.8%	33	22.4%	47	32.0%	40	27.2%	15	10.2%	34	23.1%	10	6.8%
	R02	130	10.2%	3	2.3%	6	4.6%	26	20.0%	42	32.3%	42	32.3%	11	8.5%	32	24.6%	7	5.4%
	R03	132	9.8%	0	0.0%	10	7.6%	28	21.2%	38	28.8%	46	34.8%	10	7.6%	26	19.7%	4	3.0%
	R04	139	10.3%	2	1.4%	7	5.0%	24	17.3%	44	31.7%	50	36.0%	12	8.6%	36	25.9%	8	5.8%
治療なし	H29	1,268	90.5%	326	25.7%	624	49.2%	247	19.5%	43	3.4%	19	1.5%	9	0.7%	14	1.1%	8	0.6%
	H30	1,265	90.7%	380	30.0%	596	47.1%	238	18.8%	33	2.6%	10	0.8%	8	0.6%	9	0.7%	6	0.5%
	R01	1,249	89.5%	437	35.0%	536	42.9%	223	17.9%	38	3.0%	12	1.0%	3	0.2%	7	0.6%	2	0.2%
	R02	1,143	89.8%	359	31.4%	540	47.2%	190	16.6%	32	2.8%	15	1.3%	7	0.6%	13	1.1%	5	0.4%
	R03	1,214	90.2%	352	29.0%	556	45.8%	252	20.8%	36	3.0%	15	1.2%	3	0.2%	12	1.0%	3	0.2%
	R04	1,208	89.7%	371	30.7%	537	44.5%	236	19.5%	46	3.8%	14	1.2%	4	0.3%	7	0.6%	4	0.3%

## 参考資料8 血圧の年次比較

### 血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	1,401	411	29.3%	263	18.8%	378	27.0%	279	19.9%	61	4.4%	9	0.6%
H30	1,394	457	32.8%	281	20.2%	357	25.6%	242	17.4%	50	3.6%	7	0.5%
R01	1,400	461	32.9%	239	17.1%	372	26.6%	268	19.1%	51	3.6%	9	0.6%
R02	1,277	345	27.0%	217	17.0%	383	30.0%	261	20.4%	64	5.0%	7	0.5%
R03	1,347	346	25.7%	262	19.5%	396	29.4%	285	21.2%	45	3.3%	13	1.0%
R04	1,357	333	24.5%	255	18.8%	408	30.1%	288	21.2%	61	4.5%	12	0.9%

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		割合
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療	割合	割合	
H29	1,401	674 48.1%	378 27.0%	279 19.9%	70	51	19	0.6%	5.0%	
					9	6	3			0.6%
H30	1,394	738 52.9%	357 25.6%	242 17.4%	57	44	13	0.5%	4.1%	
					7	6	1			0.5%
R01	1,400	700 50.0%	372 26.6%	268 19.1%	60	41	19	0.6%	4.3%	
					9	7	2			0.6%
R02	1,277	562 44.0%	383 30.0%	261 20.4%	71	48	23	0.5%	5.6%	
					7	5	2			0.5%
R03	1,347	608 45.1%	396 29.4%	285 21.2%	58	38	20	1.0%	4.3%	
					13	11	2			1.0%
R04	1,357	588 43.3%	408 30.1%	288 21.2%	73	54	19	0.9%	5.4%	
					12	9	3			0.9%

