菊陽町国民健康保険
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

菊陽町国民健康保険

保健事業実施計画（データヘルス計画）目次

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

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

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

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

第 3 章　特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)　・・・・・・・・・・・・・・・・・・36

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

第 4 章　課題解決するための個別保健事業　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・43

Ⅰ．保健事業の方向性

Ⅱ. 重症化予防の取組
1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. メタボリックシンドローム重症化予防
3. 虚血性心疾患重症化予防
4. 脳血管疾患重症化予防

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

Ⅳ. 発症予防

Ⅴ. ポピュレーションアプローチ

第 5 章　計画の評価・見直し　・・70

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第 6 章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・71

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料　・・72

第 1 章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

1．背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第 3 期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者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)※5」（以下「プログラム」という。）は、高確法に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。（図表 2･3･4･5）

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

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

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

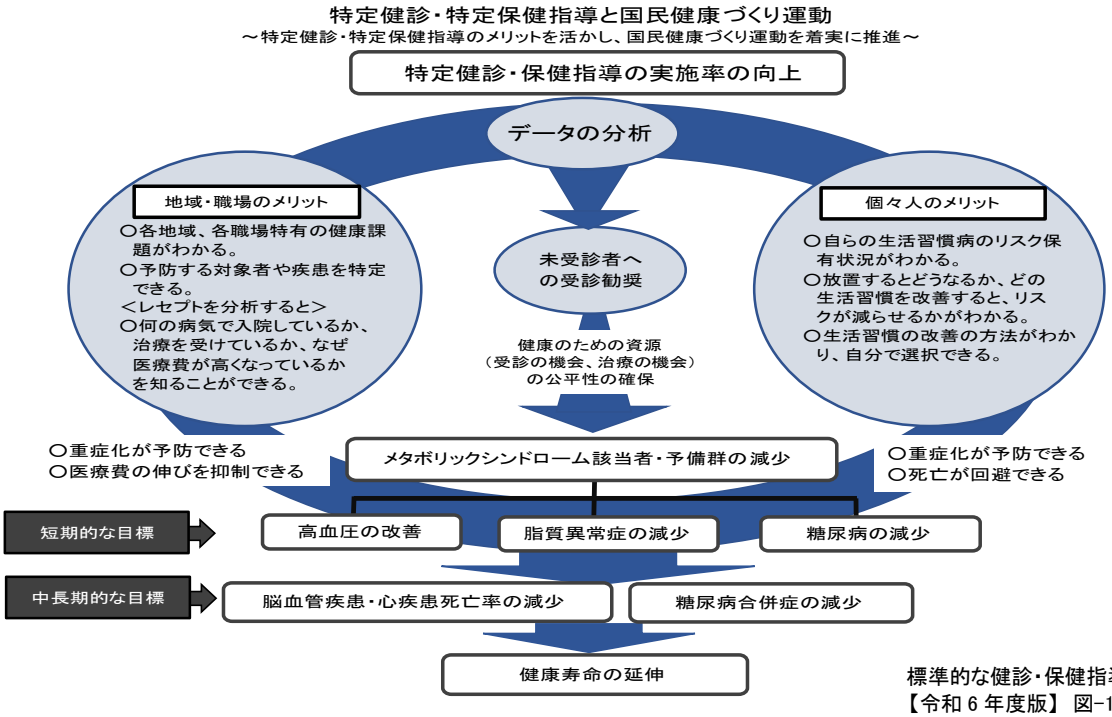
※6 KDB：国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表１　データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

	健康増進計画	※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 データヘルス計画 （保健事業実施計画）	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 （地域医療構想含む）	介護保険事業 （支援）計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条　健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法　第82条 健康保険法　第150条 高確法　第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省　健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省　保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省　保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省　保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策について基本指針	厚生労働省　医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する基本指針	厚生労働省　老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定　令和6～17年（12年） 2024年～2035年	指針　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～8年（3年） 2024～2026年
計画 策定者	都道府県：義務 市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者：義務	都道府県：義務	都道府県：義務	市町村：義務 都道府県：義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開とより実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持・医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通じ、地域で切れ目のない医療の提供、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止
対象年齢	ライフステージ （乳幼児期、青壮年期、高齢期） ライフコースアプローチ （胎児期から老齢期まで継時的）	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者　65歳以上 2号被保険者　40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿病合併症 （糖尿病腎症） 循環器病　高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿病性腎症 高　血　圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿性病腎症 高　血　圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖　尿　病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳　卒　中	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患（COPD） が　ん ロコモ―ティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康（うつ・不安）				がん 精神疾患	認　知　症 フレイル 口腔機能、低栄養
評　価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 **51目標項目** ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい指標例 ＜アウトカム＞ メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 ＜アウトプット＞ 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	（住民の健康の保持推進） ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進 （医療の効率的な提供の推進） ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的な活用 ・医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 （地域の実状に応じて設定） 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルを活用にする保険者 機能強化に向けた体制等 （地域介護保険事業） ②自立支援・重度化防止等 （在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連） ③介護保険運営の安定化 （介護給付の適正化、人材の確保）
補助金等		保健事業支援・評価委員会（事務局：国保連合会）による計画作成支援 保険者努力支援制度（事業費・事業費連動分）交付金		保険者協議会（事務局：県、国保連合会）を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

