

石井町国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

第 4 期特定健康診査等実施計画
令和 6 年度～令和 11 年度

石井町国民健康保険

保健事業実施計画（データヘルス計画）目次

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 1

1. 背景・目的	1
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	2
3. 計画期間	8
4. 関係者が果たすべき役割と連携	8
1) 市町村国保の役割	8
2) 関係機関との連携	10
3) 被保険者の役割	10
5. 保険者努力支援制度	11

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 12

1. 保険者の特性	12
2. 第 2 期計画にかかる評価及び考察	14
1) 第 2 期データヘルス計画の評価	14
(1) 中長期的な疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析）の達成状況	14
(2) 短期的な目標疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の達成状況	18
2) 主な個別事業の評価と課題	22
(1) 重症化予防の取り組み	22
(2) ポピュレーションアプローチ	24
(3) 第 2 期計画目標の達成状況一覧	25
3) 第 2 期データヘルス計画にかかる考察	26
3. 第 3 期における健康課題（生活習慣病）の明確化	27
1) 基本的な考え方	27
2) 健康課題の明確	27
(1) 医療費分析	29
(2) 健診・医療・介護の一体的分析	30
(3) 健康課題の明確化(図表 3 2～4 2)	32
(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け	33
3) 目標の設定	34
(1) 成果目標	34
(2) 管理目標の設定	35

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) 36

1. 第四期特定健康診査等実施計画について	36
2. 目標値の設定	36
3. 対象者の見込み	36
4. 特定健診の実施	36
5. 特定保健指導の実施	39
(1) 健診から保健指導実施の流れ	40
(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法	41
(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	42
6. 個人情報の保護	42
7. 結果の報告	42
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	42

第4章 課題解決に向けた個別保健事業 43

I. 保健事業の方向性	43
II. 重症化予防の取り組み	43
1. 糖尿病性腎症重症化予防	45
2. 心原性脳梗塞及び虚血性心疾患重症化予防	54
3. 脳血管疾患重症化予防	61
4. その他生活習慣病重症化予防	66
III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	70
IV. 発症予防	72
V. ポピュレーションアプローチ	73

第5章 計画の評価・見直し 74

1. 評価の時期	74
2. 評価方法・体制	74

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い 75

1. 計画の公表・周知	75
2. 個人情報の取扱い	75

参考資料 1	様式 5 - 1 国・県・同規模と比べてみた石井町の位置……………	77
参考資料 2	健診・医療・介護の一体的な分析……………	79
参考資料 3	糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価……………	83
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……………	84
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……………	85
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……………	86
参考資料 7	Hb A 1 c の年次比較……………	87
参考資料 8	血圧の年次比較……………	88
参考資料 9	L D L - C の年次比較……………	89

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業実施計画(以下「データヘルス計画」という。)とは、「被保険者の健康の保持増進」が最終的な目的であり、その実効性を高めるうえでは、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDC A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、「特定健康診査等実施計画」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、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、データヘルス計画の対象者は、被保険者全員とします。

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

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

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

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

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

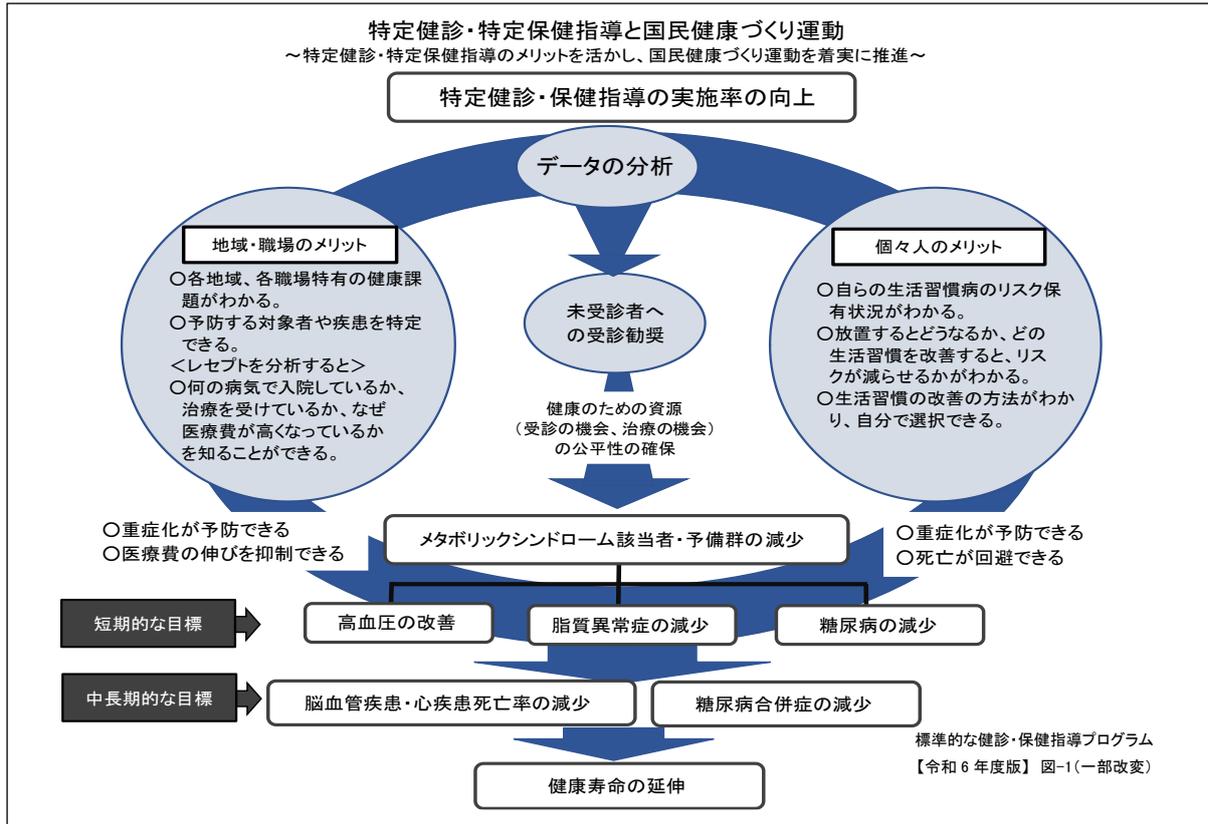
【図表 1】 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

	健康増進計画	※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	
		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率の良かつ効果的に実 施するための計画を作成。
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	
対象疾病	<p>メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満</p> <p>糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症)</p> <p>循環器病 高血圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満</p> <p>糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満</p> <p>糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)		
評 価	<p>「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」</p> <p>51目標項目</p> <p>○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標</p> <p>1生活習慣の改善</p> <p>2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防</p> <p>3生活機能の維持・向上</p> <p>○社会環境の質の向上</p> <p>1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上</p> <p>2自然に健康になれる環境づくり</p> <p>3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備</p> <p>○ライフコース</p> <p>1 こども、2 高齢者、3 女性</p>	<p>①事業全体の目標</p> <p>中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考</p> <p>②個別保健事業</p> <p>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</p> <p>参考例</p> <p>全都道府県で設定が望ましい 指標例</p> <p><アウトカム></p> <p>メタボリックシンドローム減少率</p> <p>HbA1c8.0以上者の割合</p> <p><アウトプット></p> <p>特定健診実施率</p>	<p>①特定健診受診率</p> <p>②特定保健指導実施率</p> <p>③メタボリック該当者・ 予備群の減少</p>
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金	

【図表1】 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ(続き)

医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
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
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
法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年 都道府県:義務	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年 都道府県:義務	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年 市町村:義務 都道府県:義務
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
すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折+骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">メタボリックシンドローム</div> <p style="text-align: center;">糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防</p>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">5疾病</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中</div>	<p style="text-align: center;">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</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患</div>
<p>(住民の健康の保持推進)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>(医療の効率的な提供の推進)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p style="text-align: center;">が ん 精神疾患</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">6事業</div> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>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)</p>	<p style="text-align: center;">認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養</p> <ul style="list-style-type: none"> 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)
<p style="text-align: center;">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</p>		<p style="text-align: center;">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</p>

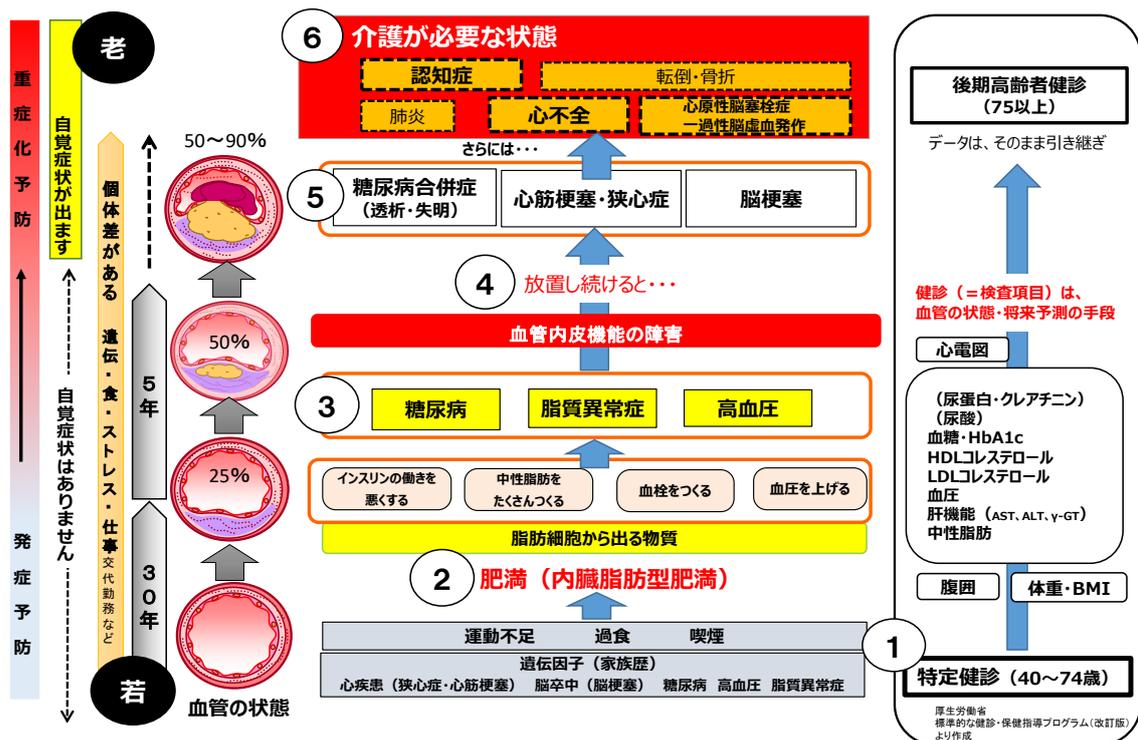
【図表 2】 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



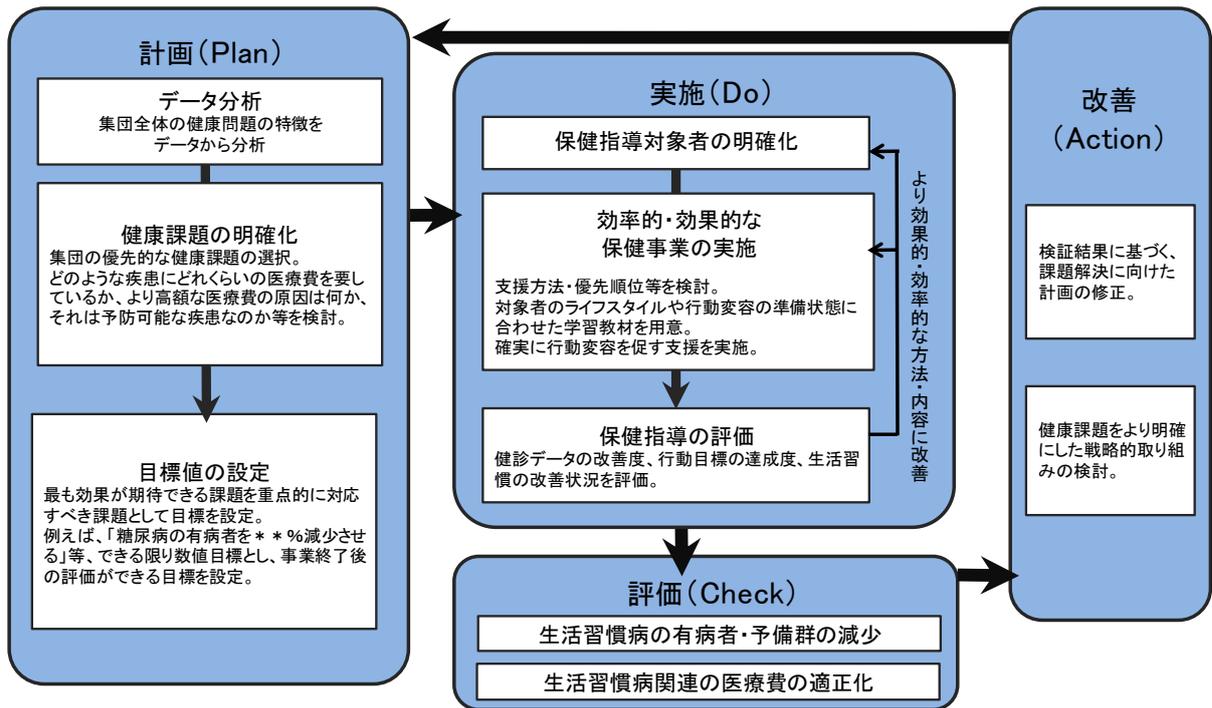
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取り組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

【参考資料】「特定健診の意義」住民との共通資料

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

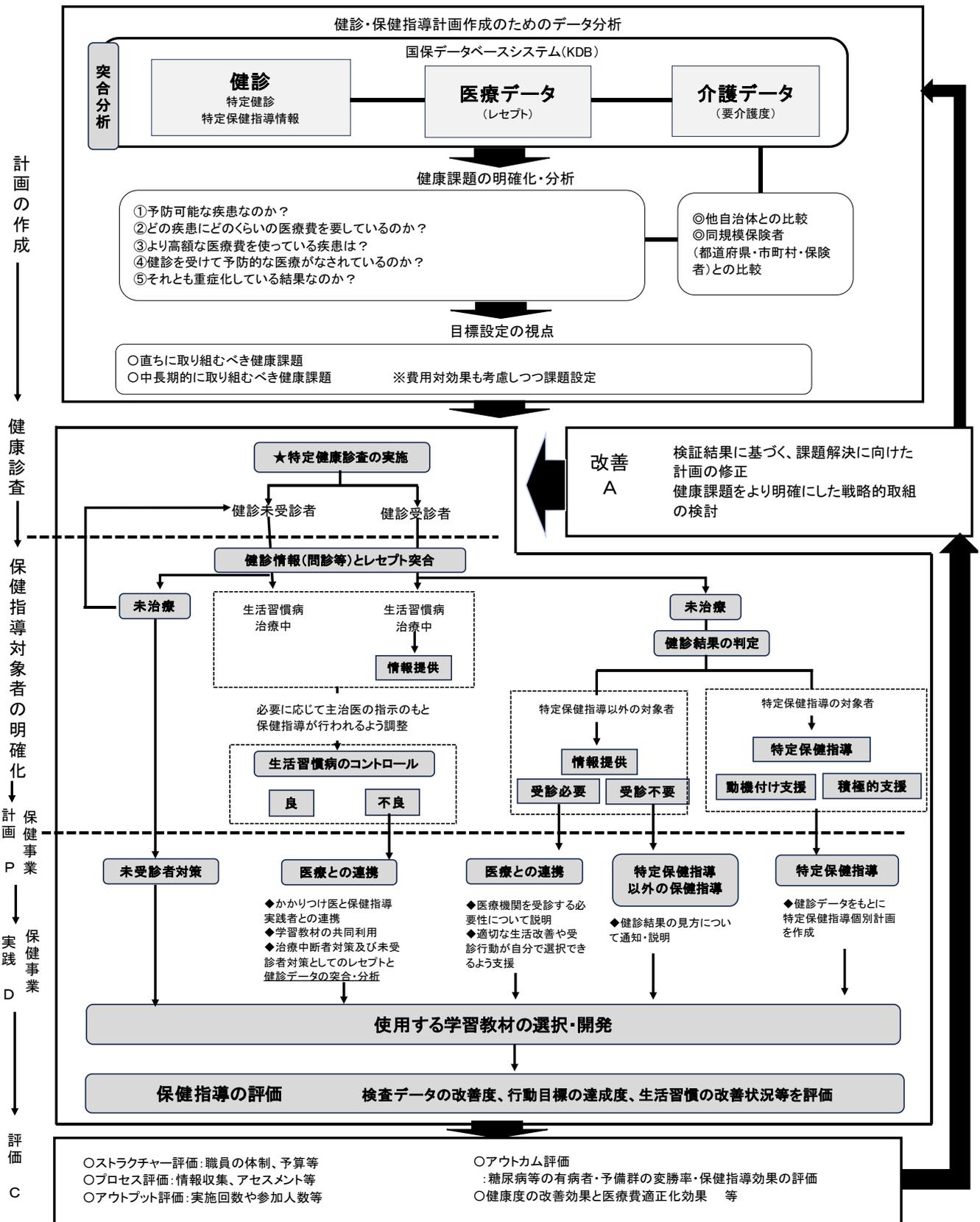


【図表 3】 保健事業(健診・保健指導)の PDCA サイクル



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

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



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

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

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

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
健診・保健指導の関係	かつての健診・保健指導 健診に付加した保健指導	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;"> 最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン) </div> <div style="font-size: 2em; margin: 10px 0;">➔</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;"> 行動変容を促す手法 </div>	現在の健診・保健指導 内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体メカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らを選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要に応じて、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村	医療保険者	

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

3. 計画期間

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

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

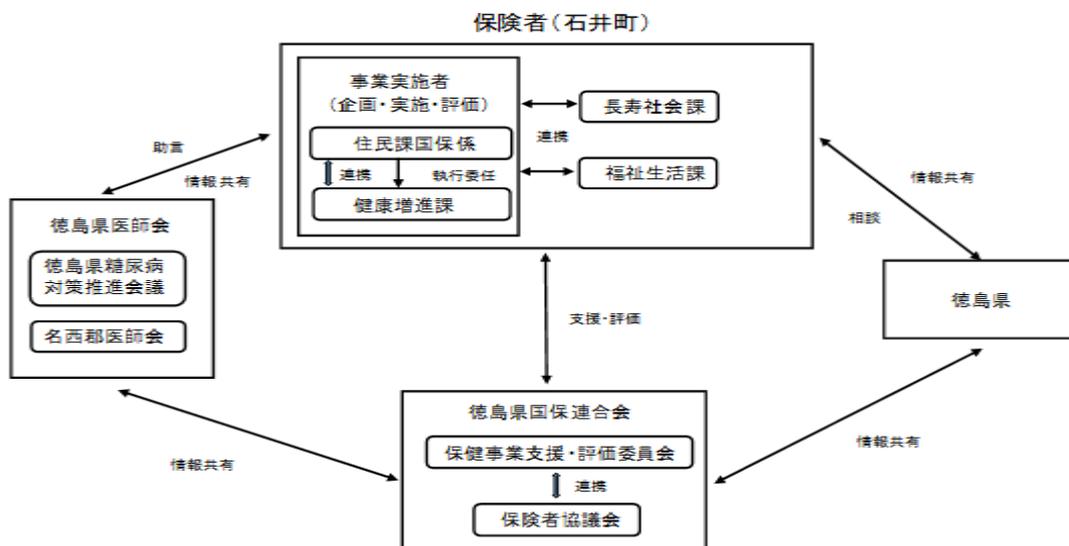
4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

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

具体的な保健事業の実施にあたっては、石井町、町内の医療機関とも十分連携を図ることとします。また、保健事業体制と主な保健事業の分担については、保健師・管理栄養士・国保事務担当者が連携し、各事業を実施できる体制を整えます。（図表 6・7）

【図表 6】 石井町の実施体制図



【図表 7】 保健事業体制と主な保健事業の分担

事務内容	保健師	管理栄養士	国保事務
国保事務 (受診券発送・支払い事務等)	○(受診券発送・支払い事務等)		○
特定健診・保健指導	○	○(保健指導)	○(集団検診)
がん検診	○		
予防接種	○		
母子保健	○	○(委託)	
精神保健	○		
歯科保健	○		

2) 関係機関との連携

<参考> 手引きより抜粋

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

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

また、都道府県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

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

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

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

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、石井町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いきます。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取り組み等に対する支援を行うため、保険者の取り組み状況に応じて交付金を交付する制度として平成30年度より本格的に制度が開始されました。

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

本町の実績は以下のとおりとなっています。(図表8) 特定健診受診率、後発医薬品促進に向けて、引き続き関係部署と連携し、取り組みをすすめます。

【図表8】 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		H30		R1		R2		R3		R4		R5			
		獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点*	満点	獲得点*	満点		
総得点(体制構築加点を除く)		491	790	552	880	626	995	646	1,000	582	960	623	940		
獲得割合(%)		62.2%		62.7%		62.9%		64.6%		60.6%		66.3%			
交付額(千円)		7,360		10,709		11,602		12,254		10,879		11,868			
一人当たり交付額(円)		1,900		1,936		2,167		2,321		2,073		2,326			
市町村順位(24市町村中)		5位		6位		10位		8位		14位		5位			
共通①	(1) 特定健診受診率	0	50	0	50	-10	70	25	70	10	70	10	70	予防(保健師等)	
	(2) 特定保健指導実施率	30	50	25	50	50	70	70	70	70	70	70	70		
	(3) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	50	0	50	0	50	0	50	0	50	40	50		
共通②	(1) がん検診受診率	0	30	0	30	0	40	5	40	25	40	35	40		
	(2) 歯科健診実施状況	25	25	25	25	25	30	30	30	30	30	35	35		
共通③	重症化予防の取組	100	100	100	100	120	120	90	120	100	120	100	100		
固有②	データヘルス計画の取組	40	40	50	50	40	40	40	40	2	30	25	25		370
共通④	個人への分かりやすい情報提供	25	25	20	20	20	20	15	20	15	15	35	20		455点
	個人のインセンティブ提供	70	70	70	70	90	90	90	90	35	45	20	45		59.4%
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	35	35	50	50	50	50	45	50	45	50	45	50		事務職
共通⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	35	35	35	35	10	10	10	10	5	10	0	10		
	(2) 後発医薬品の使用割合	15	40	45	100	45	120	0	120	20	120	0	120		
固有①	収納率向上	0	100	10	100	30	100	65	100	70	100	70	100		
固有③	医療費通知の取組	25	25	25	25	25	25	25	25	20	25	15	15		
固有④	地域包括ケア推進・一体的実施	21	25	25	25	25	25	20	30	35	40	35	40		
固有⑤	第三者求償の取組	40	40	33	40	36	40	34	40	24	50	19	50	263	
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	30	50	39	60	70	95	82	95	74	100	79	100	485点	
体制構築加点		60	60	40	40	-	-	-	-	-	-	-	-	42.2%	

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

(人口・国保の加入状況)

本町の人口は約2万5千人で、高齢化率は33.2%(令和2年度国勢調査)です。徳島県と比較すると、65歳以上の高齢者の割合は低く、被保険者の平均年齢は56.8歳と高く、出生率は6.1、死亡率13.6となっています。産業においては、第3次産業が68.2%と高く、サービス業にかかわる被保険者の健康実態を分析し、働き方や生活リズム等を把握し、若い年代からの健康課題を明確にすることや取り組みを考えていくことが重要となっています。(図表9)

また、国保加入率は20.0%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあり、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約52%を占め、H30年と比較して2.7%増加しています。(図表10)今後も前期高齢加入者の加入率の上昇が見込まれるため、この世代の健康実態を把握していくことが必要です。

【図表9】保険者の特性

	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
石井町	24,724	33.2	4,946 (20.0)	56.8	6.1	13.6	0.5	9.7	22.1	68.2
同規模	--	29.1	20.6	54.2	6.8	10.7	0.7	5.4	28.7	66.0
県	--	34.5	22.4	55.1	6.5	14.3	0.3	8.5	24.1	67.4
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、石井町と同規模保険者(147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								
被保険者数	5,336		5,298		5,241		5,109		4,946	
65～74歳	2,622	49.1	2,671	50.4	2,723	52.0	2,708	53.0	2,564	51.8
40～64歳	1,681	31.5	1,624	30.7	1,566	29.9	1,512	29.6	1,501	30.3
39歳以下	1,033	19.4	1,003	18.9	952	18.2	889	17.4	881	17.8
加入率	21.0		20.9		20.7		20.1		20.0	

