

**信濃町国民健康保険
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**

信濃町国民健康保険

令和6年3月

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 10

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) 35

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

第 4 章 課題解決するための個別保健事業	42
I. 保健事業の方向性	
II. 重症化予防の取組	
1. 糖尿病性腎症重症化予防	
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	
3. 虚血性心疾患重症化予防	
4. 脳血管疾患重症化予防	
III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
IV. 発症予防	
V. ポピュレーションアプローチ	
第 5 章 計画の評価・見直し	69
1. 評価の時期	
2. 評価方法・体制	
第 6 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	70
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
参考資料	71

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

またその後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)※3」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表※42022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、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します。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高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)

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

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

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

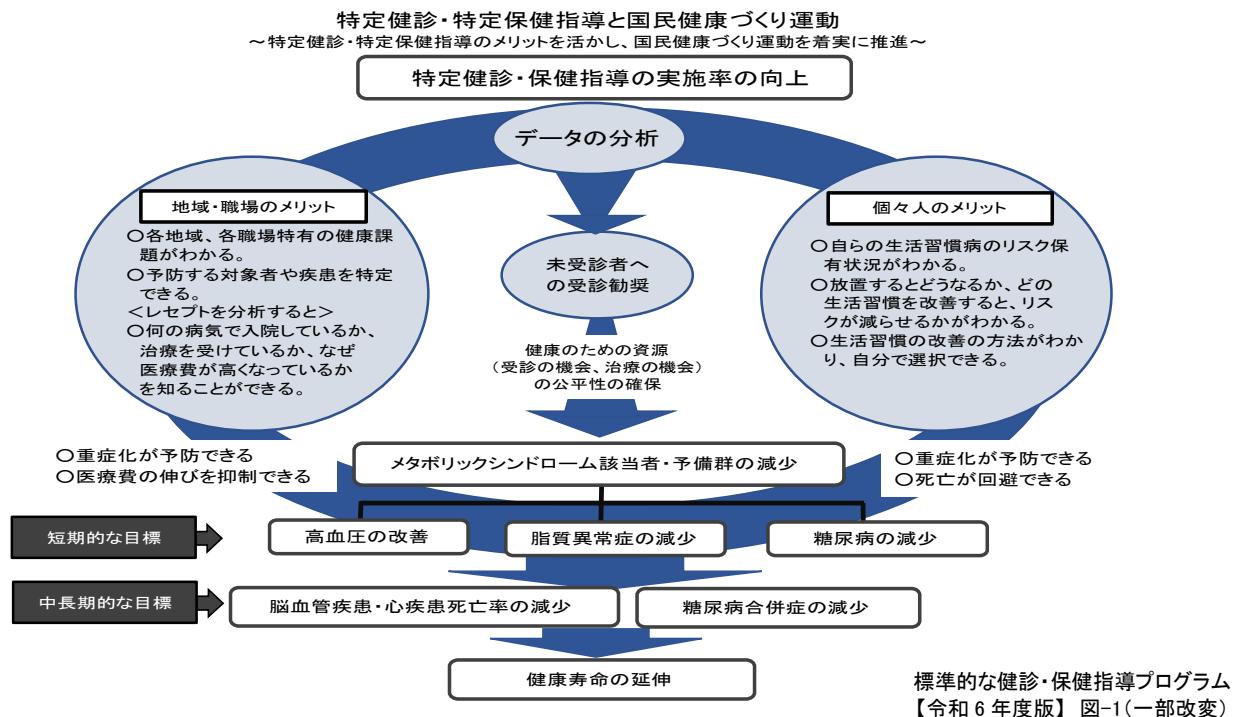
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

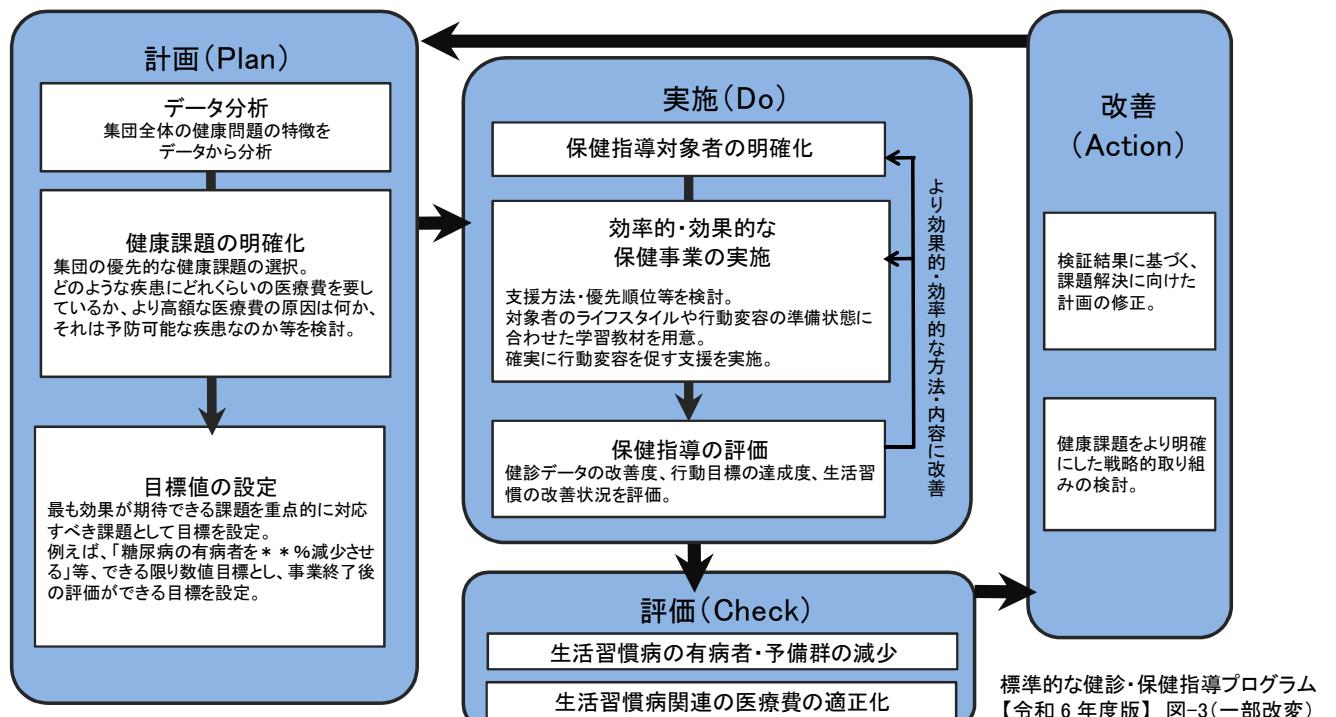
	健康増進計画	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高齢法 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るために基本的な指針	厚生労働省 医政局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画策定者	都道府県・義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県・義務	都道府県・義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生きられる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健づくりの展開に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に保健事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持・医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通じ、地域で切れ目のない医療の提供、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾患(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折・骨粗鬆症、バーチカルヘルニア、心疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病、高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の重症化予防 5疾病	糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモーティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健常状態の改善に関する目標 1生活習慣病の改善 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 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	①6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在宅医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新規感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルを活用する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、人材の確保)	
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県・国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



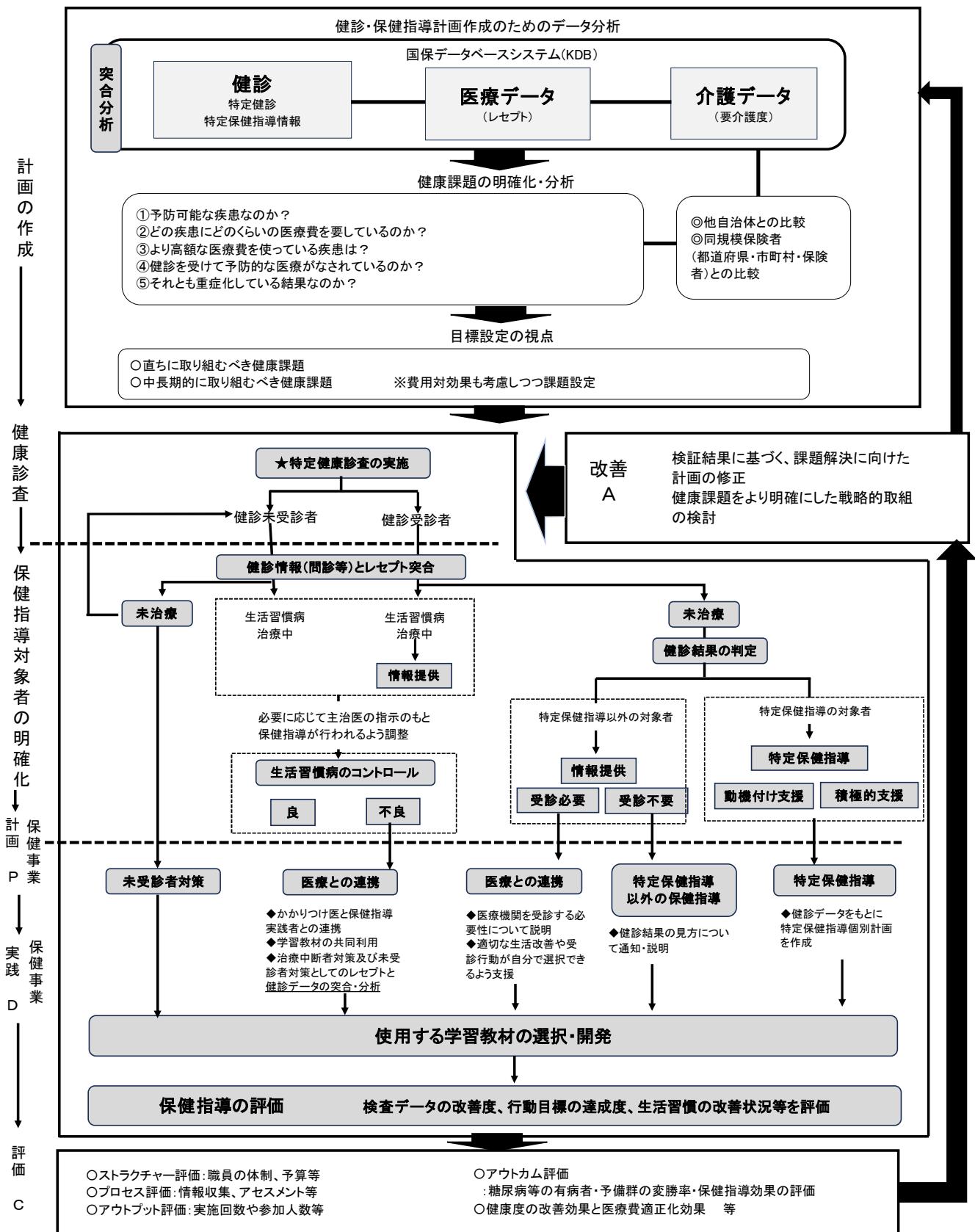
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとすることにつながる。

図表3 保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル



注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながらPDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(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)



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

老人保健法		高齢者の医療を確保する法律	
健診・保健指導の関係	かつての健診・保健指導	現在の健診・保健指導	
	健診に付加した保健指導	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診	
	事業中心の保健指導	結果を出す保健指導	
	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	
	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	リスクの重複がある対象者に対して、医師、保健師、看護師等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行ふ。	
	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	自己選択	
	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 一貫的な保健指導	対象者が代謝等の身体のメカニズム、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。	
方法	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。		
評価	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		
実施主体	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		
	アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少		
医療保険者			

注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考え方を整理。

(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

3. 計画期間

この計画の期間は、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

<参考>計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

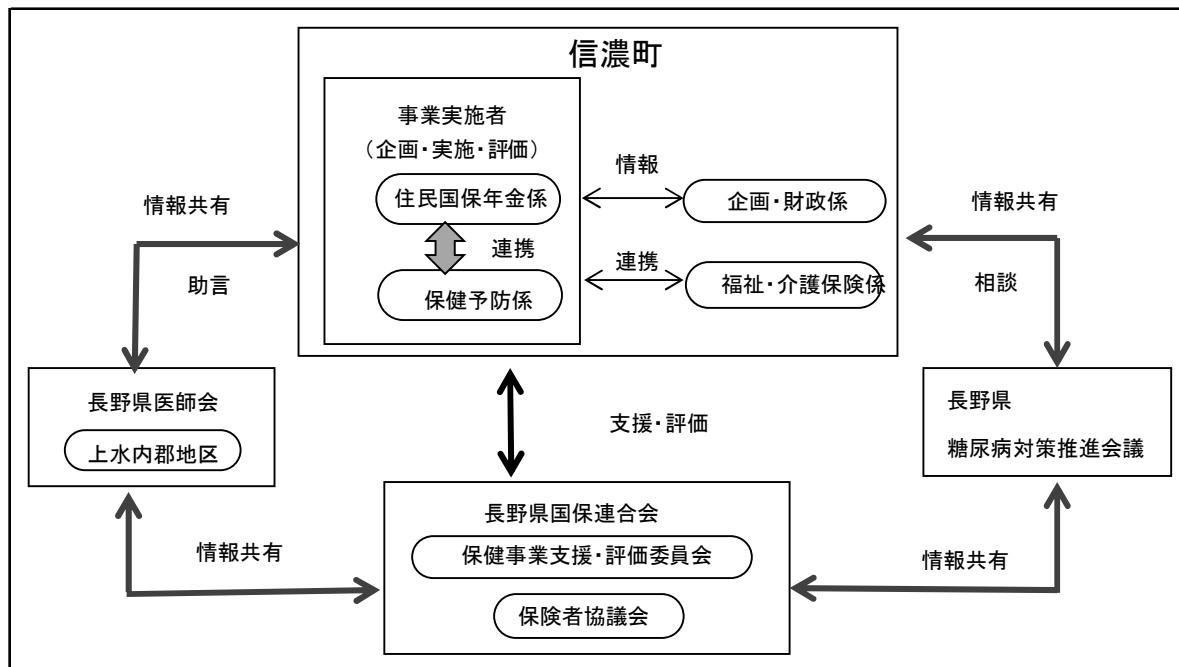
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、住民国保年金係、保健予防係、福祉・介護保険係、地域包括支援センター、財政係とも十分連携を図ることとします。

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

図表6 信濃町の実施体制図



図表7 保健事業体制と主な保健事業の分担

保…・保健師 管栄…・管理栄養士 事…・事務 ◎…・主担当 ○…・副担当

	保健予防係					住民国保年金係	
	事 (係長)	保	保	保	管栄	事 (係長)	事
国保事務						○	◎
健康診断 保健指導	◎	○	◎	○	○		
がん検診	◎	○	○	◎			
新型コロナ	◎	○	○	○	○		
予防接種	◎				○		
母子保健	○	◎	○	○	○		
精神保健	○	○	○	◎			
歯科保健		○		◎			

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるため、計画策定にあたり関係機関との連携・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、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、地域の医療機関等の社会資源等と連携、協力します。

さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要なため、本計画の策定にあたっては長野保健福祉事務所、長野県国保連合会とも協議し連携を図ります。

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、健康づくり推進協議会、国保運営協議会等において、被保険者との意見交換等を行ってきました。

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			信濃町	配点	信濃町	配点	信濃町	配点
交付額(万円)			549		509		試算中	
全国順位(1,741市町村中)			337位		580位		596位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	70	90	70	70	70
		(2)特定保健指導実施率		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		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	25	40	45	40	47	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	105	120	85	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	80	90	40	90	45	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		15
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組	110	130	80	130	80	130
		(2)後発医薬品の使用割合						
固有の指標	①	保険料(税)収納率	40	100	30	100	30	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	30	30	40	30	40	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	31	50	43	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	40	95	55	100	70	100
合計点			660	1,000	616	960	600	935

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

当町は、人口約7千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で44.1%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も57.1歳と高く、出生率も低いため、財政指数も低い町となっています。(図表9)

令和4年度の国保加入率は28.0%で加入率は横ばい、及び被保険者数は減少傾向で、年齢構成については65~74歳の前期高齢者が53.0%を占めています。(図表10)

当町には町立病院がありますが、病床数は県よりも低く医療資源は乏しいと考えられます。外来患者数は同規模よりも低く、一方で入院患者数は同規模と比較して高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した信濃町の特性

	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
信濃町	7,738	44.1	2,165(28.0)	57.1	3.4	15.5	0.4	17.1	24.8	58.1
同規模	—	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
県	—	32.2	22.1	53.8	6.4	12.7	0.5	9.3	29.2	61.6
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、信濃町と同規模保険者

(240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								
被保険者数	2,458		2,357		2,357		2,271		2,165	
65~74歳	1,230	50.0	1,220	51.8	1,220	51.8	1,225	53.9	1,148	53.0
40~64歳	789	32.1	730	31.0	730	31.0	663	29.2	640	29.6
39歳以下	439	17.9	407	17.3	407	17.3	383	16.9	377	17.4
加入率	29.1		27.9		27.8		26.8		28.0	

出典:KDBシステム_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	同規模	県								
病院数	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.5	0.4	0.3
診療所数	3	1.2	3	1.3	2	0.9	2	0.9	2	0.9	2.7	3.5
病床数	99	40.3	99	42.0	99	42.1	99	43.6	97	44.8	37.4	52.2
医師数	7	2.8	7	3.0	7	3.0	7	3.1	7	3.2	4.2	11.8
外来患者数	690.4		700.6		664.9		667.7		667.8		692.2	691.5
入院患者数	24.0		24.7		23.5		28.1		24.3		22.7	17.6

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

当町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で3人(認定率0.12%)、1号(65歳以上)被保険者で542人(認定率15.9%)と同規模・県・国と比較すると低く、平成30年度と比べても横ばいで推移しています。(図表12)

団塊の世代が後期高齢者医療への移行により、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約7億8千万円から約8億1千万円に伸びています。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳卒中(脳出血・脳梗塞)が1位で、61.9%の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で9割を超えており、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付けであると言えます。(図表14)

図表12 要介護認定者(率)の状況

	信濃町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	3,295人	38.9%	3,416人	44.1%	39.4%	32.2%	28.7%
2号認定者	4人	0.14%	3人	0.12%	0.39%	0.28%	0.38%
新規認定者	3人		1人		--	--	--
1号認定者	523人	15.9%	542人	15.9%	19.4%	17.7%	19.4%
新規認定者	59人		81人		--	--	--
65~74歳	29人	1.8%	38人	2.3%	--	--	--
再掲	新規認定者	6人	12人		--	--	--
75歳以上	494人	28.8%	504人	28.9%	--	--	--
新規認定者	53人		69人		--	--	--

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

		信濃町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費		7億8935万円	8億1321万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)		239,561	238,058	314,188	288,366	290,668
1件あたり給付費(円)全体		60,603	57,991	74,986	62,434	59,662
居宅サービス		35,333	35,243	43,722	40,752	41,272
施設サービス		271,445	276,720	289,312	287,007	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計	
年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計	
介護件数(全体)		3		38		504		542	
再)国保・後期		1		31		480		511	
疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
血管疾患 ～レセプトの診断名状況より重複して計上～	循環器疾患	1	脳卒中 100.0%	脳卒中 48.4%	脳卒中 62.7%	脳卒中 61.8%	脳卒中 61.9%	脳卒中 317	脳卒中 61.9%
		2	腎不全 100.0%	虚血性心疾患 16.1%	虚血性心疾患 37.3%	虚血性心疾患 36.0%	虚血性心疾患 35.9%	虚血性心疾患 184	虚血性心疾患 35.9%
		3	虚血性心疾患 0.0%	腎不全 16.1%	腎不全 25.0%	腎不全 24.5%	腎不全 24.6%	腎不全 126	腎不全 24.6%
		4	糖尿病合併症 0.0%	糖尿病合併症 16.1%	糖尿病合併症 15.0%	糖尿病合併症 15.1%	糖尿病合併症 15.0%	糖尿病合併症 77	糖尿病合併症 15.0%
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症) 100.0%	基礎疾患 90.3%	基礎疾患 96.3%	基礎疾患 95.9%	基礎疾患 95.9%	基礎疾患 491	基礎疾患 95.9%
	血管疾患合計		100.0%	合計 93.5%	合計 98.8%	合計 98.4%	合計 98.4%	合計 504	合計 98.4%
	認知症	認知症	100.0%	認知症 35.5%	認知症 43.3%	認知症 42.9%	認知症 43.0%	認知症 220	認知症 43.0%
	筋・骨格疾患	筋骨格系	100.0%	筋骨格系 90.3%	筋骨格系 96.5%	筋骨格系 96.1%	筋骨格系 96.1%	筋骨格系 492	筋骨格系 96.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

当町の医療費は、国保被保険者が減少しているにも関わらず総医療費は横ばいで推移しており、一人あたり医療費は、県平均と比べて約3万円高く、平成30年度と比較しても約3万円伸びています。また入院医療費は、全体のレセプト件数のわずか3%程度にも関わらず、医療費は全体の約42%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較しても約4万円高くなっています。(図表15)

年齢調整をした一人あたり医療費の地域差指数では、全国平均を1として指数化しており、当町の状況は、国民健康保険、後期高齢者医療ともに全国平均より低く、県平均より高い状況です。入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。(図表16)

図表15 医療費の推移

		信濃町		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)		2,458人	2,165人	--	--	--
前期高齢者割合		1,230人 (50.0%)	1,148人 (53.0%)	--	--	--
総医療費		8億2710万円	7億9449万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		336,492	366,972 県内19位 同規模137位	376,732	339,076	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	475,150	513,690	588,690	607,840	617,950
	費用の割合	41.4	41.6	43.7	38.9	39.6
	件数の割合	3.4	3.5	3.2	2.5	2.5
外来	1件あたり費用額	23,440	26,220	24,870	24,340	24,220
	費用の割合	58.6	58.4	56.3	61.1	60.4
	件数の割合	96.6	96.5	96.8	97.5	97.5
受診率		714.395	692.044	714.851	709.111	705.439

