

【最終案】

**吉野川市国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)**

**第 4 期特定健康診査等実施計画
令和 6 年度～令和 11 年度**

令和 6 年 3 月

吉野川市国民健康保険

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	1
2.	計画の位置付けと基本的な考え方	2
3.	計画期間	8
4.	関係者が果たすべき役割と連携	8
1)	市町村国保の役割	8
2)	関係機関との連携	10
3)	被保険者の役割	10
5.	保険者努力支援制度	10
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	12
1.	保険者の特性	12
2.	第2期計画に係る評価及び考察	14
1)	第2期計画に係る評価	14
(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	14
(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	18
2)	主な個別事業の評価と課題	22
(1)	重症化予防の取り組み	22
①	糖尿病性腎症重症化予防	
②	脳血管疾患重症化予防	
③	慢性腎臓病(CKD)重症化予防	
(2)	ポピュレーションアプローチ	26
(3)	第2期計画目標の達成状況一覧	27
3)	第2期データヘルス計画に係る考察	29
3.	第3期における健康課題(生活習慣病)の明確化	30
1)	基本的な考え方	30
2)	健康課題の明確化	30
(1)	医療費分析	32
(2)	健診・医療・介護の一体的分析	34
(3)	健康課題の明確化	36
(4)	優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け	37

3)目標の設定	37
(1)成果目標	37
(2)管理目標の設定	39

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) 40

1. 第四期特定健康診査等実施計画について	40
2. 目標値の設定	40
3. 対象者の見込み	40
4. 特定健診の実施	40
5. 特定保健指導の実施	42
(1)健診から保健指導実施の流れ	43
(2)要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法	44
(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	45
6. 個人情報保護	45
7. 結果の報告	46
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	46

第4章 課題解決に向けた個別保健事業 47

I. 保健事業の方向性	47
II. 重症化予防の取り組み	47
1. 糖尿病性腎症重症化予防	49
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	58
3. 虚血性心疾患重症化予防	64
4. 脳血管疾患重症化予防	70
III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	76
IV. 発症予防	78
V. ポピュレーションアプローチ	79

第5章 計画の評価・見直し 80

1. 評価の時期	80
2. 評価方法・体制	80

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い **81**

1. 計画の公表・周知	81
2. 個人情報の取り扱い	81

参考資料 **82**

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた吉野川市の位置	83
参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析 (①40～64歳(国保)、②65～74歳(国保)、③65～74歳(後期)、④75歳以上(後期))	85
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価	89
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	90
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	91
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	92
参考資料7 HbA1cの年次比較	93
参考資料8 血圧の年次比較	94
参考資料9 LDL-Cの年次比較	95

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り組みを行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において、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、その後の平成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り組みの推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※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、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められています。

このような国の動きや本市の課題等を踏まえ、本市では、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」が最終的な目的であり、その実効性を高めるうえでは、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)

本市では、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、介護保険事業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。

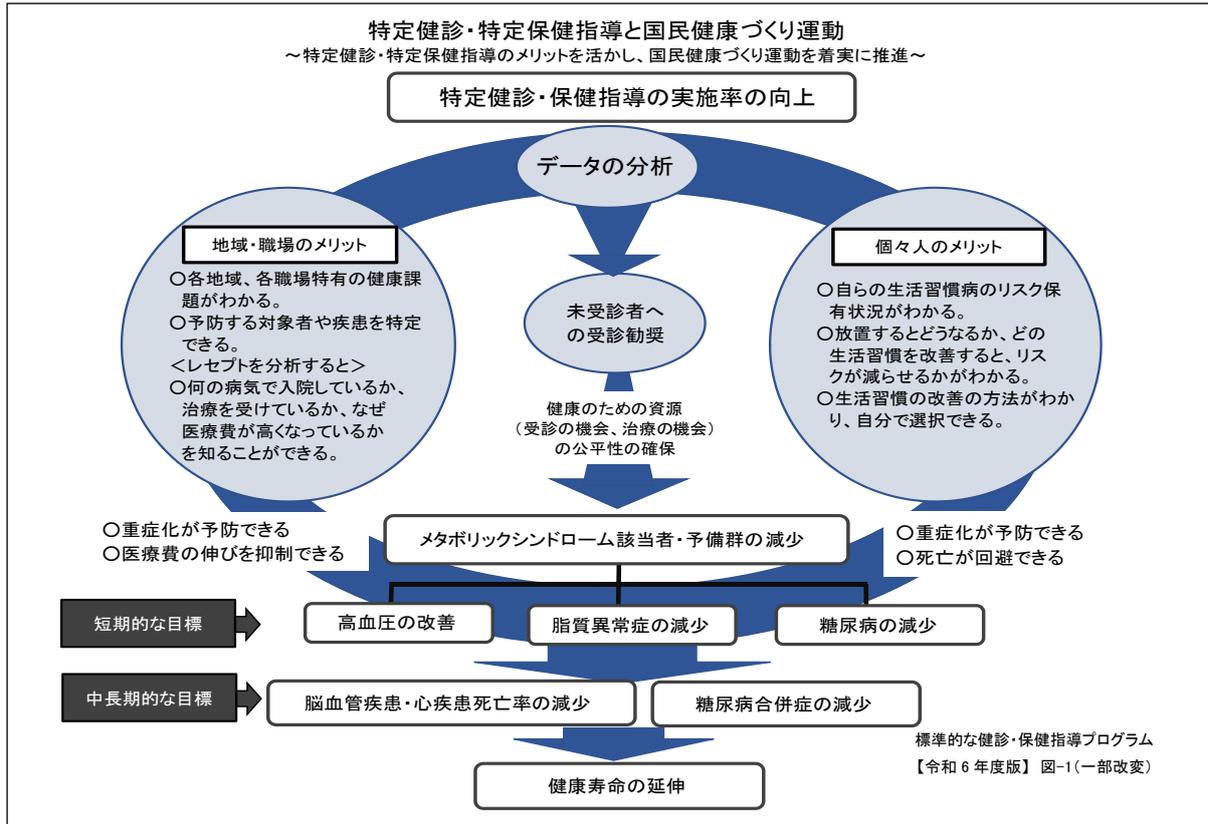
図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

※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
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 健康保険法 高確法 第82条 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19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
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
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
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性かつ効果 的に実施するための計画を作成。
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(児期から老齢期まで 継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える 現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、 小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳
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
	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)		
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
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金	

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(続き)

	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	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 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6～11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	都道府県:義務	市町村:義務、都道府県:義務
基本的な考え方	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	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 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 が ん 精神疾患	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 認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評 価	(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サイクルの活用にする保険者 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	保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

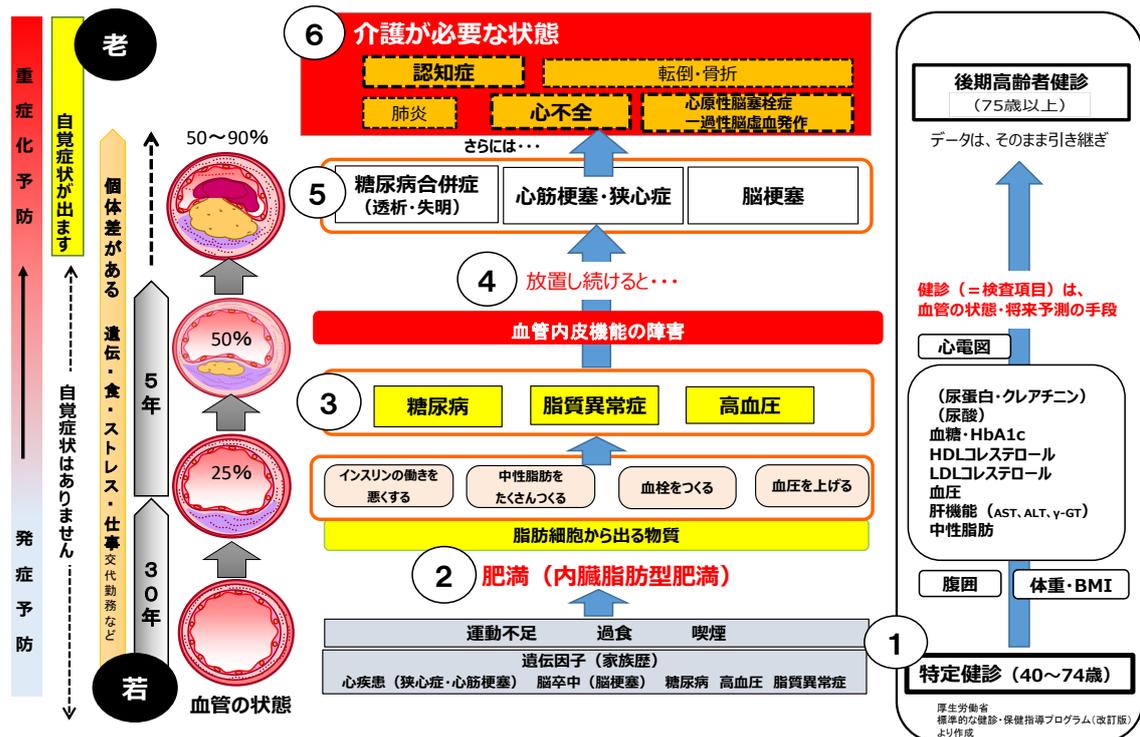
図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



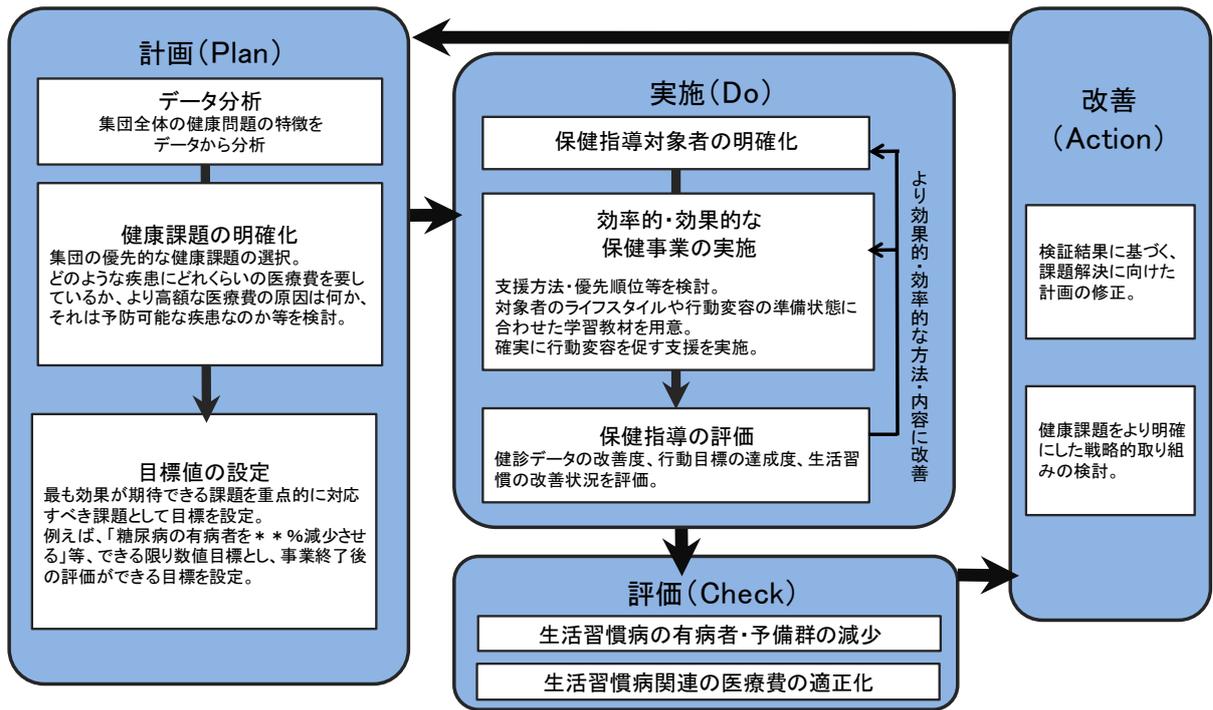
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取り組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながります。

【参考資料】「特定健診の意義」住民との共通資料

特定健診の意義 ～内臓脂肪を減らすことで、心・血管疾患、糖尿病のリスクを抑えることが可能

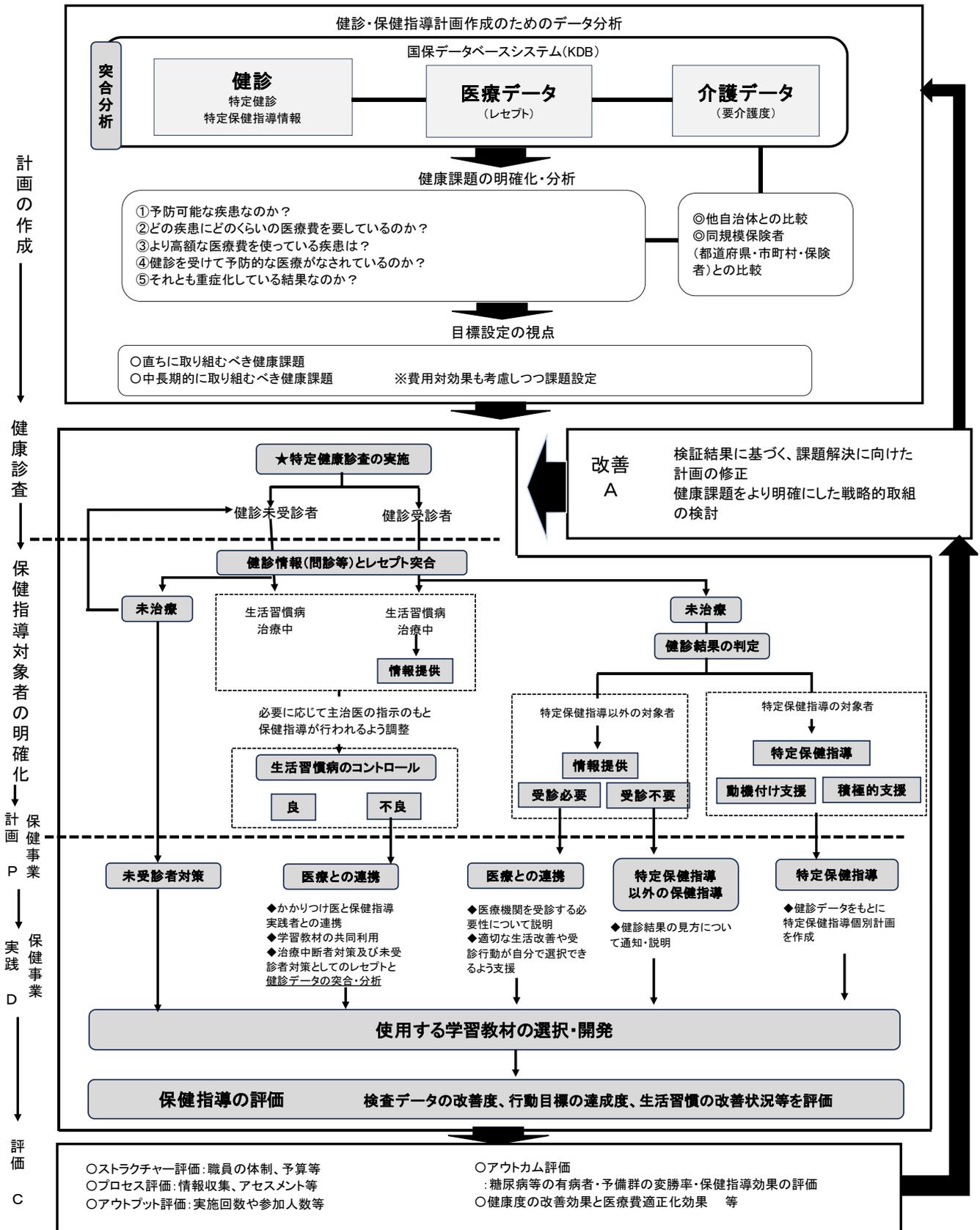


図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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)

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
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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 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) </div> <div style="font-size: 2em; margin: 10px 0;">➔</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 行動変容を促す手法 </div>	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、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体メカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らを選択し、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 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村	医療保険者	

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

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。

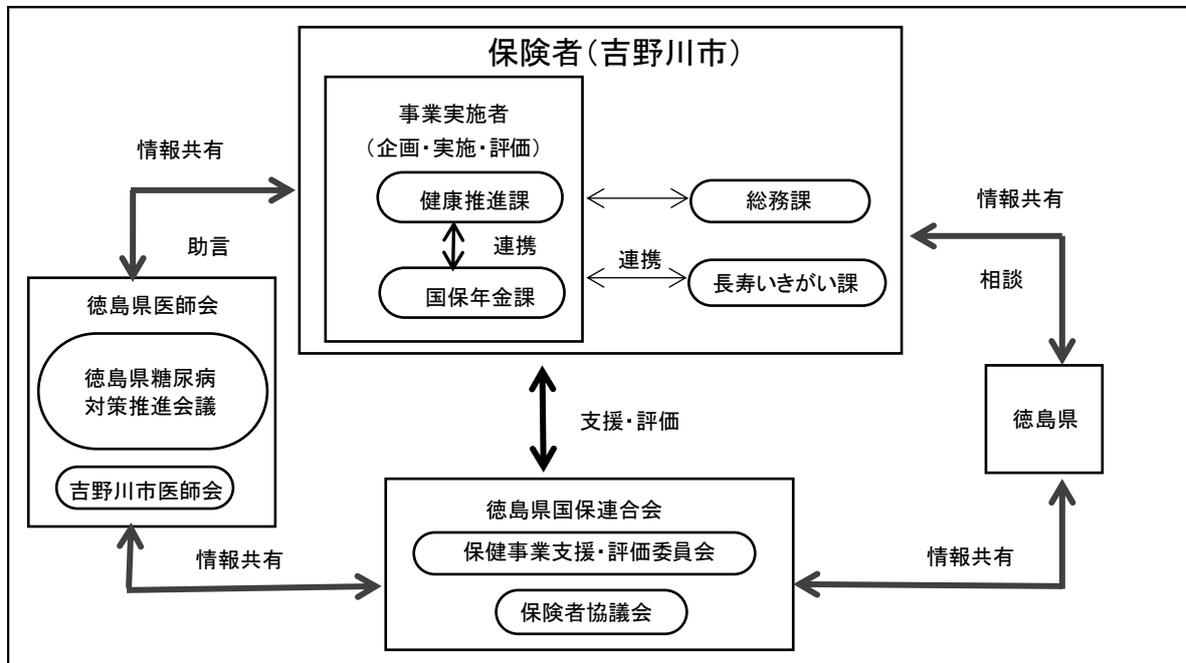
4. 関係者が果たすべき役割と連携

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、健康推進課と国保年金課が連携し、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。

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き継ぎを行う等の体制を整えます。（図表 6-7）

図表 6 吉野川市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

保…保健師 管保…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	保	保(係長)	保	保	保	保	保	保(係長)	管保	管保	管保	栄	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								○						◎		
高齢者保健		○	○	○	○	○	○	○	○	◎	○	○	○			

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、地域の医療機関や大学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。そのため、計画策定にあたっては、被保険者の立場から吉野川市国保運営協議会委員との意見交換等を行います。また、パブリックコメント等を利用することで市民から広く意見をいただく機会を設けます。

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り組み等に対する支援を行うため、保険者の取り組み状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に制度が開始されました。

令和 2 年度から、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り組みを後押しする(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、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。

本市の実績は 11 頁(図表 8)のとおりです。特定健診受診率、後発医薬品促進に向けて、引き続き関係部署と連携し、取り組みをすすめます。

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		
			吉野川市	配点	吉野川市	配点	吉野川市	配点	
交付額(万円) 全国順位(1,741市町村中)			533位		743位		1036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	70	70	115	70	115	70	
		(3)メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	20	40	20	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組		120	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供		110	90	50	45	55	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供			20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組		45	50	50	50	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		55	130	30	130	10	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率		15	100	30	100	30	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		27	40	17	50	12	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況		63	95	66	100	61	100
合計点			620	1,000	588	960	533	940	

評価指標			H30		R1		R2		R3		R4		R5					
			獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点*	満点	獲得点*	満点				
総得点(体制構築加点を除く)			421	790	547	880	607	995	620	1,000	584	960	529	940				
獲得割合(%)			53.3%		62.2%		61.0%		62.0%		60.8%		56.3%					
交付額(千円)			10,630		17,635		18,791		19,574		18,201		16,698					
一人当たり交付額(円)			1,659		1,919		2,101		2,228		2,081		1,975					
市町村順位(24市町村中)			15位		7位		13位		15位		13位		17位					
共通①	(1)特定健診受診率		0	50	0	50	-10	70	0	70	25	70	25	70				
	(2)特定保健指導実施率		30	50	25	50	70	70	50	70	70	70	70	70				
	(3)メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率		20	50	45	50	20	50	10	50	20	50	20	50				
共通②	(1)がん検診受診率		0	30	0	30	0	40	5	40	5	40	15	40				
	(2)歯科健診実施状況		25	25	25	25	20	30	15	30	15	30	15	35				
共通③	重症化予防の取組		100	100	100	100	120	120	120	120	120	120	100	100				
固有②	データヘルス計画の取組		40	40	50	50	40	40	40	40	30	30	25	25				
共通④	個人への分かりやすい情報提供		25	25	20	20	20	20	20	20	10	15	20	20				
	個人のインセンティブ提供		0	70	70	70	90	90	90	90	35	45	35	45				
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組		35	35	50	50	50	50	45	50	50	50	50	50				
共通⑥	(1)後発医薬品の促進の取組		20	35	35	35	10	10	10	10	10	10	10	10				
	(2)後発医薬品の使用割合		15	40	0	100	45	120	45	120	20	120	0	120				
固有①	収納率向上		45	100	45	100	0	100	15	100	30	100	30	100				
固有③	医療費通知の取組		25	25	25	25	25	25	25	25	20	25	15	15				
固有④	地域包括ケア推進・一体的実施		8	25	20	25	25	25	30	30	40	40	40	40				
固有⑤	第三者求償の取組		16	40	22	40	22	40	27	40	17	50	12	50				
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況		17	50	15	60	60	95	63	95	66	100	61	100				
体制構築加点			60	60	40	40	-	-	-	-	-	-	-	-				
													325	455点	61.4%	218	485点	41.2%

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

(人口・国保の加入状況)

本市の人口は約3万8千人で、高齢化率は38.4%(令和2年度国勢調査)です。全国と同規模、徳島県と比較すると高齢化率は高く、被保険者の平均年齢は58.1歳と同様に高くなっており、出生率は5.8、死亡率16.0となっています。産業においては、第3次産業が67.2%と同規模より高く、サービス業にかかわる被保険者の健康実態を分析し、働き方や生活リズム等を把握し、若い年代からの健康課題を明確にすることや取り組みを考えていくことが重要となっています。(図表9)

また、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65～74歳の前期高齢者が55.1%を占め、H30年と比較して4.6%増加しています。(図表10)

図表9 同規模・県・国と比較した吉野川市の特性

	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
吉野川市	38,159	38.4 ↑	7,938 (20.8)	58.1 ↑	5.8	16.0 ↑	0.4	7.2	25.6	67.2 ↑
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	34.5	22.4	55.1	6.5	14.3	0.3	8.5	24.1	67.4
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、吉野川市と同規模保険者(280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	8,902		8,793		8,731		8,532		7,938	
65～74歳	4,498	50.5	4,556	51.8	4,676	53.6	4,667	54.7	4,371	55.1 ↑
40～64歳	2,838	31.9	2,681	30.5	2,614	29.9	2,477	29.0	2,318	29.2
39歳以下	1,566	17.6	1,556	17.7	1,441	16.5	1,388	16.3	1,249	15.7
加入率	21.6		21.3		21.2		20.7		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

(医療の状況)

また本市には4つの病院、48診療所があり、いずれも同規模と比較しても多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数をみると、同規模と比較して高い傾向にあります。しかし、外来・入院患者数とも、H30年度と比較すると減っており、医療費と結び付けてみていく必要があります。(図表11)

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	同規模	県								
											割合	割合
病院数	4	0.4	4	0.5	4	0.5	4	0.5	4	0.5	0.4	0.7
診療所数	51	5.7	51	5.8	51	5.8	51	6.0	48	6.0	3.5	4.6
病床数	1,046	117.5	1,013	115.2	955	109.4	955	111.9	865	109.0	67.7	88.4
医師数	124	13.9	124	14.1	134	15.3	134	15.7	146	18.4	9.7	16.6
外来患者数	781.2		780.9		733.0		762.3		779.0		728.3	737.2
入院患者数	26.1		27.4		27.1		25.7		24.5		23.6	25.0

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期計画の評価は、短期的な目標と中長期的な目標の2段階で設定します。

まず、中長期的な目標としては、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)を設定します。

そして、中長期的な目標を達成するために必要な短期的な目標として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を目標疾患として設定しました。(5頁 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

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号認定者(40～64歳)で47人(認定率0.39%)、1号認定者(65歳以上)で2,975人(認定率20.3%)と同規模と比較すると高く、H30年度と比べて増加しています。

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、新規認定者が増えていることから、何の疾患で要介護認定が必要になったのか確認していく必要があります。(図表12)

図表12 要介護認定者(率)の状況

	吉野川市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	14,336人	34.7%	14,666人	38.4%	36.2%	34.5%	28.7%
2号認定者	46人	0.34%	47人	0.39%	0.37%	0.38%	0.38%
新規認定者	7人		13人		--	--	--
1号認定者	2,718人	19.0%	2,975人	20.3%	19.1%	20.7%	19.4%
新規認定者	328人		403人		--	--	--
再掲							
65～74歳	258人	4.0%	299人	4.3%	--	--	--
新規認定者	55人		65人		--	--	--
75歳以上	2,460人	31.5%	2,676人	34.8%	--	--	--
新規認定者	273人		338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

介護給付費は、4年間で47.4億円から50.5億円に伸びており、一人あたり給付費をみても、H30より1.5万円増えています。介護保険料は、県・全国と比較して高い状態が続いています。(図表13)

図表 13 介護給付費の変化

	吉野川市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	47億4443万円	50億5404万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	330,945	344,610	300,230	320,304	290,668
1件あたり給付費(円)全体	69,745	67,247	70,503	63,005	59,662
居宅サービス	43,567	42,887	43,936	41,316	41,272
施設サービス	292,842	300,354	291,914	297,064	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

(参考 介護保険料)

第5期		第6期		第7期		第8期	
H24-26		H27-29		H30-32		R3-5	
吉野川市(県内8位)	5,285円	吉野川市(県内1位)	5,885円	吉野川市(県内3位)	6,600円	吉野川市(県内7位)	6,700円
徳島県	5,282円	徳島県	5,681円	徳島県	6,285円	徳島県	6,477円
全 国	4,972円	全 国	5,514円	全 国	5,869円	全 国	6,014円

出典:介護保険事業報告

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、どの年代においても、脳卒中(脳出血・脳梗塞)と虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)が上位を占めています。基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の有病状況は、全年齢で 96.1%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 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4 年度)