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

(医療の状況)

本町には1つの病院、22の診療所があり、いずれも同規模と比較しても少なく、病床数も少ないです。外来患者数及び入院患者数をみると、同規模と比較して高い傾向にあります。(図表11)

【図表11】医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	同規模 割合	県 割合								
病院数	2	0.4	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.2	0.3	0.7
診療所数	24	4.5	24	4.5	23	4.4	23	4.5	22	4.4	3.1	4.6
病床数	153	28.7	93	17.6	93	17.7	93	18.2	93	18.8	56.1	88.4
医師数	36	6.7	36	6.8	38	7.3	38	7.4	37	7.5	11.1	16.6
外来患者数	763.1		773.4		736.0		757.4		774.7		716.1	737.2
入院患者数	25.0		24.6		24.2		24.1		24.8		19.2	25.0

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

(その他)

本町の地域特性としては、大型ショッピングセンターがあり、飲食店や菓子店・コンビニエンスストアも多いため、外食や間食を手軽にできる状況があります。そのため、生活習慣病予防・早期発見・早期治療の取り組みが重要になります。

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画の評価は、短期的な目標と中長期的な目標の2段階で設定します。

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

そして、中長期的な目標を達成するために必要な短期的な目標として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を目標疾患として設定しました。(5頁 図表2参照)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で24人(認定率0.30%)、1号(65歳以上)被保険者で1,744人(認定率21.3%)と、H30年度と比べるとやや減少していますが、同規模・県・国のいずれと比較しても依然として高い認定率です。

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数は減少しているものの、新規認定者が増えていることから、何の疾患で要介護認定が必要になったのか確認していく必要があります。(図表12)

【図表12】要介護認定者(率)の状況

	石井町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	7,670人	30.2%	8,199人	33.2%	29.1%	34.5%	28.7%
2号認定者	30人	0.35%	24人	0.30%	0.35%	0.38%	0.38%
新規認定者	4人		6人		--	--	--
1号認定者	1,741人	22.7%	1,744人	21.3%	17.0%	20.7%	19.4%
新規認定者	197人		235人		--	--	--
再掲	65～74歳		196人 4.7%		--	--	--
新規認定者	42人		43人		--	--	--
再掲	75歳以上		1,548人 38.1%		--	--	--
新規認定者	155人		192人		--	--	--

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

介護総給付費は、4年間で約1億3千万円減少しています。一人あたり給付費は、H30より約4万円減っており、県と比較し低くなっていますが、国・同規模と比べると高い状況です。(図表13) また、介護保険料は每期増加しており、県・国と比較しても高い状況です。

【図表13】介護給付費の変化

	石井町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	25億4736万円	24億1404万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	332,119	294,431	259,723	320,304	290,668
1件あたり給付費(円)全体	63,874	58,070	63,000	63,005	59,662
居宅サービス	45,086	42,053	41,449	41,316	41,272
施設サービス	302,129	298,447	292,001	297,064	296,364

出典:KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

(参考 介護保険料)

第5期		第6期		第7期		第8期	
H24-26		H27-29		H30-32		R3-5	
石井町(県内11位)	5,200円	石井町(県内17位)	5,500円	石井町(県内5位)	6,400円	石井町(県内4位)	7,000円
徳島県	5,282円	徳島県	5,681円	徳島県	6,285円	徳島県	6,477円
全国	4,972円	全国	5,514円	全国	5,869円	全国	6,014円

出典:介護保険事業計画

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、要介護認定者の糖尿病・高血圧症・脂質異常症・心臓病・脳疾患有病率は、いずれも県・国・同規模平均より高い割合で、経年でみると糖尿病・高血圧症・脂質異常症は年々増加しています。(参考資料1)

血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代においても脳卒中(脳出血・脳梗塞)と虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)が上位を占めています。その中でも、2号認定者では、脳卒中が57.1%と特に高い割合を占めています。また、糖尿病合併症の割合も1号認定者と比較して高いです。

基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の有病状況は、全年齢で96.4%と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

【図表14】血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04年度)

受給者区分		2号		1号				合計		
年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計		
介護件数(全体)		24		196		1,550		1,770		
再)国保・後期		14		147		1,493		1,640		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	循環器疾患	1 脳卒中	8 57.1%	虚血性心疾患	59 40.1%	虚血性心疾患	744 49.8%	虚血性心疾患	803 49.0%
			2 虚血性心疾患	4 28.6%	脳卒中	57 38.8%	脳卒中	721 48.3%	脳卒中	778 47.4%
		3 腎不全	1 7.1%	腎不全	30 20.4%	腎不全	316 21.2%	腎不全	346 21.1%	
		合併症	4 糖尿病合併症	5 35.7%	糖尿病合併症	30 20.4%	糖尿病合併症	242 16.2%	糖尿病合併症	272 16.6%
	基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)		13 92.9%	基礎疾患	131 89.1%	基礎疾患	1,450 97.1%	基礎疾患	1,581 96.4%	
	血管疾患合計		13 92.9%	合計	135 91.8%	合計	1,465 98.1%	合計	1,600 97.6%	
	認知症		2 14.3%	認知症	45 30.6%	認知症	747 50.0%	認知症	792 48.3%	
	筋・骨格疾患		13 92.9%	筋骨格系	127 86.4%	筋骨格系	1,447 96.9%	筋骨格系	1,574 96.0%	
			13 92.9%	基礎疾患	131 89.1%	基礎疾患	1,450 97.1%	基礎疾患	1,581 96.4%	
			13 92.9%	合計	135 91.8%	合計	1,465 98.1%	合計	1,600 97.6%	
		2 14.3%	認知症	45 30.6%	認知症	747 50.0%	認知症	792 48.3%		
		13 92.9%	筋骨格系	127 86.4%	筋骨格系	1,447 96.9%	筋骨格系	1,574 96.0%		

出典:ヘルスサポートラボツール

②医療費の状況

本町の R4 年度の医療費は、国保加入者の減少とともに総医療費はやや減少しているものの、一人あたり医療費は約 2 万円増加し、全国的にみても高い状況です。

また入院医療費のレセプト件数は、全体の 3.1%と国や同規模より高い割合となっており、それに伴い費用割合も高くなっています。1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較して約 8 万円高くなっています。一方、外来医療費は低い状況です。(図表 15)

R2 年度の地域差指数(年齢調整後)について、徳島県は国保・後期ともに全国平均の 1 を超えており、医療費が高い状況です。その上、県内における本町の地域差指数は入院・外来ともに 1 を超えており、本町は全国的にも医療費水準が高いことが分かります。その中でも、国保の入院、後期の外来は特に高い状況です。(図表 16)

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

【図表 15】医療費の推移

	石井町		同規模	県	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数(人)	5,336人	4,946人	--	--	--	
前期高齢者割合	2,622人 (49.1%)	2,564人 (51.8%)	--	--	--	
総医療費	19億7591万円	19億5358万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	370,298 県内14位 同規模28位	394,981 県内17位 同規模24位	361,243	389,015	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	517,310	594,530	613,590	567,420	617,950
	費用の割合	42.8	45.9	40.4	45.1	39.6
	件数の割合	3.2	3.1	2.6	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	22,680	22,480	24,230	23,430	24,220
	費用の割合	57.2	54.1	59.6	54.9	60.4
	件数の割合	96.8	96.9	97.4	96.7	97.5
受診率	788.153	799.473	735.303	762.201	705.439	

※同規模順位は石井町と同規模保険者147市町村の平均値を表す

【図表16】一人当たり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	石井町 (県内市町村中)		県(47県中)	石井町 (県内市町村中)		県(47県中)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指数・順位	全体	1.061 (16位)	1.078 (15位)	1.118 (10位)	1.028 (15位)	1.055 (12位)	1.104 (10位)
	入院	1.112 (20位)	1.161 (17位)	1.287 (9位)	0.991 (18位)	1.013 (19位)	1.192 (11位)
	外来	1.030 (2位)	1.023 (6位)	0.999 (25位)	1.073 (2位)	1.108 (1位)	1.011 (13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について、総医療費に占める割合は、H30 年度と比較し、2.89%減少しており、国・同規模と比較しても低い状況です。その要因として、「慢性腎不全(透析有)」の医療費割合が減少していることが考えられます。しかし、「慢性腎不全(透析無)」の医療費割合が増加し、全国的にも高い割合であることから、人工透析導入リスクの高い方が多い状況といえます。

また、心疾患については、減少傾向にあります。一方、脳血管疾患の割合は減少し、全国的にも低い状況です。(図表 17)

【図表 17】中長期目標疾患の医療費の変化

			石井町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			19億7591万円	19億5358万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億7440万円	1億1596万円	--	--	--
			8.83%	5.94%	8.08%	5.92%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.91%	1.53%	2.01%	1.44%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.41%	2.16%	1.52%	1.80%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.29%	1.67%	4.24%	2.34%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.21%	0.57%	0.31%	0.34%	0.29%
そ 疾 患 の 他 の	悪性新生物		13.74%	16.56%	16.85%	16.11%	16.69%
	筋・骨疾患		8.47%	8.41%	8.78%	8.54%	8.68%
	精神疾患		10.39%	9.33%	7.71%	11.18%	7.63%

出典：KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

次に、患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると、被保険者数の減少に伴い脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)・虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)・腎不全(人工透析)すべてにおいて、患者数及び割合とも減少しています。(図表 18)

【図表 18】中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析)の治療状況

年齢区分		被保険者数		疾 患 別	中長期目標の疾患					
					脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
治療者(人) 0~74歳	A	5,336	4,946	a	389	328	472	407	24	12
				a/A	7.3%	6.6%	8.8%	8.2%	0.4%	0.2%
40歳以上	B	4,303	4,065	b	386	325	466	400	23	12
				B/A	80.6%	82.2%	10.8%	9.8%	0.5%	0.3%
再 掲	40~64歳	1,681	1,501	d	79	61	102	73	11	8
				D/A	31.5%	30.3%	6.1%	4.9%	0.7%	0.5%
	65~74歳	2,622	2,564	c	307	264	364	327	12	4
				C/A	49.1%	51.8%	13.9%	12.8%	0.5%	0.2%

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

中長期目標疾患は発症時の急性期のみならず、再発や介護、死亡の問題もあり、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる肥満、糖尿病、高血圧症等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は横ばい～微増傾向にあります。一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合はいずれの短期的な目標疾患においても低下しています。

しかし、糖尿病治療者における糖尿病合併症を持つ割合については、全ての合併症において40～64歳の若年層の割合が増加しています。また、糖尿病性腎症の割合は増加しています。

本町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていると考えられます。しかし、糖尿病合併症を持つ者の割合(特に若年層)が増加していることから、引き続き地域課題分析の中で、重点的に対策すべき疾患を精査し、アプローチしていくことが必要と考えられます。

【図表 19】高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	1,826	1,762	432	383	1,394	1,379
		A/被保数	42.4%	43.3%	25.7%	25.5%	53.2%	53.8%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	235	189	45	33	190	156
		B/A	12.9%	10.7%	10.4%	8.6%	13.6%	11.3%
	虚血性心疾患	C	369	311	79	53	290	258
		C/A	20.2%	17.7%	18.3%	13.8%	20.8%	18.7%
	人工透析	D	21	12	11	8	10	4
		D/A	1.2%	0.7%	2.5%	2.1%	0.7%	0.3%

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

【図表 20】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	1,198	1,123	307	282	891	841
		A/被保数	27.8%	27.6%	18.3%	18.8%	34.0%	32.8%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	146	120	31	21	115	99
		B/A	12.2%	10.7%	10.1%	7.4%	12.9%	11.8%
	虚血性心疾患	C	269	225	54	44	215	181
		C/A	22.5%	20.0%	17.6%	15.6%	24.1%	21.5%
	人工透析	D	11	6	4	4	7	2
		D/A	0.9%	0.5%	1.3%	1.4%	0.8%	0.2%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	79	123	23	26	56	97
		E/A	6.6%	11.0%	7.5%	9.2%	6.3%	11.5%
	糖尿病性網膜症	F	129	102	28	32	101	70
		F/A	10.8%	9.1%	9.1%	11.3%	11.3%	8.3%
	糖尿病性神経障害	G	43	42	15	15	28	27
	G/A	3.6%	3.7%	4.9%	5.3%	3.1%	3.2%	

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

【図表 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	1,552	1,489	392	334	1,160	1,155
		A/被保数	36.1%	36.6%	23.3%	22.3%	44.2%	45.0%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	175	143	33	24	142	119
		B/A	11.3%	9.6%	8.4%	7.2%	12.2%	10.3%
	虚血性心疾患	C	331	294	71	53	260	241
		C/A	21.3%	19.7%	18.1%	15.9%	22.4%	20.9%
	人工透析	D	10	7	5	6	5	1
		D/A	0.6%	0.5%	1.3%	1.8%	0.4%	0.1%

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

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧(収縮期 160-179/拡張期 100-109)と、HbA1c7.0 以上の対象者を H30 年度と R03 年度で比較してみたところ、Ⅱ度高血圧・HbA1c7.0 以上の有所見者の割合は減少しています。しかし、高血圧の有所見者・未治療者割合は、県と比較し依然高い状況です。糖尿病未治療者の割合も同様に高いです。但し、いずれの治療中断者の割合も県と比較し低い状況です。

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後とも要医療域の方には受診勧奨を徹底し、未治療者、治療中断対象者が減少するよう、健診結果とレセプトの確認を行い、適切な治療が継続できるよう努める必要があります。(図表 22)

【図表 22】高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 Ⅱ度高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果 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
石井町	1,557	39.4	1,511	39.3	137	8.8	75	54.7	110	7.3	50	45.5	42	38.2	1	0.9
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果 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)			
	HbA1 c 実施者 A	実施率	HbA1 c 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
石井町	1,557	100.0	1,511	100.0	64	4.1	20	31.3	53	3.5	11	20.8	5	9.4	0	0.0
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。

本町の特定健診結果において、H30年度とR04年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者割合は減少しており、予備群割合はほぼ横ばいですが、県・国と比較するとやや高い割合となっています。(図表 23)

【図表23】メタボリックシンドロームの経年変化

年度		該当者			予備群
			3項目	2項目	
H30年度	石井町国保	374 (24.0%)	114 (7.3%)	260 (16.7%)	188 (12.1%)
R04年度	石井町国保	325 (22.7%)	103 (7.2%)	222 (15.5%)	171 (11.9%)
参考 (R4年度)	徳島県	8,375 (20.8%)			4,598 (11.4%)
	国	253,291 (21.4%)			134,435 (11.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上、LDLコレステロール160以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5%以上・Ⅱ度高血圧以上の割合は減少、LDLコレステロール160以上の割合は微増しています。R3年とR4年の変化をみると、いずれの項目でも悪化した人は減少しており、健診後、対象者に医療機関への受診勧奨や保健指導をおこなったことが数値に反映されたと考えられます。一方で、翌年度に健診未受診の方が、いずれも2~3割強存在し、結果が把握できていません。今後も、結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

【図表 24】HbA1c6.5%以上の前年度からの変化

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	136 (8.7%)	37 (27.2%)	39 (28.7%)	20 (14.7%)	40 (29.4%)
R03→R04	113 (7.5%)	27 (23.9%)	36 (31.9%)	13 (11.5%)	37 (32.7%)

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表 25】Ⅱ度高血圧以上の前年度からの変化

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	137 (8.8%)	60 (43.8%)	25 (18.2%)	7 (5.1%)	45 (32.8%)
R03→R04	110 (7.3%)	44 (40.0%)	24 (21.8%)	1 (0.9%)	41 (37.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表 26】LDL-C160 以上の前年度からの変化

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	203 (13.0%)	87 (42.9%)	56 (27.6%)	14 (6.9%)	46 (22.7%)
R03→R04	206 (13.6%)	90 (43.7%)	62 (30.1%)	6 (2.9%)	48 (23.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響で、R02年度に受診率が低下しましたが、概ね横ばいで、第3期特定健康診査等実施計画の目標は達成できていません。(図表27)

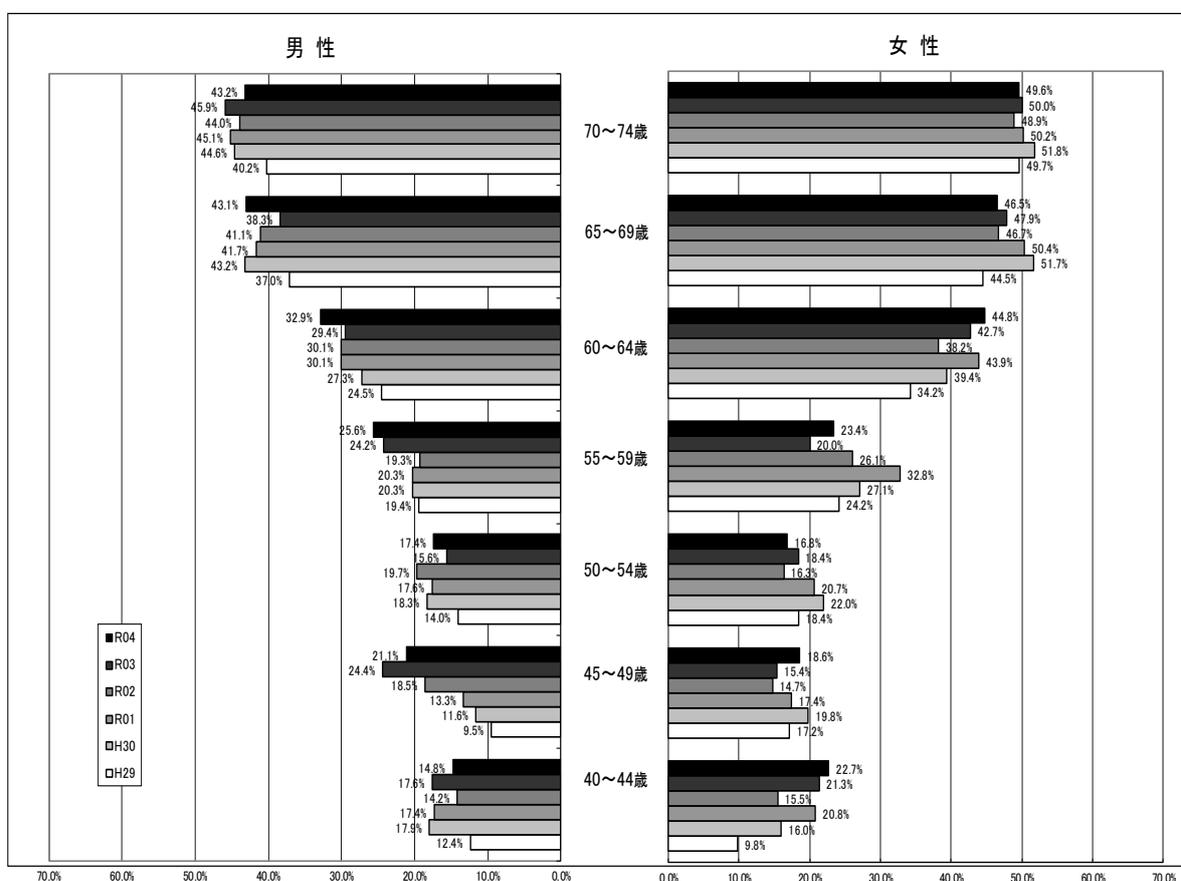
また、特定健診の年代別の受診率では、40代・50代の受診率が微増傾向ではありますが、受診率が低い状況が続いています。(図表28)

特定保健指導については、R03年度に新型コロナウイルス感染症の影響で、大きく実施率が下がっています。R04年度には実施率が回復してきていますが、第3期特定健康診査等実施計画の目標は達成できていません。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

【図表27】特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,557	1,550	1,496	1,511	1,432	健診受診率 40%
	受診率	39.4%	39.7%	38.1%	39.3%	39.2%	
特定保健指導	該当者数	188	192	167	202	168	特定保健指 導実施率 65%
	割合	12.1%	12.4%	11.2%	13.4%	11.7%	
	実施者数	137	131	103	98	115	
	実施率	72.9%	68.2%	61.7%	48.5%	64.3%	

【図表28】特定健診受診率の推移



図表23~28出典：特定健診受診率(法定報告分)

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取り組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

H30 年度から HbA1c6.5%以上の高血糖者を継続的に支援するため、糖尿病管理台帳を作成し地区担当者による継続支援を開始しました。その結果、HbA1c8%以上の未治療者は、H29年の7人からR4年は3人に減っています。

しかし、受診勧奨判定値の方に受診勧奨のための保健指導を実施しても治療に繋がらない場合や、治療中でも血糖コントロール不良の方もいます。このような方への効果的な保健指導や受診のない方への継続した保健指導の実施のための体制を強化し、又治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、受診やデータ改善のための支援を引き続き行っています。

また、H30年度から特定健診の二次健診として、尿中アルブミン定量検査等を実施しました。その結果、尿蛋白定性でマイナスでも微量アルブミン尿や顕性アルブミン尿となっている方もおり、糖尿病性腎症早期発見・重症化予防に繋がっています。

さらに、H29 年度からは医療との連携・体制づくりとして、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、医療保険者と医療機関が連携して支援を行い、人工透析への移行を防止するために、名西郡糖尿病性腎症重症化予防各種会議での情報共有やケース検討、ディスカッションを行いました。医療との連携は糖尿病性腎症重症化予防のために不可欠であるため、今後も引き続き連携に努めていきます。

【図表29】HbA1c測定値と治療・未治療の状況

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		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	
		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		
治療中	H29	106	7.5%	4	3.8%	7	6.6%	33	31.1%	30	28.3%	24	22.6%	8	7.5%	22	20.8%	4	3.8%
	H30	137	8.8%	3	2.2%	10	7.3%	37	27.0%	43	31.4%	36	26.3%	8	5.8%	25	18.2%	6	4.4%
	R01	143	9.2%	7	4.9%	13	9.1%	51	35.7%	34	23.8%	25	17.5%	13	9.1%	21	14.7%	8	5.6%
	R02	139	9.3%	3	2.2%	15	10.8%	49	35.3%	34	24.5%	21	15.1%	17	12.2%	24	17.3%	9	6.5%
	R03	136	9.0%	3	2.2%	14	10.3%	46	33.8%	31	22.8%	33	24.3%	9	6.6%	22	16.2%	7	5.1%
	R04	134	9.4%	5	3.7%	21	15.7%	36	26.9%	34	25.4%	28	20.9%	10	7.5%	22	16.4%	6	4.5%
治療なし	H29	1,306	92.5%	700	53.6%	413	31.6%	145	11.1%	27	2.1%	14	1.1%	7	0.5%	15	1.1%	4	0.3%
	H30	1,420	91.2%	674	47.5%	539	38.0%	158	11.1%	29	2.0%	18	1.3%	2	0.1%	7	0.5%	1	0.1%
	R01	1,407	90.8%	659	46.8%	524	37.2%	178	12.7%	26	1.8%	13	0.9%	7	0.5%	10	0.7%	6	0.4%
	R02	1,357	90.7%	702	51.7%	471	34.7%	140	10.3%	29	2.1%	14	1.0%	1	0.1%	2	0.1%	0	0.0%
	R03	1,375	91.0%	715	52.0%	468	34.0%	152	11.1%	29	2.1%	9	0.7%	2	0.1%	5	0.4%	2	0.1%
	R04	1,298	90.6%	635	48.9%	478	36.8%	145	11.2%	25	1.9%	12	0.9%	3	0.2%	8	0.6%	2	0.2%

②虚血性心疾患による重症化予防

虚血性心疾患による重症化予防を目的として、R2年度から心電図検査全数実施を目指し健診受診勧奨を実施しており、心電図検査はほぼ全数実施できています。

心房細動有所見者については、ほぼ全数が治療や精密検査につながっています。

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

【図表 30】心電図検査と心房細動所見の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者(人)	a	1665	1647	1569	1588	1544
心電図受診者(人)	b	522	503	1568	1588	1544
心電図実施率	b/a	31.35%	30.54%	99.94%	100%	100%
有所見者率	c	44.1%	38.0%	37.9%	37.4%	36.9%
心房細動(人)	d	5	5	9	11	10
心房細動有所見率	d/b	1.0%	1.0%	0.6%	0.7%	0.6%

