

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みを行うことを推進する。」とされました。平成 26 年 3 月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において、市町村国保は健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※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、その後の平成 30 年 4 月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和 2 年 7 月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020(骨太方針 2020)^{※3}」において、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和 4 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4} 2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、「被保険者の健康の保持増進」が最終的な目的であり、その実効性を高めるうえでは、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

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

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

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※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)

海陽町では、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、介護保険事業等のデータ分析を行い、優先的に取組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

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

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

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

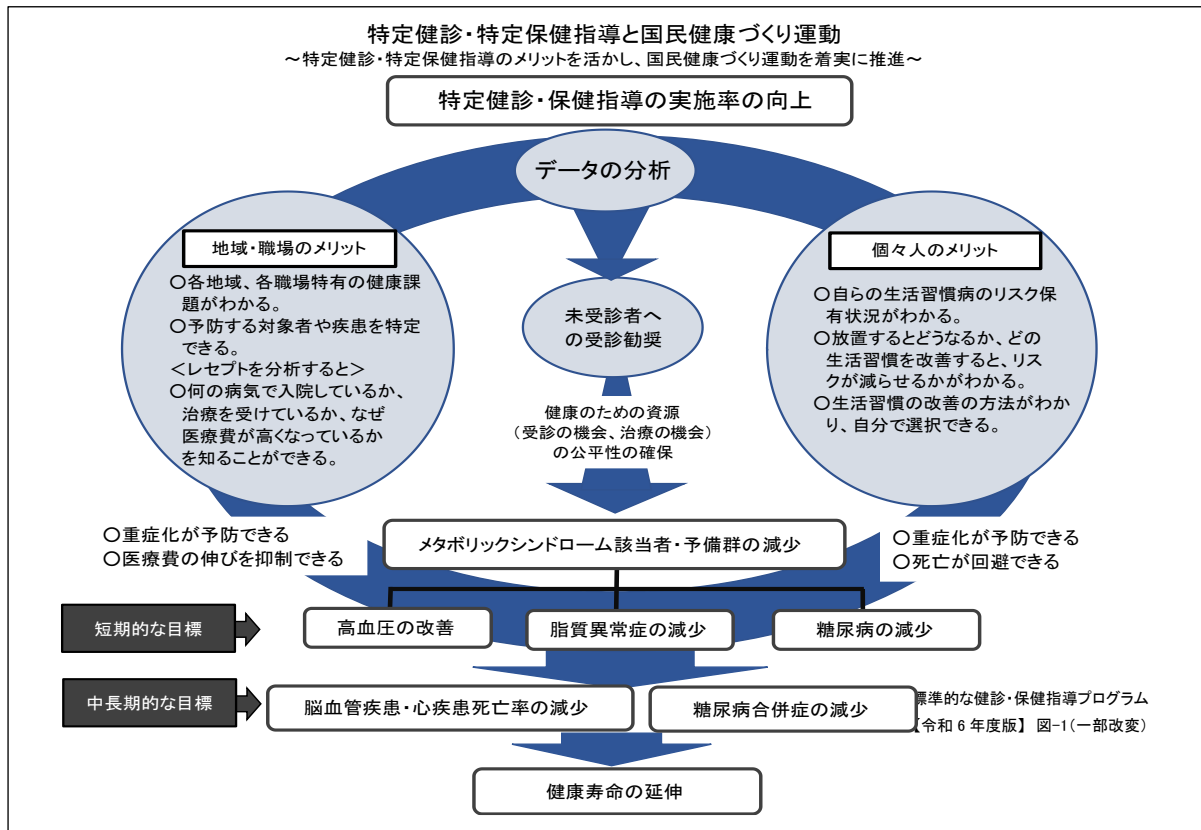
図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法		
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等実施計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 健康保険法 高確法 第82条 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる 持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り 残さない健康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進 の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医 療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的 かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健 事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価 を行う。	加入者の年齢構成、地域条件等の実情を考 慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ(児期から高齢期 まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える 現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、 小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症(糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい指標例 アウトカム:メタボリックシンドローム減少率 HbA1C8.0以上者の割合 アウトプット:特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金	

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ(続き)

	医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業(支援)計画
法律	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画策定者	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務、都道府県:義務
基本的な考え方	持続可能な運営を確保するため、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持・医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通じ、地域で切れ目のない医療の提供、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止
対象年齢	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳 卒 中 がん 精神疾患	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止 生活習慣病 虚血性心疾患・心不全 脳血管疾患 認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的な活用 ・医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6 事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルの活用にする保険者機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、人材の確保)
補助金等	保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

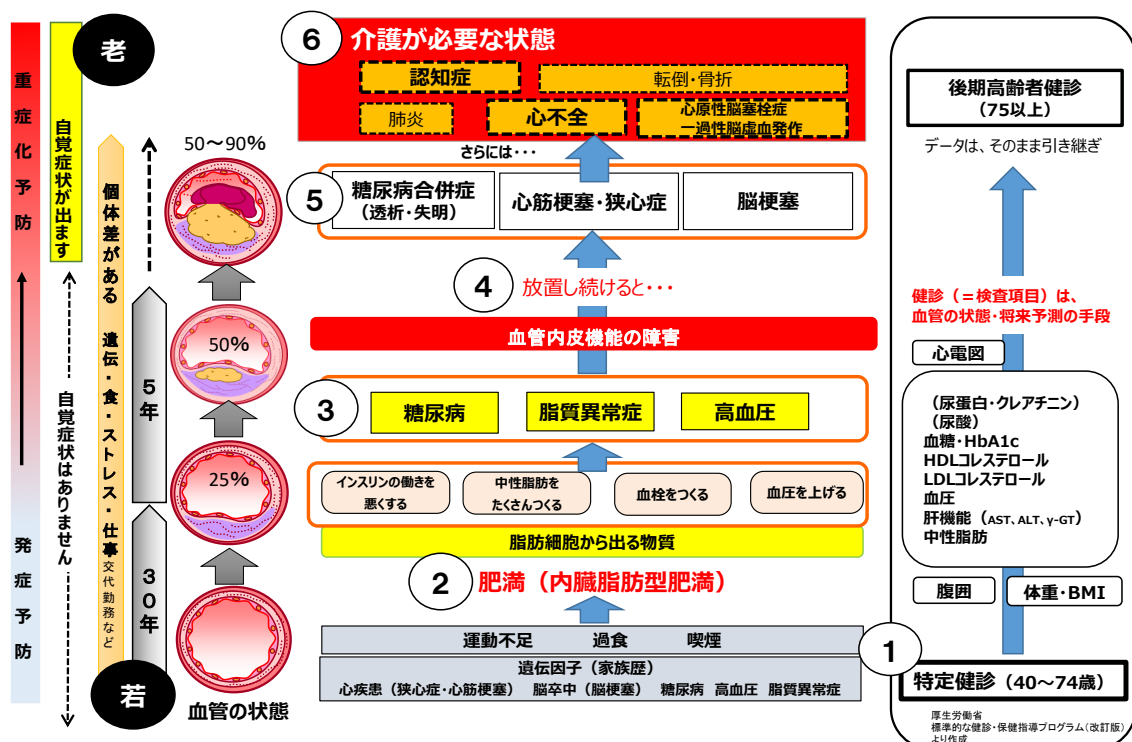
図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



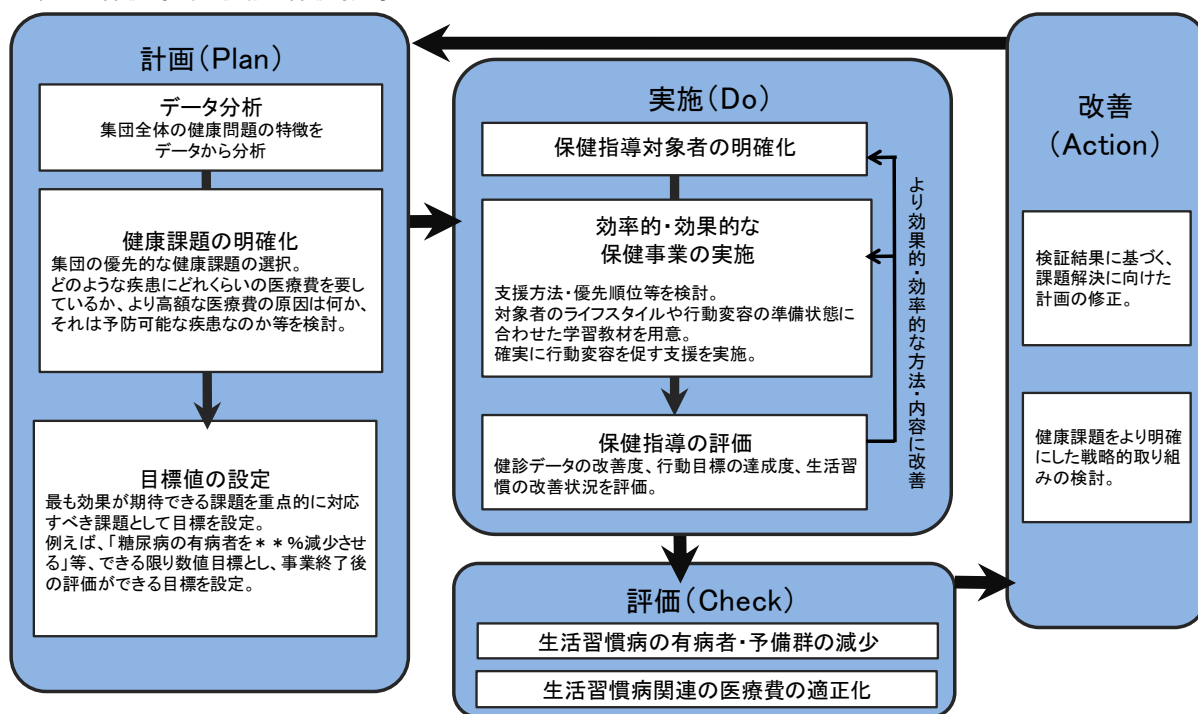
注) プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

【参考資料】「特定健診の意義」 住民との共通資料

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



図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

健診・保健指導計画作成のためのデータ分析

国保データベースシステム(KDB)

健診
特定健診
特定保健指導情報

医療データ
(レセプト)

介護データ
(要介護度)

健康課題の明確化・分析

①予防可能な疾患なのか？
 ②どの疾患にどのくらいの医療費を要しているのか？
 ③より高額な医療費を使っている疾患は？
 ④健診を受けて予防的な医療がなされているのか？
 ⑤それとも重症化している結果なのか？

◎他自治体との比較
 ◎同規模保険者
 (都道府県・市町村・保険者)との比較

目標設定の視点

○直ちにに取り組むべき健康課題
 ○中長期的に取り組むべき健康課題

※費用対効果も考慮しつつ課題設定

★特定健康診査の実施

健診未受診者

健診受診者

健診情報(問診等)とレセプト突合

未治療

生活習慣病
治療中

必要に応じて主治医の指示のもと
保健指導が行われるよう調整

生活習慣病のコントロール

良

不良

未治療

健診結果の判定

特定保健指導以外の対象者

情報提供

受診必要

受診不要

特定保健指導の対象者

特定保健指導

動機付け支援

積極的支援

未受診者対策

医療との連携

- ◆かかりつけ医と保健指導実践者との連携
- ◆学習教材の共同利用
- ◆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

医療との連携

- ◆医療機関を受診する必要性について説明
- ◆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

特定保健指導以外の保健指導

- ◆健診結果の見方について通知・説明

特定保健指導

- ◆健診データをもとに特定保健指導個別計画を作成

使用する学習教材の選択・開発

保健指導の評価

検査データの改善度、行動目標の達成度、生活習慣の改善状況等を評価

○ストラクチャー評価: 職員の体制、予算等

○プロセス評価: 情報収集、アセスメント等

○アウトプット評価: 実施回数や参加人数等

○アウトカム評価

: 糖尿病等の有病者・予備群の変勝率・保健指導効果の評価

○健康度の改善効果と医療費適正化効果 等

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

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

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

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

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

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

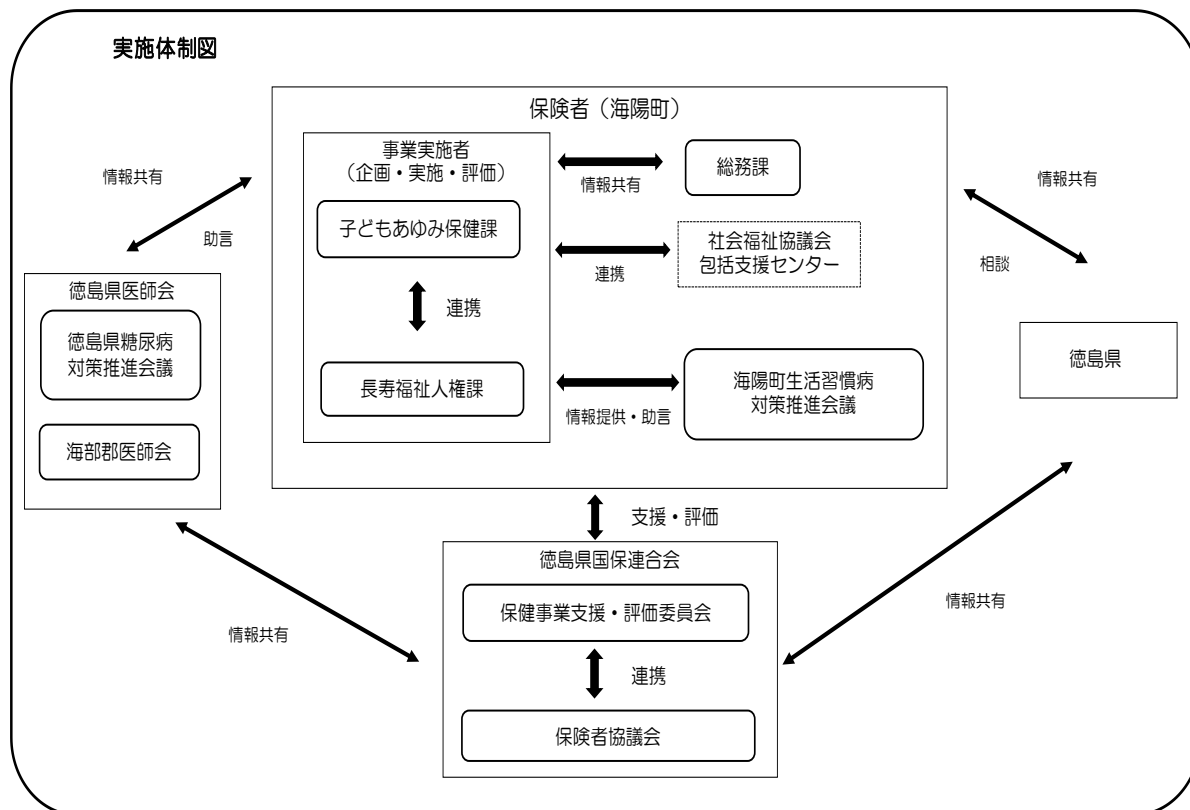
4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

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

具体的には、子どもあゆみ保健課、長寿福祉人権課、総務課、町内6箇所の医療機関、社会福祉協議会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 海陽町の実施体制図



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(注:支払い事務、受診券送付等)			◎・・・主担当		○・・・副担当	
	保	保	保	保	保	管栄	事	事	事	事
国保事務							◎			
健康診断 保健指導	○	◎	○	◎	○	○				○
がん検診		○		◎						○
母子保健	◎		◎	○	○	○				○
精神保健	◎	○	○	○	○				◎	
歯科保健		◎	◎							
予防接種			○		○			◎		

2) 関係機関との連携

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

また、都道府県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となります。

さらに、保険者と医師会等、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となります。

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努め、市町村国保は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、市町村国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、保険者間で連携して保健事業を展開したりすることに努めます。

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、海陽町国保運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行っていきます。

5. 保険者努力支援制度

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

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

本町の実績は、県内でも上位となっています。(図表 8) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少、特定健診、がん検診受診率、後発医薬品促進に向けて、引き続き関係部署と連携し、取組みをすすめます。

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

*減点には補正係数を処理し確定した得点

評価指標		R3		R4		R5	
		獲得点	満点	獲得点*	満点	獲得点*	満点
総得点（体制構築加点を除く）		712	1000	730	960	699	940
獲得割合（％）		71.2%		76.0%		74.4%	
交付額（千円）		6,641		6,444		6,277	
一人当たり交付額（円）		2,558		2,600		2,610	
市町村順位（24市町村中）		1位		2位		2位	
共通 ①	(1) 特定健診受診率	70	70	70	70	70	70
	(2) 特定保健指導実施率	70	70	70	70	70	70
	(3) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	15	50	15	50	15	50
共通 ②	(1) がん検診受診率	5	40	25	40	35	40
	(2) 歯科健診実施状況	18	30	18	30	20	35
共通 ③	重症化予防の取組	120	120	100	120	100	100
固有 ②	データヘルス計画の取組	40	40	30	30	25	25
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	15	20	15	15	20	20
	個人のインセンティブ提供	90	90	45	45	45	45
共通 ⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50
共通 ⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	10	10	5	10	10	10
	(2) 後発医薬品の使用割合	45	120	100	120	70	120
固有 ①	収納率向上	0	100	50	100	50	100
固有 ③	医療費通知の取組	25	25	20	25	15	15
固有 ④	地域包括ケア推進・一体的実施	30	30	40	40	40	40
固有 ⑤	第三者求償の取組	37	40	14	50	7	50
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	72	95	62	100	71	100
体制構築加点		—	—	—	—	—	—

予防（保健師等）

400

455点

57.2%

その他

313

485点

44.8%

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

(人口・国保の加入状況)

海陽町の人口は約8千3百人で、高齢化率は46.6%(令和2年度国勢調査)です。全国と同規模、徳島県と比較すると、65歳以上の高齢者の割合、被保険者の平均年齢は56.9歳と高く、出生率は3.6、死亡率13.2と少子高齢化、人口減少が進んでいます。産業においては、第1次産業が16.5%と県、国と比較して高く、農業や漁業等にかかわる被保険者の健康実態を分析し、働き方や生活リズム等を把握し、若い年代からの健康課題の明確にすることや取組みを考えていくことが重要となっています。(図表9)

また、国保加入率は27.6%と横ばいですが、人口減少に伴い、被保険者数は年々減少傾向にあり、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約51%を占め、H30年と比較して2.2%増加しています。(図表10)

図表9 同規模・県・国と比較した板野町の特性

	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
海陽町	8,309	46.6↑	2,297 (27.6)	56.9	3.6↓	23.1↑	0.2↓	16.5	25.6	57.9
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
県	--	34.5	22.4	55.1	6.5	14.3	0.3	8.5	24.1	67.4
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	2,670		2,609		2,536		2,434		2,297	
65～74歳	1,298	48.6	1,274	48.8	1,283	50.6	1,267	52.1	1,166	50.8
40～64歳	874	32.7	839	32.2	784	30.9	734	30.2	723	31.5
39歳以下	498	18.7	496	19.0	469	18.5	433	17.8	408	17.8
加入率	28.8		28.2		27.4		26.3		27.6	

出典：KDBシステム_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

(医療の状況)

また海陽町には1つの病院、5の診療所があり、いずれも同規模と同等ですが、病床数、医師数は、同規模と比較して低いことから、医療資源が少ない現状であり、外来患者数及び入院患者数をみると、同規模と比較して高い傾向にあります。外来・入院患者数をH30年度と比較すると、外来患者数は減少していますが、入院患者数は増加しており、医療費と結び付けてみていく必要があります。

(図表11)

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	0.4	0.7
診療所数	6	2.6	5	2.3	5	2.4	5	2.5	5	2.6	2.7	4.6
病床数	45	16.9	45	17.2	45	17.7	45	18.5	45	19.6	37.4	88.4
医師数	11	4.1	11	4.2	11	4.3	11	4.5	8	3.5	4.2	16.6
外来患者数	716.3		709.8		680.8		691.0		701.7		692.2	737.2
入院患者数	31.1		30.4		31.7		35.6		33.9		22.7	25.0

出典: KDBシステム_地域の全体像の把握

(地域の特徴)

町の中心部にスーパーやコンビニが集中しており、山間部は高齢化や人口減少が進んでいますが、山間部に県外からの移住者も増加しています。コンビニは、10年で約3倍となり、大型ドラッグストアの進出などの影響もあり、地元の店舗は減少しています。パン屋やお好み焼き店が多く、朝食に菓子パンやお供えや法事のお返しには、菓子パン、洋菓子、和菓子が多いことやお好み焼きは、持ち帰りも多く、また町の行事の時は、必ず餅投げがある等、糖質中心の食生活であると言えます。

図 12 海陽町の概要



(生活習慣の状況)

特定健診質問票の変化を H30 年度と比較すると、20 歳の頃より 10 kg の体重増加、毎日間食する割合が増加しており、ライフサイクルの視点での世帯全体への生活習慣への関わりが重要になってきます。

図表 13 質問票の変化

項目	①			②	③	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬
	服薬 (高血圧)	服薬 (糖尿病)	服薬 (脂質異常症)	喫煙	週3回以上 朝食を抜く	朝昼夕3食以 外の間食や甘 い飲み物 (毎日)	週3回以上 就寝前夕食	食べる速度 が速い	20歳時体重 から10kg 体重増加	1回30分以上 運動なし	1日1時間以 上運動なし	睡眠不足	毎日飲酒	時々飲酒
平成30年	38.0	10.8	25.5	12.7	7.8	23.6	18.0	31.2	31.0	61.5	52.1	26.4	26.4	17.0
令和1年	39.3	11.3	27.2	11.7	7.9	23.3	17.0	33.3	32.6	62.1	52.1	26.4	27.2	15.6
令和2年	41.5	11.8	27.4	11.2	8.6	24.4	18.7	31.5	33.4	58.7	51.1	26.9	26.6	15.3
令和3年	43.7	12.1	29.1	10.8	6.9	25.3	17.9	31.4	34.1	60.4	51.6	25.5	24.5	16.8
令和4年	42.7	10.2	28.3	11.3	7.7	24.4	18.8	28.8	32.9	60.3	50.1	24.9	26.0	16.0

出典：KDB システム 質問票調査の経年比較

(平均自立期間・早世死亡の状況)

65 歳未満の死亡の状況を見ると特に女性の割合が高くなっています。また、平均自立期間は男女とも同規模と比較して短くなっているため、死亡や介護の原因となる疾患を明らかにし、予防できる疾患を予防していくことが重要となります。

図表 14 平均寿命・早世死亡の状況

		海陽町										同規模平均		徳島県		国	
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
平均寿命	男性	79.6		79.6		79.6		79.6		79.6		80.4		80.3		80.8	
	女性	86.6		86.6		86.6		86.6		86.6		86.9		86.7		87.0	
平均自立期間 (要介護2以上)	男性	77.2		76.1		77.8		78.7		78.9		79.5		79.7		80.1	
	女性	84.1		83.6		83.8		82.4		83.3		84.2		83.8		84.4	
早世予防からみ た死亡 (65歳未満)	合計	8	4.2	11	5.9	12	6.3	8	4.6	9	5.4			707	6.8	125,187	8.7
	男性	4	4.4	9	9.6	9	9.8	6	7.1	4	5.0			500	9.7	82,832	11.2
	女性	4	3.9	2	2.2	3	3.0	2	2.2	5	5.7			207	3.9	42,355	6.0

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期計画の評価は、短期的な目標と中長期的な目標の2段階で設定します。

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

そして、中長期的な目標を達成するために必要な短期的な目標として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を目標疾患として設定しました。(5頁 図表2参照)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

海陽町の令和4年度の要介護認定者数は、2号(40～64歳)被保険者で12人、1号被保険者で810人と同規模と比較して高く、H30年度と比べると1号認定者が増加しています。

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、特に75歳以上の認定者数が増加しており、新規認定者が増えていることから、何の疾患で要介護認定が必要になったのか確認していく必要があります。(図表14)

図表15 要介護認定者(率)の状況

	海陽町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	3,987人	43.1%	3,873人	46.6%	39.4%	34.5%	28.7%
2号認定者	12人	0.41%	12人	0.47%	0.39%	0.38%	0.38%
新規認定者	1人		1人		--	--	--
1号認定者	753人	18.9%	810人	20.9%	19.4%	20.7%	19.4%
新規認定者	97人		115人		--	--	--
再掲	65～74歳	63人	72人	4.1%	--	--	--
	新規認定者	15人	15人		--	--	--
	75歳以上	690人	738人	34.6%	--	--	--
	新規認定者	82人	100人		--	--	--

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

介護給付費は、4年間で約13億円から約14億円に伸び、一人あたり給付費は、H30より3万円増えています。介護保険料は、県と比較すると低い状況ですが、今後、更に高齢化が進むことで、介護保険料の見直しが必要になると考えられます。(図表15)

図表 16 介護給付費の変化

	海陽町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	13億2775万円	14億1155万円	---	---	---
一人あたり給付費(円)	333,019	364,458	314,188	320,304	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	73,899	69,038	74,986	63,005	59,662
居宅サービス	42,361	38,478	43,722	41,316	41,272
施設サービス	268,659	279,722	289,312	297,064	296,364

(参考 介護保険料)

第5期		第6期		第7期		第8期	
H24-26		H27-29		H30-32		R3-5	
海陽町	5,500円	海陽町	5,600円	海陽町	6,100円	海陽町	6,100円
徳島県	5,282円	徳島県	5,681円	徳島県	6,285円	徳島県	6,477円
全 国	4,972円	全 国	5,514円	全 国	5,869円	全 国	6,014円

出典:介護保険事業報告

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で見ると 75 歳までは脳卒中、75 歳以上は虚血性心疾患が上位を占めています。基礎疾患の有病状況は、全年齢で 94.7%と非常に高い割合になっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 16)

図表 17 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)			12		72		738		810		822		
再)国保・後期			10		55		713		768		778		
（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器疾患	血管疾患	1	脳卒中	7 70.0%	脳卒中	23 41.8%	虚血性心疾患	341 47.8%	虚血性心疾患	351 45.7%	虚血性心疾患	353 45.4%
			2	腎不全	3 30.0%	虚血性心疾患	10 18.2%	脳卒中	322 45.2%	脳卒中	345 44.9%	脳卒中	352 45.2%
			3	虚血性心疾患	2 20.0%	腎不全	9 16.4%	腎不全	171 24.0%	腎不全	180 23.4%	腎不全	183 23.5%
	合併症	血管疾患	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	7 12.7%	糖尿病合併症	81 11.4%	糖尿病合併症	88 11.5%	糖尿病合併症	88 11.3%
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		8 80.0%	基礎疾患	46 83.6%	基礎疾患	683 95.8%	基礎疾患	729 94.9%	基礎疾患	737 94.7%
	血管疾患合計			9 90.0%	合計	49 89.1%	合計	692 97.1%	合計	741 96.5%	合計	750 96.4%	
	認知症			認知症	2 20.0%	認知症	19 34.5%	認知症	388 54.4%	認知症	407 53.0%	認知症	409 52.6%
	筋・骨格疾患			筋骨格系	10 100.0%	筋骨格系	47 85.5%	筋骨格系	691 96.9%	筋骨格系	738 96.1%	筋骨格系	748 96.1%

② 医療費の状況

海陽町の R4 年度の医療費は、国保加入者の減少とともに総医療費は減少しているものの、一人あたり医療費は約 4 万円増加し、同規模や県と比べて高い状況です。

また入院医療費の件数は全体のわずか 4%程度にも関わらず、医療費では、全体の約 52%を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較しても 4 万円高くなっています。(図表 17)

また R2 年度の地域差指数(年齢調整後)でも、全国平均の 1 を超えており、県平均よりも高く、特に入院の地域差指数が 1.431 と高い状態が続いています。(図表 18)