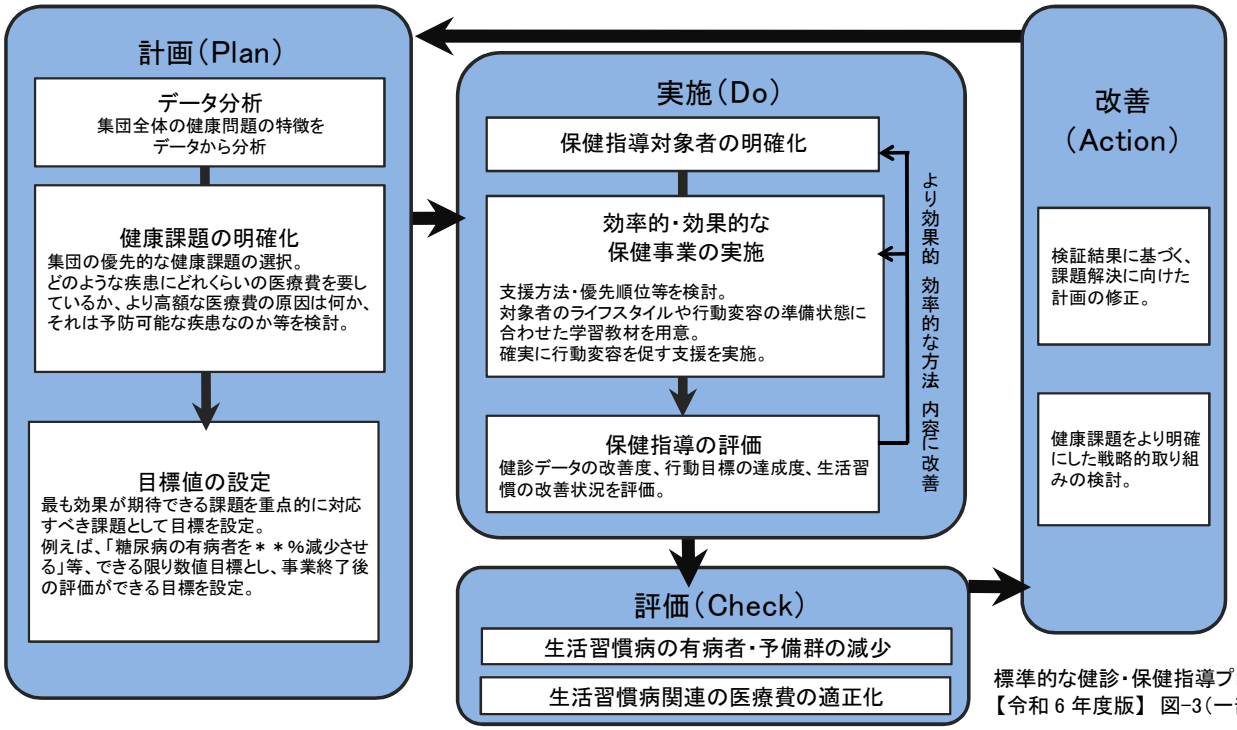
図表 2　特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



標準的な健診・保健指導プログラム【令和 6 年度版】 図-1（一部改変）

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

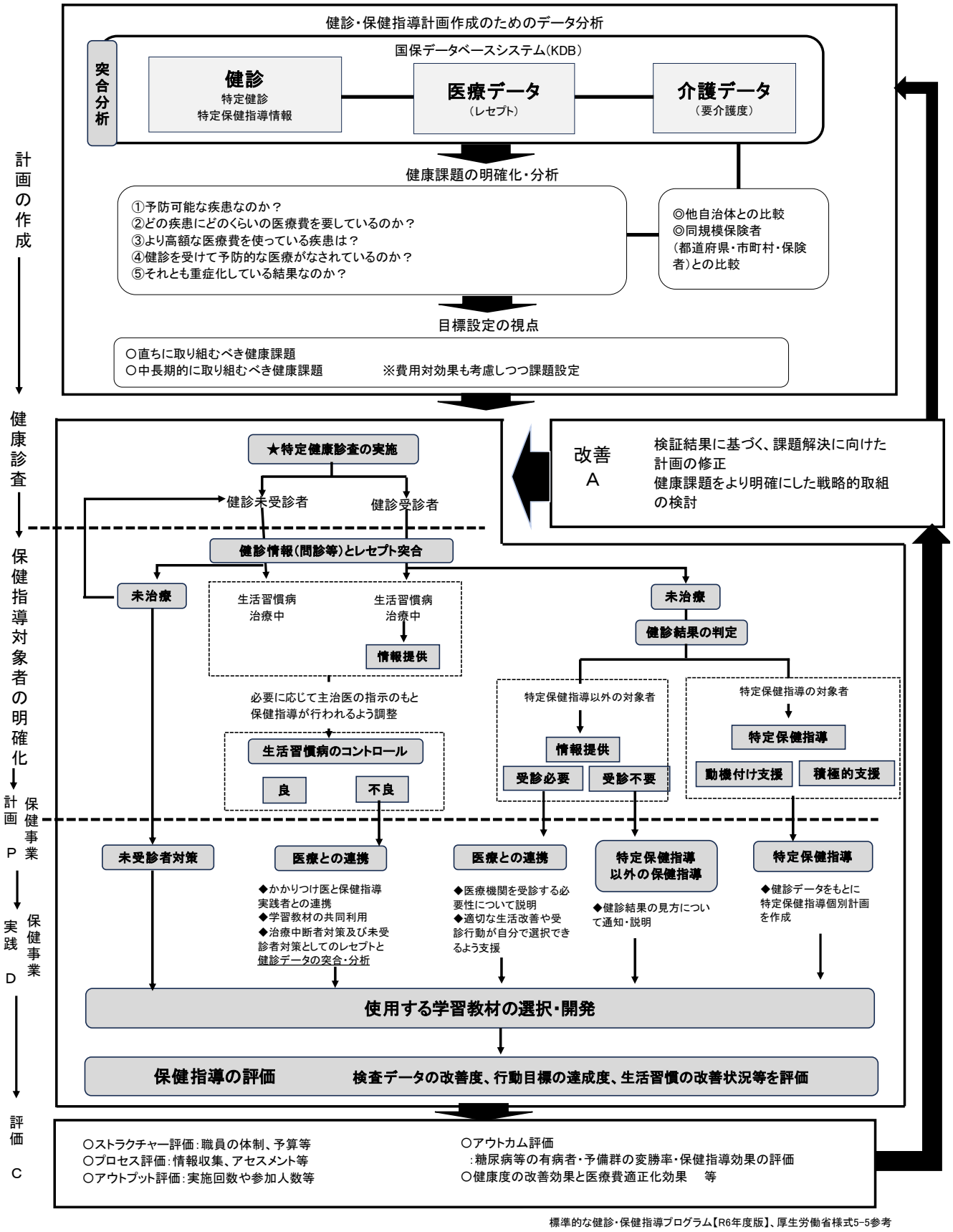
図表 3　保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



標準的な健診・保健指導プログラム【令和 6 年度版】 図-3（一部改変）

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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