受給者区分		2号				1号				合計		
年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		47		299		2,676		2,975		3,022		
再)国保・後期		21		215		2,563		2,778		2,799		
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								
	循環器疾患	1	脳卒中	9	脳卒中	87	虚血性心疾患	1,226	虚血性心疾患	1,289	虚血性心疾患	1,294
				42.9%		40.5%		47.8%		46.4%		46.2%
		2	虚血性心疾患	5	虚血性心疾患	63	脳卒中	947	脳卒中	1,034	脳卒中	1,043
				23.8%		29.3%		36.9%		37.2%		37.3%
	血管疾患	3	腎不全	3	腎不全	34	腎不全	472	腎不全	506	腎不全	509
				14.3%		15.8%		18.4%		18.2%		18.2%
		合併症	4	糖尿病合併症	3	糖尿病合併症	35	糖尿病合併症	347	糖尿病合併症	382	糖尿病合併症
				14.3%		16.3%		13.5%		13.8%		13.8%
基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)			18	基礎疾患	194	基礎疾患	2,451	基礎疾患	2,645	基礎疾患	2,663	
			85.7%		90.2%		95.6%		95.2%		95.1%	
血管疾患合計			18	合計	197	合計	2,475	合計	2,672	合計	2,690	
			85.7%		91.6%		96.6%		96.2%		96.1%	
認知症			4	認知症	53	認知症	1,273	認知症	1,326	認知症	1,330	
			19.0%		24.7%		49.7%		47.7%		47.5%	
筋・骨格疾患			17	筋骨格系	187	筋骨格系	2,491	筋骨格系	2,678	筋骨格系	2,695	
			81.0%		87.0%		97.2%		96.4%		96.3%	

② 医療費の状況

本市の R4 年度の医療費は、国保加入者の減少とともに総医療費は減少しているものの、一人あたり医療費は高くなっており、同規模保険者と比べて約 1.5 万円高く、県よりも約 2 万円高い状況です。また、入院医療費のレセプト件数は、全体のわずか 3%程度にも関わらず、医療費では全体の約 43%を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較しても約 5.6 万円も高くなっています。(図表 15)

R3 年度の地域差指数(年齢調整後)全体をみると、県平均より低いものの、全国平均の 1 を超えています。また、入院・外来とも地域差指数は、H30 年度と比べ低くなっており、後期高齢者では、外来は低くなっているものの、入院は高くなっています。(図表 16)

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因です。入院への移行を抑制するためには、予防可能な生活習慣病、特に基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症のコントロール管理が重要であり、引き続き、医療費適正化に向けた重症化予防の取り組みに力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

	吉野川市		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)	8,902人	7,938人	--	--	--
前期高齢者割合	4,498人 (50.5%)	4,371人 (55.1%)	--	--	--
総医療費	33億2496万円	32億5037万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)	373,507	409,470	394,521	389,015	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	519,350	575,300	585,610	617,950
	費用の割合	44.6	43.1	43.3	39.6
	件数の割合	3.2	3.0	3.1	2.5
外来	1件あたり費用額	21,510	23,880	24,850	24,220
	費用の割合	55.4	56.9	56.7	60.4
	件数の割合	96.8	97.0	96.9	97.5
受診率	807.274	803.507	751.942	762.201	705.439

※同規模順位は吉野川市と同規模保険者280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			
	吉野川市 (県内市町村中)		県 (47県中)	吉野川市 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度	
地域差指数・順位	全体	1.073	1.038	1.089	1.002	1.012	1.087
		(12位)	(15位)	(11位)	(19位)	(17位)	(12位)
	入院	1.179	1.136	1.248	0.958	1.025	1.175
		(15位)	(16位)	(9位)	(21位)	(19位)	(11位)
	外来	1.000	0.971	0.978	1.057	1.002	0.997
		(7位)	(11位)	(32位)	(3位)	(9位)	(15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が、虚血性心疾患については、同規模・県・国よりも高くなっています。(図表 17)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			吉野川市		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)			33億2496万円	32億5037万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			2億4512万円	1億7174万円	--	--	--
			7.37%	→ 5.28% ↓	7.84%	5.92%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.58%	1.23%	2.10%	1.44%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.13%	→ 1.89%	1.39%	1.80%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.30%	1.91%	4.05%	2.34%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.37%	0.25%	0.30%	0.34%	0.29%
その 他の	悪性新生物		16.44%	20.36%	16.91%	16.11%	16.69%
	筋・骨疾患		7.78%	7.37%	9.00%	8.54%	8.68%
	精神疾患		10.82%	9.89%	8.74%	11.18%	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。

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(脳梗塞・脳出血)・虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)は、患者数及び割合が減少していますが、人工透析については、横ばいとなっています。(図表 18)

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	8,902	7,938	a	545	464	736	639	34	24	
				a/A	6.1%	5.8%	8.3%	8.0%	0.4%	0.3%	
40歳以上	B	7,336	6,689	b	536	459	727	631	33	24	
	B/A	82.4%	84.3%	b/B	7.3%	↓ 6.9%	9.9%	↓ 9.4%	0.4%	0.4%	
再掲	40~64歳	D	2,838	2,318	d	114	98	155	133	22	21
		D/A	31.9%	29.2%	d/D	4.0%	4.2%	5.5%	5.7%	0.8%	0.9%
	65~74歳	C	4,498	4,371	c	422	361	572	498	11	3
		C/A	50.5%	55.1%	c/C	9.4%	8.3%	12.7%	11.4%	0.2%	0.1%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)

地域の全体像の把握

介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

虚血性心疾患は発症時の急性期のみならず、再発や介護、死亡の問題もあり、患者本人や家族の日常生活に長期にわたり大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる肥満、糖尿病、高血圧症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。

(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・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)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減っています。糖尿病については、糖尿病性腎症の治療者の割合が増えており、特に40-64歳の割合が増加しています。

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、早期に適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていると考えられます。今後も重症化予防を目的とした保健指導を継続して行っていくことが重要です。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	3,139	3,027	767	626	2,372	2,401
		A/被保数	42.8%	45.3%	27.0%	27.0%	52.7%	54.9%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	300	271	58	54	242	217
		B/A	9.6%	9.0%	7.6%	8.6%	10.2%	9.0%
	虚血性心疾患	C	541	472	105	78	436	394
		C/A	17.2%	15.6%	13.7%	12.5%	18.4%	16.4%
	人工透析	D	31	23	22	20	9	3
		D/A	1.0%	0.8%	2.9%	3.2%	0.4%	0.1%

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

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	1,865	1,685	503	408	1,362	1,277
		A/被保数	25.4%	25.2%	17.7%	17.6%	30.3%	29.2%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	176	144	32	25	144	119
		B/A	9.4%	8.5%	6.4%	6.1%	10.6%	9.3%
	虚血性心疾患	C	388	312	83	57	305	255
		C/A	20.8%	18.5%	16.5%	14.0%	22.4%	20.0%
	人工透析	D	24	18	13	15	11	3
		D/A	1.3%	1.1%	2.6%	3.7%	0.8%	0.2%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	136	136	40	37	96	99
		E/A	7.3%	8.1%	8.0%	9.1%	7.0%	7.8%
	糖尿病性網膜症	F	280	224	73	53	207	171
		F/A	15.0%	13.3%	14.5%	13.0%	15.2%	13.4%
	糖尿病性神経障害	G	81	64	23	21	58	43
G/A	4.3%	3.8%	4.6%	5.1%	4.3%	3.4%		

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	2,546	2,514	631	548	1,915	1,966
		A/被保数	34.7%	37.6%	22.2%	23.6%	42.6%	45.0%
(中長期併症)	脳血管疾患	B	220	202	38	33	182	169
		B/A	8.6%	8.0%	6.0%	6.0%	9.5%	8.6%
	虚血性心疾患	C	465	426	84	69	381	357
		C/A	18.3%	16.9%	13.3%	12.6%	19.9%	18.2%
	人工透析	D	20	12	12	10	8	2
		D/A	0.8%	0.5%	1.9%	1.8%	0.4%	0.1%

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

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(収縮期 160-179mmHg/拡張期 100-109 mmHg)と、HbA1c7.0%以上の対象者を H30 年度と R3 年度で比較してみたところ、Ⅱ度高血圧有所見者の割合は増加していますが、HbA1c7.0%以上の割合は減少しています。

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、未治療者、治療中断対象者が減少するよう、健診結果とレセプトの確認を行い、適切な治療が継続できるよう努める必要があります。(図表 22)

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度以上高血圧の推移								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)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療		治療中断	
													G	G/E	H	H/E
吉野川市	2,541	37.8	2,520	39.0	145	5.7	83	57.2	180	7.1	109	60.6	67	37.2	8	4.4
徳島県	42,065	36.3	42,883	38.9	2,428	5.8	1,356	55.8	2,524	5.9	1,381	54.7	852	33.8	116	4.6

	HbA1c 実施率				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)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	未治療		治療中断	
													M	M/K	N	N/K
吉野川市	2,541	100.0	2,520	100.0	137	5.4	40	29.2	127	5.0	36	28.3	6	4.7	1	0.8
徳島県	42,017	99.9	42,834	99.9	1,749	4.2	543	31.0	1,946	4.5	574	29.5	108	5.5	44	2.3

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。

本市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と予備群の対象者数・割合ともほぼ横ばいです。(図表 23)

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	2,541 (37.8%)	506 (19.9%)	149 (5.9%)	357 (14.0%)	308 (12.1%)
R04年度	2,298 (37.9%)	511 (22.2%)	133 (5.8%)	378 (16.4%)	252 (11.0%)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上・Ⅱ度高血圧以上・LDL-C160mg/dL 以上の有所見割合を見ると、Ⅱ度高血圧以上の割合は 1.4 ポイント増加しており、HbA1c6.5%以上・LDL-C160mg/dL 以上は微減しています。R3 年と R4 年の改善率をみると、Ⅱ度高血圧以上・LDL-C160mg/dL 以上の割合が下がっています。原因として、糖尿病や CKD 予防対象者を中心に保健指導を実施していたこと等が考えられます。これらの状況から、今後は保健指導対象者の見直しが課題となります。

一方で、翌年度に健診未受診の方が、いずれも3~4割程度存在し、結果が把握できていません。今後も、結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 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	258 (10.2%)	59 (22.9%)	98 (38.0%)	31 (12.0%)	70 (27.1%)
R03→R04	253 (10.0%)	52 (20.6%)	81 (32.0%)	28 (11.1%)	92 (36.4%)

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	145 (5.7%)	68 (46.9%)	37 (25.5%)	4 (2.8%)	36 (24.8%)
R03→R04	180 (7.1%)	70 (38.9%)	31 (17.2%)	11 (6.1%)	68 (37.8%)

図表 26 LDL160mg/dL 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160mg/dL以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	304 (12.0%)	154 (50.7%)	68 (22.4%)	19 (6.3%)	63 (20.7%)
R03→R04	287 (11.4%)	118 (41.1%)	66 (23.0%)	16 (5.6%)	87 (30.3%)

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響もあり、R2 年度以降は受診率が微減しており、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、女性は 40 歳代前半の受診者が少しずつ増えていますが、40 歳代後半は減少しており、受診率全体をみると低い状況が続いています。(図表 28)

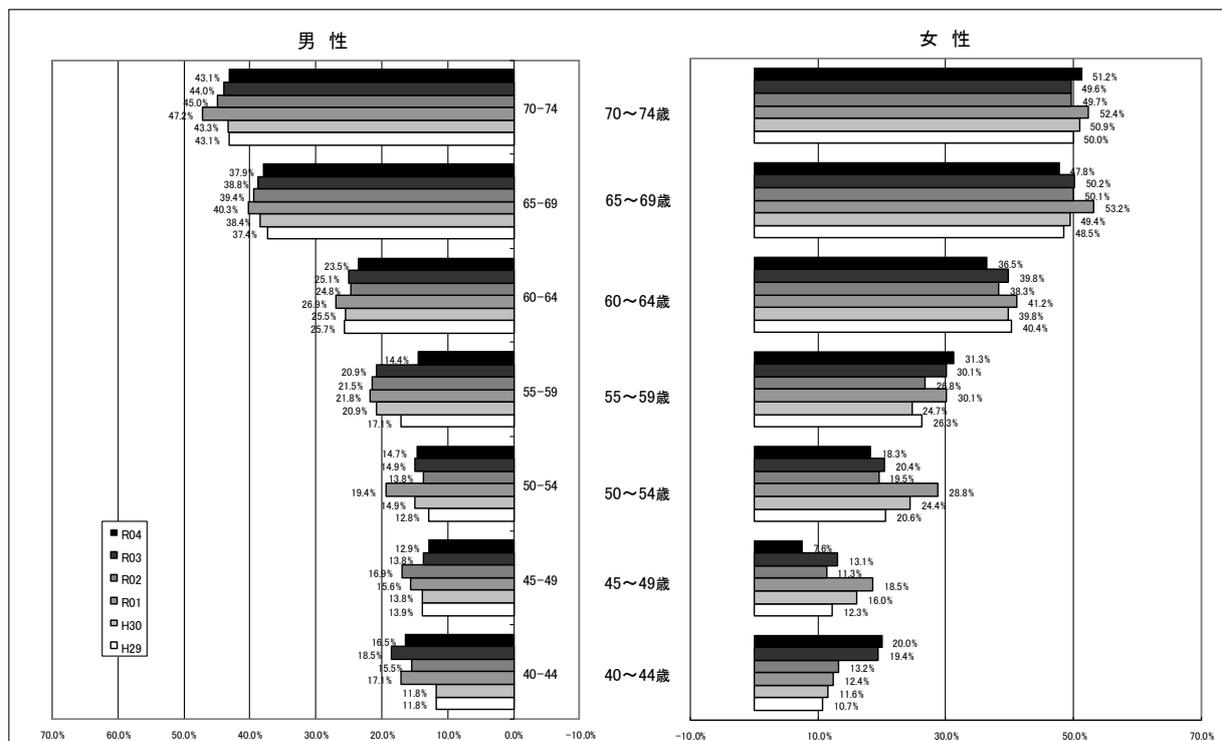
特定保健指導実施率は、85%前後を推移しており、目標値である 80%以上を維持しています。

生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度 (速報値)	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	2,541	2,699	2,577	2,520	2,298	健診受診率 60%
	受診率	37.8%	40.9%	38.7%	39.0%	37.9%	
特定保健指導	該当者数	299	289	258	231	227	特定保健指導実施率 80%
	割合	11.8%	10.7%	10.0%	9.2%	9.9%	
	実施者数	261	253	223	196	193	
	実施率	87.3%	87.5%	86.4%	84.8%	85.0%	

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



図表 23~28 出典: 特定健診受診率(法定報告分)

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取り組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

HbA1c6.5%以上の対象者は1割程度で、その約4割が未治療であり、経年で見るとR4年度が最も高く42.8%でした。

HbA1c7.0%以上の割合は5%前後で、医療のかかり方をみるとR4年度は、未治療者が6.1%(7人)、治療中断が3.5%(4人)、不定期受診が14%(16人)と、医療機関に継続して受診していない人の割合が高いことがわかりました。医療機関を受診していない人に、保健指導を実施できるような体制を整え、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、受診を継続す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

表1 HbA1c6.5%以上の対象者と未治療者

		H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c6.5以上	人	258	292	250	253	236
	%	10.2%	10.8%	9.7%	10.0%	10.3%
(再掲) 未治療	人	109	113	99	98	101
	%	42.2%	38.7%	39.6%	38.7%	42.8%

未治療: 特定健診質問票で糖尿病薬・インスリンを使っていない

表2 高血糖者の医療のかかり方(HbA1c7.0%以上の状況)

	特定健診				HbA1c							
	対象者	受診者	HbA1c 実施者	受診率	7.0%以上		①未治療		②治療中断		③不定期受診	
					H	H/C	I	I/H	J	J/H	K	K/H
	A	B	C	B/A	H	H/C	I	I/H	J	J/H	K	K/H
R01	6,599	2,699	2,699	40.9	143	5.3	11	7.7	5	3.5	18	12.6
R02	6,660	2,577	2,577	38.7	117	4.5	4	3.4	13	11.1	24	20.5
R03	6,459	2,520	2,520	39.0	127	5.0	6	4.7	1	0.8	17	13.4
R04	6,057	2,298	2,298	37.9	114	5.0	7	6.1	4	3.5	16	14.0

①未治療…12か月間、全く糖尿病のレセプトがない

②中断…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か月以上レセプトがない。

③不定期受診…②以外で直近半年の受診が3回以下(ただし、治療開始と考えられる者を除く)

②脳血管疾患重症化予防

Ⅱ度高血圧以上の者の割合は、H30年度の5.7%からR4年度は8.0%と微増しており、約半数が未治療者です。医療のかかり方をみると、R4年度は未治療者が32.8%(60人)、治療中断が6.0%(11人)、不定期受診が14.2%(26人)と、医療機関を受診していない人の割合が高いことがわかりました。

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。表5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)を示した表です。Ⅲ度高血圧の者及びⅡ度高血圧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、家庭での血圧測定をすすめ、血圧記録手帳の活用を促していきます。

また、服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

表3 Ⅱ度高血圧以上の対象者と未治療者

		H30	R1	R2	R3	R4
Ⅰ度以上	人	756	819	823	781	732
	%	29.8%	30.3%	31.9%	31.0%	31.9%
Ⅱ度以上	人	145	172	195	180	183
	%	5.7%	6.4%	7.6%	7.1%	8.0%
(再掲) 未治療	人	83	96	98	109	91
	%	57.2%	55.8%	50.3%	60.6%	49.7%

未治療:特定健診質問票で降圧薬を使っていない

表4 高血圧の医療のかかり方(Ⅱ度高血圧以上の状況)

	特定健診			血圧							
	対象者 A	受診者 B	受診率 B/A	Ⅱ度以上		①未治療		②治療中断		③不定期受診	
				D	D/B	E	E/D	F	F/D	G	G/D
R01	6,599	2,699	40.9	172	6.4	60	34.9	13	7.6	27	15.7
R02	6,660	2,577	38.7	195	7.6	53	27.2	27	13.8	33	16.9
R03	6,459	2,520	39.0	180	7.1	67	37.2	8	4.4	22	12.2
R04	6,057	2,298	37.9	183	8.0	60	32.8	11	6.0	26	14.2

①未治療…12か月間、全く高血圧のレセプトがない

②中断…高血圧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か月以上レセプトがない。

③不定期受診…②以外で直近半年の受診が3回以下(ただし、治療開始と考えられる者を除く)

表 5 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)	754	394	269	76	15
		52.3%	35.7%	10.1%	2.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	21	C 19	B 0	B 2	A 0
	2.8%	4.8%	0.0%	2.6%	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	433	C 230	B 148	A 48	A 7
	57.4%	58.4%	55.0%	63.2%	46.7%
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	300	B 145	A 121	A 26	A 8
	39.8%	36.8%	45.0%	34.2%	53.3%

…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	210
		27.9%
B	概ね1か月後に再評価	295
		39.1%
C	概ね3か月後に再評価	249
		33.0%

※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。

③慢性腎臓病(CKD)重症化予防

本市では、慢性腎臓病予防及び糖尿病性腎症重症化予防を目的に、令和2年度より二次健診として次の対象者に、尿蛋白定量検査・推定1日塩分摂取量検査を実施しています。

対象者：特定健康診査結果が次の1～4のいずれかに該当する場合で、生活習慣病未治療の方 ※4は、糖尿病未治療者
1. 尿蛋白定性検査(+)
2. 尿蛋白定性検査(±)が2年以上続いている
3. II度高血圧以上かつeGFR60未満
4. HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dL以上で尿蛋白定性検査(-)もしくは(±)

表6は、尿蛋白定量検査結果のR2~R4年度分をまとめたもので、表の赤色が腎専門医への受診が必要な方になります。特定健診における尿検査(定性)では、65人いましたが、尿蛋白定量検査では9人に減っています。また、緑色が正常域になりますが、53人から86人に増えており、33人が正常域に移動しています。

グラフ1は、推定1日塩分摂取量検査結果のR2~R4年度分をまとめたもので、グラフの青色が表7の1日の食塩摂取量の目標値を達成できている人数、赤が目標値以上に塩分を摂取している人数になります。全体的に8~9g未満の塩分摂取量の人が多く、男性は女性に比べて目標値以上に塩分を摂取している人が多いことが分かりました。これまでの検査で、最も多く塩分を摂取している人は、男性17g、女性16.6gと目標値の倍以上でした。

市医師会の先生方の協力もあり、早期介入のきっかけとしてこれらの検査と保健指導・栄養指導を行うことができました。今後も継続して実施し、重症化予防に取り組んでいきます。

●尿蛋白定量検査

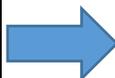
表 6 CKD 重症度分類の変化(R2~R4 年度) 159 人

特定健診における尿検査(定性)の結果

			A1	A2	A3
			(-)	(±)	(+~)
G1	正常または高値	90以上	4	3	6
G2	正常または軽度低下	60-90未満	49	16	38
G3a	軽度~中等度低下	45-60未満	22	8	12
G3b	中等度~高度低下	30-45未満	1	0	0
G4	高度低下	15-30未満	0	0	0
G5	末期腎不全	15未満	0	0	0

尿蛋白定量検査結果

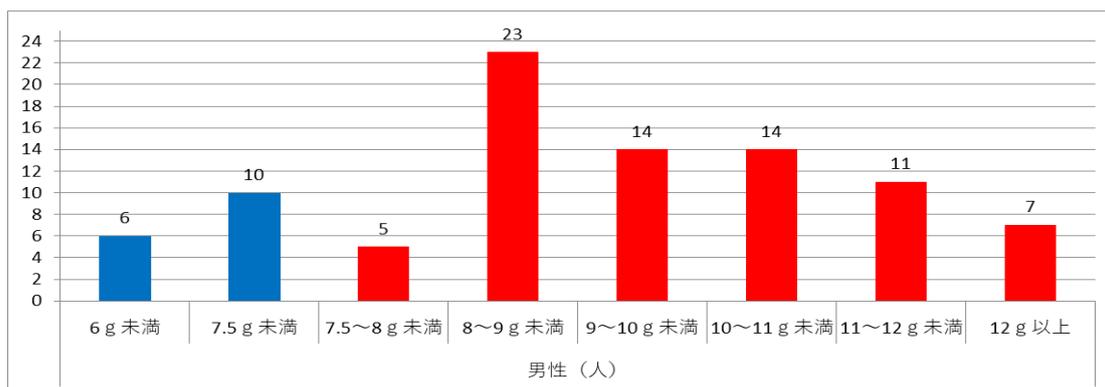
			A1	A2	A3
			(-)	(±)	(+~)
G1	正常または高値	90以上	9	3	1
G2	正常または軽度低下	60-90未満	77	26	0
G3a	軽度~中等度低下	45-60未満	35	6	1
G3b	中等度~高度低下	30-45未満	1	0	0
G4	高度低下	15-30未満	0	0	0
G5	末期腎不全	15未満	0	0	0



●推定 1 日塩分摂取量検査

グラフ 1 推定 1 日塩分摂取量結果(R2~R4 年度) 159 人

【男性:90 人】



【女性:69 人】

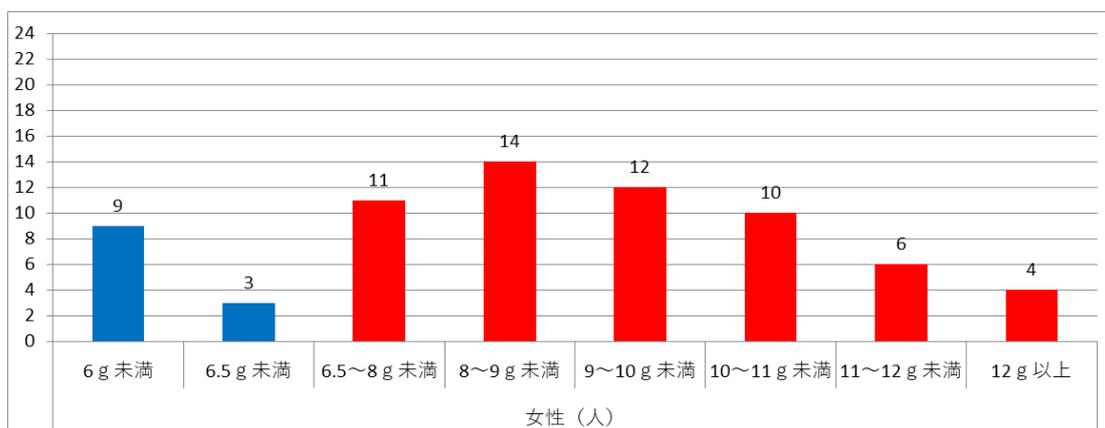


表 7 1 日の食塩摂取量の目標値(食事摂取基準)

男性:7.5g/日未満	女性:6.5/日未満	高血圧:6g/日未満
-------------	------------	------------

(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。

本市においては、生涯を通じた健康づくりの取り組みとして、一人ひとりの市民が、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。

取り組み内容としては、健診結果説明会を開催し、会場には高血圧改善を目的として食品に含まれる塩分の展示や1食の目安となるフードモデルの展示を行っており、必要があれば参加者に個別で説明しています。併せて、野菜の摂取促進に関するチラシの配付やポスターの掲示を行っています。

また、広報よしがわを活用し、生活習慣病重症化予防を目的として、各種疾病の病態や市国保の医療・健診の実態などを周知しています。令和5年度は、狭心症や心筋梗塞の発作の際に現れる症状について実際に発作を起こした方のコメントを入れるなど、119番通報の目安となる症状や健診の重要性について広く市民へ周知を行いました。

心筋梗塞 は予防可能な病気です!!

