

神山町国民健康保険  
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

令和6年3月

神山町国民健康保険



# 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)の基本的事項 1**

1. 背景・目的	1
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	2
3. 計画期間	8
4. 関係者が果たすべき役割と連携	8
1) 市町村国保の役割	8
2) 関係機関との連携	9
3) 被保険者の役割	9
5. 保険者努力支援制度	10

## **第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化 11**

1. 基本情報－保険者の特性－	11
2. 第2期計画に係る評価及び考察	13
1) 第2期計画に係る評価	13
2) 主な個別事業の評価と課題	25
3) 第2期計画に係る考察	34
3. 第3期における健康課題（生活習慣病）の明確化	35
1) 基本的な考え方	35
2) 健康課題の明確化	35
3) 目標の設定	42

## **第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) 44**

1. 第4期特定健康診査等実施計画について	44
2. 目標値の設定	44
3. 対象者の見込み	44
4. 特定健診の実施	44
1) 実施方法	44
2) 特定健診委託基準	44
3) 健診実施機関リスト	44
4) 特定健診実施項目	45
5) 実施時期	45
6) 医療機関との適切な連携	45

7) 代行機関	45
8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール	45
5. 特定保健指導の実施	46
1) 健診から保健指導実施の流れ	47
2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法	48
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	48
6. 個人情報の保護	49
1) 基本的な考え方	49
2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	49
7. 結果の報告	49
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	49

## **第4章 課題解決に向けた個別保健事業** **50**

1. 保健事業の方向性	50
2. 重症化予防の取組	50
1) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	52
2) 糖尿病性腎症重症化予防	59
3) 虚血性心疾患重症化予防	66
4) 脳血管疾患重症化予防	71
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	77
4. 発症予防	79
5. ポピュレーションアプローチ	79

## **第5章 計画の評価・見直し** **81**

1. 評価の時期	81
2. 評価方法・体制	81

## **第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い** **82**

1. 計画の公表・周知	82
2. 個人情報の取扱い	82

## **参考資料** **83**

参考資料1	様式5-1 国・県・同規模と比べてみた神山町の位置	84
参考資料2	健診・医療・介護の一体的な分析	87
参考資料3	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	91

参考資料 4	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.....	92
参考資料 5	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.....	93
参考資料 6	HbA1cの年次比較.....	94
参考資料 7	血圧の年次比較.....	95
参考資料 8	LDL-cの年次比較.....	96

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

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

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

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

---

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

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

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

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

本町では、以上の事も踏まえ、国保データベース（KDB<sup>※6</sup>）を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険事業等のデータ分析を行い、優先的に取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（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間）、ひいては医療費適正化を目指します。

---

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

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

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

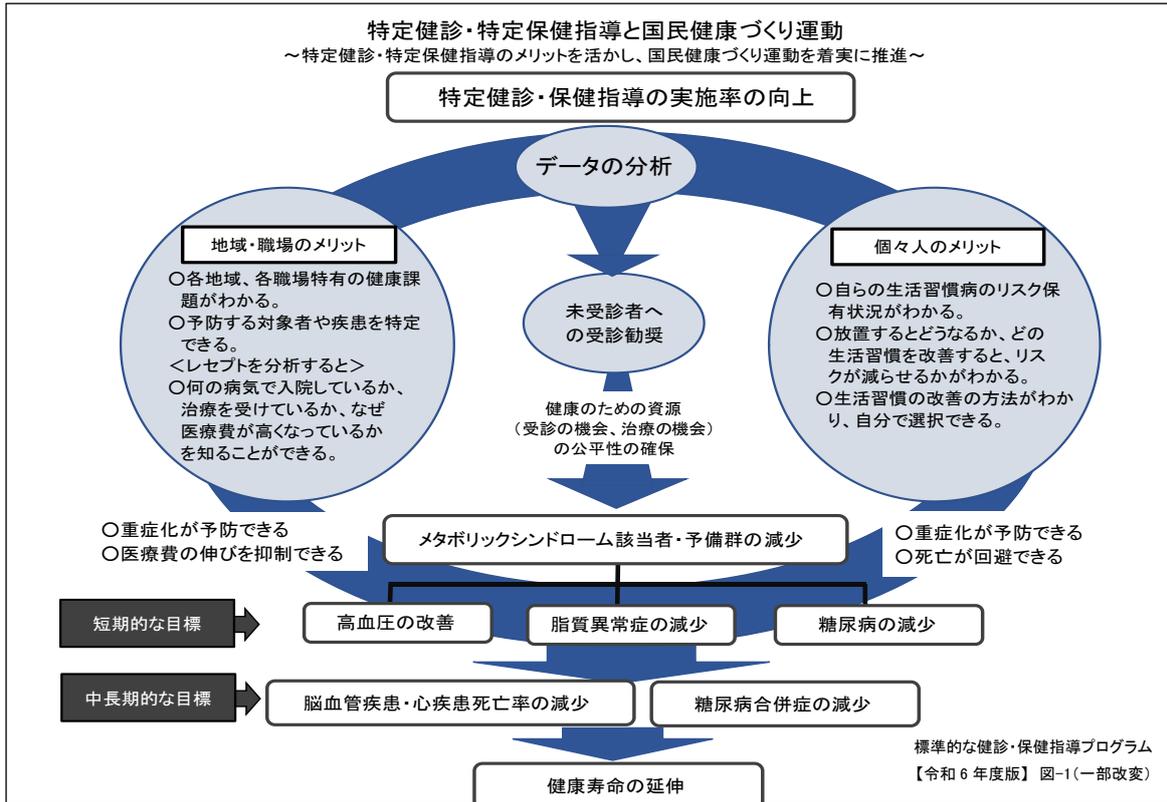
(図表 1) データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

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

(図表 1) データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ(続き)

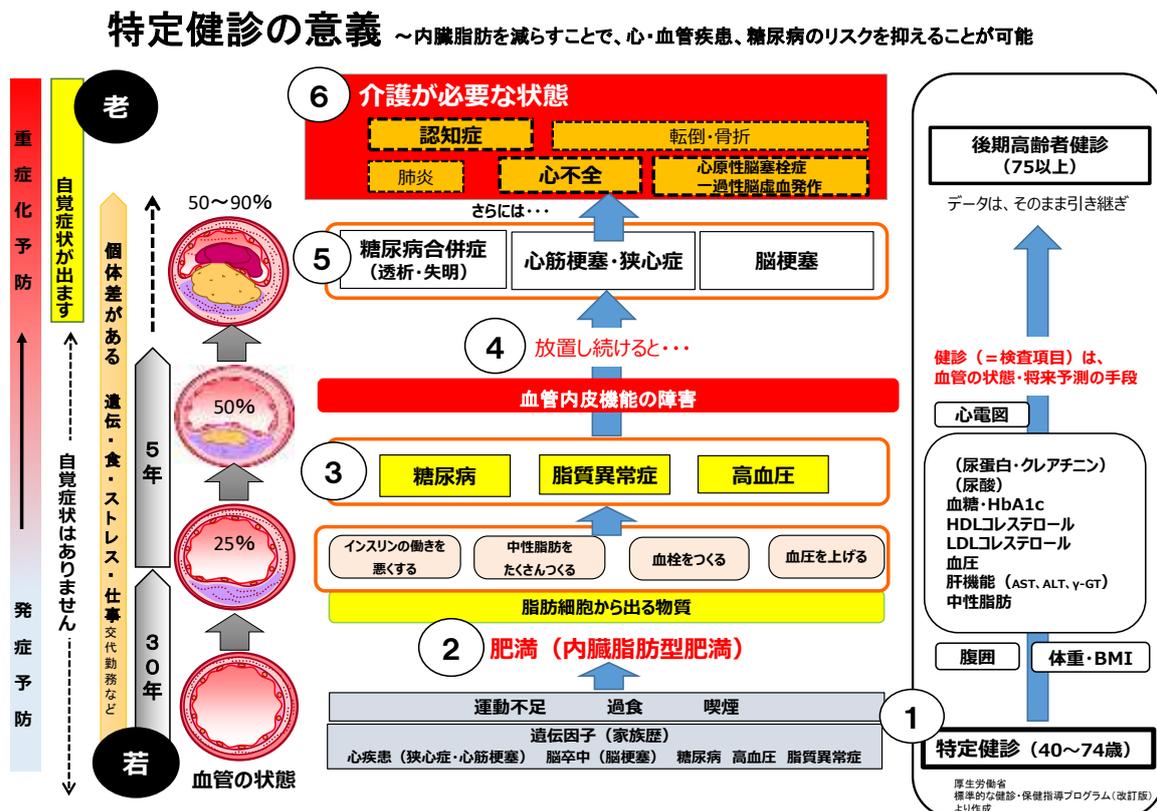
	医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業(支援)計画
法律	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8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

(図表 2) 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸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らる。

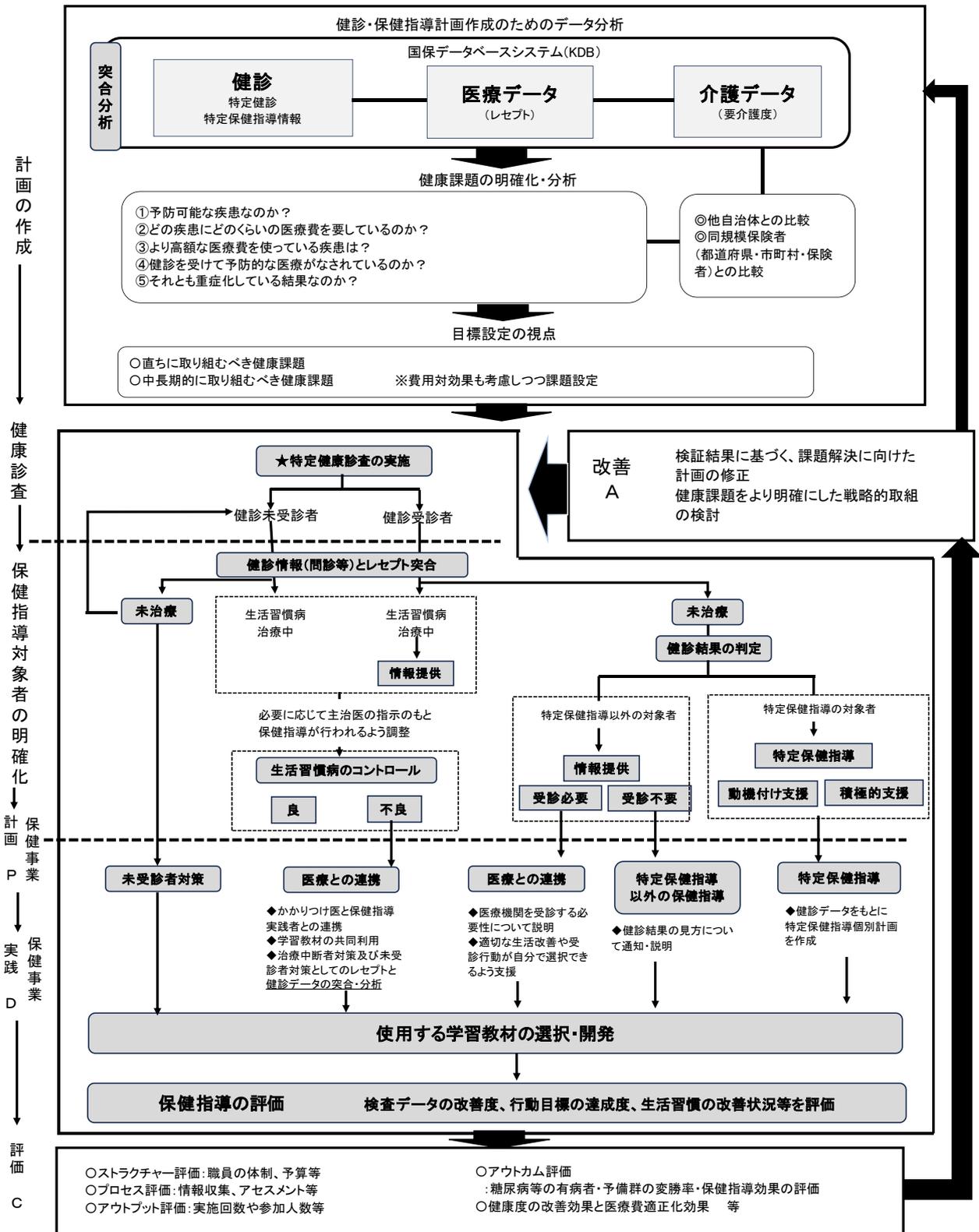
【参考資料】「特定健診の意義」住民との共通資料



厚生労働省  
標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)  
より作成



(図表 5) 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。

### 3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

データヘルス計画の期間については、国保指針第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しており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画とが6年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

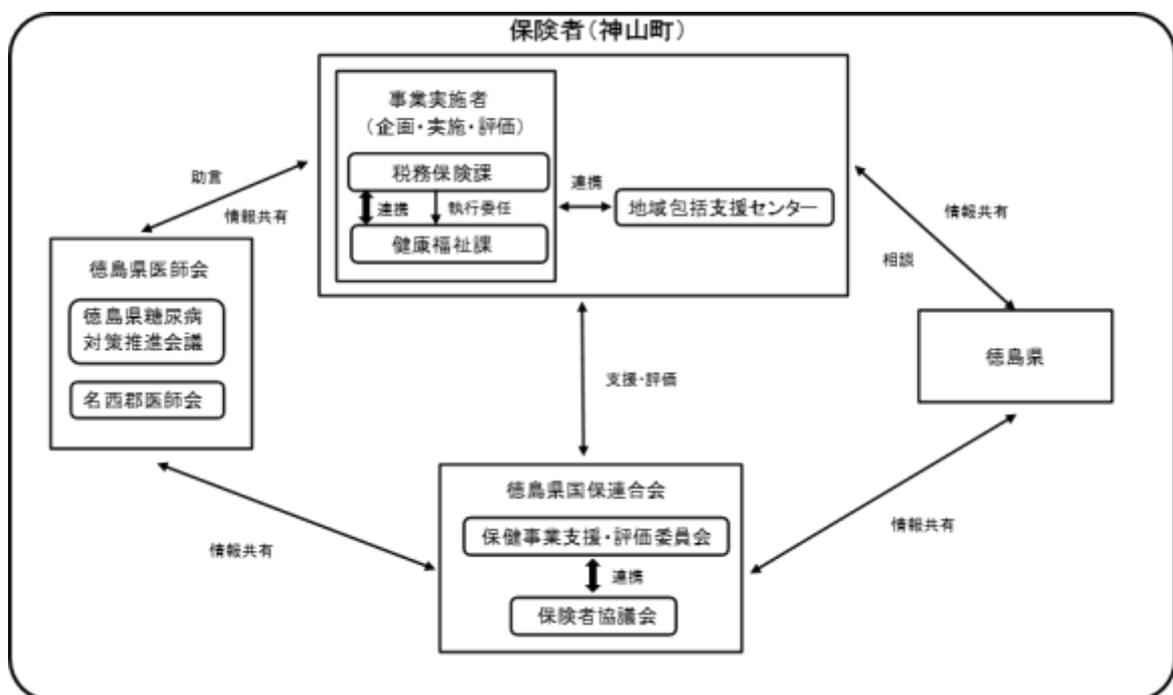
### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 市町村国保の役割

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

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

（図表6） 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

	国保係		予防係					管栄 (主事)
	事 (係長)	事 (主事)	保 (課長補佐)	保 (課長補佐兼係長)	保 (主査兼係長)	保 (技師)	保 (会計年度任用職員)	
国保事務	◎	◎		○			○	
健康診断 保健指導	○	◎	○	◎	○	○	○	○
がん検診			○			◎		
母子保健			○		◎			○
予防接種			○		◎			
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、共同保険者である徳島県のほか、国民健康保険団体連合会や国民健康保険団体連合会に設置される保健事業支援・評価委員会、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、医療機関や大学等の社会資源等と連携を依頼し協力を得るよう支援を求めます。

また、徳島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国保の保険者機能の強化については、県の関与を得ることは更に重要となるため連携を強化します。

さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、徳島県が徳島県医師会等との連携を推進することが重要であるため、この点も踏まえ県と連携を図ります。

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

## 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、神山町国保運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行っていきます。

## 5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組み等に対する支援を行うため、保険者の取組み状況に応じて交付金を交付する制度として平成30年度より本格的に制度が開始されました。

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

本町の実績は図表8となっています。特定健診受診率、後発医薬品促進に向けて、引き続き関係部署と連携し、取組みをすすめます。

(図表8) 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		H30		R1		R2		R3		R4		R5			
		獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点*	満点	獲得点*	満点		
総得点(体制構築加点を除く)		480	790	617	880	703	995	668	1,000	638	960	584	940		
獲得割合(%)		60.8%		70.1%		70.7%		66.8%		66.5%		62.1%			
交付額(千円)		1,815		3,043		3,414		3,235		3,091		2,874			
一人当たり交付額(円)		1,862		2,163		2,433		2,400		2,273		2,181			
市町村順位(24市町村中)		7位		2位		2位		6位		6位		8位			
全国順位(1,741市町村中)								308位		456位		681位			
共通①	(1) 特定健診受診率	40	50	15	50	10	70	10	70	0	70	10	70	予防(保健師等)	
	(2) 特定保健指導実施率	30	50	50	50	70	70	50	70	70	70	70	70		
	(3) メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率	20	50	45	50	0	50	35	50	40	50	15	50		
共通②	(1) がん検診受診率	0	30	0	30	0	40	5	40	5	40	15	40	事務職	
	(2) 歯科健診実施状況	25	25	25	25	28	30	28	30	28	30	30	35		
共通③	重症化予防の取組	100	100	100	100	120	120	120	120	120	120	100	100		
固有②	データヘルス計画の取組	40	40	50	50	40	40	40	40	30	30	25	25		320
共通④	個人への分かりやすい情報提供	25	25	20	20	20	20	20	20	15	15	35	20		455点
	個人のインセンティブ提供	0	70	15	70	75	90	90	90	35	45	20	45		54.8%
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	35	35	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50		274
共通⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	20	35	35	35	10	10	10	10	10	10	10	10		
	(2) 後発医薬品の使用割合	0	40	45	100	45	120	0	120	0	120	0	120		
固有①	収納率向上	75	100	60	100	85	100	40	100	50	100	50	100		
固有③	医療費通知の取組	25	25	25	25	25	25	25	25	20	25	15	15		
固有④	地域包括ケア推進・一体的実施	13	25	25	25	25	25	30	30	40	40	40	40		
固有⑤	第三者求償の取組	11	40	27	40	38	40	38	40	45	50	40	50	274	
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	21	50	30	60	62	95	77	95	80	100	69	100	485点	
体制構築加点		60	60	40	40	—	—	—	—	—	—	—	—	46.9%	

## 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. 基本情報－保険者の特性－

#### 1) 人口・国保の加入状況

- 本町の人口は約4,600人で高齢化率は54.3%（令和2年度国勢調査）です。全国と同規模、徳島県と比較すると、被保険者の平均年齢は57.3歳と高く、出生率は5.2、死亡率29.1となっています。（図表9）
- 産業においては、第1次産業が32.3%と同規模より高く、近年は第3次産業も増えてきています。被保険者の健康実態を分析し、働き方や生活リズム等を把握し、若い年代からの健康課題の明確にすることや取組みを考えていくことが重要となっています。（図表9）
- 国保加入率は27.0%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあり、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約54%を占め、平成30年と比較して3.4%増加しています。（図表10）

（図表9） 同規模・県・国と比較した神山町の特性

	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
神山町	4,647	54.3	1,256 (27.0)	57.3	5.2	29.1	0.2	32.3	18.5	49.2
同規模	—	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
県	—	34.5	22.4	55.1	6.5	14.3	0.3	8.5	24.1	67.4
国	—	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、神山町と同規模保険者(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	1,376		1,351		1,356		1,302		1,256	
65～74歳	698	50.7	710	52.6	752	55.5	730	56.1	680	54.1
40～64歳	452	32.8	430	31.8	389	28.7	375	28.8	359	28.6
39歳以下	226	16.4	211	15.6	215	15.9	197	15.1	217	17.3
加入率	26.0		25.5		25.6		24.6		27.0	

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

## 2)医療の状況

- 本町には病院は無いものの入院対応可能な3つの診療所があり、同規模と比較しても多く、近隣町村の複数の診療科目を有する病院へのアクセスが良く医療環境は良いと言えます。(図表 11)
- 外来患者数及び入院患者数をみると、同規模と比較して高い傾向にありますが、入院患者数は平成 30 年度と比較すると減少しており、入院を要さず外来対応で可能となっていることの結果であるのか等などの医療費と結び付けてみていく必要があります。(図表 11)

(図表 11) 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	同規模	県								
											割合	割合
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.4	0.7
診療所数	5	3.6	5	3.7	5	3.7	5	3.8	5	4.0	2.7	4.6
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	37.4	88.4
医師数	4	2.9	4	3.0	4	2.9	4	3.1	4	3.2	4.2	16.6
外来患者数	755.3		755.4		745.6		760.3		767.4		692.2	737.2
入院患者数	32.8		31.4		30.2		26.2		26.2		22.7	25.0

出典：KDBシステム\_地域の全体像の把握

## 2. 第2期計画に係る評価及び考察

### 1) 第2期計画に係る評価

第2期計画では生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、**健康寿命の延伸**と**社会保障費（介護費・医療費）の適正化**を目的に短期的目標と中長期的目標の2段階で設定していました。

第2期計画全体の目標値に対する達成状況と詳細な評価を実施しました。

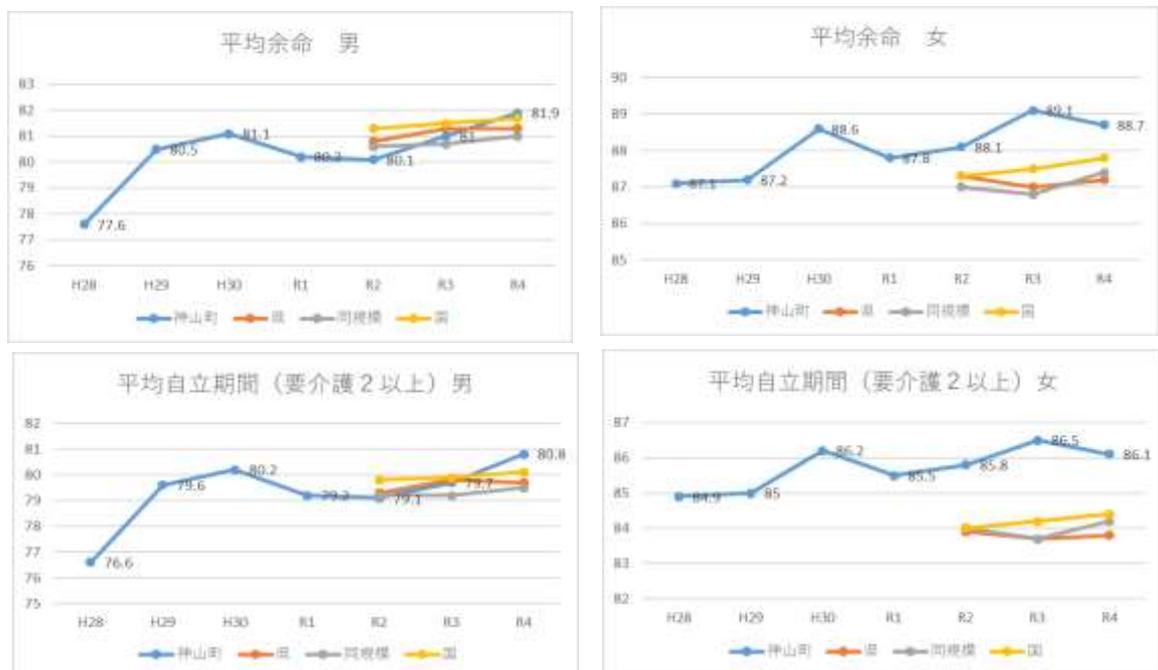
健康寿命・社会保障費に大きな影響を及ぼす脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の減少を中長期目標として設定していました。

そして、中長期的な目標を達成するために必要な短期的な目標として、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症のリスクとなるメタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を目標疾患として設定しました。(5頁 図表2参照)

#### (1)健康寿命の延伸

- 平均余命・平均自立期間については伸びてきており、男女ともにいずれにおいても国・県・同規模よりも上回っています。(図表12)
- 国の目指す平均寿命の伸び率を上回る平均自立期間の伸び率には至っていません。(図表13)

(図表12) 平均余命・平均自立期間



(図表13) 平成28年から令和4年の平均余命・平均自立期間の伸び率

	男性	女性
平均余命	5.5%	1.8%
平均自立期間	5.5%	1.4%

(参考) 健康寿命は国保データベース (KDB) システムを参照。KDBでは男女別に平均自立期間 (要介護2以上) を出力。算出については、「健康寿命の算定方法の指針 (2012年9月)」(厚労省科 研費補助金の研究) の「日常生活動作が自立している期間の平均」の指針にもとづいて、「0歳からの平均自立期間」を算出する。

## (2) 社会保障費(介護費・医療費)

### ① 介護認定者(率)・給付費・有病状況

- 令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で9人(認定率0.74%)、1号(65歳以上)被保険者で561人(認定率22.2%)と平成30年度と比べると減少していますが、同規模と比較すると高くなっています。(図表14)
- 団塊の世代が後期高齢者医療へ移行していますが、75歳以上の認定者数、新規認定者ともに減少しています。(図表14)
- 介護給付費は、4年間で約8億4千万円から約8億3千万円に減少しています。一人あたり給付費をみても、平成30より約1万円増えていますが、介護保険料をみると、県・全国と比較すると保険料は県内で一番低く、被保険者の負担軽減につながっています。(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みると、どの年代においても、脳卒中(脳出血・脳梗塞)と虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)が上位を占めています。基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の有病状況は、全年齢で96.5%と非常に高い割合となっており、なかでも、2号(40～64歳)の9人は100%有しています。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

	神山町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	2,622人	49.5%	2,525人	54.3%	39.4%	34.5%	28.7%
2号認定者	13人	0.81%	9人	0.74%	0.39%	0.38%	0.38%
新規認定者	2人		2人		--	--	--
1号認定者	598人	22.8%	561人	22.2%	19.4%	20.7%	19.4%
新規認定者	90人		62人		--	--	--
再掲	65～74歳	35人	3.7%	39人	3.7%	--	--
新規認定者	10人		7人		--	--	--
75歳以上	563人	33.5%	522人	35.6%	--	--	--
新規認定者	80人		55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

	神山町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	8億4704万円	8億3584万円	---	---	---
一人あたり給付費(円)	323,051	331,026	314,188	320,304	290,668
1件あたり給付費(円)全体	70,370	67,082	74,986	63,005	59,662
居宅サービス	34,897	35,176	43,722	41,316	41,272
施設サービス	280,999	284,895	289,312	297,064	296,364

出典:KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

(参考 介護保険料)

第5期	第6期		第7期		第8期	
H24-26	H27-29		H30-R2		R3-5	
神山町(県内24位)	4,000円	神山町(県内24位)	4,700円	神山町(県内24位)	5,400円	5,400円
徳島県	5,282円	徳島県	5,681円	徳島県	6,285円	6,477円
全国	4,972円	全国	5,514円	全国	5,869円	6,014円

