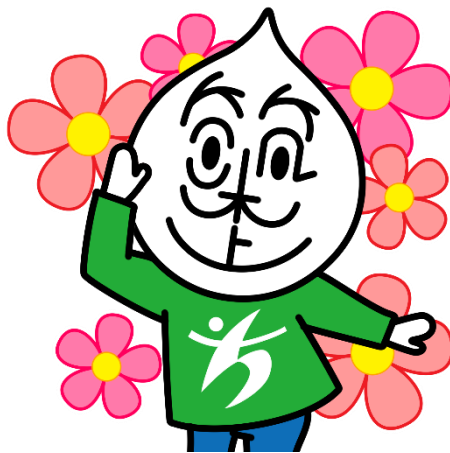


築上町第3期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)  
第4期特定健康診査等実施計画



築上町「きずきのぼる」

築上町国民健康保険

令和6年3月

# 保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

## 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 .....1

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

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 .....10

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

## 第3章 特定健康診査等実施計画 .....36

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

## 第4章 課題解決するための個別保健事業 .....43

1. 保健事業の方向性

- 2. 重症化予防の取組
  - 1) 糖尿病性腎症重症化予防
  - 2) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
  - 3) 虚血性心疾患重症化予防
  - 4) 脳血管疾患重症化予防
- 3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
- 4. 発症予防
- 5. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し .....72

- 1. 評価の時期
- 2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い .....73

- 1. 計画の公表・周知
- 2. 個人情報の取扱い

参考資料 .....74

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

またその後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」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2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

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

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

---

※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)

※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

※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

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

---

※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)

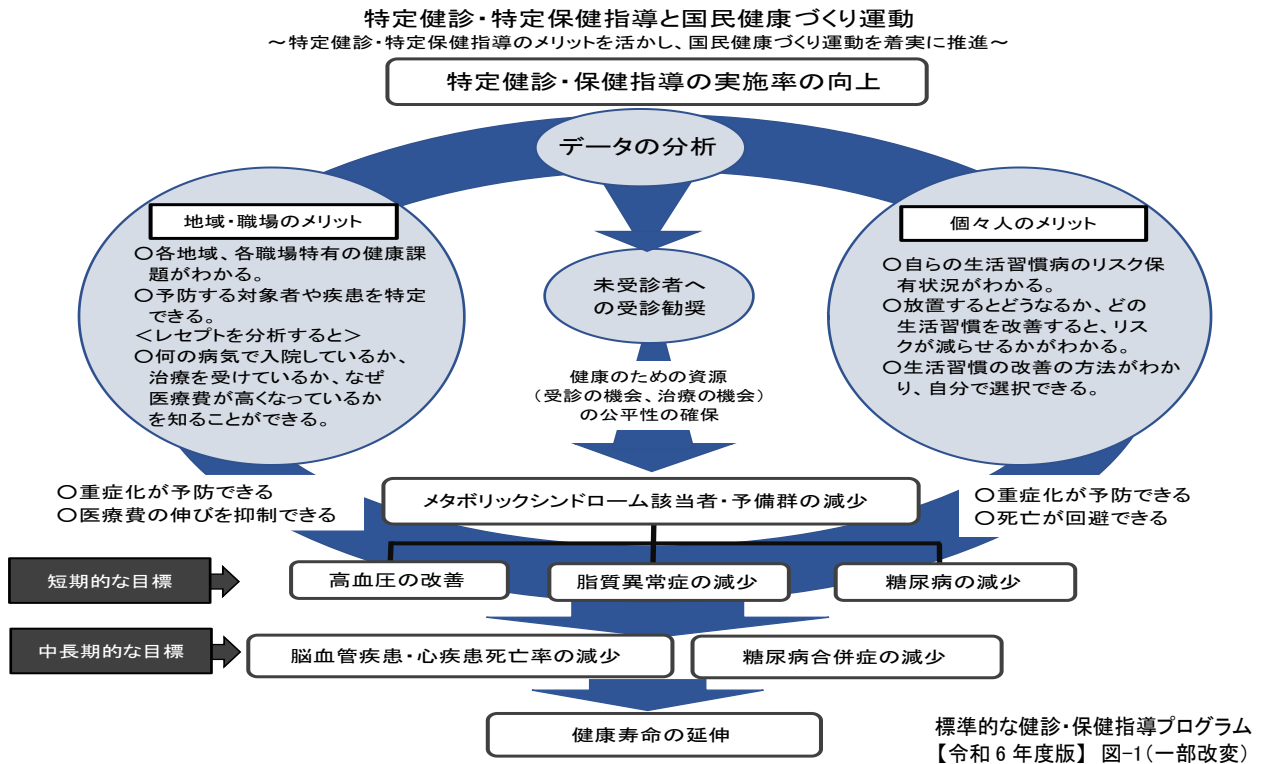
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

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

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ  
法定計画等の位置づけ

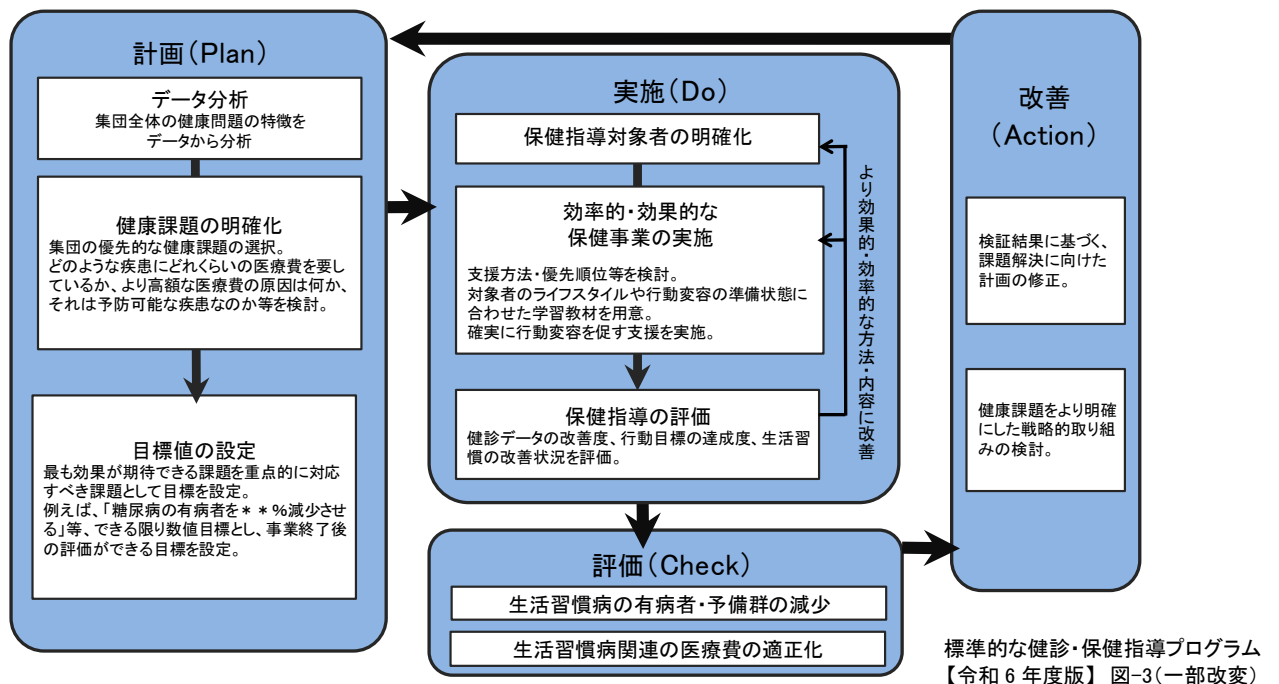
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康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	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0～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和0～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和0～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和0～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和0～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和0～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るた めの保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向け た取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりに配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 精神障害疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症)  循環器病 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム  糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病  糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止  生活習慣病  虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	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)			がん  精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養	
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 子ども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心  参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進  (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)  6事業  ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用し る保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業)  ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連)  ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



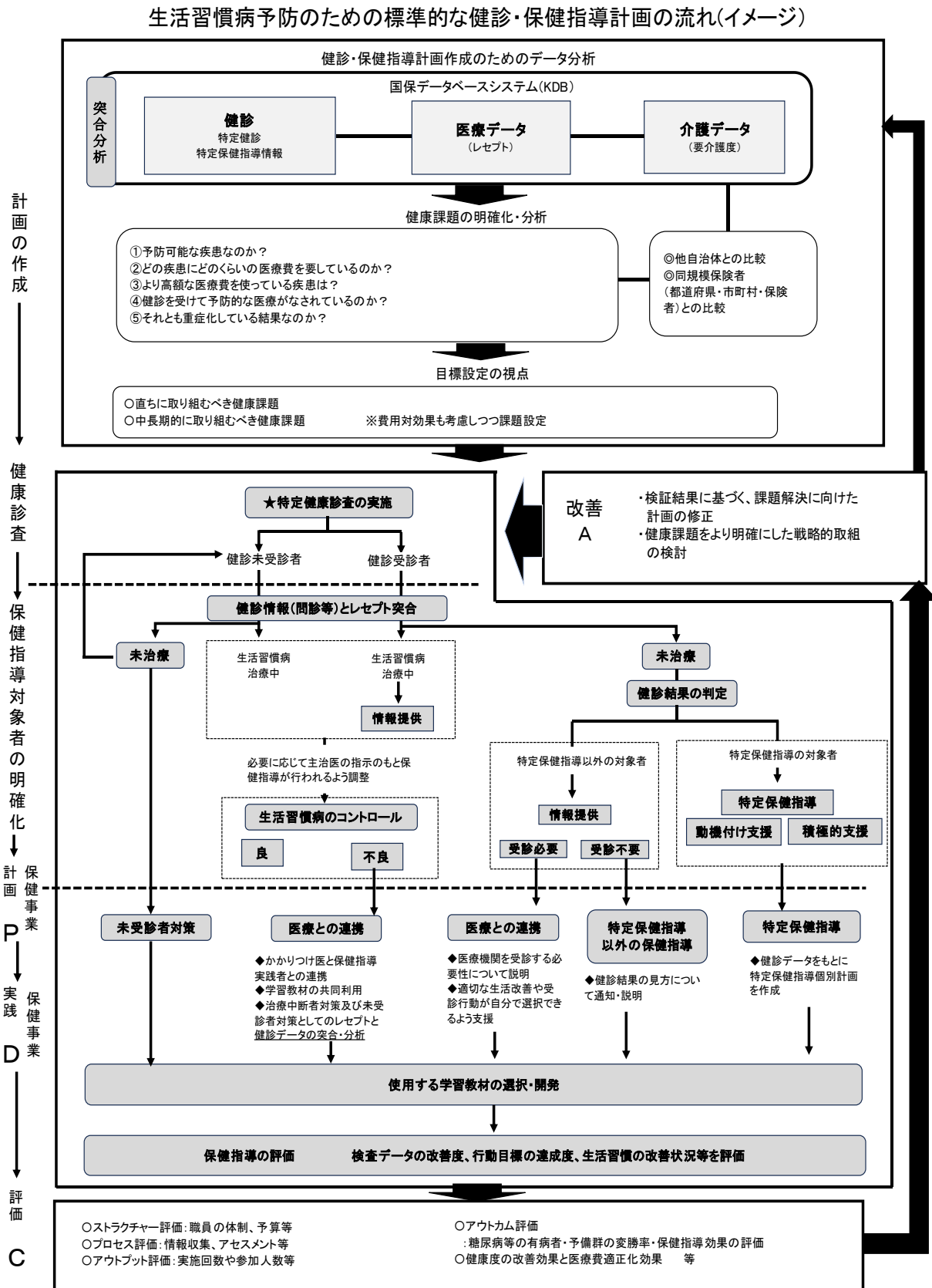
※プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



※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

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



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

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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)

→

行動変容を促す手法

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

### 3. 計画期間

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、本計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

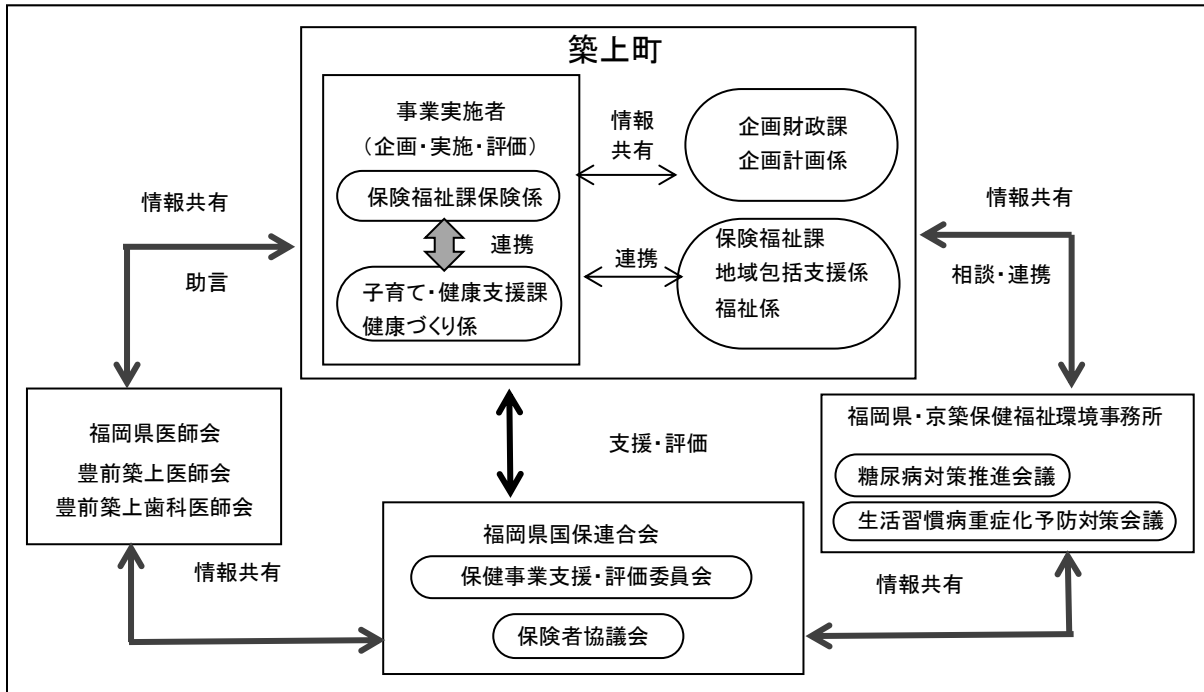
#### 1) 市町村国保の役割

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、保健衛生部局(子育て・健康支援課)、高齢者医療部局(保険福祉課)、介護保険部局、(保険福祉課)、企画部局(企画財政課)とも十分連携を図ることとします。

更に、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 築上町の実施体制図



図表 7 築上町保健事業体制と主な保健事業の分担

	子育て・健康支援課 健康づくり係														保険福祉課 事係長
	保補佐	保	保	保	保	管栄	管栄	栄会	助	助	看会	看会	看会	事会	
国保事務						○	○	△			△	△		△	◎
特定健診受診勧奨	△				△	△	◎	○			△	○			
特定保健指導	△		○	○	○	◎	○								
生活習慣病重症化予防	△		○	○	○	◎	○	○							
がん検診	△				◎	○		△				△			
新型コロナワクチン	△	◎											○	○	
予防接種	△		◎								△		○	○	
母子保健	△		○	○	○	○	○	○	◎	◎	○	○		△	
精神保健	△		○	◎											
歯科保健	△				◎	○									

保…保健師、管栄…管理栄養士、栄…栄養士、助…助産師、事…事務(注:支払事務、受診券送付等)、会…会計年度任用職員

◎…主担当 ○…副担当 △…サポート

R6年3月時点

※専門職においては、業務分担の他、地区担当制を導入している。

## 2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、関係機関との連携・協力が重要です。

計画の策定・推進にあたり、共同保険者である福岡県、福岡県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という）、国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、豊前築上医師会、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、近隣の医療機関等の社会資源と連携、協力します。

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

さらに、保健事業の推進にあたり、医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うために、生活習慣病重症化予防対策会議を活用し、豊前築上医師会と行政とで健康課題の共有、効果的効率的な保健事業について連携等に努めます。

国保連と県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に支援等を行うことが期待されます。

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、市町村国保と被用者保険の保険者間で、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の共有や、保健事業の連携等に努めます。

## 3) 被保険者の役割

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

## 5. 保険者努力支援制度

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

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の取組みを後押しするため、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います。また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにつながります。

今後も、本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
		築上町	配点	築上町	配点	築上町	配点		
交付額(万円)		961		890		866			
全国順位(1,741市町村中)		367位		399位		392位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	100	70	100	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	20	40	20	40	20	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	100	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	70	90	60	45	65	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	40	50	45	50	45	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	105	130	100	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	10	100	20	100	35	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	15	30	20	40	20	40	
⑤		第三者求償の取組	38	40	45	50	43	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	52	95	63	100	71	100	
合計点		655	1,000	648	960	639	940		

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1. 保険者の特性

本町は、令和2年度国勢調査において人口17,127人です。高齢化率は38.3%、被保険者平均年齢は56歳であり、同規模、県、国と比べていずれも高い状況です。出生率は県、国と比較して低く、死亡率は他と比較して高い状況です。また、産業構造をみると、県、国と比較して第1次産業と第2次産業が多く、第3次産業が少ない状況です。(図表9)

国保加入率は22.0%、年齢構成は65～74歳が5割といずれも横ばいで推移していますが、被保険者数は年々減少しています。(図表10)

また、町内に1つの病院、13の診療所があります。外来患者数及び入院患者数は同規模、県と比較して多い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した築上町の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政力 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
築上町	17,127	38.3	3,770 (22.0)	56.0	5.5	16.6	0.4	8.8	25.5	65.7
同規模	--	36.0	23.2	55.9	5.3	14.7	0.5	10.9	27.1	61.9
県	--	28.1	21.1	51.3	7.8	10.7	0.7	2.9	21.2	75.9
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・・・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、築上町と同規模保険者(111市町村)の平均値を表す

※財政力指数・・・地方公共団体の財政力を示す指数で、高いほど財源に余裕があるといえる

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)
被保険者数(人)	4,289		4,117		4,078		3,871		3,770	
65～74歳	2,175	50.7	2,133	51.8	2,151	52.7	2,113	54.6	1,981	52.5
40～64歳	1,278	29.8	1,199	29.1	1,167	28.6	1,075	27.8	1,042	27.6
39歳以下	836	19.5	785	19.1	760	18.6	683	17.6	747	19.8
加入率(%)	23.1		22.2		22.0		20.9		22.0	

出典：KDBシステム\_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.3	1	0.3	0.3	0.4
診療所数	13	3.0	13	3.2	13	3.2	13	3.4	13	3.4	2.8	4.5
病床数	44	10.3	44	10.7	44	10.8	44	11.4	44	11.7	45.4	78.7
医師数	17	4.0	17	4.1	15	3.7	15	3.9	16	4.2	6.6	16.0
外来患者数	777.7		777.4		736.0		774.6		785.7		721.7	721.4
入院患者数	23.9		26.2		23.7		25.1		23.3		21.9	21.2

出典:KDBシステム\_地域の全体像の把握

※診療所には、航空自衛隊、特別養護老人施設等の医務室が含まれる

## 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期計画において、目標の設定を2つに分類しました。(P4 図表2 参照)

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

2 つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病、心房細動(重症化予防対象者)を設定しました。

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

##### ① 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、1号(65歳以上)被保険者で1,204人(認定率18.3%)と横ばいで推移していますが、2号(40~64歳)被保険者で25人(認定率0.51%)と同規模・県・国と比べて高くなっています。(図表12)

介護給付費についても、総給付費及び1人あたり給付費は平成30年度と比べて増えています。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で4割以上、第1号被保険者で約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、第2号被保険者で8割、第1号被保険者で約9割と高い割合になっており、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考えます。(図表14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	築上町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	6,367人	34.3%	6,566人	38.3%	36.0%	28.1%	28.7%
2号認定者	21人	0.38%	25人	0.51%	0.40%	0.34%	0.38%
新規認定者	6人		6人		--	--	--
1号認定者	1,154人	18.1%	1,204人	18.3%	18.8%	19.9%	19.4%
新規認定者	140人		166人		--	--	--
再掲	65～74歳	97人	3.2%	103人	3.4%	--	--
新規認定者	21人		20人		--	--	--
75歳以上	1,057人	31.7%	1,101人	30.9%	--	--	--
新規認定者	119人		146人		--	--	--

出典: KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	築上町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	17億2890万円	18億2635万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	271,540	278,152	297,567	291,818	290,668
1件あたり給付費(円)全体	70,923	69,522	70,292	59,152	59,662
居宅サービス	42,896	39,825	43,991	41,206	41,272
施設サービス	272,780	286,242	291,264	298,399	296,364

出典: KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(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)		25		103		1,101		1,204									
再)国保・後期		15		94		1,022		1,116									
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合					
													循環器疾患	1	脳卒中	7	46.7%
		2	腎不全	4	26.7%	虚血性心疾患	21	22.3%	虚血性心疾患	489	47.8%	虚血性心疾患	510	45.7%	虚血性心疾患	513	45.4%
		3	虚血性心疾患	3	20.0%	腎不全	12	12.8%	腎不全	196	19.2%	腎不全	208	18.6%	腎不全	212	18.7%
	合併症	4	糖尿病合併症	3	20.0%	糖尿病合併症	11	11.7%	糖尿病合併症	121	11.8%	糖尿病合併症	132	11.8%	糖尿病合併症	135	11.9%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			13	86.7%	基礎疾患	87	92.6%	基礎疾患	983	96.2%	基礎疾患	1,070	95.9%	基礎疾患	1,083	95.8%
	血管疾患合計			13	86.7%	合計	89	94.7%	合計	995	97.4%	合計	1,084	97.1%	合計	1,097	97.0%
	認知症			3	20.0%	認知症	19	20.2%	認知症	491	48.0%	認知症	510	45.7%	認知症	513	45.4%
	筋・骨格疾患			12	80.0%	筋骨格系	78	83.0%	筋骨格系	982	96.1%	筋骨格系	1,060	95.0%	筋骨格系	1,072	94.8%

出典: ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少しているため総医療費は減少していますが、一人あたり医療費は増加しています。また入院医療費は、全体のレセプト件数のわずか 2.9%にも関わらず、医療費全体の 44%を占めており、1 件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較して約 4 万円も高くなっています。(図表 15)

地域差指数においては国保も後期も全国平均の 1.0 を超えているため、医療費は全国平均より高い状況ですが、県平均よりは低い状況です。(図表 16)

一人あたり医療費の地域差は入院が主要因です。本町の入院の地域差指数は国保も後期も平成 30 年度よりも高くなっているため、引き続き予防可能な生活習慣病の重症化予防に力を入れ、入院を抑制することが重要です。

図表 15 医療費の推移

	築上町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)	4,289人	3,770人	--	--	--
前期高齢者割合	2,175人 (50.7%)	1,981人 (52.5%)	--		
総医療費	15億8582万円	14億2944万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)	369,740	379,162	382,035	355,059	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	550,890	589,670	601,790	617,950
	費用の割合	43.7	44.3	42.6	39.6
	件数の割合	3.0	2.9	2.9	2.5
外来	1件あたり費用額	21,760	22,030	24,640	24,220
	費用の割合	56.3	55.7	57.4	60.4
	件数の割合	97.0	97.1	97.1	97.5
受診率	801.616	809.04	743.593	742.544	705.439

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

※同規模順位は築上町と同規模保険者 111 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			
	築上町 (県内市町村中)		県 (47県中)	築上町 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指数・順位	全体	1.047 (45位)	1.052 (39位)	1.058 (18位)	1.174 (28位)	1.175 (29位)	1.203 (2位)
	入院	1.128 (45位)	1.157 (40位)	1.180 (14位)	1.210 (53位)	1.257 (41位)	1.354 (3位)
	外来	0.989 (25位)	0.978 (22位)	0.961 (42位)	1.145 (2位)	1.097 (9位)	1.036 (8位)

出典:地域差分析(厚労省)



### ③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・心疾患・慢性腎不全の国保総医療費に占める割合は、8.13%と平成30年度と比べて増加しており、特に脳血管疾患と心疾患については同規模、県、国よりも高くなっています。また、慢性腎不全(透析有)については、同規模、国よりも低い状況となっていますが、福岡県には65歳以上の透析患者を後期高齢者医療に加入させる制度があり、その県の平均に比べると高い状況です。(図表17)

中長期目標疾患の治療者数をみると、脳血管疾患と虚血性心疾患は平成30年度と比較して減少し、人工透析においては横ばいです。また、新規発症患者数は脳血管疾患と虚血性心疾患は減少していますが、人工透析は増加しています。(図表18)

図表17 中長期目標疾患の医療費の推移

			築上町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			15億8582万円	14億2944万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億2005万円	1億1624万円	--	--	--
			7.57%	8.13%	7.88%	6.16%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.42%	2.48%	2.17%	2.04%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.11%	2.19%	1.42%	1.37%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	2.63%	3.24%	4.00%	2.46%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.41%	0.22%	0.29%	0.29%	0.29%
そ 疾 の 患 の	悪性新生物		14.61%	12.29%	17.02%	16.72%	16.69%
	筋・骨疾患		10.20%	10.05%	8.86%	8.96%	8.68%
	精神疾患		9.82%	9.95%	8.15%	9.34%	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

