

生坂村国民健康保険  
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

生坂村国民健康保険

# 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期計画の評価・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期計画の評価及び考察
  - 1) 第2期データヘルス計画の評価
  - 2) 主な個別事業の評価と課題
  - 3) 第2期データヘルス計画の考察
3. 第3期における健康課題の明確化
  - 1) 基本的な考え方
  - 2) 健康課題の明確化
  - 3) 目標の設定

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……33

1. 第4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 課題解決に向けた個別保健事業	40
I. 保健事業の方向性	
II. 重症化予防の取り組み	
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. 高血圧重症化予防	
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	63
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	64
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
参考資料	65

# 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

## 1. 背景・目的

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

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

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組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村の課題等を踏まえ、本村では、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、保険者が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

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

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

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

本村では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB<sup>※6</sup>)を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険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。

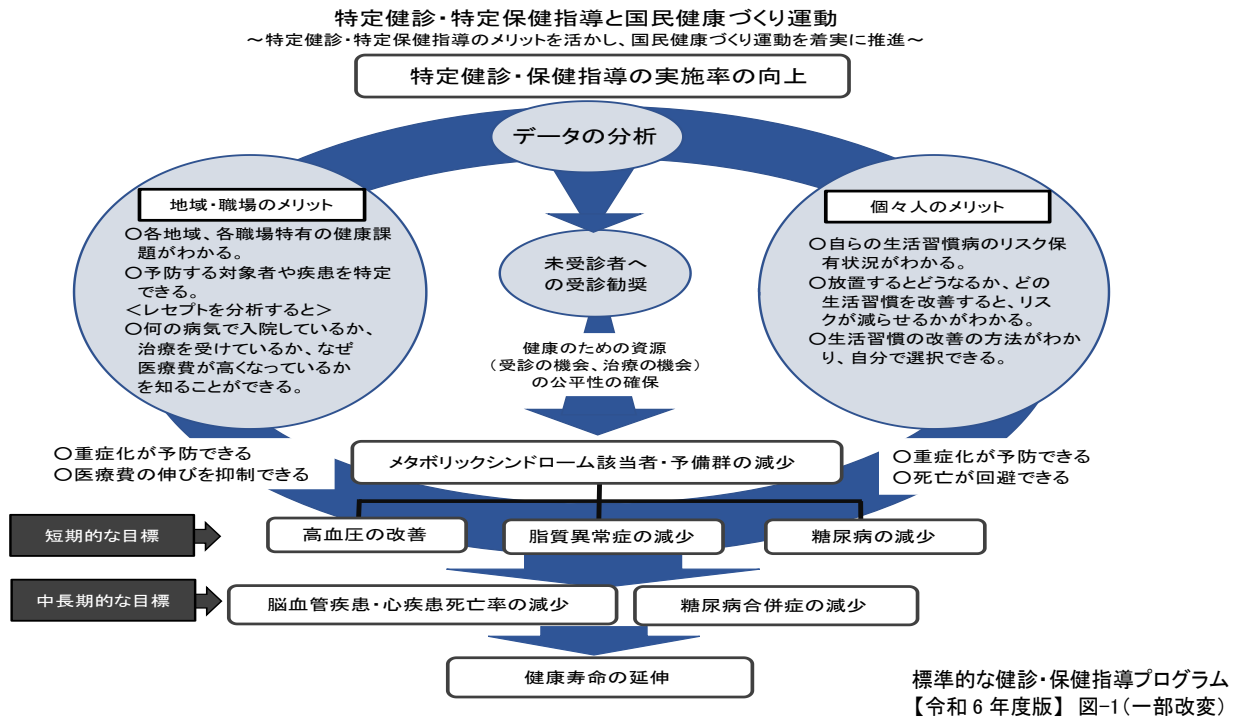
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

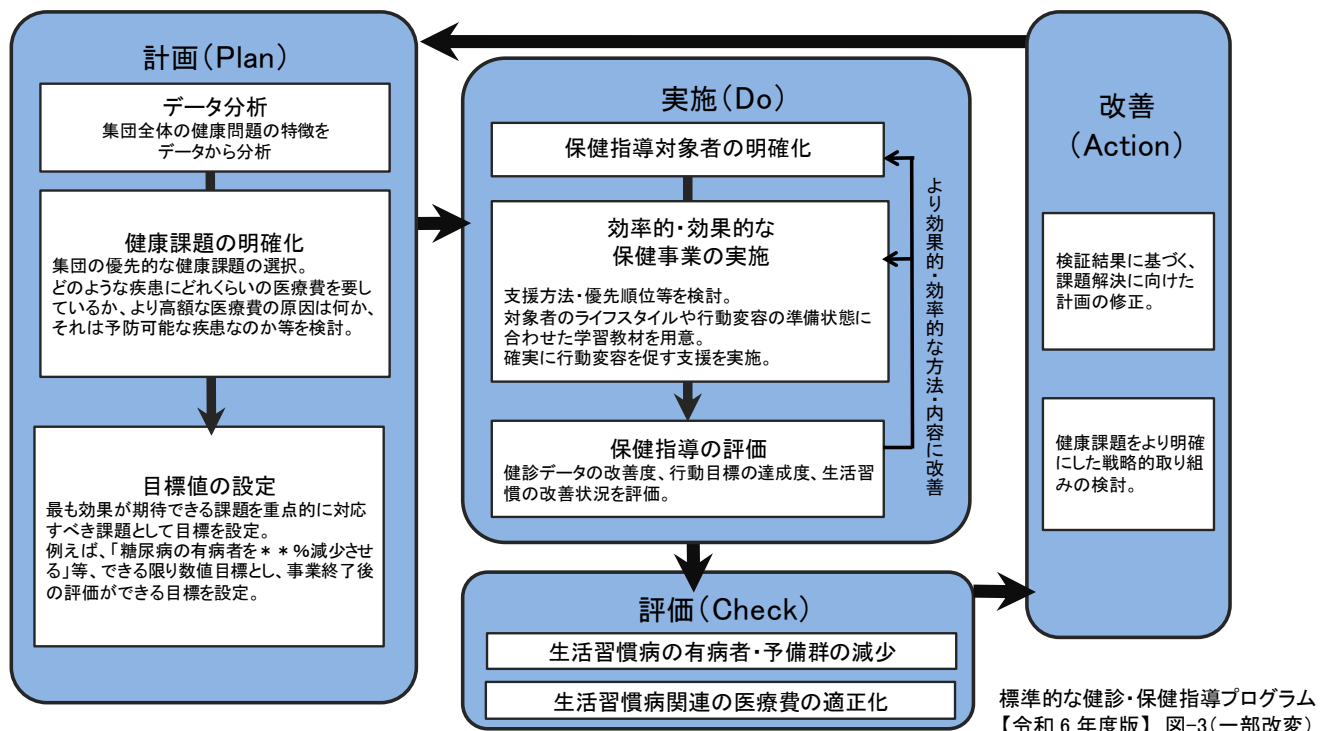
※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法						
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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、青年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員  特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	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、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病、 糖尿病、 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 (糖尿病性腎症)  循環器病 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム  糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病  糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止  生活習慣病  虚血性心疾患 心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん  精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能低下、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 子ども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心  参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進  (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 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・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



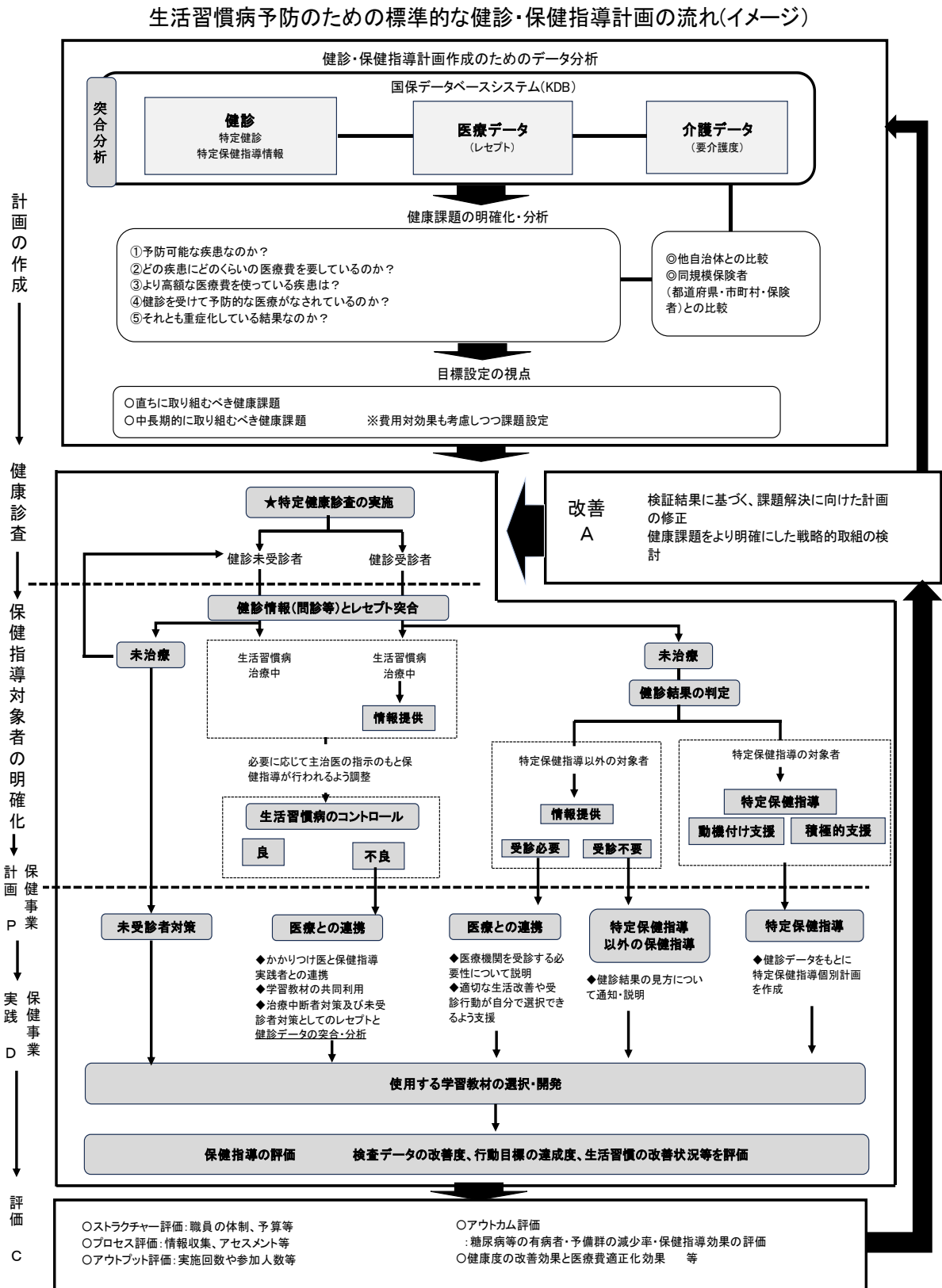
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取り組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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



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
	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)		
	行動変容を促す手法		
健診・保健指導の関係	かつての健診・保健指導 健診に付加した保健指導		現在の健診・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選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を講み解くとともに、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方を整理。  
(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

### 3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

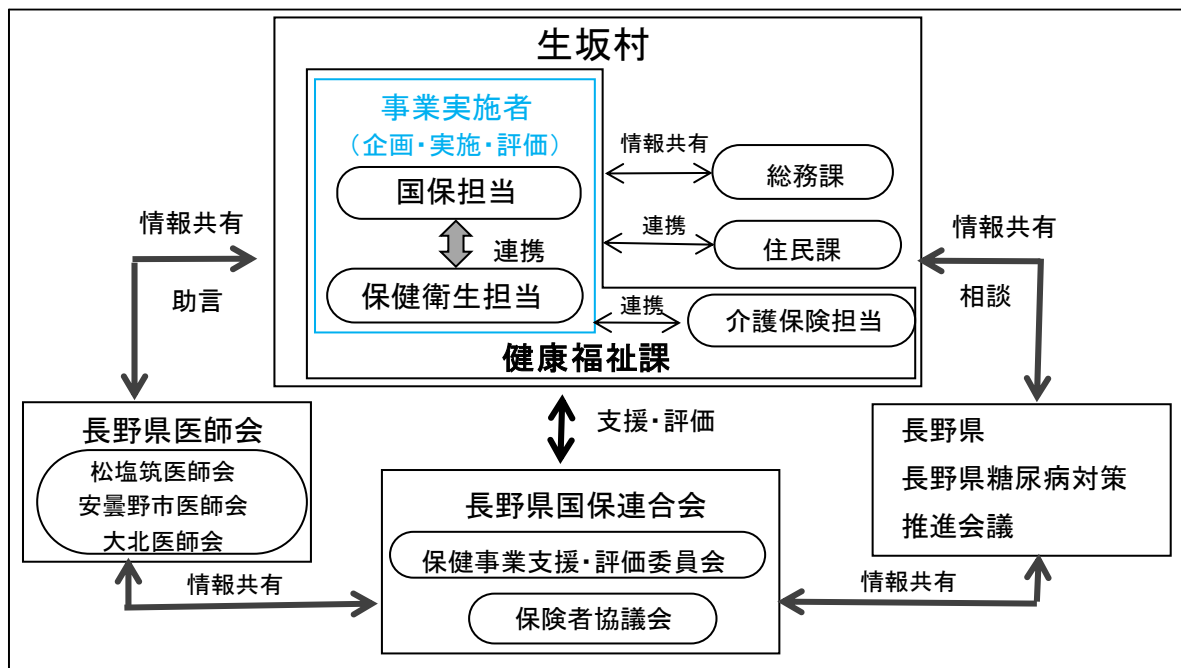
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、健康福祉課が中心となって策定します。住民の健康の保持増進に関わる担当者に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、国保担当と一体となって策定等を進めます。また計画に基づいて、効果的・効率的な保健事業を実施し、結果を評価したうえで、必要に応じて計画の見直しを行い次期計画に反映さ

せまず。

具体的には、保健衛生担当（健康福祉課）、介護保険担当（健康福祉課）、後期高齢者医療担当（住民課）、企画財政担当（総務課）、生活保護担当（健康福祉課）とも十分連携を図ることとします。

さらに、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、担当者が異動する際には経過等を含めて確実な引継ぎができる体制を整えます。（図表 6・7）

図表 6 生坂村の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

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

	管栄 (係長)	保	保	保	事	事 (係長)
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		○	◎	○	○	

※令和5年度時点

## 2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画策定時の関係機関との連携・協力が重要となります。

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

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

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

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

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を共有する等、保険者間で連携して保健事業の推進に努めます。

## 3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進の大切さを理解し、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、意見交換等を行いました。

## 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、保険者の医療費適正化に向けた取り組み等に対する支援のため、保険者の取り組み状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。(図表8)

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分を設け、「事業費に連動」して配分する部分(評価指標を設定し配分)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り組みが後押しされます。(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、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		
		生坂村	配点	生坂村	配点	生坂村	配点	
交付額 (単位:万円)		118		128		110		
全国順位(1,741市町村中)		462位		104位		451位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70
		(2)特定保健指導実施率	140	70	140	70	120	70
		(3)メタリックシフト・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	5	40	40	40	42	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	75	120	40	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	90	90	50	45	55	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	50	50	25	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	10	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	85	100	85	100	100	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	10	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	10	40	24	50	14	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	54	95	67	100	71	100
合計点		634	1,000	731	960	627	940	

## 第2章 第2期計画の評価・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

本村は、人口約 1,600 人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 42.5%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、財政指数の低い村です。被保険者の平均年齢は 53 歳と同規模と比べて若く、出生率も高くなっています。産業においては、第 1 次産業が県・国と比較して多く、中でも農業の割合が高く、その農産物を加工する製造業の多いことが、第 2 次産業が 28.3%と同規模と比較して高い結果になるものと考えられます。そのような状況を踏まえ、被保険者の生活習慣及び生活のリズムを把握して健康課題を明確にし、保健指導をしていくことが重要です。(図表 9)

国保加入率は 27.2%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあり、年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 44.2%を占めています。(図表 10)

また本村内には診療所が1カ所のみで、外来患者数も同規模と比較して少ない状況です。しかし、入院患者数は年々増加傾向であり、近隣市町村の医療機関への受診が推測されます。(図表 11)

図表 9 同規模・県・国と比較した生坂村の特性

	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
生坂村	1,639	42.5	446 (27.2)	52.6	7.9	20.7	0.2	16.1	28.3	55.6
同規模	--	41.4	27.1	54.5	4.9	18.9	0.2	22.3	20.6	57.2
県	--	32.2	22.1	53.8	6.4	12.7	0.5	9.3	29.2	61.6
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、生坂村と同規模保険者(274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	510		509		495		475		446	
65～74歳	218	42.7	215	42.2	205	41.4	209	44.0	197	44.2
40～64歳	155	30.4	148	29.1	146	29.5	145	30.5	139	31.2
39歳以下	137	26.9	146	28.7	144	29.1	121	25.5	110	24.7
加入率	27.7		27.6		26.9		25.8		27.2	

出典：KDBシステム\_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	県 割合
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.3	0.3
診療所数	1	2.0	1	2.0	1	2.0	1	2.1	1	2.2	3.6	3.5
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21.9	52.2
医師数	1	2.0	1	2.0	1	2.0	1	2.1	1	2.2	3.3	11.8
外来患者数	688.5		680.6		613.7		599.0		614.4		653.6	691.5
入院患者数	20.9		23.0		21.2		26.0		26.8		22.9	17.6

出典：KDBシステム\_地域の全体像の把握

## 2. 第2期計画の評価及び考察

### 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、脳血管疾患と糖尿病性腎症(人工透析)をそれぞれ 2%ずつ減少させること及び医療費の伸びを抑えることを目標として設定しました。

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対象疾患として、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)についての状況

##### ① 介護給付費の状況

本村の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で1人(認定率0.2%)、1号(65歳以上)被保険者で128人(認定率18.4%)と同規模・国と比較すると少なく、H30年度と比べても減少しています。団塊の世代が後期高齢者医療へ移行しているにも関わらず、75歳以上の認定者数は横ばいで推移しています。(図表12)

介護給付費は、2億5948万円から2億6395万円にやや伸び、1人当たりの給付費が約35万円から約38万円へと3万円高くなっており、同規模・県・国と比較しても高い状況です。(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、脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が、第2号被保険者で10割、第1号被保険者でも約5割となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割以上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

	生坂村		同規模		県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
高齢化率	739人 40.1%	696人 42.5%	41.4%	32.2%	28.7%	
2号認定者	4人 0.70%	1人 0.20%	0.38%	0.28%	0.38%	
新規認定者	2人	0人	--	--	--	
1号認定者	149人 20.2%	128人 18.4%	19.9%	17.7%	19.4%	
新規認定者	11人	17人	--	--	--	
再掲 65~74歳	12人 4.1%	8人 2.7%	--	--	--	
新規認定者	1人	1人	--	--	--	
75歳以上	137人 30.7%	120人 29.7%	--	--	--	
新規認定者	10人	16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

	生坂村		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	2億5948万円	2億6395万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	351,126	379,238	323,222	288,366	290,668
1件あたり給付費(円)全体	60,655	73,421	80,543	62,434	59,662
居室サービス	42,579	43,028	42,864	40,752	41,272
施設サービス	281,254	275,504	288,059	287,007	296,364

出典:KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計					
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
介護件数(全体)		1		8		120		128					
再)国保・後期		1		7		103		110					
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
		循環器疾患	1	脳卒中	1 100.0%	虚血性心疾患	3 42.9%	脳卒中	59 57.3%	脳卒中	61 55.5%	脳卒中	62 55.9%
			2	虚血性心疾患	0 0.0%	脳卒中	2 28.6%	虚血性心疾患	29 28.2%	虚血性心疾患	32 29.1%	虚血性心疾患	32 28.8%
			3	腎不全	0 0.0%	腎不全	1 14.3%	腎不全	17 16.5%	腎不全	18 16.4%	腎不全	18 16.2%
		合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	9 8.7%	糖尿病合併症	9 8.2%	糖尿病合併症	9 8.1%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		1 100.0%	基礎疾患	7 100.0%	基礎疾患	97 94.2%	基礎疾患	104 94.5%	基礎疾患	105 94.6%	
		血管疾患合計		1 100.0%	合計	7 100.0%	合計	98 95.1%	合計	105 95.5%	合計	106 95.5%	
		認知症		0 0.0%	認知症	2 28.6%	認知症	52 50.5%	認知症	54 49.1%	認知症	54 48.6%	
		筋・骨格疾患		0 0.0%	筋骨格系	7 100.0%	筋骨格系	101 98.1%	筋骨格系	108 98.2%	筋骨格系	108 97.3%	

出典:ヘルスサポートラボツール

## ② 医療費の状況

本村の医療費は、国保加入者数、総医療費共に減少しています。一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 3 万円低く、H30 年度と比較しても約 3 万円減少しています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 4%程度にも関わらず、医療費全体の約 50%を占めていますが、1 件あたりの入院医療費は H30 年度と比較して約 9 万円も低くなっています。

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の 1 を下回っており、H30 年度と比較すると減少しています。しかし、後期高齢者の地域差指数では 1 を超えており、入院・外来共に県平均より高く、H30 年度よりも伸びています。