図表５　標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版）における基本的な考え方（一部改変）

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

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

３．計画期間

この計画の期間は、令和６年度から令和11年度までの６年間とします。

＜参考＞計画期間の根拠について

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

４．関係者が果たすべき役割と連携

１）　市町村国保の役割

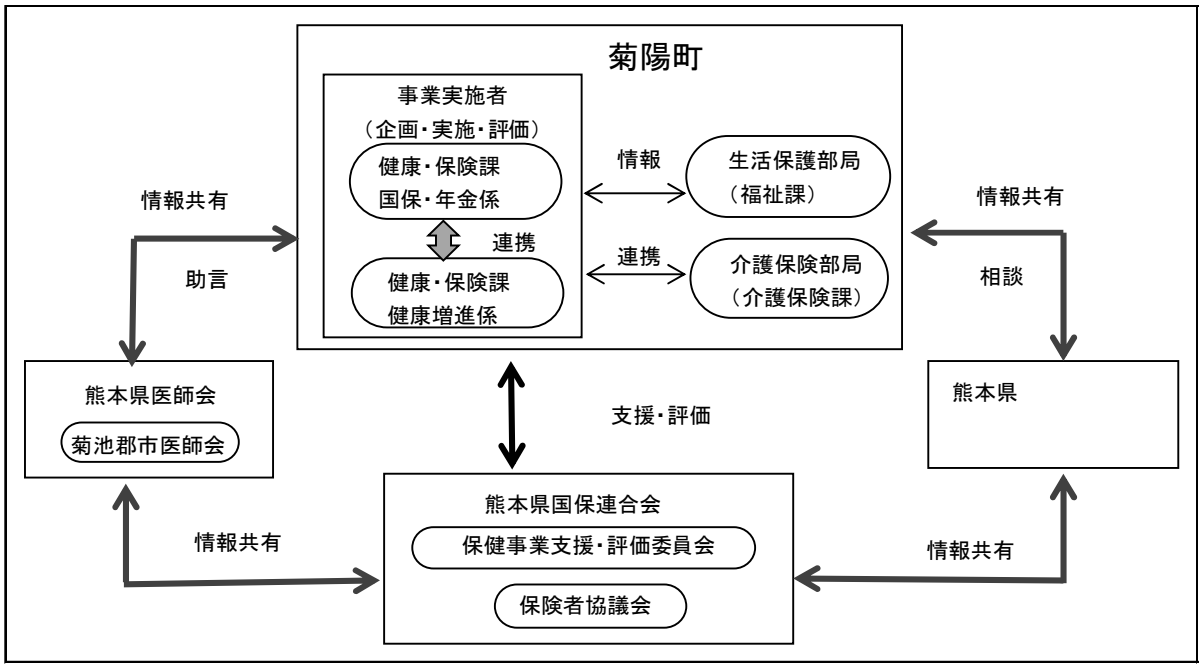
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局（健康・保険課国保・年金係）、保健衛生部局（健康・保険課健康増進係）、介護保険部局（介護保険課）、生活保護部局（福祉課）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 菊陽町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

各種業務			主担当	副担当
国保事業	資格・給付業務		健康・保険課（国保・年金係）	
	賦課業務		税務課（住民税係）	健康・保険課（国保・年金係）
	徴収業務		税務課（徴収係）	健康・保険課（国保・年金係）
	保健業務	特定健診	健康・保険課（国保・年金係）	健康・保険課（健康増進係）
		保健指導	健康・保険課（国保・年金係）	健康・保険課（健康増進係）
		その他事務（受診券作成等）	健康・保険課（国保・年金係）	健康・保険課（健康増進係）
がん検診			健康・保険課（健康増進係）	

2） 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となる。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB（国保データベースシステム）の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

また、平成 30 年度以降、都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となったことから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が重要となる。

このため、市町村国保は計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。

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

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

3） 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表 8　保険者努力支援制度評価指標（市町村分）

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			菊陽町	配点	菊陽町	配点	菊陽町	配点
交付額(万円)								
全国順位(1,741市町村中)			362位		624位		378位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	45	70	45	70	85	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	40	40	70	40	75	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	105	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	30	45	45	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	0	100	0	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	30	30	35	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	36	40	38	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	80	95	75	100	77	100
合計点			656	1,000	608	960	642	940

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

1. 保険者の特性

菊陽町は、人口約 4 万 3 千人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 21.2%でした。同規模保険者、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、被保険者の平均年齢も 52.6 歳と同規模保険者・県と比べて若く、出生率・財政指数ともに高い町となっています。産業においては、第 2 次産業が 30.8%と同規模保険者・県・国と比較しても高く、製造業の割合が多く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。（図表 9）

国保加入率は 15.8%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で、年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 45%を占めています。（図表 10）

また町内には 5 つの病院、32 の診療所があり、これはいずれも同規模保険者と比較しても多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれており、外来患者数及び入院患者数も同規模保険者と比較して高い傾向にあります。（図表 11）

図表 9　同規模保険者・県・国と比較した菊陽町の特性

	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
菊陽町	42,687	21.2	6,737（15.8）	52.6	11.1	6.2	1.0	5.0	30.8	64.2
同規模	--	29.1	20.6	54.2	6.8	10.7	0.7	5.4	28.7	66.0
県	--	31.6	22.4	53.6	7.6	12.3	0.4	9.8	21.1	69.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、菊陽町と同規模保険者（147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	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数		7,767		7,550		7,376		7,124		6,737	
	65～74歳	3,270	42.1	3,236	42.9	3,288	44.6	3,215	45.1	3,023	44.9
	40～64歳	2,291	29.5	2,206	29.2	2,164	29.3	2,113	29.7	1,994	29.6
	39歳以下	2,206	28.4	2,108	27.9	1,924	26.1	1,796	25.2	1,720	25.5
加入率		19.1		18.6		18.1		17.5		15.8	

出典：KDBシステム_　人口及び被保険者の状況
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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）	
											同規模	県
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	割合	割合
病院数	4	0.5	4	0.5	4	0.5	4	0.6	5	0.7	0.3	0.5
診療所数	32	4.1	32	4.2	32	4.3	32	4.5	32	4.7	3.1	3.8
病床数	790	101.7	790	104.6	790	107.1	790	110.9	1,098	163.0	56.1	85.4
医師数	86	11.1	86	11.4	89	12.1	89	12.5	127	18.9	11.1	14.1
外来患者数	719.7		731.6		689.1		722.0		743.5		716.1	768.9
入院患者数	22.1		21.7		21.1		21.8		20.1		19.2	26.2

