

# 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<sup>※1</sup>」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<sup>※2</sup>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)<sup>※3</sup>」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<sup>※4</sup>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村の課題等を踏まえ、本村では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

---

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

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

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

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、「被保険者の健康の保持増進」が最終的な目的であり、その実効性を高めるうえでは、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

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

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

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

本村では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB<sup>※6</sup>)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。

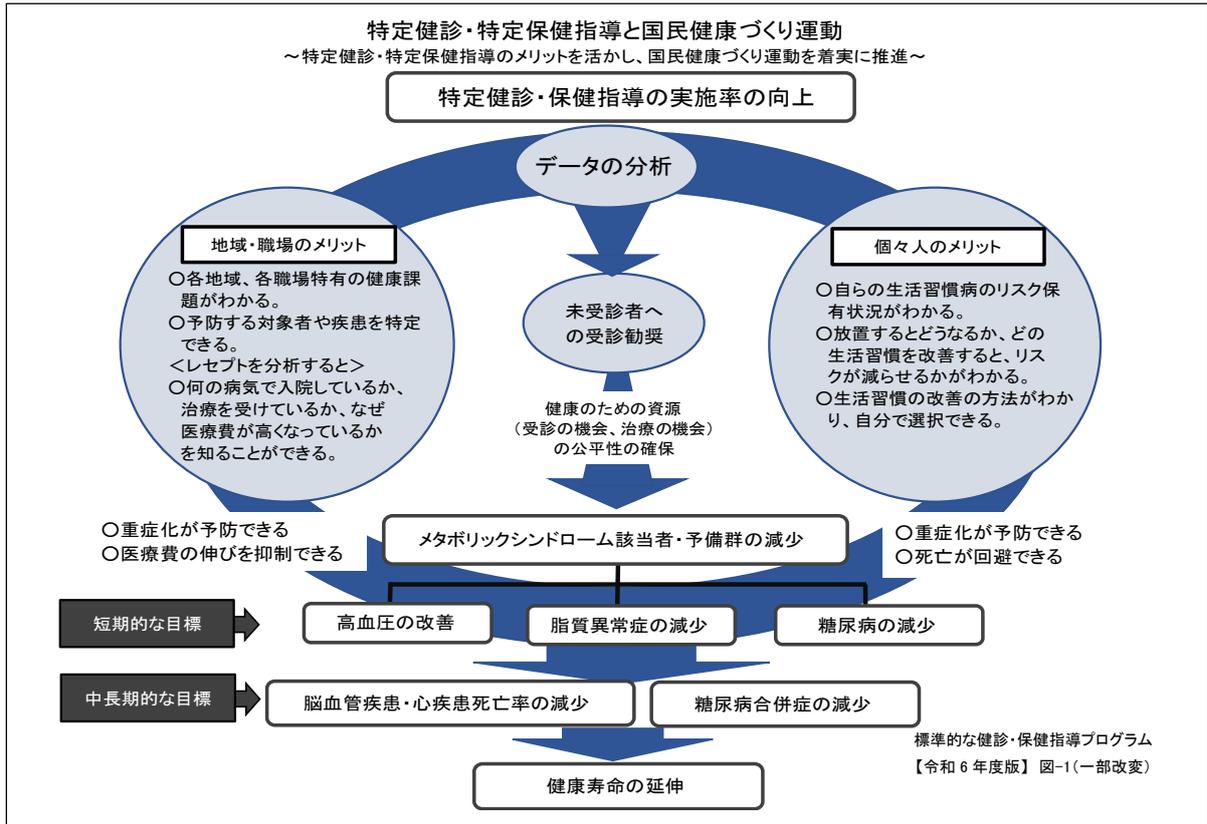
図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

※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とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進 の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医 療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的 かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健 事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価 を行う。	加入者の年齢構成、地域条件等の実情を考 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を迎える 現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、 小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖 尿 病 糖尿病合併症(糖尿病腎症)  循環器病 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)		
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」  51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価中心  参考例 全都道府県で設定が望ましい指標例 アウトカム:メタボリックシンドローム減少率 HbA1C8.0以上の割合 アウトプット:特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)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(※) ※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	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>メタボリックシンドローム</p> <p>糖尿病等 生活習慣病の重症化予防</p> </div>	<div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px;"> <p>5疾病</p> <p>糖 尿 病</p> <p>心筋梗塞等の心血管疾患 脳 卒 中</p> <p>が ん</p> <p>精神疾患</p> </div>	<p>要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止</p> <p>生活習慣病</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>虚血性心疾患・心不全 脳血管疾患</p> </div> <p>認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養</p>
評価	<p>(住民の健康の保持推進)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診実施率</li> <li>特定保健指導実施率</li> <li>メタボ該当者・予備群の減少率</li> <li>生活習慣病等の重症化予防の推進</li> <li>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</li> </ul> <p>(医療の効率的な提供の推進)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>後発医薬品</li> <li>バイオ後続品の使用促進</li> <li>医療資源の効果的・効率的な活用</li> <li>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</li> </ul>	<p>①5疾病・6事業に関する目標</p> <p>②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>6 事業</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①救急医療</li> <li>②災害時における医療</li> <li>③へき地医療</li> <li>④周産期医療</li> <li>⑤小児医療</li> <li>⑥新興感染症発生・まん延時 の医療</li> </ul> </div>	<p>①PDCAサイクルの活用にする保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業)</p> <p>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)</p> <p>③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、人材の確保)</p>
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

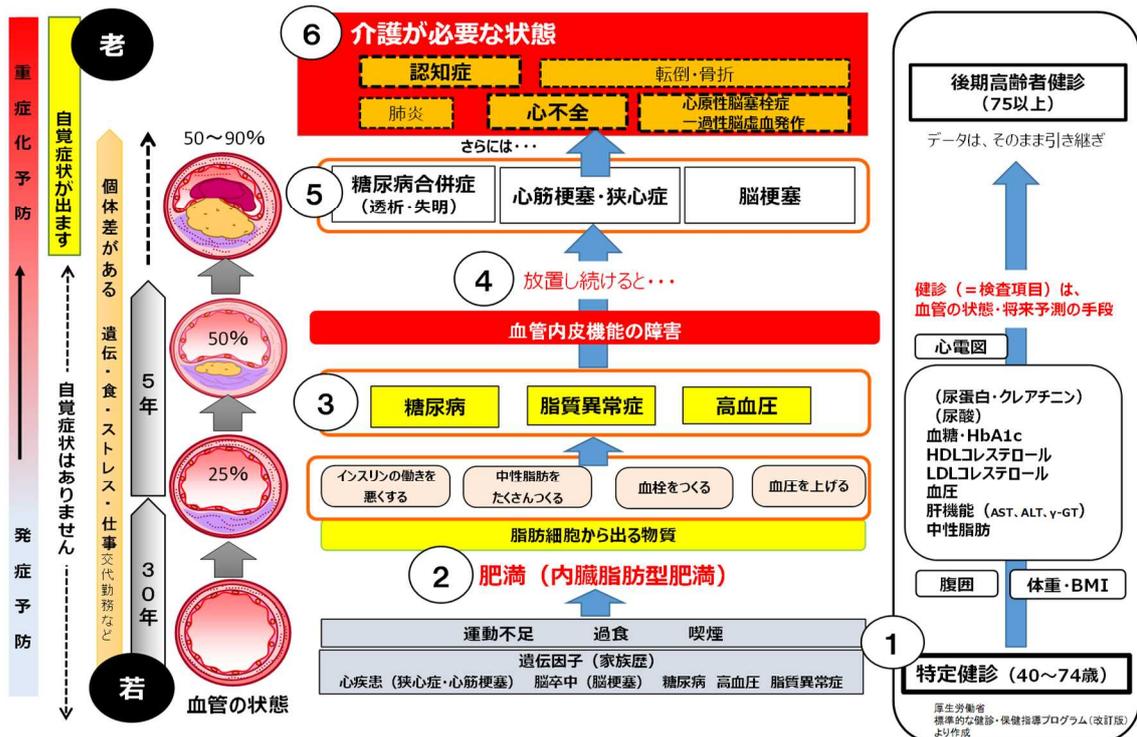


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

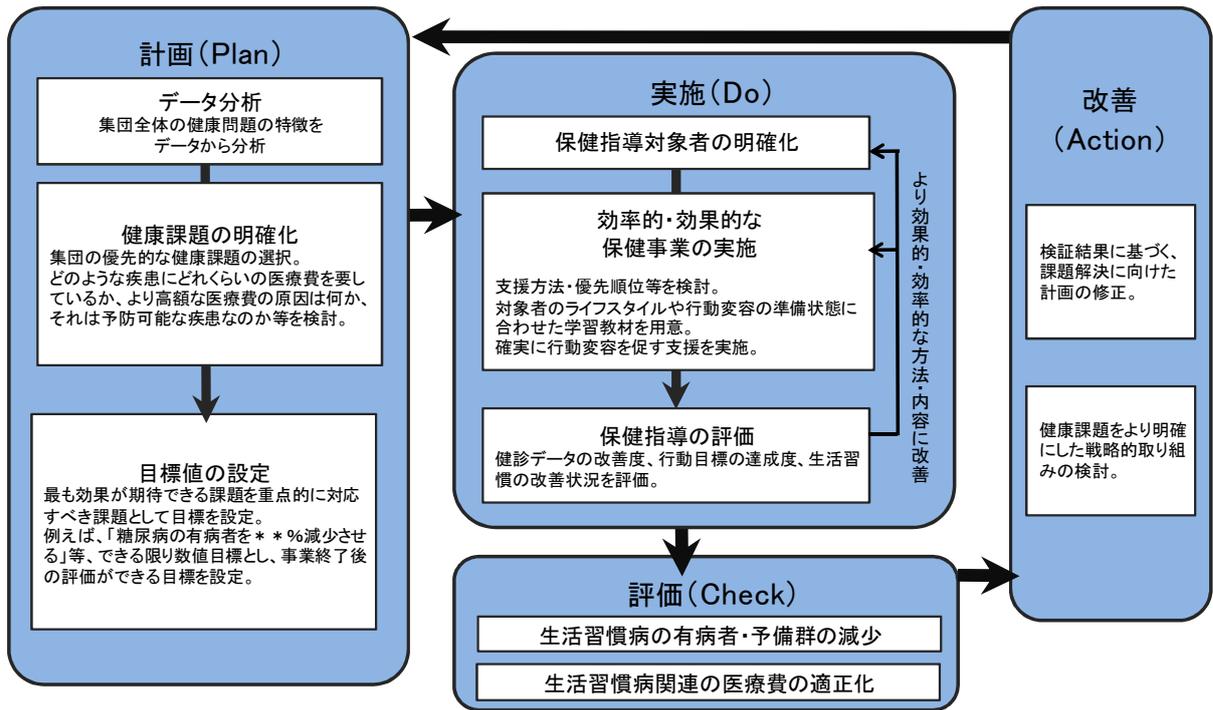
【参考資料】「特定健診の意義」住民との共通資料

**特定健診の意義**

～内臓脂肪を減らすことで、心・血管疾患、糖尿病のリスクを抑えることが可能

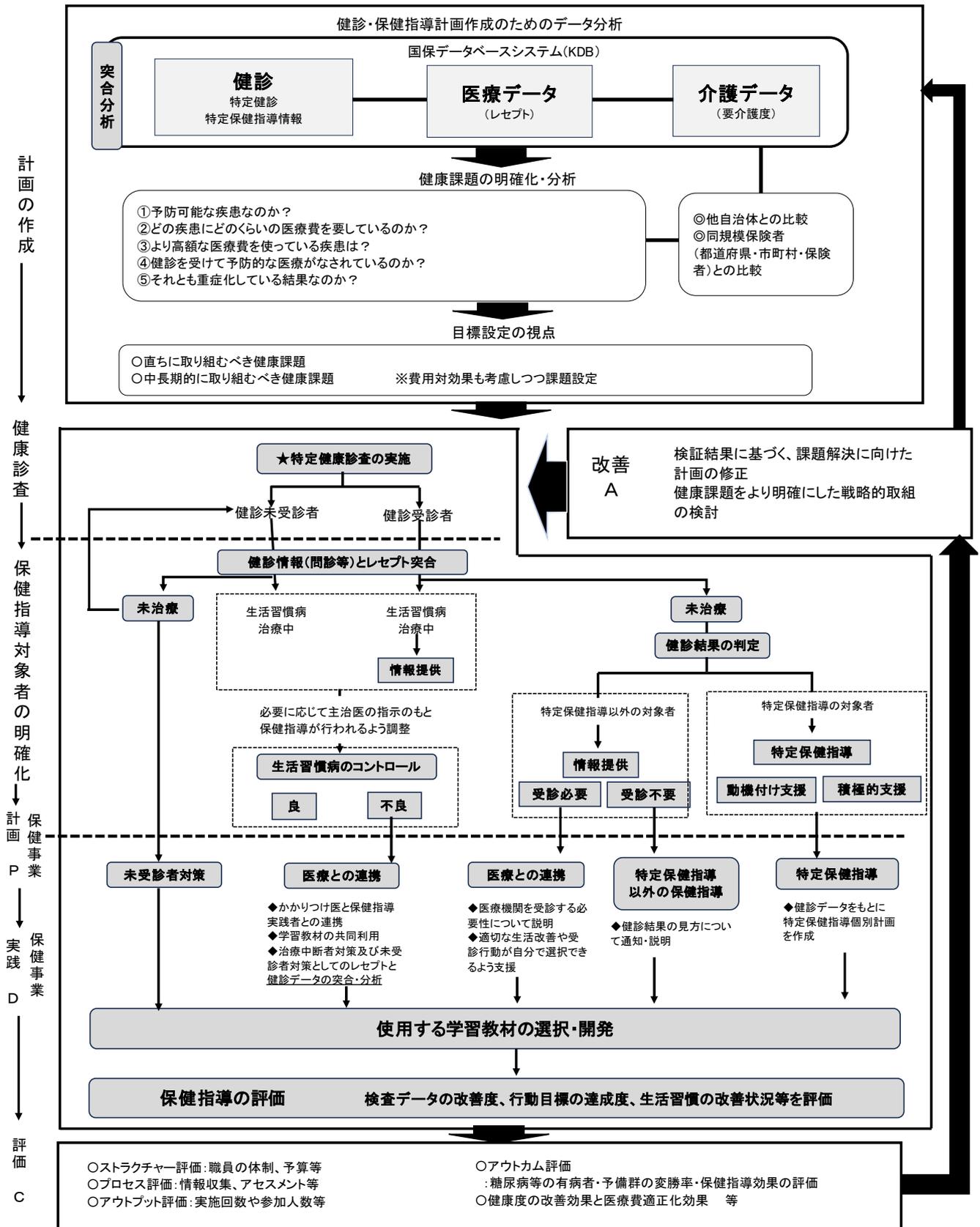


図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



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
健診・保健指導の関係	かつての健診・保健指導 健診に付加した保健指導	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">                     最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)                 </div> <div style="font-size: 2em; margin: 10px 0;">➔</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">                     行動変容を促す手法                 </div>	現在の健診・保健指導 内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体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。

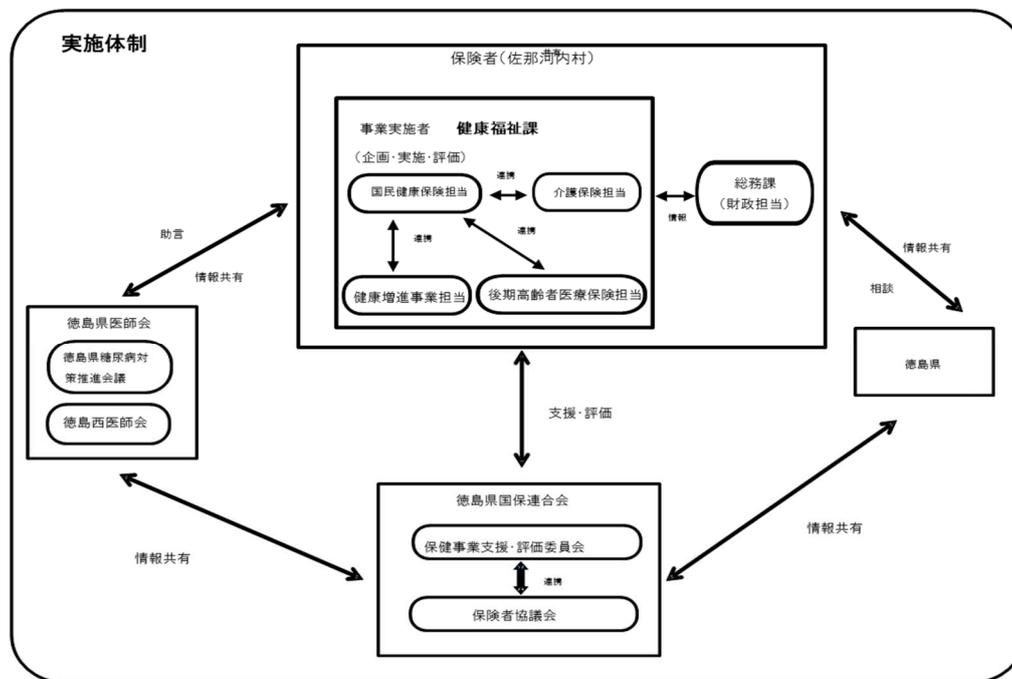
### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 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係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、健康福祉課、徳島西医師会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 佐那河内村の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

保・・・保健師 栄・・・栄養士 事・・・事務(注:支払い事務等) ◎・・・主担当 ○・・・副担当

	保	保	保	保 (非常勤)	栄 (非常勤)	栄 (非常勤)	事 (国保)	事 (後期)
国保事務							◎	
後期事務								◎
国保健康診断 保健指導	◎	○	○		○			
後期健康診断 保健指導	○	◎	○	○	○			
がん検診	◎	○	○					
予防接種	○	◎ (高齢者)	◎ (母子)					
母子保健	○	○	◎		○			
精神保健	○	◎	○					
健康増進 歯科保健	○	○	◎			○		

## 2) 関係機関との連携

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

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、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、協力していきます。

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

## 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、佐那河内村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。

本村の実績は 11 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			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			佐那河内村	配点	佐那河内村	配点	佐那河内村	配点
交付額(千円)			1,611		1,475		1,402	
全国順位(1,741市町村中)			179位		219位		283位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	75	70	90	70	80	70
		(2)特定保健指導実施率		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		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	25	40	70	40	75	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	60	90	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組	55	130	10	130	10	130
(2)後発医薬品の使用割合								
固有の指標	①	保険料(税)収納率	80	100	100	100	100	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	20	30	20	30	20	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	50	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	68	95	67	100	74	100
合計点			703	1,000	687	960	659	940

評価指標			H30		R1		R2		R3		R4		R5			
			獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点*	満点	獲得点*	満点		
総得点(体制構築加点を除く)			526	790	606	880	691	995	703	1,000	687	960	659	940		
獲得割合(%)			66.6%		68.9%		69.4%		70.3%		71.6%		70.1%			
交付額(千円)			937		1,402		1,540		1,611		1,475		1,402			
一人当たり交付額(円)			2,020		2,115		2,391		2,525		2,446		2,460			
市町村順位(24市町村中)			3位		3位		3位		3位		3位		4位			
共通①	(1)特定健診受診率	0	50	0	50	0	70	25	70	0	70	10	70	予防(保健師等)		
	(2)特定保健指導実施率	30	50	50	50	70	70	50	70	70	70	70	70			
	(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	20	50	0	50	0	50	0	50	20	50	0	50			
共通②	(1)がん検診受診率	0	30	10	30	0	40	10	40	40	40	50	40			
	(2)歯科健診実施状況	25	25	25	25	20	30	15	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	120	95	100			
固有②	データヘルス計画の取組	33	40	50	50	40	40	40	40	30	30	25	25		350	
共通④	個人への分かりやすい情報提供	25	25	20	20	20	20	20	20	15	15	20	20		455点	
	個人のインセンティブ提供	70	70	70	70	75	90	90	90	45	45	45	45		53.1%	
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	50	50	50		事務職	
共通⑥	(1)後発医薬品の促進の取組	20	35	35	35	10	10	10	10	10	10	10	10			
	(2)後発医薬品の使用割合	0	40	60	100	45	120	45	120	0	120	0	120			
固有①	収納率向上	100	100	45	100	85	100	80	100	100	100	100	100			
固有③	医療費通知の取組	25	25	25	25	25	25	25	25	20	25	15	15			
固有④	地域包括ケア推進・一体的実施	13	25	15	25	25	25	20	30	20	40	20	40			
固有⑤	第三者求償の取組	16	40	27	40	37	40	35	40	50	50	50	50	319		
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	14	50	24	60	69	95	68	95	67	100	74	100	485点		
体制構築加点			60	60	40	40	-	-	-	-	-	-	-	-		48.4%

## 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)

本村の人口は約2千人で、高齢化率は47.9%(令和2年度国勢調査)です。全国と同規模、徳島県と比較すると、65歳以上の高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢は56.5歳と高く、出生率は3.9、死亡率16.0となっています。産業においては、これまでは農業を中心とする第1次産業が最も多かったが減少しており、第3次産業が41.2%と増加している。被保険者の健康実態を分析し、働き方や生活リズム等を把握し、若い年代からの健康課題の明確にすることや取組みを考えていくことが重要となっています。(図表9)

また、国保加入率は26.8%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にある。年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約51.7%と国保加入者の半数以上を占めており、前期高齢者の加入者は年々増加傾向にある。しかし40～64歳の若い世代の加入率は30.5%と年々減少傾向にあり、H30年と比較して4.5%減少となっている。(図表10)

図表9 同規模・県・国と比較した佐那河内村の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
佐那河内村	2,058	47.9 ↑	551 (26.8)	56.5 ↑	3.9 ↓	16.0 ↑	0.2	40.4 ↓	18.4 ↓	41.2 ↑
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、佐那河内村と同規模保険者(274市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合								
被保険者数	658		652		624		591		551 ↓	
65～74歳	322	48.9	329	50.5	325	52.1	313	53.0	285	51.7
40～64歳	230	35.0	210	32.2	196	31.4	182	30.8	168	30.5 ↓
39歳以下	106	16.1	113	17.3	103	16.5	96	16.2	98	17.8
加入率	28.7		28.5		27.3		25.8		26.8	

出典: KDBシステム\_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

#### (医療の状況)

また本村には1つの診療所があったが、令和5年12月末で閉院となっている。そのため、地域内に医療機関がなく医療資源に乏しい状況にある一方で、外来患者数及び入院患者数をみると、同規模や県と比較して高い傾向にあります。外来・入院患者数について、H30年度と比較すると外来患者

数は微増、入院患者数は減少している。地域内に医療機関が無い状況下ではあるが、必要なタイミングで適切に医療機関を受診できているかなど医療の状況の確認や、医療費への影響等と結び付けてみていく必要があります。(図表 11)

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	同規模	県								
											割合	割合
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.3	0.7
診療所数	2	3.0	2	3.1	2	3.2	2	3.4	2	3.6	3.6	4.6
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21.9	88.4
医師数	0	0.0	0	0.0	2	3.2	2	3.4	2	3.6	3.3	16.6
外来患者数	754.9		765.8		734.1		763.9		766.0		653.6	737.2
入院患者数	31.0		32.6		23.8		24.8		28.2		22.9	25.0

