湧水町国民健康保険
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

湧水町国民健康保険

保健事業実施計画（データヘルス計画）目次

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

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

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

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

第 3 章　特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)　・・・・・・・・・・・・・・・・・・34

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

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

Ⅰ. 保健事業の方向性

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

Ⅳ. 発症予防

Ⅴ. ポピュレーションアプローチ

第 5 章　計画の評価・見直し　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・70

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　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・71

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料　・・・71

第 1 章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

1．背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第 3 期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

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

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

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

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

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

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

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

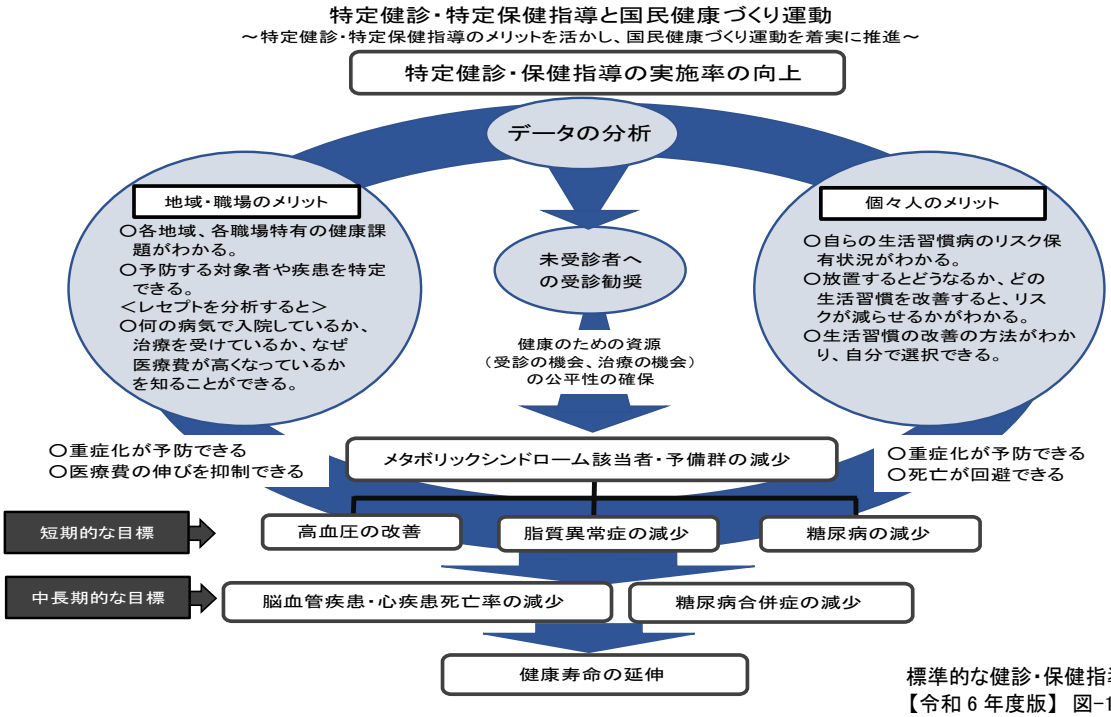
図表１　データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

※健康増進事業実施者 とは　健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法

	健康増進計画	データヘルス計画（保健事業実施計画）	特定健康診査等実施計画	医療費適正化計画	医療計画（地域医療構想含む）	介護保険事業（支援）計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条　健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法　第82条 健康保険法　第150条 高確法　第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な指針	厚生労働省　健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省　保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省　保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省　保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策について基本指針	厚生労働省　医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する基本指針	厚生労働省　老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定　令和6～17年（12年） 2024年～2035年	指針　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～8年（3年） 2024～2026年
計画策定者	都道府県：義務 市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者：義務	都道府県：義務	都道府県：義務	市町村：義務 都道府県：義務
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開とより実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持・医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通じ、地域で切れ目のない医療の提供、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止
対象年齢	ライフステージ （乳幼児期、青壮年期、高齢期） ライフコースアプローチ （胎児期から老齢期まで継時的）	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者　65歳以上 2号被保険者　40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿病合併症 （糖尿病腎症） 循環器病　高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿病性腎症 高　血　圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿性病腎症 高　血　圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖　尿　病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳　卒　中	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患（COPD） が　ん ロコモ―ティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康（うつ・不安）				がん 精神疾患	認　知　症 フレイル 口腔機能、低栄養
評　価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 **51目標項目** ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース １こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい指標例 ＜アウトカム＞ メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 ＜アウトプット＞ 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	（住民の健康の保持推進） ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進 （医療の効率的な提供の推進） ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的な活用 ・医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 （地域の実状に応じて設定） 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルを活用にする保険者機能強化に向けた体制等（地域介護保険事業） ②自立支援・重度化防止等（在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連） ③介護保険運営の安定化（介護給付の適正化、人材の確保）
補助金等		保健事業支援・評価委員会（事務局：国保連合会）による計画作成支援 保険者努力支援制度（事業費・事業費連動分）交付金		保険者協議会(事務局：県、国保連合会)を通じて、保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

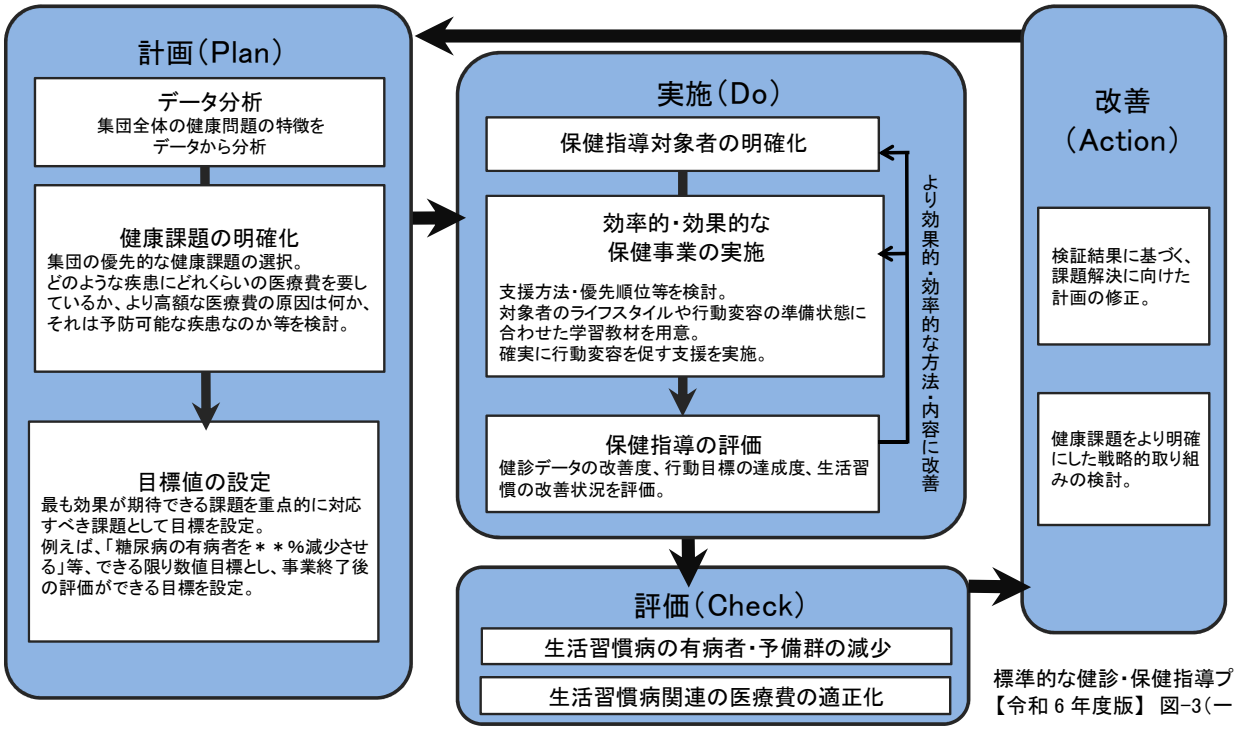
図表 2　特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



標準的な健診・保健指導プログラム
【令和 6 年度版】 図-1（一部改変）

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

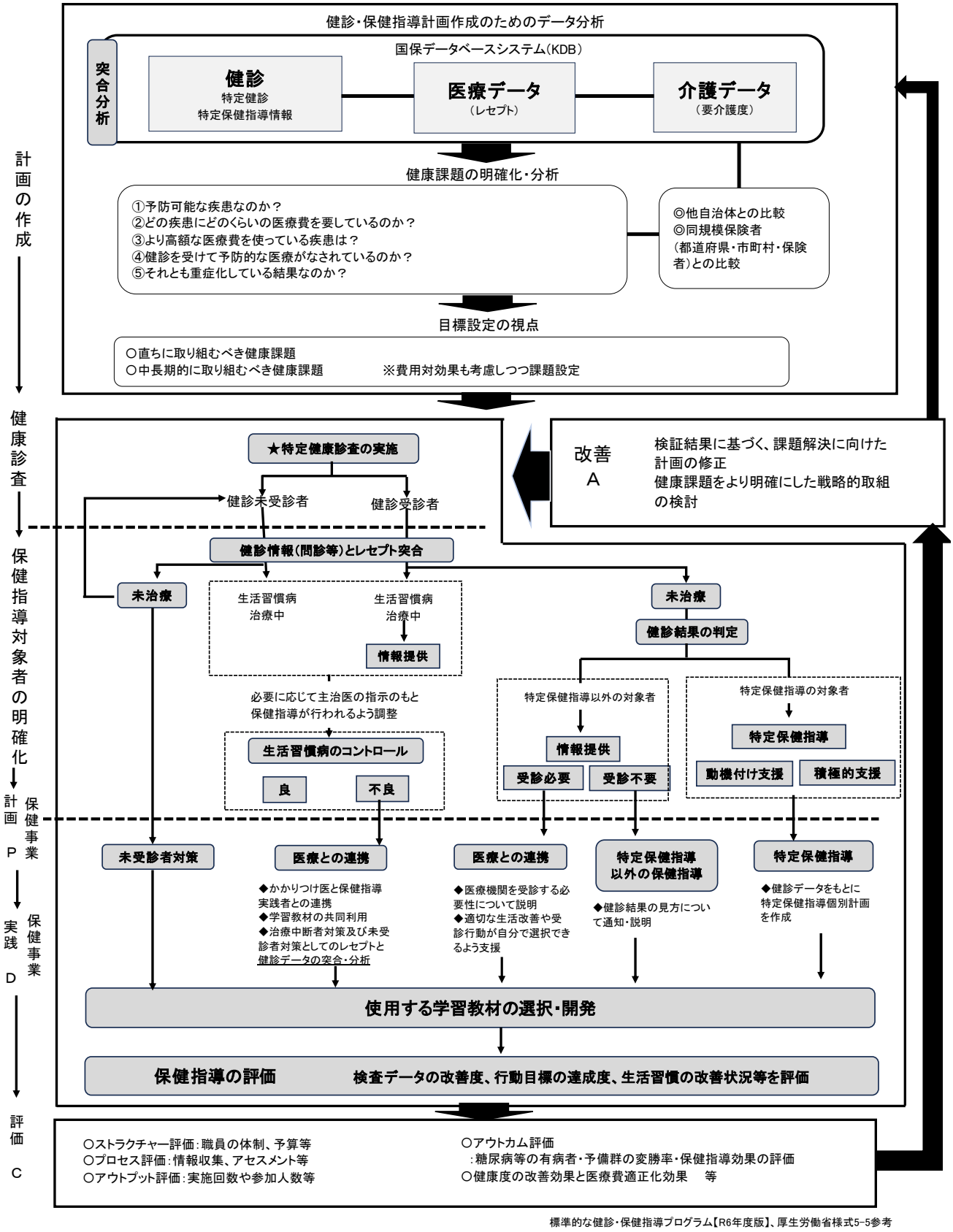
図表 3　保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



標準的な健診・保健指導プログラム
【令和 6 年度版】 図-3（一部改変）

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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
	かつての健診・保健指導		**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のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者	行動変容を促す手法	健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット（事業実施量）評価 実施回数や参加人数		アウトカム（結果）評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

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

3. 計画期間

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

＜参考＞計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1）　市町村国保の役割

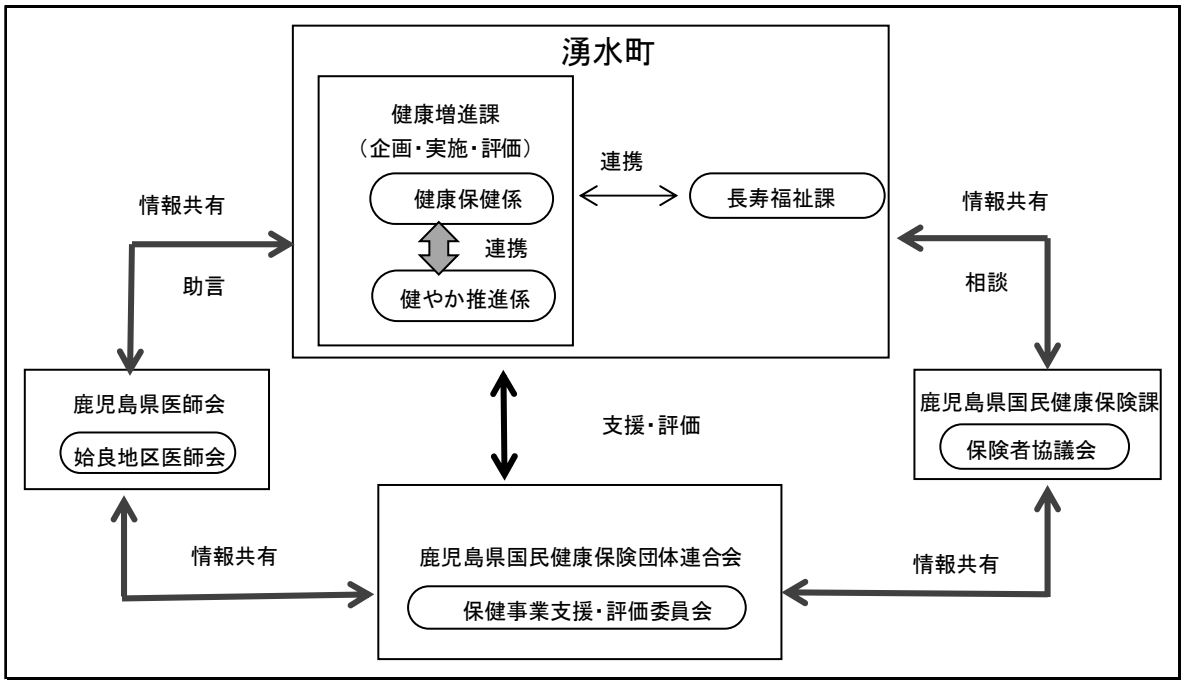
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、健康増進課、長寿福祉課で十分連携を図ることとします。

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

図表 6 湧水町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担＜例＞

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

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

2） 関係機関との連携

＜参考＞手引きより抜粋

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・協力が重要となる。

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

また、都道府県は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特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

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

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

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

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等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。(図表8)

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

図表 8　保険者努力支援制度評価指標（市町村分）

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			湧水町	配点	湧水町	配点	湧水町	配点
交付額(万円)			423		378		423	
全国順位(1,741市町村中)			541位		583位		544位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	75	70	80	70	115	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	30	40	30	40	27	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	90	120	80	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	55	90	30	90	45	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	45	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	130	130	130	130	100	130
固有の指標	①	保険料(税）収納率	0	100	10	100	10	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	5	30	20	30	25	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	50	50	40	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	83	95	75	100	82	100
合計点			618	1,000	615	960	609	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、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 44.2%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も 58.5 歳と同規模と比べて高く、出生率も低い町で財政指数も低い町となっています。産業においては、第・国 1 次産業が 17.7%と県・国と比較しても高く、農業の割合が多く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。（図表 9）

国保加入率は 24.4%で、年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が 57.6%を占めています。（図表 10）

また本町内には1つの病院、8 つの診療所があります。外来患者数及び入院患者数は、同規模と比較して高い傾向にあります。（図表 11）

図表 9　同規模・県・国と比較した湧水町の特性

R2.国勢調査

	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
湧水町	9,117	44.2	2,225（24.4）	58.5	5.3	21.3	0.3	17.7	23.3	59.1
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
県	--	32.8	23.1	54.8	7.5	13.9	0.4	9.5	19.4	71.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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

図表 10　国保の加入状況

		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数		2,484		2,420		2,397		2,310		2,225	
	65～74歳	1,255	50.5	1,289	53.3	1,324	55.2	1,302	56.4	1,282	57.6
	40～64歳	799	32.2	720	29.8	660	27.5	617	26.7	608	27.3
	39歳以下	430	17.3	411	17.0	413	17.2	391	16.9	335	15.1
加入率		24.1		23.5		23.2		22.4		24.4	

出典：KDBシステム

図表 11　医療の状況（被保険者千人あたり）

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考（R04）	
											同規模	県
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	割合	割合
病院数	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	0.4	0.7
診療所数	10	4.0	9	3.7	8	3.3	8	3.5	8	3.6	2.7	3.8
病床数	230	92.6	217	89.7	217	90.5	217	93.9	217	97.5	37.4	90.2
医師数	12	4.8	12	5.0	11	4.6	11	4.8	10	4.5	4.2	13.0
外来患者数	837.5		844.9		813.2		830.8		858.5		692.2	755.6
入院患者数	34.5		34.0		34.4		36.4		33.8		22.7	30.3

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第 2 期計画にかかる評価及び考察

1)第 2 期データヘルス計画の評価

第 2 期計画において、目標の設定を以下の 2 つに分類しました。

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

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

(1)中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の令和 4 年度の要介護認定者は、2 号(40～64 歳)被保険者で 13 人(認定率 0.47%)と、同規模・県・国と比較すると高く、1 号(65 歳以上)被保険者で 794 人(認定率 19.7%)と同規模・県・国と同程度で、H30 年度と比べても横ばいで推移しています。(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いますが、介護給付費は、約12億円から約11億円となっています。(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、どの年代も脳卒中血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第 2 号被保険者で 66.7%、第 1 号被保険者でも約 48.6%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、全年齢で約 95%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

	湧水町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	4,007人	38.8%	4,026人	44.2%	39.4%	32.8%	28.7%
2号認定者	17人	0.50%	13人	0.47%	0.39%	0.37%	0.38%
新規認定者	3人		4人		--	--	--
1号認定者	771人	19.2%	794人	19.7%	19.4%	20.1%	19.4%
新規認定者	13人		125人		--	--	--
再掲 65～74歳	65人	4.1%	62人	3.6%	--	--	--
再掲 新規認定者	13人		13人		--	--	--
再掲 75歳以上	706人	29.4%	732人	32.0%	--	--	--
再掲 新規認定者	0人		112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

		湧水町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費		12億4504万円	11億4091万円	--	--	--
一人あたり給付費（円）		310,715	283,385	314,188	316,197	290,668
1件あたり給付費（円）全体		72,415	65,739	74,986	68,209	59,662
	居宅サービス	41,212	40,537	43,722	44,980	41,272
	施設サービス	286,964	284,618	289,312	298,436	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14　血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況（R04 年度）

受給者区分				2号		1号						合計	
年齢				40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
介護件数（全体）				13		62		733		795		808	
	再）国保・後期			9		53		704		757		766	
有病状況（レセプトの診断名より重複して計上）	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	6 66.7%	脳卒中	30 56.6%	脳卒中	338 48.0%	脳卒中	368 48.6%	脳卒中	374 48.8%
			2	腎不全	1 11.1%	虚血性心疾患	16 30.2%	虚血性心疾患	242 34.4%	虚血性心疾患	258 34.1%	虚血性心疾患	258 33.7%
			3	虚血性心疾患	0 0.0%	腎不全	13 24.5%	腎不全	178 25.3%	腎不全	191 25.2%	腎不全	192 25.1%
		合併症	4	糖尿病合併症	1 11.1%	糖尿病合併症	18 34.0%	糖尿病合併症	89 12.6%	糖尿病合併症	107 14.1%	糖尿病合併症	108 14.1%
		基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）			8 88.9%	基礎疾患	47 88.7%	基礎疾患	673 95.6%	基礎疾患	720 95.1%	基礎疾患	728 95.0%
		血管疾患合計			8 88.9%	合計	48 90.6%	合計	693 98.4%	合計	741 97.9%	合計	749 97.8%
	認知症	認知症			1 11.1%	認知症	14 26.4%	認知症	440 62.5%	認知症	454 60.0%	認知症	455 59.4%
	筋・骨格疾患	筋骨格系			9 100.0%	筋骨格系	51 96.2%	筋骨格系	692 98.3%	筋骨格系	743 98.2%	筋骨格系	752 98.2%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少していることもあり、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 11 万円高く、H30 年度と比較しても約 3 万円伸びています。

また入院件数割合は、全体のレセプトのわずか 3.8%程度にも関わらず、医療費全体の 48.8%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 6 万円も高くなっています。

また年齢調整をした地域差指数でみても、全国平均の 1 を大きく超えており、全国 2 位の県平均よ

りも高く、特に入院の地域差指数がH30 年度よりも伸びています。

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

			湧水町				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）			2,484人		2,225人		--	--	--
	前期高齢者割合		1,255人 （50.5%）		1,282人 （57.6%）		--		
総医療費			11億4211万円		10億8649万円		--	--	--
一人あたり医療費（円）			458,840	県内6位 同規模6位	488,309	県内7位 同規模4位	376,732	444,085	339,680
入院	1件あたり費用額(円)		518,810		576,170		588,690	573,470	617,950
		費用の割合	47.6		48.8		43.7	48.0	39.6
		件数の割合	4.0		3.8		3.2	3.8	2.5
外来	1件あたり費用額（円）		23,610		23,740		24,870	24,840	24,220
		費用の割合	52.4		51.2		56.3	52.0	60.4
		件数の割合	96.0		96.2		96.8	96.2	97.5
受診率			872.003		892.291		714.851	785.808	705.439

※同規模順位は湧水町と同規模保険者240市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり（年齢調整後）地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		湧水町（県内市町村中）		県（47県中）	湧水町（県内市町村中）		県（47県中）
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	1.251	1.304	1.212	1.179	1.191	1.168
		（10位）	（6位）	（2位）	（10位）	（11位）	（4位）
	入院	1.502	1.646	1.484	1.278	1.329	1.357
		（13位）	（9位）	（1位）	（16位）	（18位）	（2位）
	外来	1.128	1.121	1.048	1.114	1.079	0.991
		（6位）	（10位）	（7位）	（1位）	（2位）	（18位）

出典：地域差分析(厚労省)

③　中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30 年度と比較すると減少しています。（図表 17）

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると虚血性心疾患・腎不全・脳血管疾患については、横ばいでした。（図表 18）

その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17　中長期目標疾患の医療費の推移

			湧水町		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）			11億4211万円	10億8649万円	--	--	--
中長期目標疾患医療費合計（円）			1億2700万円	7600万円	--	--	--
			11.12%	6.99%	7.67%	9.45%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.15%	2.05%	2.06%	2.38%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.20%	0.94%	1.47%	1.44%	1.45%
	腎	慢性腎不全（透析有）	6.51%	3.83%	3.83%	5.30%	4.26%
		慢性腎不全（透析無）	0.26%	0.17%	0.32%	0.33%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		15.18%	12.26%	16.76%	14.42%	16.69%
	筋・骨疾患		8.93%	9.24%	9.27%	9.49%	8.68%
	精神疾患		11.32%	9.11%	7.98%	9.59%	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	2,484	2,225	a	236	202	167	150	23	19
					a/A	9.5%	9.1%	6.7%	6.7%	0.9%	0.9%
40歳以上		B	2,054	1,890	b	233	202	164	148	23	19
		B/A	82.7%	84.9%	b/B	11.3%	10.7%	8.0%	7.8%	1.1%	1.0%
再掲	40～64歳	D	799	608	d	43	27	39	26	12	8
		D/A	32.2%	27.3%	d/D	5.4%	4.4%	4.9%	4.3%	1.5%	1.3%
	65～74歳	C	1,255	1,282	c	190	175	125	122	11	11
		C/A	50.5%	57.6%	c/C	15.1%	13.7%	10.0%	9.5%	0.9%	0.9%

