

つるぎ町国民健康保険  
第 3 期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

第 4 期特定健康診査等実施計画  
令和 6 年度～令和 11 年度

つるぎ町国民健康保険

# 保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

<b>第 1 章</b>	<b>保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方</b>	<b>1</b>
1.	背景・目的	1
2.	計画の位置付けと基本的な考え方	2
3.	計画期間	7
4.	関係者が果たすべき役割と連携	7
1)	市町村国保の役割	7
2)	関係機関との連携	8
3)	被保険者の役割	8
5.	保険者努力支援制度	8
<b>第 2 章</b>	<b>第 2 期計画にかかる考察及び第 3 期における健康課題の明確化</b>	<b>10</b>
1.	保険者の特性	10
2.	第 2 期計画に係る評価及び考察	11
1)	第 2 期データヘルス計画の評価	11
(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	11
(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	15
(3)	第 2 期計画目標の達成状況一覧	19
2)	第 2 期データヘルス計画に係る考察	20
3.	第 3 期における健康課題(生活習慣病)の明確化	21
1)	基本的な考え方	21
2)	健康課題の明確化	21
(1)	医療費分析	23
(2)	健診・医療・介護の一体的分析	24
(3)	健康課題の明確化	26
(4)	優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け	27
3)	目標の設定	27
(1)	成果目標	27
(2)	管理目標の設定	28
<b>第 3 章</b>	<b>特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)</b>	<b>29</b>
1.	第四期特定健康診査等実施計画について	29
2.	目標値の設定	29
3.	対象者の見込み	29

4. 特定健診の実施	29
5. 特定保健指導の実施	31
(1) 健診から保健指導実施の流れ	31
(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法	33
(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	34
6. 個人情報保護	35
7. 結果の報告	35
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	35

## **第4章 課題解決に向けた個別保健事業** **36**

I. 保健事業の方向性	36
II. 重症化予防の取組み	36
1. 糖尿病性腎症重症化予防	38
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	45
3. 虚血性心疾患重症化予防	50
4. 脳血管疾患重症化予防	53
III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	57
IV. 発症予防	59
V. ポピュレーションアプローチ	60

## **第5章 計画の評価・見直し** **62**

1. 評価の時期	62
2. 評価方法・体制	62

## **第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い** **63**

1. 計画の公表・周知	63
2. 個人情報の取扱い	63

## **参考資料** **64**

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみたつるぎ町の位置	65
参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析	67

(①40～64歳(国保)、②65～74歳(国保)、③65～74歳(後期)、④75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.....	71
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.....	72
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.....	73
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.....	74
参考資料7	HbA1c の年次比較.....	75
参考資料8	血圧の年次比較.....	76
参考資料9	LDL-C の年次比較.....	77

# 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

## 1. 背景・目的

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

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

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

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

---

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

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

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

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

---

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

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

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

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

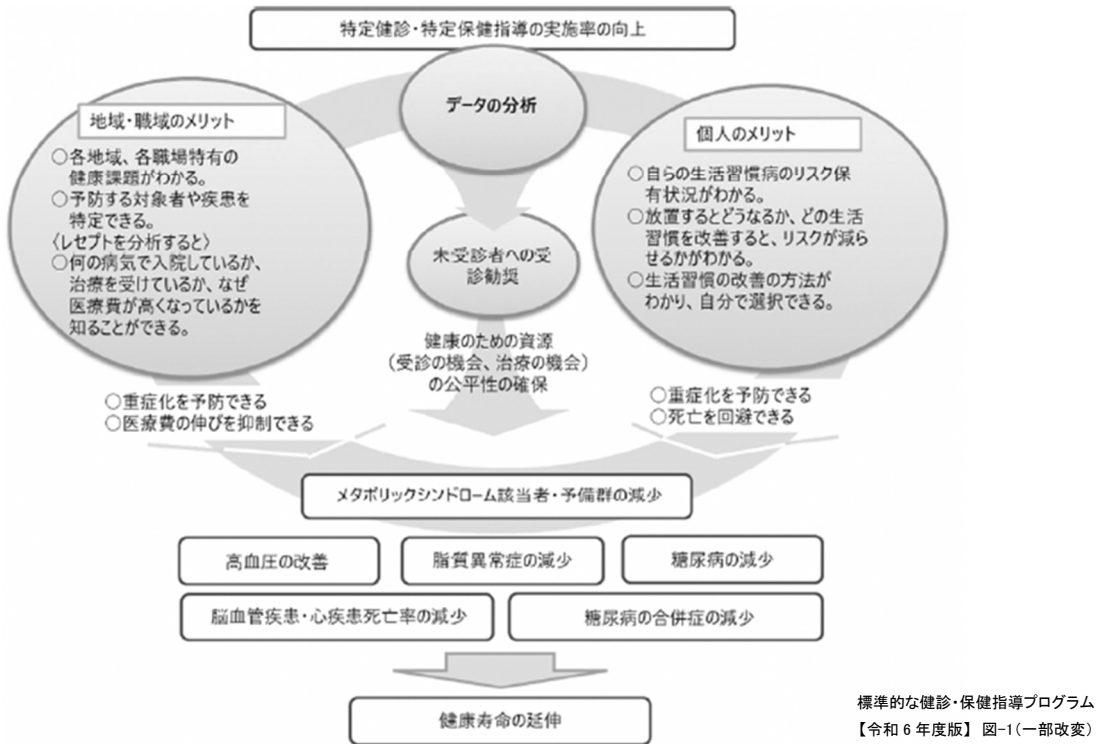
法定計画等の位置づけ

		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法					
		健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等実施計画	医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業(支援)計画
法律		健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 健康保険法 高確法 第82条 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な指針		厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間		法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画策定者		都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務、都道府県:義務
基本的な考え方		全ての国民が健やかで心豊かに生活できる 持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り 残さない健康づくりの展開とより実効性を持つ 取組の推進を通じて、国民の健康の増進 の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医 療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的 かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健 事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価 を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考 慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、保 険者・医療関係者等の協力を得ながら、 住民の健康保持・医療の効率的な提 供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通 じ、地域で切れ目のない医療の提 供、良質かつ適切な医療を効率的 に提供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービス 提供体制の確保及び地域支援事業の計 画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止
対象年齢		ライフステージ(乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ(胎児期から老齢期 まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢者を迎える 現在の若年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、 小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳~74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳(特定疾病※) ※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 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病合併症(糖尿病腎症)  循環器病 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム  糖尿病等 生活習慣病の重症化予防	5疾病  糖尿病  心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止  生活習慣病  虚血性心疾患・心不全 脳血管疾患
		慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん  精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価		「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」  51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価中心  参考例 全都道府県で設定が望ましい指標例 アウトカム:メタボリックシンドローム減少率 HbA1C8.0以上者の割合 アウトプット:特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等に起因 した疾病予防・介護予防の推進  (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効果的な活用 ・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サイクルの活用による保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業)  ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、介護予防、 日常生活支援関連)  ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、人材の確保)
補助金等			保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

## 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

—特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進—

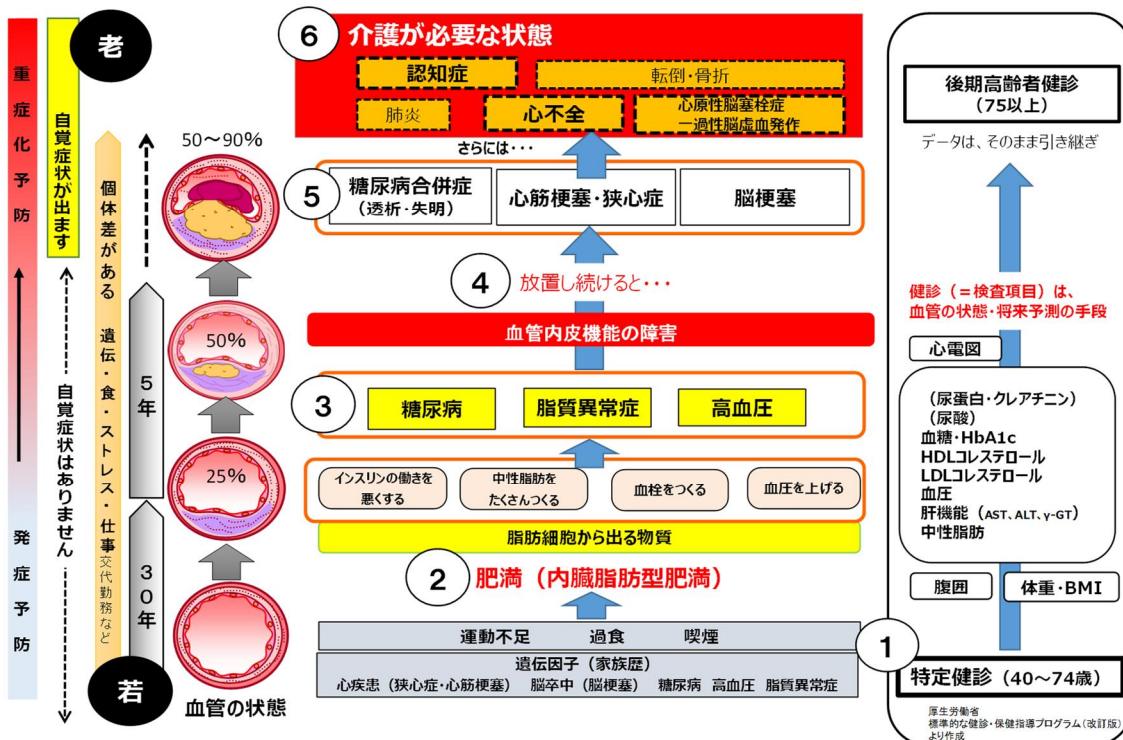


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながります。

【参考資料】「特定健診の意義」住民との共通資料

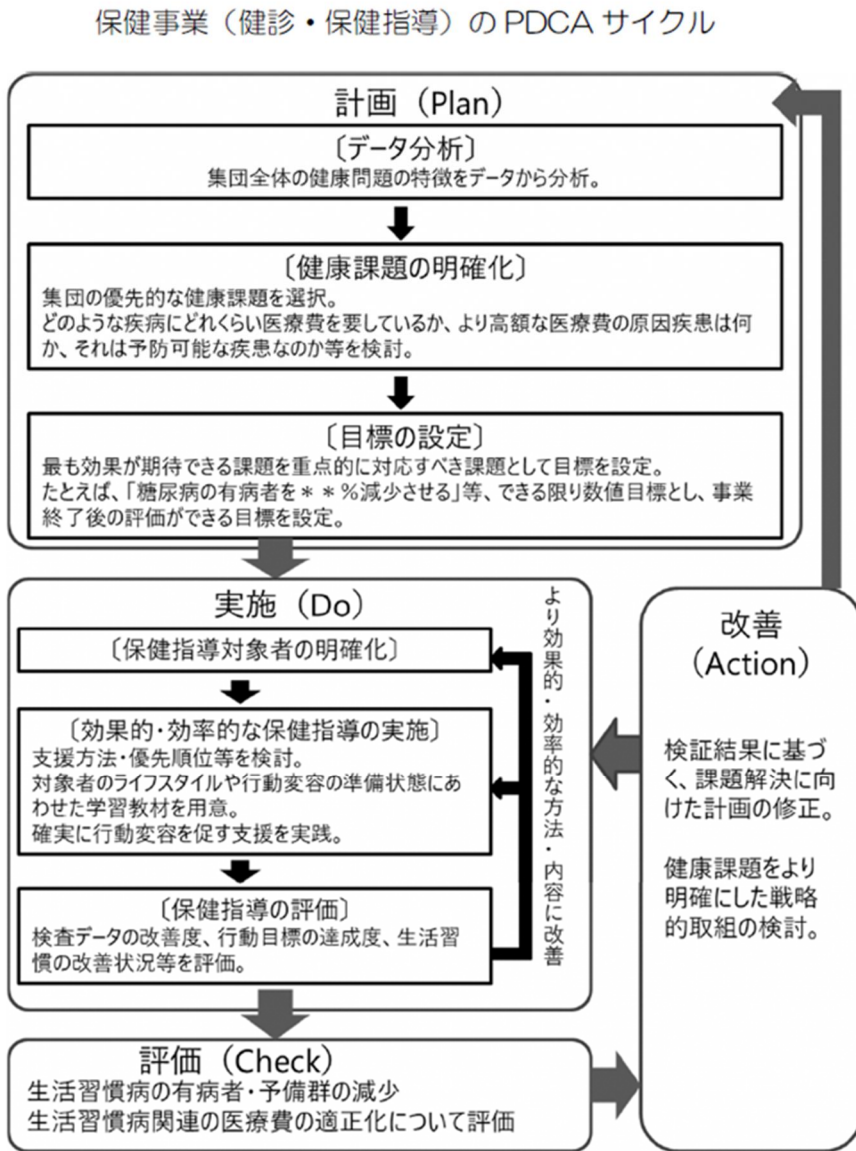
### 特定健診の意義

～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



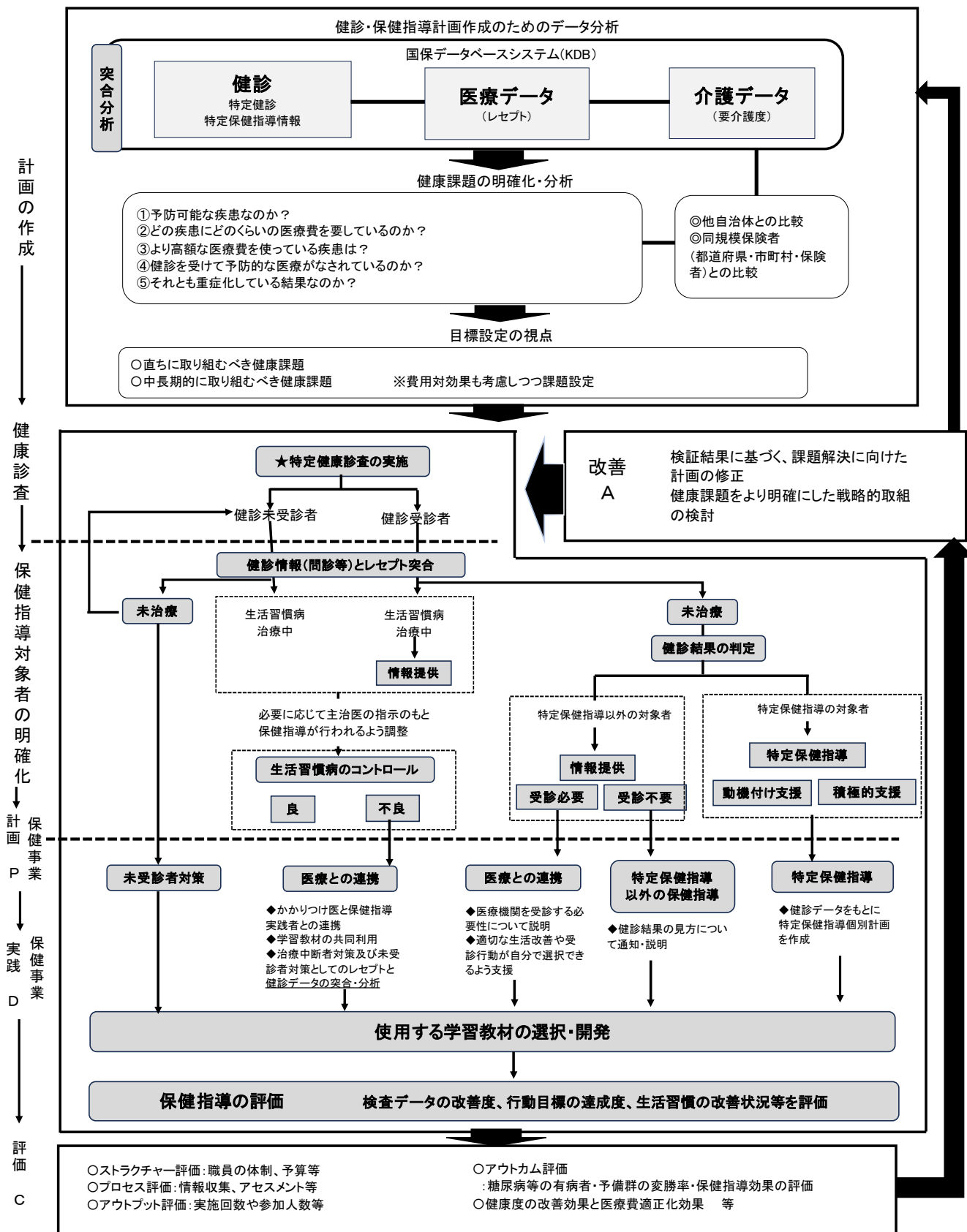


図表 3 保健事業(健診・保健指導)の PDCA サイクル



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(Actin)) サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

### 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。

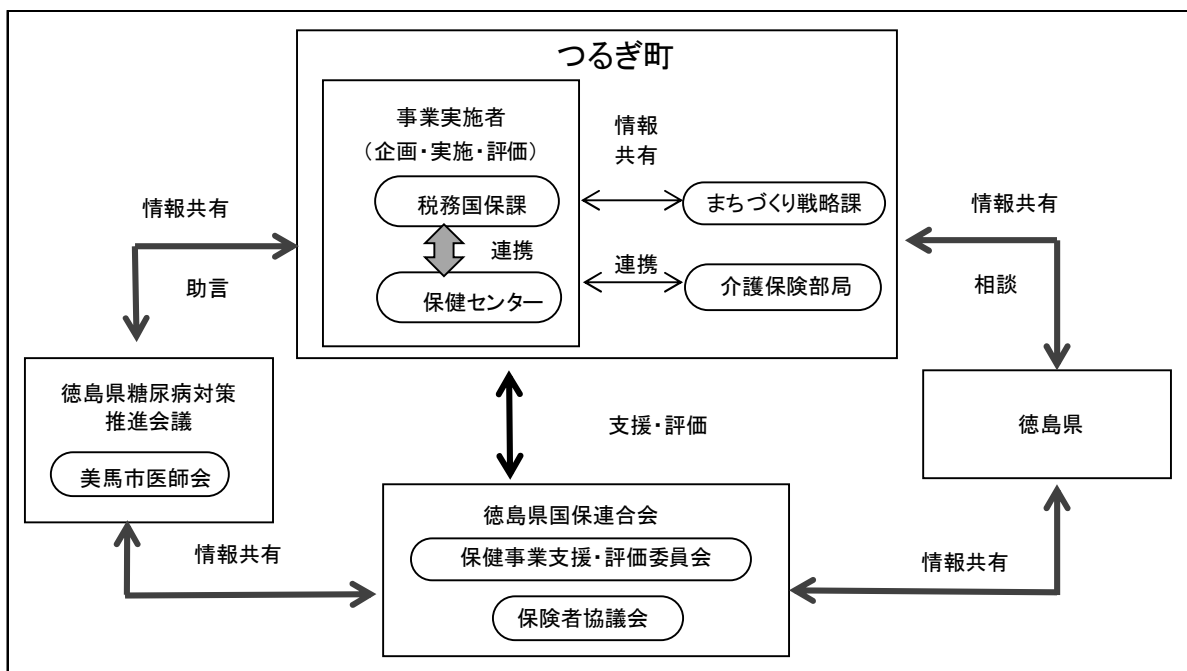
### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 市町村国保の役割

つるぎ町においては、税務国保課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっています。特に保健センターの保健師等の専門職と連携をし、市町村一体となって計画策定を進めていきます。具体的には、高齢者医療・介護保険担当(長寿介護課)、企画担当(まちづくり戦略課)、生活保護担当(福祉課)とも十分連携をとる必要があります。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、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体制を整えることも重要です。(図表5)

図表5 つるぎ町の実施体制図



## 2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となります。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことを指し、国保連に設置された支援・評価委員会は委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待されます。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待されます。

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

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

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要であり、このためには保険者協議会等を活用することも有用と考えます。

## 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、つるぎ町国保運営協議会の委員と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 10 頁となっています。(図表 6) 特定健診受診率、後発医薬品促進に向けて、引き続き関係部署と連携し、取組みをすすめます。

図表 6 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		H30		R1		R2		R3		R4		R5			
		獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点*	満点	獲得点*	満点		
総得点(体制構築加点を除く)		381	790	464	880	579	995	625	1,000	519	960	495	940		
獲得割合(%)		48.2%		52.7%		58.2%		62.5%		54.1%		52.7%			
交付額(千円)		2,181		3,266		3,894		4,244		3,433		3,347			
一人当たり交付額(円)		1,521		1,618		2,004		2,246		1,849		1,848			
市町村順位(24市町村中)		20位		20位		19位		13位		20位		20位			
共通 ①	(1) 特定健診受診率	0	50	0	50	0	70	25	70	0	70	0	70	予防 (保健師等)	
	(2) 特定保健指導実施率	50	50	25	50	50	70	70	70	50	70	50	70		
	(3) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	50	45	50	15	50	15	50	0	50	15	50		
共通 ②	(1) がん検診受診率	0	30	0	30	0	40	5	40	5	40	15	40		
	(2) 歯科健診実施状況	25	25	25	25	28	30	18	30	18	30	10	35		
共通 ③	重症化予防の取組	100	100	100	100	120	120	120	120	120	120	65	100		
固有 ②	データヘルス計画の取組	40	40	50	50	40	40	40	40	25	30	25	25		245
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	25	25	20	20	20	20	20	20	15	15	20	20		455点
	個人のインセンティブ提供	0	70	55	70	75	90	90	90	35	45	45	45		49.5%
共通 ⑤	重複・多剤投与者に対する取組	0	35	50	50	50	50	50	50	50	50	40	50		事務職
共通 ⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	20	35	35	35	10	10	10	10	10	10	10	10		
	(2) 後発医薬品の使用割合	40	40	0	100	45	120	0	120	20	120	30	120		
固有 ①	収納率向上	25	100	0	100	0	100	35	100	50	100	50	100		
固有 ③	医療費通知の取組	25	25	25	25	25	25	25	25	20	25	15	15		
固有 ④	地域包括ケア推進・一体的実施	0	25	0	25	20	25	15	30	20	40	20	40		
固有 ⑤	第三者求償の取組	21	40	22	40	19	40	22	40	26	50	33	50	260	
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	10	50	12	60	62	95	65	95	55	100	62	100	485点	
体制構築加点		60	60	40	40	—	—	—	—	—	—	—	—	52.5%	

