

**牟岐町国民健康保険
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**

牟岐町国民健康保険

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	9
1)市町村国保の役割	9
2)関係機関との連携	10
3)被保険者の役割	10
5. 保険者努力支援制度	10
第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化	12
1. 保険者の特性	12
2. 第2期計画に係る評価及び考察	14
1)第2期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)重症化予防の取組み	22
①糖尿病性腎症重症化予防	22
②CKD 重症化予防(透析予防)	25
③心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防	27
④脳血管疾患重症化予防	28
(2)ポピュレーションアプローチ	32
(3)第2期計画目標の達成状況一覧	32
3)第2期データヘルス計画に係る考察	35
3. 第3期における健康課題(生活習慣病)の明確化	36
1)基本的な考え方	36
2)健康課題の明確化	37
(1)医療費分析	39
(2)健診・医療・介護の一体的分析	41
(3)健康課題の明確化	43
(4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け	44
3)目標の設定	45
(1)成果目標	45
(2)管理目標の設定	46

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

47

1. 第四期特定健康診査等実施計画について	47
2. 目標値の設定	47
3. 対象者の見込み	47
4. 特定健診の実施	47
5. 特定保健指導の実施	49
(1) 健診から保健指導実施の流れ	50
(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法	51
(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	52
6. 個人情報の保護	53
7. 結果の報告	53
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	53

第4章 課題解決に向けた個別保健事業

54

I. 保健事業の方向性	54
II. 重症化予防の取組み	54
1. 糖尿病性腎症重症化予防	56
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	65
3. 虚血性心疾患重症化予防	71
4. 脳血管疾患重症化予防	77
III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	83
IV. 発症予防	85
V. ポピュレーションアプローチ	86

第5章 計画の評価・見直し

88

1. 評価の時期	88
2. 評価方法・体制	88

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

89

1. 計画の公表・周知	89
2. 個人情報の取扱い	89

参考資料

90

参考資料1	様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた牟岐町の位置	91
参考資料2	健診・医療・介護の一体的な分析(①～④年代別)歳以上(後期)	94
参考資料3	糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価	98
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	99
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	100
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	101
参考資料7	HbA1c の年次比較	102
参考資料8	血圧の年次比較	103
参考資料9	LDL-C の年次比較	104

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組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組みの推進が掲げられ、令和 4 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4} 2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組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期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、「被保険者の健康の保持増進」が最終的な目的であり、その実効性を高めるうえでは、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るために、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

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

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

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

本町では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB^{※6})を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険事業等のデータ分析を行い、優先的に取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組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

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

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

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

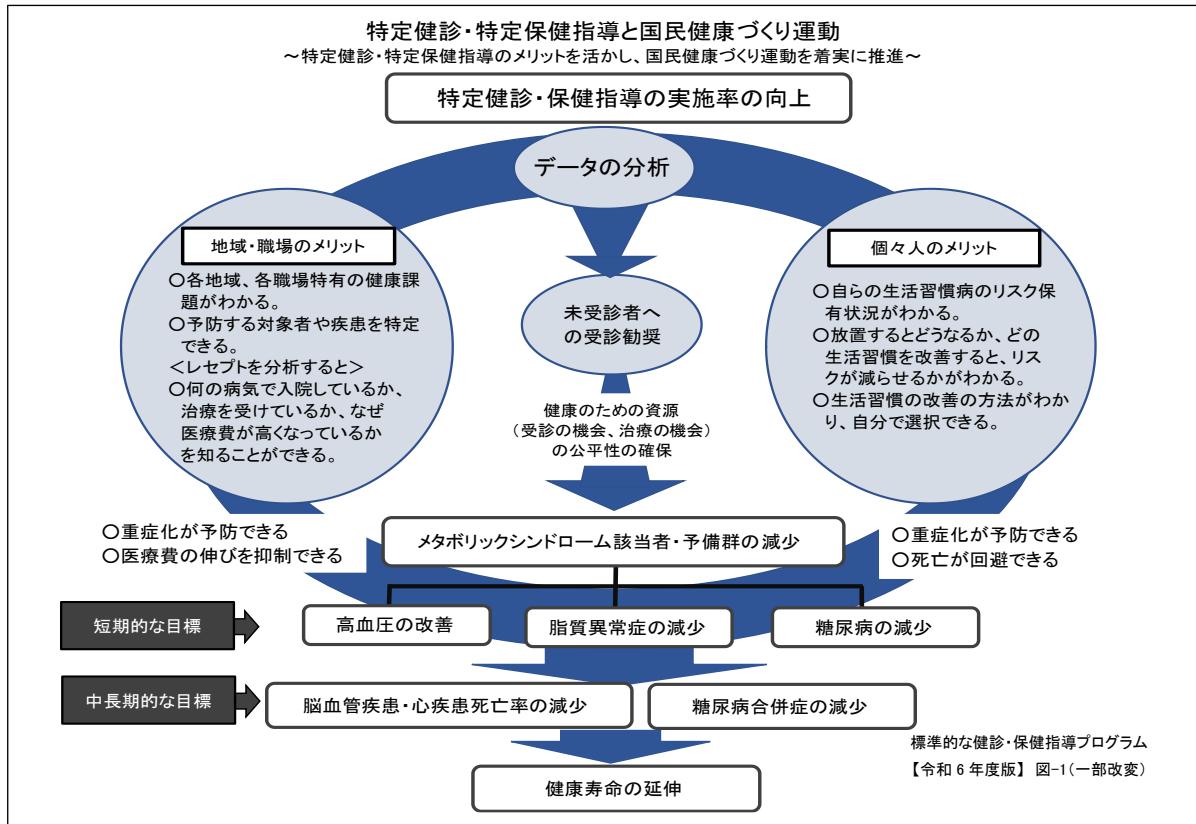
図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等実施計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 健康保険法 高確法 第82条 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開により実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実施するための計画を作成。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ(児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳~74歳
対象疾病	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症(糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 </div>
	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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性 </div>	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい指標例 アウトカム:メタボリックシンドローム減少率 HbA1C8.0以上者割合 アウトプット:特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)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)

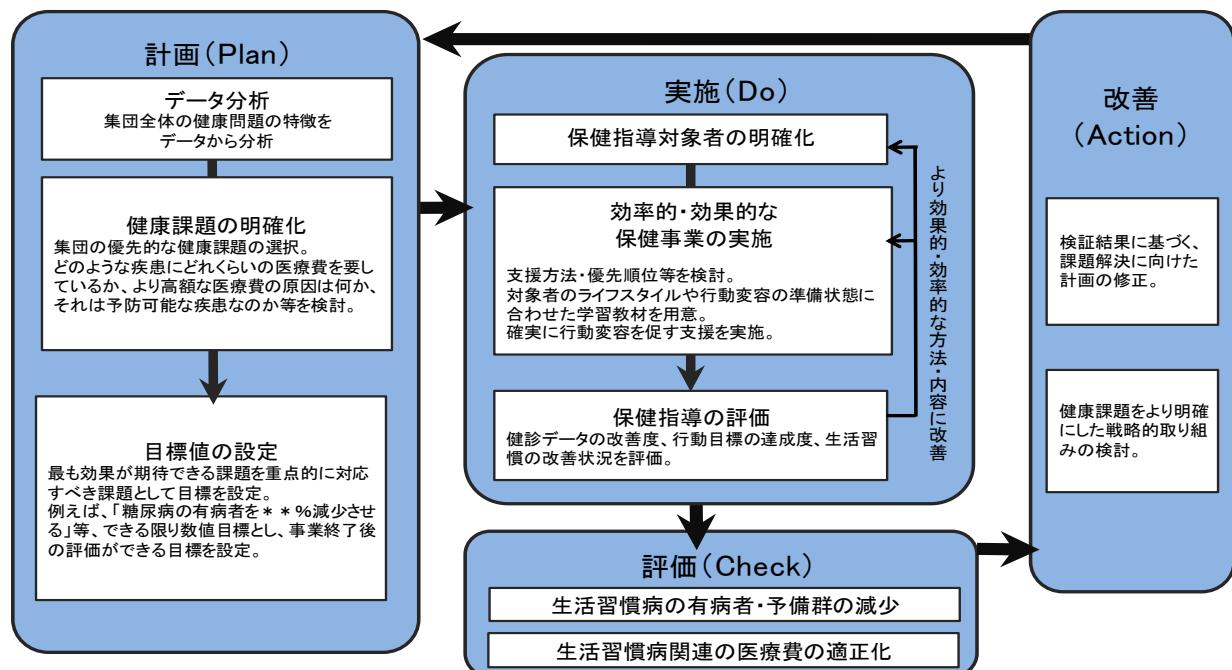
	医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業(支援)計画
法律	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画策定者	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務、都道府県:義務
基本的な考え方	持続可能な運営を確保するため、保 険者・医療関係者等の協力を得ながら、 住民の健康保持・医療の効率的な提 供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通 じ、地域で切れ目のない医療の提 供、良質かつ適切な医療を効率的 に提供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービス 提供体制の確保及び地域支援事業の計 画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止
対象年齢	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止 生活習慣病 虚血性心疾患・心不全 脳血管疾患 認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等に起因 した疾病予防・介護予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後継品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的な活用 ・医療・介護の連携を通じた効果的・ 効率的なサービス提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③べき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の 医療	①PDCAサイクルの活用による保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、介護予防、 日常生活支援関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、人材の確保)
補助金等	保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



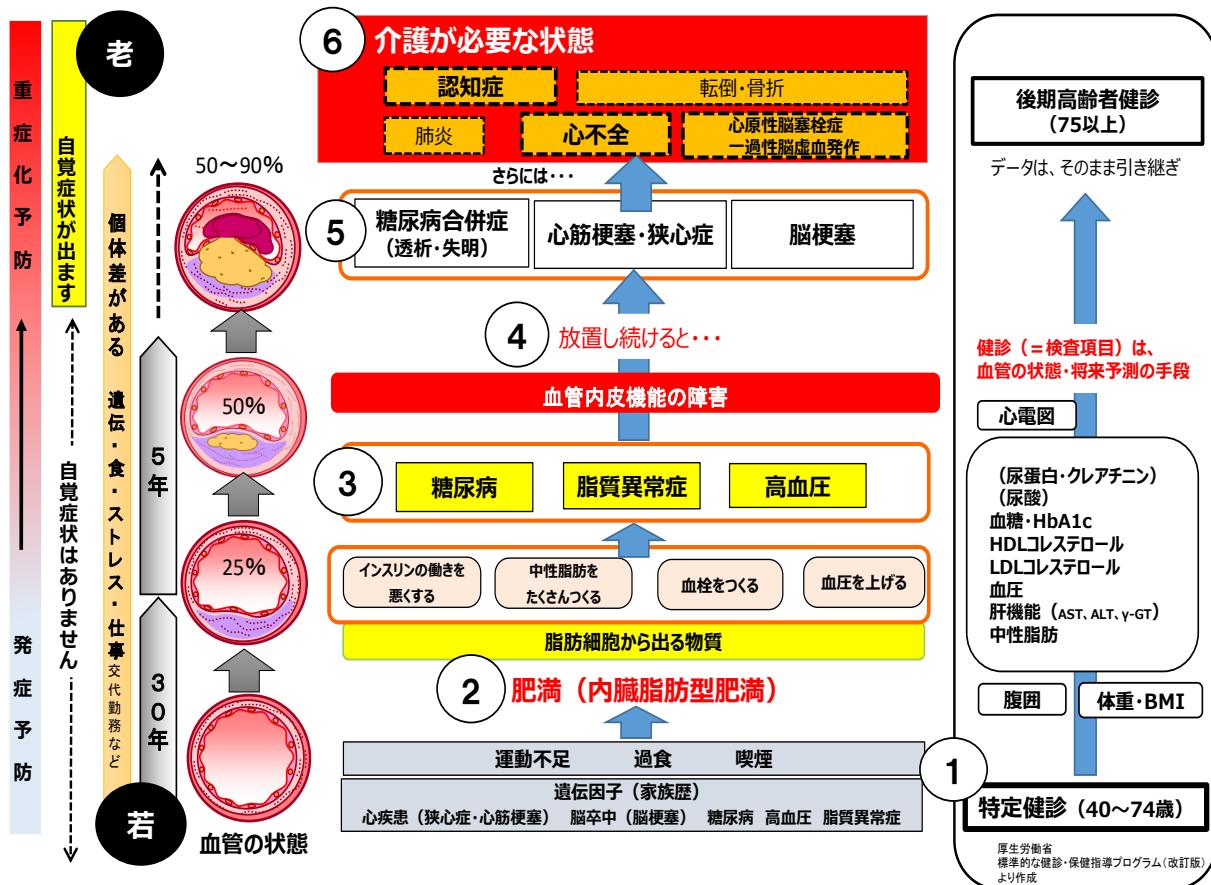
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとすることにつながる。

図表3 保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル

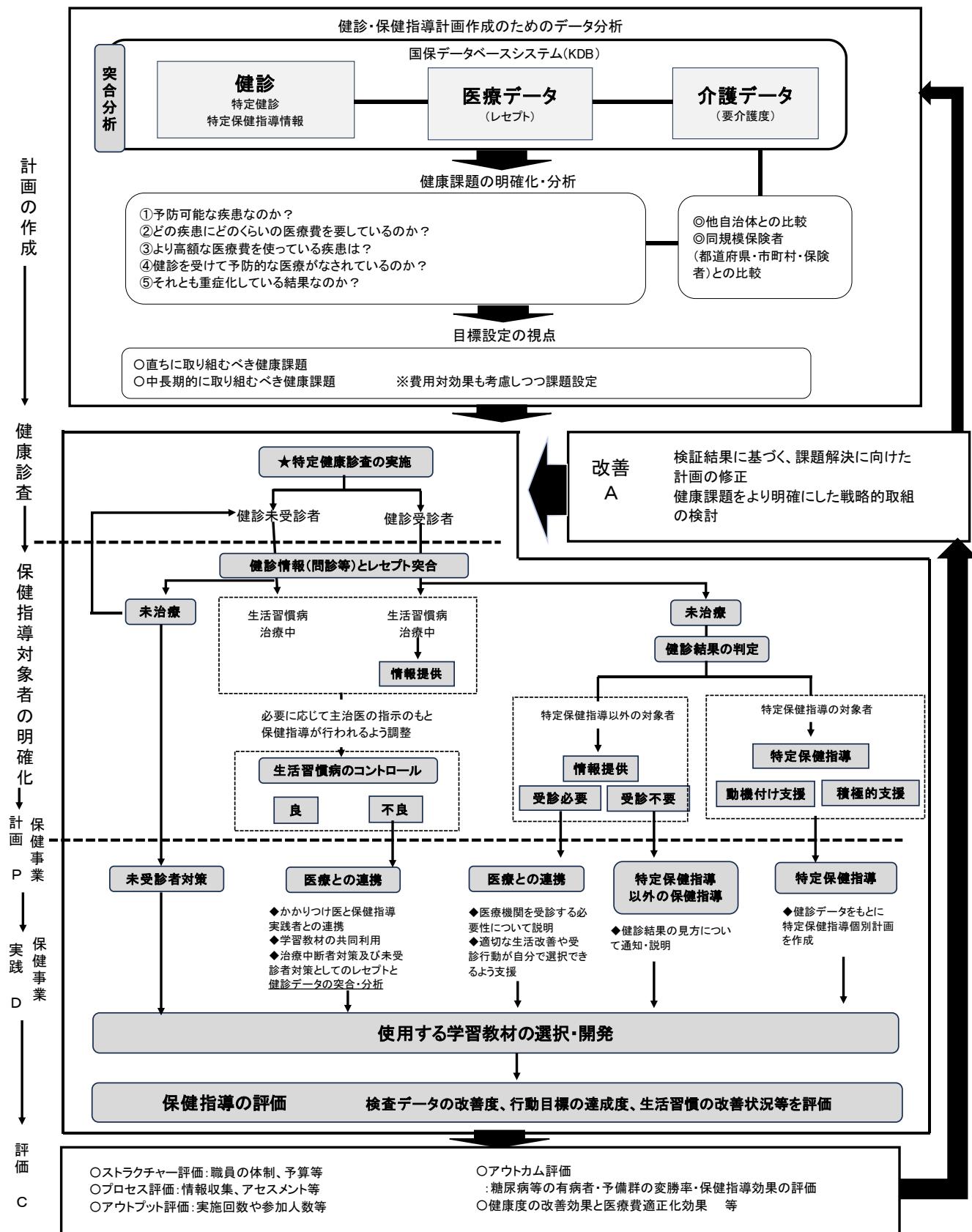


注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながらPDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(Action))サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

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4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

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

注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考え方を整理。

(令和 6 年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

3. 計画期間

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

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

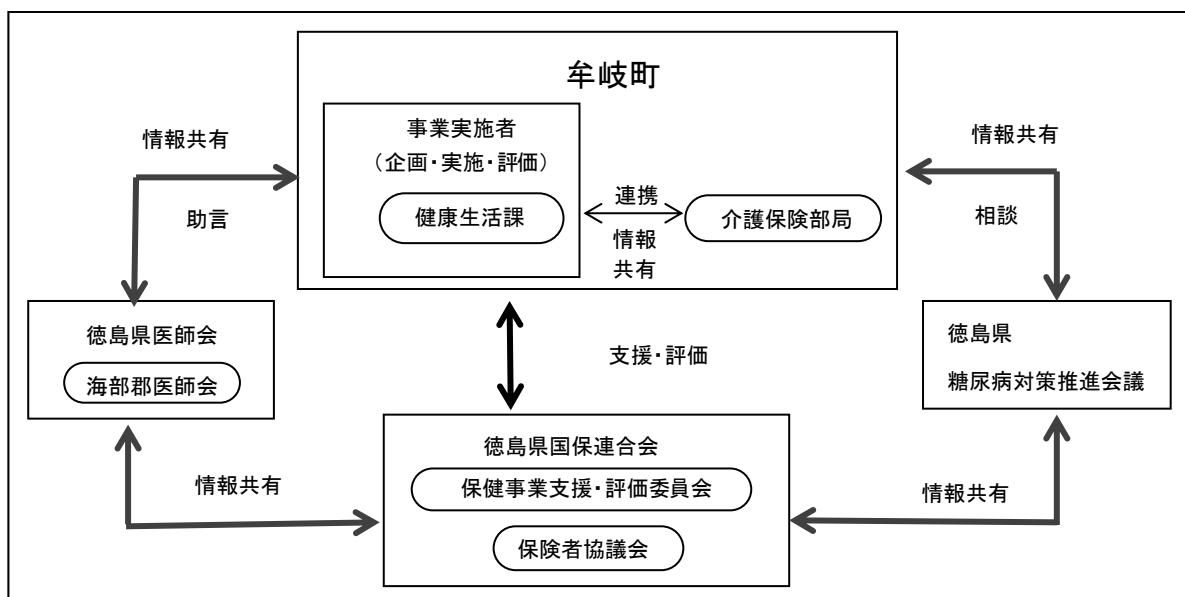
4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

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

具体的には、健康生活課、町内の医療機関とも十分連携を図ることとします。さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。(図表6・7)

図表6 牟岐町の実施体制図



図表7 保健事業体制と主な保健事業の分担

	保	保	保	管栄	管栄	事	事	事
健康診断 保健指導・栄養指導				◎	○			
がん検診				○	◎			
予防接種			◎					○
母子保健・歯科保健			◎	○				
精神保健・自殺予防		○	◎					
後期の一體的実施	◎							○
国保事務						◎		○
地域包括ケア		◎					○	

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

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要です。計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、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、協力することが重要です。

また都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することで、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ことができ、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、平素から両者と積極的に連携に努め、指導をうけながら取り組んでいきます。

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ため、保険者協議会等を活用しながら、牟岐町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、他の保険者間と連携して保健事業を展開することに努めていきます。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、牟岐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組み等に対する支援を行うため、保険者の取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10頁となっています。(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）	588	790	547	880	653	995	620	1,000	641	960	582	940
獲得割合（%）	74.4%		62.2%		65.6%		62.0%		66.8%		61.9%	
交付額（千円）	1,918		2,318		2,615		2,473		2,482		2,212	
一人当たり交付額（円）	2,235		1,908		2,260		2,228		2,283		2,173	
市町村順位（24市町村中）	1位		11位		6位		14位		5位		9位	
共通①	(1) 特定健診受診率	40	50	15	50	55	70	55	70	70	70	70
	(2) 特定保健指導実施率	30	50	25	50	70	70	50	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	20	50	0	50	15	50	0	50	15	50	20
共通②	(1) がん検診受診率	15	30	0	30	0	40	5	40	25	40	32
	(2) 歯科健診実施状況	0	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	120	120	120	100	100
固有②	データヘルス計画の取組	40	40	50	50	40	40	40	40	30	25	25
共通④	個人への分かりやすい情報提供	25	25	20	20	20	20	10	20	10	15	15
	個人のインセンティブ提供	70	70	70	70	90	90	90	90	35	45	45
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	35	35	50	50	50	50	50	50	50	40	50
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
	(2) 後発医薬品の使用割合	15	40	45	100	0	120	0	120	20	120	0
固有①	収納率向上	70	100	0	100	0	100	25	100	50	100	50
固有③	医療費通知の取組	25	25	25	25	25	25	25	25	20	25	15
固有④	地域包括ケア推進・一体的実施	21	25	25	25	25	25	10	30	20	40	20
固有⑤	第三者求償の取組	34	40	32	40	32	40	35	40	21	50	12
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	13	50	30	60	71	95	65	95	49	100	53
	体制構築加点	60	60	40	40	-	-	-	-	-	-	-

予防へ
保健師等

事務職

455点

485点

32.6%

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4千人で、高齢化率は53.9%(令和2年度国勢調査)です。全国の同規模、徳島県と比較すると、65歳以上の高齢者の割合は多く、被保険者の平均年齢は58.9歳と高く、出生率は1.9、死亡率22.7となっています。産業においては、第3次産業が66.1%と同規模より高いことから、サービス業にかかる被保険者の健康実態を分析するとともに、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の明確にすることや取組みを考えていくことが重要です。(図表9)

また、国保加入率は25.7%で、加入率及び被保険者数はやや減少傾向であり、年齢構成については65~74歳の前期高齢者が約56%を占め、H30年と比較して1.2%増加しています。(図表10)

図表9 同規模・県・国と比較した牟岐町の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指數	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
牟岐町	3,743	53.9	962 (25.7)	58.9	1.9	22.7	0.2	14.3	19.6	66.1
同規模	--	41.4	27.1	54.5	4.9	18.9	0.2	22.3	20.6	57.2
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、牟岐町と同規模保険者(274市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合								
被保険者数	1,165		1,113		1,114		1,038		962	
65~74歳	640	54.9	611	54.9	617	55.4	592	57.0	540	56.1
40~64歳	359	30.8	344	30.9	336	30.2	301	29.0	297	30.9
39歳以下	166	14.2	158	14.2	161	14.5	145	14.0	125	13.0
加入率	27.4		26.1		26.2		24.4		25.7	

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

(医療の状況)

また本町には県立病院が1機関、診療所が7機関あり、病床数も多いことから、医療資源に恵まれており、患者が受診しやすい環境にあります。外来患者数及び入院患者数がともに、同規模と比較して高い傾向にあり、重症化している割合が多いと考えられます。入院患者数においては、H30年度と比較すると減っており、重症化予防につながっているかどうか医療費の詳しい内容と結び付けてみていく必要があります。(図表11)

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
											同規模	県
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	割合	割合
病院数	1	0.9	1	0.9	1	0.9	1	1.0	1	1.0	0.3	0.7
診療所数	8	6.9	8	7.2	8	7.2	8	7.7	7	7.3	3.6	4.6
病床数	110	94.4	110	98.8	110	98.7	110	106.0	110	114.3	21.9	88.4
医師数	14	12.0	14	12.6	14	12.6	14	13.5	19	19.8	3.3	16.6
外来患者数	643.8		626.6		659.8		686.0		712.0		653.6	737.2
入院患者数	36.2		35.7		33.4		37.0		34.3		22.9	25.0

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画の評価は、短期的な目標と中長期的な目標の2段階で設定します。

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

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3人(認定率0.29%)、1号(65歳以上)被保険者で468人(認定率23.2%)と同規模と比較すると低くなっていますが、H30年度と比べると2号は減少、1号は増加で推移しています。

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

図表12 要介護認定者(率)の状況

	牟岐町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度				
高齢化率	2,043人	48.0%	2,016人	53.9%	41.4%	34.5%	28.7%
2号認定者	5人	0.39%	3人	0.29%	0.38%	0.38%	0.38%
新規認定者					--	--	--
1号認定者	407人	19.9%	468人	23.2%	19.9%	20.7%	19.4%
新規認定者	60人		76人		--	--	--
再掲	65~74歳	38人	4.3%	38人	4.7%	--	--
	新規認定者	8人		8人		--	--
	75歳以上	369人	32.1%	430人	35.7%	--	--
	新規認定者	52人		68人		--	--

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

介護給付費は、4年間で約6億7千万円から6億3千万円に減っています。一人あたり給付費をみても、H30より1万3千円減っており、介護保険料をみてみると、県・全国と比較すると保険料は低く、被保険者の負担軽減につながっています。(図表13)

図表 13 介護給付費の変化

		牟岐町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費		6億7258万円	6億3811万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)		329,211	316,524	323,222	320,304	290,668
1件あたり給付費(円) 全体		69,217	60,069	80,543	63,005	59,662
居宅サービス		39,411	35,099	42,864	41,316	41,272
施設サービス		265,498	266,562	288,059	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

介護保険料の推移

H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
5,800円								

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代においても、脳卒中(脳出血・脳梗塞)と虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)が上位を占めています。基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の有病状況は、全年齢で 96.7%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				出典:介護保険事業報告 合計	
年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計	
介護件数(全体)		3		38		430		468	
(再)国保・後期		2		32		420		452	
疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
（レセプトの診断名より重複して計上） 血管疾患	1	脳卒中	1 50.0%	脳卒中	11 34.4%	虚血性 心疾患	166 39.5%	脳卒中	173 38.3%
	2	虚血性 心疾患	0 0.0%	虚血性 心疾患	5 15.6%	脳卒中	162 38.6%	虚血性 心疾患	171 37.8%
	3	腎不全	0 0.0%	腎不全	4 12.5%	腎不全	65 15.5%	腎不全	69 15.3%
	4	糖尿病 合併症	0 0.0%	糖尿病 合併症	7 21.9%	糖尿病 合併症	47 11.2%	糖尿病 合併症	54 11.9%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)	1 50.0%	基礎疾患	25 78.1%	基礎疾患	403 96.0%	基礎疾患	428 94.7%
		血管疾患合計	1 50.0%	合計	27 84.4%	合計	411 97.9%	合計	438 96.9%
		認知症	1 50.0%	認知症	11 34.4%	認知症	194 46.2%	認知症	205 45.4%
		筋・骨格疾患	2 100.0%	筋骨格系	29 90.6%	筋骨格系	408 97.1%	筋骨格系	437 96.7%
									439 96.7%

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、H30年度に比べて国保加入者の減少とともに総医療費は減少しているものの、一人あたり医療費は増加しており、同規模保険者より約4万円、県より約2万円高い状況です。また入院医療費のレセプト件数は、全体のわずか3%程度にも関わらず、医療費では全体の約49%を占めており、1件あたりの入院医療費もH30年度より6万円も高くなっていることから、重篤な疾患での入院費がうかがえます。(図表15)

R2年度の地域差指数(年齢調整後)でみても、全国平均の1を超えており、県平均よりは低いものの、特に入院の地域差指数が1.600と高い状態が続いています。(図表16)

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、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ると思われることから、引き続き、本町は医療費適正化に向けた重症化予防の取組みに力を入れる必要があります。

図表15 医療費の推移

		牟岐町		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)		1,165人	962人	--	--	--
前期高齢者割合		640人 (54.9%)	540人 (56.1%)	--	--	--
総医療費		4億5378万円	3億9263万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		389,512 県内7位 同規模64位	408,138 県内14位 同規模93位	367,527	389,015	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	460,490	520,710	588,220	567,420	617,950
	費用の割合	52.4	54.5	44.9	45.1	39.6
	件数の割合	5.3	4.6	3.4	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	23,520	20,920	25,290	23,430	24,220
	費用の割合	47.6	45.5	55.1	54.9	60.4
	件数の割合	94.7	95.4	96.6	96.7	97.5
受診率		679.955	746.228	676.49	762.201	705.439

※同規模順位は牟岐町と同規模保険者274市町村の平均値を表す

図表16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険		後期高齢者医療		
		牟岐町 (県内市町村中)		県 (47県中)	牟岐町 (県内市町村中)	
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度
地域差指數・順位	全体	1.091 (8位)	1.151 (4位)	1.089 (11位)	0.865 (24位)	0.968 (21位)
	入院	1.377 (6位)	1.600 (4位)	1.248 (9位)	0.822 (24位)	0.992 (22位)
	外来	0.894 (22位)	0.845 (22位)	0.978 (32位)	0.929 (19位)	0.984 (12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は、総医療費に占める割合が、H30 年度と比較すると増加しており、内訳は脳梗塞・脳出血が 0.7% 増え、約 2 倍になっています。また狭心症・心筋梗塞についても 0.4% 増えており、以前にもまして同規模、県よりも高くなっています。慢性腎不全においては同規模、県よりも低く、H30 年度とほぼ横ばいです。(図表 17)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			牟岐町		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)			4億5378万円	3億9263万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1503万円 → 1682万円	--	--	--	--
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	0.66%	1.30%	2.12%	1.44%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.36%	2.71%	1.46%	1.80%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	0.02%	0.00%	3.29%	2.34%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.27%	0.28%	0.37%	0.34%	0.29%
そ の 其 他 の	悪性新生物		17.17%	10.20%	17.57%	16.11%	16.69%
	筋・骨疾患		7.26%	10.36%	9.33%	8.54%	8.68%
	精神疾患		15.33%	19.23%	7.82%	11.18%	7.63%

(注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果
(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)
(注)KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

次に、患者数で見ると、中長期目標疾患の治療状況では、脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)は H30 年度に比べて、どの年代においても患者数および割合が増加している一方、虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)と人工透析は、患者数及び割合がわずかに減少しています。(図表 18)

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患					
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度
治療者(人) 0~74歳	A	1,165	962	a	72	76	88	72	3
		a/A		6.2%	7.9%	7.6%	7.5%	0.3%	0.2%
40歳以上	B	999	837	b	71	76	87	72	3
	B/A	85.8%	87.0%	b/B	7.1%	9.1%	8.7%	8.6%	0.3%
再 掲	D 40~64歳	359	297	d	11	20	17	13	2
	D/A	30.8%	30.9%	d/D	3.1%	6.7%	4.7%	4.4%	0.6%
	C 65~74歳	640	540	c	60	56	70	59	1
	C/A	54.9%	56.1%	c/C	9.4%	10.4%	10.9%	10.9%	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)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、発症後も、再発や介護、死亡につながる問題もあり、患者本人や家族が長期にわたり日常生活に大きな負担を強いられる疾患です。そのため、これらの長期目標疾患の原因となる、高血圧、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病を短期目標疾患とし発症予防及び重症化予防対策(リスク管理)することがとても重要です。

(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

短期目標疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、40歳以上の治療者全体の割合は増えており、合併症(重症化した状態)の脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の全体的な割合は減っています。しかし、年代別にみると若年層においては、脳や心臓に合併症をおこしている割合が増えておりすでに重症化していることが伺え、今後も増加する可能性があります。せっかく治療をしても、コントロール状況が悪いと、結局合併症をひきおこす恐れがあります。(図表19、20、21)治療中断や未受診をなくし、若年層から適切な受診継続で、コントロール状態を良好に維持することで合併症予防や重症につながります。

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
高血压症治療者(人)	A	346	367	73	75	273	292
(中長期目標疾患)	A/被保数	34.6%	43.8%	20.3%	25.3%	42.7%	54.1%
	B	39	38	5	9	34	29
	B/A	11.3%	10.4%	6.8%	12.0%	12.5%	9.9%
	C	58	54	10	12	48	42
	C/A	16.8%	14.7%	13.7%	16.0%	17.6%	14.4%
	D	2	2	2	1	0	1
	D/A	0.6%	0.5%	2.7%	1.3%	0.0%	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	222	190	62	44	160	146
(中長期目標疾患)	A/被保数	22.2%	22.7%	17.3%	14.8%	25.0%	27.0%
	B	18	17	1	4	17	13
	B/A	8.1%	8.9%	1.6%	9.1%	10.6%	8.9%
	C	37	28	8	6	29	22
	C/A	16.7%	14.7%	12.9%	13.6%	18.1%	15.1%
	D	2	2	2	1	0	1
	D/A	0.9%	1.1%	3.2%	2.3%	0.0%	0.7%
	E	19	16	5	7	14	9
	E/A	8.6%	8.4%	8.1%	15.9%	8.8%	6.2%
	F	48	47	14	11	34	36
	F/A	21.6%	24.7%	22.6%	25.0%	21.3%	24.7%
	G	12	7	5	3	7	4
	G/A	5.4%	3.7%	8.1%	6.8%	4.4%	2.7%

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
(中長期目標疾患)	脂質異常症治療者(人)	A	271	287	75	58	196	229
		A/被保数	27.1%	34.3%↑	20.9%	19.5%	30.6%	42.4%↑
	脳血管疾患	B	31	29	6	7	25	22
		B/A	11.4%	10.1%↓	8.0%	12.1%↑	12.8%	9.6%↓
	虚血性心疾患	C	54	36	11	7	43	29
		C/A	19.9%	12.5%↓	14.7%	12.1%↓	21.9%	12.7%↓
	人工透析	D	0	1	0	0	0	1
		D/A	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%

