

北島町国民健康保険  
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

北島町国民健康保険



# 保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

<b>第 1 章</b>	<b>保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方</b>	<b>1</b>
1.	背景・目的	1
2.	計画の位置付けと基本的な考え方	2
3.	計画期間	8
4.	関係者が果たすべき役割と連携	8
1)	市町村国保の役割	8
2)	関係機関との連携	10
3)	被保険者の役割	10
5.	保険者努力支援制度	10
<b>第 2 章</b>	<b>第 2 期計画の評価と第 3 期計画に向けた課題</b>	<b>12</b>
1.	保険者の特性	12
2.	第 2 期計画の評価と課題	16
1)	第 2 期計画の評価	16
(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	16
(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	20
2)	主な個別事業の評価と課題	24
(1)	重症化予防の取組み	24
(2)	ポピュレーションアプローチ	26
(3)	第 2 期計画目標の達成状況一覧	27
3)	第 2 期データヘルス計画に係る考察	27
3.	第 3 期における健康課題(生活習慣病)の明確化	28
1)	基本的な考え方	28
(1)	医療費分析	30
(2)	健診・医療・介護の一体的分析	31
(3)	健康課題の明確化	33
(4)	優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け	34
2)	目標の設定	35
(1)	成果目標	35
(2)	管理目標の設定	36

### **第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)** 37

1. 第4期特定健康診査等実施計画について	37
2. 目標値の設定	37
3. 対象者の見込み	37
4. 特定健診の実施	37
5. 特定保健指導の実施	40
(1) 健診から保健指導実施の流れ	40
(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法	42
(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	43
6. 個人情報保護	43
7. 結果の報告	43
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	44

### **第4章 課題解決に向けた個別保健事業** 45

I. 保健事業の方向性	45
II. 重症化予防の取組み	45
1. 糖尿病性腎症重症化予防	47
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	56
3. 虚血性心疾患重症化予防	61
4. 脳血管疾患重症化予防	67
III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	73
IV. 発症予防	75
V. ポピュレーションアプローチ	75
VI. 歯科との連携	76

### **第5章 計画の評価・見直し** 77

1. 評価の時期	77
2. 評価方法・体制	77

## **第6章** 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い 78

1. 計画の公表・周知	78
2. 個人情報の取扱い	78

## **参考資料** 79

参考資料1	様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた北島町の位置	80
参考資料2	健診・医療・介護の一体的な分析 (①40～64歳(国保)、②65～74歳(国保)、③65～74歳(後期)、④75歳以上(後期))	82
参考資料3	糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価	86
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	87
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	88
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	89
参考資料7	HbA1cの年次比較	90
参考資料8	血圧の年次比較	91
参考資料9	LDL-Cの年次比較	92

# 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

## 1. 背景・目的

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

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

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組み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期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、「被保険者の健康の保持増進」が最終的な目的であり、その実効性を高めるうえでは、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

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

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

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

本町では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB<sup>※6</sup>)を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険事業等のデータ分析を行い、優先的に取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組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

---

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

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

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

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

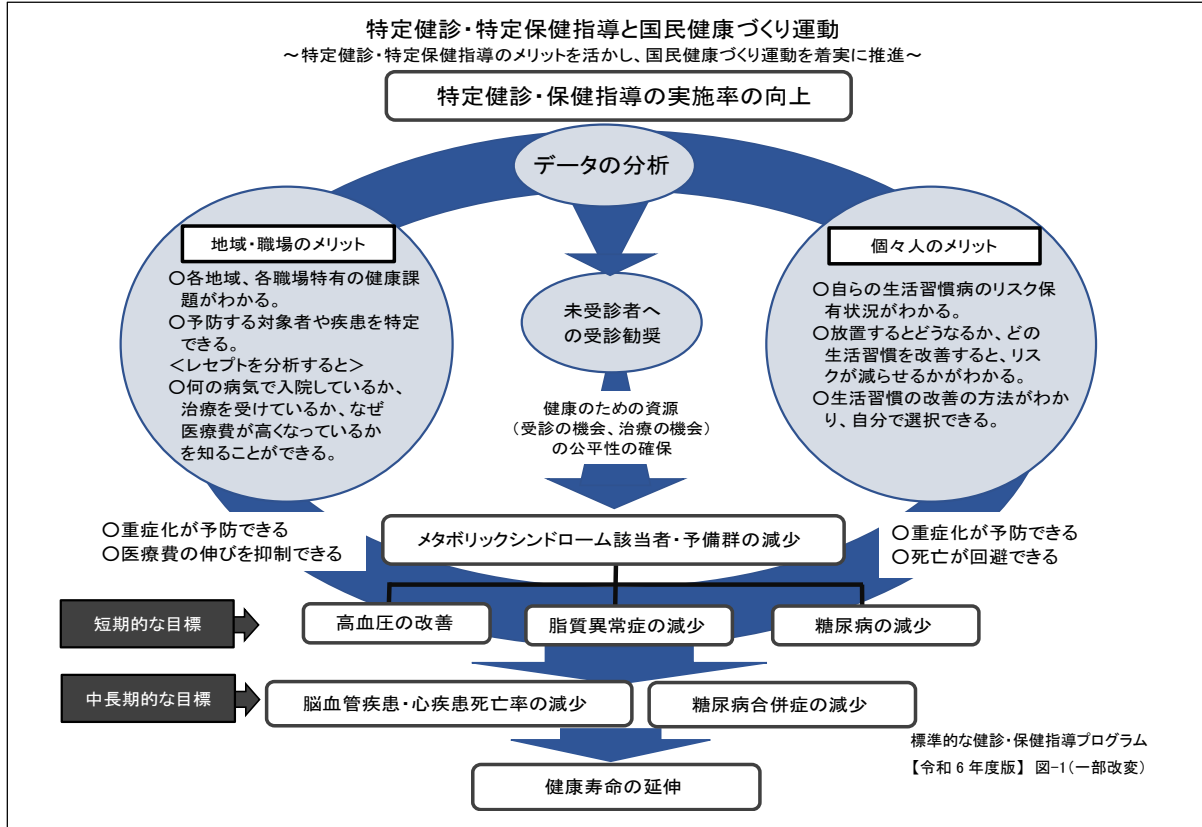
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法		
		健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等実施計画
法律		健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 健康保険法 高確法 第82条 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条
基本的な指針		厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年9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
根拠・期間		法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年
計画策定者		都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務
基本的な考え方		全ての国民が健やかで心豊かに生活できる 持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り 残さない健康づくりの展開とより実効性を持つ 取組の推進を通じて、国民の健康の増進 の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医 療情報を活用LPDCA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。
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(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
対象疾病		メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖 尿 病 糖尿病合併症(糖尿病腎症)  循環器病 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患
評価		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)  「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
補助金等			保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金	



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(続き)

	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	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 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(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	都道府県:義務	市町村:義務、都道府県:義務
基本的な考え方	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	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム  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  が ん  精神疾患	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
評価	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等に起因 した疾病予防・介護予防の推進  (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・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周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクル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	保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

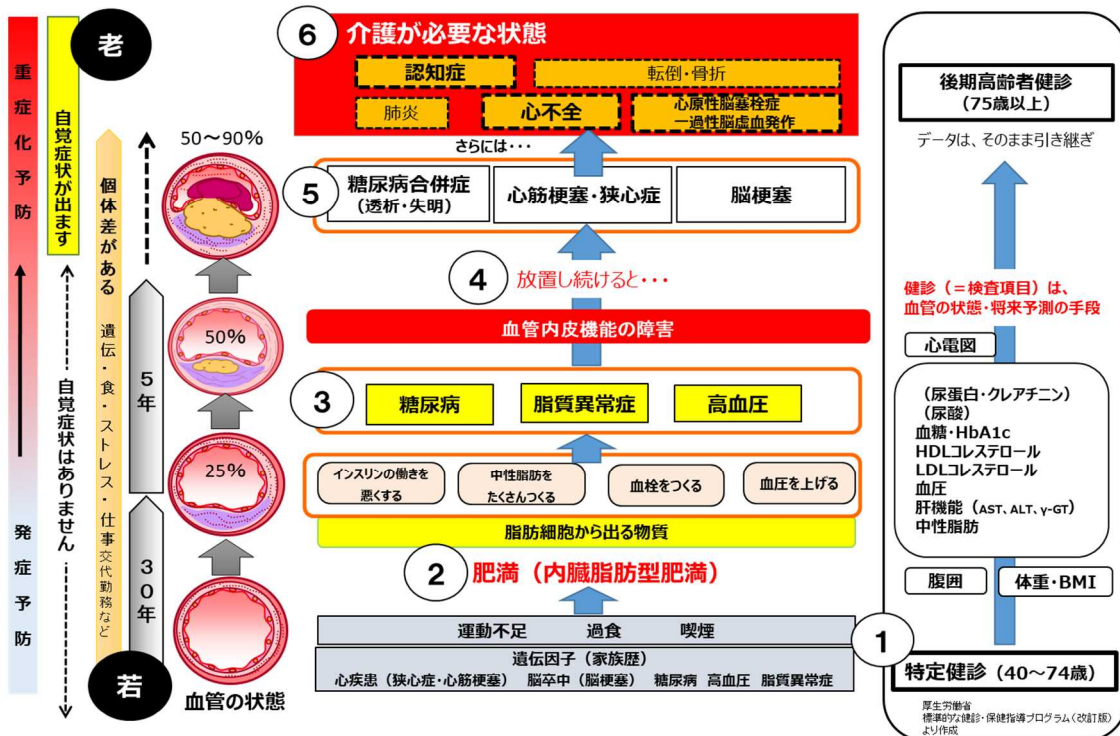
図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



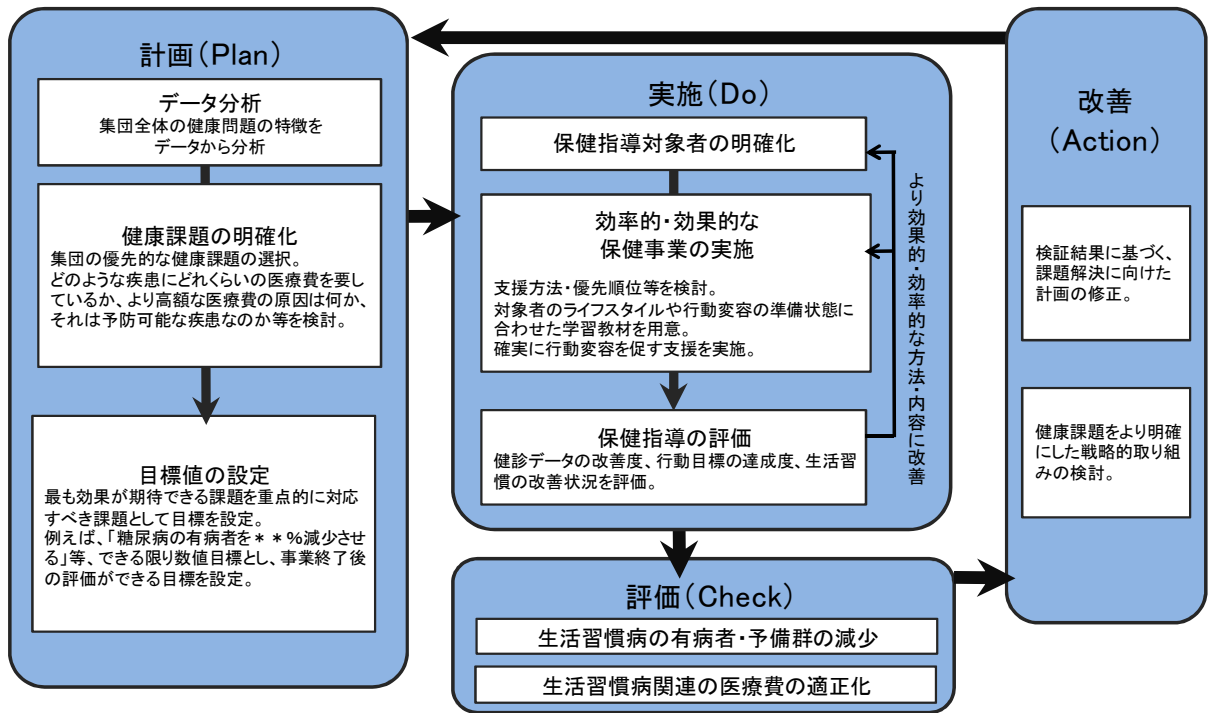
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

【参考資料】「特定健診の意義」住民との共通資料

### 特定健診の意義 ～内臓脂肪を減らすことで、心・脳血管疾患、糖尿病のリスクを抑えることが可能

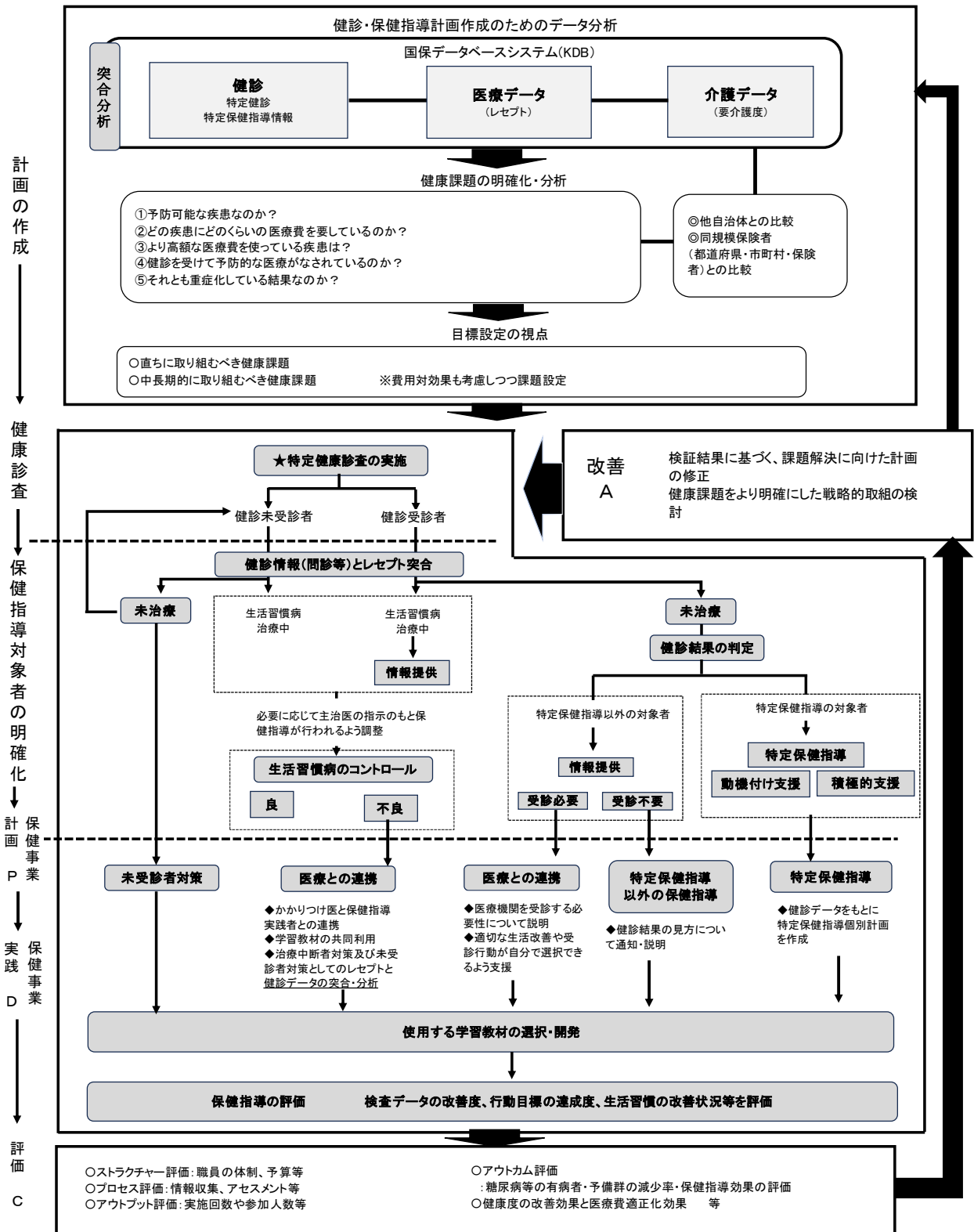


図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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)

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
健診・保健指導の関係	かつての健診・保健指導 健診に付加した保健指導	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;">                     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)                 </div> <div style="font-size: 2em; margin: 10px 0;">➔</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;">                     行動変容を促す手法                 </div>	現在の健診・保健指導
特徴	事業中心の保健指導		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 結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的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が選択し、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	

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。

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1期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

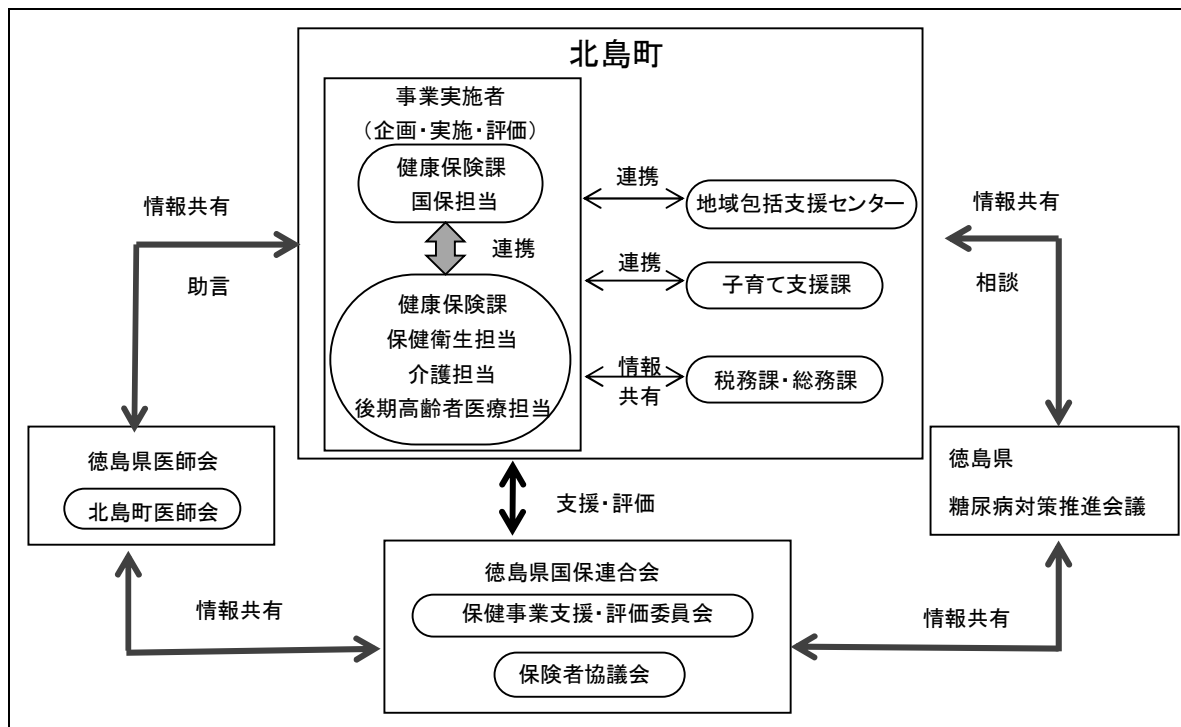
### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進や保健事業の積極的な推進を図るために、保険者である国保部局を中心に、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局と連携しながら、北島町国保の健康課題を分析し、北島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、計画を庁内関係部局や町内の医療機関と共有し、保健事業等の連携を十分に図ることとします。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 北島町の実施体制図



図表 7 保健事業業務と配置人数

<p>健康保険課の保健事業業務</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診、ヤング健診、保健指導</li> <li>・がん等検診</li> <li>・歯科保健</li> <li>・精神保健</li> <li>・予防接種(成人、新型コロナウイルスワクチン)</li> </ul> <p>配置人数</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師 3名</li> <li>・管理栄養士 1名</li> <li>・国保特定健診担当事務 1名</li> </ul>
--

## 2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力します。

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

## 3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、北島町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いきます。

## 5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組み等に対する支援を行うため、保険者の取組み状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に制度が開始されました。

また、令和 2 年度から、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)が開始されました。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、都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

本町の実績は 11 頁となっています。(図表 8) 特定健診受診率、後発医薬品促進に向けて、引き続き関係部署と連携し、取組みをすすめます。

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		H30		R1		R2		R3		R4		R5	
		獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点*	満点	獲得点*	満点
総得点(体制構築加点を除く)		498	790	527	880	634	995	632	1,000	570	960	562	940
獲得割合(%)		63.0%		59.9%		63.7%		63.2%		59.4%		59.8%	
交付額(千円)		5,832		7,992		9,174		9,452		8,470		8,507	
一人当たり交付額(円)		1,924		1,839		2,195		2,271		2,031		2,098	
市町村順位(24市町村中)		4位		14位		9位		11位		16位		11位	
共通①	(1) 特定健診受診率	0	50	0	50	0	70	25	70	10	70	10	70
	(2) 特定保健指導実施率	30	50	25	50	70	70	50	70	70	70	70	70
	(3) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	40	50	20	50	15	50	15	50	15	50	20	50
共通②	(1) がん検診受診率	0	30	0	30	0	40	0	40	5	40	15	40
	(2) 歯科健診実施状況	25	25	25	25	25	30	20	30	18	30	20	35
共通③	重症化予防の取組	100	100	100	100	120	120	90	120	120	120	95	100
固有②	データヘルス計画の取組	40	40	50	50	40	40	40	40	30	30	25	25
共通④	個人への分かりやすい情報提供	25	25	20	20	20	20	20	20	10	15	15	20
	個人のインセンティブ提供	0	70	55	70	75	90	90	90	45	45	45	45
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	0	35	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
共通⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	35	35	35	35	10	10	10	10	5	10	0	10
	(2) 後発医薬品の使用割合	15	40	0	100	0	120	0	120	0	120	0	120
固有①	収納率向上	95	100	45	100	55	100	60	100	85	100	100	100
固有③	医療費通知の取組	25	25	25	25	25	25	25	25	20	25	15	15
固有④	地域包括ケア推進・一体的実施	17	25	15	25	25	25	30	30	20	40	20	40
固有⑤	第三者求償の取組	29	40	35	40	35	40	35	40	17	50	12	50
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	22	50	27	60	69	95	72	95	50	100	60	100
体制構築加点		60	60	40	40	—	—	—	—	—	—	—	—



## 第2章 第2期計画の評価と第3期計画に向けた課題

### 1. 保険者の特性

#### (人口・国保の加入状況)

本町の人口は約2万3千人で、高齢化率は25.8%(令和2年度国勢調査)です。全国と同規模、徳島県と比較すると、65歳以上の高齢者の割合は低く、国保被保険者の平均年齢は56.2歳で、町全体の出生率は9.0、死亡率8.6となっています。産業においては、第3次産業が69.4%と同規模より高く、サービス業にかかわる被保険者の健康実態を分析し、働き方や生活リズム等を把握し、若い年代からの健康課題の明確にすることや取組みを考えていくことが重要となっています。(図表9)

また、国保加入率は17.4%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあり、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が51.5%を占め、H30年と比較して3.3%増加しています。(図表10)

図表9 同規模・県・国と比較した北島町の特性

	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
北島町	22,450	25.8↓	3,910 (17.4)	56.2	9.0↑	8.6↓	0.8↑	2.6	28.0	69.4↑
同規模	--	29.1	20.6	54.2	6.8	10.7	0.7	5.4	28.7	66.0
県	--	34.5	22.4	55.1	6.5	14.3	0.3	8.5	24.1	67.4
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、北島町と同規模保険者(147市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	4,272		4,166		4,165		4,033		3,910	
65～74歳	2,060	48.2	2,050	49.2	2,118	50.9	2,111	52.3	2,014	51.5↑
40～64歳	1,298	30.4	1,252	30.1	1,197	28.7	1,158	28.7	1,140	29.2
39歳以下	914	21.4	864	20.7	850	20.4	764	18.9	756	19.3
加入率	19.2		18.7		18.7		18.1		17.4↓	

出典：KDBシステム\_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

#### (医療の状況)

また本町には2つの病院、22の診療所があり、いずれも同規模と比較しても多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数をみると、同規模と比較して高い傾向にあります。外来・入院患者数とも、H30年度と比較すると増加しており、医療費と結び付けてみていく必要があります。(図表11)

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	3	0.7	3	0.7	3	0.7	2	0.5	2	0.5	0.3	0.7
診療所数	21	4.9	21	5.0	21	5.0	23	5.7	22	5.6	3.1	4.6
病床数	363	85.0	363	87.1	363	87.2	313	77.6	313	80.1	56.1	88.4
医師数	57	13.3	57	13.7	62	14.9	62	15.4	63	16.1	11.1	16.6
外来患者数	743.8		752.3		724.9		750.5		758.2		716.1	737.2
入院患者数	23.8		23.8		22.8		23.4		24.5		19.2	25.0