※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)

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	4,289	3,770	a	413	355	383	309	11	12	
				a/A	9.6%	9.4%	8.9%	8.2%	0.3%	0.3%	
40歳以上	B	3,453	3,023	b	411	354	380	306	11	12	
	B/A	80.5%	80.2%	b/B	11.9%	11.7%	11.0%	10.1%	0.3%	0.4%	
再掲	40~64歳	C	1,278	1,042	c	81	52	64	44	10	9
		C/A	29.8%	27.6%	c/C	6.3%	5.0%	5.0%	4.2%	0.8%	0.9%
	65~74歳	D	2,175	1,981	d	330	302	316	262	1	3
		D/A	50.7%	52.5%	d/D	15.2%	15.2%	14.5%	13.2%	0.0%	0.2%
新規発症者		—	—		103	68	71	57	0	3	

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

(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

短期目標の疾患の治療状況を見ると、高血圧は 46.6%、糖尿病は 27.1%、脂質異常症は 40.3%と治療者の割合は増えています。合併症(重症化)の人工透析の割合が 40~64 歳でそれぞれ 3.1%、4.5%、2.7%と増えています。また、糖尿病治療者の 40~64 歳で脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の割合が増加しています。(図表 19、20、21)

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40~64歳		65~74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	1,502	1,408	345	289	1,157	1,119	
	A/被保数	43.5%	46.6%	27.0%	27.7%	53.2%	56.5%	
(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	171	162	28	27	143	135
		B/A	11.4%	11.5%	8.1%	9.3%	12.4%	12.1%
	虚血性心疾患	C	294	243	45	37	249	206
		C/A	19.6%	17.3%	13.0%	12.8%	21.5%	18.4%
	人工透析	D	10	12	9	9	1	3
		D/A	0.7%	0.9%	2.6%	3.1%	0.1%	0.3%

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

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	857	818	226	177	631	641
		A/被保数	24.8%	27.1%	17.7%	17.0%	29.0%	32.4%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	94	90	18	18	76	72
		B/A	11.0%	11.0%	8.0%	10.2%	12.0%	11.2%
	虚血性心疾患	C	191	168	29	23	162	145
		C/A	22.3%	20.5%	12.8%	13.0%	25.7%	22.6%
	人工透析	D	7	10	7	8	0	2
		D/A	0.8%	1.2%	3.1%	4.5%	0.0%	0.3%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	64	59	18	14	46	45
		E/A	7.5%	7.2%	8.0%	7.9%	7.3%	7.0%
	糖尿病性網膜症	F	123	73	29	14	94	59
		F/A	14.4%	8.9%	12.8%	7.9%	14.9%	9.2%
	糖尿病性神経障害	G	25	28	8	11	17	17
		G/A	2.9%	3.4%	3.5%	6.2%	2.7%	2.7%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	1,335	1,218	325	256	1,010	962
		A/被保数	38.7%	40.3%	25.4%	24.6%	46.4%	48.6%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	133	112	21	15	112	97
		B/A	10.0%	9.2%	6.5%	5.9%	11.1%	10.1%
	虚血性心疾患	C	254	201	45	28	209	173
		C/A	19.0%	16.5%	13.8%	10.9%	20.7%	18.0%
	人工透析	D	5	8	4	7	1	1
		D/A	0.4%	0.7%	1.2%	2.7%	0.1%	0.1%

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

② 高血圧・高血糖者の健診結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0%以上を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、有所見者の割合がそれぞれ7.8%、4.8%と伸びています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま治療を放置している者の割合は糖尿病が7.8%であるのに対し、高血圧で38.1%と多い状況です。(図表22)

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

図表22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 Ⅱ度高血圧の推移						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		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		治療中断			
	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E				
築上町	1,059	33.5%	1,073	36.6%	60	5.7%	36	60.0%	84	7.8%	49	58.3%	32	38.1%	4	4.8%

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		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		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				
築上町	1,059	33.5%	1,073	36.6%	43	4.1%	10	23.3%	51	4.8%	12	23.5%	4	7.8%	1	2.0%

○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

○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

出典:ヘルスサポートラボツール

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は20.6%と3.7ポイント伸びています。(図表23)

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(以下 LDL) 160 以上の有所見割合を見ると、いずれも増加しています。翌年の結果をみると、HbA1c は血圧と LDL にくらべ改善率が2割にとどまっています。

血圧に関しては、翌年健診を受診しない者が約3割と多い状況が続いています。(図表 24、25、26)

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	1,059 (33.5%)	179 (16.9%)	49 (4.6%)	130 (12.3%)	127 (12.0%)
R04年度	1,092 (39.8%)	225 (20.6%)	55 (5.0%)	170 (15.6%)	110 (10.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5%以上の者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	89 (8.4%)	20 (22.5%)	30 (33.7%)	10 (11.2%)	29 (32.6%)
R03→R04	96 (8.9%)	23 (24.0%)	32 (33.3%)	14 (14.6%)	27 (28.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 II度高血圧以上の者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	60 (5.7%)	28 (46.7%)	11 (18.3%)	2 (3.3%)	19 (31.7%)
R03→R04	84 (7.8%)	33 (39.3%)	21 (25.0%)	4 (4.8%)	26 (31.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160以上の者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	123 (11.6%)	57 (46.3%)	24 (19.5%)	10 (8.1%)	32 (26.0%)
R03→R04	127 (11.8%)	55 (43.3%)	32 (25.2%)	8 (6.3%)	32 (25.2%)

出典：ヘルスサポートラボツール

#### ④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、令和 2 年度に新型コロナウイルス感染症の影響を受けましたが、その後は伸びています。特定保健指導実施率は、令和 2 年度以外は国の目標値を達成しています。(図表 27)

特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は低い状況が続いています。(図表 28)

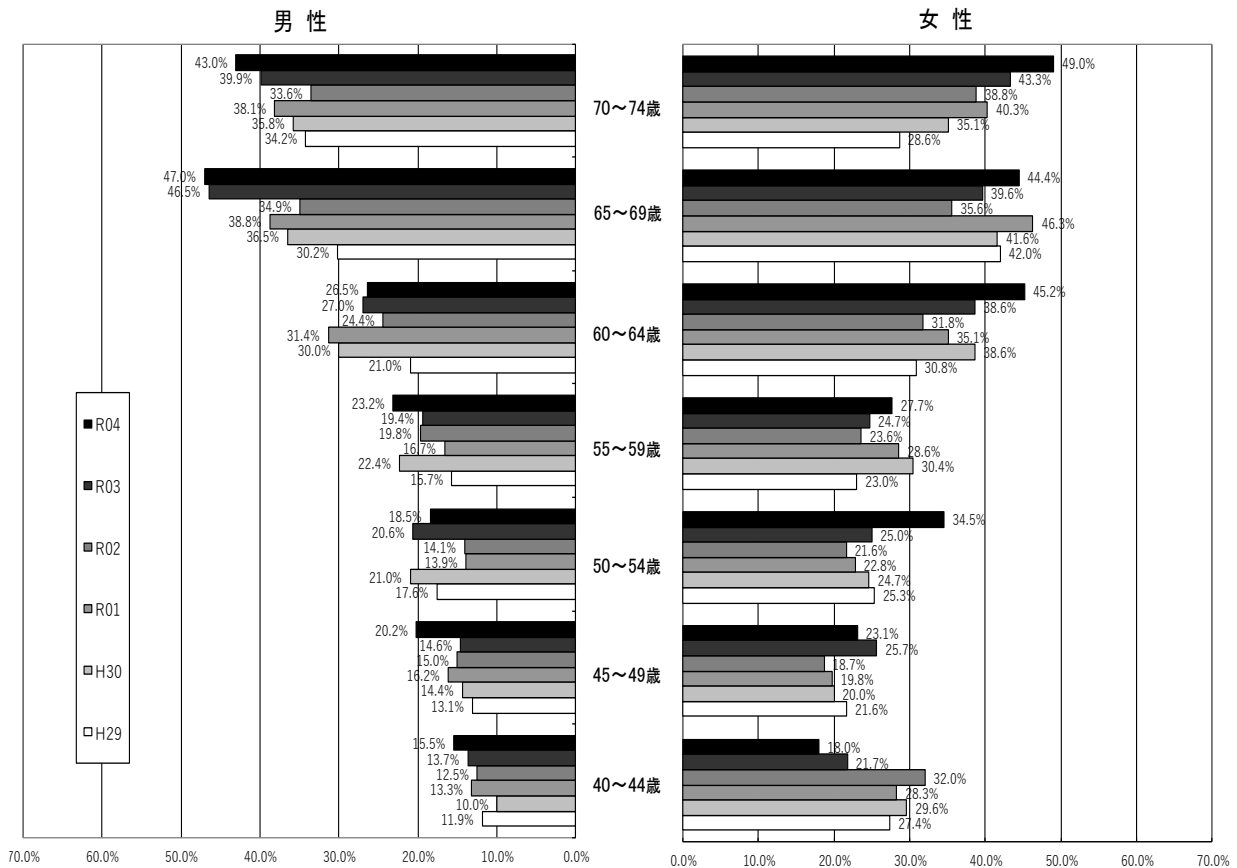
ただ、令和 3 年度の年代別の受診率を特定健診受診率上位の県内市町村と比較してみると、本町は 60～70 代においても受診率が低いことが明らかです。受診率の向上のためには若い世代への働きかけはもちろんのこと、医療と連携した取組も重要と考えます。(図表 29)

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	実施者数(人)	1,059	1,076	957	1,073	1,092	健診受診率 60%
	受診率	33.5%	35.3%	31.6%	36.6%	39.8%	
特定保健指導	該当者数(人)	123	110	89	110	90	特定保健指導 実施率 60%
	割合	11.6%	10.2%	9.3%	10.3%	8.2%	
	実施者数(人)	85	81	52	72	66	
	実施率	69.1%	73.6%	58.4%	65.5%	73.3%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



図表 29 年代別特定健診受診率の比較

年代別受診率(R3)	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	【再】 65-74歳
築上町	16.8%	19.4%	22.8%	22.1%	34.0%	42.6%	41.7%	42.0%
県内上位10市町村平均	30.6%	30.1%	34.5%	39.0%	46.5%	53.5%	56.3%	55.2%
福岡県	19.5%	19.6%	21.5%	24.1%	30.7%	22.2%	40.4%	39.6%

出典：福岡県支援評価委員会

## 2) 主な個別保健事業の評価と課題

### (1) 重症化予防の取組み

#### ① 糖尿病性腎症重症化予防

本町では、京築地区糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿って、HbA1c6.5%以上の未治療者への受診勧奨及び保健指導、治療中の HbA1c7.0%以上の者への血糖値改善のための保健指導、糖尿病性腎症第2期～第4期の者への腎症重症化抑制のための保健指導を実施してきました。

HbA1c6.5%以上の未治療者の割合は横ばいで、その後医療機関を受診した者の割合も横ばいです。(図表 30)HbA1c7.0%以上の有所見者の割合は令和4年度5.6%に増えていますが、保健指導実施率は8割から7割に減っています。(図表 31)その結果、HbA1c8.0%以上の未治療者の割合も増えており、治療につながらない者や中断者が一定数いるのが現状です。(図表 32)

図表 30 HbA1c6.5%以上の者のうち治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 (HbA1c6.5以上)	人(a)	89	113	97	96	117
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者*1	人(b)	26	36	36	29	37
	(b/a)	29.2%	31.9%	37.1%	30.2%	31.6%
受診した者	人(c)	23	29	30	25	32
	(c/b)	88.5%	80.6%	83.3%	86.2%	86.5%

\*1 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

築上町調べ

図表 31 HbA1c7.0%以上の者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,059	1,076	957	1,073	1,092
血糖値有所見者 (HbA1c7.0以上)	人(b)	44	51	48	53	61
	(b/a)	4.2%	4.7%	5.0%	4.9%	5.6%
保健指導実施者*2	人(c)	38	41	40	39	48
	(c/b)	86.4%	80.4%	83.3%	73.6%	78.7%

\*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

築上町調べ

図表 32 HbA1c8.0%以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,059	1,076	957	1,073	1,092
HbA1c8.0%以上	人(b)	11	14	9	12	16
	(b/a)	1.0%	1.3%	0.9%	1.1%	1.5%
保健指導実施	人(c)	9	12	7	7	11
	(c/b)	81.8%	85.7%	77.8%	58.3%	68.8%
HbA1c8.0%以上の 未治療者	人(b)	2	4	4	3	6
	(b/a)	18.2%	28.6%	44.4%	25.0%	37.5%

	H30	R1	R2	R3	R4
内服治療開始	3人	3人	1人	3人	
元々治療中	0人	0人	1人	1人	
死亡、転出	0人	0人	0人	0人	

築上町調べ

また、腎症重症化抑制の取組として、特定健診の尿蛋白定性では、可逆性のある第2期を見逃す恐れもあるため、血糖有所見者かつ尿蛋白(-)(±)の者へ微量アルブミン尿検査を二次健診として実施し、受診勧奨や保健指導を実施しました。(図表 33)

しかし、糖尿病性腎症病期分類の状況を見ると、第2期～第4期の者の割合も年々増えている状況です。血糖値のみならず、肥満や高血圧の重なりなどを考慮した対象者の優先順位付けや、より効果的な保健指導(食事指導)を行っていく必要があります。(図表 34)

図表 33 微量アルブミン検査実施状況

		H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c6.5%以上の者	人(a)	89	113	97	96	117
微量アルブミン尿検査 実施者	人(b)	25	22	19	13	14
	(b/a)	28.1%	19.5%	19.6%	13.5%	12.0%
アルブミン値(mg/gCr) 30~299 (早期腎症期)	人(c)	7	1	2	2	2
	(c/b)	28.0%	4.5%	10.5%	15.4%	14.3%
アルブミン値(mg/gCr) 300以上 (顕性腎症期)	人(d)	0	0	0	1	0
	(d/b)	0.0%	0.0%	0.0%	7.7%	0.0%

※検査対象者:過去に1度も検査をしたことがない者

築上町調べ



図表 34 糖尿病性腎症病期分類(アウトカム評価)

糖尿病性腎症病期分類		尿検査	尿蛋白	(-)	(±)	(+)以上	(尿検査結果に関わらずeGFRで判断)				
			アルブミン尿区分	正常アルブミン尿 A1	微量アルブミン尿 A2	顕性アルブミン尿 A3					
		eGFR		30							
健診受診者		糖尿病あり		第1期 腎症前期		第2期 早期腎症期		第3期 顕性腎症期		第4期 腎不全期	
	A	B	c	a/B	d	d/B	e	c/B	f	d/B	
H30	1,059人	134人 12.7 ...B/A	120	89.6	5	3.7	9	6.7	0	0.0	
R01	1,076人	162人 15.1 ...B/A	144	88.9	5	3.1	11	6.8	2	1.2	
R02	957人	138人 14.4 ...B/A	125	90.6	6	4.3	7	5.1	0	0.0	
R03	1,073人	148人 13.8 ...B/A	129	87.2	6	4.1	13	8.8	0	0.0	
R04	1,092人	176人 16.1 ...B/A	154	87.5	9	5.1	12	6.8	1	0.6	

出典：ヘルスサポートラボツール

② 生活習慣病重症化予防

脳血管疾患、虚血性心疾患の重症化予防を目的として、健診結果でⅡ度高血圧以上の者及びLDL180以上の者を中心に受診勧奨・保健指導を実施してきました。

LDLは、以前から未治療者が90%を超えていることや治療の中断が課題でしたが、有所見者の割合は令和4年度2.9%、未治療者の割合も93.8%とわずかに減少しています。(図表35)

図表 35 LDL180以上の者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,059	1,076	957	1,073	1,092
LDLコレステロール 180以上の者	人(b)	39	51	33	42	32
	(b/a)	3.7%	4.7%	3.4%	3.9%	2.9%
治療あり	人(c)	2	3	8	3	2
	(c/b)	5.1%	5.9%	24.2%	7.1%	6.3%
治療なし	人(d)	37	48	25	39	30
	(d/b)	94.9%	94.1%	75.8%	92.9%	93.8%
治療開始	人(e)	16	20	8	11	8
	(e/d)	43.2%	41.7%	32.0%	28.2%	26.7%
保健指導の実施		36	42	30	35	27

出典：築上町調べ

Ⅱ度高血圧以上の者の割合は、8.0%に増え、未治療者の割合も63.2%と増えています。令和4年度においてⅡ度高血圧以上の未治療者のうち、保健指導後治療につながった者は、わずか36.4%でした。

またⅢ度高血圧の者の割合も令和4年度1.3%に増え、そのうち71.4%が未治療という状況でした。(図表36)

本町では脳心血管の予防のため、特定健診の二次健診として、Ⅰ度高血圧以上かつHbA1c又はLDL又は中性脂肪のリスクが重なる者に対し、頸動脈エコー検査を実施し、受診勧奨や保健指導を実施しました。(図表37)

図表36 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	1,059	1,076	957	1,073	1,092	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	60	41	75	84	87	
	(b/a)	5.7%	3.8%	7.8%	7.8%	8.0%	
	治療あり	人(c)	24	13	38	35	32
		(c/b)	40.0%	31.7%	50.7%	41.7%	36.8%
	治療なし	人(d)	36	28	37	49	55
		(d/b)	60.0%	68.3%	49.3%	58.3%	63.2%
治療開始	人(e)	15	13	14	19	20	
	(e/d)	41.7%	46.4%	37.8%	38.8%	36.4%	
保健指導の実施		56	39	65	68	74	
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	11	8	15	16	14
		(f/a)	1.0%	0.7%	1.6%	1.5%	1.3%
	治療なし	人(g)	7	5	6	8	10
		人(g/f)	63.6%	62.5%	40.0%	50.0%	71.4%

出典：築上町調べ

図表37 頸部エコー検査実施状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
頸動脈エコー検査実施者	人(b)	16	12	11	11	8	
	所見あり	人(c)	14	8	8	11	6
		(c/b)	87.5%	66.7%	72.7%	100.0%	75.0%

出典：築上町調べ

## (2) ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導プログラム(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。

取組内容としては、乳幼児健診において妊婦健診で尿たんぱく、尿糖、血圧などに異常があった者に対し、将来の生活習慣病発症予防のために、若年者健診を勧めるなどの保健指導を行いました。また、町の健康診断を受診した特典として、一日推定食塩摂取量の尿検査を付与し、減塩の推進を図りました。

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

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 38 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法	
			初年度 H30	中間評 価 R2	最終評 価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の新規発症患者数(被保険者千人対)の減少	24.7	23.5	18.0	KDBシステム	
		虚血性心疾患の新規発症患者数(被保険者千人対)の減少	16.6	14.3	15.1		
		人工透析の新規発症患者数(被保険者千人対)の減少	0.00	0.99	0.80		
		国保総医療費の伸び率の抑制	△0.04	△0.09	△0.09		
		一人当たり医療費の抑制	¥30,082	¥30,411	¥31,061		薬上町調べ
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	未治療者のうち重症化予防対象者の減少	18.1%	20.7%	24.9%	薬上町子育て・健康支援課
			重症化予防対象者の減少	30.7%	32.5%	35.4%	
			メタボ減少率の増加	20.0%	18.5%	19.9%	
			メタボ及び予備群該当者数の減少	306人	299人	335人	
			メタボ及び予備群の割合の減少	28.9%	31.2%	30.7%	
			健診結果からみた糖尿病性腎症第3期以降の未治療者の割合の減少	0.09%	0.31%	0.18%	
			健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合の減少	0.19%	0.41%	0.53%	
	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	特定健診受診率の向上	33.5%	31.6%	39.8%	法定報告値	
		特定保健指導の実施率向上	69.1%	58.4%	73.3%		
		特定保健指導対象者の割合の減少率の増加	14.3%	10.8%	24.0%		
	努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	-	-	15.6%	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	1.0%	2.6%	17.6%	
			大腸がん検診受診者の増加	0.8%	2.5%	18.0%	
			子宮がん検診受診者の増加	1.1%	0.5%	18.3%	
乳がん検診受診者の増加			1.7%	1.8%	28.4%		
5つのがん検診の平均受診率の増加			0.9%	1.5%	19.6%		
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	79.2%	83.1%	83.4%	厚生労働省	

※色付けの項目は第2期計画の最終目標値を達成していない項目

### 3) 第 2 期データヘルス計画に係る考察

・2 号被保険者(40～64 歳)の認定率が増加し、基礎疾患を持っている者が 8 割を超えているため、介護給付費適正化のためにも、血管変化が起こる前の若い年代からの健診受診及び生活習慣病対策が必要です。(図表 12、14)

・一人当たり医療費及び年齢調整後の医療費(地域差指数)が増加しているのは、入院 1 件当たり費用額が増加していることが主要因です。(図表 15、16)

・中長期目標疾患である脳血管疾患、心疾患の治療者数は減少していますが、それらの医療費が国保医療費に占める割合は増加しているため、治療者一人ひとりが重症化していることが考えられます。腎疾患(透析有)の医療費が国保医療費に占める割合も増加しており、新規透析導入患者が減少していないと考えられます。(図表 17、18)

・短期目標疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療者において、40～64 歳の若い年代の人工透析の合併症が増加しています。人工透析は短期目標疾患の長期間の治療状況が影響することから、医療受診勧奨だけでなく、治療の継続及び治療中のコントロール不良者の減少を目指した保健指導も併せて重要です。(図表 19、20、21)

・メタボリックシンドローム該当者が増加しており、メタボリックシンドロームは循環器疾患発症のリスクであることからその対策が必要です。(図表 23)

・糖尿病治療者は脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の合併症が 40～64 歳で増加しており、健診結果の経年変化をみても、糖尿病は高血圧、脂質異常症に比べ、次年度の健診結果の改善率が低い状況です。服薬により改善につながりやすい高血圧や脂質異常症と違い、糖尿病はそれに加えて生活習慣改善のための保健指導が重要です。(図表 20、24)

・特定健診の年代別受診率は 40～50 代が低いことに加え、県内の他市町村と比較すると 60～70 代も低い状況です。新規受診者の獲得のみならず、医療と連携し、治療中の者への受診勧奨も重要です。(図表 28、29)

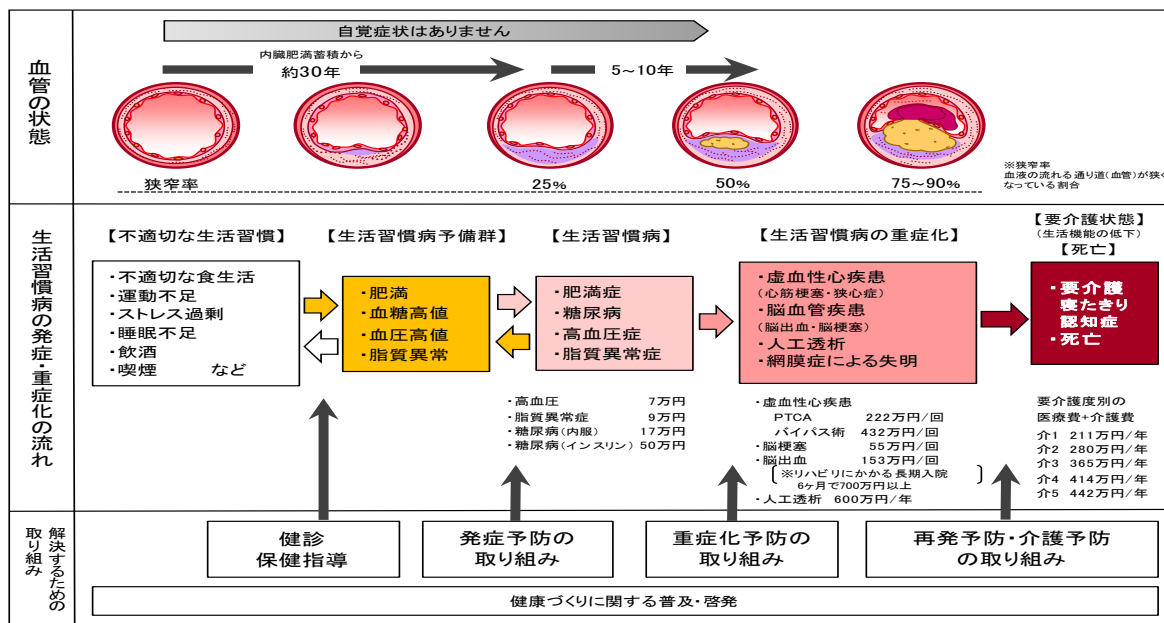
・第 2 期データヘルス計画において、糖尿病性腎症重症化予防、生活習慣病重症化予防、ポピュレーションアプローチ等に取り組みました。目標達成状況をみると中長期目標疾患の脳血管疾患及び虚血性心疾患の新規発症数は達成していましたが、人工透析は未達成でした。一人当たり医療費の抑制も未達成でした。短期目標の特定健診、特定保健指導に関する項目は達成していましたが、重症化予防に関する項目はすべて未達成でした。特定健診の受診者が増加することに伴い、重症化予防対象者は今後も増加することが見込まれるため、優先順位等を検討し効果的な保健事業を展開していく必要があります。(図表 38)