しかし、一人あたり医療費の地域差は、全体、外来で県内 1 位ですが、入院は 9 位であるため、外来で必要な治療を早めに受けることで、重症化を意味する入院を抑制することができているとも考えられます。今後も予防可能な生活習慣病、特に基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症のコントロール管理が重要であり、引き続き、医療費適正化に向けた重症化予防の取組みに力を入れる必要があります。

図表 18 医療費の推移

		海陽町		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)		2,670人	2,297人	--	--	--
前期高齢者割合		1,298人 (48.6%)	1,166人 (50.8%)	--	--	--
総医療費		10億7785万円	10億1145万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		403,689 県内5位 同規模31位	440,334 県内7位 同規模30位	376,732	389,015	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	505,390	542,250	588,690	567,420	617,950
	費用の割合	48.1	51.9	43.7	45.1	39.6
	件数の割合	4.2	4.6	3.2	3.3	2.5
	1件あたり費用額	23,710	24,260	24,870	23,430	24,220
	費用の割合	51.9	48.1	56.3	54.9	60.4
	件数の割合	95.8	95.4	96.8	96.7	97.5
受診率		747.429	735.57	714.851	762.201	705.439

※同規模順位は海陽町と同規模保険者240市町村の平均値を表す

図表 19 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		海陽町 (県内市町村中)		県 (47県中)	海陽町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	1.145	1.280	1.118	0.945	0.961	1.104
		(5位)	(1位)	(10位)	(22位)	(22位)	(10位)
	入院	1.338	1.431	1.287	0.969	1.003	1.192
		(7位)	(9位)	(9位)	(20位)	(21位)	(11位)
	外来	1.010	1.191	0.999	0.931	0.926	1.011
		(5位)	(1位)	(25位)	(18位)	(20位)	(13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、全体では H30 年度と比較すると減少していますが、心疾患については、H30 年度より伸びており、同規模、県よりも高くなっています。慢性腎臓病については、透析無は、伸びていますが、透析有が減少しているため、早期に介入することで、透析予防につながっているのではないかと考えます。(図表 19)

図表 20 中長期目標疾患の医療費の推移

			海陽町		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)			10億7785万円	10億1145万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			4602万円	4269万円	--	--	--
			4.27%	4.22%	7.67%	5.92%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.58%	1.05%	2.06%	1.44%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.37%	1.95%	1.47%	1.80%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	0.89%	0.47%	3.83%	2.34%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.43%	0.75%	0.32%	0.34%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		13.03%	12.10%	16.76%	16.11%	16.69%
	筋・骨疾患		5.63%	6.10%	9.27%	8.54%	8.68%
	精神疾患		13.87%	16.87%	7.98%	11.18%	7.63%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

次に、患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると、脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)、腎不全は、40～64 歳での割合が増加し、虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)は、患者数及び割合とも横ばいでした。(図表 20)

図表 21 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	2,670	2,297	a	167	144	171	143	7	6	
				a/A	6.3%	6.3%	6.4%	6.2%	0.3%	0.3%	
40歳以上	B	2,172	1,889	b	166	142	169	141	6	6	
	B/A	81.3%	82.2%	b/B	7.6%	7.5%	7.8%	7.5%	0.3%	0.3%	
再掲	40～64歳	D	874	723	d	33	30	32	26	2	4
		D/A	32.7%	31.5%	d/D	3.8%	4.1%	3.7%	3.6%	0.2%	0.6%
	65～74歳	C	1,298	1,166	c	133	112	137	115	4	2
		C/A	48.6%	50.8%	c/C	10.2%	9.6%	10.6%	9.9%	0.3%	0.2%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)

地域の全体像の把握・介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

人工透析は、医療費だけでなく、生活の質（QOL）の低下にもつながり、また脳血管疾患や虚血性心疾患は発症時の急性期のみならず、再発や介護、死亡の問題もあり、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる肥満、糖尿病、高血圧症等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

（2）短期的な目標疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

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

海陽町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療機関の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と考えられます。

図表 22 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)	A		878	835	205	192	673	643
	A/被保数		40.4%	44.2%	23.5%	26.6%	51.8%	55.1%
(中長期合併症)	脳血管疾患	B	87	78	14	13	73	65
		B/A	9.9%	9.3%	6.8%	6.8%	10.8%	10.1%
	虚血性心疾患	C	132	111	25	18	107	93
		C/A	15.0%	13.3%	12.2%	9.4%	15.9%	14.5%
	人工透析	D	5	5	2	3	3	2
		D/A	0.6%	0.6%	1.0%	1.6%	0.4%	0.3%

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

図表 23 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)	A		533	472	141	137	392	335
	A/被保数		24.5%	25.0%	16.1%	18.9%	30.2%	28.7%
(中長期合併症)	脳血管疾患	B	42	38	7	5	35	33
		B/A	7.9%	8.1%	5.0%	3.6%	8.9%	9.9%
	虚血性心疾患	C	76	48	15	11	61	37
		C/A	14.3%	10.2%	10.6%	8.0%	15.6%	11.0%
	人工透析	D	4	3	1	2	3	1
		D/A	0.8%	0.6%	0.7%	1.5%	0.8%	0.3%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	33	44	7	9	26	35
		E/A	6.2%	9.3%	5.0%	6.6%	6.6%	10.4%
	糖尿病性網膜症	F	84	77	22	25	62	52
		F/A	15.8%	16.3%	15.6%	18.2%	15.8%	15.5%
	糖尿病性神経障害	G	18	15	7	3	11	12
		G/A	3.4%	3.2%	5.0%	2.2%	2.8%	3.6%

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

図表 24 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲			
				40～64歳		65～74歳	
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
脂質異常症治療者(人)	A	740	714	198	178	542	536
	A/被保数	34.1%	37.8%	22.7%	24.6%	41.8%	46.0%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	57	53	6	6	51
		B/A	7.7%	7.4%	3.0%	3.4%	9.4%
	虚血性心疾患	C	104	93	20	13	84
		C/A	14.1%	13.0%	10.1%	7.3%	15.5%
	人工透析	D	3	2	0	0	3
		D/A	0.4%	0.3%	0.0%	0.0%	0.6%

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

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧(収縮期 160-179/拡張期 100-109)と、HbA1c7.0 以上の対象者を H30 年度と R03 年度で比較してみたところ、Ⅱ度高血圧、HbA1c7.0 以上の有所見者の割合とも上がっています。見なし健診の体制が整い、治療中の方のデータ把握が可能となったことも要因と考えられ、医療と連携した関わりを継続していくことが重要です。

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診受診率を維持しつつ、血圧については、家庭血圧測定の定着を図り、要医療域の方には受診勧奨を徹底し、未治療者、治療中断対象者が減少するよう、健診結果とレセプトの確認を行い、適切な治療が継続できるよう努める必要があります。(図表 25)

図表 25 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧									
					結果の改善 Ⅱ度高血圧の推移								医療のかかり方	
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)	
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療	治療中断
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	H
海陽町	1,188	61.9	1,148	66.2	63	5.3	38	60.3	69	6.0	37	53.6	26	4
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	3,693

	健診受診率				糖尿病									
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方	
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)	
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療	治療中断
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	N
海陽町	1,170	98.5	1,127	98.2	47	4.0	7	14.9	58	5.1	8	13.8	1	1
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	1,905

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。

海陽町の特定健診結果において、H30 年度と R04 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者が増加しています。(図表 26)

図表 26 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,188 (61.9%)	219 (18.4%)	76 (6.4%)	143 (12.0%)	139 (11.7%)
R04年度	1,063 (65.3%)	216 (20.3%)	68 (6.4%)	148 (13.9%)	110 (10.3%)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL コレステロール 160 以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5 以上の割合は約 2.0 ポイント増加しており、Ⅱ度高血圧・LDL-C160 は微増しています。R3 年と R4 年の改善率は、3 項目とも減少しており、また、翌年度に健診未受診の方が、いずれも 1~2 割程度存在し、個々に状況を確認していく必要があります。

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、医療と連携した重症化予防に取り組んでいきます。

図表 27 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	110 (9.4%)	32 (29.1%)	48 (43.6%)	15 (13.6%)	15 (13.6%)
R03→R04	126 (11.2%)	29 (23.0%)	50 (39.7%)	13 (10.3%)	34 (27.0%)

図表 28 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			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	63 (5.3%)	34 (54.0%)	13 (20.6%)	2 (3.2%)	14 (22.2%)
R03→R04	69 (6.0%)	33 (47.8%)	10 (14.5%)	7 (10.1%)	19 (27.5%)

図表 29 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			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	119 (10.0%)	62 (52.1%)	31 (26.1%)	7 (5.9%)	19 (16.0%)
R03→R04	124 (10.8%)	55 (44.4%)	32 (25.8%)	9 (7.3%)	28 (22.6%)

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

海陽町の特定健診受診率は、H30 年度以降 60%を維持し、特定保健指導実施率は、90%以上と、第 3 期特定健診等実施計画の目標を達成しています。(図表 30)

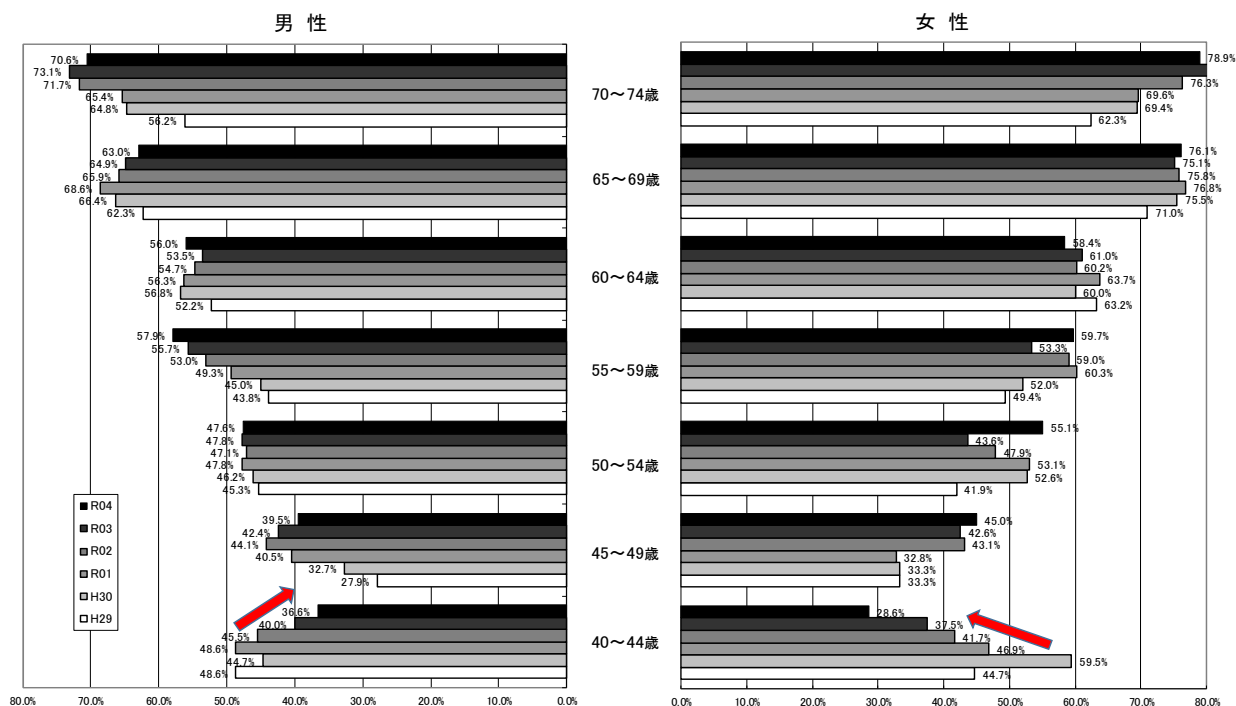
しかし、特定健診の年代別受診率では、より早期からの介入のために 40 歳未満の若年者向けの健診も実施していますが、特に 40 代の受診率が 30%と低い状況が続いています。(図表 31、32)

今後は、特に 40 代の受診率向上に力を入れ、健診結果から個々に応じた保健指導を実施することで、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげていきます。

図表 30 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,188	1,180	1,181	1,148	1,063	健診受診率 60%
	受診率	61.9%	63.3%	65.4%	66.2%	65.3%	
特定保健指導	該当者数	110	111	119	107	92	特定保健指導 実施率 60%
	割合	9.3%	9.4%	10.1%	9.3%	8.7%	
	実施者数	106	110	116	105	91	
	実施率	96.4%	99.1%	97.5%	98.1%	98.9%	

図表 31 年代別特定健診受診率の推移



図表 32 受診率の 6 年間の伸び

	総 数							男 性							女 性						
	H29			R04			伸び率	H29			R04			伸び率	H29			R04			伸び率
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	
総数	2,007	1,151	57.3%	1,628	1,063	65.3%	7.9%	988	531	53.7%	814	498	61.2%	7.4%	1,019	620	60.8%	814	565	69.4%	8.6%
40代	190	70	36.8%	147	56	38.1%	1.3%	98	35	35.7%	79	30	38.0%	2.3%	92	35	38.0%	68	26	38.2%	0.2%
50代	294	133	45.2%	231	127	55.0%	9.7%	153	68	44.4%	120	63	52.5%	8.1%	141	65	46.1%	111	64	57.7%	11.6%
60代	933	598	64.1%	581	379	65.2%	1.1%	447	265	59.3%	292	177	60.6%	1.3%	486	333	68.5%	289	202	69.9%	1.4%
70代	590	350	59.3%	669	501	74.9%	15.6%	290	163	56.2%	323	228	70.6%	14.4%	300	187	62.3%	346	273	78.9%	16.6%
再)40～64歳	773	371	48.0%	579	298	51.5%	3.5%	385	173	44.9%	299	149	49.8%	4.9%	388	198	51.0%	280	149	53.2%	2.2%
再)65～74歳	1,234	780	63.2%	1,049	765	72.9%	9.7%	603	358	59.4%	515	349	67.8%	8.4%	631	422	66.9%	534	416	77.9%	11.0%

図表 26～31 出典: 特定健診受診率(法定報告分)

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

特定健診受診者のうち、糖尿病性腎症重症化予防対象者には、町独自の保健指導プログラムに沿って、保健指導を全数に実施しています。R04 年度の糖尿病型の未治療・中断の割合は、増加傾向にありますが、治療中でコントロール不良の割合は減少しており、対象者への個別の保健指導の結果と考えられます。今後も健診の新規受診者で受診のない方や治療中断者への受診勧奨等、医療機関と連携しながら、支援を継続していきます。

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方についても医療と連携し、保健師・管理栄養士が個別の保健指導・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。

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

図表 32 糖尿病有所見者の変化

	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
受診者数	1,188人		1,180人		1,181人		1,148人		1,063人	
受診率	61.9%		63.3%		65.4%		66.2%		65.3%	
糖尿病型	167人	14.1%	173人	14.7%	174人	14.7%	174人	15.2%	155人	15.3%
未治療・中断者 (質問票 服薬なし)	36人	21.6%	45人	26.0%	47人	27.0%	45人	25.9%	50人	32.3%
治療中 (質問票 服薬あり)	131人	78.4%	128人	74.0%	127人	73.0%	129人	74.1%	105人	67.7%
コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	54人	41.2%	57人	44.5%	55人	43.3%	61人	47.3%	43人	41.0%
コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	77人	58.8%	71人	55.5%	72人	56.7%	68人	52.7%	62人	59.0%
第3期 尿蛋白 (+) 以上	23人	13.8%	30人	17.3%	26人	14.9%	28人	16.1%	19人	12.3%
第4期 eGFR30未満	5人	3.0%	3人	1.7%	3人	1.7%	1人	0.6%	1人	0.6%
糖尿病性腎症	21人	5.6%	23人	6.5%	16人	4.9%	31人	9.3%	21人	6.5%
(再掲) 40-74歳	21人	5.7%	23人	6.6%	16人	5.0%	31人	9.4%	21人	6.6%

② 心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図検査はほぼ全数実施できています。また令和 2 年度には、医療機関の連携のもと、精密検査依頼票を作成し、心電図検査有所見者を確実に医療につなげるための体制を整えました。

有所見者のうち心房細動では、すでに治療中の方が多く、未治療者については、ほぼ全数が治療や精密検査につながっています。今後もST所見で要精査・要医療以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。

③ 慢性腎臓病(CKD)重症化予防

受診率の向上に伴い、CKD 対象者、中でも尿蛋白検出者が増加し、特に治療中の方の対象者が増加しています。CKD 対象者に対しても町独自の保健指導プログラムに沿って、個別の保健指導を実施しています。また、早期介入の必要な対象者を明確にするために、医療機関と連携し、尿蛋白定量検査の実施体制を整えてきました。同時に推定 1 日塩分量測定を行うことで、対象者自身が自分の食生活を振り返るきっかけや個人に応じた保健指導の実施につなげています。

また、重症化の進んだ対象者については、かかりつけ医、腎臓専門医との連携が不可欠であり、管理栄養士による個々に合わせた栄養指導が必要です。腎臓を傷める因子となる、肥満、高血圧、高血糖等、個々のリスクに応じた保健指導を今後も実施していくことが必要です。腎臓を守るために重要となる血圧管理について、家庭血圧測定の定着を促すとともに、より早期介入が重要となるため、ライフサイクルの視点で、乳幼児期、発症予防の段階から積極的に取り組んでいくことが重要です。

図表 33 慢性腎臓病重症度分類別人数

	人数	治療なし										人数	治療あり									
		G1A1	G1A2	G2A2	G3aA1	G3a再掲			G3bA1	G4A1	G5A1		G1A1	G1A2	G2A2	G3aA1	G3a再掲			G3bA1	G4A1	G5A1
		G2A1	G1A3	G2A3	G3aA2	A1	A2	A3	G3bA2	G4A2	G5A2		G2A1	G1A3	G2A3	G3aA2	A1	A2	A3	G3bA2	G4A2	G5A2
					G3aA3	(-) w (s)	(+)	(2+) 以上	G3bA3	G4A3	G5A3					G3aA3	(-) w (s)	(+)	(2+) 以上	G3bA3	G4A3	G5A3
H30	572	491	2	11	63	60	3	0	4	1	0	608	408	8	23	145	125	12	8	10	12	2
R1	547	443	2	7	88	87	1	0	7	0	0	625	423	5	26	138	123	7	8	24	8	1
R2	531	397	6	31	88	73	11	4	7	2	0	645	385	14	61	152	124	7	21	28	4	1
R3	497	350	9	41	87	77	5	5	10	0	0	646	372	14	58	165	136	8	21	30	7	0
R4	462	323	7	40	82	71	8	3	8	2	0	591	344	9	63	149	120	12	17	21	5	0

(2) ライフサイクルの視点での取り組み

乳幼児期から対象者を決め、妊産婦、小中学校、16～39 歳、特定健診、後期高齢者健診とライフサイクルに位置づけて継続した支援を行ってきました。幼児期、学童期においては、他機関と連携を取りながら、最も大事な時期である生活習慣の確立を目指しています。また、健診後は自分の身体を理解することで、生活習慣の改善が見られており、子どもの身体を通して家族全体の生活習慣を見直す機会となっています。対象者を明確にし、確実に保健指導を実施するためにあらゆる機会を通して、早期介入を目指し、関わることを継続していくことが必要です。

① 産後簡易検査

令和4年度は、31名中3名がHbA1c5.6以上でフォロー対象となりました。食生活や運動等の生活習慣の見直しを実践することで、再検査を受けた方には改善が見られました。今後も産後簡易検査が生活を見直すきっかけとなり、わかいし健診へとつなげていくことが必要となります。

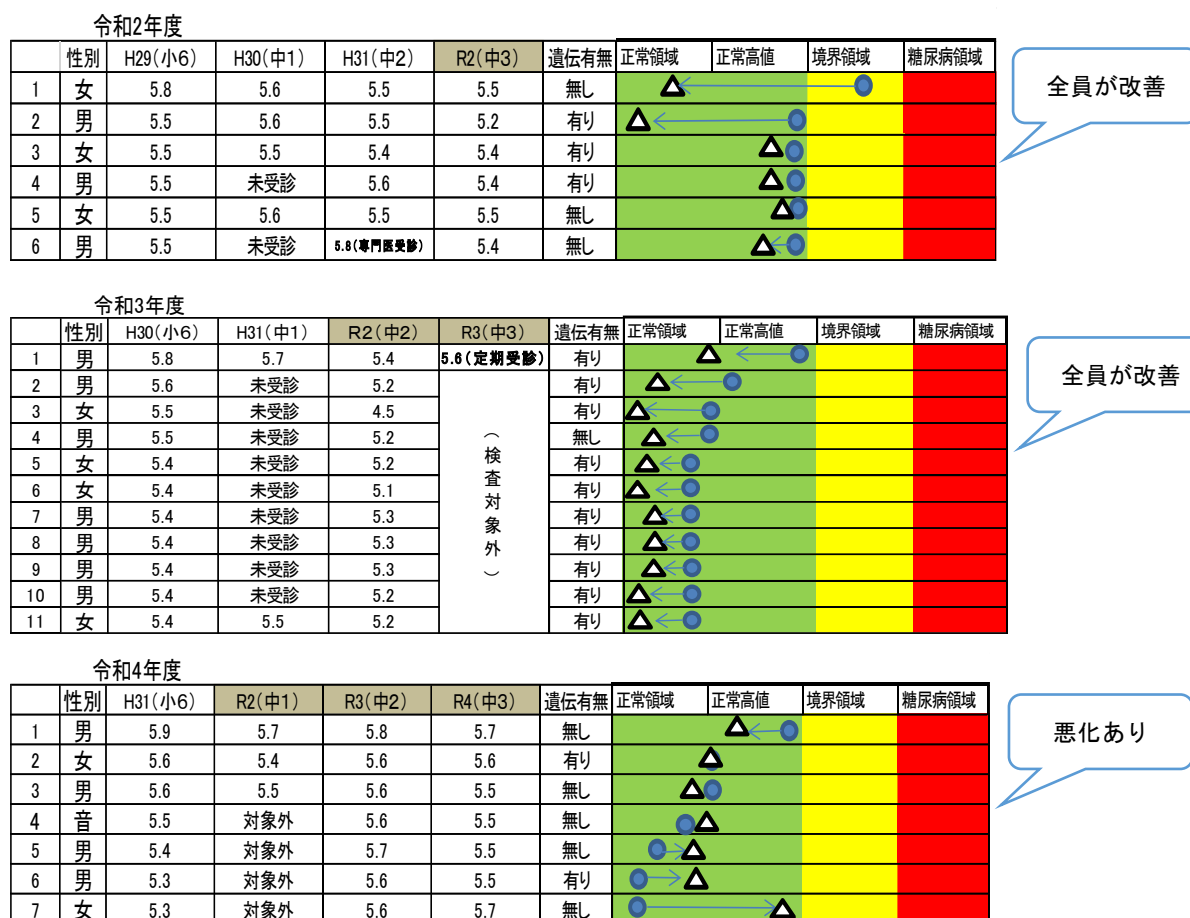
図表 34 令和4年度産後簡易検査結果

NO	受診日	年齢	産後	遺伝	BMI	たばこ	前回妊娠状況	既往等	妊娠中の状態							出生時		1ヶ月健診		産後簡易検査結果										フォロー		
									尿蛋白※	血圧※	浮腫	随時血糖※	安静・入院	尿糖※	貧血Hb※	体重増加	週数	体重	検尿		140以上 / 90 血圧	BMI (身長)	体重 (非妊時)	体脂肪	HbA1c	血糖	血圧	検尿			年月日	HbA1c 他
																			蛋白 + 以上	尿糖 + 以上								蛋白	糖	潜血		
1	5月17日	27	5か月	DM祖母	18.3	なし		なし				75g OGTT 正常内	7か月より自宅安静	38w 3+		10.0	39	3100	(-)	(-)	98/45	18.4 (148cm)	40.3 (40kg)	25.8	5.9	94 (5h)	86/60	(-)	(-)	(-)	7月11日	BS93 HbA1c5.7
2	6月21日	23	4か月	なし	30.1	なし	早産低出生	なし					24wより入院		4.8	37	2630				30.8 (140cm)	62.2 (59kg)		5.9	124 (1h)	116/72	(-)	(-)	(±)	12月13日	BS165 (2h) HbA1c5.2	
わかいし健診(R4.7) HbA1c5.7、BS(随)93、BMI18.1、体重39.4、血圧96/50																																
3	10月12日	30	6か月	なし	21.6	なし		免疫疾患					27w 116		27w 9.9 内服	14.4	40	3514	(-)	(-)	123/69	23.5 (153cm)	55 (52kg)	38	5.6	88 (2h)	106/60	(-)	(-)	(±)	2月28日	HbA1c5.2

②子どもの生活習慣病予防

令和元年度から令和4年度の再検査実施者の経過を見るとほぼ全員にHbA1cの改善が見られていました。健診後の保健指導を確実に行うことで、自分の身体に関心を持ち、自分の身体を大事にすること、また継続して自分の身体を知るために健診を受けることへの意識づけになると考えられます。血液検査を希望しない保護者には、検査の意味をしっかりと伝え、本人だけでなく、家族全体でインスリンについて理解し、生活習慣の改善に取り組む機会となっています。フォロー対象者の中には、中学校卒業後の検査を希望する声も聞かれ、16歳から受診が可能となっている「わかいし健診」へとつなげていく必要があります。

図表 35 HbA1c の経過



③わかいし健診

早期介入のための子どもの生活習慣病予防健診から継続した受診につなげるための体制として、令和3年度から対象を16歳からに拡大しています。

令和4年度の結果をみると男女とも皮下脂肪、内臓脂肪の上昇に伴い、肝機能障害、高血糖、尿蛋白、高血圧の割合が増加しています。若い頃からの肥満の持続が、将来の心疾患、脳血管疾患、腎疾患につながるため、今後も、若い世代から減塩や生活習慣の改善の取り組みを継続し、将来の生活習慣病発症予防や次世代の生活リズム等の改善につなげていくために母子保健事業や子どもの生活習慣病予防事業等より継続支援していく必要があります。

図表 36 令和4年度わかいし健診結果

○様式 6-2～6-7 健診有所見者(保健指導判定値以上)の状況(平成25年度～令和4年度)

●男女計

年度	健診 受診者	皮下脂肪		内臓脂肪		遊離脂肪酸(FFA)		肝機能障害				心虚血変化		高血糖		高尿酸		腎機能障害				高血圧				LDL						
		BMI	腹囲	中性脂肪	HDL	ALT(GPT)	γ-GPT	AST(GOT)	HbA1c (NGSP)	尿酸	尿蛋白	GFR	収縮期血圧	拡張期血圧																		
		25以上	男85cm以上 女90cm以上	150以上	40未満	31以上	51以上	31以上	実施者 5.6以上	実施者 7.1以上	+	実施者 60未満	130以上	85以上																		
	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%							
H25	138	21	15.2	28	20.3	20	14.5	6	4.3	21	15.2	21	15.2	12	8.7	138	25	18.1	138	20	14.5	8	5.9	137	0	0.0	9	6.5	6	4.3	50	36.2
H26	122	24	19.7	21	17.2	12	9.9	4	3.3	18	14.9	17	14.0	11	9.1	121	19	15.7	121	17	14.0	3	2.5	121	0	0.0	12	9.8	8	6.6	32	26.4
H27	151	26	17.2	22	14.6	14	9.3	3	2.0	17	11.3	12	8.0	12	8.0	150	25	16.7	150	18	12.0	5	3.4	150	0	0.0	8	5.3	3	2.0	46	30.7
H28	110	20	18.2	21	19.1	7	6.4	5	4.5	10	9.1	5	4.5	7	6.4	110	18	16.4	110	14	12.7	5	4.5	110	0	0.0	12	10.9	5	4.5	31	28.2
H29	127	23	18.1	23	18.1	8	6.3	3	2.4	21	16.5	12	9.4	9	7.1	127	20	15.7	127	12	9.4	8	6.4	127	1	0.8	17	13.4	7	5.5	38	29.9
H30	126	25	19.8	25	19.8	15	11.9	2	1.6	19	15.1	14	11.1	15	11.9	124	18	14.5	124	14	11.3	8	6.4	124	1	0.8	10	7.9	8	6.3	42	33.3
R1	84	15	17.9	15	17.9	11	13.1	5	6.0	12	14.3	6	7.1	8	9.5	83	8	9.6	84	10	11.9	5	6.0	84	0	0.0	8	9.5	5	6.0	21	25.0
R2	64	13	20.3	17	26.6	8	12.5	2	3.1	8	12.5	7	10.9	6	9.4	64	12	18.8	63	4	6.3	1	1.6	63	0	0.0	7	10.9	2	3.1	21	32.8
R3	72	11	15.3	9	12.5	6	8.3	2	2.8	11	15.3	6	8.3	7	9.7	72	7	9.7	69	7	10.1	2	2.8	69	0	0.0	8	11.3	3	4.2	22	30.6
R4	71	18	22.5	16	22.5	6	8.5	2	2.8	16	22.5	7	9.9	7	9.9	71	13	18.3	71	6	8.5	7	9.9	71	0	0.0	12	16.9	6	8.5	21	29.6

