

# 巨理町国民健康保険

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3月



# 目 次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1. 背景・目的	
2. 計画の位置づ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) 関係課の役割	
(2) 関係機関との連携	
(3) 地域の保健医療関係機関の役割	
(4) 被保険者の役割	
5. 保険者努力支援制度	
第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の 明確化	9
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(特定健康診査等実施計画)	33
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. 個人情報の保護
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・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 40

1. 保健事業の方向性
2. 重症化予防の取り組み
  - (1) 脳血管疾患重症化予防
  - (2) 糖尿病性腎症重症化予防
  - (3) 虚血性心疾患重症化予防
  - (4) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 60

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・・・・・・・・・・・・・・ 61

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

## 資料編・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 62

# 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

## 1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略<sup>※1</sup>」において、「全ての健康保険組合に対し、診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する。」とされました。

平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（以下「国指針」という。）において、市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル<sup>※2</sup>に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。

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）<sup>※3</sup>」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取り組みの推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表<sup>※4</sup>2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

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

このような国の動きや本町の課題等を踏まえ、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）」（以下「本計画」という。）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

本計画は、亘理町国民健康保険被保険者（以下「被保険者」という。）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・効率的な保健事業の推進を図るため、特定健康診査等の結果やレセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、P D C Aサイクルに沿って運用していきます。

計画の策定に当たっては、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、「みやぎ21健康プラン」や「第3次健康わたり21」、「宮城県医療費適正化計画」、「第9期亘理町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」、国民健康保険運営方針と調和・連携を図ります。（図表1）

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

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）<sup>※5</sup>」（以下「プログラム」という。）は、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当たり、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、プログラムの基本的な考え方に基づいて保健事業を展開します。（図表2、3、4、5）

以上を踏まえ、本町では、国保データベース（以下「KDB<sup>※6</sup>」という。）を活用して特定健診の結果やレセプト、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、国保被保険者の健康の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）

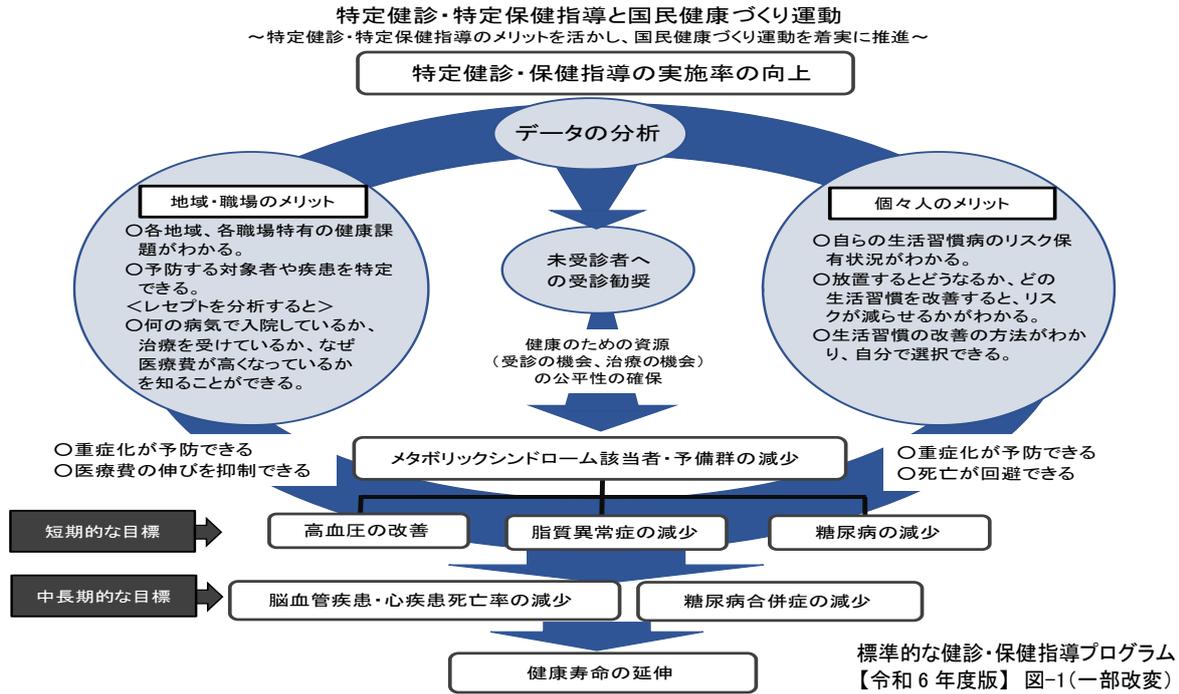
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施（データヘルス）計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

※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

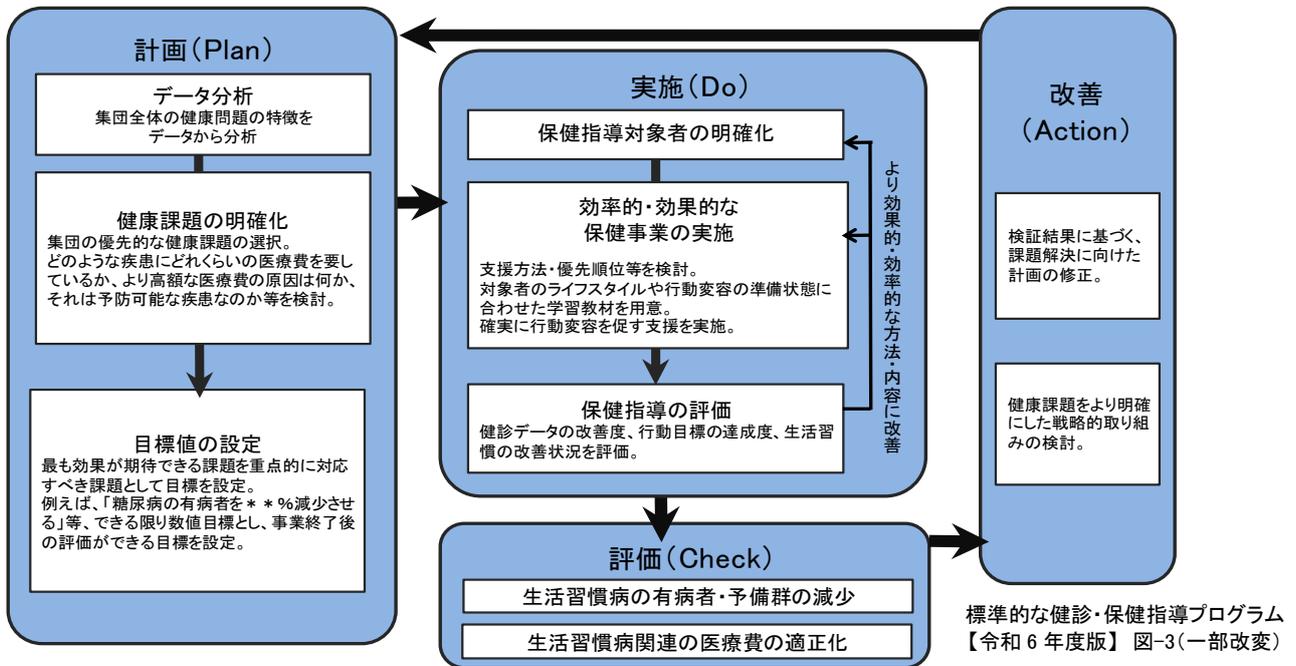
	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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 康づくりの展開により実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	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若年期・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		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、 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 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)  6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③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



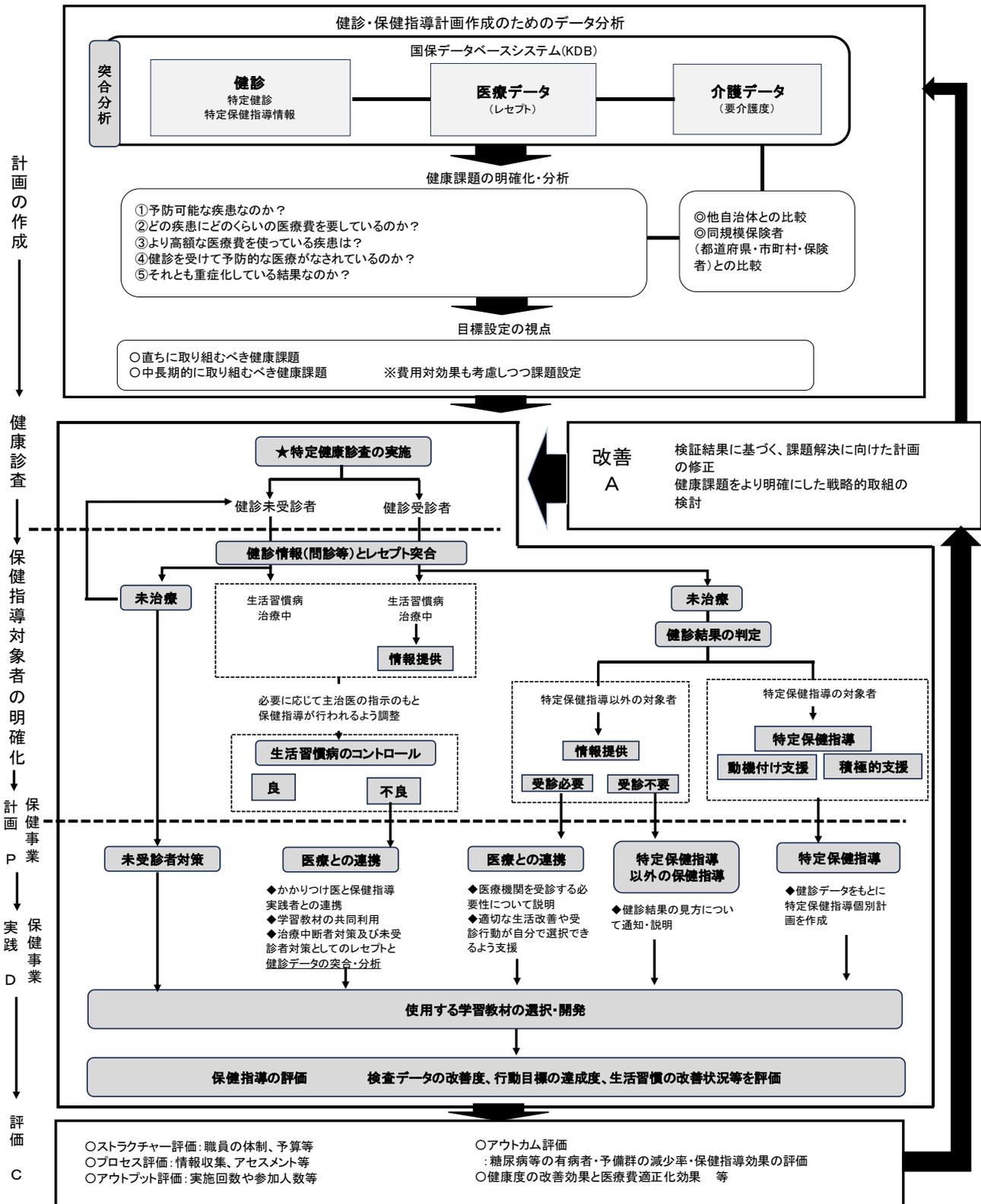
注) プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取り組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸については社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

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(Action))サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

図表4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ（一部改変）

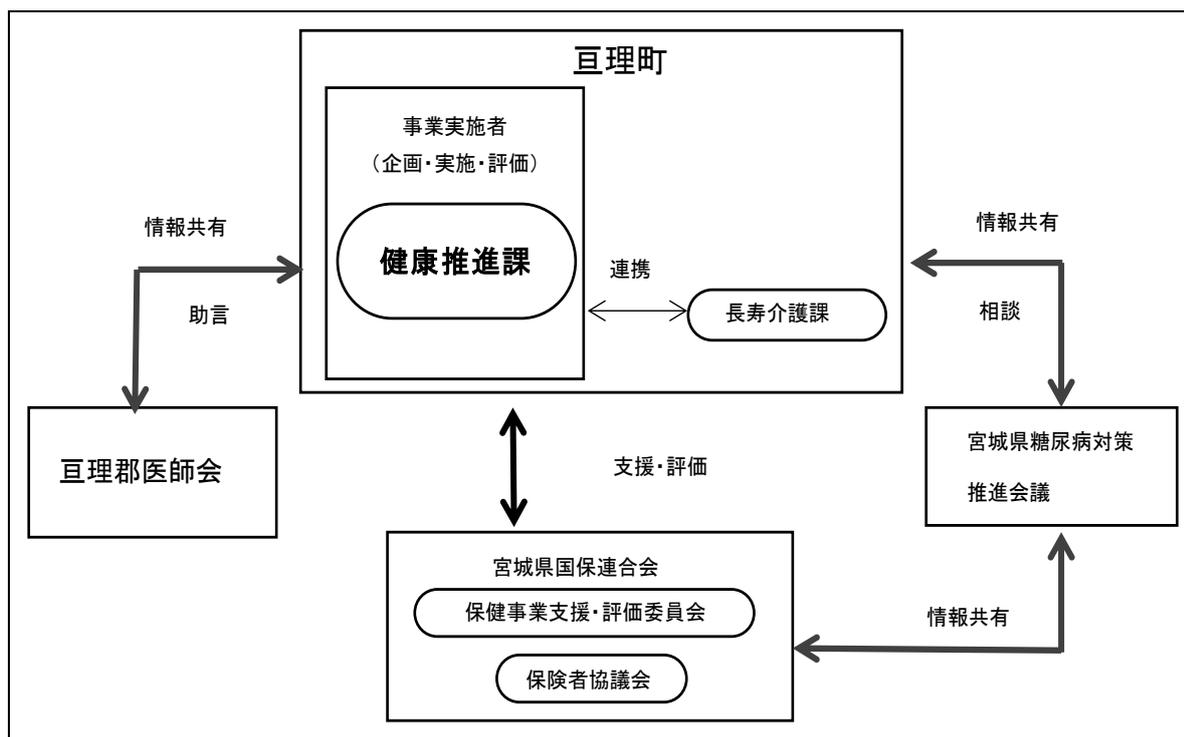


標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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



図表 6 亘理町の実施体制図



## (2) 関係機関との連携

本計画の実効性を高めるためには、計画の策定から評価までの一連のプロセスにおいて、共同保険者である宮城県のほか、宮城県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会などの外部有識者との連携・協力が重要です。国保連からは、健診・レセプトデータ等による課題抽出や事業実施後の評価分析などにおけるKDBを活用したデータ分析等の技術支援、職員向け研修を受けており、今後もこうした支援の充実が期待されます。

## (3) 地域の保健医療関係機関の役割

亘理郡医師会をはじめ、岩沼歯科医師会、岩沼薬剤師会等の関係機関と連携し、情報共有や保健事業について相談を積極的に行い、計画の実効性を高めるよう努めます。

## (4) 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の重要性を理解し、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、被保険者の代表も参画する「亘理町国民健康保険事業の運営に関する協議会」において計画策定に関する意見交換等を行いました。

## 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や健康づくりの取り組み等に対する支援を行うため、保険者の取り組み状況に応じて国が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。

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を創設し、「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取り組みを後押ししています（事業費分・事業費連動分）。

保険者努力支援制度は、健康増進と医療費適正に取り組むことで、交付額が傾斜配分される制度で、特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上や生活習慣病の発症・重症化予防の取り組み等の実施状況を高く評価する配点となっています。毎年の実績や実施状況を見ながら配点の見直しが行われており、全国順位が毎年公表されています。本町は、令和4年度では全国1741市町村中22位で、2,083万円交付されました。（図表7）

計画に沿って質の高い保健事業を展開するためには、保険者努力支援制度の財源が必要不可欠であることから、今後も、本制度を積極的かつ効果的・効率的に活用していきます。

図表7 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		
		巨理町	配点	巨理町	配点	巨理町	配点	
交付額(万円)		1,869		2,083		未決定		
全国順位(1,741市町村中)		380位		22位		67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	70	90	70	145	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	70	40	72	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	60	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	50	50	50	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	110	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	20	100	70	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	30	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	38	40	43	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	80	95	86	100	68	100
合計点		653	1,000	789	960	740	940	

## 第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1. 保険者の特性

本町の人口は約3万2千人で、高齢化率は31.6%（令和2年度国勢調査）でした。高齢化率及び被保険者の平均年齢は同規模、県、国と比較して高く、高齢化率と対照的に出生率は低くなっています。

町の産業をみると、同規模、県、国と比較して第1次産業、第2次産業の割合が高く、第3次産業が60.9%と低くなっています。被保険者の年齢、職業、生活習慣などを考慮し、それぞれの健康課題を明確にすることが重要です。（図表8）

国民健康保険（以下「国保」という。）加入率は22.2%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歳の前期高齢者が約半数を占めています。（図表9）

図表8 同規模・県・国と比較した巨理町の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
巨理町	32,913	31.6	7,320 (22.2)	56.3	5.6	11.1	0.6	7.3	31.8	60.9
同規模	--	29.1	20.6	54.2	6.8	10.7	0.7	5.4	28.7	66.0
県	--	28.3	20.4	54.1	6.4	10.9	0.6	4.5	23.4	72.1
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、巨理町と同規模保険者（147市町村）の平均値

図表9 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	7,924		7,774		7,700		7,571		7,320	
65～74歳	3,861	48.7	3,901	50.2	3,960	51.4	3,982	52.6	3,789	51.8
40～64歳	2,426	30.6	2,296	29.5	2,273	29.5	2,181	28.8	2,126	29.0
39歳以下	1,637	20.7	1,577	20.3	1,467	19.1	1,408	18.6	1,405	19.2
加入率	23.7		23.2		23.0		22.6		22.2	

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

## 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

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、中期的な目標は「計画最終年度には平成28年度と比較して、虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病の3つの疾患の医療費を3%減少させる」こと、長期的な目標は「入院医療費の伸び率を最終年度までに同規模町村並みとする」にしました。

2つ目は短期的な目標として、虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病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などを減らしていくこと」と設定しました。(図表2参照)

#### ①中長期目標の達成状況

##### ア 医療費の状況

本町の医療費は、被保険者の減少に伴い総医療費は低下傾向である一方、1人当たりの医療費は増加しています。

入院医療費は、全体のレセプト件数のわずか2.4%にもかかわらず、医療費全体の約4割を占めており、平成30年度と令和4年度を比較すると令和4年度の1件当たりの入院医療費は約1割増加しています。(図表10)

年齢調整をした地域差指数をみると、入院は全国平均の1を下回っています。1人当たりの医療費を上げる要因が入院であり、入院を抑制するには、引き続き生活習慣病の重症化予防の取り組みに力を入れる必要があります。(図表11)

図表 10 医療費の推移

	巨理町		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)	7,924人	7,320人	--	--	--	
前期高齢者割合	3,861人 (48.7%)	3,789人 (51.8%)	--			
総医療費	29億1249万円	28億1970万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	367,553 県内10位 同規模32位	385,205 県内22位 同規模36位	361,243	364,684	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	529,970	585,530	613,590	604,740	617,950
	費用の割合	39.6	39.4	40.4	38.7	39.6
	件数の割合	2.6	2.4	2.6	2.5	2.5
外来	1件あたり費用額	21,840	22,470	24,230	24,460	24,220
	費用の割合	60.4	60.6	59.6	61.3	60.4
	件数の割合	97.4	97.6	97.4	97.5	97.5
受診率	849.345	865.758	735.303	761.032	705.439	

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は巨理町と同規模保険者147市町村の平均値を表す

図表 11 一人当たり（年齢調整後）地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	巨理町 (県内市町村中)		県 (47県中)	巨理町 (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	1.050	1.018	1.015	0.953	0.941	0.907
		(11位)	(20位)	(25位)	(7位)	(11位)	(35位)
	入院	1.048	0.967	0.990	0.874	0.856	0.843
		(14位)	(25位)	(31位)	(9位)	(15位)	(37位)
	外来	1.081	1.070	1.046	1.052	1.044	0.982
		(9位)	(8位)	(9位)	(2位)	(2位)	(23位)

出典：地域差分析(厚労省)

※地域差指数は、医療費の地域差を指す指標で、一人あたり医療費について全国平均を1として指数化したもの。

### イ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病が総医療費に占める割合は、平成30年度と比べて令和4年度は、脳血管疾患が1.1%減の1.57%、虚血性心疾患は0.86%減の0.99%、腎疾患は慢性腎不全（透析あり）で0.4%増の4.79%、中長期目標疾患の医療費の合計は1.22%減の7.53%と減少しています。（図表12）

