

中川村国民健康保険 第 3 期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)
令和 6 年度～令和 11 年度

中川村国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化10

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)34

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

第4章 課題解決するための個別保健事業42

- I. 保健事業の方向性

Ⅱ. 重症化予防の取組

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

Ⅳ. 発症予防

Ⅴ. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し71

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い72

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料73

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

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

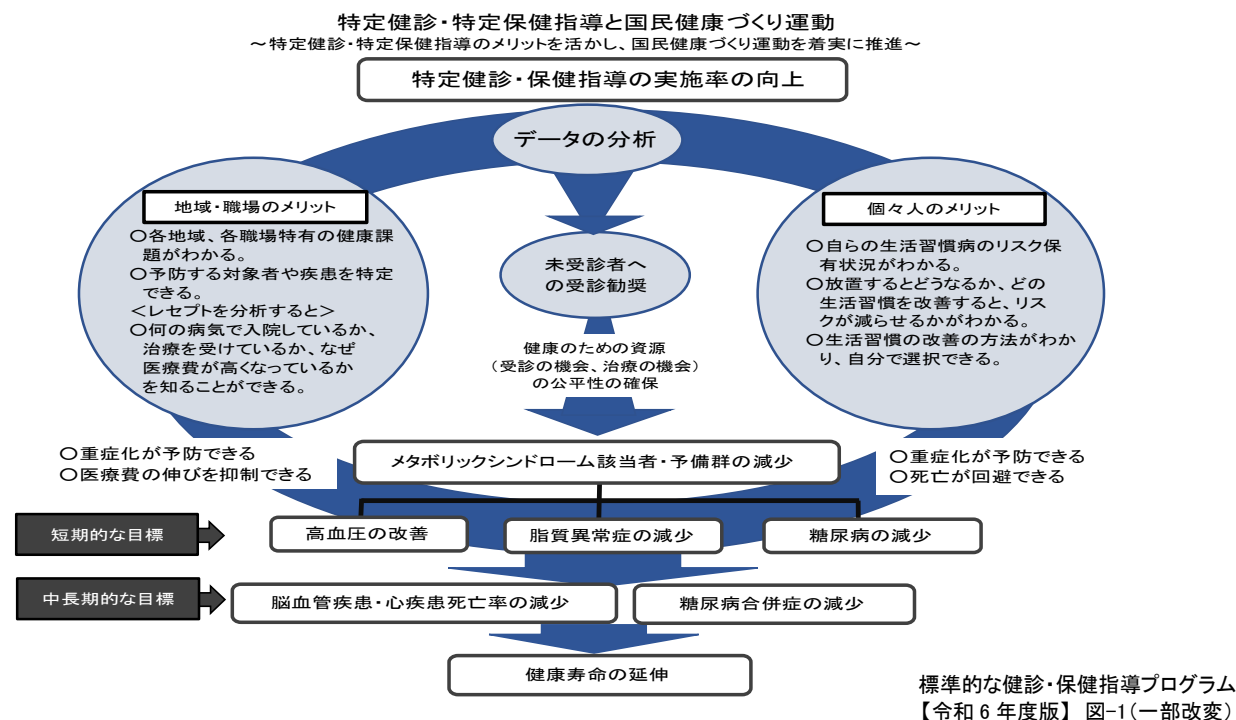
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

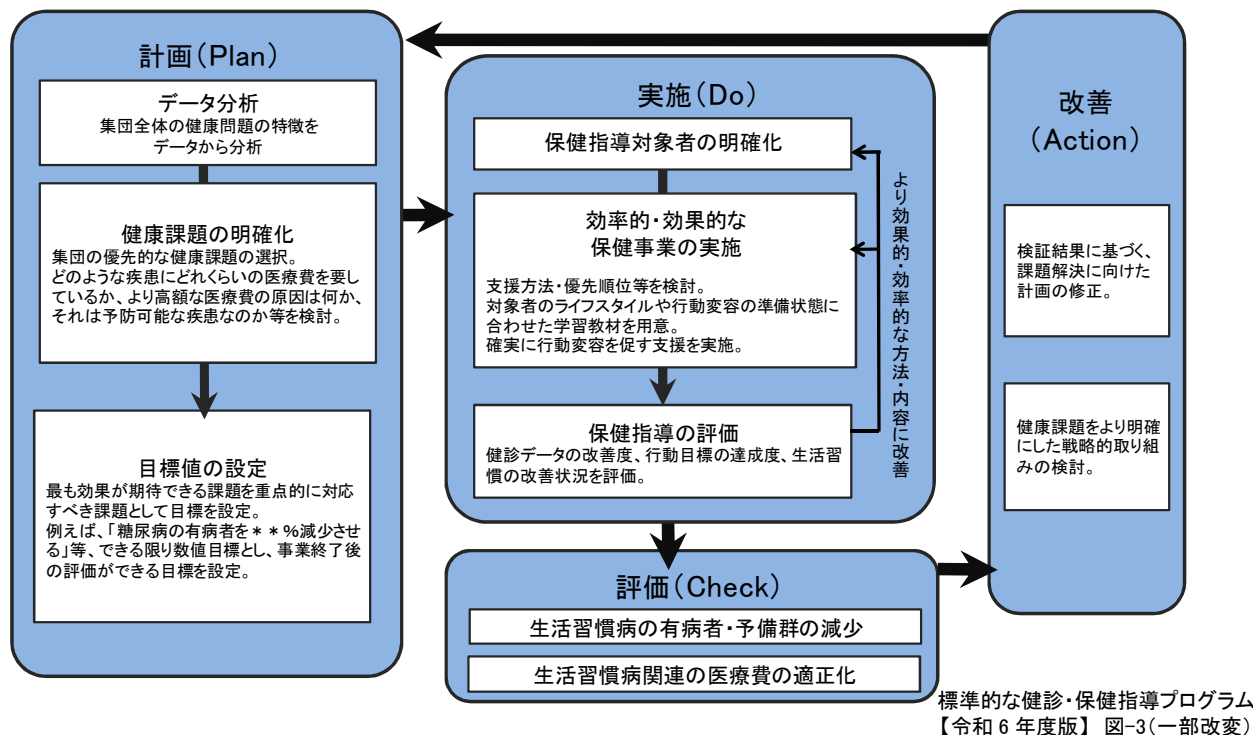
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康調査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康調査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通して、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 調査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、育壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
評 価	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安) 「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・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	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養 ①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



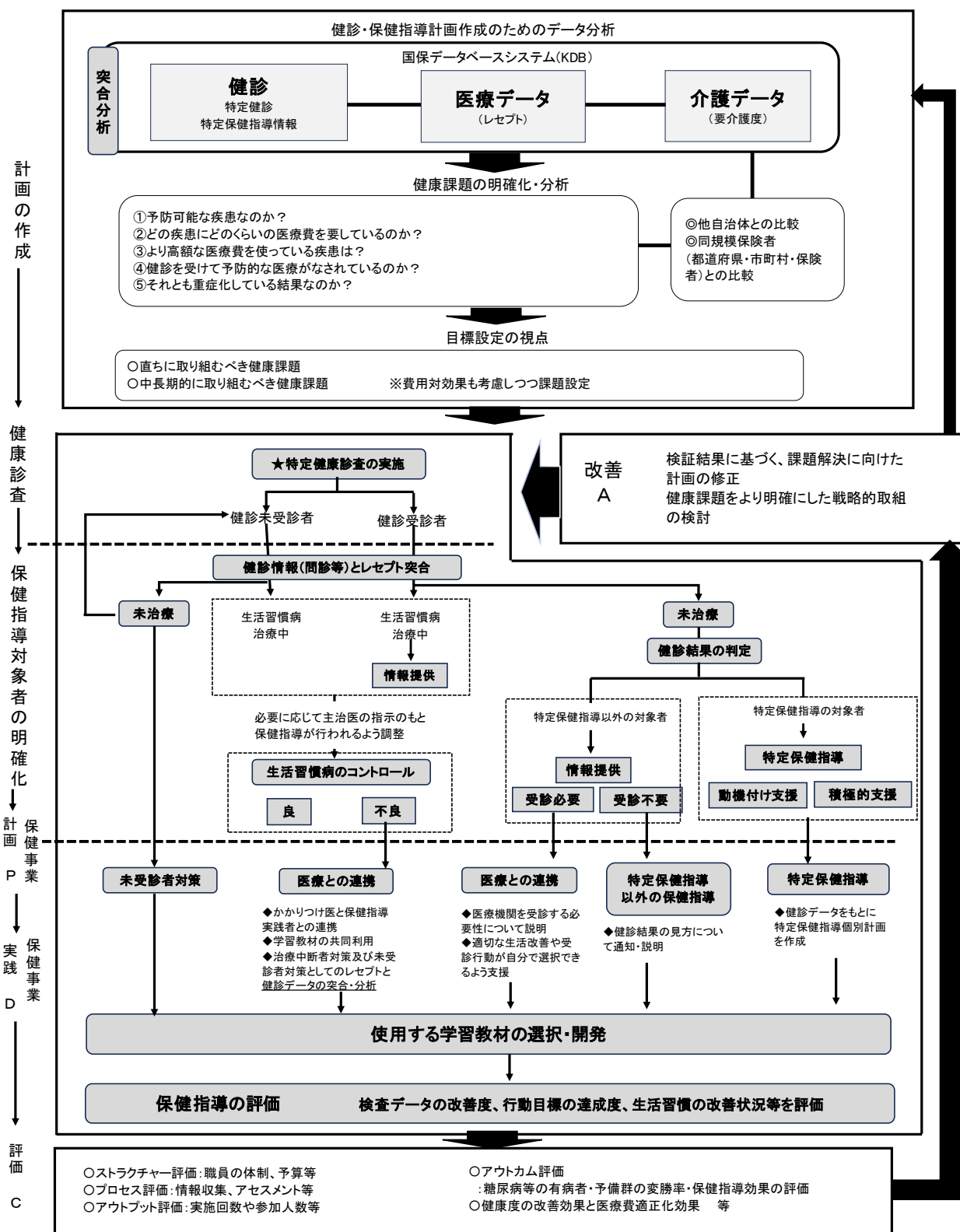
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析
(生活習慣病に関するガイドライン)



行動変容を促す手法

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

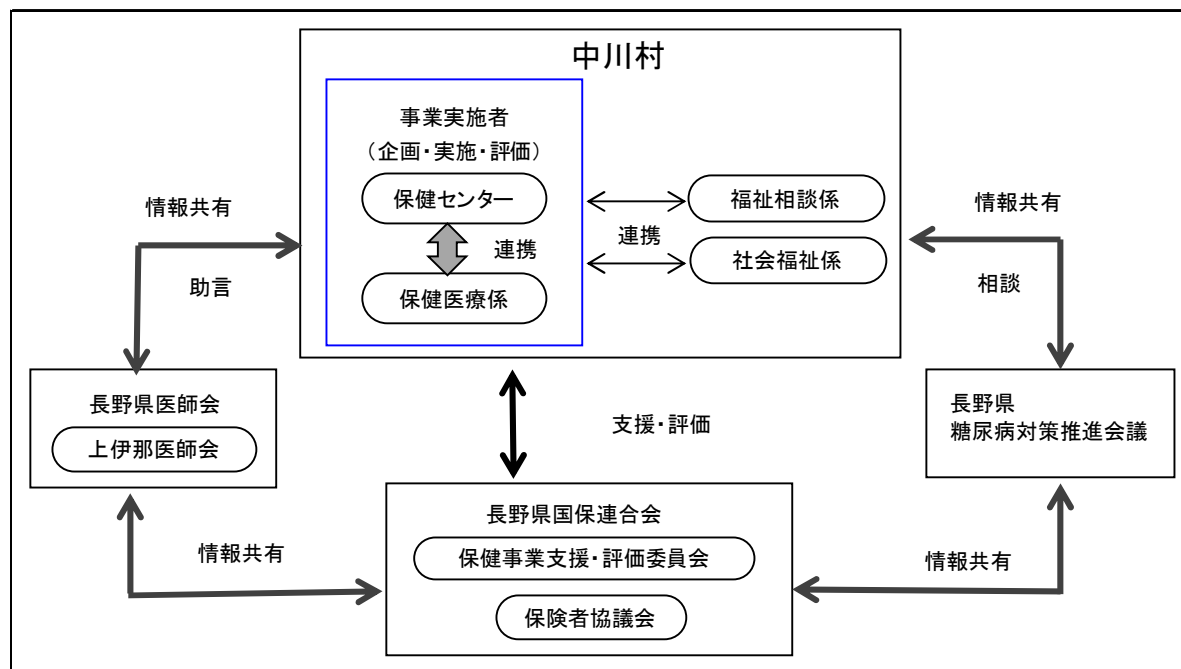
1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、保健医療係が中心となって、高齢者部門にも協力を求め保険者の健康課題を分析し、一体となって策定を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、高齢者福祉・介護部門（保健福祉課高齢福祉係・地域包括支援センター）、生活保護部門（保健福祉課社会福祉係）とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 中川村の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

	担当業務内容	地区担当
事務(係長)	統括、契約、補助金など	
事務	受診券送付、支払い、受付業務、通知発送、健診結果入力など	
保健師 (成人・健診)	特定健診(循環器健診等含む)、特定保健指導、重症化予防保健指導など	○
保健師 (予防接種・精神)	予防接種、精神保健、歯科保健	○
保健師 (母子・がん)	母子保健、乳幼児健診、がん検診	○
管理栄養士	乳幼児健診、特定健診・特定保健指導、重症化予防保健指導など	全地区
助産師	新生児訪問、乳幼児健診等	全地区

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるために、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部関係機関等との連携・協力を図ります。

(1) 保健医療関係団体との連携

計画の実効性を高めるため、長野県医師会をはじめ、長野県糖尿病対策推進会議、上伊那医師会等との連携・協力を図ります。特に、村医師会等とは定期的に意見交換や情報提供の場を設け、計画の策定や進捗に関して助言を得ます。

(2) 長野県との連携

長野県は市町村国保の共同保険者として、国民健康保険事業の財政責任運営主体となることから、保健事業の推進、保険者機能の強化等についての連携・協力が重要です。特に、長野県医師会等保健医療関係団体との連携を円滑に行うためには、長野県の協力をもとに進めていく必要があります。

(3) 長野県国民健康保険団体連合会（以下、「長野県国保連合会」という。）との連携

長野県国保連合会は、保険者である市町村の共同連合体であり、同組織内に保健事業支援・評価委員会を設置しています。計画策定段階での健診・レセプトデータ等による課題抽出、事業実施後の評価分析、KDB の活用方法等について協力を得ながら連携してすすめます。

(4) 他の医療保険との連携

市町村国保は、退職や転職等による被用者保険からの往来が多いことから、健康・医療情報の分析結果や健康課題等を共有し、保険者事業の連携等、協力して進めます。

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			中川村	配点	中川村	配点	中川村	配点
交付額(万円)			338.1		299.9		282.6	
全国順位(1,741市町村中)			10位		84位		90位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	160	70	140	70	155	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシフト・ルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	40	40	38	40	72	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	45	45	50	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	40	50	50	50	40	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	110	130	100	130	70	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	65	100	70	100	70	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	25	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	28	40	10	50	5	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	78	95	79	100	79	100
合計点			841	1,000	742	960	721	940

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本村は、人口約 4,600 人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 36.1%でした。県、国に比べて高齢者の割合が高く、被保険者の平均年齢も 55 歳と高い状況ですが、出生率は県や同規模より高く、国と同程度です。産業では、第 1 次、第 2 次産業で半数を占めます。特に農業が多く、季節によって生活時間や活動量の変化が想定されます。また、第 3 次産業が年々増加しており、交代勤務などによる生活習慣や生活時間の不規則化など、若い年代の健康課題を明確にすることも重要です。(図表 9)

国保加入率は 22.3%で、被保険者数とともに年々減少傾向です。年齢構成は 65～74 歳の前期高齢者が約 51%と増加し、39 歳以下は減少し 20%を下回っています。(図表 10)

医療の状況としては、入院患者数は県と比較して低く、外来患者数は同規模、県と比較しても高い傾向にあります。(図表 11)

図表 9 同規模・県・国と比較した中川村の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
中川村	4,651	36.1	1,035 (22.3)	55.7	6.9	12.5	0.2	22.3	32.5	45.2
同規模	--	41.4	27.1	54.5	4.9	18.9	0.2	22.3	20.6	57.2
県	--	32.2	22.1	53.8	6.4	12.7	0.5	9.3	29.2	61.6
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、中川村と同規模保険者(274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	1,141		1,116		1,137		1,078		1,035	
65～74歳	561	49.2	565	50.6	577	50.7	570	52.9	533	51.5
40～64歳	339	29.7	316	28.3	327	28.8	291	27.0	297	28.7
39歳以下	241	21.1	235	21.1	233	20.5	217	20.1	205	19.8
加入率	23.5		23.0		23.4		22.2		22.3	

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

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.3	0.3
診療所数	2	1.8	2	1.8	2	1.8	2	1.9	2	1.9	3.6	3.5
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21.9	52.2
医師数	4	3.5	4	3.6	4	3.5	4	3.7	3	2.9	3.3	11.8
外来患者数	731.9		712.8		673.5		702.8		702.3		653.6	691.5
入院患者数	15.1		17.3		13.6		13.7		15.7		22.9	17.6

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本村の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で5人(認定率0.34%)と県より高い状況です。1号(65歳以上)被保険者は264人(認定率15.7%)と同規模・県・国よりも低く、平成30年度と比べて減少傾向にあります。(図表12)

また、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行していますが、75歳以上の認定者数も減少しており、介護給付費も、約5.7億円から約5.3億円に減少しています。(図表13)

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が約5割を占め、第2号被保険者では6割になっています。認知症は年齢が上がるにつれて割合が高くなります。血管疾患、認知症に共通する基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割、第2号被保険者では100%と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	中川村				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	1,618人	33.4%	1,677人	36.1%	41.4%	32.2%	28.7%
2号認定者	6人	0.39%	5人	0.34%	0.38%	0.28%	0.38%
新規認定者	1人		3人		--	--	--
1号認定者	303人	18.7%	264人	15.7%	19.9%	17.7%	19.4%
新規認定者	66人		39人		--	--	--
65～74歳	20人	2.7%	15人	1.9%	--	--	--
新規認定者	7人		5人		--	--	--
75歳以上	283人	32.5%	249人	27.6%	--	--	--
新規認定者	59人		34人		--	--	--

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	中川村		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	5億7504万円	5億3537万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	355,402	319,241	323,222	288,366	290,668
1件あたり給付費(円)全体	68,109	66,729	80,543	62,434	59,662
居宅サービス	45,643	49,313	42,864	40,752	41,272
施設サービス	283,930	278,754	288,059	287,007	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4 年度)

受給者区分			2号		1号						合計		
年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)			5		15		249		264		269		
再)国保・後期			5		13		212		225		230		
有 病 状 況 (レ セ プ ト の 診 断 名 よ り 重 複 し て 計 上)	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器 疾患	1	脳卒中	3 60.0%	脳卒中	7 53.8%	脳卒中	97 45.8%	脳卒中	104 46.2%	脳卒中	107 46.5%	
		2	虚血性 心疾患	1 20.0%	虚血性 心疾患	4 30.8%	虚血性 心疾患	92 43.4%	虚血性 心疾患	96 42.7%	虚血性 心疾患	97 42.2%	
		3	腎不全	0 0.0%	腎不全	2 15.4%	腎不全	27 12.7%	腎不全	29 12.9%	腎不全	29 12.6%	
	合併症	4	糖尿病 合併症	0 0.0%	糖尿病 合併症	1 7.7%	糖尿病 合併症	14 6.6%	糖尿病 合併症	15 6.7%	糖尿病 合併症	15 6.5%	
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		5 100.0%	基礎疾患	11 84.6%	基礎疾患	203 95.8%	基礎疾患	214 95.1%	基礎疾患	219 95.2%	
	血管疾患合計		5 100.0%	合計	11 84.6%	合計	207 97.6%	合計	218 96.9%	合計	223 97.0%		
	認知症		認知症	1 20.0%	認知症	4 30.8%	認知症	101 47.6%	認知症	105 46.7%	認知症	106 46.1%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	4 80.0%	筋骨格系	12 92.3%	筋骨格系	206 97.2%	筋骨格系	218 96.9%	筋骨格系	222 96.5%	

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

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本村の医療費は、国保加入者は減少していますが、総医療費は横ばいで推移しています。一人あたり医療費は、国や県より約 2 万円低い状況ですが、平成 30 年度と比較すると 3 万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 2%程度にも関わらず、医療費全体の約 42%を占めており、1 件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較しても 10 万円も高くなっています。