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、H30年度の8.8%からR3年度は7.3%に減少していますが、38.2%が未治療者です。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いることも分かります。(図表31)

そのため、R5年度からは高血圧管理台帳を作成し、地区担当者による継続支援ができる体制整備を行いました。

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子で、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための適切な受診勧奨に取り組んでいきます。まずは、家庭血圧測定を勧め血圧手帳の活用を促していきます。

また、コントロール不良者には服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

【図表 31】高血圧者の結果の改善及び医療のかかり方

	高血圧											
	結果の改善 II度以上高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
			未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
石井町	137	8.8	75	54.7	110	7.3	50	45.5	42	38.2	1	0.9
徳島県	2,428	5.8	1,356	55.8	2,524	5.9	1,381	54.7	852	33.8	116	4.6

(2)ポピュレーションアプローチ

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

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

取り組み内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、広報や役場健康づくりコーナー、いきいき健康フェスティバル等で、広く町民へ周知を行いました。

(3)第 2 期計画目標の達成状況一覧

【図表32】データヘルス計画の目標管理一覧

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 (活用年*が年度)	
			基準年	中間評価 R3	最終評価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.93%	2.35%	1.53%	KDBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.44%	2.59%	2.16%		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.34%	3.17%	1.67%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	6.6%	9.1%	10.3%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	33.3%	75.0%	0.0%	石井町調べ	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	36.1%	36.1%	34.6%	県や市町村の実態をみる基礎資料
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	8.8%	8.7%	7.3%		
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	13.0%	12.3%	12.6%		
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	8.7%	7.8%	7.8%		
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.1%	0.1%	0.2%		
	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	39.4%	38.1%	39.2%	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	72.9%	61.7%	64.3%		
		特定保健指導対象者の割合の減少	12.1%	11.2%	11.7%		
	努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	8.7%	12.7%	10.0%	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	13.1%	6.3%	8.9%	
大腸がん検診受診者の増加			11.8%	9.2%	10.6%		
子宮がん検診受診者の増加			16.7%	15.4%	15.8%		
乳がん検診受診者の増加			13.9%	11.6%	11.7%		
5つのがん検診の平均受診率の増加			11.1%	11.0%	11.4%		
後発医薬品の使用により、医療費の削減		後発医薬品の使用割合 80%以上	65.3%	72.8%	75.5%	厚生労働省	

3) 第2期データヘルス計画にかかる考察

石井町では、これまでメタボリックシンドロームに着目した特定健診受診率・特定保健指導実施率向上の取り組みとして、平成30年度から健診費用を無料にし、不定期受診者や受診率の低い若年層への受診勧奨通知の他、保健師・管理栄養士の個別訪問や各組織への受診勧奨の周知・依頼等を行ってきました。しかし、受診率は第2期計画の目標値に届かず横ばいの状態で、保健指導も新型コロナウイルス感染症の影響もあり実施率の低下を認めます。

また、メタボリックシンドローム該当者・予備群及び重症化の原因となる糖尿病・高血圧・脂質異常症の割合は減少しているものの国・県・同規模と比較すると高い状態が明らかになりました。これらの重症化予防対策として、糖尿病管理台帳・高血圧管理台帳・心電図所見管理台帳による継続した支援、その他生活習慣病重症化予防保健指導を行ってきました。その結果、これらの割合は減少していることから効果がみられており、今後も取り組みを継続していくことが重要であると考えます。

それらを踏まえて、今後の方針としては、

- (1) 健診受診者は、その後の受診状況や生活習慣の実態を把握し、保健指導に繋げること
- (2) 健診未受診者は、まず健診を受けてもらうこと
- (3) 未治療者を治療に繋げ、治療中の人は、治療を中断させないこと

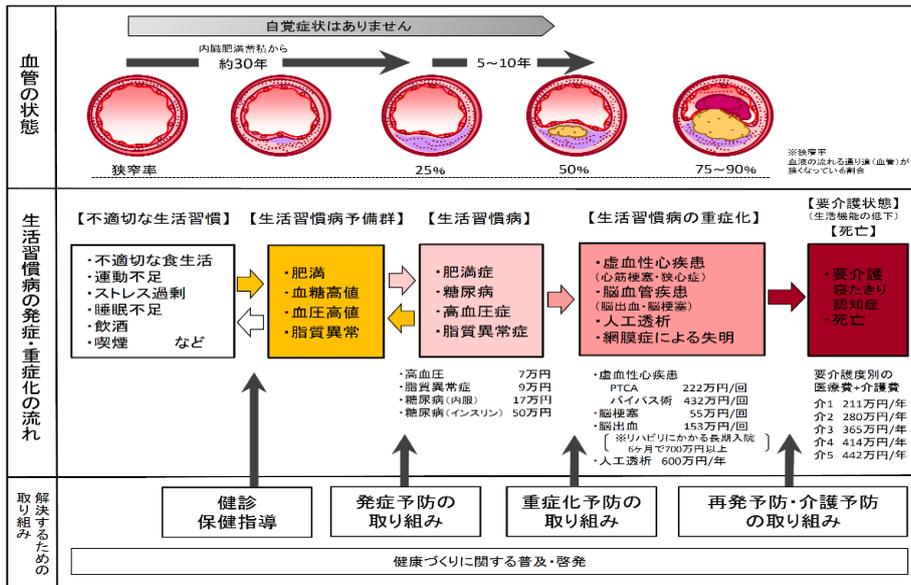
この3つを目標に、更に特定健診受診率の向上と重症化予防に努めていくことが課題です。

3. 第3期における健康課題(生活習慣病)の明確化

1) 基本的な考え方

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 33 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

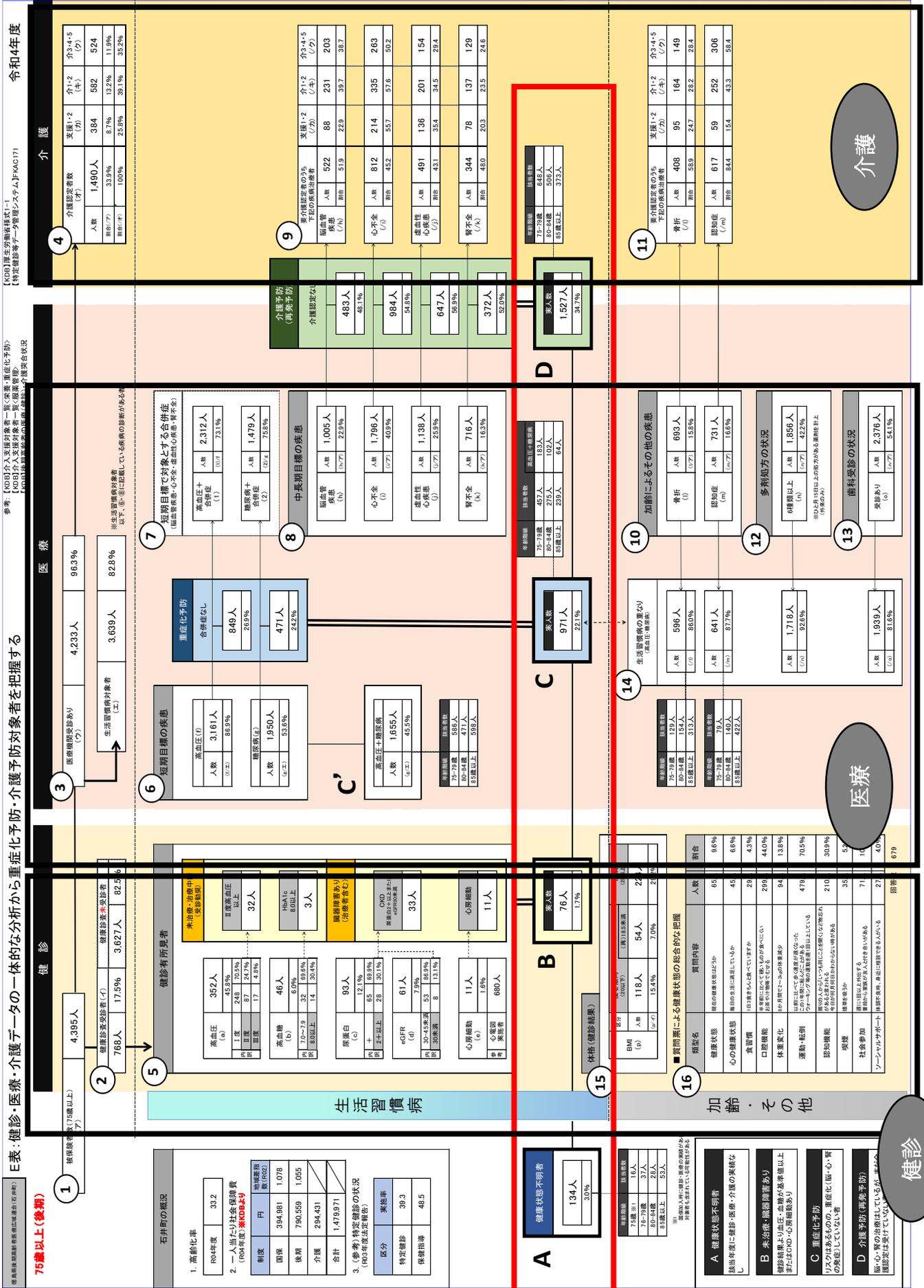
医療保険制度においては、75 歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動します。

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

国保で、被保険者の年代をみても 65 歳以上の前期高齢者の割合が高く、医療費も前期高齢者に係る医療費割合が過半数を占めており、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながっているケースも多いため、市町村国保及び広域連合は図表34に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、連携に努めることが重要です。健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため 40 歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

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

【図表 3-4】健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1)医療費分析

R4 年度医療費総費用額をみると、国保は約 19.5 億円、後期は約 42.4 億円であり約 2.2 倍となり、被保険者一人あたり医療費も後期では 2.4 倍高い状況です。また、国保の 1 人あたり医療費は増加傾向です。

【図表35】 被保険者数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	5,336人	5,298人	5,241人	5,109人	4,946人	4,497人	
総件数及び総費用額	件数	51,453件	51,208件	48,158件	48,655件	48,556件	69,181件
	費用額	19億7591万円	20億4604万円	19億8602万円	19億1359万円	19億5358万円	42億3861万円
一人あたり医療費	37.0万円	38.6万円	37.9万円	37.5万円	39.5万円	94.3万円	

出典:ヘルスサポートラボツール

石井町はこれまで、糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、短期的目標疾患の糖尿病及び脂質異常症の総医療費に占める割合は、県・同規模と比較しても高く、今後も糖尿病・脂質異常症の重症化予防に向けた保健指導への取り組みを強化していくとともに、治療者も特定健診を受診していただき、血糖値のコントロールやその他のリスクについて経年的に管理していく必要があります。

また、生活習慣病疾患の医療費割合を国保と後期で比較すると、後期の慢性腎不全(透析有)が国保の 4.6 倍、脳梗塞・脳出血が 2.8 倍に加え、後期の筋・骨疾患が 1.6 倍になっており、国保からの健康管理・重症化予防の取り組みで、後期医療費の負担を減らしていくことが重要です。

【図表36】 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費(月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	石井町	19億5358万円	32,166	1.67%	0.57%	1.53%	2.16%	6.18%	3.02%	2.53%	3億4512万円	17.67%	16.56%	9.33%	8.41%
	同規模	--	29,136	4.24%	0.31%	2.01%	1.52%	5.81%	3.22%	2.20%	--	19.31%	16.85%	7.71%	8.78%
	県	--	31,476	2.34%	0.34%	1.44%	1.80%	5.73%	3.16%	1.98%	--	16.79%	16.11%	11.18%	8.54%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	石井町	42億3861万円	80,167	7.66%	0.47%	4.25%	2.29%	3.80%	2.41%	1.85%	9億6366万円	22.74%	10.39%	3.28%	13.31%
	同規模	--	69,832	4.97%	0.47%	3.89%	1.64%	4.23%	2.97%	1.41%	--	19.59%	11.10%	3.50%	12.38%
	県	--	79,523	5.87%	0.55%	3.29%	1.95%	3.81%	2.75%	1.18%	--	19.40%	9.32%	3.86%	14.41%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

※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

出典:KDBシステム・健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

80 万円以上の高額レセプトは、国保では毎年約 300 件のレセプトが発生しており、後期高齢になると、約 3 倍に増えることがわかります。H30 年度と R4 年度を比較すると人数・件数・費用額全てにおいて増加しています。

【図表37】 高額レセプト(80万円以上/件)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 180人	184人	188人	189人	191人	439人
	件数	B 306件	347件	392件	333件	328件	893件
		B/総件数	0.59%	0.68%	0.81%	0.68%	0.68%
	費用額	C 3億9229万円	4億5084万円	4億9838万円	4億2713万円	4億5762万円	11億0345万円
	C/総費用	19.9%	22.0%	25.1%	22.3%	23.4%	26.0%

出典:ヘルスサポートラボツール

高額レセプトにおける疾病をみてみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、患者人数と費用額は相関しており、R2年の約4,000万円を最高に、R4年は2,400万円と、約1,600万円減っています。年代別に見ると、脳血管疾患では若年層よりも80代以降の高額レセプトが多いです。しかし、後期になると費用額は国保の約3.5倍となっており、国保で発症後に後期に移行したため国保の医療費が減少している可能性もあります。

脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要するケースも多いため、長期にわたり医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳梗塞や脳出血を発症させないために高血圧の重症化予防に力を入れる必要があります。(図表38)

虚血性心疾患では比較的若年層の高額レセプトが多くみられます。脳血管疾患と同様に、早期から高血圧の重症化予防に力を入れる必要があることが分かります。(図表39)

【図表38】 高額レセプトの推移(80万円以上/件)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	12人		6人		16人		11人		5人		32人		
		D/A	6.7%		3.3%		8.5%		5.8%		2.6%		7.3%		
	件数	E	23件		25件		34件		23件		15件		78件		
		E/B	7.5%		7.2%		8.7%		6.9%		4.6%		8.7%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.3%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	2	8.0%	5	14.7%	1	4.3%	0	0.0%	70-74歳	2	2.6%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	3	8.8%	1	4.3%	0	0.0%	75-80歳	10	12.8%
		60代	16	69.6%	15	60.0%	8	23.5%	7	30.4%	3	20.0%	80代	56	71.8%
		70-74歳	7	30.4%	8	32.0%	18	52.9%	13	56.5%	12	80.0%	90歳以上	10	12.8%
	費用額	F	2392万円		2640万円		4004万円		3347万円		2400万円		8517万円		
F/C		6.1%		5.9%		8.0%		7.8%		5.2%		7.7%			

出典:ハルスサポートラボツール

【図表39】 高額レセプト(80万円以上/件)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	14人		14人		18人		14人		12人		27人		
		G/A	7.8%		7.6%		9.6%		7.4%		6.3%		6.2%		
	件数	H	17件		15件		23件		15件		14件		34件		
		H/B	5.6%		4.3%		5.9%		4.5%		4.3%		3.8%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	1	6.7%	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	2	5.9%
		50代	0	0.0%	3	20.0%	1	4.3%	0	0.0%	2	14.3%	75-80歳	16	47.1%
		60代	6	35.3%	6	40.0%	11	47.8%	5	33.3%	5	35.7%	80代	14	41.2%
		70-74歳	11	64.7%	5	33.3%	11	47.8%	10	66.7%	7	50.0%	90歳以上	2	5.9%
	費用額	I	2432万円		2020万円		3612万円		2045万円		2599万円		5541万円		
I/C		6.2%		4.5%		7.2%		4.8%		5.7%		5.0%			

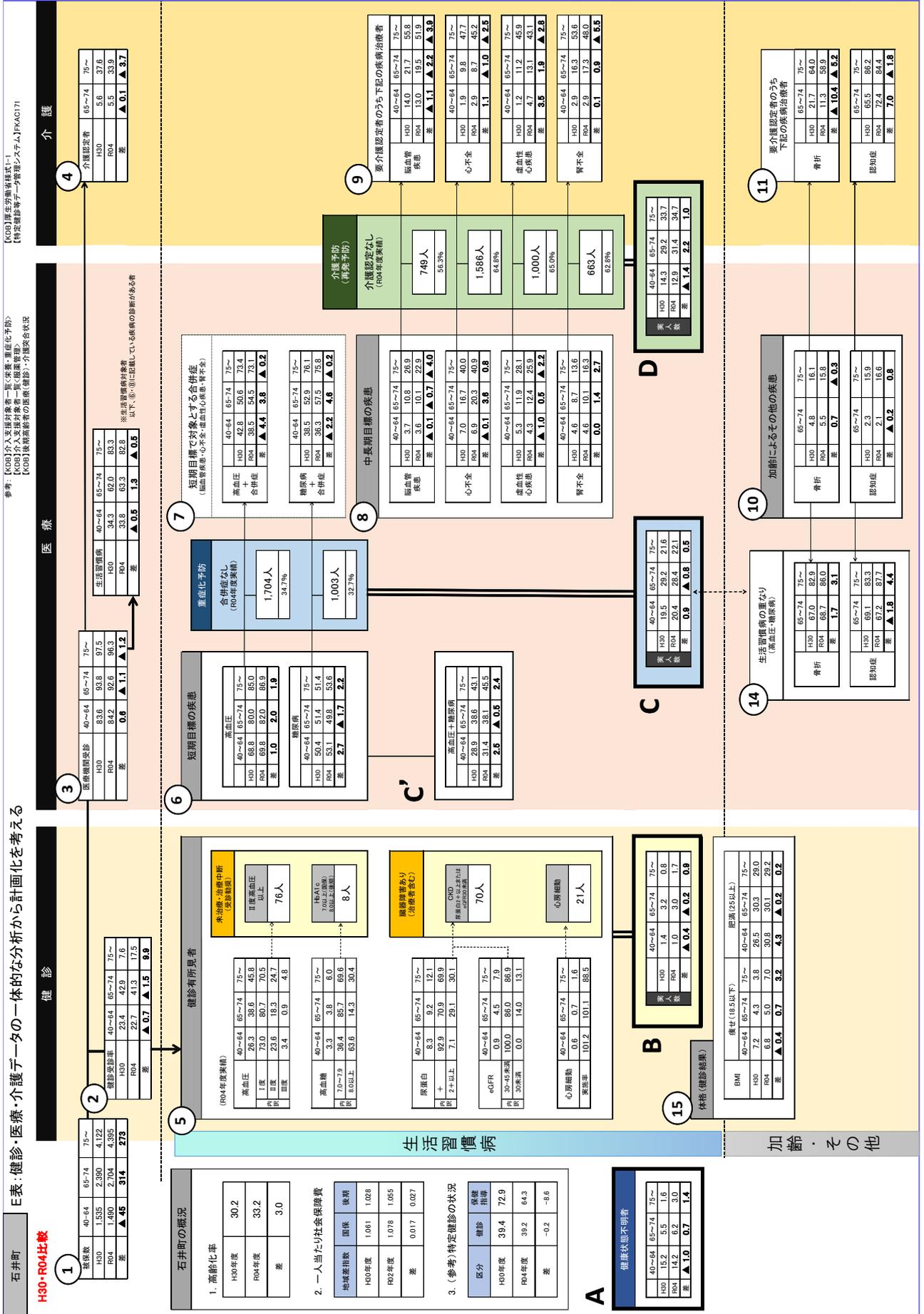
出典:ハルスサポートラボツール

(2)健診・医療・介護の一体的分析

本町では、(2)「健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える」帳票で、40-64歳、65-74歳(前期高齢者)、75歳以上(後期高齢者)の3つの年代で、健康・医療情報等を活用した被保険者の健康状態等の分析を行い、健康課題を明確化し、予防活動の優先順位を決定しています。(図表40)

【図表 40】健診・医療・介護データの一体的な分析

E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える



(3)健康課題の明確化(図表 32~42)

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、①被保険者は 65-74 歳と 75 歳以上の年代が増加し、石井町でも 65 歳以上の高齢者が確実に増えていることが分かります。②健診受診率も 75 歳以上の年代が受診率を伸ばしています。⑬体格をみると、BMI25 以上の肥満体型の方は 40-64 歳の若い年代で増加し、BMI18.5 未満のやせ型の方は反対に 75 歳以上の後期高齢者で増加しています。(図表41)

【図表41】 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定 介護 率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
		被保険者数			健診受診率			BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	37.6	1,535	2,390	4,122	23.4	42.9	7.6	7.2	4.3	3.8	26.5	30.3	29.0
R04	33.9	1,490	2,704	4,395	22.7	41.3	17.5	6.8	5.0	7.0	30.8	30.1	29.2

健診有所見状況では、⑤未治療者・治療中断者の状況を見ると、Ⅱ度高血圧以上の 65-74 歳と CKD 対象者の 40-64 歳以外はすべての項目すべての年代で増加していますが、特にⅡ度高血圧以上の 75 歳～の増加率が高い状況です。これは、75 歳～の健診受診率の上昇に伴い、有所見者の掘り起こしができたことも要因の一つと考えられます。しかし、健診で異常の早期発見ができて治療に繋がっていない状況があることから、これらの背景について町の実態を確認するとともに、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。(図表42)

【図表42】 健診有所見者の状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動											
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-							
H30	21	5.8	(10)	103	10.0	(45)	34	10.8	(23)	14	3.9	(6)	38	3.7	(2)	3	1.0	(1)	10	2.8	31	3.0	10	3.2	0	--	0	--	0	--
R04	24	7.1	(9)	83	7.4	(35)	104	13.5	(32)	11	3.3	(2)	42	3.8	(3)	14	1.8	(3)	2	0.6	35	3.1	33	4.3	2	0.6	8	0.7	11	1.4

※徳島県では心電図検査を令和 2 年度から全数実施

生活習慣病患者をみると、40-64 歳の有所見者は⑥の短期目標疾患全ての項目で増加しています。また、⑦の合併症では 65-74 歳で増加がみられています。若い世代の医療機関受診率も増加しており、早いうちに医療に繋がっているといえますが、若い世代の要医療者が増加している状況のため、若い世代の健診・医療機関の受診勧奨をし、異常の早期発見・重症化予防を行うことが重要です。(図表 43)

【図表43】 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	高血圧			糖尿病			C 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症		
H30	83.6	93.8	97.5	34.3	62.0	83.3	68.8	80.0	85.0	50.4	51.4	51.4	28.9	38.6	43.1	42.8	50.6	73.4	38.5	52.9	76.1
R04	84.2	92.6	96.3	33.8	63.3	82.8	69.8	82.0	86.9	53.1	49.8	53.6	31.4	38.1	45.5	38.5	64.5	73.1	36.3	57.5	75.8

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

中長期目標の疾患をみると、⑧の心不全・腎不全は 65 歳以上割合が増加しています。⑨の介護認定者は、40-64 歳の若年層の虚血性心疾患・心不全が増加しています。また、75 歳以上では全ての中長期疾患で 4～5 割の介護認定者が出ている状況です。若いうちから異常の早期発見・早期治療・重症化予防により、中長期目標疾患の発症を予防することが重要です。(図表 44)

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

E表 年度	⑧ 中長期目標の疾患(被保数割)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.7	10.8	26.9	5.3	11.9	28.1	7.0	16.7	40.0	4.6	8.7	13.6	14.0	21.7	55.8	1.2	11.2	45.9	1.9	9.8	47.7	2.9	16.3	53.6
R04	3.6	10.1	22.9	4.3	12.4	25.9	6.9	20.3	40.9	4.6	10.1	16.3	13.0	19.5	51.9	4.7	13.1	43.1	2.9	8.7	45.2	2.9	17.3	48.0

⑭骨折・認知症患者のうち高血圧と糖尿病の重なりをみてみると、65-74 歳では減少していますが、75 歳以上では増加しています。骨折・認知症予防と高血圧・糖尿病のリスクについて確認しなければいけません。(図表 45)

【図表45】 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭ 生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				⑩ 加齢による その他の疾患 (被保数割)				⑪ 加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知症		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	67.0	82.9	69.1	83.3	4.8	16.1	2.3	15.9	21.7	64.0	65.5	86.2
R04	68.7	86.0	67.2	87.7	5.5	15.8	2.1	16.6	11.3	58.9	72.4	84.4

図表 38～42 出典:KDB システムデータ

(4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。具体的な取り組み方法については、第 4 章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にし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 46)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

② 中長期的な目標の設定

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

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

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

③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。

また、根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられるが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行う。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・重症化予防に繋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 46】第 3 期データヘルス計画目標管理一覧