また、これらの疾患の治療状況を平成30年度と令和4年度を比較すると、脳血管疾患の割合は増加、虚血性心疾患の割合は減少し、人工透析の割合は横ばいで推移しています。

(図表 13)

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、長期にわたって患者本人や家族の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病の発症予防及び重症化予防の対策が重要です。

図表 12 中長期目標疾患の医療費の推移

		巨理町		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)		29億1249万円	28億1970万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		2億6741万円	2億1230万円	--	--	--	
		9.18%	7.53%	8.08%	9.07%	8.03%	
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.65%	1.57%	2.01%	1.83%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.85%	0.99%	1.52%	1.64%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.39%	4.79%	4.24%	5.33%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.29%	0.18%	0.31%	0.27%	0.29%
その 他の	悪性新生物		16.62%	18.40%	16.85%	17.31%	16.69%
	筋・骨疾患		8.72%	9.32%	8.78%	8.09%	8.68%
	精神疾患		7.86%	8.35%	7.71%	6.92%	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 13 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	7,924	7,320	a	607	575	831	683	31	27	
				a/A	7.7%	7.9%	10.5%	9.3%	0.4%	0.4%	
40歳以上	B	6,287	5,915	b	598	569	825	679	31	27	
	B/A	79.3%	80.8%	b/B	9.5%	9.6%	13.1%	11.5%	0.5%	0.5%	
再掲	40~64歳	C	2,426	2,126	c	119	100	179	125	10	9
		C/A	30.6%	29.0%	c/C	4.9%	4.7%	7.4%	5.9%	0.4%	0.4%
	65~74歳	D	3,861	3,789	d	479	469	646	554	21	18
		D/A	48.7%	51.8%	d/D	12.4%	12.4%	16.7%	14.6%	0.5%	0.5%

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

## ウ 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定率は、第2号被保険者は0.33%で同規模町村と比べてほぼ横ばいですが、第1号被保険者では18.9%と高い状況です。平成30年度と令和4年度を比べてやや減少傾向となっています。(図表14)

また、介護給付費の総給付費は、平成30年度と令和4年度を比べて増加しています。一方で、1人当たりの介護給付費は減少し、同規模町村・県・国と比べても低い状況です。(図表15)

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が上位を占めており、第2号被保険者で6割以上、第1号被保険者でも約4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、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16)

図表14 要介護認定者(率)の状況

	亶理町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	9,361人	28.0%	10,389人	31.6%	29.1%	28.3%	28.7%
2号認定者	51人	0.45%	36人	0.33%	0.35%	0.39%	0.38%
新規認定者	10人		9人		--	--	--
1号認定者	1,812人	19.4%	1,939人	18.9%	17.0%	19.3%	19.4%
新規認定者	240人		267人		--	--	--
再掲	65～74歳	213人	4.3%	246人	4.5%	--	--
		新規認定者		48人		46人	--
	75歳以上	1,599人	36.0%	1,693人	34.6%	--	--
		新規認定者		192人		221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15 介護給付費の変化

	亶理町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	25億8200万円	26億4179万円	--	--	--
一人当たりの給付費(円)	275,825	254,287	259,723	283,181	290,668
1件当たりの給付費(円)全体	58,662	56,833	63,000	64,123	59,662
居宅サービス	38,620	36,911	41,449	42,075	41,272
施設サービス	274,931	282,224	292,001	296,026	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 16 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)		36		246		1,693		1,939		1,975		
再)国保・後期		17		201		1,644		1,845		1,862		
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	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
	循環器疾患	1	脳血管疾患	11 64.7%	脳血管疾患	90 44.8%	虚血性心疾患	847 51.5%	虚血性心疾患	901 48.8%	虚血性心疾患	906 48.7%
		2	虚血性心疾患	5 29.4%	虚血性心疾患	54 26.9%	脳血管疾患	618 37.6%	脳血管疾患	708 38.4%	脳血管疾患	719 38.6%
		3	腎不全	3 17.6%	腎不全	25 12.4%	腎不全	270 16.4%	腎不全	295 16.0%	腎不全	298 16.0%
	合併症	4	糖尿病合併症	2 11.8%	糖尿病合併症	27 13.4%	糖尿病合併症	198 12.0%	糖尿病合併症	225 12.2%	糖尿病合併症	227 12.2%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			14 82.4%	基礎疾患	172 85.6%	基礎疾患	1,556 94.6%	基礎疾患	1,728 93.7%	基礎疾患	1,742 93.6%
	血管疾患合計			15 88.2%	合計	177 88.1%	合計	1,577 95.9%	合計	1,754 95.1%	合計	1,769 95.0%
	認知症		認知症	2 11.8%	認知症	50 24.9%	認知症	594 36.1%	認知症	644 34.9%	認知症	646 34.7%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	15 88.2%	筋骨格系	167 83.1%	筋骨格系	1,558 94.8%	筋骨格系	1,725 93.5%	筋骨格系	1,740 93.4%

## ②短期目標の達成状況

### ア 短期目標疾患の患者数と合併症の状況

短期的な目標の疾患である高血圧症・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、高血圧症・脂質異常症の治療者の割合は増え、糖尿病の治療者の割合は減少しています。こうした疾患の重症化等による、虚血性心疾患は減少していますが、人工透析は横ばい、脳血管疾患は増加傾向となっています。(図表 17、18、19)

本町では、特定健診結果から治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨とあわせて保健指導を個別に実施しました。今後はより充実した保健指導を実施することが必要と考えます。

図表 17 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	2,887	2,918	728	659	2,159	2,259	
	A/被保数	45.9%	49.3%	30.0%	31.0%	55.9%	59.6%	
(中長期併症目標疾患)	脳血管疾患	B	334	353	66	55	268	298
		B/A	11.6%	12.1%	9.1%	8.3%	12.4%	13.2%
	虚血性心疾患	C	505	420	109	69	396	351
		C/A	17.5%	14.4%	15.0%	10.5%	18.3%	15.5%
	人工透析	D	31	26	10	8	21	18
		D/A	1.1%	0.9%	1.4%	1.2%	1.0%	0.8%

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

図表 18 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	1,707	1,588	427	363	1,280	1,225	
	A/被保数	27.2%	26.8%	17.6%	17.1%	33.2%	32.3%	
(中長期併症目標疾患)	脳血管疾患	B	200	187	43	28	157	159
		B/A	11.7%	11.8%	10.1%	7.7%	12.3%	13.0%
	虚血性心疾患	C	329	273	78	49	251	224
		C/A	19.3%	17.2%	18.3%	13.5%	19.6%	18.3%
	人工透析	D	16	12	5	5	11	7
		D/A	0.9%	0.8%	1.2%	1.4%	0.9%	0.6%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	198	214	56	52	142	162
		E/A	11.6%	13.5%	13.1%	14.3%	11.1%	13.2%
	糖尿病性網膜症	F	153	143	42	37	111	106
		F/A	9.0%	9.0%	9.8%	10.2%	8.7%	8.7%
	糖尿病性神経障害	G	45	37	14	10	31	27
		G/A	2.6%	2.3%	3.3%	2.8%	2.4%	2.2%

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

図表 19 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	2,750	2,804	713	663	2,037	2,141	
	A/被保数	43.7%	47.4%	29.4%	31.2%	52.8%	56.5%	
(中長期併症目標疾患)	脳血管疾患	B	263	274	48	37	215	237
		B/A	9.6%	9.8%	6.7%	5.6%	10.6%	11.1%
	虚血性心疾患	C	465	410	108	74	357	336
		C/A	16.9%	14.6%	15.1%	11.2%	17.5%	15.7%
	人工透析	D	18	22	6	7	12	15
		D/A	0.7%	0.8%	0.8%	1.1%	0.6%	0.7%

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

## イ 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

特定健診結果からⅡ度高血圧※7・HbA1c※8 7.0%以上の該当者を平成30年度と令和3年度で比較すると、該当者の割合が増加しています。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、未治療のまま放置されている方がⅡ度高血圧で約40%、HbA1c 7.0%で約10%おり、その割合は全国448市町村平均と比較しても高い状況です。(図表20)

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、治療が必要な方には医療受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要です。

図表20 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度高血圧以上											
					Ⅱ度高血圧以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報(R03.4~R04.3)			
	受診者A	受診率	受診者B	受診率			未治療(内服なし)				未治療(内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
巨理町	2,605	41.4	2,674	43.4	108	4.1	74	68.5	176	6.6	109	61.9	70	39.8	3	1.7
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_HbA1c7.0%以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報(R03.4~R04.3)			
	HbA1c実施者A	実施率	HbA1c実施者B	実施率			未治療(内服なし)				未治療(内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
巨理町	2,605	100.0	2,674	100.0	122	4.7	51	41.8	138	5.2	38	27.5	14	10.1	4	2.9
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

出典:ヘルスサポートラボツール

※7 Ⅱ度高血圧:高血圧の分類の一つ。

I度高血圧は収縮期血圧が140~159mmHgまたは拡張期血圧が90~99mmHg

Ⅱ度高血圧は収縮期血圧が160~179mmHgまたは拡張期血圧が100~109mmHg

Ⅲ度高血圧は収縮期血圧が180~mmHgまたは拡張期血圧が110~mmHg

※8 HbA1c:赤血球の中にある酸素を運ぶヘモグロビンに血液中の糖が結合したもので、過去1~2か月間の平均血糖値を表す。

## ウ 特定健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積と高血圧などの危険因子を複数保有することで、心疾患や脳血管疾患などの心血管疾患を発症させる可能性があります。これらの危険因子が軽度であっても重複すると、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、メタボリックシンドロームの該当者は平成30年度と令和4年度を比較して4%増加しています（図表21）。

また、重症化予防の観点から、HbA1c 6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-コレステロール160mg/dl以上の該当者の割合を見ると、LDL-コレステロール160mg/dl以上は減少しているものの、HbA1c 6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上は増加しています。翌年度の結果を見ると、Ⅱ度高血圧以上、LDL-コレステロール160以上mg/dlの改善率が上がっています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも約2割存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めるとともに、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけが必要です。（図表22、23、24）

図表21 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	2,605 (41.4%)	531 (20.4%)	152 (5.8%)	379 (14.5%)	368 (14.1%)
R4	2,558 (43.2%)	623 (24.4%)	170 (6.6%)	453 (17.7%)	357 (14.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表22 HbA1c 6.5%以上者の前年度からの変化

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果					
		年度	改善率	変化なし	悪化	健診未受診者	
H30	296 (11.4%)	⇒	R1	85 (28.7%)	126 (42.6%)	33 (11.1%)	52 (17.6%)
R3	339 (12.7%)	⇒	R4	90 (26.5%)	151 (44.5%)	39 (11.5%)	59 (17.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 23 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				
			年度	改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30	108 (4.1%)	⇒	R1	46 (42.6%)	34 (31.5%)	4 (3.7%)	24 (22.2%)
R3	176 (6.6%)	⇒	R4	108 (61.4%)	27 (15.3%)	5 (2.8%)	36 (20.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 LDL-コレステロール 160 mg/dl 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	LDL-コレス テロール 160mg/dl以上		翌年度健診結果				
			年度	改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30	263 (10.1%)	⇒	R1	112 (42.6%)	77 (29.3%)	18 (6.8%)	56 (21.3%)
R3	254 (9.5%)	⇒	R4	125 (49.2%)	56 (22.0%)	14 (5.5%)	59 (23.2%)

出典：ヘルスサポートラボツール

### ③特定健診受診率及び特定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49.0%まで伸びましたが、その後横ばいとなっており、第3期特定健診等実施計画の目標は達成されませんでした。（図表 25）

また、40歳未満を対象に若人健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率をみると40～50歳代は特に低い状況が続いています。（図表 26）

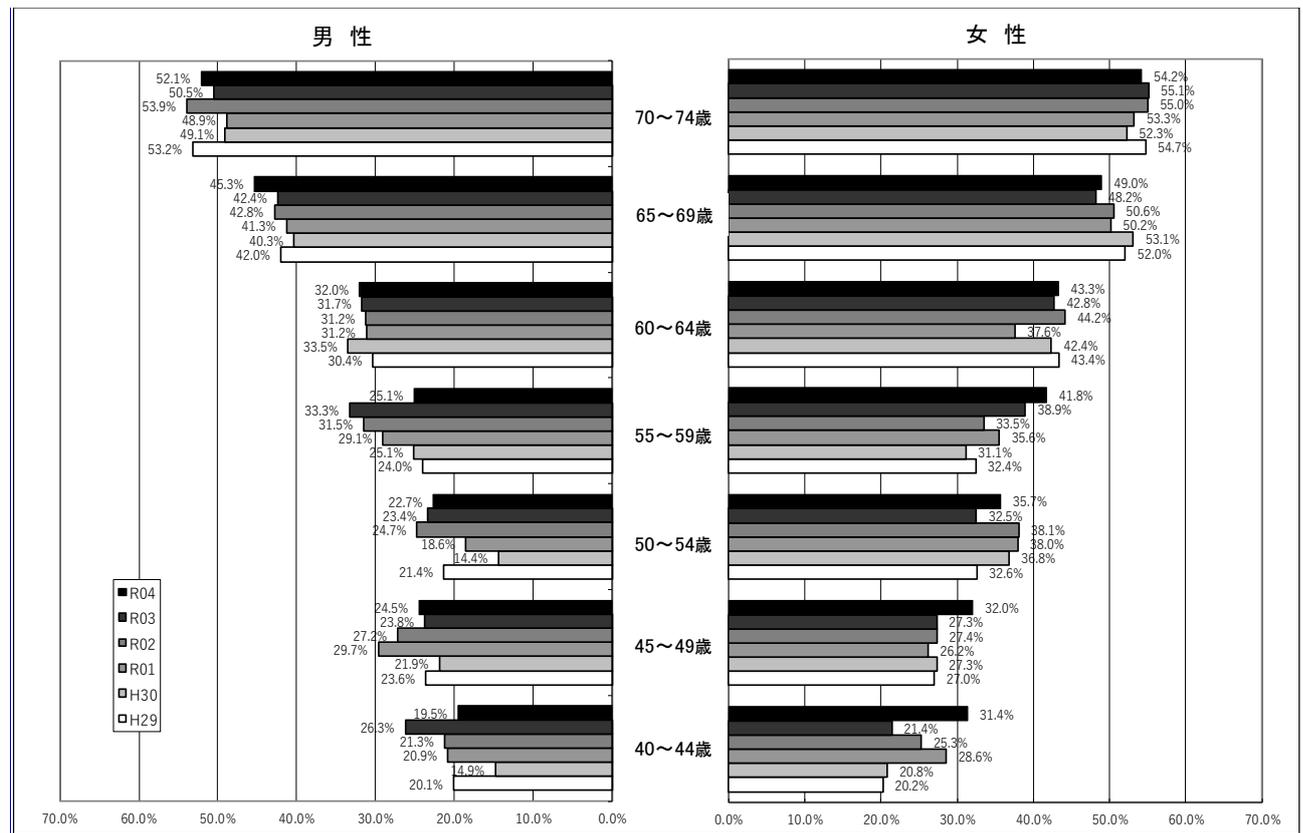
特定保健指導については、令和2年度に新型コロナウイルス感染症の影響で実施率が大きく下がりましたが、その後は増加傾向にあります。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 25 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	2,610	2,627	2,769	2,701	2,576	健診受診率 60%
	受診率	45.8%	46.5%	49.0%	48.2%	48.4%	
特定保健 指導	該当者数	315	345	379	340	290	特定保健指 導実施率 60%
	割合	12.1%	13.1%	13.7%	12.6%	11.3%	
	実施者数	112	196	49	162	159	
	実施率	35.6%	56.8%	12.9%	47.6%	54.8%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 26 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重症化予防の取り組み

#### ア 糖尿病性腎症重症化予防

特定健診結果でHbA1c 6.5%以上の方の割合は、平成30年度と令和4年度を比

較して増加傾向ですが、治療なしの方及びHbA1c 8.0%以上の方は減少しています。  
(図表 27)

また、HbA1c 7.0%以上でメタボリックシンドロームに該当する方の割合は、60%程度で推移しています。(図表 28)

糖尿病は、自覚症状がほとんどないまま進行するため、治療が必要な方には医療受診勧奨を徹底し、重症化を予防することができるよう支援を継続します。

さらに、メタボリックシンドロームの状態は、インスリン抵抗性<sup>※9</sup>を引き起こし血糖値悪化の原因となるため、治療中の方についても医療と連携し、状態に応じた保健指導を引き続き行っていきます。

図表 27 HbA1c 6.5%以上の方の推移と治療状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	2,608	2,607	2,758	2,664	2,558	
HbA1c6.5%以上	人(b)	296	268	348	338	318	
	(b/a)	11.3%	10.3%	12.6%	12.7%	12.4%	
治療なし	人(b)	162	125	153	143	112	
	(b/a)	54.7%	46.6%	44.0%	42.3%	35.2%	
受診した者	人(c)	110	86	94	92	73	
	(c/b)	67.9%	68.8%	61.4%	64.3%	65.2%	
内服治療開始	人(c)	41	25	23	28	21	
	(c/b)	25.3%	20.0%	15.0%	19.6%	18.8%	
(再掲)	HbA1c8.0%以上	人(b)	33	25	31	30	19
	(b/a)	1.3%	1.0%	1.1%	1.1%	0.7%	

図表 28 HbA1c 7.0%以上の方のメタボリックシンドローム該当状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	2,608	2,607	2,758	2,664	2,558
HbA1c7.0%以上	人(b)	122	120	143	138	139
	(b/a)	4.7%	4.6%	5.2%	5.2%	5.4%
メタボリックシンドローム 該当者	人(c)	65	71	88	85	84
	(c/b)	53.3%	59.2%	61.5%	61.6%	60.4%

※9 インスリン抵抗性：血糖を適正に保つためのホルモンであるインスリンが、その血中濃度に見合った作用が得られない状態。特に、内臓脂肪型肥満で示すことが多い。

## イ 心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

本町では心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、特定健診で心電図検査を全員に実施しています。

心電図検査の有所見は2割弱で推移しており、心房細動の有所見者や虚血性心疾患の重症化予防の対象となるST所見※<sup>10</sup>者への、医療受診勧奨を徹底するとともに、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を実施し、重症化を予防することが重要です。(図表 29)

図表 29 心電図検査の結果 有所見者の推移と治療状況

	H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者(人)	2,608	2,607	2,758	2,664	2,558
心電図受診者(人)	2,598	2,592	2,747	2,647	2,530
要医療者(人)	73	82	90	69	65
要指導者(人)	406	361	375	411	381
有所見率	18.4%	17.1%	16.9%	18.1%	17.6%
心房細動(人)	35	30	37	29	24
心房細動未治療(人)	11	11	7	7	5
うち、治療開始(人)	7	6	2	4	1
ST異常所見(人)	159	137	141	140	151
要医療・要精査(人)	18	28	23	16	10
医療機関受診あり(人)	11	16	16	11	7

## ウ 脳血管疾患重症化予防対策

Ⅱ度高血圧以上の方の割合は、令和2年度に7.8%となりましたが、その後、減少傾向となっています。そのうち、治療なしの方は約5割おりますが、治療しているにもかかわらず、Ⅱ度高血圧以上のコントロール不良の方も約5割います。(図表 30) 受診状況や服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導の実施が必要です。

※10 ST所見：心電図の所見の一つ。心臓に栄養を送る血流が十分でない状態のときに出る波形の異常。

図表 30 II 度高血圧以上の推移と治療状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	2,608	2,607	2,758	2,663	2,558	
II 度高血圧以上	人(b)	107	159	214	177	112	
	(b/a)	4.1%	6.1%	7.8%	6.6%	4.4%	
	治療あり	人(c)	33	63	91	68	54
		(c/b)	30.8%	39.6%	42.5%	38.4%	48.2%
	治療なし	人(d)	74	96	123	109	58
		(d/b)	69.2%	60.4%	57.5%	61.6%	51.8%
治療開始	人(e)	22	29	31	33	22	
(e/d)	29.7%	30.2%	25.2%	30.3%	37.9%		
(再掲)	III 度血圧	人(f)	10	23	31	29	16
		(f/a)	0.4%	0.9%	1.1%	1.1%	0.6%
	治療あり	人	2	9	8	3	5
	治療なし	人	8	14	23	26	11

## ② ポピュレーションアプローチ

本町においては、生涯を通じた健康づくりの取り組みとして、町民1人ひとりが、地域の実情を知り、納得したうえで健診を受け、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を行います。