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 高血糖・高血圧者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果を H30 年度と R03 年度で比較してみると、II 度高血圧(収縮期 160–179/拡張期 100–109)の対象者は横ばいですが、HbA1c7.0 以上の対象者の割合は上がっています。医療のかかり方では治療中断者はいませんが未治療者が一定数存在し、その割合は県より高くなっています。

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上は引き続き図るとともに、受診者について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、レセプトの確認を行いつつ、適切な治療が継続できるよう努める必要があります。(図表 22)

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 II 度以上高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果	R03年度		問診結果	レセプト情報 (R03.4～R04.3)					
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率			未治療 (内服なし)			未治療 (内服なし)	未治療	治療中断				
牟岐町	519	56.7	498	62.1	29	5.6	19	65.5	28	5.6	17	60.7	10	35.7	0	0.0
徳島県	42,065	36.3	42,883	38.9	2,428	5.8	1,356	55.8	2,524	5.9	1,381	54.7	852	33.8	116	4.6

	HbA1c 実施率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果	R03年度		問診結果	レセプト情報 (R03.4～R04.3)					
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率			未治療 (内服なし)			未治療 (内服なし)	未治療	治療中断				
牟岐町	512	98.7	486	97.6	27	5.3	3	11.1	27	5.6	1	3.7	2	7.4	0	0.0
徳島県	42,017	99.9	42,834	99.9	1,749	4.2	543	31.0	1,946	4.5	574	29.5	108	5.5	44	2.3

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

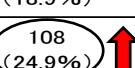
②中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

④ 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いくつも重複した病態であり、たとえ軽度であっても、それら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予備群の対象者数・割合は減ったものの、該当者の対象者数・割合は増えていることから、今後心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させるリスクが高くなっていると考えられます。メタボリックシンドロームを少しでも改善させ、危険因子を少しでも減らす必要があります。(図表23)

図表23 メタボリックシンドロームの経年変化

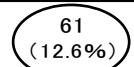
年度	健診受診者 (受診率)	該当者			予備群
			3項目	2項目	
H30年度	519 (56.7%)	98 (18.9%)	29 (5.6%)	69 (13.3%)	63 (12.1%)
R04年度	434 (59.2%)	108 (24.9%) 	36 (8.3%)	72 (16.6%)	43 (9.9%) 

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、継続受診者の所見では、HbA1c6.5以上 の割合は増加していますが、Ⅱ度高血圧以上は横ばい、LDL-C160以上は半減しています。改善率では、Ⅱ度高血圧が2.4%伸びており、健診後、対象者が適切な受診につながり、数値が改善されたと考えられます。

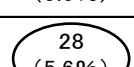
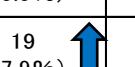
一方で、健診の翌年度に健診未受診者が、いずれも2~3割程度存在し、結果が把握できておらずその後の経過が不明です。今後も、結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、重症化予防対象者の継続受診を勧め、コントロール状態を良好に維持できるように働きかけを行っていきます。(図表24.25.26))

図表24 HbA1c6.5以上の対象者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	53 (10.4%)	14 (26.4%)	18 (34.0%)	10 (18.9%)	11 (20.8%)
R03→R04	61 (12.6%) 	14 (23.0%) 	16 (26.2%)	13 (21.3%)	18 (29.5%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表25 Ⅱ度高血圧以上の対象者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	29 (5.6%)	19 (65.5%)	6 (20.7%)	1 (3.4%)	3 (10.3%)
R03→R04	28 (5.6%) 	19 (67.9%) 	3 (10.7%)	1 (3.6%)	5 (17.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の対象者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	59 (11.4%)	32 (54.2%)	14 (23.7%)	6 (10.2%)	7 (11.9%)
R03→R04	33 (6.6%)	13 (39.4%)	10 (30.3%)	0 (0.0%)	10 (30.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

⑤ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

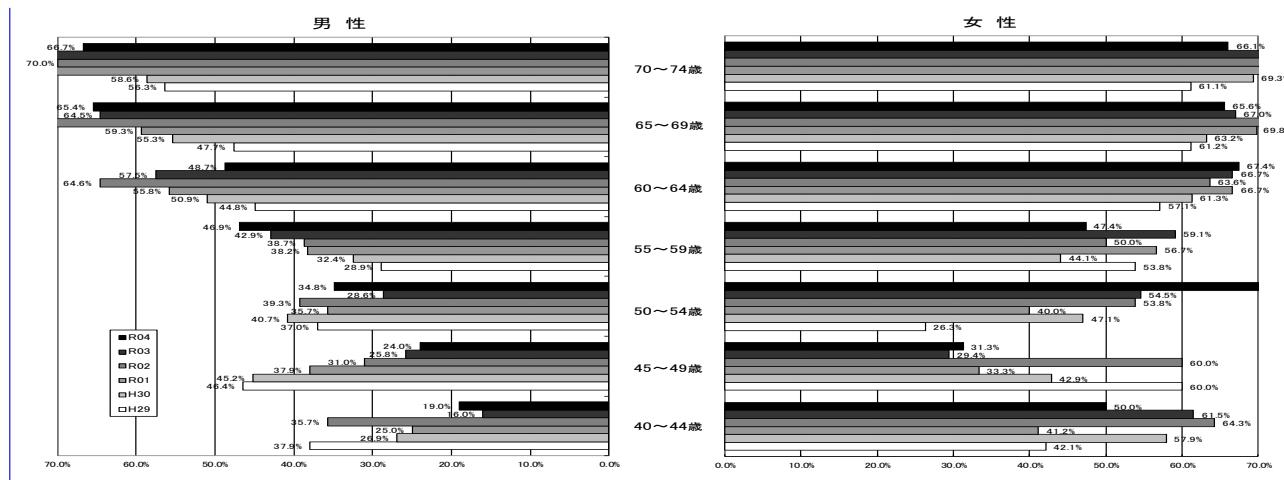
本町の特定健診受診率は年々増加し、R01 年度以降は目標値の 60%を達成しましたが、R04 年度には減少し達成できませんでした(図表 27)。受診率の高い 65 歳以上の年代が次第に後期へ移行することが要因と考えられ、今後も減少する可能性があります。また早期からの生活習慣病対策を目的に 20-30 代へのヤング健診を実施してきたことで、年代別の受診率では 40 代の受診者が次第に増えてきましたが、自覚症状もない生活習慣病は継続受診につながりにくい課題もあり、受診率全体でみると伸び悩みの傾向が見られます(表 28)。特定保健指導についても、R04 年度は実施率が下がり、新型コロナウイルス感染症や、保健指導のマンパワー不足も影響したと考えられます。

若年でも高齢でもどんな社会情勢でも、誰もが健診の重要性を実感し、受診できる機会をきちんと提供し続けること、そして受診後も個々に応じた保健指導を丁寧に実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながることから、引き続き受診率の維持・向上を目指していきます。

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	519	536	554	498	434	健診受診率 60%
	受診率	56.7%	61.7%	65.3%	62.1%	59.2%	
特定保健指 導	該当者数	59	61	63	40	44	特定保健指 導実施率 60%
	割合	11.4%	11.4%	11.4%	8.0%	10.1%	
	実施者数	52	56	56	37	35	79.5%
	実施率	88.1%	91.8%	88.9%	92.5%	79.5%	

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



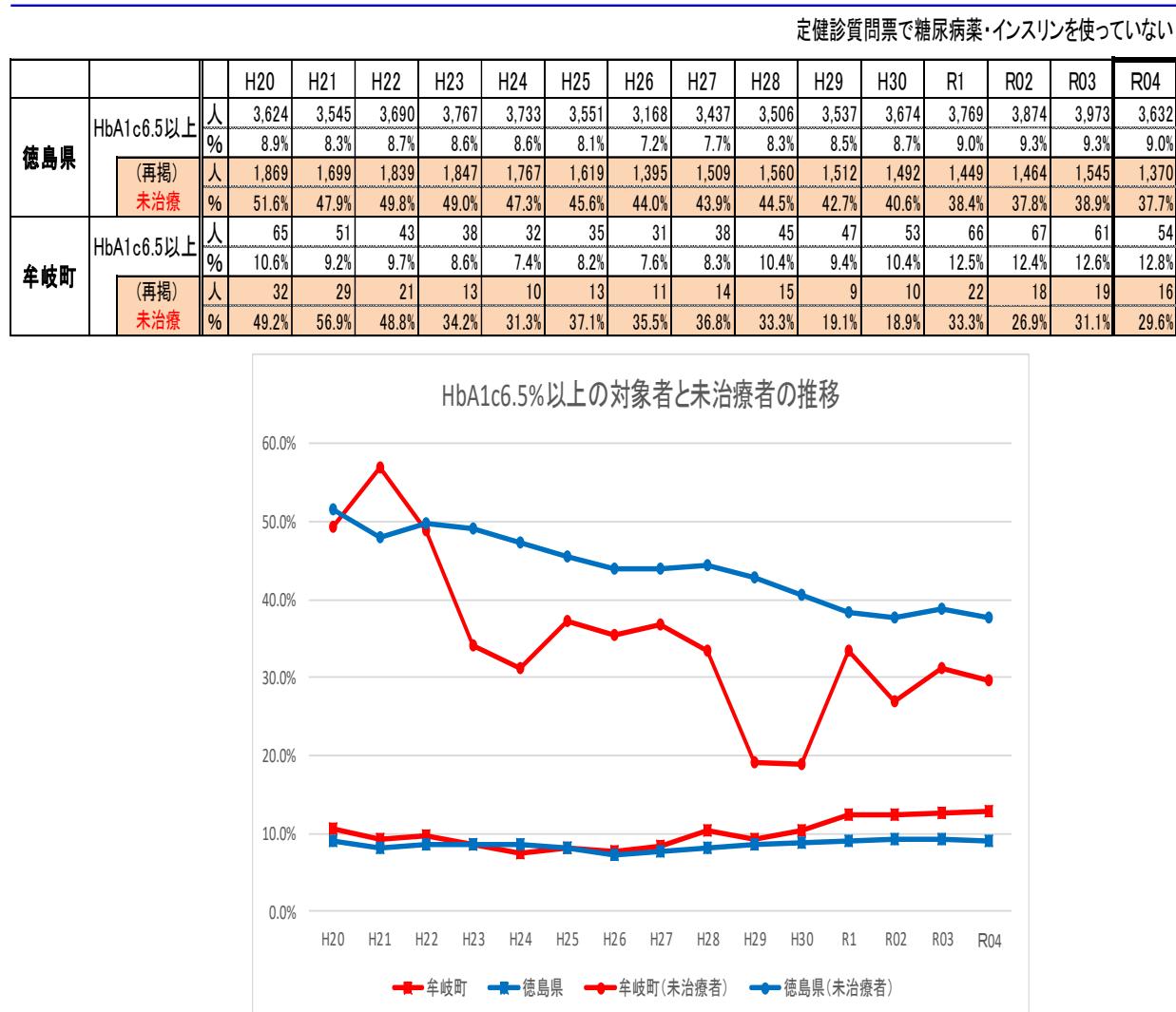
2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

牟岐町では、糖尿病に該当すると思われる HbA1c 6.5% 以上の有所見者の割合が高く、H20 年度から保健指導を重点的に実施してきました。その結果有所見者の割合は減少し、未治療者の割合も H30 年度の 18.9% まで減少しましたが、その後血糖値所見者割合、未治療とともに増加傾向です（図表あ）。

図表あ HbA1c 6.5 以上の対象者と未治療者の割合の推移



牟岐町では健診受診率は県内では高いものの、糖尿病の該当者の割合が多く、治療状況を見ると未治療もいますが、治療中でもコントロール不良の割合が高く、適切な服薬治療や生活改善が継続的に十分実施されていない現状がうかがえます。せっかく治療を開始しても、肥満があるとインスリン抵抗性（※1）を引き起こし血糖悪化の原因になるほか、また服薬中断や認知症状の悪化でコントロールが不良になるケースもあることから、経過をフォローし、継続して保健指導・栄養指導を実施することが重要です。（図表い）

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

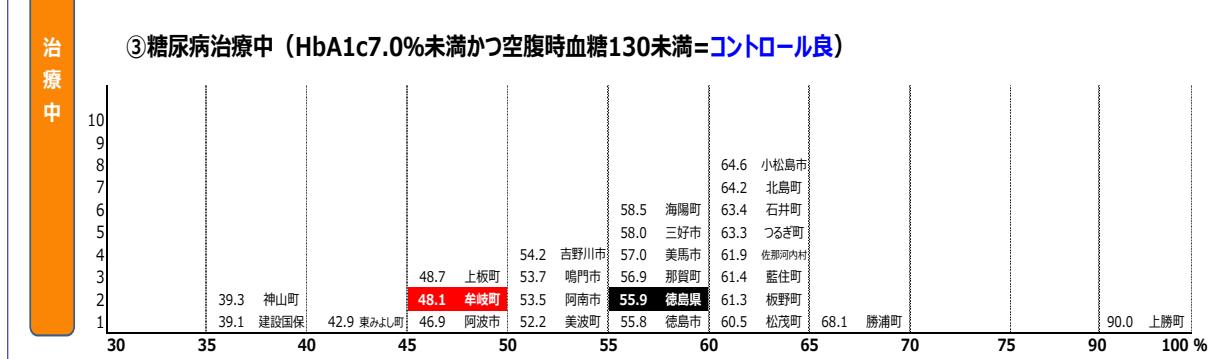
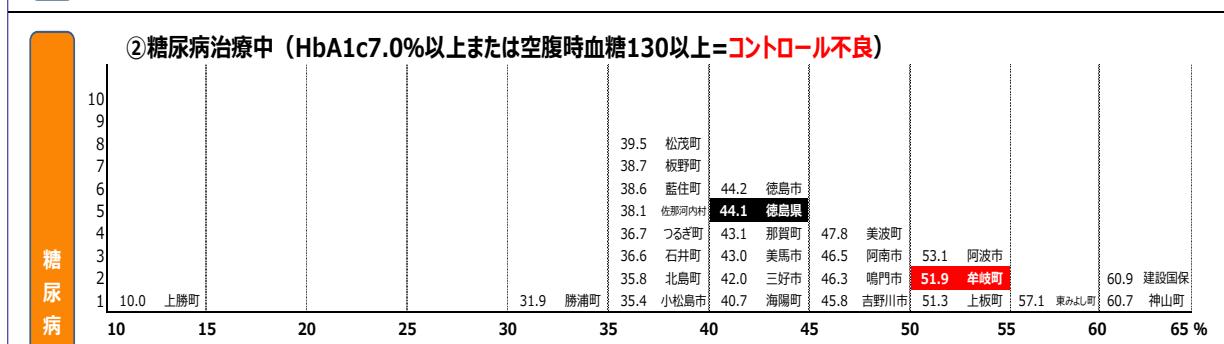
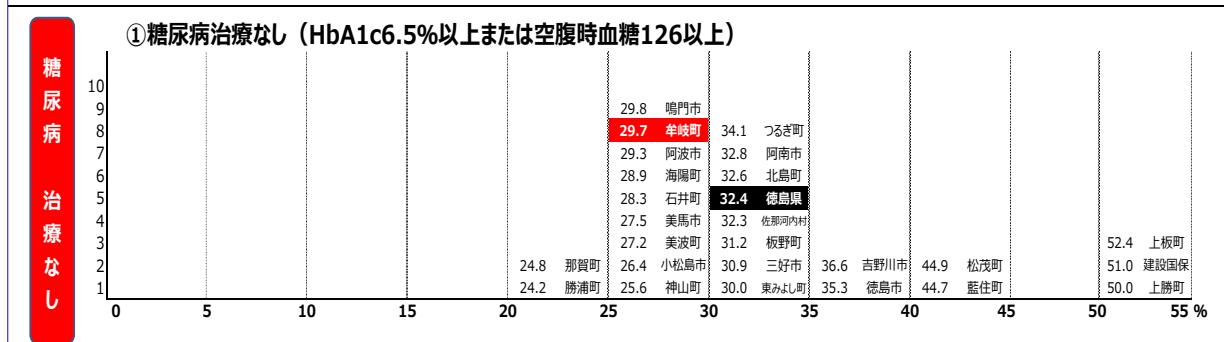
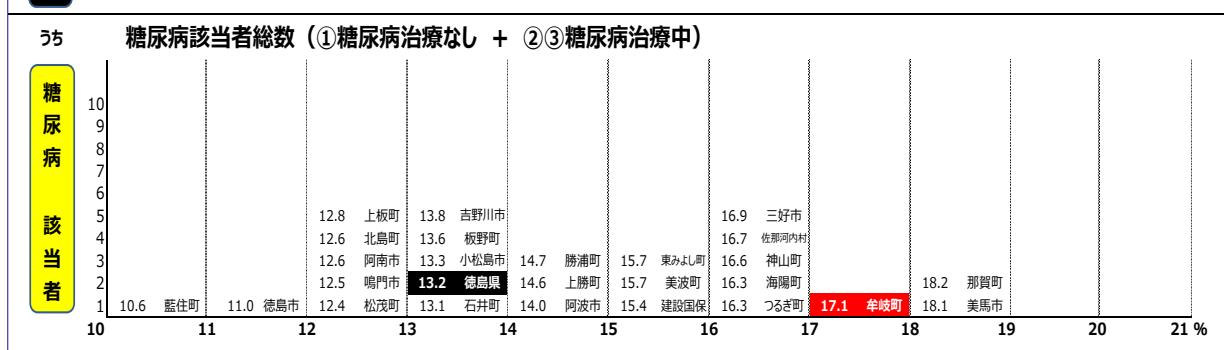
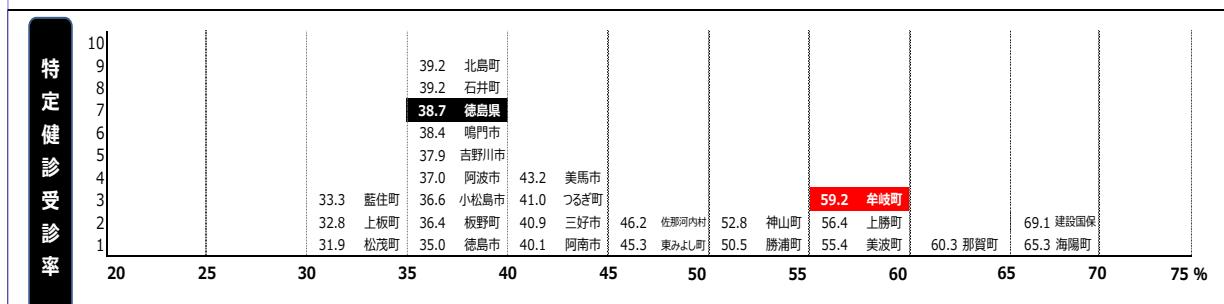
図表い 糖尿病性腎症重症化予防対象者の割合の分布と治療状況

健診結果集計ツール「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」からの発展

令和6年1月16日 作成

糖尿病性腎症重症化予防対象者の割合の分布

～令和4年度結果 徳島県内比較～



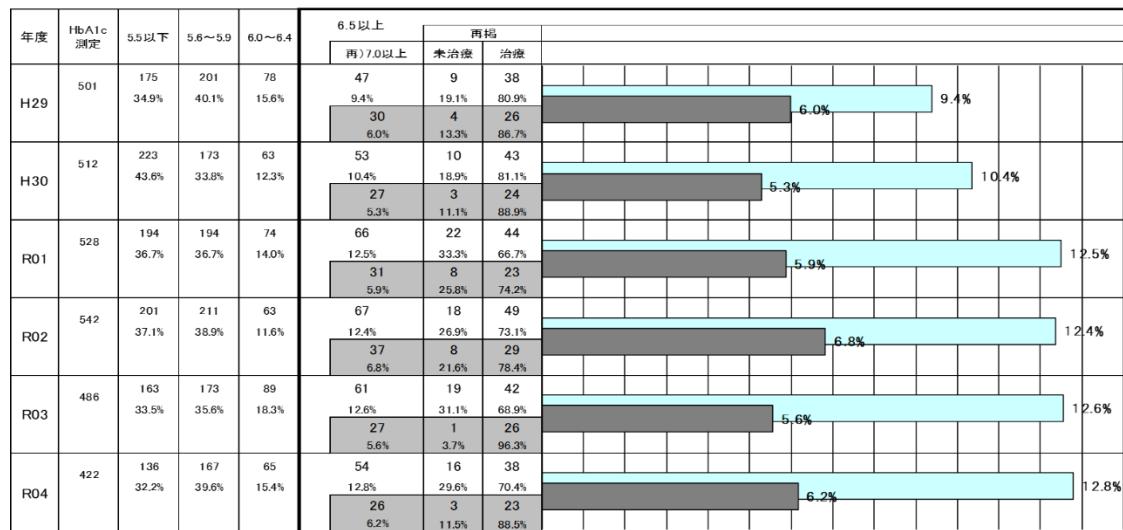
牟岐町ではHbA1c6.5%以上の対象者には、糖尿病管理台帳を作成し、健診データの経年変化と治療の有無を調べ、服薬中断やコントロール状態を確認してきました。他にも、糖尿病と同様に高血圧管理台帳やCKD台帳を作成して、数値が悪い対象者は、重症化予防の対象者として抽出し、重点的に各担当保健師・栄養士が個々に応じた保健指導を実施してきました(図表9)。

しかし、血圧やLDLコレステロールに比べて、糖尿病の重症化予防対象者は減少しておらず、なかなかコントロールが改善できていない現状があります(図表え)。今後は保健指導の方法を見直し、個々の状態に応じて医療機関や地域包括支援センター等とも情報共有し、適切な治療継続ができ、コントロールの早急な改善が糖尿病性腎症重症化予防には必要です。

図表う 糖尿病管理台帳で健診データの経年変化をみる

図表え 重症化予防対象者(HbA1c6.5%以上)は減少しているか

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は



②CKD 重症化予防(透析予防)

牟岐町では CKD 対象者の割合が高いことから、透析予防の CKD 重症化予防を実施してきました。CKD は重症化すると進行が早く、早期の段階での腎専門医の介入が有効であることから、健診結果をもとに腎専門医へ紹介すべき対象者を明確にして、かかりつけ医または町から腎専門医へ紹介しました。腎専門医では CKD 悪化の原因疾患を特定し、適切な治療をうけ、今後の将来予測をもとに重症化予防できるよう指導をうけるなど、透析予防につながったケースもありました。(図表お.か.き)

図表お 健診結果の腎専門医紹介基準を明確にする

牟岐町			令和3年度		
1. かかりつけ医から腎臓専門医への紹介基準対象者					
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)		(-)	(±) <small>【再掲】 尿潜血+以上</small>	(+)以上
			406人	44人	8人
	495人		82.0%	8.9%	18.2%
					9.1%
G1	正常または高値	90以上	35人 7.1%	27人 5.5%	5人 1.0% <small>2人 40.0%</small> <small>3人 0.6%</small>
G2	正常または軽度低下	60~90未満	314人 63.4%	263人 53.1%	27人 5.5% <small>5人 18.5%</small> <small>24人 4.8%</small>
G3a	軽度～中等度低下	45~60未満	125人 25.3%	101人 20.4%	10人 2.0% <small>1人 10.0%</small> <small>14人 2.8%</small>
G3b	中等度～高度低下	30~45未満	19人 3.8%	14人 2.8%	2人 0.4% <small>0人 0.0%</small> <small>3人 0.6%</small>
G4	高度低下	15~30未満	1人 0.2%	1人 0.2%	0人 0.0% <small>0人 0.0%</small>
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	1人 0.2%	0人 0.0%	0人 — <small>1人 0.2%</small>

GFR分類	尿蛋白区分	人数
G1	A2 (潜血 +)	2
	A3	3
G2	A2 (潜血 +)	5
	A3	24
G3a	A2 (潜血 ±)	10
	A2 (潜血 +)	1
	A3	14
G3b	A1	14
	A2 (潜血 ±)	2
	A2 (潜血 +)	0
	A3	3
G4	A1	1
	A2 (潜血 ±)	0
	A2 (潜血 +)	0
	A3	0
G5	A1	0
	A2 (潜血 ±)	0
	A2 (潜血 +)	0
	A3	1
		80

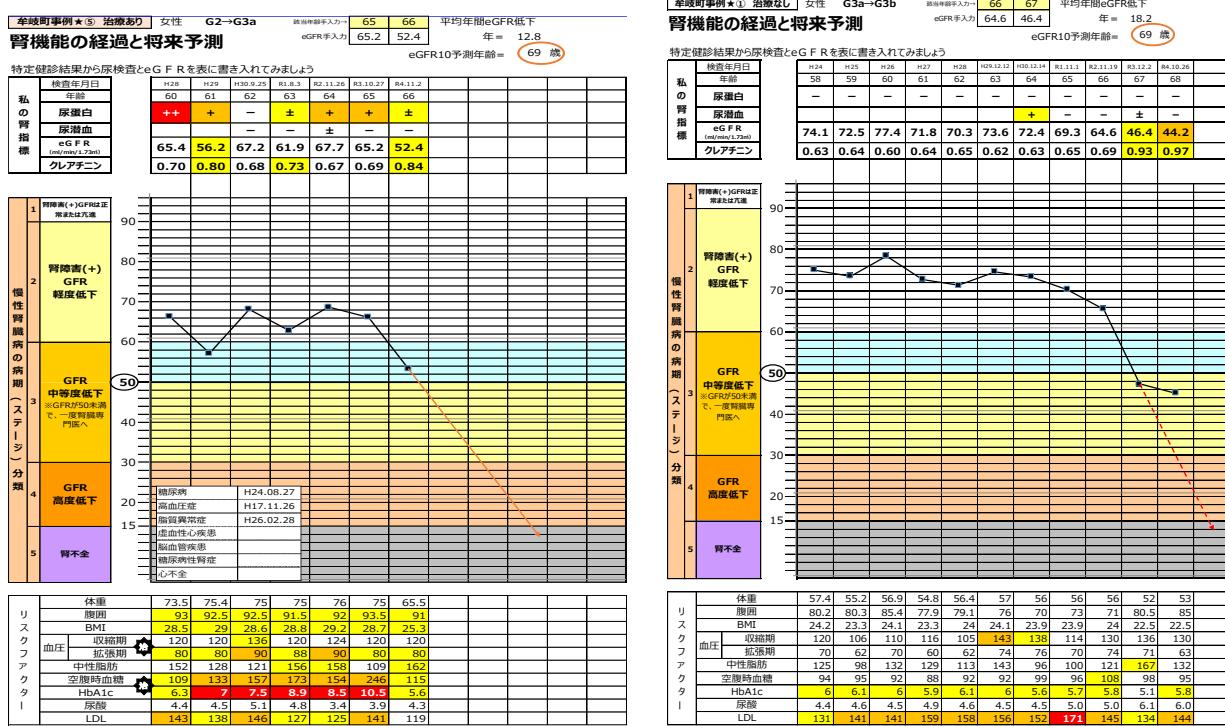
図表か 腎専門医への紹介リスト

腎専門医への紹介状発行例(糖尿病性腎症予防・CKD予防) 連携パス(海部郡様式)

牟岐町→医療機関(腎専門医)

	氏名	異常所見(台帳)	腎専門医	予約	受診日	傷病名	検査結果	予後および保健指導	紹介時健診データ						
									性別	年齢	eGFR	尿蛋白スクリーニング	定性検査の分類	健診結果	合併症
H30年度	1	DM・CKD	水口先生	保健師	H31.3.14	慢性腎炎	腎生検適応、川島病院受診	膜性腎炎		G2	A3	67.6	3+	24.0	潰瘍性大腸炎
	2	DM・CKD	水口先生	保健師	H31.3.14	慢性腎炎	腎生検適応、川島病院受診	良性腎硬化症・定期受診を		G3a	A3	46.4	2+	27.5	高血圧、脂質異常
	3	DM・CKD	水口先生	保健師	H31.3.14	慢性腎不全	生活習慣病を原因とした腎機能障害	減量指導を		G4	A1	29.8	±	33.1	糖尿病、高血圧
R元年度	1	DM・CKD	水口先生	保健師	R1.8.8	慢性腎臓病	腎機能は年齢相応の下限	特になし		G3b	A1	41.1	—	23.1	高血圧、脂質異常
	2	DM・CKD	水口先生	保健師	R1.8.8	慢性腎臓病	腎機能は年齢相応の下限	血圧管理、体重管理を		G3b	A1	41.0	—	23.8	高血圧、脂質異常
	3	DM・CKD	水口先生	保健師	R1.9.12	間質性腎炎	レーザー治療候群からの間質性腎炎による腎機能障害	難病継続治療		G3b	A1	36.3	—	18.0	レーザー治療候群
	4	DM・CKD	水口先生	保健師	R1.10.10	慢性腎臓病	蛋白尿(−)、eGFR低下は加齢	特になし		G3b	A1	44.9	—	19.9	高血圧、脂質異常
	5	DM・CKD	水口先生	保健師	R2.2.13	慢性腎臓病	前回受診時と著変なし	特になし		G3b	A1	35.5	—	24.0	
R2年度	1	DM・CKD	水口先生	保健師	R3.3.11	IgA腎症	腎生検適応、川島病院受診	IgA腎症の治療開始		G3a	A3	54.2	2+	21.0	
	2	DM・CKD	水口先生	保健師	R3.3.11	尿蛋白	24時間尿は正常の範囲	特になし		G2	A2	68.5	+	21.9	
	3	DM・CKD	水口先生	保健師	R3.1.7	慢性腎臓病	腎生検適応、川島病院受診	異常なし、血圧管理		G2	A2	64.8	2+	23.6	高血圧
R3年度	1	DM・CKD	水口先生	保健師	R4.3.10	慢性腎臓病、高血圧	検査異常なし、腎臓の形態異常なし	飲水の勧め、血圧管理		G3b	A1	44.5	—	22.4	高血圧

図表き 腎機能の経過と将来予測(eGFRの経年変化と将来予測)



紹介につながらなかった対象者へは、翌年の健診結果を確認し、かかりつけ医で治療できているか個別に経過をフォローしました。ほぼ全数がかかりつけ医での治療につながっており、結果も改善されていますが、引き続き、重症化を予防し透析予防につなげることが重要です(図表く)。腎専門医との症例検討会も定期的に継続で実施し、医療や包括支援センターとも連携して重症化予防できる体制を整え、個々のCKD重症度に応じた保健指導を今後も実施します。

図表く 腎専門医へ紹介すべき人のその後の経過を把握する

H30健診結果より

肾専門医に紹介すべき人リストのその後	氏名	尿蛋白		尿潜血		eGFR		かかりつけ医 治療中	病名	医療機関名	肾専門医 受診	肾専門医 受診
		年度始め	年度末	年度始め	年度末	年度始め	年度末					
① 尿蛋白(2+以上)	3+	3+	±	2+	59.5	49.2	○	腎			○	○
	3+	3+	-	±	67.6	53	○	難病			○	○
	3+	+	-	-	76.6	67.6	○	圧				泌尿器科受診
	2+	+	-	-	63.9	62.1	○	脂				
	2+		-	-	88.6		○	圧				ケース検討会
	2+	2+	-	-	77.6	58.7	○	圧・脂・腎			○	○
	2+	2+	?	±	33.6	35	○	糖				ケース検討会
	2+		-	-	44.7		○	前立腺				泌尿器科受診
	2+	2+	-	-	77.5	76.1	○	糖				ケース検討会
② 尿蛋白(+)と 尿潜血(+)以上	+		3+		71.2		○	脂				
	+		2+		97.9		○	心				
	+		±		16.2		○	難病				
	-	2+	-	-	46.1	45.1	○	糖・心・脂・圧				○
	-	-	-	-	47.5	53.6	○	圧				
	-	-	+	±	48.9	45.9	○	圧				
	-	-	±	3+	39.2	39.1	○	腎・胃K			○	○
	-	-	-	-	44.7	35.5	○	腎				
	-	-	-	-	39.4	43.2	○	圧・脂・糖				
	-	-	-	-	48.4	30.7	○	圧				
③ eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	+	2+	-	-	29.8	42.7	○	圧			○	○
	-	-	-	-	49	42.5	○	腎提供者			○	○
	-	-	-	-	47.4							

③心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

特定健診項目にはこれまで心電図検査が導入されていなかったことから、虚血性心疾患の実態を把握するため「虚血性心疾患」の投薬患者が特定健診を受診しているかを確認しました。そのうち約半数の人が健診未受診であることが判明したため、令和2年度からは心電図検査の全数実施を行い、健診の受診勧奨を実施しました(図表け)。

図表け 虚血性心疾患の投薬患者の健診受診状況

KDB の「虚血性心疾患」一覧より、CSV を加工し、投薬を確認。健診受診者かどうかも確認。

被氏	性別	要介護区分									
		1 要 介 護	2 要 介 護	3 要 介 護	4 要 介 護	5 要 介 護	6 要 介 護	7 要 介 護	8 要 介 護	9 要 介 護	10 要 介 護
		○	○	○	○	○	○			○	○
		○	○	○	○	○	○			○	○
		○		○	○	○	○			○	
		○	○		○	○	○				○
		○	○		○	○	○				○
		○		○	○	○	○				○
		○	○	○	○	○	○				○
		○	○	○	○	○	○			○	○
		○	○	○	○	○	○				○

『虚血性心疾患』患者リストの一部

(↑…117名まで続く)



KDB·肿瘤管理—脑膜血栓性海绵病 155

「虚血性心疾患」の検査申請が特需健診を受けているかを知る

対象者	国保	投薬治療者	健診受診者	年齢	
				心電図所見なし	心電図所見あり
昭年度(累計)	117名	51名	24名	20名	→再発予防の人たち(医療と連携)
			健診未受診者	27名	→健診受診を勧める、エコノミー状態を確認する