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

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えています。特に糖尿病治療者の合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患は 40～64 歳において増えています。

本町は特定健診の 40～64 歳に結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理による重症化予防につながるよう努めます。

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	1,018	992	248	181	770	811
		A/被保数	49.6%	52.5%	31.0%	29.8%	61.4%	63.3%
合併症(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	148	134	23	19	125	115
		B/A	14.5%	13.5%	9.3%	10.5%	16.2%	14.2%
	虚血性心疾患	C	121	106	25	14	96	92
		C/A	11.9%	10.7%	10.1%	7.7%	12.5%	11.3%
	人工透析	D	22	19	12	8	10	11
		D/A	2.2%	1.9%	4.8%	4.4%	1.3%	1.4%

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	518	505	126	95	392	410
		A/被保数	25.2%	26.7%	15.8%	15.6%	31.2%	32.0%
合併症(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	77	72	10	11	67	61
		B/A	14.9%	14.3%	7.9%	11.6%	17.1%	14.9%
	虚血性心疾患	C	74	75	14	13	60	62
		C/A	14.3%	14.9%	11.1%	13.7%	15.3%	15.1%
	人工透析	D	15	11	8	5	7	6
		D/A	2.9%	2.2%	6.3%	5.3%	1.8%	1.5%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	84	102	22	15	62	87
		E/A	16.2%	20.2%	17.5%	15.8%	15.8%	21.2%
	糖尿病性網膜症	F	76	79	18	15	58	64
		F/A	14.7%	15.6%	14.3%	15.8%	14.8%	15.6%
	糖尿病性神経障害	G	19	25	5	7	14	18
		G/A	3.7%	5.0%	4.0%	7.4%	3.6%	4.4%

疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握

図表 21　脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症（疾病管理一覧）			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
脂質異常症治療者(人)		A	763	785	205	153	558	632
		A/被保数	37.1%	41.5%	25.7%	25.2%	44.5%	49.3%
合併症（中長期目標疾患）	脳血管疾患	B	97	84	16	11	81	73
		B/A	12.7%	10.7%	7.8%	7.2%	14.5%	11.6%
	虚血性心疾患	C	109	98	23	15	86	83
		C/A	14.3%	12.5%	11.2%	9.8%	15.4%	13.1%
	人工透析	D	11	9	5	4	6	5
		D/A	1.4%	1.1%	2.4%	2.6%	1.1%	0.8%

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、有所見者の割合が下がってきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約 30%、糖尿病で 5%ほどおり、その割合はその他市町村平均と比較しても低くなっています。（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											
					結果の改善　Ⅱ度高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報（R03.4～R04.3）			
							未治療（内服なし）				未治療（内服なし）		未治療		治療中断	
	受診者A	受診率	受診者B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
湧水町	651	34.7	889	51.4	19	2.9	12	63.2	24	2.7	12	50.0	8	33.3	2	8.3
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											
					結果の改善　HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報（R03.4～R04.3）			
							未治療（内服なし）				未治療（内服なし）		未治療		治療中断	
	HbA1c実施者A	実施率	HbA1c実施者B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
湧水町	651	100.0	780	87.7	54	8.3	21	38.9	40	5.1	12	30.0	2	5.0	1	2.5
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

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

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、H30 年度と 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、2.1 ポイント伸びており、その中でも 3 項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160 以上の有所見割合を見ると、いずれも減少しているものの、翌年度の結果を見ると、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上は改善率が下がっており、LDL160 以上の者は、改善率が上がっています。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もの象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 23　メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者（受診率）	該当者			予備群
			3項目	2項目	
H30年度	925（49.3%）	199（21.5%）	56（6.1%）	143（15.5%）	137（14.8%）
R04年度	893（51.9%）	211（23.6%）	70（7.8%）	141（15.8%）	134（15.0%）

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	131（16.1%）	57（43.5%）	33（25.2%）	6（4.6%）	35（26.7%）
R03→R04	101（12.9%）	16（15.8%）	43（42.6%）	15（14.9%）	27（26.7%）

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	37（4.0%）	18（48.6%）	2（5.4%）	0（0.0%）	17（45.9%）
R03→R04	24（2.7%）	8（33.3%）	6（25.0%）	3（12.5%）	7（29.2%）

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	107 （11.7%）	45 （42.1%）	27 （25.2%）	8 （7.5%）	27 （25.2%）
R03→R04	77 （8.7%）	37 （48.1%）	11 （14.3%）	3 （3.9%）	26 （33.8%）

出典：ヘルスサポートラボツール

②健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、50%前後で経過しており、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。（図表 27）

またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。（図表 29）

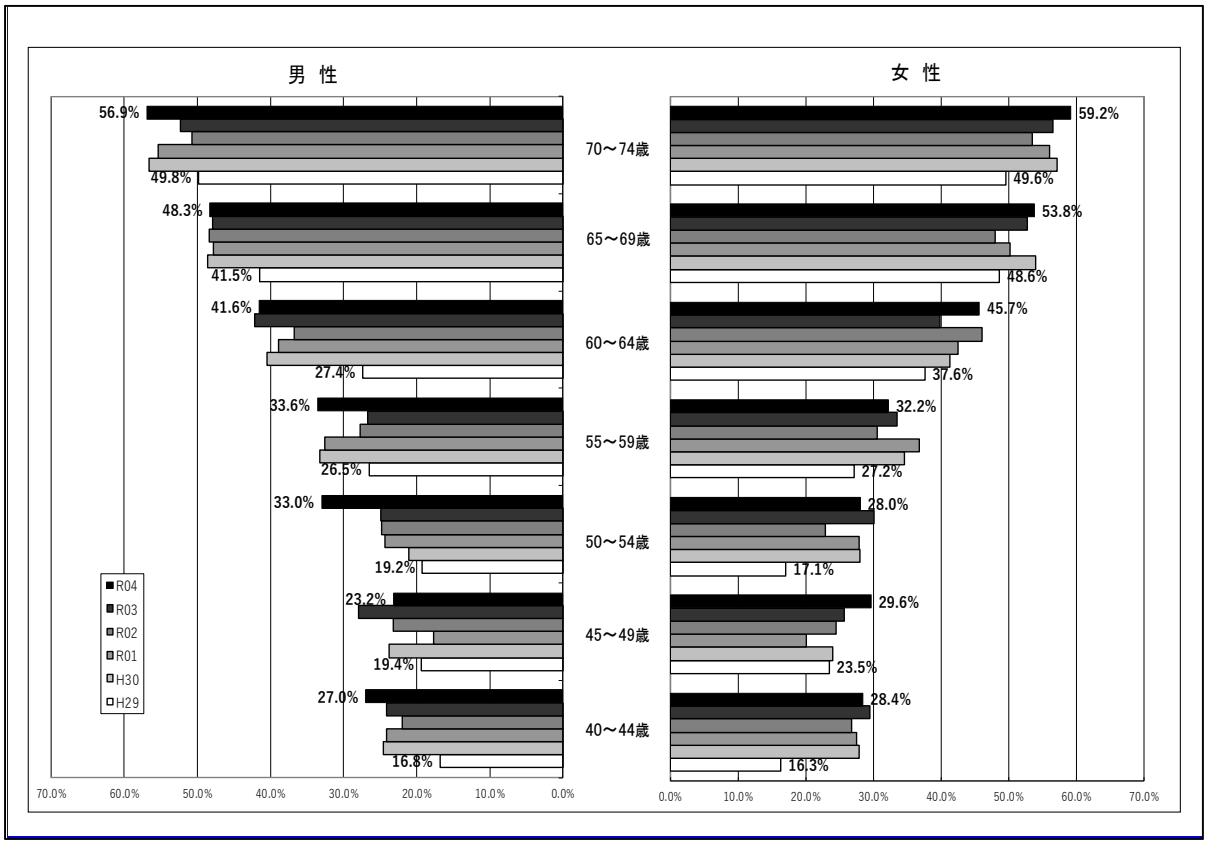
特定保健指導についても、R3 年度以降、大きく実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

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	896	901	911	861	861	健診受診率 60%
	受診率	47.8%	49.0%	50.2%	49.8%	50.10%	
特定保健指導	該当者数	111	116	117	100	100	特定保健指導実施率 60%
	割合	12.4%	12.9%	12.8%	11.6%	11.60%	
	実施者数	67	85	86	62	65	
	実施率	60.4%	73.3%	73.5%	62.0%	65%	

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（例示表 2・3）

血糖値所見者割合及び未治療・中断の割合については、H30 と R4 年度を比較してみたところ減少傾向にあります。

H30 年度からは未治療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、HbA1c8%以上の未治療者は、H30 年 9 人から R4 年 4 人に減っています。受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、又治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援をおこないます。

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

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

例示表 1　糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	925	929	936	889	893
血糖値有所見者 ＊1	人(b)	131	112	106	101	109
	(b/a)	14.2%	12.1%	11.3%	11.4%	12.2%

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

例示表 2　治療が必要な者の適切な受診

			H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 ＊1		人(a)	131	112	106	101	109
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 ＊3		人(b)	60	38	26	35	36
		(b/a)	45.8%	33.9%	24.5%	34.7%	33.0%
	受診した者	人(c)	10	14	5	8	33
		人(c/b)	16.6%	36.8%	19.2%	22.8%	91%
	治療開始した者	人(c)	10	11	4	7	17
		人(c/b)	16.6%	28.9%	15.3%	20%	47.2%

＊3　HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

例示表 3　HbA1c8.0 以上の状況（アウトカム評価）

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	925	929	936	889	893
HbA1c8.0%以上	人(b)	22	16	16	11	18
	(b/a)	2.38%	1.72%	1.71%	1.24%	2.02%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	9	4	5	3	4
	人(b/a)	9.7%	4.3%	5.3%	3.3%	4.4%

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患のよる重症化予防を目的として、心電図検査全数実施しています。有所見者のうち ST 所見をみると、要精査・要医療と判定を受けた者のうち、約 80%が医療機関を受診しています。心房細動未治療者については、ほぼ全数が治療や精密検査につながっています。

ST所見で要精査・要医療以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。

例示表 4　特定健診心電図検査の結果　有所見者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者（人）	a	965	965	965	948	941
心電図受診者（人）	b	752	737	697	737	712
心電図受診率	b/a	77.9%	76.4%	72.2%	77.7%	75.7%
有所見率		---	---	---	---	37
心房細動（人）	e	18	16	16	13	12
心房細動有所見率	e/b	2.4%	2.2%	2.3%	1.8%	1.7%

例示表 5　心電図受診者のうち、ST 所見の状況（R4）

心電図実施者	712	ST異常所見		109
		要医療・要精査者	医療機関受診あり	7
			医療機関受診なし	1

例示表 6　心房細動有所見者のうち、未治療者の状況（R4）

心房細動有所見者	心房細動未治療者
12	1

③脳血管疾患重症化予防対策（例示表 7）

R4 の血圧Ⅱ度以上の者の割合は 5.7%で、約 6 割が未治療者です。血圧Ⅱ度以上の未治療者 30 人のうち、保健指導後、治療につながったものは、わずか 1 人(3%)でした。 血圧Ⅲ度においては、7 人のうち 4 人が未治療者でした。

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、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。例示表 8 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適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血のすすめ血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が 41.2%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

例示表 7　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)	925	929	936	889	893
血圧Ⅱ度以上の者			人(b)	37	36	52	24	51
			(b/a)	4.0%	3.9%	5.6%	2.7%	5.7%
	治療あり		人(c)	17	16	27	12	21
			人(c/b)	45.9%	44.4%	51.9%	50.0%	41.2%
	治療なし		人(d)	20	20	25	12	30
			人(d/b)	54.1%	55.6%	48.1%	50.0%	58.8%
		治療開始	人(e)	7	5	7	0	1
			人(e/d)	35%	25%	28%	0%	3%
（再掲）	血圧Ⅲ度以上の者		人(f)	6	1	5	4	7
			(f/a)	0.6%	0.1%	0.5%	0.5%	0.8%
		治療あり	人(c)	2	0	2	1	3
		治療なし	人(c/b)	4	1	3	3	4

例示表 8　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）

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
	288	158	100	26	4
		54.9%	34.7%	9.0%	1.4%
リスク第1層 予後影響因子がない	18	C 13	B 3	B 1	A 1
	6.3%	8.2%	3.0%	3.8%	25.0%
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	172	C 98	B 57	A 15	A 2
	59.7%	62.0%	57.0%	57.7%	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	98	B 47	A 40	A 10	A 1
	34.0%	29.7%	40.0%	38.5%	25.0%

…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	69
		24.0%
B	概ね1ヵ月後に再評価	108
		37.5%
C	概ね3ヵ月後に再評価	111
		38.5%

※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、健診結果より（±）以上で判断。

（2）ポピュレーションアプローチ

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

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

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、広く町民へ周知を行いました。

（3）第 2 期計画目標の達成状況一覧

図表 29　第 2 期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績 初年度 H30（H30）	実績 中間評価 R2（R2）	実績 最終評価 R5（R4）	データの把握方法（活用ﾃﾞｰﾀ年度）
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.2%	1.0%	20.5%	KDBｼｽﾃﾑ
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.2%	1.8%	0.9%	
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	6.5%	6.3%	3.8%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	3.2%	3.7%	2.2%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%	湧水町調べ
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボシックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	33.9%	39.7%	38.6%	湧水町 健康増進課
			健診受診者の高血圧者の割合の減少（160/100以上）	4.0%	5.6%	5.7%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上）	11.7%	8.6%	6.8%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上）	16.1%	13.5%	13.9%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	1.3%	1.20%	0.70%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	89.0%	79.0%	71.0%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	－	中止	5.0%	
		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	47.8%	50.2%	50.1%	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	60.4%	73.5%	65.0%	
			特定保健指導対象者の割合の減少	21.6.3%	24.2%	24.0%	
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	15.4%	13.0%	11.8%	地域保健事業報告（R04年度データがないため,R03年度を記載）
			肺がん検診受診者の増加	24.8%	15.2%	21.4%	
			大腸がん検診受診者の増加	22.4%	20.7%	17.9%	
			子宮がん検診受診者の増加	25.1%	24.8%	23.3%	
			乳がん検診受診者の増加	25.0%	23.9%	25.9%	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	22.5%	19.5%	20.1%	
		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	80.2%	87.5%	86.7%	厚生労働省

3） 第 2 期データヘルス計画に係る考察

【考察】

・高齢化率は年々上昇しており、R4 年度 44.2%で同規模・県・国より高い。要介護認定は横ばい状況であり、要介護者の有病状況としては、筋骨格疾患 98.2%と高くなっています。
引き続き、30 歳からの特定健康診査実施を通して、若年層からの生活習慣病予防の取り組みを行い、一体的支援を行っていきます。（図表 12・14）

・R4 年度において中長期目標疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析）医療費は、H30 年度と比較して減少しています。中長期目標疾患の総医療費に占める割合は、同規模・県・国より低い割合を示しています。一方、短期目標疾患（糖尿病・高血圧）については、県・国の総医療費に占める割合を上回っていました。血糖値有所見者の未治療の者は年々減少しており、早期受診と治療開始により、重症化予防が図られていると考えます。引き続き、糖尿病重症化予防の取り組みを継続することが必要と考えます。（図表 17）

高血圧Ⅱ度以上の有所見者は未治療者が約半数を占めており、日頃の血圧管理と早期受診勧奨を行っていきます。

・メタボリックシンドローム該当者は微増しており、特定保健指導対象者の中には毎年対象者に該当する者もいます。（図 23）特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第 4 期）には評価体系の見直しが示されました。

特定保健指導の実績評価にアウトカム評価を導入し、主要達成目標を腹囲 2 ㎝・体重 2 ㎏減とし、生活習慣予防につながる行動変容（食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他生活習慣の改善）や腹囲 1 ㎝・体重 1 ㎏減をその他目標として設定されました。対象者の特性や課題の重要性によって優先順位を判断し、対象者が具体的に実践可能であり、かつ評価可能な行動目標を設定することが求められています。

プロセス評価は、介入方法、介入 1 回ごとの評価となりました。

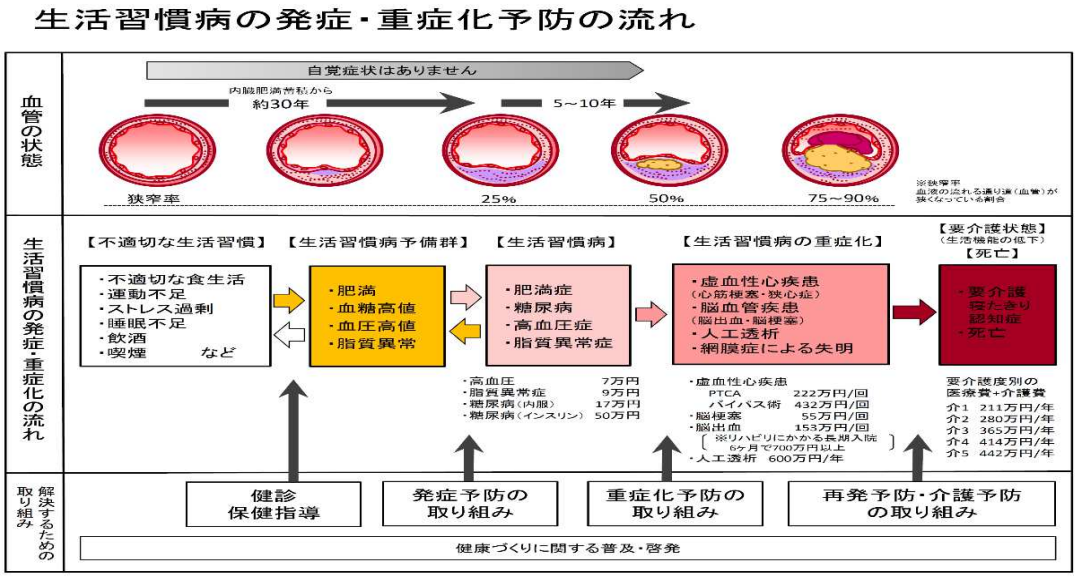
人的・財政的資源の確保や保健指導者のスキルアップを図り、効果的な取り組みに努めます。

3. 第 3 期における健康課題の明確化

1）基本的考え方

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

図表 30　生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2)健康課題の明確化

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

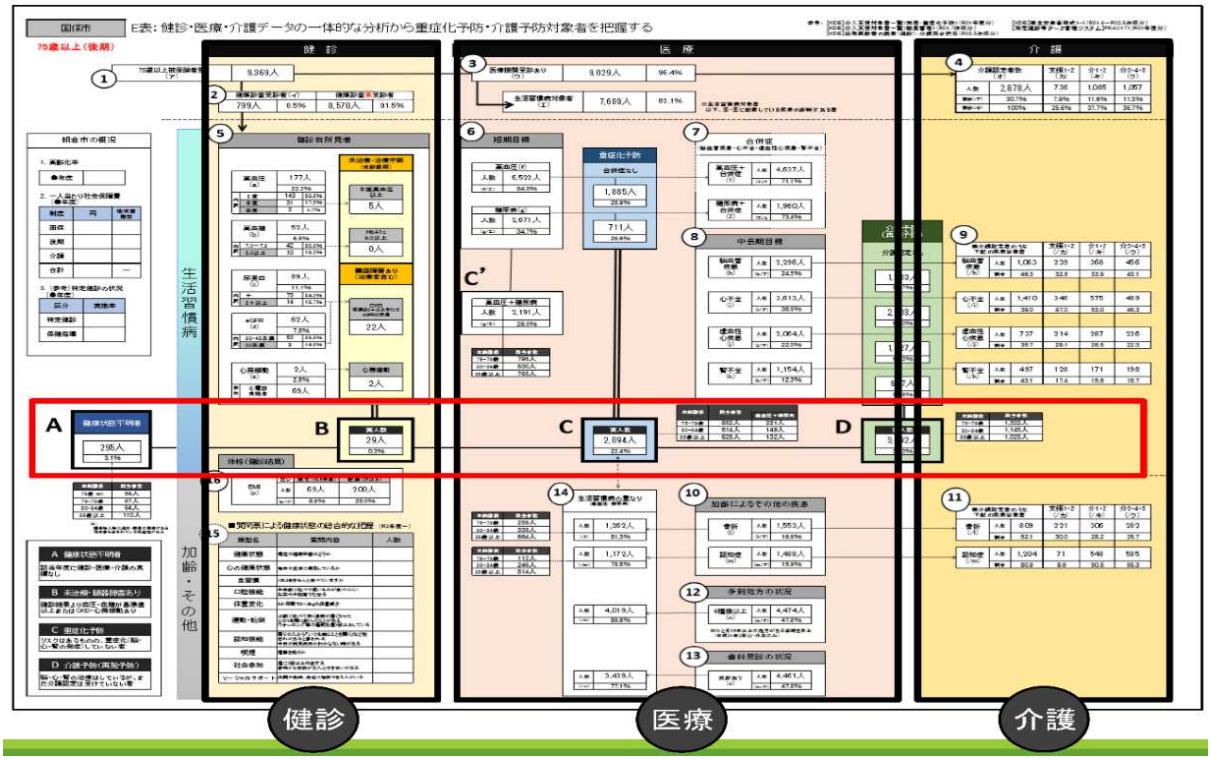
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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

健康課題の明確化においては、第 2 期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため 40 歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

なお、20 歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40 歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

図表 31　健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



（1）医療費分析

図表 32　被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		2,484人	2,420人	2,397人	2,310人	2,225人	2,144人
総件数及び総費用額	件数	26,440件	25,694件	24,423件	24,441件	24,331件	35,852件
	費用額	11億4211万円	11億1041万円	11億6426万円	11億9676万円	10億8649万円	22億4056万円
一人あたり医療費		46.0万円	45.9万円	48.6万円	51.8万円	48.8万円	104.5万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33　データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり医療費（月額）	中期目標疾患				短期目標疾患			（中長期・短期）目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
				腎		脳	心								
				慢性腎不全（透析有）	慢性腎不全（透析無）	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
①国保	湧水町	10億8649万円	39,845	3.83%	0.17%	2.05%	0.94%	5.70%	3.80%	1.46%	1億9508万円	17.95%	12.26%	9.11%	9.24%
	同規模	--	30,571	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	--	19.28%	16.76%	7.98%	9.27%
	県	--	36,117	5.30%	0.33%	2.38%	1.44%	4.99%	2.87%	1.59%	--	18.90%	14.42%	9.59%	9.49%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
②後期	湧水町	22億4056万円	86,635	2.37%	0.58%	2.76%	0.88%	4.42%	3.28%	0.68%	3億3549万円	14.97%	9.90%	8.81%	14.47%
	同規模	--	68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	--	18.77%	10.30%	3.53%	12.45%
	県	--	85,212	3.49%	0.48%	4.79%	1.38%	3.50%	2.59%	0.98%	--	17.22%	9.31%	4.33%	14.86%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病（※1）による分類結果　　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

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

図表 34　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
高額レセプト（80万円以上/件）	人数	A	114人	108人	108人	127人	104人	252人
	件数	B	192件	193件	225件	253件	196件	861件
		B/総件数	0.73%	0.75%	0.92%	1.04%	0.81%	2.40%
	費用額	C	2億5547万円	2億4008万円	3億0960万円	3億4369万円	2億7329万円	10億4269万円
		C/総費用	22.4%	21.6%	26.6%	28.7%	25.2%	46.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移（脳血管疾患）

