

広川町国民健康保険 第 3 期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)
令和 6 年度～令和 11 年度

令和 6 年 3 月

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9

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期計画に係る評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期計画目標の達成状況一覧
 - 4) 第2期計画に係る考察
3. 第3期における健康課題の明確化
 - 1) 健康課題の明確化
 - 2) 目標の設定
 - 3) 目標値の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)32

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38

1. 保健事業の方向性
2. 生活習慣病重症化予防の取組み
 - 1) 糖尿病性腎症重症化予防
 - 2) 脳血管疾患重症化予防
3. 生活習慣病発症予防の取組み
 - 1) 若年者健診
 - 2) 未受診者への健診受診勧奨
 - 3) ポピュレーションアプローチ
4. その他の取組み
(重複・頻回受診者／重複・多剤服薬者への保健指導)
5. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

第5章 計画の評価・見直し53

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54

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料55

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、国民健康保険(以下「国保」という。)が同様の取組みを行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

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

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組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課題等を踏まえ、本町では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

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

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

※3 経済財政運営と改革の基本方針:政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性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期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

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

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

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高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 2～5)

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

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

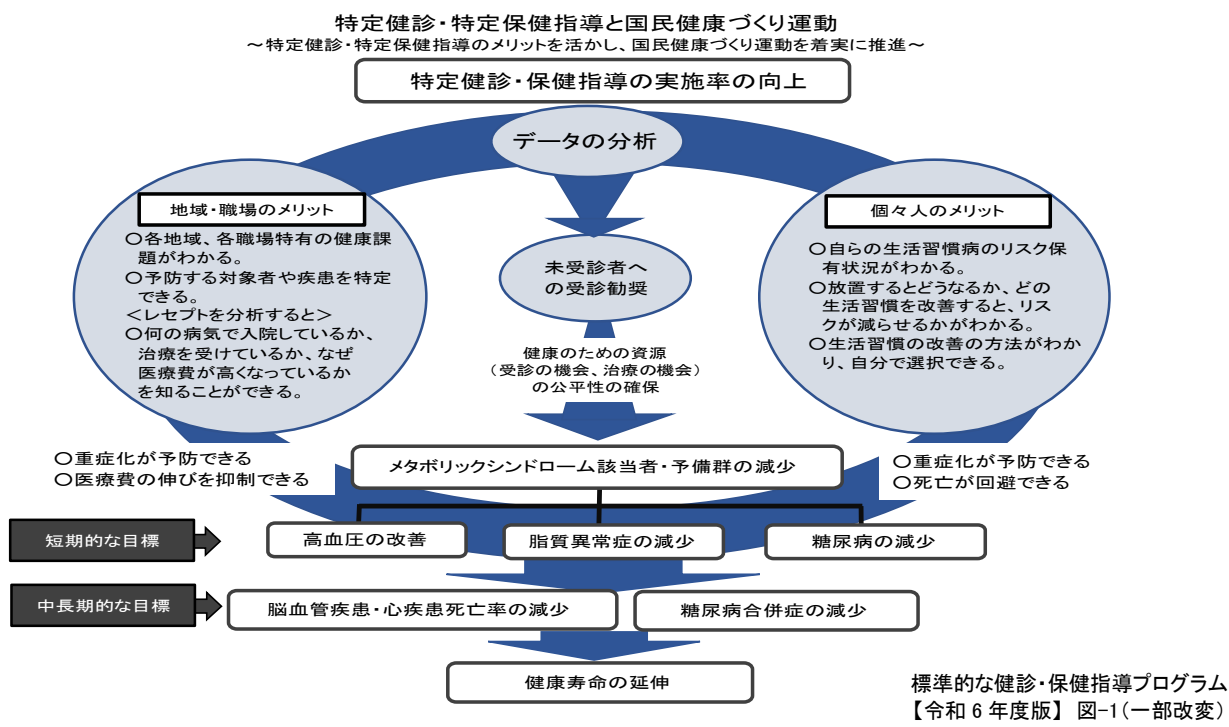
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病性腎症に着目することとする。

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

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

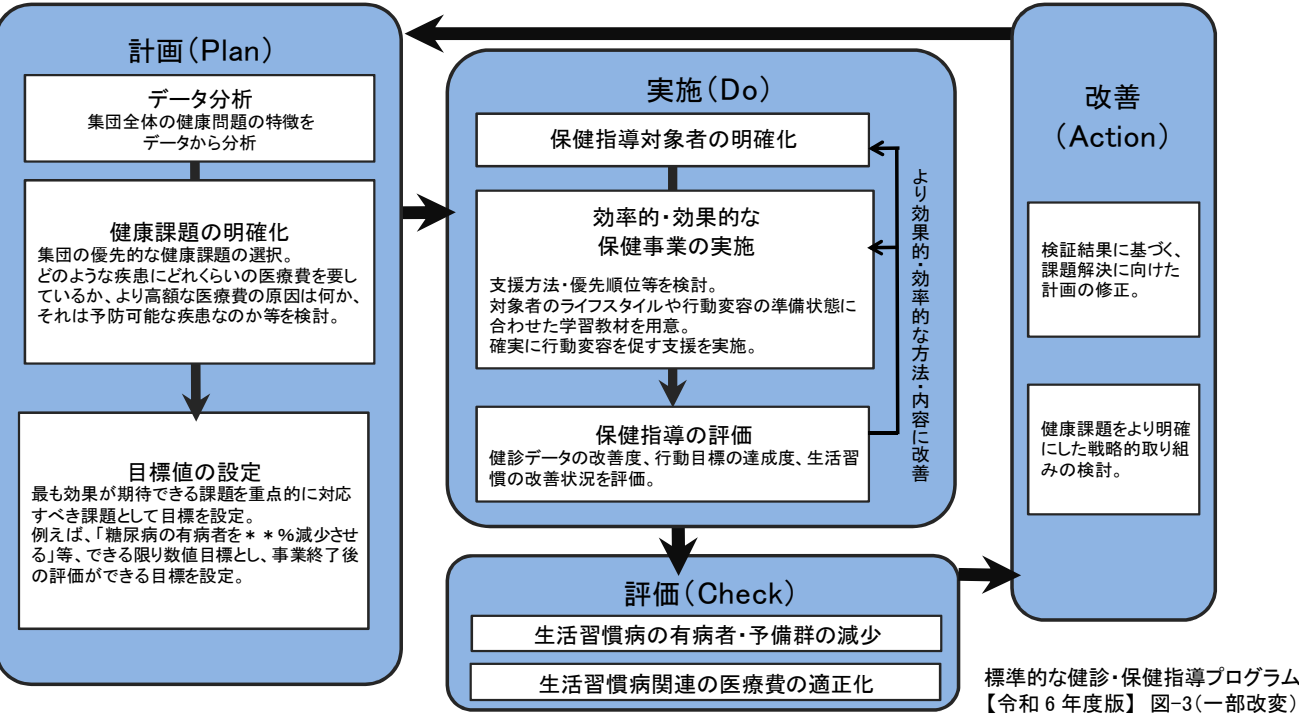
	※健康増進事業実施法とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高齢者の医療の確保に関する法律 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118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	都道府県・義務 市町村・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 康づくりの展開により実効性を持 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配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				が ん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 ＜アウトカム＞ メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 ＜アウトプット＞ 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	《住民の健康の保持推進》 ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 《医療の効率的な提供の推進》 ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・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围産期医療 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



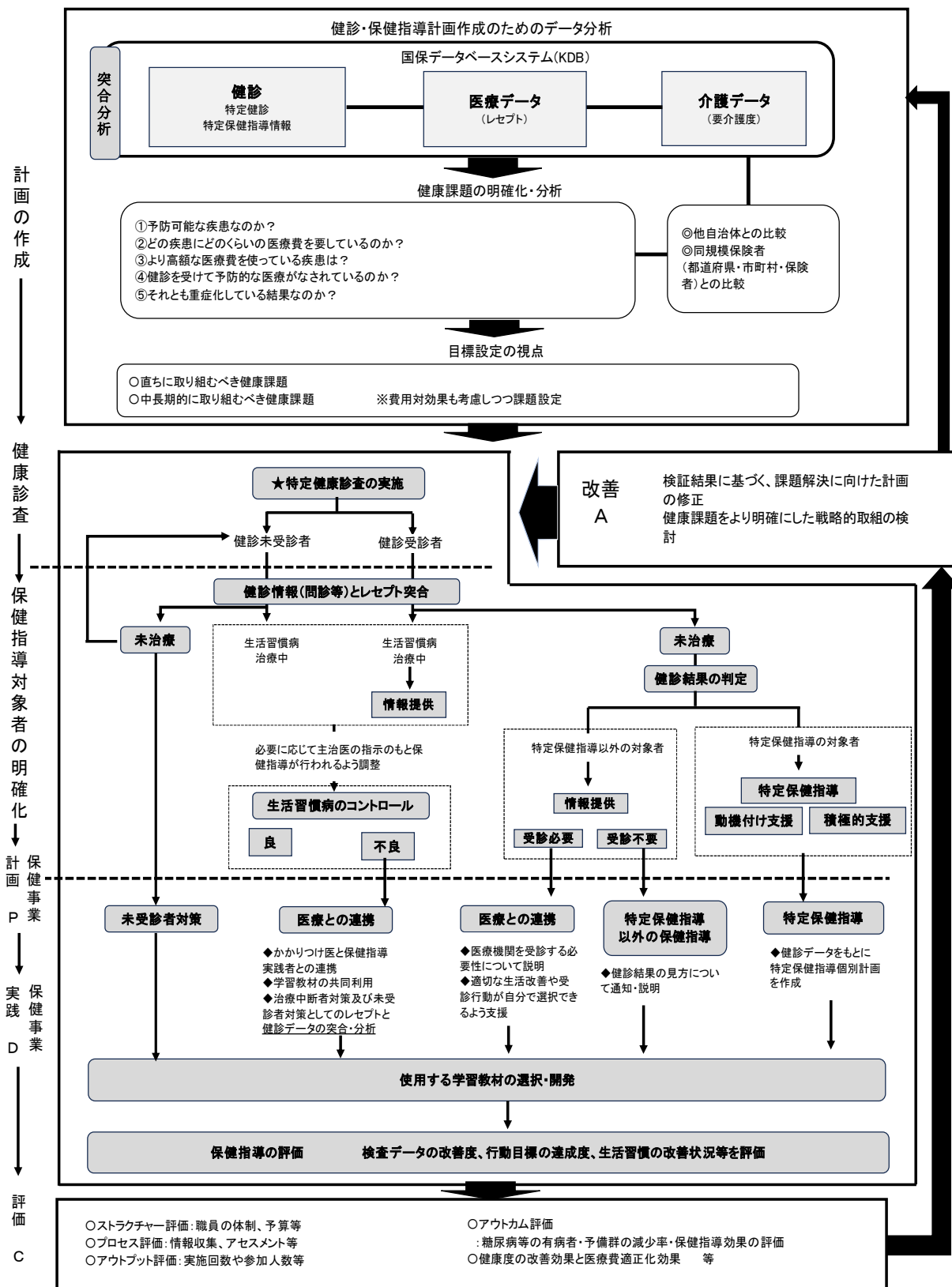
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸、ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

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(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)



標準的な健診・保健指導プログラム[R6年度版]、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

期間については、特定健康診査等実施計画や健康増進計画等との整合性を踏まえ、6年を一期として設定しています。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

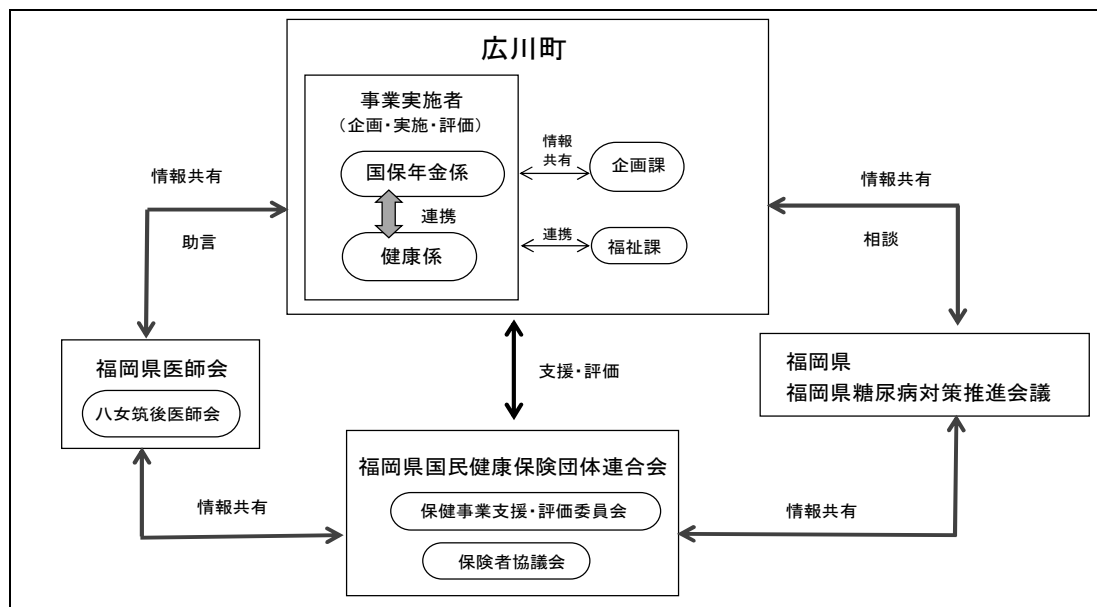
1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進や、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって保健衛生部局などと協力し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、評価や計画の見直しを必要に応じて行い、次期計画に反映させます。

具体的には、国保・高齢者医療部局及び保健衛生部局(住民課)が介護保険部局及び生活保護部局(福祉課)と、計画に関しては企画部局(企画課)と十分に連携を図り、整合性を保っています。特定保健指導や健康相談・健康教育等は保健師や管理栄養士・看護師等の専門職が行い、国保や感染症などの事務担当業務は専門職以外の職員が主に行っています。

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

図表 6 広川町の実施体制図



2) 関係機関との連携

本計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である福岡県のほか、福岡県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、八女筑後医師会等、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や協力を行う体制を整えます。また、福岡県が県医師会や国保連等と円滑に連携を行った情報の共有等、ともに積極的な連携に努めます。

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等を共有し、保険者間で連携して保健事業を展開することに努めます。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、国保運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行ってきました。

5. 保険者努力支援制度

国保の保険者努力支援制度は、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7)

令和2年度より、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、自治体における予防・健康づくりの取組みを後押しする「事業費分・事業費連動分」が新設されました。また都道府県は、事業費連動分の交付金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7 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	
			広川町	配点	広川町	配点	広川町	配点
交付額(万円)			1,004		999		1,099	
全国順位(1,741市町村中)			55位		87位		205位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	160	70	140	70	140	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	23	40	48	40	50	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	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	60	45	65	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	50	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	105	130	105	130	70	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	10	100	30	100	25	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	20	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	32	40	31	50	36	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	71	95	67	100	68	100
合計点			766	1,000	741	960	679	940