## 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)

本町の人口は約8千人で、高齢化率は46.6%(令和2年度国勢調査)です。全国の同規模、徳島県と比較すると、65歳以上の高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢は60.1歳、出生率は2.5、死亡率26.1となっています。産業においては、第3次産業が60.5%と同規模より高く、被保険者の生活リズム等の把握、健康実態を分析し、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7)

また、国保加入率は22.4%で、被保険者数は年々減少傾向にある一方で、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約58%を占め、39歳以下はH30年より減少を続けています。(図表8)

図表7 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
つるぎ町	7,710	46.6 ↑	1,730 (22.4)	60.1	2.5 ↓	26.1 ↑	0.2	9.1	30.4	60.5 ↑
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

図表8 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	1,929		1,872		1,859		1,818		1,730	
65～74歳	1,004	52.0	1,002	53.5	1,031	55.5	1,048	57.6	1,011	58.4 ↑
40～64歳	641	33.2	618	33.0	583	31.4	545	30.0	517	29.9
39歳以下	284	14.7	252	13.5	245	13.2	225	12.4	202	11.7
加入率	21.6		21.0		20.8		20.4		22.4 ↑	

#### (医療の状況)

また本町には4つの医療機関があり、診療所を含めると旧町村すべてに医療機関があります。受診等しやすい環境にあり、町外近隣の医療機関へも近いことから、医療資源に恵まれているといえます。

また、これら医療機関は特定健診の受診期間にもなっており、この特性を生かして未治療者、特定健診未受診者の減少につなげていくことが重要です。

## 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。(4頁 図表2参照)

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

##### ① 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者が7人(認定率0.30%)、1号(65歳以上)被保険者で871人(認定率24.2%)と同規模と比較すると高く、H30年度と比べるとほぼ横ばいで推移しています。

高齢者でみると、75歳以上の認定者数は減少しており、新規認定者も減少していることから、この結果が人口減少によるものかどうか、確認していく必要があります。(図表9)

図表9 要介護認定者(率)の状況

	つるぎ町				同規模 R04年度	県 R04年度	国 R04年度
	H30年度		R04年度				
高齢化率	3,869人	43.3%	3,596人	46.6%	39.4%	34.5%	28.7%
2号認定者	11人	0.39%	7人	0.30%	0.39%	0.38%	0.38%
新規認定者	4人		3人		--	--	--
1号認定者	989人	25.6%	871人	24.2%	19.4%	20.7%	19.4%
新規認定者	119人		88人		--	--	--
再掲							
65~74歳	62人	4.1%	57人	3.7%	--	--	--
新規認定者	20人		9人		--	--	--
75歳以上	927人	39.0%	814人	39.5%	--	--	--
新規認定者	99人		79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

平成30年度と令和4年度の経年比較を見ると、介護給付費・1件当たりの給付費ともに減少していますが、同規模平均と比較すると未だ費用は高い状況にあります。つるぎ町では1号認定者の割合が同規模・県と比較しても高い割合であることから、高齢化に伴う介護認定率・給付費の増加が考えられます。

(図表10)

図表10 介護給付費の変化

	つるぎ町		同規模 R04年度	県 R04年度	国 R04年度
	H30年度	R04年度			
総給付費	15億0671万円	14億2076万円	--	--	--
1件あたり給付費(円) 全体	82,718	82,454	74,986	63,005	59,662
居宅サービス	40,933	40,837	43,722	41,316	41,272
施設サービス	273,408	270,894	289,312	297,064	296,364

出典:KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代においても、脳卒中(脳出血・脳梗塞)と虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)が上位を占めています。基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の有病状況は、全年齢で 95.3%と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 11)

図表 11 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)		7				57				814				871		878	
再)国保・後期		6				42				777				819		825	
疾病	順位	疾病	件数		疾病	件数		疾病	件数		疾病	件数		疾病	件数		
			割合	割合		割合	割合		割合	割合		割合	割合				
血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	3	50.0%	脳卒中	14	33.3%	虚血性心疾患	407	52.4%	虚血性心疾患	418	51.0%	虚血性心疾患	420	50.9%
		2	虚血性心疾患	2	33.3%	虚血性心疾患	11	26.2%	脳卒中	326	42.0%	脳卒中	340	41.5%	脳卒中	343	41.6%
		3	腎不全	0	0.0%	腎不全	5	11.9%	腎不全	178	22.9%	腎不全	183	22.3%	腎不全	183	22.2%
	合併症	4	糖尿病合併症	1	16.7%	糖尿病合併症	8	19.0%	糖尿病合併症	107	13.8%	糖尿病合併症	115	14.0%	糖尿病合併症	116	14.1%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		6	100.0%	基礎疾患	37	88.1%	基礎疾患	743	95.6%	基礎疾患	780	95.2%	基礎疾患	786	95.3%
	血管疾患合計		6	100.0%	合計	38	90.5%	合計	755	97.2%	合計	793	96.8%	合計	799	96.8%	
	認知症		2	33.3%	認知症	10	23.8%	認知症	371	47.7%	認知症	381	46.5%	認知症	383	46.4%	
筋・骨格疾患		4	66.7%	筋骨格系	36	85.7%	筋骨格系	763	98.2%	筋骨格系	799	97.6%	筋骨格系	803	97.3%		

(レセプトの診断名より重複して計上)  
有病状況

出典:ヘルスサポートラボツール



## ② 医療費の状況

本町の R4 年度の医療費は、国保加入者は減少していますが、一人あたり医療費は増加しており、同規模保険者、県よりも高い状況です。

また入院医療費のレセプト件数は、全体のわずか 5%程度にも関わらず、医療費では全体の約 54%を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較しても約 10 万円も高くなっています。(図表 12)

入院費用でみると、費用の割合は H30 より横ばいであるにもかかわらず、1 件あたりの医療費は約 10 万円増加しています。総医療費も増加傾向であり、引き続き本町は医療費適正化に向けた重症化予防の取組みに力を入れる必要があります。

図表 12 医療費の推移

		つるぎ町		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)		1,929人	1,730人	--	--	--
前期高齢者割合		1,004人 (52.0%)	1,011人 (58.4%)	--		
総医療費		8億0665万円	8億1981万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		418,170	473,879	376,732	389,015	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	441,970	546,340	588,690	567,420	617,950
	費用の割合	49.7	54.5	43.7	45.1	39.6
	件数の割合	5.2	5.3	3.2	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	24,450	25,390	24,870	23,430	24,220
	費用の割合	50.3	45.5	56.3	54.9	60.4
	件数の割合	94.8	94.7	96.8	96.7	97.5

※同規模順位はつるぎ町と同規模保険者240市町村の平均値を表す

### ③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標であるすべての疾患において H30 より増加傾向となっており同規模よりも高くなっています。総医療費に占める割合については、H30 年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患については、H30 年度より 6 ポイントも伸びており、同規模、県よりも高くなっています。(図表 13)

図表 13 中長期目標疾患の医療費の推移

			つるぎ町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			8億0665万円	8億1981万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			5379万円	7971万円	--	--	--
			6.67%	9.72% ↑	7.67%	5.92%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.95%	2.54% ↑	2.06%	1.44%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.47%	1.92% ↑	1.47%	1.80%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.12%	4.33%	3.83%	2.34%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.13%	0.93%	0.32%	0.34%	0.29%
そ 疾 他 の	悪性新生物		10.18%	9.76% ↓	16.76%	16.11%	16.69%
	筋・骨疾患		8.17%	7.57%	9.27%	8.54%	8.68%
	精神疾患		20.36%	18.39%	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)・腎不全が、患者数及び割合と減少しており、虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)についても、減少傾向となっています。(図表 14)

図表 14 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	1,929	1,730	a	169	143	158	135	14	11	
	a/A				8.8%	8.3%	8.2%	7.8%	0.7%	0.6%	
40歳以上	B	1,645	1,528	b	168	142	156	133	13	11	
	B/A	85.3%	88.3%	b/B	10.2%	9.3% ↓	9.5%	8.7% ↓	0.8%	0.7% ↓	
再掲	40~64歳	D	641	517	d	33	22	37	26	9	9
		D/A	33.2%	29.9%	d/D	5.1%	4.3%	5.8%	5.0%	1.4%	1.7%
	65~74歳	C	1,004	1,011	c	135	120	119	107	4	2
		C/A	52.0%	58.4%	c/C	13.4%	11.9%	11.9%	10.6%	0.4%	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)

## (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。

本町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。

図表 15 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	761	720	191	145	570	575
		A/被保数	46.3%	47.1%	29.8%	28.0%	56.8%	56.9%
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	78	68	18	14	60	54
		B/A	10.2%	9.4%	9.4%	9.7%	10.5%	9.4%
	虚血性心疾患	C	124	101	25	19	99	82
		C/A	16.3%	14.0%	13.1%	13.1%	17.4%	14.3%
	人工透析	D	12	10	8	8	4	2
		D/A	1.6%	1.4%	4.2%	5.5%	0.7%	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 16 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	475	440	129	100	346	340
		A/被保数	28.9%	28.8%	20.1%	19.3%	34.5%	33.6%
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	51	45	10	11	41	34
		B/A	10.7%	10.2%	7.8%	11.0%	11.8%	10.0%
	虚血性心疾患	C	73	66	15	12	58	54
		C/A	15.4%	15.0%	11.6%	12.0%	16.8%	15.9%
	人工透析	D	5	7	4	5	1	2
		D/A	1.1%	1.6%	3.1%	5.0%	0.3%	0.6%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	32	37	9	10	23	27
		E/A	6.7%	8.4%	7.0%	10.0%	6.6%	7.9%
	糖尿病性網膜症	F	97	65	27	20	70	45
		F/A	20.4%	14.8%	20.9%	20.0%	20.2%	13.2%
	糖尿病性神経障害	G	23	18	5	5	18	13
		G/A	4.8%	4.1%	3.9%	5.0%	5.2%	3.8%

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 17 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	606	601	162	131	444	470
		A/被保数	36.8%	↑(39.3%)	25.3%	25.3%	44.2%	↑(46.5%)
合 併 症 標 疾 患	脳血管疾患	B	58	48	11	7	47	41
		B/A	9.6%	↓8.0%	6.8%	↓(5.3%)	10.6%	↓(8.7%)
	虚血性心疾患	C	98	93	21	18	77	75
		C/A	16.2%	↓15.5%	13.0%	13.7%	17.3%	16.0%
	人工透析	D	4	6	2	5	2	1
		D/A	0.7%	1.0%	1.2%	3.8%	0.5%	0.2%

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)

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はともに減少しています。

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の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 18)

図表 18 結果の改善と医療のかかり方

健診受診率		高血圧															
		結果の改善 Ⅱ度以上高血圧の推移										医療のかかり方					
		H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
		受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療		治療中断	
												G	G/E	H	H/E		
つるぎ町	569	38.2	567	39.7	39	6.9	25	64.1	35	6.2	23	65.7	18	51.4	1	2.9	
徳島県	42,065	36.3	42,883	38.9	2,428	5.8	1,356	55.8	2,524	↓(5.9)	1,381	54.7	852	33.8	116	4.6	

HbA1c 実施率		糖尿病															
		結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移										医療のかかり方					
		H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
		HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	未治療		治療中断	
												M	M/K	N	N/K		
つるぎ町	566	99.5	567	100.0	25	4.4	7	28.0	21	3.7	3	14.3	2	9.5	0	0.0	
徳島県	42,017	99.9	42,834	99.9	1,749	4.2	543	31.0	1,946	↓(4.5)	574	29.5	108	5.5	44	2.3	

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

### ③ 健診結果の経年変化

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

本町の特定健診結果において、H30年度と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と予備群の対象者数・割合ともに増加傾向にあります。(図表 19)

図表 19 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	569 (38.2%)	106 (18.6%)	33 (5.8%)	73 (12.8%)	63 (11.1%)
R04年度	560 (41.0%)	123 (22.0%)	35 (6.3%)	88 (15.7%)	64 (11.4%)

出典:ヘルスサポートラボツール

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、すべて減少しています。R3年とR4年の改善率をみると、LDL コレステロールが7.4%伸びており、健診後、対象者に医療機関への受診勧奨をおこなったことが数値に反映されたと考えられます。

一方で、翌年度に健診未受診の方が、いずれも1~2割程度存在し、結果が把握できていません。今後も、結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 20 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	62 (11.0%)	11 (17.7%)	24 (38.7%)	7 (11.3%)	20 (32.3%)
R03→R04	59 (10.4%)	13 (22.0%)	24 (40.7%)	6 (10.2%)	16 (27.1%)

図表 21 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	39 (6.9%)	20 (51.3%)	6 (15.4%)	0 (0.0%)	13 (33.3%)
R03→R04	35 (6.2%)	16 (45.7%)	6 (17.1%)	1 (2.9%)	12 (34.3%)

図表 22 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	54 (9.5%)	23 (42.6%)	13 (24.1%)	8 (14.8%)	10 (18.5%)
R03→R04	42 (7.4%)	21 (50.0%)	8 (19.0%)	2 (4.8%)	11 (26.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

#### ④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響で、R01 年度に大きく低下し、翌年移行受診率は増加していますが第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 23)

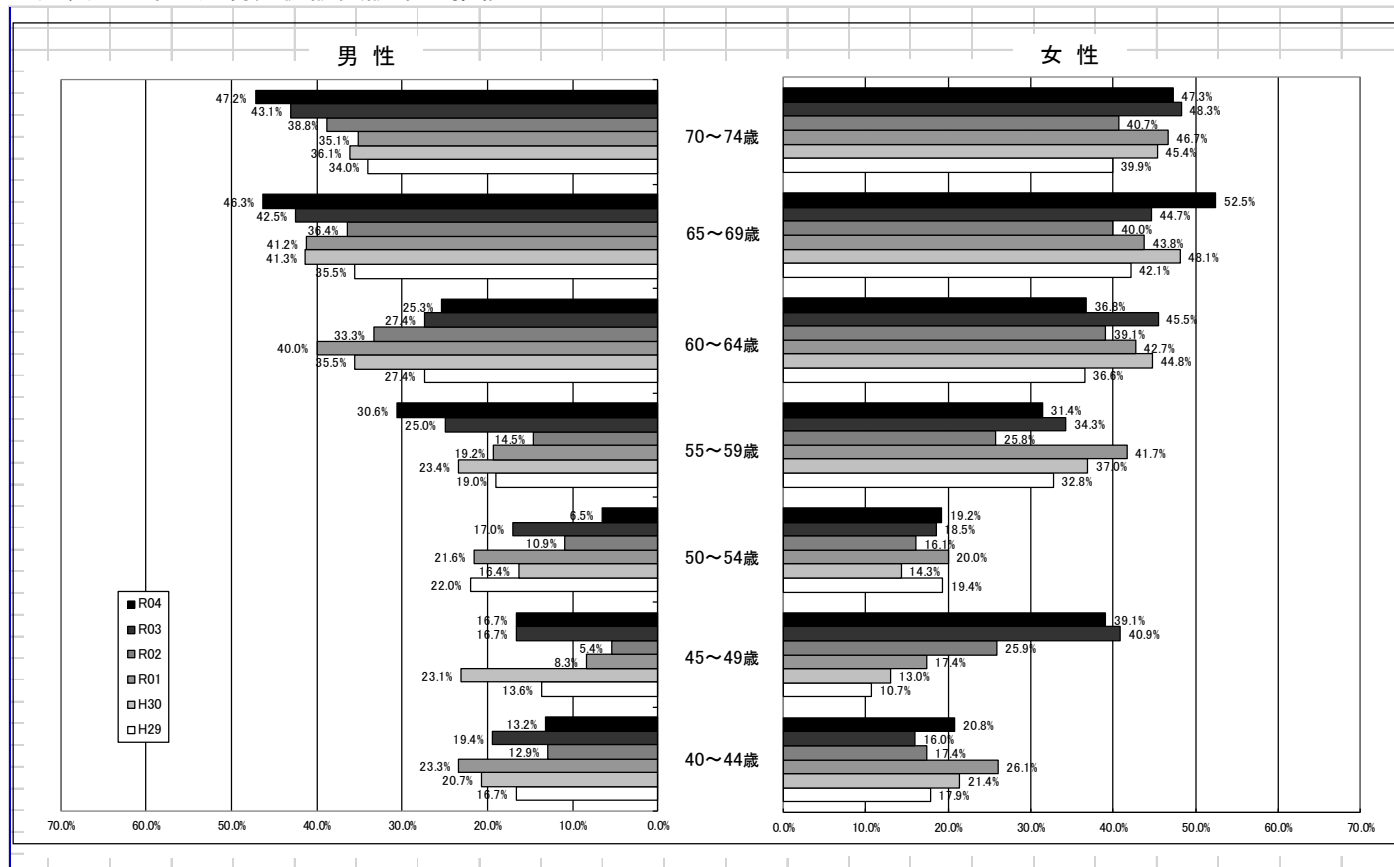
またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきました。特定健診の年代別の受診率では、40 代女性は受診者が増えています。50 代の男性は減少しており、受診率全体をみると低い状況が続いています。(図表 24)

特定保健指導については令和1年度に低下したものの、実施率は増加を続けており、生活習慣病は自覚症状がないため、今後も健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施すること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 23 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(国)
特定健診	受診者数	569	546	502	567	560	健診受診率 60%
	受診率	38.2%	37.9%	34.2%	39.7%	41.0%	
特定保健指導	該当者数	71	70	48	63	53	特定保健指導実施率 60%
	割合	12.5%	12.8%	9.6%	11.1%	9.5%	
	実施者数	56	44	36	48	44	
	実施率	78.9%	62.9%	75.0%	76.2%	83.0%	

図表 24 年代別特定健診受診率の推移



図表 19～24 出典: 特定健診受診率(法定報告分)

### (3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 25-1 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法	
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ年度)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.96	1.22	2.54	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	1.48	1.96	1.92		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	3.14	2.82	4.33		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	42.4	32.4	27.5		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	15.2	8.1	7.5		つるぎ町調べ
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・該当者・予備群の割合の減少	29.7 (169人)	33.3 (167人)	33.4 (187人)	つるぎ町 保健センター
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	6.9 (39人)	4.4 (22人)	4.1 (23人)	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	9.5 (54人)	10.5 (53人)	5.9 (33人)	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	11.0 (62人)	11.7 (59人)	10.4 (58人)	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	1.1(6人)	1.4(7人)	0.9(5人)	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	38.7	28.8	39.7	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	72.6	74.6	77.6	
	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	38.2	34.2	41.0	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	78.9	75.0	83.0		
		特定保健指導対象者の割合の減少	12.5	9.6	9.5		
努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	10.3	8.2	7.8	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	8.5	4.3	7.2		
		大腸がん検診受診者の増加	9.0	6.0	10.1		
		子宮がん検診受診者の増加	10.1	7.6	7.7		
		乳がん検診受診者の増加	12.7	10.3	9.9		
		5つのがん検診の平均受診率の増加	10.1	7.3	8.5		
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	65.7%	78.6%	78.2%	厚生労働省	

## 2) 第 2 期データヘルス計画に係る考察

第 2 期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきました。その結果、すべての疾患において減少傾向にあり、治療・重症化予防につながっていると思われます。しかし、医療費については増加を続けており、その背景として、治療につながったが治療中断された、あるいはコントロール状況など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき課題と言えます。

また、適正な医療につなげるためには、住民自らの体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は引き続き取り組むべき課題であると考えます。



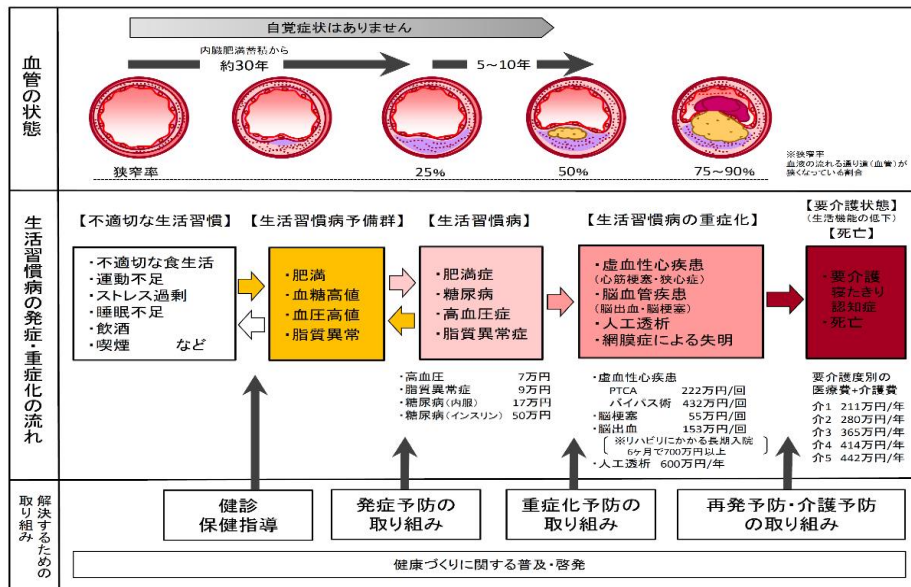
### 3. 第3期における健康課題(生活習慣病)の明確化

#### 1) 基本的考え方

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 26 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