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第 2 期計画にかかる評価及び考察

1）第 2 期データヘルス計画の評価

第 2 期計画において、目標の設定を以下の 2 つに分類しました。

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

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

（1）中長期的な疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析）の達成状況

① 介護給付費の状況

菊陽町の令和 4 年度の要介護認定者は、2 号（40～64 歳）被保険者で 39 人（認定率 0.28%）、1 号（65 歳以上）被保険者で 1,593 人（認定率 17.6%）と同規模保険者・県・国と比較すると低く、平成 30 年度と比べても横ばいで推移しています。（図表 12）

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75 歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約 20 億円から約 24 億円に伸びています。（図表 13）

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）が上位を占めています。

基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約 9 割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。（図表 14）

図表 12 要介護認定者（率）の状況

			菊陽町				同規模	県	国
			H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率			7,696人	18.9%	9,043人	21.2%	29.1%	31.6%	28.7%
2号認定者			35人	0.27%	39人	0.28%	0.35%	0.35%	0.38%
	新規認定者		12人		11人		--	--	--
1号認定者			1,375人	17.9%	1,593人	17.6%	17.0%	20.2%	19.4%
	新規認定者		178人		248人		--	--	--
再掲	65～74歳		165人	4.0%	181人	3.8%	--	--	--
		新規認定者	41人		44人		--	--	--
	75歳以上		1,210人	33.4%	1,412人	33.4%	--	--	--
		新規認定者	137人		204人		--	--	--

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

		菊陽町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費		20億5786万円	24億4771万円	--	--	--
一人あたり給付費（円）		267,394	270,674	259,723	310,858	290,668
1件あたり給付費（円）全体		63,204	60,737	63,000	62,823	59,662
	居宅サービス	41,642	40,647	41,449	42,088	41,272
	施設サービス	306,367	315,192	292,001	303,857	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況（令和 4 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）				39		181		1,412		1,593		1,632	
	再）国保・後期			1		22		1,294		1,316		1,317	
有病状況（レセプトの診断名より重複して計上）	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	0 0.0%	脳卒中	10 45.5%	脳卒中	567 43.8%	脳卒中	577 43.8%	脳卒中	577 43.8%
			2	虚血性心疾患	0 0.0%	腎不全	5 22.7%	虚血性心疾患	515 39.8%	虚血性心疾患	519 39.4%	虚血性心疾患	519 39.4%
			3	腎不全	0 0.0%	虚血性心疾患	4 18.2%	腎不全	284 21.9%	腎不全	289 22.0%	腎不全	289 21.9%
		合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	2 9.1%	糖尿病合併症	132 10.2%	糖尿病合併症	134 10.2%	糖尿病合併症	134 10.2%
		基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）			1 100.0%	基礎疾患	20 90.9%	基礎疾患	1,236 95.5%	基礎疾患	1,256 95.4%	基礎疾患	1,257 95.4%
		血管疾患合計			1 100.0%	合計	20 90.9%	合計	1,254 96.9%	合計	1,274 96.8%	合計	1,275 96.8%
	認知症			認知症	0 0.0%	認知症	8 36.4%	認知症	657 50.8%	認知症	665 50.5%	認知症	665 50.5%
	筋・骨格疾患			筋骨格系	1 100.0%	筋骨格系	19 86.4%	筋骨格系	1,242 96.0%	筋骨格系	1,261 95.8%	筋骨格系	1,262 95.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

菊陽町の医療費は、国保加入者の減少とともに総医療費は減少していますが、一人あたり医療費は、平成 30 年度と比較しても 3 万円以上伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 2.6%程度にも関わらず、医療費全体の約 42%を占めており、1 件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較しても約 7.4 万円も高くなっています。

また年齢調整をした地域差指数でみると、後期高齢者医療で、全国平均の 1 を超えており、特に入院の地域差指数が平成 30 年度よりも伸びています。

後期高齢者医療の地域差は、入院が主要因であり、国保被保険者のときからの予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

			菊陽町				同規模	県	国
			H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数（人）			7,767人		6,737人		--	--	--
	前期高齢者割合		3,270人 （42.1%）		3,023人 （44.9%）		--		
総医療費			25億1497万円		24億0053万円		--	--	--
一人あたり医療費（円）			323,802	県内39位 同規模85位	356,320↑	県内42位 同規模82位	361,243	407,772	339,680
入院	1件あたり費用額(円)		527,810		601,870↑		613,590	574,060	617,950
入院		費用の割合	43.6		42.0		40.4	45.5	39.6
入院		件数の割合	3.0		2.6		2.6	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額		20,890		22,490		24,230	23,430	24,220
外来		費用の割合	56.4		58.0		59.6	54.5	60.4
外来		件数の割合	97.0		97.4		97.4	96.7	97.5
受診率			741.785		763.617		735.303	795.102	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は菊陽町と同規模保険者147市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり（年齢調整後）地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		菊陽町（県内市町村中）		県 （47県中）	菊陽町（県内市町村中）		県 （47県中）
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	1.033	1.060	1.139	1.096	1.113	1.130
		（34位）	（34位）	（9位）	（18位）	（18位）	（7位）
	入院	1.129	1.154	1.309	1.278	1.316	1.277
		（34位）	（36位）	（8位）	（11位）	（11位）	（6位）
	外来	0.970	0.991	1.036	0.902	0.890	0.982
		（33位）	（30位）	（12位）	（32位）	（33位）	（22位）

出典：地域差分析(厚労省)

③　中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると微増しています。脳血管疾患・虚血性心疾患については、平成 30 年度より減少していますが、慢性腎不全（透析有）の割合が伸びており、同規模保険者・県・国よりも高くなっています。（図表 17）

次に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 40 歳以上の虚血性心疾患が、患者数及び割合と減少しています。脳血管疾患については、患者数は減少していますが、割合は微増しています。また、人工透析は患者数、割合ともに増加しています。（図表 18）

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

図表 17　中長期目標疾患の医療費の推移

			菊陽町		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）			25億1497万円	24億0053万円	--	--	--
中長期目標疾患医療費合計（円）			2億3608万円	2億2750万円	--	--	--
			9.39%	9.48%	8.08%	8.69%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.53%	2.07%	2.01%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.34%	1.17%	1.52%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全（透析有）	5.32%	6.02%	4.24%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全（透析無）	0.20%	0.23%	0.31%	0.26%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		12.99%	13.01%	16.85%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		7.62%	8.51%	8.78%	8.56%	8.68%
	精神疾患		10.79%	10.05%	7.71%	9.62%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注）最大医療資源傷病（調剤含む）による分類結果
（最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名）
注）KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 18　中長期目標疾患の治療状況