対象年度				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
脳血管疾患	人数		D	9人		5人		4人		5人		7人		18人		
			D/A	7.9%		4.6%		3.7%		3.9%		6.7%		7.1%		
	件数		E	13件		8件		4件		5件		8件		56件		
			E/B	6.8%		4.1%		1.8%		2.0%		4.1%		6.5%		
		年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
			40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
			50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	1	12.5%	75-80歳	4	7.1%
			60代	11	84.6%	8	100.0%	2	50.0%	1	20.0%	2	25.0%	80代	38	67.9%
			70-74歳	2	15.4%	0	0.0%	2	50.0%	3	60.0%	5	62.5%	90歳以上	14	25.0%
	費用額		F	1491万円		900万円		473万円		606万円		1049万円		6290万円		
			F/C	5.8%		3.7%		1.5%		1.8%		3.8%		6.0%		

出典：ヘルスサポートラボツール

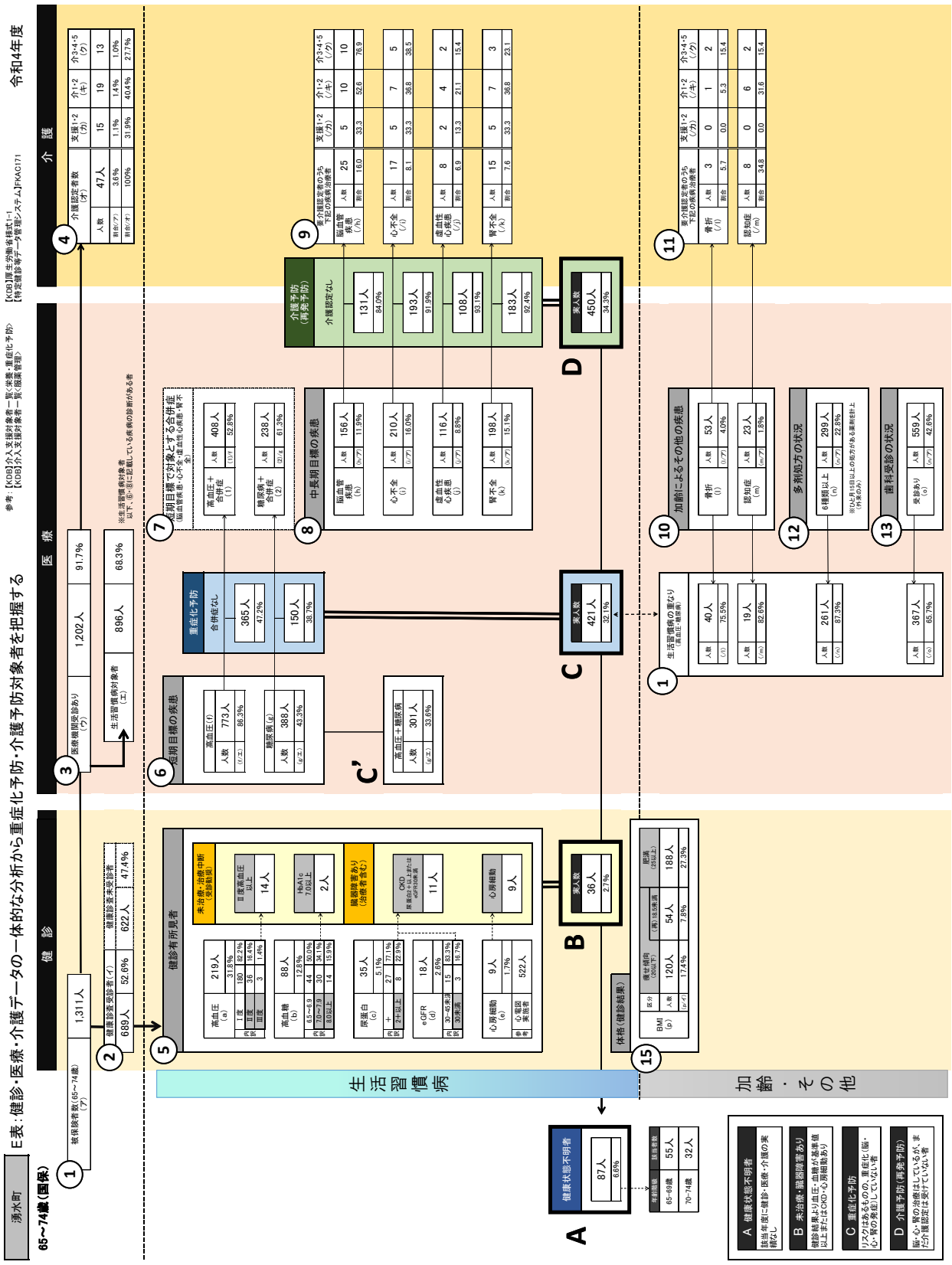
図表 36　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移（虚血性心疾患）

対象年度				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
虚血性心疾患	人数		G	8人		10人		8人		5人		1人		4人		
			G/A	7.0%		9.3%		7.4%		3.9%		1.0%		1.6%		
	件数		H	13件		12件		11件		5件		2件		10件		
			H/B	6.8%		6.2%		4.9%		2.0%		1.0%		1.2%		
		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	0	0.0%	0	0.0%	2	18.2%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
			50代	0	0.0%	5	41.7%	1	9.1%	0	0.0%	2	100.0%	75-80歳	0	0.0%
			60代	8	61.5%	6	50.0%	3	27.3%	4	80.0%	0	0.0%	80代	6	60.0%
			70-74歳	5	38.5%	1	8.3%	5	45.5%	1	20.0%	0	0.0%	90歳以上	4	40.0%
	費用額		I	2101万円		1425万円		2021万円		661万円		429万円		1068万円		
			I/C	8.2%		5.9%		6.5%		1.9%		1.6%		1.0%		

出典：ヘルスサポートラボツール

（2）健診・医療・介護の一体的分析

図表 37　健診・医療・介護データの一体的な分析



図表 38　被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数			健診受診率			体格（健診結果）					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	30.7	677	1,150	2,228	34.6	50.6	18.6	5.1	6.9	5.6	34.6	29.2	25.1
R04	33.0	608	1,439	2,170	31.9	52.3	18.8	6.7	8.1	4.9	37.1	26.6	25.2

図表 39　健診有所見状況

E表	⑤																													
年度	Ⅱ度高血圧以上（未治療・治療中断者）									HbA1c7.0以上（未治療・治療中断者）※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2＋以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30	7	3.0	(1)	23	4.0	(7)	23	5.6	(7)	15	6.4	(1)	37	6.4	(2)	1	0.2	(0)	3	1.3	9	1.5	16	3.9	1	0.4	9	1.5	0	--
R04	13	6.7	(3)	42	5.6	(15)	45	11.0	(8)	12	6.2	(0)	50	6.6	(2)	5	1.2	(0)	3	1.5	12	1.6	10	2.4	0	--	9	1.2	0	--

図表 40　短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
年度	医療機関受診			生活習慣病対象者（生活習慣病の医療機関受診者）			短期目標の疾患（生活習慣病受診者のうち）									短期目標の疾患とする合併症					
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧＋合併症			糖尿病＋合併症		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	83.3	94.2	97.3	38.7	67.5	87.3	74.0	82.0	87.7	41.2	41.0	33.5	24.8	30.9	28.4	40.7	48.1	65.8	43.5	54.1	73.8
R04	83.1	92.1	96.4	36.3	69.6	87.6	74.2	86.1	89.5	37.6	43.4	35.2	20.8	33.8	30.3	36.0	50.0	68.2	44.6	58.8	76.2

注）合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保数割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	5.2	12.5	28.5	4.0	8.5	15.6	6.8	14.2	32.9	8.9	12.4	19.3	20.0	17.4	45.6	0.0	4.1	32.6	4.3	12.9	40.5	6.7	7.0	29.7
R04	3.8	11.0	25.9	3.1	8.3	15.6	6.1	14.8	35.3	6.6	15.6	24.0	21.7	16.5	51.3	0.0	7.6	33.9	2.7	8.9	45.4	2.5	7.6	39.3

図表 42　骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり（高血圧・糖尿病）				加齢による その他の疾患（被保数割）				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	71.2	87.3	68.0	83.7	4.5	20.4	2.2	23.3	21.2	55.8	60.0	79.0
R04	76.4	86.0	80.0	86.2	3.8	18.2	2.1	22.6	7.3	60.2	33.3	82.9

（3）健康課題の明確化（図表 32～42）

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は年々増加し、令和 3 年以降も増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり 100 万円を超え、国保の 2 倍も高い状況です。（図表 32）

湧水町は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできたため、短期的目標疾患の糖尿病及の総医療費に占める割合は、同規模と比べて 0.3 ポイント低く、腎不全の医療費に占める割合が、国保において、同規模、県、国と比べて低い状況です。（図表 33）

高額レセプトについては、国保においては毎年約 200 件前後のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 4 倍に増えることがわかります。

高額における疾病をみてみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で平成 30 年度が一番多く 13 件で 1,400 万円以上の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 8 件と件数が減り、費用額も約 1000 万円と減っています。しかし、後期高齢においては、56 件発生し、約 6000 万円余りの費用

額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 34・35)

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は、65 歳～74 歳は約 300 名増えています。

⑮の体格をみると、40～64 歳の若い年齢層で、BMI25 以上の率が 2.5 ポイントも高くなってきています。図表 39 健診有所見の状況をみると、各年代で対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、各年代高くなっています。

図表 41 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)は、75 歳以上で割合が上がっています。

(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)に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1)成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直します。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し、評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 43)設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしていきます。

②中長期的な目標の設定

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

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

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

③短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。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るが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020 年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

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

（2） 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画			達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績 初期値 R６ (R4)	実績 中間評価 (R7)	実績 最終評価 (R10)	データの把握方法 (活用データ)
データヘルス計画	中長期目標	アウトカム指標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.05			KDB システム
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	0.94			
				慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	3.83			
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	2.2			
				糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0			
	短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボシックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	38.6			湧水町 健康増進課
				健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)	5.7			
				健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	6.8			
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上)	13.9			
				★健診受診者のＨbA1C8.0%以上の者の割合の減少	3.5			
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	71			
		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	50.1			法定報告値
				★特定保健指導実施率60%以上	65			
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	7			

第3章　特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としていたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 44　特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	55%	56%	57%	58%	59%	60%以上
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 45　特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	1,583人	1,441人	1,305人	1,178人	1,079人	960人
	受診者数	871人	807人	744人	683人	637人	576人
特定保健指導	対象者数	871人	807人	744人	683人	637人	576人
	受診者数	157人	145人	134人	123人	115人	104人

4. 特定健診の実施

（1）実施方法

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

① 集団健診（栗野保健センター・吉松保健センター）

（2）特定健診委託基準

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

（3）健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、湧水町ホームページに掲載する。

（4）特定健診実施項目

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

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

図表 46　特定健診検査項目（例示）

湧水町特定健診検査項目

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

○･･･必須項目、□･･･医師の判断に基づき選択的に実施する項目

●･･･いずれの項目の実施で可

（5）実施時期

４月～３月までの間に実施します。

（6）医療機関との適切な連携

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

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

（7）代行機関

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

（8）健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47　特定健診実施スケジュール（例示）

<table>
<tr><th></th><th>前年度</th><th>当該年度</th><th>翌年度</th></tr>
<tr><td>4月</td><td></td><td>健診機関との契約
健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時も可)
↓
（特定健診の開始）</td><td>（特定保健指導の実施）</td></tr>
<tr><td>5月</td><td></td><td>↓
健診データ受取
費用決裁</td><td>健診データ抽出(前年度）</td></tr>
<tr><td>6月</td><td></td><td>→ 保健指導対象者の抽出
↓
（特定健診・特定保健指導の実施）</td><td></td></tr>
<tr><td>7月</td><td></td><td>（特定保健指導の開始）</td><td>実施実績の分析実施方法、
委託先機関の見直し等</td></tr>
<tr><td>8月</td><td></td><td>（特定健診の開始）</td><td></td></tr>
<tr><td>9月</td><td></td><td>↓</td><td></td></tr>
<tr><td>10月</td><td>契約に関わる
予算手続き</td><td>健診データ受取
費用決裁 → 保健指導対象者の抽出</td><td>受診・実施率実績の算出
支払基金(連合会）への報告
（ファイル作成・送付）</td></tr>
<tr><td>11月</td><td></td><td>↓
（特定健診・特定保健指導の実施）</td><td></td></tr>
<tr><td>12月</td><td>↓</td><td>（特定保健指導の開始）</td><td></td></tr>
<tr><td>1月</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2月</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3月</td><td>契約準備
↓</td><td>（特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了）</td><td></td></tr>
</table>

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

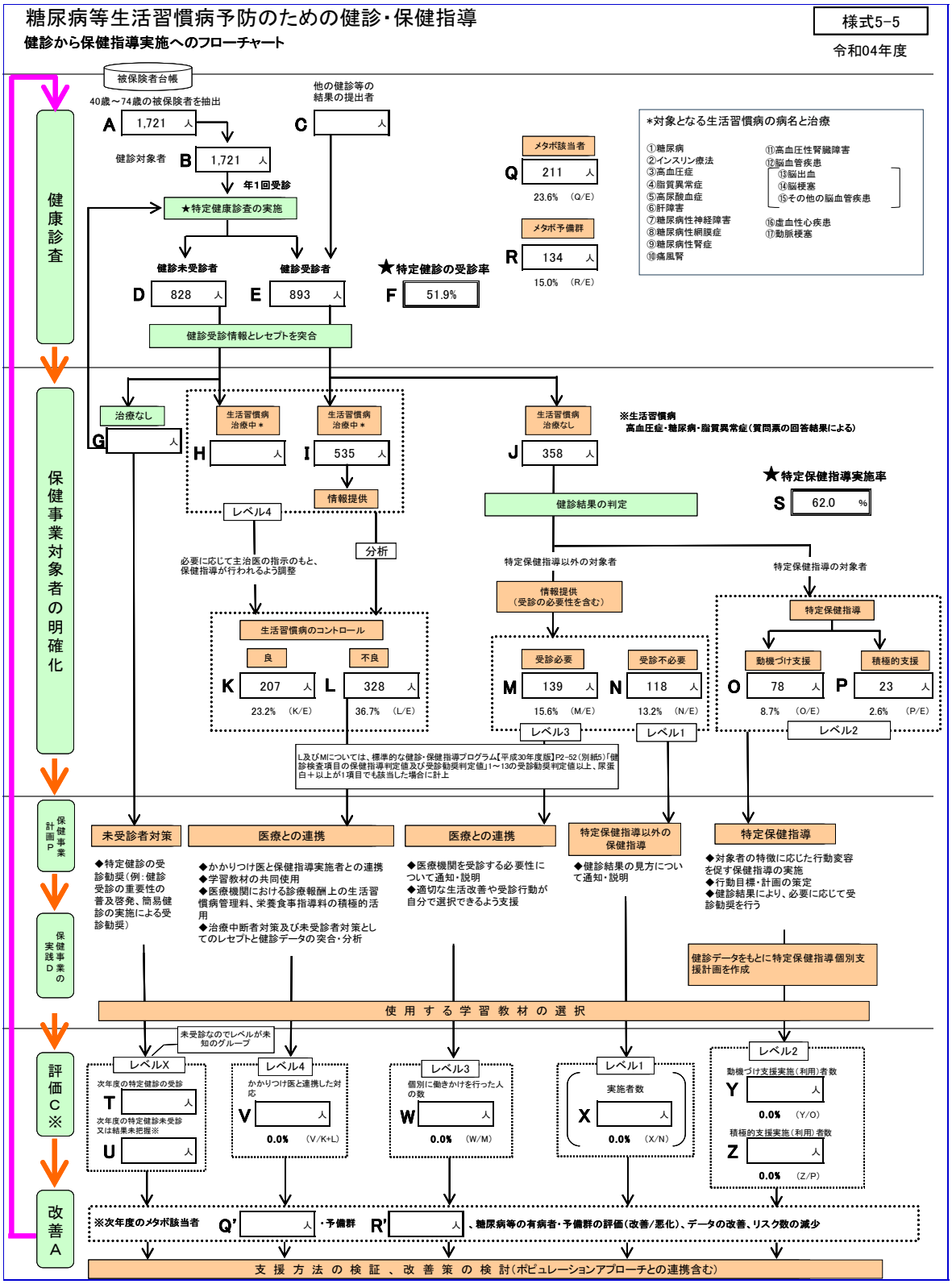
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

特定保健指導の見直し	(1)評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2㎝・体重2㎏減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1㎝・体重1㎏減をその他目標として設定した。
	⑵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。
	⑶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。
	⑷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。
	⑸その他の運用の改善 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。

（1）健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48　健診から保健指導へのフローチャート（様式 5-5）



（2）要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49　要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込（受診者の○%）	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	101人 （11.3%）	60%
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	139人 （15.6%）	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	828人 ※受診率目標達成までにあと139人	40%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	118人 （13.2%）	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	535人 （59.9%）	10%

（3）生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50　健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月			◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎特定健康診査の開始		◎後期高齢者健診、がん検診同時実施
6月		◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会）を通じて費用決裁の開始
7月		◎保健指導の開始	
8月			
9月	◎脱ろう特定健康診査の開始		◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎対象者の抽出	
11月	◎診療情報提供の依頼	◎保健指導の開始	
12月			
1月			
2月			
3月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付	◎利用券の登録	

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湧水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、湧水町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章　課題解決するための個別保健事業

Ⅰ．保健事業の方向性

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

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

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

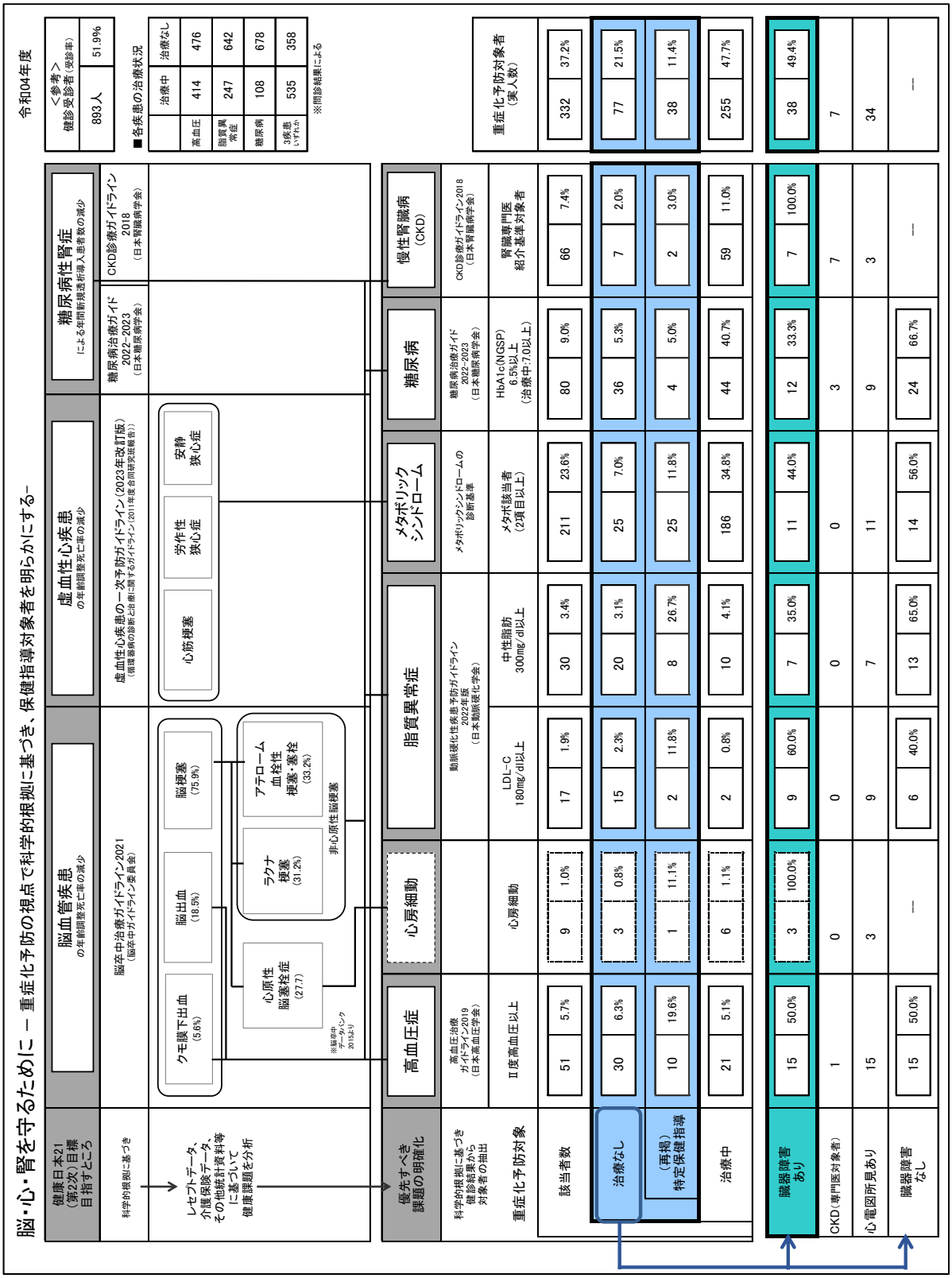
また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第 3 章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

Ⅱ．重症化予防の取組

湧水町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、332 人（37.2%）です。そのうち治療なしが 77 人（21.5%）を占め、さらに臓器障害あり直ちに取り組むべき対象者が 38 人です。

また、湧水町においては、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、77 人中 38 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



出典：ヘルスサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

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

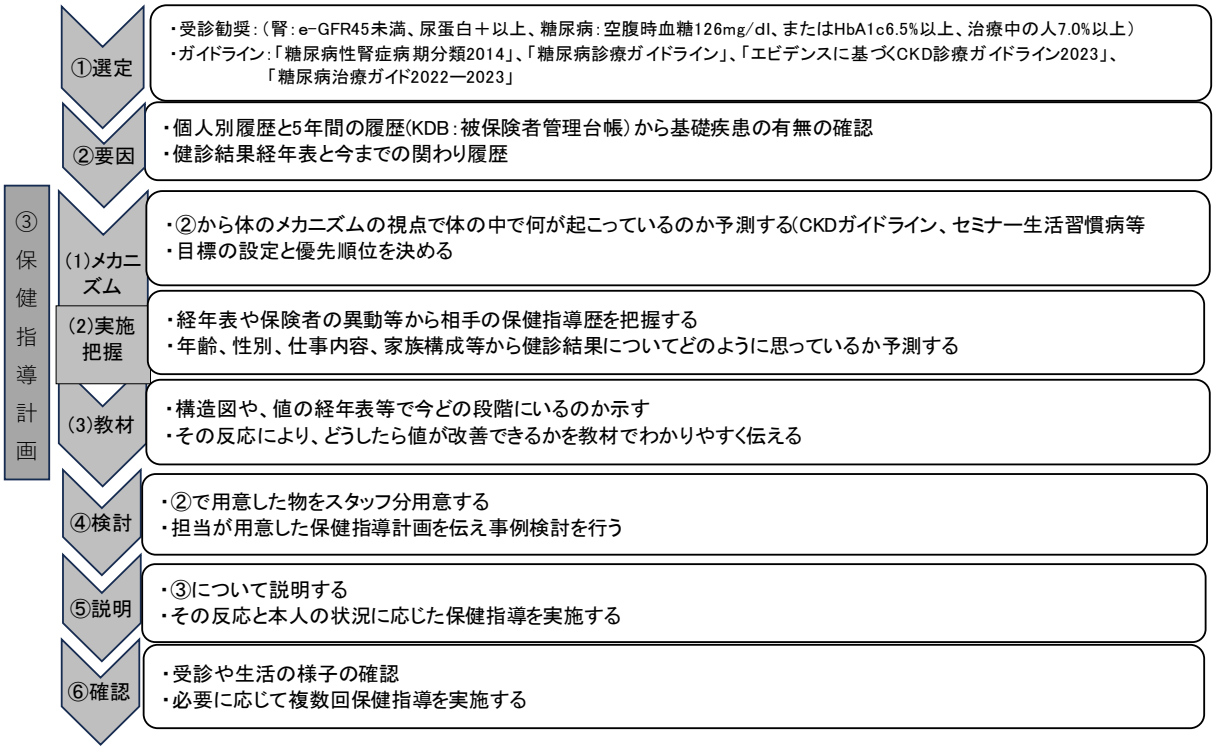
なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