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町は、人口約1万9千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で30.5%でした。県、国と比較すると高齢者の割合は高いものの、同規模※7と比較するとその割合は低く、被保険者の平均年齢も52歳と同規模と比べて若くなっています。産業においては、第1次産業が12.1%と同規模・県・国と比較しても高く、その中でも農業の割合が多く、力仕事のため食事量や塩分摂取量が多めになることや、間食の習慣がある等の特徴があり、高齢者も含めた健康課題を明確にすることが重要です。(図表8)

国保加入率は22.2%で、加入率及び被保険者数は年々減少しており、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が42%を占めています。(図表9)

また町内には4つの病院、14の診療所があり、いずれも同規模・県と比較しても多く、医療資源に恵まれています。また、外来患者数は年々増加していますが、入院患者数は同規模や県より低くなっています。(図表10)

図表8 同規模・県・国と比較した広川町の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
広川町	19,664	30.5	4,361 (22.2)	52.0	6.3	11.9	0.6	12.1	24.8	63.1
同規模	--	36.0	23.2	55.9	5.3	14.7	0.5	10.9	27.1	61.9
県	--	28.1	21.1	51.3	7.8	10.7	0.7	2.9	21.2	75.9
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表9 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	4,851		4,686		4,590		4,565		4,361	
65～74歳	1,894	39.0	1,879	40.1	1,929	42.0	1,914	41.9	1,851	42.4
40～64歳	1,613	33.3	1,533	32.7	1,471	32.0	1,433	31.4	1,360	31.2
39歳以下	1,344	27.7	1,274	27.2	1,190	25.9	1,218	26.7	1,150	26.4
加入率	24.2		23.4		22.9		22.7		22.2	

出典：KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

※7 同規模：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、広川町と同規模保険者(111町村)の平均値を表す。

図表 10 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
病院数	4	0.8	4	0.9	4	0.9	4	0.9	4	0.9	0.3	0.4
診療所数	13	2.7	13	2.8	14	3.1	14	3.1	14	3.2	2.8	4.5
病床数	463	95.4	463	98.8	463	100.9	463	101.4	463	106.2	45.4	78.7
医師数	40	8.2	40	8.5	47	10.2	47	10.3	44	10.1	6.6	16.0
外来患者数	711.8		725.7		675.2		722.1		752.7		721.7	721.4
入院患者数	21.7		21.4		21.7		21.6		20.0		21.9	21.2

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期計画に係る評価

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)の変化及び中長期的な解決すべき疾患として脳血管疾患、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、具体的にはメタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました。(図表2参照)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で12人(認定率0.19%)、1号(65歳以上)被保険者で903人(認定率15.0%)と同規模・県・国と比較すると低く、H30年度と比べても横ばいで推移しています。(図表11)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給費は、約13.7億円から約14.1億円に伸びています。(図表12)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者は80%以上、第1号被保険者でも65%以上の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で90%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13)

図表 11 要介護認定者(率)の状況

	広川町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	5,443人	27.1%	6,002人	30.5%	36.0%	28.1%	28.7%
2号認定者	15人	0.24%	12人	0.19%	0.40%	0.34%	0.38%
新規認定者	4人		3人		--	--	--
1号認定者	826人	15.2%	903人	15.0%	18.8%	19.9%	19.4%
新規認定者	115人		156人		--	--	--
65～74歳	80人	3.0%	88人	3.2%	--	--	--
新規認定者	14人		20人		--	--	--
75歳以上	746人	27.0%	815人	25.4%	--	--	--
新規認定者	101人		136人		--	--	--

図表 12 介護給付費の変化

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

	広川町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	13億7572万円	14億1139万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	252,751	235,153	297,567	291,818	290,668
1件あたり給付費(円)全体	70,474	63,702	70,292	59,152	59,662
居宅サービス	46,924	43,574	43,991	41,206	41,272
施設サービス	279,108	297,106	291,264	298,399	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 13 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分			2号		1号						合計		
年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)			12		88		815		903		915		
再)国保・後期			6		61		762		823		829		
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	脳卒中	5 83.3%	脳卒中	40 65.6%	脳卒中	510 66.9%	脳卒中	550 66.8%	脳卒中	555 66.9%	
		2	虚血性 心疾患	1 16.7%	虚血性 心疾患	22 36.1%	虚血性 心疾患	381 50.0%	虚血性 心疾患	403 49.0%	虚血性 心疾患	404 48.7%	
		3	腎不全	1 16.7%	腎不全	13 21.3%	腎不全	135 17.7%	腎不全	148 18.0%	腎不全	149 18.0%	
	合併症		4	糖尿病 合併症	2 33.3%	糖尿病 合併症	13 21.3%	糖尿病 合併症	97 12.7%	糖尿病 合併症	110 13.4%	糖尿病 合併症	112 13.5%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		6 100.0%	基礎疾患	55 90.2%	基礎疾患	732 96.1%	基礎疾患	787 95.6%	基礎疾患	793 95.7%		
	血管疾患合計		6 100.0%	合計	58 95.1%	合計	745 97.8%	合計	803 97.6%	合計	809 97.6%		
	認知症		3 50.0%	認知症	20 32.8%	認知症	551 72.3%	認知症	571 69.4%	認知症	574 69.2%		
	筋・骨格疾患		6 100.0%	筋骨格系	56 91.8%	筋骨格系	745 97.8%	筋骨格系	801 97.3%	筋骨格系	807 97.3%		

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町は、国保加入者が減少しており総医療費も減少しています。一人あたりの医療費は、同規模と比べて約2万円低くなっていますが、平成30年度と比較すると約3万円伸びています。入院医療費は、レセプト全体のわずか2.6%に関わらず、医療費全体の41.3%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較して約6万円も高くなっています。(図表14)

また年齢調整をした地域差指数でみると国保は全国平均より高く、県と比較しても高くなっていますが、平成30年度と比較すると低くなっています。後期高齢者医療は入院・外来全てにおいて増加傾向にあるため、重症化を防ぐには、若い世代から健診を受け、生活習慣病の発症及び重症化予防の取組みに、引き続き力を入れる必要があります。(図表15)

図表14 医療費の推移

		広川町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		4,851人	4,361人	--	--	--
	前期高齢者割合	1,894人 (39.0%)	1,851人 (42.4%)	--	--	--
総医療費		16億4266万円	15億8817万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		338,622 県内40位 同規模59位	364,175 県内44位 同規模74位	382,035	355,059	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	551,580	610,020	601,790	599,760	617,950
	費用の割合	42.8	41.3	42.6	43.9	39.6
	件数の割合	3.0	2.6	2.9	2.9	2.5
外来	1件あたり費用額	22,490	23,040	24,640	22,510	24,220
	費用の割合	57.2	58.7	57.4	56.1	60.4
	件数の割合	97.0	97.4	97.1	97.1	97.5
受診率		733.542	772.702	743.593	742.544	705.439

※同規模保険者数:111 町村

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15 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		
		広川町 (県内市町村中)		県 (47県中)	広川町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R03年度	R03年度	H30年度	R03年度	R03年度
地域差指数・順位	全体	1.069	1.064	1.060	1.118	1.168	1.209
		(33位)	(30位)	(14位)	(51位)	(32位)	(2位)
	入院	1.115	1.119	1.176	1.254	1.340	1.359
		(48位)	(41位)	(13位)	(49位)	(21位)	(2位)
	外来	1.026	0.990	0.968	0.964	0.982	1.043
		(11位)	(23位)	(35位)	(51位)	(43位)	(8位)

出典:厚労省「地域差分析」※8

※8 地域差分析:医療費の地域差を表す指標として、1人当たりの医療費について人口の年齢構成を補正し、全国平均を1として指数化したもの

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合は、平成30年度と比較すると減少しています。特に脳血管疾患については、平成30年度より1.08%減少していますが、県、国よりも高くなっています。(図表16)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と比較してみると、患者数及び割合ともに虚血性心疾患は減少し、人工透析が横ばいでしたが、脳血管疾患について患者数は減少しているものの、割合は増加傾向にあります。(図表17)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣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16 中長期目標疾患の医療費の推移

			広川町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			16億4266万円	15億8817万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億1764万円	8207万円	--	--	--
			7.16%	5.17%	7.88%	6.16%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	3.15%	2.07%	2.17%	2.04%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.86%	1.65%	1.42%	1.37%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	1.79%	1.22%	4.00%	2.46%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.36%	0.23%	0.29%	0.29%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		15.60%	17.77%	17.02%	16.72%	16.69%
	筋・骨疾患		8.75%	8.25%	8.86%	8.96%	8.68%
	精神疾患		8.48%	9.73%	8.15%	9.34%	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17 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		疾患別	中長期目標の疾患						
					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	4,851	4,361	a	381	375	313	269	10	8	
				a/A	7.9%	8.6%	6.5%	6.2%	0.2%	0.2%	
40歳以上	B	3,507	3,211	b	380	371	311	265	10	8	
	B/A	72.3%	73.6%	b/B	10.8%	11.6%	8.9%	8.3%	0.3%	0.2%	
再掲	40～64歳	C	1,613	1,360	c	99	88	89	72	7	6
		C/A	33.3%	31.2%	c/C	6.1%	6.5%	5.5%	5.3%	0.4%	0.4%
	65～74歳	D	1,894	1,851	d	281	283	222	193	3	2
		D/A	39.0%	42.4%	d/D	14.8%	15.3%	11.7%	10.4%	0.2%	0.1%

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

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、糖尿病の治療者の割合は減少していますが、高血圧や脂質異常症の治療者の割合は増加しています。また、合併症(重症化)でもある虚血性心疾患・人工透析の割合はほぼ減少していますが、脳血管疾患や糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症の割合は増加しています。(図表 18~20)

本町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しています。自覚症状のない高血圧に対しては今後もポピュレーションアプローチ等で生活習慣の改善を促す保健指導を、また糖尿病合併症に関しては継続的な個別保健指導を行っていく必要があると考えます。

図表 18 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	876	770	270	211	606	559
		A/被保数	25.0%	24.0%	16.7%	15.5%	32.0%	30.2%
(中長期 合併症 目標疾患)	脳血管疾患	B	100	89	20	15	80	74
		B/A	11.4%	11.6%	7.4%	7.1%	13.2%	13.2%
	虚血性心疾患	C	144	118	31	29	113	89
		C/A	16.4%	15.3%	11.5%	13.7%	18.6%	15.9%
	人工透析	D	4	2	2	2	2	0
		D/A	0.5%	0.3%	0.7%	0.9%	0.3%	0.0%
糖尿病 合併症	糖尿病性腎症	E	98	109	34	31	64	78
		E/A	11.2%	14.2%	12.6%	14.7%	10.6%	14.0%
	糖尿病性網膜症	F	128	116	39	28	89	88
		F/A	14.6%	15.1%	14.4%	13.3%	14.7%	15.7%
	糖尿病性神経障害	G	41	35	12	7	29	28
		G/A	4.7%	4.5%	4.4%	3.3%	4.8%	5.0%

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

図表 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	1,430	1,403	421	379	1,009	1,024
		A/被保数	40.8%	43.7%	26.1%	27.9%	53.3%	55.3%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	182	185	36	33	146	152
		B/A	12.7%	13.2%	8.6%	8.7%	14.5%	14.8%
	虚血性心疾患	C	224	194	55	51	169	143
		C/A	15.7%	13.8%	13.1%	13.5%	16.7%	14.0%
	人工透析	D	10	7	7	5	3	2
		D/A	0.7%	0.5%	1.7%	1.3%	0.3%	0.2%

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

図表 20 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	1,333	1,330	437	366	896	964
		A/ 被保数	38.0%	41.4%	27.1%	26.9%	47.3%	52.1%
(中長期目標疾患合併症)	脳血管疾患	B	168	175	37	34	131	141
		B/A	12.6%	13.2%	8.5%	9.3%	14.6%	14.6%
	虚血性心疾患	C	190	172	43	41	147	131
		C/A	14.3%	12.9%	9.8%	11.2%	16.4%	13.6%
	人工透析	D	4	5	2	3	2	2
		D/A	0.3%	0.4%	0.5%	0.8%	0.2%	0.2%

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%以上の対象者を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、有所見者の割合は少しではありますが減少してきています。未治療者については健診後に医療につながっている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同統計に協力した全国448市町村の平均と比較して糖尿病は低く、高血圧は高くなっています。(図表21)

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、今後と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 21 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧__Ⅱ度高血圧以上											
					Ⅱ度高血圧以上の推移(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 未治療 (内服なし)		R03年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率									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
広川町	2,311	73.0	1,908	62.7	109	4.7	64	58.7	88	4.6	54	61.4	34	38.6	6	6.8
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
広川町	1,967	85.1	1,740	91.2	129	6.6	33	25.6	103	5.9	22	21.4	6	5.8	2	1.9
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は軽度であってもその危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、平成30年度と令和4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%増加しており、その中でも危険因子が2項目重なっている割合が増加しています。（図表22）

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を見ると、いずれも少しではありますが減少しています。LDL-C160mg/dl以上の者では改善率が増加しています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも25%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ともに、年度当初に重症化予防対象者を優先に継続受診を勧める働きかけを行っていきます。（図表23～25）

図表22 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	2,311 (73.0%)	389 (16.8%)	124 (5.4%)	265 (11.5%)	290 (12.5%)
R04年度	1,540 (52.4%)	305 (19.8%)	84 (5.5%)	221 (14.4%)	178 (11.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール（特定健診結果）

図表23 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	274 (13.9%)	78 (28.5%)	92 (33.6%)	47 (17.2%)	57 (20.8%)
R03→R04	238 (13.7%)	62 (26.1%)	81 (34.0%)	30 (12.6%)	65 (27.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール（特定健診結果）

図表24 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	109 (4.7%)	58 (53.2%)	23 (21.1%)	8 (7.3%)	20 (18.3%)
R03→R04	88 (4.6%)	47 (53.4%)	17 (19.3%)	4 (4.5%)	20 (22.7%)

出典：ヘルスサポートラボツール（特定健診結果）

図表 25 LDL-C160mg/dl 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160mg/dl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	287 (12.4%)	135 (47.0%)	81 (28.2%)	26 (9.1%)	45 (15.7%)
R03→R04	238 (12.5%)	114 (47.9%)	54 (22.7%)	13 (5.5%)	57 (23.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール(特定健診結果)

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、平成30年度には73.0%でしたが、令和元年度以降は新型コロナウイルス感染症の影響や、国保対象者が経年により後期高齢者医療へ移行したこと、健診結果から医療機関へとつながったことの安心感等から受診率は下がっており、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。

一方、特定保健指導実施率は平成30年度以降90%以上を維持しています。特定保健指導実施率を高く維持するために、初回の関わりとして特定健診受診時には対象者全員に保健指導を行っています。健診時のBMIや血圧、前回の健診結果等を参考に生活習慣を確認し、生活習慣病発症予防・重症化予防の必要性を説明しています。そのような関わりが健診結果に関心をもつことにつながり、保健指導の実施率を高く維持できていると考えます。(図表26)

