

川辺町国民健康保険
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

川辺町国民健康保険

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) ……33

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 ……39

- 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67

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68

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料69

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当たり、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、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、高齢者の医療の確保に関する法律(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当たっての、健診・保健指導に関わる者(事務担当者を含む)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、保健事業の実施に際しては、プログラムに準じて事業を展開することが求められています。(図表2・3・4・5)

町では、以上のことを踏まえ、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を推進し、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、ひいては医療費の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)

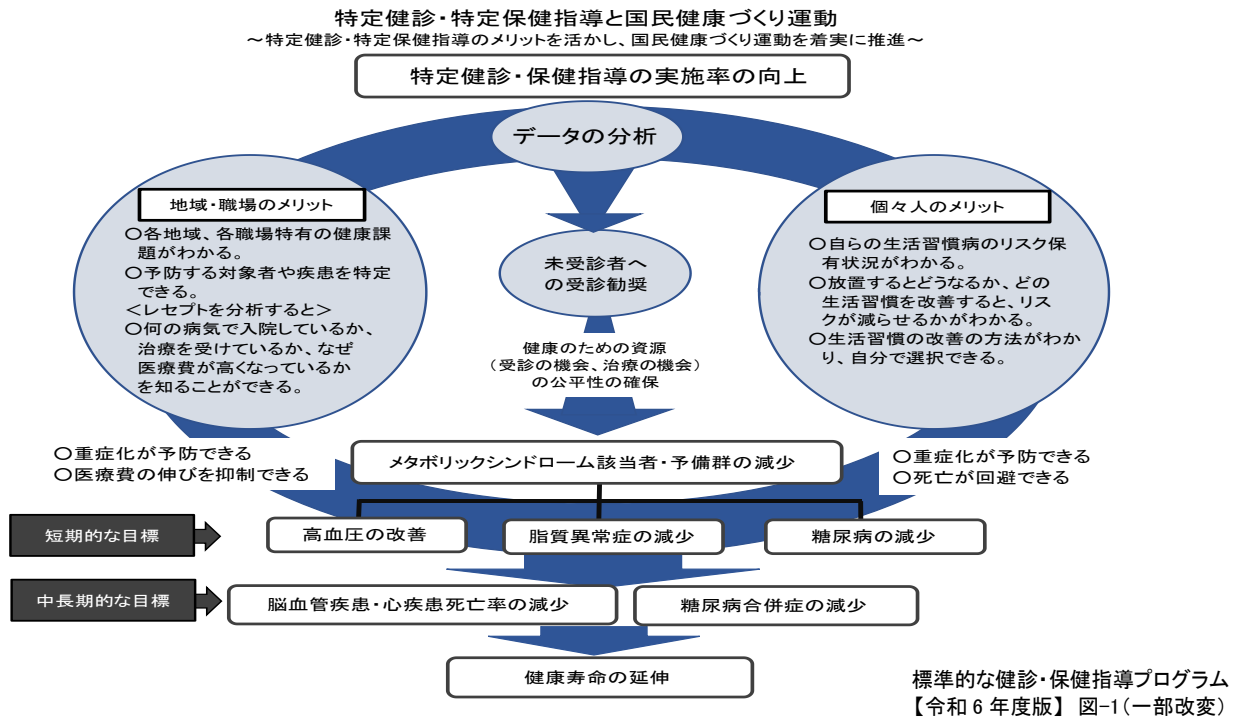
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

※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

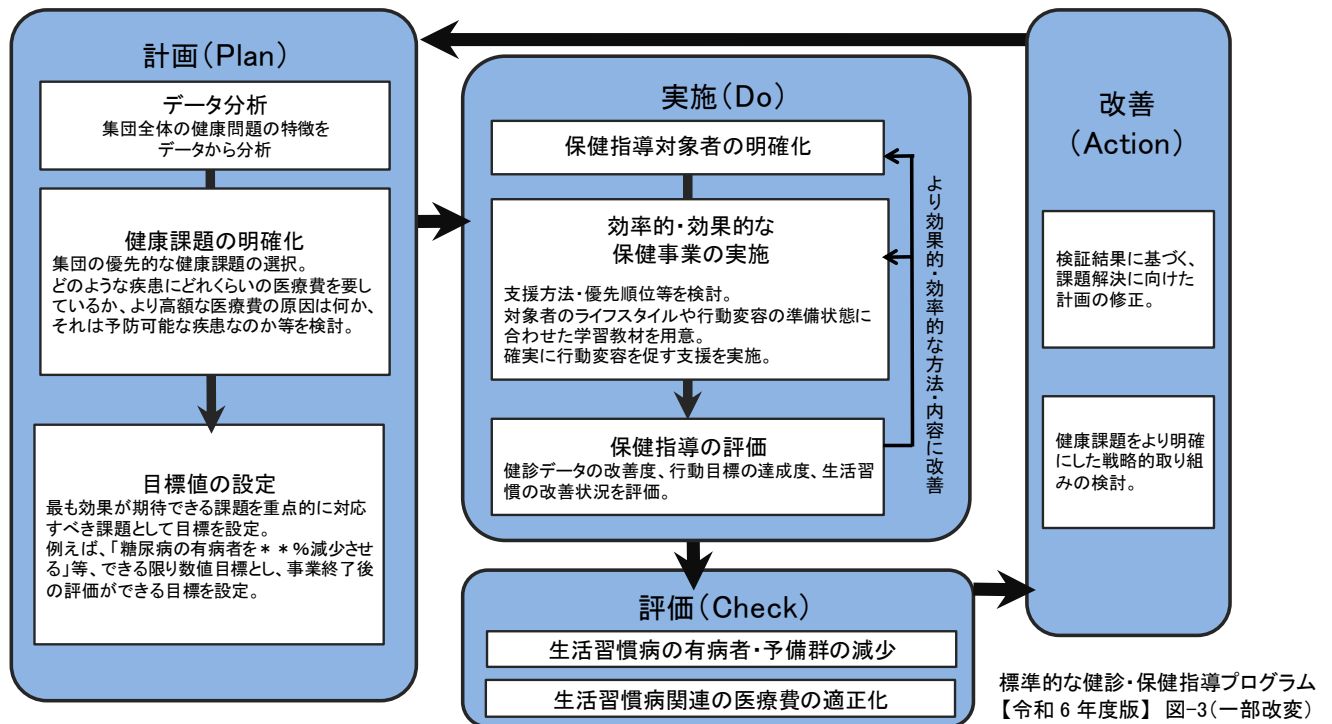
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画				
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりに配慮	40歳~74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 心不全 脳血管疾患
評価	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) 「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 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じた設定) 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圏域医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用し 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・事業費補助金)交付金		保険者協議会(事務局 県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



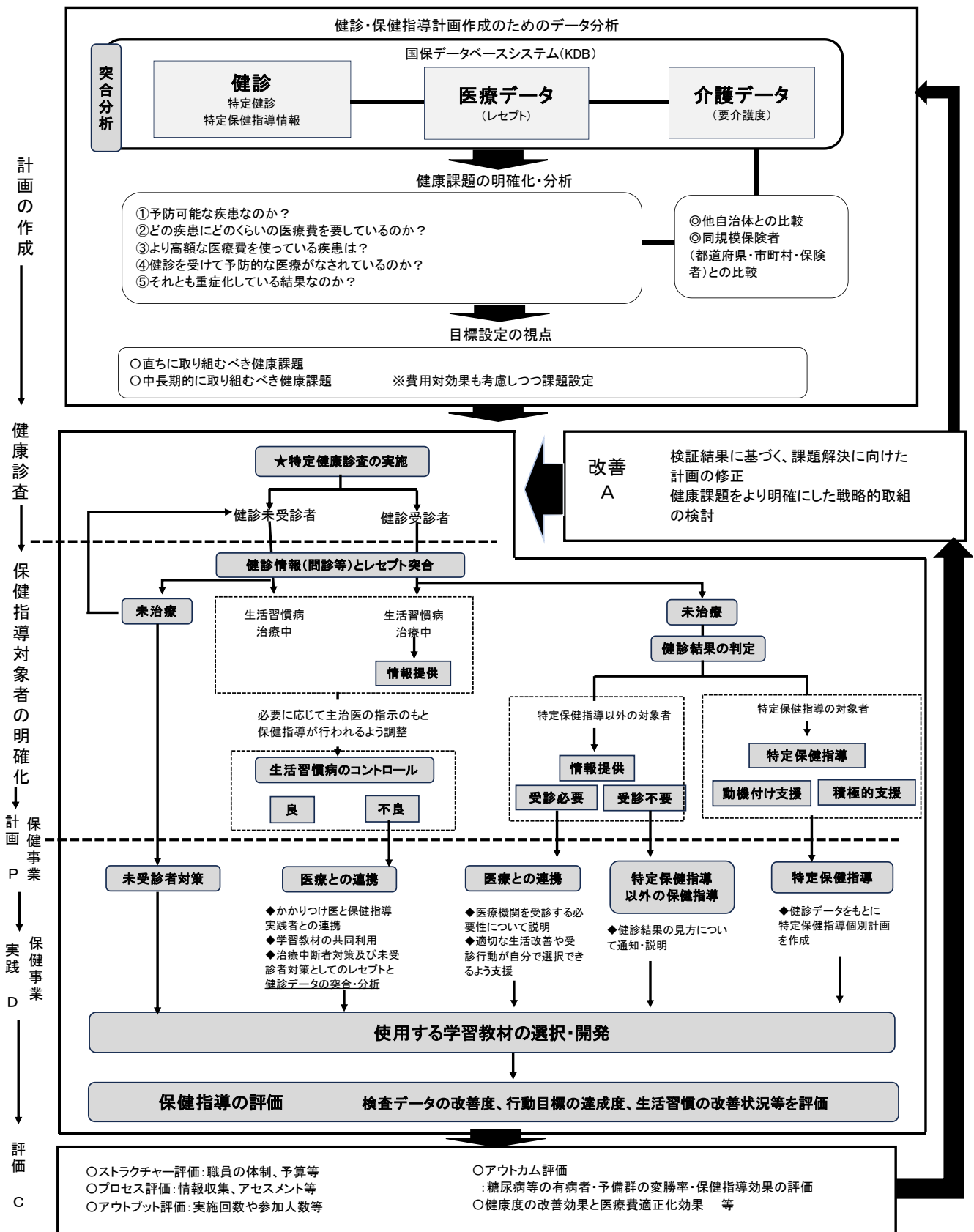
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



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

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

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

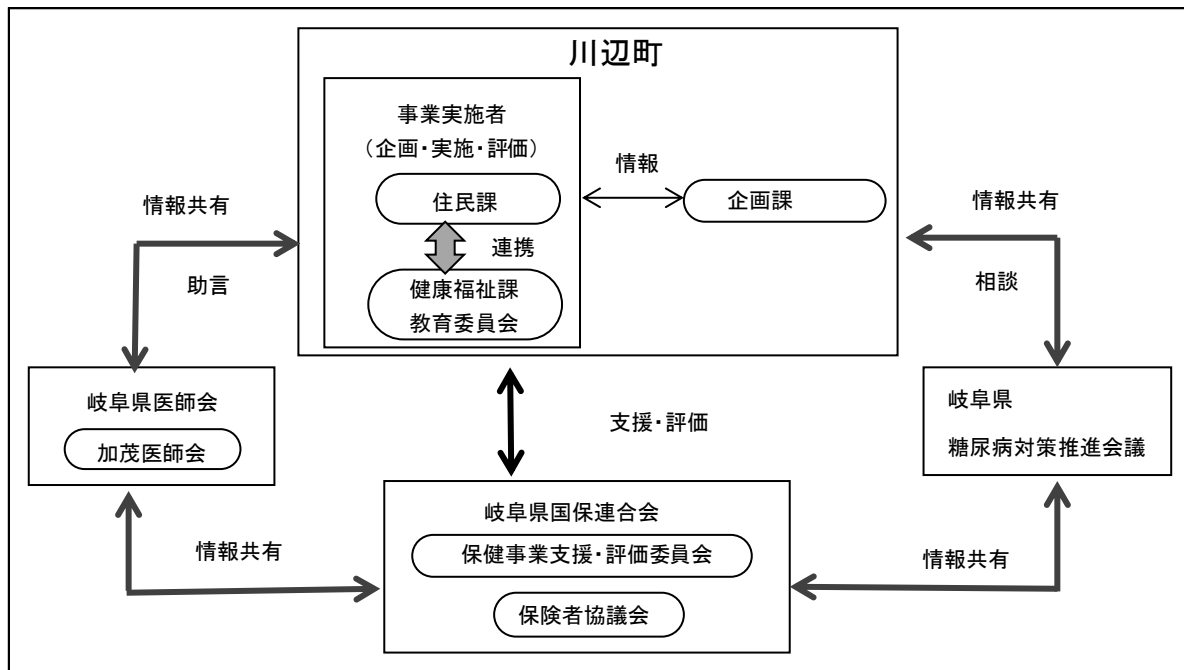
本町においては、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るため、関係部局の協力を得ながら、住民課国保担当部局が主体となって、データヘルス計画を策定します。しかし、計画の推進には幅広い部局が関わる必要があり、具体的には、住民の健康増進事業と介護保険及び福祉を所管する健康福祉課、こどもに関する施策を所管する教育委員会、また町の総合計画

を所管する企画課等と連携・協力を図りながら、関係部署が一体となって計画を推進していきます。

また、データヘルス計画に基づき、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行い、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映します。さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な運用ができるよう、担当者・関係部局の業務を明確化・標準化等するとともに、担当者が移動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えます。

(図表 6)

図表 6 川辺町の実施体制図



2) 関係機関との連携

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

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である県のほか、糖尿病対策推進会議、国保連合会や国保連合会に設置される保健事業支援・評価委員会、加茂医師会等、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、地域の医療機関と連携、協力します。

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、都道府県の関与が重要となります。

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となります。

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ます。

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

3) 被保険者の役割

計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、被保険者の立場から国保運営協議会委員として参画し、計画策定に伴う意見交換等を行います。

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 7)

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あ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 7 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
		川辺町	配点	川辺町	配点	川辺町	配点		
交付額(万円)		400		400					
全国順位(1,741市町村中)		603位		800位		225位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	90	70	80	70	80	70	
		(3)メタリックシフト・ローム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	45	40	68	40	70	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	110	120	100	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	60	45	65	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	10	130	110	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	5	100	5	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	30	30	40	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組	38	40	31	50	36	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	80	95	72	100	78	100	
合計点		608	1,000	576	960	674	940		

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町は、人口約1万人の町で、高齢化率は令和2年度国勢調査では32.1%でした。全国、県と比較すると高齢化率は高く、被保険者の平均年齢も55.2歳と同様に高くなっており、高齢化率と対照的に出生率は低くなっています。

町の財政力指数は全国平均と同等の指数となっており、決して高いとは言える状況ではありません。産業を見ると、第3次産業が55.9%と高いが、第2次産業は40.0%と全国、県、同規模自治体(以下「同規模」という。)と比べて高くなっています。サービス業・製造業の割合が多く、被保険者の生活習慣及び生活リズムが不規則である可能性が考えられ、若い年代の健康課題を明確にすることが重要となります。(図表8)

国保加入率は、20.8%で加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあり、年齢構成については65歳～74歳の前期高齢者が51%を占めています。(図表9)

また、町内には内科・歯科合わせて7つの診療所があり、これはいずれも県、同規模と比較しても多く、外来医療資源に恵まれた環境にあり、外来患者数も県、同規模と比較して高い傾向にあります。(図表10)

図表8 同規模・県・国と比較した川辺町の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者 数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千 対)	死亡率 (人口千 対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
川辺町	9,846	32.1	2,044 (20.8)	55.2	5.2	13.0	0.5	2.6	40.5	56.9
同規模	--	36.9	24.3	55.8	5.3	15.7	0.4	13.4	27.1	59.5
県	--	30.6	21.1	53.9	6.2	11.7	0.6	3.2	33.1	63.7
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、川辺町と同規模保険者(152市町村)の平均値を表す

図表9 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	2,254		2,188		2,182		2,137		2,044	
65～74歳	1,097	48.7	1,082	49.5	1,091	50.0	1,106	51.8	1,042	51.0
40～64歳	671	29.8	645	29.5	634	29.1	621	29.1	572	28.0
39歳以下	486	21.6	461	21.1	457	20.9	410	19.2	430	21.0
加入率	22.2		21.5		21.4		21.0		20.8	

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

図表 10 医療の状況(被保険者千人当たり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.3	0.2
診療所数	7	3.1	7	3.2	7	3.2	7	3.3	7	3.4	2.7	3.9
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	40.8	48.3
医師数	8	3.5	8	3.7	8	3.7	8	3.7	8	3.9	5.0	11.2
外来患者数	786.5		779.0		734.7		767.5		801.6		708.1	748.2
入院患者数	16.0		18.8		15.3		16.1		17.6		22.2	17.4

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7人(認定率0.22%)、1号(65歳以上)被保険者で568人(認定率18%)と同規模・県・全国と比較すると低く、H30年度と比べて1号被保険者は増加、2号被保険者は微増で推移しています。(図11)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約7億円から約8億円に伸びています。(図表12)

また、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、2号被保険者では脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)、虚血性心疾患が上位を占めており、脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が10割の有病率となっています。1号被保険者でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が4割の有病率となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表13)

図表 11 要介護認定者(率)の状況

	川辺町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	3,043人	29.9%	3,158人	32.1%	36.9%	30.6%	28.7%
2号認定者	3人	0.09%	7人	0.22%	0.38%	0.35%	0.38%
新規認定者			2人		--	--	--
1号認定者	527人	17.3%	568人	18.0%	18.6%	18.1%	19.4%
新規認定者	83人		108人		--	--	--
再掲							
65～74歳	46人	3.2%	42人	2.8%	--	--	--
新規認定者	12人		10人		--	--	--
75歳以上	481人	30.0%	526人	31.7%	--	--	--
新規認定者	71人		98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 12 介護給付費の変化

	川辺町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	7億3428万円	8億5386万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	241,301	270,381	303,361	286,208	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	60,654	62,367	72,528	59,511	59,662
居宅サービス	37,508	39,713	44,391	41,518	41,272
施設サービス	263,482	268,611	291,231	284,664	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計						
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計						
介護件数(全体)		7		42		526		568		575				
再)国保・後期		3		34		518		552		555				
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			
	循環器疾患	1	脳卒中	3	100.0%	脳卒中	13	38.2%	虚血性心疾患	206	39.8%	虚血性心疾患	221	39.8%
		2	虚血性心疾患	2	66.7%	虚血性心疾患	13	38.2%	脳卒中	185	35.7%	脳卒中	198	35.9%
		3	腎不全	0	0.0%	腎不全	6	17.6%	腎不全	104	20.1%	腎不全	110	19.8%
	合併症	4	糖尿病合併症	0	0.0%	糖尿病合併症	9	26.5%	糖尿病合併症	59	11.4%	糖尿病合併症	68	12.3%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		3	100.0%	基礎疾患	30	88.2%	基礎疾患	498	96.1%	基礎疾患	528	95.7%
	血管疾患合計		3	100.0%	合計	30	88.2%	合計	504	97.3%	合計	534	96.7%	
	認知症		0	0.0%	認知症	8	23.5%	認知症	201	38.8%	認知症	209	37.9%	
	筋・骨格疾患		3	100.0%	筋骨格系	25	73.5%	筋骨格系	499	96.3%	筋骨格系	524	94.9%	
	筋骨格系		3	100.0%	筋骨格系	25	73.5%	筋骨格系	499	96.3%	筋骨格系	524	94.9%	

