

南箕輪村国民健康保険 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

南箕輪村国民健康保険

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期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……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. 個人情報の保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業40

1. 保健事業の方向性
2. 重症化予防の取組み
 - 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) 虚血性心疾患重症化予防
 - 4) 脳血管疾患重症化予防
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
4. 発症予防
5. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し69

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い70

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料71

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・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^{※6})を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取組み、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は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少としている。(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。

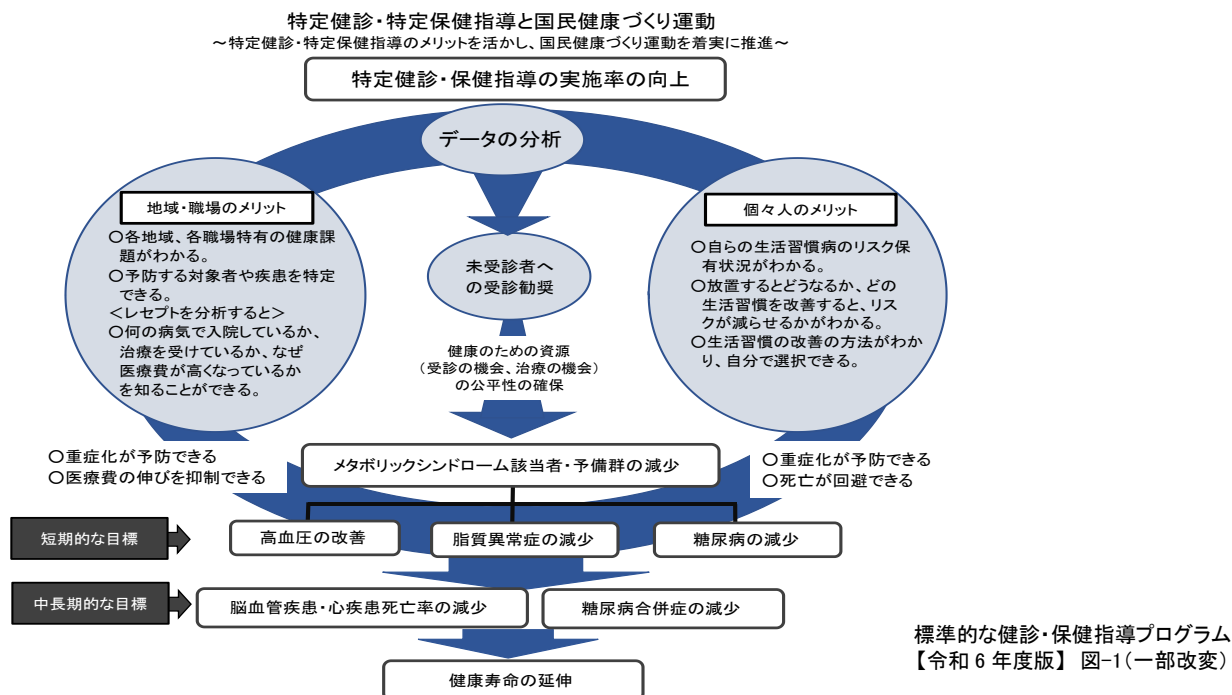
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

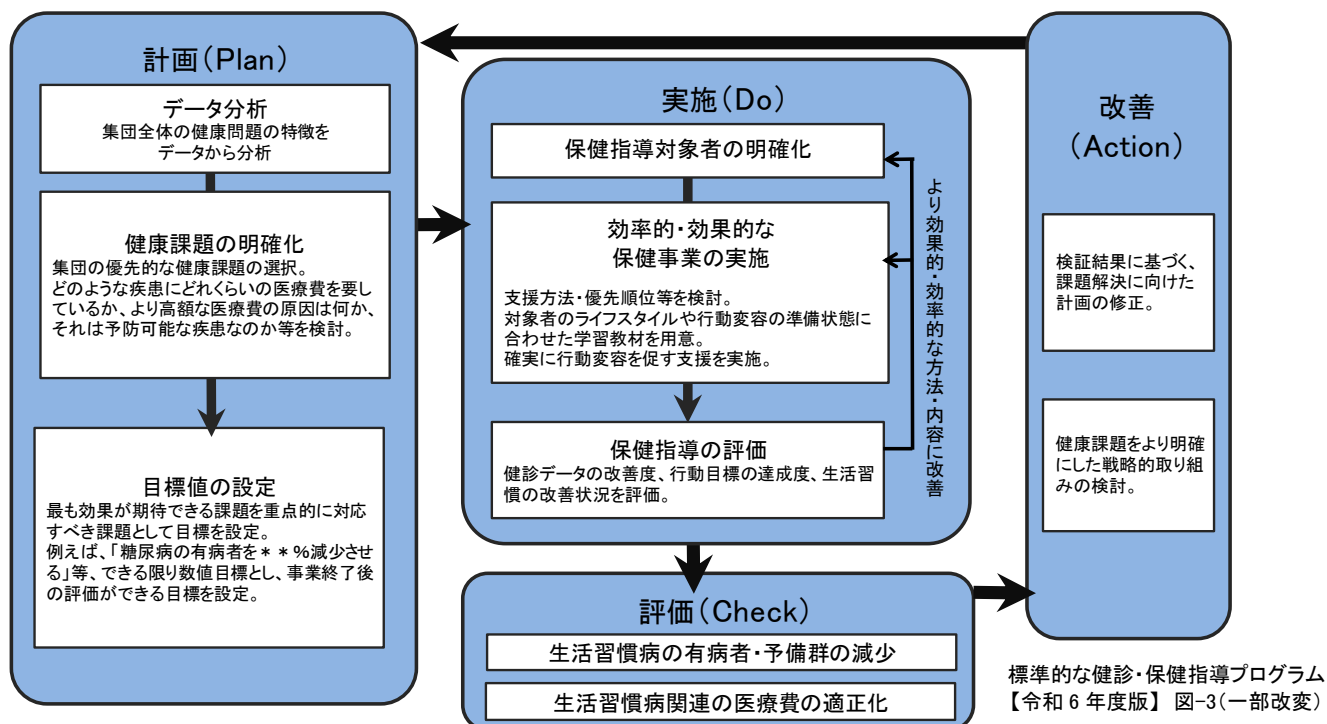
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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、育壮年期、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育壮年期・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(※) ※初期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



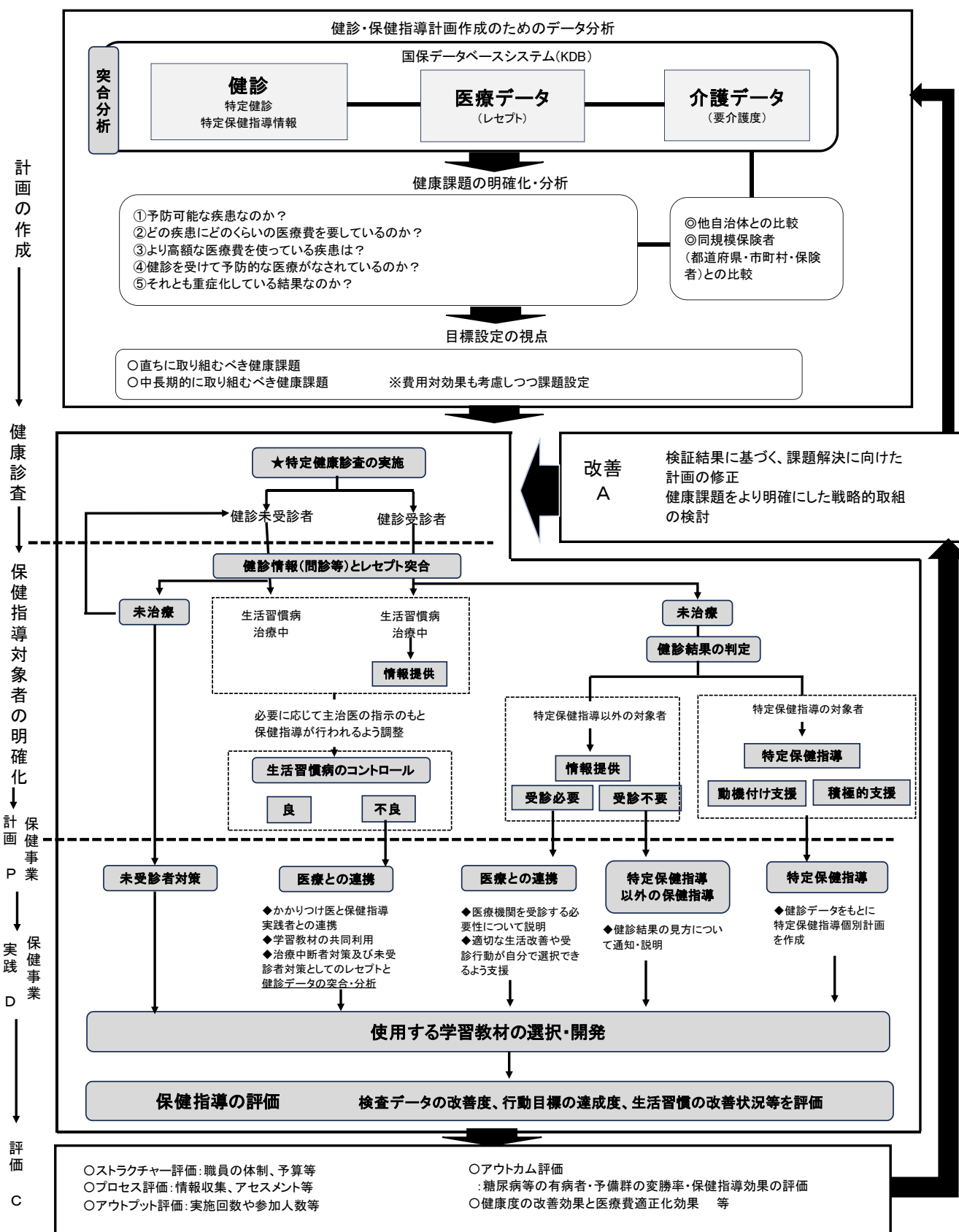
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

図表4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



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

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

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

データヘルス計画の期間については、国指針第5の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険保健事業の実施計画(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1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

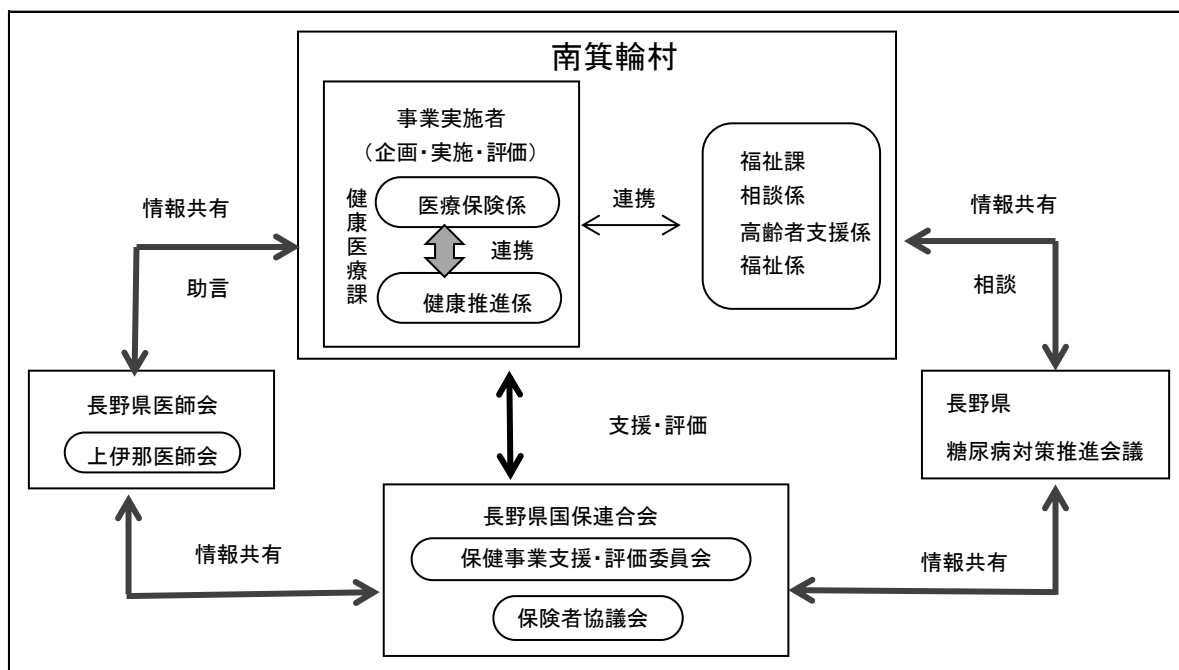
1) 市町村国保の役割

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、健康医療課医療保険係が主体となり、特に健康推進係と連携し、南箕輪村一体となって計画を策定します。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっており、福祉課相談係、高齢者支援係、福祉係とも十分連携をしていきます。

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

図表6 南箕輪村の実施体制図



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

◎…主担当 ○…副担当 ☆…フォロー

	保 (相談 係長)	保 (健康推 進係長)	保	保	保	管栄	事 (医療保 険係長)	事 (国保)	事 (後期)
国保		☆	○	◎			☆	◎	○
後期	☆		◎	○			☆	○	◎
保健指導	○	○	○	○	○	◎			
がん検診			○	○	◎				
精神保健	○	○	○	○	○				

2) 関係機関との連携

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

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である長野県のほか、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、薬剤師会、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。特に市町村国保の保険者機能の強化については、県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、長野県の関与が更に重要となります。

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

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。

5. 保険者努力支援制度

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

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押ししています(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、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また、県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当しており、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っているため、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	
			南箕輪村	配点	南箕輪村	配点	南箕輪村	配点
交付額(万円)			6,302		6,275		6,606	
全国順位(1,741市町村中)			557位		509位		405位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	85	70	75	70	80	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシフト・ルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	20	40	30	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	60	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	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	80	130	110	130	110	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	0	100	25	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	20	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	5	30	35	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	33	40	36	50	33	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	83	95	72	100	78	100
合計点			616	1,000	628	960	636	940

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本村は、令和2年度国勢調査時に、人口約 1.5 万人、高齢化率は 23.6%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、被保険者の平均年齢も 52.6 歳と同規模と比べて若く、出生率も高い村となっています。産業においては、第2次産業が 38.4%と同規模・県・国と比較しても高く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いことなどから、本村の健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

国保加入率は 16.9%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 43%を占めています。(図表 10)

また、医師数は減少傾向にあり、外来患者数は横ばい、入院患者数は増加傾向にあります。(図表 11)

図表9 同規模・県・国と比較した南箕輪村の特性

	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
南箕輪村	15,685	23.6	2,656 (16.9)	52.6	10.2	9.2	0.6	6.8	38.4	54.8
同規模	--	36.0	23.2	55.9	5.3	14.7	0.5	10.9	27.1	61.9
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、南箕輪村と同規模保険者(111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	2,830		2,874		2,839		2,830		2,656	
65～74歳	1,212	42.8	1,233	42.9	1,246	43.9	1,212	42.8	1,131	42.6
40～64歳	879	31.1	901	31.4	877	30.9	879	31.1	847	31.9
39歳以下	739	26.1	740	25.7	716	25.2	739	26.1	678	25.5
加入率	19.8		19.2		18.9		18.9		16.9	

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	1	0.3	1	0.3	1	0.4	1	0.4	1	0.4	0.3	0.3
診療所数	9	3.0	8	2.8	8	2.8	8	2.8	8	3.0	2.8	3.5
病床数	85	28.7	85	29.6	85	29.9	85	30.0	85	32.0	45.4	52.2
医師数	11	3.7	11	3.8	10	3.5	10	3.5	8	3.0	6.6	11.8
外来患者数	705.4		715.8		664.0		682.9		705.5		721.7	691.5
入院患者数	13.6		14.5		11.5		13.8		15.6		21.9	17.6

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

2 つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました。(P.4の図表2参照)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本村の R4年度の要介護認定者は、2号(40～64 歳)被保険者で7人(認定率 0.14%)、1 号(65 歳以上)被保険者で 526 人(認定率 14.2%)と同規模・県・国と比較すると低いですが、H30 年度と比べると認定率は減少しています。(図表 12)

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75 歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約 8.7 億円から約 9.1 億円に伸びていますが、一人あたり給付費は、25.9 万円から 24.6 万円に減少しています。(図表 13)

また、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも虚血性心疾患及び脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第 1 号及び第2号被保険者でそれぞれ約4割の有病状況となっています。血管疾患及び認知症に共通する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

※以下、○は減少・改善を、○は増加・悪化を表します。

	南箕輪村				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	3,377人	22.5%	3,699人	23.6%	36.0%	32.2%	28.7%
2号認定者	12人	0.25%	7人	0.14%	0.40%	0.28%	0.38%
新規認定者	5人		2人		--	--	--
1号認定者	485人	14.4%	526人	14.2%	18.8%	17.7%	19.4%
新規認定者	78人		80人		--	--	--
再掲	65～74歳		48人		--	--	--
	新規認定者		11人		--	--	--
	75歳以上		478人		--	--	--
新規認定者	66人		69人		--	--	--

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	南箕輪村		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	8億7706万円	9億1201万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	259,716	246,557	297,567	288,366	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	67,275	63,626	70,292	62,434	59,662
居宅サービス	38,454	37,216	43,991	40,752	41,272
施設サービス	285,978	286,266	291,264	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(R4年度)

受給者区分				2号		1号						合計	
年齢				40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
介護件数(全体)				7		48		478		526		533	
再)国保・後期				2		38		421		459		461	
有 病 状 況 (レセプトの 診断名より 重複して計上)	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器 疾患	1	腎不全	2 100.0%	脳卒中	12 31.6%	虚血性 心疾患	176 41.8%	虚血性 心疾患	181 39.4%	虚血性 心疾患	182 39.5%	
		2	虚血性 心疾患	1 50.0%	虚血性 心疾患	5 13.2%	脳卒中	162 38.5%	脳卒中	174 37.9%	脳卒中	174 37.7%	
		3	脳卒中	0 0.0%	腎不全	3 7.9%	腎不全	73 17.3%	腎不全	76 16.6%	腎不全	78 16.9%	
	合併症	4	糖尿病 合併症	0 0.0%	糖尿病 合併症	10 26.3%	糖尿病 合併症	71 16.9%	糖尿病 合併症	81 17.6%	糖尿病 合併症	81 17.6%	
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		2 100.0%	基礎疾患	31 81.6%	基礎疾患	404 96.0%	基礎疾患	435 94.8%	基礎疾患	437 94.8%	
	血管疾患合計		2 100.0%	合計	34 89.5%	合計	410 97.4%	合計	444 96.7%	合計	446 96.7%		
	認知症		認知症	0 0.0%	認知症	6 15.8%	認知症	190 45.1%	認知症	196 42.7%	認知症	196 42.5%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	2 100.0%	筋骨格系	35 92.1%	筋骨格系	398 94.5%	筋骨格系	433 94.3%	筋骨格系	435 94.4%	