年齢調整をした地域差指数でみると、全国平均を意味する 1 を下回っていますが、入院の地域差指数が平成 30 年度よりも伸びています。

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

図表 15 医療費の推移

		中川村		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		1,141人	1,035人	--	--	--
前期高齢者割合		561人 (49.2%)	533人 (51.5%)	--	--	--
総医療費		3億2402万円	3億2669万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		283,977	315,645	367,527	339,076	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	590,000	693,790	588,220	607,840	617,950
	費用の割合	38.2	42.0	44.9	38.9	39.6
	件数の割合	2.0	2.2	3.4	2.5	2.5
	1件あたり費用額	19,670	21,320	25,290	24,340	24,220
外来	費用の割合	61.8	58.0	55.1	61.1	60.4
	件数の割合	98.0	97.8	96.6	97.5	97.5
受診率		746.979	717.912	676.49	709.111	705.439

※同規模順位は中川村と同規模被保険者274市町村の平均値を表す

出典：ヘルスサポートラボツール

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		
		中川村 (県内市町村中)		県 (47県中)	中川村 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	0.810 (63位)	0.812 (64位)	0.959 (38位)	0.797 (58位)	0.848 (43位)	0.895 (38位)
	入院	0.729 (68位)	0.798 (57位)	0.954 (36位)	0.730 (62位)	0.735 (61位)	0.873 (33位)
	外来	0.848 (55位)	0.812 (66位)	0.968 (38位)	0.882 (41位)	0.982 (10位)	0.924 (39位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が総費用に占める割合は7.47%であり、県や国に比べて低いものの平成30年度と比較して増加しています。疾患ごとに見ると、脳血管疾患は、平成30年度と比べて3倍の割合となり、県や国よりも高くなっています。(図表17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と比較してみると、脳血管疾患が増加しており、特に40～64歳では割合が2倍に伸びています。虚血性心疾患と腎不全は、患者数の割合で見ると横ばいでした。(図表18)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費など、患者本人や家族に長期にわたって大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表17 中長期目標疾患の医療費の推移

			中川村		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			3億2402万円	3億2669万円	--	--	--
中長期目標疾患医療費合計(円)			2036万円	2441万円	--	--	--
			6.28%	7.47%	7.24%	7.88%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	0.81%	2.54%	2.12%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	3.94%	1.67%	1.46%	1.22%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	0.55%	3.25%	3.29%	4.29%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.98%	0.02%	0.37%	0.22%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		9.87%	10.69%	17.57%	16.43%	16.69%
	筋・骨疾患		15.29%	13.21%	9.33%	9.18%	8.68%
	精神疾患		10.11%	7.72%	7.82%	8.45%	7.63%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	1,141	1,035	a	73	96	103	88	2	3	
				a/A	6.4%	9.3%	9.0%	8.5%	0.2%	0.3%	
40歳以上	B	900	830	b	73	96	100	87	2	3	
	B/A	78.9%	80.2%	b/B	8.1%	11.6%	11.1%	10.5%	0.2%	0.4%	
再掲	40～64歳	C	339	297	c	12	21	13	9	0	1
		C/A	29.7%	28.7%	c/C	3.5%	7.1%	3.8%	3.0%	0.0%	0.3%
	65～74歳	D	561	533	d	61	75	87	78	2	2
		D/A	49.2%	51.5%	d/D	10.9%	14.1%	15.5%	14.6%	0.4%	0.4%

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は高血圧症が約 40%で平成 30 年度と比べて大きな変化はありませんが、40～64 歳で割合がやや低下し、合併症(重症化)でもある脳血管疾患の割合が増えています。糖尿病と脂質異常症の治療者の割合に大きな変化はありませんでした。

本村は特定健診の結果をもとに、治療が必要な値の方に対して医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しています。未治療や治療中断は重症化につながるため、適切な治療を継続し、良好に値がコントロールされる必要があります。住民自身が自己管理を適切に行えるよう、重症化予防の取組を行います。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)	A		362	329	67	48	295	281
	A/被保数		40.2%	39.6%	19.8%	16.2%	52.6%	52.7%
(中長期合併症)	脳血管疾患	B	29	28	4	7	25	21
		B/A	8.0%	8.5%	6.0%	14.6%	8.5%	7.5%
	虚血性心疾患	C	65	56	7	4	58	52
		C/A	18.0%	17.0%	10.4%	8.3%	19.7%	18.5%
	人工透析	D	2	3	0	1	2	2
		D/A	0.6%	0.9%	0.0%	2.1%	0.7%	0.7%

出典: KDBシステム_ 疾病管理一覧(高血圧症)
地域の全体像の把握

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)	A		148	142	30	31	118	111
	A/被保数		16.4%	17.1%	8.8%	10.4%	21.0%	20.8%
(中長期合併症)	脳血管疾患	B	14	14	2	5	12	9
		B/A	9.5%	9.9%	6.7%	16.1%	10.2%	8.1%
	虚血性心疾患	C	38	36	5	4	33	32
		C/A	25.7%	25.4%	16.7%	12.9%	28.0%	28.8%
	人工透析	D	2	1	0	0	2	1
		D/A	1.4%	0.7%	0.0%	0.0%	1.7%	0.9%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	14	12	4	4	10	8
		E/A	9.5%	8.5%	13.3%	12.9%	8.5%	7.2%
	糖尿病性網膜症	F	28	23	8	5	20	18
		F/A	18.9%	16.2%	26.7%	16.1%	16.9%	16.2%
	糖尿病性神経障害	G	6	5	1	1	5	4
		G/A	4.1%	3.5%	3.3%	3.2%	4.2%	3.6%

出典: KDBシステム_ 疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲			
				40～64歳		65～74歳	
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
脂質異常症治療者(人)	A	281	258	58	52	223	206
	A/被保数	31.2%	31.1%	17.1%	17.5%	39.8%	38.6%
(中長期合併症) 標疾病	脳血管疾患	B	22	21	5	4	17
		B/A	7.8%	8.1%	8.6%	7.7%	7.6%
	虚血性心疾患	C	65	51	8	5	57
		C/A	23.1%	19.8%	13.8%	9.6%	25.6%
	人工透析	D	2	2	0	1	2
		D/A	0.7%	0.8%	0.0%	1.9%	0.9%

出典: KDBシステム、疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を平成 30 年度と令和 3 年度で比較すると、有所見者割合が伸びています。また未治療者が健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のままの方が高血圧で 25%でした。治療中断者が県より多く、必要な治療が継続できていないことがわかりました。糖尿病に未治療者はなく、治療中断は 4%でした。(図表 22)

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後とも要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R03年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率									未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
中川村	550	65.6	486	60.9	13	2.4	9	69.2	16	3.3	8	50.0	4	25.0	2	12.5
長野県	113,522	37.2	103,154	35.9	5,740	5.1	3,046	53.1	5,597	5.4	3,236	57.8	1,993	35.6	268	4.8

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R03年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率									未治療		治療中断	
					I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
中川村	543	98.7	482	99.2	15	2.8	1	6.7	23	4.8	5	21.7	0	0.0	1	4.3
長野県	113,522	37.2	103,154	35.9	4,527	4.0	1,188	26.2	4,101	4.0	1,012	24.7	233	5.7	125	3.0

出典:ヘルスサポートラボツール

① 未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指します。その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本村の特定健診結果において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は 1.7%増加し、その中でも 3 項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160 以上の有所見割合の翌年度の結果を見ると、HbA1c、血圧、LDL の改善率は維持していますが、HbA1c で悪化の割合が増加しています。加えて、HbA1c と血圧の翌年度健診未受診がいずれも 3 割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	550 (65.6%)	74 (13.5%)	18 (3.3%)	56 (10.2%)	65 (11.8%)
R04年度	474 (62.6%)	72 (15.2%)	24 (5.1%)	48 (10.1%)	63 (13.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	44 (8.1%)	6 (13.6%)	23 (52.3%)	3 (6.8%)	12 (27.3%)
R03→R04	39 (8.1%)	5 (12.8%)	17 (43.6%)	4 (10.3%)	13 (33.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	13 (2.4%)	7 (53.8%)	2 (15.4%)	1 (7.7%)	3 (23.1%)
R03→R04	16 (3.3%)	8 (50.0%)	3 (18.8%)	0 (0.0%)	5 (31.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	69 (12.6%)	30 (43.5%)	12 (17.4%)	8 (11.6%)	19 (27.5%)
R03→R04	40 (8.2%)	17 (42.5%)	12 (30.0%)	4 (10.0%)	7 (17.5%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本村の特定健診受診率は、令和2年度には64.2%まで伸びましたが、新型コロナウイルスの影響で、令和3年度に大きく低下しました。第3期特定健診等実施計画の目標は達成したものの、特定健診受診率は回復していません。(図表27)また、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の実施や40歳無料健診も実施しており、特定健診の年代別受診率は、平成30年度と比べると45歳～64歳で受診率が伸びてきています。しかし、40代、50代の受診率は未だ60%に届かず、65～74歳の受診率も伸び悩んでいます。(図表28)

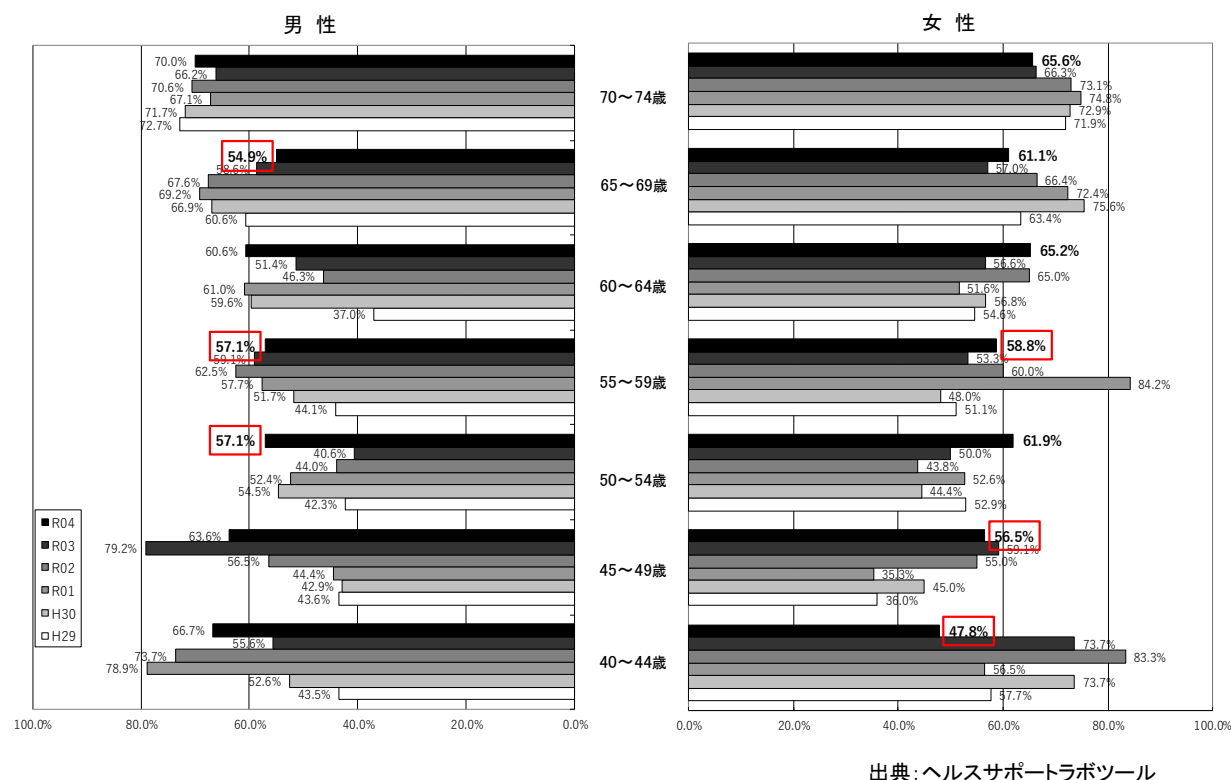
特定保健指導についても新型コロナウイルスの影響で、令和2年度に大きく実施率が下がりましたが、令和3年度以降は90%程度に戻っています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することで生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげていく必要があります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	522	511	530	463	456	健診受診率 60%
	受診率	62.4%	63.1%	64.2%	58.0%	60.6%	
特定保健指導	該当者数	40	47	58	35	44	特定保健指導実施率 60%
	割合	7.7%	9.2%	10.9%	7.6%	9.6%	
	実施者数	35	42	37	32	38	
	実施率	87.5%	89.4%	63.8%	91.4%	86.4%	

出典:特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上(160/100mmHg 以上)の割合は健診受診者全体の約 4%で増加傾向にあり、未治療者の割合も約 7 割に増加しました。令和 4 年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者が保健指導後、治療につながった割合は約 2 割です。

高血圧は、脳心血管病における最大の危険因子です。また、要介護認定の原因の一つであり、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 3 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。この中から、①高リスクの未治療者、②中等リスクで第 3 層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先にして、治療の必要性を理解してもらうための支援と適切な受診勧奨に取り組んでいきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が約 3 割います。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ます。保健指導時には家庭血圧測定をすすめ、血圧手帳の活用を促していきます。

保健指導の中で血圧が高いと何が問題か、家庭血圧測定の重要性、受診を判断する基準等を伝えていく必要があります。そのための力量形成を保健師・栄養士で継続的に行っていきます。

表 1

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)Ⅲ度高血圧	再掲				
						未治療	治療			
H29	574	317 55.2%	147 25.6%	95 16.6%	15 2.6%	8 53.3%	7 46.7%		2.6%	
					4 0.7%	1 25.0%	3 75.0%			
H30	549	320 58.3%	148 27.0%	68 12.4%	13 2.4%	9 69.2%	4 30.8%		2.4%	
					1 0.2%	1 100.0%	0 0.0%			
R01	538	304 56.5%	142 26.4%	71 13.2%	21 3.9%	10 47.6%	11 52.4%		3.9%	
					5 0.9%	1 20.0%	4 80.0%			
R02	548	293 53.5%	159 29.0%	73 13.3%	23 4.2%	13 56.5%	10 43.5%		4.2%	
					5 0.9%	4 80.0%	1 20.0%			
R03	486	270 55.6%	120 24.7%	80 16.5%	16 3.3%	8 50.0%	8 50.0%		3.3%	
					0 0.0%	0 #DIV/0!	0 #DIV/0!			
R04	474	246 51.9%	124 26.2%	84 17.7%	20 4.2%	14 70.0%	6 30.0%		4.2%	
					3 0.6%	3 100.0%	0 0.0%			

表 2 血圧治療者の状況(アウトカム評価)

		R03	R04
健診受診者	(a)	486	474
血圧Ⅱ度以上の者	(b)	16	20
	(b/a)	3.3%	4.2%
(再掲)未治療者	(c)	8	14
	(c/b)	50.0%	70.0%
		↓	↓
内服治療開始		2人	3人
		25.0%	21.4%

表3 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設定

(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)	133	71 53.4%	48 36.1%	11 8.3%	3 2.3%
	3	C 2 2.3%	B 1 2.1%	B 0 0.0%	A 0 0.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	83	C 48 62.4%	B 28 58.3%	A 5 45.5%	A 2 66.7%
	47	B 21 35.3%	A 19 39.6%	A 6 54.5%	A 1 33.3%
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	47	B 21 35.3%	A 19 39.6%	A 6 54.5%	A 1 33.3%
	47	B 21 35.3%	A 19 39.6%	A 6 54.5%	A 1 33.3%
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	47	B 21 35.3%	A 19 39.6%	A 6 54.5%	A 1 33.3%
	47	B 21 35.3%	A 19 39.6%	A 6 54.5%	A 1 33.3%

...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	33
		24.8%
B	概ね1ヵ月後に再評価	50
		37.6%
C	概ね3ヵ月後に再評価	50
		37.6%

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

②糖尿病性腎症重症化予防

HbA1c6.5 以上者はやや増加し、全体の約 9%です。未治療者や治療中断者、コントロール不良者を抽出し、その中でも HbA1c7.0 以上者を重症化予防の優先対象者として重点的に保健指導を実施しています。

保健指導実施率は 9 割に近づきましたが、HbA1c7.0 以上の未治療者の割合は約 3 割と横ばいです。治療ガイドには、治療の第一選択は食事療法・運動療法と示されており、続いて薬物療法となっています。未受診者を必要な治療につなげるとともに、治療中の方についても医療と連携しながら保健指導・栄養指導を行い、合併症予防のため血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

表 4 糖尿病性腎症重症化予防対象者

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

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上												
					再)7.0以上	再掲											
						未治療	治療										
H29	566	248 43.8%	201 35.5%	79 14.0%	38 6.7%	12 31.6%	26 68.4%										
					19 3.4%	3 15.8%	16 84.2%	3.4%									
H30	543	180 33.1%	221 40.7%	98 18.0%	44 8.1%	10 22.7%	34 77.3%										
					15 2.8%	1 6.7%	14 93.3%	2.8%									
R01	536	196 36.6%	225 42.0%	73 13.6%	42 7.8%	14 33.3%	28 66.7%										
					16 3.0%	4 25.0%	12 75.0%	3.0%									
R02	536	183 34.1%	221 41.2%	85 15.9%	47 8.8%	18 38.3%	29 61.7%										
					24 4.5%	8 33.3%	16 66.7%	4.5%									
R03	482	203 42.1%	179 37.1%	61 12.7%	39 8.1%	12 30.8%	27 69.2%										
					23 4.8%	5 21.7%	18 78.3%	4.8%									
R04	472	179 37.9%	187 39.6%	63 13.3%	43 9.1%	13 30.2%	30 69.8%										
					23 4.9%	6 26.1%	17 73.9%	4.9%									

表 5 HbA1c7.0 以上の治療者の状況(アウトカム評価)

		R3	R4
HbA1c7.0%以上	(b)	23	23
	(c)	18	20
	(c/b)	78.3%	87.0%
HbA1c7.0%以上の 未治療者	(d)	5	6
	(d/b)	21.7%	26.1%
		↓	↓
内服治療開始	人数	0人	1人

③心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、集団健診では村独自で全員に心電図検査を実施しており、実施率は約 85%を維持しています。

心房細動有所見者は重症化予防対象者として受診勧奨、保健指導を行っており、令和 4 年度は全員が治療につながりました。

虚血を表す ST 所見は 7%です。同じく受診勧奨や保健指導を行っています。要精査・要医療の判定にならなかった方やすでに治療中の方に対しても、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。

表 6 特定健診心電図検査の結果 心房細動有所見者の状況

		H30	R01	R02	R03	R04
健診受診者	(a)	550	538	548	486	474
心電図受診者	(b)	480	486	488	408	401
心電図実施率	(b/a)	87.3%	90.3%	89.1%	84.0%	84.6%
心房細動有所見者	(c)	4	4	3	4	2
	(c/b)	0.8%	0.8%	0.6%	1.0%	0.5%
心房細動未治療	人数	1	1	0	1	0

表 7 心電図受診者のうち、ST 所見の状況

	R03		R04	
心電図実施者数	408		401	
ST異常所見	24	5.9%	29	7.2%
要医療・要精検	1	4.2%	2	6.9%

(2)ポピュレーションアプローチ

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

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている実態等について健診受診勧奨訪問の際や介護保険 1 号被保険者到達時の説明で周知を行いました。また、高血圧の改善を目的として集団健診会場および健診結果説明会会場で食品に含まれる塩分についての展示、実態アンケート調査を集中的に実施してきました。

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

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 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)
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	0.8%	1.9%	2.5%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	3.9%	2.7%	1.7%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	0.6%	4.4%	3.3%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0%	100%	0%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0%	50%	0%	中川村調べ
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	25.3%	28.3%	28.5%	中川村保健医療係
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	2.3%	4.2%	4.2%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	12.6%	11.7%	12.7%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	8.1%	8.8%	9.1%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.2%	0.4%	0.2%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	33.0%	50.0%	67.0%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	89.0%	91.0%	95.0%	
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	62.4	64.2	60.6	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	87.5	63.8	86.4	
			特定保健指導対象者の割合の減少	7.7	10.9	9.6	
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	18.9	38.3	16.4	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)
			肺がん検診受診者の増加	-	-	-	
			大腸がん検診受診者の増加	39.3	33.1	20.9	
			子宮がん検診受診者の増加	23.4	39.9	16.8	
			乳がん検診受診者の増加	22.4	44.0	23.6	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	20.8	31.1	15.5	
		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	78.8%	83.5%	86.2%	厚生労働省

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全の発症予防を重点に置き、ハイリスク者に対する重症化予防の取組を進めてきました。

糖尿病性腎症による透析導入者に関しては目標を達成できましたが、総医療費に占める中長期目標疾患の医療費割合が増加し、特に脳梗塞・脳出血に係る費用が増えていることが分かりました。

短期目標である特定保健指導実施率はおよそ8割実施でき、目標に到達しましたが健診受診者の高血圧者の割合やメタボリックシンドローム該当者・予備群の割合が増加していました。