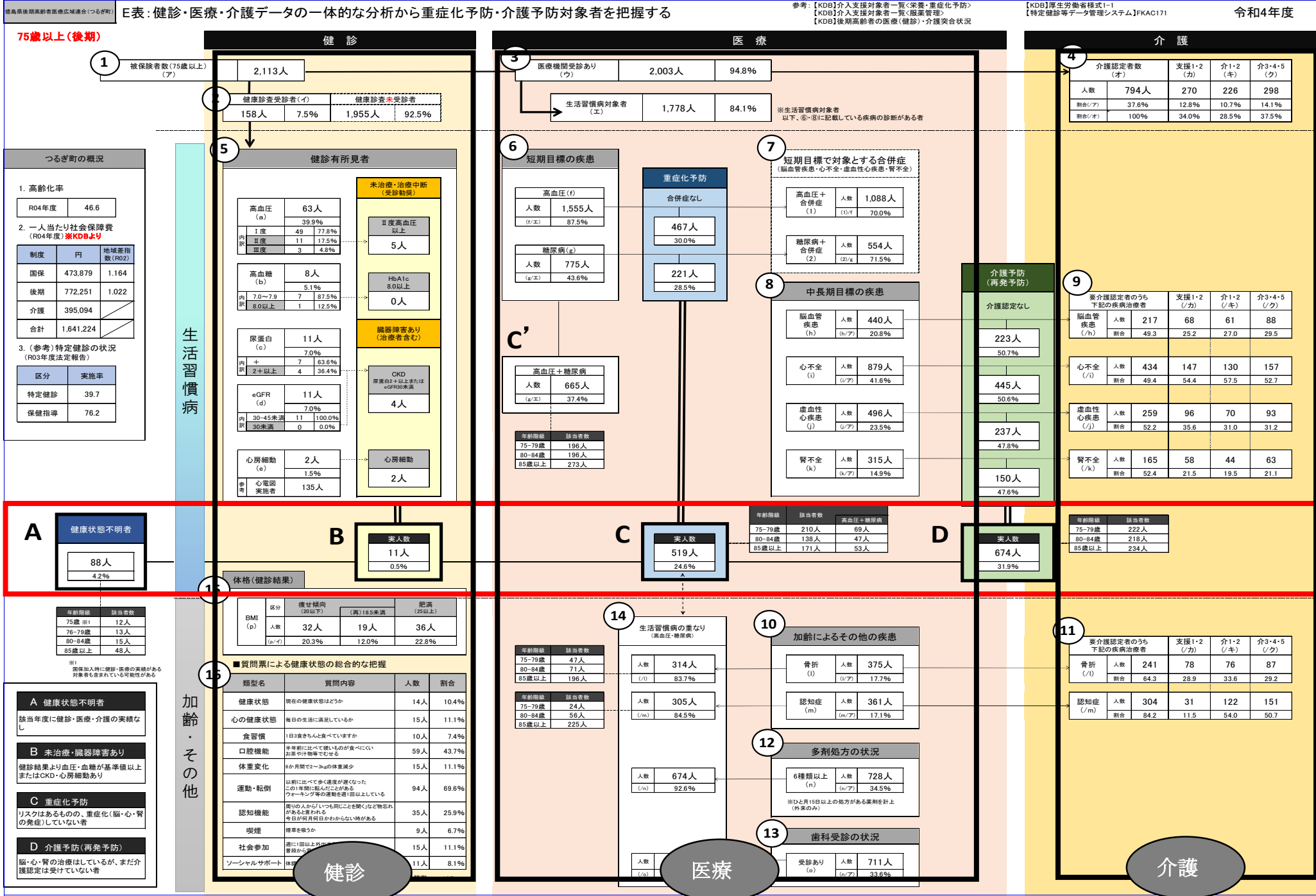
医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動します。

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。

国保においては、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、40歳～64歳の特定健診未受診者は79%(参考資料2)、65歳～74歳の未受診者は55.4%(参考資料2)となっており、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27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。

図表 27 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



## (1)医療費分析

R4 年度医療費総費用額をみると、国保は約 8.2 億円で、後期は約 20 億円であり約 2.4 倍となり、被保険者一人あたり医療費も後期では約 2 倍高い状況です。

図表 28 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		1,929人	1,872人	1,859人	1,818人	1,730人	2,144人
総件数及び 総費用額	件数	17,488件	17,092件	15,537件	15,062件	15,505件	28,775件
	費用額	8億0665万円	8億2326万円	8億0424万円	7億7910万円	8億1981万円	19億9330万円
一人あたり医療費		41.8万円	44.0万円	43.3万円	42.9万円	47.4万円	93.0万円

出典：ヘルスサポートラボツール

つるぎ町はこれまで、糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、短期的目標疾患の糖尿病及の総医療費に占める割合は、県・同規模と比較するとやや低く特定健診、保健指導により治療につながる方が増えていると考えられます。しかし、1 人あたりの医療費は全体的に高く、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強化していくとともに、治療者も特定健診を受診していただき、血糖コントロールやその他のリスクについて経年的に管理していく必要があります。

また、生活習慣病疾患の医療費割合を国保と後期でみてみると、後期の筋・骨疾患が約 2.5 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 29 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	つるぎ町	8億1981万円	38,413	4.33%	0.93%	2.54%	1.92%	5.40%	2.98%	1.48%	1億6058万円	19.59%	9.76%	18.39%	7.57%
	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	つるぎ町	19億9330万円	76,577	3.65%	0.63%	2.16%	1.26%	3.94%	2.41%	0.78%	2億9578万円	14.84%	9.76%	3.03%	18.54%
	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、国保では毎年 100～150 件のレセプトが発生しており、後期高齢になると、約 2 倍に増えることがわかります。

図表 30 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	50人	72人	84人	70人	77人
	件数	B	105件	119件	130件	126件	149件
		B/総件数	0.60%	0.70%	0.84%	0.84%	0.96%
	費用額	C	1億3704万円	1億4947万円	1億6720万円	1億6005万円	1億9970万円
C/総費用		17.0%	18.2%	20.8%	20.5%	24.4%	21.6%

出典：ヘルスサポートラボツール

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、患者人数と費用額は相関しており、R4年は約 2,000 万円となっており、最高額になっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要するケースも多いため、長期にわたり医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳梗塞や脳出血を発症させないために高血圧の重症化予防に力を入れる必要があります。

図表 31 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	4人		2人		3人		3人		7人		11人		
		D/A	8.0%		2.8%		3.6%		4.3%		9.1%		5.6%		
	件数	E	8件		2件		5件		6件		16件		16件		
		E/B	7.6%		1.7%		3.8%		4.8%		10.7%		4.6%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	1	6.3%
		60代	7	87.5%	2	100.0%	2	40.0%	6	100.0%	15	93.8%	80代	9	56.3%
		70-74歳	1	12.5%	0	0.0%	3	60.0%	0	0.0%	1	6.3%	90歳以上	6	37.5%
	費用額	F	1089万円		305万円		479万円		739万円		2130万円		1693万円		
F/C		7.9%		2.0%		2.9%		4.6%		10.7%		3.9%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 32 高額レセプト(80 万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

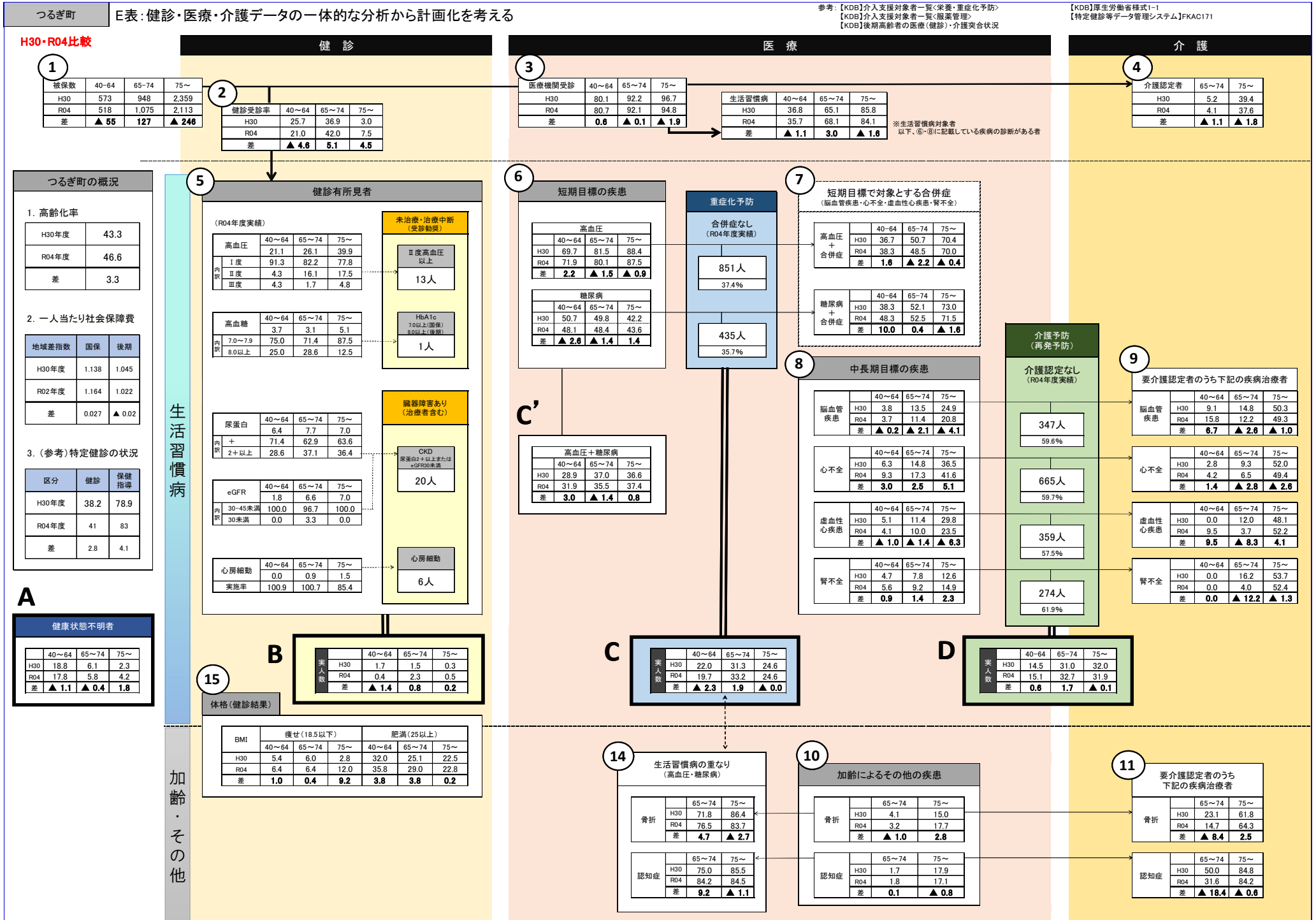
対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	2人		3人		5人		2人		4人		6人		
		G/A	4.0%		4.2%		6.0%		2.9%		5.2%		3.1%		
	件数	H	2件		4件		6件		3件		5件		6件		
		H/B	1.9%		3.4%		4.6%		2.4%		3.4%		1.7%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	75-80歳	5	83.3%
		60代	2	100.0%	1	25.0%	4	66.7%	0	0.0%	0	0.0%	80代	1	16.7%
		70-74歳	0	0.0%	3	75.0%	2	33.3%	3	100.0%	4	80.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	272万円		513万円		967万円		323万円		838万円		837万円		
I/C		2.0%		3.4%		5.8%		2.0%		4.2%		1.9%			

出典：ヘルスサポートラボツール

## (2) 健診・医療・介護の一体的分析

本町では、75 歳以上の介護保険認定状況や介護保険を受けている原因疾患、介護認定者の有病状況を調べ、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 33)

図表 33 健診・医療・介護データの一体的な分析



(3)健康課題の明確化(図表 28~38)

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 歳の年代が増加し、つるぎ町でも 65 歳以上の高齢者が確実に増えていることが分かります。②健診受診率も同じ年代が受診率を伸ばしています。⑬体格をみると、BMI25 以上の対象者はすべての年代で増加しています。(図表 34)

図表 34 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定 介護 率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
		被保険者数			健診受診率			BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	39.4	573	948	2,359	25.7	36.9	3.0	5.4	6.0	2.8	32.0	25.1	22.5
R04	37.6	518	1,075	2,113	21.0	42.0	7.5	6.4	6.4	12.0	35.8	29.0	22.8

健診有所見状況では、⑤未治療・治療中断者の状況を見ると、Ⅱ度高血圧対象者は、40-64、65-74 歳では減少している反面、75 歳以上の年代がすべて微増傾向であることから、増加の背景についても町の実態を確認するとともに、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 35 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動														
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-												
H30	12	8.2	(6)	24	6.9	(8)	10	14.1	(4)	6	4.1	(0)	16	4.6	(0)	0	--	(0)	4	2.7	6	1.7	3	4.2	0	--	0	--	0	--
R04	2	1.8	(0)	21	4.6	(8)	14	8.9	(5)	4	3.7	(0)	14	3.1	(1)	1	0.6	(0)	2	1.8	14	3.1	4	2.5	0	--	4	0.9	2	1.3

※徳島県では心電図検査を令和2年度から全数実施

生活習慣病患者をみると、高血圧・糖尿病ともに R4 年度をみると、65-74 歳で患者数が減少していることから、治療対象者が減っているのか、健診データのコントロールと合わせてみていくことが重要です。

図表 36 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症					
	高血圧		糖尿病		C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症										
H30	80.1	92.2	96.7	36.8	65.1	85.8	69.7	81.5	88.4	50.7	49.8	42.2	28.9	37.0	36.6	36.7	50.7	70.4	38.3	52.1	73.0
R04	80.7	92.1	94.8	35.7	68.1	84.1	71.9	80.1	87.5	48.1	48.4	43.6	31.9	35.5	37.4	38.3	48.5	70.0	48.3	52.5	71.5

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

中長期目標の疾患をみると、脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全ともに、75 歳以上になると発症している対象者が増えており、介護認定者をみると、すべての疾患が 40%台後半～50%台前半の割合で重なっており、介護認定者の背景にはどの疾患が原因であったのかを確認する必要があります。

図表 37 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険割合)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.8	13.5	24.9	5.1	11.4	29.8	6.3	14.8	36.5	4.7	7.8	12.6	9.1	14.8	50.3	0.0	12.0	48.1	2.8	9.3	52.0	0.0	16.2	53.7
R04	3.7	11.4	20.8	4.1	10.0	23.5	9.3	17.3	41.6	5.6	9.2	14.9	15.8	12.2	49.3	9.5	3.7	52.2	4.2	6.5	49.4	0.0	4.0	52.4

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、約 5 ポイント、認知症の同じ年代では約 9 ポイント増加しています。認知症予防と高血圧・糖尿病のリスクについて確認しなければいけません。

図表 38 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	71.8	86.4	75.0	85.5	4.1	15.0	1.7	17.9	23.1	61.8	50.0	84.8
R04	76.5	83.7	84.2	84.5	3.2	17.7	1.8	17.1	14.7	64.3	31.6	84.2

図表 34～38 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。

### 3) 目標の設定

#### (1) 成果目標

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

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

##### 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指す。

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す。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。

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

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

### (2)管理目標の設定

図表 29-2 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 R6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.54			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	1.92			
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.33			
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	27.5			
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	7.5			
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	33.4 (187人)			つるぎ町
			健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)	4.1 (23人)			
			健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	5.9 (33人)			
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上)	10.4 (58人)			
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	0.9(5人)			
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	39.7			
	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	41.0			法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	83.0			
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	9.5			



## 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 39 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	45%	45%	45%	45%	45%	60%以上
特定保健指導実施率	85%	85%	85%	85%	85%	85%以上

### 3. 対象者の見込み

図表 40 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	1,200人	1,200人	1,200人	1,100人	1,100人	1,100人
	受診者数	540人	540人	540人	490人	490人	490人
特定保健指導	対象者数	55人	55人	55人	50人	50人	50人
	受診者数	47人	47人	47人	42人	42人	42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(つるぎ町保健センター)
- ② 個別健診(委託医療機関)

#### (2) 特定健診委託基準

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

#### (3) 健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、徳島県国保連合会(もしくはつるぎ町)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 41 特定健診検査項目(例示)

〇つるぎ町特定健診検査項目

健診項目		つるぎ町	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)未受診者対策

- ・令和5年度より、助成申請なく受診券のみで無料受診できる取り組みを実施。
- ・受診勧奨のポスターを病院、集会所、飲食店など各関係機関に掲示を依頼。
- ・未受診者に対し、訪問または電話にて勧奨をおこなう。

### (9) 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。

年間実施スケジュール

図表 42

	健診実施期間	周知広報活動
4月		対象者に個別通知(各種検診案内)
5月		新規国保加入者に健診案内(訪問)
6月	6月1日	町広報に掲載・ポスター掲示
7月		受診券送付・防災無線にて呼びかけ
8月		
9月		
10月		特定健診未受診者への受診勧奨はがきの送付 集団検診に向けての個別案内(訪問・電話)
11月		
12月		
1月	1月31日	
2月		
3月		

## 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。

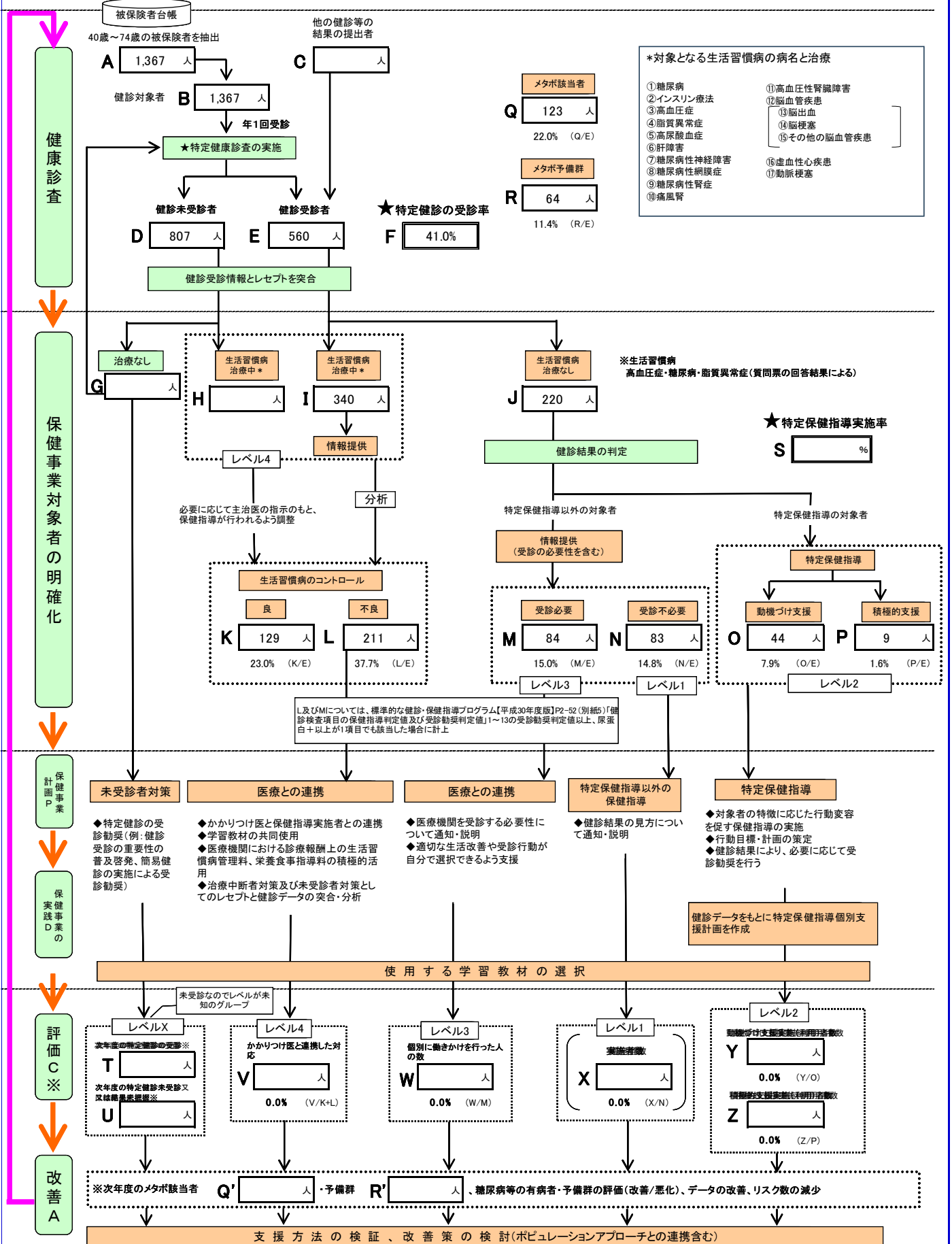
図表 43 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

様式5-5

令和04年度

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート



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

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 44 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	53人 (9.5%)	85%
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	84人 (15.0%)	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)	807人 ※受診率目標達成まであと〇〇人	40%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	83人 (14.8%)	50%
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	340人 (60.7%)	コントロール不良者については100%

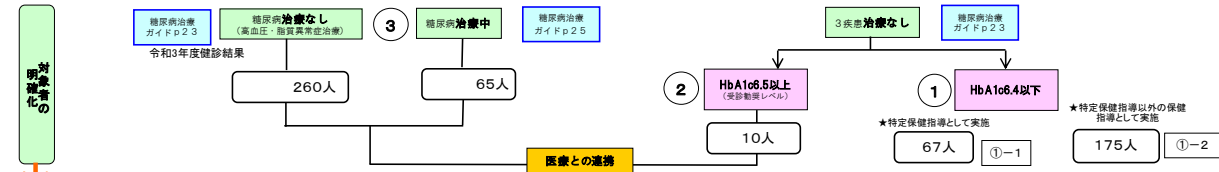
### (3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 45 健診・保健指導年間スケジュール