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 15 医療費の推移

	生坂村		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)	510人	446人	--	--	--
前期高齢者割合	218人 (42.7%)	197人 (44.2%)	--	--	--
総医療費	1億8747万円	1億4842万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)	367,580	332,772	367,527	339,076	339,680
	県内5位 同規模105位	県内56位 同規模200位			
入院	1件あたり費用額(円)	583,410	489,530	588,220	617,950
	費用の割合	40.8	49.5	44.9	39.6
	件数の割合	2.9	4.2	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	25,690	21,840	25,290	24,220
	費用の割合	59.2	50.5	55.1	60.4
	件数の割合	97.1	95.8	96.6	97.5
受診率	709.349	641.195	676.49	709.111	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は生坂村と同規模保険者274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			
	生坂村 (県内市町村中)		県 (47県中)	生坂村 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度	
地域差指数・順位	全体	1.151	0.943	0.958	0.872	1.007	0.899
		(1位)	(27位)	(36位)	(29位)	(3位)	(38位)
	入院	1.220	1.159	0.963	0.885	0.876	0.883
		(6位)	(10位)	(35位)	(28位)	(33位)	(32位)
	外来	1.139	0.809	0.960	0.860	1.177	0.922
		(1位)	(65位)	(40位)	(49位)	(1位)	(36位)

出典：地域差分析(厚労省)

### ③ 中長期対象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は、H30年度と比較すると伸びています。特に脳血管疾患、慢性腎不全(透析有)が、H30年度よりも伸びており、同規模、県よりも高くなっています。(図表 17)

次に患者数について中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると脳血管疾患が、患者数及び割合とも減少していますが、虚血性心疾患、腎不全については、横ばいでした。特に、脳血



管疾患の65～74歳は割合が減少していますが、40～64歳では増加しています。(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の負担、更に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ことから、若年から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

			生坂村		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)			1億8747万円	1億4842万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1129万円	1297万円	--	--	--
			6.02%	8.74%	7.24%	7.88%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	0.35%	2.61%	2.12%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	3.04%	1.26%	1.46%	1.22%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	2.59%	4.79%	3.29%	4.29%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.05%	0.08%	0.37%	0.22%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		21.86%	14.18%	17.57%	16.43%	16.69%
	筋・骨疾患		11.30%	6.32%	9.33%	9.18%	8.68%
	精神疾患		13.38%	17.25%	7.82%	8.45%	7.63%

出典:KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾 患 別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	510	446	a	36	29	30	29	1	1	
				a/A	7.1%	6.5%	5.9%	6.5%	0.2%	0.2%	
40歳以上	B	373	336	b	36	28	30	29	1	1	
	B/A	73.1%	75.3%	b/B	9.7%	8.3%	8.0%	8.6%	0.3%	0.3%	
再 掲	40～64歳	C	155	139	c	7	7	2	2	0	0
		C/A	30.4%	31.2%	c/C	4.5%	5.0%	1.3%	1.4%	0.0%	0.0%
	65～74歳	D	218	197	d	29	21	28	27	1	1
		D/A	42.7%	44.2%	d/D	13.3%	10.7%	12.8%	13.7%	0.5%	0.5%

出典:KDBシステム\_ 疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)  
地域の全体像の把握  
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

## (2) 短期的な対象疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の状況

### ① 短期的な対象疾患の患者数と合併症の状況

対象疾患の高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、高血圧治療者の割合は減っていますが、糖尿病・脂質異常症の治療者は横ばいです。合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合も横ばいの状況です。

本村は特定健診の結果返却の際、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、早期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を啓発していきます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覽)		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	167	140	31	29	136	111	
	A/被保数	44.8%	41.7%	20.0%	20.9%	62.4%	56.3%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	16	13	2	4	14	9
		B/A	9.6%	9.3%	6.5%	13.8%	10.3%	8.1%
	虚血性心疾患	C	24	25	1	1	23	24
		C/A	14.4%	17.9%	3.2%	3.4%	16.9%	21.6%
	人工透析	D	1	1	0	0	1	1
		D/A	0.6%	0.7%	0.0%	0.0%	0.7%	0.9%

出典: KDBシステム\_ 疾病管理一覽(高血圧症)  
地域の全体像の把握  
介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防等)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覽)		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	76	69	16	16	60	53	
	A/被保数	20.4%	20.5%	10.3%	11.5%	27.5%	26.9%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	6	7	1	2	5	5
		B/A	7.9%	10.1%	6.3%	12.5%	8.3%	9.4%
	虚血性心疾患	C	11	8	2	0	9	8
		C/A	14.5%	11.6%	12.5%	0.0%	15.0%	15.1%
	人工透析	D	0	0	0	0	0	0
		D/A	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	12	11	4	3	8	8
		E/A	15.8%	15.9%	25.0%	18.8%	13.3%	15.1%
	糖尿病性網膜症	F	14	12	5	2	9	10
		F/A	18.4%	17.4%	31.3%	12.5%	15.0%	18.9%
	糖尿病性神経障害	G	7	5	2	1	5	4
		G/A	9.2%	7.2%	12.5%	6.3%	8.3%	7.5%

出典: KDBシステム\_ 疾病管理一覽(糖尿病)  
地域の全体像の把握  
介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防等)

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	135	119	33	33	102	86	
	A/被保数	36.2%	35.4%	21.3%	23.7%	46.8%	43.7%	
(中長期併発症)	脳血管疾患	B	12	13	3	3	9	10
		B/A	8.9%	10.9%	9.1%	9.1%	8.8%	11.6%
	虚血性心疾患	C	18	18	1	1	17	17
		C/A	13.3%	15.1%	3.0%	3.0%	16.7%	19.8%
	人工透析	D	0	0	0	0	0	0
		D/A	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

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  
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上の人数をH30年度とR03年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、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、糖尿病共に約8%おり、高血圧で治療中断されている方は25%で、448市町村合計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)の合併症の割合は横ばいですが、新型コロナウイルス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)			
	受診者A	受診率	受診者B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療		治療中断	
													G	G/E	H	H/E
生坂村	217	65.4	188	58.9	7	3.2	5	71.4	12	6.4	6	50.0	1	8.3	3	25.0
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)			
	HbA1c実施者A	実施率	HbA1c実施者B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	未治療		治療中断	
													M	M/K	N	N/K
生坂村	216	99.5	186	98.9	11	5.1	1	9.1	12	6.5	3	25.0	1	8.3	1	8.3
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。本村の特定健診結果において、H30年度とR04年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者・予備軍については横ばいですが、該当者が約3割、予備軍が約1割と高い状況が続いています。その中でも高血圧・糖尿病・脂質異常症の3項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上の有所見割合は増加し、LDL-C160以上は減少しているものの、翌年度の結果を見ると、全ての項目で改善率が上がってきています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも2~5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、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 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	217 (65.4%)	59 (27.2%)	20 (9.2%)	39 (18.0%)	30 (13.8%)
R04年度	176 (57.7%)	47 (26.7%)	22 (12.5%)	25 (14.2%)	23 (13.1%)

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			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	22 (10.2%)	7 (31.8%)	5 (22.7%)	6 (27.3%)	4 (18.2%)
R03→R04	25 (13.4%)	9 (36.0%)	10 (40.0%)	1 (4.0%)	5 (20.0%)

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			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	7 (3.2%)	3 (42.9%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	2 (28.6%)
R03→R04	12 (6.4%)	6 (50.0%)	4 (33.3%)	0 (0.0%)	2 (16.7%)

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	17 (7.8%)	6 (35.3%)	6 (35.3%)	0 (0.0%)	5 (29.4%)
R03→R04	12 (6.4%)	5 (41.7%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	6 (50.0%)

出典:ヘルスサポートラボツール

#### ④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本村の特定健診受診率は、R01 年度には 65.3%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R02 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標値は達成できていません。(図表 27)また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの循環器健診も実施してきましたが、受診率は低く、また特定健診の年代別では、特に 40～50 代で低い状況が続いています。(図表 28)

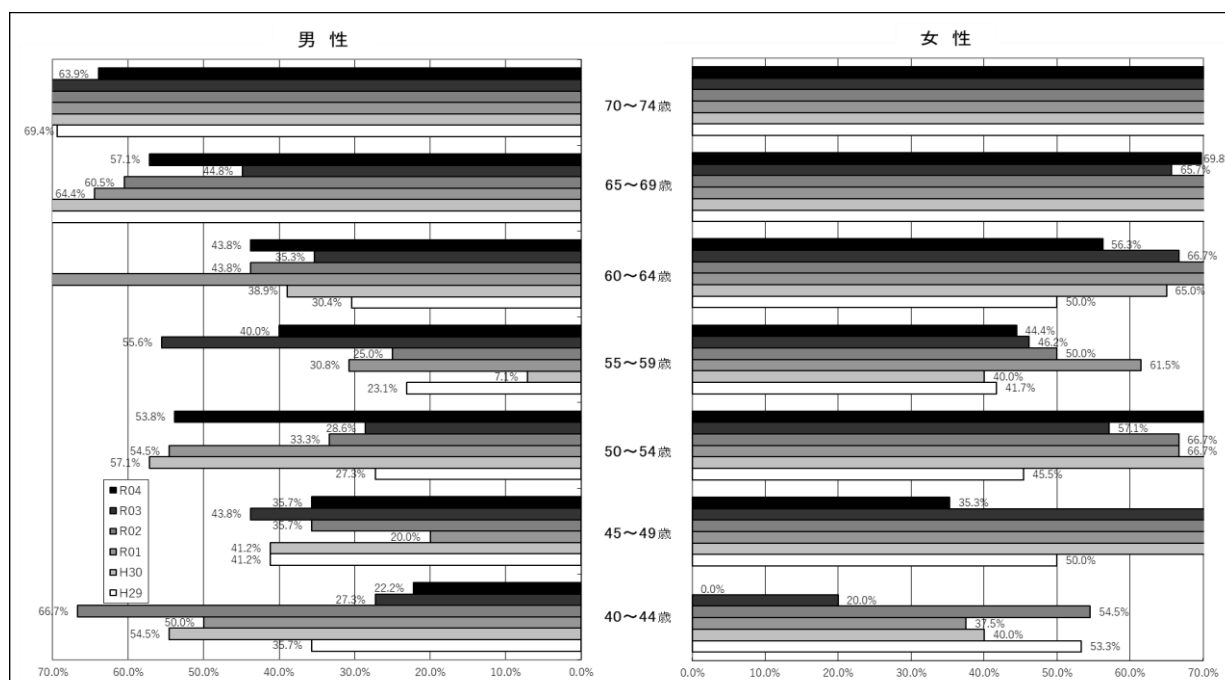
特定保健指導については、年度によりバラツキがありましたが、R04 年度は目標値 90%に近づきました。特に生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、非常に重要になります。

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	204	213	203	179	171	健診受診率 62%
	受診率	61.4%	65.3%	64.0%	56.1%	56.1%	
特定保健指導	該当者数	21	23	25	16	19	特定保健指導 実施率 90%
	割合	10.3%	10.8%	12.3%	8.9%	11.1%	
	実施者数	18	17	20	12	17	
	実施率	85.7%	73.9%	80.0%	75.0%	89.5%	

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

血糖値有所見者割合は横ばいですが、未治療者・中断者の割合は増加傾向にあります。

HbA1c8%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきました。その結果、保健指導実施率は増加し、HbA1c8%以上の対象者は減少しました。しかし他疾患の治療で受診し、経過観察の方が多いのが現状です。

これからも受診してい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、又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のための支援をおこないます。

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して保健指導・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)	216	220	207	186	175
血糖値有所見者 *1	人(b)	22	25	22	25	22
	(b/a)	10.2%	11.4%	10.6%	13.4%	12.6%
保健指導実施者 *2	人(c)	10	9	3	7	3
	(c/b)	45.5%	36.0%	13.6%	28.0%	13.6%

\*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 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 * 1	人(a)	22	25	22	25	22
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 3	人(b)	8	11	7	8	10
	(b/a)	36.4%	44.0%	31.8%	32.0%	45.5%
受診した者	人(c)	7	6	1	4	1
	(c/b)	87.5%	54.5%	14.3%	50.0%	10.0%
治療開始した者	人(c)	7	5	1	3	1
	(c/b)	87.5%	45.5%	14.3%	37.5%	10.0%

\* 3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

表 3 HbA1c8.0 以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	216	220	207	186	175
HbA1c8.0%以上	人(b)	3	5	5	4	2
	(b/a)	1.4%	2.3%	2.4%	2.2%	1.1%
保健指導実施	人(c)	2	4	3	3	2
	(c/b)	66.7%	80.0%	60.0%	75.0%	100.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	0	1	2	1	1
	(b/a)	0.0%	20.0%	40.0%	25.0%	50.0%

## ②高血圧重症化予防対策

高血圧Ⅱ度(160/100mmHg)以上の者の割合は、約6%の横ばいで推移していますが、未治療者は減少傾向です。また、令和4年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者3人のうち、保健指導後、治療につながった者はいませんでした。

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ると同時に、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も深く関与しています。未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらい、適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭での血圧測定をすすめ、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者が73%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4 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)	217	223	211	188	176	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	7	17	14	12	11	
	(b/a)	3.2%	7.6%	6.6%	6.4%	6.3%	
	治療あり	人(c)	2	9	7	6	8
		(c/b)	28.6%	52.9%	50.0%	50.0%	72.7%
	治療なし	人(d)	5	8	7	6	3
		(d/b)	71.4%	47.1%	50.0%	50.0%	27.3%
治療開始	人(e)	3	4	3	4	0	
	(e/d)	60.0%	50.0%	42.9%	66.7%	0.0%	
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	1	3	1	1	0
		(f/a)	0.5%	1.3%	0.5%	0.5%	0.0%
	治療あり	人	0	1	0	0	0
	治療なし	人	1	2	1	1	0

### ③肥満重症化予防

BMI30以上の者の割合は約6%の横ばいです。令和3年度から肥満者の重症化予防を目的として保健指導を行っており、保健指導実施の割合及び体重減少者の割合、共に増加しています。肥満を改善することで、高血圧、糖尿病を予防できるように引き続き支援を行っていきます。

表5 肥満者の保健指導の状況

		R1	R2	R3
健診受診者	人(a)	220	207	186
BMI30以上の者	人(b)	12	13	11
	(b/a)	5.5%	6.3%	5.9%
保健指導実施者	人(c)	6	9	9
	(c/b)	50.0%	69.2%	81.8%
体重減少者 *	人(c)	1	2	4
	(c/b)	8.3%	15.4%	36.4%

\* 6ヶ月で2kg以上の体重減少



## (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。

生坂村での取り組みとしては、高血圧重症化予防の重要性を全村民に周知するため、健康教室で保健師・管理栄養士による講話を行いました。

(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			データの把握方法	
			初年度 H30	中間評 価 R2	最終評 価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	0.4%	1.1%	2.6%	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	3.1%	1.6%	1.3%		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	2.6%	3.2%	4.8%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%	生坂村調べ	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	41.0%	34.1%	39.8%	生坂村健康福祉課
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	3.2%	6.6%	6.3%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	7.8%	7.6%	3.4%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	10.2%	10.6%	12.6%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.0%	40.0%	50.0%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	70.0%	20.0%	20.0%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	11.5%	13.4%	13.7%	
	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62%以上	61.4	64.0	56.1	法定報告値	
		特定保健指導実施率90%以上	85.7	80.0	89.5		
特定保健指導対象者の割合の減少		10.3	12.3	11.1			
努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	...	...	...	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	...	...	14.4		
		大腸がん検診受診者の増加	...	17.1	21.2		
		子宮がん検診受診者の増加	...	...	22.6		
		乳がん検診受診者の増加	...	...	20.4		
		5つのがん検診の平均受診率の増加			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	71.6%	79.2%	81.4%	厚生労働省	

### 3) 第2期データヘルス計画の考察

第1期計画において、中長期対象疾患である脳血管疾患、糖尿病性腎症を重点に重症化予防を進め、H30年度で脳血管疾患の総医療費に占める割合は0.4%、慢性腎不全(透析あり)の総医療費に占める割合は2.6%と減少しましたが、第2期計画でやや増加傾向となっています。

一人あたり総医療費は、同規模保険者と比べて約3万円低く、H30年度と比較しても約3万円減少しました。しかし、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年度と比較すると伸びています。

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、高血圧治療者の割合は減っていますが、糖尿病・脂質異常症の治療者は横ばいです。健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上をH30年度とR03年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、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、糖尿病共に約8%おり、高血圧で治療中断されている方は25%と高い状況です。

メタボリックシンドロームの該当者・予備軍については、該当者が約3割、予備軍が約1割と高い状況が続いています。その中でも3項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上の有所見割合は増加し、LDL-C160以上は減少しています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも2~5割程度存在し、結果が把握できていません。

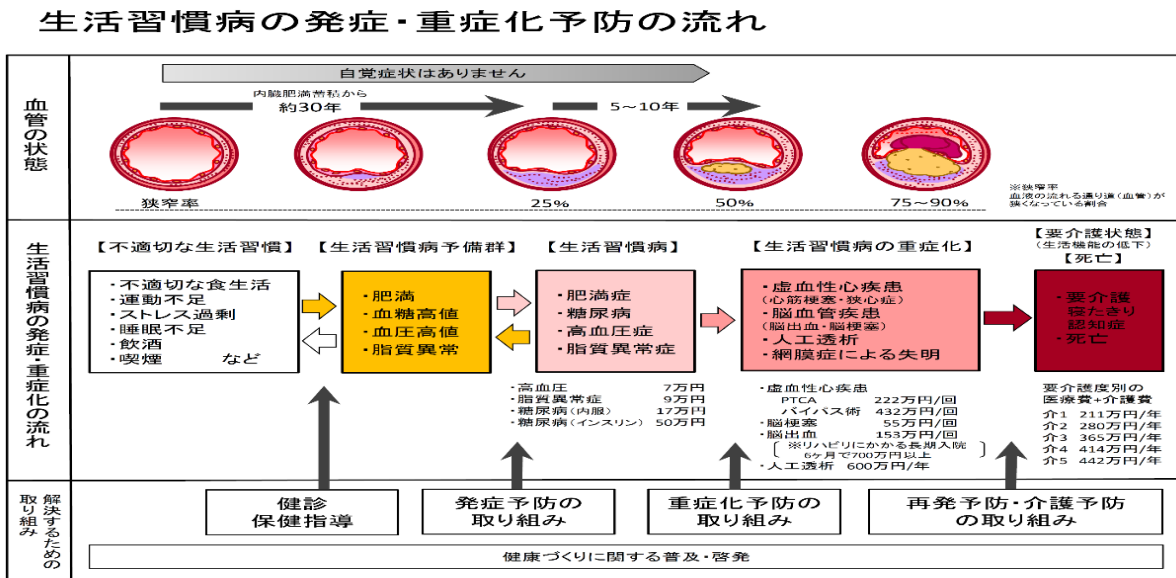
生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指します。そして、結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、重症化予防対象者を優先的に継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

### 3. 第3期における健康課題の明確化

#### 1) 基本的な考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるには、不健康な生活習慣を改め、更に健康な状態を維持することが大切になります。

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



標準的な健診・保健指導プログラム  
【令和6年度版】別紙1(改変版)

#### 2) 健康課題の明確化

医療保険制度においては、75歳に到達した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。

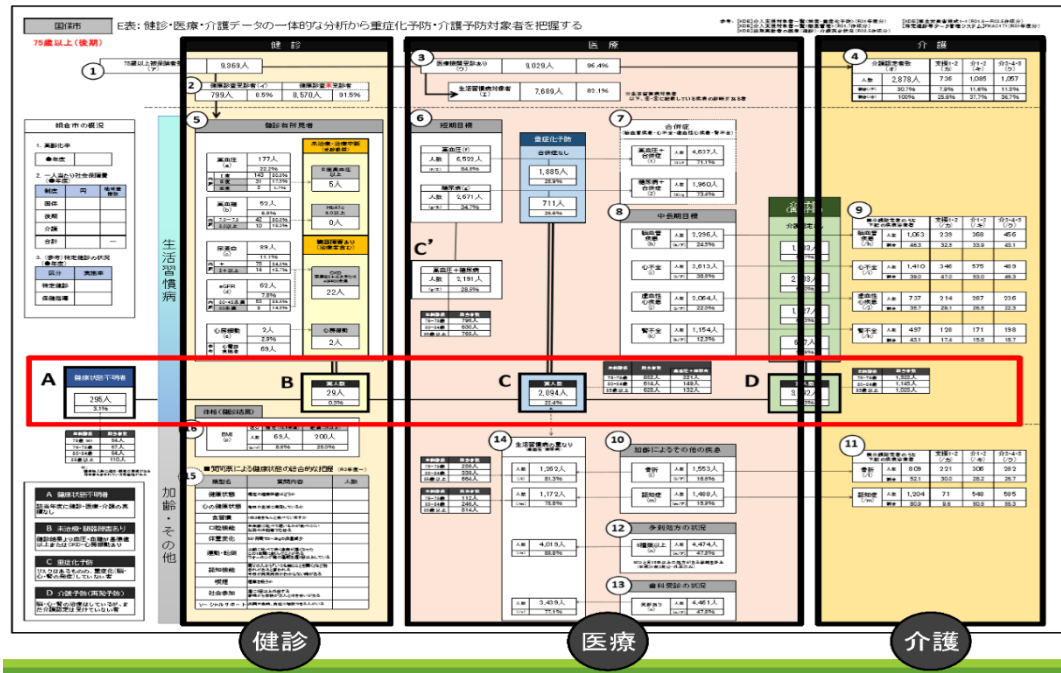
保健事業については、後期高齢者になっても特性やその状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳~74歳の割合が高く、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います。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

