江北町国民健康保険
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

保健事業実施計画（データヘルス計画）目次

第 1 章　保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方　・・・・・・・・・1

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

第 2 章　第 2 期計画にかかる考察及び第 3 期における健康課題の明確化　・・・・10

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

第 3 章　特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・35

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

第 4 章　課題解決するための個別保健事業　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・42

Ⅰ. 保健事業の方向性

Ⅱ. 重症化予防の取組
1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. 肥満･メタボリックシンドローム重症化予防
3. 虚血性心疾患重症化予防
4. 脳血管疾患重症化予防

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

Ⅳ. 発症予防

Ⅴ. ポピュレーションアプローチ

第 5 章　計画の評価･見直し　････････････････････････････････････69

1. 評価の時期
2. 評価方法･体制

第 6 章　計画の公表･周知及び個人情報の取扱い　･････････････････････70

1. 計画の公表･周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料　･･71

第 1 章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

1．背景・目的

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

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

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

このような国の動きや本市の課題等を踏まえ、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に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

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

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

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

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

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

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

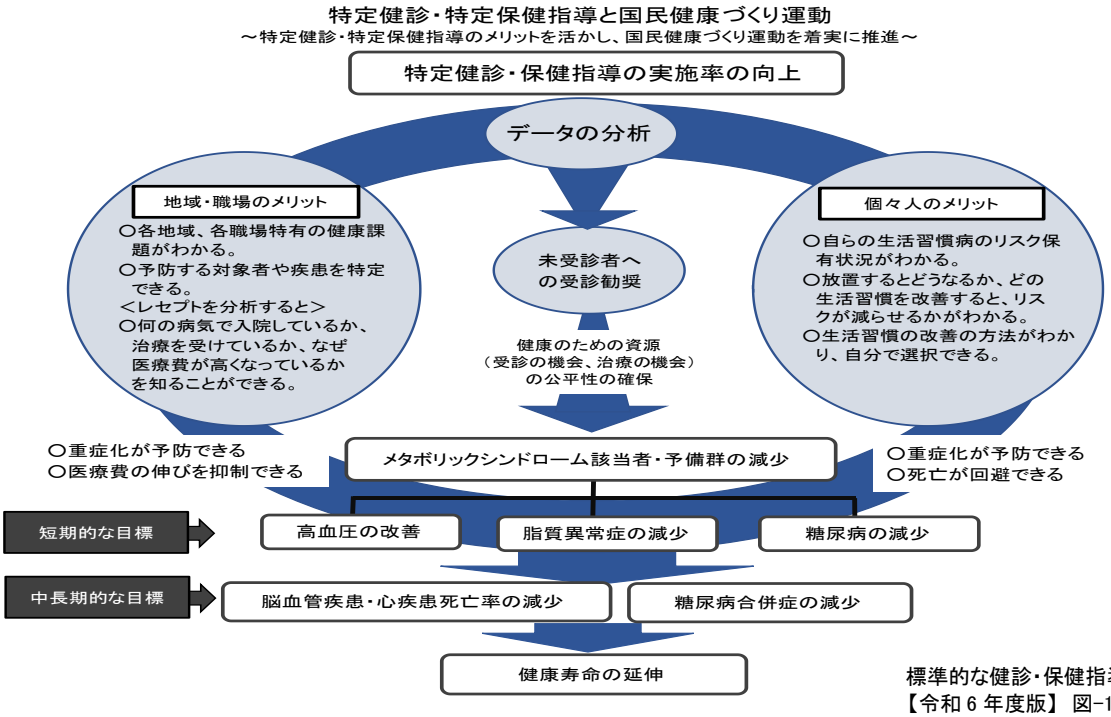
※6 KDB：国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表１　データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

	健康増進計画	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
	※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					
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条　健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法　第82条 健康保険法　第150条 高確法　第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な指針	厚生労働省　健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省　保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省　保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	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、青壮年期、高齢期） ライフコースアプローチ （胎児期から老齢期まで継時的）	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	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 糖尿性病腎症 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 ・医療資源の効果的・効率的な活用 ・医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 （地域の実状に応じて設定） 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルを活用にする保険者 機能強化に向けた体制等 （地域介護保険事業） ②自立支援・重度化防止等 （在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連） ③介護保険運営の安定化 （介護給付の適正化、人材の確保）
補助金等		保健事業支援・評価委員会（事務局：国保連合会）による計画作成支援 保険者努力支援制度（事業費・事業費連動分）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

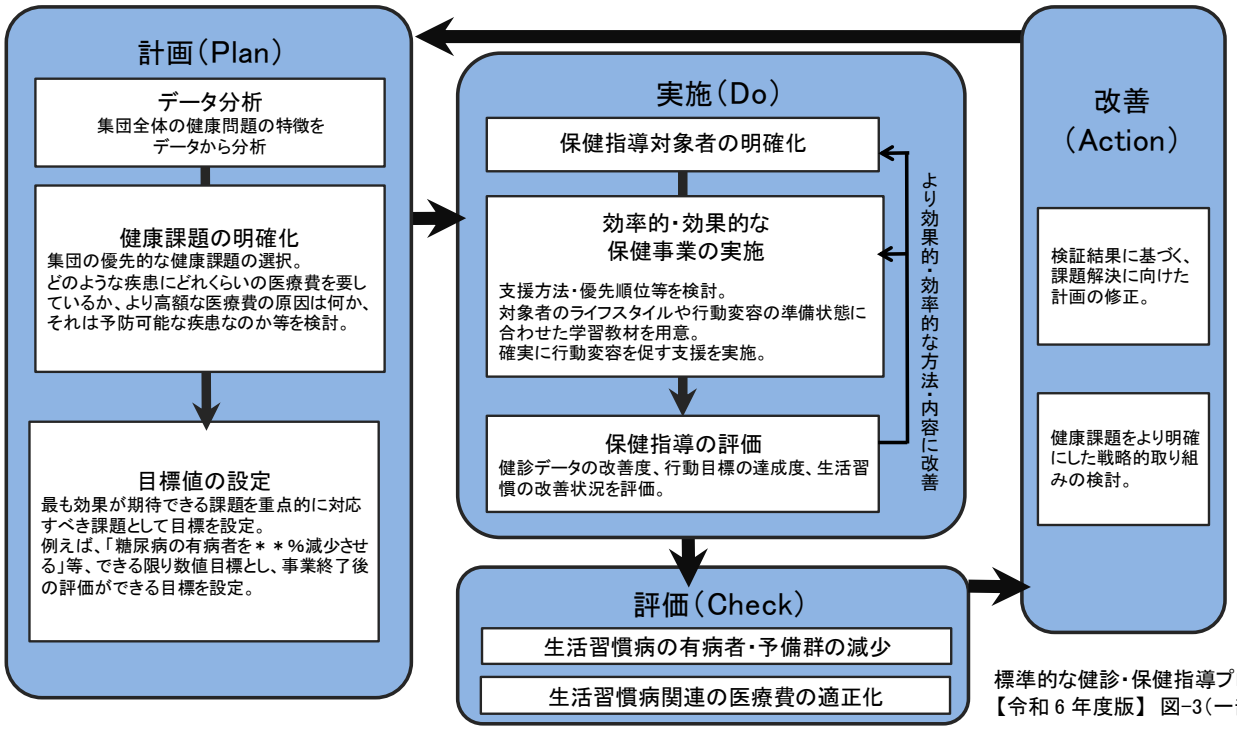
図表 2　特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



標準的な健診・保健指導プログラム【令和 6 年度版】 図-1（一部改変）

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

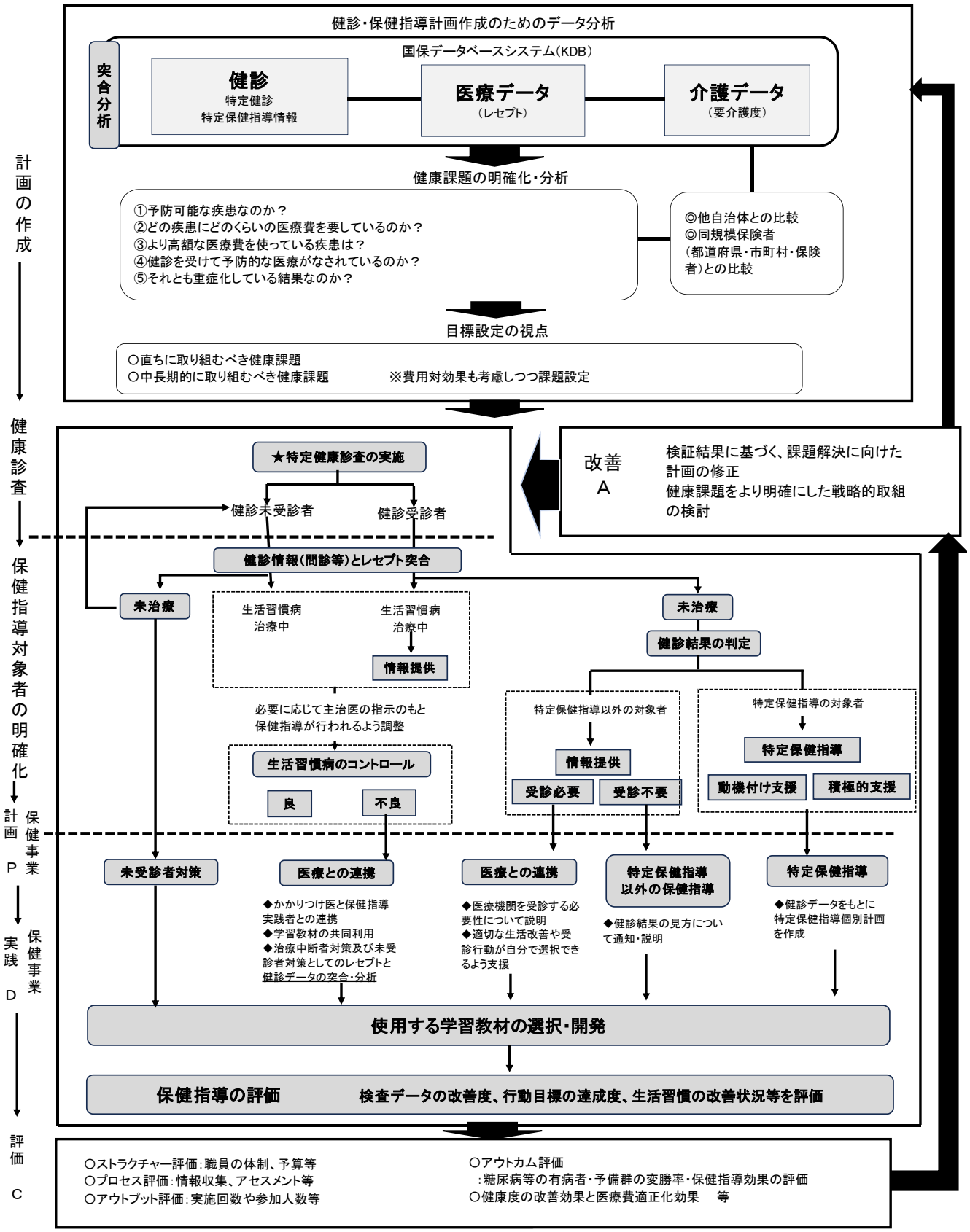
図表 3　保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



標準的な健診・保健指導プログラム【令和 6 年度版】 図-3（一部改変）

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。

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

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

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

3. 計画期間

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

＜参考＞計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1）　市町村国保の役割

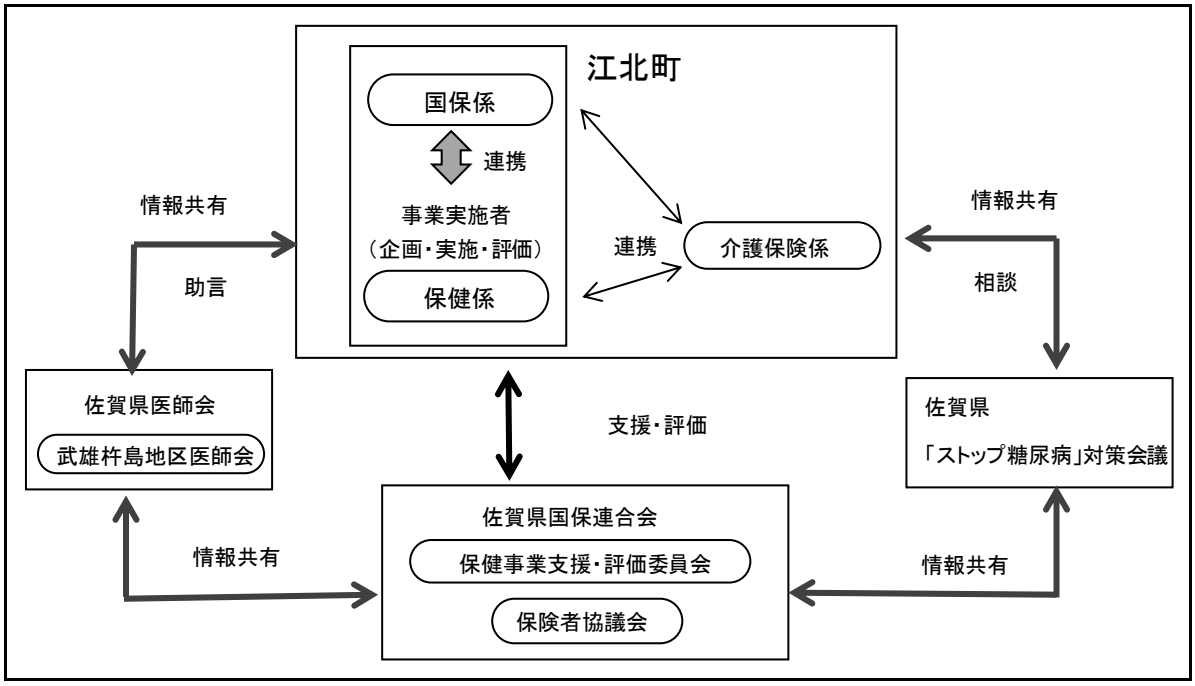
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、保健係、介護保険係とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 江北町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担＜例＞

保・・・保健師　管栄・・・管理栄養士　事・・・事務(注：支払い事務、受診券送付等)　◎・・・主担当　○…副担当

	保（係長）	保	保	管栄	管栄 会計年度	事（係長）	事	事
国保事務						◎	○	○
健康診断 保健指導			○	◎	○			
がん検診	○	○	◎					
新型コロナ ワクチン	◎	○	○	○				
予防接種	○	◎	○					
母子保健	○	◎	○	◎				
精神保健	○	○	◎					
歯科保健	○	◎	◎					

2） 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要です。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関等と連携、協力しました。

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

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、国保運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行ってきました。

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表 8　保険者努力支援制度評価指標（市町村分）

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			江北町	配点	江北町	配点	江北町	配点
交付額(万円)			721		653		－	
全国順位(1,741市町村中)			192位		716位		354位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	110	70	65	70	90	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	28	40	28	40	25	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	105	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	105	90	50	90	50	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	40	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	80	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	25	100	25	100	85	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	15	30	27	30	20	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	31	50	40	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	77	95	81	100	71	100
合計点			700	1,000	592	960	646	940

第2章　第 2 期計画にかかる考察及び第 3 期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町は、人口約 9,500 人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 28.6%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、被保険者の平均年齢も 54.6 歳と同規模と比べて若く、出生率も高い町です。産業においては、第 3 次産業が 60.8%と同規模と比較しても高く、サービス業の割合が多く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表 9)

国保加入率は 19.4%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 47.7%を占めています。(図表 10)

また本町内には 2 つの病院、8 つの診療所があり、これはいずれも同規模と比較しても多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあります。(図表 11)

図表 9　同規模・県・国と比較した江北町の特性

	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
江北町	9,523	28.6	1,845（19.4）	54.6	11.8	12.0	0.4	11.9	27.3	60.8
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
県	--	30.8	21.7	53.4	7.5	12.5	0.4	8.7	24.2	67.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を 指し、江北町と同規模保険者（240市町村）の平均値を 表す

図表 10　国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	1,950		1,914		1,917		1,877		1,845	
65～74歳	873	44.8	868	45.4	909	47.4	923	49.2	880	47.7
40～64歳	632	32.4	622	32.5	576	30.0	563	30.0	552	29.9
39歳以下	445	22.8	424	22.2	432	22.5	391	20.8	413	22.4
加入率	20.4		20.0		20.0		19.6		19.4	

出典：KDBシステム_　人口及び被保険者の状況
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11　医療の状況（被保険者千人あたり）

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考（R04）	
											同規模	県
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	割合	割合
病院数	3	1.5	3	1.6	2	1.0	2	1.1	2	1.1	0.4	0.6
診療所数	5	2.6	5	2.6	8	3.1	8	3.2	8	3.3	2.7	4.0
病床数	118	60.5	118	61.7	90	46.9	90	47.9	90	48.8	37.4	83.5
医師数	14	7.2	14	7.3	14	7.3	14	7.5	17	9.2	4.2	14.1
外来患者数	794.7		816.4		769.9		784.5		798.1		692.2	784.4
入院患者数	32.2		33.2		28.7		29.4		31.4		22.7	27.7

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第 2 期計画にかかる評価及び考察

1)第 2 期データヘルス計画の評価

第 2 期計画において、目標の設定を以下の 2 つに分類しました。

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

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

(1)中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の R4 年度の要介護認定者は、2 号(40～64 歳)被保険者で 6 人(認定率 0.20%)、1 号(65 歳以上)被保険者で 523 人(認定率 19.2%)と同規模・県・国と比較しても同程度であり、H30 年度と比べても横ばいで推移しています。(図表 12)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75 歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約 7 億 4 千万円から約 8 億 3 千万円に伸びています。(図表 13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が約 5 割を占めています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約 9 割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

			江北町				同規模	県	国
			H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率			2,578人	26.9%	2,723人	28.6%	39.4%	30.8%	28.7%
2号認定者			5人	0.16%	6人	0.20%	0.39%	0.33%	0.38%
	新規認定者		1人		2人		--	--	--
1号認定者			539人	20.9%	523人	19.2%	19.4%	18.6%	19.4%
	新規認定者		44人		55人		--	--	--
再掲	65～74歳		53人	4.8%	37人	2.8%	--	--	--
		新規認定者	5人		4人		--	--	--
	75歳以上		486人	32.9%	486人	34.9%	--	--	--
		新規認定者	39人		51人 ↑		--	--	--

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13　介護給付費の変化

		江北町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費		7億4783万円	8億3573万円	--	--	--
一人あたり給付費（円）		290,081	306,917	314,188	286,277	290,668
1件あたり給付費（円）全体		69,186	73,939	74,986	69,755	59,662
	居宅サービス	42,805	45,677	43,722	50,348	41,272
	施設サービス	279,245	280,223	289,312	290,902	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14　血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況（R04 年度）

受給者区分				2号		1号						合計	
年齢				40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
介護件数（全体）				6		37		486		523		529	
再）国保・後期				2		31		469		500		502	
有病状況（レセプトの診断名より重複して計上）	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	1 50.0%	脳卒中	15 48.4%	脳卒中	222 47.3%	脳卒中	237 47.4%	脳卒中	238 47.4%
			2	虚血性心疾患	0 0.0%	虚血性心疾患	6 19.4%	虚血性心疾患	198 42.2%	虚血性心疾患	204 40.8%	虚血性心疾患	204 40.6%
			3	腎不全	0 0.0%	腎不全	5 16.1%	腎不全	82 17.5%	腎不全	87 17.4%	腎不全	87 17.3%
		合併症	4	糖尿病合併症	1 50.0%	糖尿病合併症	4 12.9%	糖尿病合併症	44 9.4%	糖尿病合併症	48 9.6%	糖尿病合併症	49 9.8%
		基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）			2 100.0%	基礎疾患	27 87.1%	基礎疾患	438 93.4%	基礎疾患	465 93.0%	基礎疾患	467 93.0%
		血管疾患合計			2 100.0%	合計	28 90.3%	合計	450 95.9%	合計	478 95.6%	合計	480 95.6%
	認知症			認知症	0 0.0%	認知症	7 22.6%	認知症	229 48.8%	認知症	236 47.2%	認知症	236 47.0%
	筋・骨格疾患			筋骨格系	2 100.0%	筋骨格系	28 90.3%	筋骨格系	447 95.3%	筋骨格系	475 95.0%	筋骨格系	477 95.0%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は高くなっており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 8 万円高く、H30 年度と比較しても 5 万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3%程度にも関わらず、医療費全体の約 46%を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較しても 8 万円も高くなっています。（図表 15）

また年齢調整をした地域差指数でみても、全国平均の 1 を超えています。

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能

な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。（図表 16）

図表 15　医療費の推移

			江北町		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）			1,950人	1,845人 ⬇	--	--	--
前期高齢者割合			873人 （44.8%）	880人 （47.7%） ⬇	--		
総医療費			7億8745万円	8億5125万円 ⬆	--	--	--
一人あたり医療費（円）			403,820 県内8位 同規模28位	461,381 県内9位 同規模13位 ⬆	376,732	431,999	339,680
入院	1件あたり費用額(円)		473,400	562,170 ⬆	588,690	585,050	617,950
入院		費用の割合	45.9	46.8 ⬆	43.7	46.2	39.6
入院		件数の割合	3.9	3.8	3.2	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額		22,630	25,180	24,870	24,060	24,220
外来		費用の割合	54.1	53.2	56.3	53.8	60.4
外来		件数の割合	96.1	96.2	96.8	96.6	97.5
受診率			826.885	829.535	714.851	812.114	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は江北町と同規模保険者240市町村の平均値を表す

図表 16　一人あたり（年齢調整後）地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		江北町（県内市町村中）		県 （47県中）	江北町（県内市町村中）		県 （47県中）
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	1.208	1.137	1.218	1.130	1.064	1.144
		（10位）	（19位）	（1位）	（9位）	（17位）	（6位）
	入院	1.371	1.279	1.398	1.259	1.136	1.232
		（15位）	（18位）	（2位）	（9位）	（18位）	（9位）
	外来	1.113	1.046	1.108	0.994	0.985	1.057
		（7位）	（16位）	（2位）	（15位）	（17位）	（6位）

出典：地域差分析（厚労省）

③　中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30 年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患については、H30 年度より 0.9 ポイント伸びており、同規模、県よりも高くなっています。（図表 17）

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虚血性心疾患が、

患者数及び割合も減少していますが、脳血管疾患については、増加していました。（図表 18）
脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17　中長期目標疾患の医療費の推移

			江北町		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）			7億8745万円	8億5125万円	--	--	--
中長期目標疾患医療費合計（円）			6683万円	6800万円	--	--	--
			8.49%	7.99%	7.67%	8.86%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.94%	2.84% ↑	2.06%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.40%	0.96% ↓	1.47%	1.04%	1.45%
	腎	慢性腎不全（透析有）	4.82%	3.97% ↓	3.83%	5.37%	4.26%
		慢性腎不全（透析無）	0.33%	0.22% ↓	0.32%	0.29%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		14.87%	15.11%	16.76%	14.40%	16.69%
	筋・骨疾患		8.83%	8.63%	9.27%	8.87%	8.68%
	精神疾患		13.35%	14.80%	7.98%	10.73%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注）最大医療資源傷病（調剤含む）による分類結果
（最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名）
注）KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 18　中長期目標疾患の治療状況

年齢区分			被保険者数		中長期目標の疾患						
					疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
			H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
治療者（人）0～74歳		A	1,950	1,845	a	157	167	108	98	9	10
					a/A	8.1%	9.1%	5.5%	5.3%	0.5%	0.5%
40歳以上		B	1,505	1,432	b	156	167	108	98	9	10
		B/A	77.2%	77.6%	b/B	10.4%	11.7%	7.2%	6.8%	0.6%	0.7%
再掲	40～64歳	C	632	552	c	41	35	34	16	7	4
		C/A	32.4%	29.9%	c/C	6.5%	6.3%	5.4%	2.9%	1.1%	0.7%
	65～74歳	D	873	880	d	115	132	74	82	2	6
		D/A	44.8%	47.7%	d/D	13.2%	15.0%	8.5%	9.3%	0.2%	0.7%