健診受診者のⅡ度高血圧者を見ると5～6割が未治療者であり、翌年の健診を受診しない方がそのうち約3割いました。

HbA1c高値者の未治療者は約2割ですが、高血圧と同じく翌年の健診未受診者が約3割でした。必要な治療に繋ぐことはもちろん、その後、継続した治療ができているか、コントロール状態はどうか、など継続的な関わりを持つことが重要です。

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積を土台にして高血圧、高血糖、脂質異常などの複数のリスクが重なった状態で、血管内皮障害により心血管病の易発症状態とされています。

肥満は、胎児期から影響を受け、出生後はその人の置かれた生活環境(食の嗜好、食や生活リズムなど)の中で形成されていきます。幼児期からの肥満者は、仮に本人が20代であっても約20年間血管内皮障害を受けていることになり、若年者の心血管病発症が懸念されます。

生活習慣病は遺伝的因子等の変えることができない条件に、食事や運動、睡眠などの生活習慣の偏りが加わることによって引き起こされます。生活習慣は個人によって違うため、住民がその人の置かれた生活環境のなかで、予防のために必要な選択ができるように、専門職が保健指導の質を高めていく必要があります。

また、健康診査は、客観的に自身の体の状態を知ることができる大切な機会です。特定健診受診率は令和4年度に60.6%と目標に到達しましたが、受診率が概ね6割を超える60～70代に比べ、40～50代は未だ6割に満たない状況であり、若い年代の特定健診受診率向上があわせて取り組むべき重要な課題となっています。

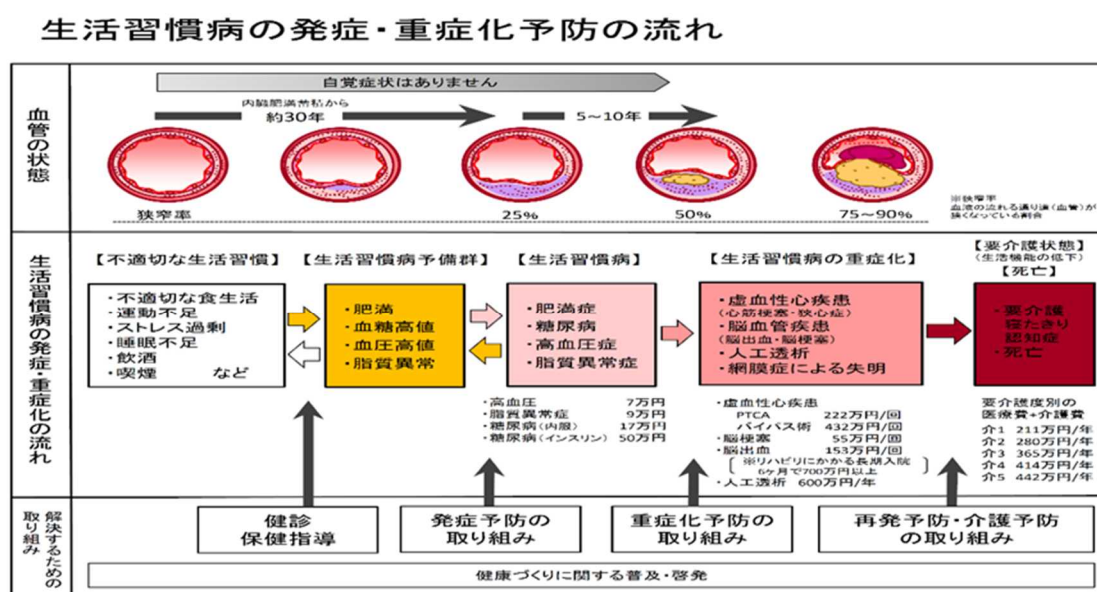
加えて、上記の課題解決には、短期目標であるメタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常の改善のために、単年度ごとに振り返り、評価をすることが必要です。割合や数の変化のみでなく、自分たちの保健指導の結果(必要な医療につながったのか、改善しているか、継続的に健診を受けているか等)をつなげて評価していく必要がありますが、これまで十分にできていませんでした。単年度ごと丁寧に評価し、保健指導の質の向上や保健指導体制の改善や検討をしていく必要があります。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

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

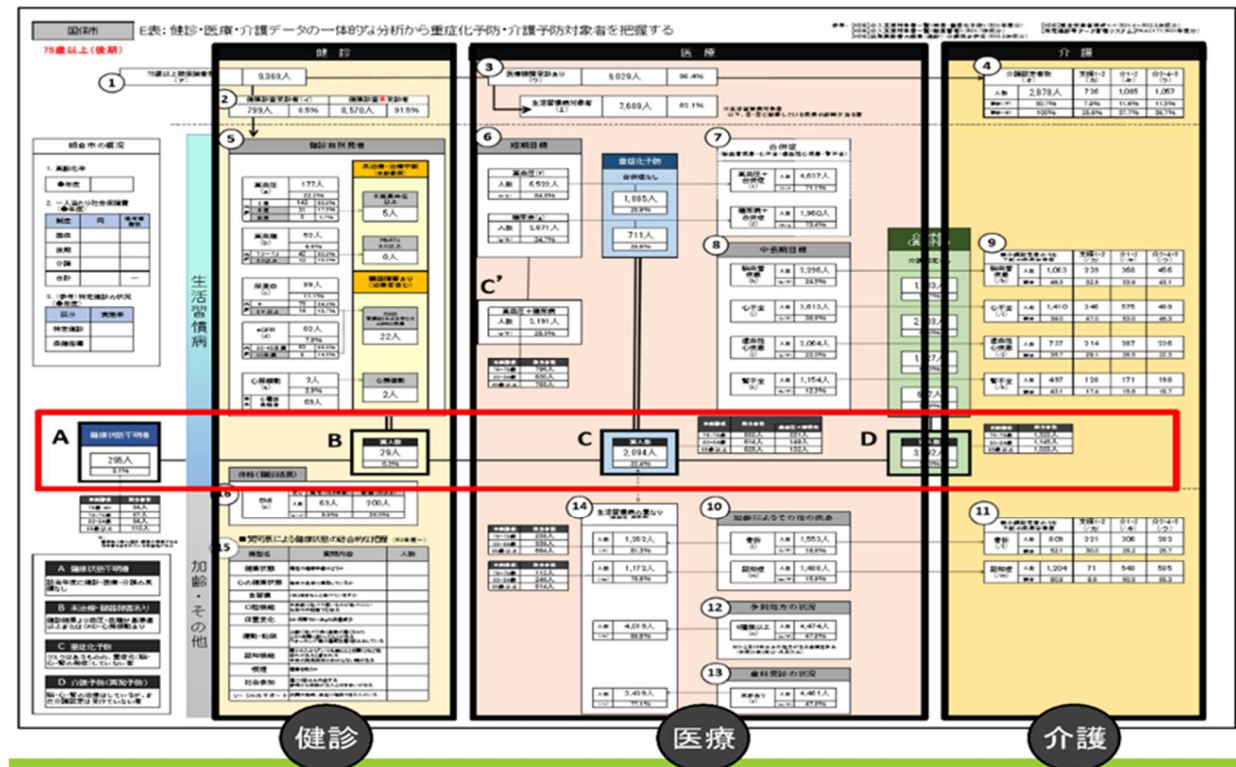
一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表31に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

なお、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導

対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40 歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度
被保険者数		1,141人	1,116人	1,137人	1,078人	1,035人	938人
総件数及び 総費用額	件数	10,386件	9,963件	9,309件	9,618件	9,078件	13,812件
	費用額	3億2402万円	3億2141万円	2億9733万円	3億1252万円	3億2669万円	6億5442万円
一人あたり医療費		28.4万円	28.8万円	26.2万円	29.0万円	31.6万円	69.8万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				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			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	中川村	3億2669万円	25,836	3.25%	0.02%	2.54%	1.67%	5.83%	4.80%	2.20%	6632万円	20.3%	10.7%	7.72%	13.21%
	同規模	--	29,993	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	--	18.6%	17.6%	7.82%	9.33%
	県	--	27,549	4.29%	0.22%	2.15%	1.22%	5.73%	3.28%	2.14%	--	19.0%	16.4%	8.45%	9.18%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	中川村	6億5442万円	58,808	0.00%	0.22%	4.18%	1.93%	2.95%	4.78%	1.62%	1億0272万円	15.7%	8.6%	0.70%	11.1%
	同規模	--	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	--	18.8%	10.2%	3.61%	12.1%
	県	--	64,010	4.00%	0.36%	4.50%	1.34%	4.28%	3.30%	1.30%	--	19.1%	11.8%	2.73%	12.3%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 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	34人	30人	33人	31人	34人	95人
	件数	B	138件	46件	46件	47件	55件	166件
		B/総件数	1.33%	0.46%	0.49%	0.49%	0.61%	1.20%
	費用額	C	2億0320万円	6223万円	5969万円	6730万円	8842万円	2億4272万円
		C/総費用	62.7%	19.4%	20.1%	21.5%	27.1%	37.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
脳血管疾患	人数		D	0人		2人		2人		2人		3人		11人		
			D/A	0.0%		6.7%		6.1%		6.5%		8.8%		11.6%		
	件数		E	0件		8件		3件		7件		6件		15件		
			E/B	0.0%		17.4%		6.5%		14.9%		10.9%		9.0%		
	年代別	40歳未満	0	--	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%	
		40代	0	--	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%	
		50代	0	--	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	2	13.3%	
		60代	0	--	6	75.0%	2	66.7%	3	42.9%	1	16.7%	80代	5	33.3%	
		70-74歳	0	--	2	25.0%	1	33.3%	4	57.1%	5	83.3%	90歳以上	8	53.3%	
	費用額		F	—		964万円		385万円		877万円		875万円		1769万円		
F/C			—		15.5%		6.4%		13.0%		9.9%		7.3%			

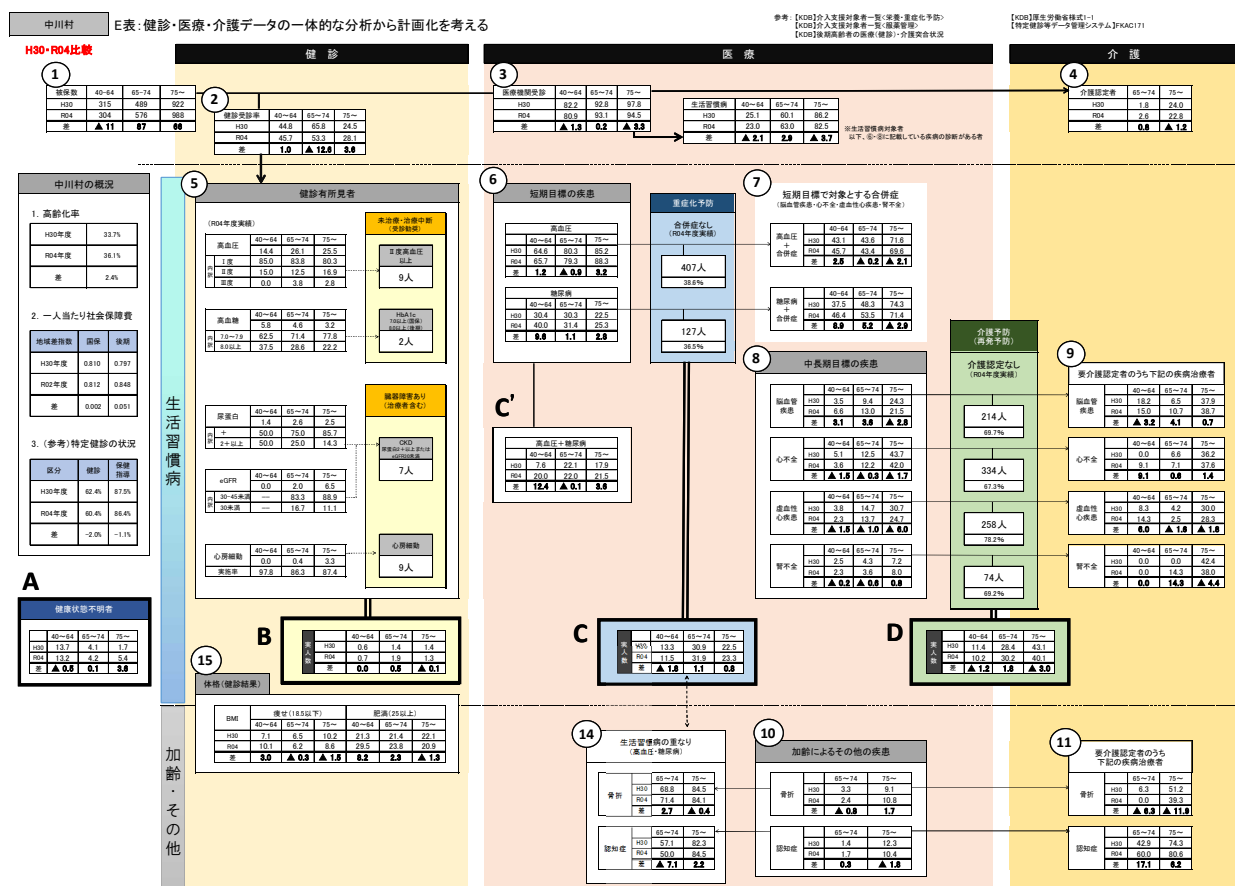
図表 36 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

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	4人		1人		2人		2人		1人		2人		
			G/A	11.8%		3.3%		6.1%		6.5%		2.9%		2.1%		
	件数		H	12件		1件		2件		2件		1件		3件		
			H/B	8.7%		2.2%		4.3%		4.3%		1.8%		1.8%		
	年代別	40歳未満		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代		3	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	0	0.0%
		60代		6	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%	1	100.0%	80代	1	33.3%
		70-74歳		3	25.0%	1	100.0%	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%	90歳以上	2	66.7%
費用額		I	1500万円		91万円		321万円		310万円		102万円		362万円			
		I/C	7.4%		1.5%		5.4%		4.6%		1.1%		1.5%			

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数			健診受診率			体格(健診結果)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	24.0	315	489	922	44.8	65.8	24.5	7.1	6.5	10.2	21.3	21.4	22.1
R04	22.8	304	576	988	45.7	53.3	28.1	10.1	6.2	8.6	29.5	23.8	20.9

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤														
年度	Ⅱ度高血圧以上 ()は未治療・治療中断者									HbA1c7.0以上 ()は未治療・治療中断者 ※後期高齢者は8.0以上					
	40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	人
H30	4	2.8	(2)	8	2.5	(2)	10	4.4	(1)	4	2.8	(0)	6	1.9	(0)
R04	3	2.2	(1)	13	4.2	(6)	14	5.0	(2)	8	5.8	(0)	14	4.6	(2)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③			⑥									⑦								
年度	生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症								
				高血圧			糖尿病			C'糖尿病 +高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	25.1	60.1	86.2	64.6	80.3	85.2	30.4	30.3	22.5	7.6	22.1	17.9	43.1	43.6	71.6	37.5	48.3	74.3			
R04	23.0	63.0	82.5	65.7	79.3	88.3	40.0	31.4	25.3	20.0	22.0	21.5	45.7	43.4	69.6	46.4	53.5	71.4			

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

出典:ヘルスサポートラボツール

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

E表		⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険割合)												中長期疾患のうち介護認定者												
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			
	40-64	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	3.5	9.4	24.3	3.8	14.7	30.7	5.1	12.5	43.7	2.5	4.3	7.2	18.2	6.5	37.9	8.3	4.2	30.0	0.0	6.6	36.2	0.0	0.0	42.4	
R04	6.6	13.0	21.5	2.3	13.7	24.7	3.6	12.2	42.0	2.3	3.6	8.0	15.0	10.7	38.7	14.3	2.5	28.3	9.1	7.1	37.6	0.0	14.3	38.0	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				要介護認定者のうち 下記の疾患治療者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	68.8	84.5	57.1	82.3	3.3	9.1	1.4	12.3	6.3	51.2	42.9	74.3
R04	71.4	84.1	50.0	84.5	2.4	10.8	1.7	10.4	0.0	39.3	60.0	80.6

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化(図表 32～42)

国保の被保険者数は年々減っています、一人あたり医療費は令和 3 年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり 60 万円を超え、国保の 2 倍も高い状況です。(図表 32)

中長期目標疾患の脳梗塞・脳出血、狭心症・心筋梗塞は同規模、県、国と比較して高い状況です。(図表 33)

高額レセプトについては、毎年約 50 件のレセプトが発生していますが、その年によって大きく数や費用額が変動していることが分かります。(図表 34)

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、6～8 件で約 900 万円の費用がかかっています。後期高齢では令和 4 年度に 15 件発生し、約 2,000 万円余りの費用額になっていました。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防について引き続き重点的に取り組む必要があります。(図表 34、35)

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は、40～64 歳が減少し、65 歳～74 歳と 75 歳以上では合わせて約 150 人増え、高齢者が確実に増えています。⑮の体格をみると、40～64 歳の若い年齢層で、BMI25 以上の率が 8 ポイントも高くなってきています。

図表 39 健診有所見の状況をみると、Ⅱ度高血圧以上やHbA1c7.0 以上で有所見者が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 40 の⑥短期目標疾患では、40～64 歳の糖尿病と糖尿病＋高血圧の増加が大きく、⑦短期目標疾患とする合併症では、同じ年代の糖尿病＋合併症の増加が目立ちます。

図表 41 の⑧中長期疾患においては、脳血管疾患が 40～64 歳、65 歳～74 歳で増加しており、⑨介護認定者では各年代とも脳血管疾患の割合が 1 番多いことが分かります。高額レセプト分析における課題が、健診・医療・介護を一体的に分析した中にも現れています。

図表 42 の認知症など加齢による疾患では、特に 65～74 歳の年代で、⑭認知症治療者における高血圧＋糖尿病の割合が 50%を占め、⑪要介護認定者における認知症治療者の割合が増えています。高血圧や糖尿病は認知症発症のリスク因子であり、高血圧＋糖尿病による合併症発症予防の取組が重要です。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。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、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

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

③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少を目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけを行い、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う必要があります。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法等を併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020 年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善

を目指します。

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

(2) 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
				初期値 R 6 (R 4)	中間評価 R 8 (R 7)	最終評価 R 11 (R 10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.5%	2.0%	1.5%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.7%	1.6%	1.5%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	3.3%	3.1%	3.0%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%	
	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	28.5%	27.0%	26.0%	中川村保健センター
			☆健診受診者のⅡ度以上高血圧者の割合減少(160/100以上)	4.2%	3.5%	3.0%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	12.7%	11.0%	10.0%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	9.1%	8.5%	8.0%	
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	0.2%	0.2%	0.2%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	100%	100%	100%	
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	60.6%	62.0%	65.0%	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	86.4%	88.0%	90.0%	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	9.6%	9.0%	8.5%	

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

☆長野県で設定した共通評価指標

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	61%	62%	63%	64%	65%	65%以上
特定保健指導実施率	87%	88%	89%	90%	90%	90%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	750	740	730	720	710	700
	受診者数	457	458	459	460	461	455
特定保健指導	対象者数	41	41	41	41	41	40
	受診者数	35	35	35	35	35	34

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。上伊那医師会との委託契約、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(中川村社会体育館等)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

集合契約における特定健診実施機関については、長野県国保連合会(市町村)のホームページに掲載します。

(参照) URL : <http://kokuho-nagano.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・心電図・眼底検査)を実施します。

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

図表 46 特定健診検査項目(例示)

中川村特定健診検査項目

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

○…必須項目、●…いずれかの項目の実施で可、▲…保険者独自追加項目、
□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、※…個別健診等では医師の
判断による実施

(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、長野県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47 特定健診実施スケジュール(例示)

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 健診対象者の抽出 受診票等の印刷・送付(随時可)	(特定保健指導の実施)
5月			
6月		健診健診の実施(集団健診・個別健診等)	健診データ抽出(前年度)
7月		健診データ受取 費用決裁 (保健指導対象者の抽出)	
8月		(特定保健指導の実施)	実施実績の分析、 実施方法・委託先 機関の見直し等
9月			
10月	契約に関わ る予算・手 続き		
11月			
12月		健診データ、 保健指導実 績データ入力	受診・実施率など実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
1月			
2月			
3月	契約準備	特定健診・保健指導 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

