

太良町国民健康保険  
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

太良町国民健康保険

2024年(令和6年)3月

# 保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

## 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化 ……11

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

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……38

1. 第四期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報の保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

## 第4章 課題解決するための個別保健事業 ……45

- I. 保健事業の方向性

## II. 重症化予防の取組

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

## III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

## IV. 発症予防

## V. ポピュレーションアプローチ

## 第5章 計画の評価・見直し .....74

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

## 第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い .....75

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

## 参考資料 .....77

# 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

## 1. 背景・目的

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

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

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

このような国の動きや太良町の課題等を踏まえ、太良町では、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、国保加入者全員とします。

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。

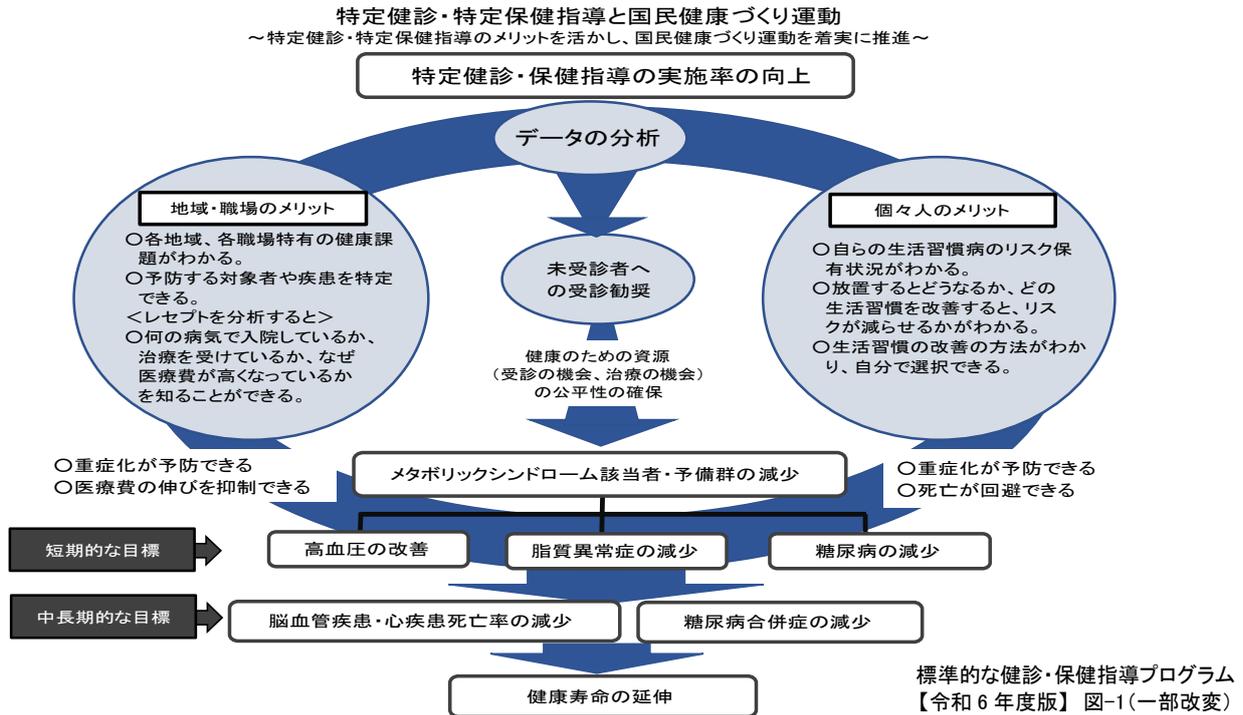
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

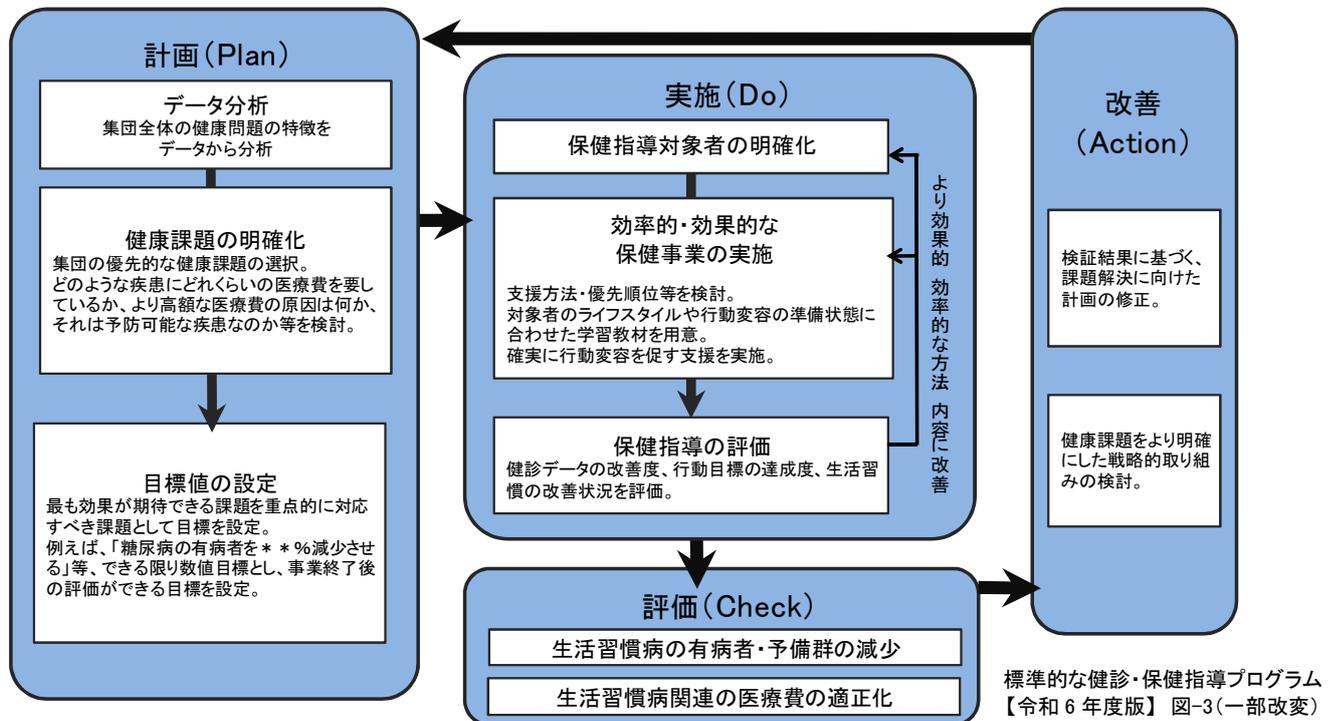
		※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法					
		健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律		健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針		厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間		法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画 策定者		都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方		全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢		ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣等の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりに配慮	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	糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病  糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止  生活習慣病  虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
		慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん  精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価		「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」  51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 子ども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 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・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



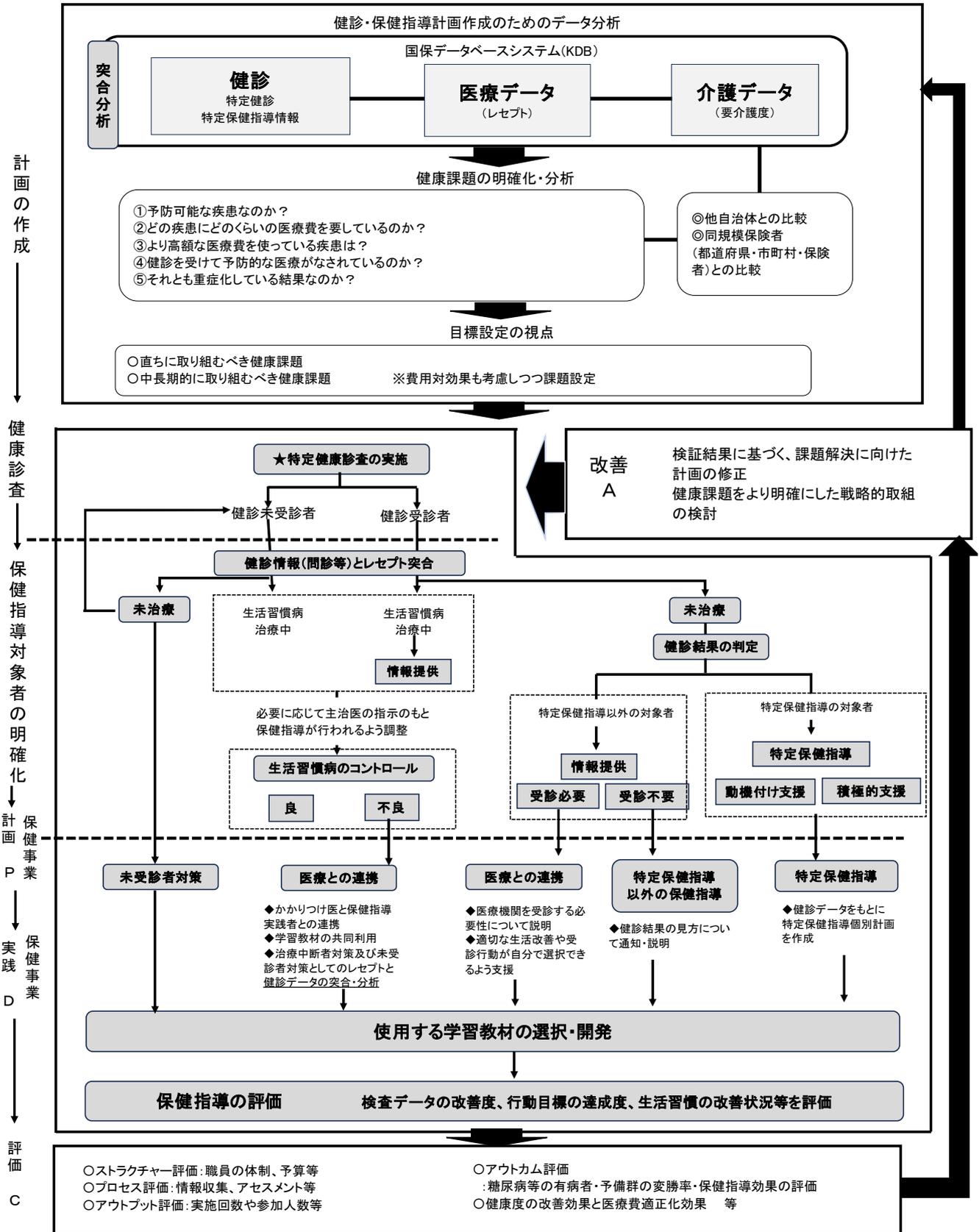
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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。

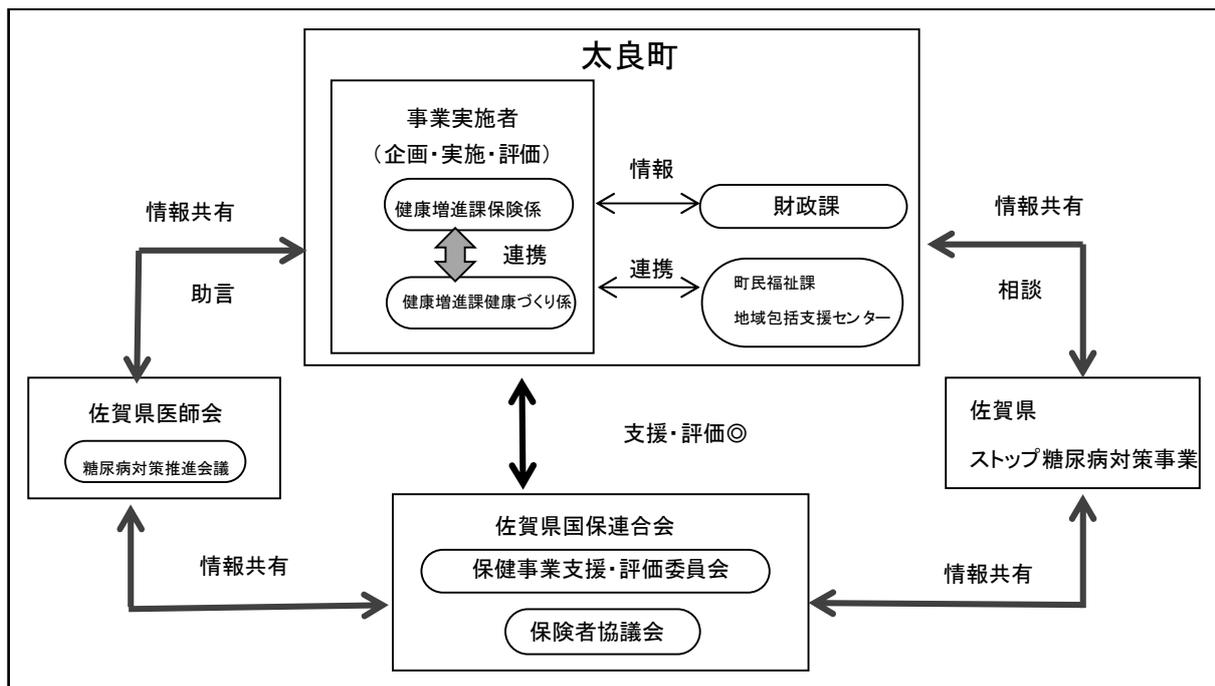


保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、健康増進課、地域包括支援センター、財政課、町民福祉課地域包括支援センター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 太良町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担<例> (令和 5 年 12 月時点)

保…保健師 管栄…管理栄養士 事…事務 ◎…主担当 ○…副担当

	保 (係長)	保	保	保	保	管栄	事 (係長)	事	保	保	保 (係長)
国保事務							○	◎			
健康診断 保健指導										◎	
がん検診			○		◎						
新型コロナ ワクチン	◎		○								
予防接種		◎									
母子保健		○		◎							
精神保健				◎							
歯科保健		◎									
食育						◎					
高齢者の一体的事業									◎		
地域包括支援センター											◎

## 2) 関係機関との連携

### <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・協力が重要となります。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、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、協力します。

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ります。

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

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

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

## 3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重

要です。そのため、計画策定にあたっては、国保運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行ってきました。

## 5. 保険者努力支援制度

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

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

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
		太良町	配点	太良町	配点	太良町	配点		
交付額(万円)				503		478			
全国順位(1,741市町村中)		286位		228位		411位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	105	70	80	70	80	70	
		(3)メタリックシート・ローム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	55	40	75	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	20	45	15	45	20	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		15		15		15	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	80	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	60	100	45	100	45	100
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	30	40	40	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組	40	40	50	50	40	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	83	95	70	100	70	100	
合計点		673	1,000	685	960	635	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

太良町は、人口約8千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で38.9%でした。県、国と比較すると高齢者の割合は高い町となっています。被保険者の平均年齢は52.4歳と県、同規模と比べて低く、出生率は県、国より低いです。産業においては、第1次産業が32.0%と高く、農業・漁業・林業の割合が高く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代から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28.9%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約40%を占めています。(図表10)

図表9 同規模・県・国と比較した太良町の特性

	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
太良町	8,120	38.9	2,346 (28.9)	52.4	4.9	17.1	0.3	32.0	22.4	45.6
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
県	--	30.8	21.7	53.4	7.5	12.5	0.4	8.7	24.2	67.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題  
※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、太良町と同規模保険者(240市町村)の平

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数	割合								
被保険者数	2,685		2,577		2,504		2,437		2,346	
65～74歳	1,031	38.4	1,012	39.3	1,031	41.2	1,014	41.6	957	40.8
40～64歳	974	36.3	932	36.2	893	35.7	872	35.8	835	35.6
39歳以下	680	25.3	633	24.6	580	23.2	551	22.6	554	23.6
加入率	30.6		29.4		28.5		27.8		28.9	

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		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)		
	実数	割合	同規模 割合	県 割合									
病院数	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	0.4	0.6	
診療所数	3	1.1	3	1.2	3	1.2	3	1.2	3	1.3	2.7	4.0	
病床数	60	22.3	60	23.3	60	24.0	60	24.6	60	25.6	37.4	83.5	
医師数	10	3.7	10	3.9	9	3.6	9	3.7	12	5.1	4.2	14.1	
外来患者数	684.0		684.1		647.8		680.6		711.3		692.2		784.4
入院患者数	32.6		33.7		32.4		32.3		31.4		22.7		27.7

出典：KDBシステム\_地域の全体像の把握

## 2. 第2期計画にかかる評価及び考察

### 1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

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

#### ① 介護給付費の状況

太良町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で12人(認定率0.46%)、1号(65歳以上)被保険者で606人(認定率19.2%)と同規模・県・国と比較すると1号は同程度で、2号は高いです。平成30年度と比べると2号認定者が増加し、1号認定者は減少しています。(図表12)

また、1号認定者のうち75歳以上の認定者数が減少しているものの、介護給付費は6,000万円増加し、約11億円に伸びています。(図表12-13)

さらに、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳卒中が上位を占めており、第2号被保険者で約6割、第1号被保険者でも75歳以上については6割以上の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、65歳以上で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

	太良町				同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	3,067人	34.9%	3,159人	38.9%	39.4%	30.8%	28.7%
2号認定者	8人	0.27%	12人	0.46%	0.39%	0.33%	0.38%
新規認定者	1人		4人		--	--	--
1号認定者	650人	21.2%	606人	19.2%	19.4%	18.6%	19.4%
新規認定者	81人		82人		--	--	--
65~74歳	33人	2.5%	38人	2.7%	--	--	--
新規認定者	5人		8人		--	--	--
75歳以上	617人	35.1%	568人	32.1%	--	--	--
新規認定者	76人		74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

	太良町		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	10億6486万円	11億2466万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	347,200	356,017	314,188	286,277	290,668
1件あたり給付費(円)全体	82,413	88,188	74,986	69,755	59,662
居宅サービス	50,179	52,636	43,722	50,348	41,272
施設サービス	271,958	276,311	289,312	290,902	296,364

出典:KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(令和4年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		12		38		568		606				
再)国保・後期		7		32		554		586				
レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数		
			割合	割合	割合	割合	割合	割合				
	循環器疾患	1	脳卒中	4	脳卒中	15	脳卒中	362	脳卒中	377	脳卒中	381
				57.1%		46.9%		65.3%		64.3%		64.2%
		2	虚血性心疾患	1	虚血性心疾患	12	虚血性心疾患	305	虚血性心疾患	317	虚血性心疾患	318
			14.3%		37.5%		55.1%		54.1%		53.6%	
	3	腎不全	1	腎不全	6	腎不全	109	腎不全	115	腎不全	116	
			14.3%		18.8%		19.7%		19.6%		19.6%	
	合併症	4	糖尿病合併症	2	糖尿病合併症	4	糖尿病合併症	45	糖尿病合併症	49	糖尿病合併症	51
				28.6%		12.5%		8.1%		8.4%		8.6%
基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)		5	基礎疾患	29	基礎疾患	526	基礎疾患	555	基礎疾患	560		
			71.4%		90.6%		94.9%		94.7%		94.4%	
血管疾患合計		6	合計	30	合計	537	合計	567	合計	573		
			85.7%		93.8%		96.9%		96.8%		96.6%	
認知症		0	認知症	11	認知症	364	認知症	375	認知症	375		
			0.0%		34.4%		65.7%		64.0%		63.2%	
筋・骨格疾患		6	筋骨格系	28	筋骨格系	538	筋骨格系	566	筋骨格系	572		
			85.7%		87.5%		97.1%		96.6%		96.5%	