出典：KDBシステム_ 疾病管理一覧（脳卒中・虚血性心疾患）
地域の全体像の把握

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・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おり、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・人工透析の割合は横ばい、または増加しています。(図表 19～21)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います。虚血性心疾患においては、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が、脳血管疾患、人工透析の割合が減少していないところをみると、今後はより一層、医療機関とも連携し、重症化予防に繋がる保健指導を行っていく必要があると考えます。

図表 19　高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)		A	615	613	182	146	433	467
		A/被保数	40.9%	42.8%	28.8%	26.4%	49.6%	53.1%
(中長期目標疾患)合併症	脳血管疾患	B	65	66	17	13	48	53
		B/A	10.6%	10.8%	9.3%	8.9%	11.1%	11.3%
	虚血性心疾患	C	79	72	26	10	53	62
		C/A	12.8%	11.7%	14.3%	6.8%	12.2%	13.3%
	人工透析	D	9	9	7	3	2	6
		D/A	1.5%	1.5%	3.8%	2.1%	0.5%	1.3%

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

図表 20　糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)		A	303	310	85	79	218	231
		A/被保数	20.1%	21.6%	13.4%	14.3%	25.0%	26.3%
(中長期目標疾患)合併症	脳血管疾患	B	41	43	8	7	33	36
		B/A	13.5%	13.9%	9.4%	8.9%	15.1%	15.6%
	虚血性心疾患	C	41	41	14	8	27	33
		C/A	13.5%	13.2%	16.5%	10.1%	12.4%	14.3%
	人工透析	D	4	8	3	3	1	5
		D/A	1.3%	2.6%	3.5%	3.8%	0.5%	2.2%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	34	35	9	10	25	25
		E/A	11.2%	11.3%	10.6%	12.7%	11.5%	10.8%
	糖尿病性網膜症	F	40	43	13	12	27	31
		F/A	13.2%	13.9%	15.3%	15.2%	12.4%	13.4%
	糖尿病性神経障害	G	5	5	1	1	4	4
		G/A	1.7%	1.6%	1.2%	1.3%	1.8%	1.7%

出典:KDBシステム_ 疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握

図表 21　脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症（疾病管理一覧）			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
脂質異常症治療者(人)		A	511	517	144	118	367	399
		A/被保数	34.0%	36.1%	22.8%	21.4%	42.0%	45.3%
（中長期目標疾患）合併症	脳血管疾患	B	45	48	11	10	34	38
		B/A	8.8%	9.3%	7.6%	8.5%	9.3%	9.5%
	虚血性心疾患	C	68	67	20	9	48	58
		C/A	13.3%	13.0%	13.9%	7.6%	13.1%	14.5%
	人工透析	D	3	6	2	2	1	4
		D/A	0.6%	1.2%	1.4%	1.7%	0.3%	1.0%

出典：KDBシステム_ 疾病管理一覧（脂質異常症）
地域の全体像の把握

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0%以上を H30 年度と R3 年度で比較してみたところ、有所見者の割合は横ばいとなっています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約 38.7%、糖尿病で 12.9%ほどおり、その割合は全国と比較しても高くなっています。（図表 22）

前述した通り、基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の合併症の割合は減ってきていますが、新型コロナ感染症の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22　結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧＿Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移（結果の改善）								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）			
							未治療（内服なし）				未治療（内服なし）		未治療		治療中断	
	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	G	G/E	H	H/E
江北町	687	50.3	621	46.2	32	4.7	16	50.0	31	5.0	15	48.4	12	38.7	0	0.0
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病＿HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移（結果の改善）								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）			
							未治療（内服なし）				未治療（内服なし）		未治療		治療中断	
	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	M	M/K	N	N/K
江北町	681	99.1	617	99.4	38	5.6	12	31.6	31	5.0	13	41.9	4	12.9	0	0.0
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典：ヘルスサポートラボツール

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、H30 年度と R4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、横ばいですが、予備軍は約 3%伸びています。（図表 23）

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160 以上の有所見割合を見ると、一部増加しているものもありますが、LDL-160 以上では改善率が上がっていました。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも 2～3 割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。（図表 24～26）

図表 23　メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者（受診率）	該当者			予備群
			3項目	2項目	
H30年度	687（50.3%）	143（20.8%）	41（6.0%）	102（14.8%）	81（11.8%）
R04年度	617（43.3%）	129（20.9%）	37（6.0%）	92（14.9%）	87（14.1%）↑

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24　HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	90（13.2%）	21（23.3%）	37（41.1%）	15（16.7%）	17（18.9%）
R03→R04	77（12.5%）	14（18.2%）↓	35（45.5%）	8（10.4%）	20（26.0%）

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25　Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	Ⅱ度高血圧以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	32（4.7%）	17（53.1%）	5（15.6%）	1（3.1%）	9（28.1%）
R03→R04	31（5.0%）	16（51.6%）↓	5（16.1%）	3（9.7%）	7（22.6%）

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26　LDL160 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	83 （12.1%）	30 （36.1%）	27 （32.5%）	5 （6.0%）	21 （25.3%）
R03→R04	61 （9.8%）	28 （45.9%）	14 （23.0%）	3 （4.9%）	16 （26.2%）

出典：ヘルスサポートラボツール

②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、H30 年度には 48.5%まで伸びましたが、新型コロナ感染症の影響で、R1 年度以降は受診率が低迷していました。R4 年度は微増しましたが、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていない状況です。（図表 27）またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。（図表 28）

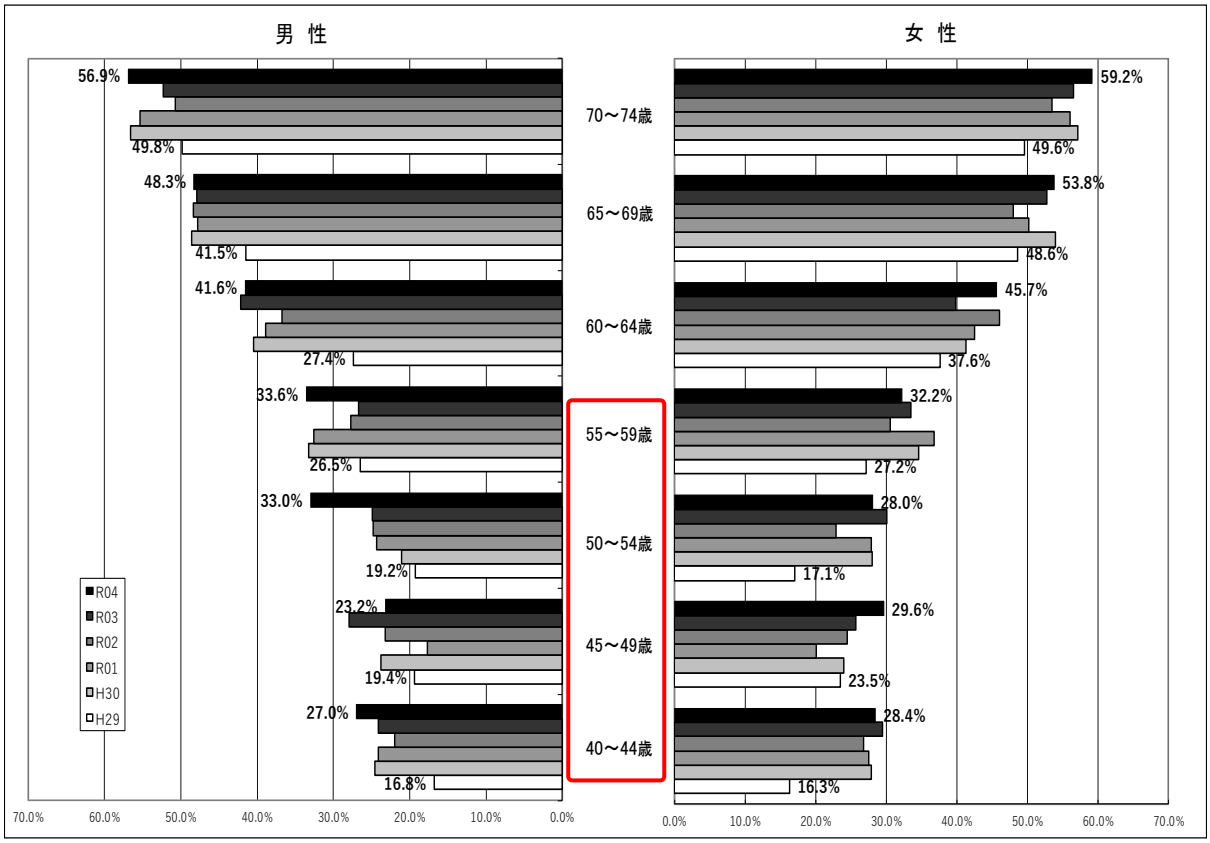
特定保健指導については、例年 70%前後と目標の 60%以上実施できていますが、生活習慣病は自覚症状がないため、今後も健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27　特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	663	649	640	609	600	健診受診率 60%
	受診率	48.5%	48.0%	47.0%	45.3%	46.2	
特定保健指導	該当者数	82	92	65	68	82	特定保健指導実施率 60%
	割合	12.4%	14.2%	10.2%	11.2%	10.3	
	実施者数	60	61	45	47	62	
	実施率	73.2%	66.3%	69.2%	69.1%	75.6%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2）主な個別事業の評価と課題

（1）重症化予防の取組み

①糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、7 割前後実施できていますが、血糖値有所見者の割合は、約 13%で増減を繰り返している状況です。（表 1）

対象者は、県のプログラムに準じて抽出し、台帳を作成して保健指導を実施してきました。

HbA1c8.0%以上の割合を見てみると、R4 年度にも 9 割の方に保健指導を実施できており、未治療者のほとんどが治療につながっている状況です。（表 2）

しかし、HbA1c7.0%以上になると、未治療者・治療中断者が約 3 割～4 割おり、受診に繋がっていない方もいるため、今後も受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、また治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援をおこないます。（表 3）

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

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

表 1　糖尿病性腎症重症化予防対象者

			H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者		人（a）	687	664	652	621	617
血糖値有所見者　＊1		人（b）	90	93	87	77	85
		（b/a）	13.2%	14.0%	13.5%	12.5%	13.9%
	保健指導実施者　＊2	人（c）	54	61	69	53	67
		（c/b）	60.0%	65.6%	79.3%	68.8%	78.8%

＊1　HbA1c6.5％以上のもの
＊2　保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

表 2　HbA1c8.0 以上の状況（アウトカム評価）

			H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者		人（a）	687	664	652	621	617
HbA1c8.0％以上		人（b）	12	12	8	11	10
		（b/a）	1.7%	1.8%	1.2%	1.8%	1.6%
	保健指導実施	人（c）	10	7	8	10	9
		（c/b）	83.3%	58.3%	100%	90.9%	90.0%
HbA1c8.0％以上の未治療者		人（b）	5	6	4	5	4
		（b/a）	41.7%	50.0%	50.0%	45.5%	40.0%
				↓	↓	↓	↓
		内服治療開始		2	3	4	4
		元々治療中		1	0	0	0
		死亡、転出		0	0	0	0

表 3　治療が必要な者の適切な受診

			H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c7.0%以上の者		人（a）	38	38	36	31	29
HbA1c7.0%以上の者の未治療者・治療中断者　＊3		人（b）	12	12	14	13	9
		（b/a）	31.6%	31.6%	38.9%	41.9%	31.0%
	受診した者	人（c）	3	4	5	4	2
		（c/b）	25.0%	33.3%	35.7%	30.8%	22.2%
	治療開始した者　＊4	人（c）	4	2	6	6	6
		（c/b）	33.3%	16.7%	42.9%	46.2%	66.7%

＊3　未治療者・・・HbA1c7.0以上で問診にて「糖尿病治療薬使用なし」と回答し、レセプト確認後、糖尿病のレセプトなしかつ糖尿病治療薬の処方がない者

＊4　治療開始した者・・・糖尿病治療薬が開始された者

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、詳細健診対象者の方に対し、心電図検査を実施しています。

心房細動治療中の方に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。

表 4　特定健診心電図検査の結果　有所見者の状況

			H30			R1			R2			R3			R4		
			総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
集団健診受診者		人(a)	462	213	249	434	195	239	374	156	218	377	171	206	359	159	200
心電図実施者		人(b)	99	50	49	109	38	71	58	25	33	39	15	24	32	18	14
心電図実施率		(b/a)	21.4%	23.5%	19.7%	25.1%	19.5%	29.7%	15.5%	16.0%	15.1%	10.3%	8.8%	11.7%	8.9%	11.3%	7.0%
	要医療者	(c)	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
	要精査者	(d)	8	7	1	7	3	4	7	2	5	6	0	6	9	5	4
	有所見率	(c+d/b)	8.9%	15.7%	2.0%	8.3%	7.5%	9.1%	10.6%	6.7%	13.9%	19.4%	0.0%	42.9%	33.3%	31.6%	36.4%

※要医療・要精査者は集団健診で実施した人数を計上

表 5　心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者	（人）	4		0		1		0		1	
未治療者	（人）	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%
治療開始	（人）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約 5%の横ばいで、約 5 割が未治療者です。R4 年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者 13 人のうち、保健指導後、治療につながった方は、わずか 2 人(15%)でした。 血圧Ⅲ度においては、9 人のうち 6 人が未治療者でした。（表 6）

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。表 7 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（降圧薬治療者を除く）です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第 3 層（糖尿病、尿蛋白等のリスクあり）の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援と、適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の方においても、家庭血圧をすすめ血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の方が約 5 割いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。（表 6）

表 6　高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

				H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者			人(a)	687	664	652	621	617
血圧Ⅱ度以上の者			人(b)	32	33	35	31	28
			(b/a)	4.7%	5.0%	5.4%	5.0%	4.5%
	治療あり		人(c)	16	11	14	16	15
			(c/b)	50.0%	33.3%	40.0%	51.6%	53.6%
	治療なし		人(d)	16	22	21	15	13
			(d/b)	50.0%	66.7%	60.0%	48.4%	46.4%
		治療開始	人(e)	0	5	7	3	2
			(e/d)	0%	22.7%	33.3%	20.2%	15.4%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者		人(f)	7	7	5	4	9
			(f/a)	1.0%	1.1%	0.8%	0.6%	1.5%
		治療あり	人	4	3	2	3	3
		治療なし	人	3	4	3	1	6

表 7　血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

血圧分類(mmHg) / リスク層(血圧以外のリスク因子)		高値血圧 130～139/80～89	Ⅰ度高血圧 140～159/90～99	Ⅱ度高血圧 160～179/100～109	Ⅲ度高血圧 180以上/110以上
	189	114	62	7	6
		60.3%	32.8%	3.7%	3.2%
リスク第1層 予後影響因子がない	13	C 7	B 5	B 0	A 1
	6.9%	6.1%	8.1%	0.0%	16.7%
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	103	C 65	B 31	A 6	A 1
	54.5%	57.0%	50.0%	85.7%	16.7%
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	73	B 42	A 26	A 1	A 4
	38.6%	36.8%	41.9%	14.3%	66.7%

…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	39
		20.6%
B	概ね1ヵ月後に再評価	78
		41.3%
C	概ね3ヵ月後に再評価	72
		38.1%

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

（2）ポピュレーションアプローチ

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

本町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの町民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県の実態や食生活などとの関連について、健康教室などで周知を行いました。

また、生活習慣病予防を目的として、集団健診後の健診結果説明会の会場で、野菜の１日摂取目標量の計量や減塩に関するクイズ、食品に含まれる塩分量や糖分の量の展示などを実施してきました。

（3）第 2 期計画目標の達成状況一覧

図表 29　第 2 期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績 初年度 H30 （H30）	実績 中間評価 R2 （R2）	実績 最終評価 R5 （R4）	データの把握方法 （活用ﾃﾞｰﾀ）
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.9%	1.4%	2.8%	KDB ｼｽﾃﾑ
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.4%	1.0%	1.0%	
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維	4.8%	6.2%	4.0%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	10.0%	27.3%	23.1%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%	66.7%	33.3%	江北町調べ
	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、メタボシックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	33.4%	32.0%	35.1%	江北町 健康福祉課
			健診受診者の高血圧者の割合の減少（160/100以上）	4.6%	5.4%	4.4%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少（LDL180以上）	5.1%	4.8%	3.1%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1C6.5%以上）	12.9%	13.4%	13.9%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.7%	0.6%	0.60%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	33.3%	42.9%	66.7%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	60.0%	79.3%	75.2%	
		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	48.5	47.0	46.2	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	73.2	69.2	75.6	
			特定保健指導対象者の割合の減少	12.4	10.2	10.8	
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	16.8	12.5	10.9	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	21.1	18.2	15.4	
			大腸がん検診受診者の増加	18.8	15.9	12.5	
			子宮がん検診受診者の増加	25.8	26.4	20.6	
			乳がん検診受診者の増加	30.8	24.3	19.2	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	22.7	19.5	15.7	
		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	79.4%	81.6%	82.0%	厚生労働省

3） 第 2 期データヘルス計画に係る考察

本町では、第 2 期計画において、中長期的な目標は、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らし医療費の伸び率を抑えること、短期的な目標は、それらの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少させることとし、重症化予防をすすめてきました。

平成 30 年度と比較すると、虚血性心疾患の総医療費に占める割合は減少していますが、脳血管疾患と慢性腎不全の総医療費に占める割合は増加しています。脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子であり、高血圧Ⅱ度以上の割合が増加している背景も影響していることがうかがえます。さらに、HbA1c6.5%以上の割合の増加や 8.0%以上の未治療者の割合の増加など糖の解決もできていない状況が、慢性腎不全の医療費増加にもつながっていると考え、さらなる重症化予防の取組が必要になっています。

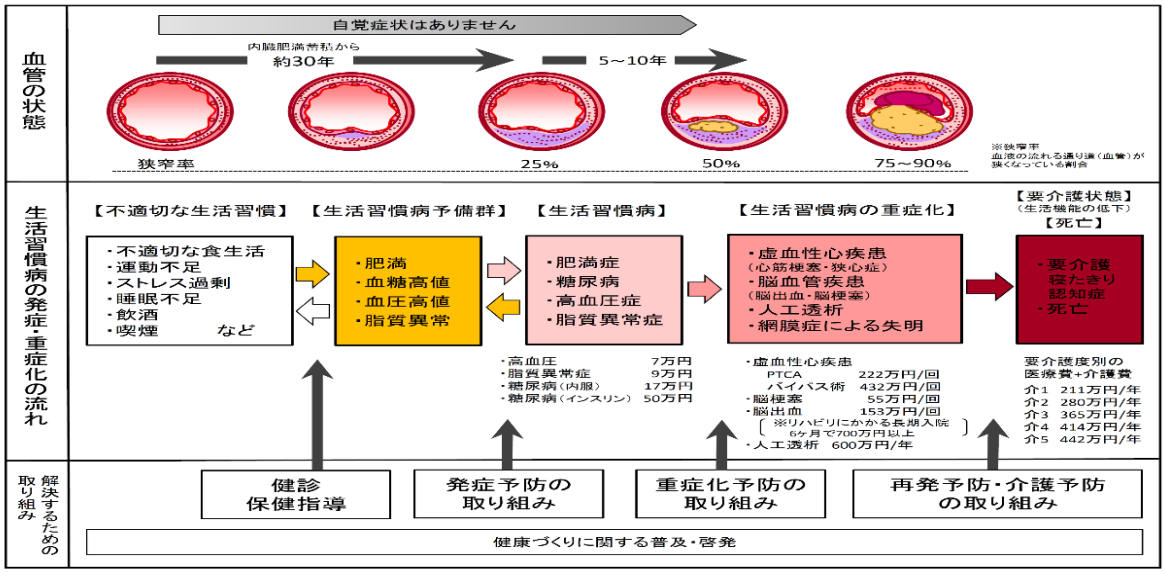
第 2 期計画の重症化予防の取組は、糖尿病性腎症重症化予防（県のプログラムに準ずる）や糖尿病（HbA1c6.5%以上）、高血圧（血圧Ⅱ度以上）、脂質異常（LDL180 以上または中性脂肪 300 以上）については台帳を作成し、保健指導を実施してきました。しかし、データの改善まで至らない方も多く、これまで医療機関との連携も十分ではなかったため、未治療者の割合も減少していない状況です。今後は、医師の役割と私達保健師や管理栄養士の役割を明確にし、住民が主体的に考えて生活習慣の改善に向かえるよう、保健指導の質の向上に取り組んでいきたいと思います。

3. 第 3 期における健康課題の明確化

1）基本的考え方

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

図表 30　生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2)健康課題の明確化

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

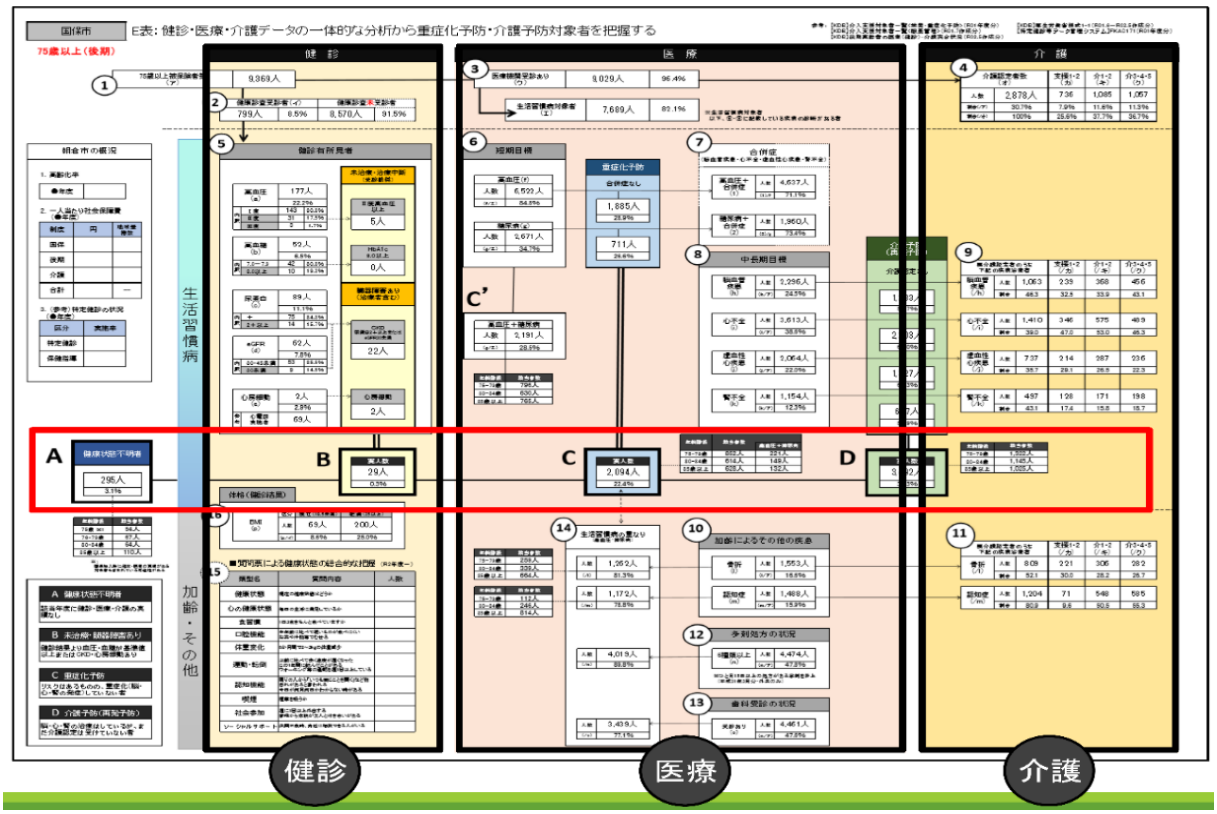
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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