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

出典: ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本村の医療費は、国保加入者が減少しているにもかかわらず総医療費は増加しており、一人あたり医療費は、同規模・県と比べると低いですが、H30 年度と比較すると約4万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか約2%程度にもかかわらず、医療費全体の約 40%を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較しても約7万円も高くなっています。

一方で、年齢調整をした地域差指数でみると、全国平均の 1 を下回っており、県平均よりも低くなっています。今後も医療費適正化を目指し、予防可能な生活習慣病の重症化予防の取組みに力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

		南箕輪村		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)		2,830人	2,656人	--	--	--
	前期高齢者割合	1,212人 (42.8%)	1,131人 (42.6%)	--		
総医療費		8億4,553万円	8億9,364万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		298,772 県内62位 同規模114位	336,460 県内47位 同規模97位	382,035	339,076	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	629,500	702,170	601,790	607,840	617,950
	費用の割合(%)	37.1	40.2	42.6	38.9	39.6
	件数の割合(%)	1.9	2.2	2.9	2.5	2.5
外来	1件あたり費用額	20,670	23,030	24,640	24,340	24,220
	費用の割合(%)	62.9	59.8	57.4	61.1	60.4
	件数の割合(%)	98.1	97.8	97.1	97.5	97.5

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は南箕輪村と同規模保険者120市町村(H30)、111市町村(R4)中の順位を表す。

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		
		南箕輪村(県内市町村中)		県(47県中)	南箕輪村(県内市町村中)		県(47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	0.931 (36位)	0.853 (61位)	0.959 (38位)	0.864 (34位)	0.854 (41位)	0.895 (38位)
	入院	0.852 (51位)	0.635 (73位)	0.954 (36位)	0.764 (52位)	0.733 (62位)	0.873 (33位)
	外来	0.970 (19位)	0.991 (15位)	0.968 (38位)	0.971 (6位)	0.989 (9位)	0.924 (39位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標疾患医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30年度と比較すると減少しており、脳血管疾患、心疾患についても、H30年度より減少し、同規模、県、国よりも低くなっています。慢性腎不全については、同規模、県、国と比較すると割合は低いものの、H30年度と比べると増加しています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると脳血管疾患・虚血性心疾患は、患者数及び割合と減少していますが、人工透析については、増加しています。(図表 18) 腎不全は、人工透析等による医療費が長期にわたり多大にかかり、患者本人や家族の日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病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

			南箕輪村		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)			8億4,553万円	8億9,364万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			5,757万円	3,610万円	--	--	--
			6.81%	4.04%	7.88%	7.88%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	3.26%	0.57%	2.17%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.23%	0.53%	1.42%	1.22%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	2.27%	2.32%	4.00%	4.29%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.04%	0.62%	0.29%	0.22%	0.29%
その 他の 疾患	悪性新生物		12.84%	21.90%	17.02%	16.43%	16.69%
	筋・骨疾患		7.13%	9.13%	8.86%	9.18%	8.68%
	精神疾患		7.05%	7.32%	8.15%	8.45%	7.63%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	2,830	2,656	a	228	179	190	149	9	11	
				a/A	8.1%	6.7%	6.7%	5.6%	0.3%	0.4%	
40歳以上	B	2,091	1,978	b	224	178	189	148	9	10	
	B/A	73.9%	74.5%	b/B	10.7%	9.0%	9.0%	7.5%	0.4%	0.5%	
再掲	40～64歳	C	879	847	c	39	42	41	34	8	5
		C/A	31.1%	31.9%	c/C	4.4%	5.0%	4.7%	4.0%	0.9%	0.6%
	65～74歳	D	1,212	1,131	d	185	136	148	114	1	5
		D/A	42.8%	42.6%	d/D	15.3%	12.0%	12.2%	10.1%	0.1%	0.4%

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

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

人工透析の方の過去の治療等の状況をみると、健診未受診者もあり、医療機関への受診に繋がるのが遅い方もみられます。重症化する前に疾患に気付けるよう、健診未受診者の受診勧奨の取組みを更に進めていく必要があります。

脂質異常症の方については、治療者数は減っていますが、同規模・県・国と比較すると医療費が多くかかっている状況です。(参考資料1 様式 5-1 4④)対象者への適切な保健指導・栄養指導等を行うことができるよう、まずは健診の受診勧奨を進めていく必要があります。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	899	837	233	223	666	614
		A/被保数	43.0%	42.3%	26.5%	26.3%	55.0%	54.3%
（中長期 合併症 目標疾患）	脳血管疾患	B	86	56	11	9	75	47
		B/A	9.6%	6.7%	4.7%	4.0%	11.3%	7.7%
	虚血性心疾患	C	116	99	18	22	98	77
		C/A	12.9%	11.8%	7.7%	9.9%	14.7%	12.5%
	人工透析	D	7	10	7	5	0	5
		D/A	0.8%	1.2%	3.0%	2.2%	0.0%	0.8%

出典:KDBシステム、疾病管理一覧(高血圧症)
地域の全体像の把握

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	426	423	119	124	307	299
		A/被保数	20.4%	21.4%	13.5%	14.6%	25.3%	26.4%
(中長期 合併症 目標疾患)	脳血管疾患	B	46	30	9	5	37	25
		B/A	10.8%	7.1%	7.6%	4.0%	12.1%	8.4%
	虚血性心疾患	C	65	58	10	12	55	46
		C/A	15.3%	13.7%	8.4%	9.7%	17.9%	15.4%
	人工透析	D	5	5	4	0	1	5
		D/A	1.2%	1.2%	3.4%	0.0%	0.3%	1.7%
糖尿病 合併症	糖尿病性腎症	E	145	115	33	25	112	90
		E/A	34.0%	27.2%	27.7%	20.2%	36.5%	30.1%
	糖尿病性網膜症	F	76	80	17	16	59	64
		F/A	17.8%	18.9%	14.3%	12.9%	19.2%	21.4%
	糖尿病性神経障害	G	24	15	7	2	17	13
		G/A	5.6%	3.5%	5.9%	1.6%	5.5%	4.3%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覽)		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	
脂質異常症治療者(人)		A	989	887	280	259	709	628
		A/被保数	47.3%	44.8%	31.9%	30.6%	58.5%	55.5%
（ 中 長 期 目 標 疾 患 ） 合 併 症	脳血管疾患	B	73	45	8	9	65	36
		B/A	7.4%	5.1%	2.9%	3.5%	9.2%	5.7%
	虚血性心疾患	C	125	101	23	24	102	77
		C/A	12.6%	11.4%	8.2%	9.3%	14.4%	12.3%
	人工透析	D	5	8	5	3	0	5
		D/A	0.5%	0.9%	1.8%	1.2%	0.0%	0.8%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を H30 年度と R3年度で比較してみたところ、有所見者の割合について、Ⅱ度高血圧は増加、HbA1c7.0 以上は減少しています。未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約 61.9%、糖尿病で 14.3%ほどおり、その割合は他市町村と比較しても高くなっています。(図表 22)

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	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
南箕輪村	1,032	45.8	954	45.1	22	2.1	14	63.6	21	2.2	15	71.4	13	61.9	0	0.0
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病__HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
南箕輪村	1,010	97.9	950	99.6	29	2.9	7	24.1	14	1.5	7	50.0	2	14.3	0	0.0
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典：ヘルスサポートラボツール

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であるが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R4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、3.1%伸びており、その中でも血圧、血糖、脂質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。(図表 23)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL コレステロール 160 以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5 以上の方は減少、Ⅱ度高血圧以上の方は著変はなしですが、LDL-コレステロール 160 以上の方は増加しています。(図表 24,25,26)翌年度の結果を見ると、全て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3割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 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	3項目※1		予備群
			2項目※2		
H30年度	1,032 (45.8%)	150 (14.5%)	43 (4.2%)	107 (10.4%)	101 (9.8%)
R04年度	928 (44.6%)	163 (17.6%)	54 (5.8%)	109 (11.7%)	74 (8.0%)

※1 血圧・血糖・脂質を表す。 ※2 血圧・血糖・脂質のうち、いずれかの2項目を表す。 出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	80 (7.9%)	21 (26.3%)	28 (35.0%)	2 (2.5%)	29 (36.3%)
R03→R04	46 (4.8%)	19 (41.3%)	9 (19.6%)	4 (8.7%)	14 (30.4%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	22 (2.1%)	5 (22.7%)	2 (9.1%)	1 (4.5%)	14 (63.6%)
R03→R04	21 (2.2%)	10 (47.6%)	2 (9.5%)	0 (0.0%)	9 (42.9%)

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	78 (7.6%)	27 (34.6%)	13 (16.7%)	2 (2.6%)	36 (46.2%)
R03→R04	95 (10.0%)	48 (50.5%)	17 (17.9%)	3 (3.2%)	27 (28.4%)

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、R1 年度には 52.9%まで伸びましたが、新型コロナ感染症の影響で、R2 年度は受診率が低迷し、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40 代は特に低い状況が続いています。また、70 代については、H29 年度に比べて受診率が下がってきています。(図表 28)

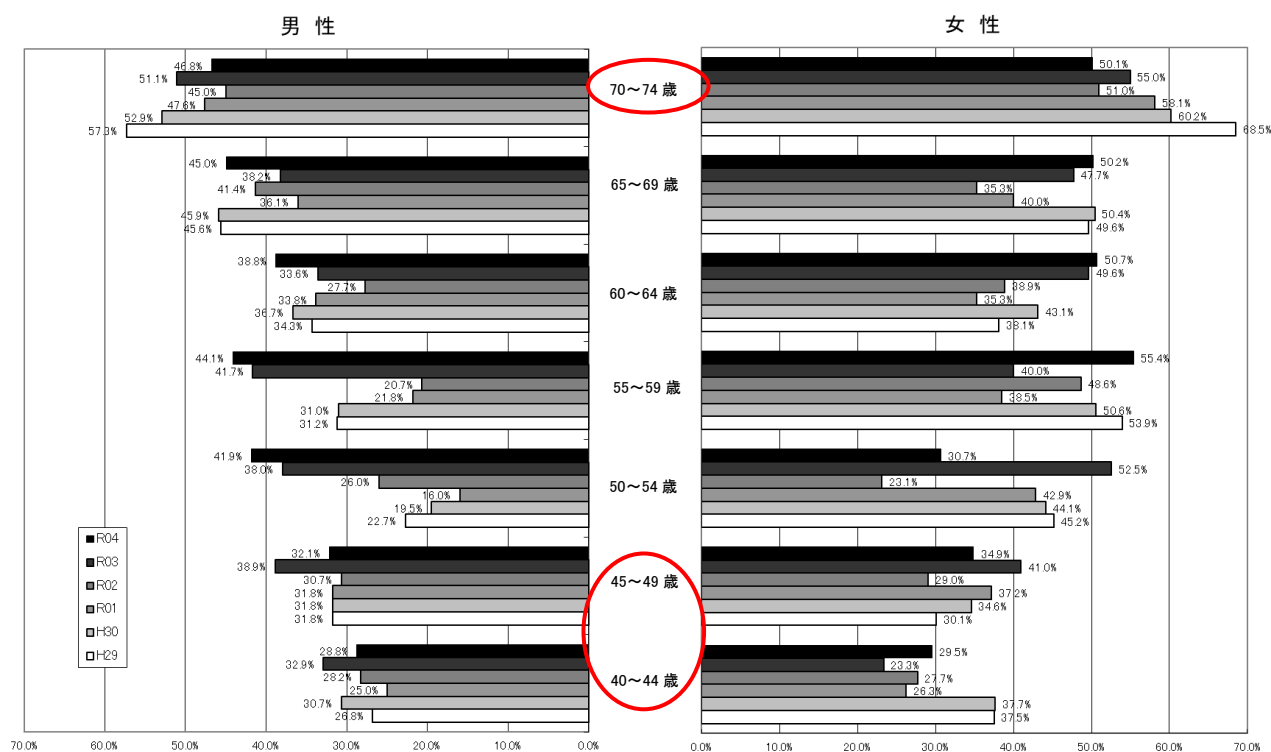
特定保健指導については、毎年高い実施率を維持しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

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	1,014	1,008	777	919	875	健診受診率 60%
	受診率	51.4%	52.9%	40.9%	50.0%	50.0%	
特定保健指導	該当者数	72	83	64	72	62	特定保健指導実施率 60%
	割合	7.1%	8.2%	8.2%	7.8%	6.7%	
	実施者数	68	60	55	68	58	
	実施率	94.4%	72.3%	85.9%	94.4%	94.5%	

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

HbA1c6.5%以上の者を対象者として重症化予防の取組みを行っており、その割合は、全体の約5.3%です。(図表 29)また、HbA1c8%以上の者は2～3名、その内未治療者は毎年1～2名います。

(図表 30)

治療ガイドには、治療の第一選択は食事療法、運動療法と示されており、続いて薬物療法となっています。受診のない者を必要な治療につなげるとともに、治療中の者も内服に加え、食事や運動を見直し、高血糖改善につなげる必要があります。医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っています。

図表 29 HbA1c6.5%以上の者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,010	855	833	952	927
血糖有所見者	人(b)	80	53	47	46	50
	(b/a)	7.9%	6.2%	5.6%	4.8%	5.3%

図表 30 HbA1c8.0%以上の者

出典：ヘルスサポートラボツール

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,010	855	833	952	927
血糖有所見者	人(b)	6	0	2	3	3
	(b/a)	0.6%	0%	0.2%	0.3%	0.3%
未治療者	人(c)	3	0	1	2	1
	(c/b)	50%	0%	50%	66.7%	33.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

② 脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約2%の横ばいで、60%が未治療者です。(表 31)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。表 32 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。高リスクの未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨を行っていきます。高値血圧の者においても、家庭血圧のすすめ、血圧手帳の活用を促していきます。

図表 31 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)	1,031	856	823	956	928
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	22	22	64	21	21
	(b/a)	2.1%	2.6%	7.8%	2.2%	2.3%
未治療者	人(c)	14	15	42	15	13
	(c/b)	63.6%	68.2%	65.6%	71.4%	62.0%

図表 32 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

血圧分類 (mmHg)		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)	1,139	641	381	95	22
		56.3%	33.5%	8.3%	1.9%
リスク第1層 予後影響因子がない	42	C 30	B 9	B 3	A 0
	3.7%	4.7%	2.4%	3.2%	0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	617	C 363	B 203	A 42	A 9
	54.2%	56.6%	53.3%	44.2%	40.9%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	480	B 248	A 169	A 50	A 13
	42.1%	38.7%	44.4%	52.6%	59.1%

高リスク

中等リスク

低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	283
		24.8%
B	概ね1ヵ月後に再評価	463
		40.6%
C	概ね3ヵ月後に再評価	393
		34.5%

※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、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。

(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定されることも大きい。」とされています。

本村における取組内容として、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている実態等について、健診の結果説明会や健康相談時などで村民に周知を行いました。また、高血圧及び糖尿病の改善を目的として、集団健診及び結果説明会会場で、食品に含まれる脂、糖、塩の展示や野菜の展示などを積極的に実施してきました。

今後も、生涯を通じた健康づくりのため、一人ひとりの村民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 33 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	健康課題	達成すべき目的	評価指標	初期値		実績値							目標値		引用
				H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R5年度	R5年度		
特定健診等	①脳血管疾患、 虚血性心疾患、 糖尿病性腎症を 減らしていく	医療費削減のために、特定 健診受診率、特定保健指導 実施率の向上により、特定 保健指導対象者を減らす	特定健診受診率	51.7%	50.5%	51.4%	52.9%	40.9%	50.0%	50.0%	50.0%	60.0%	法定報告	保険者ネットワーク共有 書庫	
		特定保健指導実施率	84.1%	85.7%	94.4%	72.3%	85.9%	94.4%	94.5%	90.0%					
		特定保健指導対象者の減少率	20.5%	20.3%	28.6%	25.0%	16.9%	20.7%	27.4%	29.0%					
		脳血管疾患が医療費に占める割合	1.9%	2.9%	3.3%	1.5%	2.1%	2.3%	0.6%	1.5%未満					
		虚血性心疾患が医療費に占める割合	3.1%	2.0%	1.2%	1.7%	1.2%	0.9%	0.5%	1.2%未満					
		慢性腎不全（透析有）が医療費に占める割合	6.3%	3.6%	2.3%	3.4%	3.2%	4.3%	2.3%	2.3%未満					
		糖尿病性腎症による透析導入者の減少	3人	1人	2人	1人	1人	3人	2人	1人以下					
		入院費用額の割合	36.3%	36.0%	37.1%	36.9%	32.3%	37.3%	40.2%	35.0%以下					
		健診受診者の高血圧者（160/100以上）の割合	3.1%	2.7%	2.1%	2.8%	7.9%	2.2%	2.3%	2.1%未満					
		健診受診者の脂質異常者（LDL160以上）の割合	7.1%	6.8%	7.6%	6.1%	12.7%	10.0%	6.8%	6.6%未満					
データヘルス計画	②医療費の伸び を抑える ③高血圧、糖尿 病、メタボリッ クシンドローム 等を減少	健診受診者の糖尿病患者（HbA1c6.5以上）の割合	6.5%	6.8%	7.6%	6.3%	5.7%	4.8%	5.4%	6.3%未満	法定報告	KDB 2 次加工ツール （評価ツール）			
		メタボリックシンドローム該当者割合 男性	22.1%	23.0%	22.5%	27.6%	26.9%	26.0%	27.3%	22.1%未満					
		メタボリックシンドローム該当者割合 女性	7.5%	8.2%	9.1%	8.0%	6.5%	8.8%	10.1%	7.5%未満					
		メタボリックシンドローム予備群割合 男性	14.5%	15.3%	16.5%	14.2%	15.2%	14.3%	13.2%	14.2%未満					
		メタボリックシンドローム予備群割合 女性	4.1%	4.8%	4.1%	3.7%	5.5%	4.8%	3.5%	3.7%未満					
		重症化予防の実施率	64.2%	47.2%	50.9%	81.5%	51.2%	87.5%	89.3%	85.0%					
		重症化予防での糖尿病の保健指導の実施率	72.0%	50.0%	66.7%	81.3%	64.3%	100.0%	88.8%	85.0%					
		がん検診受診率 胃がん検診	13.4%	12.5%	12.4%	12.7%	13.1%	12.2%	14.1%	14.6%					
		大腸がん検診	21.2%	22.2%	19.6%	21.7%	13.4%	18.5%	18.5%	29.7%					
		子宮がん検診	17.6%	18.4%	19.9%	19.1%	19.6%	16.2%	17.6%	34.6%					
短期	予防・健康づく りの保険者機能 強化	乳がん検診	27.4%	26.9%	32.0%	29.3%	28.3%	25.6%	25.6%	42.7%	健康推進係 重症化予 防の取組集計	地域保健・健康増進 事業報告 がん検診実施状況調査			
		肺がん検診	17.3%	17.4%	17.6%	20.4%	17.6%	19.7%	20.0%	19.6%					
		健康ポイントの取組を行う住民の割合	7.0%	9.0%	9.0%	13.9%	5.5%	8.5%	10.3%	20.0%					
		後発医薬品の使用割合の上昇	65.2%	69.7%	77.0%	79.0%	82.2%	83.9%	83.9%	80.0%					
		後発医薬品の使用による医療 費の削減	景品交換台帳 後発医薬利用率推移表 数量ベース												