出典:ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は信濃町と同規模保険者240市町村の平均値を表す

図表16 一人あたり(年齢調査後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	信濃町(県内市町村中)		県(47県中)	信濃町(県内市町村中)		県(47県中)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指 数 順位	全体	0.976 (17位)	0.974 (21位)	0.959 (38位)	0.939 (8位)	0.963 (5位)	0.895 (38位)
	入院	1.020 (19位)	0.963 (29位)	0.954 (36位)	0.955 (12位)	0.938 (14位)	0.873 (33位)
	外来	0.947 (29位)	0.988 (17位)	0.968 (38位)	0.935 (18位)	1.009 (6位)	0.924 (39位)

出典:地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患・心疾患については、同規模、県平均、国平均よりも高い数値で推移しています。慢性腎不全については、県平均よりも低い値ですが、平成 30 年度より 1.7 ポイント伸びています。(図表 17)

中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると脳血管疾患、虚血性心疾患が、患者数及び割合と減少し、慢性腎不全(人工透析)は患者数及び割合が増加していました。特に 40~64 歳の世代において虚血性心疾患及び人工透析の割合が増加していました。65 歳以上においては、虚血性心疾患及び脳血管疾患は減少しましたが、人工透析が増加していました。(図表 18)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

		信濃町		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)		8億2710万円	7億9449万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)		6618万円	6222万円	--	--	--
		8.001129201	7.83%	7.67%	7.88%	8.03%
中 長 期 患 疾	脳	脳梗塞・脳出血	2.94%	2.29%	2.06%	2.15%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.44%	2.12%	1.47%	1.22%
	腎	慢性腎不全(透析有)	1.71%	3.40%	3.83%	4.29%
		慢性腎不全(透析無)	0.91%	0.02%	0.32%	0.22%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物	11.00%	15.68%	16.76%	16.43%	16.69%
	筋・骨疾患	11.84%	12.47%	9.27%	9.18%	8.68%
	精神疾患	8.56%	6.50%	7.98%	8.45%	7.63%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	2,458	2,165	a	214	173	184	161	5	6	
				a/A	8.7%	8.0%	7.5%	7.4%	0.2%	0.3%	
40歳以上	B	2,019	1,788	b	213	172	183	160	3	6	
	B/A	82.1%	82.6%	b/B	10.5%	9.6%	9.1%	8.9%	0.1%	0.3%	
再掲	40~64歳	C	789	640	c	36	24	35	30	3	4
		C/A	32.1%	29.6%	c/C	4.6%	3.8%	4.4%	4.7%	0.4%	0.6%
	65~74歳	D	1,230	1,148	d	177	148	148	130	0	2
		D/A	50.0%	53.0%	d/D	14.4%	12.9%	12.0%	11.3%	0.0%	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

(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

短期目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、高血圧治療者の割合が増加傾向にあり、高血圧が基礎疾患となる脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減っています。

当町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。しかしながら、人工透析の割合は増加しているため、今後も透析に至る前の保健指導を強化していくことが必要です。(図表 19)

糖尿病治療中の者の割合は横ばいでいたが、糖尿病治療中の者の合併症をみると40~64歳の脳血管疾患と虚血性心疾患の割合が増加し65~74歳では脳血管疾患の割合が増加しました。

糖尿病合併症の内、網膜症がどの年代でも増加し65~74歳で神経障害も増加していました。

(図表 20)

脂質異常症の割合は横ばいでいたが、脂質異常症治療中の内40~64歳で虚血性心疾患と人工透析の割合が増加、65~74歳で人工透析が増加していました。(図表 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			
				H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)	A	830	771	197	157	633	614
	A/被保数	41.1%	43.1%	25.0%	24.5%	51.5%	53.5%
合併症	脳血管疾患	B	107	89	16	9	91
		B/A	12.9%	11.5%	8.1%	5.7%	14.4%
長期目標疾	虚血性心疾患	C	122	102	22	20	100
		C/A	14.7%	13.2%	11.2%	12.7%	15.8%
中期目標疾	人工透析	D	3	6	3	4	0
		D/A	0.4%	0.8%	1.5%	2.5%	0.0%
出典:KDBシステム 疾病管理一覧(高血圧症) 地域の全体像の把握							

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲			
				H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)	A	474	406	116	82	358	324
	A/被保数	23.5%	22.7%	14.7%	12.8%	29.1%	28.2%
合併症	脳血管疾患	B	60	56	7	7	53
		B/A	12.7%	13.8%	6.0%	8.5%	14.8%
中期目標疾	虚血性心疾患	C	76	54	10	10	66
		C/A	16.0%	13.3%	8.6%	12.2%	18.4%
中期目標疾	人工透析	D	1	4	1	2	0
		D/A	0.2%	1.0%	0.9%	2.4%	0.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	134	93	35	13	99
		E/A	28.3%	22.9%	30.2%	15.9%	27.7%
糖尿病合併症	糖尿病性網膜症	F	58	54	12	9	46
		F/A	12.2%	13.3%	10.3%	11.0%	12.8%
糖尿病合併症	糖尿病性神経障害	G	24	21	6	3	18
		G/A	5.1%	5.2%	5.2%	3.7%	5.0%
出典:KDBシステム 疾病管理一覧(糖尿病) 地域の全体像の把握							

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40~64歳		65~74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
合 中 長 期 目 標 疾 患 併 症	脂質異常症治療者(人)	A	775	698	218	166	557	532
		A/被保数	38.4%	39.0%	27.6%	25.9%	45.3%	46.3%
	脳血管疾患	B	75	74	12	9	63	65
		B/A	9.7%	10.6%	5.5%	5.4%	11.3%	12.2%
	虚血性心疾患	C	105	100	21	20	84	80
		C/A	13.5%	14.3%	9.6%	12.0%	15.1%	15.0%
	人工透析	D	2	4	2	3	0	1
		D/A	0.3%	0.6%	0.9%	1.8%	0.0%	0.2%

出典:KDBシステム 疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を平成 30 年度と令和 3 年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、未治療のまま放置されている方が高血圧で令和 3 年度、約 45%となり、県の平均よりも高くなっています。また糖尿病では、未治療者の割合が平成 30 年度 3%から令和 3 年度に 8%に増加していました。(図表 22)

新型コロナ感染症の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧 Ⅱ度以上高血圧							
	H30年度		R03年度		Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)							
	受診者	受診率	受診者	受診率	H30年度		【レセプト】 未治療 (内服無し)		R03年度		【レセプト】 未治療 (服薬無し)	
A		B			C(人)	C/A(%)	D(人)	D/C(%)	E(人)	E/B(%)	F(人)	F/E(%)
信濃町	916	49.6	797	46.1	46	5.0	19	41.3	42	5.3	19	45.2
県	153,815	46.9	138,936	45.3	6,847	4.4	3020	44.1	7,482	5.4	3320	44.4

	健診受診率				糖尿病 HbA1c7.0以上の推移							
	H30年度		R03年度		HbA1c7.0以上の推移(結果の改善)							
	受診者	受診率	受診者	受診率	H30年度		【レセプト】 未治療 (服薬無し)		R03年度		【レセプト】 未治療 (服薬無し)	
A		B			G(人)	G/A(%)	H(人)	H/G(%)	I(人)	I/B(%)	J(人)	J/I(%)
信濃町	916	49.6	797	46.1	33	3.6	1	3.0	36	4.5	3	8.3
県	153,815	46.9	138,936	45.3	6,092	4.0	883	14.5	5,578	4.0	769	13.8

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。当町の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較すると、メタボリックシンドロームの該当者の割合は横ばいですが、3項目すべての危険因子を保有している割合が増加しています。(図表23)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上は微増しているものの、LDL-C160以上は減少していました。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者への継続受診を勧める働きかけを行う必要があります。(図表24. 25. 26)

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	943 (54.5%)	187 (19.8%)	50 (5.3%)	137 (14.5%)	124 (13.1%)
R04年度	740 (45.2%)	143 (19.3%)	48 (6.5%)	95 (12.8%)	101 (13.6%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表24 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果				健診未受診者
		改善	変化なし	悪化		
H30→R01	80 (8.8%)	18 (22.5%)	27 (33.8%)	11 (13.8%)		24 (30.0%)
R03→R04	77 (9.7%)	16 (20.8%)	33 (42.9%)	5 (6.5%)		23 (29.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	46 (4.9%)	27 (58.7%)	9 (19.6%)	2 (4.3%)	8 (17.4%)
R03→R04	43 (5.3%)	18 (41.9%)	9 (20.9%)	0 (0.0%)	16 (37.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	86 (9.1%)	35 (40.7%)	20 (23.3%)	8 (9.3%)	23 (26.7%)
R03→R04	65 (8.0%)	26 (40.0%)	15 (23.1%)	5 (7.7%)	19 (29.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

当町の特定健診受診率は、平成 30 年度には 49.6%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和 1 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40~50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28)

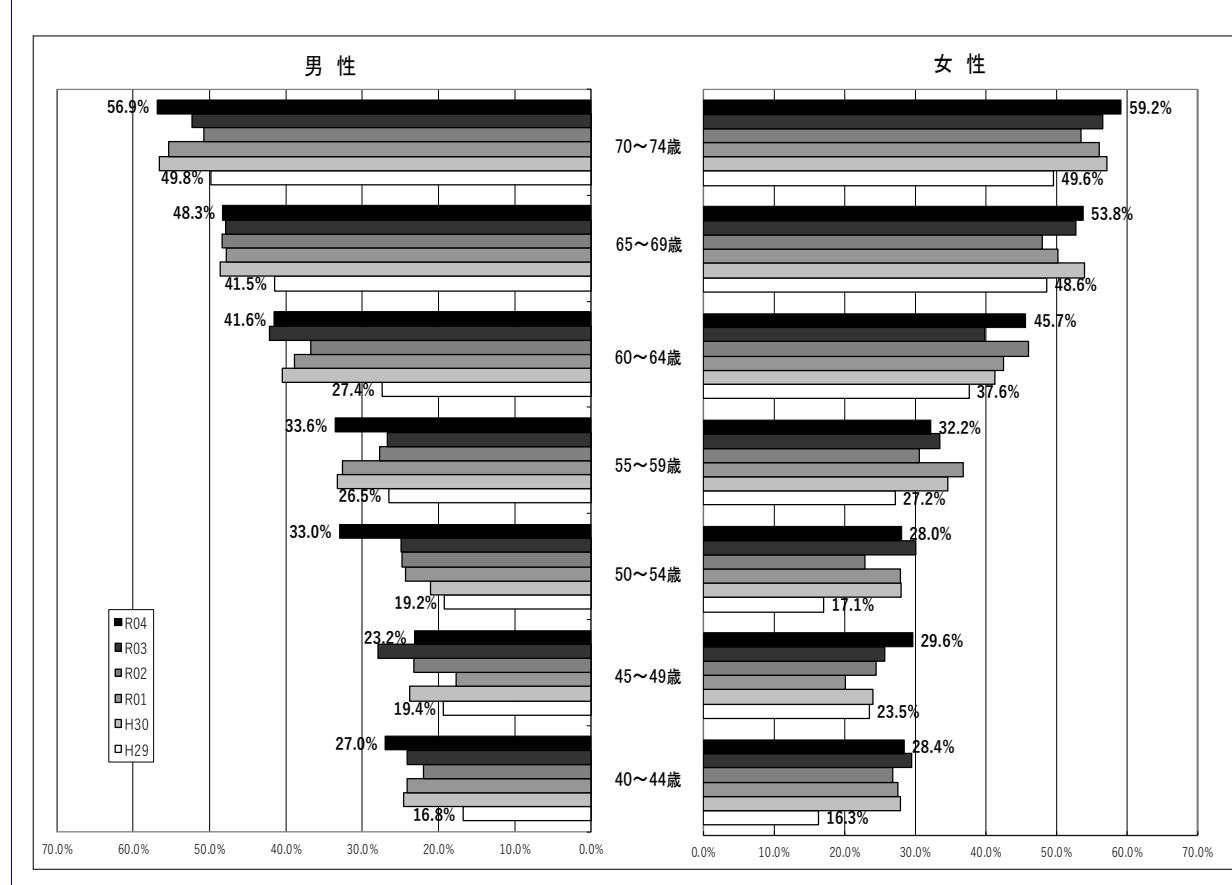
特定保健指導についても、令和 2 年度以降、大きく実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。健診の受診勧奨強化や、受けやすい健診実施体制の構築、保健指導実施のための専門職の確保が必要です。

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	916	876	856	797	714	健診受診率 60%
	受診率	49.6%	48.9%	48.0%	46.1%	43.8%	
特定保健指 導	該当者数	101	91	103	91	78	特定保健指 導実施率 60%
	割合	11.0%	10.4%	12.0%	11.4%	10.4%	
	実施者数	91	86	75	64	32	
	実施率	90.1%	94.5%	72.8%	70.3%	57.9%	

出典: 特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典: ヘルスサポートラボツール

(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			目標	達成状況	データの把握方法 (活用データ)	
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5				
			(H30)	(R2)	(R4)				
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.9%	0.9%	2.3%	初期値より減少	○	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	2.4%	2.1%	2.1%	初期値より減少	○	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	1.7%	1.9%	3.4%	初期値より減少	×	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.3%	1.1%	1.9%	初期値より減少	×	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.2%	初期値より減少	×	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	33.2%	33.0%	32.9%	28.0%	△	信濃町住民福祉課保健予防係
			健診受診者の高血圧者の割合の減少 (160/100以上)	4.9%	4.9%	4.6%	4.6%	○	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少 (LDL160以上)	9.0%	9.0%	7.3%	18.0%	×	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上)	8.8%	10.3%	9.3%	5.5%	×	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.0%	0.10%	0.20%	0.2%以下	○	
	特定健診受診率、特定保健指導実施率向上し、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	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	57.1%	20.0%	41.2%	80%以上	×	法定報告値
			糖尿病の保健指導を実施した割合	33.7%	34.5%	25.0%	52.0%	×	
			特定保健指導対象者の割合の減少	13.6	10.2	17.1	24.0%	×	
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	7.7	19.7	23.9	19.0%	○	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)
			肺がん検診受診者の増加	9.3	18.3	7.6	16.0%	×	
			大腸がん検診受診者の増加	18.6	26.4	28.8	30.0%	△	
			子宮がん検診受診者の増加	10.7	11.2	12.9	13.0%	△	
			乳がん検診受診者の増加	14.7	12.7	15.9	14.0%	○	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	12.2	17.7	17.8	18.0%	△	
			後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	81.2%	84.7%	82.8%	88.0%	△ 厚生労働省

達成状況：目標に対して「達成：○」「改善しているが未達成：△」「未達成：×」

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者①HbA1c6.5%以上糖尿病未治療の者 ②HbA1c7.0 以上糖尿病治療中の者への保健指導実施しており、実施率は30%台で推移していました。令和3年度、新型コロナウイルス感染症対策のため保健指導実施率が大幅に減少しましたが、令和4年度増加しています。血糖値所見者割合は横ばい、未治療・中断の割合は増加傾向にあります。(表1、表2)

平成30年度からはHbA1c6.5%以上の糖尿病未治療者を優先対象者とし重点的に取り組んできましたが、令和4年度の保健指導の実施率が全体の25%と低く、保健指導実施体制を強化することが課題です。また、医療が必要な値であるにもかかわらず、受診ができていない者には継続的に保健指導を実施するように体制を強化し、医療機関とも情報共有しながら適切に受診できるよう支援することが必要です。

HbA1c8.0%以上の者の割合は横ばいでいた。治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っています。

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)	907	856	841	792	728
	人(b)	80	68	87	77	68
血糖値有所見者※1	(b/a)	9.9%	7.9%	10.3%	9.7%	9.3%
	人(c)	27	24	30	6	17
保健指導実施者※2	(c/b)	33.7%	35.3%	34.5%	7.8%	25%

表2 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者※1	人(a)	80	68	87	77	68
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者※3	人(b)	14	16	25	24	17
	(b/a)	17.5%	23.5%	29.7%	31.2%	25.0%
受診した者	人(c)	8	2	8	4	7
	(c/b)	57.1%	12.5%	32.0%	16.7%	41.2%
治療開始した者	人(c)	8	1	5	3	7
	(c/b)	57.1%	6.2%	20.0%	12.5%	41.2%

表3 HbA1c8.0以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	907	856	841	792	728
	人(b)	7	5	9	7	9
HbA1c8.0以上	(b/a)	0.8%	0.8%	1.1%	0.9%	1.2%
保健指導実施	人(c)	7	5	1	2	1
	(c/b)	100%	100%	11.1%	28.6%	11.1%
HbA1c8.0以上の未治療者	人(b)	0	1	1	2	1
	(b/a)	0.0%	0.1%	0.1%	0.3%	0.2%

②脳血管疾患重症化予防対策

Ⅱ度高血圧以上の者の割合は令和4年度4.8%と、横ばいで推移しています。その内、約6割が未治療者です。令和4年度においてⅡ度高血圧以上の未治療者21人のうち、保健指導後、治療につながったものは、わずか3人(14.3%)でした。Ⅲ度高血圧においては、2人のうち2人が未治療者でした。(表4)

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。表5における高リスクの未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援と適切な受診勧奨に取り組み、高値血圧の者においても、家庭血圧の計測をすすめ、血圧手帳の活用を促す必要があります。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、Ⅱ度高血圧以上のコントロール不良の者が38.2%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行う必要があります。(表4)

表4 II度高血圧以上の者の内、未治療者の状況

		H3O	R1	R2	R3	R4	
健診受診者		人(a)	943	998	971	913	740
II度高血圧以上の者		人(b)	46	51	43	43	34
		(b/a)	4.9%	5.7%	4.9%	5.3%	4.8%
治療あり		人(c)	21	28	20	22	13
		(c/b)	45.7%	34.9%	48.3%	31.2%	38.2%
治療無し		人(d)	25	23	23	21	21
		(d/b)	34.3%	45.1%	53.5%	49.8%	67.8%
治療開始		人(e)	11	3	7	6	3
		(e/d)	44.0%	13.0%	30.4%	28.6%	14.3%
III度高血圧の者		人(f)	7	3	3	4	2
		(f/a)	0.7%	0.3%	0.3%	0.5%	0.3%
(再掲)	治療あり		人	7	1	1	2
	治療無し		人	0	2	2	2

表5 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(参考)高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会

p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子

p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化

p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	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
リスク第1層 予後影響因子がない	232	129	82	19	2
		55.6%	35.3%	8.2%	0.9%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のい ずれかがある	11	C 7	B 4	B 0	A 0
		4.7%	54%	4.9%	0.0%
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	148	C 85	B 52	A 11	A 0
		63.8%	65.9%	63.4%	57.9%
	73	B 37	A 26	A 8	A 2
		31.5%	28.7%	31.7%	42.1%
					100.0%



区分		該当者数
A	ただちに 薬物療法を開始	47
		20.3%
B	概ね1ヵ月後に 再評価	93
		40.1%
C	概ね3ヵ月後に 再評価	92
		39.7%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は≥175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。

※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。

※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。

※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

(2) ポピュレーションアプローチ

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

当町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの町民が、自分の住む地域の実情を理解し、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きました。

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、各種団体や行政区単位で出前講座を毎年行い、広く町民へ周知を行ってきました。

また、高血圧の改善を目的として集団健診会場で食品に含まれる食塩の展示や説明会を集中的に実施してきました。

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は中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全の重症化予防を重点的に進めてきました。

標準化死亡比は高くありませんが、令和 4 年度は 65 歳未満男性の死亡割合が県平均よりも高い状況です。予防可能な疾患で亡くなっていないか把握し、65 歳未満死亡は 0 人に近づけることを目標にしていく必要があります。(参考資料 1)

介護認定率は低く、一人当たり介護給付費が同規模と比べ 8 万円低い状況です。

国保 1 人あたり医療費が平成 30 年度から令和 4 年度にかけて 3 万円伸びており、同規模平均より低く、国・県よりは高い状況です。令和 4 年度は入院に係る件数は全体の 3.5%にも関わらず、入院に係る総医療費は全体の 41.6%を占めており、一人当たり医療費が高額となる原因と考えられます。入院が多くなる原因に、虚血性心疾患、脳血管疾患がありました。健診受診率を向上させ、早期に保健指導を行い、重症化を防ぐことで、医療費の増加を抑制することが必要です。(参考資料 1)

中長期目標の疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患については、平成 30 年度と比較すると減少していましたが、同規模・県・国よりも高い数値で推移している状況です。(図表 17)特に、40~64 歳で虚血性心疾患・人工透析が増加していました。(図表 18)また、健診受診者の内、3 割を超える方がメタボリックシンドローム該当者、予備軍という結果でした。(図表 23)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。

健診受診者の内、Ⅱ度高血圧以上の者が約 5%おり、未治療者が 67.8%(令和 4 年度)でした。高血圧対策を課題として設定し、適切な医療受診へつなげていく保健指導を継続して実施することが必要です。(表 4)

健診受診率をみると 43.6%と低く、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、平成 30 年度よりも受診率は低下しています。健診受診率の向上が重要です。

また、特定保健指導の実施率を向上させ、動脈硬化の原因となる要因の適正なコントロールを図ることで予防可能な疾患による早世障害予防を実施していくことが求められますが、特定保健指導の実施率が平成30年と比較し低迷しており、保健指導率の向上も課題となります。