### 3. 第3期における健康課題の明確化

#### 1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。(図表 39)

図表 39 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



#### 2) 健康課題の明確化

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

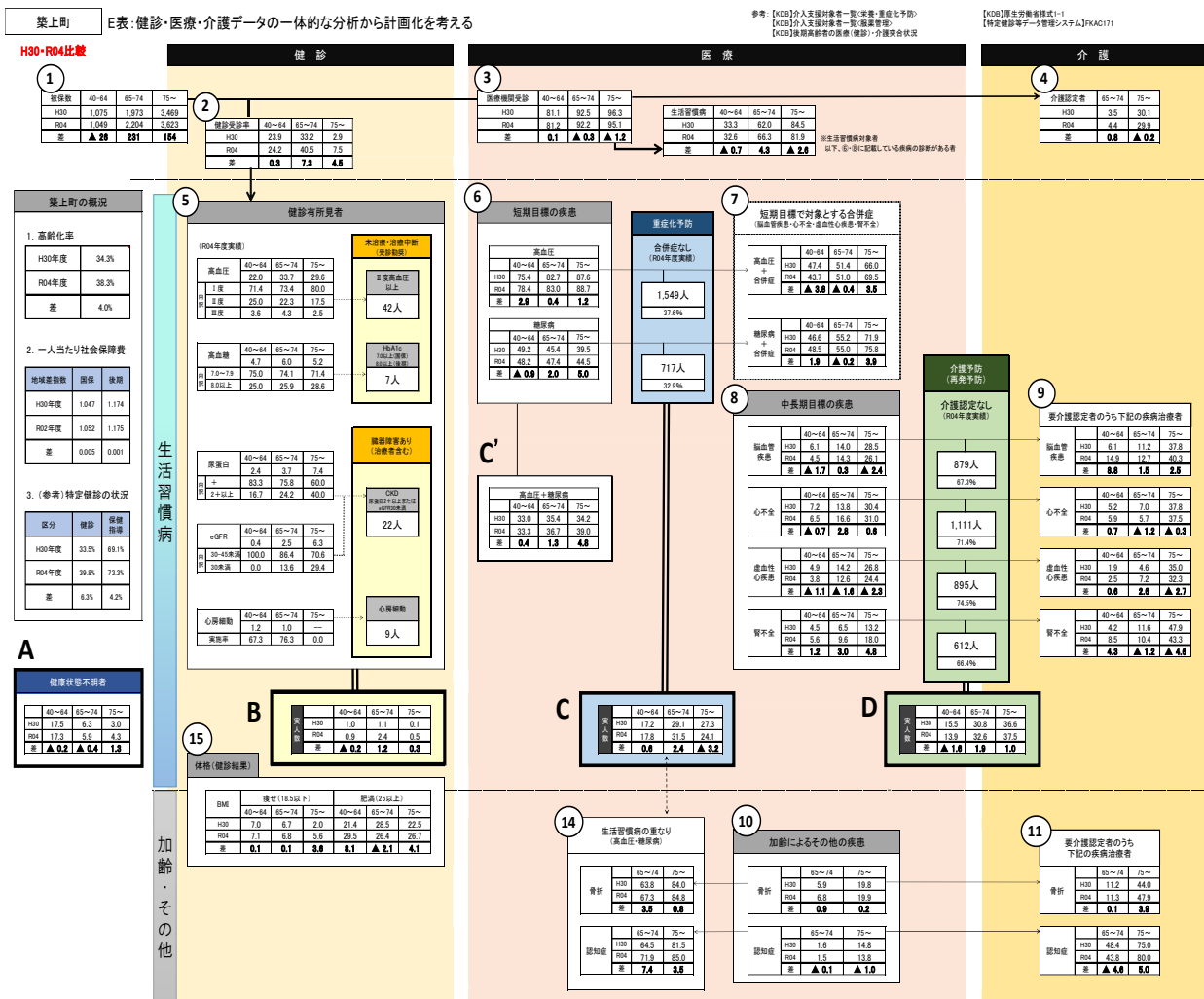
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 40 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるための40歳未満の健診(若年者健診)を継続して行い、健診結果において生活習慣の改善が必要な者に対して引き続き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 40 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



出典：ヘルスサポートラボツール

(1) 医療費分析

図表 41 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	4,289人	4,117人	4,078人	3,871人	3,770人	3,680人	
総件数及び 総費用額	件数	42,258件	40,667件	37,554件	38,165件	37,232件	58,157件
	費用額	15億8582万円	16億3798万円	15億0329万円	15億5880万円	14億2944万円	37億5070万円
一人あたり医療費	37.0万円	39.8万円	36.9万円	40.3万円	37.9万円	101.9万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

※後期・・・後期高齢者医療

図表 42 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

H30年度 (国保)	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								
築上町	15億8582万円	30,082	2.63%	0.41%	2.42%	2.11%	6.78%	4.05%	4.58%	3億6453万円	22.99%	14.61%	9.82%	10.20%
同規模	--	28,172	4.25%	0.32%	2.23%	1.68%	5.80%	4.18%	2.56%	--	21.01%	15.07%	8.59%	9.15%
県	--	27,311	2.67%	0.32%	2.31%	1.80%	4.94%	3.74%	2.83%	--	18.63%	15.13%	10.14%	9.13%
国	--	26,555	4.52%	0.31%	2.19%	1.83%	5.43%	3.78%	2.65%	--	20.70%	15.31%	8.33%	8.79%



R04年度	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	築上町	14億2944万円	31,061	3.24%	0.22%	2.48%	2.19%	6.80%	3.61%	3.98%	3億2190万円	22.52%	12.29%	9.95%	10.05%
	同規模	--	30,968	4.00%	0.29%	2.17%	1.42%	5.95%	3.41%	2.05%	--	19.30%	17.02%	8.15%	8.86%
	県	--	28,941	2.46%	0.29%	2.04%	1.37%	5.06%	3.18%	2.35%	--	16.75%	16.72%	9.34%	8.96%
	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	築上町	37億5070万円	85,652	6.95%	0.53%	4.50%	1.78%	4.46%	4.16%	2.35%	9億2735万円	24.72%	10.29%	4.03%	10.82%
	同規模	--	69,105	4.34%	0.50%	4.05%	1.48%	4.08%	3.14%	1.26%	--	18.86%	10.99%	3.74%	12.25%
	県	--	86,683	6.03%	0.56%	4.07%	1.47%	3.49%	2.88%	1.48%	--	19.97%	9.86%	4.70%	12.75%
	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

ヘルスサポートラボソール



図表 43 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	151人	159人	151人	174人	164人	425人
	件数	B	254件	306件	266件	309件	262件	782件
		B/総件数	0.60%	0.75%	0.71%	0.81%	0.70%	1.34%
	費用額	C	3億5154万円	4億2045万円	3億6108万円	4億2712万円	3億4769万円	9億8543万円
		C/総費用	22.2%	25.7%	24.0%	27.4%	24.3%	26.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 44 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	9人	9人	6人	8人	6人	32人				
		D/A	6.0%	5.7%	4.0%	4.6%	3.7%	7.5%				
	件数	E	22件	17件	9件	19件	12件	54件				
		E/B	8.7%	5.6%	3.4%	6.1%	4.6%	6.9%				
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%	
		40代	4	18.2%	2	11.8%	0	0.0%	4	21.1%	0	0.0%
		50代	0	0.0%	2	11.8%	1	11.1%	0	0.0%	2	16.7%
		60代	2	9.1%	2	11.8%	2	22.2%	8	42.1%	6	50.0%
		70-74歳	16	72.7%	11	64.7%	6	66.7%	7	36.8%	4	33.3%
	費用額	F	2721万円	1925万円	1509万円	2494万円	1672万円	6884万円				
		F/C	7.7%	4.6%	4.2%	5.8%	4.8%	7.0%				

出典：ヘルスサポートラボツール

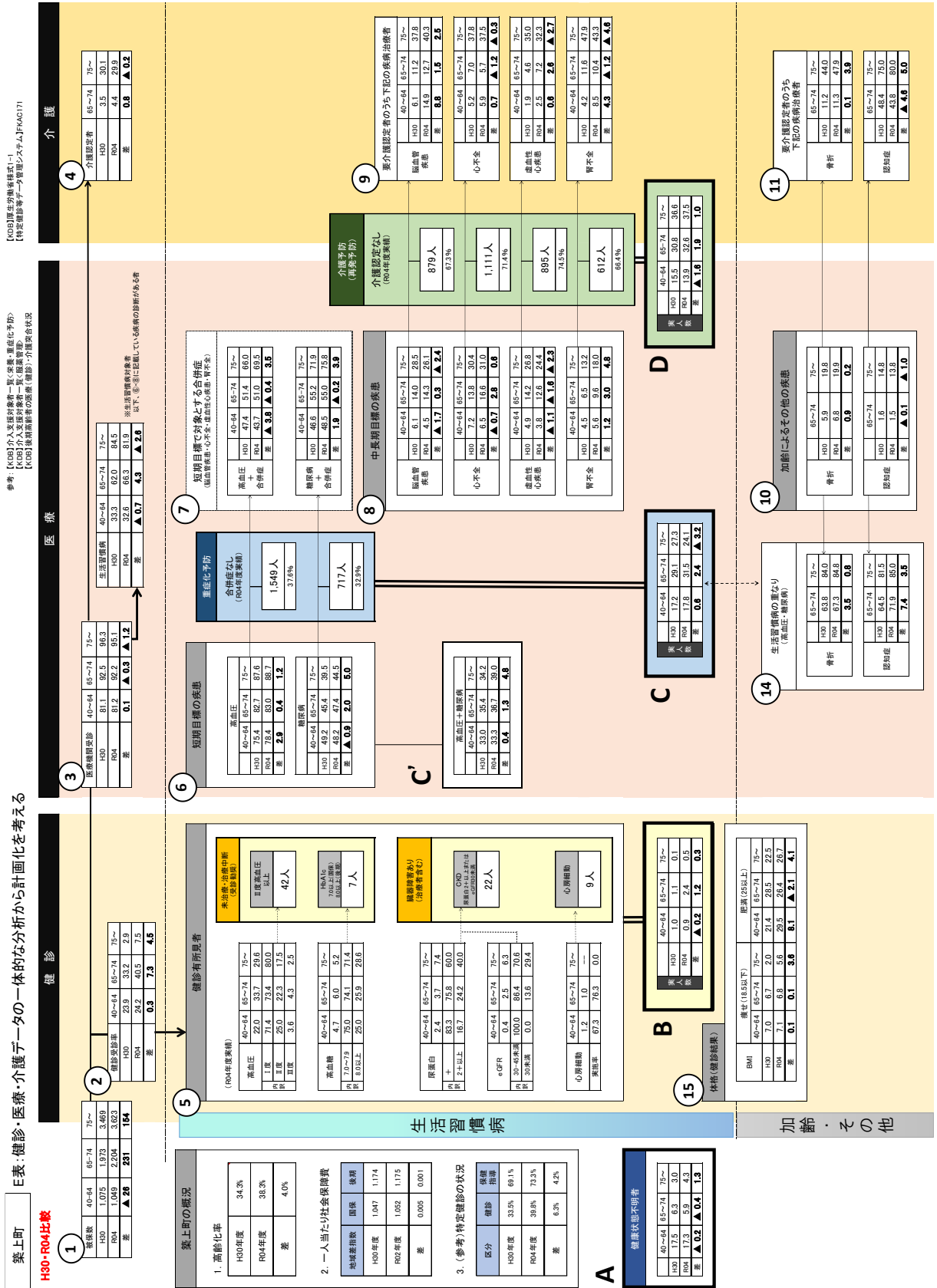
図表 45 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

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	9人	13人	10人	7人	12人	13人				
		G/A	6.0%	8.2%	6.6%	4.0%	7.3%	3.1%				
	件数	H	9件	16件	11件	7件	12件	14件				
		H/B	3.5%	5.2%	4.1%	2.3%	4.6%	1.8%				
	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%	0	0.0%	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
		60代	4	44.4%	9	56.3%	5	45.5%	3	42.9%	5	41.7%
		70-74歳	5	55.6%	7	43.8%	6	54.5%	4	57.1%	7	58.3%
	費用額	I	1367万円	2389万円	1860万円	1527万円	1836万円	2643万円				
		I/C	3.9%	5.7%	5.2%	3.6%	5.3%	2.7%				

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 46 健診・医療・介護データの一体的な分析



図表 47 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	6.1	14.0	28.5	4.9	14.2	26.8	7.2	13.8	30.4	4.5	6.5	13.2	6.1	11.2	37.8	1.9	4.6	35.0	5.2	7.0	37.8	4.2	11.6	47.9
R04	4.5	14.3	26.1	3.8	12.6	24.4	6.5	16.6	31.0	5.6	9.6	18.0	14.9	12.7	40.3	2.5	7.2	32.3	5.9	5.7	37.8	8.5	10.4	43.3

図表 48 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		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	81.1	92.5	96.3	33.3	62.0	84.5	75.4	82.7	87.6	49.2	45.4	39.5	33.0	35.4	34.2	47.4	51.4	66.0	46.6	55.2	71.9
R04	81.2	92.2	95.1	32.6	66.3	81.9	78.4	83.0	88.7	48.2	47.4	44.5	33.3	36.7	39.0	43.7	51.0	69.5	48.5	55.0	75.8

※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

図表 49 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢によるその他の疾患 (被保険割)				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	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	63.8	84.0	64.5	81.5	5.9	19.8	1.6	14.8	11.2	44.0	48.4	75.0
R04	67.3	84.8	71.9	85.0	6.8	19.9	1.5	13.8	11.3	47.9	43.8	80.0

図表 50 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定 介護 率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
					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	30.1	1,075	1,973	3,469	23.9	33.2	2.9	7.0	6.7	2.0	21.4	28.5	22.5
R04	29.9	1,049	2,204	3,623	24.2	40.5	7.5	7.1	6.8	5.6	29.5	26.4	26.7

図表 51 健診有所見状況

E表	⑮																													
	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-												
年度	人	%	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%					
H30	14	5.4	(6)	40	6.1	(17)	8	7.8	(3)	12	4.7	(0)	22	3.4	(0)	1	1.0	(0)	4	1.6	2	0.3	2	2.0	2	0.8	3	0.5	0	--
R04	16	6.3	(4)	80	9.0	(32)	16	5.9	(6)	12	4.7	(2)	54	6.0	(5)	4	1.5	(0)	1	0.4	10	1.1	11	4.1	2	0.8	7	0.8	0	--

(3)健康課題の明確化(図表 41~51)

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人当たり医療費は横ばいで推移しています。後期高齢者の一人当たり医療費は 101.9 万円と国保の約 2.5 倍です。(図表 41)

データヘルス計画のターゲットになる疾患が医療費に占める割合を平成 30 年度と令和 4 年度と比較してみると、国保の中期的目標疾患の脳血管疾患、心疾患は平成 30 年度に比べて増加しており、かつ、同規模、県、国に比べても高い状況となっています。令和 4 年度の慢性腎不全(透析有)においては、65 歳以上の透析患者を後期高齢者医療へ加入させる福岡県の平均と比べても高いです。また、同規模、県、国の国保の慢性腎臓病(透析有)、脳血管疾患、心疾患は平成 30 年度から減少していますが、本町は増加している状況です。後期高齢者の中長期目標疾患は同規模、県、国と比べてすべて高い状況です。(図表 42)

80 万円以上の高額レセプトをみると、令和 4 年度の国保は 262 件で費用額も全体の 24.3%を占めています。後期高齢者になると、件数は約 2.5 倍に増えることがわかります。(図表 43)

脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保の平成 30 年度は 22 件で、費用額が全体に占める割合は 7.7%でしたが、令和 4 年度は 12 件に減少し費用額も全体の 4.8%に減少しています。しかし、後期高齢では 54 件発生し、6,884 万円の費用額がかかっています。(図表 44)

虚血性心疾患で高額になったレセプトは、国保の平成 30 年度は 9 件で費用額が全体に占める割合は 3.9%でしたが、令和 4 年度は 12 件に増え、費用額が全体に占める割合も 5.3%に増加しています。(図表 45)

健診・医療・介護のデータを、各年代で一体的に分析すると、図表 47 の⑧中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、40～64 歳の若い年齢層で腎不全が増えています。⑨中長期疾患のうち介護認定者については、若い 40～64 歳ですべての疾患が増えています。

図表 48 の⑦短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧においては 75 歳以上で増えています。糖尿病では 40～64 歳と 75 歳以上で増えています。また、⑥短期目標の疾患で糖尿病と高血圧が重なっている者は全ての年代で増えています。

最後に図表 50 の①被保険者数をみると、若い 40～64 歳は減り、65 歳以上は増えています。しかし、⑮体格(健診結果)をみると、若い 40～64 歳の BMI25 以上の割合が平成 30 年度と比べて令和 4 年度は約 8%と大きく増えています。

#### (4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

(3)において健康課題を整理した結果、虚血性心疾患の医療費が全体の医療費に占める割合及び高額レセプトが占める費用が平成 30 年度から増加していました。また、同規模、県、国はこの 5 年間で虚血性心疾患の医療費は減少しているのに対し、本町は増加していることが明らかとなりました。

慢性腎不全についても、全ての年齢層で患者の割合が増加し、若い年齢層の糖尿病の合併症が増加していること、また、医療費が同規模、県、国は減少しているにもかかわらず本町は減っていないことから、慢性腎不全も解決につながっていないことが明らかです。

40～64 歳は少ない被保数で、健診受診率も他と比べて低いにもかかわらず、肥満(BMI25 以上)に該当する者が大幅に増えていることから、若いころからの肥満の解決が発症予防及び重症化予防につながると考えます。

具体的な取組方法については、第 4 章に掲げます。

### 3) 目標の設定

#### (1) 成果目標

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

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められているため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。評価指標については、都道府県で設定することが望ましい共通指標と地域の実情に応じて設定する指標を設定します。(図表 52)

② 中長期的な目標の設定

医療費が高額となる疾患で、介護認定者の有病状況の多い疾患でもある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減少させることを中長期目標とします。

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いて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を減らしていくことを短期的な目標とします。

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)」に掲げます。

(2) 管理目標の設定

図表 52 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
		初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)	
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減少	2.48	2.20	2.00	KDBシステム
	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	2.19	1.80	1.60	
	慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の減少	3.24	2.65	2.45	
	1人あたり医療費の減少	¥31,061	¥30,000	¥29,000	
	新規透析導入者のうち糖尿病有病者の割合の減少	100%	95%	90%	
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・予備群の減少率の増加	19.9	20.0	21.0	築上町子育て・健康支援課
	健診受診者の血圧160/100以上の割合の減少	8.0	7.8	7.6	
	健診受診者のLDL180以上の割合の減少	2.9	2.7	2.5	
	健診受診者のHbA1c7.0以上の割合の減少	5.6	5.4	5.2	
	★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	1.5	1.3	1.1	
	健診受診者のHbA1c6.5%以上の未治療者の割合の減少	31.6	30.0	29.0	
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	39.8	48.0	55.0	法定報告値
	★特定保健指導実施率60%以上	73.3	76.0	79.0	
	★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率の増加	24.0	25.0	26.0	

## 第3章 特定健診健康診査等実施計画

### 1. 第4期特定健康診査等実施計画(法定義務)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1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第3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 53 特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	45%	48%	50%	53%	55%	60%
特定保健指導実施率	75%	76%	77%	78%	79%	80%

### 3. 対象者の見込み

図表 54 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	2540人	2440人	2350人	2270人	2200人	2140人
	受診者数	1143人	1172人	1175人	1203人	1210人	1284人
特定保健指導	対象者数	93人	94人	93人	94人	93人	98人
	実施者数	69人	71人	71人	73人	74人	78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業務を委託します。集団健診は郡市医師会と直接契約を行い、個別健診は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。なお、実施場所としては、集団健診は築上町保健センター等、個別健診は委託医療機関等です。

#### 2) 特定健診委託基準

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

### 3) 健診実施機関

健診機関名	住所	電話番号	健診時期	予約受付時期
公益社団法人 豊前築上医師会	豊前市八屋 1522 番地 2	0979-82-2005	集団 9 月 個別 7~12 月	集団 5~7 月 個別 5~10 月
公益社団法人 福岡県医師会	福岡市博多区博多駅南 2 丁目 9-30	092-431-4564	個別 7~12 月	個別 5~11 月

### 4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。(図表 55)

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代えられます。(実施基準第 1 条第 4 項)

図表 55 特定健診検査項目

#### ○築上町特定健診検査項目

健診項目		築上町	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール (NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	□	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	○

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

### 5) 実施時期

個別健診:7 月から 12 月

集団健診:9 月



## 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、医療機関に対し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、かかりつけ医に対し協力を求め連携を図ります。

## 7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払代行は、福岡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

対象者に特定健診申込はがきを個別に郵送するほか、住民全体に向け、広報誌にて申込案内兼申込はがきを折り込み、周知します。その他、ホームページ、FM 放送、町の防災行政無線放送等を活用し、年間を通して周知を行います。

また当該年度の健診に関しては前年度の準備から翌年度の国への報告を含め、実質上約 2 年間のスケジュールに基づいて実施していきます。(図表 56)

図表 56 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	
5月		健診対象者の抽出	(特定保健指導の実施)
6月		↓	
7月		(特定健診の開始)	健診データ抽出(前年度)
8月		健診データ受取 → 保健指導対象者の抽出	↓
9月		費用決裁 (特定保健指導の開始)	↓
10月	委託先機関の見直し等	(特定健診当該年度受付終了)	受診・実施率実績の算出
11月	↓	受診券の印刷・送付(随時可)	支払基金(連合会)への報告(ファイル作成・送付)
12月	契約に関わる予算手続き	(特定健診の実施)	
1月	↓	医療情報収集事業	
2月		↓	
3月	契約準備	↓	

## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保健衛生部局である子育て・健康支援課への執行委任の形態で行います。

### ○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

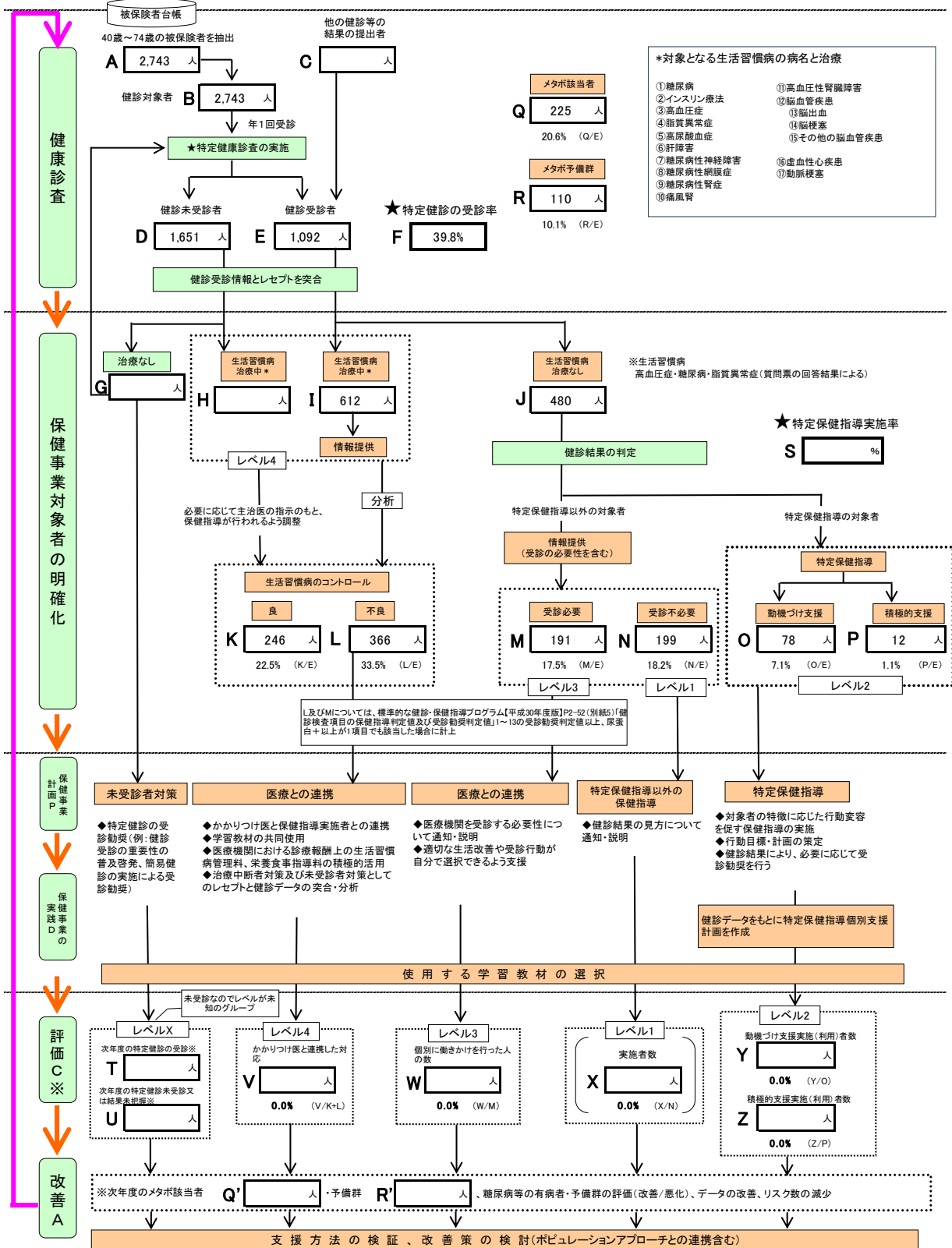
### 1) 健診から保健指導実施の流れ

標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。(図表57)