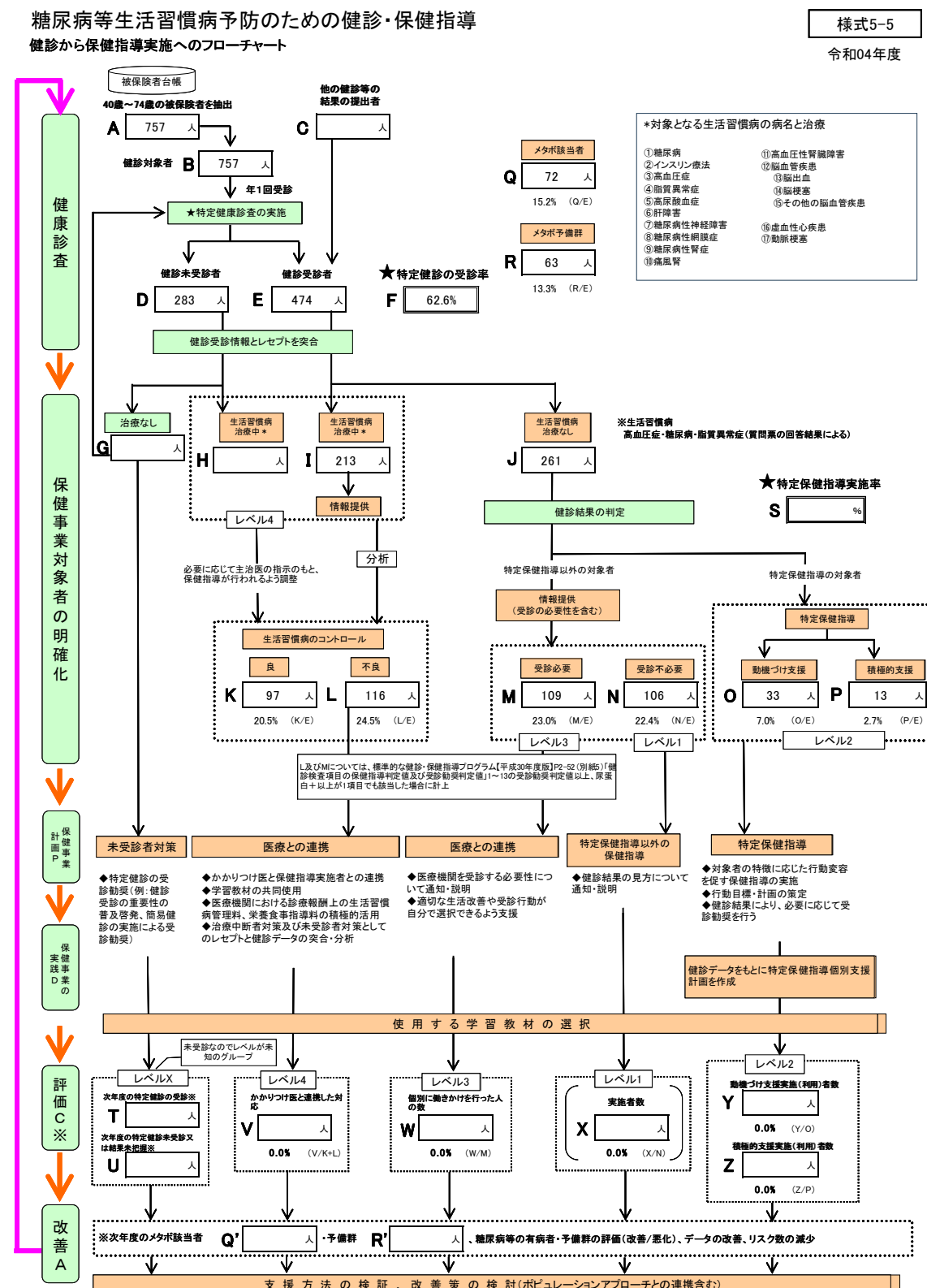
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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)



(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	◆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	46人 (9.7%)	85%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	109人 (23.0%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(健診受診中断者、ハイリスク者を抽出して実施。40～50代へ健診受診の重要性の普及啓発)	283 ※受診率目標達成までにあと13人	100%
4	L	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明 ◆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	116人 (24.5%)	100%
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	106人 (22.4%)	100%
6	K	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明 ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆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	97人 (20.5%)	100%

出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出 ◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報 ◎がん検診等開始
5月	◎受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼		
6月	◎特定健康診査の開始		◎39歳以下循環器健診、後期高齢者健診 ◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
11月			
12月			◎次年度特定健診等希望とりまとめ
1月			
2月			
3月	◎当該年度の健診の終了		

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および中川村個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、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、中川村ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

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

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

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

Ⅱ. 重症化予防の取組

中川村の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、119人(25.1%)です。そのうち治療なしが44人(16.9%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が17人です。

また、中川村においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、44人中21人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 51 脳・心・腎を守るために

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

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年齢調整死亡率の減少	＜参考＞ 健診受診者(受診率)
科学的根拠に基づき レセプトデータ 介護保険データ その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器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)	474人 62.6%
	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性 脳塞栓症 (27.7%) ※脳卒中 ガイドライン 2019より	心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症	CKD診療ガイド ライン2018 (日本腎臓学会)	■各疾患の治療状況
				治療中 治療なし
				高血圧 149 325
				脂質異常症 102 372
				糖尿病 34 438
				慢性腎臓病 213 261
				※調剤結果による

優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	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 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓学会)	
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	HbA1c6.5%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	20 4.2%	2 0.4%	19 4.0%	12 2.5%	72 15.2%	30 6.3%	119 25.1%
治療なし	14 4.3%	0 0.0%	17 4.6%	7 1.9%	16 6.1%	13 3.0%	44 16.9%
(再掲) 特定保健指導	6 30.0%	0 0.0%	4 21.1%	4 33.3%	16 22.2%	3 10.0%	21 17.6%
治療中	6 4.0%	2 0.9%	2 2.0%	5 4.9%	56 26.3%	17 50.0%	75 35.2%
臓器障害 あり	4 28.6%	0 --	5 29.4%	2 28.6%	5 31.3%	2 15.4%	17 38.6%
CKD(専門医対象者)	2	0	0	1	1	0	6
心電図所見あり	3	0	5	2	5	2	13
臓器障害 なし	10 71.4%	--	12 70.6%	5 71.4%	11 68.8%	11 84.6%	--

出展：ヘルスサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

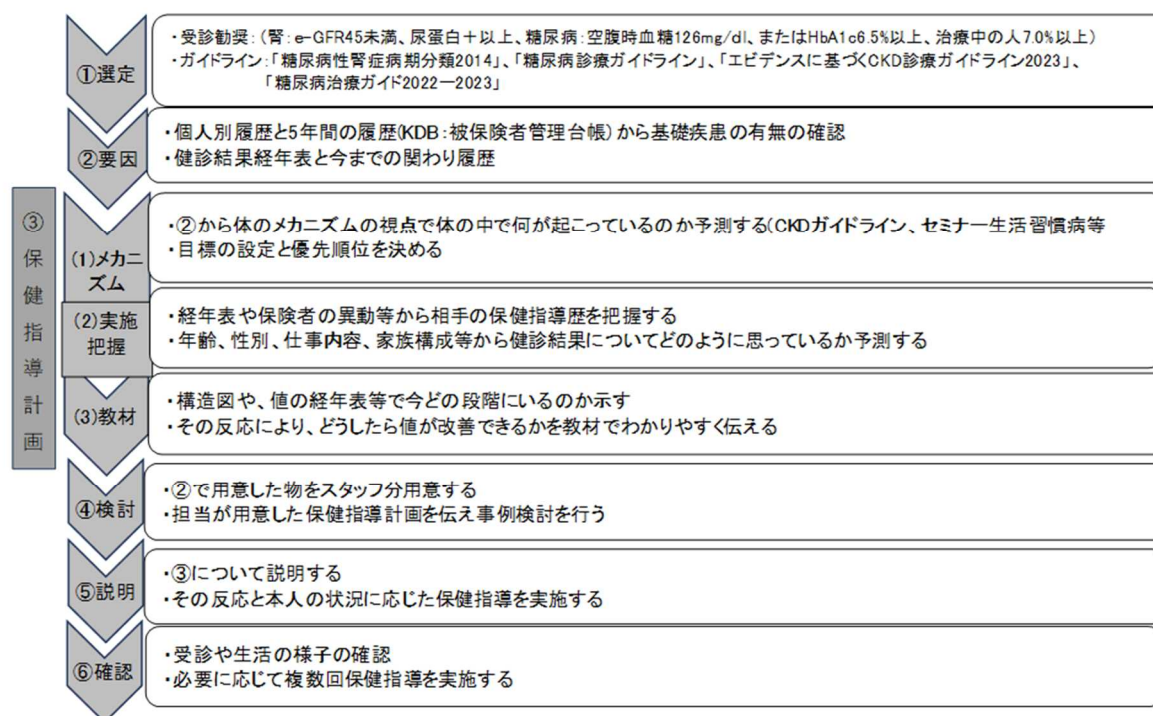
1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては図表 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、長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者でコントロール不良

ア. 糖尿病性腎症に該当する者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

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

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

中川村においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては実施していないため把握が難しい状況です。CKD診療ガイドライン 2023 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(ー)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期を推測すること可能です。

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。

中川村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、18人(34.6%・F)でした。

また、40～74歳における糖尿病治療者143人のうち、特定健診受診者が34人(65.4%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者109人(76.2%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表 54 より中川村に於ける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）・・・18人

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・19人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

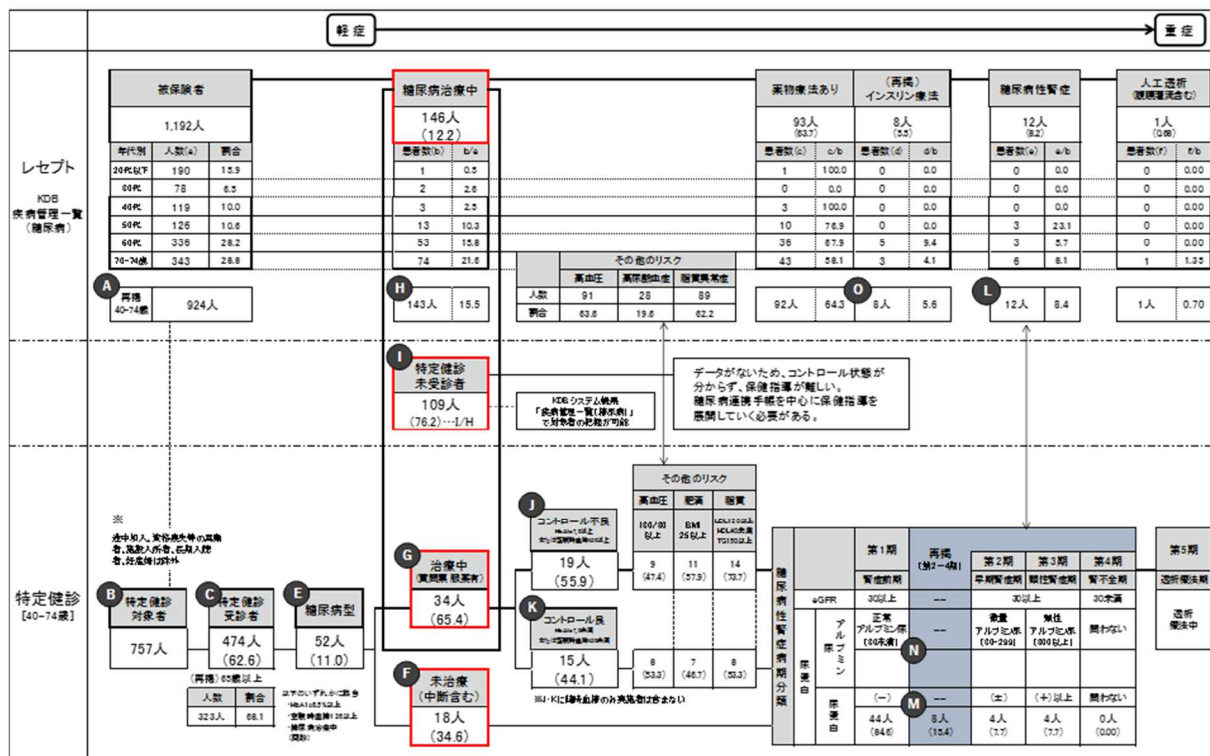
【保健指導】

- ・Iの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳
- ・Iの中から、治療中断者（国保連抽出ファイル）
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話等に対応
- ・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

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



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。中川村においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っています。

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	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもととの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じ(7.0未満です)	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・投与量・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、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、事前に地区医師会等と協議した連絡票等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部門)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、高齢者福祉係及び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、図表56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

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

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目				突 合 表	中川村										同規模保険者(平均)		データ基	
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数		A	1,162人		1,147人		1,132人		1,130人		1,070人				KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40~74歳		B	934人		904人		894人		900人		858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	②	特定健診 対象者数			839人		814人		826人		798人		757人					
	③	受診者数		C	550人		538人		548人		486人		474人					
	③	受診率			65.6%		66.1%		66.3%		60.9%		62.6%					
3	①	特定 保健指導 対象者数			40人		47人		58人		35人		47人					
	②	実施率			87.5%		89.4%		63.8%		91.4%		86.4%					
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	60人	10.9%	68人	12.6%	66人	12.0%	54人	11.1%	52人	11.0%			特定健診結果	
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	10人	16.7%	20人	29.4%	22人	33.3%	14人	25.9%	18人	34.6%				
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	50人	83.3%	48人	70.6%	44人	66.7%	40人	74.1%	34人	65.4%				
	④		コントロール不良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130以上	コントロール不良	J	20人	40.0%	14人	29.2%	19人	43.2%	25人	62.5%	19人	55.9%			
	⑤			血圧 130/80以上	6人	30.0%	6人	42.9%	10人	52.6%	10人	40.0%	9人	47.4%				
	⑥			肥満 BMI25以上	7人	35.0%	6人	42.9%	7人	36.8%	11人	44.0%	11人	57.9%				
	⑦		コントロール良 HbA1c6.9未満かつ空腹時血糖130未満	K	30人	60.0%	34人	70.8%	25人	56.8%	15人	37.5%	15人	44.1%				
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	48人	80.0%	52人	76.5%	47人	71.2%	45人	83.3%	44人	84.6%				
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		7人	11.7%	9人	13.2%	9人	13.6%	6人	11.1%	4人	7.7%				
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		3人	5.0%	5人	7.4%	9人	13.6%	1人	1.9%	4人	7.7%				
	⑪		第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	1人	1.5%	1人	1.5%	0人	0.0%	0人	0.0%				
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		93.8人		89.8人		83.0人		92.0人		85.0人				KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	②		(再掲)40~74歳(被保険者千対)		114.6人		111.7人		104.0人		115.6人		104.9人					
	③		レセプト件数 (40~74歳) (1件は糖尿病千対)	入院外(件数)	638件	(708.9)	633件	(718.5)	684件	(756.6)	699件	(811.8)	680件	(819.3)	136,930件	(893.2)	KDB 疾病別医療費分 析 (生活習慣病)	
	④			入院(件数)			3件	(3.4)	4件	(4.4)			3件	(3.6)	658件	(4.3)		
	⑤		糖尿病治療中	H	109人	9.4%	103人	9.0%	94人	8.3%	104人	9.2%	91人	8.5%			KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲)40~74歳	I	107人	11.5%	101人	11.2%	93人	10.4%	104人	11.6%	90人	10.5%				
	⑦		健診未受診者	O	57人	53.3%	51人	50.5%	49人	52.7%	64人	61.5%	56人	62.2%				
	⑧		インスリン治療	L	3人	2.8%	5人	4.9%	5人	5.3%	5人	4.8%	4人	4.4%				
	⑨		(再掲)40~74歳		3人	2.8%	5人	5.0%	5人	5.4%	5人	4.8%	4人	4.4%				
	⑩		糖尿病性腎症		8人	7.3%	8人	7.8%	2人	2.1%	4人	3.8%	6人	6.6%				
	⑪		(再掲)40~74歳		8人	7.5%	8人	7.9%	2人	2.2%	4人	3.8%	6人	6.7%			KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人	0.9%	1人	1.0%	1人	1.1%	1人	1.0%	1人	1.1%				
	⑬		(再掲)40~74歳		1人	0.9%	1人	1.0%	1人	1.1%	1人	1.0%	1人	1.1%				
	⑭		新規透析患者数		0	0.0%	0	0.0%	2	2.1%	1	1.0%	0	0.0%				
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		0	0.0%	0	0.0%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%				
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人	0.8%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%				
	6		①	医療費	総医療費		3億2402万円		3億2141万円		2億9733万円		3億1252万円		3億2669万円		2億6175万円	
②		生活習慣病総医療費			1億7843万円		1億7288万円		1億6987万円		1億6111万円		1億7042万円		1億4021万円			
③		(総医療費に占める割合)			55.1%		53.8%		57.1%		51.5%		52.2%		53.6%			
④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者			13,199円		13,406円		13,663円		9,937円		15,286円		8,820円		
⑤			健診未受診者			25,710円		21,985円		22,385円		26,128円		24,443円		40,357円		
⑥		糖尿病医療費			1568万円		1697万円		1821万円		1682万円		1904万円		1572万円			
⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)			8.8%		9.8%		10.7%		10.4%		11.2%		11.2%			
⑧		糖尿病入院外総医療費			4636万円		4285万円		4168万円		4166万円		3867万円					
⑨		1件あたり			33,045円		29,510円		28,546円		28,633円		29,476円					
⑩		糖尿病入院総医療費			2299万円		2923万円		2901万円		3286万円		2335万円					
⑪		1件あたり			718,580円		649,607円		644,608円		864,642円		729,721円					
⑫		在院日数			10日		14日		14日		19日		13日					
⑬		慢性腎不全医療費			494万円		884万円		1340万円		1052万円		1068万円		957万円			
⑭		透析有り			179万円		884万円		1296万円		1052万円		1062万円		862万円			
⑮		透析なし			316万円				44万円				6万円		96万円			
7	①	介護	介護給付費		5億7504万円		6億0217万円		5億7761万円		5億8459万円		5億3537万円		3億5514万円			
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%						
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%	1人	1.9%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	1.7%	267人	1.0%	KDB 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題	

出展:ヘルスサポートラボソール

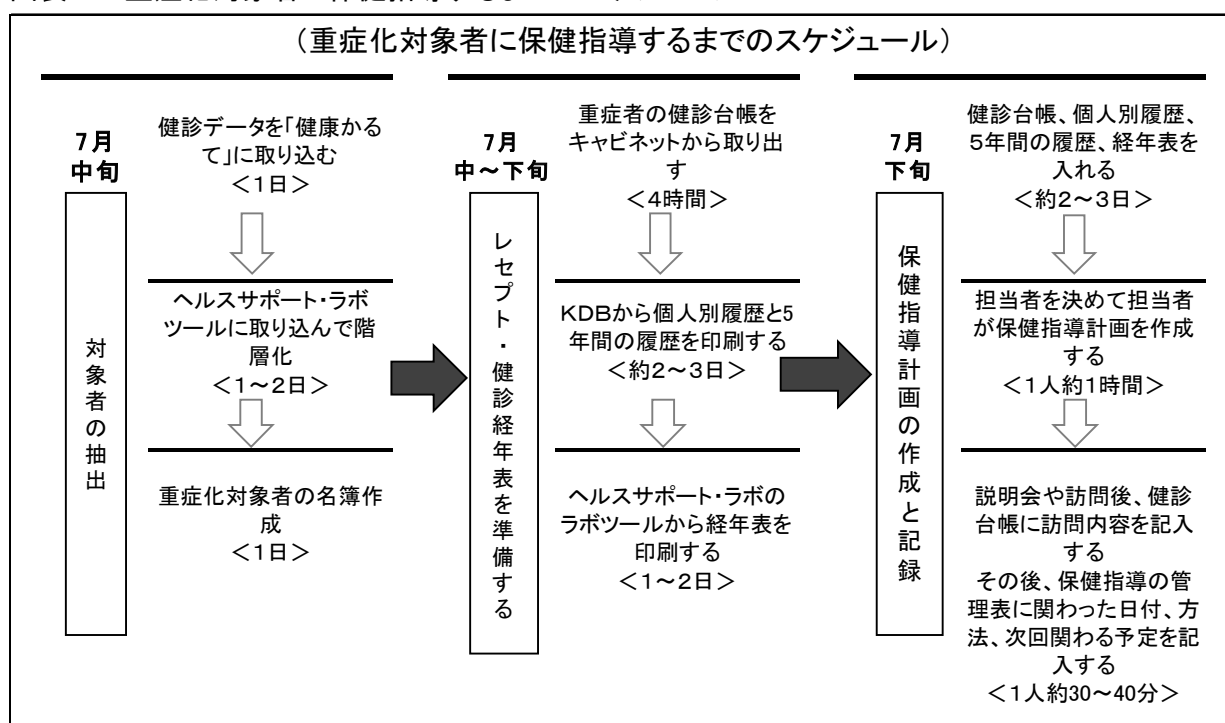
7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