出典：ヘルスサポートラボツール

②医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は増えており、一人当たり医療費は、岐阜県とほぼ同じで、H30年度と比較しても5万6千円伸びています。

入院医療費は、全体のレセプトのわずか2%程度にも関わらず、医療費全体の約39%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11万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見ても、後期高齢者医療の外来を除いて、全国平均の1を下回っています。(図表14)

一人あたり医療費の地域差は、後期高齢者の外来が多く、入院への移行を予防するためには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引続き重症化予防の取組みに力を入れる必要があります。(図表15)

図表14 医療費の推移

	川辺町		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)	2,254人	2,044人	--	--	--	
前期高齢者割合	1,097人 (48.7%)	1,042人 (51.0%)	--	--	--	
総医療費	6億7210万円	7億2358万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	298,179 県内38位 同規模125位	354,002 県内30位 同規模111位	378,542	355,308	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	519,980	632,350	592,330	615,940	617,950
	費用の割合	34.0	38.9	43.0	37.4	39.6
	件数の割合	2.0	2.1	3.0	2.3	2.5
外来	1件あたり費用額	20,530	21,800	24,690	24,020	24,220
	費用の割合	66.0	61.1	57.0	62.6	60.4
	件数の割合	98.0	97.9	97.0	97.7	97.5
受診率	802.476	819.162	730.302	765.634	705.439	

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は川辺町と同規模保険者152市町村の平均値を表す

図表15 一人当たり(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			
	川辺町 (県内市町村中)		県 (47県中)	川辺町 (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	0.898 (40位)	0.908 (40位)	0.989 (31位)	0.946 (14位)	0.903 (24位)	0.918 (32位)
		0.764 (41位)	0.799 (39位)	0.929 (39位)	0.898 (14位)	0.799 (26位)	0.835 (40位)
	入院	0.979 (27位)	0.973 (34位)	1.022 (16位)	1.000 (19位)	1.023 (13位)	1.000 (17位)
		0.979 (27位)	0.973 (34位)	1.022 (16位)	1.000 (19位)	1.023 (13位)	1.000 (17位)
	外来	0.979 (27位)	0.973 (34位)	1.022 (16位)	1.000 (19位)	1.023 (13位)	1.000 (17位)
		0.979 (27位)	0.973 (34位)	1.022 (16位)	1.000 (19位)	1.023 (13位)	1.000 (17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年度と比較すると増加しています。慢性腎不全(透析有)については、H30年度より1.37ポイントも伸びており、同規模、県、全国よりも高くなっています。(図表16)

次に、患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況をH30年度と比較してみると脳血管疾患、虚血性心疾患が、患者数及び割合とも減少していますが、人工透析が患者数及び割合ともに増加しています。(図表17)

人工透析は、年間約500万円と多額の医療費が長期にかかり、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる糖尿病、高血圧等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表16 中長期目標疾患の医療費の推移

			川辺町		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)			6億7210万円	7億2358万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			5027万円	6887万円	--	--	--
			7.48%	9.52%	8.01%	8.36%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.38%	1.58%	2.07%	1.85%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.19%	2.45%	1.38%	1.92%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.64%	5.01%	4.23%	4.28%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.27%	0.47%	0.33%	0.31%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		15.45%	18.00%	17.23%	17.01%	16.69%
	筋・骨疾患		9.01%	10.72%	8.66%	8.32%	8.68%
	精神疾患		8.20%	7.79%	8.13%	7.53%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 17 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		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	2,254	2,044	a	121	110	143	135	6	10	
				a/A	5.4%	5.4%	6.3%	6.6%	0.3%	0.5%	
40歳以上	B	1,768	1,614	b	120	109	142	134	6	10	
	B/A	78.4%	79.0%	b/B	6.8%	6.8%	8.0%	8.3%	0.3%	0.6%	
再掲	40～64歳	C	671	572	c	16	18	30	25	2	3
		C/A	29.8%	28.0%	c/C	2.4%	3.1%	4.5%	4.4%	0.3%	0.5%
	65～74歳	D	1,097	1,042	d	104	91	112	109	4	7
		D/A	48.7%	51.0%	d/D	9.5%	8.7%	10.2%	10.5%	0.4%	0.7%

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある人工透析の割合は増えています。特に、糖尿病については、糖尿病性の合併症の治療割合が減少しているものの、中長期目標である、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の治療割合が増加しています。(図表 18・19・20)

本町では、特定健診結果から、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実施しています。今後も継続して、重症化予防を目的とした保健指導を継続して行うことが必要と考えます。

図表 18 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	764	718	172	164	592	554	
	A/被保数	43.2%	44.5%	25.6%	28.7%	54.0%	53.2%	
(中長期目標疾患合併)	脳血管疾患	B	69	59	11	11	58	48
		B/A	9.0%	8.2%	6.4%	6.7%	9.8%	8.7%
	虚血性心疾患	C	104	89	22	16	82	73
		C/A	13.6%	12.4%	12.8%	9.8%	13.9%	13.2%
人工透析	D	6	9	2	3	4	6	
	D/A	0.8%	1.3%	1.2%	1.8%	0.7%	1.1%	

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

図表 19 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	420	402	98	96	322	306
		A/被保数	23.8%	24.9%	14.6%	16.8%	29.4%	29.4%
(中長期併症)	脳血管疾患	B	34	36	5	5	29	31
		B/A	8.1%	9.0%	5.1%	5.2%	9.0%	10.1%
	虚血性心疾患	C	54	59	14	14	40	45
		C/A	12.9%	14.7%	14.3%	14.6%	12.4%	14.7%
	人工透析	D	6	8	2	2	4	6
		D/A	1.4%	2.0%	2.0%	2.1%	1.2%	2.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	51	36	14	10	37	26
		E/A	12.1%	9.0%	14.3%	10.4%	11.5%	8.5%
	糖尿病性網膜症	F	62	55	17	11	45	44
		F/A	14.8%	13.7%	17.3%	11.5%	14.0%	14.4%
	糖尿病性神経障害	G	16	15	3	6	13	9
		G/A	3.8%	3.7%	3.1%	6.3%	4.0%	2.9%

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

図表 20 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	708	674	173	167	535	507
		A/被保数	40.0%	41.8%	25.8%	29.2%	48.8%	48.7%
(中長期併症)	脳血管疾患	B	50	42	8	6	42	36
		B/A	7.1%	6.2%	4.6%	3.6%	7.9%	7.1%
	虚血性心疾患	C	89	88	20	17	69	71
		C/A	12.6%	13.1%	11.6%	10.2%	12.9%	14.0%
	人工透析	D	2	4	1	1	1	3
		D/A	0.3%	0.6%	0.6%	0.6%	0.2%	0.6%

出典：KDBシステム- 疾病管理一覧(脂質異常症)
 地域の全体像の把握
 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上をH30年度とR03年度で比較したところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について、健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約40%、糖尿病で0%となっています。高血圧の未治療割合は市町村合計と比較しても高くなっています。(図表21)

前述したとおり、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の治療割合は増えてきていますが、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 21 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
				C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E	
川辺町	711	44.0	697	40.4	22	3.1	15	68.2	37	5.3	25	67.6	14	37.8	3	8.1
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
				I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K	
川辺町	696	97.9	683	98.0	20	2.9	5	25.0	27	4.0	6	22.2	0	0.0	1	3.7
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典：ヘルスサポートラボツール

- 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分かっています。本町の特定健診結果において、H30年度とR04年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、6ポイントも伸びており、その中でも2項目の危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表 22)

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、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上が微増しています。また、翌年度の結果を見ると、HbA1c6.5以上LDL-C160以上の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2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ともに、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行います。(図表 22・23・24・25)

図表 22 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	予備群	
			3項目	2項目
H30年度	711 (44.0%)	90 (12.7%)	25 (3.5%)	65 (9.1%)
R04年度	638 (39.5%)	122 (19.1%)	35 (5.5%)	87 (13.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 23 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	50 (7.2%)	7 (14.0%)	24 (48.0%)	10 (20.0%)	9 (18.0%)
R03→R04	57 (8.3%)	24 (42.1%)	19 (33.3%)	2 (3.5%)	12 (21.1%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 24 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	22 (3.1%)	11 (50.0%)	5 (22.7%)	2 (9.1%)	4 (18.2%)
R03→R04	37 (5.3%)	16 (43.2%)	9 (24.3%)	3 (8.1%)	9 (24.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 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	102 (14.3%)	46 (45.1%)	33 (32.4%)	7 (6.9%)	16 (15.7%)
R03→R04	61 (8.8%)	33 (54.1%)	12 (19.7%)	2 (3.3%)	14 (23.0%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、令和元年度には 44.1%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、それ以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 26)

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 27)

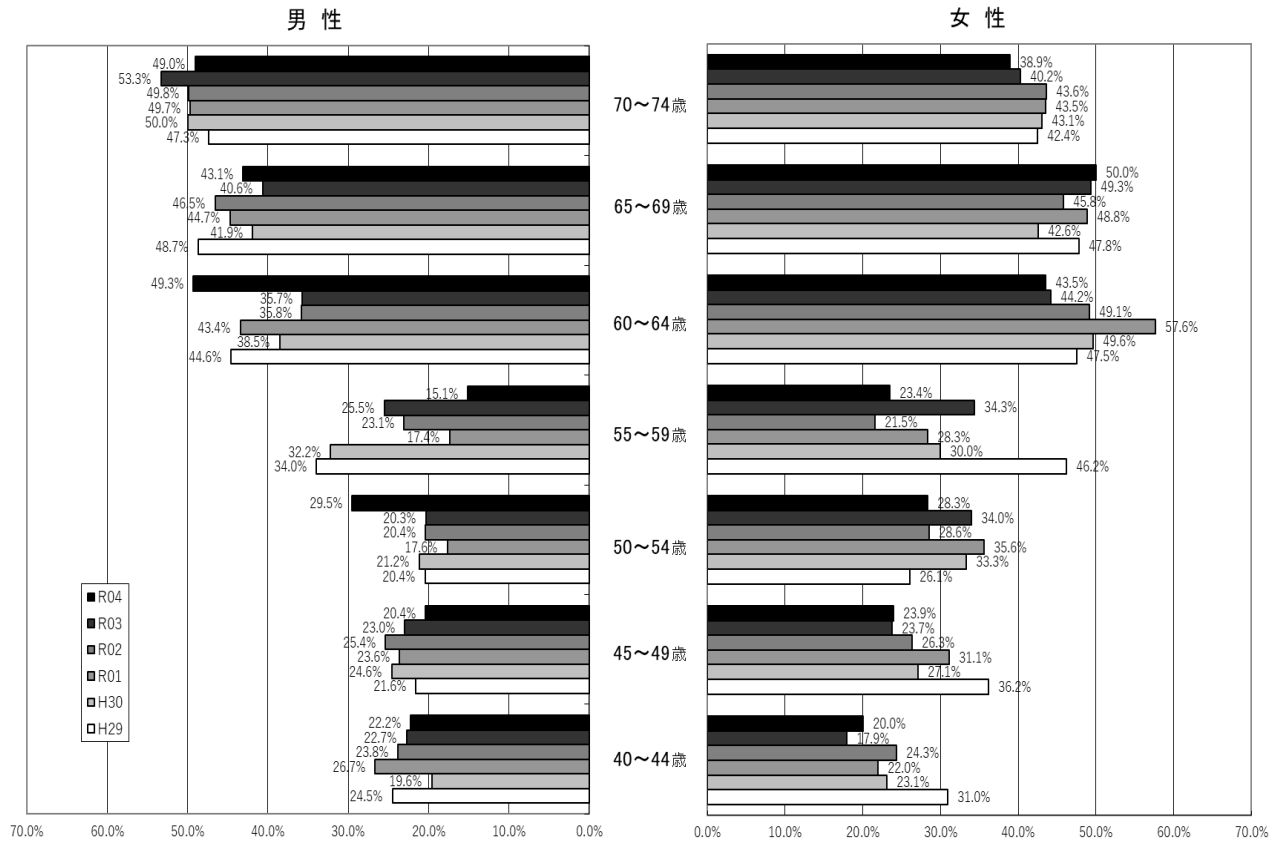
特定保健指導については、例年目標を上回っています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 26 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	683	694	678	671	621	健診受診率 60%
	受診率	42.3%	44.1%	43.3%	43.0%	42.5%	
特定保健指導	該当者数	73	80	75	57	49	特定保健指導実施率 60%
	割合	10.7%	11.5%	11.1%	8.5%	7.9%	
	実施者数	47	53	47	42	36	
	実施率	64.4%	66.3%	62.7%	73.7%	73.5%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 27 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者は年々減少傾向にあります。血糖値有所見者の未治療者・治療中断者の方へ受診勧奨を実施し、約7割の方が受診をしました。(表2)

受診のない方には継続して保健指導が実施できるよう体制を強化し、要治療者の方には治療中断にならないよう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行います。

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、保健師・管理栄養士の保健指導・栄養指導により、血糖改善の支援を行います。

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

表1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	687	683	633
血糖値有所見者 *1	人(b)	60	57	43
	(b/a)	8.7%	8.3%	6.8%
保健指導実施者 *2	人(c)	20	29	18
	(c/b)	33.3%	50.9%	41.9%

*1 HbA1c6.5%以上のもの

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

表2 治療が必要な者の適切な受診

		R2	R3	R4
血糖値有所見者 *1	人(a)	60	57	43
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *3	人(b)	20	18	12
	(b/a)	33.3%	31.6%	27.9%
受診した者	人(c)	16	13	8
	(c/b)	80.0%	72.2%	66.7%
治療開始した者	人(c)	5	4	5
	(c/b)	25.0%	22.2%	41.7%

*3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

表3 HbA1c8.0%以上の状況(アウトカム評価)

		R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	687	683	633
HbA1c8.0%以上	人(b)	5	7	6
	(b/a)	0.7%	1.0%	0.9%
保健指導実施	人(c)	3	4	6
	(c/b)	60.0%	57.1%	100.0%
HbA1c8.0%以上の 未治療者	人(b)	3	4	1
	(b/a)	60.0%	57.1%	16.7%

	↓		↓
内服治療開始	2人	3人	
元々治療中	0人	0人	
死亡、転出	0人	0人	

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 28 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法	
			初年度 H30	中間評 価 R2	最終評 価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.4%	1.0%	1.6%	KDBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.2%	3.4%	2.5%		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	3.6%	4.9%	5.0%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	2.1%	2.8%	1.7%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	50.0%	66.7%	0.0%	川辺町調べ	
	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、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・該当者・予備群の割合の減少	12.7% 11.0%	16.5% 12.1%	19.1% 8.8%	川辺町住民課
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	3.1%	4.9%	5.5%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	14.4%	9.3%	7.1%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5以上)	7.2%	8.7%	6.8%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.5%	0.50%	0.20%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	—	25.0%	41.7%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	80.0%	88.0%	81.5%	
	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	42.3%	43.3%	42.5%	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	64.4%	62.7%	73.5%		
		特定保健指導対象者の割合の減少	10.7%	11.1%	79.0%		
努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	21.4%	20.2%	19.8%	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	24.3%	23.8%	24.3%		
		大腸がん検診受診者の増加	29.0%	23.6%	23.7%		
		子宮がん検診受診者の増加	19.6%	21.7%	21.6%		
		乳がん検診受診者の増加	28.8%	31.5%	30.5%		
		5つのがん検診の平均受診率の増加	24.6%	24.2%	24.0%		
	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	76.8%	80.4%	81.2%	厚生労働省	

3) 第 2 期データヘルス計画に係る考察

【考察】

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費の合計が増加する中で、慢性腎不全(透析有)の医療費が全国・県・同規模と比べて、高くなっています。

短期目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療割合は増加しているが、合併症である人工透析の割合が増加しています(重症化予防につながっていない)。

高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方については、高血糖の割合は平成 30 年度と比べると高くなっているが、個別保健事業計画での糖尿病の取組みが功を奏して、未受診者の割合は低くなってきています。

しかし、高血圧については、未治療者の割合が市町村合計より高く、レセプトの未治療者の割合も高くなってきています。高血圧と人工透析には、因果関係があるため、今後、高血圧予防を行い、慢性腎不全(人工透析)の重症化予防に重点をおく必要があります。

また、メタボリックシンドロームの該当者は年々増加しており、特に若い世代を中心に増加しています。40～64 歳の脳血管疾患の増加、脳血管疾患による要介護認定者の割合も増えており、若い世代への対応が課題となっています。

40～64 歳は 7 割が健診未受診者で、健康実態の分からない方が多く存在します。まずは受診勧奨を強化し、新たに受診してもらえるような対策が必要です。また、特定健診受診者に対しては、継続受診につながるよう対応していく必要があります。

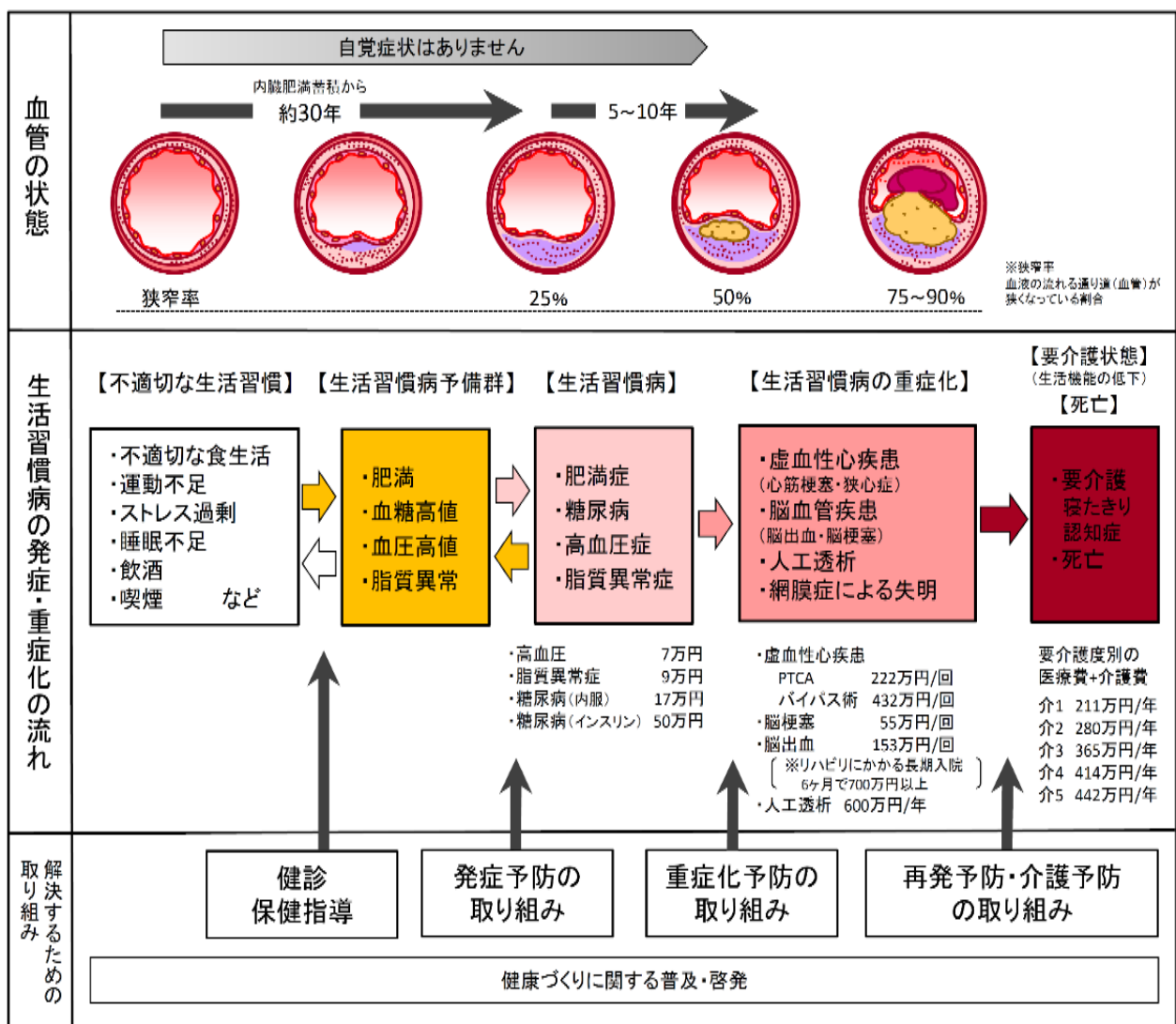
3. 第3期における健康課題の明確化

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 29 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

