

東彼杵町国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

第 4 期特定健康診査等実施計画

令和 6 年度～令和 11 年度

東彼杵町国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……32

1. 第四期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報保護
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 ……38

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

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

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し63

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64

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料65

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

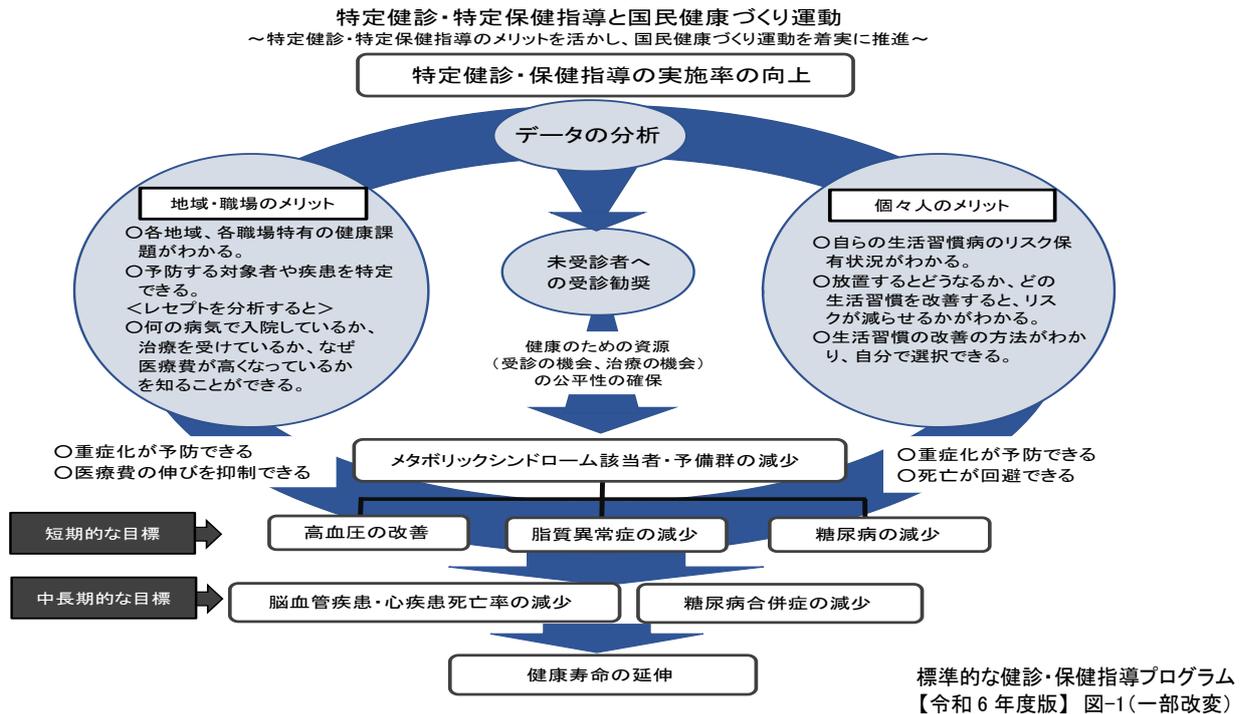
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

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

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

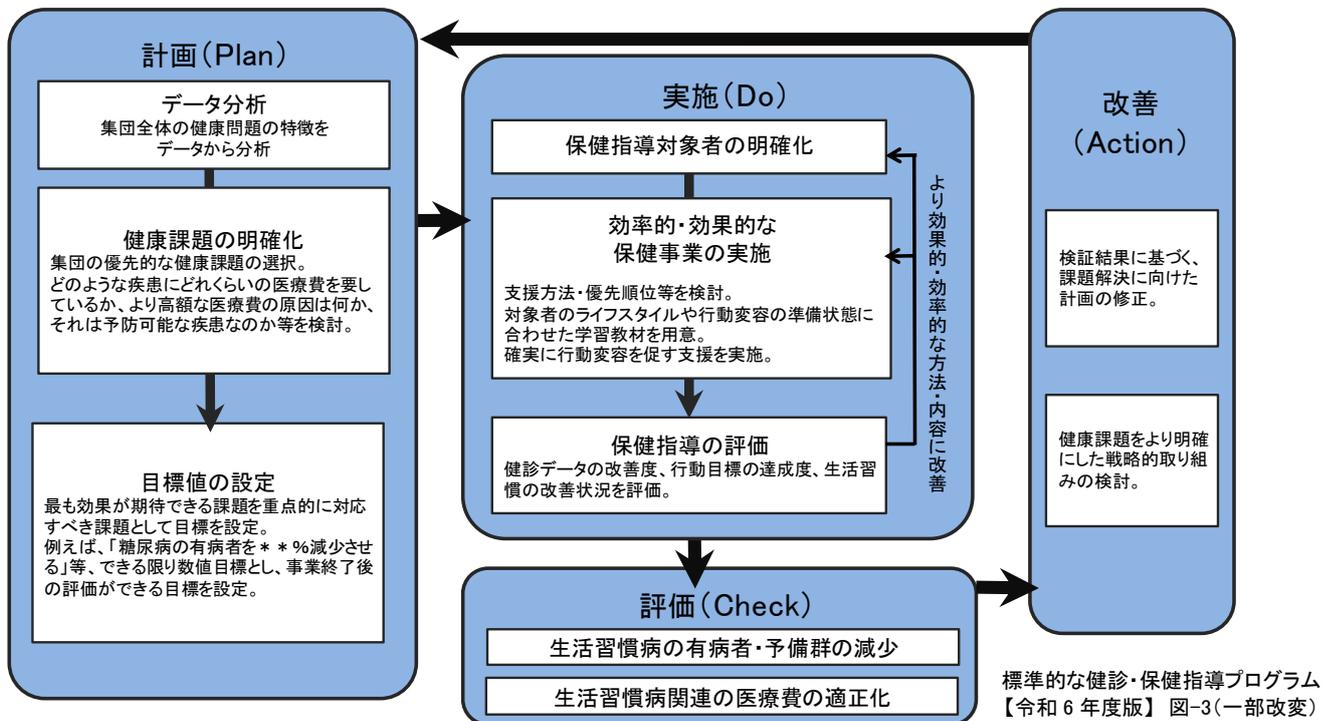
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、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も配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 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 口腔機能低下、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こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・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サイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



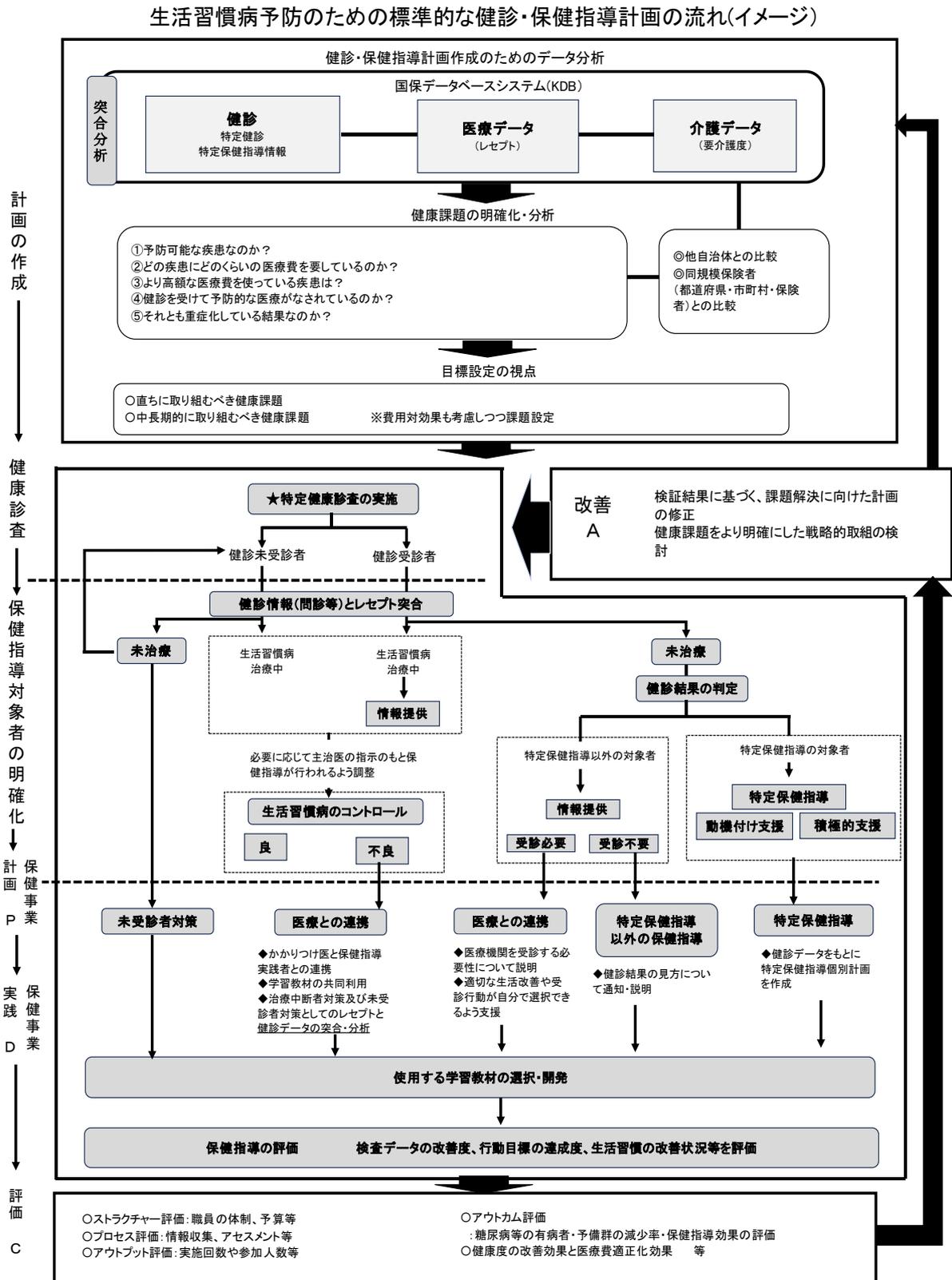
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



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

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

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 町国保の役割

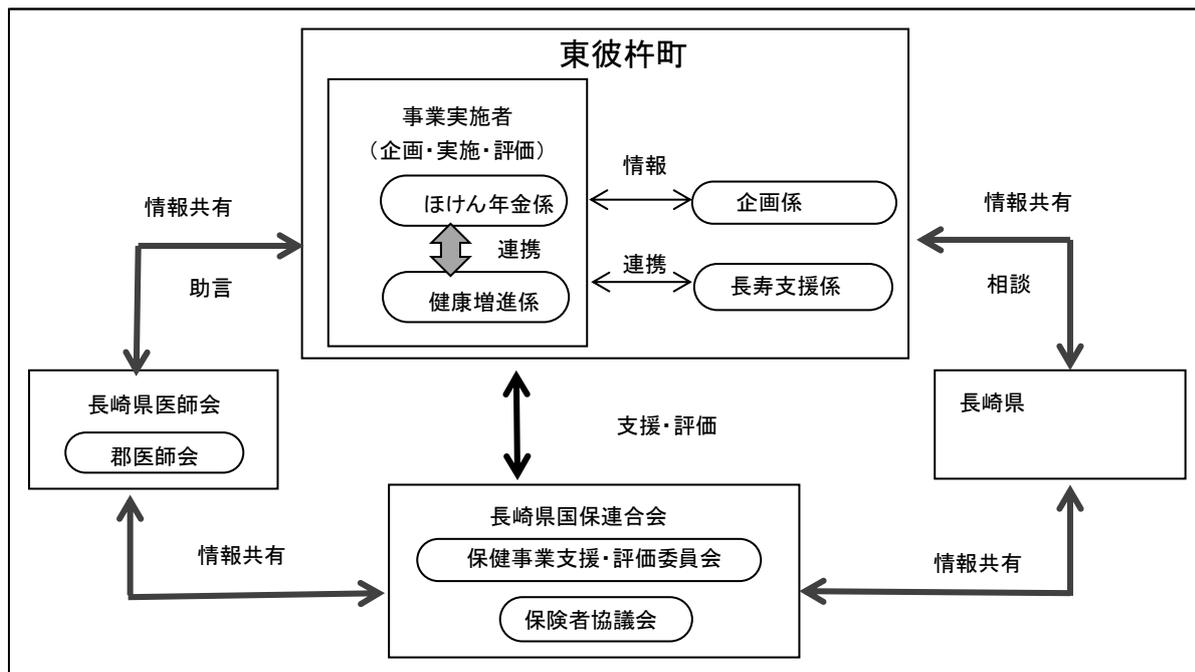
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、町一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計

画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局(ほけん年金係)、保健衛生部局(健康増進係)、介護保険部局(長寿支援係)、企画部局(企画係)とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 東彼杵町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

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

	事 (係長)	保 (係長)	保 (係長)	保	保	管栄 (係長)	事
	ほけん 年金係	健康増進係					
国保事務	◎						
健康診断 保健指導		○	○	◎	○	○	
がん検診			◎	○			○
予防接種			○				◎
母子保健		○	○	○	◎	○	○
精神保健		◎					
歯科保健						◎	

2) 関係機関との連携

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

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

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

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

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

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

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点		
		東彼杵町	配点	東彼杵町	配点	東彼杵町	配点	
交付額(万円)		5,463		4,448		4,735		
全国順位(1,741市町村中)		160位		657位		329位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70
		(2)特定保健指導実施率	135	70	70	70	70	70
		(3)メタリックシフトロム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	40	40	40	40	57	40
		(2)歯科健診受診率等		30				30
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	110	120	75	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	40	90	25	45	35	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	35	50	50	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	130	130	125	130	90	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	60	100	35	100	85	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	25	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	5	30	25	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	34	40	29	50	36	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	71	95	63	100	72	100
合計点		710	1,000	602	960	650	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、人口 7,699 人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 38.8%でした。県、国と比較すると高齢者の割合や被保険者の平均年齢が高く、出生率が低い、少子高齢化の町となっています。産業においては、第1次産業が 16.9%と県や国と比較して高くなっています。(図表 9)

国保加入率は 25.0%で、加入率及び被保険者数は年々減少しており、年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者の割合が増加し、約 49.2%を占めています。(図表 10)

また町内には1つの病院、7つの診療所があり、これはいずれも同規模※と比較しても多く、専門的で高度な医療を提供する病院のある市町にも隣接しており、医療資源に恵まれていることから、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあります。(図表 11)

図表 9 同規模・県・国と比較した東彼杵町の特性(R4)

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
東彼杵町	7,699	38.8	1,928 (25.0)	55.5	3.8	15.7	0.3	16.9	23.4	59.7
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
県	--	33.1	24.1	54.2	7.1	13.6	0.4	7.7	20.1	72.2
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、東彼杵町と同規模保険者(240市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合								
被保険者数	2,188		2,130		2,088		2,032		1,928	
65～74歳	972	44.4	965	45.3	1,001	47.9	994	48.9	948	49.2
40～64歳	754	34.5	724	34.0	649	31.1	632	31.1	595	30.9
39歳以下	462	21.1	441	20.7	438	21.0	406	20.0	385	20.0
加入率	26.4		25.7		25.2		24.5		25.0	

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	同規模 割合	県 割合								
病院数	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	0.4	0.5
診療所数	7	3.2	7	3.3	7	3.4	7	3.4	7	3.6	2.7	4.3
病床数	186	85.0	186	87.3	186	89.1	186	91.5	186	96.5	37.4	82.0
医師数	14	6.4	14	6.6	14	6.7	14	6.9	14	7.3	4.2	14.0
外来患者数	775.3		773.0		748.6		787.3		817.5		692.2	743.9
入院患者数	36.6		34.1		32.7		29.2		29.9		22.7	27.2

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で4人(認定率0.16%)、1号(65歳以上)被保険者で450人(認定率15.0%)と同規模・県・国と比較すると低く、平成30年度と比べても横ばいで推移しています。(図表12)

介護給付費は、6億8,111万円から7億1,287万円にやや増加していますが、一人当たりの給付費は減少しています。(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、脳血管疾患(脳卒中)が上位を占めており、第1号被保険者の約5割の有病状況となっています。また、75歳以上では虚血性心疾患が65～74歳の2倍以上に増えています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	東彼杵町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	2,805人	33.8%	2,991人	38.8%	39.4%	33.1%	28.7%
2号認定者	5人	0.17%	4人	0.16%	0.39%	0.38%	0.38%
新規認定者			1人		--	--	--
1号認定者	444人	15.8%	450人	15.0%	19.4%	20.5%	19.4%
新規認定者	63人		73人		--	--	--
再掲							
65～74歳	43人	3.4%	41人	2.9%	--	--	--
新規認定者	14人		9人		--	--	--
75歳以上	401人	25.8%	409人	25.7%	--	--	--
新規認定者	49人		64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