出典: KDBシステム\_地域の全体像の把握

### (生活習慣の状況)

健康きたじま 21(第 3 次)策定の基礎資料とするために 16 歳以上の町民に行ったアンケート調査での食事や運動習慣の結果は以下のとおりでした。

#### 【好む味の傾向】

##### 【全体】

- 好む味の傾向について、「甘味」が 35.7%で最も多く、次いで「塩味」が 32.7%、「甘辛味」が 18.9%となっています。

##### 【性別】

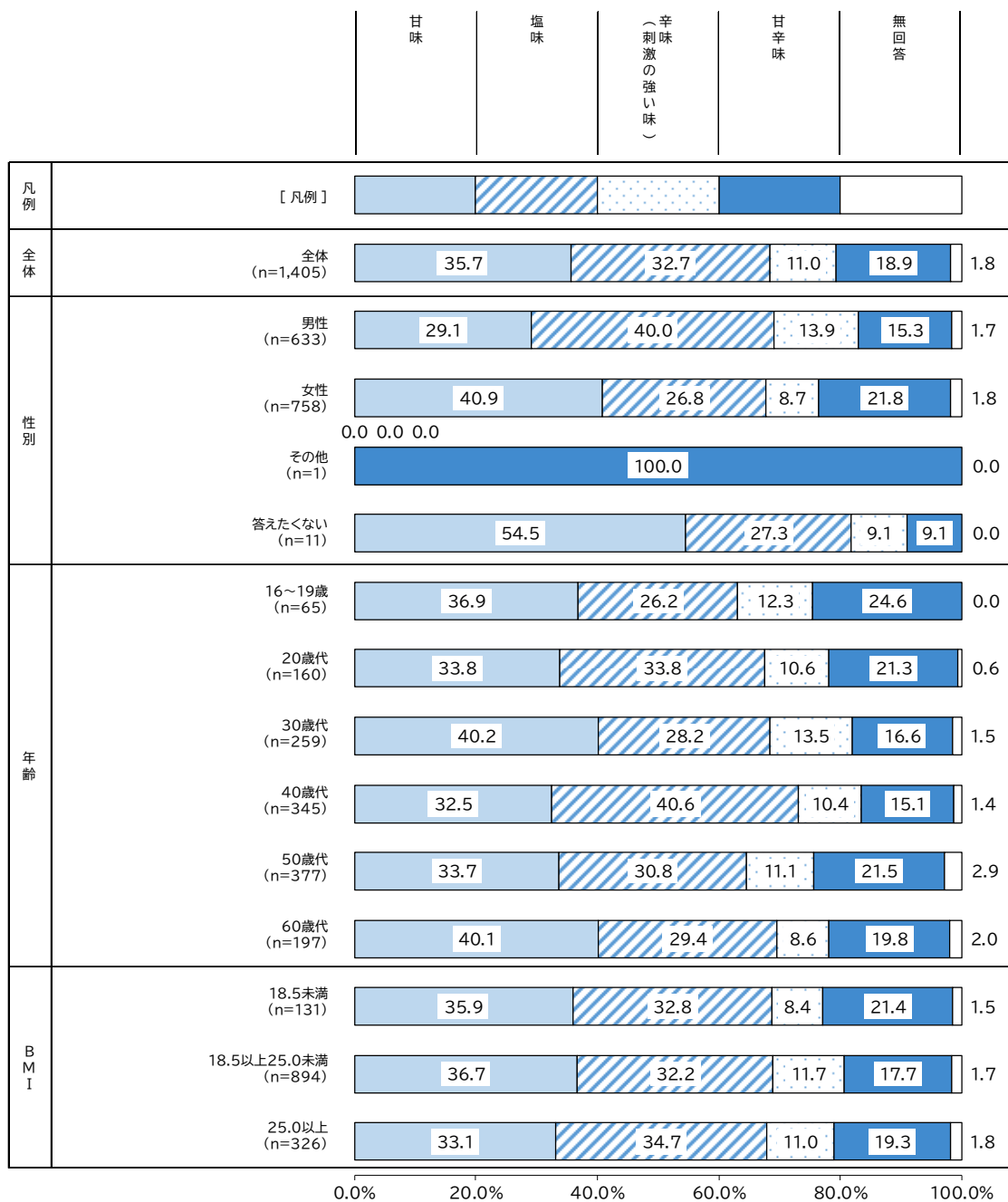
- 男性では、「塩味」が 40.0%で最も多く、次いで「甘味」が 29.1%、「甘辛味」が 15.3%となっています。
- 女性では、「甘味」が 40.9%で最も多く、次いで「塩味」が 26.8%、「甘辛味」が 21.8%となっています。

##### 【年齢】

- 20 歳代では、「甘味」「塩味」が 33.8%で最も多くなっています。
- 40 歳代では、「塩味」が 40.6%で最も多くなっています。
- 「甘味」は 30 歳代が 40.2%、60 歳代が 40.1%と他の区分に比べて多くなっています。
- 「塩味」は 40 歳代が 40.6%と他の区分に比べて多くなっています。

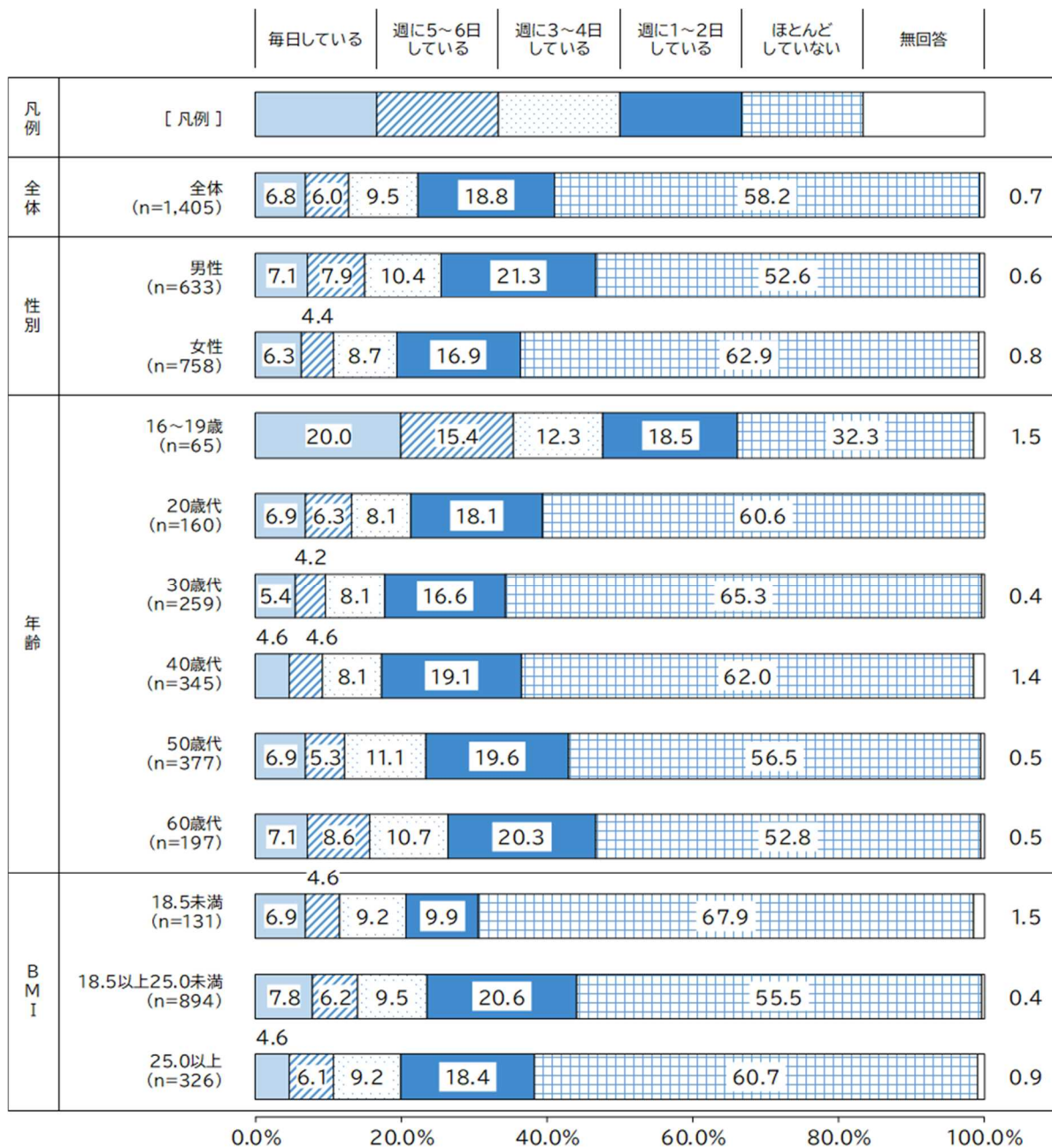
##### 【BMI】

- 25.0 以上では、「塩味」が 34.7%で最も多くなっています。



### 【1日30分以上の運動(ウォーキング、体操、スポーツ等)の実施状況】

- 1日30分以上の運動(ウォーキング、体操、スポーツ等)の実施状況について、「ほとんどしていない」が58.2%で最も多く、次いで「週に1~2日している」が18.8%、「週に3~4日している」が9.5%となっています。「毎日している」「週に5~6日している」「週に3~4日している」「週に1~2日している」を合わせた“運動をしている方”は41.1%となっています。
- 16~19歳では、「毎日している」が20.0%、「週に5~6日している」が15.4%と他の区分に比べて多くなっています。



## 2. 第2期計画の評価と課題

### 1) 第2期計画の評価

第2期計画の評価は、短期的な目標と中長期的な目標の2段階で設定します。

まず、中長期的な目標としては、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)を設定します。

そして、中長期的な目標を達成するために必要な短期的な目標として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を目標疾患として設定しました。(5頁 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35人(認定率0.47%)、1号(65歳以上)被保険者で1,046人(認定率18.0%)と同規模と比較すると高く、H30年度と比べると2号被保険者は増加しています。

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、新規認定者が増えていることから、何の疾患で要介護認定が必要になったのか確認していく必要があります。(図表12)

図表12 要介護認定者(率)の状況

	北島町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	5,385人	24.2%	5,799人	25.8%	29.1%	34.5%	28.7%
2号認定者	16人	0.22%	35人	0.47%	0.35%	0.38%	0.38%
新規認定者	3人		12人		--	--	--
1号認定者	987人	18.3%	1,046人	18.0%	17.0%	20.7%	19.4%
新規認定者	138人		171人		--	--	--
再掲							
65～74歳	110人	3.8%	131人	4.3%	--	--	--
新規認定者	23人		43人		--	--	--
75歳以上	877人	35.4%	915人	33.0%	--	--	--
新規認定者	115人		128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

介護給付費は、4年間で約14億7千万円から15億円に伸びていますが、一人あたり給付費をみると、H30年度より1万3千円ほど減っています。介護保険料をみてみると、県・全国と比較すると保険料は低く、被保険者の負担軽減につながっています。(図表13)

図表 13 介護給付費の変化

	北島町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	14億7209万円	↑15億0787万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	273,368	↓260,022	259,723	320,304	290,668
1件あたり給付費(円)全体	63,688	58,850	63,000	63,005	59,662
住宅サービス	40,930	38,459	41,449	41,316	41,272
施設サービス	298,658	305,157	292,001	297,064	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

(参考 介護保険料)

第5期		第6期		第7期		第8期	
H24-26		H27-29		H30-32		R3-5	
北島町(県内15位)	5,180円	北島町(県内18位)	5,500円	北島町(県内18位)	5,900円	北島町(県内19位)	5,900円
徳島県	5,282円	徳島県	5,681円	徳島県	6,285円	徳島県	6,477円
全 国	4,972円	全 国	5,514円	全 国	5,869円	全 国	6,014円

出典:介護保険事業報告

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代においても、脳卒中(脳出血・脳梗塞)と虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)が上位を占めています。基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の有病状況は、全年齢で 96.7%と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 14)

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計						
年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計						
介護件数(全体)		35		131		915		1,046		1,081				
再)国保・後期		13		92		877		969		982				
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数		疾病	件数		疾病	件数				
				割合			割合			割合				
	循環器疾患	1	脳卒中	5	38.5%	脳卒中	30	32.6%	虚血性心疾患	511	58.3%	虚血性心疾患	540	55.7%
		2	虚血性心疾患	3	23.1%	虚血性心疾患	29	31.5%	脳卒中	377	43.0%	脳卒中	407	42.0%
		3	腎不全	3	23.1%	腎不全	16	17.4%	腎不全	189	21.6%	腎不全	205	21.2%
		4	糖尿病合併症	3	23.1%	糖尿病合併症	14	15.2%	糖尿病合併症	104	11.9%	糖尿病合併症	118	12.2%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			9	69.2%	基礎疾患	85	92.4%	基礎疾患	856	97.6%	基礎疾患	941	97.1%
	血管疾患合計			10	76.9%	合計	87	94.6%	合計	863	98.4%	合計	950	98.0%
	認知症		認知症	1	7.7%	認知症	18	19.6%	認知症	398	45.4%	認知症	416	42.9%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	10	76.9%	筋骨格系	86	93.5%	筋骨格系	852	97.1%	筋骨格系	938	96.8%

## ② 医療費の状況

本町のR4年度の総医療費、一人あたり医療費はともに増加しており、一人あたり医療費は同規模保険者と比べて約2万円高い状況です。

また入院医療費のレセプト件数は、全体のわずか3%程度にも関わらず、医療費では全体の約46%を占めており、1件あたりの入院医療費もH30年度と比較しても5万円も高くなっています。(図表15) またR3年度の地域差指数(年齢調整後)でも、国保の入院の地域差指数が全国平均の1を超えています。(図表16)

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、重症化を意味する入院を抑制するためには、予防可能な生活習慣病、特に基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症のコントロール管理が重要であり、引き続き、本町は医療費適正化に向けた重症化予防の取組みに力を入れる必要があります。

図表15 医療費の推移

	北島町		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)	4,272人	3,910人	--	--	--
前期高齢者割合	2,060人 (48.2%)	2,014人 (51.5%)	--	--	--
総医療費	14億9106万円	14億9549万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)	349,030	382,479	361,243	389,015	339,680
		県内19位 同規模55位		県内21位 同規模40位	
入院	1件あたり費用額(円)	536,140	↑ 587,870	613,590	617,950
	費用の割合	44.6	46.3	40.4	39.6
	件数の割合	3.1	3.1	2.6	2.5
外来	1件あたり費用額	21,330	22,030	24,230	24,220
	費用の割合	55.4	53.7	59.6	60.4
	件数の割合	96.9	96.9	97.4	97.5
受診率	767.628	782.613	735.303	762.201	705.439

※同規模順位は北島町と同規模保険者147市町村の平均値を表す

図表16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	北島町 (県内市町村中)		県 (47県中)	北島町 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度	
地域差指数・順位	全体	1.014	0.995	1.089	1.101	1.053	1.087
		(18位)	(21位)	(11位)	(7位)	(12位)	(12位)
	入院	1.086	1.120	1.248	1.124	1.029	1.175
		(21位)	(17位)	(9位)	(12位)	(17位)	(11位)
	外来	0.956	0.902	0.978	1.076	1.072	0.997
		(17位)	(18位)	(32位)	(1位)	(2位)	(15位)

出典: 地域差分析(厚労省)

### ③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30年度と比較すると増加しており、中でも腎不全が増加しています。心疾患はH30年度と比較すると減っていますが、同規模、県よりも高くなっています。(図表17)

図表17 中長期目標疾患の医療費の推移

			北島町		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)			14億9106万円	14億9549万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億0645万円	1億1295万円	--	--	--
			7.14%	→ 7.55% ↑	8.08%	5.92%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.55%	↓ 1.42%	2.01%	1.44%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.62%	↓ 2.14%	1.52%	1.80%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	2.78%	→ 3.61% ↑	4.24%	2.34%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.19%	→ 0.38% ↑	0.31%	0.34%	0.29%
その他の	悪性新生物		18.19%	↓ 17.89%	16.85%	16.11%	16.69%
	筋・骨疾患		9.37%	↓ 9.01%	8.78%	8.54%	8.68%
	精神疾患		9.49%	↓ 9.49%	7.71%	11.18%	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。

次に、患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況をH30年度と比較してみると、脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)が、患者数及び割合と減少していますが、虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)・人工透析の割合については、ほぼ横ばいでした。(図表18)

図表18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
					H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	4,272	3,910	a	331	↓ 294	374	348	15	16	
	a/A				7.7%	7.5%	8.8%	8.9%	0.4%	0.4%	
40歳以上	B	3,358	3,154	b	328	293	371	341	15	16	
	B/A	78.6%	80.7%	b/B	9.8%	9.3%	11.0%	10.8%	0.4%	0.5%	
再掲	40~64歳	D	1,298	1,140	d	59	52	95	64	13	12
		D/A	30.4%	29.2%	d/D	4.5%	4.6%	7.3%	5.6%	1.0%	1.1%
	65~74歳	C	2,060	2,014	c	269	241	276	277	2	4
		C/A	48.2%	51.5%	c/C	13.1%	12.0%	13.4%	13.8%	0.1%	0.2%

出典：KDBシステム\_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)

地域の全体像の把握

介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)



虚血性心疾患は発症時の急性期のみならず、再発や介護、死亡の問題もあり、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる肥満、糖尿病、高血圧症等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

## (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・虚血性心疾患の割合は減っていますが、人工透析の割合は増えています。今後も特定健診の結果から、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行えるよう支援していく必要があると考えます。(図表 19～21)

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	1,452	1,384	339	284	1,113	1,100	
	A/被保数	43.2%	43.9%	26.1%	24.9%	54.0%	54.6%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	153	131	31	24	122	107
		B/A	10.5%	9.5%	9.1%	8.5%	11.0%	9.7%
	虚血性心疾患	C	279	259	65	44	214	215
		C/A	19.2%	18.7%	19.2%	15.5%	19.2%	19.5%
	人工透析	D	13	16	11	12	2	4
		D/A	0.9%	1.2%	3.2%	4.2%	0.2%	0.4%

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

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		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	899	909	216	225	683	684	
	A/被保数	26.8%	28.8%	16.6%	19.7%	33.2%	34.0%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	93	83	20	13	73	70
		B/A	10.3%	9.1%	9.3%	5.8%	10.7%	10.2%
	虚血性心疾患	C	205	203	49	36	156	167
		C/A	22.8%	22.3%	22.7%	16.0%	22.8%	24.4%
	人工透析	D	10	11	10	9	0	2
		D/A	1.1%	1.2%	4.6%	4.0%	0.0%	0.3%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	158	168	36	43	122	125
		E/A	17.6%	18.5%	16.7%	19.1%	17.9%	18.3%
	糖尿病性網膜症	F	63	67	20	18	43	49
		F/A	7.0%	7.4%	9.3%	8.0%	6.3%	7.2%
	糖尿病性神経障害	G	27	29	8	11	19	18
		G/A	3.0%	3.2%	3.7%	4.9%	2.8%	2.6%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	1,332	1,314	316	300	1,016	1,014	
	A/被保数	39.7%	41.7%	24.3%	26.3%	49.3%	50.3%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	119	110	26	20	93	90
		B/A	8.9%	8.4%	8.2%	6.7%	9.2%	8.9%
	虚血性心疾患	C	269	247	57	43	212	204
		C/A	20.2%	18.8%	18.0%	14.3%	20.9%	20.1%
	人工透析	D	5	7	5	4	0	3
		D/A	0.4%	0.5%	1.6%	1.3%	0.0%	0.3%

出典:KDBシステム。疾病管理一覧(脂質異常症)  
地域の全体像の把握  
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(収縮期 160-179/拡張期 100-109)以上と、HbA1c7.0 以上の対象者をH30年度とR03年度で比較してみたところ、ともに有所見者・未治療の割合が上がっています。

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、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、未治療者、治療中断対象者が減少するよう、健診結果とレセプトの確認を行い、適切な治療が継続できるよう努める必要があります。(図表 22)

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 Ⅱ度以上高血圧の推移								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	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療		治療中断	
													未治療 (内服なし)	未治療 (内服なし)	G	G/E
北島町	1,095	35.6	1,167	39.5	54	4.9	21	38.9	77	6.6	37	48.1	24	31.2	5	6.5
徳島県	42,065	36.3	42,883	38.9	2,428	5.8	1,356	55.8	2,524	5.9	1,381	54.7	852	33.8	116	4.6

	HbA1c 実施率				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	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	未治療		治療中断	
													未治療 (内服なし)	未治療 (内服なし)	M	M/K
北島町	1,095	100.0	1,166	99.9	39	3.6	13	33.3	48	4.1	23	47.9	2	4.2	4	8.3
徳島県	42,017	99.9	42,834	99.9	1,749	4.2	543	31.0	1,946	4.5	574	29.5	108	5.5	44	2.3

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者  
②中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

### 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、H30 年度と R4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの予備群の対象者数・割合は減少していますが、該当者は増加しています。(図表 23)

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	予備群	
			3項目	2項目
H30年度	1,095 (35.6%)	226 (20.6%)	80 (7.3%)	146 (13.3%)
R04年度	1,118 (39.2%)	237 (21.2%)	79 (7.1%)	158 (14.1%)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL コレステロール 160 以上の有所見割合を見ると、LDL-コレステロール 160 以上の割合は減少していますが、HbA1c6.5 以上は微増、Ⅱ度高血圧以上は 1.7 ポイント増加しています。しかし、R3 年と R4 年の改善率をみると、HbA1c 6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上は増加していますが、LDL コレステロール 160 以上は 10 ポイント減少しており、健診未受診者の割合が増加して結果の把握ができていないことが、改善率に影響していることも考えられます。(図表 24~26)

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

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	88 (8.0%)	19 (21.6%)	22 (25.0%)	12 (13.6%)	35 (39.8%)
R03→R04	96 (8.2%)	25 (26.0%)	27 (28.1%)	11 (11.5%)	33 (34.4%)

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	54 (4.9%)	23 (42.6%)	12 (22.2%)	1 (1.9%)	18 (33.3%)
R03→R04	77 (6.6%)	33 (42.9%)	17 (22.1%)	2 (2.6%)	25 (32.5%)

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	119 (10.9%)	58 (48.7%)	33 (27.7%)	3 (2.5%)	25 (21.0%)
R03→R04	108 (9.3%)	41 (38.0%)	23 (21.3%)	7 (6.5%)	37 (34.3%)

#### ④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は年々上昇しておりますが、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)

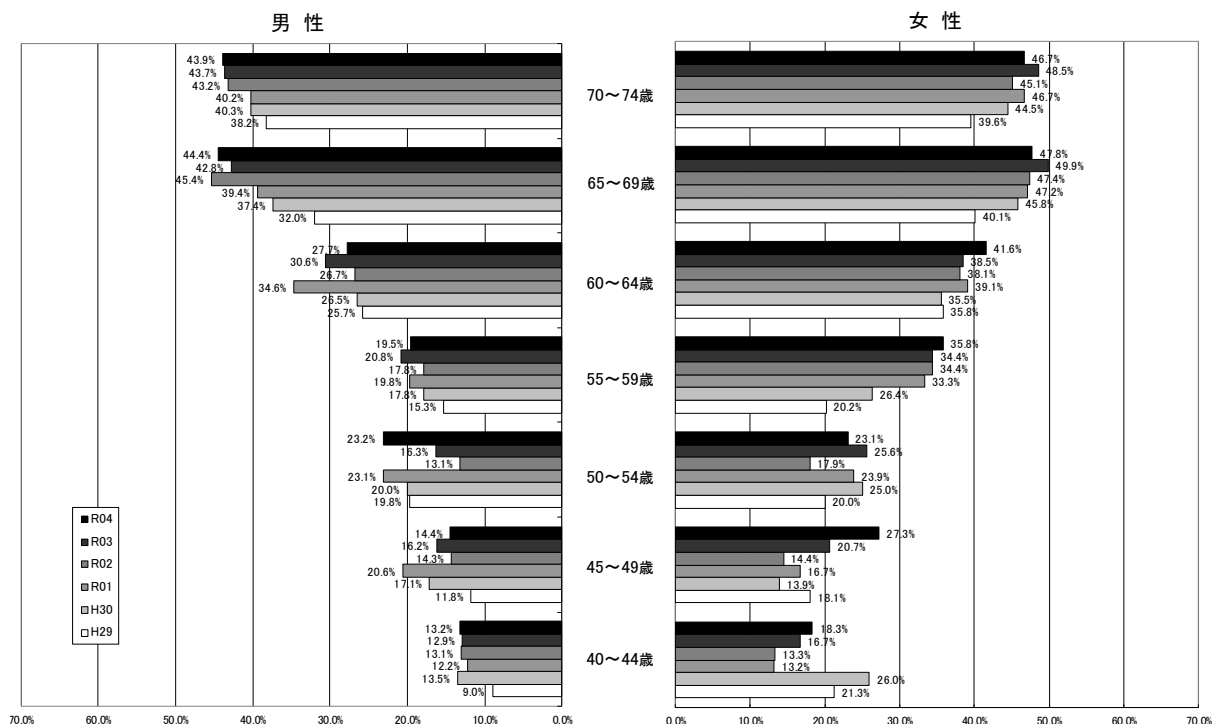
また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満の若年者向けの健診(ヤング健診)も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率の中で40代・50代の受診率をみると低い状況が続いています。(図表 28)