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

図表 15 をみると、太良町の医療費は、国保加入者が減少しているため総医療費はやや減少傾向で推移しているが、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 2 万円高いです。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 4.2%程度にも関わらず、医療費全体の 51.5%を占めており、1 件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較しても約 5.5 万円も高くなっています。

さらに、年齢調整をした地域差指数でも、国民健康保険における入院医療費は全国平均の 1 を大きく超えて県内ワースト 1 位となり、全国 2 位の県平均よりも高い。特に入院の地域差指数が平

成 30 年度よりも伸びているため、一人あたり医療費の地域差指数の差は、入院が主要因である。重症化した結果である入院医療費を抑制するためには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続きこの取組に力を入れる必要があります。(図表 16)

図表 15 医療費の推移

		太良町		同規模	県	国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数(人)		2,685人	2,346人	--	--	--
前期高齢者割合		1,031人 (38.4%)	957人 (40.8%)	--	--	--
総医療費		9億6763万円	9億3685万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		360,384 県内19位 同規模90位	399,338 県内18位 同規模78位	376,732	431,999	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	478,890	534,080	588,690	585,050	617,950
	費用の割合	53.5	51.5	43.7	46.2	39.6
	件数の割合	4.6	4.2	3.2	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	19,800	22,230	24,870	24,060	24,220
	費用の割合	46.5	48.5	56.3	53.8	60.4
	件数の割合	95.4	95.8	96.8	96.6	97.5
受診率		716.606	742.661	714.851	812.114	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は太良町と同規模保険者240市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		太良町 (県内市町村中)		県 (47県中)	太良町 (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	1.124	1.184	1.218	1.080	1.080	1.144
		(18位)	(14位)	(1位)	(15位)	(16位)	(6位)
	入院	1.515	1.673	1.398	1.176	1.219	1.232
		(8位)	(1位)	(2位)	(12位)	(14位)	(9位)
	外来	0.874	0.871	1.108	0.994	0.940	1.057
		(20位)	(20位)	(2位)	(14位)	(19位)	(6位)

出典：地域差分析(厚労省)

### ③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・腎疾患(透析有)の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると減少しており、心疾患・腎疾患(透析無)については増加しています。脳血管疾患については、平成 30 年度より 1.42 ポイント減少し、同規模、県よりも低くなっています。(図表 17)

次に治療者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると虚血性心疾

患の割合は減少していますが、脳血管疾患・人工透析については、増加しています。(図表 18)また、年齢別に見ると 40～64 歳の脳血管疾患が増加しています。図表 19～21 の疾患別治療者の経年変化で脳血管疾患合併者の割合をみても、糖尿病・脂質異常症で 40～64 歳が高くなっているため、若いうちからの高血圧症・糖尿病・脂質異常症の予防が脳血管疾患発症予防に重要であるといえます。

さらに、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

			太良町		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			9億6763万円	9億3685万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			8054万円	6833万円	--	--	--
			8.323182241	7.29%	7.67%	8.86%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.08%	0.66% ↓	2.06%	2.15%	2.03%
		心	狭心症・心筋梗塞	1.34%	1.84% ↑	1.47%	1.04%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.61%	4.42% ↓	3.83%	5.37%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.29%	0.37% ↑	0.32%	0.29%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		11.33%	17.38%	16.76%	14.40%	16.69%
	筋・骨疾患		10.44%	10.89%	9.27%	8.87%	8.68%
	精神疾患		12.23%	10.83%	7.98%	10.73%	7.63%

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者(人) 0~74歳	A	2,685	2,346	a	177	171	192	141	8	11	
				a/A	6.6%	7.3%	7.2%	6.0%	0.3%	0.5%	
40歳以上	B	2,005	1,792	b	177	170	190	137	7	10	
	B/A	74.7%	76.4%	b/B	8.8%	9.5%	9.5%	7.6%	0.3%	0.6%	
再掲	40~64歳	C	974	835	c	37	37	51	37	3	5
		C/A	36.3%	35.6%	c/C	3.8%	4.4%	5.2%	4.4%	0.3%	0.6%
	65~74歳	D	1,031	957	d	140	133	139	100	4	5
		D/A	38.4%	40.8%	d/D	13.6%	13.9%	13.5%	10.4%	0.4%	0.5%

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧症・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(図表 19~21)

短期目標でもある高血圧症・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減っています。

太良町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けることにつなげています。

しかし、糖尿病性腎症や網膜症、人工透析の割合が増加していることから治療が継続できずこのような合併症が増加していることや、早期介入ができていない対象者も一定数いることが考えられるため人工透析に至らないように早期介入や専門医につなぐことに力を入れることが重要です。また、糖尿病治療者に対しては、早いうちから合併症の説明を行い、眼科・歯科受診の確認と勧奨を行うことも重要です。

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				
		H30年度	R4年度	40~64歳		65~74歳		
				H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
高血圧症治療者(人)	A	833	804	252	234	581	570	
	A/被保数	41.5%	44.9%	25.9%	28.0%	56.4%	59.6%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	109	88	21	17	88	71
		B/A	13.1%	10.9%	8.3%	7.3%	15.1%	12.5%
	虚血性心疾患	C	154	108	37	26	117	82
		C/A	18.5%	13.4%	14.7%	11.1%	20.1%	14.4%
人工透析	D	7	8	3	4	4	4	
	D/A	0.8%	1.0%	1.2%	1.7%	0.7%	0.7%	

出典：KDBシステム、疾病管理一覧(高血圧症)、地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者(人)	A	449	425	150	111	299	314	
	A/被保数	22.4%	23.7%	15.4%	13.3%	29.0%	32.8%	
(中長期併症目標疾患)	脳血管疾患	B	64	59	13	12	51	47
		B/A	14.3%	13.9%	8.7%	10.8%	17.1%	15.0%
	虚血性心疾患	C	91	62	25	11	66	51
		C/A	20.3%	14.6%	16.7%	9.9%	22.1%	16.2%
	人工透析	D	4	4	2	1	2	3
		D/A	0.9%	0.9%	1.3%	0.9%	0.7%	1.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	26	43	8	10	18	33
		E/A	5.8%	10.1%	5.3%	9.0%	6.0%	10.5%
	糖尿病性網膜症	F	61	64	15	14	46	50
		F/A	13.6%	15.1%	10.0%	12.6%	15.4%	15.9%
	糖尿病性神経障害	G	10	7	2	1	8	6
		G/A	2.2%	1.6%	1.3%	0.9%	2.7%	1.9%

出典：KDBシステム\_疾病管理一覽(糖尿病)、地域の全体像の把握、  
介入支援対象者一覽(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 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者(人)	A	593	588	196	181	397	407	
	A/被保数	29.6%	32.8%	20.1%	21.7%	38.5%	42.5%	
(中長期併症目標疾患)	脳血管疾患	B	81	63	12	12	69	51
		B/A	13.7%	10.7%	6.1%	6.6%	17.4%	12.5%
	虚血性心疾患	C	118	94	33	24	85	70
		C/A	19.9%	16.0%	16.8%	13.3%	21.4%	17.2%
	人工透析	D	3	5	1	2	2	3
		D/A	0.5%	0.9%	0.5%	1.1%	0.5%	0.7%

出典：KDBシステム\_疾病管理一覽(脂質異常症)、地域の全体像の把握、  
介入支援対象者一覽(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

図表 22 について、健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を平成 30 年度と令和 4 年度で比較してみたところ、有所見者の割合は増加しています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧約 29.3%、糖尿病 9.8%で、その割合は佐賀県と比較して高血圧は低く、糖尿病は高くなっています。

新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には保健指導と併せて受診勧

奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧												
					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		R4年度		H30年度		問診結果		R4年度		問診結果		レセプト情報 (R4.4~R5.3)				
	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 (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	
太良町	980	53.6	724	44.7	74	7.6	34	45.9	75	10.4	↑	40	53.3	22	29.3	6	8.0
佐賀県	54,504	44.2	47,203	42.2	2,466	4.5	1,405	57.0	2,138	4.5	1,212	56.7	688	32.2	111	5.2	

	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		R4年度		H30年度		問診結果		R4年度		問診結果		レセプト情報 (R4.4~R5.3)				
	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 (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	
太良町	921	94.0	696	96.1	46	5.0	8	17.4	41	5.9	↑	11	26.8	4	9.8	0	0.0
佐賀県	53,513	98.2	46,061	97.6	3,010	5.6	817	27.1	3,068	6.7	688	22.4	180	5.9	96	3.1	

出典:ヘルスサポートラボツール

### ③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発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。太良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、4.5ポイントも伸びており、危険因子が重なっている割合や予備群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以上の有所見割合を見ると、いずれも微増しています。翌年度との経年変化を見ると、HbA1c6.5以上では悪化率が改善率を上回っています。さらに、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割程度存在し、結果が把握できていません。(図表 24~26)今後も結果の改善につなげる保健指導を行うため、医療機関との連携や継続した支援、個別のリスクに応じた指導に努めると共に、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

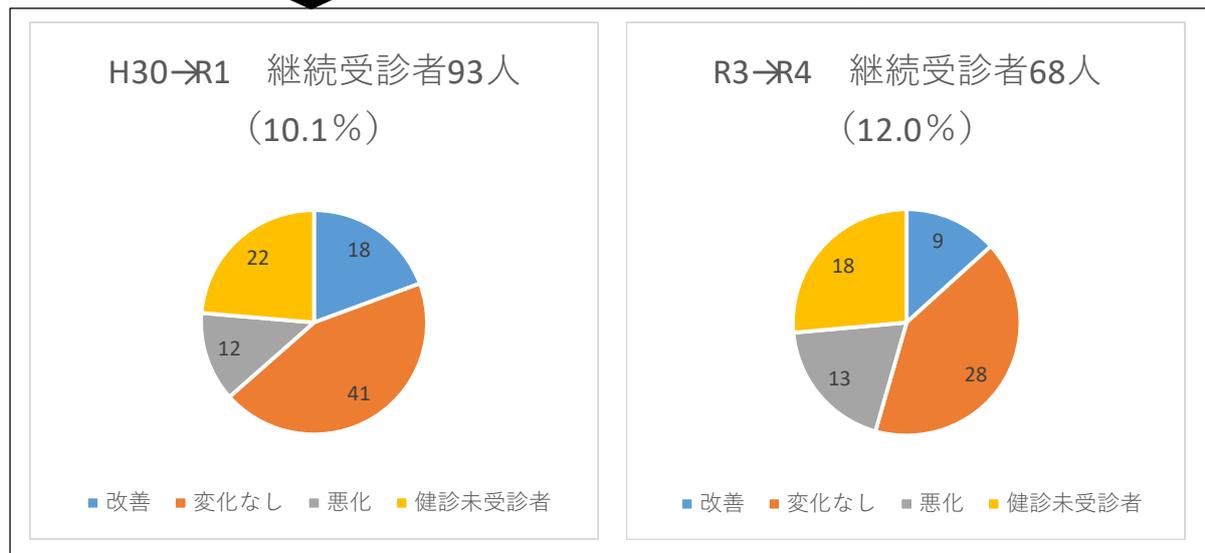
年度	健診受診者 (受診率)	該当者	予備群	
			3項目	2項目
H30年度	980 (53.6%)	170 (17.3%)	46 (4.7%)	124 (12.7%)
R4年度	707 (43.3%)	154 (21.8%)	46 (6.5%)	108 (15.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	93 (10.1%)	18 (19.4%)	41 (44.1%)	12 (12.9%)	22 (23.7%)
R3→R4	68 (12.0%)	9 (13.2%)	28 (41.2%)	13 (19.1%)	18 (26.5%)

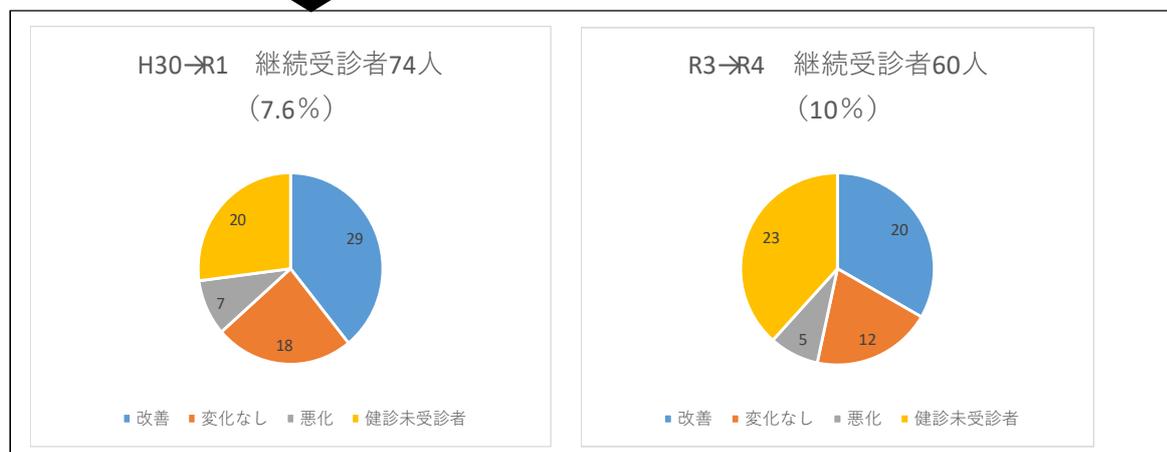
出典：ヘルスサポートラボツール



図表 25 II度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	74 (7.6%)	29 (39.2%)	18 (24.3%)	7 (9.5%)	20 (27.0%)
R3→R4	60 (10.0%)	20 (33.3%)	12 (20.0%)	5 (8.3%)	23 (38.3%)

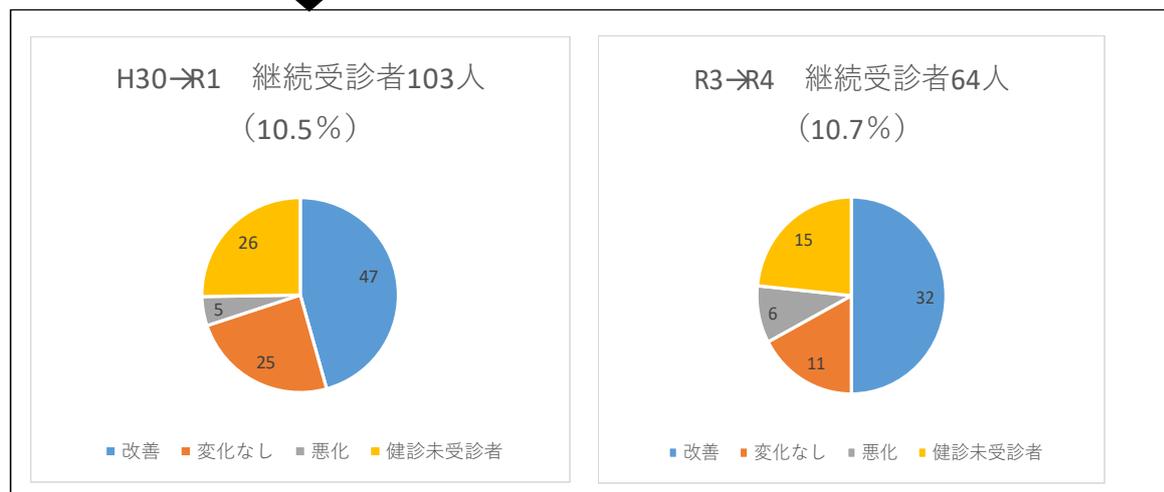
出典：ヘルスサポートラボツール



図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	103 (10.5%)	47 (45.6%)	25 (24.3%)	5 (4.9%)	26 (25.2%)
R3→R4	64 (10.7%)	32 (50.0%)	11 (17.2%)	6 (9.4%)	15 (23.4%)

出典:ヘルスサポートラボツール



## ②健診受診率及び保健指導実施率の推移

太良町の特定健診受診率は、令和元年度には 52.3%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和 2 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健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受診率は少なく、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28)

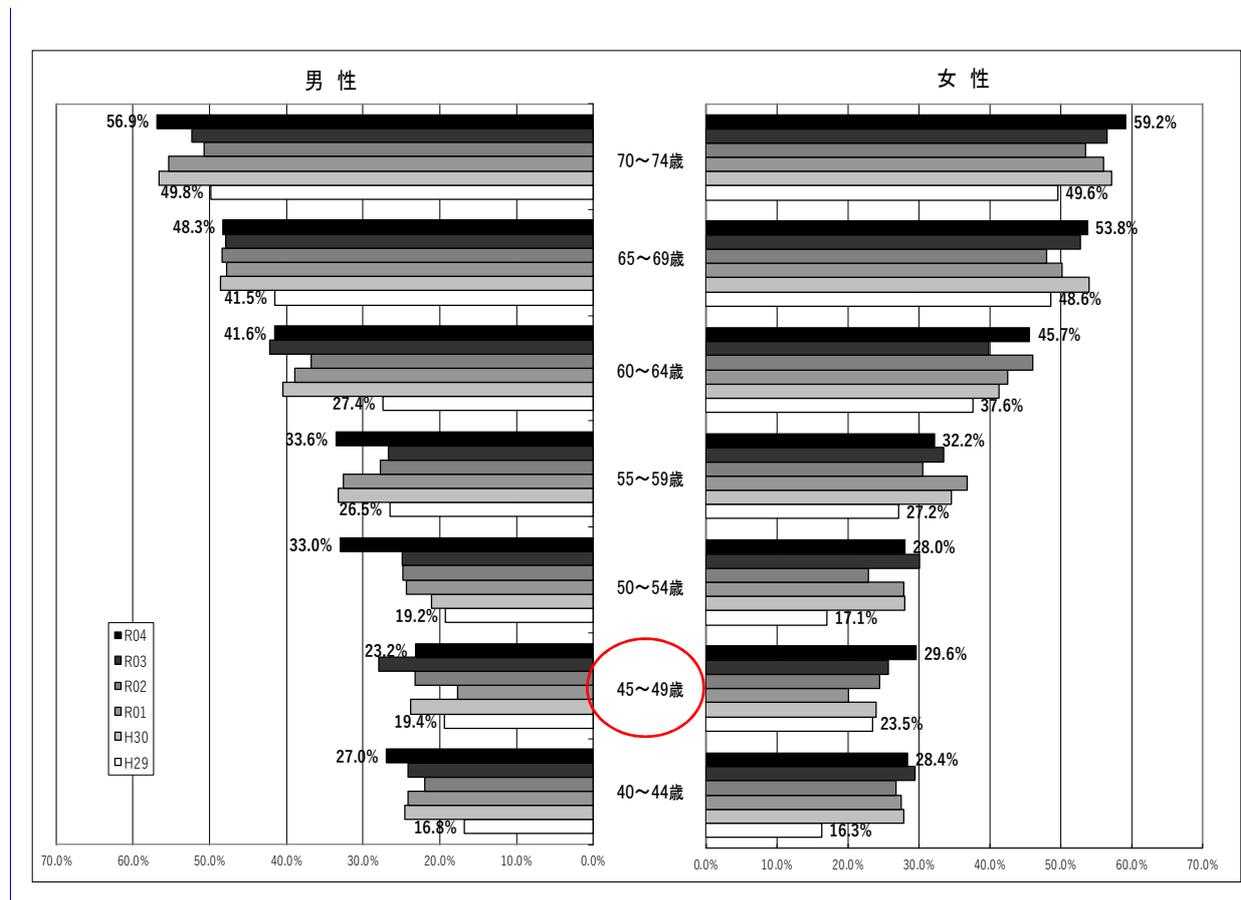
特定保健指導については、実施率は横ばいで推移しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	939	930	781	588	712	健診受診率 60%
	受診率	51.5%	52.3%	44.7%	34.5%	43.9%	
特定保健指導	該当者数	126	140	108	74	96	特定保健指導実施率 60%
	割合	13.4%	15.1%	13.8%	12.6%	13.4%	
	実施者数	87	115	83	60	65	
	実施率	69.0%	82.1%	76.9%	81.1%	67.7%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