年齢区分			被保険者数		中長期目標の疾患						
					疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
			H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
治療者（人）0～74歳		A	7,767	6,737	a	462	427	562	484	36	38
					a/A	5.9%	6.3%	7.2%	7.2%	0.5%	0.6%
40歳以上		B	5,561	5,017	b	457	425	554	474	35	36
		B/A	71.6%	74.5%	b/B	8.2%	8.5%	10.0%	9.4%	0.6%	0.7%
再掲	40～64歳	C	2,291	1,994	c	100	66	120	92	12	11
		C/A	29.5%	29.6%	c/C	4.4%	3.3%	5.2%	4.6%	0.5%	0.6%
	65～74歳	D	3,270	3,023	d	357	359	434	382	23	25
		D/A	42.1%	44.9%	d/D	10.9%	11.9%	13.3%	12.6%	0.7%	0.8%

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

(2)短期的な目標疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の達成状況

①　短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増加しています（糖尿病は横ばい）。一方で、合併症（重症化）でもある脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減少しています。しかし、人工透析の割合は増加しています。（図表 19, 20, 21）

本町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。しかし、人工透析の割合が増えていることから、さらなる重症化予防の取り組みが必要です。

図表 19　高血圧症治療者の経年変化

高血圧症（疾病管理一覧）			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)		A	2,257	2,171	566	495	1,691	1,676
		A/被保数	40.6%	43.3%	24.7%	24.8%	51.7%	55.4%
（中長期目標疾患）合併症	脳血管疾患	B	227	220	53	31	174	189
		B/A	10.1%	10.1%	9.4%	6.3%	10.3%	11.3%
	虚血性心疾患	C	382	320	78	50	304	270
		C/A	16.9%	14.7%	13.8%	10.1%	18.0%	16.1%
	人工透析	D	33	36	11	11	22	25
		D/A	1.5%	↑1.7%	1.9%	2.2%	1.3%	1.5%

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

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病（疾病管理一覧）			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)		A	1,271	1,147	332	263	939	884
		A/被保数	22.9%	22.9%	14.5%	13.2%	28.7%	29.2%
（中長期目標疾患）合併症	脳血管疾患	B	122	109	24	16	98	93
		B/A	9.6%	9.5%	7.2%	6.1%	10.4%	10.5%
	虚血性心疾患	C	238	182	46	32	192	150
		C/A	18.7%	15.9%	13.9%	12.2%	20.4%	17.0%
	人工透析	D	19	23	7	6	12	17
		D/A	1.5%	↑2.0%	2.1%	2.3%	1.3%	1.9%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	131	114	30	24	101	90
		E/A	10.3%	9.9%	9.0%	9.1%	10.8%	10.2%
	糖尿病性網膜症	F	120	139	23	26	97	113
		F/A	9.4%	12.1%	6.9%	9.9%	10.3%	12.8%
	糖尿病性神経障害	G	43	32	7	7	36	25
		G/A	3.4%	2.8%	2.1%	2.7%	3.8%	2.8%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症（疾病管理一覧）			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
脂質異常症治療者(人)		A	1,950	1,893	533	457	1,417	1,436
		A/被保数	35.1%	37.7%	23.3%	22.9%	43.3%	47.5%
（中長期目標疾患）合併症	脳血管疾患	B	166	166	35	22	131	144
		B/A	8.5%	8.8%	6.6%	4.8%	9.2%	10.0%
	虚血性心疾患	C	340	291	66	38	274	253
		C/A	17.4%	15.4%	12.4%	8.3%	19.3%	17.6%
	人工透析	D	19	24	4	7	15	17
		D/A	1.0%	↑1.3%	0.8%	1.5%	1.1%	1.2%

出典：KDBシステム_ 介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）
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・HbA1c7.0 以上者の割合について平成 30 年度と令和 3 年度で比較してみたところ、Ⅱ度以上高血圧者の割合が増加しており、HbA1c7.0 以上者の割合が減少しています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約 37%、糖尿病が 7%ほどで、高血圧の未治療の割合は熊本県と比較しても高くなっています。(図表 22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要です。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧__Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報(R03.4～R04.3)			
							未治療(内服なし)				未治療(内服なし)		未治療		治療中断	
	受診者A	受診率	受診者B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
菊陽町	2,165	43.2	2,046	43.4	150	6.9	90	60.0	183	8.9 ↑	116	63.4	68	37.2	11	6.0
市町村国保			103,891	36.5					6,217	6.0			2,041	32.8	425	6.8

	健診受診率				糖尿病__HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報(R03.4～R04.3)			
							未治療(内服なし)				未治療(内服なし)		未治療		治療中断	
	HbA1c実施者A	実施率	HbA1c実施者B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
菊陽町	2,165	100.0	2,046	100.0	104	4.8	26	25.0	86	4.2 ↓	26	30.2	6	7.0	4	4.7
市町村国保			103,135	99.2					5,603	5.4			453	8.1	235	4.2

出典:ヘルスサポートラボツール

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 か月以上レセプトがない者

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者の割合は減少しており、その中で 3 項目すべての危険因子が重なっている割合も減少しています。しかし、予備群の割合は増加しています。

また重症化予防の観点から見ると、HbA1c6.5 以上、LDL-C160 以上の有所見割合は減少していますが、Ⅱ度高血圧以上の有所見者割合は、増加しています。このことから、血圧への保健指導の強化が必要です。また、翌年度に、継続した健診を受診していない方がいずれも 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、重症化予防対象者への訪問時、継続受診を勧める働きかけを行っていきます。（図表 23～26）

図表 23　メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者（受診率）	該当者			予備群
			3項目	2項目	
H30年度	2,165 （43.2%）	393 （18.2%）	142 （6.6%）	251 （11.6%）	204 （9.4%）
R04年度	1,969 （44.0%）	350 ↓ （17.8%）	114 ↓ （5.8%）	236 （12.0%）	219 ↑ （11.1%）

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24　HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	212 （9.8%）	53 （25.0%）	71 （33.5%）	30 （14.2%）	58 （27.4%）
R03→R04	196 ↓ （9.6%）	37 （18.9%）	80 （40.8%）	20 （10.2%）	59 （30.1%）