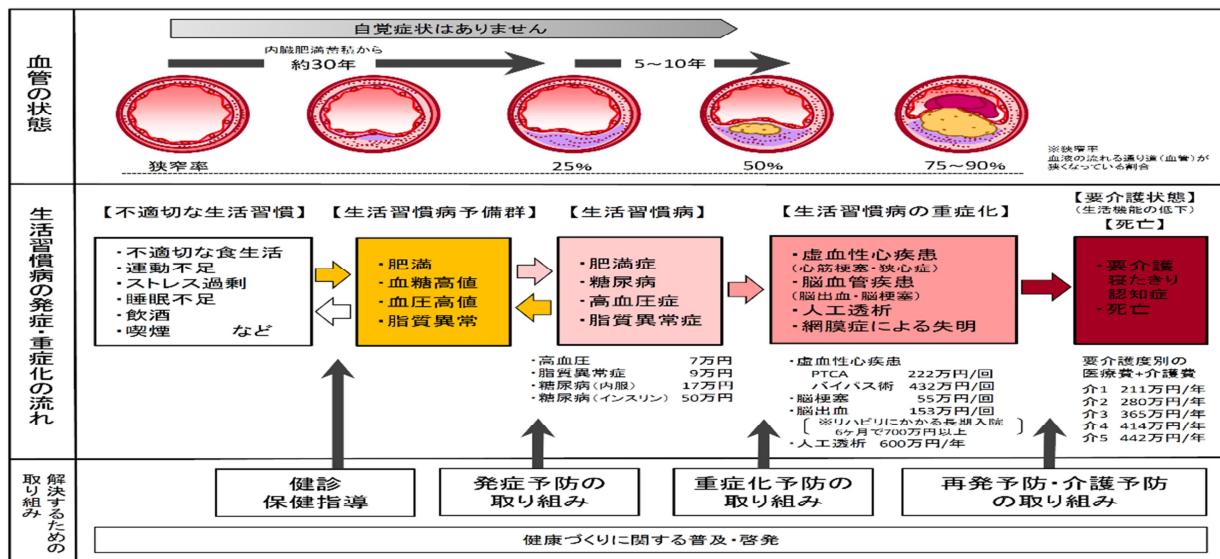
3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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

図表30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

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

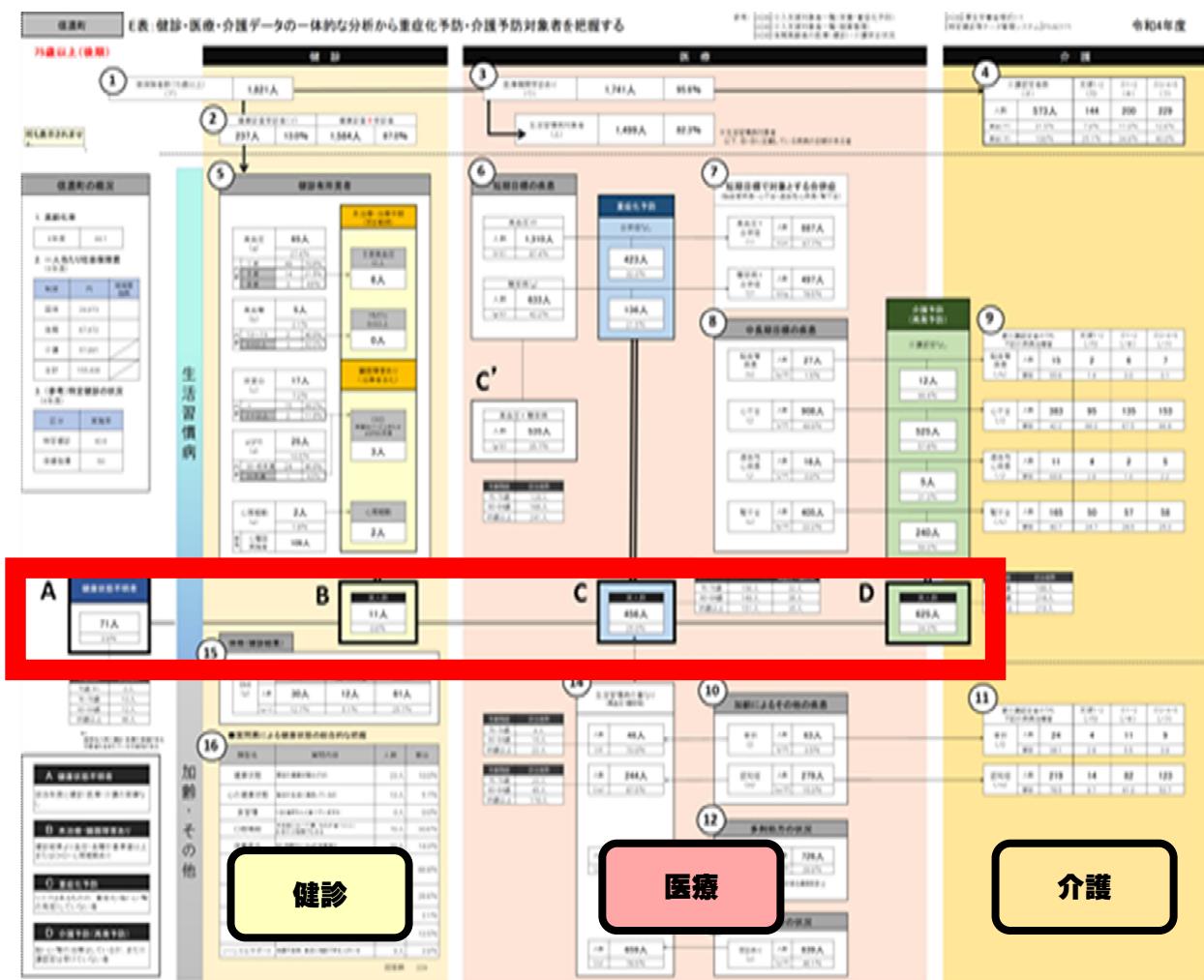
一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表31に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。(参考資料②参照)

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

生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

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

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析(参考資料②参照)



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期 : R04年度
被保険者数		2,458人	2,357人	2,357人	2,271人	2,165人	1,841人
総件数及び 総費用額	件数	21,414件	20,674件	19,412件	19,268件	18,344件	24,014件
	費用額	8億2710万円	8億5963万円	7億9132万円	8億5499万円	7億9449万円	14億7713万円
一人あたり医療費		33.6万円	36.5万円	33.6万円	37.6万円	36.7万円	80.2万円

出典: ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患			短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患				
				腎	脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症								
				慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血											
① 国 保	信濃町	7億9449万円	29,973	3.40%	0.02%	2.29%	2.12%	5.90%	3.06%	2.46%	1億5292万円	19.2%	15.7%	6.50%	12.47%		
	同規模	--	30,571	3.83%	0.32%	2.08%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	--	19.3%	16.8%	7.98%	9.27%		
	県	--	27,549	4.29%	0.22%	2.15%	1.22%	5.73%	3.28%	2.14%	--	19.0%	16.4%	8.45%	9.18%		
② 後 期	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%		
	信濃町	14億7713万円	67,452	1.54%	0.33%	4.15%	1.49%	5.03%	2.41%	1.11%	2億3700万円	16.0%	10.4%	2.52%	15.5%		
	同規模	--	68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	--	18.8%	10.3%	3.53%	12.4%		
② 後 期	県	--	64,010	4.00%	0.36%	4.50%	1.34%	4.28%	3.30%	1.30%	--	19.1%	11.8%	2.73%	12.3%		
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%		

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	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	91人	93人	73人	100人	93人	167人
	件数	B	127件	276件	100件	148件	125件	253件
		B/総件数	0.59%	1.34%	0.52%	0.77%	0.68%	1.05%
	費用額	C	1億8087万円	4億1039万円	1億4372万円	1億9937万円	1億6820万円	3億4259万円
		C/総費用	21.9%	47.7%	18.2%	23.3%	21.2%	23.2%

出典: ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80万円／件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期: R04年度		
脳 血 管 疾 患	人数	D	5人		3人		1人		5人		7人		17人		
		D/A	5.5%		3.2%		1.4%		5.0%		7.5%		10.2%		
	件数	E	12件		14件		1件		7件		9件		27件		
		E/B	9.4%		5.1%		1.0%		4.7%		7.2%		10.7%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	0	0.0%
		60代	1	8.3%	14	100.0%	1	100.0%	1	14.3%	5	55.6%	80代	18	66.7%
		70-74歳	11	91.7%	0	0.0%	0	0.0%	6	85.7%	4	44.4%	90歳以上	9	33.3%
	費用額	F	1455万円		1516万円		217万円		842万円		1208万円		3160万円		
		F/C	8.0%		3.7%		1.5%		4.2%		7.2%		9.2%		

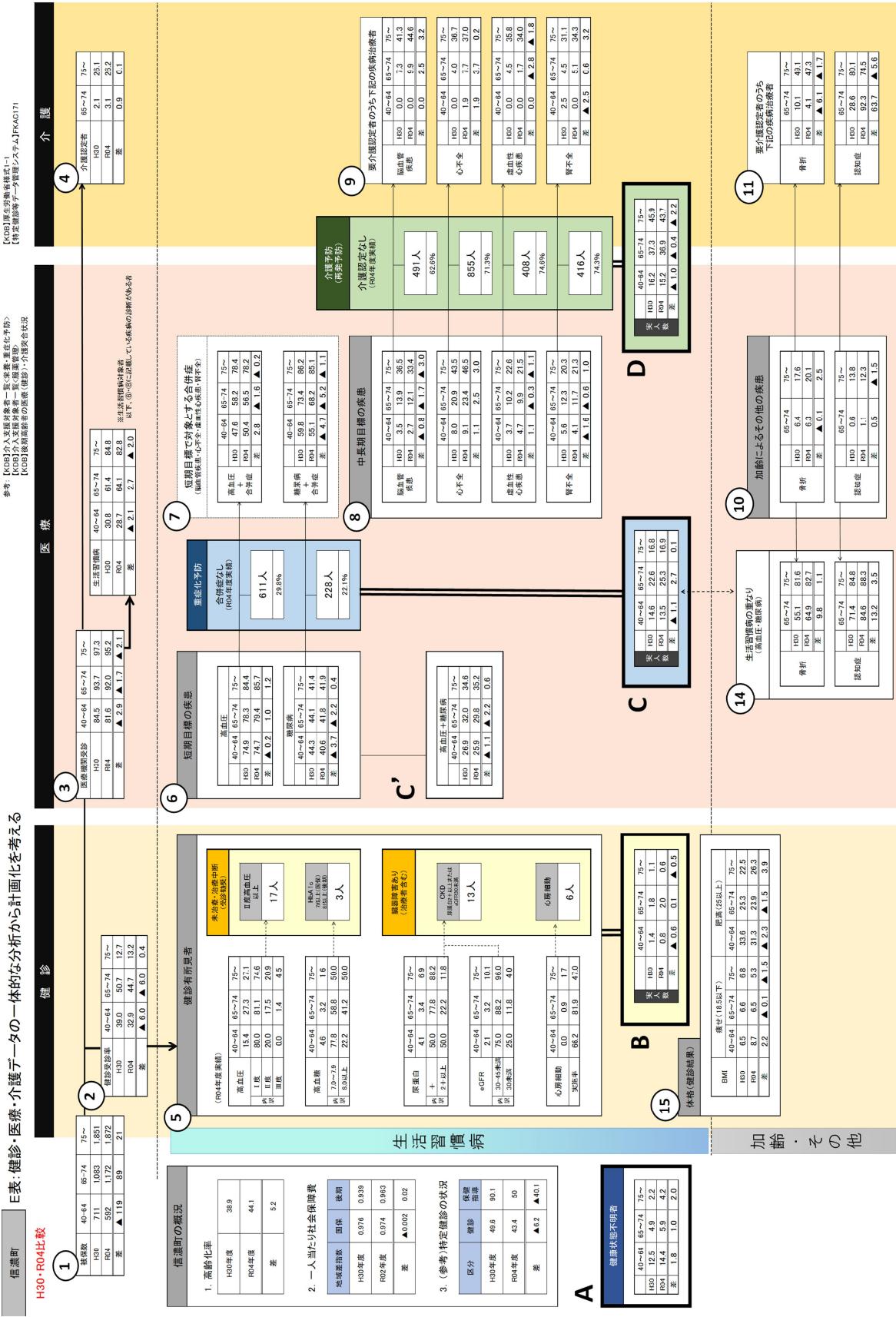
出典:ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(80万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期: R04年度		
虚 血 性 心 疾 患	人数	G	10人		10人		7人		3人		7人		6人		
		G/A	11.0%		10.8%		9.6%		3.0%		7.5%		3.6%		
	件数	H	12件		22件		7件		3件		8件		6件		
		H/B	9.4%		8.0%		7.0%		2.0%		6.4%		2.4%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	12.5%	75-80歳	2	33.3%
		60代	7	58.3%	4	18.2%	1	14.3%	0	0.0%	1	12.5%	80代	2	33.3%
		70-74歳	5	41.7%	18	81.8%	6	85.7%	3	100.0%	6	75.0%	90歳以上	2	33.3%
	費用額	I	1502万円		2739万円		900万円		652万円		936万円		960万円		
		I/C	8.3%		6.7%		6.3%		3.3%		5.6%		2.8%		

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 37 健診・医療・介護データの一本的な分析



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表 年度	④ 介護認定者数	① 被保険者数			②			⑤						
					健診受診率		体格(健診結果)							
					特定健診		長寿健診		BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	26.1		711	1,083	1,851	39.0	50.7	12.7	6.5	6.6	6.8	33.6	25.3	22.5
R04	26.2		592	1,172	1,872	32.9	44.7	13.2	8.7	6.5	5.3	31.3	23.9	26.3

図表 39 健診有所見状況

E表 年度	⑥																		心房細動											
	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															
	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	%	人	%	人	%				
H30	17	6.1	(8)	23	4.2	(6)	18	7.6	(9)	10	3.6	(0)	22	4.0	(1)	2	0.8	(0)	1	0.4	10	1.8	9	3.8	2	0.7	4	0.7	2	0.8
R04	6	3.1	(1)	27	5.2	(10)	17	6.9	(6)	9	4.6	(0)	17	3.2	(3)	2	0.8	(0)	4	2.1	6	1.1	3	1.2	0	--	4	0.8	2	0.8

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表 年度	⑦						⑧												⑨								
	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-	40-64	65-74	75-			
H30	84.5	93.7	97.3	30.8	61.4	84.8	74.9	78.3	84.4	44.3	44.1	41.4	26.9	32.0	34.6	47.6	58.2	78.4	59.8	73.4	86.2						
R04	81.5	92.0	95.2	28.7	64.1	82.8	74.7	79.4	85.7	40.6	41.8	41.9	25.9	29.8	35.2	50.4	56.5	78.2	55.1	68.2	85.1						

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表 年度	⑩												⑪											
	中長期目標の疾患(被保険割)						中長期疾患のうち介護認定者						⑫						⑬					
	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		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	3.5	13.9	36.5	3.7	10.2	22.6	8.0	20.9	43.5	5.6	12.3	20.3	0.0	7.3	41.3	0.0	4.5	35.8	0.0	4.0	36.7	2.5	4.5	31.1
R04	2.7	12.1	33.4	4.7	9.9	21.5	9.1	23.4	46.5	4.1	11.7	21.3	0.0	9.9	44.6	0.0	1.7	34.0	1.9	7.7	37.0	0.0	5.1	34.3

図表 42 骨折・認知症の状況

年度	①				②				③			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)		加齢による その他の疾患 (被保険割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者					
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	55.1	81.6	71.4	84.8	6.4	17.6	0.6	13.8	10.1	49.1	28.6	80.1
R04	64.9	82.7	84.6	88.3	6.3	20.1	1.1	12.3	4.1	47.3	92.3	74.5

出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 健康課題の明確化(図表 32～42)

国保の被保険者数は年々減少していますが、一人あたりの医療費は令和 2 年度は新型コロナ感染症の影響で減少し、令和 3 年度は増加、令和 4 年度は減少していました。後期高齢者になると一人あたり 80.2 万円を超え、国保の 2.5 倍も高い状況です。(図表 32)

当町は、これまで高血圧に重点をおいて保健事業に取り組んできたため、短期的目標疾患である高血圧の総医療費に占める割合は、同規模と比べて 0.5 ポイント低くなりましたが、中長期目標疾患である脳血管疾患の医療費に占める割合は、国保において同規模、県、国と比べて高い状況です。今後も高血圧の重症化予防への取り組みを継続する必要があります。(図表 33)

高額レセプト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、国保で令和 1 年度が一番多く 14 件で 1,500 万円以上の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 9 件と件数が減り、費用額も約 1,200 万円と減っています。しかし、後期高齢においては、27 件発生し、約 3,000 万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防について今後も力を入れる必要があります。(図表 34、35)

健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は、40～64 歳は減少、65～74 歳、75 歳以上は横ばいでした。高齢化率の高い当町では 75 歳以上の後期高齢者の医療費が今後も増加すると見込まれます。

図表 37 の体格をみると、40～64 歳の若い年齢層で、BMI25 以上の率が 2 ポイント低くなりましたが、3 割を依然として超えています。図表 39 健診有所見の状況をみると、各年代で受診勧奨対象の未治療者・治療中断者がおり、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧では 65～74 歳、75 歳において増加、糖尿病においては 75 歳以上で増加、高血圧と糖尿病をあわせもつ割合が 75 歳以上で増加していました。

図表 41 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、40～64 歳の虚血性心疾患・心不全の割合が増加し、慢性腎不全では 75 歳以上で増加していました。予防のためには早期からの予防的な保健指導の実施が必要です

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

脳血管疾患・虚血性心疾患に係る医療費が同規模・県・国よりも高く、特に40～64歳の若い世代で虚血性心疾患、人工透析が増加していました。

健診結果から、BMI25以上の割合が健診受診者の3割を超えており、若い世代の肥満が多く、Ⅱ度高血圧以上の者の割合も高いことも課題です。

まずは、高血圧未治療者への保健指導を重点的に行い、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。

また、メタボリックシンドローム該当者への保健指導の実施し、脳血管疾患、虚血性心疾患の重症化予防を目指します。

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

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

② 中長期的な目標の設定

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

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

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

③ 短期的な目標の設定

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

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

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

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

(2) 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連 計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標			データの 把握方法 (活用データ年度)
				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	2.3%	2.0%	1.8%	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	2.1%	1.9%	1.7%	
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	3.4%	3.2%	3.0%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.9%	1.7%	1.5%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.2%	0.1%	0.1%	
	短 期 目 標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	32.9%	31.9%	29.0%	信濃町 住民福祉課 保健予防係
			★健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	4.6%	4.4%	4.2%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	7.3%	7.1%	6.9%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1C6.5%以上）	9.3%	9.1%	9.0%	
			★健診受診者のHbA1C8.0%（NGSP値）以上の者の割合の減少	0.2%	0.2%	0.1%	
	ア ウ ト プ ツ ト	特定健診受診率、特定保健指導実施率向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	糖尿病の未治療者を治療に結び付けた割合の増加	25.0%	34.0%	43.0%	法定報告値
			★特定健診受診率60%以上	43.8	50.0	60.0	
			★特定保健指導実施率60%以上	57.9	60.0	63.0	

★は長野県共通評価指標

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	45.0%	46.8%	50.0%	53.2%	56.4%	60.0%
特定保健指導実施率	58.0%	59.0%	60.0%	61.0%	62.0%	63.0%

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	1700人	1650人	1600人	1550人	1500人	1450人
	受診者数	765人	772人	800人	824人	846人	870人
特定保健指導	対象者数	80人	82人	85人	87人	89人	91人
	受診者数	46人	48人	52人	53人	55人	57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する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

① 集団健診(各支館)

② 個別健診(委託医療機関)

(2) 特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、長野県国保連合会(市町村)のホームページに掲載する。

(参照) URL : <https://www.kokuho-nagano.or.jp/>

(4) 特定健診実施項目

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

また、血中脂質検査のうち LDL コリ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 コリステロールの測定にかえられます。(実施基準第 1 条第 4 項)

図表 46 特定健診検査項目(例示)

○信濃町特定健診検査項目

健診項目		信濃町	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コリステロール	○	○
	LDLコリステロール (NON-HDLコリステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	□	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

(5) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

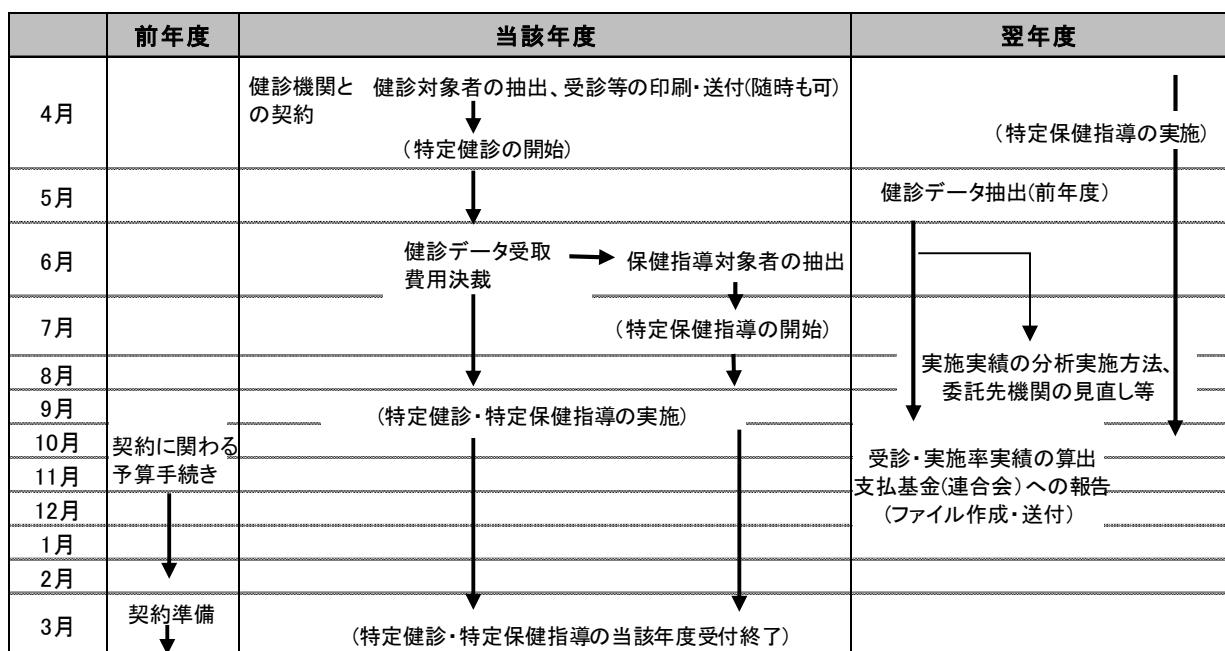
(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、長野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