～特定健診を受けていますか?～

狭心症・心筋梗塞を起こした方の声

《発作を起こした時の症状》

- 急に息ができないようになって救急車で運ばれた。(心筋梗塞)
- 胸よりもおちどりがキューってなった。(狭心症)
- 胸の痛みはしばらくしたら治まった。でも数日後にまた発作が起こった。(狭心症)

《健診・医療のこと》

- 病院も健診もキライ。健診は受けたことがない。
- 知り合いの勧めで久しぶりに健診を受けた。血圧が180もあった。
- LDLコレステロールの薬を先生から勧められたけど飲まなかった。
- 病院で調べたら、血管の太いところから急に細くなっているところがあるって言われた。

注)発作の頻度や症状の出力は個人差があります。

医療・健診の実態 (吉野川市国保)

① 狭心症・心筋梗塞を起こした人のうち**9割以上の人に、高血圧・脂質異常症・糖尿病**などの生活習慣病がある

生活習慣病は、生活の見直しや受診・適切な服薬により、**コントロール可能な**病気です。血圧や脂質、血糖などの数値を良くすることが、将来の狭心症や心筋梗塞などの予防につながります。

② 狭心症・心筋梗塞を起こした人のうち**約7割の人が特定健診未受診**

健診を受けないと血管の傷みは分かりません。健診を受けて自分の血管の状態を知り、生活を改善することが大事です。

～自分の周りの大切な人に「健診に行こう」と声をかけてください!!～

こんな時は、すぐに119番通報を

胸が「締め付けられる」、「重苦しい」、「焼け付くような感じ」

数分間持続する痛み(前胸部ないしやや左、背中・肩などの場合も)

呼吸困難

冷や汗を伴う

意識の異常

参考:日本赤十字社ホームページ、第2回日本循環器学会セミナー

急性心筋梗塞の疑い

救急車で病院へ

広報よしがわ(R5年11月号)より

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法	
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ年度)	
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	1.6%	1.5%	1.2%	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	2.1%	2.7%	1.9%		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	3.3%	2.0%	1.9%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	R 1 5.3%	4.3%	5.3%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	2.6%	0.7%	2.0%		
	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	32.0%	34.4%	33.2%	法定報告値
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	5.7%	7.6%	8.0%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL180以上)	3.8%	3.3%	3.1%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	10.2%	9.7%	10.3%	
			健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少	1.7%	1.6%	1.0%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	75.6%	67.9%	66.7%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	86.6%	73.8%	70.4%	
		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	37.8	38.7	37.9	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	87.3	86.4	85.0	
			特定保健指導対象者の割合の減少	11.8	10.0	9.9	
努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	8.2	7.2	7.4	地域保健事業報告	
		肺がん検診受診者の増加	10.9	10.6	9.3		
		大腸がん検診受診者の増加	9.1	10.2	11.3		
		子宮がん検診受診者の増加	16.7	15.1	16.0		
		乳がん検診受診者の増加	19.7	17.9	17.9		
		5つのがん検診の平均受診率の増加	12.9	12.2	12.4		
	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	54.4%	64.4%	65.5%	厚生労働省	

データヘルス計画の目標値設定

吉野川市

主計画	健康課題解決に向けた目標・指標			目標	統計元	医療保険	基準年	中間評価	目標値(%)及び取組について				
	H28		R2 (実績はR1)				R3 (R2)	R4 (R3)	R5 (R4)				
特定健診 等計画	短期目標	1	特定健診受診率	60%以上	法定報告データ	国保	38.1%	40.9%	38.7%	39.0%	37.9%		
		2	特定保健指導実施率	60%以上			84.0%	87.5%	86.4%	84.8%	85.0%		
		3	メタボ該当者予備群の減少	25%減少			28.6%	32.9%	34.4%	33.1%	33.2%		
		4	健診受診者の高血圧者(160/100)割合の減少				5.6%	6.4%	7.6%	7.1%	8.0%		
		5	健診受診者の血糖異常者(HbA1c6.5%以上)割合の減少				9.6%	10.8%	9.7%	10.0%	10.3%		
		6	健診受診者の血糖異常者(HbA1c8.0%以上)割合の減少				1.4%	1.8%	1.6%	1.3%	1.0%		
		7	健診受診者の脂質異常者(LDL180以上)割合の減少				3.3%	3.3%	3.3%	3.4%	3.1%		
データヘルス計画	中長期目標	8	脳血管疾患の総医療費の割合の減少		KDBシステム	国保	2.7%	1.6%	1.5%	1.8%	1.2%		
		9	虚血性心疾患の総医療費の割合の減少				2.6%	1.8%	2.7%	1.9%	1.9%		
		10-1	慢性透析患者数 (うち新規患者数)	※基準年はH29年度、(新規導入はH29-30)			国保	38人 (11人)	30人 (10人)	27人 (7人)	23人 (5人)	25人 (8人)	
		10-2	糖尿病性腎症割合の減少				後期	170人 (30人)	182人 (33人)	171人 (14人)	167人 (24人)	166人 (23人)	
		10-3	糖尿病腎症新規透析導入患者数の減少	※新規導入H29-30			国保	6.2%	6.7%	6.3%	7.0%	6.6%	
		後期	7.0%	7.1%			6.7%	5.8%	5.7%				
保険者努力支援制度	短期目標	11	がん検診受診率	胃がん	25%以上	地域保健事業計画	国保	4.5%	7.7%	7.2%	6.4%	7.4%	
		12		肺がん	25%以上			5.2%	9.2%	10.6%	9.0%	9.3%	
		13		大腸がん	25%以上			5.3%	10.0%	10.2%	11.0%	11.3%	
		14		子宮頸がん	25%以上			16.8%	16.7%	15.1%	15.1%	16.0%	
		15		乳がん	25%以上			15.0%	19.5%	17.9%	16.6%	17.9%	
	16	歯科検診受診率	実施										
追加	17	地域包括ケアの取組	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取組準備(実態把握)、事業委託	令和6年度まで		後期		実態把握	事業開始				
全体評価							H28	R2	R3	R4	R5 (暫定値)		
健康寿命の延伸	平均余命	男性(徳島県)80.8		国・県R2年度	KDBシステム	国保	78.7	81.3	80.1	80.2	80.0		
		女性(徳島県)87.3					86.8	86.3	86.7	87.6	87.9		
	平均自立期間 (要介護2以上)	男性(徳島県)79.3					77.2	79.6	78.6	78.5	78.4		
		女性(徳島県)83.9					83.5	83.2	83.5	84.2	84.3		
医療費	地域差指数 (実績医療費)	(国)1.00・(徳島国保)1.13					1.11	1.09	1.04				

3) 第 2 期データヘルス計画に係る考察

【考察】

吉野川市国民健康保険加入者の状況について、被保険者数は減少し、加入率も低下しています。また、前期高齢者が増え、39 歳以下の若い人が減少しています。介護状況をみると、H30 年度と比べ 75 歳以上の要介護認定者数が増え、介護給付費が 3 億円を超えており、2 号認定者数が H30 年度の 2 倍近くになっています。

中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患)の医療費合計は、7 千万円以上減っており、脳・心・腎いずれの疾患の割合も下がっています。重症化予防の取り組みの成果が出てきていると言えます。しかし、心疾患については、同規模・国と比較すると高い状態です。

短期目標(高血圧症・糖尿病・脂質異常症)治療者の経年変化を見ると、高血圧症・脂質異常症については、治療者の割合が増え、脳・心・腎疾患の割合が減少しています。適切な治療が重症化予防につながっていると考えられます。糖尿病は、治療者の割合は減っているものの、糖尿病性腎症の割合が増えています。さらに、未治療のⅡ度以上高血圧者の割合が H30 年度と比べ増えており、Ⅱ度以上高血圧の継続受診者で見ても、前年度より悪化もしくは健診未受診者が多いことが分かります。糖尿病や高血圧は人工透析の原因疾患であるため、今後も継続して保健指導を実施していくことが重症化予防につながります。

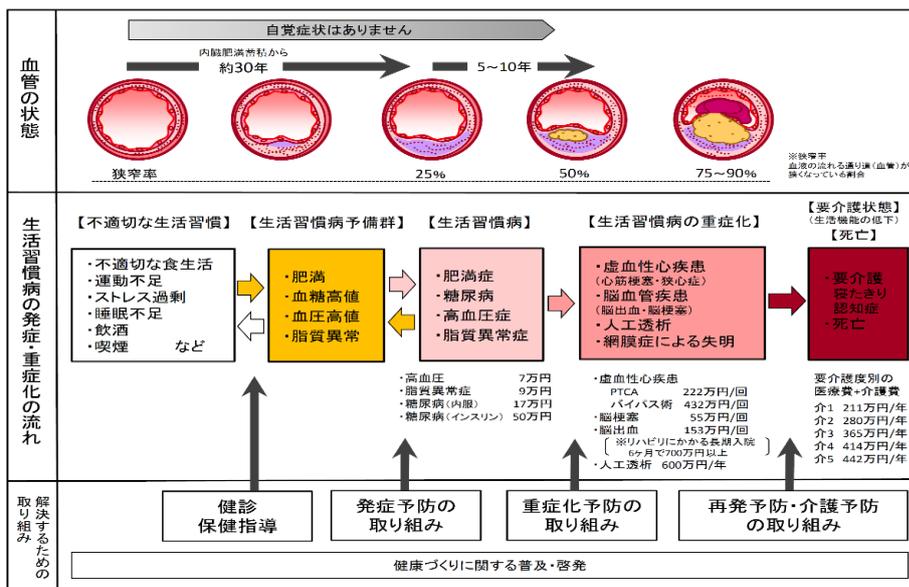
特定健診受診率は、年々微減しており、年代別で見ると 40 歳代後半～50 歳代、特に男性の受診率が下がってきています。コロナ禍による受診控えによる可能性も考えられますが、40～74 歳の約 6 割が健診未受診者で、健康実態の分からない方が多く存在します。まずは、健診を受診してもらえような対策について検討する必要があります。また、特定健診受診者に対しては、継続受診につながるよう対応していくことが重要となります。

3. 第3期における健康課題(生活習慣病)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
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

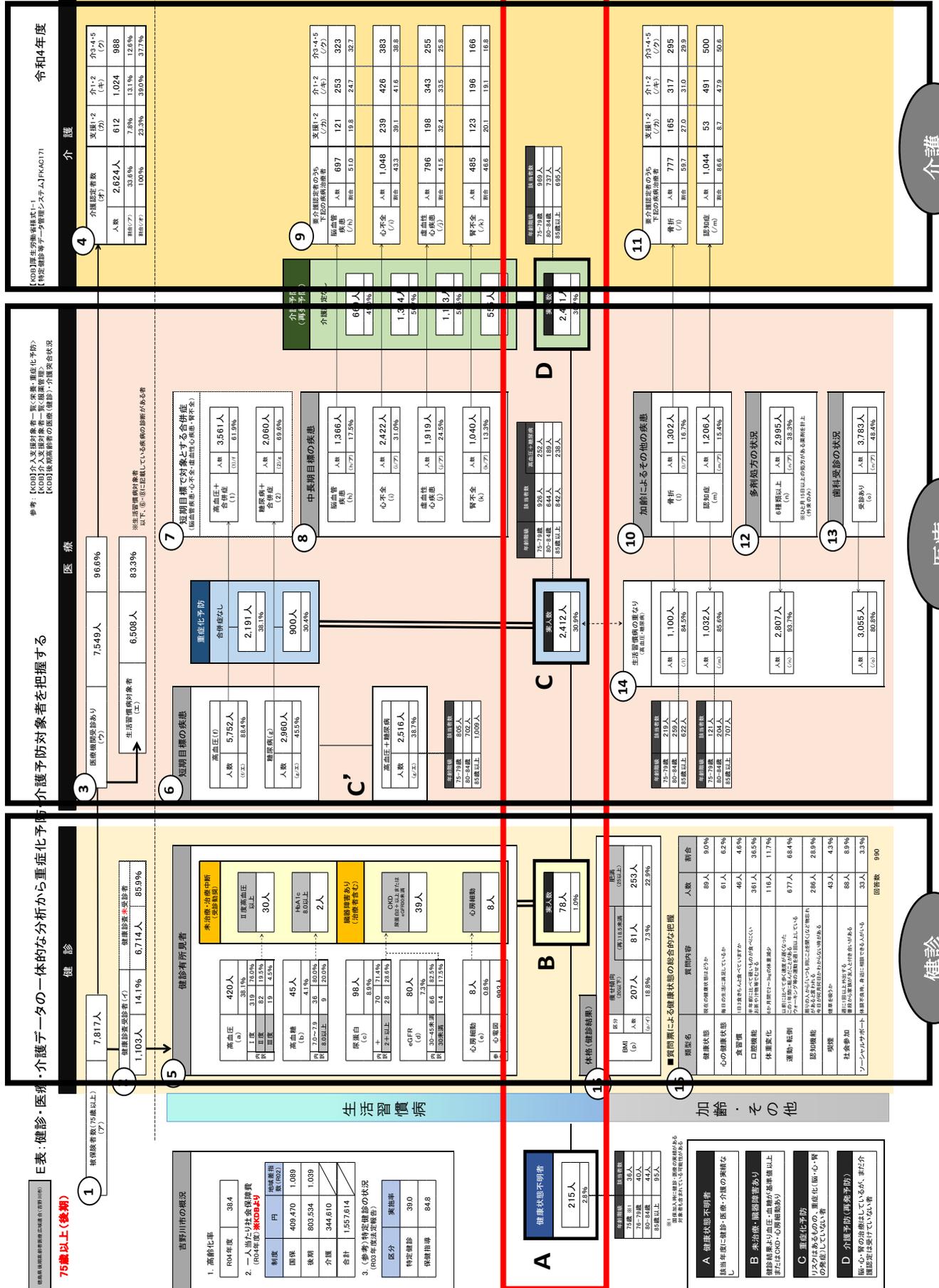
医療保険制度においては、75歳に到達した後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動します。

保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により市の支援担当者や事業内容等が引き継がれていないという課題があります。

国保で、被保険者の年代をみても65歳以上の前期高齢者の割合が高く、医療費も前期高齢者に係る医療費割合が過半数を占めており、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につながっているケースも多いため、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、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

R4年度医療費総費用額をみると、国保は32.5億円で、後期は74億円で2倍以上であり、被保険者一人あたり医療費でも後期は同様に高い状況です。

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		8,902人	8,793人	8,731人	8,532人	7,938人	8,037人
総件数及び 総費用額	件数	88,491件	86,443件	80,440件	82,235件	79,879件	123,220件
	費用額	33億2496万円	33億5098万円	33億2806万円	33億2264万円	32億5037万円	73億9594万円
一人あたり医療費		37.4万円	38.1万円	38.1万円	38.9万円	40.9万円	92.0万円

出典：KDBシステムデータ

本市はこれまで、糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできました。短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、県・同規模と比較して下がっており、一定の成果が見られます。今後も糖尿病の重症化予防に向けた保健指導への取り組みを継続していくとともに、治療者も特定健診を受診していただき、血糖コントロールやその他のリスクについて経年的に管理していく必要があります。

また、生活習慣病疾患の医療費割合を国保と後期でみると、後期の慢性腎不全(透析有)が国保の3倍、脳梗塞・脳出血が2倍に加え、後期の筋・骨疾患約1.7倍になっており、国保からの健康管理・重症化予防の取り組みで、後期医療費の負担を減らしていくことが重要です。

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			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	吉野川市	32億5037万円	32,696	1.91%	0.25%	1.23%	1.89%	5.39%	3.77%	2.22%	5億4167万円	16.66%	20.36%	9.89%	7.37%
	同規模	--	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	--	19.11%	16.91%	8.74%	9.00%
	県	--	31,476	2.34%	0.34%	1.44%	1.80%	5.73%	3.16%	1.98%	--	16.79%	16.11%	11.18%	8.54%
	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	吉野川市	73億9594万円	77,556	5.80%	0.59%	2.40%	1.97%	3.55%	3.03%	1.29%	13億7833万円	18.64%	9.71%	3.49%	12.29%
	同規模	--	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	--	18.69%	10.49%	4.11%	12.58%
	県	--	79,523	5.87%	0.55%	3.29%	1.95%	3.81%	2.75%	1.18%	--	19.40%	9.32%	3.86%	14.41%
	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

市町村名	総医療費	一人あたり医療費				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
		金額	順位		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						
			県内	同規模													
H30	3,310,861,950	30,204	13位	105位	3.31%	0.37%	1.58%	2.14%	5.46%	4.41%	2.75%	662,927,770	20.02%	16.51%	10.86%	7.81%	
R01	3,336,798,240	31,199	17位	112位	2.59%	0.23%	1.55%	1.82%	5.62%	4.13%	2.65%	620,726,840	18.60%	15.19%	10.33%	8.52%	
R02	3,328,056,250	31,446	14位	96位	2.03%	0.26%	1.45%	2.65%	5.81%	4.01%	2.36%	617,583,830	18.56%	14.88%	9.86%	8.87%	
R03	3,322,638,540	31,836	12位	126位	2.09%	0.24%	1.76%	1.87%	5.72%	3.86%	2.47%	598,404,560	18.01%	17.99%	9.60%	8.06%	
R04	3,250,371,340	32,696	15位	121位	1.91%	0.25%	1.23%	1.89%	5.39%	3.77%	2.22%	541,672,120	16.66%	20.36%	9.89%	7.37%	
H30	7,034,524,070	74,130	19位	99位	7.33%	0.71%	2.40%	2.37%	3.30%	3.86%	1.77%	1,527,966,040	21.72%	8.38%	2.44%	12.84%	
R01	7,342,554,920	77,319	15位	86位	7.39%	0.65%	3.14%	2.62%	3.34%	3.60%	1.71%	1,648,798,050	22.46%	9.72%	2.52%	12.67%	
R02	7,088,458,360	75,267	14位	81位	6.80%	0.50%	2.76%	2.36%	3.46%	3.52%	1.50%	1,481,784,700	20.90%	8.90%	2.95%	12.95%	
R03	6,995,899,980	74,897	16位	90位	6.81%	0.54%	2.45%	2.25%	3.68%	3.30%	1.53%	1,437,789,950	20.55%	8.92%	3.73%	12.78%	
R04	7,395,940,800	77,556	8位	73位	5.80%	0.59%	2.40%	1.97%	3.55%	3.03%	1.29%	1,378,326,560	18.64%	9.71%	3.49%	12.29%	
R04	国	9,337,411,479,190	27,570	--	--	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	1,737,066,709,990	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%	
	徳島県	60,233,897,670	31,476	--	--	2.34%	0.34%	1.44%	1.80%	5.73%	3.16%	10,115,302,410	16.79%	16.11%	11.18%	8.54%	
	徳島県後期	122,918,233,770	79,523	--	--	5.87%	0.55%	3.29%	1.95%	3.81%	2.75%	23,850,224,840	19.40%	9.32%	3.86%	14.41%	

【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

80万円以上の高額レセプトは、国保では毎年500件以上、R2年からは600件を超えて発生しており、後期高齢になると、約3倍に増えることがわかります。

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	315人	299人	331人	310人	328人	925人
	件数	B	567件	536件	620件	620件	662件	1,799件
		B/総件数		0.64%	0.62%	0.77%	0.75%	0.83%
	費用額	C	7億5462万円	7億2988万円	8億1747万円	8億2224万円	8億8738万円	20億9590万円
C/総費用			22.7%	21.8%	24.6%	24.7%	27.3%	28.3%

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、患者人数と費用額は関係しており、H30年は2,656万円、R4年は約3,500万円となっており、過去最高額となっています。また、後期高齢になると費用額は国保の2倍以上となっており、脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要するケースも多いため、長期にわたり医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳梗塞や脳出血を発症させないために高血圧の重症化予防に力を入れる必要があります。

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		
人数	D	12人	12人	9人	13人	17人	43人		
	D/A	3.8%	4.0%	2.7%	4.2%	5.2%	4.6%		
件数	E	26件	25件	16件	28件	26件	76件		
	E/B	4.6%	4.7%	2.6%	4.5%	3.9%	4.2%		
年代別	40歳未満	0	0	0	0	0	65-69歳	0	0.0%
	40代	7	0	0	0	1	70-74歳	4	5.3%
	50代	0	6	3	2	2	75-80歳	15	19.7%
	60代	8	3	5	3	11	80代	32	42.1%
	70-74歳	11	16	8	23	12	90歳以上	25	32.9%
費用額	F	2656万円	3111万円	2091万円	2945万円	3495万円	8675万円		
	F/C	3.5%	4.3%	2.6%	3.6%	3.9%	4.1%		

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	20人		16人		29人		16人		19人		50人		
		G/A	6.3%		5.4%		8.8%		5.2%		5.8%		5.4%		
	件数	H	30件		21件		40件		18件		23件		56件		
		H/B	5.3%		3.9%		6.5%		2.9%		3.5%		3.1%		
	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%	1	4.3%	70-74歳	2	3.6%
		50代	1	3.3%	1	4.8%	5	12.5%	1	5.6%	0	0.0%	75-80歳	20	35.7%
		60代	18	60.0%	10	47.6%	17	42.5%	4	22.2%	10	43.5%	80代	29	51.8%
		70-74歳	11	36.7%	10	47.6%	18	45.0%	13	72.2%	12	52.2%	90歳以上	5	8.9%
	費用額	I	3766万円		2318万円		5204万円		2539万円		3056万円		7151万円		
I/C		5.0%		3.2%		6.4%		3.1%		3.4%		3.4%			

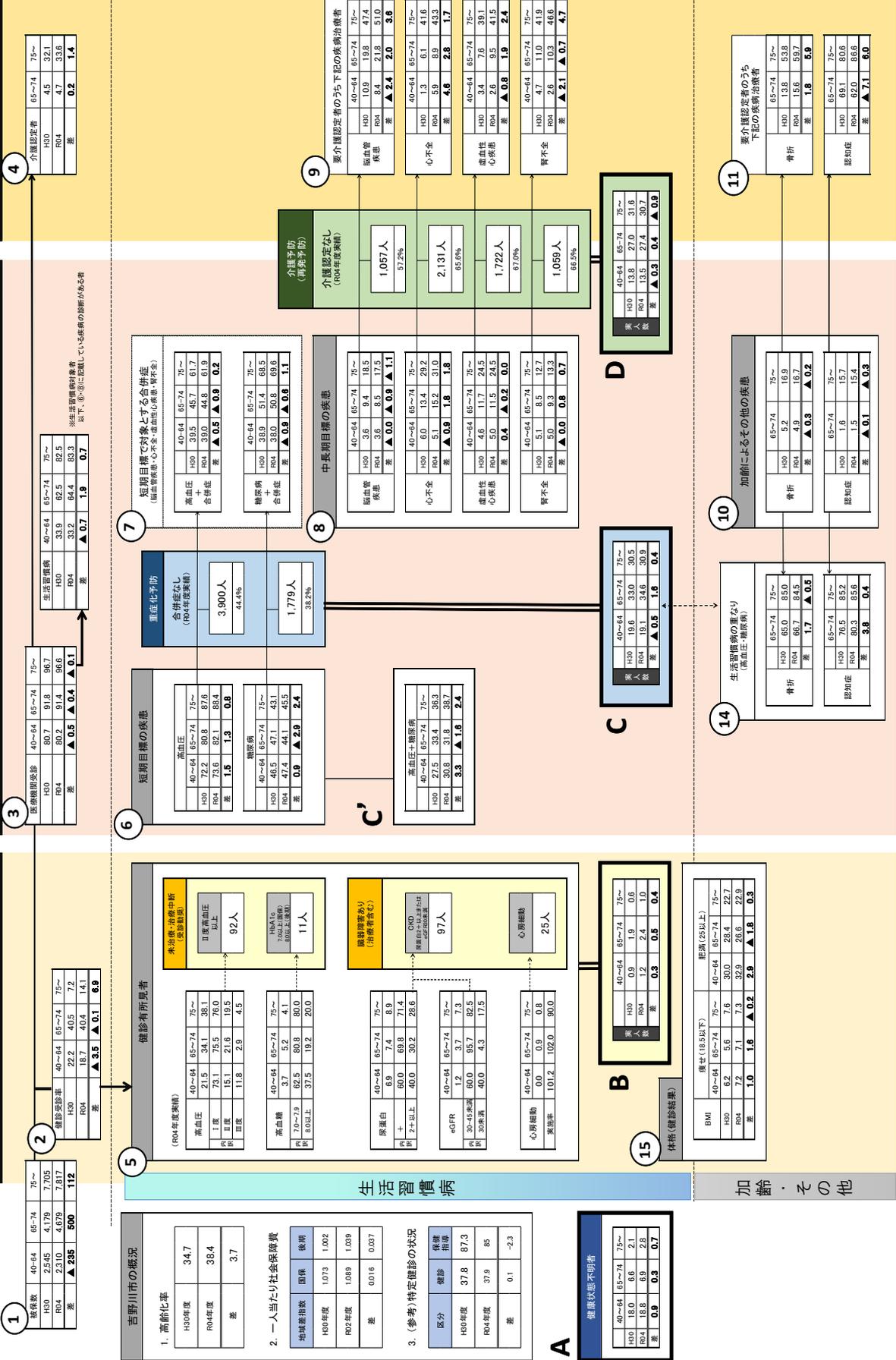
(2) 健診・医療・介護の一体的分析

本市では、35 頁(図表 37)のとおり、40-64 歳、65-74 歳(前期高齢者)、75 歳以上(後期高齢者)の 3 つの年代で、健康・医療情報等を活用した被保険者の健康状態等の分析を行い、健康課題を明確化し、予防活動の優先順位を決定しています。

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析

吉野川市 E表: 健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える

H30・R04比較



【K03】厚生労働省発表
【K04】厚生労働省発表
【K05】厚生労働省発表
【K06】厚生労働省発表
【K07】厚生労働省発表
【K08】厚生労働省発表
【K09】厚生労働省発表
【K10】厚生労働省発表
【K11】厚生労働省発表
【K12】厚生労働省発表
【K13】厚生労働省発表
【K14】厚生労働省発表
【K15】厚生労働省発表
【K16】厚生労働省発表
【K17】厚生労働省発表
【K18】厚生労働省発表
【K19】厚生労働省発表
【K20】厚生労働省発表
【K21】厚生労働省発表
【K22】厚生労働省発表
【K23】厚生労働省発表
【K24】厚生労働省発表
【K25】厚生労働省発表
【K26】厚生労働省発表
【K27】厚生労働省発表
【K28】厚生労働省発表
【K29】厚生労働省発表
【K30】厚生労働省発表
【K31】厚生労働省発表
【K32】厚生労働省発表
【K33】厚生労働省発表
【K34】厚生労働省発表
【K35】厚生労働省発表
【K36】厚生労働省発表
【K37】厚生労働省発表
【K38】厚生労働省発表
【K39】厚生労働省発表
【K40】厚生労働省発表
【K41】厚生労働省発表
【K42】厚生労働省発表
【K43】厚生労働省発表
【K44】厚生労働省発表
【K45】厚生労働省発表
【K46】厚生労働省発表
【K47】厚生労働省発表
【K48】厚生労働省発表
【K49】厚生労働省発表
【K50】厚生労働省発表
【K51】厚生労働省発表
【K52】厚生労働省発表
【K53】厚生労働省発表
【K54】厚生労働省発表
【K55】厚生労働省発表
【K56】厚生労働省発表
【K57】厚生労働省発表
【K58】厚生労働省発表
【K59】厚生労働省発表
【K60】厚生労働省発表
【K61】厚生労働省発表
【K62】厚生労働省発表
【K63】厚生労働省発表
【K64】厚生労働省発表
【K65】厚生労働省発表
【K66】厚生労働省発表
【K67】厚生労働省発表
【K68】厚生労働省発表
【K69】厚生労働省発表
【K70】厚生労働省発表
【K71】厚生労働省発表
【K72】厚生労働省発表
【K73】厚生労働省発表
【K74】厚生労働省発表
【K75】厚生労働省発表
【K76】厚生労働省発表
【K77】厚生労働省発表
【K78】厚生労働省発表
【K79】厚生労働省発表
【K80】厚生労働省発表
【K81】厚生労働省発表
【K82】厚生労働省発表
【K83】厚生労働省発表
【K84】厚生労働省発表
【K85】厚生労働省発表
【K86】厚生労働省発表
【K87】厚生労働省発表
【K88】厚生労働省発表
【K89】厚生労働省発表
【K90】厚生労働省発表
【K91】厚生労働省発表
【K92】厚生労働省発表
【K93】厚生労働省発表
【K94】厚生労働省発表
【K95】厚生労働省発表
【K96】厚生労働省発表
【K97】厚生労働省発表
【K98】厚生労働省発表
【K99】厚生労働省発表
【K100】厚生労働省発表

(3)健康課題の明確化(図表 38~42)

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、①被保険者は 65-74 歳と 75 歳以上の年代が増加し、65 歳以上の高齢者が確実に増えていることが分かります。②健診受診率は、75 歳以上の年代は伸びていますが、40-64 歳の年代では下がっています。⑬体格をみると、BMI25 以上の対象者は 40-64 歳の年代で増加しています。(図表 38)

将来の健診受診率低下と生活習慣病重症化が懸念されます。

図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
		被保険者数			健診受診率			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
H30	32.1	2,545	4,179	7,705	22.2	40.5	7.2	6.2	5.6	7.6	30.0	28.4	22.7
R04	33.6	2,310	4,679	7,817	18.7	40.4	14.1	7.2	7.1	7.3	32.9	26.6	22.9

健診有所見状況では、⑤未治療者・治療中断者の状況を見ると、HbA1c7.0%以上は、すべての年代で減少している反面、Ⅱ度高血圧以上は 40-74 歳の年代が増加していることから、増加の背景についても市の実態を確認するとともに、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 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-											
H30	25	4.4	(12)	105	6.2	(39)	61	11.0	(33)	22	3.9	(3)	91	5.4	(3)	6	1.1	(4)	7	1.2	41	2.4	10	1.8	0	0	0	0	
R04	25	5.8	(14)	158	8.4	(48)	101	9.2	(30)	16	3.7	(2)	99	5.2	(7)	9	0.8	(2)	14	3.2	44	2.3	39	3.5	0	17	0.9	8	0.7

※徳島県では心電図検査を令和2年度から全数実施

生活習慣病患者をみると、高血圧・糖尿病ともに R4 年度では、40-64 歳の割合が増加していることから、治療対象者が増えているのか、健診データのコントロールと併せてみていくことが重要です。

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					
	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					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	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		
H30	80.7	91.8	96.7	33.9	62.5	82.5	72.2	80.8	87.6	46.5	47.1	43.1	27.5	33.4	36.3	39.5	45.7	61.7	38.9	51.4	68.5
R04	80.2	91.4	96.6	33.2	64.4	83.3	73.6	82.1	88.4	47.4	44.1	45.5	30.8	31.8	38.7	39.0	44.8	61.9	38.0	50.8	69.6