出典:介護保険事業報告

(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)		9		39		522		561						
再)国保・後期		7		32		506		538						
レセプトの診断名より重複して計上	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
	循環器疾患	1	脳卒中	5	71.4%	脳卒中	16	50.0%	虚血性心疾患	282	55.7%	虚血性心疾患	298	54.7%
		2	虚血性心疾患	4	57.1%	虚血性心疾患	12	37.5%	脳卒中	263	52.0%	脳卒中	279	51.9%
		3	腎不全	1	14.3%	腎不全	7	21.9%	腎不全	87	17.2%	腎不全	94	17.4%
	合併症	4	糖尿病合併症	1	14.3%	糖尿病合併症	4	12.5%	糖尿病合併症	54	10.7%	糖尿病合併症	58	10.8%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		7	100.0%	基礎疾患	27	84.4%	基礎疾患	492	97.2%	基礎疾患	519	96.5%
	血管疾患合計		7	100.0%	合計	29	90.6%	合計	498	98.4%	合計	527	98.0%	
	認知症		0	0.0%	認知症	8	25.0%	認知症	270	53.4%	認知症	278	51.7%	
	筋・骨格疾患		6	85.7%	筋骨格系	28	87.5%	筋骨格系	496	98.0%	筋骨格系	524	97.4%	

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

出典:ヘルスサポートラボツール

## ② 医療費の状況

- 本町の令和4年度の医療費は、国保加入者のうち前期高齢者割合は増加しているものの、総医療費、一人あたり医療費ともに減少し、県内順位や同規模順位も下がっています。しかし、一人あたり医療費は、同規模保険者・県・国と比べて高い状況です。(図表 17・19)
- 入院医療費の割合・レセプト件数は減少、外来医療費の割合・件数が増加し、重症化が予防できていると捉えられると考えます。(図表 17)
- 令和3年度の地域差指数(年齢調整後)をみると、国民健康保険・後期高齢者医療ともに平成30年度から改善されているものの、国民健康保険における全体及び入院、後期高齢者医療における入院は全国平均の1を超えています。(図表 18)
- 一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、重症化を意味する入院を抑制するためには、予防可能な生活習慣病、特に基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症のコントロール管理が重要であり、引き続き、本町は医療費適正化に向けた重症化予防の取組みに力を入れる必要があります。(図表 18・19)

(図表 17) 医療費の推移

	神山町		同規模	県	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数(人)	1,376人	1,256人	--	--	--	
前期高齢者割合	698人 (50.7%)	680人 (54.1%)	--	--	--	
総医療費	5億9474万円	5億1867万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	432,223	412,956	376,732	389,015	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	536,370	553,220	588,690	567,420	617,950
	費用の割合	49.4	43.3	43.7	45.1	39.6
	件数の割合	4.2	3.3	3.2	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	23,840	24,760	24,870	23,430	24,220
	費用の割合	50.6	56.7	56.3	54.9	60.4
	件数の割合	95.8	96.7	96.8	96.7	97.5
受診率	788.122	793.667	714.851	762.201	705.439	

※同規模順位は神山町と同規模保険者240市町村の平均値を表す

(図表 18) 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	神山町(県内市町村中)		県(47県中)	神山町(県内市町村中)		県(47県中)	
	H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度	
地域差指数・順位	全体	1.223	0.998	1.089	1.023	0.950	1.087
		(2位)	(20位)	(11位)	(16位)	(22位)	(12位)
	入院	1.496	1.112	1.248	1.113	1.033	1.175
		(2位)	(19位)	(9位)	(13位)	(16位)	(11位)
	外来	1.029	0.903	0.978	0.943	0.879	0.997
		(3位)	(17位)	(32位)	(17位)	(21位)	(15位)

(図表 19) 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			中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			県内	同規模	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
H30	583,408,080	34,928	2位	13位	0.73%	0.09%	3.68%	1.19%	4.90%	5.10%	2.08%	103,711,970	17.78%	12.27%	14.72%	9.00%	
R01	540,309,900	32,564	9位	49位	1.31%	0.04%	1.63%	0.96%	5.89%	4.94%	1.95%	90,331,090	16.72%	14.36%	15.18%	10.28%	
R02	565,174,310	34,678	7位	25位	1.80%	0.10%	2.73%	2.14%	5.31%	4.80%	1.74%	105,245,470	18.62%	18.41%	10.71%	7.78%	
R03	491,106,430	30,744	14位	105位	1.59%	0.21%	0.79%	1.18%	6.65%	5.01%	1.95%	85,336,810	17.38%	10.76%	13.21%	9.64%	
R04	518,672,720	33,517	13位	57位	2.08%	0.14%	0.54%	1.61%	6.58%	4.04%	1.79%	87,009,240	16.78%	15.27%	12.69%	8.58%	
H30	1,551,124,160	75,488	16位	56位	5.62%	0.81%	3.08%	2.96%	3.13%	4.70%	1.07%	331,478,080	21.37%	7.15%	3.26%	17.97%	
R01	1,488,597,660	74,085	19位	73位	6.63%	0.89%	2.29%	2.74%	3.15%	4.49%	1.11%	317,108,220	21.30%	7.84%	2.69%	16.36%	
R02	1,385,496,840	71,617	19位	68位	8.00%	0.88%	3.06%	2.82%	3.67%	4.09%	1.06%	326,555,820	23.57%	8.95%	2.06%	16.71%	
R03	1,314,467,010	70,849	22位	78位	6.80%	0.63%	2.94%	3.12%	4.14%	4.00%	1.01%	297,476,380	22.63%	7.84%	1.24%	16.92%	
R04	1,296,971,770	70,943	23位	84位	6.13%	0.46%	3.03%	2.82%	4.28%	3.67%	0.92%	276,449,480	21.31%	6.95%	2.44%	14.71%	
R04	国	9,337,411,479,190	27,570	--	--	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	1,737,066,709,990	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
	徳島県	60,233,897,670	31,476	--	--	2.34%	0.34%	1.44%	1.80%	5.73%	3.16%	1.98%	10,115,302,410	16.79%	16.11%	11.18%	8.54%
	徳島県後期	122,918,233,770	79,523	--	--	5.87%	0.55%	3.29%	1.95%	3.81%	2.75%	1.18%	23,850,224,840	19.40%	9.32%	3.86%	14.41%

【出典】  
KDBシステム：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

### (3) 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 中長期目標疾患の医療費・患者数の変化

- 健康寿命・社会保障費に大きな影響を及ぼす脳血管疾患・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、虚血性心疾患・慢性腎不全(透析有・無)は平成30年度より上昇しています。(図表20)
- 患者数の視点で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、脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)・腎不全が、患者数及び割合と減少していますが、虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)については横ばいでした。虚血性心疾患を年齢でみると40～64歳は減少しており、65～74歳で増加しています。(図表21)
- 40～64歳の中長期目標の疾病予防を進めることが本人のADLや健康寿命の延伸につながると考えます。
- 虚血性心疾患は発症時の急性期のみならず、再発や介護、死亡の問題もあり、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる肥満、糖尿病、高血圧症等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

(図表20) 中長期目標疾患の医療費の推移

			神山町		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)			5億9474万円	5億1867万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			3323万円	2264万円	--	--	--
			5.587934253	4.37% ↓	7.67%	5.92%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	3.61%	0.54% ↓	2.06%	1.44%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.17%	1.61% ↑	1.47%	1.80%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	0.72%	2.08% ↑	3.83%	2.34%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.09%	0.14% ↑	0.32%	0.34%	0.29%
そ 疾 の 他 の	悪性新生物		12.04%	15.27%	16.76%	16.11%	16.69%
	筋・骨疾患		8.83%	8.58%	9.27%	8.54%	8.68%
	精神疾患		14.44%	12.69%	7.98%	11.18%	7.63%

出典:KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

(図表 21) 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	1,376	1,256	a	112	93	134	122	5	3	
	a/A				8.1%	7.4%	9.7%	9.7%	0.4%	0.2%	
40歳以上	B	1,150	1,039	b	111	93	131	120	5	3	
	B/A	83.6%	82.7%	b/B	9.7%	9.0%	11.4%	11.5%	0.4%	0.3%	
再掲	40~64歳	D	452	359	d	24	13	28	13	4	2
		D/A	32.8%	28.6%	d/D	5.3%	3.6%	6.2%	3.6%	0.9%	0.6%
	65~74歳	C	698	680	c	87	80	103	107	1	1
		C/A	50.7%	54.1%	c/C	12.5%	11.8%	14.8%	15.7%	0.1%	0.1%

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

#### (4) 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みると、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。(図表 22・23・24)
- 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。

(図表 22) 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				
		H30年度	R04年度	40~64歳		65~74歳		
				H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	528	492	148	78	380	414	
	A/被保数	45.9%	47.4%	32.7%	21.7%	54.4%	60.9%	
(中長期 合併目 標疾患)	脳血管疾患	B	58	49	13	6	45	43
		B/A	11.0%	10.0%	8.8%	7.7%	11.8%	10.4%
	虚血性心疾患	C	100	84	25	10	75	74
		C/A	18.9%	17.1%	16.9%	12.8%	19.7%	17.9%
	人工透析	D	5	3	4	2	1	1
		D/A	0.9%	0.6%	2.7%	2.6%	0.3%	0.2%

出典:KDBシステム\_疾病管理一覧(高血圧症)  
地域の全体像の把握

(図表 23) 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	288	294	80	58	208	236
A/被保数		25.0%	28.3%	17.7%	16.2%	29.8%	34.7%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	34	28	7	3	27	25
		B/A	11.8%	9.5%	8.8%	5.2%	13.0%	10.6%
	虚血性心疾患	C	71	67	17	7	54	60
		C/A	24.7%	22.8%	21.3%	12.1%	26.0%	25.4%
	人工透析	D	5	3	4	2	1	1
		D/A	1.7%	1.0%	5.0%	3.4%	0.5%	0.4%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	32	31	7	5	25	26
		E/A	11.1%	10.5%	8.8%	8.6%	12.0%	11.0%
	糖尿病性網膜症	F	25	33	7	6	18	27
		F/A	8.7%	11.2%	8.8%	10.3%	8.7%	11.4%
	糖尿病性神経障害	G	8	10	3	3	5	7
		G/A	2.8%	3.4%	3.8%	5.2%	2.4%	3.0%

出典:KDBシステム\_ 疾病管理一覧(糖尿病)  
地域の全体像の把握

(図表 24) 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	393	402	111	79	282	323
A/被保数		34.2%	38.7%	24.6%	22.0%	40.4%	47.5%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	42	35	9	4	33	31
		B/A	10.7%	8.7%	8.1%	5.1%	11.7%	9.6%
	虚血性心疾患	C	83	83	19	9	64	74
		C/A	21.1%	20.6%	17.1%	11.4%	22.7%	22.9%
	人工透析	D	3	3	3	2	0	1
		D/A	0.8%	0.7%	2.7%	2.5%	0.0%	0.3%

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

## ② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

- 健診結果からⅡ度高血圧（収縮期 160-179/拡張期 100-109）と、HbA1c 7.0 以上の対象者を平成 30 年度と令和 4 年度で比較してみたところ、Ⅱ度高血圧・HbA1c7.0%以上ともに割合が上がっていますが未治療者の割合は減少しています。（図表 25）
- 生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、未治療者、治療中断対象者が減少するよう、健診結果とレセプトの確認を行い、適切な治療が継続できるよう努める必要があります。

（図表 25）高血圧・高血糖者の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		R04年度		H30年度		問診結果		R04年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E				
神山町	543	51.4	495	52.8	27	5.0	17	63.0	33	6.7	17	51.5	11	33.3	3	9.1
徳島県	42,065	36.3	40,218	38.7	2,428	5.8	1,356	55.8	2,422	6.0	1,336	55.2	850	35.1	116	4.8

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移						医療のかかり方					
	H30年度		R04年度		H30年度		問診結果		R04年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K				
神山町	543	100.0	545	99.8	22	4.1	10	45.5	33	6.7	4	12.1	1	3.0	0	0.0
徳島県	1,283,980	98.6	1,134,909	99.3	60,238	4.8	16,717	27.8	56,428	5.0	14,492	25.7	3,779	6.7	1,902	3.4

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

## ③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患等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。

- 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予備群の対象者数・割合が減少しているものの、該当者の対象者数・割合は増加しています。（図表 26）
- 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 160 以上の有所見割合をみると、HbA1c 6.5 以上の割合は 3.3 ポイント増加、Ⅱ度高血圧以上は 0.3 ポイント増加、LDL コレステロール 160 以上は 0.7 ポイント増加しています。令和 3 年と令和 4 年の改善率をみると、3 項目とも伸びており、健診後、対象者に医療機関への受診勧奨を行ったことが数値に反映されたと考えられます。一方で、翌年度に健診未受診の方が、いずれも 2~3 割程度存在し、結果が把握できていません。今後も、結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めるとともに、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を行っていきます。（図表 27・28・29）

(図表 26) メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	予備群		
			3項目	2項目	
H30年度	543 (51.4%)	107 (19.7%)	44 (8.1%)	63 (11.6%)	60 (11.0%)
R04年度	495 (52.8%)	117 (23.6%) ↑	42 (8.5%)	75 (15.2%)	50 (10.1%) ↓

出典：ヘルスサポートラボツール

(図表 27) 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	51 (9.4%)	13 (25.5%)	24 (47.1%)	5 (9.8%)	9 (17.6%)
R03→R04	69 (12.7%)	21 (30.4%)	19 (27.5%)	9 (13.0%)	20 (29.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール

(図表 28) 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	27 (5.0%)	13 (48.1%)	7 (25.9%)	1 (3.7%)	6 (22.2%)
R03→R04	29 (5.3%)	14 (48.3%)	4 (13.8%)	0 (0.0%)	11 (37.9%)

出典：ヘルスサポートラボツール

(図表 29) LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	36 (6.6%)	15 (41.7%)	10 (27.8%)	2 (5.6%)	9 (25.0%)
R03→R04	40 (7.3%)	18 (45.0%)	10 (25.0%)	3 (7.5%)	9 (22.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール

#### ④健診受診率及び保健指導実施率の推移

- 特定健診受診率は年々増加していますが、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表30)
- 特定健診の年代別の受診率をみると、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満の若年層健診を実施してきた結果、40代は受診者が増えています、50代男性は顕著に減少しています。(図表31・33)
- 継続受診者の割合が減少しています(図表32)
- 特定保健指導については、85%以上は実施できており目標の60%以上は達成できていますが、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30) 特定健診・特定保健指導の推移1

		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	543	531	561	546	495	健診受診率 60%
	受診率	51.4%	50.6%	53.1%	53.6%	52.8%	
特定保健指導	該当者数	69	65	65	56	51	特定保健指導実施率 60%
	割合	12.7%	12.2%	11.6%	10.3%	10.3%	
	実施者数	59	60	59	50	47	
	実施率	85.5%	92.3%	90.8%	89.3%	92.2%	

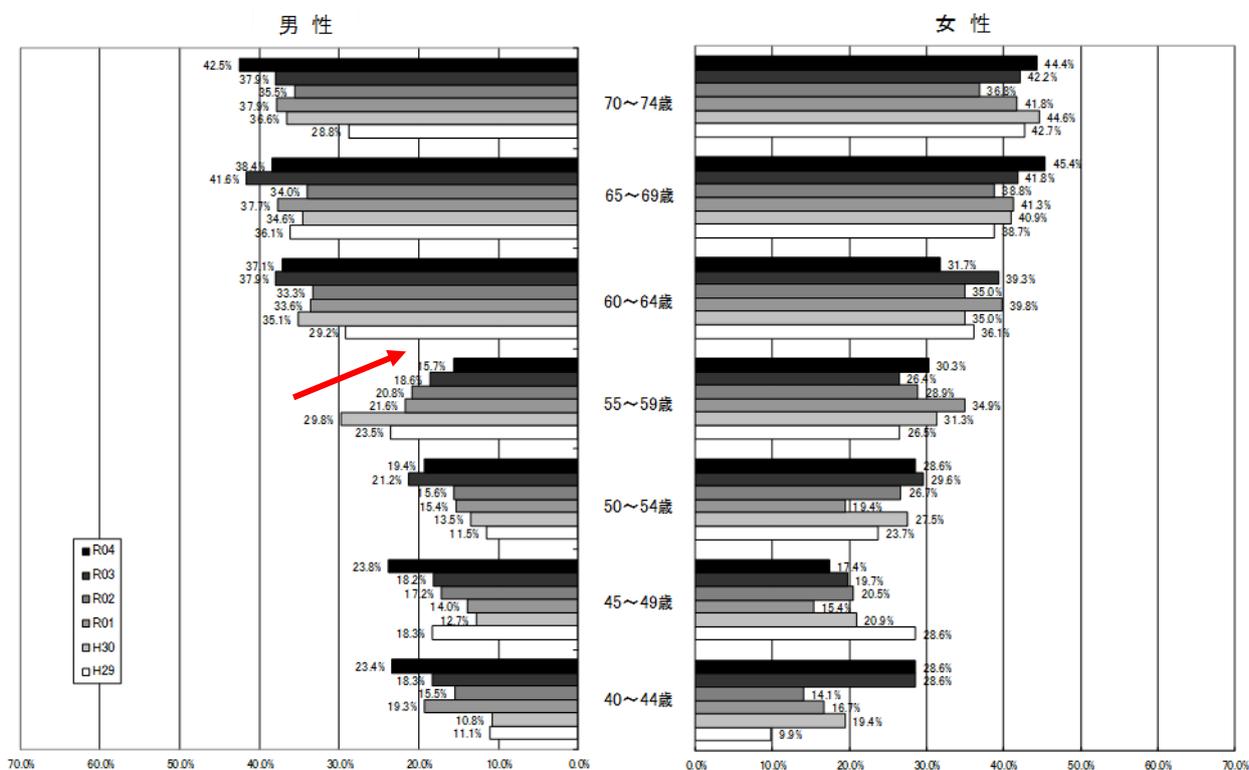
(図表31) 特定健診受診率の推移2

	総数							男性							女性						
	H29			R04			伸び率	H29			R04			伸び率	H29			R04			伸び率
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	
総数	1,057	513	48.5%	938	495	52.8%	4.2%	554	242	43.7%	485	236	48.7%	5.0%	503	271	53.9%	453	259	57.2%	3.3%
40代	88	29	33.0%	91	38	41.8%	8.8%	58	15	25.9%	60	22	36.7%	10.8%	30	14	46.7%	31	16	51.6%	4.9%
50代	144	48	33.3%	112	47	42.0%	8.6%	80	25	31.3%	62	27	43.5%	12.3%	64	23	35.9%	50	20	40.0%	4.1%
60代	541	290	53.6%	349	186	53.3%	-0.3%	280	136	48.6%	175	84	48.0%	-0.6%	261	154	59.0%	174	102	58.6%	-0.4%
70代	284	146	51.4%	386	224	58.0%	6.6%	136	66	48.5%	188	103	54.8%	6.3%	148	80	54.1%	198	121	61.1%	7.1%
再) 40~64歳	410	160	39.0%	306	133	43.5%	4.4%	234	78	33.3%	170	70	41.2%	7.8%	176	82	46.6%	136	63	46.3%	-0.3%
再) 65~74歳	647	353	54.6%	632	362	57.3%	2.7%	320	164	51.3%	315	166	52.7%	1.4%	327	189	57.8%	317	196	61.8%	4.0%

(図表 32) 年代別特定健診受診率の推移3

	対象者数 A	受診者数 B	受診率 B/A	継続受診者数		新規受診者数		不定期受診者数	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合
				D	D/B(前年)	C	C/B	D	D/B
H29	1,057	513	48.5%	--	--	--	--	--	--
H30	1,056	543	51.4%	429	83.6%	114	21.0%	--	--
R01	1,050	531	50.6%	441	81.2%	78	14.7%	12	2.3%
R02	1,057	561	53.1%	435	81.9%	87	15.5%	39	7.0%
R03	1,018	546	53.6%	446	79.5%	54	9.9%	46	8.4%
R04	938	495	52.8%	414	75.8%	57	11.5%	24	4.8%

(図表 33) 年代別特定健診受診率の推移 4



図表 23~28 出典: 特定健診受診率(法定報告分)

## 2) 主な個別事業の評価と課題

### (1) 重症化予防の取組み

第2期計画における保健事業の取組みは、重症化予防として生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組みを行うこととしておりました。

具体的には、医療機関が必要な者への適切な受診の働きかけを行う受診勧奨、治療中の者へは医療機関と連携した重症化予防のための保健指導の実施としていたため、保健指導対象者の適切な抽出、保健指導、進捗管理、医療との連携などが実施できたか確認します。

#### ① 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症から腎代替療法（人工透析）への移行を防止するために、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者を適切な受診勧奨によって医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症患者のうち重症化するリスクの高い者に対し、医療機関と連携した保健指導を実施しました。

また、医療との連携を実施するために名西郡医師会、県、国民健康保険団体連合会との連携推進を図りました。

(図表 34) 保健指導の内容

対象者	選定方法	特定健診結果から抽出を行った				
	選定基準	徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ抽出すべき対象者は次の通りとした。 ①医療機関未受診者 ②医療機関受診中断者 ③糖尿病治療中者  上記条件を特定健診結果から抽出することとし、次の基準に該当する者を重症化予防対象者とした。 ①HbA1c6.5以上 ②空腹時血糖 126mg/dl 以上または随時血糖 200mg/dl 以上 ③①②の基準には該当しないが糖尿病治療中の者				
評価	アウトカム	HbA1c6.5以上の者の割合	特定健診結果	9.4% (H30)	12.3% (R4)	参考資料 6
		HbA1c7.0以上の未治療者の割合	特定健診問診結果	45.5% (H30)	12.1% (R4)	図表 25
		HbA1c8.0以上のコントロール不良者の割合	特定健診結果	0.6% (H30)	2.2% (R4)	参考資料 6
		糖尿病性腎症の割合	KDB システム疾病管理一覧表	11.1% (H30)	10.5% (R4)	図表 20
	アウトプット	保健指導実施率	保健指導実施一覧表	54.6% (H30)	67.9% (R4)	図表 35
プロセス (方法)	●H23 年度以降の特定健診以降選定基準に該当した者を糖尿病管理台帳に記載し、ハイリスク者として進捗管理から漏れないように整理した。					

	<ul style="list-style-type: none"> <li>●毎月初旬に健診結果の処理を行い、対象者を抽出し、地区担当保健師・管理栄養士に保健指導の依頼を行った。</li> <li>●保健指導実施後は、保健指導一覧表に指導日を記入し保健指導の漏れがないように進捗管理した。</li> <li>●地区担当は、対象者の医療機関受診の有無や治療内容、治療中断の有無などをKDBシステム等で確認した。</li> <li>●困難事例は名西郡医師会糖尿病性腎症重症化予防対策会議や連携会議に提出し医師からの助言を得た。</li> </ul>	
ストラクチャー (構造)	庁内関係部署	健康福祉課に保健指導の執行委任を行い、保健師・管理栄養士による保健指導を実施した。
	保健医療関係機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>●名西郡医師会に保健事業支援を依頼し、次の各種会議を実施した。</li> <li>①名西郡糖尿病性腎症重症化予防対策会議 3/年</li> <li>②名西郡糖尿病性腎症重症化予防連携会議 1/年</li> <li>③名西郡糖尿病性腎症重症化予防懇話会 1/年</li> <li>●地域のかかりつけ医と糖尿病連携パスや糖尿病連携手帳を活用し、医療連携を実施した。</li> </ul>
	国民健康保険団体連合会	課題の分析等の共有や保健事業支援・評価委員会等で助言を得た。

(図表 35) 糖尿病性腎症重症化予防対象者への保健指導

	H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者数	543	531	561	546	495
保健指導対象者数 ※1	97	112	117	118	128
保健指導該当率	17.9%	21.1%	20.9%	21.6%	25.9%
保健指導実施者数	53	74	90	71	87
保健指導実施率 ※2	54.6%	66.1%	73.5%	60.1%	67.9%
(再掲) 医療機関受診率	92.5%	91.4%	100.0%	98.3%	100.0%

※1 H23年度以降一度でも次の条件に該当した者

糖尿病管理台帳から

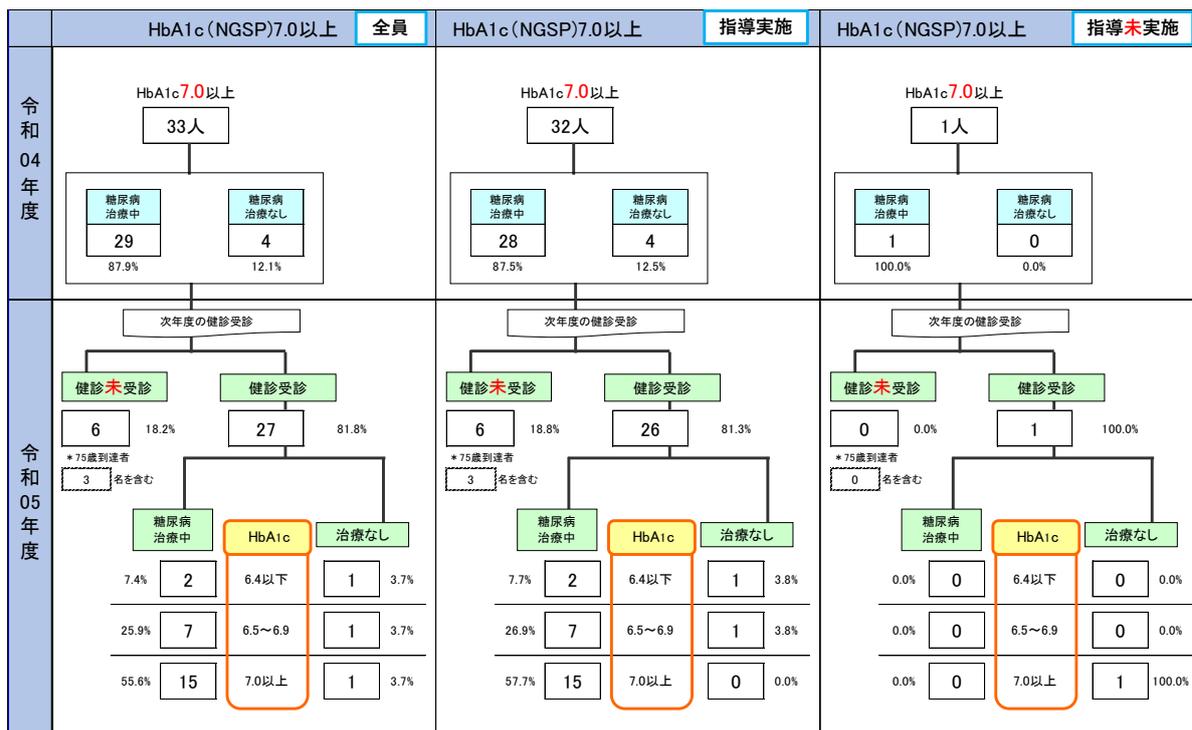
A:健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者