## 2) 主な個別事業の評価と課題

### (1) 重症化予防の取組み

#### ① 糖尿病性腎症重症化予防

例示表 1 をみると、血糖有所見者への保健指導実施の割合は、70%以上を維持しているものの、血糖有所見者割合は増加傾向にあります。太良町では平成 30 年度からは血糖有所見者のうち高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきました。例示表3をみると、HbA1c8.0%以上の未治療者はほぼ横ばいですが、例示表 2 にあるように、血糖値有所見者の未治療者・治療中断者の約半数が受診に繋がっています。受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行います。

また、血糖有所見者の増加を防ぐために血糖値の高い・低いに関わらず、町の問題として知識の普及を図るため、集団指導を行い、早期から保健指導・栄養指導の介入を行っていきます。

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

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

例示表 1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	939	930	781	588	712
血糖値有所見者 * 1	人(b)	95	104	94	70	96
	(b/a)	10.1%	11.2%	12.0%	11.9%	13.5%
保健指導実施者 * 2	人(c)	84	95	78	55	70
	(c/b)	88.4%	91.3%	83.0%	78.6%	72.9%

\* 1 HbA1c6.5%以上のもの

\* 2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

例示表 2 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 * 1	人(a)	95	104	94	70	96
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 3	人(b)	39	47	31	23	35
	(b/a)	41.1%	45.2%	33.0%	32.9%	36.5%
受診した者	人(c)	27	29	17	14	17
	(c/b)	69.2%	61.7%	54.8%	60.9%	48.6%
治療開始した者	人(c)	9	13	6	2	5
	(c/b)	23.1%	27.7%	19.4%	8.7%	14.3%

\* 3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

例示表 3 HbA1c8.0 以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	939	930	781	588	712
HbA1c8.0%以上	人(b)	13	19	16	12	18
	(b/a)	1.4%	2.0%	2.0%	2.0%	2.5%
保健指導実施	人(c)	12	19	14	7	6
	(c/b)	92.3%	100.0%	87.5%	58.3%	33.3%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	2	2	2	1	3
	(b/a)	15.4%	10.5%	12.5%	8.3%	16.7%

	H30	R1	R2	R3	R4
内服治療開始	2人	0人	1人	2人	
元々治療中	0人	0人	0人	0人	
死亡、転出	0人	0人	0人	0人	
治療・受診なし	0人	2人	0人	1人	

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図検査全数実施を目指し健診受診勧奨を実施しており、心電図検査は約 8 割を超えて実施できています。

有所見者のうち ST 異常所見をみると、要医療・要精査と判定を受けた者のうち、70%以上が医療機関を受診しています。

ST 異常所見で要医療・要精査以外の判定の者には個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続します。また、心房細動有所見者の未治療者の状況を確認し、確実に受診を促し、心房細動治療中の者に対しても、レセプト等で確認し、治療中断を防ぎます。

例示表 4 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性												
健診受診者(人)	a	939	435	504	930	421	509	781	340	441	588	261	327	712	335	377
心電図受診者(人)	b	837	399	438	774	354	420	682	302	379	518	237	281	631	304	327
心電図実施率	b/a	89.1%	91.7%	86.9%	83.2%	84.1%	82.5%	87.3%	88.8%	85.9%	88.1%	90.8%	85.9%	88.8%	90.7%	86.7%
要医療者(人)	c	0	0	0	3	3	0	8	6	2	7	6	1	5	6	1
要精査者(人)	d	25	15	10	17	9	8	24	12	12	10	5	5	17	10	7
有所見率	(c+d)/b	3.0%	3.8%	2.3%	2.6%	3.4%	1.9%	4.7%	6.0%	3.7%	3.3%	4.6%	2.1%	3.5%	5.3%	2.4%
心房細動(人)	e	6	5	1	6	6	0	5	4	1	4	4	0	4	4	0
心房細動有所見率	e/b	0.7%	1.3%	0.2%	0.8%	1.7%	0.0%	0.7%	1.3%	0.3%	0.8%	1.7%	0.0%	0.6%	1.3%	0.0%
うち、心房細動未治療(人)		5	4	1	5	5	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0

例示表 5 心電図受診者のうち、ST 所見の状況

	H30		R1		R2		R3		R4		
心電図実施者	837		774		682		518		628		
ST異常所見	80	9.6%	60	7.8%	48	7.0%	33	6.4%	28	4.5%	
要医療・要精査	25		14		24		10		17		
	医療機関受診あり	25	100.0%	11	78.6%	19	79.2%	9	90.0%	17	100.0%
	医療機関受診なし	0	0.0%	3	21.4%	5	20.8%	1	10.0%	0	0.0%
	それ以外の判定	55	68.8%	46	76.7%	24	50.0%	23	69.7%	11	39.3%

例示表 6 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者	6		6		5		5		4	
心房細動未治療者	0	0.0%	3	50.0%	3	60.0%	0	0.0%	0	0.0%
検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)	0	0.0%	2	66.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
治療開始	0	0.0%	1	33.3%	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%

### ③脳血管疾患重症化予防対策(例示)

Ⅱ度高血圧以上の者の割合は、平成 30 年度から約 2%の増加傾向で、約 5 割が未治療者です。令和 4 年度においてⅢ度高血圧の者は、10 人のうち 6 人が未治療者でした。

高血圧は、脳心血管疾患において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあります。また、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。例示表 8 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。高リスクの未治療者、中等リスクで第 2 層の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援と適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血圧の測定をすすめ血圧の記録を促していきます。

また、例示表 7 をみると、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が 45.9%でした。家庭血圧・服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

例示表 7 II 度高血圧以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	939	930	781	588	712	
II 度高血圧以上の者	人(b)	74	85	89	60	74	
	(b/a)	7.9%	9.1%	11.4%	10.2%	10.4%	
	治療あり	人(c)	40	41	43	29	34
		(c/b)	54.1%	48.2%	48.3%	48.3%	45.9%
治療なし	人(d)	34	44	46	31	40	
	(d/b)	45.9%	51.8%	51.7%	51.7%	54.1%	
(再掲)	III 度高血圧の者	人(f)	12	21	18	11	10
		(f/a)	1.3%	2.3%	2.3%	1.9%	1.4%
	治療あり	人	6	13	6	6	4
	治療なし	人	6	8	12	5	6

例示表 8 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

**血圧に基づいた脳心血管リスク層別化**

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

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
リスク第1層 予後影響因子がない	1,139	641 56.3%	381 33.5%	95 8.3%	22 1.9%
	42	C 30 4.7%	B 9 2.4%	B 3 3.2%	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	617	C 363 58.8%	B 203 32.9%	A 42 6.8%	A 9 1.5%
	480	B 248 51.7%	A 169 35.2%	A 50 10.4%	A 13 2.7%

...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	283
	24.8%
B 概ね1ヵ月後に再評価	463
	40.6%
C 概ね3ヵ月後に再評価	393
	34.5%

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

## (2)ポピュレーションアプローチ

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

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

取組内容としては、食生活、生活リズムなどの生活習慣との関連について、個別の結果説明の前の集団教育を行い、広く町民へ周知を行いました。

また、肥満の改善を目的として集団健診会場や窓口で体脂肪模型の展示や説明会を実施しています。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法		
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5			
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)		
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減少	5.8%	6.2%	1.1%	KDBシステム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	2.4%	2.1%	3.2%		
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の減少	4.6%	8.6%	7.8%		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.5%	0.8%	1.6%		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%	太良町調べ	
	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	30.9%	35.7%	35.7%	太良町健康増進課	
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	7.6%	9.3%	9.9%		
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	11.1%	12.8%	13.2%		
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	10.1%	9.7%	13.2%		
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	15.3%	18.7%	5.5%		
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合20%	35.0%	25.6%	25.0%		
			糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上	89.4%	79.8%	72.9%		
	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	51.5	44.7	43.9	法定報告値		
		特定保健指導実施率60%以上	69.0	76.9	67.7			
		特定保健指導対象者の割合の減少	13.4	13.8	13.4			
	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	11.0	25.0	18.0	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	34.1	34.7	23.4	
				大腸がん検診受診者の増加	18.0	22.4	12.8	
				子宮がん検診受診者の増加	19.4	33.3	29.4	
乳がん検診受診者の増加				16.0	39.4	28.9		
5つのがん検診の平均受診率の増加				...	31.0	22.5		
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	75.7%	81.7%	82.5%	厚生労働省		

### 3) 第2期データヘルス計画に係る考察

#### 【考察】

特定健診受診率は、令和元年度には 52.3%と高い数値であったが、新型コロナウイルス感染症の流行に伴う受診控え等の影響があり、令和3年度には 34.5%と目標の 60%には遠い状況です。第3期でも引き続き特定健診の受診率向上は取り組むべき課題です。また、特定保健指導実施率は、中間評価値 76.9%から 67.7%へ下がったものの目標値 60%以上を維持しています。これは常勤保健師・管理栄養士に加え、外部保健師・管理栄養士の確保により充実した体制で臨めていることが要因ではないかと考えます。

太良町の特徴として、県、国と比較すると高齢化率は高いが、国保被保険者の平均年齢は同規模、県と比較して低いです。第1次産業が 32%と高く、若年層から生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若いうちからの健康管理が重要です。

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳卒中)が約半数を占めています。また、基礎疾患の視点で見ると 65 歳以上で 90%以上となっている。生活習慣病予防は介護給付費適正化においても重要な位置づけであるといえます。

第2期中長期目標であった脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費の合計が総医療費に占める割合を減らすことについては、平成30年度と比較すると脳血管疾患・慢性腎不全(透析有)は減少しているが、心疾患、慢性腎不全(透析無)は増加している状況にあります。適切な医療につなげ、重症化予防が確実に実施できれば、医療費の抑制につなげることができます。

メタボリックシンドロームについて、平成30年度と令和4年度を比較すると該当者が 4.5 ポイントも伸びており、危険因子が重なっている割合や予備群ともに増加しています。また、継続的な課題である高血圧や HbA1c6.5 以上の有所見者の割合をみてもいずれも微増しており高血圧に加えて肥満に伴う高血糖についてもこれまで以上に対策を講じるべき課題となりました。

図表 18~21 を見ると、脳血管疾患の治療者数の割合は増加しているが、高血圧・糖尿病・脂質異常症のうち脳血管疾患の治療者の割合は減少しています。このことから、脳血管疾患治療中には基礎疾患未治療者が多いことが考えられます。基礎疾患未治療者の脳血管疾患発症予防のためにはまず健診を受け、必要時精密検査や生活習慣改善等を行い早期発見・早期治療を行うことで医療費・介護費適正化につながると考えます。

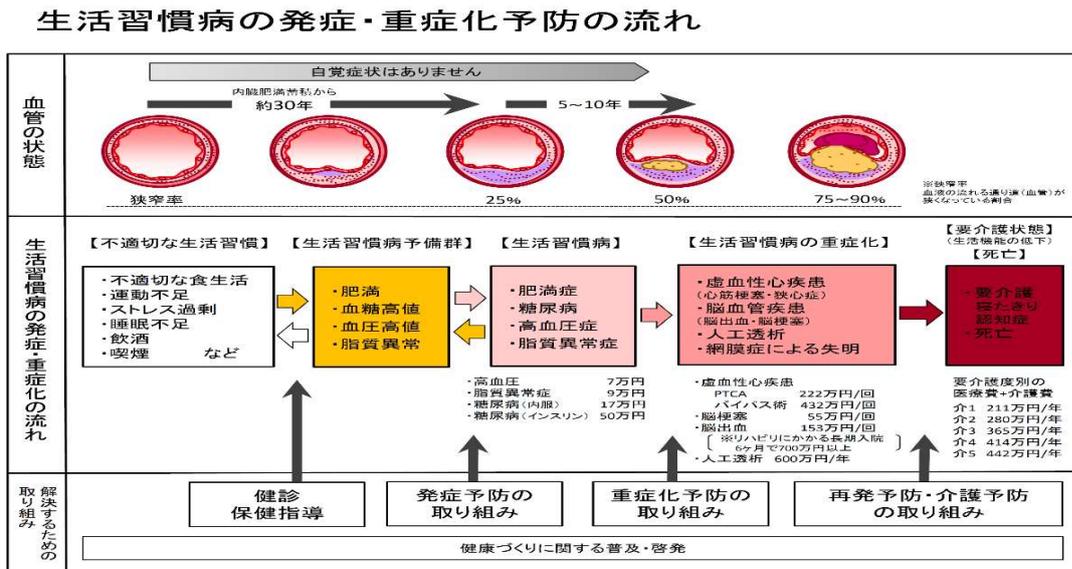
生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状況に応じた保健指導を効果的に行うことが生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。また、効果的な保健指導を行うためにも、保健指導実施体制を今一度検討し、保健指導従事者のスキルアップにも取り組んでいく必要があります。

### 3. 第3期における健康課題の明確化

#### 1) 基本的考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



#### 2) 健康課題の明確化

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

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

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

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに青年期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、青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。



(1)医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
被保険者数		2,685人	2,577人	2,504人	2,437人	2,346人	1,837人
総件数及び 総費用額	件数	23,777件	22,636件	20,779件	21,195件	21,353件	27,994件
	費用額	9億6763万円	9億6039万円	9億6648万円	9億3783万円	9億3685万円	17億3238万円
一人あたり医療費		36.0万円	37.3万円	38.6万円	38.5万円	39.9万円	94.3万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞									
① 国保	太良町	9億3685万円	32,584	4.42%	0.37%	0.66%	1.84%	4.87%	3.82%	1.09%	1億5998万円	17.1%	17.4%	10.83%	10.89%
	同規模	—	30,571	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	—	19.3%	16.8%	7.98%	9.27%
	県	—	35,091	5.37%	0.29%	2.15%	1.04%	4.89%	2.99%	1.93%	—	18.7%	14.4%	10.73%	8.87%
	国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	太良町	17億3238万円	79,271	5.66%	0.50%	3.90%	1.46%	2.58%	2.63%	0.85%	3億0442万円	17.6%	7.7%	3.42%	16.9%
	同規模	—	68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	—	18.8%	10.3%	3.53%	12.4%
	県	—	84,251	4.29%	0.42%	4.62%	1.00%	3.61%	3.08%	1.27%	—	18.3%	9.2%	4.85%	13.6%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度	
高額レセ プト (80万円以 上/件)	人数	A	76人	88人	91人	105人	94人	230人
	件数	B	155件	156件	179件	172件	156件	366件
		B/総件数	0.65%	0.69%	0.86%	0.81%	0.73%	1.31%
	費用額	C	2億0601万円	2億0950万円	2億5299万円	2億3197万円	2億0432万円	4億3917万円
		C/総費用	21.3%	21.8%	26.2%	24.7%	21.8%	25.4%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期：R4年度			
脳血管疾患	人数	D	3人		3人		4人		2人		1人		15人		
		D/A	3.9%		3.4%		4.4%		1.9%		1.1%		6.5%		
	件数	E	11件		5件		15件		3件		2件		32件		
		E/B	7.1%		3.2%		8.4%		1.7%		1.3%		8.7%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	4	36.4%	0	0.0%	9	60.0%	2	66.7%	0	0.0%	75-80歳	11	34.4%
		60代	0	0.0%	3	60.0%	1	6.7%	0	0.0%	2	100.0%	80代	20	62.5%
		70-74歳	7	63.6%	2	40.0%	5	33.3%	1	33.3%	0	0.0%	90歳以上	1	3.1%
	費用額	F	1205万円		696万円		1808万円		293万円		203万円		3813万円		
		F/C	5.8%		3.3%		7.1%		1.3%		1.0%		8.7%		

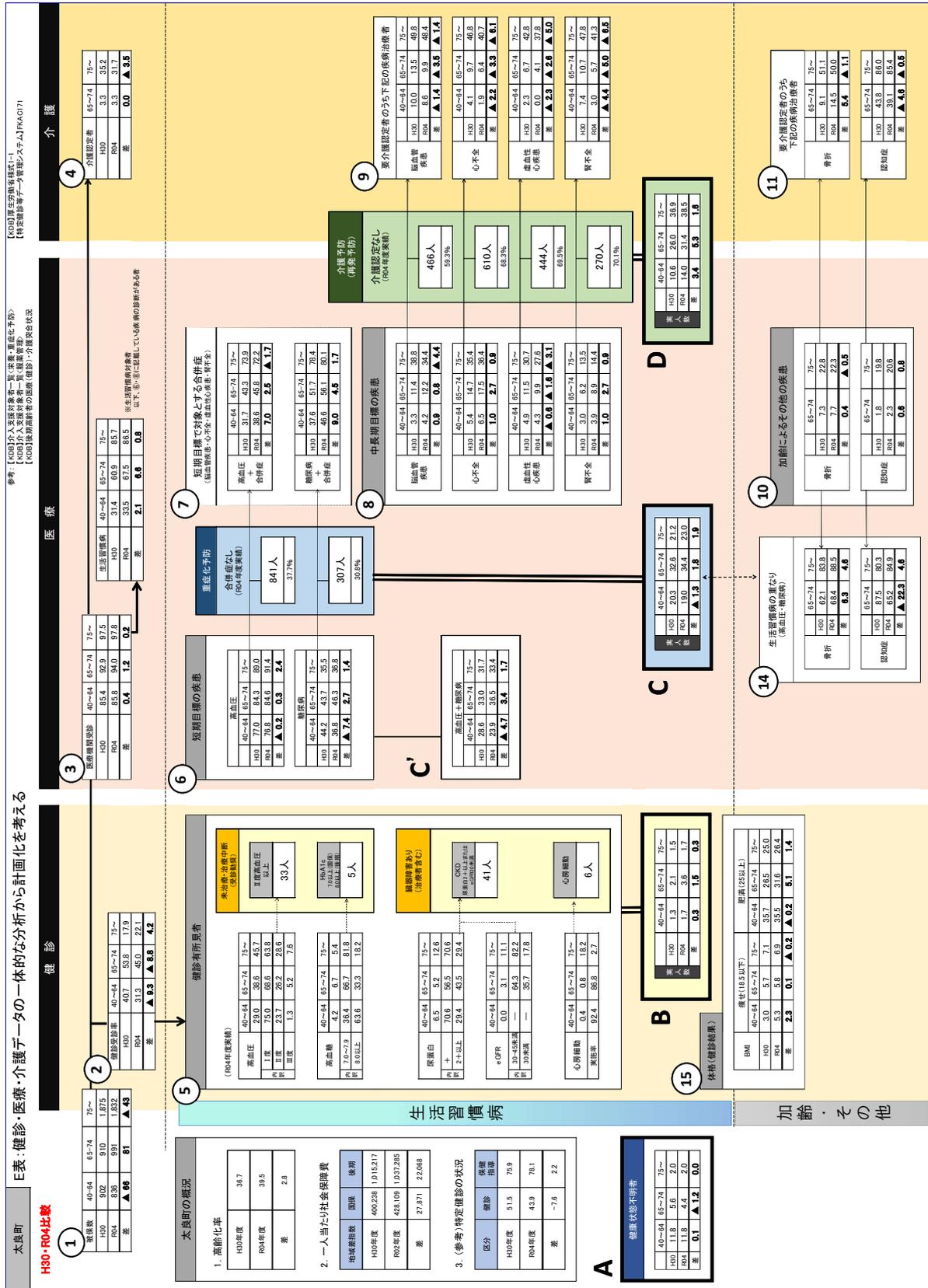
出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期：R4年度			
虚血性心疾患	人数	G	4人		4人		6人		7人		5人		7人		
		G/A	5.3%		4.5%		6.6%		6.7%		5.3%		3.0%		
	件数	H	5件		5件		6件		7件		7件		8件		
		H/B	3.2%		3.2%		3.4%		4.1%		4.5%		2.2%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	0	0.0%	75-80歳	4	50.0%
		60代	4	80.0%	5	100.0%	3	50.0%	4	57.1%	4	57.1%	80代	3	37.5%
		70-74歳	1	20.0%	0	0.0%	3	50.0%	2	28.6%	3	42.9%	90歳以上	1	12.5%
	費用額	I	497万円		1028万円		832万円		851万円		1072万円		1191万円		
		I/C	2.4%		4.9%		3.3%		3.7%		5.2%		2.7%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析