特定保健指導についても、R2年度以降、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 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,095	1,131	1,132	1,167	1,118	健診受診率 60%
	受診率	35.6%	37.6%	37.6%	39.5%	39.2%	
特定保健指導	該当者数	144	143	123	110	107	特定保健指導実施率 60%
	割合	13.2%	12.6%	10.9%	9.4%	9.6%	
	実施者数	100	117	87	74	76	
	実施率	69.4%	81.8%	70.7%	67.3%	71.0%	

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



図表 23~28 出典: 特定健診受診率(法定報告分)

## 2) 主な個別事業の評価と課題

### (1) 重症化予防の取組み

#### ① 糖尿病性腎症重症化予防

本町では糖尿病性腎症重症化予防として、血糖値有所見者(HbA1c6.5 以上)への保健指導を実施してきました。検査結果をみてみると、血糖値有所見者割合は減少しており、HbA1c8.0 以上の割合や未治療・中断の割合も減少傾向にあります。受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行います。

また、R2 年度より特定健診二次検診として、HbA1c6.5 以上かつ eGFR59 以下かつ尿蛋白(±)または(-)の者への尿中アルブミン定量検査と1日推定塩分摂取量測定を開始しました。自分の腎臓に目を向けてもらうきっかけにさせていただけるよう、今後も二次検診の受診勧奨と保健指導を実施していきます。

表 1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人 (a)	1,095	1,131	1,132	1,167	1,118
血糖値有所見者 ※1	人 (b)	88	103	99	96	86
	(b/a)	8.0%	9.1%	8.7%	8.2%	7.7%
保健指導実施者※2	人 (c)	70	84	47	16	29
	(c/b)	79.5%	81.6%	47.5%	16.7%	33.7%

※1 HbA1c6.5%以上のもの

※2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

表 2 HbA1c8.0 以上の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人 (a)	88	103	99	96	86
HbA1c 8.0以上	人 (b)	13	10	7	12	7
	(b/a)	14.8%	9.7%	7.1%	12.5%	8.1%
保健指導実施者 ※2	人 (c)	11	10	2	3	3
	(c/b)	84.6%	100.0%	28.6%	25.0%	42.9%
未治療者 ※3	人 (d)	6	3	2	7	2
	(d/b)	46.2%	30.0%	28.6%	58.3%	28.6%

※3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

表 3 令和 4 年度 二次検診(尿中アルブミン定量検査)の結果

糖尿病腎症病期分類とCKD重症度分類との関係

アルブミン尿区分		A1	A2	A3
尿アルブミン定量		正常アルブミン尿	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		3.0未満	3.0~29.9	30.0以上
(尿蛋白/Cr比) (g/gCr)				(0.50以上)
GFR区分 (ml/分 /1.73m <sup>2</sup> )	G1	≥ 90		
	G2	60~89		
	G3a	45~59	8名	2名
	G3b	30~44		
	G4	15~29	第4期 (腎不全期)	
	G5	< 15		
透析療法中		腎症第5期 (透析療法期)		

## ②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患の重症化予防を目的として、令和2年度から特定健診での心電図検査はほぼ全数実施できています。

有所見者も3割以上おり、自分の心電図所見の理解を促す他、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。

表4 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人)	a	1,140	476	664	1,186	498	688	1,193	509	684	1,229	509	720	1,211	499	712
心電図実施者(人)	b	208	83	125	225	93	132	1,167	492	675	1,218	503	715	1,198	488	710
心電図実施率	b/a	18.2%	17.4%	18.8%	19.0%	18.7%	19.2%	97.8%	96.7%	98.7%	99.1%	98.8%	99.3%	98.9%	97.8%	99.7%
有所見者(人)	c	72	32	40	83	36	47	390	191	199	435	185	250	463	204	259
	c/b	34.6%	38.6%	32.0%	36.9%	38.7%	35.6%	33.4%	38.8%	29.5%	35.7%	36.8%	35.0%	38.6%	41.8%	36.5%
心房細動(人)	d	3	3	0	2	1	1	6	5	1	11	9	2	12	10	2
心房細動有所見率	d/b	1.4%	3.6%	0.0%	0.9%	1.1%	0.8%	0.5%	1.0%	0.1%	0.9%	1.8%	0.3%	1.0%	2.0%	0.3%

北島町調べ

表5 心電図受診者のうち、ST所見の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者		208		225		1,167		1,218		1,198	
ST異常所見あり		28	13.5%	28	12.4%	28	2.4%	28	2.3%	28	2.3%
	医療機関受診あり	1	3.6%	1	3.6%	1	3.6%	1	3.6%	1	3.6%
	医療機関受診なし	27	96.4%	27	96.4%	27	96.4%	27	96.4%	27	96.4%

北島町調べ

表6 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者		3		2		6		11		12	
心房細動未治療者		2	66.7%	2	100.0%	2	33.3%	4	36.4%	4	33.3%

北島町調べ

## ③脳血管疾患重症化予防対策

高血圧は、脳・心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。令和4年度において、高血圧Ⅱ度以上の者の割合は約5%で、約3割が未治療でした。

また、表8は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を行っていきます。高値血圧の者においても、家庭での血圧測定を勧め、血圧手帳の活用を促していきます。

表 7 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

R04年度

特定健診			血圧							
対象者	受診者	受診率	Ⅱ度以上		未治療		治療中断		不定期受診	
			D	D/B	E	E/D	F	F/D	G	G/D
2,849	1,118	39.2	54	4.8	17	31.5	3	5.6	6	11.1

- ①未治療…12ヶ月間、全く高血圧のレセプトがない
- ②中断…高血圧(HbA1cの場合は糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない。
- ③不定期受診…②以外で直近半年の受診が3回以下(ただし、治療開始と考えられる者を除く)

表 8 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	322	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
			167 51.9%	125 38.8%	23 7.1%	7 2.2%
リスク第1層 予後影響因子がない	22 6.8%		C 14 8.4%	B 7 5.6%	B 1 4.3%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	159 49.4%		C 81 48.5%	B 67 53.6%	A 10 43.5%	A 1 14.3%
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	141 43.8%		B 72 43.1%	A 51 40.8%	A 12 52.2%	A 6 85.7%

…高リスク

…中等リスク

…低リスク

区分	該当者数
A	80 24.8%
B	147 45.7%
C	95 29.5%

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

(2)ポピュレーションアプローチ

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

北島町においては、地区組織活動に出向き高血圧等の出前講座を行ったり、町内小中学校でも生活習慣病予防教室を行ったりしました。また、健診や尿検査、高血圧等について広報を行い、広く普及啓発を行いました。引き続き、生涯を通じた健康づくりの取組みを行っていき、今後も一人ひとりの町民が自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

### (3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法		
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5			
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ年度)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.56%	1.05%	1.42%	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	2.63%	2.03%	2.14%			
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	2.79%	4.26%	3.61%			
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	20.4%	20.7%	19.2%			
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	50.0%	40.0%	66.7%			
	短期目標	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	32.9%	35.3%	32.0%	法定報告値		
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	4.9%	7.3%	4.8%			
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	10.9%	8.7%	8.2%			
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	8.0%	8.7%	7.7%			
		健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少	0.6%	0.2%	0.2%			
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	33.3%	40.0%	50.0%			
		糖尿病の保健指導を実施した割合	80.6%	56.3%	26.7%	北島町健康保険課		
		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	35.6%	37.6%	39.2%	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	69.4%	70.7%	71.0%			
		特定保健指導対象者の割合の減少	13.2%	10.9%	9.6%			
		努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	8.0%	8.7%	7.4%	地域保健事業報告 <small>(R04年度データがないため、R03年度を記載)</small>
				肺がん検診受診者の増加	6.0%	6.1%	6.1%	
				大腸がん検診受診者の増加	8.1%	8.8%	8.3%	
子宮がん検診受診者の増加	13.7%			14.8%	16.8%			
乳がん検診受診者の増加	16.3%			14.9%	15.8%			
5つのがん検診の平均受診率の増加	10.4%			10.7%	10.9%			
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 80%以上		69.5%	74.9%	74.7%	厚生労働省		

### 3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期データヘルス計画での保健事業では、法定の特定保健指導の他、高血糖者を中心とした保健指導や高血圧に関するポピュレーションアプローチ等を行いました。健診結果からメタボリックシンドローム該当者やⅡ度高血圧以上、HbA1c7.0以上の者が増加しており、レセプトでも依然として虚血性心疾患患者の割合が高い他、40～64歳の人工透析の患者も横ばいです。

現在までに行っている保健事業の他、まずは健診受診に繋がる内容や生活習慣病に関する広報を行い、普及啓発を行う必要があります。また、特に若い世代の発症・重症化予防のための保健指導や、メタボリックシンドロームを中心とした保健指導を行う必要もあると考えます。

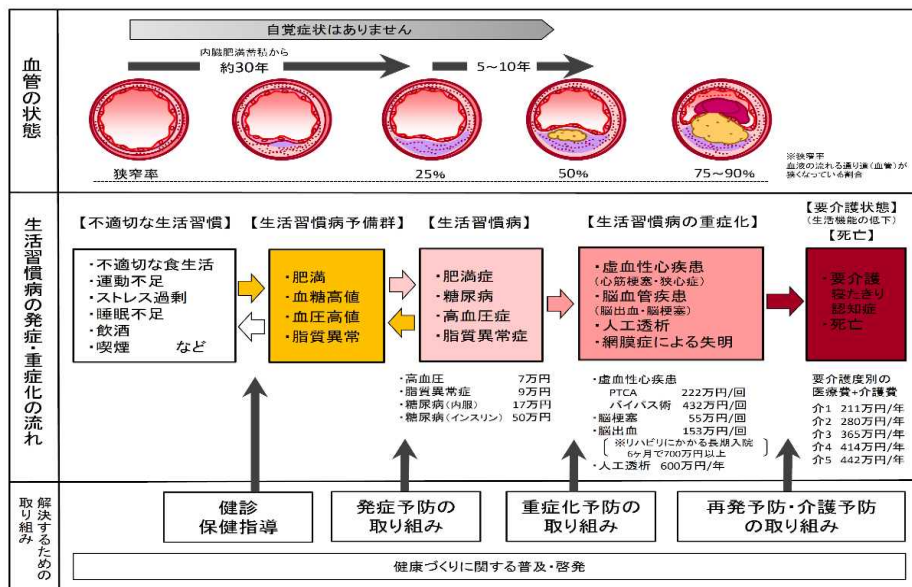


### 3. 第3期における健康課題(生活習慣病)の明確化

#### 1) 基本的な考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



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します。

保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により町の支援担当者や事業内容等が引き継がれていないという課題があります。

町国保の被保険者の年代をみても65歳以上の前期高齢者の割合が高く、医療費も前期高齢者に係る医療費割合が過半数を占めており、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っているケースも多いため、市町村国保及び広域連合は、図表31に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、連携に努めることが重要です。健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

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



## (1) 医療費分析

R4 年度医療費総費用額をみると、国保は 15 億円で、後期は 26.2 億円で約 1.8 倍となり、被保険者一人あたり医療費も後期では 2.2 倍高い状況です。(図表 32)

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
被保険者数	4,272人	4,166人	4,165人	4,033人	3,910人	3,108人	
総件数及び総費用額	件数	39,975件	39,114件	37,277件	38,307件	37,657件	48,766件
	費用額	14億9106万円	14億2505万円	13億9389万円	14億6539万円	14億9549万円	26億2174万円
一人あたり医療費	34.9万円	34.2万円	33.5万円	36.3万円	38.2万円	84.4万円	

出典：KDB システムデータ

北島町はこれまで、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、短期目標疾患の糖尿病だけでなく、脂質異常症の総医療費に占める割合も、県・同規模と比較しても高く、今後も発症・重症化予防に向けた保健指導への取組みを強化していくとともに、治療者も特定健診を受診していただき、検査値のコントロールやその他のリスクについて経年的に管理していく必要があります。

また、生活習慣病疾患の医療費割合を国保と後期でみてみると、後期の透析患者の慢性腎不全が国保の 1.6 倍、脳梗塞・脳出血が 1.2 倍に加え、後期の筋・骨疾患が 1.9 倍になっており、国保からの健康管理・重症化予防の取組みで、後期医療費の負担を減らしていくことが重要です。(図表 33)

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費(月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	北島町	14億9549万円	31,080	3.61%	0.38%	1.42%	2.14%	5.91%	2.90%	2.43%	2億8098万円	18.79%	17.89%	9.49%	9.01%
	同規模	--	29,136	4.24%	0.31%	2.01%	1.52%	5.81%	3.22%	2.20%	--	19.31%	16.85%	7.71%	8.78%
	県	--	31,476	2.34%	0.34%	1.44%	1.80%	5.73%	3.16%	1.98%	--	16.79%	16.11%	11.18%	8.54%
	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	北島町	26億2174万円	71,709	5.83%	0.40%	1.72%	2.08%	4.64%	2.30%	1.92%	4億9508万円	18.88%	9.84%	2.74%	17.38%
	同規模	--	69,832	4.97%	0.47%	3.89%	1.64%	4.23%	2.97%	1.41%	--	19.59%	11.10%	3.50%	12.38%
	県	--	79,523	5.87%	0.55%	3.29%	1.95%	3.81%	2.75%	1.18%	--	19.40%	9.32%	3.86%	14.41%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

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

80 万円以上の高額レセプトは、国保では毎年 200 件以上のレセプトが発生しており、後期高齢になると、約 2 倍に増えることがわかります。(図表 34)

図表 34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A 135人	127人	128人	123人	157人	306人
	件数	B 251件 B/総件数 0.63%	211件 0.54%	227件 0.61%	214件 0.56%	291件 0.77%	584件 1.20%
	費用額	C 3億4298万円 C/総費用 23.0%	2億8023万円 19.7%	2億9065万円 20.9%	3億1979万円 21.8%	3億7903万円 25.3%	7億2491万円 27.7%

高額における疾病をみてみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、R2年の1,468万円を最高に、R4年は約1,300万円となっています。しかし、後期高齢になると費用額は国保の1.8倍となっており、脳血管疾患は、医療費のみならず介護を要するケースも多いため、長期にわたり医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳梗塞や脳出血を発症させないために高血圧の重症化予防に力を入れる必要があります。(図表 35)

また、虚血性心疾患で高額になったレセプトでは、R4年に費用額が2,030万円と最高になっており、虚血性心疾患発症予防にも力を入れる必要があります。(図表 36)

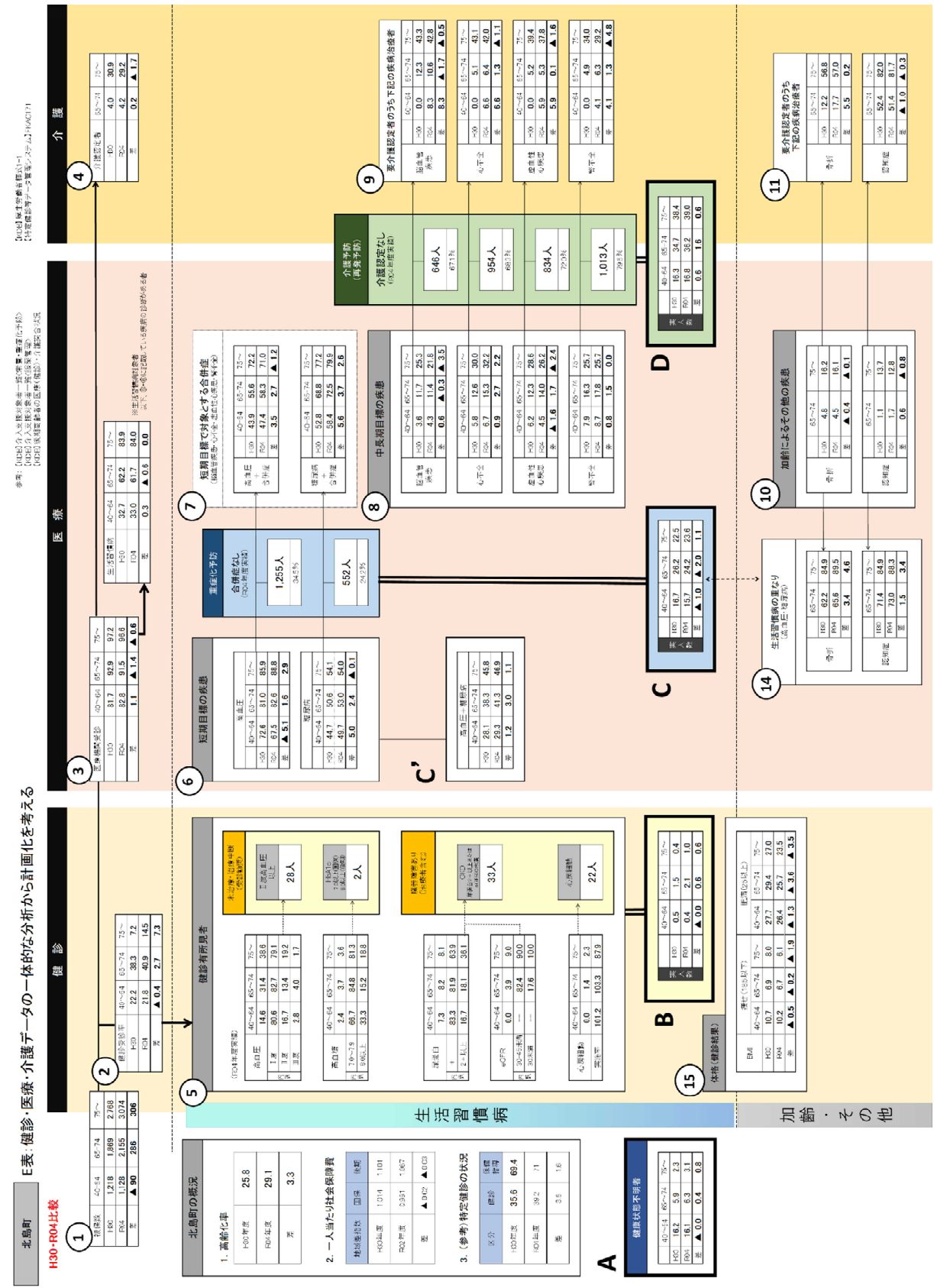
図表 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度	
脳血管疾患	人数	D 7人	2人	7人	6人	3人	10人	
		D/A 5.2%	1.6%	5.5%	4.9%	1.9%	3.3%	
	件数	E 10件	3件	13件	10件	7件	19件	
		E/B 4.0%	1.4%	5.7%	4.7%	2.4%	3.3%	
	年代別	40歳未満	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	65-69歳 0 0.0%
		40代	2 20.0%	0 0.0%	1 7.7%	0 0.0%	0 0.0%	70-74歳 0 0.0%
		50代	1 10.0%	0 0.0%	1 7.7%	0 0.0%	0 0.0%	75-80歳 6 31.6%
		60代	3 30.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 20.0%	0 0.0%	80代 13 68.4%
		70-74歳	4 40.0%	3 100.0%	11 84.6%	8 80.0%	7 100.0%	90歳以上 0 0.0%
	費用額	F 1211万円	356万円	1468万円	1192万円	1296万円	2277万円	
F/C 3.5%		1.3%	5.1%	3.7%	3.4%	3.1%		

図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度	
虚血性心疾患	人数	G 11人	10人	9人	8人	12人	17人	
		G/A 8.1%	7.9%	7.0%	6.5%	7.6%	5.6%	
	件数	H 12件	12件	10件	8件	14件	19件	
		H/B 4.8%	5.7%	4.4%	3.7%	4.8%	3.3%	
	年代別	40歳未満	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	65-69歳 0 0.0%
		40代	1 8.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	70-74歳 0 0.0%
		50代	1 8.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	75-80歳 7 36.8%
		60代	4 33.3%	5 41.7%	6 60.0%	4 50.0%	6 42.9%	80代 9 47.4%
		70-74歳	6 50.0%	7 58.3%	4 40.0%	4 50.0%	8 57.1%	90歳以上 3 15.8%
	費用額	I 1789万円	1370万円	1351万円	1161万円	2030万円	2453万円	
I/C 5.2%		4.9%	4.6%	3.6%	5.4%	3.4%		

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析



### (3)健康課題の明確化

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、①被保険者は 65-74 歳と 75 歳以上の年代が増加しており、北島町でも 65 歳以上の高齢者が確実に増えていることが分かります。②健診受診率も同じ年代が受診率を伸ばしています。⑬体格をみると、BMI25 以上の対象者はすべての年代で減少しています。(図表 38)

図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定 率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
								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	30.9	1,218	1,869	2,768	22.2	38.3	7.2	10.7	6.9	8.0	27.7	29.4	27.0
R04	29.2	1,128	2,155	3,074	21.8	40.9	14.5	10.2	6.7	6.1	26.4	25.7	23.5

健診有所見状況では、⑤未治療者・治療中断者の状況をみると、Ⅱ度高血圧以上と HbA1c7.0 以上は、40-64 歳、65-74 歳でやや増加していることから、増加の背景についても町の実態を確認するとともに、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。(図表 39)

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動											
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-							
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%							
H30	7	2.6	(0)	38	5.3	(12)	20	10.0	(6)	6	2.2	(2)	26	3.6	(1)	0	--	(0)	4	1.5	16	2.2	5	2.5	0	--	0	--	0	--
R04	7	2.8	(2)	48	5.4	(16)	36	8.1	(10)	6	2.4	(0)	33	3.7	(2)	3	0.7	(0)	3	1.2	16	1.8	14	3.1	0	--	13	1.5	9	2.0

※徳島県では心電図検査を令和2年度から全数実施

生活習慣病患者をみると、高血圧は 40-64 歳で患者数が減少していますが、65-74 歳では増加しています。また、糖尿病や、糖尿病と高血圧の重なりでは 40-74 歳の特定健診対象者で増加していることから、若い世代からの短期目標疾患の発症予防と、健診データのコントロールと併せた重症化予防が重要です。(図表 40)

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			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											
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	81.7	92.9	97.2	32.7	62.2	83.9	72.6	81.0	85.9	44.7	50.6	54.1	28.1	38.3	45.8	43.9	55.6	72.2	52.8	68.8	77.2
R04	82.8	91.5	96.6	33.0	61.7	84.0	67.5	82.6	88.8	49.7	53.0	54.0	29.3	41.3	46.9	47.4	58.3	71.0	58.4	72.5	79.9

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

中長期目標の疾患をみると、脳血管疾患・心不全・腎不全の 40-64 歳で発症している対象者が増えており、介護認定者でも、すべての疾患において40-64 歳での割合が増えており、介護認定を受ける前からの発症・重症化予防に努める必要があります。(図表 41)

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

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保数割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.6	11.7	25.3	6.2	12.3	28.6	5.8	12.6	30.0	7.9	16.3	25.7	0.0	12.3	43.3	0.0	5.2	39.4	0.0	5.1	43.1	0.0	4.9	34.0
R04	4.3	11.4	21.8	4.5	14.0	26.2	6.7	15.3	32.2	8.7	17.8	25.7	8.3	10.6	42.8	5.9	5.3	37.8	6.6	6.4	42.0	4.1	6.3	29.2

⑭骨折・認知症患者のうち高血圧と糖尿病の重なりをみてみると、H30 年と R4 年度を比較すると増加しています。(図表 42)

図表 42 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 (被保数割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知症		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	62.2	84.9	71.4	84.9	4.8	16.2	1.1	13.7	12.2	56.8	52.4	82.0
R04	65.6	89.5	73.0	88.3	4.5	16.1	1.7	12.8	17.7	57.0	51.4	81.7

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通して高血圧、糖尿病等の重なりがあります。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。

具体的な取組み方法については、第 4 章に記載していきます。

## 2) 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 43)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

#### ② 中長期的な目標の設定

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

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

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

#### ③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。

また、根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020 年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

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



## (2) 管理目標の設定

図表 43 第 3 期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)	
				初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.42%	1.21%	0.99%	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	2.14%	1.93%	1.72%		
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	3.61%	3.20%	2.79%		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	19.2%	18.8%	18.4%		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	66.7%	50.0%	40.0%		
	短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	15.4%	20.0%	25.0%	法定報告値
				健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	4.8%	4.4%	4.0%	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	8.2%	7.8%	7.3%	
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	7.7%	7.3%	6.8%	
				★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	0.6%	0.5%	0.4%	
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	33.3%	40.0%	50.0%	
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	39.2%	42.0%	50.0%	法定報告値	
			★特定保健指導実施率60%以上	71.0%	74.0%	80.0%		
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	24.6%	30.0%	40.0%		

