

志賀町国民健康保険
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

志賀町国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画にかかる評価及び考察
 - 1) 保健事業の実施状況
 - 2) 第2期データヘルス計画の評価
3. 第3期における健康課題の明確化
 - 1) 基本的考え方
 - 2) 健康課題の明確化
 - 3) 目標の設定
 - 4) 管理目標の設定

第3章 課題解決するための個別保健事業 ……34

1. 保健事業の方向性
 - 1) 優先的に実施する事業
 - 2) 個別保健事業の評価目標の設定
 - 3) 重症化予防の取り組み
2. 糖尿病性腎症重症化予防
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 対象者の明確化
 - 3) 保健指導の実施
 - 4) 医療との連携
 - 5) 高齢者福祉部門との連携
 - 6) 評価

- 7)実施期間及びスケジュール
- 3. 虚血性心疾患重症化予防
 - 1)基本的な考え方
 - 2)対象者の明確化
 - 3)保健指導の実施
 - 4)医療との連携
 - 5)評価
 - 6)実施期間及びスケジュール
- 4. 脳血管疾患重症化予防
 - 1)基本的な考え方
 - 2)対象者の明確化
 - 3)保健指導の実施
 - 4)医療との連携
 - 5)高齢者福祉部門との連携
 - 6)評価
 - 7)実施期間及びスケジュール
- 5. メタボリックシンドローム・軽度高血糖者に対する保健指導
 - 1)基本的な考え方
 - 2)肥満の状況
 - 3)対象者の明確化
 - 4)保健指導の実施
 - 5)評価
 - 6)実施期間及びスケジュール
- 6. 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
 - 2)事業の実施
 - 3)対象者の明確化
 - 4)評価目標の設定
 - 5)保健指導の実施
- 7. 発症予防
 - 1)基本的な考え方
 - 2)ライフサイクルの視点での生活習慣病予防
- 8. ポピュレーションアプローチ

第4章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)70

- 1. 第4期特定健康診査等実施計画について
- 2. 目標値の設定

- 3. 対象者の見込み
- 4. 特定健診の実施
- 5. 特定保健指導の実施
- 6. 個人情報の保護
- 7. 結果の報告
- 8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第5章 計画の評価・見直し76

- 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77

- 1. 計画の公表・周知
- 2. 個人情報の取扱い

参考資料78

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、いしかわ健康フロンティア戦略2024や第2次志賀町健康増進計画、石川県医療計画、志賀町高齢者福祉計画・介護保険事業計画、志賀町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、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高齢者の医療の確保に関する法律(以下「高確法」という)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、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^{※6})を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

※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は、脳血管疾患・心疾患の死亡率の減少、糖尿病合併症の減少を用いている。(図表2参照)

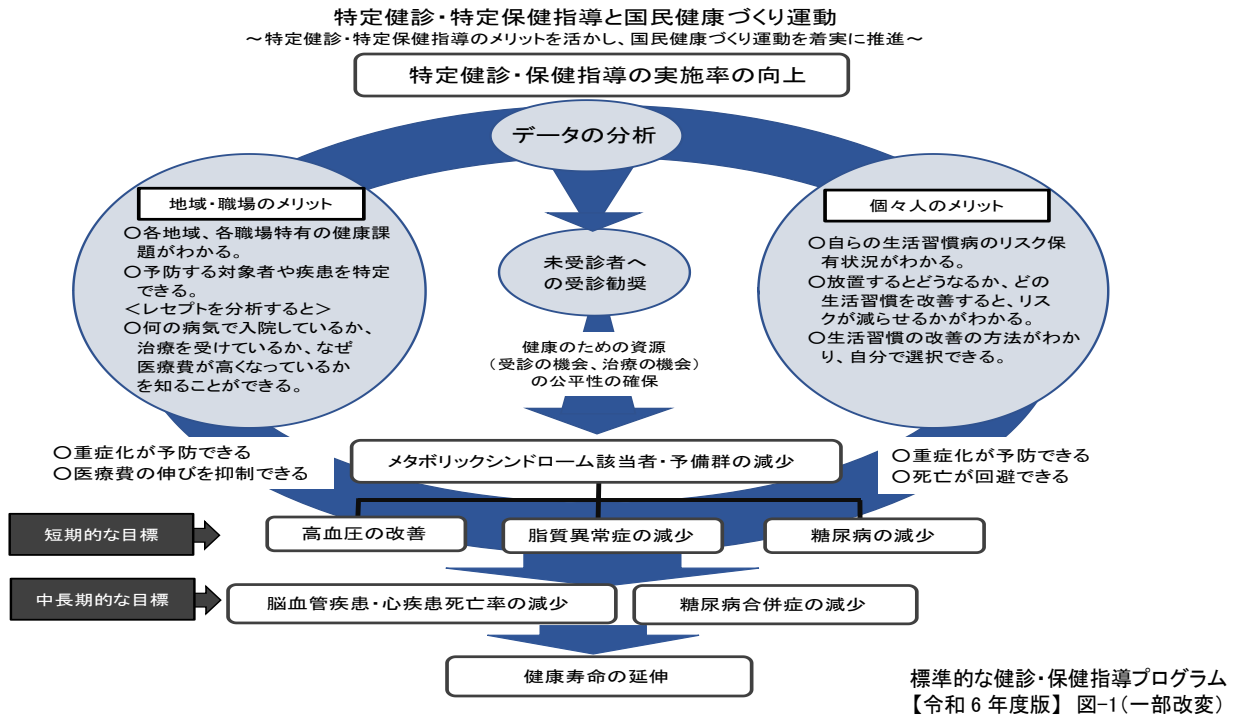
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことにより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病性腎症に着目することとする。

※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

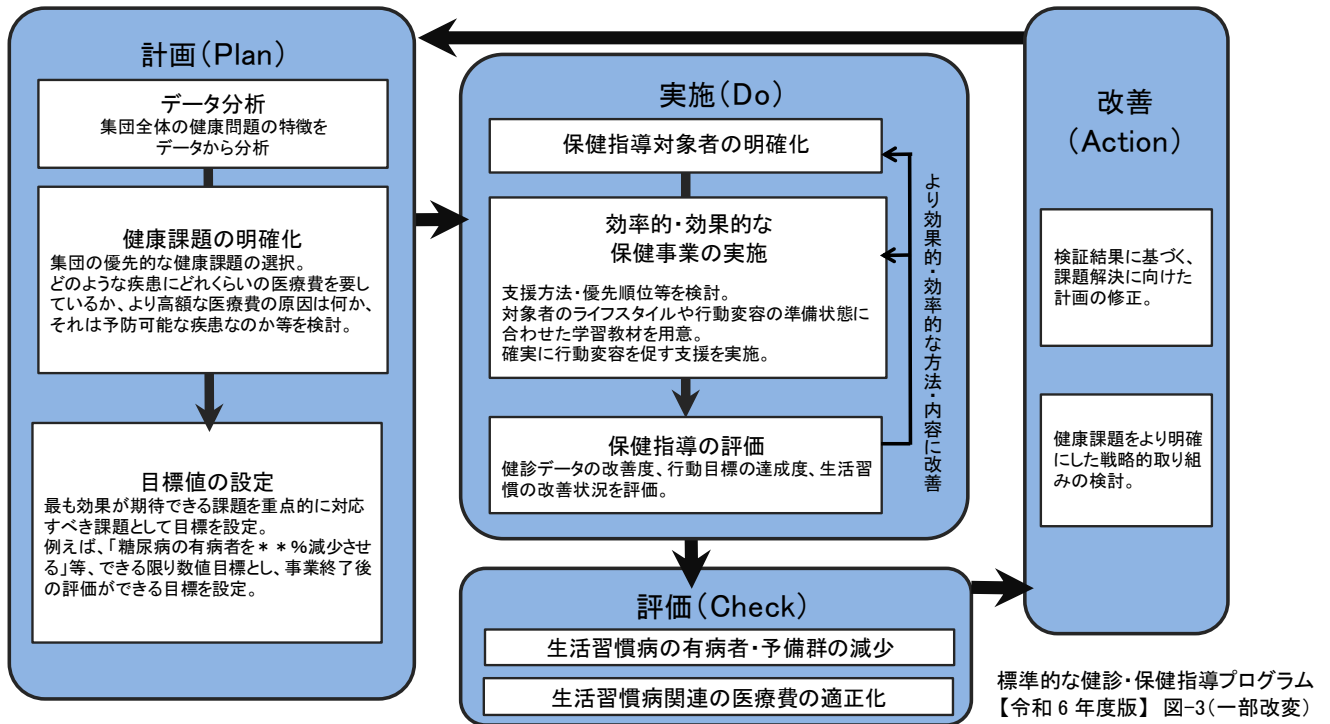
		※健康増進事業実施者とは 健康増進法、国民健康保険法、介護保険法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等実施計画	医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業(支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 健康保険法 高確法 第82条 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な指針	厚生労働省 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6～11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:義務	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効果性を持 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(胎児期から老齢期 まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える 現在の若年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、 小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳(特定疾病(※)) ※切老期の認知症、早老症、骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患、地神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症(糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止 生活習慣病 虚血性心疾患・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい指標例 アウトカム:メタボリックシンドローム減少率 HbA1C8.0以上者の割合 アウトプット:特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等に起因 した疾病予防・介護予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後継品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的な活用 ・医療・介護の連携を通じた効果的・ 効率的なサービス提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④産産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルの活用にする保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、介護予防、 日常生活支援関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



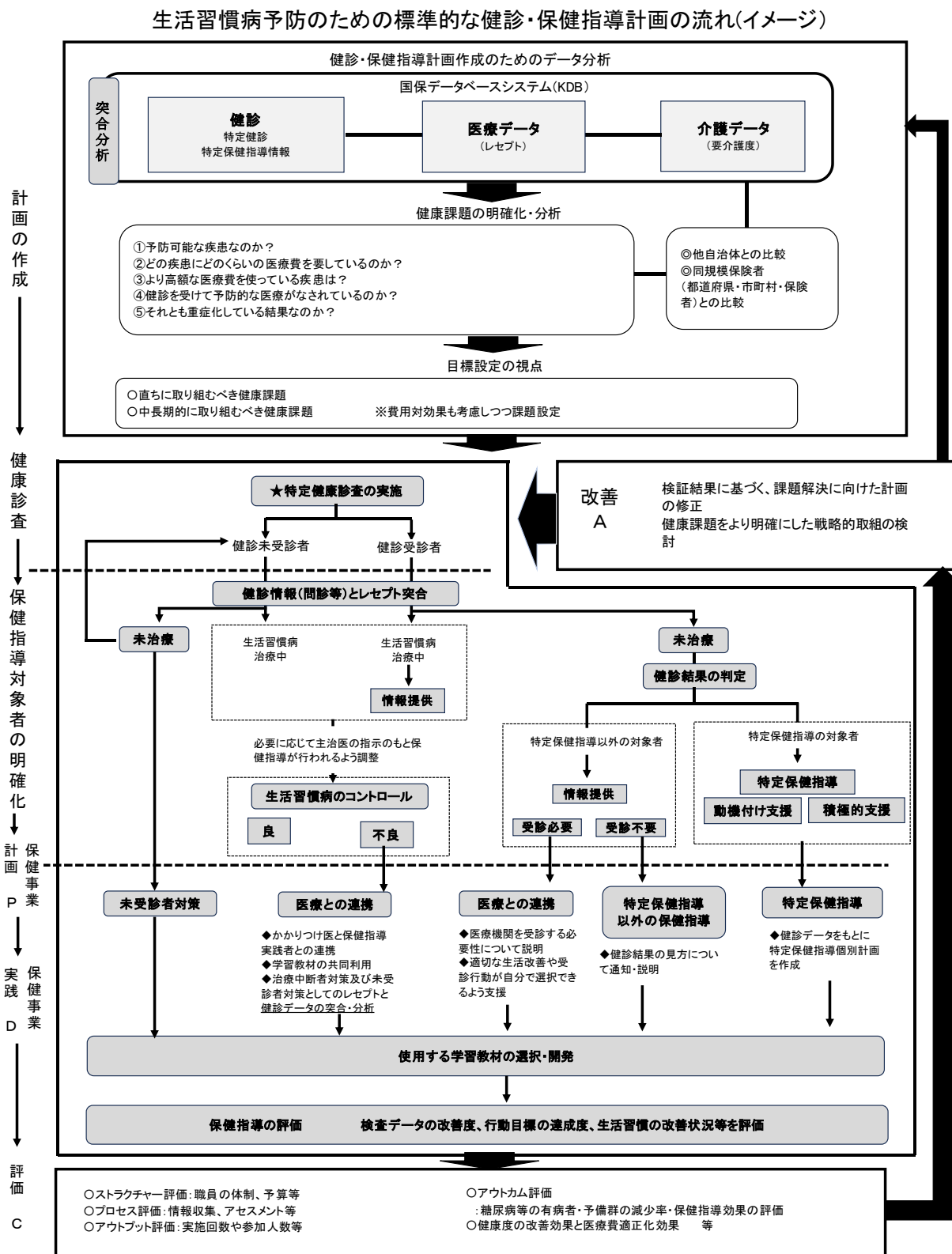
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつがる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



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

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

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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)



行動変容を促す手法

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

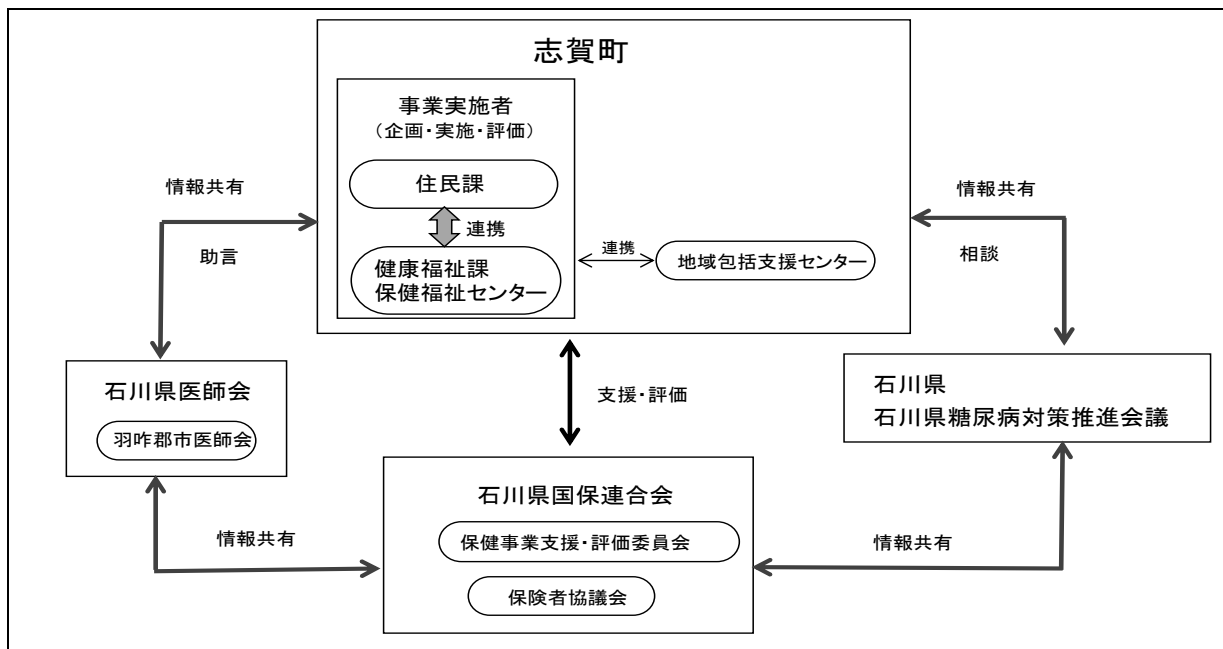
1) 志賀町国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、健康福祉課等が中心となって、住民の健康の保持増進に係る課に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、志賀町一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、健康福祉課とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 志賀町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担 (R5 年度現在)

業務	保…保健師 管栄…管理栄養士 事…事務 ◎…主担当 ○…副担当								
	住民課	健康福祉課 (保健福祉センター)							
	事	事 (参事)	保	保	保	保	保	管栄	管栄
国保事務 (レセプト点検・支払い、保険料請求等)	◎								
保健事務		◎	○						
特定健診 (受診券発行、未受診者通知等)	◎					○			
保健指導 (特定保健指導、重症化予防)			○			◎		○	○
健康増進事業 (がん検診、歯科保健、健康教育)				○	◎		○	○	
新型コロナワクチン		○	◎	○		○			
予防接種			○				◎		
精神保健				◎			○		
食生活改善推進事業								○	◎
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	○		○			◎		○	

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となることから、本町の国保運営協議会や既存の保健医療関係者等委員会、国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)及び国保連に設置される支援・評価委員会等を活用していきます。

また、平成 30 年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となったことから、計画策定の段階から石川県健康福祉部と意見交換会を行い、連携に努めます。

さらに、被保険者の健康の保持増進に関わる当事者並びに専門的視点を有する第三者の立場として羽咋郡市医師会、羽咋郡市糖尿病地域連携協議会などの保健医療関係者との連携を図ります。

転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要です。そのためには、保険者協議会を活用することも有効です。

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、本町の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税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			
		志賀町	配点	志賀町	配点	志賀町	配点		
交付額(万円)		1,004		1,162		948			
全国順位(1,741市町村中)		134位		41位		47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	100	70	125	70	125	70	
		(3)メタリックシフトルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	35	40	60	40	62	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	100	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	60	90	65	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	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	50	100	55	100	55	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	10	30	20	30	40	40	
⑤		第三者求償の取組	31	40	50	50	50	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	73	95	70	100	84	100	
合計点		719	1,000	770	960	751	940		

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町は、人口約 1.8 万人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 44.8%と高齢化の進行が著しい状況です。同規模・県・国と比較しても高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も 61 歳と同規模と比べて高くなっています。産業においては、第 1 次産業が 10%、第 2 次産業が 31.9%と県・国と比較すると高くなっています。地域特性を生かした農林水産業、能登中核工業団地や堀松団地における製造業が本町の基幹産業となっています。(図表 9)

国保加入率は 21.5%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 60%を占めています。(図表 10)加入率を年齢階級別にみると、39 歳以下の加入率は 10%未満となっている一方、65 歳以上の加入率は 64.1%と高くなっています。国保に異動となった時には、重症化していることも少なくなく、他の医療保険者との連携・協力が必要となります。(図表 11)

また本町内には 2 つの病院、7 つの診療所があり、これはいずれも同規模と同程度の割合である一方、病床数は少なくなっています。外来患者数は、同規模・県と比較しても少ないですが、入院患者数は高い傾向にあります。脳梗塞や心筋梗塞などを発症して入院してから治療が開始される人が多くいることが考えられます。(図表 12)

図表 9 同規模・県・国と比較した志賀町の特性

	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
志賀町	18,573	44.8	3,995 (21.5)	61.2	3.4	17.3	0.6	10.0	31.9	58.1
同規模	--	36.0	23.2	55.9	5.3	14.7	0.5	10.9	27.1	61.9
県	--	30.0	18.2	55.5	6.9	11.4	0.5	3.1	28.5	68.3
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

※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、志賀町と同規模保険者(110 町村)の平均値を表す
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 10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	4,701		4,649		4,538		4,303		3,995	
65～74歳	2,897	61.6	2,912	62.6	2,914	64.2	2,796	65.0	2,539	63.6
40～64歳	1,303	27.7	1,245	26.8	1,153	25.4	1,067	24.8	1,009	25.3
39歳以下	501	10.7	492	10.6	471	10.4	440	10.2	447	11.2
加入率	23.0		22.8		22.2		21.1		21.5	

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表 11 人口に対する加入者の割合

		R04年度		
		人口	被保険者	加入率
総数		18,573	3,995	21.5
内訳	65～74歳	3,963	2,539	64.1
	40～64歳	4,533	1,009	22.3
	39歳以下	4,809	447	9.3

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表 12 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	2	0.4	2	0.4	2	0.4	2	0.5	2	0.5	0.3	0.5
診療所数	7	1.9	7	1.9	7	2.2	7	2.3	7	2.5	2.8	4.3
病床数	152	32.3	152	32.7	152	33.5	114	26.5	85	21.3	45.4	83.1
医師数	20	4.3	20	4.3	18	4.0	18	4.2	18	4.5	6.6	17.3
外来患者数	667.8		671.6		638.4		650.0		656.0		721.7	706.8
入院患者数	29.0		29.5		28.5		30.6		29.1		21.9	24.4

出典：KDB システム帳票 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) 保健事業の実施状況

これまでの主な取り組みは図表 13 の通りです。特定健診の結果から発症予防、重症化予防の対象者を抽出し、個別の保健指導と集団教育を重点的に実施してきました。特に本町は、入院患者数が多く、医療費も高いことから、第2期データヘルス計画では、糖尿病重症化予防対策を中心に保健指導を実施し、治療中で血糖管理が不十分な人に対しても、保健指導を実施しました。かかりつけ医との連携が今後の課題です。

また、受診率向上のため、健診機会の確保やはがきや電話による勧奨などを行いました。基礎疾患の治療のために医療を受診していても、健診が未受診の人を対象にかかりつけ医からのデータ受領にも取り組んできました。しかし、受領件数が減少しているため、医療機関と連携して多くの人に健診を受けてもらえるように体制を整えていきたいです。コロナ禍で落ち込んだ受診率もようやく回復の兆しが見えてきたので、国の目標達成に向けて今後も取り組んでいきたいと考えています。

令和4年度からは、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施が始まり、後期高齢者保険に異動した後も切れ目なく保健指導を行う体制を整えました。ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを組合せて、生活習慣病の重症化予防、フレイル予防に今後も取り組みます。

図表 13 これまでの主な取り組み

区分	事業名	事業の概要	対象者	実施方法等	実績(R4年度)	
					実施状況	成果・課題等
特定健診	特定健診	40～75歳未満 自己負担 0円	40～75歳未満	集団健診 2箇所	749人	がん検診(女性がんを含む)との同時実施、休日・午後の健診を実施。健診受診率の高い70代の後期異動に伴い受診率が減少している。また、若い年代の受診率が低いことが課題である。
				指定医療機関 11箇所	1,020人	
	若年健診	30～39歳(国保) 自己負担 0円	30～39歳(国保)	集団健診 2箇所	23人	受診率が低いことと30代から有所見割合が高いことが課題
	人間ドック	人間ドックに係る費用を助成	30～74歳 (脳ドックは69歳以下)	指定医療機関 3箇所	97人	毎年度一定数の受診があるが、ドックの助成は隔年でしか申請できないため、ドックを受診した翌年度に特定健診を受診しない人も一定数存在している。ドック受診者にも申請時などに継続受診の重要性も周知していきたい。
未受診者対策	未受診者はがきの送付	春の集団健診実施後、未受診者に対してはがきを送付	当該年度未受診者	はがきの送付	2,327通発送	443人が受診。DMの内容を年代、性別によって変更。
	未受診者への個別受診勧奨	国保連合会委託による電話勧奨	過去5年間で1回以上受診したことのある者 昨年度国保加入者	電話		令和5年度実施
	かかりつけ医からのデータ受領	事業協力医療機関よりデータ受領	健診未受診者のうち医療機関受診者	医療機関への協力依頼	21人	データ受領件数の減少。
保健指導・集団健康教育	特定保健指導	特定健診の結果、動機づけ支援、積極的支援に該当した者への保健指導	動機づけ支援、積極的支援に該当した者	訪問、面談、電話による保健指導の実施	83人	特定保健指導率は、国の目標に到達していない。評価時での改善がみられないことが課題。
	糖尿病等重症化予防の保健指導	血圧、糖、脂質値が高値で未治療者を中心に保健指導を実施。治療中でも必要な場合は主治医と連携し保健指導を実施	30歳以降の健診受診者で町が定めた基準に該当する者	訪問、面談、電話による保健指導の実施	87人	重症化予防として、治療中の人も含めて保健指導を実施。保健指導の結果がみられる人もいるが、対象者の減少には繋がらず、医療機関との連携も課題。
	糖尿病二次健診	軽度高血糖段階の者に対して、75g糖負荷試験を実施	HbA1c5.6～6.4%の者など	指定医療機関11箇所	13人	結果の返し方を医療機関から町に変更。結果と生活が結び付くように指導している
	運動教室	町内スポーツ施設を活用し、インストラクターによる運動指導を実施	特指対象者など	2会場 対象者に合わせた運動プログラム	15人	参加者には体重減少だけでなく、筋肉量の増加、体脂肪の減少などの効果がみられる。一方で、意識づけで終了してしまうことが多く、参加者が集まらないという課題もある。
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	後期高齢者以降の継続的な保健指導と、健康寿命の延伸の普及啓発を実施	糖尿病重症化予防や脳卒中再発予防のため町が定めた基準に該当する者	・訪問による保健指導 ・講演会や健康教育などのポピュレーションアプローチ	・ハイリスク 17人 ・講演会参加者 167人 ・互助活動育成 71人	生活習慣改善成果がみえにくい。フレイル予防に向けた講演会により知識の普及後、シルバーハビリ体操指導士や認知症チームオレンジ等自助・互助活動者の養成講習を開催、活動の場の提供等一連の体制を構築中。活動の拡充と継続が課題。
健康情報	健康情報等の提供	健康維持や疾病予防に効果のある情報提供として、広報の利用、パンフレットの配布等	町民	健康に関するイベントでパンフレットを配布 毎月広報に健康情報を掲載	350人	情報提供、発信はイベント等の機会に随時実施している。提供した内容が住民にどの程度伝わっているか把握できない。
その他	健康ポイント事業	健康診断を受けた場合にポイントを付与。商工会のポイントカードのポイントとして利用できる	健診受診者(若年、特定、後期)	健診受診者に配布	(国保)1800人に配布	導入前の令和元年度から比較すると、新規受診者割合および不定期受診者割合が増加している。引換率についても、約55%と町民にも浸透してきている。継続受診者割合についても、増加できるように、さらに事業の周知を図りたい。

2) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で18人(認定率0.31%)、1号(65歳以上)被保険者で1,502人(認定率18.1%)と県と比較すると同程度の割合となっており、平成30年度と比べても横ばいで推移しています。しかし、1号認定者のうち前期高齢者は増加傾向にあり、この年代は国保加入率も高いので、生活習慣病対策からの予防が大切であると言えます。(図表 14)

また、介護給付費は、約26.3億円から約27億円に伸びています。一人当たりの給付費、1件当たりの給付費ともに同規模・県・国と比較すると高くなっています。(図表 15)

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、要介護者の有病状況を見ると、脳血管疾患は第2号被保険者で53.8%、第1号被保険者でも39.1%と高い有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で95%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 16)

図表 14 要介護認定者(率)の状況

	志賀町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	8,213人	40.2%	8,312人	44.8%	36.0%	30.0%	28.7%
2号認定者	20人	0.30%	18人	0.31%	0.40%	0.27%	0.38%
新規認定者	5人		6人		--	--	--
1号認定者	1,524人	18.6%	1,502人	18.1%	18.8%	18.3%	19.4%
新規認定者	204人		194人		--	--	--
再掲	65～74歳		121人 3.0%		--	--	--
新規認定者	24人		31人		--	--	--
75歳以上	1,423人	33.1%	1,381人	31.9%	--	--	--
新規認定者	180人		163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 15 介護給付費の変化

	志賀町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	26億2642万円	26億9918万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	319,789	324,733	297,567	298,719	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	84,213	84,189	70,292	69,621	59,662
居宅サービス	49,101	47,858	43,991	45,482	41,272
施設サービス	280,076	293,496	291,264	290,453	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 16 要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		18		121		1,382		1,503				
再)国保・後期		13		99		1,357		1,456				
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 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
			脳卒中	7 53.8%	脳卒中	39 39.4%	虚血性心疾患	579 42.7%	虚血性心疾患	597 41.0%	虚血性心疾患	602 41.0%
	循環器疾患	2	虚血性心疾患	5 38.5%	虚血性心疾患	18 18.2%	脳卒中	531 39.1%	脳卒中	570 39.1%	脳卒中	577 39.3%
		3	腎不全	4 30.8%	腎不全	12 12.1%	腎不全	236 17.4%	腎不全	248 17.0%	腎不全	252 17.2%
		4	糖尿病合併症	4 30.8%	糖尿病合併症	14 14.1%	糖尿病合併症	184 13.6%	糖尿病合併症	198 13.6%	糖尿病合併症	202 13.8%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			12 92.3%	基礎疾患	87 87.9%	基礎疾患	1,303 96.0%	基礎疾患	1,390 95.5%	基礎疾患	1,402 95.4%
	血管疾患合計			12 92.3%	合計	89 89.9%	合計	1,316 97.0%	合計	1,405 96.5%	合計	1,417 96.5%
	認知症		認知症	2 15.4%	認知症	32 32.3%	認知症	761 56.1%	認知症	793 54.5%	認知症	795 54.1%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	12 92.3%	筋骨格系	85 85.9%	筋骨格系	1,301 95.9%	筋骨格系	1,386 95.2%	筋骨格系	1,398 95.2%

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者の減少に伴い総医療費は減少している一方、一人あたり医療費は、県と比べて約 5 万円、国と比べて約 11 万円高く、平成 30 年度と比較して 5 万 5 千円伸びています。

また、入院医療費は、全体のレセプトのわずか 4%程度にも関わらず、医療費全体の約 50%を占めており、1 件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較して約 4 万円高くなっています。本町は、同規模・県・国と比較して受診率が低くなっています。自覚症状があらわれてから、受診をするとすでに病気が進行していることが多く、そのため医療費が高くなっていると考えます。(図表 17)

年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の1を超えており、特に入院の地域差指数が平成30年度よりも伸びています。(図表18)

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表17 医療費の推移

	志賀町		同規模	県	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数(人)	4,701人	3,995人	--	--	--	
前期高齢者割合	2,897人 (61.6%)	2,539人 (63.6%)	--	--	--	
総医療費	18億6764万円	18億0882万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	397,285 県内6位 同規模7位	452,772 県内5位 同規模12位	382,035	404,392	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	537,700	581,930	601,790	617,950	
	費用の割合	48.6	46.9	42.6	44.3	39.6
	件数の割合	4.2	4.2	2.9	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	24,690	29,140	24,640	25,730	24,220
	費用の割合	51.4	53.1	57.4	55.7	60.4
	件数の割合	95.8	95.8	97.1	96.7	97.5
受診率	696.831	685.031	743.593	731.257	705.439	

※同規模保険者数:110

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18 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			
	志賀町 (県内順位)		県 (全国順位)	志賀町 (県内順位)		県 (全国順位)	
	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	1.002	1.056	1.070	0.969	0.948	1.020
		(16位)	(8位)	(13位)	(13位)	(13位)	(19位)
	入院	1.211	1.316	1.223	1.125	1.115	1.121
		(9位)	(3位)	(11位)	(7位)	(8位)	(14位)
	外来	0.877	0.897	0.985	0.825	0.791	0.936
		(18位)	(17位)	(30位)	(17位)	(19位)	(34位)

出典:厚労省「地域差分析」

③中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30 年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患については、H30 年度より 0.5 ポイントも伸びており、同規模、県よりも高くなっています。(図表 19)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると虚血性心疾患は、患者数及び割合が減少しています。脳血管疾患は、患者数は減少していますが、割合は横ばいでした。人工透析は、患者数・割合共に増加していました。(図表 20)

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す。また、人工透析は、血液透析の場合、週に 3 日、1 回 4 時間もの時間を要し、患者さんの生活を大きく束縛し、生活の質(QOL)に大きな影響を及ぼします。また、透析の医療費は 1 人あたり年間 500 ～600 万円を要し、透析患者の増加は、医療費の増加に直結します。これらの疾患の原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病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 19 中長期目標疾患の医療費の推移

			志賀町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			18億6764万円	18億0882万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			161,006,960	145,129,950			
			1億6101万円	1億4513万円	--	--	--
			8.62%	8.02%	7.88%	7.88%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.92%	2.49%	2.17%	2.07%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.17%	1.42%	1.42%	1.70%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.22%	3.83%	4.00%	3.88%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.32%	0.28%	0.29%	0.24%	0.29%
そ 疾 の 他 の	悪性新生物		15.78%	14.63%	17.02%	17.98%	16.69%
	筋・骨疾患		8.80%	8.39%	8.86%	8.47%	8.68%
	精神疾患		7.84%	7.00%	8.15%	9.02%	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 20 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	4,701	3,995	a	356	300	514	389	23	26	
				a/A	7.6%	7.5%	10.9%	9.7%	0.5%	0.7%	
40歳以上	B	4,200	3,548	b	355	300	506	385	23	26	
	B/A	89.3%	88.8%	b/B	8.5%	8.5%	12.0%	10.9%	0.5%	0.7%	
再掲	40～64歳	D	1,303	1,009	d	72	46	77	63	15	14
		D/A	27.7%	25.3%	d/D	5.5%	4.6%	5.9%	6.2%	1.2%	1.4%
	65～74歳	C	2,897	2,539	c	283	254	429	322	8	12
		C/A	61.6%	63.6%	c/C	9.8%	10.0%	14.8%	12.7%	0.3%	0.5%

出典:KDB システム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、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・人工透析の割合は横ばいから増加しています。

本町は特定健診の結果から、治療が必要な値の人に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施していますが、結果がでていない状況です。重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながるため、今後も保健指導を継続して行っていきたいと考えています。

図表 21 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	2,086	1,764	424	312	1,662	1,452	
	A/被保数	49.7%	49.7%	32.5%	30.9%	57.4%	57.2%	
(中長期目標疾患合併症)	脳血管疾患	B	195	162	38	25	157	137
		B/A	9.3%	9.2%	9.0%	8.0%	9.4%	9.4%
	虚血性心疾患	C	344	269	49	40	295	229
		C/A	16.5%	15.2%	11.6%	12.8%	17.7%	15.8%
	人工透析	D	23	24	15	13	8	11
		D/A	1.1%	1.4%	3.5%	4.2%	0.5%	0.8%

出典:KDB システム_疾病管理一覧(高血圧症)
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 22 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	1,484	1,282	313	234	1,171	1,048
		A/被保数	35.3%	36.1%	24.0%	23.2%	40.4%	41.3%
(中長期 合併目 標疾患)	脳血管疾患	B	136	113	27	22	109	91
		B/A	9.2%	8.8%	8.6%	9.4%	9.3%	8.7%
	虚血性心疾患	C	284	231	43	37	241	194
		C/A	19.1%	18.0%	13.7%	15.8%	20.6%	18.5%
	人工透析	D	18	16	11	9	7	7
		D/A	1.2%	1.2%	3.5%	3.8%	0.6%	0.7%
糖尿病 合併症	糖尿病性腎症	E	224	191	46	41	178	150
		E/A	15.1%	14.9%	14.7%	17.5%	15.2%	14.3%
	糖尿病性網膜症	F	96	98	30	26	66	72
		F/A	6.5%	7.6%	9.6%	11.1%	5.6%	6.9%
	糖尿病性神経障害	G	54	56	19	8	35	48
		G/A	3.6%	4.4%	6.1%	3.4%	3.0%	4.6%

出典:KDB システム_疾病管理一覧(糖尿病)
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 23 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	1,670	1,482	346	251	1,324	1,231
		A/被保数	39.8%	41.8%	26.6%	24.9%	45.7%	48.5%
(中長期 合併目 標疾患)	脳血管疾患	B	135	124	25	20	110	104
		B/A	8.1%	8.4%	7.2%	8.0%	8.3%	8.4%
	虚血性心疾患	C	311	246	42	36	269	210
		C/A	18.6%	16.6%	12.1%	14.3%	20.3%	17.1%
	人工透析	D	13	17	8	9	5	8
		D/A	0.8%	1.1%	2.3%	3.6%	0.4%	0.6%

出典:KDB システム_疾病管理一覧(脂質異常症)
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0%以上を平成 30 年度と令和 03 年度で比較してみたところ、有所見者の割合が大きく伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている人が高血圧で 42.5%、糖尿病で 14.2%ほどおり、その割合は他の市町村と比較しても高くなっています。(図表 24)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合も減っていない中で、新型コロナウイルス感染症の影響で特定健診の受診率が低迷しています。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、今後も要医療域の人には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 24 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 II度高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率			未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
志賀町	2,211	50.7	1,702	42.2	119	5.4	64	53.8	127	7.5	65	51.2	54	42.5	4	3.1
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率			未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
志賀町	2,208	99.9	1,700	99.9	101	4.6	22	21.8	104	6.1	30	28.8	15	14.4	0	0.0
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典：ヘルスサポートラボツール

③健診結果の経年変化

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

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上、II度高血圧以上の有所見割合を見ると、どちらも増加しているものの、翌年度の結果を見ると改善率は上昇してきています。一方で、翌年度健診を受診していない人がいずれも2割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 25 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者 (%)	3項目		予備群 (%)
			3項目	2項目	
H30年度	2,152 (54.5%)	510 (23.7%)	181 (8.4%)	329 (15.3%)	258 (12.0%)
R04年度	1,603 (49.2%)	422 (26.3%)	165 (10.3%)	267 (16.7%)	161 (10.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

図表 26 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(A)		翌年度健診結果			
			改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	244	B	50 (20.5%)	104 (42.6%)	45 (18.4%)	45 (18.4%)
		B/A				
R03→R04	239	C	55 (23.0%)	99 (41.4%)	35 (14.6%)	50 (20.9%)
		C/A				

出典：ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

図表 27 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(A)		翌年度健診結果			
			改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	119	B	58 (48.7%)	30 (25.2%)	2 (1.7%)	29 (24.4%)
		B/A				
R03→R04	127	C	75 (59.1%)	22 (17.3%)	4 (3.1%)	26 (20.5%)
		C/A				

出典：ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

図表 28 LDL-C 160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160以上(A)		翌年度健診結果			
			改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	167	B	79 (47.3%)	42 (25.1%)	9 (5.4%)	37 (22.2%)
		B/A				
R03→R04	117	C	62 (53.0%)	28 (23.9%)	2 (1.7%)	25 (21.4%)
		C/A				

出典：ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

④血糖、血圧と肥満度との関係

血糖(HbA1c)、血圧の基準値以上の人について、年齢階級別に肥満の状況を見ると、40-64 歳、65-74 歳ともに肥満(BMI25 以上)の割合が増加しています。特に、HbA1c6.5%以上の 40-64 歳は急増しており、約 65%が肥満でした。

血糖、血圧が高値となる背景や病態は多様ですが、本町では内臓脂肪蓄積からのサイトカイン異常、インスリン抵抗性増大による高血糖、血圧上昇が推測されます。今後の取組にあたっては、このような傾向を踏まえて検討する必要があると考えます。

図表 29 HbA1c 6.5%以上とBMIの関係

年齢区分		40-64歳			65-75歳		
BMI		22未満	22-25	25以上	22未満	22-25	25以上
H30	該当者 (%)	14 (37.8%)	5 (13.5%)	18 (48.6%)	43 (20.8%)	62 (30.0%)	102 (49.3%)
R4	該当者 (%)	2 (6.9%)	8 (27.6%)	19 (65.5%)	44 (22.3%)	54 (27.4%)	99 (50.3%)

出典:データヘルスパイロット

図表 30 収縮期血圧 140mmHg 以上とBMIの関係

年齢区分		40-64歳			65-75歳		
BMI		22未満	22-25	25以上	22未満	22-25	25以上
H30	該当者 (%)	24 (23.5%)	38 (37.3%)	40 (39.2%)	127 (26.9%)	167 (35.4%)	178 (37.7%)
R4	該当者 (%)	16 (27.6%)	19 (32.2%)	24 (40.7%)	111 (28.7%)	129 (33.3%)	148 (38.0%)

出典:データヘルスパイロット

⑤特定健診受診率及び特定保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、令和元年度には 55.5%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 31)

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40~50 代は特に低い状況が続いています。(図表 32)

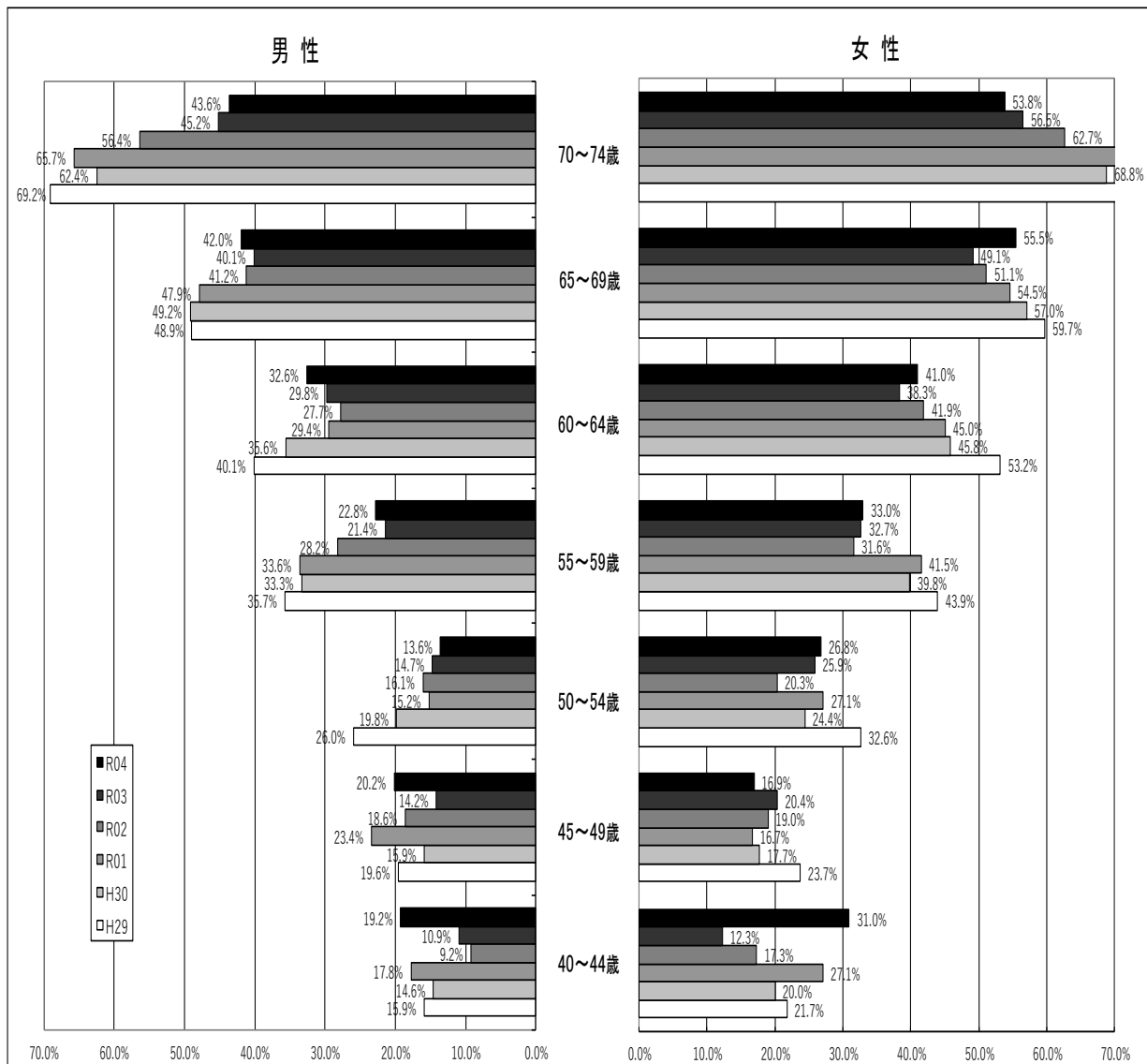
特定保健指導についても、令和3年度以降、大きく実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 31 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	2,152	2,113	1,861	1,651	1,603	健診受診率 60%
	受診率	54.5%	55.5%	49.4%	46.0%	49.2%	
特定保健指導	該当者数	230	203	162	158	145	特定保健指導 実施率 60%
	割合	10.7%	9.6%	8.7%	9.6%	9.0%	
	実施者数	140	127	102	72	83	
	実施率	60.9%	62.6%	63.0%	45.6%	57.2%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 32 年代別特定健診受診率の推移



(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

① 第2期目標の達成状況

第2期に掲げた数値目標の達成状況は、図表33の通りです。中長期目標である虚血性心疾患の医療費に占める割合、糖尿病性腎症による新規透析患者数は減少し、目標を達成しましたが、脳血管疾患の医療費に占める割合は増加しました。短期目標であるLDL-C160以上の割合は改善しましたが、メタボリックシンドロームやⅡ度高血圧以上の割合、HbA1c6.5%以上の割合が増加しました。糖尿病重症化予防として、未受診者への受診勧奨や治療中のコントロール不良者への訪問を行いました。アウトカム指標の改善にまで至りませんでした。

努力支援制度に関係するがん検診は新型コロナウイルス感染症の影響により、受診率は低下しました。一方、歯科検診の受診率は向上しました。高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の一環として、76歳の歯科検診を令和3年度から開始しました。また、令和2年度から、インセンティブ事業として健診を受診した住民に、商工会で使用できるポイントを配布しています。引換率は、年々増加しており、健診受診への動機づけが出来ていると考えられます。ジェネリック医薬品の使用割合についても目標を達成しており、今後も周知を図っていきます。

図表33 第2期データヘルス計画目標管理一覧

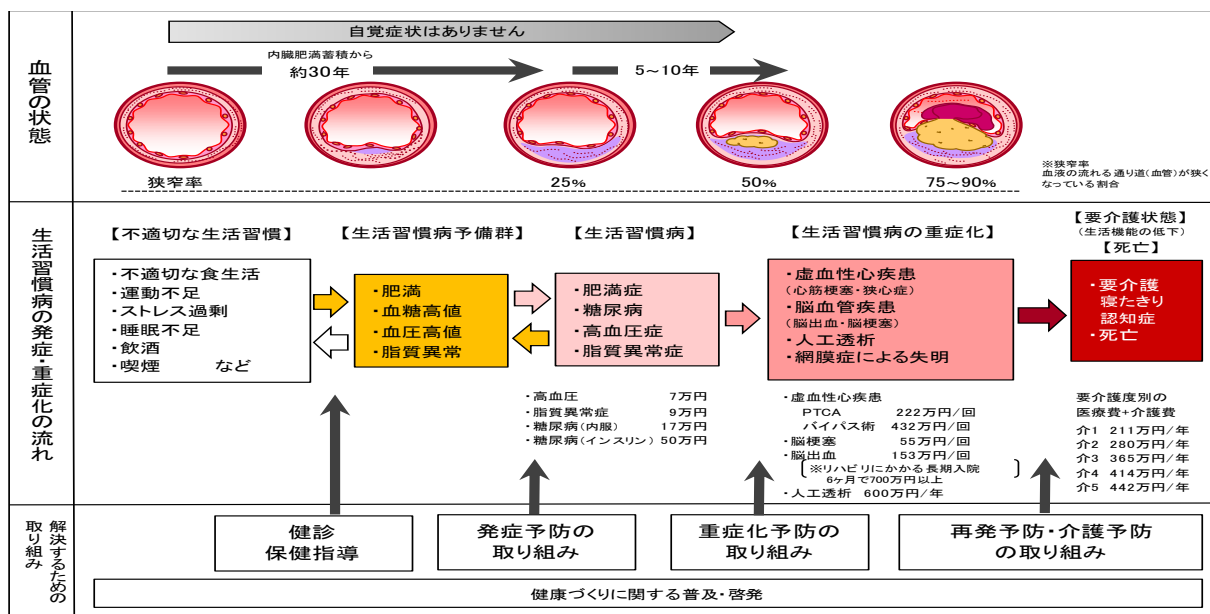
関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績								データの把握方法 (活用データ年度)	
				初期値			中間評価			最終評価			
				H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4			
データヘルス計画	中長期目標	医療費削減のために、特定健診・特定保健指導実施率の向上により重症化予防対象者を減らす。	特定健診受診率60%以上	57.8%	56.5%	54.5%	55.5%	49.4%	46.0%	49.2%	特定健診・特定保健指導結果(国保中央会)		
			特定保健指導実施率75%以上	68.9%	72.5%	60.9%	62.6%	63.0%	45.6%	57.2%			
			特定保健指導対象者の減少率25%減少	238人	256人	237人	198人	163人	184人	171人			
		短期目標	・糖尿病性腎症患者割合が県内ワースト1位。糖尿病性腎症による透析患者割合が増えている。 ・メタボリックシンドローム該当者の割合が多い。 ・健診受診者の心電図で心房細動所見割合が増え、介護保険における2号保険者に脳血管疾患が多い。 ・管理中のコントロール不良者の減少。	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8%減少	1.8%	2.73%	1.92%	1.80%	2.49%	2.50%	2.49%	KDBシステム
					虚血性心疾患の総医療費に占める割合8%減少	2.8%	2.59%	2.17%	1.33%	2.42%	3.30%	1.42%	
					糖尿病性腎症による透析患者数の減少	11人	12人	13人	10人	6人	8人	9人	
	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、メタボリックシンドローム、高血圧、脂質異常症、糖尿病などの対象者を減らす。特に、糖尿病に関しては、治療の開始と継続的支援実施率を増やす。		メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合減少15%	32.7%	35.0%	34.7%	36.1%	36.7%	36.5%	35.4%	志賀町健康福祉課		
			健診受診者の高血圧者の割合減少10%減少(160/100以上)	4.3%	5.0%	5.3%	6.2%	6.6%	7.5%	6.4%			
			健診受診者の脂質異常症者の割合減少10%減少(LDL-C160以上)	7.4%	6.5%	7.6%	7.5%	6.5%	6.7%	5.9%			
	努力支援制度	その他	がんによる医療費の急増	がんの早期発見・早期治療	がん検診受診率 胃がん健診 13%以上	17.1%	14.4%	8.2%	7.2%	5.6%	5.1%	5.6%	地域保健事業報告
					肺がん検診 26%以上	24.7%	23.5%	14.8%	14.3%	10.2%	10.7%	10.5%	
					大腸がん健診 23%以上	22.3%	21.3%	13.3%	12.8%	10.2%	10.4%	10.4%	
子宮頸がん健診 27%以上					26.6%	18.4%	14.1%	11.4%	9.5%	9.9%	9.5%		
乳がん検診 27%以上					26.3%	19.3%	11.7%	14.1%	11.6%	12.0%	11.6%		
【新】5つのがん検診の平均受診率					23.4%	19.4%	12.4%	初期値12%	9.4%	9.6%	9.5%		
インセンティブ事業の確立	自己の健康に関心をもつ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う	未実施	未実施	未実施	未実施	実施	実施	実施	志賀町住民課			
		取組の参加者数の増加	-	-	-	-	24.9%	55.1%	56.7%				
数量シェア H28年70.9%	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75%以上		70.9%	73.7%	78.9%	81.4%	82.6%	83.4%	84.8%	厚生労働省		