★全ての都道府県で設定することが望ましい指標

	達成すべき目的	指標	項番	課題を解決するための目標	(R6)	(R8)	(R11)	データの把握方法	
					初期値	中間評価	最終評価		
					R4年データ	R7年データ	R10年データ		
中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	アウトカム指標	1	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.53%			KDBシステム	
			2	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.16%				
			3	慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持(※1)	1.67%				
			4	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少(※2)	10.3%				
			5	糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0%				
短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者減少	アウトカム指標	6	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	34.6%			法定報告	
			7	健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	7.3%			県や市町村の実態をみる基礎資料	
			8	健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	4.1%				
			9	健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	7.8%				
			10	★健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少	0.2%				
			11	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合の増加	40.9%			石井町調べ	
			12	糖尿病の保健指導を実施した割合の増加	22.5%				
			その他	活動的な生活を送るための基本的な身体活動の増加	アウトプット指標	13	★特定健診受診率60%以上	39.2%	
14	★特定保健指導実施率60%以上	64.3%							
15	★特定保健指導対象者の割合の減少	11.7%							
16	運動習慣のある者の割合の増加	1回30分以上の運動を週2回以上、1年実施している者の割合	42.2%			標準的な質問票			
		日常生活において歩行等の身体活動1時間/日以上実施している者の割合	44.3%						

(参考)

(※1) 慢性透析患者数 (うち新規患者数)	国保 (うち新規導入者数)	14人 (2人)			KDBシステム
	後期 (うち新規導入者数)	92人 (14人)			
	国保	1人			
	後期	3人			

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第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47】特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	40%	44%	48%	52%	56%	60%以上
特定保健指導実施率	65%	66%	67%	68%	69%	70%以上

3. 対象者の見込み

【図表48】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	3511人	3438人	3365人	3292人	3219人	3146人
	受診者数	1404人	1513人	1615人	1712人	1803人	1888人
特定保健指導	対象者数	164人	177人	189人	200人	210人	221人
	実施者数	107人	117人	127人	136人	145人	155人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

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

- ① 集団健診(石井町中央公民館他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、徳島県国保連合会(もしくは石井町)ホームページに掲載します。

(4)特定健診実施項目

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

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

【図表49】 特定健診検査項目

○石井町特定健診検査項目

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

○・・・必須項目、□・・・医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●・・・いずれかの項目の実施で可

(5)実施時期

7月から12月末まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

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

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

【図表50】 健診実施スケジュール

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

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、保健衛生部門への執行委任の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(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52】 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	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	168人 (11.7%)	70%
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	305人 (21.3%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	2,225人 ※受診率目標達成までにあと762人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	202人 (14.1%)	10%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの実合・分析	757人 (52.9%)	6%

(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53】 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	◎受診対象者の抽出等受診券発送準備	◎前年度保健指導対象者への保健指導 ◎受診勧奨訪問	◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報(年間) ・各種会議でのチラシ配布 ・がん検診受診者へのチラシ配布 ・医療機関、広報いしい、町ホームページ、CATV、健康づくりコーナー等での受診勧奨
5月			◎春のがん検診開始
6月	◎受診券の送付		↓
7月	◎特定健康診査の開始		◎ヤング健診開始 ◎個別がん検診開始
8月			◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
9月		◎対象者の抽出 ◎利用券の登録 ◎保健指導の開始	◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月	◎不定期受診者等へ未受診者通知送付		◎秋のがん検診時、特定健診・ヤング健診同時実施
11月	◎未受診者ハガキ送付		↓
12月	◎健診期間終了		
1月	◎二次健診契約等準備、通知発送		
2月	◎二次健診の実施		
3月			

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健診・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石井町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健診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

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健診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、石井町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決に向けた個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

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

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

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

II. 重症化予防の取り組み

本町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、606人(42.3%)です。そのうち治療なしが194人(28.7%)を占め、さらに臓器障害があり、直ちに取り組むべき対象者が122人(62.9%)です。すでに治療中の412人(54.4%)についても専門医への受診の有無や投薬状況、データの経年変化を確認し、値の改善を目指さなければいけません。

本町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なる者が、606人中79人(13%)であるため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表54)

【図表 54】 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-								令和04年度																
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		＜参考＞ 健診受診者(受診率)																
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	1,432人	39.2%															
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								■各疾患の治療状況 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>治療中</th> <th>治療なし</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>高血圧</td> <td>579</td> <td>853</td> </tr> <tr> <td>脂質異常症</td> <td>409</td> <td>1,023</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>134</td> <td>1,298</td> </tr> <tr> <td>3疾患 いずれか</td> <td>757</td> <td>675</td> </tr> </tbody> </table> <p>※問診結果による</p>			治療中	治療なし	高血圧	579	853	脂質異常症	409	1,023	糖尿病	134	1,298	3疾患 いずれか	757	675
	治療中	治療なし																						
高血圧	579	853																						
脂質異常症	409	1,023																						
糖尿病	134	1,298																						
3疾患 いずれか	757	675																						
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)																	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化化学会)		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)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者																	
該当者数	104 7.3%	10 0.7%	58 4.1%	48 3.4%	325 22.7%	78 5.4%	235 16.4%	606 42.3%																
治療なし	59 6.9%	2 0.3%	51 5.0%	33 3.2%	56 8.3%	40 3.1%	74 11.0%	194 28.7%																
(再掲) 特定保健指導	16 15.4%	2 20.0%	14 24.1%	8 16.7%	56 17.2%	9 11.5%	20 8.5%	79 13.0%																
治療中	45 7.8%	8 1.1%	7 1.7%	15 3.7%	269 35.5%	38 28.4%	161 21.3%	412 54.4%																
臓器障害 あり	34 57.6%	2 100.0%	23 45.1%	19 57.6%	29 51.8%	27 67.5%	74 100.0%	122 62.9%																
CKD(専門医対象者)	11	0	10	6	10	11	74	74																
心電図所見あり	27	2	16	15	23	22	19	67																
臓器障害 なし	25 42.4%	--	28 54.9%	14 42.4%	27 48.2%	13 32.5%	--	--																

治療中

臓器障害 あり	30 66.7%	8 100.0%	2 28.6%	7 46.7%	164 61.0%	25 65.8%	161 100.0%	275 66.7%
CKD(専門医対象者)	13	4	1	3	80	18	161	161
心電図所見あり	26	8	1	7	123	19	86	200
臓器障害 なし	15 33.3%	--	5 71.4%	8 53.3%	105 39.0%	13 34.2%	--	--

出典:KDBシステム 疾病管理一覧CSV、特定健診結果(法定報告)ほか

1. 糖尿病性腎症重症化予防

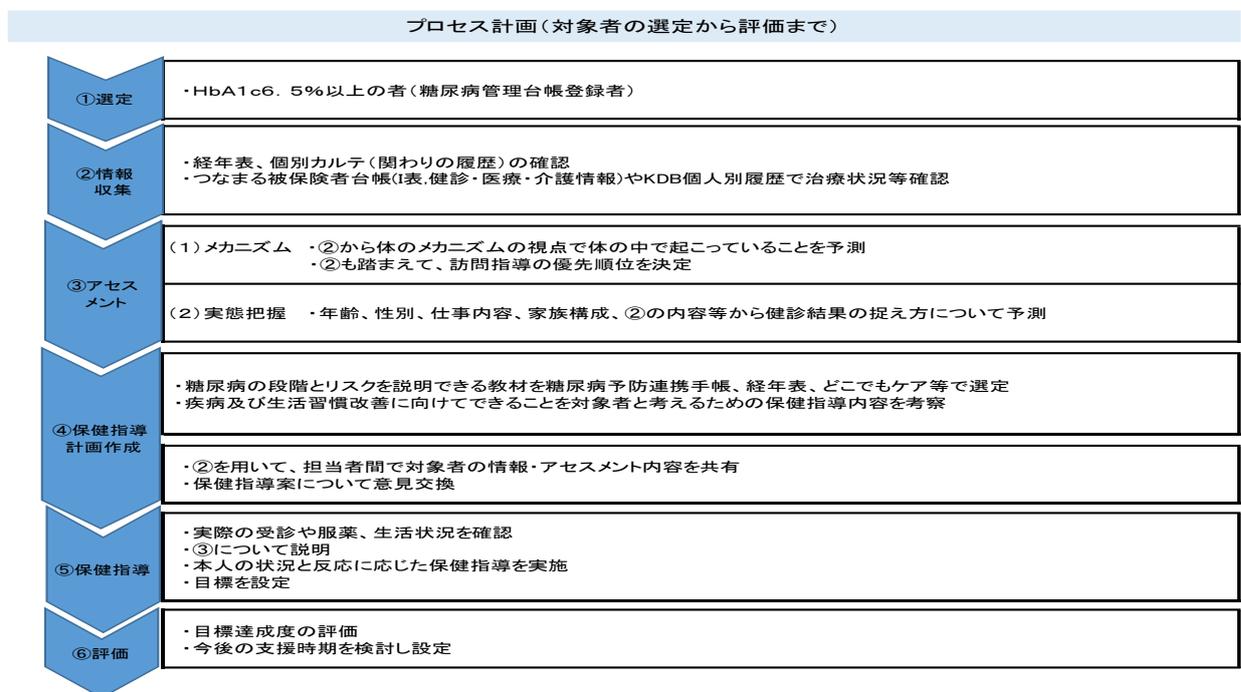
1) 基本的な考え方

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

なお、取り組みにあたっては図表55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 55】 対象者の選定から評価まで



2)対象者の明確化

(1)対象者選定基準の考え方

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

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

(2)選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、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 56】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/1.73m ²)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

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

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

②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。(図表57)

本町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、53人(F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者1,245人のうち、特定健診受診者が134人(10.8%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者1,245人(89.2%・I)については、治療中ですが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要です。

③介入方法と優先順位

図表 57より本町においての介入方法を以下のとおりとします。

糖尿病管理台帳登録者のうち

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

優先順位 2

【保健指導】

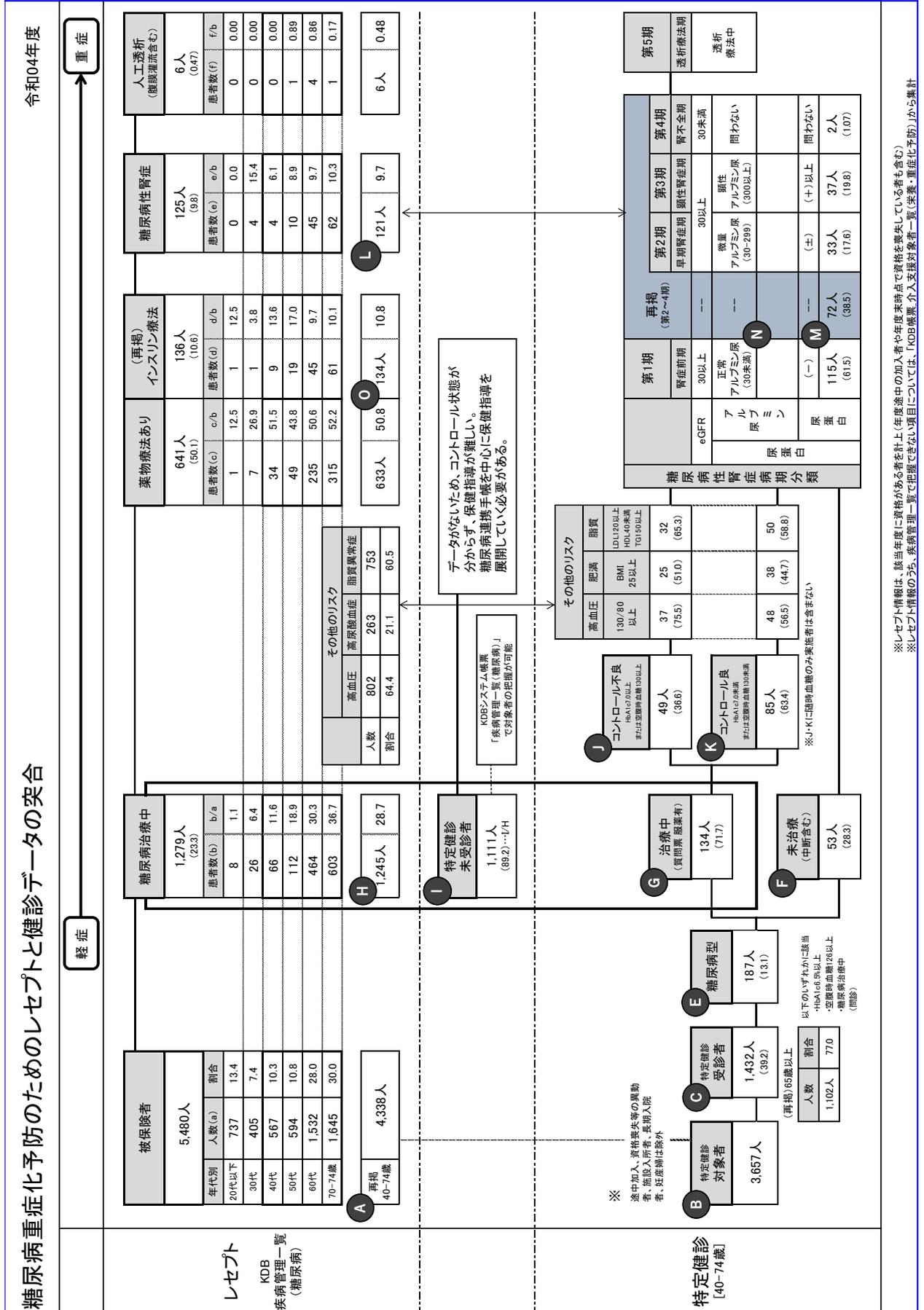
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者
治療中断しない(継続受診)のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

- ・特定健診未受診者
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 57】 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進行とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。本町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。

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

【図表 58】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 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
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
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	4 参考資料
1-21 糖尿病治療の進め方	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
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-24 64歳以下 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
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	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
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-6 安全な血糖管理のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	

(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期を見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、二次健診等で尿アルブミン検査等を実施し、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

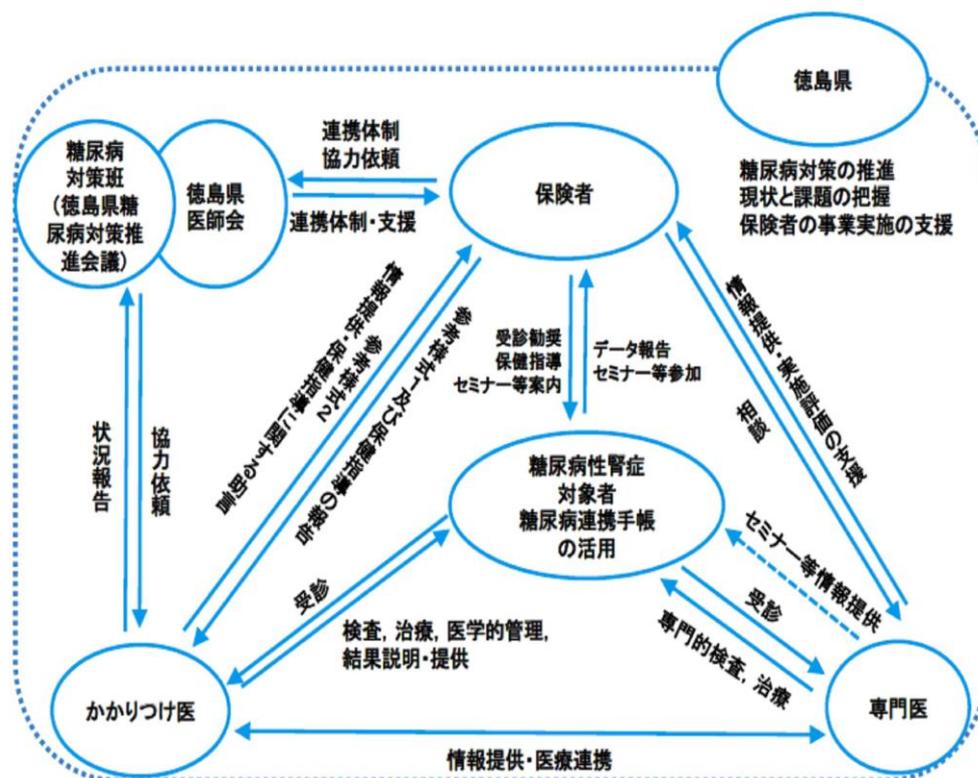
医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に石井町医師団等と協議し、糖尿病連携手帳等を使用します。

(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徳島県のプログラムに準じ行っていきます。また、名西郡糖尿病腎症重症化予防各種会議を開催し、保険者と医療関係者の連携を強化します。

【糖尿病対策推進連携協議会との連携】

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



出典：徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、長寿社会課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 59 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価を用いて行っていきます。

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/1.73 m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

【図表 59】糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	実数	割合	石井町										同規模保険者(平均)		データ基
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	5,563		5,403		5,310		5,254		5,145				KDB 厚生労働省様式様式3-2
	②	(再掲)40-74歳	4,476		4,373		4,342		4,324		4,247				
2	①	特定健診対象者数	3,948		3,903		3,923		3,846		3,657			市町村国保特定健康診者、特定保健指導状況概況報告書	
	③	受診率	39.4%		39.7%		38.1%		39.3%		39.2%				
3	①	特定保健指導対象者数	188		192		167		202		168				
	②	実施率	72.9%		68.2%		61.7%		48.5%		64.3%				
4	①	糖尿病型	195	12.5%	207	13.4%	196	13.1%	196	13.0%	192	13.2%		特定健診結果	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	57	29.2%	57	27.5%	53	27.0%	50	25.5%	54	28.1%			
	③	治療中(質問票 服薬あり)	138	70.8%	150	72.5%	143	73.0%	146	74.5%	138	71.9%			
	④	コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖値 空腹 130 mg/dL以上 空腹 BMI2.5以上	56	40.6%	50	33.3%	53	37.1%	57	39.0%	50	36.2%			
	⑤		43	76.8%	29	58.0%	41	77.4%	45	78.9%	38	76.0%			
	⑥		27	48.2%	28	56.0%	30	56.6%	38	66.7%	25	50.0%			
	⑦		82	59.4%	100	66.7%	90	62.9%	89	61.0%	88	63.8%			
	⑧	コントロール良 HbA1c7.0%未満かつ空腹時血糖値	125	64.1%	123	59.4%	125	63.8%	132	67.3%	117	60.9%			
	⑨		35	17.9%	38	18.4%	30	15.3%	24	12.2%	35	18.2%			
	⑩		32	16.4%	45	21.7%	41	20.9%	38	19.4%	38	19.8%			
	⑪		2	1.0%	1	0.5%	0	0.0%	2	1.0%	2	1.0%			
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)	154.8		144.9		141.2		142.7		154.9		KDB 厚生労働省様式様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)	190.3		176.8		170.7		171.6		185.5				
	③	レセプト件数 (40-74歳) (1)は被保険者千対	4,176	(970.5)	4,276	(995.6)	4,202	(979.7)	4,390	(1040.3)	4,305	(1059.0)	KDB 疾病別医療費分析(生活習慣病)		
	④		入院(件数)	14	(3.3)	21	(4.9)	18	(4.2)	16	(3.8)	14		(3.4)	
	⑤	糖尿病治療中	861	15.5%	783	14.5%	750	14.1%	750	14.3%	797	15.5%	KDB 厚生労働省様式様式3-2		
	⑥	(再掲)40-74歳	852	19.0%	773	17.7%	741	17.1%	742	17.2%	788	18.6%			
	⑦	健診未受診者	714	83.8%	635	82.1%	598	80.7%	596	80.3%	650	82.5%			
	⑧	インスリン治療	94	10.9%	89	11.4%	79	10.5%	76	10.1%	88	11.0%			
	⑨	(再掲)40-74歳	93	10.9%	88	11.4%	79	10.7%	75	10.1%	88	11.2%	KDB 厚生労働省様式様式3-2		
	⑩	糖尿病性腎症	57	6.6%	44	5.6%	68	9.1%	80	10.7%	82	10.3%			
	⑪	(再掲)40-74歳	57	6.7%	44	5.7%	67	9.0%	79	10.6%	82	10.4%			
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症中に占める割合)	8	0.9%	5	0.6%	4	0.5%	6	0.8%	5	0.6%			
	⑬	(再掲)40-74歳	8	0.9%	5	0.6%	4	0.5%	6	0.8%	5	0.6%			
	⑭	新規透析患者数													
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症													
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症中に占める割合)	30	2.3%	30	2.4%	32	2.6%	41	3.1%	36	2.5%	KDB 厚生労働省様式様式3-2 ※ 後期		
6	①	総医療費	19億7591万円		20億4604万円		19億8602万円		19億1359万円		19億5358万円		21億6943万円	KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
	②	生活習慣病総医療費	10億6677万円		11億4820万円		10億9782万円		10億3736万円		10億1730万円		11億4738万円		
	③	(総医療費に占める割合)	54.0%		56.1%		55.3%		54.2%		52.1%		52.9%		
	④	生活習慣病対象者一人あたり	5,995		6,063		6,162		5,961		7,033		7,199		
	⑤		健診未受診者	34,157		37,753		37,503		35,609		36,649			37,856
	⑥	糖尿病医療費	1億2115万円		1億2443万円		1億1852万円		1億2413万円		1億2078万円		1億2598万円		
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	11.4%		10.8%		10.8%		12.0%		11.9%		11.0%		
	⑧	糖尿病入院外総医療費	3億6775万円		3億6841万円		3億6954万円		3億6214万円		3億4645万円				
	⑨	1件あたり	34,660		34,824		36,426		34,992		33,708				
	⑩	糖尿病入院総医療費	1億7894万円		1億9025万円		2億0279万円		1億8082万円		1億9449万円				
	⑪	1件あたり	584,767		613,695		635,718		594,792		598,416				
	⑫	在院日数	17		18		18		17		18				
	⑬	慢性腎不全医療費	8899万円		7092万円		6814万円		6303万円		4394万円		9872万円		
	⑭	透析有り	8482万円		6617万円		6301万円		5046万円		3271万円		9197万円		
	⑮	透析なし	418万円		475万円		512万円		1257万円		1123万円		675万円		
7	①	介護給付費	25億4736万円		26億2227万円		26億1042万円		24億8564万円		24億1404万円		21億9980万円		
	②	(2号認定者)糖尿病合併症	4	19.0%	6	28.6%	4	23.5%	3	23.1%	5	35.7%			
8	①	死亡	3	1.1%	5	1.8%	3	1.1%	10	3.6%	4	1.2%	926	1.1%	KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

出典:KDB システムデータ

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

9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60】保健指導の事務スケジュール

プロセス計画(保健指導の事務スケジュール)	
<p>①対象者の抽出</p> <p>～毎月10日頃～</p> <p>【特定保健指導担当】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・健診データを国保用PCに取り込み、ヘルスサポートラボツールにて該当月分の対象者を抽出、階層化 <li style="text-align: center;">↓ ・糖尿病管理台帳の更新 <li style="text-align: center;">↓ ・更新された情報を各地区担当者と共有
<p>②レセプト、経年表の準備</p> <p>～台帳更新後速やかに～</p> <p>【各地区担当者】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・個人カルテをカルテ庫から取り出す(新規の場合はカルテを作成) <li style="text-align: center;">↓ ・つなまる被保険者台帳(表,健診・医療・介護情報)またはKDB個人別履歴を印刷 <li style="text-align: center;">↓ ・ヘルスサポートラボツールから経年表を印刷
<p>③保健指導計画策定と記録</p> <p>～②の後速やかに～</p> <p>【各地区担当者】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・共有フォルダから個人記録票を印刷し、保健指導計画を作成 <li style="text-align: center;">↓ 資格確認・家族構成・家族の個人カルテを確認 <li style="text-align: center;">↓ ・H.V内容,今後の支援計画等を個人カルテ個人記録票に記入 <li style="text-align: center;">↓ ・H.V後、各種台帳にH.V日等の情報を入力し、カルテを回覧し情報共有

2. 心原性脳梗塞及び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り組み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。