	東彼杵町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	6億8111万円	7億1287万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	242,818	238,340	314,188	310,443	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	78,225	77,276	74,986	69,584	59,662
居宅サービス	53,661	51,727	43,722	49,376	41,272
施設サービス	264,586	279,010	289,312	298,997	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)		4		41		409		450					
再)国保・後期		2		29		387		416					
レセプトの診断名より重複して計上 有病状況	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	
			割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合				
	血管疾患	循環器疾患	1	腎不全	1	脳卒中	13	脳卒中	222	脳卒中	235	脳卒中	235
				50.0%	44.8%	57.4%	56.5%	56.2%					
			2	脳卒中	0	虚血性心疾患	6	虚血性心疾患	173	虚血性心疾患	179	虚血性心疾患	179
			0.0%	20.7%	44.7%	43.0%	42.8%						
		3	虚血性心疾患	0	腎不全	4	腎不全	59	腎不全	63	腎不全	64	
			0.0%	13.8%	15.2%	15.1%	15.3%						
		合併症	4	糖尿病合併症	0	糖尿病合併症	2	糖尿病合併症	41	糖尿病合併症	43	糖尿病合併症	43
			0.0%	6.9%	10.6%	10.3%	10.3%						
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		2	基礎疾患	26	基礎疾患	371	基礎疾患	397	基礎疾患	399		
		100.0%	89.7%	95.9%	95.4%	95.5%							
	血管疾患合計		2	合計	27	合計	375	合計	402	合計	404		
		100.0%	93.1%	96.9%	96.6%	96.7%							
	認知症	認知症	0	認知症	11	認知症	232	認知症	243	認知症	243		
		0.0%	37.9%	59.9%	58.4%	58.1%							
	筋・骨格疾患	筋骨格系	2	筋骨格系	28	筋骨格系	373	筋骨格系	401	筋骨格系	403		
		100.0%	96.6%	96.4%	96.4%	96.4%							

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、国保加入者の減少とともに総医療費も減少しています。さらに、一人あたり医療費も、平成30年度から減少してきましたが、未だ同規模保険者と比べて約3万円高くなっています。(図表15)また入院医療費のレセプト件数は、全体のわずか3%程度にも関わらず、医療費は全体の51.5%を占めています。また、1件あたりの入院医療費も平成30年度から約2万7千円増えています。

さらに、年齢調整をした地域差指数では、入院は国保・後期共に全国平均の1を大きく上回っている状況です。(図表16)

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

図表15 医療費の推移

		東彼杵町		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)		2,188人		1,928人	--	--		
前期高齢者割合		972人 (44.4%)		948人 (49.2%)	--	--		
総医療費		9億3061万円		7億8984万円	--	--		
一人あたり医療費(円)		425,323	県内1位 同規模14位	409,665	県内12位 同規模67位	376,732	411,157	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	540,680		567,740	588,690	564,870	617,950	
	費用の割合	56.6		51.5	43.7	46.5	39.6	
	件数の割合	4.5		3.5	3.2	3.5	2.5	
外来	1件あたり費用額	19,540		19,570	24,870	23,780	24,220	
	費用の割合	43.4		48.5	56.3	53.5	60.4	
	件数の割合	95.5		96.5	96.8	96.5	97.5	
受診率		811.904		847.4	714.851	771.133	705.439	

※同規模順位は東彼杵町と同規模保険者240市町村の平均値を表す

図表16 一人あたり(年齢調整後)医療費の地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		東彼杵町 (県内市町村中)		県 (47県中)	東彼杵町 (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	1.251	1.164	1.161	1.117	1.116	1.168
		(2位)	(5位)	(6位)	(8位)	(8位)	(3位)
	入院	1.722	1.500	1.366	1.408	1.388	1.297
		(1位)	(3位)	(4位)	(5位)	(6位)	(4位)
	外来	0.915	0.902	1.025	0.784	0.787	1.036
		(16位)	(19位)	(15位)	(20位)	(20位)	(9位)

出典: 地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると減少していますが、狭心症・心筋梗塞が約 0.6%伸びており、慢性腎不全(透析有)は同規模よりも高い状態で維持しています。脳血管疾患については、平成 30 年度より約 2.4%減少していますが、同規模、県、国よりも高くなっています。(図表 17)

次に中長期目標疾患の治療状況を、平成 30 年度と比較してみると 40 歳以上の脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の患者数及び割合は減少しています。(図表 18)

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

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			東彼杵町		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)			9億3061万円	7億8984万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億1238万円	7766万円	--	--	--
			12.08%	9.83%	7.67%	8.86%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	4.55%	2.11%	2.06%	1.93%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.92%	1.59%	1.47%	1.37%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.80%	5.59%	3.83%	5.27%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.81%	0.54%	0.32%	0.29%	0.29%
その 他の 疾患	悪性新生物		15.48%	14.34%	16.76%	15.50%	16.69%
	筋・骨疾患		7.22%	8.75%	9.27%	9.25%	8.68%
	精神疾患		11.74%	8.98%	7.98%	9.41%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患 別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	2,188	1,928	a	171	132	143	125	10	8	
				a/A	7.8%	6.8%	6.5%	6.5%	0.5%	0.4%	
40歳以上	B	1,726	1,543	b	171	131	141	123	10	8	
	B/A	78.9%	80.0%	b/B	9.9%	8.5%	8.2%	8.0%	0.6%	0.5%	
再掲	40~64歳	D	754	595	d	39	26	40	29	7	4
		D/A	34.5%	30.9%	d/D	5.2%	4.4%	5.3%	4.9%	0.9%	0.7%
	65~74歳	C	972	948	c	132	105	101	94	3	4
		C/A	44.4%	49.2%	c/C	13.6%	11.1%	10.4%	9.9%	0.3%	0.4%

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

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減っています。

本町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。

しかしながら、糖尿病の合併症である糖尿病性腎症、網膜症の割合は微増または横ばいです。糖尿病は他の疾患に比べ、内服治療だけではコントロールが難しく、食事・運動療法が重要となるため、医療機関と連携した保健指導が重要です。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	741	703	202	176	539	527
		A/被保数	42.9%	45.6%	26.8%	29.6%	55.5%	55.6%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	88	65	13	11	75	54
		B/A	11.9%	9.2%	6.4%	6.3%	13.9%	10.2%
	虚血性心疾患	C	111	97	28	18	83	79
		C/A	15.0%	13.8%	13.9%	10.2%	15.4%	15.0%
	人工透析	D	9	8	6	4	3	4
		D/A	1.2%	1.1%	3.0%	2.3%	0.6%	0.8%

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

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	402	363	103	91	299	272
		A/被保数	23.3%	23.5%	13.7%	15.3%	30.8%	28.7%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	57	39	8	6	49	33
		B/A	14.2%	10.7%	7.8%	6.6%	16.4%	12.1%
	虚血性心疾患	C	77	63	18	12	59	51
		C/A	19.2%	17.4%	17.5%	13.2%	19.7%	18.8%
	人工透析	D	7	5	4	2	3	3
		D/A	1.7%	1.4%	3.9%	2.2%	1.0%	1.1%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	55	51	17	13	38	38
		E/A	13.7%	14.0%	16.5%	14.3%	12.7%	14.0%
	糖尿病性網膜症	F	57	52	12	11	45	41
		F/A	14.2%	14.3%	11.7%	12.1%	15.1%	15.1%
	糖尿病性神経障害	G	23	18	1	3	22	15
		G/A	5.7%	5.0%	1.0%	3.3%	7.4%	5.5%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度		R04年度		H30年度		R04年度
脂質異常症治療者(人)		A	568	572	152	143	416	429
		A/被保数	32.9%	37.1%	20.2%	24.0%	42.8%	45.3%
（中長期 併目 標疾 患）	脳血管疾患	B	64	48	12	8	52	40
		B/A	11.3%	8.4%	7.9%	5.6%	12.5%	9.3%
	虚血性心疾患	C	97	83	28	20	69	63
		C/A	17.1%	14.5%	18.4%	14.0%	16.6%	14.7%
	人工透析	D	8	7	6	4	2	3
		D/A	1.4%	1.2%	3.9%	2.8%	0.5%	0.7%

出典：KDBシステム

疾病管理一覧(脂質異常症)

地域の全体像の把握

介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・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、有所見者の割合が減少してきています。また、有所見者のうち健診時未治療者は、高血圧で約 47.5%、糖尿病で 25.8%であり、その割合は平成 30 年度と比較し減少していることから、治療につながっていることが考えられます。しかし、血圧は、糖尿病と比べ治療を中断する人が多くなっています。(図表 22)前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、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、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、加えて、治療継続の支援を行うことが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					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				
東彼杵町	1,027	66.9	954	64.8	78	7.6	48	61.5	61	6.4	29	47.5	13	21.3	6	9.8
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		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				
東彼杵町	1,019	99.2	952	99.8	44	4.3	13	29.5	31	3.3	8	25.8	2	6.5	0	0.0
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

※448市町村は保健活動を考える自主的研究会参加市町村数

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、2%増えており、3項目及び2項目ともに割合が増加しています。(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-C160以上の有所見割合を見ると、いずれも有所見者は減少しているものの、翌年度の結果を見ると、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の改善率は高くなっていますが、糖尿病(HbA1c6.5%以上)に関しては、改善率が28.9%から23.4%と減少しており、悪化が10%から25%と増加しています。また、翌年度健診を受診していない方がHbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上では増えてきています。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、重症化予防事業の対象者には、継続して検診を受診するよう働きかけていきます。(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	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,027 (66.9%)	197 (19.2%)	66 (6.4%)	131 (12.8%)	130 (12.7%)
R04年度	897 (58.5%)	190 (21.2%)	67 (7.5%)	123 (13.7%)	92 (10.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表24 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	90 (8.8%)	26 (28.9%)	38 (42.2%)	9 (10.0%)	17 (18.9%)
R03→R04	64 (6.7%)	15 (23.4%)	18 (28.1%)	16 (25.0%)	15 (23.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	78 (7.6%)	43 (55.1%)	18 (23.1%)	0 (0.0%)	17 (21.8%)
R03→R04	61 (6.4%)	36 (59.0%)	10 (16.4%)	0 (0.0%)	15 (24.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	98 (9.5%)	46 (46.9%)	25 (25.5%)	7 (7.1%)	20 (20.4%)
R03→R04	82 (8.6%)	39 (47.6%)	24 (29.3%)	6 (7.3%)	13 (15.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール

②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、平成 30 年度以降 63%台で推移していましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和 2 年度は受診率が低下し、第 2 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)

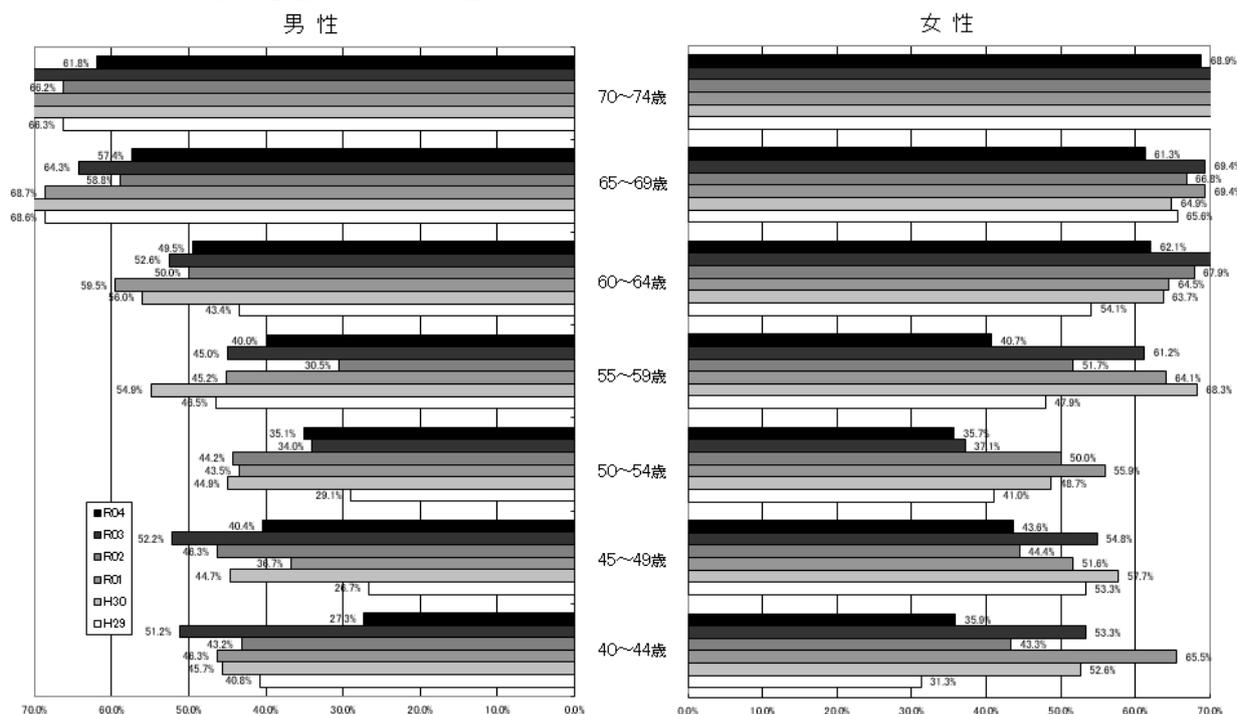
特定保健指導についても、令和元年度、実施率が下がり、令和 2 年度から徐々に回復したものの、目標は達成できていません。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	984	968	873	915	856	健診受診率 75%
	受診率	63.5%	63.9%	57.9%	62.1%	61.6%	
特定保健指導	該当者数	130	112	105	96	87	特定保健指導実施率 75%
	割合	13.2%	11.6%	12.0%	10.5%	10.1%	
	実施者数	81	53	56	54	53	
	実施率	62.3%	47.3%	53.3%	56.3%	60.9%	

出典:ヘルスサポートラボツール(特定健診結果)

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

健診受診者のうち血糖値有所見者は、約 13～15%です。そのうち、未治療者が平成 30 年度は 35%でしたが、令和 4 年度に 30.3%と減少しています。未治療・中断者に対し、受診勧奨や保健指導を実施した後、医療機関を受診した方が 94.1% (R4) であり、受診勧奨の効果と考えられます。今後も継続して対象者を把握し、保健指導を実施していきます。

また、糖尿病治療中の方のうち保健指導を実施した方は数名と少なくなっています。糖尿病のコントロールには内服治療に加え、食事療法、運動療法が重要です。そのために、保健師・管理栄養士の力量形成と、継続して保健指導を実施できるように体制を強化し、医療機関とも情報共有しながら支援をおこないます。(表 1)

表 1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	984	968	873	915	856
血糖値有所見者 * 1	人(b)	143	125	125	120	119
	(b/a)	14.5%	12.9%	14.3%	13.1%	13.9%
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 2	人(c)	50	39	30	29	36
	(c/a)	35.0%	31.2%	24.0%	24.2%	30.3%
保健指導候補者数 * 3	人(d)	38	36	14	14	17
	(d/a)	76.0%	92.3%	46.7%	48.3%	47.2%
保健指導実施者数(受診勧奨受者数) * 4	人(e)	38	36	14	14	17
	(e/d)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
保健指導後、受診した者	人(f)	24	27	10	13	16
	(f/e)	63.2%	75.0%	71.4%	92.9%	94.1%
糖尿病治療中 * 5	人(g)	93	86	95	91	83
	(g/a)	9.5%	8.9%	10.9%	9.9%	9.7%
保健指導候補者数	人(h)	15	6	5	5	10
	(h/g)	16.1%	7.0%	5.3%	5.5%	12.0%
保健指導実施者数	人(i)	7	1	2	3	3
	(i/h)	46.7%	16.7%	40.0%	60.0%	30.0%

* 1 HbA1c6.5%以上のもの

* 2 HbA1c6.5%以上で問診にて糖尿病の治療なしと答えた者

* 3 対象者から郡外医療機関や状況から除外した後の人数(初回指導は実施)

* 4 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

* 5 HbA1c6.5%以上で問診にて糖尿病の治療ありと答えた者

②脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者、Ⅱ度高血圧以上血圧未治療者の割合は、平成 30 年度と比べ減少しています。血圧未治療者の保健指導候補者数は少ないのは、その他重症化予防、特定保健指導の対象者として重複した人は除外したためです。

また、血圧治療中のⅡ度高血圧以上者の割合は、平成 30 年度と比べ、横ばいです。初回保健指導は実施できていますが、継続した保健指導を実施した方(保健指導実施者数)は少ないことが影響していることが考えられます。

表2 血圧Ⅱ度以上(収縮期血圧 160 以上または拡張期血圧 100 以上)割合及び保健指導実施状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	984	968	973	915	856
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	78	61	50	61	60
	(b/a)	7.9%	6.3%	5.1%	6.7%	7.0%
血圧未治療者 * 1	人(c)	42	37	28	29	28
	(c/a)	4.3%	3.8%	2.9%	3.2%	3.3%
保健指導候補者数 * 2	人(d)	30	21	14	6	5
	(d/a)	71.4%	56.8%	50.0%	20.7%	17.9%
保健指導実施者数 * 3	人(e)	30	21	14	6	5
	(e/d)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
保健指導後、受診した者	人(f)	16	11	6	3	4
	(f/e)	53.3%	52.4%	42.9%	50.0%	80.0%
血圧治療中 * 4	人(g)	32	24	22	32	32
	(g/a)	3.3%	2.5%	2.3%	3.5%	3.7%
保健指導候補者数	人(h)	16	6	4	7	7
	(h/g)	50.0%	25.0%	18.2%	21.9%	21.9%
保健指導実施者数	人(i)	1	0	0	1	0
	(i/h)	6.3%	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%

* 1 血圧Ⅱ度以上で問診にて血圧の治療なしと答えた者

* 2 対象者から郡外医療機関や状況から除外した後の人数(初回指導は実施)

* 3 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上、またその他重症化予防、特定保健指導等で実施している対象者は実施者数に計上していない

* 4 血圧Ⅱ度以上で問診にて血圧の治療ありと答えた者

(2)ポピュレーションアプローチ

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

東彼杵町においては、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きました。

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、各種団体へ周知を行ってきました。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