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

(1) 中長期的な目標に対する考察

本村では、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制するために、ハイリスク者の保健指導を中心に保健事業を実施してきました。

脳血管疾患が医療費に占める割合については、数値に揺れがあるものの R4年度については、0.6%と目標値を達成しています。虚血性心疾患が医療費に占める割合については、減少してきており、R4年度においては目標値を達成しています。一方で、慢性腎不全(透析有)が医療費に占める割合については、初期値よりは減少しているものの、糖尿病性腎症による新規透析導入者も、毎年数名おり、目標を達成していません。

入院費用額の割合については、R2年度のみ減少していますが、全体的に増加しており、目標値は達成していません。

(2) 短期的な目標に対する考察

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくこと目標に、重症化予防事業を実施してきており、実施率については増加しており、R4年度については、目標値を達成できました。

健診受診者の高血圧者、脂質異常者の割合については、初期値と比較して減少しているものの、目標値には届きませんでした。しかし、糖尿病者の割合については、減少しており、目標を達成しています。

メタボリックシンドローム該当者については、男性及び女性ともに増加しています。予備軍については、減少しており、目標値を達成しています。

保健指導を実施する体制は整ってきており、重症化予防の実施率が増加したことにより、脳血管疾患や心疾患の医療費の割合の減少に繋がっていると推測できます。しかし、継続した保健指導が十分にできていない現状もあります。

また、住民が自身の健康に対する意識を高められるような保健指導が実施できるよう、専門職が保健指導の技術を高めていくことも重要です。

※参考資料2(P74～78)において本村の一体的な分析にかかる図を掲載しています。



(1)医療費分析

図表 36-1 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		2,830人	2,874人	2,839人	2,830人	2,656人	2,084人
総件数及び 総費用額	件数	26,239件	25,490件	23,261件	23,677件	23,708件	30,816件
	費用額	8億4553万円	8億3358万円	7億4232万円	8億2567万円	8億9364万円	15億4867万円
一人あたり総医療費		29.9万円	29.0万円	26.1万円	29.2万円	33.6万円	74.3万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36-2 健診有無別一人当たり医療費（R4年度）

		南箕輪村	同規模平均	長野県	国
健診対象者 一人あたり 医療費（円）	健診受診者	2,528	2,690	2,630	2,031
	健診未受診者	14,110	13,453	12,517	13,295
生活習慣病対象者 一人あたり 医療費（円）	健診受診者	6,873	7,560	7,685	6,142
	健診未受診者	38,369	37,805	36,574	40,210

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 37 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
				腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞								
① 国 保	南箕輪村	8億9364万円	27,178	2.32%	0.62%	0.57%	0.53%	5.83%	3.22%	2.52%	1億3951万円	15.6%	21.9%	7.32%	9.13%
	同規模	—	30,968	4.00%	0.29%	2.17%	1.42%	5.95%	3.41%	2.05%	—	19.3%	17.0%	8.15%	8.86%
	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	南箕輪村	15億4867万円	62,875	2.96%	0.39%	3.98%	1.32%	5.12%	3.29%	1.47%	2億8699万円	18.5%	10.8%	1.96%	11.8%
	同規模	—	69,105	4.34%	0.50%	4.05%	1.48%	4.08%	3.14%	1.26%	—	18.9%	11.0%	3.74%	12.3%
	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 38 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	220人	220人	203人	157人	98人	191人
	件数	B	515件	394件	401件	288件	320件	371件
		B/総件数	1.96%	1.55%	1.72%	1.22%	1.35%	1.20%
	費用額	C	7億5,809万円	5億9,679万円	5億8,600万円	4億3,968万円	4億9,548万円	4億9,211万円
		C/総費用	89.7%	71.6%	78.9%	53.3%	55.4%	31.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 39 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	17人		9人		9人		7人		3人		15人		
		D/A	7.7%		4.1%		4.4%		4.5%		3.1%		7.9%		
	件数	E	47件		21件		26件		18件		9件		33件		
		E/B	9.1%		5.3%		6.5%		6.3%		2.8%		8.9%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	2	9.5%	3	11.5%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	6	12.8%	6	28.6%	8	30.8%	7	38.9%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	7	14.9%	7	33.3%	7	26.9%	7	38.9%	7	77.8%	75-80歳	14	42.4%
		60代	5	10.6%	1	4.8%	2	7.7%	2	11.1%	0	0.0%	80代	17	51.5%
		70-74歳	29	61.7%	5	23.8%	6	23.1%	2	11.1%	2	22.2%	90歳以上	2	6.1%
	費用額	F	6,425万円		2,737万円		3,573万円		2,452万円		1,137万円		5,420万円		
		F/C	8.5%		4.6%		6.1%		5.6%		2.3%		11.0%		

出典：ヘルスサポートラボツール

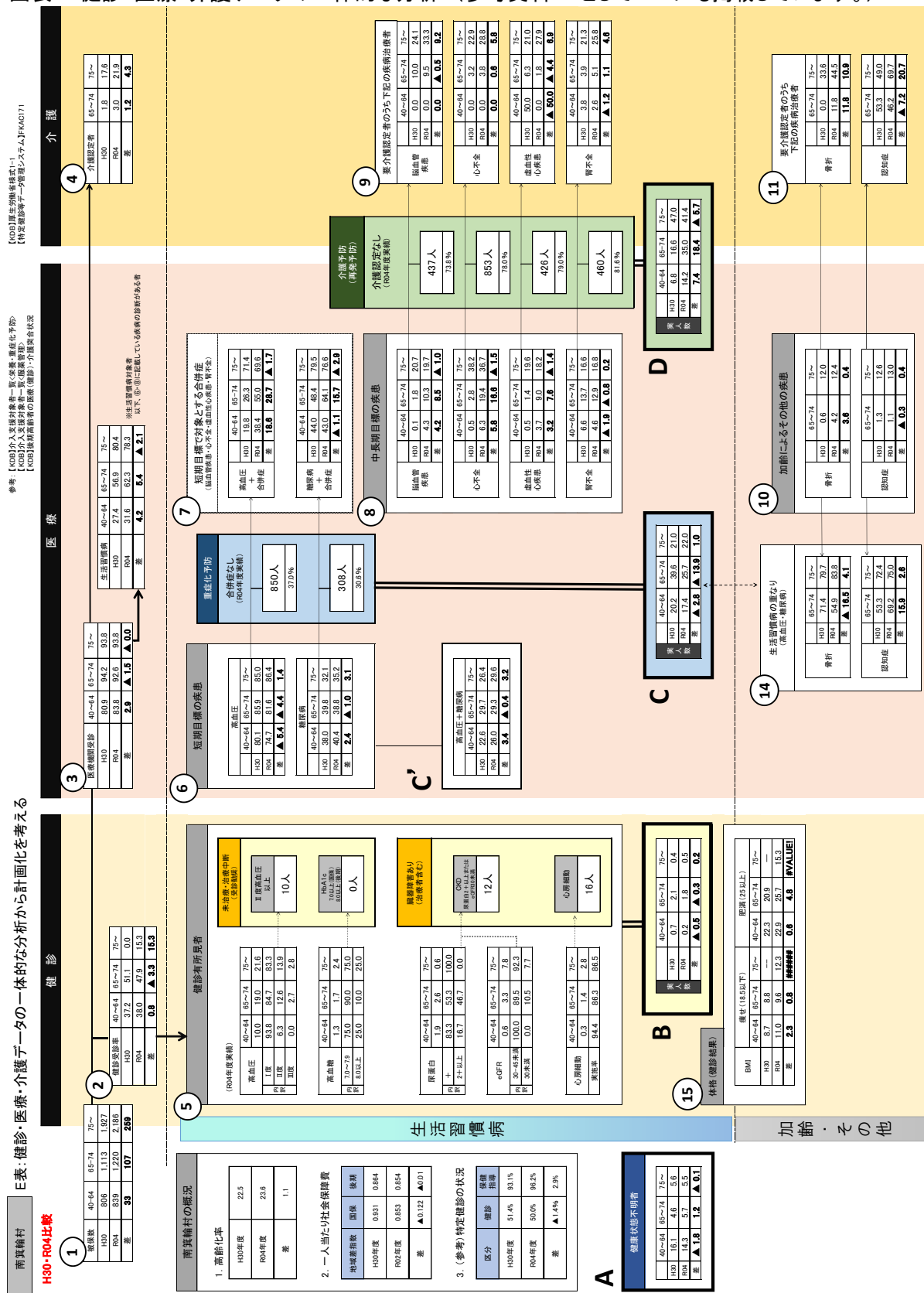
図表 40 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

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	8人		10人		7人		4人		2人		6人		
		G/A	3.6%		4.5%		3.4%		2.5%		2.0%		3.1%		
	件数	H	14件		11件		7件		4件		4件		6件		
		H/B	2.7%		2.8%		1.7%		1.4%		1.3%		1.6%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	4	28.6%	3	27.3%	2	28.6%	2	50.0%	2	50.0%	75-80歳	3	50.0%
		60代	10	71.4%	6	54.5%	2	28.6%	2	50.0%	2	50.0%	80代	3	50.0%
		70-74歳	0	0.0%	1	9.1%	3	42.9%	0	0.0%	0	0.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	1,842万円		1,387万円		902万円		502万円		448万円		1,058万円		
		I/C	2.4%		2.3%		1.5%		1.1%		0.9%		2.2%		

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 41 健診・医療・介護データの一体的な分析（参考資料2 としてP74にも掲載しています。）



図表 42 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①				②			⑤					
年度	介護認定率	被保険者数(人)				健診受診率(%)			体格(健診結果)(%)					
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	17.6	932	1,307	1,927	37.2	51.1	10.8	8.7	8.8	9.1	22.3	20.9	15.9	
R04	21.9	839	1,220	2,186	38.0	47.9	15.3	11.0	9.6	12.3	22.9	25.7	15.3	

図表 43 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦								
年度	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症								
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	80.5	94.2	93.8	31.0	56.9	80.4	69.6	85.9	85.0	37.0	39.8	32.1	21.8	29.7	26.4	40.3	26.3	71.4	54.2	48.4	79.5			
R04	83.8	92.6	93.8	31.6	62.3	78.3	74.7	81.6	86.4	40.4	38.8	35.2	26.0	29.3	29.6	38.4	55.0	69.6	43.0	64.1	76.6			

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

出典：ヘルスサポートラボ

(3) 健康課題の明確化(図表 36~43)

国保の被保険者数は年々減っており、一人あたり総医療費について R2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、R3年度以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり 74 万円を超え、国保の 2.5 倍も高い状況です。(図表 36-1)

また、特定健診受診の有無別で一人あたり医療費をみると、本村だけでなく全国的に健診未受診者の医療費は、健診受診者に比べて5~6倍高いことが分かります。さらに、生活習慣病の対象者は、そうでない方に比べて医療費がかかっています。(図表 36-2)このことから、特定健診を毎年受診することで、重症化する前に医療機関へかかることができ、結果として医療費の抑制に繋がることが分かります。

本村は、国保及び後期において、中長期的目標疾患の脳疾患、心疾患、腎疾患(透析有)が医療費に占める割合については、同規模、県、国と比較して低い状況の一方で、中長期目標疾患の腎疾患(透析なし)及び短期的目標疾患の糖尿病、脂質異常症が医療費に占める割合については、県、国と比べて高い状況です。(図表 37)このことから、糖尿病、脂質異常症の発症予防及び重症化予防が医療費の削減のために必要であることが分かります。

高額レセプトについては、人数や総医療費に対する割合は H30 年度と比較すると R4年度は減少しています。

高額における疾病をみると、脳血管疾患及び虚血性心疾患で高額になったレセプトは、国保で H30 年度が一番多く費用がかかっていましたが、R4年度は H30 年度と比較すると件数や人数が減ったことから、費用額も減少しています。しかし、後期高齢者においては脳血管疾患及び虚血性心疾患の費用額の割合が高い状況です。脳血管疾患や虚血性心疾患は、医療費のみならず、介護を要

する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患や虚血性心疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても引き続き力を入れる必要があります。(図表 39,40)

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 42 の①被保険者数は、40～64 歳、65 歳～74 歳では減っていますが、75 歳以上では約 250 人増加し、高齢化率の低い本村でも 75 歳以上の後期高齢者が確実に増加していることが分かります。

⑮の体格をみると、BMI25 以上の率が、40～64 歳の若い年齢層で 0.6%、65～74 歳では 4.8%増加しています。

図表 43 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)の状況をみると、40～64 歳で割合が増加しています。一方で短期目標の疾患とする合併症では 40～64 歳の割合は減っています。

65～74 歳では短期目標疾患の割合は減っています。一方で短期目標の疾患とする合併症の割合が増加しています。

このことから、毎年健診を受診し、自身の健康状態を知った上で、生活習慣を見直し、生活習慣病発症予防及び重症化予防に早いうちから取り組む必要があります。

(4)優先して解決を目指す健康課題の順位付け

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

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1)成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にする必要があります。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 44)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、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たいところですが、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管が傷んでくることを考えると、高齢化が進む現状で、医療費を抑えることは難し

いことから、中長期的疾患の総医療費に占める割合を最低限維持することを目標とします。

また、長期に渡り多大な医療費がかかる人工透析導入者について、新規の透析導入者を出さないことを目標にします。

③ 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減ら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を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行っていきます。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、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

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

図表 44 第3期データヘルス計画目標管理一覧

☆長野県で設定した評価指標

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標			データの把握方法 (活用データ)
				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	0.6%	0.6%	0.6%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合	0.5%	0.5%	0.5%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合	2.30%	1.16%	1.16%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合	44.3%	33.3%	33.3%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合	66.7%	0%	0%	
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者割合(男性)	27.3%	25.0%	23.0%	南箕輪村
			メタボリックシンドローム該当者割合(女性)	10.1%	9.0%	7.5%	
			メタボリックシンドローム予備軍割合(男性)	13.2%	13.2%	13.2%	
			メタボリックシンドローム予備軍割合(女性)	3.5%	3.5%	3.5%	
			☆健診受診者の高血圧者の割合(160/100以上)	2.3%	2.1%	1.9%	
			健診受診者の脂質異常者の割合(LDL160以上)	6.8%	6.4%	6.1%	
			健診受診者の血糖異常者の割合(HbA1C6.5%以上)	5.4%	5.1%	4.9%	
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合	1.0%	1.0%	1.0%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	100%	100%	100%	
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	50%	56%	59%	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	100%	100%	100%	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	27.4%	28.0%	29.0%	

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期以降は特定健康診査等実施計画も6年を1期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 45 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	55%	56%	57%	58%	59%	60%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 46 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	1,721人	1,713人	1,705人	1,696人	1,688人	1,680人
	受診者数	946人	959人	971人	983人	995人	1008人
特定保健指導	対象者数	55人	55人	55人	55人	54人	54人
	受診者数	53人	53人	53人	53人	52人	52人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、集団検診と個別健診を実施します。集団検診は、特定健診実施機関に委託し、村民センターおよび伊那健康センターにおいて行います。個別健診は、市町村国保の委任により長野県国保連合会が長野県医師会と契約し、県内の医療機関で健診を実施しています。

その他、人間ドッグ(助成あり)や職場健診等を受けた者には健診結果を、医療機関に定期的に受診している者には医療検査データの提出を依頼します。

(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。

(4) 特定健診実施項目

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

なお、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 47 特定健診検査項目

○南箕輪村特定健診検査項目

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

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

(5) 実施時期

5月から翌年3月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、長野県国保連合会に事務処理を委託します。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 48 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		(特定健診の開始)	健診データ抽出(前年度)
6月		保健指導対象者の抽出 (指定医療機関・みなし健診の開始)	
7月		(特定保健指導の開始)	実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
8月			
9月			
10月			
11月	契約に関わる		
12月	予算手続き		
1月			
2月			
3月	契約準備	(特定健診当該年度受診受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者により直接行います。