心電図検査の全数実施に伴い、健診後は心臓に関する資料や、心電図の読み取り方等を重点的に保健指導しました。有所見の早期発見・早期介入が、心原性脳梗塞や虚血性心疾患の発症予防につながることや、重症化しないための保健指導を行いました。また循環器専門医と連携して、牟岐町では期外収縮、心房細動、ST 変化、異常 Q 波、QT 延長の所見に対して「要精密」と判定し、循環器専門医への紹介を行いました。そのうち約 80%が専門医を受診し、早期の段階で精密検査を受け、定期受診や服薬、イベント発症予防の手術等につながりました。心房細動については、件数は少ないものの全数が専門医へ定期受診できていることが確認できました。また心筋梗塞の既往がある対象者については再発リスクが高いことから、個々のリスク(肥満、喫煙、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行い、再発予防(重症化予防)に努めました。

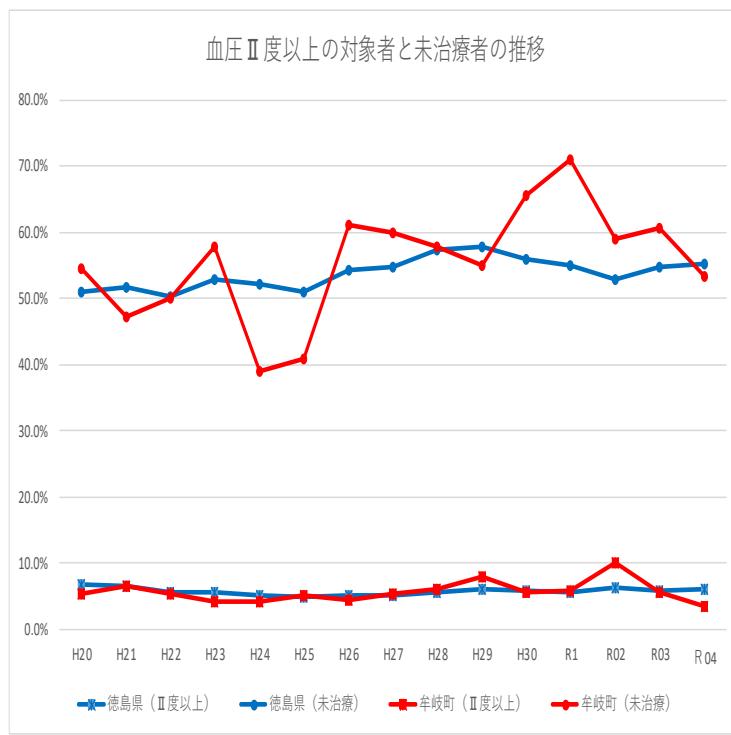
生活習慣病で治療中の対象者も、定期検査では心電図検査を実施している人は少なく、特定健診受診で導入されたことで、今まで発見されなかった所見が早期に発見でき、心疾患への予防意識も高まりました。今後も医療と連携し、心原性脳梗塞や虚血性心疾患の予防につなげていきます。

④脳血管疾患重症化予防

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、H20年度から増減を繰り返しながらも緩やかに増加傾向になってきました。未治療の割合はやや減少していますが、治療中でのコントロール不良が増えています(図表二)

図表二 血圧Ⅱ度以上の対象者と未治療者の推移

			H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R02	R03	R04
1 徳島県	Ⅰ度以上	人	12,693	13,416	12,490	12,771	12,234	11,673	11,967	12,254	12,192	12,138	11,960	11,720	13,031	12,598	11,666
		%	31.3%	31.3%	29.5%	29.1%	28.2%	26.7%	27.3%	27.6%	28.7%	29.2%	28.4%	28.1%	31.2%	29.4%	29.0%
	Ⅱ度以上	人	2,771	2,792	2,428	2,507	2,217	2,190	2,220	2,271	2,353	2,564	2,428	2,336	2,676	2,524	2,422
		%	6.8%	6.5%	5.7%	5.7%	5.1%	5.0%	5.1%	5.1%	5.5%	6.2%	5.8%	5.6%	6.4%	5.5%	6.0%
	(再掲) 未治療	人	1,411	1,443	1,218	1,323	1,158	1,118	1,203	1,245	1,349	1,483	1,356	1,284	1,413	1,382	1,336
		%	50.9%	51.7%	50.2%	52.8%	52.2%	51.1%	54.2%	54.8%	57.3%	57.8%	55.8%	55.0%	52.8%	54.8%	55.2%
11 牟岐町	Ⅰ度以上	人	200	155	119	118	115	107	102	120	135	172	175	154	191	123	95
		%	32.6%	27.9%	26.8%	26.6%	26.6%	25.2%	25.1%	26.3%	31.2%	34.3%	33.7%	28.7%	34.5%	24.7%	21.9%
	Ⅱ度以上	人	33	36	24	19	18	22	18	25	26	40	29	31	56	28	15
		%	5.4%	6.5%	5.4%	4.3%	4.2%	5.2%	4.4%	5.5%	6.0%	8.0%	5.6%	5.8%	10.1%	5.6%	3.5%
	(再掲) 未治療	人	18	17	12	11	7	9	11	15	15	22	19	22	33	17	8
		%	54.5%	47.2%	50.0%	57.9%	38.9%	40.9%	61.1%	60.0%	57.7%	55.0%	65.5%	71.0%	58.9%	60.7%	53.3%



未治療：特定健診質問票で降圧薬を使っていない

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあります。高血圧以外の危険因子(糖尿病や脂質異常等)との組み合わせにより、脳、心、腎疾患などの臓器障害にも深く関与していることから、発症予防だけでなく重症化予防(再発予防)も重要です。適切な治療と内服でコントロールが可能なため、早急に取り組むことが社会保障費の抑制にもつながります。心疾患同様、「脳卒中」の投薬患者が特定健診を受診しているか確認したところ、こちらも約半数の人が健診未受診であったことから、引き続き、治療者の重症化予防(再発予防)のための健診受診勧奨とともにコントロール状況の確認を行いました。(図表三)

図表さ 脳卒中の投薬患者の健診受診状況

氏名	健診	脳卒中投薬あり	高血圧症投薬あり	脂質異常症投薬あり	高血圧症	脂質異常症	高尿酸血症	糖尿病	脂肪肝	心筋梗塞	狭心症	動脈硬化症	糖尿病	腎症	神経障害	1型糖尿病	南高病	要介護区分
	○																	
		○	○	○	○	○	○	○		○		○	○	○				
		○	○		○	○				○	○					○		
○																		
		○		○	○						○					○		
		○	○	○	○	○	○	○										
		○		○														
		○	○	○	○	○	○	○										介1
		○	○		○											○		
		○	○	○	○	○	○	○								○		
		○	○	○	○	○	○	○										

『脳卒中』患者リストの一部

(↑…92名まで続く)



他にも、高血圧と糖尿病のコントロールの不良が長年続くことで、上記①～④の合併症につながることから、経年の評価表を用いて、未治療や中断者を抽出し、治療状況を確認したうえで、優先順位をつけながら個々にアプローチして健康状態を把握し、重症化予防の保健指導を実施しました(図表しす.せ.そ)。個別指導では、健診結果から自分自身の体の状態をイメージできるような具体的な個々の教材を用いて説明し、普段の生活習慣振り返り、今後の重症化予防のために自分で選択できるような支援を行いました。

高血圧と糖尿病では未治療・治療中断の背景や思いも異なり、継続治療の難しさやコントロールを良好に維持する困難さを実感しました。また単発の保健指導ではなく、継続して支援することの重要性も実感しました。

図表し 血圧評価表(未治療者・治療中断者を把握し R4 年度の経過を追ってみた)

図表す 高血圧の重症化予防の保健指導の優先順位

高血圧の重症化予防の保健指導の優先順位							※肥満再掲	牟岐町
	重症化の保健指導						特定保健指導	
医療機関受診有無	医療機関受診あり			医療機関受診なし				対象者全合計
治療有無と肥満	治療中コントロール不良			高血圧治療なし		肥満あり		
保健指導内容	薬が必要になった人の保健指導			医療機関未受診の保健指導		メタボから起こる高血圧の保健指導		
① II度高血圧	保険指導した人数	対象者	保険指導した人数	対象者				
① (収縮期 I 度) 拡張期100～109		8 (3)		6 (3)		2		14
② 収縮期160～169	8	2 (0)		0 (0)		0		
③ 収縮期170～179		5 (3)	5	3 (1)		1		
④ II度高血圧		1 (0)		3 (2)		1		
② III度高血圧	1	2 (0)	2	3 (0)		0		5
重症化予防の保健指導人数	A 9	B 10 (3)	C 7	D 9 (3)		(2)		19
	90.0%		77.8%					
	(B-A)あと 1人		(D-C)あと 2人					
	残り 3人 の重症化予防保健指導							

気 づ き	保健指導できなかった人は、胸膜塞を起したり、亡くなったりした人だった 糖尿病と止めて、肥満の人は少なく、薬漬が重要だと感じる 糖尿病と止めて、治療している人は少なく、まずは家庭血圧の測定を勧めている 重変化予防対象者は特に全ての人に保健指導を実施するようにしているし、今までもてきたが、効果的な保健指導ができるかというと自信はない ただ、何年も何度も巡回して訪問することで、良くなってくる人もいるもので、今後も教材を活用して、効果的な保健指導につながるよう努めたい

図表せ HbA1c 評価表(未治療者・治療中断者を把握し R4 年度の経過を追ってみた)

図表そ 糖尿病の重症化予防の保健指導の優先順位

糖尿病の重症化予防の保健指導の優先順位

※肥滿再揭

牟岐町

R4年度

	重症化予防										特定保健指導	他	対象者全合計							
	医療機関受診有無	医療医機関受診あり					受診なし													
治療有無と肥満	治療中コントロール不良			糖尿病治療なし							肥満あり	肥満なし								
保健指導内容	3 2 薬が必要になった人の保健指導			2 1 医療機関未受診の保健指導			1 タイプA・B			タイプC										
①	~5.5	保健指導した人数	保健指導した人数	保健指導した人数	保健指導した人数	保健指導した人数	保健指導した人数	保健指導した人数	保健指導した人数	保健指導した人数	保健指導した人数	保健指導した人数	15							
②	5.6~5.9												20							
③	6.0~6.4												6							
④	6.5~6.9		15	93.8%	優先3位	16	(7)	6	85.7%	優先3位	7	(4)	7	100.0%	7	(4)	2	32		
⑤	糖尿病性	7.0~7.9	24	96.0%	優先2位	25	(9)	0	#DIV/0!	優先2位	0	(0)	0	#DIV/0!	優先1位	0	(0)	0	25	
⑥		8.0~	6	85.7%		7	(5)	1	100.0%		1	(1)	1	100.0%		1	(1)	0	9	
合計		A	45	93.8%	B	48	(21)	7	87.5%		8	(5)	8	100.0%		8	(5)	41	2	107

重症化予防の
保健指導人数 (B-A) あと 0人

(C-D) あと 0人

残り 0人 重症化予防保健指導

気づき	<p>高血圧と比べて、肥満の人が多く、減量や食事療法・運動療法が効果的だと改めて感じた 高血圧に比べて、治療している人も多く、コントロールの把握がやすいし、自分も気になってる人が多い 認知症の人が服薬につながらず、ケアマネやヘルパー等との連携も必要と感じる</p>
-----	--

(2) ポピュレーションアプローチ

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

牟岐町においては、生涯を通じた健康づくりの取組みとして、一人ひとりの町民が、自分の住む地域の実情を知り、県内の位置を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から自分自身の体をイメージできるような健康教育や保健指導を行うことで、普段の生活習慣を振り返り、健康状態をよりよく維持できるよう、改善に向けた実践ができるよう支援してきました。

具体的な取組み内容としては、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や町の実態を明確にし、今後予測される社会保障費の抑制にむけて啓発しました。個々の普段の食生活、生活リズム等の生活背景と健康障害の関連について説明し、健診データの結果につながっていることを多くの人に知ってもらえるよう、健診結果説明会等での健康教育のほか、町内の各地域組織や有識者の会議等へも健康教育を実施しました。

そのほか町の広報誌へ「保健だより」として定期的に、牟岐町の実態や生活習慣病予防に関する資料を掲載したり、チラシを作成して配布したり、子どもへのお便りで生活習慣病予防を呼びかけるなど、ライフステージを通して、広く町民へ周知・啓発を実践しました。

また野菜の摂取率アップを目標に、ヘルスマイトと共に町内食料品店でキャンペーンを行ったり、運動会や文化祭などのイベントで呼びかけるほか、高校生や男性など普段料理をしない対象者へも料理教室を実施して、調理実習や野菜重量当てクイズなど実践を交えながら啓発しました。健診会場ではフードモデルを展示し、一日の野菜の必要摂取量を表示するほか、食品や飲み物に含まれる糖分や塩分をわかりやすく伝え、食生活を振り返る機会を設けました。

減塩が血圧や腎臓へ影響することをイメージできるような教材を用いて説明し、自分自身の摂取状況を確認できるよう、チェックリストを用いて振り返るほか、減塩ファイルや減塩食品を紹介するなど普及啓発に努めました。家庭血圧を測定することを広く勧めて、血圧管理手帳をつけるよう多くの住民に配布し、常に自分の健康状態をチェックする必要性を伝えるとともに、適切な治療と医療との連携につながるよう取り組んできました。

今後も個別指導とともにポピュレーションアプローチも広く実施し、ライフステージを通じて住民全体の健康意識の向上につながるよう継続した取り組みを実践していきます。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

第2期計画の中長期目標であった脳血管疾患・虚血性心疾患については医療費に占める割合は減少することができず増加してしまいました。健診未受診者の発症が重なったことも要因と考えられます。一方で慢性腎不全(透析あり)に占める割合や糖尿病性腎症の割合は減少し、目標達成できましたが、いずれも対象者が少ないとから、今後も動向は引き続き注視し、維持・改善に努めることが重要です。

短期目標ではメタボリックシンドロームの該当者・予備軍の合計は増加しているものの、健診受診者の高血圧・脂質異常・高血糖への割合はいずれも減少し、適切な医療受診・治療継続につながった、もしくはコントロール状態の改善傾向があったと評価できます。しかしながら HbA1c8.0%以上の重症化した対象者の割合は増えており、重症化が進んでいることが伺えます。高齢化に伴い、独居や認知症の進行など自分ではコントロールが困難な対象者も増えてきており、医療や介護と連携した早急な改善が必要な対象者も一定数存在することから、町ぐるみで課題解決に向けて取り組む必要があります。

また健診受診率は増加しつつあるものの、対象者が後期へ移行することで今後伸び悩む可能性があることから引き続き受診率の向上を目指す必要があります。さらに後期へ移行しても保健指導が必要な対象者には引き続き継続支援していく体制づくりを目指して中長期疾患を予防していくことが重要です。メタボリックシンドロームの増加に伴い、特定保健指導の該当者も増加していることから、保健指導の方法についても見直し、増加させない取り組みへの検討が必要です。

その他、努力支援制度の指標となっているがん検診受診率については、5つの全てのがん検診において受診率の向上がみられ、受診勧奨が一定の効果があったと思われます。しかし、全国的にはまだまだ受診率も低く、牟岐町では以前からがんの医療費や死亡率も高かったことから、今後も早期発見・早期治療につながるよう、引き続きがん検診の受診勧奨も行っていきます。

後発医薬品の使用割合についても、増加がみられ、いろんな啓発活動が効果があったと思われますが、国の目標である 80%にはまだまだ及ばないことから、こちらも引き続き啓発が必要です。対象者だけでなく医療機関や調剤薬局とも連携して、使用割合が向上するよう、社会保障費の抑制につながるよう取り組む必要があります。(図表 29)

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ年度)	
			初年度 H30	中間評価 R2	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・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	0.67%	1.82%	1.30%	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	2.39%	2.01%	2.71%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	0.02%	0.00%	0.00%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.00%	0.00%	0.00%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%	牟岐町調べ
データヘルス計画	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	31.0%	30.9%	34.8%	法廷報告値
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	1.3%	2.7%	0.9%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	4.6%	2.7%	2.3%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	5.6%	10.1%	3.5%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.0%	0.4%	0.5%	
	特定健診受診率、特定保健指導実施率向上し、メタボリックシンドローム該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	56.7	65.3	62.1	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	88.1	88.9	92.5		
		特定保健指導対象者の割合の減少	11.4	11.4	13.9		
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	13.3	15.9	18.3	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	16.9	17.4	18.5	
			大腸がん検診受診者の増加	12.3	13.3	13.9	
			子宮がん検診受診者の増加	14.8	19.0	18.7	
			乳房がん検診受診者の増加	15.1	21.1	21.6	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	14.5	17.3	18.2	
	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	61.7%	71.2%	75.0%	厚生労働省	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期データヘルス計画では、(1)未受診者対策と(2)重症化予防対策において、それぞれの目標値を設定し取り組んできました。

(1) 未受診者対策については、対象者の全戸家庭訪問を目標に、地区担当の保健師・栄養士が個別に家庭訪問し、健康状態の把握と治療状況の確認をしながら、受診勧奨に努めました。そのほか KDB システムを活用して、治療中断や未治療者には積極的に、健診受診の必要性を伝え受診勧奨しました。また定期受診の検査結果を特定健診とみなす「みなし健診」や、職場健診の結果を教わる「職員健診の聞き取り」なども実施して、個別に丁寧に関わり、約 60%の受診率を達成することができました。

今後、受診割合の多い年齢層が後期に移行し、受診率が低下することが予想されるため、若年層への受診率を向上させることが受診率の維持には不可欠ですが、訪問時になかなか面談できない対象者も多く、若年層の健康実態がつかめていない現状もあります。また個別支援のためには、保健指導にかかるマンパワーも必須で、継続した保健指導・栄養指導を行うためにマンパワーや体制づくりも必要です。多くの年齢層に、引き続き丁寧な個別支援を実施し、継続受診につなぐことができるよう、今後も保健師・栄養士のマンパワーを減らすことなく、対象者の個々に応じた受診勧奨に努めることが受診率の維持向上には不可欠と考えられます。

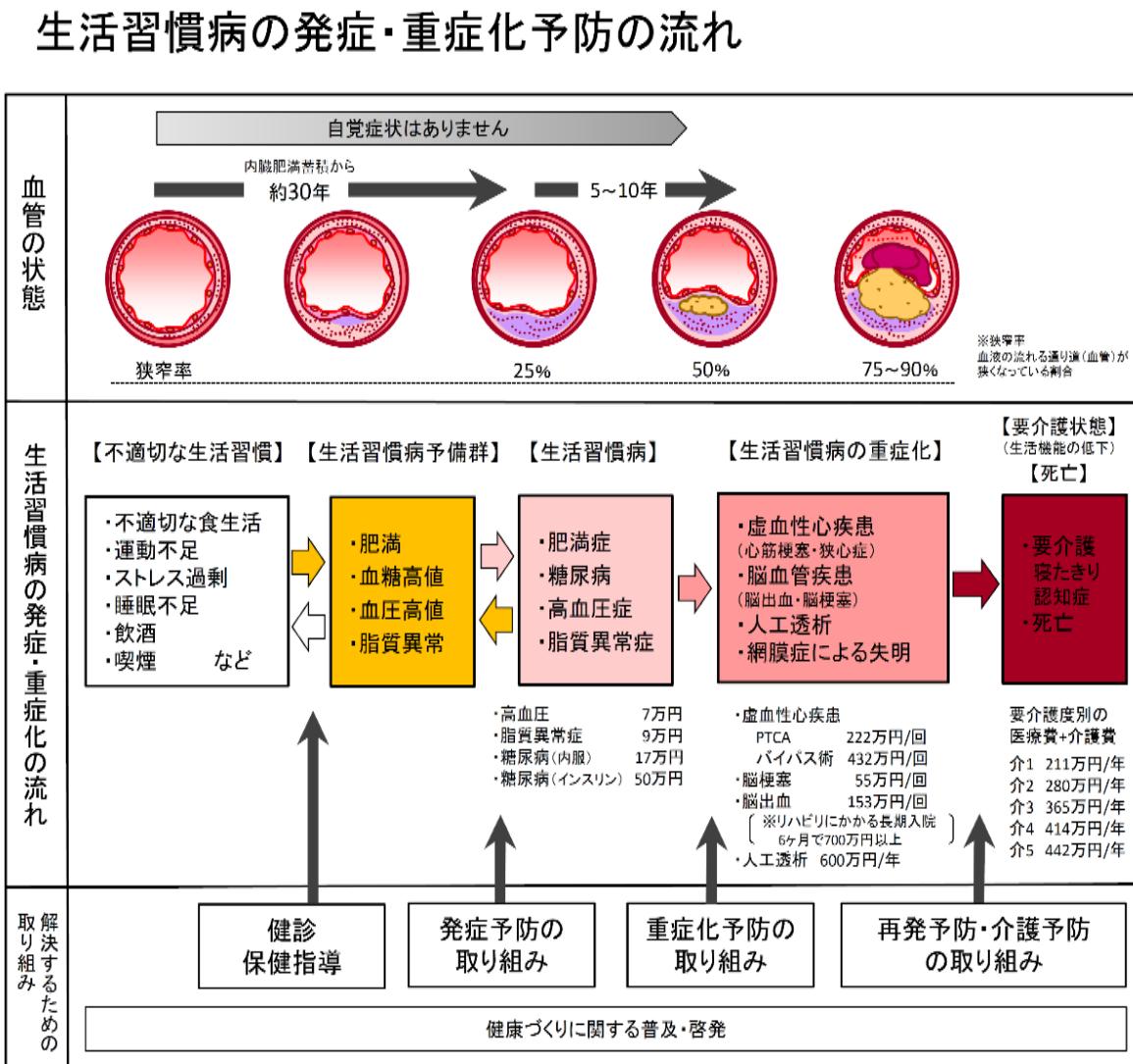
(2) 重症化予防対策については、健診受診者で見ると短期目標の高血圧や脂質異常の重症者の割合は減少しましたが、血糖の重症者は増加しています。また長期目標でみると、脳血管疾患は減少しましたが虚血性心疾患は増加しており、高額の医療費へとつながっています。そのほか慢性透析患者数、糖尿病性腎症の割合は減少し、これらは重症化予防につながったと思われます。重症化予防のためには、医療との連携は重要で、糖尿病や腎臓病の専門医を交えて症例検討会を行ったり、専門医への紹介や主治医への精密検査の依頼等、少しずつ連携を重ねてきた結果と思われます。その反面、個別支援を実施していても、受診勧奨値のまま改善されない対象者も一定割合存在し、なかなか改善につながらないケースもあります。定期受診の結果データがあまり改善されない、独居や認知症状のために適切な生活改善や服薬が不十分など社会的な背景が影響していることもあります。医療だけでなく福祉や包括支援センターとも連携しながら支援したケースも増えています。年一度の健診だけでなく、定期的に支援を継続して、簡易検査を実施したり、生活改善の確認を促したり、良好な健康状態を維持できるよう今後も引き続き支援を行っていくことが重症化予防に必要と考えます。自覚症状のない短期目標への早期介入を行い、確実な治療継続と良好な健康状態の維持を目指して、今後も他機関と連携し、リスク管理を継続していくことが重要です。

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ができます。あるいは、生活習慣病から予備群へ、更には健康な状態へと改善するものを増加させることが必要となります。長年の生活習慣の蓄積が血管の状態を変化させ、血管の状態が健康状態へと反映されることから、その長年の経過をどう過ごすかが重要です。(図表 30)

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



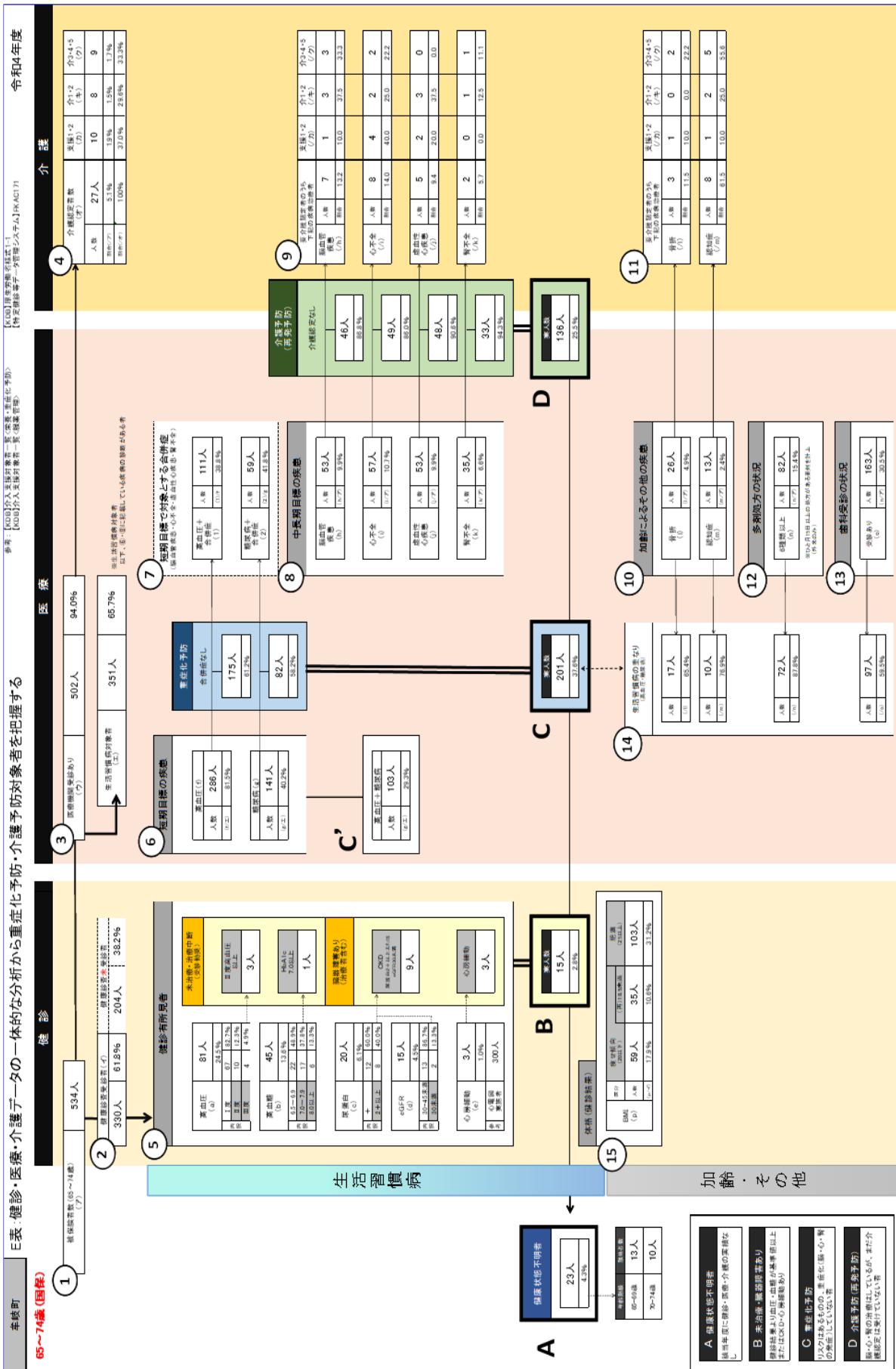
2)健康課題の明確化

医療保険制度においては、75 歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に移行します。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した。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と考えられます。そのため世代ごとに健康課題を分析し、将来、後期へ移行しても重症化予防につなげられるよう、国保及び広域連合は、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(図表 31)。

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 歳未満の健診を引き続き実施し、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早期から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 歳未満からの肥満対策に努めます。その後 40 歳以上になっても引き続きメタボリックシンドローム予備軍・該当者を増加させない、高齢期になつても生活習慣病を重症化させない、といったライフステージを通して健康課題を明確化して、健診・医療・介護を一体的に分析して取り組んでいきます。

また後期においても一体的分析から未治療・治療中断がいることや臓器障害が疑われる対象者が一定数存在することから引き続き、個別の保健指導を計画化につなげていきます。国保から継続して管理してきた糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、未治療者や治療中断者を抽出して、受診勧奨とコントロール状況の改善に取り組んでいきます。また生活習慣病がもととなっているフレイルや口腔・多剤等についても KDB データや一体的実施・実践支援ツールも活用しながら、課題を明確化し、引き続き取り組んでいきます。

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1)医療費分析

R4年度医療費総費用額をみると、国保は3.9億円で、後期は10.3億円であり約3倍となり、被保険者一人あたり医療費も後期では2.7倍高い状況です。

図表32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度
被保険者数		1,165人	1,113人	1,114人	1,038人	962人	1,198人
総件数及び 総費用額	件数	9,705件	9,009件	9,200件	9,330件	8,951件	17,016件
	費用額	4億5378万円	4億3789万円	4億2503万円	4億5549万円	3億9263万円	10億3353万円
一人あたり医療費		39.0万円	39.3万円	38.2万円	43.9万円	40.8万円	86.3万円

出典:ヘルスサポートラボツール

牟岐町はこれまで、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の総医療費に占める割合は、依然として県・国と比較しても高く、今後も糖尿病の重症化予防に向けた保健指導への取組みの強化が必要です。治療者においても特定健診を受診していただき、血糖コントロールやその他のリスクについて経年的に管理していく必要があります。

また、生活習慣病疾患の医療費割合を国保と後期でみてみると、後期の透析患者の慢性腎不全が急激に増加、脳梗塞・脳出血が国保の2.8倍に加え、後期の筋・骨疾患が1.5倍になっており、国保からの健康管理・重症化予防の取組みで、後期医療費の負担を減らしていくことが重要です。

図表33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患			短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計			新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患			
				腎		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			狭心症	心筋梗塞								
① 国保	牟岐町	3億9263万円	32,733	0.00%	0.28%	1.30%	2.71%	5.91%	3.58%	1.90%	6155万円	15.68%	10.20%	19.23%	10.36%			
	同規模	--	29,993	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	--	18.56%	17.57%	7.82%	9.33%			
	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	牟岐町	10億3353万円	72,743	6.81%	0.69%	3.26%	1.95%	3.22%	3.34%	1.20%	2億1151万円	20.46%	9.76%	5.80%	14.37%			
	同規模	--	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	--	18.78%	10.21%	3.61%	12.15%			
	県	--	79,523	5.87%	0.55%	3.29%	1.95%	3.81%	2.75%	1.18%	--	19.40%	9.32%	3.86%	14.41%			
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%			

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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

80万円以上の高額レセプトは、国保では毎年約60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。

図表 34 高額レセプト(80万円／件)以上の推移

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期:R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	37人	43人	40人	49人	41人	41人	49人	41人	41人	139人	
	件数	B	51件	59件	66件	84件	65件	65件	65件	65件	219件		
		B/総件数	0.53%	0.65%	0.72%	0.90%	0.73%	0.73%	0.73%	0.73%	1.29%		
	費用額	C	6941万円	7443万円	9028万円	1億1718万円	8656万円	8656万円	8656万円	8656万円	2億9401万円		
		C/総費用	15.3%	17.0%	21.2%	25.7%	22.0%	22.0%	22.0%	22.0%	28.4%		

出典:ヘルスサポートラボツール

高額になった疾病をみてみると、脳血管疾患の高額レセプトは、患者数と費用額が相関しており、R03年では257万円だったが、R04年は519万円と約2倍になり、1人の発症の有無が高額に直結していることがわかります。その上、後期になると、患者数も費用額も約4倍になるだけでなく、脳血管疾患は、後遺症で介護を要するケースも多いため、長期にわたり医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳梗塞や脳出血を発症させないために高血圧の重症化予防に力を入れる必要があります。

図表 35 高額レセプト(80万円／件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期:R04年度	
脳血管疾患	人数	D	1人	0人	1人	1人	2人	2人	2人	2人	2人	2人	8人	
		D/A	2.7%	0.0%	2.5%	2.0%	4.9%	4.9%	4.9%	4.9%	4.9%	4.9%	5.8%	
	件数	E	1件	0件	3件	1件	2件	2件	2件	2件	2件	2件	15件	
		E/B	2.0%	0.0%	4.5%	1.2%	3.1%	3.1%	3.1%	3.1%	3.1%	3.1%	6.8%	
	年代別	40歳未満	1	100.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65~69歳	0
		40代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70~74歳	2
		50代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	75~80歳	3
		60代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	80代	5
		70~74歳	0	0.0%	0	--	3	100.0%	0	0.0%	1	50.0%	90歳以上	5
	費用額	F	404万円		333万円	257万円	519万円	519万円	519万円	519万円	519万円	519万円	1965万円	
		F/C	5.8%	#VALUE!	3.7%	2.2%	6.0%	6.0%	6.0%	6.0%	6.0%	6.0%	6.7%	

出典:ヘルスサポートラボツール

脳血管疾患のほかに、虚血性心疾患も高額になる代表的な疾患です。年齢と患者数・費用額ともに相関し、60代以降になると急増しています。肥満やメタボリックシンドロームが長年続くと心筋の障害を引き起こし、心筋梗塞や狭心症などを発症することから、生活習慣病の重症化予防が重要です。一度でも心筋梗塞などのイベントを発症すると心機能低下をきたし、再発のリスクが高まり、さらに高額な医療費につながります。医療と連携しながら再発予防のための継続的なリスク管理が必要です。

図表 36 高額レセプト(80万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期:R04年度				
虚 血 性 心 疾 患	人数		G	2人		8人		11人		3人		9人		12人			
			G/A	1.7%		7.8%		8.5%		2.7%		7.0%		5.3%			
	件数		H	2件		11件		13件		4件		9件		13件			
			H/B	0.9%		5.4%		5.1%		1.9%		4.3%		3.1%			
	年 代 別	40歳未満		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	1	7.7%	
		40代		0	0.0%	2	18.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%	
		50代		0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	4	30.8%	
		60代		1	50.0%	2	18.2%	6	46.2%	1	25.0%	3	33.3%	80代	7	53.8%	
		70-74歳		1	50.0%	7	63.6%	6	46.2%	3	75.0%	6	66.7%	90歳以上	1	7.7%	
費用額			I	233万円		1802万円		1756万円		621万円		1012万円		1656万円			
			I/C	0.9%		7.3%		4.7%		2.0%		3.5%		3.2%			