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 31　健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



（1）医療費分析・健康課題の明確化（図表 32～42）

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は R2 年度に新型コロナ感染症の影響で減ったものの、R3 年度以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり 90 万円を超え、国保の 2 倍も高い状況です。（図表 32）

本町は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできたため、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模と比べて 2 ポイント以上低い状況です。しかし、一人当あたりの医療費は、同規模、県、国と比較しても高い状況にあります。慢性腎不全（透析有）は、同規模と比較しても高く、脳血管疾患については、国保及び後期高齢においても、同規模、県、国と比較しても高くなっています。（図表 33）

図表 32　被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		1,950人	1,914人	1,917人	1,877人	1,845人	⬇ 1,424人
総件数及び総費用額	件数	19,598件	19,724件	18,313件	18,624件	18,711件	24,060件
	費用額	7億8745万円	7億8823万円	7億2220万円	7億4286万円	8億5125万円	13億8388万円
一人あたり医療費		40.4万円	41.2万円	37.7万円	39.6万円	46.1万円 ⬆	97.2万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33　データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり医療費（月額）	中長期目標疾患				短期目標疾患			（中長期・短期）目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
				腎		脳	心								
				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	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
①国保	江北町	8億5125万円	37,739	3.97%	0.22%	2.84%	0.96%	4.08%	2.58%	1.67%	1億3892万円	16.3%	15.1%	14.80%	8.63%
	同規模	--	30,571	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	--	19.3%	16.8%	7.98%	9.27%
	県	--	35,091	5.37%	0.29%	2.15%	1.04%	4.89%	2.99%	1.93%	--	18.7%	14.4%	10.73%	8.87%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
②後期	江北町	13億8388万円	81,568	3.37%	0.16%	6.15%	1.26%	4.44%	3.07%	0.68%	2億6480万円	19.1%	8.8%	4.36%	14.3%
	同規模	--	68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	--	18.8%	10.3%	3.53%	12.4%
	県	--	84,251	4.29%	0.42%	4.62%	1.00%	3.61%	3.08%	1.27%	--	18.3%	9.2%	4.85%	13.6%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病（※1）による分類結果

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

高額レセプトについては、国保においては毎年約 100 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 3 倍に増えることがわかります。（図表 34）

高額における疾病をみてみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で R4 年度が一番多く 11 件で 1,401 万円かかっていました。後期高齢においては、32 件発生し、約 4,800 万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。（図表 35）

図表 34　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
高額レセプト（80万円以上/件）	人数	A	68人	66人	65人	66人	87人	163人
	件数	B	112件	102件	100件	90件	148件	319件
		B/総件数	0.57%	0.52%	0.55%	0.48%	0.79%	1.33%
	費用額	C	1億5261万円	1億3688万円	1億4062万円	1億2254万円	1億8486万円	3億9122万円
		C/総費用	19.4%	17.4%	19.5%	16.5%	21.7%	28.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移（脳血管疾患）

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
脳血管疾患	人数	D	2人		5人		2人		1人		8人		17人		
		D/A	2.9%		7.6%		3.1%		1.5%		9.2%		10.4%		
	件数	E	3件		6件		5件		3件		11件		32件		
		E/B	2.7%		5.9%		5.0%		3.3%		7.4%		10.0%		
	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%	1	9.1%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	9.1%	75-80歳	9	28.1%
		60代	3	100.0%	1	16.7%	0	0.0%	3	100.0%	4	36.4%	80代	8	25.0%
		70-74歳	0	0.0%	5	83.3%	5	100.0%	0	0.0%	5	45.5%	90歳以上	15	46.9%
	費用額	F	402万円		644万円		760万円		304万円		1401万円		4828万円		
		F/C	2.6%		4.7%		5.4%		2.5%		7.6%		12.3%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移（虚血性心疾患）

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
虚血性心疾患	人数	G	6人		1人		3人		4人		3人		2人		
		G/A	8.8%		1.5%		4.6%		6.1%		3.4%		1.2%		
	件数	H	6件		1件		4件		4件		3件		3件		
		H/B	5.4%		1.0%		4.0%		4.4%		2.0%		0.9%		
	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%	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	0	0.0%
		60代	5	83.3%	1	100.0%	1	25.0%	1	25.0%	2	66.7%	80代	3	100.0%
		70-74歳	1	16.7%	0	0.0%	1	25.0%	3	75.0%	1	33.3%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	1131万円		90万円		429万円		474万円		359万円		1102万円		
		I/C	7.4%		0.7%		3.0%		3.9%		1.9%		2.8%		

出典：ヘルスサポートラボツール

]

図表 37　健診・医療・介護データの一体的な分析

江北町　E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える

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）・介護突合状況

【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

H30・R04比較

健　診

① 被保数

被保数	40-64	65-74	75～
H30	605	843	1,456
R04	565	956	1,433
差	▲ 40	113	▲ 23

② 健診受診率

健診受診率	40～64	65～74	75～
H30	29.8	50.7	18.9
R04	27.6	44.5	28.5
差	▲ 2.1	▲ 6.2	9.7

医　療

③ 医療機関受診

医療機関受診	40～64	65～74	75～
H30	79.3	87.4	97.4
R04	82.5	88.2	96.4
差	3.1	0.8	▲ 1.0

生活習慣病	40～64	65～74	75～
H30	33.1	52.9	83.2
R04	31.5	59.1	81.0
差	▲ 1.6	6.2	▲ 2.2

※生活習慣病対象者
以下、⑥・⑧に記載している疾病の診断がある者

介　護

④ 介護認定者

介護認定者	65～74	75～
H30	5.1	36.2
R04	3.8	34.6
差	▲ 1.3	▲ 1.6

江北町の概況

1. 高齢化率

H30年度	27.5
R03年度	28.6
差	1.1

2. 一人当たり社会保障費

地域差指数	国保	後期
H30年度	1.208	1.130
R03年度	1.080	1.092
差	▲0.128	▲0.038

3.（参考）特定健診の状況

区分	健診	保健指導
H30年度	48.5	73.2
R04年度	46.2	75.6
差	▲2.3	2.4

生活習慣病

⑤ 健診有所見者

（R04年度実績）

高血圧		40～64	65～74	75～
		21.8	22.1	28.1
内訳	Ⅰ度	76.5	78.7	78.3
	Ⅱ度	14.7	14.9	20.0
	Ⅲ度	8.8	6.4	1.7

高血糖		40～64	65～74	75～
		3.2	5.2	7.8
内訳	7.0～7.9	40.0	68.2	75.0
	8.0以上	60.0	31.8	25.0

尿蛋白		40～64	65～74	75～
		0.6	2.8	3.2
内訳	＋	100.0	83.3	84.6
	2＋以上	0.0	16.7	15.4

eGFR		40～64	65～74	75～
		0.6	3.3	8.1
内訳	30-45未満	100.0	92.9	81.8
	30未満	0.0	7.1	18.2

心房細動	40～64	65～74	75～
	0.0	4.5	0.0
実施率	9.0	5.2	4.9

未治療・治療中断（受診勧奨）

- Ⅱ度高血圧以上：17人
- HbA1c 7.0以上（国保）8.0以上（後期）：1人

臓器障害あり（治療者含む）

- CKD 尿蛋白2＋以上またはeGFR30未満：10人
- 心房細動：1人

⑥ 短期目標の疾患

高血圧	40～64	65～74	75～
H30	75.5	81.4	83.2
R04	75.3	81.8	86.0
差	▲ 0.2	0.4	2.9

糖尿病	40～64	65～74	75～
H30	35.5	39.5	31.3
R04	42.1	41.4	37.4
差	6.6	2.0	6.1

重症化予防

合併症なし（R04年度実績）

- 579人　36.3%
- 250人　33.6%

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		40-64	65-74	75～
	H30	40.4	50.7	69.1
	R04	40.3	52.8	71.9
	差	▲ 0.1	2.1	2.8

糖尿病＋合併症		40-64	65-74	75～
	H30	47.9	60.2	70.7
	R04	48.0	60.3	72.8
	差	0.1	0.0	2.1

⑧ 中長期目標の疾患

脳血管疾患		40～64	65～74	75～
	H30	6.0	12.2	28.9
	R04	6.0	14.4	27.6
	差	0.1	2.2	▲ 1.4

心不全		40～64	65～74	75～
	H30	6.1	13.8	34.2
	R04	4.4	16.7	34.1
	差	▲ 1.7	3.0	▲ 0.1

虚血性心疾患		40～64	65～74	75～
	H30	4.3	8.3	22.5
	R04	2.7	8.9	20.3
	差	▲ 1.6	0.6	▲ 2.2

腎不全		40～64	65～74	75～
	H30	4.6	7.0	13.5
	R04	4.6	8.6	14.7
	差	▲ 0.0	1.6	1.3

介護予防（再発予防）

介護認定なし（R04年度実績）

- 383人　67.5%
- 435人　64.5%
- 266人　68.0%
- 240人　75.2%

⑨ 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

脳血管疾患		40～64	65～74	75～
	H30	5.6	14.6	45.6
	R04	2.9	8.0	43.5
	差	▲ 2.6	▲ 6.6	▲ 2.1

心不全		40～64	65～74	75～
	H30	0.0	8.6	46.6
	R04	0.0	6.3	46.8
	差	0.0	▲ 2.4	0.2

虚血性心疾患		40～64	65～74	75～
	H30	0.0	14.3	42.5
	R04	0.0	4.7	41.6
	差	0.0	▲ 9.6	▲ 0.9

腎不全		40～64	65～74	75～
	H30	0.0	13.6	44.9
	R04	0.0	8.5	34.1
	差	0.0	▲ 5.0	▲ 10.8

加齢・その他

A 健康状態不明者

	40～64	65～74	75～
H30	16.2	6.4	2.1
R04	14.0	7.0	3.0
差	▲ 2.2	0.6	0.9

B

実人数		40～64	65～74	75～
	H30	1.8	1.9	1.0
	R04	1.1	1.2	0.8
	差	▲ 0.8	▲ 0.7	▲ 0.2

C'

高血圧＋糖尿病	40～64	65～74	75～
H30	21.0	27.6	24.8
R04	26.4	31.2	30.9
差	5.4	3.6	6.1

C

実人数		40～64	65～74	75～
	H30	18.0	25.0	23.5
	R04	17.9	26.6	22.1
	差	▲ 0.1	1.5	▲ 1.4

D

実人数		40-64	65-74	75～
	H30	15.2	26.7	34.5
	R04	13.8	32.2	34.9
	差	▲ 1.4	5.5	0.3

⑮ 体格（健診結果）

BMI	痩せ（18.5以下）			肥満（25以上）		
	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～
H30	8.9	7.7	6.9	29.4	28.1	25.5
R04	7.7	8.7	8.6	34.0	28.0	21.3
差	▲ 1.2	1.0	1.6	4.5	▲ 0.1	▲ 4.2

⑭ 生活習慣病の重なり（高血圧・糖尿病）

骨折		65～74	75～
	H30	58.3	81.6
	R04	61.5	79.9
	差	3.2	▲ 1.7

認知症		65～74	75～
	H30	81.8	75.9
	R04	73.3	86.3
	差	▲ 8.5	10.5

⑩ 加齢によるその他の疾患

骨折		65～74	75～
	H30	2.8	15.7
	R04	4.1	17.7
	差	1.2	2.1

認知症		65～74	75～
	H30	1.3	15.7
	R04	1.6	15.8
	差	0.3	0.2

⑪ 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

骨折		65～74	75～
	H30	16.7	68.9
	R04	17.9	58.7
	差	1.3	▲ 10.2

認知症		65～74	75～
	H30	72.7	80.7
	R04	60.0	81.1
	差	▲ 12.7	0.4

（2）健診・医療・介護の一体的分析

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、図表38の①被保険者数は、40～64歳、75歳では減っていますが、65～74歳では110名増え、高齢化率の低い江北町でも前期高齢者が確実に増えていることが分かります。

⑮の体格をみると、40～64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が5ポイントも高くなってきています。

図表39健診有所見の状況をみると、Ⅱ度高血圧以上とHbA1c7.0%以上では65歳以上で対象人数がやや増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表40の短期目標疾患では、高血圧と糖尿病を併発している方の割合がどの年代でも多くなっており、それぞれ合併症を伴っている割合も、各年代の割合が高くなっています。

図表38　被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数			健診受診率			体格（健診結果）					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	36.2	605	843	1,456	29.8	50.7	18.9	8.9	7.7	6.9	29.4	28.1	25.5
R04	34.6	565	956	1,433	27.6	44.5	28.5	7.7	8.7	8.6	34.0	28.0	21.3

図表39　健診有所見状況

E表	⑤																													
年度	Ⅱ度高血圧以上（未治療・治療中断者）									HbA1c7.0以上（未治療・治療中断者）※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2＋以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30	12	6.7	(5)	16	3.7	(3)	15	5.5	(3)	8	4.4	(2)	22	5.2	(3)	3	1.1	(0)	3	1.7	9	2.1	8	2.9	1	0.6	1	0.2	5	1.8
R04	8	5.1	(6)	20	4.7	(6)	25	6.1	(5)	5	3.2	(0)	22	5.2	(1)	8	2.0	(0)	0	--	3	0.7	7	1.7	0	--	1	0.2	0	--

図表40　短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
年度	医療機関受診			生活習慣病対象者（生活習慣病の医療機関受診者）			短期目標の疾患（生活習慣病受診者のうち）									短期目標の疾患とする合併症					
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧＋合併症			糖尿病＋合併症		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	79.3	87.4	97.4	33.1	52.9	83.2	75.5	81.4	83.2	35.5	39.5	31.3	21.0	27.6	24.8	40.4	50.7	69.1	47.9	60.2	70.7
R04	82.5	88.2	96.4	31.5	59.1	81.0	75.3	81.8	86.0	42.1	41.4	37.4	26.4	31.2	30.9	40.3	52.8	71.9	48.0	60.3	72.8

注）合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 41 の中長期疾患（脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全）において、H30 年度と R4 年度を比較すると、65～74 歳で増えています。中長期疾患にある介護認定者では、脳血管・虚血性心疾患・腎不全の割合は下がっているのが分かります。

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

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保数割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	6.0	12.2	28.9	4.3	8.3	22.5	6.1	13.8	34.2	4.6	7.0	13.5	5.6	14.6	45.6	0.0	14.3	42.5	0.0	8.6	46.6	0.0	13.6	44.9
R04	6.0	14.4	27.6	2.7	8.9	20.3	4.4	16.7	34.1	4.6	8.6	14.7	2.9	8.0	43.5	0.0	4.7	41.6	0.0	6.3	46.8	0.0	8.5	34.1

図表 42　骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり（高血圧・糖尿病）				加齢による その他の疾患（被保数割）				加齢による疾患のうち要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	58.3	81.6	81.8	75.9	2.8	15.7	1.3	15.7	16.7	68.9	72.7	80.7
R04	61.5	79.9	73.3	86.3	4.1	17.7	1.6	15.8	17.9	58.7	60.0	81.1

出典：ヘルスサポートラボツール

（3）優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患（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。

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3） 目標の設定

（1）成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標を達成するための方策

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

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

②中長期的な目標の設定

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

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

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

③短期的な目標の設定

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

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

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

（2） 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画			達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			目標		データの把握方法（活用データ）
					初期値 R６ (R4)	中間評価 R８ (R7)	最終評価 R11 (R10)	中間評価 R８ (R7)	最終評価 R11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	アウトカム指標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症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	2.8%			2.4%	2.0%	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	1.0%			0.8%	0.6%	
				慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.0%			3.5%	3.0%	
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	23.1%			20.6%	18.1%	
				糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	33.3%			30.8%	28.3%	
	短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボシックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	35.1%			31.0%	26.3%	江北町 健康福祉課
				健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	4.4%			3.7%	3.0%	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	10.3%			9.8%	9.3%	
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	13.9%			12.0%	10.0%	
				★健診受診者のＨbA1C8.0%以上の者の割合の減少	0.6%			0.5%	0.4%	
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	66.7%			68.0%	70.0%	
		アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	46.2%			53.0%	60.0%	法定報告値
				★特定保健指導実施率60%以上	75.6%			70.0%	70.0%	
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	10.8%			9.8%	8.8%	

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 年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 44　特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	48%	50%	52%	55%	57%	60%
特定保健指導実施率	60%	62%	64%	66%	68%	70%

3. 対象者の見込み

図表 45　特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	1,400人	1,400人	1,350人	1,350人	1,300人	1,300人
	受診者数	672人	700人	702人	742人	741人	780人
特定保健指導	対象者数	80人	84人	84人	89人	89人	94人
	受診者数	48人	52人	54人	59人	61人	66人

4. 特定健診の実施

（1）実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

① 集団健診（江北町保健センター）

② 個別健診（委託医療機関）

③ 毎日健診（武雄杵島地区医師会健診センター、健康づくり財団）

（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、佐賀県国保連合会(市町村)のホームページに掲載します。

（参照）URL：http//www.sagakokuho.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 46　特定健診検査項目（例示）

〇江北町特定健診検査項目

健診項目		江北町	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

7 月から翌年 2 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。

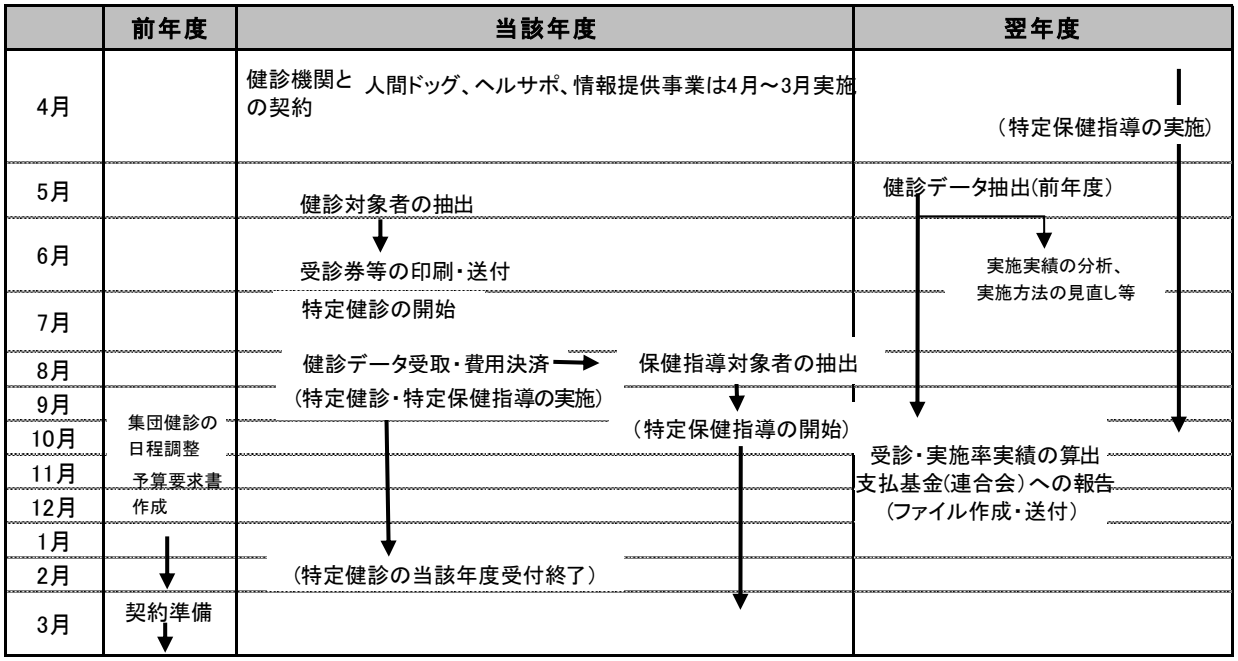
（7）代行機関

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

（8）健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47　特定健診実施スケジュール



5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者が直接実施し、同一課内の一般衛生部門で行います。

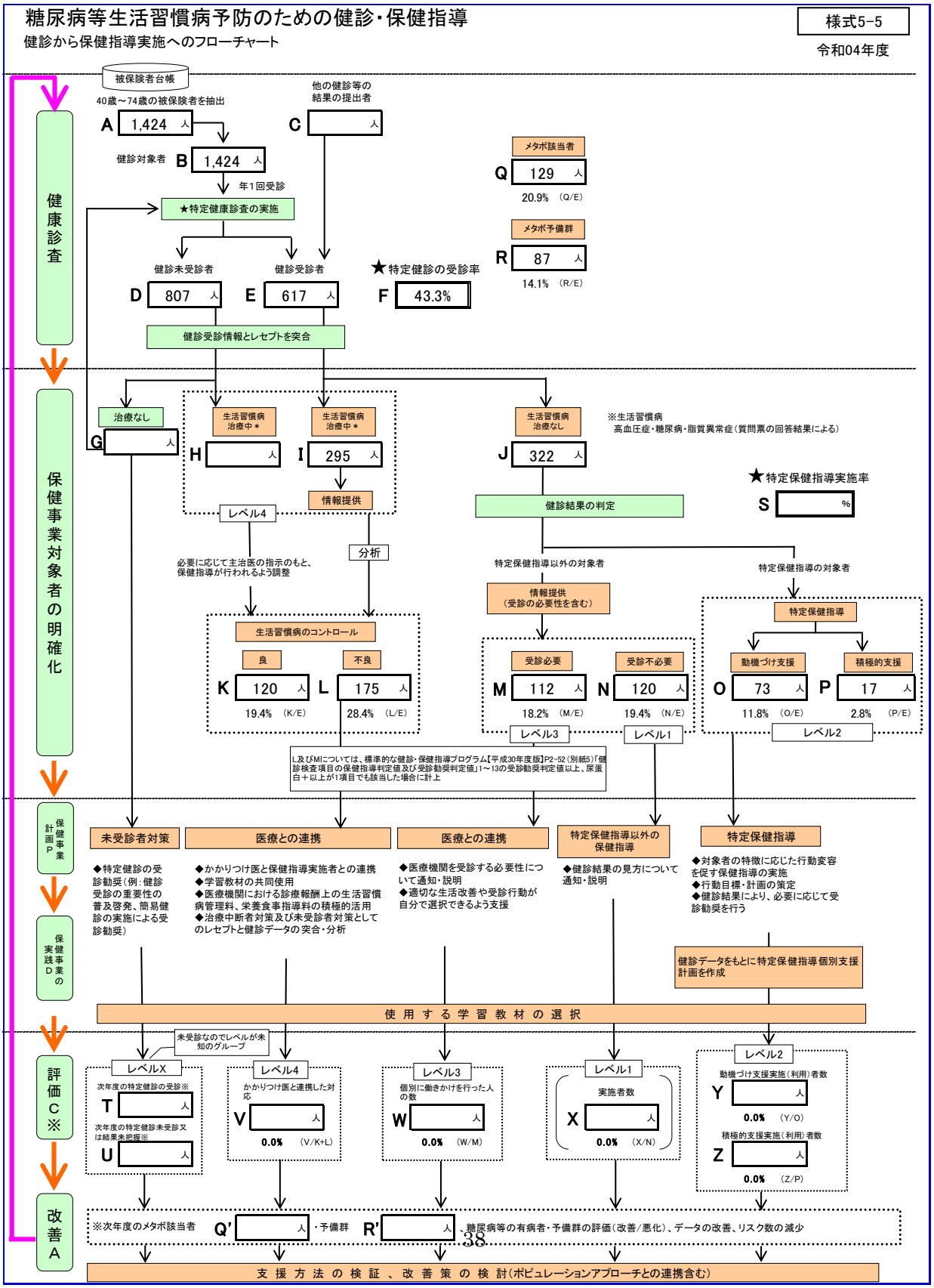
○第4期(2024年以降)における変更点　　特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