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

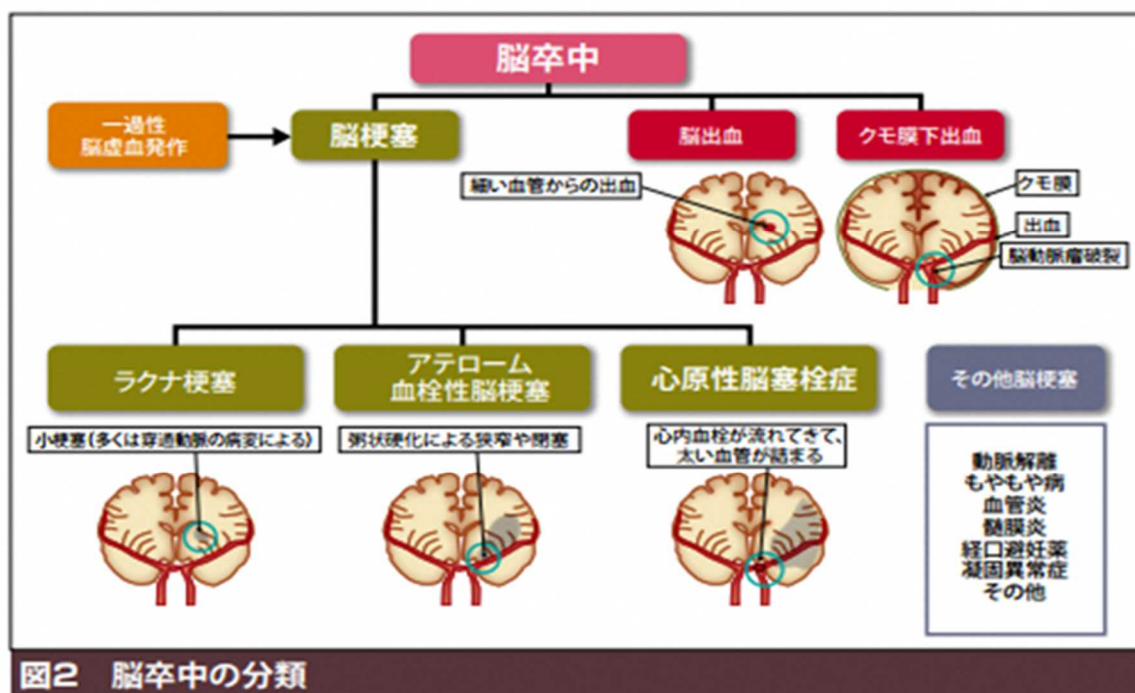


2. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

図表 58 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 59 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 60 でみると、高血圧治療者 326 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 27 人(8.2%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 20 人(4%・G)であり、そのうち 14 人(70%・F)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 6 人(4%・G)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

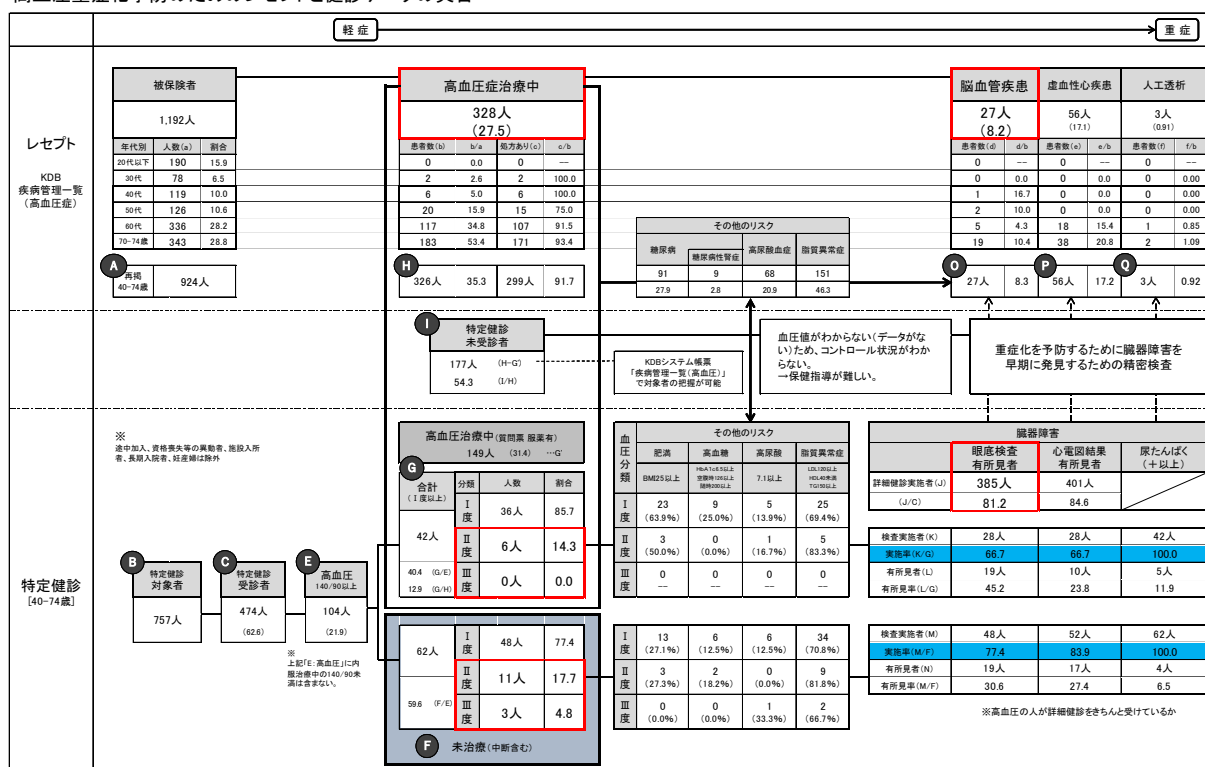
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、385 人(81.2%)しか実施していない状況です。集団健診ではほぼ全数に実施していますが、個別検診等では検査がされていません。

第 3 期計画期間中に、集団健診以外で健診を受診した方のうち眼底検査等の詳細検査の実施について、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 60 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



(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 61 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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)

高値血圧

130～139
/80～89

71
53.4%

I度高血圧

140～159
/90～99

48
36.1%

II度高血圧

160～179
/100～109

11
8.3%

III度高血圧

180以上
/110以上

3
2.3%

リスク層
(血圧以外のリスク因子)

133

リスク第1層
予後影響因子がない

3
2.3%

C

2
2.8%

B

1
2.1%

B

0
0.0%

A

0
0.0%

リスク第2層
高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある

83
62.4%

C

48
67.6%

B

28
58.3%

A

5
45.5%

A

2
66.7%

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

47
35.3%

B

21
29.6%

A

19
39.6%

A

6
54.5%

A

1
33.3%

…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	33 24.8%
	概ね1ヵ月後に再評価	50 37.6%
B	概ね1ヵ月後に再評価	50 37.6%
	概ね3ヵ月後に再評価	50 37.6%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は≥175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。

※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。

※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

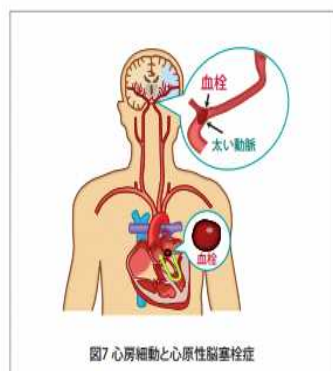
※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。

※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

出展:ヘルスサポートラボツール

図表 61 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。

しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 62 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況、図表 63 は心房細動有所見者の治療状況をみています。

心房細動は、年齢が高くなるにつれて増加することが分かっています。心電図検査において2人に心房細動の所見がありました。有所見率で見るとわずかですが、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。有所見者2人とも治療がされています。

対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれます。

図表 62 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	229	245	191	83.4%	210	85.7%	2	1.0%	0	0.0%	--	--
40代	26	24	23	88.5%	24	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	28	23	25	89.3%	19	82.6%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	70	99	54	77.1%	84	84.8%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	105	99	89	84.8%	83	83.8%	2	2.2%	0	0.0%	3.4%	1.1%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 63 心房細動有所見者の治療状況

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

中川村調べ(R4)

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において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、二次健診を検討していく必要があります。

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

は、二次健診として下線の検査を実施しています。

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していきます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～ 特定健診結果が届き次第、対象者リストを作成。作成後順次、対象者へ介入(通年)

3. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

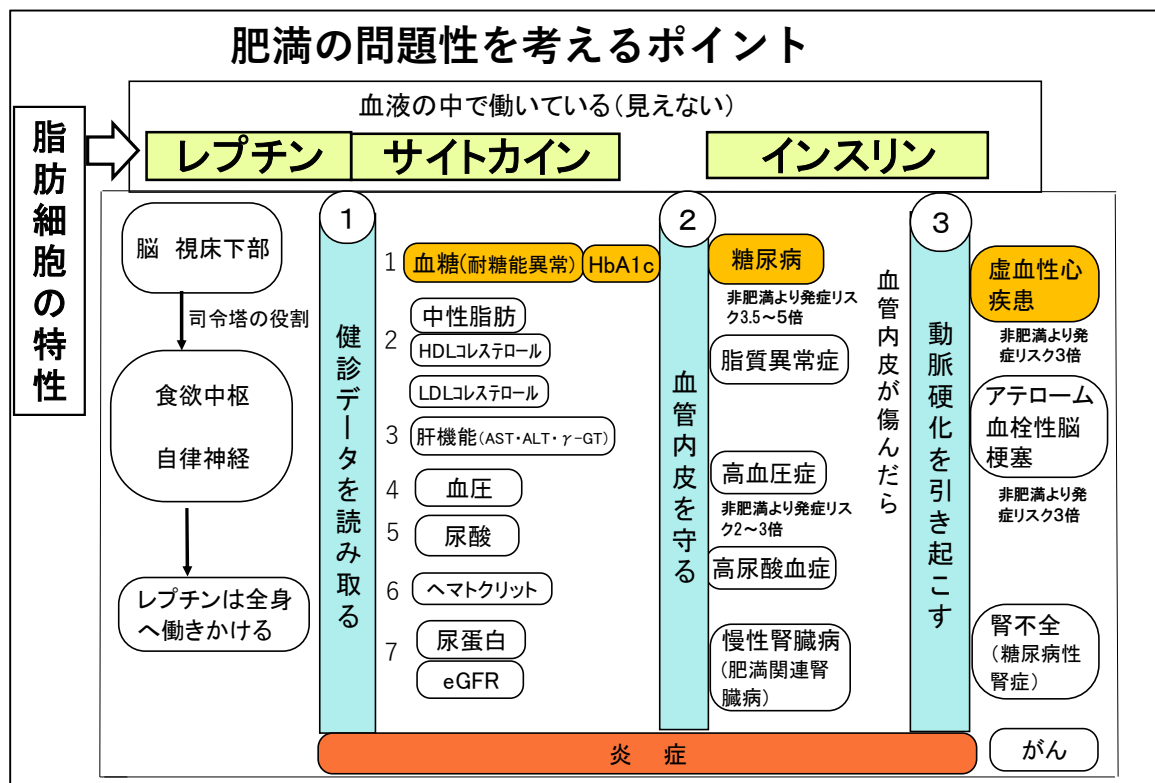
1) 基本的な考え方

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

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

なお、取組みにあたっては図表 64 に基づいて考えていきます。

図表 64 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 65 肥満度分類による実態

		受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
						40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数		151	323	45	75	36	64	5	11	2	0	2	0
				29.8%	23.2%	23.8%	19.8%	3.3%	3.4%	1.3%	0.0%	1.3%	0.0%
再掲	男性	74	155	31	42	25	35	4	7	1	0	1	0
				41.9%	27.1%	33.8%	22.6%	5.4%	4.5%	1.4%	0.0%	1.4%	0.0%
再掲	女性	77	168	14	33	11	29	1	4	1	0	1	0
				18.2%	19.6%	14.3%	17.3%	1.3%	2.4%	1.3%	0.0%	1.3%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位をつけます。

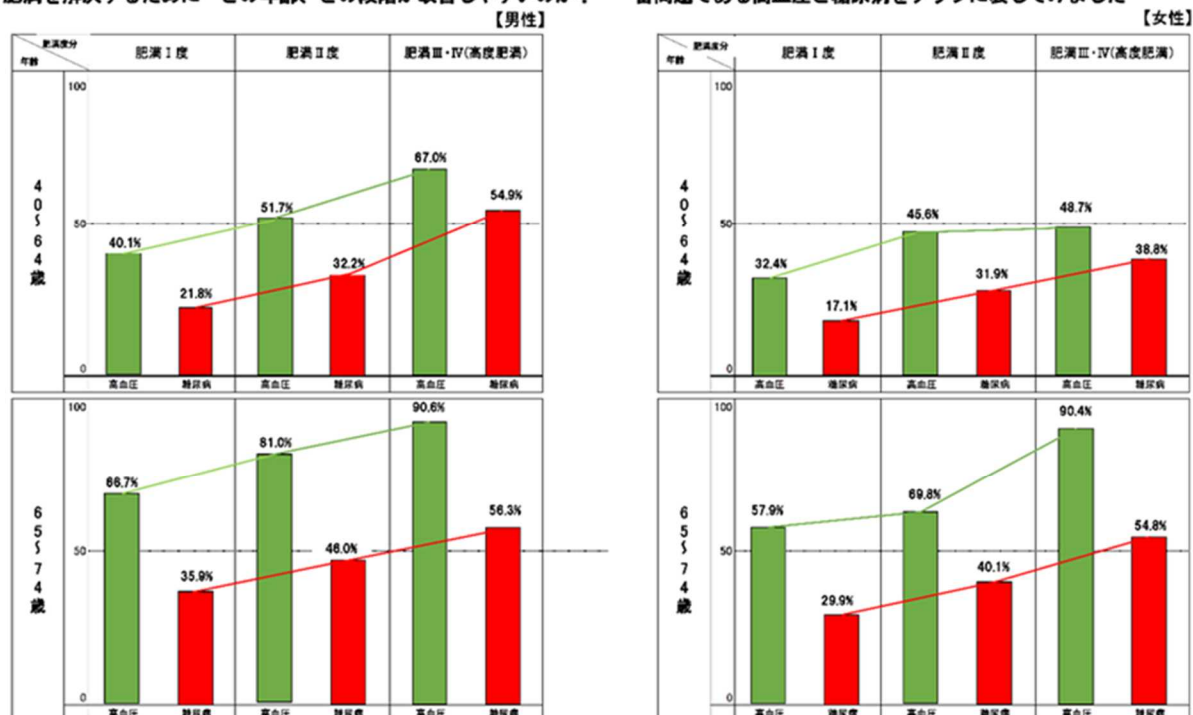
生活習慣病の短期目標の疾患の中で、中川村の課題となっている高血圧を肥満の有無で比較すると、肥満がある方で割合が高くなっています。肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠(EBM)「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。

図表 66 肥満の有無と高血圧

		収縮期血圧 140以上	拡張期血圧 90以上
肥満なし (25未満)	該当者	51	32
	割合	14.4%	9.0%
肥満あり (25以上)	該当者	41	20
	割合	34.2%	16.7%

図表 67 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

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



次に図表 67 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることから、未だ両疾患の発症が50%に満たない肥満Ⅰ度で、若い年代（40～64歳）を対象にすることが効率的であるとわかります。

3) 対象者の明確化

図表 68 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	229	26	28	70	105	245	24	23	99	99
メタボ該当者		B	51	3	6	13	29	21	0	3	9	9
		B/A	22.3%	11.5%	21.4%	18.6%	27.6%	8.6%	0.0%	13.0%	9.1%	9.1%
再掲	① 3項目全て	C	19	1	2	2	14	5	0	0	3	2
		C/B	37.3%	33.3%	33.3%	15.4%	48.3%	23.8%	--	0.0%	33.3%	22.2%
	② 血糖＋血圧	D	8	0	2	1	5	2	0	1	0	1
		D/B	15.7%	0.0%	33.3%	7.7%	17.2%	9.5%	--	33.3%	0.0%	11.1%
	③ 血圧＋脂質	E	21	2	2	9	8	12	0	1	5	6
		E/B	41.2%	66.7%	33.3%	69.2%	27.6%	57.1%	--	33.3%	55.6%	66.7%
	④ 血糖＋脂質	F	3	0	0	1	2	2	0	1	1	0
		F/B	5.9%	0.0%	0.0%	7.7%	6.9%	9.5%	--	33.3%	11.1%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 69 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	229	51	22.3%	37	72.5%	14	27.5%	245	21	8.6%	19	90.5%	2	9.5%
40代	26	3	11.5%	1	33.3%	2	66.7%	24	0	0.0%	0	—	0	—
50代	28	6	21.4%	3	50.0%	3	50.0%	23	3	13.0%	3	100.0%	0	0.0%
60代	70	13	18.6%	7	53.8%	6	46.2%	99	9	9.1%	8	88.9%	1	11.1%
70～74歳	105	29	27.6%	26	89.7%	3	10.3%	99	9	9.1%	8	88.9%	1	11.1%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 70 メタボリックシンドロームと臓器障害の状況

科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出		高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		重症化予防 対象者 (実人数)					
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)		HbA1c6.5%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		20	4.2%	2	0.4%	19	4.0%	12	2.5%	72	15.2%	30	6.3%	16	3.4%	119	25.1%
治療なし		14	4.3%	0	0.0%	17	4.6%	7	1.9%	16	6.1%	13	3.0%	6	2.3%	44	16.9%
(再掲) 特定保健指導		6	30.0%	0	0.0%	4	21.1%	4	33.3%	16	22.2%	3	10.0%	4	25.0%	21	17.6%
治療中		6	4.0%	2	0.9%	2	2.0%	5	4.9%	56	26.3%	17	50.0%	10	4.7%	75	35.2%
臓器障害 あり		4	28.6%	0	--	5	29.4%	2	28.6%	5	31.3%	2	15.4%	6	100.0%	17	38.6%
CKD(専門医対象者)		2		0		0		1		1		0		6		6	
心電図所見あり		3		0		5		2		5		2		2		13	
臓器障害 なし		10	71.4%	--		12	70.6%	5	71.4%	11	68.8%	11	84.6%	--		--	
治療中																	
臓器障害 あり		3	50.0%	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	23	41.1%	6	35.3%	10	100.0%	27	36.0%
CKD(専門医対象者)		3		0		0		0		6		2		10		10	
心電図所見あり		1		2		0		0		20		4		4		21	
臓器障害 なし		3	50.0%	--		2	100.0%	5	100.0%	33	58.9%	11	64.7%	--		--	

出展:ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 68)は、男性で50代から2割を超えますが、女性では50～70代で1割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

図表 69、70 でメタボリックシンドローム該当者のリスク因子(高血圧、糖尿病、脂質異常症)の治療状況と臓器障害の状況を見ると、男女とも7～9割以上が治療中となっていますが、治療中であっても約4割に臓器障害があり、治療だけでは解決できないことがわかります。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ます。それによって易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化が引き起こされて、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ① 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)
- ② 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ③ 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) 対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4) 保健指導の実施

(1) 最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 71 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いませんか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いのですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん汗が出るので、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。

中川村においても国保ヘルスアップ事業を活用して二次健診を実施します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

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

(3) 高度肥満の場合の保健指導

「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Ⅲ度・Ⅳ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る」とされており、本人の努力だけでは改善が難しい深刻な状態です。かかりつけ医や専門医と必要な連携を取りながら保健指導を行います。

4. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 72、73 に基づいて考えます。

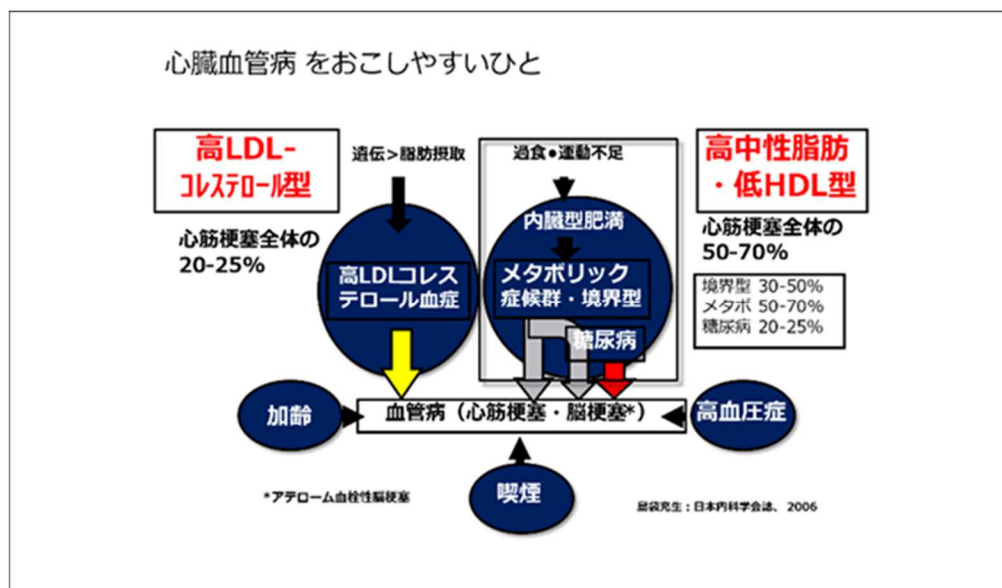
(2) 重症化予防対象者の抽出

肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して（心筋梗塞の 60%は前駆症状がないため）、積極的に保健指導を行う必要があります。