出典: KDBシステム\_地域の全体像の把握

※実際は H30 年度から令和 4 年度の診療所数は実数1となっている。

## 2. 第2期計画にかかる評価及び考察

### 1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画の評価は、短期的な目標と中長期的な目標の2段階で設定します。

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

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

### (1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

#### ① 介護給付費の状況

本村の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で2人(認定率0.33%)、1号(65歳以上)被保険者で203人(認定率20.6%)と同規模と比較すると高く、H30年度と比べると微増で推移しています。

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

	佐那河内村				同規模 R04年度	県 R04年度	国 R04年度
	H30年度		R04年度				
高齢化率	988人	43.2%	986人	47.9%	41.4%	34.5%	28.7%
2号認定者	1人	0.14%	2人	0.33%	0.38%	0.38%	0.38%
新規認定者					--	--	--
1号認定者	194人	19.6%	203人	20.6%	19.9%	20.7%	19.4%
新規認定者	29人		28人		--	--	--
再掲							
65～74歳	18人	4.0%	15人	3.3%	--	--	--
新規認定者	8人		2人		--	--	--
75歳以上	176人	32.5%	188人	35.7%	--	--	--
新規認定者	21人		26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3億600万円から約3億1800万円に伸びています。一人あたり給付費をみても、H30より約1万円増えていますが、介護保険料をみると、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

	佐那河内村		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	3億0676万円	3億1879万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	310,488	323,320	323,222	320,304	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	84,021	83,695	80,543	63,005	59,662
居宅サービス	36,911	34,531	42,864	41,316	41,272
施設サービス	279,851	297,912	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

(参考 介護保険料)

第5期		第6期		第7期		第8期	
H24-26		H27-29		H30-32		R3-5	
佐那河内村(県内10位)	5,200円	佐那河内村(県内22位)	5,333円	佐那河内村(県内23位)	5,600円	佐那河内村(県内24位)	5,600円
徳島県	5,282円	徳島県	5,681円	徳島県	6,285円	徳島県	6,477円
全 国	4,972円	全 国	5,514円	全 国	5,869円	全 国	6,014円

出典：介護保険事業報告

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、65歳以上の年代において、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94.9%と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04年度)

受給者区分		2号		1号				合計		
年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計		
介護件数(全体)		2		15		188		203		
再)国保・後期		1		13		181		194		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	循環器疾患	1 脳卒中	0 0.0%	脳卒中	5 38.5%	虚血性心疾患	92 50.8%	虚血性心疾患	97 49.7%
			2 虚血性心疾患	0 0.0%	虚血性心疾患	5 38.5%	脳卒中	88 48.6%	脳卒中	93 47.7%
		3 腎不全	0 0.0%	腎不全	4 30.8%	腎不全	47 26.0%	腎不全	51 26.2%	
		4 糖尿病合併症	1 100.0%	糖尿病合併症	1 7.7%	糖尿病合併症	13 7.2%	糖尿病合併症	14 7.2%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		1 100.0%	基礎疾患	11 84.6%	基礎疾患	171 94.5%	基礎疾患	182 93.8%	
	血管疾患合計		1 100.0%	合計	12 92.3%	合計	172 95.0%	合計	184 94.8%	
	認知症		0 0.0%	認知症	2 15.4%	認知症	84 46.4%	認知症	86 44.3%	
	筋・骨格疾患		1 100.0%	筋骨格系	13 100.0%	筋骨格系	176 97.2%	筋骨格系	189 97.4%	
	血管疾患合計		1 100.0%	合計	12 92.3%	合計	172 95.0%	合計	184 94.8%	

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

出典：ヘルスサポートラボツール

## ② 医療費の状況

本村の R4 年度の医療費は、国保加入者は減少しているが総医療費は増加しており、一人あたり医療費も増加しており、同規模保険者と比べて約 7 万円高く、国と比べて約 10 万円高く、県と比べても約 5 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 50%を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較しても約 18 万円も高くなっています。(図表 15)

R3 年度の地域差指数(年齢調整後)は、全国平均の 1 を下回っており、特に入院における地域差指数が減少したことが起因している。後期高齢者においては、地域差指数が 1.0 と全国平均並みとなっているが、入院における地域差指数は 1.257 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り、引き続き、本村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

	佐那河内村		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)	658人	551人	--	--	--
前期高齢者割合	322人 (48.9%)	285人 (51.7%)	--	--	--
総医療費	2億3213万円	2億4235万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)	352,775 県内18位 同規模116位	439,830 県内6位 同規模51位	367,527	389,015	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	456,550	↑ 637,930	588,220	617,950
	費用の割合	48.8	50.5	44.9	39.6
	件数の割合	3.9	3.5	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	19,720	22,950	25,290	24,220
	費用の割合	51.2	49.5	55.1	60.4
	件数の割合	96.1	96.5	96.6	97.5
受診率	785.956	794.191	676.49	762.201	705.439

※同規模順位は佐那河内村と同規模保険者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			
	佐那河内村 (県内市町村中)		県 (47県中)	佐那河内村 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度	
地域差指数・順位	全体	0.987 (22位)	0.970 (22位)	1.089 (11位)	1.040 (13位)	1.000 (18位)	1.087 (12位)
		1.118 (19位)	↓ 0.975 (23位)	1.248 (9位)	1.320 (2位)	↓ 1.257 (6位)	1.175 (11位)
	入院	0.897 (20位)	↑ 0.979 (8位)	0.978 (32位)	0.742 (24位)	0.719 (24位)	0.997 (15位)
	外来						

出典：地域差分析(厚労省)

### ③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30年度と比較すると減少していますが、虚血性心疾患については、H30年度より1.27ポイントも伸びており、同規模、県、国よりも高くなっています。(図表17)

図表17 中長期目標疾患の医療費の推移

			佐那河内村		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			2億3213万円	2億4235万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1186万円	1108万円	--	--	--
			5.11%	→ 4.57% ↓	7.24%	5.92%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	0.48%	0.15% ↓	2.12%	1.44%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.56%	→ 1.83% ↑	1.46%	1.80%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	2.48%	2.41%	3.29%	2.34%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	1.59%	0.18% ↓	0.37%	0.34%	0.29%
そ 疾 の 他 の	悪性新生物		12.15%	→ 15.93% ↑	17.57%	16.11%	16.69%
	筋・骨疾患		8.80%	8.93%	9.33%	8.54%	8.68%
	精神疾患		11.19%	11.34%	7.82%	11.18%	7.63%

出典:KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

次に、患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると、腎不全が患者数及び割合と減少していますが、脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)及び虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)については、微増となっています。(図表18)

図表18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	658	551	a	57	53	44	39	5	2	
				a/A	8.7%	9.6%	6.7%	7.1%	0.8%	0.4%	
40歳以上	B	552	453	b	57	53	44	38	5	2	
	B/A	83.9%	82.2%	b/B	10.3%	11.7%	8.0%	8.4%	0.9%	0.4% ↓	
再掲	40~64歳	D	230	168	d	10	10	11	5	3	1
		D/A	35.0%	30.5%	d/D	4.3%	6.0%	4.8%	3.0%	1.3%	0.6%
	65~74歳	C	322	285	c	47	43	33	33	2	1
		C/A	48.9%	51.7%	c/C	14.6%	15.1%	10.2%	11.6%	0.6%	0.4%

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

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

## (2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

### ① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えています。合併症(重症化)の人工透析の割合は減っているが、脳血管疾患・虚血性心疾患は増加している。特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しているが、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながるため、さらなる取り組みが必要と考えます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	222	191	57	42	165	149	
	A/被保数	40.2%	↑ 42.2%	24.8%	25.0%	51.2%	52.3%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	21	19	3	3	18	16
		B/A	9.5%	↑ 9.9%	5.3%	↑ 7.1%	10.9%	10.7%
	虚血性心疾患	C	28	26	8	3	20	23
		C/A	12.6%	↑ 13.6%	14.0%	7.1%	12.1%	↑ 15.4%
	人工透析	D	5	2	3	1	2	1
		D/A	2.3%	↓ 1.0%	5.3%	2.4%	1.2%	0.7%

出典:KDBシステム\_ 疾病管理一覧(高血圧症)  
地域の全体像の把握

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	118	105	38	21	80	84	
	A/被保数	21.4%	↑ 23.2%	16.5%	12.5%	24.8%	29.5%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	12	14	2	2	10	12
		B/A	10.2%	↑ 13.3%	5.3%	9.5%	12.5%	14.3%
	虚血性心疾患	C	20	16	8	2	12	14
		C/A	16.9%	↓ 15.2%	21.1%	9.5%	15.0%	16.7%
	人工透析	D	4	1	3	1	1	0
		D/A	3.4%	↓ 1.0%	7.9%	4.8%	1.3%	0.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	9	7	4	1	5	6
		E/A	7.6%	↓ 6.7%	10.5%	4.8%	6.3%	↑ 7.1%
	糖尿病性網膜症	F	21	23	11	6	10	17
		F/A	17.8%	↑ 21.9%	28.9%	28.6%	12.5%	↑ 20.2%
	糖尿病性神経障害	G	4	4	2	2	2	2
		G/A	3.4%	↑ 3.8%	5.3%	↑ 9.5%	2.5%	2.4%

出典:KDBシステム\_ 疾病管理一覧(糖尿病)  
地域の全体像の把握

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
				H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度
脂質異常症治療者(人)		A	151	130	42	24	109	106
		A/被保数	27.4%	↑ 28.7%	18.3%	14.3%	33.9%	↑ 37.2%
（中長期併目標疾患）	脳血管疾患	B	21	17	4	3	17	14
		B/A	13.9%	↓ 13.1%	9.5%	↑ 12.5%	15.6%	13.2%
	虚血性心疾患	C	25	21	7	2	18	19
		C/A	16.6%	↓ 16.2%	16.7%	8.3%	16.5%	↑ 17.9%
	人工透析	D	3	2	2	1	1	1
		D/A	2.0%	↓ 1.5%	4.8%	4.2%	0.9%	0.9%

出典:KDBシステム\_ 疾病管理一覧(脂質異常症)  
地域の全体像の把握

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧(収縮期 160-179/拡張期 100-109)と、HbA1c7.0 以上の対象者を H30年度と R03 年度で比較してみたところ、Ⅱ度高血圧及び HbA1c7.0 以上の有所見者の割合が減少しています。

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

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

【図表22】高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 Ⅱ度以上高血圧の推移						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 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E				
佐那河内村	223	44.2	189	43.2	13	5.8	6	46.2	10	5.3	3	30.0	3	30.0	1	10.0
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 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K				
佐那河内村	223	100.0	189	100.0	10	4.5	4	40.0	8	4.2	2	25.0	1	12.5	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

### ③ 健診結果の経年変化

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

本村の特定健診結果において、H30年度とR04年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者と予備群の対象者数・割合とも減少しています。(図表 23)

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	予備群	
			3項目	2項目
H30年度	223 (44.2%)	41 (18.4%)	12 (5.4%)	29 (13.0%)
R04年度	186 (46.2%)	32 (17.2%)	12 (6.5%)	20 (10.8%)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL コレステロール 160 以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5 以上の割合は 2.7 ポイント、LDL-160 以上の割合は 0.5 ポイント増加しており、Ⅱ度高血圧は微減しています。R3 年と R4 年の改善率をみると、Ⅱ度高血圧以上と LDL コレステロールの改善率は伸びており、健診後、対象者に医療機関への受診勧奨をおこなったことが数値に反映されたと考えられます。

一方で、翌年度に健診未受診の方が、いずれも 2~3 割程度存在し、結果が把握できていません。今後も、結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていく必要があります。

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	14 (6.3%)	5 (35.7%)	3 (21.4%)	3 (21.4%)	3 (21.4%)
R03→R04	17 (9.0%)	4 (23.5%)	7 (41.2%)	1 (5.9%)	5 (29.4%)

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	13 (5.8%)	9 (69.2%)	1 (7.7%)	0 (0.0%)	3 (23.1%)
R03→R04	10 (5.3%)	7 (70.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (30.0%)

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	20 (9.0%)	9 (45.0%)	5 (25.0%)	1 (5.0%)	5 (25.0%)
R03→R04	18 (9.5%)	10 (55.6%)	4 (22.2%)	1 (5.6%)	3 (16.7%)

#### ④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本村の特定健診受診率は、年度による増減はあるものの微増しているが、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表27)

特定健診の年代別の受診率では、40代から60代の若い世代において減少しており、70代で増加しています。特に65歳～74歳までの年齢において受診率は増加しており、国保加入者の状況と関連して、40～64歳までは社会保険等に加入していて、退職後に国保加入して特定健診を受診する者が増加していることが背景として考えられます。(図表28)

特定保健指導については、R02年度に実施率が低下したが、いずれの年度においても目標実施率を達成しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	223	211	214	189	186	健診受診率 60%
	受診率	44.2%	42.7%	44.7%	43.2%	46.2%	
特定保健指導	該当者数	29	21	23	20	25	特定保健指導 実施率 60%
	割合	13.0%	10.0%	10.7%	10.6%	13.4%	
	実施者数	24	20	17	19	25	
	実施率	82.8%	95.2%	73.9%	95.0%	100.0%	

図表28 年代別特定健診受診率の状況

	総数							男性							女性						
	H30			R04			伸び率	H30			R04			伸び率	H30			R04			伸び率
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	
総数	504	223	44.2%	403	186	46.2%	1.9%	250	101	40.4%	200	87	43.5%	3.1%	254	122	48.0%	203	99	48.8%	0.7%
40代	67	20	29.9%	48	9	18.8%	-11.1%	37	11	29.7%	26	6	23.1%	-6.7%	30	9	30.0%	22	3	13.6%	-16.4%
50代	60	17	28.3%	48	11	22.9%	-5.4%	37	9	24.3%	31	7	22.6%	-1.7%	23	8	34.8%	17	4	23.5%	-11.3%
60代	215	106	49.3%	142	68	47.9%	-1.4%	92	41	44.6%	67	29	43.3%	-1.3%	123	65	52.8%	75	39	52.0%	-0.8%
70代	162	80	49.4%	165	98	59.4%	10.0%	84	40	47.6%	76	45	59.2%	11.6%	78	40	51.3%	89	53	59.6%	8.3%
再40～64歳	200	65	32.5%	143	40	28.0%	-4.5%	103	28	27.2%	82	24	29.3%	2.1%	97	37	38.1%	61	16	26.2%	-11.9%
再65～74歳	304	158	52.0%	260	146	56.2%	4.2%	147	73	49.7%	118	63	53.4%	3.7%	157	85	54.1%	142	83	58.5%	4.3%

図表23～28 出典：特定健診受診率(法定報告分)

## 2) 主な個別事業の評価と課題

### (1) 重症化予防の取組み

#### ① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者、未治療・中断の割合も増加傾向にあります。

H30 年度からは HbA1c7%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきた。その結果、HbA1c7%以上の未治療者は、R1 年 4 人から R4 年 0 人に減っています。また、いずれの年度においても治療中断となっている者はいなかった。今後も継続して保健指導を実施するように体制を強化し、又治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援をおこなっていきます。糖尿病性腎症においては、早期の段階で微量アルブミン尿が排泄されるが、尿蛋白定性検査では見逃されてしまうこともあるため、より早期の段階から尿中アルブミン排泄量を把握でき早期腎症を予防するためには、微量アルブミン尿検査もしくは尿蛋白定量検査の導入等の検討が必要です。

また、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となり糖尿病性腎症重症化のリスクが高くなるため、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

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

表 1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c実施者	人 (a)	223	211	214	189	185
血糖値有所見者※1	人 (b)	14	14	14	17	19
	(b/a)	6.3%	6.6%	6.5%	9.0%	10.3%
血糖有所見者の未治療者・治療中断者※2	人 (c)	6	4	4	4	8
	(c/b)	42.9%	28.6%	28.6%	23.5%	42.1%

※1 HbA1c6.5以上のもの

※2 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

表 2 治療が必要な者の適切な受診 (HbA1c7.0%以上の状況)

佐那河内村	特定健診				HbA1c							
	対象者	受診者	HbA1c 実施者	受診率	7.0%以上		未治療		治療中断		不定期受診	
					H	H/C	I	I/H	J	J/H	K	K/H
	A	B	C	B/A	H	H/C	I	I/H	J	J/H	K	K/H
R01	494	211	211	42.7	10	4.7	4	40.0	0	0.0	1	10.0
R02	479	214	214	44.7	9	4.2	1	11.1	0	0.0	5	55.6
R03	438	189	189	43.2	8	4.2	1	12.5	0	0.0	0	0.0
R04	403	186	185	46.2	9	4.9	0	0.0	0	0.0	1	11.1

①未治療…12ヶ月間、全く糖尿病のレセプトがない

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

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

表3 糖尿病性腎症病期別人数(治療有無別)

特定健診結果からみた

糖尿病性腎症病期別人数(治療有無別)

※糖尿病の判断について

1)糖尿病治療中(問診結果より内服治療中と回答した者)

2)上記以外(糖尿病治療なし)のうち、空腹時血糖126以上またはHbA1c6.5%以上

令和04年度

健診受診者			糖尿病(※)	
対象者(A)	受診者(B)	受診率	人数(C)	割合(C/B)
403	186	46.2	31	16.7

(参考)

年代別	項目	40代	50代	60代	70代
	受診者	9	11	68	98
	糖尿病	1	1	9	20
	割合	11.1	9.1	13.2	20.4

①治療なし(空腹時血糖126以上またはHbA1c6.5以上)

アルブミン尿区分		A1	A2	A3	尿蛋白未実施
尿アルブミン定量		正常アルブミン尿	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	
(尿蛋白/Cr比)(g/gCr)				(0.50以上)	
健診受診者のうち糖尿病あり(※1)		尿蛋白定性検査			
①		(-) 8	(±) 0	(+)以上 2	0
eGFR区分	eGFR未実施	1	2	3	0
	G1 ≥90	1	0	0	0
	G2 60~89	2	0	0	0
	G3a 45~59	6	0	2	0
	G3b 30~44	0	0	0	0
	G4 15~29	0	4	0	0
	G5 <15	0	0	0	0

②治療中

アルブミン尿区分		A1	A2	A3	尿蛋白未実施
尿アルブミン定量		正常アルブミン尿	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	
(尿蛋白/Cr比)(g/gCr)				(0.50以上)	
健診受診者のうち糖尿病あり(※1)		尿蛋白定性検査			
②		(-) 9	(±) 9	(+)以上 3	0
eGFR区分	eGFR未実施	0	2	3	0
	G1 ≥90	1	0	0	0
	G2 60~89	15	7	2	0
	G3a 45~59	4	2	0	0
	G3b 30~44	0	0	0	0
	G4 15~29	1	4	1	0
	G5 <15	0	0	0	0

糖尿病性腎症病期分類	第1期	第2期	第3期	第4期	判定不能
該当者数	8	0	2	0	0
割合	80.0	0.0	20.0	0.0	--

糖尿病性腎症病期分類	第1期	第2期	第3期	第4期	判定不能
該当者数	9	9	2	1	0
割合	42.9	42.9	9.5	4.8	--

【参照】糖尿病治療ガイド2022-2023 p88[付表]糖尿病性腎症病期分類とCKD分類との関係

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、令和2年度から心電図検査全数実施を目指し健診受診勧奨を実施しており、心電図検査はほぼ全数実施できています。

ST異常有所見者や、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。

表4 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	223	211	214	189	186
心電図受診者	人(b)	39	48	214	189	186
心電図実施率	(b/a)	17.5%	22.7%	100.0%	100.0%	100.0%
有所見者数	人(c)	10	15	64	52	53
	(c/b)	25.6%	31.3%	29.9%	27.5%	28.5%
ST異常有所見者	人(d)	3	4	10	10	11
	(d/b)	7.7%	8.3%	4.7%	5.3%	5.9%
心房細動有所見者	人(e)	0	0	1	1	1
	(e/b)	0.0%	0.0%	0.5%	0.5%	0.5%

### ③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、年度による増減はあるが約5%の横ばいで、約6割が未治療者です。高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。表5は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血のすすめ血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者についても服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

表5 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

佐那河内村	特定健診			血圧							
	対象者	受診者	受診率	Ⅱ度以上		未治療		治療中断		不定期受診	
				A	B	B/A	D	D/B	E	E/D	F
R01	494	211	42.7	11	5.2	3	27.3	2	18.2	4	36.4
R02	479	214	44.7	15	7.0	3	20.0	1	6.7	4	26.7
R03	438	189	43.2	10	5.3	3	30.0	1	10.0	0	0.0
R04	403	186	46.2	10	5.4	6	60.0	0	0.0	1	10.0

- ①未治療…12ヶ月間、全く高血圧のレセプトがない
- ②中断…高血圧のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない。
- ③不定期受診…②以外で直近半年の受診が4回以下(ただし、治療開始と考えられる者を除く)

表6 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

#### 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	I度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧	区分	該当者数
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上		
リスク第1層 予後影響因子がない	55	30 54.5%	19 34.5%	5 9.1%	1 1.8%	A ただちに 薬物療法を開始	15 27.3%
	1	C 1 1.8%	B 0 0.0%	B 0 0.0%	A 0 0.0%		
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	31	C 19 63.3%	B 10 52.6%	A 2 40.0%	A 0 0.0%	B 概ね1ヵ月後に 再評価	20 36.4%
	1	C 19 63.3%	B 10 52.6%	A 2 40.0%	A 0 0.0%		
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	23	B 10 33.3%	A 9 47.4%	A 3 60.0%	A 1 100.0%	C 概ね3ヵ月後に 再評価	20 36.4%
	1	B 10 33.3%	A 9 47.4%	A 3 60.0%	A 1 100.0%		

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

## (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。

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

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の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連等について、各種団体等の出前講座や健康教室等を毎年行い、村民への周知を行いました。

### (3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法	
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ年度)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	0.48%	1.87%	0.15%	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	0.56%	1.74%	1.83%		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	2.50%	4.07%	2.41%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	3.80%	11.80%	6.30%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	50% (1人)	0% (0人)	0% (0人)		佐那河内村調べ
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	14.3%	10.3%	13.4%	佐那河内村健康福祉課
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	5.8%	7.0%	5.4%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	9.0%	10.7%	8.6%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	6.3%	6.5%	10.3%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	1.0%	0.0%	0.6%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	0.0%	25.0%	100.0%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	100.0%	75.0%	100.0%	
	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	44.2	44.7	46.2	法定報告値	
特定保健指導実施率60%以上		82.8	73.9	100.0			
特定保健指導対象者の割合の減少		13.0	10.7	10.0			
努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	22.7	18.8	19.3	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	19.2	17.9	19.5		
		大腸がん検診受診者の増加	20.8	18.2	18.1		
		子宮がん検診受診者の増加	24.9	24.0	19.5		
		乳がん検診受診者の増加	25.1	28.1	26.0		
		5つのがん検診の平均受診率の増加	22.5	21.4	20.5		
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	68.3%	73.9%	76.1%	厚生労働省	