○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。

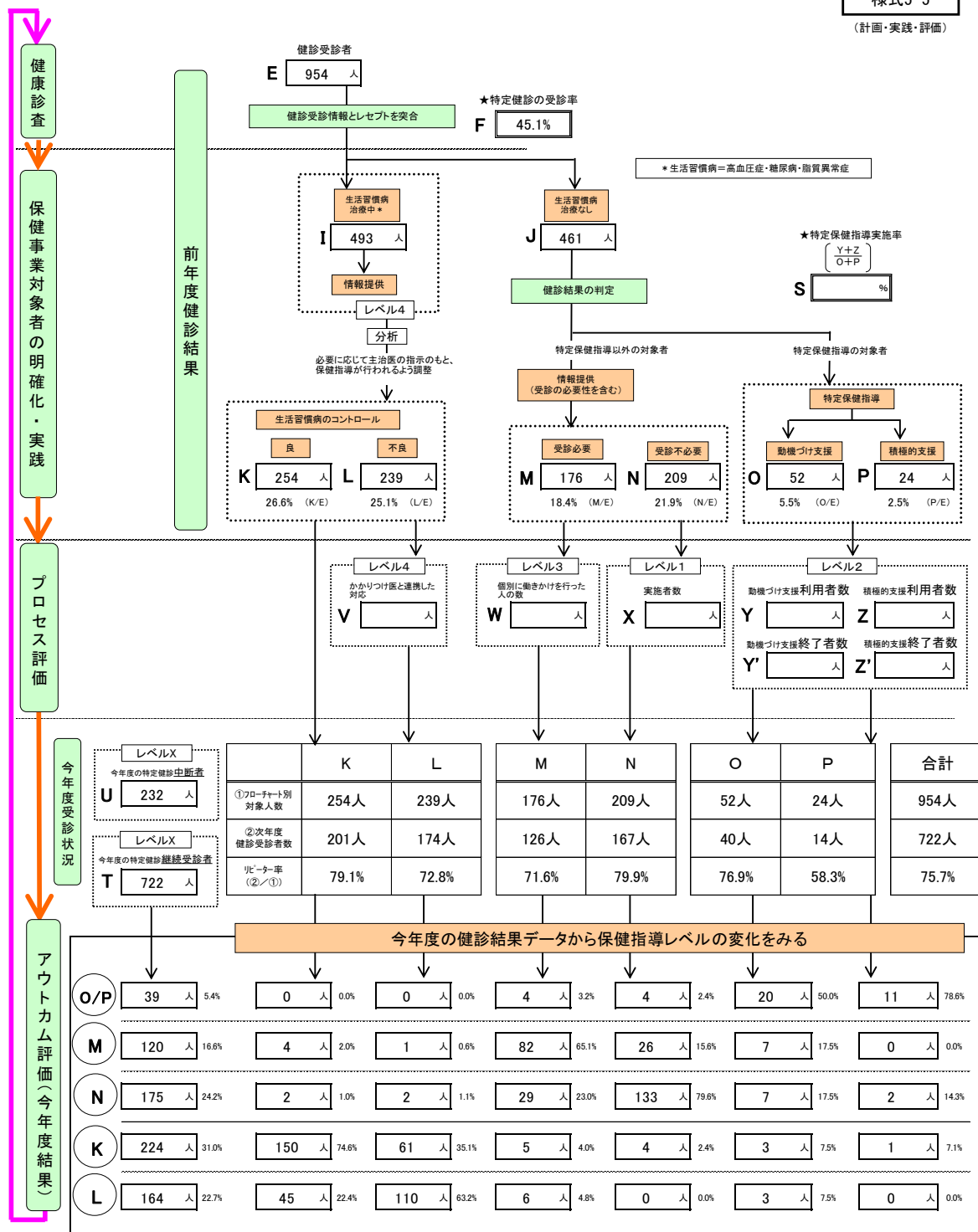
図表 49 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)

厚生労働省様式5-5 健診から保健指導実施へのフローチャート

R03・R04年度の比較

様式5-5

(計画・実践・評価)



出典：ヘルサポートラボツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 50 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 (受診者のうち〇%)	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	62人 (6.3%)	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	164人 (17.7%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	919人 (特定健診対象者のうち 50%)	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	225人 (24.2%)	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	481人 (51.8%)	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

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

図表 51 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼 ◎受診券の送付		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報 ◎各種がん検診の開始
5月	◎特定健康診査の開始		◎前年度のハイリスク保健指導対象者の抽出と保健指導
6月		◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	◎代行機関(国保連合会)開始
7月			
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	◎当該年度の健診の終了		

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および南箕輪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て実施します。

(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、南箕輪村ウェブサイト等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

1. 保健事業の方向性

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

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

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

ポピュレーションアプローチの取組みとしては、特定(循環器)健診を受けることや生活習慣病の重症化予防をすることにより、健康寿命の延伸、医療費・介護費用等が社会保障費にどのように影響を及ぼしていくか村民へ周知していきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に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。

2. 重症化予防の取組み

本村の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、241人(26.0%)です。そのうち治療なしが50人(11.2%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が25人(50.0%)です。

また、本村においては、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、241人中24人(10.0%)です。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 52 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るためにー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ー					令和04年度		
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	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 ↓ 優先すべき 課題の明確化	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 による年間新診断新導入患者数の減少	健康受診者(受診率)	44.6%	
		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) (循環器科の診療と治療に関するガイドライン(2011年委員会研究報告))	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	928人		
クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心臓性脳塞栓症 (27.7%) 心臓性脳塞栓症 (31.2%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血栓性脳塞栓・梗塞 (33.2%) 非心臓性脳梗塞 ※脳卒中データバンク2018より					■各疾患の治療状況		
					治療中		
					治療なし		
					高血圧		
					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 保健指導から 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)	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	心臓細動	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		
該当者数		21	8	14	23		
治療なし		13	1	9	11		
(再掲) 特定保健指導		6	0	5	1		
治療中		8	7	5	12		
臓器障害あり		5	1	3	7		
CKD(専門医対象者)		1	1	1	0		
心電図所見あり		4	1	2	7		
臓器障害なし		8	---	6	9		
					4		
					36.4%		

					14		
					15		

					25		
					50.0%		
					241		
					26.0%		
					50		
					11.2%		
					24		
					10.0%		
					191		
					39.7%		
					25		
					50.0%		
					14		
					15		

出典：ヘルサポートラボツール

1)糖尿病性腎症重症化予防

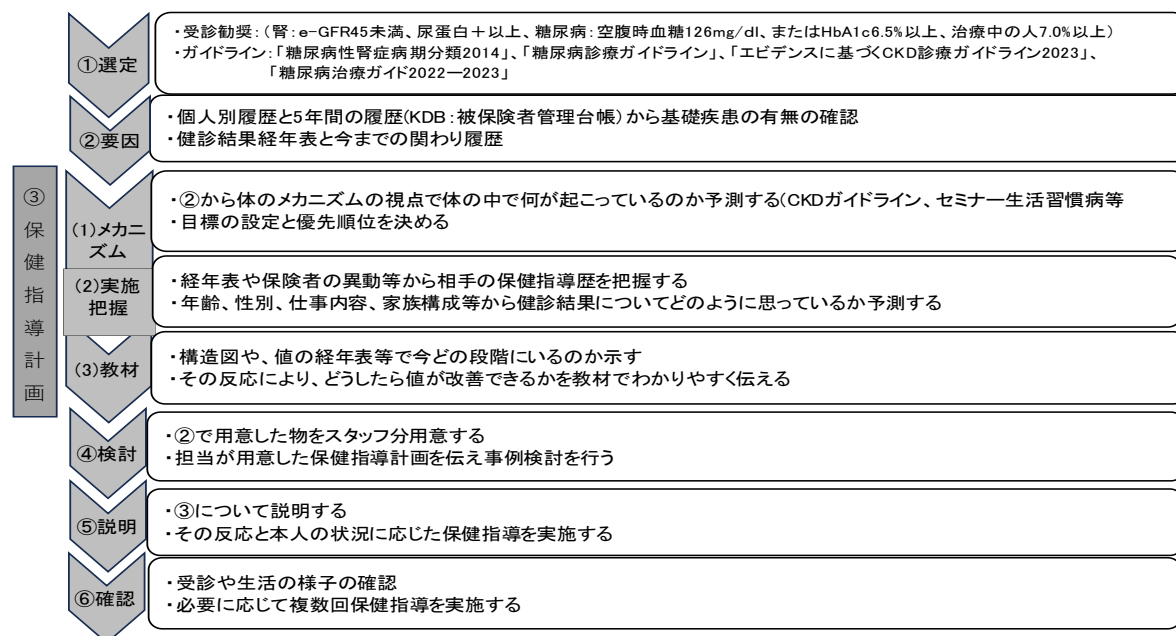
(1) 基本的な考え方

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

なお、取組みにあたっては図表 53 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 53 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



(2)対象者の明確化

①対象者選定基準の考え方

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

- ア. 医療機関未受診者
- イ. 治療中断者
- ウ. 糖尿病治療中でコントロール不良の者
 - イ) 糖尿病性腎症で該当する者
 - ロ) 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

ア. 対象者の抽出

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

図表 54 糖尿病性腎症病期分類

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

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

本村においては、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)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が難しくなっています。CKD診療ガイド2023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(ー)、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。

イ. 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った結果、本村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、23人(19.5%・F)でした。(図表55)また、40~74歳における特定健診受診者のうち糖尿病で治療中の人が、95人(80.5%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者328人(77.5%・I)については、治療中でしたが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要です。

ウ. 介入方法と優先順位

図表 55 より本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）・・・23 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）・・・25 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

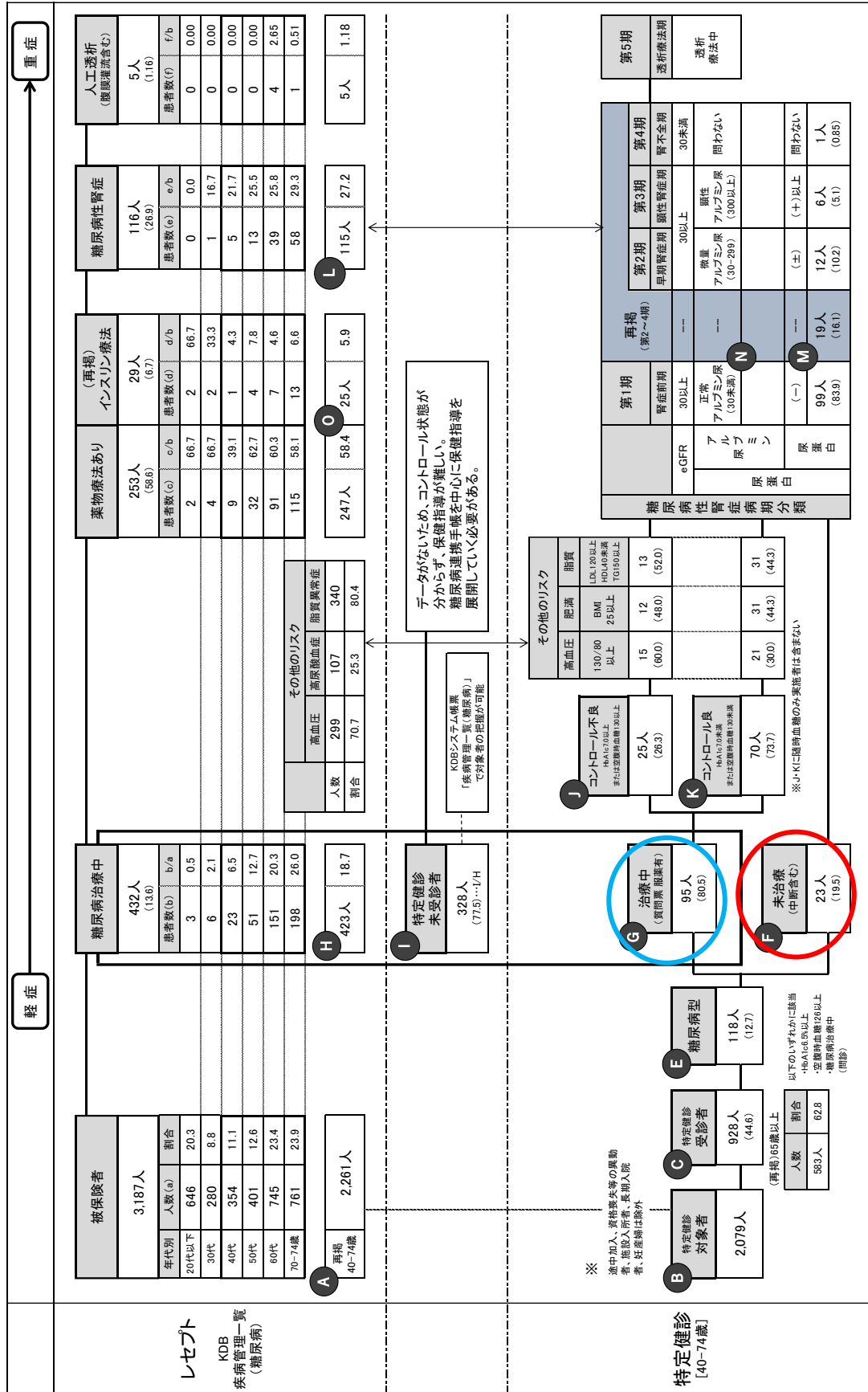
【保健指導】

- ・ 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 55 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2 として P80 にも掲載しています。)

令和04年度

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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

(3) 保健指導の実施

① 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などのリスク因子の管理も重要となってきます。本村においては、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を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し、行っていきます。

図表 56 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

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

② 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、二次健診を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

- ア. 75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)
- イ. 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態をみる検査)
- ウ. 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)
- エ. 尿中塩分測定(尿中の塩分量を測定する検査)

(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、事前に上伊那医師会等と協議した紹介状等を使用します。

② 治療中の者への対応

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

(5) 高齢者福祉部門との連携

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

(6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表57 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

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

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1c の変化

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

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 57 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価(参考資料3 として P79 にも掲載しています。)

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			実 合 表	南箕輪村										同規模保険者(平均)		データ基		
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数	A	3,093人		2,959人		2,888人		2,861人		2,821人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳		2,295人		2,176人		2,174人		2,140人		2,093人						
2	①	対象者数	B	1,971人		1,905人		1,901人		1,838人		1,750人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書		
	②	特定健診 受診者数	C	1,041人		1,052人		803人		944人		923人						
	③	受診率		52.8%		55.2%		42.2%		51.4%		52.7%						
3	①	特定 保健指導 対象者数		72人		83人		64人		72人		36人						
	②	実施率		93.1%		72.3%		85.9%		94.4%		94.4%						
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	128人	12.3%	130人	12.4%	95人	11.8%	110人	11.7%	116人	12.6%		特定健診結果		
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	31人	24.2%	36人	27.7%	23人	24.2%	31人	28.2%	22人	19.0%				
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	97人	75.8%	94人	72.3%	72人	75.8%	79人	71.8%	94人	81.0%				
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	31人	32.0%	32人	34.0%	15人	20.8%	17人	21.5%	25人	26.6%				
	⑤		血圧 130/80以上		12人	38.7%	20人	62.5%	9人	60.0%	9人	52.9%	15人	60.0%				
	⑥		肥満 BMI25以上		12人	38.7%	12人	37.5%	6人	40.0%	8人	47.1%	12人	48.0%				
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	66人	68.0%	62人	66.0%	57人	79.2%	62人	78.5%	69人	73.4%				
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	112人	87.5%	108人	83.1%	76人	80.0%	94人	85.5%	97人	83.6%				
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		10人	7.8%	13人	10.0%	8人	8.4%	6人	5.5%	12人	10.3%				
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		5人	3.9%	6人	4.6%	9人	9.5%	9人	8.2%	6人	5.2%				
	⑪	第4期 eGFR30未満	1人		0.8%	1人	0.8%	2人	2.1%	1人	0.9%	1人	0.9%					
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)		100.2人		102.1人		95.9人		100.3人		100.7人			KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②		(再掲)40-74歳(被保険者対)		132.5人		136.5人		125.6人		130.8人		133.3人					
	③		レセプト件数 (40-74歳)		1,867件	(856.4)	1,859件	(871.1)	1,811件	(853.0)	1,797件	(859.4)	1,854件	(937.3)	319,390件	(944.1)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④		入院(件数)		6件	(2.8)			4件	(1.9)	3件	(1.4)	2件	(1.0)	1,366件	(4.0)		
	⑤		糖尿病治療中	H	310人	10.0%	302人	10.2%	277人	9.6%	287人	10.0%	284人	10.1%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	⑥		(再掲)40-74歳		304人	13.2%	297人	13.6%	273人	12.6%	280人	13.1%	279人	13.3%				
	⑦		健診未受診者	I	207人	68.1%	200人	67.3%	201人	73.6%	201人	71.8%	185人	66.3%				
	⑧		インスリン治療	O	28人	9.0%	28人	9.3%	27人	9.7%	27人	9.4%	24人	8.5%				
	⑨		(再掲)40-74歳		28人	9.2%	28人	9.4%	27人	9.9%	26人	9.3%	22人	7.9%				
	⑩		糖尿病性腎症	L	91人	29.4%	86人	28.5%	84人	30.3%	75人	26.1%	72人	25.4%				
	⑪		(再掲)40-74歳		90人	29.6%	85人	28.6%	84人	30.8%	74人	26.4%	72人	25.8%				
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		2人	0.6%	4人	1.3%	4人	1.4%	4人	1.4%	3人	1.1%				
	⑬		(再掲)40-74歳		2人	0.7%	4人	1.3%	4人	1.5%	4人	1.4%	3人	1.1%				
	⑭		新規透析患者数		5人		4人		1人		6人		3人					
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		2人	40%	1人	25%	1人	100%	3人	50%	2人	67%					
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)		5人	1.3%	6人	1.5%	7人	1.8%	6人	1.5%	5人	1.2%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期				
6	①	医療費	総医療費		8億4553万円		8億3358万円		7億4232万円		8億2567万円		8億9364万円		14億4496万円		KDB 健診・医療・介護データか らみる地域の健康課題	
	②		生活習慣病総医療費		4億1558万円		4億2528万円		4億1052万円		4億4429万円		4億8387万円		7億7425万円			
	③		(総医療費に占める割合)		49.2%		51.0%		55.3%		53.8%		54.1%		53.6%			
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	6,353円		8,337円		5,001円		7,755円		6,873円		7,560円			
	⑤		健診未受診者		28,017円		26,346円		30,378円		30,190円		38,369円		37,805円			
	⑥		糖尿病医療費		5796万円		5467万円		5573万円		5524万円		5212万円		8603万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		13.9%		12.9%		13.6%		12.4%		10.8%		11.1%			
	⑧		糖尿病入院外総医療費		1億2974万円		1億3198万円		1億2477万円		1億3666万円		1億2966万円					
	⑨		1件あたり		32,828円		34,208円		32,502円		35,720円		35,006円					
	⑩		糖尿病入院総医療費		5705万円		4631万円		4493万円		4439万円		4104万円					
	⑪		1件あたり		826,740円		784,990円		701,975円		704,538円		603,514円					
	⑫		在院日数		14日		15日		16日		15日		14日					
	⑬		慢性腎不全医療費		1959万円		2910万円		2593万円		3740万円		2624万円		6202万円			
	⑭		透析有り		1923万円		2776万円		2378万円		3551万円		2072万円		5785万円			
	⑮	透析なし		36万円		134万円		216万円		189万円		552万円		418万円				
7	①	介護	介護給付費		8億7706万円		9億2187万円		9億3392万円		9億4120万円		9億1201万円		17億4718万円			
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		2件	40.0%	1件	20.0%	1件	25.0%	1件	33.3%	0件	0.0%				
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		1人	0.9%	3人	2.6%	5人	4.3%	1人	0.9%	0人	0.0%	564人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	