図表 38 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			⑤ 体格(健診結果)					
		被保険者数			特定健診		健康診査	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	35.2	902	910	1,875	40.7	53.8	17.9	3.0	5.7	7.1	35.7	26.5	25.0
R4	31.7	836	991	1,832	31.3	45.0	22.1	5.3	5.8	6.9	35.5	31.6	26.4

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																																				
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動												
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-								
年度	人	%	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%
H30	18	4.9	(6)	47	9.6	(12)	44	13.1	(9)	15	4.1	(1)	25	5.1	(0)	3	0.9	(0)	4	1.1	4	0.8	20	6.0	1	0.3	3	0.6	0	--							
R4	19	7.3	(8)	54	12.1	(14)	67	16.5	(11)	11	4.2	(0)	30	6.7	(5)	4	1.0	(0)	5	1.9	15	3.4	21	5.2	1	0.4	3	0.7	2	0.5							

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	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)			高血圧			糖尿病			C+糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	85.4	92.9	97.5	31.4	60.9	85.7	77.0	84.3	89.0	44.2	43.7	35.5	28.6	33.0	31.7	31.7	43.3	73.9	37.6	51.7	78.4
R4	85.8	94.0	97.8	33.5	67.5	86.5	76.8	84.6	91.4	36.8	46.3	36.8	23.9	36.5	33.4	38.6	45.8	72.2	46.6	56.1	80.1

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.3	11.4	38.8	4.9	11.5	30.7	5.4	14.7	35.4	3.0	6.2	13.5	10.0	13.5	49.8	2.3	6.7	42.8	4.1	9.7	46.8	7.4	10.7	47.8
R4	4.2	12.2	34.4	4.3	9.9	27.6	6.5	17.5	36.4	3.9	8.9	14.4	8.6	9.9	48.4	0.0	4.1	37.8	1.9	6.4	40.7	3.0	5.7	41.3

図表 42 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑩				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)				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	62.1	83.8	87.5	80.3	7.3	22.8	1.8	19.8	9.1	51.1	43.8	86.0
R4	68.4	88.5	65.2	84.9	7.7	22.3	2.3	20.6	14.5	50.0	39.1	85.4

出典：ヘルスサポートラボツール

### (3)健康課題の明確化(図表 32～42)

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり 90 万円を超え、国保の約 2.4 倍も高い状況です。(図表 32)

太良町は、これまで高血圧・糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできたため、短期的目標疾患のうち糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模と比べて 1 ポイント以上低いです。しかし、高血圧、中期目標疾患のうち慢性腎不全(透析なし)の医療費に占める割合は同規模、県、国と比べて高い状況です。(図表 33) 後期高齢者の慢性腎不全対策のために、国保世代からの対策が重要となります。

高額レセプトについては、国保において毎年約 150～180 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、2 倍以上に増えることがわかります。(図表 34)

高額レセプトにおける疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和 2 年度が一番多く 15 件で 1,808 万円の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 2 件と件数が減り、費用額も約 200 万円に減っています。しかし、後期高齢においては、32 件発生し、約 3,800 万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたり医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 34、35)

健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は、40～64 歳は減少していますが、65～74 歳は増加しています。75 歳以上では 1,800 人を超え、高齢化率が上がっていることがわかります。

⑮の体格をみると、65～74 歳の年齢層で、BMI25 以上の率が 5 ポイントも高くなっています。(図表 39) 健診有所見状況をみると、いずれの疾患も各年代で対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、短期目標疾患の合併症の割合は各年代で増加しています。

図表 41 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)において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、脳血管疾患、心不全、腎不全は増加傾向であるが、虚血性心疾患だけは、全年代で令和 4 年度の割合が減少しています。中長期疾患のうち介護認定者はどの疾患においても全年代で減少しています。

#### (4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・心不全・腎不全)の危険因子には、共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

### 3) 目標の設定

#### (1) 成果目標

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

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

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

##### ② 中長期的な目標の設定

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疾患を予防することが重要です。これまでの健診・医療情報を分析した結果、脳血管疾患、虚血性心疾患及び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ため、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現状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で医療費がかかるため、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、虚血性心疾患及び糖尿病性腎症の発症を予防するために、共通のリスクとなるメタボリックシンドローム、高血圧、脂質異常症、糖尿病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、健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた質の高い保健指導を実施するとともに、治療の開始・継続ができる働きかけを行います。また、メタボリックシンドロームは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法・運動療法を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、脂質、血糖、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、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す。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

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
				初期値 R 6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.1%	5.0%	5.0%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	3.2%	3.2%	3.2%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	8.6%	8.6%	8.6%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.6%	1.4%	1.2%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%	
	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・予備群の減少率	35.7%	33.0%	33.5%	太良町健康増進課
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	9.9%	8.9%	8.6%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	13.2%	12.0%	12.0%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	13.2%	12.0%	12.0%	
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の割合の減少	2.50%	2.3%	2.0%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	25.0%	24.8%	24.5%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	72.9%	75%	80%	
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	45%	52%	60%	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	60%	65%	80%	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	18%	17%	16%	

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

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

### 2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	45%	49%	53%	57%	60%	60%以上
特定保健指導実施率	67%	69%	71%	73%	75%	75%以上

### 3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	1648人	1559人	1433人	1323人	1239人	1162人
	受診者数	742人	764人	759人	754人	743人	697人
特定保健指導	対象者数	96人	99人	98人	98人	97人	90人
	受診者数	64人	68人	69人	71人	72人	69人

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。個別健診では県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

- ① 集団健診(太良町総合福祉保健センター、大浦公民館)
- ② 個別健診(委託医療機関)

#### (2)特定健診委託基準

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

#### (3)健診実施機関リスト

町内の特定健診実施医療機関については町のホームページに掲載します。

(参照) URL : <https://www.town.tara.lg.jp/>

#### (4) 特定健診実施項目

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

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

図表 46 特定健診検査項目(例示)

○太良町特定健診検査項目

健診項目		太良町	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

心電図について、集団健診・町内医療機関での個別健診は必須項目とするが、町外医療機関での個別健診の場合は、医師の判断に基づき選択的に実施する項目とする。

#### (5) 実施時期

集団健診は 5 月から、個別健診は 6 月から翌年 2 月末まで実施します。

#### (6) 医療機関との適切な連携

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

また、本人同意のもとで、診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医への協力依頼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) 特定健康診査の案内方法・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、健診案内の送付に関わらず、保険者として加入者に基本的な周知広報活動を年間通して行います。

図表 47 特定健診実施スケジュール(例示)

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

## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任、健診機関へ一部委任の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

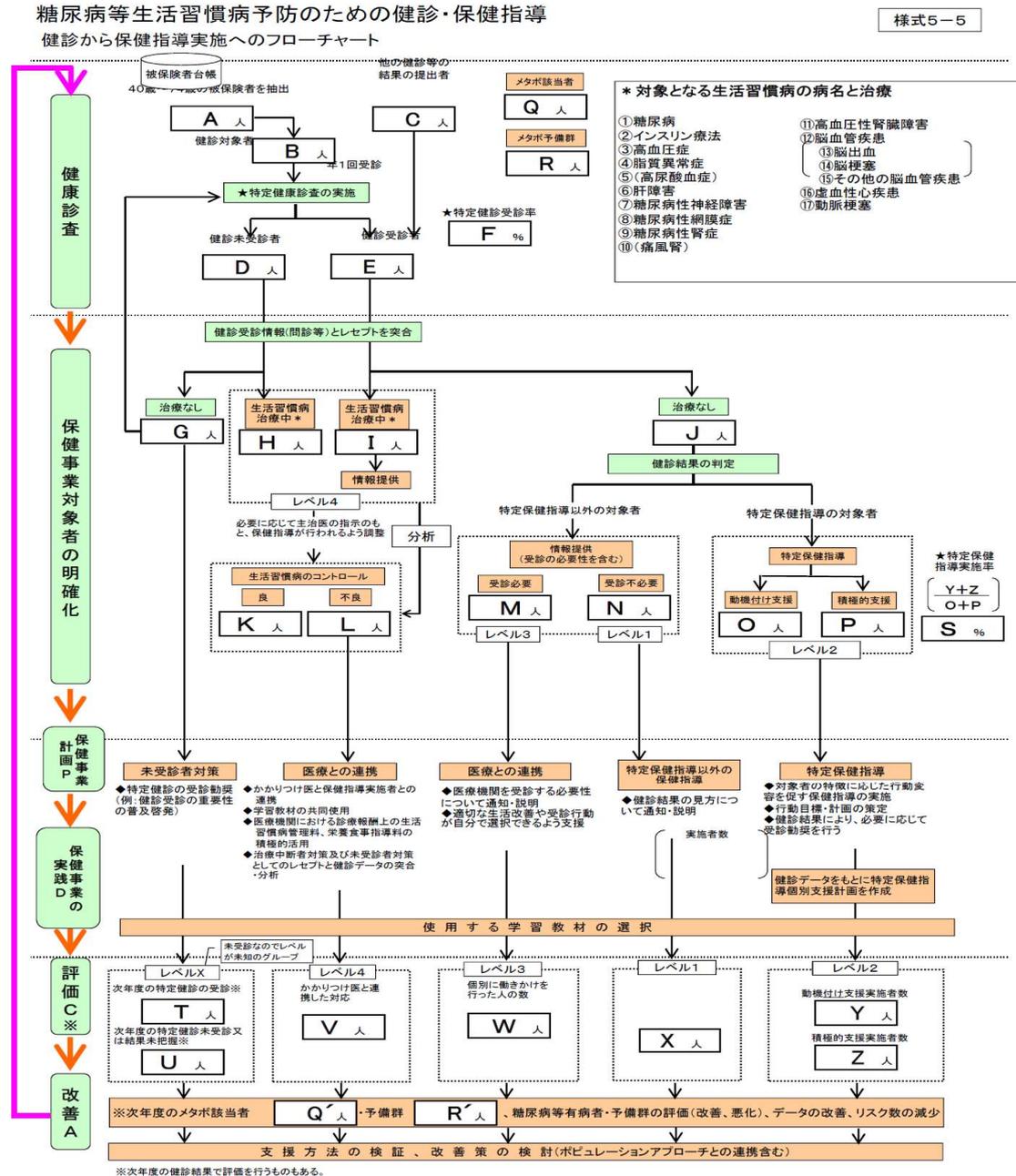
特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施への流れ

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

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルサポートラボツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	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	94人 (14.2%)	68%
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	150人 (22.7%)	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)	972 ※受診率目標達成まであと380人	50%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	109人 (16.5%)	20%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	309人 (46.7%)	70%

### (3)生活習慣病予防のための特定健診・特定保健指導の実施スケジュール

目標を達成するために、進捗状況管理とPDCAサイクルを実践するため、年間実施スケジュールを作成します。

図表 50 特定健診・特定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	◎対象者の抽出 ◎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	◎受診券の送付 ◎特定健康診査の開始		◎がん検診開始	
6月	↓	◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始 ◎利用券の登録	◎後期高齢者健診開始 ◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始	
7月				
8月				
9月				
10月				◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告
11月				
12月				
1月				
2月		◎特定健康診査の終了		
3月		◎診療情報提供の終了		

## 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及び太良町個人情報保護法施行条例を踏まえた対応を行います。

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

### (2)特定健康診査・特定保健指導の記録の管理・保存期間

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健診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、特定健診等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、太良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、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症における共通のリスクとなるメタボリックシンドローム、高血圧症、脂質異常症、糖尿病等の減少を目指すために、重症化予防の取組みとポピュレーションアプローチを組み合わせる実施し、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果で評価します。

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

具体的には、治療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みとしては、生活習慣病の重症化による医療費や介護給付費等の関連・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. 重症化予防の取組み

太良町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、令和4年度で263人(37.2%)です。そのうち治療なしが93人(25.5%)を占め、さらに臓器障害があり直ちに取組むべき対象者が45人です。

また、太良町においては、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、263人中46人と多いため、特定保健指導の徹底とあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-										令和04年度												
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新発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)		707人 43.3%											
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析											■各疾患の治療状況											
	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%)			心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症							<table border="1"> <tr><td>治療中</td><td>治療なし</td></tr> <tr><td>高血圧</td><td>270 437</td></tr> <tr><td>脂質異常症</td><td>156 551</td></tr> <tr><td>糖尿病</td><td>75 610</td></tr> <tr><td>3疾患 いずれも</td><td>342 365</td></tr> </table>		治療中	治療なし	高血圧	270 437	脂質異常症	156 551	糖尿病	75 610	3疾患 いずれも	342 365
治療中	治療なし																					
高血圧	270 437																					
脂質異常症	156 551																					
糖尿病	75 610																					
3疾患 いずれも	342 365																					
	※脳卒中データは2015年より										※開診結果による											
優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動		脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)											
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)											
重症化予防対象	II度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		メタボ該当者 (2項目以上)		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)		腎臓専門医 紹介基準対象者									
該当者数	70	9.9%	4	0.6%	32	4.5%	25	3.5%	154	21.8%	63	8.9%	69	9.8%	263	37.2%						
治療なし	38	8.7%	3	0.8%	31	5.6%	21	3.8%	30	8.2%	36	5.9%	23	6.3%	93	25.5%						
(再掲) 特定保健指導	15	21.4%	1	25.0%	9	28.1%	9	36.0%	30	19.5%	10	15.9%	7	10.1%	46	17.5%						
治療中	32	11.9%	1	0.3%	1	0.6%	4	2.6%	124	36.3%	27	36.0%	46	13.5%	170	49.7%						
臓器障害 あり	17	44.7%	3	100.0%	13	41.9%	7	33.3%	8	26.7%	20	55.6%	23	100.0%	45	48.4%						
CKD(専門医対象者)	5		0		4		1		1		5		23		17							
心電図所見あり	16		3		10		6		8		19		9		34							
臓器障害 なし	21	55.3%	--		18	58.1%	14	66.7%	22	73.3%	16	44.4%	--		--							

出典:ヘルスサポートラボツール

# 1. 糖尿病性腎症重症化予防

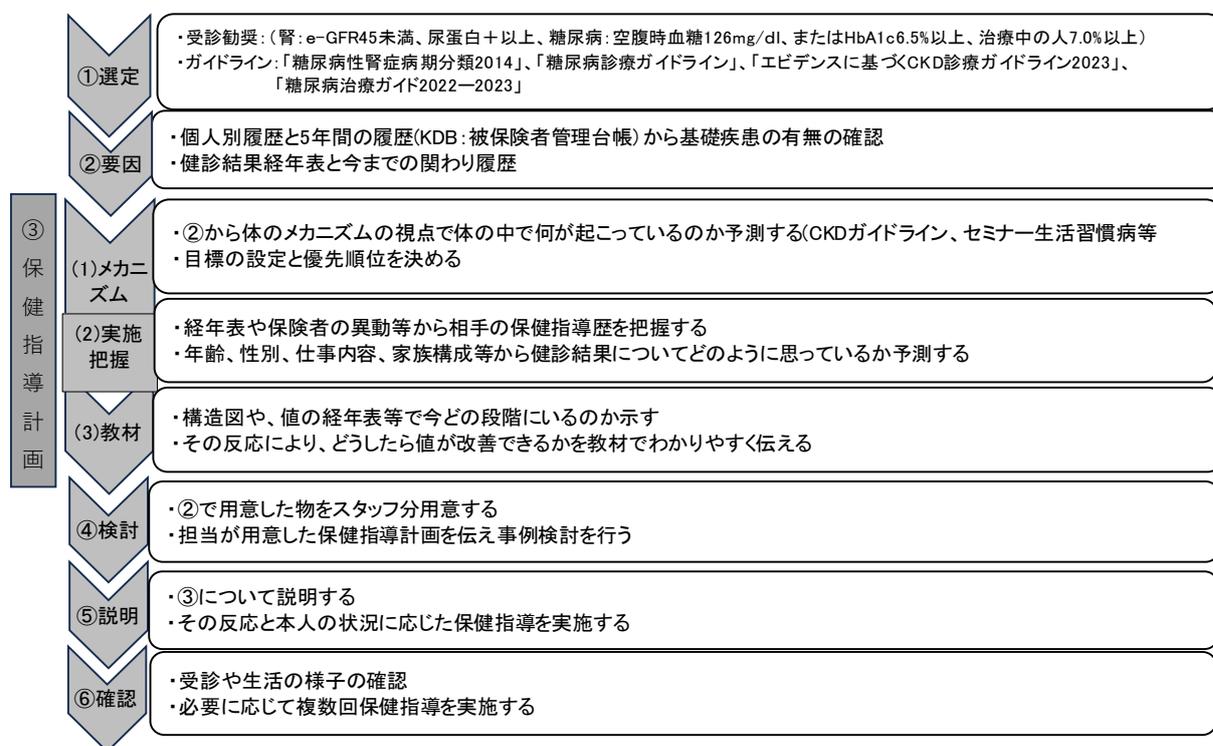
## 1) 基本的な考え方

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

なお、取組みにあたっては図表 52 に沿って実施します。

- (1) 特定健康診査・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) 治療中の者に対する医療と連携した保健指導
- (3) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 52 糖尿病性腎症重症化予防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 糖尿病治療中断者
- ③ 糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取組み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。腎症重症化のハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )
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。