B:糖尿病治療中

C:HbA1c6.5%以下だが空腹時血糖126mg/dl、随時血糖200mg/dl以上

※2 保健指導は訪問・来所等による面接指導を実施した数

(図表 36) 重症化予防対象者のHbA1cの変化



## ②虚血性心疾患重症化予防

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

健診受診者のうち約4割に所見があります。(図表38)

令和3年度から特定健診の結果、虚血性心疾患を示唆する心電図所見がある者を虚血性心疾患管理台帳に整理し、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行い進捗管理を行っています。

令和4年度は平成30年度以降の特定健康診査の結果において心電図所見がある者に対する保健指導を実施しました。

(図表37) 保健指導の内容

対象者	選定方法	特定健診結果から抽出を行った				
	選定基準	各種ガイドライン等を参照し、心電図所見のうち虚血変化、不整脈、心肥大等が疑われる所見がある者				
評価	アウトプット	保健指導実施率	保健指導実施一覧表	70.2% (R3)	71.2% (R4)	図表38
	プロセス (方法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●選定基準に該当した者を虚血性心疾患管理台帳に記載し、ハイリスク者として進捗管理から漏れのないように整理した。</li> <li>●毎月初旬に健診結果の処理を行い、対象者を抽出し、地区担当保健師・管理栄養士に保健指導の依頼を行った。</li> <li>●保健指導実施後は、保健指導一覧表に指導日を記入し保健指導の漏れがないように進捗管理した。</li> <li>●地区担当は、対象者の医療機関受診の有無や治療内容、治療中断の有無などをKDBシステム等で確認した。</li> <li>●困難事例のうち糖尿病腎症重症化予防対象者にも該当する者は名西郡医師会糖尿病性腎症重症化予防対策会議や連携会議に提出し医師からの助言を得た。</li> </ul>				
	ストラクチャー (構造)	庁内関係部署	健康福祉課に保健指導の執行委任を行い、保健師・管理栄養士による保健指導を実施した。			
		保健医療関係機関	地域のかかりつけ医より個別事例に対する保健指導の助言等を得た。			
		国民健康保険団体連合会	課題の分析等の共有や保健事業支援・評価委員会等で助言を得た。			

(図表 38) 健診受診者に対する心電図有所見・保健指導実施状況

	年代	R2				R3				R4			
		健診 受診者	受診率	心電図		健診 受診者	受診率	心電図		健診 受診者	受診率	心電図	
				所見あり				所見あり				所見あり	
男女 合計	総数	561	53.1%	50	40.7%	546	53.6%	202	37.0%	495	52.8%	193	39.0%
	40代	32	36.8%	1	25.0%	41	44.1%	7	17.1%	38	41.8%	7	18.4%
	50代	59	49.2%	1	10.0%	50	43.9%	16	32.0%	47	42.0%	15	31.9%
	60代	239	54.7%	25	43.9%	207	53.6%	81	39.1%	186	53.3%	79	42.5%
	70-74	231	55.9%	23	44.2%	248	58.4%	98	39.5%	224	58.0%	92	41.1%
男性	総数	282	49.6%	33	47.8%	264	49.3%	96	36.4%	236	48.7%	97	41.1%
	40代	18	32.1%	0	0.0%	23	38.3%	4	17.4%	22	36.7%	3	13.6%
	50代	30	48.4%	1	20.0%	27	45.0%	9	33.3%	27	43.5%	8	29.6%
	60代	109	48.7%	15	53.6%	93	47.2%	35	37.6%	84	48.0%	42	50.0%
	70-74	125	55.3%	17	48.6%	121	55.3%	48	39.7%	103	54.8%	44	42.7%
女性	総数	279	57.1%	17	31.5%	282	58.5%	106	37.6%	259	57.2%	96	37.1%
	40代	14	45.2%	1	33.3%	18	54.5%	3	16.7%	16	51.6%	4	25.0%
	50代	29	50.0%	0	0.0%	23	42.6%	7	30.4%	20	40.0%	7	35.0%
	60代	130	61.0%	10	34.5%	114	60.3%	46	40.4%	102	58.6%	37	36.3%
	70-74	106	56.7%	6	35.3%	127	61.7%	50	39.4%	121	61.1%	48	39.7%

有所見(虚血変化、不整脈、心肥大などが疑われる所見)に対する

保健指導対象者 125 人  
 保健指導実施者数 89 人  
 保健指導実施率 71.2 %

### ③脳血管疾患重症化予防

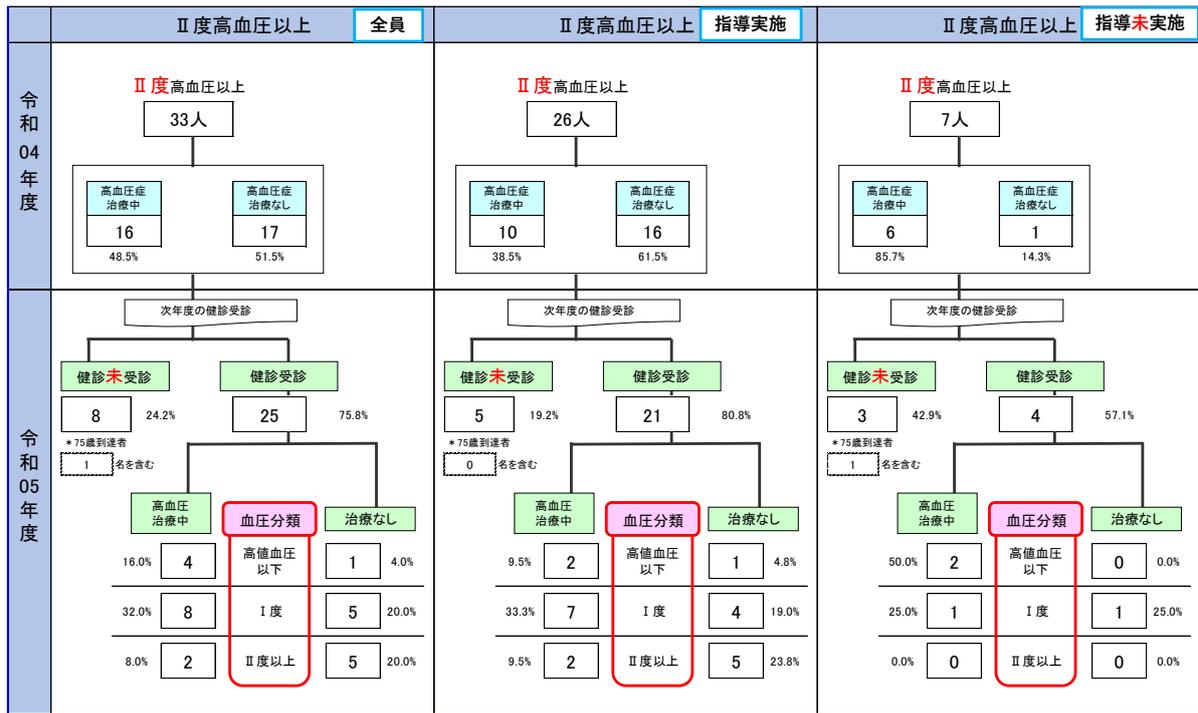
脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるため健診結果でⅡ度高血圧以上の者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行いました。保健指導の優先順位を決めるにあたっては、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（図表 41）を用いました。

また、心原性脳塞栓症予防のために、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、未治療者は受診勧奨を行うとともに医療機関への継続的な受診ができるように②で記した虚血性心疾患管理台帳とあわせて経過の把握に努めました。

（図表 39）保健指導の内容

対象者	選定方法	特定健診結果から抽出を行った				
	選定基準	各種ガイドライン等を参照し、①心電図所見のうち心房細動がある者 ②Ⅱ度以上（160 以上/100 以上）高血圧の者				
評価	アウトカム	Ⅱ度以上の者の割合	特定健診結果	5.6% (R1)	6.7% (R4)	参考資料 7
	アウトプット	保健指導実施率	保健指導実施一覧表	66.1 (R1)	78.7% (R4)	図表 35
	プロセス (方法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●選定基準に該当した者を高血圧管理台帳に記載し、ハイリスク者として進捗管理から漏れないように整理した。</li> <li>●毎月初旬に健診結果の処理を行い、対象者を抽出し、地区担当保健師・管理栄養士に保健指導の依頼を行った。</li> <li>●保健指導実施後は、保健指導一覧表に指導日を記入し保健指導の漏れが無いように進捗管理した。</li> <li>●地区担当は、対象者の医療機関受診の有無や治療内容、治療中断の有無などを KDB システム等で確認した。</li> <li>●困難事例のうち糖尿病性腎症重症化予防対象者にも該当する者は名西郡医師会糖尿病性腎症重症化予防対策会議や連携会議に提出し医師からの助言を得た。</li> </ul>				
	ストラクチャー (構造)	庁内関係部署	健康福祉課に保健指導の執行委任を行い、保健師・管理栄養士による保健指導を実施した。			
		保健医療関係機関	地域のかかりつけ医より個別事例に対する保健指導の助言等を得た。			
		国民健康保険団体連合会	課題の分析等の共有や保健事業支援・評価委員会等で助言を得た。			

(図表 40) 重症化予防対象者の血圧の変化



(図表 41) 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
142		66 46.5%	59 41.5%	15 10.6%	2 1.4%
リスク第1層 予後影響因子がない	7 4.9%	C 4 6.1%	B 2 3.4%	B 1 6.7%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	92 64.8%	C 47 71.2%	B 36 61.0%	A 8 53.3%	A 1 50.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	43 30.3%	B 15 22.7%	A 21 35.6%	A 6 40.0%	A 1 50.0%

...高リスク  
 ...中等リスク  
 ...低リスク

区分	該当者数
A	37 26.1%
B	54 38.0%
C	51 35.9%

A ただちに薬物療法を開始  
 B 概ね1か月に再評価  
 C 概ね3か月に再評価

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

## (2)ポピュレーションアプローチ

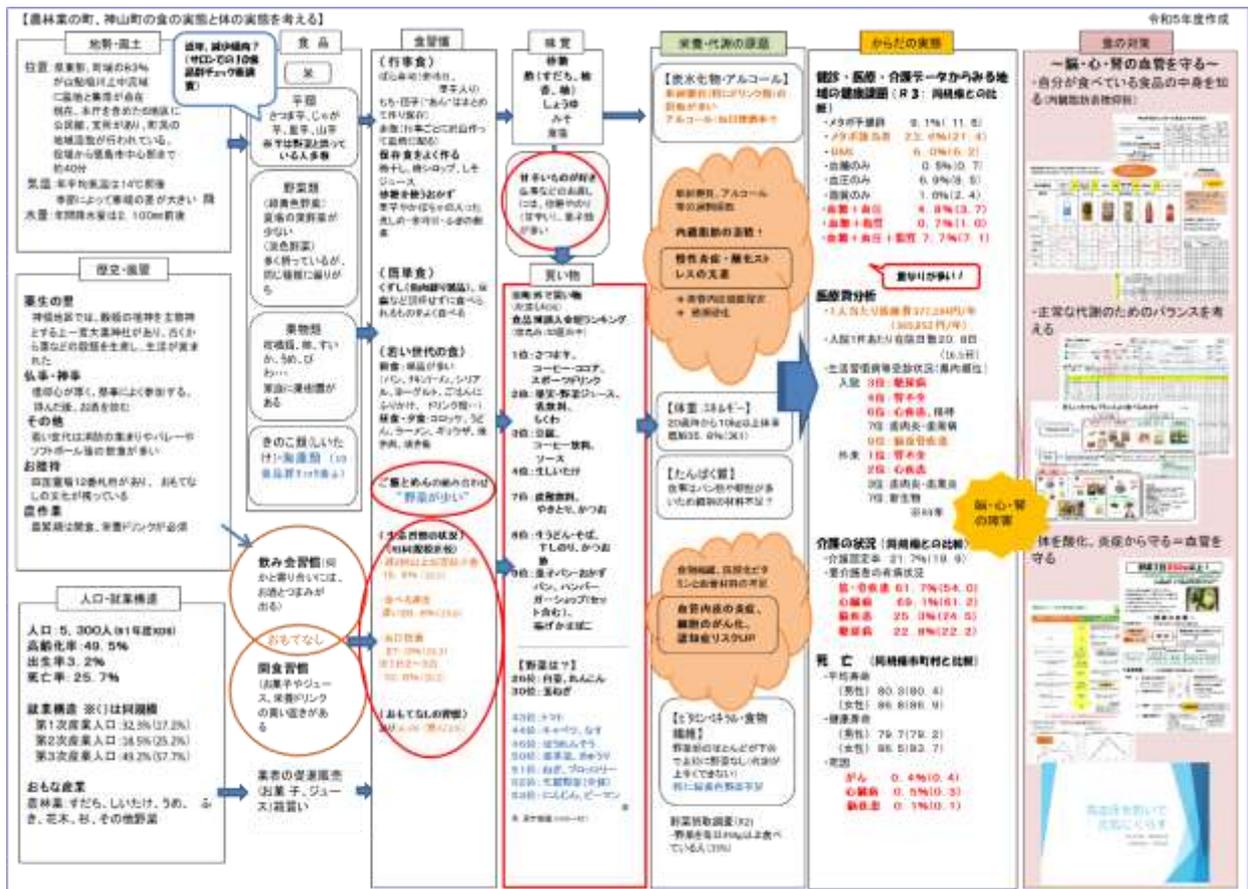
標準的な健診・保健指導（令和6年度版）によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規程されることも大きい。」とされています。

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

取組み内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大につな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、各種団体などに出向き講話をするなど広く町民へ周知を行いました。

また、高血圧の改善を目的として集団健診会場や各種会合、関係機関、広報等を通じて、1日の塩分摂取量や食品に含まれる塩分の量の周知を集中的に実施してきました。

(図表 42) 神山町の実態と体の実態を考える



### (3) 第2期計画目標の達成状況一覧

(図表 43) 第2期データヘルス計画目標管理一覧

主計画	健康課題解決に向けた目標・指標		目標	統計元	医療保険	基準年	中間評価	目標値(%)及び取組について			最終評価		
						H28	R2 (実績はR1)	R3	R4	R5	R5 (実績はR4)		
<b>全体評価</b>													
健康寿命の延伸	平均余命	男性 (徳島県)80.8	国・県 R2年	KDBシステム	国保	77.6	80.2	81.0	81.2	81.4	81.9		
		女性 (徳島県)87.3				87.1	87.8	87.9	88.0	88.1	88.7		
	平均自立期間 (要介護2以上)	男性 (徳島県)79.3				76.6	79.2	79.4	79.6	79.8	80.8		
		女性 (徳島県)83.9				84.9	85.5	85.7	85.9	86.1	86.1		
医療費	地域差指数 (実績医療費)	(国)1.00・(徳島国保)1.13			1.21	1.16(H29)	1.10	1.00	0.90	1.17(R2)			
<b>短期目標・中長期目標評価</b>													
特定健診等計画	短期目標	1	特定健診受診率	60%以上	法定報告データ	国保	46.1%	50.6%	54.0%	57.0%	60.0%	52.8%	
		2	特定保健指導実施率	60%以上			93.4%	92.3%	95.0%	95.0%	95.0%	92.2%	
		3	メタボ該当者予備群の減少	25%減少			26.3%	30.5%	28.0%	26.0%	24.0%	33.7%	
		4	健診受診者の高血圧者(160/100)割合の減少				5.3%	5.6%	5.4%	5.2%	5.0%	6.7%	
		5	健診受診者の血糖異常者(HbA1c6.5%以上)割合の減少				9.8%	10.9%	9.0%	8.5%	8.0%	12.3%	
		6	健診受診者の血糖異常者(HbA1c8.0%以上)割合の減少				0.6%	1.5%	1.3%	1.1%	0.9%	2.2%	
		7	健診受診者の脂質異常者(LDL180以上)割合の減少				3.1%	2.4%	2.3%	2.2%	2.1%	1.8%	
	データヘルス計画	中長期目標	8	脳血管疾患の総医療費の割合の減少		KDBシステム	国保	4.1%	1.6%	1.5%	1.4%	1.3%	0.54%
			9	虚血性心疾患の総医療費の割合の減少				2.7%	0.9%	0.8%	0.7%	0.6%	1.6%
			10-1	慢性透析患者数 (うち新規患者数)	※基準年はH29年度、(新規導入はH29-30)			※6人(0人)	3人(0人)	3人(1人)	3人(0人)	3人(0人)	3人(0人)
		10-2	糖尿病性腎症割合の減少		※7.1%			10.9%	10.0%	9.0%	8.0%	8.6%	
					※8.7%			8.5%	7.5%	7.0%	6.5%	6.1%	
					※7.1%			10.9%	10.0%	9.0%	8.0%	8.6%	
		10-3	糖尿病腎症新規透析導入患者数の減少		※新規導入H29-30			※0人	0人	0人	0人	0人	0人
					※2人			4人	3人	3人	3人	1人	
		保険者努力支援制度	短期目標	11	がん検診受診率			胃がん	25%以上	地域保健事業計画	国保	4.7%	7.2%
12	肺がん			25%以上		15.8%	25.8%	26.5%	27.0%			27.5%	23.8%
13	大腸がん			25%以上		6.8%	7.8%	8.5%	9.0%			9.5%	6.9%
14	子宮頸がん			25%以上		17.8%	9.5%	10.0%	10.5%			11.0%	17.7%
15	乳がん			25%以上		9.4%	11.6%	12.0%	12.5%			13.0%	19.9%
追加	16		地域包括ケアの取組	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取組準備(実態把握)、事業委託	令和6年度まで		後期		実態把握	実態把握及び保健事業の実施			R2年度から実施

### 3) 第2期計画に係る考察

第2期のデータヘルス計画の取り組み結果として、一人あたり医療費においては、平成30年度と令和4年度を比較すると国保・後期ともに下がっており、(中長期・短期)目標疾患医療費も下がってきました。

また、医療費が高額となる中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の減少も目的としてきました。その中で、脳血管疾患については、平成30年度の3.68%から令和4年度0.54%に減少しました。しかし、虚血性心疾患、糖尿病性腎症については平成30年度より上昇しています。

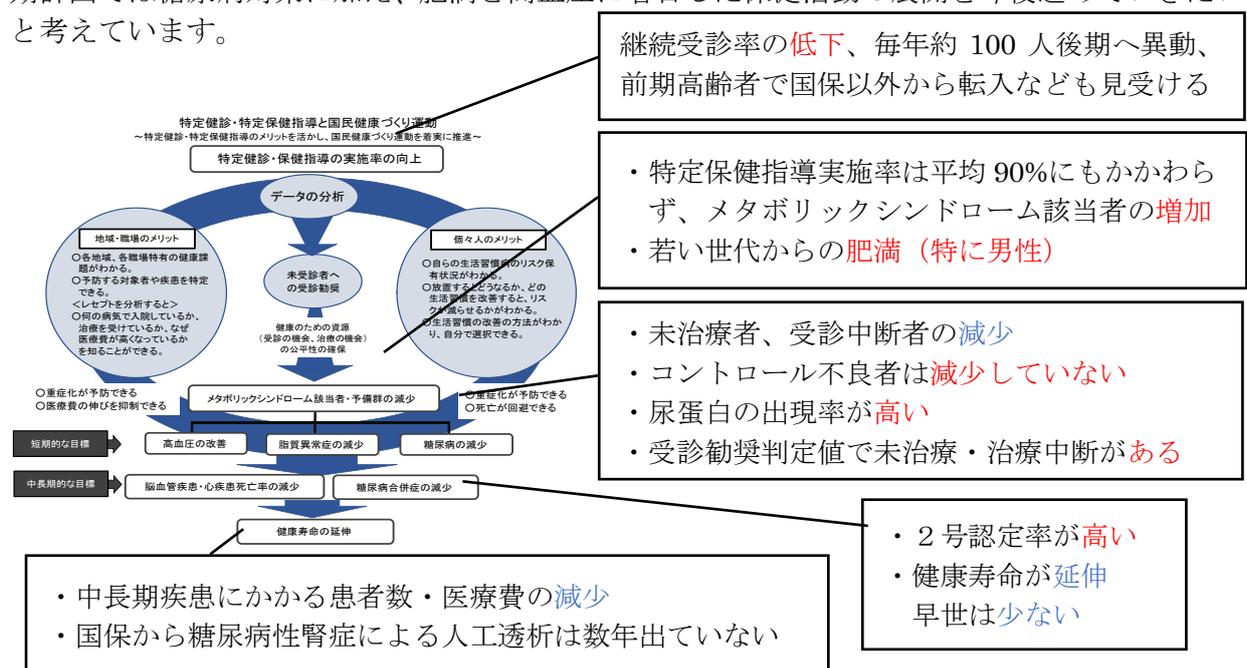
さらに、中長期目標疾患を予防する共通リスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームの減少にも取り組んできましたが、高血圧、脂質異常症は年々減少傾向にあるものの、糖尿病、メタボリックシンドロームはともに増加し、第3期計画への引き続きの課題として取り組んでいく必要があります。参考資料6(P94)HbA1cの年次比較でコントロール状況を確認すると、コントロール不良者は減少しておらず、糖尿病性腎症による人工透析への移行は防止できているものの依然として糖尿病合併症に向かう危険性の高い人は減少していないことがみて取れます。

平成20年度から始まった特定健診・特定保健指導では内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容で生活習慣病の発症予防・重症化予防が期待されていますが、本町におけるメタボリックシンドローム該当者は増加している現状です。(P.22 図表26)

これまでの保健活動では、目標を達成するために、まず、特定健診の受診率向上を第一に①健診未受診者訪問②受診券発送や未受診者に対する受診勧奨通知送付時に健診経年表の同封③地区担当による受診勧奨訪問・電話などの個別アプローチ④各種団体、関係機関等を通じてあらゆる場面での受診勧奨等を実施してきました。

また、町の健康課題である糖尿病、高血圧対象者で重症化する可能性の高い人を適切に抽出し、個別指導を中心とした保健指導を実施することで未治療者や治療中断者を治療につなげ、集団学習では生活習慣等を見直すきっかけを提供する等の取り組みで重症化予防は少しずつではありますが効果が出てきたと考察しています。

しかし、重症化する手前の予備群の方は依然として多く、重症化する手前の発症予防段階である肥満から着手しないと重症化予防対象者が減少につながらないという危機感があり、第3期計画では糖尿病対策に加え、肥満と高血圧に着目した保健活動の展開を今後進めていきたいと考えています。

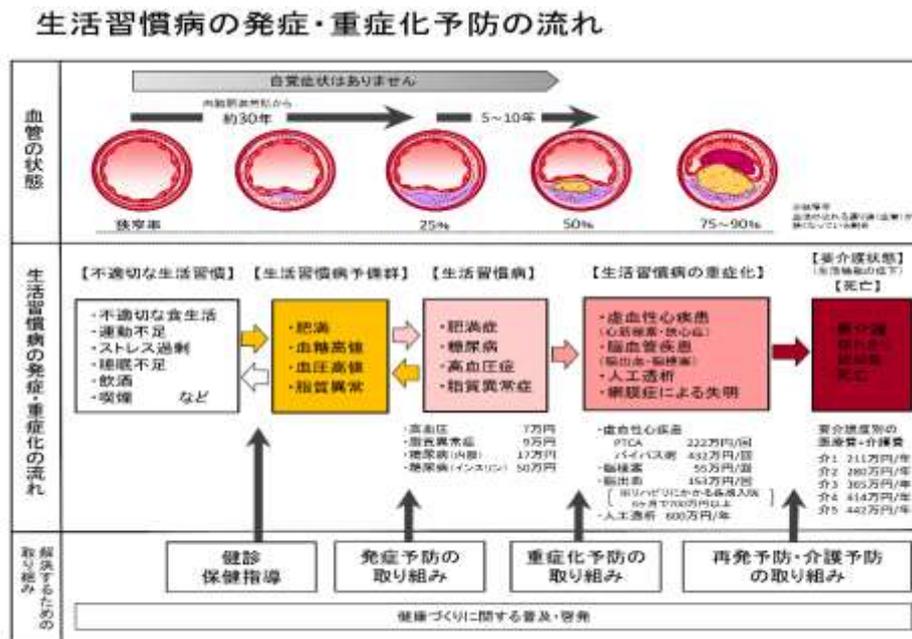


### 3. 第3期における健康課題(生活習慣病)の明確化

#### 1) 基本的な考え方

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 44) 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します。

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

国保で、被保険者の年代をみても65歳以上の前期高齢者の割合が高く、医療費も前期高齢者に係る医療費割合が過半数を占めており、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながっているケースも多いため、市町村国保及び広域連合は、図表50に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、連携に努めることが重要です。健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

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

## (1)医療費分析

- 令和4年度医療費総費用額をみると、国保は5.1億円で、後期は12.9億円で約3.9倍となり、被保険者一人あたり医療費も後期では2倍高い状況です。(図表45)
- 生活習慣病疾患の医療費割合を国保と後期でみると、後期の脳梗塞・脳出血が国保の5.6倍、人透析患者の慢性腎不全が2.9倍、狭心症・心筋梗塞が2.8倍に加え、後期の筋・骨疾患が1.7倍になっており、国保からの健康管理・重症化予防の取組みで、後期医療費の負担を減らしていくことが重要です。(図表46)

(図表45) 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
被保険者数	1,376人	1,351人	1,356人	1,302人	1,256人	1,537人	
総件数及び総費用額	件数	13,164件	13,055件	12,645件	12,564件	12,282件	21,959件
	費用額	5億9474万円	5億4335万円	5億6517万円	4億9111万円	5億1867万円	12億9697万円
一人あたり医療費	43.2万円	40.2万円	41.7万円	37.7万円	41.3万円	84.4万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

(図表46) 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	神山市	5億1867万円	33.51%	2.08%	0.14%	0.54%	1.61%	6.58%	4.04%	1.79%	8701万円	16.78%	15.27%	12.69%	8.58%
	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	--	31,476	2.34%	0.34%	1.44%	1.80%	5.73%	3.16%	1.98%	--	16.79%	16.11%	11.18%	8.54%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	神山市	12億9697万円	70,943	6.13%	0.46%	3.03%	2.82%	4.28%	3.67%	0.92%	2億7645万円	21.31%	6.95%	2.44%	14.71%
	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	--	79,523	5.87%	0.55%	3.29%	1.95%	3.81%	2.75%	1.18%	--	19.40%	9.32%	3.86%	14.41%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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

### < 高額療養費の状況 >

- 80万円以上の高額レセプトは、国保では毎年約90件のレセプトが発生しており、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47)
- 高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、患者人数と費用額は相関しており、平成30年1,550万円を最高に、令和4年は137万円となっており、約1,400万円減っています。しかし、後期高齢になると費用額は国保の21.5倍となっており、脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要するケースも多いため、長期にわたり医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳梗塞や脳出血を発症させないために高血圧の重症化予防に注力する必要があります。(図表48)

虚血性心疾患においては平成30年115万円から令和4年は522万円となっており、約400万円増加しています。後期高齢者になると費用額は国保の2.4倍となっています。虚血性心疾患は脳血管疾患や腎不全との関連が深く、脳血管疾患同様に高血圧の重症化予防に注力する必要があります。(図表49)