データヘルス計画の目標値設定

佐那河内村

主計画	健康課題解決に向けた目標・指標		目標	統計元	基準年	中間評価		目標値(%)及び取組について			データ引用先	
	H28	R2 (実績はR1)			R3 (R2)	R4 (R3)	R5 (R4)					
特定健診等計画	1	特定健診受診率	60%以上	法定報告データ	40.3%	42.7%	44.7%	43.2%	46.2%	法定報告		
	2	特定保健指導実施率	60%以上		89.3%	95.2%	73.9%	95.0%	100.0%	法定報告		
	3	メタボ該当者予備群及び予備群	25%減少		12.1%	13.3%	10.3%	9.5%	13.4%	法定報告		
データヘルス計画	短期目標	健診受診者の高血圧者(160/100)割合の減少		KDBシステム	7.2%	5.2%	7.0%	3.7%	4.3%	県や市町村の実態をみる基礎資料(令和2年12月作成)		
		健診受診者の血糖異常者(HbA1c6.5%以上)割合の減少			8.2%	6.6%	6.5%	9.0%	10.3%	県や市町村の実態をみる基礎資料(令和2年12月作成)		
		健診受診者の血糖異常者(HbA1c8.0%以上)割合の減少			1.0%	2.8%	0.9%	1.1%	1.1%	県や市町村の実態をみる基礎資料(令和2年12月作成)		
		健診受診者の脂質異常者(LDL180以上)割合の減少			1.9%	4.3%	1.9%	1.6%	1.6%	県や市町村の実態をみる基礎資料(令和2年12月作成)		
		中長期目標	脳血管疾患の総医療費の割合の減少		1.6%	0.56%	1.87%	0.20%	0.15%	貼付けデータ 図表8		
			虚血性心疾患の総医療費の割合の減少		0.7%	0.37%	1.74%	0.58%	1.83%	貼付けデータ 図表8		
			糖尿病性腎症による透析疾患割合の減少		3.8%	11.8%	6.7%	9.9%	6.3%	貼付けデータ 図表10		
	保険者努力支援制度	短期目標	がん検診受診率	胃がん	25%以上	地域保健事業計画	11.9%	10.2%	8.4%	8.3%	8.4%	地域保健・健康増進事業報告(全住民)
				肺がん	25%以上		10.6%	10.3%	8.8%	9.3%	8.8%	地域保健・健康増進事業報告(全住民)
				大腸がん	25%以上		11.0%	10.2%	9.3%	8.8%	8.6%	地域保健・健康増進事業報告(全住民)
子宮頸がん				25%以上	13.4%		13.8%	13.0%	10.3%	10.1%	地域保健・健康増進事業報告(全住民)	
乳がん				25%以上	16.4%		15.2%	13.8%	11.7%	12.7%	地域保健・健康増進事業報告(全住民)	
16		歯科検診受診率		-	8.1%	10.6%	11.3%	10.5%	地域保健・健康増進事業報告			
追加		17	地域包括ケアの取組	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取組準備(実態把握)、事業委託	令和5年度まで		実態把握	実態把握	実態把握	事業開始	実態把握、事業開始予定を記載	
全体評価					H28	R2 (実績はR1)	R3 (R2)	R4 (R3)	R5 (R4)			
健康寿命の延伸	平均余命	男性(徳島県)80.8		KDB 国・県 R2年度	75.4	84.1	84.1	82.9	82.1	KDB 健康スコアリング		
		女性(徳島県)87.3			84.6	89.3	89.3	87.6	88.2	KDB 健康スコアリング		
	平均自立期間 (要介護2以上)	男性(徳島県)79.3			74.2	82.3	82.4	81.5	80.9	KDB 健康スコアリング		
		女性(徳島県)83.9			83.1	86.4	86.2	84.9	84.9	KDB 健康スコアリング		
医療費	地域差指数 (年齢調整後医療費)	(国)1.00・(徳島国保)1.13		0.947	0.974	1.02			別シート「地域差指数」			

### 3) 第2期データヘルス計画に係る考察

佐那河内村の国保加入率は減少傾向にあり、年齢構成については、65歳から74歳の前期高齢者が約51.7%と国保加入者の半数以上を占めており、前期高齢者となってからの国保加入者は年々増加傾向にあるが、40歳から64歳の若い世代の国保加入率は年々減少傾向にあります。(図表10)

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、医療費そのものを抑えることは厳しくなることから、医療費の伸びをなるべく抑えていくことを目標に取り組んできました。

第2期における中長期的な目標は、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(糖尿病性腎症含む)の3つの疾患にかかる医療費について、令和5年度と平成30年度を比較して、それぞれ減少させることでした。

図表17より、脳血管疾患については減少を認めており、目標を達成しています。また、慢性腎不全(糖尿病性腎症含む)についても、透析ありについては、横ばいではあるが、透析なしについては減少をみとめており、一定の目標は達成しています。しかし、虚血性心疾患については増加となっており、図表15で示すように、入院医療費のレセプト件数は少なくとも1件あたりの費用額が高額となるため、医療費を押し上げていく要因となりました。

虚血性心疾患は、動脈硬化や血栓で心臓の血管が狭くなり、心臓に酸素・栄養がいきわたらず、運動やストレスで前胸部などに痛み(心臓の痛み)、圧迫感といった症状を生じる状態であり、その背景には、短期目標にかかげている高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームなどがあります。動脈硬化による血管変化を引き起こさないためにもリスクを減らしていけるようにすることが重要です。

佐那河内村では、短期目標にかかげている高血圧、脂質異常症、糖尿病などは、早期に治療につなげて、重症化を予防し医療費の適正化を図るため、入院外の医療費を伸ばし、入院を抑えることを目標として取り組んできました。その結果、少しずつではありますが、入院外の医療費が伸びてきています。(図表19・20・21)

これからも医療費が高額となる疾患、介護認定者の有病率状況の多い疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎不全(糖尿病性腎症含む)の3つの疾患を減らしていくため、血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームなどの生活習慣病を減らせるよう、医療受診が必要な者には、適切な医療受診への働きかけや、治療を継続するための働きかけをするとともに、継続的な治療が必要であるにも関わらず、医療機関の受診を中断している者についても適切な保健指導を行えるよう、継続した取り組みを行っていく必要があります。また、前期高齢者となってから国保に加入する者が増加傾向にあり、生活習慣病が重症化した状態で加入する者もいるため、発症予防の観点からも他保険者との連携した予防への取り組みの検討が必要です。

健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防や重症化予防につなげていくことが今後も重要となるため、特定健診受診率の向上や特定保健指導実施率の堅持が必要です。

第3期においても、継続して特定健診受診率向上や特定保健指導実施率の堅持への取り組みや、生活習慣病の発症予防、生活習慣病の重症化予防、特に高血圧Ⅱ度以上

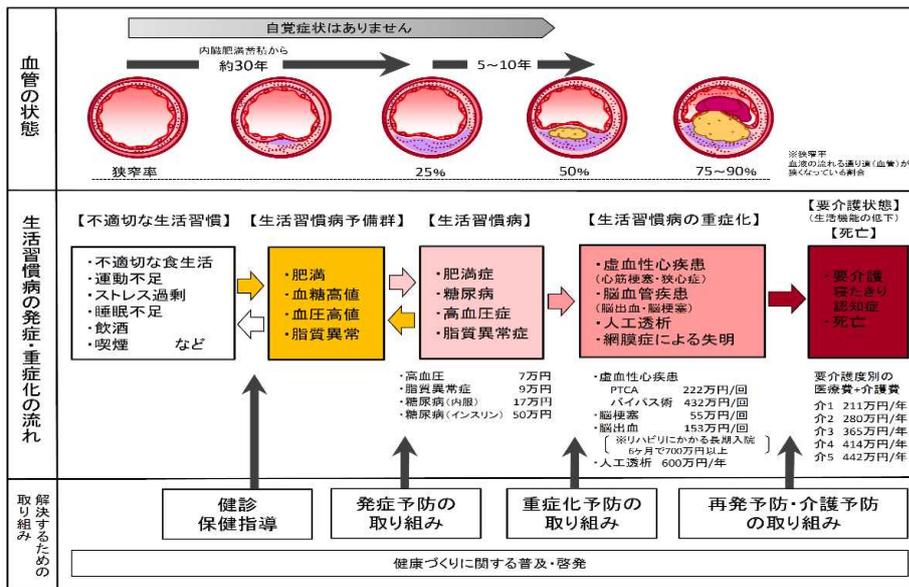
HbA1c7.0 以上の未治療及び治療中断者の減少に向けて取り組みを行っていくことによって、医療費適正化を図れるよう取り組みを継続して行っていく必要があります。

### 3. 第3期における健康課題(生活習慣病)の明確化

#### 1) 基本的考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ  
生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



#### 2) 健康課題の明確化

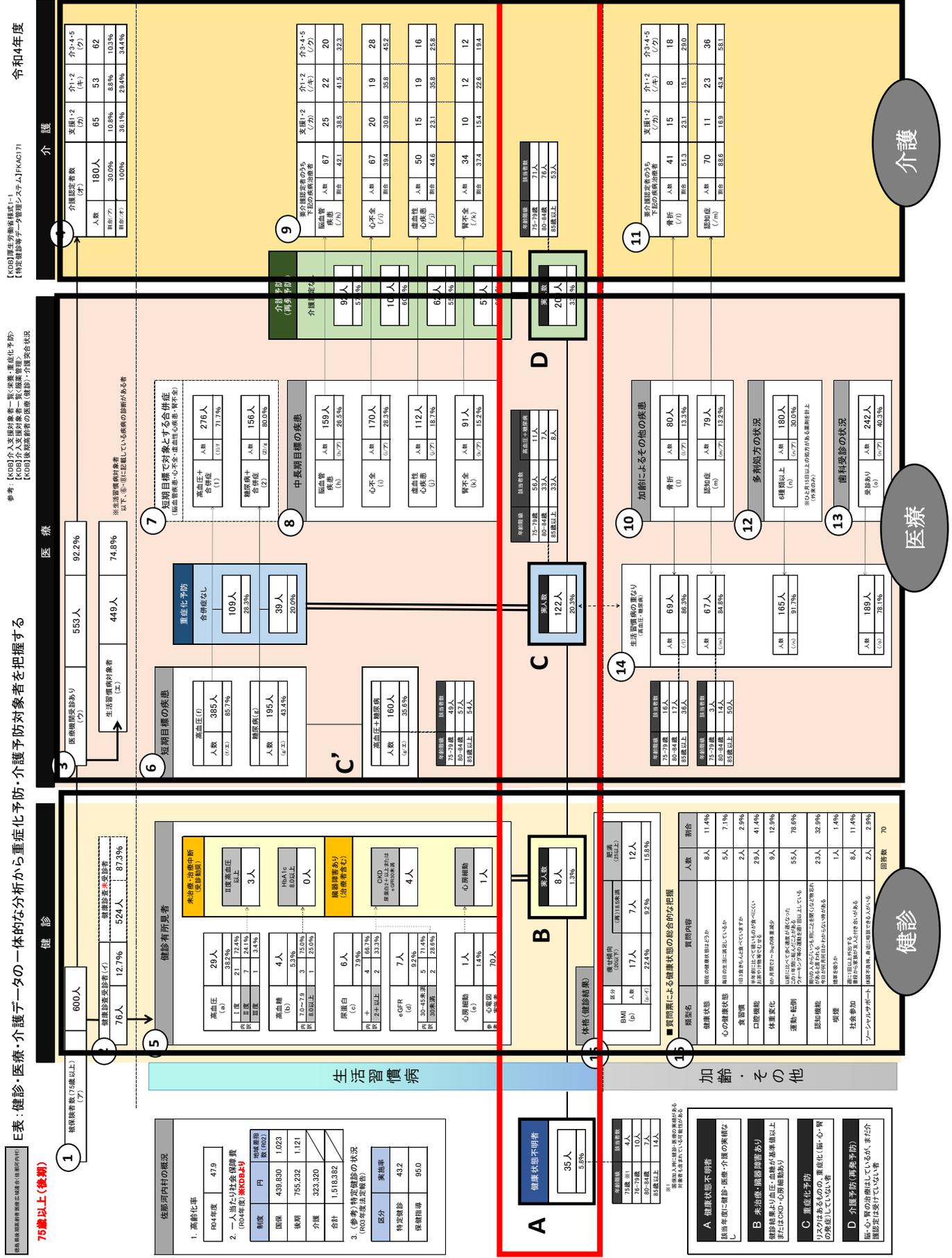
医療保険制度においては、75歳に到達した後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動します。

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

国保で、被保険者の年代をみても65歳以上の前期高齢者の割合が高く、医療費も前期高齢者に係る医療費割合が過半数を占めており、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながっているケースも多いため、市町村国保及び広域連合は、図表31に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、連携に努めることが重要です。健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

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

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



## (1)医療費分析

R4 年度医療費総費用額をみると、国保は 2.4 億円で、後期は 5.3 億円で約 2.2 倍となり、被保険者一人あたり医療費も後期では約 2 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	658人	652人	624人	591人	551人	607人	
総件数及び総費用額	件数	6,279件	6,244件	5,829件	5,725件	5,414件	8,373件
	費用額	2億3213万円	2億6838万円	2億1969万円	2億1480万円	2億4235万円	5億3897万円
一人あたり医療費	35.3万円	41.2万円	35.2万円	36.3万円	44.0万円	88.8万円	

出典：KDB システムデータ

佐那河内村はこれまで、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、国・県と比較しても高く、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を強化していくとともに、治療者も特定健診を受診していただき、血糖コントロールやその他のリスクについて経年的に管理していく必要があります。

また、生活習慣病疾患の医療費割合を国保と後期でみると、後期の透析患者の慢性腎不全が国保の 3.4 倍、脳梗塞・脳出血が 17.3 倍に加え、後期の筋・骨疾患が 1.8 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		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	佐那河内村	2億4235万円	35,550	2.41%	0.18%	0.15%	1.83%	5.77%	2.96%	1.45%	3572万円	14.74%	15.93%	11.34%	8.93%
	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	佐那河内村	5億3897万円	74,086	8.26%	0.12%	2.60%	1.09%	3.07%	1.98%	0.99%	9763万円	18.11%	7.99%	2.51%	16.89%
	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

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

出典：KDBシステム、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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（平成30年度～令和4年度との比較）

市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			県内	同規模	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
H30	230,905,690	28,903	18位	117位	2.50%	1.60%	0.48%	0.56%	6.54%	4.03%	2.55%	42,147,670	18.25%	12.21%	11.25%	8.85%	
R01	267,391,550	34,189	6位	49位	3.23%	0.30%	0.56%	0.37%	5.19%	3.44%	2.11%	40,638,850	15.20%	17.56%	11.87%	5.21%	
R02	219,687,110	28,564	20位	131位	4.07%	0.68%	1.87%	1.74%	5.74%	3.37%	3.11%	45,198,790	20.57%	18.39%	11.09%	8.99%	
R03	214,803,250	29,591	21位	127位	2.65%	0.21%	0.20%	0.58%	6.61%	3.48%	2.46%	34,782,100	16.19%	14.92%	11.31%	11.42%	
R04	242,346,330	35,550	6位	51位	2.41%	0.18%	0.15%	1.83%	5.77%	2.96%	1.45%	35,719,420	14.74%	15.93%	11.34%	8.93%	
H30	574,398,990	77,090	13位	60位	8.53%	0.68%	5.11%	1.48%	2.54%	2.22%	0.73%	122,234,500	21.28%	6.96%	8.76%	16.09%	
R01	556,105,070	77,183	16位	57位	7.41%	0.46%	4.99%	1.94%	2.13%	2.57%	0.86%	113,172,290	20.35%	6.00%	7.46%	19.14%	
R02	575,905,750	80,389	7位	29位	5.61%	0.62%	3.13%	1.49%	1.91%	1.76%	0.85%	88,488,600	15.37%	4.92%	9.70%	21.72%	
R03	514,442,450	72,991	18位	65位	8.08%	0.39%	2.44%	1.23%	2.47%	2.08%	0.84%	90,208,580	17.54%	5.98%	5.71%	18.13%	
R04	538,974,700	74,086	14位	69位	8.26%	0.12%	2.60%	1.09%	3.07%	1.98%	0.99%	97,627,610	18.11%	7.99%	2.51%	16.89%	
R04	国	9,337,411,479,190	27,570	--	--	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	1,737,066,709,990	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
	徳島県	60,233,897,670	31,476	--	--	2.34%	0.34%	1.44%	1.80%	5.73%	3.16%	1.98%	10,115,302,410	16.79%	16.11%	11.18%	8.54%
	徳島県後期	122,918,233,770	79,523	--	--	5.87%	0.55%	3.29%	1.95%	3.81%	2.75%	1.18%	23,850,224,840	19.40%	9.32%	3.86%	14.41%

【出典】  
KDBシステム：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

80万円以上の高額レセプトは、国保では毎年約30件のレセプトが発生しており、後期高齢になると、約4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	20人	25人	14人	16人	26人	58人
	件数	B	31件	44件	22件	23件	43件	119件
		B/総件数	0.49%	0.70%	0.38%	0.40%	0.79%	1.42%
	費用額	C	4180万円	6263万円	3209万円	2999万円	6729万円	1億4848万円
C/総費用		18.0%	23.3%	14.6%	14.0%	27.8%	27.5%	

出典：ヘルスサポートラボツール

高額における疾病をみると、脳血管疾患及び虚血性心疾患で高額になったレセプトは、年度によつての増減はありますが、患者1人で1件以上該当するなど繰り返し発症することもあり、医療費も高額になりやすいため、発症した後であっても重症化予防の支援は必要です。また、脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要するケースも多いため、長期にわたり医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳梗塞や脳出血を発症させないために高血圧の重症化予防に力を入れる必要があります。

図表 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期:R04年度			
脳血管疾患	人数	D	0人		0人		2人		0人		1人		4人		
		D/A	0.0%		0.0%		14.3%		0.0%		3.8%		6.9%		
	件数	E	0件		0件		2件		0件		2件		6件		
		E/B	0.0%		0.0%		9.1%		0.0%		4.7%		5.0%		
	年代別	40歳未満	0	--	0	--	0	0.0%	0	--	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	--	0	--	0	0.0%	0	--	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	--	0	--	0	0.0%	0	--	0	0.0%	75-80歳	0	0.0%
		60代	0	--	0	--	1	50.0%	0	--	0	0.0%	80代	1	16.7%
		70-74歳	0	--	0	--	1	50.0%	0	--	2	100.0%	90歳以上	5	83.3%
	費用額	F					250万円				445万円		589万円		
		F/C	#VALUE!		#VALUE!		7.8%		#VALUE!		6.6%		4.0%		

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

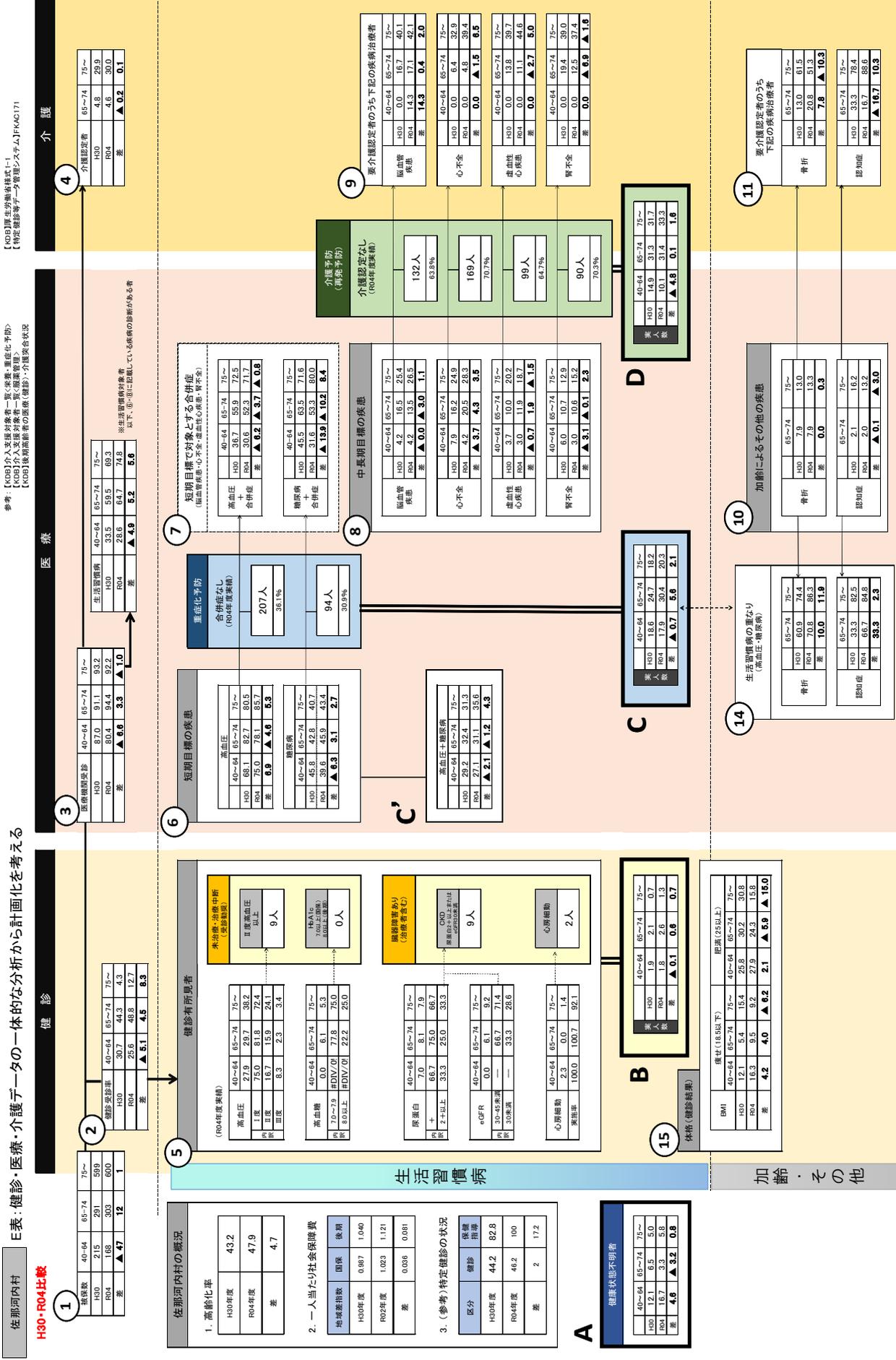
対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期:R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	0人		0人		1人		0人		2人		2人		
		G/A	0.0%		0.0%		7.1%		0.0%		7.7%		3.4%		
	件数	H	0件		0件		2件		0件		3件		3件		
		H/B	0.0%		0.0%		9.1%		0.0%		7.0%		2.5%		
	年代別	40歳未満	0	--	0	--	0	0.0%	0	--	0	0.0%	65-69歳	2	66.7%
		40代	0	--	0	--	0	0.0%	0	--	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	--	0	--	0	0.0%	0	--	0	0.0%	75-80歳	1	33.3%
		60代	0	--	0	--	1	50.0%	0	--	0	0.0%	80代	0	0.0%
		70-74歳	0	--	0	--	1	50.0%	0	--	3	100.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I					262万円				376万円		358万円		
		I/C	#VALUE!		#VALUE!		8.2%		#VALUE!		5.6%		2.4%		