(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、H30 年度と R4 年度を比較し、実態の分析を行いました。

概況では高齢化率の増加、1 人当たりの社会保障費の増加、健診受診率は低下し、健康状態不明者も一定数存在しています。

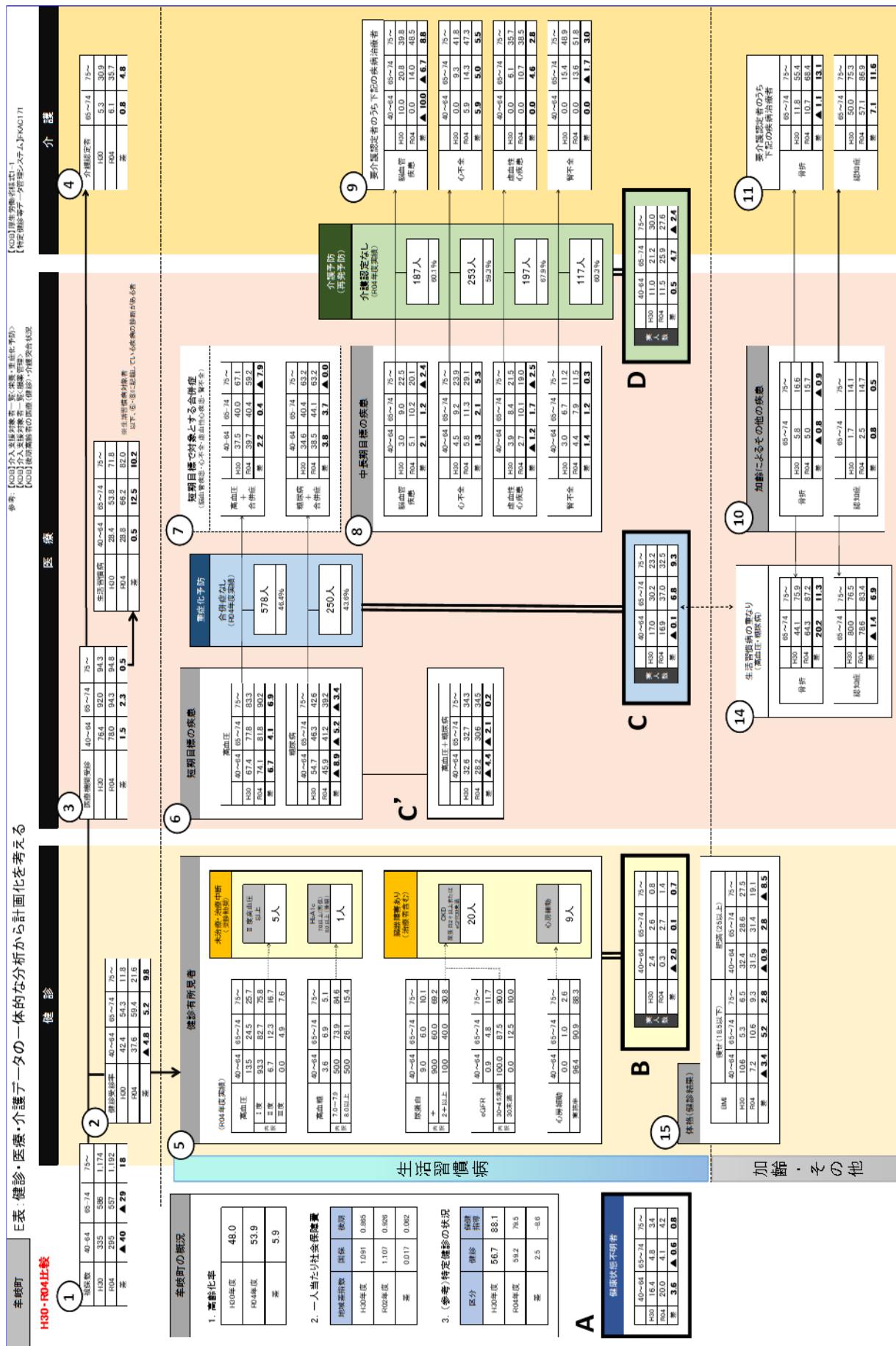
健診については、有所見者数は 65 歳以上では増えており、未治療・治療中断や臓器障害ありへの取り組みが引き続き必要です。体格は 65~74 歳の年代で痩せと肥満が増加しており、偏りが見られます

医療については、医療機関の受診が増えていますが生活習慣病の対象者が大きく増えており、重症化予防の対象者となっています。短期目標疾患の糖尿病は減っていますが、高血圧は増えており、それぞれ合併症をおこしている割合はどちらも増加していることから重症化していることが伺えます。中長期目標の脳血管疾患、心不全、腎不全もすべての年代で増加しており、重症化が進んだ結果といえます。また生活習慣病の重なりがあると骨折や認知症も増加しており、生活習慣病の改善、コントロールの必要があります。

介護については認定者も増えており、心不全や虚血性心疾患の治療者が増え認定をうけています。

また後述(3)では 40-64 歳、65-74 歳(前前期高齢者)、75 歳以上(後期高齢者)の 3 つの年代で、H30 年度と R4 年度の比較を行いました。健康・医療情報等を活用した被保険者の健康状態等の分析を行い、健康課題を明確化し、予防活動の優先順位を決定しています。

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析の比較(H30 年度と R4 年度の比較)



(3)健康課題の明確化

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75歳以上の年代のみが増加し、牟岐町でも後期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65歳以上が受診率を伸ばしています。⑮体格をみると、BMI25以上の対象者は65-74歳の年代でのみ増加しています。(図表38)

図表38 被保険者数と健診受診状況

E表 年度	④ 認定介護率	① 被保険者数			②			⑮						
					健診受診率		体格(健診結果)							
					特定健診		長寿健診		BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	30.9		335	586	1,174	42.4	54.3	11.8	10.6	5.3	6.5	32.4	28.6	27.5
R04	35.7		295	557	1,192	37.6	59.4	21.6	7.2	10.6	9.3	31.5	31.4	19.1

健診有所見状況では、⑤未治療者・治療中断者の状況をみると、Ⅱ度高血圧対象者は、すべての年代で減少している反面、HbA1cやCKDや心房細動は65-74歳の年代が増加しており、増加の背景について町の実態を確認し、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。(図表39)

図表39 健診有所見状況

E表 年度	⑤																							
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満				心房細動							
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	
H30	5	3.5	(2)	22	6.9	(7)	14	10.1	(7)	8	5.6	(2)	18	5.7	(2)	1	0.7	(1)	4	2.8	6	1.9	1	0.7
R04	1	0.9	(0)	14	4.2	(3)	16	6.2	(2)	4	3.6	(0)	23	6.9	(1)	2	0.8	(0)	1	0.9	9	2.7	10	3.9

※徳島県では心電図検査を令和2年度から全数実施

短期目標疾患では⑥⑦の疾患患者をみると、高血圧は増えていますが、糖尿病では減少しており受診者の高血圧対策が必要です。しかも合併症をおこしている対象者は増加していることから重症化していると考えられます。健診結果のコントロールを良好に維持していく必要があります。(図表40)

図表40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表 年度	③ 医療機関受診						⑥						⑦											
							生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)						短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)						短期目標の疾患とする合併症					
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30	76.4	92.0	94.3	28.4	53.8	71.8	67.4	77.8	83.3	54.7	46.3	42.6	32.6	32.7	34.3	37.5	40.0	67.1	34.6	40.4	63.2			
R04	78.0	94.3	94.8	28.8	66.2	82.0	74.1	81.8	90.2	45.9	41.2	39.2	28.2	30.6	34.5	39.7	40.4	59.2	38.5	44.1	63.2			

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

中長期目標の疾患をみると、脳血管疾患・心不全・腎不全とともに、どの年代でも発症している対象者が増えており、介護認定者をみると、すべての疾患が40~50%台の割合で重なっており、介護認定者の背景には脳血管疾患や心不全、腎不全の悪化が考えられます。(図表41)

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

年度	(8)												(9)											
	中長期目標の疾患(被保数割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.0	9.0	22.5	3.9	8.4	21.5	4.5	9.2	23.9	3.0	6.7	11.2	10.0	20.8	39.8	0.0	6.1	35.7	0.0	9.3	41.8	0.0	15.4	48.9
R04	5.1	10.2	20.1	2.7	10.1	19.0	5.8	11.3	29.1	4.4	7.9	11.5	0.0	14.0	48.5	0.0	10.7	38.5	5.9	14.3	47.3	0.0	13.6	51.8

(14)骨折患者のうち高血圧と糖尿病の重なりをみると、H30年とR4年度の比較では、10~20ポイント増加していますが、認知症は75歳以上ののみ7ポイント増加しています。骨折や認知症の予防のためにには高血圧・糖尿病のコントロールが重要で、重症化させないことが重要です。(図表42)

図表42 骨折・認知症の状況

年度	(14)				(10)				(11)							
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)		加齢による その他の疾患 (被保数割)		加齢による疾患のうち 要介護認定者											
	骨折	認知	骨折	認知症	骨折	認知症										
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-				
H30	44.1	75.9	80.0	76.5	5.8	16.6	1.7	14.1	11.8	55.4	50.0	75.3				
R04	64.3	87.2	78.6	83.4	5.0	15.7	2.5	14.7	10.7	68.4	57.1	86.9				

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や治療中であってもコントロールを良好に維持していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。具体的な取組み方法については、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、評価結果の活用等について、計画の段階から明確にすることが重要です。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と、地域の実情に応じて設定する指標(図表43)とを設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておく必要があります。

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、放置することで重症化して入院につながることもあるため、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、重症化しないようコントロール状態を良く維持することで、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、まずは肥満を少しでも改善することと、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な対象者に適切な受診勧奨をし、治療中断者についても適切な働きかけをすること、また治療コントロールが良好に維持できるよう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では、糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は悪化していても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を実施します。生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2) 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧 ★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)			
				R6 初期値 (R4)	R8 中間評価 (R7)	R11 最終評価 (R10)				
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.30%	1.00%	1.00%	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	2.71%	2.50%	2.00%				
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	0.00%	0.00%	0.00%				
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.00%	0.00%	0.00%				
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.00%	0.00%	0.00%				
	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・予備群の減少率	34.8%	34.0%	33.0%	牟岐町健康生活課			
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	3.5%	3.3%	3.0%				
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL180以上)	2.3%	2.2%	2.0%				
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	12.8%	12.5%	12.0%				
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	1.9%	1.5%	1.0%				
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	29.6	30.0	32.0	法定報告値			
			★特定健診受診率60%以上	59.2%	60.0%	60.0%				
			★特定保健指導実施率60%以上	79.5%	85.0%	85.0%				
	その他	活動的な生活を送るために基本的な身体活動の増加	運動習慣のある者の割合の増加	1日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	40.7	41.0	42.0	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	53.4	54.0	55.0			
				慢性透析患者数(うち新規患者数)	国保(うち新規導入者数)	2(1)	0(0)	0(0)		
				後期(うち新規患者数)	22(4)	20(1)	18(1)			
				糖尿病性腎症新規透析導入患者数の減少	国保(うち新規導入者数)	1(1)	0(0)	0(0)		
				後期(うち新規患者数)	6(0)	5(0)	4(0)			

(3) 後発医薬品の使用目標の設定

骨太方針 2021において厚生労働省は「後発医薬品の数量シェアを令和5年度までにすべての都道府県で80%以上とする」目標を示されていますが、徳島県では74.4%と全国で最下位が継続しており、牟岐町においても78.9%であることから、最終評価の令和10年度には80%を超えるよう目標を定め、シェア拡大のため施策を行う。今まで行った広報誌での周知や希望カードの配布のほか医師会との連携を更にすすめていく。また、差額通知送付事業もすべての医薬品を対象に引き続き実施する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	60%	60%	60%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率	85%	85%	85%	85%	85%	85%

3. 対象者の見込み

図表45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	800人	750人	700人	650人	600人	550人
	受診者数	480人	450人	420人	390人	360人	330人
特定保健指導	対象者数	48人	45人	42人	39人	36人	33人
	受診者数	40人	38人	35人	33人	30人	28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(とくしま未来健康づくり機構、農村健康管理センター)
- 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

特定健診実施期間については、徳島県国保連合会のホームページに掲載します。

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

(4) 特定健診実施項目

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

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

図表 46 特定健診検査項目

○牟岐町特定健診検査項目

健診項目		牟岐町	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	●	●
	随时中性脂肪	●	●
	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	○	●
	随时血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

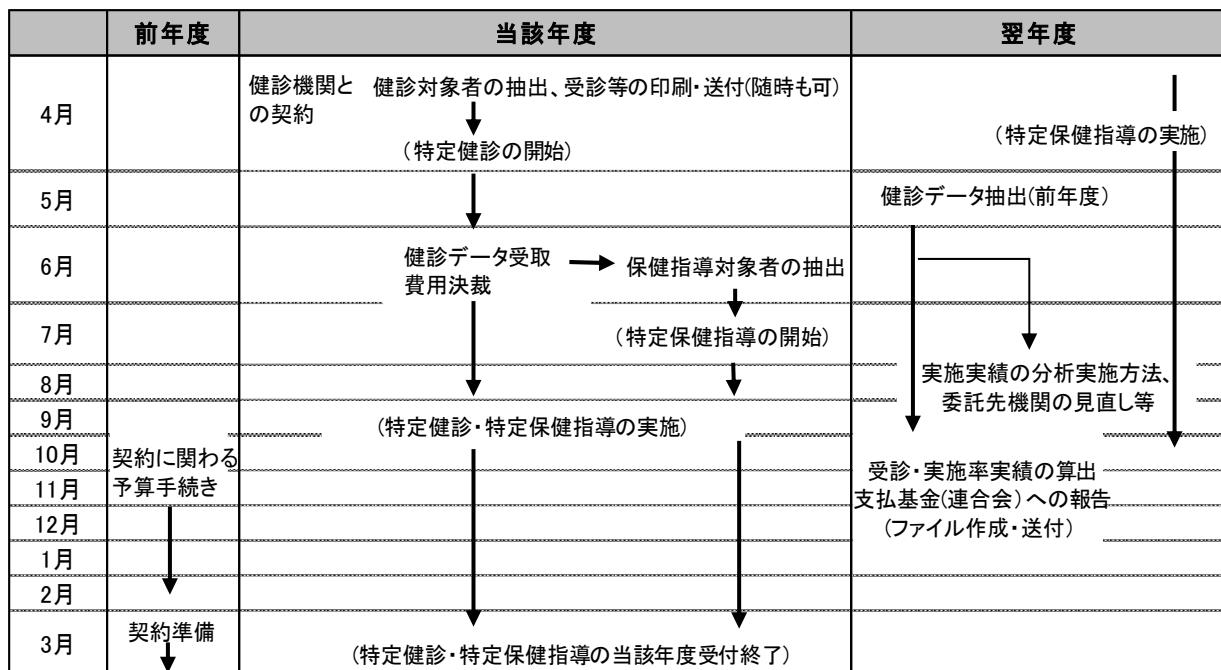
(7)代行機関

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

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47 特定健診実施スケジュール



5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門の実施形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

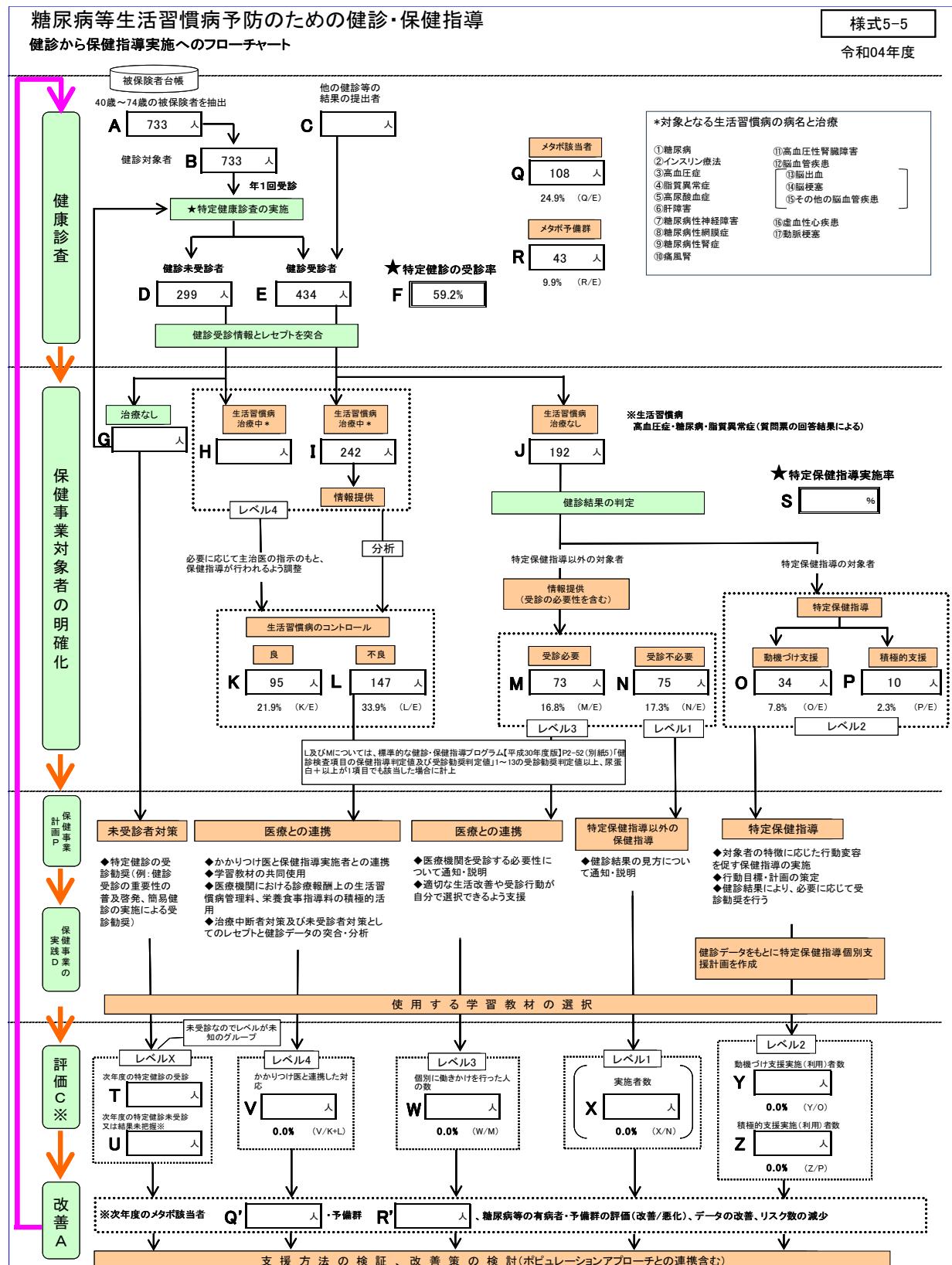
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。(図表48)

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



(2)要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

上記(1)の対象者のうち、優先順位を選定し、各レベルに応じた支援方法を設定します。(図表 49)

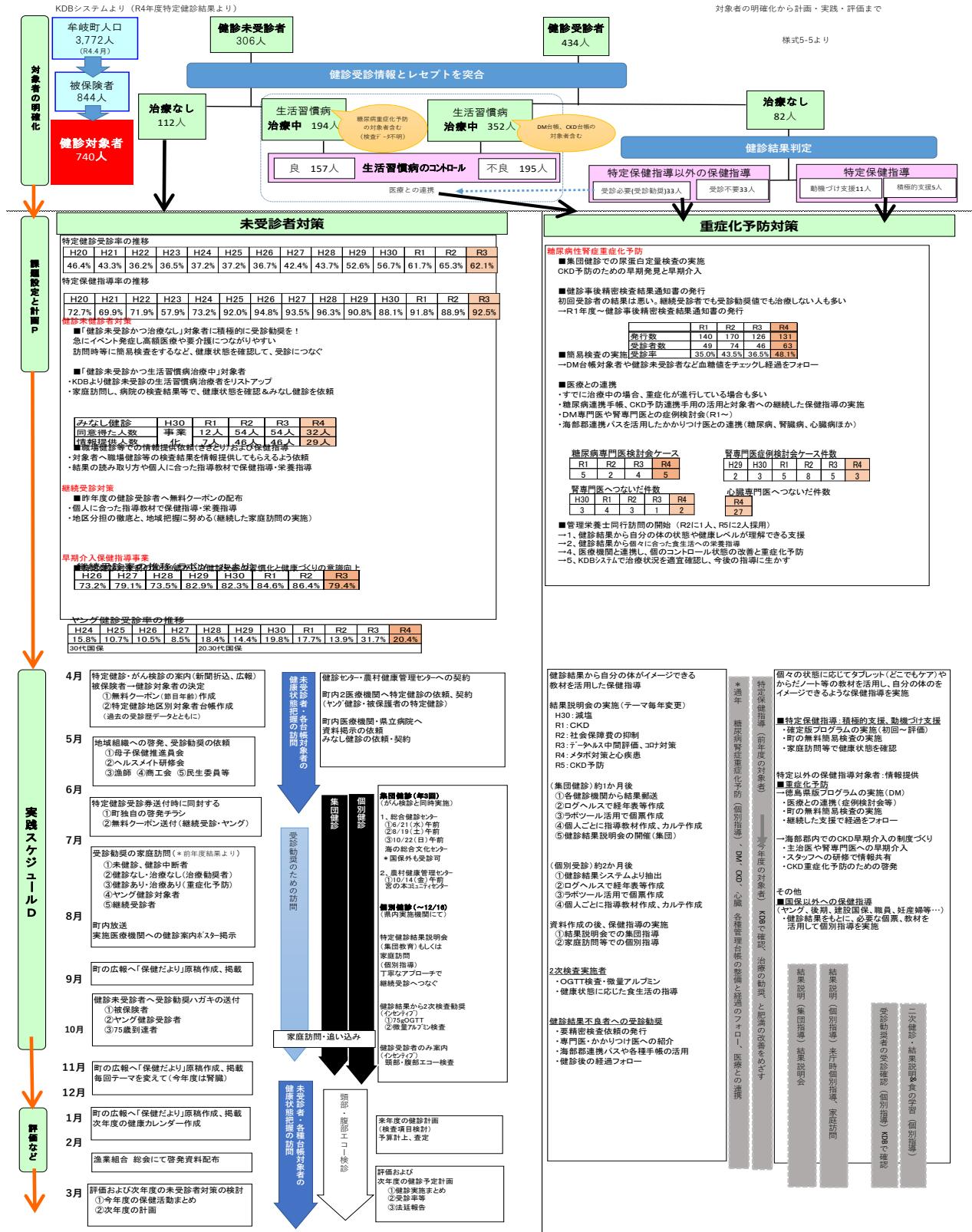
図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数 見込 (受診者の〇%)	目標 実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	44人 (10.1%)	8%
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	73人 (16.8%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	299人 ※受診率目標達成までにあと240人	80%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	75人 (17.3%)	20%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	242人 (55.8%)	60%

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。(図表 50)

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール



6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

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

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告します。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、牟岐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、特定健診の血糖、血圧、脂質、腹囲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する必要があります。

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

具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携しながらコントロールが良好に維持できるよう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る医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知し、重症化させないための方法について健康教育を実施していきます。

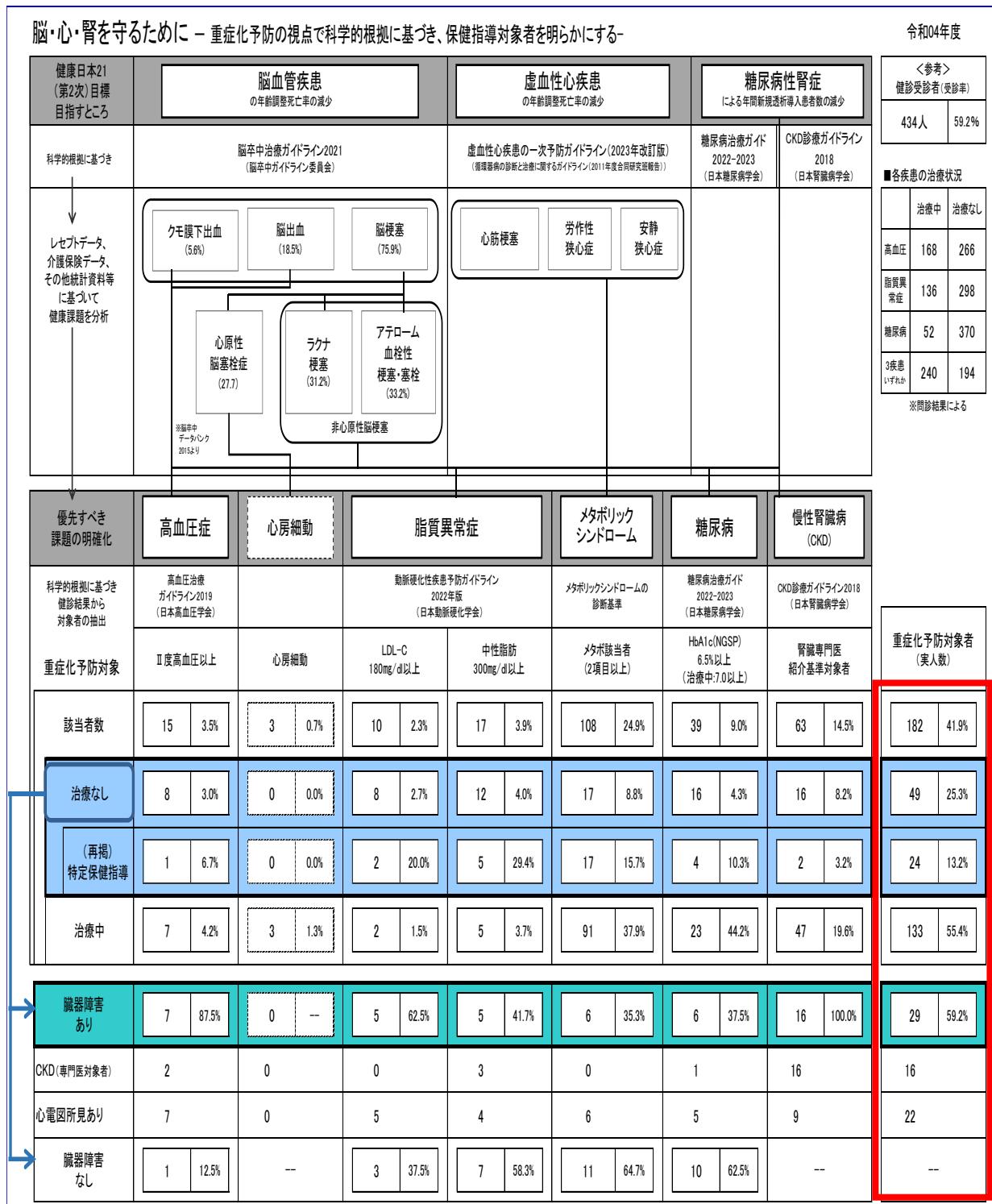
また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要です。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも引き続き取り組む必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

II. 重症化予防の取組み

牟岐町のR4年度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、182人(41.9%)です。そのうち治療なしで49人(25.3%)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29人(59.2%)です。すでに治療中の133人(55.4%)についても専門医への受診の有無や投薬状況、検査結果の経年変化を確認し、数値の改善を目指さなければいけません。

また牟岐町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、182人中24人(13.2%)であるため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 51 脳・心・腎を守るために



出典:KDB システム 病健康管理一覧 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組みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(平成 29 年 3 月 29 日策定、令和 3 年 3 月 30 日改定)に基づき、以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。なお、取り組みにあたっては図表 52 に沿って実施します。

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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

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

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取組みを進めるにあたり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結果を活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m 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)で把握していますが、牟岐町においては、特定健診で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おり、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミン値については把握できていません。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(+)と尿蛋白(+以上)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です。

これまで糖尿病管理台帳とともにCKD管理台帳を作成し、腎機能(eGFR45未満)または尿蛋白(+以上)の対象者に継続支援を実施してきました。糖尿病とともにCKD対策にも取り組み

透析予防に確実につなげるよう、対象者を明確に抽出できる検査の導入が望まれます。そのため今後は、定性検査に加えて尿蛋白定量検査 (g/gCr) の導入を取り入れ、より多くの対象者に実施し、その結果を確実に医療と連携して、重症化予防できるよう取り組んでいきます。

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結果を用い、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 54)

牟岐町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、22 人(29.7%・F)でした。また 40~74 歳における糖尿病治療者 208 人(20.1%)のうち、特定健診受診者は 52 人(25.0%・G)でした。治療中であっても特定健診未受診者 152 人(73.1%・I)については、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。みなし健診や本人への聞き取りを行い、より多くのデータを把握できるよう努めています。

③介入方法と優先順位

図表 54 より牟岐町においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F) ··· 22 人 (前述①)

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者 (J) ··· 27 人 (前述②)
治療中断しない（継続受診）または服薬中断しないための保健指導
- ・高血圧、肥満、脂質異常などリスクを有する者へのリスク管理の保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・医療機関や福祉と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

- ・糖尿病治療中の患者のうちデータ不明の健診未受診者 (I) ··· 152 人 (前述③含む)
のうち過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者を把握 → 糖尿病管理台帳へ
- ・「みなし健診」の勧めと健康状態の把握（コントロール状況の確認）
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

軽症

重症

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

レセプト 疾病管理一覧 (糖尿病)	被保険者		糖尿病治療中		薬物療法あり		(再掲) インスリノ療法		糖尿病性腎症		人工透析 (複数種流合せ)	
	年齢別 人数(a)	割合	患者数(b)	b/a	患者数(c)	c/b	患者数(d)	d/b	患者数(e)	e/b	患者数(f)	f/b
20代以下	109	10.5	1	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.00
30代	49	4.7	3	6.1	1	33.3	0	0.0	1	33.3	0	0.00
40代	109	10.5	13	11.9	8	61.5	3	23.1	3	23.1	0	0.00
50代	120	11.6	17	14.2	14	82.4	4	23.5	1	5.9	1	5.88
60代	304	29.3	76	25.0	45	59.2	5	6.6	4	5.3	0	0.00
70-74歳	346	33.4	98	28.3	53	54.1	17	17.3	8	8.2	1	1.02
A (再掲) 40-74歳	204人	23.2	120人	58.8	0	29人	14.2	16人	7.8	2人	0.98	
B 特定健診 対象者 [40-74歳]	733人		325人	74.9	74人	(17.1)	434人 (再掲) 65歳以上	15人 (48.1)	25人 (60.0)	M 未治療 (中断含む)	22人 (23.7)	
C 特定健診 受診者	434人 (再掲) 65歳以上		325人	74.9	74人 (17.1)		E 糖尿病型 受診者	15人 (48.1)	25人 (60.0)	K コントロール 良好	27人 (51.9)	
D 特定健診 受診者 未受診者	152人 (74.5)-1/H				G 治療中 (質問票服薬有)	52人 (70.3)	F 未治療 (中止含む)	15人 (44.0)	15人 (52.0)	L コントロール 不良	27人 (51.9)	
E 糖尿病型 受診者					H 高血圧 (質問票服薬有)	130/80 以上	I 高血圧 (質問票服薬有)	15人 (70.4)	15人 (70.4)	M 高血圧前期	15人 (55.6)	
F 未治療 (中止含む)					I 高血圧 (質問票服薬有)	LDL120以上 HDL40未満 TG150以上	J 高血圧前期	13人 (70.4)	13人 (70.4)	N 第1期	17人 (82.2)	
G 治療中 (質問票服薬有)					J 高血圧 (質問票服薬有)	BMI 25以上	K 第2期 (第2~4期)	13人 (30以上)	13人 (30以上)	P 第3期	17人 (82.2)	
H 高血圧 (質問票服薬有)					K 高血圧 (質問票服薬有)	eGFR 30以上	L 第4期	13人 (30以上)	13人 (30以上)	R 第5期	17人 (82.2)	
I 高血圧 (質問票服薬有)					L 高血圧 (質問票服薬有)	アルブミン尿 (30未満)	S 透析療法期	13人 (30以上)	13人 (30以上)	T 透析療法中	17人 (82.2)	
J 高血圧 (質問票服薬有)					M 蛋白尿	アルブミン尿 (30未満)	U 透析療法期	13人 (30以上)	13人 (30以上)	V 透析療法中	17人 (82.2)	
K コントロール 良好					N 蛋白尿	アルブミン尿 (30未満)	W 透析療法期	13人 (30以上)	13人 (30以上)	X 透析療法中	17人 (82.2)	
L コントロール 不良					O 蛋白尿	アルブミン尿 (30未満)	P 透析療法期	13人 (30以上)	13人 (30以上)	Q 透析療法中	17人 (82.2)	
M 未治療 (中止含む)					R 蛋白尿	アルブミン尿 (30未満)	S 透析療法期	13人 (30以上)	13人 (30以上)	T 透析療法中	17人 (82.2)	
N 蛋白尿					U 蛋白尿	アルブミン尿 (30未満)	V 透析療法期	13人 (30以上)	13人 (30以上)	W 透析療法中	17人 (82.2)	
O 蛋白尿					X 蛋白尿	アルブミン尿 (30未満)	Y 透析療法期	13人 (30以上)	13人 (30以上)	Z 透析療法中	17人 (82.2)	
P 透析療法期					Y 蛋白尿	アルブミン尿 (30未満)	Z 透析療法期	13人 (30以上)	13人 (30以上)	A 透析療法中	17人 (82.2)	
※ 途中加入、資格喪失等の異動者、施設入院者、妊娠婦は除外					※ Kに随時血糖のみ実施者は含まれない							
※ Kに随時血糖のみ実施者が当該当月の5%以上					※ Kに随時血糖のみ実施者が当該当月の5%以上							
※ ・既往歴有り					※ ・既往歴有り							
※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、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標準医療費算定基準」から集計。					※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標準医療費算定基準」から集計。							