取り組み内容としては、各種団体や行政区単位で出前講座を行い、町民が町の健康課題を身近に考えられるよう、保健指導教材を活用した啓発を継続していく必要があります。

### ③ 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 31 第2期計画目標管理一覧

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	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.7%	1.9%	1.6%	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	1.9%	1.4%	1.0%	
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.4%	4.8%	4.8%	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.3%	1.2%	1.1%	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少		50.0%	0.0%	
	短期目標	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	34.5%	39.0%	38.7%	巨理町健康推進課
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	4.1%	7.8%	4.4%	
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	10.1%	9.6%	7.5%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	11.5%	12.7%	12.5%	
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	1.1%	0.80%	0.40%	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合		32.4%	76.9%	
		糖尿病の保健指導を実施した割合		6.9%	29.9%	
	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	45.8	49.0	48.4	法定報告値
		特定保健指導実施率60%以上	35.6	12.9	54.8	
		特定保健指導対象者の割合の減少	12.1	13.7	11.3	
努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	26.6	23.6	22.8	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	22.0	29.2	25.6	
		大腸がん検診受診者の増加	26.0	36.5	25.2	
		子宮がん検診受診者の増加	25.9	27.4	26.7	
		乳がん検診受診者の増加	24.8	24.9	26.6	
		5つのがん検診の平均受診率の増加	25.1	28.3	25.4	
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	79.9%	83.3%	83.2%	厚生労働省

### (3) 第2期計画に係る考察

中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎臓病の発症予防に重点をおき、積極的に個別保健指導を中心として取り組んできました。

そのため、中長期目標疾患にかかる医療費は減少傾向にありますが、1人当たりの医療費は増加しています。疾患別にみると、虚血性心疾患・脳血管疾患にかかる医療費は減少しました。これは、健診の結果で、血圧やLDL-コレステロール（脂質異常）の治療や管理が必要な方が、適切な医療に結び付いていること、家庭血圧の測定や減塩などの食習慣の改善に取り組む方が増加していることにより、数値がコントロールされ、重症化が予防されたと考えられます。

しかし、脳血管疾患については、医療費は減少しているものの、治療状況を見ると発症者の割合が増加していました。特定健診の結果で、早期に受診が必要なⅡ度高血圧以上及びHbA1c 7.0%以上の方、心房細動の所見があった方が治療に結び付いていない実態がわかりました。脳血管疾患の基礎疾患である高血圧症及び糖尿病に対し、さらなる取り組みを行うとともに、心房細動についても治療につながるよう取り組むことが必要です。また、医療受診勧奨にとどまらず、治療を中断していないか、治療とあわせて食事療法や運動療法が継続されているかなど、医療と連携して、保健指導を実施する必要があると考えます。

また、特定健診受診率は目標を達成できませんでした。今後は、国保被保険者のうち受診率が高い世代が75歳となり、後期高齢者医療に移行していくことから、受診率の低い40～50歳代の受診率向上が課題となります。今後も受診率向上の取り組みを継続する必要があります。（第3章参照）

健診結果では、メタボリックシンドロームの該当者が増加しており、今後、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病を発症・重症化する方の増加が予想されます。そのため、健診結果から、保健指導対象者の優先順位を決め、より重症化しやすい対象者から保健指導を実施するとともに、町民が健診結果と生活を結び付けて考えられるような保健指導教材を活用するなど、対象者に応じた保健指導が行えるよう工夫する必要があります。

さらに、がん等の悪性新生物の医療費が増加していることから、がん検診の受診率向上に努め、早期発見、早期治療につなげ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

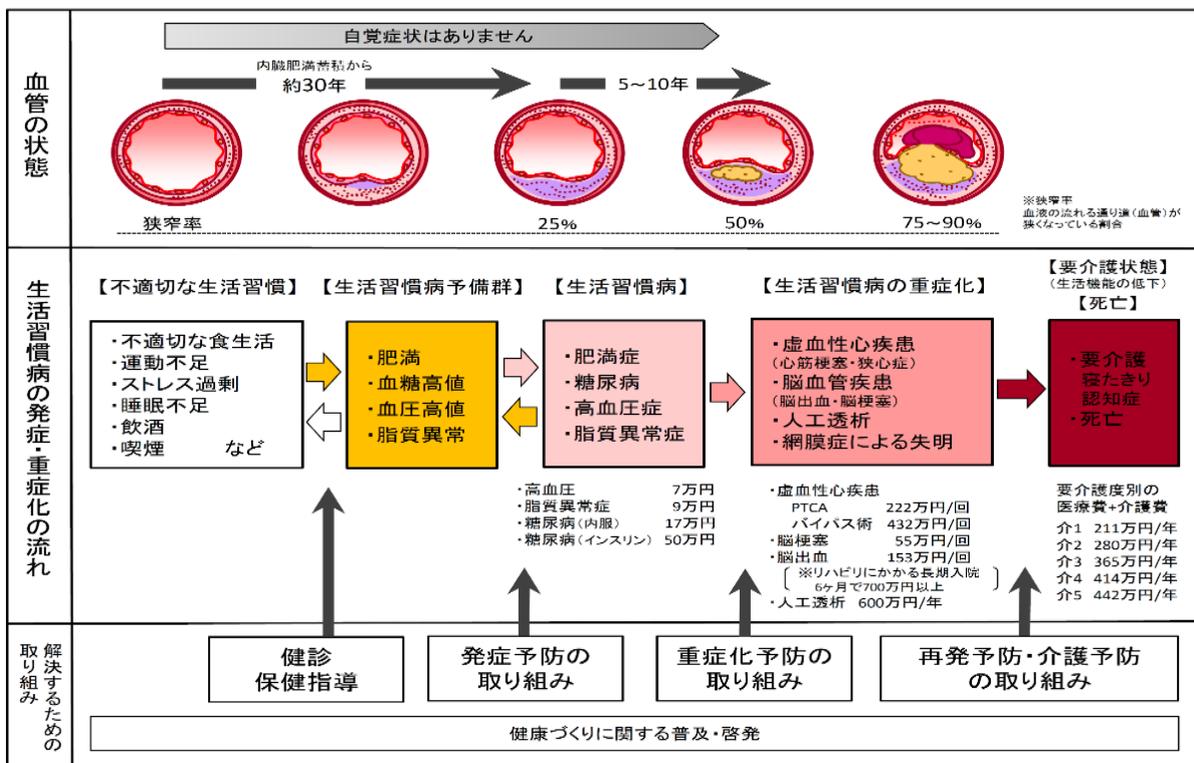
#### (1) 基本的な考え方

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者を減少させること、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者を増加させることが必要となります。(図表 32)

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。

図表 32 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

#### 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



#### (2) 健康課題の明確化

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等から、後期高齢者医療制度に移行することになるため、保健事業においても、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重要です。

一方、被保険者数は40～64歳が減少し、65歳以上の高齢者の割合が高くなっています。前期高齢者に係る医療費の割合は総医療費の半数以上となっており、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化や複数の慢性疾患につながるため、今後も20歳から3

9歳を対象とした若人健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要な方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、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。

### ① 医療費分析

被保険者数は年々減っていますが、一人当たりの医療費は令和2年度に新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年以降は増加傾向です。後期高齢者になると一人当たり70万円を超え、2倍近くとなり高い状況です。(図表 33)

第2期計画において、脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎臓病の発症予防に重点を置いて取り組んできましたが、脳血管疾患に係る医療費は減少した一方、発症者の割合は増加していました。また、虚血性心疾患の総医療費に占める割合は、後期では同規模町村より高い状況にあります。、短期的な目標疾患とした、高血圧、糖尿病、脂質異常症の総医療に占める割合は、同規模町村と比べて高い状況です。(図表 34)

1件80万円以上の高額レセプトの件数は、令和4年度に脳血管疾患は14件で約2千万円、後期高齢者では63件で約7千万円となっています。脳血管疾患は、虚血性心疾患と比較し、発生件数が多いため医療費が多額となっています。(図表 35)

脳血管疾患を発症すると、介護を要する状態となるリスクが高く、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力を入れる必要があります。

図表 33 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		7,924人	7,774人	7,700人	7,571人	7,320人	5,332人
総件数及び 総費用額	件数	82,699件	79,819件	75,933件	78,950件	77,952件	90,695件
	費用額	29億1249万円	28億9851万円	27億6812万円	28億9500万円	28億1970万円	38億7756万円
一人あたり医療費		36.8万円	37.3万円	35.9万円	38.2万円	38.5万円	72.7万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 34 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	亘理町	28億1970万円	31,316	4.79%	0.18%	1.57%	0.99%	7.58%	3.82%	2.70%	6億0974万円	21.6%	18.4%	8.35%	9.32%
	同規模	--	29,136	4.24%	0.31%	2.01%	1.52%	5.81%	3.22%	2.20%	--	19.3%	16.9%	7.71%	8.78%
	県	--	29,626	5.33%	0.27%	1.83%	1.64%	6.11%	3.47%	2.17%	--	20.8%	17.3%	6.92%	8.09%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後 期	亘理町	38億7756万円	62,066	6.20%	0.51%	3.42%	2.09%	5.19%	3.53%	1.48%	8億6935万円	22.4%	11.3%	3.46%	12.2%
	同規模	--	69,832	4.97%	0.47%	3.89%	1.64%	4.23%	2.97%	1.41%	--	19.6%	11.1%	3.50%	12.4%
	県	--	63,998	4.52%	0.45%	3.57%	1.69%	4.73%	3.46%	1.45%	--	19.9%	12.0%	3.33%	10.7%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

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(※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

図表 35 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	221人	233人	249人	249人	254人	449人
	件数	B	374件	439件	502件	434件	425件	719件
		B/総件数	0.45%	0.55%	0.66%	0.55%	0.55%	0.79%
	費用額	C	4億9967万円	5億7989万円	6億5308万円	6億2431万円	5億9479万円	9億2897万円
C/総費用		17.2%	20.0%	23.6%	21.6%	21.1%	24.0%	
脳 血 管 疾 患	人数	D	17人	14人	14人	15人	9人	36人
		D/A	7.7%	6.0%	5.6%	6.0%	3.5%	8.0%
	件数	E	32件	36件	21件	37件	14件	63件
		E/B	8.6%	8.2%	4.2%	8.5%	3.3%	8.8%
費用額	F	3921万円	3948万円	2870万円	4204万円	2060万円	6896万円	
	F/C	7.8%	6.8%	4.4%	6.7%	3.5%	7.4%	
虚 血 性 心 疾 患	人数	G	11人	16人	14人	19人	7人	19人
		G/A	5.0%	6.9%	5.6%	7.6%	2.8%	4.2%
	件数	H	13件	21件	15件	23件	8件	20件
		H/B	3.5%	4.8%	3.0%	5.3%	1.9%	2.8%
	費用額	I	2403万円	4054万円	2008万円	4006万円	1463万円	4355万円
		I/C	4.8%	7.0%	3.1%	6.4%	2.5%	4.7%

## ② 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

平成30年度と令和4年度の健診・医療・介護のデータを一体的分析したところ、以下のことが見えてきました。

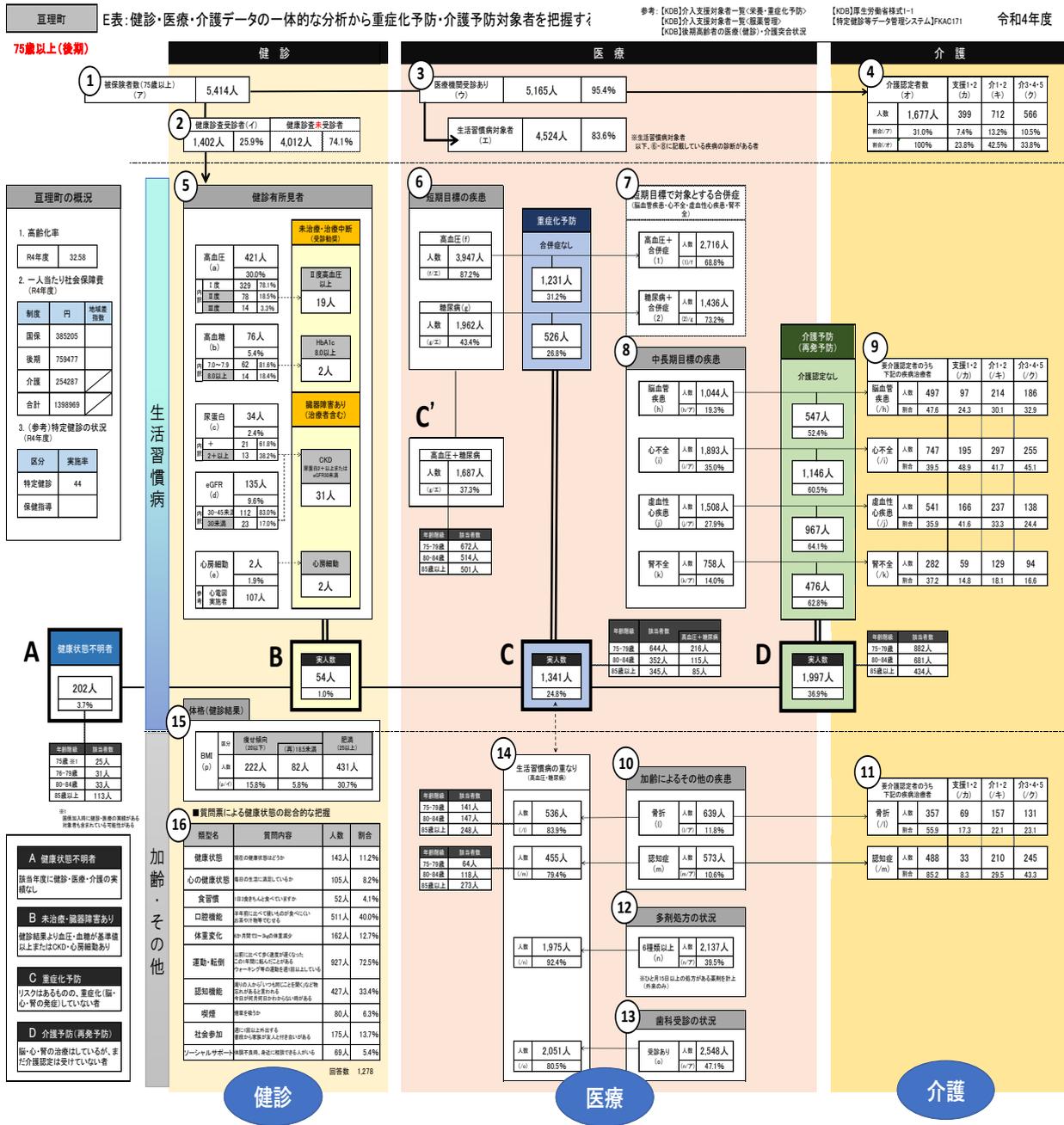
- ・健診受診状況では、40～64歳、65～74歳の肥満（BMI 25以上）該当者が30%以上と高い割合で推移しています。（図表 37）また、40～64歳でⅡ度高血圧以上、65～74歳ではHbA1c 7.0%以上の割合が増加しています。（図表 38）
- ・短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症では、高血圧の治療者は各年代で増加していますが、糖尿病は75歳以上の治療者が増加しています。（図表 39）
- ・中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全）では、各年代で腎不全が増加しています。また、65～74歳で脳血管疾患、心不全で増加しています。（図表 40）

以上のことから、中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全）に共通したリスクである高血圧、糖尿病等の合併があり、根本には肥満の課題も存在しています。

脳血管疾患、虚血性心疾患等の発症や重症化を防ぐためには、高血圧や糖尿病等の医療受診勧奨及び生活習慣の改善や治療中断を防ぐための保健指導の徹底、および後期高齢者医療へ移行した後も切れ目のない保健指導を継続することが必要です。

なお、具体的な取り組み方法については、第4章に記載します。

図表 36 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 37 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①											②			⑤								
		被保険者数											健診受診率			体格(健診結果)								
						特定健診			長寿健診				BMI18.5未満			BMI25以上								
年度	介護認定率	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	32.1	2,182	3,441	5,004	32.2	48.5	13.2	5.5	4.1	6.7	34.3	34.3	28.3											
R04	31.0	2,147	4,014	5,414	30.4	48.4	25.9	6.4	5.2	5.8	34.0	33.8	30.7											

図表 38 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30	16	2.3	(11)	85	5.1	(37)	24	3.6	(6)	26	3.7	(5)	82	4.9	(9)	11	1.7	(4)	4	0.6	3	0.2	4	0.6	2	0.3	26	1.6	5	0.8
R04	27	4.1	(11)	88	4.5	(30)	92	6.6	(19)	21	3.2	(3)	118	6.1	(16)	14	1.0	(2)	0	--	22	1.1	31	2.2	1	0.2	23	1.2	2	0.1

図表 39 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								
	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	82.4	91.9	96.9	35.8	63.5	83.0	74.3	80.8	85.8	43.9	47.7	41.2	27.9	35.8	34.7	42.7	51.6	72.0	46.9	56.3	74.2						
R04	78.4	90.1	95.4	35.4	65.3	83.6	75.2	84.2	87.2	42.6	45.5	43.4	27.3	36.0	37.3	38.6	50.2	68.8	42.6	55.9	73.2						

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 40 中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全）と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.1	10.6	21.5	6.0	15.3	32.0	8.4	17.3	35.5	5.3	7.9	11.5	13.5	19.8	48.1	2.3	6.1	36.9	1.1	7.0	39.8	1.7	10.3	42.4
R04	4.0	11.1	19.3	5.0	12.9	27.9	7.6	18.9	35.0	5.5	9.4	14.0	8.2	18.2	47.6	2.8	6.0	35.9	2.4	7.0	39.5	2.5	7.9	37.2

図表 41 骨折・認知症の状況

E表	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 (被保険者)					
	骨折			認知			骨折			認知症		
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-		
H30	64.3	79.4	67.9	78.3	4.1	12.1	1.6	11.6	19.3	54.0	66.1	83.8
R04	66.2	83.9	71.7	79.4	3.6	11.8	1.5	10.6	17.2	55.9	66.7	85.2

出典:ヘルスサポートラボツール

### (3) 目標の設定

第3期計画における目標は、第2期計画の評価や国が参考として示した評価指標を踏まえ、次のとおり設定することとし、第3章及び第4章に記載する取り組みを展開することにより、目標達成を目指します。

#### ① 中長期目標の設定

第2期計画の評価を踏まえ、医療費が高額となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全（透析）の総医療費に占める割合を減少させることを中長期的な目標とします。

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

また、軽症時に医療受診せず、重症化することで入院などの医療費の高額化につながることから、重症化予防、医療費適正化へつなげるため、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

#### ② 短期目標の設定

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、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。

特に、本町の課題である脳血管疾患へつながる、Ⅱ度高血圧以上やHbA1c 6.5%以上の割合が減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な方への受診の働きかけや治療継続への支援と合わせて、日本人食事摂取基準（2020年版）の基本的な考え方を基に栄養指導等の保健指導を行います。

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、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ことから、健診受診率の向上に係る目標値を設定します。目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施」において記載します。

図表 42 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、慢性腎臓病（透析）の総医療費の割合の減少	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.57	1.5	1.5	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	0.99	1	1	
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	4.79	4.7	4.7	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.8	0.7	0.7	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0	0	0	
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	38.7	35	33	巨理町 特定健診 結果
			健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	4.4	4	3	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	7.5	7.5	6	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1C6.5%以上）	12.5	9	7	
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	0.7	0.6	0.5	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	75	80	90	
	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	44	60	60	特定健診等 法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	50	65	65	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	3	3	3	

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施（特定健康診査等実施計画）

### 1. 第4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。（法定義務）

なお、本計画の計画期間は、宮城県医療費適正化計画の次期計画期間と整合を図り、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

### 2. 目標値の設定

図表 43 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	47%	50%	53%	56%	60%	60%以上
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%以上

### 3. 対象者の見込み

図表 44 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	5,290人	5,090人	4,900人	4,700人	4,500人	4,300人
	受診者数	2,486人	2,545人	2,597人	2,632人	2,700人	2,580人
特定保健指導	対象者数	270人	267人	264人	261人	258人	255人
	実施者数	162人	160人	158人	157人	155人	153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。個別健診については亶理郡医師会等が実施期間の取りまとめを行い実施します。

- ① 集団健診（亶理町保健福祉センター他）
- ② 個別健診（委託医療機関）
- ③ 人間ドックの助成

## (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者の基準については、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、亶理町公式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て国が定めた実施基準の基づく健診項目を実施するほか、本町の健康実態を踏まえ、必要に応じて町独自の検査項目を追加して健診を実施します。(図表 45)