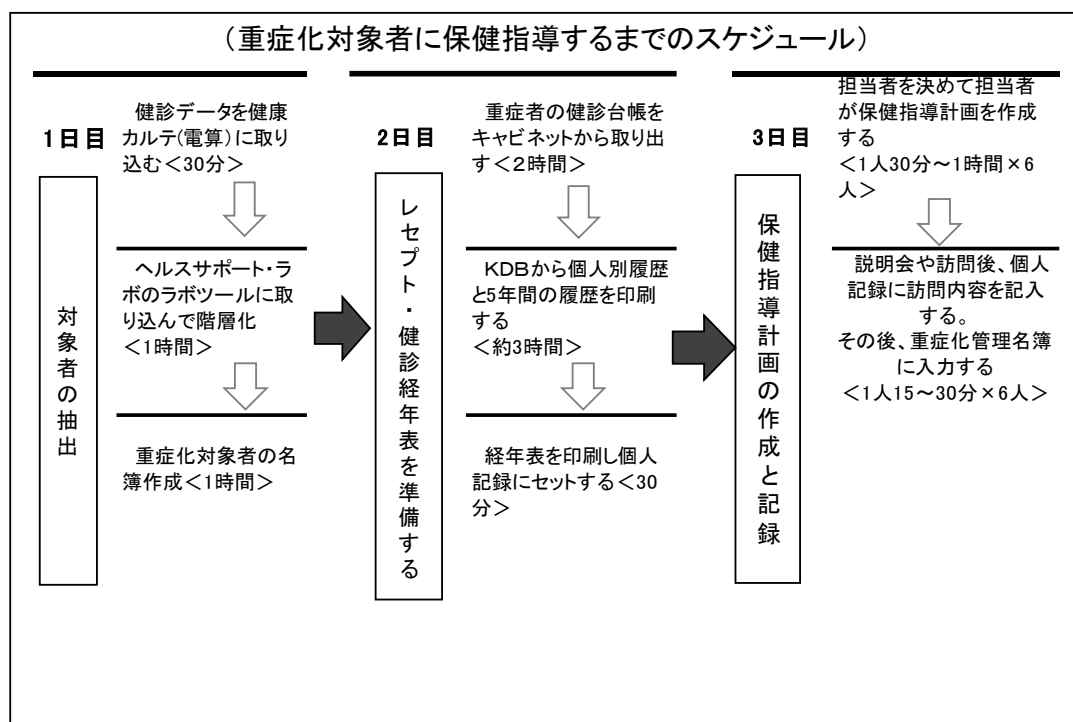
(7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月～対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第順次対象者ファイル・管理表作成後、対象者へ介入(通年)

図表 58 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

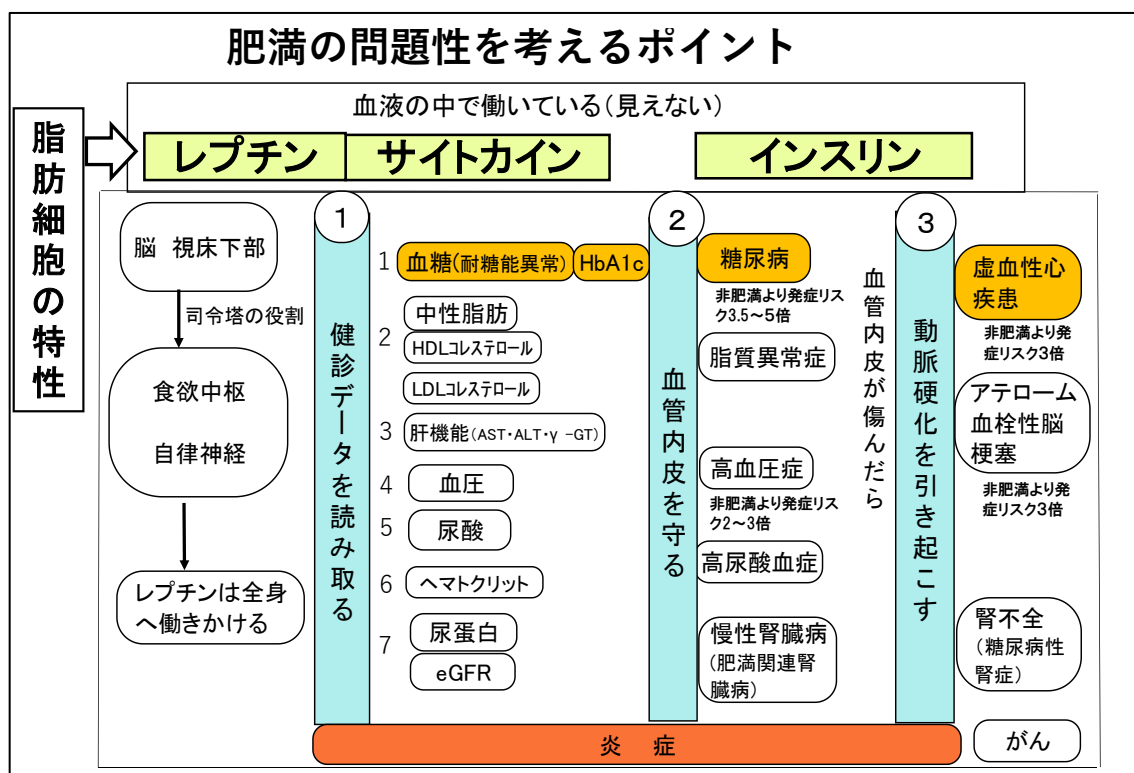
(1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、インスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を合併し、心血管病を発症しやすい状態です。

「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」によると、『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、健診により肥満・メタボリックシンドロームを早期発見し、効率的に重症化予防を行うことが重要です。

なお、取組みにあたっては図表 59 に基づいて考えていきます。

図表 59 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 60 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		345	583	81	150	64	129	13	19	4	2
				23.5%	25.7%	18.6%	22.1%	3.8%	3.3%	1.2%	0.3%
再掲	男性	174	264	51	75	39	65	9	10	3	0
				29.3%	28.4%	22.4%	24.6%	5.2%	3.8%	1.7%	0.0%
	女性	171	319	30	75	25	64	4	9	1	2
				17.5%	23.5%	14.6%	20.1%	2.3%	2.8%	0.6%	0.6%

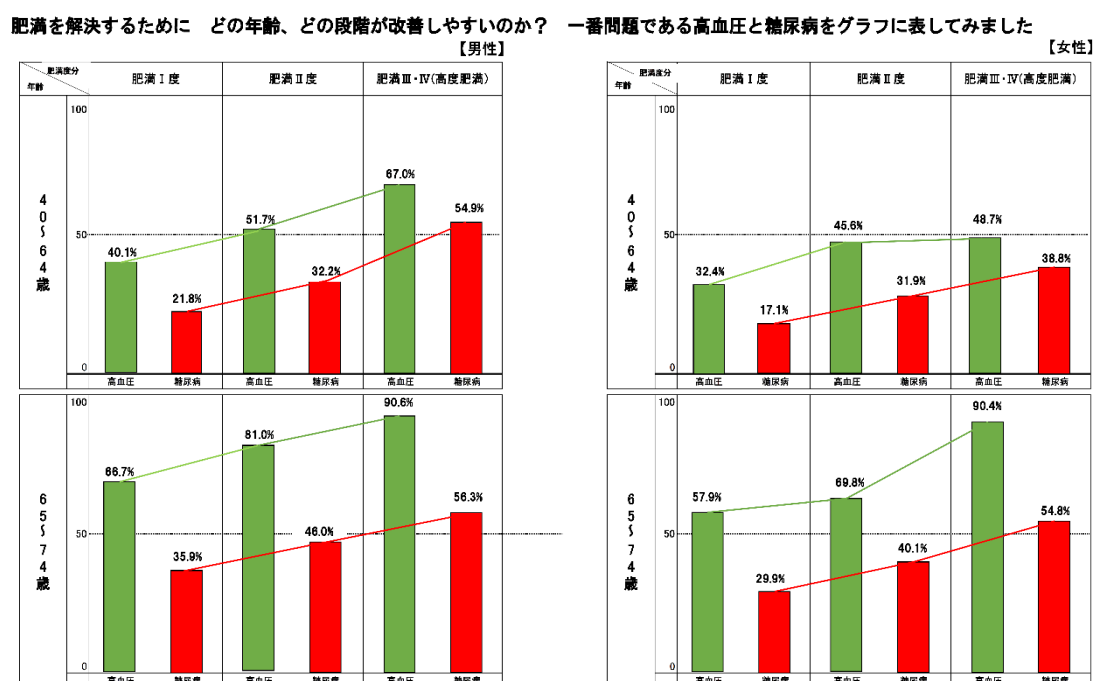
出典：ヘルスサポートラボツール

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。

図表 61 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病を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、若い年代(40～64 歳)を改善の対象とすれば効率がいいことがわかります。

図表 61 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？



(3)対象者の明確化

図表 62 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	438	50	77	150	161	490	43	59	189	199
メタボ該当者	B	117	3	23	46	45	46	1	3	21	21
	B/A	26.7%	6.0%	29.9%	30.7%	28.0%	9.4%	2.3%	5.1%	11.1%	10.6%
再掲	① 3項目全て	C	39	1	9	16	15	0	1	7	7
		C/B	33.3%	33.3%	39.1%	34.8%	28.9%	32.6%	0.0%	33.3%	33.3%
	② 血糖＋血圧	D	16	1	2	5	8	0	1	3	4
		D/B	13.7%	33.3%	8.7%	10.9%	17.8%	17.4%	0.0%	33.3%	14.3%
	③ 血圧＋脂質	E	59	1	10	25	23	21	1	0	11
		E/B	50.4%	33.3%	43.5%	54.3%	51.1%	45.7%	100.0%	0.0%	52.4%
	④ 血糖＋脂質	F	3	0	2	0	1	2	0	1	0
		F/B	2.6%	0.0%	8.7%	0.0%	2.2%	4.3%	0.0%	33.3%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 63 メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	438	117	26.7%	104	88.9%	13	11.1%	490	46	9.4%	43	93.5%	3	6.5%
40代	50	3	6.0%	3	100.0%	0	0.0%	43	1	2.3%	0	0.0%	1	100.0%
50代	77	23	29.9%	20	87.0%	3	13.0%	59	3	5.1%	1	33.3%	2	66.7%
60代	150	46	30.7%	38	82.6%	8	17.4%	189	21	11.1%	21	100.0%	0	0.0%
70～74歳	161	45	28.0%	43	95.6%	2	4.4%	199	21	10.6%	21	100.0%	0	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 62)は、男性で 50 代から受診者の2～3割を超えますが、女性では 60 代・70 代で1割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 63)は、男女とも8～9割が治療中となっていますが、第2期計画の目標達成状況(P22 の図表 33)をみると、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、薬物治療だけでは解決できないため、食事や運動による生活習慣の改善が必要です。

① 対象者の選定基準の考え方

ア.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。

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

ウ.特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(4)保健指導の実施

① 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て行っています。

図表 64 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いませんか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いときよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いのですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

② 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、本村においてもメタボリックシンドローム・メタボ予備軍の方に対して二次健診を実施します。

- ア. 75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)
- イ. 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態をみる検査)
- ウ. 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)
- エ. 尿中塩分測定(尿中の塩分量を測定する検査)

3) 虚血性心疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

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

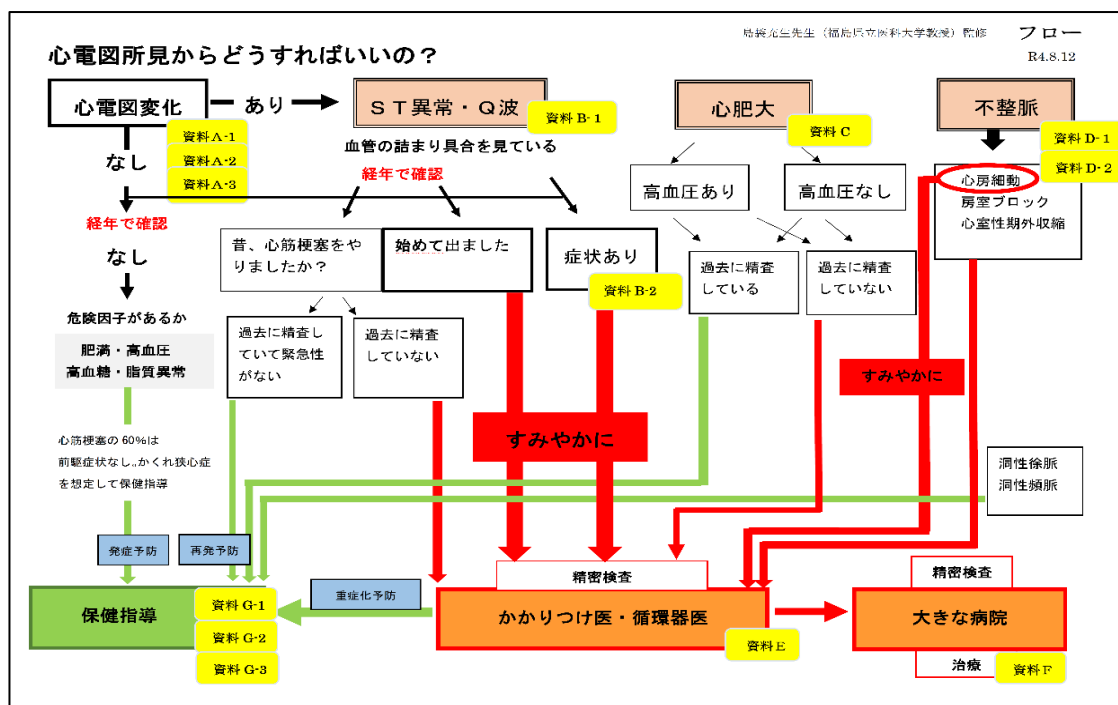
心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見があった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

(2) 対象者の明確化

① 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 65 に基づいて考えます。

図表 65 心電図所見からのフロー図 (保健指導教材)



② 重症化予防対象者の抽出

本村においては、心電図検査を 826 人(89.0%)に実施し、そのうち有所見者が 246 人(29.8%)でした。所見の中でも ST-T 変化が 43 人(17.5%)となっています。(図表 66)

また、有所見者のうち要精査が 27 人(9.1%)でその後の受診状況をみると 12 人(40.7%)は未受診でした。(図表 67)

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

虚血性心疾患は、メタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 68)

図表 66 心電図検査結果

性別・ 年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		実施者数 A		有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
		人数C	割合C/B			人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B		
内 訳	40～74歳	826	89.0%	246	29.8%	1	40.0%	43	17.5%	2	80.0%	26	10.6%	6	24.0%	26	10.6%	3	12.0%	2	80.0%
	男性	392	89.5%	117	29.8%	1	40.0%	15	12.8%	0	0%	15	12.8%	2	17.0%	19	12.8%	3	12.0%	1	40.0%
	女性	434	88.6%	129	29.7%	0	0%	28	21.7%	2	80.0%	11	8.5%	4	31.0%	7	8.5%	0	0%	1	80.0%

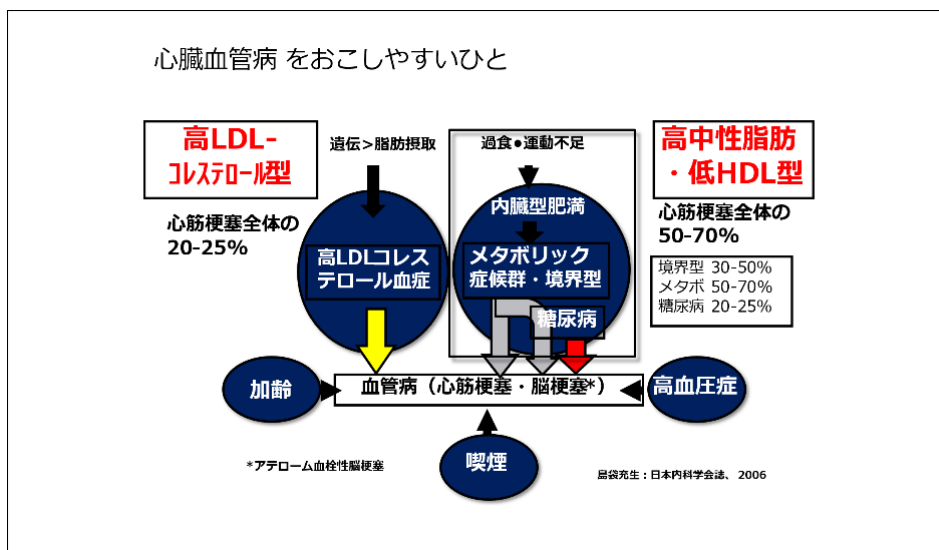
南箕輪村調べ

図表 67 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	246人		27人	9.1%	15人	55.6%	12人	40.7%
男性	117人	18.8%	13人	9.0%	9人	69.2%	4人	14.8%
女性	129人	20.7%	14人	2.2%	6人	42.9%	8人	29.6%

南箕輪村調べ

図表 68 心血管病をおこしやすい人



メタボタイプについては、第4章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 62,63)で対象者を把握します。LDL コレステロールタイプは、冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標(図表 69)を参照します。

図表 69 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果 (LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70～74歳	
				363	183	121	44	15	7	14	20	18
				50.4%	33.3%	12.1%	4.1%	11.9%	23.7%	33.9%	30.5%	
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	61	32	20	8	1	3	6	0	0	
			16.8%	17.5%	16.5%	18.2%	6.7%	42.9%	42.9%	0.0%	0.0%	
	中リスク	140未満 (170未満)	147	79	50	11	7	3	4	8	3	
			40.5%	43.2%	41.3%	25.0%	46.7%	42.9%	28.6%	40.0%	16.7%	
	高リスク	120未満 (150未満)	147	66	50	24	7	1	4	11	15	
			40.5%	36.1%	41.3%	54.5%	46.7%	14.3%	28.6%	55.0%	83.3%	
		再掲	100未満 (130未満) ※1	6	5	0	1	0	0	0	1	0
				1.7%	2.7%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	0.0%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	8	6	1	1	0	0	0	1	0	
			2.2%	3.3%	0.8%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	0.0%	