3) 保健指導の実施

出典:KDB システムデータ

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。牟岐町においては、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、自分の体をイメージし自ら守っていけるよう支援していきます。

図表 55 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力につける（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につける	
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 何から始めます
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か	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	
1-12 糖尿病による網膜症	
1-13 眼(網膜症)	
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか！！	
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	
1-26 HbA1cが異なる要因はタイプによって違います	
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	
	3 薬物療法
	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめないと聞くけど？」と質問されます
	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
	3-4 薬は体のもとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
	3-6 イメグリミンってどんな薬？
	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
	3-8 ピグアナイド薬とは
	3-9 チアゾリジン薬とは？
	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるのでしょうか
	4 参考資料
	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

(2) 尿蛋白定量検査等を導入した重症化予防対策

今までの特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため、本来の腎機能低下を見落とし、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがありました。尿蛋白定性(ー)や(±)であっても、偽陰性・偽陽性のリスクが含まれる場合があり(表4参照)、確実な蛋白尿を検出するためには尿蛋白定量検査が有効との見解から、今後はより多くの対象者に定量検査を実施できるよう、健診や2次検査に取り入れ、早期の段階で腎専門医等に紹介し、その後かかりつけ医で経過を確認しながらコントロールを良好に維持できるよう支援していきます。CKDは自覚症状もなく少しづつ重症化し、いざ重症化すると改善が難しいため、早期の段階から医療と連携して、個々に合った重症化予防のための取り組みを行っていきます。また推定塩分摂取量の測定も、実際の食生活での摂取量が分かりやすく、減塩への意識づけにつながりやすいと思われるため、検査導入できる体制を目指していきます。

表4 かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病性腎臓病		尿アルブミン定量(mg/日)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
		尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)	30未満	30~299	300以上	
高血圧性腎硬化症 腎炎 多発性囊胞腎 その他		尿蛋白定量(g/日)	正常 (ー)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+~)	
		尿蛋白/Cr比(g/gCr)	0.15未満	0.15~0.49	0.50以上	
GFR区分 (mL/分/ 1.73 m ²)	G1	正常または高値	≥90		血尿+なら紹介、蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G2	正常または軽度低下	60~89		血尿+なら紹介、蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G3a	軽度～中等度低下	45~59	40歳未満は紹介、40歳以上は生活指導・診療継続	紹介	紹介
	G3b	中等度～高度低下	30~44	紹介	紹介	紹介
	G4	高度低下	15~29	紹介	紹介	紹介
	G5	高度低下～末期腎不全	<15	紹介	紹介	紹介

上記以外に、3カ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と腎臓専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

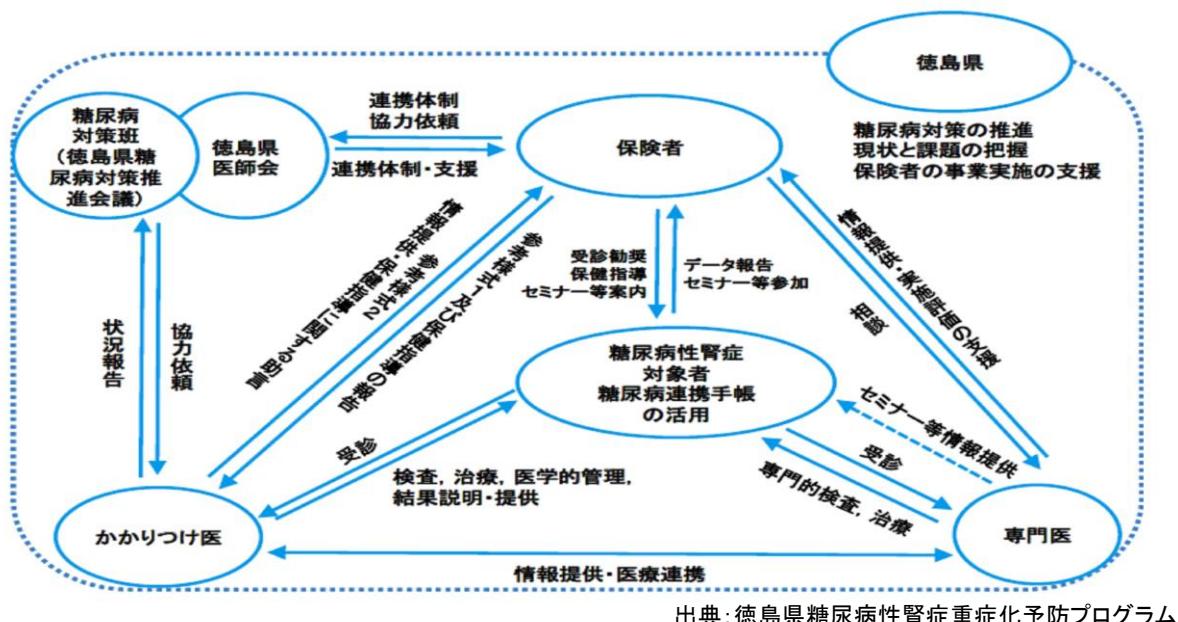
医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。個々の健診結果も持参し、今までの経年変化やデータを把握しやすく、適切な診療につながるようサポートします。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳やCKD手帳、血圧管理手帳等を活用し、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、都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、地域包括支援センターと連携していきます。透析導入が年々高齢化し、後期の導入患者は増加していることから、後期移行後も透析を予防できるよう高齢者福祉部門(介護保険部局)とも情報共有していきます。

6) 評価

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

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/1.73m²以上低下）
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目			突合表	牟岐町								同規模保険者(平均)					
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度					
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	①	被保険者数		A	1,217人	1,159人		1,103人		1,106人		1,032人					
		(再掲)40~74歳			1,042人	999人		951人		947人		897人					
2	②	特定健診	対象者数		B	915人	869人	849人	802人	733人							
			受診者数			519人	536人	554人	498人	434人							
			受診率			56.7%	61.7%	65.3%	62.1%	59.2%							
3	①	特定保健指導	対象者数			59人	61人	63人	40人	44人							
			実施率			88.1%	91.8%	88.9%	92.5%	79.5%							
4	①	健診データ	糖尿病型		E	75人	14.5%	87人	16.2%	93人	16.8%	84人	16.9%				
			未治療・中断者(質問票 説明なし)		F	15人	20.0%	26人	29.9%	26人	28.0%	23人	27.4%				
			治療中(質問票 説明あり)		G	60人	80.0%	61人	70.1%	67人	72.0%	61人	72.6%				
			コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		J	32人	53.3%	32人	52.5%	39人	58.2%	32人	52.5%				
			血圧 130/80以上		J	16人	50.0%	15人	46.9%	30人	76.9%	21人	65.6%				
			肥満 BMI25以上		J	13人	40.6%	14人	43.8%	15人	38.5%	15人	46.9%				
			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		K	28人	46.7%	29人	47.5%	28人	41.8%	29人	47.5%				
			第1期 尿蛋白(-)		M	57人	76.0%	56人	64.4%	56人	60.2%	61人	72.6%				
			第2期 尿蛋白(±)		M	9人	12.0%	17人	19.5%	13人	14.0%	11人	13.1%				
			第3期 尿蛋白(+)以上		M	8人	10.7%	13人	14.9%	21人	22.6%	11人	13.1%				
			第4期 eGFR30未満		M	1人	1.3%	1人	1.1%	3人	3.2%	1人	1.2%				
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)			97.0人		107.0人		97.0人		98.6人		101.7人			
			(再掲)40~74歳(被保険者対)			111.3人		121.1人		111.5人		114.0人		114.8人			
			レセプト件数 (40~74歳) (内被保険者対)	入院外(件数)		681件	(681.7)	689件	(721.5)	694件	(728.2)	686件	(768.2)	698件	(833.9)		
				入院(件数)		5件	(5.0)	7件	(7.3)	7件	(7.3)	4件	(4.5)	6件	(7.2)		
			糖尿病治療中		H	118人	9.7%	124人	10.7%	107人	9.7%	109人	9.9%	105人	10.2%		
			(再掲)40~74歳		H	116人	11.1%	121人	12.1%	106人	11.1%	108人	11.4%	103人	11.5%		
			健診未受診者		I	56人	48.3%	61人	50.4%	39人	36.8%	47人	43.5%	48人	46.6%		
			インスリン治療		O	20人	16.9%	17人	13.7%	18人	16.8%	14人	12.8%	17人	16.2%		
			(再掲)40~74歳		O	20人	17.2%	17人	14.0%	18人	17.0%	14人	13.0%	17人	16.5%		
			糖尿病性腎症		L	15人	12.7%	16人	12.9%	12人	11.2%	11人	10.1%	7人	6.7%		
			(再掲)40~74歳		L	15人	12.9%	16人	13.2%	12人	11.3%	11人	10.2%	7人	6.8%		
			慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			2人	1.7%	3人	2.4%	1人	0.9%	1人	0.9%	2人	1.9%		
			(再掲)40~74歳			2人	1.7%	3人	2.5%	1人	0.9%	1人	0.9%	2人	1.9%		
			新規透析患者数			0人	0.0%	1人	33.3%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
			(再掲)糖尿病性腎症			0人	0.0%	1人	100.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
			【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			2人	1.1%	3人	1.5%	7人	3.6%	7人	3.5%	8人	3.7%		
6	①	医療費	総医療費			4億5378万円		4億3789万円		4億2503万円		4億5549万円		3億9263万円		2億6175万円	
			生活習慣病総医療費			2億4438万円		2億3746万円		2億5044万円		2億6822万円		2億1955万円		1億4021万円	
			(総医療費に占める割合)			53.9%		54.2%		58.9%		58.9%		55.9%		53.6%	
			生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		10,566円		13,415円		16,046円		15,923円		8,962円		8,820円	
				健診未受診者		37,855円		35,723円		32,447円		32,653円		30,284円		40,357円	
			糖尿病医療費			2260万円		2483万円		2607万円		2384万円		2320万円		1572万円	
			(生活習慣病総医療費に占める割合)			9.2%		10.5%		10.4%		8.9%		10.6%		11.2%	
			糖尿病入院外総医療費			5958万円		6217万円		5688万円		6120万円		4845万円			
			1件あたり			38,565円		41,115円		37,971円		40,420円		33,508円			
			糖尿病入院総医療費			5578万円		5211万円		5665万円		5172万円		4253万円			
			1件あたり			563,400円		473,724円		643,716円		663,047円		598,974円			
			在院日数			17日		16日		18日		17日		18日			
			慢性腎不全医療費			131万円		273万円		65万円		55万円		108万円		957万円	
			透析あり			8万円		229万円				5万円				862万円	
			透析なし			123万円		43万円		65万円		50万円		108万円		96万円	
7	①	介護	介護給付費			6億7258万円		6億8596万円		6億9215万円		6億7666万円		6億3811万円		3億5514万円	
			(2号認定者)糖尿病合併症			0件	0.0%	0件	0.0%	1件	25.0%	0件	0.0%	0件	0.0%		
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)			0人	0.0%	3人	3.4%	2人	2.3%	0人	0.0%	1人	1.2%	267人 1.0%	

出典:KDB システムデータ

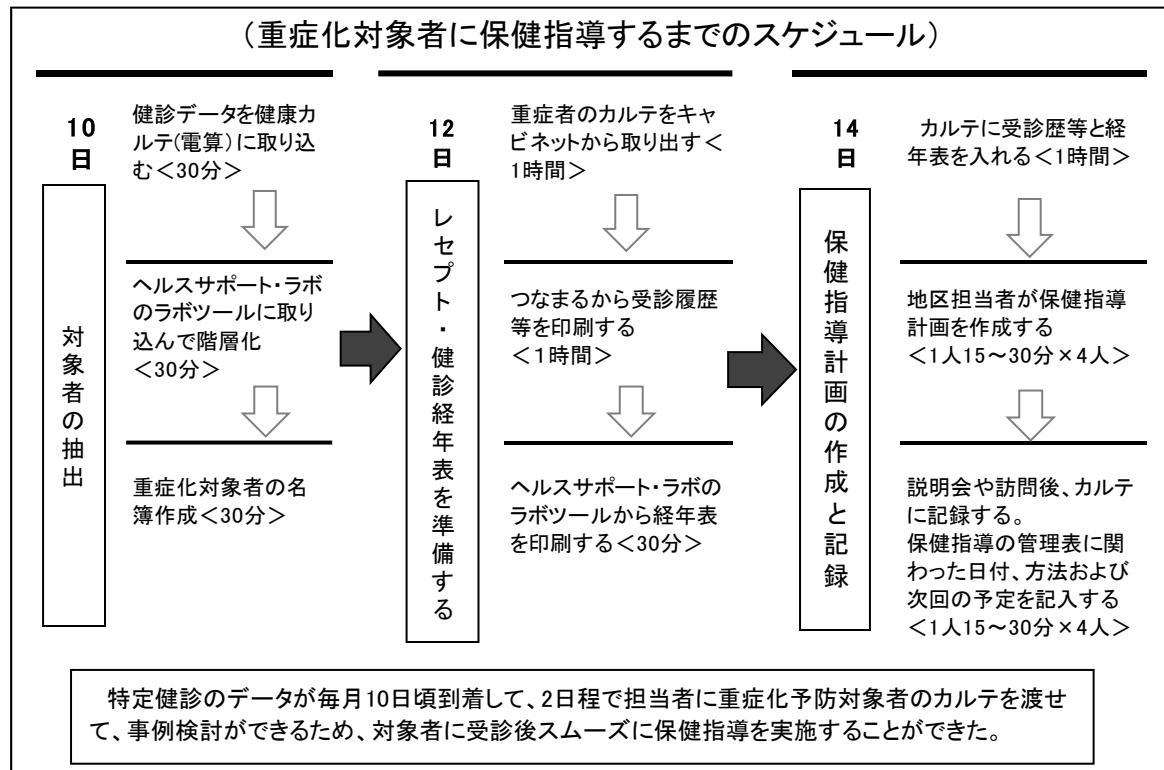
7) 実施期間及びスケジュール

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

5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

1) 基本的な考え方

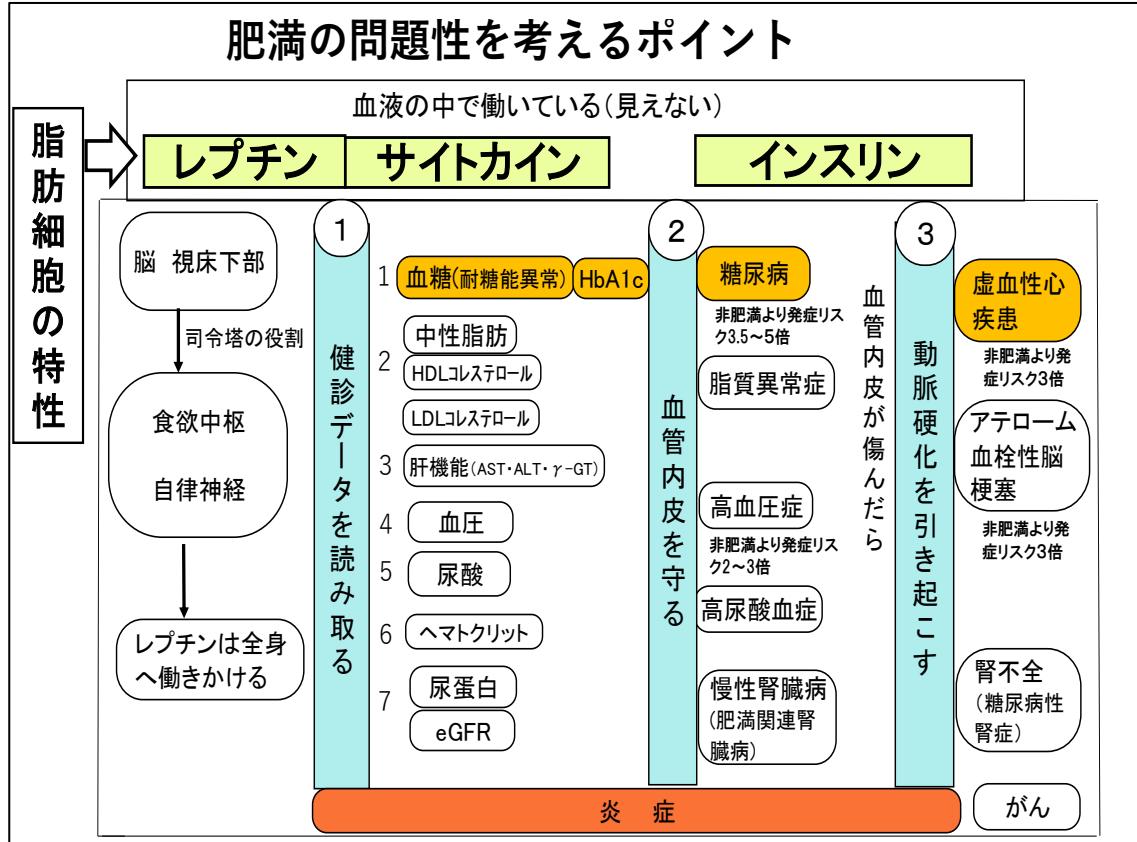
メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を合併する心血管病易発症状態です。取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58 メタボリックシンドロームの定義と診断基準

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

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

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 対象者の把握

肥満度分類に基づき、特定健診結果のBMIから牟岐町の対象者を把握します。

また、経年で肥満対象者をみていきます。

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

受診者数		BMI25以上		(再掲) 肥満度分類									
				肥満						高度肥満			
				肥満Ⅰ度 BMI25～30未満			肥満Ⅱ度 BMI30～35未満			肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数	109	325		34	102	25	81	5	16	1	2	3	3
				31.2%	31.4%	22.9%	24.9%	4.6%	4.9%	0.9%	0.6%	2.8%	0.9%
再掲	男性	52	149	16	58	12	43	2	12	1	1	1	2
				30.8%	38.9%	23.1%	28.9%	3.8%	8.1%	1.9%	0.7%	1.9%	1.3%
	女性	57	176	18	44	13	38	3	4	0	1	2	1
				31.6%	25.0%	22.8%	21.6%	5.3%	2.3%	0.0%	0.6%	3.5%	0.6%

出典：特定健診（法廷報告）

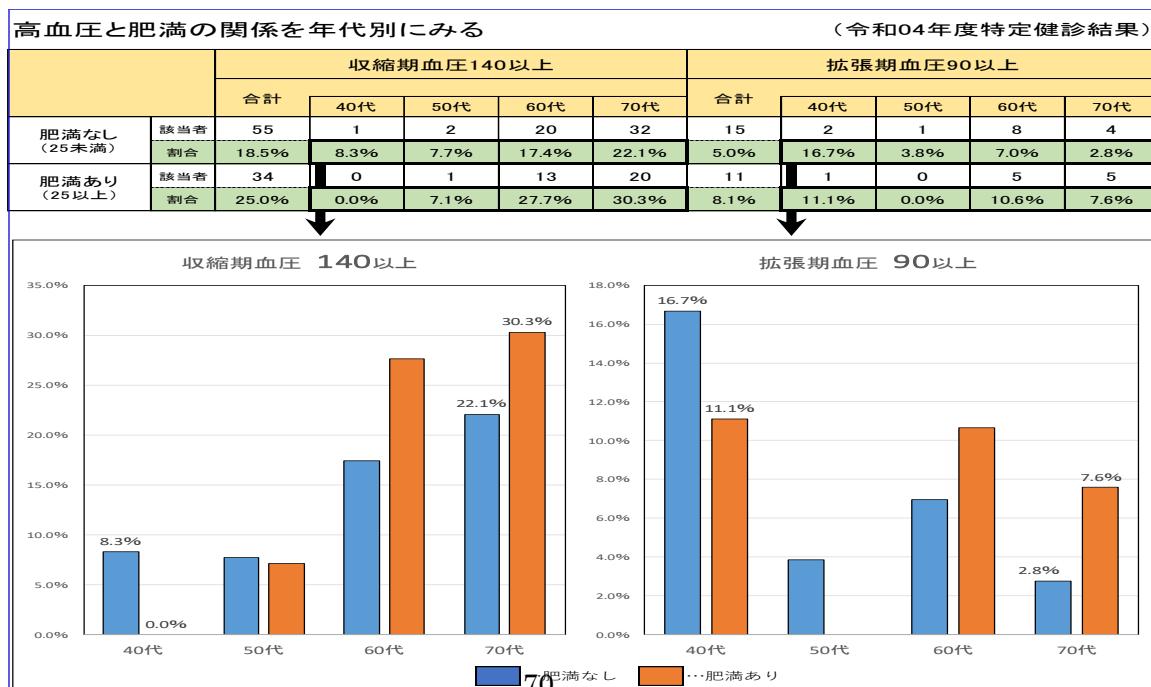
(2) 優先順位

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

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのか

下図は、高血圧の対象者を肥満の有無と年代に分けてみてみると、圧倒的に肥満が高血圧に関連していることが分かります。また、40代でも肥満に伴う高血圧対象者も確認できることから、対象者の少ない若い年代からの関わりを優先的に、血管障害を予防していく必要があります。

図表 60 高血圧と肥満の関係を年代別にみる



② 日常生活の中で、困っていること

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

図表 61 「日常生活」の困りごと(訪問での聞き取り)

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

生活	肥満度 BMI	I度	II度	III度	IV度
		25~29.9	30~34.9	35~39.9	40~
食欲	食欲	<ul style="list-style-type: none"> ・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない 	<ul style="list-style-type: none"> ・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない 	<ul style="list-style-type: none"> ・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う 	<ul style="list-style-type: none"> ・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸	<ul style="list-style-type: none"> ・食べるとお腹が張って苦しくなる 		<ul style="list-style-type: none"> ・太っているからか腸の痙攣もおこるよ 	<ul style="list-style-type: none"> ・逆流性食道炎になった。
排泄	排便			<ul style="list-style-type: none"> ・便秘になって大変 	<ul style="list-style-type: none"> ・便器に座ると便座が割れる
	排尿	<ul style="list-style-type: none"> ・横になるとトイレに行きたくなる 	<ul style="list-style-type: none"> ・尿意を感じて夜中に3回起きる 	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレに何度も起きて寝た感じがない ・むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい 	<ul style="list-style-type: none"> ・尿漏れする ・起きでトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	<ul style="list-style-type: none"> ・疲労感がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・長く歩くと息切れがする ・階段を上ると息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする 	<ul style="list-style-type: none"> ・体重で足裏が痛い ・階段を降る時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩くと足がしびれる 	<ul style="list-style-type: none"> ・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い
	日常生活動作		<ul style="list-style-type: none"> ・屈めず、足の爪を切ることができない ・朝起きると体重で手がしびれて色が変わっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かしづらい 		<ul style="list-style-type: none"> ・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがつらい ・手が届かないで排泄の後始末ができない
身体	胸	<ul style="list-style-type: none"> ・2~3年前から胸の変な感じがある ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動機あり、休憩しながら仕事をしていた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグッと 	<ul style="list-style-type: none"> ・動機がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい 	<ul style="list-style-type: none"> ・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向には寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする 	<ul style="list-style-type: none"> ・左を向いて寝ると動機が激しく寝れなかつた ・心臓の圧迫感苦しさで10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫	<ul style="list-style-type: none"> ・蜂窩織炎になる 		<ul style="list-style-type: none"> ・風邪をひきやすい 	<ul style="list-style-type: none"> ・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚	<ul style="list-style-type: none"> ・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる 	<ul style="list-style-type: none"> ・湿疹ができる ・痒い 	<ul style="list-style-type: none"> ・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる 	<ul style="list-style-type: none"> ・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がつらい ・皮膚科に毎月通院している

③ メタボは心・脳血管疾患を発症するリスク

心・脳血管疾患を発症した事例をみるとメタボが関連しています。脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。

図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例

メタボ・糖尿病があり、急性心筋梗塞を発症した事例

3) 対象者の明確化

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、女性では 50-70 代で 10%程度であるのに対し、男性は 40 代で 40%、50 代 30%、60 代 36%、70 代で 40%と女性の約 4 倍となっています。若い年代から男性を優先に取り組むことが効率的であると考えます。(図表 63)

図表 63 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A	201	10	23	72	96	233	11	17	90	115	
メタボ該当者	B	76	4	7	26	39	32	0	2	10	20	
	B/A	37.8%	40.0%	30.4%	36.1%	40.6%	13.7%	0.0%	11.8%	11.1%	17.4%	
再掲	① 3項目全て	C	28	2	3	8	15	8	0	0	2	6
	C/B	36.8%	50.0%	42.9%	30.8%	38.5%	25.0%	--	0.0%	20.0%	30.0%	
	② 血糖+血圧	D	14	1	0	8	5	1	0	0	0	1
	D/B	18.4%	25.0%	0.0%	30.8%	12.8%	3.1%	--	0.0%	0.0%	5.0%	
	③ 血圧+脂質	E	30	0	3	9	18	22	0	2	8	12
	E/B	39.5%	0.0%	42.9%	34.6%	46.2%	68.8%	--	100.0%	80.0%	60.0%	
	④ 血糖+脂質	F	4	1	1	1	1	1	0	0	0	1
	F/B	5.3%	25.0%	14.3%	3.8%	2.6%	3.1%	--	0.0%	0.0%	5.0%	

出典:特定健診(法廷報告)

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の3疾患の治療状況は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は年齢とともに増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。(図表 64)

図表 64 メタボリック該当者の治療状況

受診者	男性							女性									
	メタボ該当者	3疾患治療の有無						受診者	メタボ該当者	3疾患治療の有無							
		あり		なし		受診者				あり		受診者					
		人数	割合	人数	割合					人数	割合						
総数	201	76	37.8%	66	86.8%	10	13.2%	233	32	13.7%	25	78.1%	7	21.9%			
40代	10	4	40.0%	4	100.0%	0	0.0%	11	0	0.0%	0	--	0	--			
50代	23	7	30.4%	3	42.9%	4	57.1%	17	2	11.8%	0	0.0%	2	100.0%			
60代	72	26	36.1%	25	96.2%	1	3.8%	90	10	11.1%	9	90.0%	1	10.0%			
70～74歳	96	39	40.6%	34	87.2%	5	12.8%	115	20	17.4%	16	80.0%	4	20.0%			

出典:特定健診(法廷報告)

メタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ② 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ③ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(2) 対象者の管理

対象者の進歩管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4) 保健指導の実施

(1) 最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 65 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

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

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。

本町においても国保保健事業を活用して、二次健診の実施（頸動脈エコー検査、75g 糖負荷検査等）を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)

②75 g 糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

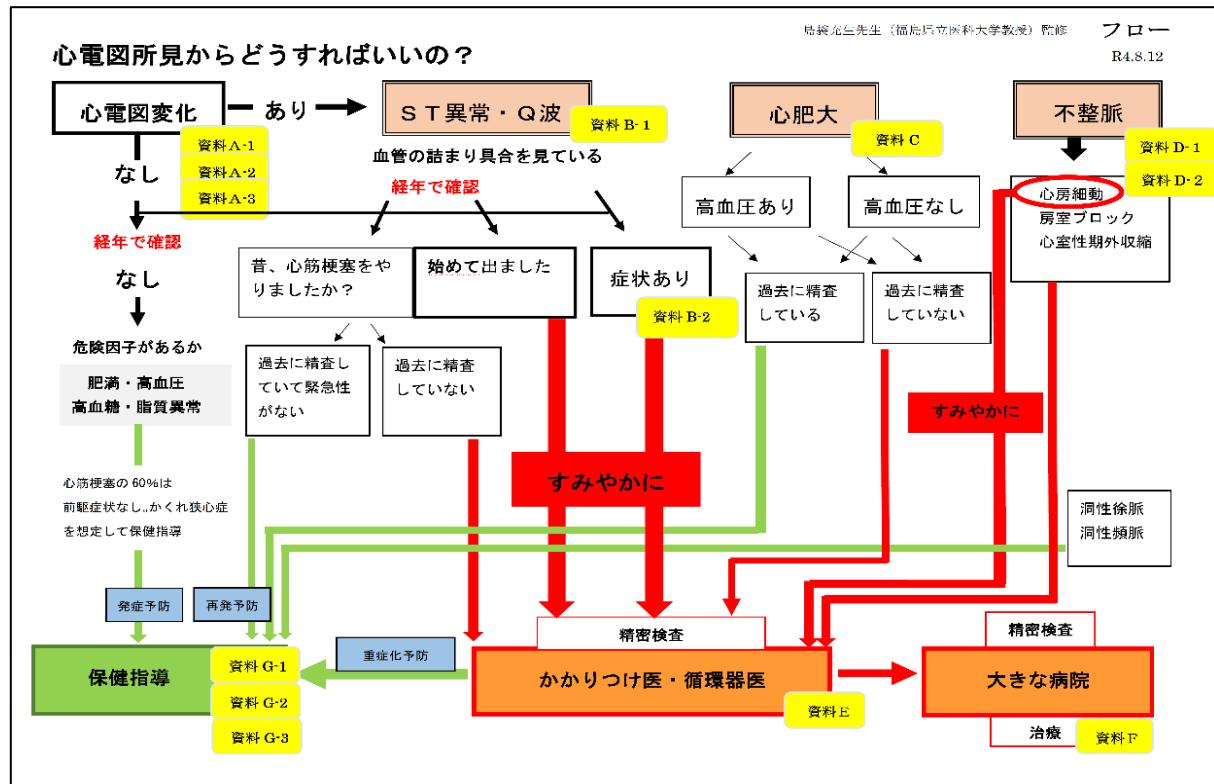
虚血性心疾患重症化予防の取組みにあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めています。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 66 に基づいて考えます。

図表 66 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。

牟岐町においては、心電図検査を 440 人 (92.44%) に実施し、そのうち有所見者が 152 人 (34.5%) でした。所見の中でも心筋壊死、心筋虚血のほか、心筋異常を予測する所見の対象者がみつかっており、虚血性変化を起こしている対象者を優先に介入していく必要があります。(図表 67)

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

図表 67 心電図検査結果(令和4年度)

心電図結果 (国保・後期)			牟岐町		国保全体		牟岐町		後期全体		
			人	%	人	%	人	%	人	%	
心臓細胞の虚血	虚血性変化	健診受診者数 (特定健診受診率)	476	57.0%	43,402	36.3%	231		15,665		
		再掲 65歳（75歳）未満	114	23.9%	10,648	24.5%	1	0.4%	255	1.6%	
		65歳（75歳）以上	362	76.1%	32,754	75.5%	230	99.6%	15,410	98.4%	
心電図実施者数 (心電図実施率)			440	92.44%	42,908	98.86%	231	100.00%	15,662	99.98%	
心電図実施者のうち 所見のあつた者 (実数)			152	34.5%	13,604	31.7%	117	50.6%	6,675	42.6%	
脈が打てる心臓細胞の問題 (不整脈)	心筋壊死 (心筋梗塞)	心筋梗塞・狭心症	0	0.0%	95	0.2%	0	0.0%	52	0.3%	
		① 異常Q波	4	0.9%	453	1.1%	4	1.7%	220	1.4%	
		② R波增高不良	8	1.8%	268	0.6%	2	0.9%	94	0.6%	
		③ S T異常	5	1.1%	1,105	2.6%	16	6.9%	561	3.6%	
		④ 冠不全	0	0.0%	75	0.2%	0	0.0%	31	0.2%	
	徐脈性不整脈	⑤ T波異常	16	3.6%	1,534	3.6%	13	5.6%	724	4.6%	
		⑥ 洞性不整脈	14	3.2%	1,584	3.7%	8	3.5%	601	3.8%	
		⑦ 洞不全症候群	0	0.0%	6	0.0%	0	0.0%	6	0.0%	
		⑧ 房室ブロック	4	0.9%	832	1.9%	6	2.6%	604	3.9%	
		⑨ WPW症候群	0	0.0%	44	0.1%	0	0.0%	8	0.1%	
高血圧による心臓の虚血	心室内伝導障害	⑩ P R短縮	0	0.0%	125	0.3%	0	0.0%	30	0.2%	
		⑪ 脚ブロック	34	7.7%	2,851	6.6%	27	11.7%	1,499	9.6%	
		⑫ 心室伝導障害	7	1.6%	241	0.6%	4	1.7%	85	0.5%	
		⑬ 心室期外収縮	12	2.7%	895	2.1%	9	3.9%	535	3.4%	
		⑭ 心室細動	0	0.0%	6	0.0%	0	0.0%	2	0.0%	
	頻脈性不整脈	⑮ Q T延長	0	0.0%	196	0.5%	0	0.0%	86	0.5%	
		⑯ ブルガタ症候群	2	0.5%	107	0.2%	0	0.0%	21	0.1%	
		⑰ 上室性期外収縮	13	3.0%	857	2.0%	22	9.5%	627	4.0%	
		⑱ 心房細動	3	0.7%	319	0.7%	6	2.6%	275	1.8%	
		⑲ 心房粗動	0	0.0%	12	0.0%	0	0.0%	9	0.1%	
心肥大・負荷所見	心室肥大	⑳ 左室肥大	1	0.2%	353	0.8%	2	0.9%	179	1.1%	
		㉑ 高電位	0	0.0%	101	0.2%	0	0.0%	50	0.3%	
		㉒ 軸偏位	47	10.7%	1,393	3.2%	38	16.5%	766	4.9%	
		㉓ 右室肥大	0	0.0%	38	0.1%	0	0.0%	26	0.2%	
	その他	㉔ 移行帯の変化	2	0.5%	924	2.2%	2	0.9%	388	2.5%	
		㉕ その他不整脈	1	0.2%	270	0.6%	0	0.0%	111	0.7%	
		㉖ その他	14	3.2%	831	1.9%	14	6.1%	407	2.6%	
		㉗ ベースメーカー調律	1	0.2%	24	0.1%	0	0.0%	56	0.4%	
		㉘ 「異常あり」のみ	0	0.0%	50	0.1%	0	0.0%	26	0.2%	