データヘルス計画中長期目標の管理一覧

課題を解決するための目標		初期値							現状値の把握方法	
		H28	H29	H30	H31	中間 R2	R3	R4		
総医療費		8.8億	8.7億	9.2億	8.5億	8.4億	7.7億	7.8億	KDB システム	
脳血管 疾患	新規患者数 (千人あたり)	東彼杵町	4,020	5,077	4,338	4,503	3,275	3,987		4,107
		同規模	3,362	3,347	3,323	3,21	3,178	3,084		2,994
	入院医療費(円)	東彼杵町	1,545万	1,087万	3,971万	1,918万	1,993万	2,154万		1,469万
		H28～伸び率	—	▲29.6	157.0	24.1	29	39.4		▲5.0
		同規模	1,260万	1,307万	1,269万	1,227万	1,222万	1,281万		1,208万
		H28～伸び率	—	3.7	0.7	▲2.6	▲3.0	1.7		▲4.1
総医療費に占める割合(%)		2.15	1.58	7.5	4.3	2.64	2.79	1.8		
虚血性 心疾患	新規患者数 (千人あたり)	東彼杵町	3,392	4,361	3,483	3,275	3,418	2,848		2,954
		同規模	3,820	3,762	3,717	3,627	3,378	3,362		3,157
	入院医療費(円)	東彼杵町	1281万	558万	577万	365万	1,310万	437万		878万
		H28～伸び率	—	▲56.4	▲55.0	▲71.5	2.3	▲65.9		▲31.5
		同規模	904万	901万	860万	836万	720万	802万		712万
		H28～伸び率	—	▲0.3	▲4.9	▲7.5	▲20.4	▲11.3		▲21.2
総医療費に占める割合(%)		1.98	1.07	1.1	0.8	1.93	0.56	1.1		
糖尿病 性腎症	患者数(人)	16	19	26	26	19	20	27		
	新規患者数(千人あたり)	1.382	1.302	1.84	1.433	1.282	1.282	1.369		
	入院医療費(円)	175万	666万	448万	377万	106万	264万	382万		

短期目標の管理一覧

関連計画	課題を解決するための目標	初期値							最終 目標 R5	現状値 の把握 方法
		H28	H29	H30	H31	R2	R3	R4		
デー タ ヘル ス 計 画	メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	18.5	19.6	18.9	19.7	21.4	22.3	21.7	13.8	特定健 診等結 果(厚 生労働 省)
	メタボリックシンドローム予備群の割合の減少	11.9	12.2	12.8	11.9	12.3	12.5	10.3	11	
	健診受診者の高血圧者の割合の減少 (160/100以上)	7.9	8.1	7.6	6.1	5.5	6.4	6.7	6.5	
	健診受診者の脂質異常者の割合の減少 (LDL160以上)	8.7	10.5	9.5	9.5	8.1	8.6	9.1	7.8	
	健診受診者の糖尿病患者の割合の減少 (HbA1c6.5%以上)	9.6	7.8	8.8	7.7	8.8	6.7	9.3	8.6	
	健診受診者の糖尿病治療中のコントロール 不良者の減少(HbA1c7.0%以上)	39.3	33.8	33.4	27.9	30.8	25.2	45.7	35.3	
特定健診 等計画	特定健診受診率70%以上	54.9	55.3	61.7	63.9	57.9	62.1	61.6	75	
	特定保健指導実施率75%以上	69.9	73.5	57.1	47.3	53.3	56.3	60.9	75	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全(人工透析)を重点的に重症化予防を進めてきました。特に東彼杵町では、脳血管疾患のリスクとなるⅡ度以上高血圧の改善及び新規人工透析者を増やさないために高血圧や糖尿病の未治療者や治療中のハイリスク者へ、受診勧奨や個別支援を中心とした保健指導を実施してきました。また、メタボリックシンドローム・脂質異常症についても、発症・重症化予防を目的として個別に保健指導を実施しました。

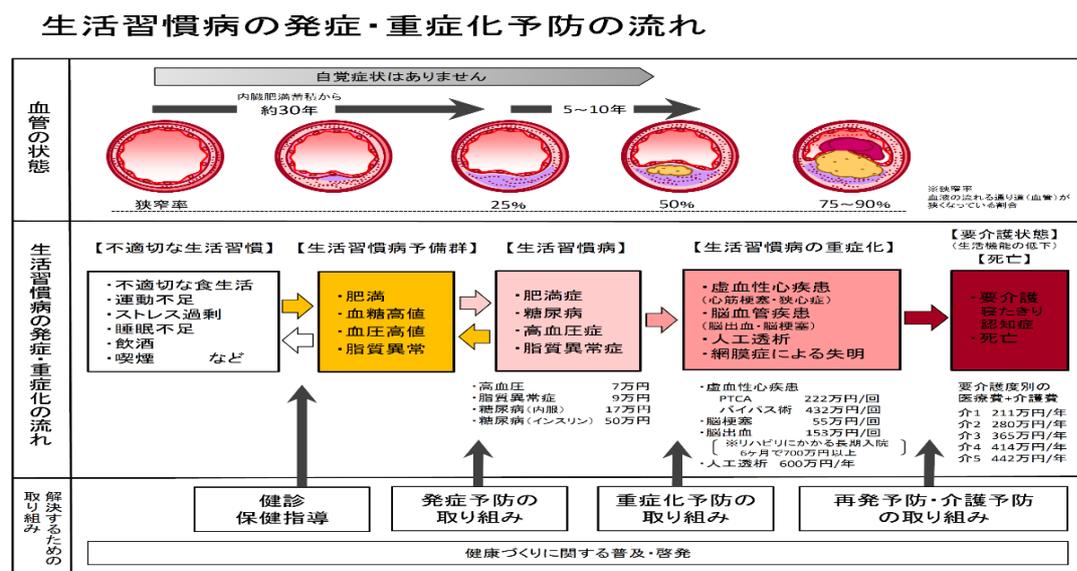
その結果、高血圧、糖尿病、脂質異常症治療者で、中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全)の合併症を持つ方は減りましたが、中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全)の医療費は同規模よりも高い状況です。そのうち、慢性腎不全は中長期疾患の医療費の中でも高い割合です。その要因には、糖尿病治療者の合併症(腎症・網膜症)の割合が微増横ばいであること、糖尿病(HbA1c6.5%以上)のコントロール不良者の増加、メタボリックシンドローム該当者の増加、Ⅱ度高血圧以上者の割合が高いことが考えられます。短期目標である(糖尿病・高血圧・脂質異常症)は自覚症状がないため、徐々に進行していき、中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全)を発症します。そのため、3期も引き続き重症化予防に取り組み、受診勧奨及び医療機関と連携し、個人の状態に応じた保健指導・栄養指導を実施します。さらに、内服治療と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善ができるように支援していく必要があります。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

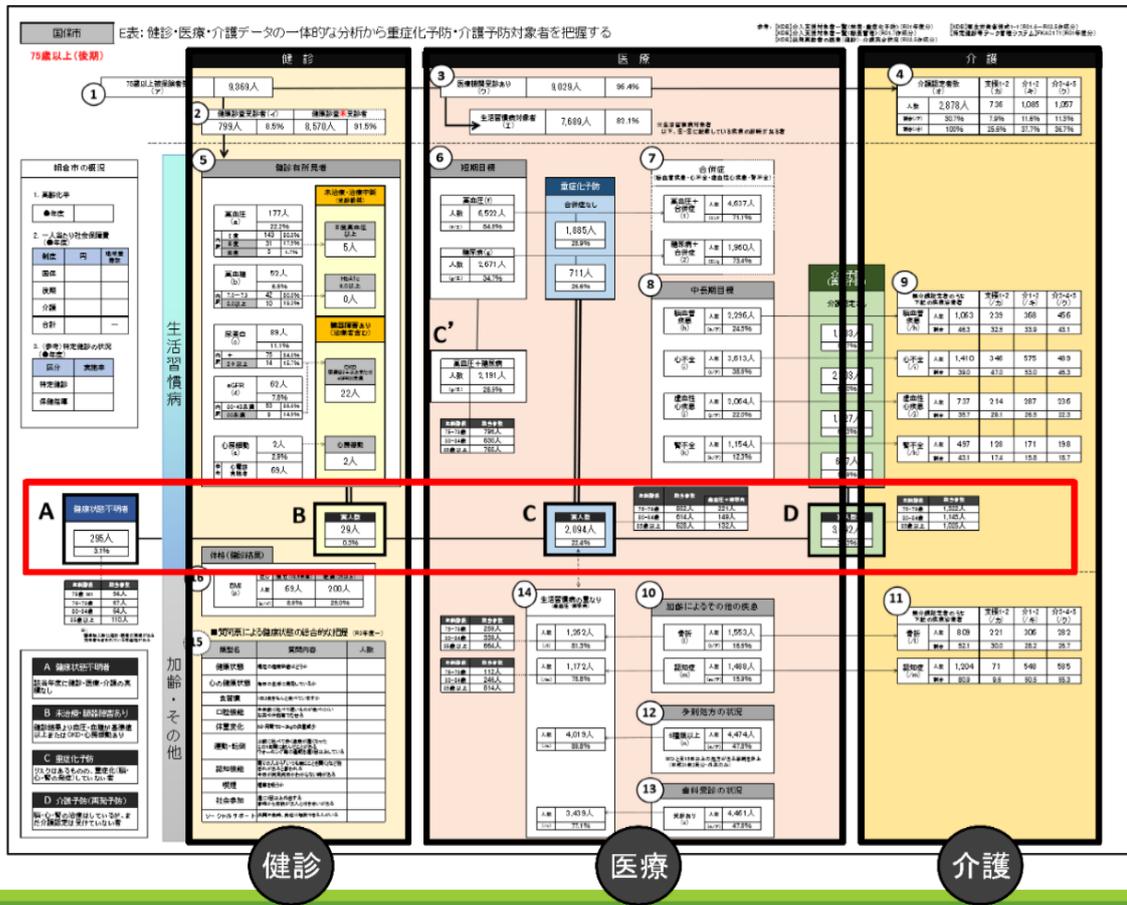
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいものの、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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

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

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

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度	
被保険者数	2,188人	2,130人	2,088人	2,032人	1,928人	1,566人	
総件数及び 総費用額	件数	21,621件	20,976件	19,833件	20,212件	20,302件	26,593件
	費用額	9億3061万円	8億6033万円	8億3703万円	7億6508万円	7億8984万円	15億1602万円
一人あたり医療費	42.5万円	40.4万円	40.1万円	37.7万円	41.0万円	96.8万円	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
			腎		脳	心	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	東彼杵町	7億8984万円	32,967	5.59%	0.54%	2.11%	1.59%	4.87%	3.65%	1.81%	1億5928万円	20.17%	14.34%	8.98%	8.75%
	同規模	--	30,571	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	--	19.28%	16.76%	7.98%	9.27%
	県	--	33,055	5.27%	0.29%	1.93%	1.37%	4.78%	3.31%	1.65%	--	18.60%	15.50%	9.41%	9.25%
	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	東彼杵町	15億1602万円	81,450	1.99%	0.28%	3.64%	1.61%	3.37%	3.00%	0.89%	2億2415万円	14.79%	8.17%	10.77%	14.06%
	同規模	--	68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	--	18.77%	10.30%	3.53%	12.45%
	県	--	82,405	3.52%	0.45%	4.13%	1.36%	3.43%	3.32%	1.12%	--	17.33%	9.61%	4.52%	14.02%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

出典:KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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

図表 34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	88人	78人	84人	61人	72人	180人
	件数	B	187件	155件	155件	125件	152件	312件
		B:総件数		0.86%	0.74%	0.78%	0.62%	0.75%
	費用額	C	2億6260万円	1億9320万円	2億1051万円	1億6511万円	1億9285万円	3億7350万円
C:総費用			28.2%	22.5%	25.1%	21.6%	24.4%	24.6%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期:R04年度			
脳血管疾患	人数	D	9人		5人		2人		4人		1人		14人		
		D/A	10.2%		6.4%		2.4%		6.6%		1.4%		7.8%		
	件数	E	24件		8件		2件		6件		2件		15件		
		E/B	12.8%		5.2%		1.3%		4.8%		1.3%		4.8%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	2	13.3%
		60代	10	41.7%	0	0.0%	0	0.0%	4	66.7%	2	100.0%	80代	8	53.3%
		70-74歳	14	58.3%	8	100.0%	1	50.0%	2	33.3%	0	0.0%	90歳以上	5	33.3%
	費用額	F	2993万円		861万円		196万円		731万円		206万円		1842万円		
F/C		11.4%		4.5%		0.9%		4.4%		1.1%		4.9%			

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期:R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	4人		4人		6人		3人		6人		8人		
		G/A	4.5%		5.1%		7.1%		4.9%		8.3%		4.4%		
	件数	H	4件		4件		7件		3件		7件		9件		
		H/B	2.1%		2.6%		4.5%		2.4%		4.6%		2.9%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	25.0%	1	25.0%	1	14.3%	1	33.3%	2	28.6%	75-80歳	2	22.2%
		60代	2	50.0%	2	50.0%	4	57.1%	2	66.7%	2	28.6%	80代	6	66.7%
		70-74歳	1	25.0%	1	25.0%	2	28.6%	0	0.0%	3	42.9%	90歳以上	1	11.1%
	費用額	I	800万円		432万円		1208万円		355万円		1262万円		1486万円		
I/C		3.0%		2.2%		5.7%		2.1%		6.5%		4.0%			

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定 介護 率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
		被保険者数			健診受診率			BMI18.5未満			BMI25以上		
		被保険者数			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	27.3	698	866	1,521	47.7	64.7	43.5	8.7	8.4	6.3	26.1	25.9	23.9
R04	26.0	600	999	1,545	42.5	59.5	47.3	11.4	7.4	6.6	26.7	26.1	24.2

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動											
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-					
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	
H30	20	6.0	(10)	43	7.7	(20)	53	8.0	(6)	11	3.3	(4)	24	4.3	(0)	6	0.9	(0)	3	0.9	14	2.5	27	4.1	0	--	4	0.7	0	--
R04	21	8.2	(10)	36	6.1	(6)	55	7.5	(10)	11	4.3	(1)	34	5.7	(2)	6	0.8	(0)	6	2.4	13	2.2	38	5.2	1	0.4	5	0.8	2	0.3

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③									⑥									⑦					
	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症								
	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)			高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30	85.2	94.8	98.2	31.9	62.9	85.3	75.8	80.0	88.2	37.2	43.9	34.1	22.9	30.5	29.4	33.7	42.4	62.0	42.2	54.0	69.8			
R04	83.2	92.7	97.5	33.5	61.8	85.6	80.6	84.3	87.7	39.8	43.3	36.5	26.4	33.9	30.8	38.9	43.3	59.8	53.8	55.8	70.1			

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧												⑨											
	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	4.2	11.2	24.5	4.4	8.9	22.4	6.6	14.8	31.3	4.3	7.6	12.0	6.9	13.4	38.4	0.0	9.1	34.4	0.0	5.5	42.0	3.3	9.1	36.1
R04	3.3	10.2	21.9	4.2	9.1	21.0	6.3	12.9	30.7	5.2	8.6	13.3	0.0	10.8	36.3	0.0	4.4	36.6	0.0	7.0	37.8	3.2	4.7	27.8

図表 42 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	63.5	81.5	71.4	80.1	6.0	16.4	2.4	19.1	7.7	47.4	42.9	74.6
R04	66.1	87.2	60.0	81.3	5.6	17.7	2.0	16.6	7.1	48.2	40.0	75.5

(1) 健診・医療・介護の一体的データ分析と健康課題(図表 32~42)

国保の被保険者数は年々減っており、一人あたり医療費は令和 3 年度まで減少していたものの、令和 4 年は増加しており、後期高齢者になると一人あたり 95 万円を超え、国保被保険者の 2.3 倍も高い状況です。(図表 32)

東彼杵町は、これまで高血圧に重点をおいて保健事業に取り組んできました。短期的目標疾患である高血圧の総医療費に占める割合は、国保において同規模程度となりましたが、脳血管疾患、虚血性心疾患、腎疾患の医療費に占める割合は、未だ同規模程度より高い状況です。(図表 33)

高額レセプト(80 万円/件)以上については、国保においては毎年約 60~90 人のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 2.5 倍に増えることがわかります。(図表 34)

高額レセプト(80 万円/件)以上の推移(脳血管疾患)をみると、国保でH30 年度は 24 件で 2993 万円の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 2 件と大きく件数が減り、費用額も 206 万円と減っています。しかし、後期高齢においては、15 件発生し、1,842 万円の費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費が高額となるうえ、介護認定の原因になる疾患で、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防について、引き続き力を入れる必要があります。(図表 35、41⑨)

被保険者数と健診受診状況をみると、被保険者数は、40～64歳の若い年齢層は減り、65歳～74歳の前期高齢者、75歳以上の後期高齢者が増えていることが分かります。②の健診受診率は若い世代は下がり、後期高齢者は上がっています。⑮の体格をみると、どの年代においても、BMI25以上の率がやや高くなってきています。(図表 38)

健診有所見状況をみると、40～64歳の若い年齢層のすべての健診有所見の割合が増え、65歳～74歳はHbA1c7.0以上が増え、75歳以上ではCKDが増えています。若い世代の健診有所見者が増加している状況から、40歳未満の健診を実施し、若い世代から健診への意識を高め、生活習慣の改善を行うことが重要であると考えます。(図表 39)

短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)の状況と中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)をみると、合併症を持つ介護認定者はおおむね減っていますが、その原因となる糖尿病と高血圧の2疾患を併せ持つ人、高血圧と合併症を持つ人、糖尿病と合併症を持つ人の割合が増えています。このような人が介護に移行する可能性が高いため、重症化予防及び介護予防の視点で継続して取組を行い、高齢者部門と一体的に支援を行います。(図表 40、図表 41)