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年を1期としていましたが、医療費適正化計画等が6年1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1期として策定します。

### 2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	40%	42%	45%	48%	50%	50%以上
特定保健指導実施率	72%	74%	76%	78%	80%	80%以上

### 3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	2,736人	2,681人	2,627人	2,574人	2,522人	2,471人
	受診者数	1,098人	1,126人	1,182人	1,236人	1,261人	1,359人
特定保健指導	対象者数	110人	121人	131人	142人	151人	161人
	指導者数	79人	90人	100人	111人	121人	137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。

#### 実施場所

- ① 個別健診(委託医療機関)
- ② 集団健診(北島町保健相談センター他)

#### (2)特定健診委託基準

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

### (3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、徳島県国保連合会(もしくは北島町)のホームページに掲載します。

### (4) 特定健診実施項目

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

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

図表 46 特定健診検査項目

○北島町特定健診検査項目

健診項目		北島町	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

個別健診は、7月から翌年1月末まで実施します。

集団健診は、年4回実施します。

### (6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行っていただけるよう、医療機関へ協力を依頼していきます。

また、みなし健診として、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、徳島県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

### (8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約	(特定保健指導の実施)
5月			健診データ抽出(前年度)
6月		健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可) 特定健診の開始	
7月		保健指導対象者の抽出 健診データ受取 費用決裁 (特定保健指導の開始)	実施実績の分析等
8月			
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
10月	契約に関わる 予算手続き		受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者による直接実施、北島町の保健師・管理栄養士が行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

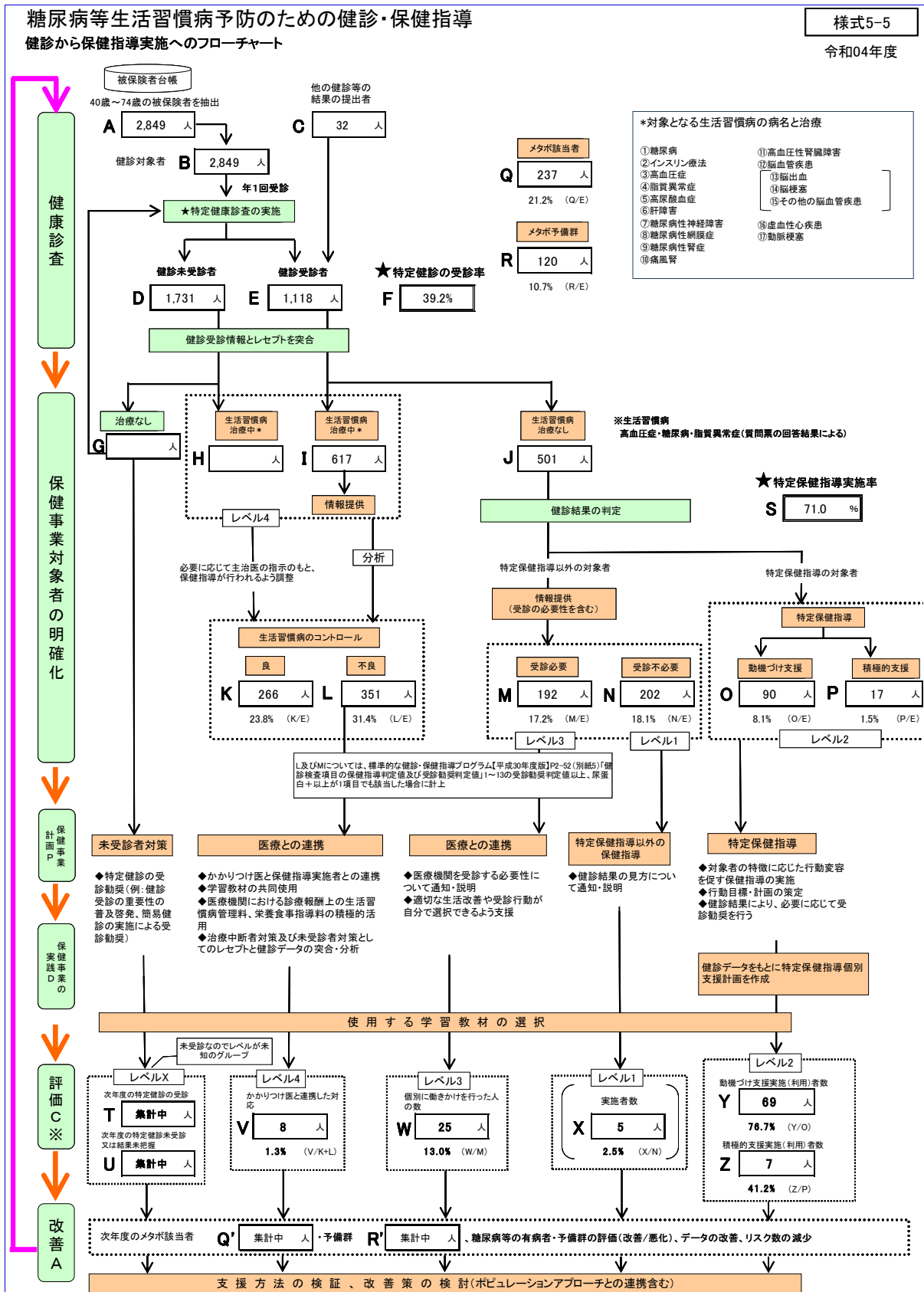
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

### (1)健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



出典:標準的な健診保健指導プログラム 厚生労働省様式 5-5(令和4年度法定報告データ)

## (2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	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	107人 (9.6%)	80%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	192人 (17.2%)	70%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、訪問や通知による受診勧奨)	1,731人 ※受診率目標達成までにあと306人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	202人 (18.1%)	60%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	617人 (55.2%)	60%

### (3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月			◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月			
6月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供(みなし健診)の依頼 ◎特定健康診査の開始		◎集団特定健診・ヤング健診・がん検診開始 ◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始 ◎個別ヤング健診・がん検診、後期高齢者健診開始
7月	↓	◎保健指導の開始	
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月			
12月			
1月	◎健診の終了		
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北島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、北島町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

## 第4章 課題解決に向けた個別保健事業

### I. 保健事業の方向性

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

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

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

ポピュレーションアプローチの取組みとしては、健診受診の重要性の他、生活習慣病に関する知識を広く町民へ周知していきます。

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

### II. 重症化予防の取組み

北島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、421人(37.7%)です。そのうち治療なしが133人(25.7%)を占め、さらに臓器障害があり、直ちに取り組むべき対象者が83人(62.4%)です。すでに治療中の288人(47.9%)についても投薬状況、データの経年変化を確認し、値の改善を目指さなければいけません。

北島町においては、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、421人中49人(11.6%)であるため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の観点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年別罹患率の減少		虚血性心疾患 の年別罹患率の減少		糖尿病性腎症 による年別新発患者数と治療済患者数の減少		令和04年度 <参考> 保健受診者(※数)																
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器科の専門家と治療に関するガイドライン(2011年度共同研究班発表))		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 (日本腎臓学会)	1,118人	39.2%															
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							<b>■各疾患の治療状況</b> <table border="1"> <tr><th></th><th>治療中</th><th>治療なし</th></tr> <tr><td>高血圧</td><td>443</td><td>675</td></tr> <tr><td>脂質異常症</td><td>335</td><td>782</td></tr> <tr><td>糖尿病</td><td>95</td><td>1,019</td></tr> <tr><td>3疾患 すべて</td><td>601</td><td>517</td></tr> </table> <small>※健康診断による</small>			治療中	治療なし	高血圧	443	675	脂質異常症	335	782	糖尿病	95	1,019	3疾患 すべて	601	517
	治療中	治療なし																					
高血圧	443	675																					
脂質異常症	335	782																					
糖尿病	95	1,019																					
3疾患 すべて	601	517																					
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 保健結果から 対象者の抽出	高血圧診療 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 (日本腎臓学会)																
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者																
該当者数	54   4.8%	10   0.9%	34   3.0%	27   2.4%	237   21.2%	57   5.1%	143   12.8%	421   37.7%															
治療なし	30   4.4%	2   0.4%	31   4.0%	19   2.4%	45   8.7%	34   3.3%	57   11.0%	133   25.7%															
(再掲) 特定保健指導	5   9.3%	2   20.0%	1   2.9%	10   37.0%	45   19.0%	1   1.8%	17   11.9%	49   11.8%															
治療中	24   5.4%	8   1.3%	3   0.9%	8   2.4%	192   31.9%	23   24.2%	86   14.3%	288   47.9%															
臓器障害 あり	16   53.3%	2   100.0%	9   29.0%	14   73.7%	26   57.8%	18   52.9%	57   100.0%	83   62.4%															
CKD(専門医対象者)	9	0	5	4	13	7	57	57															
心電図所見あり	11	2	6	12	22	14	20	46															
臓器障害 なし	14   46.7%	--	22   71.0%	5   26.3%	19   42.2%	16   47.1%	--	--															
治療中	臓器障害 あり	12   50.0%	8   100.0%	1   33.3%	3   37.5%	95   49.5%	8   34.8%	86   100.0%	161   55.9%														
CKD(専門医対象者)	3	1	0	2	39	6	86	86															
心電図所見あり	9	8	1	3	74	5	35	110															
臓器障害 なし	12   50.0%	--	2   66.7%	5   62.5%	97   50.5%	15   65.2%	--	--															

出典:KDB システム 疾病管理一覧 CSV、特定健診結果(法定報告)ほか

# 1. 糖尿病性腎症重症化予防

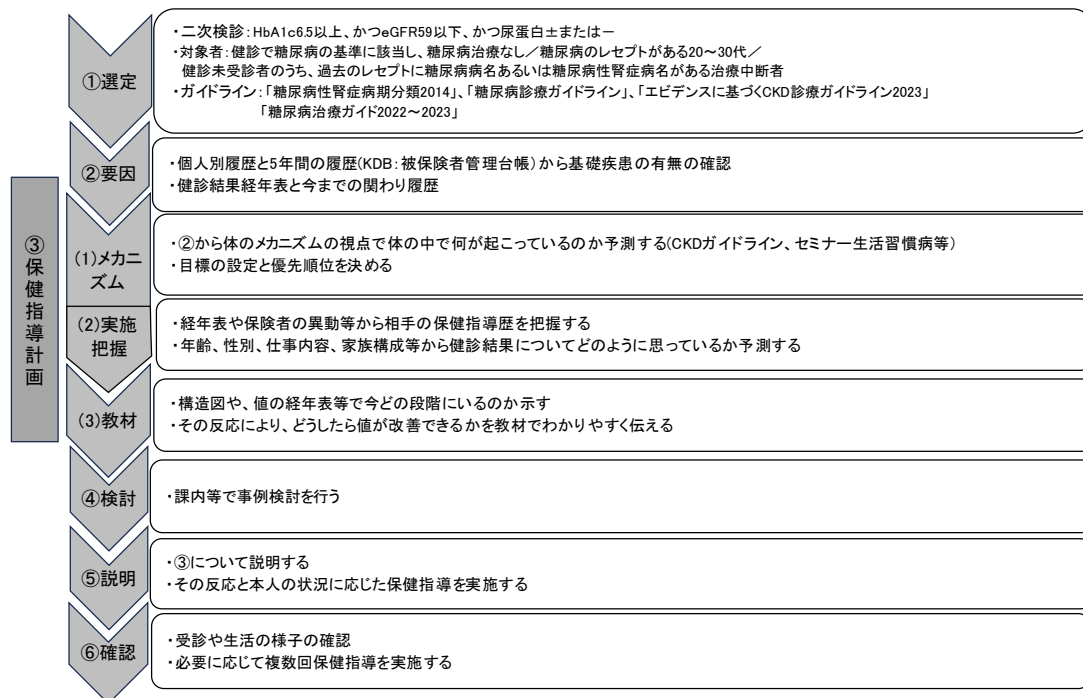
## 1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(平成 29 年 3 月 29 日策定、令和 3 年 3 月 30 日改定)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、取組みにあたっては図表 52 に沿って実施します。

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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準

対象者の選定基準については、以下とします。

- ① 二次検診(尿中アルブミン定量検査・1日推定塩分摂取量測定)受診者
- ② 糖尿病の基準に該当し、糖尿病治療なし(主に 40~50 代)
- ③ 健診未受診者のうち、過去のレセプトに糖尿病病名あるいは糖尿病性腎症病名がある治療中断者(主に 40~50 代)
- ④ 糖尿病のレセプトがある 20~30 代

## (2) 選定基準に基づく該当者の把握

### ① 対象者の抽出

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

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

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

北島町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては二次検診受診者のみが測定しています。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を、正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿と尿蛋白(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

## ②基準に基づく該当者数の把握・介入方法・優先順位

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該当者数把握を行いました。また、図表 54 を参考に北島町においての主な介入方法を以下のとおりとします。

### 優先順位 1

#### 【保健指導】

- ・二次検診（尿中アルブミン定量検査・1日推定塩分摂取量測定）受診者・・・10人

### 優先順位 2

#### 【受診勧奨・保健指導】

- ・糖尿病の基準に該当し、糖尿病治療なし（主に40～50代）・・・15人

### 優先順位 3

#### 【保健指導】

- ・健診未受診者のうち、過去のレセプトに糖尿病病名あるいは糖尿病性腎症病名がある治療中断者（主に40～50代）・・・44人

### 優先順位 4

#### 【保健指導・受診勧奨】

- ・糖尿病のレセプトがある20～30代・・・26人

○介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

○医療機関と連携した保健指導



### 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。北島町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。

また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます。

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

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
<b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b>	<b>2 高血糖を解決するための食</b>
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	
1-10 Zさん(男性)から教えたいできました	
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	<b>3 薬物療法</b>
1-12 糖尿病による網膜症	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
1-13 眼(網膜症)	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-3 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
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	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
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-5 その薬はもしかして「αグロコシダーゼ阻害薬」ですか
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-8 ビグアナイド薬とは
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-21 糖尿病治療の進め方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるのでしょう
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	<b>4 参考資料</b>
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	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
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-25 64歳以上 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
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	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
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	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
	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

#### (2) 二次検診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、HbA1c6.5以上、かつeGFR59以下、かつ尿蛋白定性(±)または(-)の者へは、二次検診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。



## 4) 医療との連携

### (1) 医療機関未受診者について

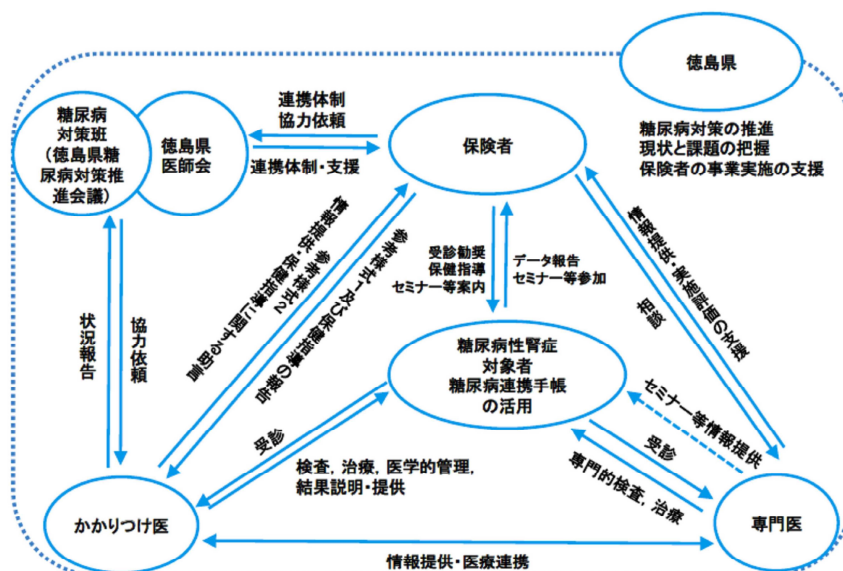
医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に町医師会等と協議した紹介状等を使用します。

### (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徳島県のプログラムに準じて行っていきます。

#### 【糖尿病対策推進連携協議会との連携】

糖尿病性腎症重症化予防において、徳島県における糖尿病対策の中心的役割を担う徳島県医師会糖尿病対策班、郡市医師会担当医と連携し、保険者と医療関係者が密接に連携した取組みを行います。



出典：徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

## 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。その際は保健指導記録及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表56 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価を参考に行っていきます。

### 短期的評価

#### ①受診勧奨者に対する評価

- ア. 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や生活の変化を比較
  - HbA1c
  - eGFR（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m<sup>2</sup>以上低下）
  - 尿蛋白
  - 服薬状況
  - 体重
  - 目標とした生活習慣（食事、運動、喫煙）

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目			突合表	北島町										
				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	
1	①	被保険者数	A	4,372人		4,220人		4,195人		4,200人		4,095人		
	②	(再掲) 40-74歳	A	3,473人		3,358人		3,340人		3,370人		3,325人		
2	①	対象者数	B	3,072人		3,004人		3,007人		2,955人		2,849人		
	②	特定健診 受診者数	C	1,095人		1,131人		1,132人		1,167人		1,118人		
	③	受診率	C	35.6%		37.6%		37.6%		39.5%		39.2%		
3	①	特定 保健指導 対象者数		144人		143人		123人		110人		107人		
	②	実施率		69.4%		81.8%		70.7%		67.3%		71.0%		
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	147人	13.4%	171人	15.1%	145人	12.8%	165人	14.1%	145人	12.5%
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	42人	28.6%	49人	28.7%	50人	34.5%	69人	41.8%	47人	32.4%
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	105人	71.4%	122人	71.3%	95人	65.5%	96人	58.2%	98人	67.6%
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	39人	37.1%	46人	37.7%	36人	37.9%	31人	32.3%	35人	35.7%
	⑤		血圧 130/80以上		30人	76.9%	24人	52.2%	24人	66.7%	17人	54.8%	23人	65.7%
	⑥		肥満 BMI25以上		28人	71.8%	24人	52.2%	25人	69.4%	20人	64.5%	18人	51.4%
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	66人	62.9%	76人	62.3%	59人	62.1%	65人	67.7%	63人	64.3%
	⑧		第1期 尿蛋白(-)	M	109人	74.1%	120人	70.2%	99人	68.3%	114人	69.1%	103人	71.0%
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		21人	14.3%	25人	14.6%	25人	17.2%	28人	17.0%	19人	13.1%
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		17人	11.6%	25人	14.6%	19人	13.1%	21人	12.7%	21人	14.5%
	⑪		第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	2人	1.4%	2人	1.2%	2人	1.4%
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)		141.1人		140.3人		135.9人		142.9人		149.0人	
	②		(再掲)40-74歳(被保険者対)		175.9人		174.5人		169.2人		176.6人		181.4人	
	③		レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)	3,303件	(983.6)	3,164件	(958.2)	3,177件	(958.4)	3,283件	(1004.3)	3,207件	(1016.8)
	④		(1)内は被保険者対	入院(件数)	21件	(6.3)	10件	(3.0)	6件	(1.8)	14件	(4.3)	10件	(3.2)
	⑤		糖尿病治療中	H	617人	14.1%	592人	14.0%	570人	13.6%	600人	14.3%	610人	14.9%
	⑥		(再掲)40-74歳		611人	17.6%	586人	17.5%	565人	16.9%	595人	17.7%	603人	18.1%
	⑦		健診未受診者	I	506人	82.8%	481人	82.1%	470人	83.2%	499人	83.9%	505人	83.7%
	⑧		インスリン治療	O	46人	7.5%	46人	7.8%	40人	7.0%	37人	6.2%	32人	5.2%
	⑨		(再掲)40-74歳		44人	7.2%	45人	7.7%	40人	7.1%	37人	6.2%	32人	5.3%
	⑩		糖尿病性腎症	L	126人	20.4%	109人	18.4%	118人	20.7%	114人	19.0%	117人	19.2%
	⑪		(再掲)40-74歳		125人	20.5%	106人	18.1%	116人	20.5%	113人	19.0%	116人	19.2%
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		7人	1.1%	8人	1.4%	9人	1.6%	9人	1.5%	8人	1.3%
	⑬		(再掲)40-74歳		7人	1.1%	8人	1.4%	9人	1.6%	9人	1.5%	8人	1.3%
	⑭		新規透析患者数		4人	57.1%	4人	50.0%	5人	55.6%	8人	88.9%	3人	37.5%
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		2人	50.0%	0人	0.0%	2人	40.0%	0人	0.0%	2人	66.7%
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		19人	2.0%	18人	1.9%	16人	1.7%	18人	1.9%	16人	1.5%
6	①	医療費	総医療費		14億9106万円		14億2505万円		13億9389万円		14億6539万円		14億9549万円	
	②		生活習慣病総医療費		8億4986万円		7億9093万円		7億6677万円		7億8582万円		8億3181万円	
	③		(総医療費に占める割合)		57.0%		55.5%		55.0%		53.6%		55.6%	
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	5,903円		5,021円		6,699円		5,845円		6,187円	
	⑤		健診未受診者	43,460円		40,554円		37,307円		40,366円		43,776円		
	⑥		糖尿病医療費		9336万円		8714万円		8915万円		9465万円		8833万円	
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		11.0%		11.0%		11.6%		12.0%		10.6%	
	⑧		糖尿病入院外総医療費		2億5706万円		2億4541万円		2億5726万円		2億6019万円		2億6730万円	
	⑨		1件あたり		32,193円		32,164円		33,307円		32,496円		33,367円	
	⑩		糖尿病入院総医療費		1億6086万円		1億7492万円		1億5007万円		2億0969万円		1億9693万円	
	⑪		1件あたり		558,531円		594,956円		590,812円		706,014円		635,255円	
	⑫		在院日数		18日		20日		19日		18日		17日	
	⑬		慢性腎不全医療費		4427万円		5639万円		6498万円		5947万円		5968万円	
	⑭		透析有り		4148万円		5301万円		5940万円		5331万円		5401万円	
	⑮		透析なし		279万円		338万円		557万円		616万円		566万円	
7	①	介護	介護給付費		14億7209万円		14億7476万円		14億9790万円		14億6773万円		15億0787万円	
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%		0件 0.0%		1件 10.0%		1件 11.1%		3件 23.1%	
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		2人 1.0%		1人 0.5%		3人 1.5%		4人 2.1%		1人 0.5%	

出典:KDB システムデータ

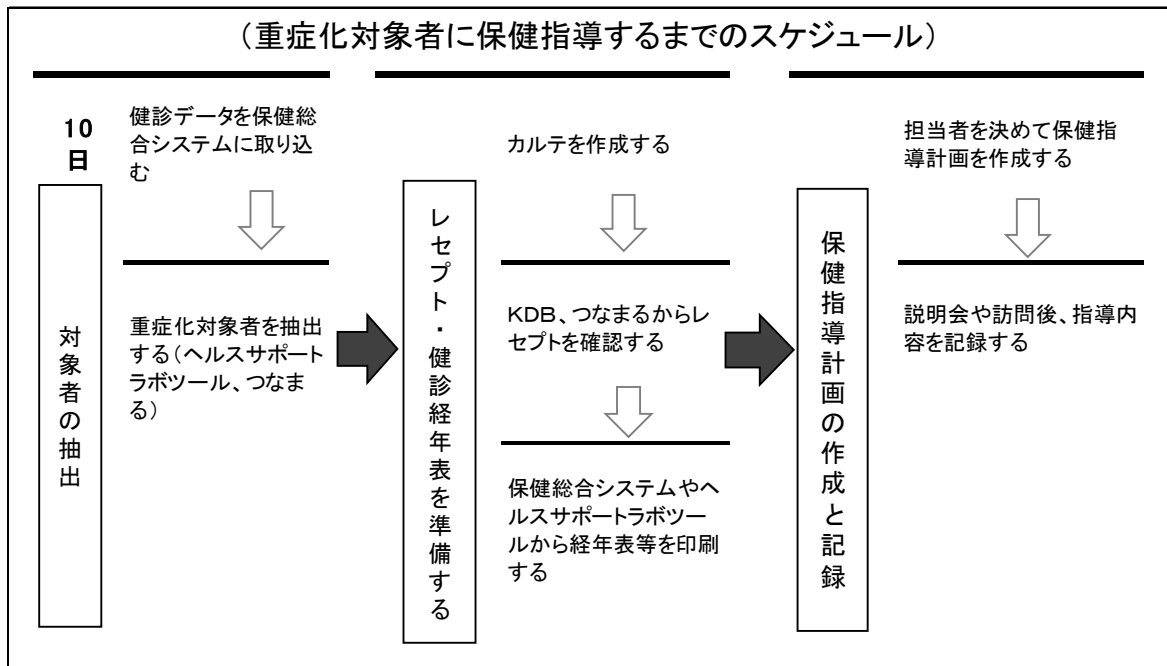
## 7) 実施期間及びスケジュール

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

7月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入。(通年)