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。

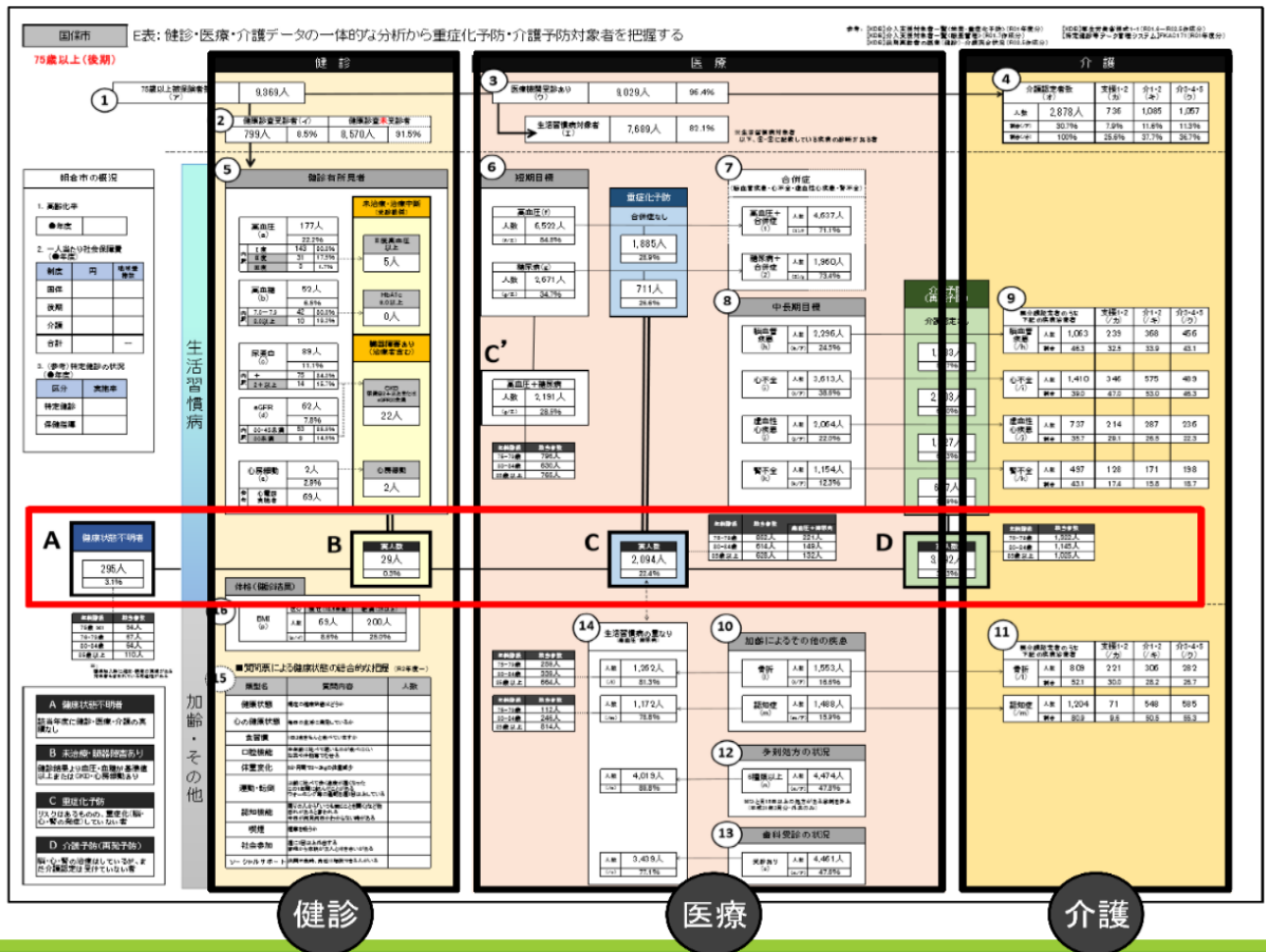
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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30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、啓発を行うなど、40歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

図表30 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
(参考資料2 P72~75)



(1)医療費分析

図表 31 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		2,254人	2,188人	2,182人	2,137人	2,044人	1,805人
総件数及び 総費用額	件数	22,036件	21,313件	19,551件	20,390件	20,733件	29,282件
	費用額	6億7210万円	7億2066万円	6億4820万円	6億6106万円	7億2358万円	13億9104万円
一人あたり医療費		29.8万円	32.9万円	29.7万円	30.9万円	35.4万円	77.1万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 32 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	川辺町	7億2358万円	28,589	5.01%	0.47%	1.58%	2.45%	5.66%	4.13%	3.46%	1億6473万円	22.8%	18.0%	7.79%	10.72%
	同規模	—	30,653	4.23%	0.33%	2.07%	1.38%	6.02%	3.54%	2.04%	—	19.6%	17.2%	8.13%	8.66%
	県	—	28,714	4.28%	0.31%	1.85%	1.92%	5.90%	3.47%	2.38%	—	20.1%	17.0%	7.53%	8.32%
	国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	川辺町	13億9104万円	65,424	3.06%	0.59%	2.26%	1.10%	4.18%	3.82%	1.67%	2億3211万円	16.7%	11.1%	2.99%	14.0%
	同規模	—	66,508	4.21%	0.52%	3.96%	1.49%	4.19%	3.35%	1.24%	—	19.0%	10.5%	3.78%	12.0%
	県	—	64,978	3.92%	0.45%	3.70%	2.27%	4.68%	3.43%	1.64%	—	20.1%	12.1%	2.58%	11.0%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 33 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	121人	144人	134人	114人	81人	186人
	件数	B	358件	231件	229件	215件	129件	300件
		B/総件数	1.62%	1.08%	1.17%	1.05%	0.62%	1.02%
	費用額	C	4億8337万円	3億1180万円	3億0035万円	2億8726万円	1億7514万円	3億7690万円
C/総費用		71.9%	43.3%	46.3%	43.5%	24.2%	27.1%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 34 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	4人		4人		3人		2人		1人		7人		
		D/A	3.3%		2.8%		2.2%		1.8%		1.2%		3.8%		
	件数	E	19件		8件		8件		5件		4件		11件		
		E/B	5.3%		3.5%		3.5%		2.3%		3.1%		3.7%		
	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%	3	37.5%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	3	27.3%
		60代	12	63.2%	2	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	80代	8	72.7%
		70-74歳	7	36.8%	6	75.0%	5	62.5%	5	100.0%	4	100.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	F	2218万円		1046万円		873万円		598万円		468万円		1246万円		
		F/C	4.6%		3.4%		2.9%		2.1%		2.7%		3.3%		

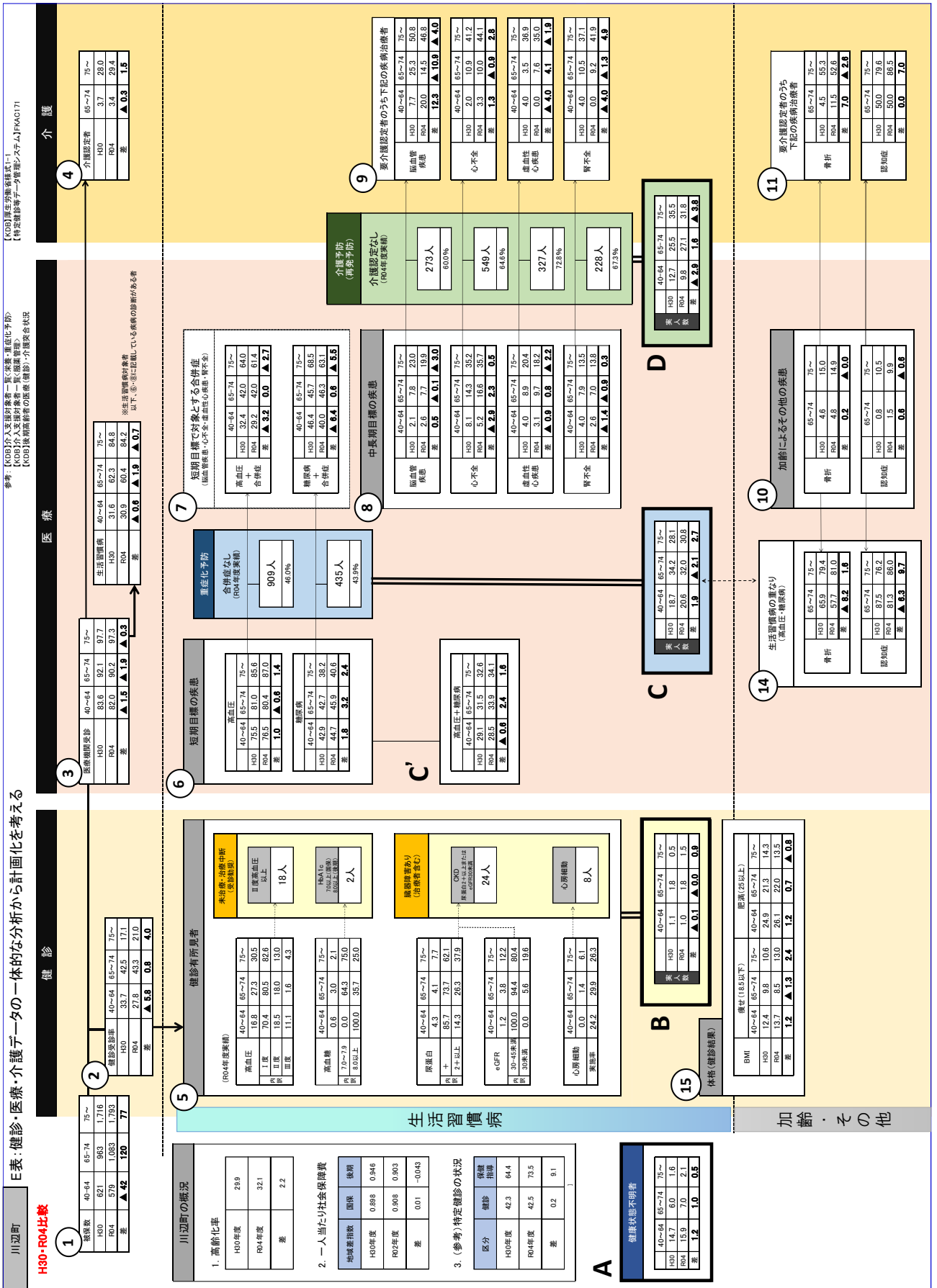
出典:ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(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	11人		14人		14人		9人		5人		2人		
		G/A	9.1%		9.7%		10.4%		7.9%		6.2%		1.1%		
	件数	H	26件		16件		17件		11件		5件		2件		
		H/B	7.3%		6.9%		7.4%		5.1%		3.9%		0.7%		
	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	3	11.5%	2	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	2	100.0%
		60代	15	57.7%	6	37.5%	5	29.4%	2	18.2%	0	0.0%	80代	0	0.0%
		70-74歳	8	30.8%	8	50.0%	12	70.6%	9	81.8%	5	100.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	3675万円		2754万円		2889万円		2131万円		1251万円		192万円		
		I/C	7.6%		8.8%		9.6%		7.4%		7.1%		0.5%		

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 36 健診・医療・介護データの一体的な分析



図表 37 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数				② 健診受診率			⑤ 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	28.0	621	963	1,716	33.7	42.5	17.1	12.4	9.8	10.6	24.9	21.3	14.3	
R04	29.4	579	<u>1,083</u>	<u>1,793</u>	27.8	43.3	21.0	13.7	8.5	13.0	<u>26.1</u>	<u>22.0</u>	13.5	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 38 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動														
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-												
	人	%	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%					
H30	8	3.8	(6)	12	2.9	(6)	6	2.0	(0)	3	1.4	(0)	14	3.4	(1)	1	0.3	(0)	1	0.5	9	2.2	7	2.4	0	--	1	0.2	2	0.7
R04	8	<u>5.0</u>	(5)	25	<u>5.3</u>	(10)	20	<u>5.3</u>	(3)	1	0.6	(0)	14	3.0	(2)	2	0.5	(0)	1	0.6	5	1.1	18	<u>4.8</u>	0	--	2	0.4	6	1.6

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 39 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③ 医療機関受診						⑥ 生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)									⑦ 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	83.6	92.1	97.7	31.6	62.3	84.8	75.5	81.0	85.6	42.9	42.7	38.2	29.1	31.5	32.6	32.4	42.0	64.0	46.4	45.7	68.5			
R04	82.0	90.2	97.3	30.9	60.4	84.2	76.5	80.4	87.0	44.7	45.9	40.6	28.5	33.9	34.1	29.2	42.0	61.4	40.0	46.3	63.1			

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 40 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧ 中長期目標の疾患(被保険者割)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	2.1	7.8	23.0	4.0	8.9	20.4	8.1	14.3	35.2	4.0	7.9	13.5	7.7	25.3	50.8	4.0	3.5	36.9	2.0	10.9	41.2	4.0	10.5	37.1
R04	2.6	7.7	19.9	3.1	9.7	18.2	5.2	16.6	35.7	2.6	7.0	13.8	<u>20.0</u>	14.5	46.8	0.0	7.6	35.0	3.3	10.0	44.1	0.0	9.2	41.9

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 41 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割合)				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	65.9	79.4	87.5	76.2	4.6	15.0	0.8	10.5	4.5	55.3	50.0	79.6
R04	57.7	81.0	81.3	86.0	4.8	14.9	1.5	9.9	11.5	52.6	50.0	86.5

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化(図表 31~41)

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人当たりの医療費を見ると、令和2年度には新型コロナウイルス感染症の影響で一時的に減少したが、令和3年以降は増加傾向に転じています。後期高齢者医療になると一人当たり70万円を超え、国保の2倍も高い状況です。(図表31)

短期目標疾患の医療費に占める割合は、高血圧、脂質異常症で国保及び後期高齢者医療においても、同規模、県、国と比べて高い状況です。また、中長期目標疾患においては、国保では慢性腎不全(透析有・無)、心疾患が同規模、県、国と比べて高くなっています。(図表32)

高額レセプトについては、国保では令和4年度で129件のレセプトが発生していますが、後期高齢者医療になると、300件となり約2.3倍に増えていることがわかります。

高額レセプトにおける疾病を見てみると、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19件で2,218万円の費用を要していましたが、令和4年度は4件と件数が減り、費用額も468万円と減っています。しかし、後期高齢者医療においては、11件発生し、1,246万円余りの費用額を要しています。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、長年にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防について力を入れる必要があります。(図表33、34)

健診・医療・介護のデータをH30年度とR4年度の結果を年代別で比較分析すると、図表37の①被保険者数では、40~64歳は減っていますが、65歳~74歳、75歳以上では100名程度増加し、今後、75歳以上の後期高齢者が確実に増えていくことがわかります。次に、⑮体格を見ると、40~64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が1.2ポイントも高くなっています。

図表38 健診有所見の状況を見ると、Ⅱ度高血圧以上が各年代で対象の割合が増えています。また、慢性腎不全(CKD)では、75歳以上の対象人数及び割合ともに増えており、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39の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況を見ると、高血圧+合併症においては、若干割合が減っていますが、糖尿病+合併症においては、65歳~74歳が高くなっています。

図表40の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)と介護認定の状況において、40~60歳の脳血管疾患の介護認定者の割合が高く、若年者の脳血管疾患は長期で介護保険を利用することから、若年者の脳血管疾患予防を高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施していくことが大切となっています。

図表41より、⑩加齢によるその他の疾患中の65~74歳の認知症の発症割合が増えています。

認知症の方は、生活習慣病の重なりのある方が多く、認知症予防のための生活習慣病予防が必要となってきます。

(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、糖尿病等の基礎疾患に重なりがあります。また、若い年齢層でのメタボリックシンドローム該当者が増えており、中長期疾患や基礎疾患のある方がメタボリックシンドローム該当者の割合が高いことも分かってきました。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、腎不全、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第4章に記載します。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、すべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて指標(図表42)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

② 中長期的な目標の設定

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

しかし、年齢が高くなるほど、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、入院に伴う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の減少を目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また、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するとともに、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 42 第3期データヘルス計画目標管理一覧 ★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)		
			初期値 R 6 (R4)	中間評価 価 (R7)	最終評価 価 (R10)			
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.60%	1.40%	1.20%	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	2.50%	2.20%	2.10%		
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	5.00%	4.80%	4.60%		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.70%	1.60%	1.50%		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	50%	50%	50%		
	データヘルス計画	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	19.1% 8.8%	18.5% 8.0%	18% 8.0%	川辺町 住民課
				健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	5.50%	5.30%	5.00%	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	7.10%	7.00%	6.80%	
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	6.80%	6.60%	6.50%	
				★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	0.90%	0.90%	0.90%	
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	50.0%	50.0%	50.0%	
	データヘルス計画	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	42.5%	46.0%	49.0%	法定報告値
				★特定保健指導実施率60%以上	73.5%	75.0%	75.0%	
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	26.8%	25.0%	25.0%	

第3章 特定健康診査・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 43 特定健康診査受診率・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	45%	46%	47%	48%	49%	50%以上
特定保健指導実施率	75%	75%	75%	75%	75%	75%以上

3. 対象者の見込み

図表 44 特定健康診査・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	1604人	1556人	1538人	1501人	1468人	1438人
	受診者数	722人	716人	723人	720人	719人	719人
特定保健指導	対象者数	72人	71人	71人	69人	68人	67人
	受診者数	54人	53人	53人	52人	51人	50人

4. 特定健康診査の実施

(1)実施方法

健診については、加茂医師会に委託し、集団健診及び個別健診により実施します。

①集団健診(川辺町保健センター他)

②個別健診(委託医療機関)