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

（2）治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

（3）糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 52　糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2）対象者の明確化

（1）対象者選定基準の考え方

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

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

(2)選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)

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

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

②基準に基づく該当者数の把握（図表 54）

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。

湧水町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、47 人(27.5%・Ｆ)でした。
また、40～74 歳における糖尿病治療者 538 人のうち、特定健診受診者が 124 人(72.5%・Ｇ)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者 414 人（77%・Ｉ）については、治療中であるが、デ

ータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

④ 介入方法と優先順位

湧水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）・・・47 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）・・・61 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、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

優先順位３

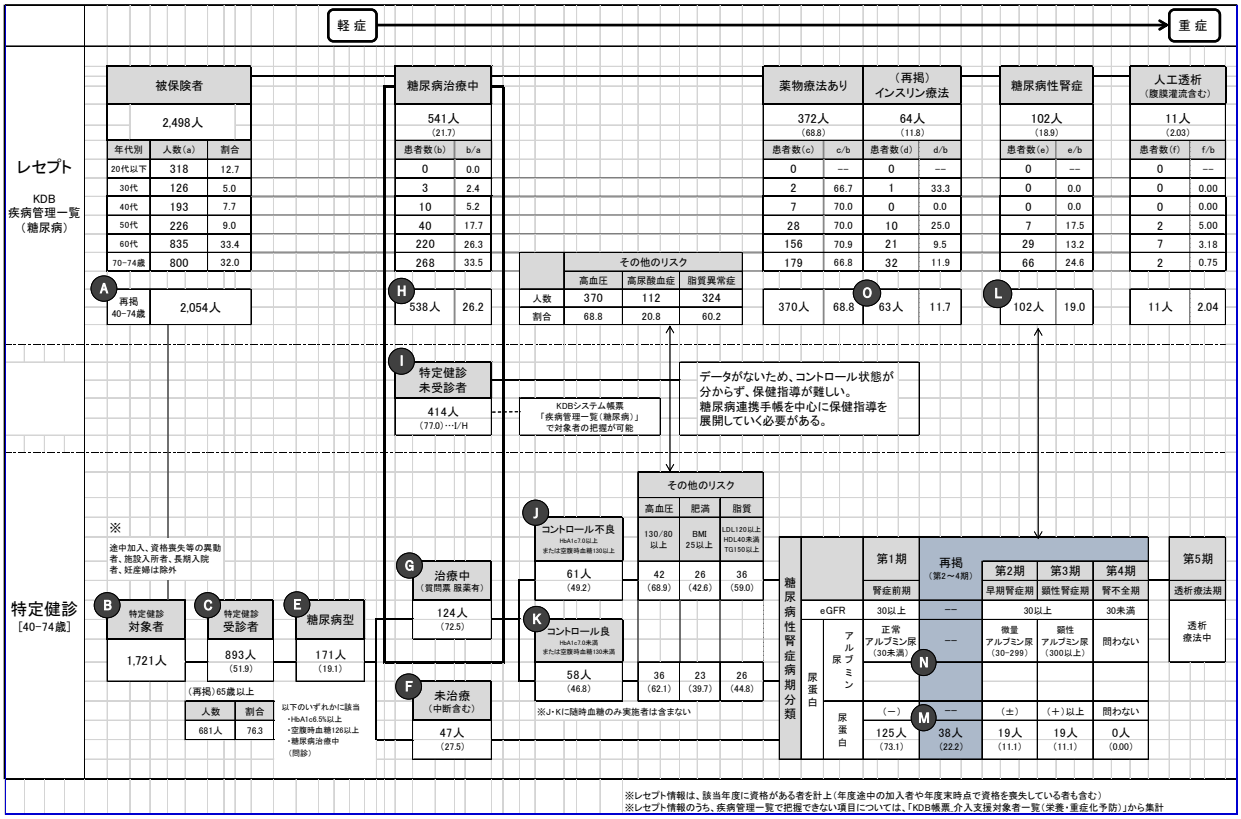
【保健指導】

・Ｉの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳

・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

図表 54　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典：ヘルスサポートラボツール

3） 保健指導の実施

（1） 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

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

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける

もくじ

1　健診結果から食の解決に意識が向かうための支援

1－1　健診経年結果一覧
1－2　糖尿病タイプ
1－3　私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か
1－4　ヘモグロビンA1cは･･･
1－5　糖尿病とはどういう病気なのでしょうか
1－6　糖に関する健診結果に変化はありませんか？
1－7　75グラム糖負荷検査結果
1－8　私はどのパターン？
1－9　健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう
1－10　Zさん（男性）から教えていただきました
1－11　なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？
1－12　糖尿病による網膜症
1－13　眼（網膜症）
1－14　高血糖と肥満は　腎臓をどのように傷めるのでしょうか
1－15　64歳以下　HbA1cとeGFRの経年変化
1－16　64歳以上　HbA1cとeGFRの経年変化
1－17　　さんの腎臓の機能の結果をみていきます
1－18　腎臓の働きが落ちてきたが　動いて大丈夫なのか!！！
1－19　糖尿病性神経障害の症状とすすみ方
1－20　認知症予防には、糖尿病予防が大切です
1－21　糖尿病治療の進め方
1－22　高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です
1－23　HbA1cは、なんで7%以下が目標か
1－24　64歳以下　HbA1cと体重の推移
1－25　64歳以上　HbA1cと体重の推移
1－26　HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います
1－27　健診データの推移と生活・食の変化
1－28　食べ方を変えて良くなった人の事例

2　高血糖を解決するための食

1　健診結果と日常食べている食品
2　生活は住民の方しかわかりません　伺うことから始まります
3　今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
4　制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
5　自分の食べている食品をみてみます
6　糖尿病性腎症食事療法

3　薬物療法

3－1　住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
3－2　私の飲んでいる薬はどの薬ですか
3－3　薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
3－4　薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
3－5　その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
3－6　イメグリミンってどんな薬？
3－7　もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
3－8　ビグアナイド薬とは
3－9　チアゾリジン薬とは？
3－10　薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるのでしょう

4　参考資料

4－1　糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
4－2　日本人の食事摂取基準（2020年版）
4－3　日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
4－4　ライフステージごとの食品の目安量
4－5　さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
4－6　安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
4－7　都道府県別自家用乗用車数と歩数（男性・女性）

（2） 二次健診（頸動脈エコー検査）を活用した重症化予防対策

頸動脈エコー検査では、糖尿病や動脈硬化、早期腎症を改善可能な段階から発見し、生活習慣改善への動機づけ・実施を支援することで、糖尿病等の生活習慣の重症化を予防し、心筋梗塞、脳梗塞、腎機能障害（透析）等の発症予防を図ることを目指します。

4） 医療との連携

（1） 医療機関未受診者について

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

（2） 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては鹿児島県プログラムに準じ行っていきます。

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6） 評価

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

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア．受診勧奨対象者への介入率

イ．医療機関受診率

ウ．医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア．保健指導実施率

イ．糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

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

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目				突合表	湧水町										同規模保険者（平均）	
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	①	被保険者数		A	2,571人		2,469人		2,405人		2,387人		2,315人			
	②		（再掲）40-74歳		2,135人		2,060人		2,027人		1,993人		1,956人			
2	①	特定健診	対象者数	B	1,876人		1,840人		1,815人		1,729人		1,719人			
	②		受診者数	C	926人		932人		948人		897人		906人			
	③		受診率		49.4%		50.7%		52.2%		51.9%		52.7%			
3	①	特定保健指導	対象者数		92人		109人		109人		88人		84人			
	②		実施率		68.5%		853.0%		84.4%		70.5%		73.8%			
4	①	健診データ	糖尿病型	E	172人	18.6%	166人	17.8%	182人	19.2%	166人	18.5%	172人	19.0%		
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	69人	40.1%	57人	34.3%	47人	25.8%	50人	30.1%	47人	27.3%		
	③		治療中（質問票 服薬あり）	G	103人	59.9%	109人	65.7%	135人	74.2%	116人	69.9%	125人	72.7%		
	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	54人	52.4%	58人	53.2%	70人	51.9%	55人	47.4%	62人	49.6%		
	⑤		血圧 130/80以上	J	33人	61.1%	32人	55.2%	49人	70.0%	37人	67.3%	43人	69.4%		
	⑥		肥満 BMI25以上	J	19人	35.2%	30人	51.7%	31人	44.3%	20人	36.4%	27人	43.5%		
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	49人	47.6%	51人	46.8%	65人	48.1%	61人	52.6%	63人	50.4%		
	⑧		第1期 尿蛋白（－）	M	127人	73.8%	110人	66.3%	136人	74.7%	128人	77.1%	126人	73.3%		
	⑨		第2期 尿蛋白（±）	M	25人	14.5%	33人	19.9%	22人	12.1%	16人	9.6%	19人	11.0%		
	⑩		第3期 尿蛋白（＋）以上	M	18人	10.5%	22人	13.3%	21人	11.5%	18人	10.8%	19人	11.0%		
	⑪		第4期 eGFR30未満	M	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	0.5%	1人	0.6%	0人	0.0%		
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）		136.9人		145.0人		145.5人		149.6人		156.8人			
	②		（再掲）40-74歳（被保険者千対）		163.5人		173.8人		172.2人		179.1人		185.1人			
	③		レセプト件数（40-74歳）（）内は被保険者千対 入院外（件数）		2,204件	(1073.0)	2,169件	(1079.6)	2,181件	(1099.3)	2,257件	(1176.1)				
	④		入院（件数）		12件	(5.8)	19件	(9.5)	13件	(6.6)	15件	(7.8)				
	⑤		糖尿病治療中	H	352人	13.7%	358人	14.5%	350人	14.6%	357人	15.0%	363人	15.7%		
	⑥		（再掲）40-74歳	H	349人	16.3%	358人	17.4%	349人	17.2%	357人	17.9%	362人	18.5%		
	⑦		健診未受診者	I	246人	70.5%	255人	71.2%	214人	61.3%	241人	67.5%	237人	65.5%		
	⑧		インスリン治療	O	16人	4.5%	22人	6.1%	26人	7.4%	22人	6.2%	25人	6.9%		
	⑨		（再掲）40-74歳	O	16人	4.6%	22人	6.1%	26人	7.4%	22人	6.2%	25人	6.9%		
	⑩		糖尿病性腎症	L	49人	13.9%	47人	13.1%	48人	13.7%	60人	16.8%	56人	15.4%		
	⑪		（再掲）40-74歳	L	49人	14.0%	47人	13.1%	48人	13.8%	60人	16.8%	56人	15.5%		
	⑫		慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		11人	3.1%	12人	3.4%	13人	3.7%	13人	3.6%	9人	2.5%		
	⑬		（再掲）40-74歳		11人	3.2%	12人	3.4%	13人	3.7%	13人	3.6%	9人	2.5%		
	⑭		新規透析患者数		4人	36.00%	1人	8.00%	1人	7%	2人	15.00%	1人	11.00%		
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症		2人	50%	1人	100%	1人	100%	0人	0%	0人	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）		7人	1.5%	9人	1.8%	8人	1.6%	5人	1.0%	6人	1.2%		
6	①	医療費	総医療費		11億4211万円		11億1041万円		11億6426万円		11億9676万円		10億8649万円		6億7051万円	
	②		生活習慣病総医療費		6億6240万円		6億2338万円		6億5237万円		6億9007万円		5億3023万円		3億5898万円	
	③		（総医療費に占める割合）		58.0%		56.1%		56.0%		57.7%		48.8%		53.5%	
	④		生活習慣病対象者一人あたり 健診受診者		9,961円		10,726円		6,815円		13,443円		9,863円		9,063円	
	⑤		健診未受診者		35,548円		33,051円		40,217円		38,401円		31,009円		37,482円	
	⑥		糖尿病医療費		5799万円		5910万円		5903万円		6087万円		6197万円		4061万円	
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）		8.8%		9.5%		9.0%		8.8%		11.7%		11.3%	
	⑧		糖尿病入院外総医療費		1億9871万円		2億0552万円		2億0938万円		1億8951万円		1億7617万円			
	⑨		1件あたり		40,282円		42,870円		43,475円		40,176円		36,887円			
	⑩		糖尿病入院総医療費		1億2073万円		1億4827万円		1億9692万円		1億7495万円		1億5984万円			
	⑪		1件あたり		503,033円		565,934円		690,956円		569,866円		579,124円			
	⑫		在院日数		18日		16日		18日		18日		19日			
	⑬		慢性腎不全医療費		7733万円		7718万円		7594万円		5844万円		4346万円		2783万円	
	⑭		透析有り		7434万円		7308万円		7296万円		5634万円		4164万円		2567万円	
	⑮		透析なし		298万円		410万円		298万円		211万円		182万円		216万円	
7	①	介護	介護給付費		12億4504万円		12億8281万円		12億3514万円		11億6349万円		11億4091万円		8億6719万円	
	②		（2号認定者）糖尿病合併症		1件	#######	0件	#######	0件	#######	0件	#######	0件	#######		
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）		2人	1.0%	1人	0.5%	1人	0.5%	2人	1.0%	4人	2.1%	622人	1.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

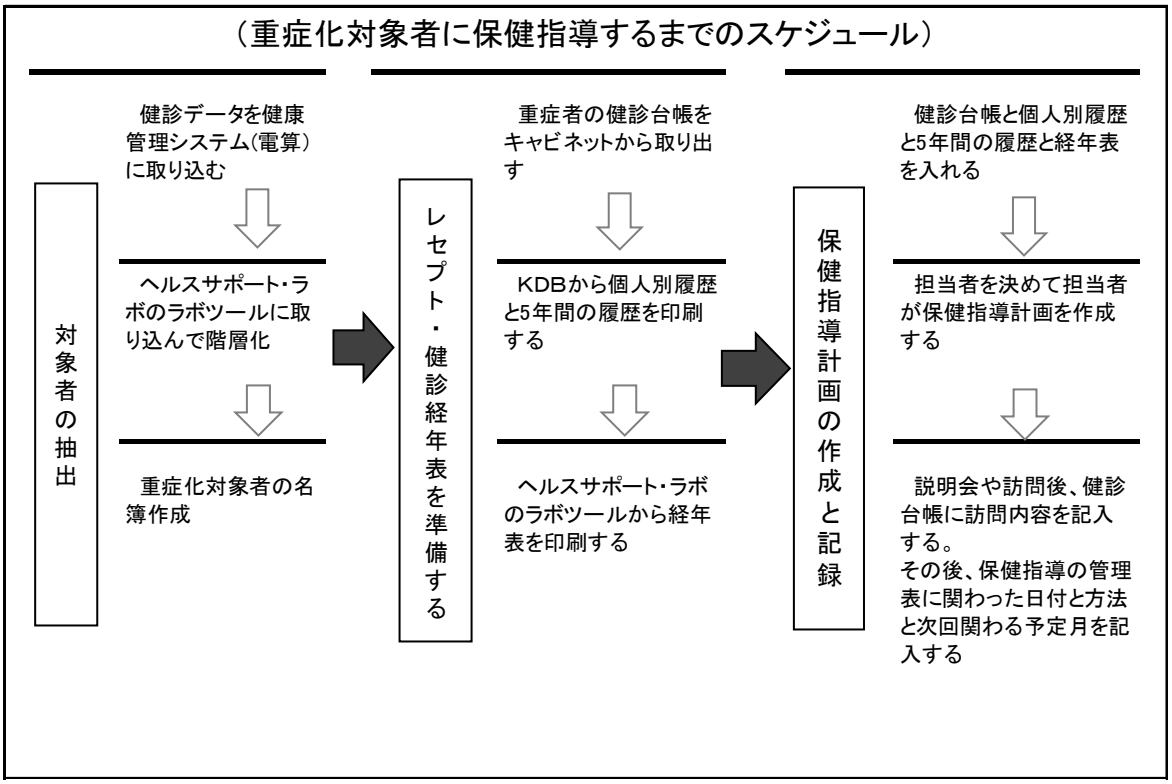
7） 実施期間及びスケジュール

4 月　対象者の選定基準の決定

6 月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6 月～特定健診結果が届き次第、対象者へ介入（通年）

図表 57　重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

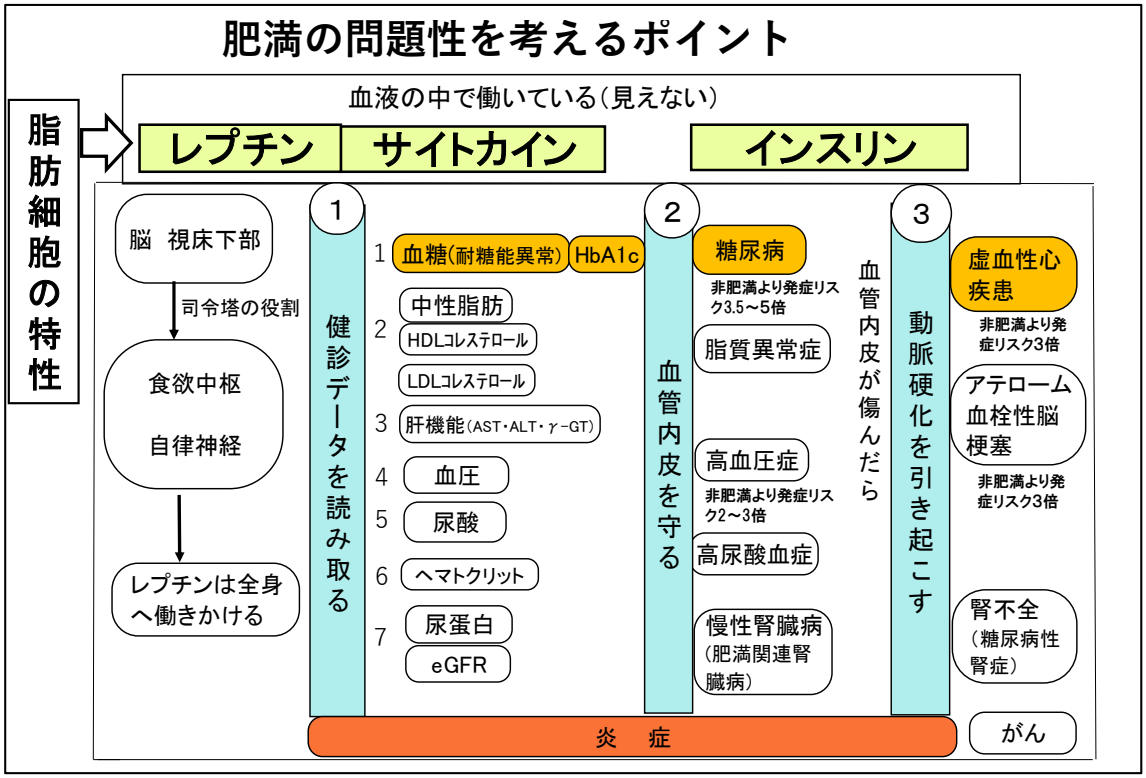
1）基本的な考え方

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

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

なお、取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58　肥満の問題性を考えるポイント



2）肥満の状況

（1） 肥満度分類

図表 59 肥満度分類による実態

		受診者数		BMI25以上		（再掲）肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
		40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数		201	692	74	186	56	166	15	17	3	2	0	1
				36.8%	26.9%	27.9%	24.0%	7.5%	2.5%	1.5%	0.3%	0.0%	0.1%
再掲	男性	85	326	38	113	32	106	6	6	0	0	0	1
				44.7%	34.7%	37.6%	32.5%	7.1%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%
	女性	116	366	36	73	24	60	9	11	3	2	0	0
				31.0%	19.9%	20.7%	16.4%	7.8%	3.0%	2.6%	0.5%	0.0%	0.0%

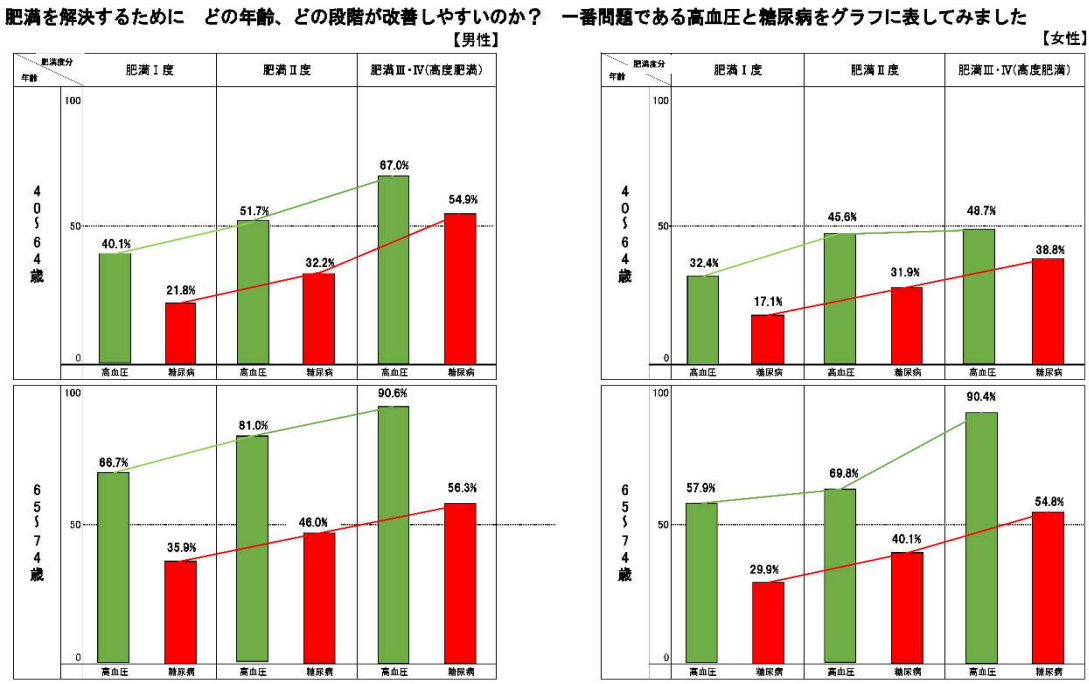
出典：ヘルスサポートラボツール

（２） 優先順位

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

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

図表 60 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。

次に図表 60 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満Ⅰ度で、若い年代（40～64 歳）へ早期介入し、重症化予防へつなげることが必要だと思われます。

図表 61　心・脳血管疾患を発症した事例（例示）

心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

心・脳血管疾患を発症した事例から課題を整理する

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

湧水町調べ

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	411	16	23	159	213	482	18	47	180	237
メタボ該当者		B	155	3	7	57	88	56	1	4	29	22
		B/A	37.7%	18.8%	30.4%	35.8%	41.3%	11.6%	5.6%	8.5%	16.1%	9.3%
再掲	① 3項目全て	C	55	0	2	21	32	15	0	1	6	8
		C/B	35.5%	0.0%	28.6%	36.8%	36.4%	26.8%	0.0%	25.0%	20.7%	36.4%
	② 血糖＋血圧	D	29	1	1	8	19	7	0	0	5	2
		D/B	18.7%	33.3%	14.3%	14.0%	21.6%	12.5%	0.0%	0.0%	17.2%	9.1%
	③ 血圧＋脂質	E	65	2	4	25	34	34	1	3	18	12
		E/B	41.9%	66.7%	57.1%	43.9%	38.6%	60.7%	100.0%	75.0%	62.1%	54.5%
	④ 血糖＋脂質	F	6	0	0	3	3	0	0	0	0	0
		F/B	3.9%	0.0%	0.0%	5.3%	3.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	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	411	155	37.7%	134	86.5%	21	13.5%	482	56	11.6%	52	92.9%	4	7.1%
40代	16	3	18.8%	0	0.0%	3	100.0%	18	1	5.6%	0	0.0%	1	100.0%
50代	23	7	30.4%	6	85.7%	1	14.3%	47	4	8.5%	2	50.0%	2	50.0%
60代	159	57	35.8%	48	84.2%	9	15.8%	180	29	16.1%	28	96.6%	1	3.4%
70～74歳	213	88	41.3%	80	90.9%	8	9.1%	237	22	9.3%	22	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 63）は、男性で 50 代から受診者の 3 割を超えるが、女性では全年代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