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病＋喫煙ありの場合に考慮
※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

(3) 保健指導の実施

① 受診勧奨及び保健指導

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

② 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者においては、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があるため、二次健診を実施します。

- ア. 75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)
- イ. 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態をみる検査)
- ウ. 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)
- エ. 尿中塩分測定(尿中の塩分量を測定する検査)

図表 70 心電図所見からの保健指導教材

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

③ 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者への継続的な医療受診ができるよう、保健指導を行います。

(4) 医療との連携

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

(5) 高齢者福祉部門との連携

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

(6) 評価

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

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

(7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月～対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第対象者ファイル・管理表作成後、対象者へ介入(通年)

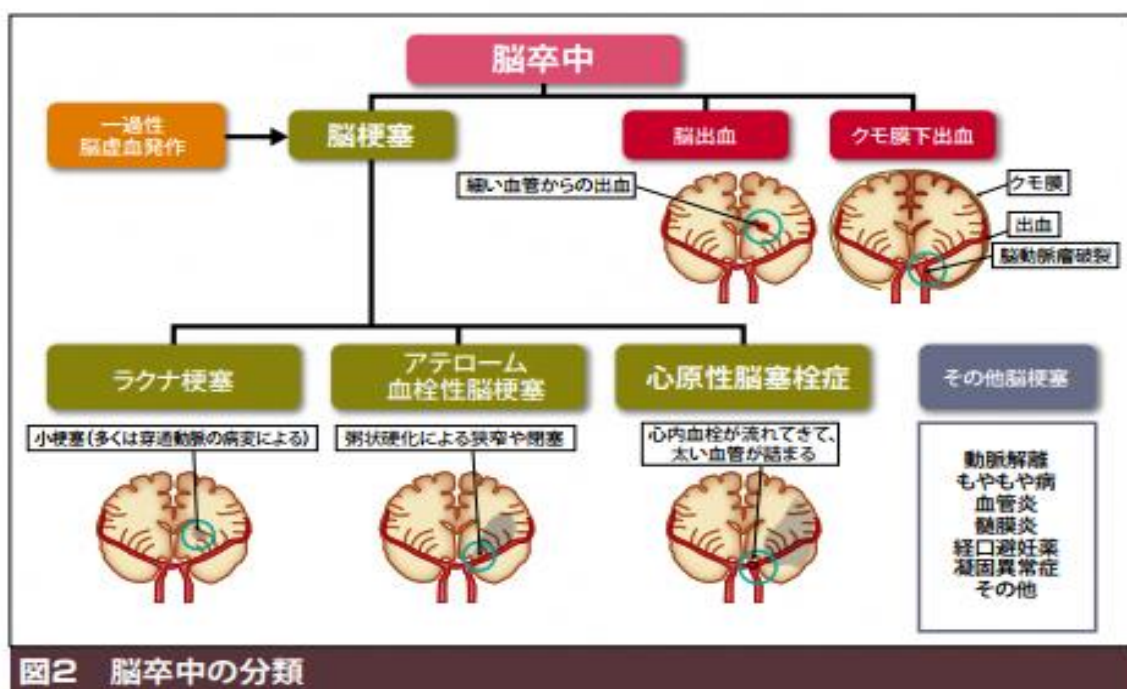
4) 脳血管疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組みにあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 71,72)

図表 71 脳卒中の分類

【脳卒中の分類】



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 72 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

(2) 対象者の明確化

① 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 73 でみると、高血圧治療者 837 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 56 人(6.7%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 21 人(2.3%)であり、そのうち 13 人は未治療者です。

また、未治療者(F)の中にはメタボリックシンドローム該当者や高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医療機関への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(11.3%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

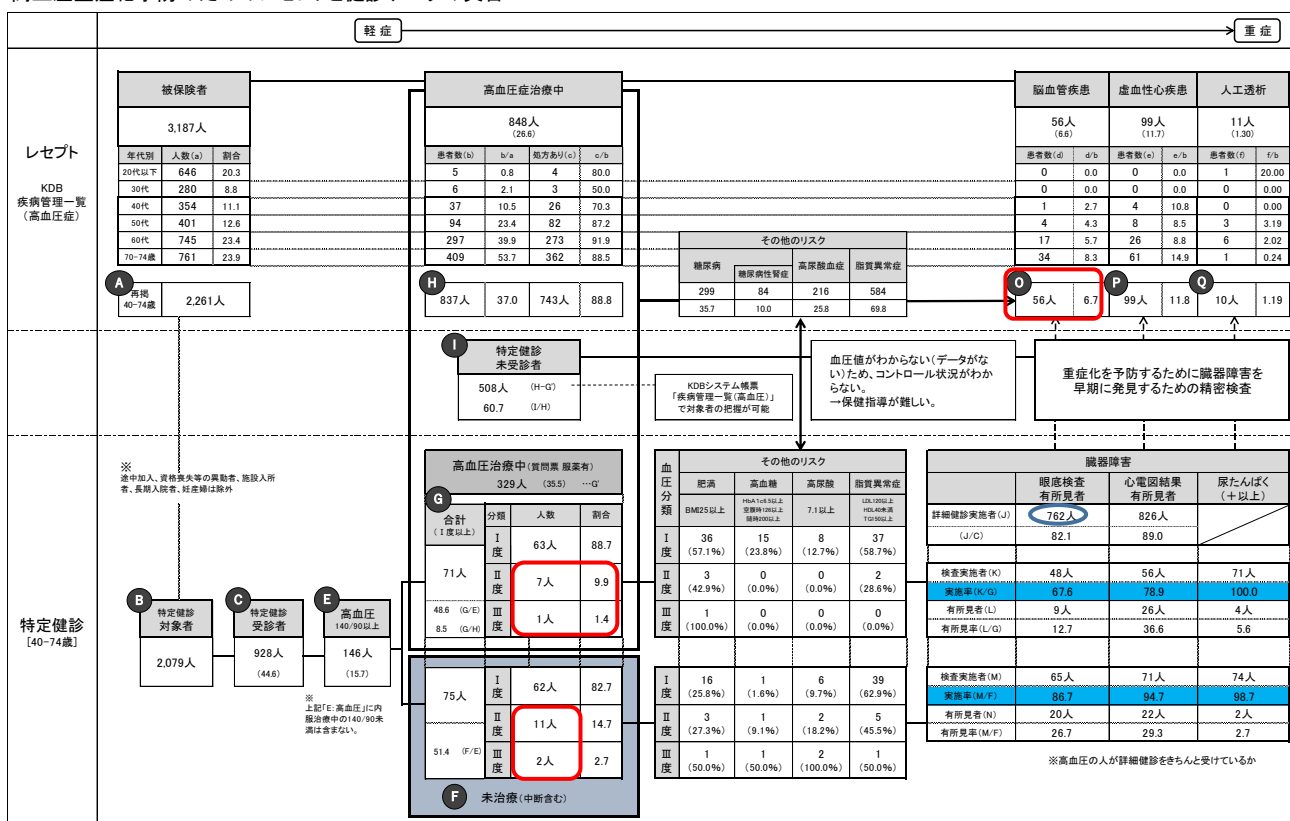
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)は、762 人(82.1%)実施しています。

図表 73 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

(参考資料5 として P81 にも掲載しています。)

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



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

出典:ヘルスサポートラボソール

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

図表 74 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

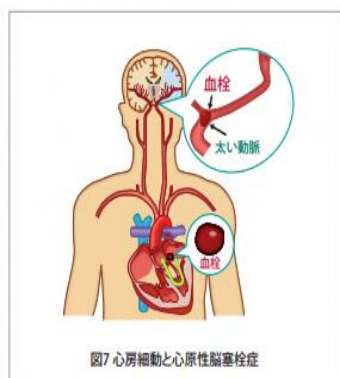
保健指導対象者の明確化と優先順位の決定		(参考)高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画				
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化		特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)				
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上	…高リスク …中等リスク …低リスク
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	215	140 65.1%	62 28.8%	11 5.1%	2 0.9%	
リスク第1層 予後影響因子がない	12 5.6%	C 10 7.1%	B 2 3.2%	B 0 0.0%	A 0 0.0%	
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	142 66.0%	C 93 66.4%	B 42 67.7%	A 7 63.6%	A 0 0.0%	
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	61 28.4%	B 37 60.7%	A 18 29.5%	A 4 6.6%	A 2 3.3%	

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 74 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し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなる疾患です。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 75 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況を示しています。

図表 75 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				日循環学調査 (※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	438	490	392	89.5%	434	88.6%	6	1.5%	2	0.5%	--	--
40代	50	43	48	96.0%	43	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	77	59	69	89.6%	53	89.8%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	150	189	133	88.7%	167	88.4%	2	1.5%	1	0.6%	1.9%	0.4%
70～74歳	161	199	142	88.2%	171	85.9%	4	2.8%	1	0.6%	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 76 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	
8人	3人	37.5%	5人	62.5%

南箕輪村調べ

心電図検査において8人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者8人のうち5人は既に治療が開始されましたが、3人はまだ治療につながっていません。(図表 76)

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ます。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれます。

(3) 保健指導の実施

① 受診勧奨及び保健指導

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

② 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者においては、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。脳血管疾患等の重篤な疾患を防ぐために血圧を正常値に保つことが大切です。高値血圧、Ⅰ度高血圧等の生活習慣の改善が必要な者に対して、二次健診を検討していく必要があります。

ア. 75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

イ. 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態をみる検査)

ウ. 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)

エ. 尿中塩分測定(尿中の塩分量を測定する検査)

③ 対象者の管理

ア. 高血圧者の管理

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

(4) 医療との連携

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

(5) 高齢者福祉部門との連携

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

(6) 評価

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

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

(7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月～対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第、対象者ファイル、管理表を作成し、対象者へ介入(通年)

3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

本村は、令和2年度より長野県後期高齢者広域連合から、本村が事業を受託し「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次のとおり事業を行っていきます。

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

② 地域を担当する保健師を配置

地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や過去の健診結果をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

4. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題です。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。小児の肥満予防は、小児期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重要となってきます。

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

図表 77 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）																	
発症予防																	
健康増進法																	
1　根拠法		母子保健法					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）					
6条 健康増進事業実施者		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】 データヘルズ計画【保健事業実施計画】（各保険者）															
2　計画																	
3　年代		妊婦 （胎児期）		産婦	0歳～5歳				6歳～14歳		15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上	
4　健康診査 （根拠法）		妊婦健康診査 （13条）		産婦健診 （13条）	乳幼児健康診査 （第12・13条）				保育所・幼稚園健康診査	就学時健診 （11・12条）	児童・生徒の定期健康診断 （第1・13・14条）		定期健康診断 （第66条）		特定健康診査 （第18・20・21条）		後期高齢者健康診査 （第125条）
		妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則（第13・44条）		標準的な特定健診・保健指導プログラム（第2章）		指	
5 対 象 者 健 診 内 容	血糖	95mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上								
	HbA1c	6.5%以上							6.5%以上								
	50GCT	1時間値140mg/dl以上															
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上															
	（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																
	肥満度				約718以上												
	尿糖		(+)以上														
糖尿病家族歴																	

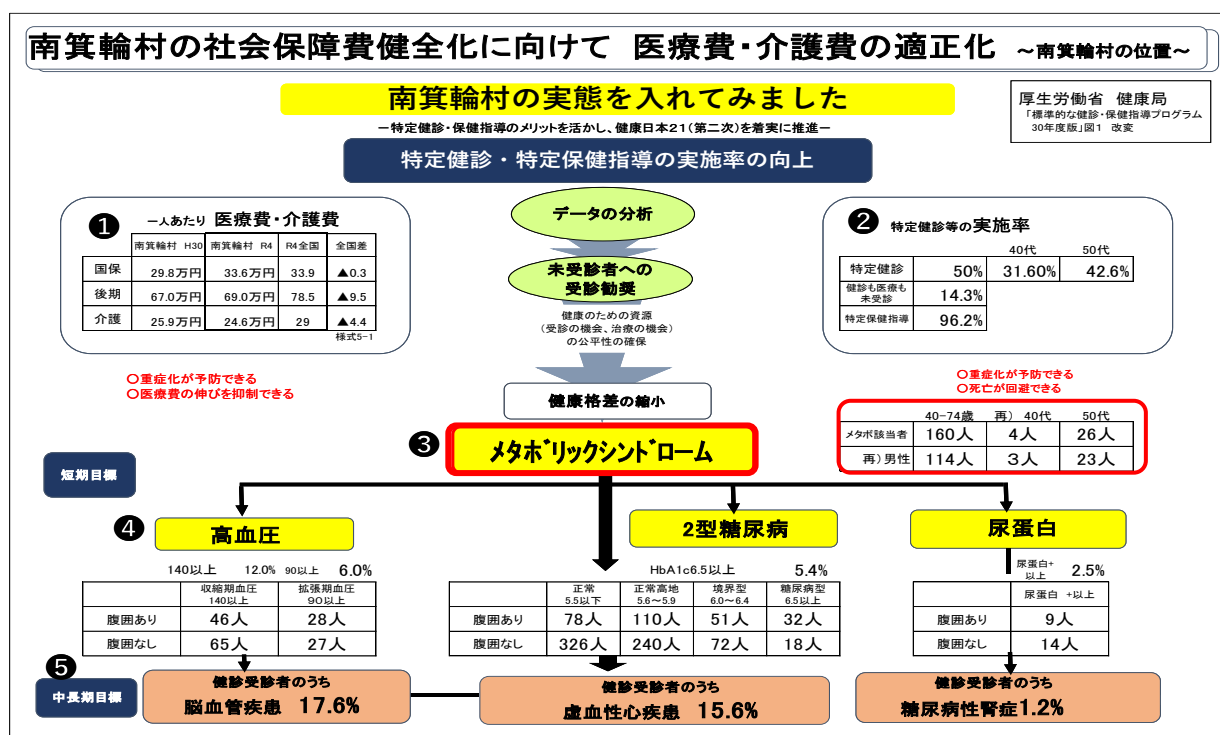
5. ポピュレーションアプローチ

本村は、生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態をみると、すべての疾患に共通する原因としてメタボリックシンドロームがあります。（図表 78）

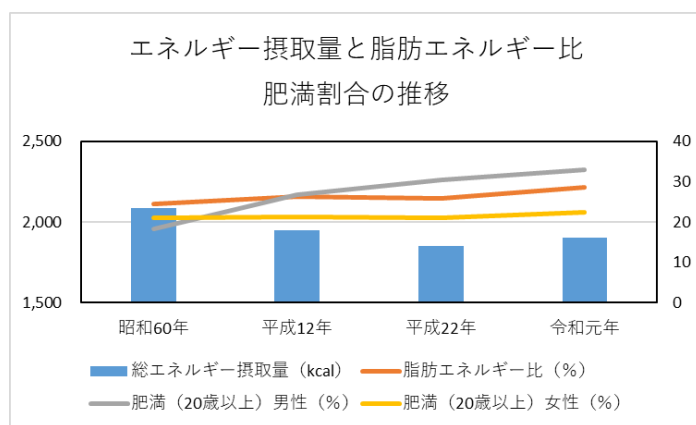
統計からみる食（図表 79）をみると、総エネルギー摂取量は減少しているにもかかわらず、脂肪エネルギー比が増加しており、また肥満割合も増加しています。本村の食習慣（図表 80）についてみると、朝食を食べていない人の割合は、H30 年度に比べ増加しています。朝食を食べないことは、肥満、高脂血症等の生活習慣病の発症を助長することに繋がります。また、本村の運動習慣（図表 81）についてみてみると、1回 30 分以上の運動習慣がない人の割合は、同規模、国、県に比べ明らかに低いことが分かります。

メタボリックシンドロームを減少させるための適切な食習慣及び運動習慣について、健康教室などにおいて広く村民に周知していく必要があります。

図表 78 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化

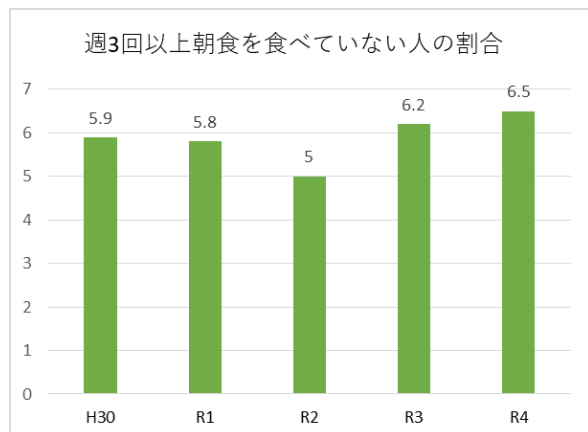


図表 79 統計からみる食

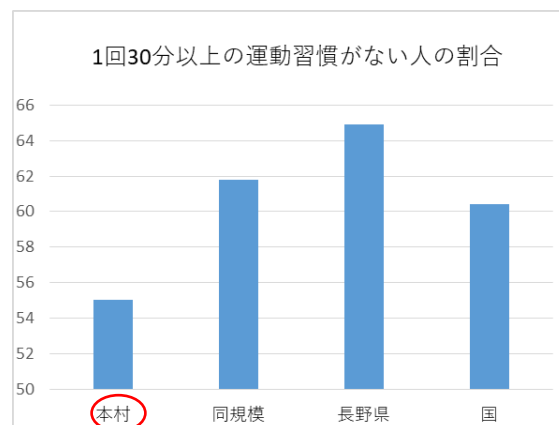


出典 国民健康・栄養調査より抜粋

図表 80 健診の問診票からみる南箕輪村の食習慣



図表 81 健診の問診票からみる南箕輪村の運動習慣



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるため、受診率、医療の動向等や被保険者のデータについて、保健指導を担当する保健師・栄養士等が定期的に確認を行います。

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ウェブサイトや広報紙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ます。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた南箕輪村の位置

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1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた南箕輪村の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた南箕輪村の位置