5. 特定保健指導の実施

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

○第4期(2024年以降)における変更点

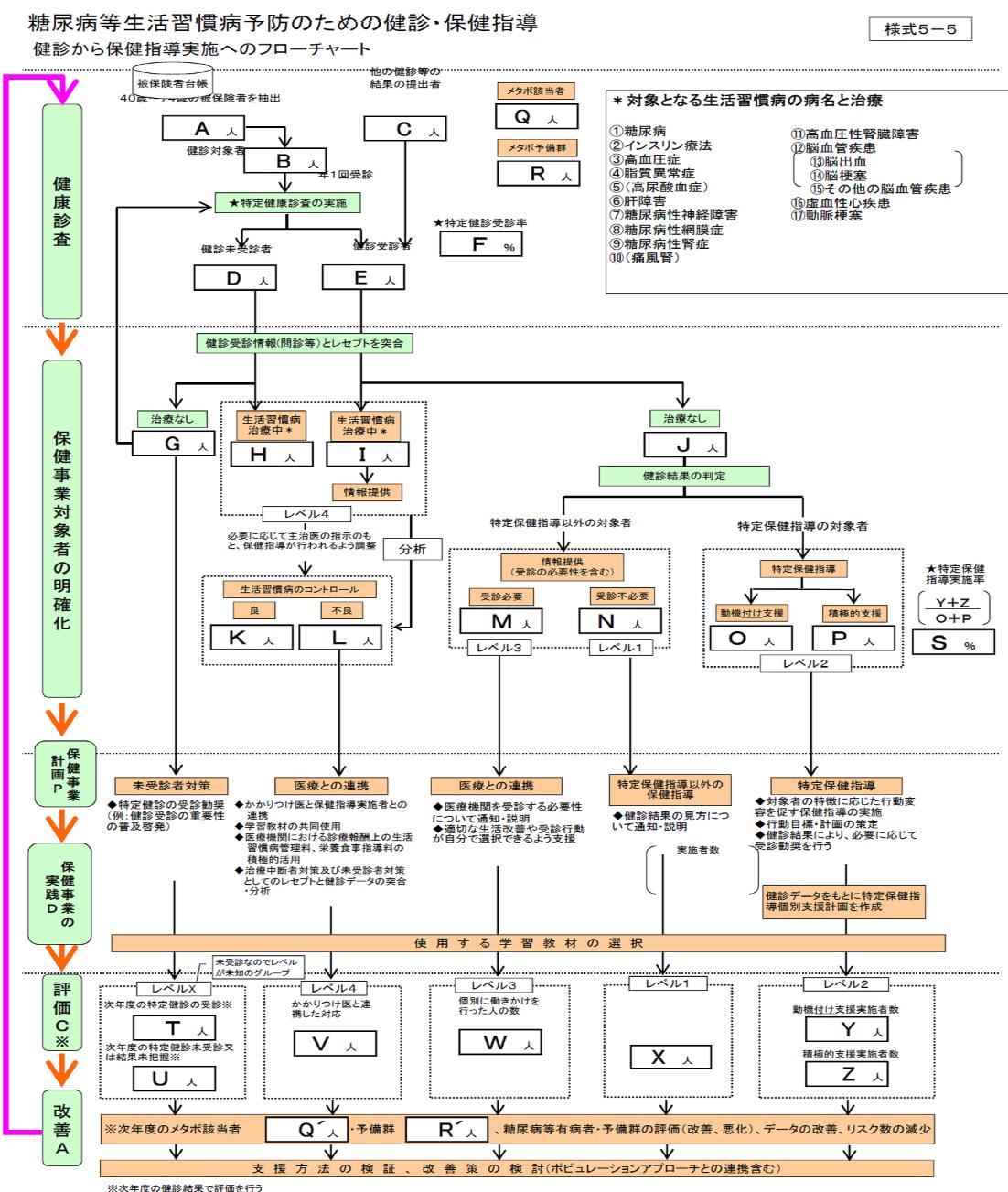
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルサポートラボツール

(2)要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	79人 (11.1%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	55人 (7.7%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	918 ※受診率目標達成までにあと265人	50.00%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	67人 (9.4%)	50.00%
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	564人 (79.0%)	50.00%

(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	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎特定健康診査の開始		◎集団健診、後期高齢者健診、がん検診開始
6月		◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎保健指導の開始	
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
11月			
12月			
1月			
2月	◎健診の終了		
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信濃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、信濃町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

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

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知していきます。

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

II. 重症化予防の取組

信濃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、234人(31.6%)です。そのうち治療なしで61人(18%)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29人です。

信濃町においては、特定保健指導だけではなく、重症化予防保健指導の徹底をあわせて行うことが医療費抑制にもつながり、重要であることが分かります。

図表 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする							
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		
科学的根拠に基づき レセプトデータ、 介護保険データ、 その他の統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (高齢者の歩数と活動に関するガイドライン(2011年度合併研究報告書))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)
	クモ膜下出血 (5.6%)	脳出血 (18.5%)	脳梗塞 (75.9%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)
	心原性 脳塞栓症 (27.7%)	ラクナ 梗塞 (31.2%)	アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)	非心原性脳梗塞			
	※新規立会 データ(2022.10)						
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	重症化予防対象者 (実人数)
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2023年改訂版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)	234 31.6%
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボル該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者
該当者数	34 4.6%	4 0.5%	20 2.7%	11 1.5%	143 19.3%	41 5.5%	62 8.4%
治療なし	21 4.7%	0 0.0%	15 3.0%	6 1.2%	14 4.1%	17 2.6%	15 4.4%
(再掲) 特定保健指導	7 20.6%	0 0.0%	4 20.0%	4 36.4%	14 9.6%	2 4.9%	5 8.1%
治療中	13 4.5%	4 1.0%	5 2.1%	5 2.1%	129 32.1%	24 31.6%	47 11.7%
臓器障害 あり	9 42.9%	0 —	4 26.7%	2 33.3%	3 21.4%	8 47.1%	15 100.0%
CKD(専門医対象者)	0	0	0	1	0	3	15
心電図所見あり	9	0	4	1	3	5	4
臓器障害 なし	12 57.1%	--	11 73.3%	4 66.7%	11 78.6%	9 52.9%	--
治療中	29 47.5%						
臓器障害 あり	4 30.8%	4 100.0%	3 60.0%	2 40.0%	54 41.9%	11 45.8%	47 100.0%
CKD(専門医対象者)	2	1	1	1	25	7	47
心電図所見あり	4	4	2	2	40	9	18
臓器障害 なし	9 69.2%	--	2 40.0%	3 60.0%	75 58.1%	13 54.2%	--
参考 健診受診者(受診率)	740人	45.2%					
各疾患の治療状況	治療中	治療なし					
高血圧	290	450					
脂質異常症	243	497					
糖尿病	76	652					
全疾患 いずれか	402	338					
※問診結果による							

出典:ヘルサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

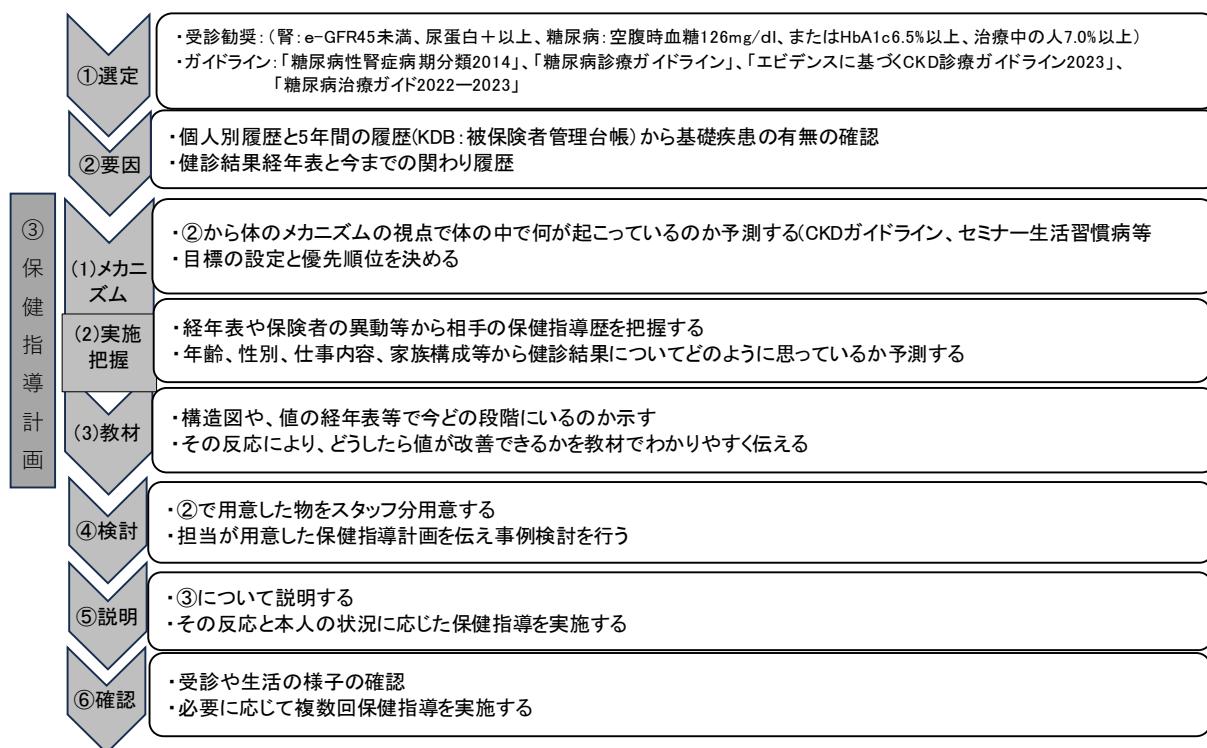
1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては図表52に沿って実施します。

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

図表52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者

- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2)選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

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

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

信濃町においては、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把握が難しい状況です。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（+）としていることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となります。

②基準に基づく該当者数の把握

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

信濃町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、21人(21.8%・F)でした。また、40～74歳における糖尿病治療者457人のうち、特定健診受診者が76人(78.4%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者374人(83.1%・I)については、治療中ではあっても、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表 54 (参考資料 4) より信濃町においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F) ··· 21 人

優先順位 2

【保健指導】

- 糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者 (J) ··· 31 人

治療中断しない（継続受診）のための保健指導

- 介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

- 医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

- I の中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳

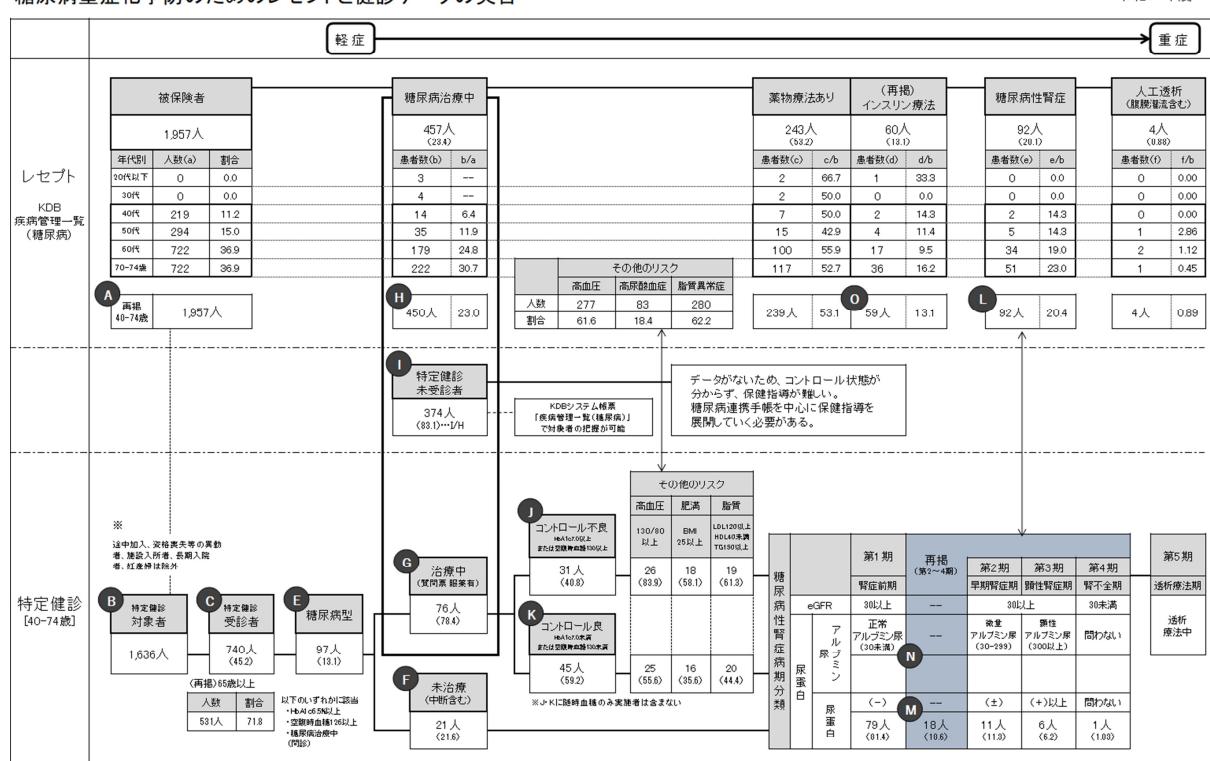
- 介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

- 医療機関と連携した保健指導

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合(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

令和4年度



出典: ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。信濃町においては、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行っています。

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

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 伺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か	5 自分の食べている食品みてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ピグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか！！	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが異なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

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

(2) 治療中の者への対応

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センター・福祉介護支援係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回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

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

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	信濃町										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 ②	被保険者数 (再掲) 40~74歳	A	2,547人		2,418人		2,336人		2,347人		2,277人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
					2,101人		1,992人		1,949人		1,948人					
2 ① ② ③	特定健診 受診者数 受診率	B C	1,847人		1,792人		1,782人		1,727人		1,636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			
					943人		896人		871人		815人					
					51.1%		50.0%		48.9%		47.2%					
3 ① ②	特定 保健指導 対象者数 実施率		101人		91人		108人		91人		74人					
					90.1%		94.5%		72.8%		70.3%					
4 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪	健診 データ	糖尿病型	E	126人	13.4%	121人	13.5%	131人	15.0%	116人	14.2%	97人	13.1%	特定健診結果		
		未治療・中断者(質問票 資料なし)	F	23人	18.3%	25人	20.7%	33人	25.2%	32人	27.6%	21人	21.6%			
		治療中(質問票 資料あり)	G	103人	81.7%	96人	79.3%	98人	74.8%	84人	72.4%	76人	78.4%			
		コントロール不良 HbA1c 6.5%以上又は空腹時血糖150mg以上	J	43人	41.7%	40人	41.7%	47人	48.0%	35人	41.7%	31人	40.8%			
		血圧 130/80以上	J	30人	69.8%	30人	75.0%	30人	63.8%	25人	71.4%	26人	83.9%			
		肥満 BMI25以上	J	24人	55.8%	21人	52.5%	20人	42.6%	20人	57.1%	18人	58.1%			
		コントロール良好 HbA1c 6.5%未満又は空腹時血糖150mg未満	K	60人	58.3%	56人	58.3%	51人	52.0%	49人	58.3%	45人	59.2%			
		第1期 尿蛋白(-)	M	90人	71.4%	97人	80.2%	107人	81.7%	92人	79.3%	79人	81.4%			
		第2期 尿蛋白(±)	M	19人	15.1%	11人	9.1%	9人	6.9%	20人	17.2%	11人	11.3%			
		第3期 尿蛋白(+)以上	M	11人	8.7%	9人	7.4%	10人	7.6%	4人	3.4%	6人	6.2%			
		第4期 eGFR30未満	M	2人	1.6%	1人	0.8%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	1.0%			
5 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	レセプト	糖尿病受療率(被保険者)		1272人		127.0人		1134人		1184人		1158人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2 KDB_疾患別医療費分析 (生活習慣病)		
		(再掲) 40~74歳(被保険者)		151.4人		152.6人		134.9人		141.7人		137.6人				
		レセプト件数 (40~74歳) (1人/被保険者)		1,621件	(802.9)	1,609件	(822.1)	1,515件	(780.1)	1,477件	(782.3)	1,366件	(764.0)	319,711件 (9306)		
		入院件数		6件	(3.0)	8件	(4.1)	12件	(6.2)	7件	(3.7)	8件	(4.5)	1,521件 (4.4)		
		糖尿病治療中	H	324人	12.7%	307人	12.7%	265人	11.3%	278人	11.8%	264人	11.6%			
		(再掲) 40~74歳	H	318人	15.1%	304人	15.3%	263人	13.5%	276人	14.2%	261人	13.8%			
		健診未受診者	I	215人	67.6%	201人	66.1%	165人	62.7%	192人	69.6%	185人	70.9%			
		インスリン治療	O	37人	11.4%	36人	11.7%	36人	13.6%	33人	11.9%	27人	10.2%			
		(再掲) 40~74歳	O	36人	11.3%	35人	11.5%	36人	13.7%	33人	12.0%	27人	10.3%			
		糖尿病性腎症	L	86人	26.5%	91人	29.6%	67人	25.3%	65人	23.4%	69人	26.1%			
		(再掲) 40~74歳	L	86人	27.0%	91人	29.9%	67人	25.5%	65人	23.6%	69人	26.4%			
		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人	0.3%	1人	0.0%	3人	1.1%	7人	25%	5人	1.9%			
		(再掲) 40~74歳		1人	0.3%	1人	0.0%	3人	1.1%	7人	25%	5人	1.9%			
		新規透析患者数		0	0.0%	1	100.0%	1	33.3%	1	14.3%	2	40.0%			
		(再掲) 糖尿病性腎症		0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	50.0%			
		【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)		7人	1.3%	4人	0.8%	3人	0.7%	5人	1.1%	4人	0.8%			
6 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	医療費	総医療費		8億2710万円		8億563万円		7億9132万円		8億5498万円		7億9449万円		6億7051万円	KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期 KDB_医療・介護データから みる地域の健康課題	
		生活習慣病総医療費		4億3981万円		4億9824万円		4億3308万円		4億3478万円		4億2962万円		3億5888万円		
		(総医療費に占める割合)		53.2%		58.1%		54.7%		50.9%		54.1%		53.5%		
		生活習慣病 対象者 一人あたり		8,300円		11,418円		8,868円		10,448円		10,857円		9,063円		
		健診未受診者		35,684円		39,895円		38,258円		38,805円		40,456円		37,482円		
		糖尿病医療費		5495万円		5328万円		5377万円		4924万円		4688万円		4061万円		
		(生活習慣病総医療費に占める割合)		12.5%		10.7%		12.4%		11.3%		10.9%		11.3%		
		糖尿病入院外総医療費		1億4344万円		1億6904万円		1億5644万円		1億4734万円		1億3385万円				
		1件あたり		35,745円		41,978円		41,683円		39,724円		38,996円				
		糖尿病入院総医療費		7927万円		7256万円		6224万円		1億1280万円		8906万円				
		1件あたり		514,728円		537,507円		426,304円		545,406円		597,703円				
		在院日数		14日		14日		16日		17日		16日				
		慢性腎不全医療費		2170万円		2432万円		1920万円		2032万円		2719万円		2783万円		
		透析有り		1418万円		1629万円		1514万円		1960万円		2704万円		2567万円		
		透析なし		752万円		803万円		406万円		73万円		15万円		216万円		
7 ① ②	介護	介護給付費		7億0935万円		7億0816万円		6億1539万円		6億5940万円		6億1321万円		6億6719万円	KDB_医療・介護データ からみる地域の健康課題	
		(2号認定者) 糖尿病合併症		1件	50.0%	1件	50.0%	0件	0人	0件	0人	0%	0件			
8 ①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%	0人	0.0%	3人	2.4%	0人	0.0%	0人	0.0%	622人	1.0%	KDB_医療・介護データ からみる地域の健康課題