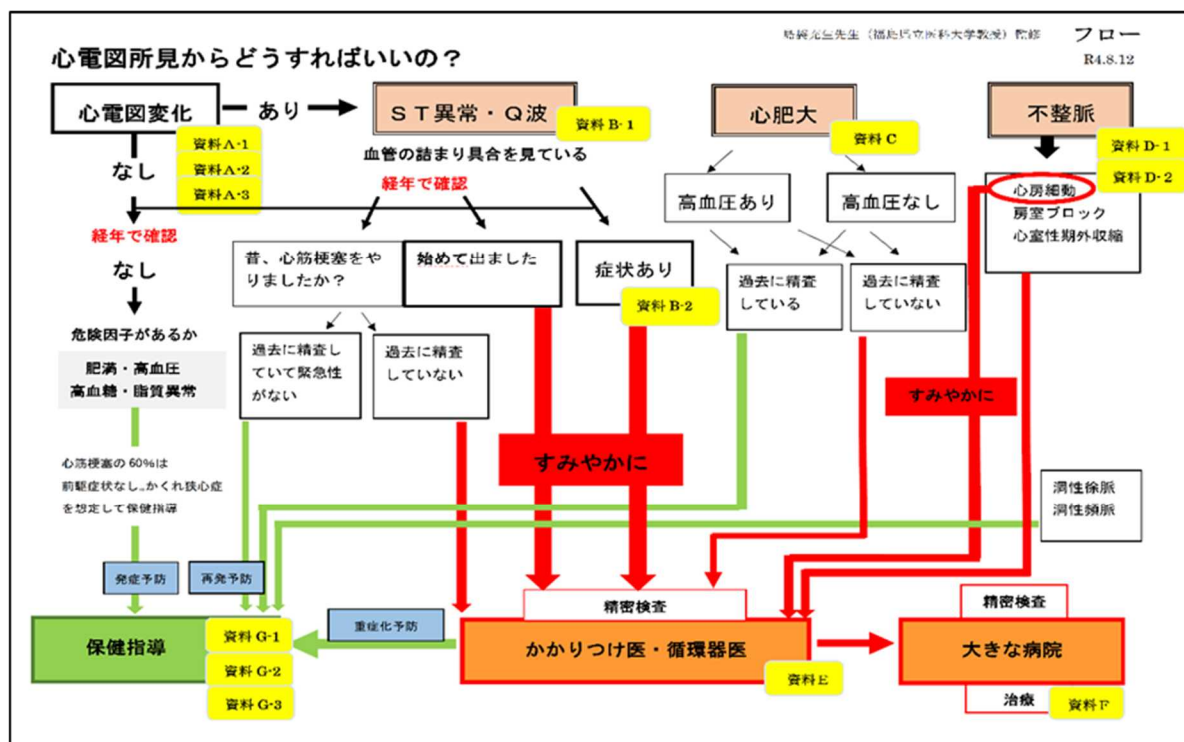
①メタボリックシンドローム該当者・予備群

第 4 章「3. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」の図表 68、69 を参照します。

図表 72 心血管病をおこしやすいひと



図表 73 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



②高 LDL コレステロール血症

高 LDL コレステロール血症は、単独での動脈硬化進行のリスク因子であるため、その他のリスク因子の保有状況と併せて、対象者を抽出します。コレステロールは食生活による影響を受けやすいため、受診勧奨だけでなく食事指導が重要です。

図表 74 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果 (LDL-C)				(再掲) LDL160以上の年代別			
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70〜74歳
232				100	77	38	17	9	8	24	14
				43.1%	33.2%	16.4%	7.3%	16.4%	14.5%	43.6%	25.5%
一次予防 まず生活習慣の改善を 行った後、薬物療法の 適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	42	20	11	7	4	6	5	0	0
			18.1%	20.0%	14.3%	18.4%	23.5%	66.7%	62.5%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	104	40	36	20	8	2	2	20	4
			44.8%	40.0%	46.8%	52.6%	47.1%	22.2%	25.0%	83.3%	28.6%
	高リスク	120未満 (150未満)	75	33	27	11	4	1	1	4	9
			32.3%	33.0%	35.1%	28.9%	23.5%	11.1%	12.5%	16.7%	64.3%
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) ※1	2	1	0	0	1	0	1	0	0
			0.9%	1.0%	0.0%	0.0%	5.9%	0.0%	12.5%	0.0%	0.0%
			11	7	3	0	1	0	0	0	1
			4.7%	7.0%	3.9%	0.0%	5.9%	0.0%	0.0%	0.0%	7.1%

※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心電図検査からの把握

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

メタボリックシンドロームは虚血性心疾患の発症リスクであり、心電図所見がある方は発症のハイリスク者であると考えられます。心筋の虚血を表す ST 変化や心筋梗塞の場合に現れる異常 Q 波の有所見者 29 人のうち、メタボリックシンドローム該当者・予備群は 12 人で、有所見率同様、男性に多いことが分かります。(図表 75)

医療受診を勧めるとともに、血圧、血糖などのリスクがある方に対しては、対象者の状態に応じた保健指導も必要になります。

図表 75 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳			
						ST変化・異常Q波			
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	有所見者		再掲)メタボリックシンドローム該当者・予備群	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/C
内訳	40～74歳	434	85.4%	136	31.3%	29	21.3%	12	8.8%
	男性	204	84.0%	76	37.3%	10	13.2%	7	9.2%
	女性	230	86.8%	60	26.1%	19	31.7%	5	8.3%

中川村調べ(R4)

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

図表 76 心電図所見からの保健指導教材（例示）

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります、対象者へは二次健診を実施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」および「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 202 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。中川村では、二次健診として下線の検査を実施しています。

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集します。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部門)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センター等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

7 月～ 特定健診結果が届き次第、対象者リストを作成。作成後順次、対象者へ介入(通年)

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

中川村は、令和2年度より長野県後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

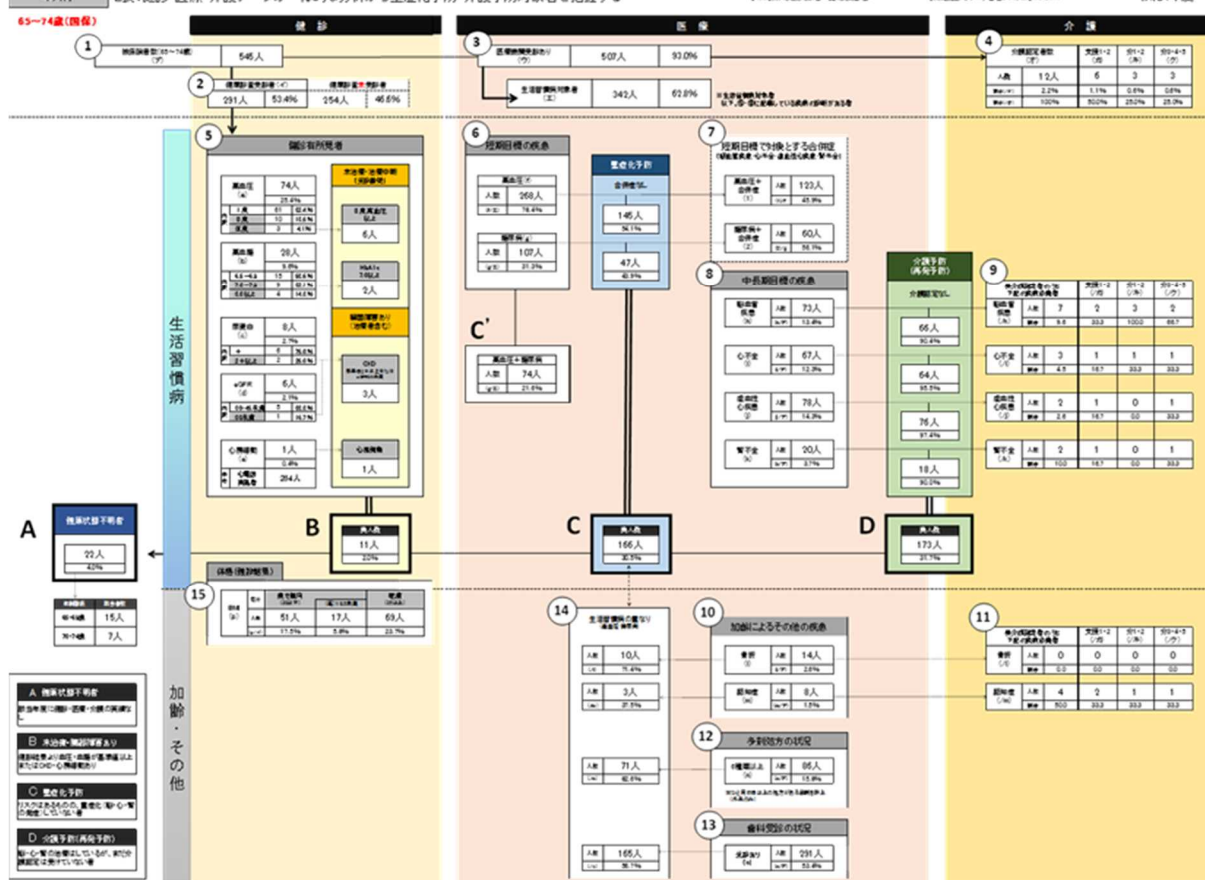
② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75 歳以降も糖尿病・高血圧管理台帳をもとに重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のため健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

中国社 E表:健診・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

参考: [200] 加入支援對象者一覽(京東・富士通)
[200] 加入支援對象者一覽(聯英管理)

【特記連絡番号データ管理システム】PAC1171

令和4年度



IV. 発症予防

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

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

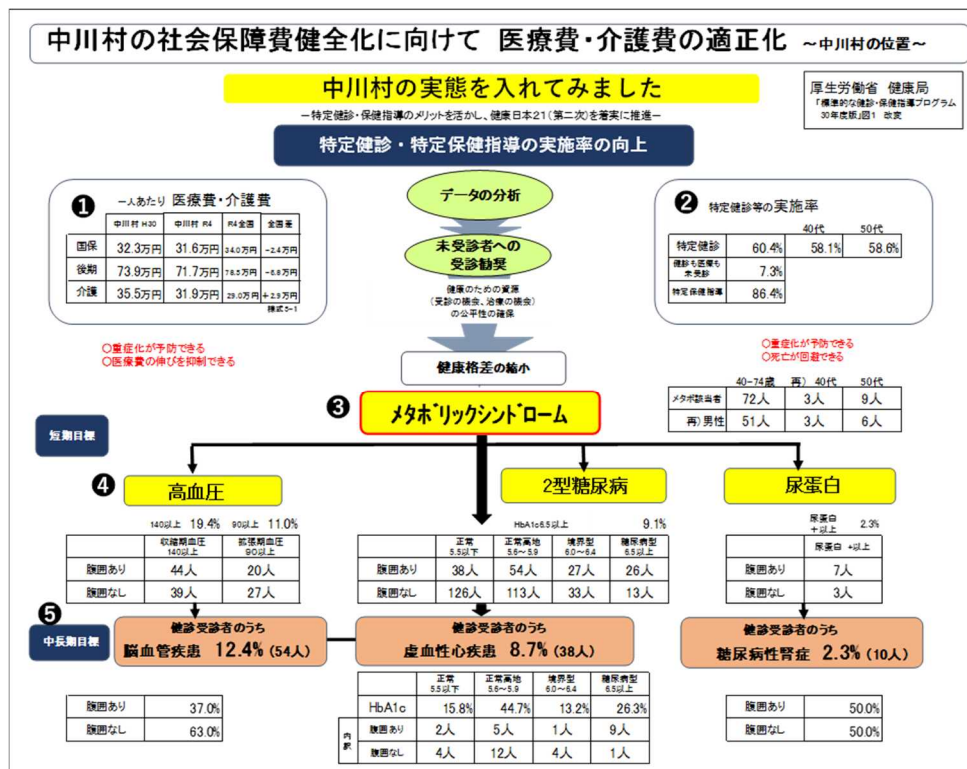
図表 78 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える　　―基本的考え方―　　（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）																	
発症予防 → 重症化予防																	
1　根拠法 6条 健康増進事業実施者		健康増進法															
		母子保健法				児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全法）		高齢者の医療の確保に関する法律 （介護保険）				
2　計画		健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）															
3　年代		妊婦 （胎児期）		産婦	0歳～5歳				6歳～14歳		15～18歳	～29歳　30歳～39歳		40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上	
4　健康診査 （根拠法）		妊婦健康診査 （13条）		産婦健康診 （13条）	乳幼児健康診査 （第12・13条）			保育所・幼稚園健康診 査	就学時健診 （11・12条）	児童・生徒の定期健康診断 （第1・13・14条）		定期健康診断 （第66条）		特定健康診査 （第18・20・21条）		後期高齢者健康診査 （第125条）	
		妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 （第13・44条）		標準的な特定健診・保健指導プログラム（第2章）			
5　対象者 健診内容		血糖	95mg/dl以上										空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上				
		HbA1c	6.5%以上										6.5%以上				
		50GCT	1時間値 140mg/dl以上														
		75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上										空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上				
		（診断） 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの														
		身長 体重 BMI 肥満度											25以上				
		尿糖	（+）以上										（+）以上				
		糖尿病家族歴															

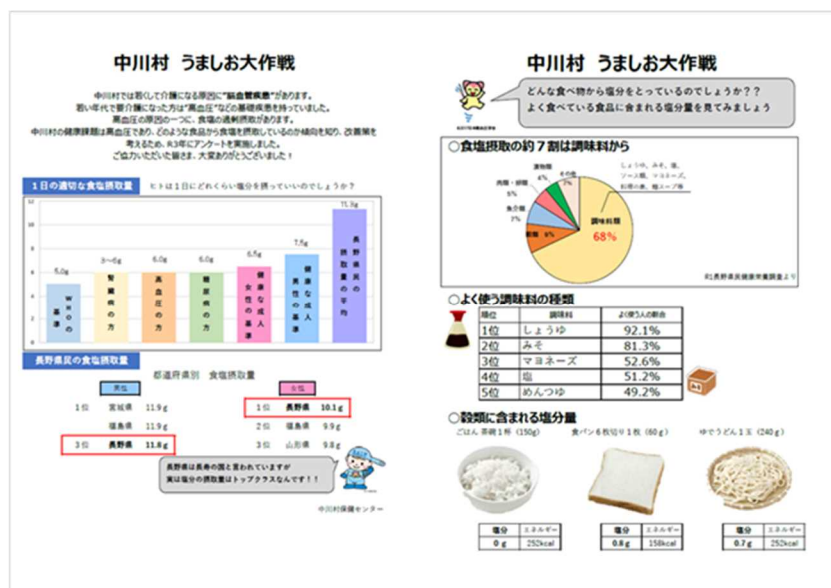
V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、生活習慣病の重症化によって医療費や介護費等の社会保障費が増大している実態や、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村民へ周知していきます。中川村の食の実態把握として行ったアンケート(塩分摂取状況調査)結果等についても周知し、予防に役立てます。(図表 79. 80)

図表 79 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 80 塩分摂取状況調査から見た中川村の実態と減塩食品



中川村 うましお大作戦

○よく食べる肉・魚介加工品

順位	肉・魚介加工品	占(喫食)の割合
1位	塩漬け魚	38.2%
2位	魚向き干し	32.6%
3位	ハム	30.8%
4位	ソーセージ	27.4%
5位	しらす干し	26.5%
6位	魚肉練り製品	24.9%

塩漬け 1箱 (100g) マジダ干し 1箱 (100g) ロースハム薄切り 1枚 (15g)

塩分 エネルギー 2.2g 159kcal	塩分 エネルギー 1.4g 143kcal	塩分 エネルギー 0.4g 29kcal

ワインナーソーセージ 1本 (25g) しらす干し 大に1杯半 (10g) 焼きちくわ 大1本 (100g)

塩分 エネルギー 0.5g 80kcal	塩分 エネルギー 0.4g 11kcal	塩分 エネルギー 2.1g 121kcal

中川村 うましお大作戦



どんな食べ物から塩分をとっているのでしょうか？
よく食べている食品に含まれる塩分量を見てみましょう

○よく食べる惣菜

順位	惣菜	占(喫食)の割合
1位	コロッケ	15.1%
2位	ポテトサラダ	8.8%
3位	巻き寿司	7.2%
4位	サラダ	7.0%
5位	鶏の唐揚げ	5.8%
6位	魚のフライ	3.4%

コロッケ 1個 (90g) ポテトサラダ 1パック (100g) 巻き寿司 1パック

塩分 エネルギー 1.0g 194kcal	塩分 エネルギー 0.9g 149kcal	塩分 エネルギー 2.9g 423kcal
塩分 エネルギー 1.9g 187kcal	塩分 エネルギー 1.5g 259kcal	塩分 エネルギー 0.8g 280kcal

中川村 うましお大作戦



○よく食べる漬け物の種類

順位	漬け物の種類	占(喫食)の割合
春	きゅうり漬	14.8%
2位	たくあん	8.1%
夏	きゅうり漬	64.9%
2位	なす漬	18.9%
秋	きゅうり漬	8.3%
2位	たくあん	7.2%
冬	野菜漬	31.0%
2位	たくあん	31.0%

塩分0.8g	塩分0.7g
塩分0.7g	塩分1.3g

中川村 うましお大作戦

様々な商品があります

市販の商品を使うとどのくらい減塩できるのか、見てみましょう

商品(商品名)	量	含まれる塩 (1本あたり)	減らせる塩 (しょうゆと比較して)
しょうゆ (しぼりたて生しょうゆ)	1本 (450ml)	72g	—
減塩しょうゆ (風味いっしょ減塩しょうゆ)		42g	30g
超減塩しょうゆ (超減塩しょうゆ)		24g	48g

商品(商品名)	量	含まれる塩 (300gあたり)	減らせる塩 (しおと比較して)
しお (瀬戸のはんじお)	1袋 (300g)	90g	—
減塩しお (やさしお)	1瓶 (100g)	46g	44g



中川村 うましお大作戦

様々な商品があります

市販の商品を使うとどのくらい減塩できるのか、見てみましょう

商品(商品名)	量	含まれる塩 (1本あたり)	減らせる塩 (めんつゆと比較して)
みそ (1年のはちま味噌)	1箱 (750g)	80g	—
減塩みそ (1年のはちま味噌)		63g	17g
みそ (だし入り味噌)	1箱 (750g)	90g	—
減塩みそ (だし入り味噌)		71g	19g
めんつゆ (めんつゆ)	1本 (500ml)	36g	—
減塩めんつゆ (お塩ひかえめんつゆ)		21g	15g

中川村 うましお大作戦

近隣の店舗ではこれらの減塩食品を取り扱っています。身近に手に入れることができます。

中川村近隣の主な減塩食品の取扱店舗

No.	企業名	品名・名称	取扱店舗一覧
1	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
2	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
3	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
4	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
5	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
6	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
7	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
8	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
9	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
10	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
11	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
12	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
13	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
14	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
15	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
16	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
17	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
18	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
19	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
20	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
21	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
22	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
23	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
24	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物
25	中川村産物	特選丸大豆漬	中川村産物

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるため、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導を担当する保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分について定期的に行います。

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた中川村の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