出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

本村では、(2)「健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える」帳票で、40-64歳、65-74歳(前前期高齢者)、75歳以上(後期高齢者)の3つの年代で、健康・医療情報等を活用した被保険者の健康状態等の分析を行い、健康課題を明確化し、予防活動の優先順位を決定しています。(図表 37)

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析



### (3)健康課題の明確化(図表 32~42)

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、①被保険者は 65-74 歳と 75 歳以上の年代が増加し、佐那河内村は 65 歳以上の高齢者が確実に増えていることが分かります。②健診受診率も同じ年代が受診率を伸ばしています。⑮体格をみると、BMI25 以上の該当者は、若い世代の 40-64 歳で増加しています。(図表 38)

図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定 介護 率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 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
H30	29.9	215	291	599	30.7	44.3	4.3	12.1	5.4	15.4	25.8	30.2	30.8
R04	30.0	168	303	600	25.6	48.8	12.7	16.3	9.5	9.2	27.9	24.3	15.8

健診有所見状況では、Ⅱ度高血圧以上とCKDは、BMI25以上の該当者が増えた40-64歳で増加しており、HbA1c7.0以上は65-74歳で増加しています。増加の背景について村の実態を確認する必要があります。また、未治療・治療中断者については、Ⅱ度高血圧以上においてはすべての年代において一定数いるため、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底を行っていくことが必要です。HbA1cの未治療・治療中断者は、すべての年代において減少しています。しかし、特に40-64歳及び65-74歳の治療中の者でHbA1c7.0以上は血糖コントロールが不良であるため、糖尿病合併症等の重症化予防に向けた医療連携及び保健指導が課題となります。

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動														
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-												
H30	4	6.1	(3)	8	6.2	(0)	4	15.4	(4)	3	4.5	(0)	6	4.7	(2)	1	3.8	(1)	1	1.5	4	3.1	0	--	0	--	0	--	0	--
R04	3	7.0	(2)	8	5.4	(4)	8	10.5	(3)	0	--	(0)	9	6.1	(0)	1	1.3	(0)	1	2.3	4	2.7	4	5.3	1	2.3	0	--	1	1.3

※徳島県では心電図検査を令和2年度から全数実施

生活習慣病患者をみると、高血圧・糖尿病ともに R4 年度をみると、40-64 歳で患者数が減少していることから、治療対象者が減っているのか、健診データのコントロールと合わせてみていくことが重要です。

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症					
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症		
H30	87.0	91.1	93.2	33.5	59.5	69.3	68.1	82.7	80.5	45.8	42.8	40.7	29.2	32.4	31.3	36.7	55.9	72.5	45.5	63.5	71.6
R04	80.4	94.4	92.2	28.6	64.7	74.8	75.0	78.1	85.7	39.6	45.9	43.4	27.1	31.1	35.6	30.6	52.3	71.7	31.6	53.3	80.0

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、虚血性心疾患・心不全が 65-74 歳の年代で増加しています。中長期疾患のうち介護認定者をみると、介護認定者となった原因疾患としてすべての年代において、脳血管疾患が増加しています。また、虚血性心疾患・心不全では、65-74 歳では介護認定者が減少しているが、75 歳以上になると増加に転じていることより、75 歳以上で虚血性心疾患・心不全を発症すると介護認定につながりやすくなるため、保険が後期へ移行したとしても虚血性心疾患や心不全を再発しないよう、継続した重症化予防のための支援が必要です。介護認定者については、脳血管疾患だけでなく虚血性心疾患・心不全等の重なっていることも多いため、介護認定者の背景にはどの疾患が原因であったのかを確認する必要があります。

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

E表 年度	⑧ 中長期目標の疾患(被保険割)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.2	16.5	25.4	3.7	10.0	20.2	7.9	16.2	24.9	6.0	10.7	12.9	0.0	16.7	40.1	0.0	13.8	39.7	0.0	6.4	32.9	0.0	19.4	39.0
R04	4.2	13.5	26.5	3.0	11.9	18.7	4.2	20.5	28.3	3.0	10.6	15.2	14.3	17.1	42.1	0.0	11.1	44.6	0.0	4.8	39.4	0.0	12.5	37.4

⑭骨折・認知症患者のうち高血圧と糖尿病の重なりをみてみると、65-74 歳、75 歳以上ともに H30 年と R4 年度を比較して増加しています。骨折予防及び認知症予防と高血圧・糖尿病のリスクについて確認しなければいけません。

図表 42 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭ 生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				⑩ 加齢によるその他の疾患 (被保険割)				⑪ 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	60.9	74.4	33.3	82.5	7.9	13.0	2.1	16.2	13.0	61.5	33.3	78.4
R04	70.8	86.3	66.7	84.8	7.9	13.3	2.0	13.2	20.8	51.3	16.7	88.6

図表 38~42 出典:KDB システムデータ

#### (4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

## 2) 目標の設定

### (1) 成果目標

#### ① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

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

#### ② 中長期的な目標の設定

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

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

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

#### ③ 短期的な目標の設定

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

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

また、根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられるが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。また、より効果的に糖尿病とメタボリックシンドロームの改善を目指すようにするため、運動療法の併用についても保健指導を行います。

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

## (2) 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
				初期値 R6 (R4)	中間評価 (R7)	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	0.15%			KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.83%			
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	2.41%			
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	6.30%			
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.00%			
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	13.4%			佐那河内村健康増進課
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	5.4%			
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	8.6%			
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	10.3%			
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	0.6%			
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	100%			
			糖尿病の保健指導を実施した割合	57.1%			
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	46.2%			法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	100.0%			
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	10.0%			

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

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

### 2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度	(参考) 国の目標
特定健診受診率	47%	48%	49%	50%	51%	52%	60%以上
特定保健指導実施率	90%	90%	90%	90%	90%	90%	60%以上

### 3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	400人	380人	360人	340人	320人	300人
	受診者数	152人	190人	187人	183人	185人	180人
特定保健指導	対象者数	30人	28人	26人	24人	22人	20人
	受診者数	27人	25人	23人	21人	19人	18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する。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(佐那河内村農業振興センター他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

#### (2)特定健診委託基準

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

### (3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、徳島県国保連合会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・心電図・ヘマトクリット値・血色素量・赤血球)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)

村の独自実施として、重症化予防対策のため集団健診で特定健診を受診した場合は、村集団健診オプション検査として眼底検査・推定塩分摂取量検査・尿蛋白定量検査を実施します。

図表 46 特定健診検査項目

○佐那河内村特定健診検査項目

健診項目		佐那河内村	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール (NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	
集団健診 オプション検査 (集団健診のみ実施)	眼底検査(詳細実施以外の者)	○	
	推定塩分摂取量検査	○	
	尿蛋白定量検査	○	

○…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

6月から12月末まで実施します。

## (6) 医療機関との適切な連携

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

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

## (7) 代行機関

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

## (8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47 特定健診実施スケジュール

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

## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

### (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。

○第4期(2024年以降)における変更点

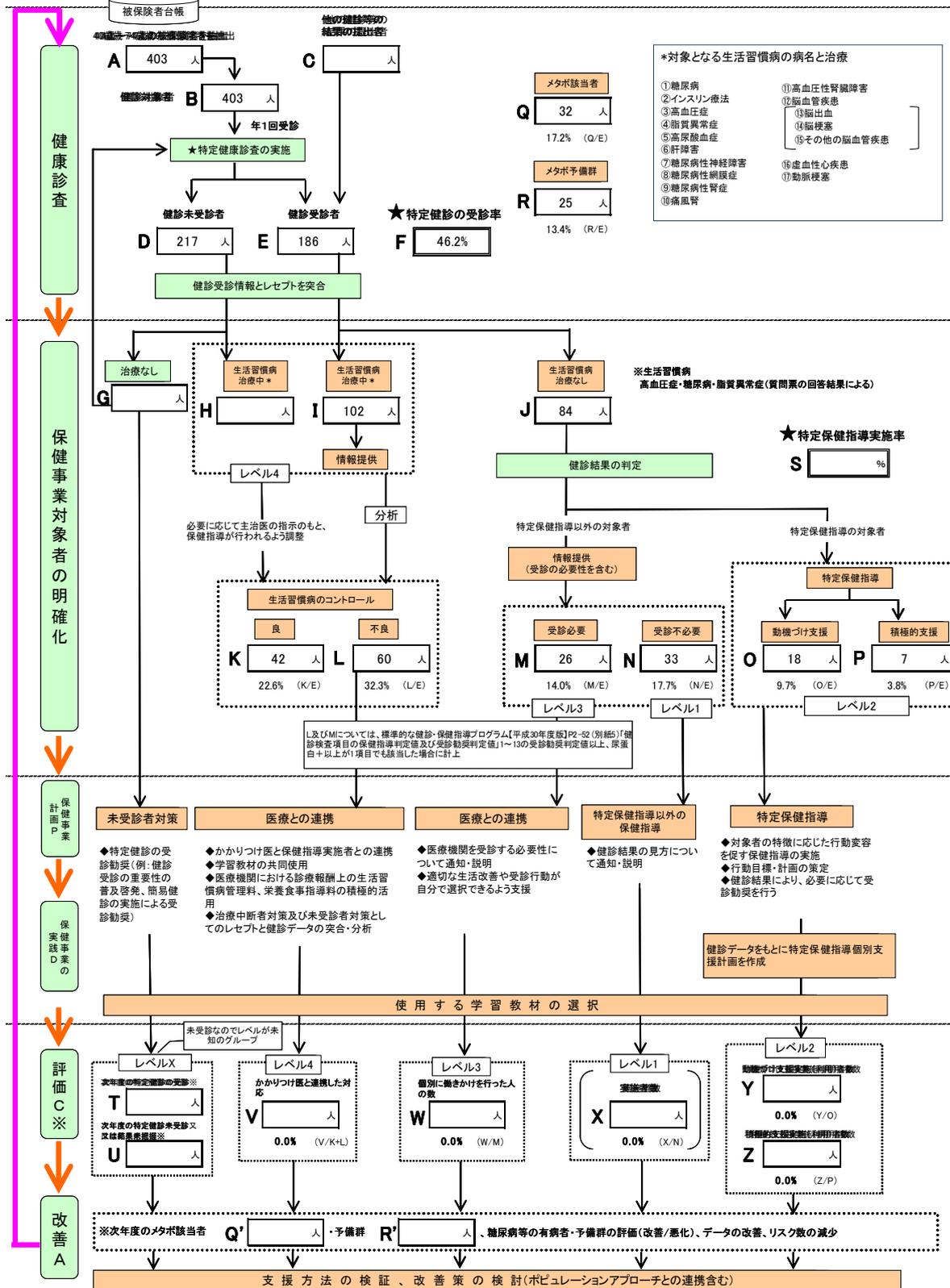
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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。

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

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

様式5-5  
令和04年度



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

## (2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施</li> <li>◆ 行動目標・計画の策定</li> <li>◆ 健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う</li> </ul>	25人 (13.4%)	100%
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 医療機関を受診する必要性について通知・説明</li> <li>◆ 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</li> </ul>	26人 (14.0%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆ 特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	217人 ※受診率目標達成まであと56人	80%
4	N	情報提供	◆ 健診結果の見方について通知・説明	33人 (17.7%)	50% (集団健診受診者等を中心に実施)
5	I	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ かかりつけ医と保健指導実施者との連携</li> <li>◆ 学習教材の共同使用</li> <li>◆ 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</li> <li>◆ 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</li> </ul>	102人 (54.8%)	60% (コントロール不良Lの人を中心に実施)

### (3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

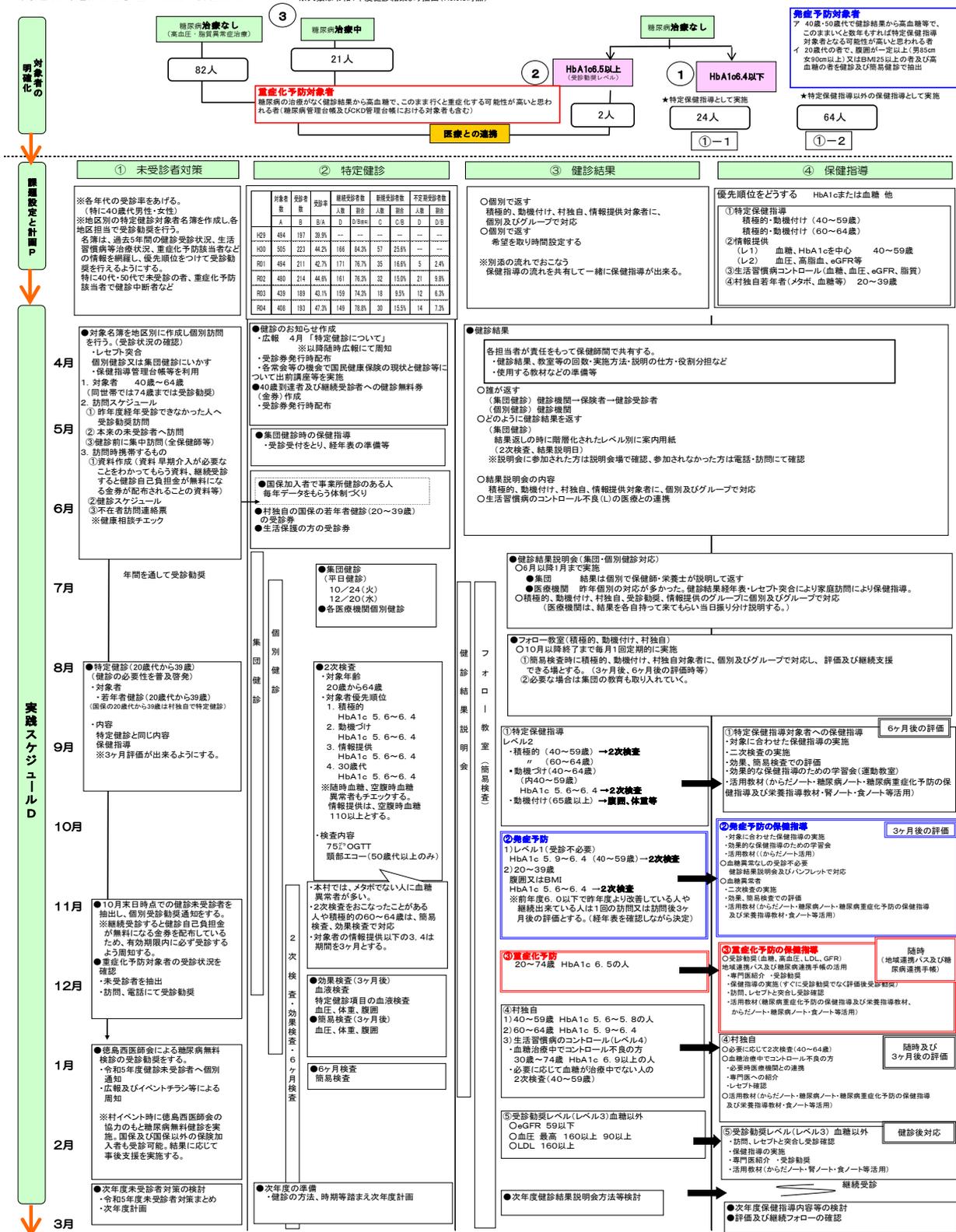
図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

糖尿病等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（令和5年度計画）

対象者の明確化から計画・実践・評価まで

※人数は令和4年度健診結果より抽出(R5.5.8時点)

佐那河内村



## 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佐那河内村個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

### (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

## 7. 結果の報告

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

## 8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、佐那河内村ホームページ等への掲載により公表、周知します。

## 第4章 課題解決に向けた個別保健事業

### I. 保健事業の方向性

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

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

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

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

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

### II. 重症化予防の取組み

佐那河内村の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、72人(38.7%)です。そのうち治療なしが22人(26.2%)を占め、さらに臓器障害があり、直ちに取組むべき対象者が15人(68.2%)です。すでに治療中の50人(49.0%)についても専門医への受診の有無や投薬状況、データの経年変化を確認し、値の改善をめざさなければいけません。

佐那河内村においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、72人中11人(15.3%)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

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

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)	
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	186人	46.2%
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析									■各疾患の治療状況	
	治療中		治療なし							
	高血圧		76		110					
	脂質異常症		49		137					
	糖尿病		21		164					
	3疾患 いずれか		102		84					
									※問診結果による	
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)		重症化予防対象者 (実人数)	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者			
該当者数	10   5.4%	1   0.5%	3   1.6%	4   2.2%	32   17.2%	14   7.5%	30   16.1%	72	38.7%	
治療なし	6   5.5%	1   1.2%	3   2.2%	3   2.2%	6   7.1%	8   4.9%	8   9.5%	22	26.2%	
(再掲) 特定保健指導	4   40.0%	1   100.0%	2   66.7%	1   25.0%	6   18.8%	0   0.0%	1   3.3%	11	15.3%	
治療中	4   5.3%	0   0.0%	0   0.0%	1   2.0%	26   25.5%	6   28.6%	22   21.6%	50	49.0%	
臓器障害 あり	2   33.3%	1   100.0%	1   33.3%	2   66.7%	2   33.3%	4   50.0%	8   100.0%	15	68.2%	
CKD(専門医対象者)	0	0	0	1	0	2	8	8		
心電図所見あり	2	1	1	2	2	3	3	10		
臓器障害 なし	4   66.7%	--	2   66.7%	1   33.3%	4   66.7%	4   50.0%	--	--		

出典:KDB システム 疾病管理一覧 CSV、特定健診結果(法定報告)ほか

# 1. 糖尿病性腎症重症化予防

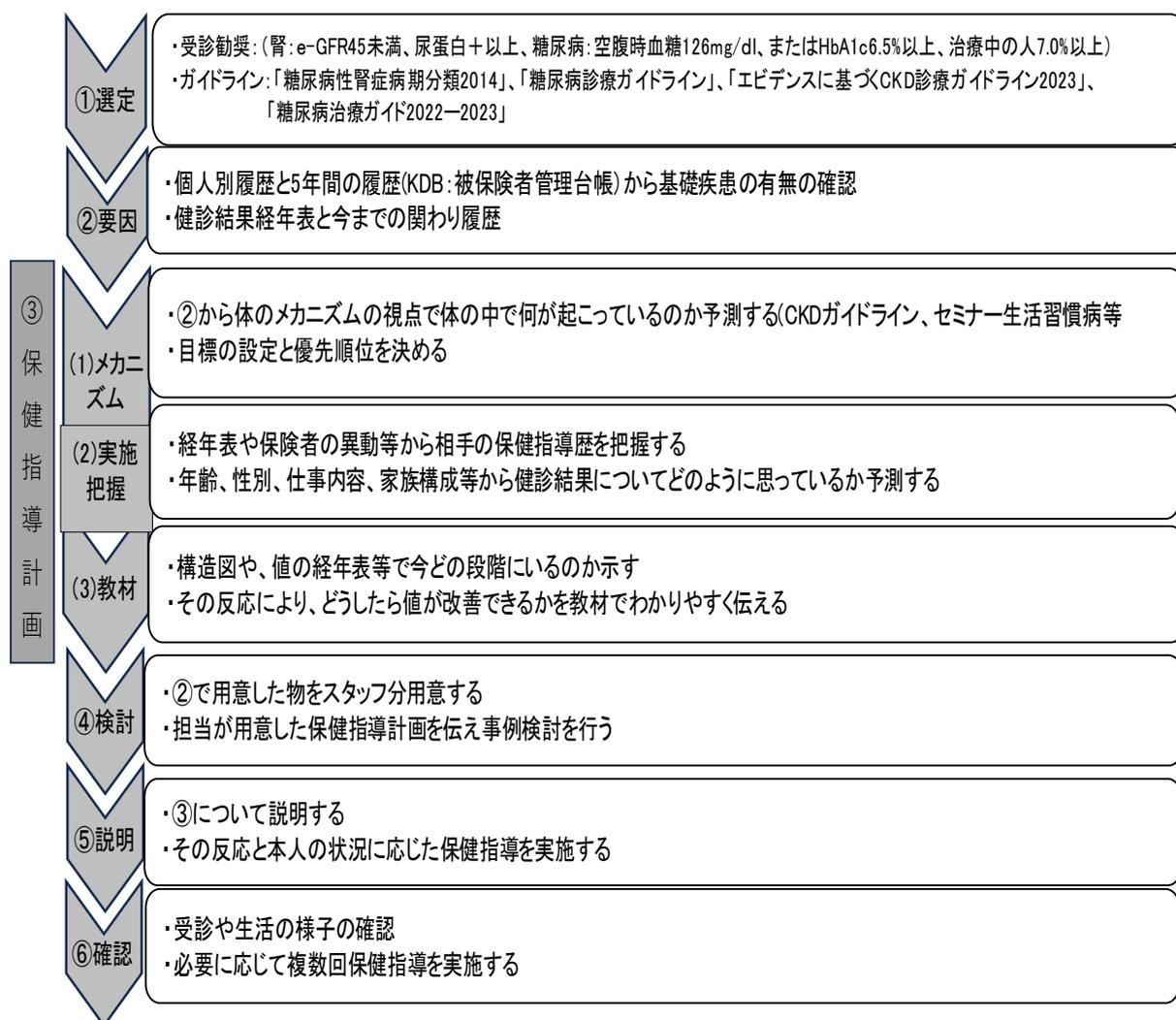
## 1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組みにあたっては「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、取組みにあたっては図表 52 に沿って実施します。

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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
  - 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って、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

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

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

佐那河内村においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド2023では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

## ②基準に基づく該当者数の把握

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

佐那河内村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、10人(32.3%・F)でした。また、40～74歳における糖尿病治療者120人のうち、特定健診受診者が21人(67.7%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者97人(82.2%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要です。

## ③介入方法と優先順位

図表 54 より佐那河内村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）・・・10人

### 優先順位 2

#### 【保健指導】

- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・8人  
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