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

中長期目標の疾患をみると、⑧心不全・腎不全ともに R4 年度では、65 歳以上の割合が増えています。介護認定者では、75 歳以上になるとすべての疾患が 40%以上の割合で重なっており、特に脳血管疾患の割合は 50%を超えています。介護認定者の背景にはどの疾患が原因であったのかを確認する必要があります。

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											
	中長期目標の疾患(被保険割合)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.6	9.4	18.5	4.6	11.7	24.5	6.0	13.4	29.2	5.1	8.5	12.7	10.9	19.8	47.4	3.4	7.6	39.1	1.3	6.1	41.6	4.7	11.0	41.9
R04	3.6	8.5	17.5	5.0	11.5	24.5	5.1	15.2	31.0	5.0	9.3	13.3	8.4	21.8	51.0	2.6	9.5	41.5	5.9	8.9	43.3	2.6	10.3	46.6

⑭骨折・認知症患者のうち高血圧と糖尿病の重なりをみてみると、65-74歳ではH30年とR4年度を比較して、骨折は1.7%、認知症は同じ年代で3.8%増加しています。認知症予防と高血圧・糖尿病のリスクについて確認する必要があります。

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	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 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知症		骨折		認知症		骨折		認知症	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	65.0	85.0	76.5	85.2	5.2	16.9	1.6	15.7	13.8	53.8	69.1	80.6
R04	66.7	84.5	80.3	85.6	4.9	16.7	1.5	15.4	15.6	59.7	62.0	86.6

図表 38～42 出典:KDB システムデータ

(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予防につながります。

具体的な取り組み方法については、第4章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的・方法・基準・時期・評価者・評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 43)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

②中長期的な目標の設定

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

しかし、年齢が高くなるほど、脳・心臓・腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進む昨今では、医療費そのものを抑えることが難しいため、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【令和6年～11年】データヘルス計画目標管理一覧

	達成すべき目的	指標	項番	課題を解決するための目標	(R6)	(R8)	(R11)			
					初期値	中間評価	最終評価			
					R4年データ	R7年データ	R10年データ			
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	アウトカム指標	1	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.23%	1.23%	1.23%			
			2	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.89%	1.89%	1.89%			
			3	慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持(※1)	1.91%	1.91%	1.91%			
			4	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少(※2)	5.3%	5.0%	4.5%			
			5	糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	2.0%	1.5%	1.0%			
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減少	アウトカム指標	6	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	33.2%	32.0%	31.0%			
			7	健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100mmHg以上)	8.0%	7.5%	7.0%			
			8	健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160mg/dL以上)	9.8%	9.0%	8.0%			
			9	健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	10.3%	10.0%	9.0%			
			10	健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療者の割合減少	1.0%	0.8%	0.6%			
			11	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	66.7%	70.0%	75.0%			
			12	糖尿病の保健指導を実施した割合	70.4%	75.0%	80.0%			
			その他	活動的な生活を送るための基本的な身体活動の増加	アウトプット指標	13	特定健診受診率60%以上	37.9%	45.0%	55.0%
						14	特定保健指導実施率60%以上	85.0%	80.0%	80.0%
						15	特定保健指導対象者の割合の減少	9.9%	9.0%	8.0%
その他	活動的な生活を送るための基本的な身体活動の増加	アウトプット指標	16	運動習慣のある者の割合の増加	1回30分以上の運動を週2回以上、1年実施している者の割合	43.1%	45.0%	50.0%		
					日常生活において歩行等の身体活動1時間/日以上実施している者の割合	52.5%	55.0%	60.0%		

(参考)

(※1) 慢性透析患者数 (うち新規患者数)	国保 (うち新規導入者数)	25人 (8人)	25人 (0人)	25人 (0人)
	後期 (うち新規導入者数)	166人 (23人)	166人 (0人)	166人 (0人)
(※2) 糖尿病腎症新規透析導入 患者数の減少	国保 (うち新規導入者数)	8人 (3人)	8人 (0人)	8人 (0人)
	後期 (うち新規導入者数)	38人 (7人)	38人 (0人)	38人 (0人)

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	40%	45%	45%	50%	55%	60%以上
特定保健指導実施率	80%	80%	80%	80%	80%	80%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	5,702人	5,232人	4,797人	4,374人	3,965人	3,616人
	受診者数	2,280人	2,354人	2,158人	2,187人	2,180人	2,169人
特定保健指導	対象者数	228人	235人	215人	218人	218人	216人
	受診者数	183人	188人	172人	175人	175人	173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します。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(吉野川市役所ほか)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第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、徳島県国保連合会のホームページに掲載します。

(参照) <https://tokushima-kokuhoren.or.jp>

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・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

○吉野川市特定健診検査項目

健診項目		吉野川市	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も

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

	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			健診データ抽出(前年度)
6月		健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可)	
7月		(特定健診の開始)	
8月		健診データ受取 → 保健指導対象者の抽出	実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
9月		費用決裁 (特定保健指導の開始)	
10月	契約に関わる 予算手続き	(特定健診・特定保健指導の実施)	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)
11月			
12月			
1月			
2月			
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、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2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2)特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。
	(4)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。
	(5)その他の運用の改善 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。

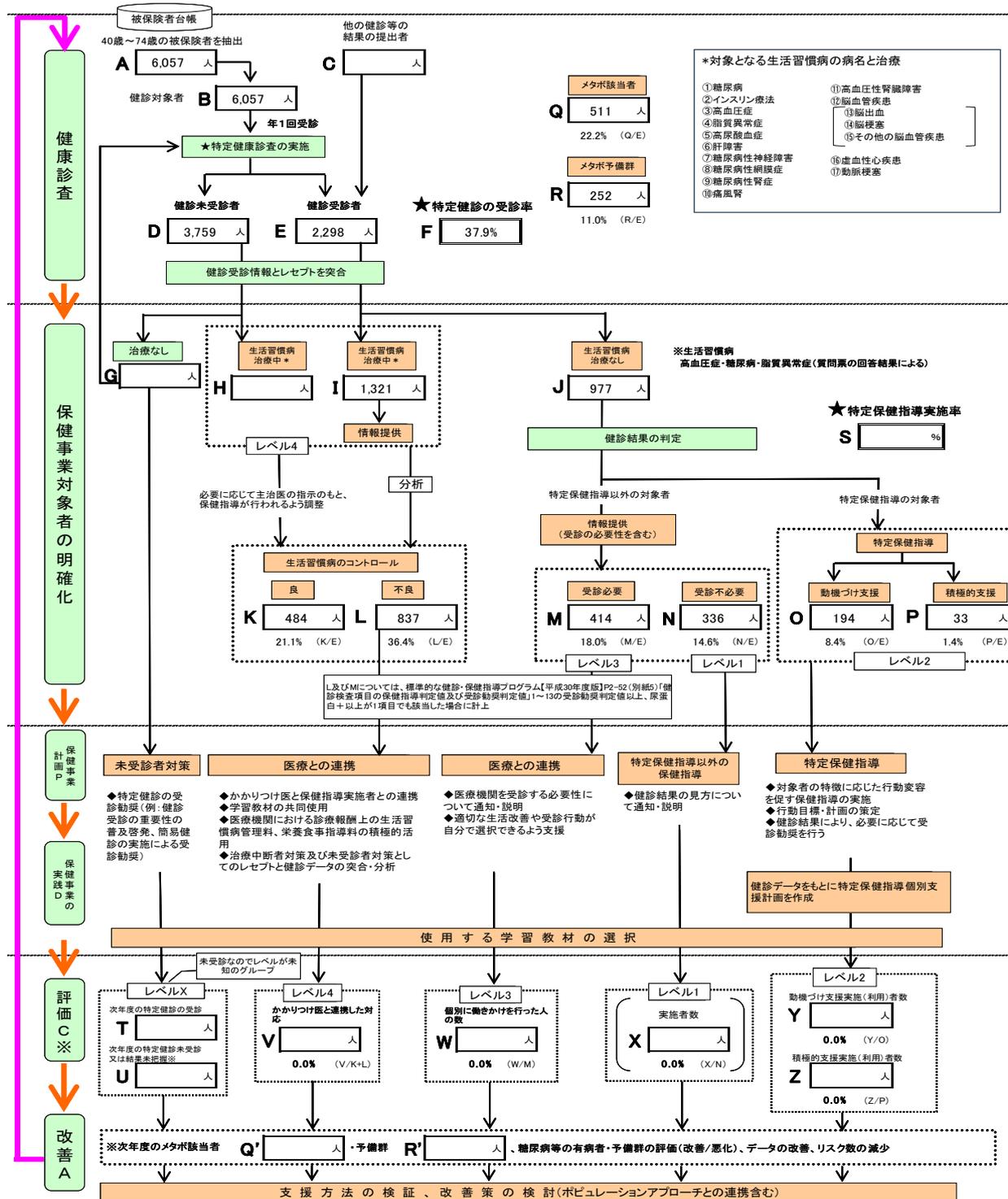
(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5
令和04年度



出典: 標準的な健診保健指導プログラム 厚生労働省様式5-5(令和4年度法定報告データ)

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	227人 (9.9%)	80%
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	414人 (18.0%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	<ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診の受診勧奨(例: 訪問・電話・はがき等による健診受診の重要性の普及啓発、情報提供事業) 	3,759人	100%
4	N	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆健診結果の見方について通知・説明 	336人 (14.6%)	10%
5	I	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	1,321人 (57.5%)	50%以上

(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	保健指導	未受診者対策	その他
4月	◎日帰りドック健診受付開始		◎特定健康診査(日帰りドック健診、集団健診、医療機関健診)をはじめとした各種検診の広報	
5月				
6月	◎集団健診受付開始 ◎市内医療機関へ実施要領配付 ・二次健診実施依頼 ・情報提供事業(みなし健診)依頼 ◎健診対象者の抽出及び受診券送付		◎受診勧奨対象者を抽出 ◎訪問等による勧奨の開始 ◎受診勧奨ポスター掲示依頼(医療機関、スーパー、コンビニ、公共機関等)	◎後期高齢者健診、がん検診等開始
7月	◎特定健康診査・二次健診・みなし健診の開始			
8月		◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始		◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
9月		◎前年度特定保健指導終了		
10月				◎利用券の登録
11月			◎はがきによる受診勧奨	◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
12月	◎特定健康診査の終了		◎電話による受診勧奨	
1月				
2月				
3月	◎二次健診・みなし健診の終了			

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び吉野川市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、吉野川市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決に向けた個別保健事業

I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病・高血圧・脂質異常症・メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、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、重症化予防の取り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り組みを行います。

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

ポピュレーションアプローチの取り組みとしては、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. 重症化予防の取り組み

本市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、989人(43.0%)です。そのうち治療なしが305人(30.8%)を占め、さらに臓器障害があり、直ちに取り組むべき対象者が179人(58.7%)です。すでに治療中の684人(52.3%)についても専門医への受診の有無や投薬状況、データの経年変化を確認し、値の改善をめざさなければいけません。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、989人中119人(12%)であるため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表51)

図表 51 脳・心・腎を守るために

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

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		令和04年度 <参考> 健診受診者(受診率)		
	科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析 ↓	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	2,298人	37.9%
	クモ膜下出血 (5.6%)	脳出血 (18.5%)	脳梗塞 (75.9%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症	■各疾患の治療状況		
	心原性 脳塞栓症 (27.7%)	ラクナ 梗塞 (31.2%)	アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)				治療中	治療なし	
	脳卒中 ガイドライン 2019(2021改訂)		非心原性脳梗塞						
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)	重症化予防対象者 (実人数)		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 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	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		
該当者数	183 8.0%	16 0.7%	72 3.1%	73 3.2%	511 22.2%	176 7.7%	343 14.9%	989 43.0%	
治療なし	91 6.8%	2 0.2%	64 4.0%	56 3.5%	79 8.0%	101 4.8%	112 11.3%	305 30.8%	
(再掲) 特定保健指導	23 12.6%	1 6.3%	12 16.7%	12 16.4%	79 15.5%	13 7.4%	32 9.3%	119 12.0%	
治療中	92 9.6%	14 1.1%	8 1.2%	17 2.5%	432 33.1%	75 37.3%	231 17.7%	684 52.3%	
臓器障害 あり	55 60.4%	2 100.0%	21 32.8%	27 48.2%	36 45.6%	54 53.5%	112 100.0%	179 58.7%	
CKD(専門医対象者)	13	0	7	17	15	23	112	112	
心電図所見あり	52	2	17	17	30	43	52	119	
臓器障害 なし	36 39.6%	--	43 67.2%	29 51.8%	43 54.4%	47 46.5%	--	--	
治療中	臓器障害 あり	63 68.5%	14 100.0%	5 62.5%	7 41.2%	232 53.7%	40 53.3%	231 100.0%	419 61.3%
臓器障害 あり	63 68.5%	14 100.0%	5 62.5%	7 41.2%	232 53.7%	40 53.3%	231 100.0%	419 61.3%	
CKD(専門医対象者)	30	7	2	6	108	22	231	231	
心電図所見あり	46	14	4	3	174	31	95	283	
臓器障害 なし	29 31.5%	--	3 37.5%	10 58.8%	200 46.3%	35 46.7%	--	--	

出典:KDB システム 疾病管理一覧 CSV、特定健診結果(法定報告)ほか

1. 糖尿病性腎症重症化予防

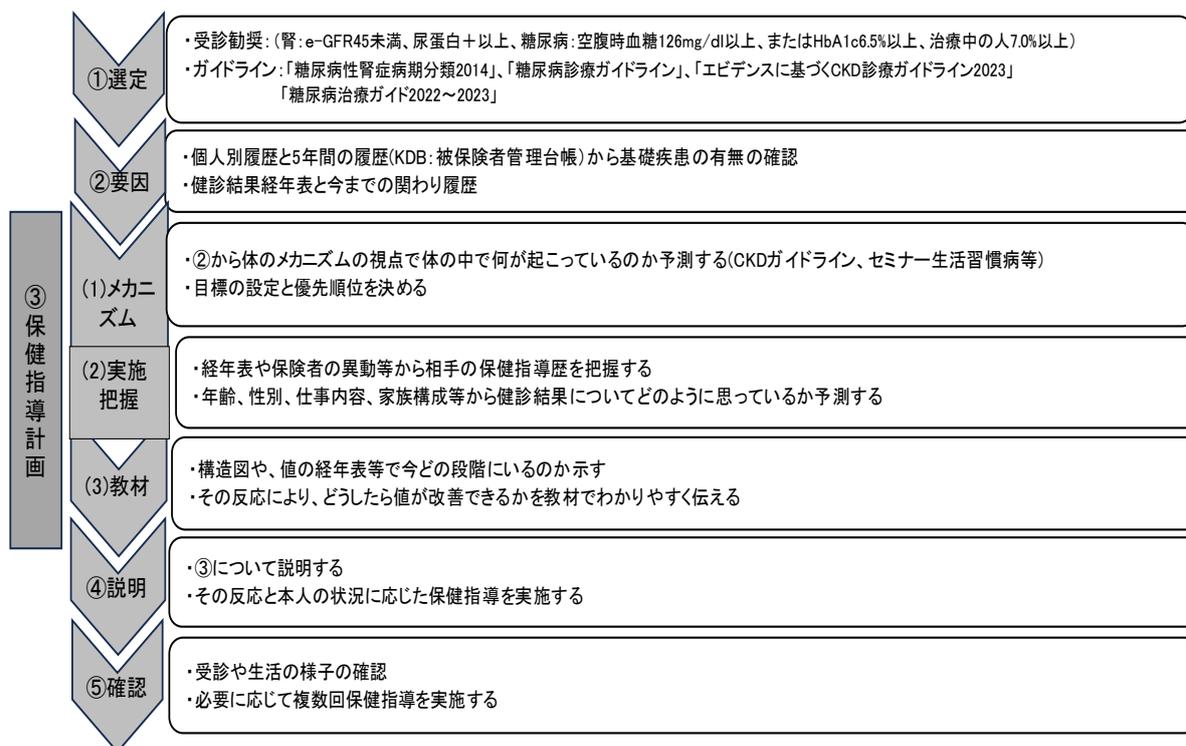
1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取り組みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(平成29年3月29日策定、令和3年3月30日改定)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、取り組みにあたっては図表52に沿って実施します。

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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



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、徳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 糖尿病治療中の者
- ア. 糖尿病性腎症で通院している者
- イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

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/1.73m ²)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

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

本市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド2018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。

本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、116人(36.6%・F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者1,849人のうち、特定健診受診者が201人(10.9%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者1,648人(89.1%・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です。(図表54)

③介入方法と優先順位

図表 54 より吉野川市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）・・・116人
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位 2

【保健指導】

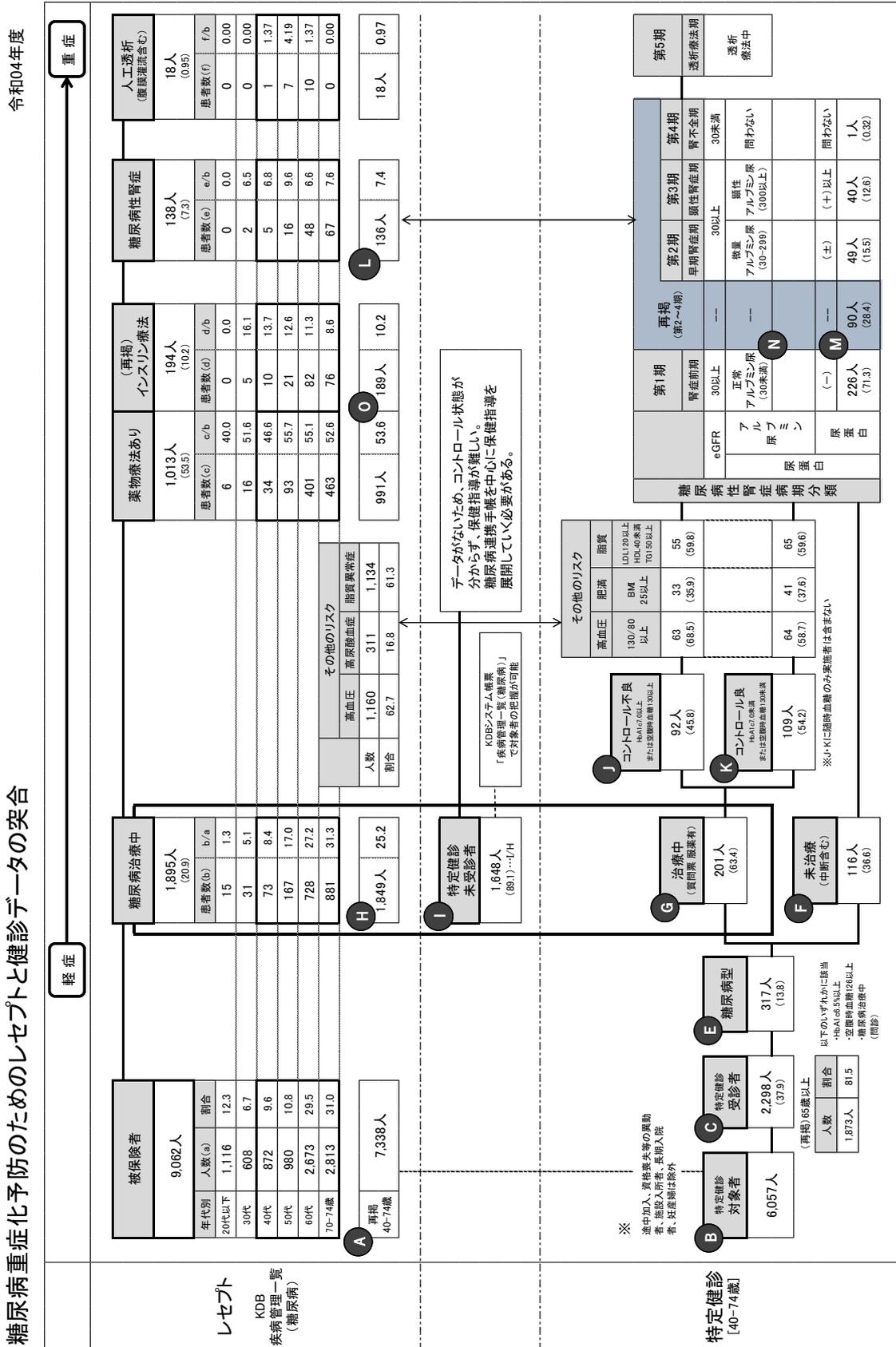
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・92人
治療中断しない（継続受診）ための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

- ・1の中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



※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疾病管理一覧(糖尿病重症化予防)」から集計

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。本市においては、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て行っていきます。

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	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	
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	
	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か
	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、健診結果から抽出した対象者に、二次健診等で尿蛋白定量検査・1日推定塩分摂取量を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

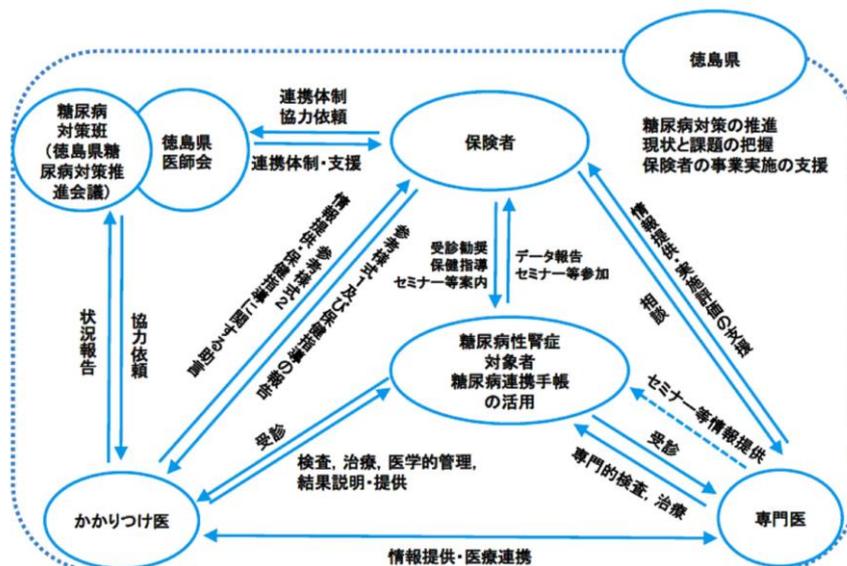
医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、糖尿病連携手帳等を活用します。

(2) 治療中の者への対応

糖尿病連携手帳等活用し、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徳島県のプログラムに準じて行きます。

【糖尿病対策推進連携協議会との連携】

糖尿病性腎症重症化予防において、徳島県における糖尿病対策の中心的役割を担う徳島県医師会糖尿病対策班、郡市医師会担当医と連携し、保険者と医療関係者が密接に連携した取り組みを行います。



出典：徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

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、長寿いきがい課(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、56頁(図表56)「糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価」を用いて行っていきます。

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		実施表	吉野川市										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	9,269人		9,046人		8,871人		8,832人		8,560人				KDB_厚生労働省様式3-2		
	② (再掲)40-74歳		7,600人		7,437人		7,344人		7,394人		7,168人						
2	① 対象者数	B	6,716人		6,599人		6,660人		6,459人		6,057人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書		
	② 特定健診 受診者数	C	2,541人		2,699人		2,577人		2,520人		2,298人						
	③ 受診率		37.8%		40.9%		38.7%		39.0%		37.9%						
3	① 特定 保健指導 対象者数		299人		289人		258人		231人		227人						
	② 実施率		87.3%		87.5%		86.4%		84.8%		85.0%						
4	健診 データ	E	363人 14.3%		412人 15.3%		369人 14.3%		350人 13.9%		322人 13.7%				特定健診結果		
			② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	130人 35.8%		135人 32.8%		112人 30.4%		116人 33.1%		118人 36.6%					
			③ 治療中(質問票 服薬あり)	233人 64.2%		277人 67.2%		257人 69.6%		234人 66.9%		204人 63.4%					
			④ コントロール不良 HbA1c7.0以上かつ空腹時血糖150以上	119人 51.1%		131人 47.3%		111人 43.2%		111人 47.4%		95人 46.6%					
				⑤ 血圧 130/80以上	81人 68.1%		84人 64.1%		74人 66.7%		74人 66.7%		66人 69.5%				
			⑥ 肥満 BMI25以上	56人 47.1%		62人 47.3%		55人 49.5%		47人 42.3%		34人 35.8%					
			⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	114人 48.9%		146人 52.7%		146人 56.8%		123人 52.6%		109人 53.4%					
			⑧ 第1期 尿蛋白(-)	253人 69.7%		303人 73.5%		269人 72.9%		255人 72.9%		231人 71.7%					
			⑨ 第2期 尿蛋白(±)	56人 15.4%		48人 11.7%		46人 12.5%		47人 13.4%		49人 15.2%					
			⑩ 第3期 尿蛋白(+)	52人 14.3%		57人 13.8%		48人 13.0%		45人 12.9%		41人 12.7%					
			⑪ 第4期 eGFR30未満	2人 0.6%		3人 0.7%		6人 1.6%		3人 0.9%		1人 0.3%					
5	レセプト	H	128.7人		124.5人		122.9人		129.4人		133.5人				KDB_厚生労働省様式3-2		
			② (再掲)40-74歳(被保険者対)	155.1人		149.5人		146.7人		152.4人		157.1人					
			③ レセプト件数 (40-74歳) (1件は薬剤対)	6,333件 (863.3)		6,423件 (887.5)		6,655件 (912.9)		6,812件 (953.5)		6,755件 (1009.9)		1,557,522件 (951.6)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
				40件 (5.5)		46件 (6.4)		44件 (6.0)		40件 (5.6)		19件 (2.8)		7,406件 (4.5)			
			④ 糖尿病治療中	1,193人 12.9%		1,126人 12.4%		1,090人 12.3%		1,143人 12.9%		1,143人 13.4%					
			⑤ (再掲)40-74歳	1,179人 15.5%		1,112人 15.0%		1,077人 14.7%		1,127人 15.2%		1,126人 15.7%					
			⑥ 健診未受診者	946人 80.2%		879人 79.0%		820人 76.1%		893人 79.2%		922人 81.9%					
			⑦ インスリン治療	94人 7.9%		90人 8.0%		98人 9.0%		94人 8.2%		113人 9.9%					
			⑧ (再掲)40-74歳	94人 8.0%		88人 7.9%		96人 8.9%		92人 8.2%		107人 9.5%					
			⑨ 糖尿病性腎症	75人 6.3%		76人 6.7%		69人 6.3%		80人 7.0%		76人 6.6%					
			⑩ (再掲)40-74歳	75人 6.4%		76人 6.8%		69人 6.4%		79人 7.0%		73人 6.5%					
			⑪ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	14人 1.2%		11人 1.0%		10人 0.9%		14人 1.2%		11人 1.0%					
			⑫ (再掲)40-74歳	14人 1.2%		11人 1.0%		10人 0.9%		14人 1.2%		11人 1.0%					
			⑬ 年間 新規透析患者数	11人 0.9%		10人 0.9%		7人 0.6%		5人 0.4%		8人 0.7%					
			⑭ (再掲)糖尿病性腎症新規透析患者数	4人 0.3%		4人 0.4%		1人 0.1%		1人 0.1%		3人 0.3%		KDB_介護支援対象者一覧 (栄養・重症化予防等)			
			⑮ 【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)	70人 3.6%		78人 3.9%		81人 4.2%		83人 4.1%		84人 4.0%		KDB_厚生労働省様式3-2 ※後期			
6	医療費		33億2496万円		33億5098万円		33億2806万円		33億2264万円		32億5037万円		28億4626万円		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	18億3563万円		17億6216万円		17億4185万円		17億8860万円		17億6940万円		15億3700万円			
			③ (総医療費に占める割合)	55.2%		52.6%		52.3%		53.8%		54.4%		54.0%			
			④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	4,783円		6,259円		6,464円		6,305円		5,840円		7,237円			
				35,026円		34,677円		34,120円		34,624円		38,550円		38,862円			
			⑤ 糖尿病医療費	1億8090万円		1億8747万円		1億9320万円		1億9009万円		1億7527万円		1億6596万円			
			⑥ (生活習慣病総医療費に占める割合)	9.9%		10.6%		11.1%		10.6%		9.9%		10.8%			
			⑦ 糖尿病入院外総医療費	5億5416万円		5億1058万円		5億1734万円		5億3202万円		5億6234万円					
			⑧ 1件あたり	36,003円		34,066円		34,397円		34,722円		37,705円					
			⑨ 糖尿病入院総医療費	3億7423万円		4億0968万円		4億3342万円		3億6013万円		2億9918万円					
			⑩ 1件あたり	550,335円		572,981円		595,354円		542,369円		557,126円					
			⑪ 在院日数	18日		18日		18日		17日		18日					
			⑫ 慢性腎不全医療費	1億2196万円		9423万円		7624万円		7743万円		7041万円		1億2396万円			
			⑬ 透析有り	1億0960万円		8682万円		6758万円		6958万円		6222万円		1億1532万円			
			⑭ 透析なし	1236万円		741万円		866万円		785万円		819万円		863万円			
7	① 介護 介護給付費	47億4443万円		48億5306万円		50億1267万円		51億3998万円		50億5404万円		34億9905万円					
		② (2号認定者)糖尿病合併症	3件 13.6%		3件 14.3%		1件 5.0%		2件 10.5%		3件 14.3%						
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)	7人 1.1%		12人 1.9%		6人 1.0%		8人 1.3%		7人 1.1%		2,819人 1.0%		KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題			