（1）健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48　健診から保健指導へのフローチャート（様式 5-5）



出典：ヘルサポートラボツール

（2）要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49　要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	R4対象者数見込（受診者617人の〇%）	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	90人 （14.6%）	70%
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	112人 （18.2%）	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	807 ※受診率目標達成までにあと237人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	120人 （19.4%）	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	295人 （47.8%）	60%

（3）生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50　健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診機関と委託契約 ◎町内医療機関と委託契約	◎利用券登録（前年度分） ◎保健指導結果登録（前年度分）	◎健診の広報（ホームページ掲載、年間カレンダー全戸配布）
5月	◎健診対象者の抽出 ◎人間ドッグ助成申請終了（前年度分）		
6月	◎通知事務 ◎受診券・受診票の送付 ◎受診勧奨ハガキ送付（1回目）		◎代行機関(国保連合会）を通じて費用決裁の開始
7月	◎特定健康診査の開始 （個別健診は7月～2月まで） ◎集団健診実施（7日間）	◎対象者の抽出	◎健診の広報（町報、行政放送）
8月		◎保健指導の開始	
9月			
10月	◎受診勧奨ハガキ送付（2回目）		◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
11月	◎追加健診実施（2日間）		◎健診の広報（町報、行政放送）
12月			
1月	◎農協健診実施（1日間） ◎受診勧奨ハガキ送付（3回目）		
2月	◎個別健診の終了		◎健診の広報（町報）
3月	◎人間ドッグ、ヘルサポ、情報提供事業の終了		

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江北町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

（2）特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

７．結果の報告

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

８．特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章　課題解決するための個別保健事業

Ⅰ．保健事業の方向性

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

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

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

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

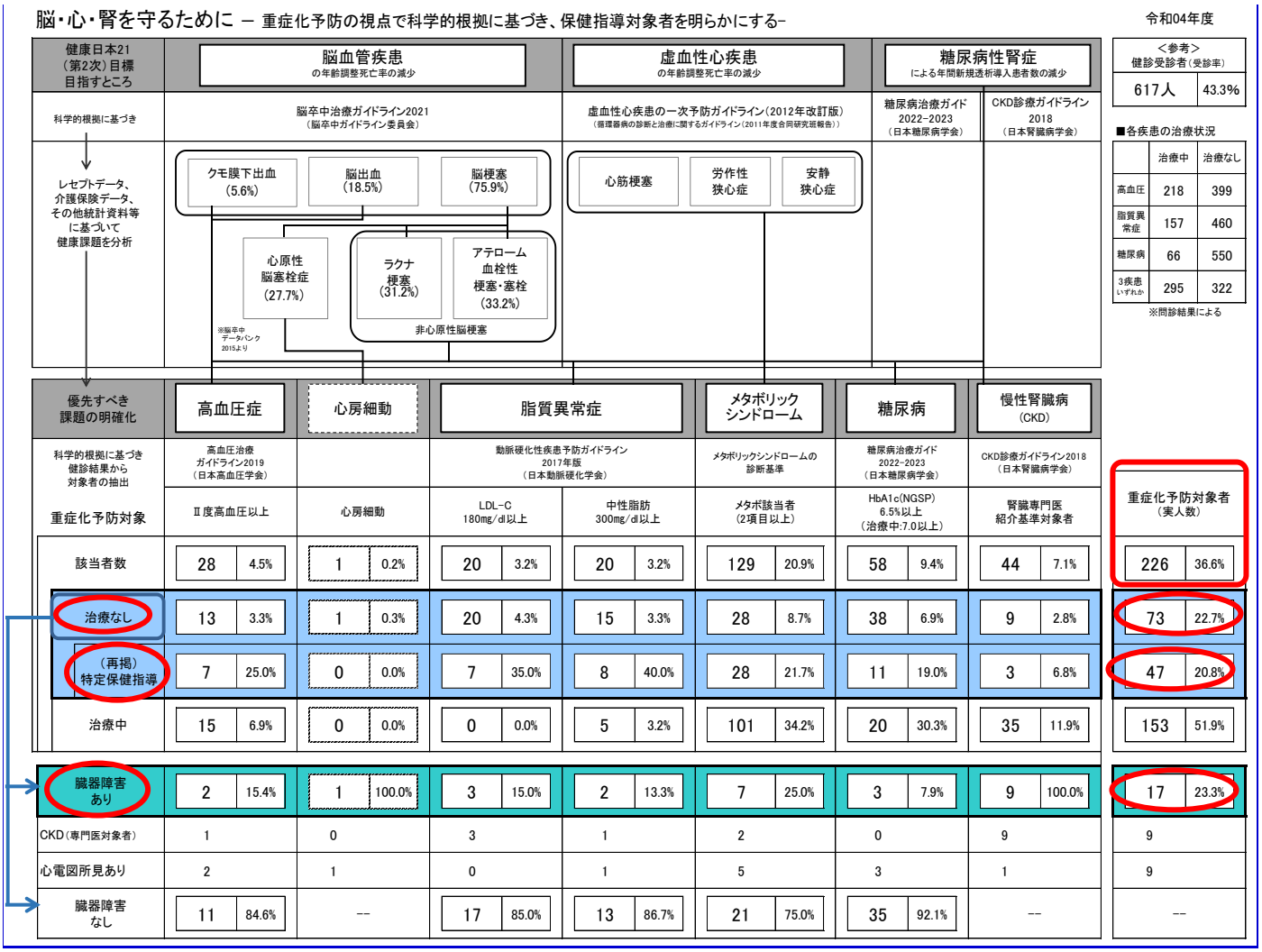
また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。実施にあたっては、第 3 章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

Ⅱ．重症化予防の取組

本町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、226 人（36.6%）です。そのうち治療なしが 73 人（22.7%）を占め、さらに臓器障害あり直ちに取り組むべき対象者が 17 人です。

また、本町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、73 人中 47 人（20.8%）と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 51　脳・心・腎を守るために



出典：ヘルサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

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

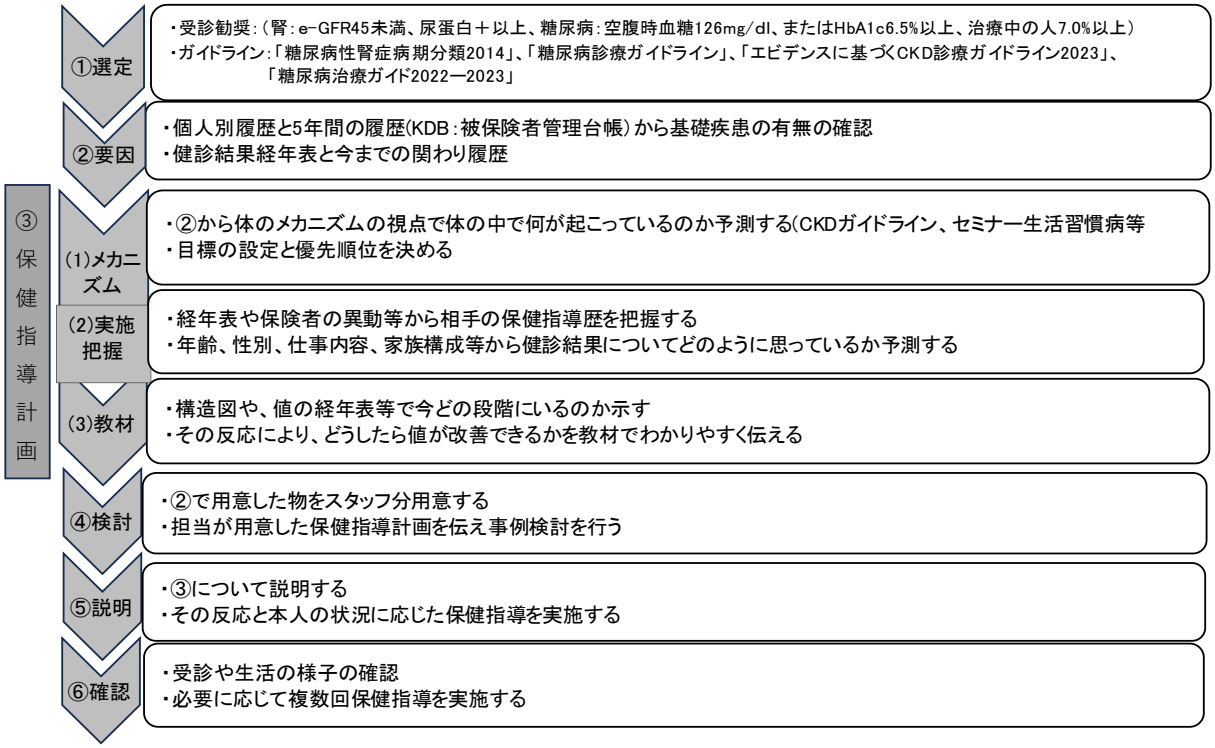
なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

（1）健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導

（2）治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

（3）糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 52　糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2）対象者の明確化

（1）対象者選定基準の考え方

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

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

(2)選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)

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

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。
本町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため、腎機能（ｅGFR）の把握は可能です。尿アルブミンについては二次健診で実施しています。ＣＫＤ診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量（mg/dl）に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（－)、微量アルブミン尿と尿蛋白（±)、顕性アルブミン尿（＋）としていることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となります。

②基準に基づく該当者数の把握

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

本町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、44 人(40.0%・Ｆ)でした。
また、40～74 歳における糖尿病治療者 309 人のうち、特定健診受診者が 66 人(60.0%・Ｇ)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者 243 人（78.6%・Ｉ）については、治療中ですが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表 54 より本町においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位１

【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）・・・44 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）・・・29 人

　治療中断しない（継続受診）ための保健指導

・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

優先順位３

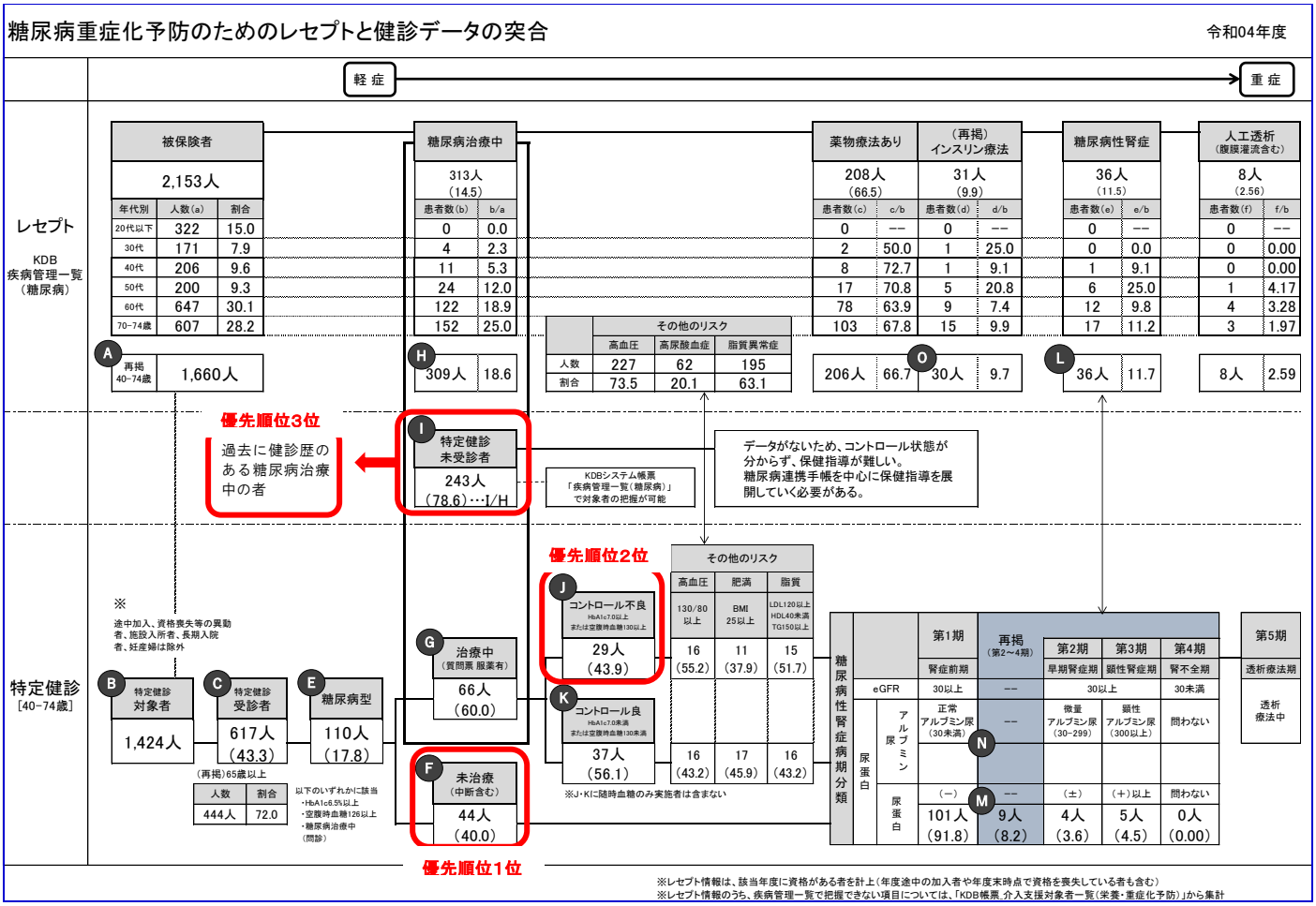
【保健指導】

・Ｉの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳

・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

図表 54　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典：ヘルスサポートラボツール

3） 保健指導の実施

（1） 糖尿病性腎症病期分類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。江北町においては、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 55 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける（保健指導教材）

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける

もくじ

1　健診結果から食の解決に意識が向かうための支援

1－1　健診経年結果一覧
1－2　糖尿病タイプ
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
1－4　ヘモグロビンA1cは･･･
1－5　糖尿病とはどういう病気なのでしょうか
1－6　糖に関する健診結果に変化はありませんか？
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

2　高血糖を解決するための食

1　健診結果と日常食べている食品
2　生活は住民の方しかわかりません　伺うことから始まります
3　今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
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
5　自分の食べている食品をみてみます
6　糖尿病性腎症食事療法

3　薬物療法

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

4　参考資料

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、対象者のうち尿蛋白定性（±）へは、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

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佐賀県糖尿病腎症重症化予防プログラムに準じ行っていきます。

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6） 評価

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

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア．受診勧奨対象者への介入率

イ．医療機関受診率

ウ．医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア．保健指導実施率

イ．糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

〇HbA1c の変化
〇eGFR の変化（1 年で 25%以上の低下、1 年で 5ml/1.73 ㎡以上低下）
〇尿蛋白の変化
〇服薬状況の変化

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目				突合表	江北町										同規模保険者（平均）	
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	①	被保険者数		A	2,000人		1,953人		1,924人		1,939人		1,900人			
	②		（再掲）40-74歳		1,533人		1,513人		1,502人		1,520人		1,489人			
2	①	特定健診	対象者数	B	1,366人		1,351人		1,361人		1,345人		1,424人			
	②		受診者数	C	687人		664人		655人		621人		617人			
	③		受診率		50.3%		49.1%		48.1%		46.2%		43.3%			
3	①	特定保健指導	対象者数		82人		92人		65人		68人		82人			
	②		実施率		73.2%		66.3%		69.2%		69.1%		62.2%			
4	①	健診データ	糖尿病型	E	123人	17.9%	122人	18.4%	113人	17.3%	106人	17.1%	110人	17.8%		
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	50人	40.7%	57人	46.7%	47人	41.6%	47人	44.3%	44人	40.0%		
	③		治療中（質問票 服薬あり）	G	73人	59.3%	65人	53.3%	66人	58.4%	59人	55.7%	66人	60.0%		
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	31人	42.5%	28人	43.1%	32人	48.5%	26人	44.1%	29人	43.9%		
	⑤		血圧 130/80以上	J	20人	64.5%	15人	53.6%	21人	65.6%	13人	50.0%	16人	55.2%		
	⑥		肥満 BMI25以上	J	10人	32.3%	12人	42.9%	13人	40.6%	10人	38.5%	11人	37.9%		
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	42人	57.5%	37人	56.9%	34人	51.5%	33人	55.9%	37人	56.1%		
	⑧		第1期 尿蛋白（－）	M	96人	78.0%	97人	79.5%	91人	80.5%	93人	87.7%	101人	91.8%		
	⑨		第2期 尿蛋白（±）	M	12人	9.8%	13人	10.7%	10人	8.8%	2人	1.9%	4人	3.6%		
	⑩		第3期 尿蛋白（＋）以上	M	13人	10.6%	11人	9.0%	12人	10.6%	10人	9.4%	5人	4.5%		
	⑪		第4期 eGFR30未満	M	1人	0.8%	1人	0.8%	0人	0.0%	1人	0.9%	0人	0.0%		
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保数千対）		116.5人		114.2人		112.8人		119.6人		118.4人			
	②		（再掲）40-74歳（被保数千対）		150.7人		146.7人		142.5人		151.3人		149.8人			
	③		レセプト件数（40-74歳）（）内は被保数千対 入院外（件数）		1,488件	(988.7)	1,556件	(1044.3)	1,431件	(963.6)	1,493件	(1004.7)	1,418件	(990.2)	319,711件	(930.6)
	④		入院（件数）		12件	(8.0)	8件	(5.4)	5件	(3.4)	8件	(5.4)	2件	(1.4)	1,521件	(4.4)
	⑤		糖尿病治療中	H	233人	11.7%	223人	11.4%	217人	11.3%	232人	12.0%	225人	11.8%		
	⑥		（再掲）40-74歳	H	231人	15.1%	222人	14.7%	214人	14.2%	230人	15.1%	223人	15.0%		
	⑦		健診未受診者	I	158人	68.4%	149人	67.1%	148人	69.2%	171人	74.3%	157人	70.4%		
	⑧		インスリン治療	O	27人	11.6%	20人	9.0%	23人	10.6%	20人	8.6%	19人	8.4%		
	⑨		（再掲）40-74歳	O	27人	11.7%	20人	9.0%	22人	10.3%	20人	8.7%	18人	8.1%		
	⑩		糖尿病性腎症	L	23人	9.9%	25人	11.2%	27人	12.4%	26人	11.2%	26人	11.6%		
	⑪		（再掲）40-74歳	L	23人	10.0%	25人	11.3%	27人	12.6%	26人	11.3%	26人	11.7%		
	⑫		慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		3人	1.3%	4人	1.8%	6人	2.8%	7人	3.0%	6人	2.7%		
	⑬		（再掲）40-74歳		3人	1.3%	4人	1.8%	6人	2.8%	7人	3.0%	6人	2.7%		
	⑭		新規透析患者数		2人	66.7%	0人	0.0%	3人	50.0%	2人	28.6%	3人	50.0%		
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症		0人	0.0%	0人	0.0%	2人	66.7%	1人	50.0%	1人	33.3%		
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		4人	1.2%	2人	0.6%	2人	0.6%	3人	0.9%	5人	1.5%		
6	①	医療費	総医療費		7億8745万円		7億8823万円		7億2220万円		7億4286万円		8億5125万円		6億7051万円	
	②		生活習慣病総医療費		4億4741万円		4億3646万円		3億9185万円		4億0391万円		4億6864万円		3億5898万円	
	③		（総医療費に占める割合）		56.8%		55.4%		54.3%		54.4%		55.1%		53.5%	
	④		生活習慣病対象者一人あたり 健診受診者		10,110円		7,448円		5,799円		8,130円		8,581円		9,063円	
	⑤		健診未受診者		33,539円		36,121円		33,147円		32,294円		36,258円		37,482円	
	⑥		糖尿病医療費		4332万円		4140万円		3594万円		3809万円		3471万円		4061万円	
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）		9.7%		9.5%		9.2%		9.4%		7.4%		11.3%	
	⑧		糖尿病入院外総医療費		1億0256万円		1億1912万円		1億0948万円		1億0908万円		1億1681万円			
	⑨		1件あたり		34,438円		37,154円		36,349円		35,334円		38,112円			
	⑩		糖尿病入院総医療費		8558万円		7401万円		7390万円		9867万円		7897万円			
	⑪		1件あたり		545,110円		500,079円		555,666円		605,316円		593,761円			
	⑫		在院日数		17日		17日		20日		19日		20日			
	⑬		慢性腎不全医療費		4051万円		4089万円		4696万円		4266万円		3569万円		2783万円	
	⑭		透析有り		3794万円		3838万円		4508万円		4037万円		3381万円		2567万円	
	⑮		透析なし		257万円		251万円		188万円		229万円		188万円		216万円	
7	①	介護	介護給付費		7億4783万円		8億2749万円		8億4278万円		8億4136万円		8億3573万円		8億6719万円	
	②		（2号認定者）糖尿病合併症		1件	50.0%	1件	20.0%	1件	25.0%	1件	25.0%	1件	50.0%		
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）		2人	1.4%	2人	1.4%	0人	0.0%	1人	0.7%	1人	0.9%	622人	1.0%