【図表61】対象者の選定から評価まで

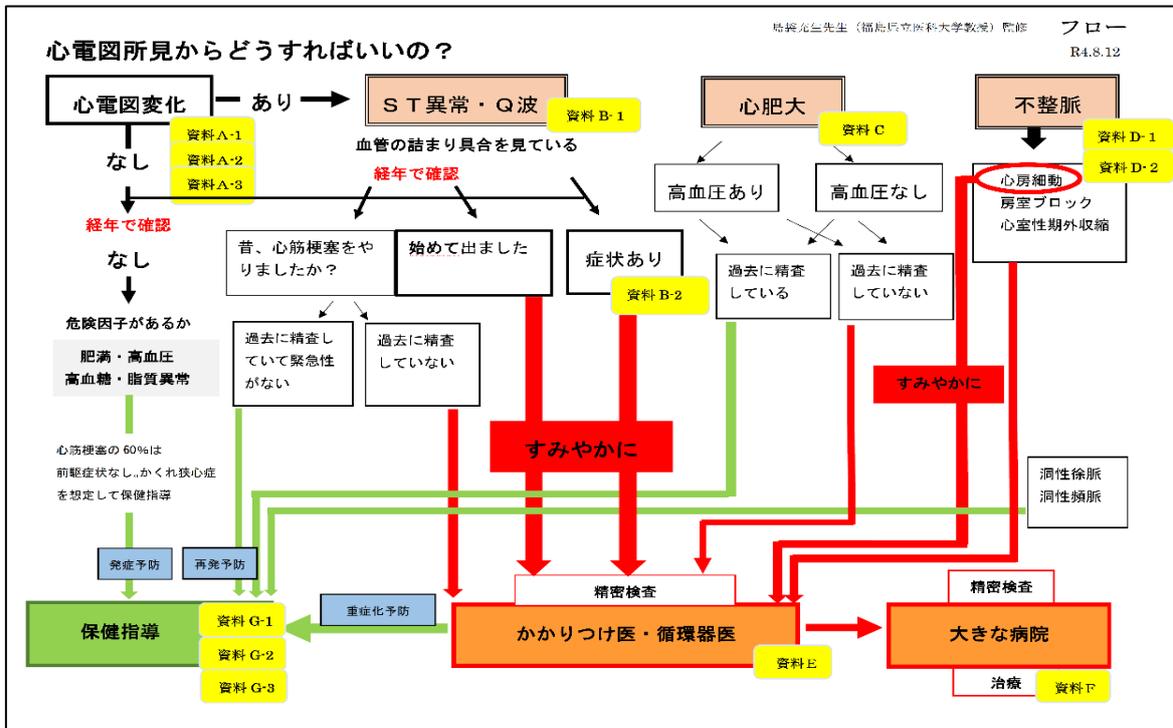


2) 対象者の明確化

(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 62に基づいて考えます。

【図表 62】心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

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

本町においては、心電図検査を1,544人(100%)に実施し、そのうち有所見者が569人(36.9%)でした。所見の中でも心筋壊死、心筋虚血のほか、心筋異常を予測する所見の対象者がみつかっており、虚血性変化を起こしている対象者を優先に介入していく必要があります。(図表63)

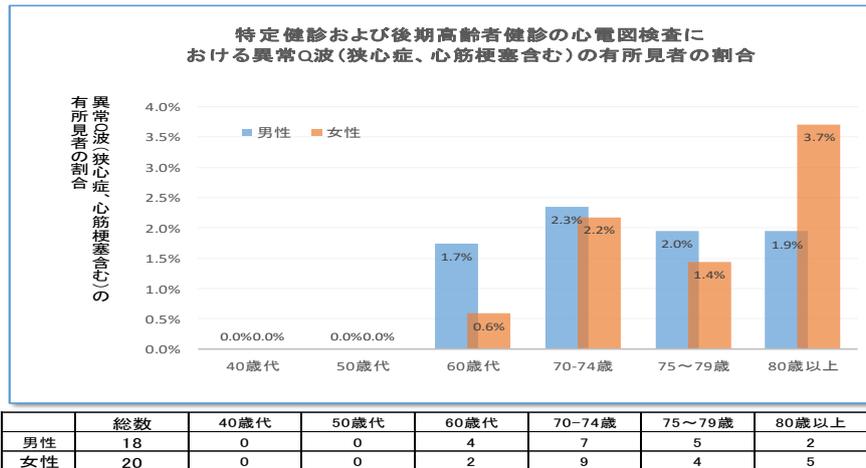
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

【図表 63】心電図検査結果(令和 4 年度)

国保				(徳島県国保)		石井町国保		
				人	%	人	%	
健診受診者数 (特定健診受診率)				43,426	36.3%	1,544	37.7%	
再掲	65歳未満			10,654	24.5%	344	22.3%	
	65歳以上			32,772	75.5%	1,200	77.7%	
心電図実施者数 (心電図実施率)				42,913	98.82%	1,544	100.00%	
心電図実施者のうち 所見のあった者 (実数)				13,606	31.7%	569	36.9%	
心臓細胞の虚血	虚血性変化	心筋壊死 (心筋梗塞)	心筋梗塞・狭心症	95	0.2%	4	0.3%	
			① 異常Q波	453	1.1%	20	1.3%	
			② R波増高不良	268	0.6%	17	1.1%	
		心筋虚血	③ S T異常	1,105	2.6%	44	2.8%	
			④ 冠不全	75	0.2%	1	0.1%	
心筋異常	⑤ T波異常	1,534	3.6%	76	4.9%			
脈が打てる心臓細胞の問題 (不整脈)	徐脈性不整脈	洞結節の異常	⑥ 洞性不整脈	1,585	3.7%	50	3.2%	
			⑦ 洞不全症候群	6	0.0%	0	0.0%	
		刺激伝導系異常	房室伝導障害	⑧ 房室ブロック	832	1.9%	28	1.8%
				⑨ W P W症候群	44	0.1%	2	0.1%
			⑩ P R短縮	125	0.3%	2	0.1%	
		心室内伝導障害	⑪ 脚ブロック	2,851	6.6%	99	6.4%	
	⑫ 心室伝導障害		241	0.6%	6	0.4%		
	頻脈性不整脈	心室性不整脈	⑬ 心室期外収縮	895	2.1%	31	2.0%	
			⑭ 心室細動	6	0.0%	1	0.1%	
			⑮ Q T延長	196	0.5%	15	1.0%	
			⑯ プルカタ症候群	107	0.2%	3	0.2%	
		上室性不整脈	⑰ 上室性期外収縮	857	2.0%	31	2.0%	
			⑱ 心房細動	319	0.7%	10	0.6%	
高血圧による心臓の虚血	心肥大・負荷所見	心室肥大	⑳ 左室肥大	353	0.8%	9	0.6%	
			㉑ 高電位	101	0.2%	5	0.3%	
			㉒ 軸偏位	1,394	3.2%	82	5.3%	
			㉓ 右室肥大	38	0.1%	3	0.2%	
その他			㉔ 移行帯の変化	924	2.2%	45	2.9%	
			㉕ その他不整脈	270	0.6%	9	0.6%	
			㉖ その他	831	1.9%	54	3.5%	
			㉗ ペースメーカー調律	24	0.1%	1	0.1%	
			㉘ 「異常あり」のみ	50	0.1%	0	0.0%	

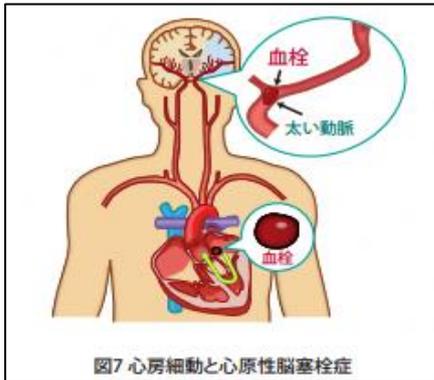
出典:つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

参考 異常 Q 波(心筋壊死を予測する有所見)有所見者の割合(国保・後期)



出典: つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

②心房細動の実態



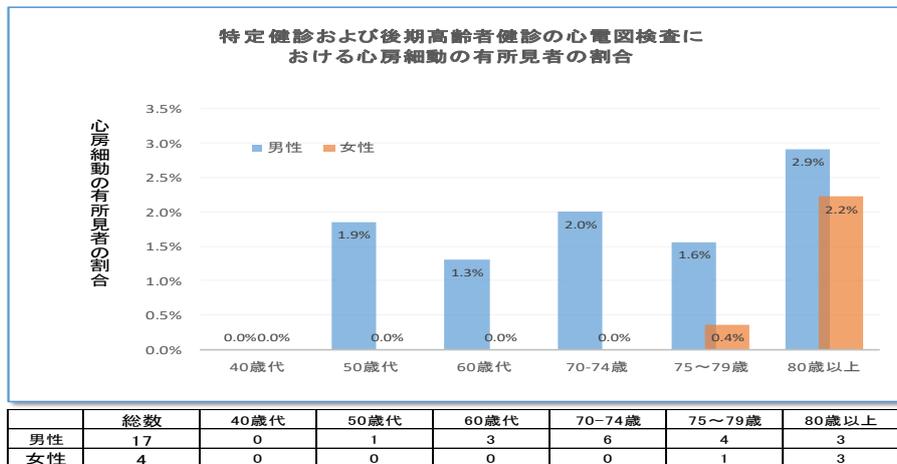
心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。

しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表64は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表64】心房細動有所見者の割合(国保・後期)



出典: つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

【図表65】心房細動有所見者の治療状況(国保)

心房細動有所見者	治療の有無			
	治療中		未治療者	
人	人	%	人	%
10	9	90%	1	10%

石井町調べ

心電図検査において国保では 10 人に心房細動の所見が認められました。後期は11人ですが、令和 6 年度より後期健診の対象者が 79 歳まで拡大されるため、新規対象者の発見につながると思定します。有所見率は、年齢が高くなるにつれ増加しています。心房細動有所見者 10 人のうち9人は既に治療が開始されていましたが、1人はまだ治療につながっていません。

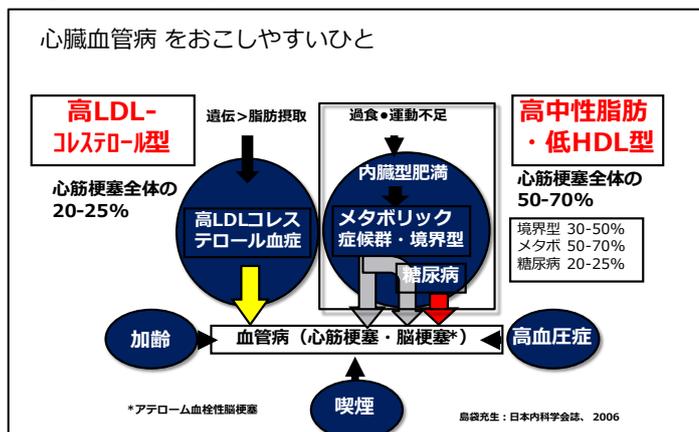
心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査から直ぐに介入していくことが必要です。

③心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表66)

【図表66】心血管病をおこしやすいひと



出典：つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

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67】心電図所見からの保健指導教材

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

(2) 二次健診の実施

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

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

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

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

本町でも、二次健診として頸動脈エコー検査等を実施していきます。

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、長寿社会課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

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

【図表68】保健指導の事務スケジュール

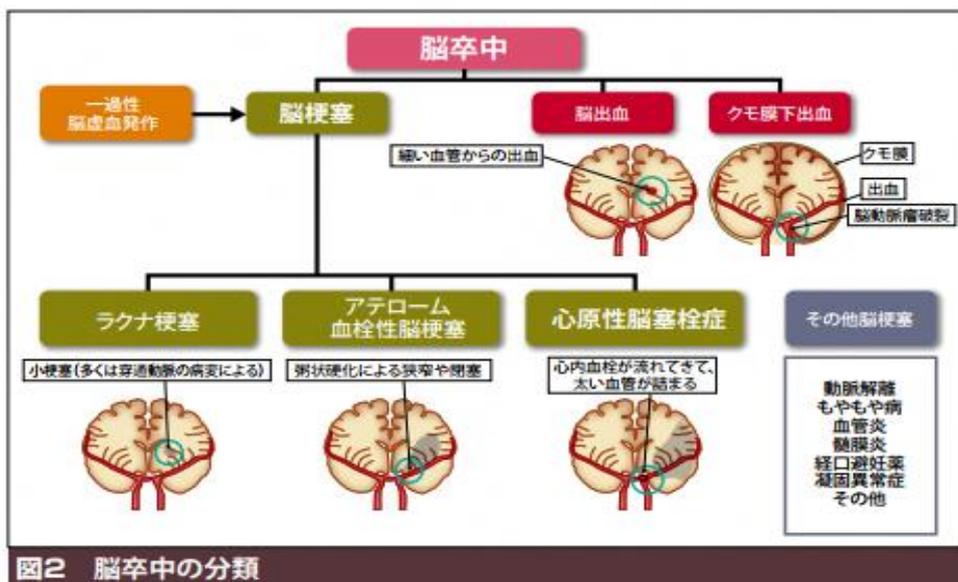
プロセス計画(保健指導の事務スケジュール)	
①対象者の抽出 ～毎月10日頃～ 【特定保健指導担当】	・健診データを国保用PCに取り込み、ヘルスサポートラボツールにて該当月分の対象者を抽出、階層化 ↓ ・心電図所見管理台帳の更新 ↓ ・更新された情報を訪問担当者と共有、担当の振り分け
②レセプト、経年表の準備 ～台帳更新後速やかに～ 【訪問担当者】	・個人カルテをカルテ庫から取り出す(新規の場合はカルテを作成) ↓ ・つなまる被保険者台帳(表,健診・医療・介護情報)またはKDB個人別履歴を印刷 ↓ ・ヘルスサポートラボツールから経年表を印刷
③保健指導計画策定と記録 ～②の後速やかに～ 【訪問担当者】	・共有フォルダから個人記録票を印刷し、保健指導計画を作成 資格確認・家族構成・家族の個人カルテを確認 ↓ ・H.V内容,今後の支援計画等を個人カルテ個人記録票に記入 ↓ ・H.V後、各種台帳にH.V日等の情報を入力し、カルテを回覧し情報共有

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取り組みにあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表69,70)

【図表69】 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

【図表70】 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク等)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓 病(CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 71でみると、高血圧治療者 1,948 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が208人(10.5%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が104人(7.3%)であり、そのうち59人(56.7%)は未治療者です。

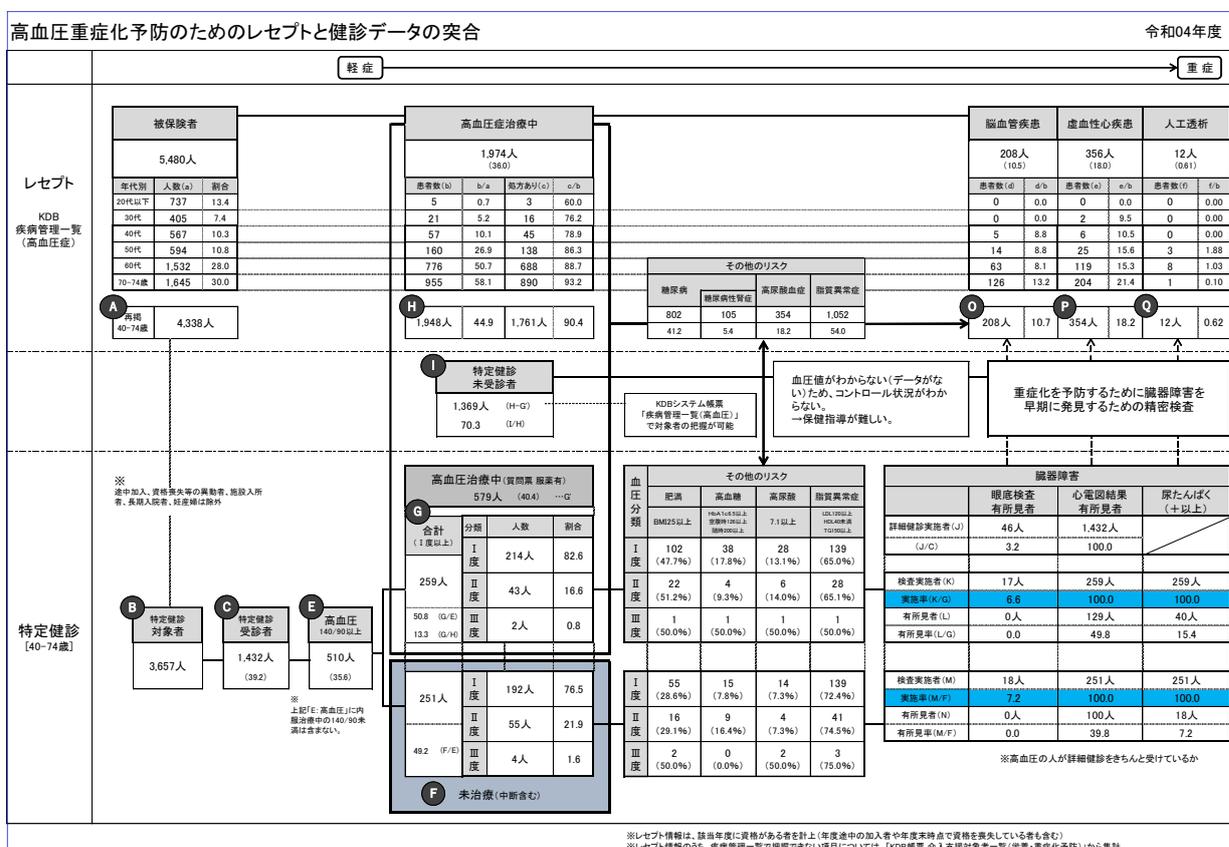
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が59人(23.5%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか46人(3.2%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、510人(35.6%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は医療機関の設備の都合等もあり重症化予防の検査ができていません。

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

【図表71】高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

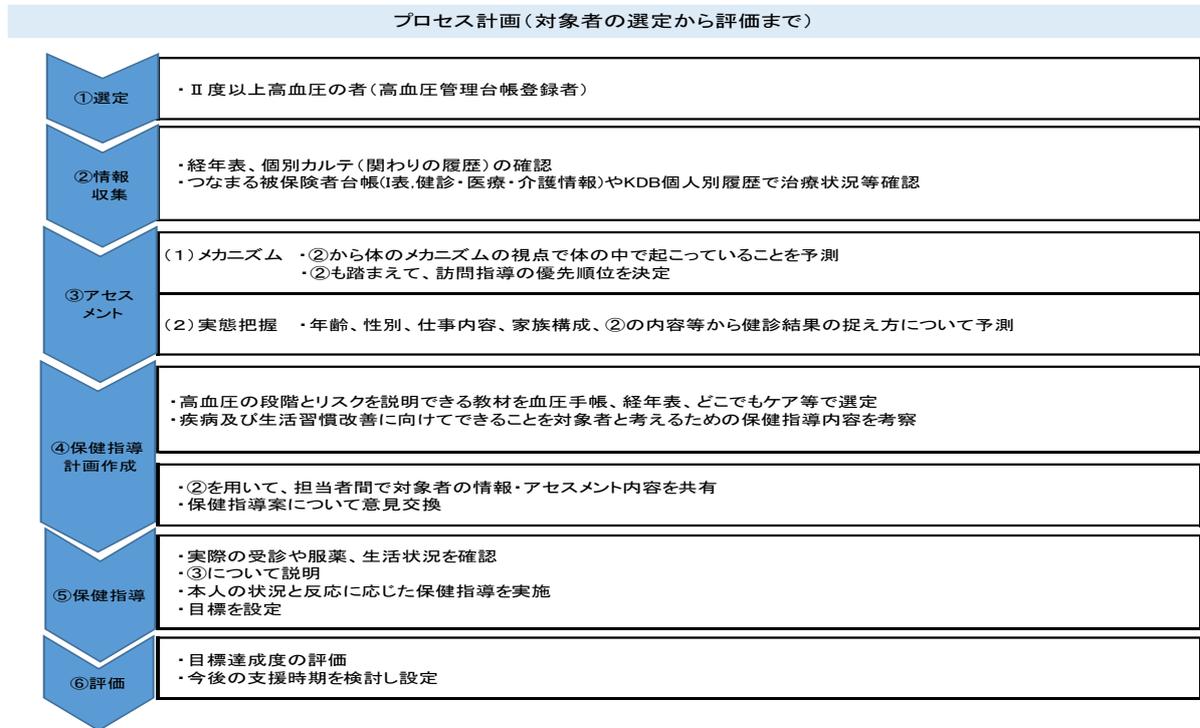


出典: KDBシステム(レセプト情報)特定健診(法定報告)

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

【図表72】対象者の選定から評価まで



図表 73は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

【図表 73】血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(参考)高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I 度高血圧 140~159 /90~99	II 度高血圧 160~179 /100~109	III 度高血圧 180以上 /110以上
	483	232 48.0%	192 39.8%	55 11.4%	4 0.8%
リスク第1層 予後影響因子がない	17	C 11 64.7%	B 5 29.4%	B 0 0.0%	A 1 5.9%
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	264	C 134 50.8%	B 99 37.5%	A 31 11.7%	A 0 0.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	202	B 87 43.1%	A 88 43.6%	A 24 11.9%	A 3 1.5%

…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	147
		30.4%
B	概ね1か月後に再評価	191
		39.5%
C	概ね3か月後に再評価	145
		30.0%

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

出典:特定健診(法定報告)

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

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

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

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

本町でも、二次健診として頸動脈エコー検査等を実施していきます。

(3) 対象者の管理

医療機関への継続的な受診ができるようにⅡ度高血圧以上の台帳を作成し経過を把握していきます。健診受診状況、血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況等の経過を確認し、未治療者や中断者が把握された場合は、受診勧奨を行っていきます。

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、長寿社会課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

9月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

【図表74】保健指導の事務スケジュール

プロセス計画(保健指導の事務スケジュール)	
<p>①対象者の抽出</p> <p>～毎月10日頃～</p> <p>【特定保健指導担当】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・健診データを国保用PCに取り込み、ヘルスサポートラボツールにて該当月分の対象者を抽出、階層化 <li style="text-align: center;">↓ ・高血圧管理台帳の更新 <li style="text-align: center;">↓ ・更新された情報を各地区担当者と共有
<p>②レセプト、経年表の準備</p> <p>～台帳更新後速やかに～</p> <p>【各地区担当者】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・個人カルテをカルテ庫から取り出す(新規の場合はカルテを作成) <li style="text-align: center;">↓ ・つながる被保険者台帳(1表,健診・医療・介護情報)またはKDB個人別履歴を印刷 <li style="text-align: center;">↓ ・ヘルスサポートラボツールから経年表を印刷
<p>③保健指導計画策定と記録</p> <p>～②の後速やかに～</p> <p>【各地区担当者】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・共有フォルダから個人記録票を印刷し、保健指導計画を作成 資格確認・家族構成・家族の個人カルテを確認 <li style="text-align: center;">↓ ・H.V内容,今後の支援計画等を個人カルテ個人記録票に記入 <li style="text-align: center;">↓ ・H.V後、各種台帳にH.V日等の情報を入力し、カルテを回覧し情報共有

4. その他生活習慣病重症化予防

1) 基本的な考え方

その他生活習慣病重症化予防の取り組みにあたっては、各種ガイドラインに基づき、以下の視点で実施していきます。

- (1)メタボリックシンドローム該当者の重症化予防
- (2)脂質異常者の重症化予防
- (3)慢性腎臓病(CKD)重症化予防

これらの取り組みにあたっては、図表75のようにPDCAに沿って実施します。

【図表75】対象者の選定から評価まで

プロセス計画(対象者の選定から評価まで)	
①選定	<ul style="list-style-type: none"> 重症化予防基準該当者 メタボリックシンドローム該当者でリスク3項目該当者 LDL-C180以上または中性脂肪300以上の者 徳島県慢性腎臓病(CKD)病診連携紹介基準該当者 等
②情報収集	<ul style="list-style-type: none"> 経年表、個別カルテ(関わりの履歴)の確認 つなまる被保険者台帳(表、健診・医療・介護情報)やKDB個人別履歴で治療状況等確認
③アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> (1)メカニズム ・②から体のメカニズムの視点で体の中で起こっていることを予測 ・②も踏まえて、訪問指導の優先順位を決定
	<ul style="list-style-type: none"> (2)実態把握 ・年齢、性別、仕事内容、家族構成、②の内容等から健診結果の捉え方について予測
④保健指導計画作成	<ul style="list-style-type: none"> 疾病の段階やリスクを説明できる教材をCKD予防連携手帳、経年表、どこでもケア等で選定 疾病及び生活習慣改善に向けてできることを対象者と考えるための保健指導内容を考察
	<ul style="list-style-type: none"> ②を用いて、担当者間で対象者の情報・アセスメント内容を共有 保健指導案について意見交換
⑤保健指導	<ul style="list-style-type: none"> 実際の受診や服薬、生活状況を確認 ③について説明 本人の状況と反応に応じた保健指導を実施 目標を設定
	<ul style="list-style-type: none"> 目標達成度の評価 今後の支援時期を検討し設定
⑥評価	