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25　Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	Ⅱ度高血圧以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	150 （6.9%）	72 （48.0%）	25 （16.7%）	5 （3.3%）	48 （32.0%）
R03→R04	183 ↑ （8.9%）	83 （45.4%）	42 （23.0%）	9 （4.9%）	49 （26.8%）

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26　LDL160 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	LDL-C 160以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	255 （11.8%）	94 （36.9%）	69 （27.1%）	22 （8.6%）	70 （27.5%）
R03→R04	226 ↓ （11.0%）	97 （42.9%）	49 （21.7%）	11 （4.9%）	69 （30.5%）

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

本町の特定健診受診率は、令和 1 年度に 42.7%になりましたが、新型コロナ感染症の影響で、令和 2 年度に 38.3%へ下がっています。令和 3 年度から徐々に受診率は伸びてきているものの、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。（図表 27）また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診（人間ドックの助成）を実施してきました。

40～50 代の受診率は、少しずつ増加傾向にあります。しかし、60～64 歳の受診率が減少傾向であり、この年代への対策が必要です。（図表 28）

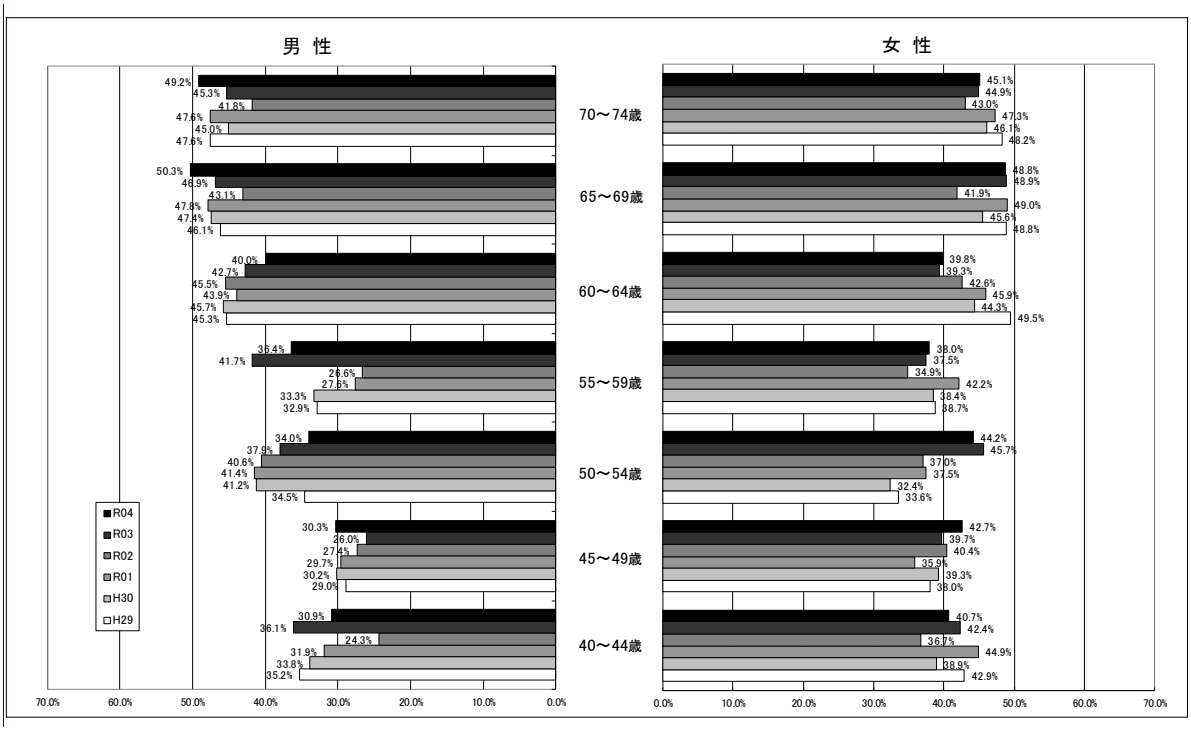
特定保健指導については、令和 2 年度に初めて目標値を達成しました。現在、委託で実施していますが、継続的なフォローが必要な方への保健指導については、町の専門職も関わることが必要であることから、その体制についても考えていく必要があります。

図表 27　特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	2,117	2,091	1,865	1,932	1869	健診受診率 60%
	受診率	42.2%	42.7%	38.3%	40.9%	42.4%	
特定保健指導	該当者数	300	294	286	268	232	特定保健指導実施率 60%
	割合	14.2%	14.1%	15.3%	13.9%	12.4%	
	実施者数	140	156	174	140	138	
	実施率	46.7%	53.1%	60.8%	52.2%	59.5%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2）主な個別事業の評価と課題

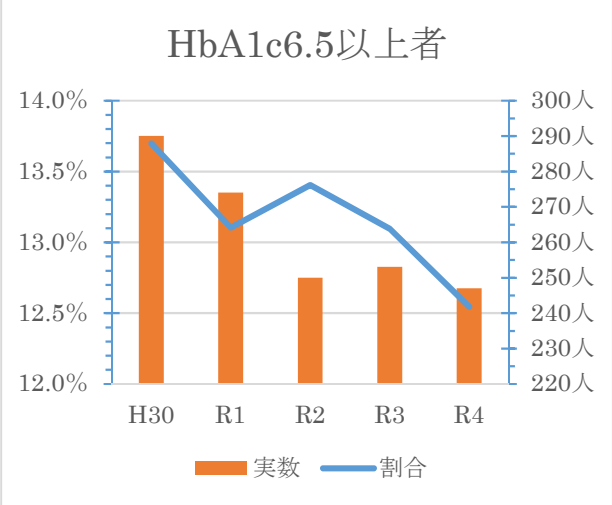
（1）重症化予防の取組み

①糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、令和 4 年度 85%と増加しています。（図表 29）その結果、HbA1c6.5 以上者の割合、未治療者・中断者の割合も減少しています（例示表 1, 2）。また、コントロール不良者（HbA1c7.0 以上または空腹時血糖 130 以上）の割合は減少しています。（例示表 3, 4）また、重症化予防対象者（HbA1c8.0 以上者）の人数・割合の経年変化を見てみると、平成 30 年度 49 人（2.1%）から令和 4 年度 23 人（1.1%）に減っています。県内順位も 4 位から 31 位になっています。平成 30 年度からの、糖尿病重症化予防訪問事業の成果と考えられます。（例示表 8）