●男性

年度	健診 受診者	皮下脂肪		内臓脂肪		遊離脂肪酸(FFA)		HDL		肝機能障害		心虚血変化		高血糖		高尿酸		腎機能障害		高血圧		LDL										
		BMI	腹囲	中性脂肪			ALT(GPT)	γ-GPT	AST(GOT)		HbA1c (NGSP)		尿酸	尿蛋白	GFR	収縮期血圧	拡張期血圧															
		25以上	85cm以上	150以上	40未満	31以上	51以上	31以上	実施者 5.6以上	実施者 7.1以上	+	以上	実施者 60未満	130以上	85以上	120以上																
	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%								
H25	55	15	27.3	21	38.2	14	25.5	5	9.1	18	32.7	18	32.7	11	20.0	55	13	23.6	55	20	36.4	2	3.6	54	0	0.0	6	10.9	4	7.3	28	50.9
H26	48	13	27.1	16	33.3	11	22.9	3	6.3	14	29.2	16	33.3	8	16.7	48	10	20.8	48	17	35.4	2	4.2	48	0	0.0	7	14.6	4	8.3	19	39.6
H27	64	15	23.4	19	29.7	13	20.3	3	4.7	14	21.9	12	18.8	8	12.5	64	13	20.3	64	18	28.1	2	3.1	64	0	0.0	7	10.9	3	4.7	27	42.2
H28	49	13	26.5	17	34.7	6	12.2	5	10.2	9	18.4	5	10.2	7	14.3	49	8	16.3	49	14	28.6	3	6.1	49	0	0.0	11	22.4	5	10.2	19	38.8
H29	51	14	27.5	18	35.3	7	13.7	2	3.9	17	33.3	11	21.6	8	15.7	51	7	13.7	51	11	21.6	5	9.8	51	0	0.0	13	25.5	6	11.8	23	45.1
H30	52	17	32.7	20	38.5	12	23.1	2	3.8	15	28.8	13	25.0	11	21.2	51	8	15.7	51	14	27.5	3	5.8	51	0	0.0	7	13.5	7	13.5	24	46.2
R1	36	11	30.6	12	33.3	8	22.2	5	13.9	12	33.3	6	16.7	8	22.2	36	3	8.3	36	9	25.0	3	8.3	36	0	0.0	5	13.9	4	11.1	12	33.3
R2	36	8	22.2	15	41.7	6	16.7	2	5.6	7	19.4	6	16.7	5	13.9	36	7	19.4	36	4	11.1	0	0.0	36	0	0.0	6	16.7	2	5.6	13	36.1
R3	33	6	18.2	8	24.2	3	9.1	2	6.1	9	27.3	5	15.2	4	12.1	33	3	9.1	31	6	19.4	0	0.0	31	0	0.0	5	15.6	2	6.3	7	21.2
R4	34	12	35.3	13	38.2	6	17.6	2	5.9	12	35.3	6	17.6	5	14.7	34	6	17.6	34	5	14.7	5	14.7	34	0	0.0	8	23.5	5	14.7	11	32.4

●女性

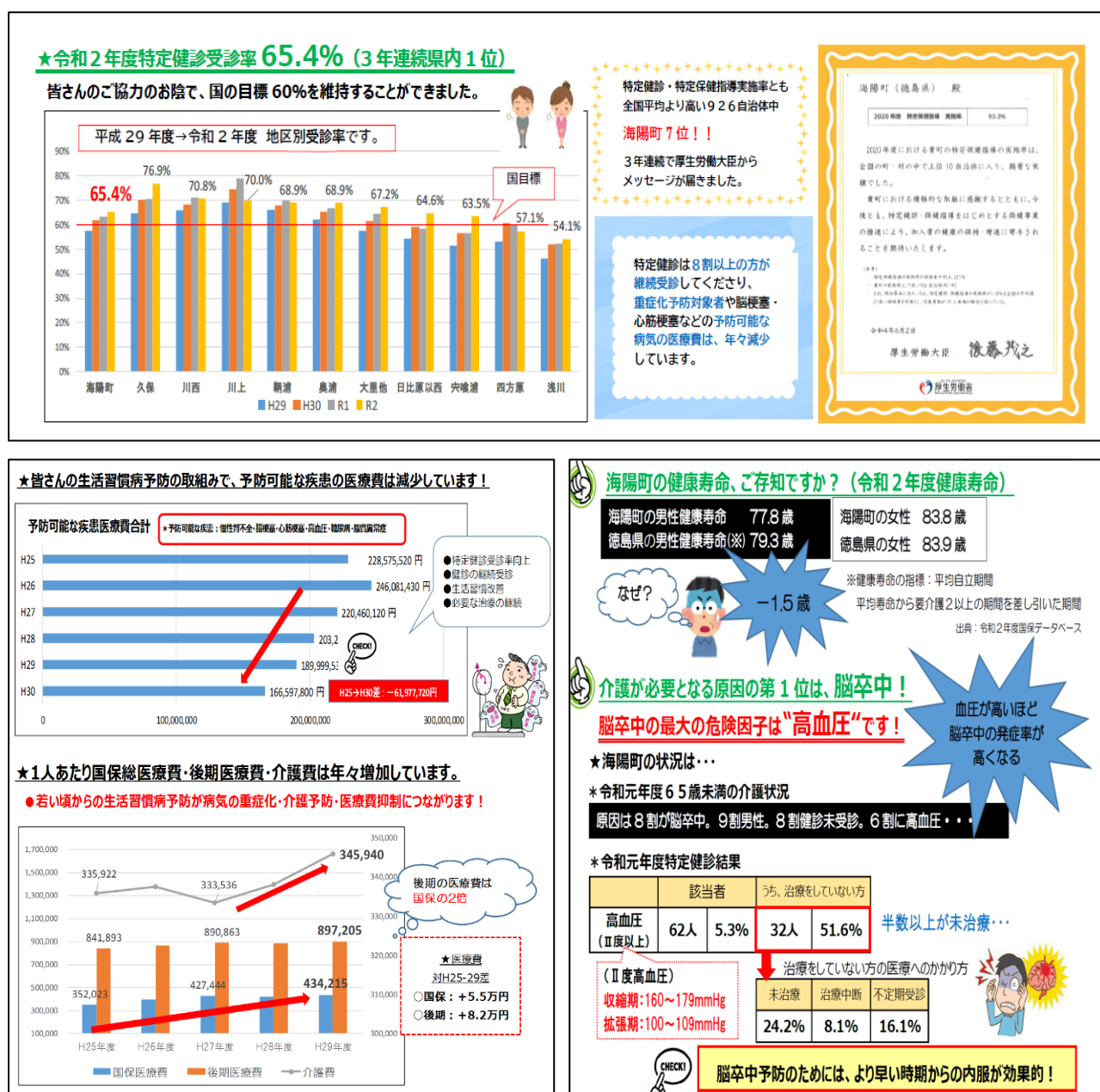
年度	健診 受診者	皮下脂肪		内臓脂肪		遊離脂肪酸(FFA)		HDL		肝機能障害		心虚血変化		高血糖		高尿酸		腎機能障害				高血圧				LDL						
		BMI		腹囲		中性脂肪		HDL		ALT(GPT)		γ-GPT		AST(GOT)		HbA1c (NGSP)		尿酸		尿蛋白		GFR		収縮期血圧			拡張期血圧					
		25以上	90cm以上	150以上	40未満	31以上	51以上	31以上	実施者 5.6以上	7.1以上	+	以上	実施者 60未満	130以上	85以上	120以上																
	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%			
H25	83	6	7.2	7	8.4	6	7.2	1	1.2	3	3.6	3	3.6	1	1.2	83	12	14.5	83	0	0.0	6	7.5	83	0	0.0	3	3.6	2	2.4	22	26.5
H26	74	11	14.9	5	6.8	1	1.4	1	1.4	4	5.5	1	1.4	3	4.1	73	9	12.3	73	0	0.0	1	1.4	73	0	0.0	5	6.8	4	5.4	13	17.8
H27	87	11	12.6	3	3.4	1	1.2	0	0.0	3	3.5	0	0.0	4	4.7	86	12	14.0	86	0	0.0	3	3.6	86	0	0.0	1	1.1	0	0.0	19	22.1
H28	61	7	11.5	4	6.6	1	1.6	0	0.0	1	1.6	0	0.0	0	0.0	61	10	16.4	61	0	0.0	2	3.3	61	0	0.0	1	1.6	0	0.0	12	19.7
H29	76	9	11.8	5	6.6	1	1.3	1	1.3	4	5.3	1	1.3	1	1.3	76	13	17.1	76	1	1.3	3	4.1	76	1	1.3	4	5.3	1	1.3	15	19.7
H30	74	8	10.8	5	6.8	3	4.1	0	0.0	4	5.4	1	1.4	4	5.4	73	10	13.7	73	0	0.0	5	6.8	73	1	1.4	3	4.1	1	1.4	18	24.3
R1	48	4	8.3	3	6.3	3	6.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	47	5	10.6	48	1	2.1	2	4.2	48	0	0.0	3	6.3	1	2.1	9	18.8
R2	28	5	17.9	2	7.1	2	7.1	0	0.0	1	3.6	1	3.6	1	3.6	28	5	17.9	27	0	0.0	1	3.6	27	0	0.0	1	3.6	0	0.0	8	28.6
R3	39	5	12.8	1	2.6	3	7.7	0	0.0	2	5.1	1	2.6	3	7.7	39	4	10.3	38	1	2.6	2	5.3	38	0	0.0	3	7.7	1	2.6	15	38.5
R4	37	6	16.2	3	8.1	0	0.0	0	0.0	4	10.8	1	2.7	2	5.4	37	7	18.9	37	1	2.7	2	5.4	37	0	0.0	4	10.8	1	2.7	10	27.0

(3) ポピュレーションアプローチ

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

本町においては、ライフサイクルの視点で、生涯を通じた健康づくりに取り組み、一人ひとりの町民が、自分の住む地域の実情を知り、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。取り組みとしては、健康課題の共通認識のために、保健師間、課内、関係機関、住民との情報共有、連携を継続し、広報や未受診者訪問、健診結果説明会等、あらゆる機会を通じて、本町の現状、課題を公表し、共通認識を図ることで、保健活動への理解は深まっています。今後も健康課題の解決に向け、共通認識を図り、自らが課題の解決に向けた取り組みを実践できるような支援を継続していくことが必要です。

図表 37 未受診者訪問・健診結果説明会等資料



(4) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 38 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ年度)
			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	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.58%	1.54%	1.05%	KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.38%	1.85%	1.95%	
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	0.89%	0.69%	0.47%	
		糖尿病性腎症による透析導入者の減少	4人	8人	6人	海陽町調べ
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	2人	1人	0人	
	短期目標	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	31.8%	30.4%	30.7%	法定報告値
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	5.3%	5.3%	6.0%	
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	10.0%	9.6%	10.3%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	9.4%	10.5%	11.4%	
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.0%	0.3%	0.2%	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	100%	100%	100%	海陽町調べ
		糖尿病の保健指導を実施した割合	100%	100%	100%	
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	61.9	65.4	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	96.4	97.5	
			特定保健指導対象者の減少率の増加	9.3	10.1	
	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	11.0	10.2	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	12.0	12.5	
			大腸がん検診受診者の増加	14.2	14.1	
			子宮がん検診受診者の増加	10.6	11.0	
			乳がん検診受診者の増加	7.6	16.1	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	11.1	12.8	
		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	73.2%	80.2%	厚生労働省

データヘルス計画の目標値設定

主計画		健康課題解決に向けた目標・指標	目標	統計元	基準年	中間評価	目標値(%)及び取組について				データ引用先	
					H28	R2 (実績はR1)	R3 (R2)	R4 (R3)	R5 (R4)			
データヘルス計画	中長期目標	アウトカム指標	1	脳血管疾患の総医療費の割合の減少		1.8%	2.0%	1.8%	1.7%	1.6%	貼付けデータ 図表8	
			2	虚血性心疾患の総医療費の割合の減少		2.5%	2.2%	2.3%	2.2%	2.1%	貼付けデータ 図表8	
			3	慢性透析患者数(うち新規患者数)		5人(3人)	7人(3人)	5人(1人)	8人(5人)	6人(3人)	KDB厚労省様式(2-2)	
			4	糖尿病性腎症割合の減少		3.9%	6.5%	4.9%	9.3%	6.5%	貼付けデータ 図表10	
			5	糖尿病性腎症新規透析導入患者数の減少		2人	2人	0人	1人	0人	KDB厚労省様式(2-2)	
	特定健康診査等計画	アウトカム指標	6	メタボ該当者予備群及び予備群	25%減少	28.2%	30.4%	31.7%	31.5%	30.7%	法定報告	
			7	健診受診者の高血圧者(160/100)割合の減少		4.7%	5.3%	5.3%	6.0%	5.3%	県や市町村の実態をみる基礎資料(令和2年12月作成)	
			8	健診受診者の血糖異常者(HbA1c6.5%以上)割合の減少		8.5%	10.5%	11.0%	11.2%	11.4%	県や市町村の実態をみる基礎資料(令和2年12月作成)	
			9	健診受診者の血糖異常者(HbA1c8.0%以上)割合の減少		1.0%	1.3%	1.7%	1.5%	1.3%	県や市町村の実態をみる基礎資料(令和2年12月作成)	
			10	健診受診者の脂質異常者(LDL180以上)割合の減少		2.9%	2.4%	2.7%	3.0%	3.2%	県や市町村の実態をみる基礎資料(令和2年12月作成)	
保険者努力支援制度	短期目標	アウトカム指標	11	特定健診受診率	60%以上	53.5%	63.3%	65.4%	66.2%	65.3%	法定報告	
			12	特定保健指導実施率	60%以上	100.0%	99.1%	97.5%	98.1%	98.7%	法定報告	
	追加	アウトカム指標	13	がん検診受診率	胃がん	25%以上	4.7%	5.2%	6.0%	5.3%	6.1%	地域保健・健康増進事業報告
			14		肺がん	25%以上	6.1%	6.7%	5.9%	7.1%	8.7%	地域保健・健康増進事業報告
			15		大腸がん	25%以上	6.9%	10.1%	8.7%	8.9%	10.2%	地域保健・健康増進事業報告
			16		子宮頸がん	25%以上	8.3%	8.0%	10.6%	7.7%	8.4%	地域保健・健康増進事業報告
			17		乳がん	25%以上	5.7%	11.5%	14.0%	9.6%	11.9%	地域保健・健康増進事業報告
			18	歯科検診受診率			7.0%	6.4%	3.0%	4.4%	地域保健・健康増進事業報告	
	19	地域包括ケアの取組	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取組準備(実態把握)、事業委託	令和5年度まで		R2.10月～事業開始	事業実施	事業実施	事業実施	実態把握、事業開始予定を記載		
	全体評価					H28	R2 (実績はR1)	R3	R4	R5		
健康寿命の延伸	平均余命	男性(徳島県)	80.8	KDB 国・県 R2年度	80.3	77.4	79.6	79.6	基準年より延伸	KDB 健康スコアリング		
		女性(徳島県)	87.3		86.0	86.5	86.6	86.6	基準年より延伸	KDB 健康スコアリング		
	平均自立期間 (要介護2以上)	男性(徳島県)	79.3		79.0	76.1	78.7	78.9	基準年より延伸	KDB 健康スコアリング		
		女性(徳島県)	83.9		83.5	83.6	82.4	83.3	基準年より延伸	KDB 健康スコアリング		
医療費	地域差指数 (年齢調整後医療費)	(国)1.00・(徳島国保)1.13			1.122	1.129	1.280			別シート「地域差指数」		

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において、第1期計画から引き続き、PDCA サイクルに沿った保健活動をライフサイクルの視点で実践してきました。町の課題の明確化、解決に向けて、毎年、保健指導実施計画を作成し、優先順位をつけて事業を行い、その中でも地区担当で責任を持った未受診者訪問や町独自のプログラムに沿った個別の保健指導、早期介入による発症予防、医療との連携による重症化予防に重点をおいた取組みを継続して進めてきました。

その結果、特定健診受診率は、平成30年度に目標としていた60%を達成し、特定保健指導についても常に90%以上を維持しています。治療中の方の受診率向上に取り組んだ結果、医療との連携が進み、見なし健診体制が整ったことで、治療中の方のコントロール不良者の増加という課題に対し、更に医療との連携を進め、重症化予防につなげていくことが必要となります。また、40歳代の受診率が30%代と低い状況が続いており、今後は、特に40歳代の受診率向上に力を入れ、より早期に健診結果から個々に応じた保健指導を実施することで、生活習慣病の発症・重症化予防につなげていくことが重要となります。保健指導については、住民自らが自分の身体を理解し、生活改善に取り組み、結果の出せる保健指導ができるよう、保健師、管理栄養士の力量形成のための学習を継続し、また、生活習慣と健診結果を結びつけて見ていくために町特有の食環境を明らかにしていくことが課題となります。

医療費については、国保加入者の減少とともに総医療費は減少していますが、一人あたり医療費は増加し、今後も医療の進歩に伴い、難病やがん等における高度な医療での医療費の増大が予測されます。一人あたり医療費の地域差指数では、全体、外来で県内1位ですが、入院は9位であるため、外来で必要な治療を早めに受けることで、重症化を意味する入院を抑制することができているとも考えられます。また、中長期目標である医療費合計が総医療費に占める割合の慢性腎臓病については、透析無は、伸びていますが、透析有が減少していることから、早期に介入することで、透析予防につながっているのではないかと考えられます。

65歳未満の死亡では、特に女性の割合が高く、平均自立期間が男女とも同規模と比較して短いことから、生活習慣病対策が介護予防でも重要な位置づけになるため、予防可能な生活習慣病、特に基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症のコントロール管理が重要であり、引き続き、医療費適正化に向けた重症化予防の取組みに力を入れていくことが必要です。

団塊の世代が後期に移行し、国保対象者が減少していく中で、高齢者の保健事業と介護予防の一体化に取り組むと同時に、より早期に介入するために若い世代の受診率向上や他保険との連携、更なる医療との連携が必要となります。今後もKBD等を活用しながら、発症・重症化予防の取組みをライフサイクルの視点で評価し、保健事業の方向性の見直しをしっかりと行い、子どもの頃からの積極的な課題解決に向けての取組みを継続していくことが、健康寿命の延伸、医療費の抑制につながると考えています。

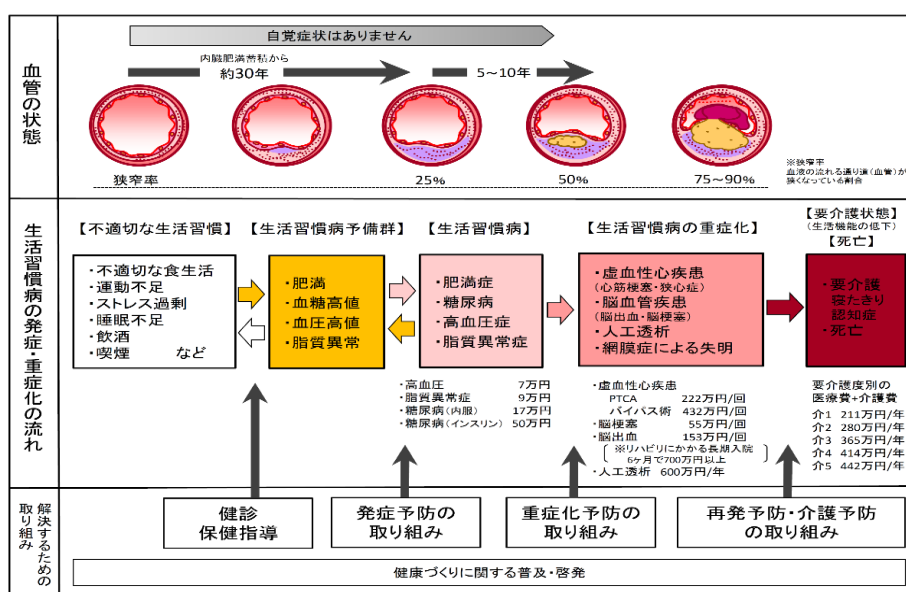
3. 第3期における健康課題(生活習慣病)の明確化

1) 基本的考え方

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

図表 39 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

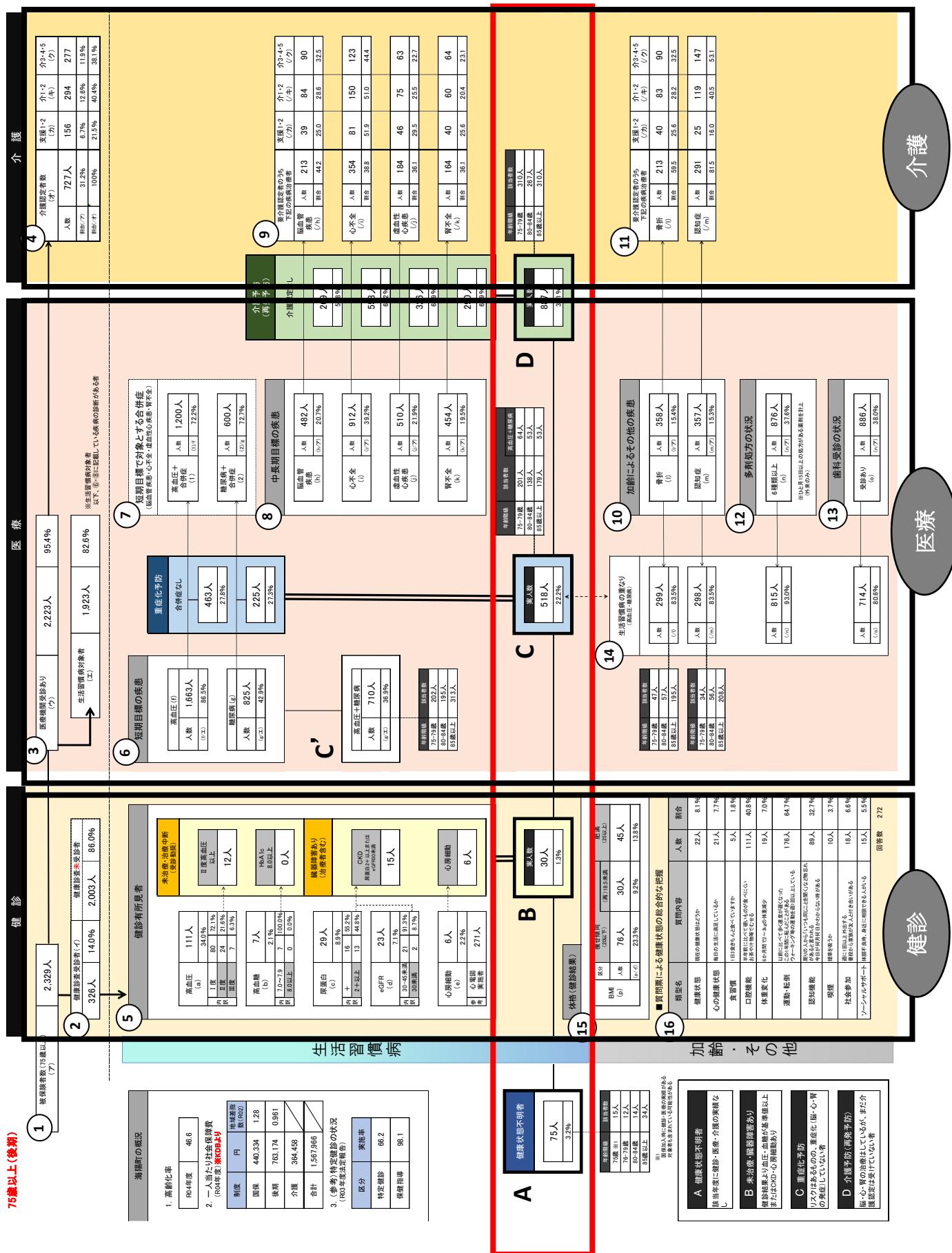
医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動します。

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

国保で、被保険者の年代をみても65歳以上の前期高齢者の割合が高く、医療費も前期高齢者に係る医療費割合が過半数を占めており、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながっているケースも多いため、市町村国保及び広域連合は、図表41に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、連携に努めることが重要です。健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

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

75歲以上(後期)



(1)医療費分析

R4 年度医療費総費用額をみると、国保は 10.1 億円で、後期は 20.1 億円、被保険者一人あたり医療費でも後期でも 2 倍となっています。

図表 41 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		2,670人	2,609人	2,536人	2,434人	2,297人	2,344人
総件数及び 総費用額	件数	24,636件	23,466件	22,117件	21,647件	21,027件	32,487件
	費用額	10億7785万円	11億0392万円	11億3898万円	11億7051万円	10億1145万円	20億1942万円
一人あたり医療費		40.4万円	42.3万円	44.9万円	48.1万円	44.0万円	86.2万円

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

これまで、糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできた結果、短期的目標疾患の糖尿病及の総医療費に占める割合は、県・同規模と比較しても低く、今後も糖尿病の重症化予防に向けた保健指導への取組みを継続していくことが重要です。

また、生活習慣病疾患の医療費割合を国保と後期でみてみると、後期の透析患者の慢性腎不全が国保の 7 倍、脳梗塞・脳出血が 3 倍に加え、後期の筋・骨疾患が 2 倍になっており、国保からの健康管理・重症化予防の取組みで、後期医療費の負担を減らしていくことが重要です。

図表 42 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
				腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
① 国保	海陽町	10億1145万円	35,383	0.47%	0.75%	1.05%	1.95%	4.70%	3.31%	1.83%	1億4226万円	14.06%	12.10%	16.87%	6.10%
	同規模	--	30,571	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	--	19.28%	16.76%	7.98%	9.27%
	県	--	31,476	2.34%	0.34%	1.44%	1.80%	5.73%	3.16%	1.98%	--	16.79%	16.11%	11.18%	8.54%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	海陽町	20億1942万円	72,646	3.38%	0.33%	3.91%	2.21%	3.86%	3.62%	1.07%	3億7127万円	18.39%	10.02%	5.34%	12.66%
	同規模	--	68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	--	18.77%	10.30%	3.53%	12.45%
	県	--	79,523	5.87%	0.55%	3.29%	1.95%	3.81%	2.75%	1.18%	--	19.40%	9.32%	3.86%	14.41%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

80 万円以上の高額レセプトは、国保では、年によって差がありますが、毎年 200 件前後のレセプトが発生し、後期高齢者になると約 2 倍に増えることがわかります。費用額をみると R03 から R04 では、約半分となっており、件数の減少や高額な医療費を必要となる疾患の発生状況によって、費用額に影響が出ています。