図表 45 特定健診検査項目

基本的な健診項目	国が定めた項目	<ul style="list-style-type: none"><li>・問診</li><li>・身体計測(身長・体重・BMI・腹囲)</li><li>・理学的検査(身体診察)</li><li>・血圧測定</li><li>・血中脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)</li><li>・肝機能検査(AST、ALT、<math>\gamma</math>-GT)</li><li>・血糖検査(HbA1c)</li><li>・尿検査(尿糖、尿蛋白)</li></ul>
	亶理町独自の追加項目	<ul style="list-style-type: none"><li>・血糖検査(空腹時血糖(随時血糖))</li><li>・腎機能検査(血清尿酸)</li><li>・尿検査(尿潜血)</li></ul>
詳細な健診項目	亶理町が独自で全員に実施する項目	<ul style="list-style-type: none"><li>・心電図検査</li><li>・腎機能検査(尿中アルブミン、血清クレアチニン(eGFR))</li><li>・貧血検査(血色素、ヘマトクリット値)</li><li>・眼底検査</li><li>・尿検査(推定塩分摂取量)</li></ul>

## (5) 実施時期

毎年7月から12月末まで実施します。また、受診率の状況により延長も検討します。

## (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うよう、医療機関へ十分な説明を実施し協力を依頼します。

また、本人同意の下で、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図ります。

## (7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

受診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 46)

図表 46 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月			(特定保健指導の実施)
5月		健診機関との契約 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可)	健診データ抽出(前年度)
6月		↓	↓
7月		(特定健診の開始)	
8月		↓	↓
9月		保健指導対象者の抽出 (特定保健指導の開始)	受診・実施率実績の算出
10月	契約に関わる		
11月	予算手続き		
12月	↓		
1月			
2月			
3月	契約準備 ↓		

## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者が直接実施します。

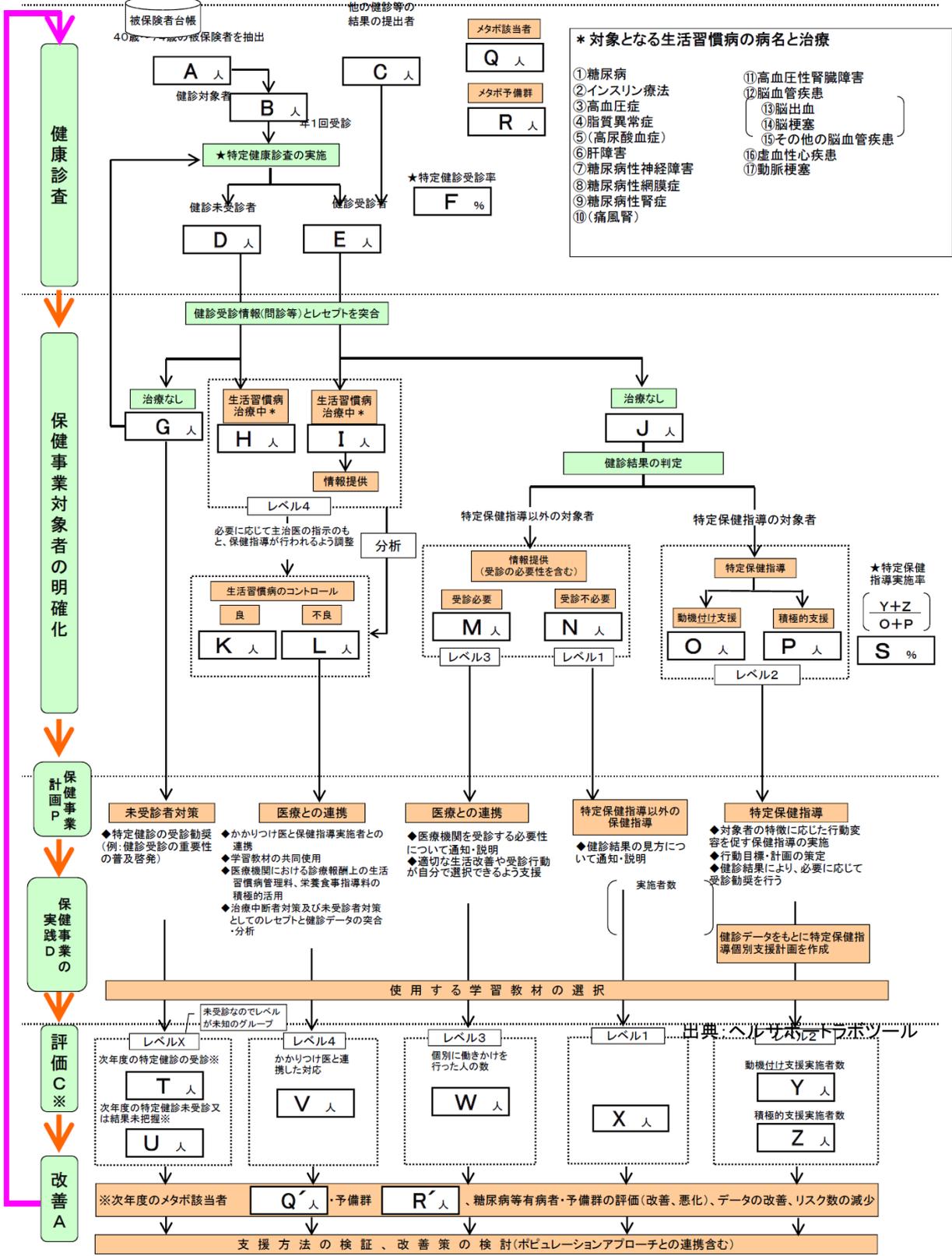
### (1) 対象者の明確化と保健指導実施の流れ

「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(図表47)を基に、健診結果から保健指導対象者を明確にし、保健指導計画の策定・実践評価を次のように行います。(図表47)

図表 47 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



図表 48 要保健指導対象者の優先順位

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	R4 対象者数見込 (受診者割合)
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施</li> <li>◆行動目標・計画の策定</li> <li>◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う</li> </ul>	287人 (10.8%)
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆医療機関を受診する必要性について通知・説明</li> <li>◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援</li> </ul>	372人 (14.0%)
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)	3,263人
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	420人 (15.8%)
5	I	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆かかりつけ医との連携</li> <li>◆学習教材の共同使用</li> <li>◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析</li> </ul>	1,573人 (59.3%)

## (2) 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PDC A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 49)

図表 49 年間実施スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月			
5月	◎健診対象者の抽出 ◎個別健康診査実施の依頼		
6月	◎受診券の送付		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
7月	◎特定健診の開始		◎特定健診、若人健診、後期高齢者健診 開始
8月	↓	◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月			
12月		◎健診の終了	
1月			
2月		◎利用券の登録	
3月		↓	

## 6. 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

特定健診・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および亶理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

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システム、マルチマーカ一(健診分析ソフト)、ヘルスサポートラボツール(保健指導実践ツール)及び個人カルテにて行います。

## **7. 結果の報告**

実績報告については、特定健診等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、巨理町公式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

### 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、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる高血圧症、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指し、特定健診における血圧、血糖、脂質の有所見率を改善していきます。そのために、生活習慣病の重症化予防の取り組みとして個人の健診結果に基づいた保健指導を行います。

ポピュレーションアプローチの取り組みとしては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の社会保障費の増大につながる実態や、その背景にある地域の健康課題について広く町民へ周知します。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診を受けていただき、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努める必要があります。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. 重症化予防の取り組み

本町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき抽出し、保健指導を実施します。

本町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、令和4年度は212人中122人と約6割であることから、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 50)

図表 50 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 による年間新発症導入患者数の減少					
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)					
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div>脳出血 (18.5%)</div> <div>脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div>心原性 脳塞栓症 (27.7)</div> <div>ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div>アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※脳卒中 データリンク 2019,より 非心原性脳梗塞</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>心筋梗塞</div> <div>労作性 狭心症</div> <div>安静 狭心症</div> </div>			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)		
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)	<参考> 健診受診者(受診率) 2,558人 43.2%					
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)	■各疾患の治療状況					
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者					
該当者数	112 4.4%	24 0.9%	72 2.8%	59 2.3%	623 24.4%	212 8.3%	121 4.7%	※問診結果による				
治療なし	58 3.9%	6 0.6%	62 3.8%	44 2.7%	81 7.7%	112 5.0%	21 2.0%	治療中 治療なし				
(再掲) 特定保健指導	27 24.1%	3 12.5%	23 31.9%	19 32.2%	81 13.0%	22 10.4%	11 9.1%	高血圧 1,079 1,479 脂質異常症 939 1,619 糖尿病 307 2,251 3疾患 いづれも 1,506 1,052				
治療中	54 5.0%	18 1.2%	10 1.1%	15 1.6%	542 36.0%	100 32.6%	100 6.6%	重症化予防対象者 (実人数) 930 36.4%				
臓器障害 あり	23 39.7%	6 100.0%	18 29.0%	23 52.3%	36 44.4%	66 58.9%	21 100.0%	212 20.2%				
CKD(専門医対象者)	5	1	4	6	7	5	21	122 13.1%				
心電図所見あり	21	6	15	19	33	64	9	718 47.7%				
臓器障害 なし	35 60.3%	—	44 71.0%	21 47.7%	45 55.6%	46 41.1%	—	86 40.6%				

出典:ヘルサポートラボツール

(1) 脳血管疾患重症化予防

① 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取り組みにあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 51)

図表 51 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

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子であり、高血圧者の中でもより重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方から優先的に保健指導を実施します。また、Ⅱ度高血圧以上の方のうち約5割は未治療者であり、併せてメタボリックシンドローム該当者や高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医療受診勧奨を行う必要があります。

また、Ⅱ度高血圧以上の約5割が高血圧治療中であることから、治療中でリスクを有する場合は、医療機関と十分に連携した保健指導が必要です。

脳血管疾患のリスク因子である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なため、本町では心電図検査を全員実施しています。心電図検査における心房細動有所見者については、医療機関の受診状況を確認し、継続受診の指導や未治療者への医療受診勧奨を行います。(図表 52)

また、令和4年度の特健診で臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)を受診した方は約3割でした。そのため、第3期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)を特定健診の必須項目となるよう、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていきます。(図表 53)

図表 52 心房細動有所見者の治療状況

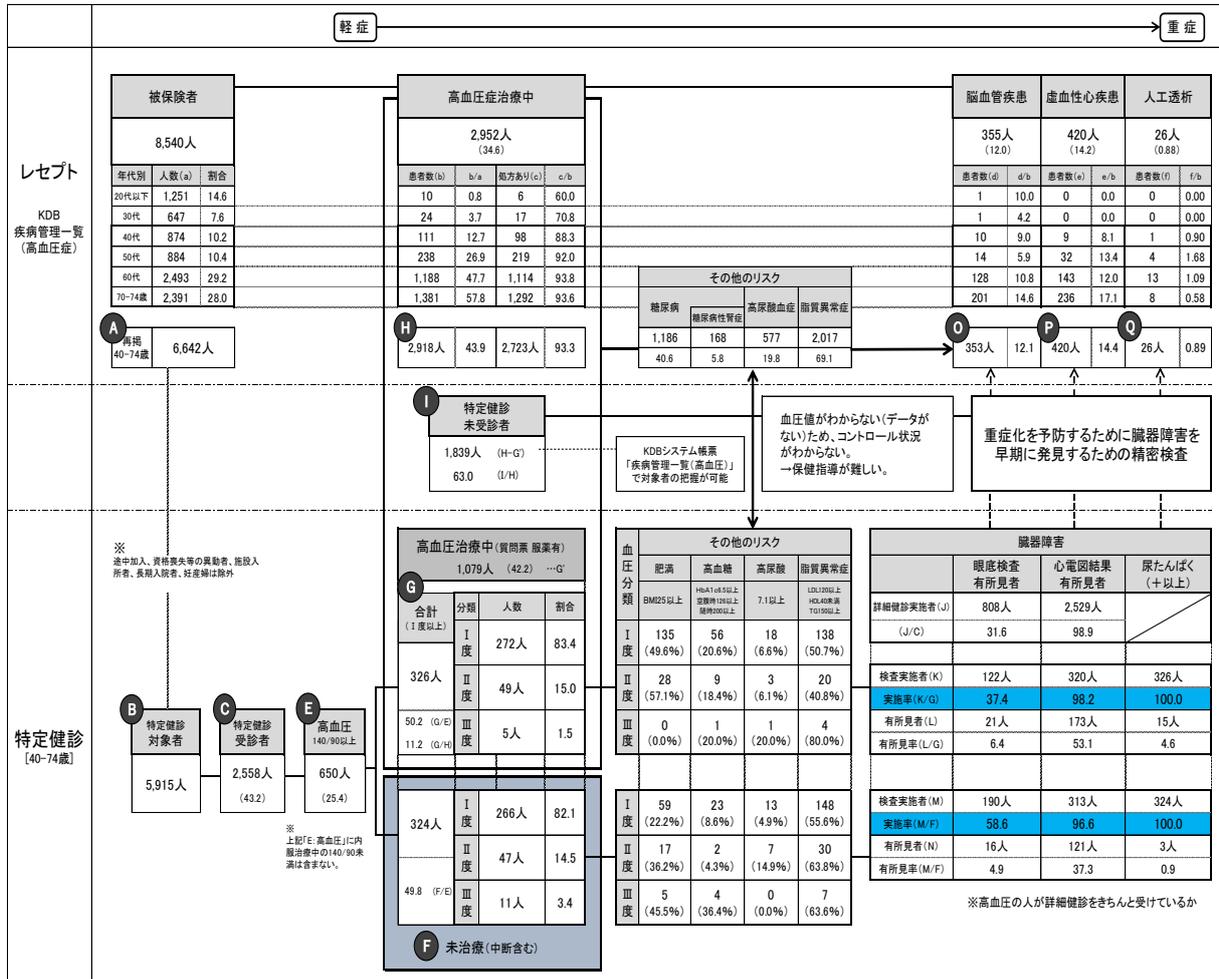
心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
24	5	20.8%	19	79.2%

巨理町調べ

図表 53 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)  
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一貫で把握できない項目については、「KDB連携 介入支援対象者一貫(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

### ③ 保健指導の実施

#### ア 医療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医療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医療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。

#### イ 二次健診

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、二次健診の実施を検討します。

- 形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚 ( I M T ) )  
冠動脈C T (冠動脈石灰化)
- 血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比 ( A B I )、 脈波伝搬速度 ( P W V )  
心臓足首血管指数 ( C A V I )、 血管内皮機能 ( F M D )

## ウ 対象者の管理

### ○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医療受診勧奨を行っていきます。

### ○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医療受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けて、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行います。評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ、短期的評価は年1回、中長期的評価は中間評価及び最終評価において行います。その際はKDB等の情報を活用します。

## ⑦ 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

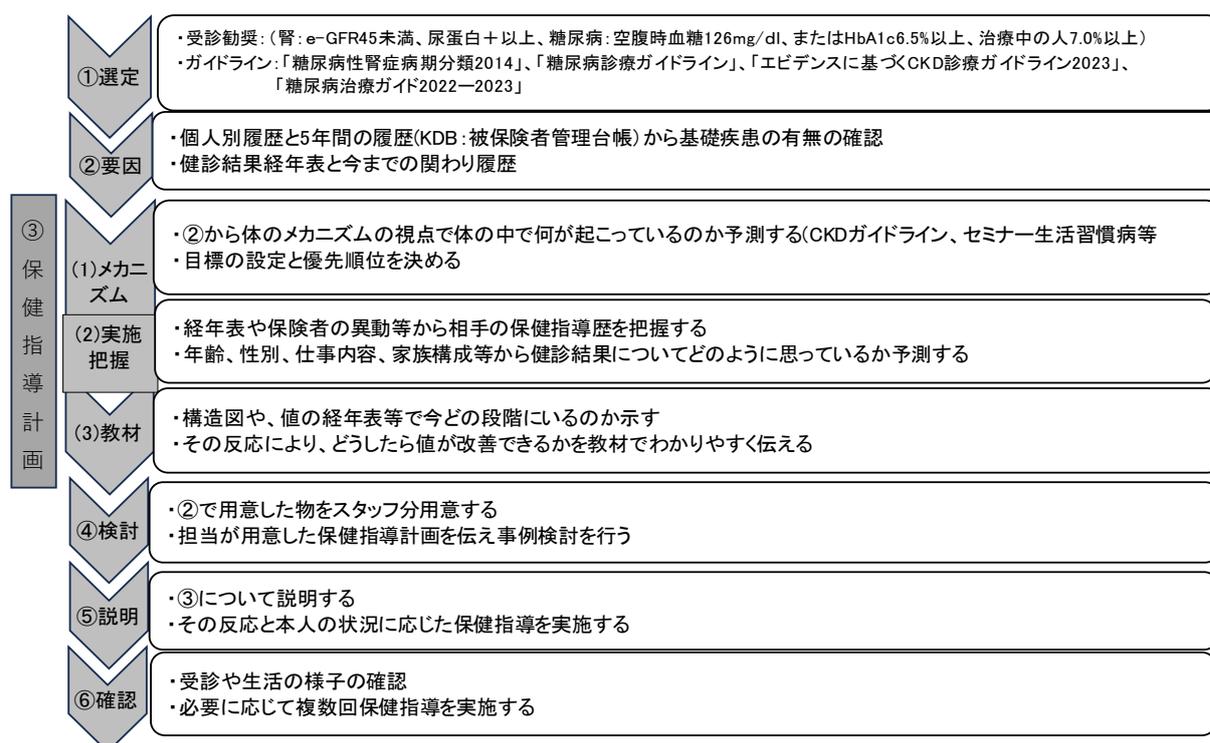
## (2) 糖尿病性腎症重症化予防

### ① 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取り組みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成31年4月25日会定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び「巨理町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実施していきます。

なお、取り組みにあたっては図表 54 に沿って実施します。

図表 54 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

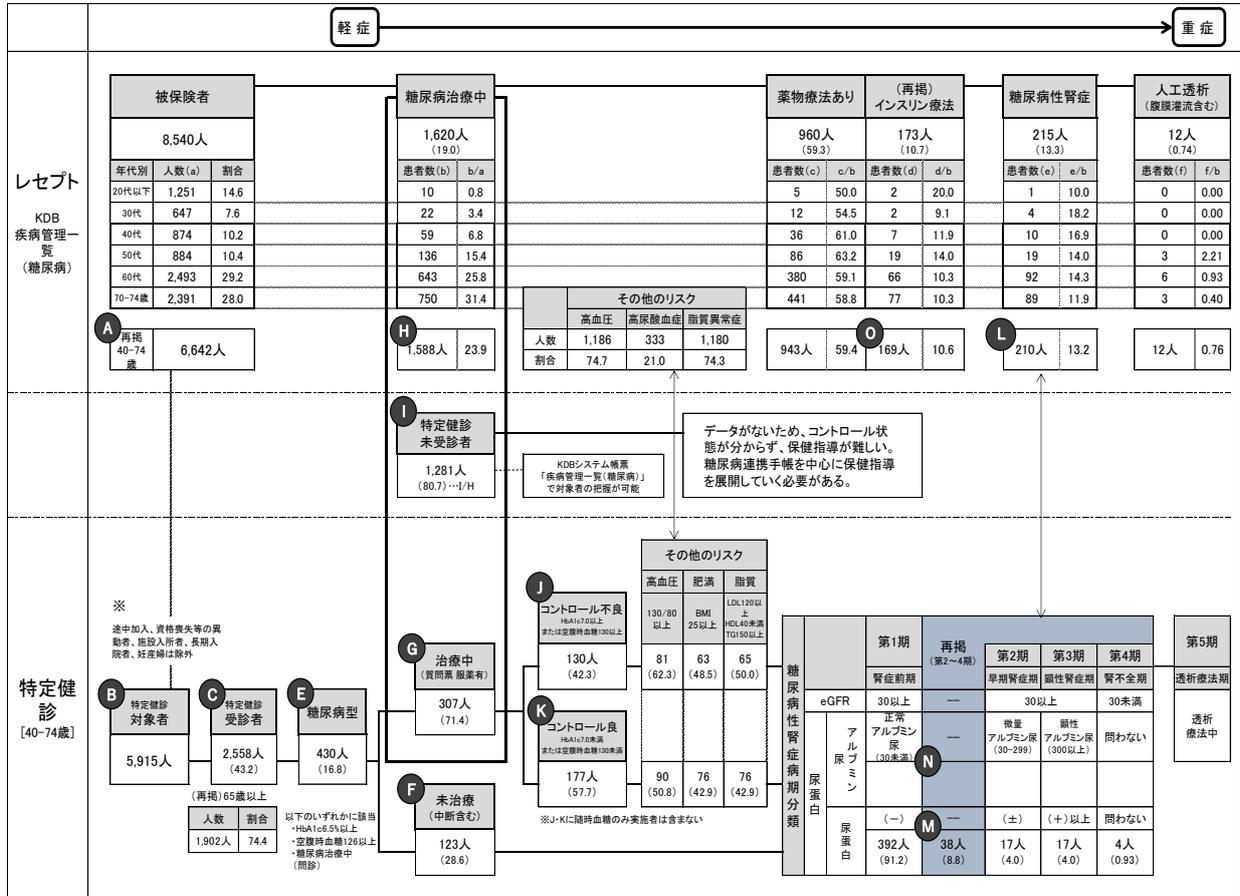
対象者の選定基準にあたっては、巨理町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を特定健診の結果から、HbA1c 6.5%以上、尿蛋白(1+)以上またはeGFR 45 (ml/分/1.73m<sup>2</sup>)未満の者とします。さらに、特定健診データとレセプトデータを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者を把握していきます。併せて、メタボリックシンドローム該当者や血圧などリスクを有する方もいることから、対象者の状態に応じて、医療受診勧奨するとともに、十分に医療機関と連携を図り保健指導を行う必要があります。