(2)特定健康診査委託基準

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

(3)特定健康診査実施項目

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代えることができます。(実施基準第 1 条第 4 項)

図表 45 特定健康診査検査項目(例示)

○川辺町特定健診検査項目

健診項目		川辺町	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

(4)実施時期

7月から翌年12月末まで実施します。

(5)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。

(6)代行機関

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

(7)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。また、計画的に保健事業を実施します。

図表 46 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 ↓	(特定保健指導の実施)
5月		健診対象者の抽出	
6月		受診等の印刷・送付 ↓	
7月		(特定健診の開始)	実績の分析、実施方法の検討等
8月		健診データ受取 → 保健指導対象者の抽出 費用決裁 (特定保健指導の開始)	
9月			
10月		(特定健診・特定保健指導の実施)	受診・実施率実績の算出
11月	契約に関わる		支払基金(連合会)への報告
12月	予算手続き		(ファイル作成・送付)
1月	↓		
2月		健診データ抽出(システムより)	
3月	契約準備 ↓	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、健康福祉課への執行委任の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

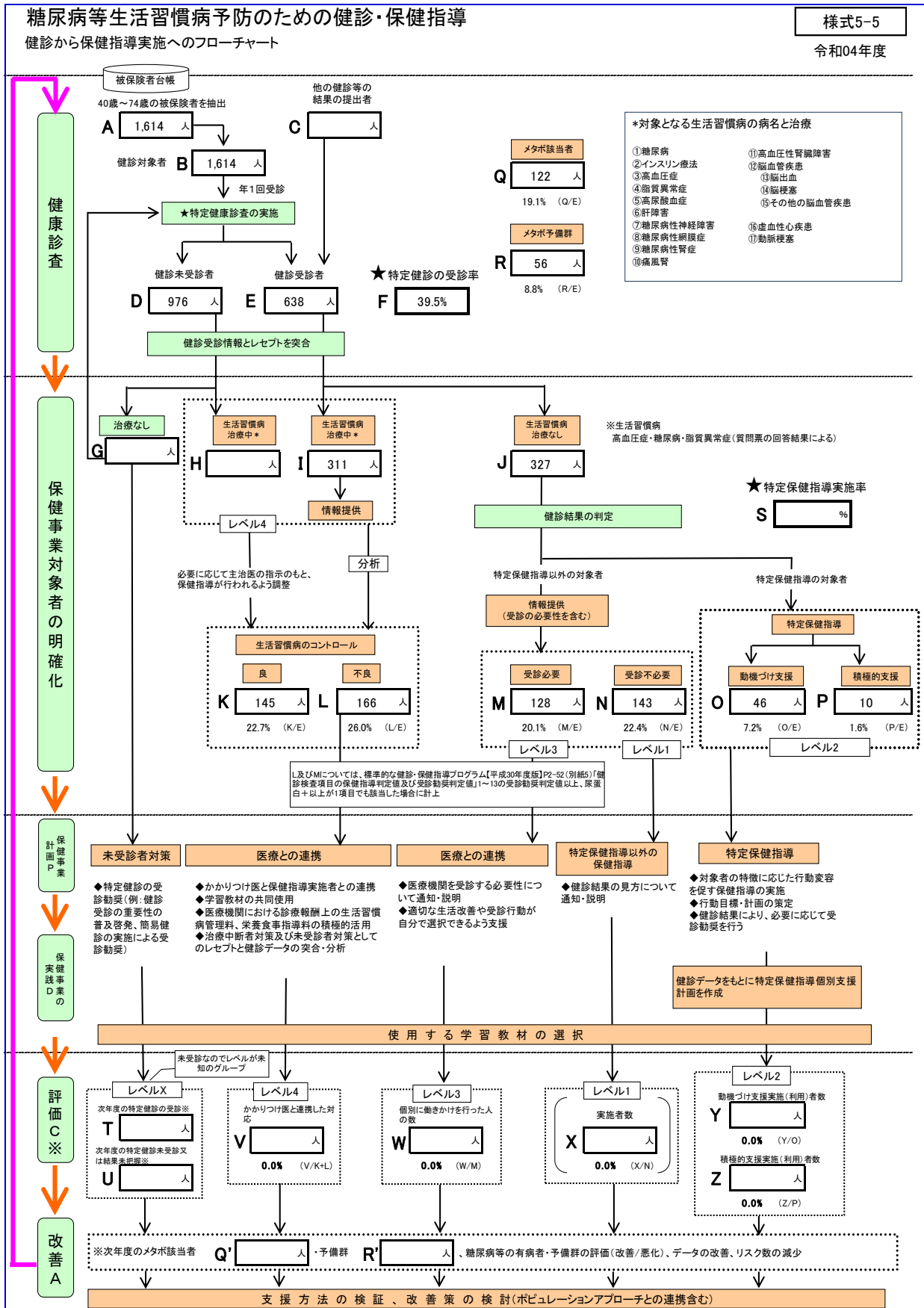
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1)健診から保健指導実施の流れ

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

図表 47 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48 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	国民健康保険	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	56人 (8.8%)	75%
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	128人 (20.1%)	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(対象者全員への受診票送付 11月の健診に向けて受診勧奨等)	976 ※受診率目標達成まであと153人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	143人 (22.4%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	311人 (48.7%)	生活習慣病のコントロール不良者への指導 100%

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及び川辺町個人情報保護法施行条例等を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外委託する際は、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、健康カルテで行います。

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、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、重症化予防の取組みとポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。

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

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

ポピュレーションアプローチの取組みとしては、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町民へ周知していきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため、特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施に当たっては、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。

※ポピュレーションアプローチとは

多くの人々が少しずつリスクを軽減することで、集団全体としては多大な恩恵をもたらすことに注目し、集団全体をより良い方向にシフトさせること。

II. 重症化予防の取組

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、201人(31.5%)です。そのうち治療なしが59人(18.0%)を占め、その中の26人に臓器障害があり直ちに取組むべき対象者となっています。

また、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、59人中29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 49 脳・心・腎を守るために

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年間調整死亡率の減少 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患 の年間調整死亡率の減少 (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年版合同研究班報告))		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の診断と治療に関するガイドライン(2011年版合同研究班報告)	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	治療中	治療なし	治療中	治療なし
科学的根拠に基づき レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) ラクナ 梗塞 (31.2%) 心原性 脳塞栓症 (27.7%) ※脳卒中 データバンク 2019より 非心原性脳梗塞 アテローム 血栓性 脳塞栓症 (33.2%)	心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	治療中	治療なし	治療中	治療なし
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)	心房細動	動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		
重症化予防対象	II度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		
該当者数	35	2	11	122	26	47	201	31.5%
治療なし	20	0	10	18	12	18	59	18.0%
(再掲) 特定保健指導	5	0	2	18	3	6	29	14.4%
治療中	15	2	5	104	14	29	142	45.7%
臓器障害 あり	11	0	2	3	1	18	26	44.1%
CKD(専門医対象者)	3	0	1	1	0	18	18	
心電図所見あり	10	0	1	3	1	3	11	
臓器障害 なし	9	--	8	15	11	--	--	--

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

<参考> 健診受診者(受診率)	39.5%
638人	

■各疾患の治療状況	
治療中	治療なし
高血圧	426
脂質異常症	453
糖尿病	567
3疾患 いづれか	327

※問診結果による

1. 糖尿病性腎症重症化予防

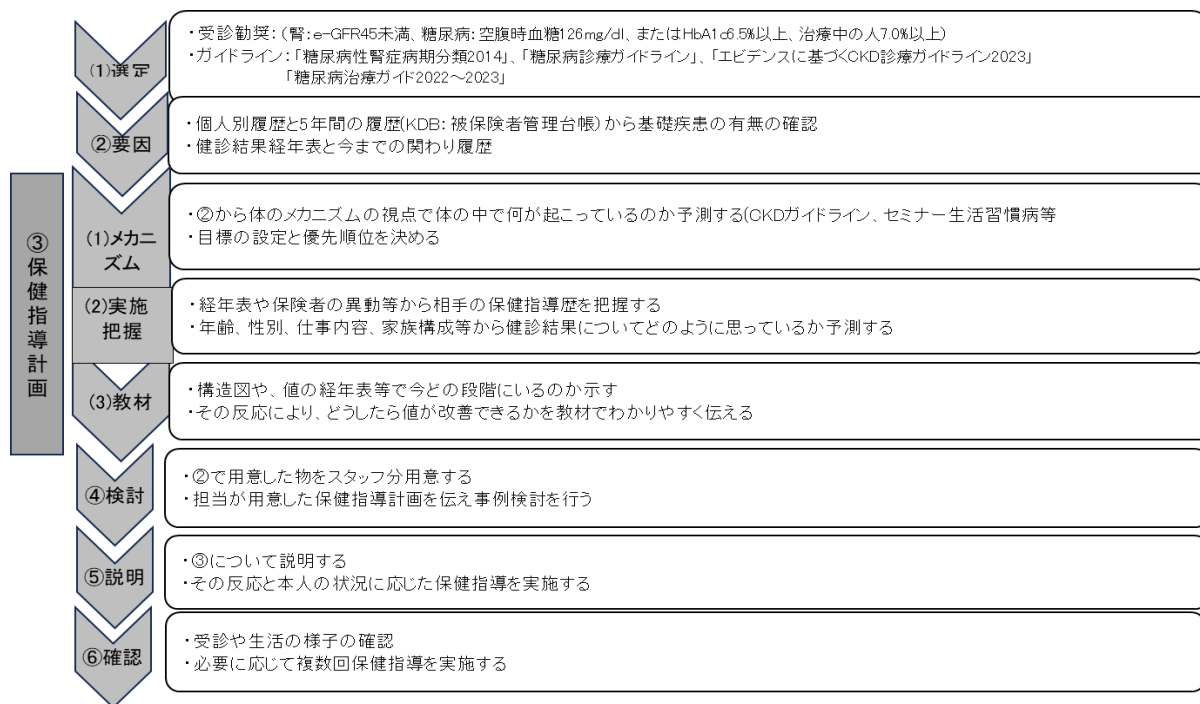
1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組みに当たっては「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)及び岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組みに当たっては図表 50 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 50 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当たっては、岐阜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. 腎症重症化リスクの高い者

- イ. 血糖、尿蛋白、e-GFR 等の状態により、かかりつけ医が町の保健指導等を必要と判断した者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取組みを進めるに当たって、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(図表 51)」（糖尿病性腎症合同委員会）を基礎とします。

図表 51 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(e-GFR)で把握していきます。

町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(e-GFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が困難です。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、19人(22.4%・F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者444人のうち、特定健診受診者が66人(77.6%・G)でした。

糖尿病治療者で特定健診未受診者378人(85.1%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要となります。

③介入方法と優先順位

図表 52 より、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）・・・19人

優先順位 2

【保健指導】

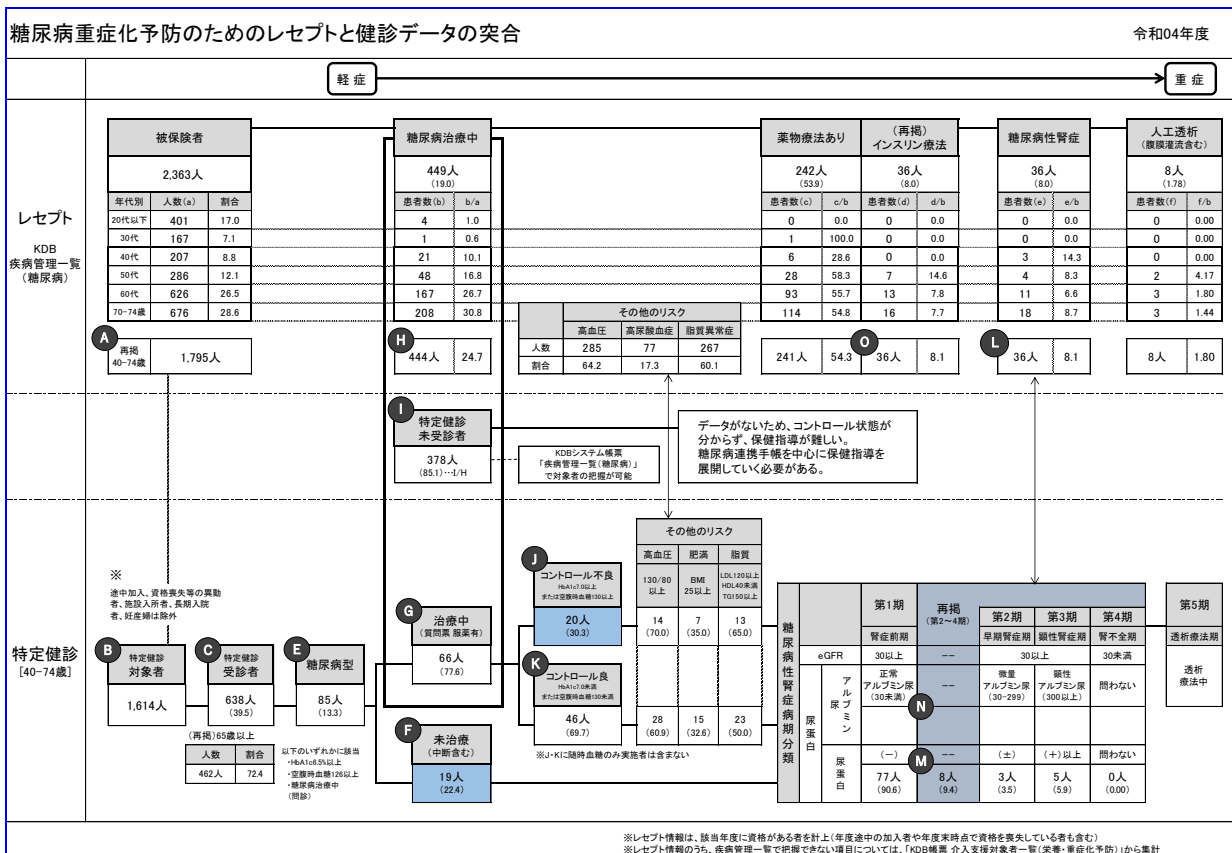
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・20人
治療を中断しない（継続受診）ための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

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

図表 52 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 4 P77）



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。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あわせて、対象者に応じた保健指導を行います。

また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行います。

図表 53 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

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

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、健診結果に基づく対象者のうち、尿蛋白定性(±)の方に対しては、二次健診等で尿アルブミン検査が実施できるよう検討します。

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へつなぐ場合、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、専門医との連携に際しては、岐阜県プログラムに準じて行います。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携しながら事業を進めます。

6) 評価

評価を行うに当たっては、短期的評価・中長期的評価により行います。短期的評価については、データヘルス計画の評価等とあわせ年1回行います。その際は、糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価については、図表54 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行います。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

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

②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化

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

図表 54 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	川辺町										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	2,313人		2,273人		2,174人		2,194人		2,151人			
	②		(再掲)40-74歳	1,824人		1,791人		1,721人		1,731人		1,732人			
2	①	特定健診	B	1,615人		1,573人		1,567人		1,560人		1,462人			
	②		対象者数	711人		727人		700人		697人		649人			
	③		受診率	---		---		---		---		---			
3	①	特定保健指導	C	73人		80人		75人		57人		49人			
	②		実施率	64.4%		66.3%		62.7%		73.7%		73.5%			
4	①	健診データ	E	71人	10.0%	114人	15.7%	98人	14.0%	90人	12.9%	86人	13.3%		
	②		糖尿病型	F	21人	29.6%	42人	36.8%	24人	24.5%	20人	22.2%	19人	22.1%	
	③		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	G	50人	70.4%	72人	63.2%	74人	75.5%	70人	77.8%	67人	77.9%	
	④		治療中(質問票 服薬あり)	J	22人	44.0%	34人	47.2%	32人	43.2%	27人	38.6%	20人	29.9%	
	⑤		コントロール不良(HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上)	K	12人	54.5%	20人	58.8%	22人	68.8%	11人	40.7%	14人	70.0%	
	⑥		血圧 130/80以上	M	11人	50.0%	14人	41.2%	12人	37.5%	9人	33.3%	7人	35.0%	
	⑦		肥満 BMI25以上	M	28人	56.0%	38人	52.8%	42人	56.8%	43人	61.4%	47人	70.1%	
	⑧		コントロール良好(HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満)	M	58人	81.7%	92人	80.7%	78人	79.6%	78人	86.7%	78人	90.7%	
	⑨		第1期 尿蛋白(-)	M	5人	7.0%	6人	5.3%	4人	4.1%	4人	4.4%	3人	3.5%	
	⑩		第2期 尿蛋白(±)	M	6人	8.5%	13人	11.4%	14人	14.3%	8人	8.9%	5人	5.8%	
	⑪		第3期 尿蛋白(+)	M	1人	1.4%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	
5	①	レセプト	H	126.2人		122.3人		129.3人		131.7人		137.1人			
	②		糖尿病受療率(被保険者千対)	160.1人		154.7人		160.4人		165.2人		169.7人			
	③		(再掲)40-74歳(被保険者千対)	1,512件 (855.2)		1,576件 (912.6)		1,585件 (918.8)		1,623件 (939.8)		1,542件 (955.4)			
	④		レセプト件数(40-74歳)内は被保険者千対	10件 (5.7)		18件 (10.4)		6件 (3.5)		4件 (2.3)		8件 (5.0)			
	⑤		入院(件数)	292人		278人		281人		289人		295人			
	⑥		糖尿病治療中	292人		278人		281人		289人		295人			
	⑦		(再掲)40-74歳	292人		278人		281人		289人		295人			
	⑧		健診未受診者	242人		227人		202人		216人		227人			
	⑨		インスリン治療	17人		15人		18人		18人		10人			
	⑩		(再掲)40-74歳	17人		15人		16人		18人		10人			
	⑪		糖尿病性腎症	23人		36人		31人		28人		21人			
	⑫		(再掲)40-74歳	23人		36人		30人		28人		21人			
	⑬		慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)	6人		5人		8人		6人		5人			
	⑭		(再掲)40-74歳	6人		5人		8人		6人		5人			
	⑮		新規透析患者数	2人		0人		3人		0人		0人			
	⑯		(再掲)糖尿病性腎症	1人		0人		2人		0人		0人			
⑰	【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)	6人		5人		4人		4人		3人					
6	①	医療費		6億7210万円		7億2066万円		6億4820万円		6億6106万円		7億2358万円		10億9648万円	
	②		総医療費	3億7694万円		4億0503万円		3億7954万円		3億7715万円		4億3084万円		5億9067万円	
	③		生活習慣病総医療費	56.1%		56.2%		58.6%		57.1%		59.5%		53.9%	
	④		(総医療費に占める割合)	4,649円		6,203円		5,375円		5,556円		6,801円		8,199円	
	⑤		生活習慣病対象者一人あたり	30,929円		33,604円		31,175円		26,722円		35,037円		37,038円	
	⑥		健診受診者	4201万円		5157万円		4335万円		4247万円		4096万円		6602万円	
	⑦		健診未受診者	11.1%		12.7%		11.4%		11.3%		9.5%		11.2%	
	⑧		糖尿病医療費	1億3818万円		1億3356万円		1億3886万円		1億3722万円		1億2579万円			
	⑨		(生活習慣病総医療費に占める割合)	36,948円		35,815円		36,590円		35,321円		33,588円			
	⑩		糖尿病入院外総医療費	4601万円		8516万円		6336万円		6909万円		8154万円			
	⑪		1件あたり	582,460円		645,167円		627,364円		651,750円		734,615円			
	⑫		糖尿病入院総医療費	14日		15日		16日		17日		15日			
	⑬		慢性腎不全医療費	2627万円		2516万円		3438万円		3873万円		3965万円		4999万円	
	⑭		透析有り	2446万円		2341万円		3198万円		3720万円		3628万円		4634万円	
	⑮		透析なし	181万円		175万円		240万円		153万円		337万円		364万円	
7	①	介護		7億3428万円		7億5867万円		7億5622万円		8億0591万円		8億5386万円		13億3151万円	
	②		介護給付費	0件 0.0%		1件 50.0%		1件 50.0%		0件 0.0%		0件 0.0%			
8	①	死亡		1人	0.8%	3人	2.5%	0人	0.0%	1人	0.8%	0人	0.0%	582人	1.1%