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

図表 34 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2)健康課題の明確化

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

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

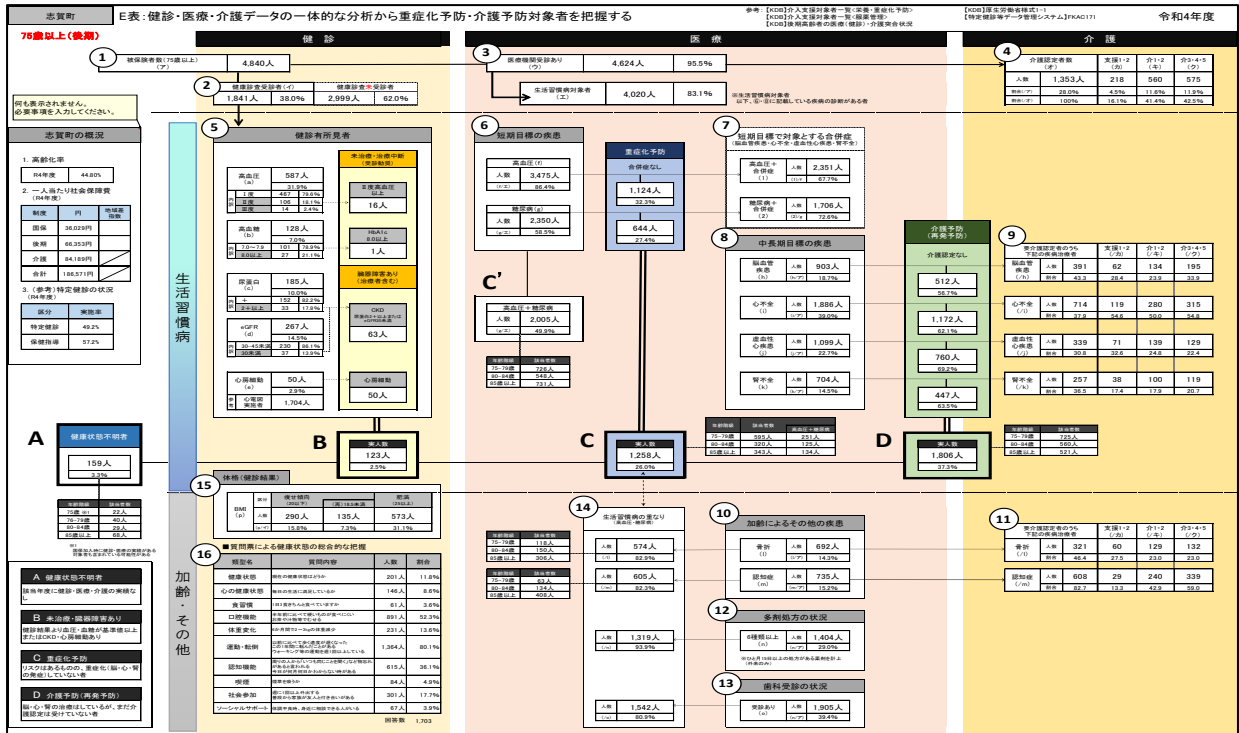
一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の前期高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、図表 35 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

満の肥満対策も重要であると考えます。

図表 35 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり78.5万円で、国保の1.7倍高い状況です。(図表 36)

本町は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模比較すると低いです。腎不全の医療費に占める割合は、国保では低いです。後期では高くなっており、国保の間における予防が重要になると考えます。(図表 37)

高額レセプトについては、国保においては毎年約400件のレセプトが発生していますが、後期高齢者になると、約2.5倍に増えることがわかります。疾病をみても、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和4年度が一番多く23件で2,800万円以上の費用がかかっています。しかし、後期高齢者においては、51件発生し、約5,000万円余りの費用額がかかっています。また、虚血性心疾患で高額になったレセプトは国保で令和3年度が一番多く27件で約5,200万円以上の費用がかかっていましたが、令和4年度は9件と件数が減り、費用額も約1,300万円と減っています。(図表 38~40)

図表 36 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度	
被保険者数	4,701人	4,649人	4,538人	4,303人	3,995人	4,882人	
総件数及び総費用額	件数	40,550件	39,142件	36,542件	36,356件	34,392件	58,350件
	費用額	18億6764万円	19億4123万円	19億1133万円	20億1470万円	18億0882万円	38億3197万円
一人あたり医療費	39.7万円	41.8万円	42.1万円	46.8万円	45.3万円	78.5万円	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 37 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	志賀町	18億0882万円	36,029	3.83%	0.28%	2.49%	1.42%	5.47%	3.02%	1.75%	3億3049万円	18.27%	14.63%	7.00%	8.39%
	同規模	--	30,968	4.00%	0.29%	2.17%	1.42%	5.95%	3.41%	2.05%	--	19.30%	17.02%	8.15%	8.86%
	県	--	32,632	3.88%	0.24%	2.07%	1.70%	5.29%	2.73%	1.95%	--	17.86%	17.98%	9.02%	8.47%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	志賀町	38億3197万円	66,353	4.75%	0.40%	2.81%	2.07%	4.12%	2.85%	1.22%	6億9834万円	18.22%	11.36%	3.21%	10.17%
	同規模	--	69,105	4.34%	0.50%	4.05%	1.48%	4.08%	3.14%	1.26%	--	18.86%	10.99%	3.74%	12.25%
	県	--	73,719	4.06%	0.50%	4.28%	1.88%	4.18%	2.43%	1.21%	--	18.54%	11.88%	4.25%	11.55%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

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 38 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	184人	214人	210人	213人	213人	568人
	件数	B	366件	441件	410件	425件	399件	1,016件
		B/総件数	0.90%	1.13%	1.12%	1.17%	1.16%	1.74%
	費用額	C	4億5844万円	5億7690万円	5億7375万円	6億4166万円	5億2916万円	12億3200万円
		C/総費用	24.5%	29.7%	30.0%	31.8%	29.3%	32.2%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 39 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度		
人数	D	9人	12人	11人	11人	16人	38人		
	D/A	4.9%	5.6%	5.2%	5.2%	7.5%	6.7%		
件数	E	15件	17件	22件	22件	23件	51件		
	E/B	4.1%	3.9%	5.4%	5.2%	5.8%	5.0%		
年代別	40歳未満	0	0	0	0	0	65-69歳	1	2.0%
	40代	0	0	0	1	0	70-74歳	2	3.9%
	50代	0	0	2	0	3	75-80歳	11	21.6%
	60代	11	6	4	11	11	80代	26	51.0%
	70-74歳	4	11	16	10	9	90歳以上	11	21.6%
費用額	F	1967万円	2652万円	2347万円	2346万円	2817万円	5337万円		
	F/C	4.3%	4.6%	4.1%	3.7%	5.3%	4.3%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 40 高額レセプト(80 万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度						
虚血性心疾患	人数	G	12人	6人	16人	23人	8人	21人					
		G/A	6.5%	2.8%	7.6%	10.8%	3.8%	3.7%					
	件数	H	12件	7件	18件	27件	9件	25件					
		H/B	3.3%	0.0%	4.4%	6.4%	2.3%	2.5%					
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.7%	70-74歳	1	4.0%
		50代	1	8.3%	4	57.1%	5	27.8%	1	3.7%	75-80歳	11	44.0%
		60代	5	41.7%	2	28.6%	3	16.7%	15	55.6%	80代	11	44.0%
		70-74歳	6	50.0%	1	14.3%	10	55.6%	10	37.0%	90歳以上	2	8.0%
	費用額	I	2087万円	1574万円	2861万円	5232万円	1282万円	5076万円					
I/C		4.6%	2.7%	5.0%	8.2%	2.4%	4.1%						

出典:ヘルスサポートラボツール

高額の中で最も人数の多かった脳血管疾患発症例の基礎疾患を確認すると、93.8%が高血圧を治療していました。加えて、糖尿病や脂質異常症などのリスクを併せ持つ人もいました。脳血管疾患の種類では、脳梗塞を発症している人が 62.5%と高くなっています。脳梗塞の最大リスクは高血圧です。健診を受けて血圧の値が確認できていたのか、血圧コントロールに関して保健指導を行っていたのか、適切に治療に繋がっていたのかなど重症化した理由や予防可能性をこの 16 事例から考えていく必要があります。高額レセプトの数を見ているだけでは、どのような経過で高額医療が必要になったのか分からないことも多いため、発症者の経過をまとめることで具体的な課題を抽出することが出来ます。

また、脳血管疾患は死亡や介護の原因になります。高額レセプトの 16 人中 6 人が介護認定を発症後受けています。他に 3 人の方に左半身麻痺があり、ADL の低下につながっていると考えられます。脳血管疾患は予防できる疾患であり、医療費だけでなく介護給付費の削減にもつながるため、高血圧対策を進めていく必要があります。

すでに重症化してからの国保加入者や加入後数年での発症者もあり、国保のみの保健指導では限界があり、被用者保険との連携も課題になります。

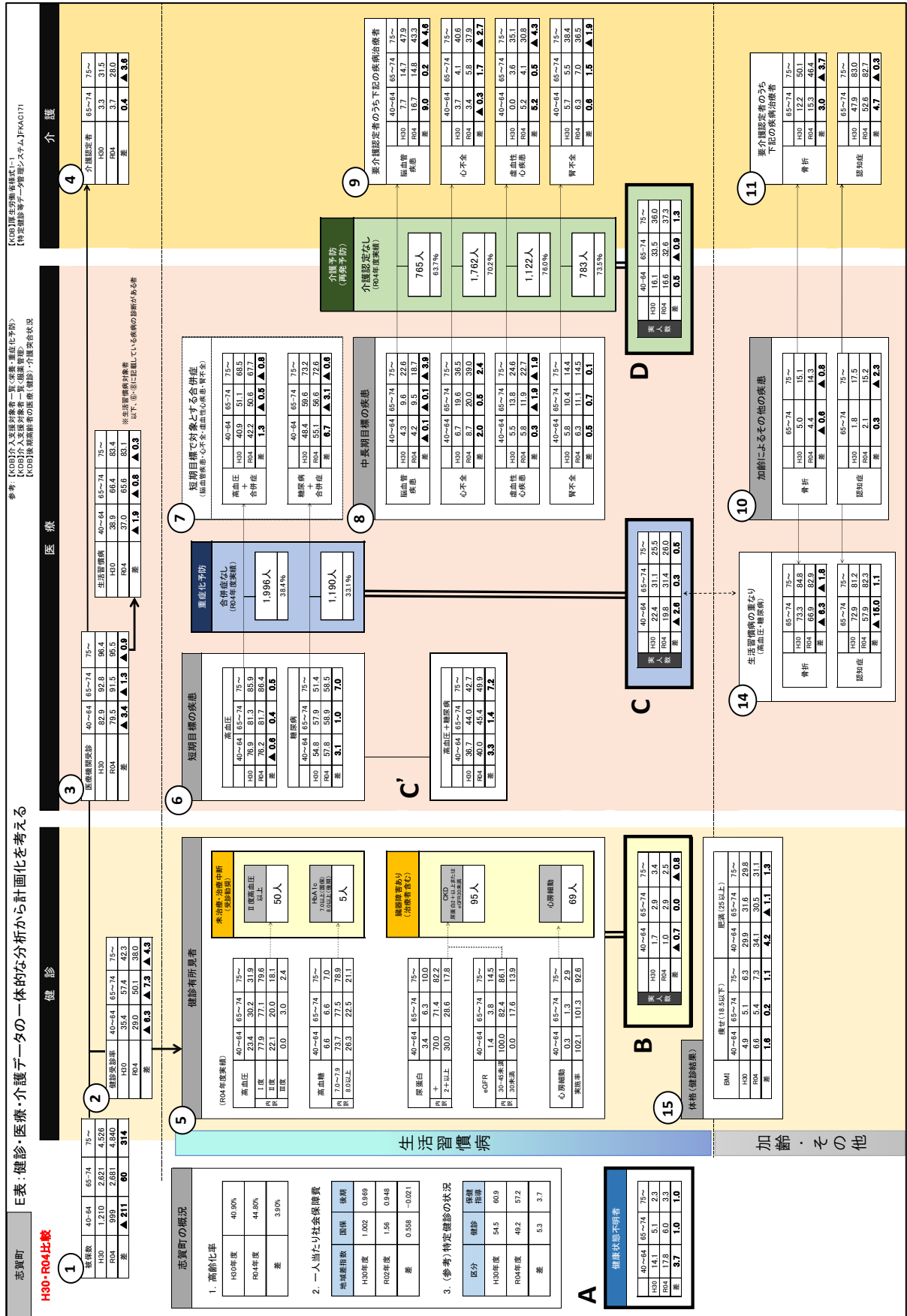
図表 41 高額のうち脳血管疾患の 16 事例の状況

総数	基礎疾患				脳血管疾患				
	糖尿病	高血圧	脂質異常症	高尿酸	脳梗塞	(再掲)		脳出血	その他
						アテローム血 栓性	ラクナ梗塞		
16人	4人 (25%)	15人 (93.8%)	7人 (43.8%)	0人	10人 (62.5%)	3人 (30%)	1人 (10%)	4人 (25%)	2人 (12.5%)

	性別	年齢	国保加 入年数	健診受診					費用額	主病名	備考
				H30	R1	R2	R3	R4			
脳1	男	70	8						4,811,720	右中脳動脈閉塞症(R4.11) その他の脳血管疾患(R4.12) 心原性脳梗塞(R5.1)	左半身麻痺
脳2	女	54	14		●				4,219,560	脳内出血(右視床)	介護
脳3	男	68	3						3,050,620	脳梗塞	
脳4	男	66	6ヵ月						2,885,280	脳梗塞(左ラクナ)(R4.6) 右内頸動脈狭窄症(R4.10)	
脳5	女	69	1ヵ月						2,637,960	脳内出血(右視床)(R4.10) 脳内出血(右視床)(R5.1)	介護
脳6	女	73	13		●	●	●	●	2,392,930	左内頸動脈狭窄症	
脳7	女	63	10						2,198,580	脳内出血(左視床)	
脳8	女	74	15						1,922,120	脳梗塞	介護
脳9	男	70	8	●					1,888,860	脳内出血(視床)	治療中断 左半身麻痺
脳10	男	72	6						1,519,370	脳梗塞(脳幹)	介護
脳11	男	74	14						1,466,070	脳梗塞(アテローム血栓性)	左半身麻痺
脳12	男	73	15	●	●	●	●	●	1,042,780	脳梗塞(アテローム血栓性)	
脳13	男	72	9						1,033,610	脳梗塞	介護
脳14	男	71	11	●	●	●	●	●	972,280	脳梗塞(アテローム血栓性)	
脳15	男	68	68	●	●				953,550	脳梗塞	
脳16	男	66	11						875,030	脳梗塞	介護

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 42 健診・医療・介護データの一体的な分析(例: 65~74 歳国保加入者)



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 43 の①被保険者数は、40～64 歳、65 歳～74 歳、75 歳以上と増加しており、75 歳以上の後期高齢者が確実に増えていることが分かります。⑮の体格をみると、BMI18.5 未満のやせの割合も増加していますが、それ以上に 40～64 歳の若い年齢層で BMI25 以上の割合が 4 ポイントも高くなってきています。

図表 44 の健診有所見の状況を見ると、血糖(HbA1c7.0%以上)は各年代で対象人数が増えており、血圧(Ⅱ度高血圧以上)は、他の疾患に比べ、未治療・治療中断者数が多くなっているため、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 45 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症をみると、40-64 歳で高血圧、糖尿病ともに合併症を持つ人の割合が増加しています。

図表 46 の中長期目標疾患では、脳血管疾患、虚血性心疾患は平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、横ばいまたは減少していますが、心不全、腎不全は、全ての年齢層で上昇しています。医療費分析、高額レセプト分析において医療費が伸びている原因と同じであることが分かります。また、40-64 歳において中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析)を発症した後、介護認定を受けた者の割合も増加しています。図表 47 の骨折・認知症の状況では、65-74 歳の認知症の割合が増加しています。高血糖は認知症と関係があると言われており、一体的な分析においても課題であることが分かります。40-64 歳で合併症の発症、介護認定の割合が増えており、若い世代に対する保健指導が課題と考えられます。

図表 43 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定 介護 率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
					特定 健診		長寿 健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	31.5	1,210	2,621	4,526	35.4	57.4	42.3	4.9	5.1	6.3	29.9	31.6	29.8
R04	28.0	999	2,681	4,840	29.0	50.1	38.0	6.6	5.4	7.3	34.1	30.5	31.1

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 44 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-							
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%							
H30	24	5.6	(7)	78	5.2	(28)	137	7.2	(20)	19	4.4	(4)	62	4.1	(4)	27	1.4	(4)	9	2.1	22	1.5	103	5.4	2	0.5	26	1.7	33	1.7
R04	15	5.2	(5)	93	6.9	(29)	120	6.5	(16)	19	6.6	(2)	89	6.6	(2)	27	1.5	(1)	3	1.0	29	2.2	63	3.4	1	0.3	18	1.3	50	2.7

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 45 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症					
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症		
年度	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-
H30	82.9	92.8	96.4	38.9	66.4	83.4	76.9	81.3	85.9	54.8	57.9	51.4	36.7	44.0	42.7	40.9	51.1	68.5	48.4	59.6	73.2
R04	79.5	91.5	95.5	37.0	65.6	83.1	76.2	81.7	86.4	57.8	58.9	58.5	40.0	45.4	49.9	42.2	50.6	67.7	55.1	56.6	72.6

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 46 中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・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)												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	4.3	9.6	22.6	5.5	13.8	24.6	6.7	19.6	36.5	5.8	10.4	14.4	7.7	14.7	47.9	0.0	3.6	35.1	3.7	4.1	40.6	5.7	5.5	38.4
R04	4.2	9.5	18.7	5.8	11.9	22.7	8.7	20.0	39.0	6.3	11.1	14.5	16.7	14.8	43.3	5.2	4.1	30.8	3.4	5.8	37.9	6.3	7.0	36.5

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 47 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	73.3	84.8	72.9	81.2	5.0	15.1	1.8	17.5	12.2	50.1	47.9	83.0
R04	66.9	82.9	57.9	82.3	4.4	14.3	2.1	15.2	15.3	46.4	52.6	82.7

出典:ヘルスサポートラボツール

(3) 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、中長期目標の疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析)に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第3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 48)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

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

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

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

③ 短期的な目標の設定

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

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

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値を第4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。

4) 管理目標の設定

図表 48 第3期データヘルス計画目標管理一覧

1. 計画全体の目的、目標値

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績							データの把握方法	
			初期値 R4	R5	R6	中間評価 R7	R8	R9	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	2.49%						2.4%	KDB システム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.42%						1.4%	
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	3.83%						3.8%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	41.7%						40.0%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	57.1%						55.0%	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	35.4%						30.0%	特定健診・特定保健指導法定報告
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	26.2%						20.0%	
			健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	6.4%						5.5%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	5.9%						5.0%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1c6.5%以上）	14.5%						13.0%	
	★健診受診者のHbA1c8.0%（NGSP値）以上の者の割合の減少	1.4%						1.2%			
	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	49.2%						60.0%	町調べ
			★特定保健指導実施率60%以上	57.2%						60.0%	
			HbA1c6.5%以上の者のうち保健指導を実施した割合	49.7%						60.0%	
保険者努力支援制度		後発医薬品の使用割合	84.8%						90.0%		

2. 個別保健事業の目標値

評価区分	個別保健事業	評価指標	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	データの把握方法
データヘルス計画	アウトカム	糖尿病性腎症重症化予防	★健診受診者のHbA1c8.0%（NGSP値）以上の者の割合の減少	1.4%					1.2%	法定報告
			健診受診者のHbA1c6.5%以上の者のうちレセプトの無い者の割合	35.2%					30.0%	KDB
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	60.5%					75.0%	町調べ
	アウトプット		HbA1c6.5%以上の者のうち保健指導を実施した割合	49.7%				60.0%		
	アウトカム	虚血性心疾患重症化予防	健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	5.9%					5.0%	法定報告
			健診受診者の心電図異常者への保健指導実施割合	-					60.0%	町調べ
			LDL160以上の者のうち保健指導を実施した割合	-					60.0%	
	アウトカム	脳血管疾患重症化予防	健診受診者の心電図所見で心房細動があるが未治療者の割合	22.2%					15.0%	町調べ
			健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	6.4%					5.5%	法定報告
			Ⅱ度高血圧以上の者のうち保健指導を実施した割合	17.1%					50.0%	町調べ
	アウトプット		未治療の心房細動所見ありの者に対する保健指導の割合	-					50.0%	
		アウトカム	軽度高血糖に対する75g糖負荷試験検査と保健指導	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	35.4%					30.0%
健診受診者のHbA1c6.0~6.4%の者の割合	19.5%							20.0%	法定報告	
75g糖負荷試験実施率	27.7%							50.0%	町調べ	

第3章 課題解決するための個別保健事業

1. 保健事業の方向性

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

1)優先的に実施する事業

データヘルス計画の目的、目標を達成するために、個別の保健事業として以下の事業を優先的に実施します。なお、優先事業以外であっても必要な事業は、これまで同様実施します。また、今後に向けた長期的な課題として、重症化してから国保に加入する人が増えており、生活習慣病の発症予防、重症化予防は国保保健事業だけでは限界があり、被用者保険、商工会、企業等とも課題の共有を図り、連携した取り組みを検討していきます。

(1)重症化予防

- ①糖尿病性腎症重症化予防対象者に対する保健指導、医療連携
- ②虚血性心疾患の早期発見、予防(心電図検査異常者に対する保健指導)
- ③脳血管疾患予防事業(心房細動、高血圧者への保健指導)

(2)発症予防

- ①特定健診・特定保健指導
- ②軽度高血糖者に対する保健指導
- ③ポピュレーションアプローチ

(3)その他

- ①高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

2)個別保健事業の評価目標の設定

各事業別のアウトカム、アウトプット指標は、図表 48「第 3 期データヘルス計画 目標管理一覧」の通りです。

3)重症化予防の取り組み

図表 49 より、本町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、700 人(42.4%)です。そのうち治療なしが 158 人(24.7%)を占め、さらに臓器障害があり直ちにに取り組むべき対象者が 69 人です。

また、本町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、158 人中 85 人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 49 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-

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ										令和04年度				
脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少										＜参考＞ 健診受診者(受診率)				
虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少										1,651人	43.3%			
糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少										■各疾患の治療状況				
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (虚血性心疾患の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		治療中	治療なし		
	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) ↳ 心原性脳塞栓症 (27.7%) ↳ ラクナ梗塞 (31.2%) ↳ アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) ↳ 非心原性脳梗塞			心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症							高血圧	777	874	
優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動		脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)		重症化予防対象者 (実人数)	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)				動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/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		700	42.4%
該当者数	111	6.7%	0	0.0%	26	1.6%	62	3.8%	432	26.2%	172	10.4%	199	12.1%
治療なし	64	7.3%	0	0.0%	23	2.1%	40	3.7%	54	8.4%	88	6.0%	36	5.6%
(再掲) 特定保健指導	24	21.6%	0	—	5	19.2%	8	12.9%	54	12.5%	13	7.6%	15	7.5%
治療中	47	6.0%	0	0.0%	3	0.5%	22	3.9%	378	37.4%	84	46.4%	163	16.1%
臓器障害 あり	23	35.9%	0	—	9	39.1%	8	20.0%	20	37.0%	43	48.9%	36	100.0%
CKD(専門医対象者)	9		0		2		3		4		21		36	
心電図所見あり	15		0		8		6		16		30		11	
臓器障害 なし	41	64.1%	—	—	14	60.9%	32	80.0%	34	63.0%	45	51.1%	—	—