出典:KDB システムデータ

7) 実施期間及びスケジュール

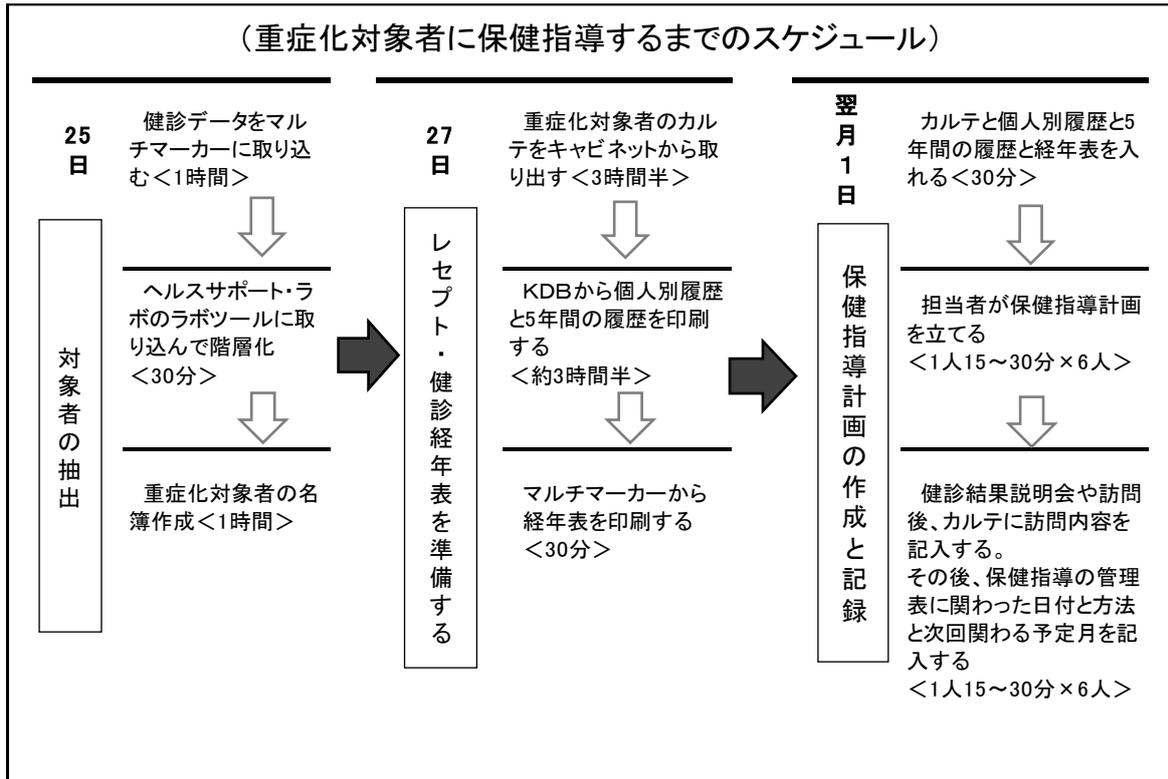
4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載

台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

1) 基本的な考え方

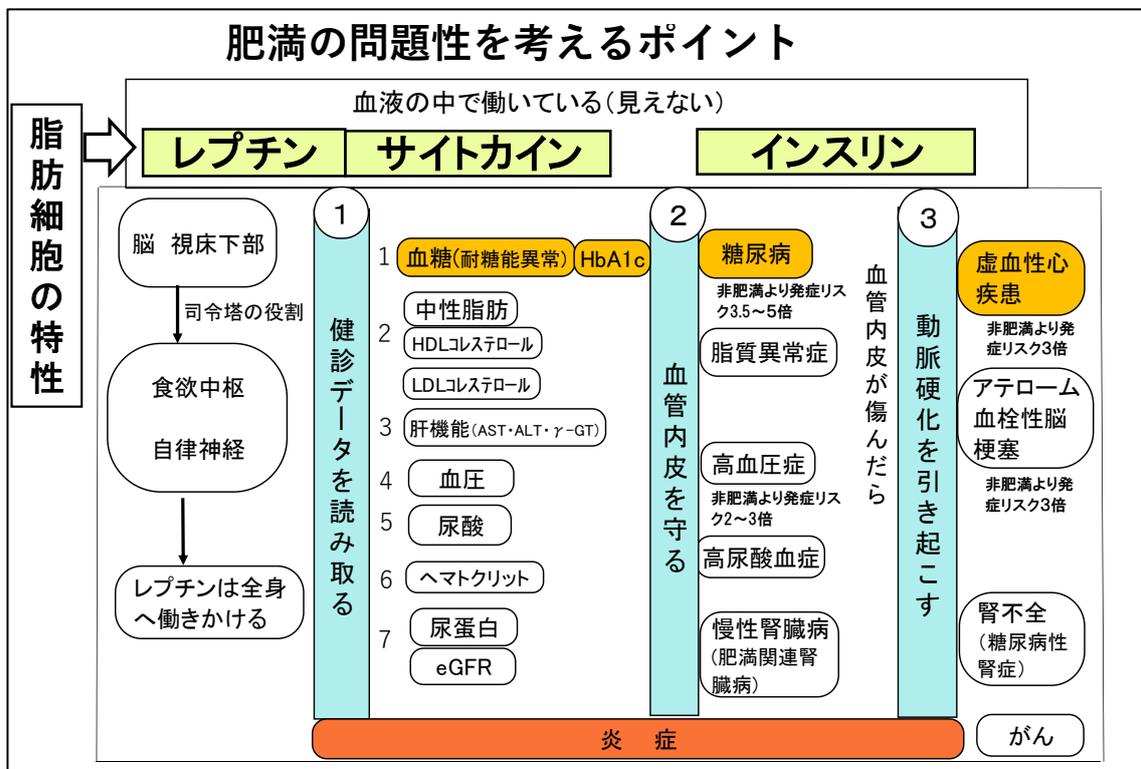
メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を合併する心血管病易発症状態です。取り組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より)

「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。」

また、肥満症は多様な健康障害の発症や増悪・進展の要因になることから、発症予防は被保険者の健康増進と QOL 向上につながるため、特定健診・保健指導制度を活用した取り組みが重要となります。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 対象者の把握

肥満度分類に基づき、特定健診結果のBMIから本市の対象者を把握します。
また、経年で肥満対象者をみていきます。

図表 59 肥満度分類による実態（令和4年度健診受診者におけるBMIの状況）

	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	425	1,873	140	493	97	437	32	54	9	1	2	1	
				32.9%	26.3%	22.8%	23.3%	7.5%	2.9%	2.1%	0.1%	0.5%	0.1%
再掲	男性	173	794	77	255	52	234	21	20	3	1	1	0
				44.5%	32.1%	30.1%	29.5%	12.1%	2.5%	1.7%	0.1%	0.6%	0.0%
	女性	252	1,079	63	238	45	203	11	34	6	0	1	1
				25.0%	22.1%	17.9%	18.8%	4.4%	3.2%	2.4%	0.0%	0.4%	0.1%

出典：特定健康診査(法定報告)

(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。

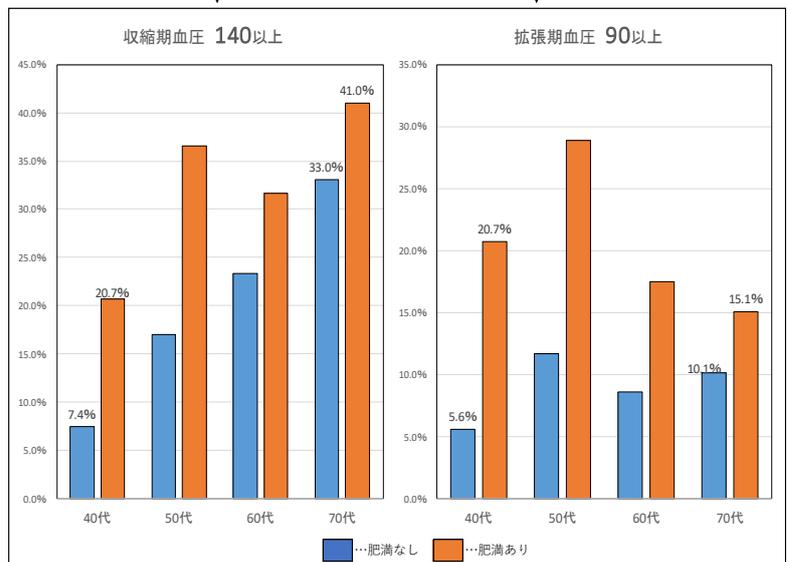
① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのか

右図は、高血圧の対象者を肥満の有無と年代に分けてみると、圧倒的に肥満が高血圧に関連していることが分かります。

また、40代でも肥満に伴う高血圧対象者も確認できることから、対象者の少ない若い年代からの関わりを優先に、血管障害を予防していく必要があります。

【参考】吉野川市 高血圧と肥満の関係を年代別にみる(令和4年度特定健診結果)

		収縮期血圧140以上					拡張期血圧90以上				
		合計	40代	50代	60代	70代	合計	40代	50代	60代	70代
		肥満なし(25未満)	該当者 459	4	16	149	290	158	3	11	55
	割合 27.6%	7.4%	17.0%	23.3%	33.0%	9.5%	5.6%	11.7%	8.6%	10.1%	
肥満あり(25以上)	該当者 229	6	19	76	128	110	6	15	42	47	
	割合 36.2%	20.7%	36.5%	31.7%	41.0%	17.4%	20.7%	28.8%	17.5%	15.1%	



② 日常生活の中で、困っていること

「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。

表 61 「日常生活」の困りごと(訪問での聞き取り)

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

生活	肥満度 BMI	I 度 25~29.9		II 度 30~34.9		III 度 35~39.9		IV 度 40~	
		食事	食欲 ・満腹感なく食べ過ぎてしまう ・心療内科の薬を飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹が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からだと思う	・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			
排泄	胃腸 ・食べるとお腹が張って苦しくなる		・腸が痙攣した	・逆流性食道炎になった					
	排便 ・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	・便秘になって大変	・便器に座ると便座が割れる					
動作	歩行 ・疲労感がある ・膝が痛くて運動できない	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息切れする ・運動するとすぐ息切れする	・体重で足裏が痛い ・階段を降りるときに体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりにしか歩けず、電話に間に合わない ・歩くとき足がしびれる	・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 ・特に困っていない(不自由に感じない)	・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わっている ・運動すると数日たるとなる ・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年前から胸に変な感じがある ・仕事中、時々胸が苦しくなる ・1年前から動悸があり、休憩しながら仕事をしてきた ・胸が痛くなることがある	・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言われた ・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 ・スピードのある作業をすると心臓がバクバクする	・左を向いて寝ると動悸が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感や息苦しさで10年前狭心症カテーテル 今も段差が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言われている					
	免疫 ・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・かゆい	・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 ・かゆい	・皮膚が赤く炎症を起こしている ・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					

③ メタボリックシンドロームは心・脳血管疾患を発症するリスク

心・脳血管疾患を発症した事例をみるとメタボリックシンドロームが関連しています。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。

図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例

メタボリックシンドロームから脳動脈瘤・不安定狭心症を発症した事例

年月	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	
年齢	62	63	64	65	66	67	68	69	
医療保険	国民健康保険								
健康状態	体重	65	65.8	62.1	62.4	63.4			
	BMI	9.0	9.4	91.5	9.4	9.2			
	心電図	22	22.3	21.1	21.2	21.4			
	HbA1c	5.6	5.8	5.7	5.7	5.6			
	血糖値	99	153	91	90	88			
	LDL-C	114	115	188(治)	143(治)	159(治)			
	HDL-C	37	37	43(治)	44(治)	46(治)			
	non-HDL-C	480	400	174(治)	214(治)	198(治)			
	中性脂肪	128	130	129	132	132			
	収縮期血圧	60	70	72	70	74			
eGFR	85	100	87	92.2	83				
尿酸	7.3	8.5	4.9	4.9	5				
医療費		67	97	157	107	97	417		
治療状況 (KDBシステム)	診断		高尿酸	高脂血症			不安定狭心症(R4.2.10)		
	薬				脳動脈瘤OP(10月)		平衡生理(R4.3)		
	検査						脳動脈瘤術後(R4.3)		
							腸機能障害(R4.2.17)		
							大腸がん疑い(R4.2.17)	大腸がんOP(R4.6.4)	
本人の生活状況	家族の遺伝	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	
	生活習慣	3月勤務 タバコはやめつつも毎日 アルコール摂取原液180ml毎日 以前はこの量の5倍飲んでいた。	6月勤務 タバコはやめていない。1日10本 飲みの多いウォーキングを始めた。 食事は心量、朝昼150g、夜70g+アルコール AM10時-12時通5回グラブゴルフ、アルコール量がわかりなし。	6月勤務 4月より胸異常内服、きりんは飲めない アルコール1/3に減る。焼酎は飲まない ウォーキング 夜前90分を少し増える。	6月勤務 4月より胸異常内服、きりんは飲めない アルコール1/3に減る。焼酎は飲まない ウォーキング 夜前90分を少し増える。	6月勤務 4月より胸異常内服、きりんは飲めない アルコール1/3に減る。焼酎は飲まない ウォーキング 夜前90分を少し増える。	6月勤務 4月より胸異常内服、きりんは飲めない アルコール1/3に減る。焼酎は飲まない ウォーキング 夜前90分を少し増える。	6月勤務 4月より胸異常内服、きりんは飲めない アルコール1/3に減る。焼酎は飲まない ウォーキング 夜前90分を少し増える。	6月勤務 4月より胸異常内服、きりんは飲めない アルコール1/3に減る。焼酎は飲まない ウォーキング 夜前90分を少し増える。

3) 対象者の明確化

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、女性では60歳代・70歳代で1割程度であるのに対し、男性は50歳代で41.8%、60歳代34.6%、70歳代で38.1%と女性の約3倍となっているため、若い年代から男性を優先に関わることが効率的であると考えます。(図表 63)

図表 63 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A	967	50	55	332	530	1,331	33	91	547	660	
メタボ該当者	B	351	11	23	115	202	160	2	13	63	82	
	B/A	36.3%	22.0%	41.8%	34.6%	38.1%	12.0%	6.1%	14.3%	11.5%	12.4%	
再掲	① 3項目全て	C	93	1	4	34	54	40	0	1	19	20
		C/B	26.5%	9.1%	17.4%	29.6%	26.7%	25.0%	0.0%	7.7%	30.2%	24.4%
	② 血糖+血圧	D	61	0	3	25	33	23	0	4	7	12
		D/B	17.4%	0.0%	13.0%	21.7%	16.3%	14.4%	0.0%	30.8%	11.1%	14.6%
	③ 血圧+脂質	E	176	9	15	50	102	96	2	8	37	49
		E/B	50.1%	81.8%	65.2%	43.5%	50.5%	60.0%	100.0%	61.5%	58.7%	59.8%
	④ 血糖+脂質	F	21	1	1	6	13	1	0	0	0	1
		F/B	6.0%	9.1%	4.3%	5.2%	6.4%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	1.2%

出典：特定健康診査(法定報告)

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は、男女とも約9割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年齢とともに増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。(図表 64)

図表 64 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				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	967	351	36.3%	287	81.8%	64	18.2%	1,331	160	12.0%	145	90.6%	15	9.4%		
40代	50	11	22.0%	3	27.3%	8	72.7%	33	2	6.1%	1	50.0%	1	50.0%		
50代	55	23	41.8%	15	65.2%	8	34.8%	91	13	14.3%	11	84.6%	2	15.4%		
60代	332	115	34.6%	90	78.3%	25	21.7%	547	63	11.5%	57	90.5%	6	9.5%		
70~74歳	530	202	38.1%	179	88.6%	23	11.4%	660	82	12.4%	76	92.7%	6	7.3%		

出典：特定健康診査(法定報告)

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栄養指導を行います。
- ③ 特定保健指導対象者の保健指導(栄養指導)を行います。

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理は、担当地区ごとに行います。

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 65 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

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

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、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。

本市においても、二次健診の実施（頸動脈エコー検査、75g糖負荷検査、血圧脈波検査、微量アルブミン尿検査、尿蛋白定量・1日推定塩分摂取量検査）を必要な対象者に行っていきます。

本市においては、心電図検査を 2,445 人(99.4%)に実施し、そのうち有所見者が 689 人(28.2%)でした。所見の中でも心筋壊死、心筋虚血のほか、心筋異常を予測する所見の対象者がみつかっており、虚血性変化を起こしている対象者を優先に介入していく必要があります。(図表 67)

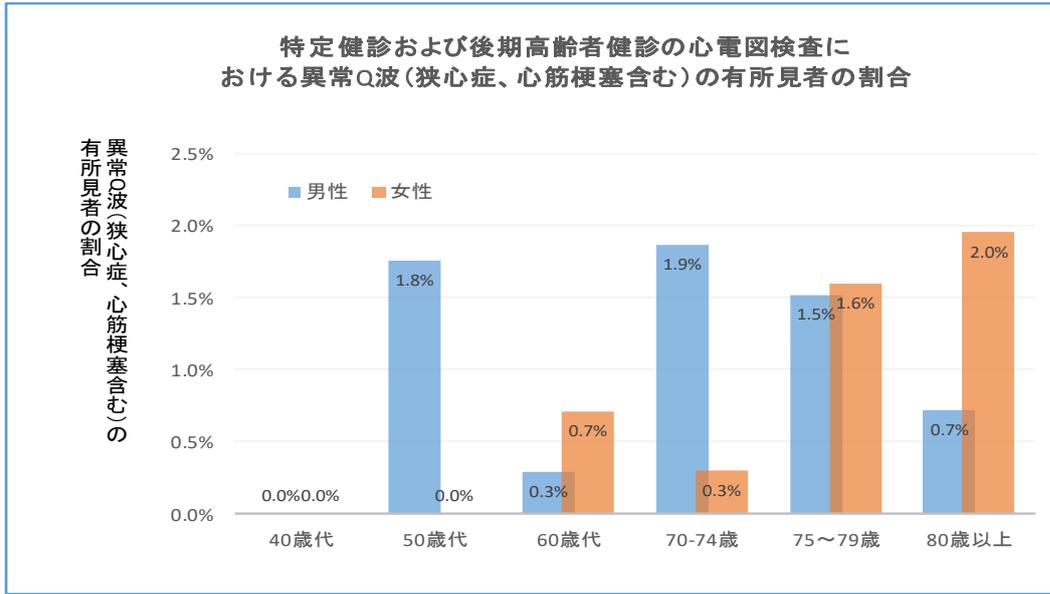
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 67 心電図検査結果(令和 4 年度)

心電図結果			吉野川市国保		(徳島県国保)		吉野川市後期		(徳島県後期)				
			人	%	人	%	人	%	人	%			
健診受診者数 (特定健診受診率)			2,461	36.0%	43,426	36.3%	1,014		15,671				
(再掲)	65歳未満 (後期は75歳未満)		452	18.4%	10,654	24.5%	13	1.3%	255	1.6%			
	65歳以上 (後期は75歳以上)		2,009	81.6%	32,772	75.5%	1,001	98.7%	15,416	98.4%			
心電図実施者 (心電図実施率)			2,445	99.4%	42,913	98.8%	1,014	100.0%	15,668	99.98%			
心電図実施者のうち 所見のあった者 (実数)			689	28.2%	13,606	31.7%	369	36.4%	6,678	42.6%			
心臓細胞の虚血	虚血性変化	心筋壊死 (心筋梗塞)	心筋梗塞・狭心症	1	0.0%	35	0.1%	1	0.1%	26	0.2%		
			① 異常Q波	17	0.7%	400	0.9%	16	1.6%	183	1.2%		
			② R波増高不良	4	0.2%	268	0.6%	2	0.2%	94	0.6%		
		心筋虚血	③ ST異常	53	2.2%	960	2.2%	18	1.8%	472	3.0%		
			④ 冠不全	2	0.1%	71	0.2%	2	0.2%	27	0.2%		
	心筋異常	⑤ T波異常	102	4.2%	1,529	3.6%	50	4.9%	722	4.6%			
	脈が打てる心臓細胞の問題 (不整脈)	徐脈性不整脈	洞結節の異常	⑥ 洞性不整脈	70	2.9%	1,584	3.7%	42	4.1%	601	3.8%	
				⑦ 洞不全症候群	1	0.0%	5	0.0%	1	0.1%	6	0.0%	
			刺激伝導系異常	房室伝導障害	⑧ 房室ブロック	53	2.2%	821	1.9%	45	4.4%	601	3.8%
					⑨ WPW症候群	1	0.0%	40	0.1%	0	0.0%	7	0.0%
⑩ P R短縮				4	0.2%	125	0.3%	2	0.2%	30	0.2%		
心室内伝導障害		⑪ 脚ブロック	169	6.9%	2,838	6.6%	67	6.6%	1,494	9.5%			
⑫ 心室伝導障害		9	0.4%	241	0.6%	2	0.2%	86	0.5%				
頻脈性不整脈		心室性不整脈	⑬ 心室期外収縮	37	1.5%	894	2.1%	27	2.7%	536	3.4%		
			⑭ 心室細動	0	0.0%	6	0.0%	0	0.0%	2	0.0%		
			⑮ QT延長	14	0.6%	195	0.5%	7	0.7%	87	0.6%		
	⑯ プルガタ症候群		6	0.2%	101	0.2%	0	0.0%	20	0.1%			
	上室性不整脈	⑰ 上室性期外収縮	43	1.8%	857	2.0%	42	4.1%	627	4.0%			
⑱ 心房細動	17	0.7%	318	0.7%	9	0.9%	275	1.8%					
⑲ 心房粗動	0	0.0%	12	0.0%	1	0.1%	8	0.1%					
高血圧による心臓の虚血	心肥大所見・心荷肥大	心室肥大	⑳ 左室肥大	10	0.4%	240	0.6%	6	0.6%	118	0.8%		
			㉑ 高電位	5	0.2%	101	0.2%	2	0.2%	50	0.3%		
			㉒ 軸偏位	54	2.2%	1,394	3.2%	43	4.2%	767	4.9%		
			㉓ 右室肥大	0	0.0%	37	0.1%	1	0.1%	26	0.2%		
その他			㉔ 移行帯の変化	41	1.7%	924	2.2%	19	1.9%	388	2.5%		
			㉕ その他不整脈	11	0.4%	269	0.6%	3	0.3%	111	0.7%		
			㉖ その他	24	1.0%	827	1.9%	12	1.2%	405	2.6%		
			㉗ ペースメーカー調律	0	0.0%	24	0.1%	3	0.3%	56	0.4%		
			㉘ 「異常あり」のみ	1	0.0%	49	0.1%	0	0.0%	26	0.2%		

出典:保健事業医療・介護連携システム

参考 異常 Q 波(心筋壊死を予測する有所見)有所見者の割合 (R4 国保・後期)



	総数	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳	75~79歳	80歳以上
男性	18	0	1	1	10	5	1
女性	17	0	0	4	2	7	4

出典:保健事業医療・介護連携システム

図表 68 心電図有所見者の医療機関受診状況 (R4 国保)

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	650		22	3.4%	22	100.0%	0	0.0%
男性	315	48.5%	16	5.1%	16	100.0%	0	0.0%
女性	335	51.5%	6	1.8%	6	100.0%	0	0.0%

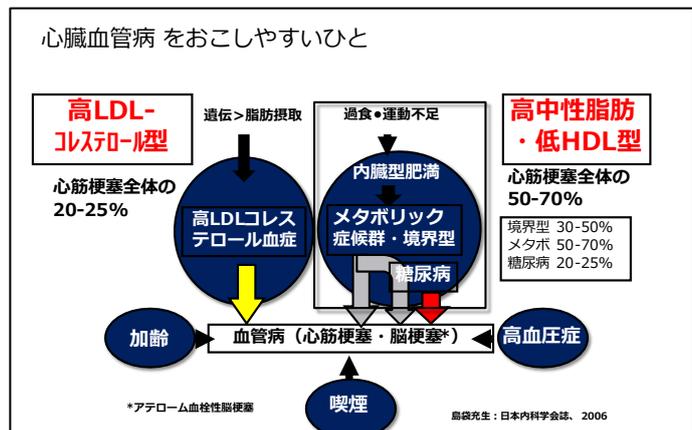
吉野川市調べ

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 69)

図表 69 心血管病をおこしやすいひと



図表 69 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

メタボリックシンドロームタイプは、61 頁 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 63・64)を参照します。

LDL コレステロールタイプは、「冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標」(図表 70)のとおりです。

図表 70 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)				健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			974	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
			974	459	311	140	64	7	24	93	80	
			47.1%	31.9%	14.4%	6.6%	3.4%	11.8%	45.6%	39.2%		
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)	68	36	15	9	8	4	13	0	0	
		7.0%	7.8%	4.8%	6.4%	12.5%	57.1%	54.2%	0.0%	0.0%		
	中リスク	140未満 (170未満)	367	162	130	49	26	0	5	46	24	
		37.7%	35.3%	41.8%	35.0%	40.6%	0.0%	20.8%	49.5%	30.0%		
高リスク	120未満 (150未満)	483	224	151	79	29	3	6	46	53		
	49.6%	48.8%	48.6%	56.4%	45.3%	42.9%	25.0%	49.5%	66.3%			
再掲	100未満 (130未満) ※1	43	23	15	4	1	0	0	1	4		
	4.4%	5.0%	4.8%	2.9%	1.6%	0.0%	0.0%	1.1%	5.0%			
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)	56	37	15	3	1	0	0	1	3
	5.7%	8.1%	4.8%	2.1%	1.6%	0.0%	0.0%	1.1%	3.8%			

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることを把握し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 71 心電図所見からの保健指導教材

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

(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が、継続的に医療受診ができるよう、台帳を管理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、長寿いきがい課(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

8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り組みにあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 72・73)