出典:つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

図表 67 心電図検査結果より抜粋(ハイリスク者の割合)

性別・年齢	所見	心電図検査			所見内訳																						
		実施者数A	有所見者数B	有所見率B/A	ST変化・異常Q波			心肥大			不整脈																
					異常Q波	ST-T変化	左室肥大	輪偏位	房室ブロック	脚ブロック	心房細動	期外収縮	人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J
内訳	40~74歳	440	92.4%	152	34.5%	4	2.6%	21	13.8%	1	0.7%	47	30.9%	4	2.6%	34	22.4%	3	2.0%	25	16.4%						
	男性	198	89.2%	78	39.4%	2	2.6%	5	6.4%	1	1.3%	22	28.2%	2	2.6%	27	34.6%	3	3.8%	12	15.4%						
	女性	242	95.3%	74	30.6%	2	2.7%	16	21.6%	0	0.0%	25	33.8%	2	2.7%	7	9.5%	0	0.0%	13	17.6%						

牟岐町調べ

図表 68 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	152	34.5%	53	34.9%	40	75.5%	13	24.5%
男性	78	39.4%	22	28.2%	16	72.7%	6	27.3%
女性	74	30.6%	31	41.9%	24	77.4%	7	22.6%

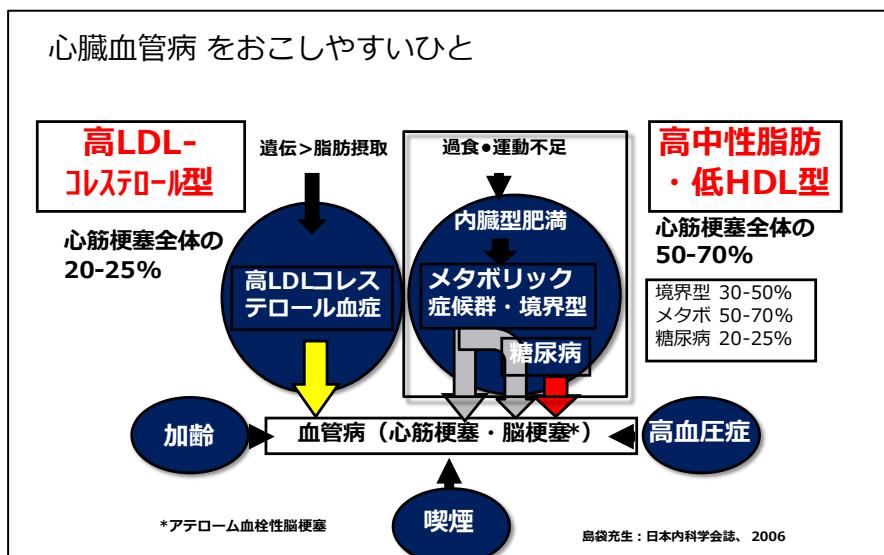
出典:つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

②心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握し、それぞれのタイプに合った管理目標を設定して保健指導を実施します。(図表 69.70)

図表 69 心血管病をおこしやすいひと



A: メタボタイプについては、第4章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 63・64)を参照

B: LDLコレステロールタイプ(図表 70)

図表 70 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定			令和04年度					
動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標			(参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版					
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)			健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別	
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			120~139	140~159	160~179	180以上		
			171	85	54	24	8	
			49.7%	31.6%	14.0%	4.7%	12.5%	
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	15	6	7	0	2	2
			8.8%	7.1%	13.0%	0.0%	25.0%	50.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	67	37	18	10	2	1
			39.2%	43.5%	33.3%	41.7%	25.0%	25.0%
	高リスク	120未満 (150未満)	81	38	28	13	2	1
			47.4%	44.7%	51.9%	54.2%	25.0%	25.0%
	再掲	100未満 (130未満) ※1	8	6	1	1	0	0
			4.7%	7.1%	1.9%	4.2%	0.0%	0.0%
二次予防 生活習慣の是正と共に 薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	8	4	1	1	2	0
			4.7%	4.7%	1.9%	4.2%	25.0%	0.0%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施に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。

図表 71 心電図所見からの保健指導教材（例示）

心電図所見からの保健指導教材	
もくじ	
心電図所見からどうすればいいの？ フロー図	
資料A-1 休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです	
資料A-2 私の心電図があらわすもの…心筋梗塞や心房細動を発症する前に	
資料A-3 心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！	
資料B-1 心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？	
資料B-2 心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！！	
資料C 左室肥大って？	
資料D-1 不整脈…このくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの？	
資料D-2 心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです	
資料E ST変化・異常Q波 所見がある方へ	
資料F 精密検査を受けて治療が必要になった方へ	
資料G-1 狹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) 精密検査の早期の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは、精密検査の早期の実施が望されます。

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

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、循環器医への早期の紹介を行います。すでに治療中の者へは血管リスク低減に向け、かかりつけ医と連携した保健指導を個々に応じて実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者本人、KDB、レセプトデータ等を活用しデータを収集し、今後の改善点を検討します。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

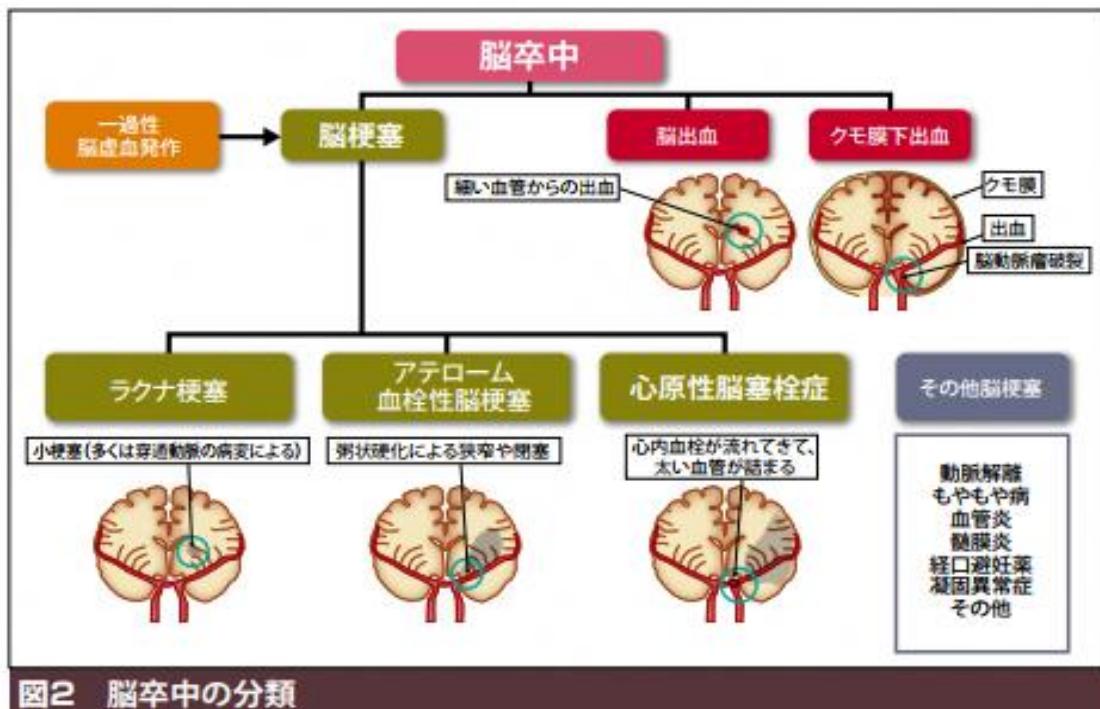
5月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組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。個々のリスク因子を知り、発症予防・重症化予防のための課題設定をします。(図表 72.73)

図表 72 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 73 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 74 でみると、高血圧治療者 417 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 46 人(O)で、重症化した後合併症をおこしたと考えられます。

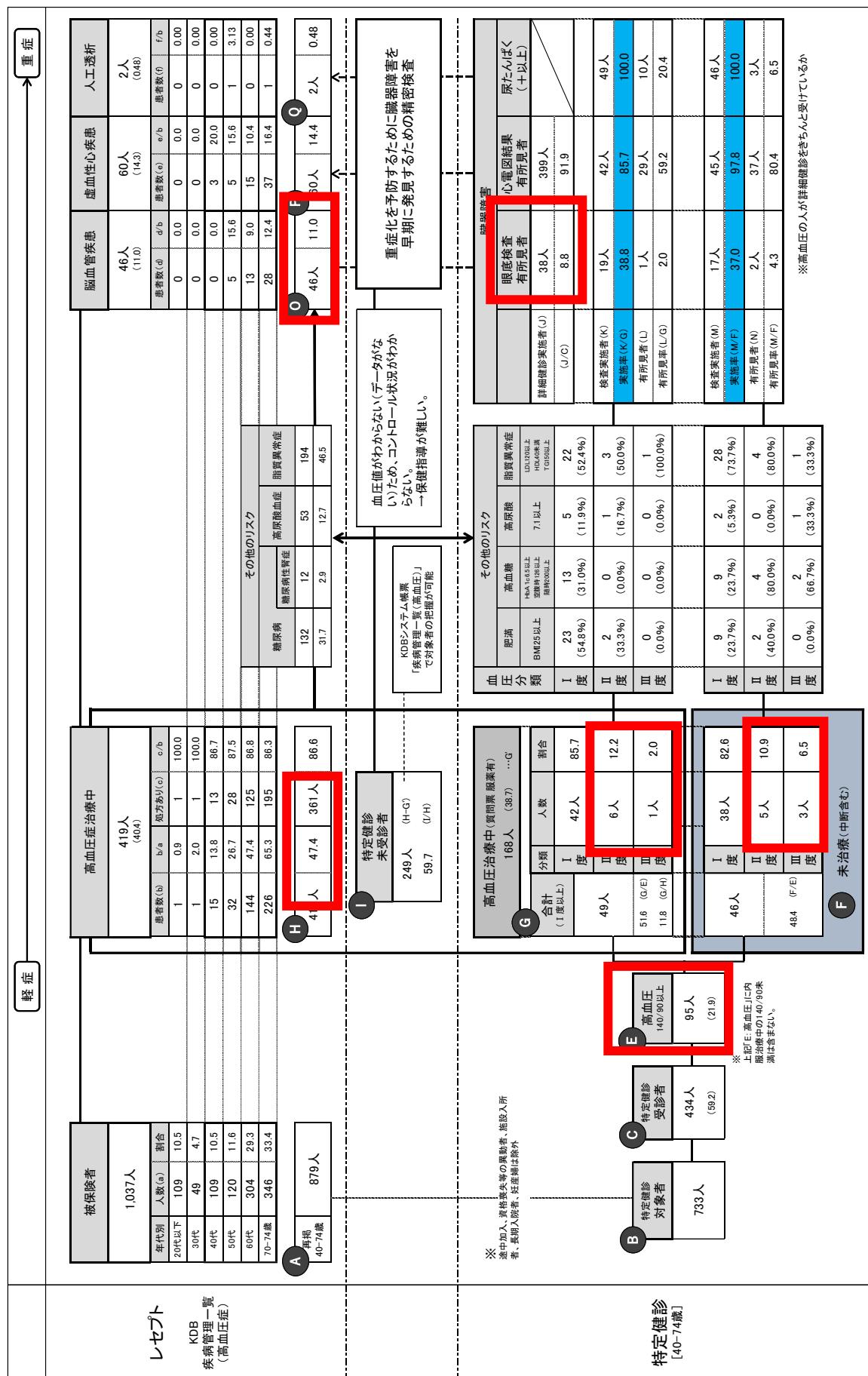
また健診結果からみると、高血圧以上が 95 人(E)であり、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 7 人(G のうち)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携したりリスク管理が必要です。未治療の 8 人(F のうち)は早急に受診勧奨が必要です。未治療者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて早急に受診勧奨を行い、発症予防・重症化予防の必要があります。

また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 36 人(8.3%)しか実施しできていない状況です。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、95 人(21.9%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は集団健診でしか重症化予防の検査がなされていません。そのため、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。

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの検討

令和04年度

図表 74 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



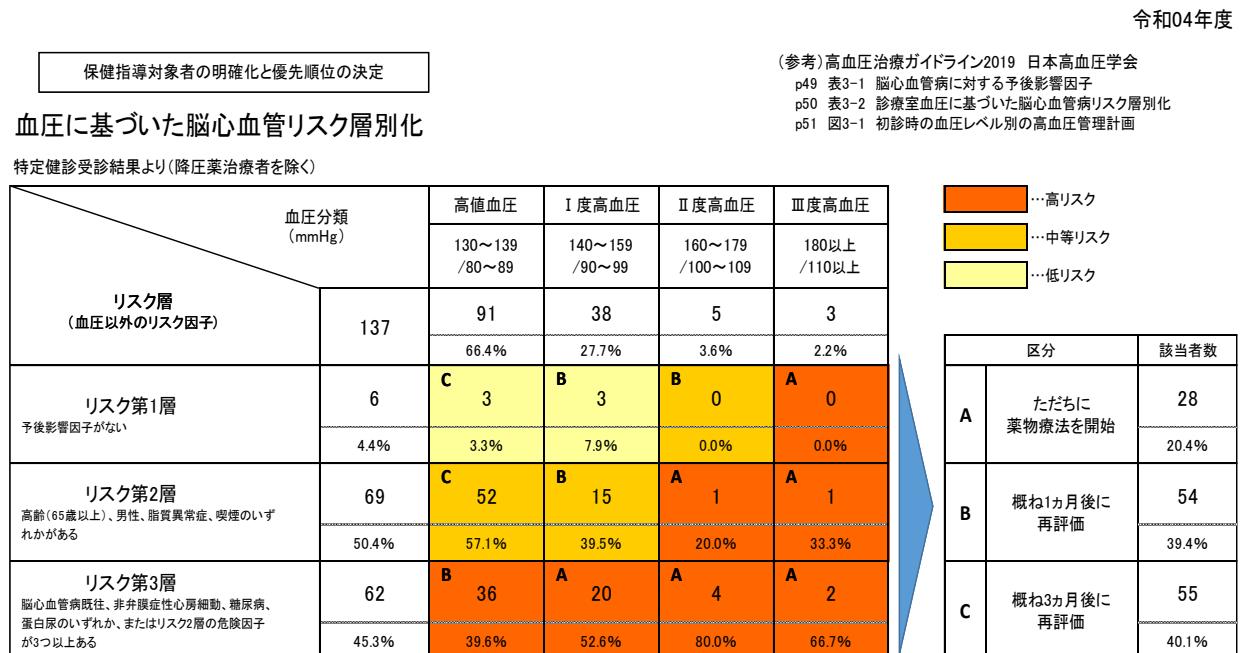
※セセブ情報は、該当年間に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度未満者も含む）する。※KDB帳票介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）」から集計

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

図表 75 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨をし、コントロールを改善する必要があります。

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化



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

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

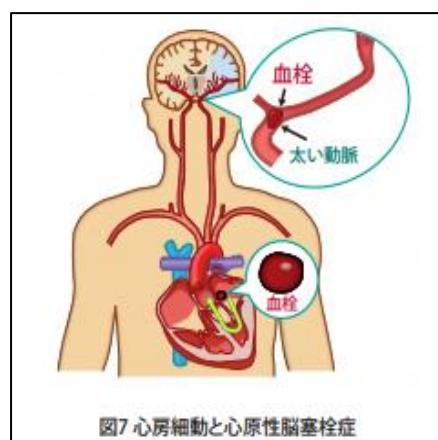
※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

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

※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

出典:特定健診(法定報告)

(3) 心電図検査における心房細動の実態



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

しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能で、適切な治療により予防することができます。

図表 76 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 76 心房細動有所見者の割合(国保)

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	201	233	178	88.6%	221	94.8%	3	1.7%	0	0.0%	--	--
40代	10	11	9	90.0%	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	23	17	23	100.0%	17	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	72	90	65	90.3%	88	97.8%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70~74歳	96	115	81	84.4%	105	91.3%	3	3.7%	0	0.0%	3.4%	1.1%

出典:ヘルスサポートラボツール

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

図表 77 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			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
3	0	0.0%	3	100.0%

牟岐町調べ

心電図検査において国保では 3 人に心房細動の所見が認められました。心房細動の有所見者 3 人全員が既に治療が開始されており、服薬や定期的な検査で予防につながっています。有所見率は、年齢が高くなるにつれ増加し、後期の有所見者は 6 名でしたが、認知症の 1 名をのぞく 5 名が治療中でした。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、後期に移行した後も新規対象者を発見していく必要があります。(図表 77)

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

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

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

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一體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

牟岐町は、令和6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」を実施します(図表78)。

具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

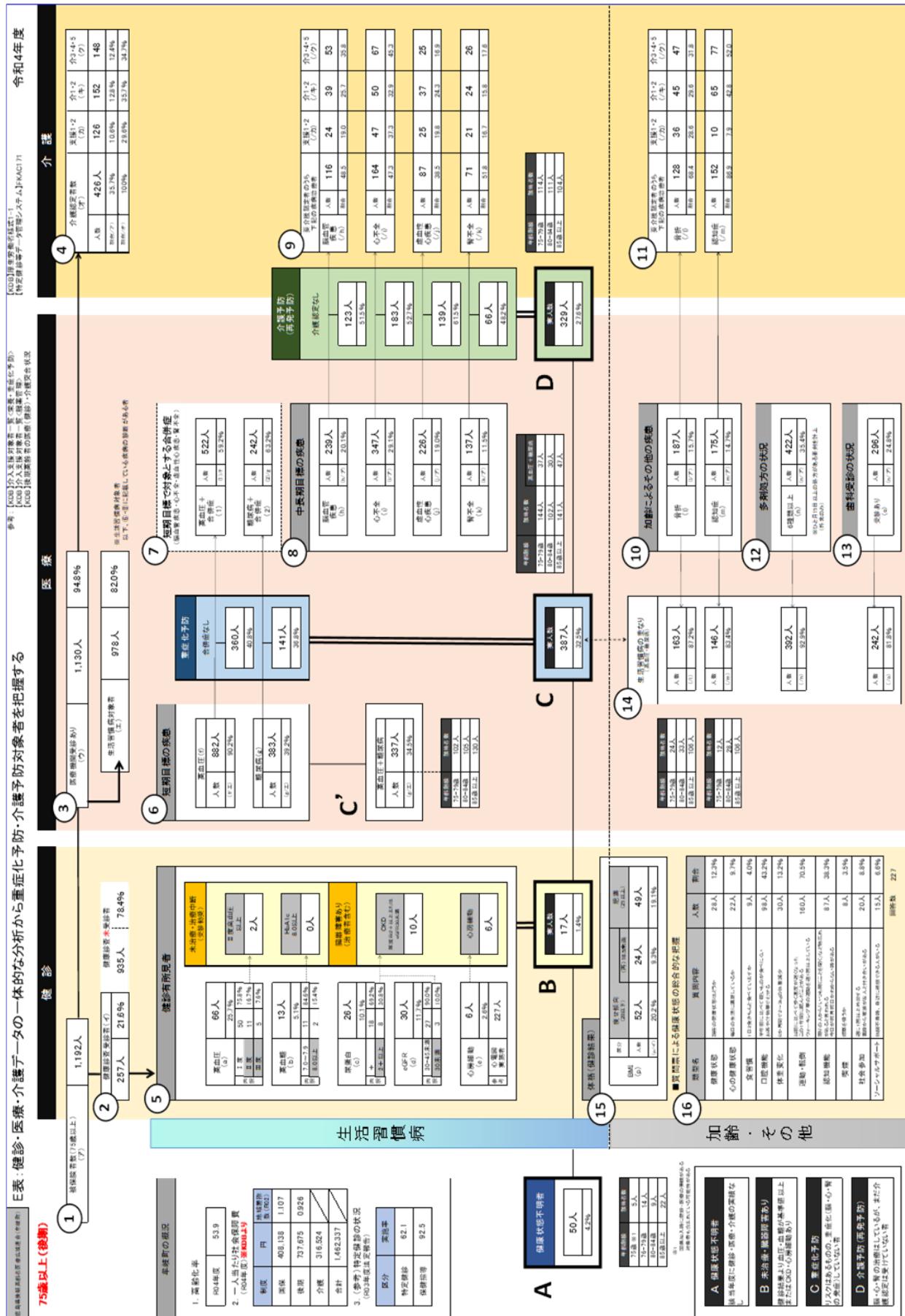
KDBシステム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

② 地域を担当する保健師・管理栄養士を配置し、個別的支援(ハイリスクアプローチ)と健康教育(ポピュレーションアプローチ)を実施

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。未治療やコントロール不良等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別の保健指導や栄養指導を実施します。そのほか高額な社会保障費につながる恐れのある虚血性心疾患や透析を予防するため、地域を担当する保健師・管理栄養士を中心に健診結果からの個別の保健指導・栄養指導を実践します(ハイリスクアプローチ)

また、生活習慣病からのフレイルや認知症予防のための貯筋体操や脳トレ体操の参加者等にも健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 78 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となっています。

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

生活習慣病の種類として 2 型糖尿病、高血圧、脂質異常症等がありますが、それらの多くは肥満症／メタボリックシンドロームに伴うものです。このため幼少期からの肥満予防・肥満改善は重要で、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。

牟岐町においては、学校保健委員会と連携して、子どもの肥満状況や生活習慣等のデータを把握しており、ライフサイクルを通じた健康づくりを考えてきました。また妊婦一般健康診査や町独自の産後チキ健診等での検査データを保有しており、妊娠婦及び乳幼児期からの生活習慣病予防を目指して保健事業を実施してきました。今後も学校教育と協力しながら、小さい頃からのよい生活習慣の確立と、自分自身の健康意識の向上をめざして発症予防につながるよう取り組んでいきます。

また健康増進法のもと、保育園児から中学生まで歯科保健に取り組み、思春期保健や自殺予防対策でメンタルヘルスを強化するなど、小さい頃から心と体の健康づくりを実施し、健康増進事業にも取り組んできました。

データヘルス計画の対象者は被保険者全員であることから、引き続き将来を見据えた生活習慣病予防に取り組み、20 代、30 代の若年層のヤング健診から 40 歳以上の特定健診、75 歳以上の高齢者健診まで、全住民の健康データを整理し、ライフサイクルを通じて取り組みを実施していきます。（図表 79）

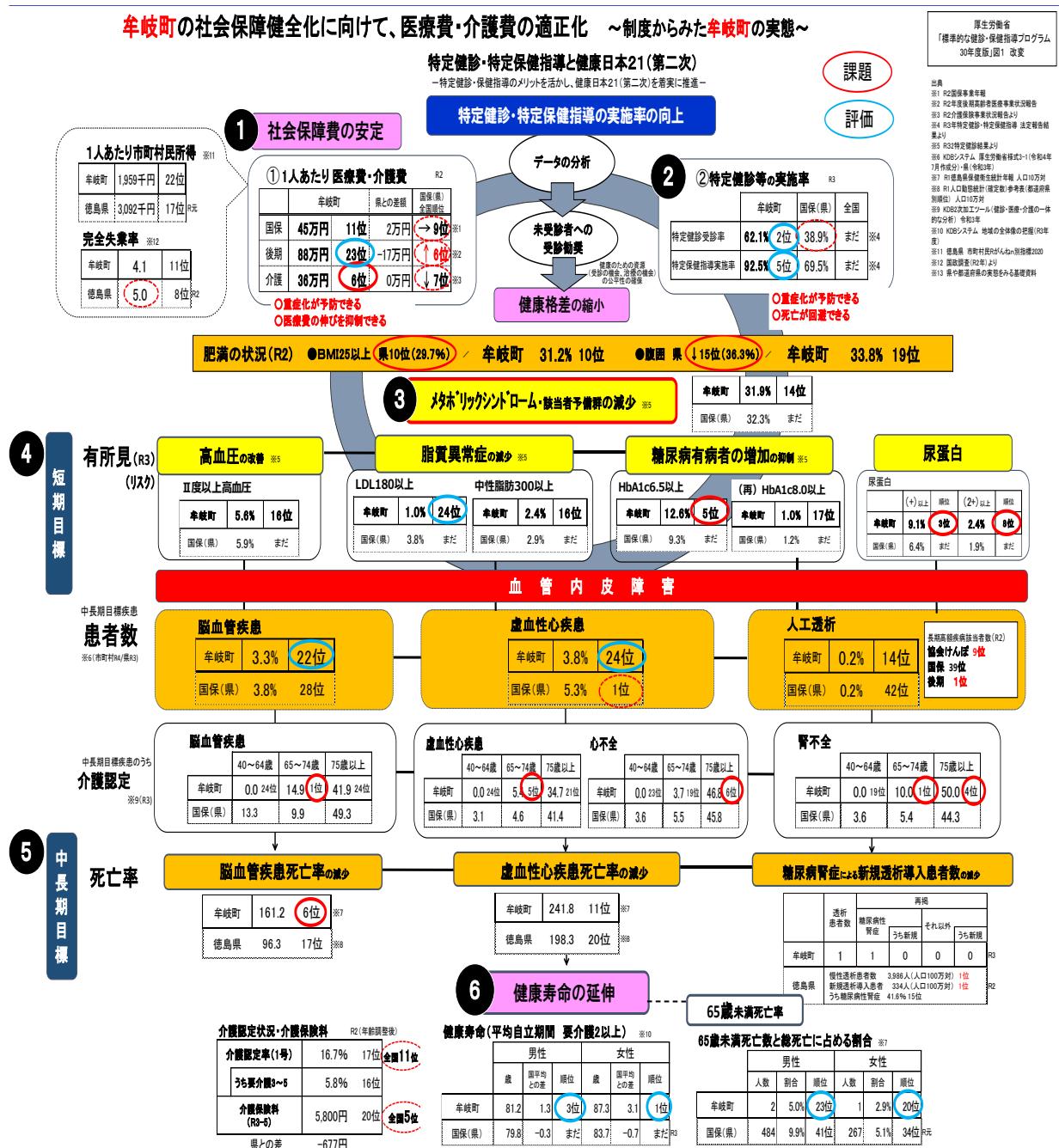
図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える 一基本的考え方ー (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)

		健康増進法					
1 根拠法 6条 健康増進事業実施者		学校保健法			労働安全衛生法 (学校保健安全法) 高齢者の医療の確保に関する法律		
2 計画		【他計画と内容が重複する場合は一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)					
3 年代	妊娠 (胎児期)	産婦	0歳～5歳	6歳～14歳	15～18歳	19歳～39歳	40歳～64歳
4 健康診査 (根拠法)	妊娠健康診査 (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 (第1・13・14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)	特定健診 (第18・20・21条)
	妊娠前	妊娠中	1年 産後 以内	乳児 1.6歳児 3歳児	保育 園児 幼稚 園児	小学校 中学校 高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)
	血糖 HbA1c	95mg/dl以上 6.5%以上					空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上 6.5%以上
5 対象者 健診	50GCT	1時間値 140mg/dl以上	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上				
	75GOTTT		①空腹時126mg/dl以上 ②1時間値200mg/dl以上 ③2時間値140mg/dl以上				空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上
	(診断) 妊娠 糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75GOTTT①～③の 1点以上満たすもの					
	身長 体重						
	BMI						25以上
	肥満度	カブア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や変化を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表 80, 81)

図表 80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 81 牟岐町の食の特徴と健診結果の変化

牟岐町の食の実態と体の実態を考える (H29.11.30 作成) **からの変化**

牟岐町のからだの実態 (KDB より)

- ~健診~
 - ◆健診受診者の質問票より (県と比較して優位に高いもの)
 - ・服薬者 (糖尿病) 9.0%.
 - ・既往歴 (脳卒中) 4.0%、(腎不全) 1.0%.
 - ・食事速度が速い 11.8%.
 - ・週 3 回以上夕食後に間食あり 19.8%.
 - ◆特定健診結果有所見者率より (H28)
 - ・メタボ予備軍の割合 (県内 1 位) 男性 24.3%、女性 9.7%.
 - ・非肥満高血糖 (県内 8 位) 9.0%.
 - ・高血糖のみ (県内 1 位) 2.1%、高血圧のみ (県内 1 位) 11.8%.
 - ・結果が受診勧奨者のうち非受診率 6.7%.
 - ・未治療者率 9.0%.
- ~医療~
 - ◆医療費分析 (1 件あたりの外来・入院単価) 疾病統計
 - ・糖尿病 (県内 5 位)、高血圧 (県内 12 位)、がん (県内 2 位)
 - * 脂質異常 (県内 24 位 ワースト 2 位)
- ~介護~
 - ・2 号認定率 0.6%、新規認定率 0.4%.
- ◆有病状況
 - ・心臓病 (1 号) 50.8%、(2 号) 15.9%.
 - ・糖尿病および合併症 (1 号) 19.6%、(2 号) 10.6%.
 - ・筋・骨疾患 (1 号) 44.1%、(2 号) 23.0%.
 - ・がん (1 号) 7.0%、(2 号) 10.6%.

牟岐町のからだの実態 (KDB より: R1 年度累計)

- ~健診~
 - ◆健診受診者の質問票より (県と比較して優位に高いもの赤字)
 - ・服薬者 (糖尿病) **10.8%**.
 - ・既往歴 (脳卒中) 3.4%、(慢性腎臓病・腎不全) 1.1%、(心臓病) **8.1%**.
 - ・咀嚼かみにくい **25.7%**、食事速度が速い 36.2%.
 - ・週 3 回以上夕食後に間食あり 11.3%、**1 日飲酒量 3 合以上 4.1%**.
 - ◆特定健診結果有所見者率より (H28)
 - ・メタボ予備軍 (県内 7 位)、メタボ該当者 (19 位).
 - ・非肥満高血糖 (6 位) **10.4%**、**BMI (3 位) 7.6%**.
 - ・高血糖のみ (23 位) 0.2%、高血圧のみ (8 位) 9.1%、**脂質のみ (1 位) 3.2%**.
 - ・結果が受診勧奨者のうち非受診率 **5.8%**.
 - ・未治療者率 **7.8%**.
- ~医療~
 - ◆医療費分析・疾病統計 (1 件あたりの入院単価)
 - ・糖尿病 (23 位)、高血圧 (20 位)、がん (25 位)、**脂質異常症 (5 位)**.
 - ◆医療費分析・疾病統計 (1 件あたりの外来単価)
 - ・糖尿病 (1 位)、高血圧 (3 位)、がん (20 位)、脳血管疾患 (5 位)、歯肉炎 (7 位).
- ~介護~
 - ・2 号認定率 0.3%、新規認定率 0.3%.
- ◆有病状況 (増えたものは太字)
 - ・心臓病 (1 号) 49.3%、(2 号) **26.8%**.
 - ・糖尿病 (1 号) 15.6%、(2 号) 0.0%.
 - ・筋・骨疾患 (1 号) 44.9%、(2 号) 31.7%.
 - ・がん (1 号) 7.3%、(2 号) 29.3%.

脂質異常の関連が
目立ってきた…
食の実態は??