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



## 2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

### 1) 基本的な考え方

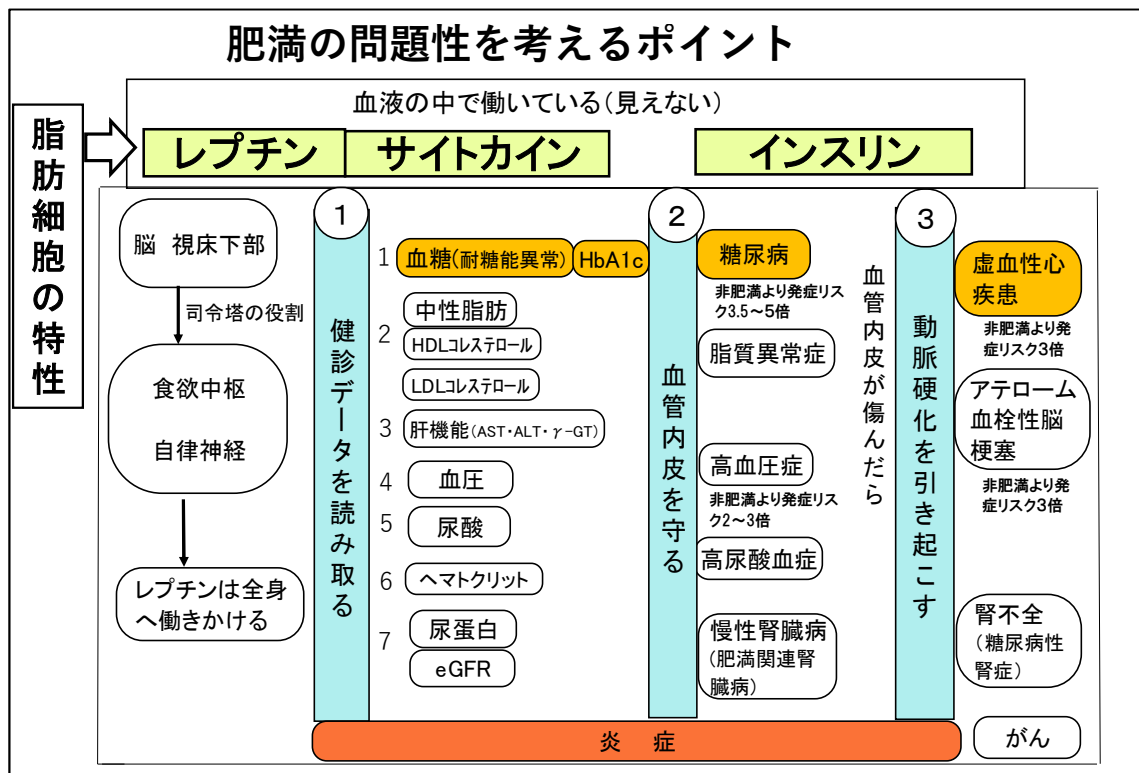
メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を合併する心血管病易発症状態です。取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より)

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

また、肥満症は多様な健康障害の発症や増悪・進展の要因になることから、発症予防は被保険者の健康増進と QOL 向上につながるため、特定健診・保健指導制度を活用した取組みが重要となります。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



## 2) 肥満の状況

### (1) 対象者の把握

肥満度分類に基づき、特定健診結果のBMIから北島町の該当者を把握します。  
また、経年で肥満該当者をみていきます。

図表 59 肥満度分類による実態（令和4年度健診受診者におけるBMIの状況）

	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	40～64歳
総数	246	872	65	224	46	184	16	34	2	5	1	1	
			26.4%	25.7%	18.7%	21.1%	6.5%	3.9%	0.8%	0.6%	0.4%	0.1%	
再掲	男性	93	372	34	120	27	103	7	15	0	1	0	1
	女性	153	500	31	104	19	81	9	19	2	4	1	0
			20.3%	20.8%	12.4%	16.2%	5.9%	3.8%	1.3%	0.8%	0.7%	0.0%	

出典：特定健診（法定報告）

### (2) 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

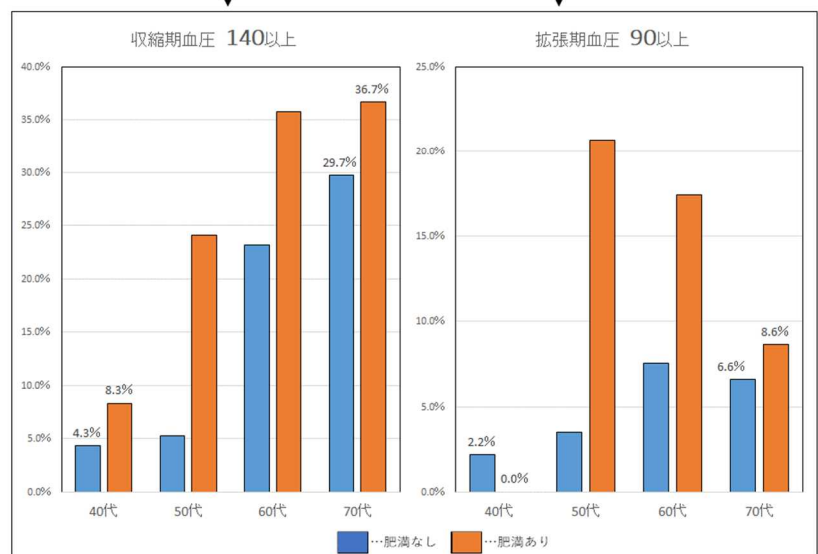
右図で、高血圧の対象者を肥満の有無と年代に分けてみると、圧倒的に肥満が高血圧に関連していることが分かります。

また、40代でも肥満に伴う高血圧対象者も確認できることから、対象者の少ない若い年代からの関わりを優先に、血管障害を予防していく必要があります。

図表 60 高血圧と肥満の関係を年代別にみる

令和04年度

		収縮期血圧140以上				拡張期血圧90以上					
		合計	40代	50代	60代	70代	合計	40代	50代	60代	70代
		肥満なし (25未満)	該当者 199 割合 24.0%	2 4.3%	3 5.3%	77 23.2%	117 29.7%	54 6.5%	1 2.2%	2 3.5%	25 7.5%
肥満あり (25以上)	該当者 98 割合 33.9%	1 8.3%	7 24.1%	39 35.8%	51 36.7%	37 12.8%	0 0.0%	6 20.7%	19 17.4%	12 8.8%	



## ② メタボは心・脳血管疾患を発症するリスク

心・脳血管疾患を発症した事例をみるとメタボが関連しています。脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。

## 3) 対象者の明確化

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、女性では50～70代で1割程度であるのに対し、男性は40代の15.4%に対して50代30.8%、60代37.4%、70代37.6%と女性の約3倍となっているため、若い年代から男性を優先に関わることが効率的であると考えます。(図表61)

図表 61 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	465	26	39	163	237	653	32	47	278	296	
メタボ該当者	B	166	4	12	61	89	71	0	5	30	36	
	B/A	35.7%	15.4%	30.8%	37.4%	37.6%	10.9%	0.0%	10.6%	10.8%	12.2%	
再掲	① 3項目全て	C	55	1	2	16	36	24	0	2	9	13
		C/B	33.1%	25.0%	16.7%	26.2%	40.4%	33.8%	--	40.0%	30.0%	36.1%
	② 血糖+血压	D	33	1	2	13	17	9	0	1	3	5
		D/B	19.9%	25.0%	16.7%	21.3%	19.1%	12.7%	--	20.0%	10.0%	13.9%
	③ 血压+脂質	E	77	2	8	32	35	36	0	2	18	16
		E/B	46.4%	50.0%	66.7%	52.5%	39.3%	50.7%	--	40.0%	60.0%	44.4%
	④ 血糖+脂質	F	1	0	0	0	1	2	0	0	0	2
		F/B	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%	2.8%	--	0.0%	0.0%	5.6%

出典: 特定健診(法定報告)

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年齢とともに増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。(図表62)

図表 62 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	465	166	35.7%	129	77.7%	37	22.3%	653	71	10.9%	63	88.7%	8	11.3%		
40代	26	4	15.4%	1	25.0%	3	75.0%	32	0	0.0%	0	--	0	--		
50代	39	12	30.8%	8	66.7%	4	33.3%	47	5	10.6%	4	80.0%	1	20.0%		
60代	163	61	37.4%	44	72.1%	17	27.9%	278	30	10.8%	26	86.7%	4	13.3%		
70～74歳	237	89	37.6%	76	85.4%	13	14.6%	296	36	12.2%	33	91.7%	3	8.3%		

出典: 特定健診(法定報告)

## (1)対象者の選定基準・介入方法

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るため、対象者の選定基準と介入方法については、以下とします。

- ① 特定保健指導対象者(個別・集団指導)
  - ② メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者(適切な受診のための個別指導)
  - ③ 治療中の者(治療中断し心血管疾患を起こさないため、併せて減量のための個別・集団指導)
- ※60歳以上の者には、結果説明と運動指導を集団で行い、受診勧奨等保健指導や食事指導は個別で行う。  
 ※20～50代の者には、個別指導を行う。

## (2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)管理台帳を作成し、管理します。

## 4)保健指導の実施

### (1)最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 63 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
<b>もくじ</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>1 国の施策                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導</li> <li>1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方</li> <li>1-3 特定保健指導対象者</li> <li>1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて</li> <li>1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋</li> <li>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～</li> </ul> </li> <li>2 保健指導対象者の明確化                             <ul style="list-style-type: none"> <li>2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表</li> <li>2-2 おたずね</li> <li>2-3 健診結果みる肥満のリスク</li> <li>2-4 肥満がもたらすもの</li> </ul> </li> <li>3 肥満の症状                             <ul style="list-style-type: none"> <li>3-1 肥満がもたらす症状</li> <li>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</li> <li>3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？</li> <li>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</li> <li>3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの</li> <li>3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)</li> <li>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)</li> <li>3-5-1 膝が痛いとよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？</li> <li>3-5-2 膝のどこが痛いですか？</li> <li>3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング</li> <li>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！</li> <li>3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)</li> <li>3-7 新型コロナと肥満</li> </ul> </li> <li>4 高度肥満                             <ul style="list-style-type: none"> <li>4-1 外科手術という治療があります</li> <li>4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧</li> <li>4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合</li> <li>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</li> </ul> </li> <li>5 保健指導教材で減量できた事例                             <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>5-2 住民の体重変化</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 脂肪細胞の特性                             <ul style="list-style-type: none"> <li>6-1 肥満の問題性を考えるポイント</li> <li>6-2 脂肪細胞ってね①</li> <li>6-3 脂肪細胞ってね②</li> <li>6-4 脂肪細胞から分泌される物質</li> <li>6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中</li> <li>6-6 食欲が抑えられない</li> <li>6-7 脳の変調を起こす原因は？</li> <li>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</li> </ul> </li> <li>7 健診データ・検査                             <ul style="list-style-type: none"> <li>7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます</li> <li>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</li> <li>7-3 血管が傷むとは</li> <li>7-4 体の中で起こっていることは？</li> <li>7-5 脂肪細胞の中身は何だと思えますか？</li> <li>7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝</li> <li>7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか</li> <li>7-8 尿酸って聞いたことがありますか？</li> <li>7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？</li> <li>7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？</li> <li>7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします</li> <li>7-12 労災保険二次健康診断給付制度</li> <li>7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？</li> <li>7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。。</li> </ul> </li> <li>8 食事療法                             <ul style="list-style-type: none"> <li>8-1 栄養指導の基本</li> <li>8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する</li> <li>8-3-1 短鎖脂肪酸</li> <li>8-3-7 肥満の推移とその背景と原因</li> </ul> </li> <li>9 運動療法                             <ul style="list-style-type: none"> <li>9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？</li> <li>9-2 体重測定</li> </ul> </li> <li>10 参考資料</li> </ul>



## (2) 二次検診の実施

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

本町においても、二次検診の実施（頸動脈エコー検査、75g糖負荷検査）を必要な対象者に行っていきます。

## 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の評価等と合わせ、年1回行うものとします。その際は保健指導記録及びKDB等の情報を活用します。

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

### 短期的評価

#### ①受診勧奨者に対する評価

- ア. 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、集団指導参加率、特定保健指導対象者の減少率
- イ. 介入前後の検査値や生活の変化を比較
  - HbA1c
  - 血圧
  - 中性脂肪、HDL コレステロール
  - 服薬状況
  - 体重、腹囲
  - 目標とした生活習慣（食事、運動、喫煙）

## 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
- 7月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。

台帳記載後順次、対象者へ介入。(通年。集団指導は年4回。)

### 3. 虚血性心疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

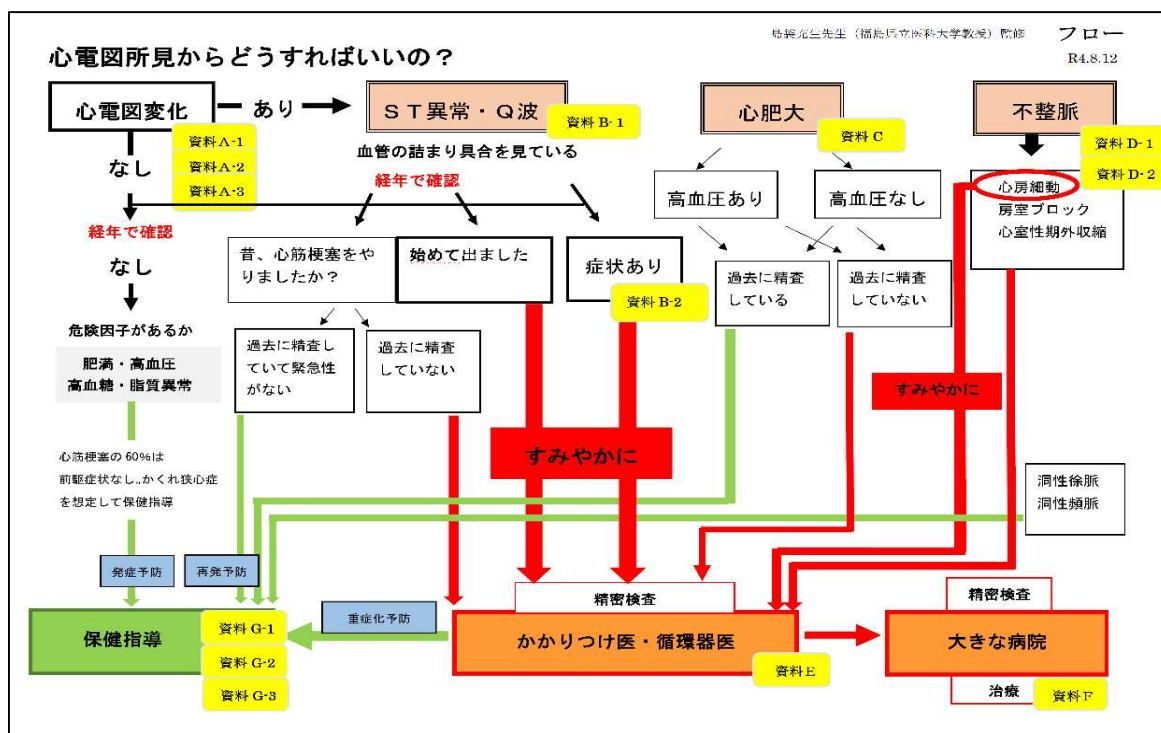
虚血性心疾患重症化予防の取組みにあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

#### 2) 対象者の明確化

##### (1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 64 を参考に考えます。

図表 64 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。

北島町においては、心電図検査を 1,198 人(98.93%)に実施し、そのうち有所見者が 463 人(38.6%)でした。所見の中でも心筋壊死、心筋虚血のほか、心筋異常を予測する所見の対象者がみつかり、虚血性変化を起こしている対象者を優先に介入していく必要があります。(図表 65)

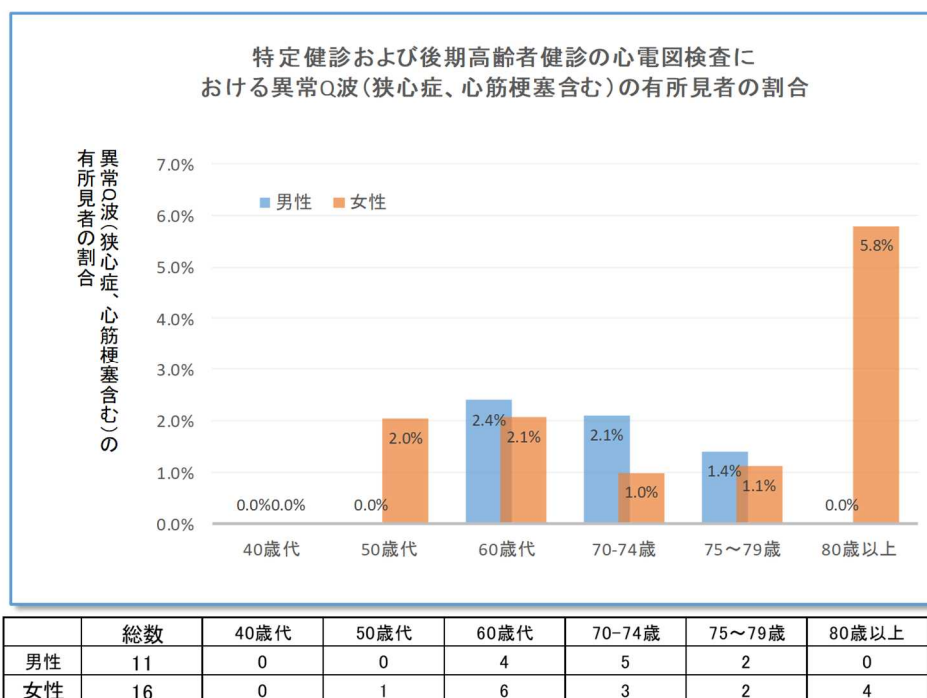
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 65 心電図検査結果(令和 4 年度)

心電図結果			北島町国保		(徳島県国保)		北島町後期		(徳島県後期)			
			人	%	人	%	人	%	人	%		
健診受診者数(特定健診受診率)			1,211	37.6%	43,426	36.3%	399		15,671			
再掲	65歳未満		262	21.6%	10,654	24.5%	7	1.8%	255	1.6%		
	65歳以上		949	78.4%	32,772	75.5%	392	98.2%	15,416	98.4%		
心電図実施者数(心電図実施率)			1,198	98.93%	42,913	98.82%	399	100.00%	15,668	99.98%		
心電図実施者のうち 所見のあった者(実数)			463	38.6%	13,606	31.7%	197	49.4%	6,678	42.6%		
心臓細胞の虚血	虚血性変化	心筋壊死(心筋梗塞)	心筋梗塞・狭心症	4	0.3%	95	0.2%	3	0.8%	52	0.3%	
			① 異常Q波	16	1.3%	453	1.1%	5	1.3%	220	1.4%	
			② R波増高不良	9	0.8%	268	0.6%	2	0.5%	94	0.6%	
		心筋虚血	③ S T異常	28	2.3%	1,105	2.6%	17	4.3%	561	3.6%	
			④ 冠不全	5	0.4%	75	0.2%	2	0.5%	31	0.2%	
心筋異常	⑤ T波異常	39	3.3%	1,534	3.6%	20	5.0%	724	4.6%			
脈が打てる心臓細胞の問題(不整脈)	徐脈性不整脈	洞結節の異常	⑥ 洞性不整脈	62	5.2%	1,585	3.7%	16	4.0%	601	3.8%	
			⑦ 洞不全症候群	0	0.0%	6	0.0%	0	0.0%	6	0.0%	
		刺激伝導系異常	房室伝導障害	⑧ 房室ブロック	33	2.8%	832	1.9%	23	5.8%	605	3.9%
				⑨ WPW症候群	1	0.1%	44	0.1%	0	0.0%	8	0.1%
			心室内伝導障害	⑩ P R短縮	8	0.7%	125	0.3%	2	0.5%	30	0.2%
				⑪ 脚ブロック	66	5.5%	2,851	6.6%	30	7.5%	1,499	9.6%
	頻脈性不整脈	心室性不整脈	⑫ 心室伝導障害	6	0.5%	241	0.6%	0	0.0%	86	0.5%	
			⑬ 心室期外収縮	14	1.2%	895	2.1%	13	3.3%	536	3.4%	
			⑭ 心室細動	0	0.0%	6	0.0%	0	0.0%	2	0.0%	
			⑮ Q T延長	11	0.9%	196	0.5%	5	1.3%	87	0.6%	
		上室性不整脈	⑯ プルガタ症候群	1	0.1%	107	0.2%	0	0.0%	21	0.1%	
			⑰ 上室性期外収縮	20	1.7%	857	2.0%	12	3.0%	627	4.0%	
高血圧による心臓の虚血	心肥大・負荷所見	心室肥大	⑱ 心房細動	12	1.0%	319	0.7%	9	2.3%	275	1.8%	
			⑲ 心房粗動	1	0.1%	12	0.0%	0	0.0%	9	0.1%	
			⑳ 左室肥大	9	0.8%	353	0.8%	6	1.5%	179	1.1%	
			㉑ 高電位	0	0.0%	101	0.2%	2	0.5%	50	0.3%	
その他			㉒ 軸偏位	35	2.9%	1,394	3.2%	13	3.3%	767	4.9%	
			㉓ 右室肥大	0	0.0%	38	0.1%	2	0.5%	26	0.2%	
			㉔ 移行帯の変化	33	2.8%	924	2.2%	13	3.3%	388	2.5%	
			㉕ その他不整脈	4	0.3%	270	0.6%	1	0.3%	111	0.7%	
			㉖ その他	60	5.0%	831	1.9%	11	2.8%	407	2.6%	
			㉗ ペースメーカー調律	1	0.1%	24	0.1%	1	0.3%	56	0.4%	
㉘ 「異常あり」のみ	0	0.0%	50	0.1%	0	0.0%	26	0.2%				

出典: つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

参考 異常 Q 波(心筋壊死を予測する有所見)有所見者の割合(国保・後期)



出典: つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

図表 66 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		医療機関受診あり(b)		受診なし(c)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	463		83	17.9%	317	68.5%
男性	204	44.1%	50	24.5%	137	67.2%
女性	259	55.9%	33	12.7%	180	69.5%

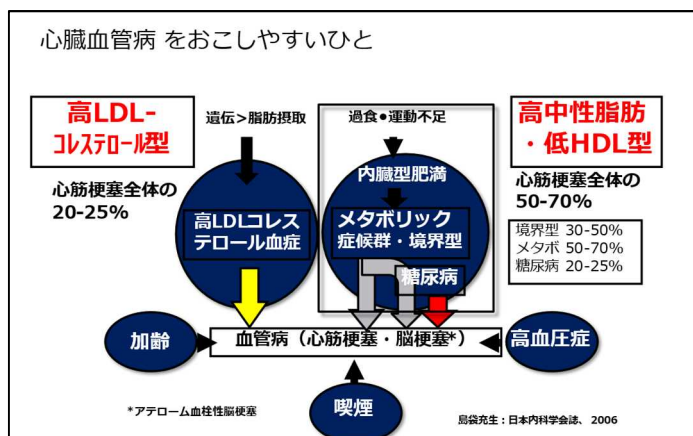
北島町調べ

②心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 67)

図表 67 心血管病をおこしやすいひと



図表 67 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、第 4 章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 61・62)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 68)

図表 68 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	
			432	205	143	53	31	1	10	41	32
				47.5%	33.1%	12.3%	7.2%	1.2%	11.9%	48.8%	38.1%
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 (130未満)	47	30	16	0	1	0	1	0	0
			10.9%	14.6%	11.2%	0.0%	3.2%	0.0%	10.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	161	64	49	34	14	0	3	26	19
			37.3%	31.2%	34.3%	64.2%	45.2%	0.0%	30.0%	63.4%	59.4%
高リスク	120未満 (150未満)		200	99	70	15	16	1	6	14	10
			46.3%	48.3%	49.0%	28.3%	51.6%	100.0%	60.0%	34.1%	31.3%
	再掲 100未満 (130未満) ※1	7	2	4	1	0	1	0	0	0	
		1.6%	1.0%	2.8%	1.9%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	24	12	8	4	0	0	0	1	3
			5.6%	5.9%	5.6%	7.5%	0.0%	0.0%	0.0%	2.4%	9.4%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

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

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

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

図表 69 心電図所見からの保健指導教材

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

## (2) 二次検診の実施

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、本町では二次検診として頸動脈エコー検査を必要な対象者に行っていきます。

## (3) 対象者の管理

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

## 4) 医療との連携

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

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)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