糖尿病等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）

対象者の明確化から計画・実践・評価まで



#### ① 未受診者対策 ② 特定健診 ③ 健診結果 ④ 保健指導

○特定健診受診率

対象者数	受診者数		受診率	継続受診者数		新規受診者数		不定期受診者数	
	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
H28	1,614	545	33.8%	---	---	---	---	---	---
H29	1,557	517	33.2%	419	76.9%	98	19.0%	---	---
H30	1,490	569	38.2%	413	79.9%	119	20.9%	37	6.5%
R01	1,442	547	37.9%	427	75.0%	93	17.0%	27	4.9%
R02	1,469	503	34.2%	390	71.3%	79	15.7%	34	6.8%
R03	1,428	568	39.8%	397	78.8%	80	14.1%	91	16.0%

・年代別受診率(R3)・・・40代(22.1%)、50代(23.6%)、60代(41.7%)、70才代(45.8%)

I. 受診率  
 ① 4月初めに個別通知(特定健診・がん検診・人間ドック)を封書で発送  
 ② 地区毎に未受診者の受診勧奨  
 ・過去5年未受診(40～65歳)または新規国保加入者の名簿抽出、受診勧奨訪問  
 ・昨年受診者で、今年度未受診者への受診勧奨(電話・訪問)  
 ③ 5月、9月、12月に再度受診勧奨がききを送付  
 ④ 平成30年度より、特定健診料無料 ※令和5年度～助成申請書廃止

II. 重症化予防  
 ① 糖尿病未治療者で血糖高値の者を確実に医療機関につなげる。  
 ② 糖尿病性腎症予防のため、医療機関と連携をとって栄養指導ができる体制づくりをめざす。(糖尿病連携手帳の活用)

○特定健診結果

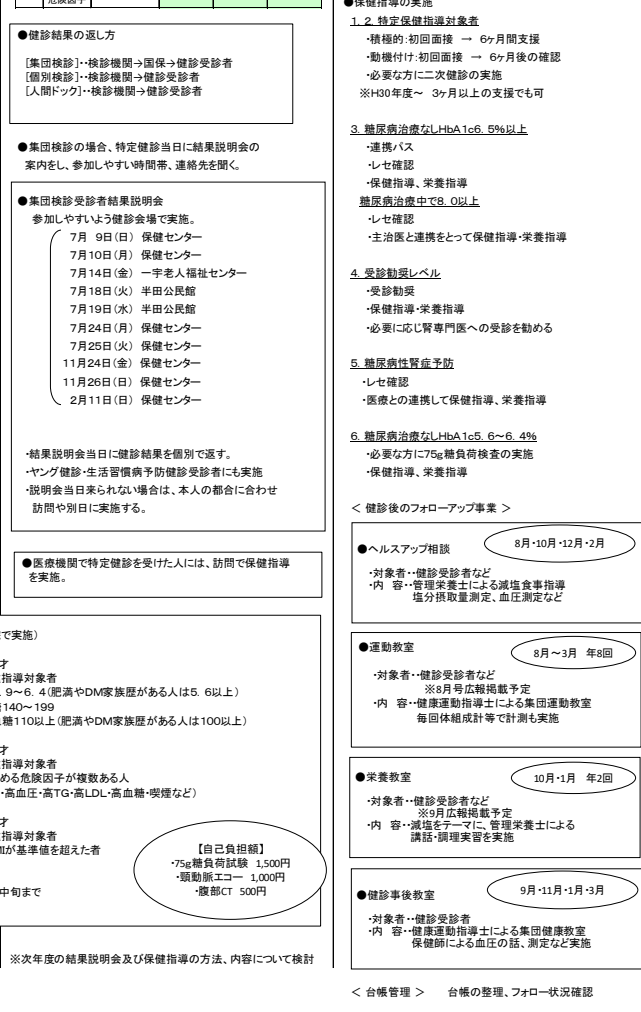
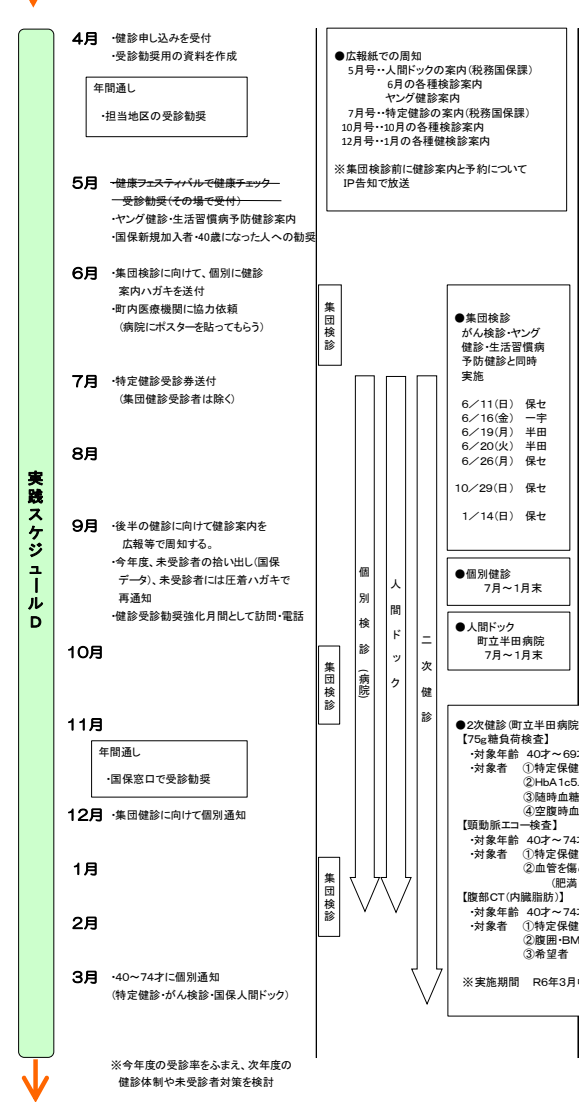
項目	正常値		受診勧奨判定値	
	割合	割合		
身体の大きさ	BMI	68.3%	31.7%	--
内臓脂肪の蓄積	腹囲	65.6%	34.4%	--
	中性脂肪	80.2%	16.2%	3.5%
	HDLコレステロール	94.0%	4.4%	1.8%
血糖	AST(GOT)	84.8%	13.2%	1.9%
	ALT(GPT)	84.8%	10.6%	4.6%
	γ-GT(γ-GTP)	87.3%	8.8%	3.9%
血圧	収縮期	51.1%	22.9%	25.9%
	拡張期	78.1%	10.2%	11.6%
インスリン抵抗性の危険因子	計	49.7%	22.8%	27.5%
	尿酸	87.7%	7.6%	4.8%
腎臓	血糖	56.8%	33.2%	10.1%
	HbA1c	30.2%	59.4%	10.4%
その他の動脈硬化危険因子	尿酸	95.6%	0.2%	4.2%
	クレアチニン	64.0%	33.2%	2.8%
腎臓	GFR	67.9%	28.2%	3.9%
	尿酸	79.5%	11.7%	8.8%
その他の動脈硬化危険因子	尿酸	85.4%	8.9%	5.7%
	LDLコレステロール	50.3%	27.0%	22.8%

○特定保健指導の実施率

年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度
74%	76.4%	76.2%	81.1%	70.9%	65.7%	70.9%
71.6%	78.8%	78.9%	65.5%	62.9%	75.0%	76.2%
71.6%	78.8%	78.9%	65.5%	62.9%	75.0%	76.2%
71.6%	78.8%	78.9%	65.5%	62.9%	75.0%	76.2%
71.6%	78.8%	78.9%	65.5%	62.9%	75.0%	76.2%
71.6%	78.8%	78.9%	65.5%	62.9%	75.0%	76.2%

●保健指導対象者  
 1. 積極的 2. 動機付け  
 3. 糖尿病重症化予防  
 ・糖尿病治療なしでHbA1c6.5以上又は空腹時血糖126以上(連携バス)  
 ・糖尿病治療中でHbA1c8.0以上  
 4. 受診勧奨レベル  
 ・高血圧(140/90以上)、LDL140以上、中性脂肪300以上、尿酸8.0以上、G3a2以降など  
 5. 糖尿病性腎症予防  
 ・糖尿病治療中もしくはHbA1c6.5以上又は空腹時血糖126以上でG3a2以降  
 6. 糖尿病発症予防  
 ・糖尿病治療なしでHbA1c6.9～6.4%又は空腹時血糖110～125又は随時血糖140～199(肥満、糖尿病家族歴がある人はHbA1c5.6以上、空腹時血糖100以上)

●保健指導の実施  
 1. 2. 特定保健指導対象者  
 ・積極的:初回面接 → 6ヶ月間支援  
 ・動機付け:初回面接 → 6ヶ月後の確認  
 ・必要なら二次健診の実施  
 ※H30年度～ 3ヶ月以上の支援でも可  
 3. 糖尿病治療なしHbA1c6.5%以上  
 ・連携バス  
 ・レセ確認  
 ・保健指導、栄養指導  
 糖尿病治療中で8.0以上  
 ・レセ確認  
 ・主治医と連携をとって保健指導・栄養指導  
 4. 受診勧奨レベル  
 ・受診勧奨  
 ・保健指導・栄養指導  
 ・必要に応じ腎専門医への受診を勧める  
 5. 糖尿病性腎症予防  
 ・レセ確認  
 ・医師との連携して保健指導、栄養指導  
 6. 糖尿病治療なしHbA1c5.6～6.4%  
 ・必要なら75g糖負荷検査の実施  
 ・保健指導、栄養指導



## 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つるぎ町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、つるぎ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ことで実施していく必要があります。

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

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

ポピュレーションアプローチの取組みとしては、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。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

### II. 重症化予防の取組み

尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表46を参考にする。

- (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 46 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)																		
	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)	560人	41.0%																	
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析									<b>■各疾患の治療状況</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>治療中</th> <th>治療なし</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>高血圧</td> <td>260</td> <td>300</td> </tr> <tr> <td>脂質異常症</td> <td>173</td> <td>387</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>60</td> <td>500</td> </tr> <tr> <td>3疾患いずれか</td> <td>335</td> <td>225</td> </tr> </tbody> </table>			治療中	治療なし	高血圧	260	300	脂質異常症	173	387	糖尿病	60	500	3疾患いずれか	335	225	※問診結果による	
	治療中	治療なし																									
高血圧	260	300																									
脂質異常症	173	387																									
糖尿病	60	500																									
3疾患いずれか	335	225																									
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)		重症化予防対象者 (実人数)																		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)																				
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者																				
該当者数	23   4.1%	4   0.7%	14   2.5%	21   3.8%	123   22.0%	39   7.0%	92   16.4%		225   40.2%																		
治療なし	13   4.3%	2   0.9%	14   3.6%	11   2.8%	24   10.7%	23   4.6%	26   11.6%		61   27.1%																		
(再掲) 特定保健指導	4   17.4%	1   25.0%	2   14.3%	4   19.0%	24   19.5%	3   7.7%	9   9.8%		29   12.9%																		
治療中	10   3.8%	2   0.6%	0   0.0%	10   5.8%	99   29.6%	16   26.7%	66   19.7%		164   49.0%																		
臓器障害あり	9   69.2%	2   100.0%	7   50.0%	5   45.5%	13   54.2%	8   34.8%	26   100.0%		38   62.3%																		
CKD(専門医対象者)	2	1	5	4	8	4	26		26																		
心電図所見あり	8	2	3	3	8	6	4		16																		
臓器障害なし	4   30.8%	--	7   50.0%	6   54.5%	11   45.8%	15   65.2%	--		--																		
治療中	臓器障害あり	7   70.0%	2   100.0%	0   --	5   50.0%	53   53.5%	8   50.0%	66   100.0%	100   61.0%																		
CKD(専門医対象者)	4	2	0	2	26	0	66		66																		
心電図所見あり	3	2	0	4	37	8	24		58																		
臓器障害なし	3   30.0%	--	0   --	5   50.0%	46   46.5%	8   50.0%	--		--																		

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

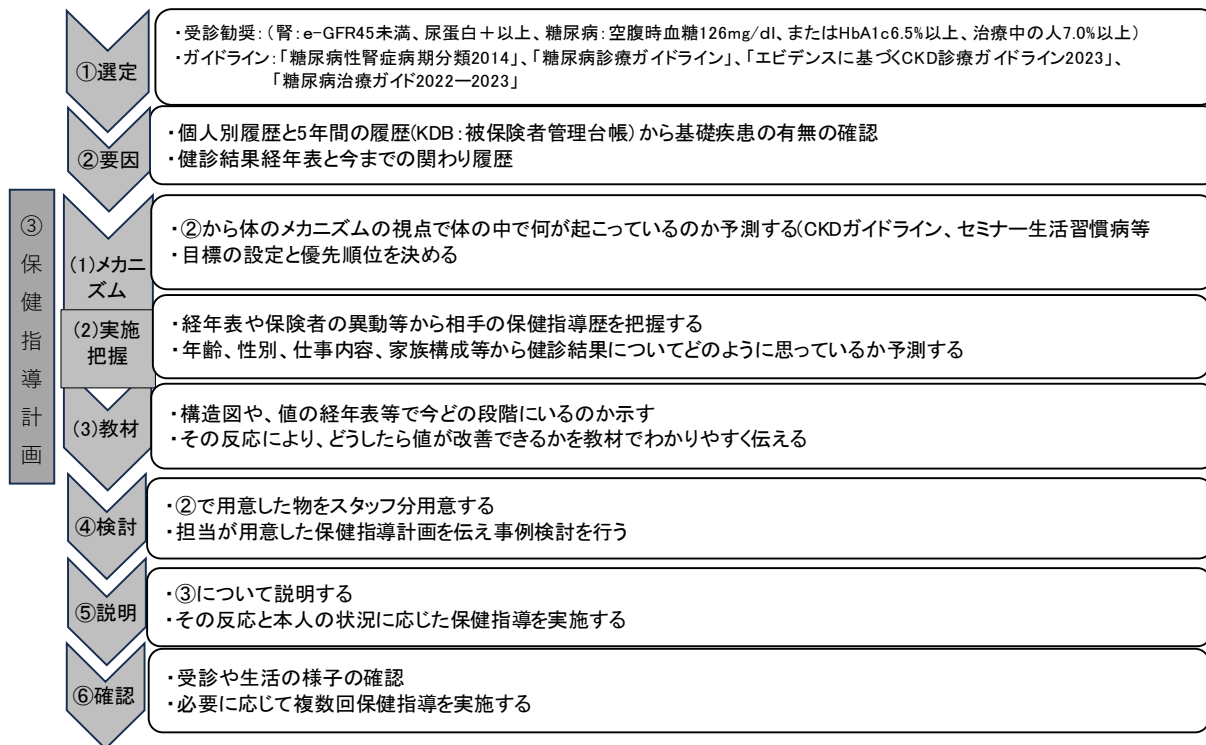
## 1) 基本的な考え方

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 52 に沿って実施します。

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

図表 47 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。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
  - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
  - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

### (2) 選定基準に基づく該当者の把握

#### ① 対象者の抽出

取組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 48 糖尿病性腎症病期分類

病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/gCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)注3	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以上注4
第4期 (腎不全期)	問わない注5	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)で把握していく。

つるぎ町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応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る。(参考資料 2)

#### ③ 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った。(図表 49)

つるぎ町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 31 人(34.1%・F)でした。また 40~74 歳における糖尿病治療者 484 人中のうち、特定健診受診者が 60 人(65.9%・G)でした糖尿病治療者で特定健診未受診者 413 人(87.3%・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になってくる。

#### ④ 介入方法と優先順位

図表 49 よりつるぎ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）・・・31人

##### 優先順位 2

###### 【保健指導】

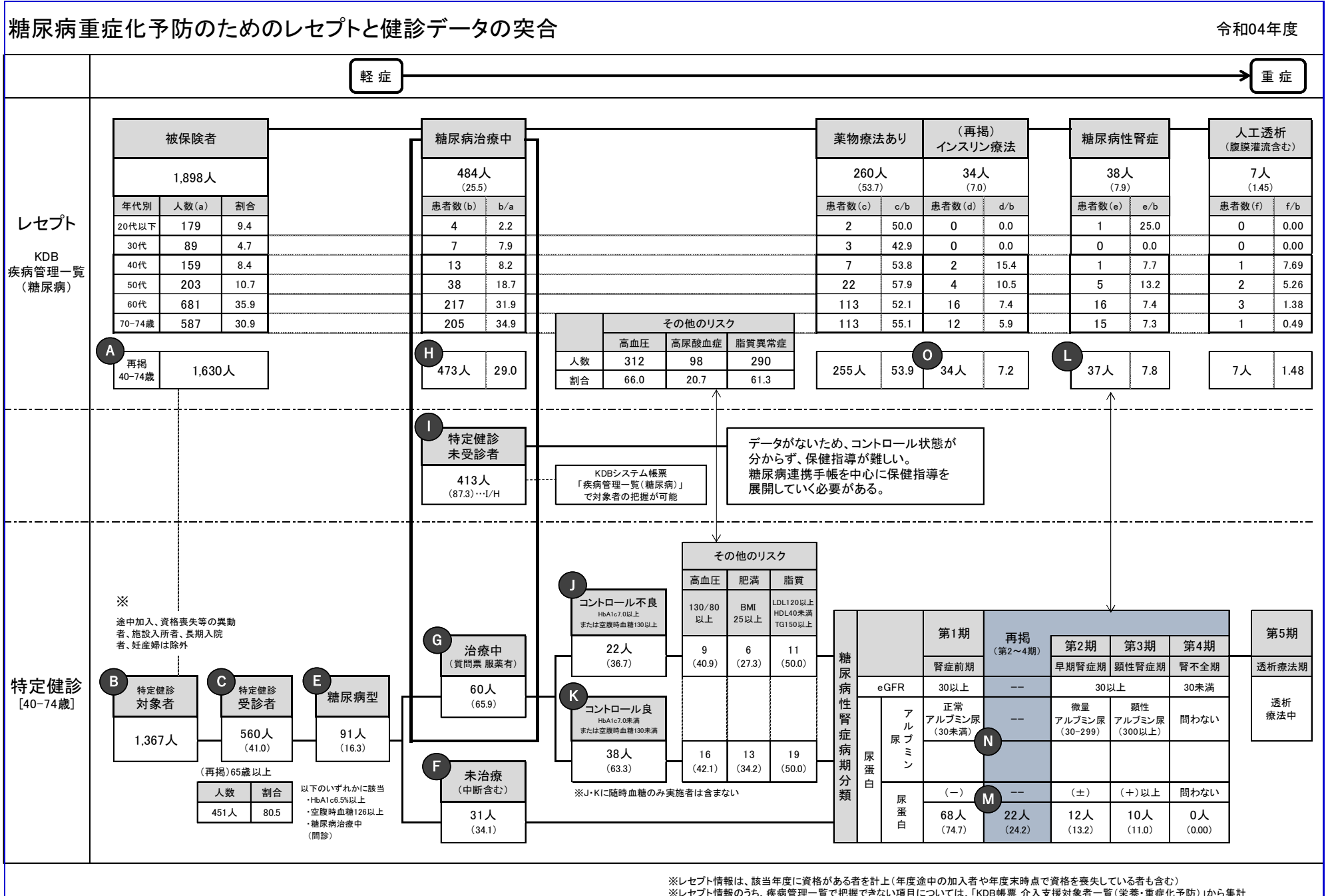
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・22人  
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

##### 優先順位 3

###### 【保健指導】

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

図表 49 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



※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帳票 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

### 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きます。

図表 50 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける（保健指導教材）

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

#### (2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、尿蛋白定性(±)、eGFRの結果により、重症化予防の対象者を決定し、指導等を行っています。

## 4) 医療との連携

### (1) 医療機関未受診者について

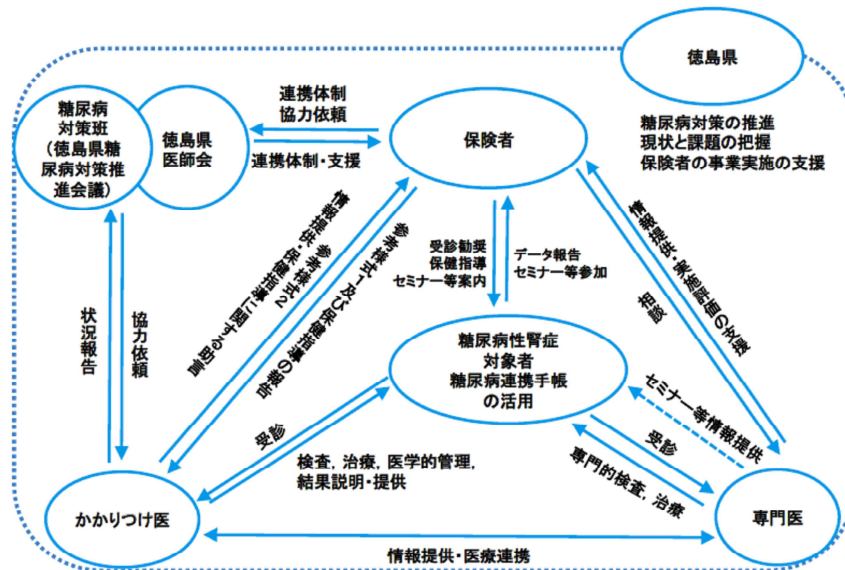
医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。

### (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行っています。

#### 【糖尿病対策推進連携協議会との連携】

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



出典：徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

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

### 短期的評価

#### ①受診勧奨者に対する評価

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

#### ②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
  - HbA1cの変化
  - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m<sup>2</sup>以上低下)
  - 尿蛋白の変化
  - 服薬状況の変化

## 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

6月～対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

9月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)