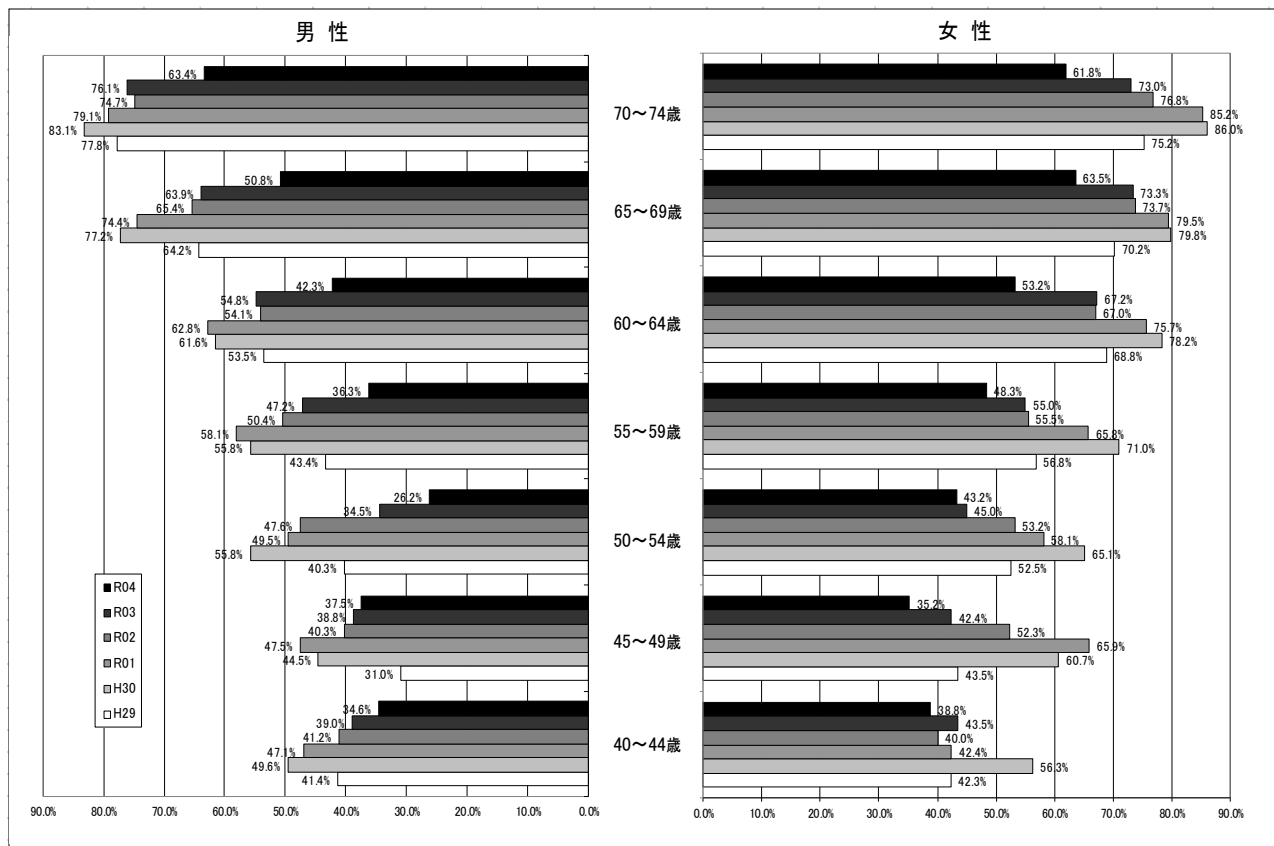
早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満の若年者向けの健診も実施していますが、特定健診の年代別の受診率では、40～50代は特に低い状況が続いています。受診率向上の対策として、けんしんガイドブックの全戸配布や40代で初めて特定健診の対象となる方への通知を行っていきます。(図表27)

図表 26 特定健診受診率・特定保健指導実施率の推移

		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	2,311	2,209	1,998	1,908	1,540	健診受診率 73%
	受診率	73.0%	71.3%	64.4%	62.7%	52.4%	
特定保健指導	該当者数	284	258	207	196	149	特定保健指導 実施率 100%
	割合	12.3%	11.7%	10.4%	10.3%	9.7%	
	実施者数	287	261	208	190	144	
	実施率	101.1%	101.2%	100.5%	96.9%	96.6%	

出典:特定健診法定報告データ

図表 27 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

平成30年度からは医療機関未受診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、重症化しやすいHbA1c6.5%以上の未治療者の割合が令和4年度には平成30年度との比較で7.9%減少しています。また、HbA1cの健診の基準値である5.5%以下の方の割合が2.7%増加しています(図表28)。しかし、図表29でみると糖尿病性腎症の第3期、第4期の割合が増加しています。継続した保健指導が実施できるよう体制を強化し、また治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら継続受診できるための支援を行っていきます。

図表 28 重症化しやすいHbA1c6.5%以上の対象者の推移

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	未治療	治療	
H29	1,710	578 33.8%	657 38.4%	247 14.4%	228 13.3%	79 34.6%	149 65.4%	
					100 5.8%	25 25.0%	75 75.0%	5.8% 13.3%
H30	1,967	641 32.6%	758 38.5%	294 14.9%	274 13.9%	93 33.9%	181 66.1%	
					129 6.6%	33 25.6%	96 74.4%	6.6% 13.9%
R01	1,892	760 40.2%	621 32.8%	261 13.8%	250 13.2%	65 26.0%	185 74.0%	
					120 6.3%	22 18.3%	98 81.7%	6.3% 13.2%
R02	1,724	662 38.4%	583 33.8%	230 13.3%	249 14.4%	52 20.9%	197 79.1%	
					110 6.4%	15 13.6%	95 86.4%	6.4% 14.4%
R03	1,740	645 37.1%	605 34.8%	252 14.5%	238 13.7%	68 28.6%	170 71.4%	
					103 5.9%	22 21.4%	81 78.6%	5.9% 13.7%
R04	1,412	498 35.3%	533 37.7%	204 14.4%	177 12.5%	46 26.0%	131 74.0%	
					68 4.8%	14 20.6%	54 79.4%	4.8% 12.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 29 健診結果からみた糖尿病性腎症の割合

	糖尿病型	病期分類					尿蛋白 未測定
		第1期 腎症前期	再掲 (第2～4期)	第2期	第3期	第4期	
				早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	
e-GFR		30以上	—	30以上		30未満	
尿蛋白		(-)	(-)	(±)	(+)以上	問わない	
H30	440人 (19.0)	381人 (86.6)	54人 (12.3)	30人 (6.8)	22人 (5.0)	2人 (0.45)	5人
R04	256人 (16.6)	210人 (82.0)	32人 (12.5)	11人 (4.3)	16人 (6.3)	5人 (1.95)	14人

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

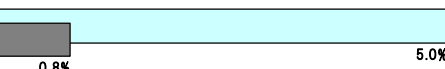
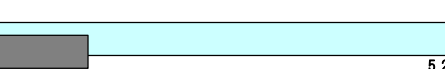
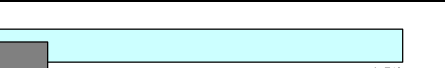
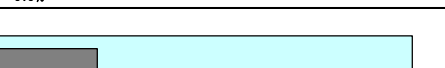
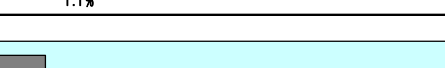
脳血管疾患の最大の危険因子は高血圧と言われています。平成30年度からは医療機関未受診者を優先対象者とし重点的に支援してきました。Ⅱ度高血圧以上の方の割合は、平成30年度から令和4年度にかけて1.3%増加し、54.3%が未治療者です。(図表30)

また、令和4年度Ⅱ度高血圧以上の保健指導を行った53人のうち、健診受診時の未治療者は25人でした。その中で内服治療につながった方はわずか5人で、残り20人は未治療のままです。(図表31)

さらに脳血管疾患は要介護状態となる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。図表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。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を行い適切な受診勧奨に取り組んでいきます。

また、未治療者への対応に加えて、治療中のコントロール不良のⅡ度高血圧以上の方にも服薬状況の確認や医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

図表30 重症化しやすいⅡ度高血圧以上の対象者の推移

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	2,008	961 47.9%	538 26.8%	408 20.3%	101 5.0%	54 53.5%	47 46.5%	
					16 0.8%	10 62.5%	6 37.5%	
H30	2,311	1,051 45.5%	673 29.1%	478 20.7%	109 4.7%	64 58.7%	45 41.3%	
					8 0.3%	7 87.5%	1 12.5%	
R01	2,208	1,018 46.1%	641 29.0%	435 19.7%	114 5.2%	76 66.7%	38 33.3%	
					22 1.0%	15 68.2%	7 31.8%	
R02	1,998	896 44.8%	648 32.4%	364 18.2%	90 4.5%	51 56.7%	39 43.3%	
					11 0.6%	9 81.8%	2 18.2%	
R03	1,908	853 44.7%	592 31.0%	375 19.7%	88 4.6%	54 61.4%	34 38.6%	
					21 1.1%	13 61.9%	8 38.1%	
R04	1,540	689 44.7%	465 30.2%	294 19.1%	92 6.0%	50 54.3%	42 45.7%	
					8 0.5%	4 50.0%	4 50.0%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表31 Ⅱ度高血圧以上の保健指導状況

Ⅱ度高血圧以上	保健指導		治療中	治療開始	未治療	治療中断
92人	保健指導あり	53人	25人	5人	20人	3人

広川町調べ

図表 32 血圧に基づいた脳血管リスク層別化

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	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
	452	254 56.2%	148 32.7%	46 10.2%	4 0.9%
リスク第1層 予後影響因子がない	26	C 18 7.1%	B 5 3.4%	B 3 6.5%	A 0 0.0%
		5.8%			
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	240	C 138 54.3%	B 75 50.7%	A 25 54.3%	A 2 50.0%
		53.1%			
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	186	B 98 38.6%	A 68 45.9%	A 18 39.1%	A 2 50.0%
		41.2%			
※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

(2) ポピュレーションアプローチ

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

本町ではこれまで、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や食生活、生活リズム等の生活背景との関連について、各種団体や行政区単位で出前講座を行い、広く町民へ周知を行ってきました。また、減塩を目的として集団健診会場で食品に含まれる塩分量の展示や減塩食品の紹介、配布を食生活改善推進委員とともに実施してきました。

これからも、生涯を通じた健康づくりの取組みとして、一人ひとりの町民が、自分の住む地域の実情を知り、健診受診の必要性を理解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取組みが実践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		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・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	3.1%	2.2%	2.1%	KDBシステム 広川町調べ
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.9%	1.4%	1.7%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	0人	0人	0人	
	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の割合の減少	16.8%	19.0%	19.8%	広川町住民課健康係
			メタボリックシンドローム予備群の割合の減少	12.5%	11.8%	11.6%	
			健診受診者の高血圧者の割合の減少 (160/100以上)	4.7%	4.5%	6.0%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少 (LDL180以上)	4.3%	4.5%	3.0%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C7.0%以上)	6.6%	6.4%	4.8%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.4%	0.2%	0.1%	
		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	73.0%	64.4%	52.4%	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	101.1%	100.5%	96.6%	
			特定保健指導対象者の割合の減少	12.3%	10.4%	9.7%	
	努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	16.2%	18.0%	16.3%
肺がん検診受診者の増加				19.0%	25.2%	25.5%	
大腸がん検診受診者の増加				3.9%	21.4%	21.4%	
子宮がん検診受診者の増加				22.2%	28.9%	27.1%	
乳がん検診受診者の増加				27.1%	35.9%	37.3%	
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	66.7%	75.6%	80.0%	厚生労働省	

4) 第2期計画に係る考察

中長期目標である総医療費のうち、脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全が占める医療費は減少しています。しかし、一人あたりの医療費は高くなっており、重症化して医療機関にかかる傾向があることが考えられます。

短期目標である特定健診受診者のメタボリックシンドローム該当者や予備群の割合は増加しています。肥満との関係で最も注目されているのが、糖尿病、高血圧、脂質異常症などの生活習慣病で、これらの病気が重複して発症するメタボリックシンドロームとは、密接な関係があります。肥満を放置していると、こうした生活習慣病を悪化させ、血管を傷つけたり、もろくしたりして、やがて動脈硬化を引き起こし、その結果、心筋梗塞や脳血管疾患などの病気へと進行することから、病気のメカニズムについての正しい知識の提供、また生活習慣に合わせた食事指導と運動指導の提供を、これまで以上に力を入れて取組めます。現在本町では、運動習慣のない方へ、足腰に負担をかけず行えるトレーニングマシンを利用した運動教室、また働き世代が夜に参加できるピラティス教室を案内しています。今後も内容を検討しながら、家庭でも継続できる運動のきっかけ作りに取り組んでいきます。

脂質と血糖異常者の割合は減少し、中でもHbA1c8.0%以上の未治療者の割合は0.3%減少しています。(図表33)

糖尿病については、地区担当者の継続的な保健指導により改善傾向であるといえます。本町では、今後も定期的な血管内皮機能検査を推奨し、生活習慣の振り返りの機会を提供していくとともに、検査結果を基に、食事や運動によりデータの改善が見込まれることを伝えていきたいと考えます。

各年代、未治療者やコントロール不良者が増えている高血圧においては、自覚症状のないままに重症化しやすく、また重症化してしまうと介護を要する状態になりやすいため、医療費や介護医療費の増加が懸念されます。今後は高血圧の重症化予防についてポピュレーションアプローチも行いながら、優先的に取り組む必要があります。

これらの目標に対し、保健指導を徹底し取り組んでいます。特に健診当日に保健指導の機会を設け、関わりのきっかけづくりを大切にしています。長年の生活習慣を改善することは難しく、1回の保健指導では効果が見られないこともあり、また検査値が悪くても自覚症状がないため、放置される傾向があります。このような状況を踏まえ、定期的な声かけを行い、状況を確認しながら、適宜生活改善に向けたアドバイスを行うとともに受診や内服の中断がないよう支援を行っていきます。

特定健診受診率については、評価ごとに減少傾向という結果になりました。要因としては、新型コロナウイルス感染症による受診控え、また健診後に医療機関につながったことにより健診の必要性を感じなくなった者が増加したことが考えられます。国の目標値である60%を目指し、受診率向上のため、効果的な勧奨の方法を検討するとともに、医師会と協力し健診の必要性を伝える機会を増やしていきたいと考えています。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 健康課題の明確化