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		510人	509人	495人	475人	446人	439人
総件数及び 総費用額	件数	4,454件	4,248件	3,839件	3,676件	3,583件	5,961件
	費用額	1億8747万円	1億7922万円	1億3961万円	1億5637万円	1億4842万円	3億5171万円
一人あたり医療費		36.8万円	35.2万円	28.2万円	32.9万円	33.3万円	80.1万円

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		
			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	生坂村	1億4842万円	26,560	4.79%	0.08%	2.61%	1.26%	5.80%	2.33%	1.87%	2780万円	18.7%	14.2%	17.25%	6.32%
	同規模	--	29,993	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	--	18.6%	17.6%	7.82%	9.33%
	県	--	27,549	4.29%	0.22%	2.15%	1.22%	5.73%	3.28%	2.14%	--	19.0%	16.4%	8.45%	9.18%
	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	生坂村	3億5171万円	67,584	4.53%	0.39%	4.76%	0.88%	3.61%	2.37%	0.81%	6099万円	17.3%	17.3%	4.89%	9.1%
	同規模	--	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	--	18.8%	10.2%	3.61%	12.1%
	県	--	64,010	4.00%	0.36%	4.50%	1.34%	4.28%	3.30%	1.30%	--	19.1%	11.8%	2.73%	12.3%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典: KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	20人	17人	12人	19人	13人	44人
	件数	B	62件	26件	13件	26件	18件	81件
		B/総件数	1.39%	0.61%	0.34%	0.71%	0.50%	1.36%
	費用額	C	8659万円	3657万円	1704万円	2982万円	2422万円	9348万円
C/総費用		46.2%	20.4%	12.2%	19.1%	16.3%	26.6%	

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	0人	0人	0人	1人	1人	4人					
		D/A	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%	7.7%	9.1%					
	件数	E	0件	0件	0件	1件	2件	9件					
		E/B	0.0%	0.0%	0.0%	3.8%	11.1%	11.1%					
	年代別	40歳未満	0	--	0	--	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	--	0	--	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	--	0	--	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	4	44.4%
		60代	0	--	0	--	0	0.0%	0	0.0%	80代	5	55.6%
		70-74歳	0	--	0	--	1	100.0%	2	100.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	F				101万円	225万円	1166万円					
F/C					3.4%	9.3%	12.5%						

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)

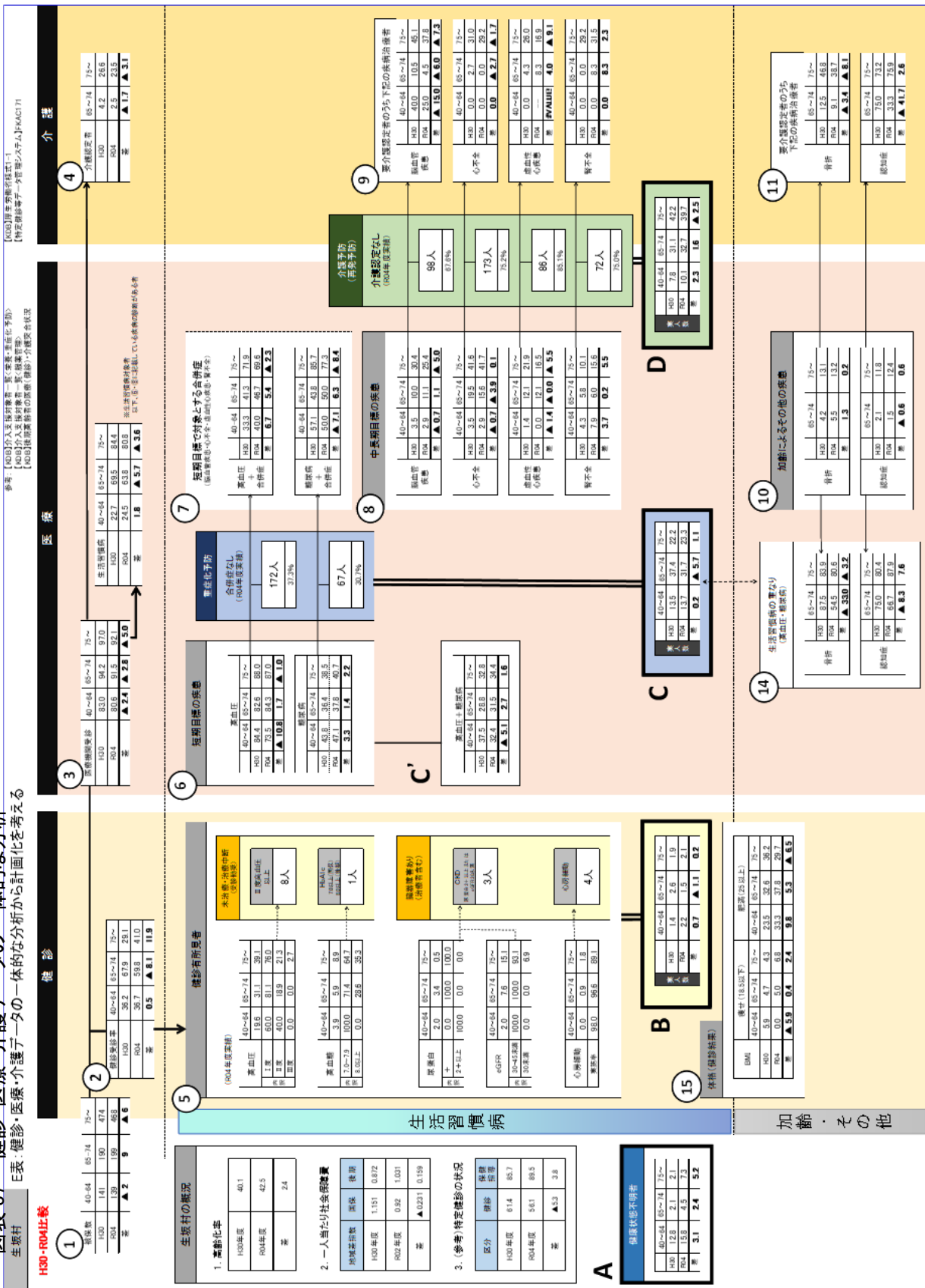
対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度						
虚血性心疾患	人数	G	2人	0人	1人	3人	1人	0人					
		G/A	10.0%	0.0%	8.3%	15.8%	7.7%	0.0%					
	件数	H	4件	0件	1件	3件	1件	0件					
		H/B	6.5%	0.0%	7.7%	11.5%	5.6%	0.0%					
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	--
		40代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	--
		50代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	0	--
		60代	4	100.0%	0	--	1	100.0%	0	0.0%	80代	0	--
		70-74歳	0	0.0%	0	--	0	0.0%	3	100.0%	90歳以上	0	--
	費用額	I	806万円		110万円	303万円	80万円						
I/C		9.3%		6.5%	10.2%	3.3%							

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析

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



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数				② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	26.6	141	190	474	36.2	67.9	29.1	5.9	4.7	4.3	23.5	32.6	36.2	
R04	23.5	139	199	468	36.7	59.8	41.0	0.0	5.0	6.8	33.3	37.8	29.7	

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
年度	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30	1	2.0	(1)	5	3.9	(1)	3	2.2	(1)	1	2.0	(0)	9	7.0	(0)	1	0.7	(0)	1	2.0	4	3.1	8	5.8	0	--	0	--	0	--
R04	4	7.8	(2)	7	5.9	(1)	18	9.4	(5)	2	3.9	(0)	7	5.9	(1)	6	3.1	(0)	1	2.0	0	--	2	1.0	0	--	1	0.8	3	1.6

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 医療機関受診									⑥ 短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									⑦ 短期目標の疾患とする 合併症								
	生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)						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	83.0	94.2	97.0	22.7	69.5	84.4	84.4	82.6	88.0	43.8	36.4	38.5	37.5	28.8	32.8	33.3	41.3	71.9	57.1	43.8	85.7						
R04	80.6	91.5	92.1	24.5	63.8	80.8	73.5	84.3	87.0	47.1	37.8	40.7	32.4	31.5	34.4	40.0	46.7	69.6	50.0	50.0	77.3						

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧ 中長期目標の疾患(被保険者数)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.5	10.0	30.4	1.4	12.1	21.9	3.5	19.5	41.6	4.3	5.8	10.1	40.0	10.5	45.1	0.0	4.3	26.0	0.0	2.7	31.0	0.0	0.0	29.2
R04	2.9	11.1	25.4	0.0	12.1	16.5	2.9	15.6	41.7	7.9	6.0	15.6	25.0	4.5	37.8	--	8.3	16.9	0.0	0.0	29.2	0.0	8.3	31.5



図表 42 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				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	87.5	83.9	75.0	80.4	4.2	13.1	2.1	11.8	12.5	46.8	75.0	73.2
R04	54.5	80.6	66.7	87.9	5.5	13.2	1.5	12.4	9.1	38.7	33.3	75.9

出典：ヘルスサポートラボツール

### (3)健康課題の明確化(図表 32~42)

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたりの医療費は、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり80万円を超え、国保の2.4倍も高い状況です。(図表32)

生坂村は、これまで高血圧に重点を置いて保健事業に取り組んできたため、短期的対象疾患の高血圧の総医療費に占める割合は、同規模と比べて1%以上低いですが、脳血管疾患の医療費に占める割合は、国保及び後期高齢においても、同規模、県、国と比べて高い状況です。(図表33)

高額レセプトについては、国保では令和4年度18件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、4.5倍に増えることがわかります。

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和3年度が1件で101万円の費用がかかっていましたが、令和4年度は2件と件数が増え、費用額も225万円と増えています。また、後期高齢においても、9件発生し、約1,000万円余りの費用額となっています。脳血管疾患は医療費のみならず、介護を要する状態となって長期にわたり医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防について力を入れる必要があります。(図表34、35)

健診・医療・介護のデータを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、各年代で横ばいの状況です。⑮の体格をみると、40~64歳、65~74歳の年齢層で、BMI25以上の率が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、各年代で対象人数が増えており、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(高血圧・糖尿病)と合併症をみると、高血圧では、若い年齢層で増えていますが、糖尿病については、65~74歳で高くなっています。

図表41の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)と介護認定の状況について、H30年度とR4年度を比較すると、75歳以上で脳血管疾患、虚血性心疾患が減っていますが、腎不全は各年代で増えています。そのため、介護認定者も腎不全が伸びている状況です。

### (4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、高血圧、糖尿病等が共通して中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)の要因となっています。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)の目標を達成するための方策

保険者には、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、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る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、計画の時から明確することとします。評価指標については、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ておきます。

##### ② 中長期的な目標の設定

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

しかし、年齢が上がるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷むことを考えると、高齢化が進むなかで、医療費そのものを抑えることは難しいと考えられます。そこで、医療費の伸びを抑えることを目標とします。

また、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す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の減少を目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また、特に糖尿病とメタボリックシンドロームについては、薬物療法だけでの改善は難しく、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て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			データの把握方法 (活用データ)		
			初期値 R 6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)			
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.6%	2.3%	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	1.3%	1.3%	1.3%		
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.8%	4.0%	3.0%		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%		
	短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	39.8%	35.0%	30.0%	生坂村健康福祉課
				健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	6.3%	6.2%	6.0%	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	3.4%	3.2%	3.0%	
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	12.6%	11.5%	10.0%	
				★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	1.1%	1.1%	1.1%	
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	20.0%	35.0%	50.0%	
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率62%以上	56.1%	59.0%	62.0%	法定報告値	
			★特定保健指導実施率90%以上	89.5%	90.0%	90.0%		
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	11.1%	10.5%	10.0%		

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年を1期としていましたが、医療費適正化計画等が6年1期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を1期として策定します。

### 2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	58%	59%	60%	61%	62%	62%以上
特定保健指導実施率	90%	90%	90%	90%	90%	90%以上

### 3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	293人	288人	283人	278人	273人	268人
	受診者数	170人	170人	170人	170人	169人	166人
特定保健指導	対象者数	16人	16人	17人	17人	18人	18人
	受診者数	14人	14人	15人	15人	16人	16人

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

健診は、特定健診実施機関に委託します。実施機関については、県医師会が取りまとめを行い、更に、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(生坂村健康管理センター)
- ② 個別健診(委託医療機関)

#### (2)特定健診委託基準

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

#### (3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、長野県国保連合会のホームページに掲載します。

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

#### (4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・ヘマトクリット値・血色素量・赤血球数・血清クレアチニン・尿酸・アルブミン・尿潜血・心電図)を実施します。集団健診では、眼底検査、総コレステロール、ALP、白血球も実施します。

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

○生坂村特定健診検査項目

	健診項目	生坂村	国	
基本的な健診の項目	問診	質問票	○	
	身体測定	身長	○	○
		体重	○	○
		BMI	○	○
		腹囲	○	○
	血圧測定	収縮期血圧	○	○
		拡張期血圧	○	○
	診察	身体診察	○	○
	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	●	●
		随時血糖	●	●
		HbA1c	○	●
尿検査	尿糖	○	○	
	尿蛋白	○	○	
健診の詳細な項目	心電図	○	□	
	眼底検査	集団のみ	□	
	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	○	□
腎機能検査	血清クレアチニン (eGFR)	○	□	
健診の独自の項目	その他	尿酸	○	
		アルブミン	○	
		総コレステロール	集団のみ	
		ALP	集団のみ	
		白血球	集団のみ	
		尿潜血	○	

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

#### (5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末までに実施します。

## (6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診を受診するよう医療機関と十分な連携を図り、かかりつけ医からも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、保険者がかかりつけ医から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、かかりつけ医に協力を求め、連携をはかります。

## (7) 代行機関

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

## (8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、受診の案内の送付に関わらず、医療保険加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。

図表 47 特定健診実施スケジュール

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

## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、保健衛生担当への執行委任の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

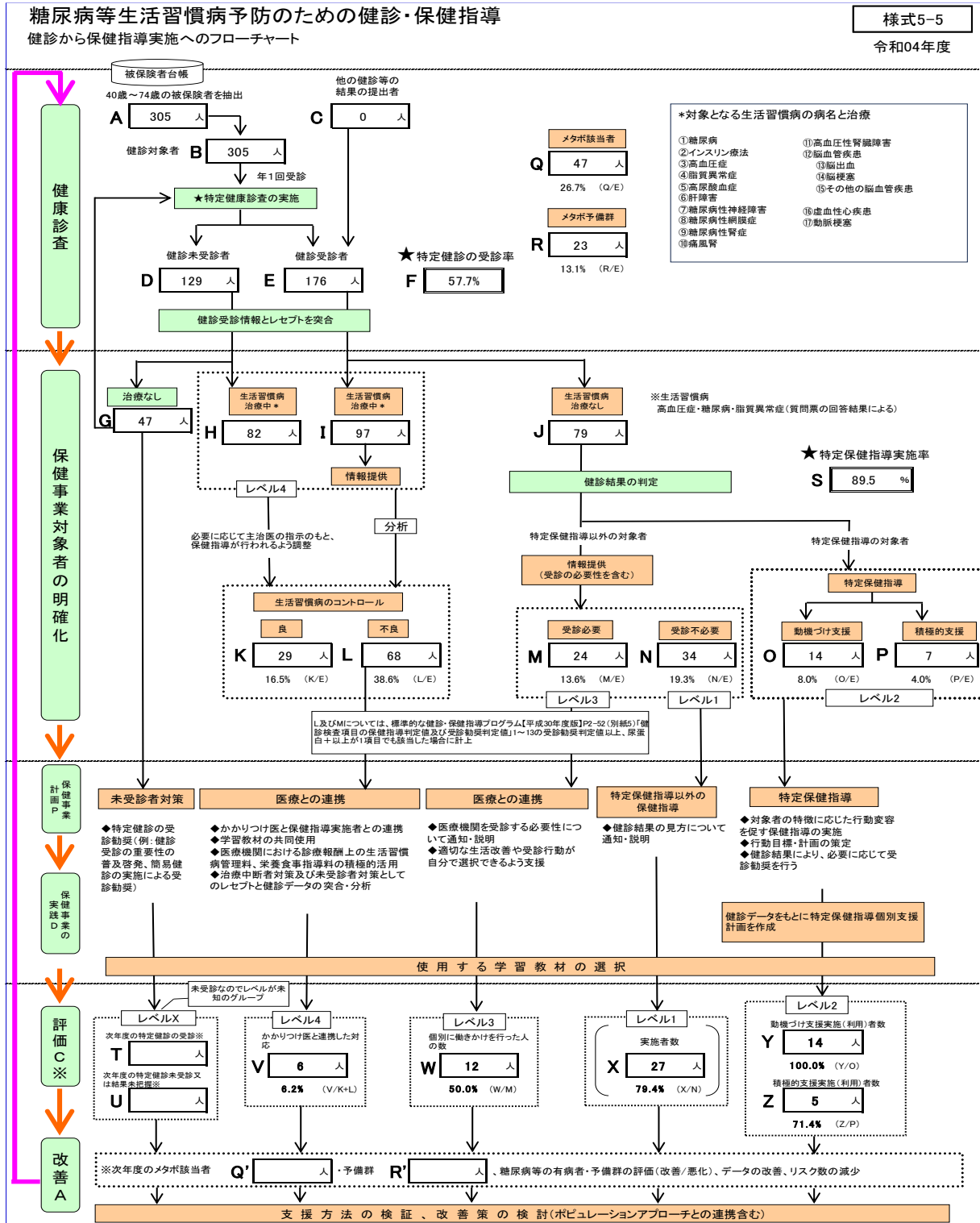
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルサポータルツール

(2)要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	21人 (11.9%)	90%
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	24人 (13.6%)	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)	129人 ※受診率目標達成までにあと54人	50%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	34人 (19.3%)	80%
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	97人 (55.1%)	80%



### (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

目標に向けて進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成します。

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健診・通院治療者健診実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎特定健康診査の開始 ◎人間ドック・職域での結果提出		◎後期高齢者健診、がん検診開始
6月		◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎保健指導の開始	
8月	◎集団健診の実施		
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
11月	◎集団健診の実施		
12月			
1月			
2月	◎健診の終了		
3月			

## 6. 個人情報の保護

### (1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および生坂村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、生坂村ホームページ等への掲載により公表、周知します。

## 第4章 課題解決に向けた個別保健事業

### I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指し、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、重度なリスクを持った個人に対する重症化予防の取り組み(ハイリスクアプローチ)と集団全体に対する環境整備の取り組み(ポピュレーションアプローチ)を組み合わせる必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症・肥満メタボリックシンドローム・高血圧症についての取り組みを行います。

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

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等がどのように増加するのかその実態を広く村民へ周知します。

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

### II. 重症化予防の取り組み

生坂村の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症について、各学会のガイドラインに基づき重症化予防対象者を抽出すると、66人(37.5%)です。そのうち治療なしが13人(16.5%)を占め、さらに臓器障害があり直ちに治療に取り組むべき対象者が5人です。

また、生坂村においては、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、13人中7人と半数を占めるため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 51 脳・心・腎を守るために

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

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			令和04年度 <参考> 健診受診者(受診率)																			
	科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		176人	57.7%																
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心原性 脳塞栓症 (27.7%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">非心原性脳梗塞</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">安静 狭心症</div> </div>									<b>■各疾患の治療状況</b> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th></th><th>治療中</th><th>治療なし</th></tr> <tr><td>高血圧</td><td>78</td><td>98</td></tr> <tr><td>脂質異常症</td><td>49</td><td>127</td></tr> <tr><td>糖尿病</td><td>22</td><td>153</td></tr> <tr><td>3疾患 いずれか</td><td>97</td><td>79</td></tr> </table> <p style="text-align: right; font-size: small;">※問診結果による</p>			治療中	治療なし	高血圧	78	98	脂質異常症	49	127	糖尿病	22	153	3疾患 いずれか	97	79
	治療中	治療なし																											
高血圧	78	98																											
脂質異常症	49	127																											
糖尿病	22	153																											
3疾患 いずれか	97	79																											
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)																						
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)																						
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		重症化予防対象者 (実人数)																				
該当者数	11   6.3%	1   0.6%	2   1.1%	5   2.8%	47   26.7%	18   10.2%	16   9.1%		66   37.5%																				
治療なし	3   3.1%	0   0.0%	2   1.6%	2   1.6%	6   7.6%	10   6.5%	2   2.5%		13   16.5%																				
(再掲) 特定保健指導	2   18.2%	0   0.0%	0   0.0%	0   0.0%	6   12.8%	1   5.6%	0   0.0%		7   10.6%																				
治療中	8   10.3%	1   1.0%	0   0.0%	3   6.1%	41   42.3%	8   36.4%	14   14.4%		53   54.6%																				
臓器障害 あり	2   66.7%	0   --	1   50.0%	1   50.0%	2   33.3%	3   30.0%	2   100.0%		5   38.5%																				
CKD(専門医対象者)	0	0	0	1	0	1	2		2																				
心電図所見あり	2	0	1	0	2	2	1		4																				
臓器障害 なし	1   33.3%	--	1   50.0%	1   50.0%	4   66.7%	7   70.0%	--		--																				