(図表 47) 高額レセプト(80万円以上/件)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 56人	45人	52人	49人	47人	112人
	件数	B 113件	95件	110件	83件	92件	238件
		B/総件数	0.86%	0.73%	0.87%	0.66%	0.75%
	費用額	C 1億7437万円	1億3640万円	1億6903万円	1億2576万円	1億4806万円	2億7351万円
C/総費用		29.3%	25.1%	29.9%	25.6%	28.5%	21.1%

出典:ヘルスサポートラボツール

(図表 48) 高額レセプト(80万円以上/件)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 6人	2人	2人	1人	0人	8人	
		D/A 10.7%	4.4%	3.8%	2.0%	0.0%	7.1%	
	件数	E 13件	4件	8件	1件	0件	24件	
		E/B 11.5%	4.2%	7.3%	1.2%	0.0%	10.1%	
	年代別	40歳未満	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 --	70-74歳 0 0.0%
		50代	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 --	75-80歳 4 16.7%
		60代	3 23.1%	1 25.0%	5 62.5%	0 0.0%	0 --	80代 20 83.3%
		70-74歳	10 76.9%	3 75.0%	3 37.5%	0 0.0%	0 --	90歳以上 0 0.0%
	費用額	F 1550万円	494万円	1117万円	137万円		2949万円	
		F/C 8.9%	3.6%	6.6%	1.1%		10.8%	

(図表 49) 高額レセプト(80万円以上/件)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 1人	0人	3人	2人	2人	7人	
		G/A 1.8%	0.0%	5.8%	4.1%	4.3%	6.3%	
	件数	H 1件	0件	3件	2件	3件	8件	
		H/B 0.9%	0.0%	2.7%	2.4%	3.3%	3.4%	
	年代別	40歳未満	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%	70-74歳 0 0.0%
		50代	0 0.0%	0 --	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	75-80歳 3 37.5%
		60代	0 0.0%	0 --	1 33.3%	2 100.0%	2 66.7%	80代 5 62.5%
		70-74歳	1 100.0%	0 --	2 66.7%	0 0.0%	1 33.3%	90歳以上 0 0.0%
	費用額	I 115万円		757万円	174万円	522万円	1293万円	
		I/C 0.7%		4.5%	1.4%	3.5%	4.7%	

出典:ヘルスサポートラボツール

## (2) 健診・医療・介護の一体的分析

●本町では、(2)「健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える」帳票で、40-64歳、65-74歳(前期高齢者)、75歳以上(後期高齢者)の3つの年代で、健康・医療情報等を活用した被保険者の健康状態等の分析を行い、健康課題を明確化し、予防活動の優先順位を決定しています。(図表 50)





### (3) 健康課題の明確化(図表 52~56)

- 健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、①被保険者は 65-74 歳で増加、75 歳以上で減少しています。②健診受診率は 40-64 歳・65-74 歳で減少、75 歳以上では受診率を伸ばしています。⑮体格をみると、BMI25 以上の対象者も受診率同様 40-64 歳・65-74 歳で減少、75 歳以上で増加しています。(図表 52)
- 健診有所見状況では、⑤未治療・治療中断者の状況をみると、Ⅱ度高血圧対象者は、65-74 歳で増加、HbA1c は 40-64 歳・65-74 歳の年代で増加していることから、増加の背景についても町の実態を確認するとともに、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。(図表 53)
- 生活習慣病患者をみると、高血圧・糖尿病ともに令和 4 年度をみると、40-64 歳で患者数が減少していることから、治療対象者が減っているのか、健診データのコントロールと合わせてみていくことが重要です。(図表 54)

(図表 52) 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定 介護 率	① 被保険者数				② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
						特定 健診		長寿 健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	34.4	416	653	1,667	39.4	49.9	2.8	6.7	6.7	8.5	37.2	28.2	17.0	
R04	33.3	357	742	1,522	37.3	49.1	20.7	7.5	8.2	4.4	36.8	27.7	26.7	

(図表 53) 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動														
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-												
H30	8	4.9	(4)	16	4.9	(8)	11	23.4	(6)	3	1.8	(0)	16	4.9	(2)	0	--	(0)	5	3.0	7	2.1	0	--	0	--	0	--		
R04	6	4.5	(3)	28	7.7	(11)	27	8.6	(6)	7	5.3	(0)	28	7.7	(1)	6	1.9	(0)	2	1.5	11	3.0	13	4.1	1	0.8	3	0.8	12	3.8

※

徳島県では心電図検査を令和 2 年度から全数実施

(図表 54) 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③							⑥									⑦					
	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)				短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症					
								高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症		
H30	86.1	93.3	96.1	38.2	65.5	87.1	81.1	82.2	87.5	44.7	42.5	37.8	30.2	31.1	32.0	39.5	48.6	70.4	49.3	62.1	74.0	
R04	81.2	92.2	94.9	29.7	68.5	85.7	69.8	82.5	88.1	51.9	48.8	39.6	30.2	36.4	34.7	40.5	47.7	73.1	41.8	61.3	77.3	

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

- 中長期目標の疾患をみると、脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全ともに、75歳以上になると発症している対象者が増えており、介護認定者をみると、脳血管疾患・心不全において40%台の割合で重なっており、介護認定者の背景にはどの疾患が原因であったのかを確認する必要があります。(図表 55)
- ⑭骨折・認知症患者のうち高血圧と糖尿病の重なりをみてみると、平成30年度と令和4年度を比較し、骨折は減少していますが、認知症は増加しています。特に認知症は65-74歳代で同じ年代で16.6ポイント増加しています。認知症予防と高血圧・糖尿病のリスクについて確認しなければいけません。(図表 56)

(図表 55) 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(被保険者割)												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	5.0	10.7	30.9	5.3	15.0	30.2	7.0	13.9	32.6	4.6	9.5	11.4	23.8	14.3	45.6	9.1	5.1	37.7	10.3	4.4	44.2	5.3	16.1	41.6
R04	3.1	11.2	26.7	3.1	15.2	34.8	6.2	16.2	36.3	5.0	9.8	11.8	36.4	18.1	43.8	27.3	7.1	34.5	9.1	8.3	45.3	11.1	6.8	39.7

(図表 56) 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 (被保険者割)				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	76.7	88.3	66.7	85.7	4.6	13.8	1.4	16.8	20.0	60.9	44.4	77.1
R04	63.3	85.8	83.3	86.5	4.0	15.2	1.6	18.1	13.3	55.6	58.3	75.6

図表 38~42 出典:KDB システムデータ

#### (4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

また、すべての生活習慣病の温床である肥満、メタボリックシンドロームの解決がないと重症化予防にもつながらないと考えます。

具体的な取組み方法については、第4章に記載していきます。

### 3) 目標の設定

#### (1) 成果目標

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

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、より良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ておきます。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 57)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脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。

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

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

##### ③ 短期的な目標の設定

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

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

また、根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられるが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えるため、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 57) 第3期データヘルス計画目標管理一覧

	達成すべき目的	指標	項番	課題を解決するための目標	(R6)	(R8)	(R11)	
					初期値	中間評価	最終評価	
					R4年データ	R7年データ	R10年データ	
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	アウトカム指標	1	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.6%	1.6%	1.6%	
			2	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.0%	2.0%	2.0%	
			3	慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持(※1)	2.1%	2.1%	2.1%	
			4	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少(※2)	12.5%	12.0%	11.0%	
			5	糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%	
			(※1)	慢性透析患者数 (うち新規患者数)	国保 (うち新規導入者数)	3人 (0人)	3人 (0人)	3人 (0人)
			後期 (うち新規導入者数)		17人 (2人)	17人 (0人)	17人 (0人)	
			(※2)	糖尿病腎症新規透析導入患者数の減少	国保 (うち新規導入者数)	0人 (0人)	0人 (0人)	0人 (0人)
			後期 (うち新規導入者数)		2人 (1人)	2人 (0人)	2人 (0人)	
			短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者減少	アウトカム指標	6	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	33.7%
7	健診受診者の高血圧者の割合の減少 (160/100以上)	6.7%				6.0%	5.0%	
8	健診受診者の脂質異常者の割合の減少 (LDL160以上)	6.9%				6.0%	5.0%	
9	健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1c6.5%以上)	12.3%				12.0%	11.0%	
10	健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少	2.2%				2.0%	1.5%	
11	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	100.0%				100.0%	100.0%	
12	糖尿病の保健指導を実施した割合	67.9%				70.0%	80.0%	
特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	アウトカム指標	13	特定健診受診率60%以上	52.8%	56.0%	59.0%		
		14	特定保健指導実施率60%以上	92.2%	94.0%	95.0%		
		15	特定保健指導対象者の割合の減少	10.3%	9.0%	8.0%		

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 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。

なお、第 1 期及び第 2 期は 5 年を 1 期としていたが、医療費適正化計画等が 6 年 1 期に改正されたことを踏まえ、第 3 期以降は実施計画も 6 年を 1 期として策定します。

### 2. 目標値の設定

(図表 58) 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	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60%以上
特定保健指導実施率	93.0%	94.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95%以上

### 3. 対象者の見込み

(図表 59) 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	968 人	900 人	832 人	764 人	696 人	628 人
	受診者数	533 人	504 人	475 人	444 人	411 人	377 人
特定保健指導	対象者数	55 人	57 人	59 人	60 人	61 人	63 人
	受診者数	52 人	54 人	57 人	57 人	58 人	60 人

### 4. 特定健診の実施

#### 1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

健診方法は委託医療機関等の施設で行う「個別健診」と公民館等で日時を決めて行う「集団健診」との併用で実施します。

#### 2)特定健診委託基準

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

#### 3)健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、徳島県国保連合会のホームページに掲載します。

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

#### 4) 特定健診実施項目

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

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

（図表 60） 特定健診検査項目

神山町特定健診検査項目

健診項目		神山町	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、徳島県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

#### 8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

(図表 61) 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時也可)	(特定保健指導の実施)
5月			健診データ抽出(前年度)
6月			
7月		(特定健診の開始)	
8月		健診データ受取	実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
9月		費用決裁(月次)	
10月	契約に関わる	保健指導対象者の抽出(月次)	受診・実施率実績の算出
11月	予算手続き	(特定保健指導の開始)	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、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

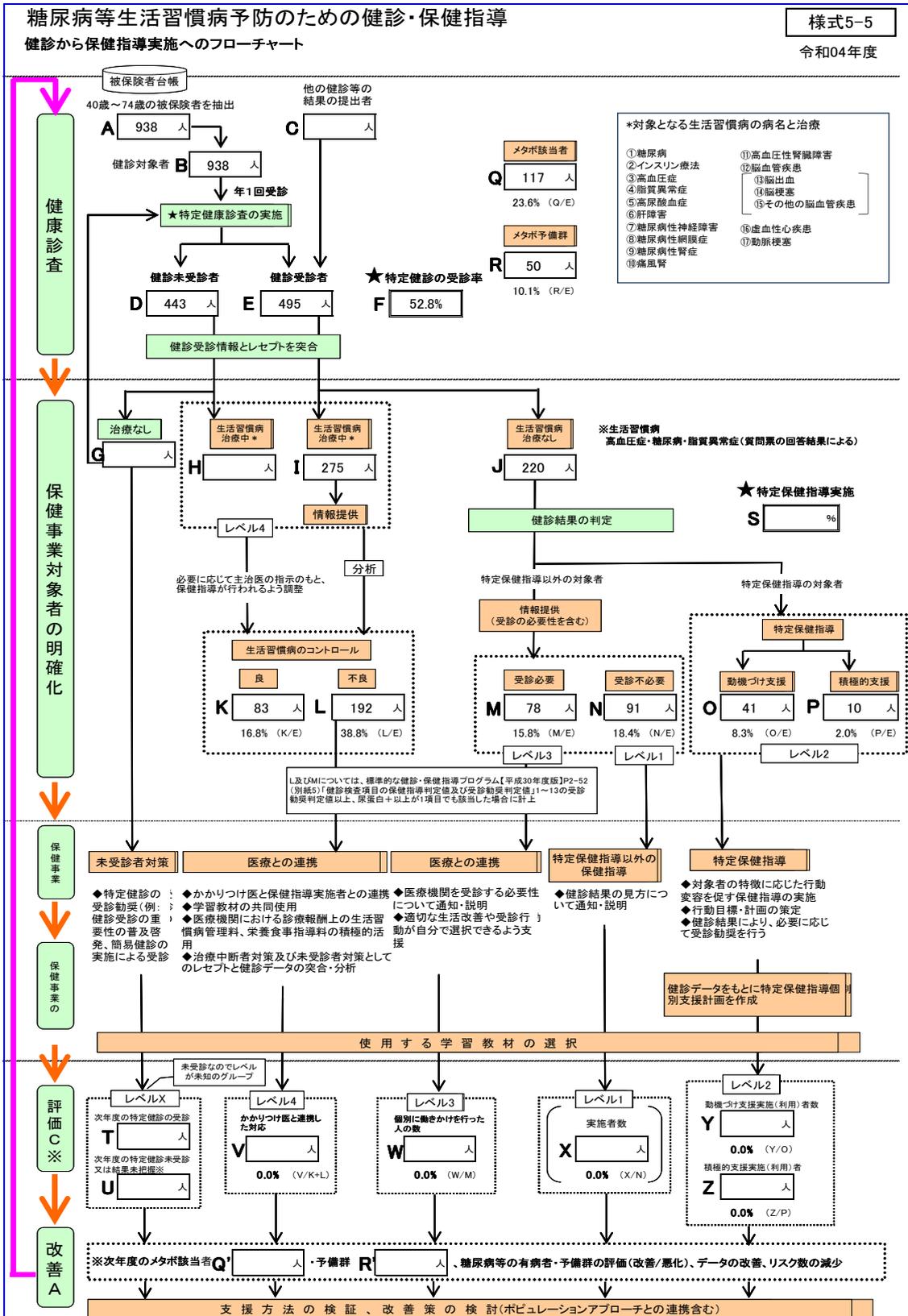
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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 62) 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



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

## 2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

(図表 63) 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	目標実施率
1	OP	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	51人 (10.3%)	95%
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	78人 (15.8%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(健診受診の重要性の普及啓発、受診勧奨通知、受診勧奨訪問)	443人 ※受診率目標達成までにあと67人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	91人 (18.4%)	65%
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	275人 (55.6%)	30%

## 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 64) 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 ◎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			◎がん検診開始
6月		◎対象者の抽出	◎後期高齢者健診開始
7月	◎特定健康診査の開始	◎保健指導の開始	
8月			◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
11月			
12月			
1月	◎健診の終了		
2月			
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神山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、また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、神山町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

## 第4章 課題解決に向けた個別保健事業

### 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、特定健診における肥満、血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組みとポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組みを行います。また、すべての生活習慣病重症化に関連する肥満・メタボリックシンドロームに伴う高インスリン状態の解消に向けた取組みを行います。具体的には、医療機関受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

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

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

### 2. 重症化予防の取組

本町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、188人（38.0%）です。そのうち治療無しが39人（17.6%）を占め、さらに臓器障害があり、直ちに取り組むべき対象者が25人（64.1%）です。すでに治療中の149人（54.4%）についても専門医への受診の有無や投薬状況、データの経年変化を確認し、値の改善を目指さなければいけません。

また、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、188人中18人（9.6%）であるため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることがわかります。

(図表 65) 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・再発患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)	
科学的根拠に基づき ↓ 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	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)	495人	52.8%
	クモ膜下出血 (5.6%)	脳出血 (18.5%)	脳梗塞 (75.9%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症			■各疾患の治療状況	
	心原性 脳塞栓症 (27.7%)		ラクナ 梗塞 (31.2%)	アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)					治療中	治療なし
	非心原性脳梗塞								218	277
									135	360
									61	434
									274	221
									※問診結果による	
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)		重症化予防対象者 (実人数)	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/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	33 6.7%	4 0.8%	9 1.8%	13 2.6%	117 23.6%	45 9.1%	56 11.3%	188 38.0%		
治療なし	17 6.1%	0 0.0%	8 2.2%	9 2.5%	14 6.3%	16 3.7%	14 6.3%	39 17.6%		
(再掲) 特定保健指導	5 15.2%	0 0.0%	2 22.2%	3 23.1%	14 12.0%	1 2.2%	3 5.4%	18 9.6%		
治療中	16 7.3%	4 1.5%	1 0.7%	4 3.0%	103 37.6%	29 47.5%	42 15.3%	149 54.4%		
臓器障害 あり	11 64.7%	0 --	3 37.5%	3 33.3%	7 50.0%	8 50.0%	14 100.0%	25 64.1%		
CKD(専門医対象者)	1	0	2	2	2	4	14	14		
心電図所見あり	10	0	1	2	7	5	6	17		
臓器障害 なし	6 35.3%	--	5 62.5%	6 66.7%	7 50.0%	8 50.0%	--	--		

出典:KDB システム 疾病管理一覧 CSV、特定健診結果(法定報告)ほか

# 1). 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

## (1) 基本的な考え方

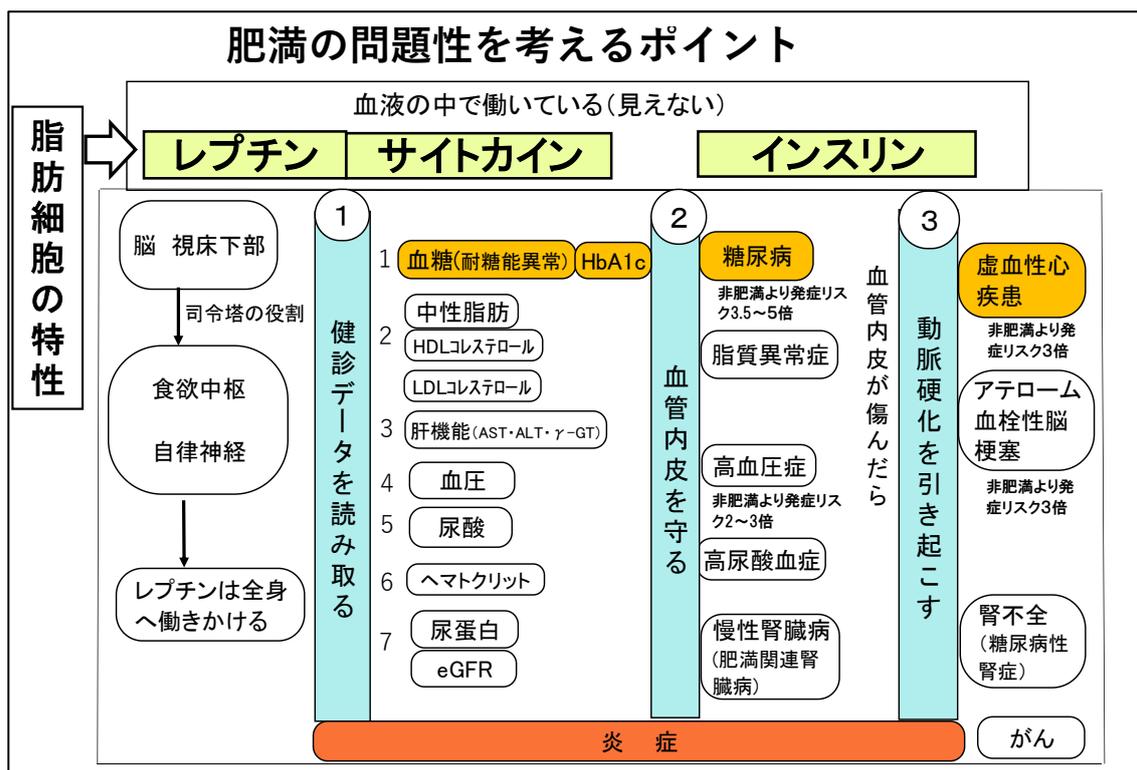
メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を合併する心血管病易発症状態です。取組みにあたっては図表 66 に基づいて考えていきます。

(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より)

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

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

(図表 66) 肥満の問題性を考えるポイント



## (2) 肥満の状況

### ① 対象者の把握

肥満度分類に基づき、特定健診結果のBMIから神山町の対象者を把握します。  
また、経年で肥満対象者をみていきます。

(図表 67) 肥満度分類による実態 (令和4年度健診受診者におけるBMIの状況)

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	133	362	49	100	38	85	6	12	4	3	1	0	
			36.8%	27.6%	28.6%	23.5%	4.5%	3.3%	3.0%	0.8%	0.8%	0.0%	
再掲	男性	70	166	30	46	26	40	2	6	2	0	0	0
				42.9%	27.7%	37.1%	24.1%	2.9%	3.6%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%
	女性	63	196	19	54	12	45	4	6	2	3	1	0
				30.2%	27.6%	19.0%	23.0%	6.3%	3.1%	3.2%	1.5%	1.6%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

(図表 68) 健診有所見者(保健指導判定値以上)の状況(男女別・年代別)

様式5-2 健診有所見者(保健指導判定値以上)の状況(男女別・年代別) R4

年代	健診受診者	受診率	BMI25以上		健診受診者	受診率	BMI25以上		健診受診者	受診率	BMI25以上	
	男女合計				男性				女性			
20-30計	31		4	12.9%	12		2	16.6%	19		2	10.5%
20代	6		1	16.6%	1		0	0.0%	5		1	20.0%
30代	25		5	20.0%	11		4	36.3%	14		1	7.1%
40-74計	495	52.8%	149	30.1%	236	48.7%	76	32.2%	259	57.2%	73	28.2%
40代	38	41.8%	12	31.6%	22	36.7%	8	36.4%	16	51.6%	4	25.0%
50代	47	42.0%	17	36.2%	27	43.5%	10	37.0%	20	40.0%	7	35.0%
60代	186	53.3%	56	30.1%	84	48.0%	32	38.1%	102	58.6%	24	23.5%
70-74	224	58.0%	64	28.6%	103	54.8%	26	25.2%	121	61.1%	38	31.4%
60以上計	281		79	28.1%	112		32	28.6%	169		47	27.8%
60代	4		2	50.0%	1		0	0.0%	3		2	66.7%
70代	114		28	24.6%	49		15	30.6%	65		13	20.0%
80代以上	163		49	30.1%	62		17	27.4%	101		32	31.7%

### ② 優先順位

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率が良いのかを科学的な根拠 (E B M) 「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。

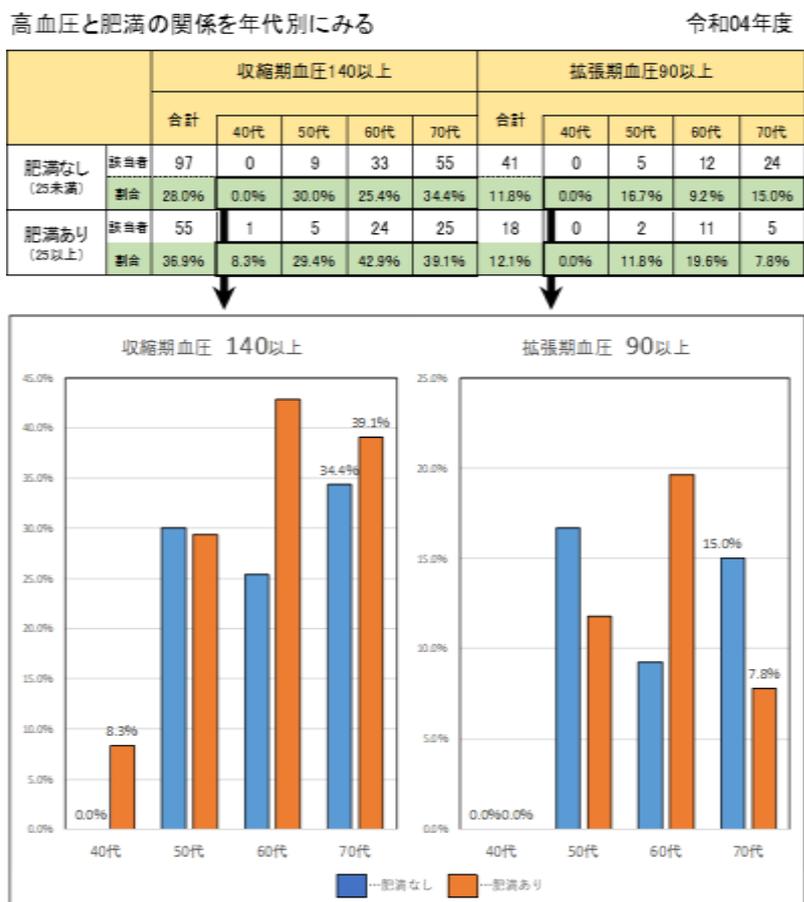
#### ① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのか

高血圧の対象者を肥満の有無と年代に分けてみると、圧倒的に肥満が高血圧に関連していることがわかります。(図表 69)

また、40代でも肥満に伴う高血圧対象者も確認できることから、対象者の少ない若い年代からの関わりを優先に、血管障害を予防していく必要があります。(図表 69)

HbA1c と肥満の関係をみると、HbA1c6.5 以上の肥満が顕著です。高インスリン状態が疑われますが、一度肥満になってから減量することは大変なので、軽度肥満の段階、耐糖能異常の段階から介入することが重要と考えます。(図表 70)

(図表 69) 高血圧と肥満の関係を年代別にみる



(図表 70) HbA1c と肥満の関係をみる

HbA1c		5.5以下	5.6～6.4	6.5～7.9	8.0以上
検査人数		206 人	228 人	50 人	11 人
人数	BMI25以上	47 人	70 人	26 人	6 人
	再掲) 30以上	8 人	11 人	5 人	2 人
	BMI25未満	159 人	158 人	24 人	5 人
割合	BMI25以上	22.8 %	30.7 %	52.0 %	54.5 %
	再掲) 30以上	3.9 %	4.8 %	10.0 %	18.2 %
	BMI25未満	77.2 %	69.3 %	48.0 %	45.5 %

## ② 内科的治療で改善が難しい場合

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

### ③ メタボは心・脳血管疾患を発症するリスク

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

### (3) 対象者の明確化

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、女性では一番多い年代でも70代で20.7%であるのに対し、男性は40代で9.1%であるにもかかわらず50代で33.3%、60代で39.3%と50代で急激に増えるほか女性の約2~3倍となっているため、若い年代から男性を優先に関わることが効率的であると考えます。(図表71)

(図表71) 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	236	22	27	84	103	259	16	20	102	121	
メタボ該当者	B	77	2	9	33	33	40	0	3	12	25	
	B/A	32.6%	9.1%	33.3%	39.3%	32.0%	15.4%	0.0%	15.0%	11.8%	20.7%	
再掲	① 3項目全て	C	27	1	3	14	9	15	0	2	5	8
		C/B	35.1%	50.0%	33.3%	42.4%	27.3%	37.5%	--	66.7%	41.7%	32.0%
	② 血糖+血压	D	14	0	1	6	7	4	0	0	0	4
		D/B	18.2%	0.0%	11.1%	18.2%	21.2%	10.0%	--	0.0%	0.0%	16.0%
	③ 血压+脂質	E	30	1	5	12	12	20	0	1	6	13
		E/B	39.0%	50.0%	55.6%	36.4%	36.4%	50.0%	--	33.3%	50.0%	52.0%
	④ 血糖+脂質	F	6	0	0	1	5	1	0	0	1	0
		F/B	7.8%	0.0%	0.0%	3.0%	15.2%	2.5%	--	0.0%	8.3%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は年齢とともに増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。(図表72)