特定健診未受診者の中でも、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者は糖尿病管理台帳等で把握し、継続受診の確認や健診の受診勧奨を行っていきます。(図表 55)

図表 55 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

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



出典:ヘルスサポートラボツール

### ③ 保健指導の実施

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ります。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実施します。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ます。

### ④ 医療との連携

#### ア 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、亘理町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿った紹介状等を使用します。

## イ 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては巨理町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ行います。

## 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

評価は、短期的評価・中長期的評価の視点で行います。評価については、データヘルス計画の評価等と合わせ、短期的評価は年1回行うものとし、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、中長期的評価は中間評価及び最終評価において、糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価を用いて行います。（図表 56）

### 【短期的評価】

#### ア. 医療受診勧奨者に対する評価

- ・ 医療受診勧奨対象者への介入率
- ・ 医療機関受診率
- ・ 医療機関未受診者への再勧奨数

#### イ. 保健指導対象者に対する評価

- ・ 保健指導実施率
- ・ 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	巨理町										同規模保険者(平均)		データ基		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	8,303人		7,927人		7,792人		7,727人		7,621人				KDB_厚生労働省様式様式3-2		
	② (再掲)40-74歳	6,564人		6,318人		6,269人		6,284人		6,220人						
2	① 対象者数	5,698人		5,653人		5,656人		5,602人		5,326人				特定健診法延報告データ		
	② 特定健診 受診者数	2,610人		2,627人		2,769人		2,701人		2,576人						
	③ 受診率	45.8%		46.5%		49.0%		48.2%		48.4%						
3	① 特定保健指導 対象者数	315人		345人		379人		340人		290人						
	② 実施率	35.6%		56.8%		12.9%		47.6%		54.8%						
4	健診データ	① 糖尿病型	E 429人 15.7%		391人 14.3%		500人 17.4%		462人 16.6%		436人 16.6%				特定健診結果	
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F 167人 38.9%		139人 35.5%		166人 33.2%		156人 33.8%		122人 28.0%					
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G 262人 61.1%		252人 64.5%		334人 66.8%		306人 66.2%		314人 72.0%					
		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 95人 36.3%		88人 34.9%		119人 35.6%		125人 40.8%		126人 40.1%					
		⑤ 血圧 130/80以上	57人 60.0%		56人 63.6%		74人 62.2%		81人 64.8%		81人 64.3%					
		⑥ 肥満 BMI25以上	46人 48.4%		47人 53.4%		60人 50.4%		68人 54.4%		61人 48.4%					
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K 167人 63.7%		164人 65.1%		215人 64.4%		181人 59.2%		188人 59.9%					
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	407人 94.9%		371人 94.9%		453人 90.6%		425人 92.0%		398人 91.3%					
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)	14人 3.3%		13人 3.3%		23人 4.6%		23人 5.0%		16人 3.7%					
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)	8人 1.9%		6人 1.5%		19人 3.8%		12人 2.6%		18人 4.1%					
		⑪ 第4期 eGFR30未満	0人 0.0%		1人 0.3%		3人 0.6%		1人 0.2%		4人 0.9%					
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)	143.3人		144.4人		129.2人		146.8人		146.3人				KDB_厚生労働省様式様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)	178.4人		178.1人		159.0人		178.1人		177.0人					
		③ レセプト件数(40-74歳) (1件は被保険者千対)	6,743件 (1072.5)		6,810件 (1098.9)		6,808件 (1092.3)		7,165件 (1162.6)		7,065件 (1194.4)		630,975件 (921.9)		KDB_疾病別医療費分析(生活習慣病)	
		④ 入院外(件数)	23件 (3.7)		39件 (6.3)		28件 (4.5)		30件 (4.9)		23件 (3.9)		2,654件 (3.9)			
		⑤ 糖尿病治療中	H 1,190人 14.3%		1,145人 14.4%		1,007人 12.9%		1,134人 14.7%		1,115人 14.6%				KDB_厚生労働省様式様式3-2	
		⑥ (再掲)40-74歳	1,171人 17.8%		1,125人 17.8%		997人 15.9%		1,119人 17.8%		1,101人 17.7%					
		⑦ 健診未受診者	I 909人 77.6%		863人 76.7%		663人 66.5%		813人 72.7%		787人 71.5%					
		⑧ インスリン治療	O 112人 9.4%		102人 8.9%		96人 9.5%		122人 10.8%		110人 9.9%					
		⑨ (再掲)40-74歳	108人 9.2%		100人 8.9%		95人 9.5%		119人 10.6%		107人 9.7%					
		⑩ 糖尿病性腎症	L 113人 9.5%		115人 10.0%		105人 10.4%		130人 11.5%		127人 11.4%					
		⑪ (再掲)40-74歳	106人 9.1%		113人 10.0%		105人 10.5%		128人 11.4%		125人 11.4%					
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	16人 1.3%		13人 1.1%		12人 1.2%		12人 1.1%		12人 1.1%					
		⑬ (再掲)40-74歳	16人 1.4%		13人 1.2%		12人 1.2%		12人 1.1%		12人 1.1%					
		⑭ 新規透析患者数	4人		2人		1人		1人		2人					
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症	2人		2人		0人		0人		0人					
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	19人 1.5%		24人 1.9%		25人 2.0%		22人 1.8%		28人 2.0%					
6	医療費	① 総医療費	29億1249万円		28億9851万円		27億6812万円		28億9500万円		28億1970万円		21億6943万円			KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
		② 生活習慣病総医療費	16億4835万円		16億4685万円		16億2134万円		16億6051万円		16億3078万円		11億4738万円			
		③ (総医療費に占める割合)	56.6%		56.8%		58.6%		57.4%		57.8%		52.9%			
		④ 生活習慣病対象者一人あたり	4,162円		4,717円		5,000円		3,593円		4,945円		7,199円			
		⑤ 健診未受診者	36,668円		37,615円		36,518円		37,560円		38,818円		37,856円			
		⑥ 糖尿病医療費	1億8959万円		2億0227万円		2億0344万円		2億2170万円		2億1382万円		1億2598万円			
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	11.5%		12.3%		12.5%		13.4%		13.1%		11.0%			
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	5億1381万円		5億4165万円		5億2078万円		5億4619万円		5億2826万円					
		⑨ 1件あたり	31,672円		34,366円		34,025円		34,738円		34,249円					
		⑩ 糖尿病入院総医療費	2億8486万円		2億9138万円		3億1317万円		2億8998万円		2億7298万円					
		⑪ 1件あたり	616,574円		646,077円		664,896円		675,940円		649,962円					
		⑫ 在院日数	16日		18日		16日		16日		16日					
		⑬ 慢性腎不全医療費	1億3635万円		1億4630万円		1億3684万円		1億3743万円		1億4019万円		9872万円			
		⑭ 透析有り	1億2784万円		1億4208万円		1億3207万円		1億3090万円		1億3516万円		9197万円			
		⑮ 透析なし	851万円		422万円		477万円		653万円		503万円		675万円			
7	介護	① 介護給付費	25億8200万円		26億2901万円		26億9176万円		27億0823万円		26億4179万円		21億9980万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症	4件 18.2%		2件 8.7%		1件 5.3%		1件 4.8%		2件 11.8%					
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		3人 0.8%		7人 1.9%		4人 1.1%		3人 0.8%		2人 0.5%		926人 1.1%		KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

⑦ 実施期間及びスケジュール

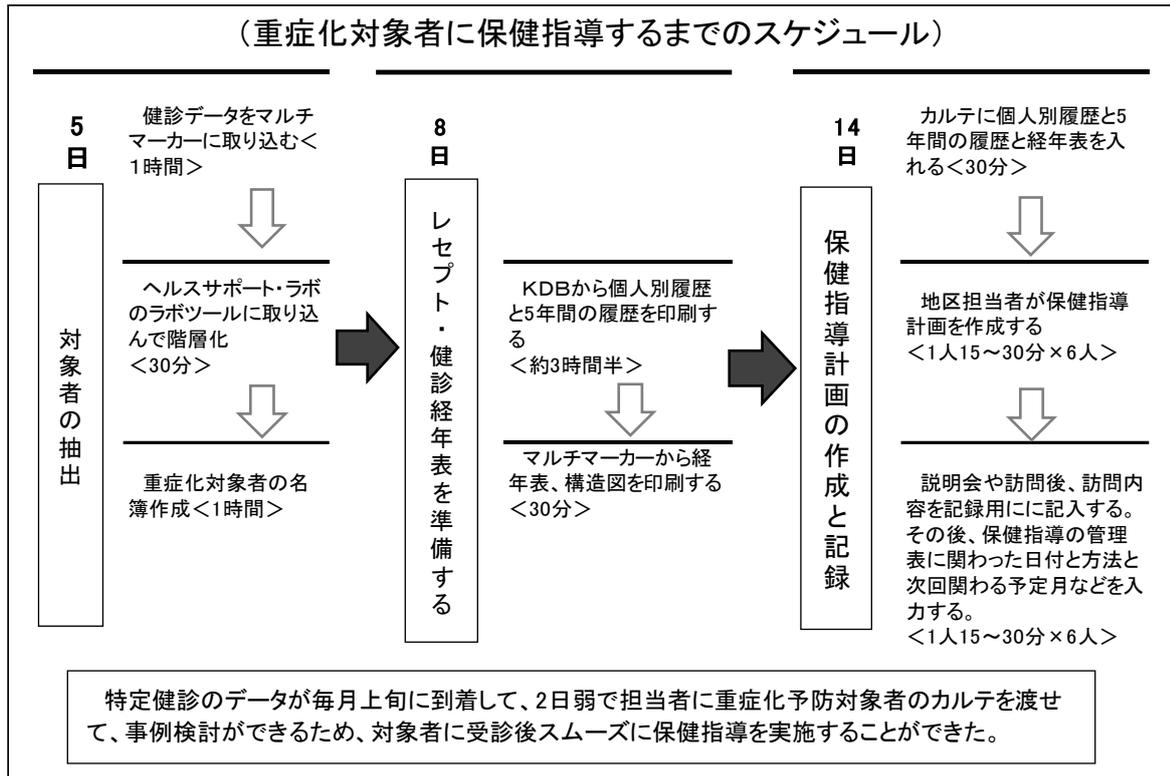
4月 対象者の選定基準の決定

9月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

9月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。

台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



### (3) 虚血性心疾患重症化予防

#### ① 基本的な考え方

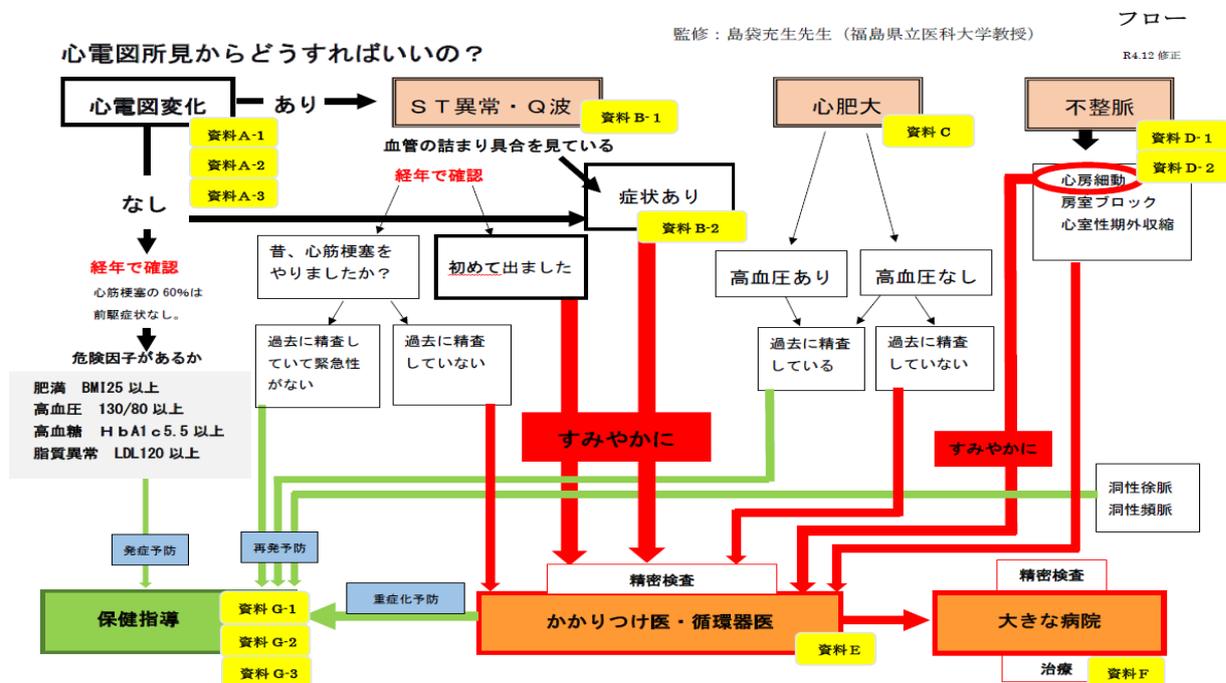
虚血性心疾患重症化予防の取り組みにあたっては、「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版」、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版」等の各ガイドラインに基づいて進めていきます。

#### ② 対象者の明確化

##### ア 対象者選定基準の考え方

医療受診勧奨者及び保健指導対象者の選定にあたっては、図表 58 に基き実施します。

図表 58 心電図所見からのフロー図 (保健指導教材)



#### イ 重症化予防対象者の抽出

##### ○ 心電図検査からの把握

心電図検査所見においてST-T変化は心筋虚血を推測する所見です。そのため、所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて、医療受診勧奨を行う必要があります。

本町での心電図検査では、ST-T変化の所見があった方が151人おり、さらに要精密検査・要医療と判定された方の医療機関受診状況したところ、受診につながらなかった方が24人いました。医療機関未受診者の中には、メタボリックシンドロームや血圧、血糖などのリスクを有する方もいることから対象者の状態に応じた医療受診勧奨を行う

必要があります。(図表 59、60)

図表 59 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
40～74歳		2,530	98.9%	642	25.4%	8	1.2%	151	23.5%	6	0.9%	75	11.7%	73	11.4%	146	22.7%	24	3.7%	157	24.5%
	男性	1,124	99.5%	341	30.3%	8	2.3%	53	15.5%	4	1.2%	45	13.2%	56	16.4%	98	28.7%	19	5.6%	78	22.9%
	女性	1,406	98.5%	301	21.4%	0	0.0%	98	32.6%	2	0.7%	30	10.0%	17	5.6%	48	15.9%	5	1.7%	79	26.2%

巨理町調べ

図表 60 心電図有所見者の医療機関受診状況

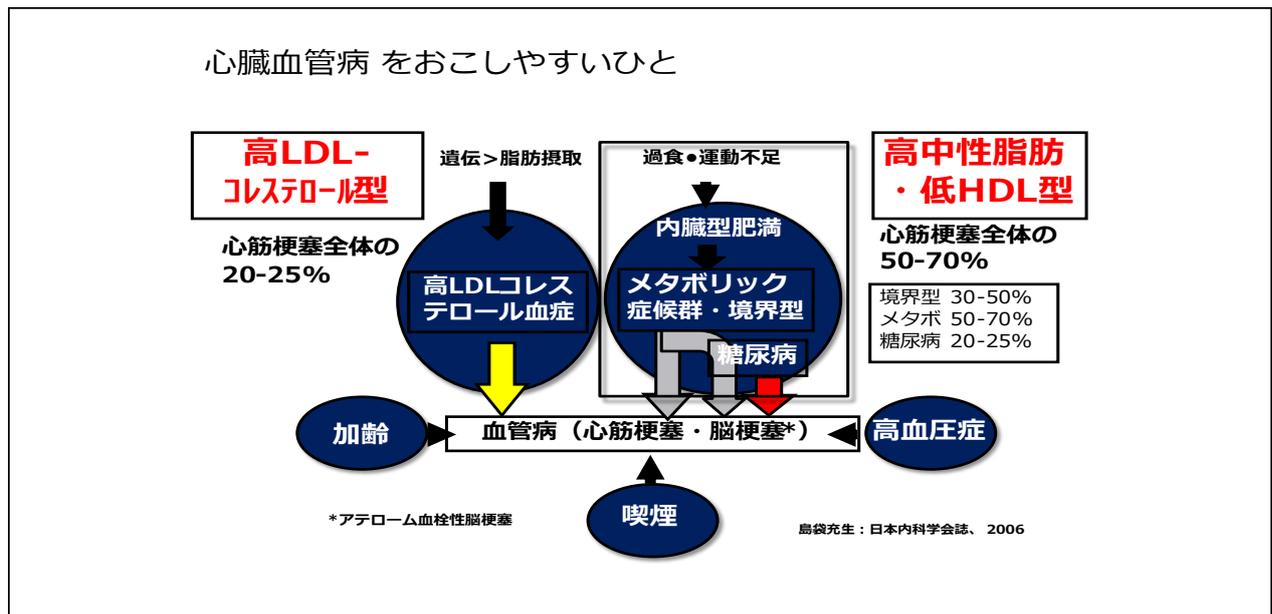
	有所見者 (a)		要精査・要医療 (b)		医療機関受診あり (c)		受診なし (d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	642		65	10.1%	41	63.1%	24	36.9%
男性	341	53.1%	48	14.1%	34	70.8%	14	29.2%
女性	301	46.9%	17	5.6%	7	41.2%	10	58.8%

巨理町調べ

○ 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、メタボリックシンドロームなどのリスクがある場合は、対象者の状態に応じて積極的に保健指導を行っていきます。(図表 61)

図表 61 心血管病をおこしやすいひと



### ③ 保健指導の実施

#### ア 医療受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施に当たっては、健診の経年結果や受診状況等を確認し、対象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医療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医療受診勧奨を行います。治療中であっても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。

#### イ 二次健診

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るため、二次健診の実施を検討します。

- 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)

#### ウ 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方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医療受診勧奨を行い治療中の方へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータを収集します。