出典:ヘルスサポートラボツール

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

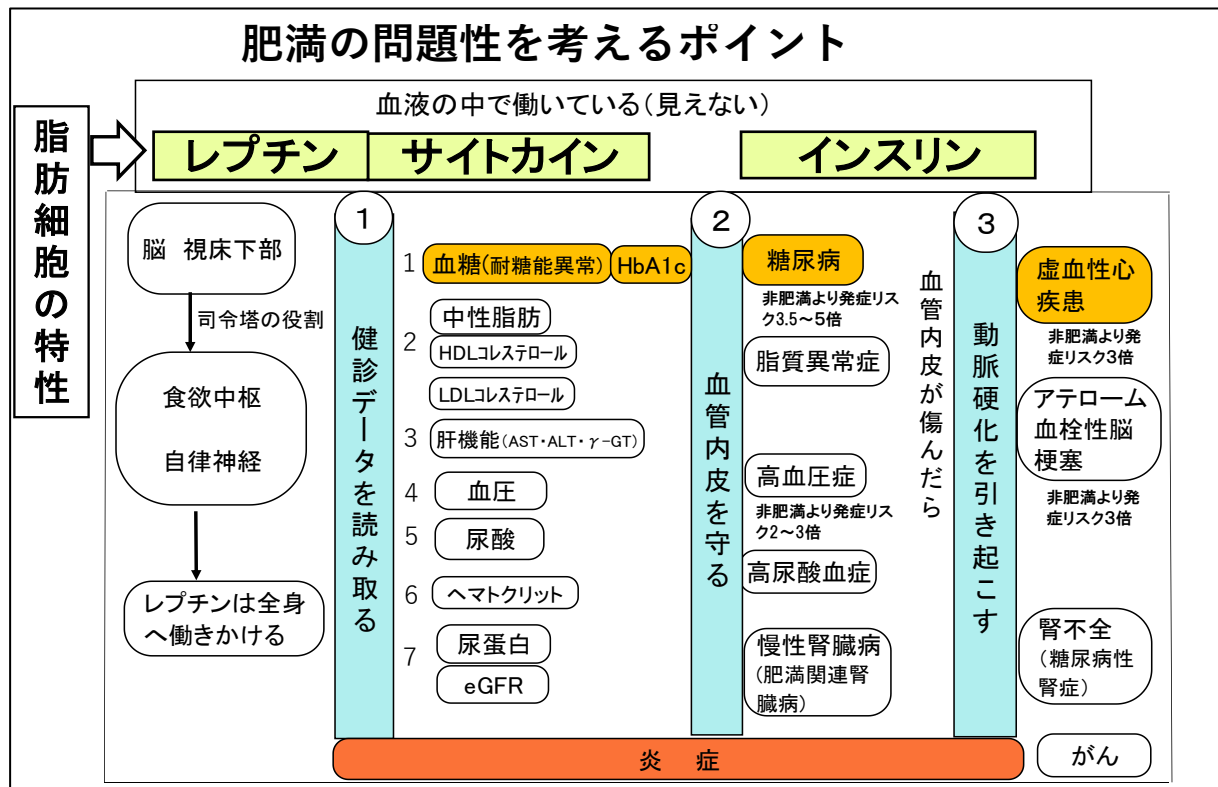
1) 基本的な考え方

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にあります。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行います。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、取組みに当たっては図表 55 に基づいて行います。

図表 55 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 56 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	170	468	46	101	34	95	8	6	2	0	2	0	
				27.1%	21.6%	20.0%	20.3%	4.7%	1.3%	1.2%	0.0%	1.2%	0.0%
再掲	男性	80	236	29	64	23	61	5	3	1	0	0	0
				36.3%	27.1%	28.8%	25.8%	6.3%	1.3%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
	女性	90	232	17	37	11	34	3	3	1	0	2	0
				18.9%	15.9%	12.2%	14.7%	3.3%	1.3%	1.1%	0.0%	2.2%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

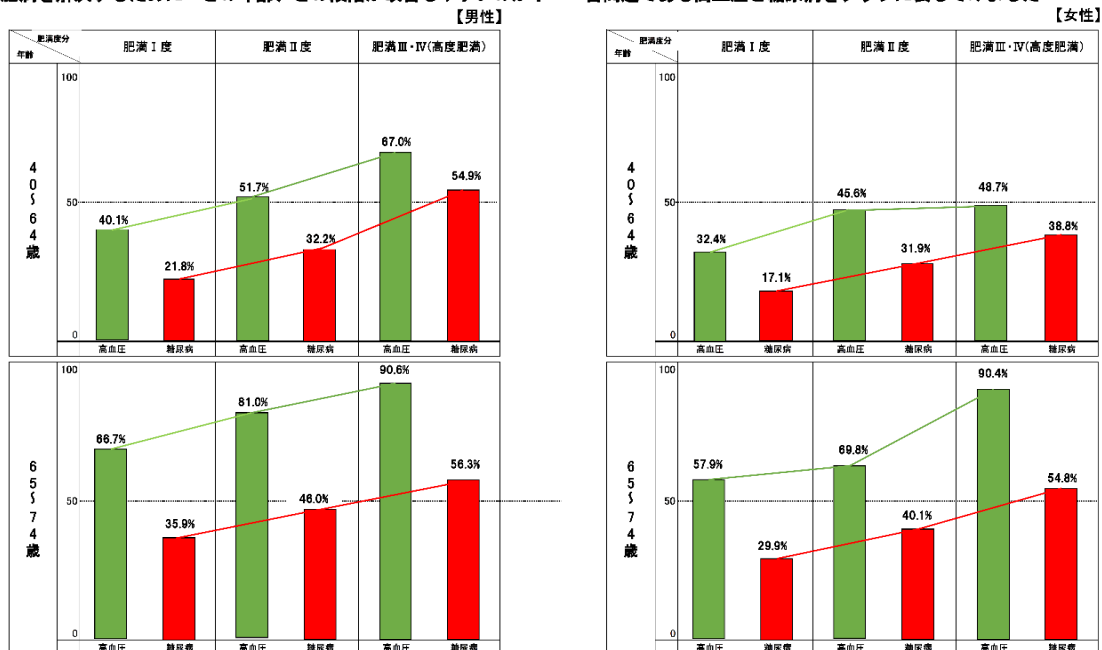
(2) 優先順位をつけます。

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がよ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 57 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？ 一番問題である高血圧と糖尿病をグラフに表してみました



② 保健指導を実施した際の住民の声(意識)から「日常生活」で困っていることを調査しました。

図表 58 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

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

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

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種 of 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。そのことは、図表 58 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻さが伺えます。

次に、図表 57 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り、両疾患の発症が 50%に満たない肥満 I 度で、若い年代 (40~64 歳) を優先的に対象とすることが、望ましいと考えられます。

③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 59 令和3年度 心・脳血管疾患を発症した事例

事例 No.	性別	発症 年齢	KDBから把握 レセプト							特定 健診	転 帰	
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患					介護
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋 梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常 症			
1	男	70代			●		●				メタボ	
2	男	70代			●		●	●	●		メタボ	
3	男	70代			●		●	●	●		メタボ	
4	男	70代	●				●				メタボ	

3) 対象者の明確化

図表 60 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	316	19	26	119	152	322	18	32	144	128	
メタボ該当者	B	92	2	7	31	52	30	1	0	17	12	
	B/A	29.1%	10.5%	26.9%	26.1%	34.2%	9.3%	5.6%	0.0%	11.8%	9.4%	
再掲	① 3項目全て	C	25	1	3	6	15	10	1	0	6	3
		C/B	27.2%	50.0%	42.9%	19.4%	28.8%	33.3%	100.0%	--	35.3%	25.0%
	② 血糖＋血圧	D	17	0	0	4	13	1	0	0	0	1
		D/B	18.5%	0.0%	0.0%	12.9%	25.0%	3.3%	0.0%	--	0.0%	8.3%
	③ 血圧＋脂質	E	40	1	3	17	19	18	0	0	10	8
		E/B	43.5%	50.0%	42.9%	54.8%	36.5%	60.0%	0.0%	--	58.8%	66.7%
	④ 血糖＋脂質	F	10	0	1	4	5	1	0	0	1	0
		F/B	10.9%	0.0%	14.3%	12.9%	9.6%	3.3%	0.0%	--	5.9%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 61 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	316	92	29.1%	77	83.7%	15	16.3%	322	30	9.3%	27	90.0%	3	10.0%		
40代	19	2	10.5%	1	50.0%	1	50.0%	18	1	5.6%	1	100.0%	0	0.0%		
50代	26	7	26.9%	7	100.0%	0	0.0%	32	0	0.0%	0	--	0	--		
60代	119	31	26.1%	21	67.7%	10	32.3%	144	17	11.8%	16	94.1%	1	5.9%		
70～74歳	152	52	34.2%	48	92.3%	4	7.7%	128	12	9.4%	10	83.3%	2	16.7%		

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 60)は、男性で 50 代から受診者の 2～3 割を超えますが、女性では 60 代・70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 61)は、男女とも 8 割以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことが分かります。

また、図表 59 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あわせて、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)を行います。

(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います。

図表 62 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

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

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、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。町においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施を検討します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

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

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

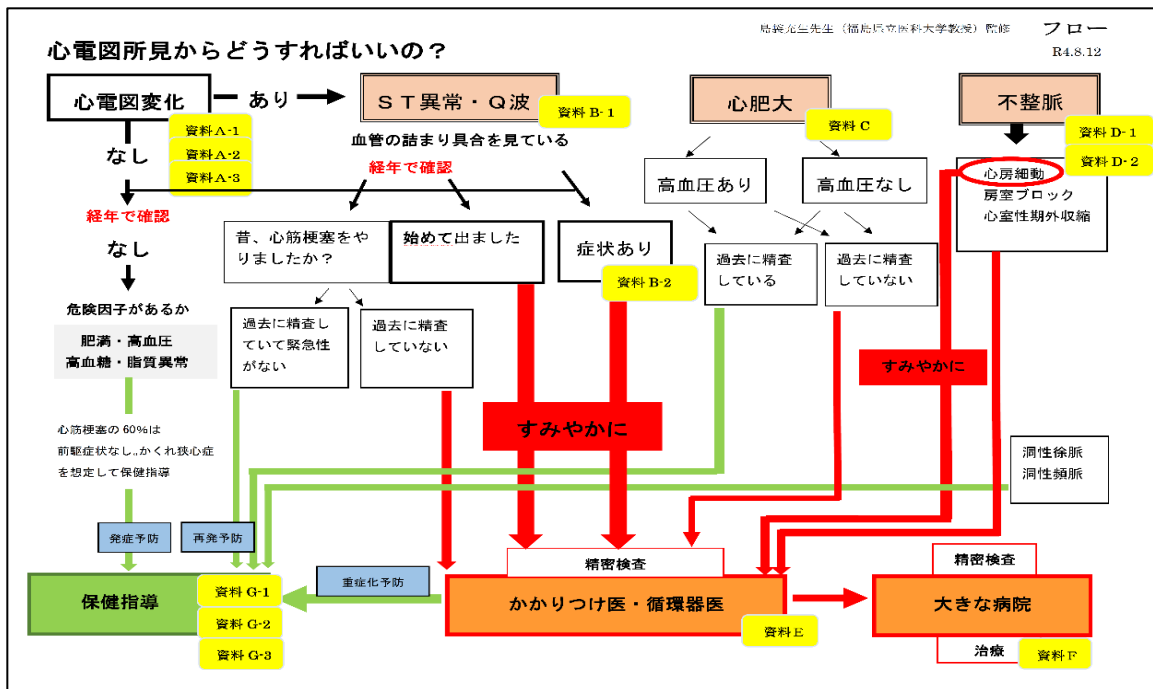
虚血性心疾患重症化予防の取組みに当たっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づき進めます。

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に当たっては、図表 63 に基づいて考えます。

図表 63 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、血糖等のリスクとあわせて医療機関で判断してもらう必要があります。

町においては、心電図検査実を197人(28.6%)に実施し、そのうち有所見者が73人(37.1%)でした。所見の中でもST-T変化が12人(16.4%)で、所見率が3番目に高いことが分かります。(図表64)

今後は、心電図有所見者の医療機関の受診状況の把握を行い、未受診者への受診勧奨を行う必要があります。

図表 64 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
内訳	40～74歳	197	28.6%	73	37.1%	3	4.1%	12	16.4%	5	6.8%	0	0.0%	3	4.1%	14	19.2%	2	2.7%	17	23.3%
	男性	94	28.6%	44	46.8%	2	4.5%	6	13.6%	5	11.4%	0	0.0%	2	4.5%	9	20.5%	2	4.5%	8	18.2%
	女性	103	28.6%	29	28.2%	1	3.4%	6	20.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.4%	5	17.2%	0	0.0%	9	31.0%

川辺町調べ

②心電図以外からの把握

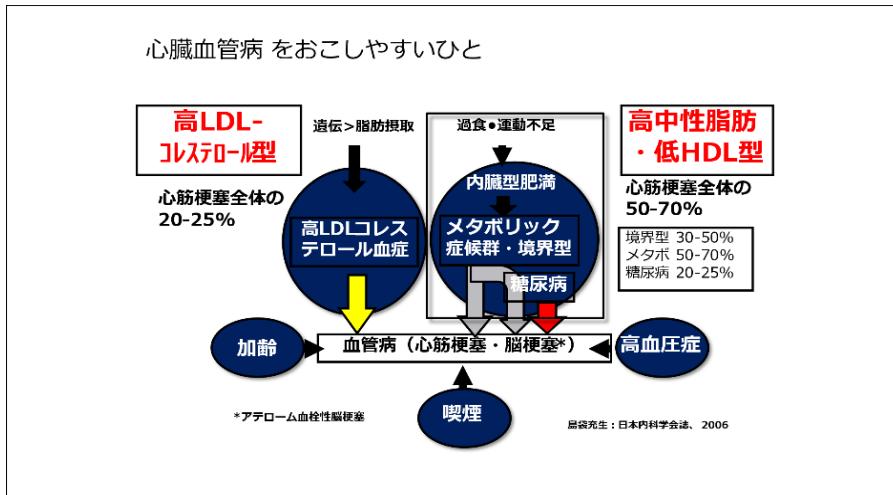
心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の60%は前駆症状がないため)積極的に保健指導を行う必要があります。

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図表65を基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60・61)を参照します。

B:LDLコレステロールタイプ(図表66)

図表 65 心血管病をおこしやすいひと



図表 66 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	
			257	144	72	31	10	4	8	19	10
				56.0%	28.0%	12.1%	3.9%	9.8%	19.5%	46.3%	24.4%
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)	34	19	9	5	1	2	4	0	0
			13.2%	13.2%	12.5%	16.1%	10.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	101	59	26	12	4	1	2	11	2
			39.3%	41.0%	36.1%	38.7%	40.0%	25.0%	25.0%	57.9%	20.0%
高リスク	120未満 (150未満)	106	56	32	14	4	1	2	8	7	
		41.2%	38.9%	44.4%	45.2%	40.0%	25.0%	25.0%	42.1%	70.0%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	16	10	5	0	1	0	0	0	1
			6.2%	6.9%	6.9%	0.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

図表 67 心電図所見からの保健指導教材（例示）

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

(2)

二次健診の実施

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

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈 CT(冠動脈石灰化)
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

(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・中長期的評価により行います。短期的評価については、データヘルス計画評価等とあわせ年1回行います。その際はKDB等の情報を活用します。

中長期的評価については、他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等とあわせて行います。

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

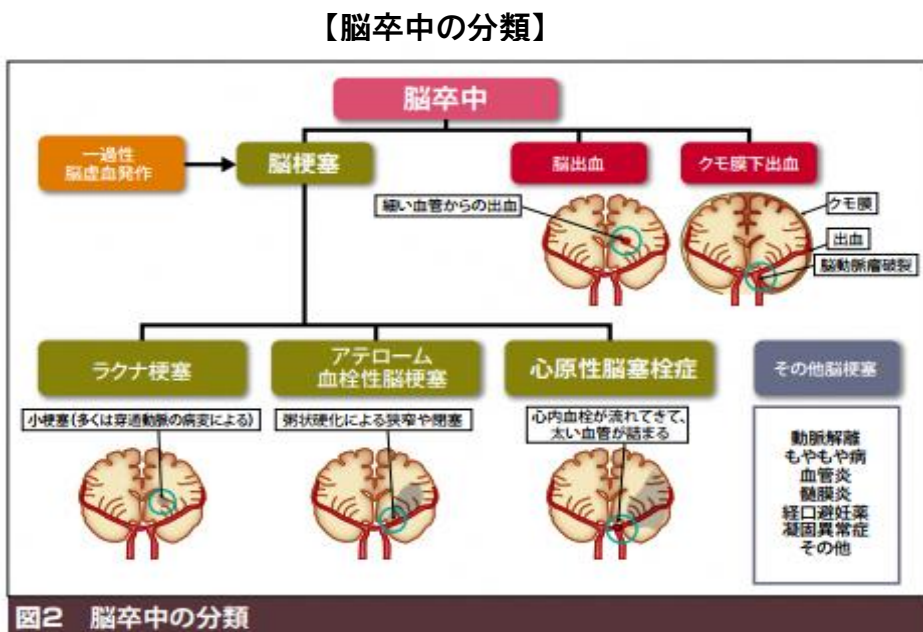
7月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組みにあたっては、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 68,69)

図表 68 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 69 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 70 でみると、高血圧治療者 797 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 73 人(9.2%・O)でした。