2) 対象者の明確化

(1)メタボリックシンドローム該当者の状況をみると、女性より男性のほうが該当者が多く、男女ともに年を重ねるに従い増加しています。また、約3割がリスク3項目全てに該当しており、心血管病易発症状態といえます。(図表75)

【図表76】年代別メタボリックシンドローム該当者の状況

		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	611	42	53	223	293	821	39	42	332	408	
メタボ該当者	B	222	4	15	79	124	103	2	4	32	65	
	B/A	36.3%	9.5%	28.3%	35.4%	42.3%	12.5%	5.1%	9.5%	9.6%	15.9%	
再掲	① 3項目全て	C	66	0	2	29	35	37	0	2	14	21
		C/B	29.7%	0.0%	13.3%	36.7%	28.2%	35.9%	0.0%	50.0%	43.8%	32.3%
	② 血糖+血圧	D	25	1	3	10	11	4	0	0	2	2
		D/B	11.3%	25.0%	20.0%	12.7%	8.9%	3.9%	0.0%	0.0%	6.3%	3.1%
	③ 血圧+脂質	E	124	3	9	39	73	62	2	2	16	42
		E/B	55.9%	75.0%	60.0%	49.4%	58.9%	60.2%	100.0%	50.0%	50.0%	64.6%
	④ 血糖+脂質	F	7	0	1	1	5	0	0	0	0	0
		F/B	3.2%	0.0%	6.7%	1.3%	4.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典:特定健診(法定報告)

(2) LDLコレステロールは動脈硬化のリスクが高くなる160mg/dL以上を年代別に見ると、60代以上が8割強を占めています。しかし、若い世代でも高値の方もいるため、早期から介入し生活習慣の改善のための保健指導や家族性高コレステロール血症の可能性も含めた受診勧奨等をする必要があります。

【図表 77】冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定				令和04年度								
動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標				(参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版								
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)				健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
644				267	213	113	51	12	16	70	66	
				41.5%	33.1%	17.5%	7.9%	7.3%	9.8%	42.7%	40.2%	
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	55	30	15	7	3	7	3	0	0	
			8.5%	11.2%	7.0%	6.2%	5.9%	58.3%	18.8%	0.0%	0.0%	
	中リスク	140未満 (170未満)	252	97	92	46	17	3	5	29	26	
			39.1%	36.3%	43.2%	40.7%	33.3%	25.0%	31.3%	41.4%	39.4%	
高リスク	120未満 (150未満)	309	129	100	50	30	2	6	36	36		
		48.0%	48.3%	46.9%	44.2%	58.8%	16.7%	37.5%	51.4%	54.5%		
再掲	100未満 (130未満) ※1	23	13	4	4	2	0	0	3	3		
		3.6%	4.9%	1.9%	3.5%	3.9%	0.0%	0.0%	4.3%	4.5%		
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)	28	11	6	10	1	0	2	5	4	
				4.3%	4.1%	2.8%	8.8%	2.0%	0.0%	12.5%	7.1%	6.1%

※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。

【図表78】CKD重症度分類(R3)

CKD該当者を明確にしましょう(CKD重症度分類)

(3)腎機能を評価するCKD重症度分類を見ると、人工透析のリスクが高くなるG3bA1~G4A3(中等度~高度低下)の方が2.8%います。これらの方の重症化予防とともに、軽度~中等度低下者、高度蛋白尿の者へ減塩等生活習慣改善の保健指導及び状況確認をすることで透析移行を予防します。

原疾患	糖尿病		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
	高血圧・腎炎など		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
尿蛋白区分		A1		A2		A3
GFR区分 (ml/分/1.73m ²)	尿検査-GFR 共に実施 1,511人	(一)		(±)		(+)以上
		1,173人 77.6%	202人 13.4%	45人 22.3%	136人 9.0%	
G1	正常 または高値	90以上	110人 7.3%	83人 5.5%	21人 1.4%	4人 0.4%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	1,061人 70.2%	847人 56.1%	132人 8.7%	31人 23.5%
G3a	軽度~ 中等度低下	45-60 未満	297人 19.7%	215人 14.2%	45人 3.0%	7人 15.6%
G3b	中等度~ 高度低下	30-45 未満	36人 2.4%	24人 1.0%	4人 0.3%	3人 75.0%
G4	高度低下	15-30 未満	7人 0.5%	4人 0.3%	0人 0.0%	0人 —
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 —

出典:ヘルスサポートラボツール

(4) 対象者の選定基準の考え方

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ② 治療中の者へは、治療中断しないための保健指導と併せて必要時には医療との連携を取りながら保健指導を行います。
- ③ 未治療者や治療中断者には生活習慣改善に向けた保健指導と併せて受診に繋がるような保健指導を行います。

3)保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。例えば、メタボリックシンドローム該当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最新の脳科学を活用した保健指導用教材を用いて行います。(図表79)

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

【図表79】 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る
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えますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの？	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いとかよく聞きますが、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 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善できた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

その他生活習慣病重症化予防対象者は、脳・心・腎疾患のリスクが高くなるため、二次健診の実施をしていきます。特に、メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。

本町においても、頸動脈エコー検査、尿中アルブミン定量検査等を二次健診として、必要な対象者に行っていきます。

(参考)

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

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

4) 医療との連携

その他生活習慣病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への聞き取り、KDB等を活用しデータを収集していきます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、長寿社会課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・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

9月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

【図表80】保健指導の事務スケジュール

プロセス計画(保健指導の事務スケジュール)	
<p>①対象者の抽出 ～毎月10日頃～ 【特定保健指導担当】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・健診データを国保用PCに取り込み、ヘルスサポートラボツールにて該当月分の対象者を抽出、階層化 <li style="text-align: center;">↓ ・重症化予防対象者台帳の更新 <li style="text-align: center;">↓ ・更新された情報を訪問者と共有、担当の振り分け
<p>②レセプト、経年表の準備 ～台帳更新後速やかに～ 【訪問担当者】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・個人カルテをカルテ庫から取り出す(新規の場合はカルテを作成) <li style="text-align: center;">↓ ・つなまる被保険者台帳(I表,健診・医療・介護情報)またはKDB個人別履歴を印刷 <li style="text-align: center;">↓ ・ヘルスサポートラボツールから経年表を印刷
<p>③保健指導計画策定と記録 ～②の後速やかに～ 【訪問担当者】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・共有フォルダから個人記録票を印刷し、保健指導計画を作成 資格確認・家族構成・家族の個人カルテを確認 <li style="text-align: center;">↓ ・H.V内容,今後の支援計画等を個人カルテ個人記録票に記入 <li style="text-align: center;">↓ ・H.V後、各種台帳にH.V日等の情報を入力し、カルテを回覧し情報共有

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

本町は、令和 3 年度より徳島県後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和 6 年度以降も引き続き事業を行っていきます。具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

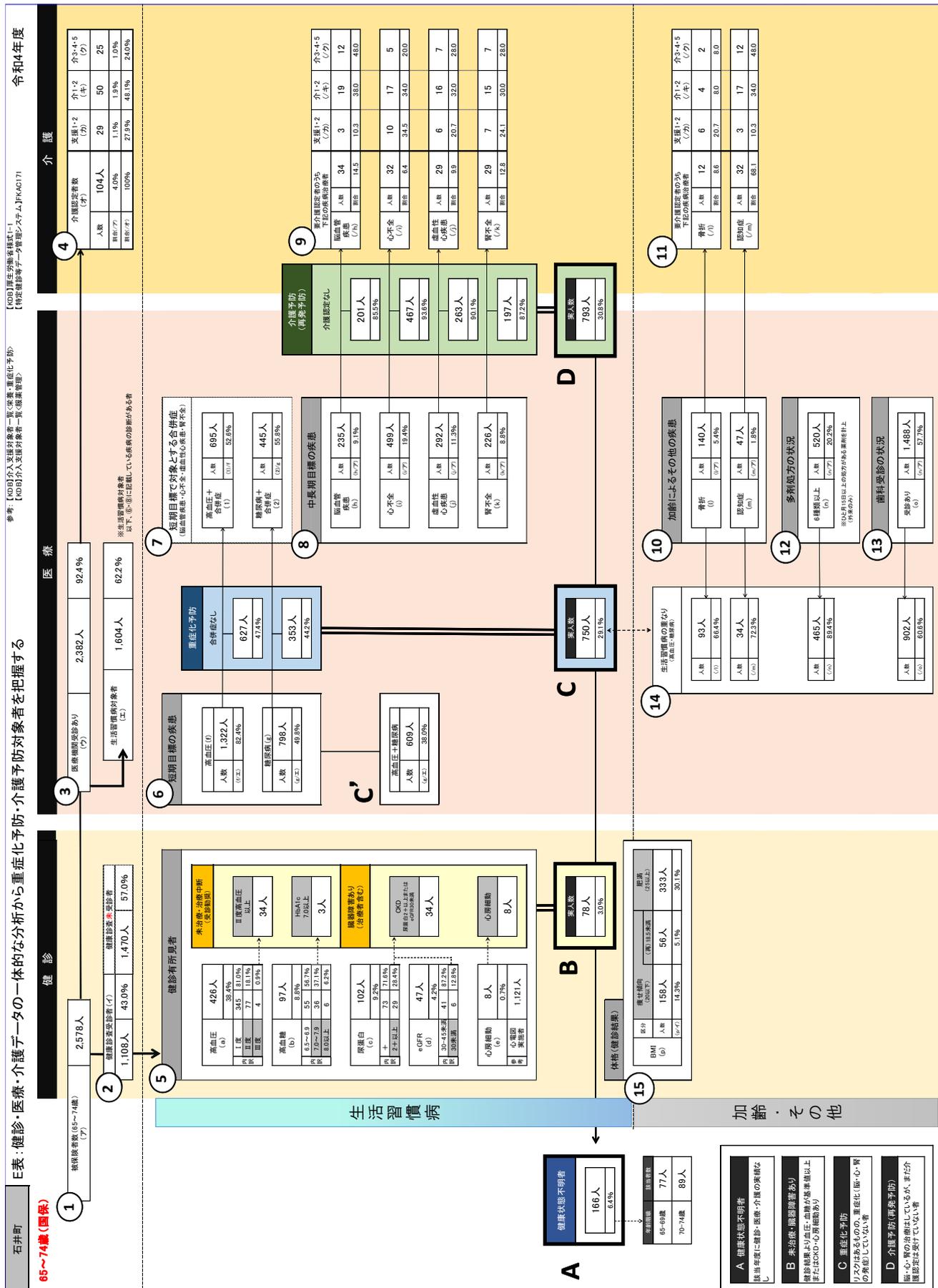
KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

② 心血管疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症患者の減少のため、高血圧・高血糖に重点を置いた対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。

75 歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、低栄養のリスクについても周知啓発していきます。高齢者自らが健康実態を把握し、継続して健康づくりに取り組むために健診受診勧奨に取り組めます。

③ 通いの場への積極的関与として、介護予防や栄養・口腔に関するフレイル予防、生活習慣病予防などの健康教育や健康相談等を実施します。必要に応じて関係機関と連携した支援を行います。(ポピュレーションアプローチ)

【図表81】高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 発症予防

生活習慣病は自覚症状に現れないまま長年経過し、気づいた時には合併症(脳・心臓・腎臓など)により取返しのできないほど病状が深刻になっていることが多い疾病です。生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題であります。

また、子どものころから生活習慣病を発症すると罹病期間が長くなり、成人期以降に合併症が起こる頻度が高い傾向があります。生活習慣病の種類としては、2型糖尿病、高血圧、脂質異常症等がありますが、それらの多くは肥満症/メタボリックシンドロームに伴うものです。このため幼少期からの肥満予防・肥満改善は重要となります。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点から関係者と情報共有し対策を考えていく必要があります。

生活習慣は幼少期から徐々に確立していくため、乳幼児期からの介入による子どもの生活習慣病対策は重要であり、妊産婦及び乳幼児期、成人、高齢者に至るライフサイクルの視点で整理する必要があります。現在実施している子育て世代包括支援センターでの妊産婦への指導、乳幼児健診時の指導、30代のヤング健診、がん検診等の取り組みを継続し、より効果的な取り組みを検討していきます。

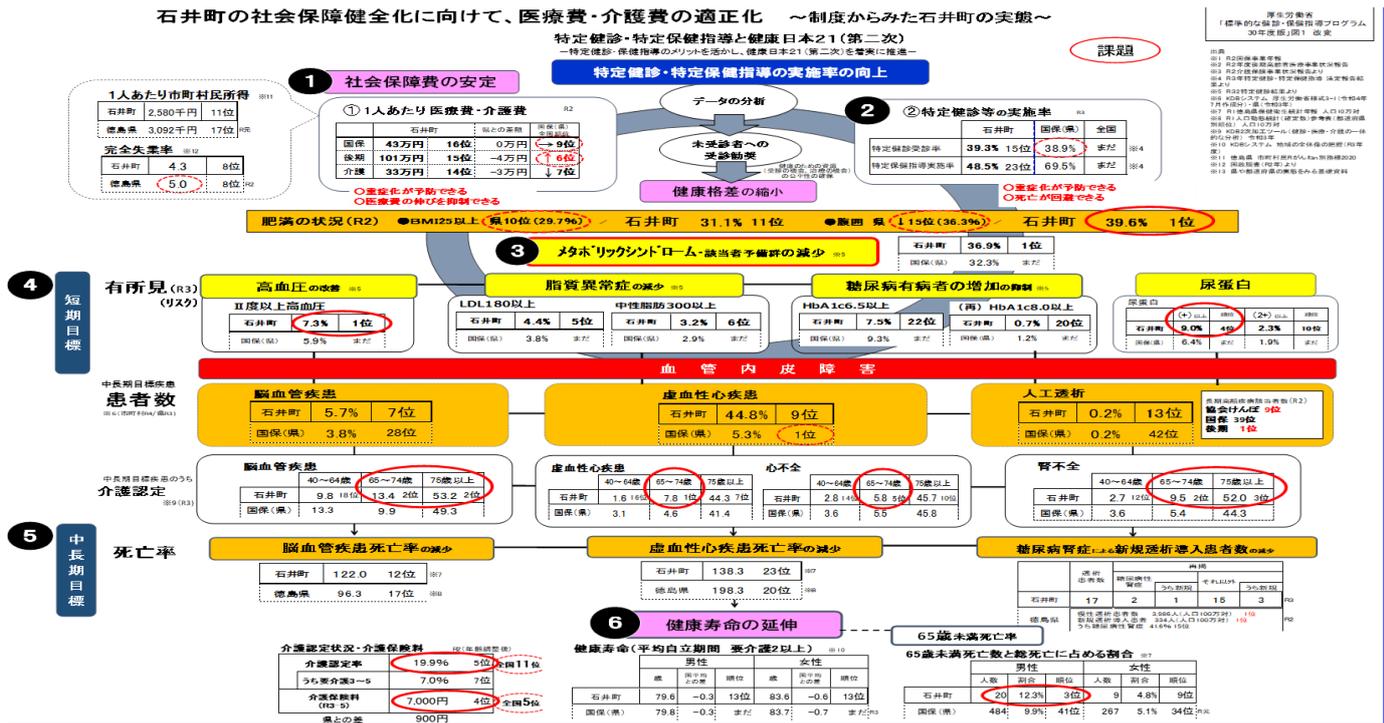
【図表82】生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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)													
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>													
1 根拠法	健康増進法												
6条 健康増進事業実施者	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】 データヘルズ計画【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)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診断 (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 診 査 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)妊婦糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの											
	身長 体重												
	BMI										25以上		
	肥満度			かつ18以上	肥満度15%以上			肥満度20%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、ポピュレーションアプローチに取り組みます。被保険者自身が健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに、主体的・積極的に健康増進に取り組むことが重要です。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の实態と社会環境等について、広報や役場健康づくりコーナー、いきいき健康フェスティバル等で広く町民へ周知していきます。(図表 83,84)

【図表 83】 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



【図表 84】 受診勧奨チラシ(石井町の実態から)

受けていますか？特定健診

～特定健診とは？～
 日本人の死亡原因の約6割を占める生活習慣病(脳卒中・虚血性心疾患・がん・糖尿病など)の予防・早期発見のために、メタボリックシンドロームに着目して行われる健診です。40～74歳の方を対象に毎年行われています。

コロナ禍で石井町民の健康にこんなに影響が！！

高血圧 (130/80以上) 1.36倍↑

糖尿病有病による 新規透析者 2倍↑

肥満 (BMI 25以上) 1.19倍↑

あなたは大丈夫ですか？

今こそ受診！！

特定健診で健康状態をチェック！！

すべて無料で受けられます！！
 ※通院されている方は自己負担が生じる検査も、特定健診として受けると無料です。

【検査項目】

- 診察
- 尿検査
- 身体計測
- 血液検査
- 血圧測定
- 心電図検査

※医師の判断により、眼底検査を実施する場合があります。

既に治療・通院をしているから、受けなくてもいい？
 健診を受けることで、現在治療中以外の病気が見つかることもあります。普段の診察では検査していない項目も一緒にみてもらえることが多いので、治療や通院の有無に関わらず、健診は毎年受けましょう。(定期通院の際に、受診できる場合もあるので医療機関に相談してください。)

以前受診したときは異常が無く、今年元気が良かったから、今年は受けなくてもいい？
 過去の健診で異常がなかったとしても、今も異常が無いとは限りません。生活習慣病は自覚症状のないまま進行し、40代から増加してきます。特定健診は毎年受けて、今の健康状態を客観的にチェックすることが大切です。

忙しいから健診に行けない
 特定健診は、年に1回、数時間程度です。病気が重症化するまで、通院や入院を要することがあります。毎年健診を受けることで病気を早期発見し、健康を維持しましょう。

受診方法は、7月頃送付の緑の受診券をご確認ください

受診券を紛失した場合は、役場住民課または保健センターで再発行できます。

【問い合わせ先】 健康増進課(保健センター) TEL:088-674-0001

生活習慣の改善や病気の予防など保健師や管理栄養士がみなさまの健康のお手伝いをしています。健診結果の見方の説明もしています。是非お気軽にお声がけください！

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ので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。

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

第 6 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

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、医療機関等にも周知します。これらの公表・周知に当たっては、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します。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

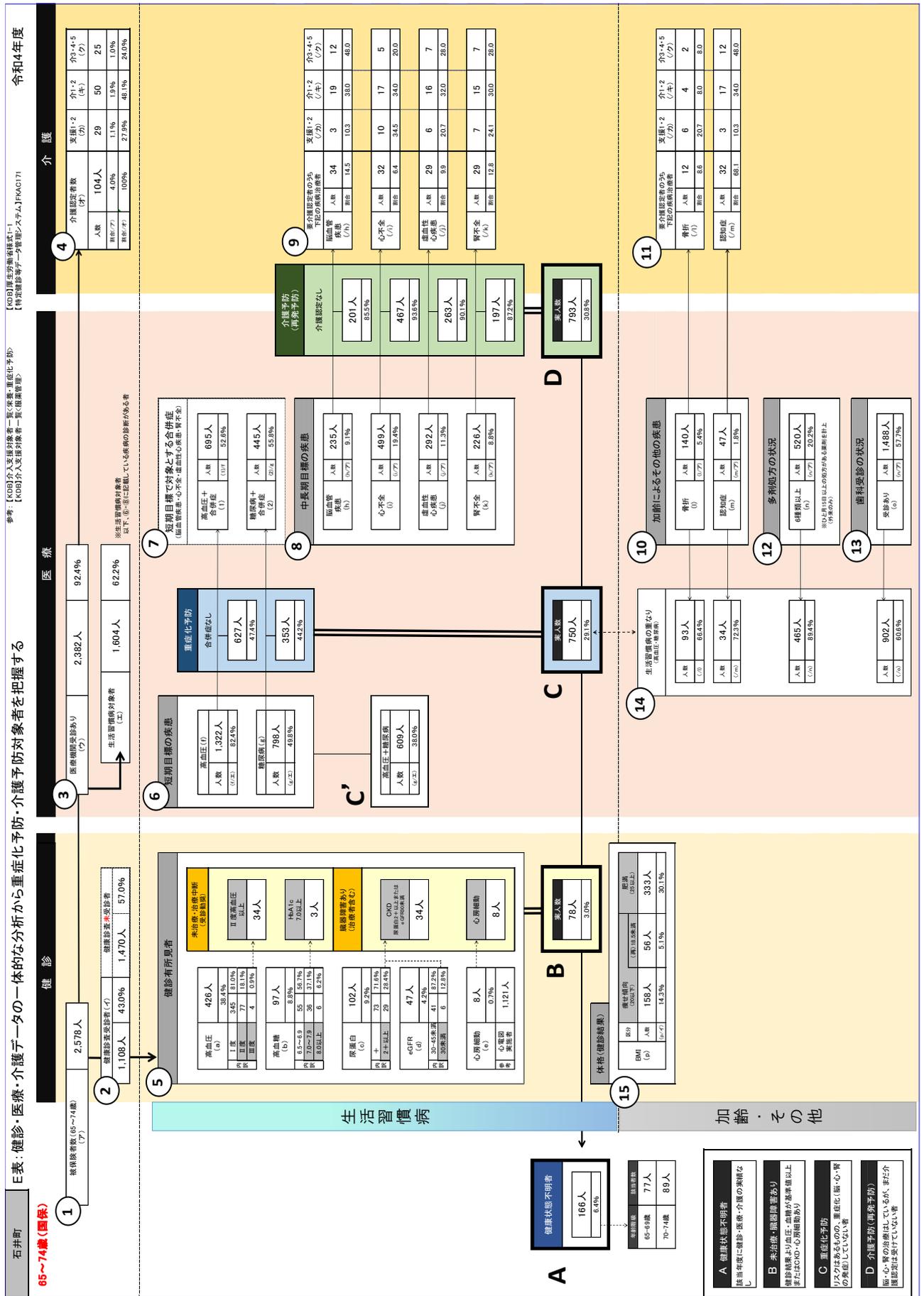
- 参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた石井町の位置
- 参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料 3 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価
- 参考資料 4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 7 HbA1c の年次比較
- 参考資料 8 血圧の年次比較
- 参考資料 9 LDL-C の年次比較