### ⑤ 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

### 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行います。評価については

データヘルス計画評価等と合わせ、短期的評価は年1回、中長期的評価は中間評価及び最終評価において行います。その際はKDB等の情報を活用します。

### ⑦ 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

8月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

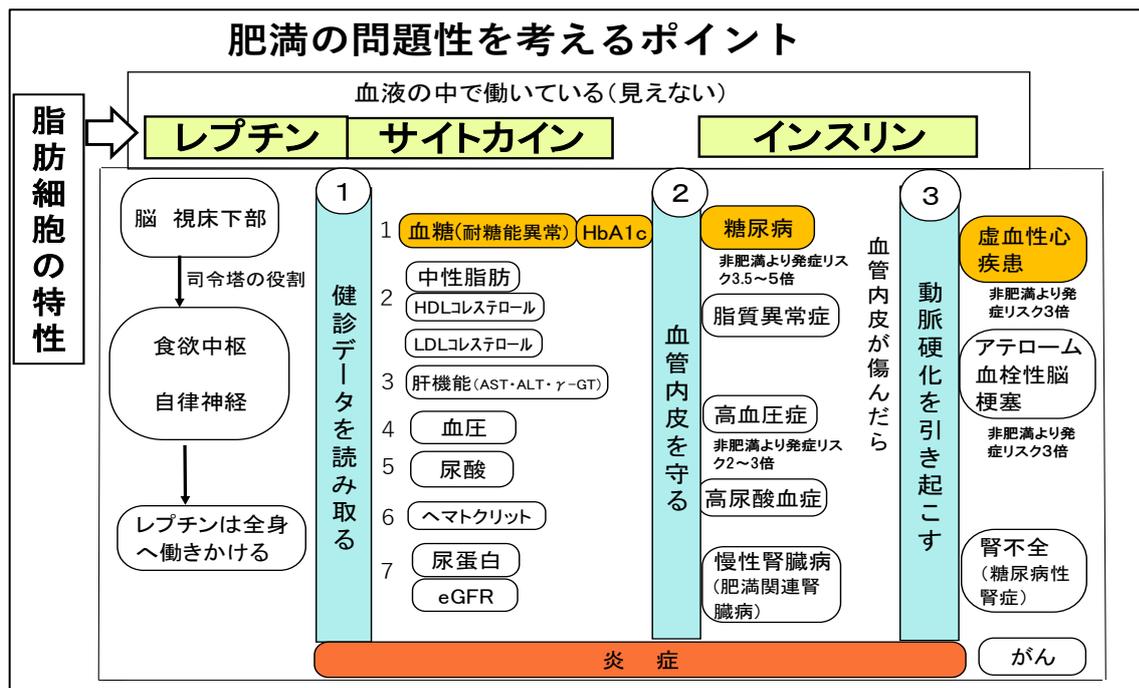
## (4) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

### ① 基本的な考え方

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積と高血圧などの危険因子を複数保有することで、心疾患や脳血管疾患などの心血管疾患を発症させる可能性があります。これらの危険因子が軽度であっても重複すると、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。メタボリックシンドロームの定義と診断基準では「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。」となっています。

なお、取り組みにあたっては図表 62 に基づいて考えます。

図表 62 肥満の問題性を考えるポイント



## ② 対象者の明確化

### ア 対象者選定基準の考え方

本町の健診結果から、受診者の3割以上が肥満の状態であり、特に男性の4割が肥満であることがわかりました。(図表 63) また、男性の約4割がメタボリックシンドローム該当であり、50歳代から増加しています。(図表 64)

対象者の選定基準を、「肥満症診療ガイドライン2022」に基づき検討したところ、肥満度及び年齢が高くなるほど、高血圧症、糖尿病の合併する割合が高くなることから、40～64歳で、肥満度がI度に該当する男性を優先的に対象者とします。

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症、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いますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないため、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行います。(図表 65)

図表 63 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	656	1,902	219	631	169	534	39	85	7	11	4	1	
			33.4%	33.2%	25.8%	28.1%	5.9%	4.5%	1.1%	0.6%	0.6%	0.1%	
再掲	男性	263	866	106	324	89	286	16	34	1	3	0	1
				40.3%	37.4%	33.8%	33.0%	6.1%	3.9%	0.4%	0.3%	0.0%	0.1%
	女性	393	1,036	113	307	80	248	23	51	6	8	4	0
				28.8%	29.6%	20.4%	23.9%	5.9%	4.9%	1.5%	0.8%	1.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 64 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	1,129	80	92	423	534	1,429	93	127	579	630	
メタボ該当者	B	418	13	26	167	212	205	2	13	89	101	
	B/A	37.0%	16.3%	28.3%	39.5%	39.7%	14.3%	2.2%	10.2%	15.4%	16.0%	
再掲	① 3項目全て	C	120	3	5	55	57	50	0	4	30	16
		C/B	28.7%	23.1%	19.2%	32.9%	26.9%	24.4%	0.0%	30.8%	33.7%	15.8%
	② 血糖＋血圧	D	59	1	3	20	35	24	0	3	8	13
		D/B	14.1%	7.7%	11.5%	12.0%	16.5%	11.7%	0.0%	23.1%	9.0%	12.9%
	③ 血圧＋脂質	E	217	7	13	87	110	120	2	6	45	67
		E/B	51.9%	53.8%	50.0%	52.1%	51.9%	58.5%	100.0%	46.2%	50.6%	66.3%
	④ 血糖＋脂質	F	22	2	5	5	10	11	0	0	6	5
		F/B	5.3%	15.4%	19.2%	3.0%	4.7%	5.4%	0.0%	0.0%	6.7%	5.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 65 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	1,129	418	37.0%	355	84.9%	63	15.1%	1,429	205	14.3%	187	91.2%	18	8.8%		
40代	80	13	16.3%	5	38.5%	8	61.5%	93	2	2.2%	2	100.0%	0	0.0%		
50代	92	26	28.3%	17	65.4%	9	34.6%	127	13	10.2%	12	92.3%	1	7.7%		
60代	423	167	39.5%	143	85.6%	24	14.4%	579	89	15.4%	82	92.1%	7	7.9%		
70～74歳	534	212	39.7%	190	89.6%	22	10.4%	630	101	16.0%	91	90.1%	10	9.9%		

出典：ヘルスサポートラボツール

### ③ 保健指導の実施

#### ア 医療受診勧奨及び保健指導

特定保健指導対象者の保健指導を行うとともに、メタボリックシンドロームの個々の因子である高血圧、高血糖、脂質異常の値が受診勧奨判定値以上の方は、適切な受診のための保健指導を行います。すでに、治療中の方へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導（食事指導）を行います。

また、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ます。

#### イ 二次健診

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、二次健診の実施を検討します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

**④ 対象者の管理**

重症化しないための継続的は健診受診及び治療が必要な方への継続的な医療受診ができるよう、台帳を作成し地区担当ごとに管理します。

**⑤ 医療との連携**

肥満・メタボリックシンドローム重症化予防のために、必要に応じて医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータを収集します。

**⑥ 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ます。

**⑦ 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行います。評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ、短期的評価は年1回、中長期的評価は中間評価及び最終評価において行います。その際はKDB等の情報を活用します。

**⑧ 実施期間及びスケジュール**

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

### 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り組みと、生活機能の低下を防止する取り組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

#### (2) 事業の実施

本町は、令和2年度より宮城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」を実施しており、令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

##### ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)の配置

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

##### ② 地域を担当する専門職の配置

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、高血圧症や糖尿病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)

## 4. 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す。生活習慣の確立は、小児期から始まることから、小児期における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要です。小児期の肥満は、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。

本町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、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、データをライフサイクルの視点で見ていくことが必要です。(図表 66)

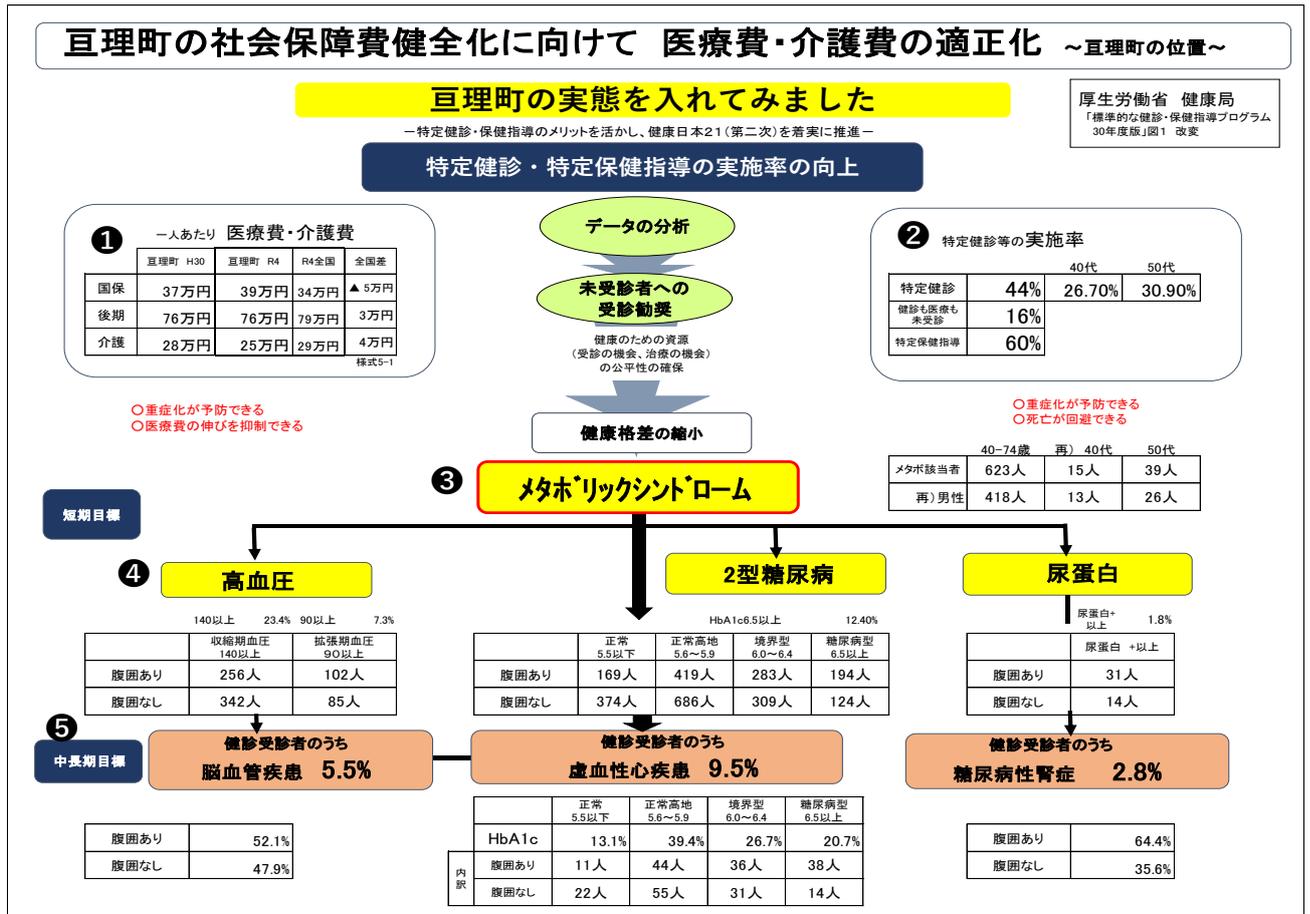
図表 66 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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;"> <span>発症予防</span> <span>→</span> <span>重症化予防</span> </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 (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)		0歳~5歳			6歳~14歳			15~18歳		29歳~39歳		40歳~64歳		65歳~74歳		75歳以上	
	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査		就学時健診 (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)	
5 対象者	妊娠前		妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育 / 幼稚園児		小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)			
	血糖	95mg/dl以上																
	HbA1c	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																
	(診断)妊婦糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①~③の1点以上満たすもの																
	身長																	
	体重																	
	BMI																	
	肥満度			加齢18以上														
尿糖	(+)以上																	
糖尿病家族歴																		

## 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、町の健康課題についても周知し、町民一人ひとり何が出来るか自身で考え、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ます。(図表 67)

図表 67 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



## 第5章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

KDB等の情報を活用し、毎年、評価を行います。また、3年後の令和8年度中間評価を行い、必要に応じて本計画の見直しを行います。

計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画の策定に向けた評価を行います。

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

KDBシステムの健診・医療・介護のデータを基に、地区担当保健師・栄養士等が健診の受診状況や治療状況等について定期的に評価を行います。

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

本計画は、被保険者や保健医療関係者等に広く周知することが重要です。

そのため、広報やホームページ等を通じた周知のほか、亶理郡医師会等などの関係団体を経由して医療機関等に周知します。公表・配布に当たっては、計画の要旨等をまとめた概要版を用いるなど、被保険者や保健医療関係者の理解を促進に努めます。

### 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。

## 資料編

- 資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた亘理町の位置
- 資料2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価
- 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
- 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
- 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
- 資料7 HbA1cの年次比較
- 資料8 血圧の年次比較
- 資料9 LDL-Cの年次比較
- 資料10 亘理町国民健康保険事業の運営に関する協議会規則

資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた巨理町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた巨理町の位置

R04年度

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (GSV)			
		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		32,913		4,284,839		2,254,257		123,214,261			
		65歳以上(高齢化率)		10,389	31.6	1,245,056	29.1	638,984	28.3	35,335,805	28.7	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
		75歳以上		4,888	14.9	--	--	319,558	14.2	18,248,742	14.8		
		65~74歳		5,501	16.7	--	--	319,426	14.2	17,087,063	13.9		
		40~64歳		11,067	33.6	--	--	757,847	33.6	41,545,893	33.7		
	39歳以下		11,457	34.8	--	--	857,426	38.0	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業		7.3		5.4		4.5		4.0		KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
		第2次産業		31.8		28.7		23.4		25.0			
		第3次産業		60.9		66.0		72.1		71.0			
	③ 平均寿命	男性		81.0		80.8		81.0		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		87.0		87.1		87.2		87.0					
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		80.1		80.4		80.3		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性		83.1		84.5		84.4		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		99.1		98.7		96.4		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		がん		111	50.9	12,696	50.6	6,845	48.8	378,272	50.6		
		心臓病		71	32.6	6,874	27.4	3,824	27.3	205,485	27.5		
		脳疾患		20	9.2	3,420	13.6	2,275	16.2	102,900	13.8		
		糖尿病		2	0.9	485	1.9	233	1.7	13,896	1.9		
		腎不全		8	3.7	926	3.7	445	3.2	26,946	3.6		
		自殺		6	2.8	686	2.7	411	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	
		男性											
		女性											
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		1,939	18.9	211,456	17.0	123,353	19.3	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者		22	0.3	3,785	0.3	1,881	0.3	110,289	0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2		5,028	10.8	712,630	13.9	390,196	13.8	21,785,044		12.9
			要介護1.2		22,267	47.9	2,355,997	45.9	1,278,201	45.3	78,107,378		46.3
			要介護3以上		19,188	41.3	2,064,273	40.2	1,153,489	40.9	68,963,503		40.8
	2号認定者		36	0.33	5,015	0.35	2,948	0.39	156,107	0.38			
	② 有病状況	糖尿病		489	24.7	54,717	24.5	32,641	25.1	1,712,613	24.3		
		高血圧症		1,126	56.8	117,224	52.9	68,483	53.0	3,744,672	53.3		
		脂質異常症		757	37.2	70,399	31.5	43,919	33.8	2,308,216	32.6		
		心臓病		1,244	63.0	132,327	59.8	76,256	59.0	4,224,628	60.3		
		脳疾患		394	20.1	50,122	22.9	25,789	20.2	1,568,292	22.6		
		がん		205	11.2	24,937	11.1	14,584	11.1	837,410	11.8		
		筋・骨格		1,039	52.3	116,014	52.5	62,389	48.3	3,748,372	53.4		
		精神		668	33.9	80,119	36.4	44,118	34.3	2,569,149	36.8		
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		254,287	2,641,789,779	259,723	323,370,248,204	283,181	180,948,218,583	290,668	10,074,274,226,869		
		1件当たり給付費(全体)		56,833		63,000		64,123		59,662			
		居宅サービス		36,911		41,449		42,075		41,272			
施設サービス		282,224		292,001		296,026		296,364					
④ 医療費等		要介護認定別 医療費(40歳以上)		6,789		8,999		7,604		8,610			
	認定あり 認定なし		3,352		4,040		3,758		4,020				
4	① 国保の状況	被保険者数		7,320		882,802		460,898		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		3,789	51.8			212,804	46.2	11,129,271	40.5		
		40~64歳		2,126	29.0			141,551	30.7	9,088,015	33.1		
		39歳以下		1,405	19.2			106,543	23.1	7,271,596	26.5		
	加入率		22.2		20.6		20.4		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		0		0.0		136		0.3			
		診療所数		23		3.1		1,686		3.7			
		病床数		0		0.0		49,546		56.1			
		医師数		23		3.1		9,765		11.1			
		外来患者数		844.7		716.1		742.1		687.8			
入院患者数		21.1		19.2		19.0		17.7					
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		385,205	県内22位 同規模36位	361,243		364,684		339,680		KDB_NO.3 健康・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		865.758		735.303		761.032		705.439				
	外来	費用の割合		60.6		59.6		61.3		60.4			
		件数の割合		97.6		97.4		97.5		97.5			
	入院	費用の割合		39.4		40.4		38.7		39.6			
		件数の割合		2.4		2.6		2.5		2.5			
1件あたり在院日数		16.2日		16.0日		15.4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	518,901,730	31.8	31.9	32.4	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)	135,162,610	8.3	8.0	10.0	8.2					
			糖尿病	213,815,300	13.1	11.0	11.5	10.4					
			高血圧症	107,605,030	6.6	6.1	6.5	5.9					
			脂質異常症	76,019,410	4.7	4.2	4.1	4.1					
			脳梗塞・脳出血	44,180,210	2.7	3.8	3.5	3.9					
			狭心症・心筋梗塞	27,926,120	1.7	2.9	3.1	2.8					
			精神	235,565,770	14.4	14.6	13.0	14.7					
	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	246	0.2	310	0.2	292	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)		
				糖尿病	1,238	0.8	1,270	0.9	1,309	0.9		1,144	0.9
				脂質異常症	77	0.1	61	0.0	60	0.0		53	0.0
				脳梗塞・脳出血	5,120	3.4	6,294	4.3	5,824	4.1		5,993	4.5
				虚血性心疾患	2,595	1.7	4,413	3.0	4,976	3.5		3,942	2.9
				腎不全	5,354	3.5	4,223	2.9	5,025	3.6		4,051	3.0
⑤	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	14,454	6.2	11,332	5.3	12,348	5.5	10,143	4.9		
			糖尿病	28,147	12.1	20,232	9.4	21,476	9.6	17,720	8.6		
			脂質異常症	10,308	4.4	7,876	3.7	7,862	3.5	7,092	3.5		
			脳梗塞・脳出血	915	0.4	916	0.4	768	0.3	825	0.4		
			虚血性心疾患	1,788	0.8	1,870	0.9	1,812	0.8	1,722	0.8		
			腎不全	17,092	7.3	17,044	7.9	20,246	9.1	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	1,998	2,440	2,612	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						
		健診未受診者 一人当たり	15,687	12,830	12,906	13,295							
⑦	健診・レセ 実合	生活習慣病対象者 一人当たり	4,945	7,199	7,431	6,142	KDB_NO.1 地域全体像の把握						
		健診未受診者 一人当たり	38,818	37,856	36,712	40,210							
5	特定健診の 状況 県内市町村数 38市町村 同規模市区町村 数 147市町村	健診受診者	2,543	250,612	149,836	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						
		受診率	47.4	県内18位 同規模27位	39.3	46.0		全国2位	35.3				
		特定保健指導終了者(実施率)	0	0.0	4814	16.1		2,103	10.6	69,327	9.0		
		非肥満高血糖	208	8.2	25,228	10.1		22,646	15.1	588,083	9.0		
		メタボ	該当者	650	25.6	52,346		20.9	36,486	24.4	1,321,197	20.3	
			男性	437	38.3	35,817		32.5	24,694	37.6	923,222	32.0	
			女性	213	15.2	16,529		11.8	11,792	14.0	397,975	11.0	
			予備群	351	13.8	28,214		11.3	16,003	10.7	730,607	11.2	
		メタボ 該当・予 備群レ ベル	腹囲	総数	1,083	42.6		88,865	35.5	56,840	37.9	2,273,296	35.0
				男性	718	63.0		60,938	55.3	38,694	58.9	1,592,747	55.3
			女性	365	26.0	27,927		19.9	18,146	21.6	680,549	18.8	
			BMI	総数	134	5.3		12,320	4.9	7,900	5.3	304,276	4.7
				男性	13	1.1		1,709	1.6	1,038	1.6	48,780	1.7
			女性	121	8.6	10,611		7.6	6,862	8.2	255,496	7.1	
		血糖のみ	19	0.7	1,744	0.7		1,388	0.9	41,541	0.6		
		血圧のみ	254	10.0	20,034	8.0		11,190	7.5	514,593	7.9		
		脂質のみ	78	3.1	6,436	2.6		3,425	2.3	174,473	2.7		
		血糖・血圧	97	3.8	8,097	3.2		6,323	4.2	193,722	3.0		
		血糖・脂質	38	1.5	2,643	1.1		2,320	1.5	67,212	1.0		
血圧・脂質	316	12.4	24,138	9.6	13,100	8.7	630,648	9.7					
血糖・血圧・脂質	199	7.8	17,468	7.0	14,743	9.8	429,615	6.6					
6	問診の状況	服薬	高血圧	1,094	43.0	92,854	37.1	58,790	39.2	2,324,538	35.8		
		糖尿病	303	11.9	23,444	9.4	15,162	10.1	564,473	8.7			
②	既往 歴	脂質異常症	950	37.4	71,191	28.4	45,301	30.2	1,817,350	28.0			
		脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	86	3.5	7,606	3.1	4,711	3.2	199,003	3.1			
6	生活習慣の 状況	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	179	7.2	14,124	5.8	10,176	6.8	349,845	5.5			
		腎不全	15	0.6	2,026	0.8	1,270	0.9	51,680	0.8			
		貧血	301	12.2	25,148	10.4	18,343	12.3	669,737	10.6			
		喫煙	346	13.6	32,100	12.8	21,501	14.4	896,676	13.8			
		週3回以上朝食を抜く	177	7.2	20,062	8.7	12,570	8.4	609,166	10.3			
		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～)	379	15.4	33,458	14.3	22,438	15.1	932,218	15.7			
		週3回以上就寝前夕食	379	15.4	33,458	14.3	22,438	15.1	932,218	15.7			
		食べる速度が速い	628	25.4	59,745	25.9	36,868	24.7	1,590,713	26.8			
		20歳時体重から10kg以上増加	973	39.4	83,122	35.5	53,071	35.6	2,083,152	34.9			
		1回30分以上運動習慣なし	1,554	62.9	137,627	59.6	93,194	62.4	3,589,415	60.3			
		1日1時間以上運動なし	821	33.3	111,206	47.4	68,274	45.8	2,858,913	48.0			
		睡眠不足	606	24.6	59,845	25.6	39,358	26.4	1,521,685	25.6			
		毎日飲酒	624	25.3	56,219	23.6	37,622	25.2	1,585,206	25.5			
時々飲酒	521	21.1	51,095	21.4	34,837	23.3	1,393,154	22.4					
⑭	一日 飲酒 量	1合未満	872	57.8	103,887	65.7	65,170	59.7	2,851,798	64.2			
		1～2合	437	29.0	37,237	23.5	28,982	26.6	1,053,317	23.7			
		2～3合	177	11.7	13,576	8.6	12,366	11.3	414,658	9.3			
		3合以上	23	1.5	3,510	2.2	2,606	2.4	122,039	2.7			