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

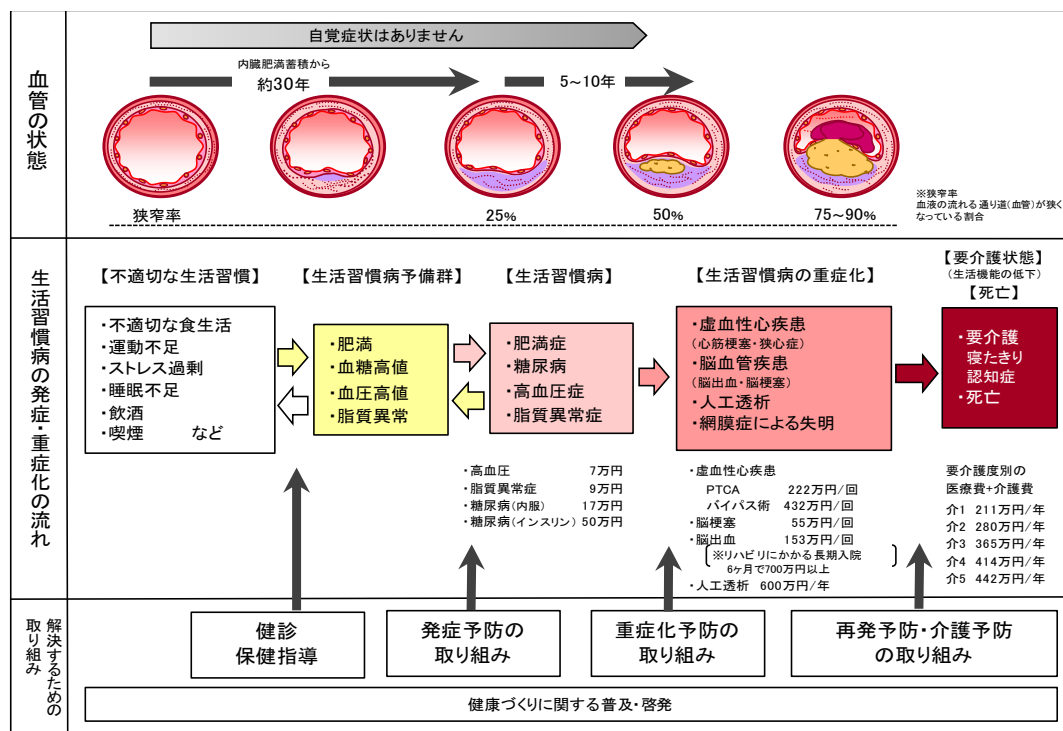
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び後期高齢者医療では、図表35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歳未満を対象とした健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められた場合は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、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 34 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典：ヘルスサポートラボツール

(1)医療費分析

図表 35 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		4,851人	4,686人	4,590人	4,565人	4,361人	3,050人
総件数及び 総費用額	件数	43,067件	42,442件	38,840件	40,906件	41,576件	48,840件
	費用額	16億4266万円	16億4245万円	16億0056万円	15億8035万円	15億8817万円	30億4459万円
一人あたり医療費		33.9万円	35.1万円	34.9万円	34.6万円	36.4万円	99.8万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 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		脳梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗塞	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)										
① 国保	広川町	15億8817万円	29,517	1.22%	0.23%	2.07%	1.65%	5.75%	3.70%	2.19%	2億6704万円	16.8%	17.8%	9.73%	8.25%
	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	—	28,941	2.46%	0.29%	2.04%	1.37%	5.06%	3.18%	2.35%	—	16.8%	16.7%	9.34%	8.96%
	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	広川町	30億4459万円	84,130	5.61%	0.46%	4.36%	1.02%	4.12%	3.10%	1.11%	6億0225万円	19.8%	11.2%	4.66%	13.7%
	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	—	86,683	6.03%	0.56%	4.07%	1.47%	3.49%	2.88%	1.48%	—	20.0%	9.9%	4.70%	12.7%
	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

図表 37 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	177人	171人	173人	181人	169人	384人
	件数	B	352件	358件	366件	345件	332件	722件
		B/総件数	0.82%	0.84%	0.94%	0.84%	0.80%	1.48%
	費用額	C	4億5825万円	4億6287万円	4億9207万円	4億4047万円	4億4574万円	9億0220万円
		C/総費用	27.9%	28.2%	30.7%	27.9%	28.1%	29.6%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 38 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	13人		16人		13人		14人		8人		39人		
			D/A	7.3%		9.4%		7.5%		7.7%		4.7%		10.2%		
	件数		E	30件		31件		20件		29件		13件		52件		
			E/B	8.5%		8.7%		5.5%		8.4%		3.9%		7.2%		
	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	1	3.3%	0	0.0%	1	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%	
		50代	0	0.0%	2	6.5%	2	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	12	23.1%	
		60代	18	60.0%	12	38.7%	3	15.0%	24	82.8%	0	0.0%	80代	30	57.7%	
		70-74歳	11	36.7%	17	54.8%	14	70.0%	5	17.2%	13	100%	90歳以上	10	19.2%	
費用額		F	3583万円		4130万円		2423万円		3429万円		1427万円		5783万円			
		F/C	7.8%		8.9%		4.9%		7.8%		3.2%		6.4%			

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(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	10人		3人		7人		10人		11人		5人		
			G/A	5.6%		1.8%		4.0%		5.5%		6.5%		1.3%		
	件数		H	10件		4件		7件		11件		11件		6件		
			H/B	2.8%		1.1%		1.9%		3.2%		3.3%		0.8%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%	
		40代	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	9.1%	1	9.1%	70-74歳	0	0.0%	
		50代	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	2	33.3%	
		60代	2	20.0%	1	25.0%	1	14.3%	5	45.5%	6	54.5%	80代	4	66.7%	
		70-74歳	7	70.0%	3	75.0%	5	71.4%	4	36.4%	4	36.4%	90歳以上	0	0.0%	
	費用額		I	1559万円		580万円		1118万円		1851万円		2422万円		651万円		
I/C			3.4%		1.3%		2.3%		4.2%		5.4%		0.7%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 41 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①				②			⑮					
年度	介護認定率 (%)	被保険者数(人)				健診受診率(%)			体格指数(健診結果)					
						特定健診		後期高齢者健康診査	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75歳～	40-64歳	65-74歳	75歳～	40-64歳	65-74歳	75歳～	40-64歳	65-74歳	75歳～	40-64歳	65-74歳	75歳～
H30	28.0		1,480	1,794	2,926	54.5	69.9	6.9	6.9	8.6	7.0	27.5	26.1	15.4
R04	26.1		1,370	2,097	3,035	35.2	54.3	13.1	8.9	7.3	10.8	28.8	26.3	18.3

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 42 健診有所見状況

E表		⑤																												
年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64歳			65-74歳			75歳-			40-64歳			65-74歳			75歳-			40-64歳		65-74歳		75歳-		40-64歳		65-74歳		75歳-	
	人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%	
H30	40	5.0	(20)	58	4.6	(24)	13	6.5	(4)	34	4.2	(1)	79	6.3	(1)	3	1.5	(0)	8	1.0	19	1.5	4	2.0	0	--	2	0.2	0	--
R04	29	6.0	(13)	65	5.7	(22)	20	5.0	(1)	12	2.5	(1)	62	5.4	(3)	5	1.3	(0)	5	1.0	15	1.3	10	2.5	0	--	2	0.2	0	--

出典:ヘルスサポートラボツール

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歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-			
H30	83.2	93.0	96.3	32.8	64.7	84.2	67.7	79.4	85.3	45.1	48.1	43.4	24.9	35.1	36.5	38.9	48.9	69.7	42.0	52.1	70.7			
R04	84.1	93.3	94.4	34.3	65.4	83.4	70.2	81.5	87.0	41.9	45.4	43.4	23.6	33.8	37.4	42.7	48.5	68.0	41.6	53.1	69.2			

出典:ヘルスサポートラボツール

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

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険割合)(%)												中長期疾患のうち介護認定者(%)											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-	40-64歳	65-74歳	75歳-
H30	4.8	13.8	31.8	4.1	11.1	23.0	5.4	13.6	34.9	4.7	7.6	12.6	4.2	15.3	40.6	3.3	7.0	34.4	2.5	6.6	39.2	4.3	9.5	37.9
R04	5.2	14.4	29.8	4.8	10.1	21.2	7.0	15.0	33.8	4.8	9.2	13.3	2.8	14.0	43.9	0.0	8.1	35.5	3.1	7.0	37.3	1.5	9.9	36.4

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 35～44)

国保の被保険者数は年々減っている中、一人あたり医療費は令和 2・3 年度新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの令和 4 年度は増加しています。後期高齢者医療になると一人あたり約 100 万円と、国保の 2.7 倍も高い状況です。(図表 35)

本町は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできたため、国保においては短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模と比べて低い状況です。しかし、高血圧や脂質異常症は高く、その結果、脳梗塞や脳出血の医療費に占める割合が国、県と比べると高く、後期高齢者医療においては国、県に加え同規模においても高い状況です。(図表 36)

高額レセプトについては、国保は毎年約 300 件のレセプトが発生し、後期高齢者医療になると、722 件と約 2.2 倍に増加しています。(図表 37)

高額レセプトにおける疾病をみると、脳血管疾患では、令和元年度が一番多く 31 件で 4,000 万円以上の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 13 件に減り、費用も約 1,400 万円に減っています。令和 4 年度の虚血性心疾患での医療費は脳血管疾患より 1,000 万円ほど高くなっていますが、件数は脳血管疾患の方が多く、同じ人が複数回高額レセプト対象者になっていることがわかります。後期高齢者医療においても同じような状況がみられ、39 人で 52 件の発生で約 5,800 万円の費用がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防について力を入れる必要があります。(図表 38・39)

健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 41 の①被保険者数の 40～64 歳は減少していますが、65～74 歳では 300 人、75 歳以上では 100 人増加しています。同規模と比べ高齢化率の低い本町でも 65～74 歳の前期高齢者と 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の体格指数をみると、どの年代でも BMI25 以上の率が高くなってきています。

図表 42 をみると、令和 4 年度は平成 30 年度に比べ 40～74 歳のⅡ度高血圧以上の有所見者割合が増加しています。生活習慣病は自覚症状がないために未受診者が重症化している傾向があるので、有所見者を確認するためにも、さらなる受診勧奨や保健指導の徹底が課題となります。

図表 43 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、糖尿病においては、若干割合が減少していますが、高血圧においては、各年代増加しています。

図表 44 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、40～64 歳の若い年齢層において全て増加傾向であり、社会保障の担い手でもある若い年齢層の予防が一層重要です。

(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、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)には高血圧・糖尿病の基礎疾患がみられます。今後、糖尿病に加え、高血圧に重点を置いた早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

2) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 45)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

② 中長期的な目標の設定

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

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

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

③ 短期的な目標の設定

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

特に本町の課題である脳血管疾患へつながるⅡ度高血圧以上の対象者の割合を減少することを目指します。そのためには、医療受診が必要な方に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している方についても適切な保健指導を行います。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であると考えます。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。

3) 目標値の設定

第2期の評価を踏まえ、第3期では以下の目標と評価指標を設定します。

図表 45 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 (活用データ年度)
					初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	アウトカム指標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の伸びの減少	2.1%		維持または減少※9	KDBシステム
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合の伸びの減少	1.7%		維持または減少※9	
				糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	(H29-R4) 1人		(R5-R10) 維持または減少※9	
	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該当者の減少率	19.8%	18%	17%	広川町住民課健康係
				メタボリックシンドローム予備群の減少率	11.6%	11.5%	11.4%	
				健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100mmHg以上)	6.0%	5.5%	5.0%	
				健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL180mg/dl以上)	3.0%	2.9%	2.8%	
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C7.0%以上)	4.8%	4.7%	4.6%	
				★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	0.9%	0.8%	0.7%	
		アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減らす	★特定健診受診率60%以上	52.4%	58%	60%以上	法定報告値
				★特定保健指導実施率60%以上	96.6%	100%	100%	
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※10	21.3%	23%	25%	

※9 維持または減少：同規模を超えない範囲とする

※10 分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用

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年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 46 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	市町村国保 の目標値	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	60%以上	54%	56%	58%	60%	60%以上	60%以上
特定保健指導実施率	60%以上	100%	100%	100%	100%	100%	100%

3. 対象者の見込み

図表 47 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	2860人	2820人	2780人	2740人	2700人	2660人
	受診者数	1544人	1579人	1612人	1644人	1620人	1596人
特定保健指導	対象者数	154人	153人	152人	151人	150人	149人
	実施者数	154人	153人	152人	151人	150人	149人

4. 特定健診の実施

1) 実施方法

集団健診については、特定健診実施機関に委託します。個別健診については、福岡県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と国保連合会が集合契約を結び実施します。

(1) 集団健診(町民交流センター いこっと、産業展示会館、小学校体育館他)

(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) 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国が定めた項目に加え、特定保健指導対象者を抽出する追加の検査(下記参照)を実施します。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定にかえられます。(実施基準第 1 条第 4 項)

(1) 基本的な健診の項目

①質問項目

②身体測定(身長、体重、BMI、腹囲)

③理学的検査(身体診察)

④血圧測定

⑤脂質検査

中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール又は non-HDL コレステロール

⑥肝機能検査

AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP)

⑦血糖検査

空腹時血糖(やむを得ない場合は、随時血糖)

⑧尿検査

尿蛋白、尿糖

(2) 詳細な健診の項目

実施基準に該当する者のうち医師の診断に基づき実施します。

①心電図検査 ②眼底検査 ③貧血検査(赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値) ④血清クレアチニン検査

(3) その他の健診の項目

・本町の健康課題を踏まえ、以下の項目を追加し実施します。

①HbA1c ②血清クレアチニン(e-GFR による腎機能の評価を含む) ③尿酸 ④尿潜血 ⑤赤血球、血色素、ヘマトクリット値、白血球、MCV、MCH、MCHC、血小板 ⑥アルブミン ⑦総蛋白 ⑧総コレステロール ⑨尿中微量アルブミン ⑩尿中推定塩分摂取量

・本人の希望により、以下の項目を追加し実施します。

①腹部エコー検査 ②肺機能検査 ③心電図検査 ④眼底検査

(4) 二次検査

健診結果により、脳ドック検査を案内しています。

① 75g糖負荷検査 ②頸部エコー検査 ③血管脈波検査(ABI、CAVI、PWV) ④MRI・MRA検査

4) 対象者

40 歳から 74 歳までの本町国保被保険者。ただし、当該年度において 75 歳に達する人については、その誕生日の前日までが受診の対象になります。

5)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

6)医療機関との適切な連携

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

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

7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、福岡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

実施率の向上を図るためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、健診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を通して行います。

- ・けんしんガイドブック配布
- ・広報・回覧板・ホームページでの通知
- ・特定健診受診券の送付
- ・対象者へ個別に電話・訪問による受診勧奨
- ・国保加入時の窓口での健診案内

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施で行います。

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。

集団健診当日に初回面接の分割実施、特定保健指導対象者への個別の連絡や血管内皮機能検査などを行い内容の充実を図ります。また第4期からは下記内容も含め指導を行います。

図表 48 第4期における変更点

○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。

2) 要保健指導対象者の選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者

優先 順位	保健指導レベル	支援方法	令和4年度 対象者数 (受診者の〇%)
1	特定保健指導 動機付け支援 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	166人 (10.8%)
2	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	267人 (17.3%)
3	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)	1400人
4	情報提供 (受診不必要)	◆健診結果の見方について通知・説明	292人 (19.0%)
5	情報提供 (生活習慣病治療中)	◆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	815人 (52.9%)