### 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	436	31.1%	73	16.7%	94	21.6%	146	33.5%	104	23.9%	16	3.7%	3	0.7%
	H30	444	31.9%	95	21.4%	92	20.7%	138	31.1%	106	23.9%	12	2.7%	1	0.2%
	R01	469	33.5%	84	17.9%	109	23.2%	149	31.8%	108	23.0%	17	3.6%	2	0.4%
	R02	473	37.0%	85	18.0%	76	16.1%	157	33.2%	132	27.9%	21	4.4%	2	0.4%
	R03	513	38.1%	79	15.4%	114	22.2%	177	34.5%	123	24.0%	18	3.5%	2	0.4%
	R04	493	36.3%	66	13.4%	113	22.9%	170	34.5%	125	25.4%	16	3.2%	3	0.6%
治療なし	H29	965	68.9%	338	35.0%	169	17.5%	232	24.0%	175	18.1%	45	4.7%	6	0.6%
	H30	950	68.1%	362	38.1%	189	19.9%	219	23.1%	136	14.3%	38	4.0%	6	0.6%
	R01	931	66.5%	377	40.5%	130	14.0%	223	24.0%	160	17.2%	34	3.7%	7	0.8%
	R02	804	63.0%	260	32.3%	141	17.5%	226	28.1%	129	16.0%	43	5.3%	5	0.6%
	R03	834	61.9%	267	32.0%	148	17.7%	219	26.3%	162	19.4%	27	3.2%	11	1.3%
	R04	864	63.7%	267	30.9%	142	16.4%	238	27.5%	163	18.9%	45	5.2%	9	1.0%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	1,401	597	42.6%	377	26.9%	240	17.1%	111	7.9%	76	5.4%
	H30	1,394	633	45.4%	358	25.7%	242	17.4%	86	6.2%	75	5.4%
	R01	1,400	637	45.5%	370	26.4%	232	16.6%	97	6.9%	64	4.6%
	R02	1,276	562	44.0%	317	24.8%	215	16.8%	107	8.4%	75	5.9%
	R03	1,346	587	43.6%	339	25.2%	233	17.3%	111	8.2%	76	5.6%
	R04	1,357	663	48.9%	321	23.7%	239	17.6%	88	6.5%	46	3.4%
男性	H29	620	311	50.2%	150	24.2%	89	14.4%	49	7.9%	21	3.4%
	H30	617	328	53.2%	133	21.6%	105	17.0%	26	4.2%	25	4.1%
	R01	619	316	51.1%	163	26.3%	89	14.4%	34	5.5%	17	2.7%
	R02	567	271	47.8%	148	26.1%	89	15.7%	32	5.6%	27	4.8%
	R03	585	274	46.8%	146	25.0%	97	16.6%	37	6.3%	31	5.3%
	R04	579	305	52.7%	131	22.6%	97	16.8%	29	5.0%	17	2.9%
女性	H29	781	286	36.6%	227	29.1%	151	19.3%	62	7.9%	55	7.0%
	H30	777	305	39.3%	225	29.0%	137	17.6%	60	7.7%	50	6.4%
	R01	781	321	41.1%	207	26.5%	143	18.3%	63	8.1%	47	6.0%
	R02	709	291	41.0%	169	23.8%	126	17.8%	75	10.6%	48	6.8%
	R03	761	313	41.1%	193	25.4%	136	17.9%	74	9.7%	45	5.9%
	R04	778	358	46.0%	190	24.4%	142	18.3%	59	7.6%	29	3.7%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	再掲	再掲
					再)180以上	未治療	治療			
H29	1,401	597 42.6%	377 26.9%	240 17.1%	187	176	11	13.3%	94.1%	5.9%
					76	74	2			
H30	1,394	633 45.4%	358 25.7%	242 17.4%	161	150	11	11.5%	93.2%	6.8%
					75	69	6			
R01	1,400	637 45.5%	370 26.4%	232 16.6%	161	149	12	11.5%	92.5%	7.5%
					64	62	2			
R02	1,276	562 44.0%	317 24.8%	215 16.8%	182	174	8	14.3%	95.6%	4.4%
					75	71	4			
R03	1,346	587 43.6%	339 25.2%	233 17.3%	187	178	9	13.9%	95.2%	4.8%
					76	73	3			
R04	1,357	663 48.9%	321 23.7%	239 17.6%	134	126	8	9.9%	94.0%	6.0%
					46	43	3			

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	296	21.1%	173	58.4%	82	27.7%	30	10.1%	9	3.0%	2	0.7%
	H30	272	19.5%	166	61.0%	65	23.9%	30	11.0%	5	1.8%	6	2.2%
	R01	329	23.5%	202	61.4%	89	27.1%	26	7.9%	10	3.0%	2	0.6%
	R02	323	25.3%	211	65.3%	77	23.8%	27	8.4%	4	1.2%	4	1.2%
	R03	362	26.9%	233	64.4%	88	24.3%	32	8.8%	6	1.7%	3	0.8%
	R04	398	29.3%	271	68.1%	81	20.4%	38	9.5%	5	1.3%	3	0.8%
治療なし	H29	1,105	78.9%	424	38.4%	295	26.7%	210	19.0%	102	9.2%	74	6.7%
	H30	1,122	80.5%	467	41.6%	293	26.1%	212	18.9%	81	7.2%	69	6.1%
	R01	1,071	76.5%	435	40.6%	281	26.2%	206	19.2%	87	8.1%	62	5.8%
	R02	953	74.7%	351	36.8%	240	25.2%	188	19.7%	103	10.8%	71	7.5%
	R03	984	73.1%	354	36.0%	251	25.5%	201	20.4%	105	10.7%	73	7.4%
	R04	959	70.7%	392	40.9%	240	25.0%	201	21.0%	83	8.7%	43	4.5%