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

また、図表 62 の心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、全員がメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

（1） 対象者の選定基準の考え方

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

② 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導（食事指導）を行います。

③ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4）保健指導の実施

（1）最新の脳科学を活用した保健指導

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

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
- 1-1　科学的根拠に基づく健診・保健指導
- 1-2　特定健診・特定保健指導の基本的考え方
- 1-3　特定保健指導対象者
- 1-4　メタボリックシンドロームの解決に向けて
- 1-5　肥満症診療ガイドライン2022　第1章P1-P2、第3章P19から抜粋
- 1-6　メタボリックシンドローム　～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～

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

3　肥満の症状
- 3-1　肥満がもたらす症状
- 3-2　肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる
- 3-3-1　睡眠のことで似たような症状はありますか？
- 3-3-2　「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます
- 3-3-3　睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの
- 3-3-4　睡眠時無呼吸の治療（CPAP）
- 3-4　喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息）
- 3-5-1　膝が痛いとよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？
- 3-5-2　膝のどこが痛いですか？
- 3-5-3　膝に圧力がかからないトレーニング
- 3-6-1　たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！
- 3-6-2　汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用）
- 3-7　新型コロナと肥満

4　高度肥満
- 4-1　外科手術という治療があります
- 4-2　肥満症外科手術のできる認定施設一覧
- 4-3　外科手術による体と脳の変化　Aさんの場合
- 4-4　外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん

5　保健指導教材で減量できた事例
- 5-1　20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例
- 5-2　住民の体重変化

6　脂肪細胞の特性
- 6-1　肥満の問題性を考えるポイント
- 6-2　脂肪細胞ってね①
- 6-3　脂肪細胞ってね②
- 6-4　脂肪細胞から分泌される物質
- 6-5　大型した脂肪細胞の時の血管の中
- 6-6　食欲が抑えられない
- 6-7　脳の変調を起こす原因は？
- 6-8　脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています

7　健診データ・検査
- 7-1　脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
- 7-2　脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
- 7-3　血管が傷むとは
- 7-4　体の中で起こっていることは？
- 7-5　脂肪細胞の中身は何だと思いますか？
- 7-6　新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
- 7-7　体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
- 7-8　尿酸って聞いたことがありますか？
- 7-9　ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
- 7-10　肥満や高血糖になると腎臓では何が起こっているのでしょうか？
- 7-11　肥満があると動脈硬化はしんこうします
- 7-12　労災保険二次健康診断給付制度
- 7-13　肥満(BMI25以上）になると、心臓はどうなるの？
- 7-14　肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。

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

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

10　参考資料

（2）　二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001 年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。湧水町においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の頸動脈エコー検査（心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査）を実施しています。

また、微量アルブミン検査（尿で腎臓の状態を見る検査）、75ｇ糖負荷検査（高インスリン状態を見る検査）実施については検討していきます。

3. 虚血性心疾患重症化予防

1） 基本的な考え方

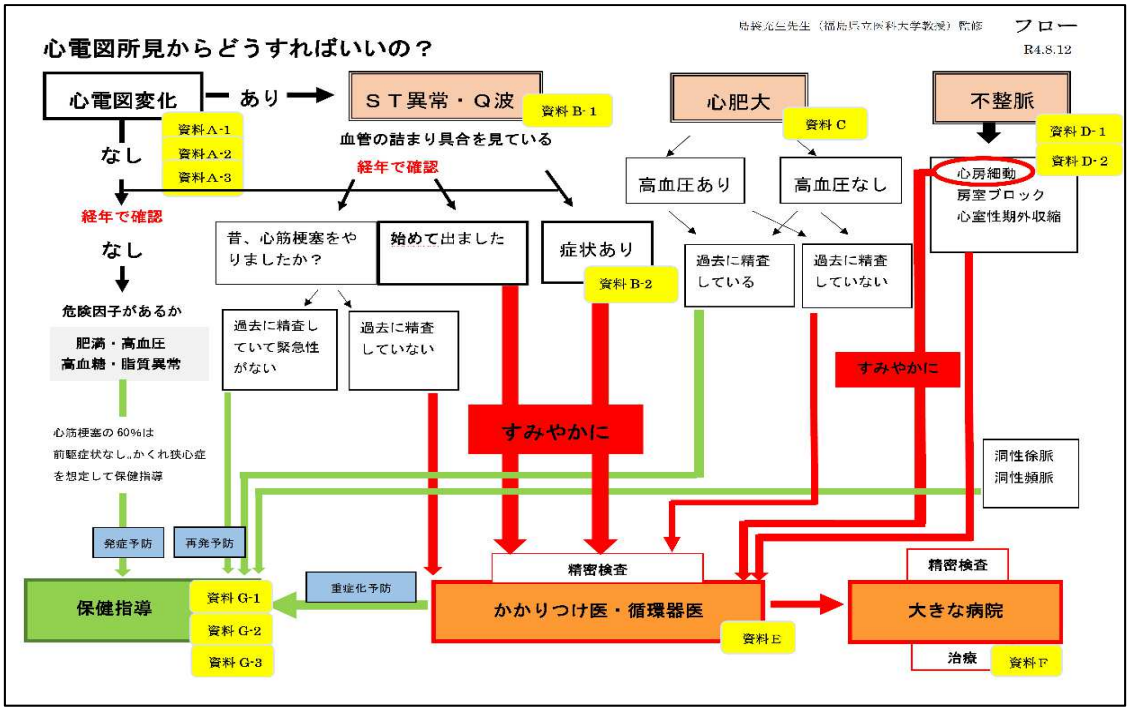
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2） 対象者の明確化

（1） 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 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

①心電図検査からの把握

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

湧水町においては、心電図検査実を 712 人(76%)に実施し、そのうち有所見者が 261 人(37%)でした。所見の中でも ST-T 変化が 109 人(41.8%)で所見率が一番高いことがわかります。(図表 66)

有所見者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、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た心電図重症化予防に取り組みます。

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	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
40～74歳		712	76.0	261	37.0%	45	6.3%	109	41.8%	24	9.2%	77	29.5%	4	1.5%	62	23.8%	0	0.0%	45	17.2%
内訳	男性	322		133	41.3%	26	19.5%	37	27.8%	9	6.8%	44	33.1%	3	2.3%	44	33.1%	0	0.0%	24	18.0%
内訳	女性	390		128	32.8%	19	14.8%	72	56.3%	15	11.7%	33	25.8%	1	0.8%	18	14.1%	0	0.0%	21	16.4%

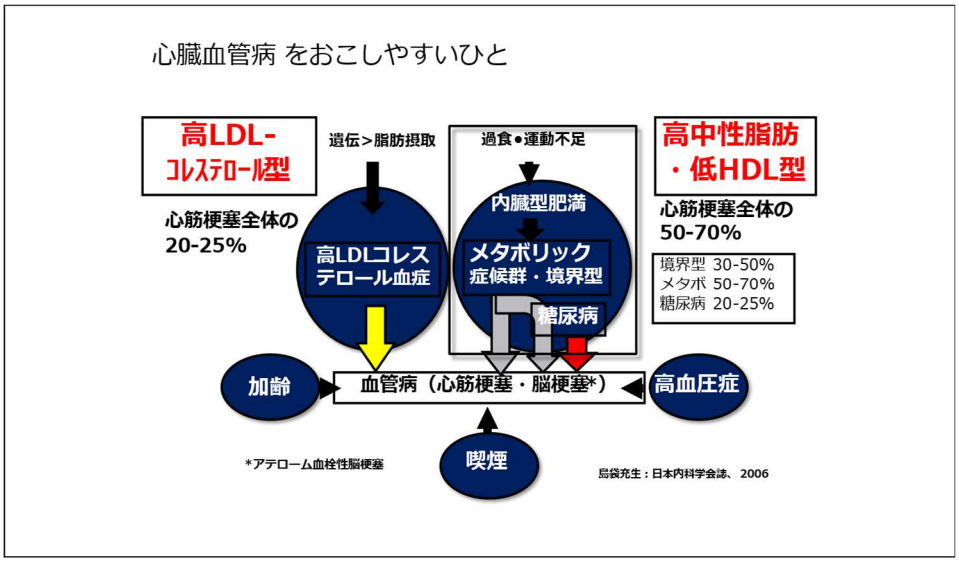
湧水町調べ

②心電図以外からの把握

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

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

図表 67　心血管病をおこしやすいひと



図表 67 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、第 4 章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 62・63)を参照します。

B：LDL コレステロールタイプ°（図表 68）

図表 68　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
			353	165	134	39	15	4	6	16	28
				46.7%	38.0%	11.0%	4.2%	7.4%	11.1%	29.6%	51.9%
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）	31	12	15	3	1	2	2	0	0
			8.8%	7.3%	11.2%	7.7%	6.7%	50.0%	33.3%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満（170未満）	129	72	35	16	6	1	2	9	10
			36.5%	43.6%	26.1%	41.0%	40.0%	25.0%	33.3%	56.3%	35.7%
	高リスク	120未満（150未満）	169	70	74	17	8	1	2	5	17
			47.9%	42.4%	55.2%	43.6%	53.3%	25.0%	33.3%	31.3%	60.7%
		再掲 100未満（130未満）※1	14	5	6	2	1	0	1	0	2
			4.0%	3.0%	4.5%	5.1%	6.7%	0.0%	16.7%	0.0%	7.1%
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）	24	11	10	3	0	0	0	2	1
			6.8%	6.7%	7.5%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	3.6%

※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。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

（2）　二次健診の実施

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

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 202 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚（IMT））、冠動脈CT（冠動脈石灰化）

②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比（ABI）、脈波伝搬速度（PWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、血管内皮機能（FMD）

（3） 対象者の管理

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

4） 医療との連携

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

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6） 評価

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

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

7） 実施期間及びスケジュール

4 月　対象者の選定基準の決定

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）

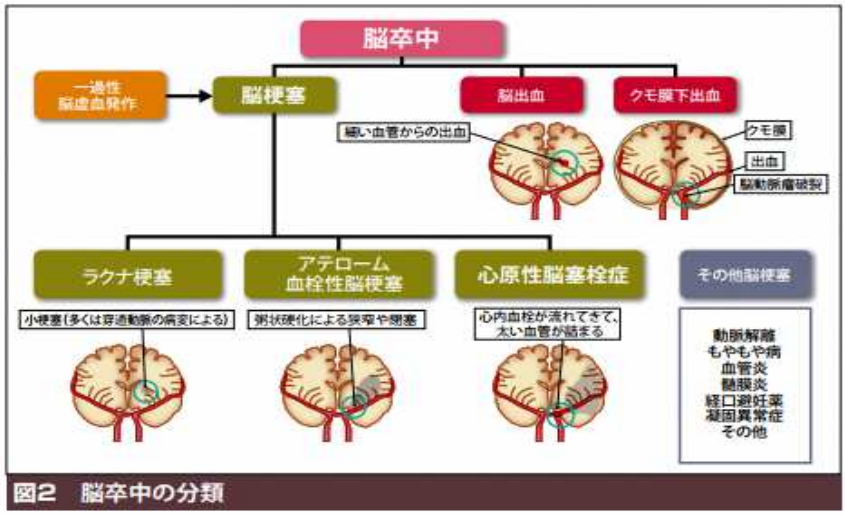
4.　脳血管疾患重症化予防

1）　基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。（図表 72,73）

図表 69　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 70　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 71 でみると、高血圧治療者 1,054 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 149 人(14.1%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 51 人（4.8%）であり、そのうち 30 人(58.8%)は未治療者です。

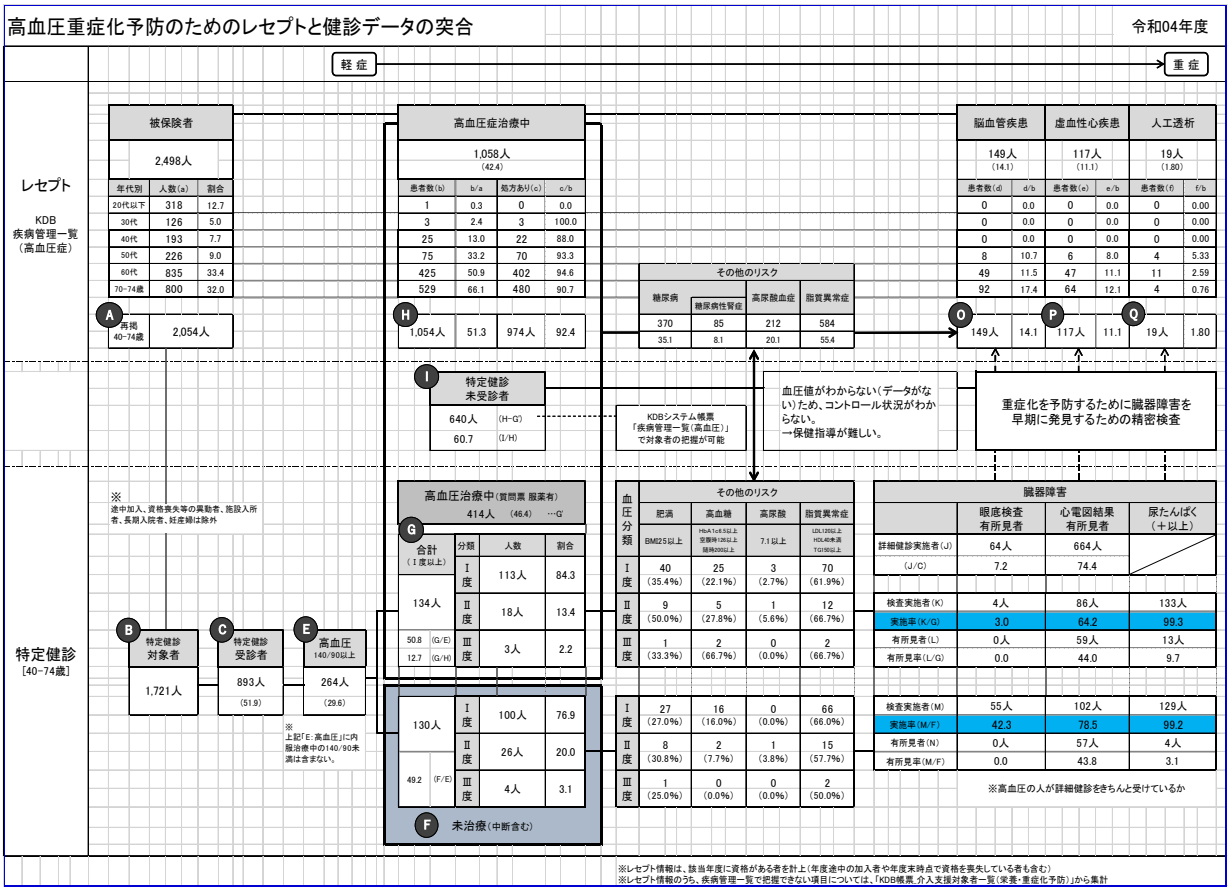
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 21 人（5%）いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査（詳細検査）が、わずか 64 人（7.2%）しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、264 人(29.6%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。（眼科定期受診者を除く）

第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

図表 71 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



（2） 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 72 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
	288	158	100	26	4
		54.9%	34.7%	9.0%	1.4%
リスク第1層 予後影響因子がない	18	C 13	B 3	B 1	A 1
	6.3%	8.2%	3.0%	3.8%	25.0%
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	172	C 98	B 57	A 15	A 2
	59.7%	62.0%	57.0%	57.7%	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	98	B 47	A 40	A 10	A 1
	34.0%	29.7%	40.0%	38.5%	25.0%

…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	69
		24.0%
B	概ね1ヵ月後に再評価	108
		37.5%
C	概ね3ヵ月後に再評価	111
		38.5%

※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、健診結果より（±）以上で判断。

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 72 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

（3）心電図検査における心房細動の実態

図7 心房細動と心原性脳塞栓症

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

図表 74 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

（脳卒中予防の提言より引用）

図表 73 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査（※1）	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	411	482	294	71.5%	370	76.8%	8	2.7%	1	0.3%	−−	−−
40代	16	18	15	93.8%	17	94.4%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	23	47	14	60.9%	34	72.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	159	180	109	68.6%	141	78.3%	2	1.8%	1	0.7%	1.9%	0.4%
70～74歳	213	237	156	73.2%	178	75.1%	6	3.8%	0	0.0%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 74 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	%
12	1	8.0%	11	92.0%

湧水町調べ

心電図検査において 12 人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 12 人のうち 11 人は既に治療が開始されていましたが、1 人はまだ治療につながっていません。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要があり、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、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

（2） 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入してい

く必要があり、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

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

①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚（IMT））、冠動脈CT（冠動脈石灰化）

②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比（ABI）、脈波伝搬速度（PWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、血管内皮機能（FMD）

（3） 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4） 医療との連携

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

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6） 評価

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

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

7） 実施期間及びスケジュール

4 月　対象者の選定基準の決定

6 月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6 月～特定健診結果が届き次第、対象者へ介入（通年）

Ⅲ.　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1）基本的な考え方

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

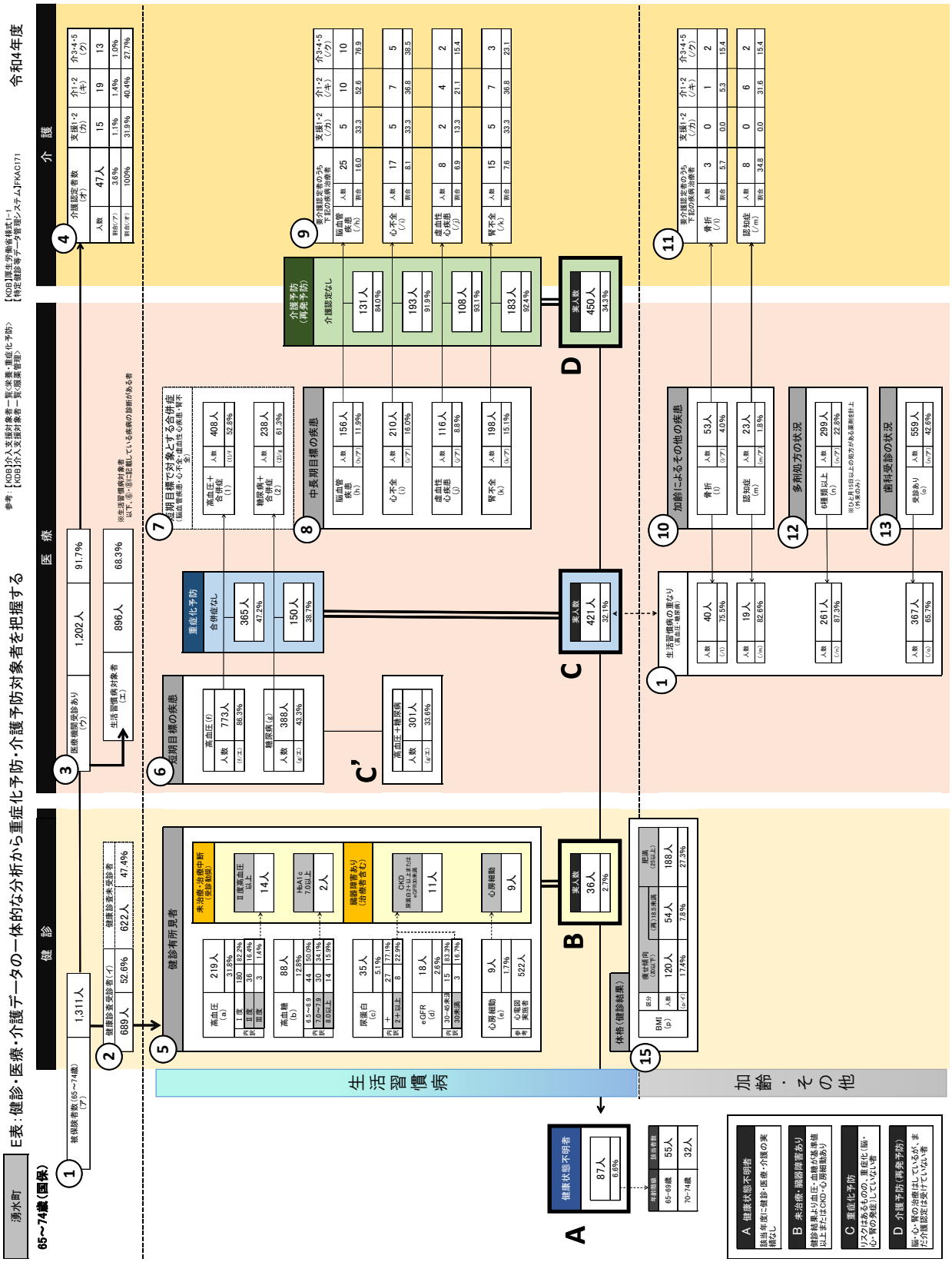
2）事業の実施

湧水町は、令和 4 年度より鹿児島県後期高齢者広域連合から、事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和 6 年度以降も引き続き事業を行っていきます。
具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)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し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75 歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 75 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



Ⅳ.　発症予防

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

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

図表 76　生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える　ー基本的考え方ー　（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）