## 2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

### 1) 基本的な考え方

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

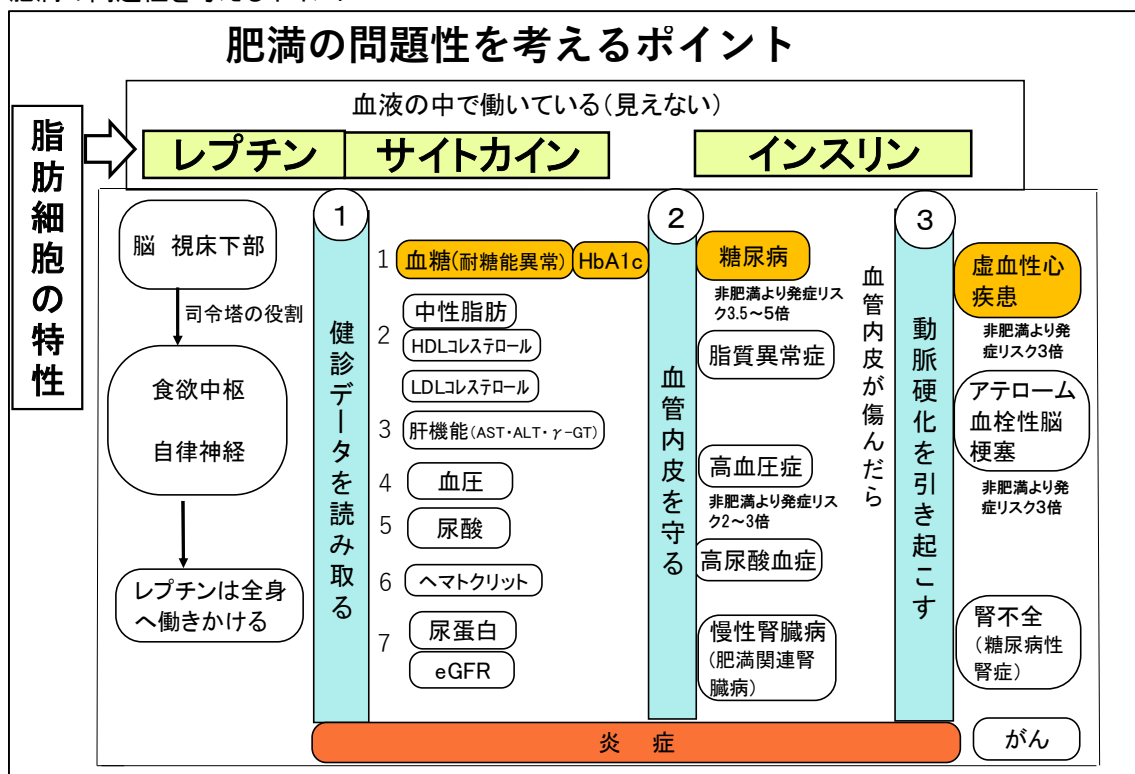
(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より)

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

また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」

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

図表 51 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からつるぎ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 52 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	109	451	39	130	29	113	6	15	4	2	0	0	
			35.8%	28.8%	26.6%	25.1%	5.5%	3.3%	3.7%	0.4%	0.0%	0.0%	
再掲	男性	47	213	17	71	16	64	1	7	0	0	0	0
	女性	62	238	22	59	13	49	5	8	4	2	0	0
			35.5%	24.8%	21.0%	20.6%	8.1%	3.4%	6.5%	0.8%	0.0%	0.0%	

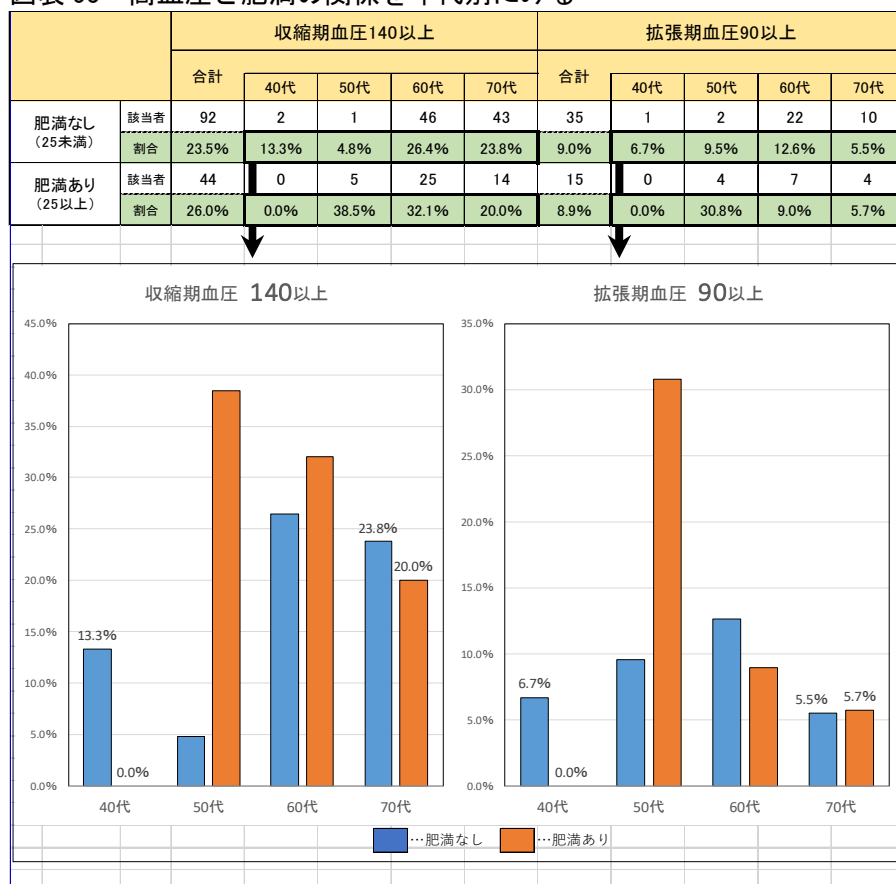
出典：特定健診（法定報告）

### (2) 優先順位

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

【参考】つるぎ町 高血圧と肥満の関係を年代別にみる

図表 53 高血圧と肥満の関係を年代別にみる



### 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

図 53 では、高血圧の対象者を肥満の有無と年代に分けてみると 50 代で肥満が高血圧に大きく関連していることが分かります。

その他の年代でも肥満と高血圧の関連がみられることから対象者の少ない年代でも血管障害を予防していく必要があります。

### 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。

### 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。

### 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、男性は女性の約 2.3 倍となっています。(図表 54)

図表 54 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	260	9	18	114	119	300	14	16	138	132	
メタボ該当者	B	82	1	4	39	38	41	4	4	19	14	
	B/A	31.5%	11.1%	22.2%	34.2%	31.9%	13.7%	28.6%	25.0%	13.8%	10.6%	
再掲	① 3項目全て	C	23	0	0	8	15	12	0	1	6	5
		C/B	28.0%	0.0%	0.0%	20.5%	39.5%	29.3%	0.0%	25.0%	31.6%	35.7%
	② 血糖+血圧	D	12	0	1	7	4	4	0	0	2	2
		D/B	14.6%	0.0%	25.0%	17.9%	10.5%	9.8%	0.0%	0.0%	10.5%	14.3%
	③ 血圧+脂質	E	42	1	2	22	17	21	1	2	11	7
		E/B	51.2%	100.0%	50.0%	56.4%	44.7%	51.2%	25.0%	50.0%	57.9%	50.0%
	④ 血糖+脂質	F	5	0	1	2	2	4	3	1	0	0
		F/B	6.1%	0.0%	25.0%	5.1%	5.3%	9.8%	75.0%	25.0%	0.0%	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、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は年齢とともに増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。(図表 55)

図表 55 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし			
総数	260	82	31.5%	67	81.7%	15	18.3%	300	41	13.7%	32	78.0%	9	22.0%		
40代	9	1	11.1%	0	0.0%	1	100.0%	14	4	28.6%	2	50.0%	2	50.0%		
50代	18	4	22.2%	4	100.0%	0	0.0%	16	4	25.0%	1	25.0%	3	75.0%		
60代	114	39	34.2%	32	82.1%	7	17.9%	138	19	13.8%	16	84.2%	3	15.8%		
70~74歳	119	38	31.9%	31	81.6%	7	18.4%	132	14	10.6%	13	92.9%	1	7.1%		

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メタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

## 4) 保健指導の実施

### (1) 最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 56 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 肥満がもたらざるもの	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 膝が痛いよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかか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)
- ④75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

### 3. 虚血性心疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

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

#### 2) 対象者の明確化

##### (1) 対象者選定基準の考え方

特定検診受診者のうち、医師の所見により対象となった方。

##### (2) 重症化予防対象者の抽出

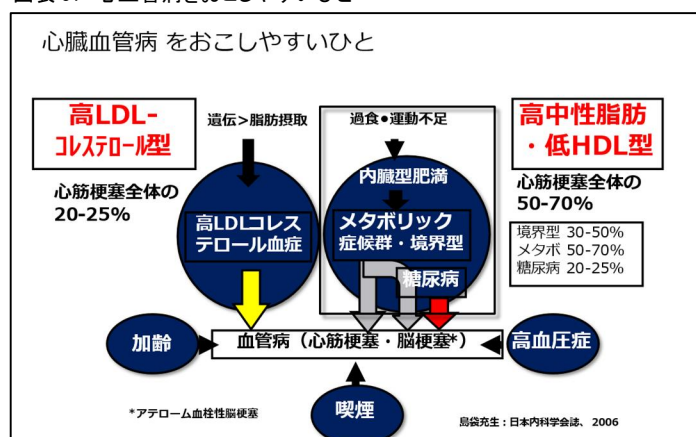
###### ①心電図検査からの把握

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

###### ②心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の 60%は前駆症状ないため)積極的に保健指導を行う必要があります。また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 57)

図表 57 心血管病をおこしやすいひと



出典: つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

図表 57 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 54・55)を参照します。

B: LDL コレステロールタイプ(図表 58)

図表 58 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			
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
			211	104	75	18	14	1	3	16	12
				49.3%	35.5%	8.5%	6.6%	3.1%	9.4%	50.0%	37.5%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	11	4	6	0	1	1	0	0	0
			5.2%	3.8%	8.0%	0.0%	7.1%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	72	39	21	8	4	0	2	7	3
			34.1%	37.5%	28.0%	44.4%	28.6%	0.0%	66.7%	43.8%	25.0%
	高リスク	120未満 (150未満)	116	54	44	9	9	0	1	8	9
		55.0%	51.9%	58.7%	50.0%	64.3%	0.0%	33.3%	50.0%	75.0%	
	再掲	100未満 (130未満) ※1	11	7	3	0	1	0	0	1	0
			5.2%	6.7%	4.0%	0.0%	7.1%	0.0%	0.0%	6.3%	0.0%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	12	7	4	1	0	0	0	1	0
			5.7%	6.7%	5.3%	5.6%	0.0%	0.0%	0.0%	6.3%	0.0%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

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

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

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

## (2) 二次健診の実施

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

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

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

## (3) 対象者の管理

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

## 4) 医療との連携

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

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

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

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

## 7) 実施期間及びスケジュール

4 月～ 対象者の選定基準の決定

6 月～対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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



## 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 59,60)

図表 59 脳卒中の分類

#### 【脳卒中の分類】

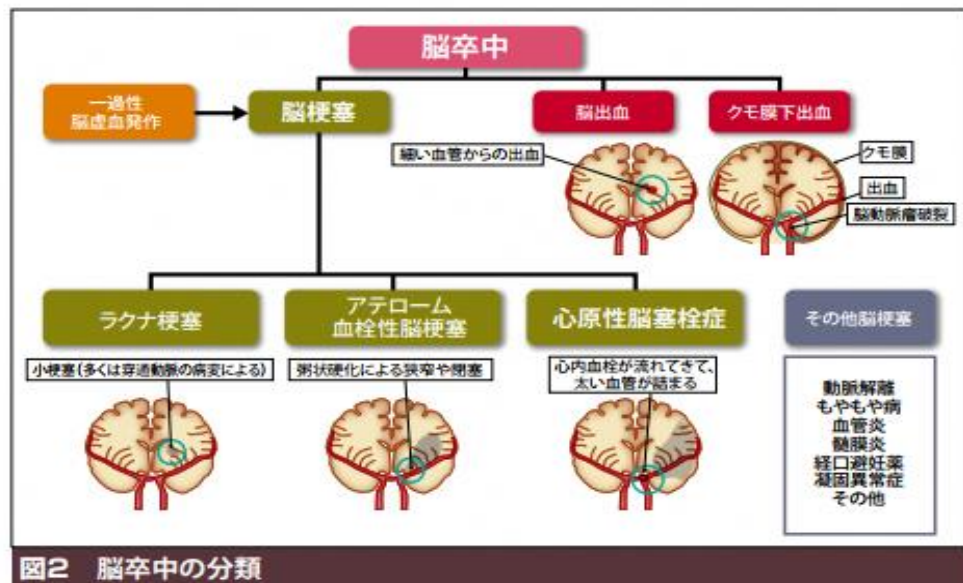


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 60 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 61 でみると、高血圧治療者 792 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 76 人(9.6%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 141 人(25.2%)であり、そのうち 66 人(46.8%)は未治療者です。

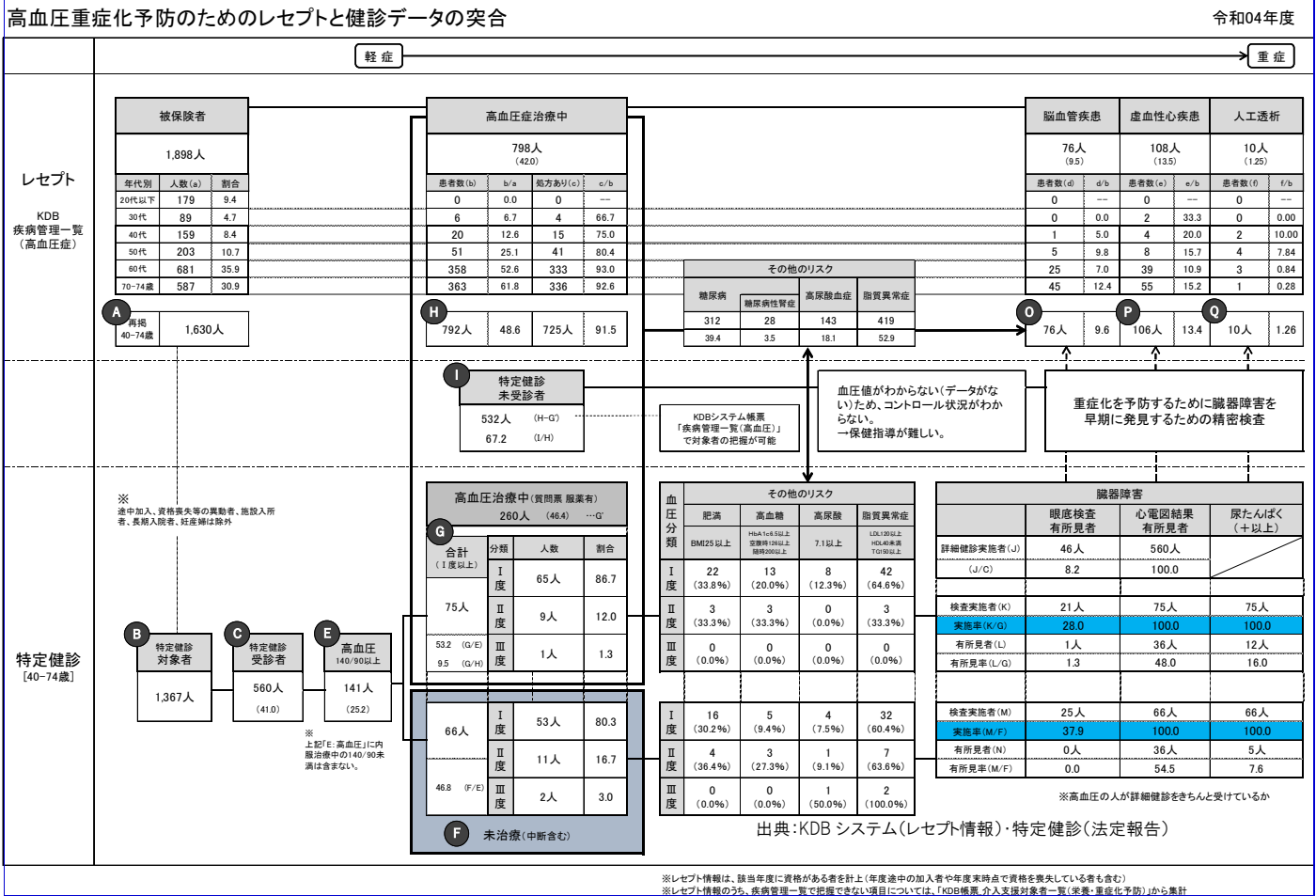
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 9 人(12%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか 46 人(8.2%)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、65(86.7%・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 61 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 62 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 62 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

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

### 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

血圧分類 (mmHg)		高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	149	83 55.7%	53 35.6%	11 7.4%	2 1.3%
	リスク第1層 予後影響因子がない	4 2.7%	2 2.4%	2 3.8%	0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	74	39 49.7%	30 56.6%	4 36.4%	1 50.0%
	リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	71	42 47.7%	21 39.6%	7 63.6%

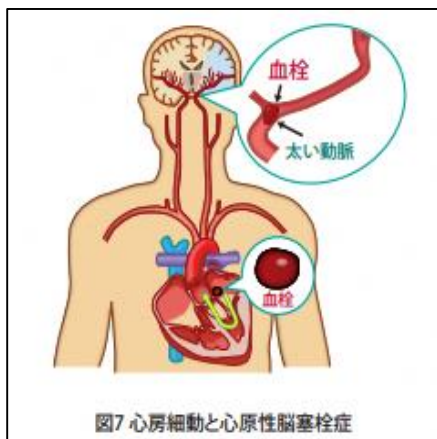
…高リスク  
 …中等リスク  
 …低リスク

区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	34 22.8%
	74 49.7%
B 概ね1か月後に再評価	41 27.5%
C 概ね3か月後に再評価	

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

出典: 特定健診(法定報告)

### (3) 心電図検査における心房細動の実態



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

しかし、心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

(脳卒中予防の提言より引用)

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

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

#### (2) 二次健診の実施

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

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

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

#### (3) 対象者の管理

##### ① 高血圧者の管理

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

##### ② 心房細動者の管理

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

### 4) 医療との連携

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

6 月～対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

## 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

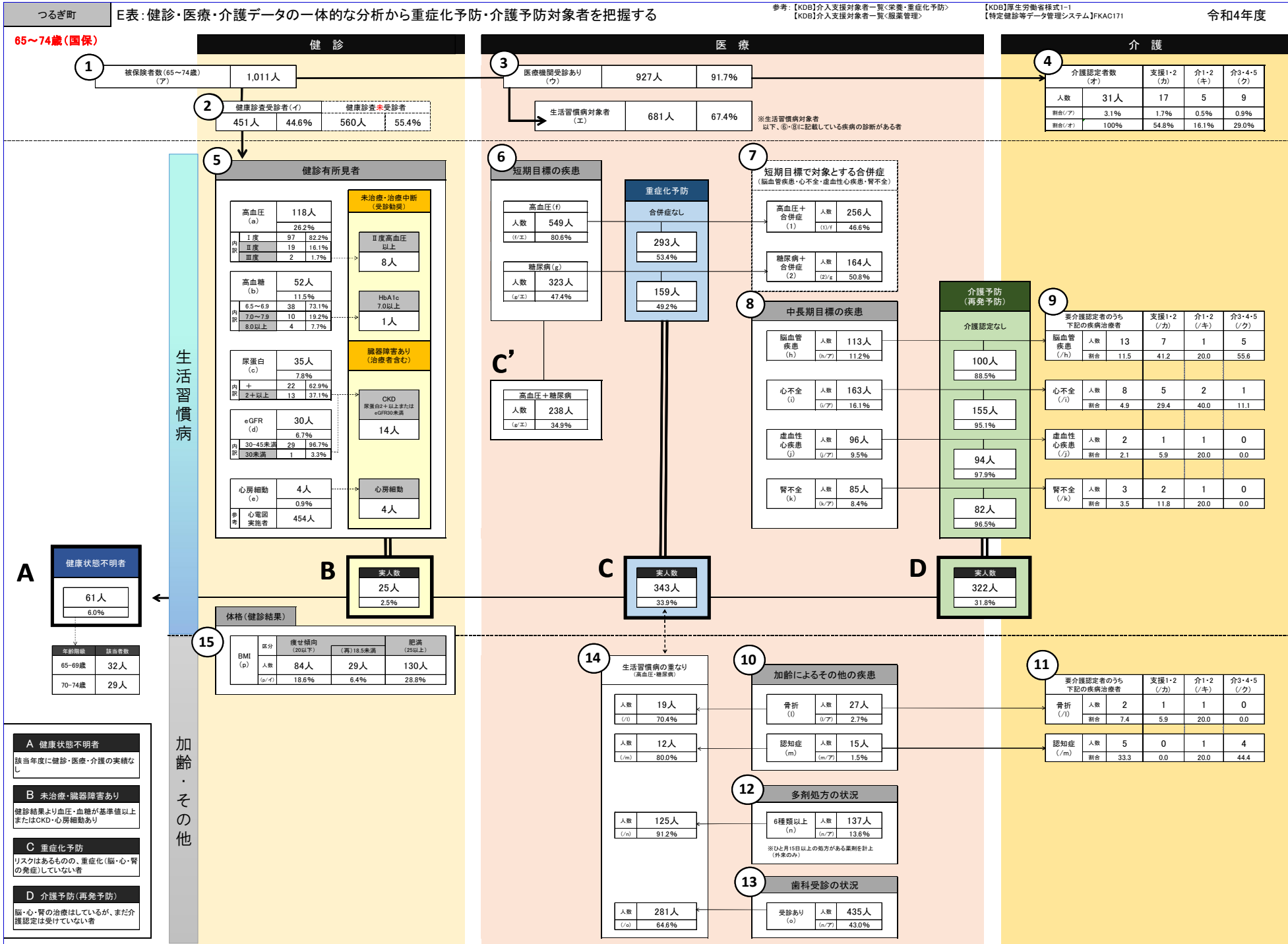
つるぎ町は、令和6年度より徳島県後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施する予定です。

#### 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。また、地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。

75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 63 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