出典:ヘルサポートラボツール

3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導
4月	◎個別健康診査実施の医療機関へ依頼 ◎健診対象者の抽出	
5月	◎個別健康診査受診券の送付(随時) ◎集団健診の開始(後期高齢者健診、がん検診開始)	
6月	◎個別健診の開始	◎対象者の抽出
7月		◎保健指導の開始
8月		
9月		
10月	◎前年度特定健診・ 特定保健指導実績報告終了	◎利用券の登録
11月	◎集団健診の終了	
12月	◎個別健診の終了	
1月		
2月		
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広川町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

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、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組みとポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。

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

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

ポピュレーションアプローチの取組みとしては、健康教室や保健指導等で生活習慣病の重症化による医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知していきます。

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

2. 生活習慣病重症化予防の取組み

本町の令和4年度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、523人(34.0%)です。そのうち未治療者が154人(21.2%)を占め、さらに臓器障害があり直ちにに取り組むべき対象者が31人です。

また、本町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、154人中78人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表51)

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－

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)					
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年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	1,540人	52.4%				
	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性 脳塞栓症 (27.7%) ラクナ 梗塞 (31.2%) アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) ※脳卒中 データバンク 2015より 非心原性脳梗塞			心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症					■各疾患の治療状況					
									治療中	治療なし				
									高血圧	604	936			
									脂質異常 症	387	1,153			
									糖尿病	187	1,225			
									3疾患 いずれか	815	725			
									※問診結果による					
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	
該当者数	92	6.0%	2	0.1%	46	3.0%	49	3.2%	305	19.8%	100	6.5%	100	6.5%
治療なし	50	5.3%	1	0.1%	44	3.8%	38	3.3%	53	7.3%	46	3.8%	22	3.0%
(再掲) 特定保健指導	18	19.6%	0	0.0%	15	32.6%	11	22.4%	53	17.4%	9	9.0%	4	4.0%
治療中	42	7.0%	1	0.1%	2	0.5%	11	2.8%	252	30.9%	54	28.9%	78	9.6%
臓器障害 あり	6	12.0%	1	100.0%	6	13.6%	6	15.8%	7	13.2%	13	28.3%	22	100.0%
CKD(専門医対象者)	2		0		2		3		3		6		22	
心電図所見あり	5		1		4		4		4		10		3	
臓器障害 なし	44	88.0%	--		38	86.4%	32	84.2%	46	86.8%	33	71.7%	--	--

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

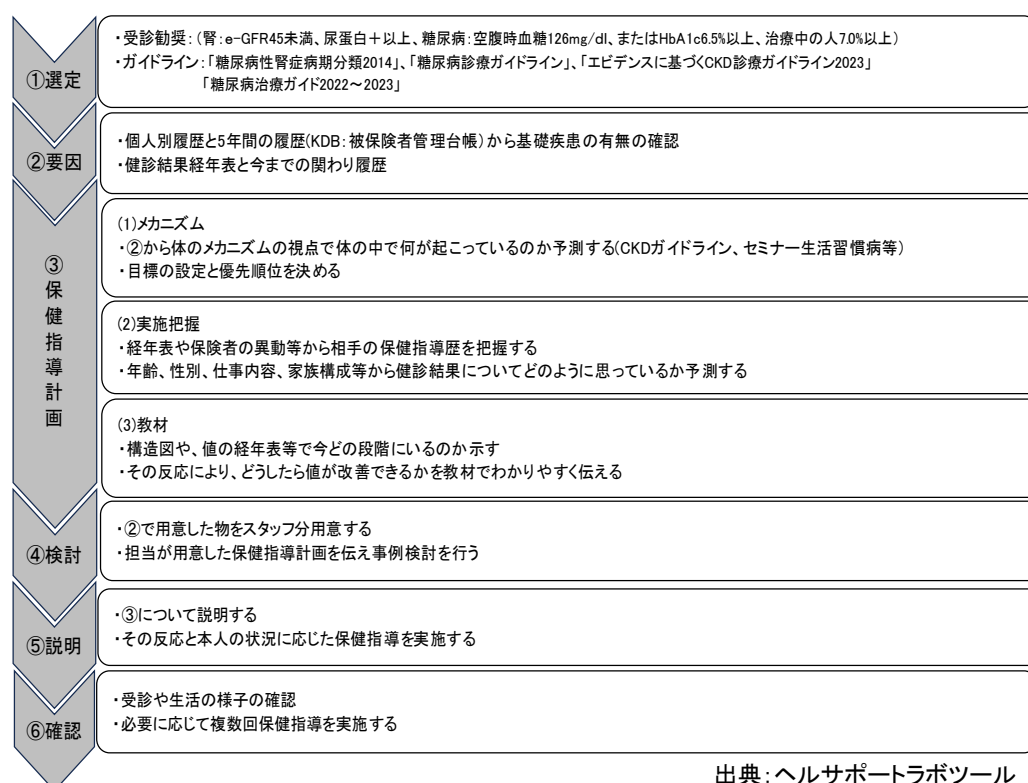
(1) 基本的な考え方

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)及び福岡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サイクルに沿って実施していきます。

なお、取組みにあたっては図表 52 に沿って実施します。

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

図表 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



出典: ヘルサポートラボツール

(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、福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

ア.医療機関未受診者

イ.医療機関受診中断者

ウ.糖尿病治療中者

- ・糖尿病性腎症で通院している者
- ・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および特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。

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いました。

本町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、61人(23.8%・F)でした。また、40～74歳における糖尿病治療者770人のうち、特定健診受診者が195人(76.2%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者575人(74.7%・I)については、治療中ですが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。(図表53)

ウ.介入方法と優先順位

図表53より本町においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位1 【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・61人

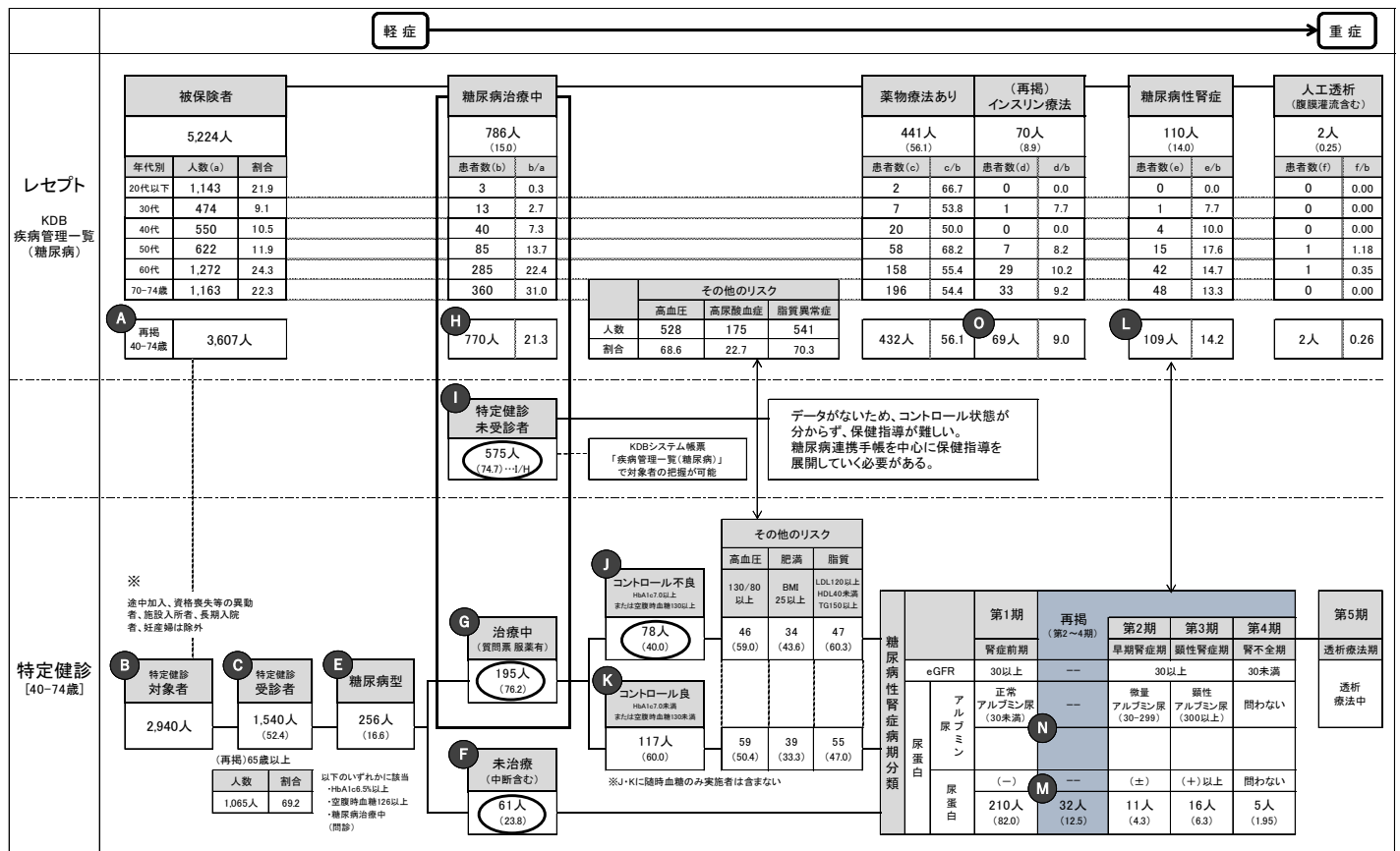
優先順位2 【保健指導】

- ・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)・・・78人
治療中断しない(継続受診)ための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3 【保健指導】

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

図表 53 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB連携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ツール

(3) 保健指導の実施

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。本町においては、特定健診受診者に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、保健指導を行っています。対象者には糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っています

(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連絡票等を使用します。

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福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ行っています。

(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を行っていく中で、福祉課(福祉係・高齢者支援係・地域包括支援センター)と連携していきます。

(6) 評価

評価においては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 54 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

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

(7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

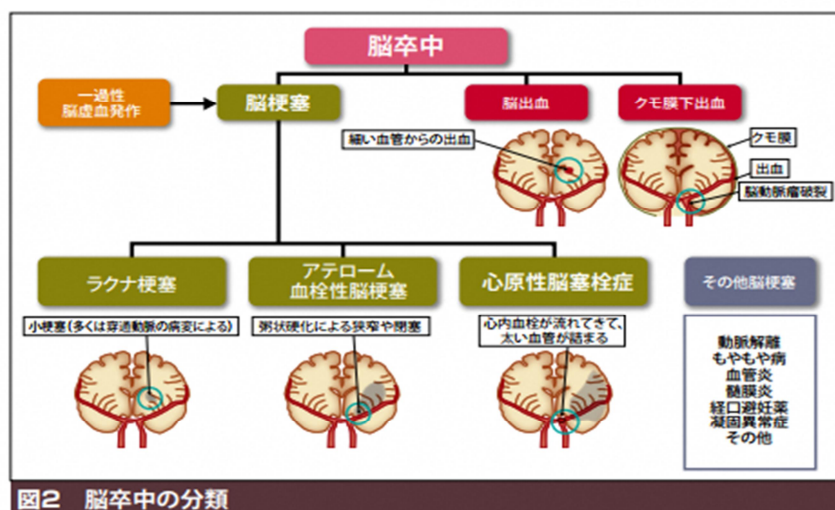
5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

2) 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り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 55・56)

図表 55 脳卒中の分類



出典:脳卒中予防への提言

図表 56 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	●							

出典:脳卒中予防への提言

(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 57 でみると、高血圧治療者 1,403 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 185 人(12.3%・O)でした。令和 4 年度の健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 92 人(4%)であり、そのうち 50 人(54%)は未治療者です。

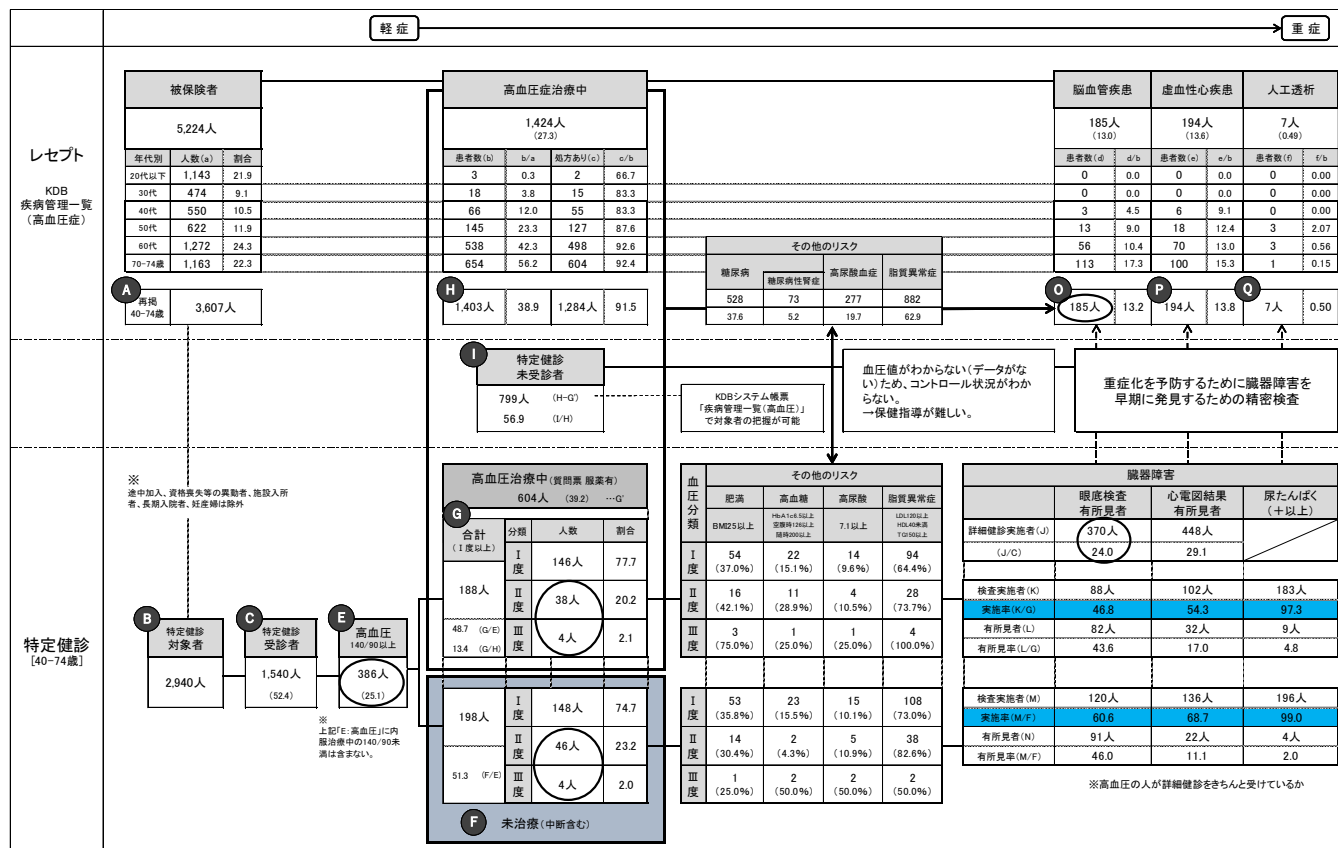
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や高血糖などのリスクを有する方もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上の対象者が42人(7.0%)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。