図表 43 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	79人	93人	102人	98人	96人	259人
		B	174件	223件	224件	257件	192件	421件
	費用額	B/件数	0.71%	0.95%	1.01%	1.19%	0.91%	1.30%
		C	2億5595万円	3億2543万円	3億6984万円	4億0601万円	2億4222万円	5億6214万円
		C/総費用	23.7%	29.5%	32.5%	34.7%	23.9%	27.8%

高額になる疾病の中で、脳血管疾患で高額になったレセプトは、R01 年度の 1,300 万円を最高に、R4 年は約 480 万円となっており、約 800 万円減っています。しかし、後期高齢になると件数、費用額は大幅に増加しており、脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要するケースも多いため、長期にわたり医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳梗塞や脳出血を発症させないために高血圧の重症化予防に力を入れる必要があります。

虚血性心疾患では、毎年約 1,000 万円の費用がかかっており、人数に比べ、件数が多いことから、発症予防と同時に再発予防が重要になり、単独で虚血性心疾患の危険因子となる LDL コレステロールやその他の基礎疾患の管理が重要となります。

図表 44 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
脳血管疾患	人数		D	2人		4人		1人		4人		3人		23人		
			D/A	2.5%		4.3%		1.0%		4.1%		3.1%		8.9%		
	件数		E	2件		7件		1件		4件		4件		36件		
			E/B	1.1%		3.1%		0.4%		1.6%		2.1%		8.6%		
	年代別	40歳未満		0	0.0%	2	28.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	70-74歳	1	2.8%
		50代		0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	25.0%	75-80歳	2	5.6%
		60代		2	100.0%	3	42.9%	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	80代	24	66.7%
		70-74歳		0	0.0%	2	28.6%	0	0.0%	2	50.0%	3	75.0%	90歳以上	9	25.0%
費用額		F	304万円		1310万円		237万円		470万円		482万円		4193万円			
		F/C	1.2%		4.0%		0.6%		1.2%		2.0%		7.5%			

図表 45 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
虚血性心疾患	人数		G	5人		7人		5人		6人		5人		11人		
			G/A	6.3%		7.5%		4.9%		6.1%		5.2%		4.2%		
	件数		H	5件		9件		7件		10件		8件		13件		
			H/B	2.9%		4.0%		3.1%		3.9%		4.2%		3.1%		
	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	1	7.7%
		50代		1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	12.5%	75-80歳	4	30.8%
		60代		2	40.0%	5	55.6%	1	14.3%	6	60.0%	5	62.5%	80代	8	61.5%
		70-74歳		2	40.0%	4	44.4%	6	85.7%	4	40.0%	2	25.0%	90歳以上	0	0.0%
費用額		I	598万円		1463万円		1153万円		1256万円		1216万円		1941万円			
		I/C	2.3%		4.5%		3.1%		3.1%		5.0%		3.5%			

海陽町では、(2)「健診・医療・介護データの体系的な分析から計画化を考える」帳票で、40-64 歳、65-74 歳(前前期高齢者)、75 歳以上(後期高齢者)の 3 つの年代で、健康・医療情報等を活用した被保険者の健康状態等の分析を行い、健康課題を明確化し、予防活動の優先順位を決定しています。(図表 47)

[illegible]

(3)健康課題の明確化(図表 32～42)

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、①被保険者は 65-74 歳でほぼ横ばいであり、75 歳以上の年代は減少が始まっています。今後、更に人口減少が進んでいくと考えられます。②健診受診率は特に 75 歳以上で伸びており、国保から継続した受診者の増加と考えられます。⑮体格をみると、BMI25 以上の対象者は 75 歳までは微増、75 歳以上では減少し、BMI18.5 未満の割合が増加しています。(図表 48)

図表 47 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮						
年度	認定率 介護	被保険者数			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	28.9	807	1,184	2,361	42.8	61.2	5.3	7.2	7.4	5.6	31.9	26.1	21.8	
R04	31.2	708	1,192	2,329	42.2	63.5	14.0	5.7	6.6	9.2	32.8	27.2	13.8	

健診有所見状況では、⑤Ⅱ度高血圧対象者は、すべての年代で増加していますが、健診時の血圧のみでなく、家庭血圧での数値を確認していく必要があります。HbA1c は 65-74 歳の年代が増加しており、未治療者を確実に医療につなげ、治療中の方は、医療との連携や治療の基本となる食を中心とした保健指導が必要となります。また、40-64 歳の CKD 対象者が増加しており、早期介入での重症化を予防していくためにも若年層の受診率向上が課題となります。

図表 48 健診有所見状況

E表	⑤																													
年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	人	%	人	%	人
H30	21	6.1	(7)	35	4.8	(14)	9	7.3	(5)	11	3.2	(2)	32	4.4	(0)	0	--	(0)	2	0.6	24	3.3	2	1.6	0	--	0	--	0	--
R04	24	8.0	(11)	46	6.1	(16)	31	9.5	(12)	9	3.0	(0)	39	5.2	(1)	0	--	(0)	5	1.7	24	3.2	15	4.6	0	--	9	1.2	6	1.8

※徳島県では心電図検査を令和 2 年度から全数実施

生活習慣病対象者をみると、40-64 歳の対象者の糖尿病の割合が増加していることから、健診受診から医療につながったのか、健診受診状況、健診データのコントロール状況と合わせて見ていく必要があります。また糖尿病＋合併症が 75 歳未満の年代で増加しているため、重症化する前の早期介入や医療との連携による糖尿病のコントロールが課題です。

図表 49 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦								
年度	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	84.6	92.0	96.5	33.5	62.8	83.1	69.3	78.6	85.1	47.0	46.5	42.0	27.0	33.6	34.5	33.7	49.6	70.2	29.9	42.5	71.8			
R04	85.2	93.0	95.4	35.6	63.6	82.6	67.9	83.4	86.5	48.4	43.3	42.9	26.6	33.4	36.9	32.7	50.9	72.2	32.8	47.9	72.7			

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

中長期目標の疾患をみると、腎不全が各年齢で、増加しており、透析の状況を合わせて見ていく必要があります。介護認定者をみると、すべての疾患で、40-64 歳で割合が増加しており、介護認定者の背景にはどの疾患が原因であったのか、実人数や疾患の重なりを、個々で見ていく必要があります。

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

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険者数)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.3	8.5	22.4	3.8	9.7	24.4	5.2	16.6	37.6	4.2	7.9	13.9	14.8	19.8	39.8	3.2	4.3	34.3	2.4	5.6	35.1	5.9	10.6	41.3
R04	3.4	9.1	20.7	3.4	10.0	21.9	5.4	15.1	39.2	5.8	12.4	19.5	25.0	18.3	44.2	8.3	6.7	36.1	5.3	6.1	38.8	7.3	7.4	36.1

⑭骨折・認知症患者のうち高血圧と糖尿病の重なりをみてみると、65-74 歳では H30 年と R4 年度を比較し、認知症は横ばいですが、骨折は、同じ年代で約 11 ポイント増加しています。また、介護認定者は、各年齢で増加しているため、早期からの加齢による疾患の予防が重要になります。

図表 51 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者数)				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	63.0	82.1	70.0	80.9	4.6	13.9	1.7	15.9	14.8	49.2	45.0	75.5
R04	74.1	83.5	70.6	83.5	4.5	15.4	1.4	15.3	20.4	59.5	58.8	81.5

図表 48～52 出典:KDB システムデータ

(4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取り組み方法については、第 4 章に記載していきます。

2) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直し、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ます。評価指標については、まずすべての都道府県、市町村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 53)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

② 中長期的な目標の設定

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

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

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

③ 短期的な目標の設定

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

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

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

更に生活習慣病は自覚症状がないため、引き続き、より受診しやすい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 52 第 3 期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
				初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.05%	1.00%	1.00%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.95%	1.50%	1.50%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	0.47%	0.40%	0.40%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の減少	6	5	5	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	0	0	0	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	30.7%	25.0%	25.0%	海陽町子どもあゆみ保健課
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	6.0%	5.0%	5.0%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	10.3%	10.0%	10.0%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	11.4%	10.0%	10.0%	
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	0.2%	0.1%	0.1%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	100.0%	100.0%	100.0%	
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	65.3%	65.0%	65.0%	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	98.7%	95.0%	95.0%	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	17.0%	17.0%	17.0%	

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 53 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	65%	65%	65%	65%	65%	60%以上
特定保健指導実施率	95%	95%	95%	95%	95%	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 54 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	1,550人	1,500人	1,450人	1,400人	1,350人	1,300人
	受診者数	1,030人	1,000人	1,000人	1,000人	1,000人	1,000人
特定保健指導	対象者数	110人	110人	110人	110人	110人	110人
	受診者数	108人	108人	108人	108人	108人	108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(海陽町役場他)
- ② 個別健診(委託医療機関他)

(2)特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、徳島県国保連合会のホームページに掲載する。

(参照) URL : <http://tokushima-kokuhoren.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 コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定にかえられます。(実施基準第 1 条第 4 項)

図表 55 特定健診検査項目(例示)

海陽町特定健診検査項目

健診項目		海陽町	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	○

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

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

また、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、徳島県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 56 特定健診実施スケジュール(例示)

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

5. 特定保健指導の実施

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

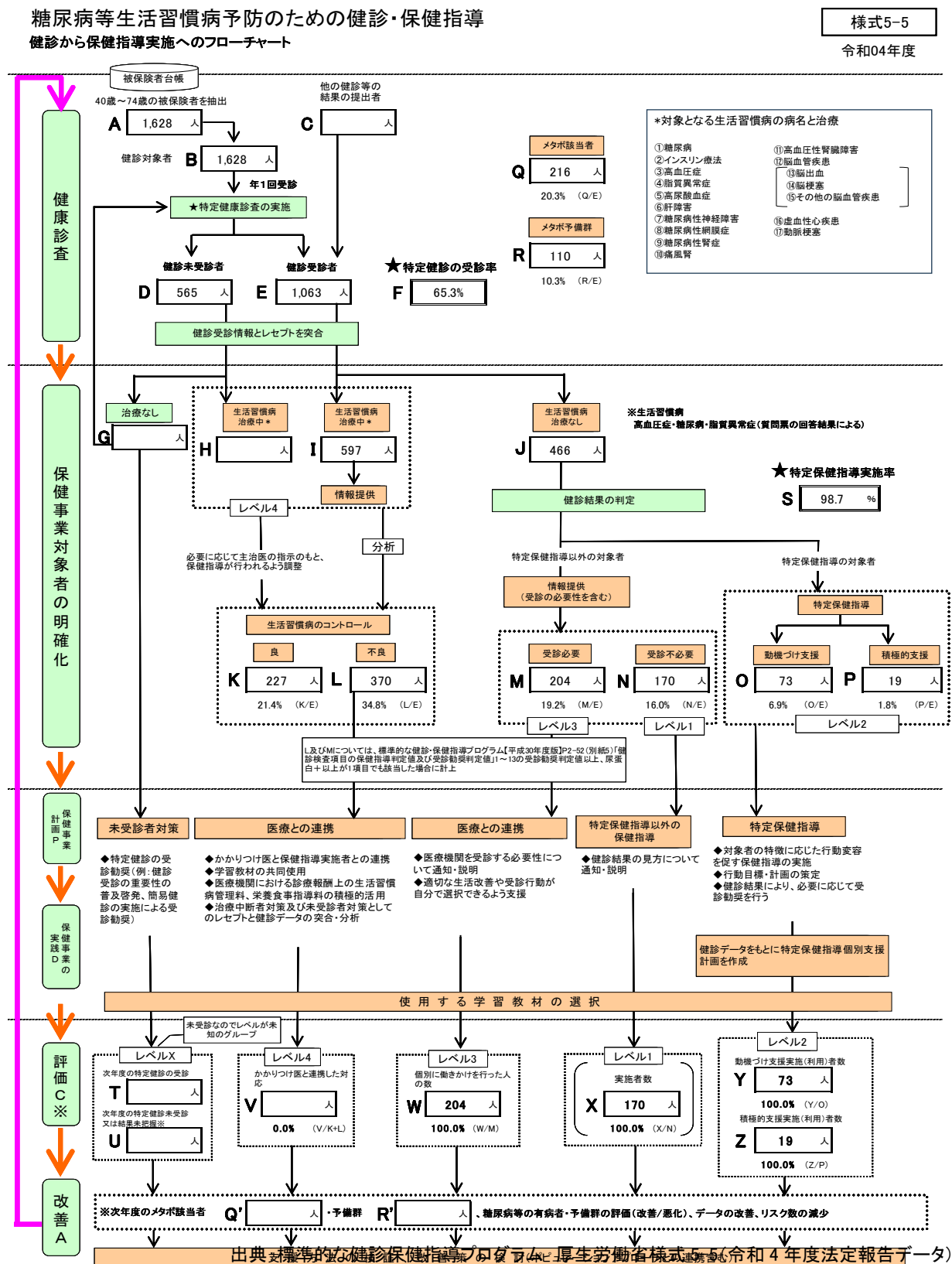
○第4期(2024年以降)における変更点 特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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 57 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 58 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	92人 (8.7%)	100%
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	204人 (19.2%)	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)	565人 ※受診率目標を維持するために1人でも多く受診につなげる	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	170人 (16.0%)	100%
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	597人 (56.2%)	100%

(2) 保健指導の対象者・支援方法

健診結果から海陽町の課題解決に向けた対象者を明確にし、プログラムに沿った支援・評価を実施します。

図表 59 海陽町保健指導対象者

支援	対 象 者	支援期間	検査項目
積極的 (64歳以下)	腹囲径 男 85cm以上、女 90cm以上又はBMI 25以上で A. ①血糖②脂質③血圧異常の2項目以上に該当する方 ①血糖異常 i 空腹時血糖 100以上 ii ヘモグロビンA1c 5.6以上 ②脂質異常 i 中性脂肪 150以上 ii HDLコレステロール 40未満 ③血圧 i 最高血圧 130以上 ii 最低血圧 85以上 ① i が優先、随時血糖の場合は ii が優先 ②③ i 及び ii のいずれか又は両方該当 ※ 国の基準にのっとり対象者を出す。 B. ①血糖②脂質③血圧異常で1項目の該当だが、現在喫煙されている方	3ヶ月間 3ヶ月以上経過後に実績評価	40歳～64歳 ・2次検査(初回時) ○75g?糖負荷検査+50歳以上頭部エコー ○50歳以上頭部エコー ・簡易検査(1～2ヶ月後) ・最終評価=効果検査・簡易検査(3ヶ月後) ※動脈硬化の状況を確認したい方に頭動脈エコー(50歳以上・健診センター)
動機づけ 1. 2 (64歳以下) 動機づけ 3 (65歳以上)	腹囲径 男 85cm以上、女 90cm以上又はBMI 25以上で ①血糖②脂質③血圧異常の1項目以上に該当する方 ①血糖異常 i 空腹時血糖 100以上 ii ヘモグロビンA1c 5.6以上 ②脂質異常 i 中性脂肪 150以上 ii HDLコレステロール 40未満 ③血圧 i 最高血圧 130以上 ii 最低血圧 85以上 ① i が優先、随時血糖の場合は ii が優先 ②③ i 及び ii のいずれか又は両方該当 ※ 国の基準にのっとり対象者を出す。 ※ ①に該当する方は動機づけ1として町の支援プログラムにのっとり支援 ※ ②及び③に該当する方は動機づけ2として特定保健指導の動機づけにのっとり支援 ※ 動機づけ3の方は健診結果説明会参加者及び受診勧奨レベルで対象となった時に支援	3ヶ月間 3ヶ月以上経過後に実績評価	動機づけ1 40歳～64歳 ・2次検査(75g?・50歳以上頭部) ・50歳以上頭部エコー ・簡易(1～2ヶ月) ・最終評価=効果検査・簡易検査(3か月後) 動機づけ2 ・50歳以上頭部エコー・簡易(1～2ヶ月) ・最終評価=効果検査・簡易検査(3か月後) 動機づけ3 ・最終評価=簡易検査(3ヶ月後) ※動脈硬化の状況を確認したい方に頭動脈エコー(50歳以上・健診センター)
発症予防	1. 40～59歳 腹囲径及BMIがなく血糖異常(HbA1c、空腹時・随時血糖異常) 2. 16～39歳 腹囲径が一定以上又はBMI 25以上又は血糖異常 A. 遺伝有り(前回検査及びHbA1cが20・30歳代(5.4～)40歳以上(5.6～)) B. 血糖異常 ①16～39歳 HbA1c 5.6～6.4 ②40～59歳 HbA1c 5.9～6.4 ③40～59歳 HbA1c 5.6～5.8 ④60～64歳 HbA1c 5.9～6.4 (主に集団で対応) ※前年度6.4以下で昨年度より改善している人や継続出ている人は1回訪問、又は1回の訪問後3ヶ月後の評価とする。(経年表を確認しながら決定)	3ヶ月間	A. 遺伝あり B. 血糖異常 ①② 2次検査(初回希望者) ・結果説明会及び訪問にて対応 ・効果検査・簡易検査(3ヶ月後) ③④各担当が判断し、変化が無ければ郵送可
重症化予防	①16歳以上 HbA1c 6.5以上で未治療の人 ②16～64歳 HbA1c 7.0以上で治療中の人 ③65歳以上 HbA1c 7.5以上で治療中の人 *糖尿病治療ガイド2020-2021(p104:図15)対象者の管理目標値により各担当が判断 ④16歳以上 HbA1c 8.0以上でコントロール不良の人	随時	未治療の人(①) 1)地域連携バス・糖尿病連携手帳の活用 2)活用できない場合のフォロー 治療中の人(②③) 初回及び3ヶ月後確認 *糖尿病連携手帳・病院での検査結果 ④管理栄養士による継続指導

※ 効果検査＝病院で健診時と同じ項目の血液検査 ※簡易検査＝血圧、体重、腹囲測定等

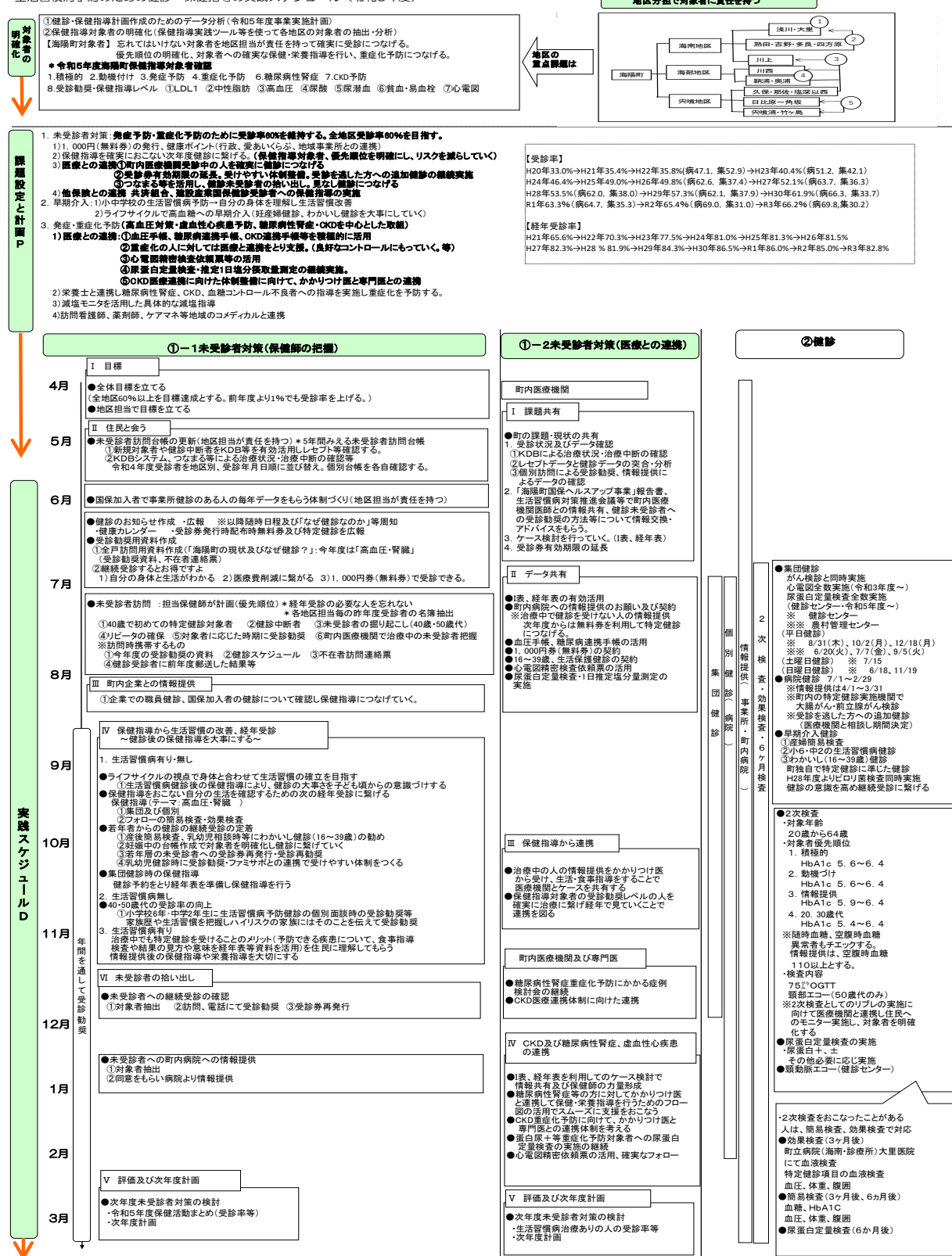
支援	対 象 者	支援期間	検査項目								
糖尿病性腎症重症化予防	①HbA1c6.5以上又は空腹時126（随時200）以上又は糖尿病治療中及び尿蛋白1+以上（eGFR低下なし） ②HbA1c6.5以上又は空腹時126（随時200）以上又は糖尿病治療中及びCKD重症度分類G3a（eGFR45～59） ③HbA1c6.5以上又は空腹時126（随時200）以上又は糖尿病治療中及びCKD重症度分類G3b（eGFR30～44）～G5（eGFR15未満） ※70歳以上はeGFR40未満で対象とする。 ※担当者の申し出により追加 過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病治療歴あり：レセプト等各自確認 ※尿蛋白±の人は、微量アルブミン尿動契	6ヶ月間 ※前年度の結果をみて各担当が判断	保健師及び管理栄養士の役割分担 ①:保健師 3ヶ月間で効果判定又は病院結果確認 ②:保健師 6ヶ月間で効果判定又は病院結果確認 健診にてフォロー ③:管理栄養士 6ヶ月間で効果判定又は病院結果確認 健診にてフォロー 継続してフォロー ※減塩モニタの活用								
CKD予防	糖尿病がないもので①②③のいずれかであること ①尿蛋白2+以上の者：年齢の若い順に並べる 健診センター集団健診時の尿蛋白定量検査で高度尿蛋白検出 ②尿蛋白+&尿潜血+以上 ③ 集団健診での尿蛋白定量検査で軽度尿蛋白検出 ④CKD重症度分類G3a（eGFR45～59）:eGFRの低い順、年齢の若い順に並べる。 ※腎機能の安定した70歳以上はGFR40未満 ⑤CKD重症度分類G3b（eGFR30～44）～G5（eGFR15未満） ⑥尿蛋白+、2年連続士、Ⅱ度高血圧以上、メタボ等、早期介入が必要な方	3ヵ月間 又は 随時	○尿蛋白定量検査の実施 ・結果説明後、必要に応じ再受診勧奨 ・減塩取り組み効果確認検査(6か月後) ①②専門医受診及び治療、生活改善確認 治療に結びついていなければ、3ヶ月後簡易検査(体重、血圧、検尿、必要に応じ血糖検査)にて確認・支援を行う。 ③ 受診及び治療確認生活習慣改善後、効果検査 生活習慣改善後、6か月後効果確認検査 ④経年結果によって地区担当で判し支援 ⑤管理栄養士による継続指導 ※減塩モニタの活用 ⑥尿蛋白定量検査の実施 減塩取り組み効果確認検査(6か月後)								
20歳～	1. 高血圧 ①Ⅱ度高血圧以上：受診勧奨・家庭血圧測定の定着 ②Ⅰ度高血圧：家庭血圧測定の定着（※）各担当で危険因子を確認 <table><tr><th>Ⅰ度高血圧</th><th>Ⅱ度高血圧</th><th>Ⅲ度高血圧</th><th>正常高値</th></tr><tr><td>140～159 /90～99</td><td>160～179 /100～109</td><td>180以上 /110以上</td><td>130～139 /85～89</td></tr></table> (※) 【血圧以外の心血管病の危険因子】 ○65歳以上 ○喫煙 ○脂質異常（低HDL(40未満)、高LDL(140以上)、高中性脂肪(150以上) ○肥満（BMI≥25、又は腹囲 男性85cm、女性90cm以上） ○メタボリックシンドローム ○糖尿病（治療中、空腹時血糖≥126mg/dl又はHbA1c6.5%以上） ○CKD（蛋白尿、eGFR<60mL/分/1.73m ² ） 2. LDL-C ①180mg/dl以上：レセプト確認し、未治療の人への受診勧奨 ②160～179mg/dl：3～6ヶ月間の生活習慣の改善が必要。管理目標が達成出来ない場合は薬物療法の適応を考慮。 ③140～159mg/dl：経年での数値を確認していく	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧	正常高値	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上	130～139 /85～89	3ヵ月間 又は 随時	① 支援後確認 ※ 病院受診を確認する。 ※ Ⅱ度高血圧者で必要と思われる場合は尿蛋白定量検査の実施 又は減塩モニタの活用 ②については担当保健師が確認し必要に応じて支援を行っていく ※動脈硬化の状況を確認したい方に 頸動脈エコー(50歳以上・健診センター)
Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧	正常高値								
140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上	130～139 /85～89								
	2. 中性脂肪 ①1,000mg/dl以上：レセプト等確認し受診勧奨 ②400～999mg/dl：// ③300～399mg/dl：3～6ヶ月間の生活習慣の改善	3ヵ月間 又は 随時	①② 支援後確認 ③ 説明会及び訪問にて支援(1回)								
	4. 尿酸 ①8以上（受診勧奨） ②7.1～7.9（保健指導）	3ヵ月間 又は随時	②担当保健師が経年結果を確認し必要に応じて支援を行っていく								
	5. 尿潜血 2+以上受診勧奨	3ヵ月間 又は随時	○担当保健師が経年結果を確認し必要に応じて支援を行っていく								
	6. 貧血・易血栓 <table><tr><th></th><th>①受診勧奨判定値</th></tr><tr><td>Ht</td><td>男 ～35.3, 51.0～ 女 ～32.3, 48.0～</td></tr></table> <table><tr><th></th><th>①受診勧奨判定値</th></tr><tr><td>Hb</td><td>男 ～11.9, 18.0～ 女 ～10.9, 16.0～</td></tr></table>		①受診勧奨判定値	Ht	男 ～35.3, 51.0～ 女 ～32.3, 48.0～		①受診勧奨判定値	Hb	男 ～11.9, 18.0～ 女 ～10.9, 16.0～	3ヵ月間 又は 随時	○担当保健師が経年結果を確認し必要に応じて支援を行っていく
	①受診勧奨判定値										
Ht	男 ～35.3, 51.0～ 女 ～32.3, 48.0～										
	①受診勧奨判定値										
Hb	男 ～11.9, 18.0～ 女 ～10.9, 16.0～										
	7. 心電図 ①心房細動・異常Q波・ST変化：医療機関受診勧奨・治療中者には治療状況確認 ②心電図判定 要精密者：医療機関受診勧奨 ③その他所見：経年での結果確認。自己脈測定・家庭血圧測定すめ	随時	①② 必要に応じ心電図精密依頼票 受診状況等支援後確認 ③ 説明会及び訪問にて支援(1回) 経年での変化やその他のリスクない場合は郵送可								
妊婦 産婦	①産後簡易検査（BMI、血圧、血糖） ②妊娠届け時問診、妊婦健診より 妊娠糖尿病、ハイリスク者（BMI30以上、遺伝、既往、血糖100mg/dl等） CKD（尿蛋白2+、20週以降140/90以上）	3ヵ月間	①3ヶ月間フォロー 産後2ヶ月→20・30歳代健診に（全員対象） ②訪問、マザークラスで介入（介入難しいが必要な人のみ）								