② 65～74歳（国保）

令和4年度

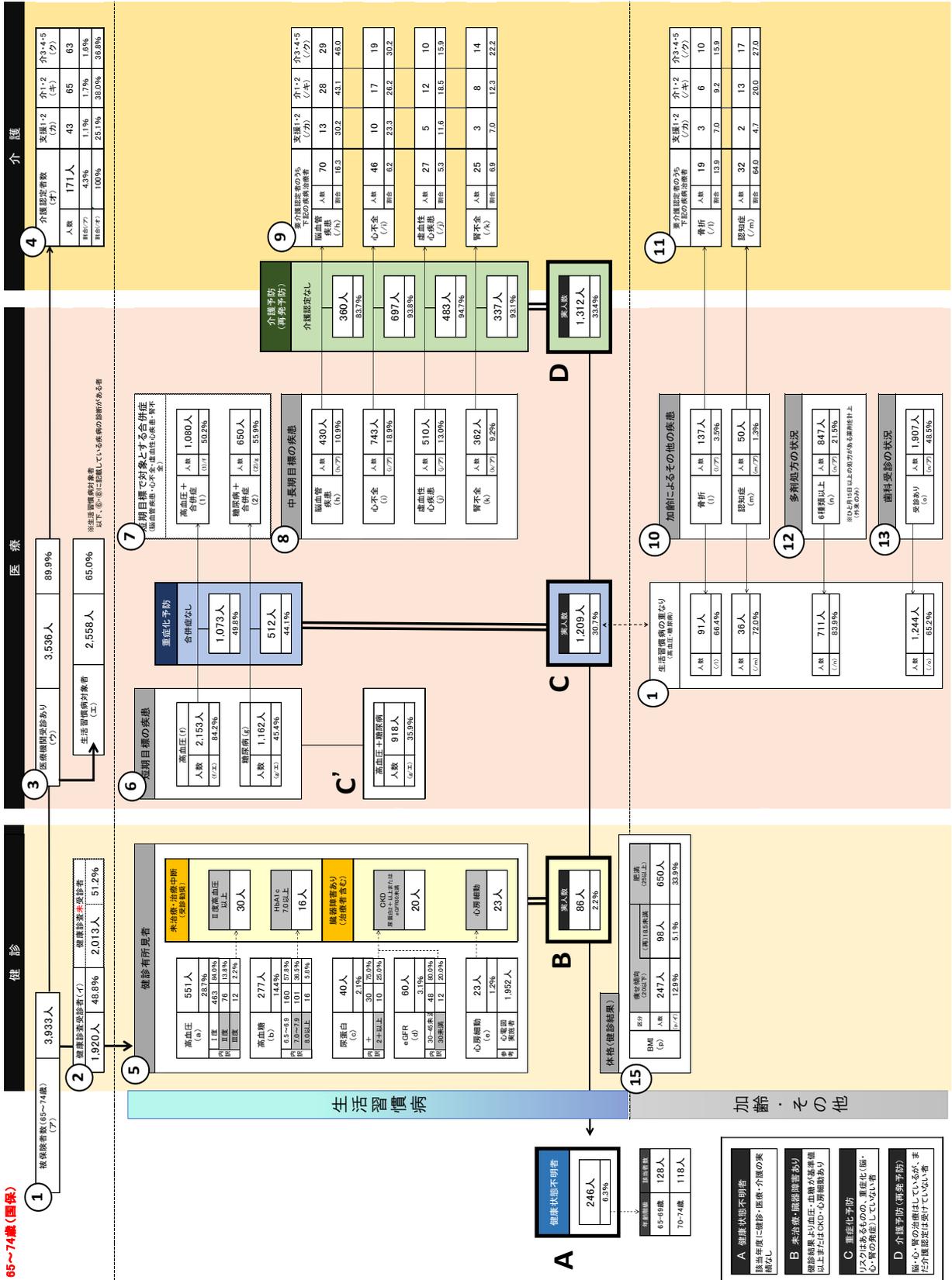
【OB】厚生労働省様式1-1  
【特定保健指導等一歩管理システム】PMAC171

【OB】介入支援対象者一歩管理・重症化予防  
【OB】介入支援対象者一歩管理・重症化予防

参考：【OB】介入支援対象者一歩管理・重症化予防  
【OB】介入支援対象者一歩管理・重症化予防

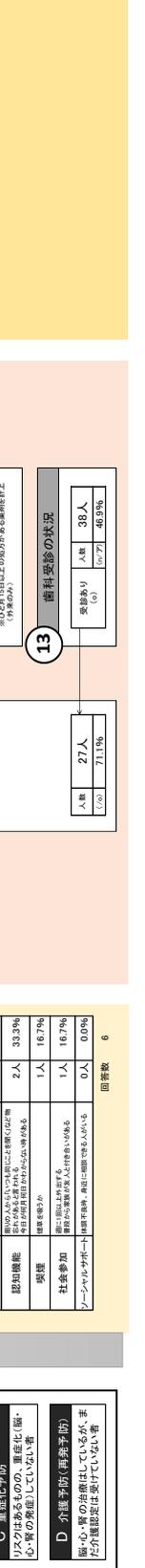
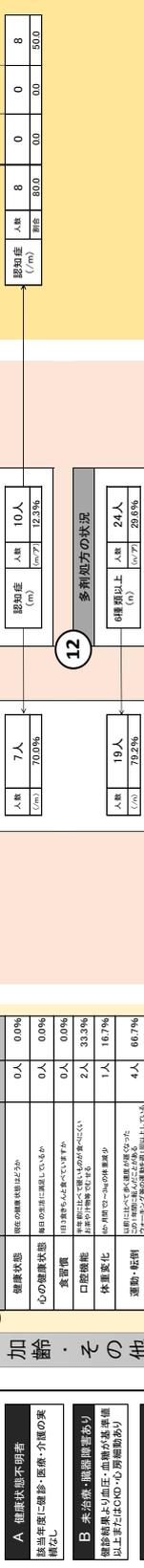
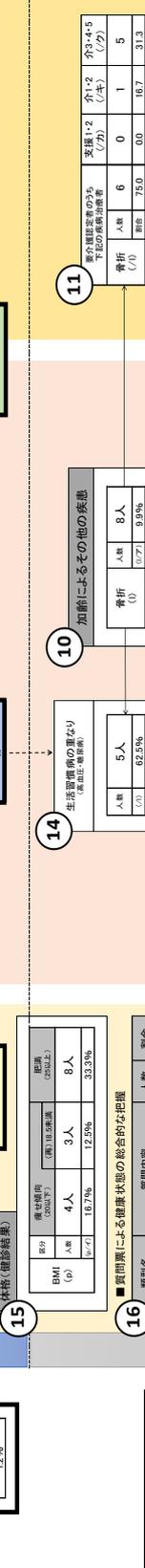
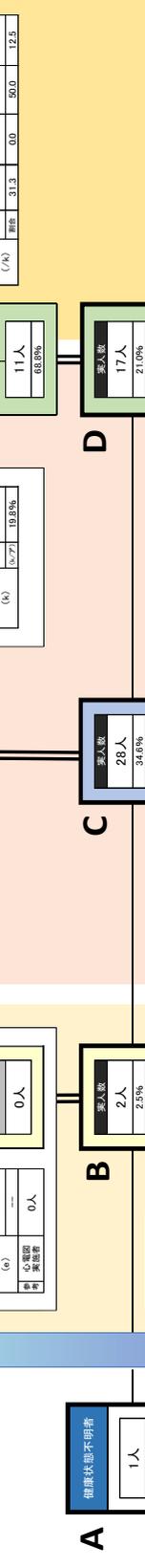
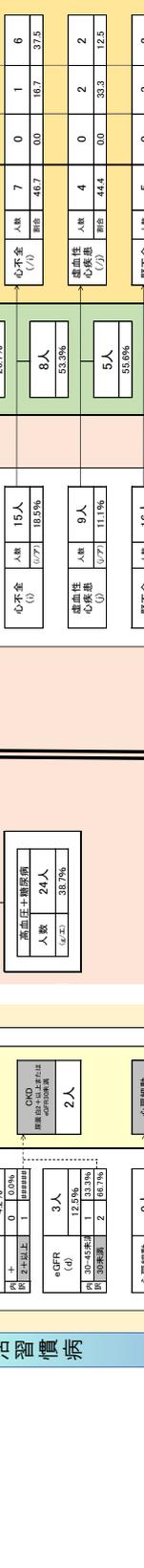
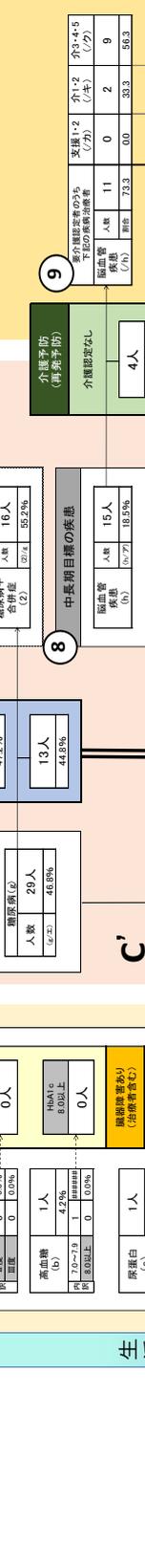
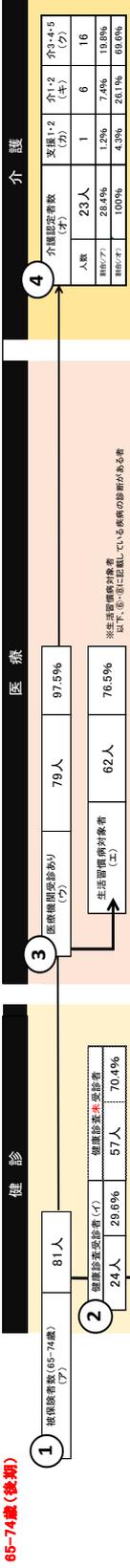
互理町  
65～74歳（国保）

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）

【001】介入支援対象者 一人 心不全、重症化予防  
 【002】初期高齢者の医療（健診）介護受援状況  
 【003】厚生労働省 看護士1人  
 【特定高齢者等一歩支援システム】PMAC171  
 令和4年度



健康状態不明者  
1人 1.2%



資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

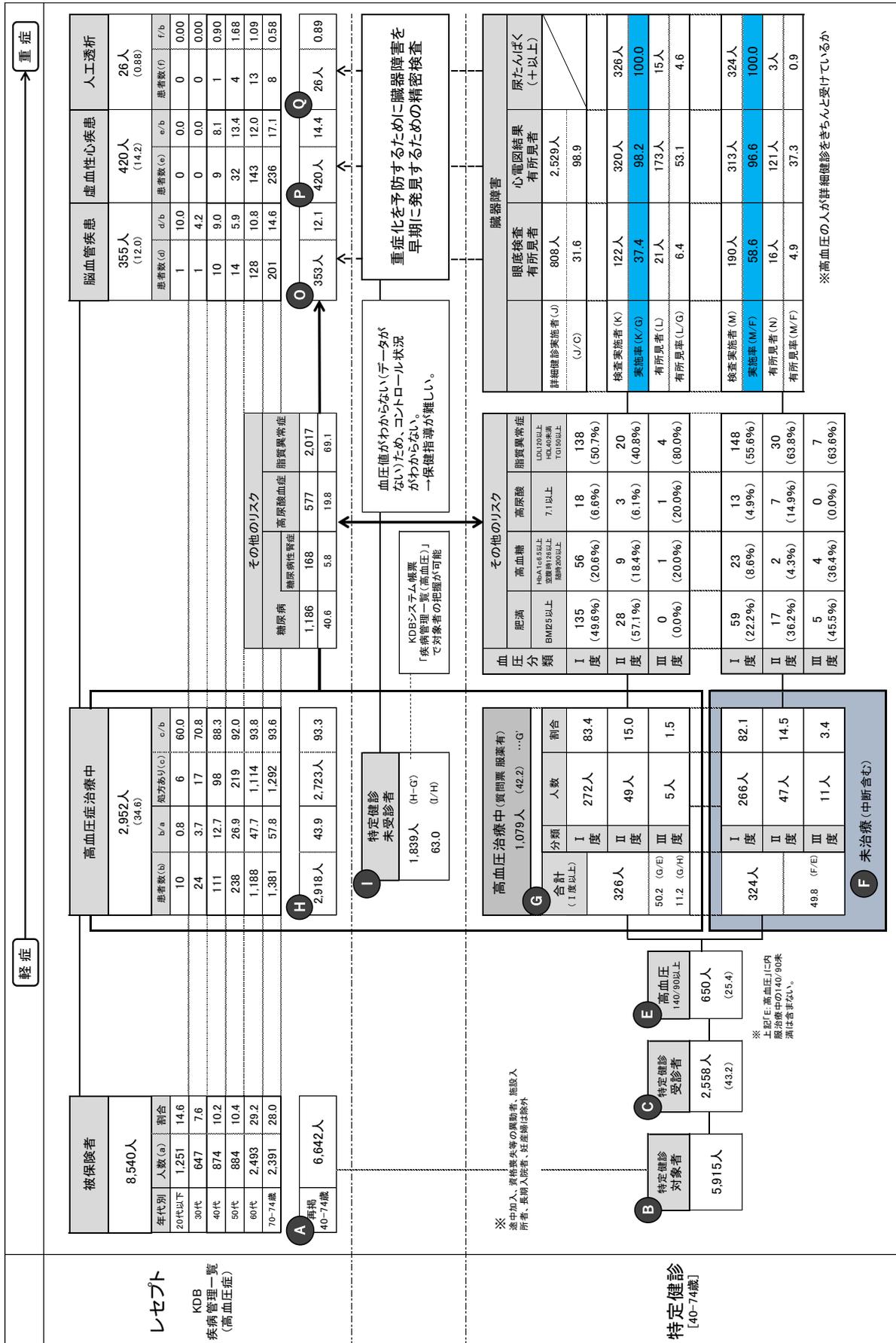
項目	突合表	亙理町										同規模保険者(平均)		データ基		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	8,303人		7,927人		7,792人		7,727人		7,621人				KDB_厚生労働省様式様式3-2		
	② (再掲)40-74歳	6,564人		6,318人		6,269人		6,284人		6,220人						
2	① 対象者数	5,698人		5,653人		5,656人		5,602人		5,326人				特定健診法延報告データ		
	② 特定健診 受診者数	2,610人		2,627人		2,769人		2,701人		2,576人						
	③ 受診率	45.8%		46.5%		49.0%		48.2%		48.4%						
3	① 特定保健指導 対象者数	315人		345人		379人		340人		290人						
	② 実施率	35.6%		56.8%		12.9%		47.6%		54.8%						
4	健診データ	① 糖尿病型	E 429人 15.7%		391人 14.3%		500人 17.4%		462人 16.6%		436人 16.6%				特定健診結果	
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F 167人 38.9%		139人 35.5%		166人 33.2%		156人 33.8%		122人 28.0%					
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G 262人 61.1%		252人 64.5%		334人 66.8%		306人 66.2%		314人 72.0%					
		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 95人 36.3%		88人 34.9%		119人 35.6%		125人 40.8%		126人 40.1%					
		⑤ 血圧 130/80以上	57人 60.0%		56人 63.6%		74人 62.2%		81人 64.8%		81人 64.3%					
		⑥ 肥満 BMI25以上	46人 48.4%		47人 53.4%		60人 50.4%		68人 54.4%		61人 48.4%					
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K 167人 63.7%		164人 65.1%		215人 64.4%		181人 59.2%		188人 59.9%					
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M 407人 94.9%		371人 94.9%		453人 90.6%		425人 92.0%		398人 91.3%					
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)	14人 3.3%		13人 3.3%		23人 4.6%		23人 5.0%		16人 3.7%					
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)	8人 1.9%		6人 1.5%		19人 3.8%		12人 2.6%		18人 4.1%					
		⑪ 第4期 eGFR30未満	0人 0.0%		1人 0.3%		3人 0.6%		1人 0.2%		4人 0.9%					
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)	143.3人		144.4人		129.2人		146.8人		146.3人				KDB_厚生労働省様式様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)	178.4人		178.1人		159.0人		178.1人		177.0人					
		③ レセプト件数(40-74歳) (1件は被保険者千対)	6,743件 (1072.5)		6,810件 (1098.9)		6,808件 (1092.3)		7,165件 (1162.6)		7,065件 (1194.4)		630,975件 (921.9)		KDB_疾病別医療費分析(生活習慣病)	
		④ 入院外(件数)	23件 (3.7)		39件 (6.3)		28件 (4.5)		30件 (4.9)		23件 (3.9)		2,654件 (3.9)			
		⑤ 糖尿病治療中	H 1,190人 14.3%		1,145人 14.4%		1,007人 12.9%		1,134人 14.7%		1,115人 14.6%				KDB_厚生労働省様式様式3-2	
		⑥ (再掲)40-74歳	1,171人 17.8%		1,125人 17.8%		997人 15.9%		1,119人 17.8%		1,101人 17.7%					
		⑦ 健診未受診者	I 909人 77.6%		863人 76.7%		663人 66.5%		813人 72.7%		787人 71.5%					
		⑧ インスリン治療	O 112人 9.4%		102人 8.9%		96人 9.5%		122人 10.8%		110人 9.9%					
		⑨ (再掲)40-74歳	108人 9.2%		100人 8.9%		95人 9.5%		119人 10.6%		107人 9.7%					
		⑩ 糖尿病性腎症	L 113人 9.5%		115人 10.0%		105人 10.4%		130人 11.5%		127人 11.4%					
		⑪ (再掲)40-74歳	106人 9.1%		113人 10.0%		105人 10.5%		128人 11.4%		125人 11.4%					
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	16人 1.3%		13人 1.1%		12人 1.2%		12人 1.1%		12人 1.1%					
		⑬ (再掲)40-74歳	16人 1.4%		13人 1.2%		12人 1.2%		12人 1.1%		12人 1.1%					
		⑭ 新規透析患者数	4人		2人		1人		1人		2人					
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症	2人		2人		0人		0人		0人					
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	19人 1.5%		24人 1.9%		25人 2.0%		22人 1.8%		28人 2.0%					
6	医療費	① 総医療費	29億1249万円		28億9851万円		27億6812万円		28億9500万円		28億1970万円		21億6943万円			KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
		② 生活習慣病総医療費	16億4835万円		16億4685万円		16億2134万円		16億6051万円		16億3078万円		11億4738万円			
		③ (総医療費に占める割合)	56.6%		56.8%		58.6%		57.4%		57.8%		52.9%			
		④ 生活習慣病対象者一人あたり	4,162円		4,717円		5,000円		3,593円		4,945円		7,199円			
		⑤ 健診未受診者	36,668円		37,615円		36,518円		37,560円		38,818円		37,856円			
		⑥ 糖尿病医療費	1億8959万円		2億0227万円		2億0344万円		2億2170万円		2億1382万円		1億2598万円			
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	11.5%		12.3%		12.5%		13.4%		13.1%		11.0%			
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	5億1381万円		5億4165万円		5億2078万円		5億4619万円		5億2826万円					
		⑨ 1件あたり	31,672円		34,366円		34,025円		34,738円		34,249円					
		⑩ 糖尿病入院総医療費	2億8486万円		2億9138万円		3億1317万円		2億8998万円		2億7298万円					
		⑪ 1件あたり	616,574円		646,077円		664,896円		675,940円		649,962円					
		⑫ 在院日数	16日		18日		16日		16日		16日					
		⑬ 慢性腎不全医療費	1億3635万円		1億4630万円		1億3684万円		1億3743万円		1億4019万円		9872万円			
		⑭ 透析有り	1億2784万円		1億4208万円		1億3207万円		1億3090万円		1億3516万円		9197万円			
		⑮ 透析なし	851万円		422万円		477万円		653万円		503万円		675万円			
7	介護	① 介護給付費	25億8200万円		26億2901万円		26億9176万円		27億0823万円		26億4179万円		21億9980万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症	4件 18.2%		2件 8.7%		1件 5.3%		1件 4.8%		2件 11.8%					
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		3人 0.8%		7人 1.9%		4人 1.1%		3人 0.8%		2人 0.5%		926人 1.1%		