眼底検査(詳細検査)は、Ⅰ度高血圧以上の場合に実施しており、386人(25.1%・E)中370人(24.0%)に行いました。

第3期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)が必要な方へ重症化予防のための臓器障害を早期に発見するための働きかけを行います。

図表 57 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。また、臓器障害の程度には、高血圧以外の危険因子との組み合わせが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 58 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)

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)	452	254	148	46	4
		56.2%	32.7%	10.2%	0.9%
リスク第1層 予後影響因子がない	26	C 18	B 5	B 3	A 0
	5.8%	7.1%	3.4%	6.5%	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	240	C 138	B 75	A 25	A 2
	53.1%	54.3%	50.7%	54.3%	50.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	186	B 98	A 68	A 18	A 2
	41.2%	38.6%	45.9%	39.1%	50.0%

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	115
		25.4%
B	概ね1ヵ月後に 再評価	181
		40.0%
C	概ね3ヵ月後に 再評価	156
		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(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、健診結果上り(+)以上で判断。

※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。

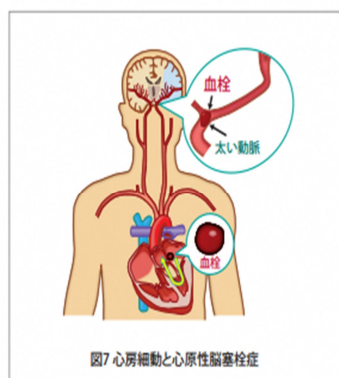
※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。

※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 58 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



(脳卒中予防への提言より引用)

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

図表59 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

図表 59 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	707	833	249	35.2%	199	23.9%	2	0.8%	0	0.0%	--	--
40代	84	64	40	47.6%	15	23.4%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	81	93	32	39.5%	13	14.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	229	326	87	38.0%	88	27.0%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	313	350	90	28.8%	83	23.7%	2	2.2%	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 60 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	%
2	0	0.0	2	100.0

広川町調べ

心電図検査において、令和4年度は2人に心房細動の所見がありました。日本循環器学会疫学調査をみると年齢が高くなるにつれて増加していることがわかり、心房細動は脳梗塞のリスクであるため、早期発見・早期介入するためにも継続受診の必要性を伝えるとともに医療機関の受診勧奨を行っていきます。

(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受診や内服を中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

② 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え介入していく必要があるため、二次健診を案内しています。

「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、本町においても下記の検査方法を行っています。

ア.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)

イ.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)

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。

イ. 心房細動者の管理

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

(4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の方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ていきます。医療の情報については対象者からの聞き取り、かかりつけ医との連携、KDB等の活用などによりデータを収集していきます。

(5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、福祉課(福祉係・高齢者支援係・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台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

3. 生活習慣病発症予防の取組み

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。

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、関係各部署と連携しながらデータをライフサイクルの視点で見えていくことが必要になります。(図表 61)

図表 61 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																	重症化予防																																											
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					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																																		(学校職員は学校保健安全法)																										
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】																	データヘルズ計画【保健事業実施計画】（各保険者）																	特定健康診査等実施計画（各保険者）									
3 年代																	妊婦（胎児期）			産婦		0歳～5歳					6歳～14歳		15～18歳		～29歳		30歳～39歳		40歳～64歳		65歳～74歳		75歳以上																					
4 健康診査（根拠法）																	妊婦健康診査（13条）			産婦健診（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		保育園児 / 幼稚園児		小学校		中学校		高等学校		労働安全衛生規則（第13・44条）		標準的な特定健診・保健指導プログラム（第2章）																					
5 対象者																	血糖		95mg/dl以上																																									
																			HbA1c		6.5%以上																																							
																	50gGCT				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 75gOGTTの①～③の1点以上満たすもの																																							
																			身長 体重																																									
																	BMI																																											
																			肥満度																																									
																	尿糖				(+) 以上																																							
																			糖尿病家族歴																																									

1）若年者健診

本町では、若年者が健診を受診し、自身の体の状況を知り健康意識の向上の機会となることを目的として、加入保険に関係なく20歳から39歳の方に集団健診の受診を勧めています。経年的に健診結果をみることで、重症化予防の必要性を理解し、また生活習慣を改善するきっかけ作りになるよう保健指導を行います。

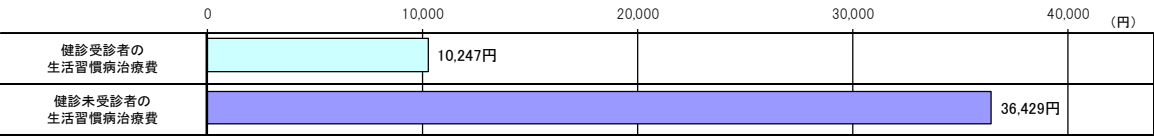
2）未受診者への健診受診勧奨

特定健診受診率の向上のため特定健診未受診者へ健診の意義を理解してもらい、毎年自身の生活習慣を見直す機会として働きかけを行います。

また、特定健診受診者と未受診者の生活習慣病治療費を比較すると、未受診者が約2.6万円高くなっています。そのため、医療費適正化の面からも特定健診を勧める必要があります。（図表62）

受診勧奨については、過去の受診歴を考慮し、その人に合った勧奨の方法を検討します。また、町の公式LINE等を活用し、特定健診受診率の向上及び継続受診率の向上を図ります。

図表 62 特定健診の受診の有無と生活習慣病治療費（令和4年一人当たり平均金額）



出典：ヘルスサポートラボツール

3) ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態、個人の实態と社会環境等の地域の特性について町民に周知する機会をつくっていきます。

特に歯周病は生活習慣病に影響を及ぼすことが明らかになっています。歯周病検診の重要性について周知し、検診の受診率向上につながるよう取り組みます。

また、住民自らが生活習慣を見直すきっかけ作りとして、骨密度測定を行い、健康相談や保健指導を行います。

4. その他の取り組み（重複・頻回受診者／重複・多剤服薬者への保健指導）

服用する薬剤が必要以上に多くの種類になると、薬の効き方に変化が起きるなど思わぬ副作用を引き起こすこともあります。適正な服薬を促進し、健康の保持増進や医療費の適正化につなげるため、福岡県国民健康保険運営協議会の施策に基づき以下の視点で実施します。

対象者のレセプトを確認後、内服状況の確認や主治医・薬剤師等との情報共有を図りながら保健指導を実施します。その後、対象者への聞き取りで意識の変化の確認やレセプトで受診状況の確認を行います。

5. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

本町は令和2年度より福岡県後期高齢者広域連合から、事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しており、令和6年度以降も引き続き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。

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個人カルテをもとに、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症予防教室など高齢者福祉部門と連携して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)

[illegible]

52

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

本計画は、3年後の令和8年度に中間評価を行い、必要に応じて見直しを行います。
また、計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮して評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・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知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。これらの公表・配布に当たっては計画の要旨等をまとめた概要版を策定し、被保険者や保健医療関係者の理解の促進に努めます。

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広川町の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

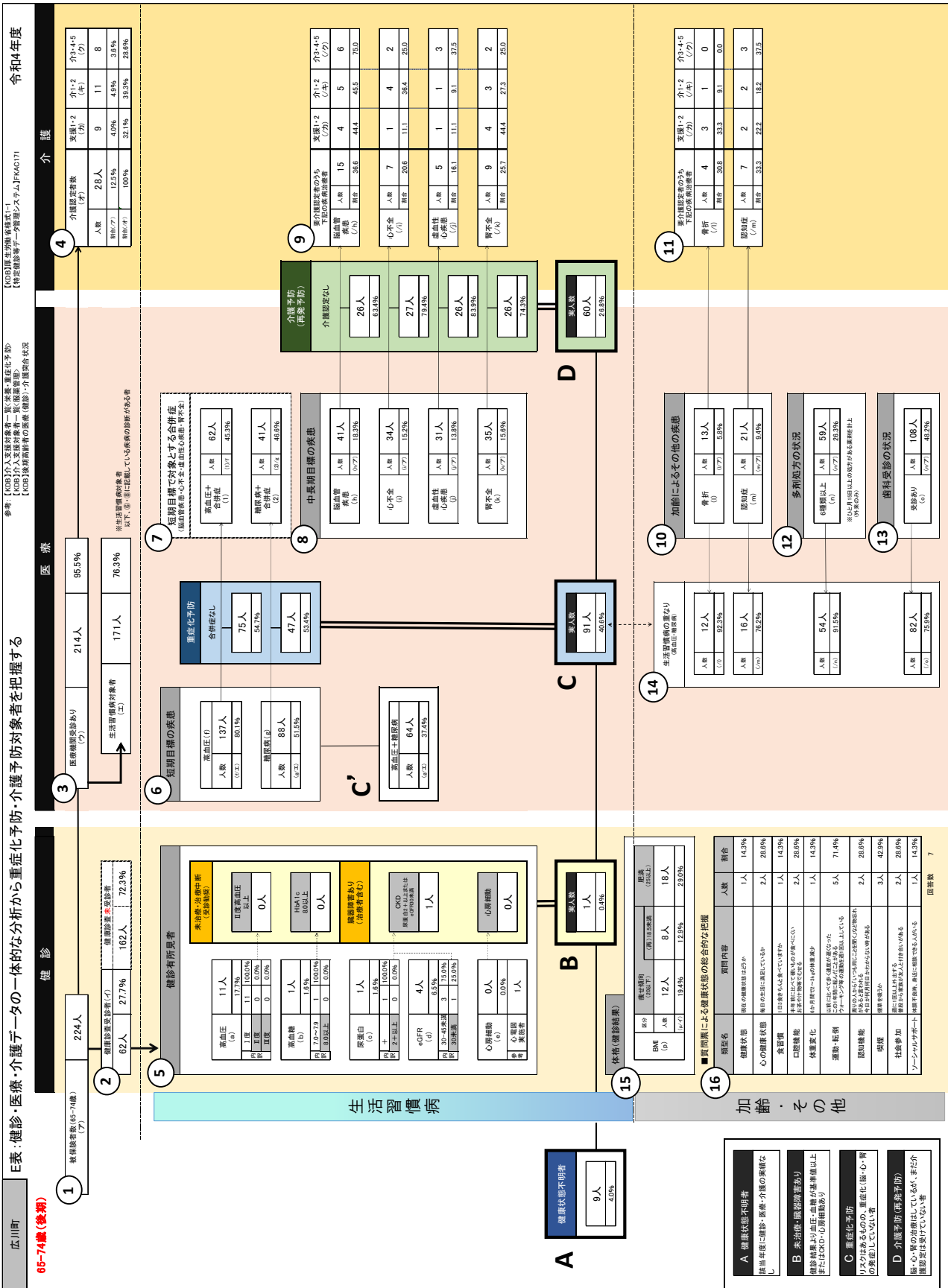
参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

5 健診	①	特定健診の 状況	健診受診者	2,315		2,211		2,001		1,907		1,571		130,117		233,426		6,841,520		
	②		受診率	73.1	県内1位 同規模1位	71.3	県内2位 同規模1位	64.4	県内1位 同規模1位	62.6	県内2位 同規模1位	53.4	県内3位 同規模10位	42.3	34.5	全国36位	37.3			
	③		特定保健指導終了者(実施率)	282	98.3	257	97.3	208	97.2	191	93.6	130	77.8	4,263	27.8	5,888	22.5	128,960	15.9	
	④		非肥満高血糖	290	12.5	269	12.2	242	12.1	222	11.8	156	9.9	13,276	10.2	19,123	8.2	618,057	9.0	
	⑤		メタボ	該当者	389	16.8	375	17.0	379	18.9	341	17.9	309	19.7	27,840	21.4	47,496	20.3	1,388,590	20.3
	男性			284	26.4	277	27.1	276	29.8	250	28.0	216	29.8	19,274	32.6	32,742	32.7	970,094	32.0	
	女性			105	8.5	98	8.3	103	9.6	91	9.0	93	11.0	8,566	12.1	14,754	11.1	418,496	11.1	
	予備群			290	12.5	278	12.6	238	11.9	229	12.0	177	11.3	14,720	11.3	27,066	11.6	768,935	11.2	
	⑥		メタボ 該当・予 備群レ ベル	男性	200	18.6	189	18.5	156	16.9	150	16.8	124	17.1	10,365	17.5	18,491	18.5	542,453	17.9
	女性			90	7.3	89	7.5	82	7.6	79	7.8	53	6.3	4,355	6.1	8,575	6.4	226,482	5.9	
	総数			795	34.3	756	34.2	707	35.3	671	35.2	577	36.7	46,783	36.0	83,202	35.6	2,391,618	35.0	
	腹囲			556	51.6	536	52.3	491	53.1	472	52.9	401	55.3	32,556	55.0	56,943	56.9	1,674,817	55.3	
	⑦		BMI	女性	239	19.3	220	18.5	216	20.1	199	19.6	176	20.8	14,227	20.1	26,259	19.7	716,801	18.8
	総数			124	5.4	145	6.6	110	5.5	93	4.9	79	5.0	6,736	5.2	8,935	3.8	321,466	4.7	
	男性			22	2.0	24	2.3	19	2.1	16	1.8	9	1.2	1,030	1.7	1,311	1.3	51,547	1.7	
	女性			102	8.2	121	10.2	91	8.5	77	7.6	70	8.3	5,706	8.0	7,624	5.7	269,919	7.1	
	⑧		血糖のみ		32	1.4	23	1.0	13	0.6	10	0.5	11	0.7	908	0.7	1,504	0.6	43,725	0.6
	⑨			血圧のみ	194	8.4	201	9.1	163	8.1	160	8.4	131	8.3	10,585	8.1	18,843	8.1	541,974	7.9
	⑩			脂質のみ	64	2.8	54	2.4	62	3.1	59	3.1	35	2.2	3,227	2.5	6,719	2.9	183,236	2.7
	⑪			血糖・血圧	84	3.6	71	3.2	70	3.5	73	3.8	54	3.4	4,503	3.5	6,798	2.9	204,070	3.0
	⑫		血糖・脂質		24	1.0	18	0.8	28	1.4	20	1.0	15	1.0	1,329	1.0	2,567	1.1	70,564	1.0
	⑬			血圧・脂質	157	6.8	149	6.7	163	8.1	151	7.9	157	10.0	12,777	9.8	22,997	9.9	662,217	9.9
	⑭			血糖・血圧・脂質	124	5.4	137	6.2	118	5.9	97	5.1	83	5.3	9,231	7.1	15,134	6.5	451,739	6.6
⑮	高血圧	853		36.8	853	36.6	805	40.2	769	40.3	619	39.4	50,219	38.6	83,289	35.7	2,437,293	35.6		
6 問診	①	問診の状況	脂質異常症	298	12.9	306	13.8	298	14.9	255	13.4	203	12.9	13,216	10.2	21,190	9.1	591,972	8.7	
	②		脂質異常症	415	17.9	451	20.4	453	22.6	440	23.1	395	25.2	37,146	28.6	66,097	28.3	1,907,025	27.9	
	③		脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	41	2.6	30	2.1	30	2.3	36	2.6	36	3.1	4,231	3.4	8,074	3.5	208,100	3.1	
	④		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	56	3.5	67	4.6	60	4.7	62	4.5	63	5.3	7,775	6.2	14,602	6.3	366,617	5.5	
	⑤	既往歴	腎不全	11	0.7	6	0.4	12	0.9	9	0.7	7	0.6	1,084	0.9	2,517	1.1	54,096	0.8	
	⑥		貧血	97	6.1	115	7.9	121	9.4	115	8.4	93	7.9	12,045	9.6	26,340	11.4	704,463	10.7	
	⑦		喫煙	417	18.0	368	16.6	341	17.1	306	16.0	244	15.6	17,700	13.6	32,726	14.0	944,145	13.8	
	⑧		週5回以上朝食を抜く	159	10.7	142	10.2	131	10.8	136	10.5	123	10.9	9,718	8.1	28,747	12.9	646,557	10.4	
	⑨	生活習慣の 状況	週5回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
	⑩		週5回以上就寝前夕食(H30～)	235	15.7	235	16.8	185	15.3	195	15.1	178	15.8	18,309	15.2	33,159	14.9	981,532	15.7	
	⑪		週5回以上就寝前夕食	235	15.7	235	16.8	185	15.3	195	15.1	178	15.8	18,309	15.2	33,159	14.9	981,532	15.7	
	⑫		食べる速度が遅い	435	29.0	399	28.5	361	29.7	347	26.9	307	27.2	31,392	26.1	62,743	28.1	1,666,344	26.8	
	⑬	生活習慣の 状況	10歳時体重から10kg以上増加	510	34.0	482	34.5	436	35.9	447	34.6	397	35.3	42,299	35.1	79,210	35.4	2,184,280	35.0	
	⑭		20分30分以上運動習慣なし	962	64.3	901	64.6	793	65.2	851	65.7	717	63.7	74,576	61.8	129,177	57.8	3,763,456	60.4	
	⑮		1日1時間以上運動なし	824	55.3	725	51.9	662	54.7	702	54.3	576	51.2	56,999	47.3	107,149	48.0	2,993,291	48.0	
	⑯		睡眠不足	414	27.7	393	28.2	326	26.9	349	27.1	308	27.4	30,108	25.0	54,875	24.6	1,593,174	25.6	
	⑰	生活習慣の 状況	毎日飲酒	423	26.9	382	26.2	358	27.9	375	27.5	319	27.1	31,815	25.2	58,585	25.4	1,666,174	25.5	
	⑱		時々飲酒	421	26.7	385	26.4	308	24.0	325	23.8	302	25.6	26,030	20.6	55,167	23.9	1,469,490	22.5	
	⑳		1合未満	554	57.1	477	54.9	453	58.8	480	59.9	380	55.7	46,204	60.4	102,368	64.3	2,987,540	64.1	
	㉑		1～2合	287	29.6	281	32.3	230	29.9	236	29.4	200	31.0	20,319	26.6	39,810	25.0	1,106,496	23.7	
	㉒	一日 飲酒 量	2～3合	106	10.9	86	9.9	68	8.8	75	9.4	66	10.2	7,866	10.3	13,577	8.5	436,918	9.4	
	㉓		3合以上	23	2.4	25	2.9	19	2.5	11	1.4	20	3.1	2,087	2.7	3,468	2.2	129,644	2.8	