図表 57 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:ヘルサポートラボツール

## 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 58 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○%)
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	・対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ・行動目標・計画の策定 ・健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	90人 (8.2%)
2	M	情報提供 (受診必要)	・医療機関を受診する必要性について通知・説明 ・適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	191人 (17.5%)
3	L	情報提供	・かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ・学習教材の共同使用 ・医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ・治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	366人 (33.5%)
4	D	健診未受診者	・特定健診の受診勧奨(例: ポピュレーションアプローチの資料を活用した健診受診の重要性の普及啓発)	1651人 ※受診率目標達成 までにあと192人
5	N	情報提供	・健診結果の見方について通知・説明 ・継続した健診受診の重要性について説明	199人 (18.2%)

## 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ます。

図表 59 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	○健診対象者の抽出		
5月			○特定健康診査をはじめとした各種健診の広報 ○特定健診、若年者健診後期高齢者健診、がん検診申込み開始
6月	○個別健康診査実施の依頼		
7月	○特定健康診査の開始	○対象者の抽出	
8月		○保健指導の開始 (～翌8月)	
9月			○代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始(翌5月まで) ○前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月	○申込み終了	○利用券の登録	
11月	○受診券の送付		
12月	○健診の終了		
1月	○医療情報提供の依頼		
2月			
3月			○WEB予約の設定 ○特定健診等広報物の作成

## 6. 個人情報の保護

### 1) 基本的な考え方

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

### 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は、特定健康診査等データ管理システム等で管理します。

特定健康診査・特定保健指導の記録の保存義務期間は、記録の作成の日から最低5年間又は被保険者が他の保険者に加入した日に属する年度の翌年度末日までとします。ただし、40～74歳の被保険者が国民健康保険に加入している限りは保存し、被保険者自身が継続的に健診データを把握し、自ら健康管理に活用できるよう保健指導及び予防戦略、企画立案にいかします。

## 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項に基づき、本計画は、本町ホームページ等で公表、周知します。

## 第4章 課題解決するための個別保健事業

### 1. 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(透析)、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチの取組を組み合わせることで、効果的に実施する必要があります。

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

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

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

### 2. 重症化予防の取組

本町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、384人(35.2%)で、治療なしが118人、治療ありが266人です。そのうち、臓器障害があり直ちに取り組むべき対象者は、治療なしで58人(49.2%)、治療ありの者で135人(50.2%)です。(図表60)治療が必要な者への着実な受診勧奨、医療と連携した治療中の者への保健指導を丁寧に行います。

本町では、糖尿病性腎症重症化予防、肥満・メタボリックシンドロームの重症化予防、虚血性心疾患重症化予防、脳血管疾患重症化予防の取組を行います。

図表 60 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(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年委員会研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	1,092人	39.8%															
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									<b>■各疾患の治療状況</b> <table border="1"> <tr><th></th><th>治療中</th><th>治療なし</th></tr> <tr><td>高血圧</td><td>425</td><td>667</td></tr> <tr><td>脂質異常症</td><td>376</td><td>715</td></tr> <tr><td>糖尿病</td><td>131</td><td>961</td></tr> <tr><td>3疾患 いずれも</td><td>612</td><td>480</td></tr> </table> <p>※問診結果による</p>			治療中	治療なし	高血圧	425	667	脂質異常症	376	715	糖尿病	131	961	3疾患 いずれも	612	480
	治療中	治療なし																							
高血圧	425	667																							
脂質異常症	376	715																							
糖尿病	131	961																							
3疾患 いずれも	612	480																							
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)																			
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)																			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	重症化予防対象者 (実人数)																	
該当者数	87   8.0%	9   0.8%	32   2.9%	33   3.0%	225   20.6%	83   7.6%	63   5.8%	384   35.2%																	
治療なし	55   8.2%	0   0.0%	30   4.2%	19   2.7%	30   6.3%	37   3.9%	21   4.4%	118   24.6%																	
(再掲) 特定保健指導	18   20.7%	0   0.0%	7   21.9%	8   24.2%	30   13.3%	8   9.6%	7   11.1%	48   12.5%																	
治療中	32   7.5%	9   1.5%	2   0.5%	14   3.7%	195   31.9%	46   35.1%	42   6.9%	266   43.5%																	
臓器障害 あり	27   49.1%	0   --	11   36.7%	6   31.6%	13   43.3%	19   51.4%	21   100.0%	58   49.2%																	
CKD(専門医対象者)	7	0	2	2	3	4	21	21																	
心電図所見あり	23	0	10	4	10	16	5	42																	
臓器障害 なし	28   50.9%	--	19   63.3%	13   68.4%	17   56.7%	18   48.6%	--	--																	

治療中

臓器障害 あり	19   59.4%	9   100.0%	2   100.0%	7   50.0%	97   49.7%	16   34.8%	42   100.0%	135   50.8%	
CKD(専門医対象者)	5	1	0	0	25	8	42	42	
心電図所見あり	16	9	2	7	79	12	15	108	
臓器障害 なし	13   40.6%	--	0   0.0%	7   50.0%	98   50.3%	30   65.2%	--	--	

出典:ヘルサポートラボツール

## 1) 糖尿病性腎症重症化予防

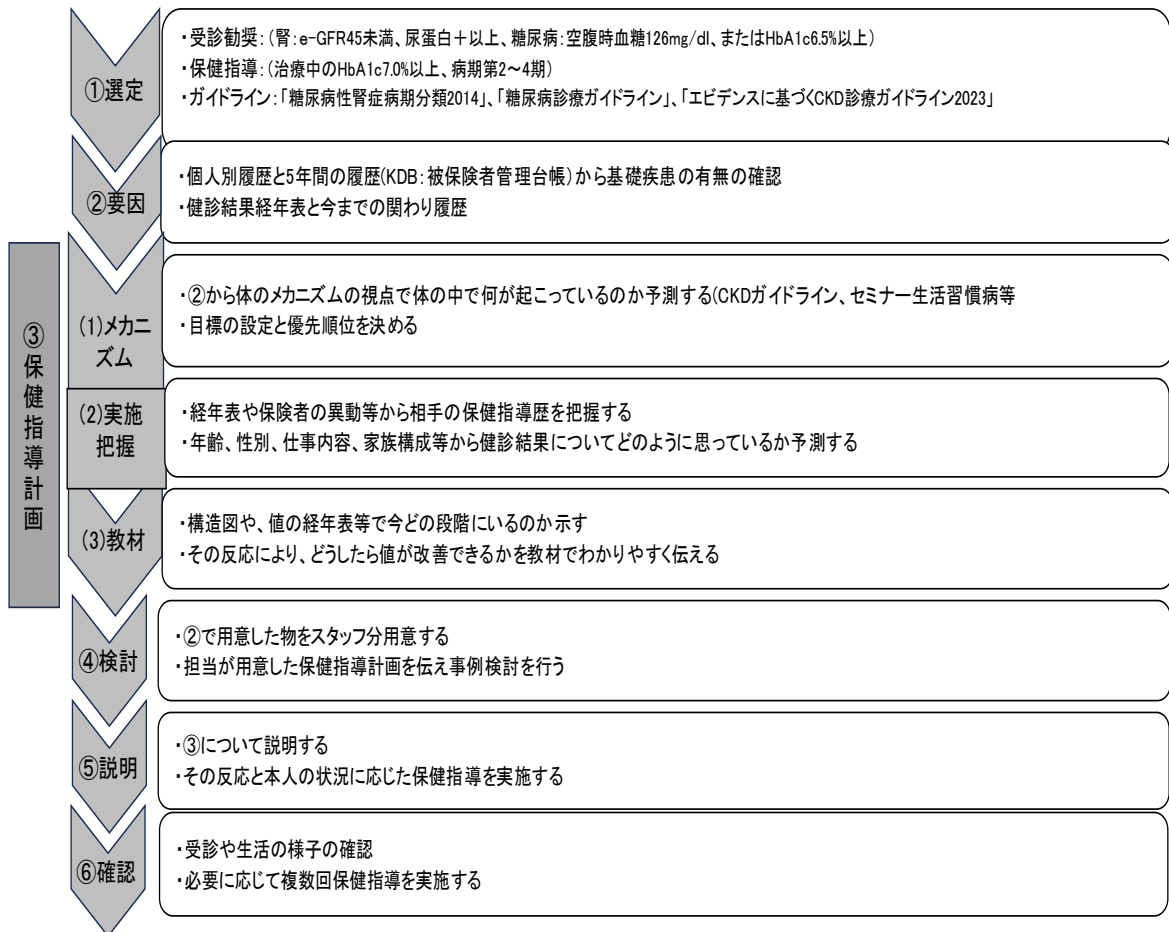
### (1) 基本的な考え方

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

- 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

なお、取組にあたっては図表 61 に沿って実施します。

図表 61 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(イメージ)





## (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、福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム及び京築版糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者は次のとおりとします。

#### (i) 医療機関未受診者

(HbA1c6.5%または空腹時血糖 126 mg/dlまたは随時血糖 200mg/dl以上の者)

#### (ii) 医療機関受診中断者

((i)と同条件の者)

#### (iii) 糖尿病治療者

(HbA1c7.0%以上の者、糖尿病性腎症病期分類第2～4期の者等)

### ② 選定基準に基づく該当者の把握

#### (i) 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し、該当者数の把握を行います。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)(図表62)を基盤とします。

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)で把握します。本町の特定健診においては、血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握ができません。CKD診療ガイド2012では、尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を「正常アルブミン尿＝尿蛋白(-)」、「微量アルブミン尿＝尿蛋白(±)」、「顕性アルブミン尿＝尿蛋白(+）」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を可能としています。

図表 62 糖尿病性腎症病期分類

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

#### (ii) 基準に基づく該当者数の把握

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

(図表 63)本町の特定健診受診者のうち糖尿病未治療者(F)は、45 人(25.6%)でした。また、40～74歳の糖尿病治療者(H)818 人のうち、特定健診受診者はわずか(G)131 人で、残りの 687 人(I)については、治療中ですが保険者としてデータを把握できていないため介入が困難です。重症化予防に向けて医療機関とのさらなる連携が必要です。

(iii) 介入方法と優先順位

図表 63 から本町における介入方法を以下のとおりとします。

優先順位1・・・【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・45 人

優先順位2・・・【保健指導】(治療を中断しないための保健指導)

- ・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)・・・58 人、
- ・糖尿病性腎症第 2 期～第 4 期の者(M)・・・22 人

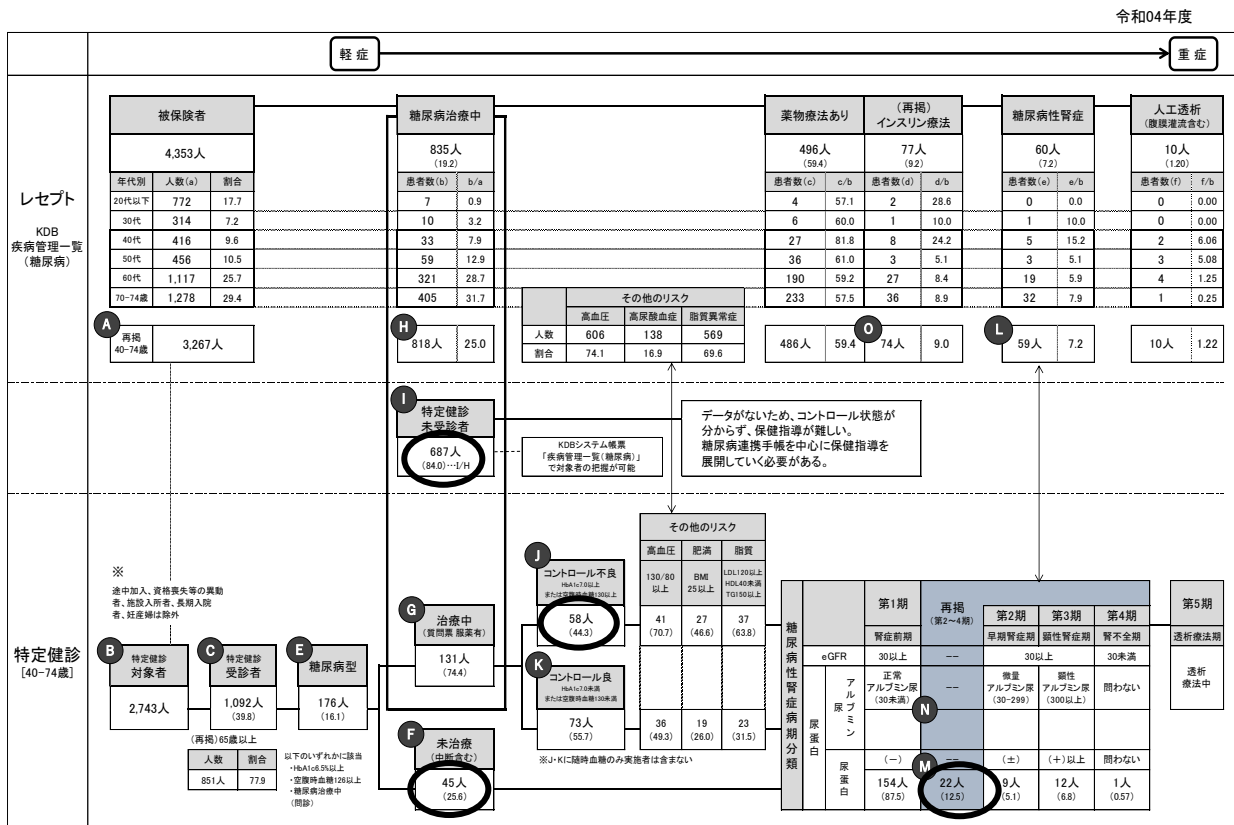
介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応。医療機関と連携した保健指導を実施。

優先順位3・・・【保健指導】

- ・糖尿病管理台帳を活用し、(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。

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を実施。

図表 63 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



### (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耐糖能異常の時期から大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。本町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導教材（図表 64）を活用し実施します。

図表 64 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 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてください
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グロコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみてください	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 チアソリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	<b>4 参考資料</b>
1-21 糖尿病治療の進め方	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じ7.0未満です	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-6 安全な血糖管理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
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	

#### ② 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施であるため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を見逃すおそれがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性（－）（±）

の者へは、二次健診で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

また、特定健診を受けた者のうち、耐糖能異常(HbA1c6.0～6.4%)で血圧や脂質異常症のリスクが重なる者へ75g糖負荷試験(OGTT)を実施し、糖尿病発症予防を併せて実施します。

#### (4) 医療との連携

##### ① 医療機関未受診者について

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

##### ② 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医から対象者の検査データの収集、保健指導への助言を受けます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては福岡県プログラム等に準じて行います。

#### (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、地域包括支援係等と連携します。

#### (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65 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行います。

#### 短期的評価

##### ① 受診勧奨者に対する評価

- (i) 受診勧奨対象者への介入率
- (ii) 医療機関受診率
- (iii) 医療機関未受診者への再勧奨率

##### ② 保健指導対象者に対する評価

- (i) 保健指導実施率
- (ii) 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 65 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	築上町										同規模保険者(平均)			
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1 ①	被保険者数	A	4,497人		4,319人		4,176人		4,044人		3,894人				
②	(再掲)40-74歳		3,600人		3,480人		3,393人		3,323人		3,190人				
2 ①	特定健診 対象者数	B	3,162人		3,044人		3,033人		2,935人		2,743人				
②	受診者数	C	1,059人		1,076人		957人		1,073人		1,092人				
③	受診率		33.5%		35.3%		31.6%		36.6%		39.8%				
3 ①	特定保健指導 対象者数		123人		110人		89人		110人		90人				
②	実施率		69.1%		73.6%		58.4%		65.5%		73.3%				
4	健診データ	糖尿病型	E	140人	12.7%	168人	15.0%	144人	14.6%	154人	13.8%	182人	16.0%		
		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	34人	24.3%	43人	25.6%	40人	27.8%	33人	21.4%	48人	26.4%		
		治療中(質問票 服薬あり)	G	106人	75.7%	125人	74.4%	104人	72.2%	121人	78.6%	134人	73.6%		
		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	52人	49.1%	58人	46.4%	38人	36.5%	58人	47.9%	60人	44.8%		
		血圧 130/80以上		28人	53.8%	35人	60.3%	21人	55.3%	34人	58.6%	42人	70.0%		
		肥満 BMI25以上		17人	32.7%	25人	43.1%	19人	50.0%	25人	43.1%	27人	45.0%		
		コントロール良 HbA1c<7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	54人	50.9%	67人	53.6%	66人	63.5%	63人	52.1%	74人	55.2%		
		第1期 尿蛋白(-)	M	123人	87.9%	149人	88.7%	130人	90.3%	133人	86.4%	159人	87.4%		
		第2期 尿蛋白(±)		5人	3.6%	5人	3.0%	6人	4.2%	6人	3.9%	10人	5.5%		
		第3期 尿蛋白(+)		12人	8.6%	11人	6.5%	8人	5.6%	15人	9.7%	12人	6.6%		
		第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	2人	1.2%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	0.5%		
5	レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)		150.8人		148.9人		136.7人		157.8人		162.6人			
		(再掲)40-74歳(被保険者対)		186.4人		183.6人		167.4人		190.2人		197.2人			
		レセプト件数 (40-74歳) (1件は糖尿病対)	H	3,846件	(1113.8)	3,708件	(1112.8)	3,648件	(1099.5)	3,821件	(1198.6)	3,611件	(1194.5)	319,390件	(944.1)
		入院(件数)		27件	(7.8)	20件	(6.0)	21件	(6.3)	22件	(6.9)	11件	(3.6)	1,366件	(4.0)
		糖尿病治療中	H	678人	15.1%	643人	14.9%	571人	13.7%	638人	15.8%	633人	16.3%		
		(再掲)40-74歳		671人	18.6%	639人	18.4%	568人	16.7%	632人	19.0%	629人	19.7%		
		健診未受診者	I	565人	84.2%	533人	83.4%	464人	81.7%	511人	80.9%	495人	78.7%		
		インスリン治療	O	62人	9.1%	61人	9.5%	53人	9.3%	56人	8.8%	48人	7.6%		
		(再掲)40-74歳		61人	9.1%	61人	9.5%	51人	9.0%	55人	8.7%	48人	7.6%		
		糖尿病性腎症	L	48人	7.1%	46人	7.2%	46人	8.1%	50人	7.8%	46人	7.3%		
		(再掲)40-74歳		47人	7.0%	46人	7.2%	46人	8.1%	50人	7.9%	45人	7.2%		
		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		7人	1.0%	6人	0.9%	6人	1.1%	7人	1.1%	7人	1.1%		
		(再掲)40-74歳		7人	1.0%	6人	0.9%	6人	1.1%	7人	1.1%	7人	1.1%		
		新規透析患者数		0人	0.0%	3人	50.0%	4人	66.7%	2人	28.6%	3人	42.9%		
		(再掲)糖尿病あり		0人	0.0%	2人	66.7%	4人	100%	2人	100%	3人	100%		
		【参考】後高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		21人	2.2%	24人	2.4%	27人	2.9%	34人	3.5%	37人	3.6%		
6	医療費	総医療費		15億8582万円		16億3798万円		15億0329万円		15億5880万円		14億2944万円		14億4496万円	
		生活習慣病総医療費		9億1720万円		9億4166万円		8億5524万円		8億7820万円		7億8813万円		7億7425万円	
		(総医療費に占める割合)		57.8%		57.5%		56.9%		56.3%		55.1%		53.6%	
		生活習慣病 対象者 一人あたり	健康受診者	6,727円		8,210円		4,473円		5,370円		6,172円		7,560円	
		健康未受診者		34,359円		34,915円		36,511円		36,638円		34,925円		37,805円	
		糖尿病医療費		1億0755万円		1億0276万円		1億0191万円		1億0420万円		9719万円		8603万円	
		(生活習慣病総医療費に占める割合)		11.7%		10.9%		11.9%		11.9%		12.3%		11.1%	
		糖尿病入院外総医療費		2億7263万円		2億6410万円		2億6526万円		2億8393万円		2億5565万円			
		1件あたり		30,886円		30,752円		31,418円		32,658円		30,816円			
		糖尿病入院総医療費		1億8483万円		1億7688万円		1億5900万円		1億6841万円		1億5773万円			
		1件あたり		590,510円		565,121円		630,940円		690,211円		636,026円			
		在院日数		15日		16日		17日		16日		16日			
		慢性腎不全医療費		4822万円		5713万円		5732万円		5303万円		4953万円		6202万円	
		透析有り		4171万円		5062万円		5192万円		4791万円		4638万円		5785万円	
		透析なし		651万円		651万円		540万円		512万円		315万円		418万円	
7 ①	介護 介護給付費		17億2890万円		17億7886万円		18億1331万円		18億3804万円		18億2635万円		17億4718万円		
②	(2号認定者)糖尿病合併症		1件	7.7%	1件	8.3%	2件	16.7%	2件	15.4%	3件	20.0%			
8 ①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		1人	0.4%	3人	1.1%	5人	1.8%	3人	1.1%	3人	1.1%	564人	1.0%	

出典:ヘルスサポートラボツール

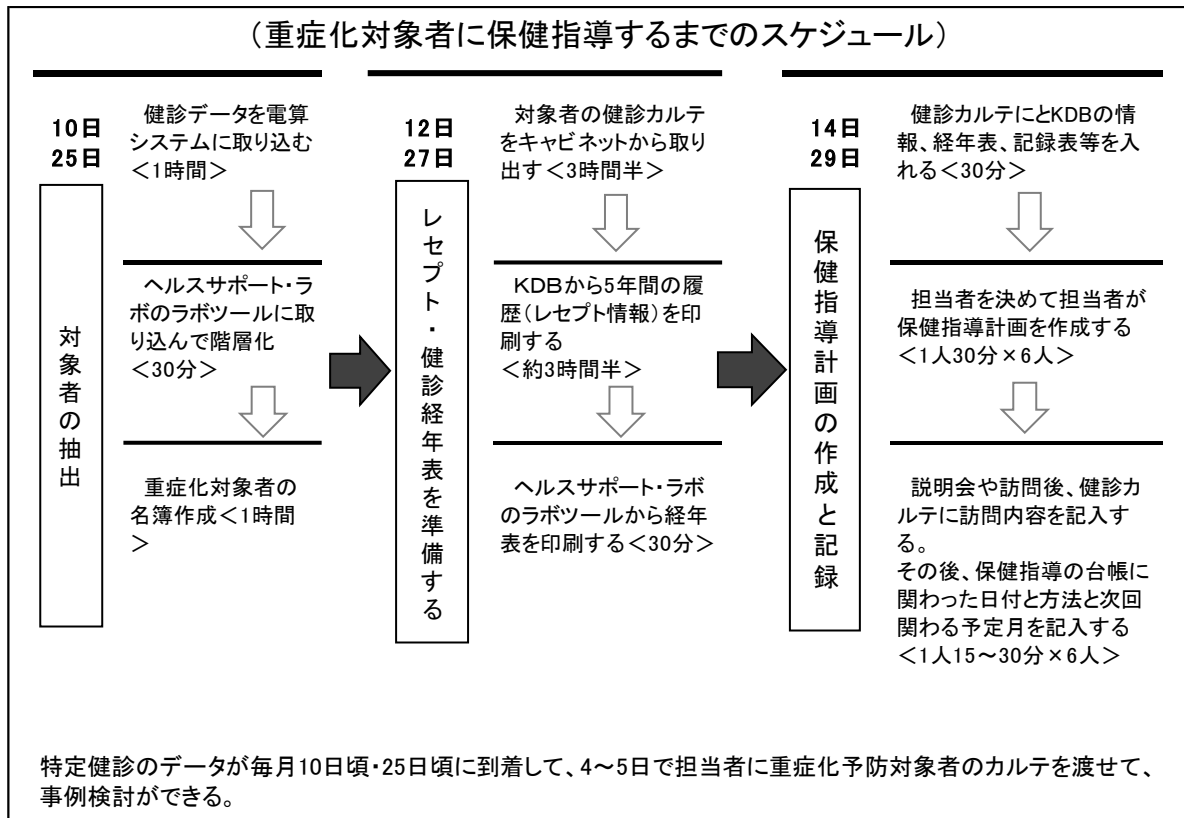
(7)実施期間及びスケジュール

5月 対象者の選定基準の決定

6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7月~特定健診結果が届き次第第0台帳を作成。順次、対象者へ介入。(通年)