### 優先順位 3

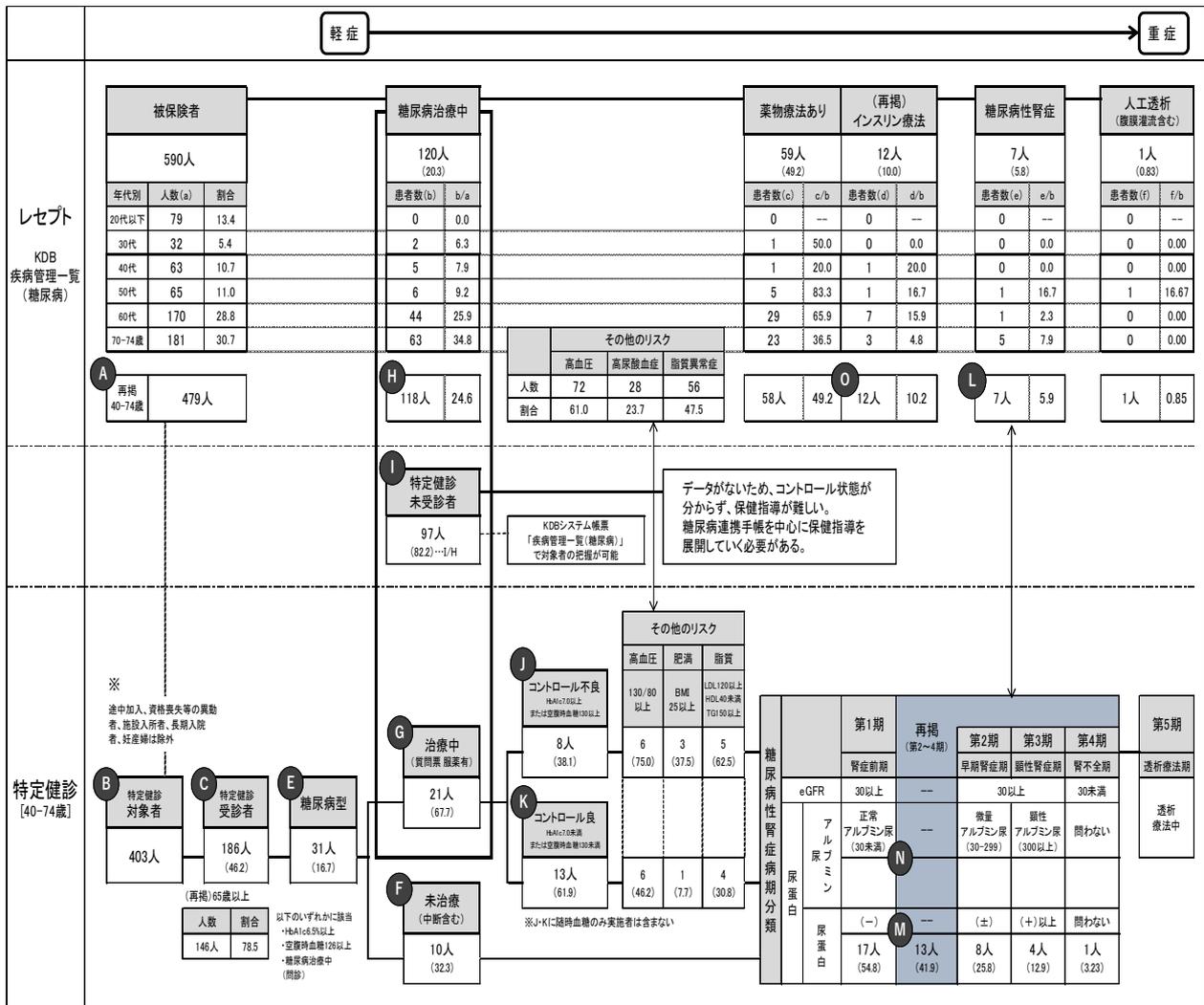
#### 【保健指導】

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

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの実合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの実合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)  
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一覽で把握できない項目については、「KDB健康 介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防)」から集計

出典: KDB システムデータ

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

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

図表 55 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける（保健指導教材）

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

## (2) 村集団健診等を活用した重症化予防対策の実施

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、佐那河内村の独自実施検査として、集団健診で特定健診を受診した者については尿蛋白定量検査を実施します。

CKD診療ガイド 2023 では、尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白定量(0.15未満)、微量アルブミン尿と尿蛋白定量(0.15~0.49)、顕性アルブミン尿と尿蛋白定量(0.5以上)としていることから、尿蛋白定量検査によって腎症病期の推測がより具体的にできるようになります。尿蛋白定性検査では見逃されてしまう可能性のある早期腎症期を見落とすことなく発見し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

## 4) 医療との連携

### (1) 医療機関未受診者について

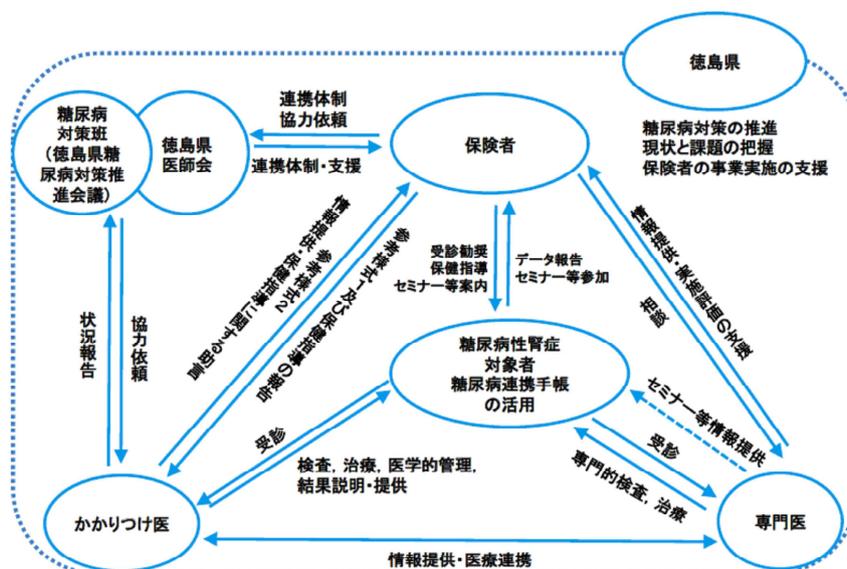
医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。

### (2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては徳島県のプログラムに準じて行っていきます。

### 【糖尿病対策推進連携協議会との連携】

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



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。

## 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/1.73m<sup>2</sup>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

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目	突合表	佐那河内村										同規模保険者(平均)		データ基	
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	671人		659人		646人		606人		579人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
		② (再掲)40-74歳	549人		551人		532人		510人		486人				
2	① 特定健診 ② 対象者数 ③ 受診者数 ④ 受診率	B	504人		494人		479人		438人		403人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書
		C	223人		211人		214人		189人		186人				
			44.2%		42.7%		44.7%		43.2%		46.2%				
3	① 特定 ② 保健指導		29人		21人		23人		20人		25人				
			82.8%		95.2%		73.9%		95.0%		100.0%				
4	① 健診 ② データ	E	23人	10.3%	25人	11.8%	29人	13.6%	26人	13.8%	31人	16.1%			特定健診結果
		F	7人	30.4%	5人	20.0%	4人	13.8%	5人	19.2%	10人	32.3%			
		G	16人	69.6%	20人	80.0%	25人	86.2%	21人	80.8%	21人	67.7%			
		H	7人	43.8%	9人	45.0%	11人	44.0%	11人	52.4%	9人	42.9%			
		I	4人	57.1%	8人	88.9%	8人	72.7%	8人	72.7%	7人	77.8%			
		J	3人	42.9%	4人	44.4%	4人	36.4%	4人	36.4%	4人	44.4%			
		K	9人	56.3%	11人	55.0%	14人	56.0%	10人	47.6%	12人	57.1%			
		L	16人	69.6%	17人	68.0%	20人	69.0%	22人	84.6%	18人	58.1%			
		M	2人	8.7%	2人	8.0%	2人	6.9%	1人	3.8%	8人	25.8%			
		N	4人	17.4%	5人	20.0%	4人	13.8%	2人	7.7%	4人	12.9%			
		O	1人	4.3%	1人	4.0%	2人	6.9%	1人	3.8%	1人	3.2%			
5	① レセプト	P	104.3人		103.2人		92.9人		117.2人		138.2人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
		Q	125.7人		123.4人		112.8人		139.2人		164.6人				
		R	396件	(717.4)	439件	(814.5)	458件	(879.1)	455件	(919.2)	439件	(969.1)	136,930件	(893.2)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		S	4件	(7.2)	3件	(5.6)	2件	(3.8)	2件	(4.0)		658件	(4.3)		
		T	70人	10.4%	68人	10.3%	60人	9.3%	71人	11.7%	80人	13.8%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2
		U	69人	12.6%	68人	12.3%	60人	11.3%	71人	13.9%	80人	16.5%			
		V	53人	76.8%	52人	76.5%	35人	58.3%	50人	70.4%	59人	73.8%			
		W	4人	5.7%	4人	5.9%	6人	10.0%	4人	5.6%	7人	8.8%			
		X	4人	5.8%	4人	5.9%	6人	10.0%	4人	5.6%	7人	8.8%			
		Y	5人	7.1%	8人	11.8%	4人	6.7%	7人	9.9%	5人	6.3%			
		Z	5人	7.2%	8人	11.8%	4人	6.7%	7人	9.9%	5人	6.3%			
		AA	1人	1.4%	1人	1.5%	2人	3.3%	2人	2.8%	1人	1.3%			
		AB	1人	1.4%	1人	1.5%	2人	3.3%	2人	2.8%	1人	1.3%			
		AC	1人		0人		1人		0人		1人				
		AD	1人		0人		0人		0人		0人				
		AE	3人	2.3%	3人	2.4%	3人	2.4%	3人	2.5%	5人	3.4%			
AF	3人	2.3%	3人	2.4%	3人	2.4%	3人	2.5%	5人	3.4%					
6	① 医療費	AG	2億3213万円		2億6838万円		2億1969万円		2億1480万円		2億4235万円		2億6175万円		
		AH	1億1722万円		1億3372万円		1億3020万円		1億1627万円		1億2381万円		1億4021万円		
		AI	50.5%		49.8%		59.3%		54.1%		51.1%		53.6%		
		AJ	4,676円		7,113円		6,206円		6,039円		5,497円		8,820円		
		AK	31,248円		38,775円		34,823円		38,020円		44,725円		40,357円		
		AL	1509万円		1387万円		1261万円		1420万円		1398万円		1572万円		
		AM	12.9%		10.4%		9.7%		12.2%		11.3%		11.2%		
		AN	3387万円		4148万円		4105万円		3938万円		3460万円				
		AO	36,222円		40,587円		40,443円		37,544円		37,442円				
		AP	1516万円		792万円		1351万円		1542万円		2699万円				
		AQ	561,520円		395,975円		540,483円		467,362円		749,838円				
		AR	19日		12日		12日		15日		13日				
		AS	945万円		945万円		1043万円		614万円		627万円		957万円		
		AT	576万円		864万円		894万円		569万円		584万円		862万円		
		AU	369万円		81万円		149万円		45万円		43万円		96万円		
7	① 介護	AV	3億0676万円		2億9507万円		3億0712万円		2億9294万円		3億1879万円		3億5514万円		
		AW	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	1件	100.0%			
8	① 死亡	AX	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	2.4%	0人	0.0%	0人	0.0%	267人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題

出典：KDB システムデータ

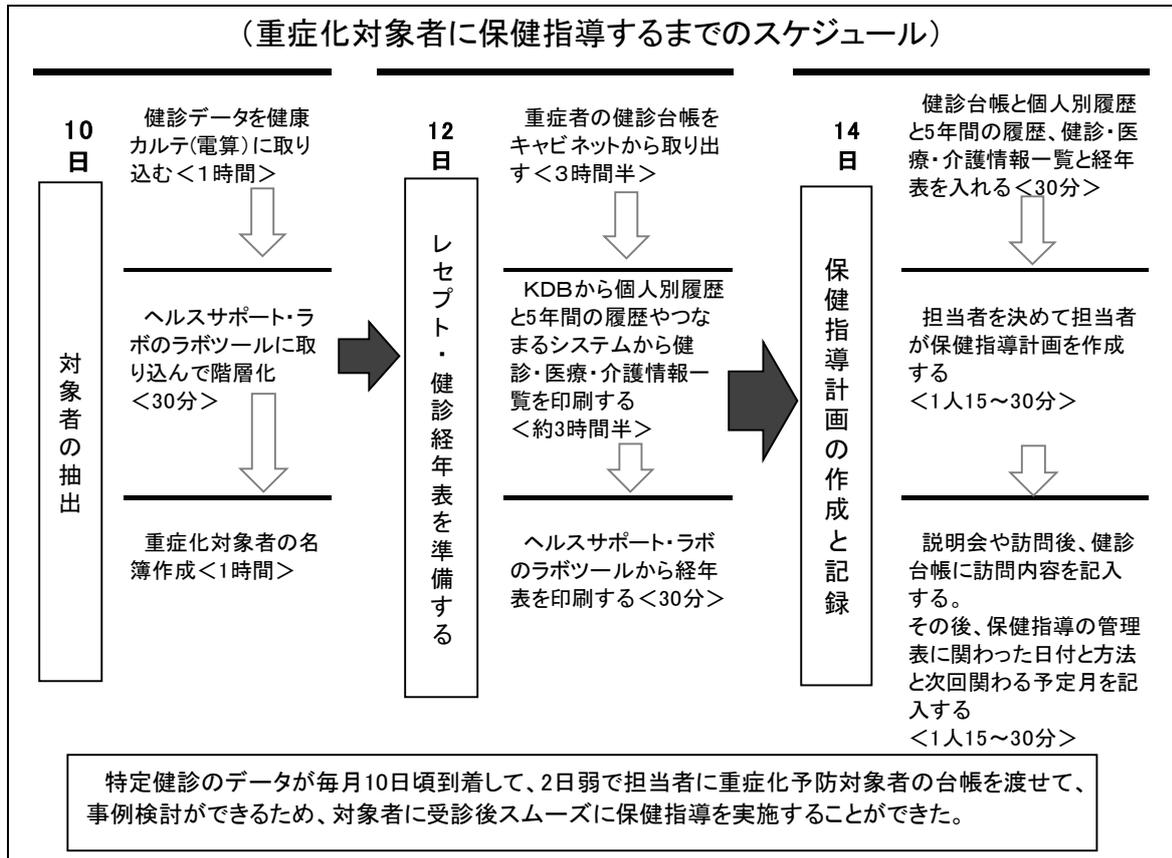
## 7) 実施期間及びスケジュール

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

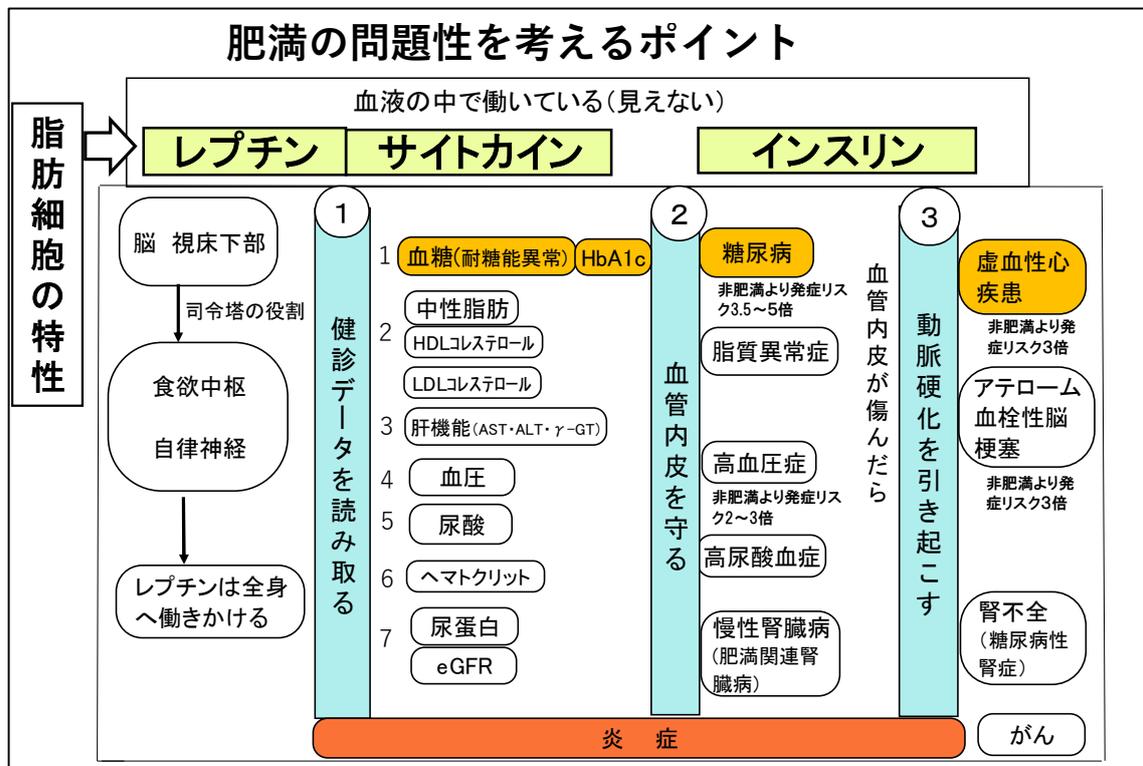
メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を合併する心血管病易発症状態です。取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より)

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

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

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



## 2) 肥満の状況

### (1) 対象者の把握

肥満度分類に基づき、特定健診結果のBMIから佐那河内村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
総数	40	146	11	37	10	31	1	5	0	1	0	0	
			27.5%	25.3%	25.0%	21.2%	2.5%	3.4%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	
再掲	男性	24	63	10	21	9	19	1	2	0	0	0	0
				41.7%	33.3%	37.5%	30.2%	4.2%	3.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	女性	16	83	1	16	1	12	0	3	0	1	0	0
				6.3%	19.3%	6.3%	14.5%	0.0%	3.6%	0.0%	1.2%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

### (2) 優先順位

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

#### ① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのか

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

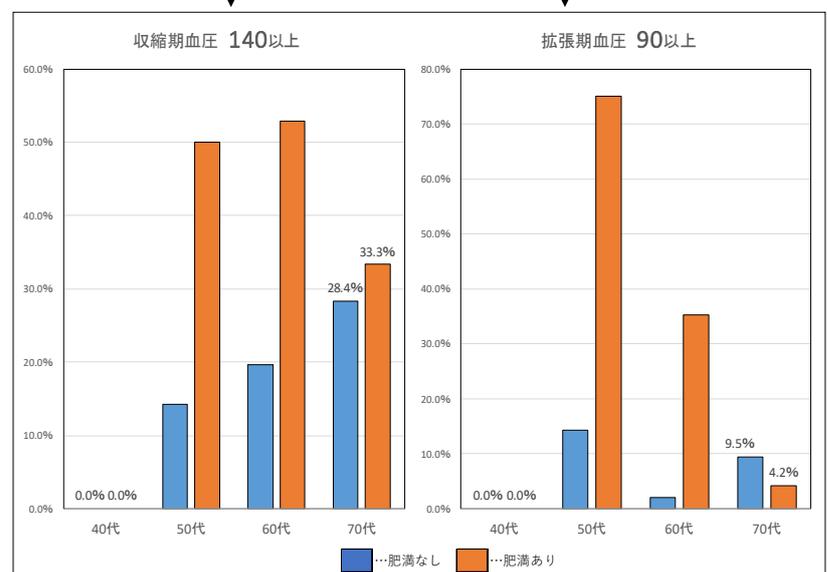
令和4年度では40代の肥満に伴う高血圧対象者はいなかったが、肥満該当者はいるので、高血圧等の疾患に進行しないためにも対象者の少ない若い年代からの関わりを優先に、血管障害を予防していく必要があります。

図表 60 高血圧と肥満の関係を年代別にみる

高血圧と肥満の関係を年代別にみる

令和04年度

		収縮期血圧140以上					拡張期血圧90以上				
		合計	40代	50代	60代	70代	合計	40代	50代	60代	70代
		肥満なし (25未満)	該当者 32	0	1	10	21	9	0	1	1
	割合 23.2%	0.0%	14.3%	19.6%	28.4%	6.5%	0.0%	14.3%	2.0%	9.5%	
肥満あり (25以上)	該当者 19	0	2	9	8	10	0	3	6	1	
	割合 39.6%	0.0%	50.0%	52.9%	33.3%	20.8%	0.0%	75.0%	35.3%	4.2%	



## 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 of 医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。

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

## 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

年齢	60歳	61歳	63歳	64歳	70歳	71歳	73歳	74歳
公的医療保険 種別	社保	国保						
医療費			-		52万円/年	36万円/年	220万円/年	113万円/年
介護費			-		-	-	-	-
介護度			-		-	-	-	-
医療 (治療状況)		2型糖尿病						
		高脂血症						
					中大脳動脈狭窄症			
					脳梗塞			
					狭心症			
					冠攣縮性狭心症			
				労作時兼安静時狭心症				
					高血圧症			慢性心不全
健診	肥満度 (BMI)		28.1	29.1		30.7	30.8	29.6
	血圧		110/66	122/58		134/82	治 133/75	治 116/59
	HbA1c		5.5	5.5		5.3	5.4	5.5
	中性脂肪		48	83		治 66	治 85	治 55
	LDL		98	97		治 129	治 125	治 124
	eGFR		76.0	64		61.6	62.6	64.9

### 3)対象者の明確化

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、女性では60代・70代で1割程度であるのに対し、男性は40代から70代いずれの年代においても2割から3割程度と女性の約2~3倍となっているため、特に若い年代から男性を優先に関わることが効率的であると考えます。(図表63)

図表 63 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A	87	6	7	29	45	99	3	4	39	53	
メタボ該当者	B	24	1	2	11	10	8	0	0	1	7	
	B/A	27.6%	16.7%	28.6%	37.9%	22.2%	8.1%	0.0%	0.0%	2.6%	13.2%	
再掲	① 3項目全て	C	9	1	1	3	4	3	0	0	0	3
		C/B	37.5%	100.0%	50.0%	27.3%	40.0%	37.5%	--	--	0.0%	42.9%
	② 血糖+血圧	D	2	0	0	1	1	1	0	0	0	1
		D/B	8.3%	0.0%	0.0%	9.1%	10.0%	12.5%	--	--	0.0%	14.3%
	③ 血圧+脂質	E	12	0	1	7	4	4	0	0	1	3
		E/B	50.0%	0.0%	50.0%	63.6%	40.0%	50.0%	--	--	100.0%	42.9%
	④ 血糖+脂質	F	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
		F/B	4.2%	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%	0.0%	--	--	0.0%	0.0%

出典:ヘルスサポートラボツール

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況は、男女とも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

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	87	24	27.6%	18	75.0%	6	25.0%	99	8	8.1%	8	100.0%	0	0.0%		
40代	6	1	16.7%	1	100.0%	0	0.0%	3	0	0.0%	0	--	0	--		
50代	7	2	28.6%	1	50.0%	1	50.0%	4	0	0.0%	0	--	0	--		
60代	29	11	37.9%	7	63.6%	4	36.4%	39	1	2.6%	1	100.0%	0	0.0%		
70~74歳	45	10	22.2%	9	90.0%	1	10.0%	53	7	13.2%	7	100.0%	0	0.0%		

出典:ヘルスサポートラボツール

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

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

## 4) 保健指導の実施

### (1)最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 65 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

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

本村においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施（頸動脈エコー検査、75g糖負荷検査）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）
- ②負荷心電図（心臓の状態を詳しく見る検査）
- ③微量アルブミン検査（尿で腎臓の状態を見る検査）
- ④75g糖負荷検査（高インスリン状態を見る検査）