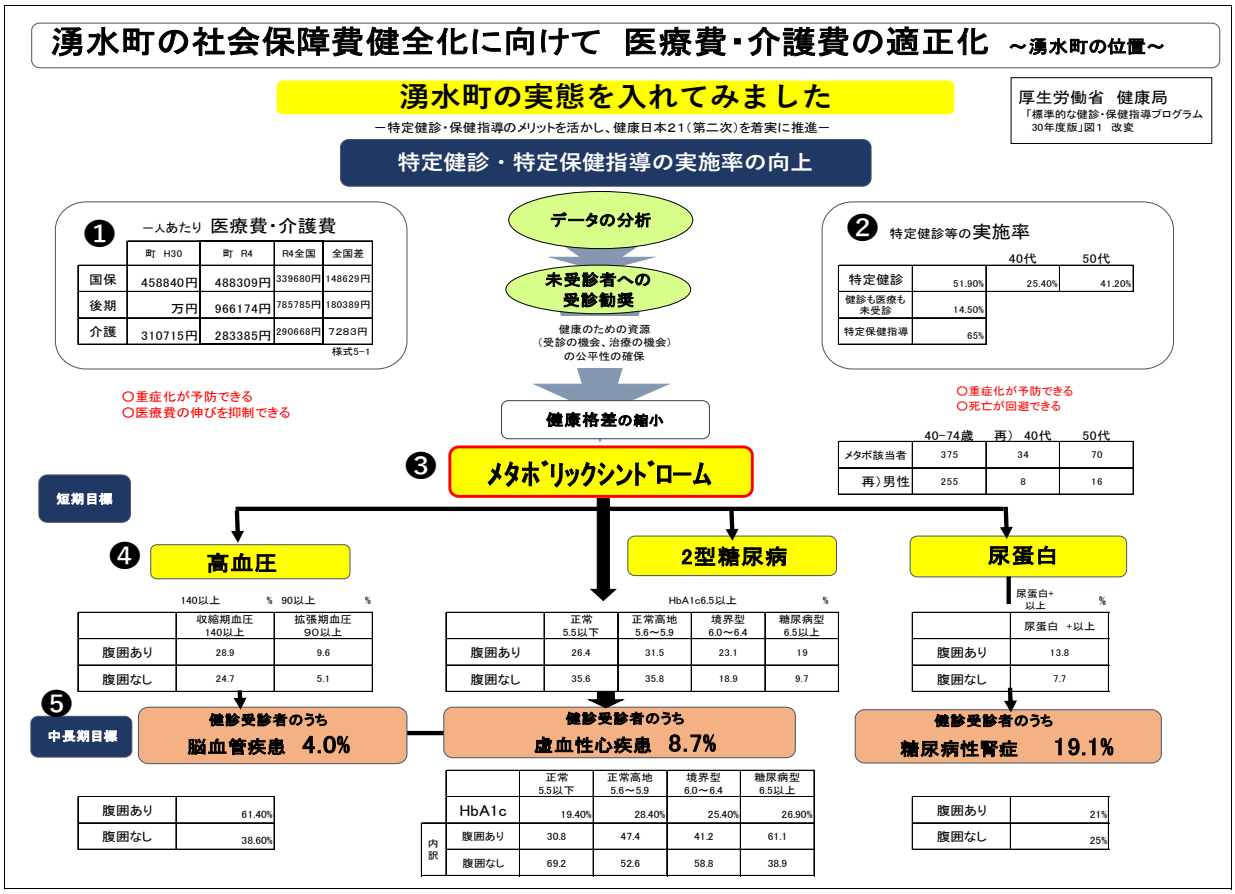
発症予防 → 重症化予防

1　根拠法 6条　健康増進事業実施者			健康増進法													
			母子保健法					児童福祉法	学校保健安全法			労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全法）	高齢者の医療の確保に関する法律			（介護保険）
2　計画			健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】													
			データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）													
													特定健康診査等実施計画（各保険者）			
3　年　代			妊婦 （胎児期）		産婦	0歳～5歳				6歳～14歳		15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上
5 対象者	4　健康診査 （根拠法）		妊婦健康診査 （13条）		産婦健診 （13条）	乳幼児健康診査 （第12･13条）			保育所･幼稚園健康診断	就学時健診 （11･12条）	児童･生徒の定期健康診断 （第1･13･14条）			定期健康診断 （第66条）	特定健康診査 （第18･20･21条）		後期高齢者健康診査 （第125条）
			妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 （第13･44条）	標準的な特定健診･保健指導プログラム(第2章)			
	健診内容	血糖		95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
		HbA1c		6.5%以上						6.5%以上							
		50GCT		1時間値 140mg/dl以上													
		75gOGTT		①空腹時92mg/dl以上 ②１時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
		(診断) 妊娠 糖尿病		空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の １点以上満たすもの													
		身長 体重															
		BMI											25以上				
		肥満度				ｶｳﾌﾟ18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上							
		尿糖	（+）以上					肥満度15%以上		（+）以上							
		糖尿病 家族歴															

Ⅴ． ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。（図表 77･78）

図表 77 社会保障費健全化に向けて医療費･介護費の適正化



図表 78 統計から見える鹿児島の食（例示）

統計からみえる鹿児島の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2019～2021年平均 ～

食品名	全国ランキング（購入量･購入金額）
砂糖	1位
乳酸飲料	1位
あげかまぼこ	1位
しょうゆ	2位
焼酎	2位
まんじゅう	3位
餃子	5位

食品名	全国ランキング（購入量･購入金額）
干ししいたけ	1位
さば	1位
酢	1位
緑茶	2位
豆類	3位
梅干し	47位

第5章　計画の評価・見直し

1．評価の時期

計画の見直しは、3 年後の令和 8 年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和 11 年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2．評価方法・体制

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

※評価における 4 つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース（KDB）システムに健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向を活用します。
また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。

第6章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料１　様式 5-1　国・県・同規模と比べてみた湧水町の位置

参考資料２　健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料３　糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料４　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料５　高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料６　脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料７　HbA1c の年次比較

参考資料８　血圧の年次比較

参考資料９　LDL-C の年次比較

参考資料1　様式 5-1　国・県・同規模と比べてみた湧水町の位置

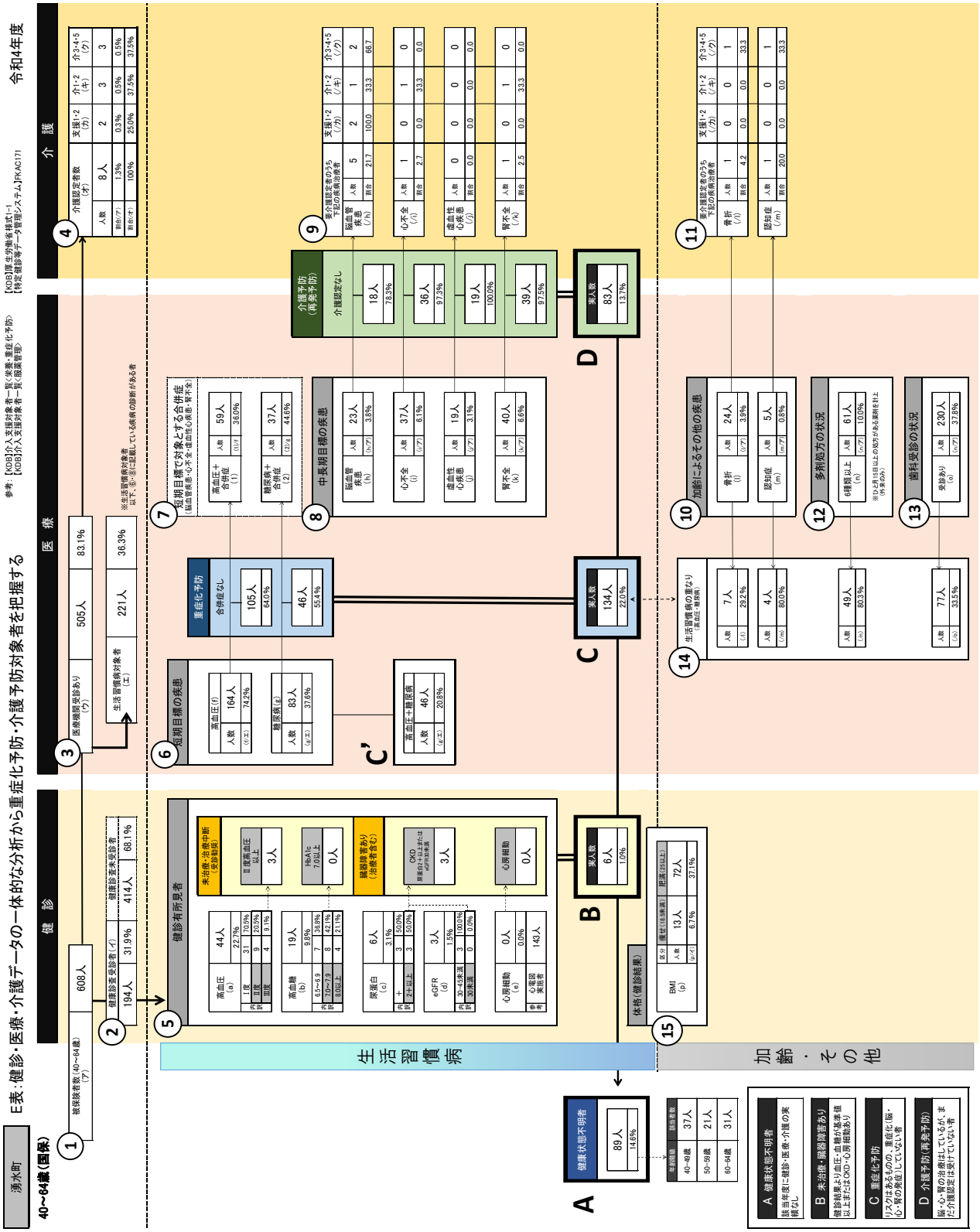
様式5-1　国・県・同規模平均と比べてみた湧水町の位置（H30～R04年度）

項目					湧水町										同規模平均		鹿児島県		国	
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度	
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1 概況	①	人口構成	総人口		10,318		10,318		10,318		10,318		9,117		1,680,058		1,543,466		123,214,261	
				65歳以上（高齢化率）	4,007	38.8	4,007	38.8	4,007	38.8	4,007	38.8	4,026	44.2	662,426	39.4	505,891	32.8	35,335,805	28.7
				75歳以上	2,404	23.3	2,404	23.3	2,404	23.3	2,404	23.3	2,288	25.1	---	---	262,354	17.0	18,248,742	14.8
				65～74歳	1,603	15.5	1,603	15.5	1,603	15.5	1,603	15.5	1,738	19.1	---	---	243,537	15.8	17,087,063	13.9
				40～64歳	3,421	33.2	3,421	33.2	3,421	33.2	3,421	33.2	2,789	30.6	---	---	492,960	31.9	41,545,893	33.7
				39歳以下	2,890	28.0	2,890	28.0	2,890	28.0	2,890	28.0	2,302	25.2	---	---	544,615	35.3	46,332,563	37.6
	②	産業構成	第1次産業		17.7		17.7		17.7		17.7		17.7		17.0		9.5		4.0	
			第2次産業		23.3		23.3		23.3		23.3		23.3		25.3		19.4		25.0	
			第3次産業		59.1		59.1		59.1		59.1		59.1		57.7		71.1		71.0	
	③	平均寿命	男性		80.1		80.1		80.1		80.1		80.1		80.4		80.0		80.8	
			女性		86.9		86.9		86.9		86.9		86.9		86.9		86.8		87.0	
	④	平均自立期間（要介護2以上）	男性		77.7		78.3		79.0		80.1		79.1		79.5		79.4		80.1	
			女性		83.6		83.9		84.5		83.7		83.9		84.2		84.3		84.4	
2 死亡	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	107.6		107.6		107.6		100.6		100.6		103.1		103.1		100.0	
				女性	87.1		87.1		87.1		96.8		96.8		101.3		99.7		100.0	
			死因	がん	49	49.5	37	42.0	46	50.5	40	51.3	41	38.7	7,089	46.3	5,358	47.1	378,272	50.6
				心臓病	23	23.2	25	28.4	25	27.5	24	30.8	32	30.2	4,562	29.8	3,295	29.0	205,485	27.5
				脳疾患	16	16.2	17	19.3	13	14.3	9	11.5	21	19.8	2,404	15.7	1,726	15.2	102,900	13.8
				糖尿病	2	2.0	1	1.1	1	1.1	2	2.6	4	3.8	283	1.8	244	2.1	13,896	1.9
				腎不全	6	6.1	5	5.7	3	3.3	1	1.3	2	1.9	622	4.1	471	4.1	26,946	3.6
				自殺	3	3.0	3	3.4	3	3.3	2	2.6	6	5.7	346	2.3	270	2.4	20,171	2.7
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計																	
				男性																
				女性																
3 介護	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		771	19.3	764	19.1	755	19.3	783	19.1	794	19.6	127,161	19.4	101,053	20.1	6,724,030	19.4
			新規認定者		5	0.2	11	0.2	20	0.3	13	0.3	9	0.3	2,078	0.3	1,591	0.3	110,289	0.3
			介護度別総件数	要支援1.2	2,113	12.3	2,121	11.9	2,356	14.2	2,510	15.1	3,124	18.0	365,856	13.2	358,656	15.3	21,785,044	12.9
				要介護1.2	8,714	50.7	8,647	48.5	7,867	47.3	7,722	46.4	7,988	46.0	1,297,770	46.8	1,063,368	45.3	78,107,378	46.3
				要介護3以上	6,366	37.0	7,049	39.6	6,397	38.5	6,399	38.5	6,243	36.0	1,111,908	40.1	923,149	39.4	68,963,503	40.8
			2号認定者		17	0.5	17	0.5	12	0.4	13	0.4	13	0.5	2,073	0.4	1,817	0.4	156,107	0.4
	②	有病状況	糖尿病		156	19.6	153	19.3	165	20.9	163	21.0	180	22.1	30,162	22.6	25,071	23.7	1,712,613	24.3
			高血圧症		504	63.8	499	63.6	498	63.4	487	64.1	533	64.6	71,773	54.3	61,694	59.0	3,744,672	53.3
			脂質異常症		178	21.2	179	23.0	180	22.8	213	25.9	247	28.5	39,654	29.6	34,712	32.8	2,308,216	32.6
			心臓病		560	70.6	559	70.6	558	70.3	545	71.2	588	70.8	80,304	60.9	69,819	66.9	4,224,628	60.3
			脳疾患		263	32.5	245	31.4	250	31.8	240	32.3	251	30.9	30,910	23.8	32,194	31.3	1,568,292	22.6
			がん		74	9.1	88	10.8	112	12.3	104	13.3	100	12.7	14,782	11.0	12,898	12.3	837,410	11.8
			筋・骨格		481	60.9	475	61.6	509	63.4	505	65.2	545	65.5	71,540	54.1	63,601	61.0	3,748,372	53.4
			精神		445	55.2	434	55.3	426	54.9	425	54.2	432	53.3	49,589	37.8	44,293	42.7	2,569,149	36.8
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		310,715	1,245,036,499	320,143	1,282,812,692	308,246	1,235,143,277	290,364	1,163,486,745	283,385	1,140,908,298	314,188		316,197		290,668	
			1件当たり給付費（全体）		72,415		71,999		74,317		69,959		65,739		74,986		68,209		59,662	
				居宅サービス	41,212		42,647		43,833		41,931		40,537		43,722		44,980		41,272	
				施設サービス	286,964		291,800		293,535		290,936		284,618		289,312		298,436		296,364	
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	10,312		10,881		11,198		11,479		10,569		9,224		10,143		8,610	
				認定なし	4,332		4,272		4,420		4,598		4,378		4,375		4,611		4,020	
4 医療	①	国保の状況	被保険者数		2,484		2,420		2,397		2,310		2,225		427,153		356,708		27,488,882	
				65～74歳	1,255	50.5	1,289	53.3	1,324	55.2	1,302	56.4	1,282	57.6	---	---	172,817	48.4	11,129,271	40.5
				40～64歳	799	32.2	720	29.8	660	27.5	617	26.7	608	27.3	---	---	107,061	30.0	9,088,015	33.1
				39歳以下	430	17.3	411	17.0	413	17.2	391	16.9	335	15.1	---	---	76,830	21.5	7,271,596	26.5
			加入率		24.1		23.5		23.2		22.4		24.4		25.6		23.1		22.3	
	②	医療の概況（人口千対）	病院数		1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	150	0.4	234	0.7	8,237	0.3
			診療所数		10	4.0	9	3.7	8	3.3	8	3.5	8	3.6	1,147	2.7	1,368	3.8	102,599	3.7
			病床数		230	92.6	217	89.7	217	90.5	217	93.9	217	97.5	15,964	37.4	32,164	90.2	1,507,471	54.8
			医師数		12	4.8	12	5.0	11	4.6	11	4.8	10	4.5	1,780	4.2	4,653	13.0	339,611	12.4
			外来患者数		837.5		844.9		813.2		830.8		858.5		692.2		755.6		687.8	
			入院患者数		34.5		34.0		34.4		36.4		33.8		22.7		30.3		17.7	
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		458,840	県内6位 同規模6位	458,849	県内7位 同規模6位	485,714	県内5位 同規模1位	518,076	県内2位 同規模1位	488,309	県内7位 同規模4位	376,732		444,085		339,680	
			受診率		872.0		878.848		847.55		867.194		892.291		714.851		785.808		705.439	
			外来	費用の割合	52.4		54.0		49.6		48.7		51.2		56.3		52.0		60.4	
				件数の割合	96.0		96.1		95.9		95.8		96.2		96.8		96.2		97.5	
			入院	費用の割合	47.6		46.0		50.4		51.3		48.8		43.7		48.0		39.6	
				件数の割合	4.0		3.9		4.1		4.2		3.8		3.2		3.8		2.5	
			1件あたり在院日数		17.5日		17.3日		18.7日		18.5日		17.8日		16.4日		18.4日		15.7日	
	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		173,392,810	26.2	169,898,510	27.3	184,929,550	28.3	222,901,910	32.3	133,195,460	25.1	31.3		27.4		32.2	
			慢性腎不全（透析あり）		74,342,200	11.2	73,080,230	11.7	72,959,170	11.2	56,335,080	8.2	41,635,390	7.9	7.2		10.1		8.2	
			糖尿病		57,994,810	8.8	59,101,740	9.5	59,025,540	9.0	60,867,050	8.8	61,968,770	11.7	11.3		9.5		10.4	
			高血圧症		47,870,460	7.2	45,095,810	7.2	43,940,340	6.7	43,536,570	6.3	41,296,120	7.8	6.6		5.4		5.9	
			脂質異常症		21,719,050	3.3	20,637,720	3.3	18,613,190	2.9	18,081,530	2.6	15,816,430	3.0	3.8		3.0		4.1	
			脳梗塞・脳出血		24,590,360	3.7	21,061,530	3.4	11,611,870	1.8	12,083,780	1.8	22,317,830	4.2	3.9		4.6		3.9	
			狭心症・心筋梗塞		25,087,510	3.8	16,415,970	2.7	21,344,590	3.3	14,603,100	2.1	10,222,060	1.9	2.8		2.8		2.8	
			精神		129,231,640	19.5	115,521,260	18.5	129,866,010	19.9	123,541,750	17.9	98,962,870	18.7	14.9		18.2		14.7	
			筋・骨格		102,042,270	15.4	95,847,900	15.4	103,647,100	15.9	133,171,570	19.3	100,413,130	18.9	17.3		18.0		16.7	
	⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	624	0.3	623	0.3	508	0.2	204	0.1	381	0.2	430	0.3	449	0.2	256	0.2
				糖尿病	1,915	0.9	1,787	0.8	2,068	0.8	2,541	1.0	1,236	0.5	1,426	0.9	1,980	0.9	1,144	0.9
				脂質異常症	235	0.1	70	0.0	---	---	---	---	4	0.0	69	0.0	81	0.0	53	0.0
				脳梗塞・脳出血	7,508	3.4	7,428	3.5	3,573	1.5	3,964	1.5	8,684	3.6	6,762	4.1	8,934	4.2	5,993	4.5
				虚血性心疾患	9,727	4.5	7,200	3.4	10,868	4.4	4,232	1.6	3,241	1.4	4,422	2.7	5,262	2.5	3,942	2.9
				腎不全	12,260	5.6	11,426	5.4	17,196	7.0	12,369	4.7	7,415	3.1	4,755	2.9	8,626	4.0	4,051	3.0
		医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	18,648	7.8	18,012	7.3	17,818	7.4	18,643	7.4	18,179	7.3	12,793	6.0	12,272	5.3	10,143	4.9
				糖尿病	22,022	9.2	23,153	9.3	23,171	9.6	24,367	9.7	27,290	10.9	21,925	10.3	20,864	9.0	17,720	8.6
				脂質異常症	8,506	3.5	8,458	3.4	7,765	3.2	7,828	3.1	7,105	2.8	7,608	3.6	6,969	3.0	7,092	3.5
				脳梗塞・脳出血	2,391	1.0	1,275	0.5	1,271	0.5	1,267	0.5	1,346	0.5	943	0.4	1,546	0.7	825	0.4
				虚血性心疾患	2,543	1.1	2,600	1.0	2,485	1.0	2,862	1.1	2,460	1.0	1,933	0.9	2,274	1.0	1,722	0.8
				腎不全	33,040	13.7	35,950	14.5	33,580	13.9	31,938	12.7	31,131	12.5	16,719	7.9	25,661	11.1	15,781	7.7
	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	4,226		4,558		2,900		5,806		4,165		3,122		3,342		2,031	
				健診未受診者	15,080		14,044		17,117		16,586		13,095		12,911		14,258		13,295	
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	9,961		10,726		6,815		13,443		9,863		9,063		9,072		6,142	
				健診未受診者	35,548		33,051		40,217		38,401		31,009		37,482		38,697		40,210	
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者		509	56.4	537	59.2	531	57.5	497	56.7	526	60.3	83,183	58.2	60,435	56.0	3,881,055	57.0
			医療機関受診率		474	52.5	506	55.8	496	53.7	452	51.5	493	56.5	74,754	52.3	55,853	51.7	3,543,116	52.0
			医療機関非受診率		35	3.9	31	3.4	35	3.8	45	5.1	33	3.8	8,429	5.9	4,582	4.2	337,939	5.0