図表 72 脳卒中の分類

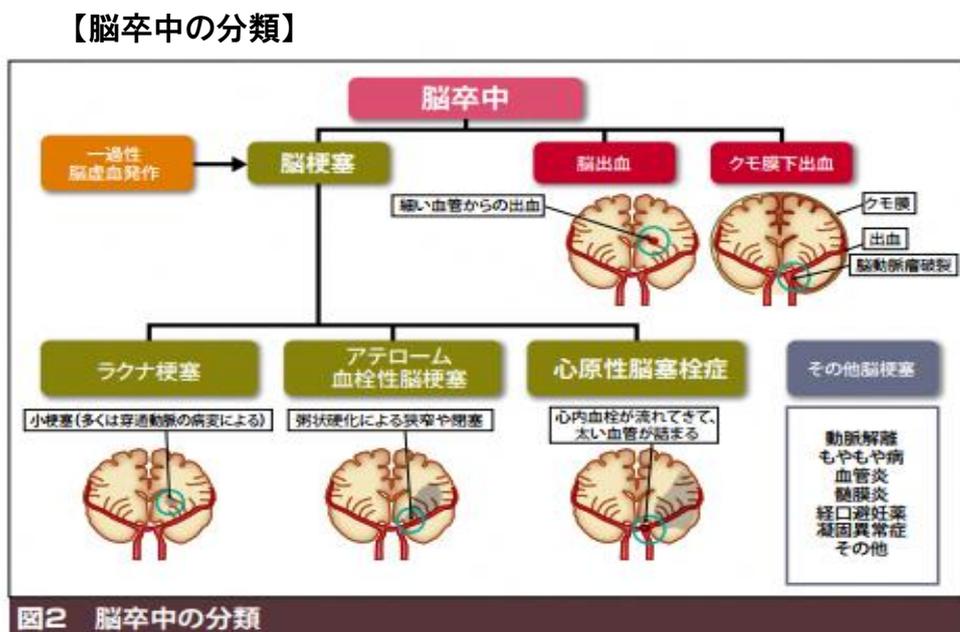


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 73 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 74 でみると、高血圧治療者 3,368 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 300 人(8.9%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 183 人(8%)であり、そのうち 91 人(50%)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92人(9.6%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

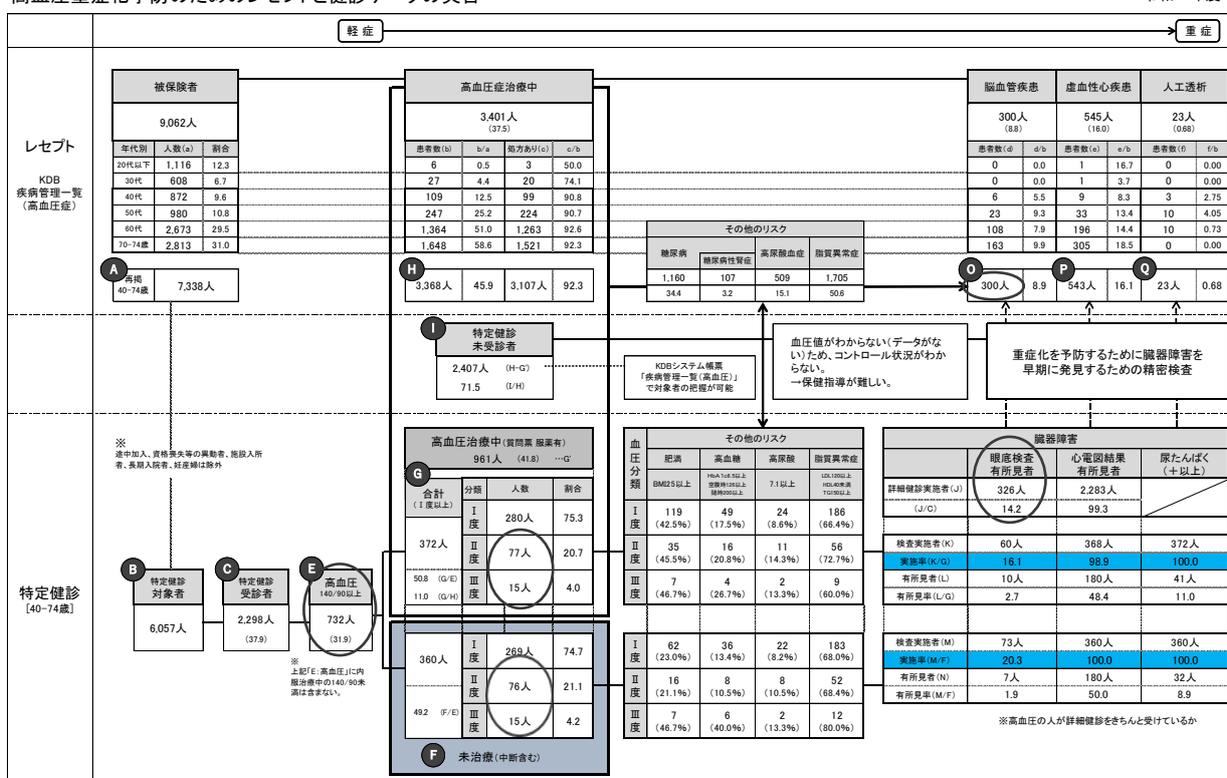
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)は、326人(14.2%)に実施しています。眼底検査(詳細検査)の条件であるⅠ度高血圧以上の人数は、732人(31.9%・E)です。

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 74 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

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



出典:KDBシステム(レセプト情報)・特定健診(法定報告)

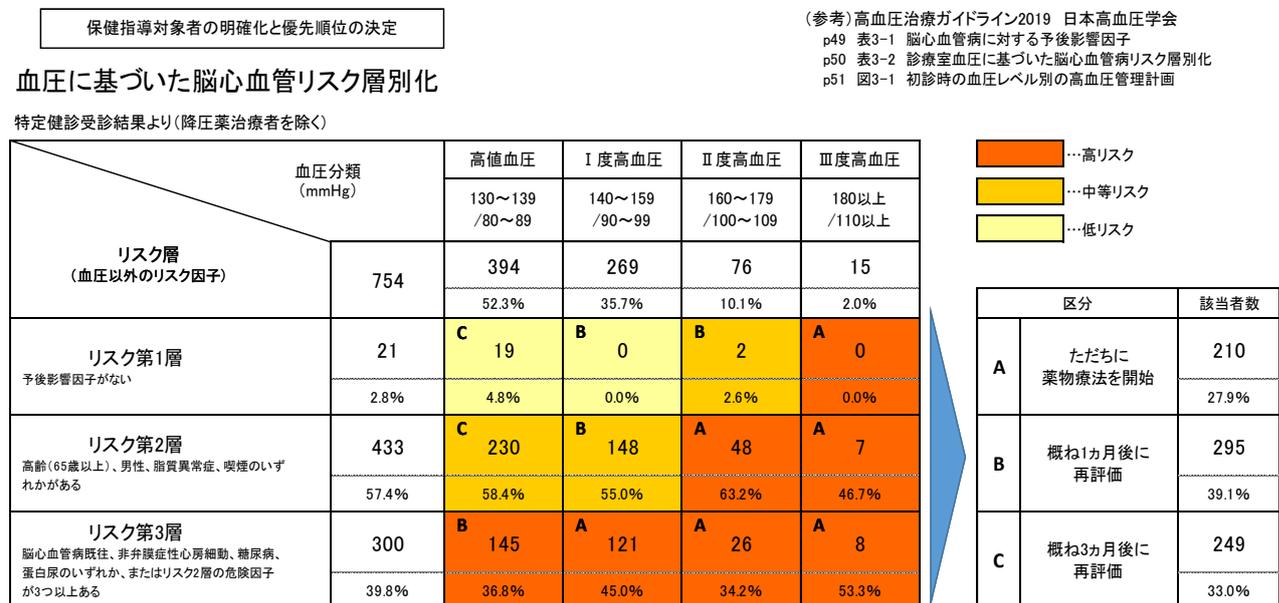
(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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 75 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。

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

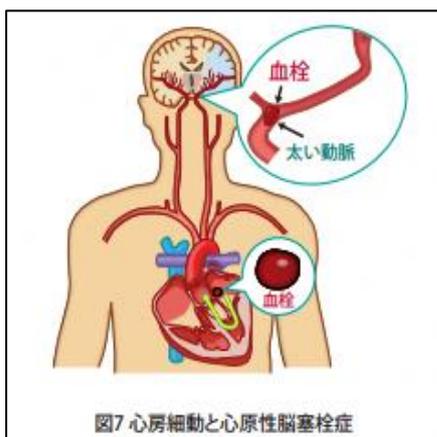
令和04年度



※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：特定健診(法定報告)

(3) 心電図検査における心房細動の実態



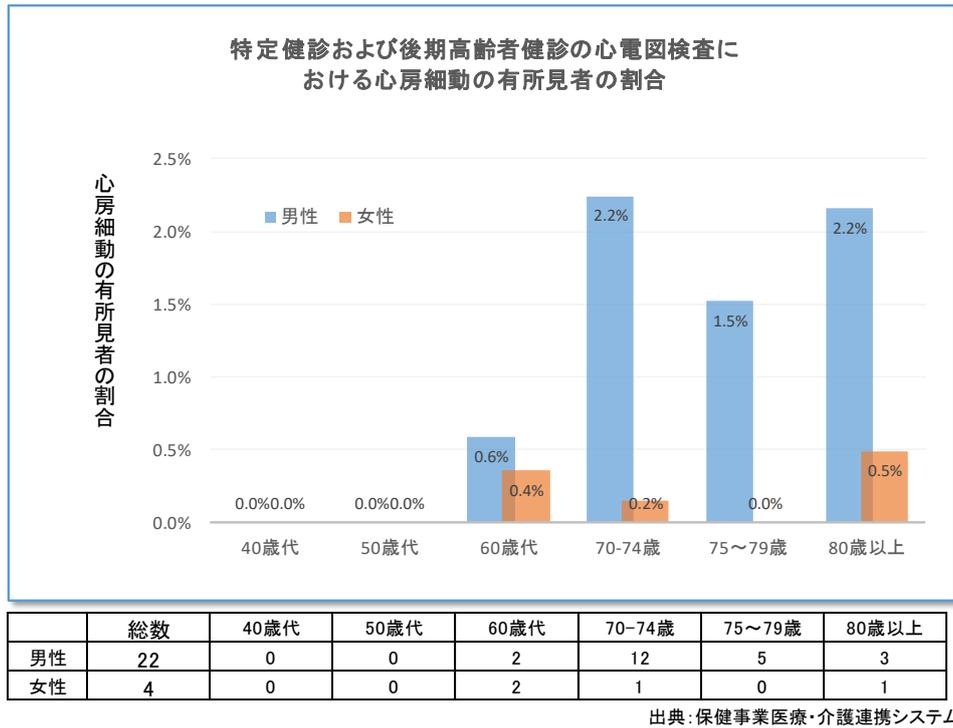
(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは、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。

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 76 は、特定健診及び後期高齢者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。男性が女性の5倍以上の人数であり、70歳代から急に増加しています。

図表 76 心房細動有所見者の割合 (R4 国保・後期)



図表 77 心房細動有所見者の治療状況 (R4 国保)

心房細動有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人数	人数	割合	人数	割合
15	0	0.0%	15	100.0%

吉野川市調べ

心電図検査において国保では 15 人に心房細動の所見が認められました。有所見率は、年齢が高くなるにつれ増加しており、心房細動有所見者全員が治療を開始していました。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。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結果から直ぐに介入していくことが必要です。

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を把握し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、長寿いきがい課(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併せて年 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・脳血管疾患等と併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

8 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り組みと、生活機能の低下を防止する取り組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

2) 事業の実施

本市は、令和3年度より徳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・管理栄養士を配置し、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等をもとに、生活習慣病の重症化予防を行います。

③ ポピュレーションアプローチ

通いの場等において、KDB システム等により把握した地域の健康課題から高齢者の状況に応じて、健診・医療受診勧奨や介護サービス等の利用勧奨を行います。

IV. 発症予防

生活習慣病は自覚症状に現れないまま長年経過し、気づいた時には合併症(脳・心臓・腎臓など)により取返しのできないほど病状が深刻になっていることが多い疾病です。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。

また、子どものころから生活習慣病を発症すると罹病期間が長くなり、成人期以降に合併症が起こる頻度が高い傾向があります。生活習慣は幼少期から徐々に確立していくことを考えれば、子どもにおける生活習慣病対策は重要となります。

生活習慣病の種類として2型糖尿病、高血圧、脂質異常症等がありますが、それらの多くは肥満症/メタボリックシンドロームに伴うものです。このため幼少期からの肥満予防・肥満改善は重要となります。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関係者と情報共有し対策を考えていく必要があります。

本市においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人(ヤング健診等)のデータを保有しており、なお且つ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、全住民の健康データをライフサイクルの視点で整理し、取り組みを検討していきます。

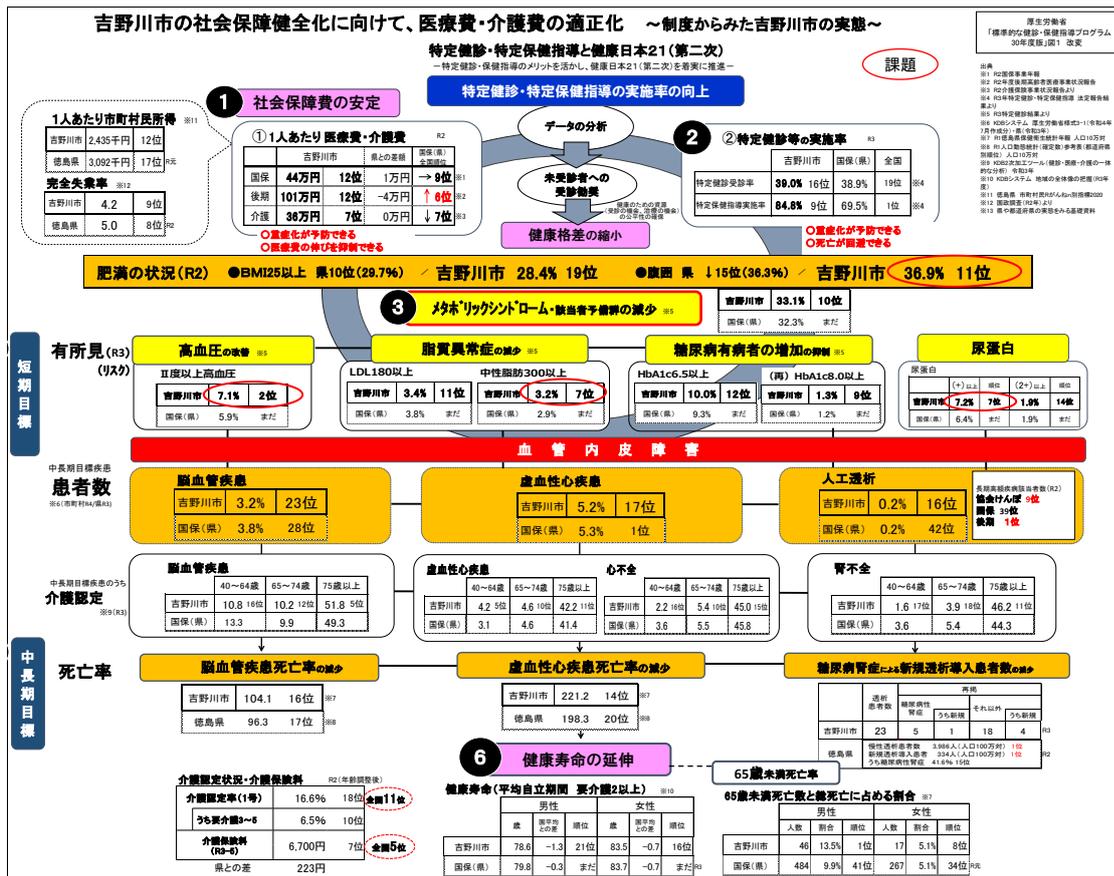
図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

令和5年度 ライフサイクルでみた健康づくりの取組		【ストラテジー】(健康推進課 医療専門職) ※R2年度より積極性高めて母子保健事業・健康増進事業・関係保健事業等7事業 保健師10名(うち1名は保健師)・管理栄養士3名(主:保健事業)・栄養士1名(主:母子)・会計年度保健師1名																																																																																																																																				
	妊婦・出産期	乳児期	幼児期	学童期	若年期 (20~39歳)	中年期 (40~64歳)	前期高齢者(65~74歳)	高齢期 (75歳以上)																																																																																																																														
概観・計画	母子保健法				高齢者の医療の確保に関する法律・医療介護総合確保法・介護保険法・福祉推進基本法																																																																																																																																	
市の計画	健康増進法、若年者健康増進法、学童健康増進法				健康よしのわが21(第2次)、食育推進計画(第2次)																																																																																																																																	
担当課・関係課	健康推進課(子育て世代包括支援センター)、子育て支援課				健康推進課、若年者健康増進課、関係保健課																																																																																																																																	
【プロセス】健康課題・取組	<ul style="list-style-type: none"> 口産後生活体重の予防(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 				<ul style="list-style-type: none"> 口産後生活体重の予防(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 																																																																																																																																	
【アウトプット】健診及び保健指導実績	<table border="1"> <tr> <th>妊婦一般健診(14回) (個別)</th> <th>1か月児健診(集団)</th> <th>2か月児健診(集団)</th> <th>3か月児健診(個別)</th> <th>4か月児健診(個別)</th> <th>5か月児健診(個別)</th> <th>6か月児健診(個別)</th> <th>7か月児健診(個別)</th> <th>8か月児健診(個別)</th> <th>9か月児健診(個別)</th> <th>1歳6か月児健診(集団)</th> <th>3歳児健診(集団)</th> </tr> <tr> <th>受診者数(人)</th> </tr> <tr> <td>292</td> <td>284</td> <td>2,346</td> <td>2,271</td> <td>1,94</td> <td>1,93</td> <td>1,67</td> <td>1,67</td> <td>2,01</td> <td>2,15</td> <td>1,19</td> <td>1,28</td> </tr> <tr> <td>R1</td> </tr> <tr> <td>R2</td> </tr> <tr> <td>R3</td> </tr> <tr> <td>R4</td> </tr> </table>				妊婦一般健診(14回) (個別)	1か月児健診(集団)	2か月児健診(集団)	3か月児健診(個別)	4か月児健診(個別)	5か月児健診(個別)	6か月児健診(個別)	7か月児健診(個別)	8か月児健診(個別)	9か月児健診(個別)	1歳6か月児健診(集団)	3歳児健診(集団)	受診者数(人)	292	284	2,346	2,271	1,94	1,93	1,67	1,67	2,01	2,15	1,19	1,28	R1	R2	R3	R4	<p>【参考】【アウカム】</p> <p>若年期健診</p> <table border="1"> <tr> <th>特定健診</th> <th>特定保健指導(P-D)</th> <th>P-D以外の保健指導実施者数</th> <th>がん検診受診率</th> <th>後期高齢者健康診査(地域保健事業)</th> <th>介護予防教室(地域保健事業)</th> </tr> <tr> <th>受診者数</th> <th>受診者数</th> <th>受診者数</th> <th>男性</th> <th>受診者数</th> <th>受診者数</th> </tr> <tr> <td>134</td> <td>130</td> <td>105</td> <td>2,520</td> <td>196</td> <td>174</td> </tr> <tr> <td>R1</td> <td>R1</td> <td>R1</td> <td>R1</td> <td>R1</td> <td>R1</td> </tr> <tr> <td>R2</td> <td>R2</td> <td>R2</td> <td>R2</td> <td>R2</td> <td>R2</td> </tr> <tr> <td>R3</td> <td>R3</td> <td>R3</td> <td>R3</td> <td>R3</td> <td>R3</td> </tr> <tr> <td>R4</td> <td>R4</td> <td>R4</td> <td>R4</td> <td>R4</td> <td>R4</td> </tr> </table>				特定健診	特定保健指導(P-D)	P-D以外の保健指導実施者数	がん検診受診率	後期高齢者健康診査(地域保健事業)	介護予防教室(地域保健事業)	受診者数	受診者数	受診者数	男性	受診者数	受診者数	134	130	105	2,520	196	174	R1	R1	R1	R1	R1	R1	R2	R2	R2	R2	R2	R2	R3	R3	R3	R3	R3	R3	R4	R4	R4	R4	R4	R4																																																							
妊婦一般健診(14回) (個別)	1か月児健診(集団)	2か月児健診(集団)	3か月児健診(個別)	4か月児健診(個別)	5か月児健診(個別)	6か月児健診(個別)	7か月児健診(個別)	8か月児健診(個別)	9か月児健診(個別)	1歳6か月児健診(集団)	3歳児健診(集団)																																																																																																																											
受診者数(人)	受診者数(人)	受診者数(人)	受診者数(人)	受診者数(人)	受診者数(人)	受診者数(人)	受診者数(人)	受診者数(人)	受診者数(人)	受診者数(人)	受診者数(人)																																																																																																																											
292	284	2,346	2,271	1,94	1,93	1,67	1,67	2,01	2,15	1,19	1,28																																																																																																																											
R1	R1	R1	R1	R1	R1	R1	R1	R1	R1	R1	R1																																																																																																																											
R2	R2	R2	R2	R2	R2	R2	R2	R2	R2	R2	R2																																																																																																																											
R3	R3	R3	R3	R3	R3	R3	R3	R3	R3	R3	R3																																																																																																																											
R4	R4	R4	R4	R4	R4	R4	R4	R4	R4	R4	R4																																																																																																																											
特定健診	特定保健指導(P-D)	P-D以外の保健指導実施者数	がん検診受診率	後期高齢者健康診査(地域保健事業)	介護予防教室(地域保健事業)																																																																																																																																	
受診者数	受診者数	受診者数	男性	受診者数	受診者数																																																																																																																																	
134	130	105	2,520	196	174																																																																																																																																	
R1	R1	R1	R1	R1	R1																																																																																																																																	
R2	R2	R2	R2	R2	R2																																																																																																																																	
R3	R3	R3	R3	R3	R3																																																																																																																																	
R4	R4	R4	R4	R4	R4																																																																																																																																	
保健事業	<ul style="list-style-type: none"> 口産後生活体重の予防(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 				<ul style="list-style-type: none"> 口産後生活体重の予防(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 																																																																																																																																	
予防指導事業	<ul style="list-style-type: none"> 口産後生活体重の予防(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 				<ul style="list-style-type: none"> 口産後生活体重の予防(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 																																																																																																																																	
精神保健対策	<ul style="list-style-type: none"> 口産後生活体重の予防(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 				<ul style="list-style-type: none"> 口産後生活体重の予防(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 口産後の肥満(産後1年以内) 																																																																																																																																	

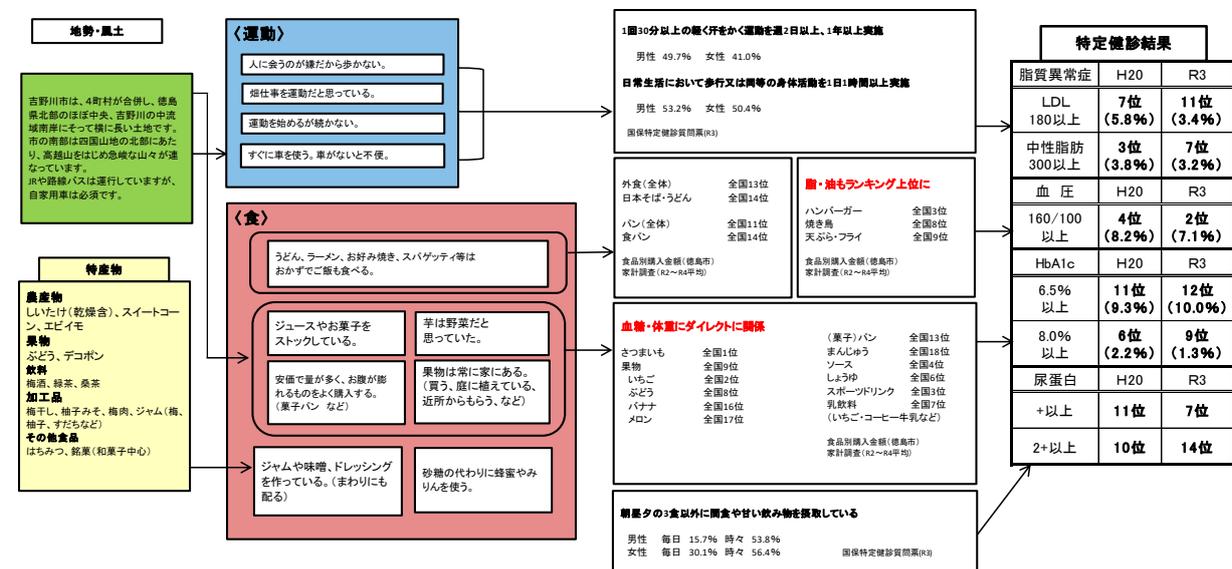
V. ポピュレーションアプローチ

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。被保険者自身が健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに、主体的・積極的に健康増進に取り組むことが重要です。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 80・81)

図表 80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 81 吉野川市の食の特徴と健診結果



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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い

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。

2. 個人情報の取り扱い

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吉野川市の位置

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り組み評価

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吉野川市の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた吉野川市の位置(H30～R04年度)