(2) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標を達成するための方策

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

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

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患で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、最終年度には減少させることを目指します。また、糖尿病性腎症による人工透析者を減少させることを目指します。

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高

高齢化が進化する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びや患者数をおさえることで最低限維持することを目標とします。

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ける共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。

また、糖尿病とメタボリックシンドロームは、薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

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

(2) 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
			初期値 R6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.8		KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.1		
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	5.7		
			糖尿病性腎症による透析導入患者数の維持	4		
			糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の維持	0		
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	21.7		東彼杵町こども健康課
			メタボリックシンドローム予備群の割合の減少	10.3		
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	6.7		
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	9.1		
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	9.3		
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	1.2		
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合の増加	94.1		
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	36.1		法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	55.3		
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	18.7		

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	65%	66%	67%	68%	69%	70%以上
特定保健指導実施率	60%	61%	62%	63%	64%	65%以上

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	1,400人	1,300人	1,200人	1,120人	1,050人	1,000人
	受診者数	910人	858人	804人	762人	725人	700人
特定保健指導	対象者数	100人	95人	90人	85人	80人	75人
	受診者数	60人	58人	56人	54人	51人	49人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。

- ① 集団健診(長崎県健康事業団)
- ② 個別健診(委託医療機関)
- ③ 30歳 35歳を対象にした若年者健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については東彼杵町のホームページに掲載します。

(4)特定健診実施項目

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

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

図表 46 特定健診検査項目

○東彼杵町特定健診検査項目

健診項目		東彼杵町	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

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

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

します。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47 特定健診実施スケジュール

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

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、こども健康課健康増進係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

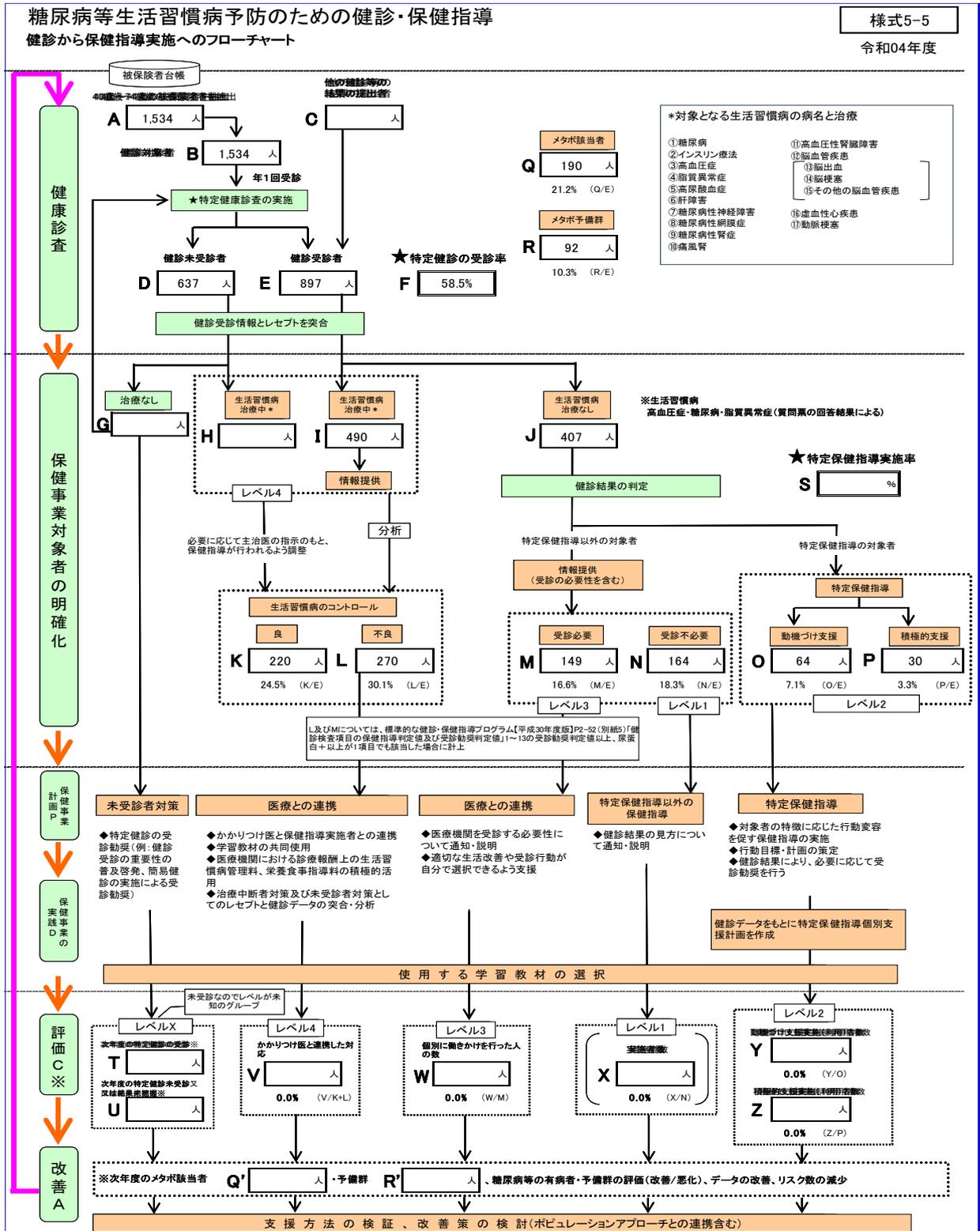
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	94人 (10.5%)	65%
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	149人 (16.6%)	HbA1c6.5以上及び 血圧Ⅱ度以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	637人 ※受診率目標達成 までにあと63人	70%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	164人 (18.3%)	集団健診受診者 は100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	490人 (54.6%)	第4章保健事業の 内容で設定

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

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

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

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

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・肥満メタボリックシンドローム重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。

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

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

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

II. 重症化予防の取組

東彼杵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、302人(34.6%)です。そのうち治療なしが79人(20.1%)を占め、さらに臓器障害あり直ちに取組むべき対象者が27人です。

また、東彼杵町においては、重症化予防対象者の治療なしのうち特定保健指導対象者が重なるものが、79人中41人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 51 脳・心・腎を守るために

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

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			＜参考＞ 健診受診者(受診率)																
	科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		872人	54.0%													
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析										■各疾患の治療状況																
										<table border="1"> <tr><th></th><th>治療中</th><th>治療なし</th></tr> <tr><td>高血圧</td><td>381</td><td>491</td></tr> <tr><td>脂質異常症</td><td>231</td><td>641</td></tr> <tr><td>糖尿病</td><td>81</td><td>789</td></tr> <tr><td>3疾患 いずれも</td><td>478</td><td>394</td></tr> </table> ※問診結果による			治療中	治療なし	高血圧	381	491	脂質異常症	231	641	糖尿病	81	789	3疾患 いずれも	478	394
	治療中	治療なし																								
高血圧	381	491																								
脂質異常症	231	641																								
糖尿病	81	789																								
3疾患 いずれも	478	394																								
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)																				
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)	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	59 6.8%	6 0.7%	25 2.9%	24 2.8%	183 21.0%	64 7.3%	78 8.9%	302 34.6%																		
治療なし	27 5.5%	1 0.3%	22 3.4%	21 3.3%	30 7.6%	28 3.5%	12 3.0%	79 20.1%																		
(再掲) 特定保健指導	11 18.6%	0 0.0%	5 20.0%	4 16.7%	30 16.4%	5 7.8%	6 7.7%	41 13.6%																		
治療中	32 8.4%	5 1.0%	3 1.3%	3 1.3%	153 32.0%	36 44.4%	66 13.8%	223 46.7%																		
臓器障害 あり	14 51.9%	1 100.0%	3 13.6%	8 38.1%	10 33.3%	10 35.7%	12 100.0%	27 34.2%																		
CKD(専門医対象者)	7	0	2	6	4	6	12	12																		
心電図所見あり	10	1	2	2	7	4	3	18																		
臓器障害 なし	13 48.1%	--	19 86.4%	13 61.9%	20 66.7%	18 64.3%	--	--																		

出典:ヘルサポータルラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

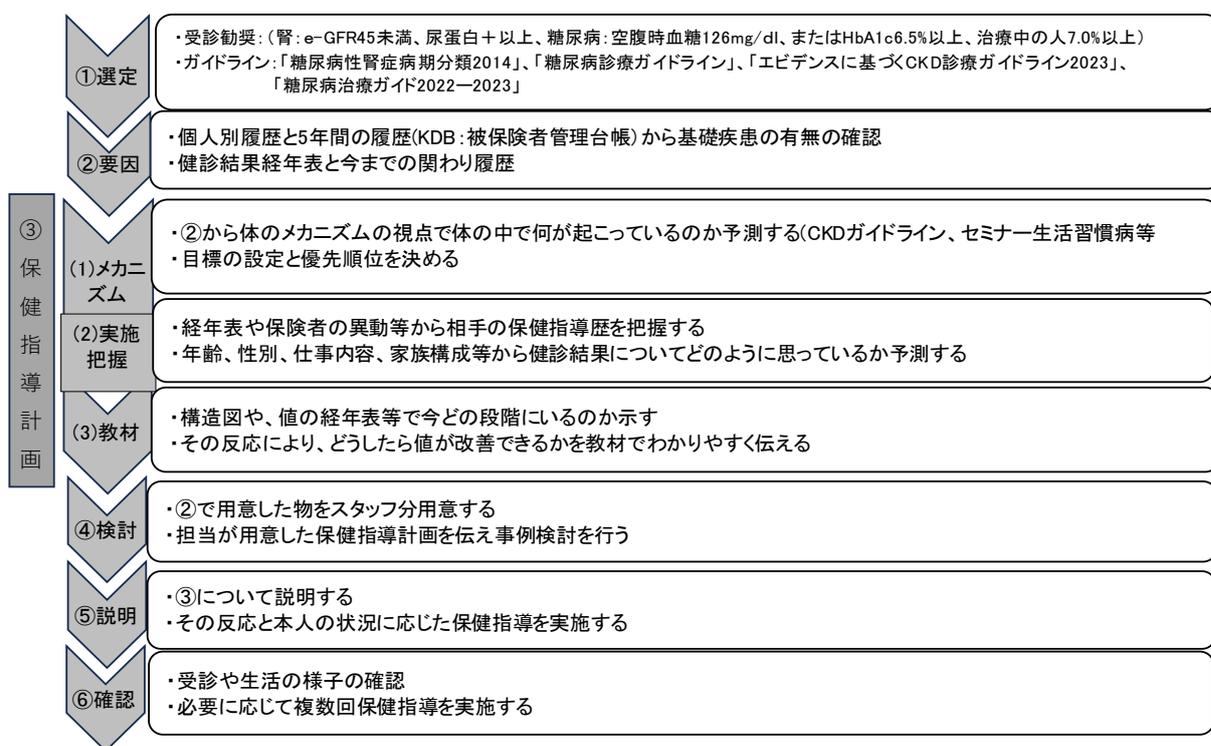
1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者

- ③ 糖尿病治療中の者のうち、下記に該当するもの
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧のリスクを有する者
 - ウ. 糖尿病コントロール不良者

(2) 選定基準に基づく対象者の把握

① 対象者の抽出

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

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

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

東彼杵町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握ができません。しかしながらCKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に相応する尿蛋白(定性)を正常アルブミン尿を尿蛋白(-)、微量アルブミン尿を尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿を尿蛋白(+)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が可能となります。

② 基準に基づく対象者数の把握

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 54)

40~74歳における糖尿病治療者363人(H)のうち、特定健診受診者が83人(G)でした。そのうち、HbA1c7.0以上が44人(J)おり、治療中の半数がコントロール不良者となっています。

また、特定健診受診者の糖尿病型119人(E)のうち、糖尿病未治療者(中断含む)は36人(F)、糖尿病性腎症病期分類で第2~4期は33人(M)でした。

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。東彼杵町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っています。

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

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアソリジン薬とは？
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、体の中で何がおこるでしょう
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じ7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

(2) 尿蛋白定量検査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を実施していましたが、偽陽性や偽陰性の判別を行い、糖尿病性腎症第3期を逃さないよう、令和5年度から尿蛋白定量検査を追加して実施しています。

4) 医療との連携

治療中の場合は糖尿病連携手帳や医療機関連絡票を使って、かかりつけ医より対象者の検査データを収集し、保健指導への助言を行います。

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、地域包括支援センターと連携していきます。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとし、その際はHbA1c評価表の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表56糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

1. 受診勧奨対象者(未受診者・中断者)に対する評価

- (1) 受診勧奨対象者への介入率
- (2) 医療機関受診率
- (3) 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

- (1) 保健指導実施率
- (2) 介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

7) 実施スケジュール

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール

	内 容	実施時期	かかりつけ医の役割	様式等
(1) 対象者抽出	健診結果から対象者リストを作成	抽出時期 集団健診：6月8月11月2月 [健診受診月：5月 7月10月1月]		対象者リスト
	郡外かかりつけ医等非該当者を除外し、候補者リストを作成	個別健診：4月～11月まで毎月8日以降に抽出 [健診受診月 前年度10月～当該年度9月] ※当該年度健診受診10月～3月分は次年度の抽出で実施 血圧評価ツール：4月～11月まで毎月8日以降に抽出 [健診受診月 前年度10月～当該年度9月]		候補者リスト
(2) 対象者選定	事前カンファレンスにて継続支援該当者を選定	集団健診：6月8月11月2月 個別健診：5月6月8月11月 血圧評価ツール：5月6月8月11月		該当者リスト
(3) 参加勧奨	対象者に趣旨説明 (訪問・結果説明会)	集団健診：7月9月12月 個別健診、血圧評価ツール：6月～12月		
(4) かかりつけ医への連絡	対象者が、連絡票をかかりつけ医に持参(又は郵送)		連絡票に記入し返送 ※具体的な指示があれば記載	医療機関連絡票
(5) 指導	① 生活・栄養指導を実施	集団健診：3月まで 個別健診：3月まで	※指導内容を手帳で確認し、サイン。 指示があれば記入。 ※検査データを本人に渡す または手帳に挟む	糖尿病連携手帳、血圧手帳
	② 達成状況フォロー 介入後の血圧等の確認 指導の継続			
(6) 評価	血圧、体重等の結果で評価	集団健診：3月まで 個別健診：3月まで 血圧評価ツール：翌年度7月	※検査データを本人に渡す	
(7) 報告	保健指導の終了後に訪問結果連絡票に指導内容を記載し、かかりつけ医に送付	集団健診：次年度4月まで 個別健診：次年度4月まで		訪問結果連絡票

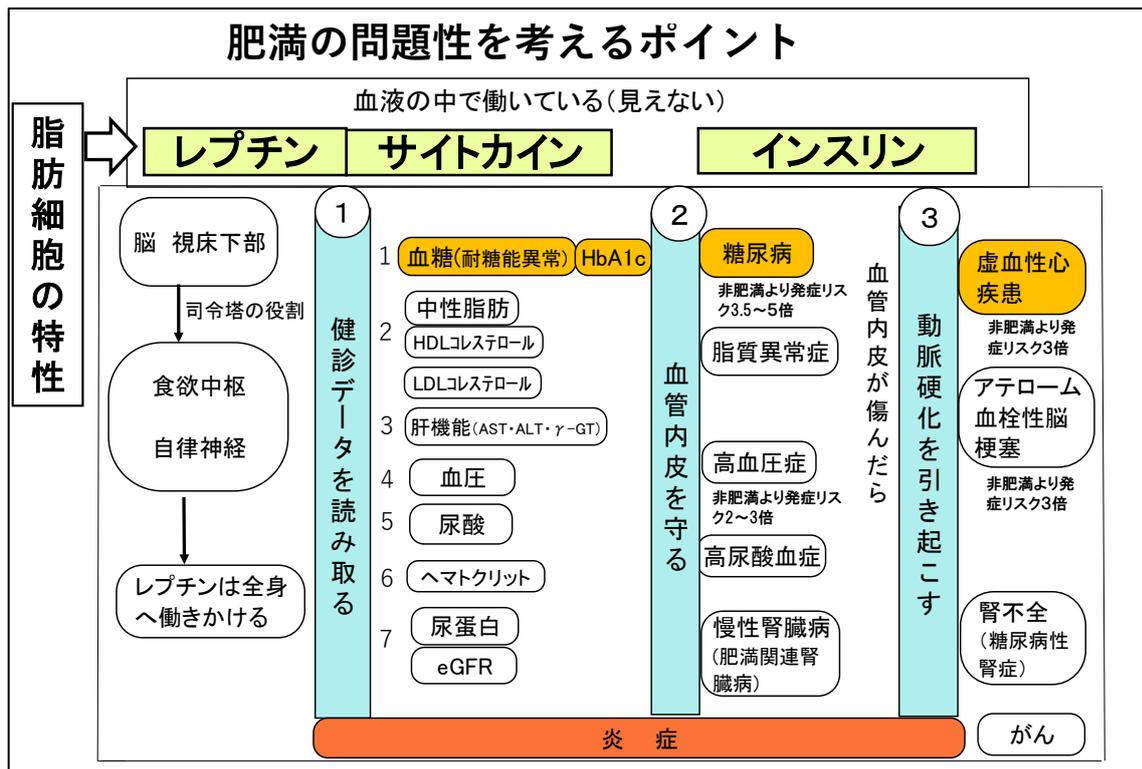
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

1) 基本的な考え方

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

メタボリックシンドロームの定義と診断基準より、「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」とあります。なお、取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づいた、実態把握