佐賀県においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿潜血検査、尿酸を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

また、太良町国保の加入者のうち、特定健康診査の尿検査で尿蛋白(±)であった者に対し、集団健診のみ追加で微量アルブミン尿検査を行っています。

② 基準に基づく該当者数の把握

図表 54 より、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。

太良町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、41人(33.6%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者409人(H)のうち、特定健診受診者が81人(66.4%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者328人(80.2%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表 54 より太良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未治療者（F）・・・41人

優先順位 2

【保健指導】

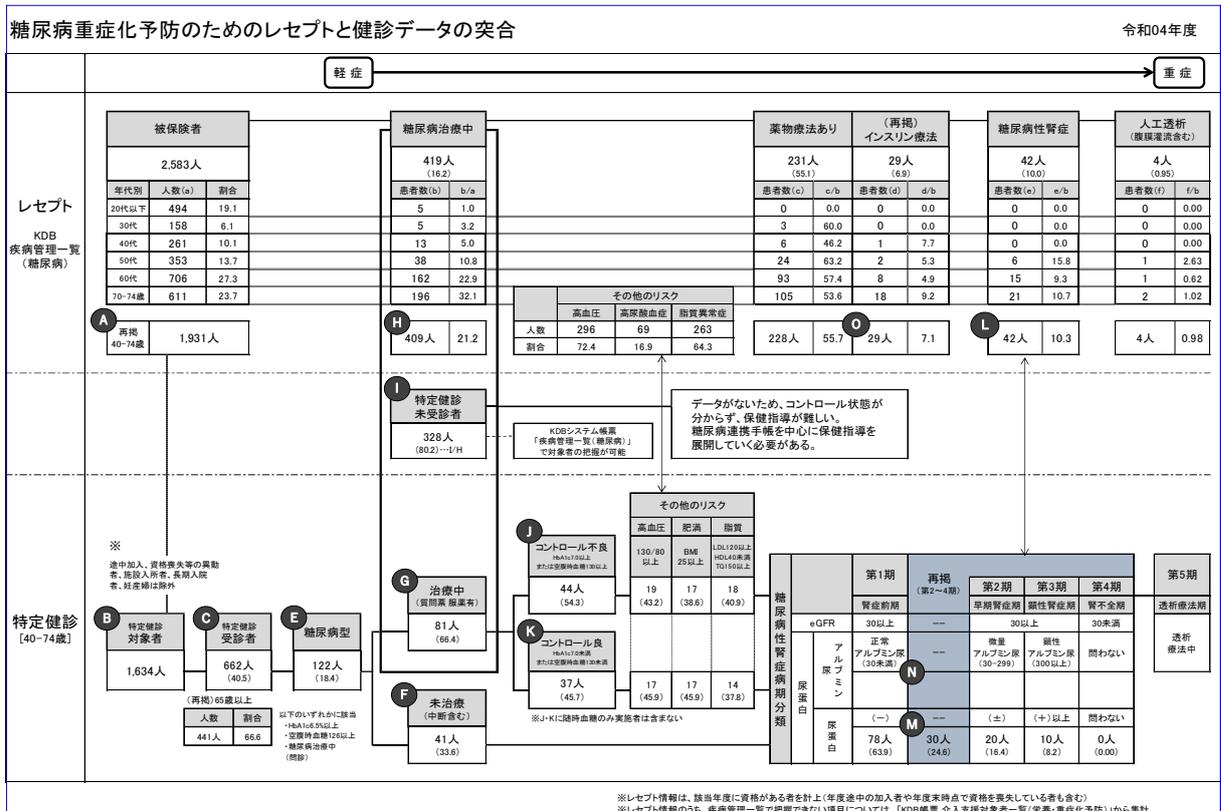
- ・糖尿病で治療中の者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・44人  
治療中断しない（継続受診の）ための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

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糖尿病管理台帳より把握
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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・進行抑制には、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。太良町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用します。

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

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
<b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b>	<b>2 高血糖を解決するための食</b>
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始めます
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	<b>3 薬物療法</b>
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグロコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	<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・薬品・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、集団健診受診者のうち尿蛋白定性(±)の者へは、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) 医療機関未受診者への対応

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事業で、継続支援を行います。適宜、地域包括支援センターと連携して支援します。

## 6) 評価

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



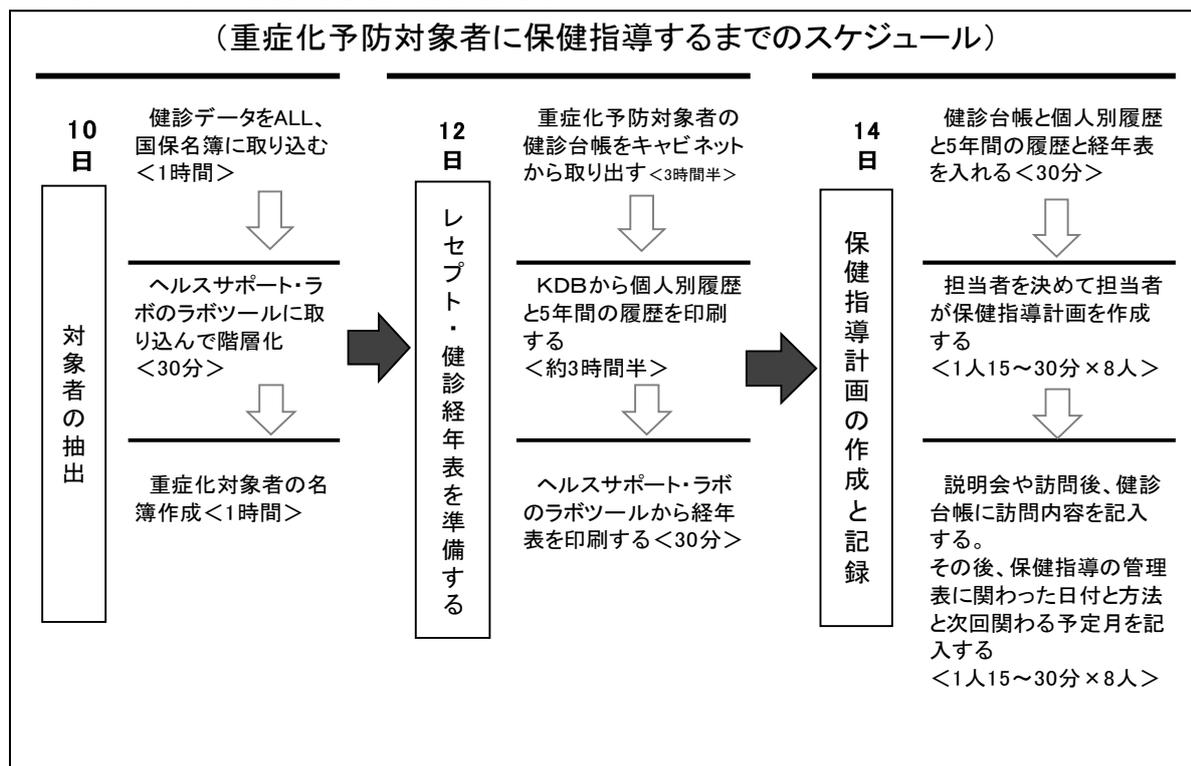
## 7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

図表 57 重症化予防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

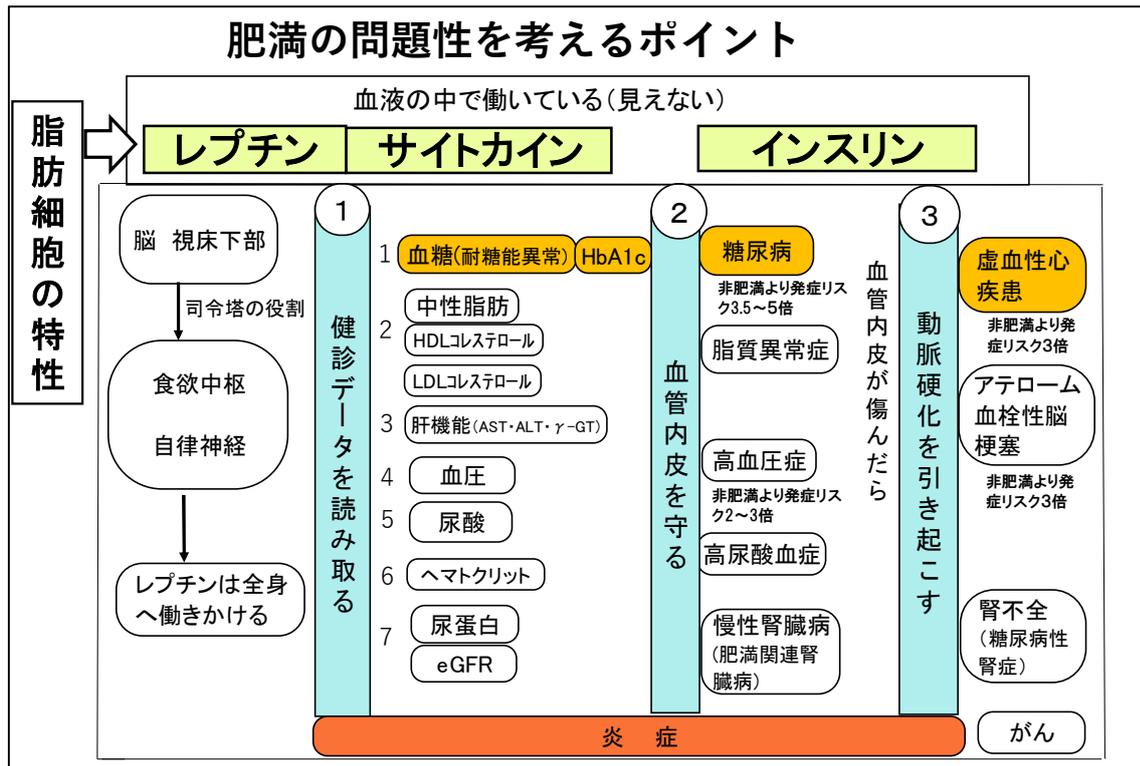
### 1) 基本的な考え方

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す。

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

なお、取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



## 2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59 肥満度分類による実態(令和4年度)

	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	268	456	96	146	85	127	8	18	3	0	0	1	
				35.8%	32.0%	31.7%	27.9%	3.0%	3.9%	1.1%	0.0%	0.0%	0.2%
再掲	男性	148	192	61	76	51	71	7	4	3	0	0	1
					41.2%	39.6%	34.5%	37.0%	4.7%	2.1%	2.0%	0.0%	0.0%
再掲	女性	120	264	35	70	34	56	1	14	0	0	0	0
					29.2%	26.5%	28.3%	21.2%	0.8%	5.3%	0.0%	0.0%	0.0%

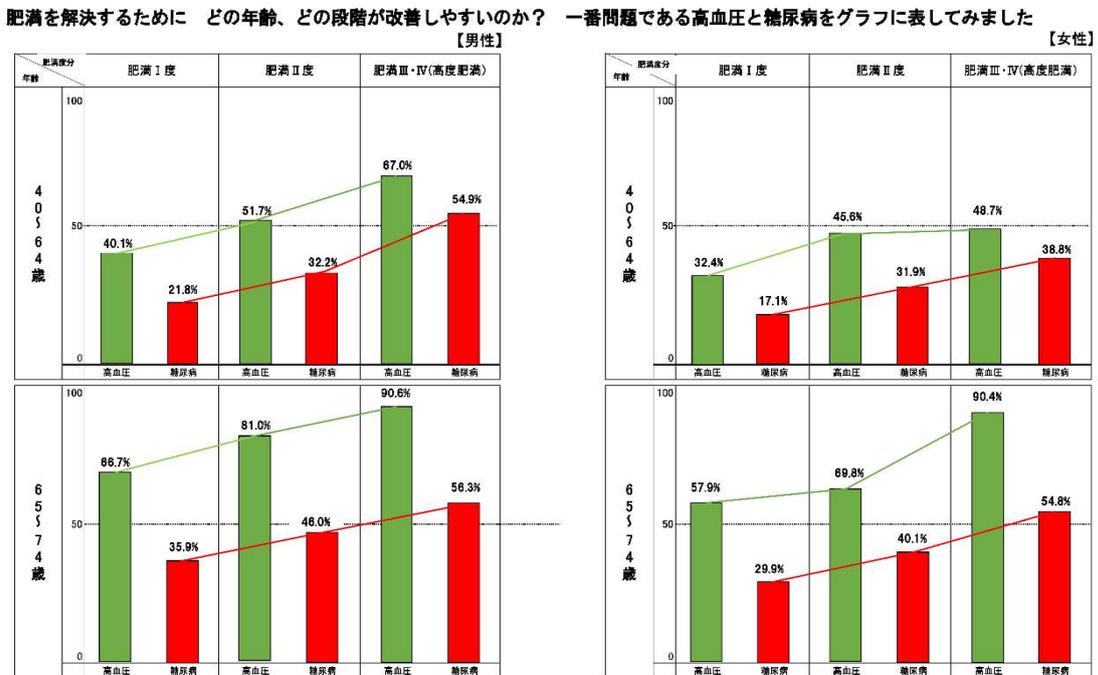
出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位をつけます。

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

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 60 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



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

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

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

生活	BMI	I 度		II 度		III 度		IV 度	
		25~29.9		30~34.9		35~39.9		40~	
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない		・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない		・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う		・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない	
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる				・太っているから腸の蠕動もおこるよ		・逆流性食道炎になった。	
排泄	排便					・便秘になって大変		・便器に座ると便座が割れる	
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる		・尿意を感じて夜中に3回起きる		・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい		・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない	
動作	歩行	・疲労感がある		・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする		・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩くと足がしびれる		・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い	
	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さ ・1年前から動機あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグツと		・動機がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけで心臓がきつい		・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 ・心臓の圧迫感苦しさで10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・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	・背中ががゆい ・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せる ・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 of 医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。そのことは、図表 61 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

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

③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例(例示)

事例 N°	性別	発症年齢	KDBから把握								特定健診	転帰	
			レセプト										
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患						介護
脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症						
1	男	60代		●			●	●	●	●		メタボ	
2	男	70代				●	●	●		●		メタボ	
3	男	70代		●			●		●			メタボ	
4	女	50代			●		●		●			メタボ	
5	女	60代			●		●	●				メタボ	
6	女	70代			●		●	●	●	●		メタボ	

### 3) 対象者の明確化

図表 63 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況（令和4年度）

		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	332	31	58	129	114	375	18	55	142	160	
メタボ該当者	B	98	8	17	34	39	56	0	9	17	30	
	B/A	29.5%	25.8%	29.3%	26.4%	34.2%	14.9%	0.0%	16.4%	12.0%	18.8%	
再掲	① 3項目全て	C	32	2	3	11	16	14	0	1	7	6
		C/B	32.7%	25.0%	17.6%	32.4%	41.0%	25.0%	---	11.1%	41.2%	20.0%
	② 血糖+血圧	D	14	0	1	7	6	11	0	1	3	7
		D/B	14.3%	0.0%	5.9%	20.6%	15.4%	19.6%	---	11.1%	17.6%	23.3%
	③ 血圧+脂質	E	48	6	11	16	15	27	0	5	6	16
		E/B	49.0%	75.0%	64.7%	47.1%	38.5%	48.2%	---	55.6%	35.3%	53.3%
	④ 血糖+脂質	F	4	0	2	0	2	4	0	2	1	1
		F/B	4.1%	0.0%	11.8%	0.0%	5.1%	7.1%	---	22.2%	5.9%	3.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 64 メタボリックシンドローム該当者の治療状況（令和4年度）

	男性						女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし	
総数	340	102	30.0%	79	77.5%	23	22.5%	384	57	14.8%	51	89.5%	6	10.5%
40代	32	9	28.1%	5	55.6%	4	44.4%	18	0	0.0%	0	---	0	---
50代	58	17	29.3%	11	64.7%	6	35.3%	55	9	16.4%	7	77.8%	2	22.2%
60代	135	37	27.4%	33	89.2%	4	10.8%	146	17	11.6%	15	88.2%	2	11.8%
70~74歳	115	39	33.9%	30	76.9%	9	23.1%	165	31	18.8%	29	93.5%	2	6.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者（図表 63）は、男性はどの年代も受診者の約 3 割だが、女性では 50~70 代で約 2 割程度です。リスク因子の項目別に見ると男女ともに高血圧と脂質異常の 2 項目該当者の割合が高く、3 項目該当者は男性の方が約 8 ポイント高い状況であるため、男性を優先した対応が必要です。

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症、糖尿病、脂質異常症の治療状況（図表 64）は、男女とも半数以上が治療中であるが、メタボリックシンドローム該当者は増加している状況にあります。（図表 23）このことから、治療だけでなく生活習慣の改善と併せた対策が重要であると言えます。

また、図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、全員がメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起

こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管疾患へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

#### (1) 対象者の選定基準の考え方

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ② 治療中の者へは、治療を中断し心血管疾患を起こさないための保健指導とあわせて体重コントロールのための保健指導(食事・運動指導)を行います。
- ③ 特定保健指導対象者の保健指導(食事・運動指導)

#### (2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボリックシンドローム管理(肥満)台帳を作成し、管理します。

### 4)保健指導の実施

#### (1)最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 65 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
<b>もくじ</b>	
<b>1 国の施策</b>	<b>6 脂肪細胞の特性</b>
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
<b>2 保健指導対象者の明確化</b>	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	<b>7 健診データ・検査</b>
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
<b>3 肥満の症状</b>	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いときよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いのですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がか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)	<b>8 食事療法</b>
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
<b>4 高度肥満</b>	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	<b>9 運動療法</b>
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？
<b>5 保健指導教材で減量できた事例</b>	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	<b>10 参考資料</b>
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。