(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ます。

図表 60 健診・保健指導年間スケジュール

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（令和5年度）



地区分担で対象者に責任を持つ



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海陽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、海陽町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決に向けた個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

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

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

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

II. 重症化予防の取組み

海陽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、427人(40.2%)です。そのうち治療なしが124人(26.6%)を占め、さらに臓器障害があり、直ちにに取り組むべき対象者が85人(68.5%)です。すでに治療中の303人(50.8%)についても専門医への受診の有無や投薬状況、データの経年変化を確認し、値の改善をめざさなければいけません。

海陽町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、427人中44人(10.3%)であるため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 61 脳・心・腎を守るために

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

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率) 1,063人65.3%																
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)																	
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性 脳塞栓症 (27.7) ラクナ 梗塞 (31.2%) アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) ※脳卒中 データリンク 2015より 非心原性脳梗塞			心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症							■各疾患の治療状況															
											<table><tr><td></td><td>治療中</td><td>治療なし</td></tr><tr><td>高血圧</td><td>460</td><td>603</td></tr><tr><td>脂質異常症</td><td>302</td><td>761</td></tr><tr><td>糖尿病</td><td>121</td><td>920</td></tr><tr><td>3疾患 いずれか</td><td>596</td><td>467</td></tr></table> ※問診結果による		治療中	治療なし	高血圧	460	603	脂質異常症	302	761	糖尿病	121	920	3疾患 いずれか	596	467
	治療中	治療なし																								
高血圧	460	603																								
脂質異常症	302	761																								
糖尿病	121	920																								
3疾患 いずれか	596	467																								
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)																			
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)																			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		重症化予防対象者 (実人数)																	
該当者数	726.8%	90.8%	343.2%	302.8%	21620.3%	797.4%	13612.8%	42740.2%																		
治療なし	437.1%	20.4%	303.9%	172.2%	296.2%	404.3%	459.6%	12426.6%																		
(再掲) 特定保健指導	1013.9%	00.0%	38.8%	310.0%	2913.4%	911.4%	128.8%	4410.3%																		
治療中	296.3%	71.2%	41.3%	134.3%	18731.4%	3932.2%	9115.3%	30350.8%																		
臓器障害 あり	3069.8%	2100.0%	1136.7%	1058.8%	1862.1%	2050.0%	45100.0%	8568.5%																		
CKD(専門医対象者)	6	1	5	2	5	3	45	45																		
心電図所見あり	27	2	7	8	16	18	15	55																		
臓器障害 なし	1330.2%	—	1963.3%	741.2%	1137.9%	2050.0%	—	—																		

出典:KDB システム 疾病管理一覧 CSV、特定健診結果(法定報告)ほか

1. 糖尿病性腎症重症化予防

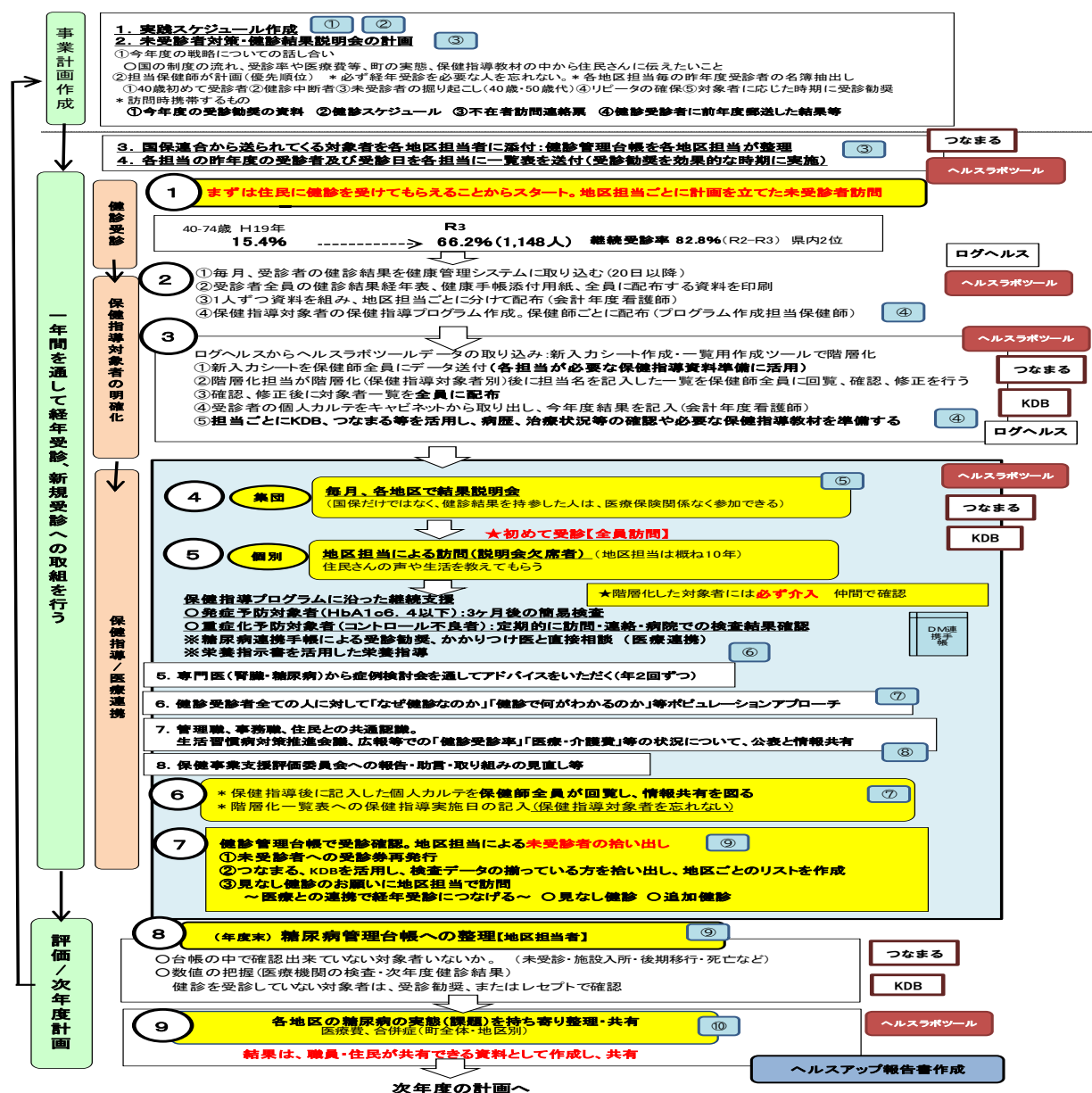
1) 基本的な考え方

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

なお、取組みにあたっては図表 63 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 62 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、徳島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。

支援	対 象 者	支援期間	検査項目
糖尿病性 腎症重症 化予防	①HbA1c6.5以上又は空腹時126（随時200）以上又は糖尿病治療中及び尿蛋白1+以上（eGFR低下なし） ②HbA1c6.5以上又は空腹時126（随時200）以上又は糖尿病治療中及びCKD重症度分類G3a（eGFR45～59） ③HbA1c6.5以上又は空腹時126（随時200）以上又は糖尿病治療中及びCKD重症度分類G3b（eGFR30～44）～G5（eGFR15未満） ※70歳以上はeGFR40未満で対象とする。 ※担当者の申し出により追加 過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病治療歴あり：レセプト等各自確認 ※尿蛋白±の人は、微量アルブミン尿動員	6ヶ月間	保健師及び管理栄養士の役割分担 ①:保健師 3ヶ月間で効果判定又は病院結果確認 ②:保健師 6ヶ月間で効果判定又は病院結果確認 健診にてフォロー ③:管理栄養士 6ヶ月間で効果判定又は病院結果確認 健診にてフォロー 継続してフォロー ※減塩モニタの活用

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

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

図表 63 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類（改訂）		
病期	尿アルブミン値（mg/gCr） あるいは 尿蛋白値（g/fCr）	GFR（eGFR） （ml/分/1.73㎡）
第1期（腎症前期）	正常アルブミン尿（30未満）	30以上
第2期（早期腎症期）	微量アルブミン尿（30～299）	30以上
第3期（顕性腎症期）	顕性アルブミン尿（300以上） あるいは 持続性蛋白尿（0.5以上）	30以上
第4期（腎不全期）	問わない	30未満
第5期（透析療法期）	透析療法中	

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

海陽町においては、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、集団健診においては、尿蛋白定量検査を実施しているため、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。

海陽町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、50 人(28.9%・F)でした。また、40～74 歳における糖尿病治療者 518 人のうち、特定健診受診者が 123 人であり、特定健診未受診者 395 人(76.3%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要です。

③介入方法と優先順位

図表 64 より海陽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）・・・50 人
- ・介入方法として、地区担当による個別訪問、面接、電話、手紙等に対応

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）・・・50 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、地区担当による個別訪問、面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

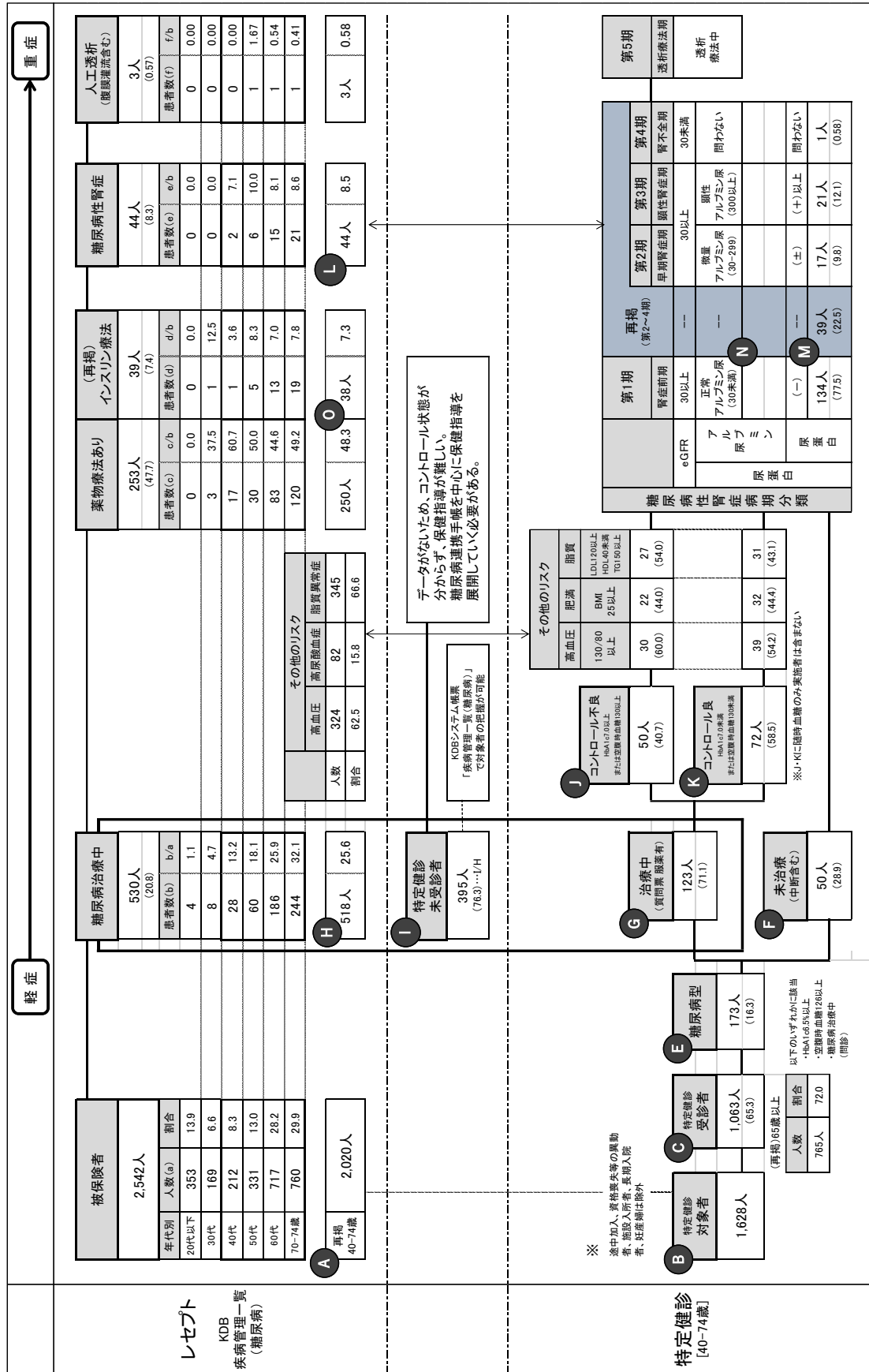
【保健指導】

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

図表 65 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



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。板野町においては、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 66 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける（保健指導教材）

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
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グリコンダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるでしょう
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が阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

(2) 尿蛋白定量検査を活用した重症化予防対策

特定健診では集団健診では、尿蛋白定量検査を実施していますが、医療機関の健診では、尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(+)、2年連続尿蛋白定性(±)検出者には、尿定量検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

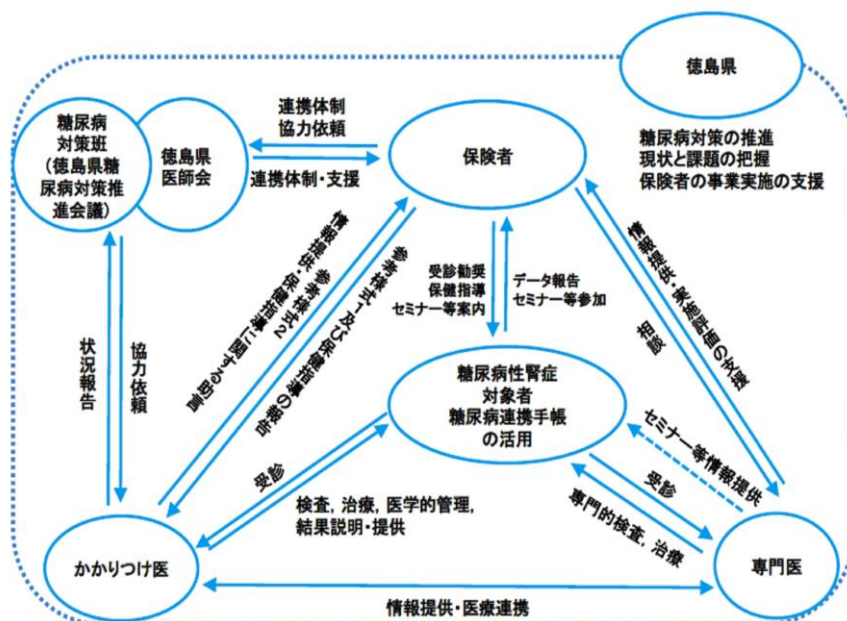
医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては徳島県のプログラムに準じて行っていきます。

【糖尿病対策推進連携協議会との連携】

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



出典:徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ、年 1 回行うものとします。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 68 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価を用いて行っていきます。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

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

②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1c の変化
 - eGFR の変化(1 年で 25%以上の低下、1 年で 5ml/1.73 m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

図表 67 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目			突合表	海陽町										同規模保険者（平均）		データ基		
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数	A	2,799人		2,665人		2,612人		2,509人		2,452人				KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲) 40～74歳		2,257人		2,170人		2,135人		2,073人		2,022人						
2	①	特定健診	対象者数	B	1,919人		1,865人		1,807人		1,735人		1,628人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書	
	②		受診者数	C	1,188人		1,180人		1,181人		1,148人		1,063人					
	③		受診率		61.9%		63.3%		65.4%		66.2%		65.3%					
3	①	特定 保健指導	対象者数		110人		111人		119人		107人		92人					
	②		実施率	96.4%		99.1%		97.5%		98.1%		98.9%						
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	167人	14.1%	173人	14.7%	174人	14.7%	174人	15.2%	155人	15.3%			特定健診結果	
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	36人	21.6%	45人	26.0%	47人	27.0%	45人	25.9%	50人	32.3%				
	③			治療中（質問票 服薬あり）	G	131人	78.4%	128人	74.0%	127人	73.0%	129人	74.1%	105人	67.7%			
	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	54人	41.2%	57人	44.5%	55人	43.3%	61人	47.3%	43人	41.0%		
	⑤		血圧 130/80以上				33人	61.1%	38人	66.7%	32人	58.2%	32人	52.5%	27人	62.8%		
	⑥		肥満 BMI25以上	K	24人	44.4%	20人	35.1%	26人	47.3%	22人	36.1%	21人	48.8%				
	⑦				コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	77人	58.8%	71人	55.5%	72人	56.7%	68人	52.7%	62人	59.0%			
	⑧		第1期 尿蛋白（－）	M	125人	74.9%	127人	73.4%	125人	71.8%	126人	72.4%	118人	76.1%				
	⑨		第2期 尿蛋白（±）		14人	8.4%	13人	7.5%	20人	11.5%	19人	10.9%	17人	11.0%				
	⑩		第3期 尿蛋白（＋）以上		23人	13.8%	30人	17.3%	26人	14.9%	28人	16.1%	19人	12.3%				
	⑪		第4期 eGFR30未満		5人	3.0%	3人	1.7%	3人	1.7%	1人	0.6%	1人	0.6%				
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）		134.0人		132.1人		125.2人		133.5人		131.3人				KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	②		(再掲) 40～74歳（被保険者千対）	163.5人		160.8人		150.8人		158.7人		157.3人						
	③		レセプト件数 (40～74歳) (1件は被保険者千対)	入院外（件数）		1,904件 (876.6)		1,918件 (907.7)		1,798件 (869.9)		1,819件 (909.0)		1,755件 (929.1)		319,711件 (930.6)		KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④			入院（件数）	10件 (4.6)		11件 (5.2)		4件 (1.9)		7件 (3.5)		4件 (2.1)		1,521件 (4.4)			
	⑤		糖尿病治療中	H	375人	13.4%	352人	13.2%	327人	12.5%	335人	13.4%	322人	13.1%			KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲) 40～74歳	I	369人	16.3%	349人	16.1%	322人	15.1%	329人	15.9%	318人	15.7%				
	⑦				健診未受診者	238人	64.5%	218人	62.5%	195人	60.6%	200人	60.8%	213人	67.0%			
	⑧		インスリン治療	O	20人	5.3%	21人	6.0%	17人	5.2%	19人	5.7%	19人	5.9%				
	⑨		(再掲) 40～74歳	L	20人	5.4%	21人	6.0%	17人	5.3%	17人	5.2%	18人	5.7%				
	⑩		糖尿病性腎症		21人	5.6%	23人	6.5%	16人	4.9%	31人	9.3%	21人	6.5%				
	⑪		(再掲) 40～74歳		21人	5.7%	23人	6.6%	16人	5.0%	31人	9.4%	21人	6.6%				
	⑫		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%	3人	0.9%	2人	0.6%	1人	0.3%	1人	0.3%			KDB 保健事業介入支援管理	
	⑬		(再掲) 40～74歳	1人	0.3%	3人	0.9%	2人	0.6%	1人	0.3%	1人	0.3%					
	⑭			新規透析患者数	3人		3人		1人		5人		3人					
	⑮			(再掲) 糖尿病性腎症	2人		2人		0人		1人		0人					
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		7人	1.2%	7人	1.2%	10人	1.8%	8人	1.3%	8人	1.3%				KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期
	6		①	医療費	総医療費		10億7785万円		11億0392万円		11億3898万円		11億7051万円		10億1145万円		6億7051万円	
②		生活習慣病総医療費	5億2085万円		5億7529万円		5億8165万円		5億7899万円		4億9979万円		3億5898万円					
③			(総医療費に占める割合)		48.3%		52.1%		51.1%		49.5%		49.4%		53.5%			
④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		8,552円		10,130円		9,539円		10,365円		8,762円		9,063円			
⑤			健診未受診者		28,839円		29,310円		34,081円		33,596円		30,586円		37,482円			
⑥		糖尿病医療費	5130万円		5024万円		4636万円		4855万円		4752万円		4061万円					
⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)	9.8%		8.7%		8.0%		8.4%		9.5%		11.3%					
⑧		糖尿病入院外総医療費	1億3221万円		1億5316万円		1億8942万円		2億0958万円		1億2481万円							
⑨		1件あたり	28,232円		33,095円		42,846円		48,978円		31,203円							
⑩		糖尿病入院総医療費	7585万円		8361万円		1億0597万円		1億0415万円		6742万円							
⑪		1件あたり	509,037円		525,866円		540,650円		588,393円		503,101円							
⑫		在院日数	15日		17日		18日		17日		19日							
⑬		慢性腎不全医療費	1420万円		2596万円		1903万円		1721万円		1231万円		2783万円					
⑭		透析有り	959万円		1496万円		786万円		668万円		470万円		2567万円					
⑮		透析なし	461万円		1100万円		1117万円		1052万円		761万円		216万円					
7	①	介護	介護給付費		13億2775万円		13億6679万円		13億6144万円		13億6311万円		14億1155万円		8億6719万円			
	②		(2号認定者)糖尿病合併症	0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%						
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）		2人 1.0%	1人 0.5%	1人 0.5%	2人 1.0%	0人 0.0%	622人 1.0%			KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題					

出典: KDB システムデータ

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第、階層化し、プログラムに沿った対象者へ介入(通年)

※重症化対象者に保健指導するまでのスケジュールは図表 63 に沿って実施

2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

1) 基本的な考え方

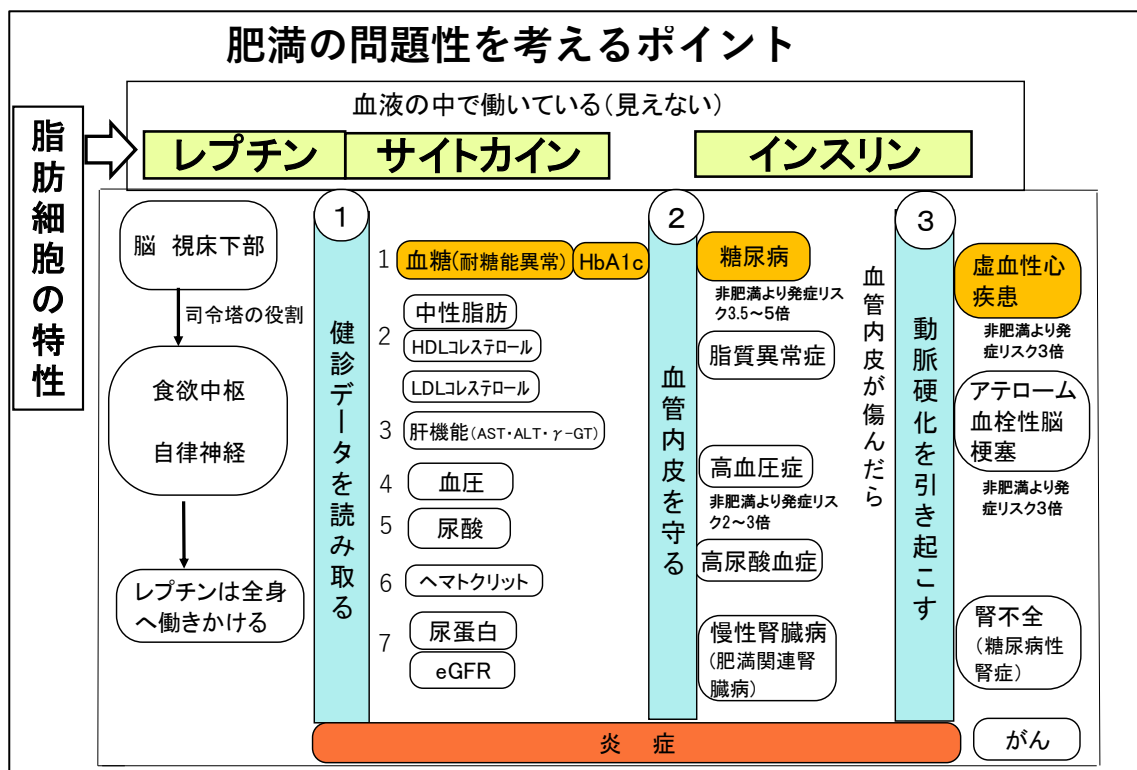
メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を合併する心血管病易発症状態です。取組みにあたっては図表 69 に基づいて考えていきます。

(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より)

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

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

図表 68 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 対象者の把握

肥満度分類に基づき、特定健診結果の BMI から海陽町の対象者を把握します。

また、経年で肥満対象者をみていきます。

図表 69 肥満度分類による実態（令和4年度健診受診者における BMI の状況）

		受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類									
						肥満				高度肥満					
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上			
40～64歳		65～74歳		40～64歳		65～74歳		40～64歳		65～74歳		40～64歳		65～74歳	
総数		298	765	96	211	74	184	14	23	8	2	0	2		
				32.2%	27.6%	24.8%	24.1%	4.7%	3.0%	2.7%	0.3%	0.0%	0.3%		
再掲	男性	149	349	52	107	46	96	5	11	1	0	0	0		
				34.9%	30.7%	30.9%	27.5%	3.4%	3.2%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%		
	女性	149	416	44	104	28	88	9	12	7	2	0	2		
				29.5%	25.0%	18.8%	21.2%	6.0%	2.9%	4.7%	0.5%	0.0%	0.5%		

出典：特定健診（法定報告）

(2) 優先順位

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

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのか

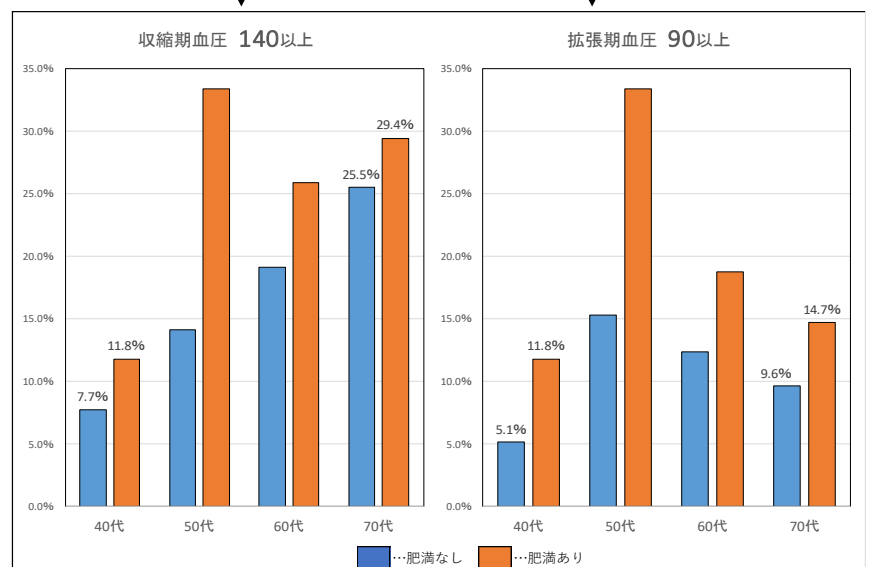
右図は、高血圧の対象者を肥満の有無と年代に分けてみると、圧倒的に肥満が高血圧に関連していることが分かります。