(参考資料1) 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた石井町の位置

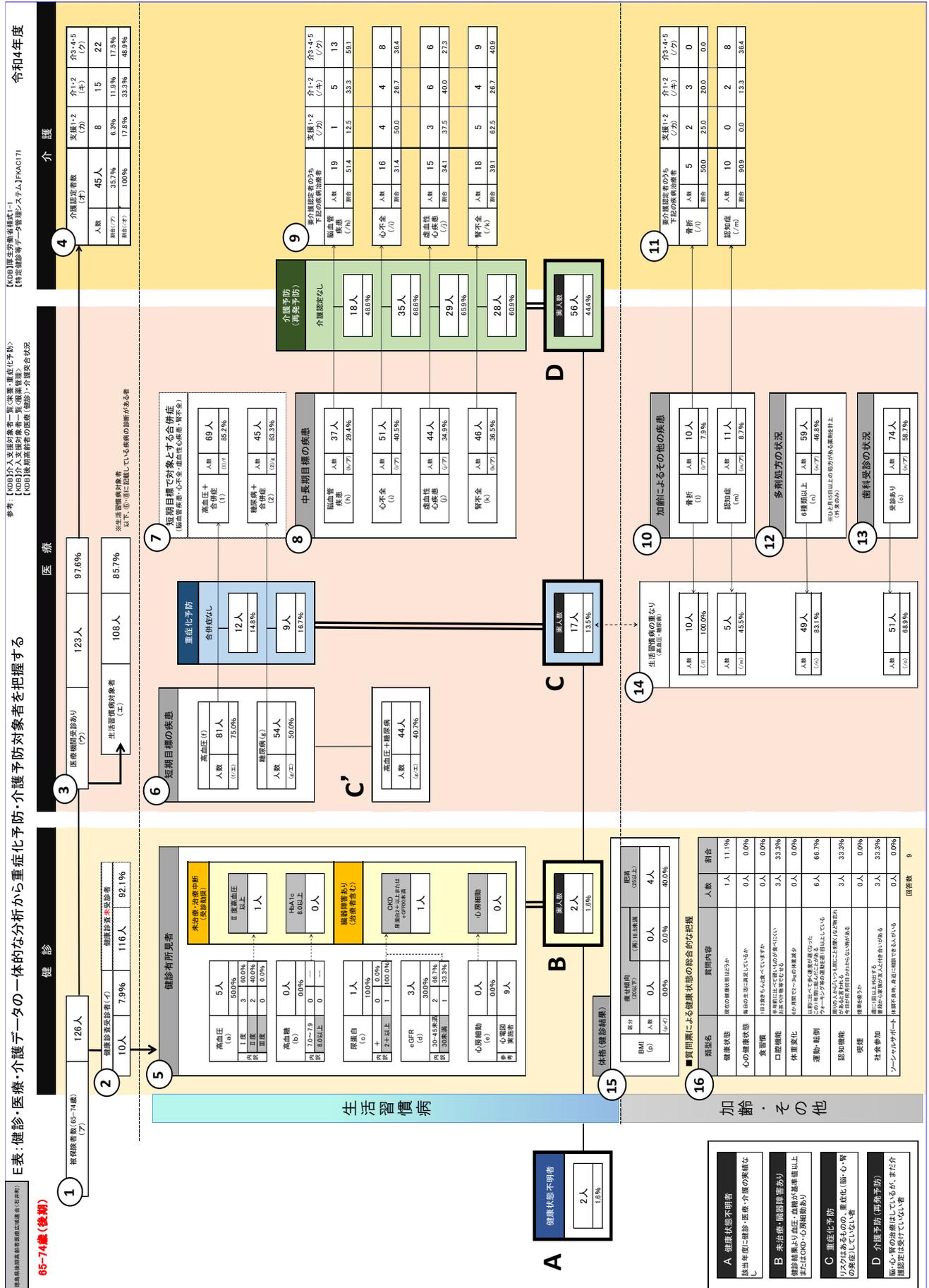
項目		石井町										同規模平均		徳島県		国																			
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度																			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合																		
1 概況	① 人口構成	総人口	25,365		25,365		25,365		25,365		24,724		4,284,839		691,132		123,214,261																		
		65歳以上(高齢化率)	7,670	30.2	7,670	30.2	7,670	30.2	7,670	30.2	8,199	33.2	1,245,056	29.1	238,346	34.5	35,335,805	28.7																	
		75歳以上	3,754	14.8	3,754	14.8	3,754	14.8	3,754	14.8	4,060	16.4	--	--	122,672	17.7	18,248,742	14.8																	
		65~74歳	3,916	15.4	3,916	15.4	3,916	15.4	3,916	15.4	4,139	16.7	--	--	115,674	16.7	17,087,063	13.9																	
		40~64歳	8,495	33.5	8,495	33.5	8,495	33.5	8,495	33.5	8,067	32.6	--	--	224,837	32.5	41,545,893	33.7																	
39歳以下	9,200	36.3	9,200	36.3	9,200	36.3	9,200	36.3	8,458	34.2	--	--	227,949	33.0	46,332,563	37.6																			
2 産業構成	②	第1次産業	9.7		9.7		9.7		9.7		9.7		5.4		8.5		4.0																		
		第2次産業	22.1		22.1		22.1		22.1		22.1		28.7		24.1		25.0																		
		第3次産業	68.2		68.2		68.2		68.2		68.2		66.0		67.4		71.0																		
		平均寿命	80.7		80.7		80.7		80.7		80.7		80.8		80.3		80.8																		
		平均自立期間 (要介護2以上)	79.4		79.5		79.6		79.6		80.2		80.4		79.6		80.1																		
3 死亡	①	標準化死亡率 (SMR)	100.5		100.5		100.5		101.0		101.0		98.7		105.1		100.0																		
		男性	112.6		112.6		112.6		102.2		102.2		99.7		103.3		100.0																		
		女性	99.5		99.5		99.5		99.5		99.5		97.7		106.5		100.0																		
		原因	がん	95	56.9	78	44.6	79	48.2	94	55.6	89	53.9	12,696	50.6	2,446	48.8	378,272	50.6																
		心臓病	37	22.2	49	28.0	39	23.8	32	18.9	34	20.6	6,874	27.4	1,415	28.2	205,485	27.5																	
4 介護	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	1,741		1,728		1,710		22.4		1,708		22.3		1,744		21.2		211,456		17.0		49,183		20.7		6,724,030		19.0					
		新規認定者	16		0.3		16		0.3		20		0.2		29		0.3		47		0.3		3,785		0.3		864		0.3		110,289		0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2	3,925		9.8		4,175		10.2		4,335		10.6		4,054		10.0		4,187		10.1		712,630		13.9		172,153		14.2		21,785,044		12.9	
		要介護1.2	19,544		49.0		20,252		49.6		20,616		50.3		20,297		49.9		21,038		50.6		2,355,997		45.9		574,015		47.4		78,107,378		46.3		
		要介護3以上	16,412		41.2		16,415		40.2		16,062		39.2		16,358		40.2		16,346		39.3		2,064,273		40.2		465,525		38.4		68,963,503		40.8		
2 有病状況	②	2号認定者	30		0.4		29		0.3		25		0.3		24		0.3		5,015		0.4		844		0.4		156,107		0.4						
		糖尿病	530		31.1		528		30.7		552		30.3		593		32.2		622		33.4		54,717		24.5		14,411		27.9		1,712,613		24.3		
		高血圧症	1,039		58.8		1,049		58.9		1,076		59.4		1,067		60.4		1,100		60.5		117,224		52.9		29,294		57.7		3,744,672		53.3		
		脂質異常症	638		35.7		621		35.9		624		35.1		625		34.9		676		36.6		70,399		31.5		16,551		32.3		2,308,216		32.6		
		脳疾患	1,165		66.2		1,182		66.0		1,195		66.1		1,175		66.8		1,208		66.6		132,327		59.8		32,830		64.7		4,224,628		60.3		
3 介護給付費	③	一人当たり給付費/総給付費	332,119		2,547,356,246		341,887		2,622,270,340		340,342		2,610,422,917		324,073		2,485,637,394		294,431		2,414,041,269		259,723		320,304		290,668								
		1件当たり給付費(全体)	63,874		64,205		63,649		61,059		58,070		63,000		63,005		63,005		63,005		63,005		63,005		63,005		63,005		63,005		63,005				
		居宅サービス	45,086		44,703		44,648		43,572		42,053		41,449		41,449		41,449		41,449		41,449		41,449		41,449		41,449		41,449		41,449				
		施設サービス	302,129		304,326		302,005		299,271		298,447		292,001		297,064		296,364		296,364		296,364		296,364		296,364		296,364		296,364		296,364				
		医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	7,769		8,278		8,319		8,483		8,902		8,999		8,871		8,610		8,610		8,610		8,610		8,610		8,610		8,610		8,610			
4 医療	①	国民保の状況	被保険者数	5,336		5,298		5,241		5,109		4,946		882,802		154,837		274,888,882																	
		65~74歳	2,622		49.1		2,671		50.4		2,723		52.0		2,708		53.0		2,564		51.8		--		--		73,617		47.5		11,129,271		40.5		
		40~64歳	1,681		31.5		1,624		30.7		1,566		29.9		1,512		29.6		1,501		30.3		--		--		49,424		31.9		9,088,015		33.1		
		39歳以下	1,033		19.4		1,003		18.9		952		18.2		889		17.4		881		17.8		--		--		31,796		20.5		7,271,596		26.5		
		加入率	21.0		20.9		20.7		20.1		20.0		20.6		20.6		20.6		20.6		20.6		20.6		20.6		20.6		20.6		20.6				
2 医療の概況 (人口千対)	②	病院数	2		0.4		1		0.2		1		0.2		1		0.2		265		0.3		107		0.7		8,237		0.7						
		診療所数	24		4.5		24		4.5		23		4.4		23		4.5		22		4.4		2,753		3.1		708		4.6		102,599		3.3		
		病床数	153		28.7		93		17.6		93		17.7		93		18.2		93		18.8		49,546		56.1		13,691		88.4		1,507,471		54.8		
		医師数	36		6.7		36		6.8		38		7.3		38		7.4		37		7.5		9,765		11.1		2,567		16.6		339,611		12.4		
		外来患者数	763.1		773.4		736.0		757.4		774.7		774.7		774.7		774.7		774.7		774.7		774.7		774.7		774.7		774.7		774.7				
3 医療費の状況	③	入院患者数	25.0		24.6		24.2		24.1		24.8		19.2		25.0		17.7																		
		一人当たり医療費	370,298		1,141		386,192		1,131		378,940		1,151		374,553		1,151		394,981		1,171		361,243		389,015		339,680								
		受診率	788.2		798,005		760,189		781,443		799,473		795,303		762,201		705,439																		
		外 費用の割合	57.2		57.5		55.7		55.6		54.1		59.6		54.9		60.4																		
		入 費用の割合	42.8		42.5		44.3		44.4		45.9		40.4		45.1		39.6																		
4 医療費分析 (生活習慣病に占める割合) 最大医療費疾患7名 (原則含む)	④	がん	271,514,590		25.5		344,404,370		30.0		330,747,620		30.1		292,242,670		28.2		323,600,860		31.8		31.9		30.5		32.2								
		慢性腎不全(透析あり)	84,815,740		8.0		66,168,800		5.8		63,014,170		5.7		50,456,130		4.9		32,710,340		3.2		8.0		4.4		8.2								
		糖尿病	121,150,640		11.4		124,428,080		10.8		118,516,810		10.8		124,129,250		12.0		120,784,230		11.9		11.0		10.8		10.4								
		高血圧症	71,468,890		6.7		70,287,640		6.1		67,133,120		6.1		63,160,300		6.1		58,991,710		5.8		6.1		6.0		5.9								
		脂質異常症	52,440,440		4.9		57,484,360		5.0		55,508,810		5.1		54,349,800		5.2		49,383,760		4.9		4.2		3.7		4.1								
脳梗塞・脳出血	37,737,580		3.5		43,041,530		3.8		46,576,260		4.2		35,854,270		3.4		29,917,420		2.9		3.8		2.7		3.9										
狭心症・心筋梗塞	47,670,460		4.5		37,302,930		3.3		51,436,290		4.6		29,456,320		2.8		42,103,320		4.1		2.9		3.4		2.8										
精神	205,288,070		19.2		209,415,300		18.2		190,763,810		17.4		205,323,560		19.8		182,312,030		17.9		14.6		21.1		14.7										
脳・骨格	167,401,240		15.7		186,487,850		16.2		164,411,790		15.0		164,859,680		15.9		164,375,600		16.2		16.6		16.2		16.7										
5 一人当たり医療費 入院/外来医療費に占める割合	⑤	医療費分析	高血圧症	40		0.0		147		0.1		147		0.1		301		0.2		185		0.1		233		0.1		256		0.2					
		糖尿病	970		0.6		1,239		0.8		1,005		0.6		835		0.5		938		0.5		1,270		0.9		1,411		0.8		1,144		0.9		
		脂質異常症	--		--		125		0.1		76		0.0		33		0.0		1		0.0		61		0.0		84		0.0		53		0.0		
		脳梗塞・脳出血	6,133		3.9		7,389		4.5		8,124		4.8		6,423		3.9		5,578		3.1		6,294		4.3		4,750		2.7		5,993		4.5		
		脳血管性心疾患	7,928		5.0		6,342		3.9		8,625		5.1		5,143		3.1																		

項目		石井町										同規模平均		徳島県		国				
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
5 健診	特定健診の 状況	健診受診者	1,564		1,555		1,497		1,512		1,434		250,612		43,802		6,503,152			
		受診率	39.5	県内12位 同規模97位	39.7	県内14位 同規模97位	38.1	県内16位 同規模60位	39.3	県内16位 同規模72位	39.1	県内16位 同規模82位	39.3	39.2	全国18位	35.3				
		特定保健指導終了者(実施率)	143	76.1	135	70.8	106	63.5	108	53.5	27	16.1	4,814	16.1	297	5.5	69,327	9.0		
		非肥満高血糖	107	6.8	113	7.3	102	6.8	89	5.9	108	7.5	25,228	10.1	3,532	8.1	588,083	9.0		
		メタボ	該当者	375	24.0	374	24.1	372	24.8	364	24.1	325	22.7	52,346	20.9	9,180	21.0	1,321,197	20.3	
			男性	251	37.9	257	39.1	246	37.6	244	37.4	222	36.2	35,817	32.5	6,496	33.1	923,222	32.0	
			女性	124	13.7	117	13.0	126	14.9	120	14.0	103	12.5	16,529	11.8	2,684	11.1	397,975	11.0	
			予備群	189	12.1	193	12.4	168	11.2	193	12.8	171	11.9	28,214	11.3	5,182	11.8	730,607	11.2	
			男性	110	16.6	117	17.8	114	17.4	132	20.2	109	17.8	19,495	17.7	3,648	18.6	515,813	17.9	
			女性	79	8.8	76	8.5	54	6.4	61	7.1	62	7.6	8,719	6.2	1,534	6.3	214,794	5.9	
		メタボ 該当 予備 群レ ベル	腹囲	総数	623	39.8	622	40.0	592	39.5	593	39.2	530	37.0	88,865	35.5	15,805	36.1	2,273,296	35.0
				男性	398	60.1	410	62.3	393	60.1	399	61.2	354	57.7	60,938	55.3	11,158	56.9	1,592,747	55.3
				女性	225	24.9	212	23.6	199	23.6	194	22.6	176	21.4	27,927	19.9	4,647	19.2	680,549	18.8
			BMI	総数	75	4.8	82	5.3	60	4.0	79	5.2	77	5.4	12,320	4.9	2,385	5.4	304,276	4.7
				男性	5	0.8	13	2.0	9	1.4	8	1.2	9	1.5	1,709	1.6	368	1.9	48,780	1.7
				女性	70	7.8	69	7.7	51	6.0	71	8.3	68	8.3	10,611	7.6	2,017	8.3	255,496	7.1
		生活習慣の 状況	血糖のみ	4	0.3	5	0.3	6	0.4	5	0.3	5	0.3	1,744	0.7	264	0.6	41,541	0.6	
			血圧のみ	153	9.8	150	9.6	125	8.4	145	9.6	134	9.3	20,034	8.0	3,727	8.5	514,593	7.9	
			脂質のみ	32	2.0	38	2.4	37	2.5	43	2.8	32	2.2	6,436	2.6	1,191	2.7	174,473	2.7	
血糖・血圧	49		3.1	43	2.8	30	2.0	35	2.3	29	2.0	8,097	3.2	1,335	3.0	193,722	3.0			
血糖・脂質	17		1.1	17	1.1	12	0.8	13	0.9	7	0.5	2,643	1.1	450	1.0	67,212	1.0			
血圧・脂質	195		12.5	193	12.4	198	13.2	200	13.2	186	13.0	24,138	9.6	4,666	10.7	630,648	9.7			
血糖・血圧・脂質	114		7.3	121	7.8	132	8.8	116	7.7	103	7.2	17,468	7.0	2,729	6.2	429,615	6.6			
6 問診	問診の状況		服薬	高血圧	618	39.5	636	40.9	610	40.7	607	40.1	579	40.4	92,854	37.1	16,935	38.7	2,324,538	35.8
			糖尿病	137	8.8	145	9.3	139	9.3	136	9.0	134	9.3	23,444	9.4	3,764	8.6	564,473	8.7	
		脂質異常症	402	25.7	403	25.9	429	28.7	421	27.8	409	28.5	71,191	28.4	11,822	27.0	1,817,350	28.0		
		脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	52	3.4	46	3.0	44	3.0	36	2.4	45	3.2	7,606	3.1	1,329	3.1	199,003	3.1		
	既往歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	94	6.1	96	6.2	87	5.8	87	5.8	88	6.2	14,124	5.8	2,531	5.8	349,845	5.5		
		腎不全	17	1.1	17	1.1	17	1.1	13	0.9	24	1.7	2,026	0.8	511	1.2	51,680	0.8		
	貧血	137	8.8	151	9.8	140	9.4	145	9.6	147	10.3	25,148	10.4	4,733	11.0	669,737	10.6			
	生活習慣の 状況	喫煙	135	8.6	132	8.5	135	9.0	125	8.3	126	8.8	32,100	12.8	5,368	12.3	896,676	13.8		
		週3回以上朝食を抜く	96	6.2	102	6.7	99	6.7	110	7.4	114	8.1	20,062	8.7	3,880	9.1	609,166	10.3		
		週3回以上食後開食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
		週3回以上就寝前夕食(H30～)	239	15.6	227	14.8	220	14.9	227	15.2	209	14.8	33,458	14.3	7,259	17.0	932,218	15.7		
		週3回以上就寝前夕食	239	15.6	227	14.8	220	14.9	227	15.2	209	14.8	33,458	14.3	7,259	17.0	932,218	15.7		
		食べる速度が遅い	461	29.7	469	30.4	446	30.0	422	28.1	433	30.4	59,745	25.9	13,138	30.7	1,590,713	26.8		
		20歳時体重から10kg以上増加	563	36.3	576	37.4	543	36.5	554	36.9	530	37.3	83,122	35.5	15,365	36.0	2,083,152	34.9		
1回30分以上運動習慣なし		870	56.2	881	57.2	847	56.9	855	57.0	818	57.5	137,627	59.6	25,071	58.7	3,589,415	60.3			
1日1時間以上運動なし		783	50.5	741	48.1	752	50.6	768	51.1	721	50.8	111,206	47.4	21,798	51.0	2,858,913	48.0			
睡眠不足		406	26.6	408	26.8	392	26.6	397	26.7	382	27.2	59,845	25.6	11,333	26.8	1,521,685	25.6			
毎日飲酒	315	20.1	300	19.3	324	21.7	310	20.6	278	19.5	56,219	23.6	10,658	24.7	1,585,206	25.5				
時々飲酒	282	18.0	295	19.0	268	18.0	259	17.2	245	17.2	51,095	21.4	7,699	17.8	1,393,154	22.4				
1日 飲酒 量	1合未満	737	73.0	749	73.6	713	71.9	745	73.8	716	74.7	103,887	65.7	17,015	63.9	2,851,798	64.2			
	1～2合	186	18.4	180	17.7	189	19.1	179	17.7	164	17.1	37,237	23.5	6,226	23.4	1,053,317	23.7			
	2～3合	69	6.8	70	6.9	72	7.3	67	6.6	60	6.3	13,576	8.6	2,624	9.9	414,658	9.3			
	3合以上	17	1.7	18	1.8	18	1.8	18	1.8	19	2.0	3,510	2.2	754	2.8	122,039	2.7			

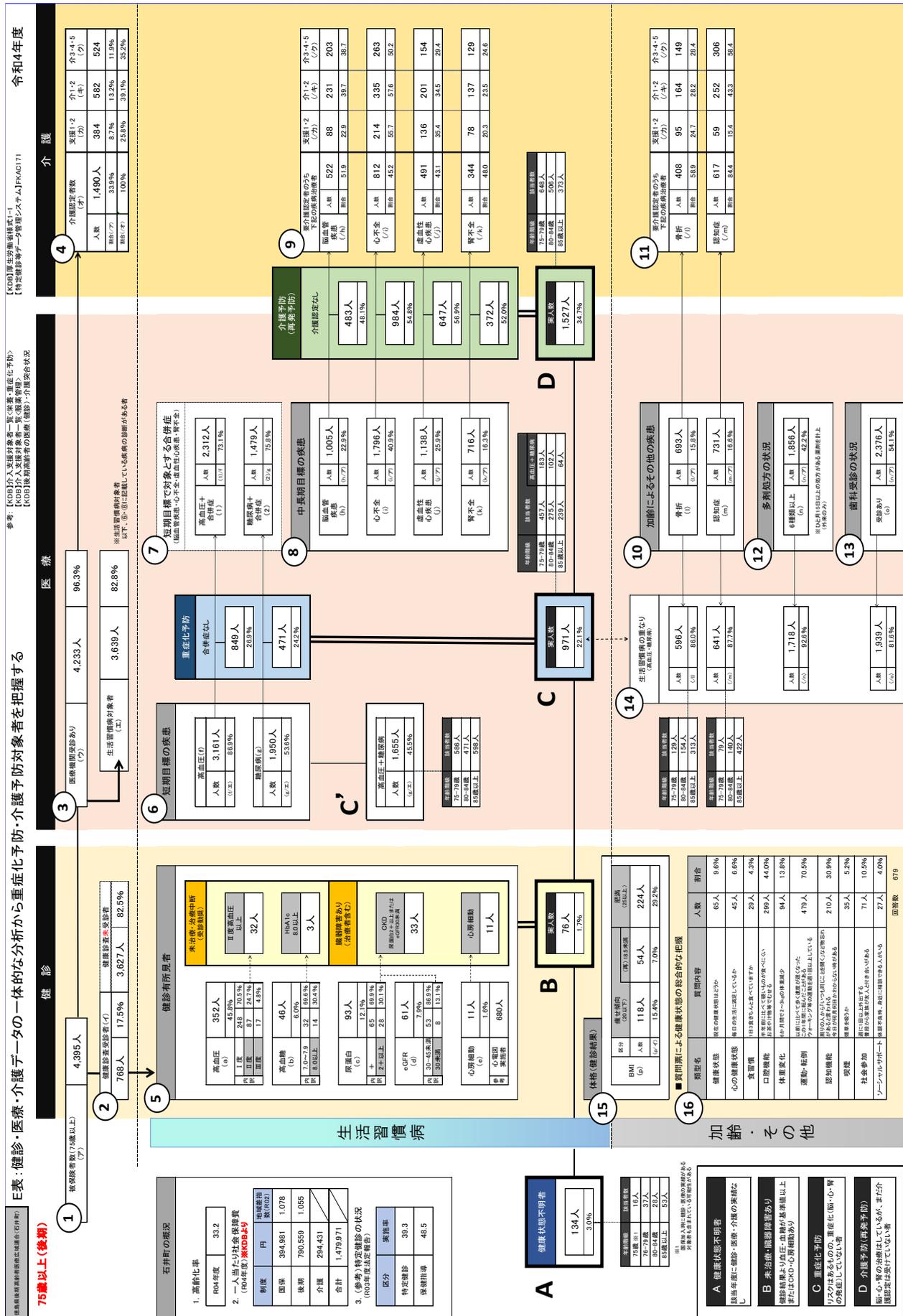
②65～74歳(国保)



③ 65~74 歳(後期)



④75歳以上(後期)