※脳卒中データは心電図
2016年

※問診結果による

出典:ヘルサポートラボツール

2. 糖尿病性腎症重症化予防

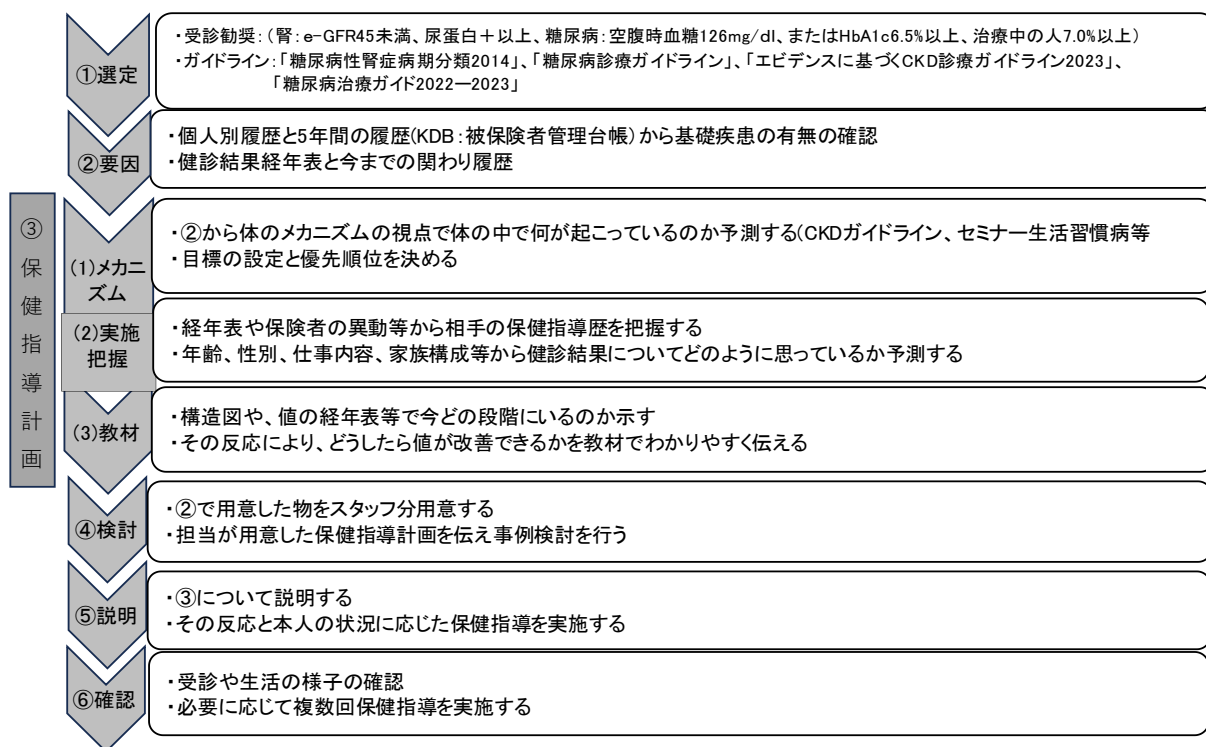
1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び石川県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(令和 5 年 3 月改定)に基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 50 に沿って実施します。

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

図表 50 糖尿病性腎症重症化予防の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) 対象者及び優先順位の考え方

①対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。

②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数の把握を

行いました。

本町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、99人(35.4%・F)でした。

また、40～74歳における糖尿病治療者1,432人のうち、特定健診受診者が181人(64.6%・G)です。糖尿病治療者で特定健診未受診者1,251人(87.4%・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51より本町においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位1、2

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・99人
- ・医療機関受診中断者(F)

優先順位3

【保健指導】

- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者(J)・・・94人
治療中断しない(継続受診)のための保健指導

優先順位4

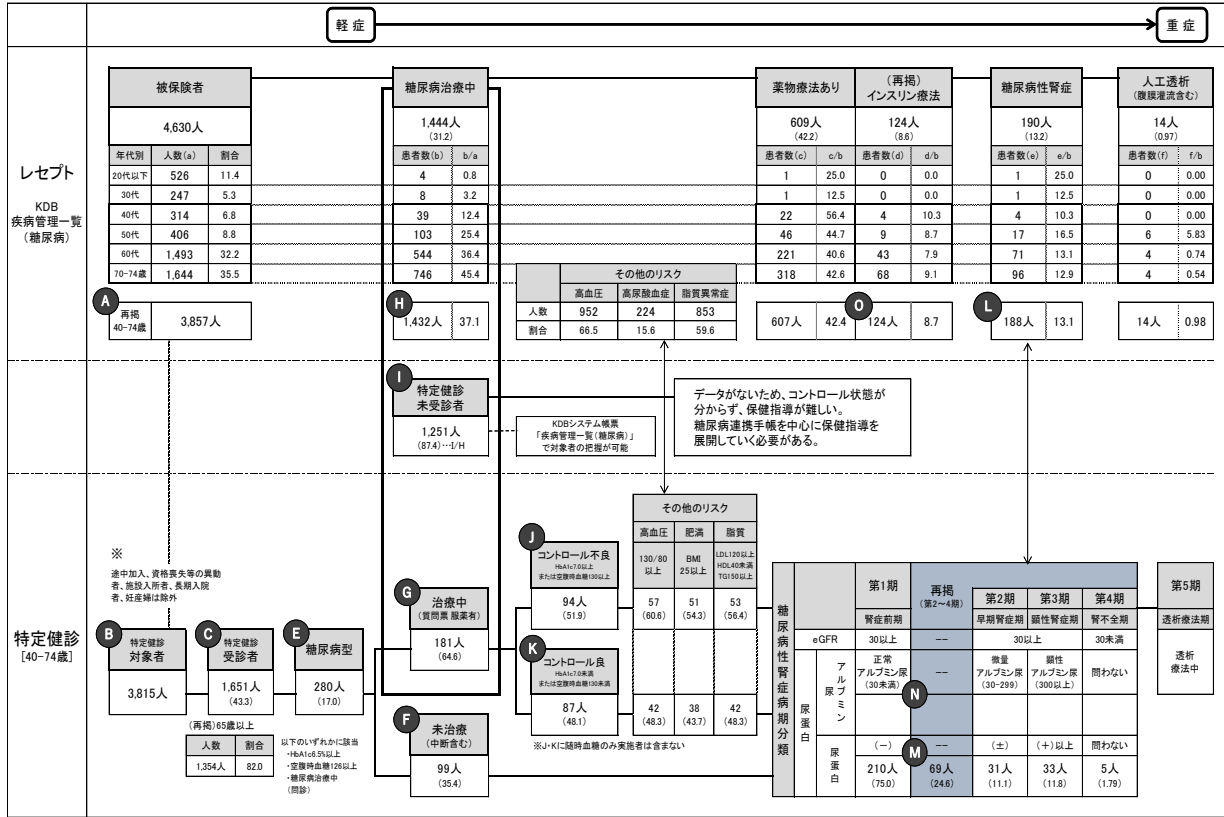
【保健指導】

- ・Iの中から、過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳
優先順位1～3の当該年度健診受診者に対しては、HbA1c、血糖値に加え、メタボリックシンドロームの重なりを考慮して優先順位を決定します(図表52)。

図表 51 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの実合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの実合

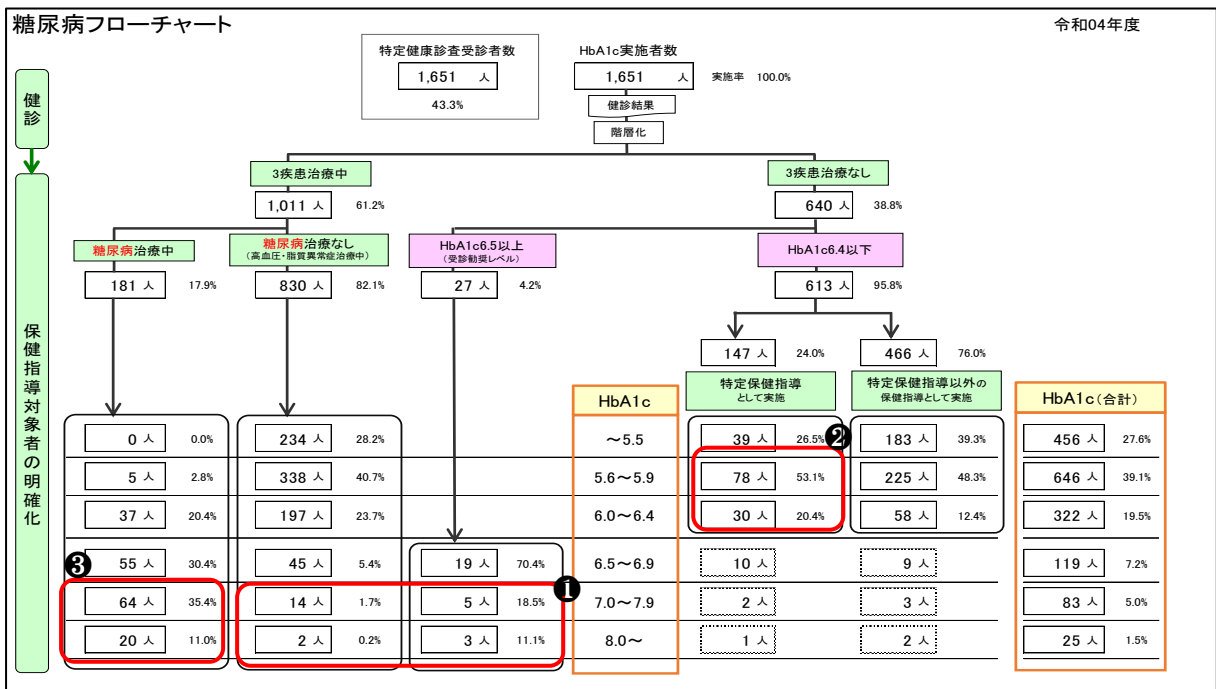
令和04年度



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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 52 糖尿病フローチャート



出典：ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。本町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材（図表 53）を活用して行っていきます。

図表 53 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける（保健指導教材）

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」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 チアソリジン薬とは？
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、体の中で何が起ころのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
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7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用車数と歩数(男性・女性)

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

糖尿病性腎症の病期分類は eGFR（推算糸球体ろ過量）とアルブミン尿で判定されます（図表 54）。しかし、特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性（±）へは、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

図表 54 糖尿病性腎症病期分類

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

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に羽咋郡市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石川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きます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画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 55 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFRの変化（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下）

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 55 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	志賀町										同規模保険者(平均)		データ基	
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1 ① 被保険者数	A	4,957人		4,700人		4,608人		4,533人		4,341人				KDB_厚生労働省様式様式3-2	
② (再掲)40-74歳		4,408人		4,213人		4,143人		4,087人		3,847人					
2 ② 対象者数	B	3,946人		3,910人		3,848人		3,700人		3,391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	
③ 特定健診 受診者数	C	2,211人		2,170人		1,901人		1,702人		1,655人					
④ 受診率		56.0%		55.5%		49.4%		46.0%		48.8%					
3 ① 特定 対象者数		230人		203人		162人		158人		145人					
② 保健指導 実施率		60.9%		62.6%		63.0%		45.6%		57.2%					
4 ① 健診 データ	E	糖尿病型	369人	16.7%	380人	17.5%	323人	17.0%	292人	17.2%	281人	17.0%			特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	111人	30.1%	111人	29.2%	111人	34.4%	119人	40.8%	99人	35.2%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	258人	69.9%	269人	70.8%	212人	65.6%	173人	59.2%	182人	64.8%			
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	100人	38.8%	120人	44.6%	90人	42.5%	82人	47.4%	95人	52.2%			
		⑤ 血圧 130/80以上	60人	60.0%	73人	60.8%	56人	62.2%	52人	63.4%	57人	60.0%			
		⑥ 肥満 BMI25以上	46人	46.0%	58人	48.3%	42人	46.7%	39人	47.6%	52人	54.7%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	158人	61.2%	149人	55.4%	122人	57.5%	91人	52.6%	87人	47.8%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	250人	67.8%	273人	71.8%	240人	74.3%	225人	77.1%	211人	75.1%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)	62人	16.8%	53人	13.9%	42人	13.0%	37人	12.7%	31人	11.0%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上	51人	13.8%	46人	12.1%	34人	10.5%	27人	9.2%	34人	12.1%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満	2人	0.5%	3人	0.8%	6人	1.9%	2人	0.7%	5人	1.8%			
5 ① レセプト	H	糖尿病受療率(被保険者対)	169.9人		167.9人		155.2人		159.1人		161.9人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)	190.1人		186.6人		171.4人		175.2人		182.0人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1件1被保険者対)	3,465件 (825.0)		3,353件 (806.6)		3,164件 (778.0)		3,282件 (849.6)		2,892件 (815.1)		319,390件 (944.1)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ 入院外(件数)	20件 (4.8)		17件 (4.1)		25件 (6.1)		20件 (5.2)		16件 (4.5)		1,366件 (4.0)		
		⑤ 入院(件数)	842人	17.0%	789人	16.8%	715人	15.5%	721人	15.9%	703人	16.2%			
		⑥ (再掲)40-74歳	838人	19.0%	786人	18.7%	710人	17.1%	716人	17.5%	700人	18.2%			
		⑦ 健診未受診者	580人	69.2%	528人	67.2%	498人	70.1%	543人	75.8%	518人	74.0%			
		⑧ インスリン治療	53人	6.3%	46人	5.8%	36人	5.0%	46人	6.4%	45人	6.4%			
		⑨ (再掲)40-74歳	53人	6.3%	46人	5.9%	36人	5.1%	46人	6.4%	45人	6.4%			
		⑩ 糖尿病性腎症	128人	15.2%	112人	14.2%	92人	12.9%	125人	17.3%	108人	15.4%			
		⑪ (再掲)40-74歳	127人	15.2%	111人	14.1%	91人	12.8%	124人	17.3%	108人	15.4%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	13人	1.5%	10人	1.3%	6人	0.8%	8人	1.1%	9人	1.3%			
		⑬ (再掲)40-74歳	13人	1.6%	10人	1.3%	6人	0.8%	8人	1.1%	9人	1.3%			
		⑭ 新規透析患者数	4		2		3		3		6				
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症	2		0		2		1		4				
		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)	20人	1.5%	22人	1.7%	19人	1.5%	24人	1.9%	28人	2.0%			KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期
6 ① 医療費	I	総医療費	18億6764万円		19億4123万円		19億1133万円		20億1470万円		18億0882万円		14億4496万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題
		② 生活習慣病総医療費	10億0931万円		10億4482万円		10億2601万円		10億9944万円		8億7667万円		7億7425万円		
		③ (総医療費に占める割合)	54.0%		53.8%		53.7%		54.6%		48.5%		53.6%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	13,715円		14,437円		14,445円		9,715円		12,205円		7,560円		
		⑤ 健診未受診者	34,283円		39,203円		41,756円		52,250円		40,196円		37,805円		
		⑥ 糖尿病医療費	1億1458万円		1億0898万円		1億1487万円		1億1541万円		9898万円		8603万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	11.4%		10.4%		11.2%		10.5%		11.3%		11.1%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	4億0576万円		3億9290万円		3億8056万円		3億9027万円		3億7009万円				
		⑨ 1件あたり	40,743円		40,326円		40,974円		41,686円		43,311円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費	3億4014万円		3億3948万円		3億3435万円		4億0464万円		2億7917万円				
		⑪ 1件あたり	606,318円		652,849円		642,973円		742,455円		609,546円				
		⑫ 在院日数	19日		19日		18日		17日		16日				
		⑬ 慢性腎不全医療費	8463万円		7262万円		6309万円		8490万円		7435万円		6202万円		
		⑭ 透析有り	7873万円		6989万円		5990万円		8259万円		6936万円		5785万円		
		⑮ 透析なし	590万円		272万円		319万円		231万円		499万円		418万円		
7 ① 介護	J	介護給付費	26億2642万円		26億7829万円		27億1900万円		27億2590万円		26億9918万円		17億4718万円		
② (2号認定者)糖尿病合併症		5件	35.7%	3件	20.0%	2件	18.2%	2件	22.2%	4件	30.8%				
8 ① 死亡	K	糖尿病(死因別死亡数)	3人	1.0%	2人	0.6%	1人	0.3%	1人	0.3%	2人	0.6%	564人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題

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

前年度の健診結果から、糖尿病管理台帳を作成
保健指導対象者を抽出(概数の試算)

5月 介入方法、実施方法の決定

前年度健診未受診者に対して、受診勧奨を行う

6月～本年度特定健診結果から優先順位に基づき保健指導を実施

受診勧奨後、治療の有無をKDBで確認
継続指導を実施(かかりつけ医との連携を含む)

3月 年間の活動まとめ

評価を行う

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

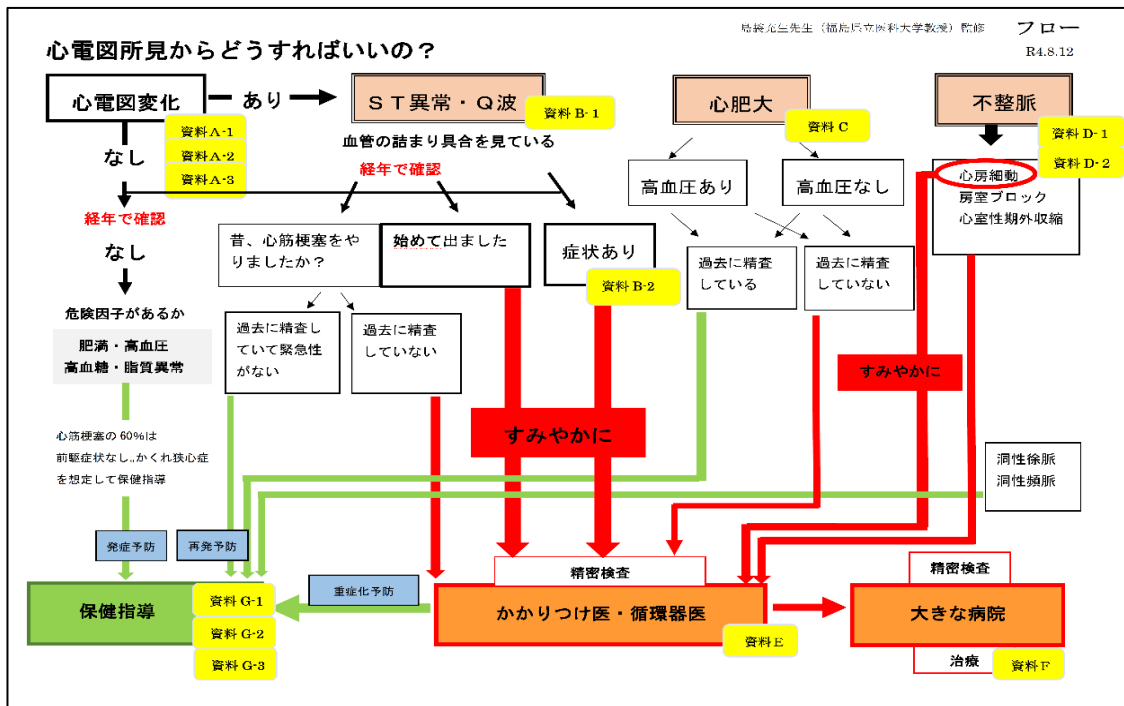
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 56 に基づいて考えます。

図表 56 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

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

本町においては、心電図検査を 1,796 人(100%)に実施し、そのうち有所見者が 554 人(30.8%)でした。所見の中でも期外収縮が 76 人(13.7%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 57)

また、有所見者のうち要精査が 78 人(7.4%)で、その後の受診状況を見ると 20 人(8.3%)は未受診でした。(図表 58)。

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 57 心電図検査結果

性別・年齢	心電図検査				所見内訳																
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
40~74歳	1,796	100.0	554	30.8%	56	10.1%	41	7.4%	0	0.0%	62	11.2%	16	2.9%	53	9.6%	18	3.2%	76	13.7%	
内訳	男性	773	100.0	280	36.2%	33	11.8%	20	7.1%	0	0.0%	37	13.2%	12	4.3%	32	11.4%	14	5.0%	34	12.1%
	女性	1,023	100.0	274	26.8%	23	8.4%	21	7.7%	0	0.0%	25	9.1%	4	1.5%	21	7.7%	4	1.5%	42	15.3%

志賀町調べ

図表 58 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	554		31	5.6%	21	67.7%	10	32.3%
男性	280	50.5%	19	6.8%	13	68.4%	6	31.6%
女性	274	49.5%	12	4.4%	8	66.7%	4	33.3%

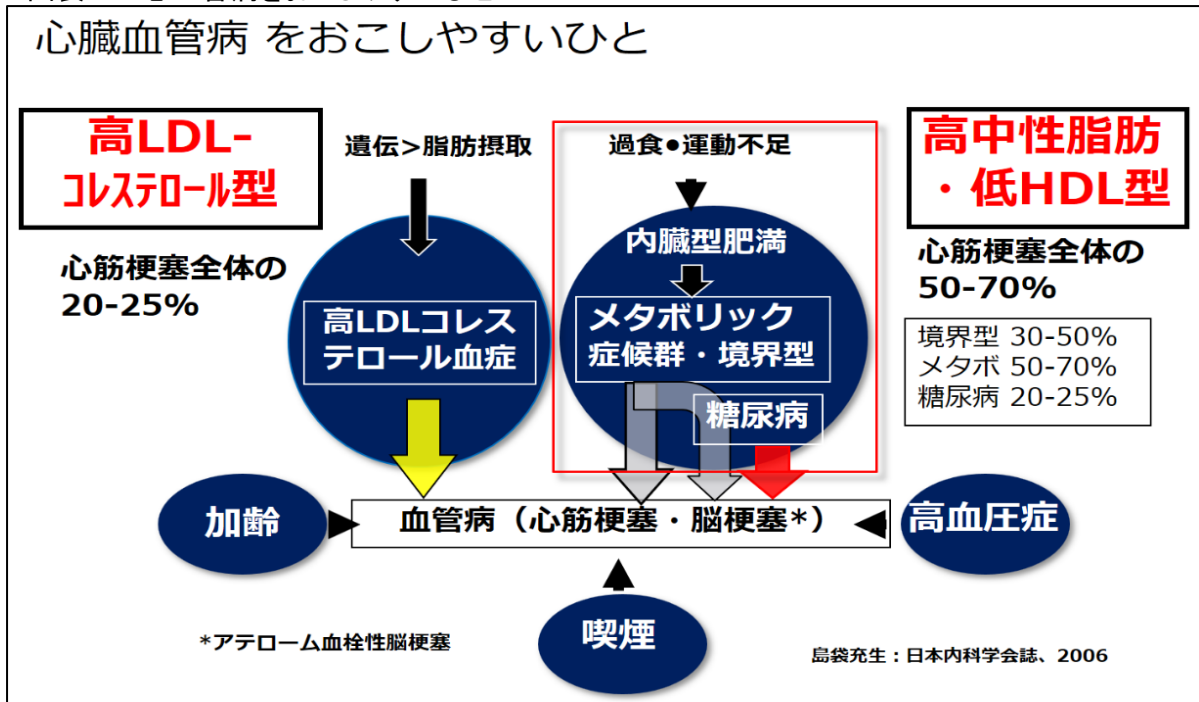
志賀町調べ

②心電図以外からの把握

心筋梗塞の 60%は前駆症状がないため、心電図検査で異常がない場合でも、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して積極的に保健指導を行う必要があります。特に高コレステロール血症は単独で重要なリスクであり、メタボリックシンドロームに高LDLコレステロール血症が重なった場合は、さらに危険性が高まると指摘されています。(図表 59)

また、LDLコレステロールが 180 以上の場合は、家族性の高コレステロール血症も疑われ、若い年代で虚血性心疾患を発症する可能性も高いことから、家族を含めた保健指導を行います。(図表 60)

図表 59 心血管病をおこしやすいひと



図表 60 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標

(参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果 (LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
			529	288	149	69	23	1	8	53	30
				54.4%	28.2%	13.0%	4.3%	1.1%	8.7%	57.6%	32.6%
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)	38	24	10	4	0	1	3	0	0
			7.2%	8.3%	6.7%	5.8%	0.0%	100.0%	37.5%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	212	117	51	34	10	0	2	31	11
			40.1%	40.6%	34.2%	49.3%	43.5%	0.0%	25.0%	58.5%	36.7%
高リスク	120未満 (150未満)		255	133	79	31	12	0	3	22	18
			48.2%	46.2%	53.0%	44.9%	52.2%	0.0%	37.5%	41.5%	60.0%
	再掲 100未満 (130未満) ※1		14	7	3	2	2	0	0	3	1
			2.6%	2.4%	2.0%	2.9%	8.7%	0.0%	0.0%	5.7%	3.3%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	24	14	9	0	1	0	0	0	1
			4.5%	4.9%	6.0%	0.0%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	3.3%