項目	吉野川市												同規模平均		徳島県		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	人口構成	総人口	41,256		41,256		41,256		41,256		38,159		691,132		123,214,261				
		65歳以上(高齢化率)	14,336	34.7	14,336	34.7	14,336	34.7	14,336	34.7	14,666	38.4	3,263,279	36.2	238,346	34.5	35,335,805	28.7	
		75歳以上	7,815	18.9	7,815	18.9	7,815	18.9	7,815	18.9	7,888	20.1	---	---	122,672	17.7	18,248,742	14.8	
		65～74歳	6,521	15.8	6,521	15.8	6,521	15.8	6,521	15.8	6,978	18.3	---	---	115,674	16.7	17,087,063	13.9	
		40～64歳	13,663	33.1	13,663	33.1	13,663	33.1	13,663	33.1	12,166	31.9	---	---	224,837	32.5	41,545,893	33.7	
39歳以下	13,257	32.1	13,257	32.1	13,257	32.1	13,257	32.1	13,257	32.1	11,327	29.7	---	---	227,949	33.0	46,332,563	37.6	
2 産業構成	第1次産業	72		72		72		72		72		10.7		8.5		4.0			
	第2次産業	25.6		25.6		25.6		25.6		25.6		27.3		24.1		25.0			
	第3次産業	67.2		67.2		67.2		67.2		67.2		62.0		67.4		71.0			
	平均寿命	男性	80.2		80.2		80.2		80.2		80.2		80.4		80.3		80.8		
3 平均自立期間(要介護2以上)	女性	86.6		86.6		86.6		86.6		86.6		86.9		86.7		87.0			
	男性	78.5		78.2		79.6		78.6		78.5		79.7		79.7		80.1			
4 平均自立期間(要介護2以上)	女性	83.3		82.9		83.2		83.5		84.2		84.3		83.8		84.4			
	標準化死亡比(SMR)	男性	99.6		99.6		99.6		101.6		101.6		103.4		105.1		100.0		
2 死亡	死亡の状況	女性	93.2		93.2		93.2		103.3		103.3		101.4		103.3		100.0		
		死因	がん	148	45.1	152	47.5	151	50.8	152	45.6	142	47.2	34,996	47.8	2,446	48.8	378,272	50.6
1 介護保険	介護保険	心臓病	86	26.2	89	27.8	83	27.9	91	27.3	85	28.2	21,437	29.3	1,415	28.2	205,485	27.5	
		脳疾患	56	17.1	45	14.1	35	11.8	58	17.4	40	13.3	10,886	14.9	687	13.7	102,900	13.8	
2 有病状況	有病状況	糖尿病	7	2.1	12	3.8	6	2.0	8	2.4	7	2.3	1,391	1.9	119	2.4	13,896	1.9	
		腎不全	26	7.9	17	5.3	18	6.1	14	4.2	22	7.3	2,819	3.9	233	4.7	28,946	3.6	
3 介護給付費	介護給付費	自殺	5	1.5	5	1.6	4	1.3	10	3.0	5	1.7	1,654	2.3	110	2.2	20,171	2.7	
		合計	43	8.9	63	9.4	38	8.2	45	7.4	46	6.4	---	---	761	6.9	129,016	8.2	
4 医療費等	医療費等	早世予防からみた死亡(凶死未満)	男性	30	10.0	46	13.5	30	10.1	31	9.9	29	8.3	---	---	512	9.6	84,891	10.6
		女性	13	4.0	17	5.1	8	2.6	14	4.7	17	4.8	---	---	249	4.4	15,125	5.7	
1 介護保険	介護保険	1号認定者数(認定率)	2,718	18.8	2,766	19.3	2,851	19.6	2,972	20.5	2,975	20.3	619,810	19.1	49,183	20.7	6,724,030	19.4	
		新規認定者	40	0.3	38	0.3	44	0.3	35	0.3	69	0.3	10,081	0.3	864	0.3	11,029	0.3	
2 有病状況	有病状況	介護度別給付件数	要支援1.2	10,334	15.2	9,721	13.9	8,718	12.2	8,937	11.9	9,175	12.2	1,984,426	14.3	172,153	14.2	21,785,044	12.9
		要介護1.2	28,615	42.1	31,795	45.5	32,742	45.7	34,945	46.4	34,587	46.0	6,527,659	47.0	574,015	47.4	78,107,378	46.3	
3 介護給付費	介護給付費	要介護3以上	29,076	42.7	28,831	40.6	30,108	42.1	31,380	41.7	31,394	41.8	5,384,278	38.7	465,525	38.4	68,963,503	40.8	
		2号認定者	46	0.3	46	0.3	50	0.4	47	0.3	47	0.4	10,759	0.4	844	0.4	156,107	0.4	
4 医療費等	医療費等	糖尿病	645	23.0	690	23.8	748	24.7	786	25.4	809	25.8	154,694	23.8	14,411	27.9	1,712,613	24.3	
		高血圧症	1,610	57.0	1,627	57.7	1,708	57.7	1,750	57.9	1,762	57.5	352,398	54.8	29,294	57.7	3,744,672	53.3	
1 介護給付費	介護給付費	脂質異常症	776	27.3	838	29.3	881	29.8	917	30.0	952	30.2	203,112	31.2	16,551	32.3	2,208,216	32.8	
		心臓病	1,778	63.5	1,797	63.7	1,865	63.6	1,926	63.5	1,954	63.6	397,324	61.9	32,830	64.7	4,224,628	60.3	
2 有病状況	有病状況	脳疾患	536	19.6	550	18.8	558	18.8	563	18.3	561	18.3	151,330	23.9	11,243	22.5	1,568,292	22.6	
		がん	278	10.1	312	10.8	330	11.4	357	11.4	366	11.5	74,764	11.4	6,412	12.3	837,410	11.8	
3 介護給付費	介護給付費	脳・骨格	1,634	58.7	1,684	59.0	1,742	59.2	1,802	59.1	1,825	59.2	350,465	54.5	29,971	59.1	3,748,372	53.4	
		精神	1,063	38.2	1,128	39.5	1,164	39.2	1,185	38.5	1,183	38.3	246,292	38.6	19,884	39.1	2,569,149	38.8	
4 医療費等	医療費等	一人当たり給付費/総給付費	330,945	4,744,434,454	338,522	4,853,055,278	349,656	5,012,674,101	358,537	5,139,981,370	344,610	5,054,044,857	300,230	3,203,04	320,304	290,668			
		1件当たり給付費(全体)	69,745		69,432		70,041		68,295		67,247		70,503		63,005		59,662		
1 介護給付費	介護給付費	居室サービス	43,567		43,454		44,187		42,823		42,887		43,936		41,316		41,272		
		施設サービス	292,842		300,644		304,753		302,164		300,354		291,914		297,064		296,364		
2 有病状況	有病状況	要介護認定別	7,496		8,052		8,289		8,132		8,731		9,043		8,871		8,610		
		医療費(40歳以上)	4,224		4,336		4,380		4,351		4,378		4,284		4,497		4,802		
3 介護給付費	介護給付費	認定あり	8,802		8,793		8,731		8,532		7,938		2,020,054		154,837		27,488,820		
		認定なし	4,224		4,336		4,380		4,351		4,378		4,284		4,497		4,802		
4 医療費等	医療費等	被保険者数	4,498	50.5	4,556	51.8	4,676	53.6	4,667	54.7	4,371	55.1	---	---	73,617	47.5	11,129,271	40.5	
		65～74歳	2,930	31.9	2,691	30.5	2,814	29.9	2,477	29.0	2,318	29.2	---	---	48,624	31.9	9,068,015	33.1	
1 介護給付費	介護給付費	39歳以下	1,586	17.6	1,556	17.7	1,441	16.5	1,388	16.3	1,249	15.7	---	---	31,796	20.5	7,271,596	26.5	
		加入率	21.8		21.3		21.2		20.7		20.8		22.4		22.4		22.3		
2 有病状況	有病状況	病院数	4	0.4	4	0.5	4	0.5	4	0.5	4	0.5	873	0.4	107	0.7	8,237	0.3	
		診療所数	51	5.7	51	5.8	51	5.8	51	6.0	49	6.0	7,141	3.5	708	4.6	102,599	3.7	
3 介護給付費	介護給付費	病床数	1,046	117.5	1,013	115.2	955	109.4	955	111.9	865	109.0	136,833	67.7	13,691	88.4	1,507,471	54.8	
		医師数	124	13.9	124	14.1	134	15.3	134	15.7	146	18.4	146	18.4	15,511	9.7	258,611	12.4	
4 医療費等	医療費等	入院患者数	26.1		27.4		27.1		25.7		24.5		23.6		25.0		17.7		
		一人当たり医療費	373,507		381,096		381,177		389,433		409,470		394,521		399,015		339,680		
1 介護給付費	介護給付費	内15位	807.3		808,234		760,058		787,948		803,507		751,942		782,201		705,439		
		内10位	55.4		54.3		53.3		56.5		56.9		56.7		54.9		60.4		
2 有病状況	有病状況	外未	96.8		96.6		96.7		96.9		97.0		96.9		96.7		97.5		
		入院	44.6		45.7		46.7		43.5		43.1		43.3		45.1		39.8		
3 介護給付費	介護給付費	入院	3.2		3.4		3.8		3.3		3.0		3.1		3.2		2.5		
		1件あたり在院日数	17.9日		18.1日		18.5日		18.0日		17.6日		17.1日		18.5日		15.7日		
4 医療費分析	医療費分析	がん	546,695,050	29.8	506,916,990	28.8	495,126,960	28.4	597,578,040	33.4	661,862,780	37.4	31.3		30.5		32.2		
		慢性腎不全(透析あり)	109,598,390	6.0	86,823,550	4.9	67,575,470	3.9	69,583,720	3.9	62,219,610	3.5	7.5		4.4		8.2		
1 介護給付費	介護給付費	糖尿病	180,899,530	9.9	187,465,750	10.6	193,203,310	11.1	190,094,850	10.6	175,273,360	9.9	10.8		10.8		10.4		
		高血圧症	145,925,820	7.9	137,872,360	7.8	133,464,150	7.7	128,113,630	7.2	122,412,860	6.9	6.3		6.0		5.9		
2 有病状況	有病状況	脂質異常症	90,980,160	5.0	88,551,740	5.0	78,404,030	4.5	82,081,980	4.6	72,247,820	4.1	3.8		3.7		4.1		
		脳梗塞・脳出血	52,377,420	2.8	51,733,120	2.9	48,231,620	2.8	58,520,130	3.2	39,940,840	2.2							

5 健診	①	健診受診者	2,552	2,703	2,578	2,520	2,298	592,263	43,802	6,503,152								
	②	受診率	37.8	40.8	38.6	38.9	37.8	39.7	39.2	全国18位	35.3							
	③	特定保健指導終了者(実施率)	276	258	234	200	1	11,197	16.7	297	5.5	69.327	9.0					
	④	非肥満高血糖	234	225	198	200	198	8.6	62,750	10.6	3,532	8.1	588,083	9.0				
	⑤	メタボ	該当者	510	588	585	571	510	22.2	125,726	21.2	9,180	21.0	1,321,197	20.3			
	⑥		男性	341	400	403	381	355	350	36.2	86,891	32.6	6,496	33.1	923,222	32.0		
	⑦		女性	169	188	182	190	131	160	12.0	38,835	11.9	2,684	11.1	397,975	11.0		
	⑧		予備群	309	301	302	263	10.4	253	11.0	64,270	10.9	5,182	11.8	730,607	11.2		
	⑨	メタボ該当・予備群レベル	総数	211	207	216	192	180	16.8	175	18.1	44,986	16.9	3,648	18.6	515,813	17.9	
	⑩		男性	98	94	86	5.9	83	5.7	78	5.9	19,284	5.9	1,534	6.3	214,794	5.9	
	⑪		女性	884	958	35.4	953	37.0	907	36.0	825	35.9	207,581	35.0	15,805	36.1	2,273,296	35.0
	⑫		総数	590	651	56.6	659	58.6	611	56.9	569	58.8	143,863	54.0	11,158	56.9	1,592,747	55.3
	⑬	男性	294	307	19.8	294	20.2	296	20.5	256	19.2	63,718	19.6	4,647	19.2	680,549	18.8	
	⑭	女性	149	166	6.1	147	5.7	146	5.8	127	5.5	31,109	5.3	2,385	5.4	304,276	4.7	
	⑮	総数	16	22	1.9	19	1.7	21	2.0	13	1.3	4,873	1.8	368	1.9	48,780	1.7	
	⑯	男性	133	144	9.3	128	8.8	125	8.6	114	8.6	26,236	8.1	2,017	8.3	255,496	7.1	
	⑰	女性	14	0.5	18	0.7	14	0.5	8	0.3	12	0.5	3,957	0.7	264	0.6	41,541	0.6
	⑱	血圧のみ	233	9.1	230	8.5	226	8.8	206	8.2	196	8.5	46,037	7.8	3,727	8.5	514,593	7.9
	⑳	脂質のみ	62	2.4	53	2.0	62	2.4	49	1.9	45	2.0	14,276	2.4	1,191	2.7	174,473	2.7
㉑	血糖・血圧	91	3.6	91	3.4	80	3.1	79	3.1	83	3.6	19,597	3.3	1,335	3.0	193,722	3.0	
㉒	血糖・脂質	25	1.0	26	1.0	25	1.0	24	1.0	22	1.0	6,479	1.1	450	1.0	67,212	1.0	
㉓	血糖・血圧・脂質	244	9.6	291	10.8	311	12.1	311	12.3	272	11.8	57,258	9.7	4,666	10.7	630,648	9.7	
㉔	血糖・血圧・脂質	150	5.9	180	6.7	169	6.6	157	6.2	133	5.8	42,392	7.2	2,729	6.2	428,615	6.6	
6 問診	①	服薬	995	39.0	1,065	39.4	1,064	41.3	1,047	41.5	961	41.8	231,630	39.1	16,935	38.7	2,324,538	35.8
	②	糖尿病	230	9.0	271	10.0	250	9.7	234	9.3	201	8.7	58,534	9.9	3,764	8.6	564,473	8.7
	③	脂質異常症	653	25.6	706	26.1	719	27.9	706	28.0	684	29.8	172,940	29.2	11,822	27.0	1,817,350	28.0
	④	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	84	3.3	95	3.5	81	3.1	87	3.5	70	3.1	18,808	3.3	1,329	3.1	199,003	3.1
	⑤	既往歴	148	5.8	156	5.8	154	6.0	173	6.9	135	5.9	34,129	5.9	2,531	5.8	349,845	5.5
	⑥	腎不全	31	1.2	40	1.5	43	1.7	49	1.9	48	2.1	5,247	0.9	511	1.2	51,680	0.8
	⑦	貧血	247	9.8	289	10.9	250	9.9	266	10.6	232	10.2	57,291	10.0	4,733	11.0	669,737	10.6
	⑧	喫煙	280	10.2	272	10.1	251	9.7	252	10.0	218	9.5	76,177	12.9	5,388	12.3	896,676	13.8
	⑨	週3回以上朝食を抜く	157	6.3	163	6.2	166	6.6	163	6.6	140	6.2	43,784	7.8	3,890	9.1	609,166	10.3
	⑩	週3回以上夕食を抜く(～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
	⑪	週3回以上就寝前夕食(～H29)	379	15.2	363	13.8	343	13.6	345	13.9	299	13.2	84,037	14.9	7,299	17.0	932,218	15.7
	⑫	週3回以上就寝前夕食	379	15.2	363	13.8	343	13.6	345	13.9	299	13.2	84,037	14.9	7,299	17.0	932,218	15.7
	⑬	食べる速度が遅い	756	30.0	807	30.5	776	30.6	770	30.9	720	31.6	150,446	26.8	13,138	30.7	1,590,713	26.8
	⑭	20歳時体重から10kg以上増加	839	33.2	941	35.6	881	34.8	890	35.8	796	35.0	194,667	34.7	15,365	36.0	2,083,152	34.9
⑮	1回30分以上運動習慣なし	1,379	54.6	1,436	54.3	1,379	54.4	1,365	54.8	1,288	56.5	351,379	62.7	25,071	58.7	3,589,415	60.3	
⑯	1日1時間以上運動なし	1,269	50.3	1,299	49.2	1,212	48.0	1,197	47.7	1,072	47.1	266,155	47.2	21,798	51.0	2,858,913	48.0	
⑰	睡眠不足	592	23.8	626	24.0	606	24.3	592	23.9	571	25.2	140,728	25.0	11,333	26.8	1,521,685	25.6	
⑱	毎日飲酒	539	21.4	567	21.6	545	21.6	544	21.8	509	22.4	145,485	25.4	10,658	24.7	1,585,206	25.5	
㉑	時々飲酒	450	17.8	477	18.2	427	16.9	407	16.3	378	16.6	117,378	20.5	7,899	17.8	1,393,154	22.4	
㉒	一回未満	901	65.3	947	65.4	903	62.8	745	61.0	677	60.2	233,047	62.9	17,015	63.9	2,851,798	64.2	
㉓	1～2回	328	23.8	346	23.9	331	25.8	307	25.1	303	26.9	93,110	25.1	6,226	23.4	1,055,317	23.7	
㉔	3～4回	129	9.3	122	8.4	119	9.3	133	10.9	112	10.0	35,293	9.5	2,624	9.9	414,658	9.3	
㉕	5回以上	22	1.6	32	2.2	30	2.3	36	2.9	33	2.9	9,221	2.5	754	2.8	122,039	2.7	

(参考資料2) 健診・医療・介護の一体的な分析

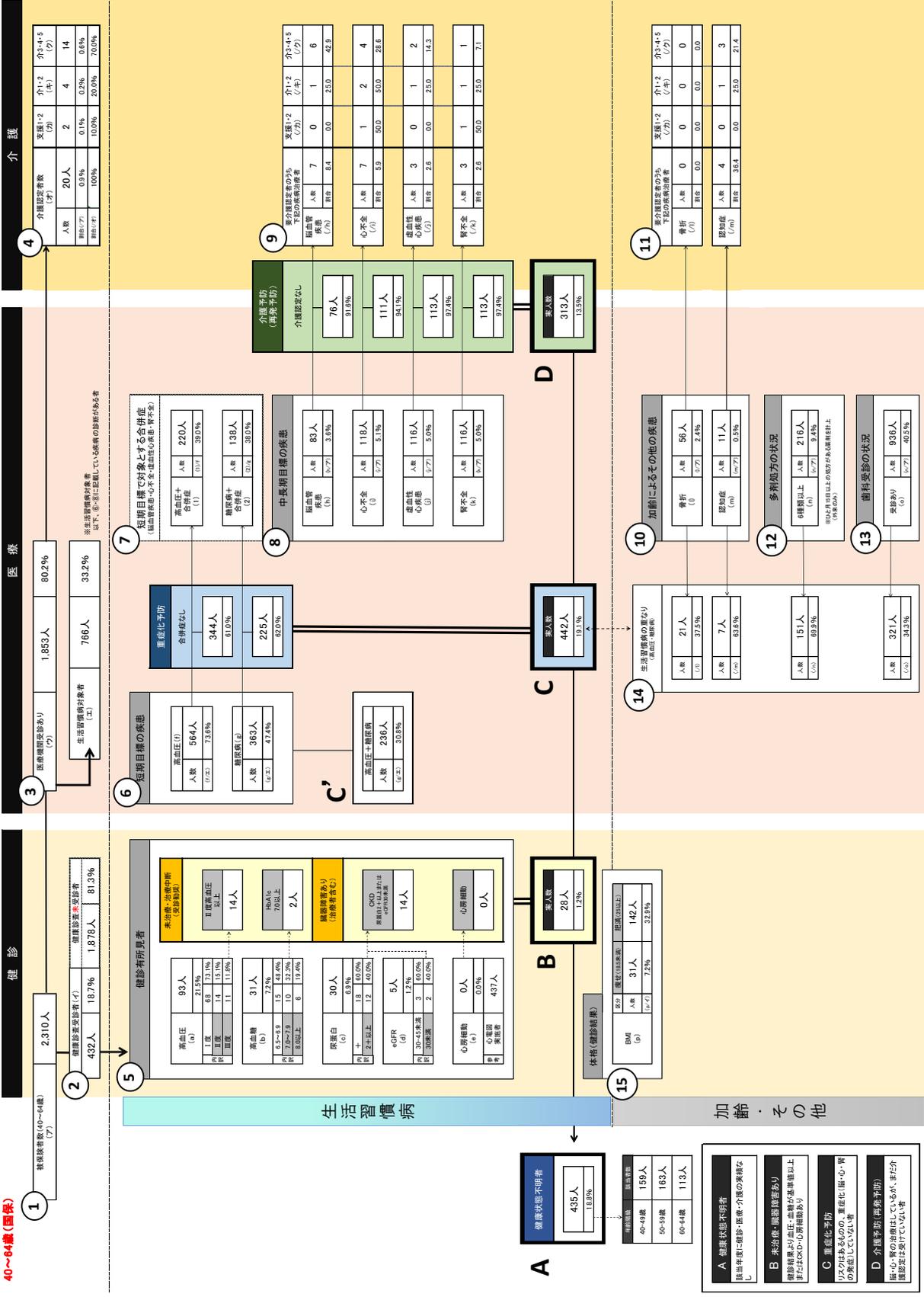
① 40～64歳(国保)

令和4年度

【09】国民生活年報掲載式①-1
【09】国民生活年報掲載式①-2
【09】国民生活年報掲載式①-3

参考:【09】介入支援対象者一覧(医療・重症化予防)
【09】介入支援対象者一覧(介護・重症化予防)

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



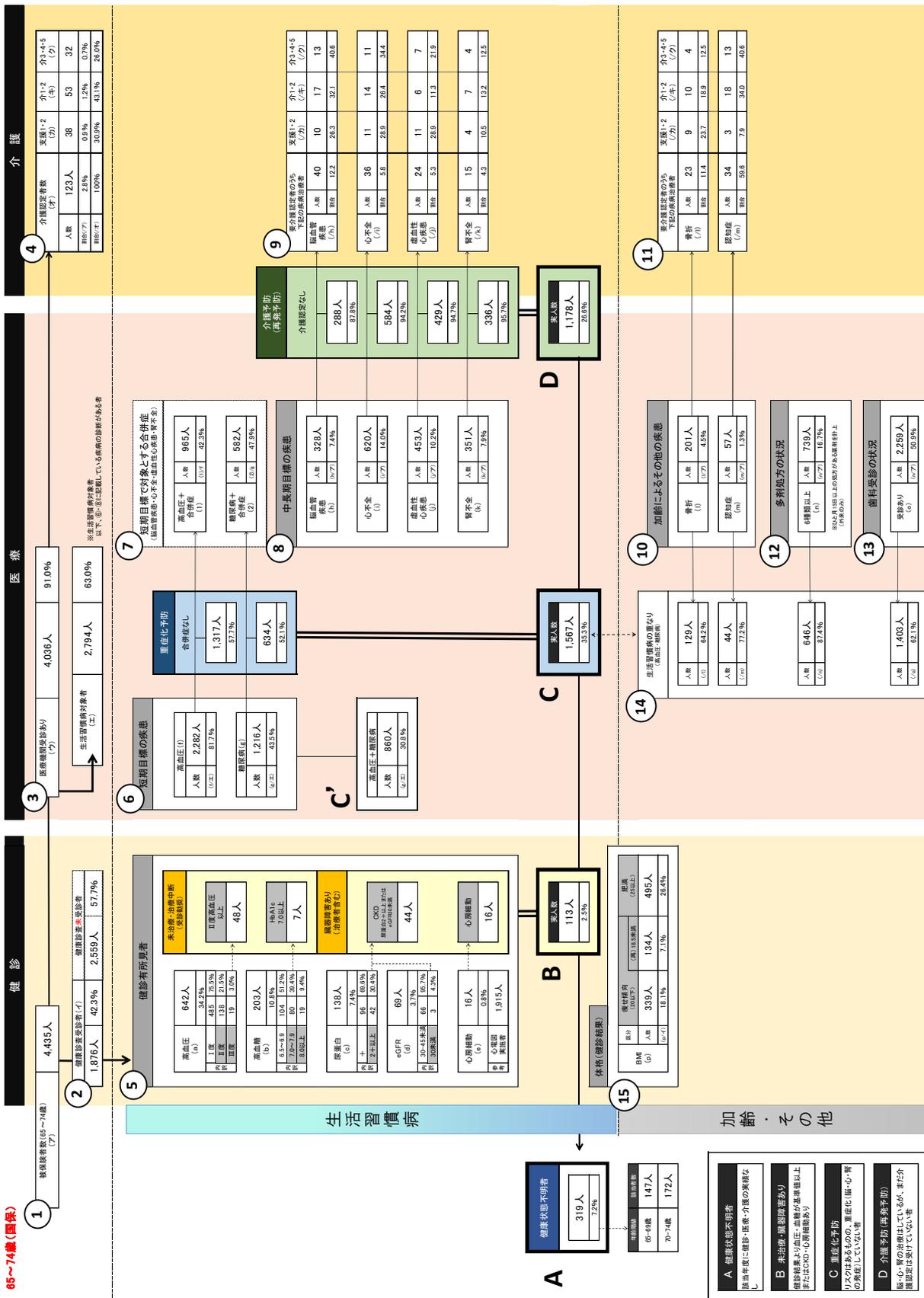
④ 65～74歳(国保)

令和4年度

【08】厚生労働省特設「1
【09】国保等データベース管理システム(FMAC17)

参考：【08】介入予防対象者一覧(医療・重症化予防)
【09】介入予防対象者一覧(重症化予防)

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



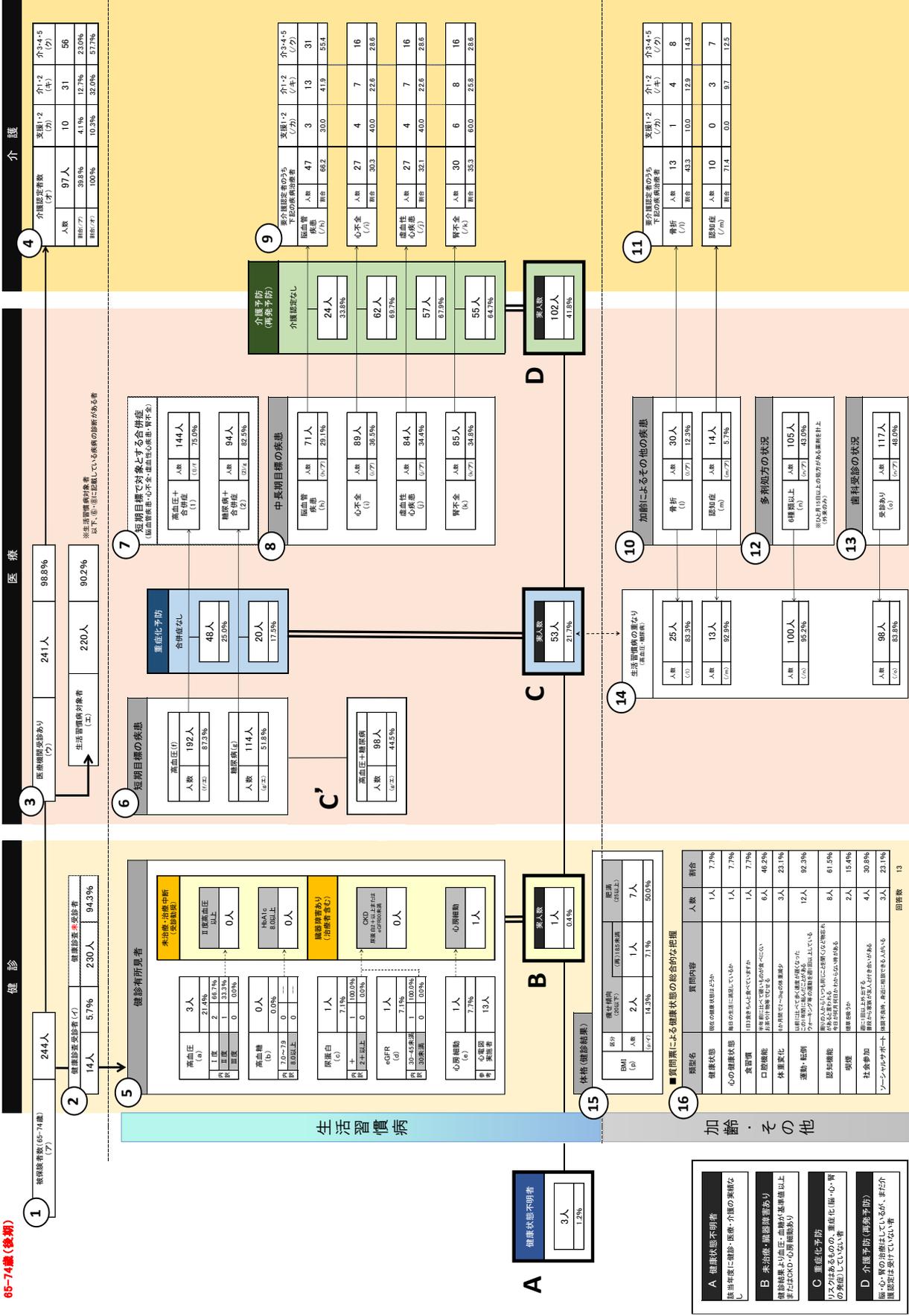
③ 65～74 歳(後期)

【OD】厚生労働省模式1-1
【特定高齢者等一歩管理システム】FAC171

参考: 【OD】介入支援対象者一覧(対象者・重症化予防)
【OD】高齢者の健康(健康・介護)委員会

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

65-74歳(後期)