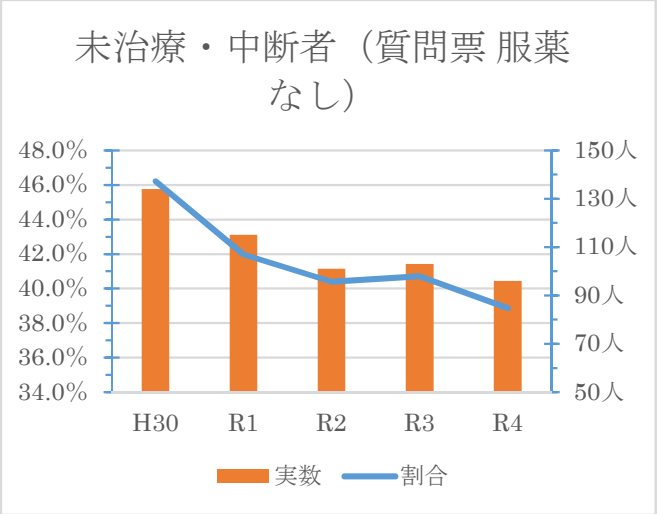
新規透析患者の人数・割合は平成 30 年度と比較すると減少していますが、第 2 期データヘルス計画の目標値である「新規透析患者数 0」には至っていません。また、新規透析患者のうち、糖尿病性腎症の割合は、増加傾向にあり、腎機能が低下傾向の方への保健指導の充実が必要です。（例示表 4）

例示表 1　特定健診データ(HbA1c6.5 以上)



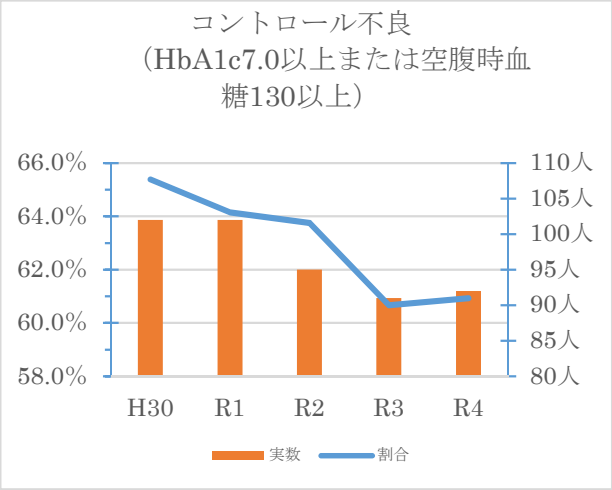
出典:データヘルス計画策定サポートツール

例示表 2　特定健診データ(未治療・中断者)



出典:データヘルス計画策定サポートツール

例示表 3　特定健診データ(コントロール不良)



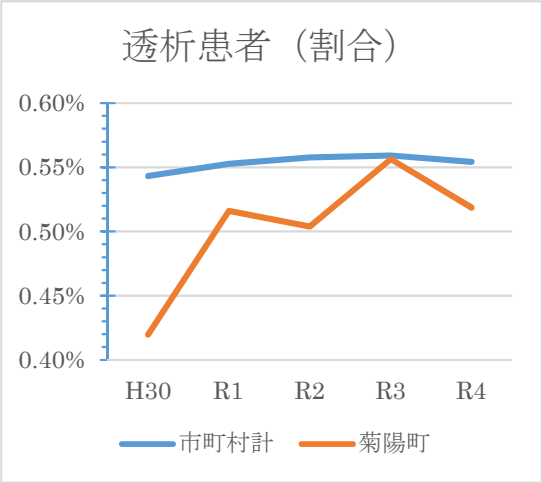
出典:データヘルス計画策定サポートツール

例示表 4　新規透析患者数の経年変化

	新規透析患者数の経年変化										
	被保険者数	県内順位	透析患者数		県内順位	新規透析患者数		県内順位	糖尿病性腎症		県内順位
H30	8,101	14	34	0.42%	33	5	0.06%	10	2	40.0%	24
R1	7,946	11	41	0.52%	24	4	0.05%	19	2	50.0%	15
R2	7,742	11	39	0.50%	28	4	0.05%	17	2	50.0%	13
R3	7,550	13	42	0.56%	23	5	0.07%	13	5	100.0%	1
R4	7,327	12	38	0.52%	24	3	0.04%	19	2	66.7%	14