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・同規模平均と比べてみた中川村の位置

R04年度

項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口	4,651		727,328		2,008,244		123,214,261		KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			65歳以上(高齢化率)	1,677	36.1	301,058	41.4	646,942	32.2	35,335,805	28.7			
			75歳以上	903	19.4	—	—	352,073	17.5	18,248,742	14.8			
			65～74歳	774	16.6	—	—	294,869	14.7	17,087,063	13.9			
			40～64歳	1,454	31.3	—	—	669,192	33.3	41,545,893	33.7			
		39歳以下	1,520	32.7	—	—	692,110	34.5	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業	22.3		22.3		9.3		4.0		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			第2次産業	32.5		20.6		29.2		25.0				
			第3次産業	45.2		57.2		61.6		71.0				
	③	平均寿命	男性	81.8		80.5		81.8		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握		
女性			88.0		87.0		87.7		87.0					
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	83.3		79.3		81.1		80.1		KDB NO.1 地域全体像の把握			
		女性	88.1		84.2		85.2		84.4					
2	①	死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	男性	89.7		101.6		90.5		100		KDB NO.1 地域全体像の把握	
				女性	86.7		99.9		93.8		100			
			死因	がん	11	32.4	3,423	47.4	6,380	47.9	378,272	50.6		
				心臓病	10	29.4	2,064	28.6	3,679	27.6	205,485	27.5		
				脳疾患	8	23.5	1,188	16.4	2,307	17.3	102,900	13.8		
				糖尿病	1	2.9	138	1.9	238	1.8	13,896	1.9		
				腎不全	3	8.8	267	3.7	375	2.8	26,946	3.6		
				自殺	1	2.9	146	2.0	352	2.6	20,171	2.7		
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査		
			男性											
			女性											
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	264	16.1	59,331	19.9	113,468	17.7	6,724,030	19.4	KDB NO.1 地域全体像の把握		
			新規認定者	3	0.1	933	0.3	1,716	0.2	110,289	0.3			
				介護度別総件数	要支援1.2	797	9.9	162,745	13.5	412,294	13.8		21,785,044	12.9
					要介護1.2	4,054	50.5	568,999	47.1	1,367,247	45.8		78,107,378	46.3
					要介護3以上	3,172	39.5	476,421	39.4	1,208,489	40.4		68,963,503	40.8
			2号認定者	5	0.34	856	0.38	1,856	0.28	156,107	0.38			
	②	有病状況	糖尿病	44	16.3	13,461	21.6	26,401	22.3	1,712,613	24.3	KDB NO.1 地域全体像の把握		
			高血圧症	153	55.5	33,454	54.3	65,433	55.6	3,744,672	53.3			
			脂質異常症	65	25.2	18,421	29.6	36,610	30.6	2,308,216	32.6			
			心臓病	181	67.0	37,325	60.8	74,350	63.3	4,224,628	60.3			
			脳疾患	64	23.9	13,424	22.1	29,320	25.4	1,568,292	22.6			
			がん	21	8.6	6,308	10.3	14,272	11.9	837,410	11.8			
			筋・骨格	162	62.9	33,542	54.6	65,213	55.5	3,748,372	53.4			
			精神	112	40.1	22,904	37.4	44,457	37.9	2,569,149	36.8			
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	319,241	535,367,712	323,222	97,308,660,154	288,366	186,555,887,417	290,668	100,742,274,226,888			
			1件当たり給付費(全体)	66,729		80,543		62,434		59,662				
			居宅サービス	49,313		42,864		40,752		41,272				
	④	医療費等	施設サービス	278,754		288,059		287,007		296,364				
			要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	8,358	9,108	8,534	8,610						
				認定なし	3,671	4,544	3,975	4,020						
4	①	国保の状況	被保険者数	1,035		195,140		443,378		27,488,882		KDB NO.1 地域全体像の把握		
			65～74歳	533	51.5			200,162	45.1	11,129,271	40.5			
			40～64歳	297	28.7			142,060	32.0	9,088,015	33.1			
			39歳以下	205	19.8			101,156	22.8	7,271,596	26.5			
	②	医療の概況 (人口千対)	加入率	22.3		27.1		22.1		22.3		KDB NO.5 被保険者の状況		
			病院数	0	0.0	54	0.3	126	0.3	8,237	0.3			
			診療所数	2	1.9	703	3.6	1,564	3.5	102,599	3.7			
			病床数	0	0.0	4,267	21.9	23,133	52.2	1,507,471	54.8			
			医師数	3	2.9	641	3.3	5,217	11.8	339,611	12.4			
			外来患者数	702.3		653.6		691.5		687.8				
			入院患者数	15.7		22.9		17.6		17.7				
			③	医療費の状況	一人当たり医療費	315,645	県内61位 同規模213位	367,527		339,076			339,680	
	受診率	717.912				676.49		709.111		705.439				
	外来費用の割合	58.0				55.1		61.1		60.4				
	入院件数の割合	97.8				96.6		97.5		97.5				
	入院費用の割合	42.0				44.9		38.9		39.6				
	入院件数の割合	2.2				3.4		2.5		2.5				
	1件あたり在院日数	14.7日				16.2日		15.6日		15.7日				

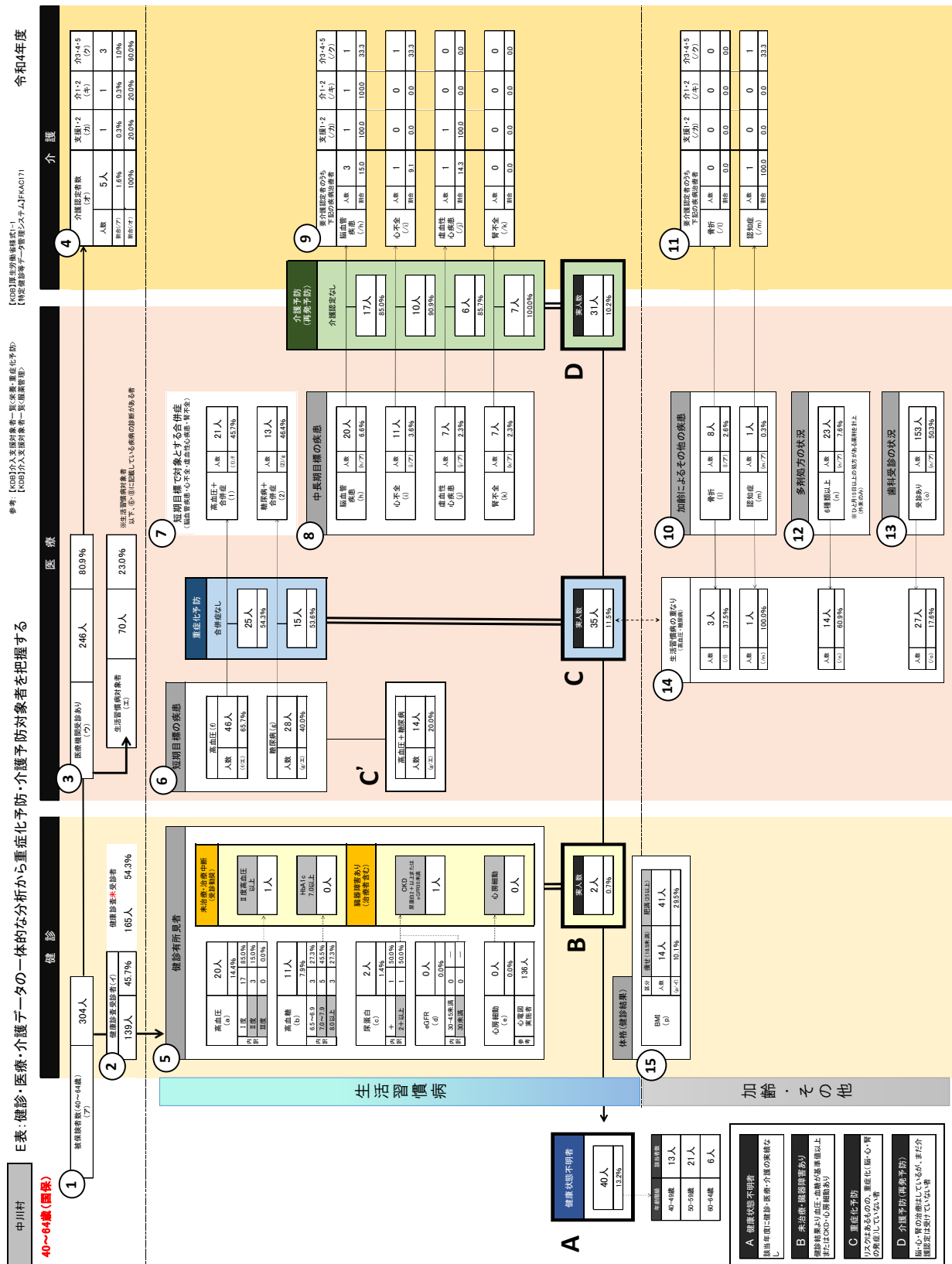
様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた中川村の位置

R04年度

項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	34,907,390	20.5	32.8		30.8		32.2	KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健 康課題		
			慢性腎不全(透析あり)	10,619,620	6.2	6.1		8.1		8.2			
			糖尿病	19,040,190	11.2	11.2		10.7		10.4			
			高血圧症	15,669,510	9.2	6.5		6.1		5.9			
			脂質異常症	7,199,440	4.2	3.4		4.0		4.1			
			脳梗塞・脳出血	8,285,240	4.8	4.0		4.0		3.9			
			狭心症・心筋梗塞	5,442,750	3.2	2.8		2.3		2.8			
			精神	25,219,840	14.8	14.6		15.8		14.7			
	筋・骨格	43,141,080	25.3	17.4		17.2		16.7					
	⑤	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症	31	0.0	363	0.2	296	0.2	256	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)
				糖尿病	1,087	0.8	1,389	0.8	1,102	0.8	1,144	0.9	
				脂質異常症	—	—	76	0.0	72	0.1	53	0.0	
				脳梗塞・脳出血	7,518	5.7	6,827	4.1	6,367	4.8	5,993	4.5	
				虚血性心疾患	1,945	1.5	4,500	2.7	3,421	2.6	3,942	2.9	
腎不全		1,076	0.8	4,305	2.6	3,574	2.7	4,051	3.0				
医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合		外来	高血圧症	15,109	8.3	12,436	6.1	10,819	5.2	10,143	4.9		
			糖尿病	17,310	9.5	21,206	10.5	18,772	9.1	17,720	8.6		
			脂質異常症	6,956	3.8	6,646	3.3	7,200	3.5	7,092	3.5		
			脳梗塞・脳出血	487	0.3	934	0.5	847	0.4	825	0.4		
	虚血性心疾患		3,378	1.8	1,857	0.9	1,629	0.8	1,722	0.8			
腎不全	13,039	7.1	14,043	6.9	16,616	8.0	15,781	7.7					
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	5,260		2,915		2,630		2,031	KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健 康課題		
		健診未受診者	8,411		13,340		12,517		13,295				
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	15,286		8,820		7,685		6,142			
		健診未受診者	24,443		40,357		36,574		40,210				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	240	55.3	37,878	58.3	78,052	54.3	3,897,959	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握		
		医療機関受診率	200	46.1	33,799	52.1	70,243	48.9	3,558,319	52.0			
		医療機関非受診率	40	9.2	4,079	6.3	7,809	5.4	339,640	5.0			
5	①	特定健診の 状況 県内市町村数 79市町村 同規模 市区町村数 274市町村	健診受診者	434		64,929		143,721		6,841,520	KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健 康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握		
	受診率		57.3	県内23位 同規模68位	47.0		46.2	全国5位	37.3				
	特定保健指導終了者(実施率)		0	0.0	1,988	24.5	3,421	22.0	128,960	15.9			
	非肥満高血糖		21	4.8	6,217	9.6	12,663	8.8	618,057	9.0			
	メタボ		該当者	66	15.2	14,431	22.2	27,070	18.8	1,388,590		20.3	
			男性	47	22.3	10,130	32.4	19,322	29.0	970,094		32.0	
			女性	19	8.5	4,301	12.8	7,748	10.0	418,496		11.0	
			予備群	60	13.8	8,051	12.4	15,233	10.6	768,935		11.2	
	メタボ該当・ 予備群 レベル		男性	45	21.3	5,729	18.3	11,144	16.7	542,453		17.9	
			女性	15	6.7	2,322	6.9	4,089	5.3	226,482		5.9	
			腹囲	総数	149	34.3	24,855	38.3	47,260	32.9		2,391,618	35.0
				男性	109	51.7	17,477	55.9	34,067	51.2		1,674,817	55.3
	女性		40	17.9	7,378	21.9	13,193	17.1	716,801	18.8			
	BMI		総数	16	3.7	3,876	6.0	6,479	4.5	321,466		4.7	
			男性	4	1.9	730	2.3	1,139	1.7	51,547		1.7	
	女性		12	5.4	3,146	9.3	5,340	6.9	269,919	7.1			
	血糖のみ		1	0.2	439	0.7	872	0.6	43,725	0.6			
	血圧のみ		48	11.1	5,889	9.1	10,095	7.0	541,974	7.9			
	脂質のみ		11	2.5	1,723	2.7	4,266	3.0	183,236	2.7			
	血糖・血圧	8	1.8	2,388	3.7	3,693	2.6	204,070	3.0				
血糖・脂質	4	0.9	719	1.1	1,481	1.0	70,564	1.0					
血圧・脂質	32	7.4	6,468	10.0	13,312	9.3	662,217	9.7					
血糖・血圧・脂質	22	5.1	4,856	7.5	8,584	6.0	451,739	6.6					
6	①	服薬	高血圧	137	31.6	25,511	39.3	50,072	34.8	2,437,293	35.6	KDB NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病	32	7.4	7,005	10.8	12,463	8.7	591,972	8.7		
			脂質異常症	93	21.4	17,878	27.6	40,376	28.1	1,907,025	27.9		
	②	問診の状況	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	13	3.0	2,113	3.3	4,282	3.1	208,100	3.1		
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	19	4.4	3,775	5.9	7,429	5.5	366,617	5.5		
			腎不全	3	0.7	599	0.9	997	0.7	54,096	0.8		
貧血	41	9.5	5,588	8.8	12,642	9.3	704,463	10.7					
6	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬	生活習慣の 状況	喫煙	45	10.4	10,644	16.4	18,762	13.1	944,145	13.8	KDB NO.1 地域全体像の把握	
			週3回以上朝食を抜く	27	6.3	5,736	9.4	10,426	8.1	646,557	10.4		
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	68	15.7	10,449	17.1	19,593	15.3	981,532	15.7		
			週3回以上就寝前夕食	68	15.7	10,449	17.1	19,593	15.3	981,532	15.7		
			食べる速度が速い	91	21.1	17,058	27.9	31,812	24.8	1,666,344	26.8		
			20歳時体重から10kg以上増加	80	18.6	22,490	36.7	41,073	32.0	2,184,280	35.0		
			1回30分以上運動習慣なし	291	67.4	41,690	67.6	83,195	64.9	3,763,456	60.4		
			1日1時間以上運動なし	200	46.4	29,395	47.8	57,890	45.1	2,993,291	48.0		
			睡眠不足	108	25.1	14,925	24.5	31,700	24.8	1,593,714	25.6		
			毎日飲酒	115	26.6	16,480	26.5	34,427	25.4	1,666,174	25.5		
			時々飲酒	73	16.9	14,309	23.0	32,342	23.8	1,469,490	22.5		
			⑭	日 飲 酒 量	1合未満	74	38.9	22,198	54.8	40,758	54.5		2,987,540
	1～2合	56			29.5	11,408	28.2	23,169	31.0	1,106,496	23.7		
2～3合	28	14.7			5,127	12.7	8,482	11.3	436,918	9.4			
3合以上	32	16.8			1,748	4.3	2,376	3.2	129,644	2.8			

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

①40～64 歳(国保)



65~74歳(国保)

1 被保険者数(65~74歳) 545人

2 健診受診者数(7) 291人 53.4% 健診受診未受診者 254人 46.6%

3 高血圧・脂質異常者 507人 93.0% 生活習慣病対象者 342人 62.9%

4 介護認定者数(7) 12人 2.2% 介護い+2(7) 6人 1.1% 介護い+5(7) 3人 0.6%

5 健診所別受診者数

6 短期目標の疾患

7 短期目標で対象とする合併症

8 中長期目標の疾患

9 介護予防(療育予防)

10 加齢によるその他の疾患

11 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

12 多病併発の状況

13 歯科受診の状況

14 生活習慣病の重なり

15 体格(健診結果)

16 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

17 介護い+2(7) 2人 0.4% 介護い+5(7) 1人 0.2%

18 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

19 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

20 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

21 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

22 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

23 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

24 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

25 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

26 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

27 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

28 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

29 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

30 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

31 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

32 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

33 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

34 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

35 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

36 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

37 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

38 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

39 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

40 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

41 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

42 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

43 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

44 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

45 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

46 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

47 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

48 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

49 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

50 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

51 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

52 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

53 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

54 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

55 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

56 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

57 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

58 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

59 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

60 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

61 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

62 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

63 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

64 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

65 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

66 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

67 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

68 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

69 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

70 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

71 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

72 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

73 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

74 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

75 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

76 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

77 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

78 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

79 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

80 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

81 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

82 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

83 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

84 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

85 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

86 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

87 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

88 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

89 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

90 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

91 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

92 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

93 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

94 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

95 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

96 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

97 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

98 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

99 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

100 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

101 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

102 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

103 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

104 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

105 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

106 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

107 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

108 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

109 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

110 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

111 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

112 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護い+5(7) 0人 0.0%

113 介護い+2(7) 0人 0.0% 介護

令和4年度



④75 歳以上(後期)

令和4年度

【OD】厚生労働省様式「1」
【特定高齢者データベース管理システム】PRAC171

参考: 【OD】介護予防・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
【OD】介護予防・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
【OD】介護予防・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

介護

医療

健康

中川村
75歳以上(後期)

E表: 健康・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

75歳以上(後期)