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

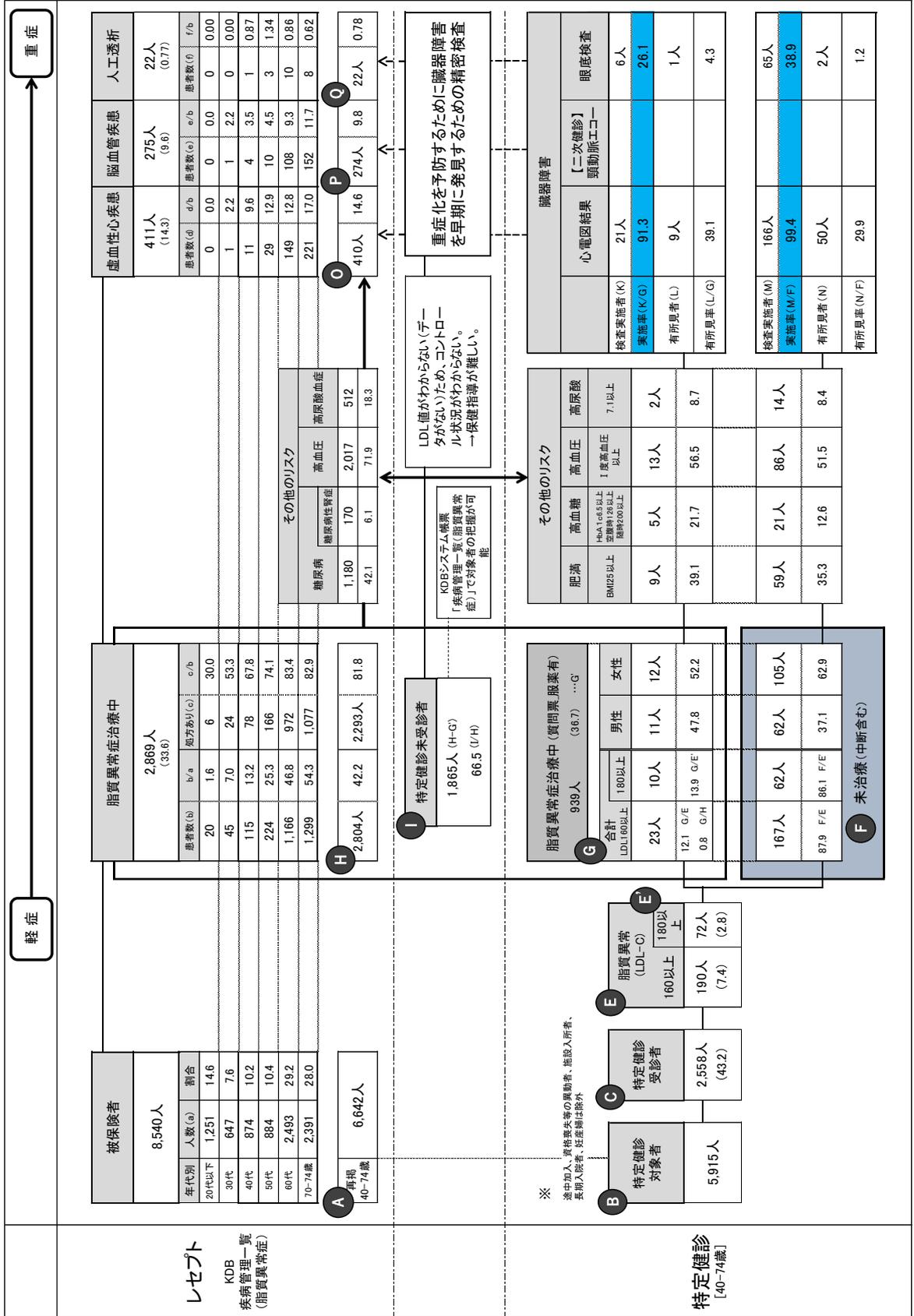
令和04年度



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



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

資料7 HbA1cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		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	2,773	776	28.0%	1,160	41.8%	557	20.1%	174	6.3%	80	2.9%	26	0.9%	57	2.1%	17	0.6%
H30	2,605	561	21.5%	1,071	41.1%	677	26.0%	174	6.7%	89	3.4%	33	1.3%	63	2.4%	19	0.7%
R01	2,607	659	25.3%	1,093	41.9%	587	22.5%	148	5.7%	95	3.6%	25	1.0%	48	1.8%	17	0.7%
R02	2,763	574	20.8%	1,158	41.9%	682	24.7%	206	7.5%	111	4.0%	32	1.2%	62	2.2%	19	0.7%
R03	2,674	573	21.4%	1,121	41.9%	641	24.0%	201	7.5%	108	4.0%	30	1.1%	66	2.5%	22	0.8%
R04	2,603	566	21.7%	1,115	42.8%	600	23.1%	180	6.9%	123	4.7%	19	0.7%	63	2.4%	12	0.5%

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲	
					再)7.0以上	未治療	治療		
H29	2,773	776	1,160	557	280	148	132		
					10.1%	52.9%	47.1%	3.8%	10.1%
H30	2,605	561	1,071	677	296	162	134		
					11.4%	54.7%	45.3%	4.7%	11.4%
R01	2,607	659	1,093	587	268	125	143		
					10.3%	46.6%	53.4%	4.6%	10.3%
R02	2,763	574	1,158	682	349	154	195		
					12.6%	44.1%	55.9%	5.2%	12.6%
R03	2,674	573	1,121	641	339	144	195		
					12.7%	42.5%	57.5%	5.2%	12.7%
R04	2,603	566	1,115	600	322	113	209		
					12.4%	35.1%	64.9%	5.5%	12.4%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		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	230	8.3%	3	1.3%	25	10.9%	70	30.4%	77	33.5%	42	18.3%	13	5.7%	35	15.2%	5	2.2%
	H30	228	8.8%	4	1.8%	19	8.3%	71	31.1%	63	27.6%	57	25.0%	14	6.1%	38	16.7%	6	2.6%
	R01	244	9.4%	1	0.4%	23	9.4%	77	31.6%	70	28.7%	58	23.8%	15	6.1%	29	11.9%	10	4.1%
	R02	321	11.6%	5	1.6%	22	6.9%	99	30.8%	99	30.8%	77	24.0%	19	5.9%	43	13.4%	9	2.8%
	R03	292	10.9%	2	0.7%	28	9.6%	67	22.9%	95	32.5%	82	28.1%	18	6.2%	42	14.4%	12	4.1%
	R04	313	12.0%	4	1.3%	27	8.6%	73	23.3%	106	33.9%	92	29.4%	11	3.5%	54	17.3%	7	2.2%
治療なし	H29	2,543	91.7%	773	30.4%	1,135	44.6%	487	19.2%	97	3.8%	38	1.5%	13	0.5%	22	0.9%	12	0.5%
	H30	2,377	91.2%	557	23.4%	1,052	44.3%	606	25.5%	111	4.7%	32	1.3%	19	0.8%	25	1.1%	13	0.5%
	R01	2,363	90.6%	658	27.8%	1,070	45.3%	510	21.6%	78	3.3%	37	1.6%	10	0.4%	19	0.8%	7	0.3%
	R02	2,442	88.4%	569	23.3%	1,136	46.5%	583	23.9%	107	4.4%	34	1.4%	13	0.5%	19	0.8%	10	0.4%
	R03	2,382	89.1%	571	24.0%	1,093	45.9%	574	24.1%	106	4.5%	26	1.1%	12	0.5%	24	1.0%	10	0.4%
	R04	2,290	88.0%	562	24.5%	1,088	47.5%	527	23.0%	74	3.2%	31	1.4%	8	0.3%	9	0.4%	5	0.2%

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	2,773	738	26.6%	521	18.8%	876	31.6%	531	19.1%	84	3.0%	23	0.8%
H30	2,605	744	28.6%	505	19.4%	813	31.2%	435	16.7%	98	3.8%	10	0.4%
R01	2,607	613	23.5%	486	18.6%	871	33.4%	478	18.3%	136	5.2%	23	0.9%
R02	2,763	549	19.9%	424	15.3%	950	34.4%	626	22.7%	183	6.6%	31	1.1%
R03	2,674	591	22.1%	457	17.1%	914	34.2%	536	20.0%	147	5.5%	29	1.1%
R04	2,603	646	24.8%	400	15.4%	900	34.6%	543	20.9%	98	3.8%	16	0.6%

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

重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I度 高血圧	II度高血圧以上			再掲		割合
					再)III度高血圧	未治療	治療	割合	割合	
H29	2,773	1,259 45.4%	876 31.6%	531 19.1%	107 3.9%	62 57.9%	45 42.1%	0.8%	3.9%	
H30	2,605	1,249 47.9%	813 31.2%	435 16.7%	108 4.1%	74 68.5%	34 31.5%	0.4%	4.1%	
R01	2,607	1,099 42.2%	871 33.4%	478 18.3%	159 6.1%	96 60.4%	63 39.6%	0.9%	6.1%	
R02	2,763	973 35.2%	950 34.4%	626 22.7%	214 7.7%	123 57.5%	91 42.5%	1.1%	7.7%	
R03	2,674	1,048 39.2%	914 34.2%	536 20.0%	176 6.6%	109 61.9%	67 38.1%	1.1%	6.6%	
R04	2,603	1,046 40.2%	900 34.6%	543 20.9%	114 4.4%	60 52.6%	54 47.4%	0.6%	4.4%	

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		I度		II度		III度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	1,032	37.2%	147	14.2%	199	19.3%	386	37.4%	255	24.7%	35	3.4%	10	1.0%
	H30	930	35.7%	177	19.0%	184	19.8%	340	36.6%	195	21.0%	32	3.4%	2	0.2%
	R01	970	37.2%	150	15.5%	163	16.8%	361	37.2%	233	24.0%	54	5.6%	9	0.9%
	R02	1,118	40.5%	149	13.3%	170	15.2%	421	37.7%	287	25.7%	83	7.4%	8	0.7%
	R03	1,075	40.2%	157	14.6%	165	15.3%	414	38.5%	272	25.3%	64	6.0%	3	0.3%
	R04	1,087	41.8%	162	14.9%	177	16.3%	421	38.7%	273	25.1%	49	4.5%	5	0.5%
治療なし	H29	1,741	62.8%	591	33.9%	322	18.5%	490	28.1%	276	15.9%	49	2.8%	13	0.7%
	H30	1,675	64.3%	567	33.9%	321	19.2%	473	28.2%	240	14.3%	66	3.9%	8	0.5%
	R01	1,637	62.8%	463	28.3%	323	19.7%	510	31.2%	245	15.0%	82	5.0%	14	0.9%
	R02	1,645	59.5%	400	24.3%	254	15.4%	529	32.2%	339	20.6%	100	6.1%	23	1.4%
	R03	1,599	59.8%	434	27.1%	292	18.3%	500	31.3%	264	16.5%	83	5.2%	26	1.6%
	R04	1,516	58.2%	484	31.9%	223	14.7%	479	31.6%	270	17.8%	49	3.2%	11	0.7%

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	2,773	1,374	49.5%	682	24.6%	419	15.1%	193	7.0%	105	3.8%
	H30	2,605	1,288	49.4%	646	24.8%	408	15.7%	166	6.4%	97	3.7%
	R01	2,607	1,311	50.3%	654	25.1%	398	15.3%	152	5.8%	92	3.5%
	R02	2,763	1,484	53.7%	632	22.9%	386	14.0%	165	6.0%	96	3.5%
	R03	2,674	1,379	51.6%	659	24.6%	382	14.3%	155	5.8%	99	3.7%
男性	R04	2,603	1,548	59.5%	555	21.3%	302	11.6%	122	4.7%	76	2.9%
	H29	1,186	650	54.8%	279	23.5%	158	13.3%	67	5.6%	32	2.7%
	H30	1,104	586	53.1%	280	25.4%	156	14.1%	51	4.6%	31	2.8%
	R01	1,130	617	54.6%	274	24.2%	155	13.7%	50	4.4%	34	3.0%
	R02	1,229	719	58.5%	291	23.7%	127	10.3%	62	5.0%	30	2.4%
女性	R03	1,180	634	53.7%	305	25.8%	150	12.7%	59	5.0%	32	2.7%
	R04	1,147	715	62.3%	246	21.4%	109	9.5%	57	5.0%	20	1.7%
	H29	1,587	724	45.6%	403	25.4%	261	16.4%	126	7.9%	73	4.6%
	H30	1,501	702	46.8%	366	24.4%	252	16.8%	115	7.7%	66	4.4%
	R01	1,477	694	47.0%	380	25.7%	243	16.5%	102	6.9%	58	3.9%
女性	R02	1,534	765	49.9%	341	22.2%	259	16.9%	103	6.7%	66	4.3%
	R03	1,494	745	49.9%	354	23.7%	232	15.5%	96	6.4%	67	4.5%
	R04	1,456	833	57.2%	309	21.2%	193	13.3%	65	4.5%	56	3.8%

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	
					再)180以上	未治療	治療		
H29	2,773	1,374 49.5%	682 24.6%	419 15.1%	298 10.7%	256 85.9%	42 14.1%	3.8%	10.7%
					105 3.8%	89 84.8%	16 15.2%		
H30	2,605	1,288 49.4%	646 24.8%	408 15.7%	263 10.1%	232 88.2%	31 11.8%	3.7%	10.1%
					97 3.7%	85 87.6%	12 12.4%		
R01	2,607	1,311 50.3%	654 25.1%	398 15.3%	244 9.4%	230 94.3%	14 5.7%	3.5%	9.4%
					92 3.5%	86 93.5%	6 6.5%		
R02	2,763	1,484 53.7%	632 22.9%	386 14.0%	261 9.4%	246 94.3%	15 5.7%	3.5%	9.4%
					96 3.5%	89 92.7%	7 7.3%		
R03	2,674	1,379 51.6%	659 24.6%	382 14.3%	254 9.5%	240 94.5%	14 5.5%	3.7%	9.5%
					99 3.7%	94 94.9%	5 5.1%		
R04	2,603	1,548 59.5%	555 21.3%	302 11.6%	198 7.6%	175 88.4%	23 11.6%	2.9%	7.6%
					76 2.9%	66 86.8%	10 13.2%		

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	822	29.6%	548	66.7%	167	20.3%	65	7.9%	26	3.2%	16	1.9%
	H30	786	30.2%	509	64.8%	183	23.3%	63	8.0%	19	2.4%	12	1.5%
	R01	814	31.2%	571	70.1%	173	21.3%	56	6.9%	8	1.0%	6	0.7%
	R02	928	33.6%	674	72.6%	172	18.5%	67	7.2%	8	0.9%	7	0.8%
	R03	936	35.0%	657	70.2%	193	20.6%	72	7.7%	9	1.0%	5	0.5%
治療なし	R04	948	36.4%	721	76.1%	156	16.5%	48	5.1%	13	1.4%	10	1.1%
	H29	1,951	70.4%	826	42.3%	515	26.4%	354	18.1%	167	8.6%	89	4.6%
	H30	1,819	69.8%	779	42.8%	463	25.5%	345	19.0%	147	8.1%	85	4.7%
	R01	1,793	68.8%	740	41.3%	481	26.8%	342	19.1%	144	8.0%	86	4.8%
	R02	1,835	66.4%	810	44.1%	460	25.1%	319	17.4%	157	8.6%	89	4.9%
R03	1,738	65.0%	722	41.5%	466	26.8%	310	17.8%	146	8.4%	94	5.4%	
R04	1,655	63.6%	827	50.0%	399	24.1%	254	15.3%	109	6.6%	66	4.0%	

## 資料10

### ○巨理町国民健康保険事業の運営に関する協議会規則

昭和35年12月21日

規則第29号

第1条 この町の国民健康保険事業の運営に関する協議会（以下「協議会」という。）については法令及び条例で定めるもののほか、この規則の定めるところによる。

第2条 協議会の事務所は巨理町役場におく。

第3条 協議会の委員は町長が委嘱する。

第4条 協議会は町長の諮問に応じ会長が招集する。

第5条 協議会は委員定数の半数以上が出席しなければ開会することが出来ない。

第6条 会議の議長は会長又は、その職務代理者を以つてこれにあてる。

2 議事は出席委員の過半数をもつて決し、可否同数のときは議長の決するところによる。

第7条 協議会は審議のため必要とするときは町長に協議のうえ、被保険者その他の者の出席を求め意見を聴取することが出来る。

第8条 議長は協議会開催の都度、会議録を作成し議長の指名した2名以上の出席委員と共に署名しなければならない。

第9条 前条に定める会議録には次の事項を記載する。

- (1) 諮問事項の表示
- (2) 開会及び閉会等に関する事項及び日時場所
- (3) 出席及び欠席委員の氏名並びに種別
- (4) 出席した関係者等の氏名及び職業
- (5) 審議の経過
- (6) 前各号の外重要な事項

第10条 協議会に町長の命ずる書記2名をおく。

2 書記は会長の指揮を受け庶務に従事する。

第11条 協議会の経費は、毎年度国民健康保険特別会計の定めるところによる。

附 則

- 1 この規則は公布の日から施行し、昭和35年12月1日より適用する。
- 2 次に掲げる規則は、昭和35年11月30日限り廃止する。

巨理町国民健康保険運営協議会規則（昭和30年12月23日告示第50号）

附 則（平成30年3月30日規則第5号）

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

## 国民健康保険事業の運営に関する協議会委員

	区分	氏 名	所 属
1	被保険者	ささき ちかこ 佐々木 千賀子	
2	被保険者	なかやま みちこ 中 山 美知子	
3	被保険者	せいの たかひこ 清 野 崇彦	
4	保険医	きくち さとし 菊 池 智	きくち皮フ科
5	保険医	さい ひろゆき 齋 裕 之	済生堂歯科クリニック
6	保険薬剤師	せきざわ たかひこ 関 澤 昂彦	わたり調剤薬局
7	公益	やまがた せつこ 山 形 節 子	巨理町民生委員児童委員協議会
8	公益	くさか まさひろ 日 下 正 博	巨理土地改良区
9	公益	わたべ こうぞう 渡 部 幸 造	巨理町社会福祉協議会

\*委員任期：令和3年5月から令和6年4月まで

巨理町国民健康保険  
第3期保健事業計画（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3月

発行 宮城県巨理町

編集 巨理町健康推進課

〒989-2393 宮城県巨理郡巨理町字悠里1番地

TEL 0223-34-0524 FAX 0223-34-1361