図表 66 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

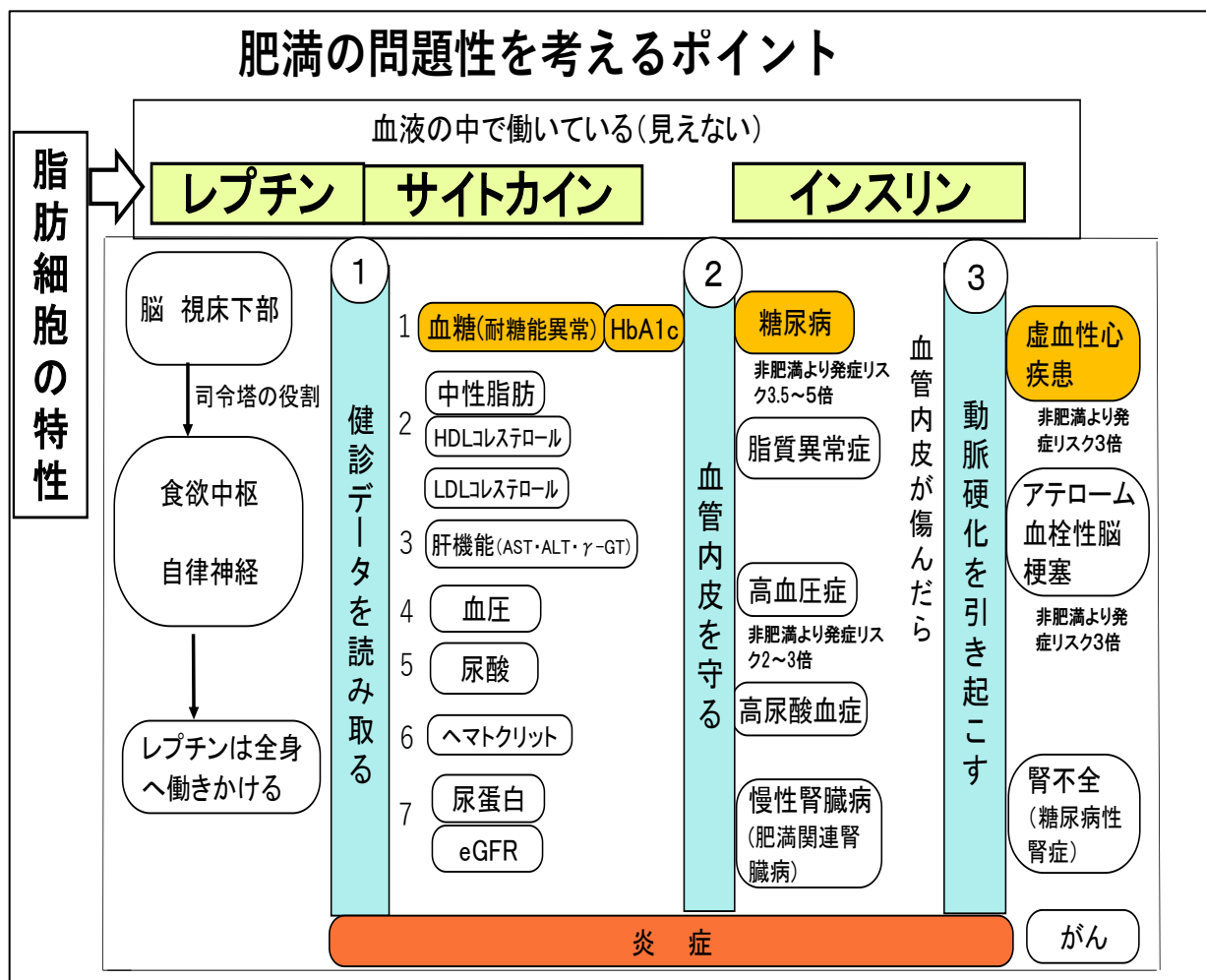
### (1) 基本的な考え方

内臓脂肪蓄積により、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは分泌異常を起こし、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ます。また、メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併しており、更に心血管病を発症しやすい状態です。

メタボリックシンドロームの定義と診断基準には「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行う。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。」と記されています。

なお、取組にあたっては図表 67 に基づいて考えていきます。

図表 67 肥満の問題性を考えるポイント(保健指導教材)



## (2) 肥満の状況

### ① 肥満度分類に基づいた実態把握

健診受診者のうち、BMI25以上の者の割合は40～64歳の若い年齢層で多い状況です。

図表 68 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳
総数	241	851	72	228	55	207	12	19	3	1	2	1	
			29.9%	26.8%	22.8%	24.3%	5.0%	2.2%	1.2%	0.1%	0.8%	0.1%	
再掲	男性	95	375	36	126	30	119	4	7	2	0	0	0
	女性	146	476	36	102	25	88	8	12	1	1	2	1
			24.7%	21.4%	17.1%	18.5%	5.5%	2.5%	0.7%	0.2%	1.4%	0.2%	

出典：ヘルスサポートラボツール

### ② 優先順位の考え方

「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満Ⅲ度・Ⅳ度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示し、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。肥満Ⅲ度、Ⅳ度になるほど、日常生活で困っている声が多いことが明らかです。(図表 69)

また、本町の特定健診結果において、BMIとHbA1cの関連をみると、肥満度が高くなるほど、耐糖能異常(HbA1c5.6～6.4)及び糖尿病型(HbA1c6.5以上)の者の割合が増えていることがわかります。(図表 70)

更に、肥満度が高くなるほど、また年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなるといわれています。(図表 71)

肥満を解決するためにどの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠(肥満症ガイドライン)に基づき優先順位を考えると、耐糖能異常が増え始める肥満Ⅰ度、また高血圧・糖尿病の発症が50%に満たない肥満Ⅰ度かつ若い年代(40～64歳)のうちから介入することが効率的であると考えます。糖尿病等の生活習慣病発症予防・重症化予防を考える上で、優先順位をつけて肥満の解決を行うことは重要です。

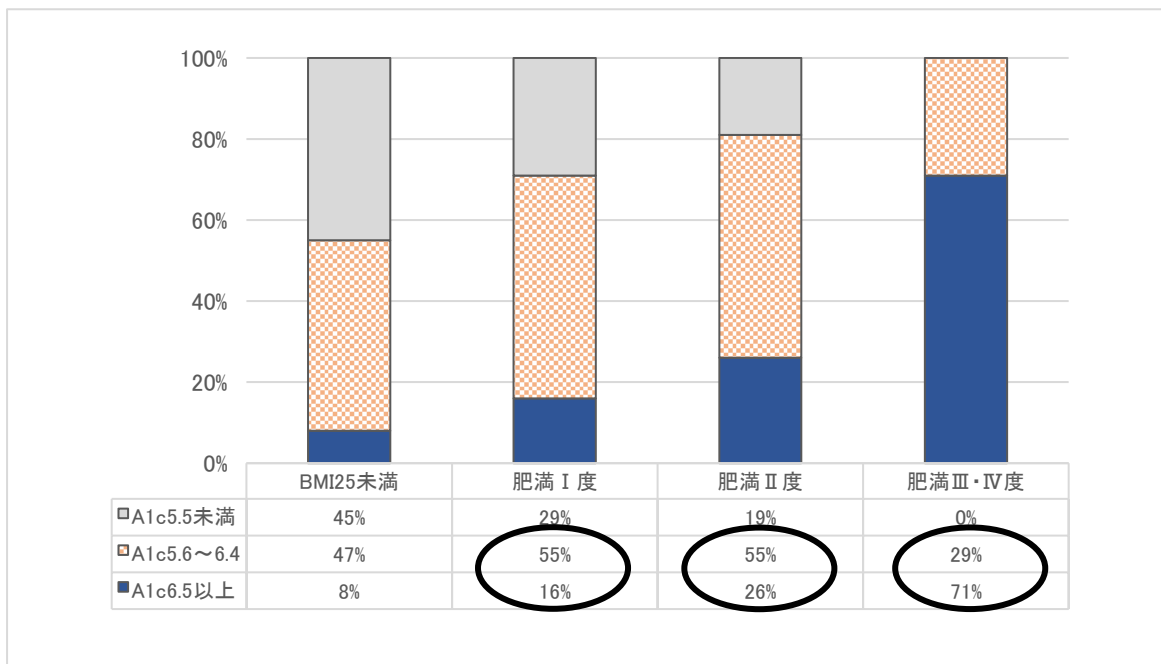


図表 69 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる  
(保健指導教材)

「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	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しくなる		太っているからか腸の痙攣もおこるよ	逆流性食道炎になった。	
排便	排便			便秘になって大変	便秘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、電話に合わない 歩く足がしびれる	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	
	日常生活動作		屈めず、足の爪を切るができない 朝起きると体重で手がしびれて色が変わっている 運動すると数日だるくなる 身体が動かすづらい		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年前から胸の重みを感じる 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ツと	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 心臓が小さ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バクバクする	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		

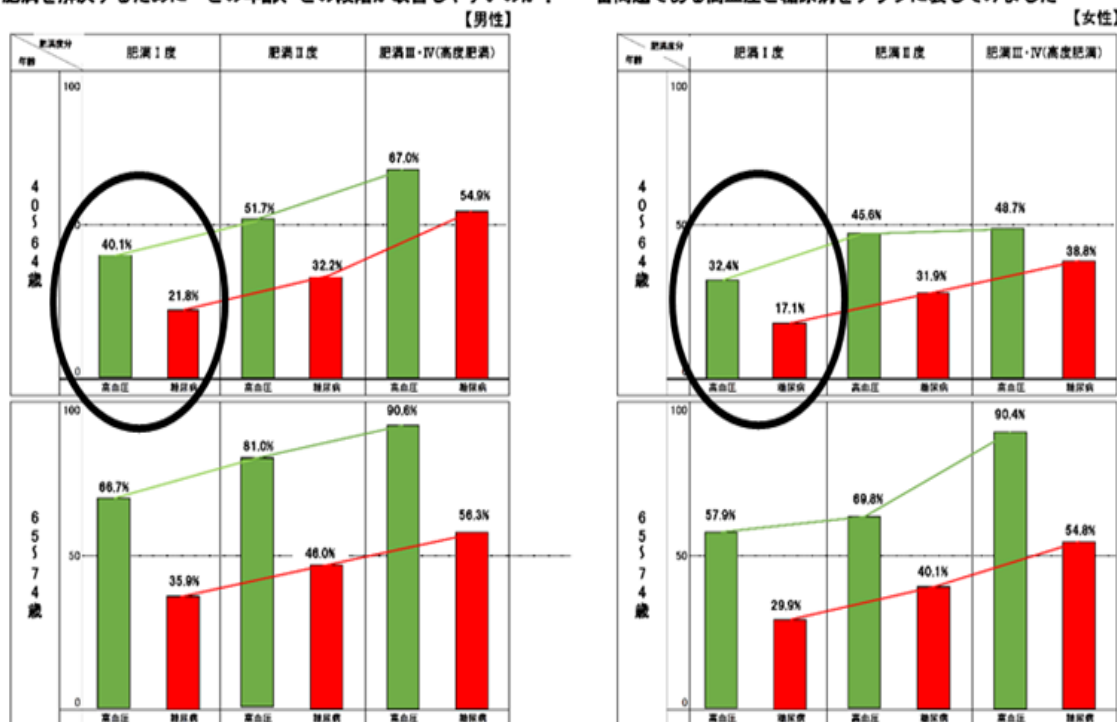
図表 70 耐糖能異常とBMIの関係(令和4年度)



出典: 築上町特定健診結果

図表 71 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？（保健指導教材）

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



### (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、男性で 31.7%、女性では 12.2%です。(図表 72)

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 8 割以上が治療中となっており、多い状況です。(図表 73)

メタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法だけでは解決が難しく、食事療法や運動療法による生活改善のための保健指導も不可欠であると考えます。

図表 72 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	470	32	36	161	241	622	24	52	242	304	
メタボ該当者	B	149	8	7	60	74	76	2	9	28	37	
	B/A	31.7%	25.0%	19.4%	37.3%	30.7%	12.2%	8.3%	17.3%	11.6%	12.2%	
再掲	① 3項目全て	C	44	2	0	18	24	11	1	3	4	3
		C/B	29.5%	25.0%	0.0%	30.0%	32.4%	14.5%	50.0%	33.3%	14.3%	8.1%
	② 血糖+血圧	D	24	2	1	10	11	10	1	1	6	2
		D/B	16.1%	25.0%	14.3%	16.7%	14.9%	13.2%	50.0%	11.1%	21.4%	5.4%
	③ 血圧+脂質	E	74	4	6	28	36	51	0	3	17	31
		E/B	49.7%	50.0%	85.7%	46.7%	48.6%	67.1%	0.0%	33.3%	60.7%	83.8%
	④ 血糖+脂質	F	7	0	0	4	3	4	0	2	1	1
		F/B	4.7%	0.0%	0.0%	6.7%	4.1%	5.3%	0.0%	22.2%	3.6%	2.7%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 73 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			
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし	
総数	470	149	31.7%	127	85.2%	22	14.8%	622	76	12.2%	68	89.5%	8	10.5%
40代	32	8	25.0%	6	75.0%	2	25.0%	24	2	8.3%	1	50.0%	1	50.0%
50代	36	7	19.4%	7	100.0%	0	0.0%	52	9	17.3%	6	66.7%	3	33.3%
60代	161	60	37.3%	51	85.0%	9	15.0%	242	28	11.6%	27	96.4%	1	3.6%
70~74歳	241	74	30.7%	63	85.1%	11	14.9%	304	37	12.2%	34	91.9%	3	8.1%

出典：ヘルサポータルボツール

① 対象者の選定基準の考え方と介入方法

図表 74 から対象者を選定します。

(i) 特定保健指導対象者 … 30人

血圧、血糖、脂質の値が受診勧奨判定値以上で医療受診が必要な者へ受診勧奨を行う。

発症予防を視野に入れ、減量を目的とした保健指導・栄養指導を行う。

臓器障害(CKD、心電図所見)ありの者へ減量を目的とした保健指導・栄養指導を行う。

(ii) 血圧、血糖、脂質の3疾患のうちいずれかを治療中の者 … 195人

若い年代(40~64歳)、肥満I度、治療コントロール不良の者、臓器障害(CKD、心電図所見)ありの者を優先的に、治療の継続や減量を目的とした食事指導・保健指導を行う。

図表 74 脳・心・腎を守るために

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

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		令和04年度 <参考> 保健指導対象者(受診者)		
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断・治療ガイドライン(2011年度改訂版))	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド 2018 (日本腎臓学会)	1,092人	39.8%	■各疾患の治療状況		
科学的根拠に基づき レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓性症 (27.7%) ラクナ 梗塞 (31.2%) アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) ※心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症	糖尿病性腎症 (131)	CKD診療ガイド 2018 (日本腎臓学会)	高血圧 425	治療中 667	糖尿病 376	715	
優先すべき 課題の明確化	高血圧症 脳心臓病 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)	脂質異常症 LDL-C 180mg/d以上	メタボリック シンドローム メタボリック シンドロームの 診断基準	糖尿病 糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	慢性腎臓病 CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓学会)	重症化予防対象者 (未入数)	1,092人	39.8%	
科学的根拠に基づき 保健指導結果から 対象者の抽出	重症化予防対象 II度高血圧以上	心臓病 心臓病	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボリック シンドローム (2項目以上)	糖尿病 HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0%以上)	慢性腎臓病 腎臓専門医 紹介基準対象者	384	35.2%
該当者数	87	9	32	33	225	83	63	384	
治療なし	55	0	30	19	30	37	21	118	
(再検) 特定保健指導	18	0	7	8	30	8	7	48	
治療中	32	9	2	14	195	46	42	266	
臓器障害 あり	27	0	11	6	13	19	21	58	
CKD(専門医対象者)	7	0	2	2	3	4	21	21	
心電図所見あり	23	0	10	4	10	16	5	42	
臓器障害 なし	28	--	19	13	17	18	--	--	
治療中	19	9	2	7	97	16	42	135	
CKD(専門医対象者)	5	1	0	0	25	8	42	42	
心電図所見あり	16	9	2	7	79	12	15	108	
臓器障害 なし	13	--	0	7	98	30	--	--	

出典：ヘルサポータルボツール

## ② 対象者の管理

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教材(図表 75)を活用し、実施します。

図表 75 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えますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いですか？	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	8-3-2 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 年から労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。本町においても二次健診として以下を実施しています。

○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みる検査)

○微量アルブミン尿検査(腎臓の血管の変化をみる検査)

○75g 糖負荷検査(高インスリン状態をみる検査)

現在は、積極的支援の者を対象に微量アルブミン尿検査を実施していますが、今後は、耐糖能異常の段階から糖尿病発症予防のための 75g糖負荷試験の実施や、メタボリックシンドロームの者へ動脈硬化の有無や進行の程度をみるための頸動脈エコー検査を実施することを検討していきます。

### 3) 虚血性心疾患重症化予防

#### (1) 基本的な考え方

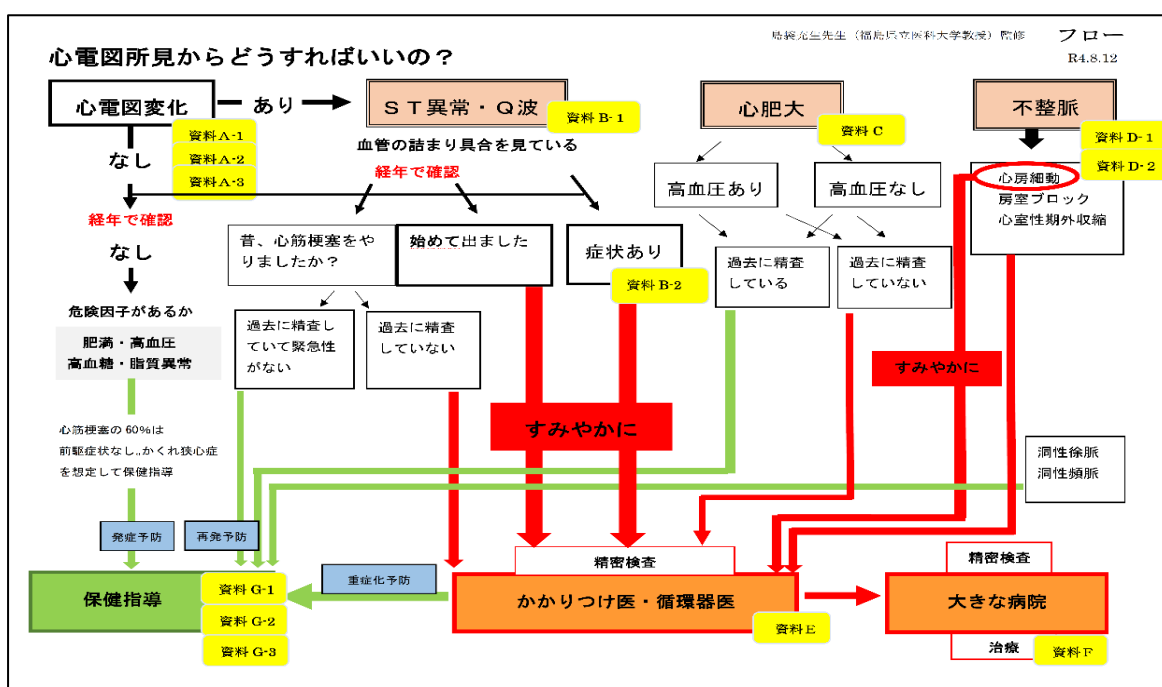
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

#### (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 76 に基づいて考えます。

図表 76 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

###### (i) 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、その所見があった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

本町においては、令和4年度心電図検査を822人(75.3%)に実施し、そのうち有所見者が364人(44.3%)でした。所見の中でも脚ブロックが74人(20.3%)で、所見率が一番高いです。(図表 77)

図表 77 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	822	75.3%	364	44.3%	4	1.1%	15	4.1%	14	3.8%	22	6.0%	1	0.3%	74	20.3%	9	2.5%	49	13.5%
	男性	360	76.6%	183	50.8%	3	1.6%	10	5.5%	10	5.5%	15	8.2%	0	0.0%	47	25.7%	8	4.4%	28	15.3%
	女性	462	74.3%	181	39.2%	2	1.1%	5	2.8%	4	2.2%	7	3.9%	1	0.6%	27	14.9%	1	0.6%	21	11.6%

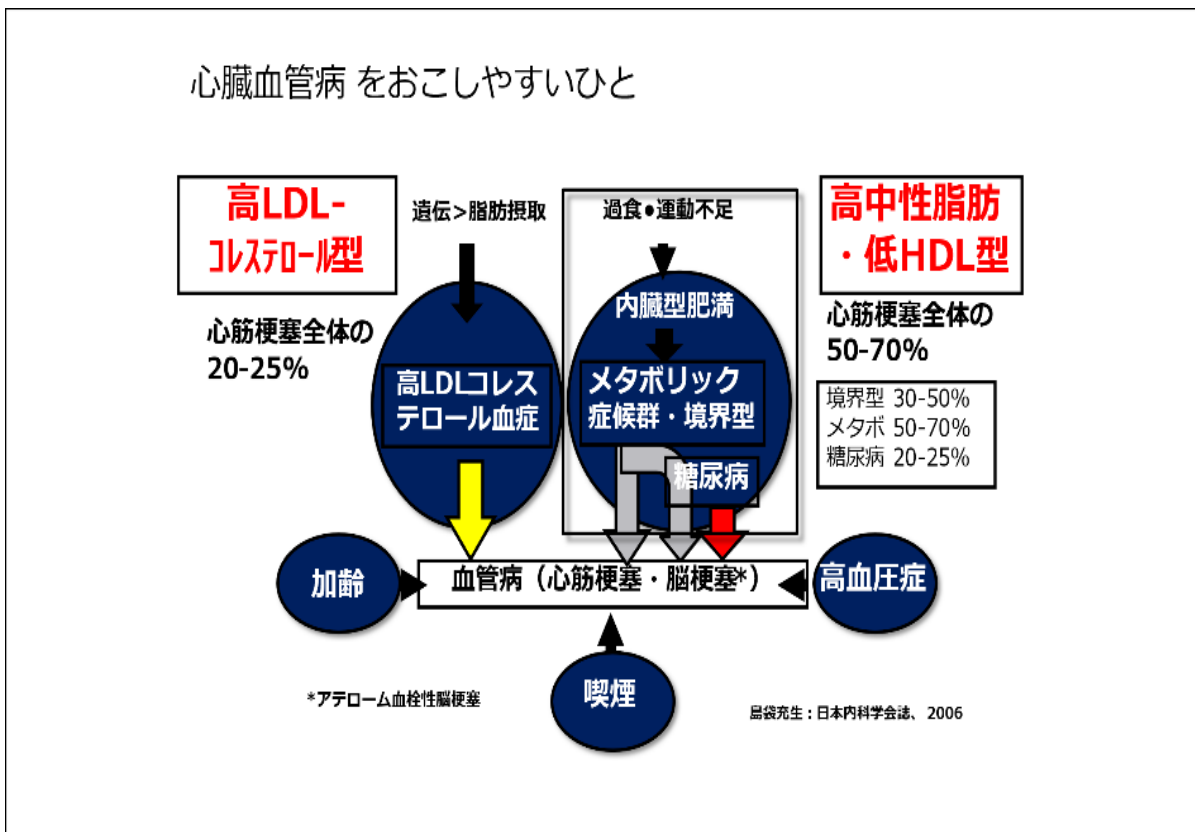
築上町調べ

(ii)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6割は前駆症状がないため)積極的に保健指導を行う必要があります。

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 78)

図表 78 心血管病をおこしやすいひと(保健指導教材)



図表 78 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、第4章 2)肥満・メタボリックシンドローム重症化予防(p55 図表 72、P56 図表 73)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 79)

図表 79 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定				令和04年度				
動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標				(参考)動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版				
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)								
管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL				健診結果(LDL-C)				
				120-139	140-159	160-179	180以上	
				396	186	120	60	30
					47.0%	30.3%	15.2%	7.6%
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)	45	30	8	6	1	
			11.4%	16.1%	6.7%	10.0%	3.3%	
	中リスク	140未満 (170未満)	210	90	69	34	17	
			53.0%	48.4%	57.5%	56.7%	56.7%	
高リスク	120未満 (150未満)	119	53	36	18	12		
			30.1%	28.5%	30.0%	30.0%	40.0%	
再掲	100未満 (130未満) ※1	7	4	2	1	0		
		1.8%	2.2%	1.7%	1.7%	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)	22	13	7	2	0	
			5.6%	7.0%	5.8%	3.3%	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。

出典:ヘルスサポートラボツール

### (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掛けます。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 80 心電図所見からの保健指導教材