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む)・保健指導実施のための専門職の配置・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none">・保健指導等の手順・教材はそろっているか・必要なデータは入手できているか。・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none">・特定健診受診率、特定保健指導率・計画した保健事業を実施したか。・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、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ことが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた牟岐町の位置

参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析(E 表①～④年代別)

参考資料 3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 7 HbA1c の年次比較

参考資料 8 血圧の年次比較

参考資料 9 LDL-C の年次比較

(参考資料1) 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた牟岐町の位置

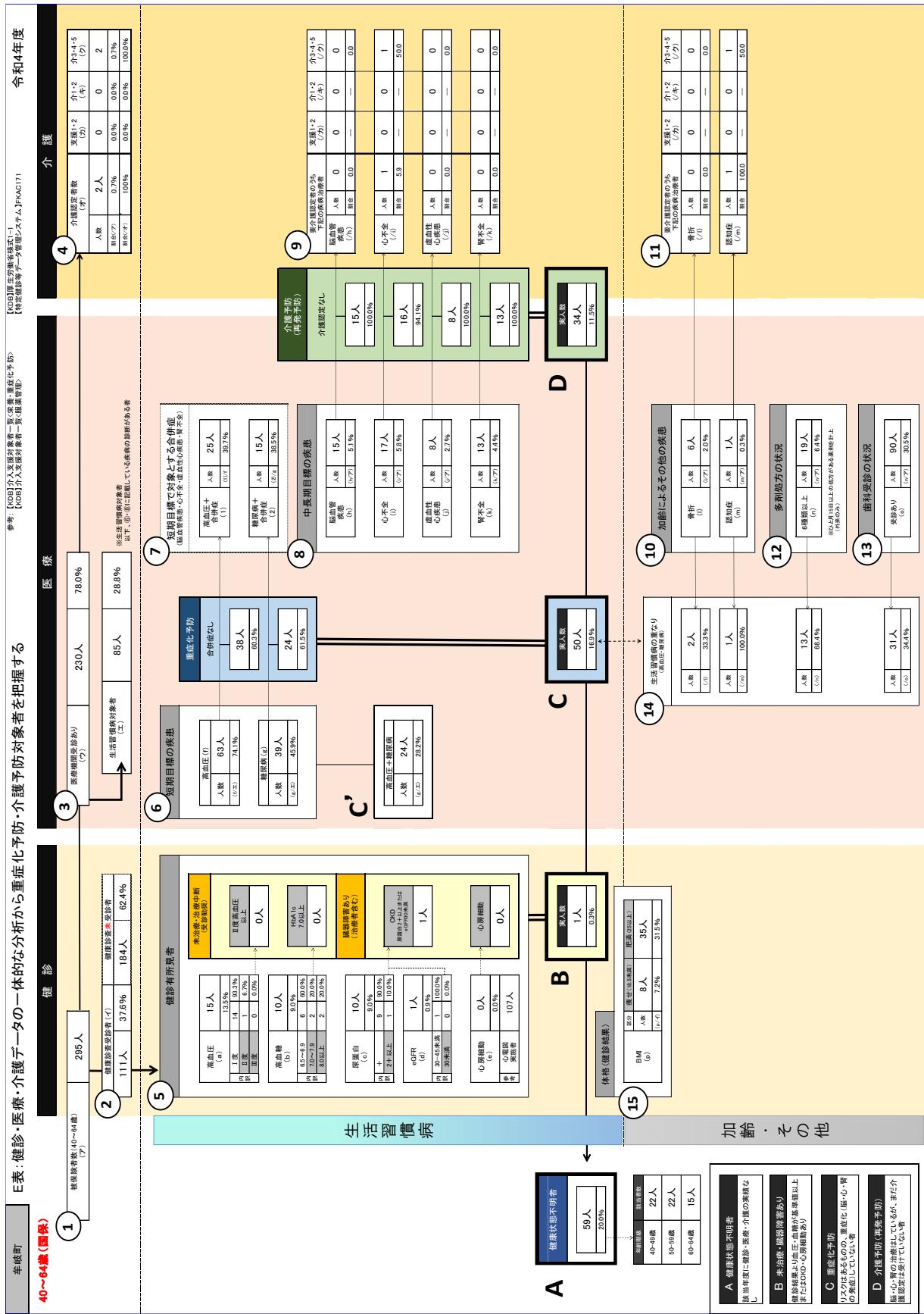
項目			牟岐町								同規模平均		徳島県		国					
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度					
			実数	割合	実数	割合	実数	割合												
1 概況	① 人口構成	総人口	4,259		4,259		4,259		4,259		3,743		727,328		691,132		123,214,261			
		65歳以上(高齢化率)	2,043	48.0	2,043	48.0	2,043	48.0	2,043	48.0	2,016	53.9	301,058	41.4	238,346	34.5	35,335,805	28.7		
		75歳以上	1,151	27.0	1,151	27.0	1,151	27.0	1,151	27.0	1,203	32.1	--	--	122,672	17.7	18,248,742	14.8		
		65~74歳	892	20.9	892	20.9	892	20.9	892	20.9	813	21.7	--	--	115,674	16.7	17,087,063	13.9		
		40~64歳	1,277	30.0	1,277	30.0	1,277	30.0	1,277	30.0	1,052	28.1	--	--	224,837	32.5	41,545,893	33.7		
		39歳以下	939	22.0	939	22.0	939	22.0	939	22.0	675	18.0	--	--	227,949	33.0	46,332,563	37.6		
2 死亡	① 死亡の状況	第1次産業	14.3		14.3		14.3		14.3		22.3		8.5		4.0					
		第2次産業	19.6		19.6		19.6		19.6		20.6		24.1		25.0					
		第3次産業	66.1		66.1		66.1		66.1		57.2		67.4		71.0					
		平均寿命	男性	79.8		79.8		79.8		79.8		80.5		80.3		80.8				
		女性	86.7		86.7		86.7		86.7		87.0		86.7		87.0					
		平均自立期間 (要介護2以上)	男性	77.7		78.6		79.4		81.2		82.0		79.3		79.7		80.1		
3 介護	① 介護保険	女性	82.6		83.2		84.6		87.3		86.9		84.2		83.8		84.4			
		標準化死亡比 (SMR)	男性	107.5		107.5		107.5		104.6		104.6		101.6		105.1		100.0		
		女性	106.4		106.4		106.4		97.5		97.5		99.9		103.3		100.0			
		死因	がん	21	42.0	19	48.7	17	45.9	18	56.3	23	56.1	3,423	47.4	2,446	48.8	378,272	50.6	
		心臓病	17	34.0	14	35.9	6	16.2	7	21.9	9	22.0	2,064	28.6	1,415	28.2	205,485	27.5		
		脳疾患	7	14.0	2	5.1	11	29.7	7	21.9	6	14.6	1,188	16.4	687	13.7	102,900	13.8		
② 有病状況	② 有病状況	糖尿病	0	0.0	3	7.7	2	5.4	0	0.0	1	2.4	138	1.9	119	2.4	13,896	1.9		
		腎不全	2	4.0	1	2.6	1	2.7	0	0.0	2	4.9	267	3.7	233	4.7	26,946	3.6		
		自殺	3	6.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	146	2.0	110	2.2	20,171	2.7		
		合計	2	2.4	3	4.1	1	1.2	7	6.9	2	2.0	(65歳未満死亡割合) 人口動態統計より、 ※県・市はR03年度 データを記載				707	6.8	125,187	8.7
		男性	1	2.1	2	5.0	1	2.5	4	7.5	1	2.6	人口動態統計より、 ※県・市はR03年度 データを記載				500	9.7	82,832	11.2
		女性	1	2.7	1	2.9	0	0.0	3	6.1	1	1.7	データを記載				207	3.9	42,355	6.0
③ 介護給付費	③ 介護給付費	1号認定者数(認定率)	407	19.6	421	20.6	427	20.5	443	21.6	468	22.5	59,331	19.9	49,183	20.7	6,724,030	19.4		
		新規認定者	4	0.3	8	0.3	11	0.3	5	0.4	7	0.4	933	0.3	864	0.3	110,289	0.3		
		介護度別	要支援1.2	1,022	10.5	1,223	12.2	1,245	13.2	1,370	13.8	1,461	13.8	1,627,455	13.5	1,721,533	14.2	21,785,044	12.9	
		要介護1.2	5,069	52.2	5,043	50.2	4,600	48.9	4,667	46.9	5,269	49.6	568,999	47.1	574,015	47.4	78,107,378	46.3		
		要介護3以上	3,626	37.3	3,771	37.6	3,557	37.8	3,924	39.4	3,893	36.6	476,421	39.4	465,525	38.4	68,363,503	40.8		
		2号認定者	5	0.4	3	0.2	4	0.3	4	0.3	3	0.3	856	0.4	844	0.4	156,107	0.4		
④ 医療費等	④ 医療費等	糖尿病	67	15.6	75	15.5	80	17.7	79	17.2	94	19.7	13,461	21.6	14,411	27.9	1,712,613	24.3		
		高血圧症	171	41.6	193	43.8	245	54.5	260	56.6	280	58.9	33,454	54.3	29,294	57.7	3,744,672	53.3		
		脳質異常症	64	16.6	77	17.0	85	19.1	91	19.9	125	24.9	18,421	29.6	16,551	32.3	2,308,216	32.6		
		心臓病	196	48.4	210	49.1	277	60.9	296	63.5	310	65.8	37,325	60.8	32,830	64.7	4,224,628	60.3		
		脳疾患	70	20.1	76	18.6	88	20.1	87	19.1	88	19.5	13,424	22.1	11,243	22.5	1,568,292	22.6		
		がん	29	6.4	36	7.4	47	9.7	43	11.0	48	10.0	6,308	10.3	6,412	12.3	837,410	11.8		
⑤ 医療費	⑤ 医療費	筋・骨格	179	42.3	198	44.7	230	52.6	276	57.9	295	60.2	33,542	54.6	29,971	59.1	3,748,372	53.4		
		精神	125	31.1	127	29.9	161	35.3	174	37.6	186	39.2	22,904	37.4	19,884	39.1	2,569,149	36.8		
		一人当たり給付費/総額付費	329,211	672,577,782	335,761	685,958,762	338,790	692,147,987	331,211	676,663,398	316,524	638,111,453	323,222		320,304		290,668			
⑥ 医療費	⑥ 医療費	1件当たり給付費(全体)	69,217		68,343		73,617		67,931		60,069		80,543		63,005		59,662			
		居宅サービス	39,411		39,085		41,006		38,016		35,099		42,864		41,316		41,272			
		施設サービス	265,498		261,220		267,120		270,276		266,562		288,059		297,064		296,364			
⑦ 医療費	⑦ 医療費	要介護認定別	認定あり	8,983		8,379		7,344		7,966		8,302		9,108		8,871		8,610		
		医療費(40歳以上)	認定なし	4,579		5,014		4,761		4,944		4,630		4,544		4,497		4,020		

		被保険者数		1,165		1,113		1,114		1,038		962		195,140		154,837		27,488,882	
①	医療の概況 (人口千対)	被保険者数		640	54.9	611	54.9	617	55.4	592	57.0	540	56.1	--	--	73,617	47.5	11,129,271	40.5
		65~74歳		359	30.8	344	30.9	336	30.2	301	29.0	297	30.9	--	--	49,424	31.9	9,088,015	33.1
		40~64歳		166	14.2	158	14.2	161	14.5	145	14.0	125	13.0	--	--	31,796	20.5	7,271,596	26.5
		35歳以下		加入率	27.4		26.1		26.2		24.4		25.7		27.1		22.4		22.3
		病院数		1	0.9	1	0.9	1	0.9	1	1.0	1	1.0	54	0.3	107	0.7	8,237	0.3
		診療所数		8	6.9	8	7.2	8	7.2	8	7.7	7	7.3	703	3.6	708	4.6	102,598	3.7
②	医療費の 状況	病床数		110	94.4	110	98.8	110	98.7	110	106.0	110	114.3	4,267	21.9	13,691	88.4	1,507,471	54.8
		医師数		14	12.0	14	12.6	14	12.6	14	13.5	19	19.8	641	3.3	2,567	16.6	339,611	12.4
		外来患者数		6438		6266		6598		6660		7120		6536		7372		6878	
		入院患者数		362		357		334		370		343		22.9		25.0		17.7	
		一人当たり医療費		389,512	県内7位 同規模64位	393,436	県内11位 同規模76位	381,538	県内11位 同規模74位	438,819	県内5位 同規模51位	408,138	県内14位 同規模93位	367,527		389,015		339,680	
		受診率		680.0		662,378		693,189		722,976		746,228		676,49		762,201		705,439	
③	医療費の 状況	外 来	費用の割合	47.6		472		46.9		44.3		45.5		55.1		54.9		60.4	
		件数の割合		94.7		94.6		95.2		94.9		95.4		96.6		96.7		97.5	
		入 院	費用の割合	52.4		52.8		53.1		55.7		54.5		44.9		45.1		39.6	
		件数の割合		5.3		5.4		4.8		5.1		4.6		3.4		3.3		2.5	
		1件あたり在院日数		17.9日		18.9日		19.9日		19.1日		20.4日		16.2日		18.5日		15.7日	
		がん		77,902,580	31.9	69,017,640	29.1	74,515,350	29.8	76,997,090	28.7	40,060,290	18.2	32.8		30.5		32.2	
④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	慢性腎不全(透析あり)		76,830	0.0	229,910	1.0	0	0.0	48,660	0.0	0	0.0	6.1		4.4		8.2	
		糖尿病		22,601,350	9.2	24,827,220	10.5	26,071,930	10.4	23,836,820	8.9	23,195,100	10.6	11.2		10.8		10.4	
		高血圧症		14,522,530	5.9	13,147,540	5.5	15,783,320	6.3	16,221,710	6.0	14,068,920	6.4	6.5		6.0		5.9	
		脂質異常症		9,683,420	4.0	10,567,570	4.5	10,313,190	4.1	10,142,500	3.8	7,464,960	3.4	3.4		3.7		4.1	
		脳梗塞・脳出血		3,005,250	1.2	3,480,700	1.4	7,754,630	3.1	5,895,020	2.2	5,114,880	2.3	4.0		2.7		3.9	
		狭心症・心筋梗塞		10,719,440	4.4	6,703,840	2.8	8,541,080	3.4	13,968,100	5.2	10,625,880	4.8	2.8		3.4		2.8	
		精神		69,578,070	28.5	66,131,440	27.9	65,306,780	26.1	71,777,860	26.8	75,504,910	34.4	14.6		21.1		14.7	
		筋・骨格		32,925,920	13.5	40,247,570	16.9	41,068,060	16.4	43,889,750	16.4	40,694,000	18.5	17.4		16.2		16.7	
		最大医療資源需要病名 (頭割合む)																	
⑤	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	高血圧症		132	0.1	696	0.3	250	0.1	336	0.1	--	--	363	0.2	233	0.1	256	0.2
		糖尿病		1,071	0.5	2,235	1.1	2,543	1.3	1,457	0.6	2,029	0.9	1,389	0.8	1,411	0.8	1,144	0.9
		脂質異常症		--	--	803	0.4	--	--	--	--	--	--	76	0.0	84	0.0	53	0.0
		脳梗塞・脳出血		1,501	0.7	1,643	0.8	5,689	2.8	4,254	1.7	3,828	1.6	6,827	4.1	4,750	2.7	5,993	4.5
		虚血性心疾患		7,444	3.6	6,020	2.9	6,471	3.2	11,703	4.8	9,985	4.5	4,500	2.7	5,717	3.3	3,942	2.9
		腎不全		3,190	1.6	2,598	1.3	1,571	0.8	--	--	--	--	4,305	2.6	3,047	1.7	4,051	3.0
⑥	医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	高血圧症		12,334	6.6	11,117	6.0	13,918	7.8	15,292	7.9	14,625	7.9	12,436	6.1	12,073	5.7	10,143	4.9
		糖尿病		20,502	11.0	21,476	11.6	21,768	12.2	22,975	11.8	23,365	12.6	21,206	10.5	21,477	10.1	17,720	8.6
		脂質異常症		8,312	4.5	8,692	4.7	9,258	5.2	9,771	5.0	7,760	4.2	6,646	3.3	7,612	3.6	7,092	3.5
		脳梗塞・脳出血		1,078	0.6	1,484	0.8	1,272	0.7	1,232	0.6	1,689	0.9	934	0.5	822	0.4	825	0.4
		虚血性心疾患		2,559	1.4	2,259	1.2	1,600	0.9	2,140	1.1	1,726	0.9	1,857	0.9	2,146	1.0	1,722	0.8
		腎不全		9,385	5.1	10,366	5.6	4,798	2.7	4,695	2.4	3,996	2.2	14,043	6.9	12,279	5.8	15,781	7.7
⑦	健診・レセ 受診	健診対象者	健診受診者	3,206		4,077		5,501		5,827		3,115		2,915		2,242		2,031	
		一人当たり 点数	健診未受診者	11,487		10,856		11,123		11,950		10,524		13,340		14,879		13,295	
		生活習慣病対象者	健診受診者	10,566		13,415		16,046		15,923		8,962		8,820		6,131		6,142	
⑧	健診・レセ 受診	一人当たり 点数	健診未受診者	37,855		35,723		32,447		32,653		30,284		40,357		40,683		40,210	
		受診勧奨者		329	63.4	324	60.3	328	59.3	273	54.9	241	55.4	36,450	58.3	25,440	58.1	3,698,441	56.9
		医療機関受診率		297	57.2	293	54.6	301	54.4	252	50.7	230	52.9	32,495	52.0	23,621	53.9	3,375,719	51.9
⑨	健診・レセ 受診	医療機関非受診率		32	62	31	58	27	4.9	21	42	11	2.5	3,955	6.3	1,819	4.2	322,722	5.0

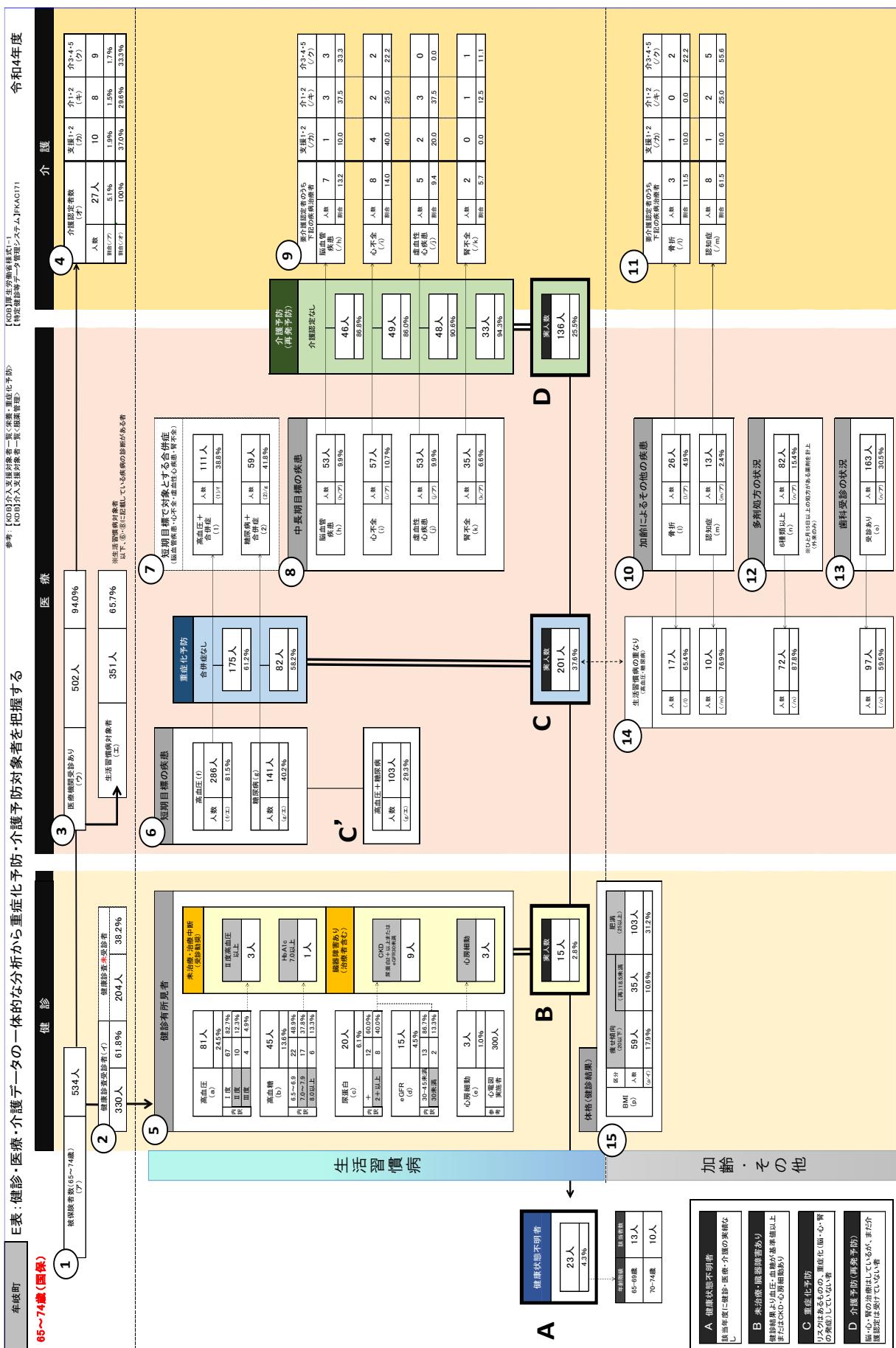
①		健診受診者		519		537		553		497		435		62,519		43,802		6,503,152	
②		受診率		56.5	県内4位 同規模78位	61.2	県内4位 同規模51位	65.1	県内2位 同規模20位	62.0	県内3位 同規模38位	58.9	県内2位 同規模55位	45.2	39.2	全国18位	35.3		
5 健診の状況	③	特定健診終了者(実施率)	53	76.8	57	86.4	58	85.3	37	82.2	0	0.0	1,158	14.8	297	5.5	69,327	9.0	
	④	非肥満高血糖	45	8.7	56	10.4	67	12.1	56	11.3	44	10.1	5,946	9.5	3,532	8.1	588,083	9.0	
	⑤	メタボ	該当者	98	18.9	96	17.9	112	20.3	102	20.5	108	24.8	13,887	22.2	9,180	21.0	1,321,197	20.3
	⑥		男性	75	32.2	72	29.4	85	32.6	72	30.9	76	37.8	9,720	32.3	6,496	33.1	923,222	32.0
	⑦		女性	23	8.0	24	8.2	27	9.2	30	11.4	32	13.7	4,167	12.8	2,684	11.1	397,975	11.0
	⑧		予備群	63	12.1	67	12.5	59	10.7	57	11.5	44	10.1	7,780	12.4	5,182	11.8	730,607	11.2
	⑨		男性	44	18.9	50	20.4	43	16.5	38	16.3	26	12.9	5,523	18.4	3,648	18.6	515,813	17.9
	⑩	県内市町村数	女性	19	6.6	17	5.8	16	5.5	19	7.2	18	7.7	2,257	7.0	1,534	6.3	214,794	5.9
6 問診の状況	⑪	26市町村	総数	174	33.5	173	32.2	189	34.2	177	35.6	164	37.7	23,952	38.3	15,805	36.1	2,273,296	35.0
	⑫	メタボ	男性	126	54.1	129	52.7	139	53.3	122	52.4	110	54.7	16,801	55.8	11,158	56.9	1,592,747	55.3
	⑬		女性	48	16.8	44	15.1	50	17.1	55	20.8	54	23.1	7,151	22.1	4,647	19.2	680,549	18.8
	⑭		総数	33	6.4	41	7.6	38	6.9	25	5.0	21	4.8	3,692	5.9	2,385	5.4	304,276	4.7
	⑮	BMI	男性	3	1.3	3	1.2	3	1.1	3	1.3	3	1.5	695	2.3	368	1.9	48,780	1.7
	⑯		女性	30	10.5	38	13.0	35	12.0	22	8.3	18	7.7	2,997	9.2	2,017	8.3	255,496	7.1
	⑰	血圧のみ	3	0.6	1	0.2	0	0.0	5	1.0	3	0.7	421	0.7	264	0.6	41,541	0.6	
	⑱	血圧のみ	44	8.5	49	9.1	46	8.3	38	7.6	29	6.7	5,692	9.1	3,727	8.5	514,593	7.9	
	⑲	脳質のみ	16	3.1	17	3.2	13	2.4	14	2.8	12	2.8	1,661	2.7	1,191	2.7	174,473	2.7	
	⑳	血圧・血圧レベル	16	3.1	13	2.4	19	3.4	17	3.4	15	3.4	2,311	3.7	1,335	3.0	193,722	3.0	
	㉑	血圧・脂質	6	1.2	2	0.4	3	0.5	6	1.2	5	1.1	697	1.1	450	1.0	67,212	1.0	
	㉒	血圧・脂質	47	9.1	44	8.2	54	9.8	44	8.9	52	12.0	6,233	10.0	4,666	10.7	630,648	9.7	
	㉓	血糖・血圧・脂質	29	5.6	37	6.9	36	6.5	35	7.0	36	8.3	4,646	7.4	2,729	6.2	429,615	6.6	
6 問診の状況	㉔	問診の状況	高血圧	184	35.5	203	37.8	199	36.0	196	39.4	169	38.9	24,538	39.3	16,935	38.7	2,324,538	35.8
	㉕		糖尿病	60	11.6	58	10.8	65	11.8	60	12.1	52	12.0	6,716	10.8	3,764	8.6	564,473	8.7
	㉖		脂質異常症	113	21.8	137	25.5	151	27.3	146	29.4	136	31.3	17,112	27.4	11,822	27.0	1,817,350	28.0
	㉗		脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	18	3.8	16	3.4	19	4.0	16	3.7	16	4.0	2,034	3.3	1,329	3.1	199,003	3.1
	㉘	既往歴	心筋梗死(心筋梗塞等)	27	5.7	38	8.1	34	7.1	28	6.4	23	5.7	3,656	5.9	2,531	5.8	349,845	5.5
	㉙		腎不全	5	1.1	5	1.1	7	1.5	8	1.8	4	1.0	566	0.9	511	1.2	51,680	0.8
	㉚		貧血	43	9.1	48	10.2	70	14.7	56	13.0	45	11.7	5,363	8.8	4,733	11.0	669,737	10.6
	㉛	生活習慣の状況	喫煙	70	13.5	69	12.8	76	13.7	63	12.7	54	12.4	10,267	16.4	5,368	12.3	896,676	13.8
	㉜		週3回以上朝食を抜く	30	6.4	37	7.9	34	7.2	32	7.5	19	5.0	5,550	9.4	3,980	9.1	609,166	10.3
	㉝		週3回以上食後便食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0.0	
	㉞		週3回以上就寝前夕食	62	13.2	53	11.3	56	11.8	60	14.0	48	12.6	10,136	17.1	7,259	17.0	932,218	15.7
	㉟		食べごは速度が速い	163	34.4	170	36.2	162	34.1	152	35.3	133	34.9	16,521	28.0	13,138	30.7	1,590,713	26.8
	㉟		20歳時体重から10kg以上増加	165	34.8	149	31.7	169	35.5	150	34.9	132	34.6	21,716	36.6	15,365	36.0	2,083,152	34.9
	㉟		1回10分以上運動習慣なし	308	65.0	298	63.4	268	56.4	245	57.0	228	59.5	40,253	67.5	25,071	58.7	3,589,415	60.3
	㉟		1日1時間以上運動なし	239	50.5	233	49.6	192	40.3	179	41.5	178	46.6	28,321	47.6	21,798	51.0	2,858,913	48.0
	㉟		寝眠不足	132	27.9	135	28.7	135	28.4	129	29.9	98	25.7	14,480	24.5	11,333	26.8	1,521,685	25.6
	㉟		毎日飲酒	114	24.1	114	24.3	130	27.3	114	26.1	99	24.0	15,957	26.5	10,658	24.7	1,585,206	25.5
	㉟		時々飲酒	90	19.0	80	17.0	62	13.0	62	14.2	69	16.7	13,842	23.0	7,699	17.8	1,393,154	22.4
6 問診の状況	㉟	- 1合未満	208	68.2	199	67.9	144	61.0	145	62.2	124	62.0	21,335	54.7	17,015	63.9	2,851,798	64.2	
	㉟	1~2合	59	19.3	61	20.8	56	23.7	57	24.5	46	23.0	10,999	28.2	6,226	23.4	1,053,317	23.7	
	㉟	2~3合	27	8.9	21	7.2	28	11.9	25	10.7	20	10.0	4,986	12.8	2,624	9.9	414,658	9.3	
	㉟	3合以上	11	3.6	12	4.1	8	3.4	6	2.6	10	5.0	1,688	4.3	754	2.8	122,039	2.7	

(参考資料 2) 健診・医療・介護の一体的な分析

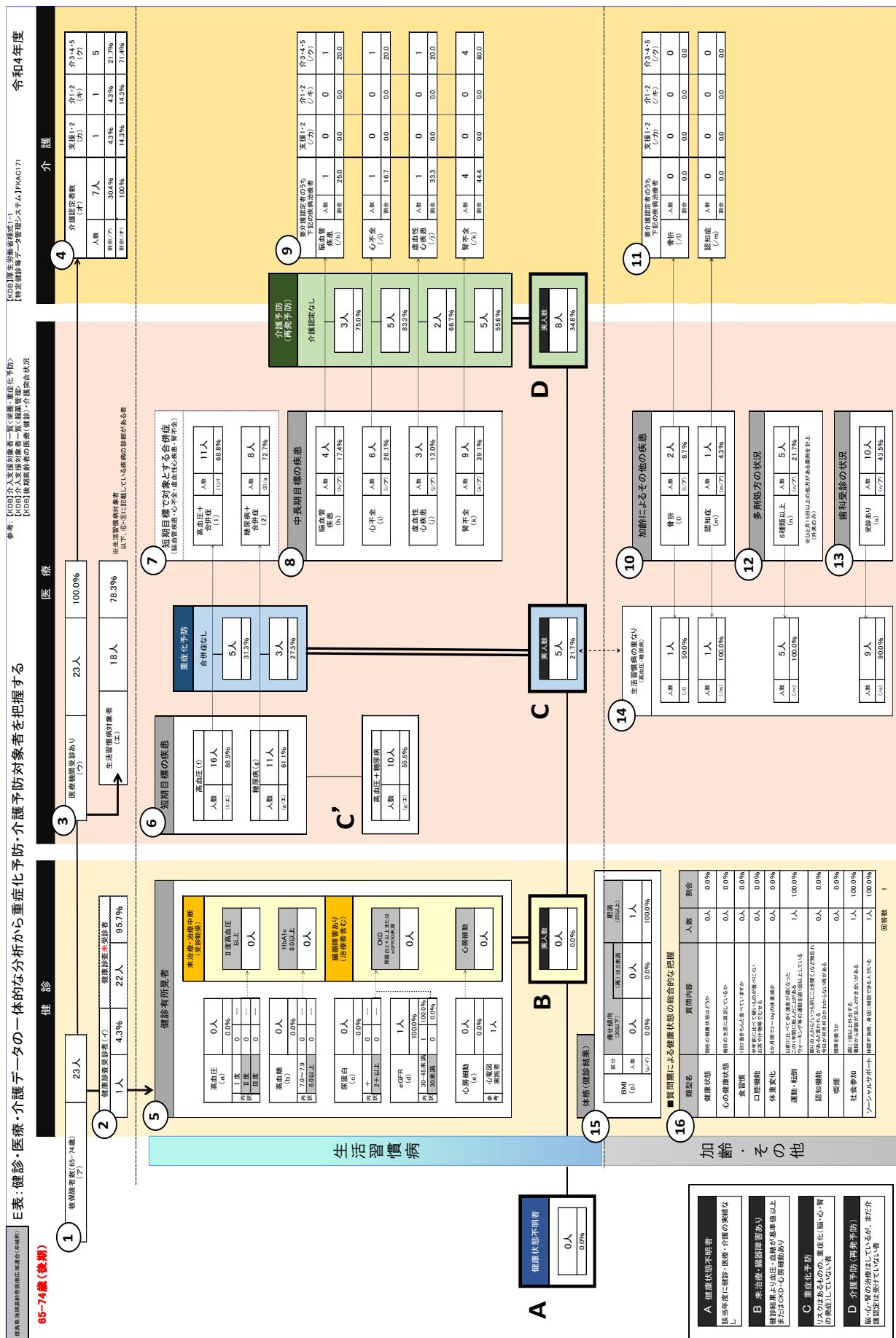
①40～64歳(国保)



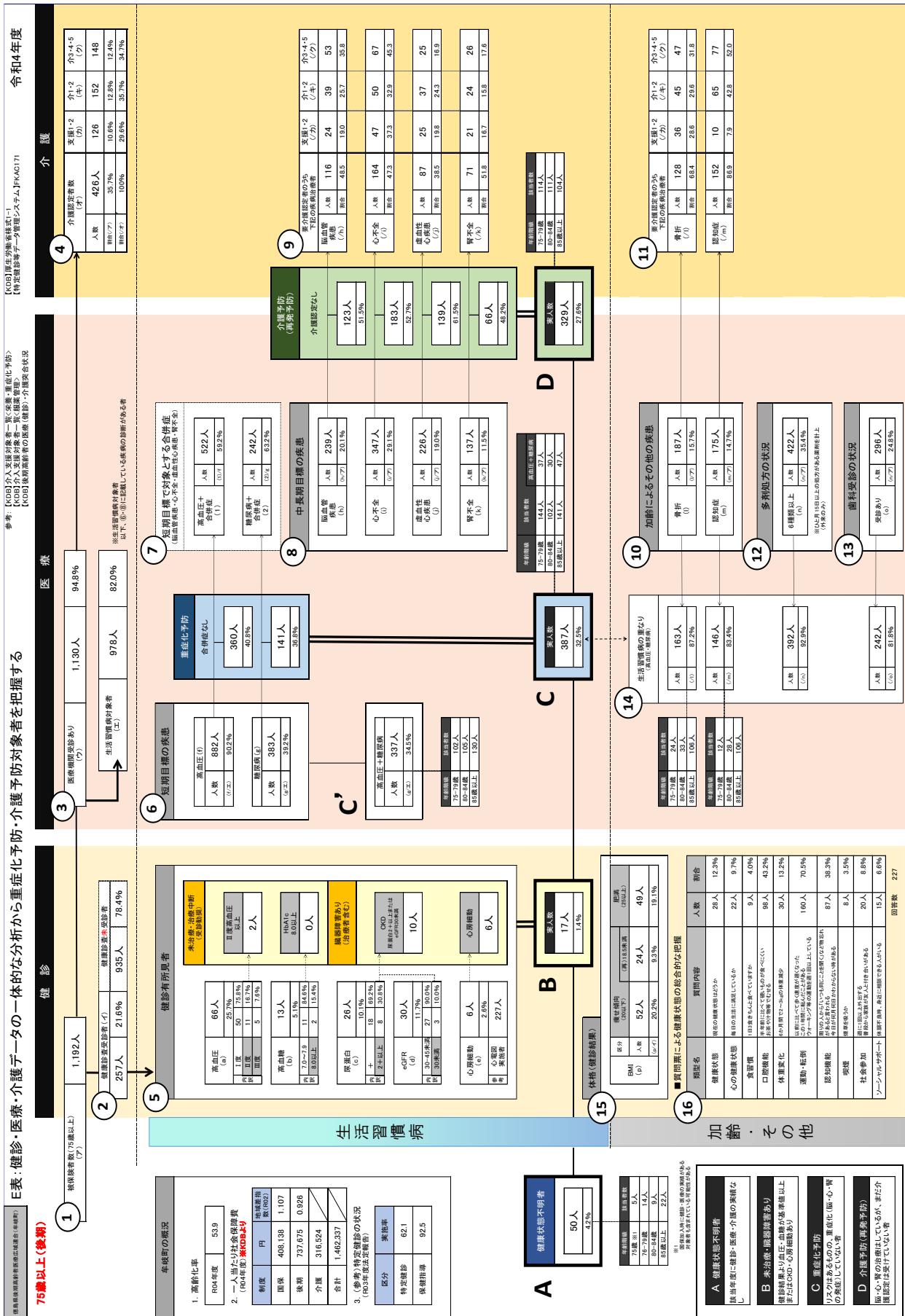
②65~74歳(国保)



③65～74 歳(後期)



④75歳以上(後期)