出典:ヘルサポータルツール

# 1. 糖尿病性腎症重症化予防

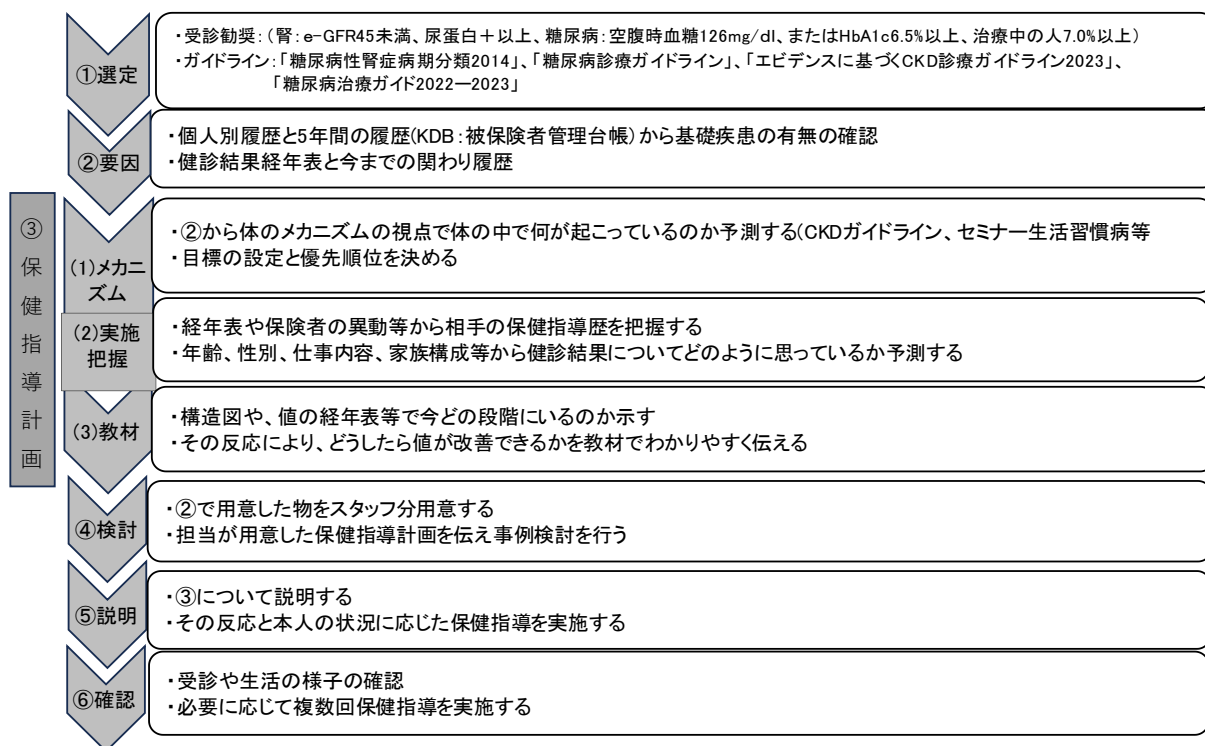
## 1) 基本的な考え方

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)及び長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラム、生坂村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に沿って実施します。

なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラム、生坂村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

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類 2023<sup>注1</sup>

病期	尿中アルブミン・クレアチニン比(UACR, mg/g) あるいは 尿中蛋白・クレアチニン比(UPCR, g/g)	推算糸球体濾過量 <sup>注3</sup> (eGFR, ml/分/1.73m <sup>2</sup> )
正常アルブミン尿期(第1期) <sup>注2</sup>	UACR30未満	30以上
微量アルブミン尿期(第2期) <sup>注4</sup>	UACR30~299	30以上
顕性アルブミン尿期(第3期) <sup>注5</sup>	UACR300以上あるいはUPCR0.5以上	30以上
GFR高度低下・末期腎不全期(第4期)	問わない	30未満
腎代替療法期(第5期)	透析療法中あるいは腎移植後	

注1: 糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。また評価の際には、腎症病期とともに、慢性腎臓病(CKD)重症度分類も併記することが望ましい。

注2: 正常アルブミン尿期は糖尿病性腎症の存在を否定するものではなく、この病期でも糖尿病性腎症に特有の組織変化を呈している場合がある。

注3: eGFR60mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外のCKDが存在しうるため、他のCKDとの鑑別診断が必要である。なお血清クレアチニンに基づくeGFRの低下を認めた場合、血清スチロニウムに基づくeGFRを算出することで、より正確な腎機能を評価できる場合がある。

注4: 微量アルブミン尿を認めた患者では、糖尿病性腎症早期診断基準にしたがって鑑別診断を行ったうえで、微量アルブミン尿期と診断する。微量アルブミン尿は糖尿病性腎症の早期診断に必須のバイオマーカーであるのみならず、顕性アルブミン尿への移行及び大血管障害のリスクである。GFR60mL/分/1.73m<sup>2</sup>以上であっても微量アルブミン尿の早期発見が重要である。

注5: 顕性アルブミン尿の患者では、eGFR60mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満からGFRの低下に伴い腎イベント(eGFRの半減、透析導入)が増加するため注意が必要である。

糖尿病性腎症病期分類 2023 では、尿中アルブミン・クレアチニン比(第3期では尿中蛋白・クレアチニン比)及び推算糸球体濾過量(eGFR)で把握します。

生坂村においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。ただ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。

生坂村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、12人(35.3%・F)でした。また、40~74歳での糖尿病治療者69人のうち、特定健診受診者が22人(64.7%・G)であり、糖尿病治療者で特定健診未受診者47人(68.1%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

### ③介入方法と優先順位

図表 54 より生坂村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）・・・12人

#### 優先順位 2

##### 【保健指導】

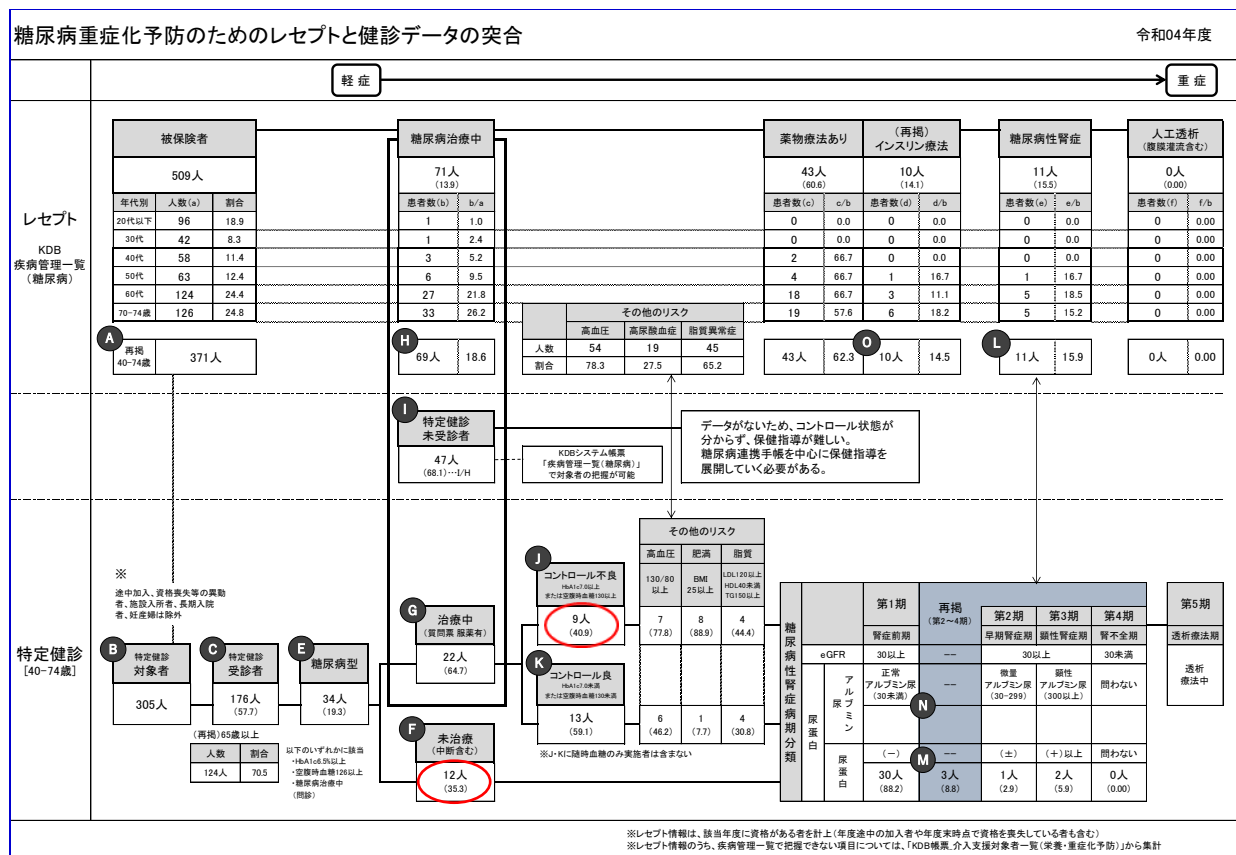
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・9人  
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

#### 優先順位 3

##### 【保健指導】

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

図表 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・進行抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進行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。生坂村においては、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も合わせて、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います。

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

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
<b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b>	<b>2 高血糖を解決するための食</b>
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	<b>3 薬物療法</b>
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるでしょう
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	<b>4 参考資料</b>
1-21 糖尿病治療の進め方	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	



## (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実施を検討し、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長野県プログラムに準じ行います。

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施については、地域包括支援センターと連携して行います。

## 6) 評価

評価を行う際は、短期的評価・中長期的評価の視点で考え、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 回行います。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、中長期的評価については、図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行います。

### 短期的評価

#### ①受診勧奨者に対する評価

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

#### ②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1c の変化

○eGFR の変化 (1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m<sup>2</sup>以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	統合表	生坂村										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	542人		509人		518人		500人		472人				
	② (再掲)40-74歳	A	393人		368人		367人		360人		357人				
2	① 対象者数	B	332人		326人		317人		319人		305人				
	② 特定健診 受診者数	C	217人		223人		211人		188人		176人				
	③ 受診率	C	65.4%		68.4%		66.6%		58.9%		57.7%				
3	① 特定 対象者数		21人		23人		25人		16人		19人				
	② 保健指導 実施率		85.7%		73.9%		80.0%		75.0%		89.5%				
4	① 健診 データ	① 糖尿病型	E	33人	15.2%	36人	16.1%	30人	14.2%	31人	16.5%	34人	19.3%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	9人	27.3%	11人	30.6%	8人	26.7%	8人	25.8%	12人	35.3%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	24人	72.7%	25人	69.4%	22人	73.3%	23人	74.2%	22人	64.7%		
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130未満	J	10人	41.7%	10人	40.0%	10人	45.5%	10人	43.5%	9人	40.9%		
		⑤ 血圧 130/80以上		5人	50.0%	6人	60.0%	7人	70.0%	6人	60.0%	7人	77.8%		
		⑥ 肥満 BMI25以上		7人	70.0%	6人	60.0%	7人	70.0%	7人	70.0%	8人	88.9%		
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	14人	58.3%	15人	60.0%	12人	54.5%	13人	56.5%	13人	59.1%		
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	24人	72.7%	29人	80.6%	23人	76.7%	26人	83.9%	30人	88.2%		
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		4人	12.1%	3人	8.3%	4人	13.3%	2人	6.5%	1人	2.9%		
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		5人	15.2%	2人	5.6%	3人	10.0%	3人	9.7%	2人	5.9%		
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
5	① レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		88.6人		100.2人		84.9人		82.0人		93.2人			
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		122.1人		138.6人		119.9人		105.6人		123.2人			
		③ レセプト枚数 (40-74歳) ( )内は被保険者対		入院外(件数)	290件	(77.5)	318件	(876.0)	301件	(857.5)	293件	(827.7)	314件	(934.5)	
		④ 入院(件数)		1件	(2.7)	2件	(5.5)	1件	(2.8)	2件	(5.6)		658件	(4.3)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	48人	8.9%	51人	10.0%	44人	8.5%	41人	8.2%	44人	9.3%		
		⑥ (再掲)40-74歳		48人	12.2%	51人	13.9%	44人	12.0%	38人	10.6%	44人	12.3%		
		⑦ 健診未受診者		I	24人	50.0%	27人	52.9%	22人	50.0%	15人	39.5%	22人	50.0%	
		⑧ インスリン治療	O	4人	8.3%	4人	7.8%	4人	9.1%	5人	12.2%	3人	6.8%		
		⑨ (再掲)40-74歳		4人	8.3%	4人	7.8%	4人	9.1%	5人	13.2%	3人	6.8%		
		⑩ 糖尿病性腎症	L	9人	18.8%	9人	17.6%	6人	13.6%	5人	12.2%	6人	13.6%		
		⑪ (再掲)40-74歳		9人	18.8%	9人	17.6%	6人	13.6%	5人	13.2%	6人	13.6%		
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
		⑬ (再掲)40-74歳		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
		⑭ 新規透析患者数		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
		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)		1人	0.9%	1人	0.9%	1人	1.0%	1人	1.0%				
6	① 医療費	① 総医療費		1億8747万円		1億7922万円		1億3961万円		1億5637万円		1億4842万円		2億6175万円	
		② 生活習慣病総医療費		1億1723万円		1億1392万円		8431万円		9997万円		8420万円		1億4021万円	
		③ (総医療費に占める割合)		62.5%		63.6%		60.4%		63.9%		56.7%		53.6%	
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		健診受診者	3,816円		14,822円		5,188円		7,883円		7,876円		8,820円
		⑤ 健診未受診者		54,750円		43,422円		42,072円		45,226円		34,595円		40,357円	
		⑥ 糖尿病医療費		932万円		1043万円		950万円		950万円		861万円		1572万円	
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		8.0%		9.2%		11.3%		9.5%		10.2%		11.2%	
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		1801万円		2041万円		1648万円		1787万円		2271万円			
		⑨ 1件あたり		27,961円		31,305円		28,371円		29,931円		35,986円			
		⑩ 糖尿病入院総医療費		980万円		793万円		503万円		1424万円		989万円			
		⑪ 1件あたり		891,229円		721,125円		359,461円		791,182円		494,740円			
		⑫ 在院日数		12日		8日		8日		10日		6日			
		⑬ 慢性腎不全医療費		494万円		554万円		446万円		471万円		722万円		957万円	
		⑭ 透析有り		485万円		554万円		446万円		459万円		711万円		862万円	
		⑮ 透析なし		9万円						12万円		11万円		96万円	
7	① 介護 介護給付費		2億5948万円		2億7932万円		2億6860万円		2億7530万円		2億6395万円		3億5514万円		
② (2号認定者)糖尿病合併症		0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%				
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%	0人	0.0%	1人	2.7%	0人	0.0%	0人	0.0%	267人	1.0%	

出典:ヘルスサポートラボツール

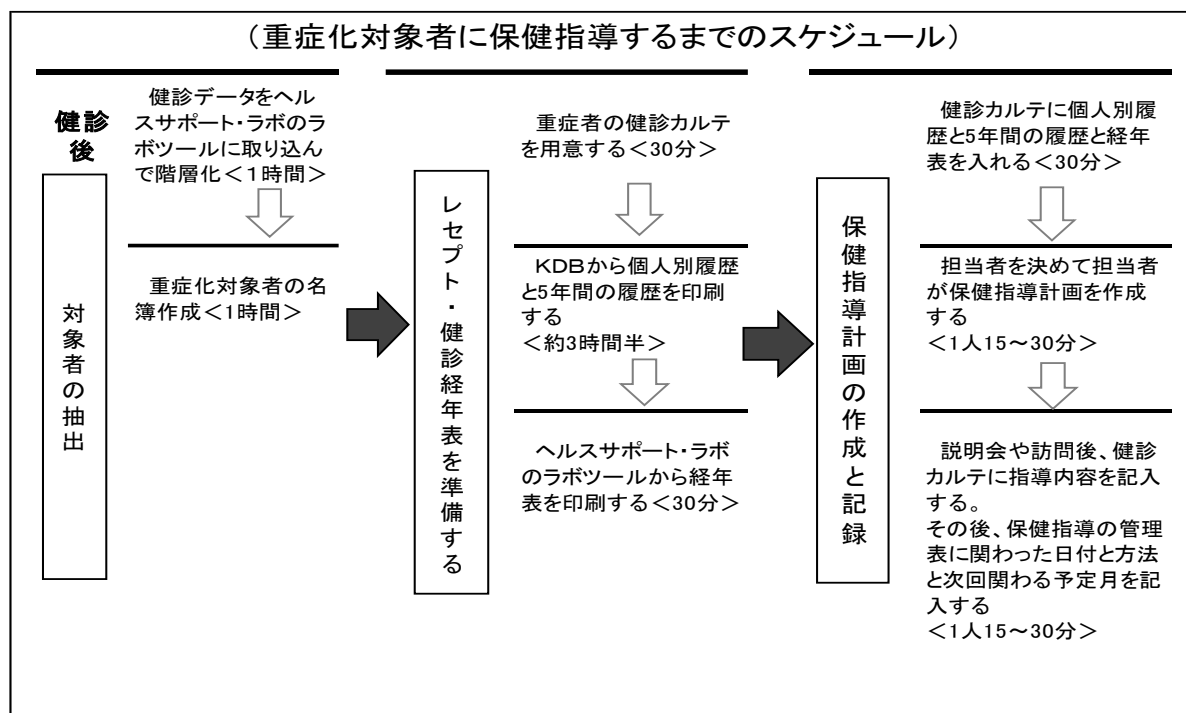
## 7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



## 2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

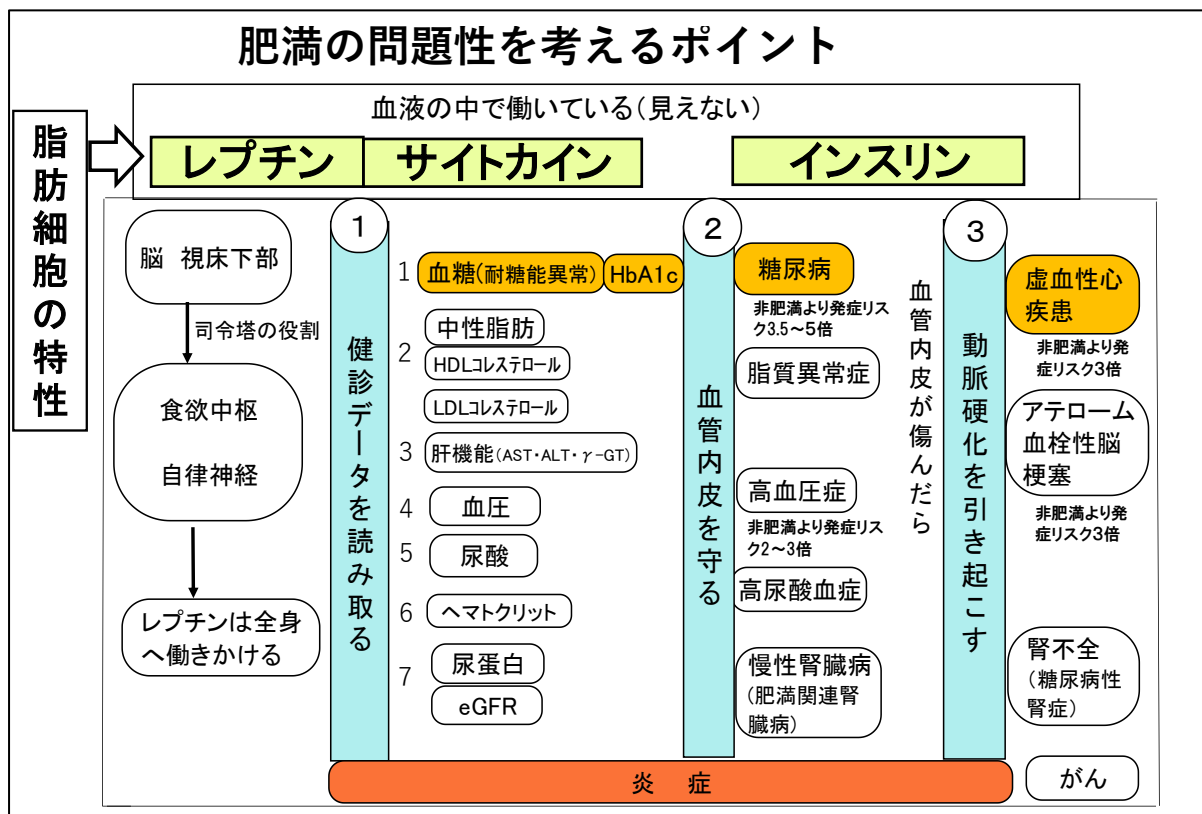
### 1) 基本的な考え方

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

「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) 肥満度分類に基づく実態把握

図表 59 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	52	124	18	45	16	38	2	7	0	0	0	0	
			34.6%	36.3%	30.8%	30.6%	3.8%	5.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
再掲	男性	25	55	10	26	10	22	0	4	0	0	0	0
				40.0%	47.3%	40.0%	40.0%	0.0%	7.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	女性	27	69	8	19	6	16	2	3	0	0	0	0
				29.6%	27.5%	22.2%	23.2%	7.4%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