東彼杵町の肥満の状況は、男性は3人に1人が肥満Ⅰ度、女性は約5人に1人がBMI25以上の方です。(図表 59)

図表 59 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲) 肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25~30未満		肥満Ⅱ度 BMI30~35未満		肥満Ⅲ度 BMI35~40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40~64歳	65~74歳	40~64歳	65~74歳	40~64歳	65~74歳	40~64歳	65~74歳	
総数	276	621	73	168	61	146	12	19	0	2	0	1	
				26.4%	27.1%	22.1%	23.5%	4.3%	3.1%	0.0%	0.3%	0.0%	0.2%
再掲	男性	134	292	41	96	33	87	8	7	0	1	0	1
				30.6%	32.9%	24.6%	29.8%	6.0%	2.4%	0.0%	0.3%	0.0%	0.3%
再掲	女性	142	329	32	72	28	59	4	12	0	1	0	0
				22.5%	21.9%	19.7%	17.9%	2.8%	3.6%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%

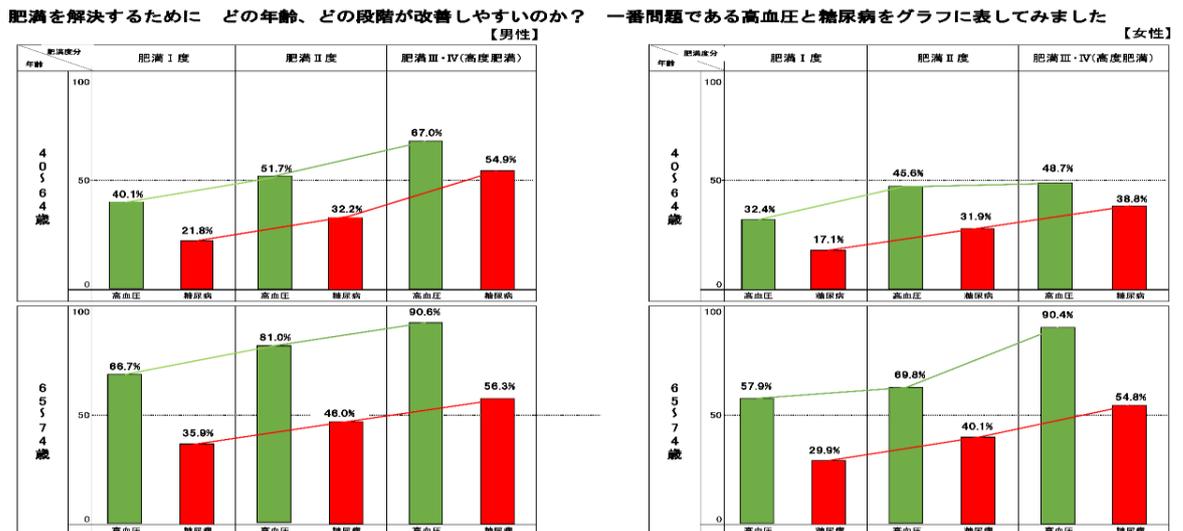
出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位の考え方

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

- ① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます。

図表 60 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？



- ② 保健指導を実施した時の住民の声(意識)から「日常生活」で困っていることを教えてもらいました。

図表 61 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

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

生活	肥満度 BMI	I 度	II 度	III 度	IV 度
		25~29.9	30~34.9	35~39.9	40~
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる		・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。
排泄	排便			・便秘になって大変	・便器に座ると便座が割れる
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる	・尿意を感じて夜中に3回起きる	・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする	・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩く足がしびれる	・200m歩くにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い
	日常動作		・屈めず、足の爪を切ることができない ・朝起きると体重で手がしびれて色が変わっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かしづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸	・2~3年前から胸の変な感じがある ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動悸あり、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	・動悸がする ・胸が締め付けられる感じ。6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動悸が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している

- ③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例

事例 No.	性別	発症年齢	KDBから把握							東彼杵町調べ			
			レセプト							特定健診	転帰		
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患					介護	
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常症				高尿酸血症
1	女	40代		●				●				メタボ	
2	女	60代		●				●				メタボ	
3	男	60代		●				●				メタボ	
4	男	60代		●								メタボ	
5	男	70代	●										死亡
6	女	50代			●								メタボ
7	男	60代			●			●					メタボ
8	男	60代			●	●		●	●				メタボ
9	女	60代			●			●		●			メタボ
10	男	70代			●			●					メタボ

3) 対象者の明確化

図表 63 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A	426	33	48	170	175	471	31	39	213	188	
メタボ該当者	B	140	11	12	50	67	50	0	1	21	28	
	B/A	32.9%	33.3%	25.0%	29.4%	38.3%	10.6%	0.0%	2.6%	9.9%	14.9%	
再掲	① 3項目全て	C	50	4	3	16	27	17	0	1	6	10
		C/B	35.7%	36.4%	25.0%	32.0%	40.3%	34.0%	—	100.0%	28.6%	35.7%
	② 血糖+血圧	D	26	1	1	9	15	5	0	0	4	1
		D/B	18.6%	9.1%	8.3%	18.0%	22.4%	10.0%	—	0.0%	19.0%	3.6%
	③ 血圧+脂質	E	62	6	7	25	24	26	0	0	10	16
		E/B	44.3%	54.5%	58.3%	50.0%	35.8%	52.0%	—	0.0%	47.6%	57.1%
	④ 血糖+脂質	F	2	0	1	0	1	2	0	0	1	1
		F/B	1.4%	0.0%	8.3%	0.0%	1.5%	4.0%	—	0.0%	4.8%	3.6%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 64 メタボリックシンドローム該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	426	140	32.9%	112	80.0%	28	20.0%	471	50	10.6%	46	92.0%	4	8.0%
40代	33	11	33.3%	3	27.3%	8	72.7%	31	0	0.0%	0	—	0	—
50代	48	12	25.0%	5	41.7%	7	58.3%	39	1	2.6%	1	100.0%	0	0.0%
60代	170	50	29.4%	41	82.0%	9	18.0%	213	21	9.9%	17	81.0%	4	19.0%
70~74歳	175	67	38.3%	63	94.0%	4	6.0%	188	28	14.9%	28	100.0%	0	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別メタボリックシンドローム該当者の状況を見ると、男性は各年代で約 2~3 割が該当し、女性では 60 代・70 代で 1 割程度該当しています。（図表 63）

メタボリックシンドローム該当者の治療の状況（高血圧、糖尿病、脂質異常症）を見ると、60 歳以上では、8 割以上が治療を受けているため、若い年齢層の時から予防が重要です。40 歳未満に健診の機会を提供し、健診結果で生活習慣の改善が必要と認められる者に対し、早い段階から保健指導を行います。（図表 64）

また、心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、ほとんどがメタボリックシンドローム該当者です。脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、

それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。(図表 62)

【対象者の抽出】

若年者健診受診者でメタボリックシンドローム(予備群、該当者)の者
メタボリックシンドロームで3疾患のうちいずれかが治療中の40～50代
特定保健指導対象者の保健指導

4) 保健指導の実施

(1) 保健指導

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

図表 65 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

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

5) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価につ

いてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行います。その際はKDB等の情報を活用します。

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

短期的評価

1. 保健指導対象者に対する評価

(1) 保健指導実施率

(2) BMIの変化・腹囲の変化

6) 実施スケジュール

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

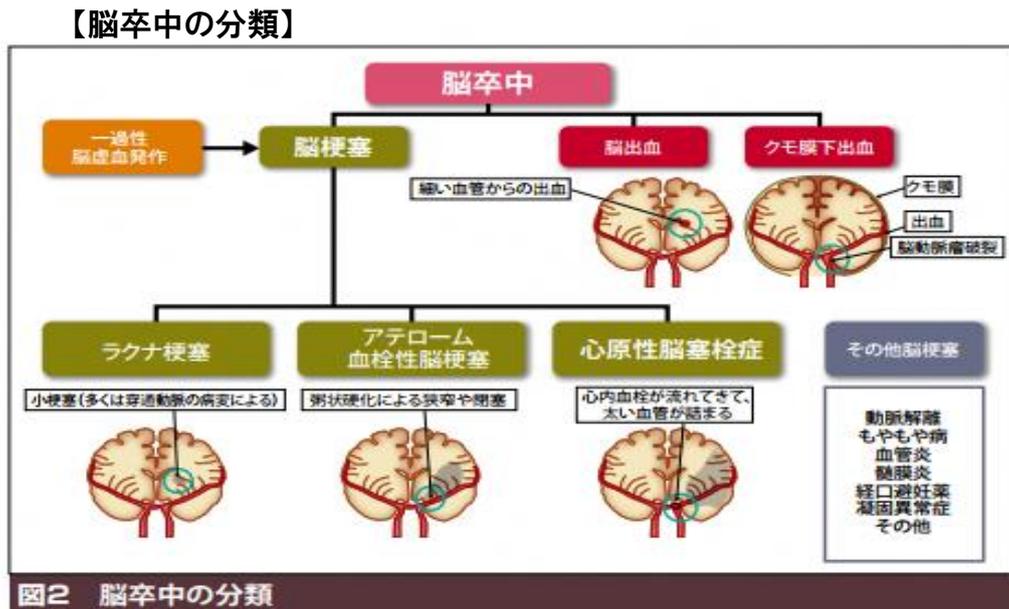
	内 容	実施時期	様式等
(1) 対象者抽出	健診結果から候補者リストを作成	抽出時期 集団健診：6月8月11月2月 [健診受診月：5月 7月10月1月] 個別健診：4月～11月まで毎月8日以降に抽出 [健診受診月 前年度10月～当該年度9月] ※ 当該年度健診受診10月～3月分は次年度の抽出で実施	対象者リスト
			候補者リスト
(2) 対象者選定	事前カンファレンスにて継続支援該当者を選定	集団健診：6月8月11月2月 個別健診：5月6月8月11月	該当者リスト
(3) 参加勧奨	対象者に趣旨説明 (訪問・結果説明会)	集団健診：6月8月11月2月 個別健診：6月～12月	
(4) 指導	①生活・栄養指導を実施	集団健診：3月まで 個別健診：3月まで	
	②達成状況フォロー 介入後のBMI等の確認 指導の継続		
(5) 評価	概ね介入6ヵ月後の体重等で評価	集団健診：3月まで 個別健診：3月まで	

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取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 67,68)

図表 67 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 68 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

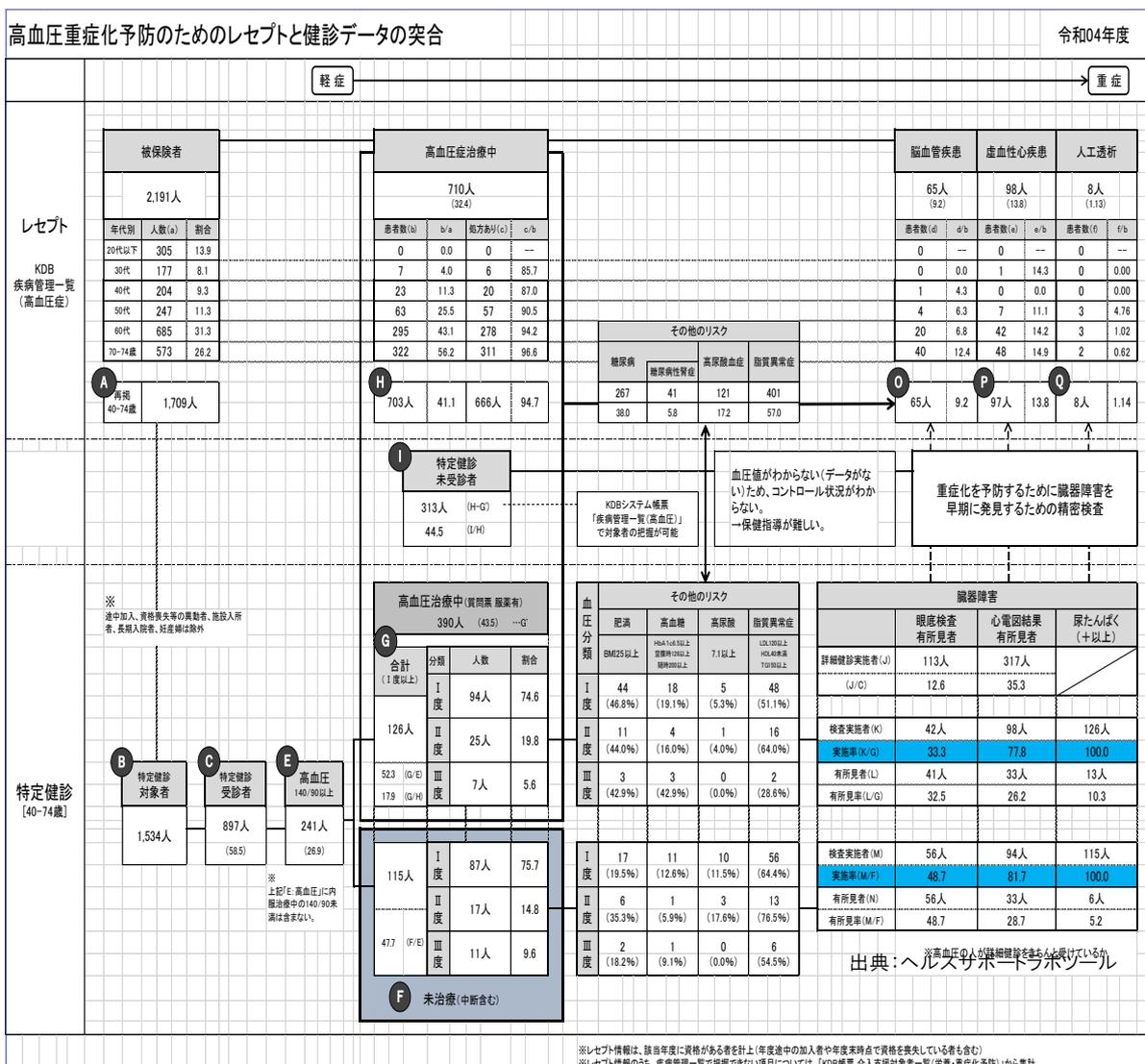
レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行います。(図表 69)

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。40～74 歳における高血圧治療者 703 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 65 人(O)です。

特定健診受診者で高血圧治療中のⅡ度高血圧が 25 人、Ⅲ度高血圧が 7 人(G)おり、25%の人がコントロール不良者となっています。そのため、治療中も医療機関と連携した保健指導が必要となります。

特定健診受診者でⅡ度高血圧以上 60 人のうち、Ⅱ度高血圧以上の未治療者 28 人(F)です。医療機関未受診者の中には肥満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保健指導を実施し、受診勧奨を行う必要があります。

図表 69 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



(2) 対象者選定基準の考え方

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

図表 70 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表であり、高リスク群 A のうち未治療のⅡ度高血圧以上の方、治療中断者へ受診勧奨を行っていきます。また、治療中であっても、すでに合併症を起している方もいるため、コントロール不良である治療中のⅡ度高血圧者にも保健指導を行います。

図表 70 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設定

(参考)高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
p50 表3-2 診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)	高血圧	I 度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
	268	153	87	17	11
		57.1%	32.5%	6.3%	4.1%
リスク第1層 予後影響因子がない	20	C 12	B 6	B 1	A 1
		7.5%	7.8%	6.9%	5.9%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	150	C 90	B 48	A 9	A 3
		56.0%	58.8%	55.2%	52.9%
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	98	B 51	A 33	A 7	A 7
		36.6%	33.3%	37.9%	41.2%

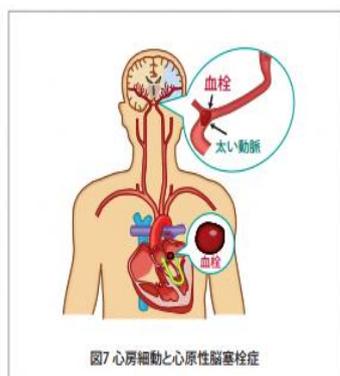
…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

区分	該当者数
A	60
	22.4%
B	106
	39.6%
C	102
	38.1%

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

出典：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のって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 71 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況を見ています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 71 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	426	471	167	39.2%	150	31.8%	6	3.6%	0	0.0%	--	--
40代	33	31	11	33.3%	7	22.6%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	48	39	23	47.9%	15	38.5%	1	4.3%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	170	213	68	40.0%	66	31.0%	2	2.9%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	175	188	65	37.1%	62	33.0%	3	4.6%	0	0.0%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

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

図表 72 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
6	0	0.0%	6	100.0%

東彼杵町調べ

心電図検査において6人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者6人全員既に治療が開始されていました。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

用い、管理していきます。

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

短期的評価

1. 受診勧奨者(未受診者・中断者)に対する評価

- (1) 受診勧奨対象者への介入率
- (2) 医療機関受診率
- (3) 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