### 3. 虚血性心疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

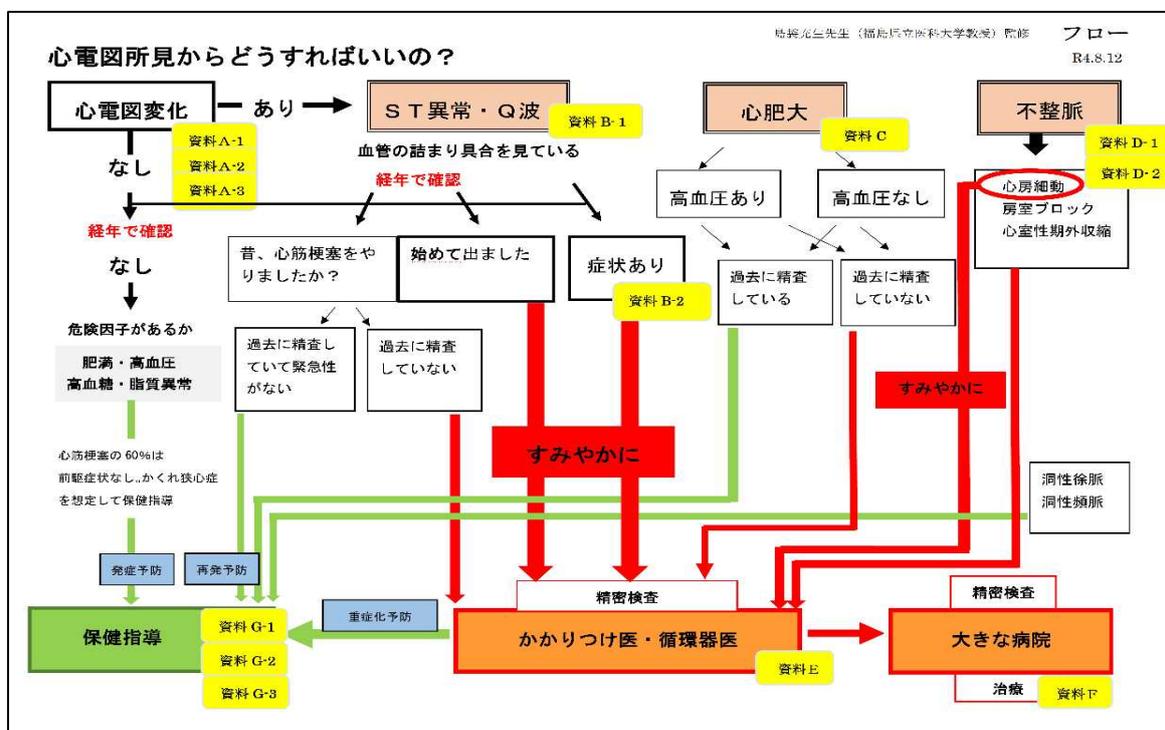
虚血性心疾患重症化予防の取組みにあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

#### 2) 対象者の明確化

##### (1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 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。

佐那河内村においては、心電図検査実を200人(100%)に実施し、そのうち有所見者が53人(26.5%)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)

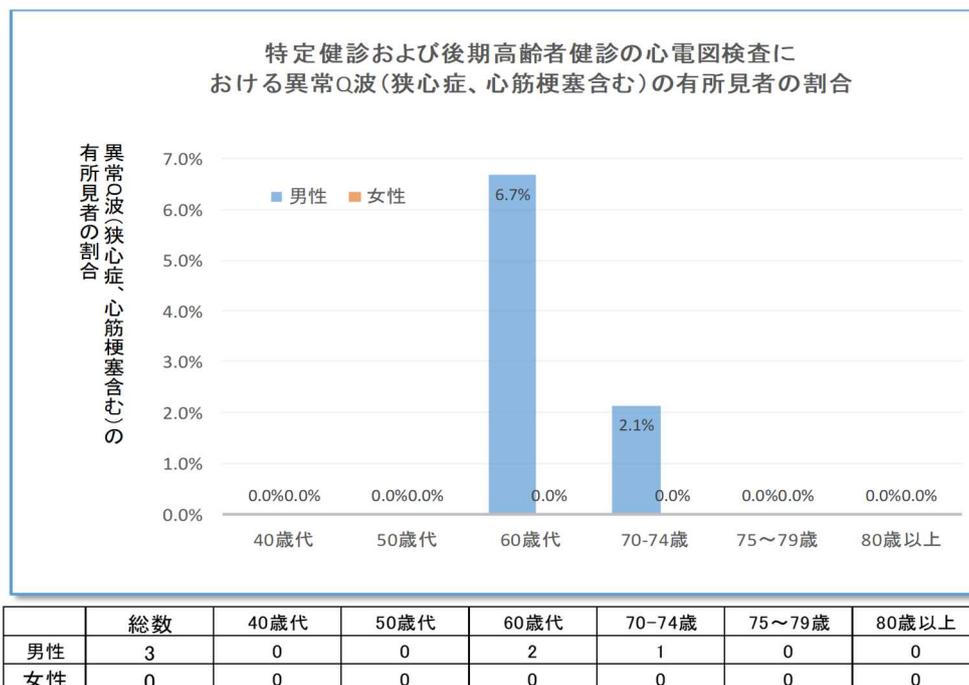
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 67 心電図検査結果(令和4年度)

心電図結果				佐那河内村国保		徳島県国保		佐那河内村後期		徳島県後期		
				人	%	人	%	人	%	人	%	
健診受診者数(特定健診受診率)				200	43.0%	43,423	36.3%	71		15,667		
再掲	65歳未満			45	22.5%	10,653	24.5%	0	0.0%	255	1.6%	
	65歳以上			155	77.5%	32,770	75.5%	71	100.0%	15,412	98.4%	
心電図実施者数(心電図実施率)				200	100.0%	42,910	98.82%	71	100.0%	15,664	99.98%	
心電図実施者のうち 所見のあった者(実数)				53	26.5%	13,604	31.7%	31	43.7%	6,675	42.6%	
心臓細胞の虚血	虚血性変化	心筋壊死(心筋梗塞)	心筋梗塞・狭心症	1	0.5%	95	0.2%	0	0.0%	52	0.3%	
			① 異常Q波	2	1.0%	453	1.1%	0	0.0%	220	1.4%	
		心筋虚血	② R波増高不良	0	0.0%	268	0.6%	1	1.4%	94	0.6%	
			③ ST異常	4	2.0%	1,105	2.6%	1	1.4%	561	3.6%	
			④ 冠不全	0	0.0%	75	0.2%	0	0.0%	31	0.2%	
心筋異常	⑤ T波異常	7	3.5%	1,534	3.6%	1	1.4%	724	4.6%			
脈が打てる心臓細胞の問題(不整脈)	徐脈性不整脈	洞結節の異常	⑥ 洞性不整脈	10	5.0%	1,584	3.7%	0	0.0%	601	3.8%	
			⑦ 洞不全症候群	0	0.0%	6	0.0%	0	0.0%	6	0.0%	
		刺激伝導系異常	房室伝導障害	⑧ 房室ブロック	2	1.0%	832	1.9%	5	7.0%	604	3.9%
				⑨ WPW症候群	0	0.0%	44	0.1%	0	0.0%	8	0.1%
			心室内伝導障害	⑩ P R短縮	1	0.5%	125	0.3%	0	0.0%	30	0.2%
				⑪ 脚ブロック	11	5.5%	2,851	6.6%	12	16.9%	1,499	9.6%
	頻脈性不整脈	心室性不整脈	⑫ 心室伝導障害	0	0.0%	241	0.6%	0	0.0%	85	0.5%	
			⑬ 心室期外収縮	5	2.5%	895	2.1%	3	4.2%	535	3.4%	
			⑭ 心室細動	0	0.0%	6	0.0%	0	0.0%	2	0.0%	
			⑮ QT延長	1	0.5%	196	0.5%	0	0.0%	86	0.5%	
		上室性不整脈	⑯ プルガタ症候群	0	0.0%	107	0.2%	0	0.0%	21	0.1%	
			⑰ 上室性期外収縮	3	1.5%	857	2.0%	4	5.6%	627	4.0%	
高血圧による心臓の虚血	心肥大・負荷所見	⑱ 心房細動	1	0.5%	319	0.7%	1	1.4%	275	1.8%		
		⑲ 心房粗動	1	0.5%	12	0.0%	0	0.0%	9	0.1%		
		⑳ 左室肥大	1	0.5%	353	0.8%	2	2.8%	179	1.1%		
		㉑ 高電位	1	0.5%	101	0.2%	0	0.0%	50	0.3%		
その他		㉒ 軸偏位	4	2.0%	1,393	3.2%	0	0.0%	766	4.9%		
		㉓ 右室肥大	0	0.0%	38	0.1%	1	1.4%	26	0.2%		
		㉔ 移行帯の変化	1	0.5%	924	2.2%	2	2.8%	388	2.5%		
		㉕ その他不整脈	2	1.0%	270	0.6%	1	1.4%	111	0.7%		
		㉖ その他	0	0.0%	831	1.9%	0	0.0%	407	2.6%		
		㉗ ペースメーカー調律	0	0.0%	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)

参考 異常 Q 波(心筋壊死を予測する有所見)有所見者の割合(国保・後期)



出典: つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

図表 68 心電図有所見者の医療機関受診状況

心電図所見 (R4)	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	53		15	28.3%	13	86.7%	0	0.0%
男性	33		10	30.3%	10	100.0%	0	0.0%
女性	20		5	25.0%	5	100.0%	0	0.0%

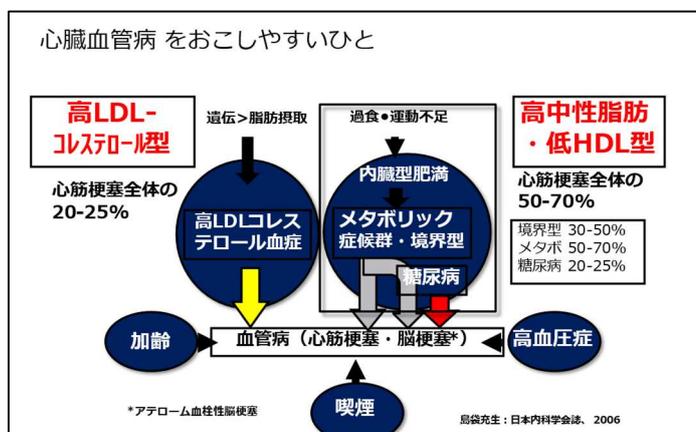
佐那河内村調べ

②心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 69)

図表 69 心血管病をおこしやすいひと



図表 69 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタタイプについては、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)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ<sup>①</sup>(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

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL			健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別			
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
72			31	27	11	3	0	1	5	8
			43.1%	37.5%	15.3%	4.2%	0.0%	7.1%	35.7%	57.1%
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)	4	4	0	0	0	0	0	0
			5.6%	12.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	32	10	13	9	0	0	1	4
			44.4%	32.3%	48.1%	81.8%	0.0%	100.0%	80.0%	50.0%
高リスク	120未満 (150未満)	33	14	14	2	3	0	0	1	4
		45.8%	45.2%	51.9%	18.2%	100.0%	0.0%	20.0%	50.0%	
	再掲	100未満 (130未満) ※1	3	0	3	0	0	0	0	0
			4.2%	0.0%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	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)	3	3	0	0	0	0	0	0
			4.2%	9.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	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 狭心症になった人から学びました
- 資料G-2 健診データの色がついているところに○をしてみましょう
- 資料G-3 心臓の血管を守るために、今できることは何だろう？
- 資料G-4 肥満(BMI25以上)になると心臓はどうなるの？

### (2) 二次健診の実施

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

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 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治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集します。

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、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

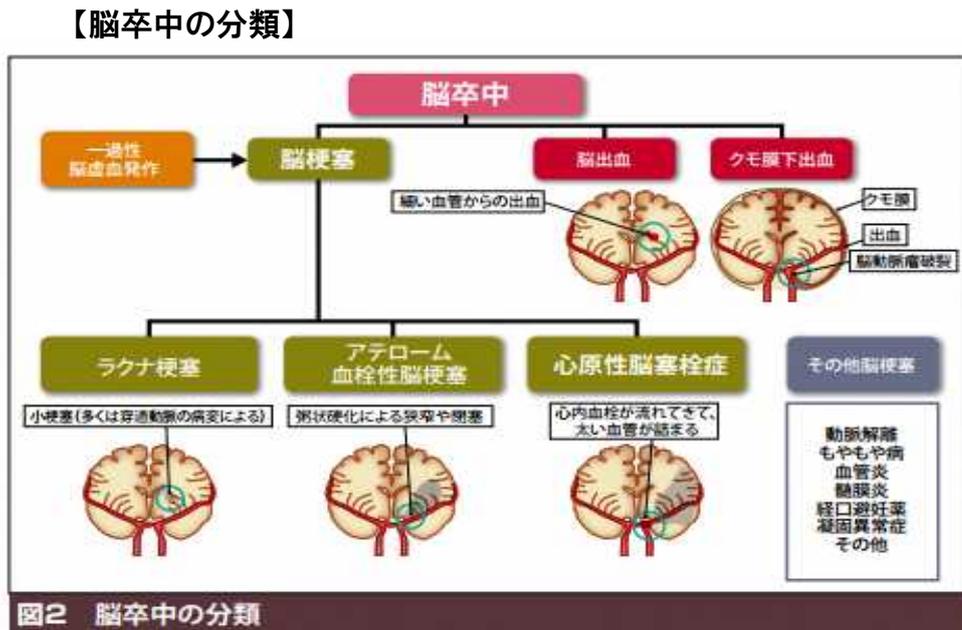
5月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

## 4. 脳血管疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

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

### 2) 対象者の明確化

#### (1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 74 でみると、高血圧治療者 218 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 23 人(10.6%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 10 人(5.3%)であり、そのうち 6 人(60%)は未治療者です。

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

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 4 人(2.1%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

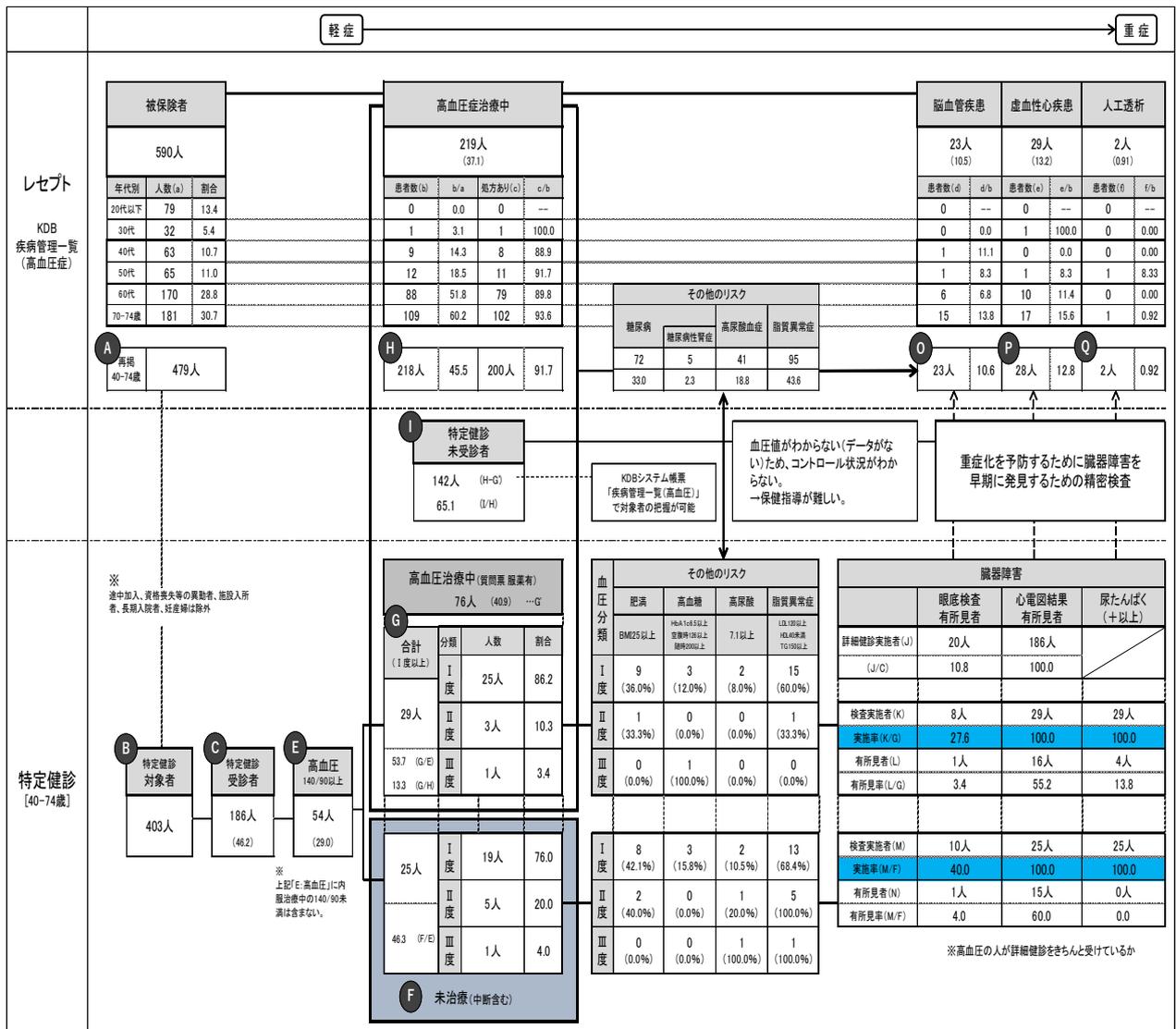
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか 20 人(10.8%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、54 人(29.0%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

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

図表 74 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※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情報 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

出典:KDB システム(レセプト情報)・特定健診(法定報告)

## (2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 75 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定		(参考)高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会			
		p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子			
		p50 表3-2 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化			
		p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画			
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化					
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)					
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
	55	30 54.5%	19 34.5%	5 9.1%	1 1.8%
リスク第1層 予後影響因子がない	1	C 1 1.8%	B 0 0.0%	B 0 0.0%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	31	C 19 56.4%	B 10 32.3%	A 2 6.5%	A 0 0.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	23	B 10 43.5%	A 9 39.1%	A 3 13.0%	A 1 4.3%

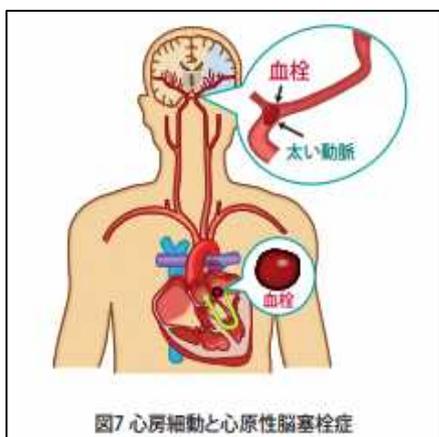
  

区分	該当者数
A	15 27.3%
B	20 36.4%
C	20 36.4%

- ※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



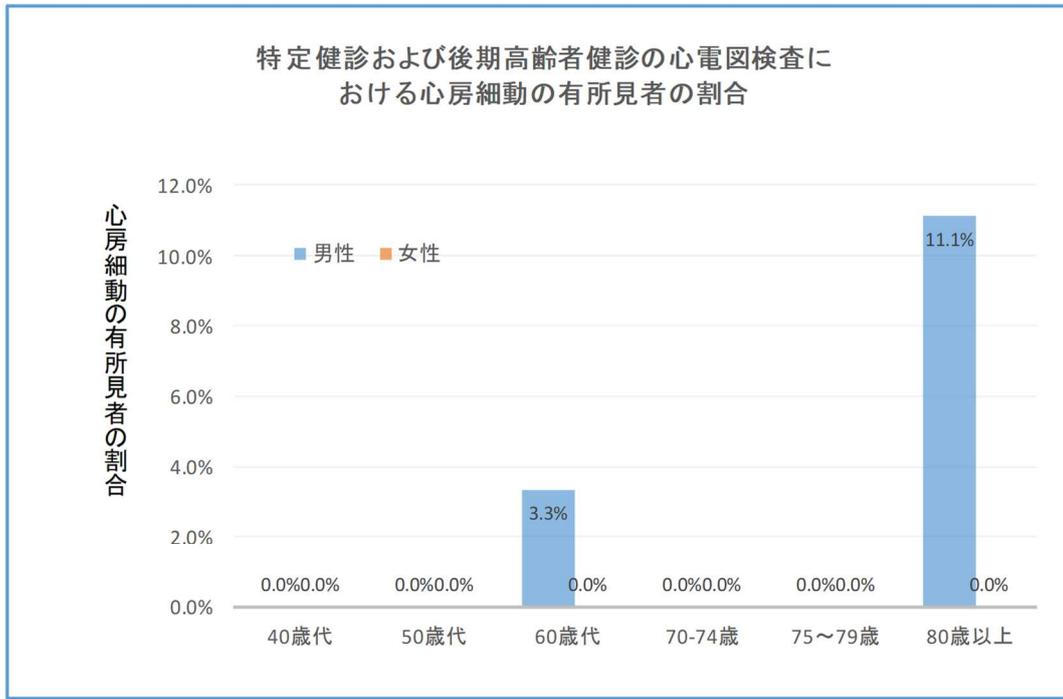
心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。

しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 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・後期)



	総数	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳	75~79歳	80歳以上
男性	2	0	0	1	0	0	1
女性	0	0	0	0	0	0	0

出典: つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

図表 77 心房細動有所見者の治療状況

心房細動有所見者 (R4)	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
1	0	0.0%	1	100.0%

佐那河内村調べ

心電図検査において国保では1人に心房細動の所見が認められました。後期も1名ですが、令和6年度より後期健診の対象者が79歳まで拡大されるため、新規対象者の発見につながると想定します。

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

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していること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) 村集団健診等を活用した重症化予防対策の実施

脳血管疾患重症化予防対策として、血管変化を早期に捉えて介入していくため、佐那河内村の独自実施検査として、集団健診で特定健診を受診した者については、眼底検査を詳細健診に該当しない者についても実施します。また、高血圧との関連がある1日の食塩摂取量についても推定できる推定食塩摂取量測定(随時尿検査)も集団健診で特定健診を受診した者について実施します。

#### (3) 二次検査の実施

より効果的に健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していけるよう、脳血管疾患重症化予防対象者への二次健診の実施についても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)

#### (4) 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体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

### 2) 事業の実施

佐那河内村は、令和 5 年度より徳島県後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和 6 年度以降も引き続き事業を行っていきます。具体的には、

#### ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

#### ② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。

75 歳を過ぎても支援が途切れないう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル予防のため、普及啓発や健康教育、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)





また、特定健診の対象者は 40 歳以上となっているため、国保加入者では学校保健安全法による定期健康診断が終了してから 40 歳になるまでの間、健診を受ける機会がありません。そのため、特定健診を受診する頃には生活習慣病などを既に発症していることもあります。20 歳から 39 歳の国保加入者に対して特定健診を受ける機会を設けて、生活習慣病を早期に発見し、早期介入することにより発症予防に努めていきます。

## 2) 他保険者と連携した発症予防

国保加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあり、年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が国保加入者の半数以上を占めており、前期高齢者の加入者は年々増加傾向にあります。また、40～64 歳の国保加入者は年々減少傾向にあります。前期高齢者で国保加入した時には、すでに生活習慣病が重症化していることも増えてきています。(図表 80)

64 歳以下の国保加入者が減少している中、若い世代の健康実態の把握がしにくいいため、他保険加入者が多い若い年代の健康実態を把握し発症予防を行うため、他保険者と連携し効率的・効果的な保健事業の取組みを検討していきます。