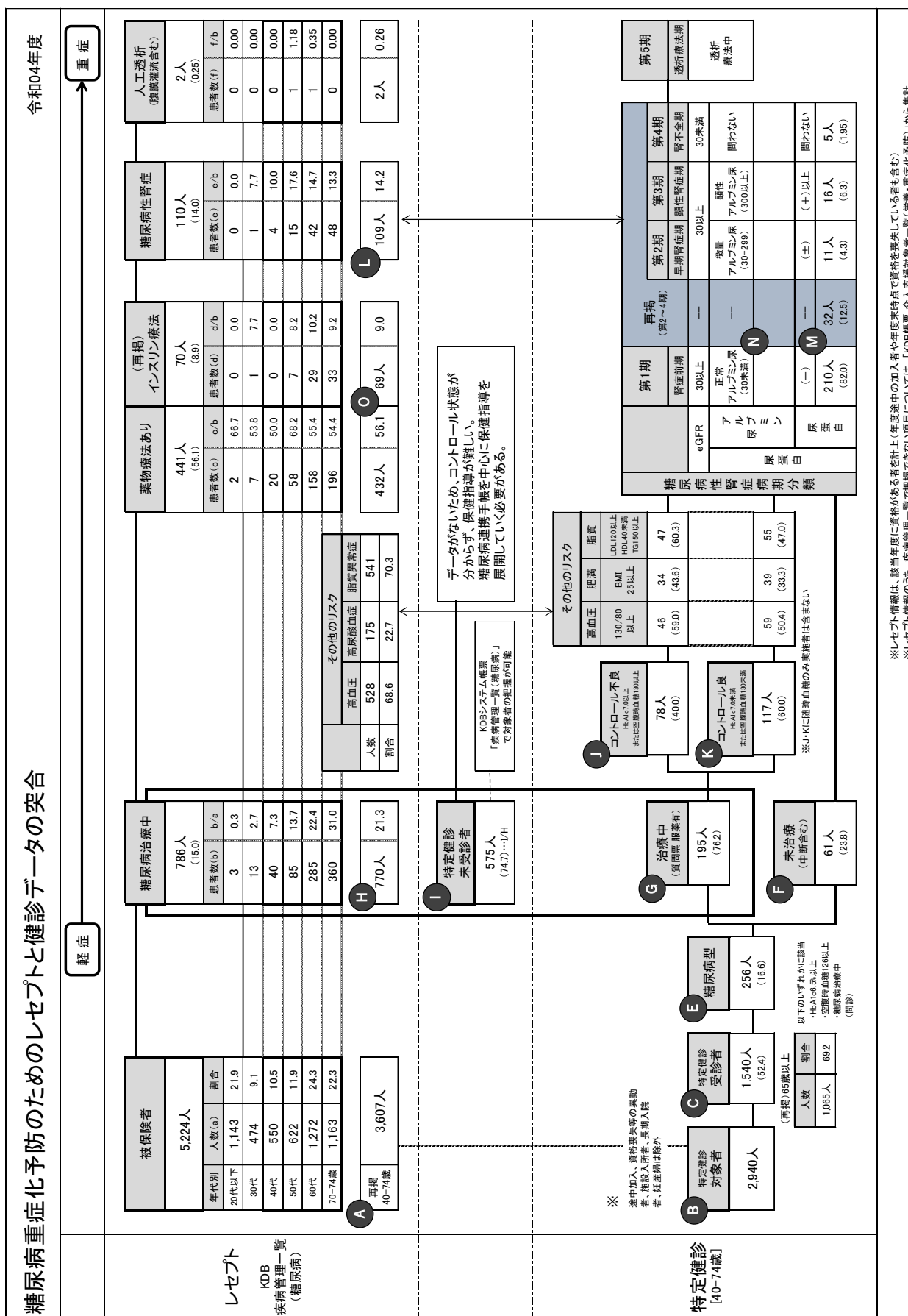
出典:KDB システム

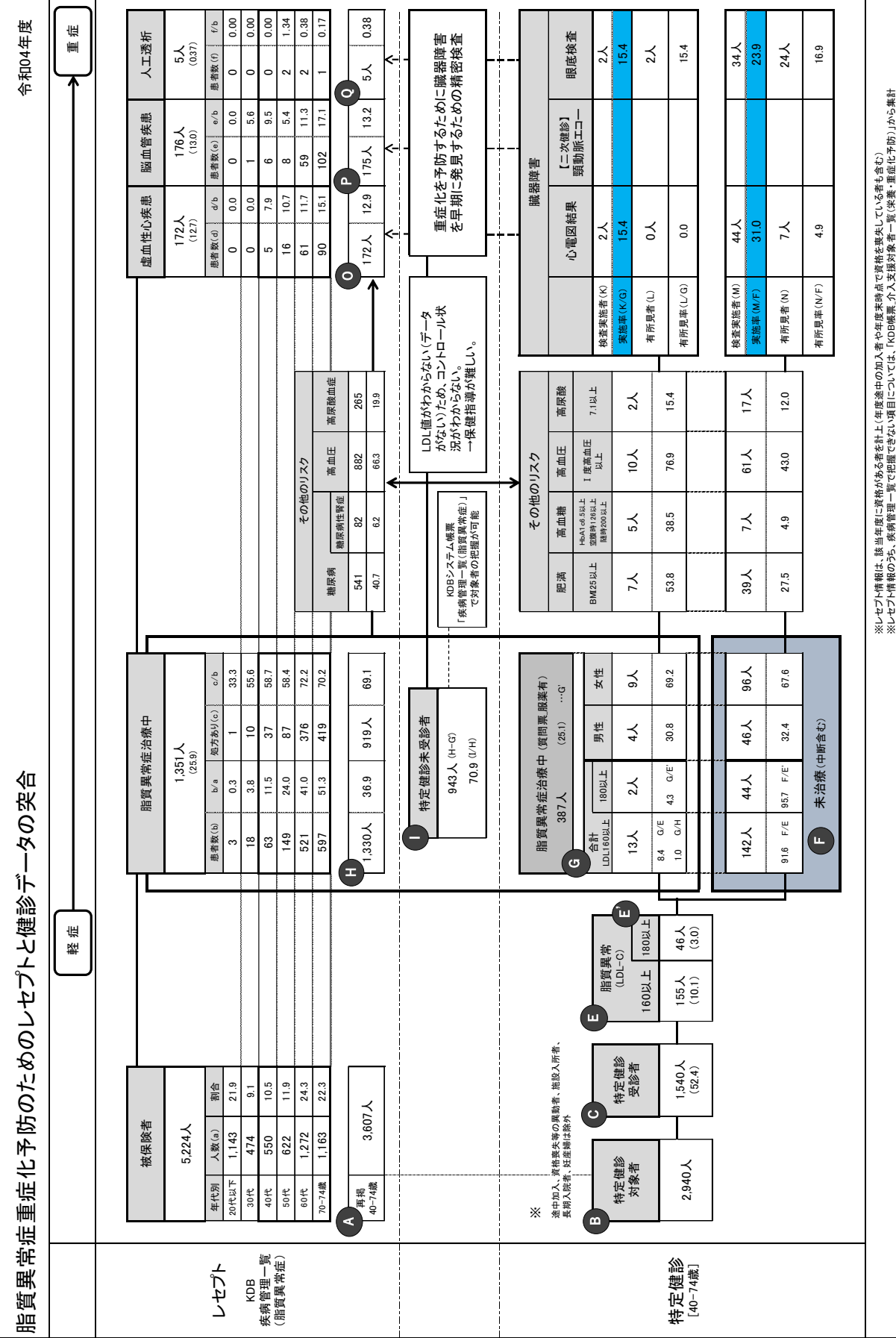


参考資料 3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

(全数)

項目			突 合 表	広川町										同規模保険者(平均)		データ基	
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	A	5,007人		4,816人		4,650人		4,616人		4,561人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳		3,620人		3,497人		3,412人		3,420人		3,368人					
2	①	対象者数	B	3,166人		3,098人		3,103人		3,045人		2,940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	2,391人		2,284人		2,070人		1,977人		1,634人					
	③	受診率		75.5%		73.7%		66.7%		64.9%		55.6%					
3	①	特定 保健指導 対象者数		287人		261人		208人		190人		144人					
	②	実施率		101.1%		101.2%		100.5%		96.9%		96.6%					
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	454人	19.0%	440人	19.3%	402人	19.4%	361人	18.3%	273人	16.7%		特定健診結果	
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	150人	33.0%	124人	28.2%	96人	23.9%	100人	27.7%	64人	23.4%			
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	304人	67.0%	316人	71.8%	306人	76.1%	261人	72.3%	209人	76.6%			
	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	166人	54.6%	162人	51.3%	151人	49.3%	124人	47.5%	85人	40.7%			
	⑤		血圧 130/80以上		107人	64.5%	112人	69.1%	95人	62.9%	79人	63.7%	52人	61.2%			
	⑥		肥満 BMI25以上		72人	43.4%	74人	45.7%	66人	43.7%	55人	44.4%	40人	47.1%			
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	138人	45.4%	154人	48.7%	155人	50.7%	137人	52.5%	124人	59.3%			
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	382人	84.1%	382人	86.8%	337人	83.8%	308人	85.3%	221人	81.0%			
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		29人	6.4%	16人	3.6%	18人	4.5%	25人	6.9%	13人	4.8%			
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		22人	4.8%	26人	5.9%	32人	8.0%	20人	5.5%	16人	5.9%			
	⑪		第4期 eGFR30未満		6人	1.3%	8人	1.8%	7人	1.7%	3人	0.8%	5人	1.8%			
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		116.6人		116.7人		109.9人		118.7人		119.5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)		159.4人		158.4人		148.3人		159.1人		160.9人				
	③		レセプト件数 (40-74歳)		3,147件	(897.3)	229件	(422.5)	346件	(622.3)	305件	(552.5)	291件	(520.6)	42,918件	(623.4)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④		(1)内は被保険者千対 入院(件数)	20件	(5.7)	1,677件	(3094.1)	1,710件	(3075.5)	1,771件	(3208.3)	1,831件	(3275.5)	184,682件	(2682.6)		
	⑤		糖尿病治療中	H	584人	11.7%	562人	11.7%	511人	11.0%	548人	11.9%	545人	11.9%			
	⑥		(再掲)40-74歳		577人	15.9%	554人	15.8%	506人	14.8%	544人	15.9%	542人	16.1%			
	⑦		健診未受診者	I	273人	47.3%	250人	45.1%	200人	39.5%	283人	52.0%	333人	61.4%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑧		インスリン治療	O	41人	7.0%	43人	7.7%	36人	7.0%	46人	8.4%	43人	7.9%			
	⑨		(再掲)40-74歳		41人	7.1%	43人	7.8%	36人	7.1%	46人	8.5%	43人	7.9%			
	⑩		糖尿病性腎症	L	36人	6.2%	47人	8.4%	55人	10.8%	59人	10.8%	68人	12.5%			
	⑪		(再掲)40-74歳		36人	6.2%	47人	8.5%	55人	10.9%	59人	10.8%	67人	12.4%			
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人	0.2%	3人	0.5%	2人	0.4%	1人	0.2%	2人	0.4%			
	⑬		(再掲)40-74歳	1人	0.2%	3人	0.5%	2人	0.4%	1人	0.2%	2人	0.4%				
	⑭		新規透析患者数	1		1		0		1		1					
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症	0		0		0		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	0.3%	16人	2.0%	16人	2.0%	17人	2.1%	16人	2.0%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
6	①	医療費	総医療費		16億4266万円		16億4245万円		16億0056万円		15億8035万円		15億8817万円		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		8億5562万円		8億9341万円		9億0054万円		8億6612万円		8億3967万円		7億7425万円		
	③		(総医療費に占める割合)		52.1%		54.4%		56.3%		54.8%		52.9%		53.6%		
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	13,934円		12,959円		13,482円		12,956円		10,247円		7,560円		
	⑤			健診未受診者	31,197円		32,799円		36,858円		33,368円		36,429円		37,805円		
	⑥		糖尿病医療費		9305万円		9657万円		9775万円		9576万円		9135万円		8603万円		
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		10.9%		10.8%		10.9%		11.1%		10.9%		11.1%		
	⑧		糖尿病入院総医療費		2億7273万円		2億7670万円		2億6429万円		2億7643万円		2億6880万円				
	⑨		1件あたり		35,480円		36,094円		36,590円		38,159円		38,214円				
	⑩		糖尿病入院総医療費		1億7895万円		1億6669万円		1億8049万円		1億7333万円		1億6854万円				
	⑪		1件あたり		634,589円		643,582円		624,544円		619,034円		735,994円				
	⑫		在院日数		16日		17日		17日		16日		17日				
	⑬		慢性腎不全医療費		3539万円		4417万円		3587万円		2297万円		2292万円		6202万円		
	⑭		透析有り		2946万円		3705万円		3030万円		1745万円		1931万円		5785万円		
	⑮		透析なし		593万円		711万円		558万円		552万円		361万円		418万円		
7	①	介護	介護給付費		13億7572万円		13億8754万円		14億2016万円		14億0990万円		14億1139万円		17億4718万円		
	②		(2号認定者)糖尿病合併症	1件	20.0%	1件	16.7%	0件	0.0%	2件	22.2%	2件	33.3%				
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		1人	0.4%	2人	0.9%	3人	1.3%	2人	0.9%	2人	0.9%	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 7 HbA1c の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値								再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない	糖尿病												
							合併症予防の ための目標		最低限達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる								
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	1,710	578	33.8%	657	38.4%	247	14.4%	128	7.5%	69	4.0%	31	1.8%	59	3.5%	20	1.2%		
H30	1,967	641	32.6%	758	38.5%	294	14.9%	145	7.4%	95	4.8%	34	1.7%	79	4.0%	23	1.2%		
R01	1,892	760	40.2%	621	32.8%	261	13.8%	130	6.9%	90	4.8%	30	1.6%	67	3.5%	18	1.0%		
R02	1,724	662	38.4%	583	33.8%	230	13.3%	139	8.1%	81	4.7%	29	1.7%	63	3.7%	16	0.9%		
R03	1,740	645	37.1%	605	34.8%	252	14.5%	135	7.8%	79	4.5%	24	1.4%	47	2.7%	13	0.7%		
R04	1,412	498	35.3%	533	37.7%	204	14.4%	109	7.7%	55	3.9%	13	0.9%	37	2.6%	10	0.7%		