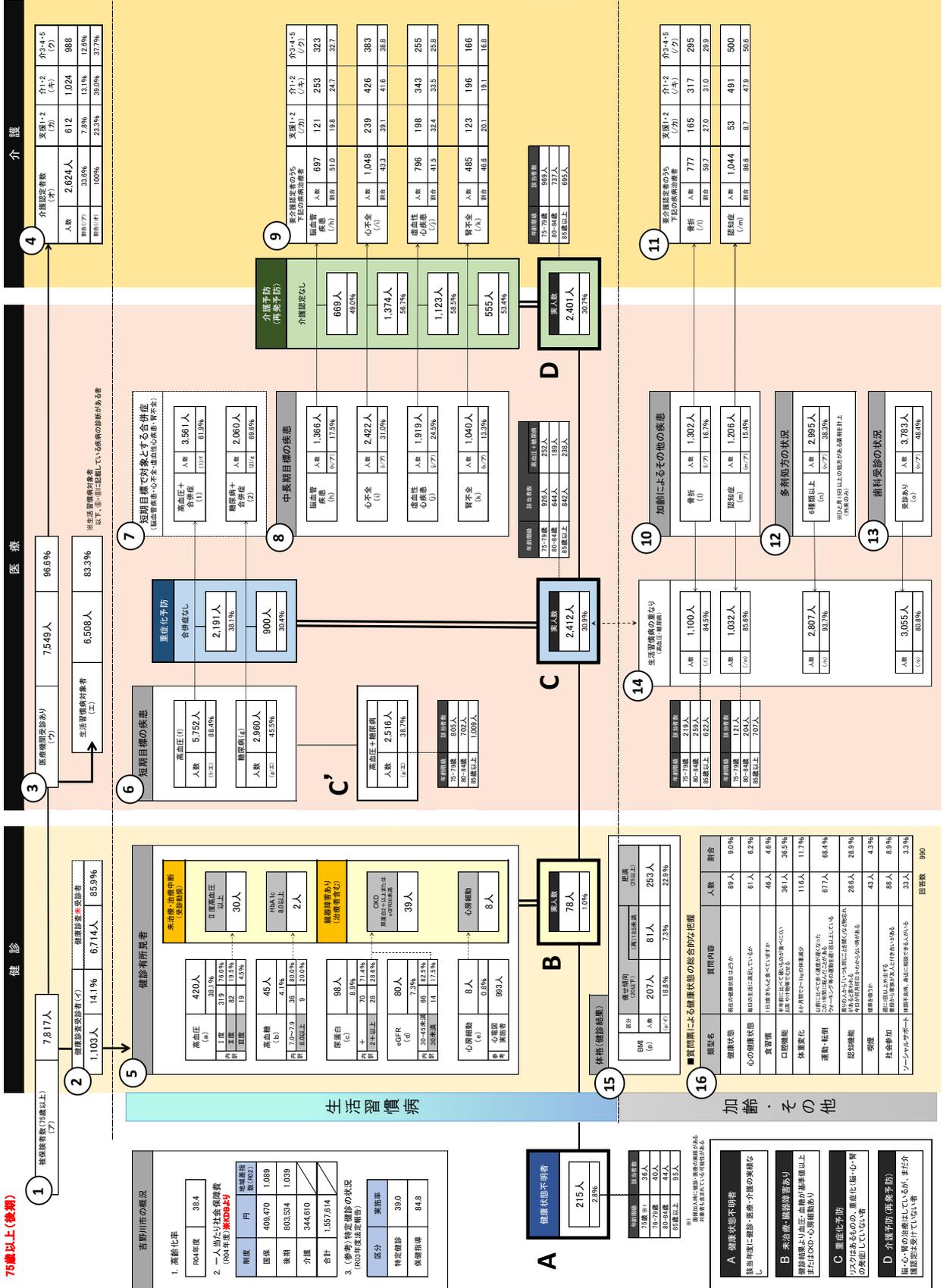
④75歳以上(後期)

令和4年度

【K09】厚生労働省様式「1」
【特定高齢者ケア管理システム】K6C171

参考：【K09】入居支援対象者一覧「健康・重症化予防」
【K09】高齢者の健康・健康：介護受容状況

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



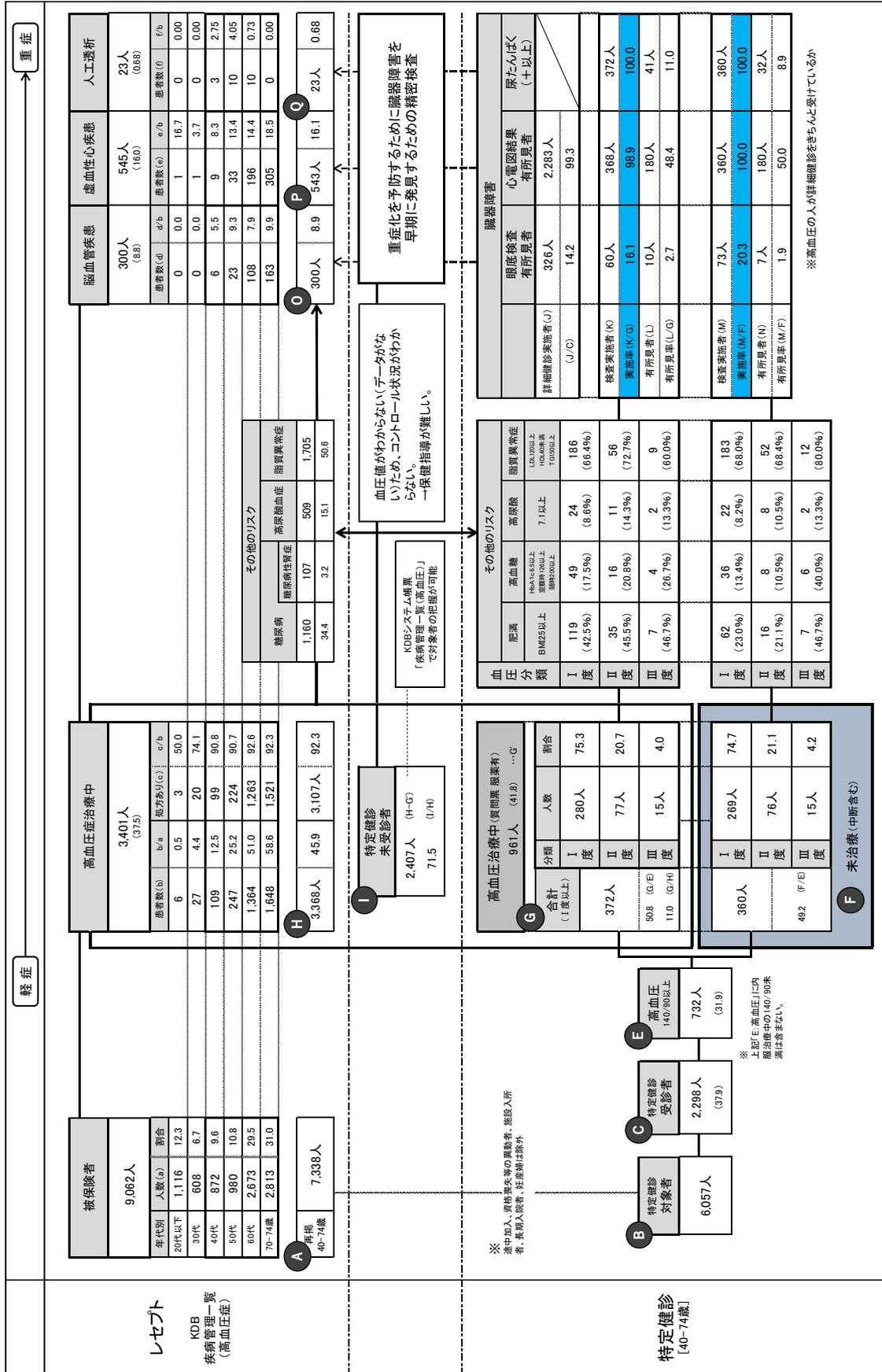
(参考資料3) 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		実合表	吉野川市										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	9,269人		9,046人		8,871人		8,832人		8,560人			KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
	② (再掲)40-74歳		7,600人		7,437人		7,344人		7,394人		7,168人						
2	① 特定健診 対象者数	B	6,716人		6,599人		6,660人		6,459人		6,057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 受診者数	C	2,541人		2,699人		2,577人		2,520人		2,298人						
	③ 受診率		37.8%		40.9%		38.7%		39.0%		37.9%						
3	① 特定保健指導 対象者数		299人		289人		258人		231人		227人						
	② 実施率		87.3%		87.5%		86.4%		84.8%		85.0%						
4	健診データ	① 糖尿病型	E	363人	14.3%	412人	15.3%	369人	14.3%	350人	13.9%	322人	13.7%		特定健診結果		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	130人	35.8%	135人	32.8%	112人	30.4%	116人	33.1%	118人	36.6%				
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	233人	64.2%	277人	67.2%	257人	69.6%	234人	66.9%	204人	63.4%				
		④ コントロール不良 <small>HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上</small>	J	119人		51.1%		131人		47.3%		111人		47.4%			
		⑤ 血圧 130/80以上		81人		68.1%		84人		64.1%		74人		66.7%			
		⑥ 肥満 BMI25以上		56人		47.1%		62人		47.3%		55人		42.3%			
		⑦ コントロール良 <small>HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満</small>	K	114人		48.9%		146人		52.7%		146人		56.8%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	253人		69.7%		303人		73.5%		269人		72.9%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		56人		15.4%		48人		11.7%		46人		12.5%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		52人		14.3%		57人		13.8%		48人		13.0%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		2人		0.6%		3人		0.7%		6人		1.6%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		128.7人		124.5人		122.9人		129.4人		133.5人			KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		155.1人		149.5人		146.7人		152.4人		157.1人					
		③ レセプト件数 (40-74歳) (内は被保険者対)		6,333件	(863.3)	6,423件	(887.5)	6,655件	(912.9)	6,812件	(953.5)	6,755件	(1009.9)	1,557,522件	(951.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④ 入院外(件数)		40件	(5.5)	46件	(6.4)	44件	(6.0)	40件	(5.6)	19件	(2.8)	7,406件	(4.5)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	1,193人		12.9%		1,126人		12.4%		1,090人		12.3%			
		⑥ (再掲)40-74歳		1,179人		15.5%		1,112人		15.0%		1,077人		14.7%			
		⑦ 健診未受診者	I	946人		80.2%		879人		79.0%		820人		76.1%			
		⑧ インスリン治療	O	94人		7.9%		90人		8.0%		98人		9.0%			
		⑨ (再掲)40-74歳		94人		8.0%		88人		7.9%		96人		8.9%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	75人		6.3%		76人		6.7%		69人		6.3%			
		⑪ (再掲)40-74歳		75人		6.4%		76人		6.8%		69人		6.4%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		14人		1.2%		11人		1.0%		10人		0.9%			
		⑬ (再掲)40-74歳		14人		1.2%		11人		1.0%		14人		1.2%			
		⑭ 年間 新規透析患者数		11人		0.9%		10人		0.9%		7人		0.6%			
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症新規透析患者数		4人		0.3%		4人		0.4%		1人		0.1%			
		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)		70人		3.6%		78人		3.9%		81人		4.2%			
6	医療費	① 総医療費		33億2496万円		33億5098万円		33億2806万円		33億2264万円		32億5037万円		28億4626万円		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		18億3563万円		17億6216万円		17億4185万円		17億8860万円		17億6940万円		15億3700万円			
		③ (総医療費に占める割合)		55.2%		52.6%		52.3%		53.8%		54.4%		54.0%			
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		4,783円		6,259円		6,464円		6,305円		5,840円		7,237円			
		⑤ 健診未受診者		35,026円		34,677円		34,120円		34,624円		38,550円		38,862円			
		⑥ 糖尿病医療費		1億8090万円		1億8747万円		1億9320万円		1億9009万円		1億7527万円		1億6596万円			
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		9.9%		10.6%		11.1%		10.6%		9.9%		10.8%			
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		5億5416万円		5億1058万円		5億1734万円		5億3202万円		5億5234万円					
		⑨ 1件あたり		36,003円		34,066円		34,397円		34,722円		37,705円					
		⑩ 糖尿病入院総医療費		3億7423万円		4億0968万円		4億3342万円		3億6013万円		2億9918万円					
		⑪ 1件あたり		550,335円		572,981円		595,354円		542,369円		557,126円					
		⑫ 在院日数		18日		18日		18日		17日		18日					
		⑬ 慢性腎不全医療費		1億2196万円		9423万円		7624万円		7743万円		7041万円		1億2396万円			
		⑭ 透析有り		1億0960万円		8682万円		6758万円		6958万円		6222万円		1億1532万円			
		⑮ 透析なし		1236万円		741万円		866万円		785万円		819万円		863万円			
7	介護	① 介護給付費		47億4443万円		48億5306万円		50億1267万円		51億3998万円		50億5404万円		34億9905万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症		3件	13.6%	3件	14.3%	1件	5.0%	2件	10.5%	3件	14.3%				
8	死亡	① 糖尿病(死因別死亡数)		7人		1.1%		12人		1.9%		6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

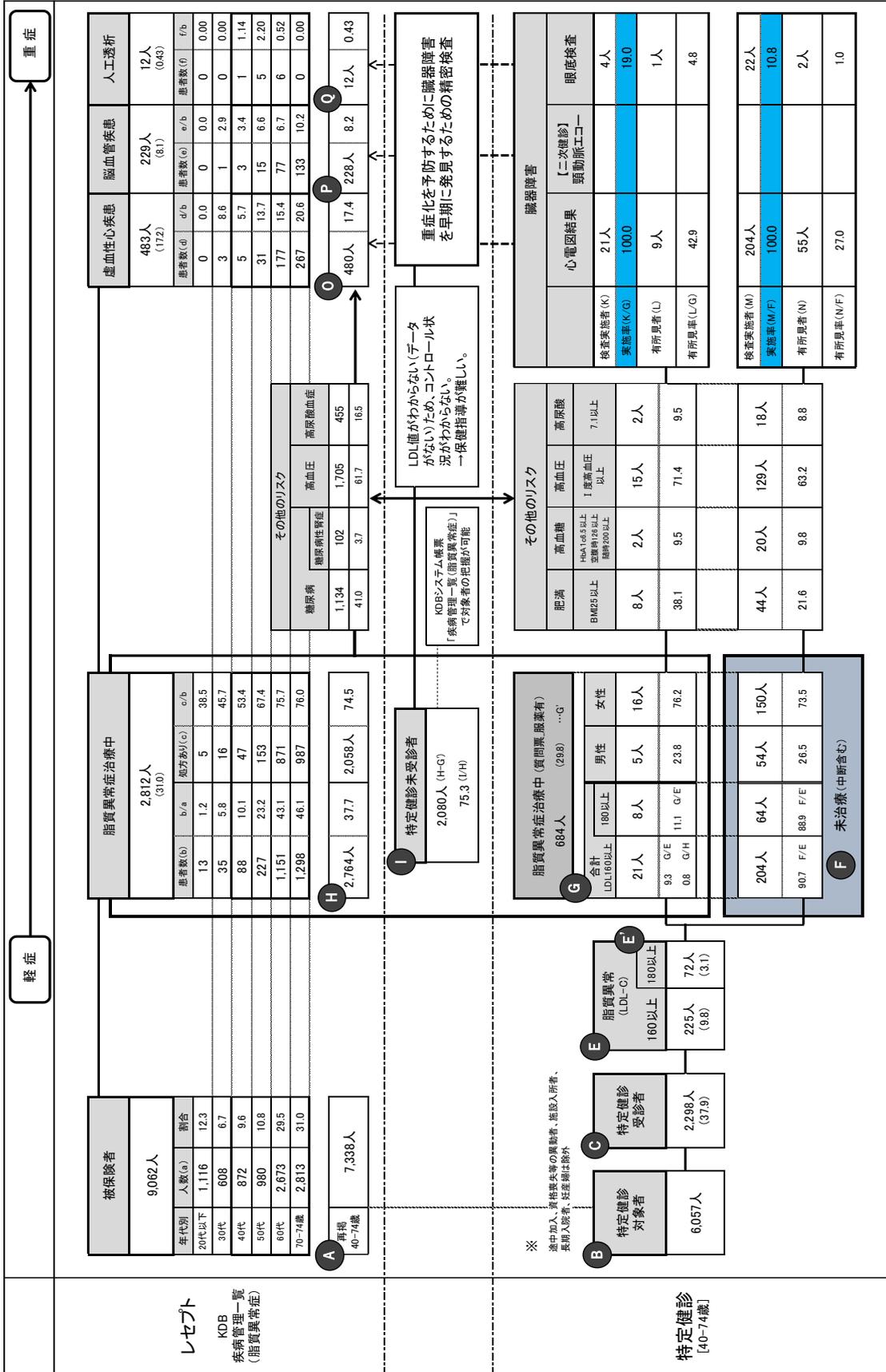
令和04年度

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



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計上(年齢途中の加入者や年度途中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照票・介入支援対象者一覧(従来・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						
		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	2,513	1,080	43.0%	866	34.5%	358	14.2%	108	4.3%	70	2.8%	31	1.2%	69	2.7%	22	0.9%
H30	2,541	1,039	40.9%	911	35.9%	333	13.1%	121	4.8%	95	3.7%	42	1.7%	92	3.6%	26	1.0%
R01	2,699	1,100	40.8%	938	34.8%	369	13.7%	149	5.5%	95	3.5%	48	1.8%	85	3.1%	37	1.4%
R02	2,577	1,103	42.8%	885	34.3%	339	13.2%	133	5.2%	77	3.0%	40	1.6%	71	2.8%	31	1.2%
R03	2,520	1,083	43.0%	856	34.0%	328	13.0%	126	5.0%	94	3.7%	33	1.3%	75	3.0%	29	1.2%
R04	2,298	880	38.3%	851	37.0%	331	14.4%	122	5.3%	90	3.9%	24	1.0%	58	2.5%	14	0.6%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		再掲率	
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合		
											人数
H29	2,513	43.0%	34.5%	14.2%	209	8.3%	98	46.9%	111	53.1%	8.3%
					101	4.0%	40	39.6%	61	60.4%	
H30	2,541	40.9%	35.9%	13.1%	258	10.2%	109	42.2%	149	57.8%	10.2%
					137	5.4%	40	29.2%	97	70.8%	
R01	2,699	40.8%	34.8%	13.7%	292	10.8%	113	38.7%	179	61.3%	10.8%
					143	5.3%	43	30.1%	100	69.9%	
R02	2,577	42.8%	34.3%	13.2%	250	9.7%	99	39.6%	151	60.4%	9.7%
					117	4.5%	30	25.6%	87	74.4%	
R03	2,520	43.0%	34.0%	13.0%	253	10.0%	98	38.7%	155	61.3%	10.0%
					127	5.0%	36	28.3%	91	71.7%	
R04	2,298	38.3%	37.0%	14.4%	236	10.3%	101	42.8%	135	57.2%	10.3%
					114	5.0%	39	34.2%	75	65.8%	

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			合併症予防のための目標							合併症の危険が更に大きくなる	
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	179	7.1%	9	5.0%	11	6.1%	48	26.8%	50	27.9%	41	22.9%	20	11.2%	45	25.1%	14	7.8%
	H30	229	9.0%	7	3.1%	22	9.6%	51	22.3%	52	22.7%	67	29.3%	30	13.1%	67	29.3%	17	7.4%
	R01	268	9.9%	13	4.9%	22	8.2%	54	20.1%	79	29.5%	65	24.3%	35	13.1%	63	23.5%	25	9.3%
	R02	249	9.7%	8	3.2%	25	10.0%	65	26.1%	64	25.7%	55	22.1%	32	12.9%	55	22.1%	24	9.6%
	R03	234	9.3%	10	4.3%	16	6.8%	53	22.6%	64	27.4%	64	27.4%	27	11.5%	57	24.4%	23	9.8%
	R04	201	8.7%	6	3.0%	20	10.0%	40	19.9%	60	29.9%	60	29.9%	15	7.5%	37	18.4%	7	3.5%
治療なし	H29	2,334	92.9%	1,071	45.9%	855	36.6%	310	13.3%	58	2.5%	29	1.2%	11	0.5%	24	1.0%	8	0.3%
	H30	2,312	91.0%	1,032	44.6%	889	38.5%	282	12.2%	69	3.0%	28	1.2%	12	0.5%	25	1.1%	9	0.4%
	R01	2,431	90.1%	1,087	44.7%	916	37.7%	315	13.0%	70	2.9%	30	1.2%	13	0.5%	22	0.9%	12	0.5%
	R02	2,328	90.3%	1,095	47.0%	860	36.9%	274	11.8%	69	3.0%	22	0.9%	8	0.3%	16	0.7%	7	0.3%
	R03	2,286	90.7%	1,073	46.9%	840	36.7%	275	12.0%	62	2.7%	30	1.3%	6	0.3%	18	0.8%	6	0.3%
	R04	2,097	91.3%	874	41.7%	831	39.6%	291	13.9%	62	3.0%	30	1.4%	9	0.4%	21	1.0%	7	0.3%

(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	2,513	546	21.7%	438	17.4%	762	30.3%	605	24.1%	143	5.7%	19	0.8%
H30	2,541	536	21.1%	455	17.9%	794	31.2%	611	24.0%	129	5.1%	16	0.6%
R01	2,699	560	20.7%	457	16.9%	863	32.0%	647	24.0%	148	5.5%	24	0.9%
R02	2,577	462	17.9%	452	17.5%	840	32.6%	628	24.4%	165	6.4%	30	1.2%
R03	2,520	488	19.4%	427	16.9%	824	32.7%	601	23.8%	157	6.2%	23	0.9%
R04	2,298	397	17.3%	412	17.9%	757	32.9%	549	23.9%	153	6.7%	30	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II度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I 度 高血圧	II 度高血圧以上			再掲		割合
					再) III 度高血圧	再掲				
						未治療	治療			
H29	2,513	984 39.2%	762 30.3%	605 24.1%	162 6.4%	91 56.2%	71 43.8%	19 0.8%	6.4%	
H30	2,541	991 39.0%	794 31.2%	611 24.0%	145 5.7%	83 57.2%	62 42.8%	16 0.6%	5.7%	
R01	2,699	1,017 37.7%	863 32.0%	647 24.0%	172 6.4%	96 55.8%	76 44.2%	24 0.9%	6.4%	
R02	2,577	914 35.5%	840 32.6%	628 24.4%	195 7.6%	98 50.3%	97 49.7%	30 1.2%	7.6%	
R03	2,520	915 36.3%	824 32.7%	601 23.8%	180 7.1%	109 60.6%	71 39.4%	23 0.9%	7.1%	
R04	2,298	809 35.2%	757 32.9%	549 23.9%	183 8.0%	91 49.7%	92 50.3%	30 1.3%	8.0%	

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		I 度		II 度		III 度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	951	37.8%	102	10.7%	138	14.5%	352	37.0%	288	30.3%	66	6.9%	5	0.5%
	H30	989	38.9%	107	10.8%	158	16.0%	361	36.5%	301	30.4%	57	5.8%	5	0.5%
	R01	1,062	39.3%	103	9.7%	175	16.5%	375	35.3%	333	31.4%	71	6.7%	5	0.5%
	R02	1,064	41.3%	83	7.8%	174	16.4%	386	36.3%	324	30.5%	87	8.2%	10	0.9%
	R03	1,047	41.5%	116	11.1%	144	13.8%	395	37.7%	321	30.7%	58	5.5%	13	1.2%
	R04	961	41.8%	85	8.8%	141	14.7%	363	37.8%	280	29.1%	77	8.0%	15	1.6%
治療なし	H29	1,562	62.2%	444	28.4%	300	19.2%	410	26.2%	317	20.3%	77	4.9%	14	0.9%
	H30	1,552	61.1%	429	27.6%	297	19.1%	433	27.9%	310	20.0%	72	4.6%	11	0.7%
	R01	1,637	60.7%	457	27.9%	282	17.2%	488	29.8%	314	19.2%	77	4.7%	19	1.2%
	R02	1,513	58.7%	379	25.0%	278	18.4%	454	30.0%	304	20.1%	78	5.2%	20	1.3%
	R03	1,473	58.5%	372	25.3%	283	19.2%	429	29.1%	280	19.0%	99	6.7%	10	0.7%
	R04	1,337	58.2%	312	23.3%	271	20.3%	394	29.5%	269	20.1%	76	5.7%	15	1.1%

(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	2,513	1,215	48.3%	624	24.8%	425	16.9%	164	6.5%	85	3.4%
	H30	2,541	1,207	47.5%	609	24.0%	421	16.6%	207	8.1%	97	3.8%
	R01	2,699	1,306	48.4%	650	24.1%	446	16.5%	208	7.7%	89	3.3%
	R02	2,577	1,296	50.3%	638	24.8%	382	14.8%	177	6.9%	84	3.3%
	R03	2,520	1,194	47.4%	652	25.9%	387	15.4%	201	8.0%	86	3.4%
男性	H29	1,037	597	57.6%	243	23.4%	133	12.8%	46	4.4%	18	1.7%
	H30	1,054	584	55.4%	245	23.2%	146	13.9%	59	5.6%	20	1.9%
	R01	1,146	638	55.7%	270	23.6%	167	14.6%	52	4.5%	19	1.7%
	R02	1,123	649	57.8%	261	23.2%	147	13.1%	47	4.2%	19	1.7%
	R03	1,073	595	55.5%	276	25.7%	135	12.6%	53	4.9%	14	1.3%
女性	H29	1,476	618	41.9%	381	25.8%	292	19.8%	118	8.0%	67	4.5%
	H30	1,487	623	41.9%	364	24.5%	275	18.5%	148	10.0%	77	5.2%
	R01	1,553	668	43.0%	380	24.5%	279	18.0%	156	10.0%	70	4.5%
	R02	1,454	647	44.5%	377	25.9%	235	16.2%	130	8.9%	65	4.5%
	R03	1,447	599	41.4%	376	26.0%	252	17.4%	148	10.2%	72	5.0%
R04	1,331	582	43.7%	339	25.5%	244	18.3%	110	8.3%	56	4.2%	

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上	再掲			再180以上	未治療	治療	割合
						再180以上	未治療	治療				
H29	2,513	1,215 48.3%	624 24.8%	425 16.9%	249 9.9%	236 94.8%	13 5.2%	85 3.4%	81 95.3%	4 4.7%	9.9%	3.4%
H30	2,541	1,207 47.5%	609 24.0%	421 16.6%	304 12.0%	275 90.5%	29 9.5%	97 3.8%	86 88.7%	11 11.3%	12.0%	3.8%
R01	2,699	1,306 48.4%	650 24.1%	446 16.5%	297 11.0%	278 93.6%	19 6.4%	89 3.3%	83 93.3%	6 6.7%	11.0%	3.3%
R02	2,577	1,296 50.3%	638 24.8%	382 14.8%	261 10.1%	241 92.3%	20 7.7%	84 3.3%	77 91.7%	7 8.3%	10.1%	3.3%
R03	2,520	1,194 47.4%	652 25.9%	387 15.4%	287 11.4%	264 92.0%	23 8.0%	86 3.4%	77 89.5%	9 10.5%	11.4%	3.4%
R04	2,298	1,124 48.9%	585 25.5%	364 15.8%	225 9.8%	204 90.7%	21 9.3%	72 3.1%	64 88.9%	8 11.1%	9.8%	3.1%

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	618	24.6%	439	71.0%	110	17.8%	56	9.1%	9	1.5%	4	0.6%
	H30	649	25.5%	435	67.0%	127	19.6%	58	8.9%	18	2.8%	11	1.7%
	R01	705	26.1%	505	71.6%	121	17.2%	60	8.5%	13	1.8%	6	0.9%
	R02	719	27.9%	524	72.9%	132	18.4%	43	6.0%	13	1.8%	7	1.0%
	R03	706	28.0%	503	71.2%	146	20.7%	34	4.8%	14	2.0%	9	1.3%
治療なし	H29	1,895	75.4%	776	40.9%	514	27.1%	369	19.5%	155	8.2%	81	4.3%
	H30	1,892	74.5%	772	40.8%	482	25.5%	363	19.2%	189	10.0%	86	4.5%
	R01	1,994	73.9%	801	40.2%	529	26.5%	386	19.4%	195	9.8%	83	4.2%
	R02	1,858	72.1%	772	41.6%	506	27.2%	339	18.2%	164	8.8%	77	4.1%
	R03	1,814	72.0%	691	38.1%	506	27.9%	353	19.5%	187	10.3%	77	4.2%
R04	1,614	70.2%	640	39.7%	459	28.4%	311	19.3%	140	8.7%	64	4.0%	