- (1) 保健指導実施率
- (2) 介入前後の検査値の変化を比較

○血圧の変化

○体重の変化

○服薬状況の変化

7) 実施スケジュール

図表 73 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール

	内 容	実施時期	かかりつけ医の役割	様式等
(1) 対象者抽出	健診結果から対象者リストを作成	抽出時期 集団健診：6月8月11月2月 [健診受診月：5月 7月10月1月]		対象者リスト
	郡外かかりつけ医等非該当者を除外し、候補者リストを作成	個別健診：4月～11月まで毎月8日以降に抽出 [健診受診月 前年度10月～当該年度9月] ※ 当該年度健診受診10月～3月分は次年度の抽出で実施 血圧評価ツール：4月～11月まで毎月8日以降に抽出 [健診受診月 前年度10月～当該年度9月]		候補者リスト
(2) 対象者選定	事前カンファレンスにて継続支援該当者を選定	集団健診：6月8月11月2月 個別健診：5月6月8月11月 血圧評価ツール：5月6月8月11月		該当者リスト
(3) 参加勧奨	対象者に趣旨説明 (訪問・結果説明会)	集団健診：7月9月12月 個別健診、血圧評価ツール：6月～12月		
(4) かかりつけ医への連絡	対象者が、連絡票をかかりつけ医に持参(又は郵送)		連絡票に記入し返送 ※具体的な指示があれば記載	医療機関連絡票
(5) 指導	① 生活・栄養指導を実施	集団健診：3月まで 個別健診：3月まで	※指導内容を手帳で確認し、サイン。 指示があれば記入。	糖尿病連携手帳、血圧手帳
	② 達成状況フォロー 介入後の血圧等の確認 指導の継続		※検査データを本人に渡す または手帳に挟む	
(6) 評価	血圧、体重等の結果で評価	集団健診：3月まで 個別健診：3月まで 血圧評価ツール：翌年度7月	※検査データを本人に渡す	
(7) 報告	保健指導の終了後に訪問結果連絡票に指導内容を記載し、かかりつけ医に送付	集団健診：次年度4月まで 個別健診：次年度4月まで		訪問結果連絡票

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

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

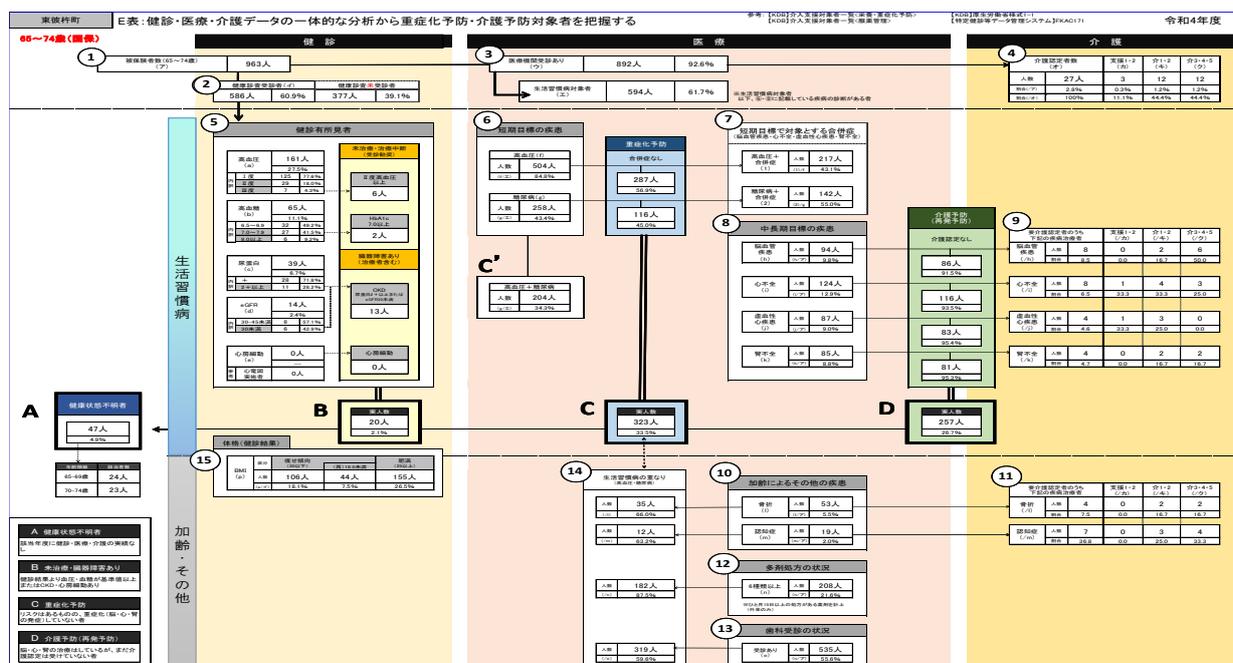
具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

② 担当する看護師を配置し、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、認知症など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 74 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 発症予防

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

東彼杵町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人へ健診を実施しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、ライフサイクルの視点で見えていくことが必要です。

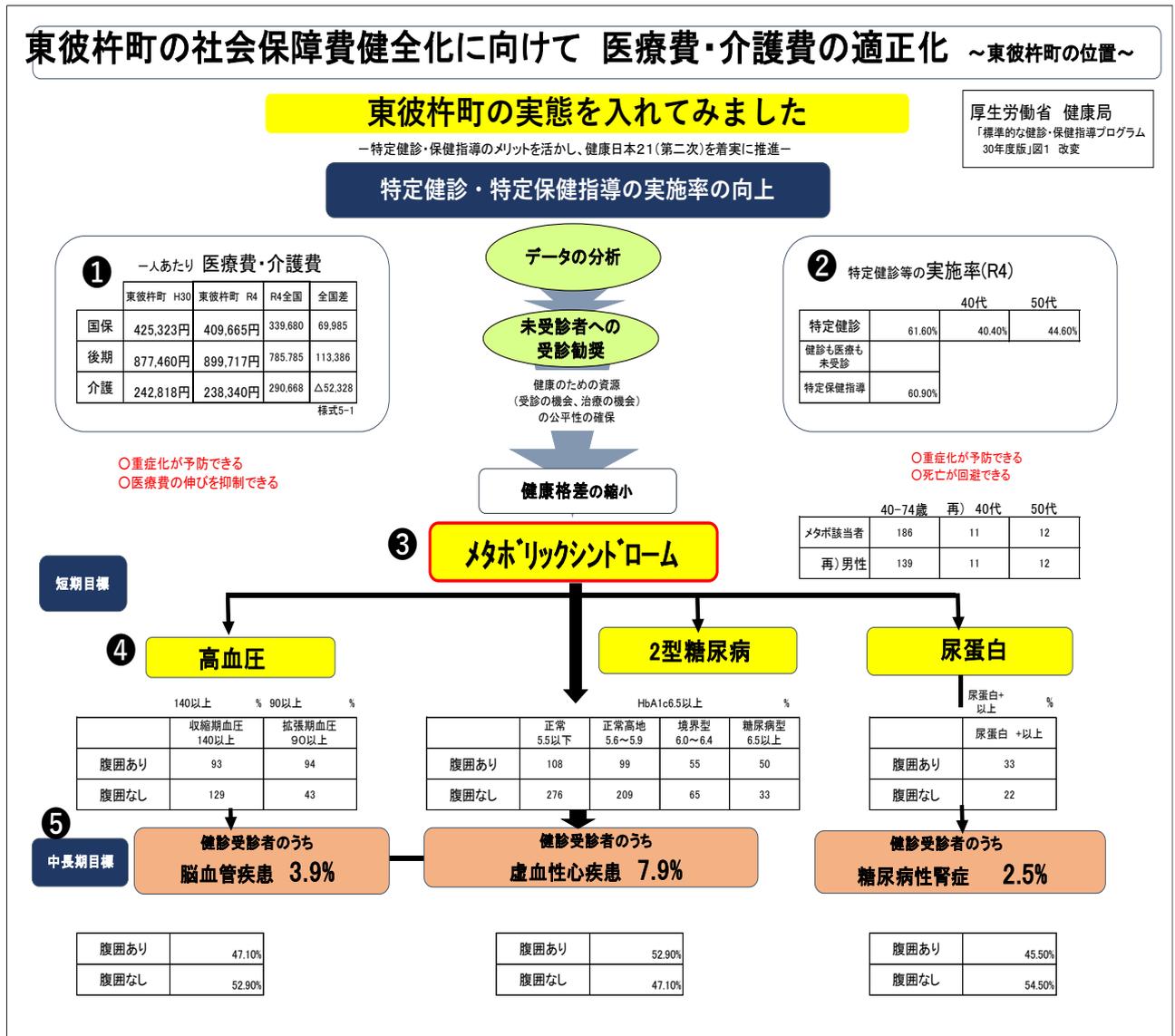
図表 75 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える -基本的考え方- (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)																	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>																	
1 根拠法	健康増進法																
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>						
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】(各被保険者)																
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 (第11-12条)		就学時健康診査 (第1-13-14条)	児童・生徒の定期健康診査 (第66条)		定期健康診査 (第18-20-21条)	特定健康診査 (第18-20-21条)	後期高齢者健康診査 (第125条)	
5 対象者 健診内容	妊婦前	妊婦中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	2歳児	3歳児	5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)	標準的な特定健康診査・保健指導プログラム(第2章)	指		
	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			
	妊婦糖 尿病 (診断)	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTT①～③の 1点以上満たすもの															
	身長																
	体重																
	BMI													25以上			
	肥満度			加齢18以上	肥満度15%以上					肥満度20%以上							
尿糖	(+)以上												(+)以上				
糖尿病 家族歴																	

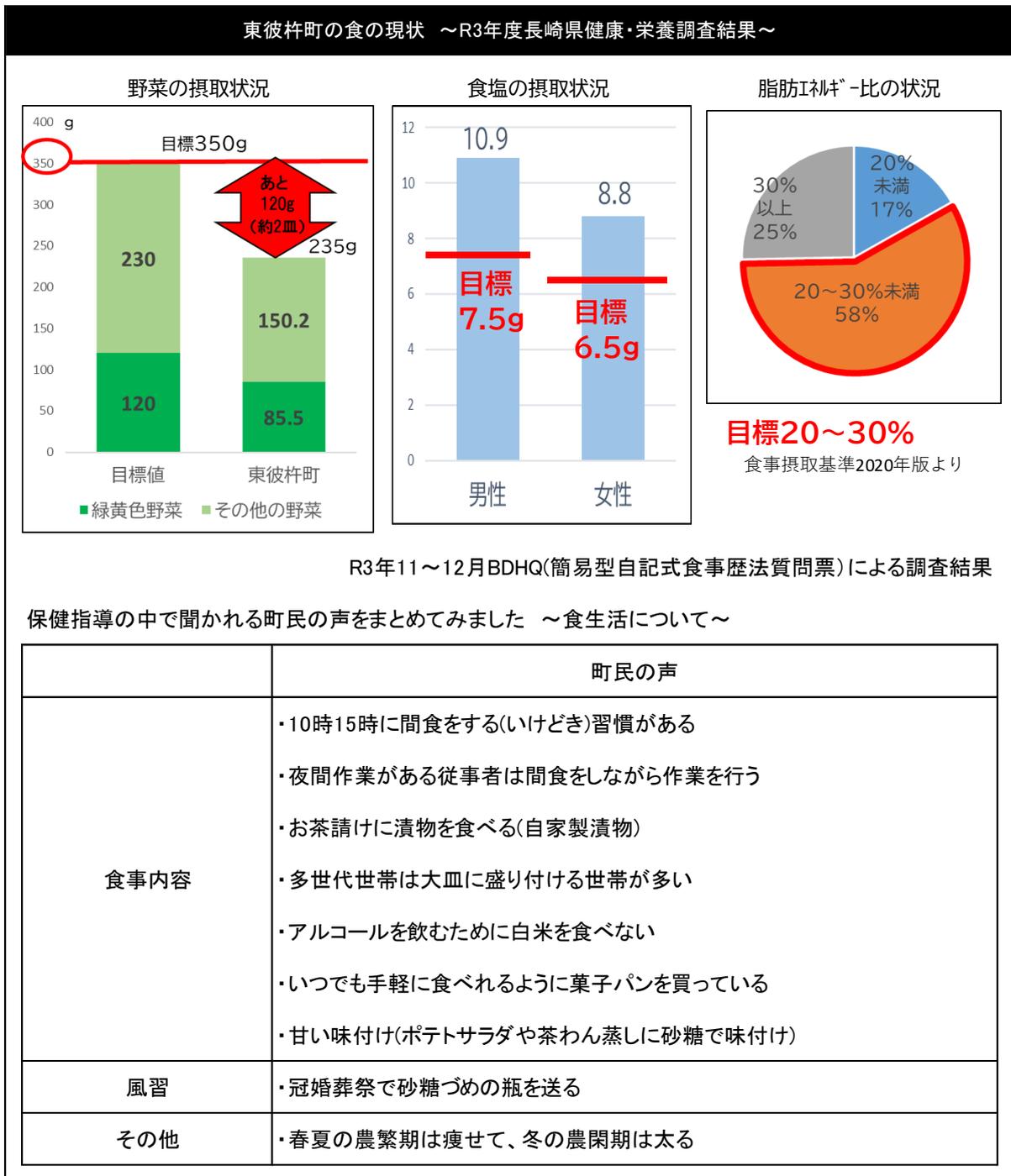
V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。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へ周知していきます。(図表 76、77)

図表 76 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 77 東彼杵町の食の現状



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページを通じた周知のほか、会議等を通じて医療機関等に周知します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた東彼杵町の位置

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東彼杵町の位置 (R4 年度)

項目			東彼杵町		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		7,699		1,680,058		1,300,733		123,214,261									
			65歳以上(高齢化率)	2,991	38.8	662,426	39.4	430,353	33.1	35,335,805	28.7	KDB_NO.5 人口の状況								
			75歳以上	1,589	20.6	--	--	220,086	16.9	18,248,742	14.8	KDB_NO.3								
			65~74歳	1,402	18.2	--	--	210,267	16.2	17,087,063	13.9	健診・医療・介護データからみる地域の健康課題								
			40~64歳	2,486	32.3	--	--	421,528	32.4	41,545,893	33.7									
	39歳以下	2,222	28.9	--	--	448,852	34.5	46,332,563	37.6											
	②	産業構成	第1次産業		16.9		17.0		7.7		4.0		KDB_NO.3							
			第2次産業		23.4		25.3		20.1		25.0		健診・医療・介護データからみる地域の健康課題							
			第3次産業		59.7		57.7		72.2		71.0									
	③	平均寿命	男性		80.5		80.4		80.4		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握							
			女性		87.2		86.9		87.0		87.0									
	④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性 ※保険者欄は二次医療圏データ		80.2		79.5		79.6		80.1		地域全体像の把握							
			女性 ※保険者欄は二次医療圏データ		84.9		84.2		84.3		84.4									
2	①	死亡の状況	標準化死亡率比 (SMR)	男性	103.8	103.1	103.3	100	KDB_NO.1 地域全体像の把握											
				女性	95.0	101.3	100.1	100												
			死因	がん	40	55.6	7,089	46.3				4,804	50.8	378,272	50.6					
				心臓病	20	27.8	4,562	29.8				2,734	28.9	205,485	27.5					
				脳疾患	7	9.7	2,404	15.7				1,220	12.9	102,900	13.8					
				糖尿病	0	0.0	283	1.8				147	1.6	13,896	1.9					
				腎不全	4	5.6	622	4.1				376	4.0	26,946	3.6					
	自殺	1	1.4	346	2.3	183	1.9	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								
			男性																	
女性																				
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		450		15.0		127,161		19.4		KDB_NO.1 地域全体像の把握							
			新規認定者		6		0.2		2,078		0.3									
			介護度別 総件数	要支援1.2	920	10.0	365,856	13.2	253,919	13.2	21,785,044	12.9								
				要介護1.2	5,059	54.8	1,297,770	46.8	975,333	50.8	78,107,378	46.3								
				要介護3以上	3,246	35.2	1,111,908	40.1	690,736	36.0	68,963,503	40.8								
	2号認定者		4		0.16		2,073		0.39		1,600		0.38							
	②	有病状況	糖尿病		96		19.2		30,162		22.6		24,954		27.2		1,712,613		24.3	
			高血圧症		273		59.3		71,773		54.3		55,445		60.9		3,744,672		53.3	
			脂質異常症		138		29.6		39,654		29.6		32,599		35.4		2,308,216		32.6	
			心臓病		308		67.1		80,304		60.9		62,241		68.6		4,224,628		60.3	
			脳疾患		95		20.8		30,910		23.8		22,629		25.1		1,568,292		22.6	
			がん		44		7.9		14,782		11.0		13,112		14.2		837,410		11.8	
			筋・骨格		264		56.0		71,540		54.1		56,502		62.3		3,748,372		53.4	
	精神		201		44.4		49,589		37.8		39,483		43.6		2,569,149		36.8			
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		238,340		712,874,784		314,188		208,126,001,519		310,443		133,600,063,478		290,668		100,742,274,226,989	
			1件当たり給付費(全体)		77,276		74,986		69,584		59,662									
			居宅サービス		51,727		43,722		49,376		41,272									
施設サービス			279,010		289,312		298,997		296,364											
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		認定あり		9,812		9,224		9,008		8,610								
		認定なし		4,201		4,375		4,220		4,020										