7） 実施期間及びスケジュール

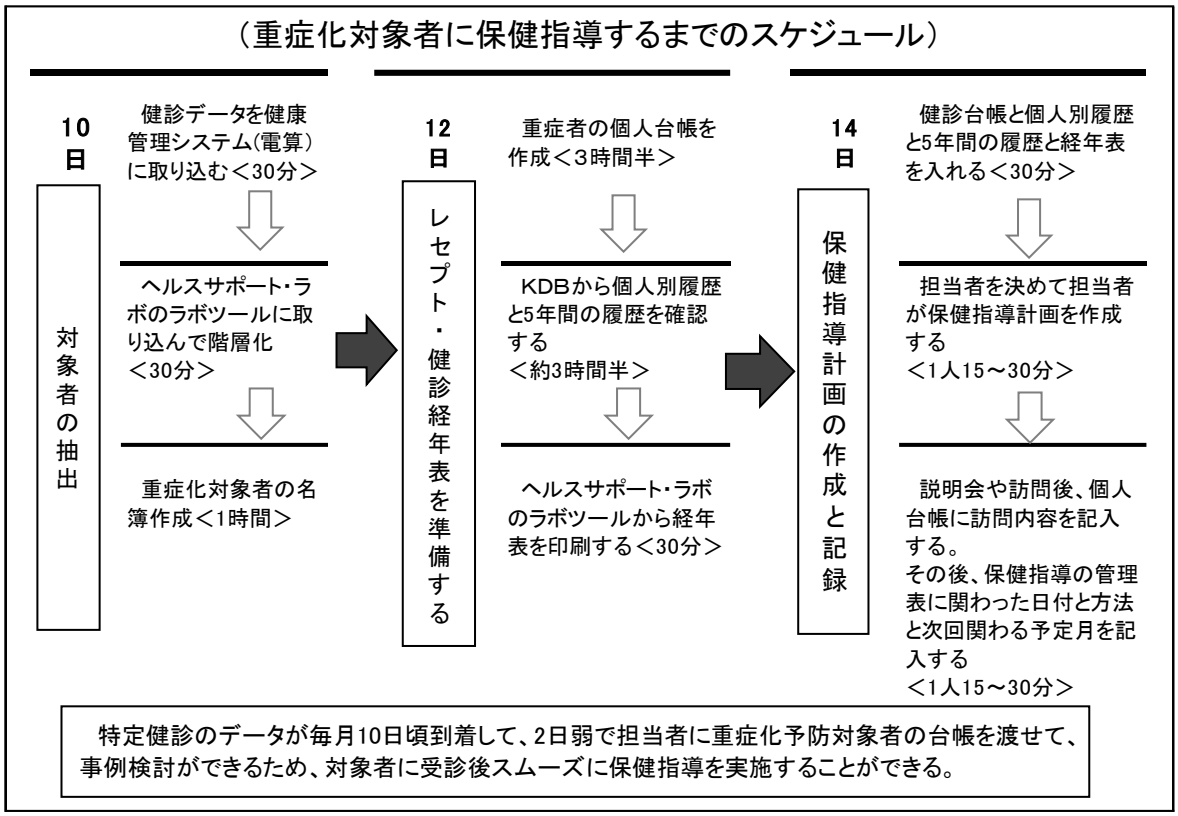
出典：ヘルスサポートラボツール

5 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

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

図表 57　重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

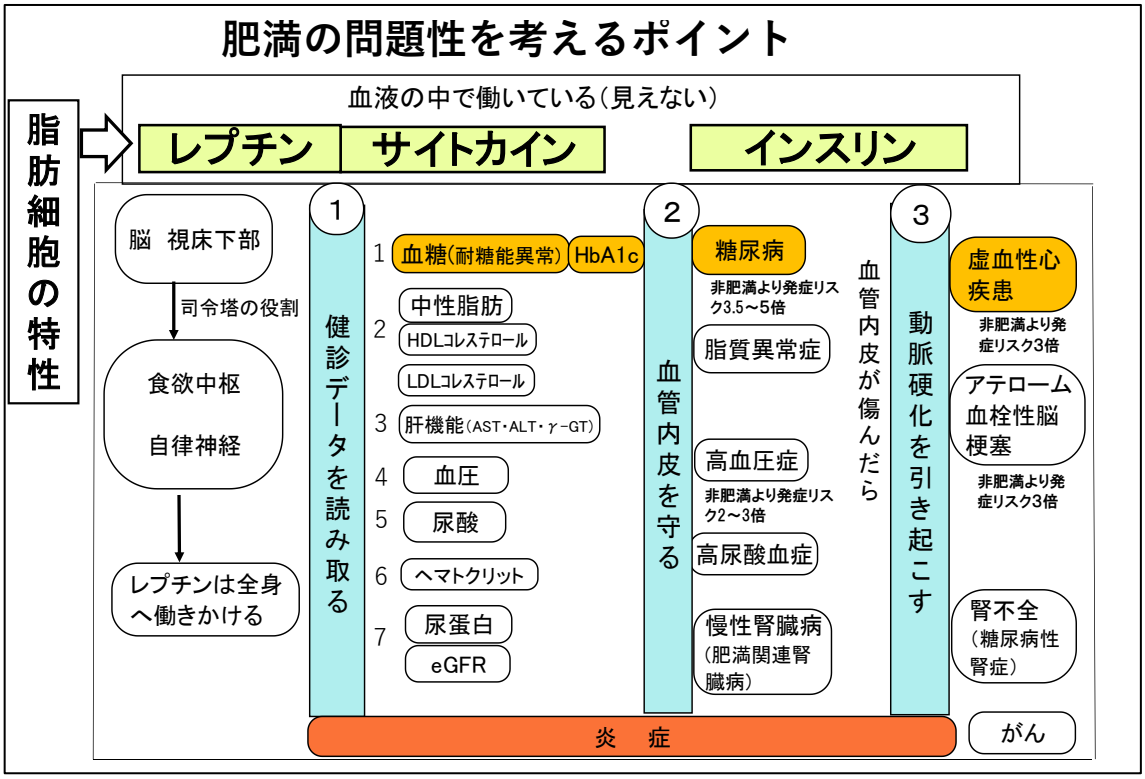
1）基本的な考え方

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

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

なお、取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58　肥満の問題性を考えるポイント



2）肥満の状況

（1） 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59 肥満度分類による実態

R4年度		受診者数		BMI25以上		（再掲）肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
		40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数		173	444	56	125	41	107	11	17	4	1	0	0
				32.4%	28.2%	23.7%	24.1%	6.4%	3.8%	2.3%	0.2%	0.0%	0.0%
再掲	男性	73	201	29	61	25	54	2	7	2	0	0	0
				39.7%	30.3%	34.2%	26.9%	2.7%	3.5%	2.7%	0.0%	0.0%	0.0%
	女性	100	243	27	64	16	53	9	10	2	1	0	0
				27.0%	26.3%	16.0%	21.8%	9.0%	4.1%	2.0%	0.4%	0.0%	0.0%

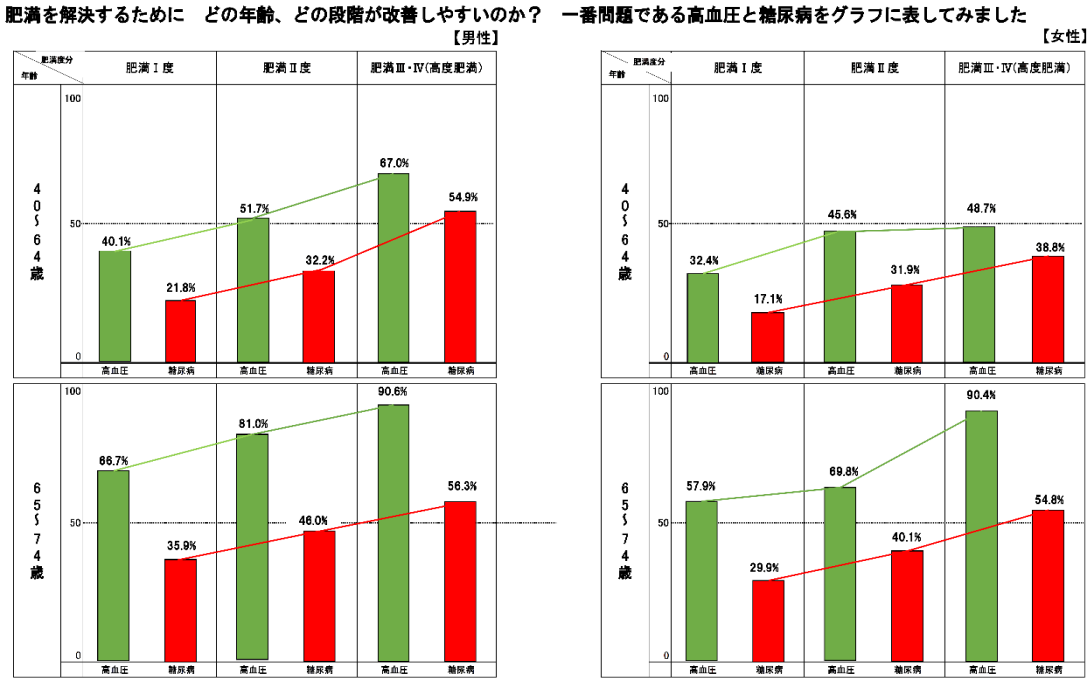
出典：ヘルスサポートラボツール

（２）優先順位をつけます。

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

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 60 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



② 保健指導を実施した時の住民の声（意識）から「日常生活」で困っていることを教えてもらいました。

図表 61　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

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

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

まず、「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る。そのことは、図表 61 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に図表 60 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満Ⅰ度で、若い年代（40～64 歳）を対象とすることが効率いいことがわかります。

③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 62　心・脳血管疾患を発症した事例（例示）

心・脳血管疾患を発症した事例から課題を整理する

事例No.	性別	発症年齢	KDBから把握									特定健診	転帰
			レセプト								介護		
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患						
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症			
1	男	60代		●	●		●		●			メタボ	
2	男	60代	●		●		●		●	●		メタボ	死亡
3	男	50代	●				●	●	●		要介護2	メタボ	
4	男	50代		●		●	●	●	●	●		メタボ	
5	男	40代		●		●	●	●	●	●		メタボ	

3）対象者の明確化

図表 63　年代別メタボリック該当者の状況

R4年度			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	274	27	15	98	134	343	25	27	146	145
メタボ該当者		B	82	2	3	34	43	47	1	4	17	25
		B/A	29.9%	7.4%	20.0%	34.7%	32.1%	13.7%	4.0%	14.8%	11.6%	17.2%
再掲	①3項目全て	C	23	1	0	6	16	14	0	3	4	7
		C/B	28.0%	50.0%	0.0%	17.6%	37.2%	29.8%	0.0%	75.0%	23.5%	28.0%
	②血糖＋血圧	D	22	0	1	15	6	5	0	0	4	1
		D/B	26.8%	0.0%	33.3%	44.1%	14.0%	10.6%	0.0%	0.0%	23.5%	4.0%
	③血圧＋脂質	E	30	1	1	9	19	25	1	1	8	15
		E/B	36.6%	50.0%	33.3%	26.5%	44.2%	53.2%	100.0%	25.0%	47.1%	60.0%
	④血糖＋脂質	F	7	0	1	4	2	3	0	0	1	2
		F/B	8.5%	0.0%	33.3%	11.8%	4.7%	6.4%	0.0%	0.0%	5.9%	8.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 64　メタボリック該当者の治療状況

R4年度	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	274	82	29.9%	63	76.8%	19	23.2%	343	47	13.7%	38	80.9%	9	19.1%
40代	27	2	7.4%	0	0.0%	2	100.0%	25	1	4.0%	1	100.0%	0	0.0%
50代	15	3	20.0%	1	33.3%	2	66.7%	27	4	14.8%	3	75.0%	1	25.0%
60代	98	34	34.7%	29	85.3%	5	14.7%	146	17	11.6%	12	70.6%	5	29.4%
70～74歳	134	43	32.1%	33	76.7%	10	23.3%	145	25	17.2%	22	88.0%	3	12.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者（図表 63）は、男性で 50 代から受診者の 2～3 割を超えますが、女性では 50 代・60 代・70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況（図表 64）は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、全員がメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、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。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

（1） 対象者の選定基準の考え方

① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。

② 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導（食事指導）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特定保健指導の管理台帳を活用します。

4）保健指導の実施

（1）最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 65 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
- 1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導
- 1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方
- 1-3 特定保健指導対象者
- 1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて
- 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
- 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～

2 保健指導対象者の明確化
- 2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表
- 2-2 おたずね
- 2-3 健診結果みる肥満のリスク
- 2-4 肥満がもたらすもの

3 肥満の症状
- 3-1 肥満がもたらす症状
- 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
- 3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？
- 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
- 3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの
- 3-3-4 睡眠時無呼吸の治療（CPAP）
- 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)
- 3-5-1 膝が痛いとよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？
- 3-5-2 膝のどこが痛いですか？
- 3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング
- 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！
- 3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)
- 3-7 新型コロナと肥満

4 高度肥満
- 4-1 外科手術という治療があります
- 4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧
- 4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合
- 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

5 保健指導教材で減量できた事例
- 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
- 5-2 住民の体重変化

6 脂肪細胞の特性
- 6-1 肥満の問題性を考えるポイント
- 6-2 脂肪細胞ってね①
- 6-3 脂肪細胞ってね②
- 6-4 脂肪細胞から分泌される物質
- 6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
- 6-6 食欲が抑えられない
- 6-7 脳の変調を起こす原因は？
- 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

7 健診データ・検査
- 7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
- 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
- 7-3 血管が傷むとは
- 7-4 体の中で起こっていることは？
- 7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いますか？
- 7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
- 7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
- 7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
- 7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
- 7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起こっているのでしょうか？
- 7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
- 7-12 労災保険二次健康診断給付制度
- 7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
- 7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。

8 食事療法
- 8-1 栄養指導の基本
- 8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
- 8-3-1 短鎖脂肪酸
- 8-3-7 肥満の推移とその背景と原因

9 運動療法
- 9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
- 9-2 体重測定

10 参考資料

（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、二次健診の実施を継続していきます。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

①頸動脈エコー検査（心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査）

②微量アルブミン検査（尿で腎臓の状態を見る検査）

③75ｇ糖負荷検査（高インスリン状態を見る検査）

3. 虚血性心疾患重症化予防

1） 基本的な考え方

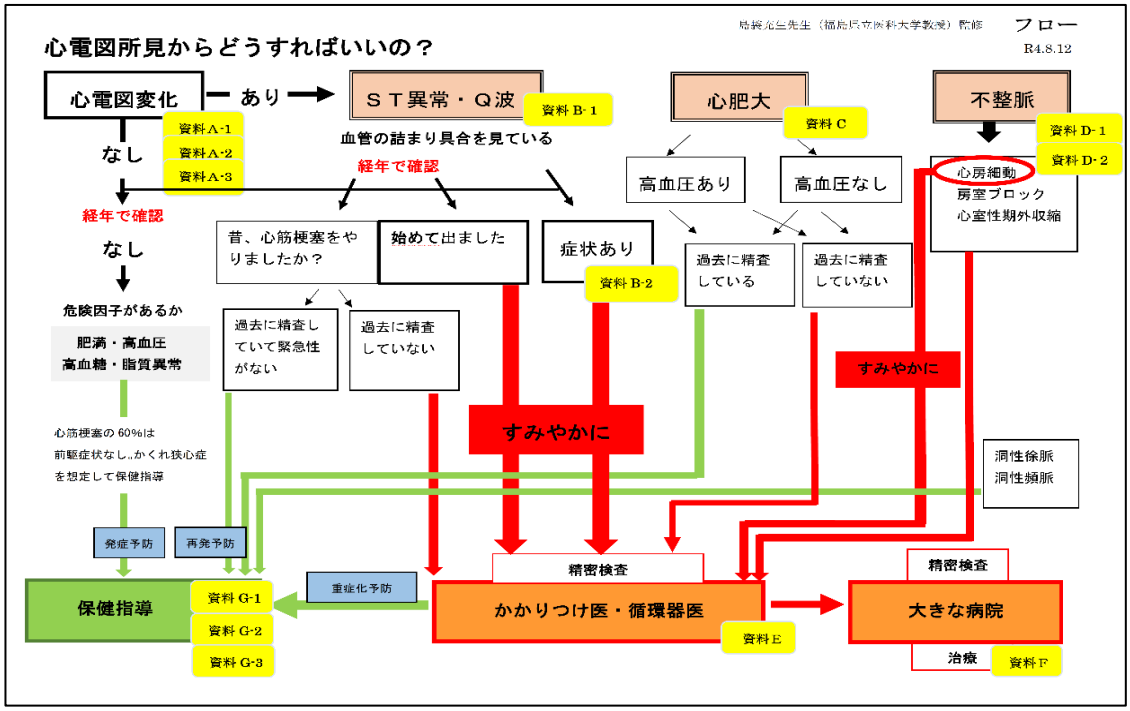
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2） 対象者の明確化

（1） 対象者選定基準の考え方

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

図表 66 心電図所見からのフロー図 （保健指導教材）



（2） 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

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

本町においては、心電図検査を 30 人(4.4%)に実施し、そのうち有所見者が 24 人(80.0%)でした。所見の中でも最も多かったのが、脚ブロックの 5 人(20.8%)、続いて異常 Q 波の 4 人(16.7%)、ST-T 変化と軸偏位の 3 人(12.5%)という順でした。(図表 67)

図表 67　心電図検査結果

性別・年齢 ＼ 所見		心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
40～74歳		30	4.4	24	80.0%	4	16.7%	3	12.5%	0	0.0%	3	12.5%	0	0.0%	5	20.8%	2	8.3%	2	8.3%
内訳	男性	19	2.8	16	84.2%	2	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	3	18.8%	0	0.0%	4	25.0%	2	12.5%	1	6.3%
内訳	女性	11	1.6	8	72.7%	2	25.0%	3	37.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	12.5%	0	0.0%	1	12.5%

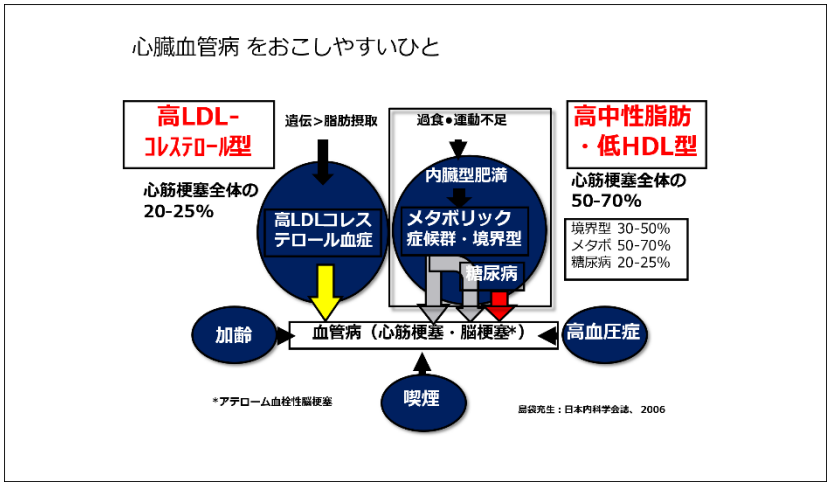
江北町調べ(R4年度)

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します。(図表 69)

図表 69　心血管病をおこしやすいひと



3） 保健指導の実施

（1） 受診勧奨及び保健指導

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

図表 71 心電図所見からの保健指導教材（例示）

心電図所見からの保健指導教材
もくじ 心電図所見からどうすればいいの？　フロー図 資料A−1　休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです 資料A−2　私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞や心房細動を発症する前に 資料A−3　心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！ 資料B−1　心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？ 資料B−2　心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！！ 資料C　左室肥大って？ 資料D−1　不整脈・・・このくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの？ 資料D−2　心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです 資料E　ST変化・異常Q波　所見がある方へ 資料F　精密検査を受けて治療が必要になった方へ 資料G−1　狭心症になった人から学びました 資料G−2　健診データの色がついているところに〇をしてみましょう 資料G−3　心臓の血管を守るために、今できることは何だろう？ 資料G−4　肥満(BMI25以上）になると心臓はどうなるの？

（2） 二次健診の実施

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

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 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）

本町においては、二次健診で頸動脈エコー検査を実施しており、検査結果に応じた保健指導を行っています。

(3) 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者への継続的な医療受診ができるよう、特定保健指導または重症化予防の管理台帳を活用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 等の情報を活用する。

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

5 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

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

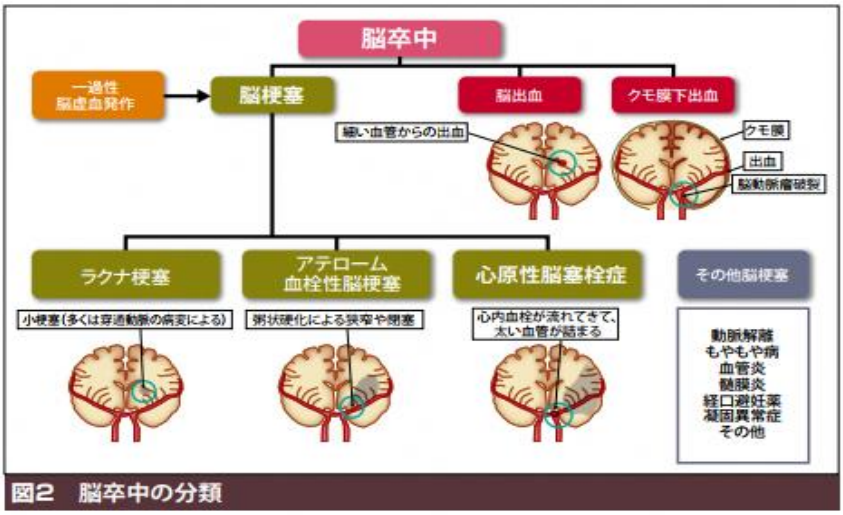
4.　脳血管疾患重症化予防

1）　基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組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 72,73）

図表 72　脳卒中の分類

【脳卒中の分類】



（脳卒中予防の提言より引用）

図表 73　脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2） 対象者の明確化

（1） 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 74 でみると、高血圧治療者 599 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 64 人(10.7%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 28 人（4.5%）であり、そのうち 13 人(46%)は未治療者です。

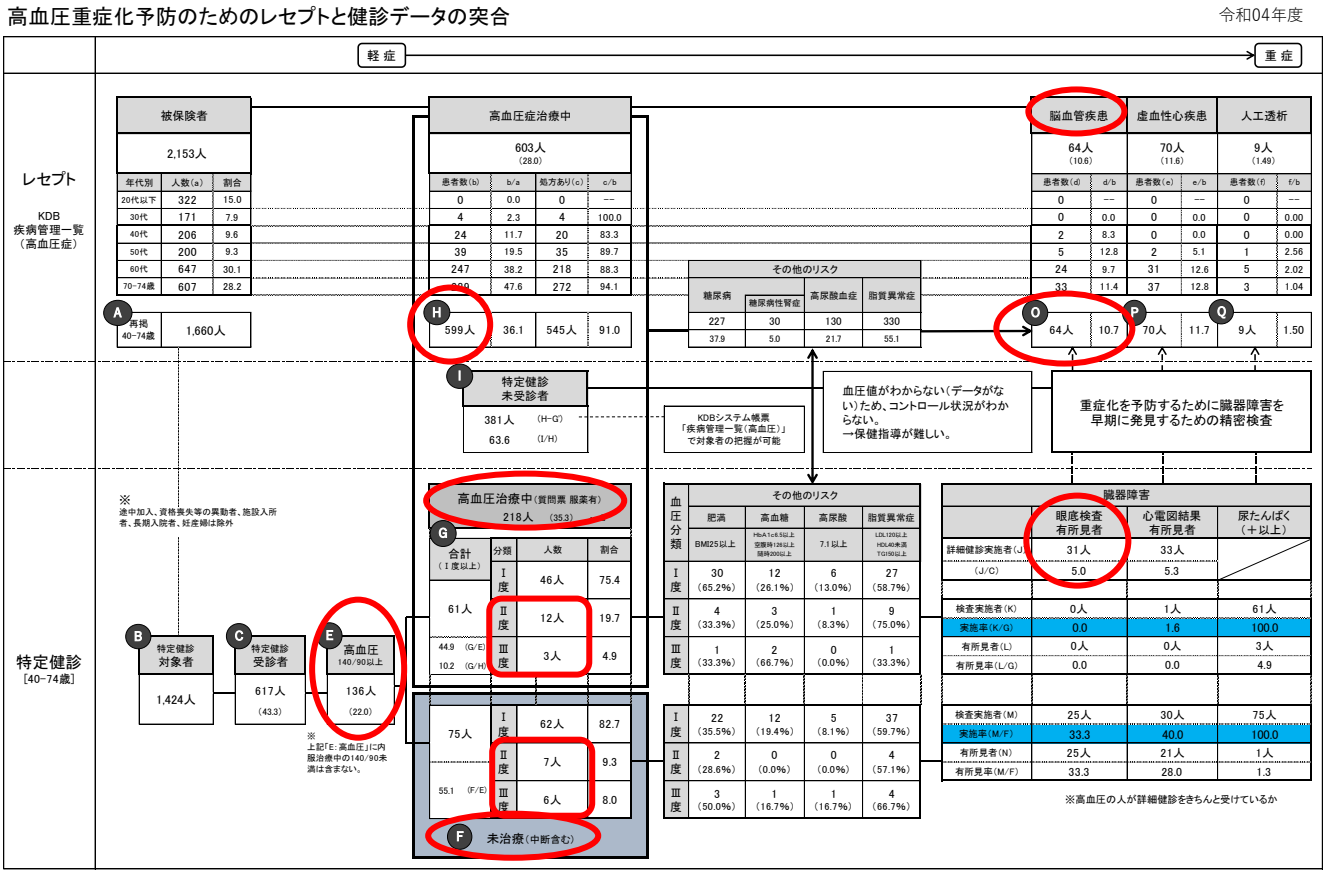
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 15 人（6.9%）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 31 人（5.0%）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、136 人(22.0%・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 74 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