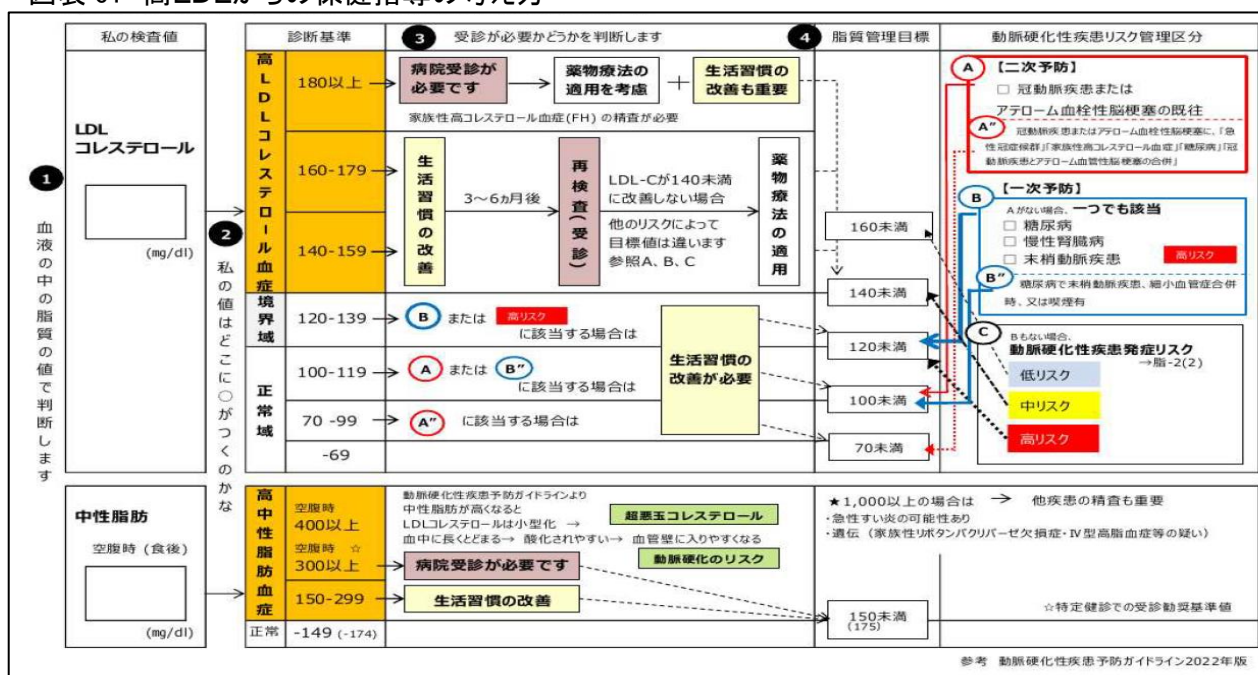
※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮
 ※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材(図表 61、62)を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。対象者を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。図表 63 より、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 61 高LDLからの保健指導の考え方



図表 62 心電図所見からの保健指導教材(例示)

心電図所見からの保健指導教材

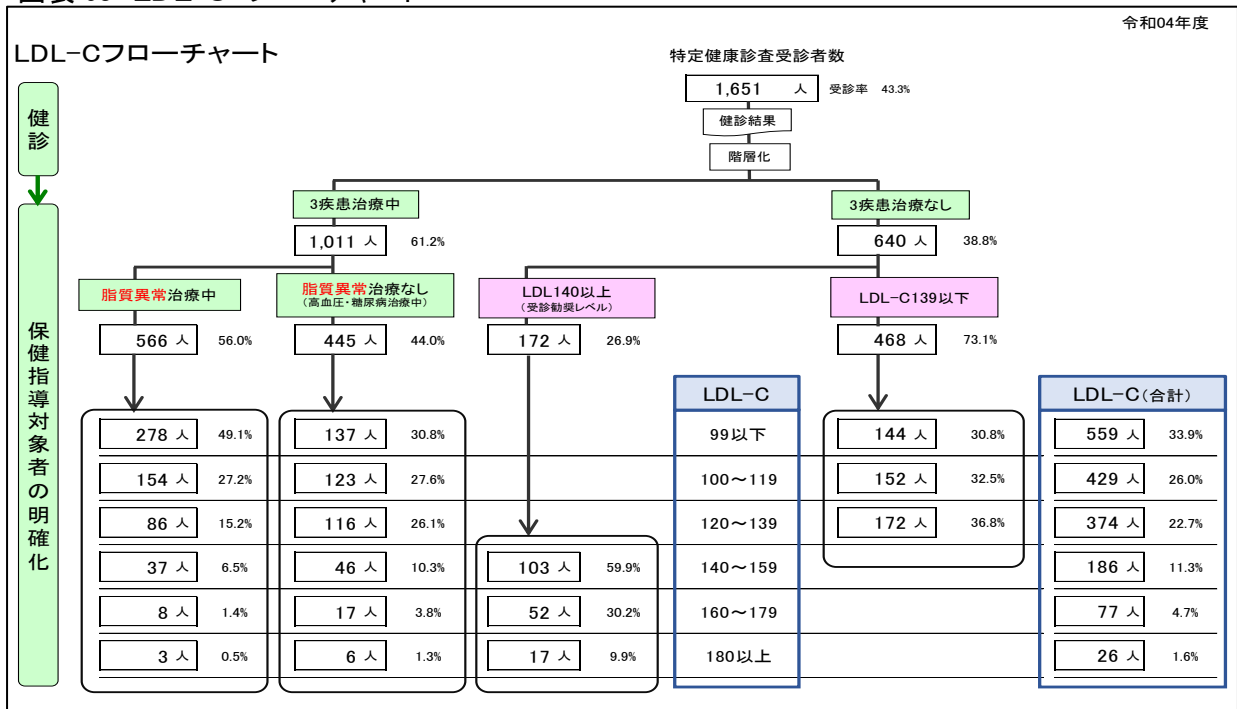
もくじ

心電図所見からどうすればいいの? フロー図

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

46

図表 63 LDL-C フローチャート



(2) 二次健診の実施

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

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 評価

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

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

6) 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

6月～本年度健診結果から優先順位に基づき保健指導を実施

受診勧奨後、治療の有無をKDBで確認

継続指導を実施

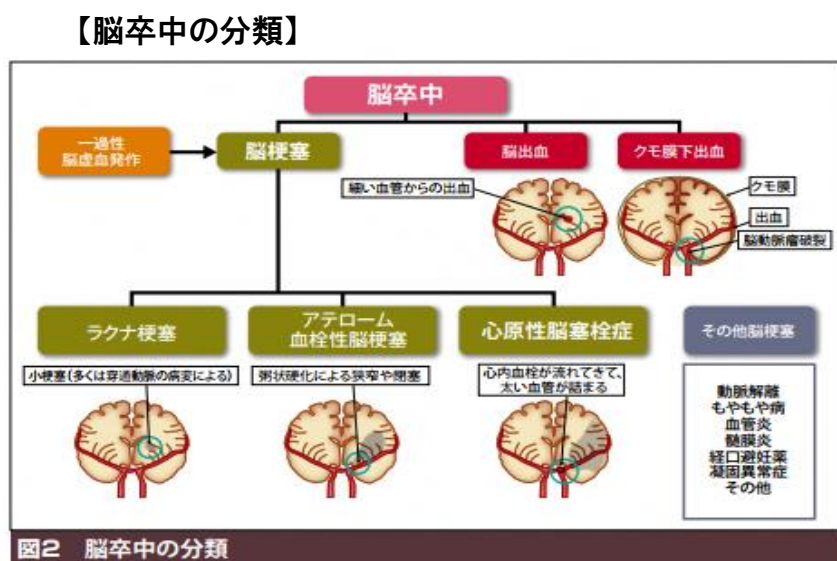
4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

本町では、脳血管疾患のうち脳梗塞が多く、なかでもアテローム血栓性脳梗塞が多い可能性があります。アテローム血栓性脳梗塞のリスクとして、高血圧、高血糖、脂質異常、メタボリックシンドロームが指摘されており、虚血性心疾患同様の対象者に対して脳血管疾患重症化予防の視点を加えて、保健指導を実施します。

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 64,65)

図表 64 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 65 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 66 でみると、高血圧治療者 1,989 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 192 人(9.7%・O)でした。健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 111 人(6.7%)であり、そのうち 64 人(57.6%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 47 人(6.0%)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ります。

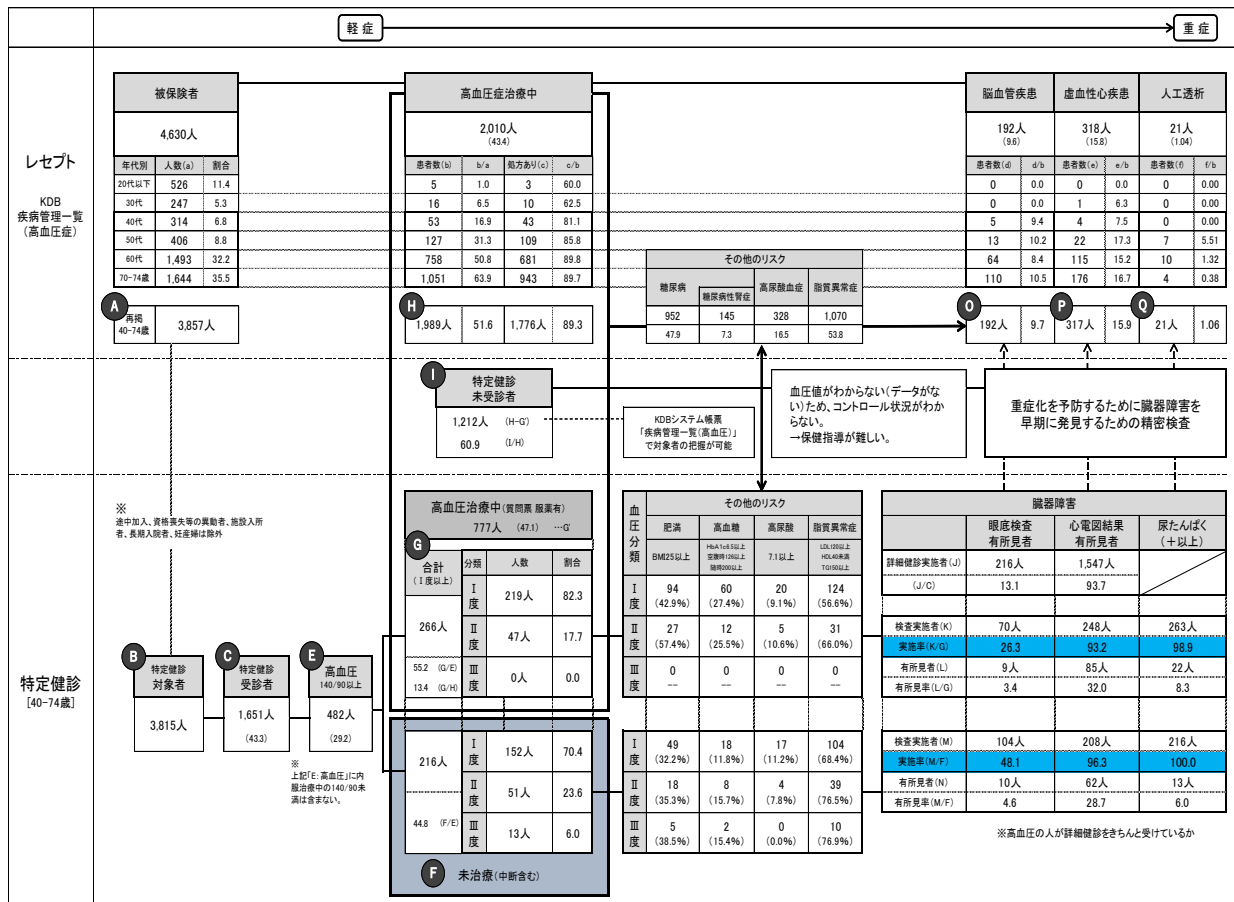
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか 216 人(13.1%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、482 人(29.2%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

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

図表 66 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

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

令和04年度



(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 67 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。図表 68 より、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 67 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定		(参考)高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画				
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化						
特定健康診査結果より(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)	432	高値血圧	I 度高血圧	II 度高血圧	III 度高血圧
			130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
			50.0%	35.2%	11.8%	3.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	18	C 10	B 7	B 1	A 0	
	4.2%	4.6%	4.6%	2.0%	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	248	C 117	B 94	A 30	A 7	
	57.4%	54.2%	61.8%	58.8%	53.8%	
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	166	B 89	A 51	A 20	A 6	
	38.4%	41.2%	33.6%	39.2%	46.2%	

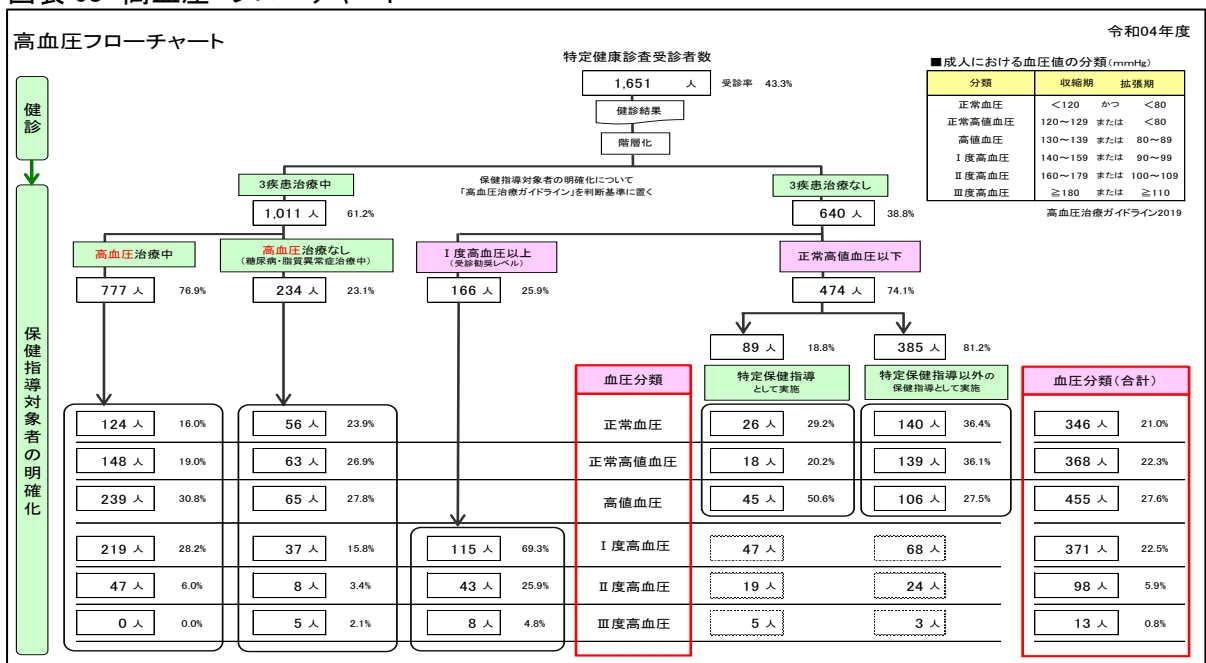
区分	該当者数
A	114
B	191
C	127

...高リスク
 ...中等リスク
 ...低リスク

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は)=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳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 68 高血圧 フローチャート



出典:ヘルスサポートラボツール

(3)心電図検査における心房細動の実態

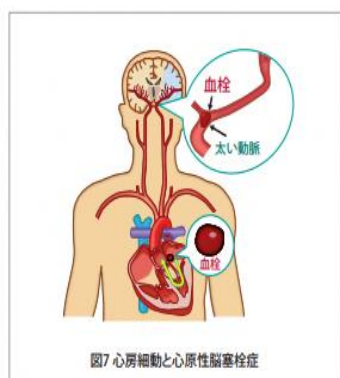


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 69 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

図表 69 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査(※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	705	946	657	93.2%	890	94.1%	0	0.0%	0	0.0%	--	--
40代	31	25	28	90.3%	23	92.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	37	48	34	91.9%	44	91.7%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	266	387	249	93.6%	359	92.8%	3	1.5%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	371	486	346	93.3%	464	95.5%	11	3.2%	4	0.9%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

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

図表 70 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	%
18	4	22.2%	14	77.8%

志賀町調べ

図表 70 のとおり、心電図検査において 18 人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者 18 人のうち 14 人は既に治療が開始されていましたが、4 人はまだ治療につながっていません。

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

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

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6月～本年度健診結果から優先順位に基づき保健指導を実施

受診勧奨後、治療の有無をKDBで確認

継続指導を実施

5. メタボリックシンドローム・軽度高血糖者に対する保健指導

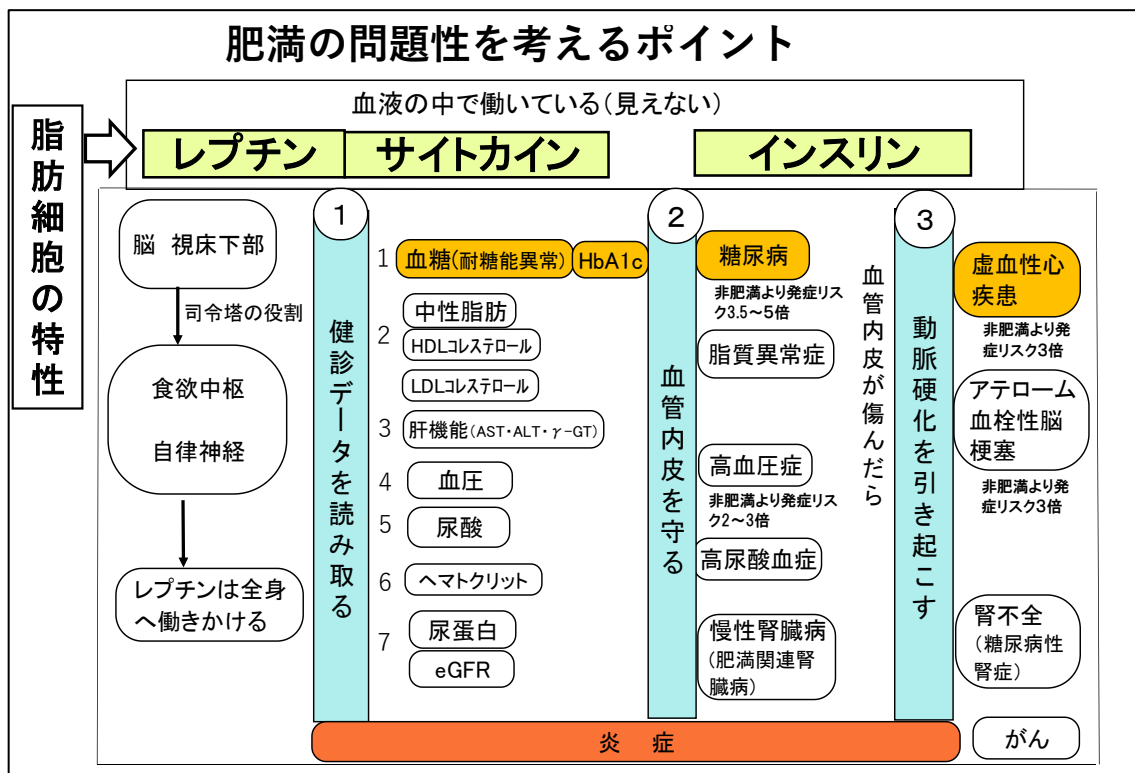
1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態であります。その原因には内臓脂肪の蓄積によるサイトカイン異常があるとされています。軽度の異常であっても、リスクが重なることで虚血性心疾患、脳血管疾患の発症は30倍に増加すると言われております。

また、本町は軽度高血糖が疑われる HbA1c5.6~6.4%の割合が高くなっています。軽度高血糖の段階から血管変化が始まるため、軽度高血糖の改善を目指すとともに糖尿病患者の増加の抑制を図ることを目的とします。軽度な異常では、本人が問題意識を持ちにくいいため、血糖の流れやインスリン量が見える化できる糖尿病二次健診（75g糖負荷試験）を実施し、その結果を踏まえて保健指導を行います。本町のHbA1c6.5%以上の人は肥満（BMI25以上）の割合が高くなっており高血糖と肥満の重なりを優先に保健指導を実践します。

なお、取り組みにあたっては図表71に基づいて考えていきます。

図表 71 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、実態を把握 (図表 72)

図表 72 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	297	1,354	100	418	66	362	28	54	3	2	3	0	
				33.7%	30.9%	22.2%	26.7%	9.4%	4.0%	1.0%	0.1%	1.0%	0.0%
再掲	男性	130	575	62	207	40	178	19	28	1	1	2	0
				47.7%	36.0%	30.8%	31.0%	14.6%	4.9%	0.8%	0.2%	1.5%	0.0%
	女性	167	779	38	211	26	184	9	26	2	1	1	0
				22.8%	27.1%	15.6%	23.6%	5.4%	3.3%	1.2%	0.1%	0.6%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

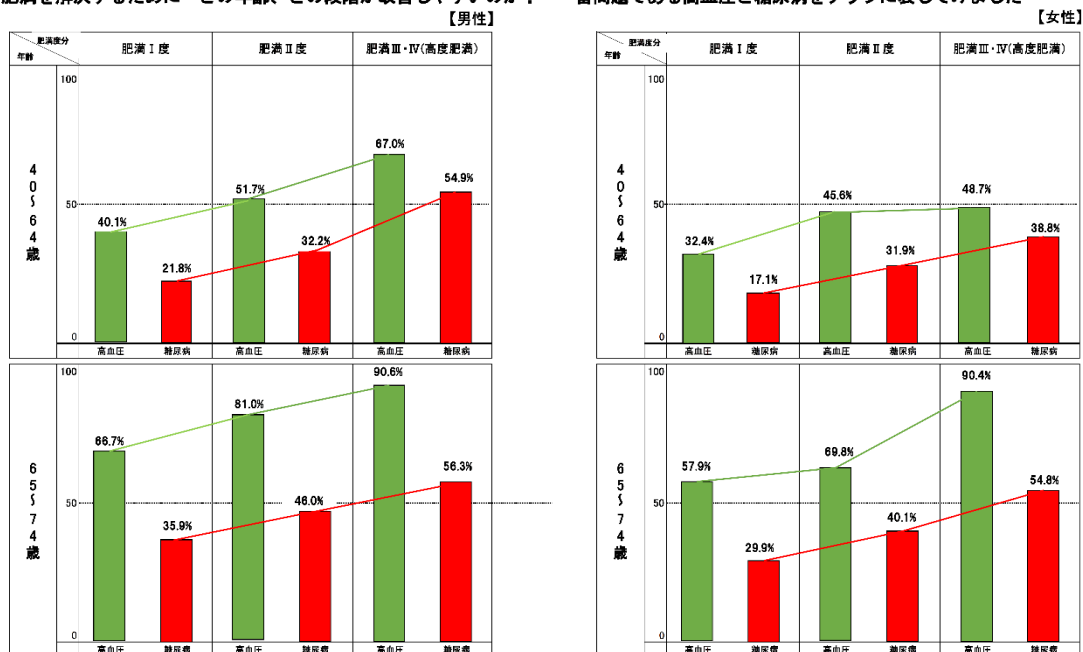
(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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 73 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

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



図表 73 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満Ⅰ度で、若い年代(40～64歳)を対象

とすることが効率いいことがわかります。

②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 74 心・脳血管疾患を発症した事例（例示）

事例 No.	性別	発症 年齢	KDBから把握							特定 健診
			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		高血圧	糖尿病	脂質異常 症		
1	男	70代			●	●	●			メタボ
2	男	70代			●	●		●		
3	男	60代			●	●	●	●		メタボ
4	男	60代			●	●		●		メタボ
5	女	70代		●		●		●		メタボ
6	女	50代	●			●	●	●	介護	メタボ
7	男	60代	●			●				メタボ
8	男	70代		●		●				
9	男	70代		●						メタボ
10	男	60代		●		●				メタボ

志賀町調べ

図表 74 心・脳血管疾患を発症した事例より、80%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ます。それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。

3)対象者の明確化

図表 75 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A	705	31	37	266	371	946	25	48	387	486	
メタボ該当者	B	273	11	18	102	142	159	3	5	61	90	
	B/A	38.7%	35.5%	48.6%	38.3%	38.3%	16.8%	12.0%	10.4%	15.8%	18.5%	
再掲	① 3項目全て	C	105	3	5	44	53	60	1	1	23	35
		C/B	38.5%	27.3%	27.8%	43.1%	37.3%	37.7%	33.3%	20.0%	37.7%	38.9%
	② 血糖+血圧	D	37	1	1	12	23	18	1	2	5	10
		D/B	13.6%	9.1%	5.6%	11.8%	16.2%	11.3%	33.3%	40.0%	8.2%	11.1%
	③ 血圧+脂質	E	118	6	11	41	60	75	1	2	31	41
		E/B	43.2%	54.5%	61.1%	40.2%	42.3%	47.2%	33.3%	40.0%	50.8%	45.6%
	④ 血糖+脂質	F	13	1	1	5	6	6	0	0	2	4
		F/B	4.8%	9.1%	5.6%	4.9%	4.2%	3.8%	0.0%	0.0%	3.3%	4.4%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 76 メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし		
				人数	割合	人数	割合					人数	割合	人数	割合
総数	705	273	38.7%	232	85.0%	41	15.0%	946	159	16.8%	146	91.8%	13	8.2%	
40代	31	11	35.5%	6	54.5%	5	45.5%	25	3	12.0%	1	33.3%	2	66.7%	
50代	37	18	48.6%	14	77.8%	4	22.2%	48	5	10.4%	5	100.0%	0	0.0%	
60代	266	102	38.3%	86	84.3%	16	15.7%	387	61	15.8%	56	91.8%	5	8.2%	
70～74歳	371	142	38.3%	126	88.7%	16	11.3%	486	90	18.5%	84	93.3%	6	6.7%	