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

## ① 対象者の選定基準・優先順位・介入方法

(図表 72) メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		人数	割合	② あり		① なし			人数	割合	② あり		① なし	
総数	236	77	32.6%	66	85.7%	11	14.3%	259	40	15.4%	37	92.5%	3	7.5%
40代	22	2	9.1%	1	50.0%	1	50.0%	16	0	0.0%	0	—	0	—
50代	27	9	33.3%	6	66.7%	3	33.3%	20	3	15.0%	3	100.0%	0	0.0%
60代	84	33	39.3%	28	84.8%	5	15.2%	102	12	11.8%	11	91.7%	1	8.3%
70～74歳	103	33	32.0%	31	93.9%	2	6.1%	121	25	20.7%	23	92.0%	2	8.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

(図表 73) 保健指導の内容

優先順位	対象	目的	実施方法
1	①メタボリックシンドローム該当者で3疾患（血圧、血糖、脂質）が未治療の者	・医療機関受診につなげる ・減量	1回以上の保健指導
2	②メタボリックシンドローム該当者で3疾患治療中の者（50代まで）	・治療中断による重症化予防 ・減量	1回以上の保健指導
3	特定保健指導対象者	・減量	1回以上の保健指導

・いずれも若い世代の男性から優先して実施します。  
・上記の対象者は、糖尿病性腎症重症化予防、虚血性心疾患重症化予防、脳血管疾患重症化予防対象者とも重複していることが多いため、これらの取組みとも併せて実施します。

## ② 対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボリックシンドローム(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

## (4) 保健指導の実施

### ① 最新の脳科学を活用した保健指導

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

(図表 74) 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思えますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いとよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いのですか？	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、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

## ② 二次健診の実施

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

本町においても、二次健診の実施（頸動脈エコー検査、75g 糖負荷検査）を必要な対象者に行っていきます。

(参考) ◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④75g 糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

## (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、健康福祉課や地域包括支援センターと連携していきます。

## (6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ、年1回行うものとします。その際は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受診勧奨者に対する評価	②保健指導対象者に対する評価
ア. 受診勧奨対象者への介入率 イ. 医療機関受診率 ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数	ア. 保健指導実施率 イ. メタボリックシンドローム改善率

## (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。メタボリックシンドローム(肥満)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

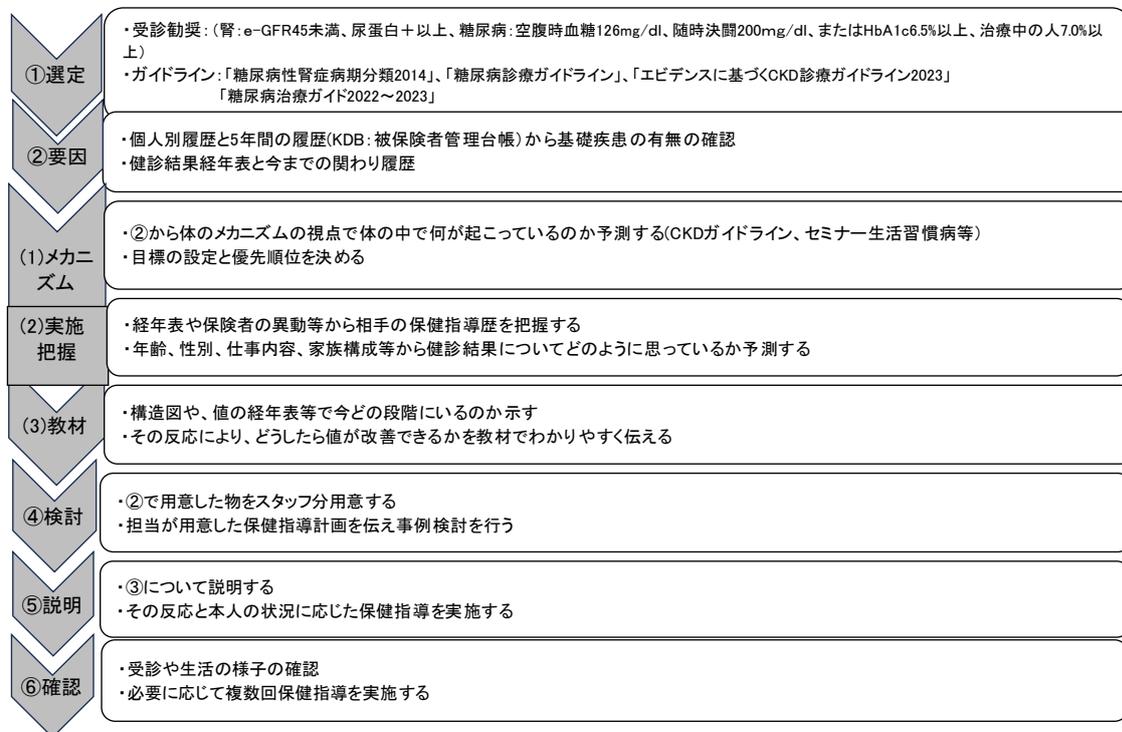
### (1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省）及び徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（徳島県医師会 徳島県医師会糖尿病対策班 徳島県保険者協議会 徳島県）に基づき、以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組みにあたっては図表 52 に沿って実施します。

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

(図表 75) 糖尿病性腎症重症化予防対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



### (2) 対象者の明確化

#### ① 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

## ② 選定基準に基づく該当者の把握

### ① 対象者の抽出

取組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とします。（図表 76）

（図表 76）糖尿病性腎症病期分類

病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73㎡)
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。

本町においては、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）の把握は可能であるが、尿アルブミンについては全数実施ではないため把握が難しい状況です。しかし、CKD診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量（mg/dl）に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（-）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（+）としていることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となります。

### ② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて図表 78 にて対象者数把握を行いました。

本町において特定健診受診者のうち 2) ①②に該当する糖尿病未治療者（F 欄）、21 人(25.6%)でした。

また、2) ③に該当する 40～74 歳の糖尿病治療者 322 人（H 欄）のうち、特定健診受診者（G 欄）が 61 人(18.9%)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者（I 欄）261 人（81.1%）については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要です。

### ③ 介入方法と優先順位

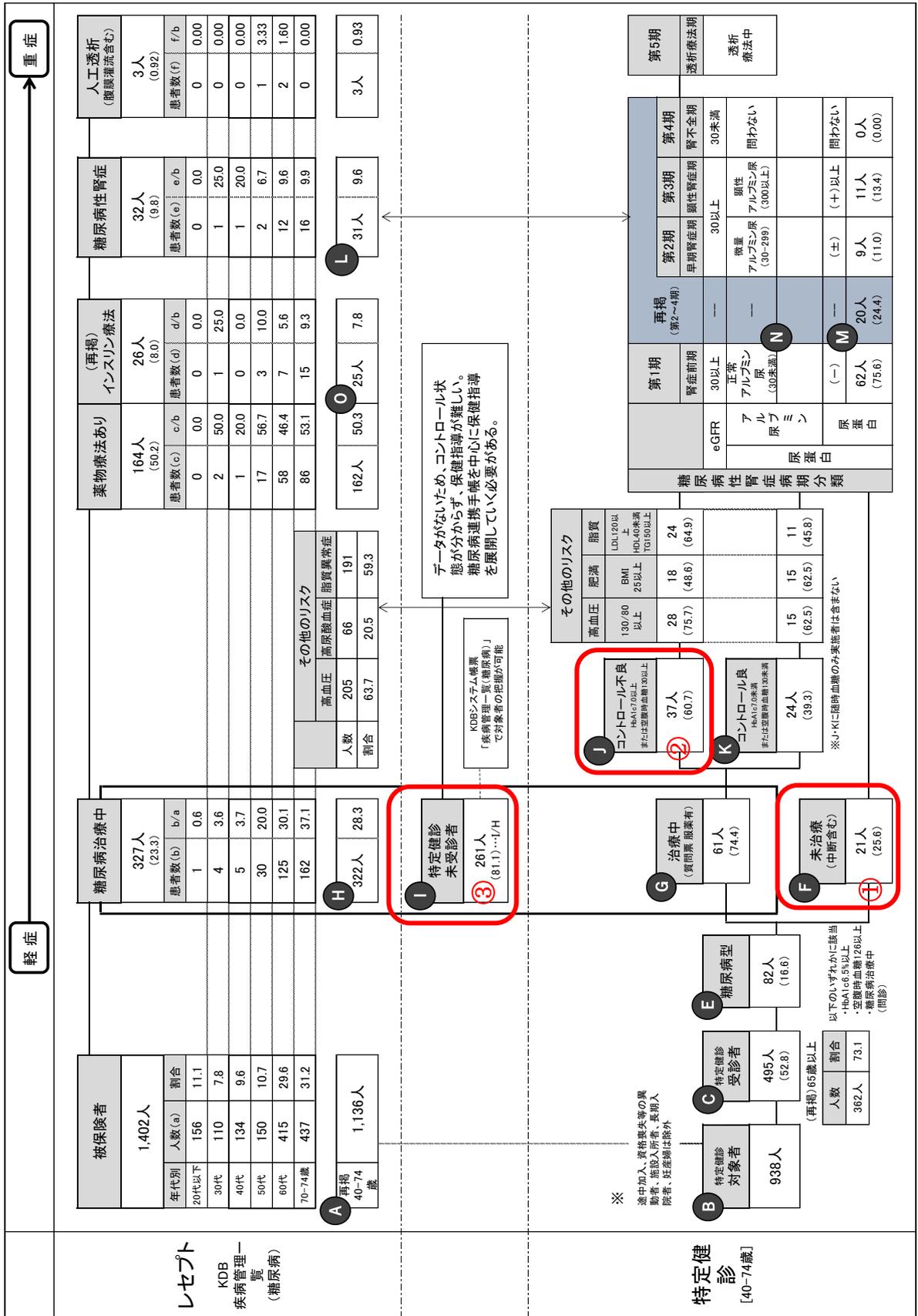
（図表 77）保健指導の内容

優先順位	対象	目的	実施方法
1	（F）糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者：21人	・医療機関受診につなげる	1回以上の保健指導
2	（J）糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者：37人	・治療中断を防ぐ ・コントロール良にする	1回以上の保健指導 医療機関と連携
3	（I）中で、過去に特定健診歴のある者		1回以上の保健指導 医療機関と連携

(図表 78) 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



庄井・KDBシステムデータ

### (3) 保健指導の実施

#### ① 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

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

(図表 79) 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
<b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b>	<b>2 高血糖を解決するための食</b>
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始めます
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	<b>3 薬物療法</b>
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」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 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	<b>4 参考資料</b>
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

#### ② 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。



(図表 80) 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

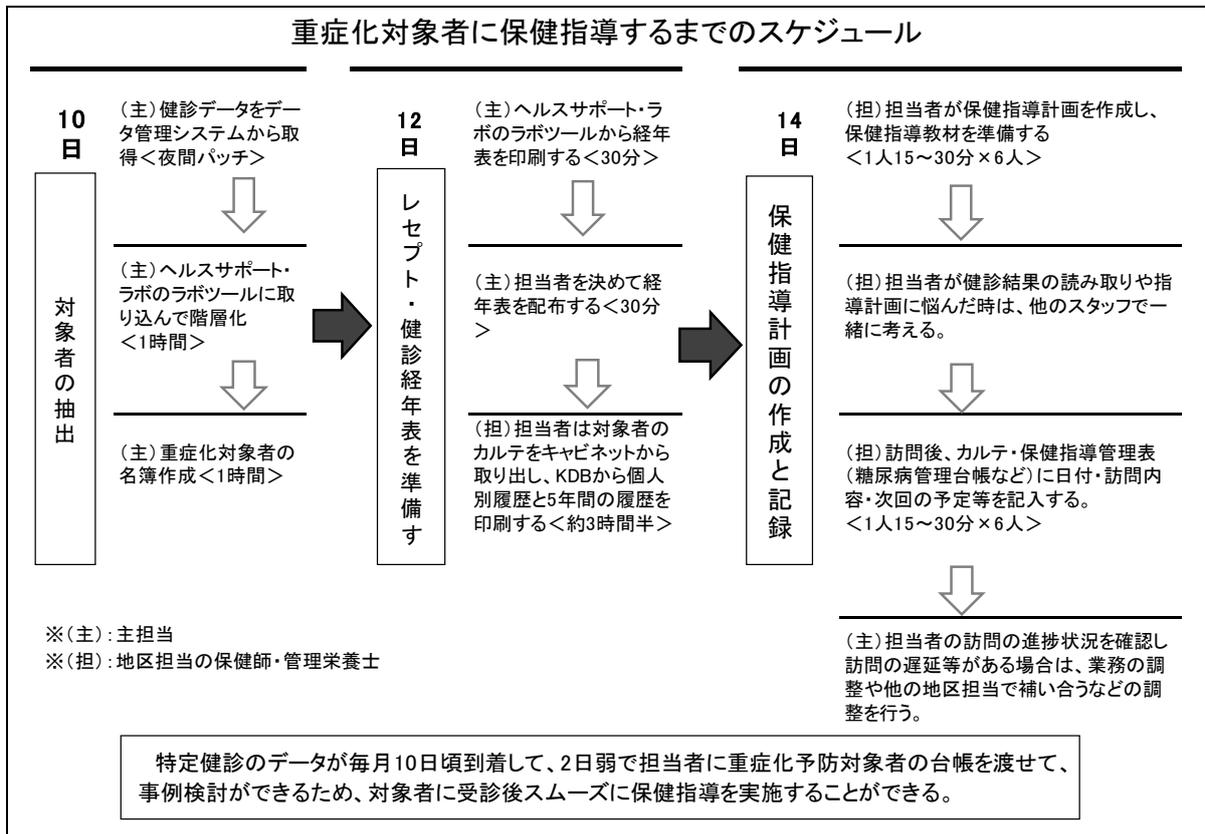
項目		突合表	神山町										同規模保険者(平均)			
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	A		1,411人		1,405人		1,347人		1,368人		1,324人			
	②		(再掲)40-74歳	1,175人		1,159人		1,137人		1,153人		1,113人				
2	①	特定健診	B		1,056人		1,050人		1,057人		1,018人		938人			
	②		対象者数	543人		531人		561人		546人		495人				
	③		受診率	51.4%		50.6%		53.1%		53.6%		52.8%				
3	①	特定保健指導	C		69人		65人		65人		56人		51人			
	②		実施率	85.5%		92.3%		90.8%		89.3%		92.2%				
4	①	健診データ	E		82人	15.1%	79人	14.9%	97人	17.3%	89人	16.3%	84人	16.7%		
	②		糖尿病型	F		27人	32.9%	20人	25.3%	19人	19.6%	28人	31.5%	23人	27.4%	
	③		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	G		55人	67.1%	59人	74.7%	78人	80.4%	61人	68.5%	61人	72.6%	
	④		治療中(質問票 服薬あり)	H		19人	34.5%	29人	49.2%	33人	42.3%	23人	37.7%	37人	60.7%	
	⑤		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	I		13人	68.4%	20人	69.0%	27人	81.8%	22人	95.7%	28人	75.7%	
	⑥		血圧 130/80以上	J		8人	42.1%	14人	48.3%	18人	54.5%	12人	52.2%	18人	48.6%	
	⑦		肥満 BMI25以上	K		36人	65.5%	30人	50.8%	45人	57.7%	38人	62.3%	24人	39.3%	
	⑧		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	L		60人	73.2%	51人	64.6%	62人	63.9%	57人	64.0%	63人	75.0%	
	⑨		第1期 尿蛋白(-)	M		7人	8.5%	10人	12.7%	16人	16.5%	14人	15.7%	10人	11.9%	
	⑩		第2期 尿蛋白(±)	N		15人	18.3%	16人	20.3%	17人	17.5%	18人	20.2%	11人	13.1%	
	⑪		第3期 尿蛋白(+)以上	O		0人	0.0%	1人	1.3%	1人	1.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	
⑫	第4期 eGFR30未満	P														
5	①	レセプト	Q		146.0人		150.2人		134.4人		150.6人		157.9人			
	②		糖尿病受診率(被保険者千対)	R		174.5人		180.3人		158.3人		177.8人		185.1人		
	③		(再掲)40-74歳(被保険者千対)	S		1,101件(957.4)		1,209件(1060.5)		1,178件(1032.4)		1,149件(1039.8)		1,168件(1124.2)		
	④		レセプト件数(40-74歳) (1)内は被保険者千対	T		4件(3.5)		3件(2.6)				12件(10.9)		14件(13.5)		
	⑤		入院外(件数)	U										1,521件(4.4)		
	⑥		入院(件数)	V												
	⑦		糖尿病治療中	W		206人	14.6%	211人	15.0%	181人	13.4%	206人	15.1%	209人	15.8%	
	⑧		(再掲)40-74歳	X		205人	17.4%	209人	18.0%	180人	15.8%	205人	17.8%	206人	18.5%	
	⑨		健診未受診者	Y		150人	73.2%	154人	73.7%	102人	56.7%	144人	70.2%	145人	70.4%	
	⑩		インスリン治療	Z		15人	7.3%	20人	9.5%	15人	8.3%	14人	6.8%	23人	11.0%	
	⑪		(再掲)40-74歳	AA		15人	7.3%	20人	9.6%	15人	8.3%	14人	6.8%	22人	10.7%	
	⑫		糖尿病性腎症	AB		19人	9.2%	23人	10.9%	16人	8.8%	21人	10.2%	18人	8.6%	
	⑬		(再掲)40-74歳	AC		18人	8.8%	22人	10.5%	15人	8.3%	21人	10.2%	17人	8.3%	
	⑭		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	AD		3人	1.5%	2人	0.9%	3人	1.7%	2人	1.0%	3人	1.4%	
	⑮		(再掲)40-74歳	AE		3人	1.5%	2人	1.0%	3人	1.7%	2人	1.0%	3人	1.5%	
	⑯		新規透析患者数	AF		2人	0.4%	0人	-	0人	-	1人	0.2%	0人	-	
⑰	(再掲)糖尿病性腎症	AG		2人	0.4%	0人	-	0人	-	1人	0.2%	0人	-			
⑱	【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)	AH		7人	1.8%	7人	1.7%	8人	2.1%	7人	1.8%	7人	1.9%			
6	①	医療費	AI		5億9474万円		5億4335万円		5億6517万円		4億9111万円		5億1867万円		6億7051万円	
	②		総医療費	AJ		3億1444万円		3億0630万円		3億1514万円		2億5158万円		2億7729万円		3億5898万円
	③		生活習慣病総医療費	AK		52.9%		56.4%		55.8%		51.2%		53.5%		53.5%
	④		(総医療費に占める割合)	AL		8,178円		9,773円		8,761円		8,059円		7,705円		9,063円
	⑤		生活習慣病 対象者 一人あたり	AM		32,353円		29,791円		33,006円		25,174円		29,902円		37,482円
	⑥		健診受診者	AN		2861万円		3184万円		3000万円		3267万円		3412万円		4061万円
	⑦		糖尿病医療費	AO		9.1%		10.4%		9.5%		13.0%		12.3%		11.3%
	⑧		(生活習慣病総医療費に占める割合)	AP		8037万円		8760万円		8739万円		9244万円		9450万円		
	⑨		糖尿病入院外総医療費	AQ		30,409円		32,290円		32,537円		33,167円		35,795円		
	⑩		1件あたり	AR		7151万円		4664万円		7107万円		3681万円		2980万円		
	⑪		糖尿病入院総医療費	AS		595,898円		548,690円		640,245円		557,703円		584,346円		
	⑫		1件あたり	AT		19日		17日		18日		18日		17日		
	⑬		在院日数	AU		482万円		729万円		1074万円		881万円		1150万円		2783万円
	⑭		慢性腎不全医療費	AV		428万円		706万円		1016万円		780万円		1077万円		2567万円
	⑮		透析有り	AW		54万円		23万円		58万円		102万円		73万円		216万円
⑯	透析なし	AX														
7	①	介護	AY		8億4704万円		8億7983万円		8億7694万円		8億4258万円		8億3584万円		8億6719万円	
	②		介護給付費	AZ		1件 7.7%		1件 14.3%		1件 16.7%		1件 14.3%		1件 14.3%		
8	①	死亡	BA		1人 0.7%		1人 0.7%		0人 0.0%		1人 0.7%		0人 0.0%		622人 1.0%	
			BB													

出典:KDB システムデータ

## (7) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 8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 77) 重症化対象者に保健指導実施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

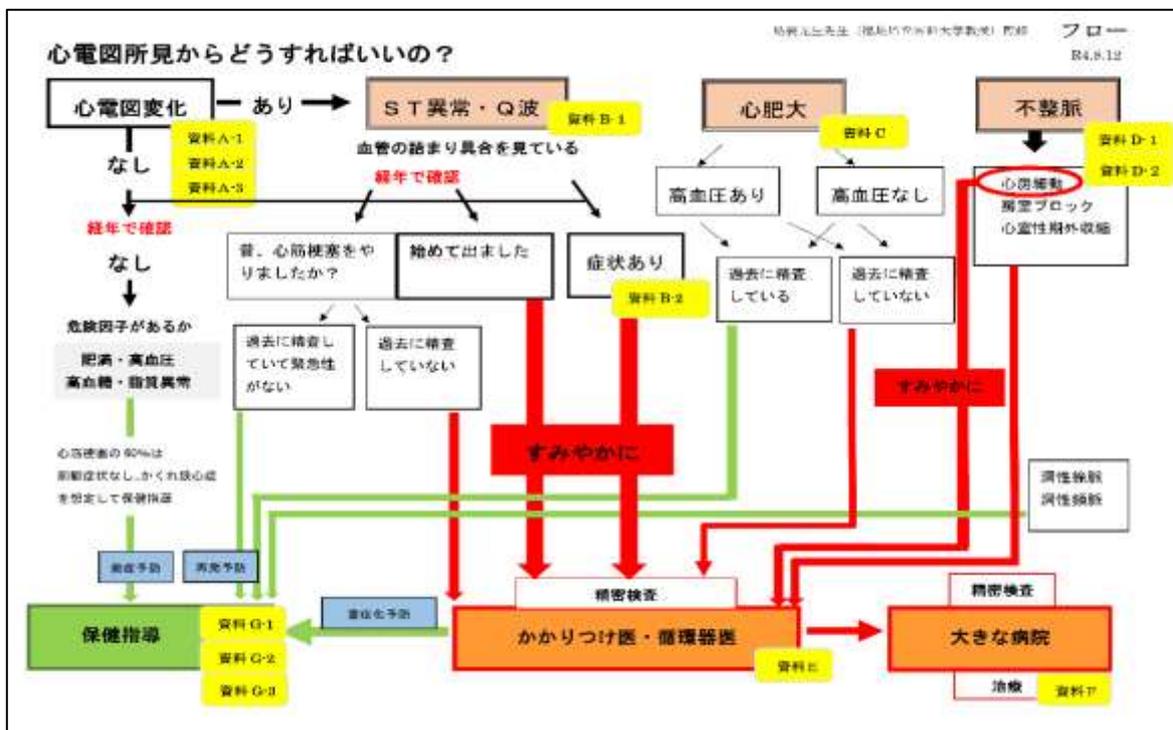
虚血性心疾患重症化予防の取組みにあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

#### (2) 対象者の明確化

##### ① 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 81 に基づいて考えます。

(図表 81) 心電図所見からのフロー図(保健指導教材)



##### ② 重症化予防対象者の抽出

###### ① 心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会) ことから、心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

本町においては、心電図検査を 852 人 (100%) に実施し、そのうち有所見者が 231 人 (27.1%) でした。所見の中でも心筋壊死、心筋虚血のほか、心筋異常を予測する所見の対象者がみつかり、虚血性変化を起こしている対象者を優先に介入していく必要があります。(図表 82)

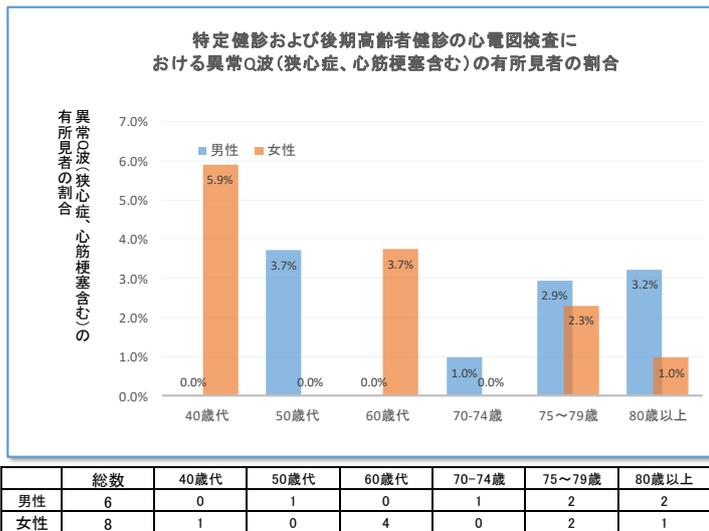
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

(図表 82) 心電図検査結果(令和4年度)

心電図結果			神山町国保		徳島県国保		神山町後期		徳島県後期			
			人	%	人	%	人	%	人	%		
健診受診者数(特定健診受診率)			539	51.2%	43,426	36.3%	285		15,671			
再掲	65歳未満		137	25.4%	10,654	24.5%	4	1.4%	255	1.6%		
	65歳以上		402	74.6%	32,772	75.5%	281	98.6%	15,416	98.4%		
心電図実施者数(心電図実施率)			539	100.0%	42,914	98.8%	285	100.0%	15,668	99.98%		
心電図実施者のうち 所見のあった者(実数)			183	34.0%	13,606	31.7%	144	50.5%	6,678	42.6%		
心臓細胞の虚血	① 虚血性変化	心筋梗塞・狭心症	0	0.0%	95	0.2%	1	0.4%	52	0.3%		
		心筋壊死(心筋梗塞)	① 異常Q波	10	1.9%	453	1.1%	3	1.1%	220	1.4%	
			② R波増高不良	7	1.3%	268	0.6%	4	1.4%	94	0.6%	
		心筋虚血	③ ST異常	21	3.9%	1,105	2.6%	15	5.3%	561	3.6%	
			④ 冠不全	0	0.0%	75	0.2%	0	0.0%	31	0.2%	
心筋異常	⑤ T波異常	17	3.2%	1,534	3.6%	14	4.9%	724	4.6%			
脈が打てる心臓細胞の問題(不整脈)	徐脈性不整脈	洞結節の異常	⑥ 洞性不整脈	16	3.0%	1,585	3.7%	8	2.8%	601	3.8%	
			⑦ 洞不全症候群	0	0.0%	6	0.0%	0	0.0%	6	0.0%	
		刺激伝導系異常	房室伝導障害	⑧ 房室ブロック	13	2.4%	832	1.9%	17	6.0%	605	3.9%
				⑨ WPW症候群	1	0.2%	44	0.1%	0	0.0%	8	0.1%
			心室内伝導障害	⑩ P R短縮	1	0.2%	125	0.3%	0	0.0%	30	0.2%
				⑪ 脚ブロック	39	7.2%	2,851	6.6%	27	9.5%	1,499	9.6%
	頻脈性不整脈	心室性不整脈	⑫ 心室伝導障害	3	0.6%	241	0.6%	4	1.4%	86	0.5%	
			⑬ 心室期外収縮	16	3.0%	895	2.1%	12	4.2%	536	3.4%	
			⑭ 心室細動	0	0.0%	6	0.0%	0	0.0%	2	0.0%	
			⑮ QT延長	4	0.7%	196	0.5%	2	0.7%	87	0.6%	
		上室性不整脈	⑯ ブルガタ症候群	1	0.2%	107	0.2%	0	0.0%	21	0.1%	
			⑰ 上室性期外収縮	5	0.9%	857	2.0%	11	3.9%	627	4.0%	
高血圧による心臓の虚血	② 心肥大・負荷所見	⑱ 心房細動	4	0.7%	319	0.7%	12	4.2%	275	1.8%		
		⑲ 心房粗動	0	0.0%	12	0.0%	0	0.0%	9	0.1%		
		⑳ 左室肥大	3	0.6%	353	0.8%	4	1.4%	179	1.1%		
		㉑ 高電位	3	0.6%	101	0.2%	3	1.1%	50	0.3%		
その他	心室肥大	㉒ 軸偏位	23	4.3%	1,394	3.2%	16	5.6%	767	4.9%		
		㉓ 右室肥大	2	0.4%	38	0.1%	0	0.0%	26	0.2%		
		㉔ 移行帯の変化	15	2.8%	924	2.2%	11	3.9%	388	2.5%		
		㉕ その他不整脈	4	0.7%	270	0.6%	5	1.8%	111	0.7%		
	その他	㉖ その他	12	2.2%	831	1.9%	12	4.2%	407	2.6%		
		㉗ ペースメーカー調律	2	0.4%	24	0.1%	2	0.7%	56	0.4%		
		㉘ 「異常あり」のみ	0	0.0%	50	0.1%	0	0.0%	26	0.2%		