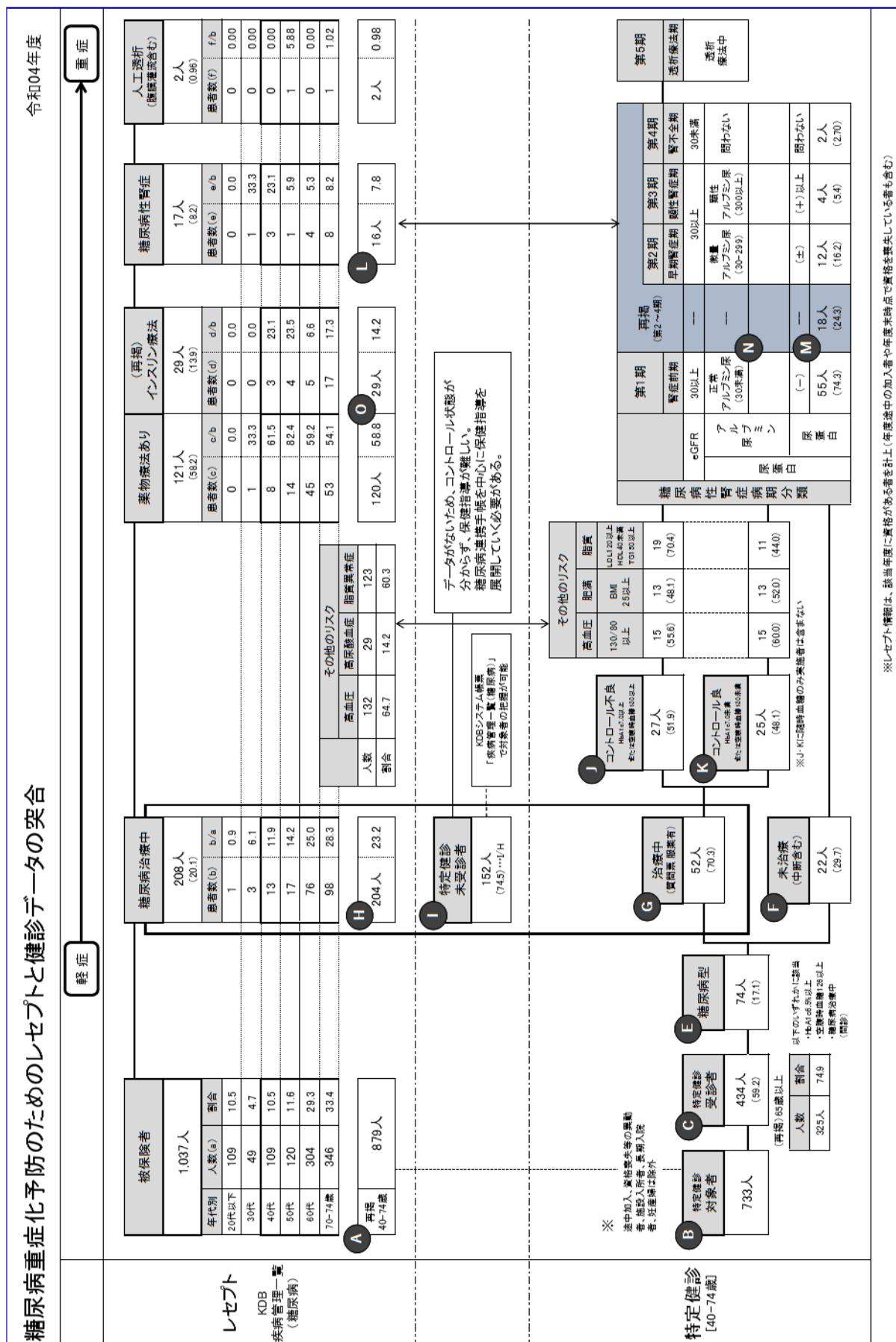


(参考資料3) 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目			突合表	牟岐町								同規模保険者(平均)		
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数		A	1,217人		1,159人		1,103人		1,106人		1,032人	
	②	(再掲)40-74歳			1,042人		999人		951人		947人		897人	
2	①	特定健診	対象者数		B	915人		869人		849人		802人	733人	
	②		受診者数		C	519人		536人		554人		498人	434人	
	③		受診率			56.7%		61.7%		65.3%		62.1%	59.2%	
3	①	特定保健指導	対象者数			59人		61人		63人		40人	44人	
	②		実施率			88.1%		91.8%		88.9%		92.5%	79.5%	
4	①	健診データ	糖尿病型		E	75人	14.5%	87人	16.2%	93人	16.8%	84人	16.9%	
	②		未治療・中断者(質問票回答なし)		F	15人	20.0%	26人	29.9%	26人	28.0%	23人	27.4%	
	③		治療中(質問票回答あり)		G	60人	80.0%	61人	70.1%	67人	72.0%	61人	72.6%	
	④		コントロール不良 HbA1c 6.5以上または空腹時血糖130以上		J	32人	53.3%	32人	52.5%	39人	58.2%	32人	52.5%	
	⑤		血圧 130/80以上			16人	50.0%	15人	46.9%	30人	76.9%	21人	65.6%	
	⑥		肥満 BMI25以上			13人	40.6%	14人	43.8%	15人	38.5%	15人	46.9%	
	⑦		コントロール良 HbA1c 10.0未満かつ空腹時血糖130未満		K	28人	46.7%	29人	47.5%	28人	41.8%	29人	47.5%	
	⑧		第1期 尿蛋白(-)		M	57人	76.0%	56人	64.4%	56人	60.2%	61人	72.6%	
	⑨		第2期 尿蛋白(±)			9人	12.0%	17人	19.5%	13人	14.0%	11人	13.1%	
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上			8人	10.7%	13人	14.9%	21人	22.6%	11人	13.1%	
	⑪		第4期 eGFR30未満			1人	1.3%	1人	1.1%	3人	3.2%	1人	1.2%	
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)			970人		1070人		970人		986人	101.7人	
	②		(再掲)40-74歳(被保険者対)			1113人		1211人		1115人		1140人	1148人	
	③		レセプト件数 (40-74歳) (被保険者対)	入院外(件数)		681件	(681.7)	689件	(721.5)	694件	(728.2)	686件	(768.2)	
	④			入院(件数)		5件	(5.0)	7件	(7.3)	7件	(7.3)	4件	(4.5)	
	⑤		糖尿病治療中		H	118人	9.7%	124人	10.7%	107人	9.7%	109人	9.9%	
	⑥		(再掲)40-74歳			116人	11.1%	121人	12.1%	106人	11.1%	108人	11.4%	
	⑦		健診未受診者		I	56人	48.3%	61人	50.4%	39人	36.8%	47人	43.5%	
	⑧		インスリン治療		O	20人	16.9%	17人	13.7%	18人	16.8%	14人	12.8%	
	⑨		(再掲)40-74歳			20人	17.2%	17人	14.0%	18人	17.0%	14人	13.0%	
	⑩		糖尿病性腎症		L	15人	12.7%	16人	12.9%	12人	11.2%	11人	10.1%	
	⑪		(再掲)40-74歳			15人	12.9%	16人	13.2%	12人	11.3%	11人	10.2%	
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			2人	1.7%	3人	2.4%	1人	0.9%	1人	0.9%	
	⑬		(再掲)40-74歳			2人	1.7%	3人	2.5%	1人	0.9%	1人	0.9%	
	⑭		新規透析患者数			0人	0.0%	1人	33.3%	0人	0.0%	0人	0.0%	
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症			0人	0.0%	1人	100.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			2人	1.1%	3人	1.5%	7人	3.6%	7人	3.5%	
6	①	医療費	総医療費			4億3378万円		4億3789万円		4億2503万円		4億5549万円	3億9263万円	
	②		生活習慣病総医療費			2億4438万円		2億3746万円		2億5044万円		2億6822万円	2億1955万円	
	③		(総医療費に占める割合)			53.9%		54.2%		58.9%		58.9%	53.6%	
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		10,566円		13,415円		16,046円		15,923円	8,962円	
	⑤			健診未受診者		37,855円		35,723円		32,447円		32,653円	8,820円	
	⑥		糖尿病医療費			2260万円		2483万円		2607万円		2384万円	2320万円	
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)			9.2%		10.5%		10.4%		8.9%	10.6%	
	⑧		糖尿病入院外総医療費			5958万円		6217万円		5688万円		6120万円	4845万円	
	⑨		1件あたり			38,565円		41,115円		37,971円		40,420円	33,508円	
	⑩		糖尿病入院総医療費			5578万円		5211万円		5665万円		5172万円	4253万円	
	⑪		1件あたり			563,400円		473,724円		643,716円		663,047円	598,974円	
	⑫		在院日数			17日		16日		18日		17日	18日	
	⑬		慢性腎不全医療費			131万円		273万円		65万円		55万円	108万円	
	⑭		透析有り			8万円		229万円				5万円	862万円	
	⑮		透析なし			123万円		43万円		65万円		50万円	108万円	
7	①	介護	介護給付費			6億7258万円		6億8596万円		6億9215万円		6億7666万円	6億3811万円	
	②		(2号認定者)糖尿病合併症			0件	0.0%	0件	0.0%	1件	25.0%	0件	0.0%	
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)			0人	0.0%	3人	3.4%	2人	2.3%	0人	0.0%	
										1人	1.2%	267人	1.0%	

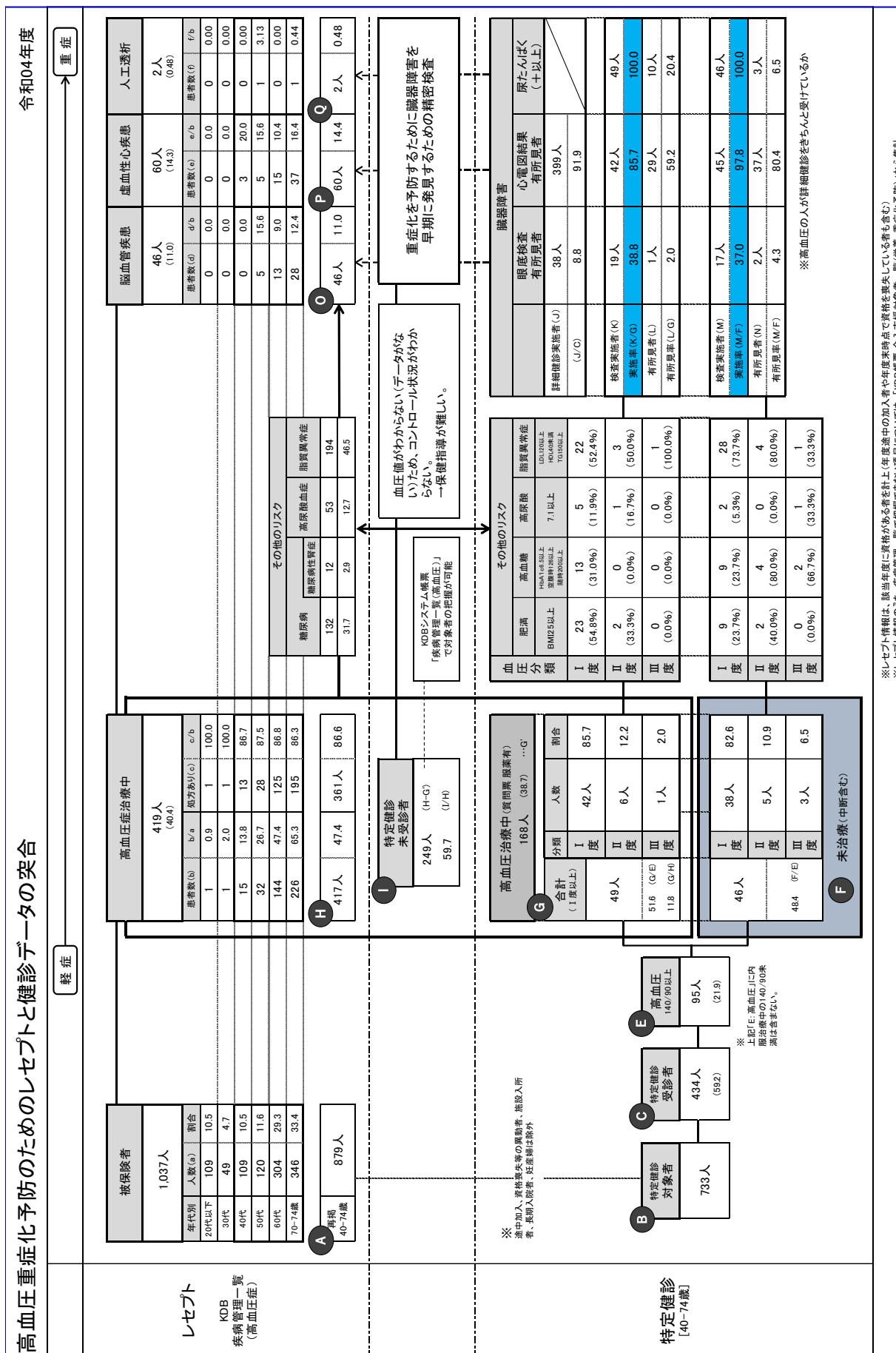
糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

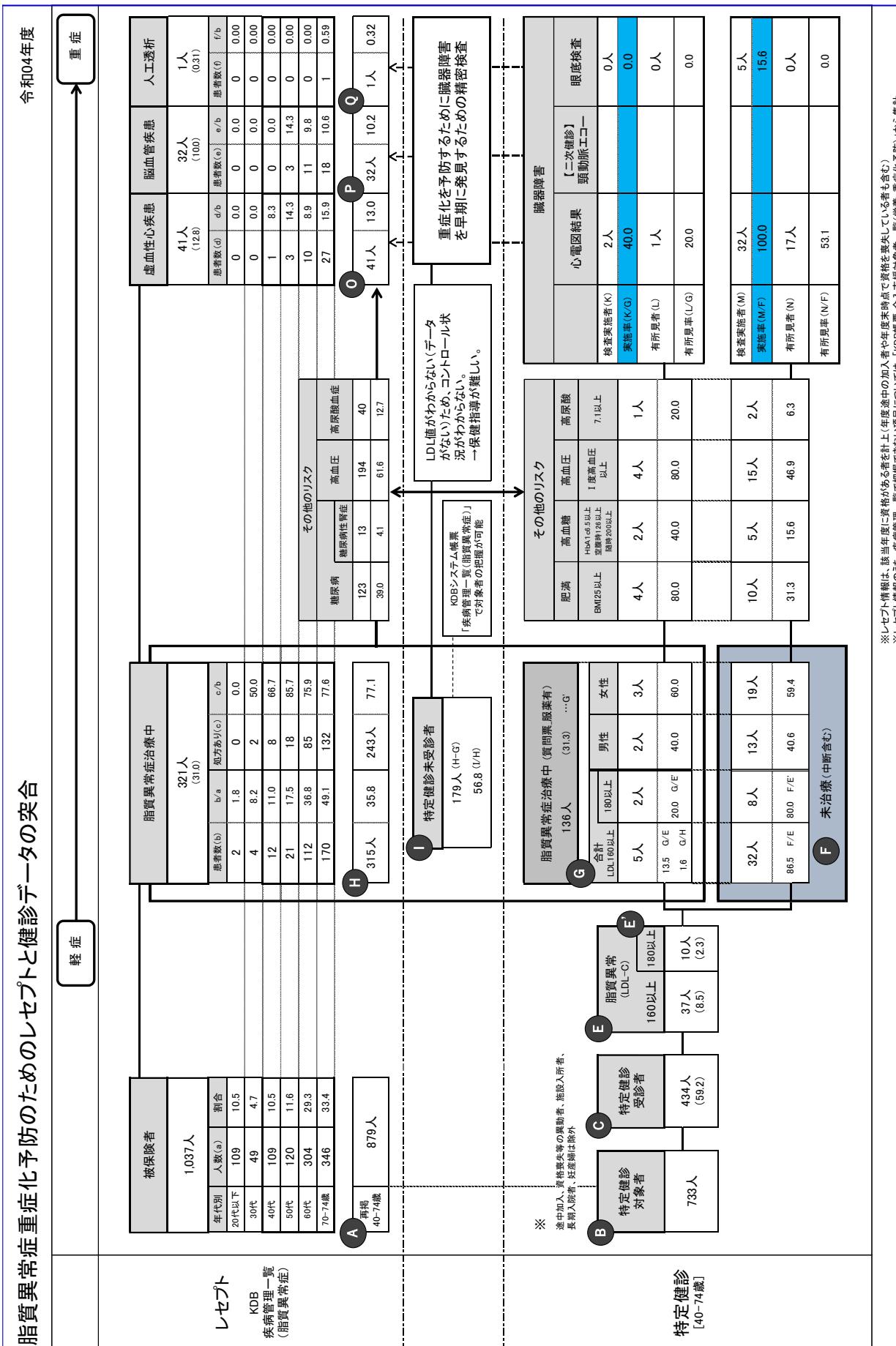


※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報のうち、疾患管理一覧で把握できない項目については、「KBDB標準個人支拂医療者一覧（栄養・看護に干渉）」から集計

(参考資料 5) 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



(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



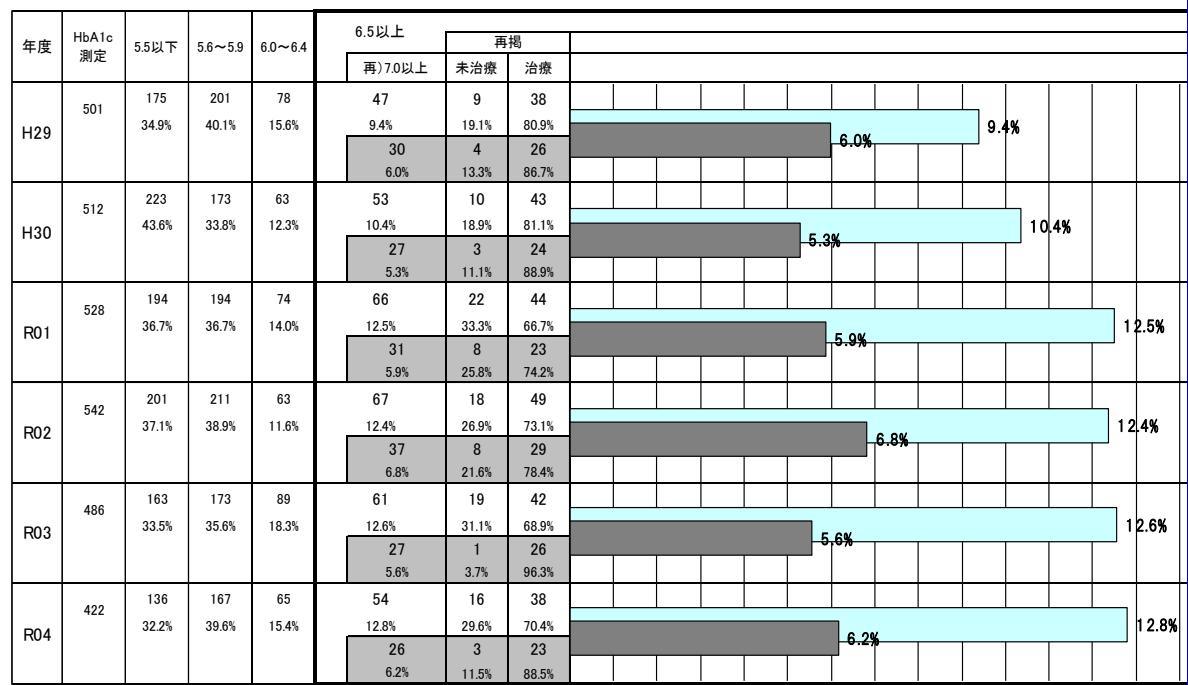
(参考資料 7) HbA1c の年次比較

HbA1cの年次比較

HbA1c測定	正常	保健指導判定値				受診勧奨判定値				再掲							
		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0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				
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	501	175	34.9%	201	40.1%	78	15.6%	17	3.4%	24	4.8%	6	1.2%	15	3.0%	3	0.6%
H30	512	223	43.6%	173	33.8%	63	12.3%	26	5.1%	22	4.3%	5	1.0%	14	2.7%	4	0.8%
R01	528	194	36.7%	194	36.7%	74	14.0%	35	6.6%	21	4.0%	10	1.9%	19	3.6%	7	1.3%
R02	542	201	37.1%	211	38.9%	63	11.6%	30	5.5%	32	5.9%	5	0.9%	16	3.0%	3	0.6%
R03	486	163	33.5%	173	35.6%	89	18.3%	34	7.0%	22	4.5%	5	1.0%	19	3.9%	3	0.6%
R04	422	136	32.2%	167	39.6%	65	15.4%	28	6.6%	18	4.3%	8	1.9%	15	3.6%	4	0.9%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は



治療と未治療の状況

HbA1c測定	正常	保健指導判定値				受診勧奨判定値				再掲									
		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病													
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0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						
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	52	10.4%	1	1.9%	3	5.8%	10	19.2%	12	23.1%	22	42.3%	4	7.7%	13	25.0%	2	3.8%
	H30	60	11.7%	6	10.0%	3	5.0%	8	13.3%	19	31.7%	19	31.7%	5	8.3%	12	20.0%	4	6.7%
	R01	58	11.0%	1	1.7%	5	8.6%	8	13.8%	21	36.2%	18	31.0%	5	8.6%	14	24.1%	2	3.4%
	R02	64	11.8%	2	3.1%	5	7.8%	8	12.5%	20	31.3%	26	40.6%	3	4.7%	14	21.9%	2	3.1%
	R03	59	12.1%	1	1.7%	1	1.7%	15	25.4%	16	27.1%	21	35.6%	5	8.5%	18	30.5%	3	5.1%
	R04	52	12.3%	0	0.0%	3	5.8%	11	21.2%	15	28.8%	17	32.7%	6	11.5%	13	25.0%	4	7.7%
治療なし	H29	449	89.6%	174	38.8%	198	44.1%	68	15.1%	5	1.1%	2	0.4%	2	0.4%	1	0.2%		
	H30	452	88.3%	217	48.0%	170	37.6%	55	12.2%	7	1.5%	3	0.7%	0	0.0%	2	0.4%	0	0.0%
	R01	470	89.0%	193	41.1%	189	40.2%	66	14.0%	14	3.0%	3	0.6%	5	1.1%	5	1.1%	5	1.1%
	R02	478	88.2%	199	41.6%	206	43.1%	55	11.5%	10	2.1%	6	1.3%	2	0.4%	2	0.4%	1	0.2%
	R03	427	87.9%	162	37.9%	172	40.3%	74	17.3%	18	4.2%	1	0.2%	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%
	R04	370	87.7%	136	36.8%	164	44.3%	54	14.6%	13	3.5%	1	0.3%	2	0.5%	2	0.5%	0	0.0%

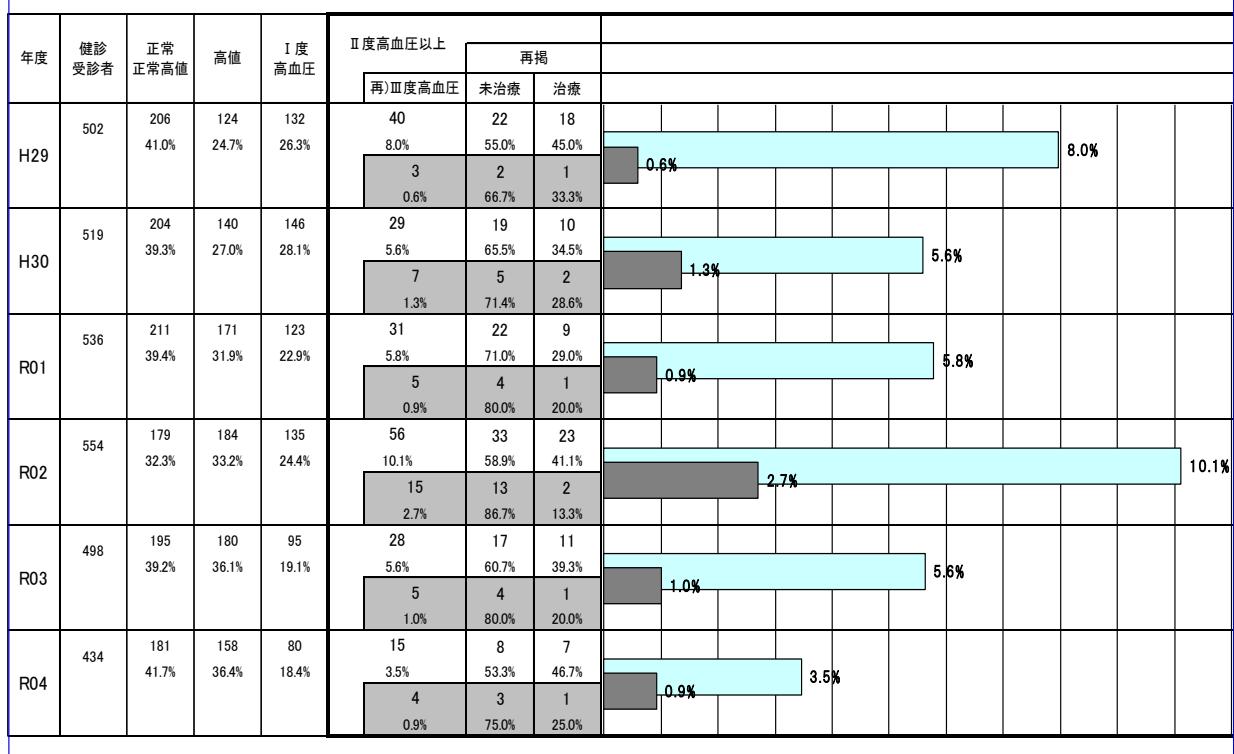
(参考資料 8) 血圧の年次比較

血圧の年次比較

血圧測定者	正常	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	D/A	人数	E/A	人数	F/A
A	B	B/A	C	C/A	B/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	502	94	18.7%	112	22.3%	124	24.7%	132	26.3%	37	7.4%	3	0.6%
H30	519	109	21.0%	95	18.3%	140	27.0%	146	28.1%	22	4.2%	7	1.3%
R01	536	117	21.8%	94	17.5%	171	31.9%	123	22.9%	26	4.9%	5	0.9%
R02	554	90	16.2%	89	16.1%	184	33.2%	135	24.4%	41	7.4%	15	2.7%
R03	498	94	18.9%	101	20.3%	180	36.1%	95	19.1%	23	4.6%	5	1.0%
R04	434	95	21.9%	86	19.8%	158	36.4%	80	18.4%	11	2.5%	4	0.9%

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

重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は



治療と未治療の状況

血圧測定者	正常	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	D/A	人数	E/A	人数	F/A		
A	B	B/A	C	C/A	C	D	D/A	E	E/A	F	F/A				
治療中	H29	172	34.3%	16	9.3%	35	20.3%	53	30.8%	50	29.1%	17	9.9%	1	0.6%
	H30	184	35.5%	22	12.0%	28	15.2%	58	31.5%	66	35.9%	8	4.3%	2	1.1%
	R01	203	37.9%	23	11.3%	33	16.3%	71	35.0%	67	33.0%	8	3.9%	1	0.5%
	R02	199	35.9%	18	9.0%	25	12.6%	75	37.7%	58	29.1%	21	10.6%	2	1.0%
	R03	196	39.4%	20	10.2%	32	16.3%	81	41.3%	52	26.5%	10	5.1%	1	0.5%
	R04	168	38.7%	15	8.9%	37	22.0%	67	39.9%	42	25.0%	6	3.6%	1	0.6%
治療なし	H29	330	65.7%	78	23.6%	77	23.3%	71	21.5%	82	24.8%	20	6.1%	2	0.6%
	H30	335	64.5%	87	26.0%	67	20.0%	82	24.5%	80	23.9%	14	4.2%	5	1.5%
	R01	333	62.1%	94	28.2%	61	18.3%	100	30.0%	56	16.8%	18	5.4%	4	1.2%
	R02	355	64.1%	72	20.3%	64	18.0%	109	30.7%	77	21.7%	20	5.6%	13	3.7%
	R03	302	60.6%	74	24.5%	69	22.8%	99	32.8%	43	14.2%	13	4.3%	4	1.3%
	R04	266	61.3%	80	30.1%	49	18.4%	91	34.2%	38	14.3%	5	1.9%	3	1.1%

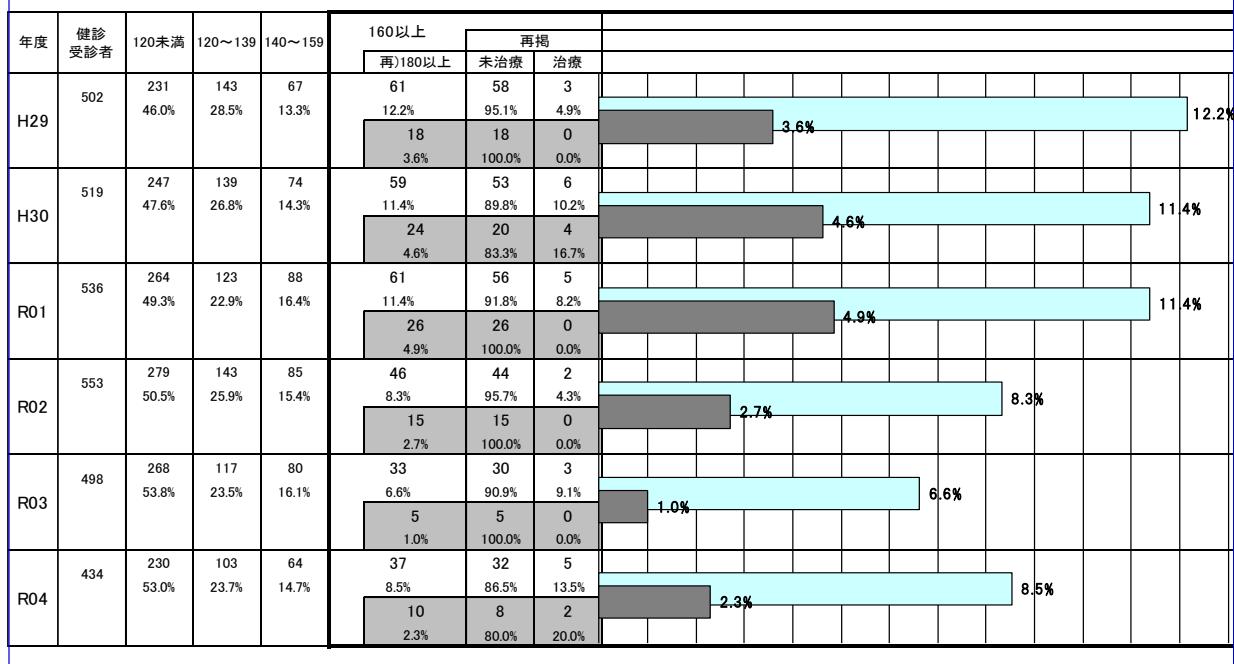
(参考資料 9) LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

LDL 測定者	正常	保健指導判定値		受診勧奨判定値								
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	502	231	46.0%	143	28.5%	67	13.3%	43	8.6%	18	3.6%
	H30	519	247	47.6%	139	26.8%	74	14.3%	35	6.7%	24	4.6%
	R01	536	264	49.3%	123	22.9%	88	16.4%	35	6.5%	26	4.9%
	R02	553	279	50.5%	143	25.9%	85	15.4%	31	5.6%	15	2.7%
	R03	498	268	53.8%	117	23.5%	80	16.1%	28	5.6%	5	1.0%
	R04	434	230	53.0%	103	23.7%	64	14.7%	27	6.2%	10	2.3%
男性	H29	222	111	50.0%	64	28.8%	25	11.3%	17	7.7%	5	2.3%
	H30	233	121	51.9%	63	27.0%	32	13.7%	11	4.7%	6	2.6%
	R01	244	133	54.5%	53	21.7%	39	16.0%	11	4.5%	8	3.3%
	R02	260	145	55.8%	64	24.6%	34	13.1%	11	4.2%	6	2.3%
	R03	233	135	57.9%	58	24.9%	30	12.9%	9	3.9%	1	0.4%
	R04	201	113	56.2%	46	22.9%	27	13.4%	10	5.0%	5	2.5%
女性	H29	280	120	42.9%	79	28.2%	42	15.0%	26	9.3%	13	4.6%
	H30	286	126	44.1%	76	26.6%	42	14.7%	24	8.4%	18	6.3%
	R01	292	131	44.9%	70	24.0%	49	16.8%	24	8.2%	18	6.2%
	R02	293	134	45.7%	79	27.0%	51	17.4%	20	6.8%	9	3.1%
	R03	265	133	50.2%	59	22.3%	50	18.9%	19	7.2%	4	1.5%
	R04	233	117	50.2%	57	24.5%	37	15.9%	17	7.3%	5	2.1%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は



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	96	19.1%	68	70.8%	19	19.8%	6	6.3%	3	3.1%	0	0.0%
	H30	113	21.8%	79	69.9%	22	19.5%	6	5.3%	2	1.8%	4	3.5%
	R01	137	25.6%	94	68.6%	28	20.4%	10	7.3%	5	3.6%	0	0.0%
	R02	151	27.3%	113	74.8%	26	17.2%	10	6.6%	2	1.3%	0	0.0%
	R03	146	29.3%	111	76.0%	24	16.4%	8	5.5%	3	2.1%	0	0.0%
	R04	136	31.3%	103	75.7%	18	13.2%	10	7.4%	3	2.2%	2	1.5%
治療なし	H29	406	80.9%	163	40.1%	124	30.5%	61	15.0%	40	9.9%	18	4.4%
	H30	406	78.2%	168	41.4%	117	28.8%	68	16.7%	33	8.1%	20	4.9%
	R01	399	74.4%	170	42.6%	95	23.8%	78	19.5%	30	7.5%	26	6.5%
	R02	402	72.7%	166	41.3%	117	29.1%	75	18.7%	29	7.2%	15	3.7%
	R03	352	70.7%	157	44.6%	93	26.4%	72	20.5%	25	7.1%	5	1.4%
	R04	298	68.7%	127	42.6%	85	28.5%	54	18.1%	24	8.1%	8	2.7%