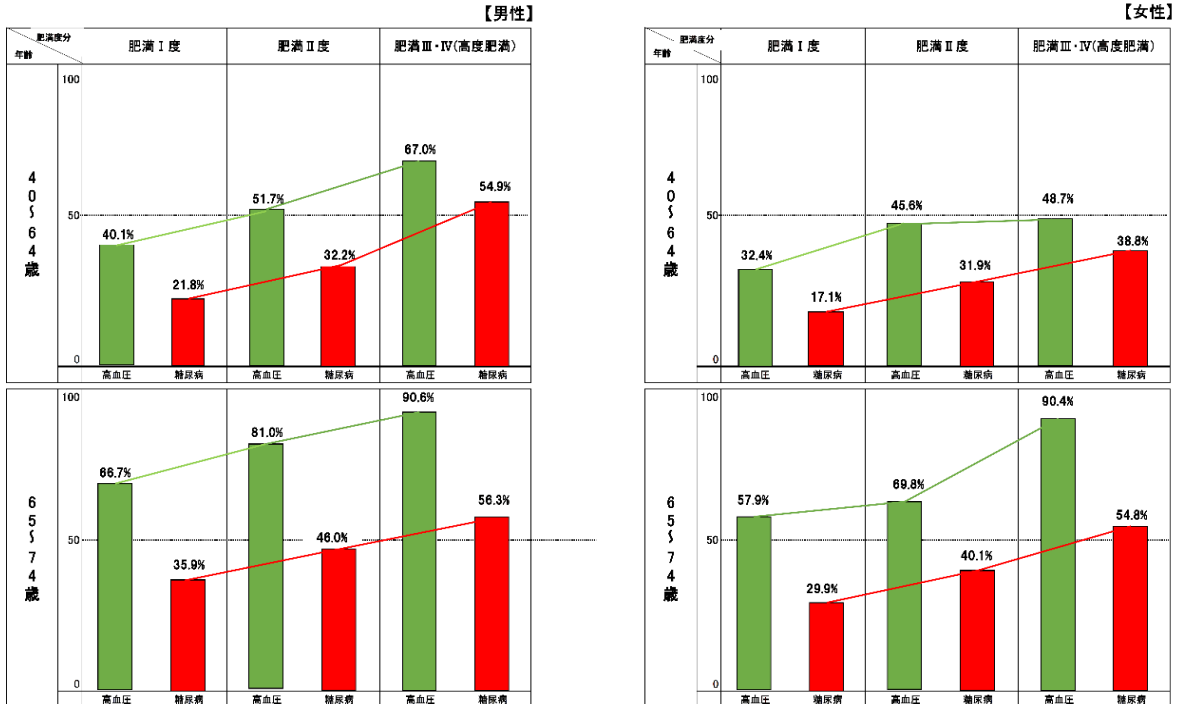
### (2) 優先順位

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

#### ① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考察

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？

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？ 一番問題である高血圧と糖尿病をグラフに表してみました



## ② 日常生活での困りごと

図表 61 肥満になって、日常生活で困る事

「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 25~29.9	II 度 30~34.9	III 度 35~39.9	IV 度 40~	
食事	食欲	満腹感なく食べ過ぎてしまう。 心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、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がする 坂道は息が切れる 運動するとすぐ息切れがする	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まっている 運動すると数日だるくなる 身体が動かすづらい		お腹が邪魔で前に目めない シャワーがつかない 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 1年前から動悸あり、休憩しながら仕事していた 胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグツと	動悸がする 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悸が激しく寝れなかった 心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル 今も段差上がったとき苦しくなる 心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫	蜂窩織炎になる		風邪をひきやすい	よく風邪をひく よく体調を崩す
	皮膚	背中がかゆい 皮膚が赤くなる	湿疹ができる 痒い	皮膚が赤く炎症を起こしてる 炎症で体毛が生えなくなる	足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 全身の湿疹がつかない 皮膚科に毎月通院している

肥満になると深刻な悩み困りごとが増えることがわかります。(図表 61) 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し、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。「肥満症診療ガイドライン 2022」

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から、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)を対象として取り組むことが効率的と考えます。

## 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

事例 No.	性別	発症年齢	KDBから把握								特定健診	転帰	
			レセプト										
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患						介護
			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		●				●	●		●	要介護2	メタボ
2	男	60代		●				●	●		●		メタボ
3	女	60代		●				●	●		●		メタボ
4	男	60代			●			●			●		メタボ
5	女	70代		●	●			●	●		●		メタボ

生坂村調べ

### 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

		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	80	7	11	23	39	96	6	12	39	39	
メタボ該当者	B	35	1	1	9	24	12	0	2	5	5	
	B/A	43.8%	14.3%	9.1%	39.1%	61.5%	12.5%	0.0%	16.7%	12.8%	12.8%	
再掲	① 3項目全て	C	15	1	1	3	10	7	0	0	3	4
		C/B	42.9%	100.0%	100.0%	33.3%	41.7%	58.3%	--	0.0%	60.0%	80.0%
	② 血糖+血压	D	8	0	0	3	5	0	0	0	0	0
		D/B	22.9%	0.0%	0.0%	33.3%	20.8%	0.0%	--	0.0%	0.0%	0.0%
	③ 血压+脂質	E	11	0	0	2	9	4	0	2	1	1
		E/B	31.4%	0.0%	0.0%	22.2%	37.5%	33.3%	--	100.0%	20.0%	20.0%
	④ 血糖+脂質	F	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0
		F/B	2.9%	0.0%	0.0%	11.1%	0.0%	8.3%	--	0.0%	20.0%	0.0%

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

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし			
				人数	割合	人数	割合				人数	割合	人数	割合		
総数	80	35	43.8%	31	88.6%	4	11.4%	96	12	12.5%	10	83.3%	2	16.7%		
40代	7	1	14.3%	1	100.0%	0	0.0%	6	0	0.0%	0	--	0	--		
50代	11	1	9.1%	1	100.0%	0	0.0%	12	2	16.7%	1	50.0%	1	50.0%		
60代	23	9	39.1%	6	66.7%	3	33.3%	39	5	12.8%	4	80.0%	1	20.0%		
70~74歳	39	24	61.5%	23	95.8%	1	4.2%	39	5	12.8%	5	100.0%	0	0.0%		

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別メタボリックシンドローム該当者(図表 63)は、男性は60~70代で受診者の約4割を超えるが、女性では40代を除く各年代で1割程度であることから、男性を優先とすることが効率的であると考えます。また男性の該当者で、3項目すべて該当している者が4割います。

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8割を超える者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、心・脳血管疾患を発症した全員がメタボリックシンドローム該当者です。これは脂肪細胞から分泌されるサイトカインが、内臓脂肪蓄積によって分泌異常を起こし、易炎症性状態、インスリン抵抗性となることから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必要となります。

## (1) 対象者の選定基準の考え方

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ② 治療中の者へは、治療中断して心血管疾患を起こさないよう指導すると同時に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)を行います。

## (2)対象者の管理

対象者の状態管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

## 4)保健指導の実施

### (1)最新の脳科学を活用した保健指導

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

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



## (2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者は、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。生坂村においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施を検討します。

### ◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

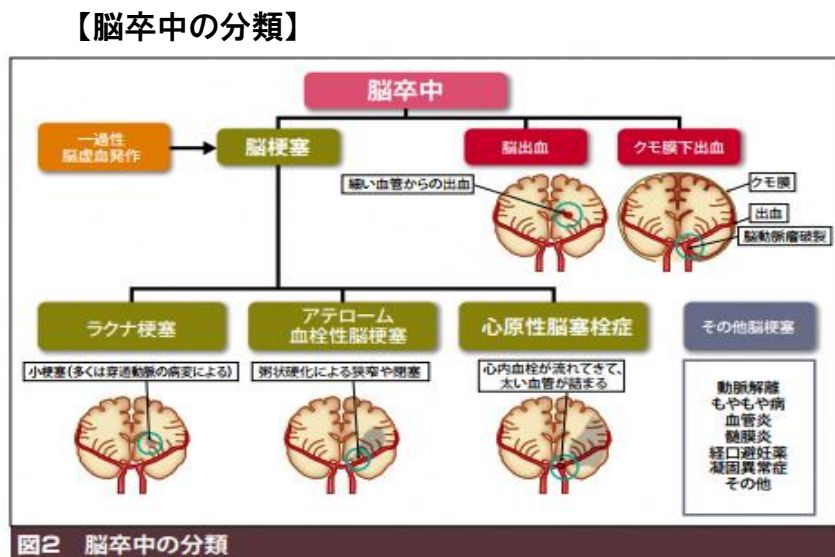
- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

### 3. 高血圧重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

高血圧重症化予防の取り組みは、同時に脳卒中の予防となることから、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 66,67)

図表 66 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 67 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

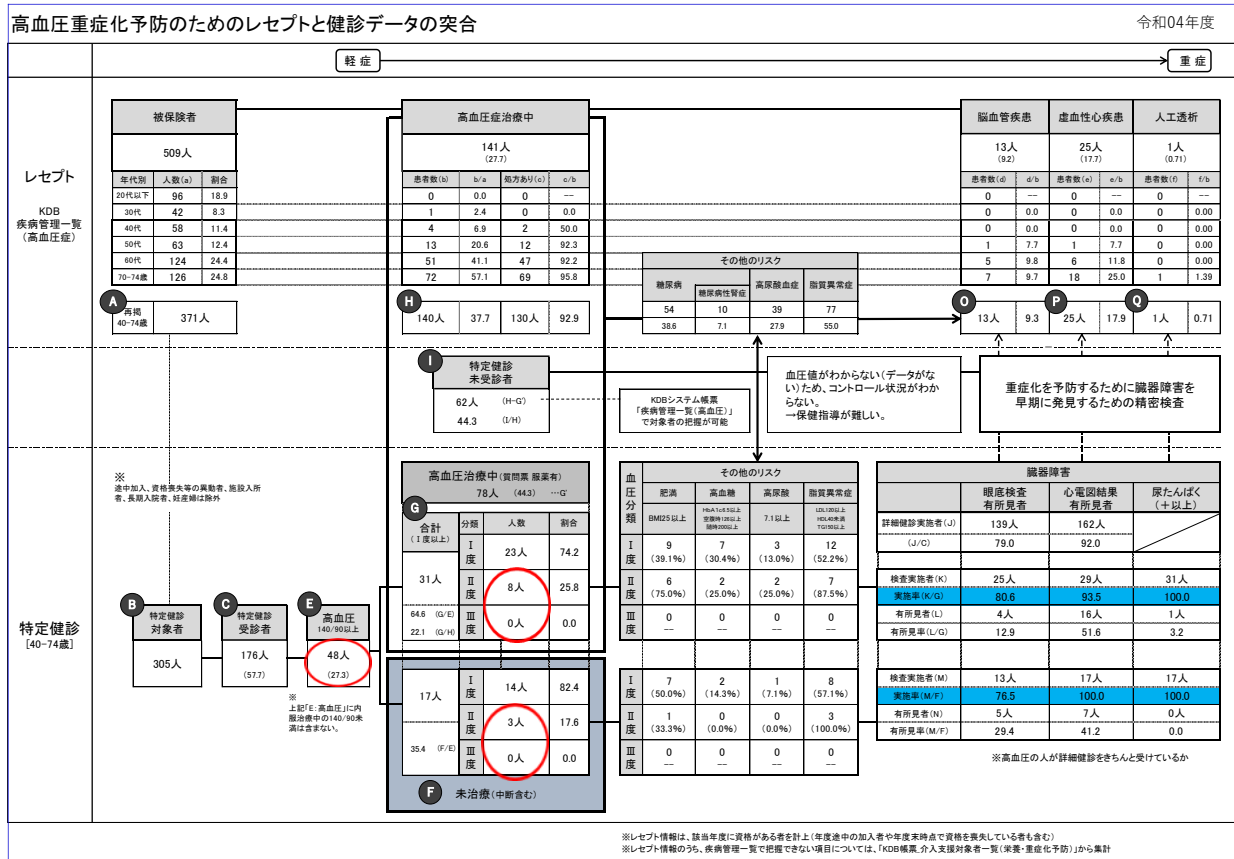
脳血管疾患・虚血性心疾患において、高血圧は最も重要な危険因子です。図表 68 でみると、高血圧治療者 140 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起している人が 13 人(9.3%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 11 人(6.3%)であり、そのうち 3 人(27.3%)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 8 人(10.3%)おり、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ります。

臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)は、139 人(79%)が実施しており、今後も重症化予防のために検査が必要な方への実施について、働きかけをしていく必要があります。

図表 68 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す。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へも深く影響してきます。そのため健診受診者について、高血圧と他リスク因子で層別化し保健指導対象者を明確にしていく必要があります。

図表 69 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

血圧分類 (mmHg)		高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	48	31 64.6%	14 29.2%	3 6.3%	0 0.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	3 6.3%	C 3 9.7%	B 0 0.0%	B 0 0.0%	A 0 —
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	32 66.7%	C 22 71.0%	B 8 57.1%	A 2 66.7%	A 0 —
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が2つ以上ある	13 27.1%	B 6 19.4%	A 6 42.9%	A 1 33.3%	A 0 —

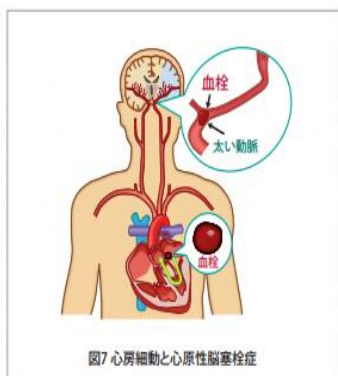
区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	9 18.8%
B 概ね1カ月後に再評価	14 29.2%
C 概ね3カ月後に再評価	25 52.1%

…高リスク  
 …中等リスク  
 …低リスク

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

図表 69 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



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症は、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症するもので、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 70 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況です。

図表 70 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	80	96	72	90.0%	90	93.8%	1	1.4%	0	0.0%	--	--
40代	7	6	7	100.0%	6	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	11	12	10	90.9%	10	83.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	23	39	21	91.3%	38	97.4%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	39	39	34	87.2%	36	92.3%	1	2.9%	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 71 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
1	0	0.0%	1	100.0%

生坂村調べ

心電図検査において心房細動の所見がある者は1人で、治療が開始されています。日本循環器学会疫学調査による有病率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。

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

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者が指導内容をイメージしやすいように工夫します。治療が必要で医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中で現在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。治療中であっても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ついては、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、状態に応じた指導を行うと同時に、二次健診として検討を行います。

「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、服薬状況を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行います。

#### 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認められた場合は、医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していきます。

## 4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、高血圧症の未治療や治療中断であることを把握した場合、未治療者に受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向け、医療機関と連携した保健指導を実施します。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については、地域包括支援センターと連携して行います。

## 6) 評価

評価を行う際には、短期的評価・中長期的評価の視点で考え、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、中長期的評価については、他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行います。

## 7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

### Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

#### 1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図るには、生活習慣病等の重症化を予防する取り組みと、生活機能の低下を防止する取り組みを一体的に実施することが重要であり、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

生坂村においては、令和3年度より、長野県後期高齢者広域連合から村が事業を受託し「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。

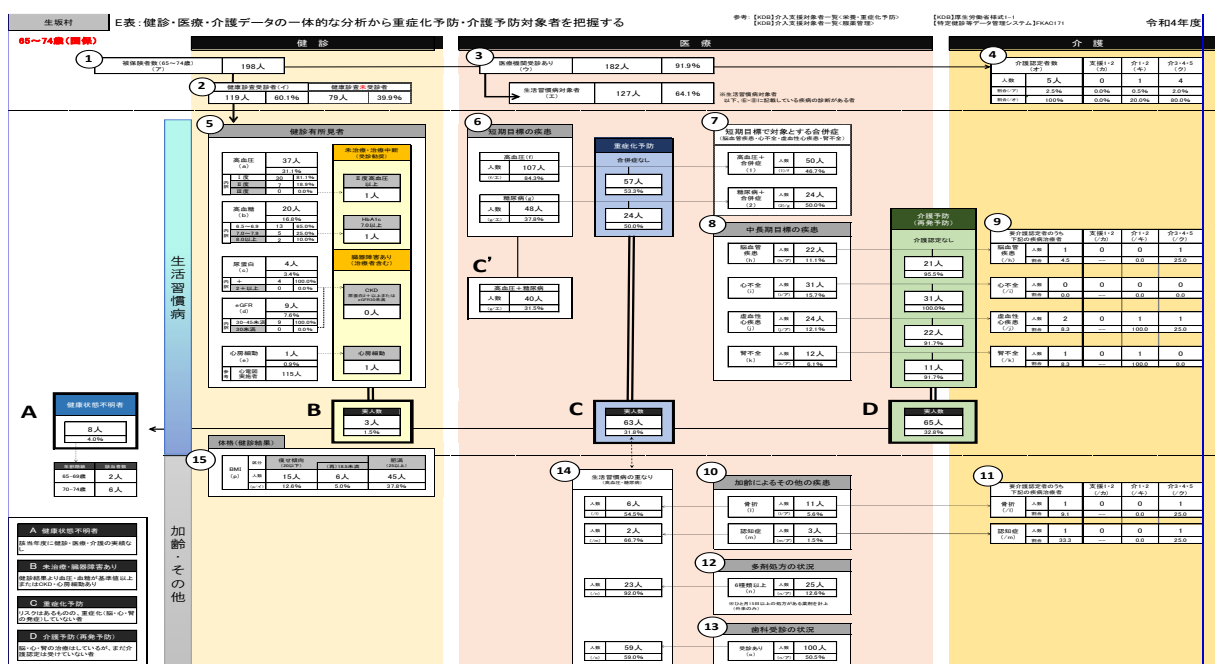
具体的には、

##### ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師等)を配置

KDBシステム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

##### ② 地域を担当する保健師・管理栄養士を配置し、高血圧や高血糖等の対象者を抽出し、個別的支持(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予防や、認知症予防のための教室など、健康教育や健康相談を実施します。(ポピュレーションアプローチ)

図表 72 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、その予防は健康上の大きな課題です。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。

生坂村では、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、有効に活用します。

図表 73 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

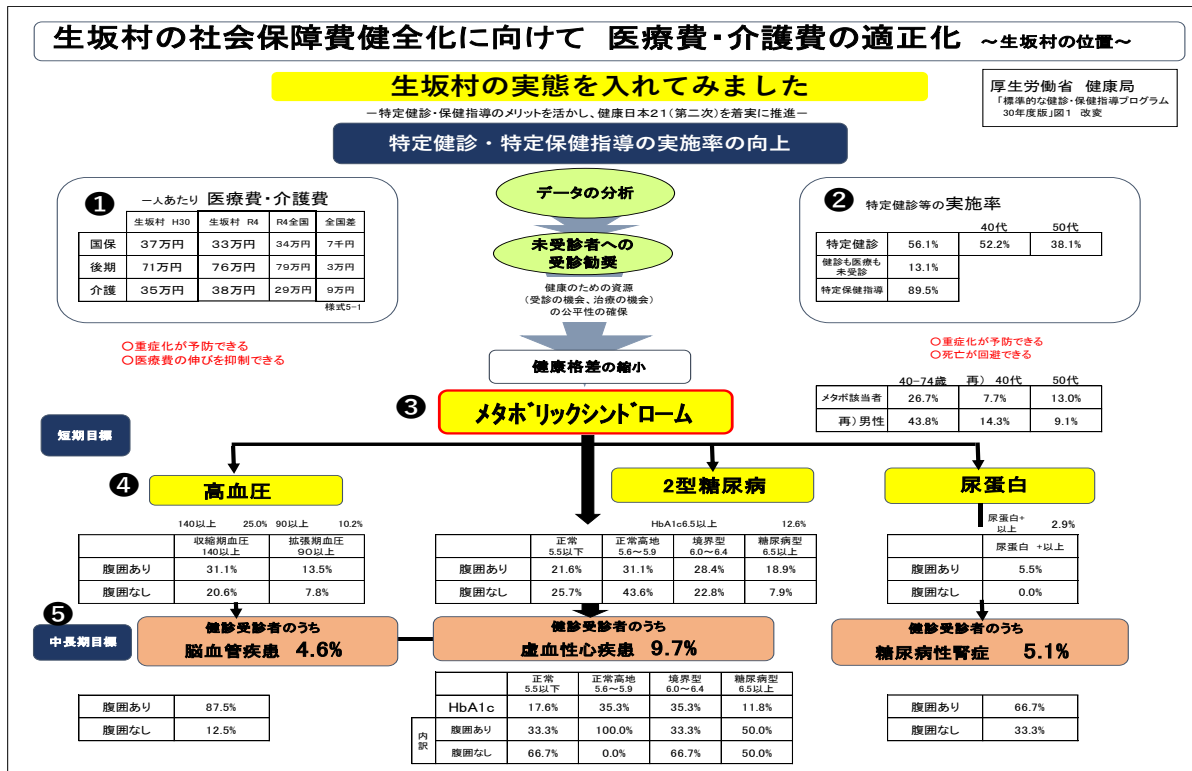
糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える															
- 基本的考え方 - (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)															
<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">発症予防</span> <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">重症化予防</span>															
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)														
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
	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査 (11・12条)		児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)
5 対象者 診 内 容	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園 / 幼稚園	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則(第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)		
	血糖	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			かつ18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上							
尿糖	(+) 以上							(+) 以上							
糖尿病家族歴															



## V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化が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や個人の実態、社会環境等について広く村民へ周知していきます。(図表 74、75)