**生活習慣病**

**加齢・その他**

**A** 健康状態不明者  
該当年度に健診・医療・介護の実績なし

**B** 未治療・臓器障害あり  
健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはCKD・心房細動あり

**C** 重症化予防  
リスクはあるものの、重症化(脳・心・腎の発症)していない者

**D** 介護予防(再発予防)  
脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定を受けていない者

## IV. 発症予防

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

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

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

つるぎ町においては、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 64 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病(耐糖能異常)の問題を解決するためにライフサイクルで考える - 基本的考え方 (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてもみました)																		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>発症予防</span> <span>重症化予防</span> </div>																		
1 根拠法	健康増進法																	
6条 健康増進事業実施者	母子保健法			児童福祉法			学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)						
2 計画	健康増進計画(県)【市町村努力義務】【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】																	
	データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)										特定健康診査等実施計画(各保険者)							
3 年代	妊婦(胎児期)		産婦	0歳~5歳			6歳~14歳			15~18歳	~29歳	30歳~39歳	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳以上			
4 健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条)		産婦健康診査 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査			就学時健診 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)			定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)
	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)					
5 対象者 健診内容	血糖	95mg/dl以上								空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上								
	HbA1c	6.5%以上								6.5%以上								
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上																
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上								空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上								
	(診断)妊婦糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①~③の1点以上満たすもの																
	身長 体重																	
	BMI									25以上								
	肥満度			かつ18以上			肥満度15%以上			肥満度20%以上								
尿糖	(+)以上								(+)以上									
糖尿病家族歴																		

# V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。被保険者自身が健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに、主体的・積極的に健康増進に取り組むことが重要です。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表 65、66)

## 保険者努力支援制度の視点で、つるぎ町の社会保障費と予防・健康管理をみる

図表 65

③令和4年度の健診状況

つるぎ町 人口7,787人 (令和5年4月)

- ・高齢化率 47.8%
- ・国保加入率 22.4%

### ① 社会保障費 (令和4年度)

国保医療費 8.2億円

予防可能な疾患

- 糖尿病 4,046万円 9.9%
- 高血圧 2,441万円 6.0%
- 脂質異常症 1,215万円 3.0%
- がん 8,004万円 19.6%

介護費 14.2億円

有病状況 40~64歳 65~74歳 (2号認定者)

脳卒中 50.0% 33.3%

糖尿病合併症 16.7% 19.0%

基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症) 100% 90.5%

住基・KDBより

### ② 保険者努力支援制度

全国順位 1,741市町村中 1,156位  
960点満点のうち519点

交付額：3,433,000円  
一人当たり交付額：1,849円

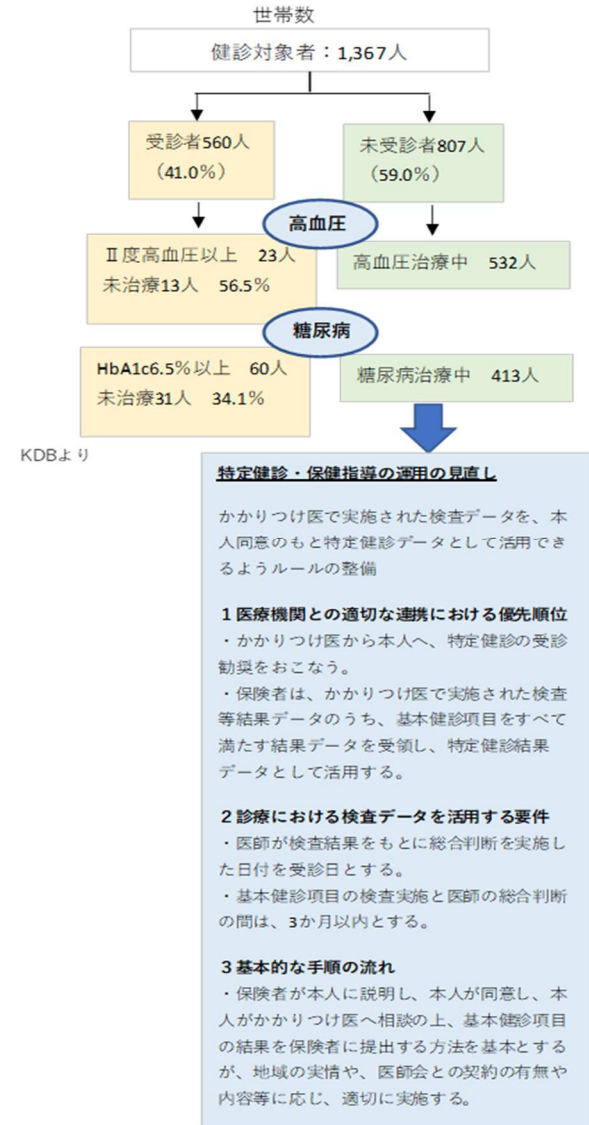
#### 1. 総合実績

指標	満点	つるぎ町	県	国
指標1 特定健診受診率・特定保健指導実施率・メタが該当者及び予備軍の減少率	190	50点	102.08点	47.69点
指標2 がん検診受診率・歯科検診受診率	70	23点	34.75点	36.98点
指標3 生活習慣病の発症予防・糖尿病等の重症化予防・特定健診受診率向上の取組の実施状況	120	120点	116.25点	105.93点
指標4 個人インセンティブ・分かりやすい情報提供	60	50点	53.13点	42.04点
指標5 重複・多剤投与者に対する取組の実施状況	50	50点	46.25点	42.98点
指標6 後発医薬品の促進の取組・使用割合	130	30点	29.38点	70.96点
合計	620	323点	381.83点	346.58点

#### 2. 固有指標の実績

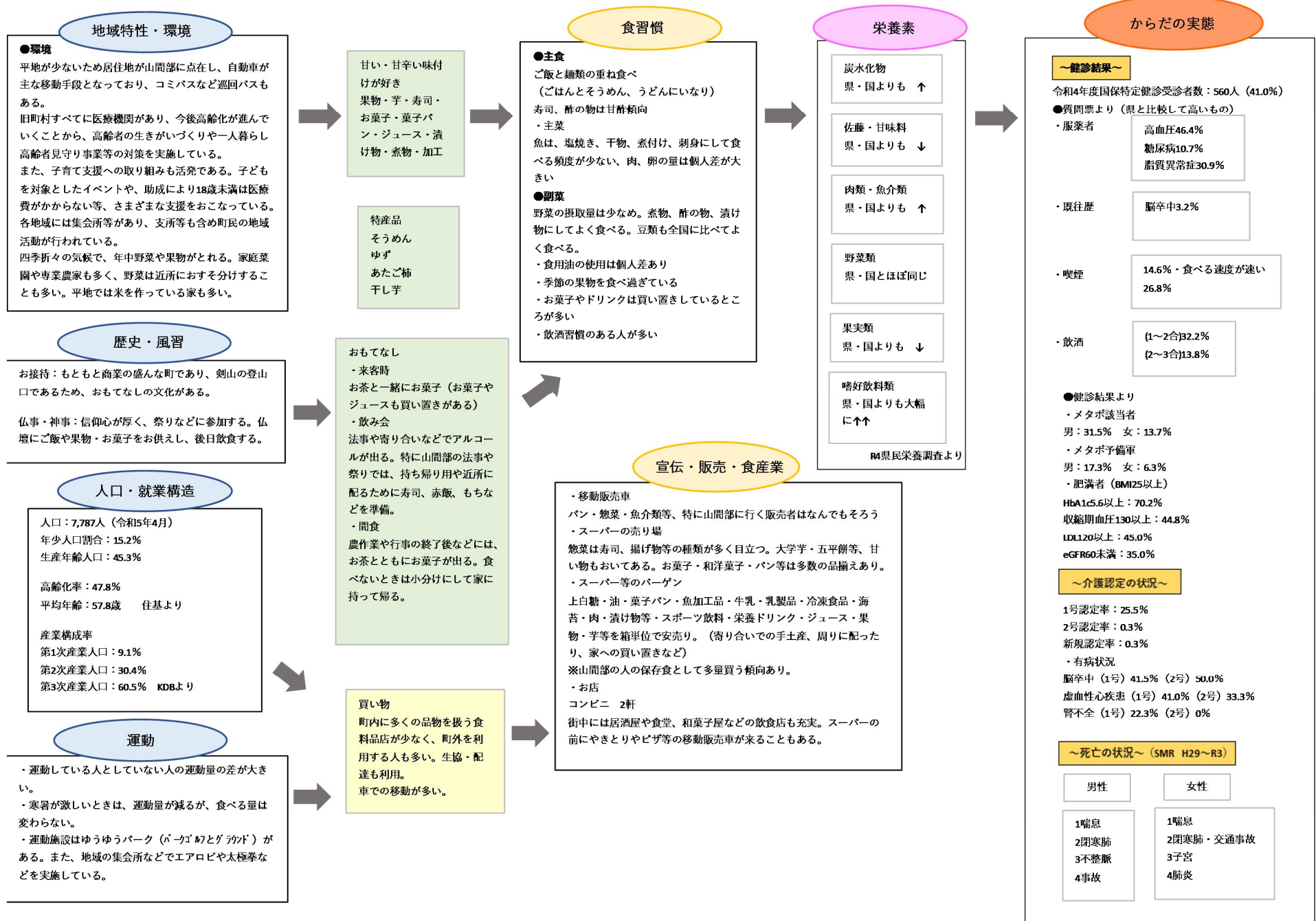
指標	満点	つるぎ町	県	国
指標1 保険料(税)収納率	100	50点	52.71点	46.49点
指標2 データヘルス計画の実施状況	30	25点	29.17点	27.35点
指標3 医療費通知の取組の実施状況	20	20点	20.00点	19.56点
指標4 地域包括ケア推進・一体的実施の取組状況	40	20点	28.13点	22.11点
指標5 第三者求償の取組の実施状況	50	26点	26.88点	35.84点
指標6 適正かつ健全な事業運営の実施状況	100	55点	63.04点	66.97点
合計	340	196点	219.92点	218.34点

厚生労働省からの分析資料より





つるぎ町の食の実態と体の実態を考える 図表 66



## 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つるぎ町の位置
- 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つぎ町の位置

項目			つぎ町										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		8,926		8,926		8,926		7,710		1,680,058		691,132		123,214,261			
			65歳以上(高齢化率)		3,869	43.3	3,869	43.3	3,869	43.3	3,869	43.3	3,596	46.6	662,426	39.4	238,346	34.5	35,335,805	28.7
			75歳以上		2,374	26.6	2,374	26.6	2,374	26.6	2,374	26.6	2,062	26.7	---	---	122,672	17.7	18,248,742	14.8
			65～74歳		1,495	16.7	1,495	16.7	1,495	16.7	1,495	16.7	1,534	19.9	---	---	115,674	16.7	17,087,063	13.9
			40～64歳		2,851	31.9	2,851	31.9	2,851	31.9	2,851	31.9	2,328	30.2	---	---	224,837	32.5	41,545,893	33.7
39歳以下		2,206	24.7	2,206	24.7	2,206	24.7	2,206	24.7	1,786	23.2	---	---	227,949	33.0	46,332,563	37.6			
2 死亡	①	死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		126.4		126.4		126.4		115.3		103.1		105.1		100.0			
			男性		108.1		108.1		108.1		117.8		101.3		103.3		100.0			
			女性		39		41.9		39		39.0		50		48.1		41		41.4	
			がん		29		31.2		30		30.0		22		21.2		36		36.4	
			心臓病		11		11.8		16		16.0		13		12.5		11		11.1	
3 介護	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		989		25.8		974		25.4		965		24.9		932		24.3	
			新規認定者		17		0.3		11		0.3		14		0.3		18		0.3	
			介護度別総件数		3,301		18.1		3,515		19.2		3,369		18.5		3,683		20.7	
			要支援1.2		7,002		38.4		6,696		36.5		7,038		38.7		6,933		38.9	
			要介護1.2		7,912		43.4		8,120		44.3		7,756		42.7		7,189		40.4	
4 医療	②	有病状況	2号認定者		11		0.4		9		0.3		5		0.2		6		0.2	
			糖尿病		254		24.0		234		23.2		223		22.0		245		21.7	
			高血圧症		608		59.1		584		58.9		564		56.3		579		55.0	
			脂質異常症		249		22.1		238		24.4		246		23.8		252		22.7	
			心臓病		687		68.0		665		67.2		651		65.2		656		63.3	
5 医療費	③	医療費の状況	一人当たり給付費/総給付費		389,433		1,506,714,528		396,925		1,535,701,114		391,308		1,513,970,262		378,223		1,463,343,004	
			1件当たり給付費(全体)		82,718		83,776		82,187		82,556		82,187		74,986		63,005		59,662	
			在宅サービス		40,933		42,301		42,704		40,821		40,837		43,722		41,316		41,272	
			施設サービス		273,408		279,740		276,061		275,608		270,894		289,312		297,064		296,364	
			医療費等		8,527		8,592		8,724		8,762		8,962		9,224		8,971		8,610	
6 医療費	④	医療費分析	被保険者数		1,929		1,872		1,859		1,818		1,730		427,153		154,837		27,488,882	
			65～74歳		1,004		52.0		1,002		53.5		1,031		55.5		1,048		57.6	
			40～64歳		641		33.2		618		33.0		583		31.4		545		30.0	
			39歳以下		284		14.7		252		13.5		245		13.2		225		12.4	
			加入率		21.6		21.0		20.8		20.4		22.4		25.6		22.4		22.3	
7 医療費	⑤	一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	病院数		3		1.6		3		1.6		3		1.7		3		1.7	
			診療所数		8		4.1		8		4.3		8		4.4		6		3.5	
			病床数		194		100.6		194		103.6		194		104.4		194		112.1	
			医師数		27		14.0		27		14.4		25		13.4		25		13.8	
			外来患者数		696.1		702.3		646.4		641.6		641.6		688.2		692.2		737.2	
8 医療費	⑥	一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院患者数		38.1		40.8		41.0		40.1		38.3		22.7		25.0		17.7	
			一人当たり医療費		418,170		439,777		432,620		428,548		473,879		376,732		389,015		399,680	
			受診率		734.2		743.13		687,417		681,631		726,502		714,851		762,201		705,439	
			費用の割合		50.3		46.7		42.4		44.0		45.5		44.0		56.3		60.4	
			件数の割合		94.8		94.5		94.0		94.1		94.7		96.8		96.7		97.5	
9 医療費	⑦	一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院		6,718		3.2		4,373		1.8		5,711		2.4		11,266		4.4	
			脳梗塞・脳出血		6,718		3.2		4,373		1.8		5,711		2.4		11,266		4.4	
			脳虚性心疾患		3,556		1.7		5,766		2.5		6,829		2.7		3,272		1.4	
			腎不全		1,872		0.9		2,995		1.3		5,134		2.1		4,634		1.9	
			腎不全		1,872		0.9		2,995		1.3		5,134		2.1		4,634		1.9	
10 医療費	⑧	一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院		15,601		7.4		15,277		7.4		14,335		7.8		12,578		6.7	
			糖尿病		25,418		12.1		25,562		12.4		24,240		13.2		21,778		11.6	
			脳虚性心疾患		8,109		3.9		9,029		4.4		7,402		4.0		6,812		3.6	
			脳梗塞・脳出血		779		0.4		820		0.4		923		0.5		643		0.3	
			脳虚性心疾患		3,031		1.4		2,204		1.5		2,204		1.2		2,138		1.1	
11 医療費	⑨	一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院		26,835		12.8		24,464		11.9		21,179		11.5		22,292		11.8	
			糖尿病		2,426		1.1		2,777		1.3		2,959		1.4		2,728		1.3	
			脳虚性心疾患		12,004		5.8		12,781		6.1		12,227		5.8		12,535		6.1	
			脳梗塞・脳出血		6,219		2.9		7,079		3.4		8,021		3.8		6,840		3.2	
			脳虚性心疾患		30,771		14.8		32,586		15.5		33,146		15.6		35,718		16.8	
12 医療費	⑩	一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	受診対象者		327		57.4		313		57.0		290		57.7		317		55.9	
			医療機関受診率		303		53.2		291		53.0		270		53.7		289		51.0	
			医療機関非受診率		24		4.2		22		4.0		20		4.0		28		4.9	
			受診率		327		57.4		313		57.0		290		57.7		317		55.9	
			医療機関受診率		303		53.2		291		53.0		270		53.7		289		51.0	

5 健診	①	健診受診者	570	549	503	567	560	139,850	43,802	6,503,152					
	②	受診率	38.1	37.8	34.3	39.8	41.0	44.7	39.2	全国18位	35.3				
	③	特定保健指導終了者(実施率)	59	45	37	51	13	22.4	2,678	16.0	297	5.5	69,327	9.0	
	④	非肥満高血糖	58	52	52	64	64	11.4	14,190	10.1	3,532	8.1	588,083	9.0	
	⑤	メタボ	該当者	106	108	109	117	123	22.0	30,227	21.6	9,180	21.0	1,321,197	20.3
			男性	75	73	78	82	82	31.5	21,300	32.1	6,496	33.1	923,222	32.0
	⑥	予備群	男性	31	35	31	39	41	13.7	8,927	12.1	2,684	11.1	397,975	11.0
			女性	63	69	58	68	64	11.4	16,236	11.6	5,182	11.8	730,607	11.2
	⑦	BMI	総数	44	49	42	51	45	17.3	11,464	17.3	3,648	18.6	515,813	17.9
			男性	19	20	16	17	19	6.3	4,772	6.5	1,534	6.3	214,794	5.9
	⑧	BMI	女性	25	29	26	34	26	11.0	6,692	10.8	2,114	12.3	301,019	12.0
			総数	181	194	179	195	199	35.5	51,122	36.6	15,805	36.1	2,273,296	35.0
	⑨	BMI	男性	127	131	130	135	136	52.3	36,935	54.2	11,158	56.9	1,592,747	55.3
			女性	54	63	49	60	63	21.0	15,187	20.6	4,647	19.2	680,549	18.8
	⑩	メタボ該当・予備群レベル	血糖のみ	3	5	6	4	3	0.5	963	0.7	264	0.6	41,541	0.6
			血圧のみ	45	52	42	49	51	9.1	11,851	8.5	3,727	8.5	514,593	7.9
			脂質のみ	15	12	10	15	10	1.8	3,422	2.4	1,191	2.7	174,473	2.7
			血糖・血圧	11	18	21	22	23	4.1	5,115	3.7	1,335	3.0	193,722	3.0
			血糖・脂質	9	14	4	8	9	1.6	1,475	1.1	450	1.0	67,212	1.0
血圧・脂質			53	52	46	51	63	11.3	13,535	9.7	4,666	10.7	630,848	9.7	
血糖・血圧・脂質			33	24	38	39	35	6.3	10,102	7.2	2,729	6.2	429,615	6.6	
高血圧			215	210	228	245	260	46.4	55,201	39.5	16,935	38.7	2,324,538	35.8	
糖尿病			60	63	64	65	60	10.7	14,674	10.5	3,764	8.6	564,473	8.7	
脂質異常症			145	138	155	168	173	30.9	38,748	27.7	11,822	27.0	1,817,350	28.0	
脳卒中(脳出血・脳梗塞等)			20	21	21	23	18	3.2	4,389	3.3	1,329	3.1	199,003	3.1	
心臓病(狭心症・心筋梗塞等)			28	36	35	35	36	6.4	8,295	6.2	2,531	5.8	349,845	5.5	
腎不全	6	4	4	10	4	0.7	1,283	0.9	511	1.2	51,680	0.8			
貧血	34	25	28	28	27	4.8	12,237	9.0	4,733	11.0	669,737	10.6			
6 問診	①	喫煙	84	91	80	92	82	14.6	21,078	15.1	5,368	12.3	896,676	13.8	
	②	週3回以上朝食を抜く	48	42	41	32	39	7.0	11,378	8.6	3,880	9.1	609,166	10.3	
	③	週3回以上食後間食(～H29)	0	0	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	④	週3回以上就寝前夕食(H30～)	97	74	81	75	83	14.8	21,660	16.4	7,259	17.0	932,218	15.7	
	⑤	週3回以上就寝前夕食	97	74	81	75	83	14.8	21,660	16.4	7,259	17.0	932,218	15.7	
	⑥	食べる速度が遅い	192	163	153	183	150	26.8	35,108	26.4	13,138	30.7	1,590,713	26.8	
	⑦	20歳時体重から10%以上増加	202	199	188	223	198	35.4	47,632	35.8	15,365	36.0	2,083,152	34.9	
	⑧	1回30分以上運動習慣なし	296	286	275	300	293	52.4	86,948	65.2	25,071	58.7	3,589,415	60.3	
	⑨	1日1時間以上運動なし	282	239	236	252	240	42.9	62,532	46.9	21,798	51.0	2,858,913	48.0	
	⑩	睡眠不足	145	150	123	155	135	24.2	32,230	24.3	11,333	26.8	1,521,685	25.6	
	⑪	毎日飲酒	131	135	119	122	134	23.9	35,947	26.5	10,658	24.7	1,585,206	25.5	
	⑫	時々飲酒	111	100	98	100	97	17.3	28,605	21.1	7,699	17.8	1,393,154	22.4	
	⑬	一日飲酒量	1合未満	138	146	127	146	139	50.4	53,892	59.9	17,015	63.9	2,851,798	64.2
			1～2合	83	80	80	69	89	32.2	23,850	26.5	6,226	23.4	1,053,317	23.7
2～3合			41	39	30	38	38	13.8	9,375	10.4	2,624	9.9	414,658	9.3	
3合以上			11	8	11	10	10	3.6	2,835	3.2	754	2.8	122,039	2.7	

(参考資料2) 健診・医療・介護の一体的な分析 ①40～64歳(国保)

つるぎ町

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る

参考: 【KDB】介入支援対象者一覧<栄養・重症化予防> 【KDB】介入支援対象者一覧<服薬管理>

【KDB】厚生労働省様式1-1 【特定健診等データ管理システム】FKAC171

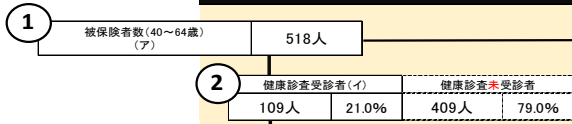
令和4年度

40～64歳(国保)