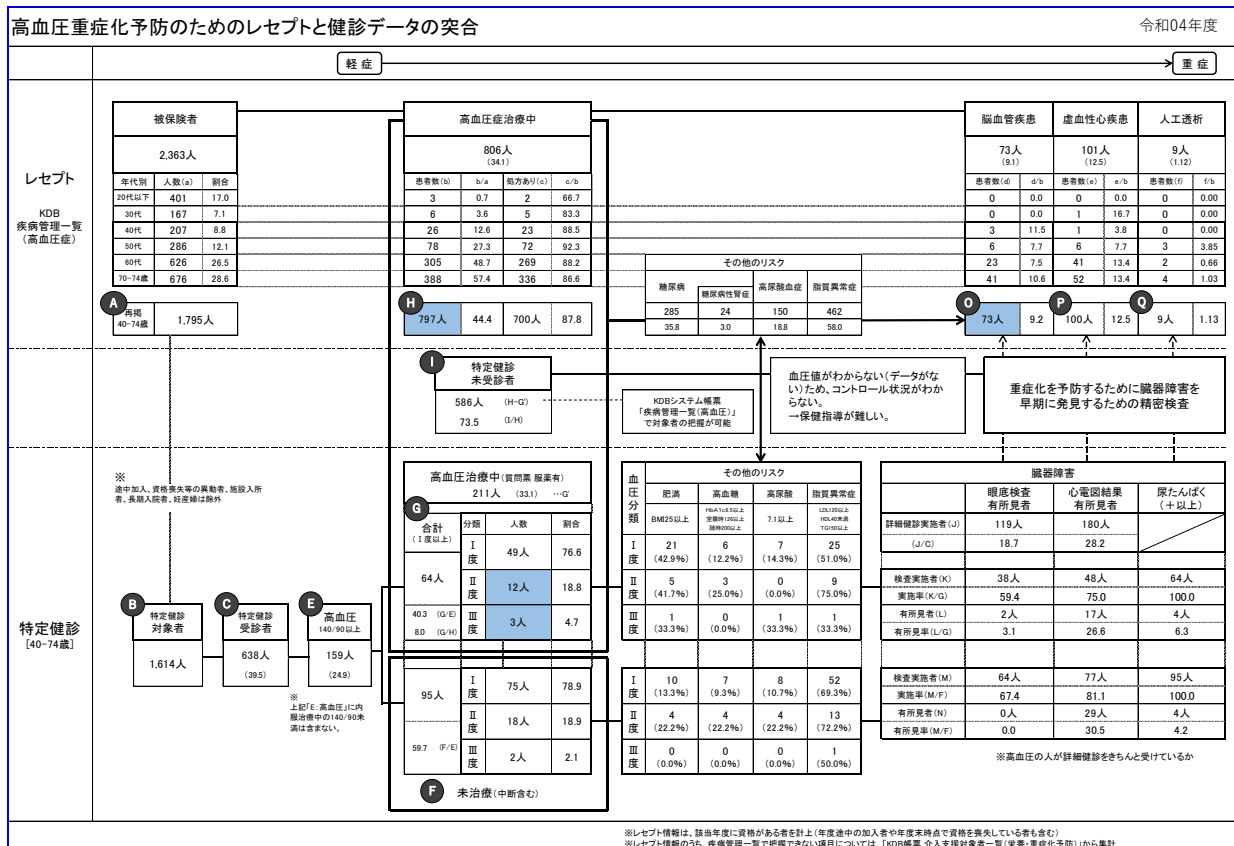
健診結果を見るとⅡ度高血圧以上が 35 人(4%)であり、そのうち 20 人(57%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 15 人(7.1%)いることが分かりました。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 119 人(18.7%)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、159 人(24.9%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

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

図表 70 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合 (参考資料 5 P78)



出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 71 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 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

血圧分類 (mmHg)		高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	
		130~139 / 80~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)		200	105	75	18	2
		52.5%	37.5%	9.0%	1.0%	
リスク第1層 予後影響因子がない	8	C 5	B 2	B 1	A 0	
	4.0%	4.8%	2.7%	5.6%	0.0%	
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	103	C 50	B 45	A 7	A 1	
	51.5%	47.6%	60.0%	38.9%	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	89	B 50	A 28	A 10	A 1	
	44.5%	47.6%	37.3%	55.6%	50.0%	

...高リスク
 ...中等リスク
 ...低リスク

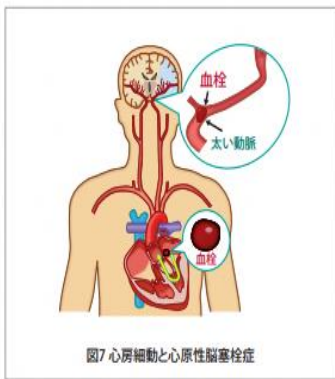
区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	47
		23.5%
B	概ね1か月後に再評価	98
		49.0%
C	概ね3か月後に再評価	55
		27.5%

※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 71 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



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

図表 72 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況を見ています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 72 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	316	322	86	27.2%	94	29.2%	2	2.3%	0	0.0%	--	--
40代	19	18	4	21.1%	2	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	26	32	6	23.1%	7	21.9%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	119	144	36	30.3%	45	31.3%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	152	128	40	26.3%	40	31.3%	2	5.0%	0	0.0%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 73 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
2	0	0.0%	2	100.0%

川辺町調べ

心電図検査において2人が心房細動の所見がありました。有所見率を見ると年齢が高い方に集中しています。

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施に当たっては、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は、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。二次健診を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、e-GFR、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います。

② 心房細動者の管理

健診受診時の心電図検査において心房細動が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

評価を行うに当たっては、短期的評価・中長期的評価を行います。短期的評価については、データヘルス計画評価等とあわせ年1回行います。その際はKDB等の情報を活用します。

中長期的評価については、他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等とあわせて行います。

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

町は、令和4年度より岐阜県後期高齢者広域連合から、町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引続き事業を行っていきます。

具体的には、

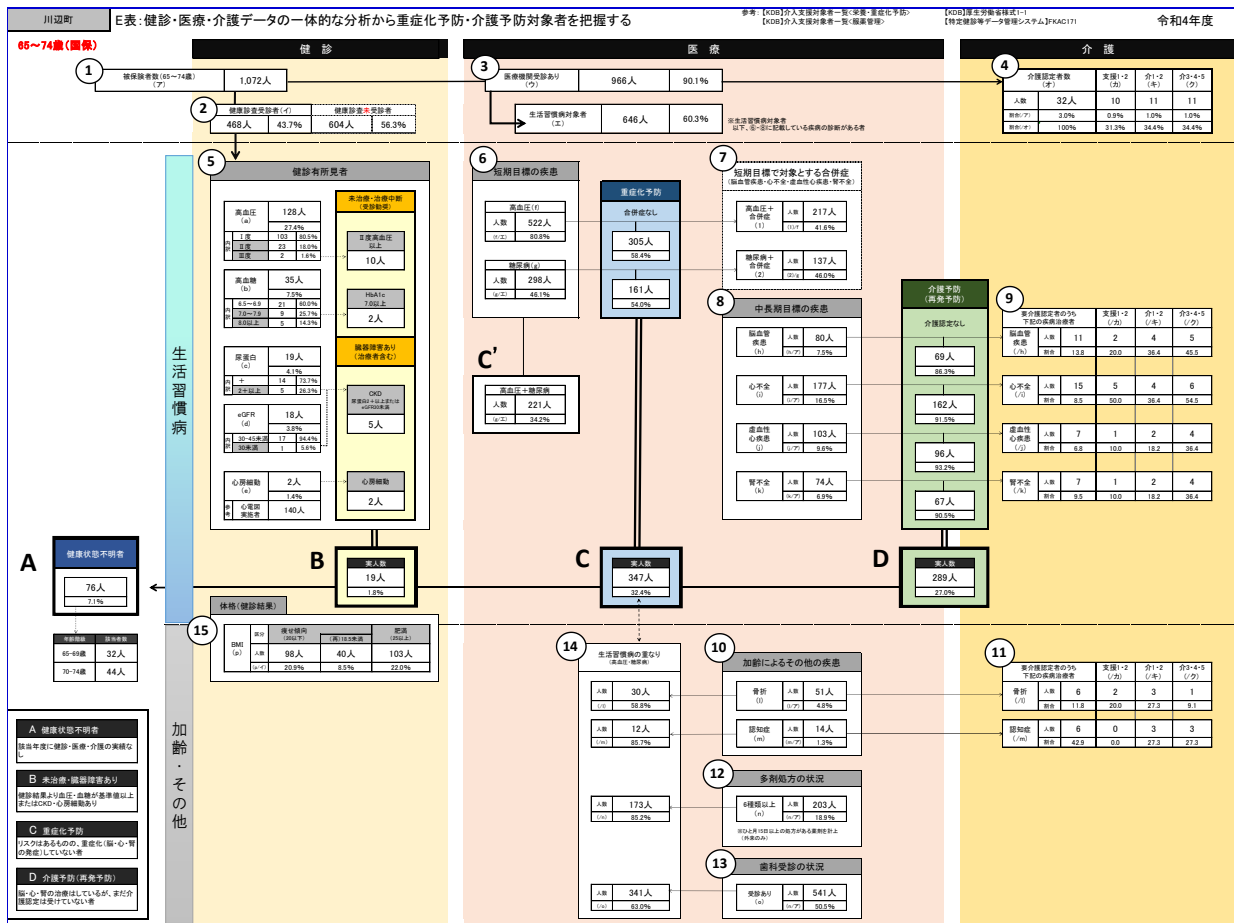
① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 74 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（参考資料 2 P73）



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かかわるのみならず、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。

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

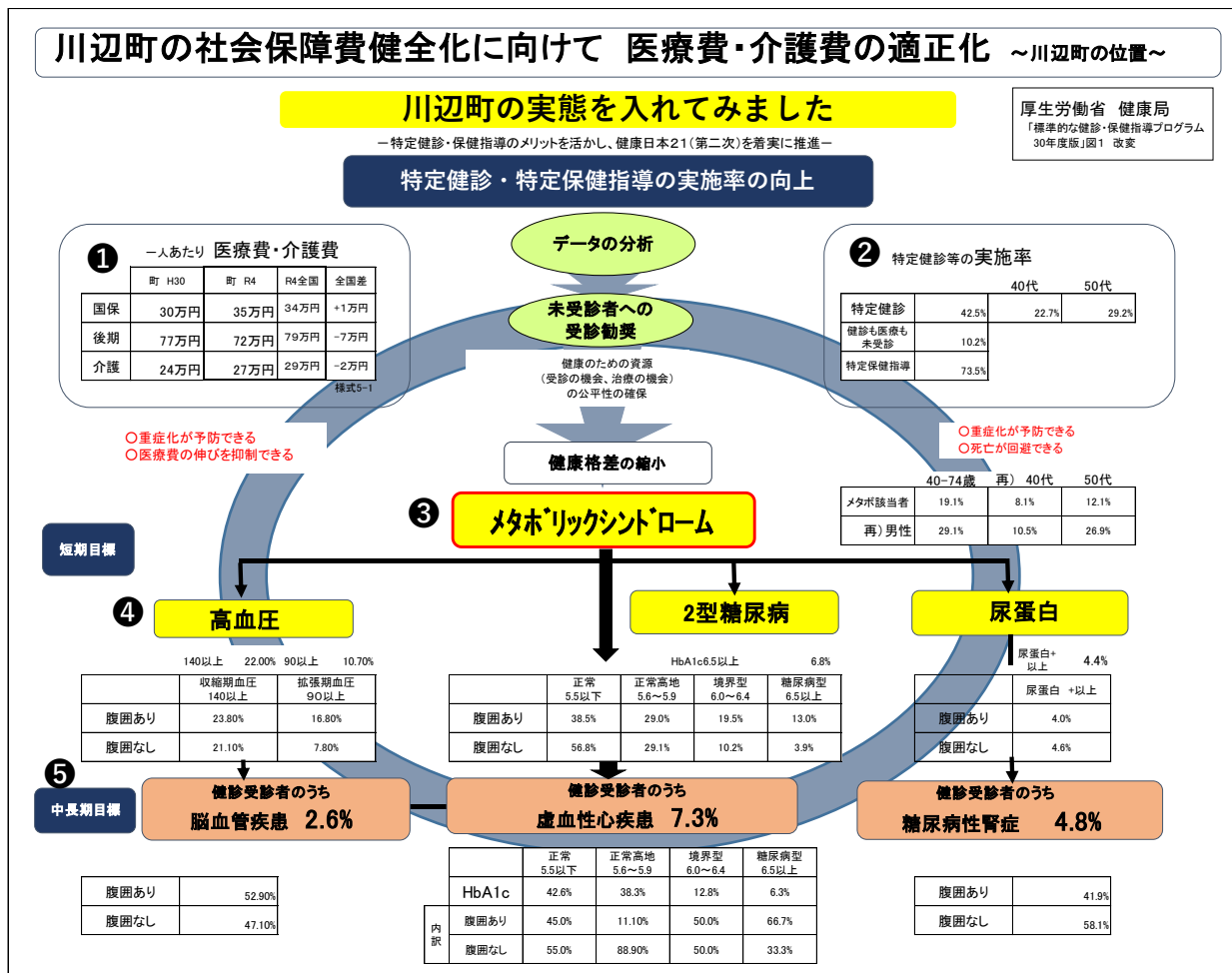
図表 75 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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		重症予防		健康増進法		軽症予防				
		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)	重症化予防			
1	根拠法 6条 健康増進事業実施者	健康増進計画(県) (市町村努力義務) (他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能)								
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)								
3	年代	産婦	0歳～5歳		6歳～14歳	15～18歳	29歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上
		妊婦(胎児期)	乳幼児健康診査 (第12・13条)		就学時 健診 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診査 (第1・13・14条)	定期健康診査 (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)	
4	健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条)	乳児	3歳児	保育所・幼稚園 健康診査	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)		
		妊婦前 妊婦中 産後 1年以 内	1.6歳児	保育園 / 幼稚園 児	中学校	空腹時126mg/dl以上 または2時間値200mg/dl以上				
5	対象者	血糖	95mg/dl以上					6.5%以上		
		HbA1c	6.5%以上							
健 診 内 容	5OGCT	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	妊婦 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										
尿酸	(+) 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めます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表 80)

図表 76 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収集されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が定期的に行います。

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。これら公表に当たっては、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を行います。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた川辺町の位置

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

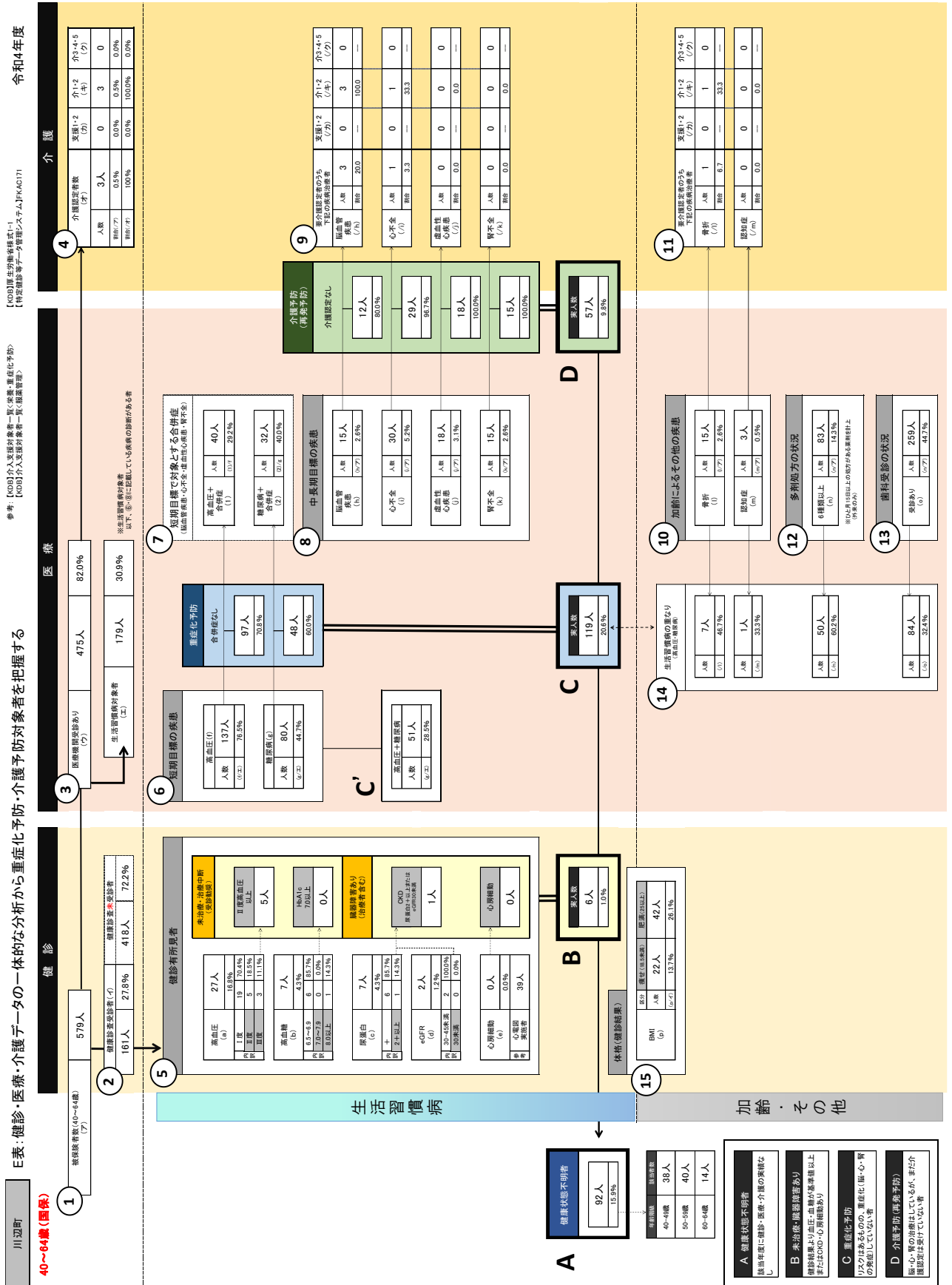
参考資料7 HbA1c の年次比較

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2 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40～64歳(国保)