出典: つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

参考：異常Q波(心筋壊死を予測する有所見)有所見者の割合(国保・後期)

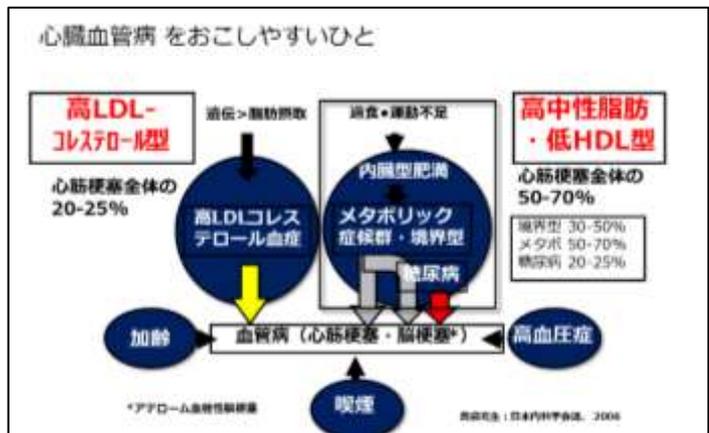


## ② 心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドロームまたはLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 83)

(図表 83) 心血管病をおこしやすい人



出典：つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

図表 83 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A：メタボタイプについては、第4章「1. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 66・67)を参照します。

B：LDLコレステロールタイプ(図表 85)

## ③ 介入方法と優先順位

(図表 84) 保健指導の内容

優先順位	対象	目的	実施方法
1	心電図で虚血性変化所見のある医療機関未受診者	・医療機関受診につなげる	1回以上の保健指導
2	心電図で心肥大のある医療機関未受診者	・医療機関につなげる	1回以上の保健指導
3	LDL160mg/dl 以上	・医療機関につなげる ・治療中断を防ぐ ・リスクを下げる	1回以上の保健指導 医療機関と連携
4	メタボリックシンドローム該当者	第4章「1. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」に準じる	

(図表 85) 冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た  
LDLコレステロール管理目標

(参考)  
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL			健診結果 (LDL-C) ③				(再掲)LDL160以上の年代別				
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
198			105	62	23	8	3	8	10	10	
			53.0%	31.3%	11.6%	4.0%	9.7%	25.8%	32.3%	32.3%	
一次予防 まず生活習慣の改善 を行った後、薬物療法 の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	25	11	9	4	1	2	3	0	0
			12.6%	10.5%	14.5%	17.4%	12.5%	66.7%	37.5%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	83	45	23	13	2	0	2	8	5
			41.9%	42.9%	37.1%	56.5%	25.0%	0.0%	25.0%	80.0%	50.0%
高リスク	120未満 (150未満)	79	41	27	6	5	1	3	2	5	
		39.9%	39.0%	43.5%	26.1%	62.5%	33.3%	37.5%	20.0%	50.0%	
	再掲	100未満 (130未満) ※1	4	1	1	1	1	0	1	1	0
			2.0%	1.0%	1.6%	4.3%	12.5%	0.0%	12.5%	10.0%	0.0%
二次予防 生活習慣の是正と共に 薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	11	8	3	0	0	0	0	0	0
			5.6%	7.6%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮  
※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

### (3) 保健指導の実施

#### ① 受診勧奨及び保健指導

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

(図表 86) 心電図所見からの保健指導教材

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

## ② 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。対象者には、二次健診として頸動脈超音波検査を実施するほかその他の検査も検討していく必要があります。

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

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

## ③ 対象者の管理

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

## (4) 医療との連携

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

## (5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、健康福祉課や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。

①受診勧奨者に対する評価	②保健指導対象者に対する評価
ア. 受診勧奨対象者への介入率 イ. 医療機関受診率 ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数	ア. 保健指導実施率

## (7) 実施期間及びスケジュール

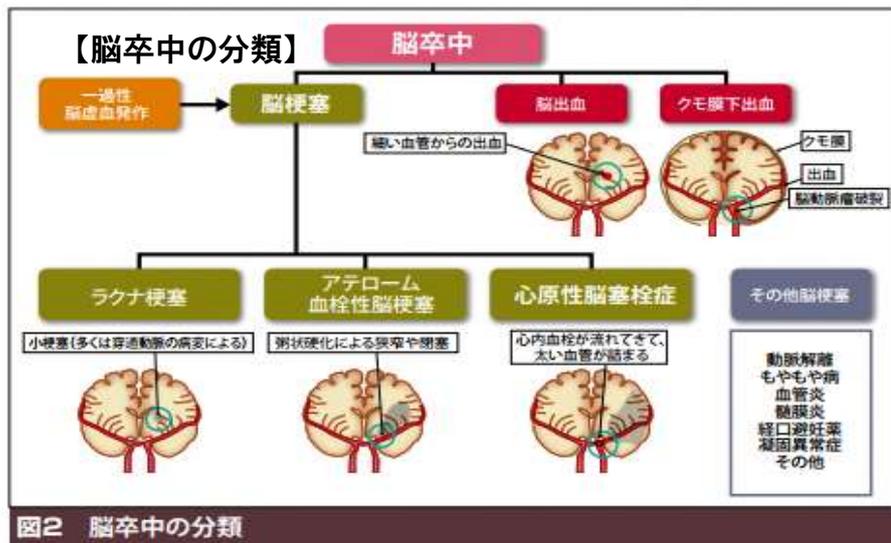
- 4 月 対象者の選定基準の決定
- 5 月 対象者の抽出 (概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 8 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入 (通年)

## 4). 脳血管疾患重症化予防

### (1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組みにあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 87・88)

(図表 87) 脳卒中の分類



(図表 88) 脳血管疾患とリスク因子

(脳卒中予防の提言より引用)

### 脳血管疾患とリスク因子

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

### (2) 対象者の明確化

#### ① 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 90 でみると、高血圧治療者(H欄) 555人のうち、既に脳血管疾患を起こしている人(O欄) が58人(10.5%)でした。健診結果をみるとⅡ度高血圧以上(G・F欄) が33人(6.6%)であり、そのうち17人(51.5%)は未治療者です。

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

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が16人(18.6%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか

57人（11.5%）しか実施していない状況です。しかし、眼底検査（詳細検査）の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合（E欄）となっていることから、162人（32.7%）は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

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

## ② 介入方法と優先順位

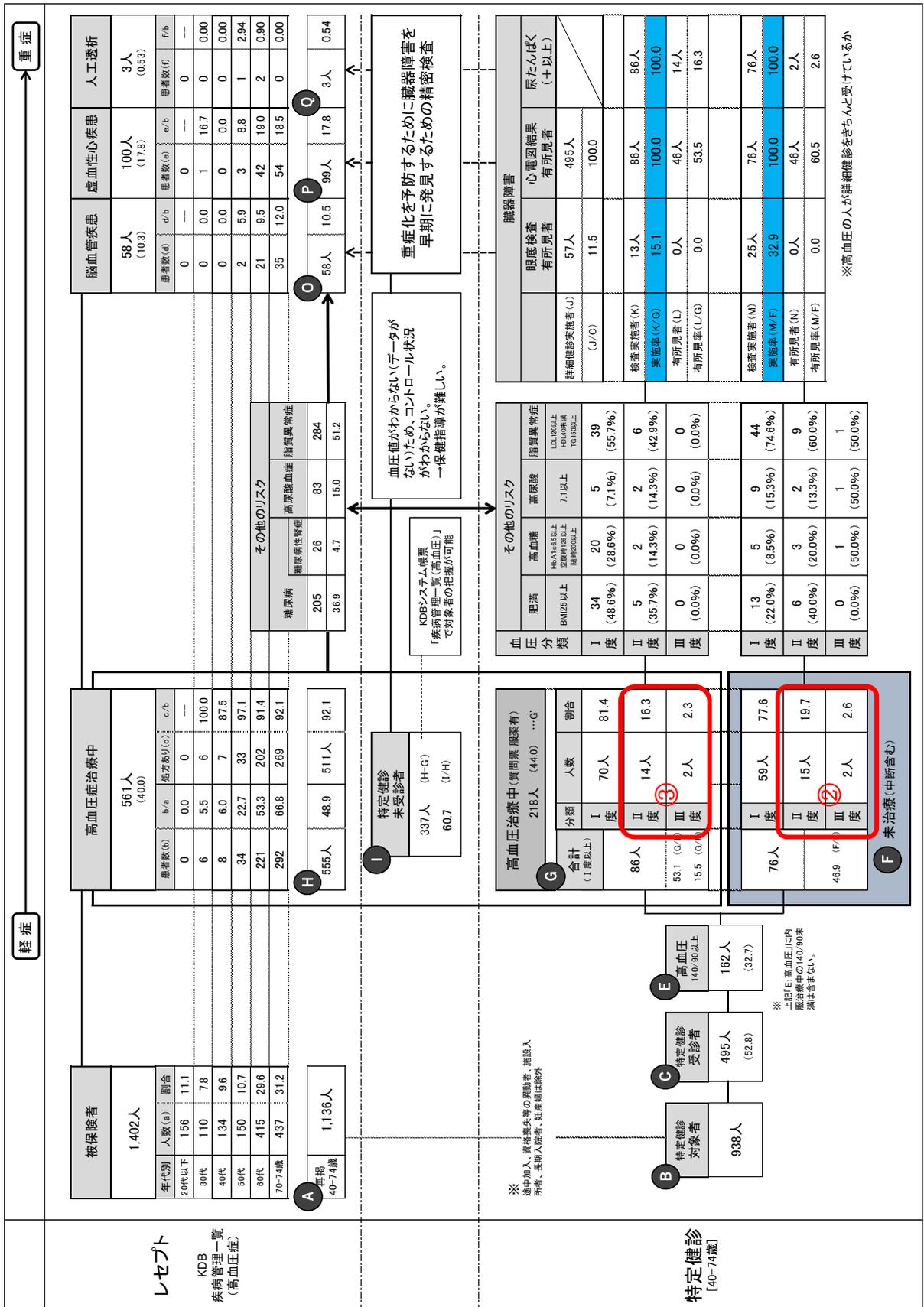
（図表 89）保健指導の内容

優先順位	対象	目的	実施方法
1	心電図で心房細動のある者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療未受診者は医療機関受診につなげる</li> <li>・治療中の者へは治療中断を防ぐ</li> </ul>	1回以上の保健指導
2	Ⅱ度以上高血圧者で未治療者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関につなげる</li> <li>・血圧値の改善</li> </ul>	1回以上の保健指導
3	Ⅱ度以上高血圧者で治療者（160/100以上）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血圧値の改善</li> </ul>	1回以上の保健指導 医療機関と連携

(図表 90) 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

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



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を対象とし(年度途中の加入者や年度末時点ま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、「KOB帳票-介入支援対象者一覧(薬費・重症化予防)」から集計

## ② 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 91 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(図表 91) 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

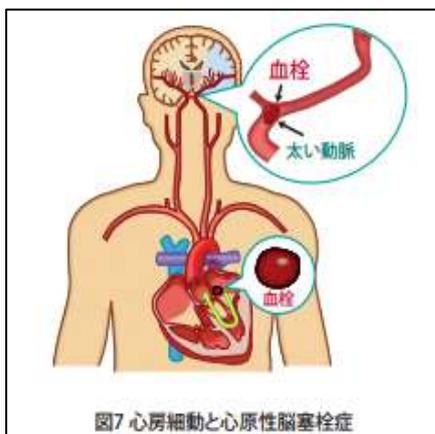
保健指導対象者の明確化と優先順位の決定		(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画			
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
	142	66 46.5%	59 41.5%	15 10.6%	2 1.4%
リスク第1層 予後影響因子がない	7	C 4 6.1%	B 2 3.4%	B 1 6.7%	A 0 0.0%
	4.9%				
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	92	C 47 71.2%	B 36 61.0%	A 8 53.3%	A 1 50.0%
	64.8%				
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	43	B 15 22.7%	A 21 35.6%	A 6 40.0%	A 1 50.0%
	30.3%				

区分	該当者数
A	37 26.1%
B	54 38.0%
C	51 35.9%

※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。

## ③ 心電図検査における心房細動の実態



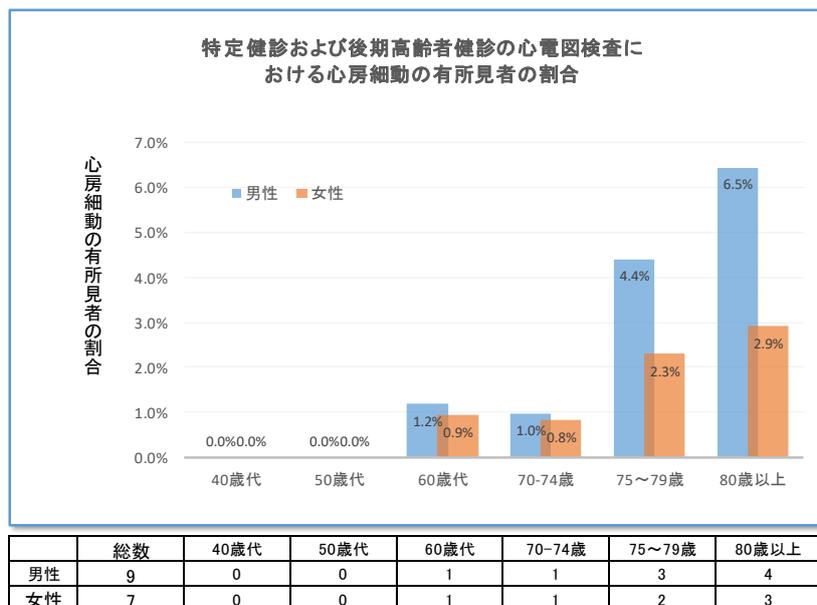
(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流のついで脳動脈に流れ込み、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 92 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(図表 92) 心房細動有所見者の割合(国保・後期)



	総数	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳	75~79歳	80歳以上
男性	9	0	0	1	1	3	4
女性	7	0	0	1	1	2	3

出典: つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

心電図検査において国保では4人に心房細動の所見が認められました。後期は12名ですが、令和6年度より後期健診の対象者が79歳まで拡大されるため、新規対象者の発見につながると想定します。有所見率は、年齢が高くなるにつれ増加しています。

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

### (3) 保健指導の実施

#### ① 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であ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 二次健診等の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。対象者には、二次健診として頸動脈超音波検査を実施するほかその他の検査も検討していく必要があります。

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

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

また、受診者に推定尿中塩分量を実施し高血圧と塩分の関係を受診者が確認できるよう検討していきます。

### ③ 対象者の管理

#### ① 高血圧者の管理

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

#### ② 心房細動者の管理

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

### (4) 医療との連携

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

### (5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、健康福祉課、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。

①受診勧奨者に対する評価	②保健指導対象者に対する評価
ア. 受診勧奨対象者への介入率 イ. 医療機関受診率 ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数	ア. 保健指導実施率

### (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)

### 3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

#### 1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、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

本町は、令和2年度より徳島県後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。具体的には、

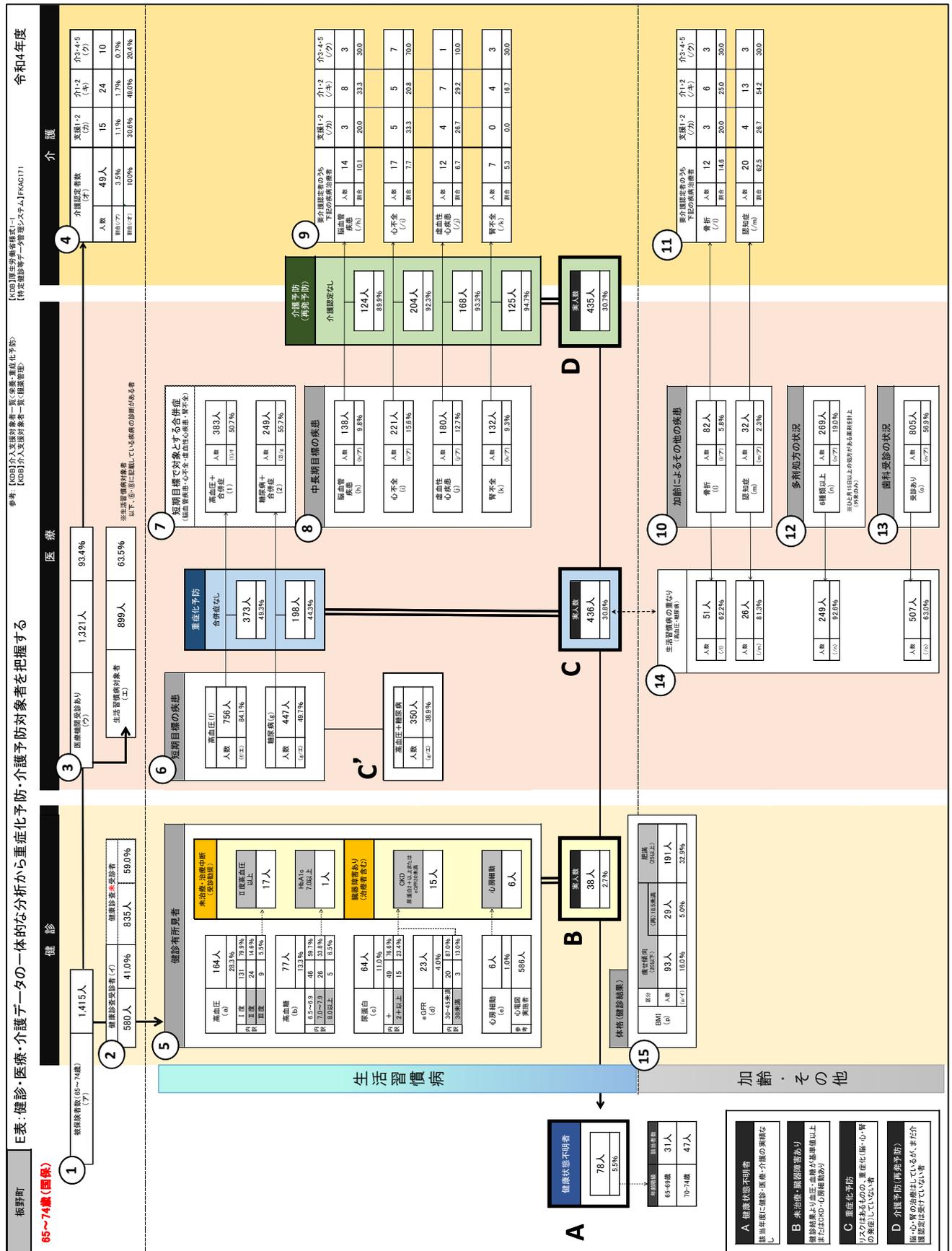
##### (1) 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

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

75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 93) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



## 4. 発症予防

生活習慣病は自覚症状に現れないまま長年経過し、気づいた時には合併症（脳・心臓・腎臓など）により病状が深刻になっていることが多い疾病です。生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題であります。

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

生活習慣病の種類として2型糖尿病、高血圧、脂質異常症等がありますが、それらの多くは肥満症・メタボリックシンドロームに伴うものです。このため幼少期からの肥満予防・肥満改善は重要となります。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関係者と情報共有し対策を考えていく必要があります。

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、なお且つ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、全住民の健康データをライフサイクルの視点で整理し、取組みを検討していきます。

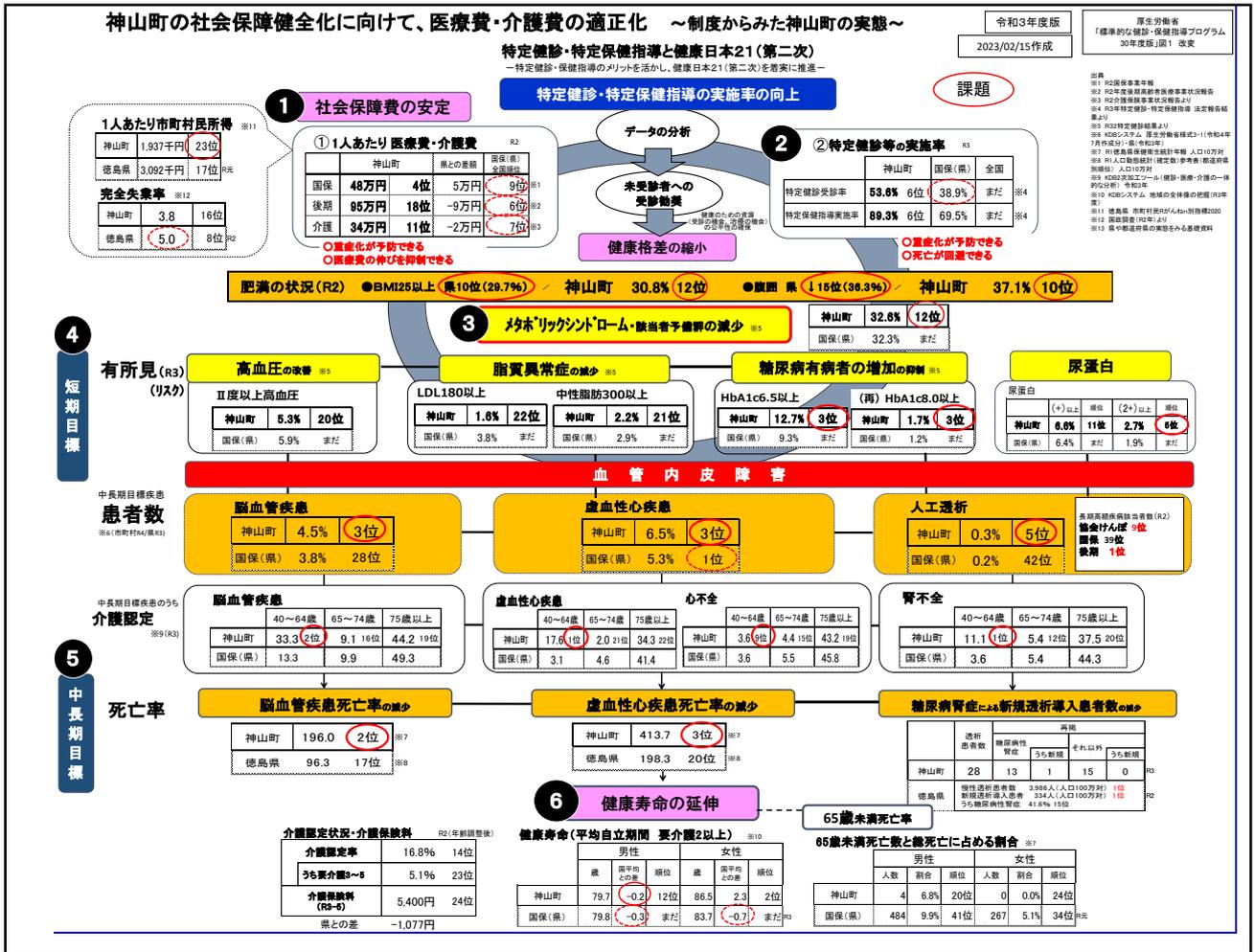
(図表 94) 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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）																
<span style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 2px;">発症予防</span> <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 2px;">重症化予防</span>																
1 根拠法	健康増進法															
6条 健康増進事業実施者	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	
4 健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 <small>(13条)</small>		産婦健診 <small>(13条)</small>	乳幼児健康診査 <small>(第12・13条)</small>			保育所・幼稚園健康診断 <small>(11・12条)</small>		児童・生徒の定期健康診断 <small>(第1・13・14条)</small>		定期健康診断 <small>(第66条)</small>		特定健康診査 <small>(第18・20・21条)</small>		後期高齢者健康診査 <small>(第125条)</small>	
	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	幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 <small>(第13・44条)</small>	標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)			
5 対象者 診 査 内 容	血糖	95mg/dl以上										空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上				
	HbA1c	6.5%以上										6.5%以上				
	50GCT	1時間値140mg/dl以上														
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上										空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上				
	(診断)妊婦糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上を満たすもの														
	身長															
	BMI												25以上			
	肥満度				かつ18以上	肥満度15%以上		肥満度20%以上								
尿糖	(+)以上										(+)以上					
糖尿病家族歴																