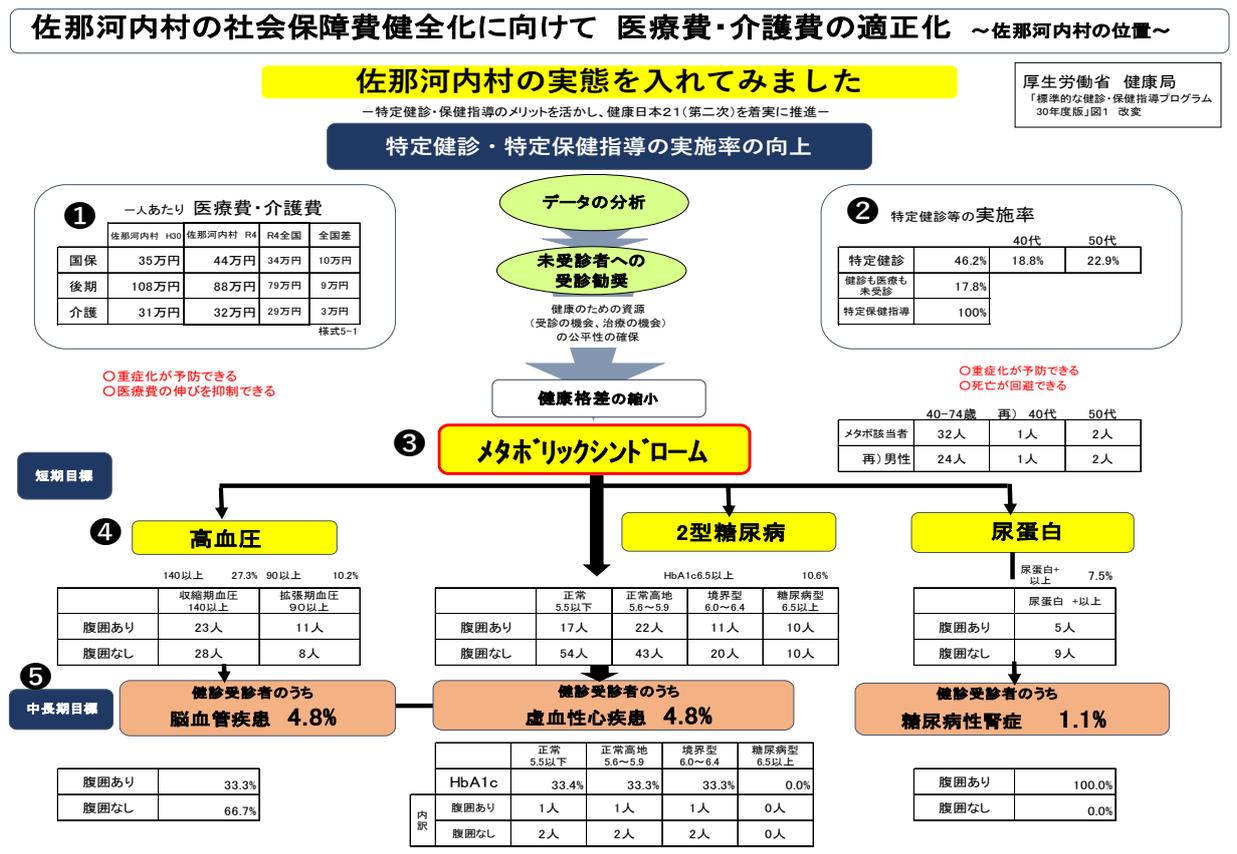
図表 80 国保加入後に脳梗塞を起こした事例

年齢		51歳	67歳	68歳
公的医療保険 種別		社保	国保	
医療費		-	33万円/年	<b>305万円/年</b>
介護費		-	-	-
介護度		-	-	支援1
医療 (治療状況)		高脂血症		
		糖尿病		
		高血圧		
		高尿酸血症		
		虚血性脳血管障害		
		慢性腎不全		
				意識障害
				陳旧性脳梗塞
健診	肥満度 (BMI)	不明	年度途中加入のため 健診対象外	28.6
	血圧			治120/65
	HbA1c			治 6.1
	eGFR			治 56.8

# V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。被保険者自身が健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに、主体的・積極的に健康増進に取り組むことが重要です。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く村民へ周知していきます。(図表 81, 82)

図表 81 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 82 佐那河内村の食の特徴と健診結果



## 第5章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

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

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

<b>ストラクチャー</b> (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"><li>・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)</li><li>・保健指導実施のための専門職の配置</li><li>・KDB活用環境の確保</li></ul>
<b>プロセス</b> (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"><li>・保健指導等の手順・教材はそろっているか</li><li>・必要なデータは入手できているか。</li><li>・スケジュールどおり行われているか。</li></ul>
<b>アウトプット</b> (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"><li>・特定健診受診率、特定保健指導率</li><li>・計画した保健事業を実施したか。</li><li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li></ul>
<b>アウトカム</b> (成果)	<ul style="list-style-type: none"><li>・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)</li></ul>

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

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

## 第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

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

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

### 2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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佐那河内村の位置
- 参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料 3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 7 HbA1c の年次比較
- 参考資料 8 血圧の年次比較
- 参考資料 9 LDL-C の年次比較

(参考資料1) 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた佐那河内村の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた佐那河内村の位置(H30～R04年度)

項目		佐那河内村										同規模平均		徳島県		国			
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1 概況	人口構成	総人口	2,289		2,289		2,289		2,289		2,058		727,328		691,132		123,214,261		
		65歳以上(高齢化率)	988	43.2	988	43.2	988	43.2	988	43.2	986	47.9	301,056	41.4	238,346	34.5	353,358	28.7	
		75歳以上	542	23.7	542	23.7	542	23.7	542	23.7	527	25.6	---	---	122,672	17.7	182,482	14.8	
		65～74歳	446	19.5	446	19.5	446	19.5	446	19.5	459	22.3	---	---	115,674	16.7	170,873	13.9	
		40～64歳	704	30.8	704	30.8	704	30.8	704	30.8	704	30.8	612	29.7	---	---	224,837	32.5	415,489
39歳以下	597	26.1	597	26.1	597	26.1	597	26.1	460	22.4	---	---	227,949	33.0	463,326	37.6			
2 産業構成	第1次産業	40.4		40.4		40.4		40.4		40.4		22.3		8.5		4.0			
	第2次産業	18.4		18.4		18.4		18.4		18.4		20.6		24.1		25.0			
	第3次産業	41.2		41.2		41.2		41.2		41.2		57.2		67.4		71.0			
3 平均寿命	男性	80.1		80.1		80.1		80.1		80.1		80.5		80.3		80.8			
	女性	86.3		86.3		86.3		86.3		86.3		87.0		86.7		87.0			
4 平均自立期間 (要介護以上)	男性	78.7		82.3		82.4		81.5		80.9		79.3		79.7		80.1			
	女性	84.0		86.4		86.2		84.9		84.9		84.2		83.8		84.4			
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	85.0		85.0		85.0		107.5		107.5		101.6		105.1		100.0		
		男性	92.9		92.9		92.9		110.2		110.2		99.9		103.3		100.0		
	② 早死予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	1	2.4	5	9.1	2	6.1	2	4.2	2	8.7	---	---	707	6.8	125,187	8.7	
		男性	1	5.0	3	10.7	2	11.1	2	8.2	---	---	---	---	500	9.7	82,832	11.2	
		女性	0	0.0	2	7.4	0	0.0	0	0.0	---	---	---	---	207	3.9	42,355	6.0	
		① 介護保険	1号認定者数(認定率)	184	19.7	202	19.4	210	21.1	202	20.3	203	20.9	59,331	19.9	49,183	20.7	67,240	19.4
			新規認定者	1	0.3	6	0.4	3	0.3	5	0.2	2	0.3	933	0.3	864	0.3	110,289	0.3
		② 有病状況	介護別総件数	502	13.7	594	16.4	685	19.3	749	20.7	804	21.1	162,745	13.5	172,153	14.2	21,785,044	12.9
			要支援1.2	1,434	39.3	1,566	43.3	1,495	42.0	1,403	38.9	1,407	36.9	568,999	47.1	574,015	47.4	78,107,378	46.3
			要介護1.2	1,715	47.0	1,454	40.2	1,378	38.7	1,459	40.4	1,598	42.0	476,421	39.4	465,525	38.4	68,963,503	40.8
要介護3以上			1	0.1	0	0.0	---	---	1	0.1	2	0.3	856	0.4	844	0.4	156,107	0.4	
糖尿病			34	18.6	50	22.4	44	20.4	44	19.5	53	23.7	13,461	21.6	14,411	27.9	17,213	24.3	
高血圧症	100		51.7	109	52.2	110	50.2	106	52.3	114	52.6	33,454	54.3	29,294	57.7	37,447	53.3		
脂質異常症	41		21.3	47	24.1	52	23.7	44	23.4	56	26.3	18,421	29.6	16,551	32.3	23,082	32.6		
心臓病	117		60.7	126	61.1	125	58.3	118	58.6	126	60.6	37,325	60.8	32,830	64.7	42,242	60.3		
脳疾患	55		29.4	61	28.8	62	29.0	51	27.3	56	26.9	13,424	22.1	11,243	22.5	15,682	22.6		
がん	15		8.7	17	8.1	11	7.1	11	6.1	19	8.8	6,308	10.3	6,412	12.3	83,740	11.8		
筋・骨格	103	56.2	123	57.4	131	58.5	113	58.1	114	57.4	33,542	54.6	29,871	59.1	37,482	53.4			
精神	75	40.1	77	39.0	90	40.5	82	40.0	76	37.7	22,904	37.4	19,884	39.1	25,619	36.8			
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	310,488	306,762,149	298,659	295,074,605	310,848	307,118,119	298,496	292,938,326	323,320	318,793,312	323,222	320,304	320,304	290,668	290,668	290,668		
	1件当たり給付費(全体)	84,021		81,648		86,318		81,124		83,695		80,543		83,005		59,662			
	居宅サービス	36,911		35,212		34,322		32,376		34,531		42,864		41,316		41,272			
	施設サービス	279,851		285,685		293,066		288,976		297,912		288,059		297,064		296,364			
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	10,363		9,171		10,335		8,654		8,241		9,108		8,871		8,610			
	認定あり	4,744		5,110		4,877		4,739		5,196		4,544		4,497		4,020			
① 国保の状況	被保険者数	658		652		624		591		551		195,140		154,837		27,488,882			
	65～74歳	322	48.9	329	50.5	325	52.1	313	53.0	285	51.7	---	---	73,817	47.5	11,129,271	40.5		
	40～64歳	230	35.0	210	32.2	196	31.4	182	30.8	168	30.5	---	---	49,424	31.9	9,088,015	33.1		
39歳以下	106	16.1	113	17.3	103	16.5	96	16.2	98	17.8	---	---	31,796	20.5	7,271,596	26.5			
② 医療の概況 (人口千対)	入院率	28.7		28.5		27.3		25.8		26.8		27.1		22.4		22.3			
	病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	54	0.3	107	0.7	8,237	0.3		
	診療所数	2	3.0	2	3.1	2	3.2	2	3.4	2	3.6	703	3.8	708	4.6	102,599	3.7		
	病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4,267	21.9	13,691	88.4	15,074	54.8		
	医師数	0	0.0	0	0.0	2	3.2	2	3.4	2	3.6	841	3.3	2,567	16.6	339,611	12.4		
	外来患者数	754.9		765.8		734.1		763.9		766.0		653.6		737.2		687.8			
	入院患者数	31.0		32.6		23.8		24.8		28.2		22.9		20.2		17.7			
	一人当たり医療費	352,775		411,632		352,063		363,457		439,830		367,527		389,015		339,680			
	受診率	786.0		798,363		757,899		788,676		794,191		676,49		762,201		705,439			
	費用の割合	51.2		51.3		60.1		60.4		49.5		55.1		54.9		60.4			
未	96.1		95.9		96.9		96.9		96.5		96.5		96.7		97.5				
入院	48.8		48.7		39.9		39.6		50.5		44.9		45.1		39.6				
入院	3.9		4.1		3.1		3.1		3.4		3.4		3.3		2.5				
1件あたり入院日数	20.9日		18.6日		18.5日		20.3日		19.7日		16.2日		18.5日		15.7日				
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療費負担病名 (調剤含む)	がん	28,196,140	24.1	46,957,460	35.1	40,394,220	31.0	32,040,260	27.6	38,604,670	31.2	32.8		30.5		32.7			
	慢性腎不全(透析あり)	5,763,470	4.9	8,640,430	6.5	8,937,350	6.9	5,693,770	4.9	5,836,990	4.7	6.1		4.4		8.2			
	糖尿病	15,092,520	12.9	13,872,150	10.4	12,611,480	9.7	14,202,950	12.2	13,978,450	11.3	11.2		10.8		10.4			
	高血圧症	9,313,860	7.9	9,191,460	6.9	7,394,820	5.7	7,478,770	6.4	7,162,870	5.8	6.5		6.0		5.9			
	脂質異常症	5,877,490	5.0	5,642,510	4.2	6,822,930	5.2	5,275,590	4.5	3,502,430	2.8	3.4		3.7		4.1			
	脳梗塞・脳出血	1,109,330	1.0	1,502,070	1.1	4,110,380	3.2	439,620	0.4	374,020	0.3	4.0		2.7		3.9			
	狭心症・心筋梗塞	1,301,770	1.1	983,610	0.7	3,831,980	2.9	1,245,980	1.1	4,431,680	3.6	2.8		3.4		2.8			
	精神	25,978,150	22.2	31,739,990	23.7	24,370,310	18.7	24,295,520	20.9	27,480,710	22.2	14.6		21.1		14.7			
	筋・骨格	20,428,790	17.4	13,941,720	10.4	19,743,710	15.2	24,520,980	21.1	21,636,790	17.5	17.4		16.2		16.7			
	高血圧症	587	0.3	268	0.1	---	---	801	0.6	236	0.1	363	0.2	233	0.1	256	0.2		
糖尿病	3,810	2.2	1,650	0.8	484	0.3	1,778	1.2	---	---	1,388	0.9	1,411	0.8	1,144	0.9			
脂質異常症	---	---	---	---	833	0.6	---	---	---	---	76	0.0	84	0.0	53	0.0			
脳梗塞・脳出血	835	0.5	1,144	0.6	4,954	3.5	---	---	156	0.1	6,827	4.1	4,750	2.7	5,993	4.5			
虚血性心疾患	726	0.4	783	0.4	5,013	3.6	845	0.6	7,277	3.3	4,500	2.7	5,717	3.3	3,942	2.9			
腎不全	1,345	0.8	142	0.1	1,800	1.3	1,579	1.1	6,964	3.1	4,305	2.6	3,047	1.7	4,051	3.0			
高血圧症	13,567	7.5	13,830	6.5	11,851	5.6	11,854	5.4	12,747	5.9	12,436	6.1	12,073	5.7	10,143				

項目		佐那河内村										同規模平均		徳島県		国					
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度					
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
5 健診	特定健診の 状況	① 健診受診者	223		213		214		189		186		62,519		43,802		6,503,152				
		② 受診率	44.2	県内9位 同規模160位	42.9	県内11位 同規模176位	44.7	県内9位 同規模125位	43.2	県内10位 同規模177位	45.8	県内9位 同規模148位	45.2	39.2	全国18位	35.3					
		③ 特定保健指導終了者(実施率)	27	93.1	20	95.2	17	63.0	19	95.0	0	0.0	1,158	14.8	297	5.5	69,327	9.0			
		④ 非肥満高血糖	14	6.3	20	9.4	17	7.9	21	11.1	18	9.7	5,946	9.5	3,532	8.1	588,083	9.0			
		メタボ	⑤ 該当者	41	18.4	27	12.7	41	19.2	31	16.4	32	17.2	13,887	22.2	9,180	21.0	1,321,197	20.3		
			⑥ 総数	28	27.7	16	16.7	27	29.3	22	26.2	24	27.6	9,720	32.3	6,496	33.1	923,222	32.0		
			⑦ 男性	13	10.7	11	9.4	14	11.5	9	8.6	8	8.1	4,167	12.8	2,684	11.1	397,975	11.0		
			⑧ 女性	32	14.3	29	13.6	22	10.3	18	9.5	25	13.4	7,780	12.4	5,182	11.8	730,607	11.2		
			⑨ 予備群	23	22.8	21	21.9	13	14.1	12	14.3	21	24.1	5,523	18.4	3,648	18.6	515,813	17.9		
			⑩ 総数	9	7.4	8	6.8	9	7.4	6	5.7	4	4.0	2,257	7.0	1,534	6.3	214,794	5.9		
			⑪ 男性	85	38.1	68	31.9	69	32.2	55	29.1	59	31.7	23,952	38.3	15,805	36.1	2,273,296	35.0		
			⑫ 女性	59	58.4	45	46.9	45	48.9	39	46.4	46	52.9	16,801	55.8	11,158	56.9	1,592,747	55.3		
			⑬ 総数	26	21.3	23	19.7	24	19.7	16	15.2	13	13.1	7,151	22.1	4,647	19.2	680,549	18.8		
			⑭ 男性	8	3.6	10	4.7	10	4.7	10	5.3	7	3.8	3,692	5.9	2,385	5.4	304,276	4.7		
			⑮ 女性	1	1.0	0	0.0	2	2.2	4	4.8	0	0.0	695	2.3	368	1.9	48,780	1.7		
			⑯ 総数	7	5.7	10	8.5	8	6.6	6	5.7	7	7.1	2,997	9.2	2,017	8.3	255,496	7.1		
			6 問診	メタボ該当・ 予備群 レベル	① 血糖のみ	2	0.9	2	0.9	1	0.5	1	0.5	1	0.5	427	0.7	264	0.6	41,541	0.6
					② 血圧のみ	25	11.2	21	9.9	18	8.4	14	7.4	20	10.9	5,692	9.1	3,727	8.5	514,593	7.9
					③ 脂質のみ	5	2.2	6	2.8	3	1.4	3	1.6	4	2.2	1,661	2.7	1,191	2.7	174,473	2.7
④ 血糖・血圧	6	2.7			4	1.9	9	4.2	5	2.6	3	1.6	2,311	3.7	1,335	3.0	193,722	3.0			
⑤ 血糖・脂質	2	0.9			1	0.5	2	0.9	1	0.5	1	0.5	697	1.1	450	1.0	67,212	1.0			
⑥ 血圧・脂質	21	9.4			16	7.5	17	7.9	18	9.5	16	8.6	6,233	10.0	4,666	10.7	630,648	9.7			
⑦ 血糖・血圧・脂質	12	5.4			6	2.8	13	6.1	7	3.7	12	6.5	4,846	7.4	2,729	6.2	429,615	6.6			
⑧ 服薬	① 高血圧	91			40.8	86	40.4	82	38.3	77	40.7	77	41.4	24,538	39.3	16,935	38.7	2,324,538	35.8		
	② 糖尿病	15			6.7	20	9.4	23	10.7	21	11.1	21	11.3	6,716	10.8	3,764	8.6	564,473	8.7		
⑨ 既往歴	① 脂質異常症	45			20.2	42	19.7	46	22.4	43	22.8	49	26.3	17,112	27.4	11,822	27.0	1,817,350	28.0		
	② 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	10			4.5	5	2.3	5	2.3	7	3.7	9	4.8	2,034	3.3	1,329	3.1	199,003	3.1		
7 生活習慣の 状況	既 往 歴	① 心臓病(狭心症・心筋梗塞等)			6	2.7	9	4.2	8	3.7	6	3.2	9	4.8	3,656	5.9	2,531	5.8	349,845	5.5	
		② 腎不全			5	2.3	6	2.8	7	3.3	2	1.1	2	1.1	566	0.9	511	1.2	51,680	0.8	
		③ 貧血			23	10.4	22	10.4	29	13.7	21	11.2	22	12.0	5,363	8.8	4,733	11.0	669,737	10.6	
		④ 喫煙	20	9.0	26	12.2	22	10.3	22	11.6	19	10.2	10,267	16.4	5,368	12.3	896,676	13.8			
		⑤ 週3回以上朝食を抜く	20	9.1	14	6.7	6	2.8	10	5.5	6	3.4	5,550	9.4	3,880	9.1	609,166	10.3			
		⑥ 週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
		⑦ 週3回以上就寝前夕食(H30～)	41	18.6	40	19.0	38	17.9	35	19.1	29	16.2	10,136	17.1	7,259	17.0	932,218	15.7			
		⑧ 週3回以上就寝前夕食	41	18.6	40	19.0	38	17.9	35	19.1	29	16.2	10,136	17.1	7,259	17.0	932,218	15.7			
		⑨ 食べる速度が速い	71	32.1	70	33.3	67	31.6	63	34.2	49	27.2	16,521	28.0	13,138	30.7	1,590,713	26.8			
		⑩ 20歳時体重から10kg以上増加	75	33.9	64	30.6	69	32.5	57	31.0	57	31.7	21,716	36.6	15,365	36.0	2,083,152	34.9			
		⑪ 1回30分以上運動習慣なし	156	70.6	143	68.1	147	69.3	124	67.8	125	69.8	40,253	67.5	25,071	58.7	3,589,415	60.3			
		⑫ 1日1時間以上運動なし	107	48.4	101	48.3	101	47.6	75	40.8	88	46.9	28,321	47.6	21,798	51.0	2,858,913	48.0			
		⑬ 睡眠不足	70	31.7	54	25.8	61	28.8	56	30.6	57	31.7	14,480	24.5	11,333	26.8	1,521,885	25.6			
⑭ 毎日飲酒	59	26.7	51	24.6	57	26.9	52	27.7	46	25.3	15,957	26.5	10,658	24.7	1,585,206	25.5					
⑮ 酒量	① 時々飲酒	38	17.2	41	19.8	39	18.4	27	14.4	28	15.4	13,842	23.0	7,699	17.8	1,393,154	22.4				
	② 1会未満	90	66.7	78	65.5	106	72.6	66	57.4	84	70.0	21,335	54.7	17,015	63.9	2,851,798	64.2				
	③ 1～2会	29	21.5	27	22.7	29	19.9	35	30.4	29	24.2	10,999	28.2	6,226	23.4	1,053,317	23.7				
	④ 2～3会	12	8.9	13	10.9	9	6.2	11	9.6	7	5.8	4,986	12.8	2,624	9.9	414,658	9.3				
⑤ 3会以上	4	3.0	1	0.8	2	1.4	3	2.6	0	0.0	1,688	4.3	754	2.8	122,039	2.7					