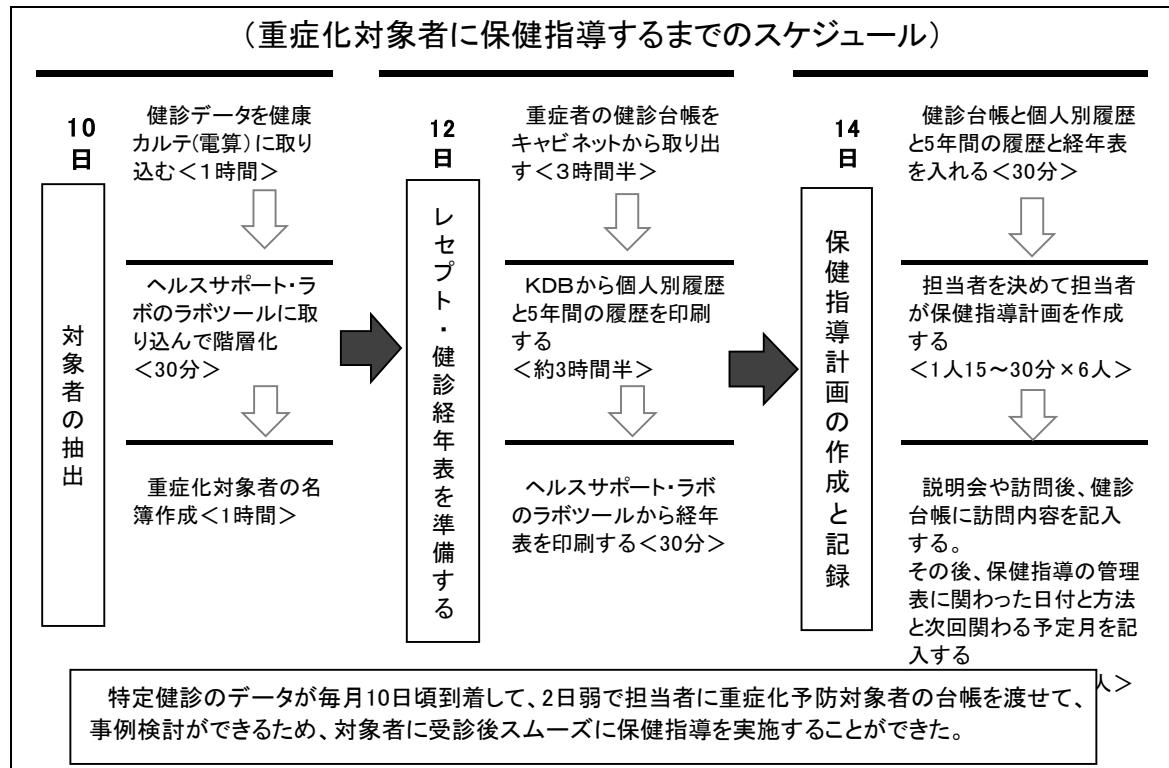
7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

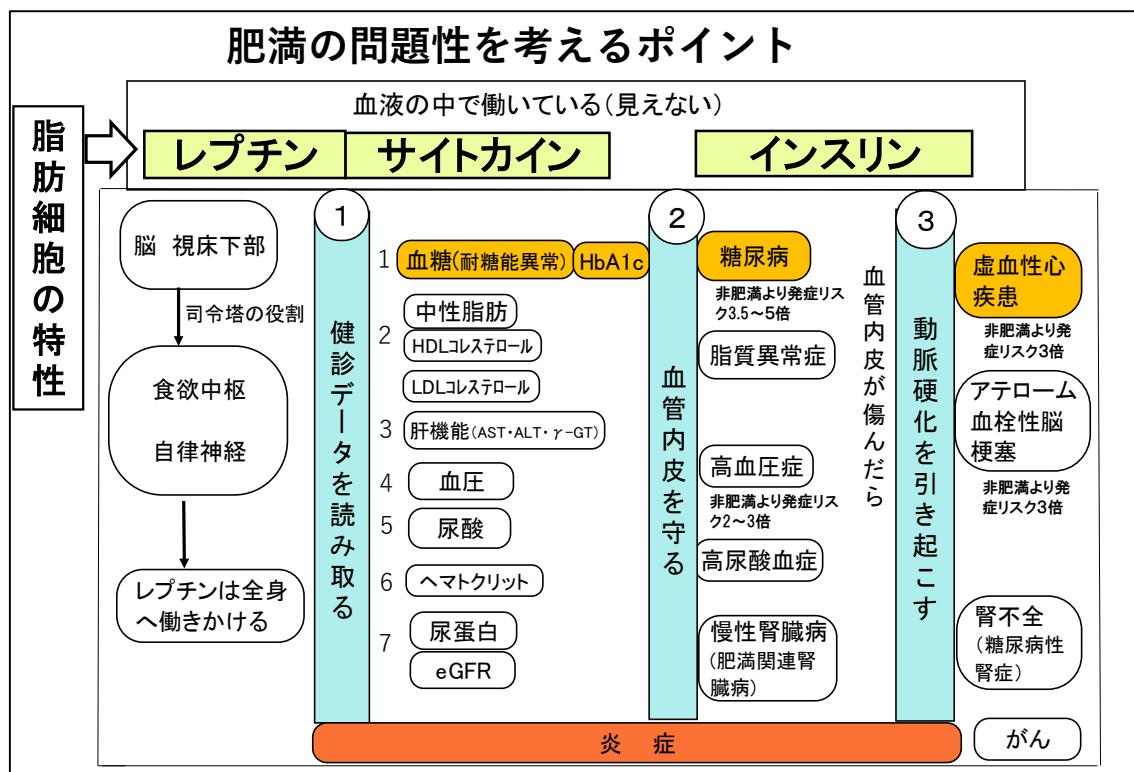
1) 基本的な考え方

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

「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。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。」（メタボリックシンドロームの定義と診断基準より）

なお、取組みにあたっては図表58に基づいて考えていきます。

図表58 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59 肥満度分類による実態

						(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	65～74歳	40～64歳	65～74歳
再掲	総数	209	531	65	125	49	108	10	17	5	0	1	0
				31.1%	23.5%	23.4%	20.3%	4.8%	3.2%	2.4%	0.0%	0.5%	0.0%
再掲	男性	108	244	43	62	31	54	7	8	4	0	1	0
				39.8%	25.4%	28.7%	22.1%	6.5%	3.3%	3.7%	0.0%	0.9%	0.0%
再掲	女性	101	287	22	63	18	54	3	9	1	0	0	0
				21.8%	22.0%	17.8%	18.8%	3.0%	3.1%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典:ヘルスサポートラボツール

男性の 40～64 歳で約 4 割が BMI 25 以上に該当しています。

3) 対象者の明確化

図表 60 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	352	33	41	113	165	388	17	39	166	166	
メタボ該当者	B	99	6	19	33	41	44	0	4	20	20	
	B/A	28.1%	18.2%	46.3%	29.2%	24.8%	11.3%	0.0%	10.3%	12.0%	12.0%	
再掲	① 3項目全て	C	33	1	4	11	17	15	0	2	8	5
		C/B	33.3%	16.7%	21.1%	33.3%	41.5%	34.1%	--	50.0%	40.0%	25.0%
再掲	② 血糖+血圧	D	18	0	3	5	10	4	0	1	2	1
		D/B	18.2%	0.0%	15.8%	15.2%	24.4%	9.1%	--	25.0%	10.0%	5.0%
再掲	③ 血圧+脂質	E	44	4	12	17	11	24	0	1	9	14
		E/B	44.4%	66.7%	63.2%	51.5%	26.8%	54.5%	--	25.0%	45.0%	70.0%
再掲	④ 血糖+脂質	F	4	1	0	0	3	1	0	0	1	0
		F/B	4.0%	16.7%	0.0%	0.0%	7.3%	2.3%	--	0.0%	5.0%	0.0%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 61 メタボリック該当者の治療状況

受診者	男性						受診者	女性					
	メタボ該当者	3疾患治療の有無						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	352	99 28.1%	89 89.9%		10 10.1%		388	44 11.3%		40 90.9%		4 9.1%	
40代	33	6 18.2%	6 100.0%		0 0.0%		17	0 0.0%		0 --		0 --	
50代	41	19 46.3%	15 78.9%		4 21.1%		39	4 10.3%		4 100.0%		0 0.0%	
60代	113	33 29.2%	31 93.9%		2 6.1%		166	20 12.0%		19 95.0%		1 5.0%	
70～74歳	165	41 24.8%	37 90.2%		4 9.8%		166	20 12.0%		17 85.0%		3 15.0%	

出典:ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 60)は、男性で 50 代から受診者の 3～4 割を超えるが、女性では 60 代・70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 61)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

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ます。メタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

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

(2) 対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4) 保健指導の実施

(1) 最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 62 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

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

(2) 二次健診の実施

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

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②75 g 糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

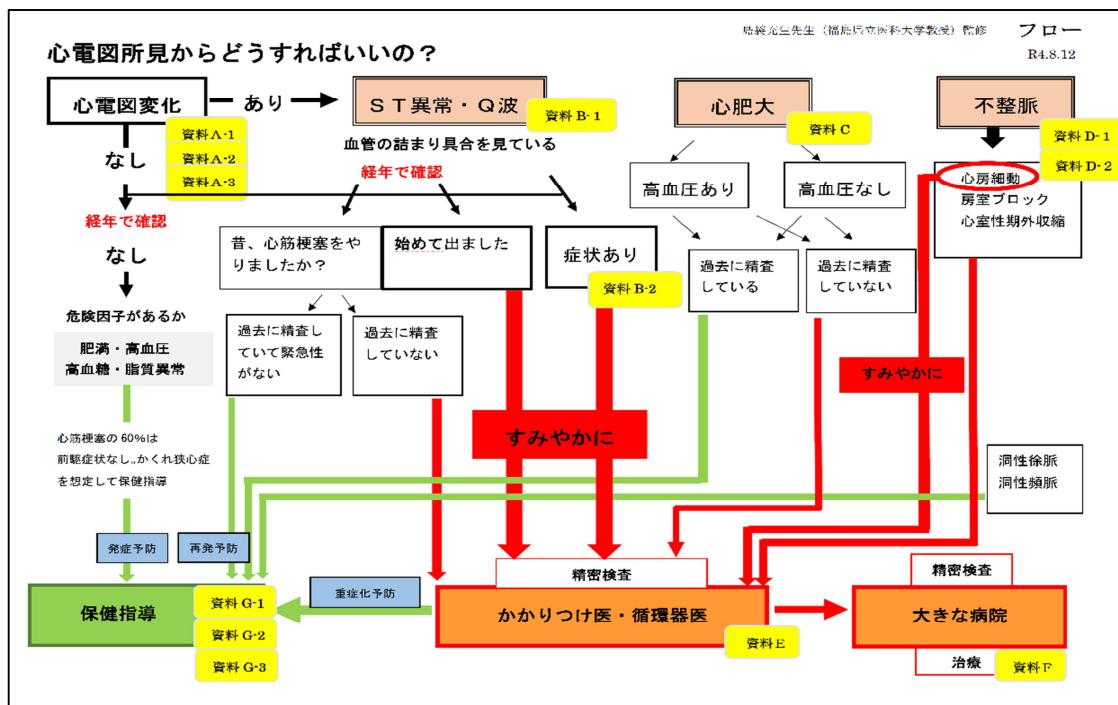
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

図表63 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。

当町においては、令和4年度心電図検査を569人(34.8%)に実施し、そのうち有所見者が118人

(20.7%)でした。所見の中では ST-T 変化が最も多く 31 人(26.3%)でした。(図表 64)有所見者のうち要精査が 18 人(15.3%)で、その後の受診状況をみると 7 人(38.9%)は未受診でした。(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 64 心電図検査結果

性別・年齢 所見	心電図検査			所見内訳																	
				ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈									
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
内訳	40~74歳	569	34.8%	118	20.7%	8	6.8%	31	26.3%	10	8.5%	20	16.9%	15	12.7%	31	26.3%	4	3.4%	26	22.0%
	男性	264	31.0%	50	18.9%	5	10.0%	12	24.0%	8	16.0%	9	18.0%	11	22.0%	14	28.0%	4	8.0%	10	20.0%
	女性	305	38.9%	68	22.3%	3	4.4%	19	27.9%	2	2.9%	11	16.2%	4	5.9%	17	25.0%	0	0.0%	13	19.1%

信濃町調べ

図表 65 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
					人数	割合	人数	割合
全体	118		18		11	61.1%	7	38.9%
男性	50	42.4%	7	14.0%	5	71.4%	2	28.6%
女性	68	57.6%	11	16.2%	6	54.5%	5	45.5%

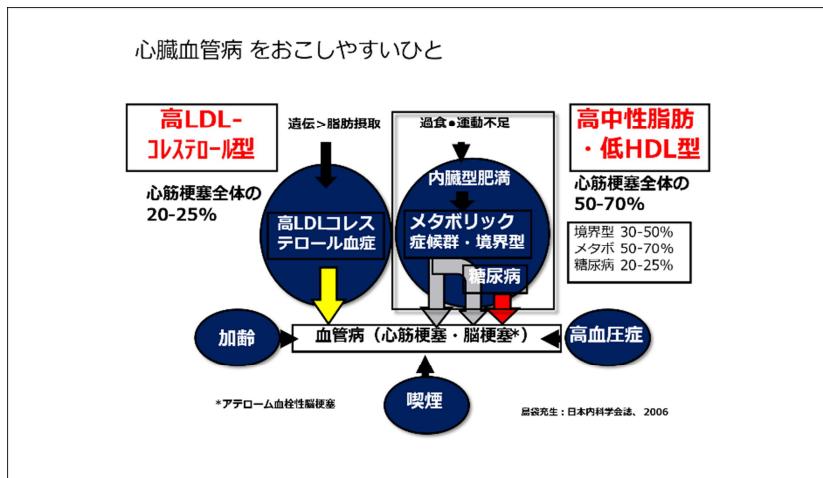
信濃町調べ

②心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 66)

図表 66 心血管病をおこしやすいひと



図表 66 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

図表 67 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	
			263	134	81	33	15	51.0%	30.8%	12.5%	
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	35	21	5	6	3	5	12	16	15
			13.3%	15.7%	6.2%	18.2%	20.0%	60.0%	50.0%	0.0%	0.0%
		140未満 (170未満)	97	38	40	13	6	2	2	7	8
	中リスク	120未満 (150未満)	117	65	34	12	6	0	2	9	7
			44.5%	48.5%	42.0%	36.4%	40.0%	0.0%	16.7%	56.3%	46.7%
		100未満 (130未満) ※1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	高リスク	160未満 (190未満)	14	10	2	2	0	0	2	0	0
			5.3%	7.5%	2.5%	6.1%	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%
		100未満 (130未満) ※2	0	0	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 アテローム性脂質蓄積の既往	100未満 (130未満)	14	10	2	2	0	0	2	0	0
			5.3%	7.5%	2.5%	6.1%	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%

※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 68 心電図所見からの保健指導教材（例示）

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

(2) 二次健診の実施

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

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

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

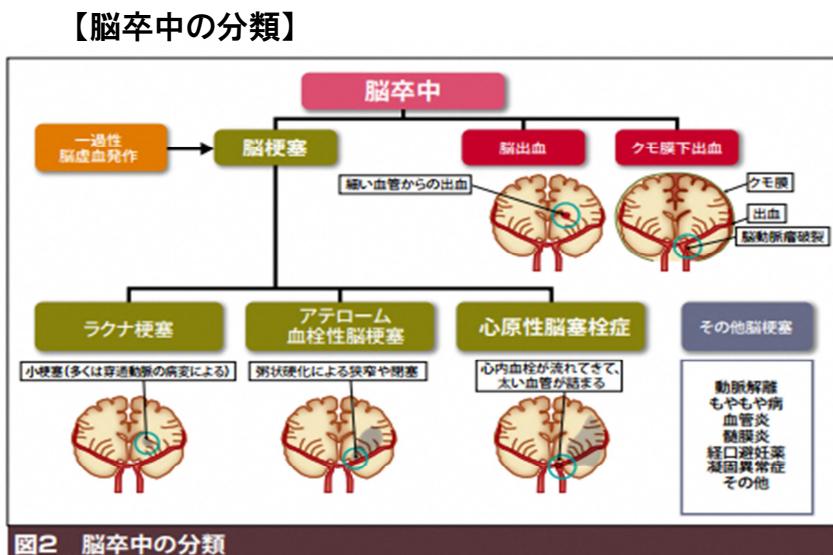
5月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 69、70)

図表 69 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 70 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	●							
	クモ膜下出血	●							

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 71(参考資料 5)でみると、高血圧治療者 840 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 101 人(12.0%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 34 人(4.6%)であり、そのうち 21 人は未治療者です。

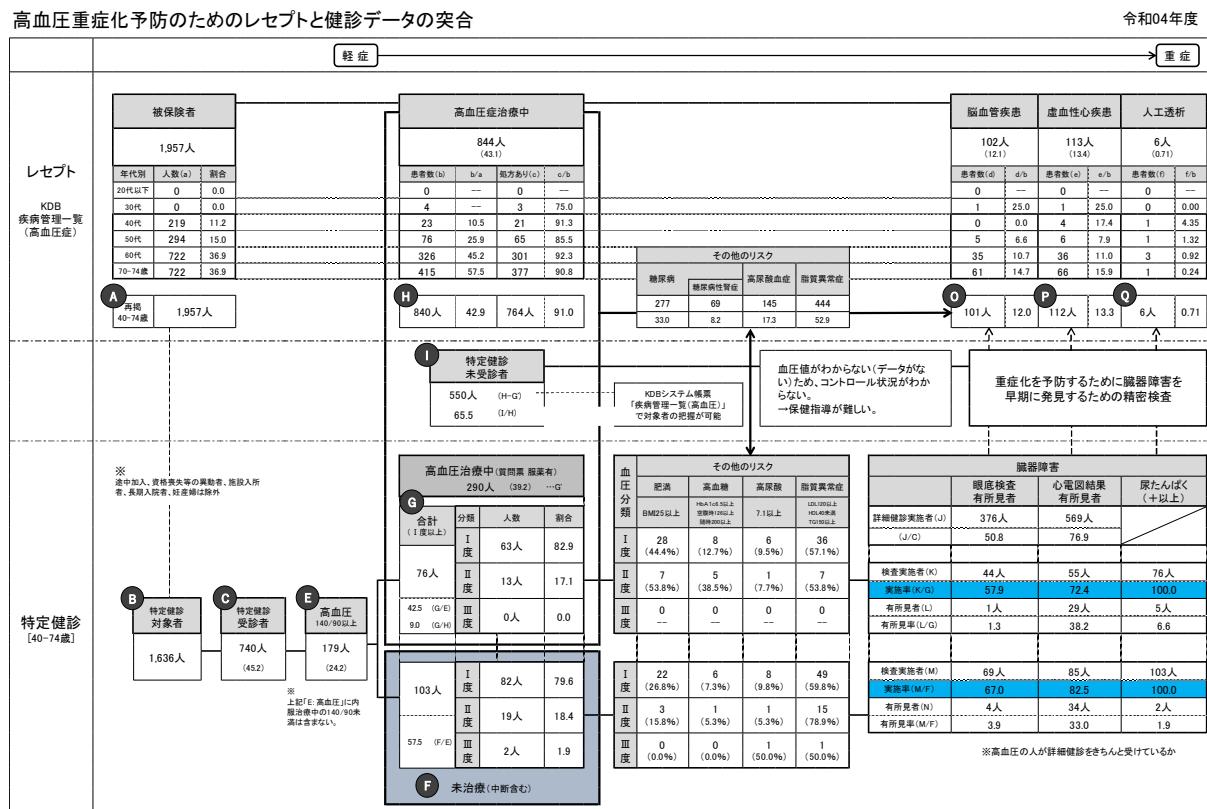
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 13 人(17.1%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)は、わずか 376 人(50.8%)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、179 人(24.2%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、60%しか検査がされていません。

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

図表 71 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 5)

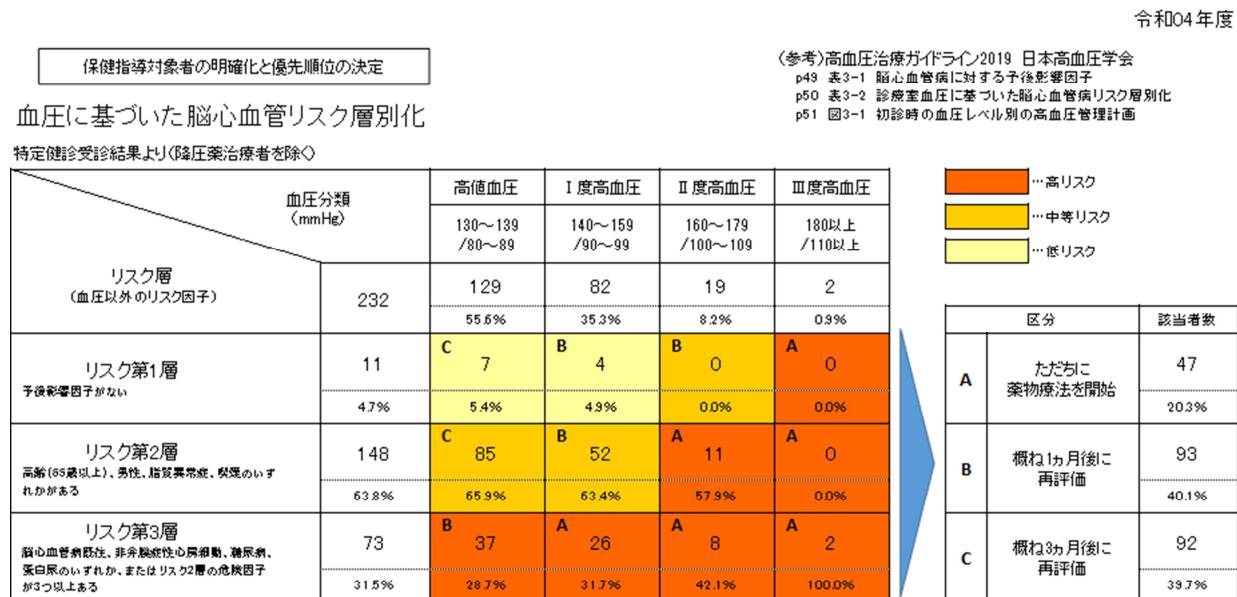


出典:ヘルスサポートツール

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

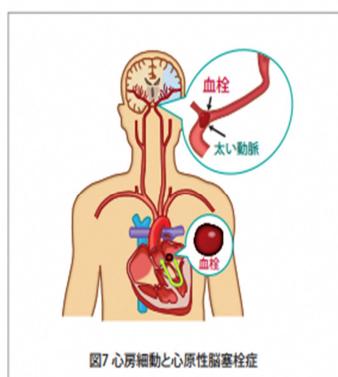
脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