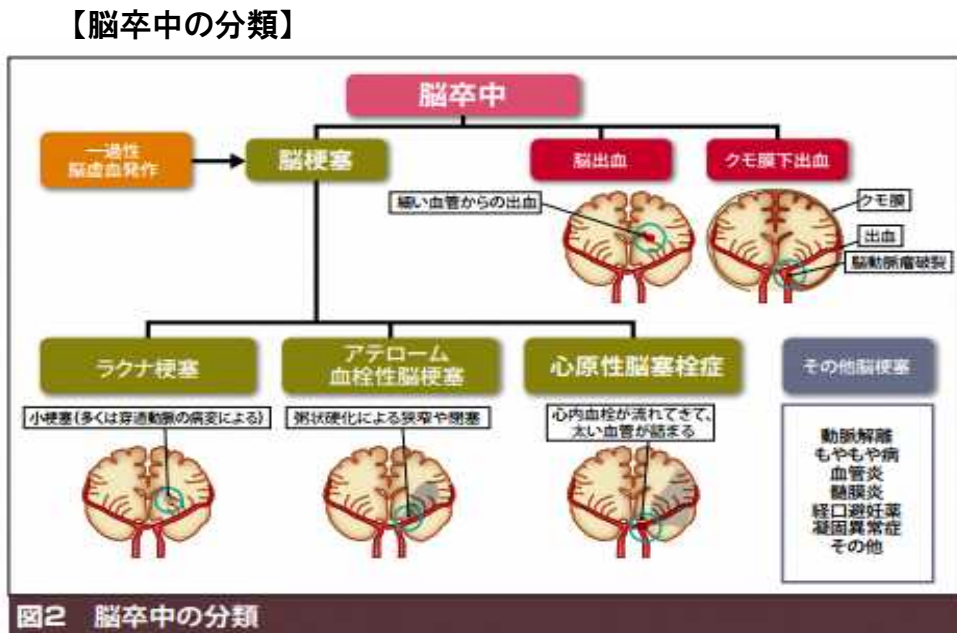
7月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

## 4. 脳血管疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組み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 70,71)

図表 70 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 71 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 72 でみると、40～74 歳で高血圧のレセプトがある 1,517 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 141 人(9.3%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 54 人(4.8%)であり、そのうち 30 人(55.6%)は未治療者です。



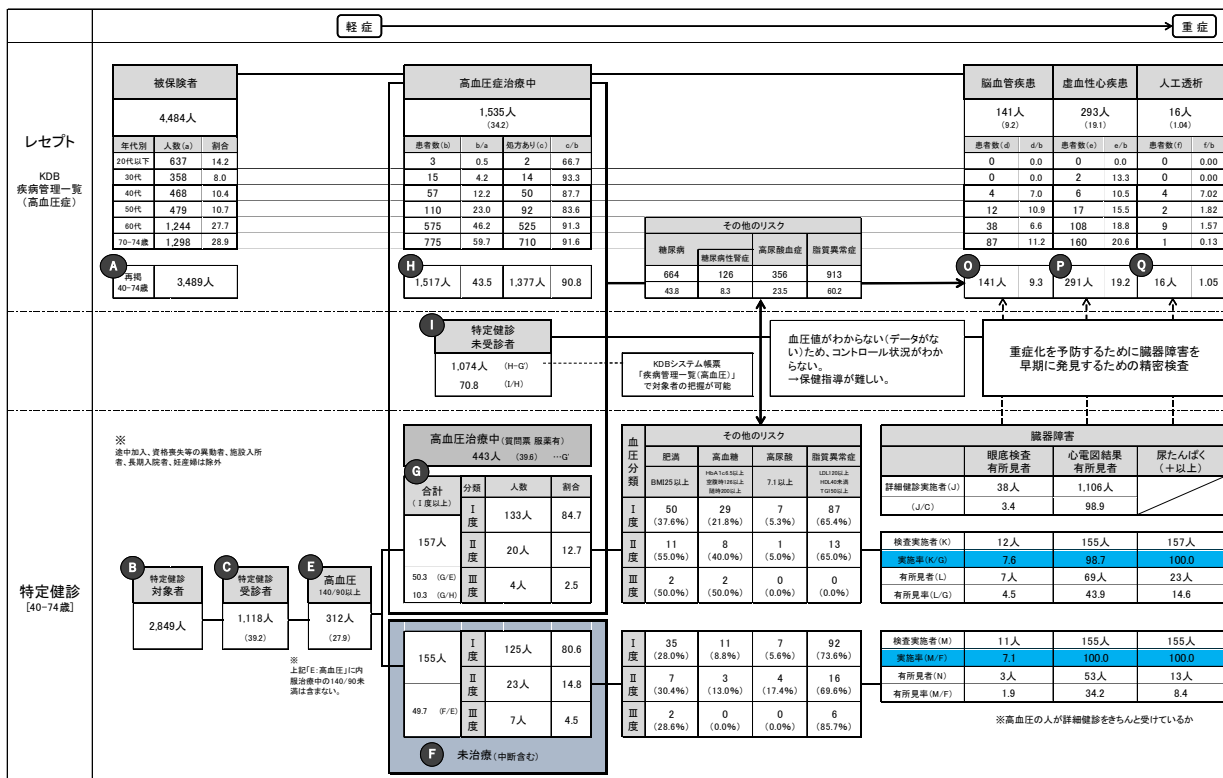
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 24 人(5.4%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

他、重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)は、わずか 38 人(3.4%)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、312 人(27.9%・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。引き続き、実態について確認していく必要があります。

図表 72 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



出典:KDB システム(レセプト情報)・特定健診(法定報告)

## (2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 73 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 73 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

(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 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化  
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化  
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高血圧			
		高値高血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
	322	167 51.9%	125 38.8%	23 7.1%	7 2.2%
リスク第1層 予後影響因子がない	22	C 14 6.8%	B 7 5.6%	B 1 4.3%	A 0 0.0%
	159	C 81 49.4%	B 67 53.6%	A 10 43.5%	A 1 14.3%
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	141	B 72 43.8%	A 51 40.8%	A 12 52.2%	A 6 85.7%

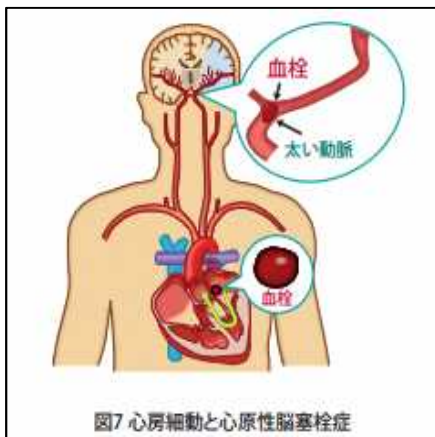
区分

区分	該当者数
A	80 24.8%
B	147 45.7%
C	95 29.5%

※1 脂質異常症は、問診結果で脂質ありと回答した者、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、問診結果で脂質ありと回答した者、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 蛋白尿については、健診結果より(+)以上で判断。

出典：特定健診(法定報告)

### (3)心電図検査における心房細動の実態



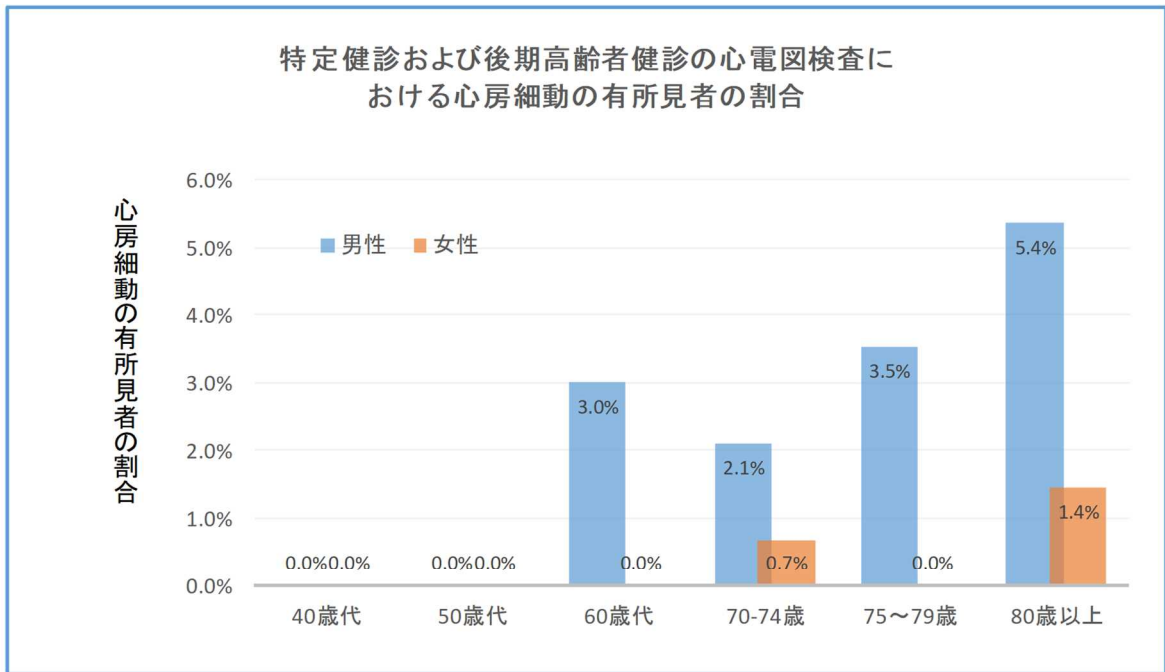
心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。

しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 74 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 74 心房細動有所見者の割合(国保・後期)



	総数	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳	75~79歳	80歳以上
男性	18	0	0	5	5	5	3
女性	3	0	0	0	2	0	1

出典: つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

図表 75 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	%
12	4	33.3%	8	66.7%

北島町調べ

心電図検査において国保では12人に心房細動の所見が認められました。後期は9人ですが、令和6年度より後期健診の受診券送付対象者が79歳まで拡大されるため、新規対象者の発見につながると想定します。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査から直ぐに介入していくことが必要です。

### 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) 二次検診の実施

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、本町では二次検診として頸動脈エコー検査を必要な対象者に行っていきます。

#### (3) 対象者の管理

##### ① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧以上を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や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経過を把握していきます。

### 4) 医療との連携

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

### 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

### 6) 評価

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

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・虚血性心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

7月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

## Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

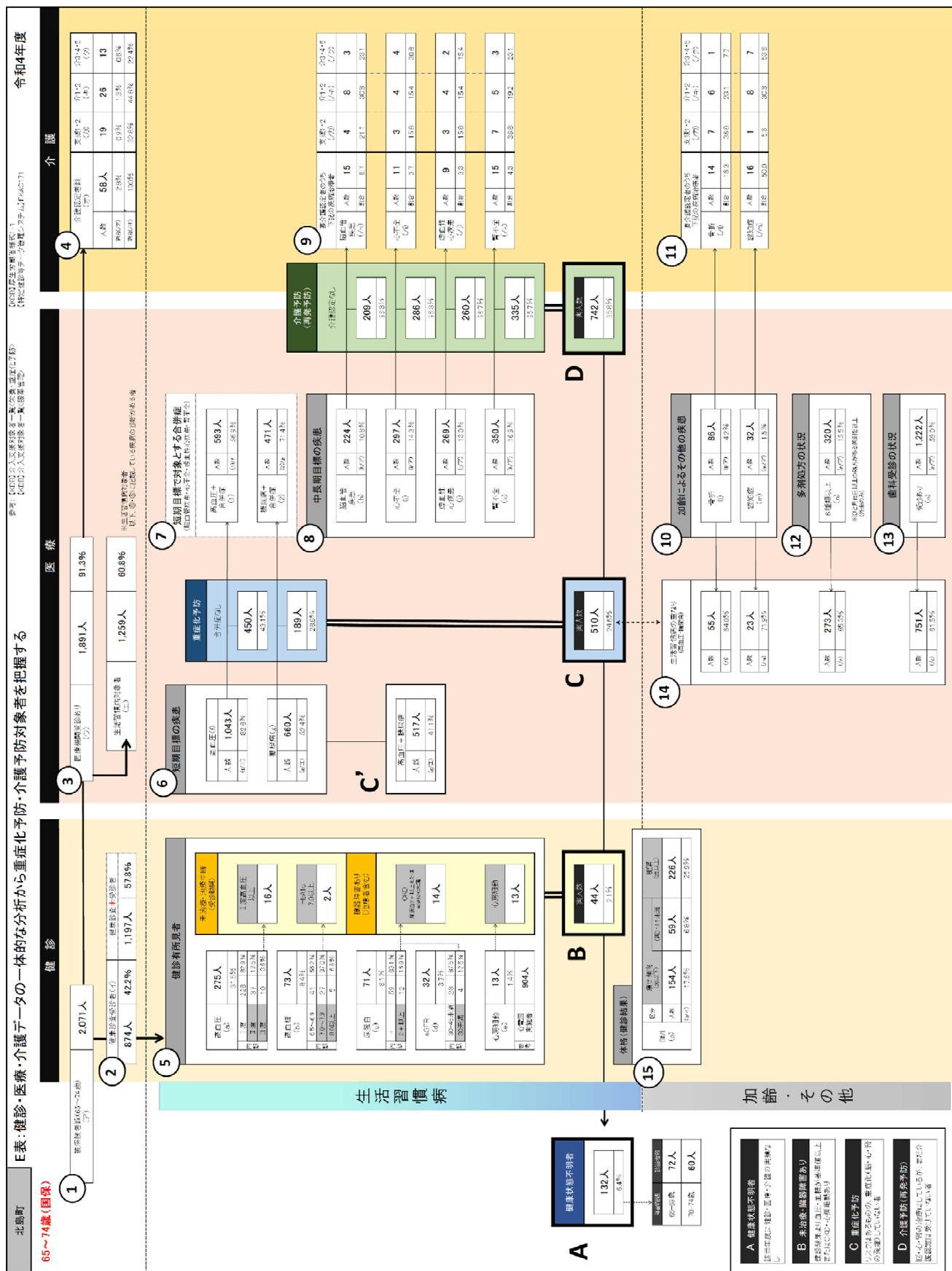
### 1) 基本的な考え方

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

### 2) 事業の実施

北島町は、令和6年度より徳島県後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施する予定です。

図表 76 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



## IV. 発症予防

生活習慣病は自覚症状に現れないまま長年経過し、気づいた時には合併症(脳・心臓・腎臓など)により取返しのできないほど病状が深刻になっていることが多い疾病です。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。

また、子どものころから生活習慣病を発症すると罹病期間が長くなり、成人期以降に合併症が起こる頻度が高い傾向があります。生活習慣は幼少期から徐々に確立していくことを考えれば、子どもにおける生活習慣病対策は重要となります。

生活習慣病の種類として 2 型糖尿病、高血圧、脂質異常症等がありますが、それらの多くは肥満症/メタボリックシンドロームに伴うものです。このため幼少期からの肥満予防・肥満改善は重要となります。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関係者と情報共有し対策を考えていく必要があります。

北島町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、なお且つデータヘルス計画の対象者は被保険者全員であることから、全住民の健康データをライフサイクルの視点で整理し、取組みを検討していきます。

図表 77 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

生活習慣病を解決するためにライフサイクルで考える ー基本的考え方ー (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)

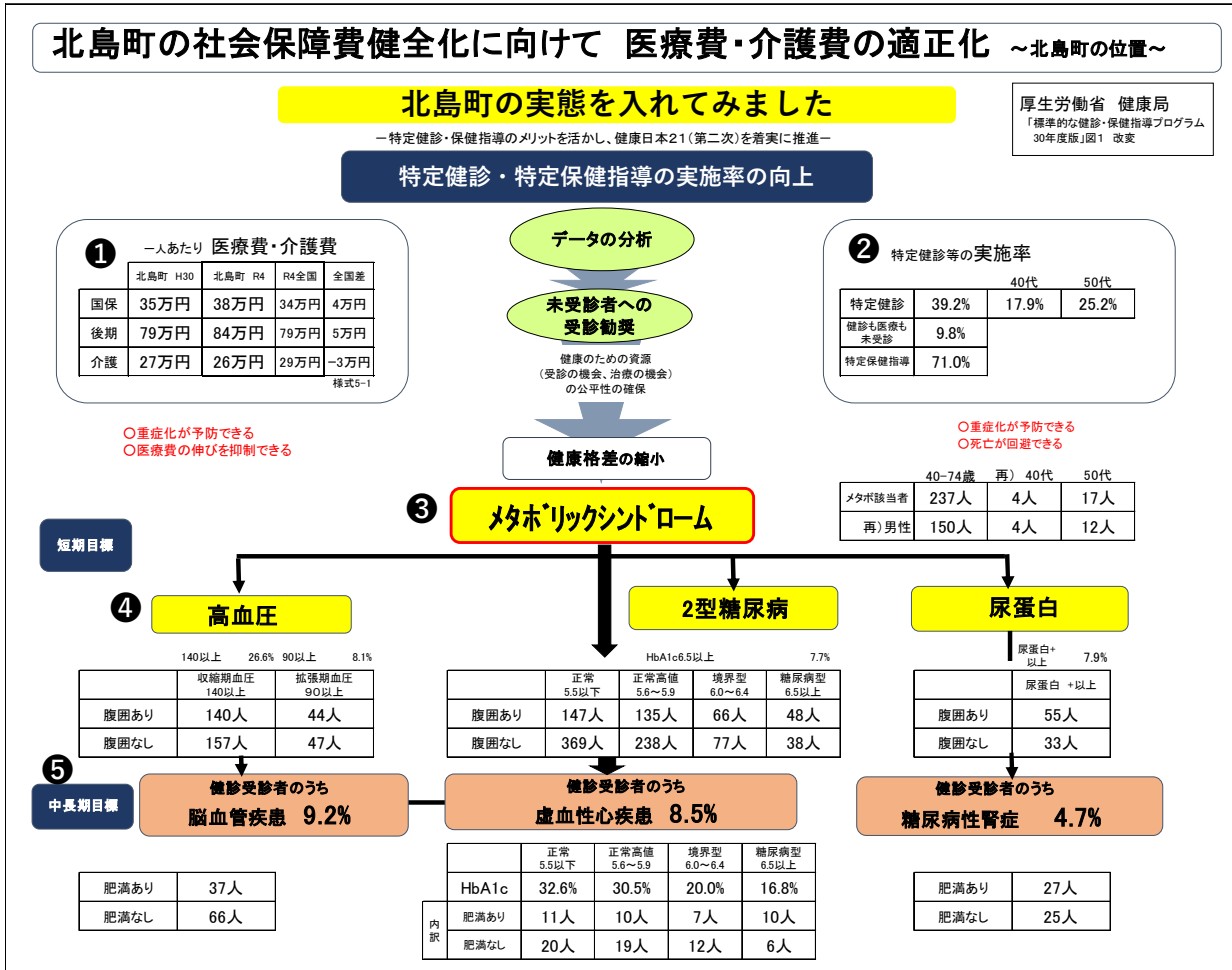
		健康増進法													
		母子保健法			児童福祉法			学校保健安全法		労働安全衛生法 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>			
1 根拠法 6条 健康増進事業実施者															
2 計画		健康増進計画(県)(市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)													
3 年代		妊婦(胎児期)		産婦	0歳~5歳			6歳~14歳		15~18歳	~29歳	30歳~39歳	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳以上
4 健康診査 (根拠法)		妊婦健康診査 (13条)	産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査	就学時健診 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)	特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)	
5 町の取組		妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)	標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)		
									血液検査(小学4年生) 生活習慣病予防教室 (小学4・6年生、中学1年生)			ヤング健診			

## V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。被保険者自身が健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに、主体的・積極的に健康増進に取り組むことが重要です。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 78)



図表 78 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



## VI. 歯科との連携

糖尿病は歯周病と密接な関係がある他、噛めない状態はメタボリックシンドロームや肥満等につながることから、口腔状態が生活習慣病に大きな影響を及ぼすことがわかっています。北島町では歯周病検診を実施しており、その結果と特定健診のデータや質問票を個人や集団で併せ、町民への周知や保健指導、歯科の受診勧奨等を、歯科医院と連携しながら行っています。

## 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、次期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

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収集されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に携わる保健師・管理栄養士等が定期的に確認します。

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北島町の位置

参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料 3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 7 HbA1c の年次比較