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 75)は、男性の受診者ですべての年代で35%を超えるが、女性では2割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 76)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ①メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ②治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導等)を行います。
- ③特定保健指導対象者の保健指導(食事指導等)を行います。

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材(図表 77)を活用して行っています。

図表 77 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P11-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の萎縮を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考え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こっているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いよく聞きますが、今の中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

(2) 糖尿病二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、本町では75g糖負荷試験を行っています。

①対象者及び優先順位の考え方

37 ページ図表 52 より、健診受診者の全体像を把握、そのうえで優先順位を決定します。健診受診者のうち、HbA1c5.6～6.4%、糖尿病未受診者を対象とします。その都度、詳細な条件を設定します。

優先順位の考え方(75g糖負荷試験が推奨される場合)(糖尿病治療ガイド 2022-2023)

①強く推奨される場合(現在糖尿病の疑いが否定できない)

・HbA1c6.0～6.4%、空腹時血糖 110～125mg/dl、随時血糖 140～199mg/dl

②行うことが望ましい場合(将来糖尿病を発症するリスクが高い、高血圧、脂質異常症、肥満などの動脈硬化のリスクを持つものは特に施行が望ましい)

・HbA1c5.6～5.9%、空腹時血糖 100～109mg/dl

・上記がなくても、濃厚な糖尿病の家族歴や肥満が存在するもの

軽度高血糖や耐糖能異常の中には、インスリン分泌障害が主たるもの(非肥満タイプ)とインスリン抵抗性の増大が主たるもの(メタボタイプ)があり、後者にはメタボリックシンドロームを呈する者が多いとされています。本町においても、両方のタイプの方が二次健診を受診

できる体制を整えております（図表 78）。検査の結果、受診者の半数以上が境界型または糖尿病型と判定されています。また、メタボタイプでは、基準値を少し超えただけで糖尿病型と判定される者もあり、高血糖と肥満の重なりを優先に保健指導を実施する必要があります。

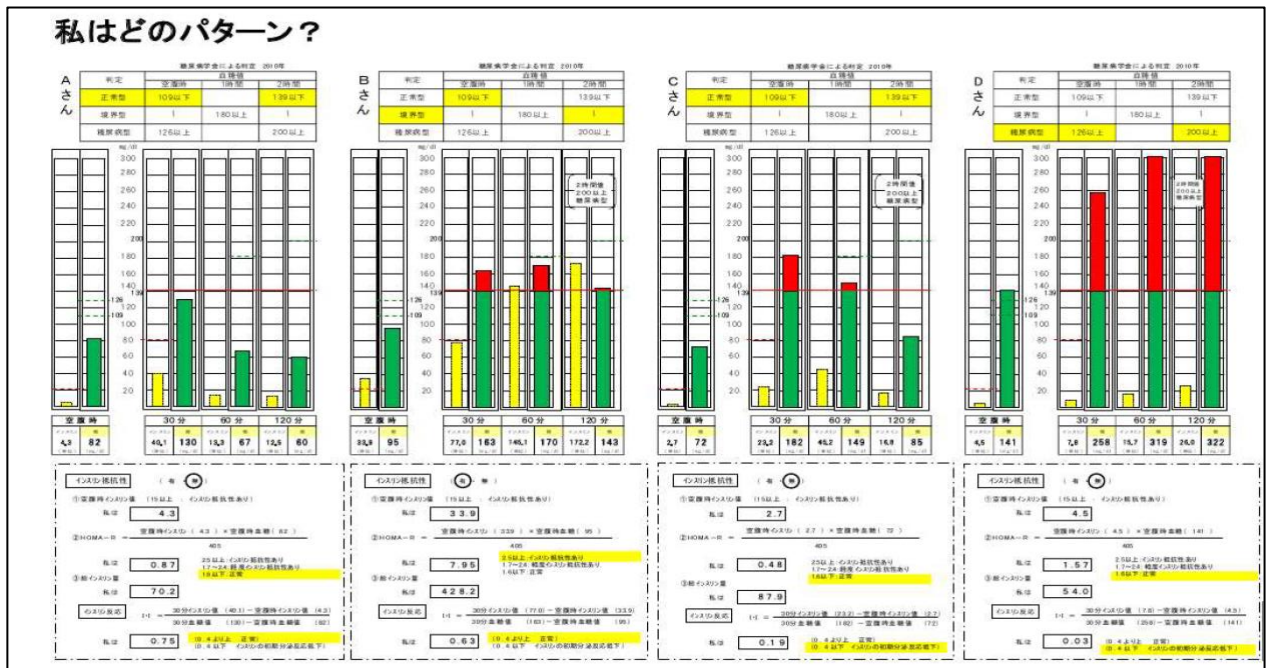
図表 78 令和4年度の糖負荷試験実施結果

区分	実施数	判定結果				
		境界型		糖尿病型		
		人数	割合	人数	割合	
HbA1c5.6～6.4%	メタボ	6	2	33.3%	1	16.7%
HbA1c5.9～6.4%	非肥満	7	3	42.9%	2	28.6%

志賀町調べ

②対象者への保健指導

血糖とインスリン分泌の実態を知り、自らの食べ方と血糖の関係を学ぶために 75 g 糖負荷試験を実施、検査結果に応じた保健指導を実施します。



5) 評価

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

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

6) 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

6月～本年度健診結果から優先順位に基づき保健指導を実施

受診勧奨後、治療の有無をKDBで確認

継続指導を実施

6. 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

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、高齢者の特性を前提に、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し、社会参加への取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

2) 事業の実施

本町は、令和4年度より石川県後期高齢者医療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」に取り組んでいます。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

(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、要介護状態(以下フレイル状態という)に陥りやすい生活習慣病等の重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護・福祉などの関係機関との連携調整を行います。また、既存の事業を活かし、エビデンスに基づく効果的な事業を企画・展開します。

(2) ハイリスクアプローチ

地域を担当する保健師等医療専門職を配置し、生活習慣病等の重症化及び介護予防対象者となる高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、虚血性心疾患や脳血管疾患、人工透析などに至らないよう重症化予防を行います。また、健診や医療未受診者に対する実態把握訪問と健診の受診勧奨を行い、自己管理能力の獲得に向けた支援を行います。

(3) ポピュレーションアプローチ

高齢者の特性を踏まえ、健康寿命の延伸を図るためには、住民自らが生活習慣病等の重症化を予防し、生活機能の低下を遅延する取組に加え、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、住民同士の互助活動の推進が不可欠です。社会参加に向け役割を担う互助活動における住民教育や活動機会を継続的にいきます。また、フレイル状態の要因となる生活習慣病や認知症に関する予防教育・相談会を行います。加えて講演会等においてアンケートを行い、自主活動者の育成につなげていきます。

3) 対象者の明確化

図表 79 より、高齢者の健診、医療、介護の全体像を把握し、そのうえで優先順位を決定します。本町は、壮年期からメタボリックシンドロームに起因する血糖、血圧、中性脂肪の割合が高いことが課題です。介護においては、認知症、特にアルツハイマー型認知症の割合が県・同規模と比較して高いことから、国保からの糖尿病重症化予防を後期高齢者に移行しても引き続き実施することが必要で

4)評価目標の設定

アウトカム、アウトプット指標は、図表 80「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 目標管理一覽」の通りです。

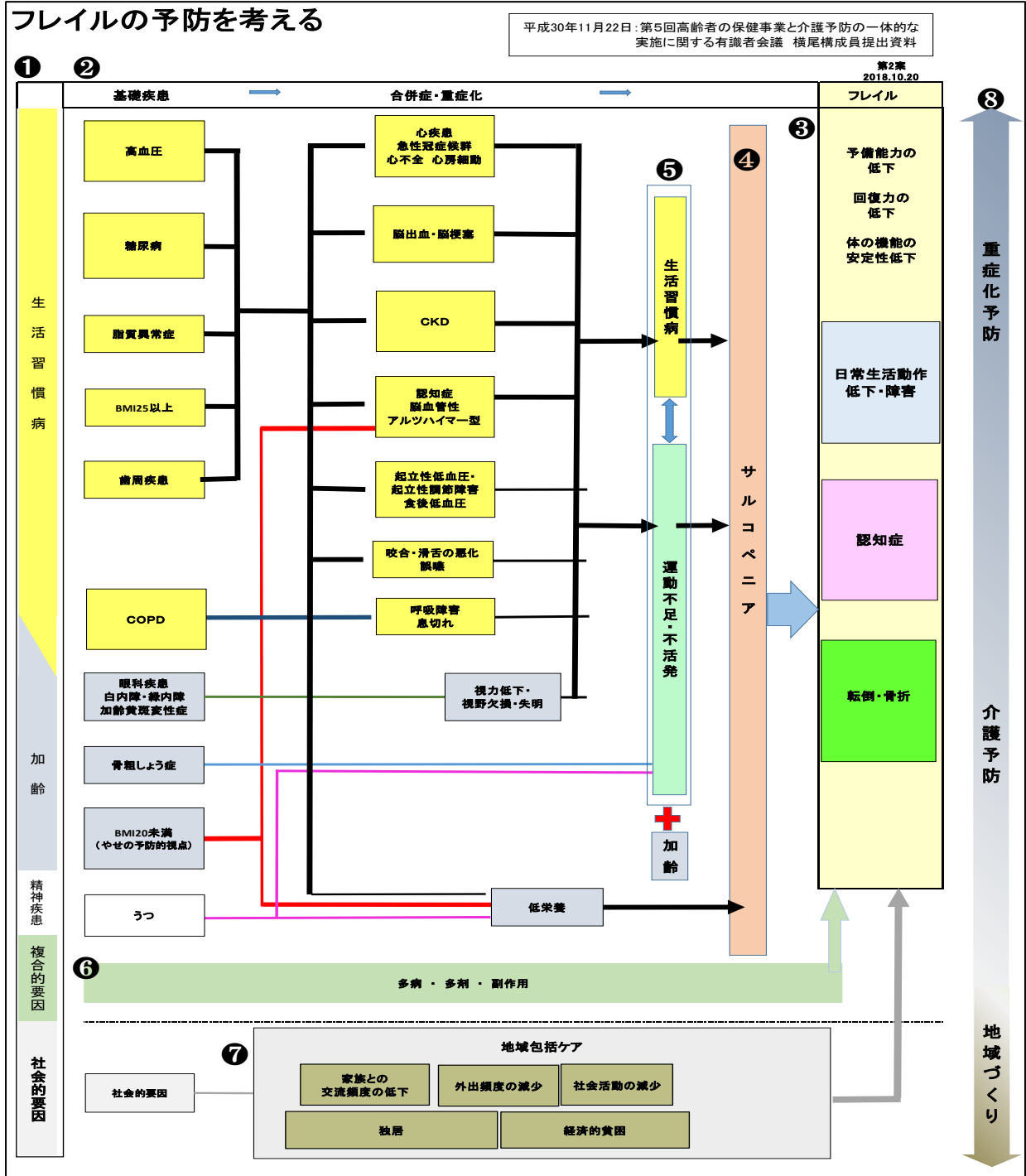
図表 80 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 目標管理一覽

	評価区分	個別保健事業	評価指標	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	データの把握方法	
データヘルス計画	アウトカム	糖尿病性腎症重症化予防	健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の割合の減少	1.6							一体的実施KOB活用ツール	
			保健指導実施者のうちHbA1cが改善した人の割合	100%							町調べ	
	アウトプット		保健指導対象者のうち保健指導を実施した割合	90%								
	アウトカム	生活習慣病重症化予防	健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	7.2							一体的実施KOB活用ツール	
			保健指導実施者のうち血圧が改善した者の割合	57.1%							町調べ	
	アウトプット		保健指導対象者のうち保健指導を実施した割合	80%								
	アウトカム	健康状態不明者	健康状態不明者の割合	94								石川県おたっしや訪問名簿
			健診につながった割合	-								町調べ
			医療につながった割合	-								
			介護につながった割合	100%								
アウトプット	訪問者の割合		29.8%									
	必要な支援の勧奨割合		100%									

5) 保健指導の実施

保健指導にあたっては、生活習慣病の予防に加えフレイルの視点も加えて指導にあたります。

図表 81 フレイル予防を考える



7. 発症予防

1) 基本的な考え方

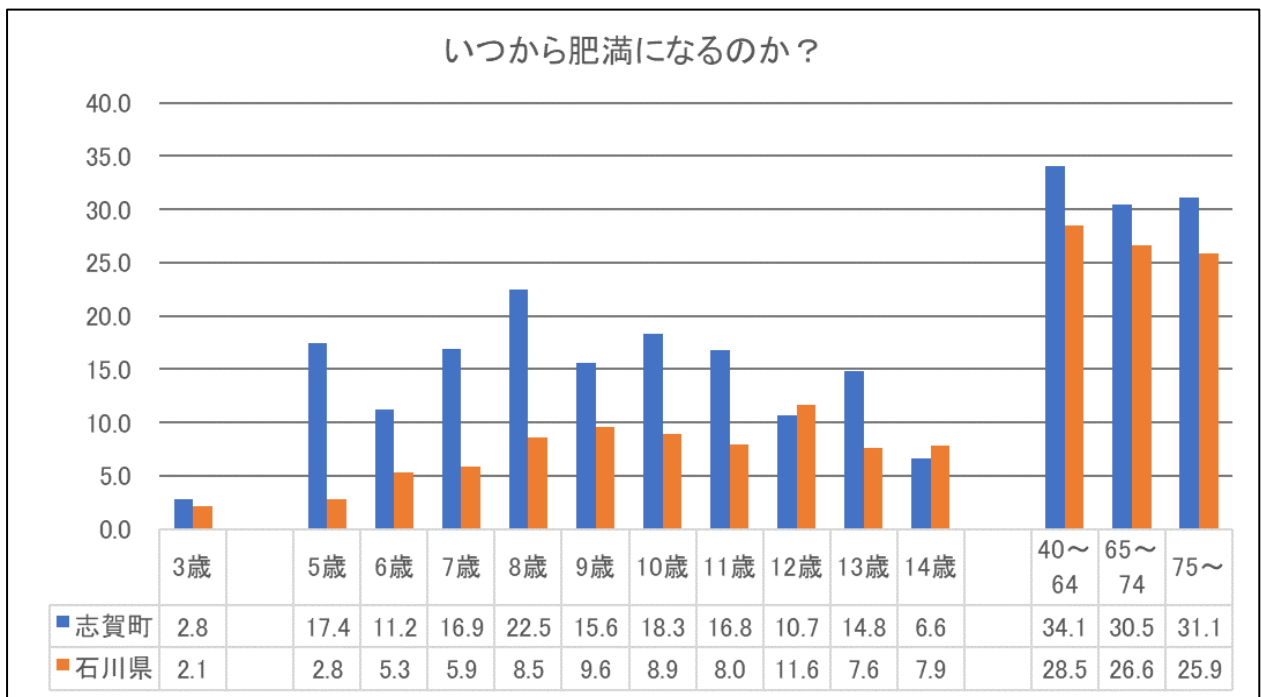
生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題であります。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

2) ライフサイクルの視点での生活習慣病予防

(1) 小児期肥満

本町の課題となる肥満について、幼児期、学童期の状況を見ると、3歳児健診のころから県と比べて肥満の割合が高くなっています(図表 82)。幼児肥満の 25%、学童肥満の 40%が成人肥満に移行するため、子どもの頃からの肥満予防が重要な課題となっています。

図表 82 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える



(2) 妊娠期

高血糖については、図 83 より、妊娠中尿糖検査に加え血糖検査等が実施されています。妊娠中の健康管理は出生児の安全のために早期発見、適正管理が重要です。妊娠糖尿病や妊娠高血圧症候群があると出産後の状態が改善しても将来生活習慣病を発症しやすく、出産後の健康管理も重要となってきます。このため妊娠糖尿病等の異常があった方に関しては、子育て支援課と連携し、継

続的な保健指導を行います。

(3) 乳幼児、幼児期、学童期

本町は、県と比べると 2,500g以下の低体重出生児、4,000g以上の巨大児の割合が高くなっています。低出生体重児や巨大児は、将来メタボリックシンドロームや糖尿病等の生活習慣病になりやすいと言われています。幼児期、学童期は血糖に関するデータが無く把握できる状況にありませんが、肥満による高インスリン状態であることを考えると食後高血糖が早期から起こっていることが懸念されます。子ども達が肥満に至った背景(食の実態、基準量との過不足)を把握し、改善の方向性を探り、保健指導を行っていきます。

(4) 生活リズム・食

毎日朝食を食べている子どもの割合は、小学生を除き、県よりも高くなっています。幼児期では県に比べて遅寝遅起きであることが分かります。小、中学生に関しては、起床、就寝時間は不明ですが、県よりは決まった時間に起床、就寝しています。しかし、小・中学生の肥満割合は県よりも高いので起床、就寝時間を把握する必要があります。夜更かしの生活習慣は、脂肪の分解を抑制し、肥満を進めます。また、睡眠不足は食欲抑制ホルモンの働きを抑え、食欲亢進ホルモンを上昇させるため、夜食につながり肥満を生じさせる原因にもなります。VDT を2時間以上視聴する割合は、中学生で県より高くなっています。長い VDT 視聴時間は肥満のとなり、小児肥満症診療ガイドでは 1 日当たりの VDT 時間を 120 分未満にすることが推奨されています。

石川県は、肥満の原因となる動物性脂肪、工業製油脂、異性化糖が含まれる食品を多く摂取する県民性があります。保健指導を行う際には、食環境にも配慮して行う必要があります。

小児期、学童期については、国保加入者が少ないことから、第2次志賀町健康増進計画や第3次食育推進計画と連携し、保育園、学校等と連携した取組を進める必要があります。

図表 83 肥満・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の視点を考える

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 **発症予防** ← **重症化予防**

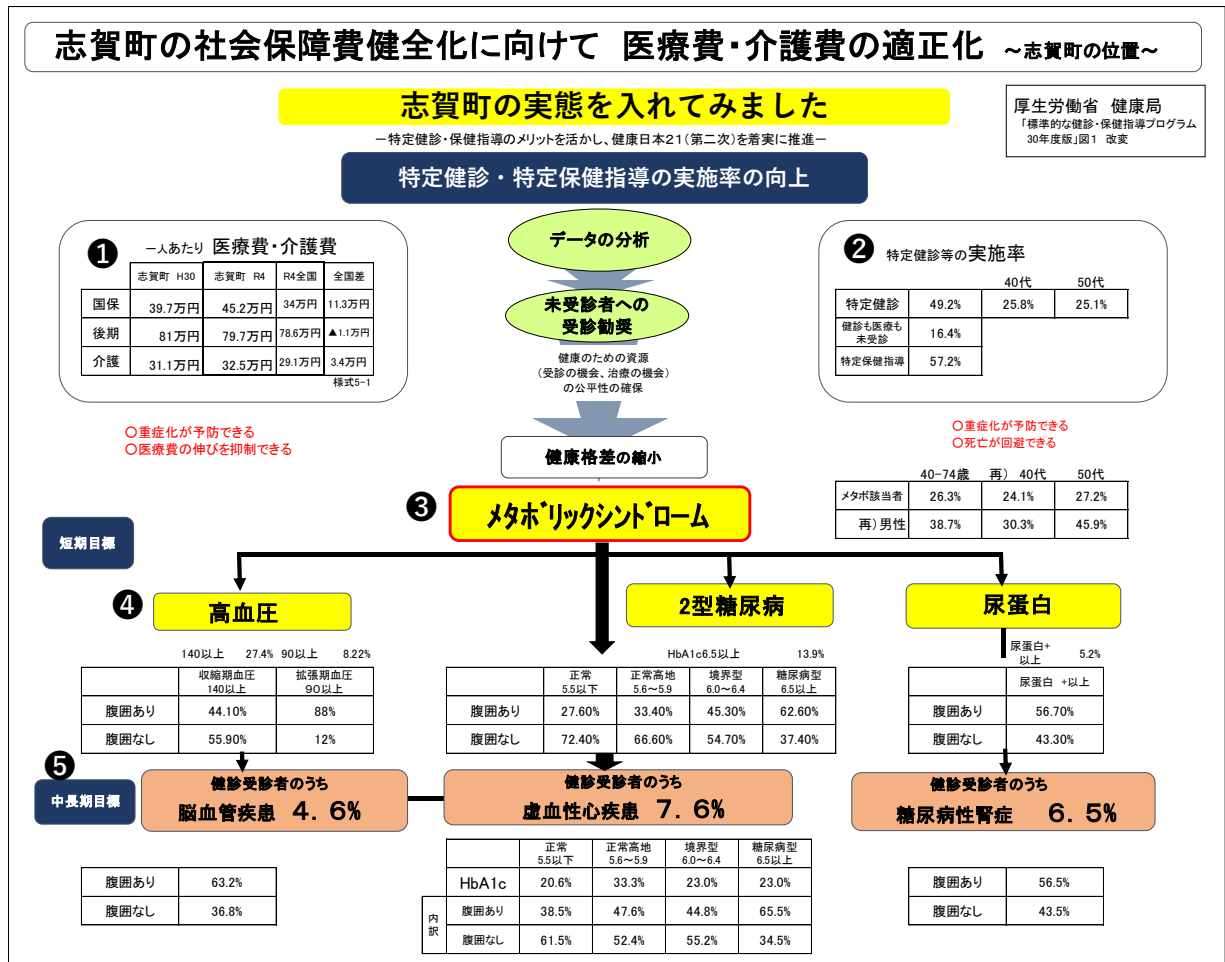
令和3年度

1 根拠法 6条 健康増進事業実施者	母子保健法		学校保健安全法		労働安全衛生法 (学校職員(学校保健安全法))	高齢者の医療の確保に 関する法律 (介護保険)				
	児童福祉法	児童福祉法	児童福祉法	児童福祉法						
2 計画	健康増進計画(県)(市町村努力義務)(他計画と内容が重複する場合は計画を一体的として策定することも可能)									
3 年代	特定健康診査等実施計画(各保険者)									
4 健康診査 (根拠法)	妊(胎児期)	産婦	0歳~5歳	6歳~14歳	15~18歳	19歳~29歳	30歳~39歳	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳以上
	妊前	産後1年以内	0歳	1.6歳児 3歳児	保育所・幼稚園 健康診断 幼稚園 / 児	乳幼児健康診査 (第12-13条)	児童・生徒の定期健康診断 (第1-13-14条)	定期健康診断 (第66条)	特定健康診査 (第18-20-21条)	標準的な特定健診・保健指導 プログラム(第2章)
① H b A 1 C ・ 血 糖 ・ 尿 糖	健康11回目 HbA1c5.6%以上	健診1回目 HbA1c5.6%以上	健診1回目 HbA1c5.6%以上	健診1回目 HbA1c5.6%以上	健診1回目 HbA1c5.6%以上	健診1回目 HbA1c5.6%以上	健診1回目 HbA1c5.6%以上	健診1回目 HbA1c5.6%以上	健診1回目 HbA1c5.6%以上	健診1回目 HbA1c5.6%以上
	健診1回目 HbA1c5.6%以上	健診1回目 HbA1c5.6%以上	健診1回目 HbA1c5.6%以上	健診1回目 HbA1c5.6%以上	健診1回目 HbA1c5.6%以上	健診1回目 HbA1c5.6%以上	健診1回目 HbA1c5.6%以上	健診1回目 HbA1c5.6%以上	健診1回目 HbA1c5.6%以上	健診1回目 HbA1c5.6%以上
② 肥満	BMI 25以上	250g以下	97パーセンタイル以上	97パーセンタイル以上	97パーセンタイル以上	97パーセンタイル以上	97パーセンタイル以上	97パーセンタイル以上	97パーセンタイル以上	97パーセンタイル以上
	56人 人数 割合	8.6 8.5 4000g以上	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3
③ 生活習慣	6 人数 割合	8.6 8.5 4000g以上	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3
	6 人数 割合	8.6 8.5 4000g以上	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3
④ 食	6 人数 割合	8.6 8.5 4000g以上	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3
	6 人数 割合	8.6 8.5 4000g以上	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3	2.8 1.5 3

8. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表 84)

図表 84 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



第4章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 85 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	60%	60%	60%	60%	60%	60%以上
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 86 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	3,195人	2,882人	2,597人	2,336人	2,064人	1,792人
	受診者数	1,917人	1,792人	1,558人	1,401人	1,238人	1,075人
特定保健指導	対象者数	191人	179人	156人	140人	124人	108人
	受診者数	115人	107人	94人	84人	74人	65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。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(志賀町保健福祉センター他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