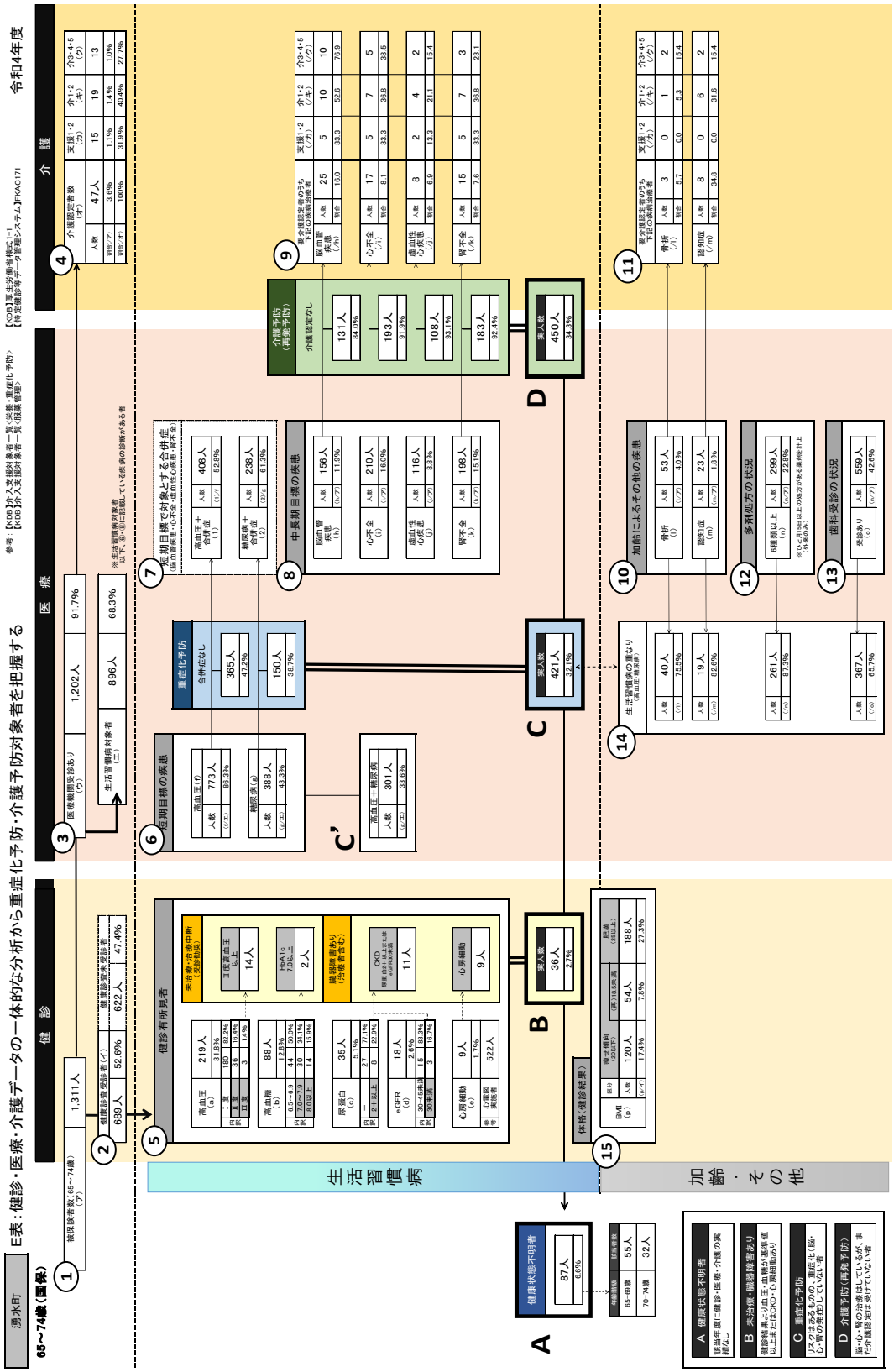
項目					湧水町										同規模平均		鹿児島県		国	
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度	
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
5 健診	①	特定健診の状況	健診受診者		902		907		923		877		872		142,832		107,979		6,812,842	
	②		受診率		48.0	県内24位 同規模99位	49.3	県内21位 同規模88位	51.0	県内14位 同規模50位	50.6	県内18位 同規模76位	50.6	県内15位 同規模74位	45.7		42.8	全国12位	37.1	
	③		特定保健指導終了者(実施率)		67	60.4	84	71.8	87	74.4	62	62.0	47	47.0	4,122	24.0	3,585	33.1	107,925	13.4
	④		非肥満高血糖		83	9.2	87	9.6	117	12.7	108	12.3	96	11.0	14,617	10.2	10,130	9.4	615,549	9.0
	⑤		メタボ	該当者	194	21.5	207	22.8	221	23.9	178	20.3	207	23.7	30,946	21.7	23,554	21.8	1,382,506	20.3
				男性	127	30.7	141	32.6	145	33.3	137	33.0	153	38.3	21,803	32.2	15,890	33.2	965,486	32.0
				女性	67	13.7	66	13.9	76	15.6	41	8.9	54	11.4	9,143	12.2	7,664	12.8	417,020	11.0
	⑥			予備群	130	14.4	168	18.5	143	15.5	120	13.7	127	14.6	16,570	11.6	13,117	12.1	765,405	11.2
				男性	85	20.5	99	22.9	92	21.1	82	19.8	79	19.8	11,708	17.3	8,752	18.3	539,738	17.9
		県内市町村数		女性	45	9.2	69	14.5	51	10.5	38	8.2	48	10.2	4,862	6.5	4,365	7.3	225,667	5.9
	⑦	45市町村	メタボ該当・予備群レベル	腹囲 総数	377	41.8	433	47.7	411	44.5	326	37.2	366	42.0	52,255	36.6	40,602	37.6	2,380,778	34.9
	⑧			腹囲 男性	242	58.5	275	63.7	267	61.4	235	56.6	251	62.8	36,735	54.3	27,156	56.7	1,666,592	55.3
	⑨			腹囲 女性	135	27.7	158	33.3	144	29.5	91	19.7	115	24.4	15,520	20.7	13,446	22.4	714,186	18.8
	⑩	同規模市区町村数		BMI 総数	31	3.4	30	3.3	36	3.9	50	5.7	24	2.8	8,339	5.8	5,326	4.9	320,038	4.7
	⑪			BMI 男性	6	1.4	9	2.1	7	1.6	12	2.9	5	1.3	1,408	2.1	775	1.6	51,248	1.7
	⑫	240市町村		BMI 女性	25	5.1	21	4.4	29	5.9	38	8.2	19	4.0	6,931	9.2	4,551	7.6	268,790	7.1
	⑬			血糖のみ	8	0.9	11	1.2	9	1.0	4	0.5	9	1.0	988	0.7	800	0.7	43,519	0.6
	⑭			血圧のみ	101	11.2	125	13.8	106	11.5	94	10.7	101	11.6	12,098	8.5	9,688	9.0	539,490	7.9
	⑮			脂質のみ	21	2.3	32	3.5	28	3.0	22	2.5	17	1.9	3,484	2.4	2,629	2.4	182,396	2.7
	⑯			血糖・血圧	41	4.5	34	3.7	48	5.2	33	3.8	35	4.0	5,238	3.7	4,090	3.8	203,072	3.0
	⑰			血糖・脂質	11	1.2	10	1.1	9	1.0	8	0.9	6	0.7	1,494	1.0	1,147	1.1	70,267	1.0
	⑱			血圧・脂質	88	9.8	93	10.3	95	10.3	77	8.8	97	11.1	13,843	9.7	10,583	9.8	659,446	9.7
	⑲			血糖・血圧・脂質	54	6.0	70	7.7	69	7.5	60	6.8	69	7.9	10,371	7.3	7,734	7.2	449,721	6.6
6 問診	①	問診の状況	服薬	高血圧	404	44.8	416	45.9	431	46.8	393	44.9	406	46.7	56,464	39.5	47,737	44.2	2,428,038	35.6
				糖尿病	100	11.1	108	11.9	131	14.2	115	13.2	120	13.8	15,013	10.5	12,411	11.5	589,470	8.7
				脂質異常症	221	24.5	241	26.6	258	28.0	241	27.5	242	27.8	39,703	27.8	30,806	28.5	1,899,637	27.9
	②		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	51	5.7	53	5.9	50	5.6	42	4.8	35	4.0	4,468	3.3	4,997	4.7	207,385	3.1
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	67	7.6	72	8.0	76	8.5	79	9.1	75	8.7	8,449	6.2	7,511	7.1	365,407	5.5
				腎不全	11	1.2	13	1.4	11	1.2	16	1.8	17	2.0	1,305	0.9	1,898	1.8	53,898	0.8
				貧血	51	5.7	50	5.6	55	6.2	53	6.1	49	5.7	12,438	9.0	8,274	7.8	702,088	10.7
	③	生活習慣の状況	喫煙		98	10.9	94	10.4	101	11.0	105	12.0	97	11.1	21,523	15.1	12,329	11.4	939,212	13.8
	④		週3回以上朝食を抜く		45	5.1	51	5.7	60	6.8	66	7.6	46	5.3	11,653	8.6	9,638	9.1	642,886	10.4
	⑤		週3回以上食後間食（～H29）		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
			週3回以上就寝前夕食（H30～）		191	21.6	164	18.3	166	18.7	141	16.2	159	18.4	22,065	16.4	18,646	17.6	976,348	15.7
	⑥		週3回以上就寝前夕食		191	21.6	164	18.3	166	18.7	141	16.2	159	18.4	22,065	16.4	18,646	17.6	976,348	15.7
	⑦		食べる速度が速い		191	21.4	195	21.7	183	20.5	189	21.6	179	20.6	35,701	26.4	27,308	25.7	1,659,705	26.8
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加		272	30.7	304	33.8	301	33.8	302	34.6	289	33.5	48,538	35.9	38,409	36.1	2,175,065	35.0
	⑨		1回30分以上運動習慣なし		554	62.5	550	61.1	550	61.9	522	59.9	524	60.7	88,417	65.2	60,465	56.9	3,749,069	60.4
	⑩		1日1時間以上運動なし		335	37.7	332	36.9	303	34.2	287	33.0	311	36.0	63,680	47.0	48,666	45.8	2,982,100	48.0
	⑪		睡眠不足		152	17.2	167	18.7	175	19.8	162	18.6	163	18.9	32,768	24.2	23,442	22.1	1,587,311	25.6
	⑫		毎日飲酒		251	28.2	270	29.9	269	30.2	260	29.7	261	30.1	36,601	26.4	27,097	25.5	1,658,999	25.5
	⑬		時々飲酒		192	21.6	188	20.8	179	20.1	176	20.1	167	19.3	29,121	21.0	22,876	21.5	1,463,468	22.5
	⑭		一日飲酒量	1合未満	256	54.1	267	55.2	258	54.7	261	54.6	234	52.8	54,805	59.9	40,371	62.8	2,978,351	64.1
				1～2合	175	37.0	173	35.7	185	39.2	176	36.8	165	37.2	24,287	26.5	18,201	28.3	1,101,465	23.7
				2～3合	38	8.0	39	8.1	27	5.7	33	6.9	39	8.8	9,527	10.4	4,868	7.6	434,461	9.4
				3合以上	4	0.8	5	1.0	2	0.4	8	1.7	5	1.1	2,893	3.2	830	1.3	128,716	2.8

参考資料2　健診・医療・介護の一体的な分析

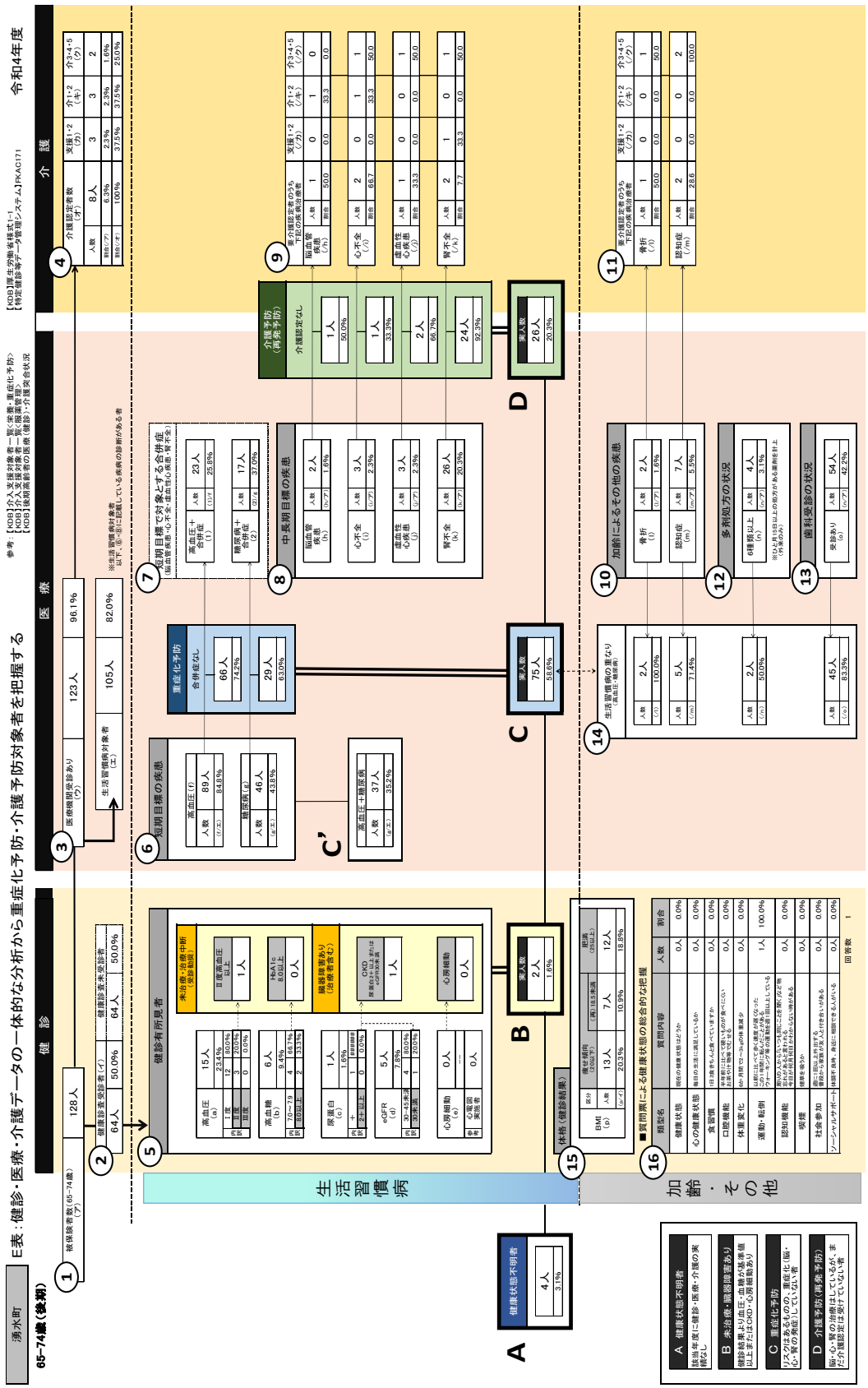
①40～64 歳(国保)



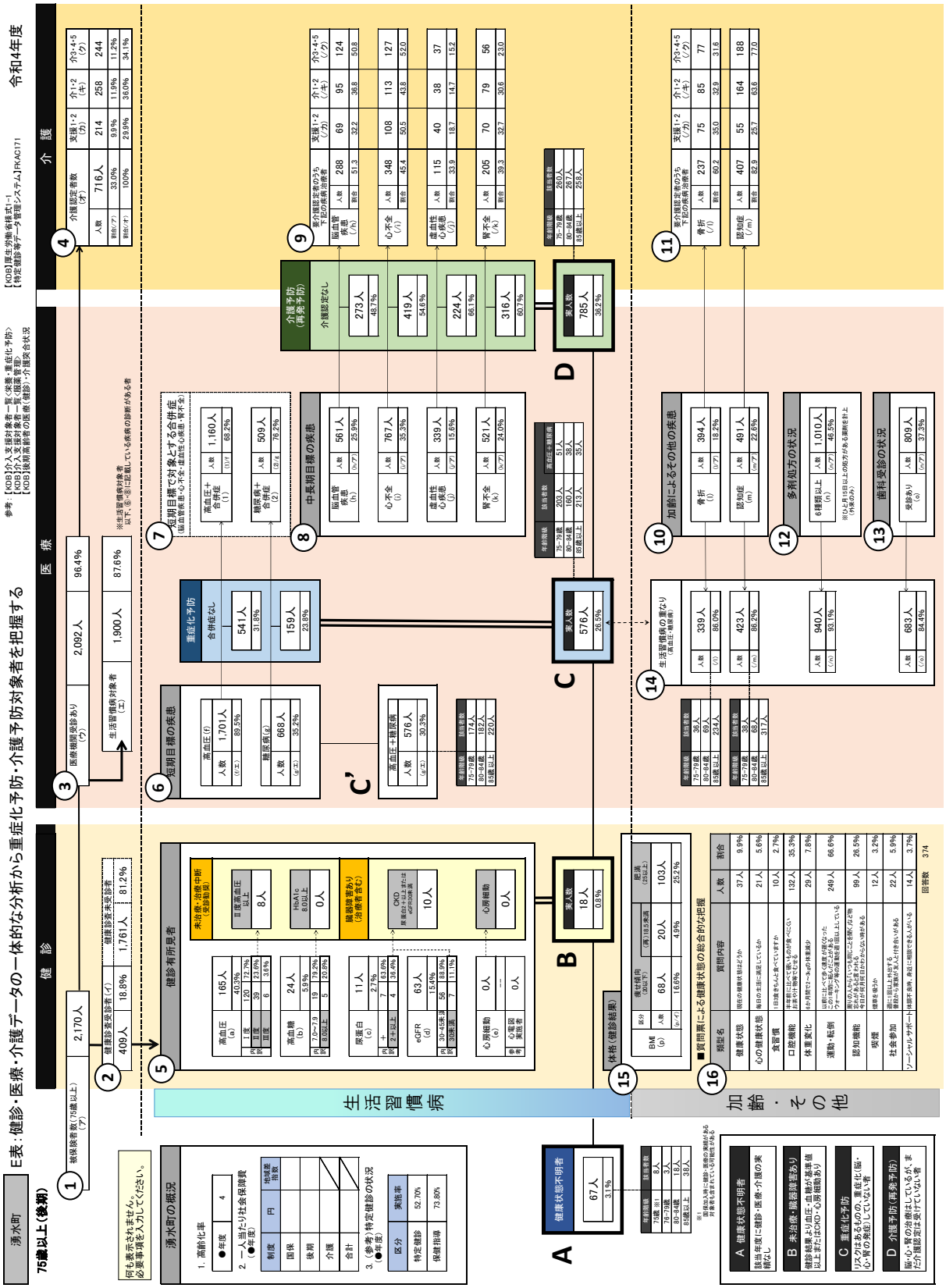
① 65～74 歳(国保)


湧水町
E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する
令和4年度
65～74歳(国保)
健 診
医 療
介 護
生活習慣病
加齢・その他
A
B
C
C'
D
健診有所見者
重症化予防
介護予防（再発予防）
A 健康状態不明者
B 未治療・服薬継続あり
C 重症化予防
D 介護予防（再発予防）

② 65～74 歳(後期)


湧水町
E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する
65-74歳（後期）
令和4年度
健 診
医 療
介 護
生活習慣病
加齢・その他
A 健康状態不明者
B 未治療・機器障害あり
C 重症化予防
D 介護予防（再発予防）

④75 歳以上(後期)

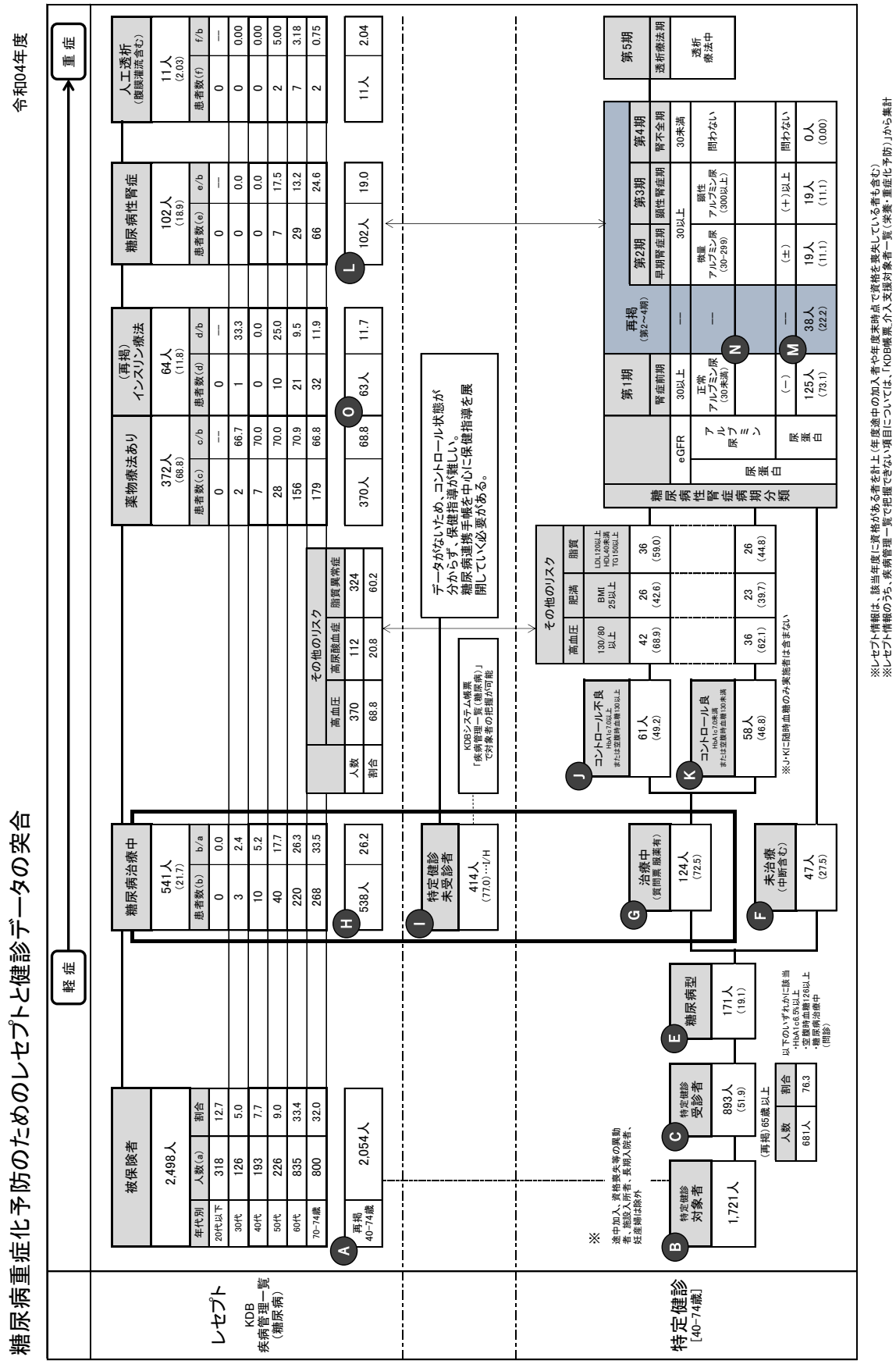

湧水町
E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する
75歳以上(後期)
令和4年度
健 診
医 療
介 護
A
B
C
C'
D
生活習慣病
加齢・その他
湧水町の概況
健診有所見者
短期目標で対象とする合併症
中長期目標の疾患
重症化予防
介護予防(再発予防)
健康状態不明者
生活習慣病の重なり
多剤処方の状況
歯科受診の状況
加齢によるその他の疾患
A 健康状態不明者
B 未治療・服薬継続者あり
C 重症化予防
D 介護予防(再発予防)

参考資料3　糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1　糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

		項目	突合表	湧水町										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	2,571人		2,469人		2,405人		2,387人		2,315人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②	（再掲）40-74歳		2,135人		2,060人		2,027人		1,993人		1,956人				
2	①	特定健診　対象者数	B	1,876人		1,840人		1,815人		1,729人		1,719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	926人		932人		948人		897人		906人				
	③	特定健診　受診率		49.4%		50.7%		52.2%		51.9%		52.7%				
3	①	特定保健指導　対象者数		92人		109人		109人		88人		84人				
	②	特定保健指導　実施率		68.5%		853.0%		84.4%		70.5%		73.8%				
4	①	健診データ　糖尿病型	E	172人	18.6%	166人	17.8%	182人	19.2%	166人	18.5%	172人	19.0%			特定健診結果
	②	未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	69人	40.1%	57人	34.3%	47人	25.8%	50人	30.1%	47人	27.3%			
	③	治療中（質問票 服薬あり）	G	103人	59.9%	109人	65.7%	135人	74.2%	116人	69.9%	125人	72.7%			
	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	54人	52.4%	58人	53.2%	70人	51.9%	55人	47.4%	62人	49.6%			
	⑤	血圧　130/80以上	J	33人	61.1%	32人	55.2%	49人	70.0%	37人	67.3%	43人	69.4%			
	⑥	肥満　BMI25以上	J	19人	35.2%	30人	51.7%	31人	44.3%	20人	36.4%	27人	43.5%			
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	49人	47.6%	51人	46.8%	65人	48.1%	61人	52.6%	63人	50.4%			
	⑧	第1期　尿蛋白（－）	M	127人	73.8%	110人	66.3%	136人	74.7%	128人	77.1%	126人	73.3%			
	⑨	第2期　尿蛋白（±）	M	25人	14.5%	33人	19.9%	22人	12.1%	16人	9.6%	19人	11.0%			
	⑩	第3期　尿蛋白（＋）以上	M	18人	10.5%	22人	13.3%	21人	11.5%	18人	10.8%	19人	11.0%			
	⑪	第4期　eGFR30未満	M	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	0.5%	1人	0.6%	0人	0.0%			
5	①	レセプト　糖尿病受療率（被保険者千対）		136.9人		145.0人		145.5人		149.6人		156.8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）		163.5人		173.8人		172.2人		179.1人		185.1人				
	③	レセプト件数（40-74歳）（）内は被保険者千対　入院外（件数）		2,204件	(1073.0)	2,169件	(1079.6)	2,181件	(1099.3)	2,257件	(1176.1)					KDB_疾病別医療費分析（生活習慣病）
	④	入院（件数）		12件	(5.8)	19件	(9.5)	13件	(6.6)	15件	(7.8)					
	⑤	糖尿病治療中	H	352人	13.7%	358人	14.5%	350人	14.6%	357人	15.0%	363人	15.7%			KDB_厚生労働省様式様式3-2
	⑥	（再掲）40-74歳	H	349人	16.3%	358人	17.4%	349人	17.2%	357人	17.9%	362人	18.5%			
	⑦	健診未受診者	I	246人	70.5%	255人	71.2%	214人	61.3%	241人	67.5%	237人	65.5%			
	⑧	インスリン治療	O	16人	4.5%	22人	6.1%	26人	7.4%	22人	6.2%	25人	6.9%			
	⑨	（再掲）40-74歳	O	16人	4.6%	22人	6.1%	26人	7.4%	22人	6.2%	25人	6.9%			
	⑩	糖尿病性腎症	L	49人	13.9%	47人	13.1%	48人	13.7%	60人	16.8%	56人	15.4%			
	⑪	（再掲）40-74歳	L	49人	14.0%	47人	13.1%	48人	13.8%	60人	16.8%	56人	15.5%			
	⑫	慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		11人	3.1%	12人	3.4%	13人	3.7%	13人	3.6%	9人	2.5%			
	⑬	（再掲）40-74歳		11人	3.2%	12人	3.4%	13人	3.7%	13人	3.6%	9人	2.5%			
	⑭	新規透析患者数		4人	36.00%	1人	8.00%	1人	7%	2人	15.00%	1人	11.00%			
	⑮	（再掲）糖尿病性腎症		2人	50%	1人	100%	1人	100%	0人	0%	0人	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）		7人	1.5%	9人	1.8%	8人	1.6%	5人	1.0%	6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		11億4211万円		11億1041万円		11億6426万円		11億9676万円		10億8649万円		6億7051万円		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		6億6240万円		6億2338万円		6億5237万円		6億9007万円		5億3023万円		3億5898万円		
	③	（総医療費に占める割合）		58.0%		56.1%		56.0%		57.7%		48.8%		53.5%		
	④	生活習慣病対象者一人あたり　健診受診者		9,961円		10,726円		6,815円		13,443円		9,863円		9,063円		
	⑤	健診未受診者		35,548円		33,051円		40,217円		38,401円		31,009円		37,482円		
	⑥	糖尿病医療費		5799万円		5910万円		5903万円		6087万円		6197万円		4061万円		
	⑦	（生活習慣病総医療費に占める割合）		8.8%		9.5%		9.0%		8.8%		11.7%		11.3%		
	⑧	糖尿病入院外総医療費		1億9871万円		2億0552万円		2億0938万円		1億8951万円		1億7617万円				
	⑨	1件あたり		40,282円		42,870円		43,475円		40,176円		36,887円				
	⑩	糖尿病入院総医療費		1億2073万円		1億4827万円		1億9692万円		1億7495万円		1億5984万円				
	⑪	1件あたり		503,033円		565,934円		690,956円		569,866円		579,124円				
	⑫	在院日数		18日		16日		18日		18日		19日				
	⑬	慢性腎不全医療費		7733万円		7718万円		7594万円		5844万円		4346万円		2783万円		
	⑭	透析有り		7434万円		7308万円		7296万円		5634万円		4164万円		2567万円		
	⑮	透析なし		298万円		410万円		298万円		211万円		182万円		216万円		
7	①	介護　介護給付費		12億4504万円		12億8281万円		12億3514万円		11億6349万円		11億4091万円		8億6719万円		
	②	（2号認定者）糖尿病合併症		0件	######	1件	8.3%	1件	16.7%	1件	14.3%	1件	11.1%			
8	①	死亡　糖尿病（死因別死亡数）		2人	1.0%	1人	0.5%	1人	0.5%	2人	1.0%	4人	2.1%	622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