図表 72 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化



図表 72 は、血压に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流にの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できます。

図表 76 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 73 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	352	388	264	75.0%	305	78.6%	4	1.5%	0	0.0%	--	--
40代	33	17	21	63.6%	11	64.7%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	41	39	28	68.3%	22	56.4%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	113	166	92	81.4%	130	78.3%	1	1.1%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	165	166	123	74.5%	142	85.5%	3	2.4%	0	0.0%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 74 心房細動有所見者の治療状況

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

信濃町調べ

心電図検査において4人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者4人は既に治療が開始されていました。

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

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

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

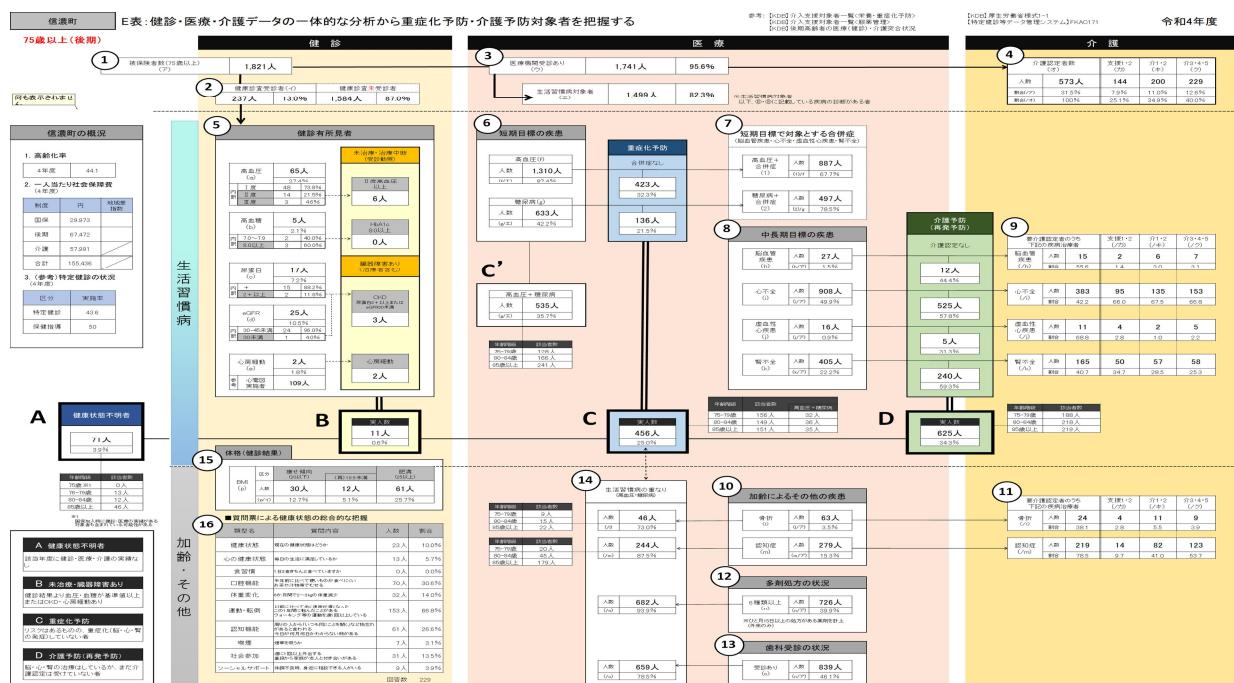
高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

2) 事業の実施

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

- ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置
KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。
 - ② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75 歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 75 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施(参考資料 2)



IV. 発症予防

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

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

健康しなの21(第3次信濃町健康増進計画)の取り組みと連携し、子どもの頃からの生活習慣病の予防という視点に加え、若い(働き盛り)年代に対する健康課題へのアプローチが効率的ですが、なかなか介入しにくい年代でもあるため、子どもの親世代へのアプローチとして、母子保健事業を活用した取り組み、学校や保育園等の関係機関と連携した取り組みは今後も継続し、農業団体・商工会と連携した取り組みを今後検討していきます。

図表 76 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

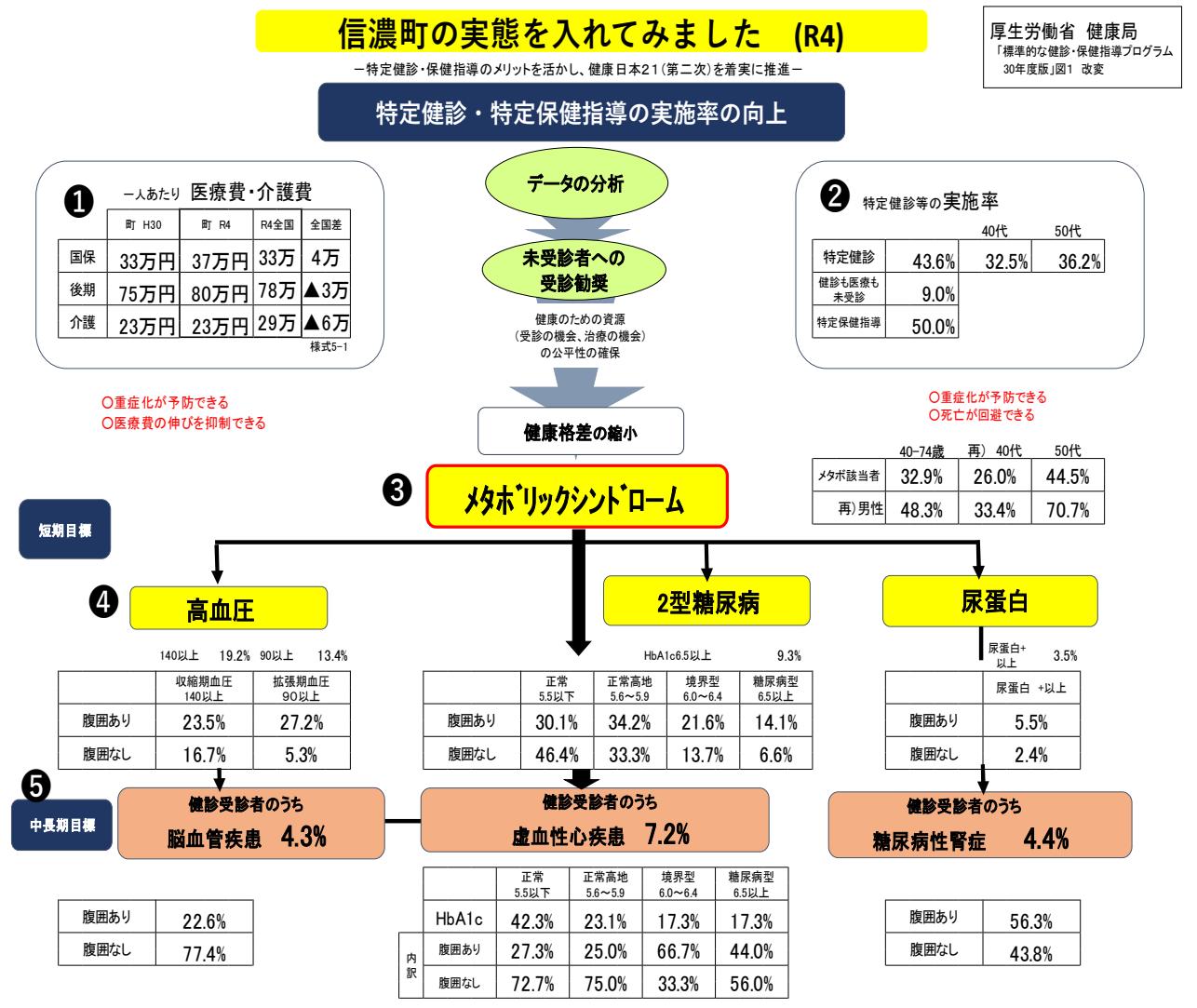
糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える										一基本的考え方一		(ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)						
										発症予防		重症化予防						
1 根拠法		健康増進法																
6条 健康増進事業実施者		母子保健法						児童福祉法		学校保健安全法		労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)	高齢者の医療の確保に関する法律	(介護保険)				
2 計画		健康増進計画(県)(市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データハスス計画(保健事業実施計画)(各保険者)												特定健康診査等実施計画(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・幼稚園健康診断	就学時健診 (11・12歳)	児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)	特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)				
		妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)	標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)					
5 対象者 健診内容	血糖	95mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上									
	HbA1c	6.5%以上							6.5%以上									
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上																
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上									
	(診断) 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75gOGTTの①～③の1点以上満たすもの																
	身長 体重																	
	BMI														25以上			
	肥満度			かぎ ^ア 18以上	肥満度15%以上		肥満度20%以上											
	尿糖	(+) 以上							(+) 以上									
	糖尿病家族歴																	

V. ポピュレーションアプローチ

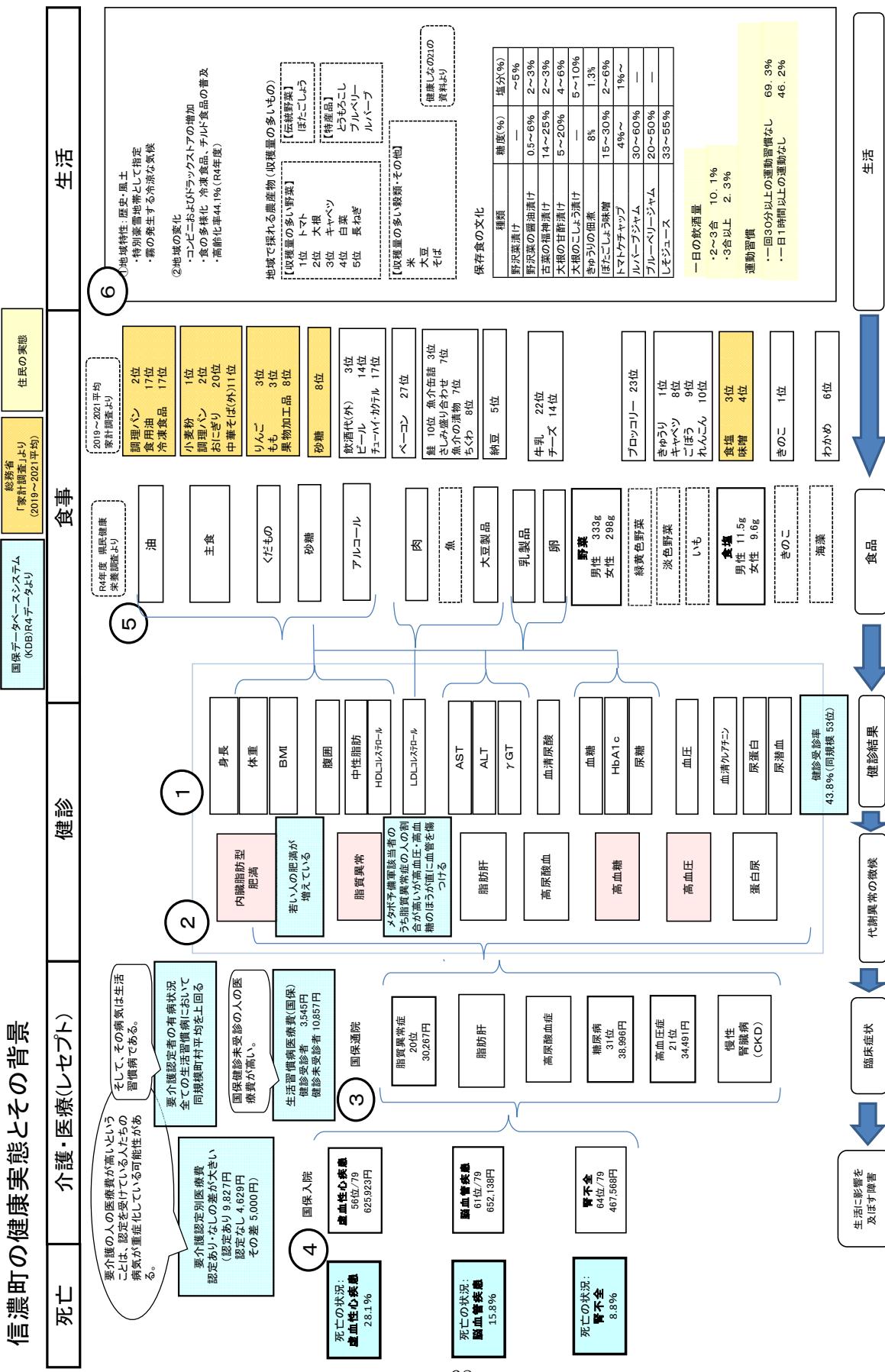
生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表 77、78)

図表 77 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化

信濃町の社会保障費健全化に向けて 医療費・介護費の適正化 ~信濃町の位置~



信濃町の健康実態とその背景



図表 78 信濃町の健康実態とその背景

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。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、府内等での利用、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り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信濃町の位置

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信濃町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた信濃町の位置

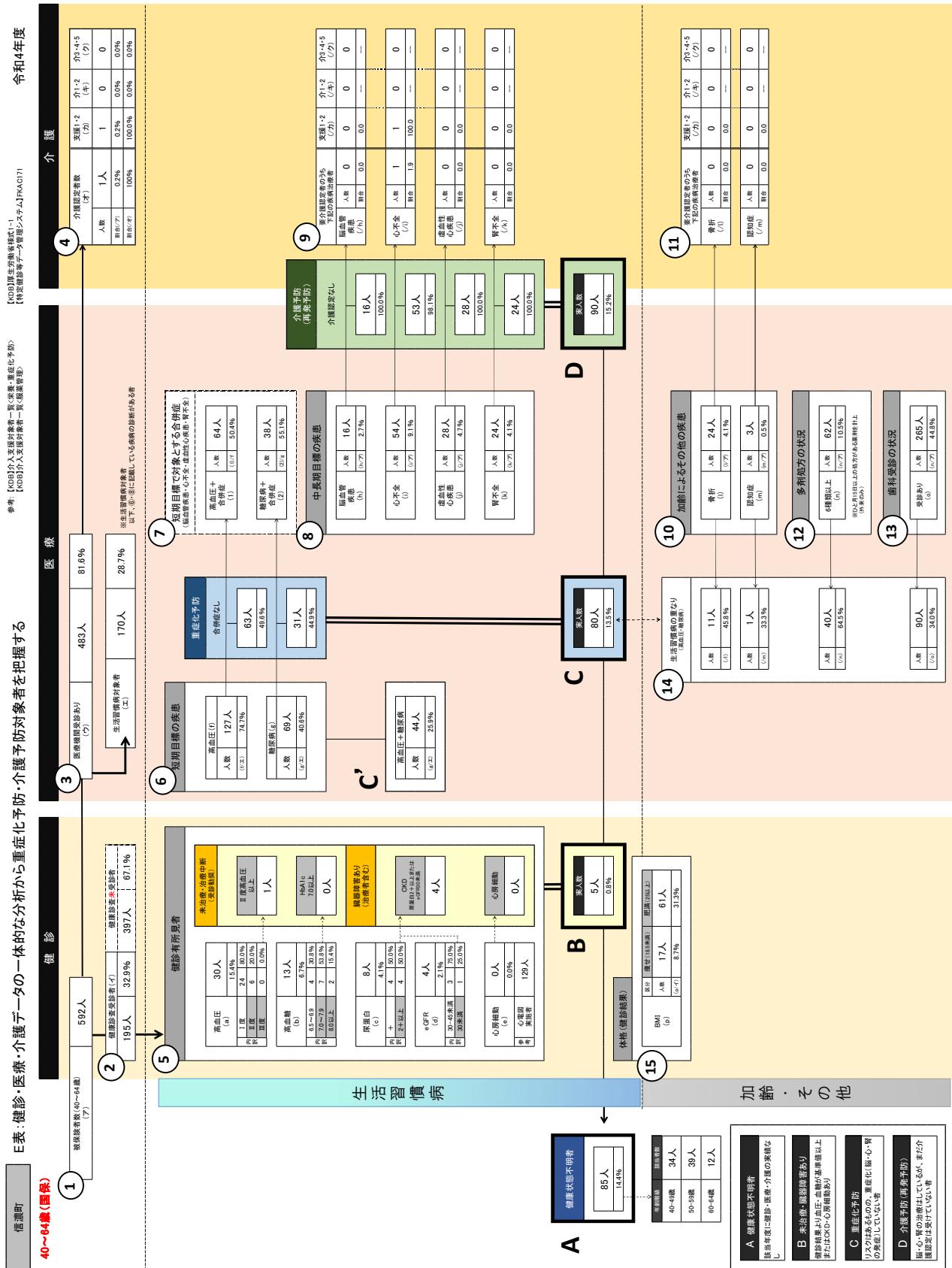
R04年度

項目			保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 人口構成	総人口	7,738			1,680,058		2,008,244		123,214,261		
			65歳以上(高齢化率)	44.1	662,426	39.4	646,942	32.2	35,335,805	28.7	KDB_NO.5 人口の状況	
			75歳以上	22.5	--	--	352,073	17.5	18,248,742	14.8	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			65~74歳	21.6	--	--	294,869	14.7	17,087,063	13.9		
			40~64歳	32.0	--	--	669,192	33.3	41,545,893	33.7		
	② 産業構成	第1次産業	39歳以下	23.8	--	--	692,110	34.5	46,332,563	37.6	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			第2次産業	17.1	17.0		9.3		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			第3次産業	24.8	25.3		29.2		25.0			
			男性	58.1	57.7		61.6		71.0		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	③ 平均寿命	女性	81.1	80.4		81.8		80.8				
		男性	87.7	86.9		87.7		87.0				
		女性	81.6	79.5		81.1		80.1				
	④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	82.9	84.2		85.2		84.4				
		女性	24	42.1	7,089	46.3	6,380	47.9	378,272	50.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
2	① 死亡の状況	死因	がん	16	28.1	4,562	29.8	3,679	27.6	205,485	27.5	
			心臓病	9	15.8	2,404	15.7	2,307	17.3	102,900	13.8	
			脳疾患	0	0.0	283	1.8	238	1.8	13,896	1.9	
			糖尿病	5	8.8	622	4.1	375	2.8	26,946	3.6	
			腎不全	3	5.3	346	2.3	352	2.6	20,171	2.7	
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		男性								
		女性									厚労省HP 人口動態調査	
3	① 介護保険	介護度別 総件数	1号認定者数(認定率)	542	16.2	127,161	19.4	113,468	17.7	6,724,030	19.4	
			新規認定者	7	0.2	2,078	0.3	1,716	0.2	110,289	0.3	
			要介護1.2	2,088	14.9	365,856	13.2	412,294	13.8	21,785,044	12.9	
			要介護1.2	6,303	44.9	1,297,770	46.8	1,367,247	45.8	78,107,378	46.3	
			要介護3以上	5,632	40.2	1,111,908	40.1	1,208,489	40.4	68,963,503	40.8	
	② 有病状況	2号認定者		3	0.12	2,073	0.39	1,856	0.28	156,107	0.38	
		糖尿病	156	26.2	30,162	22.6	26,401	22.3	1,712,613	24.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症	368	62.4	71,773	54.3	65,433	55.6	3,744,672	53.3		
		脂質異常症	208	34.8	39,954	29.6	36,610	30.6	2,308,216	32.6		
		心臓病	412	70.0	80,304	60.9	74,350	63.3	4,224,628	60.3		
	③ 介護給付費	介護費等	脳疾患	239	39.9	30,910	23.8	29,320	25.4	1,568,292	22.6	
			がん	94	15.3	14,782	11.0	14,272	11.9	837,410	11.8	
			筋・骨格	371	62.8	71,540	54.1	65,213	55.5	3,748,372	53.4	
			精神	255	44.4	49,589	37.8	44,457	37.9	2,569,149	36.8	
			一人当たり給付費/総給付費	238,058	813,207,405	314,188	208,126,001,519	288,366	186,555,887,417	290,668	10,074,274,228,889	
			1件当たり給付費(全体)		57,991		74,986		62,434		59,662	
	④ 医療費等	要介護認定別	居宅サービス		35,243		43,722		40,752		41,272	
			施設サービス		276,720		289,312		287,007		296,364	
			認定あり	9,827		9,224		8,534		8,610		
		医療費等	認定なし	4,629		4,375		3,975		4,020		
4	① 国保の状況	被保険者数	2号認定者数	2,165		427,153		443,378		27,488,882		
			65~74歳	1,148	53.0			200,162	45.1	11,129,271	40.5	
			40~64歳	640	29.6			142,060	32.0	9,088,015	33.1	
			39歳以下	377	17.4			101,156	22.8	7,271,596	26.5	
			加入率		28.0	25.6		22.1		22.3		
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.5	150	0.4	126	0.3	8,237	0.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			診療所数	2	0.9	1,147	2.7	1,564	3.5	102,599	3.7	KDB_NO.5 被保険者の状況
			病床数	97	44.8	15,964	37.4	23,133	52.2	1,507,471	54.8	
			医師数	7	3.2	1,780	4.2	5,217	11.8	339,611	12.4	
			外来患者数		667.8	692.2		691.5		687.8		
	③ 医療費の状況	入院患者数	24.3		22.7		17.6		17.7			
			一人当たり医療費	366,972	県内19位 同規模137位	376,732		339,076		339,680		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			受診率		692,044	714,851		709,111		705,439		
			外 来 件数の割合		58.4	56.3		61.1		60.4		
			入 院 件数の割合		96.5	96.8		97.5		97.5		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			1件あたり在院日数		41.6	43.7		38.9		39.6		
			1件あたり在院日数		3.5	3.2		2.5		2.5		
			1件あたり在院日数		15.1日	16.4日		15.6日		15.7日		