令和4年度

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

健康

介護

医療

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

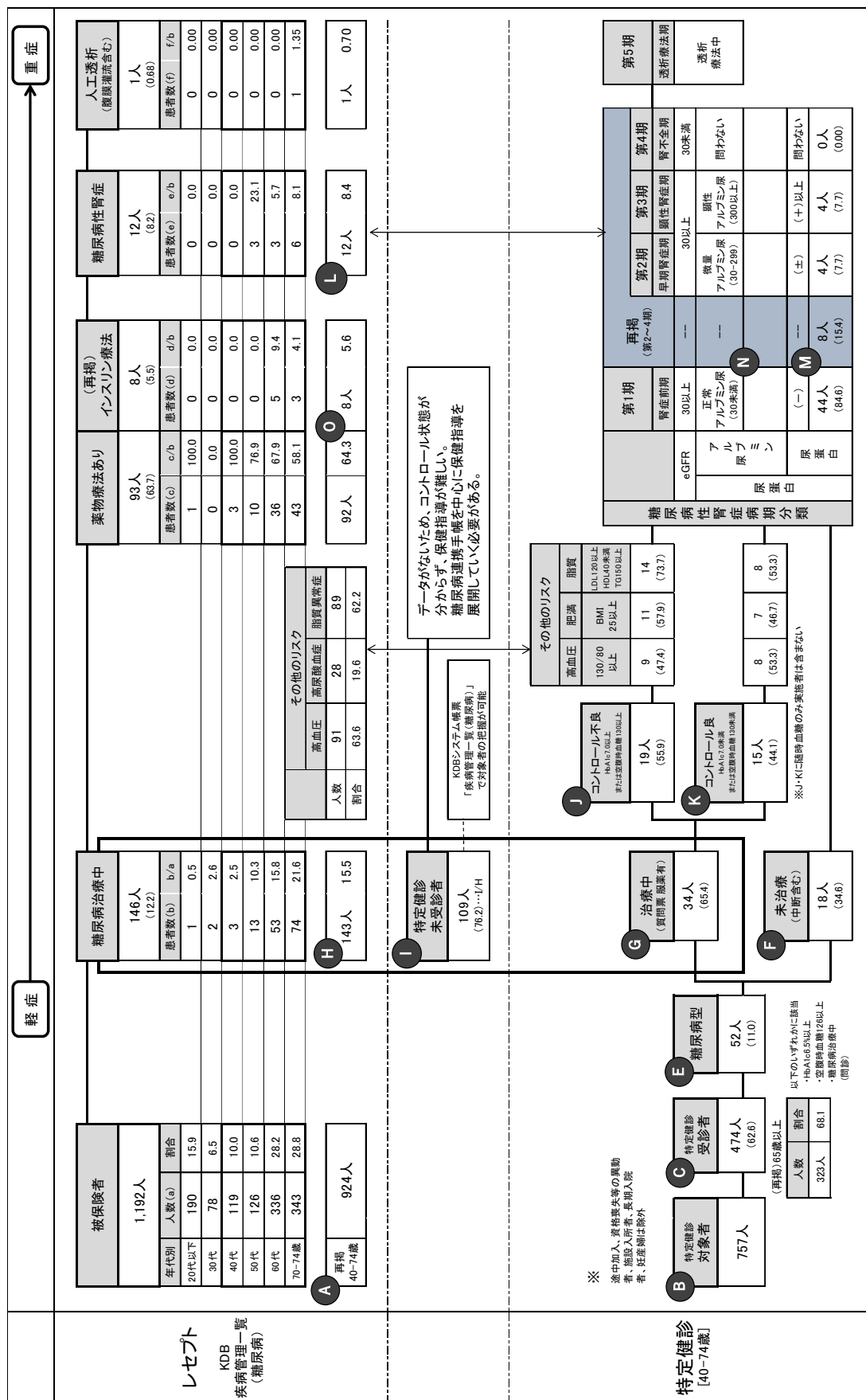
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			突 合 表	中川村										同規模保険者（平均）	
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	①	被保険者数	A	1,162人		1,147人		1,132人		1,130人		1,070人			
	②	(再掲)40～74歳		934人		904人		894人		900人		858人			
2	①	対象者数	B	839人		814人		826人		798人		757人			
	②	特定健診 受診者数	C	550人		538人		548人		486人		474人			
	③	受診率		65.6%		66.1%		66.3%		60.9%		62.6%			
3	①	特定 保健指導 対象者数		40人		47人		58人		35人		47人			
	②	実施率		87.5%		89.4%		63.8%		91.4%		86.4%			
4	①	糖尿病型	E	60人	10.9%	68人	12.6%	66人	12.0%	54人	11.1%	52人	11.0%		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	10人	16.7%	20人	29.4%	22人	33.3%	14人	25.9%	18人	34.6%		
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	50人	83.3%	48人	70.6%	44人	66.7%	40人	74.1%	34人	65.4%		
	④	コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130以上	J	20人	40.0%	14人	29.2%	19人	43.2%	25人	62.5%	19人	55.9%		
	⑤	血圧 130/80以上		6人	30.0%	6人	42.9%	10人	52.6%	10人	40.0%	9人	47.4%		
	⑥	肥満 BMI25以上		7人	35.0%	6人	42.9%	7人	36.8%	11人	44.0%	11人	57.9%		
	⑦	コントロール良好 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	30人	60.0%	34人	70.8%	25人	56.8%	15人	37.5%	15人	44.1%		
	⑧	第1期 尿蛋白(－)	M	48人	80.0%	52人	76.5%	47人	71.2%	45人	83.3%	44人	84.6%		
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		7人	11.7%	9人	13.2%	9人	13.6%	6人	11.1%	4人	7.7%		
	⑩	第3期 尿蛋白(＋)以上		3人	5.0%	5人	7.4%	9人	13.6%	1人	1.9%	4人	7.7%		
	⑪	第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	1人	1.5%	1人	1.5%	0人	0.0%	0人	0.0%		
5	①	糖尿病受診率(被保険者千対)		93.8人		89.8人		83.0人		92.0人		85.0人			
	②	(再掲)40～74歳(被保険者千対)		114.6人		111.7人		104.0人		115.6人		104.9人			
	③	レセプト件数 (40～74歳) ()内は被保険者千対		638件	(708.9)	633件	(718.5)	684件	(756.6)	699件	(811.8)	680件	(819.3)	136,930件	(893.2)
	④	入院外(件数) 入院(件数)				3件	(3.4)	4件	(4.4)			3件	(3.6)	658件	(4.3)
	⑤	糖尿病治療中	H	109人	9.4%	103人	9.0%	94人	8.3%	104人	9.2%	91人	8.5%		
	⑥	(再掲)40～74歳		107人	11.5%	101人	11.2%	93人	10.4%	104人	11.6%	90人	10.5%		
	⑦	健診未受診者	I	57人	53.3%	51人	50.5%	49人	52.7%	64人	61.5%	56人	62.2%		
	⑧	インスリン治療	O	3人	2.8%	5人	4.9%	5人	5.3%	5人	4.8%	4人	4.4%		
	⑨	(再掲)40～74歳		3人	2.8%	5人	5.0%	5人	5.4%	5人	4.8%	4人	4.4%		
	⑩	糖尿病性腎症	L	8人	7.3%	8人	7.8%	2人	2.1%	4人	3.8%	6人	6.6%		
	⑪	(再掲)40～74歳		8人	7.5%	8人	7.9%	2人	2.2%	4人	3.8%	6人	6.7%		
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人	0.9%	1人	1.0%	1人	1.1%	1人	1.0%	1人	1.1%		
	⑬	(再掲)40～74歳		1人	0.9%	1人	1.0%	1人	1.1%	1人	1.0%	1人	1.1%		
	⑭	新規透析患者数		0	0.0%	0	0.0%	2	2.1%	1	1.0%	0	0.0%		
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		0	0.0%	0	0.0%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%		
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人	0.8%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
6	①	総医療費		3億2402万円		3億2141万円		2億9733万円		3億1252万円		3億2669万円		2億6175万円	
	②	生活習慣病総医療費		1億7843万円		1億7288万円		1億6987万円		1億6111万円		1億7042万円		1億4021万円	
	③	(総医療費に占める割合)		55.1%		53.8%		57.1%		51.5%		52.2%		53.6%	
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり		13,199円		13,406円		13,663円		9,937円		15,286円		8,820円	
	⑤	健診受診者 健診未受診者		25,710円		21,985円		22,385円		26,128円		24,443円		40,357円	
	⑥	糖尿病医療費		1568万円		1697万円		1821万円		1682万円		1904万円		1572万円	
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		8.8%		9.8%		10.7%		10.4%		11.2%		11.2%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費		4636万円		4285万円		4168万円		4166万円		3867万円			
	⑨	1件あたり		33,045円		29,510円		28,546円		28,633円		29,476円			
	⑩	糖尿病入院総医療費		2299万円		2923万円		2901万円		3286万円		2335万円			
	⑪	1件あたり		718,580円		649,607円		644,608円		864,642円		729,721円			
	⑫	在院日数		10日		14日		14日		19日		13日			
	⑬	慢性腎不全医療費		494万円		884万円		1340万円		1052万円		1068万円		957万円	
	⑭	透析有り		179万円		884万円		1296万円		1052万円		1062万円		862万円	
	⑮	透析なし		316万円				44万円				6万円		96万円	
7	①	介護給付費		5億7504万円		6億0217万円		5億7761万円		5億8459万円		5億3537万円		3億5514万円	
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%			
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%	1人	1.9%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	1.7%	267人	1.0%

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのセプトと健診データの実合

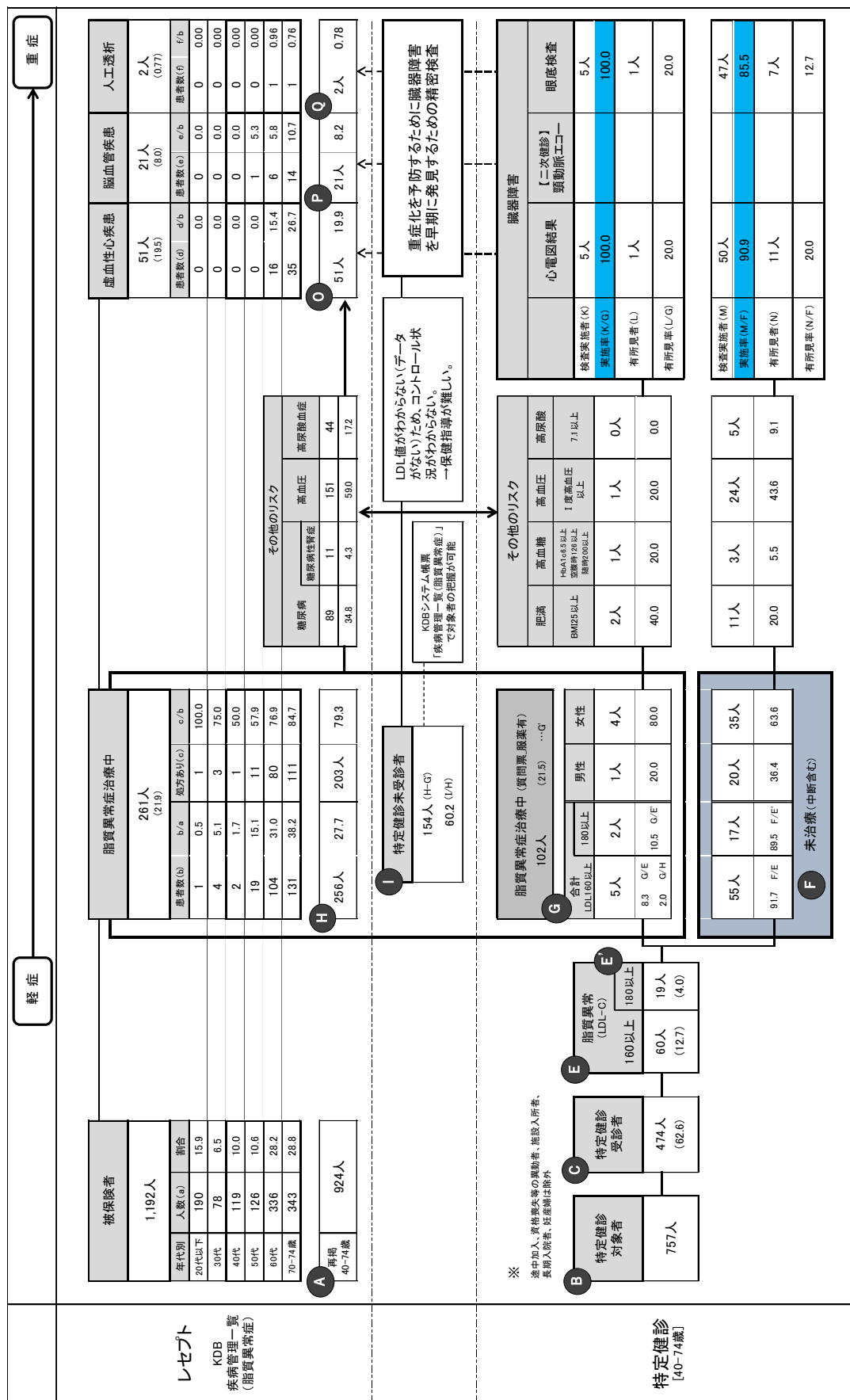
令和04年度



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

脂質異常症重症化予防のためのセプトと健診データの実合

令和04年度



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

参考資料7 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正 常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病									
								合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H29	566	248	43.8%	201	35.5%	79	14.0%	19	3.4%	10	1.8%	9	1.6%	12	2.1%	7	1.2%
H30	543	180	33.1%	221	40.7%	98	18.0%	29	5.3%	8	1.5%	7	1.3%	12	2.2%	5	0.9%
R01	536	196	36.6%	225	42.0%	73	13.6%	26	4.9%	9	1.7%	7	1.3%	12	2.2%	5	0.9%
R02	536	183	34.1%	221	41.2%	85	15.9%	23	4.3%	19	3.5%	5	0.9%	14	2.6%	4	0.7%
R03	482	203	42.1%	179	37.1%	61	12.7%	16	3.3%	14	2.9%	9	1.9%	12	2.5%	6	1.2%
R04	472	179	37.9%	187	39.6%	63	13.3%	20	4.2%	16	3.4%	7	1.5%	12	2.5%	7	1.5%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上												
					再)7.0以上	再掲											
						未治療	治療										
H29	566	248 43.8%	201 35.5%	79 14.0%	38	12	26										
					6.7%	31.6%	68.4%										
					19 3.4%	3	16	3.4%									
H30	543	180 33.1%	221 40.7%	98 18.0%	44	10	34										
					8.1%	22.7%	77.3%										
					15 2.8%	1	14	2.8%									
R01	536	196 36.6%	225 42.0%	73 13.6%	42	14	28										
					7.8%	33.3%	66.7%										
					16 3.0%	4	12	3.0%									
R02	536	183 34.1%	221 41.2%	85 15.9%	47	18	29										
					8.8%	38.3%	61.7%										
					24 4.5%	8	16	4.5%									
R03	482	203 42.1%	179 37.1%	61 12.7%	39	12	27										
					8.1%	30.8%	69.2%										
					23 4.8%	5	18	4.8%									
R04	472	179 37.9%	187 39.6%	63 13.3%	43	13	30										
					9.1%	30.2%	69.8%										
					23 4.9%	6	17	4.9%									

治療と未治療の状況

		HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病									
										合併症予防の ための目標		最低限達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる					
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A		
治療中	H29	41	7.2%	2	4.9%	1	2.4%	12	29.3%	10	24.4%	8	19.5%	8	19.5%	11	26.8%	6	14.6%
	H30	48	8.8%	0	0.0%	4	8.3%	10	20.8%	20	41.7%	8	16.7%	6	12.5%	11	22.9%	4	8.3%
	R01	48	9.0%	2	4.2%	4	8.3%	14	29.2%	16	33.3%	7	14.6%	5	10.4%	9	18.8%	3	6.3%
	R02	44	8.2%	0	0.0%	4	9.1%	11	25.0%	13	29.5%	13	29.5%	3	6.8%	8	18.2%	2	4.5%
	R03	40	8.3%	1	2.5%	2	5.0%	10	25.0%	9	22.5%	10	25.0%	8	20.0%	11	27.5%	5	12.5%
	R04	34	7.2%	0	0.0%	0	0.0%	4	11.8%	13	38.2%	11	32.4%	6	17.6%	10	29.4%	6	17.6%
治療なし	H29	525	92.8%	246	46.9%	200	38.1%	67	12.8%	9	1.7%	2	0.4%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%
	H30	495	91.2%	180	36.4%	217	43.8%	88	17.8%	9	1.8%	0	0.0%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%
	R01	488	91.0%	194	39.8%	221	45.3%	59	12.1%	10	2.0%	2	0.4%	2	0.4%	3	0.6%	2	0.4%
	R02	492	91.8%	183	37.2%	217	44.1%	74	15.0%	10	2.0%	6	1.2%	2	0.4%	6	1.2%	2	0.4%
	R03	442	91.7%	202	45.7%	177	40.0%	51	11.5%	7	1.6%	4	0.9%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%
	R04	438	92.8%	179	40.9%	187	42.7%	59	13.5%	7	1.6%	5	1.1%	1	0.2%	2	0.5%	1	0.2%

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	574	216	37.6%	101	17.6%	147	25.6%	95	16.6%	11	1.9%	4	0.7%
H30	549	230	41.9%	90	16.4%	148	27.0%	68	12.4%	12	2.2%	1	0.2%
R01	538	199	37.0%	105	19.5%	142	26.4%	71	13.2%	16	3.0%	5	0.9%
R02	548	198	36.1%	95	17.3%	159	29.0%	73	13.3%	18	3.3%	5	0.9%
R03	486	177	36.4%	93	19.1%	120	24.7%	80	16.5%	16	3.3%	0	0.0%
R04	474	145	30.6%	101	21.3%	124	26.2%	84	17.7%	17	3.6%	3	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Ⅲ度高血圧	再掲							
						未治療	治療						
H29	574	317 55.2%	147 25.6%	95 16.6%	15 2.6%	8 53.3%	7 46.7%						
					4 0.7%	1 25.0%	3 75.0%	0.7%					
H30	549	320 58.3%	148 27.0%	68 12.4%	13 2.4%	9 69.2%	4 30.8%						
					1 0.2%	1 100.0%	0 0.0%	0.2%					
R01	538	304 56.5%	142 26.4%	71 13.2%	21 3.9%	10 47.6%	11 52.4%						
					5 0.9%	1 20.0%	4 80.0%	0.9%					
R02	548	293 53.5%	159 29.0%	73 13.3%	23 4.2%	13 56.5%	10 43.5%						
					5 0.9%	4 80.0%	1 20.0%	0.9%					
R03	486	270 55.6%	120 24.7%	80 16.5%	16 3.3%	8 50.0%	8 50.0%						
					0 0.0%	0 #DIV/0!	0 #DIV/0!	0.0%					
R04	474	246 51.9%	124 26.2%	84 17.7%	20 4.2%	14 70.0%	6 30.0%						
					3 0.6%	3 100.0%	0 0.0%	0.6%					

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	197	34.3%	42	21.3%	41	20.8%	65	33.0%	42	21.3%	4	1.5%
	H30	182	33.2%	47	25.8%	33	18.1%	61	33.5%	37	20.3%	4	2.2%
	R01	188	34.9%	43	22.9%	36	19.1%	54	28.7%	44	23.4%	7	3.7%
	R02	185	33.8%	39	21.1%	35	18.9%	67	36.2%	34	18.4%	9	4.9%
	R03	159	32.7%	37	23.3%	28	17.6%	46	28.9%	40	25.2%	8	5.0%
	R04	149	31.4%	20	13.4%	34	22.8%	53	35.6%	36	24.2%	6	4.0%
治療なし	H29	377	65.7%	174	46.2%	60	15.9%	82	21.8%	53	14.1%	7	1.9%
	H30	367	66.8%	183	49.9%	57	15.5%	87	23.7%	31	8.4%	8	2.2%
	R01	350	65.1%	156	44.6%	69	19.7%	88	25.1%	27	7.7%	9	2.6%
	R02	363	66.2%	159	43.8%	60	16.5%	92	25.3%	39	10.7%	9	2.5%
	R03	327	67.3%	140	42.8%	65	19.9%	74	22.6%	40	12.2%	8	2.4%
	R04	325	68.6%	125	38.5%	67	20.6%	71	21.8%	48	14.8%	11	3.4%

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	573	272	47.5%	151	26.4%	98	17.1%	37	6.5%	15	2.6%
	H30	548	250	45.6%	147	26.8%	82	15.0%	48	8.8%	21	3.8%
	R01	538	241	44.8%	146	27.1%	96	17.8%	33	6.1%	22	4.1%
	R02	548	235	42.9%	148	27.0%	101	18.4%	35	6.4%	29	5.3%
	R03	485	249	51.3%	134	27.6%	62	12.8%	31	6.4%	9	1.9%
	R04	474	198	41.8%	123	25.9%	93	19.6%	41	8.6%	19	4.0%
男 性	H29	267	139	52.1%	67	25.1%	38	14.2%	17	6.4%	6	2.2%
	H30	259	131	50.6%	71	27.4%	33	12.7%	17	6.6%	7	2.7%
	R01	257	129	50.2%	72	28.0%	38	14.8%	10	3.9%	8	3.1%
	R02	255	127	49.8%	64	25.1%	44	17.3%	10	3.9%	10	3.9%
	R03	234	129	55.1%	56	23.9%	28	12.0%	15	6.4%	6	2.6%
	R04	229	102	44.5%	60	26.2%	46	20.1%	12	5.2%	9	3.9%
女 性	H29	306	133	43.5%	84	27.5%	60	19.6%	20	6.5%	9	2.9%
	H30	289	119	41.2%	76	26.3%	49	17.0%	31	10.7%	14	4.8%
	R01	281	112	39.9%	74	26.3%	58	20.6%	23	8.2%	14	5.0%
	R02	293	108	36.9%	84	28.7%	57	19.5%	25	8.5%	19	6.5%
	R03	251	120	47.8%	78	31.1%	34	13.5%	16	6.4%	3	1.2%
	R04	245	96	39.2%	63	25.7%	47	19.2%	29	11.8%	10	4.1%

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)180以上	再掲													
						未治療	治療												
H29	573 47.5%	272 47.5%	151 26.4%	98 17.1%	52 9.1%	45 86.5%	7 13.5%												
					15 2.6%	14 93.3%	1 6.7%	2.6%											
					9.1%														
H30	548 45.6%	250 45.6%	147 26.8%	82 15.0%	69 12.6%	58 84.1%	11 15.9%												
					21 3.8%	18 85.7%	3 14.3%	3.8%											
					12.6%														
R01	538 44.8%	241 44.8%	146 27.1%	96 17.8%	55 10.2%	48 87.3%	7 12.7%												
					22 4.1%	22 100.0%	0 0.0%	4.1%											
					10.2%														
R02	548 42.9%	235 42.9%	148 27.0%	101 18.4%	64 11.7%	57 89.1%	7 10.9%												
					29 5.3%	26 89.7%	3 10.3%	5.3%											
					11.7%														
R03	485 51.3%	249 51.3%	134 27.6%	62 12.8%	40 8.2%	38 95.0%	2 5.0%												
					9 1.9%	8 88.9%	1 11.1%	1.9%											
					8.2%														
R04	474 41.8%	198 41.8%	123 25.9%	93 19.6%	60 12.7%	55 91.7%	5 8.3%												
					19 4.0%	17 89.5%	2 10.5%	4.0%											
					12.7%														

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	115	20.1%	67	58.3%	31	27.0%	10	8.7%	6	5.2%	1	0.9%
	H30	112	20.4%	63	56.3%	27	24.1%	11	9.8%	8	7.1%	3	2.7%
	R01	115	21.4%	68	59.1%	27	23.5%	13	11.3%	7	6.1%	0	0.0%
	R02	110	20.1%	66	60.0%	25	22.7%	12	10.9%	4	3.6%	3	2.7%
	R03	108	22.3%	75	69.4%	28	25.9%	3	2.8%	1	0.9%	1	0.9%
	R04	102	21.5%	58	56.9%	23	22.5%	16	15.7%	3	2.9%	2	2.0%
治療なし	H29	458	79.9%	205	44.8%	120	26.2%	88	19.2%	31	6.8%	14	3.1%
	H30	436	79.6%	187	42.9%	120	27.5%	71	16.3%	40	9.2%	18	4.1%
	R01	423	78.6%	173	40.9%	119	28.1%	83	19.6%	26	6.1%	22	5.2%
	R02	438	79.9%	169	38.6%	123	28.1%	89	20.3%	31	7.1%	26	5.9%
	R03	377	77.7%	174	46.2%	106	28.1%	59	15.6%	30	8.0%	8	2.1%
	R04	372	78.5%	140	37.6%	100	26.9%	77	20.7%	38	10.2%	17	4.6%