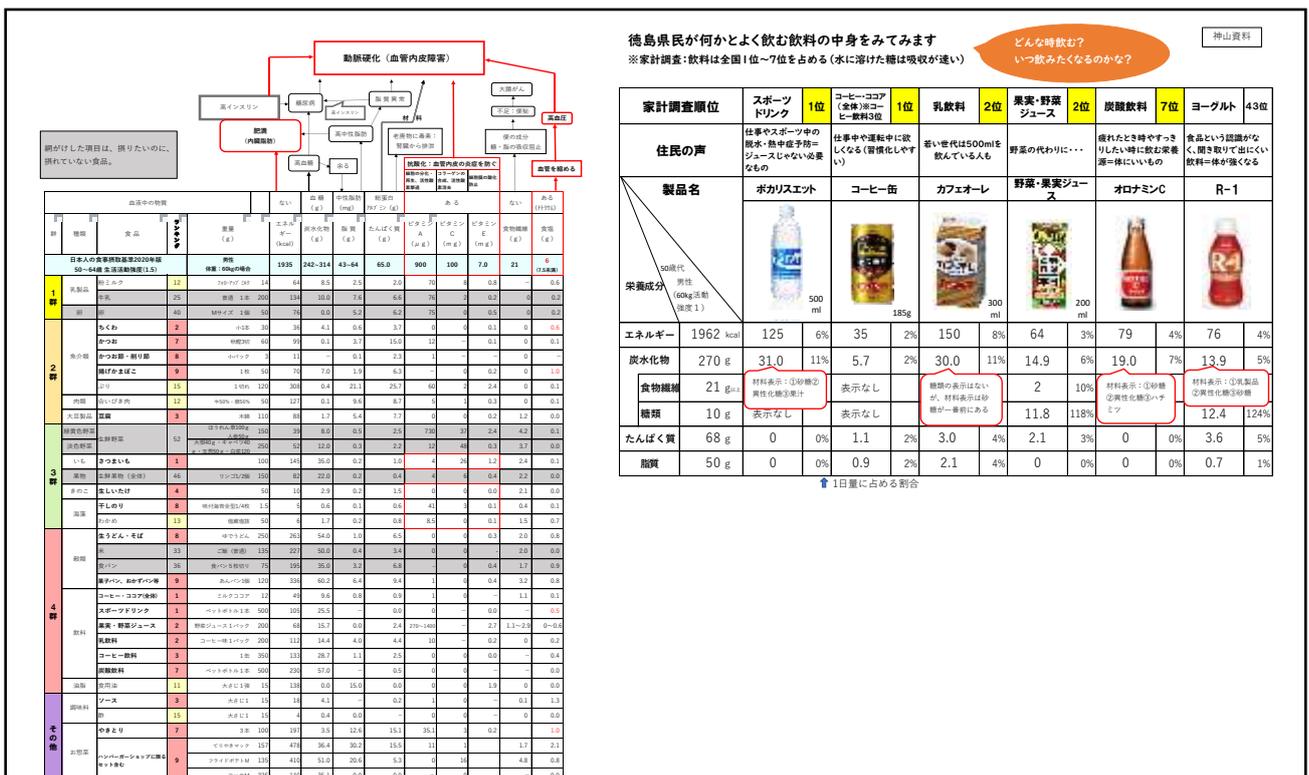
## 5. ポピュレーションアプローチ

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めます。被保険者自身が健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに、主体的・積極的に健康増進に取り組むことが重要です。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表 80,81)

(図表 95) 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



(図表 96) 神山町の食の特徴と健診結果



## 第5章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

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

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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、受診勧奨実施数等</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、要介護率等)</li></ul>

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

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

## 第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

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

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

### 2. 個人情報の取扱い

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

## 参考資料

- 参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた神山町の位置
- 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神山町の位置1

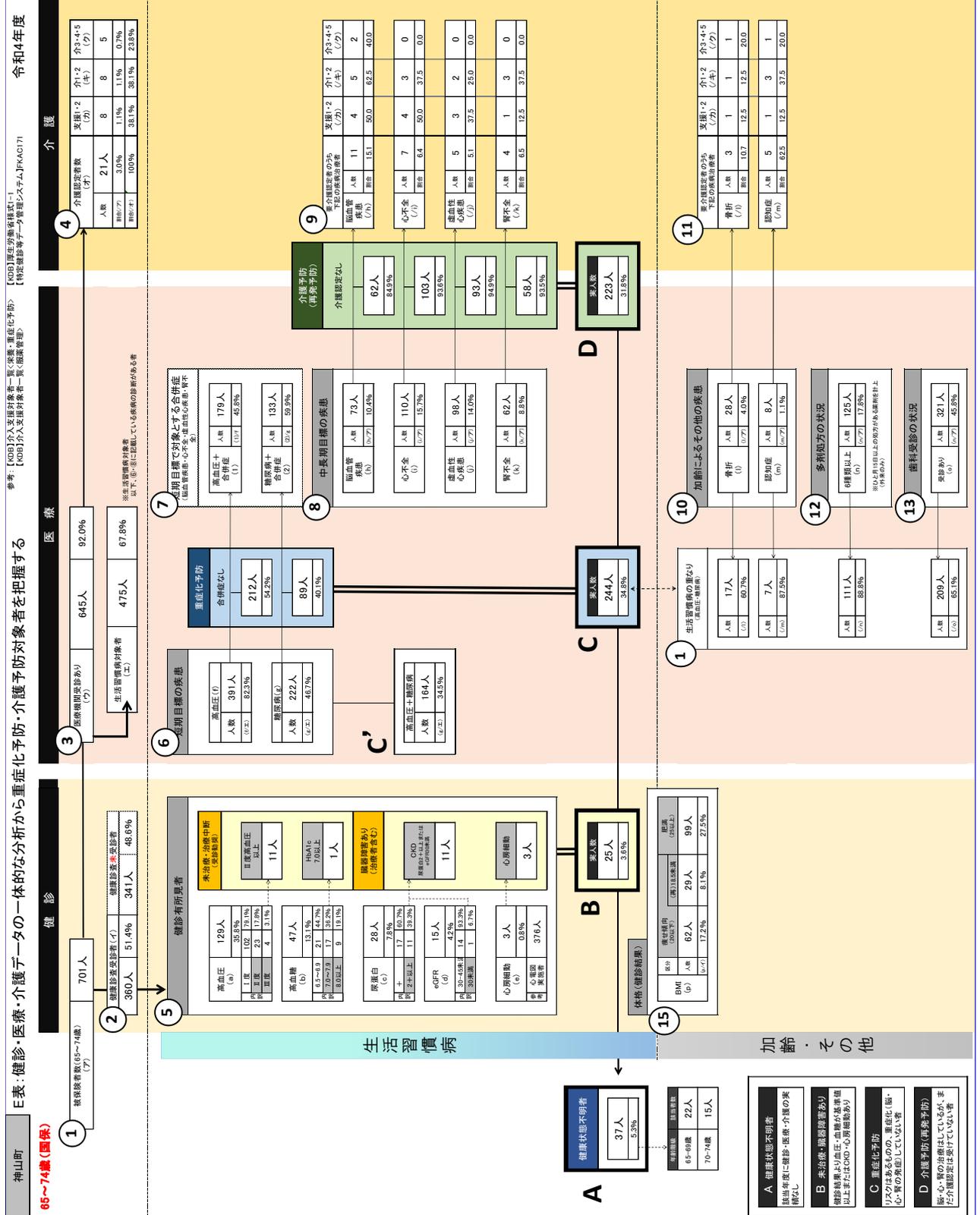
項目	神山町												徳島県		国		
	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		同規模平均		R04年度		R04年度		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
1 概況	総人口	5,300		5,300		5,300		5,300		4,647		1,680,058		691,132		123,214,261	
	65歳以上(高齢化率)	2,622	49.5	2,622	49.5	2,622	49.5	2,622	49.5	2,525	54.3	682,426	39.4	238,346	34.5	35,335,905	28.7
	75歳以上	1,682	31.7	1,682	31.7	1,682	31.7	1,682	31.7	1,486	31.5	—	—	122,672	17.7	18,248,742	14.8
	65~74歳	940	17.7	940	17.7	940	17.7	940	17.7	1,059	22.8	—	—	115,674	16.7	17,087,063	13.9
	40~64歳	1,600	30.2	1,600	30.2	1,600	30.2	1,600	30.2	1,210	26.0	—	—	224,837	32.5	41,545,893	33.7
39歳以下	1,078	20.3	1,078	20.3	1,078	20.3	1,078	20.3	912	19.6	—	—	227,948	33.0	46,332,566	37.6	
②	第1次産業	32.3	32.3	32.3	32.3	32.3	32.3	32.3	32.3	32.3	32.3	17.0	8.5	24.1	25.0	71.0	
第2次産業	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	25.3	67.4	80.3	80.8	87.0		
第3次産業	49.2	49.2	49.2	49.2	49.2	49.2	49.2	49.2	49.2	49.2	80.3	86.8	86.8	79.7	83.8	100.0	
③	男性	80.3	80.3	80.3	80.3	80.3	80.3	80.3	80.3	80.3	80.3	80.3	80.3	80.3	80.3	80.3	
女性	86.8	86.8	86.8	86.8	86.8	86.8	86.8	86.8	86.8	86.8	86.8	86.8	86.8	86.8	86.8	86.8	
④	平均自立期間 (要介護以上)	80.2	79.2	79.1	79.1	79.1	79.1	79.1	79.1	79.1	79.1	79.5	79.7	84.2	83.8	84.4	
	男性	86.2	85.5	85.8	85.8	85.8	85.8	85.8	85.8	85.8	85.8	84.2	84.2	84.2	84.2	84.4	
	女性	103.5	103.5	103.5	103.5	103.5	103.5	103.5	103.5	103.5	103.5	103.1	105.1	105.1	100.0	100.0	
2 死亡	標準化死亡率比 (SMR)	104.9	104.9	104.9	104.9	104.9	104.9	104.9	104.9	104.9	105.5	101.3	103.3	103.3	100.0	100.0	
	がん	28	37.8	15	24.6	31	47.0	19	34.5	31	50.0	7,089	46.3	2,446	48.8	378,272	50.6
	心臓病	31	41.9	28	45.9	23	34.8	26	47.3	19	30.6	4,582	29.8	1,415	28.2	205,485	27.5
	死 因	10	13.5	12	19.7	10	15.2	7	12.7	9	14.5	2,404	15.7	687	13.7	102,900	13.8
	糖尿病	1	1.4	1	1.6	0	0.0	1	1.8	0	0.0	283	1.8	119	2.4	13,896	1.9
	腎不全	3	4.1	3	4.9	2	3.0	2	3.6	2	3.2	622	4.1	233	4.7	26,946	3.6
	自殺	1	1.4	2	3.3	0	0.0	0	0.0	1	1.6	346	2.3	110	2.2	20,171	2.7
	合計	6	4.5	4	3.4	7	5.2	3	2.1	3	2.1	561	22.1	207	6.8	125,187	8.7
	男性	4	6.7	4	6.8	4	6.5	3	4.7	3	4.7	500	9.7	500	9.7	82,832	11.2
	女性	2	2.8	0	0.0	3	4.1	0	0.0	0	0.0	6	0.2	207	3.9	42,355	6.0
3 介護	1号認定者数(認定率)	596	22.3	613	23.3	583	22.9	565	21.7	561	22.1	127,161	19.4	49,183	20.7	6,724,030	19.4
	新規認定者	11	0.3	12	0.3	5	0.2	9	0.3	6	0.2	2,078	0.3	864	0.3	110,289	0.3
	要支援1.2	2,371	19.7	2,411	19.2	2,379	18.8	2,111	16.7	2,120	17.0	365,856	13.2	172,153	14.2	21,785,044	12.9
	介護度別 総件数	6,375	53.0	6,734	53.6	6,909	54.5	7,547	59.8	7,251	58.2	1,297,770	46.8	574,015	47.4	78,107,378	46.3
	要介護3以上	3,291	27.3	3,422	27.2	3,386	26.7	2,962	23.5	3,089	24.8	1,111,908	40.1	465,525	38.4	68,963,503	40.8
	2号認定者	13	0.8	7	0.4	7	0.4	8	0.5	9	0.7	2,073	0.4	844	0.4	156,107	0.4
	糖尿病	123	19.7	134	20.6	145	23.3	128	22.8	130	22.4	30,162	22.6	14,411	27.9	1,712,613	24.3
	高血圧症	363	59.9	388	60.9	375	61.9	370	62.8	345	61.7	71,773	54.3	29,294	57.7	3,744,672	53.3
	脂質異常症	145	23.1	159	24.5	155	25.7	161	26.9	154	28.0	39,654	29.6	16,551	32.3	2,308,216	32.6
	心臓病	399	66.0	432	68.0	417	68.9	399	69.1	382	67.0	80,304	60.9	32,830	64.7	4,224,628	60.3
脳疾患	162	27.9	170	28.1	166	27.5	147	25.3	132	23.5	30,910	23.8	11,243	22.5	1,568,292	22.6	
がん	39	7.4	49	7.4	51	9.0	41	7.6	42	7.2	14,782	11.0	6,412	12.3	837,410	11.8	
筋・骨格	377	62.1	391	62.2	378	61.9	367	61.7	343	60.6	71,540	54.1	29,971	59.1	3,748,372	53.4	
精神	228	37.1	244	39.0	224	38.3	237	39.0	220	39.3	49,589	37.8	19,884	39.1	2,569,148	36.8	
一人当たり給付費/総給付費	323,051	84,039,100	335,557	87,930,688	334,455	87,641,890	321,350	84,279,311	331,026	83,841,186	314,188	314,188	320,304	320,304	290,668		
1件当たり給付費(全体)	70,370	70,011	69,192	66,765	67,082	67,082	67,082	67,082	67,082	67,082	74,986	74,986	63,005	63,005	59,662		
居宅サービス	34,897	35,063	36,416	35,248	38,577	36,416	35,248	35,248	35,248	35,176	43,722	43,722	43,722	43,722	41,272		
施設サービス	280,999	284,463	287,588	287,787	287,588	287,588	287,787	287,787	287,588	284,895	289,312	289,312	297,064	297,064	296,364		
要介護認定別 医療費(40歳以上)	8,428	8,551	8,428	8,551	8,428	8,551	8,428	8,551	8,428	8,428	9,224	9,224	8,871	8,871	8,610		
医療費等	4,842	4,495	4,577	4,536	4,577	4,577	4,536	4,536	4,577	4,737	4,375	4,375	4,497	4,497	4,020		

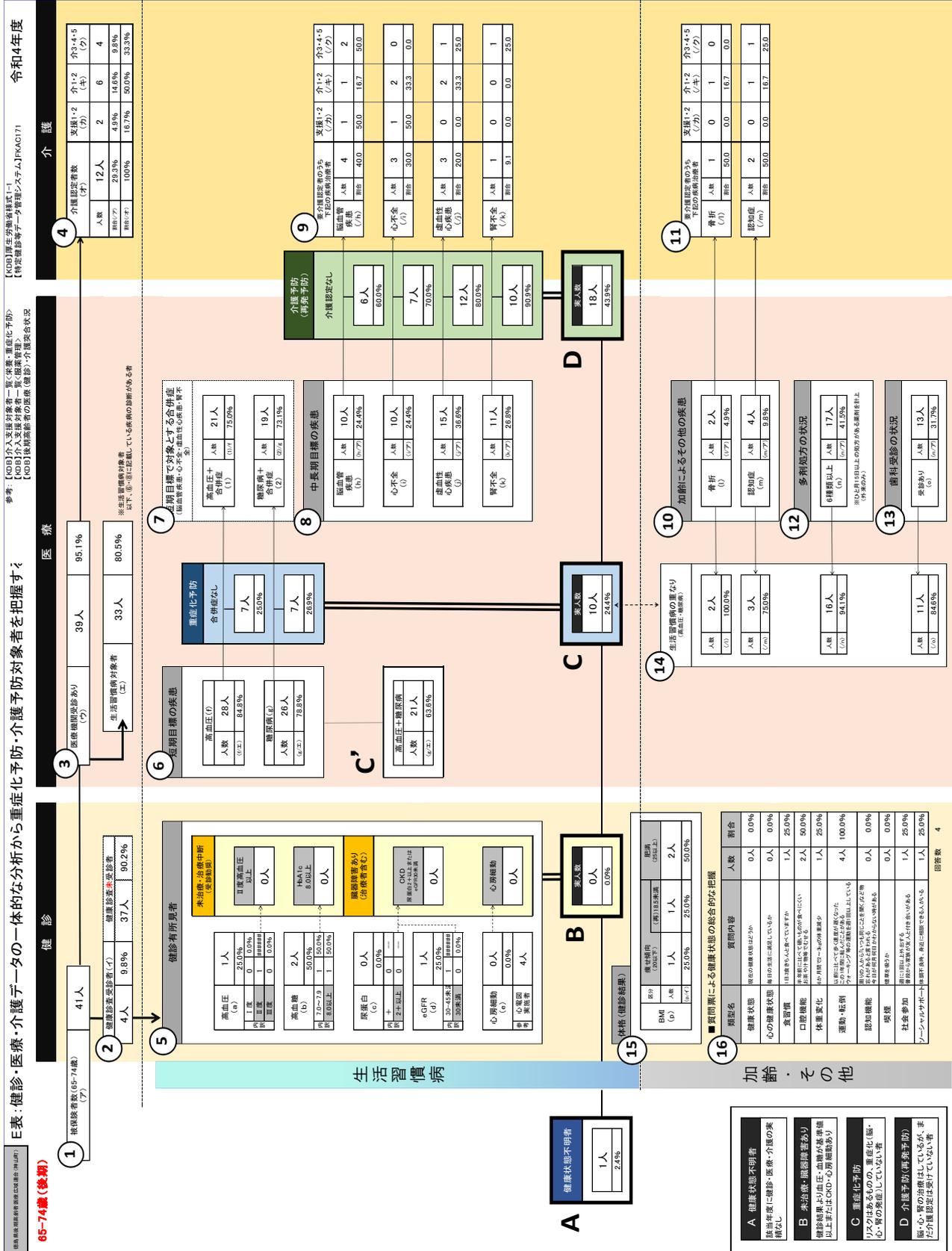
(参考資料1) 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた神山市の位置2

項目	神山市										徳島県		国				
	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		同規模平均		R04年度		R04年度		
	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	
① 国民の状況	被保険者数	1,376		1,351		1,356		1,302		1,256		427,153		154,837		27,488,882	
	65～74歳	698	50.7	710	52.6	752	55.5	730	56.1	680	54.1	--	--	73,617	47.5	11,129,271	40.5
	40～64歳	452	32.8	430	31.8	389	28.7	375	28.8	359	28.6	--	--	49,424	31.9	9,088,015	33.1
② 医療の概況 (人口千対)	39歳以下	226	16.4	211	15.6	215	15.9	197	15.1	217	17.3	--	--	31,796	20.5	7,271,596	26.5
	加入率	26.0		25.5		25.6		24.6		27.0		25.6		22.4		22.3	
	病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0	0.4	107	0.7	8,237	0.3
③ 医療費の状況	診療所数	5	3.6	5	3.7	5	3.7	5	3.8	5	4.0	1,147	2.7	708	4.6	102,599	3.7
	病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13,691	88.4	1,507,471	54.8
	医師数	4	2.9	4	3.0	4	2.9	4	3.1	4	3.2	1,780	4.2	2,567	16.6	339,611	12.4
④ 医療費分析	外来患者数	755.3		755.4		745.6		760.3		767.4		692.2		737.2		687.8	
	入院患者数	32.8		31.4		30.2		26.2		26.2		22.7		25.0		17.7	
	一人当たり医療費	432,223	県内7位 同規模12位	402,185	県内8位 同規模48位	416,795	県内7位 同規模25位	377,194	県内14位 同規模105位	412,956	県内13位 同規模57位	376,732		389,015		339,680	
⑤ 医療費分析	受診率	78.1		76.8		75.8		76.6		79.3		71.4		76.2		70.5	
	外来件数の割合	50.6		53.6		52.7		54.9		56.7		56.3		54.9		60.4	
	入院件数の割合	49.4		46.4		47.3		45.1		43.3		43.7		45.1		39.6	
⑥ 医療費分析	1件あたり在院日数	20.8日		20.3日		19.0日		20.8日		20.5日		16.4日		18.5日		15.7日	
	がん	71,596,350	22.8	77,580,280	25.3	104,040,060	33.0	52,844,080	21.0	79,203,550	28.6	31.3	30.5	76,201	54.9	339,680	8.2
	慢性腎不全(透析あり)	4,279,420	1.4	7,061,990	2.3	10,160,310	3.2	7,795,730	3.1	10,772,230	3.9	7.2	4.4	56.3	96.7	60.4	8.2
⑦ 医療費分析	糖尿病	28,614,120	9.1	31,842,320	10.4	30,003,070	9.5	32,686,790	13.0	34,115,270	12.3	11.3	10.8	96.7	96.7	97.5	10.4
	高血圧症	29,741,740	9.5	26,667,730	8.7	27,136,290	8.6	24,614,230	7.6	20,965,350	7.6	6.6	6.0	45.1	45.1	39.6	5.9
	脂質異常症	12,122,460	3.9	10,535,960	3.4	9,855,020	3.1	9,565,140	3.8	9,287,070	3.3	3.8	3.7	45.1	45.1	39.6	4.1
⑧ 医療費分析	脳梗塞・脳出血	21,460,880	6.8	8,794,520	2.9	15,430,590	4.9	3,878,130	1.5	2,801,070	1.0	3.9	2.7	2.7	2.7	3.9	2.8
	狭心症・心筋梗塞	6,948,660	2.2	51,980,110	17.7	12,075,940	3.8	5,800,810	2.3	8,337,380	3.0	2.8	3.4	2.1	2.1	2.8	2.8
	精神	85,888,890	27.3	82,005,180	26.8	60,514,060	19.2	64,869,160	25.8	65,843,760	23.7	14.9	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7
⑨ 医療費分析	防・骨格	52,497,080	16.7	55,564,980	18.1	43,955,050	13.9	47,328,690	18.8	44,521,800	16.1	17.3	16.2	16.2	16.2	16.7	16.7
	高血圧症	664	0.3	632	0.3	671	0.3	49	0.0	435	0.2	430	0.3	233	0.1	256	0.2
	糖尿病	837	0.4	722	0.4	722	0.4	3,097	1.8	4,072	2.3	1,426	0.9	1,411	0.8	1,144	0.9
⑩ 医療費分析	入院	73	0.0	--	--	--	--	--	--	--	--	69	0.0	84	0.0	53	0.0
	脂質異常症	14,558	6.8	5,635	3.0	10,556	5.4	1,852	1.1	1,132	0.6	6,782	4.1	4,750	2.7	5,993	4.5
	脳梗塞・脳出血	3,324	1.6	1,987	1.1	7,205	3.7	2,210	1.3	5,256	2.9	4,422	2.7	5,717	3.3	3,942	2.9
⑪ 医療費分析	虚血性心疾患	6,651	3.1	5,848	3.0	4,832	2.5	391	0.2	1,863	1.0	4,755	2.9	3,047	1.7	4,051	3.0
	腎不全	20,951	9.6	19,107	8.9	19,341	8.8	18,856	9.1	16,257	6.9	12,793	6.0	12,073	5.7	10,143	4.9
	糖尿病	20,193	9.2	23,098	10.7	22,426	10.2	22,743	11.0	23,900	10.2	21,925	10.3	21,477	10.1	17,720	8.6
⑫ 医療費分析	外来	8,737	4.0	7,799	3.6	7,268	3.3	7,346	3.5	7,394	3.2	7,608	3.6	7,612	3.6	7,092	3.5
	脂質異常症	1,038	0.5	875	0.4	823	0.4	1,126	0.5	1,098	0.5	943	0.4	822	0.4	825	0.4
	脳梗塞・脳出血	3,031	1.4	2,375	1.1	2,051	0.9	2,442	1.2	2,323	1.0	1,933	0.9	2,146	1.0	1,722	0.8
⑬ 医療費分析	虚血性心疾患	8,088	3.7	7,742	3.6	7,422	3.4	10,237	4.9	11,116	4.7	16,719	7.9	12,279	5.8	15,781	7.7
	腎不全	3,500		4,134		3,664		3,220		3,055		3,122		2,242		2,031	
	健診対象者	13,848		12,602		13,804		10,058		11,854		12,911		14,879		13,295	
⑭ 医療費分析	一人当たり	8,178		9,773		8,761		8,059		7,705		9,063		6,131		6,142	
	生活習慣病対象者	32,353		29,791		33,006		25,174		29,902		37,482		40,683		40,210	
	一人当たり	282	5.18	304	5.73	315	5.61	310	5.68	296	5.98	81,311	58.1	25,440	58.1	3,698,441	56.9
⑮ 医療費分析	医療機関受診率	262	48.2	270	50.8	274	48.8	288	52.7	270	54.5	73,037	52.2	23,621	53.9	3,375,719	51.9
	医療機関非受診率	20	3.7	34	6.4	41	7.3	22	4.0	26	5.3	8,274	5.9	1,819	4.2	32,722	5.0









④ 75歳以上(後期)

令和4年度

【KOB】厚生労働省健康づくり推進システム「KAG171」

【KOB】介護予防・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

【KOB】介護予防・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

【KOB】介護予防・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

【KOB】介護予防・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

**4 介護予防**

介護予防者数(人)	介護1-2(人)	介護3-4+5(人)
507人	153人	201人
割合(%)	30.2%	39.6%

**7 短期目標で対象とする合併症**  
(脳動脈硬化、心不全、糖尿病、高血圧)

合併症	人数	割合(%)
高血圧+合併症(1)	840人	23.1%
糖尿病+合併症(2)	395人	7.3%

**8 中長期目標の疾患**

疾患	人数	割合(%)
脳血管疾患	406人	26.7%
心不全	552人	38.3%
糖尿病	500人	34.9%
腎不全	179人	11.9%

**9 介護予防(重症化予防)**

疾患	人数	割合(%)
脳血管疾患	228人	59.2%
心不全	302人	34.7%
糖尿病	347人	65.5%
腎不全	108人	60.3%

**10 加齢によるその他の疾患**

疾患	人数	割合(%)
骨折	232人	15.2%
認知症	275人	18.1%

**11 加齢によるその他の疾患**

疾患	人数	割合(%)
骨折	198人	85.3%
認知症	239人	86.5%

**12 多剤処方状況**

薬剤数	人数	割合(%)
併用剤以上	605人	39.1%
併用剤	493人	32.4%

**3 重症化予防対象者**

重症化予防対象者数(人)	割合(%)
1,444人	94.9%

**6 短期目標の疾患**

疾患	人数	割合(%)
高血圧(1)	1,149人	88.1%
糖尿病(2)	516人	39.6%

**8 中長期目標の疾患**

疾患	人数	割合(%)
脳血管疾患	406人	26.7%
心不全	552人	38.3%
糖尿病	500人	34.9%
腎不全	179人	11.9%

**9 介護予防(重症化予防)**

疾患	人数	割合(%)
脳血管疾患	228人	59.2%
心不全	302人	34.7%
糖尿病	347人	65.5%
腎不全	108人	60.3%

**10 加齢によるその他の疾患**

疾患	人数	割合(%)
骨折	232人	15.2%
認知症	275人	18.1%

**11 加齢によるその他の疾患**

疾患	人数	割合(%)
骨折	198人	85.3%
認知症	239人	86.5%

**12 多剤処方状況**

薬剤数	人数	割合(%)
併用剤以上	605人	39.1%
併用剤	493人	32.4%

**1 高齢者数(75歳以上)**

高齢者数(人)	割合(%)
1,522人	20.7%

**2 健康状態不明者**

健康状態不明者数(人)	割合(%)
1,207人	79.3%

**5 健康診断受診者**

健康診断受診者数(人)	割合(%)
1,207人	79.3%

**生活習慣病**

疾患	人数	割合(%)
高血圧	1,149人	88.1%
糖尿病	516人	39.6%

**生活習慣病**

疾患	人数	割合(%)
脳血管疾患	406人	26.7%
心不全	552人	38.3%
糖尿病	500人	34.9%
腎不全	179人	11.9%

**生活習慣病**

疾患	人数	割合(%)
骨折	232人	15.2%
認知症	275人	18.1%

**生活習慣病**

疾患	人数	割合(%)
骨折	198人	85.3%
認知症	239人	86.5%

**13 歯科受診状況**

歯科受診状況	人数	割合(%)
歯科受診	493人	32.4%

**14 生活習慣病の重なり**

生活習慣病の重なり	人数	割合(%)
生活習慣病の重なり	239人	86.5%

**15 体格(健診結果)**

体格(健診結果)	人数	割合(%)
健康状態不明者	59人	3.9%

**16 質問票による健康状態の総合的な把握**

項目	人数	割合(%)
健康状態	40人	14.4%
心の健康状態	21人	7.6%
食習慣	9人	3.2%
口腔機能	111人	40.1%
体重変化	34人	12.3%
運動・転倒	227人	81.9%
認知機能	94人	33.9%
喫煙	12人	4.3%
社会参加	33人	11.9%
介護予防	18人	5.9%