参考資料 8 血圧の年次比較

参考資料 9 LDL-C の年次比較

(参考資料1) 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた北島町の位置

項目		北島町										同規模平均		徳島県		国				
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04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	実数	割合	実数	割合			
1 概況	人口構成	総人口	22,257		22,257		22,257		22,257		22,450		4,284,839		691,132		123,214,261			
		65歳以上(高齢化率)	5,385	24.2	5,385	24.2	5,385	24.2	5,385	24.2	5,799	25.8	1,245,056	29.1	238,346	34.5	35,335,805	28.7		
		75歳以上	2,477	11.1	2,477	11.1	2,477	11.1	2,477	11.1	2,773	12.4	---	---	122,872	17.7	18,248,742	14.8		
		65~74歳	2,908	13.1	2,908	13.1	2,908	13.1	2,908	13.1	3,026	13.5	---	---	115,874	16.7	17,087,063	13.9		
		40~64歳	7,336	33.0	7,336	33.0	7,336	33.0	7,336	33.0	7,509	33.4	---	---	224,837	32.5	41,545,893	33.7		
39歳以下	9,536	42.8	9,536	42.8	9,536	42.8	9,536	42.8	9,142	40.7	---	---	227,949	33.0	46,332,563	37.6				
2 死亡	産業構成	第1次産業	2.6		2.6		2.6		2.6		2.6		5.4		8.5		4.0			
		第2次産業	28.0		28.0		28.0		28.0		28.0		28.7		24.1		25.0			
		第3次産業	69.4		69.4		69.4		69.4		69.4		66.0		67.4		71.0			
		平均寿命	男性	81.3		81.3		81.3		81.3		81.3		80.8		80.3		80.8		
		女性	87.4	87.4		87.4		87.4		87.4		87.1		86.7		87.0				
3 介護	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	80.7		81.2		80.8		80.9		80.8		80.4		79.7		80.1			
		女性	84.4	84.1		84.8		84.7		85.1		84.5		83.8		84.4				
		標準化死亡率比(SMR)	男性	91.6		91.6		91.6		94.3		94.3		88.7		105.1		100.0		
		女性	92.3	92.3		92.3		92.3		97.3		97.3		99.7		103.3		100.0		
		原因	がん	47	49.0	51	43.2	59	50.0	72	52.9	55	55.0	12,696	50.6	2,446	48.8	378,272	50.6	
4 医療	死亡の状況	心臓病	29	30.2	38	32.2	29	24.6	35	25.7	24	24.0	6,874	27.4	1,415	28.2	205,485	27.5		
		脳疾患	10	10.4	17	14.4	18	15.3	20	14.7	12	12.0	3,420	13.6	687	13.7	102,900	13.8		
		糖尿病	2	2.1	1	0.8	3	2.5	4	2.9	1	1.0	485	1.9	119	2.4	13,896	1.9		
		腎不全	3	3.1	8	6.8	8	6.8	4	2.9	5	5.0	926	3.7	233	4.7	26,946	3.6		
		自殺	5	5.2	3	2.5	1	0.8	1	0.7	3	3.0	686	2.7	110	2.2	20,171	2.7		
5 介護保険	介護給付費	合計	16	7.9	18	8.7	16	8.2	17	8.0	(65歳未満死亡割合)人口動態統計より、※県・国はR03年度データを記載		707		6.8		125,187		8.7	
		男性	14	12.3	12	12.4	9	8.5	12	11.8			500		9.7		82,832		11.2	
		女性	2	2.2	6	5.5	7	8.0	5	4.5			207		3.9		42,355		6.0	
		1号認定者数(認定率)	987	18.2	971	18.0	994	18.3	1,005	18.4	1,046	17.7	211,456	17.0	49,183	20.7	6,724,030	19.4		
		新規認定者数	11	0.3	16	0.2	21	0.3	18	0.3	21	0.3	3,785	0.3	864	0.3	11,289	0.3		
6 医療費	医療費分析	要支援1.2	3,277	14.2	3,350	14.2	3,704	15.4	4,019	16.7	4,149	16.2	712,830	13.9	172,153	14.2	21,785,044	12.9		
		要介護1.2	9,731	42.1	10,479	44.5	10,807	44.9	10,886	45.4	11,372	44.4	2,355,997	45.9	574,015	47.4	78,107,378	46.3		
		要介護3以上	10,106	43.7	9,715	41.3	9,558	39.7	9,098	37.9	10,101	39.4	2,064,273	40.2	465,525	38.4	68,983,503	40.8		
		2号認定者数	16	0.2	18	0.2	24	0.3	27	0.4	35	0.5	5,015	0.4	844	0.4	156,107	0.4		
		糖尿病	283	29.4	287	28.8	308	29.3	302	29.0	356	30.1	54,717	24.5	14,411	27.9	1,712,613	24.3		
7 健康	有病状況	高血圧症	538	54.0	550	54.8	598	57.1	586	56.9	643	57.9	117,224	52.9	29,294	57.7	3,744,672	53.3		
		脂質異常症	341	34.1	356	35.3	380	36.7	379	36.2	432	37.7	70,399	31.5	16,551	32.3	2,908,216	32.6		
		心臓病	606	60.6	631	61.8	660	64.5	645	63.5	713	63.9	132,327	59.8	32,830	64.7	4,224,628	60.3		
		脳疾患	236	23.3	236	24.3	249	24.1	229	22.6	234	21.4	50,122	22.9	11,243	22.5	1,568,292	22.6		
		がん	122	11.8	125	12.7	121	12.2	135	12.5	142	12.2	24,937	11.1	6,412	12.3	837,410	11.8		
8 介護給付費	介護給付費	筋・骨格	579	58.1	564	58.9	607	58.3	619	58.7	658	59.3	116,014	52.5	29,971	59.1	3,748,372	53.4		
		精神	389	35.8	359	37.8	374	37.3	386	37.5	423	38.2	80,119	36.4	19,884	39.1	2,569,149	36.8		
		一人当たり給付費(総給付費)	273,368	1,472,087,856	273,864	1,474,758,220	278,162	1,497,903,595	272,559	1,467,727,795	260,022	1,507,867,498	259,723	320,304	290,668					
		1件当たり給付費(全体)	63,688	62,638	62,234	61,148	58,850	63,000	63,005	59,662										
		在宅サービス	40,930	40,183	40,226	39,111	38,459	41,449	41,316	41,272										
9 医療費	医療費等	施設サービス	298,658	301,392	303,896	298,782	305,157	292,001	297,064	296,364										
		要介護認定別	8,383	8,273	8,402	8,103	8,143	8,999	8,871	8,610										
		医療費(40歳以上)	4,195	4,135	4,090	4,263	4,154	4,940	4,497	4,020										
		認定あり	---	---	---	---	---	---	---	---										
		認定なし	---	---	---	---	---	---	---	---										
10 国民の状況	国民の状況	被保険者数	4,272		4,166		4,165		4,033		3,910		882,802		154,837		27,488,882			
		65~74歳	2,060	48.2	2,050	49.2	2,118	50.9	2,111	52.3	2,014	51.5	---	---	73,617	47.5	11,129,271	40.5		
		40~64歳	1,298	30.4	1,252	30.1	1,197	28.7	1,158	28.7	1,140	29.2	---	---	49,424	31.9	9,088,015	33.1		
		39歳以下	914	21.4	864	20.7	850	20.4	764	18.9	756	19.2	---	---	31,796	20.5	7,271,596	26.5		
		加入率	19.2	18.7	18.7	18.7	18.1	17.4	20.6	22.4	22.3									
11 医療費分析	医療費分析	病棟数	3	0.7	3	0.7	3	0.7	2	0.5	2	0.5	265	0.3	107	0.7	8,237	0.3		
		診療所数	21	4.9	21	5.0	21	5.0	23	5.7	22	5.8	2,753	3.1	708	4.6	102,599	3.7		
		病床数	363	85.0	363	87.1	363	87.2	313	77.6	313	80.1	49,546	56.1	13,691	88.4	1,507,471	54.8		
		医師数	57	13.3	57	13.7	62	14.9	62	15.4	63	16.1	9,765	11.1	2,567	16.6	33,611	12.4		
		外来患者数	743.8	752.3	724.9	750.5	758.2	716.1	737.2	687.8										
12 医療費分析	医療費分析	入院患者数	23.8	22.8	22.8	23.4	19.2	24.5	19.2	25.0	17.7									
		一人当たり医療費	349,030	342,066	334,667	363,350	382,479	361,243	389,015	339,680										
		受診率	767.6	776,087	747,678	773,926	782,613	735,303	762,201	705,439										
		費用の割合	55.4	56.1	56.0	59.6	53.7	59.6	53.7	60.4										
		未入院	96.9	96.9	96.9	97.0	96.9	97.4	96.7	97.5										
13 医療費分析	医療費分析	入院	44.6	43.9	44.0	45.0	46.3	40.4	45.1	39.6										
		入院	3.1	3.1	3.1	3.0	3.1	2.6	3.3	2.5										
		1件あたり在院日数	17.7日	17.6日	18.4日	17.7日	17.5日	16.0日	18.5日	15.7日										
		がん	271,202,290	31.9	232,492,880	29.4	190,455,380	24.8	230,407,030	29.3	267,534,620	32.2	31.9	30.5	32.2					
		慢性腎不全(透析あり)	41,475,820	4.9	53,009,150	6.7	59,402,920	7.7	53,314,030	6.8	54,013,540	6.5	8.0	4.4	8.2					
14 医療費分析	医療費分析	糖尿病	93,355,650	11.0	87,138,410	11.0	89,145,320	11.6	94,654,610	12.0	88,328,050	10.6	11.0	10.8	10.4					
		高血圧症	49,186,210	5.8	47,384,480	6.0	46,391,540	6.1	46,187,470	5.9	43,432,150	5.2	6.1	6.0	5.9					
		脂質異常症	44,902,470	5.3	42,995,830	5.4	40,052,470	5.2	39,133,900	5.0	36,288,460	4.4	4.2	3.7	4.1					
		脳梗塞・脳出血	23,166,120	2.7	14,080,450	1.8	14,597,730	1.9	15,584,660	2.0	21,240,750	2.5	3.8	2.7	3.9					
		狭心症・心筋梗塞	39,016,910	4.5	27,761,170	3.6	28,334,600	3.7	25,213,070	3.2	32,032,330	3.8	2.9	3.4	2.8					
15 医療費分析	医療費分析	精神	141,450,530	16.6	152,557,810	19.3	161,322,120	21.0	156,141,440	19.9	141,869,000	17.1	14.6	21.1	14.7					
		筋・骨格	139,718,600	16.4	127,744,440	16.2	128,930,900	16.8	113,834,690	14.5	134,791,600	16.2	16.6	16.2	16.7					
		高血圧症	507	0.3	245	0.2	111	0.1	73	0.0	388	0.2	310	0.2	233	0.1	256	0.2		
		糖尿病	1,650	1.1	584	0.4	509	0.3	1,414	0.9	814	0.5	1,270	0.9	1,411	0.8	1,144	0.9		
		脂質異常症	---	---	---	---	---	---	7	0.0	288	0.2	61	0.0	84	0.0	53	0.0		
16 医療費分析	医療費分析	脳梗塞・脳出血	4,165	2.7	2,229	1.5	2,465	1.7	2,733	1.7	4,220	2.4								

5 健診	①	健診受診者	1,100		1,135		1,131		1,167		1,118		250,612		43,802		6,503,152		
	②	受診率	35.2	県内18位 同規模129位	37.3	県内17位 同規模116位	37.2	県内17位 同規模07位	39.0	県内17位 同規模76位	38.7	県内17位 同規模05位	39.3	39.2	全国18位	35.3			
	③	特定保健指導終了者(実施率)	109	74.7	114	78.6	89	66.9	81	61.8	0	0.0	4,814	16.1	297	5.5	69,327	9.0	
	④	非肥満高血糖	90	8.2	86	7.6	82	7.3	101	8.7	90	8.1	25,228	10.1	3,532	8.1	588,083	9.0	
	⑤	メタボ	該当者	228	20.7	255	22.5	262	23.2	252	21.6	237	21.2	52,346	20.9	8,180	21.0	1,321,197	20.3
			予備群	134	12.2	136	12.0	138	12.2	137	11.7	120	10.7	28,214	11.3	5,182	11.8	730,607	11.2
	⑥	メタボ該当・予備群レベル	総数	416	37.8	426	37.5	436	38.5	438	37.5	398	35.6	88,865	35.5	15,805	36.1	2,273,296	35.0
			腹囲	269	59.0	281	59.2	301	62.2	295	61.7	272	58.5	60,938	55.3	11,158	56.9	1,592,747	55.3
	⑦	BMI	総数	55	5.0	51	4.5	44	3.9	49	4.2	47	4.2	12,320	4.9	2,385	5.4	304,276	4.7
			男性	4	0.9	6	1.3	2	0.4	5	1.0	8	1.7	1,709	1.6	368	1.9	48,780	1.7
	⑧	血糖のみ	総数	7	0.6	11	1.0	5	0.4	7	0.6	4	0.4	1,744	0.7	264	0.6	41,541	0.6
			女性	90	8.2	91	8.0	95	8.4	86	7.4	85	7.6	20,034	8.0	3,727	8.5	514,593	7.9
	⑨	脂質のみ	総数	37	3.4	34	3.0	38	3.4	44	3.8	31	2.8	6,436	2.6	1,191	2.7	174,473	2.7
			男性	28	2.5	35	3.1	41	3.6	39	3.3	42	3.8	8,097	3.2	1,335	3.0	193,722	3.0
	⑩	血圧・脂質	総数	6	0.5	14	1.2	9	0.8	12	1.0	3	0.3	2,643	1.1	450	1.0	67,212	1.0
			女性	112	10.2	120	10.6	126	11.1	127	10.9	113	10.1	24,138	9.6	4,666	10.7	630,648	9.7
	⑪	血圧・血圧・脂質	総数	82	7.5	86	7.6	86	7.6	74	6.3	79	7.1	17,468	7.0	2,729	6.2	429,615	6.6
			女性	51	7.9	45	6.8	42	6.5	44	6.4	39	6.0	10,611	7.6	2,017	8.3	255,496	7.1
	6 問診	①	服薬	高血圧	416	37.8	450	39.6	471	41.6	474	40.6	443	39.6	92,854	37.1	16,935	38.7	2,324,538
糖尿病				105	9.5	120	10.6	94	8.3	94	8.1	95	8.5	23,444	9.4	3,764	8.6	564,473	8.7
②		既往歴	脂質異常症	314	28.5	339	29.9	352	31.1	364	31.2	335	30.0	71,191	28.4	11,822	27.0	1,817,350	28.0
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	44	4.1	40	3.7	45	4.1	43	3.8	38	3.5	7,606	3.1	1,329	3.1	199,003	3.1
③		生活習慣の状況	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	65	6.0	60	5.6	61	5.6	66	5.8	59	5.4	14,124	5.8	2,531	5.8	349,845	5.5
			腎不全	8	0.7	4	0.4	9	0.8	9	0.8	13	1.2	2,026	0.8	511	1.2	51,680	0.8
④		喫煙	貧血	135	12.5	135	12.6	132	12.1	138	12.2	132	12.2	25,148	10.4	4,733	11.0	669,737	10.6
			1日10分以上喫煙を極く	116	10.5	133	11.7	125	11.1	119	10.2	112	10.0	32,100	12.8	5,368	12.3	896,676	13.8
⑤		酒	週3回以上後期夕食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
			週3回以上後期夕食(H30～)	142	13.3	155	14.5	141	13.1	149	13.2	139	12.9	33,458	14.3	7,259	17.0	932,218	15.7
⑥		食	週3回以上後期夕食	142	13.3	155	14.5	141	13.1	149	13.2	139	12.9	33,458	14.3	7,259	17.0	932,218	15.7
			食べる速度が遅い	327	30.4	324	30.3	322	29.5	356	31.5	322	29.8	59,745	25.9	13,138	30.7	1,590,713	26.8
⑦		運動	20歳時体重から10%以上増加	397	36.9	373	34.9	369	33.9	392	34.8	360	33.3	83,122	35.5	15,965	36.0	2,083,152	34.9
			1日30分以上運動習慣なし	587	54.4	568	53.0	570	52.3	610	54.1	580	53.6	137,627	59.6	25,071	58.7	3,589,515	60.3
⑧		睡眠	1日1時間以上運動なし	545	50.6	553	51.7	537	49.4	587	52.0	567	52.4	111,206	47.4	21,798	51.0	2,858,913	48.0
			睡眠不足	268	25.2	291	27.3	278	26.1	304	27.2	281	26.2	59,845	25.6	11,333	26.8	1,521,685	25.6
⑨		飲酒	毎日飲酒	228	21.2	233	21.9	249	22.9	259	23.0	244	22.6	56,219	23.6	10,658	24.7	1,585,206	25.5
			時々飲酒	189	17.5	174	16.3	158	14.5	179	15.9	187	17.3	51,095	21.4	7,699	17.8	1,393,154	22.4
⑩		一 日 飲 酒 量	1会未満	544	72.6	517	71.6	535	73.6	611	74.9	601	74.5	103,867	65.7	17,015	63.9	2,851,798	64.2
	1～2会		141	18.8	135	18.7	136	18.7	139	17.0	136	16.9	37,237	23.5	6,226	23.4	1,053,317	23.7	
⑪	2～3会	3～4会	57	7.6	57	7.9	45	6.2	58	7.1	60	7.4	13,576	8.6	2,624	9.9	414,658	9.3	
		5会以上	7	0.9	13	1.8	11	1.5	8	1.0	10	1.2	3,510	2.2	754	2.8	122,039	2.7	



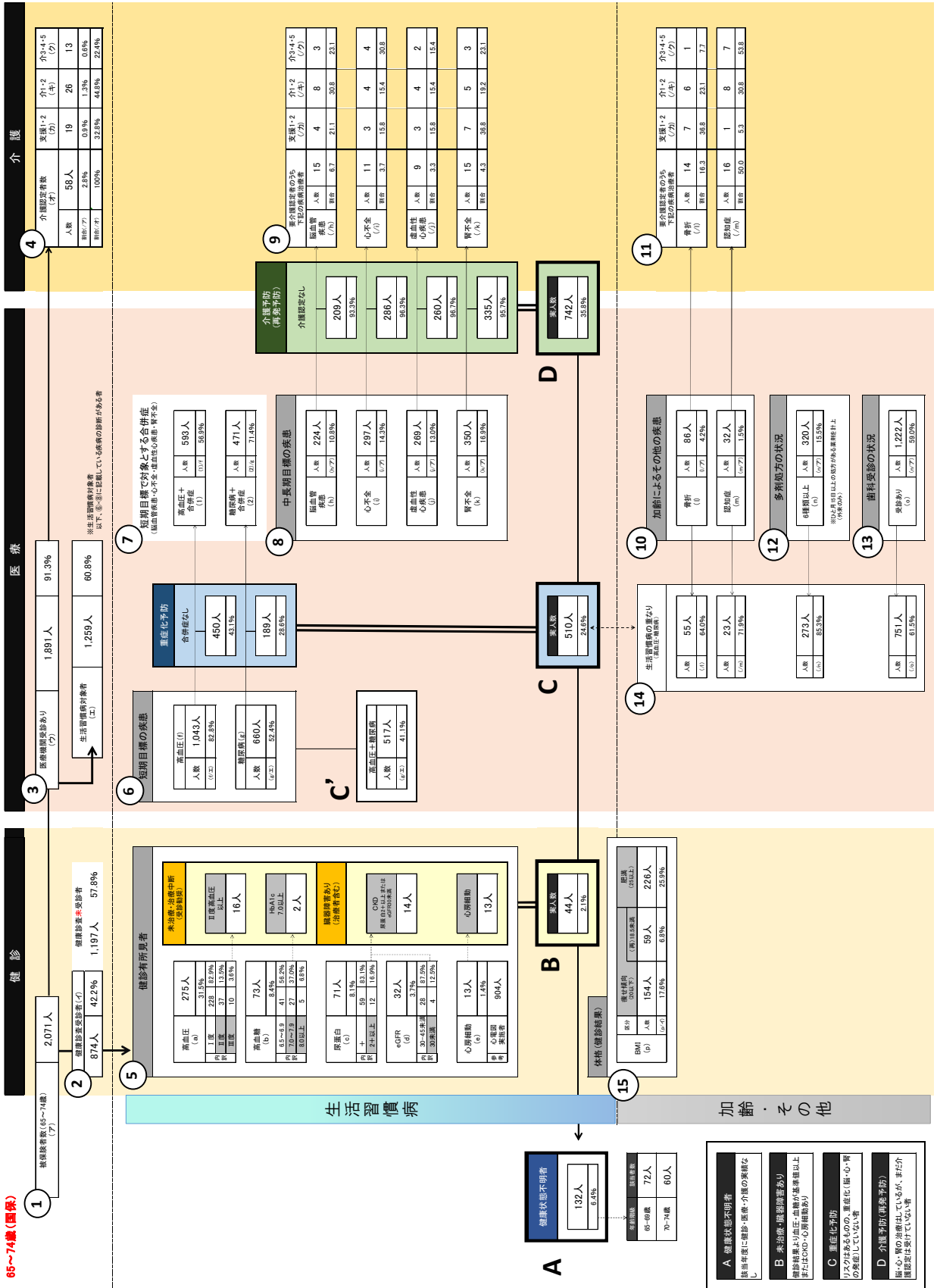
② 65～74歳(国保)

北島町 令和4年度

【OD】厚生労働省様式1-1  
【特定高齢者一斉管理システム(PKAG)7】

【OD】介入支援対象者一斉管理システム(PKAG)7  
【OD】介入支援対象者一斉管理システム(PKAG)7

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





③65～74歳(後期)

令和4年度

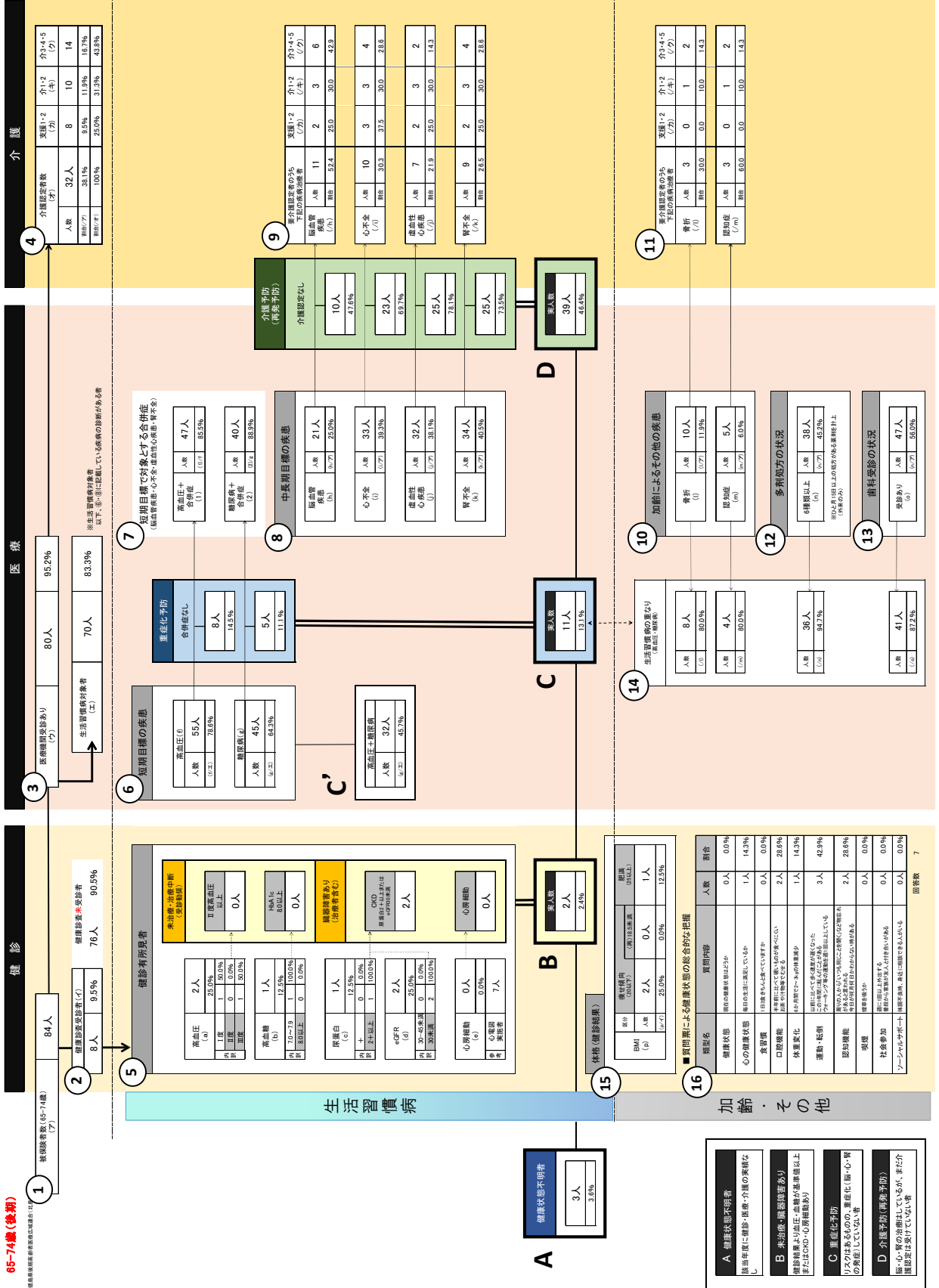
【OS】厚生労働省統計①-1  
【特選】厚生労働省統計①-1  
【OS】厚生労働省統計①-1  
【特選】厚生労働省統計①-1

参考:【OS】介入支援対象者一覧(保健・重症化予防)  
【特選】介入支援対象者一覧(保健・重症化予防)  
【OS】介入支援対象者一覧(保健・重症化予防)  
【特選】介入支援対象者一覧(保健・重症化予防)