図表 74 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 75 統計からみえる長野の食

統計からみえる長野の食 ~ 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)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
小麦粉	1位	肉全体	52位
生うどん・そば	4位	粉ミルク	53位
調理パン	2位	果実・野菜ジュース	50位
えのきだけ	1位	チョコレート	51位
他の根菜	3位	キャンディー	53位
他の葉茎類	4位	ハンバーグ(加工品)	51位
りんご	2位	食パン	51位
ぶどう	3位		
酢	1位		
食塩	3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年度に進捗状況確認のため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、次期計画の策定にむけ、最終評価を行います。

### 2. 評価方法・体制

保険者には、健診・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・介護のデータが収集されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・管理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その内容を知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

公表の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し、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での公表が必要と考えます。

### 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際、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。

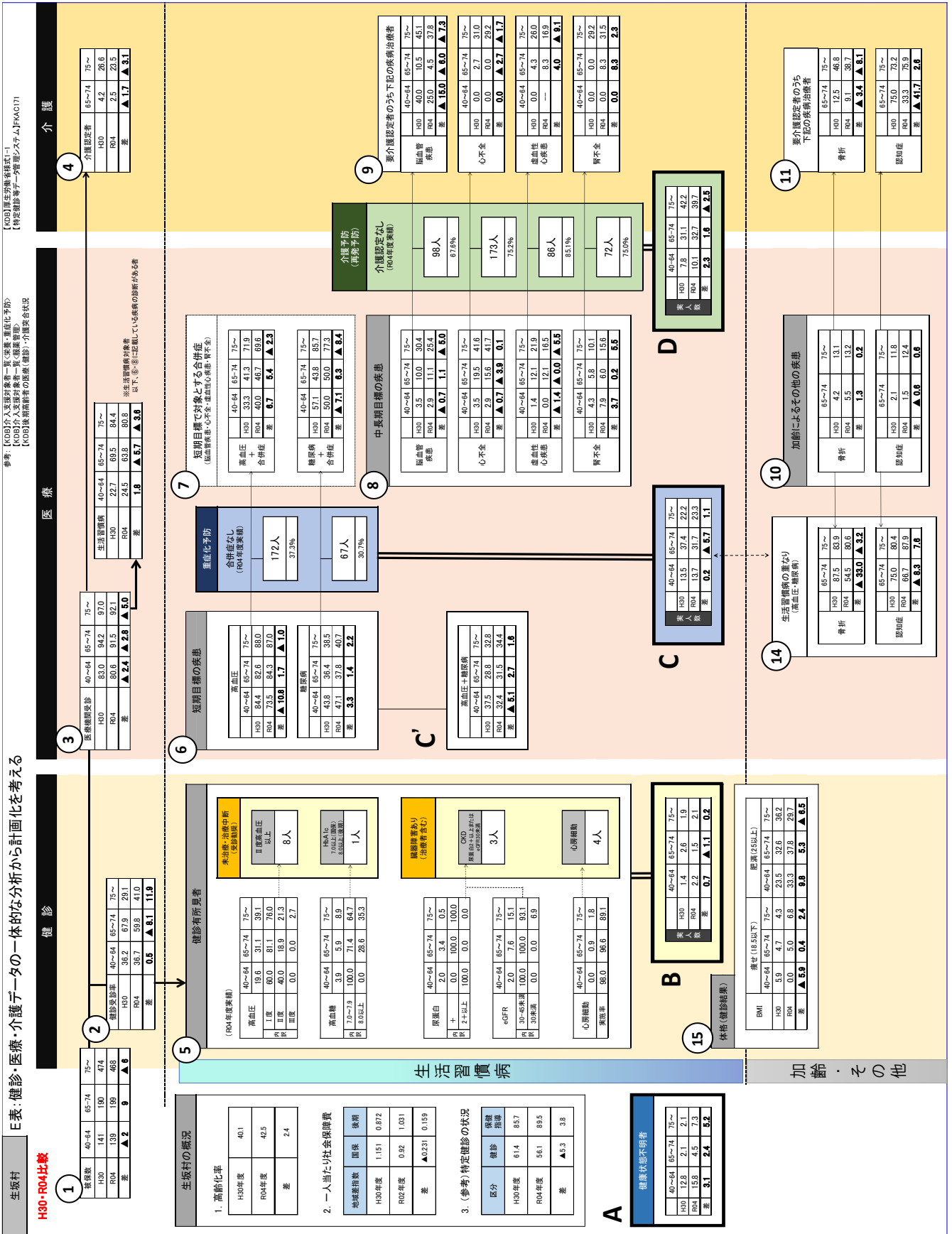
## 参考資料

- 参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた生坂村の位置
- 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10 共通評価指標及び共通情報データ一覧



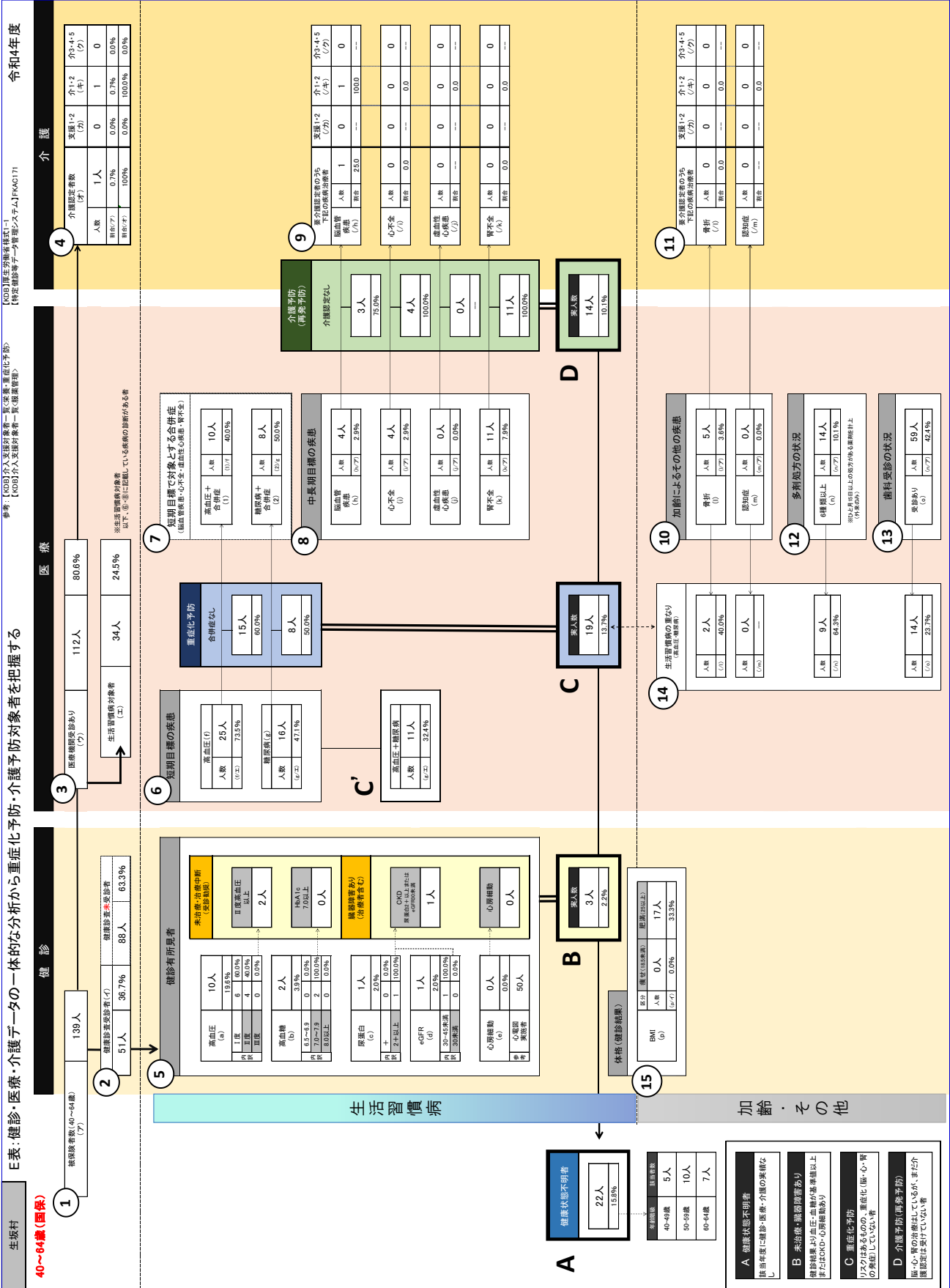


参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析



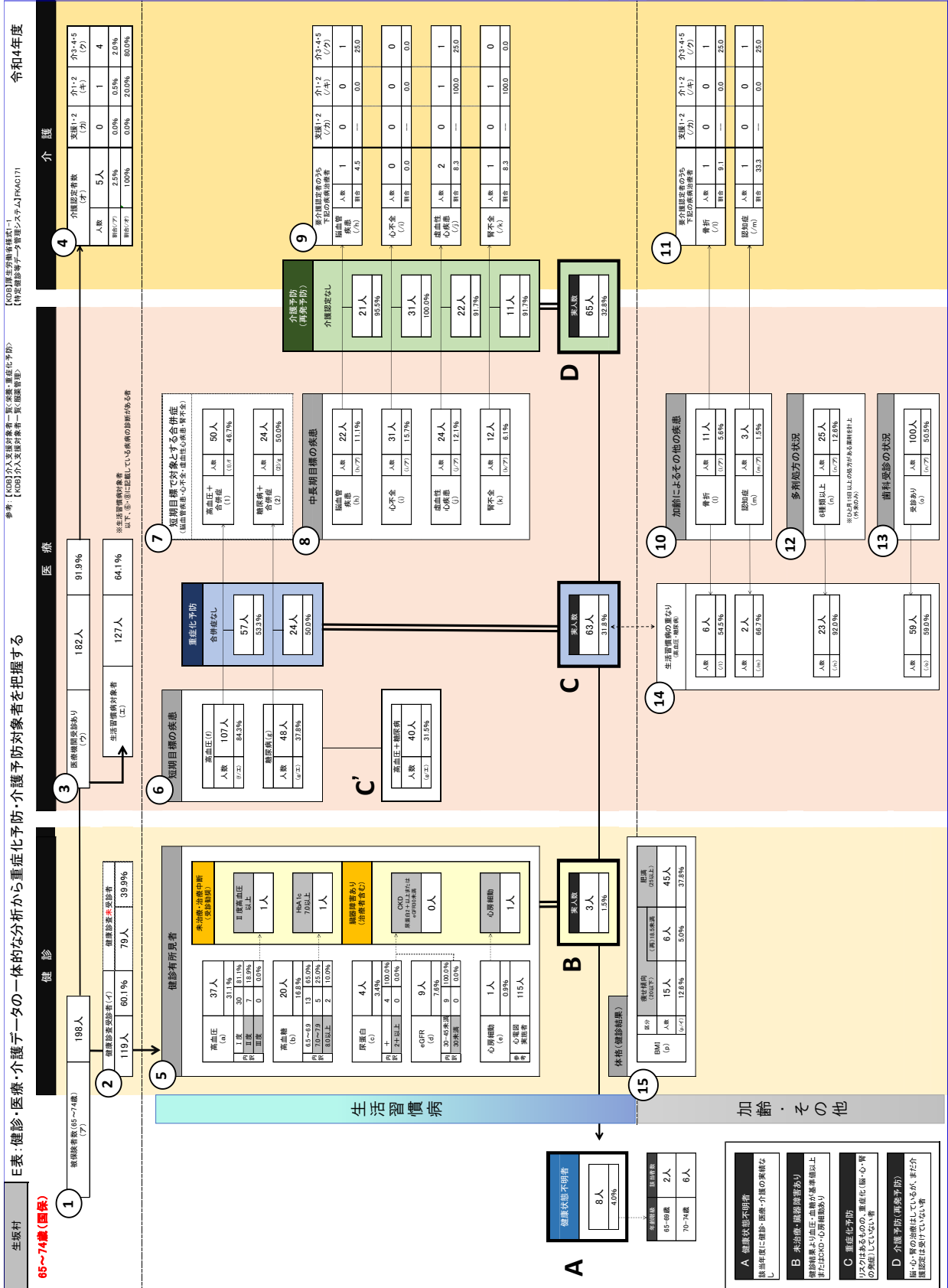
①40～64歳(国保)

E表：健診・医療・介護データの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





## ② 65～74歳(国保)



参考:【COD】介入予防対象者一覧(国保・重慶化予防)  
 【COD】介入予防対象者一覧(国保・重慶化予防)

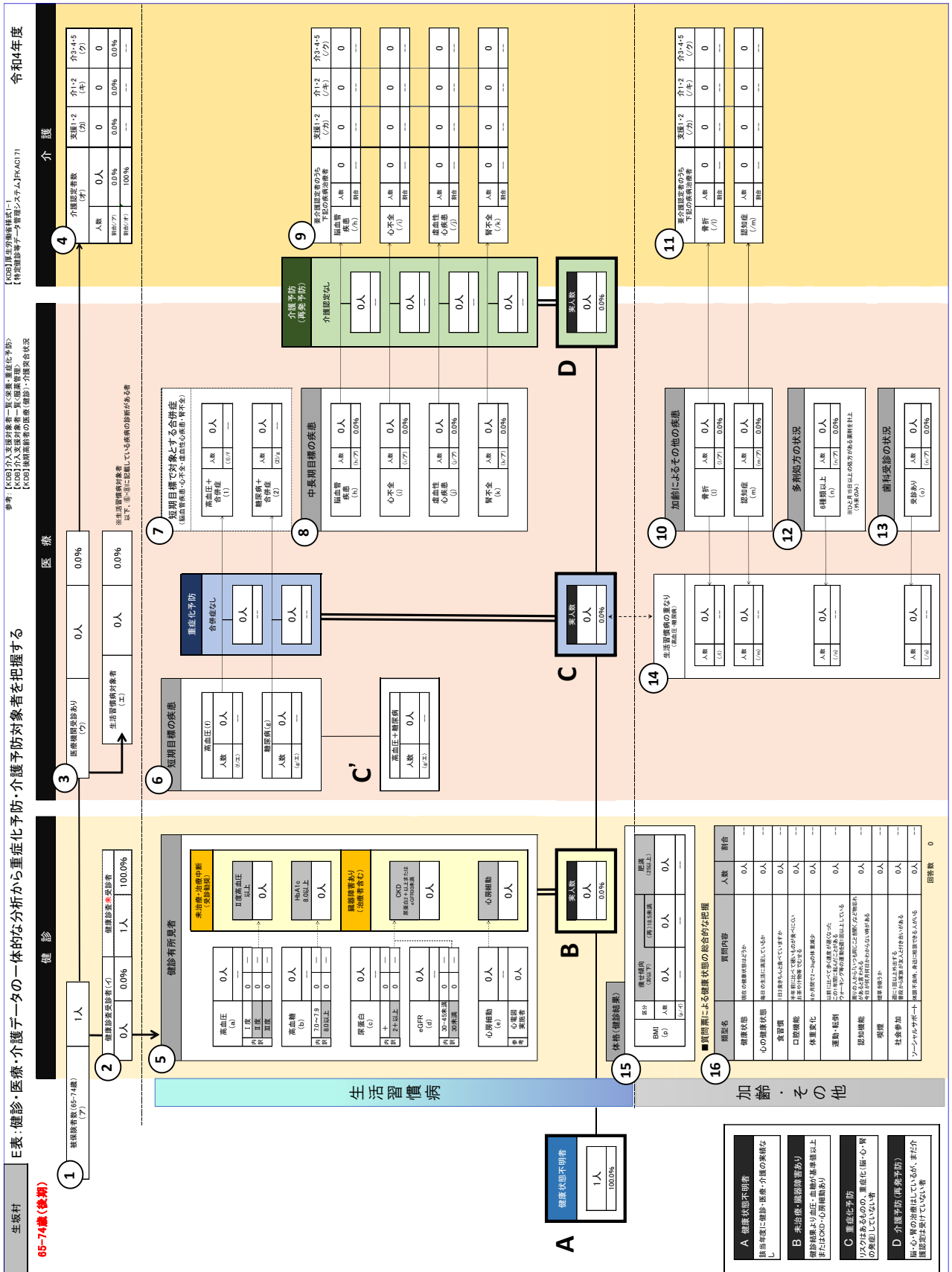
介入  
 4 介入予防(再発予防)

医療  
 3 健康状態不明者(予防)

健診  
 2 健康状態不明者(健診)

加齢・その他  
 A 健康状態不明者  
 B 未治療・医師診察あり  
 C 重症化予防  
 D 介入予防(再発予防)

③65～74歳(後期)

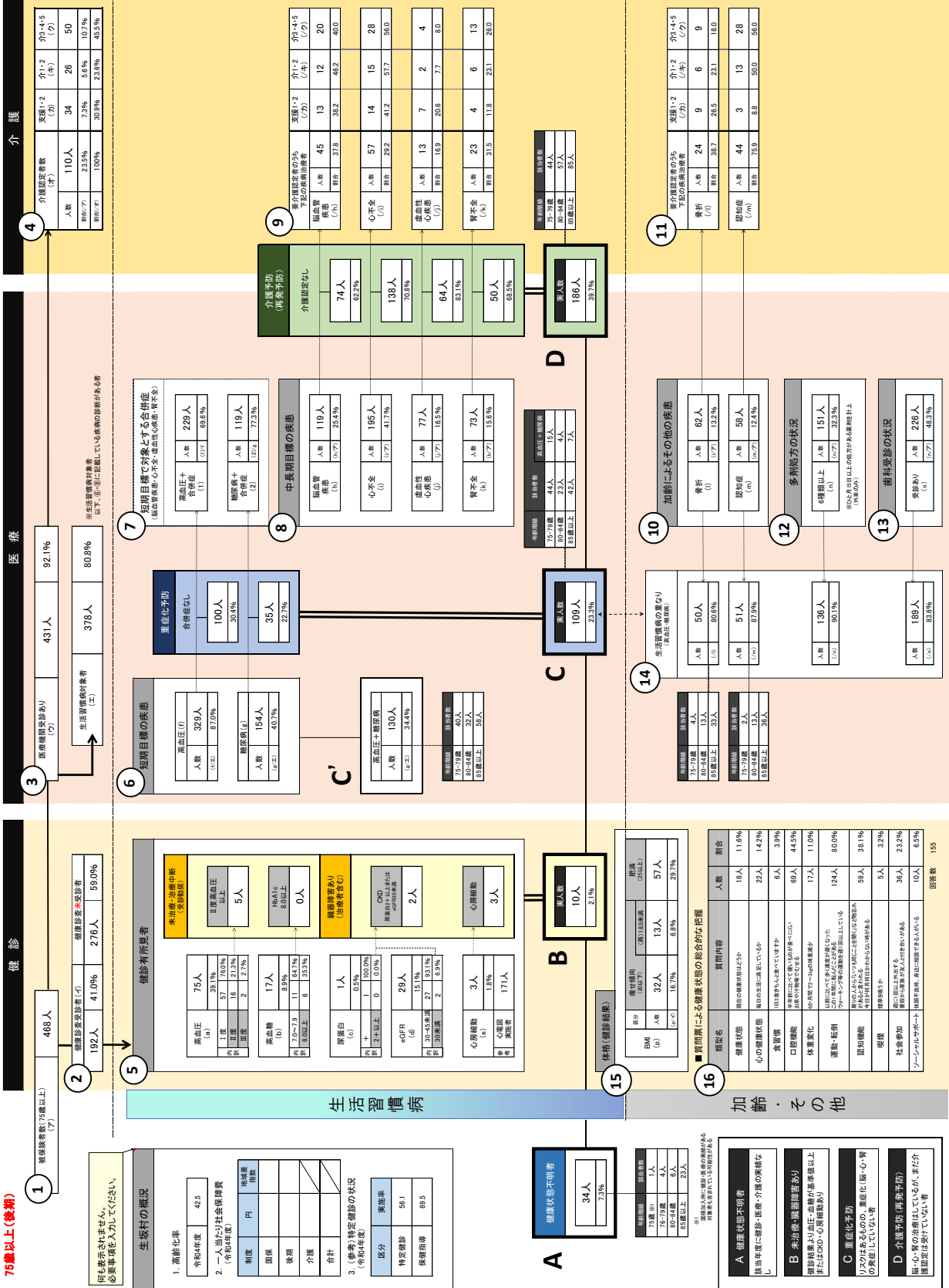


# ④75歳以上(後期)

参考:【09】介護予防対策「重く介護」の実態把握  
【09】後期高齢者の介護予防対策「重く介護」の実態把握

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

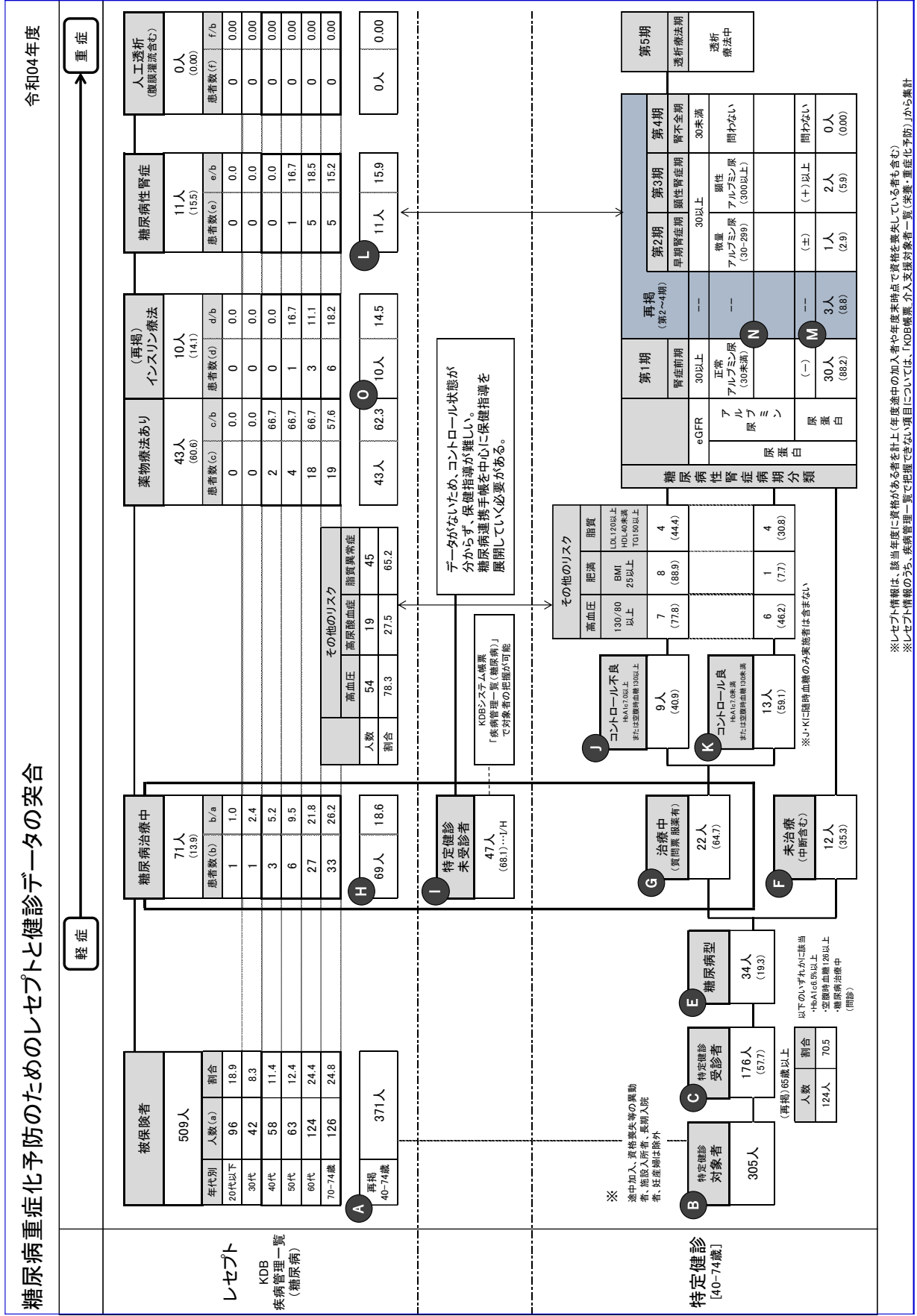
生坂村 75歳以上(後期)