健診

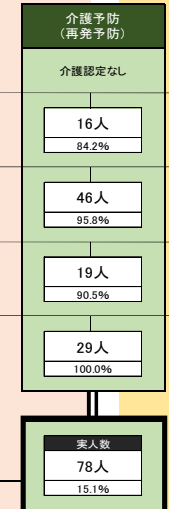
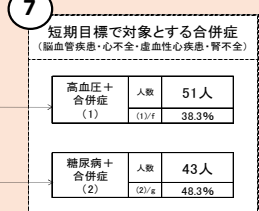
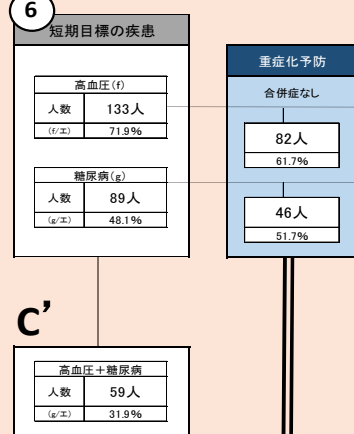
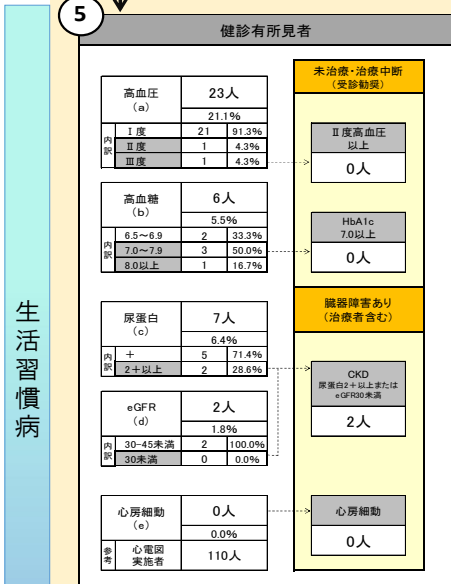
医療

介護



4 介護認定者数(オ)

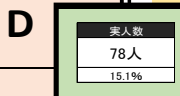
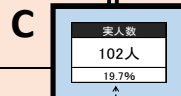
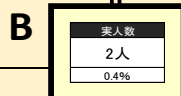
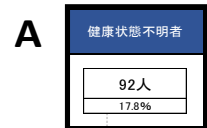
	人数	割合(ア)	支援1・2(カ)	割合(オ)	介1・2(キ)	割合(オ)	介3・4・5(ク)	割合(オ)
介護認定者数	6人	1.2%	3	50.0%	2	33.3%	1	16.7%



要介護認定者のうち下記の疾病治療者	人数	割合	支援1・2(カ)	割合(オ)	介1・2(キ)	割合(オ)	介3・4・5(ク)	割合(オ)
脳血管疾患(h)	3	15.8	2	66.7	0	0.0	1	100.0
心不全(i)	2	4.2	1	50.0	1	50.0	0	0.0
虚血性心疾患(j)	2	9.5	2	100.0	0	0.0	0	0.0
腎不全(k)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

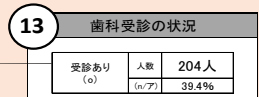
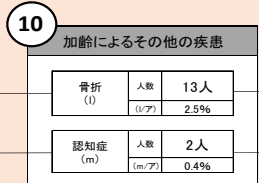
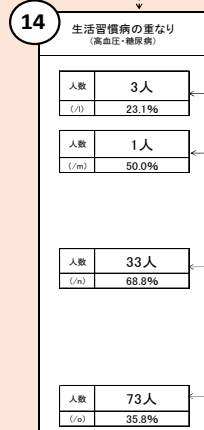
生活習慣病

加齢・その他



15 体格(健診結果)

区分	人数	割合
BMI(p)	7人	6.4%
痩せ(18.5未満)	39人	35.8%
肥満(25以上)		



11 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

疾患	人数	割合	支援1・2(カ)	割合(オ)	介1・2(キ)	割合(オ)	介3・4・5(ク)	割合(オ)
骨折(l)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
認知症(m)	1	50.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0

- A 健康状態不明者**  
該当年度に健診・医療・介護の実績なし
- B 未治療・臓器障害あり**  
健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはCKD・心房細動あり
- C 重症化予防**  
リスクはあるものの、重症化(脳・心・腎の発症)していない者
- D 介護予防(再発予防)**  
脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

②65～74歳(国保)

つるぎ町

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

参考：【KDB】介入支援対象者一覧<栄養・重症化予防> 【KDB】介入支援対象者一覧<服薬管理>

【KDB】厚生労働省様式1-1 【特定健診等データ管理システム】FKAC171

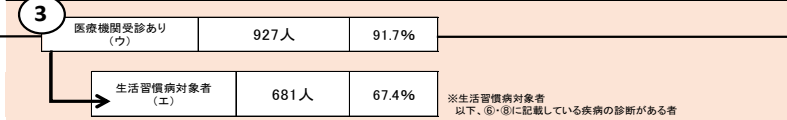
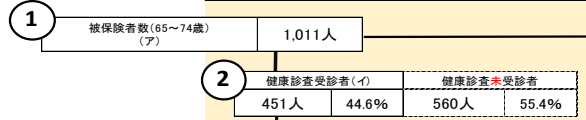
令和4年度

65～74歳(国保)

健診

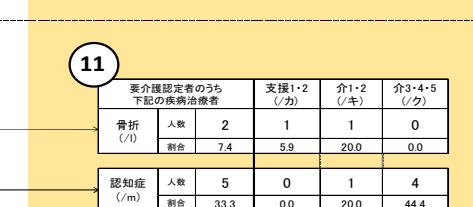
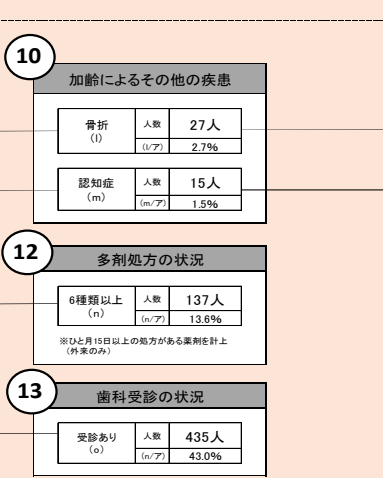
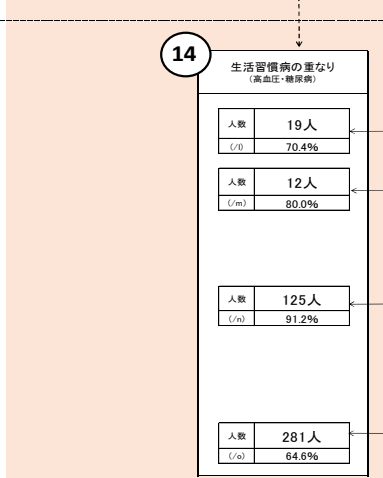
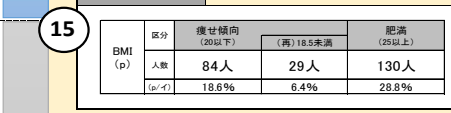
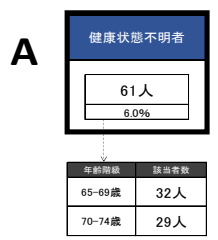
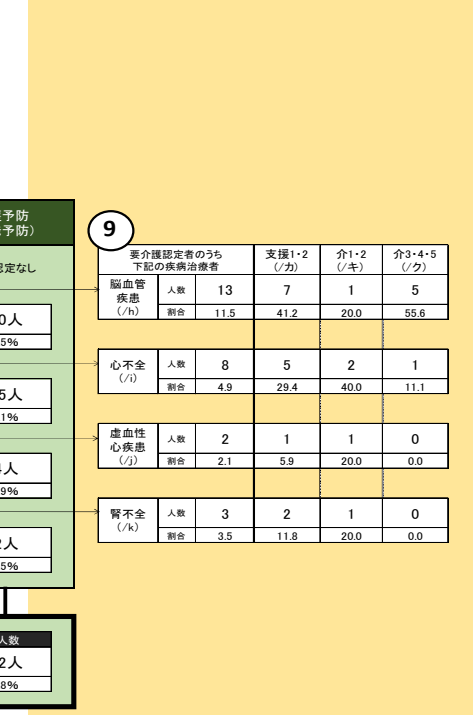
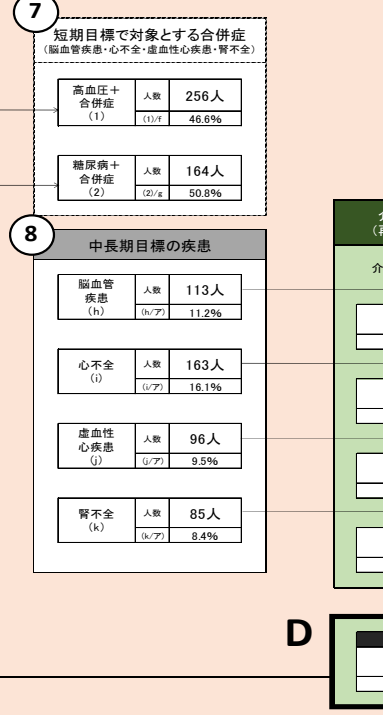
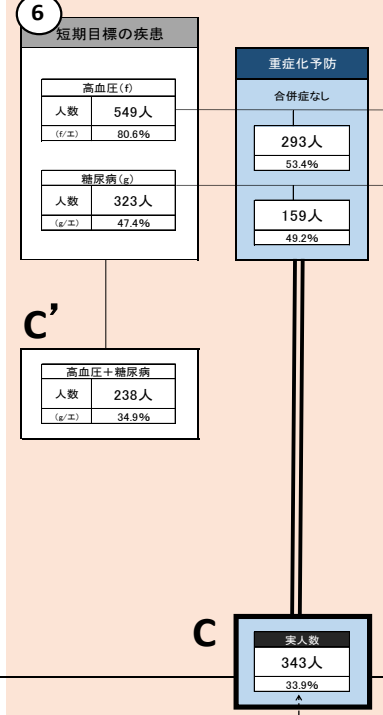
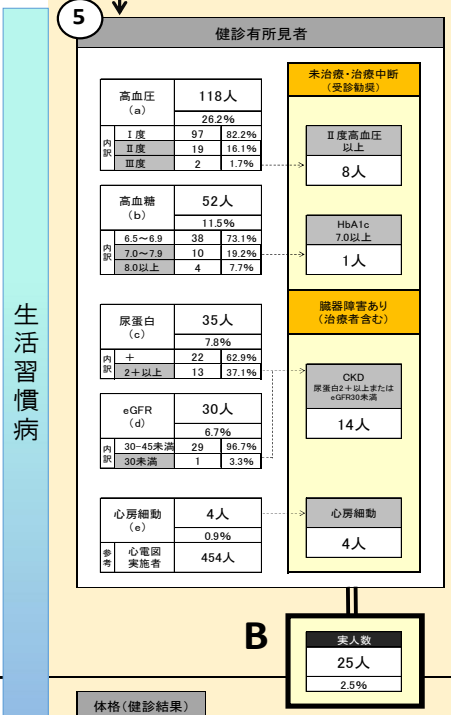
医療

介護



4 介護認定者数 (オ)

	人数	割合(ア)	支援1・2 (カ)	割合(カ)	介1・2 (キ)	割合(キ)	介3・4・5 (ク)	割合(ク)
人数	31人	3.1%	17	54.8%	5	16.1%	9	29.0%
割合(オ)	100%							



- A 健康状態不明者  
該当年度に健診・医療・介護の実績なし
- B 未治療・臓器障害あり  
健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはCKD・心房細動あり
- C 重症化予防  
リスクはあるものの、重症化(脳・心・腎の発症)していない者
- D 介護予防(再発予防)  
脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

加齢・その他



③65～74 歳(後期)

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る

参考: [KDB]介入支援対象者一覧<栄養・重症化予防>  
[KDB]介入支援対象者一覧<服薬管理>  
[KDB]後期高齢者の医療(健診)・介護実況状況

[KDB]厚生労働省様式1-1  
【特定健診等データ管理システム】FKAC171

令和4年度

65-74歳(後期)



生活習慣病

加齢・その他

5 健診有所見者

高血圧(a)	0人	0.0%	II度高血圧以上	0人
Ⅰ度	0	---		
Ⅱ度	0	---		
Ⅲ度	0	---		
高血糖(b)	0人	0.0%	HbA1c 8.0以上	0人
Ⅰ次	7.0~7.9	0	---	
Ⅱ次	8.0以上	0	---	
尿蛋白(c)	0人	0.0%	臓器障害あり(治療者含む)	
+	0	---		
2+以上	0	---		
eGFR(d)	0人	0.0%	CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR50未満	0人
30-45未満	0	---		
30未満	0	---		
心房細動(e)	0人	0.0%	心房細動	0人
心電図実施者	1人			

6 短期目標の疾患

高血圧(f)	37人	72.5%
人数		
(f/ア)		
糖尿病(g)	31人	60.8%
人数		
(g/ア)		

7 短期目標で対象とする合併症  
(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)

高血圧+合併症(1)	28人	75.7%
人数		
(1)/f		
糖尿病+合併症(2)	22人	71.0%
人数		
(2)/g		

8 中長期目標の疾患

脳血管疾患(h)	10人	15.6%
人数		
(h/ア)		
心不全(i)	23人	35.9%
人数		
(i/ア)		
虚血性心疾患(j)	11人	17.2%
人数		
(j/ア)		
腎不全(k)	14人	21.9%
人数		
(k/ア)		

重症化予防

合併症なし	9人	24.3%
人数		
(f/g)		
合併あり	9人	29.0%
人数		
(h/k)		

9 介護予防(再発予防)

介護認定なし	8人	80.0%
人数		
(h/イ)		
介護認定あり	19人	82.6%
人数		
(h/イ)		
介護認定あり	9人	81.8%
人数		
(h/イ)		
介護認定あり	13人	92.9%
人数		
(h/イ)		

A 健康状態不明者

人数	1人
割合	1.6%

B 実人数

人数	0人
割合	0.0%

C 実人数

人数	14人
割合	21.9%

D 実人数

人数	30人
割合	46.9%

15 体格(健診結果)

BMI(p)	区分	痩せ傾向(20以下)	(再)18.5未満	肥満(25以上)
	人数	0人	0人	1人
(p/イ)		0.0%	0.0%	100.0%

16 質問票による健康状態の総合的な把握

類型名	質問内容	人数	割合
健康状態	現在の健康状態はどうか	0人	0.0%
心の健康状態	毎日の生活に満足しているか	1人	100.0%
食習慣	1日3食きちんと食べていますか	0人	0.0%
口腔機能	非食前にはべて飲めるものが食べにくいお茶や汁物等でむせる	0人	0.0%
体重変化	6か月間で2~3kgの体重減少	0人	0.0%
運動・転倒	以前に比べて多く運動が激減したこの1年間に歩いたことがあるウォーキング等の運動を1回以上している	1人	100.0%
認知機能	周りの人から「いつも同じことを聞くなど物忘れがある」と言われる。昨日が何月何日かわからない時がある	1人	100.0%
喫煙	煙草を吸うか	0人	0.0%
社会参加	週に1回以上外出する。普段から家族が友人と付き合っている	0人	0.0%
ソーシャルサポート	体調不良時、身近に相談できる人がいる	1人	100.0%

14 生活習慣病の重なり(高血圧・糖尿病)

人数	7人	100.0%
(l/イ)		
人数	4人	100.0%
(l/イ)		
人数	21人	80.8%
(l/イ)		
人数	19人	79.2%
(l/イ)		

10 加齢によるその他の疾患

骨折(l)	7人	10.9%
人数		
(l/ア)		
認知症(m)	4人	6.3%
人数		
(m/ア)		

12 多剤処方状況

6種類以上(n)	26人	40.6%
人数		
(n/ア)		

※ひと月15日以上処方がある薬剤を計上(外薬のみ)

13 歯科受診状況

受診あり(o)	24人	37.5%
人数		
(o/ア)		

11 要介護認定者の中下記の疾病治療者

骨折(/l)	人数	3	1	2	0
割合		42.9	100.0	33.3	0.0
認知症(/m)	人数	1	0	1	0
割合		25.0	0.0	16.7	0.0

A 健康状態不明者  
該当年度に健診・医療・介護の実績なし

B 未治療・臓器障害あり  
健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはCKD・心房細動あり

C 重症化予防  
リスクはあるものの、重症化(脳・心・腎の発症)していない者

D 介護予防(再発予防)  
脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

加齢・その他

④75歳以上(後期)

群馬県高齢期高齢者医療広域連合(つるぎ町)

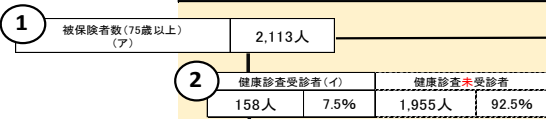
E表: 健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

参考: 【KDB】介入支援対象者一覧<栄養・重症化予防>  
【KDB】介入支援対象者一覧<服薬管理>  
【KDB】後期高齢者の医療(健診)・介護実況状況

【KDB】厚生労働省様式1-1  
【特定健診等データ管理システム】FKAC171

令和4年度

75歳以上(後期)



4 介護認定者数  
(オ)

	介護認定者数 (オ)	支援1・2 (カ)	介1・2 (キ)	介3・4・5 (ク)
人数	794人	270	226	298
割合(ア)	37.6%	12.8%	10.7%	14.1%
割合(オ)	100%	34.0%	28.5%	37.5%

つるぎ町の概況

1. 高齢化率

R04年度	46.6
-------	------

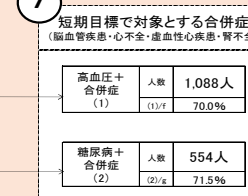
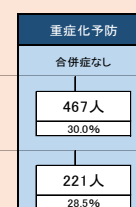
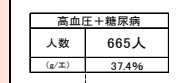
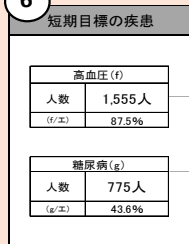
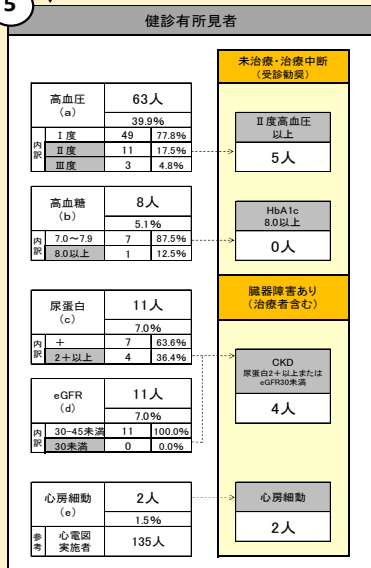
2. 一人当たり社会保障費  
(R04年度) ※KDBより

制度	円	地域差指数(R02)
国保	473,879	1.164
後期	772,251	1.022
介護	395,094	
合計	1,641,224	

3. (参考) 特定健診の状況  
(R03年度法定報告)

区分	実施率
特定健診	39.7
保健指導	76.2

生活習慣病



10 要介護認定者のうち  
下記の疾病治療者

疾病	人数	割合	支援1・2 (カ)	介1・2 (キ)	介3・4・5 (ク)
脳血管疾患 (h)	217	49.3	68	61	88
心不全 (i)	434	49.4	147	130	157
虚血性心疾患 (j)	259	52.2	96	70	93
腎不全 (k)	165	52.4	58	44	63

11 要介護認定者のうち  
下記の疾病治療者

疾病	人数	割合	支援1・2 (カ)	介1・2 (キ)	介3・4・5 (ク)
骨折 (l)	241	64.3	78	76	87
認知症 (m)	304	84.2	31	122	151

12 多剤処方状況

6種類以上 (n)	人数: 728人	(n/ア): 34.5%
-----------	----------	--------------

※ひと月15日以上処方がある薬剤を計上  
(外薬のみ)

13 歯科受診状況

受診あり (o)	人数: 711人	(o/ア): 33.6%
----------	----------	--------------

14 生活習慣病の重なり  
(高血圧・糖尿病)

人数	314人	(l/オ): 83.7%
人数	305人	(m/オ): 84.5%
人数	674人	(n/オ): 92.6%

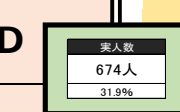
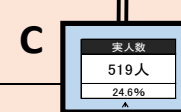
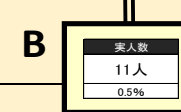
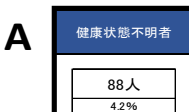
15 体格(健診結果)

区分	腹せ傾向 (20以下)	(再)18.5未満	肥満 (25以上)
人数	32人	19人	36人
(p/イ)	20.3%	12.0%	22.8%

16 質問票による健康状態の総合的な把握

類型名	質問内容	人数	割合
A 健康状態不明者	現在の健康状態はどうか	14人	10.4%
B 未治療・臓器障害あり	毎日の生活に満足しているか	15人	11.1%
C 重症化予防	食習慣	10人	7.4%
D 介護予防(再発予防)	口腔機能	59人	43.7%
	体重変化	15人	11.1%
	運動・転倒	94人	69.6%
	認知機能	35人	25.9%
	喫煙	9人	6.7%
	社会参加	15人	11.1%
	ソーシャルサポート	11人	8.1%