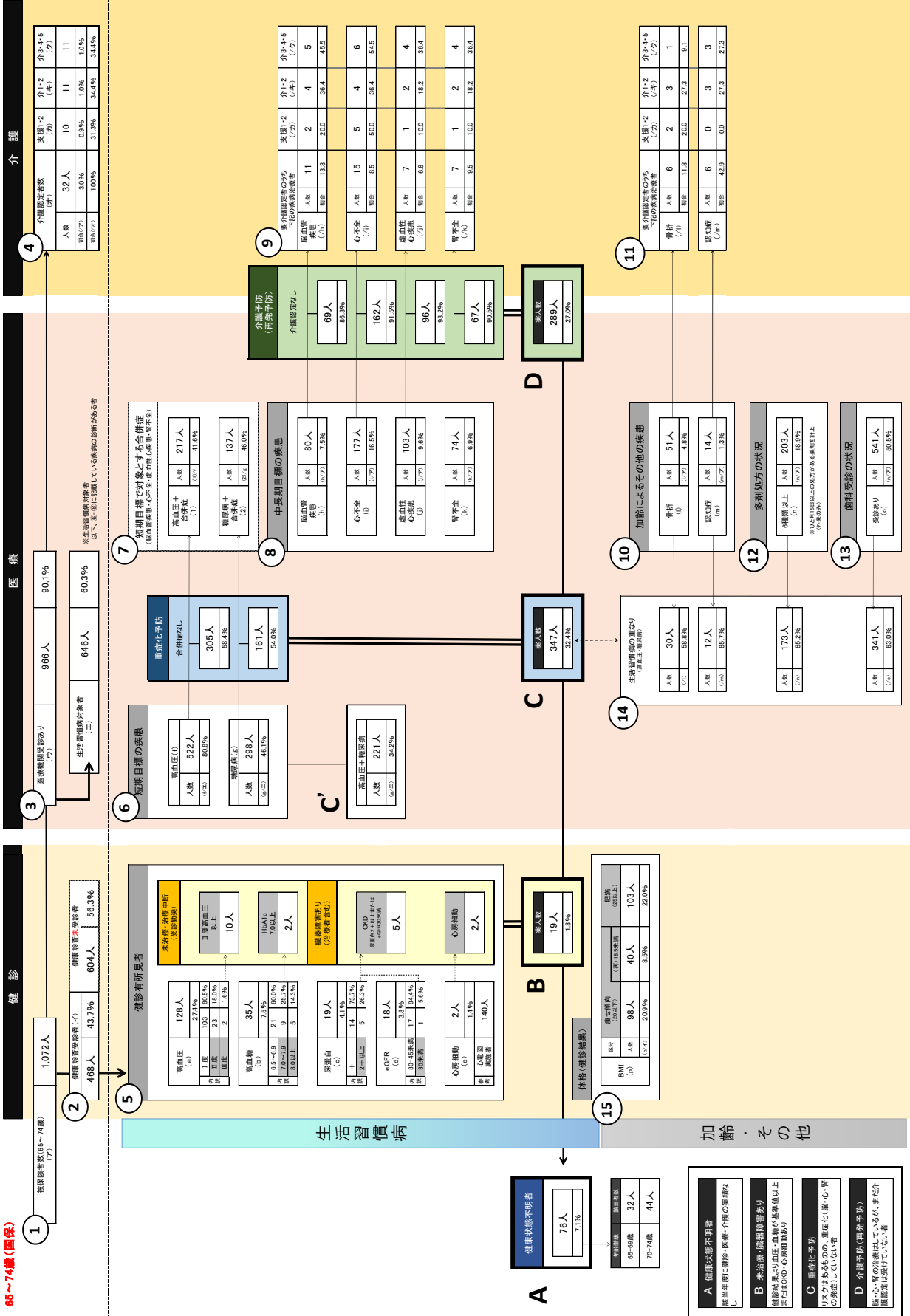
② 65～74 歳(国保)

令和4年度

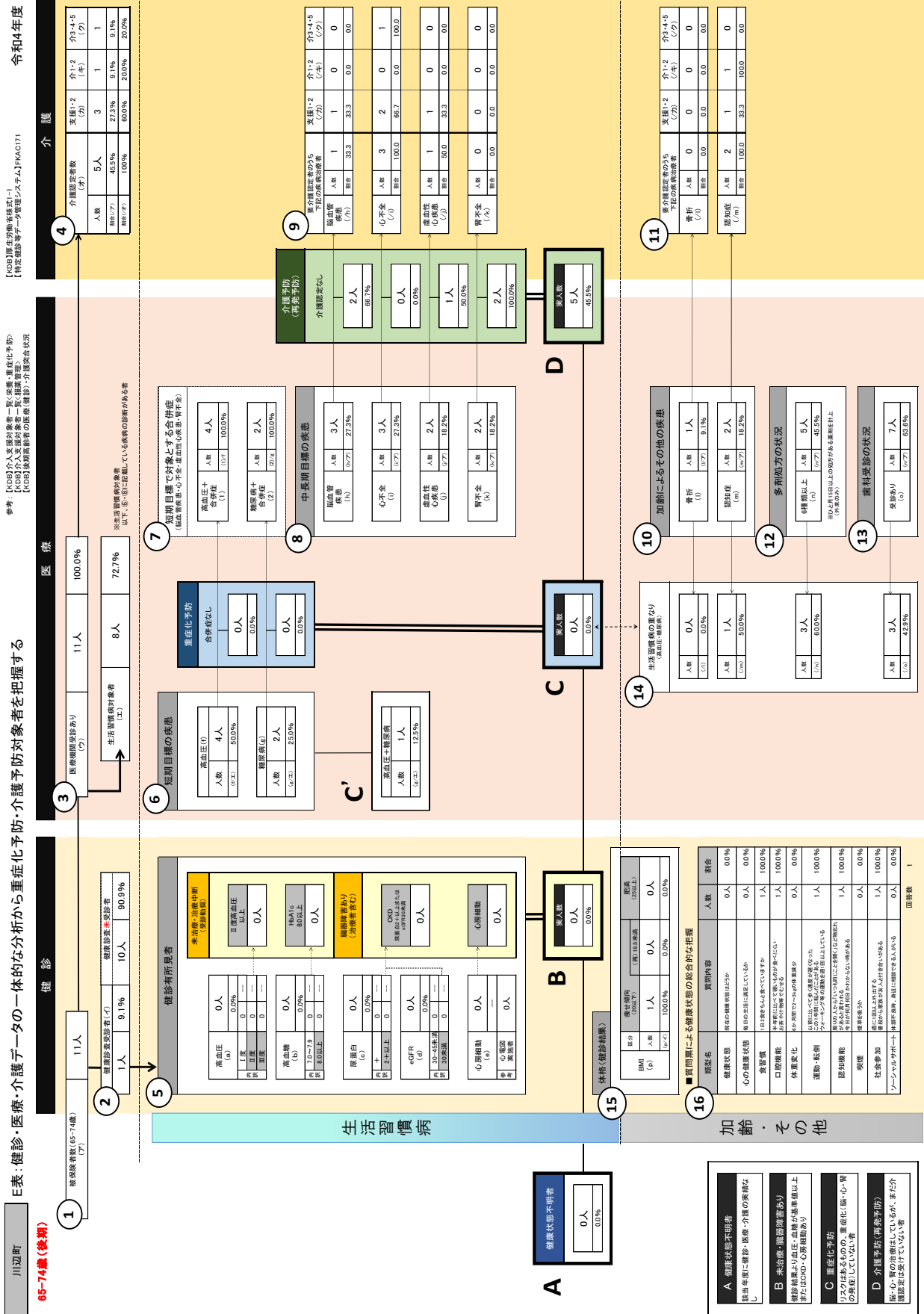
【KOB】厚生労働省様式1-1
【特定高齢者等一歩管理システム(JFAC17)】

参考:【KOB】介入支援対象者一覧(医療・重症化予防)
【KOB】介入支援対象者一覧(介護管理)

E表:健康・医療・介護予防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



③ 65～74 歳(後期)



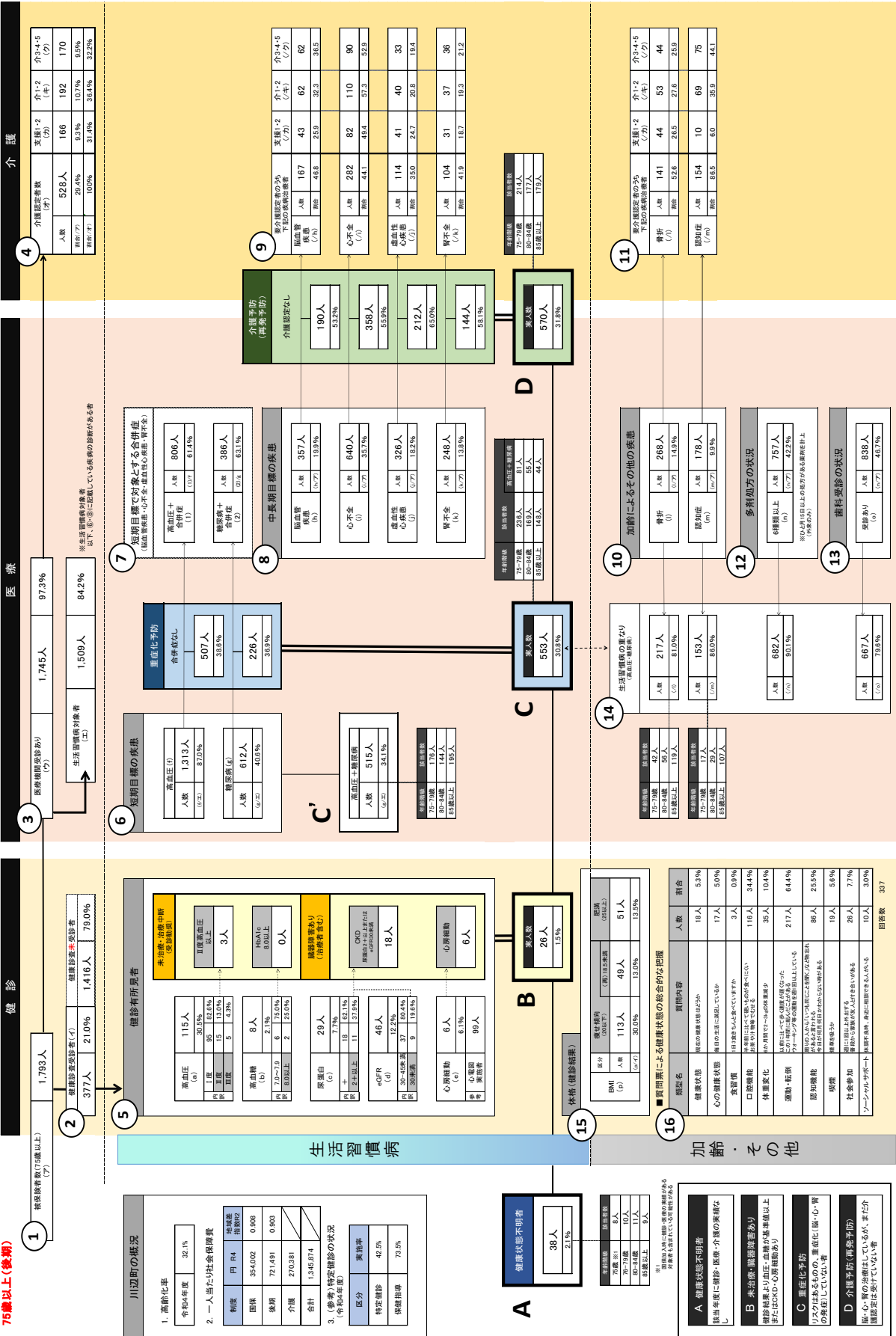
④75歳以上(後期)

令和4年度

【09】厚生労働省報告書様式1-1
【特定高齢者】一歩管理シラス人JPK40171

参考:【08】介入支援対象者一歩管理シラス人JPK40171
【09】後期高齢者の医療(介護)・介護受給状況
以下、⑤に記述している疾病の影響がある者

E表「健診・医療・介護予防対象者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」



参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

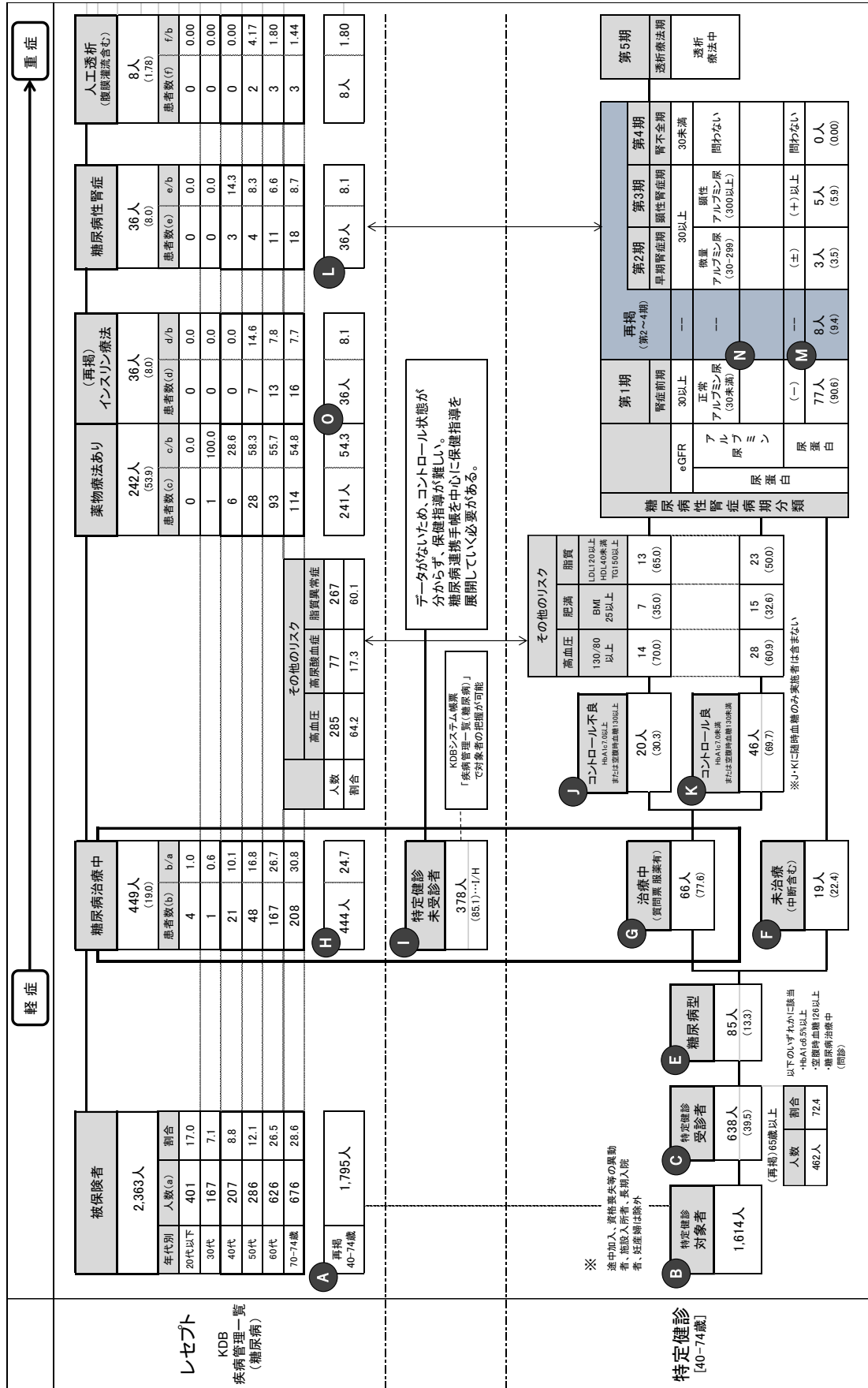
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	統合表	川辺町										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	2,313人		2,273人		2,174人		2,194人		2,151人				KDB.厚生労働省様式様式3-2			
		(再掲)40-74歳		1,824人		1,791人		1,721人		1,731人		1,732人					
2 ① 対象者数	B	1,615人		1,573人		1,567人		1,560人		1,462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		711人		727人		700人		697人		649人					
③	C	受診率		--		--		--		--							
3 ① 特定 保健指導	C	対象者数		73人		80人		75人		57人		49人					
		実施率		64.4%		66.3%		62.7%		73.7%		73.5%					
4 ① 健診 データ	E	糖尿病型		71人	10.0%	114人	15.7%	98人	14.0%	90人	12.9%	86人	13.3%				
	F	未治療・中断者(質問票 服薬なし)		21人	29.6%	42人	36.8%	24人	24.5%	20人	22.2%	19人	22.1%				
	G	治療中(質問票 服薬あり)		50人	70.4%	72人	63.2%	74人	75.5%	70人	77.8%	67人	77.9%				
	J	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空 血圧 130/80以上		22人	44.0%	34人	47.2%	32人	43.2%	27人	38.6%	20人	29.9%				
		肥満 BMI25以上		11人	50.0%	14人	41.2%	12人	37.5%	9人	33.3%	7人	35.0%				
	K	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空		28人	56.0%	38人	52.8%	42人	56.8%	43人	61.4%	47人	70.1%				
	M	第1期 尿蛋白(-)		58人	81.7%	92人	80.7%	78人	79.6%	78人	86.7%	78人	90.7%				
		第2期 尿蛋白(±)		5人	7.0%	6人	5.3%	4人	4.1%	4人	4.4%	3人	3.5%				
		第3期 尿蛋白(+)		6人	8.5%	13人	11.4%	14人	14.3%	8人	8.9%	5人	5.8%				
		第4期 eGFR30未満		1人	1.4%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%				
	5 ① レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		126.2人		122.3人		129.3人		131.7人		137.1人				KDB.厚生労働省様式様式3-2	
(再掲)40-74歳(被保険者千対)		160.1人		154.7人		160.4人		165.2人		169.7人							
レセプト件数 (40-74歳) (○)内は被 入院(件数)		1,512件 (855.2)	1,576件 (912.6)	1,585件 (918.8)	1,623件 (939.8)	1,542件 (955.4)	334,283件 (942.0)	1,709件 (4.8)					KDB.疾病別医療費分析 (生活習慣病)				
糖尿病治療中		292人		278人		281人		289人		295人		13.7%					
(再掲)40-74歳		292人		277人		276人		286人		294人		17.0%					
健診未受診者		242人		227人		202人		216人		227人		77.2%					
インスリン治療		17人		15人		18人		18人		10人		3.4%					
(再掲)40-74歳		17人		15人		16人		18人		10人		3.4%					
糖尿病性腎症		23人		36人		31人		28人		21人		7.1%					
(再掲)40-74歳		23人		36人		30人		28人		21人		7.1%					
慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		6人		5人		8人		6人		5人		1.7%					
(再掲)40-74歳		6人		5人		8人		6人		5人		1.7%					
新規透析患者数		2人		0人		3人		0人		0人		0%					
(再掲)糖尿病性腎症		1人		0人		2人		0人		0人		0%					
【参考】後高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		6人		5人		4人		4人		3人		0.7%		KDB.厚生労働省様式様式3-2 ※後期			
6 ① 医療費		総医療費		6億7210万円		7億2066万円		6億4820万円		6億6106万円		7億2358万円		10億9648万円			
	生活習慣病総医療費		3億7694万円		4億0503万円		3億7954万円		3億7715万円		4億3084万円		5億9067万円				
	(総医療費に占める割合)		56.1%		56.2%		58.6%		57.1%		59.5%		53.9%				
	生活習慣病 対象者 一人あたり		健診受診者		4,649円		6,203円		5,375円		5,556円		6,801円		8,199円		
	健診未受診者		30,929円		33,604円		31,175円		26,722円		35,037円		37,038円				
	糖尿病医療費		4201万円		5157万円		4335万円		4247万円		4096万円		6602万円				
	(生活習慣病総医療費に占める割合)		11.1%		12.7%		11.4%		11.3%		9.5%		11.2%				
	糖尿病入院外総医療費		1億3818万円		1億3356万円		1億3886万円		1億3722万円		1億2579万円						
	1件あたり		36,948円		35,815円		36,590円		35,321円		33,588円						
	糖尿病入院総医療費		4601万円		8516万円		6336万円		6909万円		8154万円						
	1件あたり		582,460円		645,167円		627,364円		651,750円		734,615円						
	入院日数		14日		15日		16日		17日		15日						
	慢性腎不全医療費		2627万円		2516万円		3438万円		3873万円		3965万円		4999万円				
	透析有り		2446万円		2341万円		3198万円		3720万円		3628万円		4634万円				
	透析なし		181万円		175万円		240万円		153万円		337万円		364万円				
7 ① 介護	介護給付費		7億3428万円		7億5867万円		7億5622万円		8億0591万円		8億5386万円		13億3151万円				
	(2号認定者)糖尿病合併症		0件		0.0%		1件		50.0%		1件		50.0%				
8 ① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		1人		0.8%		3人		2.5%		0人		0.0%		1人	1.1%	KDB.健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