E表:健診・医療・介護・予防・介護予防対象者を把握する

健康状態不明者  
健康状態不明者  
健康状態不明者

健康状態不明者  
健康状態不明者  
健康状態不明者





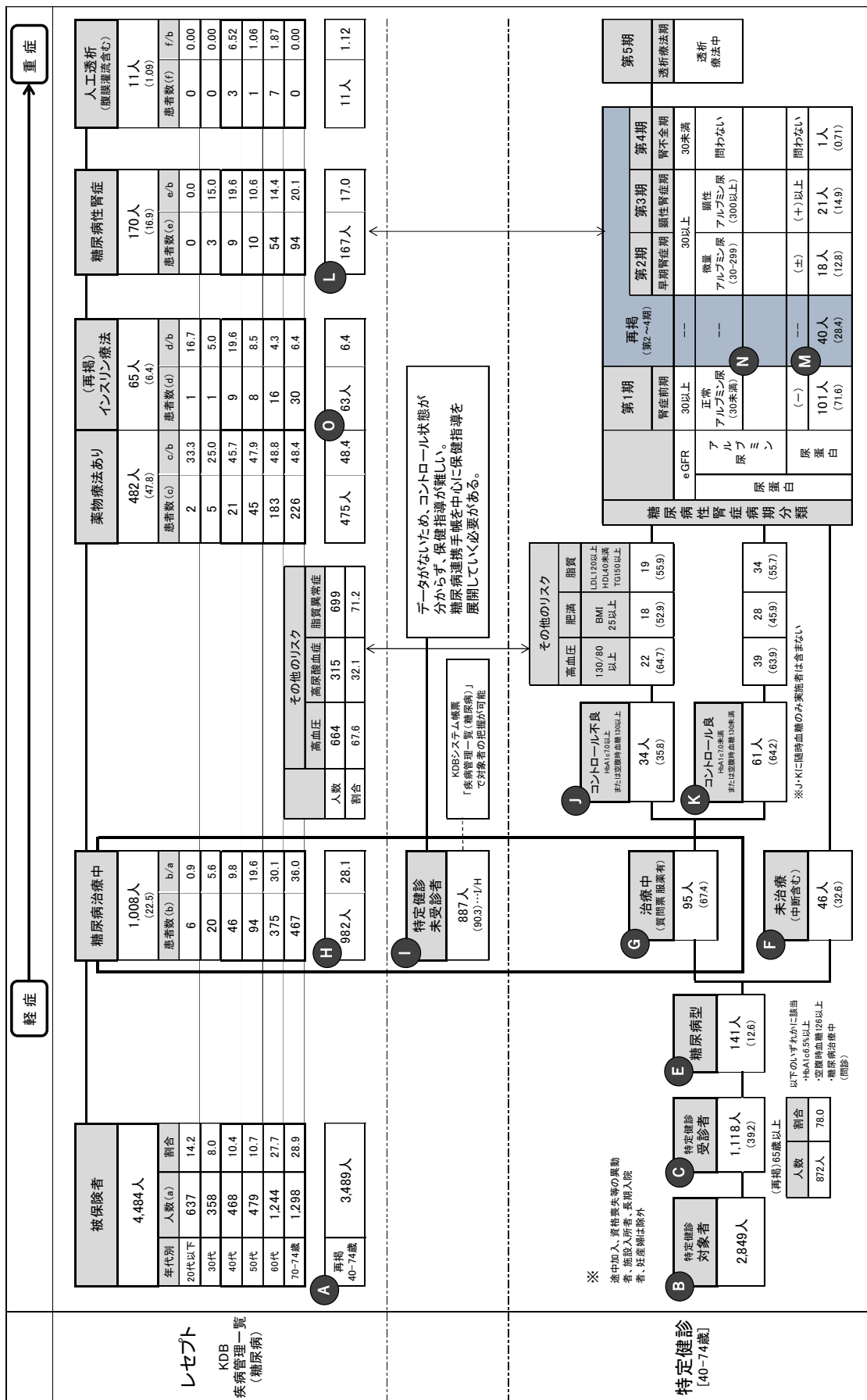
(参考資料3) 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目		突合表	北島町										データ基	
			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		
1	① 被保険者数	A	4,372人		4,220人		4,195人		4,200人		4,095人		KDB 厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		3,473人		3,358人		3,340人		3,370人		3,325人			
2	① 対象者数	B	3,072人		3,004人		3,007人		2,955人		2,849人		市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書	
	② 特定健診	C	1,095人		1,131人		1,132人		1,167人		1,118人			
③	受診率		35.6%		37.6%		37.6%		39.5%		39.2%			
3	① 特定保健指導	D	144人		143人		123人		110人		107人			
	② 実施率		69.4%		81.8%		70.7%		67.3%		71.0%			
4	健診データ	① 糖尿病型	E	147人	13.4%	171人	15.1%	145人	12.8%	165人	14.1%	145人	12.5%	特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	42人	28.6%	49人	28.7%	50人	34.5%	69人	41.8%	47人	32.4%	
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	105人	71.4%	122人	71.3%	95人	65.5%	96人	58.2%	98人	67.6%	
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	39人	37.1%	46人	37.7%	36人	37.9%	31人	32.3%	35人	35.7%	
		⑤ 血圧 130/80以上		30人	76.9%	24人	52.2%	24人	66.7%	17人	54.8%	23人	65.7%	
		⑥ 肥満 BMI25以上		28人	71.8%	24人	52.2%	25人	69.4%	20人	64.5%	18人	51.4%	
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	66人	62.9%	76人	62.3%	59人	62.1%	65人	67.7%	63人	64.3%	
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	109人	74.1%	120人	70.2%	99人	68.3%	114人	69.1%	103人	71.0%	
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		21人	14.3%	25人	14.6%	25人	17.2%	28人	17.0%	19人	13.1%	
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		17人	11.6%	25人	14.6%	19人	13.1%	21人	12.7%	21人	14.5%	
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	2人	1.4%	2人	1.2%	2人	1.4%	
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)	H	141.1人		140.3人		135.9人		142.9人		149.0人		KDB 厚生労働省様式様式3-2
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		175.9人		174.5人		169.2人		176.6人		181.4人		
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は新規患者		3,303件	(983.6)	3,164件	(958.2)	3,177件	(958.4)	3,283件	(1004.3)	3,207件	(1016.8)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ 入院外(件数)		21件	(6.3)	10件	(3.0)	6件	(1.8)	14件	(4.3)	10件	(3.2)	
		⑤ 糖尿病治療中		617人	14.1%	592人	14.0%	570人	13.6%	600人	14.3%	610人	14.9%	KDB 厚生労働省様式様式3-2
		⑥ (再掲)40-74歳		611人	17.6%	586人	17.5%	565人	16.9%	595人	17.7%	603人	18.1%	
		⑦ 健診未受診者		506人	82.8%	481人	82.1%	470人	83.2%	499人	83.9%	505人	83.7%	
		⑧ インスリン治療		46人	7.5%	46人	7.8%	40人	7.0%	37人	6.2%	32人	5.2%	
		⑨ (再掲)40-74歳		44人	7.2%	45人	7.7%	40人	7.1%	37人	6.2%	32人	5.3%	
		⑩ 糖尿病性腎症		126人	20.4%	109人	18.4%	118人	20.7%	114人	19.0%	117人	19.2%	
		⑪ (再掲)40-74歳		125人	20.5%	106人	18.1%	116人	20.5%	113人	19.0%	116人	19.2%	
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		7人	1.1%	8人	1.4%	9人	1.6%	9人	1.5%	8人	1.3%	
		⑬ (再掲)40-74歳		7人	1.1%	8人	1.4%	9人	1.6%	9人	1.5%	8人	1.3%	
		⑭ 新規透析患者数		4人	57.1%	4人	50.0%	5人	55.6%	8人	88.9%	3人	37.5%	
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		2人	50.0%	0人	0.0%	2人	40.0%	0人	0.0%	2人	66.7%	
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		19人	2.0%	18人	1.9%	16人	1.7%	18人	1.9%	16人	1.5%	KDB 厚生労働省様式様式3-2 ※後期
6	医療費	① 総医療費	14億9106万円		14億2505万円		13億9389万円		14億6539万円		14億9549万円		KDB 健診・医療・介護データか らみる地域の健康課題	
		② 生活習慣病総医療費	8億4986万円		7億9093万円		7億6677万円		7億8582万円		8億3181万円			
		③ (総医療費に占める割合)	57.0%		55.5%		55.0%		53.6%		55.6%			
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	5,903円		5,021円		6,699円		5,845円		6,187円			
		⑤ 健診受診者	43,460円		40,554円		37,307円		40,366円		43,776円			
		⑥ 健診未受診者	9336万円		8714万円		8915万円		9465万円		8833万円			
		⑦ 糖尿病医療費 (生活習慣病総医療費に占める割合)	11.0%		11.0%		11.6%		12.0%		10.6%			
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	2億5706万円		2億4541万円		2億5726万円		2億6019万円		2億6730万円			
		⑨ 1件あたり	32,193円		32,164円		33,307円		32,496円		33,367円			
		⑩ 糖尿病入院総医療費	1億6086万円		1億7492万円		1億5007万円		2億0969万円		1億9693万円			
		⑪ 1件あたり	558,531円		594,956円		590,812円		706,014円		635,255円			
		⑫ 在院日数	18日		20日		19日		18日		17日			
		⑬ 慢性腎不全医療費	4427万円		5639万円		6498万円		5947万円		5968万円			
		⑭ 透析有り	4148万円		5301万円		5940万円		5331万円		5401万円			
		⑮ 透析なし	279万円		338万円		557万円		616万円		566万円			
7	介護	① 介護給付費	14億7209万円		14億7476万円		14億9790万円		14億6773万円		15億0787万円		KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	
		② (2号認定者)糖尿病合併症	0件 0.0%		0件 0.0%		1件 10.0%		1件 11.1%		3件 23.1%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	2人 1.0%		1人 0.5%		3人 1.5%		4人 2.1%		1人 0.5%			

(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

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

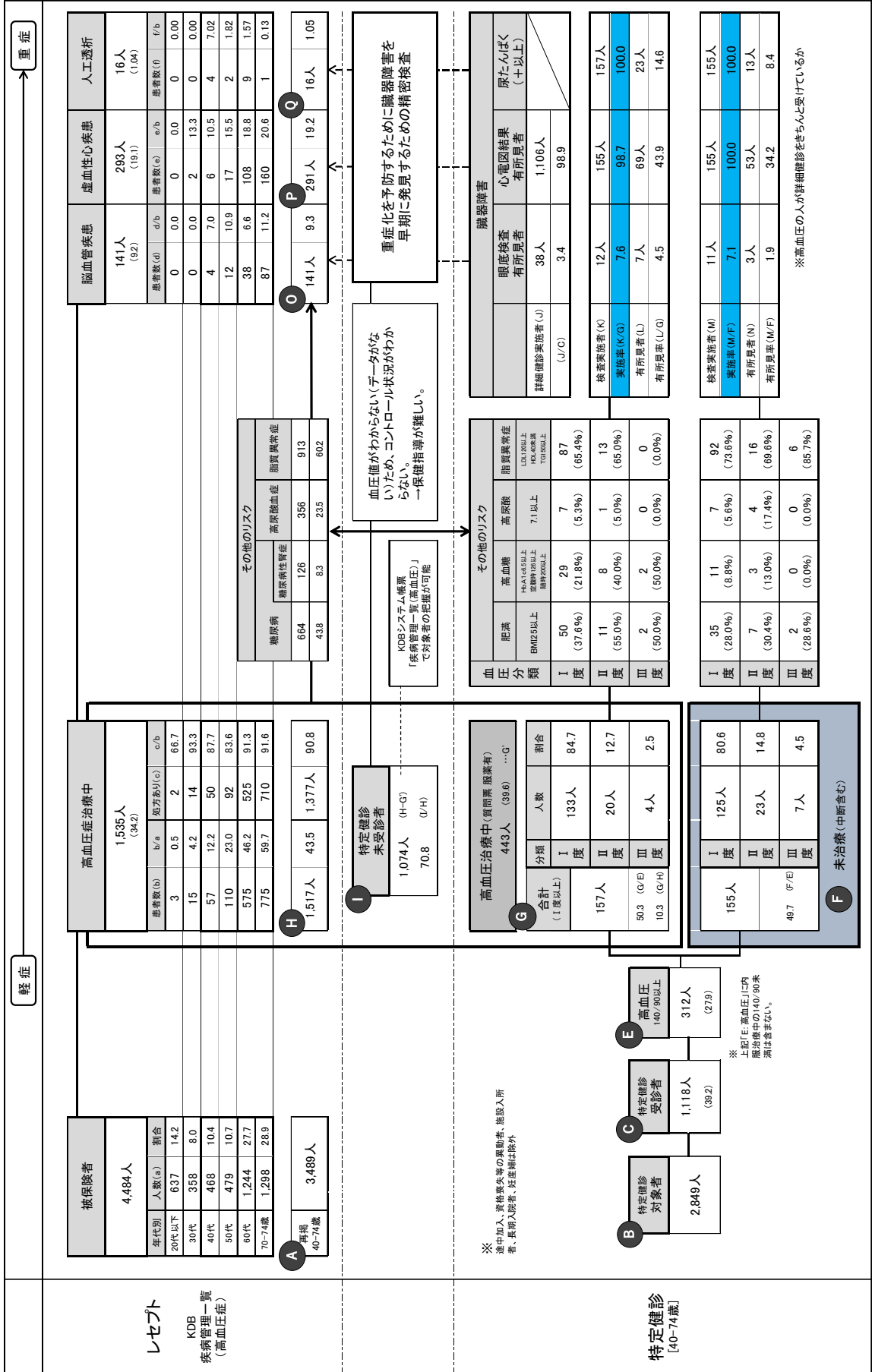


※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)  
※レセプト情報のうち、疾病管理一貫で把握できない項目については、「KDB療養 介入支援対象者一貫(深慮・重症化予防)」から集計

(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

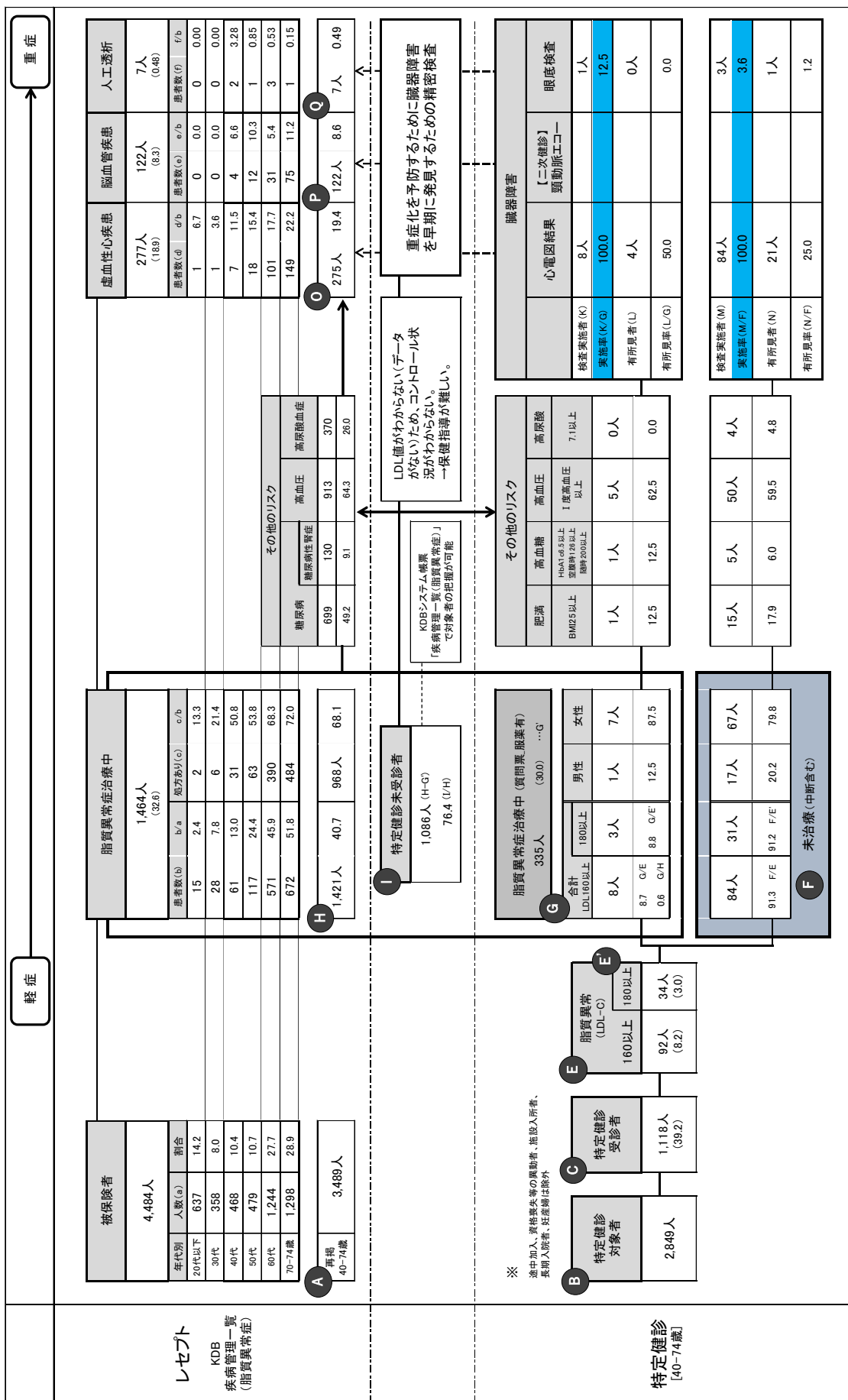
高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



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



(参考資料 7) HbA1c の年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	1,002	513	51.2%	296	29.5%	117	11.7%	49	4.9%	15	1.5%	12	1.2%	15	1.5%	8	0.8%
H30	1,095	493	45.0%	352	32.1%	162	14.8%	49	4.5%	26	2.4%	13	1.2%	21	1.9%	6	0.5%
R01	1,131	491	43.4%	372	32.9%	165	14.6%	56	5.0%	37	3.3%	10	0.9%	27	2.4%	5	0.4%
R02	1,132	507	44.8%	373	33.0%	153	13.5%	59	5.2%	33	2.9%	7	0.6%	21	1.9%	5	0.4%
R03	1,166	564	48.4%	361	31.0%	145	12.4%	48	4.1%	36	3.1%	12	1.0%	25	2.1%	11	0.9%
R04	1,114	512	46.0%	373	33.5%	143	12.8%	48	4.3%	31	2.8%	7	0.6%	18	1.6%	5	0.4%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して  
重症化しやすい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		再掲
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合	
H29	1,002	513	296	117	76	35	41	2.7%	7.6%	
					27	10	17			
H30	1,095	493	352	162	88	32	56	3.6%	8.0%	
					39	13	26			
R01	1,131	491	372	165	103	37	66	4.2%	9.1%	
					47	13	34			
R02	1,132	507	373	153	99	43	56	3.5%	8.7%	
					40	12	28			
R03	1,166	564	361	145	96	50	46	4.1%	8.2%	
					48	23	25			
R04	1,114	512	373	143	86	34	52	3.4%	7.7%	
					38	15	23			

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標						合併症の危険が更に大きくなる	
		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	75	7.5%	1	1.3%	8	10.7%	25	33.3%	24	32.0%	10	13.3%	7	9.3%	9	12.0%	4	5.3%
	H30	104	9.5%	4	3.8%	8	7.7%	36	34.6%	30	28.8%	19	18.3%	7	6.7%	12	11.5%	2	1.9%
	R01	119	10.5%	5	4.2%	11	9.2%	37	31.1%	32	26.9%	26	21.8%	8	6.7%	19	16.0%	3	2.5%
	R02	94	8.3%	2	2.1%	9	9.6%	27	28.7%	28	29.8%	23	24.5%	5	5.3%	17	18.1%	4	4.3%
	R03	94	8.1%	7	7.4%	11	11.7%	30	31.9%	21	22.3%	19	20.2%	6	6.4%	14	14.9%	6	6.4%
治療なし	R04	95	8.5%	3	3.2%	10	10.5%	30	31.6%	29	30.5%	18	18.9%	5	5.3%	13	13.7%	3	3.2%
	H29	927	92.5%	512	55.2%	288	31.1%	92	9.9%	25	2.7%	5	0.5%	5	0.5%	6	0.6%	4	0.4%
	H30	991	90.5%	489	49.3%	344	34.7%	126	12.7%	19	1.9%	7	0.7%	6	0.6%	9	0.9%	4	0.4%
	R01	1,012	89.5%	486	48.0%	361	35.7%	128	12.6%	24	2.4%	11	1.1%	2	0.2%	8	0.8%	2	0.2%
	R02	1,038	91.7%	505	48.7%	364	35.1%	126	12.1%	31	3.0%	10	1.0%	2	0.2%	4	0.4%	1	0.1%
R03	1,072	91.9%	557	52.0%	350	32.6%	115	10.7%	27	2.5%	17	1.6%	6	0.6%	11	1.0%	5	0.5%	
R04	1,019	91.5%	509	50.0%	363	35.6%	113	11.1%	19	1.9%	13	1.3%	2	0.2%	5	0.5%	2	0.2%	

(参考資料 8) 血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	1,002	266	26.5%	197	19.7%	264	26.3%	224	22.4%	44	4.4%	7	0.7%
H30	1,095	316	28.9%	194	17.7%	269	24.6%	262	23.9%	48	4.4%	6	0.5%
R01	1,131	321	28.4%	196	17.3%	296	26.2%	251	22.2%	61	5.4%	6	0.5%
R02	1,132	263	23.2%	205	18.1%	298	26.3%	283	25.0%	77	6.8%	6	0.5%
R03	1,167	316	27.1%	215	18.4%	292	25.0%	267	22.9%	68	5.8%	9	0.8%
R04	1,118	306	27.4%	198	17.7%	302	27.0%	258	23.1%	43	3.8%	11	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Ⅱ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲		再Ⅲ度高血圧	割合
					再Ⅲ度高血圧	再掲					
						未治療	治療				
H29	1,002	463 46.2%	264 26.3%	224 22.4%	51 5.1%	28 54.9%	23 45.1%	7 0.7%	6 85.7%	1 14.3%	5.1%
H30	1,095	510 46.6%	269 24.6%	262 23.9%	54 4.9%	21 38.9%	33 61.1%	6 0.5%	3 50.0%	3 50.0%	4.9%
R01	1,131	517 45.7%	296 26.2%	251 22.2%	67 5.9%	33 49.3%	34 50.7%	6 0.5%	4 66.7%	2 33.3%	5.9%
R02	1,132	468 41.3%	298 26.3%	283 25.0%	83 7.3%	41 49.4%	42 50.6%	6 0.5%	5 83.3%	1 16.7%	7.3%
R03	1,167	531 45.5%	292 25.0%	267 22.9%	77 6.6%	37 48.1%	40 51.9%	9 0.8%	5 55.6%	4 44.4%	6.6%
R04	1,118	504 45.1%	302 27.0%	258 23.1%	54 4.8%	30 55.6%	24 44.4%	11 1.0%	7 63.6%	4 36.4%	4.8%

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	360	35.9%	46	12.8%	66	18.3%	110	30.6%	115	31.9%	22	6.1%	1	0.3%
	H30	411	37.5%	53	12.9%	68	16.5%	120	29.2%	137	33.3%	30	7.3%	3	0.7%
	R01	448	39.6%	70	15.6%	73	16.3%	138	30.8%	133	29.7%	32	7.1%	2	0.4%
	R02	471	41.6%	54	11.5%	74	15.7%	142	30.1%	159	33.8%	41	8.7%	1	0.2%
	R03	474	40.6%	71	15.0%	89	18.8%	133	28.1%	141	29.7%	36	7.6%	4	0.8%
	R04	443	39.6%	68	15.3%	83	18.7%	135	30.5%	133	30.0%	20	4.5%	4	0.9%
治療なし	H29	642	64.1%	220	34.3%	131	20.4%	154	24.0%	109	17.0%	22	3.4%	6	0.9%
	H30	684	62.5%	263	38.5%	126	18.4%	149	21.8%	125	18.3%	18	2.6%	3	0.4%
	R01	683	60.4%	251	36.7%	123	18.0%	158	23.1%	118	17.3%	29	4.2%	4	0.6%
	R02	661	58.4%	209	31.6%	131	19.8%	156	23.6%	124	18.8%	36	5.4%	5	0.8%
	R03	693	59.4%	245	35.4%	126	18.2%	159	22.9%	126	18.2%	32	4.6%	5	0.7%
	R04	675	60.4%	238	35.3%	115	17.0%	167	24.7%	125	18.5%	23	3.4%	7	1.0%



(参考資料9) LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		120未満		120~139		140~159		160~179		180以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H29	1,002	448 44.7%	267 26.6%	178 17.8%	70 7.0%	39 3.9%				
	H30	1,095	509 46.5%	287 26.2%	180 16.4%	75 6.8%	44 4.0%				
	R01	1,131	547 48.4%	302 26.7%	170 15.0%	81 7.2%	31 2.7%				
	R02	1,132	574 50.7%	300 26.5%	160 14.1%	71 6.3%	27 2.4%				
	R03	1,167	574 49.2%	300 25.7%	185 15.9%	77 6.6%	31 2.7%				
R04	1,117	575 51.5%	293 26.2%	157 14.1%	58 5.2%	34 3.0%					
男性	H29	415	204 49.2%	117 28.2%	64 15.4%	19 4.6%	11 2.7%				
	H30	453	241 53.2%	108 23.8%	67 14.8%	26 5.7%	11 2.4%				
	R01	472	256 54.2%	111 23.5%	69 14.6%	28 5.9%	8 1.7%				
	R02	485	280 57.7%	119 24.5%	62 12.8%	19 3.9%	5 1.0%				
	R03	478	278 58.2%	107 22.4%	68 14.2%	17 3.6%	8 1.7%				
R04	464	282 60.8%	114 24.6%	50 10.8%	12 2.6%	6 1.3%					
女性	H29	587	244 41.6%	150 25.6%	114 19.4%	51 8.7%	28 4.8%				
	H30	642	268 41.7%	179 27.9%	113 17.6%	49 7.6%	33 5.1%				
	R01	659	291 44.2%	191 29.0%	101 15.3%	53 8.0%	23 3.5%				
	R02	647	294 45.4%	181 28.0%	98 15.1%	52 8.0%	22 3.4%				
	R03	689	296 43.0%	193 28.0%	117 17.0%	60 8.7%	23 3.3%				
R04	653	293 44.9%	179 27.4%	107 16.4%	46 7.0%	28 4.3%					

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			再掲	割合
					再180以上	未治療	治療		
H29	1,002	448 44.7%	267 26.6%	178 17.8%	109	97	12	39	10.9%
					10.9%	89.0%	11.0%		
H30	1,095	509 46.5%	287 26.2%	180 16.4%	119	110	9	44	10.9%
					10.9%	92.4%	7.6%		
R01	1,131	547 48.4%	302 26.7%	170 15.0%	112	102	10	31	9.9%
					9.9%	91.1%	8.9%		
R02	1,132	574 50.7%	300 26.5%	160 14.1%	98	84	14	27	2.4%
					8.7%	85.7%	14.3%		
R03	1,167	574 49.2%	300 25.7%	185 15.9%	108	96	12	31	2.7%
					9.3%	88.9%	11.1%		
R04	1,117	575 51.5%	293 26.2%	157 14.1%	92	84	8	34	3.0%
					8.2%	91.3%	8.7%		

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	267	26.6%	165	61.8%	60	22.5%	30	11.2%	10	3.7%	2	0.7%
	H30	312	28.5%	198	63.5%	77	24.7%	28	9.0%	6	1.9%	3	1.0%
	R01	337	29.8%	234	69.4%	68	20.2%	25	7.4%	8	2.4%	2	0.6%
	R02	352	31.1%	242	68.8%	76	21.6%	20	5.7%	9	2.6%	5	1.4%
	R03	364	31.2%	243	66.8%	84	23.1%	25	6.9%	8	2.2%	4	1.1%
R04	335	30.0%	225	67.2%	88	26.3%	14	4.2%	5	1.5%	3	0.9%	
治療なし	H29	735	73.4%	283	38.5%	207	28.2%	148	20.1%	60	8.2%	37	5.0%
	H30	783	71.5%	311	39.7%	210	26.8%	152	19.4%	69	8.8%	41	5.2%
	R01	794	70.2%	313	39.4%	234	29.5%	145	18.3%	73	9.2%	29	3.7%
	R02	780	68.9%	332	42.6%	224	28.7%	140	17.9%	62	7.9%	22	2.8%
	R03	803	68.8%	331	41.2%	216	26.9%	160	19.9%	69	8.6%	27	3.4%
R04	782	70.0%	350	44.8%	205	26.2%	143	18.3%	53	6.8%	31	4.0%	