太良町においても佐賀県国民健康保険保険給付費等交付金（特別交付金・ウ分：佐賀県繰入金2号分）を活用して、二次健診を実施しています。

### ◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②微量アルブミン検査(腎臓の状態を見る尿検査)
- ③75g経口ブドウ糖負荷試験(血糖値を正常に保つ能力を調べる検査)

### 3. 虚血性心疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

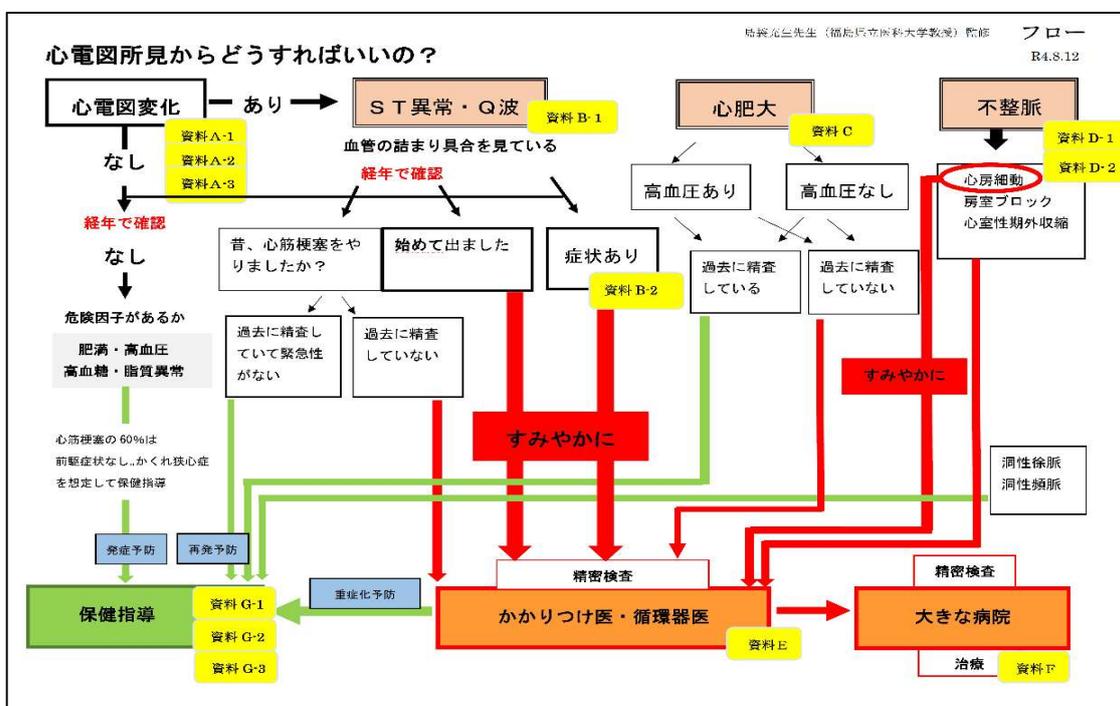
虚血性心疾患重症化予防の取組みにあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

#### 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は、図表 66 に基づいて考えます。

図表 66 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。

太良町においては、集団健診・町内医療機関での個別健診で実施する特定健診に心電図検査を

追加しています。令和4年度は、心電図検査を628人(80.5%)に実施し、そのうち有所見者が223人(35.5%)でした。所見の中でもST-T変化が4人(1.8%)でした。

また、有所見者のうち要精査が25人(11.2%)で、その後の受診状況を見ると8人(32.0%)は未受診でした。(図表68)。

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

図表 67 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査		所見内訳																	
				ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈									
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	628	80.5	223	35.5%	9	4.0%	4	1.8%	2	0.9%	1	0.4%	1	0.4%	13	5.8%	2	0.9%	21	9.4%
	男性	294	46.8	113	38.4%	5	4.4%	1	0.9%	2	1.8%	1	0.9%	1	0.9%	7	6.2%	2	1.8%	11	9.7%
	女性	334	53.1	110	32.9%	4	3.6%	3	2.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	5.5%	0	0.0%	10	9.1%

太良町調べ

図表 68 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	223		25	11.2%	17	68.0%	8	32.0%
男性	113	38.4%	15	13.3%	10	66.7%	5	33.3%
女性	110	32.9%	10	9.1%	7	70.0%	3	30.0%

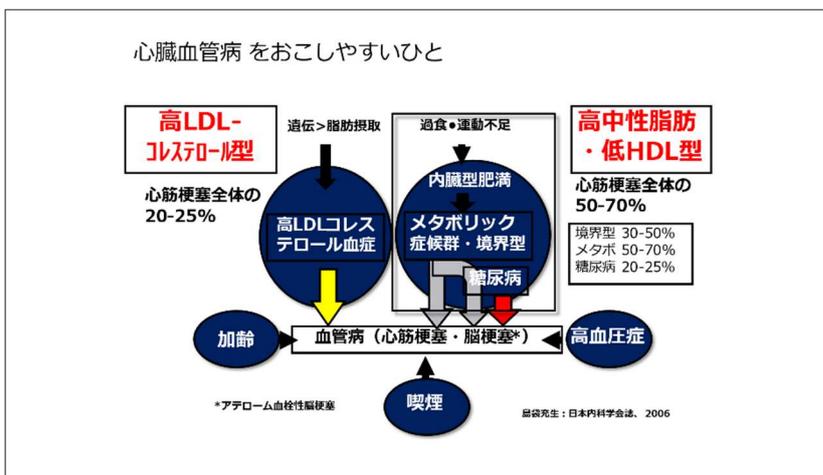
太良町調べ

## 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者においても、肥満・高血圧・脂質異常・高血糖がある場合は、隠れ虚血性心疾患を想定して(心筋梗塞の60%は前駆症状がないため)積極的に保健指導を行う必要があります。

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

図表 69 心血管病をおこしやすいひと



図表 69 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

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

B:LDL コレステロールタイプ(図表 70)

図表 70 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定				令和04年度			
冠動脈疾患予防からみた LDLコレステロール管理目標				(参考)動脈硬化性疾患予防のための脂質異常症診療ガイド 日本動脈硬化学会 p36 図8-1 冠動脈疾患予防からみたLDL-C管理目標設定フローチャート p37 図8-3a 吹田スコアによる各危険因子の得点 p37 図8-3b 吹田スコアによる冠動脈疾患発症予測モデルを用いたリスク評価 p37 表8-1 リスク管理区分別の脂質管理目標値			
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)							
管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL				健診結果(LDL-C)			
				120-139	140-159	160-179	180以上
298				114	102	53	29
				38.3%	34.2%	17.8%	9.7%
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)	51	23	19	7	2
			17.1%	20.2%	18.6%	13.2%	6.9%
	中リスク	140未満 (170未満)	131	48	47	22	14
		44.0%	42.1%	46.1%	41.5%	48.3%	
高リスク	120未満 (150未満)	110	41	35	21	13	
		36.9%	36.0%	34.3%	39.6%	44.8%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈の既往	100未満 (130未満)	6	2	1	3	0
		2.0%	1.8%	1.0%	5.7%	0.0%	
※一次予防においては、LDL低下率20～30%、二次予防においてはLDL低下率50%以上も目標となりうる。 ※低リスクにおいてもLDL180mg/dl以上の場合は、薬物療法を考慮するとともに、家族性高コレステロール血症の可能性を念頭におく。							

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 保健指導及び受診勧奨

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

図表 71 心電図所見からの保健指導教材

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、対象者へは、二次健診が有用です。

「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)

太良町においては頸動脈エコー検査を実施します。

### (3) 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者が治療を継続できるよう、経過を把握・支援します。

### 4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集します。

### 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業で、継続支援を行います。適宜、地域包括支援センターと連携して支援します。

### 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います。

### 7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

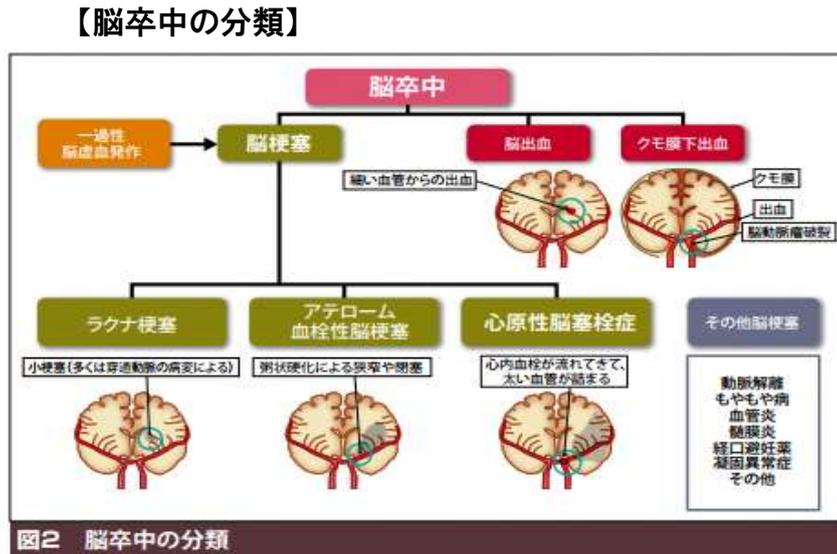
5 月～特定健診結果が届き次第虚血性心疾患管理台帳に記載。順次、対象者へ介入(通年)

## 4. 脳血管疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

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

図表 72 脳卒中の分類



(脳卒中予防への提言より引用)

図表 73 脳血管疾患とリスク因子

### 脳血管疾患とリスク因子

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

(脳卒中予防への提言より引用)

## 2) 対象者の明確化

### (1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 74 をみると、高血圧治療者 804 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 85 人(10.6%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 70 人(29%)であり、そのうち 38 人(54%)は未治療者です。

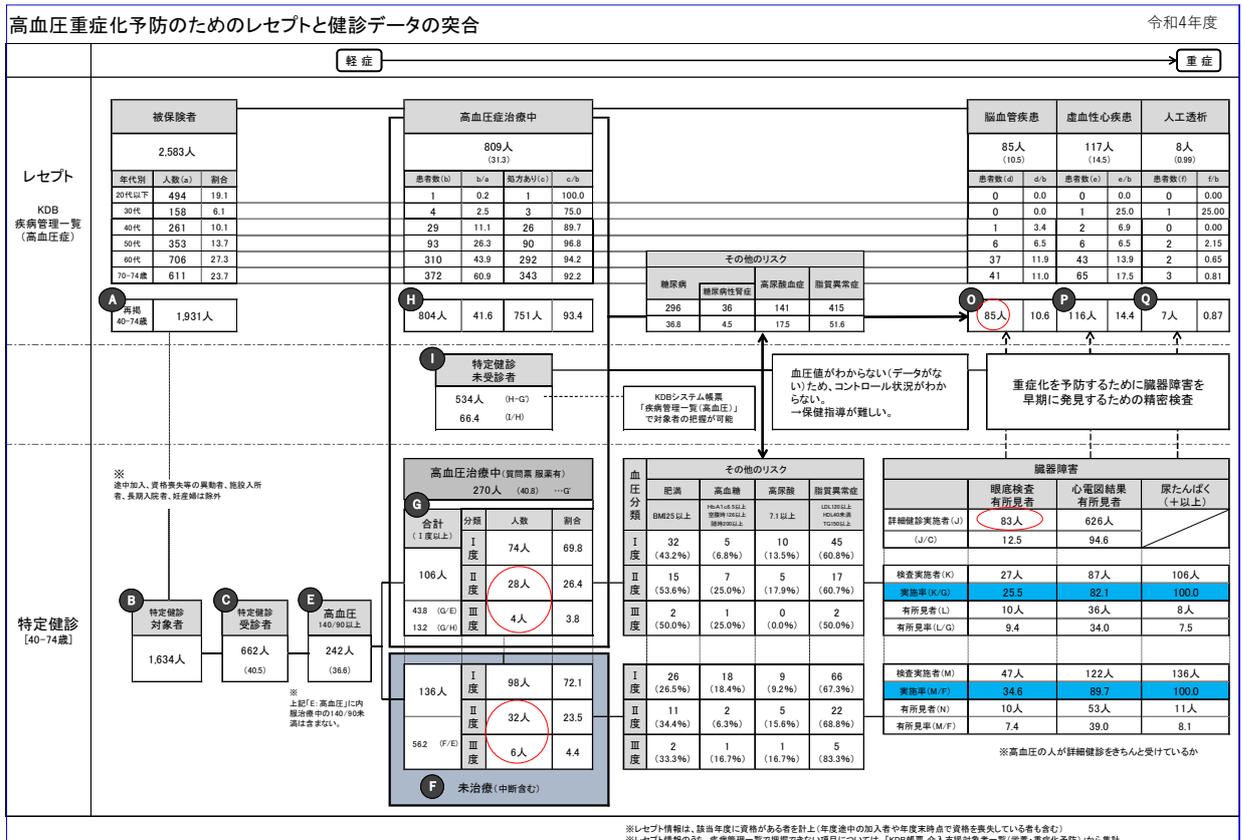
未治療者の中にはメタボリックシンドローム該当者や高血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 32 人いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)をみると、242 人(36.6%・E)は、眼底検査を実施する対象ですが、わずか 83 人(12.5%)しか実施していない状況です。眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから 159 人が検査をしていません。

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

図表 74 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



## (2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

血圧分類 (mmHg)		高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	区分	該当者数
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上		
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	244	108	98	32	6		
		44.3%	40.2%	13.1%	2.5%		
リスク第1層 予後影響因子がない	10	C 6	B 2	B 2	A 0	A	ただちに 薬物療法を開始
		4.1%	5.6%	2.0%	6.3%		
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	123	C 57	B 48	A 15	A 3	B	概ね1か月後に 再評価
		50.4%	52.8%	49.0%	46.9%		
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	111	B 45	A 48	A 15	A 3	C	概ね3か月後に 再評価
		45.5%	41.7%	49.0%	46.9%		

...高リスク  
 ...中等リスク  
 ...低リスク

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 75 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いています。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です。

## (3) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなる疾患です。

最大の原因は心房細動で、心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 76 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況です。

(脳卒中予防への提言より引用)

図表 76 心房細動有所見状況

(令和4年度)

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	340	384	304	89.4%	327	85.2%	4	1.3%	0	0.0%	--	--
40代	32	18	28	87.5%	17	94.4%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	58	55	55	94.8%	49	89.1%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	135	146	118	87.4%	129	88.4%	2	1.7%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	115	165	103	89.6%	132	80.0%	2	1.9%	0	0.0%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 77 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
4	0	0.0%	4	100.0%

太良町調べ

心電図検査において4人が心房細動の所見がありました。有所見率をみると、60代・70代が高く、日本循環器疫学調査と同様の傾向があります。また、心電図有所見者4人のうち全員が既に治療が開始されています。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診が必要です。そのため、受診を中断している者については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) 保健指導及び受診勧奨

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

#### (2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入してい

く必要があり、対象者へは、二次健診が有用です。

「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)
- 太良町においては頸動脈エコー検査を実施します。

### (3) 対象者の管理

#### ① 高血圧者の管理

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

#### 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心房細動管理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事業で、継続支援を行います。適宜、地域包括支援センターと連携して支援します。

## 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います。

## 7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第心房細動管理台帳に記載。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

太良町は、令和2年度より佐賀県後期高齢者広域連合から、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」を行っています。令和6年度以降も引き続き事業を行います。

具体的には、

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

高血圧や糖尿病で未治療者等の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高血圧管理台帳や糖尿病管理台帳をもとに、高血圧や糖尿病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、認知症予防のために通いの場において、健康教育や健康相談を実施します。(ポピュレーションアプローチ)



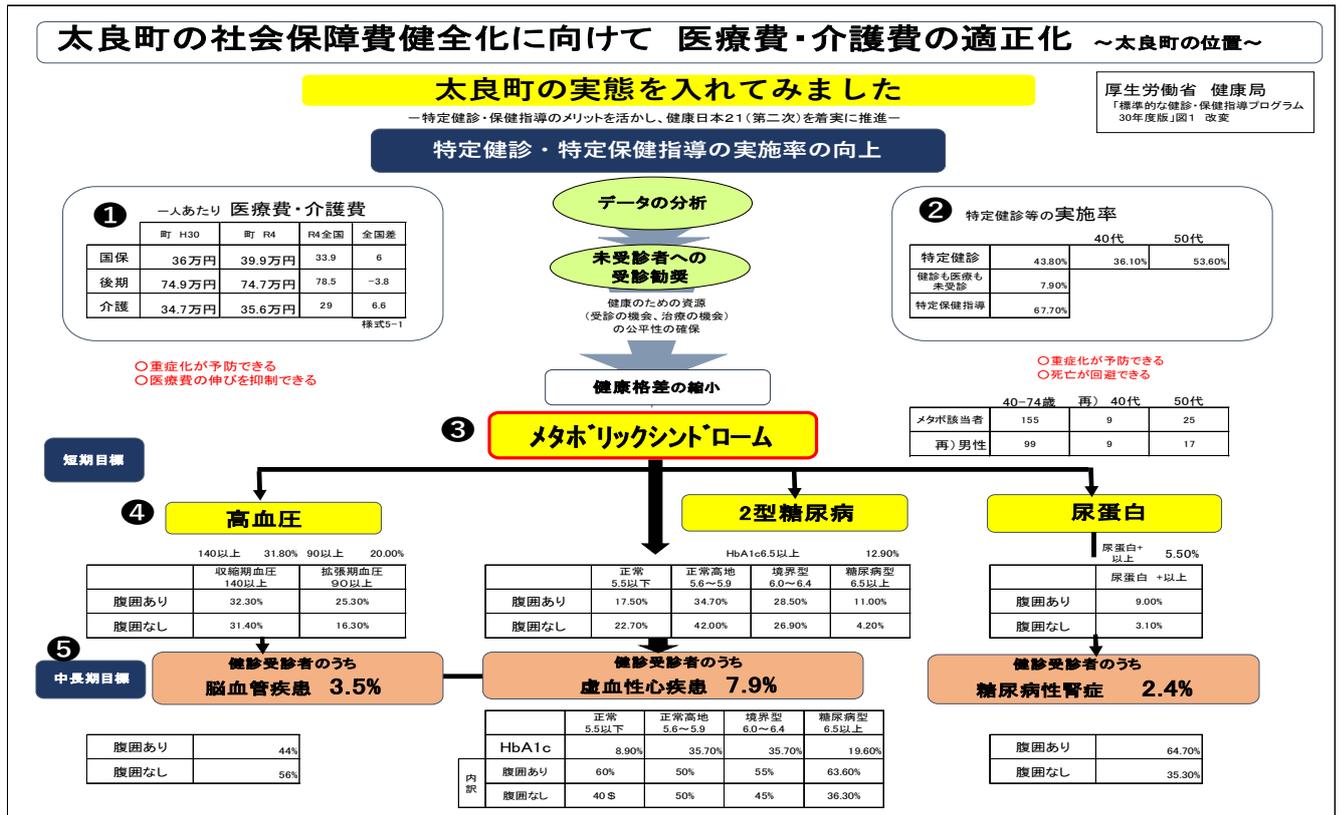
図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える - 基本的考え方 - (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)															
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>発症予防</span> <span>→</span> <span>重症化予防</span> </div>															
1 根拠法 <small>6条 健康増進事業実施者</small>	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 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>				
2 計画	健康増進計画(県) (市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】														
	データヘルズ計画【保健事業実施計画】(各保険者)														
3 年代	妊婦(胎児期)		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳			15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上
	妊婦健康診査 <small>(13条)</small>		産婦健康診査 <small>(13条)</small>	乳幼児健康診査 <small>(第12・13条)</small>			保育所・幼稚園健康診断		就学時健診 <small>(11・12条)</small>	児童・生徒の定期健康診断 <small>(第1・13・14条)</small>		定期健康診断 <small>(第66条)</small>		特定健康診査 <small>(第18・20・21条)</small>	
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	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 <small>(第13・44条)</small>		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)妊婦糖尿病	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				加齢18以上	肥満度15%以上		肥満度20%以上			25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めます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために、個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表 80)

図表 80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



## 第5章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

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

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月収載される、健診・医療・介護のデータにより、受診率・受療率、医療の動向等を保健指導に係る保健師が定期的に行います。

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るため、国の指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページを通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