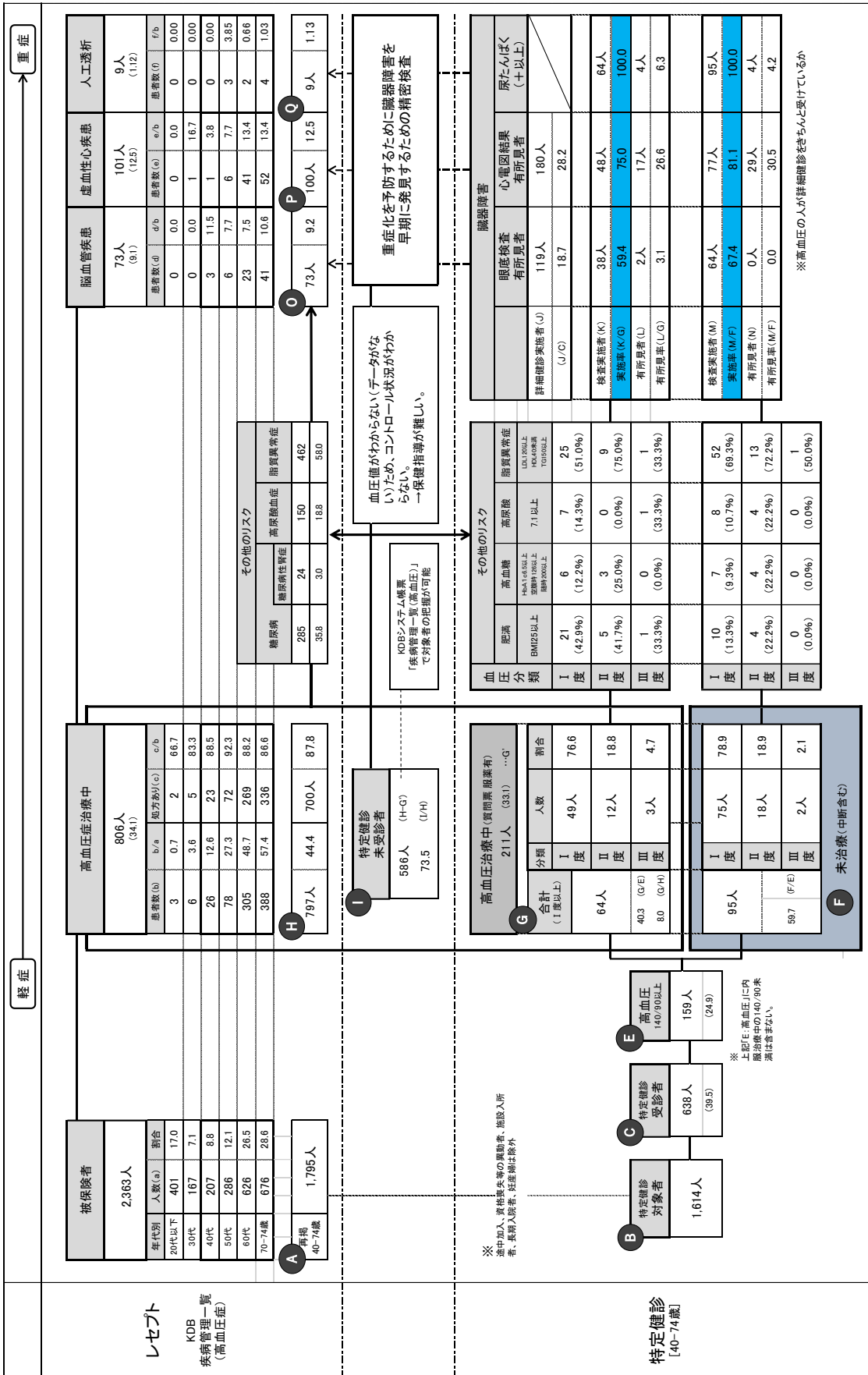


※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を対象とし、年度途中の加入者や年度末時点で資格喪失している者も含む。
※レセプト情報の一覧で把握できない項目については、「KDB構築介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

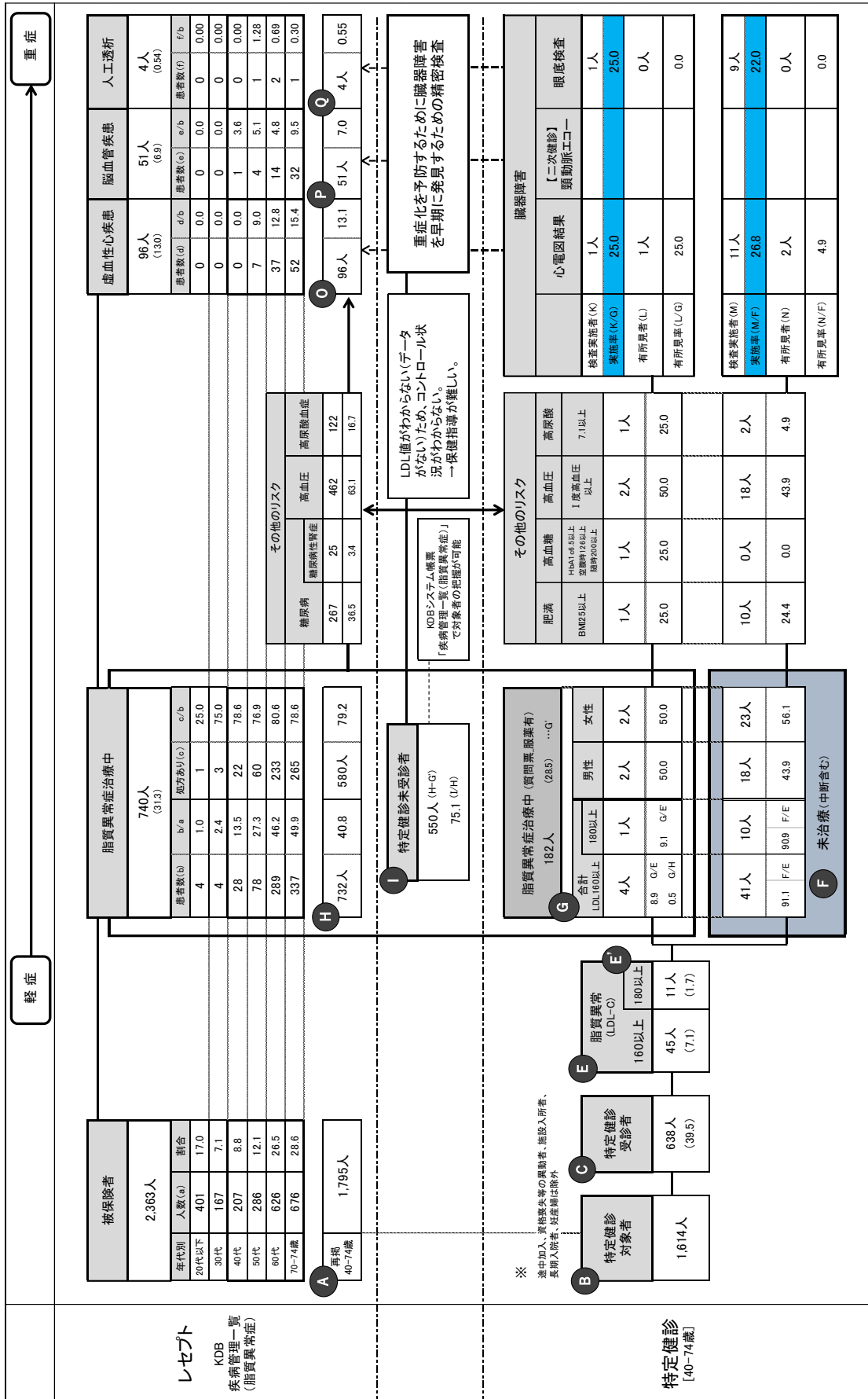


※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を柱として(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)※レセプト情報の一覧で把握できない項目については、「KDB帳票 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

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

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



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を対象とし、(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB構築」介入支援対象者一覧(表業・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									
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		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	714	242	33.9%	305	42.7%	112	15.7%	37	5.2%	15	2.1%	3	0.4%	10	1.4%	2	0.3%
H30	696	262	37.6%	278	39.9%	106	15.2%	30	4.3%	16	2.3%	4	0.6%	14	2.0%	4	0.6%
R01	727	197	27.1%	300	41.3%	140	19.3%	57	7.8%	25	3.4%	8	1.1%	16	2.2%	4	0.6%
R02	687	282	41.0%	242	35.2%	103	15.0%	31	4.5%	24	3.5%	5	0.7%	15	2.2%	4	0.6%
R03	683	294	43.0%	239	35.0%	93	13.6%	30	4.4%	20	2.9%	7	1.0%	12	1.8%	7	1.0%
R04	633	323	51.0%	184	29.1%	83	13.1%	27	4.3%	10	1.6%	6	0.9%	10	1.6%	6	0.9%

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		再掲
					再)7.0以上	未治療	治療			
H29	714	242 33.9%	305 42.7%	112 15.7%	55 7.7%	17 2.5%	38 5.3%	17 2.4%	38 5.3%	7.7%
H30	696	262 37.6%	278 39.9%	106 15.2%	50 7.2%	20 2.9%	31 4.4%	19 2.7%	31 4.4%	7.2%
R01	727	197 27.1%	300 41.3%	140 19.3%	90 12.4%	33 4.5%	50 6.9%	40 5.5%	50 6.9%	12.4%
R02	687	282 41.0%	242 35.2%	103 15.0%	60 8.7%	29 4.2%	40 5.8%	20 2.9%	40 5.8%	8.7%
R03	683	294 43.0%	239 35.0%	93 13.6%	57 8.3%	27 4.0%	39 5.7%	18 2.6%	39 5.7%	8.3%
R04	633	323 51.0%	184 29.1%	83 13.1%	43 6.8%	16 2.5%	31 4.9%	12 1.9%	31 4.9%	6.8%

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											
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	60	8.4%	1	1.7%	4	6.7%	17	28.3%	22	36.7%	14	23.3%	2	3.3%	9	15.0%	1	1.7%
	H30	50	7.2%	2	4.0%	3	6.0%	14	28.0%	16	32.0%	14	28.0%	1	2.0%	9	18.0%	1	2.0%
	R01	72	9.9%	0	0.0%	3	4.2%	19	26.4%	25	34.7%	18	25.0%	7	9.7%	11	15.3%	3	4.2%
	R02	74	10.8%	1	1.4%	7	9.5%	26	35.1%	19	25.7%	19	25.7%	2	2.7%	9	12.2%	2	2.7%
	R03	69	10.1%	0	0.0%	8	11.6%	22	31.9%	18	26.1%	18	26.1%	3	4.3%	7	10.1%	3	4.3%
R04	66	10.4%	4	6.1%	7	10.6%	24	36.4%	17	25.8%	9	13.6%	5	7.6%	9	13.6%	5	7.6%	
治療なし	H29	654	91.6%	241	36.9%	301	46.0%	95	14.5%	15	2.3%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%
	H30	646	92.8%	260	40.2%	275	42.6%	92	14.2%	14	2.2%	2	0.3%	3	0.5%	5	0.8%	3	0.5%
	R01	655	90.1%	197	30.1%	297	45.3%	121	18.5%	32	4.9%	7	1.1%	1	0.2%	5	0.8%	1	0.2%
	R02	613	89.2%	281	45.8%	235	38.3%	77	12.6%	12	2.0%	5	0.8%	3	0.5%	6	1.0%	2	0.3%
	R03	614	89.9%	294	47.9%	231	37.6%	71	11.6%	12	2.0%	2	0.3%	4	0.7%	5	0.8%	4	0.7%
R04	567	89.6%	319	56.3%	177	31.2%	59	10.4%	10	1.8%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	

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	723	257	35.5%	153	21.2%	199	27.5%	100	13.8%	10	1.4%	4	0.6%
H30	711	233	32.8%	164	23.1%	194	27.3%	98	13.8%	17	2.4%	5	0.7%
R01	727	229	31.5%	153	21.0%	201	27.6%	116	16.0%	23	3.2%	5	0.7%
R02	699	212	30.3%	117	16.7%	207	29.6%	129	18.5%	28	4.0%	6	0.9%
R03	697	229	32.9%	114	16.4%	188	27.0%	129	18.5%	31	4.4%	6	0.9%
R04	637	186	29.2%	113	17.7%	179	28.1%	124	19.5%	30	4.7%	5	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		割合
					再)III度高血圧	再掲		割合		
						未治療	治療		割合	
H29	723	410 56.7%	199 27.5%	100 13.8%	14 1.9%	10 71.4%	4 28.6%	0.6%	1.9%	
H30	711	397 55.8%	194 27.3%	98 13.8%	22 3.1%	15 68.2%	7 31.8%	0.7%	3.1%	
R01	727	382 52.5%	201 27.6%	116 16.0%	28 3.9%	16 57.1%	12 42.9%	0.7%	3.9%	
R02	699	329 47.1%	207 29.6%	129 18.5%	34 4.9%	16 47.1%	18 52.9%	0.9%	4.9%	
R03	697	343 49.2%	188 27.0%	129 18.5%	37 5.3%	25 67.6%	12 32.4%	0.9%	5.3%	
R04	637	299 46.9%	179 28.1%	124 19.5%	35 5.5%	20 57.1%	15 42.9%	0.8%	5.5%	

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	227	31.4%	48	21.1%	58	25.6%	70	30.8%	47	20.7%	2	0.9%	2	0.9%
	H30	222	31.2%	45	20.3%	51	23.0%	73	32.9%	46	20.7%	5	2.3%	2	0.9%
	R01	226	31.1%	34	15.0%	55	24.3%	72	31.9%	53	23.5%	10	4.4%	2	0.9%
	R02	231	33.0%	35	15.2%	46	19.9%	80	34.6%	52	22.5%	15	6.5%	3	1.3%
	R03	217	31.1%	42	19.4%	40	18.4%	72	33.2%	51	23.5%	10	4.6%	2	0.9%
	R04	211	33.1%	32	15.2%	41	19.4%	74	35.1%	49	23.2%	12	5.7%	3	1.4%
治療なし	H29	496	68.6%	209	42.1%	95	19.2%	129	26.0%	53	10.7%	8	1.6%	2	0.4%
	H30	489	68.8%	188	38.4%	113	23.1%	121	24.7%	52	10.6%	12	2.5%	3	0.6%
	R01	501	68.9%	195	38.9%	98	19.6%	129	25.7%	63	12.6%	13	2.6%	3	0.6%
	R02	468	67.0%	177	37.8%	71	15.2%	127	27.1%	77	16.5%	13	2.8%	3	0.6%
	R03	480	68.9%	187	39.0%	74	15.4%	116	24.2%	78	16.3%	21	4.4%	4	0.8%
	R04	426	66.9%	154	36.2%	72	16.9%	105	24.6%	75	17.6%	18	4.2%	2	0.5%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H29	724	324	44.8%	191	26.4%	125	17.3%	58	8.0%	26	3.6%
	H30	711	307	43.2%	176	24.8%	126	17.7%	74	10.4%	28	3.9%
	R01	727	337	46.4%	172	23.7%	133	18.3%	56	7.7%	29	4.0%
	R02	699	335	47.9%	192	27.5%	107	15.3%	47	6.7%	18	2.6%
	R03	697	362	51.9%	159	22.8%	115	16.5%	40	5.7%	21	3.0%
R04	635	329	51.8%	178	28.0%	83	13.1%	34	5.4%	11	1.7%	
男性	H29	345	158	45.8%	89	25.8%	65	18.8%	22	6.4%	11	3.2%
	H30	340	156	45.9%	79	23.2%	59	17.4%	33	9.7%	13	3.8%
	R01	344	167	48.5%	80	23.3%	61	17.7%	24	7.0%	12	3.5%
	R02	349	178	51.0%	78	22.3%	59	16.9%	26	7.4%	8	2.3%
	R03	345	182	52.8%	69	20.0%	64	18.6%	18	5.2%	12	3.5%
R04	314	170	54.1%	79	25.2%	45	14.3%	14	4.5%	6	1.9%	
女性	H29	379	166	43.8%	102	26.9%	60	15.8%	36	9.5%	15	4.0%
	H30	371	151	40.7%	97	26.1%	67	18.1%	41	11.1%	15	4.0%
	R01	383	170	44.4%	92	24.0%	72	18.8%	32	8.4%	17	4.4%
	R02	350	157	44.9%	114	32.6%	48	13.7%	21	6.0%	10	2.9%
	R03	352	180	51.1%	90	25.6%	51	14.5%	22	6.3%	9	2.6%
R04	321	159	49.5%	99	30.8%	38	11.8%	20	6.2%	5	1.6%	

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

重症化しやすい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	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	724	324 44.8%	191 26.4%	125 17.3%	84 11.6%	71 84.5%	13 15.5%	3.6%	11.6%
H30	711	307 43.2%	176 24.8%	126 17.7%	102 14.3%	90 88.2%	12 11.8%	3.9%	14.3%
R01	727	337 46.4%	172 23.7%	133 18.3%	85 11.7%	72 84.7%	13 15.3%	4.0%	11.7%
R02	699	335 47.9%	192 27.5%	107 15.3%	65 9.3%	57 87.7%	8 12.3%	2.6%	9.3%
R03	697	362 51.9%	159 22.8%	115 16.5%	61 8.8%	55 90.2%	6 9.8%	3.0%	8.8%
R04	635	329 51.8%	178 28.0%	83 13.1%	45 7.1%	41 91.1%	4 8.9%	1.7%	7.1%

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	197	27.2%	127	64.5%	43	21.8%	14	7.1%	10	5.1%	3	1.5%
	H30	193	27.1%	117	60.6%	46	23.8%	18	9.3%	11	5.7%	1	0.5%
	R01	197	27.1%	132	67.0%	37	18.8%	15	7.6%	9	4.6%	4	2.0%
	R02	197	28.2%	131	66.5%	39	19.8%	19	9.6%	8	4.1%	0	0.0%
	R03	186	26.7%	134	72.0%	35	18.8%	11	5.9%	4	2.2%	2	1.1%
R04	182	28.7%	133	73.1%	34	18.7%	11	6.0%	3	1.6%	1	0.5%	
治療なし	H29	527	72.8%	197	37.4%	148	28.1%	111	21.1%	48	9.1%	23	4.4%
	H30	518	72.9%	190	36.7%	130	25.1%	108	20.8%	63	12.2%	27	5.2%
	R01	530	72.9%	205	38.7%	135	25.5%	118	22.3%	47	8.9%	25	4.7%
	R02	502	71.8%	204	40.6%	153	30.5%	88	17.5%	39	7.8%	18	3.6%
	R03	511	73.3%	228	44.6%	124	24.3%	104	20.4%	36	7.0%	19	3.7%
R04	453	71.3%	196	43.3%	144	31.8%	72	15.9%	31	6.8%	10	2.2%	

川辺町国民健康保険第3期保健事業実施計画 (データヘルス計画)及び第4期特定健康診査等 実施計画

発行年月 令和6年3月

発行 川辺町役場住民課

〒509-0304 加茂郡川辺町中川辺 1518-4

TEL 0574-53-2513

メールアドレス juumin@kawabe-gifu.jp