回答数 135



17 年齢階級 該当者数

75歳 ※1	12人
76~79歳	13人
80~84歳	15人
85歳以上	48人

※1 調査加入時に健診・医療の実績がある対象者も含まれている可能性がある

18 年齢階級 該当者数

75~79歳	47人
80~84歳	71人
85歳以上	196人

19 年齢階級 該当者数

75~79歳	24人
80~84歳	56人
85歳以上	225人

20 A 健康状態不明者

該当年度に健診・医療・介護の実績なし

B 未治療・臓器障害あり

健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはCKD・心房細動あり

C 重症化予防

リスクはあるものの、重症化(脳・心・腎の発症)していない者

D 介護予防(再発予防)

脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

加齢・その他



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

軽症

重症

レセプト  
KDB  
疾病管理一覧  
(糖尿病)

被保険者		
1,898人		
年代別	人数(a)	割合
20代以下	179	9.4
30代	89	4.7
40代	159	8.4
50代	203	10.7
60代	681	35.9
70-74歳	587	30.9

糖尿病治療中		
484人 (25.5)		
患者数(b)	b/a	
4	2.2	
7	7.9	
13	8.2	
38	18.7	
217	31.9	
205	34.9	

薬物療法あり		(再掲)インスリン療法	
260人 (53.7)		34人 (7.0)	
患者数(c)	c/b	患者数(d)	d/b
2	50.0	0	0.0
3	42.9	0	0.0
7	53.8	2	15.4
22	57.9	4	10.5
113	52.1	16	7.4
113	55.1	12	5.9

糖尿病性腎症		
38人 (7.9)		
患者数(e)	e/b	
1	25.0	
0	0.0	
1	7.7	
5	13.2	
16	7.4	
15	7.3	

人工透析 (膜灌流含む)		
7人 (1.45)		
患者数(f)	f/b	
0	0.00	
0	0.00	
1	7.69	
2	5.26	
3	1.38	
1	0.49	

**A** 再掲 40-74歳 1,630人

**H** 473人 29.0

その他のリスク			
	高血圧	高尿酸血症	脂質異常症
人数	312	98	290
割合	66.0	20.7	61.3

**O** 255人 53.9 34人 7.2

**L** 37人 7.8

7人 1.48

**I** 特定健診未受診者 413人 (87.3) ...1/H

KDBシステム帳票「疾病管理一覧(糖尿病)」で対象者の把握が可能

データがないため、コントロール状態が分からず、保健指導が難しい。糖尿病連携手帳を中心に保健指導を展開していく必要がある。

特定健診 [40-74歳]

※ 途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外

**B** 特定健診対象者 1,367人

**C** 特定健診受診者 560人 (41.0)

**E** 糖尿病型 91人 (16.3)

(再掲) 65歳以上

人数	割合
451人	80.5

以下のいずれかに該当  
・HbA1c6.5%以上  
・空腹時血糖126以上  
・糖尿病治療中(問診)

**G** 治療中 (質問票 服薬有) 60人 (65.9)

**F** 未治療 (中断含む) 31人 (34.1)

**J** コントロール不良 HbA1c7.0以上 または空腹時血糖130以上 22人 (36.7)

**K** コントロール良 HbA1c7.0未満 または空腹時血糖130未満 38人 (63.3)

その他のリスク		
高血圧	肥満	脂質
130/80以上	BMI 25以上	LDL120以上 HDL40未満 TGT50以上
9 (40.9)	6 (27.3)	11 (50.0)
16 (42.1)	13 (34.2)	19 (50.0)

※J・Kに随時血糖のみ実施者は含まない

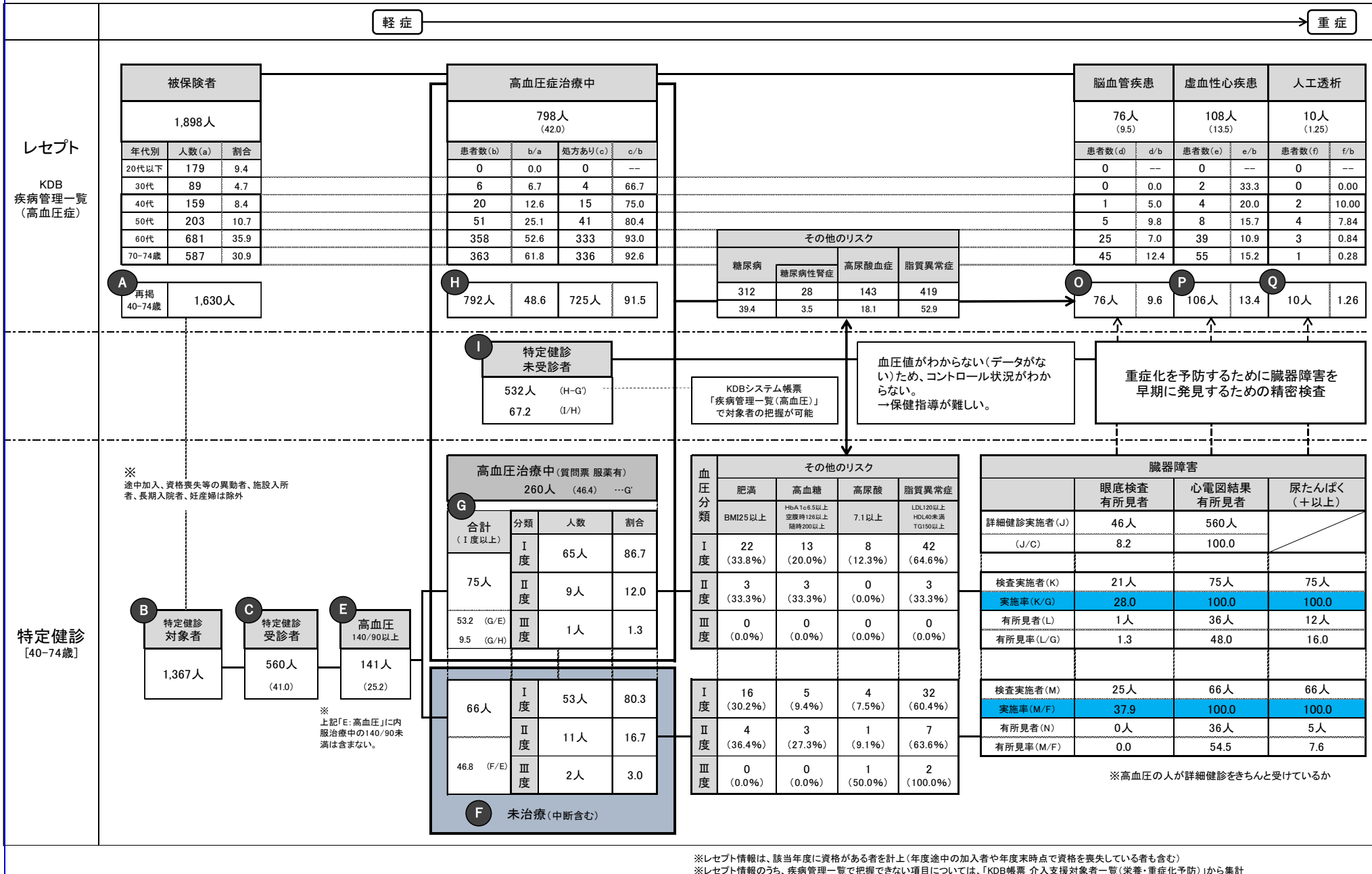
糖尿病性腎症病期分類	eGFR	第1期	再掲 (第2~4期)				第5期
		腎症前期	第2期	第3期	第4期	透析療法期	
		早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中		
尿蛋白	アルブミン	正常アルブミン尿 (30未満)	微量アルブミン尿 (30-299)	顕性アルブミン尿 (300以上)	問わない	問わない	
	尿蛋白	(-)	(±)	(+)以上	問わない	問わない	
		68人 (74.7)	22人 (24.2)	12人 (13.2)	10人 (11.0)	0人 (0.00)	

※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帳票 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

高血圧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



脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

軽症

重症

レセプト  
KDB  
疾病管理一覧  
(脂質異常症)

被保険者		
1,898人		
年代別	人数(a)	割合
20代以下	179	9.4
30代	89	4.7
40代	159	8.4
50代	203	10.7
60代	681	35.9
70-74歳	587	30.9

<b>A</b> 再掲 40-74歳	1,630人
-----------------------	--------

脂質異常症治療中			
664人 (35.0)			
患者数(b)	b/a	処方あり(c)	c/b
1	0.6	0	0.0
5	5.6	1	20.0
18	11.3	12	66.7
44	21.7	25	56.8
318	46.7	249	78.3
278	47.4	235	84.5

<b>H</b>	658人	40.4	521人	79.2
----------	------	------	------	------

<b>I</b> 特定健診未受診者
485人 (H-G)
73.7 (I/H)

その他のリスク			
糖尿病	糖尿病性腎症	高血圧	高尿酸血症
290	29	419	108
44.1	4.4	63.7	16.4

虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
患者数(d)	d/b	患者数(e)	e/b	患者数(f)	f/b
100人 (15.1)		56人 (8.4)		6人 (0.90)	
0	0.0	0	0.0	0	0.00
1	20.0	0	0.0	0	0.00
3	16.7	0	0.0	1	5.56
6	13.6	1	2.3	2	4.55
42	13.2	24	7.5	3	0.94
48	17.3	31	11.2	0	0.00

<b>O</b>	99人	15.0	<b>P</b> 56人	8.5	<b>Q</b> 6人	0.91
----------	-----	------	--------------	-----	-------------	------

KDBシステム帳票  
「疾病管理一覧(脂質異常症)」  
で対象者の把握が可能

LDL値がわからない(データがない)ため、コントロール状況がわからない。  
→保健指導が難しい。

重症化を予防するために臓器障害を早期に発見するための精密検査

※  
途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、  
長期入院者、妊産婦は除外

特定健診  
[40-74歳]

<b>B</b> 特定健診対象者	1,367人
------------------	--------

<b>C</b> 特定健診受診者	560人 (41.0)
------------------	----------------

脂質異常(LDL-C)	
160以上	180以上
33人 (5.9)	14人 (2.5)

脂質異常症治療中(質問票・服薬有)				
173人 (30.9) ...G'				
合計	LDL160以上	180以上	男性	女性
1人	0人	0人	0人	1人
3.0 G/E				
0.2 G/H	0.0	G/E'	0.0	100.0

32人	14人	11人	21人
97.0 F/E	100.0 F/E'	34.4	65.6

**F** 未治療(中断含む)

その他のリスク			
肥満	高血糖	高血圧	高尿酸
BMI25以上	HbA1c6.5以上 空腹時126以上 随時200以上	I度高血圧以上	7.1以上
0人	1人	1人	0人
0.0	100.0	100.0	0.0
7人	1人	17人	3人
21.9	3.1	53.1	9.4

臓器障害			
	心電図結果	【二次健診】 頸動脈エコー	眼底検査
検査実施者(K)	1人		0人
実施率(K/G)	100.0		0.0
有所見者(L)	0人		0人
有所見率(L/G)	0.0		0.0

検査実施者(M)	32人		2人
実施率(M/F)	100.0		6.3
有所見者(N)	7人		0人
有所見率(N/F)	21.9		0.0

※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帳票 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

(参考資料 7) HbA1c の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	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	517	172	33.3%	197	38.1%	95	18.4%	31	6.0%	16	3.1%	6	1.2%	12	2.3%	4	0.8%
H30	566	186	32.9%	234	41.3%	84	14.8%	37	6.5%	19	3.4%	6	1.1%	11	1.9%	5	0.9%
R01	546	159	29.1%	221	40.5%	110	20.1%	28	5.1%	22	4.0%	6	1.1%	10	1.8%	4	0.7%
R02	502	148	29.5%	197	39.2%	98	19.5%	30	6.0%	22	4.4%	7	1.4%	20	4.0%	5	1.0%
R03	567	171	30.2%	222	39.2%	115	20.3%	38	6.7%	17	3.0%	4	0.7%	14	2.5%	3	0.5%
R04	560	167	29.8%	231	41.3%	104	18.6%	40	7.1%	13	2.3%	5	0.9%	11	2.0%	4	0.7%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲		割合	
					再)7.0以上	未治療	治療	割合	割合		
H29	517	172 33.3%	197 38.1%	95 18.4%	53	18	35	10.3%	34.0%	66.0%	10.3%
					22	6	16	4.3%	27.3%	72.7%	
H30	566	186 32.9%	234 41.3%	84 14.8%	62	24	38	11.0%	38.7%	61.3%	11.0%
					25	7	18	4.4%	28.0%	72.0%	
R01	546	159 29.1%	221 40.5%	110 20.1%	56	19	37	10.3%	33.9%	66.1%	10.3%
					28	6	22	5.1%	21.4%	78.6%	
R02	502	148 29.5%	197 39.2%	98 19.5%	59	17	42	11.8%	28.8%	71.2%	11.8%
					29	6	23	5.8%	20.7%	79.3%	
R03	567	171 30.2%	222 39.2%	115 20.3%	59	20	39	10.4%	33.9%	66.1%	10.4%
					21	3	18	3.7%	14.3%	85.7%	
R04	560	167 29.8%	231 41.3%	104 18.6%	58	23	35	10.4%	39.7%	60.3%	10.4%
					18	2	16	3.2%	11.1%	88.9%	

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病			合併症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			
治療中	H29	48	9.3%	1	2.1%	4	8.3%	8	16.7%	19	39.6%	10	20.8%	6	12.5%	12	25.0%	4	8.3%
	H30	60	10.6%	1	1.7%	4	6.7%	17	28.3%	20	33.3%	12	20.0%	6	10.0%	10	16.7%	5	8.3%
	R01	63	11.5%	2	3.2%	3	4.8%	21	33.3%	15	23.8%	16	25.4%	6	9.5%	10	15.9%	4	6.3%
	R02	64	12.7%	2	3.1%	3	4.7%	17	26.6%	19	29.7%	17	26.6%	6	9.4%	15	23.4%	4	6.3%
	R03	65	11.5%	0	0.0%	4	6.2%	22	33.8%	21	32.3%	14	21.5%	4	6.2%	13	20.0%	3	4.6%
	R04	60	10.7%	2	3.3%	5	8.3%	18	30.0%	19	31.7%	13	21.7%	3	5.0%	9	15.0%	2	3.3%
治療なし	H29	469	90.7%	171	36.5%	193	41.2%	87	18.6%	12	2.6%	6	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	H30	506	89.4%	185	36.6%	230	45.5%	67	13.2%	17	3.4%	7	1.4%	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%
	R01	483	88.5%	157	32.5%	218	45.1%	89	18.4%	13	2.7%	6	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	R02	438	87.3%	146	33.3%	194	44.3%	81	18.5%	11	2.5%	5	1.1%	1	0.2%	5	1.1%	1	0.2%
	R03	502	88.5%	171	34.1%	218	43.4%	93	18.5%	17	3.4%	3	0.6%	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%
	R04	500	89.3%	165	33.0%	226	45.2%	86	17.2%	21	4.2%	0	0.0%	2	0.4%	2	0.4%	2	0.4%

(参考資料 8) 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	517	107	20.7%	97	18.8%	140	27.1%	132	25.5%	37	7.2%	4	0.8%
H30	569	127	22.3%	119	20.9%	153	26.9%	131	23.0%	32	5.6%	7	1.2%
R01	546	128	23.4%	128	23.4%	150	27.5%	110	20.1%	26	4.8%	4	0.7%
R02	502	96	19.1%	126	25.1%	145	28.9%	113	22.5%	20	4.0%	2	0.4%
R03	567	120	21.2%	135	23.8%	156	27.5%	121	21.3%	32	5.6%	3	0.5%
R04	560	123	22.0%	150	26.8%	146	26.1%	118	21.1%	20	3.6%	3	0.5%

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	割合
					再)Ⅱ度高血圧	再)Ⅲ度高血圧	再)Ⅲ度高血圧					
H29	517	204 39.5%	140 27.1%	132 25.5%	41	23	18	7.9%	56.1%	43.9%	0.8%	7.9%
					4	3	1					
H30	569	246 43.2%	153 26.9%	131 23.0%	39	25	14	6.9%	64.1%	35.9%	1.2%	6.9%
					7	5	2					
R01	546	256 46.9%	150 27.5%	110 20.1%	30	22	8	5.5%	73.3%	26.7%	0.7%	5.5%
					4	3	1					
R02	502	222 44.2%	145 28.9%	113 22.5%	22	11	11	4.4%	50.0%	50.0%	0.4%	4.4%
					2	1	1					
R03	567	255 45.0%	156 27.5%	121 21.3%	35	23	12	6.2%	65.7%	34.3%	0.5%	6.2%
					3	2	1					
R04	560	273 48.8%	146 26.1%	118 21.1%	23	13	10	4.1%	56.5%	43.5%	0.5%	4.1%
					3	2	1					

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	200	38.7%	23	11.5%	32	16.0%	61	30.5%	66	33.0%	17	8.5%	1	0.5%
	H30	214	37.6%	25	11.7%	51	23.8%	67	31.3%	57	26.6%	12	5.6%	2	0.9%
	R01	207	37.9%	35	16.9%	58	28.0%	62	30.0%	44	21.3%	7	3.4%	1	0.5%
	R02	228	45.4%	33	14.5%	63	27.6%	63	27.6%	58	25.4%	10	4.4%	1	0.4%
	R03	245	43.2%	36	14.7%	64	26.1%	74	30.2%	59	24.1%	11	4.5%	1	0.4%
	R04	260	46.4%	43	16.5%	79	30.4%	63	24.2%	65	25.0%	9	3.5%	1	0.4%
治療なし	H29	317	61.3%	84	26.5%	65	20.5%	79	24.9%	66	20.8%	20	6.3%	3	0.9%
	H30	355	62.4%	102	28.7%	68	19.2%	86	24.2%	74	20.8%	20	5.6%	5	1.4%
	R01	339	62.1%	93	27.4%	70	20.6%	88	26.0%	66	19.5%	19	5.6%	3	0.9%
	R02	274	54.6%	63	23.0%	63	23.0%	82	29.9%	55	20.1%	10	3.6%	1	0.4%
	R03	322	56.8%	84	26.1%	71	22.0%	82	25.5%	62	19.3%	21	6.5%	2	0.6%
	R04	300	53.6%	80	26.7%	71	23.7%	83	27.7%	53	17.7%	11	3.7%	2	0.7%



(参考資料9) LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	517	281	54.4%	107	20.7%	87	16.8%	25	4.8%	17	3.3%
	H30	569	272	47.8%	157	27.6%	86	15.1%	38	6.7%	16	2.8%
	R01	546	271	49.6%	134	24.5%	87	15.9%	30	5.5%	24	4.4%
	R02	502	255	50.8%	115	22.9%	79	15.7%	34	6.8%	19	3.8%
	R03	567	285	50.3%	153	27.0%	87	15.3%	31	5.5%	11	1.9%
	R04	560	308	55.0%	129	23.0%	90	16.1%	19	3.4%	14	2.5%
男性	H29	227	139	61.2%	49	21.6%	29	12.8%	6	2.6%	4	1.8%
	H30	252	140	55.6%	64	25.4%	33	13.1%	13	5.2%	2	0.8%
	R01	242	139	57.4%	56	23.1%	33	13.6%	11	4.5%	3	1.2%
	R02	231	134	58.0%	46	19.9%	31	13.4%	16	6.9%	4	1.7%
	R03	260	148	56.9%	60	23.1%	37	14.2%	13	5.0%	2	0.8%
	R04	260	158	60.8%	55	21.2%	36	13.8%	6	2.3%	5	1.9%
女性	H29	290	142	49.0%	58	20.0%	58	20.0%	19	6.6%	13	4.5%
	H30	317	132	41.6%	93	29.3%	53	16.7%	25	7.9%	14	4.4%
	R01	304	132	43.4%	78	25.7%	54	17.8%	19	6.3%	21	6.9%
	R02	271	121	44.6%	69	25.5%	48	17.7%	18	6.6%	15	5.5%
	R03	307	137	44.6%	93	30.3%	50	16.3%	18	5.9%	9	2.9%
	R04	300	150	50.0%	74	24.7%	54	18.0%	13	4.3%	9	3.0%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	再180以上	未治療	治療
					再掲						
					人数	割合	割合				
H29	517	281	107	87	42	37	5	8.1%	88.1%	11.9%	3.3%
					17	15	2				
H30	569	272	157	86	54	51	3	9.5%	94.4%	5.6%	2.8%
					16	15	1				
R01	546	271	134	87	54	48	6	9.9%	88.9%	11.1%	4.4%
					24	20	4				
R02	502	255	115	79	53	47	6	10.6%	88.7%	11.3%	3.8%
					19	17	2				
R03	567	285	153	87	42	39	3	7.4%	92.9%	7.1%	1.9%
					11	11	0				
R04	560	308	129	90	33	32	1	5.9%	97.0%	3.0%	2.5%
					14	14	0				

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	126	24.4%	99	78.6%	16	12.7%	6	4.8%	3	2.4%	2	1.6%
	H30	144	25.3%	93	64.6%	31	21.5%	17	11.8%	2	1.4%	1	0.7%
	R01	138	25.3%	103	74.6%	23	16.7%	6	4.3%	2	1.4%	4	2.9%
	R02	154	30.7%	106	68.8%	27	17.5%	15	9.7%	4	2.6%	2	1.3%
	R03	168	29.6%	118	70.2%	34	20.2%	13	7.7%	3	1.8%	0	0.0%
	R04	173	30.9%	132	76.3%	25	14.5%	15	8.7%	1	0.6%	0	0.0%
治療なし	H29	391	75.6%	182	46.5%	91	23.3%	81	20.7%	22	5.6%	15	3.8%
	H30	425	74.7%	179	42.1%	126	29.6%	69	16.2%	36	8.5%	15	3.5%
	R01	408	74.7%	168	41.2%	111	27.2%	81	19.9%	28	6.9%	20	4.9%
	R02	348	69.3%	149	42.8%	88	25.3%	64	18.4%	30	8.6%	17	4.9%
	R03	399	70.4%	167	41.9%	119	29.8%	74	18.5%	28	7.0%	11	2.8%
	R04	387	69.1%	176	45.5%	104	26.9%	75	19.4%	18	4.7%	14	3.6%