4	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名(調剤含む)	がん	124,569,800	29.0	31.3	30.8	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			慢性腎不全(透析あり)	27,036,720	6.3	7.2	8.1	8.2		
			糖尿病	46,878,950	10.9	11.3	10.7	10.4		
			高血圧症	24,294,310	5.7	6.6	6.1	5.9		
			脂質異常症	19,530,720	4.5	3.8	4.0	4.1		
			脳梗塞・脳出血	18,169,380	4.2	3.9	4.0	3.9		
			狭心症・心筋梗塞	16,864,310	4.0	2.8	2.3	2.8		
	⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	精神	51,615,310	12.0	14.9	15.8	14.7	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)	
			筋・骨格	99,040,350	23.1	17.3	17.2	16.7		
			高血圧症	1,381	0.9	430	0.3	296		
5	⑥	医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	糖尿病	1,743	1.1	1,426	0.9	1,102	0.8	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)
			脂質異常症	86	0.1	69	0.0	72	0.1	
			脳梗塞・脳出血	7,307	4.8	6,762	4.1	6,367	4.8	
			虚血性心疾患	6,095	4.0	4,422	2.7	3,421	2.6	
			腎不全	1,924	1.3	4,755	2.9	3,574	2.7	
	⑦	医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	高血圧症	9,840	4.6	12,793	6.0	10,819	5.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)
			糖尿病	20,578	9.6	21,925	10.3	18,772	9.1	
			脂質異常症	8,935	4.2	7,608	3.6	7,200	3.5	
			脳梗塞・脳出血	891	0.4	943	0.4	847	0.4	
			虚血性心疾患	2,552	1.2	1,933	0.9	1,629	0.8	
6	①	健診有無別 一人当たり 点数	腎不全	14,927	7.0	16,719	7.9	16,616	8.0	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			健診受診者	3,545		3,122		2,630		
			一人当たり	13,210		12,911		12,517		
			健診未受診者	10,857		9,063		7,685		
	②	生活習慣病対象者 一人当たり	一人当たり	40,456		37,482		36,574		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			健診受診者	369	51.7	84,374	58.3	79,724	54.3	
			医療機関受診率	333	46.6	75,862	52.4	71,775	48.9	
	③	健診・レセ 突合	医療機関非受診率	36	5.0	8,512	5.9	7,949	5.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握
	⑤	特定健診の 状況	受診勧奨者	369		51.7		84,374		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			健診受診者	714		144,814		146,749		
			受診率	43.8		県内65位 同規模145位		46.4		
			特定保健指導終了者(実施率)	44		57.9		8053		
			非肥満高血糖	64		9.0		14,851		
			該当者	141		19.7		31,440		
			男性	97		28.4		22,160		
			女性	44		11.8		9,280		
			予備群	96		13.4		16,785		
			男性	69		20.2		11,866		
			女性	27		7.3		4,919		
			総数	263		36.8		53,016		
			男性	183		53.5		37,284		
			女性	80		21.5		15,732		
	⑥	県内市町村数 79市町村	メタボ	32		4.5		8,457		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
			該当者	4		1.2		1,433		
			男性	28		7.5		7,024		
			女性	28		7.5		5,467		
			総数	6		0.8		1,003		
			血糖のみ	68		9.5		12,246		
			血圧のみ	22		3.1		3,536		
			脂質のみ	21		2.9		5,320		
			血糖・血圧	5		0.7		1,520		
			血糖・脂質	66		9.2		14,032		
	⑦	同規模市市区町村 240市町村	血糖・血圧・脂質	49		6.9		10,568		
			血糖・血圧	89		14.9		22,240		
			血圧のみ	144		24.0		35,997		
			脂質のみ	172		28.8		48,979		
			血糖・血圧	408		69.3		89,120		
			血圧・脂質	272		46.2		64,227		
			血糖・血圧・脂質	125		21.3		33,001		
			既往歴	160		26.5		36,928		
			睡眠不足	145		24.0		29,448		
			毎日飲酒	243		61.4		55,319		
			時々飲酒	104		26.3		24,528		
			一日未満	40		10.1		9,621		
			1~2合	9		2.3		2,915		
6	⑧	生活習慣の 状況	2~3合					3.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			3合以上					2,410		
								3.2		
								130,129		
								2.8		

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

①40~64 歳(国保)

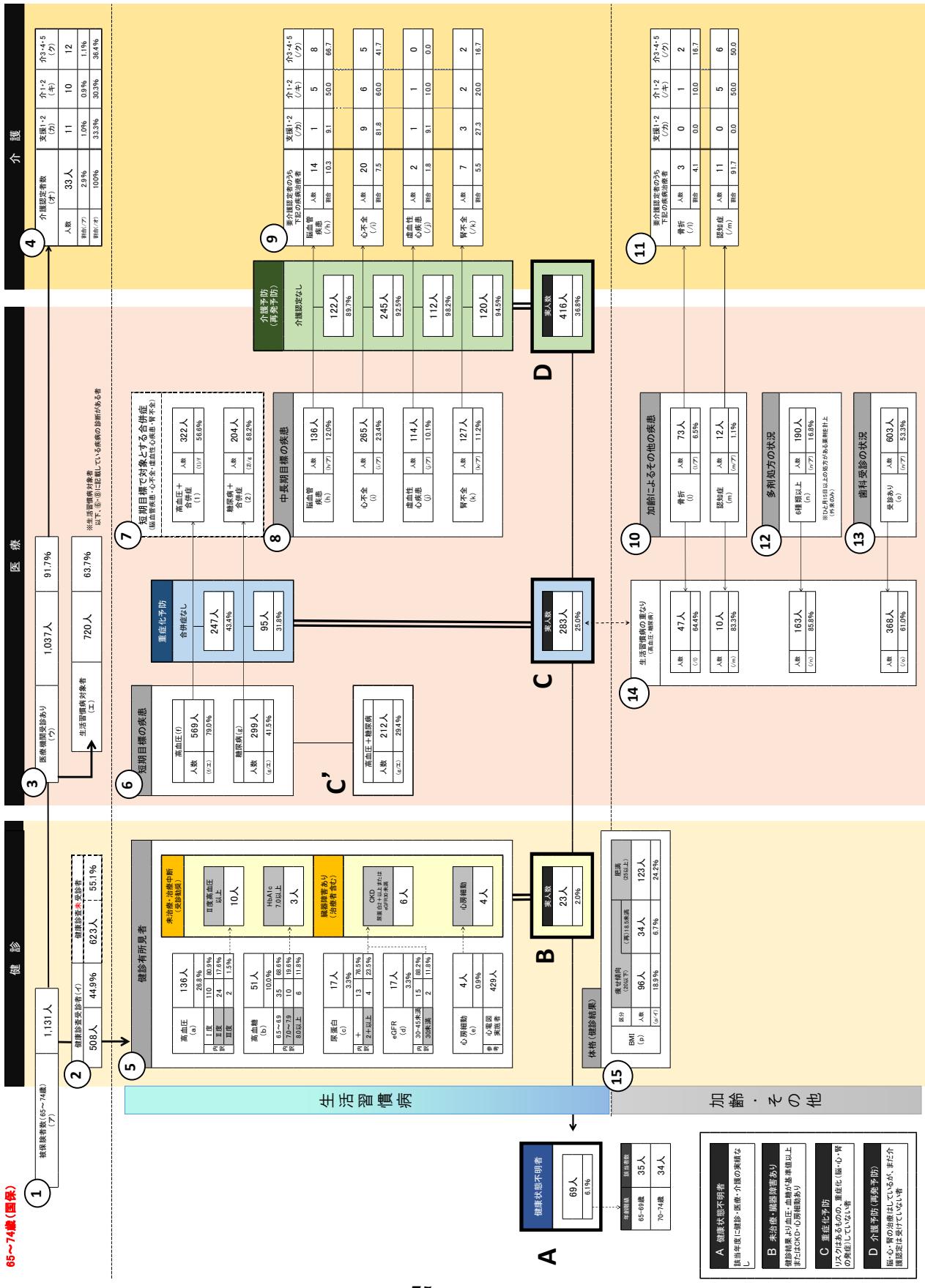


E表：健診・医療・介護データの統合化予防・介護信濃時

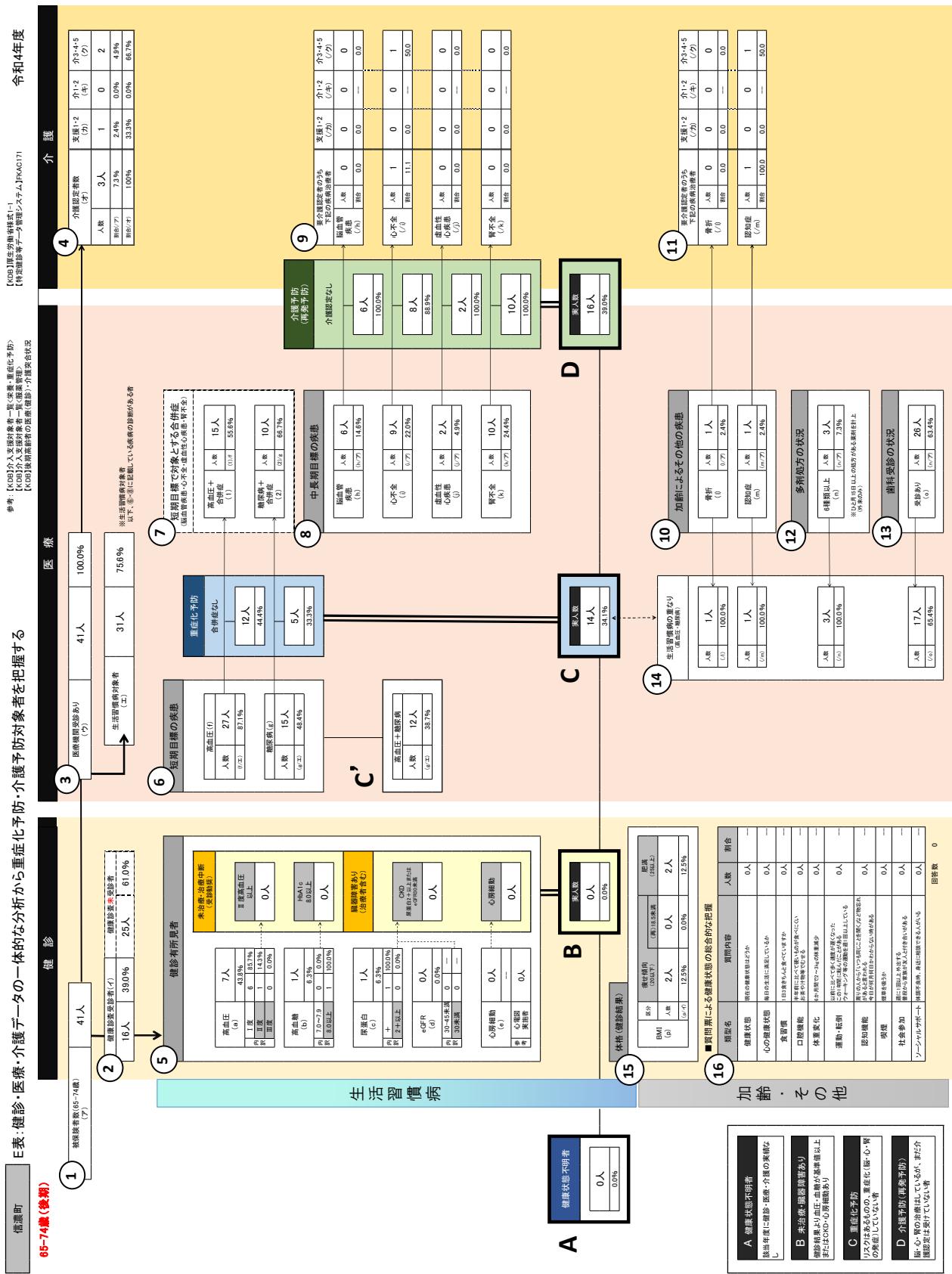
参考：[KDB]介入支援对象者一覧<栄養・重症化予防>
参考：[KDB]介入支援对象者一覧<服薬管理>

令和3年度

厚生労働省様式1-1
特定健診等データ管理システム]FKAC17



③65～74 歳(後期)



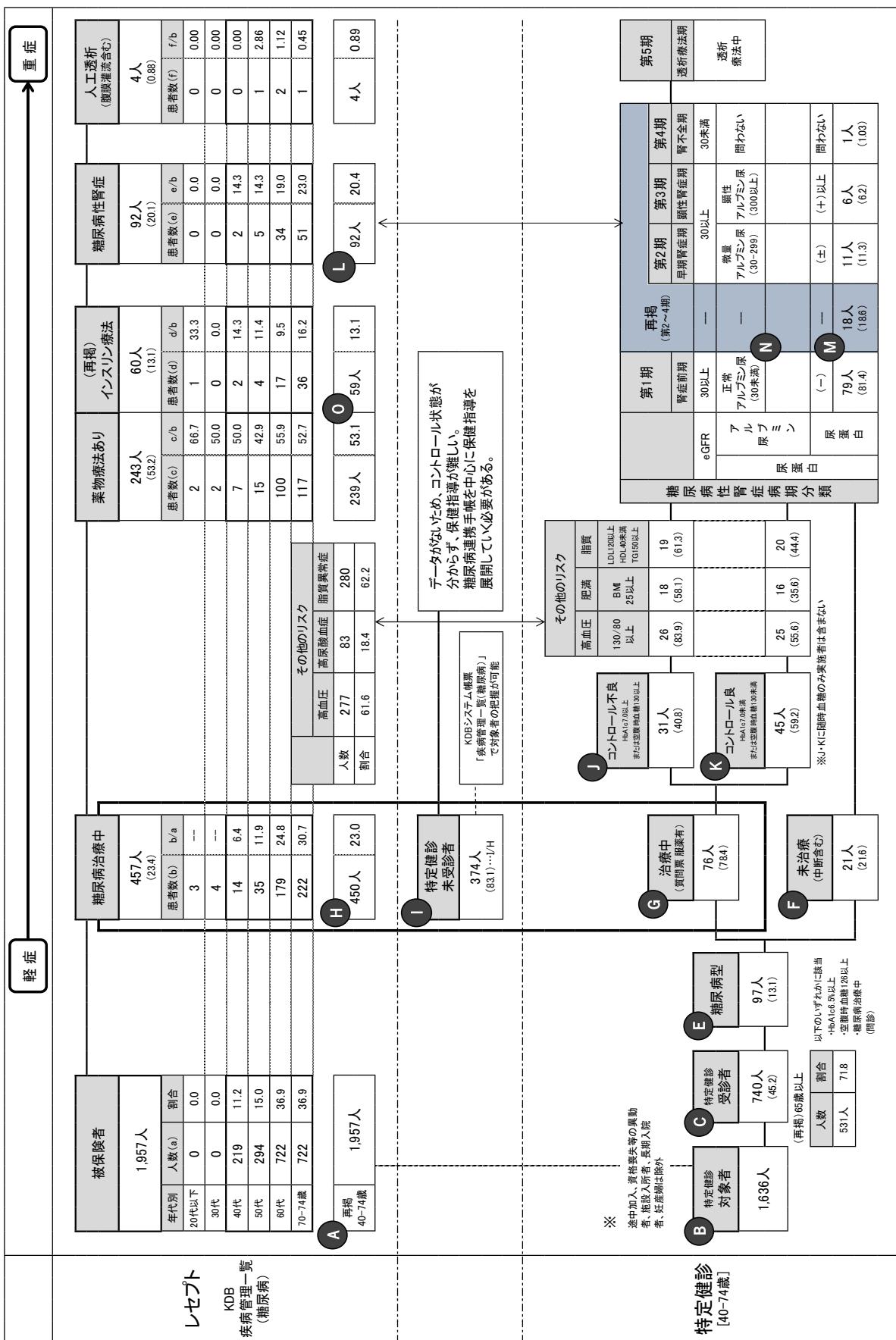
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	信濃町								同規模保険者(平均)		データ基				
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度						
		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 ② (再掲)40-74歳	A	2,547人		2,418人		2,336人		2,347人		2,277人		KDB.厚生労働省様式 様式3-2				
		2,101人		1,992人		1,949人		1,948人		1,897人						
2 ① 特定健診 ② 受診者数 ③ 受診率	B	1,847人		1,792人		1,782人		1,727人		1,636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				
		943人		896人		871人		815人		740人						
		51.1%		50.0%		48.9%		47.2%		45.2%						
3 ① 特定 保健指導 ② 対象者数 実施率	C	101人		91人		103人		91人		74人						
		90.1%		94.5%		72.8%		70.3%		50.0%						
4 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪	健診 データ	糖尿病型		E	126人	13.4%	121人	13.5%	131人	15.0%	116人	14.2%	97人	13.1%		
		未治療・中断者(質問票 腹痛なし)		F	23人	18.3%	25人	20.7%	33人	25.2%	32人	27.6%	21人	21.6%		
		治療中(質問票 腹痛あり)		G	103人	81.7%	96人	79.3%	98人	74.8%	84人	72.4%	76人	78.4%		
		コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130以上		J	43人	41.7%	40人	41.7%	47人	48.0%	35人	41.7%	31人	40.8%		
		血圧 130/80以上		K	30人	69.8%	30人	75.0%	30人	63.8%	25人	71.4%	26人	83.9%		
		肥満 BMI25以上		M	24人	55.8%	21人	52.5%	20人	42.6%	20人	57.1%	18人	58.1%		
		コントロール良好 HbA1c<7.0%かつ空腹時血糖<130未満		H	60人	58.3%	56人	58.3%	51人	52.0%	49人	58.3%	45人	59.2%		
		第1期 尿蛋白(-)		I	90人	71.4%	97人	80.2%	107人	81.7%	92人	79.3%	79人	81.4%		
		第2期 尿蛋白(±)		O	19人	15.1%	11人	9.1%	9人	6.9%	20人	17.2%	11人	11.3%		
		第3期 尿蛋白(+)以上		L	11人	8.7%	9人	7.4%	10人	7.8%	4人	3.4%	6人	6.2%		
		第4期 eGFR30未満		P	2人	1.6%	1人	0.8%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	1.0%		
5 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	レセプト	糖尿病受療率(被保険料千対)		R	1272人		1270人		1134人		1184人		1159人		KDB.厚生労働省様式 様式3-2	
		(再掲)40-74歳(被保険料千対)		S	151.4人		152.6人		134.9人		141.7人		137.6人			
		レセプト件数 (40-74歳) ○内は新規件数千対		T	1,621件	(802.9)	1,603件	(822.1)	1,515件	(780.1)	1,477件	(782.3)	1,366件	(764.0)	319,711件 (930.6)	KDB.疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		入院外(件数)		U	6件	(3.0)	8件	(4.1)	12件	(6.2)	7件	(3.7)	8件	(4.5)	1,521件 (4.4)	
		糖尿病治療中		V	324人	12.7%	307人	12.7%	265人	11.3%	278人	11.8%	264人	11.6%		KDB.厚生労働省様式 様式3-2
		(再掲)40-74歳		W	318人	15.1%	304人	15.3%	263人	13.5%	276人	14.2%	261人	13.8%		
		健診未受診者		X	215人	67.6%	201人	66.1%	165人	62.7%	192人	69.6%	185人	70.9%		KDB.厚生労働省様式 様式3-2
		インスリン治療 (再掲)40-74歳		Y	37人	11.4%	36人	11.7%	36人	13.6%	33人	11.9%	27人	10.2%		
		糖尿病性腎症		Z	36人	11.3%	35人	11.5%	36人	13.7%	33人	12.0%	27人	10.3%		町統計
		(再掲)40-74歳		A	86人	26.5%	91人	29.6%	67人	25.3%	65人	23.4%	69人	26.1%		
		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		B	86人	27.0%	91人	29.9%	67人	25.5%	65人	23.6%	69人	26.4%		KDB.厚生労働省様式 様式3-2
		(再掲)40-74歳		C	1人	0.3%	1人	0.0%	3人	1.1%	7人	2.5%	5人	1.9%		
		新規透析患者数		D	1人	0.3%	1人	0.0%	3人	1.1%	7人	2.5%	5人	1.9%		KDB.厚生労働省様式 様式3-2 指後期
		(再掲)糖尿病性腎症		E	0	0.0%	1	100.0%	1	33.3%	1	14.3%	2	40.0%		
		【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)		F	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	50.0%		
6 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮	医療費	7人 1.3%		G	4人	0.8%	3人	0.7%	5人	1.1%	4人	0.8%			KDB.厚生労働省様式 様式3-2 指後期	
		総医療費		H	8億2710万円		8億5963万円		7億9132万円		8億5499万円		7億9449万円		6億7051万円	
		生活習慣病総医療費		I	4億3991万円		4億9924万円		4億3303万円		4億3479万円		4億2962万円		3億5898万円	
		(総医療費に占める割合)		J	53.2%		58.1%		54.7%		50.9%		54.1%		53.5%	KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
		生活習慣病対象者 一人あたり		K	8,300円		11,418円		8,868円		10,448円		10,857円		9,063円	
		健診未受診者		L	35,684円		39,895円		38,258円		38,805円		40,456円		37,482円	
		糖尿病医療費		M	5495万円		5328万円		5377万円		4924万円		4688万円		4061万円	
		(生活習慣病総医療費に占める割合)		N	12.5%		10.7%		12.4%		11.3%		10.9%		11.3%	
		糖尿病入院外総医療費		O	1億4344万円		1億6904万円		1億5644万円		1億4734万円		1億3395万円			
		1件あたり		P	35,745円		41,978円		41,683円		39,724円		38,996円			
		糖尿病入院総医療費		Q	7927万円		7256万円		6224万円		1億1290万円		8906万円			
		1件あたり		R	514,728円		537,507円		426,304円		545,406円		597,703円			
		在院日数		S	14日		14日		16日		17日		16日			
		慢性腎不全医療費		T	2170万円		2432万円		1920万円		2032万円		2719万円		2783万円	
		透析有り		U	1418万円		1629万円		1514万円		1960万円		2704万円		2567万円	
		透析なし		V	752万円		803万円		406万円		73万円		15万円		216万円	
7 ①	介護	介護給付費		W	7億8935万円		7億8816万円		8億1539万円		8億5940万円		8億1321万円		8億6719万円	KDB.健診・医療・介護データからみる地理的健康課題
		(2号認定者)糖尿病合併症		X	1件	50.0%	1件	50.0%	0件	0人	0件	0.0%	0件	0.0%		
8 ①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		Y	0人	0.0%	0人	0.0%	3人	2.4%	0人	0.0%	0人	0.0%	622人 1.0%	KDB.健診・医療・介護データからみる地理的健康課題