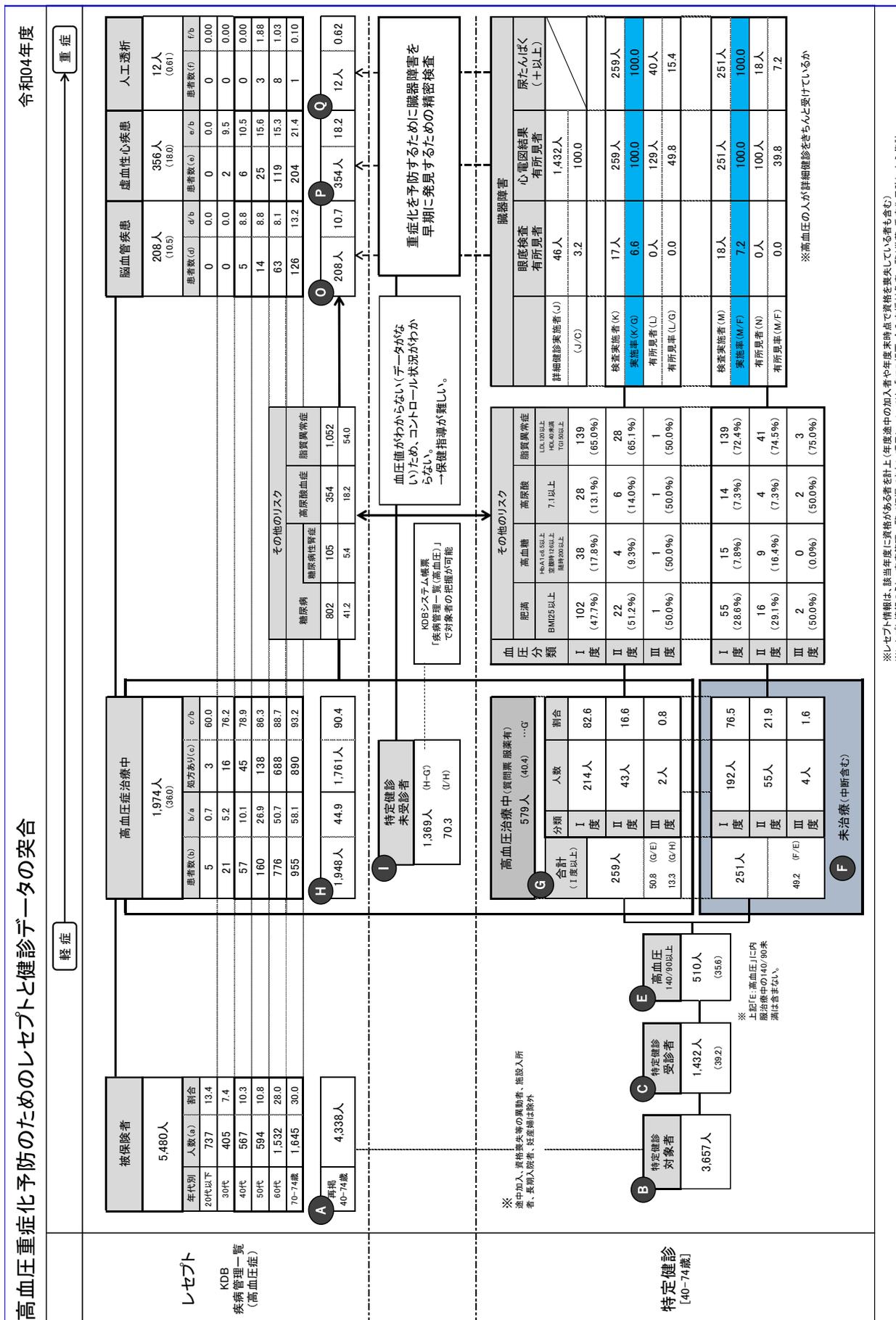


(参考資料 3) 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

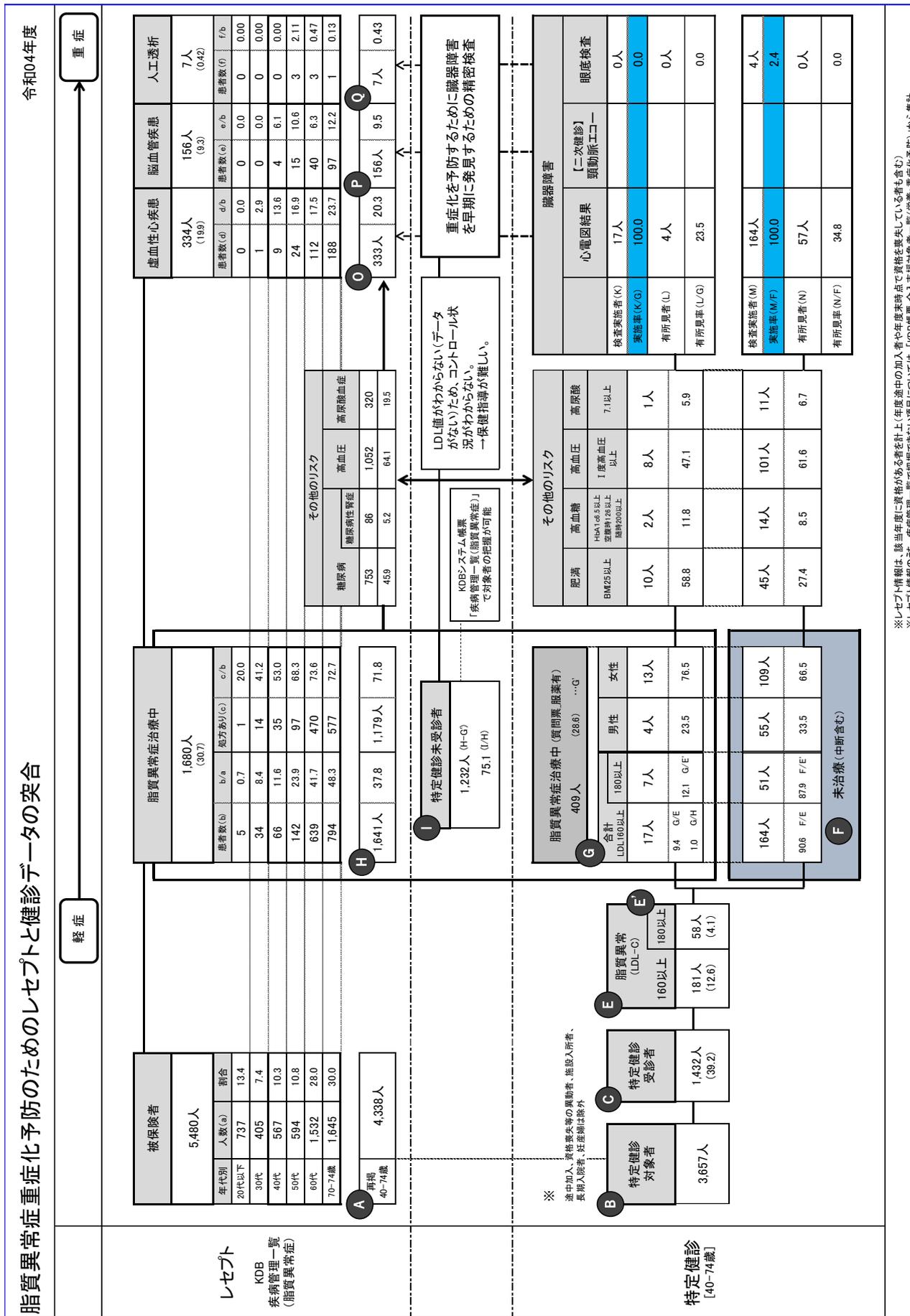
項目	実数	割合	石井町										同規模保険者(平均)		データ基
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	5,563人		5,403人		5,310人		5,254人		5,145人		KDB 厚生労働省様式様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳	4,476人		4,373人		4,342人		4,324人		4,247人				
2	①	対象者数	3,948人		3,903人		3,923人		3,846人		3,657人		市町村国保 特定健康診査・ 特定保健指導状 況概況報告書		
	②	特定健診 受診者数	1,557人		1,550人		1,496人		1,511人		1,432人				
	③	受診率	39.4%		39.7%		38.1%		39.3%		39.2%				
3	①	特定 保健指導 対象者数	188人		192人		167人		202人		168人				
	②	実施率	72.9%		68.2%		61.7%		48.5%		64.3%				
4	①	糖尿病型	195人 12.5%		207人 13.4%		196人 13.1%		196人 13.0%		192人 13.2%		特定健診結果		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	57人 29.2%		57人 27.5%		53人 27.0%		50人 25.5%		54人 28.1%				
	③	治療中(質問票 服薬あり)	138人 70.8%		150人 72.5%		143人 73.0%		146人 74.5%		138人 71.9%				
	④	コントロール不良 HbA1c7.0%以上(空腹時血糖)	56人 40.6%		50人 33.3%		53人 37.1%		57人 39.0%		50人 36.2%				
	⑤	目標 BMI25以上	43人 76.8%		29人 58.0%		41人 77.4%		45人 78.9%		38人 76.0%				
	⑥	肥満 BMI25以上	27人 48.2%		28人 56.0%		30人 56.6%		38人 66.7%		25人 50.0%				
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0%未満かつ空腹時血糖	82人 59.4%		100人 66.7%		90人 62.9%		89人 61.0%		88人 63.8%				
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	125人 64.1%		123人 59.4%		125人 63.8%		132人 67.3%		117人 60.9%				
	⑨	第2期 尿蛋白(+)	35人 17.9%		38人 18.4%		30人 15.3%		24人 12.2%		35人 18.2%				
	⑩	第3期 尿蛋白(++)以上	32人 16.4%		45人 21.7%		41人 20.9%		38人 19.4%		38人 19.8%				
	⑪	第4期 eGFR30未満	2人 1.0%		1人 0.5%		0人 0.0%		2人 1.0%		2人 1.0%				
5	①	糖尿病受診率(被保険者千対)	154.8人		144.9人		141.2人		142.7人		154.9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)	190.3人		176.8人		170.7人		171.6人		185.5人				
	③	レセプト件数 (40-74歳)	4,176件 (970.5)		4,276件 (995.6)		4,202件 (979.7)		4,390件 (1040.3)		4,305件 (1059.0)		KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
	④	入院外(件数)	14件 (3.3)		21件 (4.9)		18件 (4.2)		16件 (3.8)		14件 (3.4)				
	⑤	糖尿病治療中	861人 15.5%		783人 14.5%		750人 14.1%		750人 14.3%		797人 15.5%		KDB 厚生労働省様式様式3-2		
	⑥	(再掲)40-74歳	852人 19.0%		773人 17.7%		741人 17.1%		742人 17.2%		788人 18.6%				
	⑦	健診未受診者	714人 83.8%		635人 82.1%		598人 80.7%		596人 80.3%		650人 82.5%				
	⑧	インスリン治療	94人 10.9%		89人 11.4%		79人 10.5%		76人 10.1%		88人 11.0%				
	⑨	(再掲)40-74歳	93人 10.9%		88人 11.4%		79人 10.7%		75人 10.1%		88人 11.2%				
	⑩	糖尿病性腎症	57人 6.6%		44人 5.6%		68人 9.1%		80人 10.7%		82人 10.3%				
	⑪	(再掲)40-74歳	57人 6.7%		44人 5.7%		67人 9.0%		79人 10.6%		82人 10.4%				
	⑫	慢性人工透析患者数 (医療費診療中に占める割合)	8人 0.9%		5人 0.6%		4人 0.5%		6人 0.8%		5人 0.6%				
	⑬	(再掲)40-74歳	8人 0.9%		5人 0.6%		4人 0.5%		6人 0.8%		5人 0.6%				
	⑭	新規透析患者数													
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症													
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (医療費診療中に占める割合)	30人 2.3%		30人 2.4%		32人 2.6%		41人 3.1%		36人 2.5%		KDB 厚生労働省様式様式3-2 ※後期		
6	①	総医療費	19億7591万円		20億4604万円		19億8602万円		19億1359万円		19億5358万円		KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
	②	生活習慣病総医療費	10億6677万円		11億4820万円		10億9782万円		10億3736万円		10億1730万円				
	③	(総医療費に占める割合)	54.0%		56.1%		55.3%		54.2%		52.1%				
	④	生活習慣病 対象者 1人あたり	5,995円		6,063円		6,162円		5,961円		7,033円				
	⑤	健診未受診者	34,157円		37,753円		37,503円		35,609円		36,649円				
	⑥	糖尿病医療費	1億2115万円		1億2443万円		1億1852万円		1億2413万円		1億2078万円				
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	11.4%		10.8%		10.8%		12.0%		11.9%				
	⑧	糖尿病入院外総医療費	3億6775万円		3億6841万円		3億6954万円		3億6214万円		3億4645万円				
	⑨	1件あたり	34,660円		34,824円		36,426円		34,992円		33,708円				
	⑩	糖尿病入院総医療費	1億7894万円		1億9025万円		2億0279万円		1億8082万円		1億9449万円				
	⑪	1件あたり	584,767円		613,695円		635,718円		594,792円		598,416円				
	⑫	在院日数	17日		18日		18日		17日		18日				
	⑬	慢性腎不全医療費	8899万円		7092万円		6814万円		6303万円		4394万円				
	⑭	透析有り	8482万円		6617万円		6301万円		5046万円		3271万円				
	⑮	透析なし	418万円		475万円		512万円		1257万円		1123万円				
7	①	介護給付費	25億4736万円		26億2227万円		26億1042万円		24億8564万円		24億1404万円		21億9980万円		
	②	(2号認定者)糖尿病合併症	4件 19.0%		6件 28.6%		4件 23.5%		3件 23.1%		5件 35.7%				
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	3人 1.1%		5人 1.8%		3人 1.1%		10人 3.6%		4人 1.2%		KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		

(参考資料 5) 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



※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)
 ※レセプト情報は、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB構築 介入支援対象者一覧(薬療・重症化予防)」から集計

(参考資料 6) 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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

(参考資料 7) HbA1c の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
								合併症予防のための目標		最低限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								
A		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
H29	1,412	704	49.9%	420	29.7%	178	12.6%	57	4.0%	38	2.7%	15	1.1%	37	2.6%	8	0.6%
H30	1,557	677	43.5%	549	35.3%	195	12.5%	72	4.6%	54	3.5%	10	0.6%	32	2.1%	7	0.4%
R01	1,550	666	43.0%	537	34.6%	229	14.8%	60	3.9%	38	2.5%	20	1.3%	31	2.0%	14	0.9%
R02	1,496	705	47.1%	486	32.5%	189	12.6%	63	4.2%	35	2.3%	18	1.2%	26	1.7%	9	0.6%
R03	1,511	718	47.5%	482	31.9%	198	13.1%	60	4.0%	42	2.8%	11	0.7%	27	1.8%	9	0.6%
R04	1,432	640	44.7%	499	34.8%	181	12.6%	59	4.1%	40	2.8%	13	0.9%	30	2.1%	8	0.6%

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		再掲
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合	
H29	1,412	704 49.9%	420 29.7%	178 12.6%	110 7.8%	48 3.4%	62 4.4%	7.8%	3.8%	7.8%
H30	1,557	677 43.5%	549 35.3%	195 12.5%	136 8.7%	49 3.1%	87 5.6%	8.7%	4.1%	8.7%
R01	1,550	666 43.0%	537 34.6%	229 14.8%	118 7.6%	46 2.9%	72 4.6%	7.6%	3.7%	7.6%
R02	1,496	705 47.1%	486 32.5%	189 12.6%	116 7.8%	44 2.9%	72 4.8%	7.8%	3.5%	7.8%
R03	1,511	718 47.5%	482 31.9%	198 13.1%	113 7.5%	40 2.6%	73 4.8%	7.5%	3.5%	7.5%
R04	1,432	640 44.7%	499 34.8%	181 12.6%	112 7.8%	40 2.8%	72 5.0%	7.8%	3.7%	7.8%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
								合併症予防のための目標		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										
A		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		
治療中	H29	106	7.5%	4	3.8%	7	6.6%	33	31.1%	27	2.1%	14	1.1%	7	0.5%	15	1.1%	4	3.8%
	H30	137	8.8%	3	2.2%	10	7.3%	37	27.0%	43	31.4%	36	26.3%	8	5.8%	25	18.2%	6	4.4%
	R01	143	9.2%	7	4.9%	13	9.1%	51	35.7%	34	23.8%	25	17.5%	13	9.1%	21	14.7%	8	5.6%
	R02	139	9.3%	3	2.2%	15	10.8%	49	35.3%	34	24.5%	21	15.1%	17	12.2%	24	17.3%	9	6.5%
	R03	136	9.0%	3	2.2%	14	10.3%	46	33.8%	31	22.8%	33	24.3%	9	6.6%	22	16.2%	7	5.1%
	R04	134	9.4%	5	3.7%	21	15.7%	36	26.9%	34	25.4%	28	20.9%	10	7.5%	22	16.4%	6	4.5%
治療なし	H29	1,306	92.5%	700	53.6%	413	31.6%	145	11.1%	27	2.1%	14	1.1%	7	0.5%	15	1.1%	4	0.3%
	H30	1,420	91.2%	674	47.5%	539	38.0%	158	11.1%	29	2.0%	18	1.3%	2	0.1%	7	0.5%	1	0.1%
	R01	1,407	90.8%	659	46.8%	524	37.2%	178	12.7%	26	1.8%	13	0.9%	7	0.5%	10	0.7%	6	0.4%
	R02	1,357	90.7%	702	51.7%	471	34.7%	140	10.3%	29	2.1%	14	1.0%	1	0.1%	2	0.1%	0	0.0%
	R03	1,375	91.0%	715	52.0%	468	34.0%	152	11.1%	29	2.1%	9	0.7%	2	0.1%	5	0.4%	2	0.1%
	R04	1,298	90.6%	635	48.9%	478	36.8%	145	11.2%	25	1.9%	12	0.9%	3	0.2%	8	0.6%	2	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	1,412	264	18.7%	218	15.4%	371	26.3%	424	30.0%	119	8.4%	16	1.1%
H30	1,557	296	19.0%	256	16.4%	432	27.7%	436	28.0%	119	7.6%	18	1.2%
R01	1,550	312	20.1%	248	16.0%	397	25.6%	469	30.3%	111	7.2%	13	0.8%
R02	1,496	247	16.5%	257	17.2%	405	27.1%	457	30.5%	108	7.2%	22	1.5%
R03	1,511	275	18.2%	241	15.9%	461	30.5%	424	28.1%	95	6.3%	15	1.0%
R04	1,432	256	17.9%	245	17.1%	421	29.4%	406	28.4%	98	6.8%	6	0.4%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	割合
					再)Ⅲ度高血圧	未治療			
						人数	割合		
H29	1,412	482 34.1%	371 26.3%	424 30.0%	135 9.6%	79 58.5%	56 41.5%	9.6%	
					16 1.1%	9 56.3%	7 43.8%	1.1%	
H30	1,557	552 35.5%	432 27.7%	436 28.0%	137 8.8%	75 54.7%	62 45.3%	8.8%	
					18 1.2%	10 55.6%	8 44.4%	1.2%	
R01	1,550	560 36.1%	397 25.6%	469 30.3%	124 8.0%	58 46.8%	66 53.2%	8.0%	
					13 0.8%	10 76.9%	3 23.1%	0.8%	
R02	1,496	504 33.7%	405 27.1%	457 30.5%	130 8.7%	68 52.3%	62 47.7%	8.7%	
					22 1.5%	11 50.0%	11 50.0%	1.5%	
R03	1,511	516 34.1%	461 30.5%	424 28.1%	110 7.3%	50 45.5%	60 54.5%	7.3%	
					15 1.0%	7 46.7%	8 53.3%	1.0%	
R04	1,432	501 35.0%	421 29.4%	406 28.4%	104 7.3%	59 56.7%	45 43.3%	7.3%	
					6 0.4%	4 66.7%	2 33.3%	0.4%	

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	527	37.3%	50	9.5%	74	14.0%	136	25.8%	211	40.0%	49	9.3%	7	1.3%
	H30	614	39.4%	53	8.6%	78	12.7%	186	30.3%	235	38.3%	54	8.8%	8	1.3%
	R01	635	41.0%	57	9.0%	75	11.8%	184	29.0%	253	39.8%	63	9.9%	3	0.5%
	R02	610	40.8%	37	6.1%	78	12.8%	174	28.5%	259	42.5%	51	8.4%	11	1.8%
	R03	607	40.2%	59	9.7%	75	12.4%	191	31.5%	222	36.6%	52	8.6%	8	1.3%
R04	579	40.4%	44	7.6%	87	15.0%	189	32.6%	214	37.0%	43	7.4%	2	0.3%	
治療なし	H29	885	62.7%	214	24.2%	144	16.3%	235	26.6%	213	24.1%	70	7.9%	9	1.0%
	H30	943	60.6%	243	25.8%	178	18.9%	246	26.1%	201	21.3%	65	6.9%	10	1.1%
	R01	915	59.0%	255	27.9%	173	18.9%	213	23.3%	216	23.6%	48	5.2%	10	1.1%
	R02	886	59.2%	210	23.7%	179	20.2%	231	26.1%	198	22.3%	57	6.4%	11	1.2%
	R03	904	59.8%	216	23.9%	166	18.4%	270	29.9%	202	22.3%	43	4.8%	7	0.8%
R04	853	59.6%	212	24.9%	158	18.5%	232	27.2%	192	22.5%	55	6.4%	4	0.5%	

(参考資料 9) LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120~139		140~159		160~179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	1,412	636	45.0%	365	25.8%	242	17.1%	112	7.9%	57	4.0%
	H30	1,556	683	43.9%	396	25.4%	274	17.6%	136	8.7%	67	4.3%
	R01	1,550	677	43.7%	389	25.1%	274	17.7%	136	8.8%	74	4.8%
	R02	1,496	699	46.7%	377	25.2%	236	15.8%	126	8.4%	58	3.9%
	R03	1,511	688	45.5%	347	23.0%	270	17.9%	140	9.3%	66	4.4%
	R04	1,432	648	45.3%	354	24.7%	249	17.4%	123	8.6%	58	4.1%
男性	H29	596	322	54.0%	150	25.2%	79	13.3%	34	5.7%	11	1.8%
	H30	654	332	50.8%	160	24.5%	108	16.5%	38	5.8%	16	2.4%
	R01	652	334	51.2%	162	24.8%	94	14.4%	41	6.3%	21	3.2%
	R02	654	359	54.9%	161	24.6%	81	12.4%	33	5.0%	20	3.1%
	R03	651	348	53.5%	136	20.9%	101	15.5%	47	7.2%	19	2.9%
	R04	611	324	53.0%	136	22.3%	92	15.1%	39	6.4%	20	3.3%
女性	H29	816	314	38.5%	215	26.3%	163	20.0%	78	9.6%	46	5.6%
	H30	902	351	38.9%	236	26.2%	166	18.4%	98	10.9%	51	5.7%
	R01	898	343	38.2%	227	25.3%	180	20.0%	95	10.6%	53	5.9%
	R02	842	340	40.4%	216	25.7%	155	18.4%	93	11.0%	38	4.5%
	R03	860	340	39.5%	211	24.5%	169	19.7%	93	10.8%	47	5.5%
	R04	821	324	39.5%	218	26.6%	157	19.1%	84	10.2%	38	4.6%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			再掲	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	1,412	636 45.0%	365 25.8%	242 17.1%	169	148	21	12.0%	4.0%
					57 4.0%	52 91.2%	5 8.8%		
H30	1,556	683 43.9%	396 25.4%	274 17.6%	203	183	20	13.4%	4.3%
					67 4.3%	57 85.1%	10 14.9%		
R01	1,550	677 43.7%	389 25.1%	274 17.7%	210	191	19	13.5%	4.8%
					74 4.8%	71 95.9%	3 4.1%		
R02	1,496	699 46.7%	377 25.2%	236 15.8%	184	167	17	12.3%	3.9%
					58 3.9%	53 91.4%	5 8.6%		
R03	1,511	688 45.5%	347 23.0%	270 17.9%	206	183	23	13.6%	4.4%
					66 4.4%	58 87.9%	8 12.1%		
R04	1,432	648 45.3%	354 24.7%	249 17.4%	181	164	17	12.6%	4.1%
					58 4.1%	51 87.9%	7 12.1%		

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120~139		140~159		160~179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	340	24.1%	217	63.8%	81	23.8%	21	6.2%	16	4.7%	5	1.5%
	H30	400	25.7%	263	65.8%	82	20.5%	35	8.8%	10	2.5%	10	2.5%
	R01	403	26.0%	259	64.3%	87	21.6%	38	9.4%	16	4.0%	3	0.7%
	R02	429	28.7%	277	64.6%	99	23.1%	36	8.4%	12	2.8%	5	1.2%
	R03	421	27.9%	285	67.7%	79	18.8%	34	8.1%	15	3.6%	8	1.9%
	R04	409	28.6%	269	65.8%	87	21.3%	36	8.8%	10	2.4%	7	1.7%
治療なし	H29	1,072	75.9%	419	39.1%	284	26.5%	221	20.6%	96	9.0%	52	4.9%
	H30	1,156	74.3%	420	36.3%	314	27.2%	239	20.7%	126	10.9%	57	4.9%
	R01	1,147	74.0%	418	36.4%	302	26.3%	236	20.6%	120	10.5%	71	6.2%
	R02	1,067	71.3%	422	39.6%	278	26.1%	200	18.7%	114	10.7%	53	5.0%
	R03	1,090	72.1%	403	37.0%	268	24.6%	236	21.7%	125	11.5%	58	5.3%
	R04	1,023	71.4%	379	37.0%	267	26.1%	213	20.8%	113	11.0%	51	5.0%

石井町国民健康保険

第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）・第4期特定健康診査等実施計画

発行日：令和6年（2024年）3月 作成：石井町住民課 ・ 健康増進課
（保健センター）

〒779-3295

徳島県名西郡石井町高川原字高川原121-1 TEL：088-674-1114（住民課）
088-674-0001（健康増進課）