出典：ヘルスサポートラボツール

（2） 保健指導対象者の明確化と優先順位

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 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層（血圧以外のリスク因子）		高値血圧 130～139 /80～89	Ⅰ度高血圧 140～159 /90～99	Ⅱ度高血圧 160～179 /100～109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上
	189	114	62	7	6
		60.3%	32.8%	3.7%	3.2%
リスク第1層 予後影響因子がない	13	C 7	B 5	B 0	A 1
	6.9%	6.1%	8.1%	0.0%	16.7%
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	103	C 65	B 31	A 6	A 1
	54.5%	57.0%	50.0%	85.7%	16.7%
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	73	B 42	A 26	A 1	A 4
	38.6%	36.8%	41.9%	14.3%	66.7%

…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	39
		20.6%
B	概ね1ヵ月後に再評価	78
		41.3%
C	概ね3ヵ月後に再評価	72
		38.1%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 75 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。

（3）心電図検査における心房細動の実態

図7 心房細動と心原性脳塞栓症

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

図表 76 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

（脳卒中予防の提言より引用）

図表 76 心房細動有所見状況（R4 年度）

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査（※1）	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	274	343	18	6.6%	15	4.4%	1	5.6%	0	0.0%	--	--
40代	27	25	4	14.8%	1	4.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	15	27	1	6.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0.8%	0.1%
60代	98	146	3	3.1%	6	4.1%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	134	145	10	7.5%	8	5.5%	1	10.0%	0	0.0%	3.4%	1.1%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 77 心房細動有所見者の治療状況（表 5 の再掲）

		H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者	（人）	4		0		1		0		1	
未治療者	（人）	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%
治療開始	（人）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

心電図検査において R4 年度は 1 人が心房細動の所見があり、まだ治療につながっていません。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要があります。

3） 保健指導の実施

（1） 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であ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重症化予防の台帳を活用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

5 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

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

Ⅲ.　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1）基本的な考え方

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

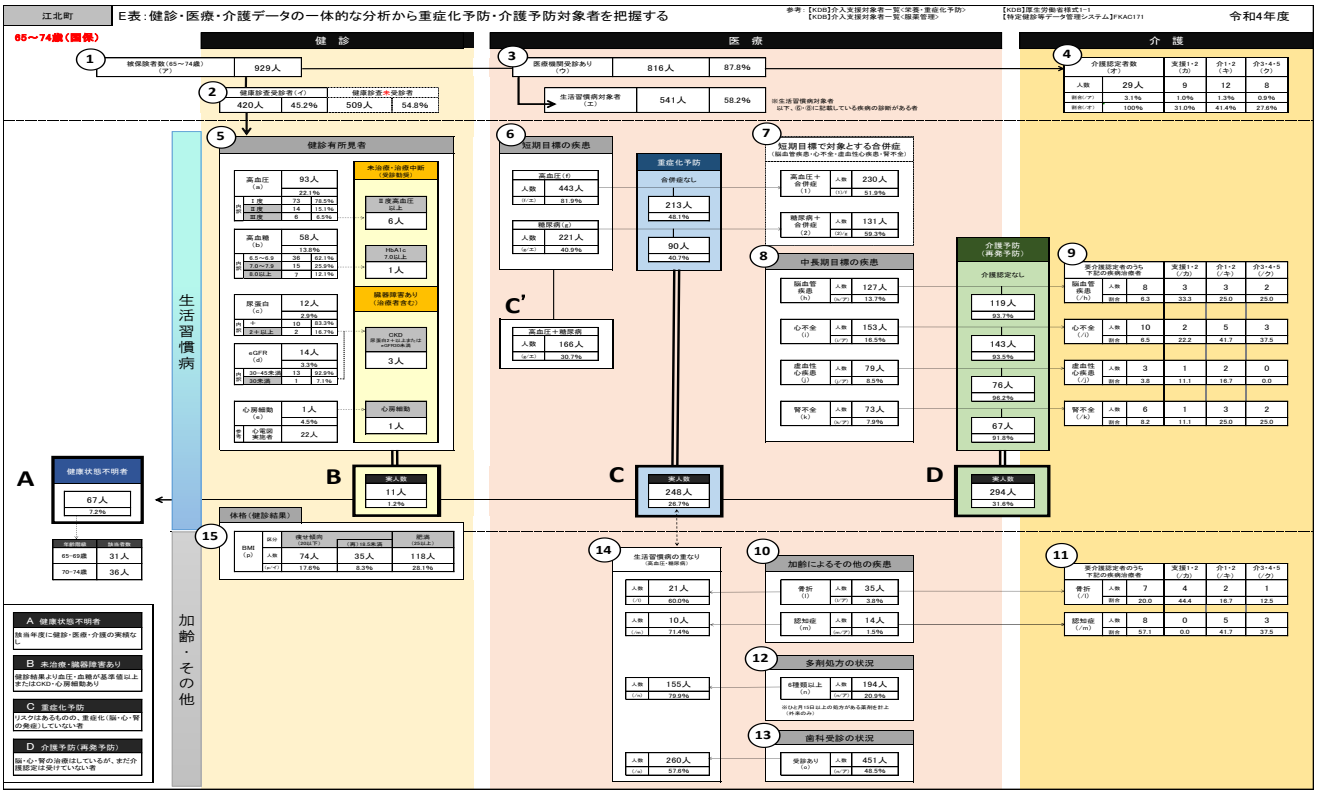
2）事業の実施

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

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師・管理栄養士)を配置
KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

② 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脳若教室などの健康教育や健康相談、地区での出前講座を引き続き実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 78　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



Ⅳ.　発症予防

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

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

図表 79　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　ー基本的考え方ー　（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）

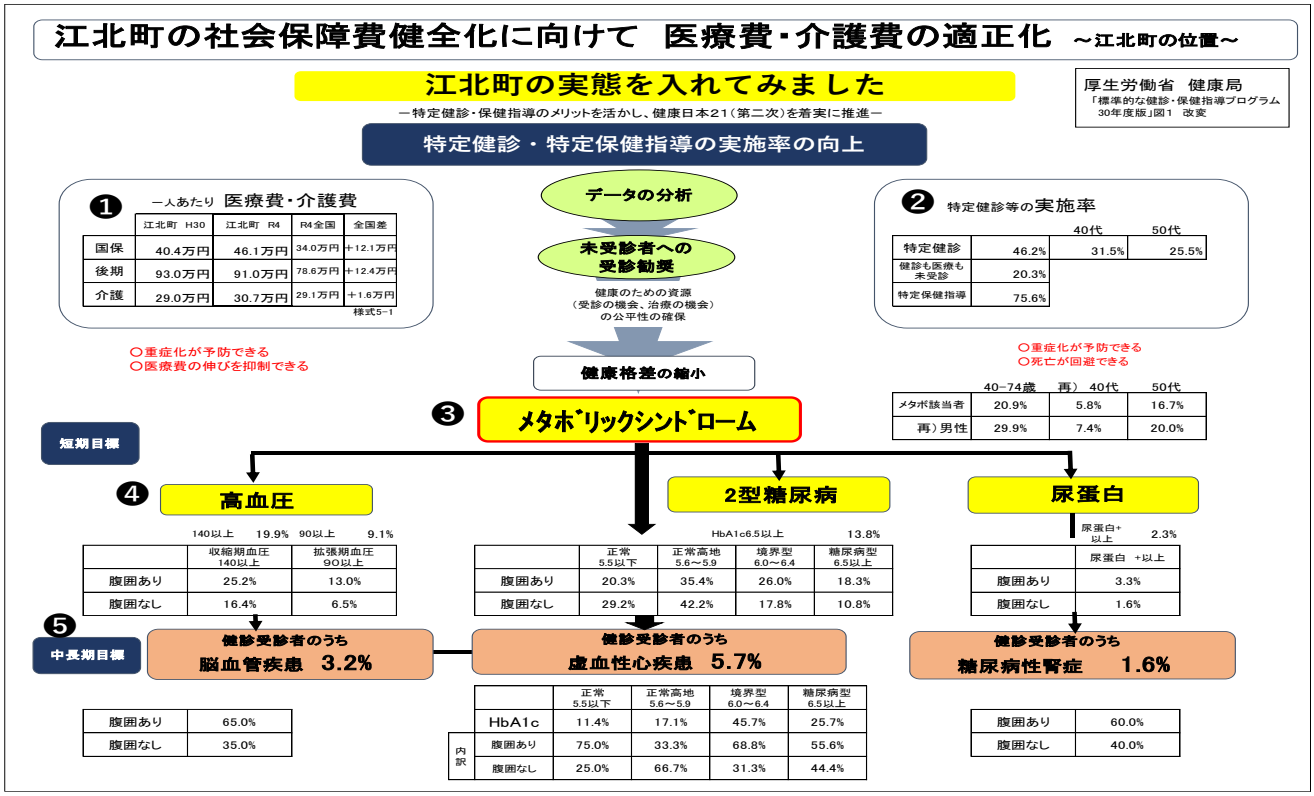
発症予防 → 重症化予防

1 根拠法 6条 健康増進事業実施者			健康増進法												
			母子保健法					児童福祉法	学校保健安全法			労働安全衛生法 （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
5 対象者	4 健康診査（根拠法）		妊婦健康診査（13条）		産婦健診（13条）	乳幼児健康診査（第12・13条）			保育所・幼稚園健康診断	就学時健診（11・12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)		
	健診内容	血糖		95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
		HbA1c		6.5%以上						6.5%以上						
		50GCT		1時間値140mg/dl以上												
		75gOGTT		①空腹時92mg/dl以上 ②１時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
		(診断)妊娠糖尿病		空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 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				ｶｳﾌﾟ18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上					
		尿糖	（+）以上					肥満度15%以上					（+）以上		
		糖尿病家族歴													

Ⅴ． ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。（図表 80、81）

図表 80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 81 統計からみえる佐賀の食

統計からみえる佐賀の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2019～2021年平均 ～

食品名	全国ランキング（購入量・購入金額）
れんこん	1位
冷凍調理食品	4位
即席めん	3位
カレールウ	5位
調理パン	9位

店舗・種別	店舗数（人口10万対）
和食	2位
日本そば・うどん	5位
焼肉	6位
ハンバーガー店	5位

食品名	全国ランキング（購入量・購入金額）
牛乳	47位
葉野菜	42位
果物	52位
豆腐	45位
魚類	35位
ブロッコリー	44位

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ことが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

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

２．個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料１　様式 5-1　国・県・同規模と比べてみた江北町の位置

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江北町の位置

様式5-1　国・県・同規模平均と比べてみた江北町の位置

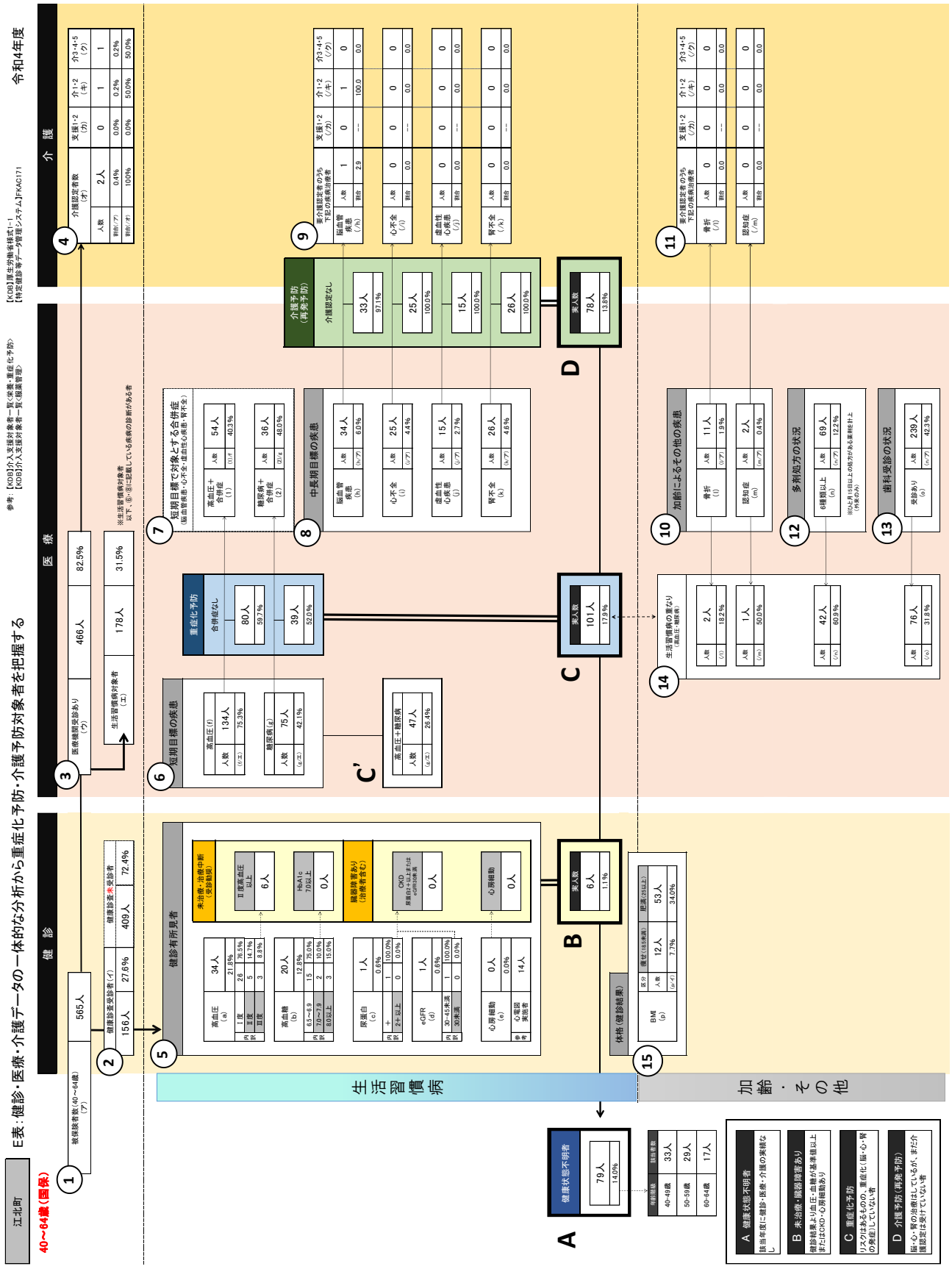
R04年度

項目						保険者		同規模平均		県		国		データ元（CSV）
						実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	人口構成	総人口			9,523		1,680,058		797,881		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
				65歳以上（高齢化率）		2,723	28.6	662,426	39.4	246,061	30.8	35,335,805	28.7	
				75歳以上		1,394	14.6	--	--	125,245	15.7	18,248,742	14.8	
				65～74歳		1,329	14.0	--	--	120,816	15.1	17,087,063	13.9	
				40～64歳		2,984	31.3	--	--	253,839	31.8	41,545,893	33.7	
				39歳以下		3,816	40.1	--	--	297,981	37.3	46,332,563	37.6	
	②	産業構成	第1次産業			11.9		17.0		8.7		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			第2次産業			27.3		25.3		24.2		25.0		
			第3次産業			60.8		57.7		67.1		71.0		
	③	平均寿命	男性			80.4		80.4		80.7		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性			87.0		86.9		87.1		87.0		
	④	平均自立期間（要介護2以上）	男性　※保険者欄は二次医療圏データ			80.4		79.5		80.1		80.1		
			女性　※保険者欄は二次医療圏データ			85.1		84.2		85.2		84.4		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性		110.2		103.1		102.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性		98.3		101.3		99.1		100		
			死因	がん		30	49.2	7,089	46.3	2,689	51.1	378,272	50.6	
				心臓病		17	27.9	4,562	29.8	1,488	28.3	205,485	27.5	
				脳疾患		8	13.1	2,404	15.7	687	13.0	102,900	13.8	
				糖尿病		1	1.6	283	1.8	95	1.8	13,896	1.9	
				腎不全		2	3.3	622	4.1	198	3.8	26,946	3.6	
				自殺		3	4.9	346	2.3	108	2.1	20,171	2.7	
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計											厚労省HP 人口動態調査
				男性										
				女性										
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）			523	19.7	127,161	19.4	45,455	18.6	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者		3	0.2	2,078	0.3	831	0.3	110,289	0.3	
				介護度別総件数	要支援1.2	1,886	16.7	365,856	13.2	192,586	19.1	21,785,044	12.9	
					要介護1.2	5,236	46.3	1,297,770	46.8	500,432	49.6	78,107,378	46.3	
					要介護3以上	4,181	37.0	1,111,908	40.1	316,821	31.4	68,963,503	40.8	
			2号認定者			6	0.20	2,073	0.39	825	0.33	156,107	0.38	
	②	有病状況	糖尿病			100	19.1	30,162	22.6	11,160	23.4	1,712,613	24.3	
			高血圧症			313	57.3	71,773	54.3	28,610	60.7	3,744,672	53.3	
			脂質異常症			142	26.4	39,654	29.6	16,120	33.7	2,308,216	32.6	
			心臓病			345	63.9	80,304	60.9	32,225	68.4	4,224,628	60.3	
			脳疾患			144	27.5	30,910	23.8	13,290	28.7	1,568,292	22.6	
			がん			52	10.7	14,782	11.0	6,572	14.0	837,410	11.8	
			筋・骨格			322	61.2	71,540	54.1	28,736	61.0	3,748,372	53.4	
			精神			206	39.1	49,589	37.8	21,641	46.2	2,569,149	36.8	
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費			306,917	835,734,231	314,188	208,126,001,519	286,277	70,441,691,145	290,668	10,074,274,226,869	
			1件当たり給付費（全体）			73,939		74,986		69,755		59,662		
				居宅サービス		45,677		43,722		50,348		41,272		
				施設サービス		280,223		289,312		290,902		296,364		
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり		8,212		9,224		9,309		8,610		
				認定なし		4,760		4,375		4,328		4,020		
4	①	国保の状況	被保険者数			1,845		427,153		172,974		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
				65～74歳		880	47.7			78,402	45.3	11,129,271	40.5	
				40～64歳		552	29.9			53,309	30.8	9,088,015	33.1	
				39歳以下		413	22.4			41,263	23.9	7,271,596	26.5	
			加入率			19.4		25.6		21.7		22.3		
	②	医療の概況（人口千対）	病院数			2	1.1	150	0.4	100	0.6	8,237	0.3	
			診療所数			6	3.3	1,147	2.7	691	4.0	102,599	3.7	
			病床数			90	48.8	15,964	37.4	14,451	83.5	1,507,471	54.8	
			医師数			17	9.2	1,780	4.2	2,445	14.1	339,611	12.4	
			外来患者数			798.1		692.2		784.4		687.8		
			入院患者数			31.4		22.7		27.7		17.7		
	③	医療費の状況	一人当たり医療費			461,381	県内9位 同規模13位	376,732		431,999		339,680		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
			受診率			829.535		714.851		812.114		705.439		
			外来	費用の割合		53.2		56.3		53.8		60.4		
				件数の割合		96.2		96.8		96.6		97.5		
			入院	費用の割合		46.8		43.7		46.2		39.6		
				件数の割合		3.8		3.2		3.4		2.5		
			1件あたり在院日数			19.9日		16.4日		17.9日		15.7日		