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

図表 70 高血圧と肥満の関係を年代別にみる

【参考】海陽町 高血圧と肥満の関係を年代別にみる（令和4年度法定報告）

		収縮期血圧140以上					拡張期血圧90以上				
		合計					合計				
		40代	50代	60代	70代		40代	50代	60代	70代	
肥満なし (25未満)	該当者	159	3	12	51	93	83	2	13	33	35
	割合	21.0%	7.7%	14.1%	19.1%	25.5%	11.0%	5.1%	15.3%	12.4%	9.6%
肥満あり (25以上)	該当者	85	2	14	29	40	57	2	14	21	20
	割合	27.7%	11.8%	33.3%	25.9%	29.4%	18.6%	11.8%	33.3%	18.8%	14.7%



②日常生活の中で、困っていること

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

図表 71 「日常生活」の困りごと(訪問での聞き取り)

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

生活	肥満度 別	Ⅰ度 25～29.9				Ⅱ度 30～34.9				Ⅲ度 35～39.9				Ⅳ度 40～			
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない				・夕食にご飯を食べるとスイーツが入り、食欲が抑えられない				・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う				・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない			
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる								・太っているからか腸の痙攣もおこるよ				・逆流性食道炎になった。			
排泄	排便									・便秘になって大変				・便秘に座ると便座が割れる			
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる				・尿意を感じて夜中に3回起きる				・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年開く夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい				・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない			
動作	歩行	・疲労感がある				・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする				・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩く足がしびれる				・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い			
	日常動作					・屈めず、足の爪を切ることができない ・朝起きると体重で手がしびれて色が変わっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かしづらい								・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない			
身体	胸	・2～3年前から胸の変な感じがある ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動機があり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグツと				・動機がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい				・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする				・左を向いて寝ると動機が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。			
	免疫	・蜂窩織炎になる								・風邪をひきやすい				・よく風邪をひく ・よく体調を崩す			
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる				・湿疹ができる ・痒い				・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる				・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している			

③メタボは心・脳血管疾患を発症するリスク

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

図表 72 心・脳血管疾患を発症した事例(例示)

		平成25年度				平成26年度				平成27年度				平成28年度				平成29年度				令和元年度				令和2年度				令和3年度				令和4年度																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
年 齢		53歳				57歳				59歳				60歳				61歳				62歳				63歳				64歳				65歳				67歳				68歳				69歳				70歳				71歳				72歳				73歳																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
年 月		3月				1月																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							

3)対象者の明確化

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、女性では60代・70代で1割程度であるのに対し、男性は50代で27%、60代28%、70代で35%と女性の約3倍となっているため、若い年代から男性を優先に関わることが効率的であると考えます。(図表 63)

図表 73 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性				
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳
健診受診者	A	498	30	63	177	228	565	26	64	202	273
メタボ該当者	B	154	5	17	51	81	62	1	10	20	31
	B/A	30.9%	16.7%	27.0%	28.8%	35.5%	11.0%	3.8%	15.6%	9.9%	11.4%
再掲	① 3項目全て	C	47	1	6	13	21	1	2	3	15
		C/B	30.5%	20.0%	35.3%	25.5%	33.3%	100.0%	20.0%	15.0%	48.4%
	② 血糖＋血圧	D	31	1	3	8	12	0	3	6	3
		D/B	20.1%	20.0%	17.6%	15.7%	19.4%	0.0%	30.0%	30.0%	9.7%
	③ 血圧＋脂質	E	68	2	5	29	26	0	3	10	13
		E/B	44.2%	40.0%	29.4%	56.9%	41.9%	0.0%	30.0%	50.0%	41.9%
	④ 血糖＋脂質	F	8	1	3	1	3	0	2	1	0
		F/B	5.2%	20.0%	17.6%	2.0%	3.7%	0.0%	20.0%	5.0%	0.0%

出典：特定健診（法定報告）

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況は、男女とも8割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、男性では年齢とともに増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。(図表 75)

図表 74 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				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	498	154	30.9%	132	85.7%	22	14.3%	565	62	11.0%	55	88.7%	7	11.3%		
40代	30	5	16.7%	4	80.0%	1	20.0%	26	1	3.8%	1	100.0%	0	0.0%		
50代	63	17	27.0%	16	94.1%	1	5.9%	64	10	15.6%	9	90.0%	1	10.0%		
60代	177	51	28.8%	42	82.4%	9	17.6%	202	20	9.9%	17	85.0%	3	15.0%		
70～74歳	228	81	35.5%	70	86.4%	11	13.6%	273	31	11.4%	28	90.3%	3	9.7%		

出典：特定健診（法定報告）

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。
- ② 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ③ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理は世帯管理台帳を作成し、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います。

図表 75 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

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

(2) 二次健診の実施

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

本町においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施（頸動脈エコー検査、75g 糖負荷検査）を必要な対象者に行っていきます。

（参考）

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査（心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査）
- ②負荷心電図（心臓の状態を詳しく見る検査）
- ③微量アルブミン検査（尿で腎臓の状態を見る検査）
- ④75 g 糖負荷検査（高インスリン状態を見る検査）

海陽町においては、心電図検査実を 983 人(85.8%)に実施し、そのうち有所見者が 306 人(31.1%)でした。所見の中でも心筋壊死、心筋虚血のほか、心筋異常を予測する所見の対象者がみつかり、虚血性変化を起こしている対象者を優先に介入していく必要があります。(図表 78)

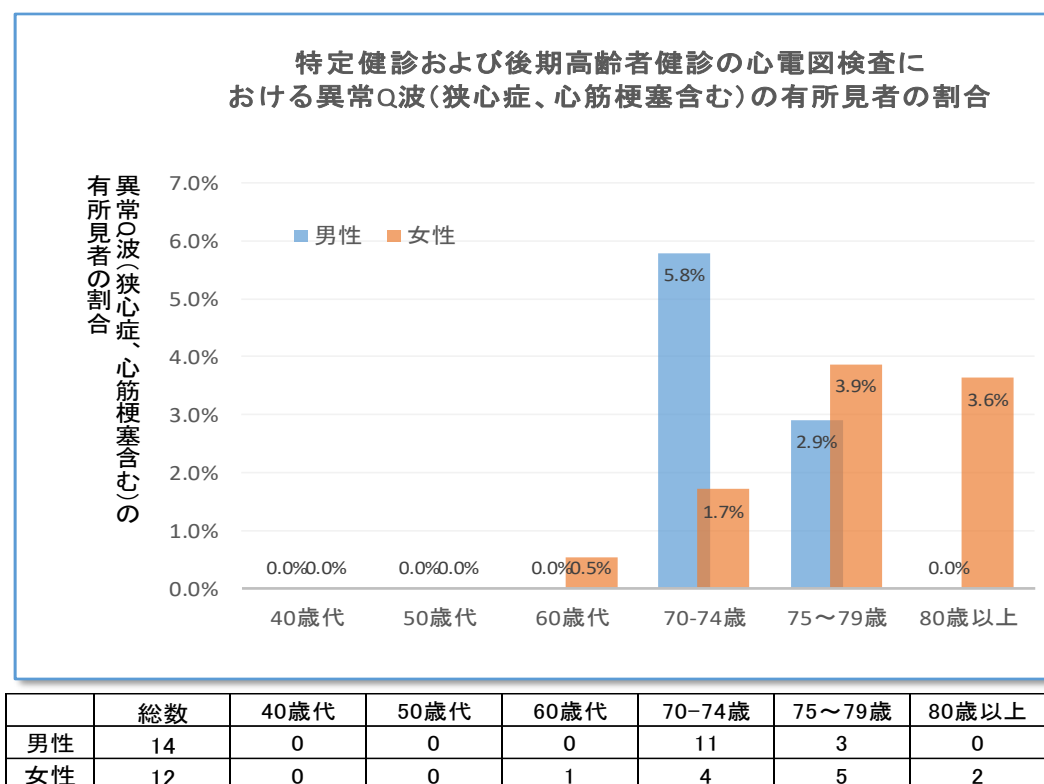
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 77 心電図検査結果(令和 4 年度)

心電図結果				海陽町国保		徳島県国保全体		海陽町後期		徳島県後期全体		
				人	%	人	%	人	%	人	%	
健診受診者数（特定健診受診率） （再掲）				1,146	61.8%	43,423	36.3%	277		15,667		
				65歳未満	313	27.3%	10,653	24.5%	5	1.8%	255	1.6%
				65歳以上	833	72.7%	32,770	75.5%	272	98.2%	15,412	98.4%
心電図実施者数（心電図実施率）				983	85.78%	42,910	98.82%	276	99.64%	15,664	99.98%	
心電図実施者のうち 所見のあった者（実数）				306	31.1%	13,604	31.7%	109	39.5%	6,675	42.6%	
心臓細胞の虚血	虚血性変化	心筋壊死（心筋梗塞）	心筋梗塞・狭心症	1	0.1%	95	0.2%	0	0.0%	52	0.3%	
			① 異常Q波	16	1.6%	453	1.1%	9	3.3%	220	1.4%	
			② R波増高不良	2	0.2%	268	0.6%	1	0.4%	94	0.6%	
		心筋虚血	③ S T異常	23	2.3%	1,105	2.6%	14	5.1%	561	3.6%	
			④ 冠不全	0	0.0%	75	0.2%	0	0.0%	31	0.2%	
		心筋異常	⑤ T波異常	44	4.5%	1,534	3.6%	22	8.0%	724	4.6%	
脈が打てる心臓細胞の問題（不整脈）	徐脈性不整脈	洞結節の異常	⑥ 洞性不整脈	29	3.0%	1,584	3.7%	11	4.0%	601	3.8%	
			⑦ 洞不全症候群	0	0.0%	6	0.0%	1	0.4%	6	0.0%	
		刺激伝導系異常	房室伝導障害	⑧ 房室ブロック	11	1.1%	832	1.9%	5	1.8%	604	3.9%
				⑨ W P W症候群	2	0.2%	44	0.1%	0	0.0%	8	0.1%
			⑩ P R短縮	4	0.4%	125	0.3%	0	0.0%	30	0.2%	
		心室内伝導障害	⑪ 脚ブロック	84	8.5%	2,851	6.6%	25	9.1%	1,499	9.6%	
			⑫ 心室伝導障害	1	0.1%	241	0.6%	1	0.4%	85	0.5%	
		頻脈性不整脈	心室性不整脈	⑬ 心室期外収縮	24	2.4%	895	2.1%	13	4.7%	535	3.4%
				⑭ 心室細動	0	0.0%	6	0.0%	0	0.0%	2	0.0%
				⑮ Q T延長	3	0.3%	196	0.5%	0	0.0%	86	0.5%
				⑯ ブルガタ症候群	3	0.3%	107	0.2%	1	0.4%	21	0.1%
	上室性不整脈		⑰ 上室性期外収縮	30	3.1%	857	2.0%	9	3.3%	627	4.0%	
			⑱ 心房細動	11	1.1%	319	0.7%	6	2.2%	275	1.8%	
			⑲ 心房粗動	0	0.0%	12	0.0%	0	0.0%	9	0.1%	
高血圧による心臓の虚血	心肥大・負荷所見	心室肥大	⑳ 左室肥大	7	0.7%	353	0.8%	7	2.5%	179	1.1%	
			㉑ 高電位	7	0.7%	101	0.2%	2	0.7%	50	0.3%	
			㉒ 軸偏位	24	2.4%	1,393	3.2%	6	2.2%	766	4.9%	
			㉓ 右室肥大	1	0.1%	38	0.1%	0	0.0%	26	0.2%	
	その他			㉔ 移行帯の変化	20	2.0%	924	2.2%	5	1.8%	388	2.5%
㉕ その他不整脈				2	0.2%	270	0.6%	3	1.1%	111	0.7%	
㉖ その他				15	1.5%	831	1.9%	4	1.4%	407	2.6%	
㉗ ペースメーカー調律				0	0.0%	24	0.1%	0	0.0%	56	0.4%	
㉘ 「異常あり」のみ				0	0.0%	50	0.1%	0	0.0%	26	0.2%	

出典: つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

参考 異常 Q 波(心筋壊死を予測する有所見)有所見者の割合(国保・後期)



③ 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。

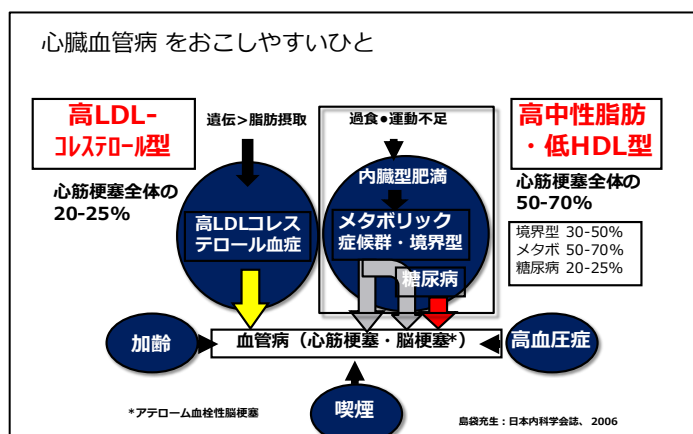
(図表 80)

図表 79 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A: メタボタイプについては、第 4 章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 74・75)を参照します。

B: LDL コレステロールタイプ(図表 70)

図表 78 心血管病をおこしやすいひと



図表 79 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

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				
								40代	50代	60代	70～74歳	
				120-139	140-159	160-179	180以上					
426				195	131	70	30	4	15	39	42	
				45.8%	30.8%	16.4%	7.0%	4.0%	15.0%	39.0%	42.0%	
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)	44	22	14	5	3	3	5	0	0	
			10.3%	11.3%	10.7%	7.1%	10.0%	75.0%	33.3%	0.0%	0.0%	
	中リスク	140未満 (170未満)	172	80	55	26	11	1	4	18	14	
			40.4%	41.0%	42.0%	37.1%	36.7%	25.0%	26.7%	46.2%	33.3%	
	高リスク	120未満 (150未満)	184	81	52	35	16	0	6	19	26	
			43.2%	41.5%	39.7%	50.0%	53.3%	0.0%	40.0%	48.7%	61.9%	
		再掲	100未満 (130未満) ※1	11	5	3	3	0	0	0	2	1
				2.6%	2.6%	2.3%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	5.1%	2.4%
二次予防 生活習慣の是正と共に 薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	26	12	10	4	0	0	0	2	2	
			6.1%	6.2%	7.6%	5.7%	0.0%	0.0%	0.0%	5.1%	4.8%	

※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 80 心電図所見からの保健指導教材（例示）

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

(2) 二次健診の実施

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

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 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、介入方法、実施方法の決定

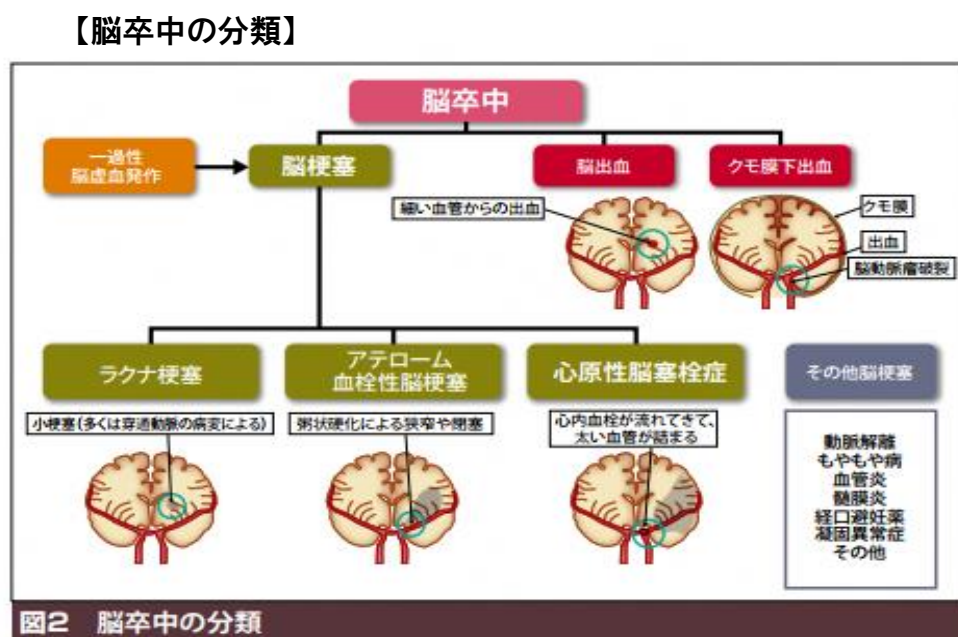
5月～特定健診結果が届き次第、階層化し、プログラムに沿った対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組みにあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 83、84)

図表 81 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 82 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 74 でみると、高血圧治療者 933 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 84 人(9.0%・○)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 72 人(6.8%)であり、そのうち 43 人(60%)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 29 人(20.5%)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。今後も

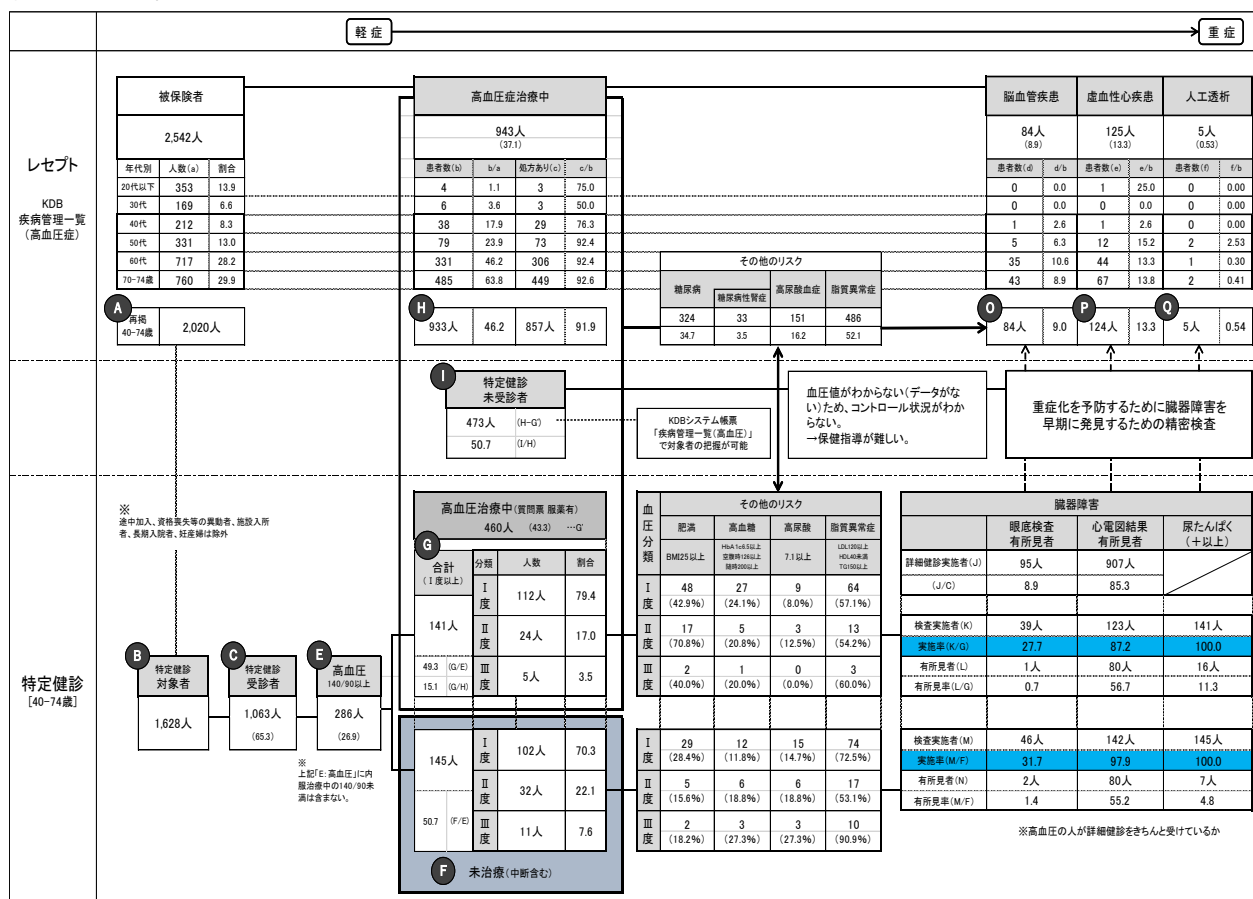
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか 95 人(8.9%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、286 人(26.9%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

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 83 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



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

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

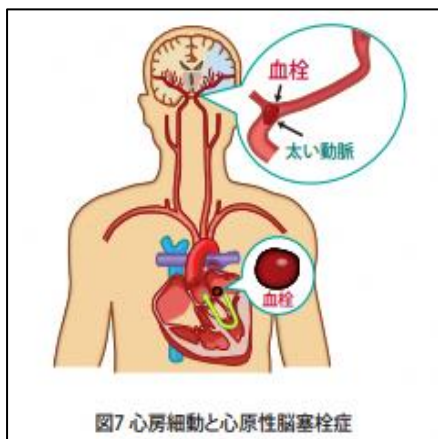
脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていける必要があります。

図表 86 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

図表 84 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度					
保健指導対象者の明確化と優先順位の決定					
(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画					
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化					
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)					
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
	308	163 52.9%	102 33.1%	32 10.4%	11 3.6%
リスク第1層 予後影響因子がない	14	C 10 6.1%	B 4 3.9%	B 0 0.0%	A 0 0.0%
	4.5%				
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	159	C 84 51.5%	B 54 52.9%	A 18 56.3%	A 3 27.3%
	51.6%				
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	135	B 69 42.3%	A 44 43.1%	A 14 43.8%	A 8 72.7%
	43.8%				
※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。 ※3 脳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。					

(3) 心電図検査における心房細動の実態



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

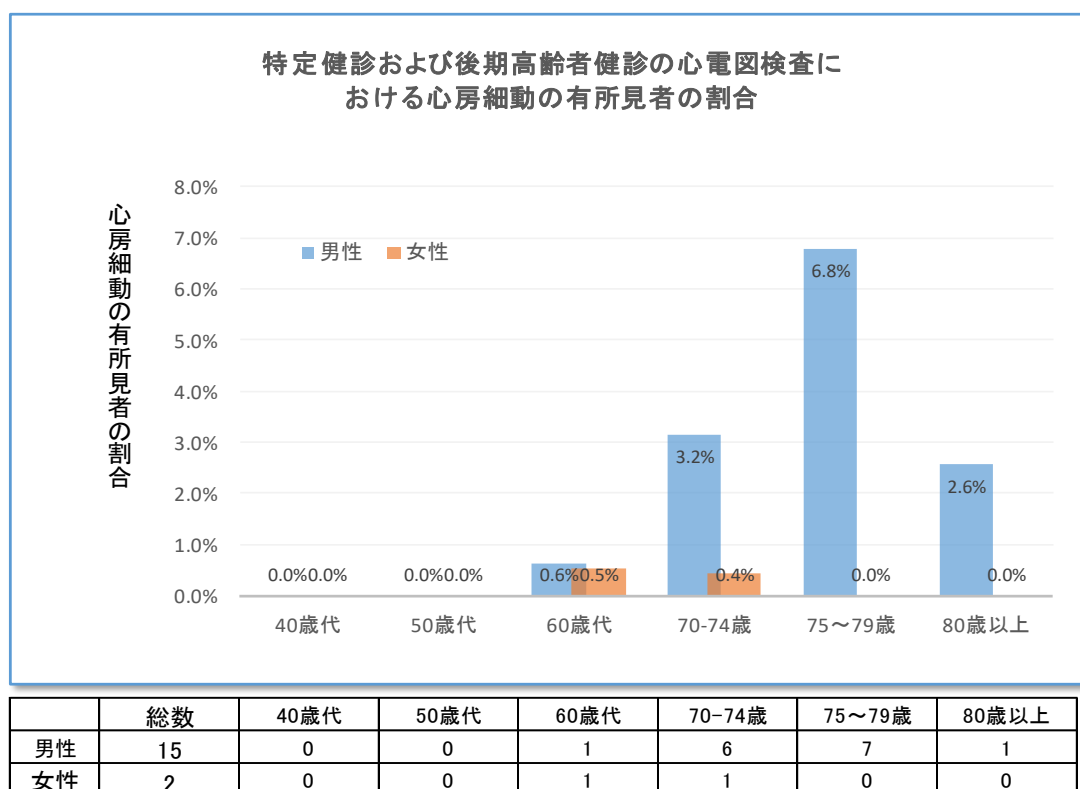
しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 87 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)

出典: 特定健診(法定報告)

図表 85 心房細動有所見者の割合(国保・後期)



出典: つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

図表 86 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	%
17	0	0.0%	17	100.0%

海陽町調べ

心電図検査において国保では 9 人に心房細動の所見が認められました。後期は 8 名ですが、令和 6 年度より後期健診の対象者が 79 歳まで拡大されるため、新規対象者の発見につながると想定します。有所見率は、年齢が高くなるにつれ増加しており、心電図有所見者 17 人全員に治療が開始されていました。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和未治療者には、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から直ぐに介入していく必要があります。

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、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

(2) 二次健診の実施

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

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

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

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～特定健診結果が届き次第、階層化し、プログラムに沿った対象者へ介入(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

海陽町は、令和 2 年 10 月より徳島県後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。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、

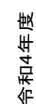
① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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 地域を担当する専門職を配置し、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)と同時に健診結果通いの場等でのポピュレーション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)

令和4年度



IV. ライフサイクルの視点での取組み

1) 基本的な考え方

生活習慣病は自覚症状に現れないまま長年経過し、気づいた時には合併症(脳・心臓・腎臓など)により取返しのできないほど病状が深刻になっていることが多い疾病です。生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題であります。

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

生活習慣病の種類として 2 型糖尿病、高血圧、脂質異常症等がありますが、それらの多くは肥満症/メタボリックシンドロームに伴うものです。このため幼少期からの肥満予防・肥満改善は重要となります。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点から関係者と情報共有し対策を考えていく必要があります。

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

図表 88 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

ライフサイクルの視点で健康課題を解決する(令和5年度)

ライフサイクルの視点で健康課題を解決する(令和5年度)																
妊産・出生		産婦		乳児		幼児期		学童		若年期		中年期		高齢期		死亡
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																
生活習慣の確立																

2)事業の実施

① 産後簡易検査

女性にとって、妊娠、出産はライフサイクルの中でも身体に大きな変化を及ぼすため、将来の生活習慣病の発症を予防するためにも、母体の健康を保持することが大切になります。産婦自身が自分の身体の状態を理解し、生活習慣病予防につなげるために、引き続き、産後 2 か月頃に産後簡易検査を実施します。

② 子どもの生活習慣病予防健診

中長期的な目標となる脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症は、遺伝的な要因等もあるが、高血圧、糖尿病等のリスクを減らすことが重要となります。その背景には、生活リズム、食事、運動など共通する生活習慣があり、大人の生活習慣は、小児期の生活に大きく影響するため、乳幼児期からの生活習慣病予防を視野に入れて生活習慣を確立していくことが望まれます。

生活習慣病の発症、重症化予防のために、生活習慣の確立される学童期からの早期介入事業として、小学校 6 年生と中学校 2 年生に生活習慣と関係の深い血糖検査(HbA1c・随時血糖)を行い、保健指導プログラムに沿った支援を実施していきます。

③ わかいし健診

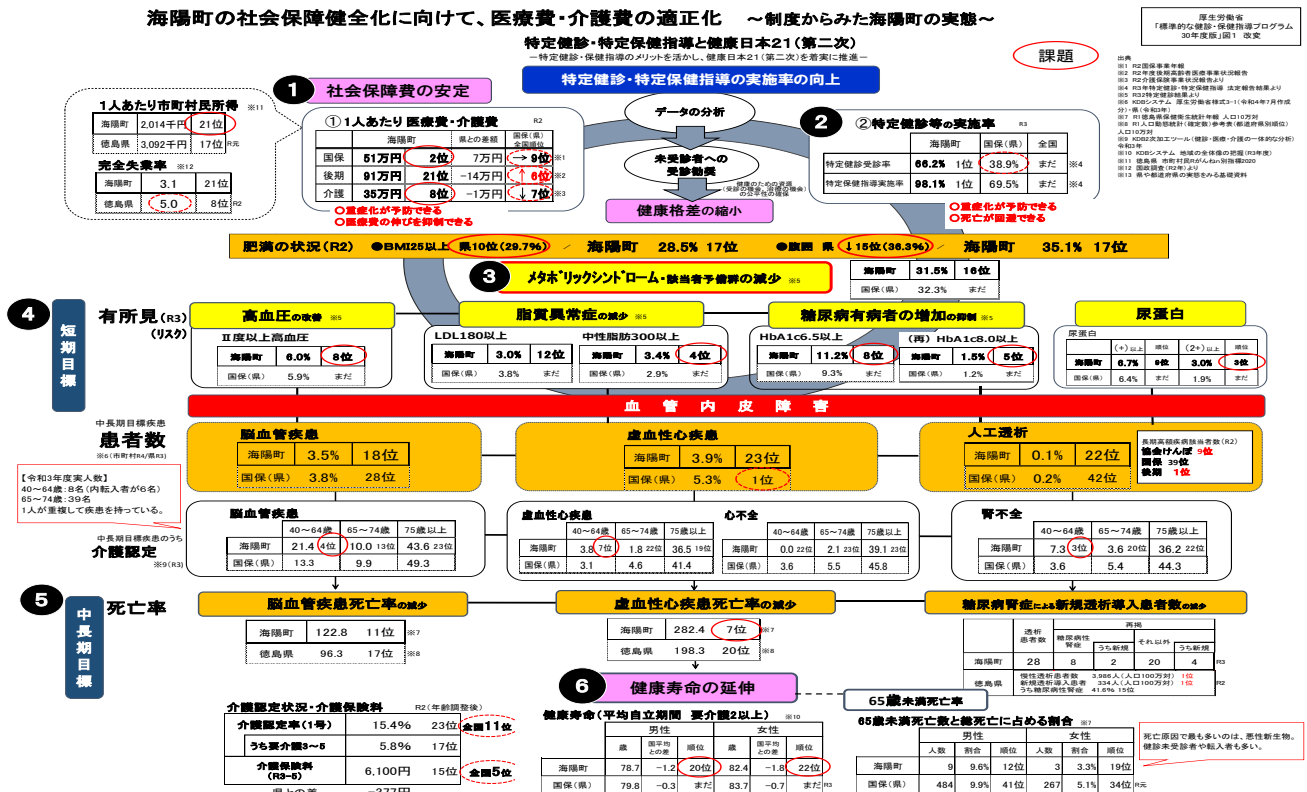
乳幼児期からの継続した生活習慣病予防、世帯単位での生活習慣を考える機会として、16 歳～39 歳までの住民を対象に特定健診に準ずる健康診査の実施を継続します。初回受診者には、胃がんの発症と関係の深いピロリ菌検査を同時に実施することで、胃がんの予防につなげるとともに受診率向上を図っていきます。

健診受診者には、特定健診受診者と同様、保健指導プログラムに沿った支援を実施し、発症・重症化予防につなげていきます。

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症、重症化予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。被保険者自身が健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに、主体的・積極的に健康増進に取り組むことが重要です。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の实態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表 80, 81)

図表 89 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 90 海陽町の食の特徴

～特徴的な糖質の取り方は?～

- お好み焼きが大きい。
- パン屋だけでなく、コンビニでもパンを買う習慣があり、菓子パンの影響は大きい。
- 素麺を一口大に丸めて大皿で出して食べる。(海陽町の中でも地域が限られているが、お祭り料理の流れ??)
- 寿司桶や助六寿司のバックにおはぎが入っている。先に売れる。ピーナッツも入っている。

→海陽町独特の食文化か?なぜ入ようになったのか?