### 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太良町の位置

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太良町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた太良町の位置										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	8,120		1,680,058		797,881		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			65歳以上(高齢化率)	3,159	38.9	662,426	39.4	246,061	30.8	35,335,805	28.7		
			75歳以上	1,772	21.8	--	--	125,245	15.7	18,248,742	14.8		
			65~74歳	1,387	17.1	--	--	120,816	15.1	17,087,063	13.9		
			40~64歳	2,584	31.8	--	--	253,839	31.8	41,545,893	33.7		
	39歳以下	2,377	29.3	--	--	297,981	37.3	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業	32.0		17.0		8.7		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			第2次産業	22.4		25.3		24.2		25.0			
			第3次産業	45.6		57.7		67.1		71.0			
	③	平均寿命	男性	80.6		80.4		80.7		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性			86.6		86.9		87.1		87.0				
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性 ※保険者欄は二次医療圏データ	80.4		79.5		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	85.1		84.2		85.2		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	男性	106.0		103.1		102.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	104.5		101.3		99.1		100		
			死因	がん	37	48.7	7,089	46.3	2,689	51.1	378,272	50.6	
				心臓病	19	25.0	4,562	29.8	1,488	28.3	205,485	27.5	
				脳疾患	11	14.5	2,404	15.7	687	13.0	102,900	13.8	
				糖尿病	3	3.9	283	1.8	95	1.8	13,896	1.9	
				腎不全	2	2.6	622	4.1	198	3.8	26,946	3.6	
	自殺	4		5.3	346	2.3	108	2.1	20,171	2.7			
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査	
			男性										
女性													
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	606 19.5		127,161 19.4		45,455 18.6		6,724,030 19.4		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			新規認定者	介護度別総件数	13 0.3		2,078 0.3		831 0.3		110,289 0.3		
				要支援1.2	1,775 13.9		365,856 13.2		192,586 19.1		21,785,044 12.9		
				要介護1.2	6,615 51.9		1,297,770 46.8		500,432 49.6		78,107,378 46.3		
				要介護3以上	4,363 34.2		1,111,908 40.1		316,821 31.4		68,963,503 40.8		
	2号認定者	12 0.46		2,073 0.39		825 0.33		156,107 0.38					
	②	有病状況	糖尿病	126 20.4		30,162 22.6		11,160 23.4		1,712,613 24.3		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			高血圧症	378 61.4		71,773 54.3		28,610 60.7		3,744,672 53.3			
			脂質異常症	170 28.6		39,654 29.6		16,120 33.7		2,308,216 32.6			
			心臓病	424 68.3		80,304 60.9		32,225 68.4		4,224,628 60.3			
			脳疾患	243 38.0		30,910 23.8		13,290 28.7		1,568,292 22.6			
			がん	96 16.6		14,782 11.0		6,572 14.0		837,410 11.8			
			筋・骨格	383 62.7		71,540 54.1		28,736 61.0		3,748,372 53.4			
	精神	343 54.4		49,589 37.8		21,641 46.2		2,569,149 36.8					
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	356,017 1,124,658,732		314,188 208,126,001,519		286,277 70,441,691,145		290,668 100,742,742,889		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
1件当たり給付費(全体)			88,188		74,986		69,755		59,662				
居宅サービス			52,636		43,722		50,348		41,272				
施設サービス			276,311		289,312		290,902		296,364				
④	医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	10,364 認定あり		9,224 認定なし		9,309		8,610		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			4,555		4,375		4,328		4,020				
4	①	国保の状況	被保険者数	2,346		427,153		172,974		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			65~74歳	957 40.8				78,402 45.3		11,129,271 40.5			
			40~64歳	835 35.6				53,309 30.8		9,088,015 33.1			
	39歳以下	554 23.6				41,263 23.9		7,271,596 26.5					
	加入率			28.9		25.6		21.7		22.3			
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1 0.4		150 0.4		100 0.6		8,237 0.3		KDB_NO.5 被保険者の状況	
			診療所数	3 1.3		1,147 2.7		691 4.0		102,599 3.7			
			病床数	60 25.6		15,964 37.4		14,451 83.5		1,507,471 54.8			
			医師数	12 5.1		1,780 4.2		2,445 14.1		339,611 12.4			
			外来患者数	711.3		692.2		784.4		687.8			
入院患者数	31.4		22.7		27.7		17.7						
③	医療費の状況	一人当たり医療費	399,338 県内18位 同規模78位		376,732		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	742.661		714.851		812.114		705.439				
		外来	費用の割合	48.5		56.3		53.8		60.4			
			件数の割合	95.8		96.8		96.6		97.5			
		入院	費用の割合	51.5		43.7		46.2		39.6			
			件数の割合	4.2		3.2		3.4		2.5			
1件あたり在院日数			17.2日		16.4日		17.9日		15.7日				

4	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	162,815,400	30.8	31.3	27.2	32.2	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題				
			慢性腎不全(透析あり)	41,438,700	7.8	7.2	10.2	8.2					
			糖尿病	45,661,050	8.6	11.3	9.2	10.4					
			高血圧症	35,756,650	6.8	6.6	5.6	5.9					
			脂質異常症	10,237,870	1.9	3.8	3.7	4.1					
			脳梗塞・脳出血	6,175,700	1.1	3.9	4.0	3.9					
			狭心症・心筋梗塞	17,237,920	3.2	2.8	2.0	2.8					
			精神	101,442,940	19.2	14.9	20.3	14.7					
	筋・骨格	101,984,140	19.3	17.3	16.8	16.7							
	⑤	一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	853	0.4	430	0.3	370	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分類)		
				糖尿病	957	0.5	1,426	0.9	1,416	0.7		1,144	0.9
				脂質異常症	127	0.1	69	0.0	64	0.0		53	0.0
				脳梗塞・脳出血	1,618	0.8	6,762	4.1	8,250	4.1		5,993	4.5
				虚血性心疾患	7,487	3.6	4,422	2.7	3,573	1.8		3,942	2.9
		腎不全	6,006	2.9	4,755	2.9	6,245	3.1	4,051	3.0			
		一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	14,388	7.4	12,793	6.0	12,536	5.4		10,143	4.9
				糖尿病	18,971	9.8	21,925	10.3	20,303	8.7		17,720	8.6
				脂質異常症	4,237	2.2	7,608	3.6	8,279	3.6		7,092	3.5
				脳梗塞・脳出血	1,015	0.5	943	0.4	1,022	0.4		825	0.4
虚血性心疾患	1,861			1.0	1,933	0.9	1,800	0.8	1,722	0.8			
腎不全	14,298	7.4	16,719	7.9	23,024	9.9	15,781	7.7					
⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	3,600		3,122		3,014		2,031	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題			
		健診未受診者一人当たり	12,649		12,911		14,170		13,295				
		生活習慣病対象者一人当たり	9,998		9,063		7,990		6,142				
		健診未受診者一人当たり	35,132		37,482		37,560		40,210				
⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者	452	63.7	83,183	58.2	26,357	55.3	3,881,055	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握		
		医療機関受診率	419	59.0	74,754	52.3	23,928	50.2	3,543,116	52.0			
		医療機関非受診率	33	4.6	8,429	5.9	2,429	5.1	337,939	5.0			
5	特定健診の状況	健診受診者	710		142,832		47,628		6,812,842	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	43.7		県内13位 同規模137位	45.7	40.2	全国16位	37.1				
		特定保健指導終了者(実施率)	39	41.1	4,122	24.0	1,441	26.4	107,925		13.4		
		非肥満高血糖	63	8.9	14,617	10.2	4,601	9.7	615,549		9.0		
		メタボ	該当者	155	21.8	30,946	21.7	10,418	21.9		1,382,506	20.3	
			男性	99	29.7	21,803	32.2	7,076	33.0		965,486	32.0	
			女性	56	14.9	9,143	12.2	3,342	12.8		417,020	11.0	
		予備群	男性	98	13.8	16,570	11.6	5,819	12.2		765,405	11.2	
			女性	67	20.1	11,708	17.3	3,965	18.5		539,738	17.9	
		県内市町村数	男性	31	8.2	4,862	6.5	1,854	7.1		225,667	5.9	
			女性	292	41.1	52,255	36.6	18,383	38.6		2,380,778	34.9	
		23市町村	男性	187	56.2	36,735	54.3	12,433	58.0		1,666,592	55.3	
			女性	105	27.9	15,520	20.7	5,950	22.7		714,186	18.8	
		同規模市区町村数	総数	33	4.6	8,339	5.8	1,829	3.8		320,038	4.7	
			男性	9	2.7	1,408	2.1	262	1.2		51,248	1.7	
		240市町村	女性	24	6.4	6,931	9.2	1,567	6.0		268,790	7.1	
			血糖のみ	6	0.8	988	0.7	493	1.0		43,519	0.6	
		予備群レベル	血糖のみ	80	11.3	12,098	8.5	3,885	8.2		539,490	7.9	
			脂質のみ	12	1.7	3,484	2.4	1,441	3.0		182,396	2.7	
同規模市町村数	血糖・脂質	27	3.8	5,238	3.7	1,815	3.8	203,072	3.0				
	血糖・脂質	7	1.0	1,494	1.0	750	1.6	70,267	1.0				
240市町村	血糖・脂質	72	10.1	13,843	9.7	4,425	9.3	659,446	9.7				
	血糖・血圧・脂質	49	6.9	10,371	7.3	3,428	7.2	449,721	6.6				
6	問診の状況	服薬	高血圧	277	39.0	56,464	39.5	17,872	37.5	2,428,038	35.6	KDB NO.1 地域全体像の把握	
		糖尿病	86	12.1	15,013	10.5	5,451	11.4	589,470	8.7			
既往歴	脂質異常症	161	22.7	39,703	27.8	13,864	29.1	1,899,637	27.9				
	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	7	1.0	4,468	3.3	767	1.8	207,385	3.1				
腎不全	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	20	2.8	8,449	6.2	1,109	2.5	365,407	5.5				
	腎不全	6	0.8	1,305	0.9	330	0.8	53,898	0.8				
貧血	貧血	86	12.1	12,438	9.0	3,966	9.1	702,088	10.7				
	喫煙	108	15.2	21,523	15.1	6,552	13.8	939,212	13.8				
6	生活習慣の状況	週3回以上朝食を抜く	68	9.8	11,653	8.6	4,660	10.1	642,886	10.4	KDB NO.1 地域全体像の把握		
		週3回以上食後開食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
		週3回以上就寝前夕食(H30～)	95	13.7	22,065	16.4	6,353	13.8	976,348	15.7			
		週3回以上就寝前夕食	95	13.7	22,065	16.4	6,353	13.8	976,348	15.7			
		食べる速度が遅い	203	28.9	35,701	26.4	12,460	27.2	1,659,705	26.8			
		20歳時体重から10kg以上増加	259	37.2	48,538	35.9	16,526	36.0	2,175,065	35.0			
		1回30分以上運動習慣なし	441	63.3	88,417	65.2	26,671	57.9	3,749,069	60.4			
		1日1時間以上運動なし	299	42.9	63,680	47.0	20,946	45.6	2,982,100	48.0			
		睡眠不足	167	23.8	32,768	24.2	10,910	23.7	1,587,311	25.6			
		毎日飲酒	179	25.3	36,601	26.4	11,833	25.5	1,658,999	25.5			
		時々飲酒	115	16.3	29,121	21.0	9,431	20.4	1,463,468	22.5			
		一日飲酒量	1合未満	171	50.1	54,805	59.9	12,259	52.4	2,978,351		64.1	
			1～2合	118	34.6	24,287	26.5	7,608	32.5	1,101,465		23.7	
2～3合	43		12.6	9,527	10.4	2,834	12.1	434,461	9.4				
3合以上	9		2.6	2,893	3.2	677	2.9	128,716	2.8				