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

軽症 → 重症

レセプト

KDB
疾病管理一覧
（高血圧症）

被保険者

2,498人

年代別	人数(a)	割合
20代以下	318	12.7
30代	126	5.0
40代	193	7.7
50代	226	9.0
60代	835	33.4
70-74歳	800	32.0

A 再掲 40-74歳　2,054人

高血圧症治療中

1,058人
（42.4）

患者数(b)	b/a	処方あり(c)	c/b
1	0.3	0	0.0
3	2.4	3	100.0
25	13.0	22	88.0
75	33.2	70	93.3
425	50.9	402	94.6
529	66.1	480	90.7

H　1,054人　51.3　974人　92.4

その他のリスク

糖尿病	糖尿病性腎症	高尿酸血症	脂質異常症
370	85	212	584
35.1	8.1	20.1	55.4

脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
149人（14.1）		117人（11.1）		19人（1.80）	
患者数(d)	d/b	患者数(e)	e/b	患者数(f)	f/b
0	0.0	0	0.0	0	0.00
0	0.0	0	0.0	0	0.00
0	0.0	0	0.0	0	0.00
8	10.7	6	8.0	4	5.33
49	11.5	47	11.1	11	2.59
92	17.4	64	12.1	4	0.76

O　149人　14.1　P　117人　11.1　Q　19人　1.80

I **特定健診未受診者**

640人　(H−G')
60.7　(I/H)

KDBシステム帳票
「疾病管理一覧（高血圧）」
で対象者の把握が可能

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

重症化を予防するために臓器障害を早期に発見するための精密検査

特定健診
[40-74歳]

※
途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外

B **特定健診対象者**　1,721人

C **特定健診受診者**　893人（51.9）

E **高血圧** 140/90以上　264人（29.6）

※
上記「E：高血圧」に内服治療中の140/90未満は含まない。

高血圧治療中（質問票 服薬有）
414人　(46.4)　…G'

G

合計（1度以上）	分類	人数	割合
134人	Ⅰ度	113人	84.3
50.8 (G/E) 12.7 (G/H)	Ⅱ度	18人	13.4
	Ⅲ度	3人	2.2
130人	Ⅰ度	100人	76.9
49.2 (F/E)	Ⅱ度	26人	20.0
	Ⅲ度	4人	3.1

F　未治療（中断含む）

その他のリスク

血圧分類	肥満 BMI25以上	高血糖 HbA1c6.5以上 空腹時126以上 随時200以上	高尿酸 7.1以上	脂質異常症 LDL120以上 HDL40未満 TG150以上
Ⅰ度	40（35.4%）	25（22.1%）	3（2.7%）	70（61.9%）
Ⅱ度	9（50.0%）	5（27.8%）	1（5.6%）	12（66.7%）
Ⅲ度	1（33.3%）	2（66.7%）	0（0.0%）	2（66.7%）
Ⅰ度	27（27.0%）	16（16.0%）	0（0.0%）	66（66.0%）
Ⅱ度	8（30.8%）	2（7.7%）	1（3.8%）	15（57.7%）
Ⅲ度	1（25.0%）	0（0.0%）	0（0.0%）	2（50.0%）

臓器障害

	眼底検査有所見者	心電図結果有所見者	尿たんぱく（＋以上）
詳細健診実施者(J)	64人	664人	
(J/C)	7.2	74.4	
検査実施者(K)	4人	86人	133人
実施率(K/G)	3.0	64.2	99.3
有所見者(L)	0人	59人	13人
有所見率(L/G)	0.0	44.0	9.7
検査実施者(M)	55人	102人	129人
実施率(M/F)	42.3	78.5	99.2
有所見者(N)	0人	57人	4人
有所見率(M/F)	0.0	43.8	3.1

※高血圧の人が詳細健診をきちんと受けているか

※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

脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

軽 症 → 重 症

レセプト

KDB
疾病管理一覧
（脂質異常症）

被保険者

2,498人

年代別	人数(a)	割合
20代以下	318	12.7
30代	126	5.0
40代	193	7.7
50代	226	9.0
60代	835	33.4
70-74歳	800	32.0

A 再掲 40-74歳　2,054人

脂質異常症治療中

835人
（33.4）

患者数(b)	b/a	処方あり(c)	c/b
1	0.3	0	0.0
6	4.8	4	66.7
19	9.8	12	63.2
64	28.3	44	68.8
352	42.2	259	73.6
393	49.1	290	73.8

H　828人　40.3　605人　73.1

その他のリスク

糖尿病	糖尿病性腎症	高血圧	高尿酸血症
324	78	584	172
39.1	9.4	70.5	20.8

虚血性心疾患

107人
（12.8）

患者数(d)	d/b
0	0.0
0	0.0
1	5.3
6	9.4
45	12.8
55	14.0

脳血管疾患

95人
（11.4）

患者数(e)	e/b
0	0.0
0	0.0
0	0.0
5	7.8
33	9.4
57	14.5

人工透析

9人
（1.08）

患者数(f)	f/b
0	0.00
0	0.00
0	0.00
1	1.56
8	2.27
0	0.00

O 107人　12.9　P 95人　11.5　Q 9人　1.09

特定健診
［40-74歳］

※
途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外

B 特定健診対象者　1,721人

C 特定健診受診者　893人（51.9）

E 脂質異常（LDL-C）
160以上　61人（6.8）
E' 180以上　17人（1.9）

I 特定健診未受診者
581人（H-G'）
70.2（I/H）

KDBシステム帳票
「疾病管理一覧（脂質異常症）」
で対象者の把握が可能

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

重症化を予防するために臓器障害を早期に発見するための精密検査

脂質異常症治療中（質問票_服薬有）
247人　（27.7）　…G'

G

合計 LDL160以上	180以上	男性	女性
7人	2人	3人	4人
11.5 G/E 0.8 G/H	11.8 G/E'	42.9	57.1
54人	15人	16人	38人
88.5 F/E	88.2 F/E'	29.6	70.4

F 未治療（中断含む）

その他のリスク

肥満	高血糖	高血圧	高尿酸
BMI25以上	HbA1c6.5以上 空腹時126以上 随時200以上	Ⅰ度高血圧以上	7.1以上
4人	3人	4人	0人
57.1	42.9	57.1	0.0
10人	9人	26人	1人
18.5	16.7	48.1	1.9

臓器障害

	心電図結果	【二次健診】頸動脈エコー	眼底検査
検査実施者(K)	1人		0人
実施率(K/G)	14.3		0.0
有所見者(L)	1人		0人
有所見率(L/G)	14.3		0.0
検査実施者(M)	50人		5人
実施率(M/F)	92.6		9.3
有所見者(N)	29人		0人
有所見率(N/F)	53.7		0.0

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

参考資料7　HbA1C の年次比較

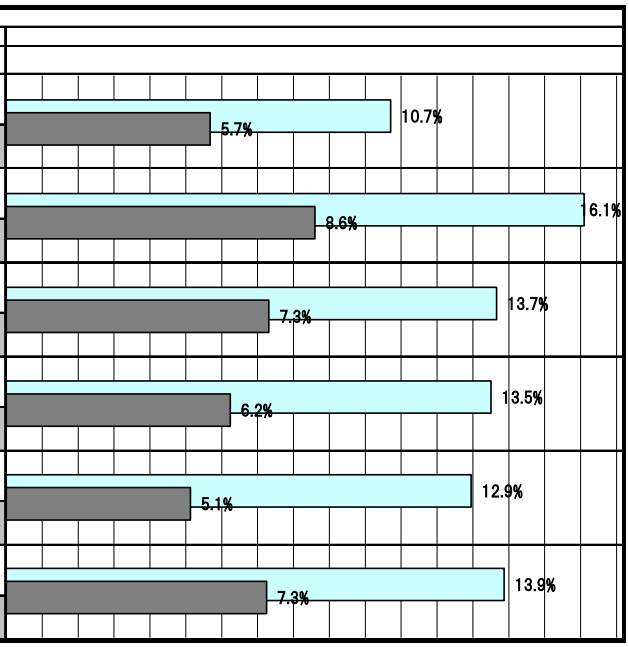
HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
								合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H29	775	387	49.9%	195	25.2%	110	14.2%	39	5.0%	26	3.4%	18	2.3%	32	4.1%	11	1.4%
H30	814	154	18.9%	317	38.9%	212	26.0%	61	7.5%	48	5.9%	22	2.7%	47	5.8%	14	1.7%
R01	820	297	36.2%	285	34.8%	126	15.4%	52	6.3%	44	5.4%	16	2.0%	26	3.2%	7	0.9%
R02	785	286	36.4%	261	33.2%	132	16.8%	57	7.3%	33	4.2%	16	2.0%	34	4.3%	13	1.7%
R03	780	246	31.5%	283	36.3%	150	19.2%	61	7.8%	29	3.7%	11	1.4%	27	3.5%	5	0.6%
R04	786	248	31.6%	266	33.8%	163	20.7%	52	6.6%	39	5.0%	18	2.3%	30	3.8%	10	1.3%

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HbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上	再掲 未治療	再掲 治療
H29	775	387 49.9%	195 25.2%	110 14.2%	83 10.7%	31 37.3%	52 62.7%
					再）7.0以上 44 5.7%	13 29.5%	31 70.5%
H30	814	154 18.9%	317 38.9%	212 26.0%	131 16.1%	60 45.8%	71 54.2%
					再）7.0以上 70 8.6%	23 32.9%	47 67.1%
R01	820	297 36.2%	285 34.8%	126 15.4%	112 13.7%	38 33.9%	74 66.1%
					再）7.0以上 60 7.3%	19 31.7%	41 68.3%
R02	785	286 36.4%	261 33.2%	132 16.8%	106 13.5%	26 24.5%	80 75.5%
					再）7.0以上 49 6.2%	9 18.4%	40 81.6%
R03	780	246 31.5%	283 36.3%	150 19.2%	101 12.9%	35 34.7%	66 65.3%
					再）7.0以上 40 5.1%	12 30.0%	28 70.0%
R04	786	248 31.6%	266 33.8%	163 20.7%	109 13.9%	36 33.0%	73 67.0%
					再）7.0以上 57 7.3%	13 22.8%	44 77.2%



治療と未治療の状況

		HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
										合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
治療中	H29	84	10.8%	3	3.6%	5	6.0%	24	28.6%	21	25.0%	22	26.2%	9	10.7%	21	25.0%	3	3.6%
	H30	97	11.9%	2	2.1%	4	4.1%	20	20.6%	24	24.7%	34	35.1%	13	13.4%	33	34.0%	7	7.2%
	R01	103	12.6%	3	2.9%	4	3.9%	22	21.4%	33	32.0%	29	28.2%	12	11.7%	20	19.4%	4	3.9%
	R02	117	14.9%	0	0.0%	8	6.8%	29	24.8%	40	34.2%	29	24.8%	11	9.4%	26	22.2%	9	7.7%
	R03	103	13.2%	4	3.9%	7	6.8%	26	25.2%	38	36.9%	20	19.4%	8	7.8%	21	20.4%	3	2.9%
	R04	108	13.7%	2	1.9%	4	3.7%	29	26.9%	29	26.9%	30	27.8%	14	13.0%	25	23.1%	7	6.5%
治療なし	H29	691	89.2%	384	55.6%	190	27.5%	86	12.4%	18	2.6%	4	0.6%	9	1.3%	11	1.6%	8	1.2%
	H30	717	88.1%	152	21.2%	313	43.7%	192	26.8%	37	5.2%	14	2.0%	9	1.3%	14	2.0%	7	1.0%
	R01	717	87.4%	294	41.0%	281	39.2%	104	14.5%	19	2.6%	15	2.1%	4	0.6%	6	0.8%	3	0.4%
	R02	668	85.1%	286	42.8%	253	37.9%	103	15.4%	17	2.5%	4	0.6%	5	0.7%	8	1.2%	4	0.6%
	R03	677	86.8%	242	35.7%	276	40.8%	124	18.3%	23	3.4%	9	1.3%	3	0.4%	6	0.9%	2	0.3%
	R04	678	86.3%	246	36.3%	262	38.6%	134	19.8%	23	3.4%	9	1.3%	4	0.6%	5	0.7%	3	0.4%

参考資料8　血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	871	210	24.1%	132	15.2%	265	30.4%	214	24.6%	43	4.9%	7	0.8%
H30	925	233	25.2%	164	17.7%	303	32.8%	188	20.3%	31	3.4%	6	0.6%
R01	929	222	23.9%	181	19.5%	289	31.1%	201	21.6%	35	3.8%	1	0.1%
R02	930	175	18.8%	145	15.6%	328	35.3%	230	24.7%	47	5.1%	5	0.5%
R03	884	193	21.8%	131	14.8%	334	37.8%	202	22.9%	20	2.3%	4	0.5%
R04	890	171	19.2%	133	14.9%	322	36.2%	213	23.9%	44	4.9%	7	0.8%

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

重症化しやすい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	871	342 39.3%	265 30.4%	214 24.6%	50 5.7%	22 44.0%	28 56.0%	5.7%
					7 0.8%	4 57.1%	3 42.9%	0.8%
H30	925	397 42.9%	303 32.8%	188 20.3%	37 4.0%	20 54.1%	17 45.9%	4.0%
					6 0.6%	4 66.7%	2 33.3%	0.6%
R01	929	403 43.4%	289 31.1%	201 21.6%	36 3.9%	20 55.6%	16 44.4%	3.9%
					1 0.1%	1 100.0%	0 0.0%	0.1%
R02	930	320 34.4%	328 35.3%	230 24.7%	52 5.6%	25 48.1%	27 51.9%	5.6%
					5 0.5%	3 60.0%	2 40.0%	0.5%
R03	884	324 36.7%	334 37.8%	202 22.9%	24 2.7%	12 50.0%	12 50.0%	2.7%
					4 0.5%	3 75.0%	1 25.0%	0.5%
R04	890	304 34.2%	322 36.2%	213 23.9%	51 5.7%	30 58.8%	21 41.2%	5.7%
					7 0.8%	4 57.1%	3 42.9%	0.8%

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	42.5%	51	13.8%	55	14.9%	124	33.5%	112	30.3%	25	6.8%	3	0.8%
	H30	412	44.5%	58	14.1%	68	16.5%	158	38.3%	111	26.9%	15	3.6%	2	0.5%
	R01	425	45.7%	69	16.2%	70	16.5%	137	32.2%	133	31.3%	16	3.8%	0	0.0%
	R02	429	46.1%	48	11.2%	65	15.2%	164	38.2%	125	29.1%	25	5.8%	2	0.5%
	R03	395	44.7%	54	13.7%	67	17.0%	147	37.2%	115	29.1%	11	2.8%	1	0.3%
	R04	414	46.5%	52	12.6%	64	15.5%	164	39.6%	113	27.3%	18	4.3%	3	0.7%
治療なし	H29	501	57.5%	159	31.7%	77	15.4%	141	28.1%	102	20.4%	18	3.6%	4	0.8%
	H30	513	55.5%	175	34.1%	96	18.7%	145	28.3%	77	15.0%	16	3.1%	4	0.8%
	R01	504	54.3%	153	30.4%	111	22.0%	152	30.2%	68	13.5%	19	3.8%	1	0.2%
	R02	501	53.9%	127	25.3%	80	16.0%	164	32.7%	105	21.0%	22	4.4%	3	0.6%
	R03	489	55.3%	139	28.4%	64	13.1%	187	38.2%	87	17.8%	9	1.8%	3	0.6%
	R04	476	53.5%	119	25.0%	69	14.5%	158	33.2%	100	21.0%	26	5.5%	4	0.8%

参考資料9　LDL－Cの年次比較

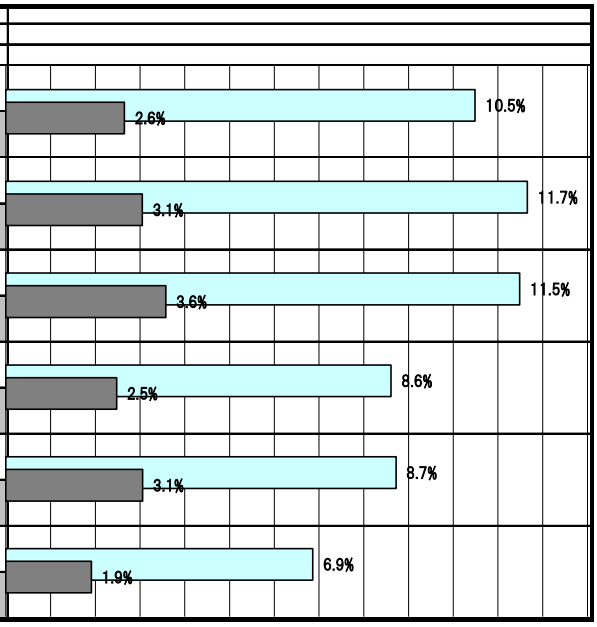
LDL-Cの年次比較

		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	F/A
総数	H29	868	427	49.2%	220	25.3%	130	15.0%	68	7.8%	23	2.6%
	H30	918	462	50.3%	221	24.1%	128	13.9%	79	8.6%	28	3.1%
	R01	923	476	51.6%	200	21.7%	141	15.3%	73	7.9%	33	3.6%
	R02	929	478	51.5%	235	25.3%	136	14.6%	57	6.1%	23	2.5%
	R03	883	451	51.1%	207	23.4%	148	16.8%	50	5.7%	27	3.1%
	R04	889	453	51.0%	219	24.6%	156	17.5%	44	4.9%	17	1.9%
男性	H29	417	242	58.0%	93	22.3%	54	12.9%	23	5.5%	5	1.2%
	H30	422	247	58.5%	97	23.0%	46	10.9%	23	5.5%	9	2.1%
	R01	442	266	60.2%	87	19.7%	50	11.3%	27	6.1%	12	2.7%
	R02	438	247	56.4%	111	25.3%	51	11.6%	20	4.6%	9	2.1%
	R03	418	240	57.4%	93	22.2%	54	12.9%	20	4.8%	11	2.6%
	R04	407	233	57.2%	94	23.1%	61	15.0%	13	3.2%	6	1.5%
女性	H29	451	185	41.0%	127	28.2%	76	16.9%	45	10.0%	18	4.0%
	H30	496	215	43.3%	124	25.0%	82	16.5%	56	11.3%	19	3.8%
	R01	481	210	43.7%	113	23.5%	91	18.9%	46	9.6%	21	4.4%
	R02	491	231	47.0%	124	25.3%	85	17.3%	37	7.5%	14	2.9%
	R03	465	211	45.4%	114	24.5%	94	20.2%	30	6.5%	16	3.4%
	R04	482	220	45.6%	125	25.9%	95	19.7%	31	6.4%	11	2.3%

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 未治療	再掲 治療
H29	868	427 49.2%	220 25.3%	130 15.0%	91 10.5%	79 86.8%	12 13.2%
					23 2.6%	21 91.3%	2 8.7%
H30	918	462 50.3%	221 24.1%	128 13.9%	107 11.7%	94 87.9%	13 12.1%
					28 3.1%	25 89.3%	3 10.7%
R01	923	476 51.6%	200 21.7%	141 15.3%	106 11.5%	93 87.7%	13 12.3%
					33 3.6%	29 87.9%	4 12.1%
R02	929	478 51.5%	235 25.3%	136 14.6%	80 8.6%	66 82.5%	14 17.5%
					23 2.5%	18 78.3%	5 21.7%
R03	883	451 51.1%	207 23.4%	148 16.8%	77 8.7%	71 92.2%	6 7.8%
					27 3.1%	26 96.3%	1 3.7%
R04	889	453 51.0%	219 24.6%	156 17.5%	61 6.9%	54 88.5%	7 11.5%
					17 1.9%	15 88.2%	2 11.8%



治療と未治療の状況

		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	196	22.6%	132	67.3%	36	18.4%	16	8.2%	10	5.1%	2	1.0%
	H30	224	24.4%	155	69.2%	36	16.1%	20	8.9%	10	4.5%	3	1.3%
	R01	240	26.0%	162	67.5%	45	18.8%	20	8.3%	9	3.8%	4	1.7%
	R02	258	27.8%	168	65.1%	57	22.1%	19	7.4%	9	3.5%	5	1.9%
	R03	241	27.3%	177	73.4%	44	18.3%	14	5.8%	5	2.1%	1	0.4%
	R04	247	27.8%	164	66.4%	54	21.9%	22	8.9%	5	2.0%	2	0.8%
治療なし	H29	672	77.4%	295	43.9%	184	27.4%	114	17.0%	58	8.6%	21	3.1%
	H30	694	75.6%	307	44.2%	185	26.7%	108	15.6%	69	9.9%	25	3.6%
	R01	683	74.0%	314	46.0%	155	22.7%	121	17.7%	64	9.4%	29	4.2%
	R02	671	72.2%	310	46.2%	178	26.5%	117	17.4%	48	7.2%	18	2.7%
	R03	642	72.7%	274	42.7%	163	25.4%	134	20.9%	45	7.0%	26	4.0%
	R04	642	72.2%	289	45.0%	165	25.7%	134	20.9%	39	6.1%	15	2.3%