R04年度

項目				南箕輪村		同規模平均		長野県		国		データ元 (CSV)	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	人口構成	総人口	15,685		1,810,851		2,008,244		123,214,261		KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			65歳以上(高齢化率)	3,699	23.6	651,740	36.0	646,942	32.2	35,335,805	28.7		
			75歳以上	1,884	12.0	---	---	352,073	17.5	18,248,742	14.8		
			65～74歳	1,815	11.6	---	---	294,869	14.7	17,087,063	13.9		
			40～64歳	5,111	32.6	---	---	669,192	33.3	41,545,893	33.7		
		39歳以下	6,875	43.8	---	---	692,110	34.5	46,332,563	37.6			
	②	産業構成	第1次産業	6.8		10.9		9.3		4.0		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			第2次産業	38.4		27.1		29.2		25.0			
			第3次産業	54.8		61.9		61.6		71.0			
	③	平均寿命	男性	81.5		80.5		81.8		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握	
女性			88.1		86.9		87.7		87.0				
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	81.9		79.7		81.1		80.1				
		女性	84.5		84.3		85.2		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	91.3		103.0		90.5		100		KDB NO.1 地域全体像の把握
				女性	87.0		100.8		93.8		100		
			死因	がん	38	50.0	6,844	47.1	6,380	47.9	378,272	50.6	
				心臓病	17	22.4	4,468	30.7	3,679	27.6	205,485	27.5	
				脳疾患	15	19.7	2,073	14.3	2,307	17.3	102,900	13.8	
				糖尿病	0	0.0	271	1.9	238	1.8	13,896	1.9	
				腎不全	2	2.6	564	3.9	375	2.8	26,946	3.6	
				自殺	4	5.3	317	2.2	352	2.6	20,171	2.7	
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	16	12.3	-	-	1,814	7	125,187	8.7	厚労省HP 人口動態調査(令和3年)	
			男性	9	16.7	-	-	1,160	9.1	82,832	11.2		
			女性	7	9.2	-	-	654	5	42,355	6		
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	526	14.1	121,841	18.8	113,468	17.7	6,724,030	19.4	KDB NO.1 地域全体像の把握
新規認定者				要支援1.2	1,662	11.6	382,007	13.8	412,294	13.8	21,785,044	12.9	
				要介護1.2	6,888	48.1	1,277,829	46.3	1,367,247	45.8	78,107,378	46.3	
				要介護3以上	5,784	40.4	1,099,163	39.8	1,208,489	40.4	68,963,503	40.8	
				2号認定者	7	0.14	2,304	0.40	1,856	0.28	156,107	0.38	
②		有病状況	糖尿病	106	19.0	29,183	22.8	26,401	22.3	1,712,613	24.3	KDB NO.1 地域全体像の把握	
			高血圧症	292	52.0	67,451	53.3	65,433	55.6	3,744,672	53.3		
			脂質異常症	206	36.1	38,328	30.0	36,610	30.6	2,308,216	32.6		
			心臓病	338	59.6	76,143	60.3	74,350	63.3	4,224,628	60.3		
			脳疾患	104	18.8	29,057	23.1	29,320	25.4	1,568,292	22.6		
			がん	56	9.2	14,184	11.0	14,272	11.9	837,410	11.8		
			筋・骨格	291	50.9	66,665	52.7	65,213	55.5	3,748,372	53.4		
			精神	207	35.5	46,518	36.9	44,457	37.9	2,569,149	36.8		
③		介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	246,557	912,014,036	297,567	193,936,445,825	288,366	186,555,887,417	290,668	10074274,228,889		
			1件当たり給付費(全体)	63,626		70,292		62,434		59,662			
			居宅サービス	37,216		43,991		40,752		41,272			
			施設サービス	286,266		291,264		287,007		296,364			
④		医療費等	要介護認定別	認定あり	8,195		9,041		8,534		8,610		
	医療費(40歳以上)		認定なし	4,038		4,224		3,975		4,020			
4	①	国保の状況	被保険者数	2,656		419,832		443,378		27,488,882		KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況	
			65～74歳	1,131	42.6			200,162	45.1	11,129,271	40.5		
			40～64歳	847	31.9			142,060	32.0	9,088,015	33.1		
			39歳以下	678	25.5			101,156	22.8	7,271,596	26.5		
		加入率	16.9		23.2		22.1		22.3				
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.4	141	0.3	126	0.3	8,237	0.3		
			診療所数	8	3.0	1,172	2.8	1,564	3.5	102,599	3.7		
			病床数	85	32.0	19,041	45.4	23,133	52.2	1,507,471	54.8		
			医師数	8	3.0	2,768	6.6	5,217	11.8	339,611	12.4		
			外来患者数	705.5		721.7		691.5		687.8			
		入院患者数	15.6		21.9		17.6		17.7				
	③	医療費の状況	一人当たり医療費	336,460	県内47位 同規模97位	382,035		339,076		339,680		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握	
			受診率	721.024		743.593		709.111		705.439			
			外	費用の割合	59.8		57.4		61.1		60.4		
				件数の割合	97.8		97.1		97.5		97.5		
			入	費用の割合	40.2		42.6		38.9		39.6		
				件数の割合	2.2		2.9		2.5		2.5		
			1件あたり在院日数	14.4日		16.6日		15.6日		15.7日			

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	195,679,810	40.4	31.8	30.8	32.2	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題					
				慢性腎不全(透析あり)	20,718,530	4.3	7.5	8.1	8.2						
				糖尿病	52,115,110	10.8	11.1	10.7	10.4						
				高血圧症	28,745,430	5.9	6.4	6.1	5.9						
				脂質異常症	22,549,650	4.7	3.8	4.0	4.1						
				脳梗塞・脳出血	5,096,360	1.1	4.0	4.0	3.9						
				狭心症・心筋梗塞	4,761,170	1.0	2.6	2.3	2.8						
				精神	65,424,610	13.5	15.2	15.8	14.7						
	筋・骨格	81,544,560	16.9	16.5	17.2	16.7									
	⑤	一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	49	0.0	329	0.2	296	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分類)				
糖尿病				146	0.1	1,391	0.9	1,102	0.8	1,144		0.9			
脂質異常症				—	—	65	0.0	72	0.1	53		0.0			
脳梗塞・脳出血				1,571	1.2	7,229	4.4	6,367	4.8	5,993		4.5			
虚血性心疾患				990	0.7	4,422	2.7	3,421	2.6	3,942		2.9			
腎不全				768	0.6	4,564	2.8	3,574	2.7	4,051		3.0			
一人当たり医療費/外来医療費に占める割合		外来	高血圧症	10,774	5.4	12,709	5.8	10,819	5.2	10,143		4.9			
			糖尿病	19,689	9.8	21,886	10.0	18,772	9.1	17,720		8.6			
			脂質異常症	8,490	4.2	7,778	3.5	7,200	3.5	7,092		3.5			
			脳梗塞・脳出血	348	0.2	1,013	0.5	847	0.4	825		0.4			
			虚血性心疾患	1,486	0.7	2,004	0.9	1,629	0.8	1,722		0.8			
			腎不全	16,168	8.0	17,654	8.0	16,616	8.0	15,781		7.7			
⑥	健診有無別一人当たり医療費	健診対象者一人当たり	健診受診者	2,528		2,690	2,630	2,031	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題						
			健診未受診者	14,110		13,453	12,517	13,295							
		生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	6,873		7,560	7,685	6,142							
			健診未受診者	38,369		37,805	36,574	40,210							
⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者	385	43.9	76,254	58.3	79,724	54.3	3,916,059	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握				
			医療機関受診率	349	39.8	68,773	52.6	71,775	48.9	3,574,558		52.0			
			医療機関非受診率	36	4.1	7,481	5.7	7,949	5.4	341,501		5.0			
5	①	特定健診の状況	県内市町村数77市町村 同規模市区町村数111市町村	健診受診者	877		130,692	146,749	6,875,056	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握					
	②			受診率	50.1	県内42位 同規模20位	42.5	47.4	全国2位		37.6				
	③			特定保健指導終了者(実施率)	51	96.2	6956	45.2	8,489		53.5	203,239	24.9		
	④			非肥満高血糖	46	5.2	13,338	10.2	13,026		8.9	620,953	9.0		
	⑤			メタボ	該当者	160	18.2	27,983	21.4		27,724	18.9	1,394,769	20.3	
					男性	114	27.2	19,370	32.6		19,815	29.1	974,828	32.0	
					女性	46	10.0	8,613	12.1		7,909	10.1	419,941	11.0	
					予備群	72	8.2	14,777	11.3		15,532	10.6	772,619	11.2	
	⑥			メタボ	男性	56	13.4	10,402	17.5		11,374	16.7	545,330	17.9	
					女性	16	3.5	4,375	6.1		4,158	5.3	227,289	5.9	
					BMI	総数	264	30.1	46,993		36.0	48,304	32.9	2,402,902	35.0
						男性	194	46.3	32,696		55.0	34,855	51.2	1,683,473	55.3
	女性			70		15.3	14,297	20.1	13,449		17.1	719,429	18.8		
	⑦			メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	43	4.9	6,772		5.2	6,627	4.5	323,057	4.7
						男性	6	1.4	1,033		1.7	1,160	1.7	51,841	1.7
						女性	37	8.1	5,739		8.1	5,467	7.0	271,216	7.1
					血糖のみ	6	0.7	910	0.7		891	0.6	43,987	0.6	
						血圧のみ	44	5.0	10,617		8.1	10,317	7.0	544,518	7.9
						脂質のみ	22	2.5	3,250		2.5	4,324	2.9	184,114	2.7
			血糖・血圧			25	2.9	4,533	3.5		3,801	2.6	205,065	3.0	
血糖・脂質		5	0.6			1,335	1.0	1,521	1.0	70,937	1.0				
血圧・脂質		78	8.9			12,831	9.8	13,570	9.2	664,878	9.7				
血糖・血圧・脂質		52	5.9			9,284	7.1	8,832	6.0	453,889	6.6				
⑧		服薬	高血圧			319	36.4	50,446	38.6	51,273	34.9	2,447,146	35.6		
	糖尿病		92	10.5	13,290	10.2	12,794	8.7	594,927	8.7					
⑨	問診の状況	既往歴	脂質異常症	277	31.6	37,340	28.6	41,264	28.1	1,914,847	27.9				
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	22	2.5	4,248	3.4	4,346	3.1	208,635	3.1				
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	39	4.5	7,808	6.2	7,600	5.5	367,822	5.5				
			腎不全	8	0.9	1,086	0.9	1,043	0.8	54,302	0.8				
6	⑩	生活習慣の状況	日飲酒量	貧血	80	9.1	12,093	9.6	12,820	9.3	706,680	10.7			
				喫煙	129	14.7	17,772	13.6	19,063	13.0	948,575	13.8			
				週3回以上朝食を抜く	58	6.6	9,754	8.1	10,544	8.1	648,865	10.4			
				週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
				週3回以上就寝前夕食(～H30～)	125	14.3	18,366	15.2	19,852	15.3	985,252	15.8			
				週3回以上就寝前夕食	125	14.3	18,366	15.2	19,852	15.3	985,252	15.8			
				食べる速度が速い	211	24.2	31,534	26.1	32,336	24.9	1,672,168	26.8			
				20歳時体重から10kg以上増加	241	27.7	42,464	35.1	41,728	32.0	2,191,006	35.0			
				1回30分以上運動習慣なし	481	55.2	74,883	61.8	84,450	64.9	3,777,161	60.4			
				1日1時間以上運動なし	400	45.8	57,261	47.3	58,822	45.2	3,004,820	48.0			
				睡眠不足	215	24.7	30,220	25.0	32,148	24.8	1,599,841	25.6			
				毎日飲酒	217	24.7	31,929	25.2	35,042	25.4	1,671,521	25.5			
				時々飲酒	179	20.4	26,139	20.6	32,825	23.8	1,475,568	22.5			
				1合未満	199	48.8	46,466	60.5	41,591	54.6	2,997,543	64.1			
1～2合	124	30.4	20,381	26.5	23,551	30.9	1,110,600	23.7							
2～3合	48	11.8	7,893	10.3	8,605	11.3	438,425	9.4							
3合以上	37	9.1	2,103	2.7	2,410	3.2	130,129	2.8							

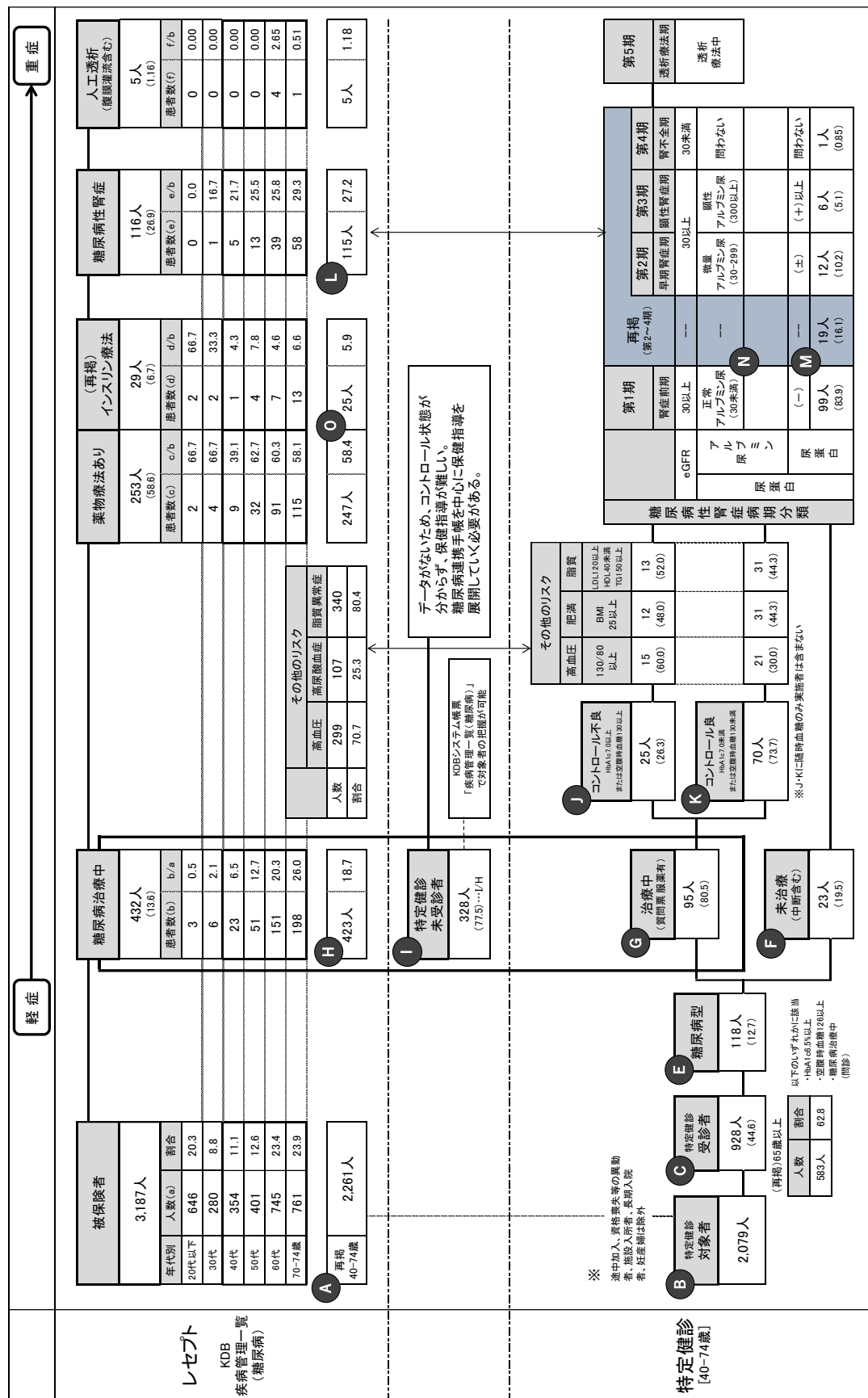
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