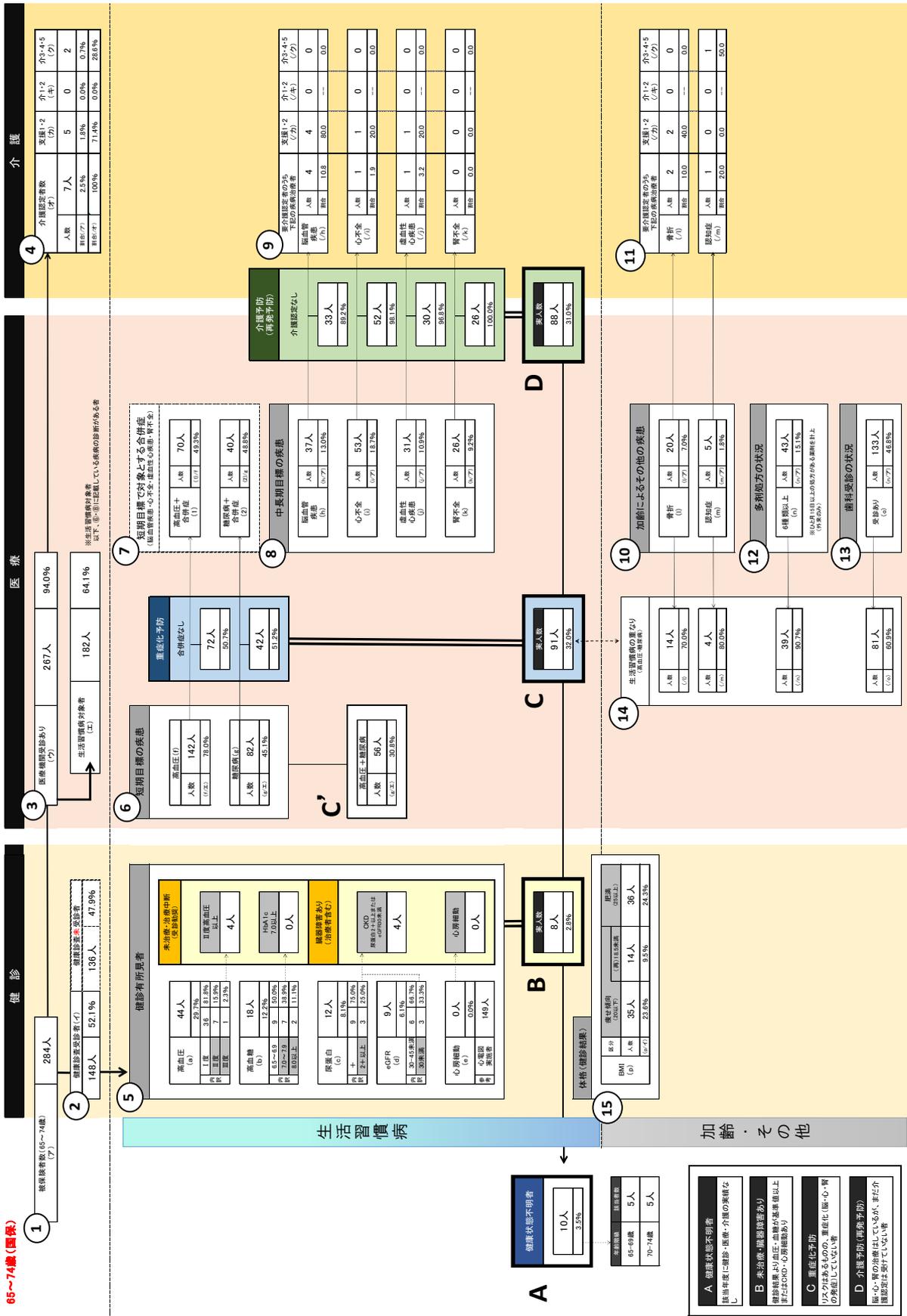
② 65～74歳(国保)

令和4年度

【OD】厚生労働省報告書「1」  
【OD】特定高齢者予備管理システム「PRACDIT」

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

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







(参考資料3) 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目	統合表	佐那河内村										同規模保険者(平均)		データ基		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	671人		659人		646人		606人		579人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	② (再掲)40-74歳	549人		551人		532人		510人		486人						
2	① 対象者数	504人		494人		479人		438人		403人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書		
	② 特定健診 受診者数	223人		211人		214人		189人		186人						
	③ 受診率	44.2%		42.7%		44.7%		43.2%		46.2%						
3	① 特定 保健指導 対象者数	29人		21人		23人		20人		25人						
	② 実施率	82.8%		95.2%		73.9%		95.0%		100.0%						
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	23人	10.3%	25人	11.8%	29人	13.6%	26人	13.8%	31人	16.1%	特定健診結果		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	7人	30.4%	5人	20.0%	4人	13.8%	5人	19.2%	10人	32.3%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	16人	69.6%	20人	80.0%	25人	86.2%	21人	80.8%	21人	67.7%			
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上かつ空腹時血糖130以上	J	7人	43.8%	9人	45.0%	11人	44.0%	11人	52.4%	9人	42.9%			
		⑤ 血圧 130/80以上		4人	57.1%	8人	88.9%	8人	72.7%	8人	72.7%	7人	77.8%			
		⑥ 肥満 BMI25以上		3人	42.9%	4人	44.4%	4人	36.4%	4人	36.4%	4人	44.4%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	9人	56.3%	11人	55.0%	14人	56.0%	10人	47.6%	12人	57.1%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	16人	69.6%	17人	68.0%	20人	69.0%	22人	84.6%	18人	58.1%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(+)		2人	8.7%	2人	8.0%	2人	6.9%	1人	3.8%	8人	25.8%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		4人	17.4%	5人	20.0%	4人	13.8%	2人	7.7%	4人	12.9%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		1人	4.3%	1人	4.0%	2人	6.9%	1人	3.8%	1人	3.2%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)	104.3人		103.2人		92.9人		117.2人		138.2人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)	125.7人		123.4人		112.8人		139.2人		164.6人					
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1件は被保険者対)	396件	(717.4)	439件	(814.5)	458件	(879.1)	455件	(919.2)	439件	(969.1)	136,930件	(893.2)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④ 入院外(件数)	4件	(7.2)	3件	(5.6)	2件	(3.8)	2件	(4.0)		658件	(4.3)			
		⑤ 入院(件数)	70人	10.4%	68人	10.3%	60人	9.3%	71人	11.7%	80人	13.8%				
		⑥ 糖尿病治療中	70人		68人		60人		71人		80人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		⑦ (再掲)40-74歳	69人		68人		60人		71人		80人					
		⑧ 健診未受診者	53人		52人		35人		50人		59人					
		⑨ インスリン治療	4人		4人		6人		4人		7人					
		⑩ (再掲)40-74歳	4人		4人		6人		4人		7人					
		⑪ 糖尿病性腎症	5人		8人		4人		7人		5人					
		⑫ (再掲)40-74歳	5人		8人		4人		7人		5人					
		⑬ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	1人		1人		2人		2人		1人					
		⑭ (再掲)40-74歳	1人		1人		2人		2人		1人					
		⑮ 新規透析患者数	1人		0人		1人		0人		1人					
		⑯ (再掲)糖尿病性腎症	1人		0人		0人		0人		0人					
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)	3人		2.4%		3人		2.4%		3人		2.5%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期			
6	医療費	① 総医療費	2億3213万円		2億6838万円		2億1969万円		2億1480万円		2億4235万円		2億6175万円		KDB 健診・医療・介護データか らみえる地域の健康課題	
		② 生活習慣病総医療費	1億1722万円		1億3372万円		1億3020万円		1億1627万円		1億2381万円		1億4021万円			
		③ (総医療費に占める割合)	50.5%		49.8%		59.3%		54.1%		51.1%		53.6%			
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	4,676円		7,113円		6,206円		6,039円		5,497円		8,820円			
		⑤ 健診未受診者	31,248円		38,775円		34,823円		38,020円		44,725円		40,357円			
		⑥ 糖尿病医療費	1509万円		1387万円		1261万円		1420万円		1398万円		1572万円			
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	12.9%		10.4%		9.7%		12.2%		11.3%		11.2%			
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	3387万円		4148万円		4105万円		3938万円		3460万円					
		⑨ 1件あたり	36,222円		40,587円		40,443円		37,544円		37,442円					
		⑩ 糖尿病入院総医療費	1516万円		792万円		1351万円		1542万円		2699万円					
		⑪ 1件あたり	561,520円		395,975円		540,483円		467,362円		749,838円					
		⑫ 在院日数	19日		12日		12日		15日		13日					
		⑬ 慢性腎不全医療費	945万円		945万円		1043万円		614万円		627万円		957万円			
		⑭ 透析有り	576万円		864万円		894万円		569万円		584万円		862万円			
		⑮ 透析なし	369万円		81万円		149万円		45万円		43万円		96万円			
7	介護	① 介護給付費	3億0676万円		2億9507万円		3億0712万円		2億9294万円		3億1879万円		3億5514万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症	0件		0件		0件		0件		1件		100.0%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		0人		0人		1人		2.4%		0人		0.0%		KDB_健診・医療・介護データ からみえる地域の健康課題

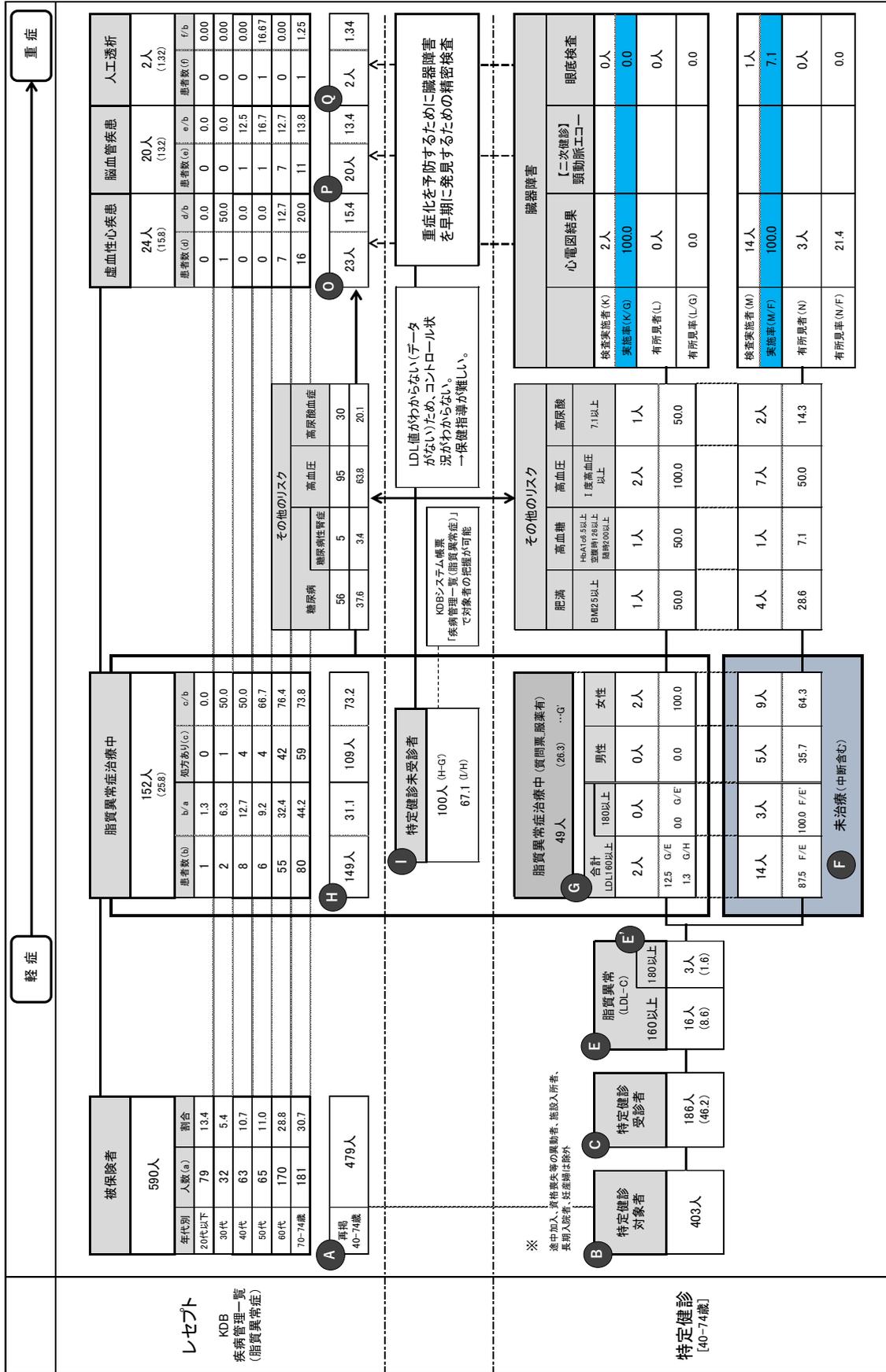




(参考資料6) 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



(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			
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上							
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合			
		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	197	60	30.5%	86	43.7%	35	17.8%	4	2.0%	11	5.6%	1	0.5%	5	2.5%	1	0.5%						
H30	223	86	38.6%	91	40.8%	32	14.3%	4	1.8%	7	3.1%	3	1.3%	7	3.1%	2	0.9%						
R01	211	78	37.0%	91	43.1%	28	13.3%	4	1.9%	4	1.9%	6	2.8%	7	3.3%	5	2.4%						
R02	214	89	41.6%	83	38.8%	28	13.1%	5	2.3%	7	3.3%	2	0.9%	5	2.3%	1	0.5%						
R03	189	80	42.3%	66	34.9%	26	13.8%	9	4.8%	6	3.2%	2	1.1%	4	2.1%	2	1.1%						
R04	185	71	38.4%	65	35.1%	30	16.2%	10	5.4%	7	3.8%	2	1.1%	3	1.6%	1	0.5%						

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		再掲	
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	治療		
H29	197	60 30.5%	86 43.7%	35 17.8%	16	6	10	8.1%	37.5%	62.5%	8.1%
					12	4	8	6.1%	33.3%	66.7%	
H30	223	86 38.6%	91 40.8%	32 14.3%	14	6	8	6.3%	42.9%	57.1%	6.3%
					10	4	6	4.5%	40.0%	60.0%	
R01	211	78 37.0%	91 43.1%	28 13.3%	14	4	10	6.6%	28.6%	71.4%	6.6%
					10	4	6	4.7%	40.0%	60.0%	
R02	214	89 41.6%	83 38.8%	28 13.1%	14	4	10	6.5%	28.6%	71.4%	6.5%
					9	2	7	4.2%	22.2%	77.8%	
R03	189	80 42.3%	66 34.9%	26 13.8%	17	4	13	9.0%	23.5%	76.5%	9.0%
					8	2	6	4.2%	25.0%	75.0%	
R04	185	71 38.4%	65 35.1%	30 16.2%	19	8	11	10.3%	42.1%	57.9%	10.3%
					9	3	6	4.9%	33.3%	66.7%	

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			
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上							
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合			
		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	18	9.1%	1	5.6%	1	5.6%	6	33.3%	2	11.1%	7	38.9%	1	5.6%	4	22.2%	1	5.6%				
	H30	15	6.7%	0	0.0%	4	26.7%	3	20.0%	2	13.3%	5	33.3%	1	6.7%	5	33.3%	1	6.7%				
	R01	20	9.5%	0	0.0%	6	30.0%	4	20.0%	4	20.0%	2	10.0%	4	20.0%	4	20.0%	3	15.0%				
	R02	23	10.7%	0	0.0%	4	17.4%	9	39.1%	3	13.0%	5	21.7%	2	8.7%	4	17.4%	1	4.3%				
	R03	21	11.1%	2	9.5%	0	0.0%	6	28.6%	7	33.3%	5	23.8%	1	4.8%	3	14.3%	1	4.8%				
	R04	21	11.4%	1	4.8%	2	9.5%	7	33.3%	5	23.8%	5	23.8%	1	4.8%	2	9.5%	1	4.8%				
治療なし	H29	179	90.9%	59	33.0%	85	47.5%	29	16.2%	2	1.1%	4	2.2%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%				
	H30	208	93.3%	86	41.3%	87	41.8%	29	13.9%	2	1.0%	2	1.0%	2	1.0%	2	1.0%	1	0.5%				
	R01	191	90.5%	78	40.8%	85	44.5%	24	12.6%	0	0.0%	2	1.0%	2	1.0%	3	1.6%	2	1.0%				
	R02	191	89.3%	89	46.6%	79	41.4%	19	9.9%	2	1.0%	2	1.0%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%				
	R03	168	88.9%	78	46.4%	66	39.3%	20	11.9%	2	1.2%	1	0.6%	1	0.6%	1	0.6%	1	0.6%				
	R04	164	88.6%	70	42.7%	63	38.4%	23	14.0%	5	3.0%	2	1.2%	1	0.6%	1	0.6%	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				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		I 度		II 度		III 度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	197	50	25.4%	36	18.3%	61	31.0%	42	21.3%	8	4.1%	0	0.0%
H30	223	58	26.0%	43	19.3%	59	26.5%	50	22.4%	10	4.5%	3	1.3%
R01	211	50	23.7%	40	19.0%	71	33.6%	39	18.5%	9	4.3%	2	0.9%
R02	214	43	20.1%	37	17.3%	71	33.2%	48	22.4%	15	7.0%	0	0.0%
R03	189	56	29.6%	27	14.3%	52	27.5%	44	23.3%	7	3.7%	3	1.6%
R04	186	45	24.2%	38	20.4%	49	26.3%	44	23.7%	8	4.3%	2	1.1%

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

重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I 度 高血圧	II 度高血圧以上			再掲	割合
					再)III度高血圧	再掲			
						未治療	治療		
H29	197	86 43.7%	61 31.0%	42 21.3%	8 4.1%	4 50.0%	4 50.0%	4.1%	
H30	223	101 45.3%	59 26.5%	50 22.4%	13 5.8%	6 46.2%	7 53.8%	5.8%	
R01	211	90 42.7%	71 33.6%	39 18.5%	11 5.2%	7 63.6%	4 36.4%	5.2%	
R02	214	80 37.4%	71 33.2%	48 22.4%	15 7.0%	7 46.7%	8 53.3%	7.0%	
R03	189	83 43.9%	52 27.5%	44 23.3%	10 5.3%	3 30.0%	7 70.0%	5.3%	
R04	186	83 44.6%	49 26.3%	44 23.7%	10 5.4%	6 60.0%	4 40.0%	5.4%	

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		I 度		II 度		III 度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	77	39.1%	16	20.8%	13	16.9%	23	29.9%	21	27.3%	4	5.2%	0	0.0%
	H30	91	40.8%	13	14.3%	19	20.9%	27	29.7%	25	27.5%	6	6.6%	1	1.1%
	R01	85	40.3%	5	5.9%	19	22.4%	34	40.0%	23	27.1%	4	4.7%	0	0.0%
	R02	82	38.3%	8	9.8%	16	19.5%	27	32.9%	23	28.0%	8	9.8%	0	0.0%
	R03	77	40.7%	13	16.9%	12	15.6%	20	26.0%	25	32.5%	6	7.8%	1	1.3%
R04	76	40.9%	16	21.1%	12	15.8%	19	25.0%	25	32.9%	3	3.9%	1	1.3%	
治療なし	H29	120	60.9%	34	28.3%	23	19.2%	38	31.7%	21	17.5%	4	3.3%	0	0.0%
	H30	132	59.2%	45	34.1%	24	18.2%	32	24.2%	25	18.9%	4	3.0%	2	1.5%
	R01	126	59.7%	45	35.7%	21	16.7%	37	29.4%	16	12.7%	5	4.0%	2	1.6%
	R02	132	61.7%	35	26.5%	21	15.9%	44	33.3%	25	18.9%	7	5.3%	0	0.0%
	R03	112	59.3%	43	38.4%	15	13.4%	32	28.6%	19	17.0%	1	0.9%	2	1.8%
R04	110	59.1%	29	26.4%	26	23.6%	30	27.3%	19	17.3%	5	4.5%	1	0.9%	

(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	197	103	52.3%	57	28.9%	24	12.2%	9	4.6%	4	2.0%
	H30	223	116	52.0%	51	22.9%	36	16.1%	16	7.2%	4	1.8%
	R01	211	105	49.8%	52	24.6%	30	14.2%	15	7.1%	9	4.3%
	R02	214	111	51.9%	48	22.4%	32	15.0%	19	8.9%	4	1.9%
	R03	189	95	50.3%	46	24.3%	30	15.9%	15	7.9%	3	1.6%
R04	186	101	54.3%	39	21.0%	30	16.1%	13	7.0%	3	1.6%	
男性	H29	85	49	57.6%	23	27.1%	9	10.6%	3	3.5%	1	1.2%
	H30	101	57	56.4%	19	18.8%	16	15.8%	7	6.9%	2	2.0%
	R01	94	49	52.1%	22	23.4%	13	13.8%	6	6.4%	4	4.3%
	R02	92	52	56.5%	19	20.7%	10	10.9%	8	8.7%	3	3.3%
	R03	84	49	58.3%	19	22.6%	9	10.7%	5	6.0%	2	2.4%
R04	87	50	57.5%	19	21.8%	13	14.9%	3	3.4%	2	2.3%	
女性	H29	112	54	48.2%	34	30.4%	15	13.4%	6	5.4%	3	2.7%
	H30	122	59	48.4%	32	26.2%	20	16.4%	9	7.4%	2	1.6%
	R01	117	56	47.9%	30	25.6%	17	14.5%	9	7.7%	5	4.3%
	R02	122	59	48.4%	29	23.8%	22	18.0%	11	9.0%	1	0.8%
	R03	105	46	43.8%	27	25.7%	21	20.0%	10	9.5%	1	1.0%
R04	99	51	51.5%	20	20.2%	17	17.2%	10	10.1%	1	1.0%	

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			再掲	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	197	103 52.3%	57 28.9%	24 12.2%	13 6.6%	13 100.0%	0 0.0%	2.0%	66%
H30	223	116 52.0%	51 22.9%	36 16.1%	20 9.0%	19 95.0%	1 5.0%	1.8%	9.0%
R01	211	105 49.8%	52 24.6%	30 14.2%	24 11.4%	24 100.0%	0 0.0%	4.3%	11.4%
R02	214	111 51.9%	48 22.4%	32 15.0%	23 10.7%	20 87.0%	3 13.0%	1.9%	10.7%
R03	189	95 50.3%	46 24.3%	30 15.9%	18 9.5%	16 88.9%	2 11.1%	1.6%	9.5%
R04	186	101 54.3%	39 21.0%	30 16.1%	16 8.6%	14 87.5%	2 12.5%	1.6%	8.6%

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	43	21.8%	29	67.4%	11	25.6%	3	7.0%	0	0.0%
	H30	45	20.2%	33	73.3%	8	17.8%	3	6.7%	1	2.2%
	R01	42	19.9%	32	76.2%	7	16.7%	3	7.1%	0	0.0%
	R02	48	22.4%	37	77.1%	5	10.4%	3	6.3%	3	6.3%
	R03	43	22.8%	34	79.1%	4	9.3%	3	7.0%	2	4.7%
R04	49	26.3%	36	73.5%	8	16.3%	3	6.1%	2	4.1%	
治療なし	H29	154	78.2%	74	48.1%	46	29.9%	21	13.6%	9	5.8%
	H30	178	79.8%	83	46.6%	43	24.2%	33	18.5%	15	8.4%
	R01	169	80.1%	73	43.2%	45	26.6%	27	16.0%	15	8.9%
	R02	166	77.6%	74	44.6%	43	25.9%	29	17.5%	16	9.6%
	R03	146	77.2%	61	41.8%	42	28.8%	27	18.5%	13	8.9%
R04	137	73.7%	65	47.4%	31	22.6%	27	19.7%	11	8.0%	