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

(参照) URL : <https://www.ishikawa-kokuho.jp/index.html>

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します(図表 87)。

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 87 特定健診検査項目(例示)

○志賀町特定健診検査項目

健診項目		志賀町	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も

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール(図表 88)

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

図表 88 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、受診等の印刷	(特定保健指導の実施)
5月		受診等の送付	健診データ抽出(前年度)
6月		特定健診の開始	実績の分析、今年度の体制検討
7月		健診データ受取 費用決裁	法定報告入力
8月		保健指導対象者の抽出 特定保健指導の開始	受診・実施率実績の算出
9月			
10月			
11月	契約に関わる 予算手続き		
12月		(特定健診受付終了)	
1月			
2月			
3月	契約準備		

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

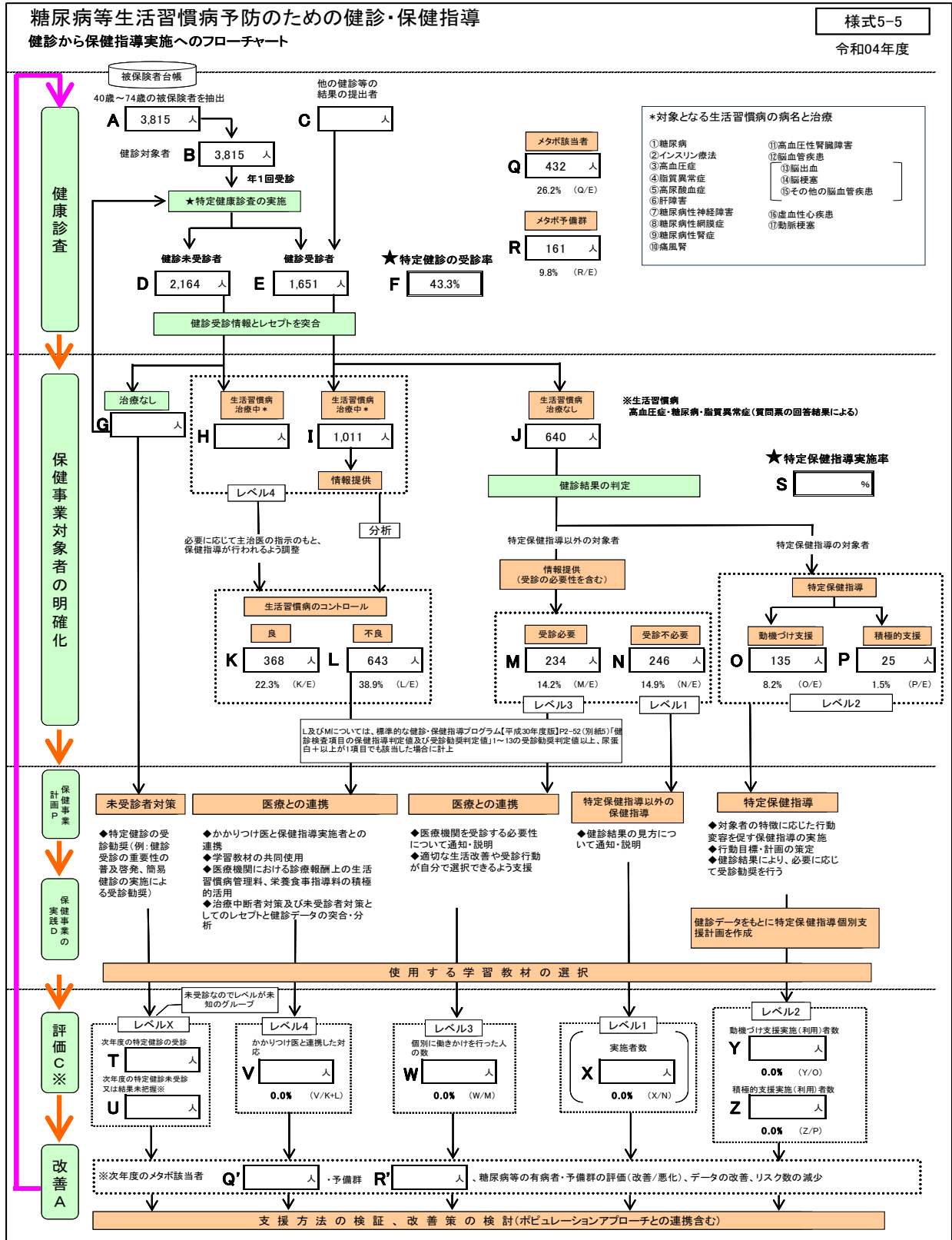
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5(図表89)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89 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



(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 90)

図表 90 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	160人 (9.7%)	60%
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	234人 (14.2%)	HbA1c6.5%以上については 100%
3	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	1,011人 (61.2%)	HbA1c7%以上については 100%
4	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、診療データ受領による受診勧奨)	2,164人 (56.7%)	%
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	246人 (14.9%)	%

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール(図表 91)

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

図表 91 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の作成		
5月	◎受診券の作成 ◎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
6月	◎特定健康診査の開始		◎30代健診、後期高齢者健診、がん検診開始
7月		◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
8月		◎保健指導の開始	◎女性がん検診の開始
9月	◎受診勧奨はがきの送付 ◎電話による受診勧奨		◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月			
12月	◎診療情報提供の依頼		
1月			
2月			
3月			

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

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

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

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)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた志賀町の位置

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志賀町の位置

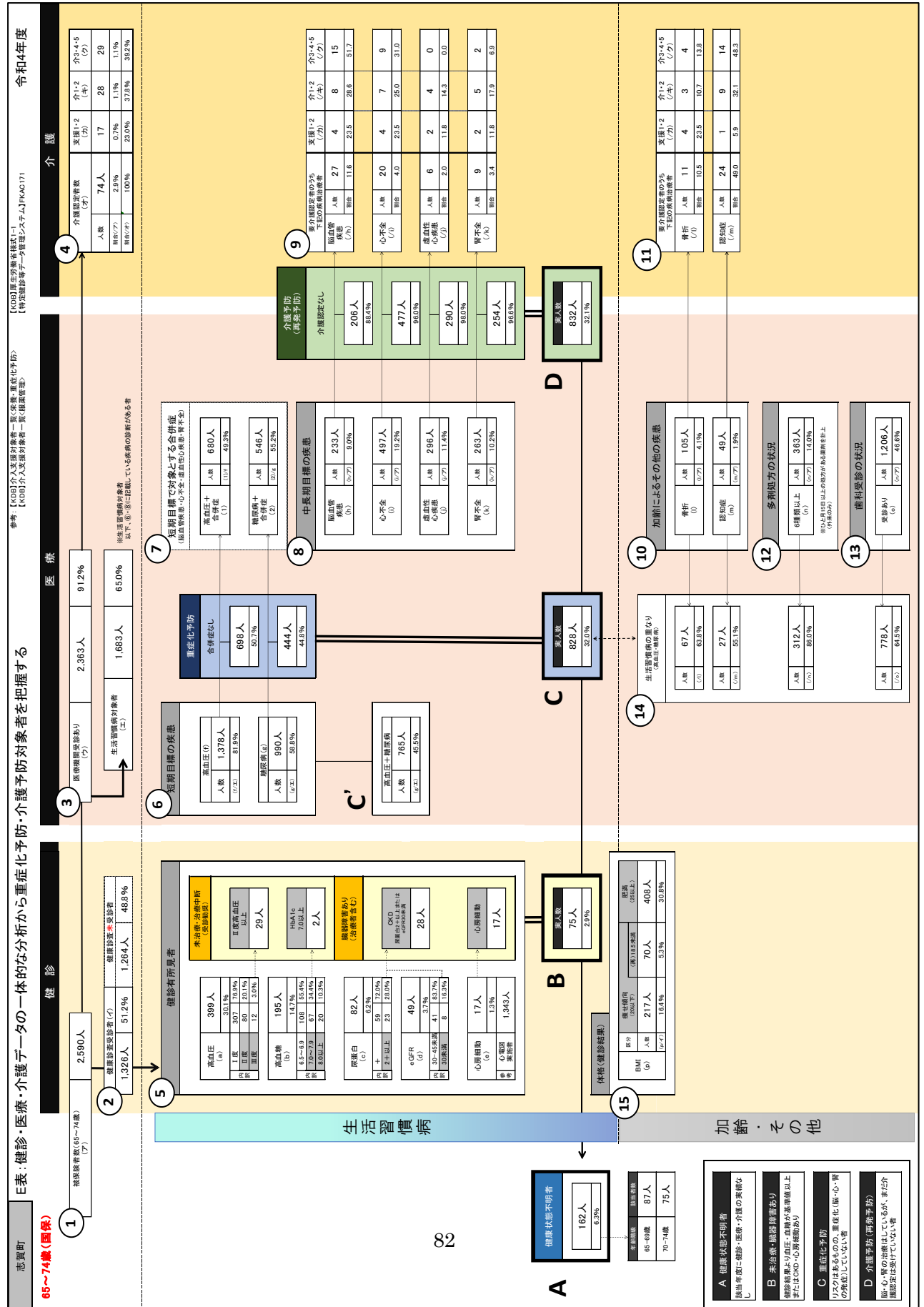
様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた志賀町の位置

R04年度

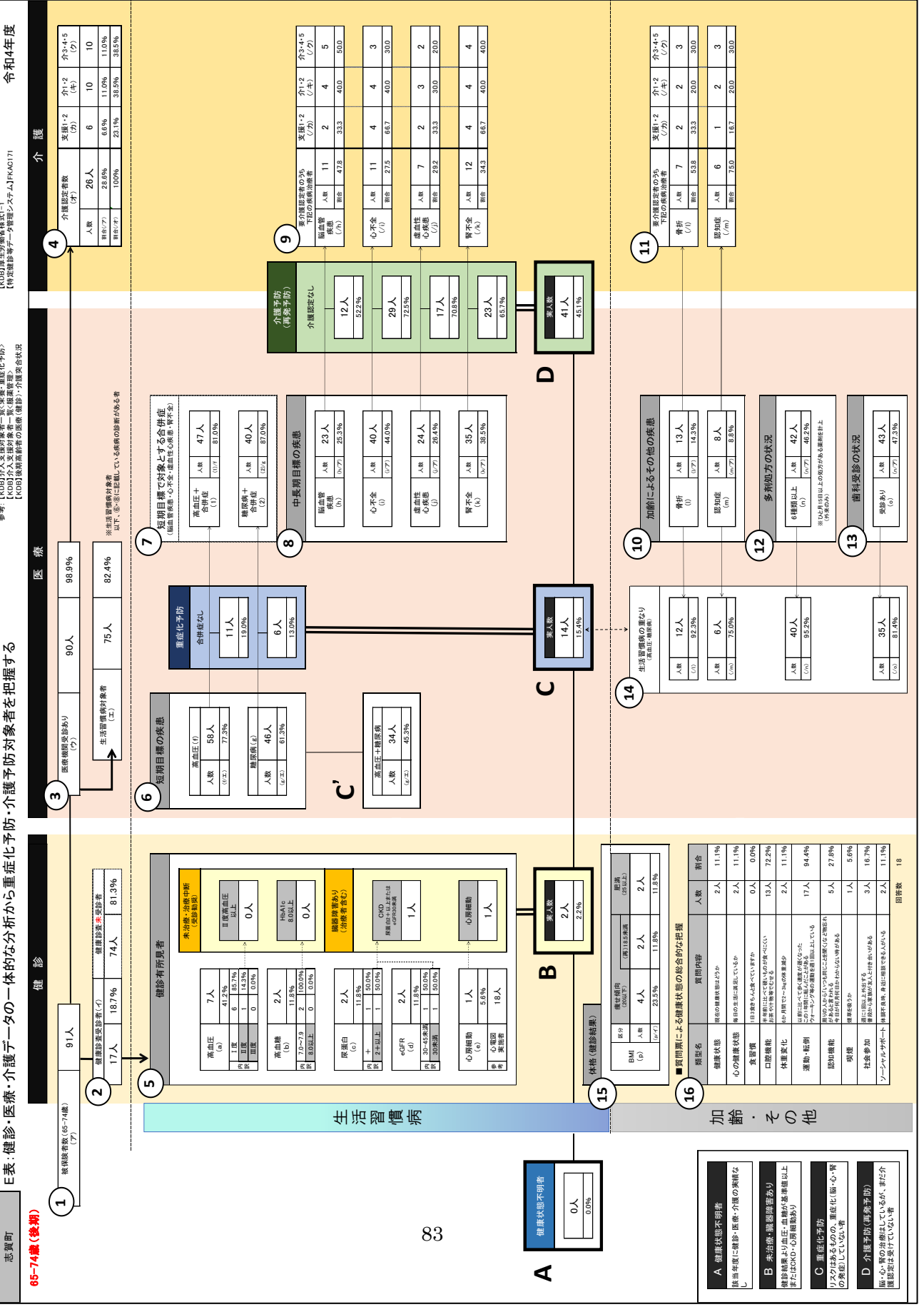
項目	保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)										
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合											
1	① 人口構成	総人口		18,573		1,810,851		1,112,139		123,214,261									
		65歳以上(高齢化率)		8,312	44.8	651,740	36.0	333,660	30.0	35,335,805	28.7	KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題							
		75歳以上		4,327	23.3	--	--	170,118	15.3	18,248,742	14.8								
		65~74歳		3,985	21.5	--	--	163,542	14.7	17,087,063	13.9								
		40~64歳		5,718	30.8	--	--	366,850	33.0	41,545,893	33.7								
	39歳以下		4,543	24.5	--	--	411,629	37.0	46,332,563	37.6									
	② 産業構成	第1次産業		10.0		10.9		3.1		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		31.9		27.1		28.5		25.0									
		第3次産業		58.1		61.9		68.3		71.0									
	③ 平均寿命	男性		81.2		80.5		81.1		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握							
女性		87.3		86.9		87.3		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		80.1		79.7		80.3		80.1		KDB NO.1 地域全体像の把握								
	女性 ※保険者欄は二次医療圏データ		84.0		84.3		84.9		84.4										
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比(SMR)		104.7		103.0		98.6		100		KDB NO.1 地域全体像の把握							
		男性		104.7		103.0		98.6		100									
		女性		95.3		100.8		98.2		100									
		がん		79	47.6	6,844	47.1	3,625	51.5	378,272	50.6								
		心臓病		48	28.9	4,468	30.7	1,894	26.9	205,485	27.5								
		脳疾患		29	17.5	2,073	14.3	1,013	14.4	102,900	13.8								
		糖尿病		2	1.2	271	1.9	125	1.8	13,896	1.9								
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		11		3.1		1,038		7.3		厚労省HP 人口動態調査							
		男性		8		4.9		685		9.7									
		女性		3		1.5		353		4.9									
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		1,502		18.4		121,841		18.8		KDB NO.1 地域全体像の把握							
		新規認定者		21		0.2		1,946		0.3									
		介護度別 総件数	要支援1.2		3,692		11.5		382,007		13.8								
			要介護1.2		14,888		46.4		1,277,829		46.3								
			要介護3以上		13,481		42.0		1,099,163		39.8								
	2号認定者		18		0.31		2,304		0.40		1,006		0.27		156,107		0.38		
	② 有病状況	糖尿病		477		29.7		29,183		22.8		18,829		29.4		1,712,613		24.3	
		高血圧症		774		48.9		67,451		53.3		33,308		52.6		3,744,672		53.3	
		脂質異常症		405		25.3		38,328		30.0		20,323		31.7		2,308,216		32.6	
		心臓病		924		57.2		76,143		60.3		39,445		62.4		4,224,628		60.3	
脳疾患		288		18.2		29,057		23.1		15,336		24.5		1,568,292		22.6			
がん		155		9.0		14,184		11.0		7,719		12.0		837,410		11.8			
筋・骨格		735		46.5		66,665		52.7		33,894		53.6		3,748,372		53.4			
精神		629		40.8		46,518		36.9		26,509		42.0		2,569,149		36.8			
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		324,733		2,699,180,296		297,567		193,936,445,825		298,719		99,670,511,379		290,668		10,074,274,226,889		
	1件当たり給付費(全体)		84,189		70,292		69,621		59,662		41,272		296,364						
	居宅サービス		47,858		43,991		45,482		41,272		296,364								
	施設サービス		293,496		291,264		290,453		296,364										
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		10,108		9,041		9,905		8,610		4,020								
	認定あり 認定なし		5,068		4,224		4,551		4,020										
4	① 国保の状況	被保険者数		3,995		419,832		202,031		27,488,882		KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況							
		65~74歳		2,539		63.6		98,793		48.9			11,129,271		40.5				
		40~64歳		1,009		25.3		62,251		30.8			9,088,015		33.1				
		39歳以下		447		11.2		40,987		20.3			7,271,596		26.5				
	加入率		21.5		23.2		18.2		22.3										
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		2		0.5		141		0.3		91		0.5		8,237		0.3	
		診療所数		10		2.5		1,172		2.8		869		4.3		102,599		3.7	
		病床数		85		21.3		19,041		45.4		16,795		83.1		1,507,471		54.8	
		医師数		18		4.5		2,768		6.6		3,486		17.3		339,611		12.4	
		外来患者数		656.0		721.7		706.8		687.8									
入院患者数		29.1		21.9		24.4		17.7											
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		452,772		県内5位 同規模12位		382,035		404,392		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		685.031		743.593		731.257		705.439										
	外 来	費用の割合		53.1		57.4		55.7		60.4									
		件数の割合		95.8		79		97.1		96.7		97.5							
	入 院	費用の割合		46.9		42.6		44.3		39.6									
		件数の割合		4.2		2.9		3.3		2.5									
1件あたり在院日数		16.6日		16.6日		17.1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 (請附含む)	がん	264,663,950	30.2	31.8	33.6	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護子 々からみる地域の健 康課題				
				慢性腎不全(透析あり)	69,361,550	7.9	7.5	7.2	8.2					
				糖尿病	98,979,580	11.3	11.1	9.9	10.4					
				高血圧症	54,711,030	6.2	6.4	5.1	5.9					
				脂質異常症	31,668,680	3.6	3.8	3.6	4.1					
				脳梗塞・脳出血	45,021,220	5.1	4.0	3.9	3.9					
				狭心症・心筋梗塞	25,755,830	2.9	2.6	3.1	2.8					
				精神	126,607,480	14.4	15.2	16.8	14.7					
	筋・骨格	151,723,050	17.3	16.5	15.8	16.7								
	⑤	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症	677	0.3	329	0.2	289	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)			
				糖尿病	1,807	0.9	1,391	0.9	1,736	1.0		1,144	0.9	
				脂質異常症	--	--	65	0.0	65	0.0		53	0.0	
				脳梗塞・脳出血	10,202	4.8	7,229	4.4	7,431	4.2		5,993	4.5	
				虚血性心疾患	4,581	2.2	4,422	2.7	5,398	3.0		3,942	2.9	
腎不全		5,498	2.6	4,564	2.8	4,967	2.8	4,051	3.0					
医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合		外来	高血圧症	13,018	5.4	12,709	5.8	10,762	4.8	10,143		4.9		
			糖尿病	23,519	9.8	21,886	10.0	20,313	9.0	17,720		8.6		
			脂質異常症	7,927	3.3	7,778	3.5	7,811	3.5	7,092		3.5		
			脳梗塞・脳出血	1,067	0.4	1,013	0.5	901	0.4	825		0.4		
	虚血性心疾患		2,820	1.2	2,004	0.9	2,166	1.0	1,722	0.8				
腎不全	17,789	7.4	17,654	8.0	15,867	7.0	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	健診受診者	3,851		2,690		3,228		2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護子 々からみる地域の健 康課題			
			健診未受診者	12,681		13,453		14,444		13,295				
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	12,205		7,560		9,513		6,142				
			健診未受診者	40,196		37,805		42,566		40,210				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	927	57.7	74,035	58.3	34,007	54.6	3,698,441	56.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	852	53.0	66,739	52.5	31,344	50.3	3,375,719	51.9				
		医療機関非受診率	75	4.7	7,296	5.7	2,663	4.3	322,722	5.0				
5	特定健診の 状況	県内市町村数 20市町村 同規模市区町村数 111市町村	健診受診者	1,607		127,078		62,337		6,503,152		KDB_NO.3 健診・医療・介護子 々からみる地域の健 康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
				受診率	48.8	県内6位 同規模25位	41.2	42.3	全国11位	35.3				
			特定保健指導終了者(実施率)	0	0.0	2563	17.1	876	13.6	69,327	9.0			
			非肥満高血糖	202	12.6	12,908	10.2	6,143	9.9	588,083	9.0			
			メタボ	該当者	423	26.3	27,097	21.3	14,195	22.8	1,321,197		20.3	
				男性	266	38.6	18,784	32.5	9,214	36.1	923,222		32.0	
				女性	157	17.1	8,313	12.0	4,981	13.5	397,975		11.0	
				予備群	158	9.8	14,409	11.3	6,664	10.7	730,607		11.2	
			メタボ該当・予備群レベル	男性	110	16.0	10,159	17.6	4,415	17.3	515,813		17.9	
				女性	48	5.2	4,250	6.1	2,249	6.1	214,794		5.9	
			メタボ該当	腹囲	総数	618	38.5	45,663	35.9	22,747	36.5		2,273,296	35.0
					男性	406	58.9	31,820	55.0	14,865	58.2		1,592,747	55.3
				女性	212	23.1	13,843	20.0	7,882	21.4	680,549		18.8	
				BMI	総数	78	4.9	6,554	5.2	2,686	4.3		304,276	4.7
					男性	11	1.6	999	1.7	375	1.5		48,780	1.7
				女性	67	7.3	5,555	8.0	2,311	6.3	255,496		7.1	
				血糖のみ	10	0.6	887	0.7	380	0.6	41,541		0.6	
				血圧のみ	106	6.6	10,372	8.2	4,378	7.0	514,593		7.9	
				脂質のみ	42	2.6	3,150	2.5	1,906	3.1	174,473		2.7	
血糖・血圧	54	3.4		4,378	3.4	1,665	2.7	193,722	3.0					
血糖・脂質	18	1.1	1,294	1.0	794	1.3	67,212	1.0						
血圧・脂質	188	11.7	12,473	9.8	6,626	10.6	630,648	9.7						
血糖・血圧・脂質	163	10.1	8,952	7.0	5,110	8.2	429,615	6.6						
6	問診の状況	服薬 既往歴	高血圧	763	47.5	48,903	38.5	24,534	39.4	2,324,538	35.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			糖尿病	177	11.0	12,787	10.1	6,678	10.7	564,473	8.7			
			脂質異常症	555	34.5	36,118	28.4	20,368	32.7	1,817,350	28.0			
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	65	4.1	4,109	3.3	2,202	3.6	199,003	3.1			
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	85	5.3	7,569	6.2	3,507	5.8	349,845	5.5			
			腎不全	12	0.7	1,041	0.8	537	0.9	51,680	0.8			
貧血	213	13.3	11,759	9.6	7,590	12.5	669,737	10.6						
6	生活習慣の 状況	喫煙 週3回以上朝食を抜く 週3回以上食後間食(～H29) 週3回以上就寝前夕食(H30～) 週3回以上就寝前夕食 食べる速度が速い 20歳時体重から10kg以上増加 1回30分以上運動習慣なし 1日1時間以上運動なし 睡眠不足 毎日飲酒 時々飲酒	214	13.3	17,252	13.6	7,679	12.3	896,676	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			85	5.3	9,476	8.1	5,234	9.2	609,166	10.3				
			0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
			311	19.4	17,906	15.2	10,249	18.1	932,218	15.7				
			311	19.4	17,906	15.2	10,249	18.1	932,218	15.7				
			421	26.3	30,627	26.0	16,972	29.9	1,590,713	26.8				
			553	34.5	41,268	35.1	19,110	33.8	2,083,152	34.9				
			996	62.1	72,803	61.8	34,698	60.6	3,589,415	60.3				
			800	49.9	55,629	47.2	27,026	47.2	2,858,913	48.0				
			366	23.0	29,477	25.1	13,155	23.1	1,521,685	25.6				
			422	26.3	31,142	25.2	15,742	25.6	1,585,206	25.5				
			272	17.0	25,375	20.6	12,327	20.0	1,393,154	22.4				
			日 飲 酒 量	1合未満	524	60.1	44,882	60.3	26,370	65.3		2,851,798	64.2	
				1～2合	241	27.6	19,886	26.7	9,589	23.7		1,053,317	23.7	
2～3合	88	10.1		7,675	10.3	3,570	8.8	414,658	9.3					
3合以上	19	2.2		2,032	2.7	855	2.1	122,039	2.7					

② 65~74歳(国保)