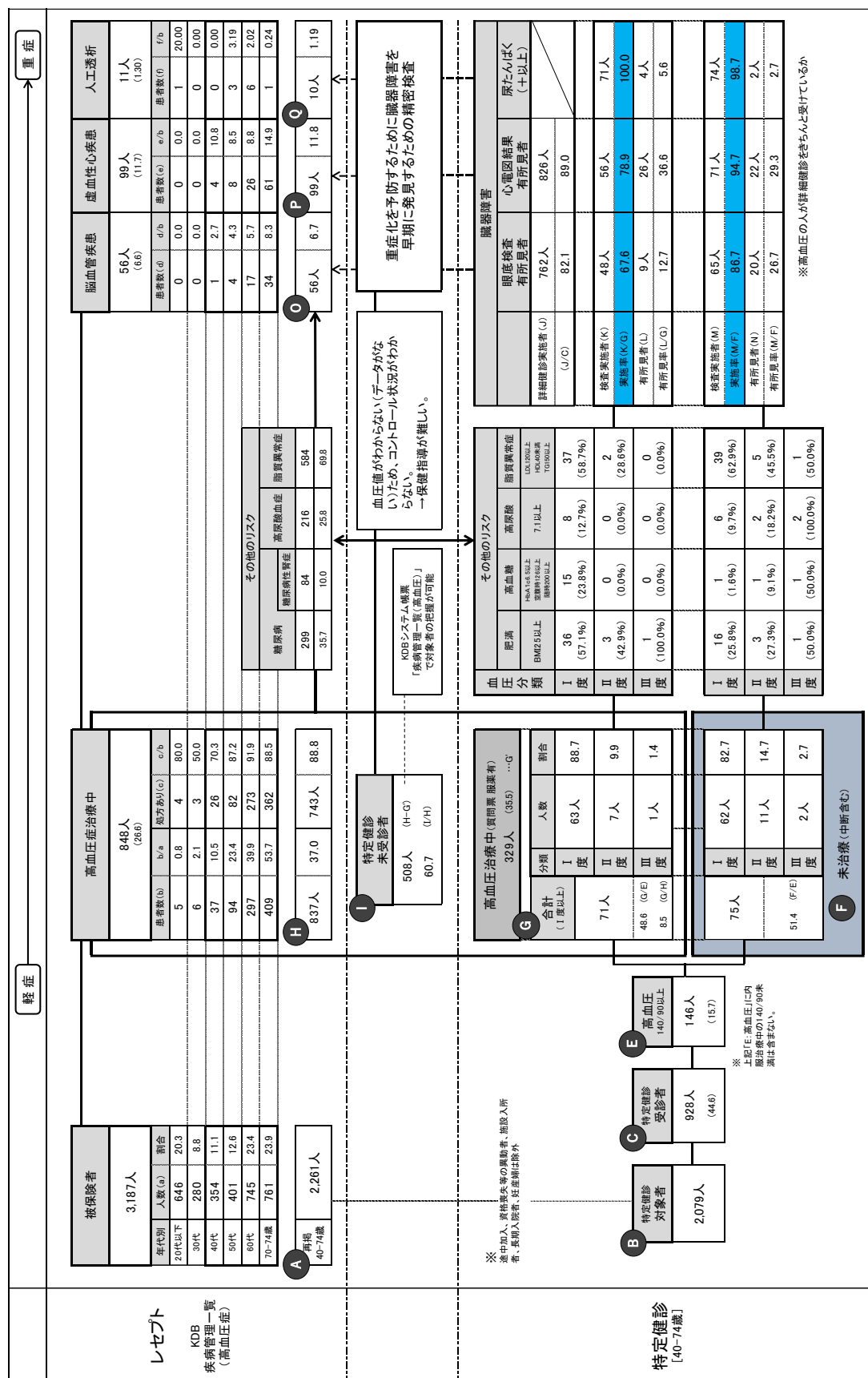
項目			実 合 表	南箕輪村										同規模保険者(平均)		データ基	
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	A	3,093人		2,959人		2,888人		2,861人		2,821人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳		2,295人		2,176人		2,174人		2,140人		2,093人					
2	①	対象者数	B	1,971人		1,905人		1,901人		1,838人		1,750人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書	
	②	特定健診 受診者数	C	1,041人		1,052人		803人		944人		923人					
	③	受診率		52.8%		55.2%		42.2%		51.4%		52.7%					
3	①	特定 保健指導 対象者数		72人		83人		64人		72人		36人					
	②	実施率		93.1%		72.3%		85.9%		94.4%		94.4%					
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	128人	12.3%	130人	12.4%	95人	11.8%	110人	11.7%	116人	12.6%		特定健診結果	
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	31人	24.2%	36人	27.7%	23人	24.2%	31人	28.2%	22人	19.0%			
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	97人	75.8%	94人	72.3%	72人	75.8%	79人	71.8%	94人	81.0%			
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	31人	32.0%	32人	34.0%	15人	20.8%	17人	21.5%	25人	26.6%			
	⑤		血圧 130/80以上		12人	38.7%	20人	62.5%	9人	60.0%	9人	52.9%	15人	60.0%			
	⑥		肥満 BMI25以上		12人	38.7%	12人	37.5%	6人	40.0%	8人	47.1%	12人	48.0%			
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	66人	68.0%	62人	66.0%	57人	79.2%	62人	78.5%	69人	73.4%			
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	112人	87.5%	108人	83.1%	76人	80.0%	94人	85.5%	97人	83.6%			
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		10人	7.8%	13人	10.0%	8人	8.4%	6人	5.5%	12人	10.3%			
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		5人	3.9%	6人	4.6%	9人	9.5%	9人	8.2%	6人	5.2%			
	⑪	第4期 eGFR30未満	1人		0.8%	1人	0.8%	2人	2.1%	1人	0.9%	1人	0.9%				
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		100.2人		102.1人		95.9人		100.3人		100.7人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②		(再掲)40-74歳(被保険者千対)		132.5人		136.5人		125.6人		130.8人		133.3人				
	③		レセプト件数 (40-74歳) (1)内は重複数千対		入院外(件数)	1,867件 (856.4)	1,859件 (871.1)	1,811件 (853.0)	1,797件 (859.4)	1,854件 (937.3)	319,390件 (944.1)			KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)			
	④		入院(件数)		6件 (2.8)		4件 (1.9)	3件 (1.4)	2件 (1.0)	1,366件 (4.0)							
	⑤		糖尿病治療中		H	310人	10.0%	302人	10.2%	277人	9.6%	287人	10.0%	284人	10.1%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	⑥		(再掲)40-74歳			304人	13.2%	297人	13.6%	273人	12.6%	280人	13.1%	279人	13.3%		
	⑦		健診未受診者		I	207人	68.1%	200人	67.3%	201人	73.6%	201人	71.8%	185人	66.3%		
	⑧		インスリン治療		O	28人	9.0%	28人	9.3%	27人	9.7%	27人	9.4%	24人	8.5%		
	⑨		(再掲)40-74歳			28人	9.2%	28人	9.4%	27人	9.9%	26人	9.3%	22人	7.9%		
	⑩		糖尿病性腎症		L	91人	29.4%	86人	28.5%	84人	30.3%	75人	26.1%	72人	25.4%		
	⑪		(再掲)40-74歳			90人	29.6%	85人	28.6%	84人	30.8%	74人	26.4%	72人	25.8%		
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			2人	0.6%	4人	1.3%	4人	1.4%	4人	1.4%	3人	1.1%		
	⑬		(再掲)40-74歳		2人	0.7%	4人	1.3%	4人	1.5%	4人	1.4%	3人	1.1%			
	⑭		新規透析患者数			5人		4人		1人		6人		3人			
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		2人	40%	1人	25%	1人	100%	3人	50%	2人	67%			
	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)		5人	1.3%	6人	1.5%	7人	1.8%	6人	1.5%	5人	1.2%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期		
6	①	医療費	総医療費		8億4553万円		8億3358万円		7億4232万円		8億2567万円		8億9364万円		14億4496万円		KDB 健診・医療・介護データか らみる地域の健康課題
	②		生活習慣病総医療費		4億1558万円		4億2528万円		4億1052万円		4億4429万円		4億8387万円		7億7425万円		
	③		(総医療費に占める割合)		49.2%		51.0%		55.3%		53.8%		54.1%		53.6%		
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり		6,353円		8,337円		5,001円		7,755円		6,873円		7,560円		
	⑤		健診未受診者		28,017円		26,346円		30,378円		30,190円		38,369円		37,805円		
	⑥		糖尿病医療費		5796万円		5467万円		5573万円		5524万円		5212万円		8603万円		
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		13.9%		12.9%		13.6%		12.4%		10.8%		11.1%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費		1億2974万円		1億3198万円		1億2477万円		1億3666万円		1億2966万円				
	⑨		1件あたり		32,828円		34,208円		32,502円		35,720円		35,006円				
	⑩		糖尿病入院総医療費		5705万円		4631万円		4493万円		4439万円		4104万円				
	⑪		1件あたり		826,740円		784,990円		701,975円		704,538円		603,514円				
	⑫		在院日数		14日		15日		16日		15日		14日				
	⑬		慢性腎不全医療費		1959万円		2910万円		2593万円		3740万円		2624万円		6202万円		
	⑭		透析有り		1923万円		2776万円		2378万円		3551万円		2072万円		5785万円		
	⑮		透析なし		36万円		134万円		216万円		189万円		552万円		418万円		
7	①	介護	介護給付費		8億7706万円		9億2187万円		9億3392万円		9億4120万円		9億1201万円		17億4718万円		
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		2件 40.0%		1件 20.0%		1件 25.0%		1件 33.3%		0件 0.0%				
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		1人	0.9%	3人	2.6%	5人	4.3%	1人	0.9%	0人	0.0%	564人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのセプトと健診データの突合

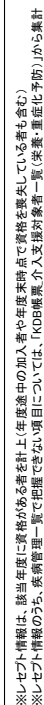


※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、（KDB帳票 介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防））から集計



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

脂質異常症重症化予防のためのしせつと健診データの実合



参考資料7 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病									
								合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H29	1,075	389	36.2%	436	40.6%	170	15.8%	44	4.1%	33	3.1%	3	0.3%	17	1.6%	0	0.0%
H30	1,008	340	33.7%	418	41.5%	170	16.9%	51	5.1%	23	2.3%	6	0.6%	14	1.4%	4	0.4%
R01	855	328	38.4%	332	38.8%	142	16.6%	37	4.3%	16	1.9%	0	0.0%	4	0.5%	0	0.0%
R02	812	371	45.7%	292	36.0%	103	12.7%	33	4.1%	11	1.4%	2	0.2%	6	0.7%	1	0.1%
R03	950	425	44.7%	346	36.4%	133	14.0%	32	3.4%	11	1.2%	3	0.3%	4	0.4%	2	0.2%
R04	927	404	43.6%	350	37.8%	123	13.3%	35	3.8%	12	1.3%	3	0.3%	8	0.9%	2	0.2%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上												
					再)7.0以上	再掲											
						未治療	治療										
H29	1,075	389 36.2%	436 40.6%	170 15.8%	80	19	61										
					7.4%	23.8%	76.3%										
					36 3.3%	1 2.8%	35 97.2%										
H30	1,008	340 33.7%	418 41.5%	170 16.9%	80	26	54										
					7.9%	32.5%	67.5%										
					29 2.9%	7 24.1%	22 75.9%										
R01	855	328 38.4%	332 38.8%	142 16.6%	53	16	37										
					6.2%	30.2%	69.8%										
					16 1.9%	3 18.8%	13 81.3%										
R02	812	371 45.7%	292 36.0%	103 12.7%	46	21	25										
					5.7%	45.7%	54.3%										
					13 1.6%	5 38.5%	8 61.5%										
R03	950	425 44.7%	346 36.4%	133 14.0%	46	22	24										
					4.8%	47.8%	52.2%										
					14 1.5%	7 50.0%	7 50.0%										
R04	927	404 43.6%	350 37.8%	123 13.3%	50	11	39										
					5.4%	22.0%	78.0%										
					15 1.6%	3 20.0%	12 80.0%										

治療と未治療の状況

		HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病									
										合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる					
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A		
治療中	H29	118	11.0%	1	0.8%	21	17.8%	35	29.7%	26	22.0%	32	27.1%	3	2.5%	17	14.4%	0	0.0%
	H30	95	9.4%	2	2.1%	14	14.7%	25	26.3%	32	33.7%	19	20.0%	3	3.2%	11	11.6%	2	2.1%
	R01	77	9.0%	2	2.6%	9	11.7%	29	37.7%	24	31.2%	13	16.9%	0	0.0%	4	5.2%	0	0.0%
	R02	62	7.6%	5	8.1%	9	14.5%	23	37.1%	17	27.4%	7	11.3%	1	1.6%	5	8.1%	0	0.0%
	R03	81	8.5%	3	3.7%	19	23.5%	35	43.2%	17	21.0%	6	7.4%	1	1.2%	2	2.5%	0	0.0%
	R04	95	10.2%	8	8.4%	18	18.9%	30	31.6%	27	28.4%	10	10.5%	2	2.1%	6	6.3%	1	1.1%
治療なし	H29	957	89.0%	388	40.5%	415	43.4%	135	14.1%	18	1.9%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	H30	913	90.6%	338	37.0%	404	44.2%	145	15.9%	19	2.1%	4	0.4%	3	0.3%	3	0.3%	2	0.2%
	R01	778	91.0%	326	41.9%	323	41.5%	113	14.5%	13	1.7%	3	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	R02	750	92.4%	366	48.8%	283	37.7%	80	10.7%	16	2.1%	4	0.5%	1	0.1%	1	0.1%	1	0.1%
	R03	869	91.5%	422	48.6%	327	37.6%	98	11.3%	15	1.7%	5	0.6%	2	0.2%	2	0.2%	2	0.2%
	R04	832	89.8%	396	47.6%	332	39.9%	93	11.2%	8	1.0%	2	0.2%	1	0.1%	2	0.2%	1	0.1%

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	1,090	404	37.1%	208	19.1%	290	26.6%	159	14.6%	22	2.0%	7	0.6%
H30	1,029	395	38.4%	184	17.9%	294	28.6%	134	13.0%	15	1.5%	7	0.7%
R01	856	307	35.9%	165	19.3%	244	28.5%	118	13.8%	20	2.3%	2	0.2%
R02	802	256	31.9%	131	16.3%	210	26.2%	142	17.7%	25	3.1%	38	4.7%
R03	954	307	32.2%	208	21.8%	259	27.1%	159	16.7%	17	1.8%	4	0.4%
R04	928	353	38.0%	193	20.8%	236	25.4%	125	13.5%	18	1.9%	3	0.3%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上								
					再掲								
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療						
H29	1,090	612 56.1%	290 26.6%	159 14.6%	29 2.7%	13 44.8%	16 55.2%						
					7 0.6%	1 14.3%	6 85.7%	0.6%					
H30	1,029	579 56.3%	294 28.6%	134 13.0%	22 2.1%	14 63.6%	8 36.4%						
					7 0.7%	6 85.7%	1 14.3%	0.7%					
R01	856	472 55.1%	244 28.5%	118 13.8%	22 2.6%	15 68.2%	7 31.8%						
					2 0.2%	2 100.0%	0 0.0%	0.2%					
R02	802	387 48.3%	210 26.2%	142 17.7%	63 7.9%	54 85.7%	9 14.3%						
					38 4.7%	36 94.7%	2 5.3%	4.7%					
R03	954	515 54.0%	259 27.1%	159 16.7%	21 2.2%	15 71.4%	6 28.6%						
					4 0.4%	3 75.0%	1 25.0%	0.4%					
R04	928	546 58.8%	236 25.4%	125 13.5%	21 2.3%	13 61.9%	8 38.1%						
					3 0.3%	2 66.7%	1 33.3%	0.3%					

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	370	33.9%	69	18.6%	76	20.5%	133	35.9%	76	20.5%	10	2.7%
	H30	341	33.1%	77	22.6%	63	18.5%	124	36.4%	69	20.2%	7	2.1%
	R01	282	32.9%	63	22.3%	51	18.1%	100	35.5%	61	21.6%	7	2.5%
	R02	244	30.4%	44	18.0%	49	20.1%	80	32.8%	62	25.4%	7	2.9%
	R03	336	35.2%	66	19.6%	75	22.3%	111	33.0%	78	23.2%	5	1.5%
	R04	329	35.5%	82	24.9%	80	24.3%	96	29.2%	63	19.1%	7	2.1%
治療なし	H29	720	66.1%	335	46.5%	132	18.3%	157	21.8%	83	11.5%	12	1.7%
	H30	688	66.9%	318	46.2%	121	17.6%	170	24.7%	65	9.4%	8	1.2%
	R01	574	67.1%	244	42.5%	114	19.9%	144	25.1%	57	9.9%	13	2.3%
	R02	558	69.6%	212	38.0%	82	14.7%	130	23.3%	80	14.3%	18	3.2%
	R03	618	64.8%	241	39.0%	133	21.5%	148	23.9%	81	13.1%	12	1.9%
	R04	599	64.5%	271	45.2%	113	18.9%	140	23.4%	62	10.4%	11	1.8%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		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
総数	H29	1,089	565	51.9%	285	26.2%	165	15.2%	47	4.3%	27	2.5%
	H30	1,030	565	54.9%	265	25.7%	122	11.8%	58	5.6%	20	1.9%
	R01	856	437	51.1%	254	29.7%	113	13.2%	41	4.8%	11	1.3%
	R02	811	387	47.7%	216	26.6%	105	12.9%	36	4.4%	67	8.3%
	R03	954	464	48.6%	250	26.2%	145	15.2%	70	7.3%	25	2.6%
	R04	928	476	51.3%	249	26.8%	140	15.1%	48	5.2%	15	1.6%
男性	H29	482	254	52.7%	110	22.8%	81	16.8%	26	5.4%	11	2.3%
	H30	458	261	57.0%	108	23.6%	52	11.4%	30	6.6%	7	1.5%
	R01	374	208	55.6%	96	25.7%	47	12.6%	19	5.1%	4	1.1%
	R02	374	201	53.7%	93	24.9%	39	10.4%	17	4.5%	24	6.4%
	R03	435	228	52.4%	109	25.1%	52	12.0%	38	8.7%	8	1.8%
	R04	438	251	57.3%	105	24.0%	50	11.4%	24	5.5%	8	1.8%
女性	H29	607	311	51.2%	175	28.8%	84	13.8%	21	3.5%	16	2.6%
	H30	572	304	53.1%	157	27.4%	70	12.2%	28	4.9%	13	2.3%
	R01	482	229	47.5%	158	32.8%	66	13.7%	22	4.6%	7	1.5%
	R02	437	186	42.6%	123	28.1%	66	15.1%	19	4.3%	43	9.8%
	R03	519	236	45.5%	141	27.2%	93	17.9%	32	6.2%	17	3.3%
	R04	490	225	45.9%	144	29.4%	90	18.4%	24	4.9%	7	1.4%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120～139	140～159	160以上		再掲																	
					再)180以上	未治療	治療																	
H29	1,089	565 51.9%	285 26.2%	165 15.2%	74 6.8%	61 82.4%	13 17.6%																	
					27 2.5%	20 74.1%	7 25.9%																	
H30	1,030	565 54.9%	265 25.7%	122 11.8%	78 7.6%	67 85.9%	11 14.1%																	
					20 1.9%	16 80.0%	4 20.0%																	
R01	856	437 51.1%	254 29.7%	113 13.2%	52 6.1%	47 90.4%	5 9.6%																	
					11 1.3%	10 90.9%	1 9.1%																	
R02	811	387 47.7%	216 26.6%	105 12.9%	103 12.7%	99 96.1%	4 3.9%																	
					67 8.3%	65 97.0%	2 3.0%																	
R03	954	464 48.6%	250 26.2%	145 15.2%	95 10.0%	88 92.6%	7 7.4%																	
					25 2.6%	25 100.0%	0 0.0%																	
R04	928	476 51.3%	249 26.8%	140 15.1%	63 6.8%	59 93.7%	4 6.3%																	
					15 1.6%	15 100.0%	0 0.0%																	

治療と未治療の状況

		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
				A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F
治療中	H29	330	30.3%	198	60.0%	86	26.1%	33	10.0%	6	1.8%	7	2.1%
	H30	291	28.3%	193	66.3%	66	22.7%	21	7.2%	7	2.4%	4	1.4%
	R01	238	27.8%	148	62.2%	69	29.0%	16	6.7%	4	1.7%	1	0.4%
	R02	212	26.1%	131	61.8%	51	24.1%	26	12.3%	2	0.9%	2	0.9%
	R03	277	29.0%	191	69.0%	55	19.9%	24	8.7%	7	2.5%	0	0.0%
	R04	287	30.9%	198	69.0%	66	23.0%	19	6.6%	4	1.4%	0	0.0%
治療なし	H29	759	69.7%	367	48.4%	199	26.2%	132	17.4%	41	5.4%	20	2.6%
	H30	739	71.7%	372	50.3%	199	26.9%	101	13.7%	51	6.9%	16	2.2%
	R01	618	72.2%	289	46.8%	185	29.9%	97	15.7%	37	6.0%	10	1.6%
	R02	599	73.9%	256	42.7%	165	27.5%	79	13.2%	34	5.7%	65	10.9%
	R03	677	71.0%	273	40.3%	195	28.8%	121	17.9%	63	9.3%	25	3.7%
	R04	641	69.1%	278	43.4%	183	28.5%	121	18.9%	44	6.9%	15	2.3%