**16 質問票による健康状態の総合的な把握**

項目	人数	割合(%)
健康状態	40人	14.4%
心の健康状態	21人	7.6%
食習慣	9人	3.2%
口腔機能	111人	40.1%
体重変化	34人	12.3%
運動・転倒	227人	81.9%
認知機能	94人	33.9%
喫煙	12人	4.3%
社会参加	33人	11.9%
介護予防	18人	5.9%

**16 質問票による健康状態の総合的な把握**

項目	人数	割合(%)
健康状態	40人	14.4%
心の健康状態	21人	7.6%
食習慣	9人	3.2%
口腔機能	111人	40.1%
体重変化	34人	12.3%
運動・転倒	227人	81.9%
認知機能	94人	33.9%
喫煙	12人	4.3%
社会参加	33人	11.9%
介護予防	18人	5.9%

**16 質問票による健康状態の総合的な把握**

項目	人数	割合(%)
健康状態	40人	14.4%
心の健康状態	21人	7.6%
食習慣	9人	3.2%
口腔機能	111人	40.1%
体重変化	34人	12.3%
運動・転倒	227人	81.9%
認知機能	94人	33.9%
喫煙	12人	4.3%
社会参加	33人	11.9%
介護予防	18人	5.9%

**17 高齢者数(75歳以上)**

高齢者数(人)	割合(%)
1,522人	20.7%

**18 健康状態不明者**

健康状態不明者数(人)	割合(%)
1,207人	79.3%

**19 健康診断受診者**

健康診断受診者数(人)	割合(%)
1,207人	79.3%

**20 生活習慣病**

疾患	人数	割合(%)
高血圧	1,149人	88.1%
糖尿病	516人	39.6%

**21 生活習慣病**

疾患	人数	割合(%)
脳血管疾患	406人	26.7%
心不全	552人	38.3%
糖尿病	500人	34.9%
腎不全	179人	11.9%

**22 生活習慣病**

疾患	人数	割合(%)
骨折	232人	15.2%
認知症	275人	18.1%

**23 生活習慣病**

疾患	人数	割合(%)
骨折	198人	85.3%
認知症	239人	86.5%

**24 歯科受診状況**

歯科受診状況	人数	割合(%)
歯科受診	493人	32.4%

**25 生活習慣病の重なり**

生活習慣病の重なり	人数	割合(%)
生活習慣病の重なり	239人	86.5%

**26 体格(健診結果)**

体格(健診結果)	人数	割合(%)
健康状態不明者	59人	3.9%

**27 質問票による健康状態の総合的な把握**

項目	人数	割合(%)
健康状態	40人	14.4%
心の健康状態	21人	7.6%
食習慣	9人	3.2%
口腔機能	111人	40.1%
体重変化	34人	12.3%
運動・転倒	227人	81.9%
認知機能	94人	33.9%
喫煙	12人	4.3%
社会参加	33人	11.9%
介護予防	18人	5.9%

**27 質問票による健康状態の総合的な把握**

項目	人数	割合(%)
健康状態	40人	14.4%
心の健康状態	21人	7.6%
食習慣	9人	3.2%
口腔機能	111人	40.1%
体重変化	34人	12.3%
運動・転倒	227人	81.9%
認知機能	94人	33.9%
喫煙	12人	4.3%
社会参加	33人	11.9%
介護予防	18人	5.9%

**27 質問票による健康状態の総合的な把握**

項目	人数	割合(%)
健康状態	40人	14.4%
心の健康状態	21人	7.6%
食習慣	9人	3.2%
口腔機能	111人	40.1%
体重変化	34人	12.3%
運動・転倒	227人	81.9%
認知機能	94人	33.9%
喫煙	12人	4.3%
社会参加	33人	11.9%
介護予防	18人	5.9%

**27 質問票による健康状態の総合的な把握**

項目	人数	割合(%)
健康状態	40人	14.4%
心の健康状態	21人	7.6%
食習慣	9人	3.2%
口腔機能	111人	40.1%
体重変化	34人	12.3%
運動・転倒	227人	81.9%
認知機能	94人	33.9%
喫煙	12人	4.3%
社会参加	33人	11.9%
介護予防	18人	5.9%

**28 高齢者数(75歳以上)**

高齢者数(人)	割合(%)
1,522人	20.7%

**29 健康状態不明者**

健康状態不明者数(人)	割合(%)
1,207人	79.3%

**30 健康診断受診者**

健康診断受診者数(人)	割合(%)
1,207人	79.3%

**31 生活習慣病**

疾患	人数	割合(%)
高血圧	1,149人	88.1%
糖尿病	516人	39.6%

**32 生活習慣病**

疾患	人数	割合(%)
脳血管疾患	406人	26.7%
心不全	552人	38.3%
糖尿病	500人	34.9%
腎不全	179人	11.9%

**33 生活習慣病**

疾患	人数	割合(%)
骨折	232人	15.2%
認知症	275人	18.1%

**34 生活習慣病**

疾患	人数	割合(%)
骨折	198人	85.3%
認知症	239人	86.5%

**35 歯科受診状況**

歯科受診状況	人数	割合(%)
歯科受診	493人	32.4%

**36 生活習慣病の重なり**

生活習慣病の重なり	人数	割合(%)
生活習慣病の重なり	239人	86.5%

**37 体格(健診結果)**

体格(健診結果)	人数	割合(%)
健康状態不明者	59人	3.9%

**38 質問票による健康状態の総合的な把握**

項目	人数	割合(%)
健康状態	40人	14.4%
心の健康状態	21人	7.6%
食習慣	9人	3.2%
口腔機能	111人	40.1%
体重変化	34人	12.3%
運動・転倒	227人	81.9%
認知機能	94人	33.9%
喫煙	12人	4.3%
社会参加	33人	11.9%
介護予防	18人	5.9%

**38 質問票による健康状態の総合的な把握**

項目	人数	割合(%)
健康状態	40人	14.4%
心の健康状態	21人	7.6%
食習慣	9人	3.2%
口腔機能	111人	40.1%
体重変化	34人	12.3%
運動・転倒	227人	81.9%
認知機能	94人	33.9%
喫煙	12人	4.3%
社会参加	33人	11.9%
介護予防	18人	5.9%

**38 質問票による健康状態の総合的な把握**

項目	人数	割合(%)
健康状態	40人	14.4%
心の健康状態	21人	7.6%
食習慣	9人	3.2%
口腔機能	111人	40.1%
体重変化	34人	12.3%
運動・転倒	227人	81.9%
認知機能	94人	33.9%
喫煙	12人	4.3%
社会参加	33人	11.9%
介護予防	18人	5.9%

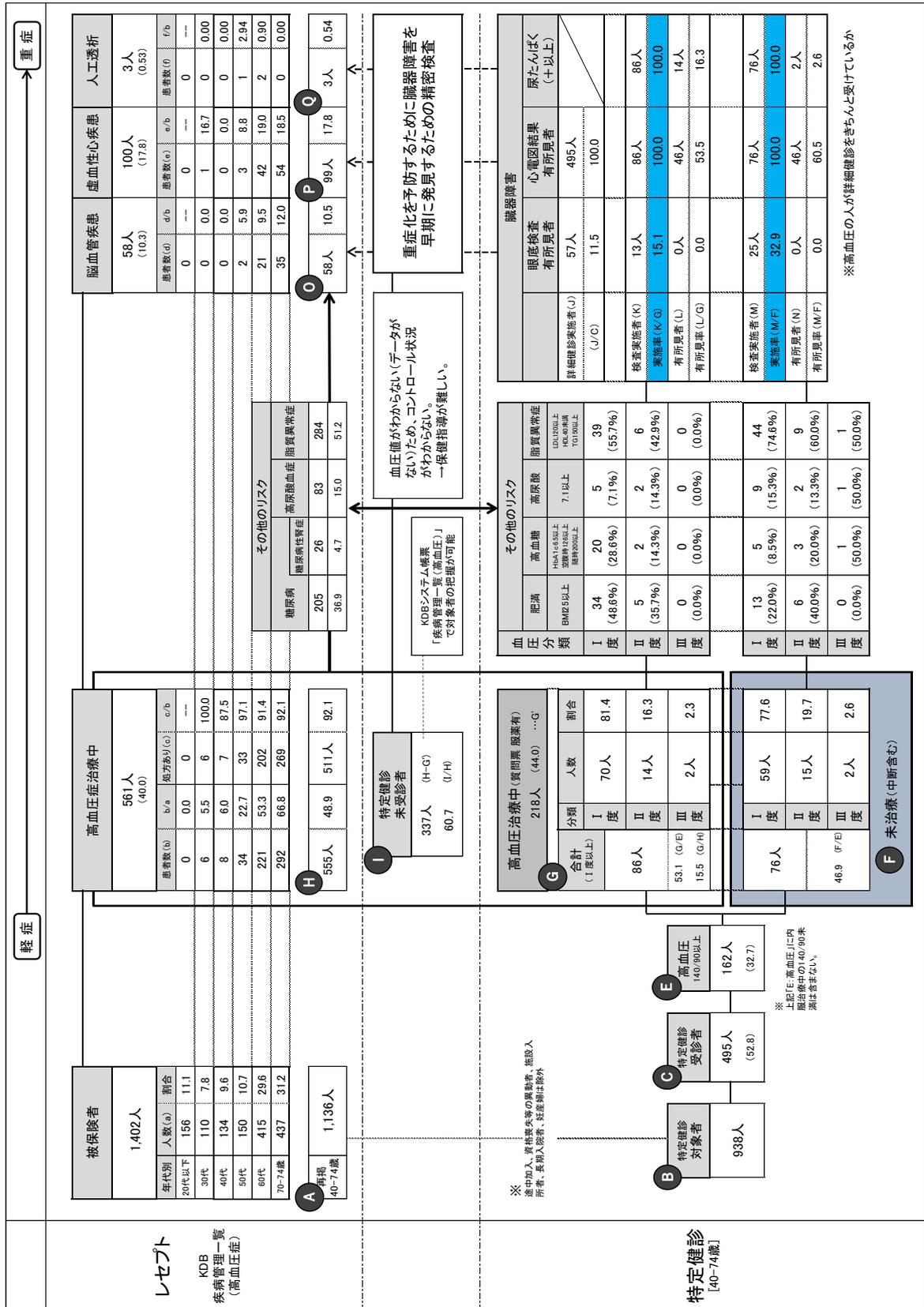
**38 質問票による健康状態の総合的な把握**

項目	人数	割合(%)
健康状態	40人	14.4%
心の健康状態	21人	7.6%
食習慣	9人	3.2%
口腔機能	111人	40.1%
体重変化	34人	12.3%
運動・転倒	227人	81.9%
認知機能	94人	33.9%
喫煙	12人	4.3%
社会参加	33人	11.9%



令和04年度

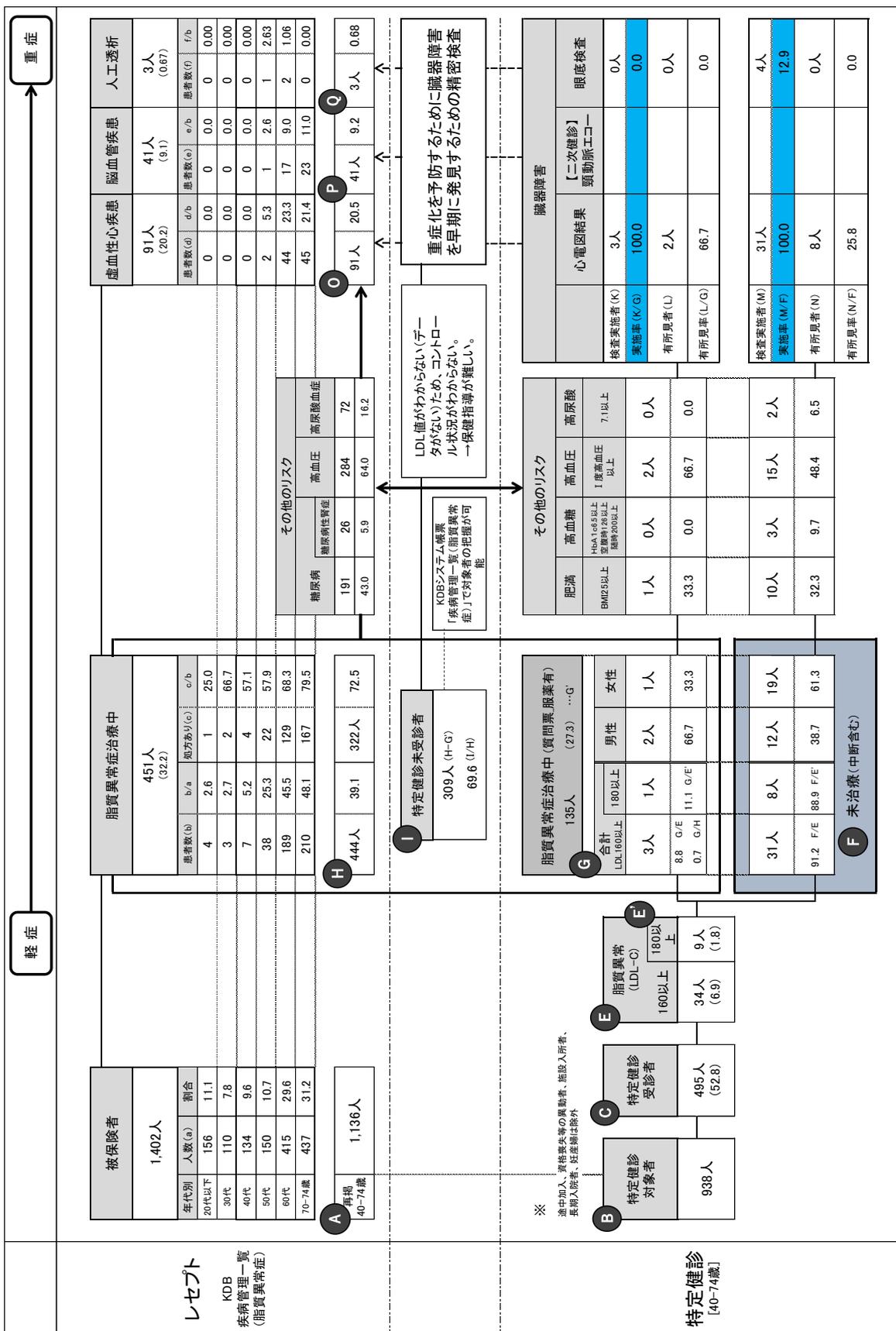
高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



(参考資料5) 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に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、「KOB構築・介入支援対象者一覧(薬業・重症化予防)」から集計

(参考資料6) 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		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							
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	513	204	39.8%	175	34.1%	74	14.4%	31	6.0%	22	4.3%	7	1.4%	12	2.3%	4	0.8%		
H30	543	225	41.4%	182	33.5%	85	15.7%	29	5.3%	19	3.5%	3	0.6%	9	1.7%	2	0.4%		
R01	531	194	36.5%	205	38.6%	74	13.9%	37	7.0%	13	2.4%	8	1.5%	15	2.8%	7	1.3%		
R02	561	231	41.2%	179	31.9%	89	15.9%	34	6.1%	20	3.6%	8	1.4%	18	3.2%	5	0.9%		
R03	545	207	38.0%	198	36.3%	71	13.0%	37	6.8%	23	4.2%	9	1.7%	19	3.5%	5	0.9%		
R04	495	206	41.6%	163	32.9%	65	13.1%	28	5.7%	22	4.4%	11	2.2%	18	3.6%	5	1.0%		

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		再掲率
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	再掲	
H29	513	204	175	74	60	29	31	11.7%	5.7%	11.7%
H30	543	225	182	85	51	20	31	9.4%	4.1%	9.4%
R01	531	194	205	74	58	16	42	10.9%	4.0%	10.9%
R02	561	231	179	89	62	14	48	11.1%	5.0%	11.1%
R03	545	207	198	71	69	24	45	12.7%	5.9%	12.7%
R04	495	206	163	65	61	16	45	12.3%	6.7%	12.3%

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		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							
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	47	9.2%	2	4.3%	4	8.5%	10	21.3%	14	29.8%	13	27.7%	4	8.5%	7	14.9%	2	4.3%
	H30	55	10.1%	2	3.6%	7	12.7%	15	27.3%	19	34.5%	9	16.4%	3	5.5%	7	12.7%	2	3.6%
	R01	59	11.1%	0	0.0%	7	11.9%	10	16.9%	25	42.4%	10	16.9%	7	11.9%	11	18.6%	6	10.2%
	R02	78	13.9%	1	1.3%	5	6.4%	24	30.8%	23	29.5%	18	23.1%	7	9.0%	17	21.8%	5	6.4%
	R03	61	11.2%	1	1.6%	4	6.6%	11	18.0%	25	41.0%	14	23.0%	6	9.8%	12	19.7%	3	4.9%
	R04	61	12.3%	2	3.3%	3	4.9%	11	18.0%	16	26.2%	21	34.4%	8	13.1%	15	24.6%	4	6.6%
治療なし	H29	466	90.8%	202	43.3%	171	36.7%	64	13.7%	17	3.6%	9	1.9%	3	0.6%	5	1.1%	2	0.4%
	H30	488	89.9%	223	45.7%	175	35.9%	70	14.3%	10	2.0%	10	2.0%	0	0.0%	2	0.4%	0	0.0%
	R01	472	88.9%	194	41.1%	198	41.9%	64	13.6%	12	2.5%	3	0.6%	1	0.2%	4	0.8%	1	0.2%
	R02	483	86.1%	230	47.6%	174	36.0%	65	13.5%	11	2.3%	2	0.4%	1	0.2%	1	0.2%	0	0.0%
	R03	484	88.8%	206	42.6%	194	40.1%	60	12.4%	12	2.5%	9	1.9%	3	0.6%	7	1.4%	2	0.4%
	R04	434	87.7%	204	47.0%	160	36.9%	54	12.4%	12	2.8%	1	0.2%	3	0.7%	3	0.7%	1	0.2%

(参考資料7) 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	513	148	28.8%	91	17.7%	130	25.3%	115	22.4%	25	4.9%	4	0.8%
H30	543	146	26.9%	80	14.7%	172	31.7%	118	21.7%	22	4.1%	5	0.9%
R01	531	131	24.7%	87	16.4%	158	29.8%	125	23.5%	26	4.9%	4	0.8%
R02	561	151	26.9%	78	13.9%	156	27.8%	131	23.4%	36	6.4%	9	1.6%
R03	546	130	23.8%	77	14.1%	175	32.1%	135	24.7%	26	4.8%	3	0.5%
R04	495	114	23.0%	82	16.6%	137	27.7%	129	26.1%	29	5.9%	4	0.8%

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Ⅱ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	割合
					再)Ⅲ度高血圧	再掲			
						未治療	治療		
H29	513	239 46.6%	130 25.3%	115 22.4%	29	20	9	5.7%	5.7%
					4	4	0		
H30	543	226 41.6%	172 31.7%	118 21.7%	27	17	10	5.0%	5.0%
					5	3	2		
R01	531	218 41.1%	158 29.8%	125 23.5%	30	17	13	5.6%	5.6%
					4	3	1		
R02	561	229 40.8%	156 27.8%	131 23.4%	45	22	23	8.0%	8.0%
					9	5	4		
R03	546	207 37.9%	175 32.1%	135 24.7%	29	13	16	5.3%	5.3%
					3	2	1		
R04	495	196 39.6%	137 27.7%	129 26.1%	33	17	16	6.7%	6.7%
					4	2	2		

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	194	37.8%	32	16.5%	33	17.0%	68	35.1%	52	26.8%	9	4.6%	0	0.0%
	H30	216	39.8%	34	15.7%	28	13.0%	85	39.4%	59	27.3%	8	3.7%	2	0.9%
	R01	225	42.4%	28	12.4%	37	16.4%	78	34.7%	69	30.7%	12	5.3%	1	0.4%
	R02	238	42.4%	34	14.3%	36	15.1%	73	30.7%	72	30.3%	19	8.0%	4	1.7%
	R03	242	44.3%	30	12.4%	34	14.0%	89	36.8%	73	30.2%	15	6.2%	1	0.4%
	R04	218	44.0%	33	15.1%	28	12.8%	71	32.6%	70	32.1%	14	6.4%	2	0.9%
治療なし	H29	319	62.2%	116	36.4%	58	18.2%	62	19.4%	63	19.7%	16	5.0%	4	1.3%
	H30	327	60.2%	112	34.3%	52	15.9%	87	26.6%	59	18.0%	14	4.3%	3	0.9%
	R01	306	57.6%	103	33.7%	50	16.3%	80	26.1%	56	18.3%	14	4.6%	3	1.0%
	R02	323	57.6%	117	36.2%	42	13.0%	83	25.7%	59	18.3%	17	5.3%	5	1.5%
	R03	304	55.7%	100	32.9%	43	14.1%	86	28.3%	62	20.4%	11	3.6%	2	0.7%
	R04	277	56.0%	81	29.2%	54	19.5%	66	23.8%	59	21.3%	15	5.4%	2	0.7%

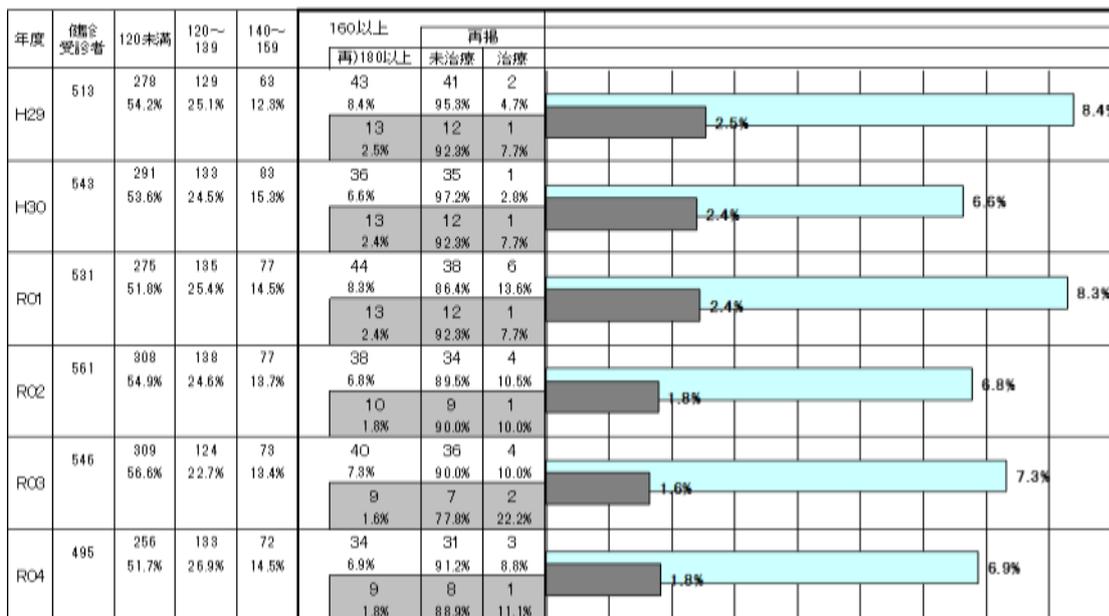
(参考資料 9) LDL-Cの年次比較

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	B/A	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	513	278	54.2%	129	25.1%	63	12.3%	30	5.8%	13	2.5%
	H30	543	291	53.6%	133	24.5%	83	15.3%	23	4.2%	13	2.4%
	R01	531	275	51.8%	135	25.4%	77	14.5%	31	5.8%	13	2.4%
	R02	561	308	54.9%	138	24.6%	77	13.7%	28	5.0%	10	1.8%
	R03	546	309	56.6%	124	22.7%	73	13.4%	31	5.7%	9	1.6%
R04	495	256	51.7%	133	26.9%	72	14.5%	25	5.1%	9	1.8%	
男性	H29	242	142	58.7%	59	24.4%	21	8.7%	15	6.2%	5	2.1%
	H30	256	150	58.6%	58	22.7%	33	12.9%	10	3.9%	5	2.0%
	R01	266	157	59.0%	60	22.6%	33	12.4%	11	4.1%	5	1.9%
	R02	282	170	60.3%	60	21.3%	36	12.8%	12	4.3%	4	1.4%
	R03	264	161	61.0%	55	20.8%	31	11.7%	13	4.9%	4	1.5%
R04	236	131	55.5%	55	23.3%	36	15.3%	10	4.2%	4	1.7%	
女性	H29	271	136	50.2%	70	25.8%	42	15.5%	15	5.5%	8	3.0%
	H30	287	141	49.1%	75	26.1%	50	17.4%	13	4.5%	8	2.8%
	R01	265	118	44.5%	75	28.3%	44	16.6%	20	7.5%	8	3.0%
	R02	279	138	49.5%	78	28.0%	41	14.7%	16	5.7%	6	2.2%
	R03	282	148	52.5%	69	24.5%	42	14.9%	18	6.4%	5	1.8%
R04	259	125	48.3%	78	30.1%	36	13.9%	15	5.8%	5	1.9%	

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は



治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常			保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満			120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	B/A	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	113	22.0%	80	70.8%	25	22.1%	6	5.3%	1	0.9%	1	0.9%
	H30	125	23.0%	90	72.0%	20	16.0%	14	11.2%	0	0.0%	1	0.8%
	R01	128	24.1%	88	68.8%	27	21.1%	7	5.5%	5	3.9%	1	0.8%
	R02	147	26.2%	108	73.5%	23	15.6%	12	8.2%	3	2.0%	1	0.7%
	R03	155	28.4%	114	73.5%	28	18.1%	9	5.8%	2	1.3%	2	1.3%
R04	135	27.3%	94	69.6%	28	20.7%	10	7.4%	2	1.5%	1	0.7%	
治療なし	H29	400	78.0%	198	49.5%	104	26.0%	57	14.3%	29	7.3%	12	3.0%
	H30	418	77.0%	201	48.1%	113	27.0%	69	16.5%	23	5.5%	12	2.9%
	R01	403	75.9%	187	46.4%	108	26.8%	70	17.4%	26	6.5%	12	3.0%
	R02	414	73.8%	200	48.3%	115	27.8%	65	15.7%	25	6.0%	9	2.2%
	R03	391	71.6%	195	49.9%	96	24.6%	64	16.4%	29	7.4%	7	1.8%
R04	360	72.7%	162	45.0%	105	29.2%	62	17.2%	23	6.4%	8	2.2%	

## 第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)

---

令和6年3月発行

〒771-3395

徳島県名西郡神山町神領字本野間 100 番地

神山町役場 税務保険課

TEL088-676-1115 FAX088-676-1100

---