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



参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

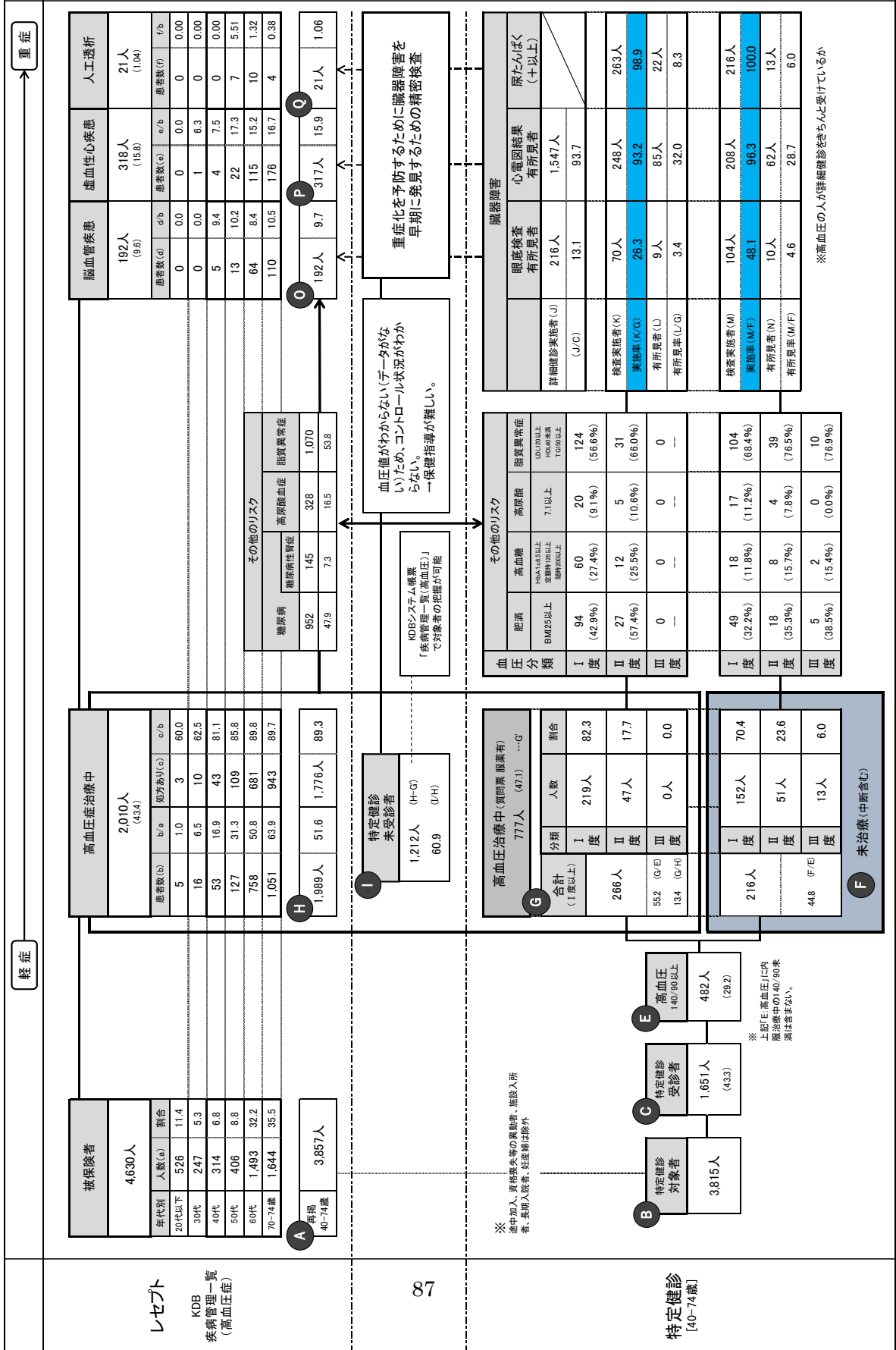
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	実合表	志賀町										同規模保険者(平均)		データ基		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A		4,957人		4,700人		4,608人		4,533人		4,341人		KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	② (再掲)40-74歳	B		4,408人		4,213人		4,143人		4,087人		3,847人				
2	② 特定健診	C		3,946人		3,910人		3,848人		3,700人		3,391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		
	③ 対象者数	D		2,211人		2,170人		1,901人		1,702人		1,655人				
	④ 受診率	E		56.0%		55.5%		49.4%		46.0%		48.8%				
3	① 特定保健指導	F		230人		203人		162人		158人		145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 実施率	G		60.9%		62.6%		63.0%		45.6%		57.2%				
4	① 健診データ	H		369人	16.7%	380人	17.5%	323人	17.0%	292人	17.2%	281人	17.0%	特定健診結果		
	② 糖尿病型	I		111人	30.1%	111人	29.2%	111人	34.4%	119人	40.8%	99人	35.2%			
	③ 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	J		258人	69.9%	269人	70.8%	212人	65.6%	173人	59.2%	182人	64.8%			
	④ 治療中(質問票 服薬あり)	K		100人	38.8%	120人	44.6%	90人	42.5%	82人	47.4%	95人	52.2%			
	⑤ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	L		60人	60.0%	73人	60.8%	56人	62.2%	52人	63.4%	57人	60.0%			
	⑥ 血圧 130/80以上	M		46人	46.0%	58人	48.3%	42人	46.7%	39人	47.6%	52人	54.7%			
	⑦ 肥満 BMI25以上	N		158人	61.2%	149人	55.4%	122人	57.5%	91人	52.6%	87人	47.8%			
	⑧ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	O		250人	67.8%	273人	71.8%	240人	74.3%	225人	77.1%	211人	75.1%			
	⑨ 第1期 尿蛋白(-)	P		62人	16.8%	53人	13.9%	42人	13.0%	37人	12.7%	31人	11.0%			
	⑩ 第2期 尿蛋白(±)	Q		51人	13.8%	46人	12.1%	34人	10.5%	27人	9.2%	34人	12.1%			
	⑪ 第3期 尿蛋白(+)以上	R		2人	0.5%	3人	0.8%	6人	1.9%	2人	0.7%	5人	1.8%			
5	① レセプト	S		169.9人		167.9人		155.2人		159.1人		161.9人		KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	② 糖尿病受療率(被保険者千対)	T		190.1人		186.6人		171.4人		175.2人		182.0人				
	③ (再掲)40-74歳(被保険者千対)	U		3,465件 (825.0)		3,353件 (806.6)		3,164件 (778.0)		3,282件 (849.6)		2,892件 (815.1)		KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
	④ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は糖尿病千対	V		20件 (4.8)		17件 (4.1)		25件 (6.1)		20件 (5.2)		16件 (4.5)				
	⑤ 入院(件数)	W		842人	17.0%	789人	16.8%	715人	15.5%	721人	15.9%	703人	16.2%	KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	⑥ 糖尿病治療中	X		838人	19.0%	786人	18.7%	710人	17.1%	716人	17.5%	700人	18.2%			
	⑦ (再掲)40-74歳	Y		580人	69.2%	528人	67.2%	498人	70.1%	543人	75.8%	518人	74.0%			
	⑧ 健診未受診者	Z		53人	6.3%	46人	5.8%	36人	5.0%	46人	6.4%	45人	6.4%			
	⑨ インスリン治療	AA		53人	6.3%	46人	5.9%	36人	5.1%	46人	6.4%	45人	6.4%			
	⑩ (再掲)40-74歳	AB		128人	15.2%	112人	14.2%	92人	12.9%	125人	17.3%	108人	15.4%			
	⑪ 糖尿病性腎症	AC		127人	15.2%	111人	14.1%	91人	12.8%	124人	17.3%	108人	15.4%			
	⑫ (再掲)40-74歳	AD		13人	1.5%	10人	1.3%	6人	0.8%	8人	1.1%	9人	1.3%			
	⑬ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	AE		13人	1.6%	10人	1.3%	6人	0.8%	8人	1.1%	9人	1.3%			
	⑭ (再掲)40-74歳	AF		4		2		3		3		6				
	⑮ 新規透析患者数	AG		2		0		2		1		4				
	⑯ (再掲)糖尿病性腎症	AH		20人	1.5%	22人	1.7%	19人	1.5%	24人	1.9%	28人	2.0%			
⑰ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	AI															
6	① 医療費	AJ		18億6764万円		19億4123万円		19億1133万円		20億1470万円		18億0882万円			14億4496万円	KDB 健診・医療・介護データか らみえる地域の健康課題
	② 総医療費	AK		10億0931万円		10億4482万円		10億2601万円		10億9944万円		8億7667万円			7億7425万円	
	③ 生活習慣病総医療費	AL		54.0%		53.8%		53.7%		54.6%		48.5%			53.6%	
	④ (総医療費に占める割合)	AM		13,715円		14,437円		14,445円		9,715円		12,205円		7,560円		
	⑤ 生活習慣病 対象者 一人あたり	AN		34,283円		39,203円		41,756円		52,250円		40,196円		37,805円		
	⑥ 健診未受診者	AO		1億1458万円		1億0898万円		1億1487万円		1億1541万円		9898万円		8603万円		
	⑦ 糖尿病医療費	AP		11.4%		10.4%		11.2%		10.5%		11.3%		11.1%		
	⑧ (生活習慣病総医療費に占める割合)	AQ		4億0576万円		3億9290万円		3億8056万円		3億9027万円		3億7009万円				
	⑨ 糖尿病入院外総医療費	AR		40,743円		40,326円		40,974円		41,686円		43,311円				
	⑩ 1件あたり	AS		3億4014万円		3億3948万円		3億3435万円		4億0464万円		2億7917万円				
	⑪ 糖尿病入院総医療費	AT		606,318円		652,849円		642,973円		742,455円		609,546円				
	⑫ 1件あたり	AU		19日		19日		18日		17日		16日				
	⑬ 在院日数	AV		8463万円		7262万円		6309万円		8490万円		7435万円		6202万円		
	⑭ 慢性腎不全医療費	AW		7873万円		6989万円		5990万円		8259万円		6936万円		5785万円		
	⑮ 透析有り	AX		590万円		272万円		319万円		231万円		499万円		418万円		
⑯ 透析なし	AY		26億2642万円		26億3949万円		27億1900万円		27億2590万円		26億9918万円		17億4718万円			
7	① 介護	AZ		5件	35.7%	3件	20.0%	2件	18.2%	2件	22.2%	4件	30.8%			
② 介護給付費 (2号認定者)糖尿病合併症	BA															
8	① 死亡	BB		3人	1.0%	2人	0.6%	1人	0.3%	1人	0.3%	2人	0.6%	564人	1.0%	
		BC												KDB 健診・医療・介護データ からみえる地域の健康課題		

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

令和04年度

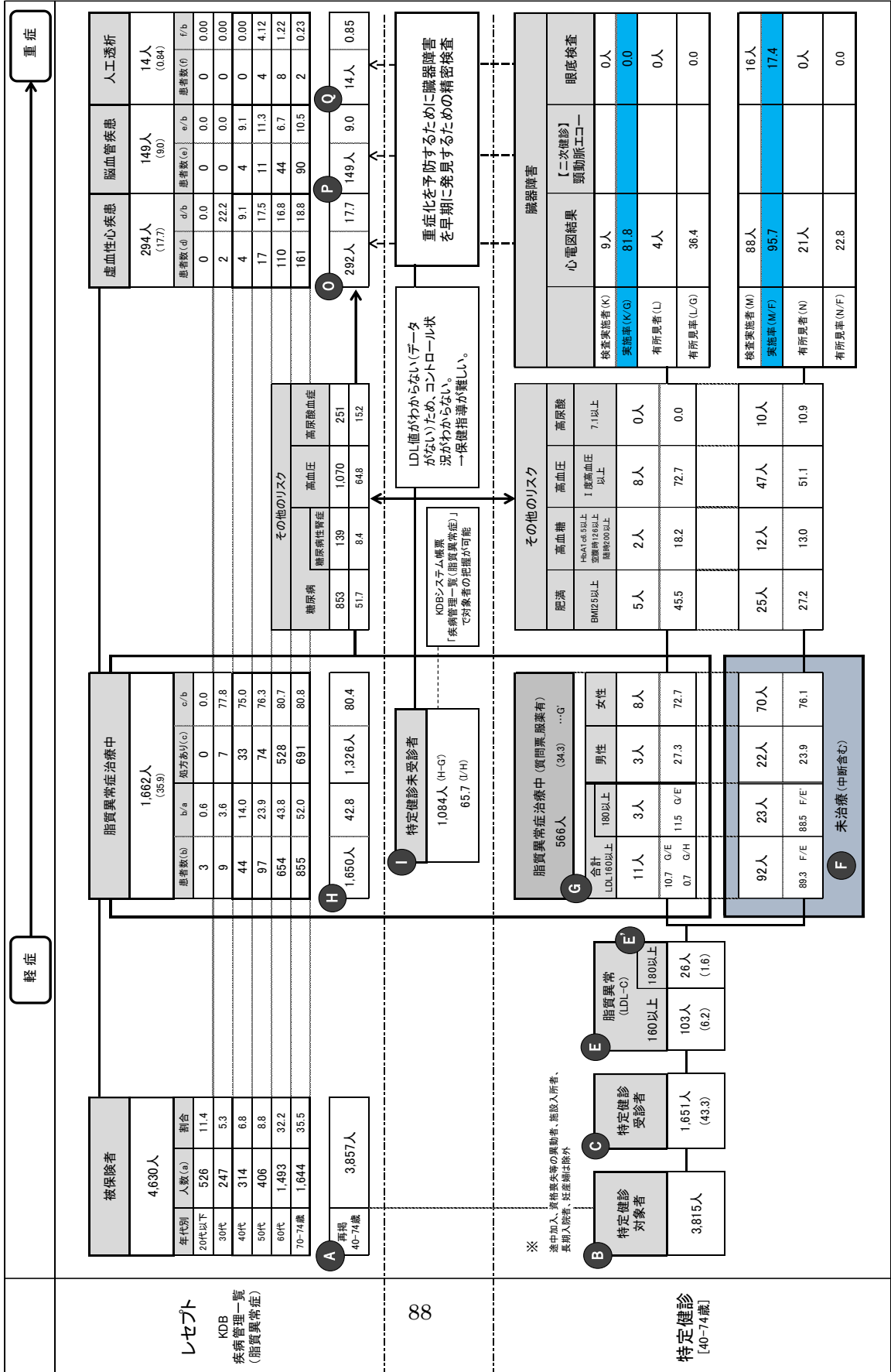
高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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

令和04年度

脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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

参考資料7 HbA1Cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	2,403	532	22.1%	969	40.3%	594	24.7%	179	7.4%	101	4.2%	28	1.2%	80	3.3%	21	0.9%
H30	2,208	648	29.3%	898	40.7%	418	18.9%	143	6.5%	75	3.4%	26	1.2%	54	2.4%	16	0.7%
R01	2,148	556	25.9%	875	40.7%	444	20.7%	146	6.8%	92	4.3%	35	1.6%	65	3.0%	18	0.8%
R02	1,891	546	28.9%	759	40.1%	345	18.2%	136	7.2%	77	4.1%	28	1.5%	58	3.1%	16	0.8%
R03	1,700	522	30.7%	650	38.2%	289	17.0%	135	7.9%	78	4.6%	26	1.5%	65	3.8%	16	0.9%
R04	1,651	456	27.6%	646	39.1%	322	19.5%	119	7.2%	83	5.0%	25	1.5%	60	3.6%	16	1.0%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		12.8%
					308	再掲		12.8%		
						再)7.0以上	未治療		治療	
H29	2,403	532 22.1%	969 40.3%	594 24.7%	308 12.8%	117 38.0%	191 62.0%		5.4%	12.8%
H30	2,208	648 29.3%	898 40.7%	418 18.9%	244 11.1%	86 35.2%	158 64.8%	4.6%	11.1%	
R01	2,148	556 25.9%	875 40.7%	444 20.7%	273 12.7%	89 32.6%	184 67.4%	5.9%	12.7%	
R02	1,891	546 28.9%	759 40.1%	345 18.2%	241 12.7%	91 37.8%	150 62.2%	5.6%	12.7%	
R03	1,700	522 30.7%	650 38.2%	289 17.0%	239 14.1%	102 42.7%	137 57.3%	6.1%	14.1%	
R04	1,651	456 27.6%	646 39.1%	322 19.5%	227 13.7%	88 38.8%	139 61.2%	6.5%	13.7%	

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	287	11.9%	1	0.3%	16	5.6%	79	27.5%	90	31.4%	84	29.3%	17	5.9%	62	21.6%	13	4.5%
	H30	258	11.7%	3	1.2%	18	7.0%	79	30.6%	79	30.6%	63	24.4%	16	6.2%	42	16.3%	9	3.5%
	R01	267	12.4%	3	1.1%	16	6.0%	64	24.0%	82	30.7%	72	27.0%	30	11.2%	54	20.2%	14	5.2%
	R02	211	11.2%	3	1.4%	11	5.2%	47	22.3%	71	33.6%	59	28.0%	20	9.5%	46	21.8%	11	5.2%
	R03	173	10.2%	1	0.6%	12	6.9%	23	13.3%	63	36.4%	53	30.6%	21	12.1%	53	30.6%	14	8.1%
R04	181	11.0%	0	0.0%	5	2.8%	37	20.4%	55	30.4%	64	35.4%	20	11.0%	48	26.5%	13	7.2%	
治療なし	H29	2,116	88.1%	531	25.1%	953	45.0%	515	24.3%	89	4.2%	17	0.8%	11	0.5%	18	0.9%	8	0.4%
	H30	1,950	88.3%	645	33.1%	880	45.1%	339	17.4%	64	3.3%	12	0.6%	10	0.5%	12	0.6%	7	0.4%
	R01	1,881	87.6%	553	29.4%	859	45.7%	380	20.2%	64	3.4%	20	1.1%	5	0.3%	11	0.6%	4	0.2%
	R02	1,680	88.8%	543	32.3%	748	44.5%	298	17.8%	65	3.9%	18	1.1%	8	0.5%	12	0.7%	5	0.3%
	R03	1,527	89.8%	521	34.1%	638	41.8%	266	17.4%	72	4.7%	25	1.6%	5	0.3%	12	0.8%	2	0.1%
R04	1,470	89.0%	456	31.0%	641	43.6%	285	19.4%	64	4.4%	19	1.3%	5	0.3%	12	0.8%	3	0.2%	

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	2,415	541	22.4%	509	21.1%	672	27.8%	567	23.5%	108	4.5%	18	0.7%
H30	2,211	542	24.5%	454	20.5%	599	27.1%	497	22.5%	107	4.8%	12	0.5%
R01	2,170	516	23.8%	462	21.3%	570	26.3%	488	22.5%	113	5.2%	21	1.0%
R02	1,901	390	20.5%	434	22.8%	514	27.0%	434	22.8%	111	5.8%	18	0.9%
R03	1,702	330	19.4%	377	22.2%	437	25.7%	431	25.3%	107	6.3%	20	1.2%
R04	1,651	346	21.0%	368	22.3%	455	27.6%	371	22.5%	98	5.9%	13	0.8%

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

重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I度 高血圧	II度高血圧以上			再掲	割合
					再)II度高血圧	未治療	治療		
H29	2,415	1,050 43.5%	672 27.8%	567 23.5%	126	62	64	5.2%	0.7%
					18	9	9		
H30	2,211	996 45.0%	599 27.1%	497 22.5%	119	64	55	5.4%	0.5%
					12	8	4		
R01	2,170	978 45.1%	570 26.3%	488 22.5%	134	78	56	6.2%	1.0%
					21	13	8		
R02	1,901	824 43.3%	514 27.0%	434 22.8%	129	65	64	6.8%	0.9%
					18	15	3		
R03	1,702	707 41.5%	437 25.7%	431 25.3%	127	65	62	7.5%	1.2%
					20	17	3		
R04	1,651	714 43.2%	455 27.6%	371 22.5%	111	64	47	6.7%	0.8%
					13	13	0		

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	1,111	46.0%	146	13.1%	219	19.7%	343	30.9%	339	30.5%	55	5.0%	9	0.8%
	H30	1,014	45.9%	188	18.5%	181	17.9%	311	30.7%	279	27.5%	51	5.0%	4	0.4%
	R01	1,019	47.0%	161	15.8%	204	20.0%	313	30.7%	285	28.0%	48	4.7%	8	0.8%
	R02	934	49.1%	125	13.4%	192	20.6%	300	32.1%	253	27.1%	61	6.5%	3	0.3%
	R03	795	46.7%	105	13.2%	150	18.9%	246	30.9%	232	29.2%	59	7.4%	3	0.4%
	R04	777	47.1%	124	16.0%	148	19.0%	239	30.8%	219	28.2%	47	6.0%	0	0.0%
治療なし	H29	1,304	54.0%	395	30.3%	290	22.2%	329	25.2%	228	17.5%	53	4.1%	9	0.7%
	H30	1,197	54.1%	354	29.6%	273	22.8%	288	24.1%	218	18.2%	56	4.7%	8	0.7%
	R01	1,151	53.0%	355	30.8%	258	22.4%	257	22.3%	203	17.6%	65	5.6%	13	1.1%
	R02	967	50.9%	265	27.4%	242	25.0%	214	22.1%	181	18.7%	50	5.2%	15	1.6%
	R03	907	53.3%	225	24.8%	227	25.0%	191	21.1%	199	21.9%	48	5.3%	17	1.9%
	R04	874	52.9%	222	25.4%	220	25.2%	216	24.7%	152	17.4%	51	5.8%	13	1.5%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値				
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	2,421	1,422	58.7%	560	23.1%	278	11.5%	111	4.6%	50	2.1%
	H30	2,211	1,238	56.0%	525	23.7%	281	12.7%	110	5.0%	57	2.6%
	R01	2,167	1,183	54.6%	511	23.6%	308	14.2%	125	5.8%	40	1.8%
	R02	1,900	1,099	57.8%	418	22.0%	261	13.7%	87	4.6%	35	1.8%
	R03	1,702	974	57.2%	403	23.7%	208	12.2%	78	4.6%	39	2.3%
男性	H29	1,069	687	64.3%	214	20.0%	106	9.9%	45	4.2%	17	1.6%
	H30	984	610	62.0%	200	20.3%	118	12.0%	38	3.9%	18	1.8%
	R01	972	595	61.2%	216	22.2%	105	10.8%	42	4.3%	14	1.4%
	R02	852	545	64.0%	160	18.8%	104	12.2%	26	3.1%	17	2.0%
	R03	743	475	63.9%	151	20.3%	80	10.8%	25	3.4%	12	1.6%
女性	H29	1,352	735	54.4%	346	25.6%	172	12.7%	66	4.9%	33	2.4%
	H30	1,227	628	51.2%	325	26.5%	163	13.3%	72	5.9%	39	3.2%
	R01	1,195	588	49.2%	295	24.7%	203	17.0%	83	6.9%	26	2.2%
	R02	1,048	554	52.9%	258	24.6%	157	15.0%	61	5.8%	18	1.7%
	R03	959	499	52.0%	252	26.3%	128	13.3%	53	5.5%	27	2.8%
R04	946	504	53.3%	253	26.7%	111	11.7%	62	6.6%	16	1.7%	

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			割合	
					再180以上	再掲	割合		
H29	2,421	1,422 58.7%	560 23.1%	278 11.5%	161	140	21	6.7%	6.7%
					50	42	8		
H30	2,211	1,238 56.0%	525 23.7%	281 12.7%	167	149	18	7.6%	7.6%
					57	52	5		
R01	2,167	1,183 54.6%	511 23.6%	308 14.2%	165	143	22	7.6%	7.6%
					40	34	6		
R02	1,900	1,099 57.8%	418 22.0%	261 13.7%	122	111	11	6.4%	6.4%
					35	30	5		
R03	1,702	974 57.2%	403 23.7%	208 12.2%	117	109	8	6.9%	6.9%
					39	37	2		
R04	1,651	988 59.8%	374 22.7%	186 11.3%	103	92	11	6.2%	6.2%
					26	23	3		

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値					
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	764	31.6%	572	74.9%	127	16.6%	44	5.8%	13	1.7%	8	1.0%
	H30	708	32.0%	522	73.7%	120	16.9%	48	6.8%	13	1.8%	5	0.7%
	R01	719	33.2%	516	71.8%	131	18.2%	50	7.0%	16	2.2%	6	0.8%
	R02	644	33.9%	479	74.4%	113	17.5%	41	6.4%	6	0.9%	5	0.8%
	R03	567	33.3%	427	75.3%	101	17.8%	31	5.5%	6	1.1%	2	0.4%
治療なし	H29	1,657	68.4%	850	51.3%	433	26.1%	234	14.1%	98	5.9%	42	2.5%
	H30	1,503	68.0%	716	47.6%	405	26.9%	233	15.5%	97	6.5%	52	3.5%
	R01	1,448	66.8%	667	46.1%	380	26.2%	258	17.8%	109	7.5%	34	2.3%
	R02	1,256	66.1%	620	49.4%	305	24.3%	220	17.5%	81	6.4%	30	2.4%
	R03	1,135	66.7%	547	48.2%	302	26.6%	177	15.6%	72	6.3%	37	3.3%
R04	1,085	65.7%	556	51.2%	288	26.5%	149	13.7%	69	6.4%	23	2.1%	