法事のときには精進料理を出すので、魚の寿司を作ることはいできない。そのため、おはぎを作っていた。

また、砂糖が貴重な時代だったため祝いの席や法事などで出すことが多かった。

昭和30年代にはもう、寿司と一緒におはぎが出されていた。その頃は砂糖が貴重だったが、沖縄返還があってから砂糖が手に入りやすくなった。それからは大きなおはぎが作れるようになった。



徳島県民 食に関する特徴

- お接待文化が根強い。家には来客のための菓子やジュースをストック。訪問者に茶菓子や果物を持参する。(手ぶで帰らない文化)
- 甘いものを好む。(ご飯にあんこをのせて食べるといふ人も...)
- 安価で、量が多くお腹が膨れるものをよく購入する(菓子パンを一度に大量に購入)
- 病院見舞いにも菓子・飲料を持参(定番)
- 野菜の摂取が少ない

食環境の変化

コンビニ店数
H24 47店 → R2 24店 2.6倍
(122軒) (222軒)

県民が美味しいと思う食べ方の定番



血糖・体重にダイレクトに関係

- 糖質の多い食以外に間食や甘い飲み物を摂取する(国保県民 H30)
- 男性 79.5%(4位)
- 女性 88.5%(4位)
- 菓子パン 11位(男性化糖)油脂
- 乳飲料(うちゴート牛乳) 6位(男性化糖)
- スポーツドリンク 11位(男性化糖)
- 果物・野菜ジュース 12位(男性化糖)
- コーヒー・ミルクココア 8位(男性化糖)

購入金額ランキング(調査期間:2019-2021年)

脂・油もしっかり入ってきました

○ハンバーガー 1位(油脂) ジャコウド

○天ぷら・フライ 9位(油脂)

購入金額ランキング(調査期間:2019-2021年)



第 5 章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3 年後の令和 8 年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の令和 11 年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

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

※評価における 4 つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、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のが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。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、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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海陽町の位置

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海陽町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた海陽町の位置 (H30～R04年度)

項目			海陽町										同規模平均		徳島県		国			
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1 概況	①	人口構成	総人口	9,256		9,256		9,256		9,256		8,309		1,680,058		691,132		123,214,261		
			65歳以上(高齢化率)	3,987	43.1	3,987	43.1	3,987	43.1	3,987	43.1	3,873	46.6	662,426	39.4	238,346	34.5	35,335,805	28.7	
			75歳以上	2,246	24.3	2,246	24.3	2,246	24.3	2,246	24.3	2,132	25.7	—	—	122,872	17.7	18,248,742	14.8	
			65～74歳	1,741	18.8	1,741	18.8	1,741	18.8	1,741	18.8	1,741	21.0	—	—	115,874	16.7	17,087,063	13.9	
			40～64歳	2,961	32.0	2,961	32.0	2,961	32.0	2,961	32.0	2,961	30.5	—	—	224,837	32.5	41,545,893	33.7	
		39歳以下	2,308	24.9	2,308	24.9	2,308	24.9	2,308	24.9	1,902	22.9	—	—	227,949	33.0	46,332,563	37.6		
2 死亡	②	産業構成	第1次産業	16.5		16.5		16.5		16.5		16.5		17.0		8.5		4.0		
			第2次産業	25.6		25.6		25.6		25.6		25.6		25.3		24.1		25.0		
			第3次産業	57.9		57.9		57.9		57.9		57.9		57.7		67.4		71.0		
			平均寿命	79.6		79.6		79.6		79.6		79.6		80.4		80.3		80.8		
			女性	86.6		86.6		86.6		86.6		86.6		86.9		86.7		87.0		
3 介護	④	平均自立期間 (※介護2以上)	男性	77.2		76.1		77.8		78.7		78.9		79.5		79.7		80.1		
			女性	84.1		83.6		83.8		82.4		83.3		84.2		83.8		84.4		
			標準化死亡率 (SMR)	107.4		107.4		107.4		107.8		107.8		103.1		105.1		100.0		
			男性	102.8		102.8		102.8		107.9		107.9		101.3		103.3		100.0		
			女性	107.4		107.4		107.4		107.8		107.8		103.1		105.1		100.0		
4 医療	①	死亡の状況	死因	がん	49	50.0	61	51.3	44	52.4	44	45.8	53	58.9	7,089	46.3	2,446	48.8	378,272	50.6
			心臓病	34	34.7	36	30.3	22	26.2	31	32.3	23	25.6	4,562	29.8	1,415	28.2	205,485	27.5	
			脳疾患	7	7.1	17	14.3	12	14.3	14	14.6	10	11.1	2,404	15.7	687	13.7	102,900	13.8	
			糖尿病	2	2.0	1	0.8	1	1.2	2	2.1	0	0.0	283	1.8	119	2.4	13,896	1.9	
			腎不全	5	5.1	3	2.5	4	4.8	4	4.2	3	3.3	622	4.1	233	4.7	26,946	3.6	
		自殺	1	1.0	1	0.8	1	1.2	1	1.0	1	1.1	346	2.3	110	2.2	20,171	2.7		
5 福祉	②	早期予防から みた死亡 (65歳未満)	合計	8	4.2	11	5.9	12	6.3	8	4.6	(65歳未満死亡割合)人口動態統計より				707	6.8	125,187	8.7	
			男性	4	4.4	9	9.6	9	9.8	6	7.1					500	9.7	82,832	11.2	
			女性	4	3.9	2	2.2	3	3.0	2	2.2					207	3.9	42,355	6.0	
			※県・国はR03年度データを記載																	
6 福祉	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	753	18.5	775	19.0	793	19.5	798	19.8	810	20.8	127,161	19.4	49,183	20.7	6,724,030	19.4	
			新規認定者	18	0.3	14	0.3	14	0.3	12	0.3	17	0.3	2,078	0.3	864	0.3	110,289	0.3	
			介護度別 総件数	要支援1.2	2,414	13.4	2,814	14.9	2,695	13.8	2,494	12.6	2,615	12.8	365,856	13.2	172,153	14.2	21,785,044	12.9
			要介護1.2	9,065	50.5	8,943	47.5	9,504	48.8	10,242	51.6	10,167	49.7	1,297,770	46.8	574,015	47.4	78,107,378	46.3	
			要介護3以上	6,488	36.1	7,082	37.6	7,263	37.3	7,098	35.8	7,664	37.5	1,111,906	40.1	465,525	38.4	68,963,503	40.6	
7 福祉	②	有病状況	2号認定者	12	0.4	10	0.3	9	0.3	11	0.4	12	0.5	2,073	0.4	844	0.4	156,107	0.4	
			糖尿病	164	21.7	163	22.4	174	21.3	167	20.6	184	21.0	30,162	22.6	14,411	27.9	1,712,613	24.3	
			高血圧症	419	55.1	431	54.9	459	55.3	438	54.8	441	53.3	71,773	54.3	29,294	57.7	3,744,672	53.3	
			脂質異常症	198	24.7	211	26.8	225	26.9	238	27.9	242	28.9	39,654	29.6	16,551	32.3	2,308,216	32.6	
			心臓病	479	62.7	485	62.6	507	62.3	494	61.2	500	60.6	80,304	60.9	32,830	64.7	4,224,628	60.3	
		脳疾患	176	23.6	187	23.9	176	23.4	161	20.7	174	20.8	30,910	23.8	11,243	22.5	1,568,292	22.6		
8 福祉	③	介護給付費	がん	66	7.1	68	8.0	75	9.1	80	9.3	85	9.7	14,782	11.0	6,412	12.3	837,410	11.8	
			筋・骨格	424	54.3	432	56.2	441	55.2	439	54.3	442	53.7	71,540	54.1	29,971	59.1	3,748,372	53.4	
			精神	320	42.8	316	40.9	328	41.4	327	41.1	318	38.9	49,589	37.8	19,884	39.1	2,569,149	36.8	
			一人当たり給付費/総給付費	333,019	1,327,748,577	342,812	1,366,791,241	341,470	1,361,438,938	341,889	1,363,109,756	364,458	1,411,545,774	314,188	—	320,304	290,668			
			1件当たり給付費(全体)	73,899		72,551		69,954		68,726		69,038		74,966		63,005		59,662		
9 福祉	④	医療費等	居宅サービス	42,361		42,134		40,168		39,536		38,478		43,722		41,316		41,672		
			施設サービス	268,659		273,569		274,578		274,500		279,722		289,312		297,064		296,364		
			要介護認定別 医療費(40歳以上)	8,988		8,477		8,743		9,246		9,215		9,224		8,871		8,610		
			認定あり	4,244		4,659		4,763		4,676		4,781		4,375		4,497		4,020		
			認定なし	—		—		—		—		—		—		—		—		
10 福祉	①	国民の状況	被保険者数	2,670		2,609		2,536		2,434		2,297		427,153		154,837		27,488,882		
			65～74歳	1,298	48.6	1,274	48.8	1,283	50.6	1,267	52.1	1,166	50.8	—	—	73,617	47.5	11,219,271	40.5	
			40～64歳	874	32.7	839	32.2	784	30.9	734	30.2	723	31.5	—	—	49,424	31.9	9,088,015	33.1	
			39歳以下	498	18.7	496	19.0	469	18.5	433	17.8	408	17.8	—	—	31,796	20.5	7,271,596	26.5	
			加入率	28.8		28.2		27.4		26.3		27.6		25.6		22.4		22.3		
11 福祉	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	150	0.4	107	0.7	8,237	0.7	
			診療所数	7	2.6	6	2.3	6	2.4	6	2.5	6	2.6	1,147	2.7	708	4.6	102,599	3.7	
			病床数	45	16.9	45	17.2	45	17.7	45	18.5	45	19.6	15,964	37.4	13,691	88.4	1,507,471	54.8	
			医師数	11	4.1	11	4.2	11	4.3	11	4.5	8	3.5	1,780	4.2	2,967	16.6	33,611	12.4	
			外来患者数	716.3		709.8		680.8		691.0		701.7		692.2		737.2		687.8		
		入院患者数	31.1		30.4		31.7		33.9		33.9		22.7		25.0		17.7			
12 福祉	③	医療費の 状況	一人当たり医療費	403,689	県内5位 同規模31位	423,120	県内5位 同規模20位	449,124	県内2位 同規模10位	480,898	県内2位 同規模7位	440,334	県内7位 同規模30位	376,732		389,015		339,680		
			受診率	747.4		740,229		712,555		726,604		735,57		714,851		762,201		705,439		
			費用の割合	51.9		53.9		54.5		50.8		48.1		56.3		54.9		60.4		
			未 件数の割合	95.8		95.9		95.5		95.1		95.4		96.8		96.7		97.5		
			入院 費用の割合	48.1		46.1		45.5		49.2		51.9		43.7		45.1		39.6		
		入院 件数の割合	4.2		4.1		4.5		4.9		4.6		3.2		3.3		2.5			
13 福祉	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	1件あたり入院日数	19.7日		19.4日		19.5日		20.0日		20.8日		16.4日		18.5日		15.7日		
			がん	140,480,460	27.0	173,848,030	30.2	199,503,230	34.3	160,345,340	27.7	122,395,140	24.5	31.3		30.5		32.2		
			慢性腎不全(透析あり)	9,593,520	1.8	14,955,740	2.6	7,859,740	1.4	6,682,470	1.2	4,704,590	0.9	7.2		4.4		8.2		
			糖尿病	51,297,690	9.8	50,240,350	8.7	46,356,400	8.0	48,551,490	8.4	47,517,590	9.5	11.3		10.8		10.4		
			高血圧症	46,078,470	8.8	43,125,600	7.5	41,599,830	7.2	38,324,610	6.6	33,517,160	6.7	6.6		6.0		5.9		
		脂質異常症	23,200,590	4.5	22,749,150	4.0	21,434,400	3.7	21,668,680	3.7	18,533,720	3.7	3.8		3.7		4.1			
14 福祉	⑤	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	脳梗塞・脳出血	17,018,390	3.2	22,342,140	3.9	17,501,950	3.0	18,284,780	3.1	10,638,500	2.1	3.9		2.7		3.9		
			狭心症・心筋梗塞	14,802,420	2.8	24,641,300	4.3	21,053,330	3.7	20,763,680	3.6	19,736,400	3.9	2.8		3.4		2.8		
			糖尿病	149,548,730	28.7	127,359,660	22.1	131,692,540	22.6	160,208,550	27.7	170,654,820	34.1	14.9		21.1		14.7		
			筋・骨格	60,666,590	11.6	80,953,840	14.1	81,144,190	14.0	91,987,610	15.9	61,679,400	12.3	17.3		16.2		16.7		
			高血圧症	516	0.3	572	0.3	124	0.1	75	0.0	198	0.1	430	0.3	233	0.1	256	0.2	
		糖尿病	1,425	0.7	1,198	0.6	914	0.4	1,610	0.7	657	0.3	1,426	0.9	1,411	0.8	1,144	0.9		
15 福祉	⑥	一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	脂質異常症	—		318	0.2	517	0.3	428	0.2	—		69	0.0	84	0.0	53	0.0	
			脳梗塞・脳出血	5,811	3.0	7,899	4.0	5,942	2.9	6,539	2.8	3,909	1.7	6,762	4.1	4,750	2.7	5,993	4.5	
			虚血性心疾患	4,102	2.1	7,975	4.1	6,536	3.2	6,920	2.9	6,759	3.0	4,422	2.7	5,717	3.3	3,942	2.9	
			腎不全	2,263	1.2	3,364	1.7													

5 健診	①	特定健診の 状況 県内市町村数 26市町村 同規模市区町村 数 240市町村	健診受診者	1,188		1,179		1,182		1,149		880		139,850		43,802		6,503,152			
	②		受診率	61.7	県内1位 同規模10位	62.9	県内1位 同規模17位	65.0	県内1位 同規模6位	65.9	県内1位 同規模6位	65.3	県内1位 同規模6位	44.7	39.2	全国18位	35.3				
	③		特定保健指導終了者(実施率)	106	96.4	109	99.1	120	99.2	107	100.0	0	100.0	2,676	16.0	297	5.5	69,327	9.0		
	④		非肥満高血糖	105	8.8	115	9.8	114	9.6	122	10.6	61	6.9	14,190	10.1	3,532	8.1	588,083	9.0		
	⑤		メタボ	該当者	219	18.4	231	19.6	248	21.0	249	21.7	170	19.3	30,227	21.6	9,180	21.0	1,321,197	20.3	
	⑥			男性	152	27.2	158	27.9	179	31.9	171	32.0	122	29.8	21,300	32.1	6,496	33.1	93,222	32.0	
	⑦			女性	67	10.7	73	11.9	69	11.1	78	12.7	48	10.2	8,927	12.1	2,684	11.1	39,975	11.0	
	⑧			予備群	137	11.5	127	10.8	126	10.7	114	9.9	99	11.3	16,236	11.6	5,182	11.8	730,607	11.2	
	⑨		メタボ 該当・ 予備群 レベル	男性	96	17.2	89	15.7	88	15.7	77	14.4	71	17.3	11,464	17.3	3,648	18.6	515,813	17.9	
	⑩			女性	41	6.5	38	6.2	38	6.1	37	6.0	28	6.0	4,772	6.5	1,534	6.3	214,794	5.9	
	⑪			総数	404	34.0	404	34.3	415	35.1	406	35.3	302	34.3	51,122	36.6	15,805	36.1	2,273,296	35.0	
	⑫			総数	404	34.0	404	34.3	415	35.1	406	35.3	302	34.3	51,122	36.6	15,805	36.1	2,273,296	35.0	
	⑬		BMI	男性	280	50.1	275	48.6	294	52.3	283	53.0	217	52.9	35,935	54.2	11,158	56.9	1,592,747	55.3	
	⑭			女性	124	19.7	129	21.0	121	19.5	123	20.0	85	18.1	15,187	20.6	4,647	19.2	680,549	18.8	
	⑮			総数	71	6.0	60	5.1	64	5.4	62	5.4	51	5.8	8,126	5.8	2,385	5.4	304,276	4.7	
	⑯			総数	71	6.0	60	5.1	64	5.4	62	5.4	51	5.8	8,126	5.8	2,385	5.4	304,276	4.7	
	⑰		服薬 問診の状況	血糖のみ	男性	9	1.6	10	1.8	9	1.6	8	1.5	5	1.2	1,372	2.1	368	1.9	48,780	1.7
	⑱				女性	62	9.9	50	8.2	55	8.9	54	8.8	46	9.8	6,756	9.2	2,017	8.3	255,496	7.1
	⑲				血糖のみ	6	0.5	8	0.7	9	0.8	6	0.5	6	0.7	963	0.7	264	0.6	41,541	0.6
⑳	血糖のみ	98			8.2	96	8.1	88	7.4	78	6.8	72	8.2	11,851	8.5	3,727	8.5	514,593	7.9		
㉑	血糖・血圧	男性		33	2.8	23	2.0	29	2.5	30	2.6	24	2.4	3,455	2.4	1,113	2.4	174,472	2.7		
㉒		女性		28	2.4	35	3.0	41	3.5	42	3.7	30	3.4	5,115	3.7	1,335	3.0	193,722	3.0		
㉓		血糖・脂質		5	0.4	9	0.8	10	0.8	8	0.7	11	1.3	1,475	1.1	450	1.0	67,212	1.0		
㉔		血糖・脂質		110	9.3	110	9.3	126	10.7	122	10.6	82	9.3	13,535	9.7	4,666	10.7	630,648	9.7		
㉕	高血圧	血糖・血圧・脂質		76	6.4	77	6.5	71	6.0	77	6.7	47	5.3	10,102	7.2	2,729	6.2	429,615	6.6		
㉖		高血圧		451	38.0	463	39.3	490	41.5	502	43.7	348	39.5	55,201	39.5	16,935	38.7	2,324,538	35.8		
㉗		糖尿病		128	10.8	133	11.3	139	11.8	139	12.1	72	8.2	14,674	10.5	3,764	8.6	564,473	8.7		
㉘		脂質異常症		303	25.5	321	27.2	324	27.4	334	29.1	242	27.5	38,746	27.7	11,822	27.0	1,817,350	28.0		
㉙	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	36	3.4	42	3.8	48	4.4	51	5.2	31	3.6	4,389	3.3	1,329	3.1	19,903	3.1			
㉚		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	61	5.8	60	5.4	72	6.7	72	7.3	53	6.1	8,295	6.2	2,531	5.8	349,845	5.5			
㉛		腎不全	14	1.3	9	0.8	16	1.5	12	1.2	8	0.9	1,283	0.9	511	1.2	51,680	0.8			
㉜		貧血	112	10.6	129	12.1	133	12.6	122	12.5	125	14.4	12,237	9.0	4,733	11.0	669,737	10.6			
㉝	生活習慣の 状況	喫煙	喫煙	151	12.7	138	11.7	132	11.2	124	10.8	120	11.4	21,078	15.1	5,368	12.3	896,676	13.8		
㉞			週3回以上朝食を抜く	82	7.8	82	7.9	89	8.6	67	6.9	66	7.7	11,378	8.6	3,880	9.1	609,166	10.3		
㉟			週3回以上食後同食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0	
㊱			週3回以上就寝前夕食(H30～)	188	18.0	176	17.0	196	18.7	172	17.9	163	18.9	21,660	16.4	7,259	17.0	932,218	15.7		
㊲		食への速度が速い	週3回以上就寝前夕食(H30～)	188	18.0	176	17.0	196	18.7	172	17.9	163	18.9	21,660	16.4	7,259	17.0	932,218	15.7		
㊳			食べる速度が速い	330	31.2	349	33.3	331	31.5	306	31.4	251	28.9	35,106	26.4	13,138	30.7	1,590,713	26.8		
㊴			20歳時体重から10kg以上増加	328	31.0	342	32.6	350	33.4	331	31.4	287	33.1	47,632	35.8	15,365	36.0	2,083,152	34.9		
㊵			1日30分以上運動習慣なし	649	61.5	651	62.1	616	58.7	585	60.4	523	60.2	68,946	65.2	25,071	58.7	3,589,415	60.3		
㊶		毎日の飲酒	1日1時間以上運動なし	549	52.1	547	52.1	536	51.1	501	51.6	433	49.9	62,532	46.9	21,798	51.0	2,588,913	48.0		
㊷			睡眠不足	277	26.4	275	26.4	281	26.9	247	25.5	214	24.9	32,230	24.3	11,333	26.8	1,521,685	25.6		
㊸			毎日飲酒	311	26.4	320	27.2	314	26.6	282	24.5	240	27.3	35,947	26.5	10,658	24.7	1,585,206	25.5		
㊹			時々飲酒	200	17.0	184	15.6	181	15.3	193	16.8	151	17.2	28,605	21.1	7,699	17.8	1,393,154	22.4		
㊺	一日 飲酒 量	1合未満	397	59.3	386	59.7	399	58.1	385	59.2	398	64.5	53,892	59.9	17,015	63.9	2,851,796	64.2			
㊻		1～2合	171	25.5	165	25.5	184	26.6	176	27.1	140	22.7	23,850	26.5	6,226	23.4	1,053,317	23.7			
㊼		2～3合	78	11.6	69	10.7	87	12.7	67	10.3	65	10.5	9,375	10.4	2,624	9.9	414,658	9.3			
㊽		3合以上	24	3.6	27	4.2	17	2.5	22	3.4	14	2.3	2,835	3.2	754	2.8	122,039	2.7			

① 40～64 歳(国保)



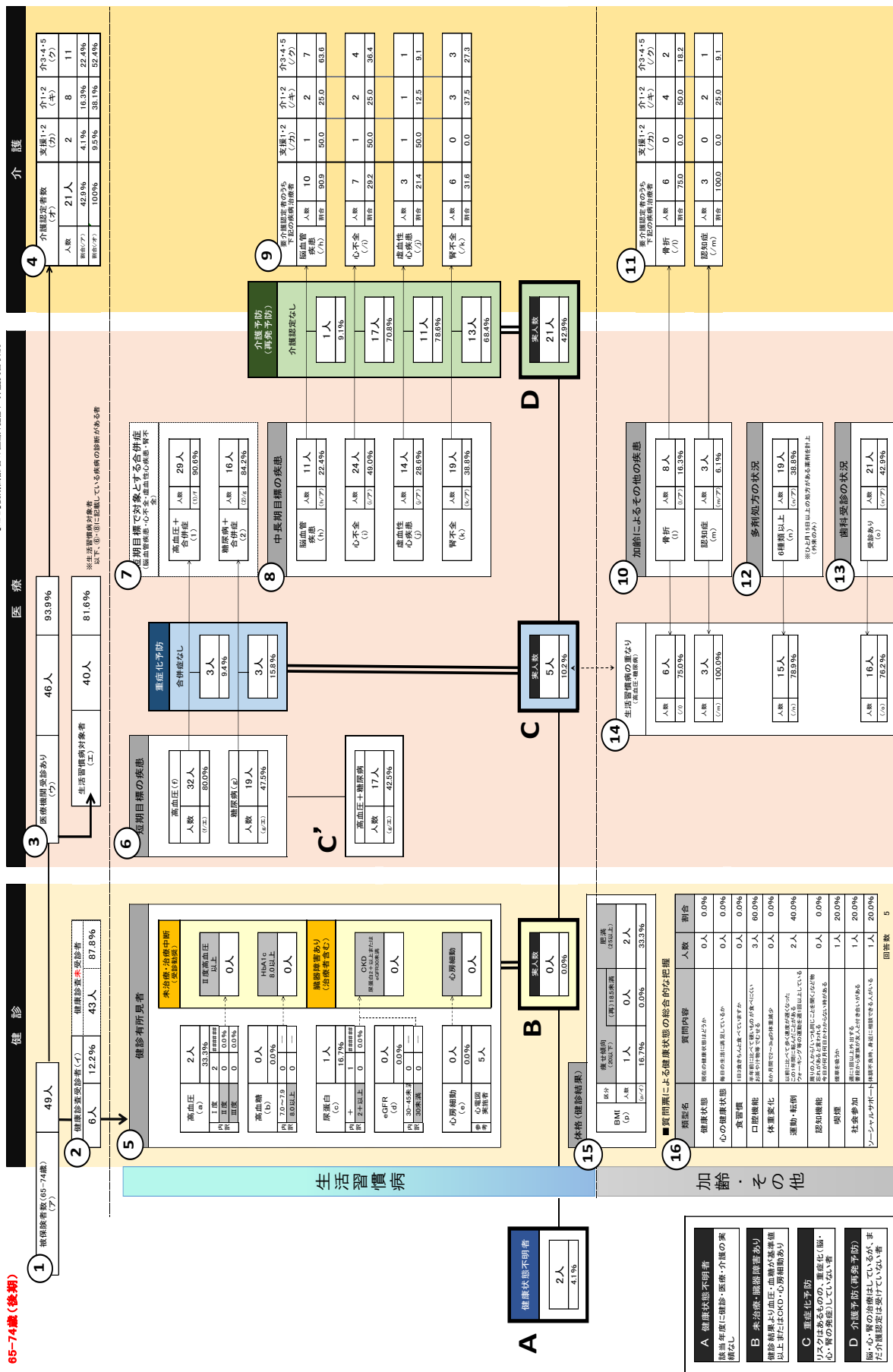
③ 65～74 歳(後期)