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



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

レセプト

被保険者		高血圧症治療中			脳血管疾患			虚血性心疾患			人工透析		
1,957人		844人 (43.1)			102人 (12.1)			113人 (13.4)			6人 (0.71)		
年代別	人数(a)	割合	患者数(b)	b/a	処方あり(c)	c/b	患者数(d)	d/b	患者数(e)	e/b	患者数(f)	f/b	
20代以下	0	0.0	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	
30代	0	0.0	4	—	3	75.0	1	25.0	1	25.0	0	0.00	
40代	219	11.2	23	10.5	21	91.3	0	0.0	4	17.4	1	4.35	
50代	294	15.0	76	25.9	65	85.5	5	6.6	6	7.9	1	1.32	
60代	722	36.9	326	45.2	301	92.3	35	10.7	36	11.0	3	0.92	
70-74歳	722	36.9	415	57.5	377	90.8	61	14.7	66	15.9	1	0.24	
A 再婚 40-74歳	再婚	1,957人	H 840人	42.9	764人	91.0	O 101人	12.0	112人	13.3	6人	0.71	

KDB 疾病管理一覧 (高血圧症)

高血圧治療中(質問票履歴有り) (39.2) ..G.		その他のリスク			脳器障害		
G 合計 (1度以上)	290人	BMI25以上	高尿酸	眼底検査 有所見者	心電図結果 有所見者	尿かんばく (+以上)	
分類	人数	割合	高脂血	高尿酸	眼底検査 有所見者	尿かんばく (+以上)	
I 度	63人	82.9	I 度	7 (53.8%)	376人	569人	
II 度	13人	17.1	II 度	5 (38.5%)	50.8	76.9	
III 度	0人	0.0	III 度	0	—	—	
IV 度	—	—	IV 度	—	—	—	
76人	—	—	76人	—	—	—	
42.5 (G/E)	—	—	42.5 (G/E)	—	—	—	
90 (G/H)	—	—	90 (G/H)	—	—	—	

C 特定健診 受診者

高血圧 (40-90以上)		特定健診 対象者			特定健診 受診者			検査実施者(M)			検査実施者(M/F)		
E 高血圧 (40-90以上)	179人 (24.2)	B 特定健診 対象者	170人 (45.2)	C 特定健診 受診者	170人 (45.2)	D 特定健診 受診者	1,636人	M 69人	67.0	M 67.0	82.5	103人	
F 未治療 (中断含む)	—	F 未治療 (中断含む)	—	F 未治療 (中断含む)	—	F 未治療 (中断含む)	—	F 未治療 (中断含む)	—	F 未治療 (中断含む)	100.0	—	
57.5 (F/E)	—	57.5 (F/E)	—	57.5 (F/E)	—	57.5 (F/E)	—	57.5 (F/E)	—	57.5 (F/E)	2人	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1.9	—	

※ 治中加入、質損喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外

※上記「E:高血圧」に内
部疾患中の140/90未
満は含まない。

※高血圧の人が詳細個診をきちんと受けているか

※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)。

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和4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

		軽症		重症	
被保険者		脂質異常症治療中		虚血性心疾患 脳血管疾患 人工透析	
レセプト	1,957人	769人 (39.3)	111人 (14.4)	84人 (10.9)	4人 (0.52)
年代別	人数(a)	割合		患者数(d)	d/b
20代以下	0	0.0		0	0.0
30代	0	0.0		1	1.1
40代	219	11.2	6	66.7	0
50代	294	15.0	28	12.8	3
60代	722	36.9	71	24.1	10.7
70-74歳	722	36.9	318	44.0	57.1
A 再掲 40-74歳	1,957人	386人	586人	775人	110人
G 合計	LDL160以上	180以上	250	280	370
E 脂質異常 (LDL-C)	160以上	180以上	66.7	66.7	121
C 特定健診 受診者	G/H	G/E	58.7	444	160
B 特定健診 対象者	45.2	45.2	33.3	33.3	14.6
F 未治療(中断含む)	7.3	20人 (2.7)	54人 (7.3)	740人 (45.2)	11人
特定健診 [40-74歳]	1,636人	48人 88.9 F/E	15人 75.0 F/E	12人 25.0 F/E	22人 75.0 F/E
※	途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外	肥満 HbA1c 6.5以上 空腹時 200mg以上 餐後時 240mg以上	高血糖 BMI 25以上 1度高血圧以上 71以上	高尿酸 検査実施者(K) 心電図結果 〔二次健診〕 頸動脈エコー 眼底検査	
E	LDL-C 160以上	180以上	3人 50.0	1人 83.3	2人 33.3
C	特定健診 受診者	4人 25.0 G/E	1人 16.7	22人 83.3	1人 33.3
B	特定健診 対象者	5人 0.8 G/H	5人 33.3	3人 33.3	3人 33.3
F 未治療(中断含む)	45.2	45.2	2.1	12人 50.0	25人 25.0
G	LDL-C 160以上	180以上	1人 11人	1人 22人	25人 25.0
H	LDL-C 160以上	180以上	1人 1人	1人 22人	52.1
I 特定健診未受診者	513人 (H-G) 67.9 (V-H)	LDL値がわからぬデータがないため、コントロール状況 がわからぬ。 →保健指導が難しい。	KDBシステム 「疾患別一覧」脂質異常症」 で対象者の把握が可能	有所見者(L) 有所見率(L/G)	0人 0.0
J その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薬有) (328人)	G 243人、 …G	G 6人	G 6人	66.7
K その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薬有) (328人)	G 6人	G 3人	G 3人	66.7
L その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薬有) (328人)	G 3人	G 2人	G 2人	66.7
M その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薬有) (328人)	G 2人	G 1人	G 1人	66.7
N その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
O その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
P その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
Q その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
R その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
S その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
T その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
U その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
V その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
W その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
X その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
Y その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
Z その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
AA その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
BB その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
CC その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
DD その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
EE その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
FF その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
GG その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
HH その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
II その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
JJ その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
KK その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
LL その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
MM その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
NN その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
OO その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
PP その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
QQ その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
RR その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
SS その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	66.7
TT その他リスク	脂質異常症治療中(質問、服薗有) (328人)	G 1人	G 1人	G 1人	

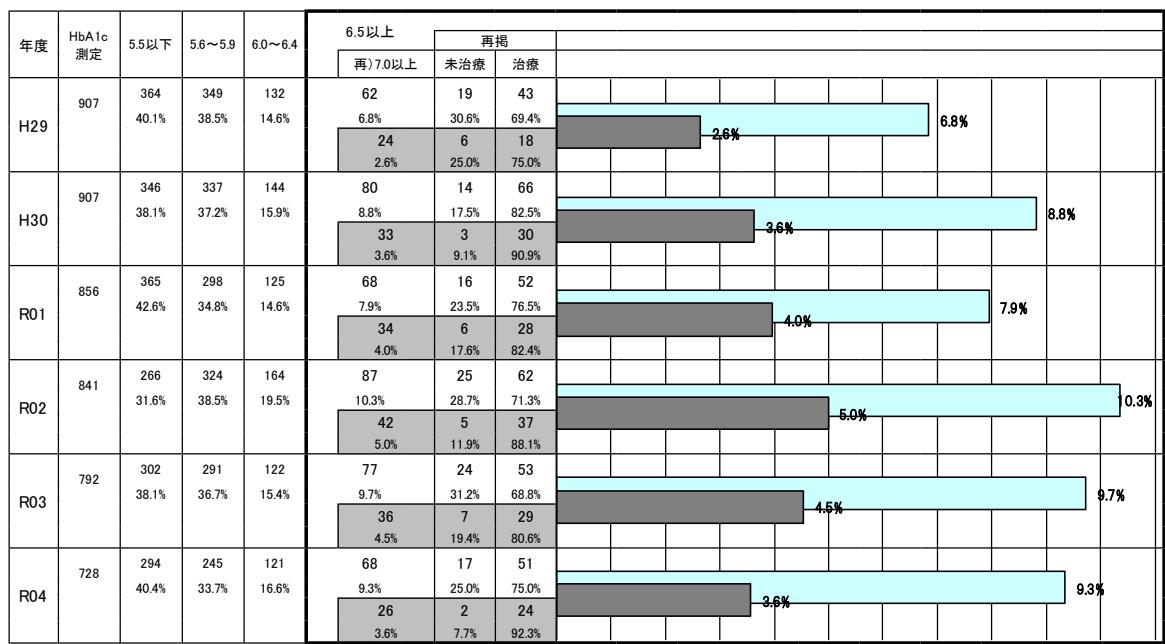
参考資料7 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較

HbA1c測定	正常	保健指導判定値				受診勧奨判定値				再掲							
		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
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	907	364	40.1%	349	38.5%	132	14.6%	38	4.2%	17	1.9%	7	0.8%	14	1.5%	6	0.7%
H30	907	346	38.1%	337	37.2%	144	15.9%	47	5.2%	26	2.9%	7	0.8%	18	2.0%	4	0.4%
R01	856	365	42.6%	298	34.8%	125	14.6%	34	4.0%	29	3.4%	5	0.6%	19	2.2%	3	0.4%
R02	841	266	31.6%	324	38.5%	164	19.5%	45	5.4%	33	3.9%	9	1.1%	26	3.1%	6	0.7%
R03	792	302	38.1%	291	36.7%	122	15.4%	41	5.2%	29	3.7%	7	0.9%	21	2.7%	2	0.3%
R04	728	294	40.4%	245	33.7%	121	16.6%	42	5.8%	17	2.3%	9	1.2%	18	2.5%	7	1.0%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活习惯病の有病者・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



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		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上							
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A						
B	C	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A						
治療中	H29	86	9.5%	1	1.2%	13	15.1%	29	33.7%	25	29.1%	13	15.1%	5	5.8%	10	11.6%	4	4.7%
	H30	99	10.9%	0	0.0%	9	9.1%	24	24.2%	36	36.4%	23	23.2%	7	7.1%	17	17.2%	4	4.0%
	R01	93	10.9%	2	2.2%	11	11.8%	28	30.1%	24	25.8%	24	25.8%	4	4.3%	17	18.3%	2	2.2%
	R02	98	11.7%	0	0.0%	8	8.2%	28	28.6%	25	25.5%	29	29.6%	8	8.2%	25	25.5%	5	5.1%
	R03	82	10.4%	1	1.2%	9	11.0%	19	23.2%	24	29.3%	24	29.3%	5	6.1%	17	20.7%	2	2.4%
	R04	76	10.4%	0	0.0%	5	6.6%	20	26.3%	27	35.5%	16	21.1%	8	10.5%	16	21.1%	6	7.9%
治療なし	H29	821	90.5%	363	44.2%	336	40.9%	103	12.5%	13	1.6%	4	0.5%	2	0.2%	4	0.5%	2	0.2%
	H30	808	89.1%	346	42.8%	328	40.6%	120	14.9%	11	1.4%	3	0.4%	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%
	R01	763	89.1%	363	47.6%	287	37.6%	97	12.7%	10	1.3%	5	0.7%	1	0.1%	2	0.3%	1	0.1%
	R02	743	88.3%	266	35.8%	316	42.5%	136	18.3%	20	2.7%	4	0.5%	1	0.1%	1	0.1%	1	0.1%
	R03	710	89.6%	301	42.4%	282	39.7%	103	14.5%	17	2.4%	5	0.7%	2	0.3%	4	0.6%	0	0.0%
	R04	652	89.6%	294	45.1%	240	36.8%	101	15.5%	15	2.3%	1	0.2%	1	0.2%	2	0.3%	1	0.2%

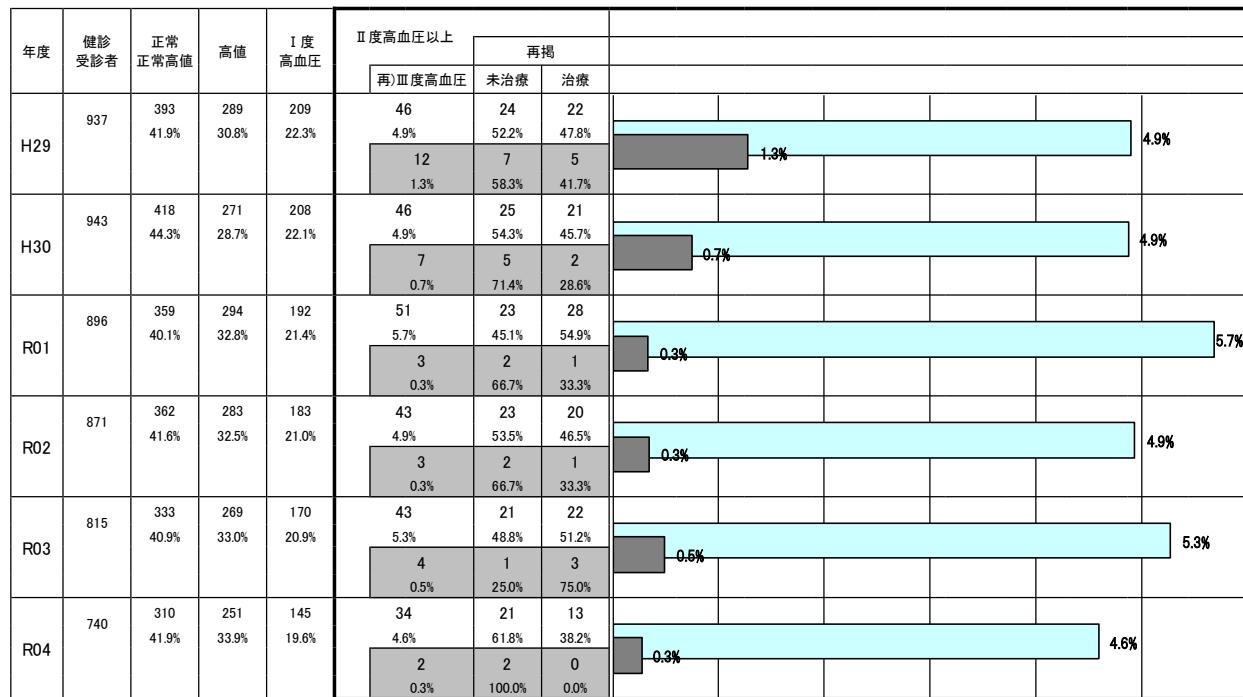
参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

血圧測定者		正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		I 度		II 度		III 度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	937	237	25.3%	156	16.6%	289	30.8%	209	22.3%	34	3.6%	12	1.3%
H30	943	257	27.3%	161	17.1%	271	28.7%	208	22.1%	39	4.1%	7	0.7%
R01	896	215	24.0%	144	16.1%	294	32.8%	192	21.4%	48	5.4%	3	0.3%
R02	871	222	25.5%	140	16.1%	283	32.5%	183	21.0%	40	4.6%	3	0.3%
R03	815	203	24.9%	130	16.0%	269	33.0%	170	20.9%	39	4.8%	4	0.5%
R04	740	206	27.8%	104	14.1%	251	33.9%	145	19.6%	32	4.3%	2	0.3%

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II度高血圧以上の方の減少は



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	342	36.5%	38	11.1%	51	14.9%	124	36.3%	107	31.3%	17	5.0%
	H30	372	39.4%	68	18.3%	62	16.7%	118	31.7%	103	27.7%	19	5.1%
	R01	326	36.4%	41	12.6%	53	16.3%	112	34.4%	92	28.2%	27	8.3%
	R02	336	38.6%	43	12.8%	54	16.1%	126	37.5%	93	27.7%	19	5.7%
	R03	313	38.4%	35	11.2%	63	20.1%	105	33.5%	88	28.1%	19	6.1%
	R04	290	39.2%	44	15.2%	48	16.6%	122	42.1%	63	21.7%	13	4.5%
治療なし	H29	595	63.5%	199	33.4%	105	17.6%	165	27.7%	102	17.1%	17	2.9%
	H30	571	60.6%	189	33.1%	99	17.3%	153	26.8%	105	18.4%	20	3.5%
	R01	570	63.6%	174	30.5%	91	16.0%	182	31.9%	100	17.5%	21	3.7%
	R02	535	61.4%	179	33.5%	86	16.1%	157	29.3%	90	16.8%	21	3.9%
	R03	502	61.6%	168	33.5%	67	13.3%	164	32.7%	82	16.3%	20	4.0%
	R04	450	60.8%	162	36.0%	56	12.4%	129	28.7%	82	18.2%	19	4.2%

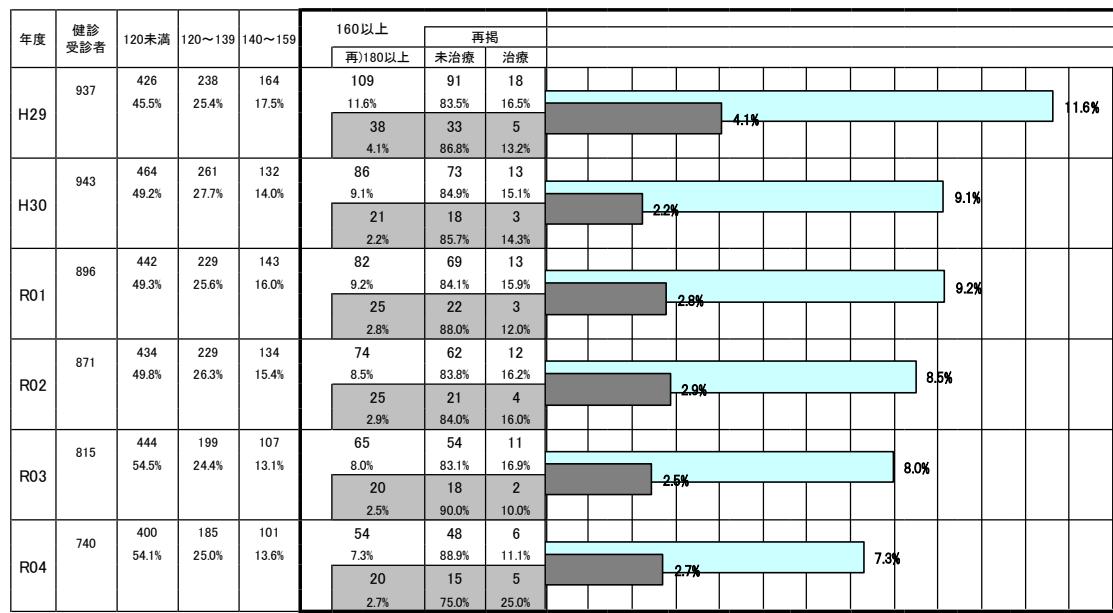
参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
	120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	H29	937	426	45.5%	238	25.4%	164	17.5%	71	7.6%
	H30	943	464	49.2%	261	27.7%	132	14.0%	65	6.9%
	R01	896	442	49.3%	229	25.6%	143	16.0%	57	6.4%
	R02	871	434	49.8%	229	26.3%	134	15.4%	49	5.6%
	R03	815	444	54.5%	199	24.4%	107	13.1%	45	5.5%
	R04	740	400	54.1%	185	25.0%	101	13.6%	34	4.6%
男性	H29	453	236	52.1%	111	24.5%	69	15.2%	29	6.2%
	H30	460	269	58.5%	113	24.6%	47	10.2%	24	5.2%
	R01	434	246	56.7%	94	21.7%	67	15.4%	19	4.4%
	R02	414	244	58.9%	93	22.5%	57	13.8%	15	3.6%
	R03	390	238	61.0%	90	23.1%	45	11.5%	13	3.3%
	R04	352	212	60.2%	89	25.3%	35	9.9%	11	3.1%
女性	H29	484	190	39.3%	127	26.2%	95	19.6%	43	8.9%
	H30	483	195	40.4%	148	30.6%	85	17.6%	41	8.5%
	R01	462	196	42.4%	135	29.2%	76	16.6%	38	8.2%
	R02	457	190	41.6%	136	29.8%	77	16.8%	34	7.4%
	R03	425	206	48.5%	109	25.6%	62	14.6%	32	7.5%
	R04	388	188	48.5%	96	24.7%	66	17.0%	23	5.9%

アウトカム(結果)評価 離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



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	
治療中	H29	239	25.5%	127	53.1%	68	28.5%	26	10.9%	13	5.4%
	H30	263	27.9%	155	58.9%	67	25.5%	28	10.6%	10	3.8%
	R01	272	30.4%	170	62.5%	58	21.3%	31	11.4%	10	3.7%
	R02	276	31.7%	179	64.9%	67	24.3%	18	6.5%	8	2.9%
	R03	274	33.6%	189	69.0%	59	21.5%	15	5.5%	9	3.3%
	R04	243	32.8%	166	68.3%	51	21.0%	20	8.2%	1	0.4%
治療なし	H29	698	74.5%	299	42.8%	170	24.4%	138	19.8%	58	8.3%
	H30	680	72.1%	309	45.4%	194	28.5%	104	15.3%	55	8.1%
	R01	624	69.6%	272	43.6%	171	27.4%	112	17.9%	47	7.5%
	R02	595	68.3%	255	42.9%	162	27.2%	116	19.5%	41	6.9%
	R03	541	66.4%	255	47.1%	140	25.9%	92	17.0%	36	6.7%
	R04	497	67.2%	234	47.1%	134	27.0%	81	16.3%	33	6.6%