4	①	国保の状況	被保険者数		1,928		427,153		313,943		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			65~74歳	948	49.2			146,116	46.5	11,129,271	40.5			
			40~64歳	595	30.9			97,783	31.1	9,088,015	33.1			
			39歳以下	385	20.0			70,044	22.3	7,271,596	26.5			
	加入率		25.0		25.6		24.1		22.3		KDB_NO.5 被保険者の状況			
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.5	150	0.4	148	0.5	8,237		0.3		
			診療所数	7	3.6	1,147	2.7	1,348	4.3	102,599		3.7		
			病床数	186	96.5	15,964	37.4	25,756	82.0	1,507,471		54.8		
			医師数	14	7.3	1,780	4.2	4,399	14.0	339,611		12.4		
			外来患者数	817.5		692.2		743.9		687.8				
入院患者数			29.9		22.7		27.2		17.7					
③	医療費の 状況	一人当たり医療費	409,665	県内12位 同規模67位	376,732		411,157		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		847.4		714.851		771.133		705.439				
		外来	費用の割合	48.5		56.3		53.5		60.4				
			件数の割合	96.5		96.8		96.5		97.5				
		入院	費用の割合	51.5		43.7		46.5		39.6				
			件数の割合	3.5		3.2		3.5		2.5				
		1件あたり在院日数		19.9日		16.4日		18.0日		15.7日				
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	113,254,310	27.3	31.3		29.3		32.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題		
			慢性腎不全(透析あり)	44,178,610	10.7	7.2		10.0		8.2				
			糖尿病	38,448,310	9.3	11.3		9.0		10.4				
			高血圧症	28,858,670	7.0	6.6		6.2		5.9				
			脂質異常症	14,314,500	3.5	3.8		3.1		4.1				
			脳梗塞・脳出血	16,634,190	4.0	3.9		3.7		3.9				
			狭心症・心筋梗塞	12,588,590	3.1	2.8		2.6		2.8				
			精神	70,956,240	17.1	14.9		17.8		14.7				
			筋・骨格	69,080,190	16.7	17.3		17.5		16.7				
			4	⑤	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症	583	0.3	430	0.3		446	0.2
糖尿病	1,982	0.9					1,426	0.9	1,531	0.8	1,144	0.9		
脂質異常症	--	--					69	0.0	118	0.1	53	0.0		
脳梗塞・脳出血	7,620	3.6					6,762	4.1	6,885	3.6	5,993	4.5		
虚血性心疾患	7,649	3.6					4,422	2.7	4,438	2.3	3,942	2.9		
腎不全	9,319	4.4					4,755	2.9	5,719	3.0	4,051	3.0		
医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	高血圧症					14,385	7.2	12,793	6.0	13,145	6.0	10,143	4.9
		糖尿病		18,493	9.3	21,925	10.3	18,810	8.5	17,720	8.6			
		脂質異常症		7,425	3.7	7,608	3.6	6,679	3.0	7,092	3.5			
		脳梗塞・脳出血		1,007	0.5	943	0.4	961	0.4	825	0.4			
		虚血性心疾患		2,256	1.1	1,933	0.9	2,017	0.9	1,722	0.8			
		腎不全		18,261	9.2	16,719	7.9	22,033	10.0	15,781	7.7			
		⑥		健診の有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	4,251		3,122		2,096		2,031	
健診未受診者	9,252					12,911		13,290		13,295				
生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者		10,572		9,063		6,228		6,142					
	健診未受診者		23,010		37,482		39,484		40,210					
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者		438		52.1		81,311		58.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		医療機関受診率		394		46.9		73,037		52.2				
		医療機関非受診率		44		5.2		8,274		5.9				

5	①	特定健診の 状況	健診受診者	840		139,850		77,613		6,503,152		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		
	②		受診率	60.4	県内2位 同規模22位	44.7		32.7	全国37位	35.3				
	③		特定保健指導終了者(実施率)	35	41.7	2678	16.0	1,513	19.7	69,327	9.0			
	④		非肥満高血糖	74	8.8	14,190	10.1	6,001	7.7	588,083	9.0			
	⑤		メタボ	該当者	179	21.3	30,227	21.6	16,730	21.6	1,321,197		20.3	
				男性	132	32.5	21,300	32.1	11,454	33.2	923,222		32.0	
	⑥	県内市町村数		女性	47	10.8	8,927	12.1	5,276	12.2	397,975		11.0	
				予備群	88	10.5	16,236	11.6	9,369	12.1	730,607		11.2	
	⑦	25市町村	メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	296	35.2	51,122	36.6	28,558	36.8		2,273,296	35.0
					男性	214	52.7	35,935	54.2	19,605	56.9		1,592,747	55.3
	⑧	同規模市区町村数		BMI	女性	82	18.9	15,187	20.6	8,953	20.7		680,549	18.8
	⑨				総数	35	4.2	8,128	5.8	3,707	4.8		304,276	4.7
	⑩	240市町村			男性	3	0.7	1,372	2.1	537	1.6		48,780	1.7
	⑪				女性	32	7.4	6,756	9.2	3,170	7.3		255,496	7.1
	⑫				血糖のみ	3	0.4	963	0.7	414	0.5		41,541	0.6
	⑬				血圧のみ	77	9.2	11,851	8.5	7,121	9.2		514,593	7.9
	⑭				脂質のみ	8	1.0	3,422	2.4	1,834	2.4		174,473	2.7
	⑮				血糖・血圧	27	3.2	5,115	3.7	2,527	3.3		193,722	3.0
	⑯				血糖・脂質	4	0.5	1,475	1.1	657	0.8		67,212	1.0
⑰	血圧・脂質				83	9.9	13,535	9.7	8,445	10.9	630,648	9.7		
⑱	血糖・血圧・脂質				65	7.7	10,102	7.2	5,101	6.6	429,615	6.6		
6	①				問診の状況	服薬	高血圧	374	44.5	55,201	39.5	33,877	43.7	2,324,538
		糖尿病	80	9.5		14,674	10.5	7,341	9.5	564,473	8.7			
	②	既往歴	脂質異常症	226	26.9	38,748	27.7	22,838	29.4	1,817,350	28.0			
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	33	3.9	4,389	3.3	2,901	3.7	199,003	3.1			
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	66	7.9	8,295	6.2	5,320	6.9	349,845	5.5			
③		腎不全	8	1.0	1,283	0.9	639	0.8	51,680	0.8				
④		貧血	173	20.6	12,237	9.0	11,008	14.2	669,737	10.6				
6	③	生活習慣の 状況	喫煙	115	13.7	21,078	15.1	10,209	13.2	896,676	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	④		週3回以上朝食を抜く	72	8.6	11,378	8.6	7,705	10.0	609,166	10.3			
	⑤		週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
	⑥		週3回以上就寝前夕食(H30～)	120	14.3	21,660	16.4	10,274	13.4	932,218	15.7			
	⑦		週3回以上就寝前夕食	120	14.3	21,660	16.4	10,274	13.4	932,218	15.7			
	⑧		食べる速度が速い	184	21.9	35,108	26.4	21,156	27.5	1,590,713	26.8			
	⑨		20歳時体重から10kg以上増加	294	35.0	47,632	35.8	27,175	35.3	2,083,152	34.9			
	⑩		1回30分以上運動習慣なし	520	61.9	86,948	65.2	45,981	59.8	3,589,415	60.3			
	⑪		1日1時間以上運動なし	257	30.6	62,532	46.9	33,738	43.9	2,858,913	48.0			
	⑫		睡眠不足	207	24.7	32,230	24.3	18,119	23.6	1,521,685	25.6			
	⑬		毎日飲酒	221	26.3	35,947	26.5	18,847	24.5	1,585,206	25.5			
	⑭		時々飲酒	188	22.4	28,605	21.1	16,007	20.8	1,393,154	22.4			
	⑮		一日飲酒量	1合未満	284	60.3	53,892	59.9	38,047	68.3	2,851,798		64.2	
		1～2合	149	31.6	23,850	26.5	12,434	22.3	1,053,317	23.7				
	2～3合	29	6.2	9,375	10.4	4,217	7.6	414,658	9.3					
	3合以上	9	1.9	2,835	3.2	1,003	1.8	122,039	2.7					

④ 75歳以上(後期)

E表 健診・医療・介護予防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

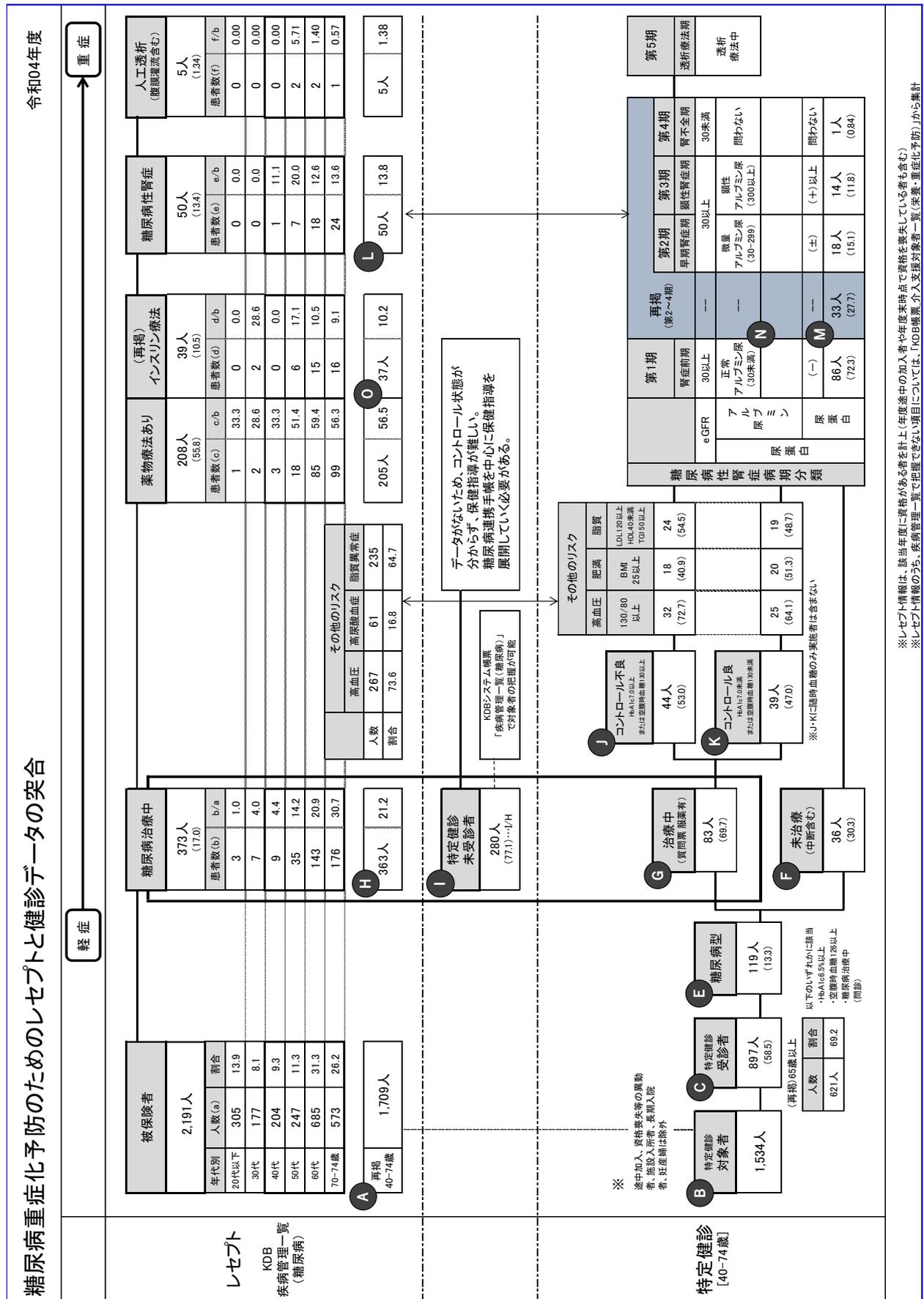


参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		突合表	東彼杵町										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	2,252人		2,209人		2,141人		2,084人		2,034人				
	② (再掲)40-74歳		1,772人		1,746人		1,702人		1,667人		1,636人				
2	① 対象者数	B	1,549人		1,516人		1,507人		1,473人		1,389人				
	② 特定健診 受診者数	C	1,027人		1,006人		910人		954人		897人				
	③ 受診率		--		--		--		--		--				
3	① 特定保健指導 対象者数		130人		112人		105人		96人		87人				
	② 実施率		62.3%		47.3%		53.3%		56.3%		60.9%				
4	健診データ	① 糖尿病型	E	143人	13.9%	125人	12.4%	125人	13.7%	120人	12.6%	119人	13.3%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	50人	35.0%	39人	31.2%	30人	24.0%	29人	24.2%	36人	30.3%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	93人	65.0%	86人	68.8%	95人	76.0%	91人	75.8%	83人	69.7%		
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	36人 38.7%		36人 41.9%		38人 40.0%		28人 30.8%		44人 53.0%			
		⑤ 血圧 130/80以上		23人 63.9%		24人 66.7%		27人 71.1%		19人 67.9%		32人 72.7%			
		⑥ 肥満 BMI25以上	12人 33.3%		10人 27.8%		17人 44.7%		13人 46.4%		18人 40.9%				
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	57人 61.3%		50人 58.1%		57人 60.0%		63人 69.2%		39人 47.0%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	90人 62.9%		89人 71.2%		95人 76.0%		86人 71.7%		86人 72.3%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		32人 22.4%		17人 13.6%		12人 9.6%		14人 11.7%		18人 15.1%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		20人 14.0%		15人 12.0%		17人 13.6%		18人 15.0%		14人 11.8%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		1人 0.7%		0人 0.0%		1人 0.8%		1人 0.8%		1人 0.8%			
レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		127.0人		127.7人		120.5人		128.1人		123.4人				
	② (再掲)40-74歳(被保険者対)		160.3人		161.5人		151.0人		157.8人		150.4人				
	③ レセプト件数(40-74歳) (1)内は糖尿病者対	入院(件数)	1,644件 (952.5)		1,682件 (995.9)		1,705件 (1033.3)		1,778件 (1093.5)		1,690件 (1095.3)		319,711件	(930.6)	
	④ 入院(件数)		21件 (12.2)		9件 (5.3)		4件 (2.4)		8件 (4.9)		10件 (6.5)		1,521件	(4.4)	
	⑤ 糖尿病治療中	H	286人 12.7%		282人 12.8%		258人 12.1%		267人 12.8%		251人 12.3%				
	⑥ (再掲)40-74歳		284人 16.0%		282人 16.2%		257人 15.1%		263人 15.8%		246人 15.0%				
	⑦ 健診未受診者	I	191人 67.3%		189人 67.0%		162人 63.0%		172人 65.4%		163人 66.3%				
	⑧ インスリン治療	O	25人 8.7%		12人 4.3%		15人 5.8%		16人 6.0%		17人 6.8%				
	⑨ (再掲)40-74歳		25人 8.8%		12人 4.3%		15人 5.8%		16人 6.1%		16人 6.5%				
	⑩ 糖尿病性腎症	L	26人 9.1%		26人 9.2%		19人 7.4%		20人 7.5%		21人 8.4%				
	⑪ (再掲)40-74歳		26人 9.2%		26人 9.2%		19人 7.4%		20人 7.6%		21人 8.5%				
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		3人 1.0%		5人 1.8%		4人 1.6%		4人 1.5%		4人 1.6%				
	⑬ (再掲)40-74歳		3人 1.1%		5人 1.8%		4人 1.6%		4人 1.5%		4人 1.6%				
	⑭ 新規透析患者数		3		1		0		0		0				
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		3		1		0		0		0				
	⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人	0.3%	2人	0.6%	2人	0.6%	1人	0.3%	3人	0.8%			
6	医療費	① 総医療費		9億3061万円		8億6033万円		8億3703万円		7億6508万円		7億8984万円		6億7051万円	
		② 生活習慣病総医療費		5億2921万円		4億7034万円		4億9817万円		4億3464万円		4億1427万円		3億5898万円	
		③ (総医療費に占める割合)		56.9%		54.7%		58.5%		56.8%		52.5%		53.5%	
		④ 生活習慣病対象者 一人あたり	健診受診者	15,816円		10,904円		10,848円		11,327円		10,572円		9,063円	
		⑤ 健診未受診者		22,055円		24,339円		32,302円		24,031円		23,010円		37,482円	
		⑥ 糖尿病医療費		4233万円		3997万円		3645万円		3946万円		3845万円		4061万円	
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		8.0%		8.5%		7.3%		9.1%		9.3%		11.3%	
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		1億1710万円		1億2913万円		1億1306万円		1億2881万円		1億1777万円			
		⑨ 1件あたり		31,856円		35,830円		32,611円		36,583円		33,659円			
		⑩ 糖尿病入院総医療費		9911万円		9576万円		8712万円		7140万円		1億0569万円			
		⑪ 1件あたり		660,720円		634,205円		732,111円		673,617円		723,877円			
		⑫ 在院日数		15日		16日		17日		17日		15日			
		⑬ 慢性腎不全医療費		6147万円		5647万円		4933万円		5362万円		4844万円		2783万円	
		⑭ 透析有り		5397万円		5479万円		4685万円		5272万円		4418万円		2567万円	
⑮ 透析なし		750万円		169万円		247万円		90万円		426万円		216万円			
7	介護	① 介護給付費		6億8111万円		7億0343万円		7億2255万円		7億4213万円		7億1287万円		8億6719万円	
		② (2号認定者)糖尿病合併症		1件 33.3%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		2人 1.6%		4人 3.2%		1人 0.8%		1人 0.8%		0人 0.0%		622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