参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	生坂村										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	542人		509人		518人		500人		472人				
	② (再掲)40-74歳		393人		368人		367人		360人		357人				
2	① 特定健診 対象者数	B	332人		326人		317人		319人		305人				
	② 受診者数	C	217人		223人		211人		188人		176人				
	③ 受診率		65.4%		68.4%		66.6%		58.9%		57.7%				
3	① 特定保健指導 対象者数		21人		23人		25人		16人		19人				
	② 実施率		85.7%		73.9%		80.0%		75.0%		89.5%				
4	健診データ	① 糖尿病型	E	33人	15.2%	36人	16.1%	30人	14.2%	31人	16.5%	34人	19.3%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	9人	27.3%	11人	30.6%	8人	26.7%	8人	25.8%	12人	35.3%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	24人	72.7%	25人	69.4%	22人	73.3%	23人	74.2%	22人	64.7%		
		④ コントロール不良	J	10人 41.7%		10人 40.0%		10人 45.5%		10人 43.5%		9人 40.9%			
		⑤ 血圧 130/80以上		5人 50.0%		6人 60.0%		7人 70.0%		6人 60.0%		7人 77.8%			
		⑥ 肥満 BMI25以上		7人 70.0%		6人 60.0%		7人 70.0%		7人 70.0%		8人 88.9%			
		⑦ コントロール良	K	14人	58.3%	15人	60.0%	12人	54.5%	13人	56.5%	13人	59.1%		
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	24人	72.7%	29人	80.6%	23人	76.7%	26人	83.9%	30人	88.2%		
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		4人	12.1%	3人	8.3%	4人	13.3%	2人	6.5%	1人	2.9%		
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		5人	15.2%	2人	5.6%	3人	10.0%	3人	9.7%	2人	5.9%		
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)	88.6人		100.2人		84.9人		82.0人		93.2人				
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)	122.1人		138.6人		119.9人		105.6人		123.2人				
		③ レセプト件数(40-74歳)	290件	(777.5)	318件	(876.0)	301件	(857.5)	293件	(827.7)	314件	(934.5)	136,930件	(893.2)	
		④ 入院外(件数)	1件	(2.7)	2件	(5.5)	1件	(2.8)	2件	(5.6)			658件	(4.3)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	48人	8.9%	51人	10.0%	44人	8.5%	41人	8.2%	44人	9.3%		
		⑥ (再掲)40-74歳		48人	12.2%	51人	13.9%	44人	12.0%	38人	10.6%	44人	12.3%		
		⑦ 健診未受診者	I	24人	50.0%	27人	52.9%	22人	50.0%	15人	39.5%	22人	50.0%		
		⑧ インスリン治療	O	4人	8.3%	4人	7.8%	4人	9.1%	5人	12.2%	3人	6.8%		
		⑨ (再掲)40-74歳		4人	8.3%	4人	7.8%	4人	9.1%	5人	13.2%	3人	6.8%		
		⑩ 糖尿病性腎症	L	9人	18.8%	9人	17.6%	6人	13.6%	5人	12.2%	6人	13.6%		
		⑪ (再掲)40-74歳		9人	18.8%	9人	17.6%	6人	13.6%	5人	13.2%	6人	13.6%		
		⑫ 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)	0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%				
		⑬ (再掲)40-74歳	0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%				
		⑭ 新規透析患者数	0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%				
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症	0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%				
		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)	1人 0.9%		1人 0.9%		1人 1.0%		1人 1.0%						
6	医療費	① 総医療費	1億8747万円		1億7922万円		1億3961万円		1億5637万円		1億4842万円		2億6175万円		
		② 生活習慣病総医療費	1億1723万円		1億1392万円		8431万円		9997万円		8420万円		1億4021万円		
		③ (総医療費に占める割合)	62.5%		63.6%		60.4%		63.9%		56.7%		53.6%		
		④ 生活習慣病対象者一人あたり	3,816円		14,822円		5,188円		7,883円		7,876円		8,820円		
		⑤ 健診未受診者	54,750円		43,422円		42,072円		45,226円		34,595円		40,357円		
		⑥ 糖尿病医療費	932万円		1043万円		950万円		950万円		861万円		1572万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	8.0%		9.2%		11.3%		9.5%		10.2%		11.2%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	1801万円		2041万円		1648万円		1787万円		2271万円				
		⑨ 1件あたり	27,961円		31,305円		28,371円		29,931円		35,986円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費	980万円		793万円		503万円		1424万円		989万円				
		⑪ 1件あたり	891,229円		721,125円		359,461円		791,182円		494,740円				
		⑫ 在院日数	12日		8日		8日		10日		6日				
		⑬ 慢性腎不全医療費	494万円		554万円		446万円		471万円		722万円		957万円		
		⑭ 透析有り	485万円		554万円		446万円		459万円		711万円		862万円		
		⑮ 透析なし	9万円						12万円		11万円		96万円		
7	介護	① 介護給付費	2億5948万円		2億7932万円		2億6860万円		2億7530万円		2億6395万円		3億5514万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症	0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%				
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	0人 0.0%		0人 0.0%		1人 2.7%		0人 0.0%		0人 0.0%		267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



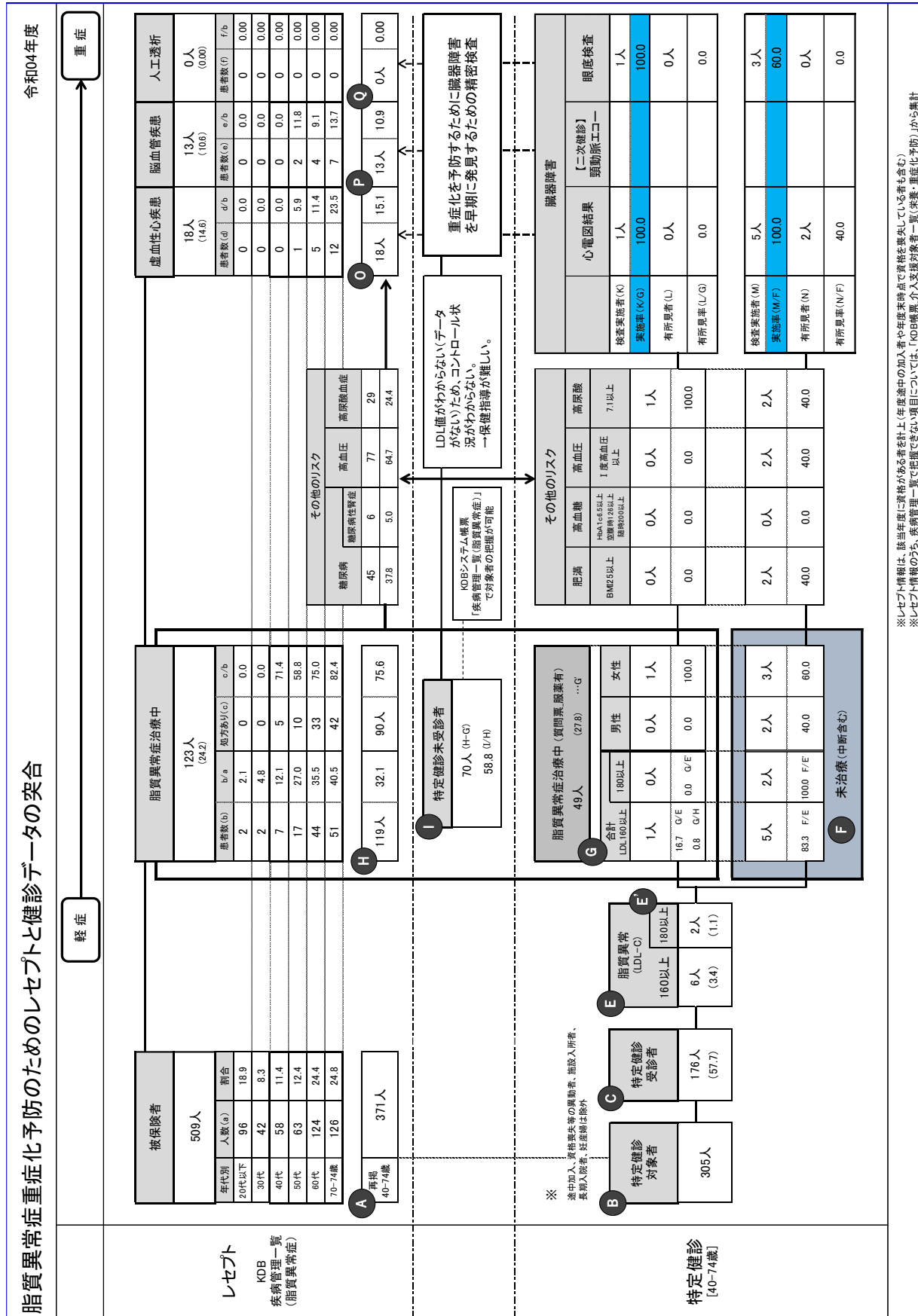
参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を対象し、(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)  
※レセプト情報は、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB検索」介入支援対象者一覧(発症・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			
		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			
		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	202	53	26.2%	90	44.6%	39	19.3%	12	5.9%	5	2.5%	3	1.5%	5	2.5%	2	1.0%						
H30	216	74	34.3%	82	38.0%	38	17.6%	11	5.1%	8	3.7%	3	1.4%	7	3.2%	2	0.9%						
R01	220	64	29.1%	81	36.8%	50	22.7%	12	5.5%	8	3.6%	5	2.3%	9	4.1%	2	0.9%						
R02	207	64	30.9%	87	42.0%	34	16.4%	11	5.3%	6	2.9%	5	2.4%	8	3.9%	1	0.5%						
R03	186	57	30.6%	74	39.8%	30	16.1%	13	7.0%	8	4.3%	4	2.2%	8	4.3%	3	1.6%						
R04	175	42	24.0%	67	38.3%	44	25.1%	13	7.4%	7	4.0%	2	1.1%	5	2.9%	1	0.6%						

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		再掲
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	再掲	
H29	202	53 26.2%	90 44.6%	39 19.3%	20 9.9%	10 50.0%	10 50.0%	4.0%	9.9%	
H30	216	74 34.3%	82 38.0%	38 17.6%	22 10.2%	8 36.4%	14 63.6%	5.1%	10.2%	
R01	220	64 29.1%	81 36.8%	50 22.7%	25 11.4%	11 44.0%	14 56.0%	5.9%	11.4%	
R02	207	64 30.9%	87 42.0%	34 16.4%	22 10.6%	7 31.8%	15 68.2%	5.3%	10.6%	
R03	186	57 30.6%	74 39.8%	30 16.1%	25 13.4%	8 32.0%	17 68.0%	6.5%	13.4%	
R04	175	42 24.0%	67 38.3%	44 25.1%	22 12.6%	10 45.5%	12 54.5%	5.1%	12.6%	

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			
		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			
		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	18	8.9%	2	11.1%	2	11.1%	4	22.2%	3	16.7%	5	27.8%	2	11.1%	4	22.2%	2	11.1%				
	H30	24	11.1%	0	0.0%	3	12.5%	7	29.2%	4	16.7%	7	29.2%	3	12.5%	7	29.2%	2	8.3%				
	R01	25	11.4%	0	0.0%	3	12.0%	8	32.0%	5	20.0%	5	20.0%	4	16.0%	7	28.0%	1	4.0%				
	R02	21	10.1%	0	0.0%	2	9.5%	4	19.0%	6	28.6%	6	28.6%	3	14.3%	6	28.6%	1	4.8%				
	R03	23	12.4%	0	0.0%	2	8.7%	4	17.4%	8	34.8%	6	26.1%	3	13.0%	7	30.4%	2	8.7%				
R04	22	12.6%	1	4.5%	3	13.6%	6	27.3%	4	18.2%	7	31.8%	1	4.5%	4	18.2%	0	0.0%					
治療なし	H29	184	91.1%	51	27.7%	88	47.8%	35	19.0%	9	4.9%	0	0.0%	1	0.5%	1	0.5%	0	0.0%				
	H30	192	88.9%	74	38.5%	79	41.1%	31	16.1%	7	3.6%	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%				
	R01	195	88.6%	64	32.8%	78	40.0%	42	21.5%	7	3.6%	3	1.5%	1	0.5%	2	1.0%	1	0.5%				
	R02	186	89.9%	64	34.4%	85	45.7%	30	16.1%	5	2.7%	0	0.0%	2	1.1%	2	1.1%	0	0.0%				
	R03	163	87.6%	57	35.0%	72	44.2%	26	16.0%	5	3.1%	2	1.2%	1	0.6%	1	0.6%	1	0.6%				
R04	153	87.4%	41	26.8%	64	41.8%	38	24.8%	9	5.9%	0	0.0%	1	0.7%	1	0.7%	1	0.7%					



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	204	40	19.6%	24	11.8%	76	37.3%	53	26.0%	9	4.4%	2	1.0%
H30	217	56	25.8%	32	14.7%	67	30.9%	55	25.3%	6	2.8%	1	0.5%
R01	223	59	26.5%	35	15.7%	75	33.6%	37	16.6%	14	6.3%	3	1.3%
R02	211	58	27.5%	33	15.6%	64	30.3%	42	19.9%	13	6.2%	1	0.5%
R03	188	67	35.6%	29	15.4%	48	25.5%	32	17.0%	11	5.9%	1	0.5%
R04	176	45	25.6%	25	14.2%	58	33.0%	37	21.0%	11	6.3%	0	0.0%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	割合
					再Ⅲ度高血圧	再掲			
						未治療	治療		
H29	204	64 31.4%	76 37.3%	53 26.0%	11 5.4%	2 18.2%	9 81.8%	1.0%	5.4%
H30	217	88 40.6%	67 30.9%	55 25.3%	7 3.2%	5 71.4%	2 28.6%	0.5%	3.2%
R01	223	94 42.2%	75 33.6%	37 16.6%	17 7.6%	8 47.1%	9 52.9%	1.3%	7.6%
R02	211	91 43.1%	64 30.3%	42 19.9%	14 6.6%	7 50.0%	7 50.0%	0.5%	6.6%
R03	188	96 51.1%	48 25.5%	32 17.0%	12 6.4%	6 50.0%	6 50.0%	0.5%	6.4%
R04	176	70 39.8%	58 33.0%	37 21.0%	11 6.3%	3 27.3%	8 72.7%	0.0%	6.3%

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	85	41.7%	4	4.7%	9	10.6%	35	41.2%	28	32.9%	7	8.2%	2	2.4%
	H30	85	39.2%	14	16.5%	15	17.6%	25	29.4%	29	34.1%	2	2.4%	0	0.0%
	R01	84	37.7%	10	11.9%	12	14.3%	30	35.7%	23	27.4%	8	9.5%	1	1.2%
	R02	89	42.2%	13	14.6%	17	19.1%	28	31.5%	24	27.0%	7	7.9%	0	0.0%
	R03	87	46.3%	17	19.5%	14	16.1%	31	35.6%	19	21.8%	6	6.9%	0	0.0%
治療なし	H29	78	44.3%	9	11.5%	11	14.1%	27	34.6%	23	29.5%	8	10.3%	0	0.0%
	H30	119	58.3%	36	30.3%	15	12.6%	41	34.5%	25	21.0%	2	1.7%	0	0.0%
	H30	132	60.8%	42	31.8%	17	12.9%	42	31.8%	26	19.7%	4	3.0%	1	0.8%
	R01	139	62.3%	49	35.3%	23	16.5%	45	32.4%	14	10.1%	6	4.3%	2	1.4%
	R02	122	57.8%	45	36.9%	16	13.1%	36	29.5%	18	14.8%	6	4.9%	1	0.8%
R03	101	53.7%	50	49.5%	15	14.9%	17	16.8%	13	12.9%	5	5.0%	1	1.0%	
R04	98	55.7%	36	36.7%	14	14.3%	31	31.6%	14	14.3%	3	3.1%	0	0.0%	

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	206	118	57.3%	50	24.3%	26	12.6%	9	4.4%	3	1.5%
	H30	217	120	55.3%	54	24.9%	26	12.0%	11	5.1%	6	2.8%
	R01	222	130	58.6%	46	20.7%	31	14.0%	9	4.1%	6	2.7%
	R02	211	134	63.5%	42	19.9%	19	9.0%	11	5.2%	5	2.4%
	R03	188	106	56.4%	45	23.9%	25	13.3%	9	4.8%	3	1.6%
男性	R04	176	111	63.1%	35	19.9%	24	13.6%	4	2.3%	2	1.1%
	H29	96	65	67.7%	20	20.8%	10	10.4%	1	1.0%	0	0.0%
	H30	107	64	59.8%	21	19.6%	15	14.0%	5	4.7%	2	1.9%
	R01	105	65	61.9%	22	21.0%	13	12.4%	5	4.8%	0	0.0%
	R02	103	68	66.0%	15	14.6%	10	9.7%	5	4.9%	5	4.9%
女性	R03	88	48	54.5%	21	23.9%	12	13.6%	6	6.8%	1	1.1%
	R04	80	51	63.8%	15	18.8%	12	15.0%	1	1.3%	1	1.3%
	H29	110	53	48.2%	30	27.3%	16	14.5%	8	7.3%	3	2.7%
	H30	110	56	50.9%	33	30.0%	11	10.0%	6	5.5%	4	3.6%
	R01	117	65	55.6%	24	20.5%	18	15.4%	4	3.4%	6	5.1%
R02	108	66	61.1%	27	25.0%	9	8.3%	6	5.6%	0	0.0%	
R03	100	58	58.0%	24	24.0%	13	13.0%	3	3.0%	2	2.0%	
R04	96	60	62.5%	20	20.8%	12	12.5%	3	3.1%	1	1.0%	