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

## ② 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。対象者には二次健診を実施しています。

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

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

本町では、I 度高血圧以上かつ HbA1c 又は LDL 又は中性脂肪のリスクが重なる者に対し、頸動脈エコー検査を実施しています。

※非侵襲的・・・生体を傷つけず、身体に負担を与えないこと

## 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、地域包括支援係等と連携します。

#### (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・脳血管疾患等と併せて行います。

#### (7) 実施期間及びスケジュール

5月 対象者の選定基準の決定

6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

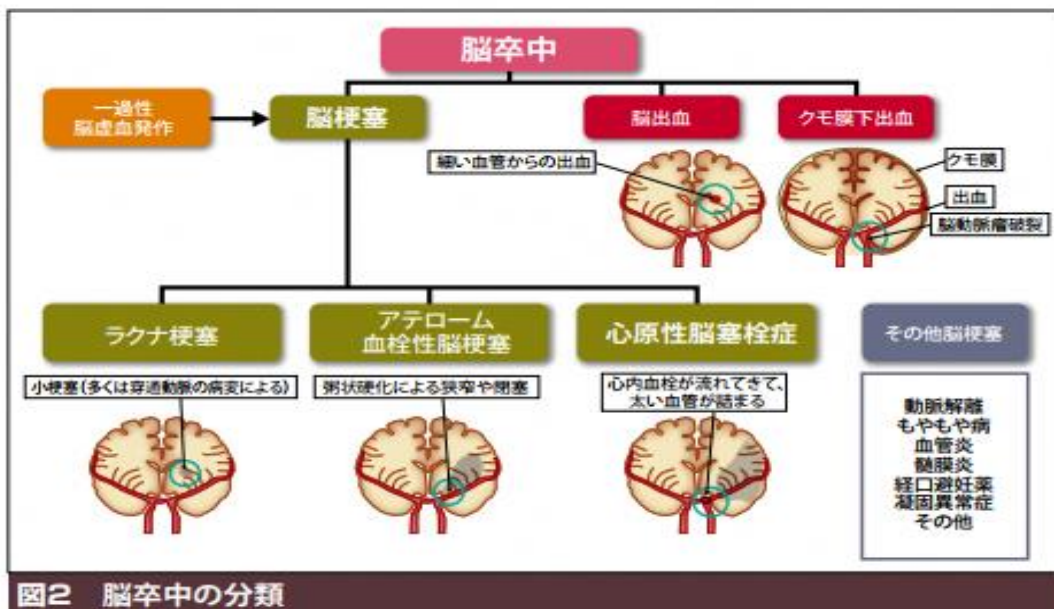
7月～特定健診結果が届き次第台帳を作成。順次、対象者へ介入。(通年)

#### 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 81、82)

図表 81 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 82 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	●							

出典: 脳卒中治療ガイドライン

##### (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 83 をみると、高血圧治療者 1,408 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 162 人(O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上で未治療の者は 55 人、治療中の者は 32 人です。未治療者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態

に応じて受診勧奨を行う必要があります。また、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です。

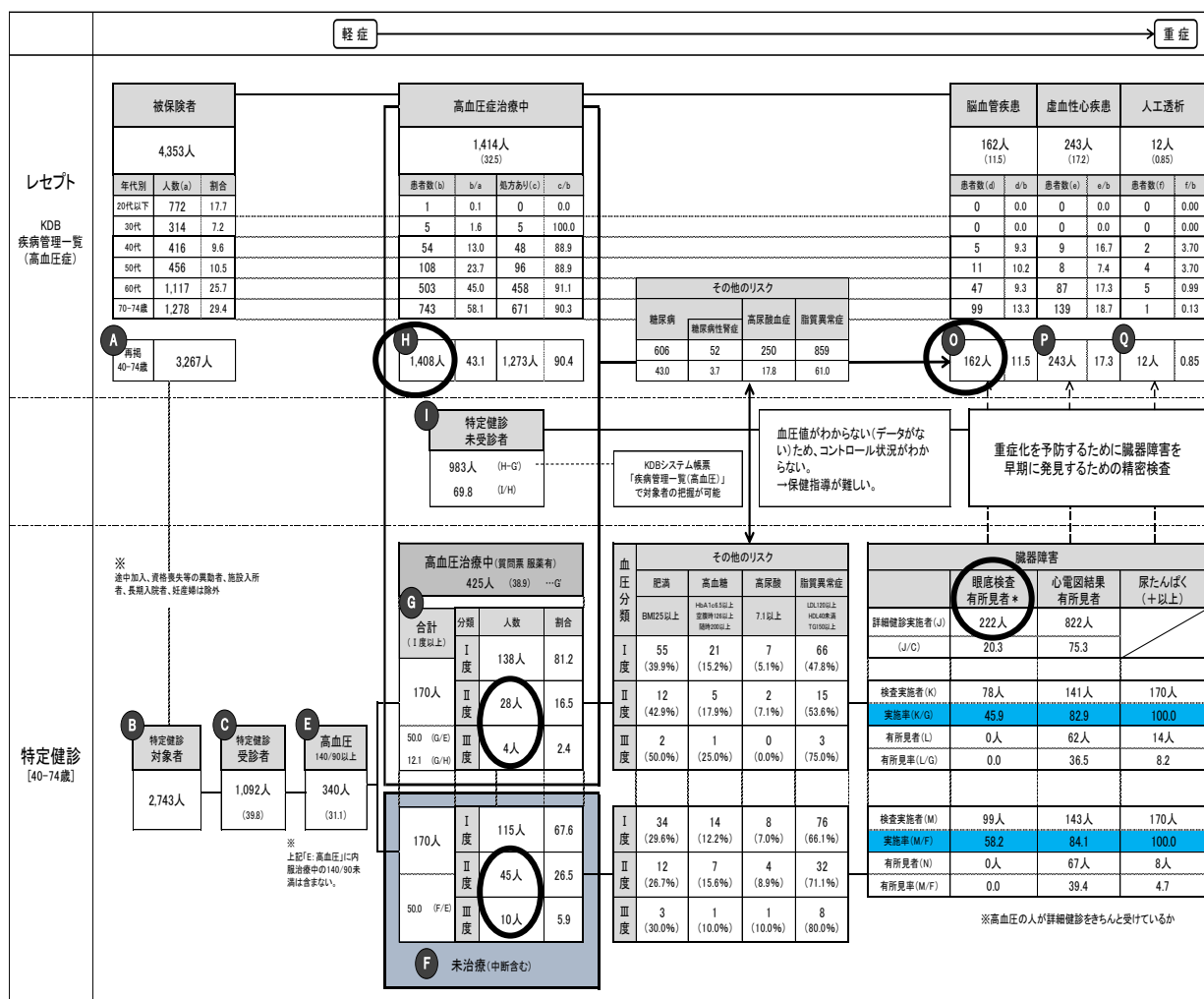
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)を222人に実施し、所見がある者は0人でした。

眼底検査(詳細検査)を実施することで脳血管の状態を推測できることから、対象者自身が検査の意味や対象になったことを理解できるよう引き続き支援します。

図表 83 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



\*眼底検査の実施者数(実施率)は暫定値で表示

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

出典：ヘルスサポートラボツール

② 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子です。高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳血管疾患、心疾患、腎疾患の発症にも深く関与します。そのため健診受診者においても高血圧と他のリスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。(図表 84)

図表 84 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	304	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	7	2.3%	C 3	B 2	B 2	A 0	A	96 31.6%
			2.2%	1.7%	4.4%	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	174	57.2%	C 76	B 70	A 25	A 3	B	129 42.4%
			56.7%	60.9%	55.6%	30.0%		
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	123	40.5%	B 55	A 43	A 18	A 7	C	79 26.0%
			41.0%	37.4%	40.0%	70.0%		

高リスク  
 中等リスク  
 低リスク

- ※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:ヘルスサポートラボツール

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。

特定健診受診者における心房細動の有所見状況をみると、心電図検査において9人に心房細動の所見がありました。有所見率はわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。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引き続き行います。(図表

85)

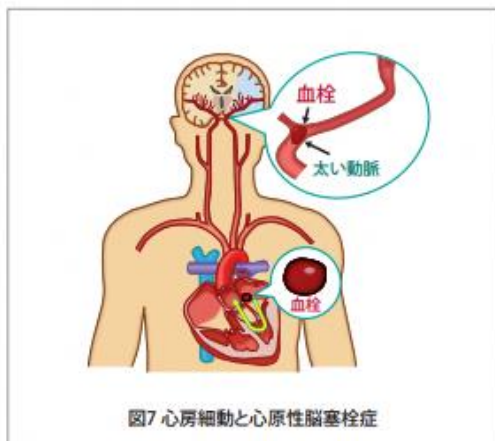


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 85 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	470	622	360	76.6%	462	74.3%	8	2.2%	1	0.2%	--	--
40代	32	24	20	62.5%	14	58.3%	1	5.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	36	52	26	72.2%	33	63.5%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	161	242	124	77.0%	186	76.9%	3	2.4%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	241	304	190	78.8%	229	75.3%	4	2.1%	1	0.4%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

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

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

#### ② 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者には二次健診を実施しています。

「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。

○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)

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

本町では、I度高血圧以上かつHbA1cまたはLDLまたは中性脂肪のリスクが重なる者へ頸動脈エコー検査を実施しています。

#### ③ 対象者の管理

##### (i) 高血圧の管理

高血圧管理台帳を作成し、治療状況や健診結果の変化の把握に努めます。

##### (ii) 心房細動の管理

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、地域包括支援係等と連携します。

#### (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・虚血性心疾患等と併せて行います。

#### (7) 実施期間及びスケジュール

5月 対象者の選定基準の決定

6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7月～特定健診結果が届き次第台帳を作成。順次、対象者へ介入。(通年)

### 3. 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

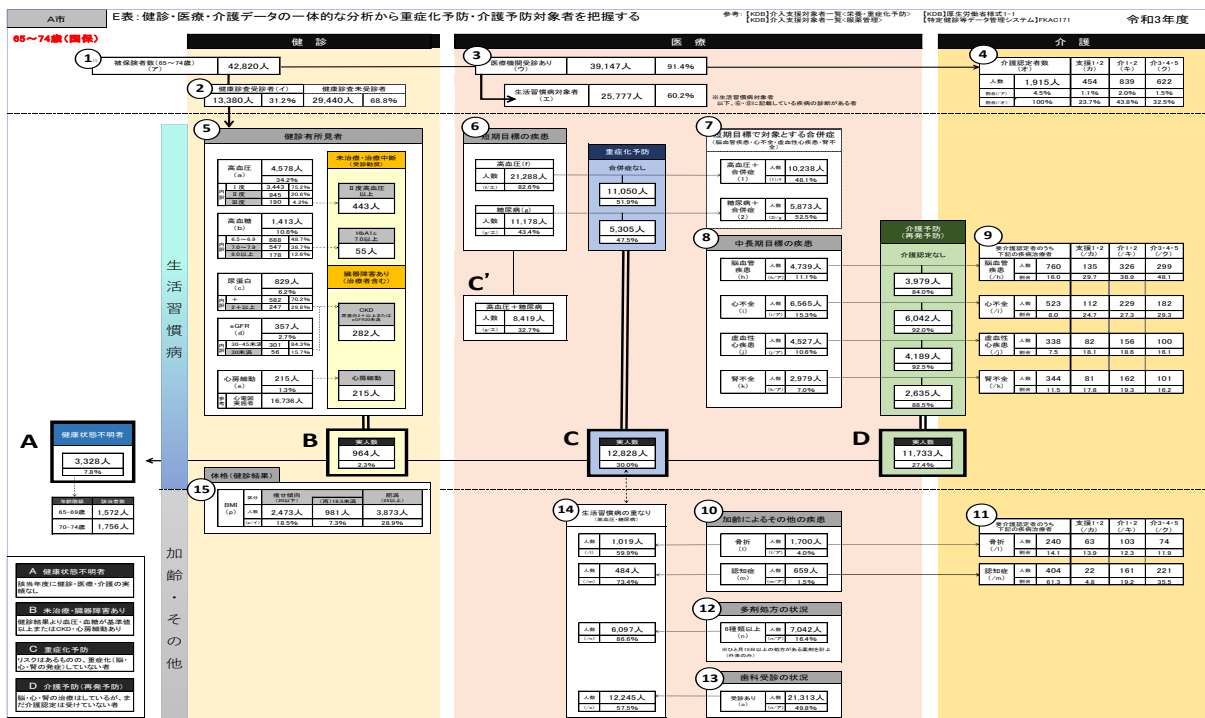
高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組と、生活機能の低下を防止する取組の双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

#### 2) 事業の実施

本町は、福岡県後期高齢者医療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」に令和6年度から取り組みます。

- 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置します。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。
- 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よう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 86 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



出典：ヘルスサポートラボツール

## 4. 発症予防

生活習慣は乳幼児期に確立することから、子どもの頃からの生活習慣病対策、特に肥満の予防は重要です。子どもの肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からも重要です。

本町では健康増進法のもと妊産婦、乳幼児、成人のデータを保有しており、データヘルス計画の対象者は被保険者全員であるため、それらのデータを保健事業に活用する必要があります。例えば、妊娠中からの発症予防として妊娠中の体重増加量、妊婦健診の尿糖、尿たんぱくの出現、家族歴等を把握し、ライフサイクルの視点で見ていくことが重要です。(図表 87)

図表 87 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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

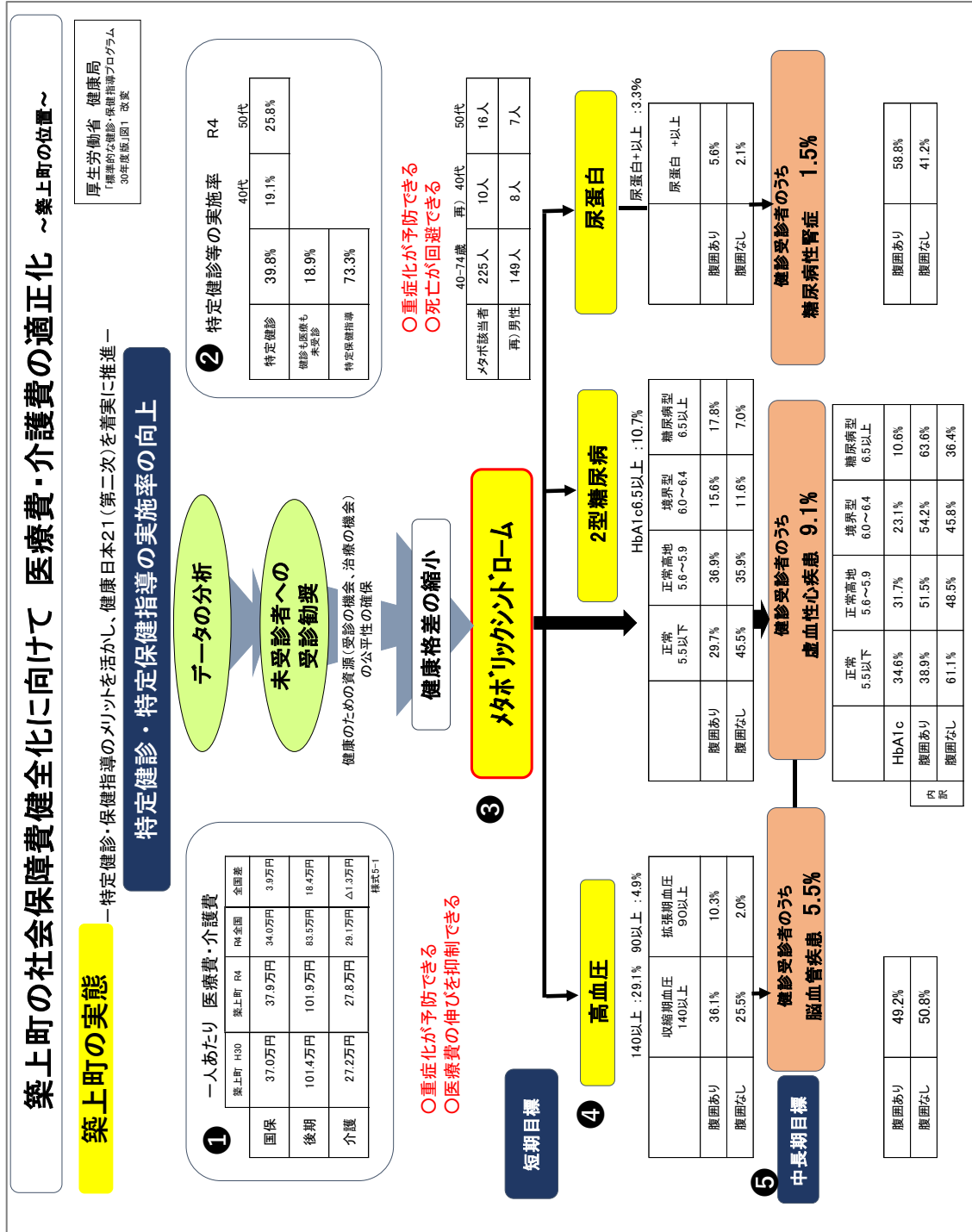
出典: 築上町調べ



## 5. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。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、広く町民に周知していきます。(図表 88、89)

図表 88 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 89 統計からみえる北九州の食

統計からみえる北九州の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2020～2022年平均 ～			
食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
他の鮮魚(あら等)	1位	牛乳	49位
さしみ盛り合わせ	1位		
いわし	2位	豆腐	44位
たらこ	2位		
たい	4位	ブロッコリー*	41位
さば	7位	レタス	41位
あじ	8位	ほうれんそう*	42位
えび	8位	かぼちゃ*	42位
ぶり	10位	キャバツ	44位
揚げかまぼこ	10位	さやまめ*	46位
ちくわ	10位	にんじん*	52位
他の生鮮肉(もつ等)	4位		
牛肉	8位		
鶏肉	8位		
ごぼう	3位		
れんこん	6位		
さといも	7位		
もやし	9位		
焼ちゅう	3位		
ワイン	6位		
即席めん	6位		

\*緑黄色野菜

※県庁所在市及び政令都市  
53市区の順位

出典:総務省統計局 家計調査

## 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、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収集されるので、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把握します。

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します。

### 2. 個人情報の取扱い

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

## 参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた築上町の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

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築上町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた築上町の位置

国保

R04年度

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 人口構成	総人口		17,127		1,810,851		4,968,674		123,214,261	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
		65歳以上(高齢化率)		6,566	38.3	651,740	36.0	1,395,142	28.1	35,335,805		28.7	
		75歳以上		3,559	20.8	---	---	699,717	14.1	18,248,742		14.8	
		65~74歳		3,007	17.6	---	---	695,425	14.0	17,087,063		13.9	
		40~64歳		4,943	28.9	---	---	1,608,951	32.4	41,545,893		33.7	
	39歳以下		5,618	32.8	---	---	1,964,581	39.5	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業		8.8		10.9		2.9		4.0	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
		第2次産業		25.5		27.1		21.2		25.0			
		第3次産業		65.7		61.9		75.9		71.0			
	③ 平均寿命	男性		80.5		80.5		80.7		80.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
女性		86.8		86.9		87.2		87.0					
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		79.0		79.7		80.1		80.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	女性		84.5		84.3		84.6		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		108.2		103.0		101.2		100	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		男性		108.2		103.0		101.2		100			
		女性		107.9		100.8		97.8		100			
		死因	がん		64	44.4	6,844	47.1	15,677	55.7		378,272	50.6
			心臓病		50	34.7	4,468	30.7	6,458	22.9		205,485	27.5
			脳疾患		21	14.6	2,073	14.3	3,576	12.7		102,900	13.8
			糖尿病		3	2.1	271	1.9	596	2.1		13,896	1.9
	腎不全		3	2.1	564	3.9	1,024	3.6	26,946	3.6			
	自殺		3	2.1	317	2.2	826	2.9	20,171	2.7			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査		
女性													
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		1,204	18.8	121,841	18.8	277,144	19.9	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者		23	0.2	1,946	0.3	4,582	0.3	110,289	0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2		6,019	22.9	382,007	13.8	1,041,029	15.1	21,785,044		12.9
			要介護1.2		11,299	43.0	1,277,829	46.3	3,219,908	46.8	78,107,378		46.3
			要介護3以上		8,952	34.1	1,099,163	39.8	2,621,837	38.1	68,963,503		40.8
	2号認定者		25	0.51	2,304	0.40	5,495	0.34	156,107	0.38			
	② 有病状況	糖尿病		294	24.5	29,183	22.8	66,990	23.1	1,712,613	24.3		
		高血圧症		733	58.5	67,451	53.3	156,979	54.4	3,744,672	53.3		
		脂質異常症		462	36.6	38,328	30.0	96,408	33.2	2,308,216	32.6		
		心臓病		807	64.3	76,143	60.3	175,116	60.8	4,224,628	60.3		
		脳疾患		282	23.0	29,057	23.1	68,049	23.8	1,568,292	22.6		
		がん		134	10.0	14,184	11.0	35,599	12.3	837,410	11.8		
		筋・骨格		706	57.6	66,665	52.7	158,168	55.0	3,748,372	53.4		
	精神		415	32.4	46,518	36.9	110,665	38.5	2,569,149	36.8			
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		278,152	1,826,347,037	297,567	193,936,445,825	291,818	407,127,115,803	290,668	1,007,427,428,889		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		1件当たり給付費(全体)		69,522		70,292		59,152		59,662			
		居宅サービス		39,825		43,991		41,206		41,272			
施設サービス		286,242		291,264		298,399		296,364					
④ 医療費等		要介護認定別 医療費(40歳以上)		10,139		9,041		9,394		8,610			
	認定あり 認定なし		4,434		4,224		4,251		4,020				
4	① 国保の状況	被保険者数		3,770		419,832		1,049,804		27,488,882	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況		
		65~74歳		1,981	52.5			424,591	40.4	11,129,271		40.5	
		40~64歳		1,042	27.6			330,002	31.4	9,088,015		33.1	
		39歳以下		747	19.8			295,211	28.1	7,271,596		26.5	
	加入率		22.0		23.2		21.1		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		1	0.3	141	0.3	456	0.4	8,237	0.3		
		診療所数		13	3.4	1,172	2.8	4,711	4.5	102,599	3.7		
		病床数		44	11.7	19,041	45.4	82,664	78.7	1,507,471	54.8		
		医師数		16	4.2	2,768	6.6	16,784	16.0	339,611	12.4		
		外来患者数		785.7		721.7		721.4		687.8			
		入院患者数		23.3		21.9		21.2		17.7			
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		379,162	県内25位 同規模50位	382,035		355,059		339,680	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		受診率		809.04		743.593		742.544		705.439			
外来		費用の割合		55.7		57.4		56.1		60.4			
		件数の割合		97.1		97.1		97.1		97.5			
入院		費用の割合		44.3		42.6		43.9		39.6			
		件数の割合		2.9		2.9		2.9		2.5			
1件あたり在院日数		17.2日		16.6日		16.8日		15.7日					