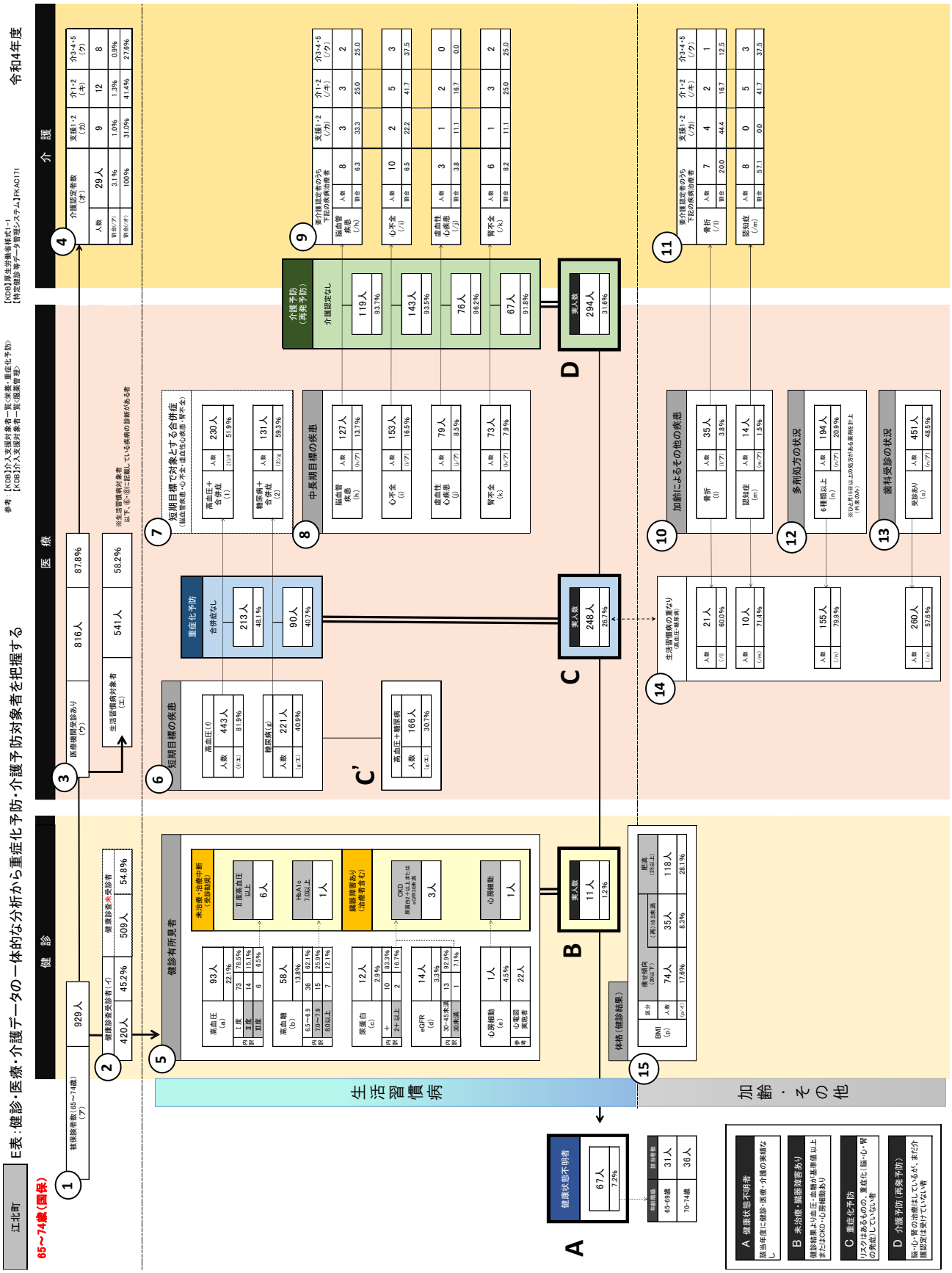
4	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	がん		128,623,240	27.4	31.3		27.2		32.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			慢性腎不全（透析あり）		33,809,390	7.2	7.2		10.2		8.2		
			糖尿病		34,706,340	7.4	11.3		9.2		10.4		
			高血圧症		21,970,700	4.7	6.6		5.6		5.9		
			脂質異常症		14,245,100	3.0	3.8		3.7		4.1		
			脳梗塞・脳出血		24,169,200	5.2	3.9		4.0		3.9		
			狭心症・心筋梗塞		8,138,670	1.8	2.8		2.0		2.8		
			精神		125,967,250	26.9	14.9		20.3		14.7		
			筋・骨格		73,431,260	15.7	17.3		16.8		16.7		
	⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	63	0.0	430	0.3	370	0.2	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)
				糖尿病	572	0.3	1,426	0.9	1,416	0.7	1,144	0.9	
				脂質異常症	--	--	69	0.0	64	0.0	53	0.0	
				脳梗塞・脳出血	11,860	5.5	6,762	4.1	8,250	4.1	5,993	4.5	
				虚血性心疾患	3,119	1.4	4,422	2.7	3,573	1.8	3,942	2.9	
				腎不全	5,098	2.4	4,755	2.9	6,245	3.1	4,051	3.0	
		医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	11,846	4.8	12,793	6.0	12,536	5.4	10,143	4.9	
				糖尿病	18,941	7.7	21,925	10.3	20,303	8.7	17,720	8.6	
				脂質異常症	7,721	3.1	7,608	3.6	8,279	3.6	7,092	3.5	
				脳梗塞・脳出血	1,240	0.5	943	0.4	1,022	0.4	825	0.4	
				虚血性心疾患	1,437	0.6	1,933	0.9	1,800	0.8	1,722	0.8	
				腎不全	21,038	8.6	16,719	7.9	23,024	9.9	15,781	7.7	
	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	2,941		3,122		3,014		2,031		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
				健診未受診者	12,427		12,911		14,170		13,295		
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	8,581		9,063		7,990		6,142		
				健診未受診者	36,258		37,482		37,560		40,210		
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者		338	56.3	83,590	58.2	26,358	55.3	3,897,959	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				医療機関受診率	275	45.8	75,130	52.4	23,930	50.3	3,558,319	52.0	
				医療機関非受診率	63	10.5	8,460	5.9	2,428	5.1	339,640	5.0	
5	①	特定健診の状況 県内市町村数 23市町村 同規模市区町村数 240市町村	健診受診者		600		143,504		47,621		6,841,520		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
	②			受診率	46.0	県内12位 同規模116位	45.9		40.2	全国17位	37.3		
	③		特定保健指導終了者（実施率）		51	56.7	4725	27.4	1,862	34.1	128,960	15.9	
	④		非肥満高血糖		54	9.0	14,689	10.2	4,601	9.7	618,057	9.0	
	⑤		メタボ	該当者	127	21.2	31,140	21.7	10,421	21.9	1,388,590	20.3	
				男性	80	29.9	21,946	32.2	7,081	33.0	970,094	32.0	
				女性	47	14.2	9,194	12.2	3,340	12.8	418,496	11.0	
	⑥			予備群	87	14.5	16,641	11.6	5,820	12.2	768,935	11.2	
				男性	57	21.3	11,760	17.3	3,965	18.5	542,453	17.9	
				女性	30	9.0	4,881	6.5	1,855	7.1	226,482	5.9	
	⑦		メタボ該当・予備群レベル	腹囲 総数	244	40.7	52,541	36.6	18,385	38.6	2,391,618	35.0	
	⑧			腹囲 男性	155	57.8	36,942	54.3	12,438	58.0	1,674,817	55.3	
	⑨			腹囲 女性	89	26.8	15,599	20.7	5,947	22.7	716,801	18.8	
	⑩			BMI 総数	22	3.7	8,377	5.8	1,830	3.8	321,466	4.7	
	⑪			BMI 男性	4	1.5	1,418	2.1	262	1.2	51,547	1.7	
	⑫			BMI 女性	18	5.4	6,959	9.2	1,568	6.0	269,919	7.1	
	⑬			血糖のみ	5	0.8	991	0.7	493	1.0	43,725	0.6	
	⑭			血圧のみ	54	9.0	12,145	8.5	3,886	8.2	541,974	7.9	
	⑮			脂質のみ	28	4.7	3,505	2.4	1,441	3.0	183,236	2.7	
	⑯			血糖・血圧	26	4.3	5,273	3.7	1,816	3.8	204,070	3.0	
	⑰			血糖・脂質	10	1.7	1,504	1.0	752	1.6	70,564	1.0	
	⑱			血圧・脂質	54	9.0	13,907	9.7	4,423	9.3	662,217	9.7	
	⑲			血糖・血圧・脂質	37	6.2	10,456	7.3	3,430	7.2	451,739	6.6	
6	①	問診の状況	服薬	高血圧	215	35.8	56,760	39.6	17,874	37.5	2,437,293	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病	65	10.8	15,142	10.6	5,452	11.4	591,972	8.7	
				脂質異常症	154	25.7	39,962	27.9	13,867	29.1	1,907,025	27.9	
	②		既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	5	1.0	4,485	3.3	767	1.8	208,100	3.1	
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	3	0.6	8,487	6.2	1,110	2.5	366,617	5.5	
				腎不全	2	0.4	1,312	0.9	331	0.8	54,096	0.8	
				貧血	14	2.8	12,487	9.0	3,965	9.1	704,463	10.7	
6	③	生活習慣の状況	喫煙		92	15.3	21,633	15.1	6,552	13.8	944,145	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握
	④		週3回以上朝食を抜く		49	9.9	11,696	8.6	4,654	10.1	646,557	10.4	
	⑤		週3回以上食後間食 （～H29）		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
			週3回以上就寝前夕食 （H30～）		61	12.3	22,120	16.4	6,349	13.8	981,532	15.7	
	⑥		週3回以上就寝前夕食		61	12.3	22,120	16.4	6,349	13.8	981,532	15.7	
	⑦		食べる速度が速い		115	24.8	35,821	26.4	12,462	27.2	1,666,344	26.8	
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加		172	34.7	48,710	35.9	16,523	36.0	2,184,280	35.0	
	⑨		1回30分以上運動習慣なし		273	55.2	88,676	65.2	26,664	57.9	3,763,456	60.4	
	⑩		1日1時間以上運動なし		207	41.9	63,908	47.0	20,939	45.6	2,993,291	48.0	
	⑪		睡眠不足		112	22.7	32,860	24.2	10,909	23.7	1,593,714	25.6	
	⑫		毎日飲酒		140	28.3	36,714	26.4	11,830	25.5	1,666,174	25.5	
	⑬		時々飲酒		73	14.7	29,239	21.1	9,430	20.4	1,469,490	22.5	
	⑭		一日飲酒量	1合未満	103	46.8	55,020	59.9	12,261	52.5	2,987,540	64.1	
				1～2合	81	36.8	24,364	26.5	7,603	32.5	1,106,496	23.7	
				2～3合	28	12.7	9,569	10.4	2,834	12.1	436,918	9.4	
				3合以上	8	3.6	2,903	3.2	678	2.9	129,644	2.8	

参考資料2　健診・医療・介護の一体的な分析

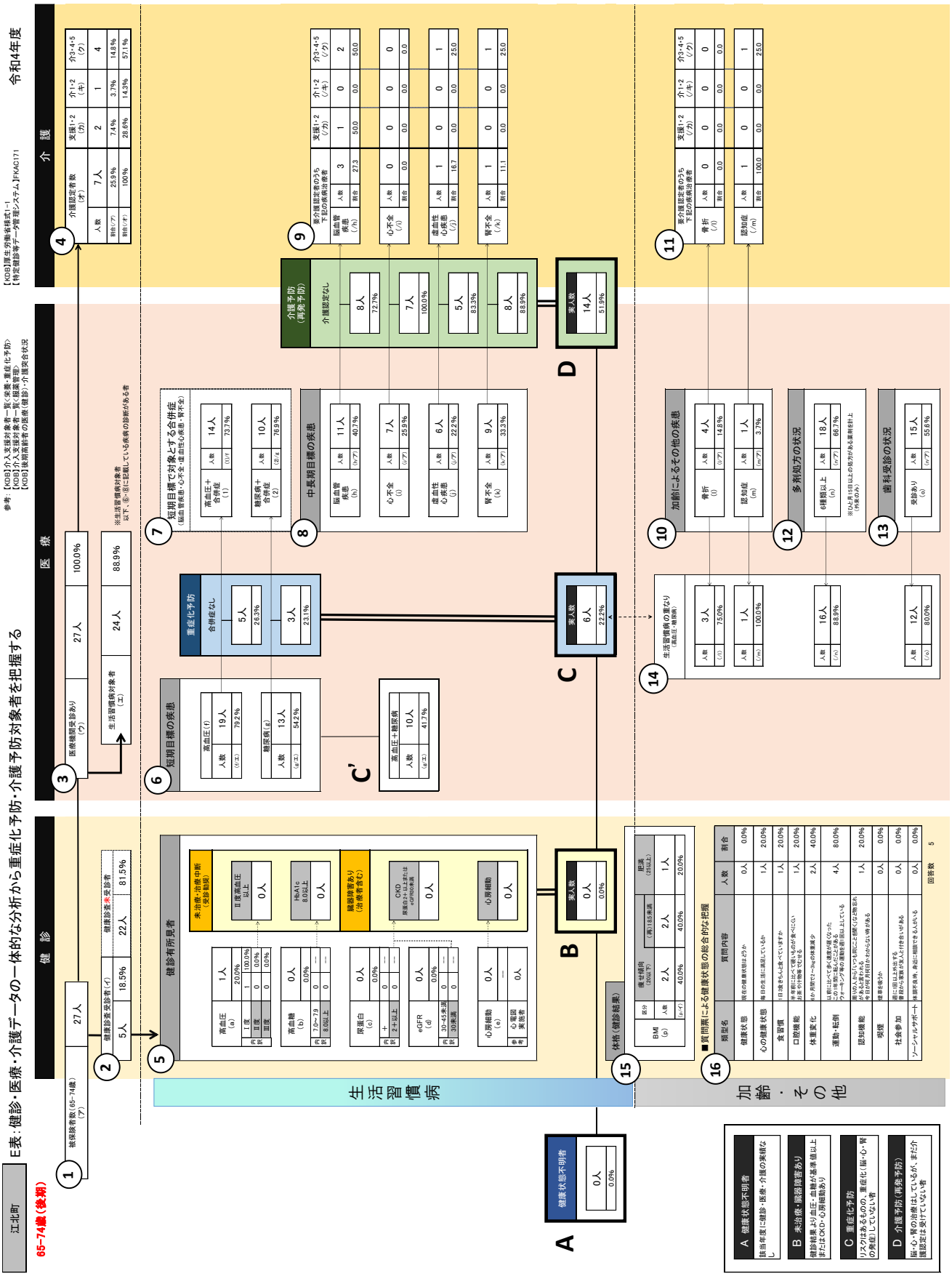
①40～64 歳(国保)



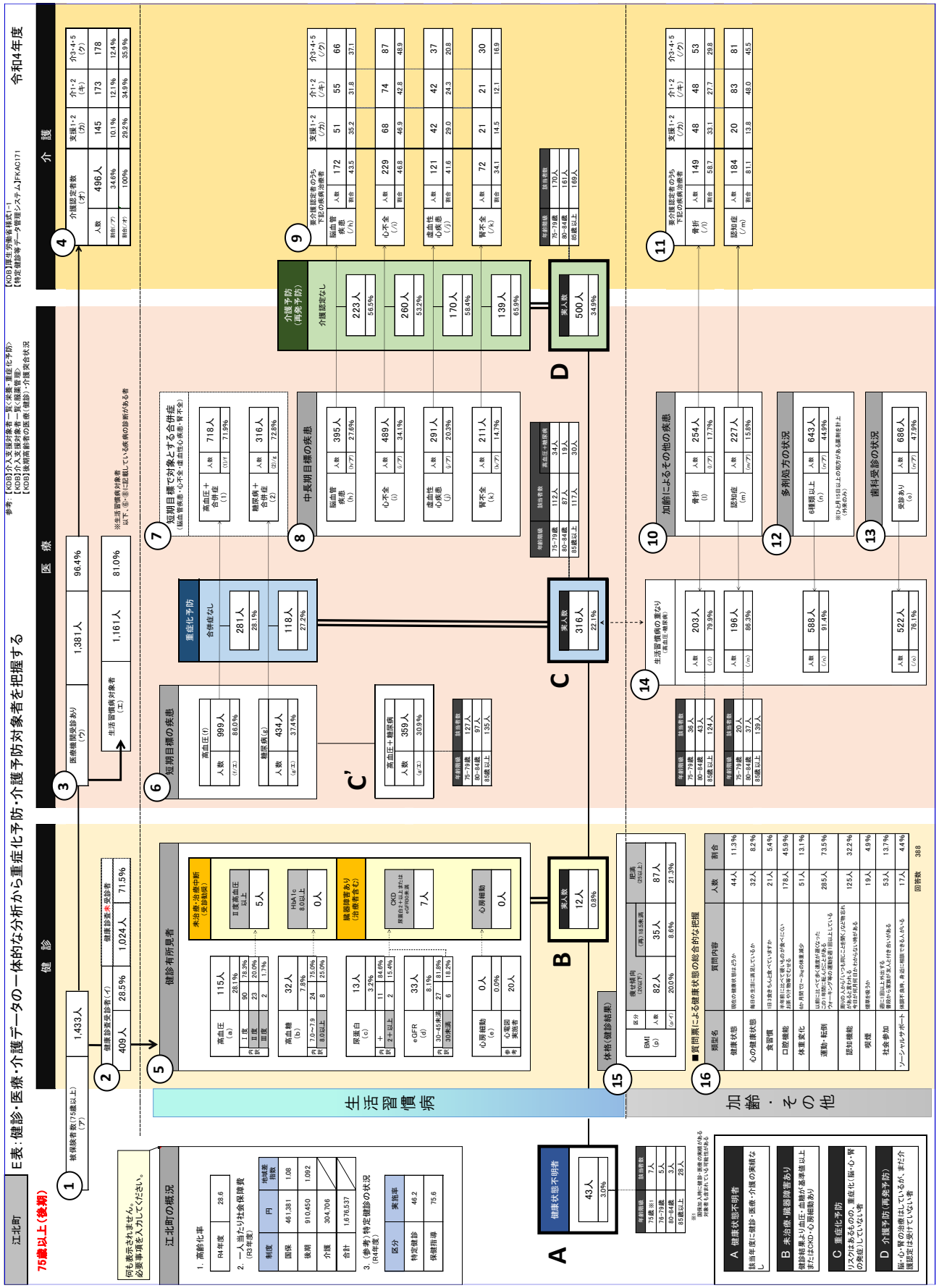
②65～74 歳(国保)


江北町
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
65～74歳(国保)
令和4年度
健 診
医 療
介 護
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、まだ介護認定は受けていない者

③65～74 歳(後期)


江北町
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
65-74歳（後期）
令和4年度
健 診
医 療
介 護
生活習慣病
加齢・その他
A 健康状態不明者
B 未治療・服薬該当者
C 重症化予防
D 介護予防(再発予防)
健康状態不明者
0人
0.0%
未治療・治療中断（受診勧奨）
Ⅱ度高血圧以上
HbA1c 8.0以上
服薬該当者（治療者含む）
CKD 尿蛋白2+以上または eGFR30未満
心房細動
実人数
0人
0.0%
6人
22.2%
14人
51.9%
重症化予防
合併症なし
5人
26.3%
3人
23.1%
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
糖尿病＋合併症
中長期目標の疾患
脳血管疾患
心不全
虚血性心疾患
腎不全
介護予防（再発予防）
介護認定なし
8人
72.7%
7人
100.0%
5人
83.3%
8人
88.9%
加齢によるその他の疾患
骨折
認知症
多剤処方の状況
6種類以上
歯科受診の状況
受診あり
生活習慣病の重症なし（高血圧・糖尿病）
3人
75.0%
1人
100.0%
16人
88.9%
12人
80.0%
健診対所見者
高血圧
高血糖
尿蛋白
eGFR
心房細動
BMI
腹囲
体格（健診結果）
■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
心の健康状態
食習慣
口腔機能
体重変化
運動・転倒
認知機能
喫煙
社会参加
ソーシャルサポート
回答数 5
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・服薬該当者
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

④75 歳以上(後期)

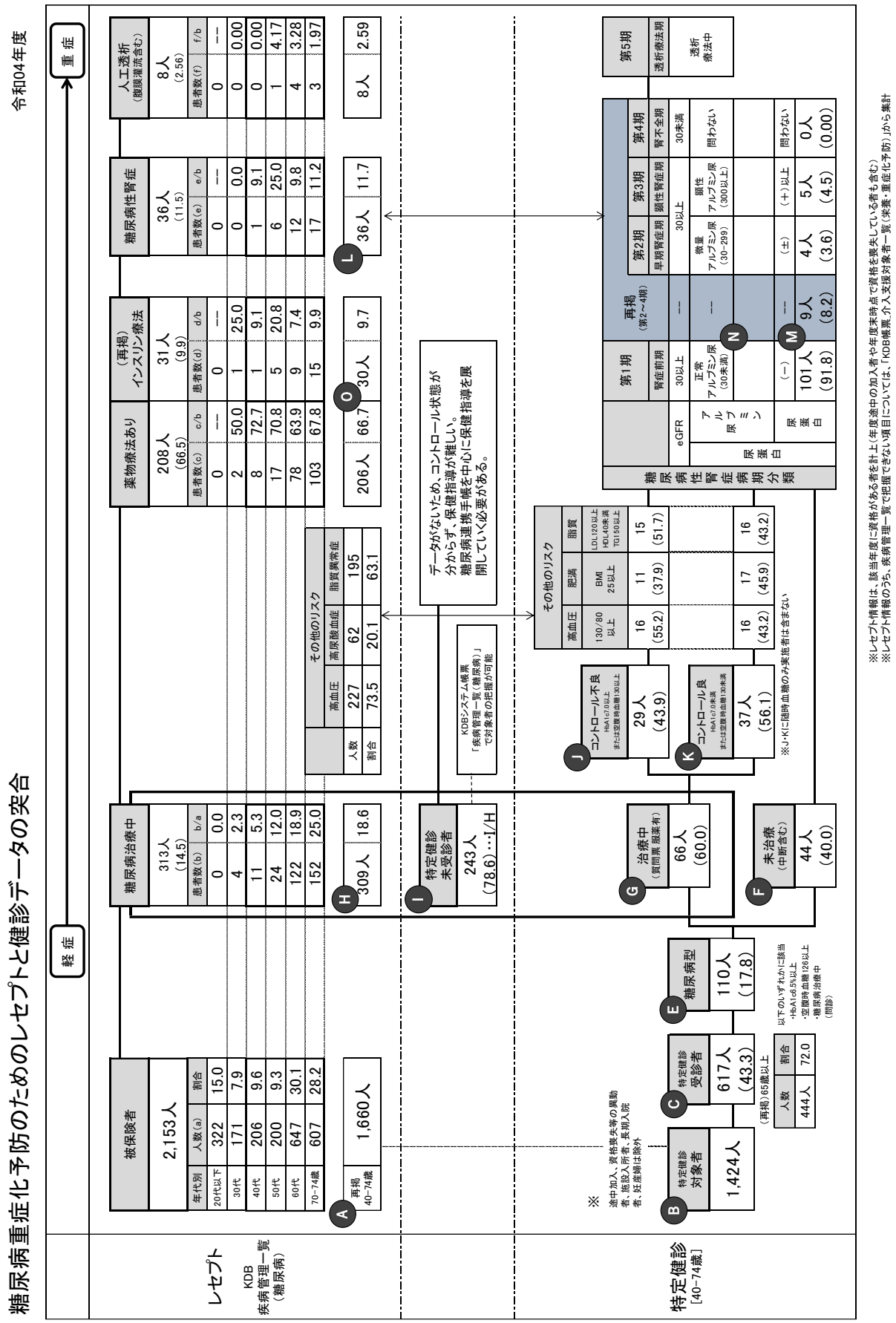

江北町
E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する
令和4年度
75歳以上(後期)
健診
医療
介護
生活習慣病
加齢・その他
江北町の概況
健診有所見者
重症化予防
短期目標の疾患
中長期目標の疾患
介護予防（再発予防）
加齢によるその他の疾患
多剤処方の状況
歯科受診の状況
健康状態不明者
体格（健診結果）
健康状態（質問票）

参考資料3　糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

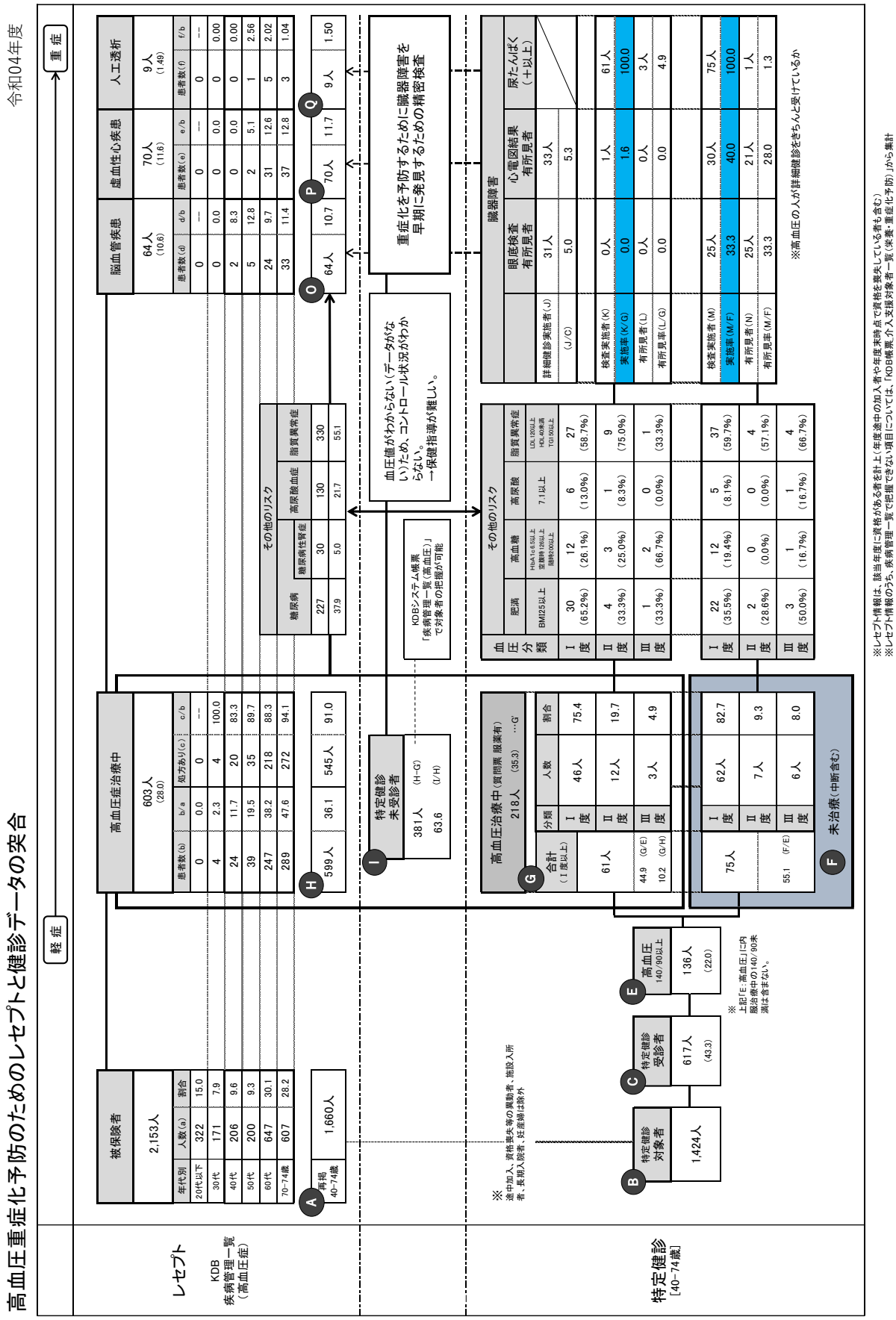
様式5-1　糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