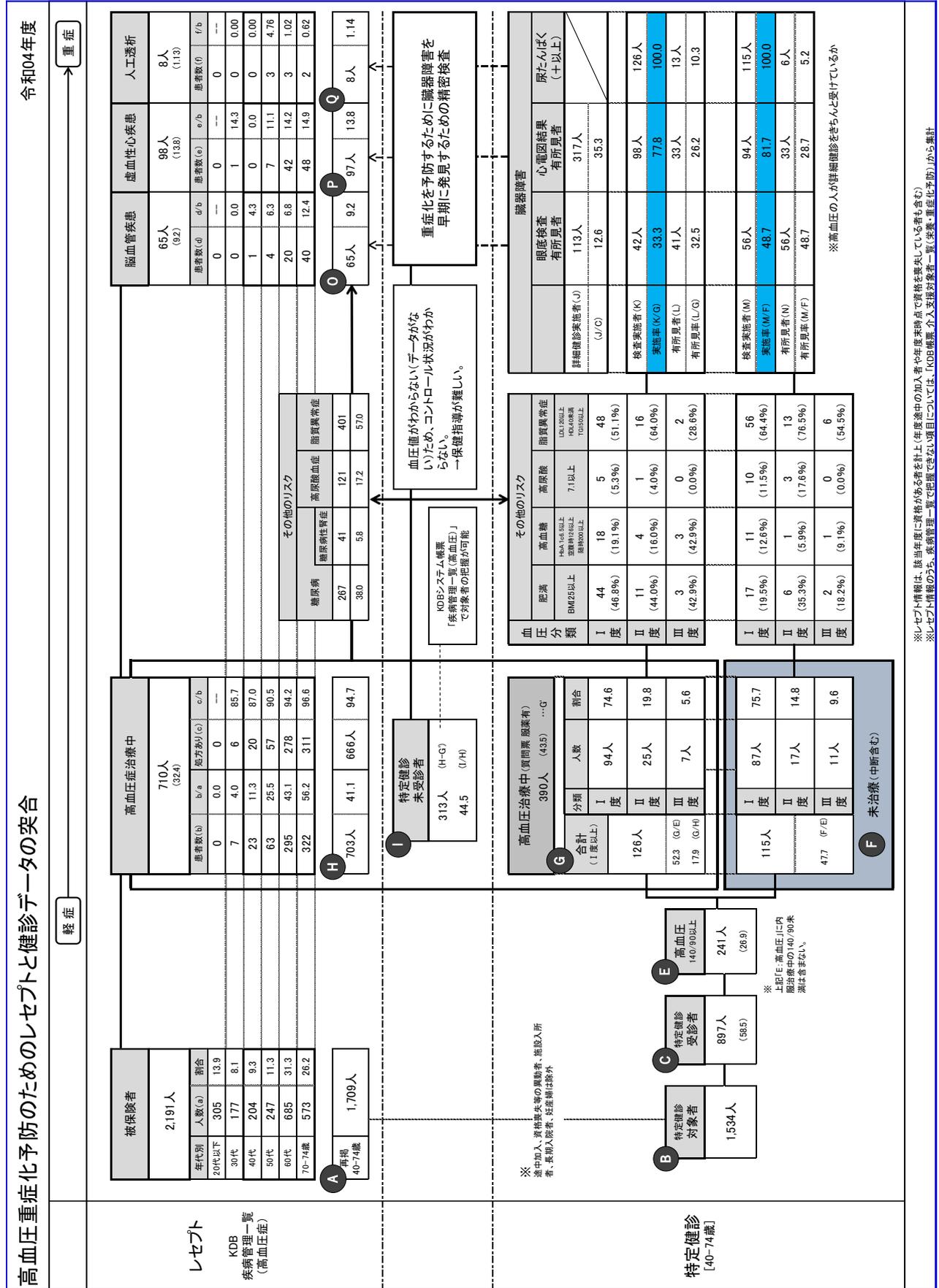


※途中加入、遺精喪失等の異動者、施設入所者、養育入院者、妊娠届出除外

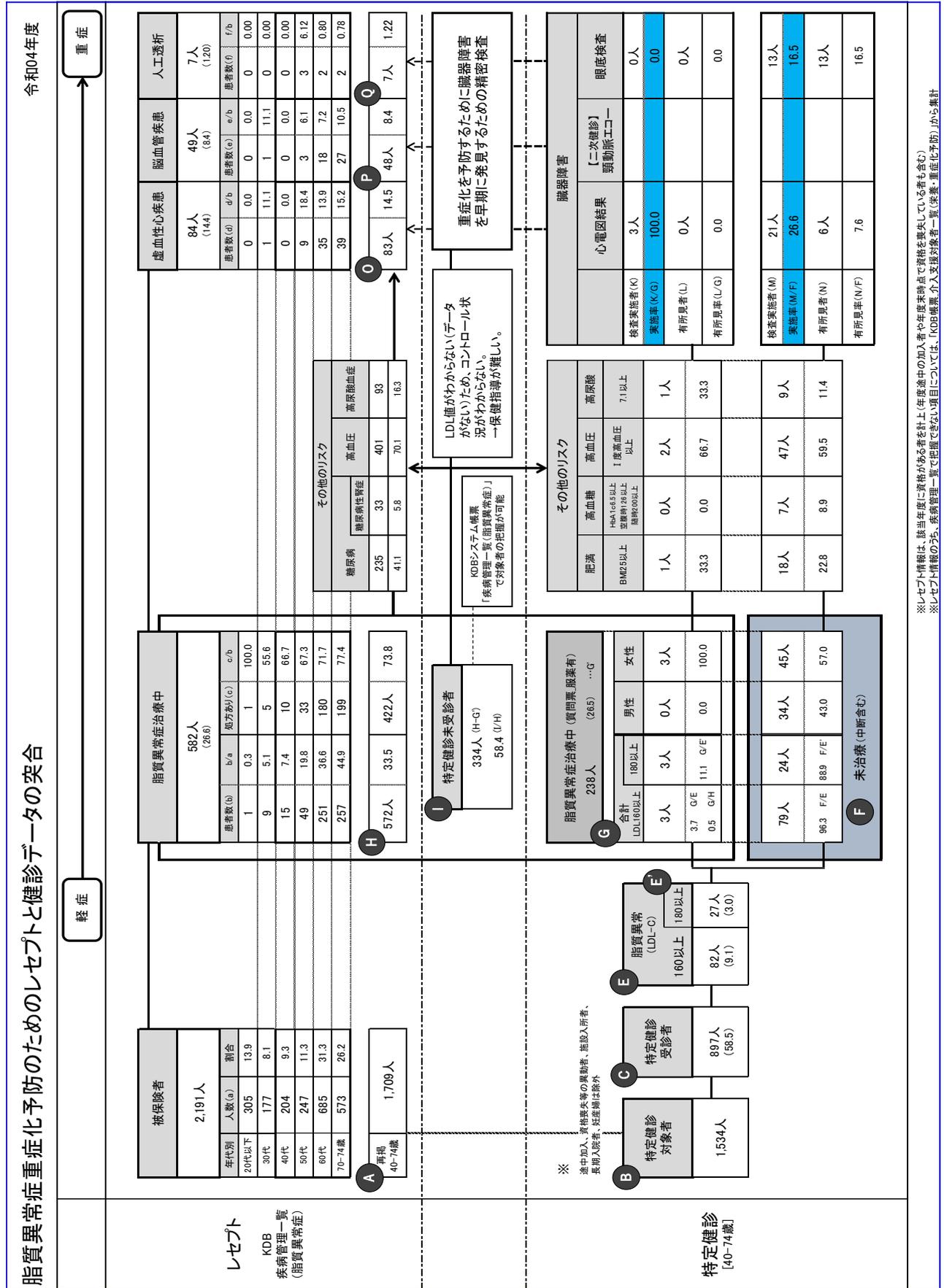
※J-Kは随時血値のみ実施者は含まない

※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を専断している者も含む)

※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検索一覧(疾病・重症化予防)」から集計



参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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

参考資料7 HbA1Cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	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	914	346	37.9%	342	37.4%	155	17.0%	38	4.2%	19	2.1%	14	1.5%	23	2.5%	11	1.2%
H30	1,019	392	38.5%	360	35.3%	177	17.4%	46	4.5%	32	3.1%	12	1.2%	24	2.4%	9	0.9%
R01	1,003	414	41.3%	346	34.5%	166	16.6%	43	4.3%	27	2.7%	7	0.7%	20	2.0%	4	0.4%
R02	906	451	49.8%	275	30.4%	100	11.0%	44	4.9%	23	2.5%	13	1.4%	23	2.5%	8	0.9%
R03	952	463	48.6%	308	32.4%	117	12.3%	33	3.5%	18	1.9%	13	1.4%	20	2.1%	7	0.7%
R04	895	384	42.9%	308	34.4%	120	13.4%	35	3.9%	32	3.6%	16	1.8%	31	3.5%	14	1.6%

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		7.8%
					再)7.0以上	未治療	治療	3.6%	7.8%	
H29	914	346	342	155	71	27	44	7.8%	3.6%	7.8%
H30	1,019	392	360	177	90	39	51	8.8%	4.3%	8.8%
R01	1,003	414	346	166	77	34	43	7.7%	3.4%	7.7%
R02	906	451	275	100	80	24	56	8.8%	4.0%	8.8%
R03	952	463	308	117	64	17	47	6.7%	3.3%	6.7%
R04	895	384	308	120	83	28	55	9.3%	5.4%	9.3%

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	80	8.8%	7	8.8%	8	10.0%	21	26.3%	17	21.3%	17	21.3%	10	12.5%	19	23.8%	8	10.0%
	H30	93	9.1%	6	6.5%	12	12.9%	24	25.8%	20	21.5%	26	28.0%	5	5.4%	13	14.0%	4	4.3%
	R01	86	8.6%	7	8.1%	9	10.5%	27	31.4%	19	22.1%	23	26.7%	1	1.2%	13	15.1%	1	1.2%
	R02	94	10.4%	6	6.4%	12	12.8%	20	21.3%	27	28.7%	19	20.2%	10	10.6%	19	20.2%	5	5.3%
	R03	91	9.6%	0	0.0%	19	20.9%	25	27.5%	24	26.4%	15	16.5%	8	8.8%	15	16.5%	3	3.3%
	R04	83	9.3%	3	3.6%	8	9.6%	17	20.5%	17	20.5%	26	31.3%	12	14.5%	25	30.1%	10	12.0%
治療なし	H29	834	91.2%	339	40.6%	334	40.0%	134	16.1%	21	2.5%	2	0.2%	4	0.5%	4	0.5%	3	0.4%
	H30	926	90.9%	386	41.7%	348	37.6%	153	16.5%	26	2.8%	6	0.6%	7	0.8%	11	1.2%	5	0.5%
	R01	917	91.4%	407	44.4%	337	36.8%	139	15.2%	24	2.6%	4	0.4%	6	0.7%	7	0.8%	3	0.3%
	R02	812	89.6%	445	54.8%	263	32.4%	80	9.9%	17	2.1%	4	0.5%	3	0.4%	4	0.5%	3	0.4%
	R03	861	90.4%	463	53.8%	289	33.6%	92	10.7%	9	1.0%	3	0.3%	5	0.6%	5	0.6%	4	0.5%
	R04	812	90.7%	381	46.9%	300	36.9%	103	12.7%	18	2.2%	6	0.7%	4	0.5%	6	0.7%	4	0.5%

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	918	200	21.8%	157	17.1%	249	27.1%	238	25.9%	64	7.0%	10	1.1%
H30	1,027	245	23.9%	150	14.6%	313	30.5%	241	23.5%	66	6.4%	12	1.2%
R01	1,006	242	24.1%	174	17.3%	325	32.3%	204	20.3%	53	5.3%	8	0.8%
R02	910	185	20.3%	151	16.6%	298	32.7%	226	24.8%	41	4.5%	9	1.0%
R03	954	214	22.4%	160	16.8%	280	29.4%	239	25.1%	46	4.8%	15	1.6%
R04	897	202	22.5%	160	17.8%	294	32.8%	181	20.2%	42	4.7%	18	2.0%

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

重症化しやすい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	割合
					再Ⅲ度高血圧	再掲						
						人数	割合					
H29	918	357 38.9%	249 27.1%	238 25.9%	74 8.1%	42 56.8%	32 43.2%	10 1.1%	6 60.0%	4 40.0%	8.1%	
H30	1,027	395 38.5%	313 30.5%	241 23.5%	78 7.6%	48 61.5%	30 38.5%	12 1.2%	9 75.0%	3 25.0%	7.6%	
R01	1,006	416 41.4%	325 32.3%	204 20.3%	61 6.1%	37 60.7%	24 39.3%	8 0.8%	2 25.0%	6 75.0%	6.1%	
R02	910	336 36.9%	298 32.7%	226 24.8%	50 5.5%	28 56.0%	22 44.0%	9 1.0%	6 66.7%	3 33.3%	5.5%	
R03	954	374 39.2%	280 29.4%	239 25.1%	61 6.4%	29 47.5%	32 52.5%	15 1.6%	9 60.0%	6 40.0%	6.4%	
R04	897	362 40.4%	294 32.8%	181 20.2%	60 6.7%	28 46.7%	32 53.3%	18 2.0%	11 61.1%	7 38.9%	6.7%	

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	360	39.2%	50	13.9%	56	15.6%	108	30.0%	114	31.7%	28	7.8%	4	1.1%
	H30	389	37.9%	51	13.1%	66	17.0%	117	30.1%	125	32.1%	27	6.9%	3	0.8%
	R01	387	38.5%	48	12.4%	79	20.4%	142	36.7%	94	24.3%	18	4.7%	6	1.6%
	R02	373	41.0%	44	11.8%	58	15.5%	130	34.9%	119	31.9%	19	5.1%	3	0.8%
	R03	402	42.1%	45	11.2%	76	18.9%	122	30.3%	127	31.6%	26	6.5%	6	1.5%
治療なし	H29	558	60.8%	150	26.9%	101	18.1%	141	25.3%	124	22.2%	36	6.5%	6	1.1%
	H30	638	62.1%	194	30.4%	84	13.2%	196	30.7%	116	18.2%	39	6.1%	9	1.4%
	R01	619	61.5%	194	31.3%	95	15.3%	183	29.6%	110	17.8%	35	5.7%	2	0.3%
	R02	537	59.0%	141	26.3%	93	17.3%	168	31.3%	107	19.9%	22	4.1%	6	1.1%
	R03	552	57.9%	169	30.6%	84	15.2%	158	28.6%	112	20.3%	20	3.6%	9	1.6%
R04	507	56.5%	153	30.2%	86	17.0%	153	30.2%	87	17.2%	17	3.4%	11	2.2%	

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H29	918	454	49.5%	229	24.9%	139	15.1%	68	7.4%	28	3.1%
	H30	1,027	504	49.1%	267	26.0%	158	15.4%	61	5.9%	37	3.6%
	R01	1,006	515	51.2%	248	24.7%	147	14.6%	70	7.0%	26	2.6%
	R02	910	483	53.1%	210	23.1%	143	15.7%	48	5.3%	26	2.9%
	R03	954	500	52.4%	236	24.7%	136	14.3%	55	5.8%	27	2.8%
R04	897	489	54.5%	214	23.9%	112	12.5%	55	6.1%	27	3.0%	
男性	H29	432	237	54.9%	98	22.7%	57	13.2%	28	6.5%	12	2.8%
	H30	497	277	55.7%	116	23.3%	67	13.5%	25	5.0%	12	2.4%
	R01	482	277	57.5%	108	22.4%	58	12.0%	29	6.0%	10	2.1%
	R02	428	253	59.1%	82	19.2%	63	14.7%	24	5.6%	6	1.4%
	R03	454	256	56.4%	106	23.3%	61	13.4%	24	5.3%	7	1.5%
	R04	426	245	57.5%	101	23.7%	46	10.8%	24	5.6%	10	2.3%
女性	H29	486	217	44.7%	131	27.0%	82	16.9%	40	8.2%	16	3.3%
	H30	530	227	42.8%	151	28.5%	91	17.2%	36	6.8%	25	4.7%
	R01	524	238	45.4%	140	26.7%	89	17.0%	41	7.8%	16	3.1%
	R02	482	230	47.7%	128	26.6%	80	16.6%	24	5.0%	20	4.1%
	R03	500	244	48.8%	130	26.0%	75	15.0%	31	6.2%	20	4.0%
	R04	471	244	51.8%	113	24.0%	66	14.0%	31	6.6%	17	3.6%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	918	454 49.5%	229 24.9%	139 15.1%	96	80	16	3.1%	10.5%
					28	25	3		
H30	1,027	504 49.1%	267 26.0%	158 15.4%	98	88	10	3.6%	9.5%
					37	33	4		
R01	1,006	515 51.2%	248 24.7%	147 14.6%	96	83	13	2.6%	9.5%
					26	23	3		
R02	910	483 53.1%	210 23.1%	143 15.7%	74	67	7	2.9%	8.1%
					26	22	4		
R03	954	500 52.4%	236 24.7%	136 14.3%	82	76	6	2.8%	8.6%
					27	25	2		
R04	897	489 54.5%	214 23.9%	112 12.5%	82	79	3	3.0%	9.1%
					27	24	3		

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	207	22.5%	121	58.5%	51	24.6%	19	9.2%	13	6.3%	3	1.4%
	H30	229	22.3%	143	62.4%	48	21.0%	28	12.2%	6	2.6%	4	1.7%
	R01	247	24.6%	156	63.2%	52	21.1%	26	10.5%	10	4.0%	3	1.2%
	R02	247	27.1%	173	70.0%	49	19.8%	18	7.3%	3	1.2%	4	1.6%
	R03	261	27.4%	186	71.3%	53	20.3%	16	6.1%	4	1.5%	2	0.8%
	R04	238	26.5%	170	71.4%	52	21.8%	13	5.5%	0	0.0%	3	1.3%
治療なし	H29	711	77.5%	333	46.8%	178	25.0%	120	16.9%	55	7.7%	25	3.5%
	H30	798	77.7%	361	45.2%	219	27.4%	130	16.3%	55	6.9%	33	4.1%
	R01	759	75.4%	359	47.3%	196	25.8%	121	15.9%	60	7.9%	23	3.0%
	R02	663	72.9%	310	46.8%	161	24.3%	125	18.9%	45	6.8%	22	3.3%
	R03	693	72.6%	314	45.3%	183	26.4%	120	17.3%	51	7.4%	25	3.6%
	R04	659	73.5%	319	48.4%	162	24.6%	99	15.0%	55	8.3%	24	3.6%