【KOB】厚生労働省標準式-1
【特定保健指導等一斉管理システム】PKAC171

参考: 【KOB】介入支援対象者-腎・循環・重症化予防
【KOB】介入支援対象者-腎・循環・重症化予防
【KOB】初期段階の重症化(重症化)・介入支援状況

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

65～74歳(後期)



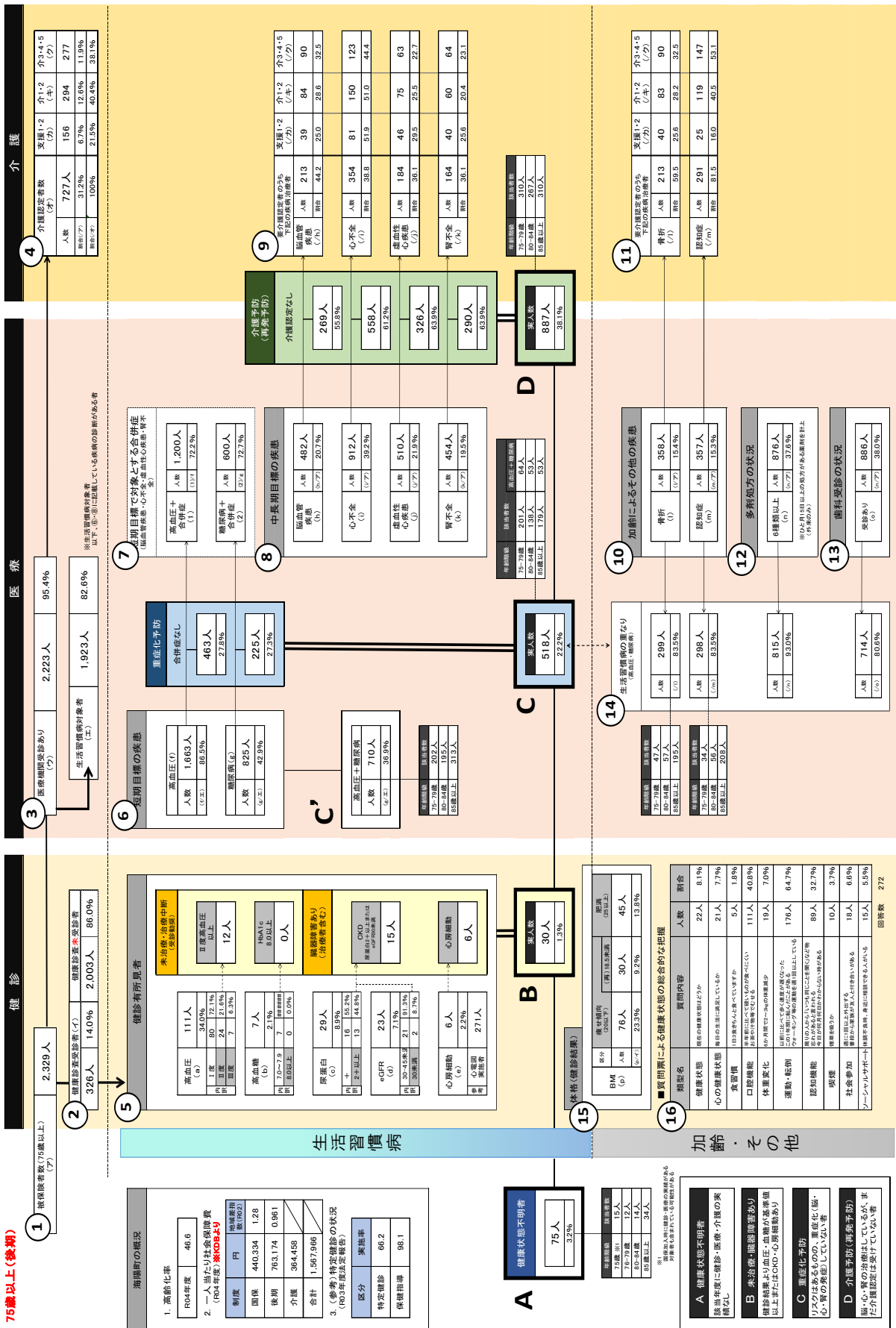
④ 75 歳以上(後期)

【QOB】厚生労働省様式「1
【特定保健指導等一斉管理システム】FAC171

参考: 【QOB】介入支援対象者一覧(保健・医療・介護・予防)
【QOB】後期高齢者の健康(健康)・介護受給状況

E表: 健診・医療・介護データの一括的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

75歳以上(後期)



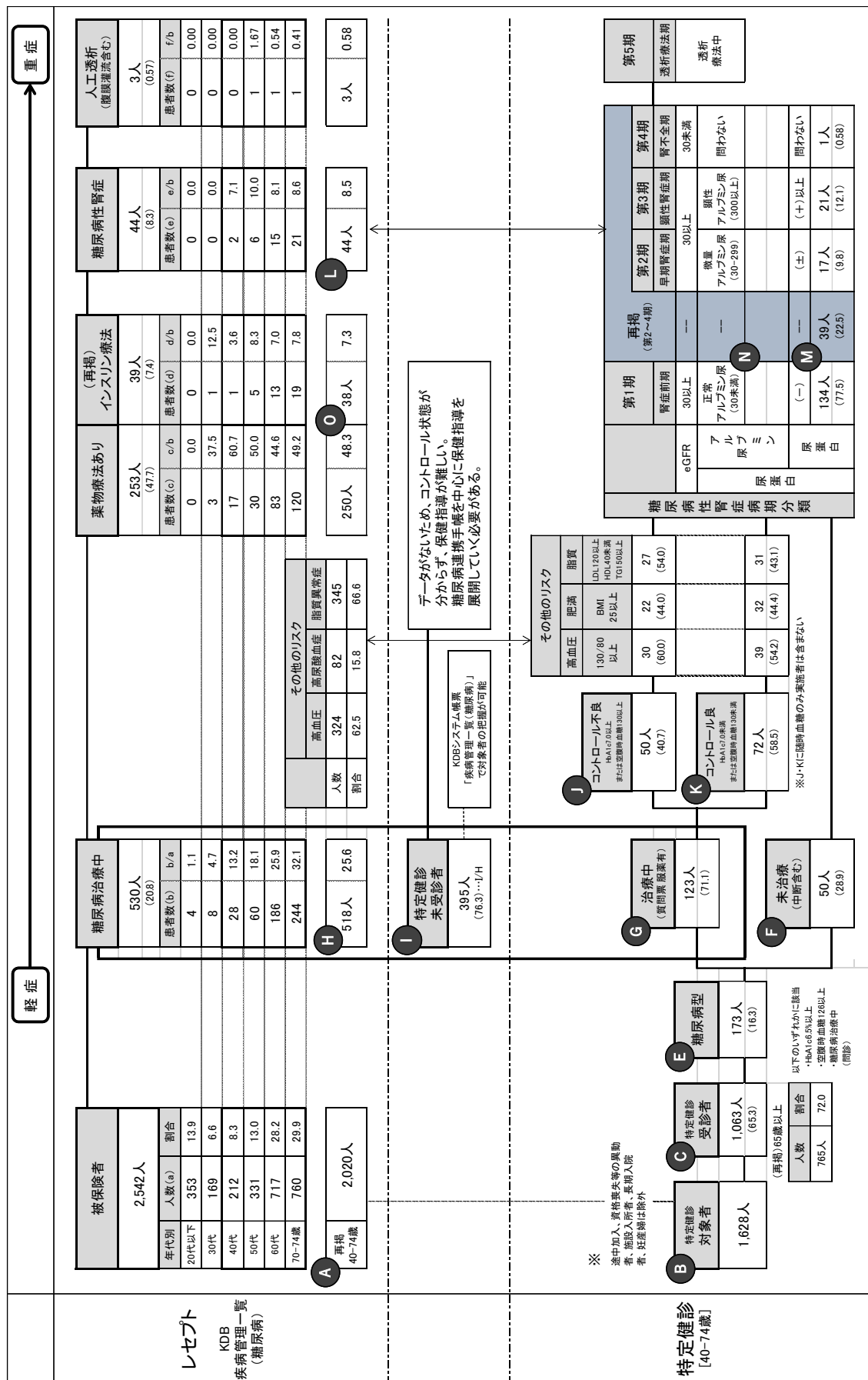
(参考資料3) 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目			突 合 表	海陽町										同規模保険者(平均)		データ基				
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度						
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
1	①	被保険者数	A	2,799人		2,665人		2,612人		2,509人		2,452人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2				
	②	(再掲)40~74歳		2,257人		2,170人		2,135人		2,073人		2,022人								
2	①	特定健診	対象者数	B	1,919人		1,865人		1,807人		1,735人		1,628人				市町村国保 特定健康診査・特定保 健指導状況概況報告書			
	②		受診者数	C	1,188人		1,180人		1,181人		1,148人		1,063人							
	③		受診率		61.9%		63.3%		65.4%		66.2%		65.3%							
3	①	特定 保健指導	対象者数		110人		111人		119人		107人		92人							
	②		実施率	96.4%		99.1%		97.5%		98.1%		98.9%								
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	167人	14.1%	173人	14.7%	174人	14.7%	174人	15.2%	155人	15.3%			特定健診結果			
	②		治療中(質問票 服薬あり)	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	36人	21.6%	45人	26.0%	47人	27.0%	45人	25.9%	50人	32.3%					
	③			コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		G	131人	78.4%	128人	74.0%	127人	73.0%	129人	74.1%	105人	67.7%				
	④				血圧 130/80以上		J	54人	41.2%	57人	44.5%	55人	43.3%	61人	47.3%	43人		41.0%		
	⑤							J	33人	61.1%	38人	66.7%	32人	58.2%	32人	52.5%		27人	62.8%	
	⑥			肥満 BMI25以上				24人	44.4%	20人	35.1%	26人	47.3%	22人	36.1%	21人		48.8%		
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	77人	58.8%	71人	55.5%	72人	56.7%	68人	52.7%	62人	59.0%						
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	125人	74.9%	127人	73.4%	125人	71.8%	126人	72.4%	118人	76.1%						
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		14人	8.4%	13人	7.5%	20人	11.5%	19人	10.9%	17人	11.0%						
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		23人	13.8%	30人	17.3%	26人	14.9%	28人	16.1%	19人	12.3%						
	⑪		第4期 eGFR30未満		5人	3.0%	3人	1.7%	3人	1.7%	1人	0.6%	1人	0.6%						
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		134.0人		132.1人		125.2人		133.5人		131.3人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
	②		(再掲)40~74歳(被保険者千対)		163.5人		160.8人		150.8人		158.7人		157.3人							
	③		レセプト件数 (40~74歳) (1件は被保険者千対)	入院外(件数)		1,904件	(876.6)	1,918件	(907.7)	1,798件	(869.9)	1,819件	(909.0)	1,755件	(929.1)	319,711件	(930.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
	④			入院(件数)		10件	(4.6)	11件	(5.2)	4件	(1.9)	7件	(3.5)	4件	(2.1)	1,521件	(4.4)			
	⑤		糖尿病治療中	H	375人	13.4%	352人	13.2%	327人	12.5%	335人	13.4%	322人	13.1%						
	⑥		(再掲)40~74歳		369人	16.3%	349人	16.1%	322人	15.1%	329人	15.9%	318人	15.7%						
	⑦		健診未受診者	I	238人	64.5%	218人	62.5%	195人	60.6%	200人	60.8%	213人	67.0%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
	⑧		インスリン治療	O	20人	5.3%	21人	6.0%	17人	5.2%	19人	5.7%	19人	5.9%						
	⑨		(再掲)40~74歳		20人	5.4%	21人	6.0%	17人	5.3%	17人	5.2%	18人	5.7%						
	⑩		糖尿病性腎症	L	21人	5.6%	23人	6.5%	16人	4.9%	31人	9.3%	21人	6.5%						
	⑪		(再掲)40~74歳		21人	5.7%	23人	6.6%	16人	5.0%	31人	9.4%	21人	6.6%						
	⑫		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%	3人	0.9%	2人	0.6%	1人	0.3%	1人	0.3%				KDB 保健事業介入支援管理		
	⑬		(再掲)40~74歳		1人	0.3%	3人	0.9%	2人	0.6%	1人	0.3%	1人	0.3%						
	⑭		新規透析患者数		3人		3人		1人		5人		3人							
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		2人		2人		0人		1人		0人							
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		7人	1.2%	7人	1.2%	10人	1.8%	8人	1.3%	8人	1.3%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期			
6	①	医療費	総医療費		10億7785万円		11億0392万円		11億3898万円		11億7051万円		10億1145万円		6億7051万円		KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課 題			
	②		生活習慣病総医療費		5億2085万円		5億7529万円		5億8165万円		5億7899万円		4億9979万円		3億5898万円					
	③		(総医療費に占める割合)		48.3%		52.1%		51.1%		49.5%		49.4%		53.5%					
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		8,552円		10,130円		9,539円		10,365円		8,762円		9,063円				
	⑤			健診未受診者		28,839円		29,310円		34,081円		33,596円		30,586円		37,482円				
	⑥		糖尿病医療費		5130万円		5024万円		4636万円		4855万円		4752万円		4061万円					
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.8%		8.7%		8.0%		8.4%		9.5%		11.3%					
	⑧		糖尿病入院外総医療費		1億3221万円		1億5316万円		1億8942万円		2億0958万円		1億2481万円							
	⑨		1件あたり		28,232円		33,095円		42,846円		48,978円		31,203円							
	⑩		糖尿病入院総医療費		7585万円		8361万円		1億0597万円		1億0415万円		6742万円							
	⑪		1件あたり		509,037円		525,866円		540,650円		588,393円		503,101円							
	⑫		在院日数		15日		17日		18日		17日		19日							
	⑬		慢性腎不全医療費		1420万円		2596万円		1903万円		1721万円		1231万円		2783万円					
	⑭		透析有り		959万円		1496万円		786万円		668万円		470万円		2567万円					
	⑮		透析なし		461万円		1100万円		1117万円		1052万円		761万円		216万円					
7	①	介護	介護給付費		13億2775万円		13億6679万円		13億6144万円		13億6311万円		14億1155万円		8億6719万円					
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%						
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		2人	1.0%	1人	0.5%	1人	0.5%	2人	1.0%	0人	0.0%	622人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課 題			

(参考資料 4) 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの実合

令和04年度

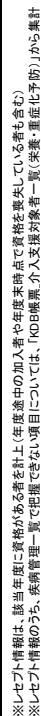


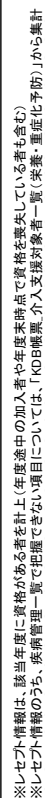
※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報のうち、疾病管理一覽で把握できない項目については、「KDB帳票 介入支援対象者一覽（突発・重症化予防）」から集計

令和04年度

輕症

令和04年度





(参考資料 7) HbA1c の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性 が否定できない		糖尿病									
								合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	1,137	465	40.9%	420	36.9%	151	13.3%	61	5.4%	32	2.8%	8	0.7%	23	2.0%	7	0.6%
H30	1,170	511	43.7%	389	33.2%	160	13.7%	63	5.4%	34	2.9%	13	1.1%	29	2.5%	8	0.7%
R01	1,167	451	38.6%	412	35.3%	181	15.5%	70	6.0%	38	3.3%	15	1.3%	27	2.3%	10	0.9%
R02	1,159	457	39.4%	400	34.5%	174	15.0%	66	5.7%	45	3.9%	17	1.5%	33	2.8%	7	0.6%
R03	1,127	427	37.9%	401	35.6%	173	15.4%	68	6.0%	41	3.6%	17	1.5%	36	3.2%	11	1.0%
R04	1,041	380	36.5%	378	36.3%	164	15.8%	70	6.7%	35	3.4%	14	1.3%	29	2.8%	9	0.9%

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

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上												
					再)7.0以上	再掲											
						未治療	治療										
H29	1,137	465	40.9%	420	101	34	67										
						8.9%	66.3%										
						40	31										
H30	1,170	511	43.7%	389	110	27	83										
						9.4%	75.5%										
						47	40										
R01	1,167	451	38.6%	412	123	33	90										
						10.5%	73.2%										
						53	43										
R02	1,159	457	39.4%	400	128	39	89										
						11.0%	69.5%										
						62	44										
R03	1,127	427	37.9%	401	126	32	94										
						11.2%	74.6%										
						58	50										
R04	1,041	380	36.5%	378	119	40	79										
						11.4%	66.4%										
						49	39										

治療と未治療の状況

				HbA1c測定		保健指導判定値								受診勧奨判定値								再掲													
						正常				正常高値				糖尿病の可能性 が否定できない				糖尿病																	
																		合併症予防の ための目標								最低限度達成が 望ましい目標				合併症の危険が 更に大きくなる					
						5.5以下				5.6～5.9				6.0～6.4				6.5～6.9				7.0～7.9				8.0以上				7.4以上		8.4以上			
						人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合								
A				B		B/A		C		C/A		D		D/A		E		E/A		F		F/A		G		G/A		H		H/A		I		I/A	
治療中	H29	112	9.9%	4	3.6%	15	13.4%	26	23.2%	36	32.1%	24	21.4%	7	6.3%	18	16.1%	6	5.4%																
	H30	128	10.9%	4	3.1%	9	7.0%	32	25.0%	43	33.6%	27	21.1%	13	10.2%	27	21.1%	8	6.3%																
	R01	132	11.3%	2	1.5%	9	6.8%	31	23.5%	47	35.6%	31	23.5%	12	9.1%	20	15.2%	7	5.3%																
	R02	137	11.8%	5	3.6%	7	5.1%	36	26.3%	45	32.8%	30	21.9%	14	10.2%	26	19.0%	4	2.9%																
	R03	137	12.2%	3	2.2%	7	5.1%	33	24.1%	44	32.1%	35	25.5%	15	10.9%	33	24.1%	9	6.6%																
	R04	121	11.6%	4	3.3%	9	7.4%	29	24.0%	40	33.1%	27	22.3%	12	9.9%	25	20.7%	7	5.8%																
治療なし	H29	1,025	90.1%	461	45.0%	405	39.5%	125	12.2%	25	2.4%	8	0.8%	1	0.1%	5	0.5%	1	0.1%																
	H30	1,042	89.1%	507	48.7%	380	36.5%	128	12.3%	20	1.9%	7	0.7%	0	0.0%	2	0.2%	0	0.0%																
	R01	1,035	88.7%	449	43.4%	403	38.9%	150	14.5%	23	2.2%	7	0.7%	3	0.3%	7	0.7%	3	0.3%																
	R02	1,022	88.2%	452	44.2%	393	38.5%	138	13.5%	21	2.1%	15	1.5%	3	0.3%	7	0.7%	3	0.3%																
	R03	990	87.8%	424	42.8%	394	39.8%	140	14.1%	24	2.4%	6	0.6%	2	0.2%	3	0.3%	2	0.2%																
	R04	920	88.4%	376	40.9%	369	40.1%	135	14.7%	30	3.3%	8	0.9%	2	0.2%	4	0.4%	2	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	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
H29	1,151	269	23.4%	248	21.5%	347	30.1%	237	20.6%	42	3.6%	8	0.7%		
H30	1,188	254	21.4%	255	21.5%	360	30.3%	256	21.5%	54	4.5%	9	0.8%		
R01	1,180	237	20.1%	251	21.3%	358	30.3%	272	23.1%	55	4.7%	7	0.6%		
R02	1,181	249	21.1%	235	19.9%	387	32.8%	247	20.9%	54	4.6%	9	0.8%		
R03	1,148	221	19.3%	273	23.8%	340	29.6%	245	21.3%	57	5.0%	12	1.0%		
R04	1,063	205	19.3%	246	23.1%	326	30.7%	214	20.1%	56	5.3%	16	1.5%		

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上						
					再掲						
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療				
H29	1,151	517 44.9%	347 30.1%	237 20.6%	50 4.3%	23 46.0%	27 54.0%				
					8 0.7%	2 25.0%	6 75.0%				
H30	1,188	509 42.8%	360 30.3%	256 21.5%	63 5.3%	38 60.3%	25 39.7%				
					9 0.8%	7 77.8%	2 22.2%				
R01	1,180	488 41.4%	358 30.3%	272 23.1%	62 5.3%	32 51.6%	30 48.4%				
					7 0.6%	4 57.1%	3 42.9%				
R02	1,181	484 41.0%	387 32.8%	247 20.9%	63 5.3%	30 47.6%	33 52.4%				
					9 0.8%	4 44.4%	5 55.6%				
R03	1,148	494 43.0%	340 29.6%	245 21.3%	69 6.0%	37 53.6%	32 46.4%				
					12 1.0%	5 41.7%	7 58.3%				
R04	1,063	451 42.4%	326 30.7%	214 20.1%	72 6.8%	43 59.7%	29 40.3%				
					16 1.5%	11 68.8%	5 31.3%				

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	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	427	37.1%	44	10.3%	85	19.9%	150	35.1%	121	28.3%	21	4.9%	6	1.4%
	H30	451	38.0%	49	10.9%	97	21.5%	151	33.5%	129	28.6%	23	5.1%	2	0.4%
	R01	463	39.2%	42	9.1%	83	17.9%	171	36.9%	137	29.6%	27	5.8%	3	0.6%
	R02	490	41.5%	65	13.3%	89	18.2%	183	37.3%	120	24.5%	28	5.7%	5	1.0%
	R03	501	43.6%	54	10.8%	124	24.8%	164	32.7%	127	25.3%	25	5.0%	7	1.4%
	R04	460	43.3%	45	9.8%	111	24.1%	163	35.4%	112	24.3%	24	5.2%	5	1.1%
治療なし	H29	724	62.9%	225	31.1%	163	22.5%	197	27.2%	116	16.0%	21	2.9%	2	0.3%
	H30	737	62.0%	205	27.8%	158	21.4%	209	28.4%	127	17.2%	31	4.2%	7	0.9%
	R01	717	60.8%	195	27.2%	168	23.4%	187	26.1%	135	18.8%	28	3.9%	4	0.6%
	R02	691	58.5%	184	26.6%	146	21.1%	204	29.5%	127	18.4%	26	3.8%	4	0.6%
	R03	647	56.4%	167	25.8%	149	23.0%	176	27.2%	118	18.2%	32	4.9%	5	0.8%
	R04	603	56.7%	160	26.5%	135	22.4%	163	27.0%	102	16.9%	32	5.3%	11	1.8%

(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			
			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
総数	H29	1,151	550	47.8%	291	25.3%	187	16.2%	85	7.4%	38	3.3%
	H30	1,188	587	49.4%	282	23.7%	200	16.8%	86	7.2%	33	2.8%
	R01	1,180	576	48.8%	298	25.3%	184	15.6%	94	8.0%	28	2.4%
	R02	1,181	585	49.5%	298	25.2%	185	15.7%	81	6.9%	32	2.7%
	R03	1,148	569	49.6%	273	23.8%	182	15.9%	89	7.8%	35	3.0%
	R04	1,063	547	51.5%	258	24.3%	149	14.0%	75	7.1%	34	3.2%
男性	H29	531	286	53.9%	126	23.7%	76	14.3%	31	5.8%	12	2.3%
	H30	559	302	54.0%	130	23.3%	82	14.7%	39	7.0%	6	1.1%
	R01	567	308	54.3%	135	23.8%	78	13.8%	37	6.5%	9	1.6%
	R02	561	306	54.5%	143	25.5%	77	13.7%	24	4.3%	11	2.0%
	R03	533	296	55.5%	112	21.0%	78	14.6%	33	6.2%	14	2.6%
	R04	498	282	56.6%	111	22.3%	66	13.3%	28	5.6%	11	2.2%
女性	H29	620	264	42.6%	165	26.6%	111	17.9%	54	8.7%	26	4.2%
	H30	629	285	45.3%	152	24.2%	118	18.8%	47	7.5%	27	4.3%
	R01	613	268	43.7%	163	26.6%	106	17.3%	57	9.3%	19	3.1%
	R02	620	279	45.0%	155	25.0%	108	17.4%	57	9.2%	21	3.4%
	R03	615	273	44.4%	161	26.2%	104	16.9%	56	9.1%	21	3.4%
	R04	565	265	46.9%	147	26.0%	83	14.7%	47	8.3%	23	4.1%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120～ 139	140～ 159	160以上							
					再)180以上	未治療	治療					
H29	1,151	550 47.8%	291 25.3%	187 16.2%	123 10.7%	103 83.7%	20 16.3%					
					38 3.3%	33 86.8%	5 13.2%					
H30	1,188	587 49.4%	282 23.7%	200 16.8%	119 10.0%	112 94.1%	7 5.9%					
					33 2.8%	32 97.0%	1 3.0%					
R01	1,180	576 48.8%	298 25.3%	184 15.6%	122 10.3%	104 85.2%	18 14.8%					
					28 2.4%	23 82.1%	5 17.9%					
R02	1,181	585 49.5%	298 25.2%	185 15.7%	113 9.6%	103 91.2%	10 8.8%					
					32 2.7%	30 93.8%	2 6.3%					
R03	1,148	569 49.6%	273 23.8%	182 15.9%	124 10.8%	112 90.3%	12 9.7%					
					35 3.0%	32 91.4%	3 8.6%					
R04	1,063	547 51.5%	258 24.3%	149 14.0%	109 10.3%	100 91.7%	9 8.3%					
					34 3.2%	30 88.2%	4 11.8%					

治療と未治療の状況

		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	267	23.2%	163	61.0%	62	23.2%	22	8.2%	15	5.6%	5	1.9%
	H30	303	25.5%	211	69.6%	62	20.5%	23	7.6%	6	2.0%	1	0.3%
	R01	321	27.2%	214	66.7%	67	20.9%	22	6.9%	13	4.0%	5	1.6%
	R02	324	27.4%	232	71.6%	61	18.8%	21	6.5%	8	2.5%	2	0.6%
	R03	333	29.0%	236	70.9%	63	18.9%	22	6.6%	9	2.7%	3	0.9%
	R04	302	28.4%	212	70.2%	63	20.9%	18	6.0%	5	1.7%	4	1.3%
治療なし	H29	884	76.8%	387	43.8%	229	25.9%	165	18.7%	70	7.9%	33	3.7%
	H30	885	74.5%	376	42.5%	220	24.9%	177	20.0%	80	9.0%	32	3.6%
	R01	859	72.8%	362	42.1%	231	26.9%	162	18.9%	81	9.4%	23	2.7%
	R02	857	72.6%	353	41.2%	237	27.7%	164	19.1%	73	8.5%	30	3.5%
	R03	815	71.0%	333	40.9%	210	25.8%	160	19.6%	80	9.8%	32	3.9%
	R04	761	71.6%	335	44.0%	195	25.6%	131	17.2%	70	9.2%	30	3.9%