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

重症化しやすい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	再掲	再掲
					再)180以上	未治療	治療			
H29	206	118 57.3%	50 24.3%	26 12.6%	12	9	3	5.8%	75.0%	25.0%
					3	3	0			
H30	217	120 55.3%	54 24.9%	26 12.0%	17	16	1	7.8%	94.1%	5.9%
					6	5	1			
R01	222	130 58.6%	46 20.7%	31 14.0%	15	10	5	6.8%	66.7%	33.3%
					6	3	3			
R02	211	134 63.5%	42 19.9%	19 9.0%	16	15	1	7.6%	93.8%	6.3%
					5	4	1			
R03	188	106 56.4%	45 23.9%	25 13.3%	12	11	1	6.4%	91.7%	8.3%
					3	3	0			
R04	176	111 63.1%	35 19.9%	24 13.6%	6	5	1	3.4%	83.3%	16.7%
					2	2	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	62	30.1%	44	71.0%	10	16.1%	5	8.1%	3	4.8%	0	0.0%
	H30	61	28.1%	49	80.3%	8	13.1%	3	4.9%	0	0.0%	1	1.6%
	R01	59	26.6%	41	69.5%	10	16.9%	3	5.1%	2	3.4%	3	5.1%
	R02	56	26.5%	45	80.4%	8	14.3%	2	3.6%	0	0.0%	1	1.8%
	R03	45	23.9%	31	68.9%	9	20.0%	4	8.9%	1	2.2%	0	0.0%
R04	49	27.8%	36	73.5%	10	20.4%	2	4.1%	1	2.0%	0	0.0%	
治療なし	H29	144	69.9%	74	51.4%	40	27.8%	21	14.6%	6	4.2%	3	2.1%
	H30	156	71.9%	71	45.5%	46	29.5%	23	14.7%	11	7.1%	5	3.2%
	R01	163	73.4%	89	54.6%	36	22.1%	28	17.2%	7	4.3%	3	1.8%
	R02	155	73.5%	89	57.4%	34	21.9%	17	11.0%	11	7.1%	4	2.6%
	R03	143	76.1%	75	52.4%	36	25.2%	21	14.7%	8	5.6%	3	2.1%
R04	127	72.2%	75	59.1%	25	19.7%	22	17.3%	3	2.4%	2	1.6%	

参考資料10 共通評価指標及び共通情報データ一覧

第3期データヘルス計画_共通評価指標及び共通情報データ一覧										生坂村				
項目		自 園 県		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	
				<small>①～⑦：共通情報 ①～⑤：共通評価指標</small>										
①	人口構成	総数		1,754		1,740		1,724		1,705		1,698		
		39歳以下		490	27.9	486	27.9	492	28.5	472	27.7	460	27.1	
		40～64歳		526	30.0	503	28.9	496	28.8	495	29.0	497	29.3	
		65～74歳		282	16.1	286	16.4	292	17.2	292	17.1	292	17.2	
		75歳以上		445	25.4	454	26.1	431	25.0	434	25.5	437	25.7	
		65歳以上（高齢化率）		727	41.4	740	42.5	727	42.2	726	42.6	729	42.9	
		②		122,527	28.7	123,248	29.0	124,010	29.3	124,631	29.6	124,449	29.6	
		園		647,937	30.8	650,867	31.2	654,507	31.6	657,018	31.9	655,194	32.1	
		県		459,992		445,046		438,548		426,859		407,690		
		③	被保険者構成	総被保険者数		510		509		495		475		446
39歳以下				137	26.9	146	28.7	144	29.1	121	25.5	110	24.7	
40～64歳				155	30.4	148	29.1	146	29.5	145	30.5	139	31.2	
65～74歳				218	42.7	215	42.2	205	41.4	209	44.0	197	44.2	
④				44,633		43,368		42,898		41,574		39,666		
園				225,722		218,507		215,590		209,118		200,200		
県				75	28.0	79	29.5	73	28.9	61	24.8	54	24.2	
39歳以下				11,038	24.7	10,561	24.4	10,193	23.8	9,615	23.1	9,222	23.2	
40～64歳				14,350	32.2	14,129	32.6	13,904	32.4	13,643	32.8	13,439	33.9	
65～74歳				110	41.0	113	42.2	106	41.9	107	43.5	96	43.0	
⑤				19,245	43.1	18,678	43.1	18,801	43.8	18,316	44.1	17,005	42.9	
園				100,835	44.7	98,574	45.1	99,255	46.0	97,001	46.4	90,541	45.2	
県				242		241		242		229		223		
総被保険者数				47,166		45,760		45,186		44,079		41,887		
園				234,270		226,539		222,958		217,741		207,490		
県				62	25.6	67	27.8	71	29.3	60	26.2	56	25.1	
39歳以下				10,619	22.5	10,047	22.0	9,704	21.5	9,272	21.0	8,863	21.2	
40～64歳				48,982	20.9	46,653	20.6	44,259	19.9	42,562	19.5	41,200	19.9	
65～74歳		72	29.8	72	29.9	72	29.8	67	29.3	66	29.6			
⑥		14,475	30.7	14,107	30.8	13,708	30.3	13,395	30.4	12,863	30.7			
園		71,962	30.7	68,986	30.5	67,045	30.1	64,911	29.8	62,633	30.2			
県		108	44.6	102	42.3	99	40.9	102	44.5	101	45.3			
39歳以下		22,072	46.8	21,606	47.2	21,774	48.2	21,412	48.6	20,161	48.1			
40～64歳		113,326	48.4	110,900	49.0	111,654	50.1	110,268	50.6	103,657	50.0			
65～74歳		814		817		845		848		815				
⑦		823		825		823		823		829				
園		820		821		825		825		825				
県		93.2		95.4		90.9		89.9		89.0				
39歳以下		88.1		88.0		88.1		88.2		88.3				
40～64歳		87.8		87.8		88.0		87.9		88.3				
65～74歳		79.8		80.1		82.2		82.5		79.9				
⑧		80.6		80.8		80.7		80.8		81.3				
園		80.6		80.7		81.0		81.1		81.1				
県		88.9		89.9		85.7		85.3		85.1				
39歳以下		84.7		84.7		84.8		84.9		85.2				
40～64歳		84.6		84.7		84.9		84.9		85.2				
65～74歳		2	6.9	4	12.1	3	8.8	5	20.0	3	16.7			
⑨		721	15.1	665	13.6	665	13.8	686	14.2	804	15.1			
園		3,968	15.6	3,886	14.9	3,679	14.5	3,725	14.3	4,242	14.9			
県		6	20.7	1	3.0	3	8.8	2	8.0	2	11.1			
39歳以下		414	8.7	453	9.3	424	8.8	439	9.1	460	8.6			
40～64歳		2,405	9.5	2,457	9.4	2,307	9.1	2,300	8.8	2,365	8.3			
65～74歳		0	0.0	1	3.0	1	2.9	0	0.0	1	5.6			
⑩		89	1.9	63	1.3	65	1.4	73	1.5	74	1.4			
園		402	1.6	390	1.5	375	1.5	426	1.6	475	1.7			
県		93.4		93.4		93.4		93.4		93.4				
39歳以下		89.9		89.9		89.9		89.9		89.9				
40～64歳		90.5	H25-	90.5	H25-	90.5	H25-	90.5	H25-	90.5	H25-			
65～74歳		87.0	H29	87.0	H29	87.0	H29	87.0	H29	87.0	H29			
園		92.0		92.0		92.0		92.0		92.0				
県		93.8		93.8		93.8		93.8		93.8				

⑧	特定健診受診率	総数	自	203	61.1	212	65.0	203	64.0	179	56.1	171	56.1		
			国	29,778	46.2	27,859	44.8	23,516	37.9	26,127	43.4	25,139	44.2	25,139	44.2
			県	153,815	46.9	148,217	46.8	130,662	41.5	138,936	45.3	135,020	46.5	135,020	46.5
			割合	99	58.2	99	60.4	97	59.5	84	50.6	78	51.7	78	51.7
⑧	男性	総数	自	12,838	41.5	12,046	40.3	10,046	33.8	11,284	39.0	10,831	39.7		
			県	67,965	42.8	65,674	42.8	57,988	38.0	61,791	41.5	60,245	42.8		
		年代別割合	自	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59
			県	36.4	35.3	28.6	27.1	50.0	20.9	36.4	30.8	55.0	35.7	25.0	25.0
⑧	女性	総数	自	104	64.2	113	69.8	106	68.8	95	62.1	93	60.4		
			国	16,940	50.6	15,813	48.9	13,470	41.8	14,843	47.5	14,309	48.5		
		県	85,850	50.8	82,543	50.6	72,674	44.8	77,145	48.8	74,775	50.1			
		割合	33.3	50.0	75.0	40.0	37.5	70.0	66.7	53.8	45.5	64.3	66.7	50.0	
⑨	BMI	総数	自	62	30.4	60	27.6	67	32.8	62	34.4	62	36.3		
			国	7,392	24.8	6,938	24.9	6,220	26.4	6,587	26.0	6,390	25.4		
			県	37,068	24.1	36,102	24.3	33,318	25.5	35,265	25.6	33,919	25.1		
			割合	33	33.0	32	31.1	39	39.8	34	40.0	35	44.9		
⑨	腹囲	総数	自	3,965	30.9	3,742	31.0	3,300	32.8	3,587	32.9	3,509	32.3		
			国	20,032	29.4	19,626	29.8	18,159	31.3	19,395	31.6	18,758	31.1		
			県	29	27.9	28	24.6	28	26.4	28	29.5	27	29.0		
			割合	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代
⑨	中性脂肪	総数	自	62	62.0	58	56.3	60	61.2	52	61.2	53	67.9		
			国	6,434	50.1	6,106	50.6	5,390	53.6	5,790	53.1	5,576	51.4		
			県	33,571	49.3	32,829	49.9	30,085	51.8	31,997	52.2	31,065	51.5		
			割合	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代
⑨	HbA1c	総数	自	137	67.2	151	69.6	139	68.1	124	68.9	129	75.4		
			国	17,768	59.6	16,431	58.9	13,644	58.0	13,781	58.0	13,385	53.1		
			県	99,520	64.6	93,233	62.8	83,033	63.5	80,152	58.1	79,779	59.0		
			割合	62	62.0	70	68.0	66	67.3	57	67.1	57	73.1		

特定健診・特定保健指導

⑨ 各種検査項目の有所見率

検査項目	性別	年齢別	自 園 県	40代				50代				60代				70代			
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
空腹時血糖	総数	人数	自	17	8.3		28	12.9		32	15.7		29	16.1		25	14.6		
			県	6,315	21.2		6,447	23.1		5,833	24.8		6,073	23.9		6,099	24.2		
		割合	37,802	24.5		37,688	25.4		33,240	25.4		35,779	25.9		33,908	25.1			
		総数		11	11.0		13	12.6		22	22.4		17	20.0		17	21.8		
	男性	人数	自	3,517	27.4		3,572	29.6		3,154	31.4		3,275	30.0		3,334	30.7		
			県	21,379	31.4		21,279	32.3		18,553	32.0		19,946	32.5		19,163	31.8		
	割合	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代		
	女性	人数	自	6	5.8		15	13.2		10	9.4		12	12.6		8	8.6		
			県	2,798	16.5		2,875	18.2		2,679	19.9		2,798	19.3		2,765	19.3		
	割合	16,423	19.1		16,409	19.9		14,687	20.2		15,833	20.7		14,745	19.7				
	収縮期血圧	総数	人数	自	102	50.0		97	44.7		95	46.6		65	36.1		79	46.2	
				県	12,690	42.6		11,642	41.7		10,698	45.5		11,682	46.0		11,085	44.0	
割合			64,697	42.0		62,256	41.9		60,044	45.9		61,858	44.8		59,258	43.8			
総数				52	52.0		51	49.5		49	50.0		34	40.0		38	48.7		
男性		人数	自	5,845	45.5		5,418	44.9		4,907	48.8		5,359	49.1		4,990	46.0		
			県	30,585	44.9		29,477	44.8		28,235	48.6		28,865	47.1		27,423	45.4		
割合		40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代		
女性		人数	自	50	48.1		46	40.4		46	43.4		31	32.6		41	44.1		
			県	6,845	40.4		6,224	39.3		5,791	43.0		6,323	43.7		6,095	42.5		
割合		34,112	39.7		32,779	39.7		31,809	43.7		32,993	43.0		31,835	42.5				
拡張期血圧		総数	人数	自	51	25.0		56	25.8		55	27.0		34	18.9		45	26.3	
				県	5,720	19.2		5,380	19.3		4,733	20.1		5,609	22.1		5,319	21.1	
			割合	30,845	20.0		30,073	20.3		28,885	22.1		30,841	22.4		29,971	22.2		
			総数		31	31.0		31	30.1		30	30.6		16	18.8		24	30.8	
		男性	人数	自	3,135	24.4		2,890	24.0		2,535	25.2		2,967	27.2		2,824	26.0	
				県	17,172	25.2		16,704	25.4		15,740	27.1		16,752	27.3		16,275	27.0	
		割合	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	
		女性	人数	自	20	19.2		25	21.9		25	23.6		18	20.0		21	22.6	
				県	2,585	15.3		2,490	15.7		2,198	16.3		2,642	18.2		2,495	17.4	
		割合	13,673	15.9		13,369	16.2		13,145	18.1		14,089	18.4		13,696	18.3			
	HDL コレステロール	総数	人数	自	11	5.4		11	5.1		13	6.4		14	7.8		13	7.6	
				県	1,601	5.4		1,353	4.9		1,220	5.2		1,161	4.6		1,099	4.4	
			割合	7,318	4.7		6,803	4.6		5,919	4.5		6,306	4.6		5,903	4.4		
			総数		9	9.0		8	7.8		11	11.2		12	14.1		10	12.8	
		男性	人数	自	1,225	9.5		1,060	8.8		943	9.4		928	8.5		865	8.0	
				県	5,780	8.5		5,357	8.1		4,683	8.1		5,066	8.3		4,695	7.8	
		割合	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	
		女性	人数	自	2	1.9		3	2.6		2	1.9		2	2.1		3	3.2	
				県	376	2.2		293	1.9		277	2.1		233	1.6		234	1.6	
		割合	1,538	1.8		1,446	1.7		1,236	1.7		1,240	1.6		1,208	1.6			
LDL コレステロール		総数	人数	自	90	44.1		89	41.0		74	36.3		78	43.3		64	37.4	
				県	15,423	51.8		14,607	52.4		11,894	50.6		13,448	53.0		12,654	50.2	
	割合		81,284	52.8		80,082	53.9		69,031	52.8		72,888	52.8		67,725	50.1			
	総数			40	40.0		39	37.9		32	32.7		37	43.5		28	38.9		
	男性	人数	自	5,940	46.2		5,642	46.8		4,475	44.5		5,205	47.7		4,885	45.0		
			県	32,467	47.7		32,260	49.0		27,735	47.8		29,622	48.3		27,426	45.5		
	割合	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代	40代	50代	60代	70代		
	女性	人数	自	50	48.1		50	43.9		42	39.6		41	43.2		36	38.7		
			県	9,483	56.0		8,965	56.6		7,419	55.1		8,243	56.9		7,769	54.2		
	割合	48,817	56.8		47,822	57.9		41,296	56.8		43,266	56.4		40,299	53.8				

特定健診・特定保健指導

⑩	喫煙の状況	総数	自	24	11.8	30	13.8	30	14.7	27	15.0	26	15.2			
			県	3,492	11.7	3,248	11.7	2,463	10.5	2,836	11.2	2,812	11.2			
			県	18,504	12.0	17,539	11.8	14,465	11.1	15,686	11.4	15,594	11.5			
		男性	総数	19	19.0	23	22.3	24	24.5	21	24.7	21	26.9			
			総数割合	2,750	21.4	2,590	21.5	1,965	19.5	2,243	20.6	2,219	20.4			
		女性	総数	5	4.8	7	6.1	6	5.7	6	6.3	5	5.4			
	総数割合		742	4.4	658	4.2	498	3.7	593	4.1	593	4.1				
	⑪	毎日常飲酒	総数	自	42	30.4	35	25.9	34	24.1	33	27.0	36	31.6		
				県	6,567	25.1	6,183	25.5	5,138	24.8	5,747	25.0	5,638	24.9		
				県	34,052	23.9	32,791	23.9	29,012	24.0	30,846	24.0	30,416	24.1		
			男性	総数	31	48.4	27	47.4	25	40.3	24	44.4	24	49.0		
				総数割合	4,975	44.6	4,609	44.5	3,833	44.0	4,244	43.3	4,095	42.5		
女性			総数	11	14.9	8	10.3	9	11.4	9	13.2	12	18.5			
		総数割合	1,592	10.6	1,574	11.3	1,305	10.8	1,503	11.4	1,543	11.9				
⑫		3合以上飲酒	総数	自	1	1.1	2	2.4	1	1.0	0	0.0	1	1.6		
				県	351	2.1	375	2.4	251	2.0	302	2.1	309	2.2		
				県	2,239	2.9	2,200	2.9	1,560	2.4	1,946	2.8	2,041	3.0		
			男性	総数	1	1.9	2	4.4	1	2.0	0	0.0	1	2.9		
				総数割合	296	3.4	309	3.8	210	3.1	251	3.3	259	3.5		
	女性		総数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
		総数割合	55	0.7	66	0.9	41	0.7	51	0.8	50	0.7				
	⑬	特定保健指導実施率	総数	自	18	85.7	17	73.9	20	80.0	12	75.0	17	89.5		
				県	1,546	49.3	1,457	51.2	1,309	53.6	1,433	51.5	1,371	53.7		
				県	9,572	58.0	9,333	60.2	8,299	60.8	8,701	59.2	8,278	61.0		
			男性	総数	13	81.3	9	64.3	11	68.8	7	63.6	10	90.9		
				総数割合	1,002	46.8	931	48.8	801	49.7	904	48.4	882	51.2		
女性			総数	5	10.0	8	88.9	9	100.0	5	100.0	7	87.5			
		総数割合	544	54.6	526	56.0	508	61.1	529	57.8	489	58.8				
⑭		特定保健指導対象者の減少率	総数	自	3	15	20.0	4	19	21.1	3	22	13.6	5	14	35.7
				県	509	2929	17.4	539	2837	19.0	347	2656	13.1	440	2219	19.8
				県	2845	15316	18.6	2901	15063	19.3	2167	14455	15.0	2384	12479	19.1
			男性	総数	2	11	18.2	3	14	21.4	1	12	8.3	1	14	7.1
				総数割合	329	1972	16.7	348	1942	17.9	227	1777	12.8	265	1453	18.2
	女性		総数	1	4	25.0	1	5	20.0	2	9	22.2	2	8	25.0	
		総数割合	180	957	18.8	191	895	21.3	120	879	13.7	175	766	22.8		



医療費分析	⑭	高額レセプト (80万円以上) の状況	総数 (80万円以上)	件数	自 圏 県	34 5,126 24,181	26 5,216 24,591	13 5,268 25,200	26 5,549 26,285	18 5,455 25,721					
				医療費	自 圏 県	46,873,060 7,138,018,470 33,954,886,410	36,573,940 7,248,350,610 34,564,456,280	17,042,360 7,377,384,190 35,604,208,850	29,823,460 7,967,502,140 37,631,701,530	24,217,700 8,093,001,500 37,243,674,620					
					脳血管疾患 患主病	件数	自 圏 県	1 458 2,086	0 406 1,834	0 452 2,081	1 421 2,057	2 393 1,873			
				医療費	自 圏 県	1,986,360 619,943,290 2,858,398,130	4.2 8.7 8.4	0 542,377,470 2,499,410,590	0.0 7.5 7.2	0 593,638,150 2,870,803,480	0.0 8.0 8.1	1,009,790 582,279,150 2,803,895,410	3.4 7.3 7.5	2,253,290 539,596,660 2,594,901,810	9.3 6.7 7.0
					虚血性心疾患 患主病	件数	自 圏 県	2 198 927	0 186 873	1 191 858	3 189 879	1 163 679			
				医療費	自 圏 県	4,027,780 322,082,380 1,452,581,430	8.6 4.5 4.3	0 295,699,140 1,382,356,090	0.0 4.1 4.0	1,104,390 311,819,250 1,310,254,350	6.5 4.2 3.7	3,034,190 318,441,240 1,408,264,760	10.2 4.0 3.7	801,940 285,899,490 1,087,558,190	3.3 3.5 2.9
			人工透析レセプト 件数		自 圏 県	13 4,900 19,481	15 4,923 19,622	12 4,854 19,584	12 5,017 20,126	15 4,841 19,932					
			人工透析者の 医療費	人工透析医療費 (総医療費に占める割合)	自 圏 県	4,846,830 2,245,780,480 8,983,777,250	2.6 7.4 6.1	5,535,710 2,290,429,110 9,127,070,260	3.1 7.6 6.3	4,463,290 2,235,552,460 9,134,925,170	3.2 7.7 6.5	4,593,010 2,324,918,230 9,312,272,630	2.9 7.7 6.4	7,109,290 2,247,030,970 8,983,026,350	4.8 7.5 6.3
					1号認定認定率	自 圏 県	20.5 19.0 18.0	19.7 19.4 18.2	18.8 19.4 18.2	18.7 19.4 18.2	19.1 18.5 17.7				
			介護	⑯	要介護(要支援) 認定率	2号認定認定率	自 圏 県	0.6 0.3 0.3	0.4 0.3 0.3	0.2 0.3 0.3	0.2 0.3 0.3	0.2 0.3 0.3			
						給付費総額	自 圏 県	259,482,085 34,492,976,737 179,048,179,364	279,318,761 35,140,276,187 182,286,417,449	268,595,071 35,608,324,724 185,738,106,292	275,303,537 35,618,216,520 187,274,951,627	263,949,394 35,572,025,141 186,555,887,417			
			⑰	介護給付費	一件当たり給付費	自 圏 県	60,655 57,726 62,215	65,537 58,084 62,530	68,189 58,411 63,476	73,591 57,805 63,158	73,421 57,440 62,434				