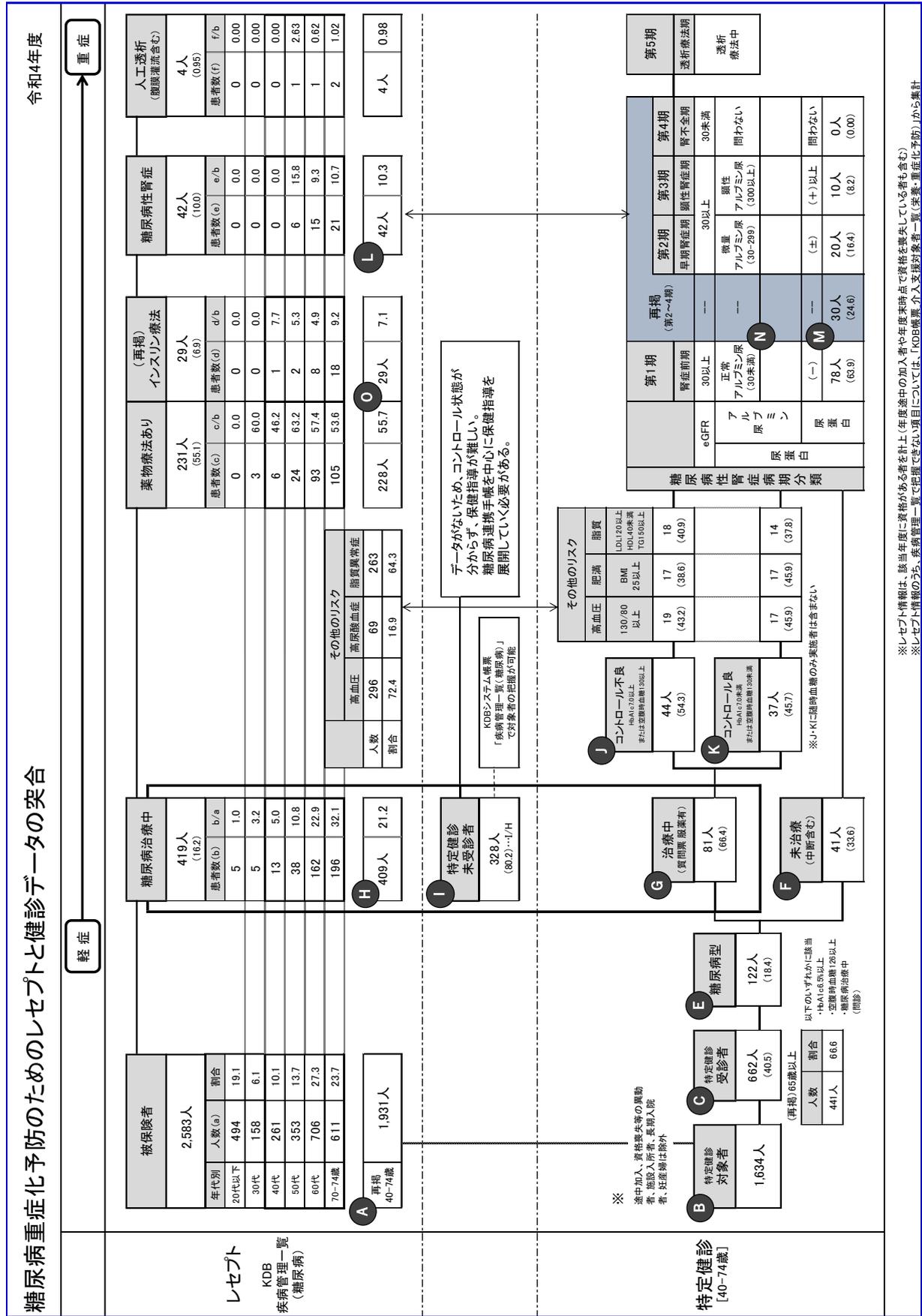




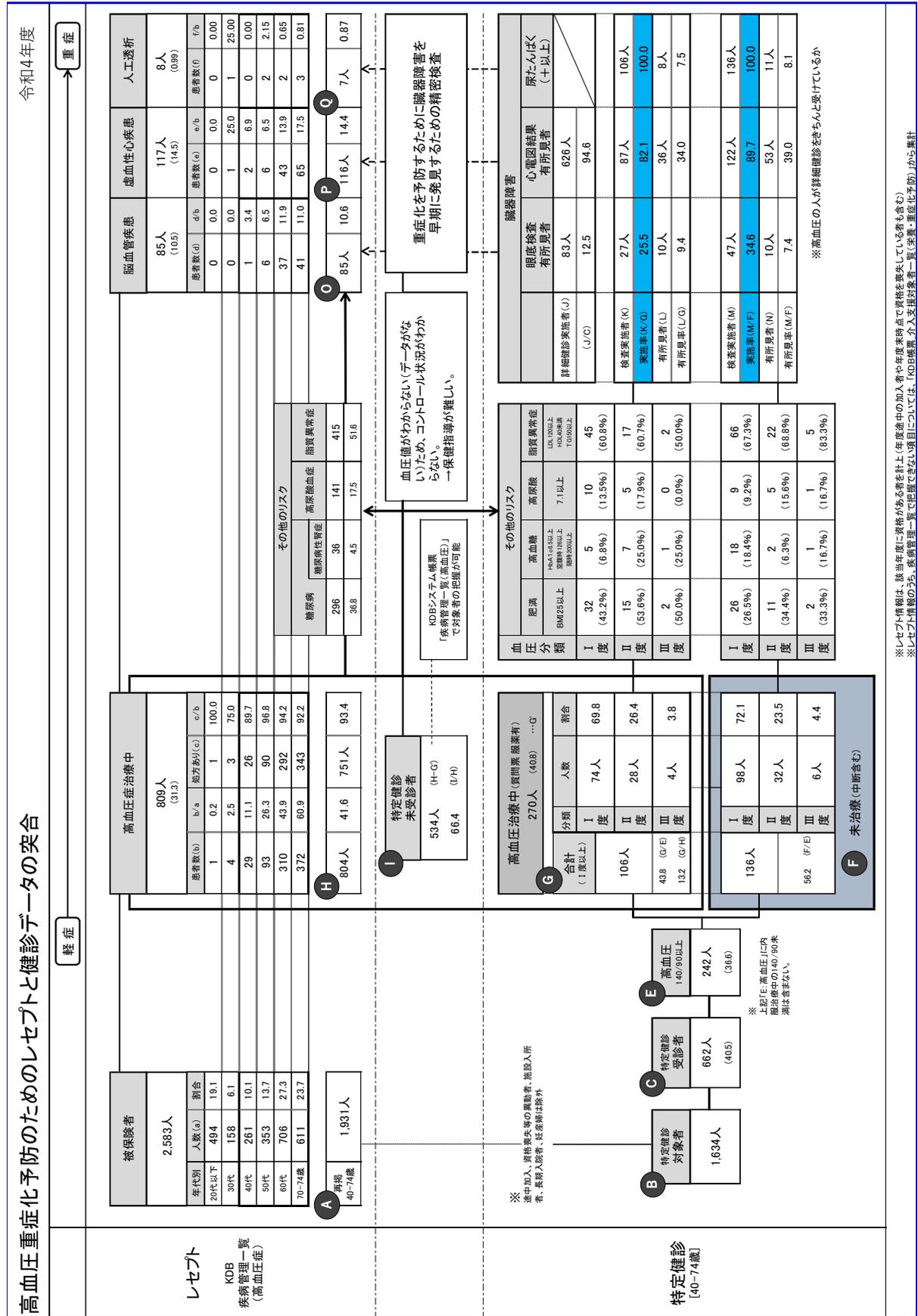
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	太良町						同規模保険者(平均)		データ基		
		R2年度		R3年度		R4年度		R4年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A	2,596人		2,513人		2,445人		KDB_厚生労働省様式様式3-2			
	② (再掲)40-74歳	A	1,969人		1,931人		1,899人					
2	① 対象者数	B	1,749人		1,704人		1,621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	812人		609人		734人					
	③ 受診率	C	46.4%		35.7%		45.3%					
3	① 特定保健指導 対象者数		108人		74人		96人					
	② 実施率		76.9%		81.0%		78.1%					
4	健診データ	① 糖尿病型	E	131人	16.1%	102人	16.7%	128人	17.4%	特定健診結果		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	36人	27.5%	29人	28.4%	40人	31.3%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	95人	72.5%	73人	71.6%	88人	68.8%			
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	45人	47.4%	38人	52.1%	50人	56.8%			
		⑤ 血圧 130/80以上		28人	62.2%	26人	68.4%	28人	56.0%			
		⑥ 肥満 BMI25以上	K	22人	48.9%	16人	42.1%	24人	48.0%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		50人	52.6%	35人	47.9%	38人	43.2%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	96人	73.3%	63人	61.8%	88人	68.8%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		22人	16.8%	25人	24.5%	27人	21.1%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		12人	9.2%	14人	13.7%	13人	10.2%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		1人	0.8%	0人	0.0%	0人	0.0%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		103.2人		109.0人		107.2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)		134.1人		140.3人		135.9人				
		③ レセプト件数(40-74歳) (内は被保険者千対)	入院外(件数)	1,613件	(838.4)	1,585件	(840.4)	1,576件	(879.5)	3,197,111件	(930.6)	KDB_疾病別医療費分析(生活習慣病)
		④ 入院(件数)		7件	(3.6)	19件	(10.1)	9件	(5.0)	1,521件	(4.4)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	268人	10.3%	274人	10.9%	262人	10.7%	KDB_厚生労働省様式様式3-2		
		⑥ (再掲)40-74歳	H	264人	13.4%	271人	14.0%	258人	13.6%			
		⑦ 健診未受診者	I	169人	64.0%	198人	73.1%	170人	65.9%			
		⑧ インスリン治療	O	15人	5.6%	25人	9.1%	21人	8.0%			
		⑨ (再掲)40-74歳		15人	5.7%	24人	8.9%	21人	8.1%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	16人	6.0%	20人	7.3%	18人	6.9%			
		⑪ (再掲)40-74歳		16人	6.1%	20人	7.4%	18人	7.0%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		2人	0.7%	2人	0.7%	4人	1.5%			
		⑬ (再掲)40-74歳		2人	0.8%	2人	0.7%	4人	1.6%		KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期	
		⑭ 新規透析患者数	1	0.4	2	0.7	1	0.14				
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症	0	0	1	0.4	0	0				
		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)	8人	2.2%	9人	2.4%	6人	1.6%				
6	医療費	① 総医療費		9億6648万円		9億3783万円		9億3685万円		6億7051万円		
		② 生活習慣病総医療費		5億1601万円		5億3409万円		5億2844万円		3億5898万円		
		③ (総医療費に占める割合)		53.4%		56.9%		56.4%		53.5%		
		④ 生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者	6,021円		4,828円		9,998円		9,063円		
		⑤ 健診未受診者		41,236円		41,994円		35,132円		37,482円		
		⑥ 糖尿病医療費		4397万円		4855万円		4566万円		4061万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		8.5%		9.1%		8.6%		11.3%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		1億0379万円		1億1903万円		1億3381万円				
		⑨ 1件あたり		28,197円		32,567円		36,186円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費		1億0129万円		9989万円		8223万円				
		⑪ 1件あたり		662,023円		554,929円		613,683円				
		⑫ 在院日数		16日		17日		17日				
		⑬ 慢性腎不全医療費		4672万円		4856万円		4492万円		2783万円		
		⑭ 透析有り		4444万円		4728万円		4144万円		2567万円		
		⑮ 透析なし		228万円		128万円		348万円		216万円		
7	介護	① 介護給付費		10億9808万円		11億5706万円		11億2466万円		8億6719万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症		2件 28.6%		2件 33.3%		2件 28.6%				
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		0人 0.0%		1人 0.7%		3人 2.2%		622人 1.0%		

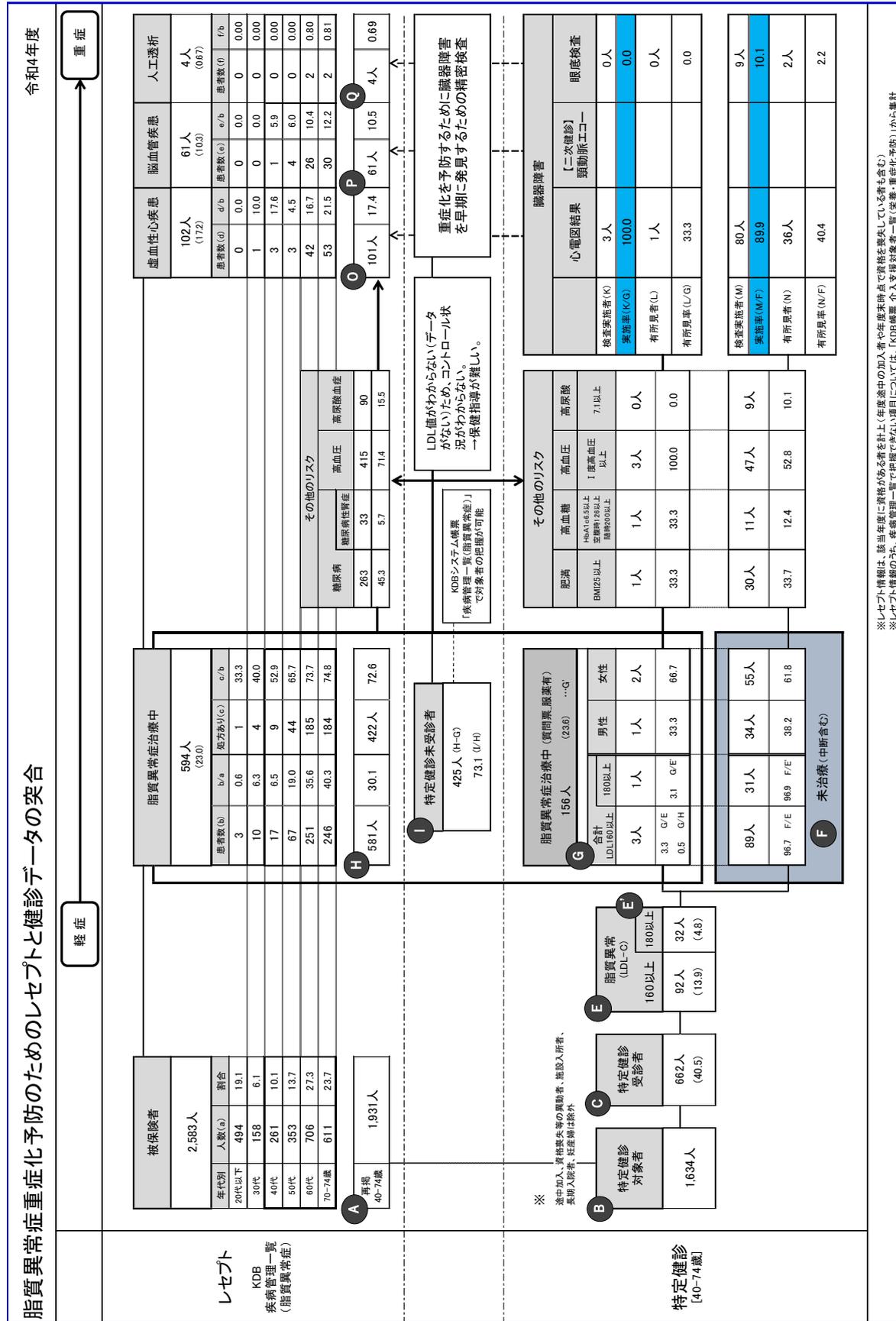
参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
					正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
									合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
					5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9					
A		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	
H29	984	212	21.5%	456	46.3%	211	21.4%	53	5.4%	30	3.0%	22	2.2%	33	3.4%	16	1.6%	
H30	921	244	26.5%	414	45.0%	170	18.5%	47	5.1%	33	3.6%	13	1.4%	32	3.5%	11	1.2%	
R1	928	188	20.3%	403	43.4%	232	25.0%	56	6.0%	30	3.2%	19	2.0%	35	3.8%	17	1.8%	
R2	777	208	26.8%	291	37.5%	184	23.7%	49	6.3%	29	3.7%	16	2.1%	27	3.5%	14	1.8%	
R3	565	120	21.2%	238	42.1%	139	24.6%	38	6.7%	18	3.2%	12	2.1%	24	4.2%	7	1.2%	
R4	696	143	20.5%	271	38.9%	192	27.6%	49	7.0%	23	3.3%	18	2.6%	29	4.2%	13	1.9%	

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		10.7%	10.7%	
					再)7.0以上	未治療	治療	5.3%	11.3%			
												人数
H29	984	212	456	211	105	50	55	52	17	35	5.3%	10.7%
H30	921	244	414	170	93	38	55	46	8	38	5.0%	10.1%
R1	928	188	403	232	105	47	58	49	16	33	5.3%	11.3%
R2	777	208	291	184	94	33	61	45	8	37	5.8%	12.1%
R3	565	120	238	139	68	22	46	30	2	28	5.3%	12.0%
R4	696	143	271	192	90	34	56	41	11	30	5.9%	12.9%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲				
					正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病										
									合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる						
					5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9						8.0以上
A		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		
治療中	H29	78	7.9%	0	0.0%	4	5.1%	19	24.4%	20	25.6%	18	23.1%	17	21.8%	24	30.8%	13	16.7%
	H30	90	9.8%	0	0.0%	9	10.0%	26	28.9%	17	18.9%	27	30.0%	11	12.2%	29	32.2%	9	10.0%
	R1	84	9.1%	1	1.2%	8	9.5%	17	20.2%	25	29.8%	18	21.4%	15	17.9%	25	29.8%	13	15.5%
	R2	94	12.1%	1	1.1%	5	5.3%	27	28.7%	24	25.5%	25	26.6%	12	12.8%	23	24.5%	10	10.6%
	R3	72	12.7%	1	1.4%	2	2.8%	23	31.9%	18	25.0%	17	23.6%	11	15.3%	23	31.9%	6	8.3%
R4	79	11.4%	1	1.3%	1	1.3%	21	26.6%	26	32.9%	17	21.5%	13	16.5%	22	27.8%	9	11.4%	
治療なし	H29	906	92.1%	212	23.4%	452	49.9%	192	21.2%	33	3.6%	12	1.3%	5	0.6%	9	1.0%	3	0.3%
	H30	831	90.2%	244	29.4%	405	48.7%	144	17.3%	30	3.6%	6	0.7%	2	0.2%	3	0.4%	2	0.2%
	R1	844	90.9%	187	22.2%	395	46.8%	215	25.5%	31	3.7%	12	1.4%	4	0.5%	10	1.2%	4	0.5%
	R2	683	87.9%	207	30.3%	286	41.9%	157	23.0%	25	3.7%	4	0.6%	4	0.6%	4	0.6%	4	0.6%
	R3	493	87.3%	119	24.1%	236	47.9%	116	23.5%	20	4.1%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%
R4	617	88.6%	142	23.0%	270	43.8%	171	27.7%	23	3.7%	6	1.0%	5	0.8%	7	1.1%	4	0.6%	

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	1,011	238	23.5%	153	15.1%	267	26.4%	260	25.7%	76	7.5%	17	1.7%
H30	980	256	26.1%	162	16.5%	259	26.4%	229	23.4%	62	6.3%	12	1.2%
R1	970	244	25.2%	160	16.5%	273	28.1%	208	21.4%	64	6.6%	21	2.2%
R2	812	171	21.1%	130	16.0%	206	25.4%	216	26.6%	71	8.7%	18	2.2%
R3	598	106	17.7%	101	16.9%	163	27.3%	168	28.1%	49	8.2%	11	1.8%
R4	724	149	20.6%	131	18.1%	190	26.2%	180	24.9%	64	8.8%	10	1.4%

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)Ⅲ度高血圧	再掲											
						未治療	治療										
H29	1,011	391 38.7%	267 26.4%	260 25.7%	93 9.2%	50 53.8%	43 46.2%	9.2%									
					17 1.7%	14 82.4%	3 17.6%	1.7%									
H30	980	418 42.7%	259 26.4%	229 23.4%	74 7.6%	34 45.9%	40 54.1%	7.6%									
					12 1.2%	6 50.0%	6 50.0%	1.2%									
R1	970	404 41.6%	273 28.1%	208 21.4%	85 8.8%	44 51.8%	41 48.2%	8.8%									
					21 2.2%	8 38.1%	13 61.9%	2.2%									
R2	812	301 37.1%	206 25.4%	216 26.6%	89 11.0%	46 51.7%	43 48.3%	11.0%									
					18 2.2%	12 66.7%	6 33.3%	2.2%									
R3	598	207 34.6%	163 27.3%	168 28.1%	60 10.0%	31 51.7%	29 48.3%	10.0%									
					11 1.8%	5 45.5%	6 54.5%	1.8%									
R4	724	280 38.7%	190 26.2%	180 24.9%	74 10.2%	40 54.1%	34 45.9%	10.2%									
					10 1.4%	6 60.0%	4 40.0%	1.4%									

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	353	34.9%	46	13.0%	50	14.2%	96	27.2%	118	33.4%	40	11.3%	3	0.8%
	H30	350	35.7%	53	15.1%	45	12.9%	104	29.7%	108	30.9%	34	9.7%	6	1.7%
	R1	347	35.8%	44	12.7%	60	17.3%	101	29.1%	101	29.1%	28	8.1%	13	3.7%
	R2	327	40.3%	35	10.7%	49	15.0%	88	26.9%	112	34.3%	37	11.3%	6	1.8%
	R3	258	43.1%	28	10.9%	41	15.9%	83	32.2%	77	29.8%	23	8.9%	6	2.3%
	R4	282	39.0%	30	10.6%	57	20.2%	82	29.1%	79	28.0%	30	10.6%	4	1.4%
治療なし	H29	658	65.1%	192	29.2%	103	15.7%	171	26.0%	142	21.6%	36	5.5%	14	2.1%
	H30	630	64.3%	203	32.2%	117	18.6%	155	24.6%	121	19.2%	28	4.4%	6	1.0%
	R1	623	64.2%	200	32.1%	100	16.1%	172	27.6%	107	17.2%	36	5.8%	8	1.3%
	R2	485	59.7%	136	28.0%	81	16.7%	118	24.3%	104	21.4%	34	7.0%	12	2.5%
	R3	340	56.9%	78	22.9%	60	17.6%	80	23.5%	91	26.8%	26	7.6%	5	1.5%
	R4	442	61.0%	119	26.9%	74	16.7%	108	24.4%	101	22.9%	34	7.7%	6	1.4%

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	B/A	人数	割合	C/A	人数	割合	D/A	人数	割合	E/A	人数
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A				
総数	H29	1,011	467	46.2%	268	26.5%	178	17.6%	62	6.1%	36	3.6%		
	H30	980	474	48.4%	231	23.6%	172	17.6%	66	6.7%	37	3.8%		
	R1	970	468	48.2%	247	25.5%	152	15.7%	76	7.8%	27	2.8%		
	R2	812	392	48.3%	188	23.2%	132	16.3%	58	7.1%	42	5.2%		
	R3	598	297	49.7%	152	25.4%	85	14.2%	45	7.5%	19	3.2%		
男性	R4	724	367	50.7%	144	19.9%	120	16.6%	60	8.3%	33	4.6%		
	H29	468	247	52.8%	118	25.2%	70	15.0%	21	4.5%	12	2.6%		
	H30	448	242	54.0%	99	22.1%	68	15.2%	24	5.4%	15	3.3%		
	R1	439	241	54.9%	116	26.4%	52	11.8%	21	4.8%	9	2.1%		
	R2	352	204	58.0%	76	21.6%	48	13.6%	14	4.0%	10	2.8%		
女性	R3	265	140	52.8%	70	26.4%	36	13.6%	16	6.0%	3	1.1%		
	R4	339	178	52.5%	74	21.8%	51	15.0%	26	7.7%	10	2.9%		
	H29	543	220	40.5%	150	27.6%	108	19.9%	41	7.6%	24	4.4%		
	H30	532	232	43.6%	132	24.8%	104	19.5%	42	7.9%	22	4.1%		
	R1	531	227	42.7%	131	24.7%	100	18.8%	55	10.4%	18	3.4%		
女性	R2	460	188	40.9%	112	24.3%	84	18.3%	44	9.6%	32	7.0%		
	R3	333	157	47.1%	82	24.6%	49	14.7%	29	8.7%	16	4.8%		
	R4	385	189	49.1%	70	18.2%	69	17.9%	34	8.8%	23	6.0%		

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して  
重症化しやすい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	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	1,011	467 46.2%	268 26.5%	178 17.6%	98	96	2	3.6%	9.7%
					9.7%	98.0%	2.0%		
H30	980	474 48.4%	231 23.6%	172 17.6%	103	95	8	3.8%	10.5%
					10.5%	92.2%	7.8%		
R1	970	468 48.2%	247 25.5%	152 15.7%	103	94	9	2.8%	10.6%
					10.6%	91.3%	8.7%		
R2	812	392 48.3%	188 23.2%	132 16.3%	100	91	9	5.2%	12.3%
					12.3%	91.0%	9.0%		
R3	598	297 49.7%	152 25.4%	85 14.2%	64	60	4	3.2%	10.7%
					10.7%	93.8%	6.3%		
R4	724	367 50.7%	144 19.9%	120 16.6%	93	90	3	4.6%	12.8%
					12.8%	96.8%	3.2%		

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	B/A	人数	割合	C/A	人数	割合	D/A	人数	割合	E/A	人数
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A				
治療中	H29	168	16.6%	105	62.5%	39	23.2%	22	13.1%	2	1.2%	0	0.0%	
	H30	188	19.2%	117	62.2%	41	21.8%	22	11.7%	7	3.7%	1	0.5%	
	R01	194	20.0%	130	67.0%	45	23.2%	10	5.2%	6	3.1%	3	1.5%	
	R02	180	22.2%	118	65.6%	39	21.7%	14	7.8%	5	2.8%	4	2.2%	
	R03	151	25.3%	104	68.9%	36	23.8%	7	4.6%	4	2.6%	0	0.0%	
	R04	162	22.4%	122	75.3%	22	13.6%	15	9.3%	2	1.2%	1	0.6%	
治療なし	H29	843	83.4%	362	42.9%	229	27.2%	156	18.5%	60	7.1%	36	4.3%	
	H30	792	80.8%	357	45.1%	190	24.0%	150	18.9%	59	7.4%	36	4.5%	
	R01	776	80.0%	338	43.6%	202	26.0%	142	18.3%	70	9.0%	24	3.1%	
	R02	632	77.8%	274	43.4%	149	23.6%	118	18.7%	53	8.4%	38	6.0%	
	R03	447	74.7%	193	43.2%	116	26.0%	78	17.4%	41	9.2%	19	4.3%	
R04	562	77.6%	245	43.6%	122	21.7%	105	18.7%	58	10.3%	32	5.7%		