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調割合む)	がん	175,618,250	22.3	31.8	32.1	32.1	32.1	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康 課題		
			慢性腎不全(透析あり)	46,375,160	5.9	7.5	4.7	8.2	8.2			
			糖尿病	97,193,290	12.3	11.1	9.7	10.4	10.4			
			高血圧症	51,600,590	6.5	6.4	6.1	5.9	5.9			
			脂質異常症	56,867,950	7.2	3.8	4.5	4.1	4.1			
			脳梗塞・脳出血	35,452,490	4.5	4.0	3.9	3.9	3.9			
			狭心症・心筋梗塞	31,256,160	4.0	2.6	2.6	2.8	2.8			
			精神	142,214,560	18.0	15.2	18.0	14.7	14.7			
	筋・骨格	143,609,640	18.2	16.5	17.2	16.7	16.7					
	⑤	一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症	1,232	0.7	329	0.2	436	0.3	256	0.2
				糖尿病	1,854	1.1	1,391	0.9	1,503	1.0	1,144	0.9
				脂質異常症	164	0.1	65	0.0	98	0.1	53	0.0
				脳梗塞・脳出血	8,518	5.1	7,229	4.4	6,225	4.0	5,993	4.5
				虚血性心疾患	6,942	4.1	4,422	2.7	3,899	2.5	3,942	2.9
				腎不全	3,570	2.1	4,564	2.8	2,879	1.8	4,051	3.0
		一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	高血圧症	12,455	5.9	12,709	5.8	10,862	5.5	10,143	4.9
				糖尿病	24,939	11.8	21,886	10.0	17,042	8.6	17,720	8.6
				脂質異常症	14,921	7.1	7,778	3.5	8,242	4.1	7,092	3.5
				脳梗塞・脳出血	886	0.4	1,013	0.5	988	0.5	825	0.4
				虚血性心疾患	2,592	1.2	2,004	0.9	1,826	0.9	1,722	0.8
腎不全				10,884	5.2	17,654	8.0	8,944	4.5	15,781	7.7	
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,606	2,690	1,757	2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康 課題				
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診未受診者	14,746	13,453	14,605	13,295					
			健診受診者	6,172	7,560	4,913	6,142					
			健診未受診者	34,925	37,805	40,836	40,210					
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	632	57.7	76,256	58.3	133,935	56.7	3,915,807	57.0		
		医療機関受診率	589	53.8	68,776	52.6	123,882	52.5	3,574,378	52.0		
		医療機関非受診率	43	3.9	7,480	5.7	10,053	4.3	341,429	5.0		
5	特定健診の 状況 県内市町村数 63市町村 同規模市区町村数 111市町村	健診受診者	1,095		130,698		236,035		6,874,715			
		受診率	39.7	県内27位 同規模68位	42.5	35.0	全国34位	37.6				
		特定保健指導終了者(実施率)	66	72.5	6,935	45.1	10,227	38.5	200,147	24.6		
		非肥満高血糖	85	7.8	13,338	10.2	19,306	8.2	620,920	9.0		
		メタボ	該当者	226	20.6	27,983	21.4	47,905	20.3	1,394,679	20.3	
			男性	150	31.8	19,370	32.6	33,029	32.7	974,740	32.0	
			女性	76	12.2	8,613	12.1	14,876	11.0	419,939	11.0	
			予備群	110	10.0	14,780	11.3	27,314	11.6	772,552	11.2	
			男性	69	14.6	10,404	17.5	18,671	18.5	545,269	17.9	
			女性	41	6.6	4,376	6.1	8,643	6.4	227,283	5.9	
		メタボ該当・予 備群レベ ル	腹囲	総数	378	34.5	46,996	36.0	83,984	35.6	2,402,739	35.0
				男性	241	51.2	32,698	55.0	57,488	56.9	1,683,310	55.3
				女性	137	22.0	14,298	20.1	26,496	19.6	719,429	18.8
				総数	45	4.1	6,771	5.2	9,065	3.8	323,039	4.7
				男性	9	1.9	1,033	1.7	1,329	1.3	51,832	1.7
				女性	36	5.8	5,738	8.1	7,736	5.7	271,207	7.1
			BMI	総数	2	0.2	910	0.7	1,523	0.6	43,981	0.6
				男性	87	7.9	10,618	8.1	19,025	8.1	544,462	7.9
				女性	21	1.9	3,252	2.5	6,766	2.9	184,109	2.7
総数	34			3.1	4,534	3.5	6,859	2.9	205,051	3.0		
男性	11			1.0	1,335	1.0	2,581	1.1	70,941	1.0		
女性	125			11.4	12,829	9.8	23,198	9.8	664,823	9.7		
総数	56			5.1	9,285	7.1	15,267	6.5	453,864	6.6		
6	①	服薬	高血圧	425	38.8	50,449	38.6	83,959	35.6	2,447,012	35.6	
			糖尿病	131	12.0	13,291	10.2	21,388	9.1	594,898	8.7	
			脂質異常症	378	34.5	37,342	28.6	66,542	28.2	1,914,768	27.9	
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	27	2.5	4,249	3.4	8,115	3.5	208,631	3.1	
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	63	5.8	7,809	6.2	14,699	6.3	367,800	5.5	
			腎不全	7	0.6	1,086	0.9	2,533	1.1	54,301	0.8	
	②	既往歴	貧血	99	9.0	12,093	9.6	26,554	11.4	706,690	10.7	
			喫煙	155	14.2	17,774	13.6	33,153	14.0	948,511	13.8	
			週3回以上朝食を抜く	76	7.0	9,755	8.1	28,828	12.9	648,921	10.4	
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	146	13.5	18,367	15.2	33,280	14.9	985,237	15.8	
			週3回以上就寝前夕食	146	13.5	18,367	15.2	33,280	14.9	985,237	15.8	
			食べる速度が速い	293	27.0	31,539	26.1	62,975	28.1	1,672,149	26.8	
			20歳時体重から10kg以上増加	411	37.9	42,466	35.1	79,460	35.4	2,190,989	35.0	
③	生活習慣の 状況	1日30分以上運動習慣なし	679	62.6	74,888	61.8	129,659	57.8	3,777,098	60.4		
		1日1時間以上運動なし	562	51.8	57,264	47.3	107,552	48.0	3,004,715	48.0		
		睡眠不足	298	27.5	30,221	25.0	55,072	24.6	1,599,845	25.6		
		毎日飲酒	267	24.4	31,930	25.2	58,757	25.4	1,671,390	25.5		
		時々飲酒	248	22.6	26,140	20.6	55,432	23.9	1,475,561	22.5		
		④	一日飲 酒量	1合未満	405	62.3	46,468	60.5	102,691	64.3	2,997,474	64.1
				1～2合	142	21.8	20,382	26.5	39,951	25.0	1,110,546	23.7
				2～3合	88	13.5	7,893	10.3	13,625	8.5	438,404	9.4
				3合以上	15	2.3	2,103	2.7	3,476	2.2	130,123	2.8

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

①40～64歳(国保)

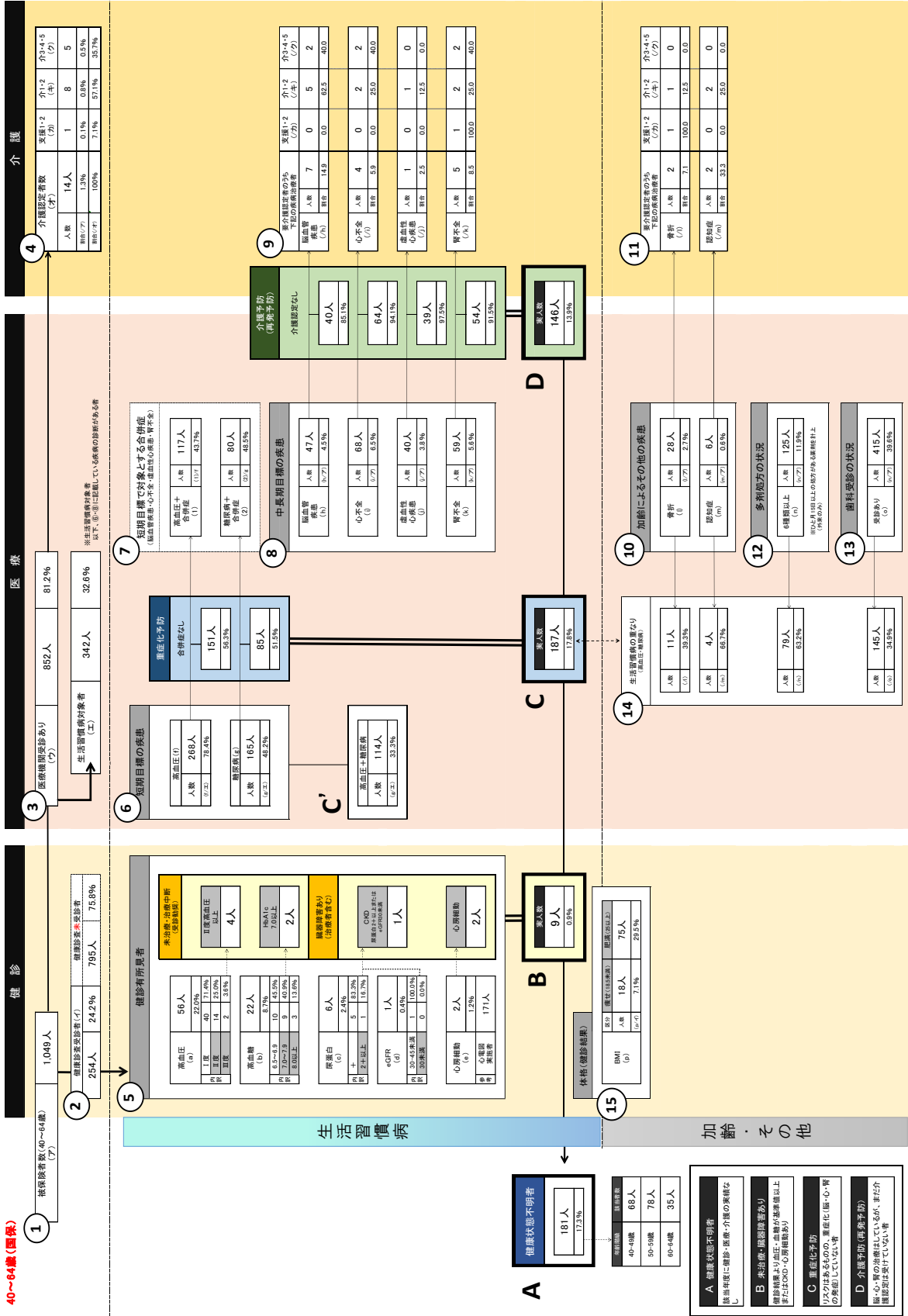
令和4年度

【09】重症化予防等支援プログラム(PKAG17)

【08】介入入居型医療者一貫化支援プログラム(PKAG17)

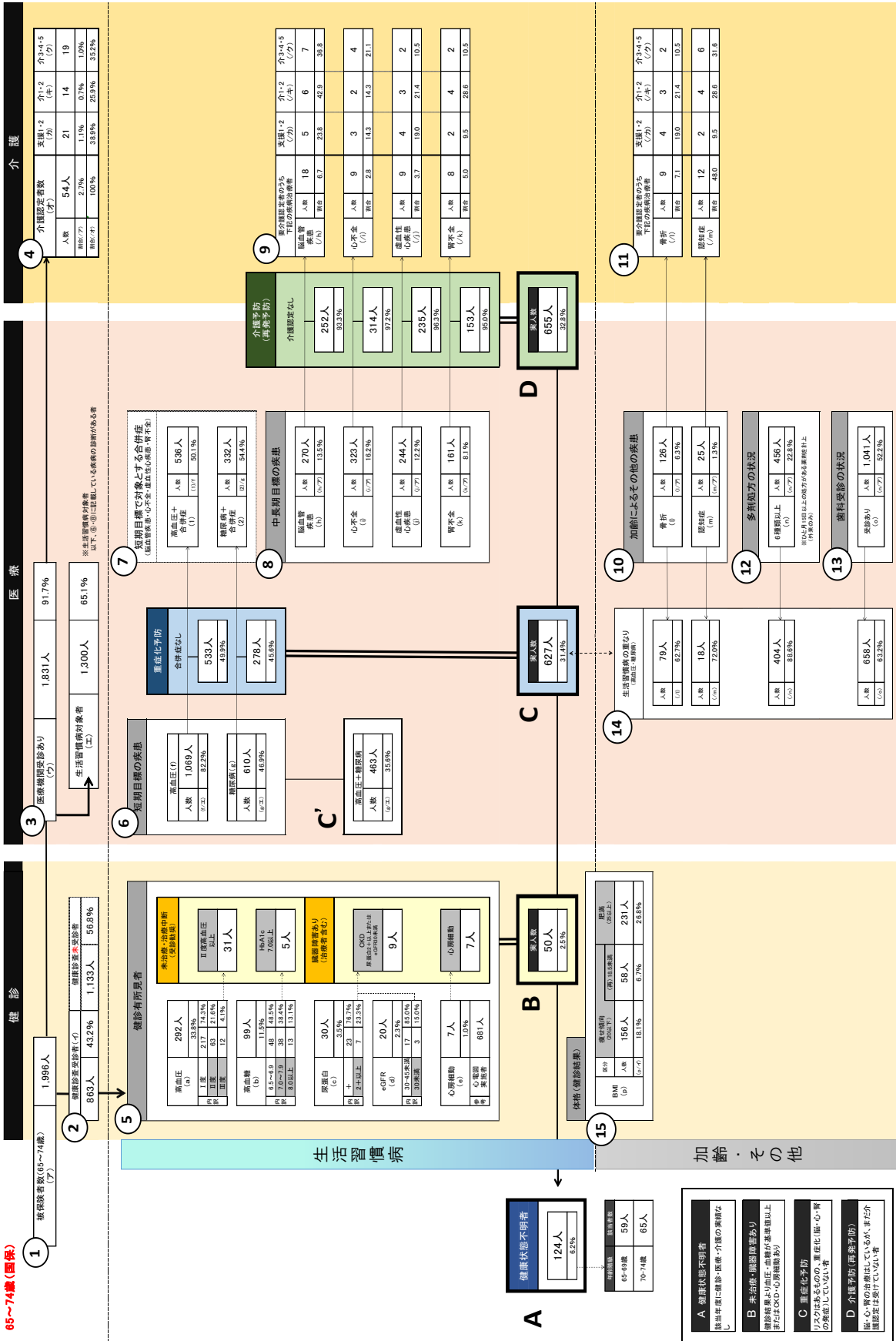
E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

築上町 40～64歳(国保)





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



③ 65～74 歳(後期)

築上町

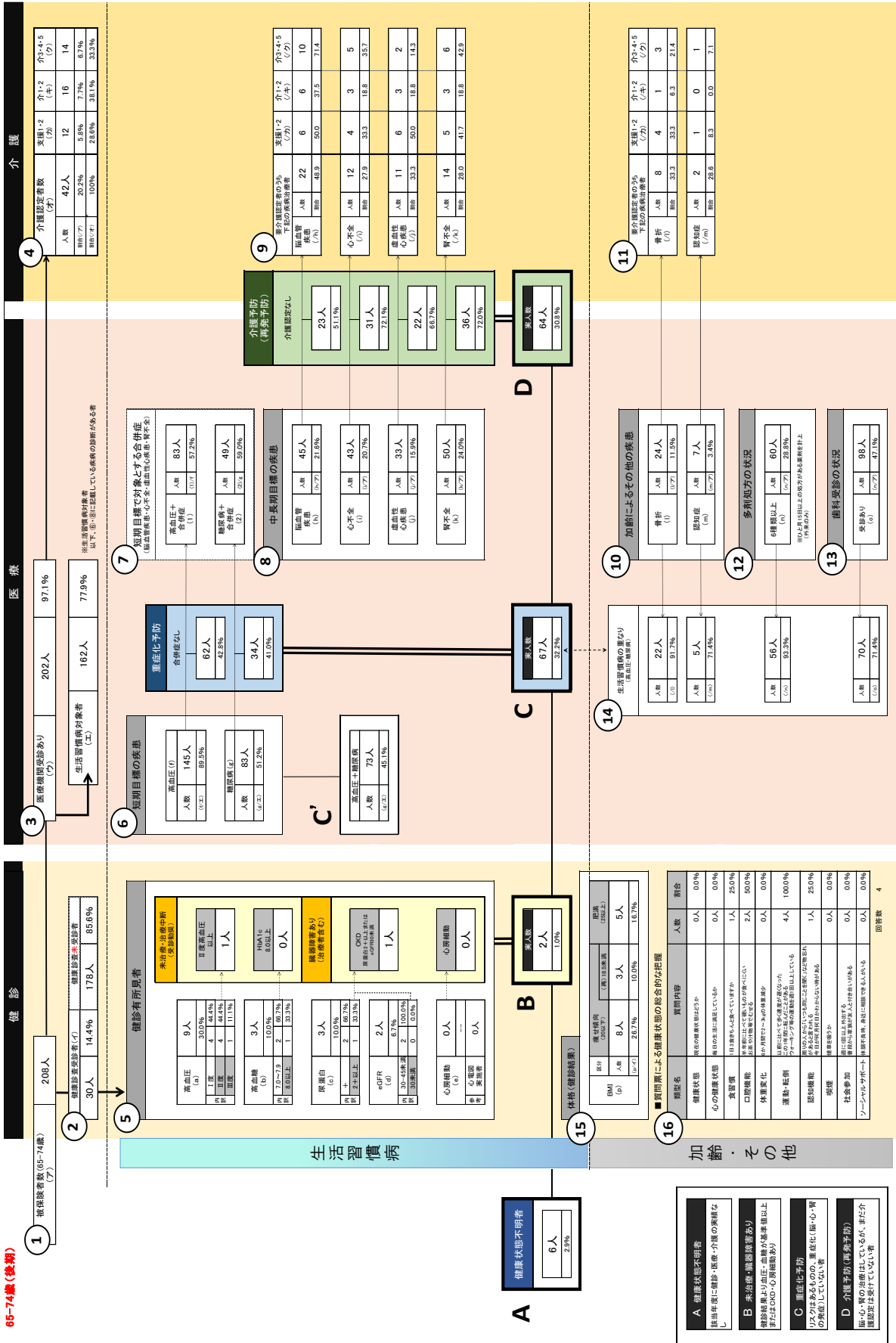
E表: 健康・医療・介護データの体系的な分析から重症化予防・介護予防対象者・介護予防対象者を把握する

参考: 【65歳以上介護予防対象者】重症化予防・介護予防対象者  
【特定高齢者等一歩管理システム(FAC17)】  
【65歳以上生活習慣病罹患率】  
【特定高齢者等一歩管理システム(FAC17)】  
【特定高齢者等一歩管理システム(FAC17)】

健康

医療

介護



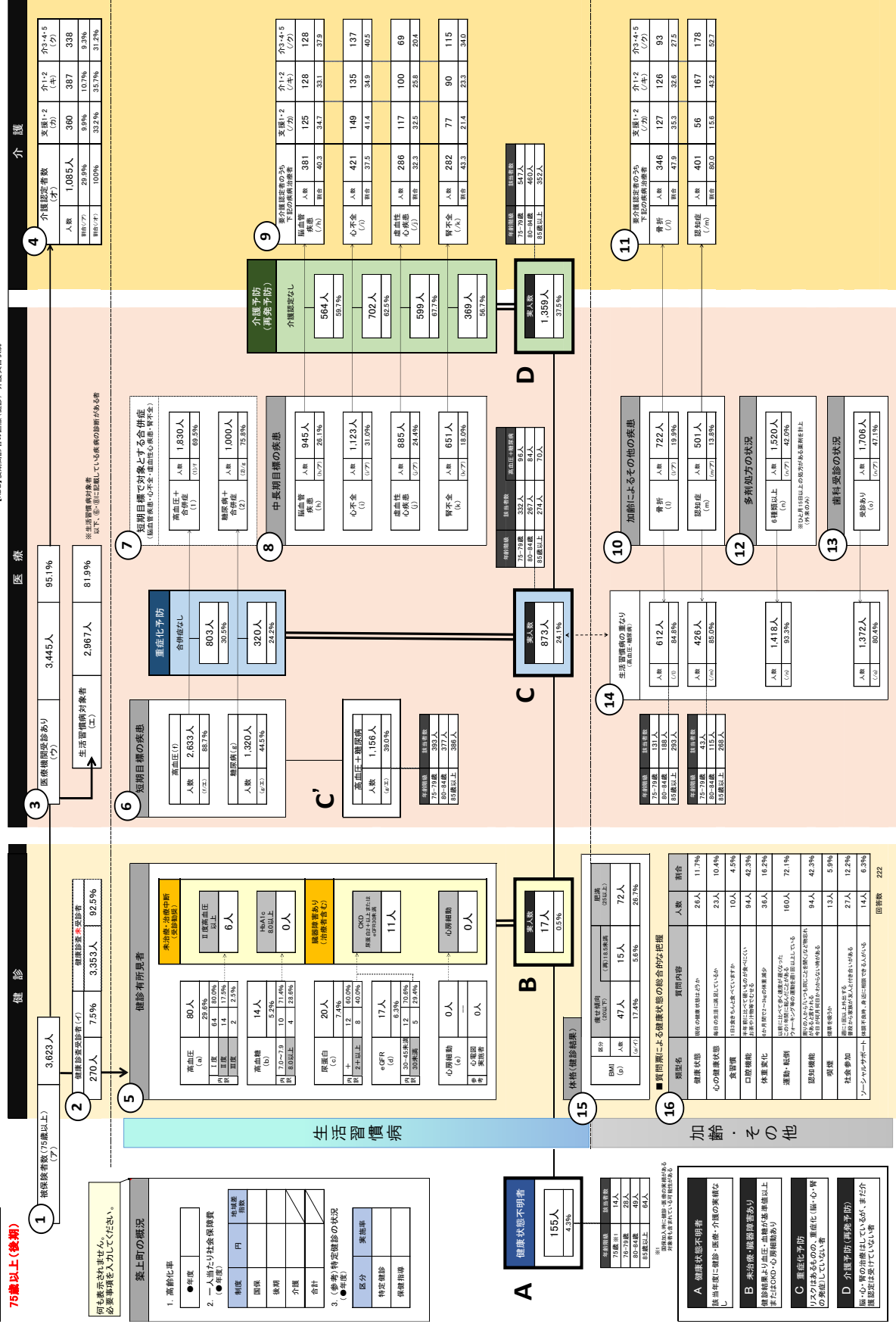
④75歳以上(後期)

令和4年度

【KOB】厚生労働省標準式-1  
【特定高齢者予備管理システムFACG171】

参考: 【KOB】介入支援対象者一覧(高齢・重症化予防)  
【KOB】介入支援対象者一覧(健康・重症化予防)  
【KOB】長期高齢者の医療(健診・介護)支援状況