		項目	突合表	江北町										同規模保険者(平均)	
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	①	被保険者数	A		2,000人		1,953人		1,924人		1,939人		1,900人		
	②	(再掲)40-74歳			1,533人		1,513人		1,502人		1,520人		1,489人		
2	①	特定健診 対象者数	B		1,366人		1,351人		1,361人		1,345人		1,424人		
	②	特定健診 受診者数	C		687人		664人		655人		621人		617人		
	③	特定健診 受診率			50.3%		49.1%		48.1%		46.2%		43.3%		
3	①	特定保健指導 対象者数			82人		92人		65人		68人		82人		
	②	特定保健指導 実施率			73.2%		66.3%		69.2%		69.1%		62.2%		
4	①	健診データ 糖尿病型	E	123人	17.9%	122人	18.4%	113人	17.3%	106人	17.1%	110人	17.8%		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	50人	40.7%	57人	46.7%	47人	41.6%	47人	44.3%	44人	40.0%		
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	73人	59.3%	65人	53.3%	66人	58.4%	59人	55.7%	66人	60.0%		
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	31人	42.5%	28人	43.1%	32人	48.5%	26人	44.1%	29人	43.9%		
	⑤	血圧　130/80以上	J	20人	64.5%	15人	53.6%	21人	65.6%	13人	50.0%	16人	55.2%		
	⑥	肥満　BMI25以上	J	10人	32.3%	12人	42.9%	13人	40.6%	10人	38.5%	11人	37.9%		
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	42人	57.5%	37人	56.9%	34人	51.5%	33人	55.9%	37人	56.1%		
	⑧	第1期　尿蛋白(－)	M	96人	78.0%	97人	79.5%	91人	80.5%	93人	87.7%	101人	91.8%		
	⑨	第2期　尿蛋白(±)	M	12人	9.8%	13人	10.7%	10人	8.8%	2人	1.9%	4人	3.6%		
	⑩	第3期　尿蛋白(＋)以上	M	13人	10.6%	11人	9.0%	12人	10.6%	10人	9.4%	5人	4.5%		
	⑪	第4期　eGFR30未満	M	1人	0.8%	1人	0.8%	0人	0.0%	1人	0.9%	0人	0.0%		
5	①	レセプト 糖尿病受療率(被保険者千対)			116.5人		114.2人		112.8人		119.6人		118.4人		
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)			150.7人		146.7人		142.5人		151.3人		149.8人		
	③	レセプト件数(40-74歳)(　)内は被保険者千対　入院外(件数)		1,488件	(988.7)	1,556件	(1044.3)	1,431件	(963.6)	1,493件	(1004.7)	1,418件	(990.2)	319,711件	(930.6)
	④	入院(件数)		12件	(8.0)	8件	(5.4)	5件	(3.4)	8件	(5.4)	2件	(1.4)	1,521件	(4.4)
	⑤	糖尿病治療中	H	233人	11.7%	223人	11.4%	217人	11.3%	232人	12.0%	225人	11.8%		
	⑥	(再掲)40-74歳	H	231人	15.1%	222人	14.7%	214人	14.2%	230人	15.1%	223人	15.0%		
	⑦	健診未受診者	I	158人	68.4%	149人	67.1%	148人	69.2%	171人	74.3%	157人	70.4%		
	⑧	インスリン治療	O	27人	11.6%	20人	9.0%	23人	10.6%	20人	8.6%	19人	8.4%		
	⑨	(再掲)40-74歳	O	27人	11.7%	20人	9.0%	22人	10.3%	20人	8.7%	18人	8.1%		
	⑩	糖尿病性腎症	L	23人	9.9%	25人	11.2%	27人	12.4%	26人	11.2%	26人	11.6%		
	⑪	(再掲)40-74歳	L	23人	10.0%	25人	11.3%	27人	12.6%	26人	11.3%	26人	11.7%		
	⑫	慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		3人	1.3%	4人	1.8%	6人	2.8%	7人	3.0%	6人	2.7%		
	⑬	(再掲)40-74歳		3人	1.3%	4人	1.8%	6人	2.8%	7人	3.0%	6人	2.7%		
	⑭	新規透析患者数		2人	66.7%	0人	0.0%	3人	50.0%	2人	28.6%	3人	50.0%		
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		0人	0.0%	0人	0.0%	2人	66.7%	1人	50.0%	1人	33.3%		
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		4人	1.2%	2人	0.6%	2人	0.6%	3人	0.9%	5人	1.5%		
6	①	医療費 総医療費		7億8745万円		7億8823万円		7億2220万円		7億4286万円		8億5125万円		6億7051万円	
	②	生活習慣病総医療費		4億4741万円		4億3646万円		3億9185万円		4億0391万円		4億6864万円		3億5898万円	
	③	(総医療費に占める割合)			56.8%		55.4%		54.3%		54.4%		55.1%		53.5%
	④	生活習慣病対象者一人あたり　健診受診者			10,110円		7,448円		5,799円		8,130円		8,581円		9,063円
	⑤	生活習慣病対象者一人あたり　健診未受診者			33,539円		36,121円		33,147円		32,294円		36,258円		37,482円
	⑥	糖尿病医療費			4332万円		4140万円		3594万円		3809万円		3471万円		4061万円
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)			9.7%		9.5%		9.2%		9.4%		7.4%		11.3%
	⑧	糖尿病入院外総医療費		1億0256万円		1億1912万円		1億0948万円		1億0908万円		1億1681万円			
	⑨	1件あたり			34,438円		37,154円		36,349円		35,334円		38,112円		
	⑩	糖尿病入院総医療費			8558万円		7401万円		7390万円		9867万円		7897万円		
	⑪	1件あたり			545,110円		500,079円		555,666円		605,316円		593,761円		
	⑫	在院日数			17日		17日		20日		19日		20日		
	⑬	慢性腎不全医療費			4051万円		4089万円		4696万円		4266万円		3569万円		2783万円
	⑭	透析有り			3794万円		3838万円		4508万円		4037万円		3381万円		2567万円
	⑮	透析なし			257万円		251万円		188万円		229万円		188万円		216万円
7	①	介護 介護給付費		7億4783万円		8億2749万円		8億4278万円		8億4136万円		8億3573万円		8億6719万円	
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		1件	50.0%	1件	20.0%	1件	25.0%	1件	25.0%	1件	50.0%		
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		2人	1.4%	2人	1.4%	0人	0.0%	1人	0.7%	1人	0.9%	622人	1.0%

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



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

2,153人

年代別	人数(a)	割合
20代以下	322	15.0
30代	171	7.9
40代	206	9.6
50代	200	9.3
60代	647	30.1
70-74歳	607	28.2

A 再掲 40-74歳　1,660人

脂質異常症治療中

510人
（23.7）

患者数(b)	b/a	処方あり(c)	c/b
0	0.0	0	--
5	2.9	2	40.0
22	10.7	10	45.5
34	17.0	22	64.7
207	32.0	157	75.8
242	39.9	203	83.9

H　505人　30.4　392人　77.6

その他のリスク

糖尿病	糖尿病性腎症	高血圧	高尿酸血症
195	28	330	85
38.6	5.5	65.3	16.8

虚血性心疾患

65人
（12.7）

患者数(d)	d/b
0	--
0	0.0
0	0.0
2	5.9
31	15.0
32	13.2

脳血管疾患

46人
（9.0）

患者数(e)	e/b
0	--
0	0.0
2	9.1
4	11.8
17	8.2
23	9.5

人工透析

6人
（1.18）

患者数(f)	f/b
0	--
0	0.00
0	0.00
0	0.00
3	1.45
3	1.24

O 65人　12.9　P 46人　9.1　Q 6人　1.19

特定健診
[40-74歳]

I 特定健診未受診者
348人（H-G'）
68.9（I/H）

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

B 特定健診対象者　1,424人

C 特定健診受診者　617人（43.3）

E 脂質異常（LDL-C）
160以上　66人（10.7）
E' 180以上　20人（3.2）

脂質異常症治療中（質問票_服薬有）

157人　（25.4）　…G'

G

合計 LDL160以上	180以上	男性	女性
3人	0人	2人	1人
4.5 G/E 0.6 G/H	0.0 G/E'	66.7	33.3

63人	20人	22人	41人
95.5 F/E	100.0 F/E'	34.9	65.1

F 未治療（中断含む）

その他のリスク

肥満 BMI25以上	高血糖 HbA1c6.5以上 空腹時126以上 随時200以上	高血圧 Ⅰ度高血圧以上	高尿酸 7.1以上
1人	1人	2人	0人
33.3	33.3	66.7	0.0
18人	8人	26人	4人
28.6	12.7	41.3	6.3

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)	0人		0人
実施率(K/G)	0.0		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)	3人		3人
実施率(M/F)	4.8		4.8
有所見者(N)	3人		3人
有所見率(N/F)	4.8		4.8

※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

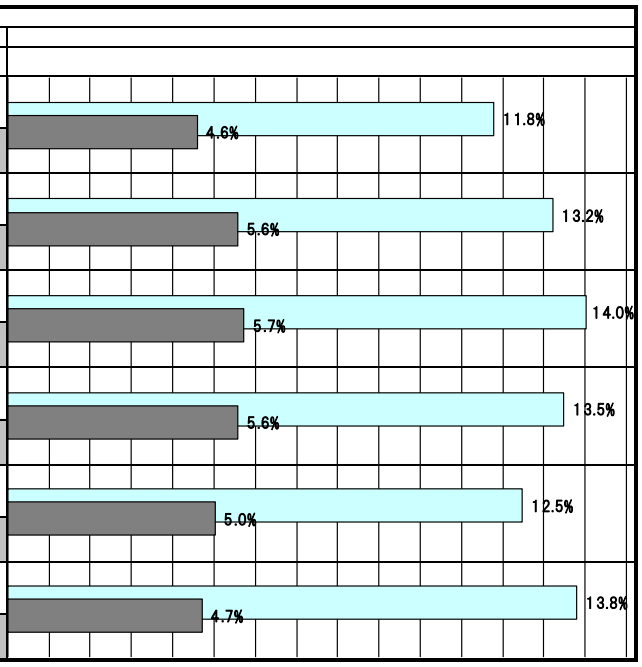
HbA1cの年次比較

	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									
								合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
		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	653	138	21.1%	275	42.1%	163	25.0%	47	7.2%	23	3.5%	7	1.1%	16	2.5%	4	0.6%
H30	681	180	26.4%	280	41.1%	131	19.2%	52	7.6%	26	3.8%	12	1.8%	21	3.1%	9	1.3%
R01	663	146	22.0%	267	40.3%	157	23.7%	55	8.3%	26	3.9%	12	1.8%	24	3.6%	7	1.1%
R02	645	175	27.1%	247	38.3%	136	21.1%	51	7.9%	28	4.3%	8	1.2%	23	3.6%	7	1.1%
R03	617	143	23.2%	282	45.7%	115	18.6%	46	7.5%	20	3.2%	11	1.8%	16	2.6%	9	1.5%
R04	616	158	25.6%	243	39.4%	130	21.1%	56	9.1%	19	3.1%	10	1.6%	16	2.6%	7	1.1%

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

重症化しやすい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	
						未治療	治療
H29	653	138 21.1%	275 42.1%	163 25.0%	77 11.8%	37 48.1%	40 51.9%
					再）7.0以上 30 4.6%	7 23.3%	23 76.7%
H30	681	180 26.4%	280 41.1%	131 19.2%	90 13.2%	43 47.8%	47 52.2%
					38 5.6%	12 31.6%	26 68.4%
R01	663	146 22.0%	267 40.3%	157 23.7%	93 14.0%	48 51.6%	45 48.4%
					38 5.7%	12 31.6%	26 68.4%
R02	645	175 27.1%	247 38.3%	136 21.1%	87 13.5%	44 50.6%	43 49.4%
					36 5.6%	14 38.9%	22 61.1%
R03	617	143 23.2%	282 45.7%	115 18.6%	77 12.5%	38 49.4%	39 50.6%
					31 5.0%	13 41.9%	18 58.1%
R04	616	158 25.6%	243 39.4%	130 21.1%	85 13.8%	38 44.7%	47 55.3%
					29 4.7%	9 31.0%	20 69.0%



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									
										合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
				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	61	9.3%	0	0.0%	4	6.6%	17	27.9%	17	27.9%	19	31.1%	4	6.6%	10	16.4%	1	1.6%
	H30	73	10.7%	1	1.4%	5	6.8%	20	27.4%	21	28.8%	19	26.0%	7	9.6%	15	20.5%	4	5.5%
	R01	65	9.8%	0	0.0%	4	6.2%	16	24.6%	19	29.2%	20	30.8%	6	9.2%	17	26.2%	3	4.6%
	R02	64	9.9%	0	0.0%	2	3.1%	19	29.7%	21	32.8%	18	28.1%	4	6.3%	13	20.3%	3	4.7%
	R03	58	9.4%	0	0.0%	4	6.9%	15	25.9%	21	36.2%	12	20.7%	6	10.3%	10	17.2%	4	6.9%
	R04	66	10.7%	1	1.5%	2	3.0%	16	24.2%	27	40.9%	14	21.2%	6	9.1%	11	16.7%	4	6.1%
治療なし	H29	592	90.7%	138	23.3%	271	45.8%	146	24.7%	30	5.1%	4	0.7%	3	0.5%	6	1.0%	3	0.5%
	H30	608	89.3%	179	29.4%	275	45.2%	111	18.3%	31	5.1%	7	1.2%	5	0.8%	6	1.0%	5	0.8%
	R01	598	90.2%	146	24.4%	263	44.0%	141	23.6%	36	6.0%	6	1.0%	6	1.0%	7	1.2%	4	0.7%
	R02	581	90.1%	175	30.1%	245	42.2%	117	20.1%	30	5.2%	10	1.7%	4	0.7%	10	1.7%	4	0.7%
	R03	559	90.6%	143	25.6%	278	49.7%	100	17.9%	25	4.5%	8	1.4%	5	0.9%	6	1.1%	5	0.9%
	R04	550	89.3%	157	28.5%	241	43.8%	114	20.7%	29	5.3%	5	0.9%	4	0.7%	5	0.9%	3	0.5%

参考資料8　血圧の年次比較

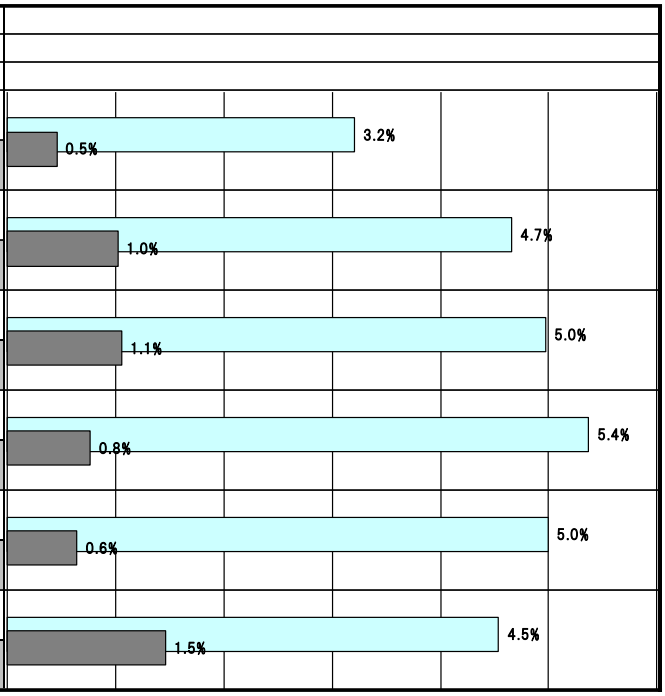
血圧の年次比較

	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	655	184	28.1%	151	23.1%	191	29.2%	108	16.5%	18	2.7%	3	0.5%
H30	687	174	25.3%	160	23.3%	207	30.1%	114	16.6%	25	3.6%	7	1.0%
R01	664	175	26.4%	136	20.5%	217	32.7%	103	15.5%	26	3.9%	7	1.1%
R02	652	182	27.9%	105	16.1%	205	31.4%	125	19.2%	30	4.6%	5	0.8%
R03	621	163	26.2%	138	22.2%	193	31.1%	96	15.5%	27	4.3%	4	0.6%
R04	617	177	28.7%	124	20.1%	180	29.2%	108	17.5%	19	3.1%	9	1.5%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上	再掲	
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療
H29	655	335 51.1%	191 29.2%	108 16.5%	21 3.2%	12 57.1%	9 42.9%
					3 0.5%	2 66.7%	1 33.3%
H30	687	334 48.6%	207 30.1%	114 16.6%	32 4.7%	16 50.0%	16 50.0%
					7 1.0%	3 42.9%	4 57.1%
R01	664	311 46.8%	217 32.7%	103 15.5%	33 5.0%	22 66.7%	11 33.3%
					7 1.1%	4 57.1%	3 42.9%
R02	652	287 44.0%	205 31.4%	125 19.2%	35 5.4%	21 60.0%	14 40.0%
					5 0.8%	3 60.0%	2 40.0%
R03	621	301 48.5%	193 31.1%	96 15.5%	31 5.0%	15 48.4%	16 51.6%
					4 0.6%	1 25.0%	3 75.0%
R04	617	301 48.8%	180 29.2%	108 17.5%	28 4.5%	13 46.4%	15 53.6%
					9 1.5%	6 66.7%	3 33.3%



治療と未治療の状況

		血圧測定者		正常				保健指導		受診勧奨判定値					
				正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	228	34.8%	33	14.5%	60	26.3%	75	32.9%	51	22.4%	8	3.5%	1	0.4%
	H30	241	35.1%	32	13.3%	59	24.5%	81	33.6%	53	22.0%	12	5.0%	4	1.7%
	R01	231	34.8%	35	15.2%	49	21.2%	89	38.5%	47	20.3%	8	3.5%	3	1.3%
	R02	232	35.6%	40	17.2%	40	17.2%	86	37.1%	52	22.4%	12	5.2%	2	0.9%
	R03	221	35.6%	37	16.7%	49	22.2%	74	33.5%	45	20.4%	13	5.9%	3	1.4%
	R04	218	35.3%	37	17.0%	54	24.8%	66	30.3%	46	21.1%	12	5.5%	3	1.4%
治療なし	H29	427	65.2%	151	35.4%	91	21.3%	116	27.2%	57	13.3%	10	2.3%	2	0.5%
	H30	446	64.9%	142	31.8%	101	22.6%	126	28.3%	61	13.7%	13	2.9%	3	0.7%
	R01	433	65.2%	140	32.3%	87	20.1%	128	29.6%	56	12.9%	18	4.2%	4	0.9%
	R02	420	64.4%	142	33.8%	65	15.5%	119	28.3%	73	17.4%	18	4.3%	3	0.7%
	R03	400	64.4%	126	31.5%	89	22.3%	119	29.8%	51	12.8%	14	3.5%	1	0.3%
	R04	399	64.7%	140	35.1%	70	17.5%	114	28.6%	62	15.5%	7	1.8%	6	1.5%

参考資料9　LDL－Cの年次比較

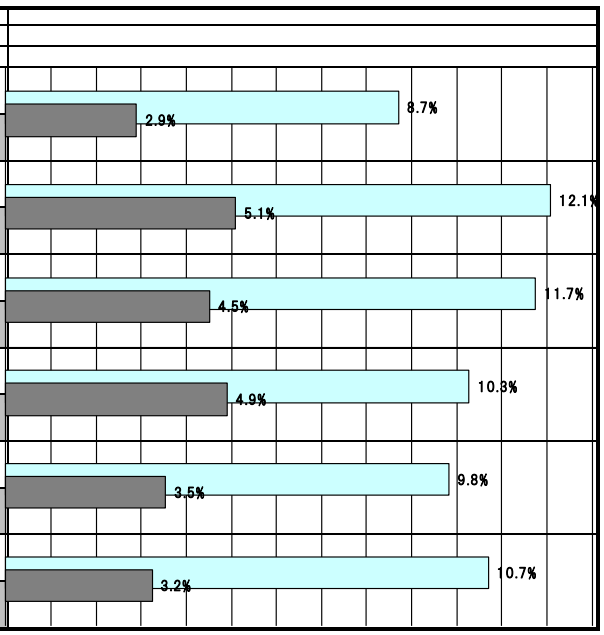
LDL-Cの年次比較

		LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H29	655	345	52.7%	147	22.4%	106	16.2%	38	5.8%	19	2.9%
	H30	687	352	51.2%	153	22.3%	99	14.4%	48	7.0%	35	5.1%
	R01	664	325	48.9%	162	24.4%	99	14.9%	48	7.2%	30	4.5%
	R02	652	312	47.9%	164	25.2%	109	16.7%	35	5.4%	32	4.9%
	R03	621	303	48.8%	170	27.4%	87	14.0%	39	6.3%	22	3.5%
	R04	617	324	52.5%	136	22.0%	91	14.7%	46	7.5%	20	3.2%
男性	H29	299	181	60.5%	63	21.1%	35	11.7%	12	4.0%	8	2.7%
	H30	318	192	60.4%	58	18.2%	42	13.2%	13	4.1%	13	4.1%
	R01	316	166	52.5%	84	26.6%	35	11.1%	18	5.7%	13	4.1%
	R02	289	142	49.1%	85	29.4%	44	15.2%	7	2.4%	11	3.8%
	R03	274	150	54.7%	77	28.1%	29	10.6%	11	4.0%	7	2.6%
	R04	274	152	55.5%	63	23.0%	35	12.8%	17	6.2%	7	2.6%
女性	H29	356	164	46.1%	84	23.6%	71	19.9%	26	7.3%	11	3.1%
	H30	369	160	43.4%	95	25.7%	57	15.4%	35	9.5%	22	6.0%
	R01	348	159	45.7%	78	22.4%	64	18.4%	30	8.6%	17	4.9%
	R02	363	170	46.8%	79	21.8%	65	17.9%	28	7.7%	21	5.8%
	R03	347	153	44.1%	93	26.8%	58	16.7%	28	8.1%	15	4.3%
	R04	343	172	50.1%	73	21.3%	56	16.3%	29	8.5%	13	3.8%

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

重症化しやすい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
H29	655	345 52.7%	147 22.4%	106 16.2%	57 8.7%	55 96.5%	2 3.5%
					19 2.9%	19 100.0%	0 0.0%
H30	687	352 51.2%	153 22.3%	99 14.4%	83 12.1%	77 92.8%	6 7.2%
					35 5.1%	32 91.4%	3 8.6%
R01	664	325 48.9%	162 24.4%	99 14.9%	78 11.7%	75 96.2%	3 3.8%
					30 4.5%	29 96.7%	1 3.3%
R02	652	312 47.9%	164 25.2%	109 16.7%	67 10.3%	60 89.6%	7 10.4%
					32 4.9%	29 90.6%	3 9.4%
R03	621	303 48.8%	170 27.4%	87 14.0%	61 9.8%	52 85.2%	9 14.8%
					22 3.5%	21 95.5%	1 4.5%
R04	617	324 52.5%	136 22.0%	91 14.7%	66 10.7%	63 95.5%	3 4.5%
					20 3.2%	20 100.0%	0 0.0%



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	135	20.6%	92	68.1%	29	21.5%	12	8.9%	2	1.5%	0	0.0%
	H30	154	22.4%	110	71.4%	27	17.5%	11	7.1%	3	1.9%	3	1.9%
	R01	164	24.7%	117	71.3%	35	21.3%	9	5.5%	2	1.2%	1	0.6%
	R02	151	23.2%	100	66.2%	33	21.9%	11	7.3%	4	2.6%	3	2.0%
	R03	149	24.0%	100	67.1%	31	20.8%	9	6.0%	8	5.4%	1	0.7%
	R04	157	25.4%	115	73.2%	27	17.2%	12	7.6%	3	1.9%	0	0.0%
治療なし	H29	520	79.4%	253	48.7%	118	22.7%	94	18.1%	36	6.9%	19	3.7%
	H30	533	77.6%	242	45.4%	126	23.6%	88	16.5%	45	8.4%	32	6.0%
	R01	500	75.3%	208	41.6%	127	25.4%	90	18.0%	46	9.2%	29	5.8%
	R02	501	76.8%	212	42.3%	131	26.1%	98	19.6%	31	6.2%	29	5.8%
	R03	472	76.0%	203	43.0%	139	29.4%	78	16.5%	31	6.6%	21	4.4%
	R04	460	74.6%	209	45.4%	109	23.7%	79	17.2%	43	9.3%	20	4.3%