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

重症化しやすいHbA1c6.5%以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲					
					再)7.0以上	未治療	治療						
H29	1,710	578 33.8%	657 38.4%	247 14.4%	228	79	149						
					13.3%	34.6%	65.4%						
					100 5.8%	25 25.0%	75 75.0%						
H30	1,967	641 32.6%	758 38.5%	294 14.9%	274	93	181						
					13.9%	33.9%	66.1%						
					129 6.6%	33 25.6%	96 74.4%						
R01	1,892	760 40.2%	621 32.8%	261 13.8%	250	65	185						
					13.2%	26.0%	74.0%						
					120 6.3%	22 18.3%	98 81.7%						
R02	1,724	662 38.4%	583 33.8%	230 13.3%	249	52	197						
					14.4%	20.9%	79.1%						
					110 6.4%	15 13.6%	95 86.4%						
R03	1,740	645 37.1%	605 34.8%	252 14.5%	238	68	170						
					13.7%	28.6%	71.4%						
					103 5.9%	22 21.4%	81 78.6%						
R04	1,412	498 35.3%	533 37.7%	204 14.4%	177	46	131						
					12.5%	26.0%	74.0%						
					68 4.8%	14 20.6%	54 79.4%						

治療と未治療の状況

HbA1c測定				正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値								再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない	糖尿病												
									合併症予防の ための目標		最低限達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる								
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	207	12.1%	3	1.4%	16	7.7%	39	18.8%	74	35.7%	53	25.6%	22	10.6%	43	20.8%	15	7.2%		
	H30	269	13.7%	4	1.5%	23	8.6%	61	22.7%	85	31.6%	68	25.3%	28	10.4%	62	23.0%	18	6.7%		
	R01	280	14.8%	6	2.1%	17	6.1%	72	25.7%	87	31.1%	75	26.8%	23	8.2%	56	20.0%	13	4.6%		
	R02	282	16.4%	2	0.7%	24	8.5%	59	20.9%	102	36.2%	69	24.5%	26	9.2%	55	19.5%	15	5.3%		
	R03	250	14.4%	5	2.0%	15	6.0%	60	24.0%	89	35.6%	65	26.0%	16	6.4%	36	14.4%	8	3.2%		
	R04	187	13.2%	5	2.7%	9	4.8%	42	22.5%	77	41.2%	42	22.5%	12	6.4%	31	16.6%	9	4.8%		
治療なし	H29	1,503	87.9%	575	38.3%	641	42.6%	208	13.8%	54	3.6%	16	1.1%	9	0.6%	16	1.1%	5	0.3%		
	H30	1,698	86.3%	637	37.5%	735	43.3%	233	13.7%	60	3.5%	27	1.6%	6	0.4%	17	1.0%	5	0.3%		
	R01	1,612	85.2%	754	46.8%	604	37.5%	189	11.7%	43	2.7%	15	0.9%	7	0.4%	11	0.7%	5	0.3%		
	R02	1,442	83.6%	660	45.8%	559	38.8%	171	11.9%	37	2.6%	12	0.8%	3	0.2%	8	0.6%	1	0.1%		
	R03	1,490	85.6%	640	43.0%	590	39.6%	192	12.9%	46	3.1%	14	0.9%	8	0.5%	11	0.7%	5	0.3%		
	R04	1,225	86.8%	493	40.2%	524	42.8%	162	13.2%	32	2.6%	13	1.1%	1	0.1%	6	0.5%	1	0.1%		

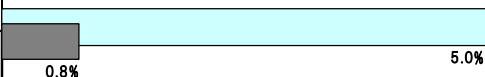
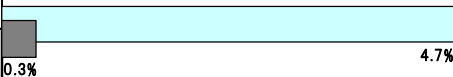
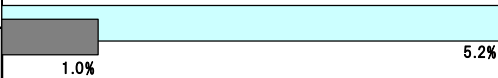
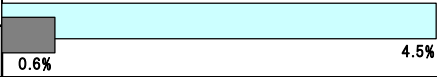
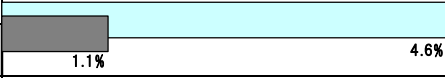
参考資料 8 血圧の年次比較

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/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	2,008	583	29.0%	378	18.8%	538	26.8%	408	20.3%	85	4.2%	16	0.8%
H30	2,311	686	29.7%	365	15.8%	673	29.1%	478	20.7%	101	4.4%	8	0.3%
R01	2,208	665	30.1%	353	16.0%	641	29.0%	435	19.7%	92	4.2%	22	1.0%
R02	1,998	542	27.1%	354	17.7%	648	32.4%	364	18.2%	79	4.0%	11	0.6%
R03	1,908	487	25.5%	366	19.2%	592	31.0%	375	19.7%	67	3.5%	21	1.1%
R04	1,540	399	25.9%	290	18.8%	465	30.2%	294	19.1%	84	5.5%	8	0.5%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診 受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上				
					再掲				
					再Ⅲ度高血圧	未治療	治療		
H29	2,008	961 47.9%	538 26.8%	408 20.3%	101 5.0%	54 53.5%	47 46.5%		
					16 0.8%	10 62.5%	6 37.5%		
H30	2,311	1,051 45.5%	673 29.1%	478 20.7%	109 4.7%	64 58.7%	45 41.3%		
					8 0.3%	7 87.5%	1 12.5%		
R01	2,208	1,018 46.1%	641 29.0%	435 19.7%	114 5.2%	76 66.7%	38 33.3%		
					22 1.0%	15 68.2%	7 31.8%		
R02	1,998	896 44.8%	648 32.4%	364 18.2%	90 4.5%	51 56.7%	39 43.3%		
					11 0.6%	9 81.8%	2 18.2%		
R03	1,908	853 44.7%	592 31.0%	375 19.7%	88 4.6%	54 61.4%	34 38.6%		
					21 1.1%	13 61.9%	8 38.1%		
R04	1,540	689 44.7%	465 30.2%	294 19.1%	92 6.0%	50 54.3%	42 45.7%		
					8 0.5%	4 50.0%	4 50.0%		

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	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	701	34.9%	83	11.8%	149	21.3%	247	35.2%	175	25.0%	41	5.8%
	H30	852	36.9%	124	14.6%	151	17.7%	314	36.9%	218	25.6%	44	5.2%
	R01	851	38.5%	139	16.3%	147	17.3%	311	36.5%	216	25.4%	31	3.6%
	R02	806	40.3%	108	13.4%	158	19.6%	328	40.7%	173	21.5%	37	4.6%
	R03	770	40.4%	92	11.9%	157	20.4%	292	37.9%	195	25.3%	26	3.4%
	R04	604	39.2%	89	14.7%	116	19.2%	211	34.9%	146	24.2%	38	6.3%
治療なし	H29	1,307	65.1%	500	38.3%	229	17.5%	291	22.3%	233	17.8%	44	3.4%
	H30	1,459	63.1%	562	38.5%	214	14.7%	359	24.6%	260	17.8%	57	3.9%
	R01	1,357	61.5%	526	38.8%	206	15.2%	330	24.3%	219	16.1%	61	4.5%
	R02	1,192	59.7%	434	36.4%	196	16.4%	320	26.8%	191	16.0%	42	3.5%
	R03	1,138	59.6%	395	34.7%	209	18.4%	300	26.4%	180	15.8%	41	3.6%
	R04	936	60.8%	310	33.1%	174	18.6%	254	27.1%	148	15.8%	46	4.9%

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	人数	割合
総 数	H29	2,008	966	48.1%	507	25.2%	321	16.0%	135	6.7%	79	3.9%	
	H30	2,311	1,073	46.4%	583	25.2%	368	15.9%	188	8.1%	99	4.3%	
	R01	2,208	996	45.1%	569	25.8%	345	15.6%	203	9.2%	95	4.3%	
	R02	1,998	892	44.6%	483	24.2%	350	17.5%	184	9.2%	89	4.5%	
	R03	1,908	838	43.9%	468	24.5%	364	19.1%	143	7.5%	95	5.0%	
	R04	1,540	769	49.9%	380	24.7%	236	15.3%	109	7.1%	46	3.0%	
男 性	H29	938	514	54.8%	216	23.0%	129	13.8%	57	6.1%	22	2.3%	
	H30	1,075	566	52.7%	247	23.0%	172	16.0%	62	5.8%	28	2.6%	
	R01	1,022	522	51.1%	245	24.0%	142	13.9%	79	7.7%	34	3.3%	
	R02	923	451	48.9%	227	24.6%	148	16.0%	72	7.8%	25	2.7%	
	R03	893	444	49.7%	212	23.7%	151	16.9%	53	5.9%	33	3.7%	
	R04	707	386	54.6%	172	24.3%	99	14.0%	39	5.5%	11	1.6%	
女 性	H29	1,070	452	42.2%	291	27.2%	192	17.9%	78	7.3%	57	5.3%	
	H30	1,236	507	41.0%	336	27.2%	196	15.9%	126	10.2%	71	5.7%	
	R01	1,186	474	40.0%	324	27.3%	203	17.1%	124	10.5%	61	5.1%	
	R02	1,075	441	41.0%	256	23.8%	202	18.8%	112	10.4%	64	6.0%	
	R03	1,015	394	38.8%	256	25.2%	213	21.0%	90	8.9%	62	6.1%	
	R04	833	383	46.0%	208	25.0%	137	16.4%	70	8.4%	35	4.2%	

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LDL160mg/dl以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			
					再180以上	再掲 未治療 治療		
H29	2,008	966 48.1%	507 25.2%	321 16.0%	214	192	22	
					10.7%	89.7%	10.3%	
					79 3.9%	65 82.3%	14 17.7%	 3.9% 10.7%
H30	2,311	1,073 46.4%	583 25.2%	368 15.9%	287	254	33	
					12.4%	88.5%	11.5%	
					99 4.3%	88 88.9%	11 11.1%	 4.3% 12.4%
R01	2,208	996 45.1%	569 25.8%	345 15.6%	298	266	32	
					13.5%	89.3%	10.7%	
					95 4.3%	86 90.5%	9 9.5%	 4.3% 13.5%
R02	1,998	892 44.6%	483 24.2%	350 17.5%	273	247	26	
					13.7%	90.5%	9.5%	
					89 4.5%	83 93.3%	6 6.7%	 4.5% 13.7%
R03	1,908	838 43.9%	468 24.5%	364 19.1%	238	215	23	
					12.5%	90.3%	9.7%	
					95 5.0%	86 90.5%	9 9.5%	 5.0% 12.5%
R04	1,540	769 49.9%	380 24.7%	236 15.3%	155	142	13	
					10.1%	91.6%	8.4%	
					46 3.0%	44 95.7%	2 4.3%	 3.0% 10.1%

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	人数	割合
治 療 中	H29	348	17.3%	214	61.5%	84	24.1%	28	8.0%	8	2.3%	14	4.0%
	H30	414	17.9%	258	62.3%	94	22.7%	29	7.0%	22	5.3%	11	2.7%
	R01	451	20.4%	273	60.5%	101	22.4%	45	10.0%	23	5.1%	9	2.0%
	R02	452	22.6%	289	63.9%	97	21.5%	40	8.8%	20	4.4%	6	1.3%
	R03	440	23.1%	275	62.5%	93	21.1%	49	11.1%	14	3.2%	9	2.0%
	R04	387	25.1%	272	70.3%	72	18.6%	30	7.8%	11	2.8%	2	0.5%
治 療 な し	H29	1,660	82.7%	752	45.3%	423	25.5%	293	17.7%	127	7.7%	65	3.9%
	H30	1,897	82.1%	815	43.0%	489	25.8%	339	17.9%	166	8.8%	88	4.6%
	R01	1,757	79.6%	723	41.1%	468	26.6%	300	17.1%	180	10.2%	86	4.9%
	R02	1,546	77.4%	603	39.0%	386	25.0%	310	20.1%	164	10.6%	83	5.4%
	R03	1,468	76.9%	563	38.4%	375	25.5%	315	21.5%	129	8.8%	86	5.9%
	R04	1,153	74.9%	497	43.1%	308	26.7%	206	17.9%	98	8.5%	44	3.8%