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



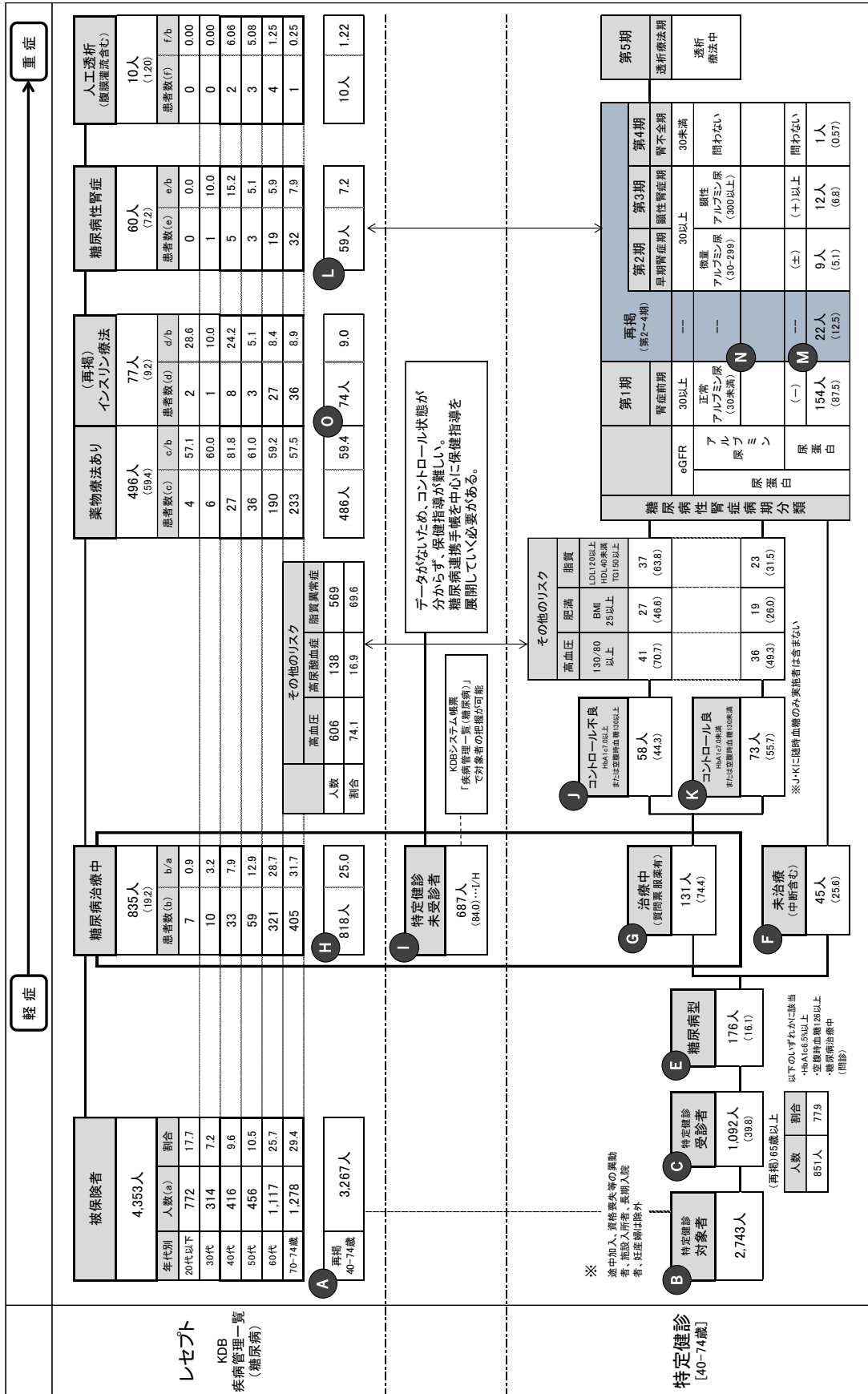
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		実合表	築上町										同規模保険者(平均)	
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	① 被保険者数	A	4,497人		4,319人		4,176人		4,044人		3,894人			
	② (再掲)40-74歳	A	3,600人		3,480人		3,393人		3,323人		3,190人			
2	① 特定健診 対象者数	B	3,162人		3,044人		3,033人		2,935人		2,743人			
	② 特定健診 受診者数	C	1,059人		1,076人		957人		1,073人		1,092人			
3	① 特定保健指導 対象者数		123人		110人		89人		110人		90人			
	② 特定保健指導 実施率		69.1%		73.6%		58.4%		65.5%		73.3%			
4	健診データ	① 糖尿病型	E	140人	12.7%	168人	15.0%	144人	14.6%	154人	13.8%	182人	16.0%	
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	34人	24.3%	43人	25.6%	40人	27.8%	33人	21.4%	48人	26.4%	
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	106人	75.7%	125人	74.4%	104人	72.2%	121人	78.6%	134人	73.6%	
		④ コントロール不良 HbA1c 7.0%以上または空腹時血糖130mg/dl以上	J	52人	49.1%	58人	46.4%	38人	36.5%	58人	47.9%	60人	44.8%	
		⑤ 血圧 130/80以上		28人	53.8%	35人	60.3%	21人	55.3%	34人	58.6%	42人	70.0%	
		⑥ 肥満 BMI25以上		17人	32.7%	25人	43.1%	19人	50.0%	25人	43.1%	27人	45.0%	
		⑦ コントロール良 HbA1c 7.0%未満かつ空腹時血糖130未満	K	54人	50.9%	67人	53.6%	66人	63.5%	63人	52.1%	74人	55.2%	
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	123人	87.9%	149人	88.7%	130人	90.3%	133人	86.4%	159人	87.4%	
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		5人	3.6%	5人	3.0%	6人	4.2%	6人	3.9%	10人	5.5%	
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		12人	8.6%	11人	6.5%	8人	5.6%	15人	9.7%	12人	6.6%	
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	2人	1.2%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	0.5%	
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		150.8人		148.9人		136.7人		157.8人		162.6人		
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		186.4人		183.6人		167.4人		190.2人		197.2人		
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1件は健康診断)	入院外(件数)	3,846件 (1113.8)	3,708件 (1112.8)	3,648件 (1099.5)	3,821件 (1198.6)	3,611件 (1194.5)	3,193件 (944.1)					
		④ 入院(件数)	27件 (7.8)	20件 (6.0)	21件 (6.3)	22件 (6.9)	11件 (3.6)	1,366件 (4.0)						
		⑤ 糖尿病治療中	H	678人	15.1%	643人	14.9%	571人	13.7%	638人	15.8%	633人	16.3%	
		⑥ (再掲)40-74歳	H	671人	18.6%	639人	18.4%	568人	16.7%	632人	19.0%	629人	19.7%	
		⑦ 健診未受診者	I	565人	84.2%	533人	83.4%	464人	81.7%	511人	80.9%	495人	78.7%	
		⑧ インスリン治療	O	62人	9.1%	61人	9.5%	53人	9.3%	56人	8.8%	48人	7.6%	
		⑨ (再掲)40-74歳		61人	9.1%	61人	9.5%	51人	9.0%	55人	8.7%	48人	7.6%	
		⑩ 糖尿病性腎症	L	48人	7.1%	46人	7.2%	46人	8.1%	50人	7.8%	46人	7.3%	
		⑪ (再掲)40-74歳		47人	7.0%	46人	7.2%	46人	8.1%	50人	7.9%	45人	7.2%	
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		7人	1.0%	6人	0.9%	6人	1.1%	7人	1.1%	7人	1.1%	
		⑬ (再掲)40-74歳		7人	1.0%	6人	0.9%	6人	1.1%	7人	1.1%	7人	1.1%	
		⑭ 新規透析患者数		0人	0.0%	3人	50.0%	4人	66.7%	2人	28.6%	3人	42.9%	
		⑮ (再掲)糖尿病あり		0人	0.0%	2人	66.7%	4人	100%	2人	100%	3人	100%	
		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)		21人	2.2%	24人	2.4%	27人	2.9%	34人	3.5%	37人	3.6%	
6	医療費	① 総医療費		15億8582万円		16億3798万円		15億0329万円		15億5880万円		14億2944万円		14億4496万円
		② 生活習慣病総医療費		9億1720万円		9億4166万円		8億5524万円		8億7820万円		7億8813万円		7億7425万円
		③ (総医療費に占める割合)		57.8%		57.5%		56.9%		56.3%		55.1%		53.6%
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	6,727円		8,210円		4,473円		5,370円		6,172円		7,560円
		⑤ 健診未受診者	34,359円		34,915円		36,511円		36,638円		34,925円		37,805円	
		⑥ 糖尿病医療費		1億0755万円		1億0276万円		1億0191万円		1億0420万円		9719万円		8603万円
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		11.7%		10.9%		11.9%		11.9%		12.3%		11.1%
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		2億7263万円		2億6410万円		2億6526万円		2億8393万円		2億5565万円		
		⑨ 1件あたり		30,886円		30,752円		31,418円		32,658円		30,816円		
		⑩ 糖尿病入院総医療費		1億8483万円		1億7688万円		1億5900万円		1億6841万円		1億5773万円		
		⑪ 1件あたり		590,510円		565,121円		630,940円		690,211円		636,026円		
		⑫ 在院日数		15日		16日		17日		16日		16日		
		⑬ 慢性腎不全医療費		4822万円		5713万円		5732万円		5303万円		4953万円		6202万円
⑭ 透析有り		4171万円		5062万円		5192万円		4791万円		4638万円		5785万円		
⑮ 透析なし		651万円		651万円		540万円		512万円		315万円		418万円		
7	介護	① 介護給付費		17億2890万円		17億7886万円		18億1331万円		18億3804万円		18億2635万円		17億4718万円
		② (2号認定者)糖尿病合併症		1件	7.7%	1件	8.3%	2件	16.7%	2件	15.4%	3件	20.0%	
8	① 死亡		1人	0.4%	3人	1.1%	5人	1.8%	3人	1.1%	3人	1.1%	564人	1.0%

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

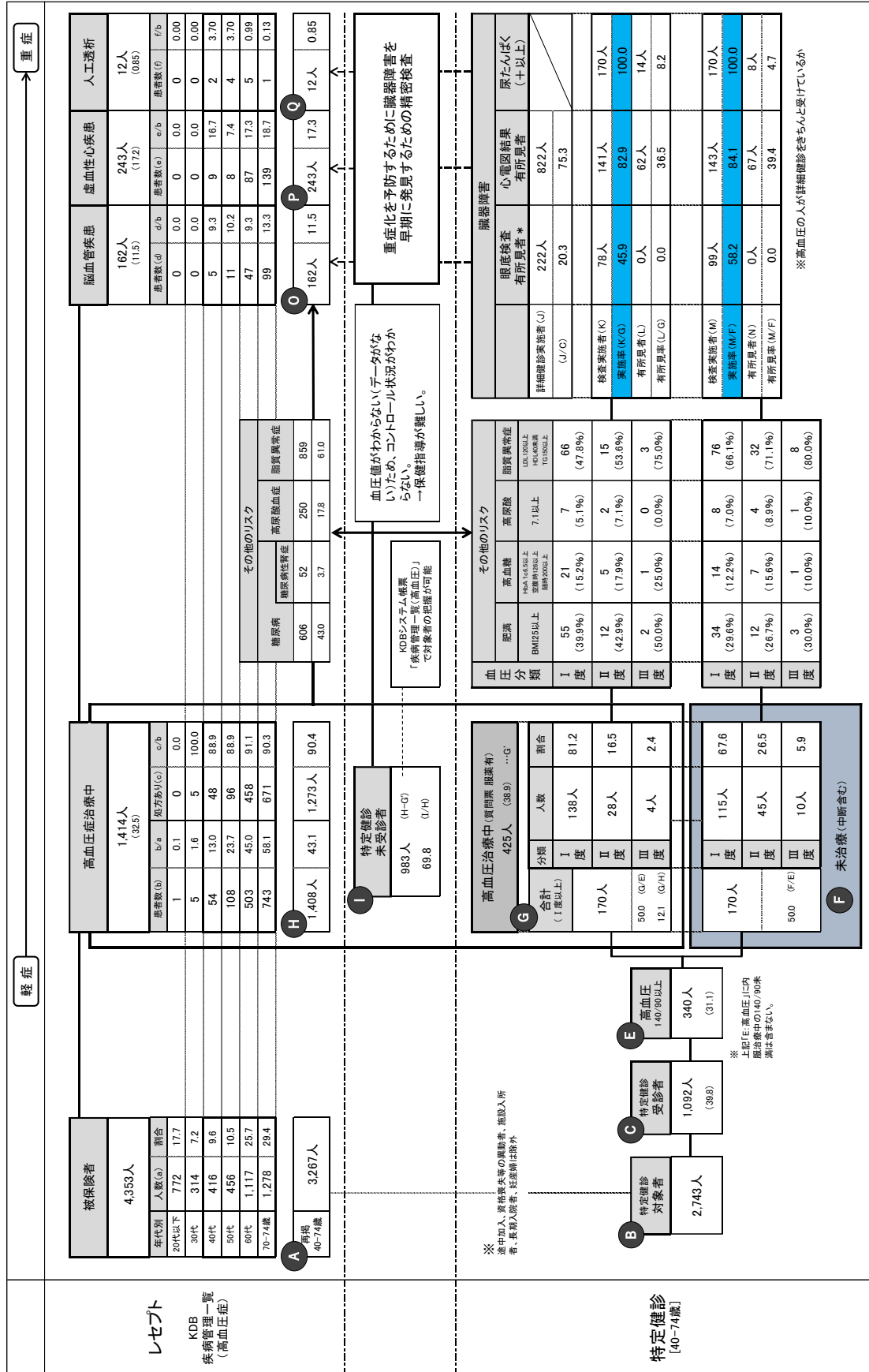
糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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

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

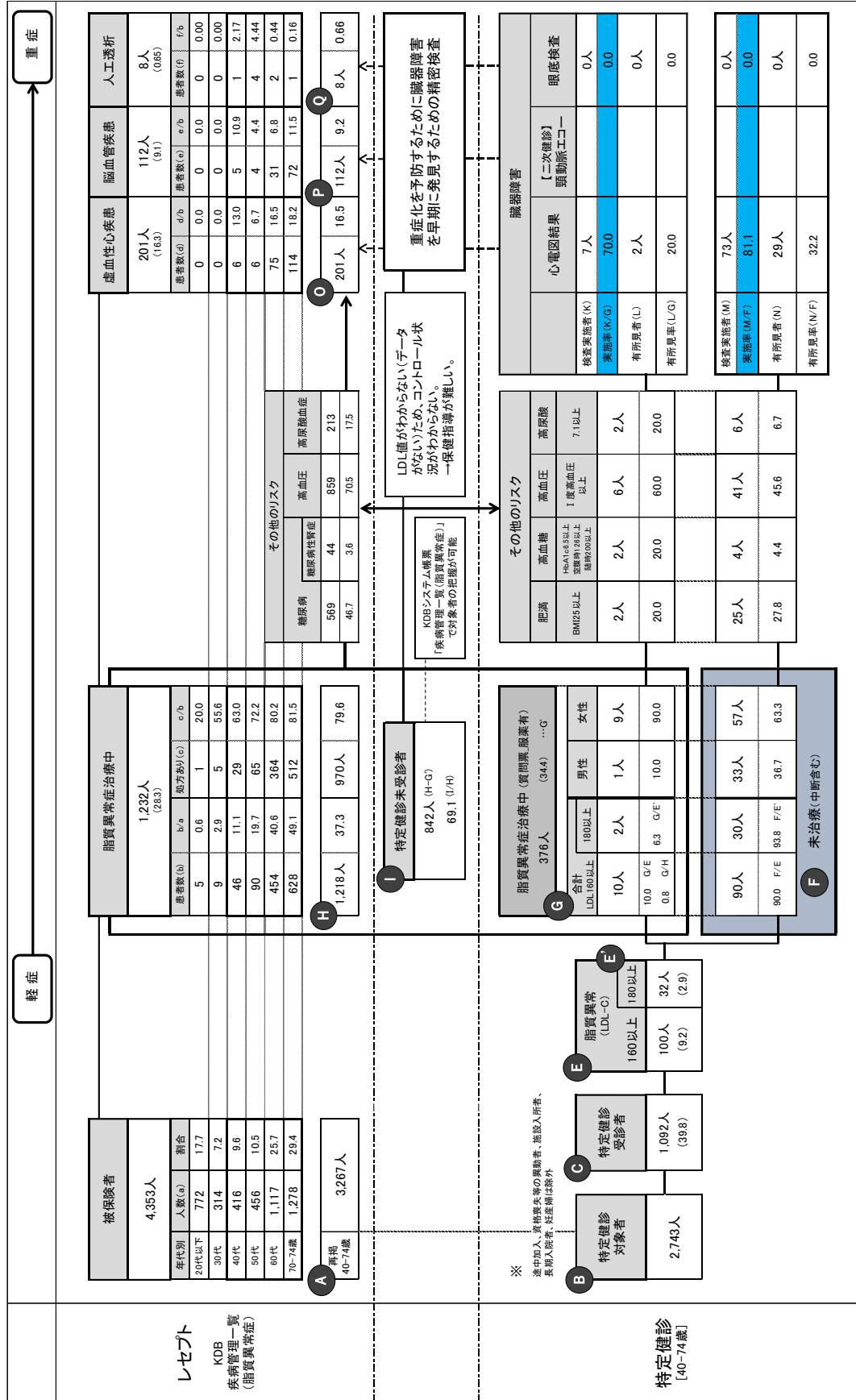
令和04年度



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測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H29	974	450	46.2%	361	37.1%	109	11.2%	25	2.6%	22	2.3%	7	0.7%	14	1.4%	5	0.5%
H30	1,059	417	39.4%	414	39.1%	139	13.1%	46	4.3%	32	3.0%	11	1.0%	28	2.6%	8	0.8%
R01	1,076	377	35.0%	421	39.1%	165	15.3%	62	5.8%	37	3.4%	14	1.3%	24	2.2%	11	1.0%
R02	957	356	37.2%	385	40.2%	119	12.4%	50	5.2%	38	4.0%	9	0.9%	25	2.6%	8	0.8%
R03	1,073	527	49.1%	337	31.4%	113	10.5%	45	4.2%	39	3.6%	12	1.1%	33	3.1%	5	0.5%
R04	1,092	437	40.0%	396	36.3%	142	13.0%	56	5.1%	45	4.1%	16	1.5%	30	2.7%	13	1.2%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して  
重症化しやすい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	再掲			
											人数	割合
H29	974	450 46.2%	361 37.1%	109 11.2%	54	20	34	5.5%	37.0%	63.0%	3.0%	5.5%
					29	9	20	3.0%	31.0%	69.0%		
H30	1,059	417 39.4%	414 39.1%	139 13.1%	89	26	63	8.4%	29.2%	70.8%	4.1%	8.4%
					43	10	33	4.1%	23.3%	76.7%		
R01	1,076	377 35.0%	421 39.1%	165 15.3%	113	36	77	10.5%	31.9%	68.1%	4.7%	10.5%
					51	11	40	4.7%	21.6%	78.4%		
R02	957	356 37.2%	385 40.2%	119 12.4%	97	36	61	10.1%	37.1%	62.9%	4.9%	10.1%
					47	18	29	4.9%	38.3%	61.7%		
R03	1,073	527 49.1%	337 31.4%	113 10.5%	96	29	67	8.9%	30.2%	69.8%	4.8%	8.9%
					51	12	39	4.8%	23.5%	76.5%		
R04	1,092	437 40.0%	396 36.3%	142 13.0%	117	37	80	10.7%	31.6%	68.4%	5.6%	10.7%
					61	15	46	5.6%	24.6%	75.4%		

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A		
治療中	H29	76	7.8%	4	5.3%	7	9.2%	31	40.8%	14	18.4%	15	19.7%	5	6.6%	11	14.5%	3	3.9%
	H30	102	9.6%	3	2.9%	16	15.7%	20	19.6%	30	29.4%	24	23.5%	9	8.8%	20	19.6%	6	5.9%
	R01	121	11.2%	5	4.1%	7	5.8%	32	26.4%	37	30.6%	30	24.8%	10	8.3%	18	14.9%	8	6.6%
	R02	99	10.3%	4	4.0%	10	10.1%	24	24.2%	32	32.3%	24	24.2%	5	5.1%	16	16.2%	5	5.1%
	R03	116	10.8%	5	4.3%	13	11.2%	31	26.7%	28	24.1%	30	25.9%	9	7.8%	27	23.3%	3	2.6%
	R04	131	12.0%	5	3.8%	13	9.9%	33	25.2%	34	26.0%	36	27.5%	10	7.6%	22	16.8%	8	6.1%
治療なし	H29	898	92.2%	446	49.7%	354	39.4%	78	8.7%	11	1.2%	7	0.8%	2	0.2%	3	0.3%	2	0.2%
	H30	957	90.4%	414	43.3%	398	41.6%	119	12.4%	16	1.7%	8	0.8%	2	0.2%	8	0.8%	2	0.2%
	R01	955	88.8%	372	39.0%	414	43.4%	133	13.9%	25	2.6%	7	0.7%	4	0.4%	6	0.6%	3	0.3%
	R02	858	89.7%	352	41.0%	375	43.7%	95	11.1%	18	2.1%	14	1.6%	4	0.5%	9	1.0%	3	0.3%
	R03	957	89.2%	522	54.5%	324	33.9%	82	8.6%	17	1.8%	9	0.9%	3	0.3%	6	0.6%	2	0.2%
	R04	961	88.0%	432	45.0%	383	39.9%	109	11.3%	22	2.3%	9	0.9%	6	0.6%	8	0.8%	5	0.5%



参考資料8 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	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	974	363	37.3%	154	15.8%	215	22.1%	196	20.1%	38	3.9%	8	0.8%	
H30	1,059	344	32.5%	165	15.6%	249	23.5%	241	22.8%	49	4.6%	11	1.0%	
R01	1,076	321	29.8%	186	17.3%	262	24.3%	266	24.7%	33	3.1%	8	0.7%	
R02	957	253	26.4%	165	17.2%	230	24.0%	234	24.5%	60	6.3%	15	1.6%	
R03	1,073	289	26.9%	181	16.9%	260	24.2%	259	24.1%	68	6.3%	16	1.5%	
R04	1,092	326	29.9%	180	16.5%	246	22.5%	253	23.2%	73	6.7%	14	1.3%	

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上														
					再掲														
					再Ⅲ度高血圧	未治療	治療												
H29	974	517 53.1%	215 22.1%	196 20.1%	46 4.7%	31 67.4%	15 32.6%	4.7%											
					8 0.8%	5 62.5%	3 37.5%	0.8%											
H30	1,059	509 48.1%	249 23.5%	241 22.8%	60 5.7%	36 60.0%	24 40.0%	5.7%											
					11 1.0%	7 63.6%	4 36.4%	1.0%											
R01	1,076	507 47.1%	262 24.3%	266 24.7%	41 3.8%	28 68.3%	13 31.7%	3.8%											
					8 0.7%	5 62.5%	3 37.5%	0.7%											
R02	957	418 43.7%	230 24.0%	234 24.5%	75 7.8%	37 49.3%	38 50.7%	7.8%											
					15 1.6%	6 40.0%	9 60.0%	1.6%											
R03	1,073	470 43.8%	260 24.2%	259 24.1%	84 7.8%	49 58.3%	35 41.7%	7.8%											
					16 1.5%	8 50.0%	8 50.0%	1.5%											
R04	1,092	506 46.3%	246 22.5%	253 23.2%	87 8.0%	55 63.2%	32 36.8%	8.0%											
					14 1.3%	10 71.4%	4 28.6%	1.3%											

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	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	312	32.0%	69	22.1%	58	18.6%	86	27.6%	84	26.9%	12	3.8%	3	1.0%
	H30	373	35.2%	70	18.8%	44	11.8%	126	33.8%	109	29.2%	20	5.4%	4	1.1%
	R01	398	37.0%	69	17.3%	66	16.6%	119	29.9%	131	32.9%	10	2.5%	3	0.8%
	R02	358	37.4%	48	13.4%	69	19.3%	88	24.6%	115	32.1%	29	8.1%	9	2.5%
	R03	418	39.0%	59	14.1%	73	17.5%	119	28.5%	132	31.6%	27	6.5%	8	1.9%
	R04	425	38.9%	71	16.7%	72	16.9%	112	26.4%	138	32.5%	28	6.6%	4	0.9%
治療なし	H29	662	68.0%	294	44.4%	96	14.5%	129	19.5%	112	16.9%	26	3.9%	5	0.8%
	H30	686	64.8%	274	39.9%	121	17.6%	123	17.9%	132	19.2%	29	4.2%	7	1.0%
	R01	678	63.0%	252	37.2%	120	17.7%	143	21.1%	135	19.9%	23	3.4%	5	0.7%
	R02	599	62.6%	205	34.2%	96	16.0%	142	23.7%	119	19.9%	31	5.2%	6	1.0%
	R03	655	61.0%	230	35.1%	108	16.5%	141	21.5%	127	19.4%	41	6.3%	8	1.2%
	R04	667	61.1%	255	38.2%	108	16.2%	134	20.1%	115	17.2%	45	6.7%	10	1.5%

参考資料9 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	974	461	47.3%	273	28.0%	138	14.2%	76	7.8%	26	2.7%
	H30	1,059	516	48.7%	267	25.2%	153	14.4%	84	7.9%	39	3.7%
	R01	1,075	536	49.9%	254	23.6%	155	14.4%	79	7.3%	51	4.7%
	R02	957	481	50.3%	239	25.0%	134	14.0%	70	7.3%	33	3.4%
	R03	1,073	526	49.0%	270	25.2%	150	14.0%	85	7.9%	42	3.9%
R04	1,091	595	54.5%	250	22.9%	146	13.4%	68	6.2%	32	2.9%	
男性	H29	406	226	55.7%	98	24.1%	56	13.8%	18	4.4%	8	2.0%
	H30	457	250	54.7%	105	23.0%	60	13.1%	31	6.8%	11	2.4%
	R01	454	249	54.8%	107	23.6%	58	12.8%	24	5.3%	16	3.5%
	R02	403	216	53.6%	107	26.6%	49	12.2%	22	5.5%	9	2.2%
	R03	478	265	55.4%	105	22.0%	59	12.3%	34	7.1%	15	3.1%
R04	470	306	65.1%	85	18.1%	45	9.6%	22	4.7%	12	2.6%	
女性	H29	568	235	41.4%	175	30.8%	82	14.4%	58	10.2%	18	3.2%
	H30	602	266	44.2%	162	26.9%	93	15.4%	53	8.8%	28	4.7%
	R01	621	287	46.2%	147	23.7%	97	15.6%	55	8.9%	35	5.6%
	R02	554	265	47.8%	132	23.8%	85	15.3%	48	8.7%	24	4.3%
	R03	595	261	43.9%	165	27.7%	91	15.3%	51	8.6%	27	4.5%
R04	621	289	46.5%	165	26.6%	101	16.3%	46	7.4%	20	3.2%	

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲		割合
					再)180以上	未治療	治療	再掲	割合	
H29	974	461 47.3%	273 28.0%	138 14.2%	102 10.5%	94 92.2%	8 7.8%	26 2.7%	10.5%	
H30	1,059	516 48.7%	267 25.2%	153 14.4%	123 11.6%	113 91.9%	10 8.1%	39 3.7%	11.6%	
R01	1,075	536 49.9%	254 23.6%	155 14.4%	130 12.1%	117 90.0%	13 10.0%	51 4.7%	12.1%	
R02	957	481 50.3%	239 25.0%	134 14.0%	103 10.8%	89 86.4%	14 13.6%	33 3.4%	10.8%	
R03	1,073	526 49.0%	270 25.2%	150 14.0%	127 11.8%	116 91.3%	11 8.7%	42 3.9%	11.8%	
R04	1,091	595 54.5%	250 22.9%	146 13.4%	100 9.2%	90 90.0%	10 10.0%	32 2.9%	9.2%	

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	264	27.1%	185	70.1%	59	22.3%	12	4.5%	7	2.7%	1	0.4%
	H30	296	28.0%	198	66.9%	63	21.3%	25	8.4%	8	2.7%	2	0.7%
	R01	336	31.3%	242	72.0%	61	18.2%	20	6.0%	10	3.0%	3	0.9%
	R02	318	33.2%	219	68.9%	53	16.7%	32	10.1%	6	1.9%	8	2.5%
	R03	352	32.8%	243	69.0%	69	19.6%	29	8.2%	8	2.3%	3	0.9%
R04	376	34.5%	276	73.4%	64	17.0%	26	6.9%	8	2.1%	2	0.5%	
治療なし	H29	710	72.9%	276	38.9%	214	30.1%	126	17.7%	69	9.7%	25	3.5%
	H30	763	72.0%	318	41.7%	204	26.7%	128	16.8%	76	10.0%	37	4.8%
	R01	739	68.7%	294	39.8%	193	26.1%	135	18.3%	69	9.3%	48	6.5%
	R02	639	66.8%	262	41.0%	186	29.1%	102	16.0%	64	10.0%	25	3.9%
	R03	721	67.2%	283	39.3%	201	27.9%	121	16.8%	77	10.7%	39	5.4%
R04	715	65.5%	319	44.6%	186	26.0%	120	16.8%	60	8.4%	30	4.2%	