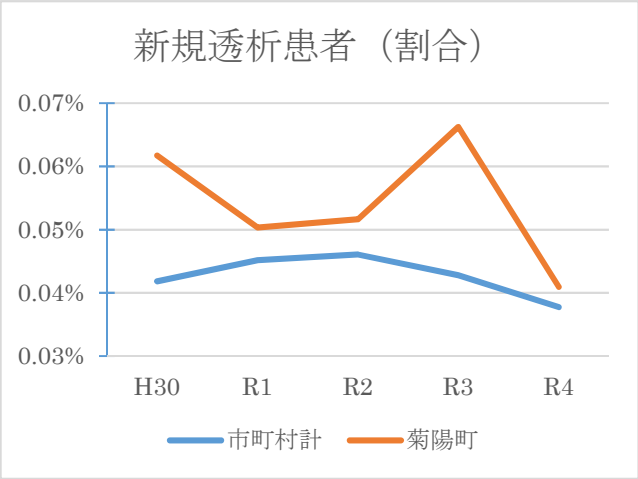
出典:データヘルス計画策定サポートツール

例示表 5　新規透析患者数の経年変化（透析患者）



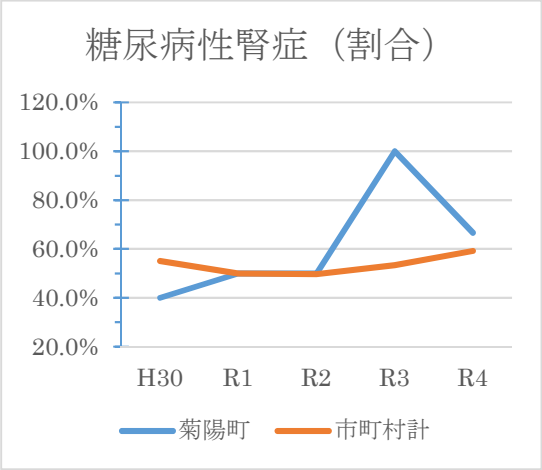
出典：データヘルス計画策定サポートツール

例示表 6　新規透析患者数の経年変化（新規透析患者）



出典：データヘルス計画策定サポートツール

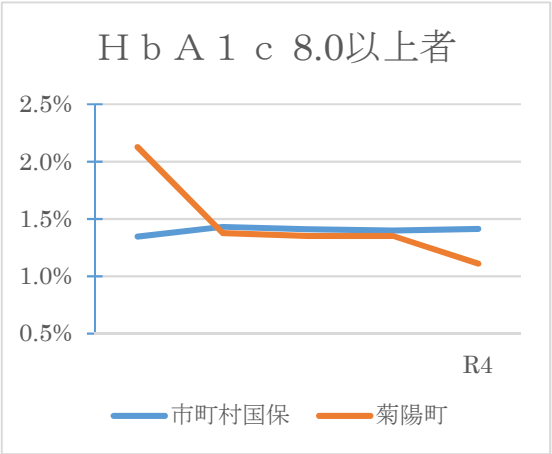
例示表 7　新規透析患者数の経年変化（糖尿病性腎症）



出典：データヘルス計画策定サポートツール

例示表 8　重症化予防対象者人数・割合の経年変化（HbA1c8.0 以上者）

ＨｂＡ１ｃ 8.0以上者										
保険者名	H30		R1		R2		R3		R4	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
市町村国保	1,583	1.3%	1,651	1.4%	1,371	1.4%	1,466	1.4%	1,462	1.4%
菊陽町	49	2.1%	31	1.4%	27	1.4%	29	1.4%	23	1.1%
県内順位		4		22		22		26		31



② 高血圧重症化予防の取り組み

Ⅰ度高血圧者の割合は、増加しています（例示表 9）。その中で、未治療者の割合は減少しているものの、未治療のうち、Ⅱ度高血圧者、Ⅲ度高血圧者の割合が増加傾向であり、血圧は本町の課題です。（参考資料 8 血圧の年次比較）

また、重症化予防対象者（血圧Ⅱ度以上者）人数・割合の経年変化を見てみると、平成 30 年度 159 人（6.9%）から令和 4 年度 185 人（8.9%）に増加しています。県内順位も 10 位から 8 位と高い状況です。（例示表 11）

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。図表 71 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（降圧薬治療者を除く）です。1.高リスクの未治療者、2.中等リスクで第 3 層（糖尿病、尿蛋白等のリスクあり）の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援と適切な受診勧奨に取り組みます。高値血圧の者においても、家庭血圧の測定をすすめ血圧手帳の活用を促します。

〈血圧の分類〉

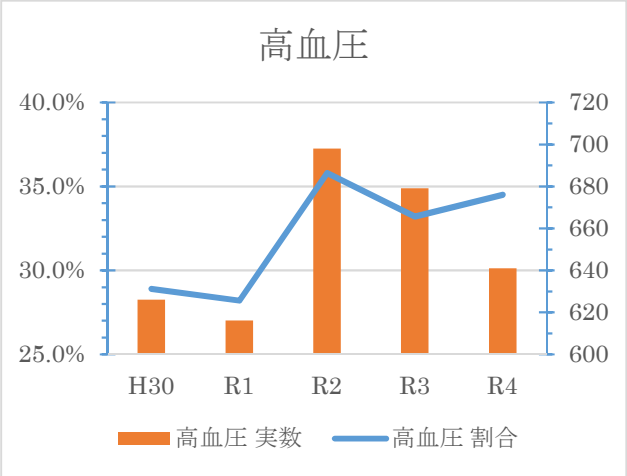
高値血圧　・・・130～139/80～89 mm Hg

Ⅰ度高血圧・・・140～159/90～99 mm Hg

Ⅱ度高血圧・・・160～179/100～109 mm Hg

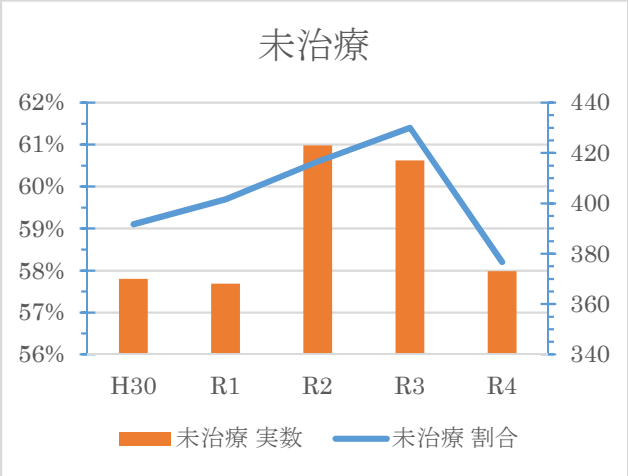
Ⅲ度高血圧・・・180/110 mm Hg 以上

例示表 9　特定健診データ（Ⅰ度高血圧以上者）



出典：健診結果集計ツール

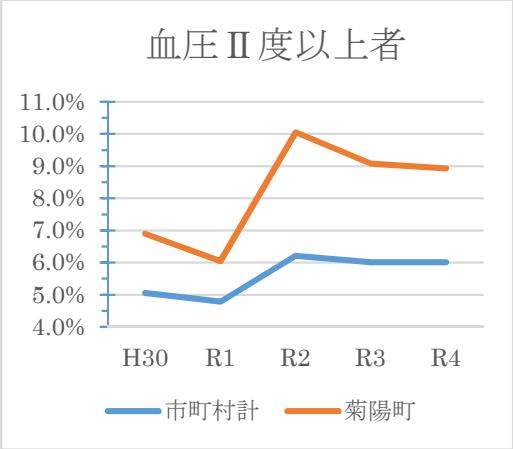
例示表 10　特定健診データ（Ⅰ度高血圧以上の未治療者）



出典：健診結果集計ツール

例示表 11　重症化予防対象者人数・割合の経年変化（血圧Ⅱ度以上者）

血圧Ⅱ度以上者										
保険者名	H30		R1		R2		R3		R4	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
市町村国保	5,982	5.1%	5,549	4.8%	6,081	6.2%	6,339	6.0%	6,257	6.0%
菊陽町	159	6.9%	136	6.0%	201	10.1%	195	9.1%	185	8.9%
県内順位		10		10		4		8		8

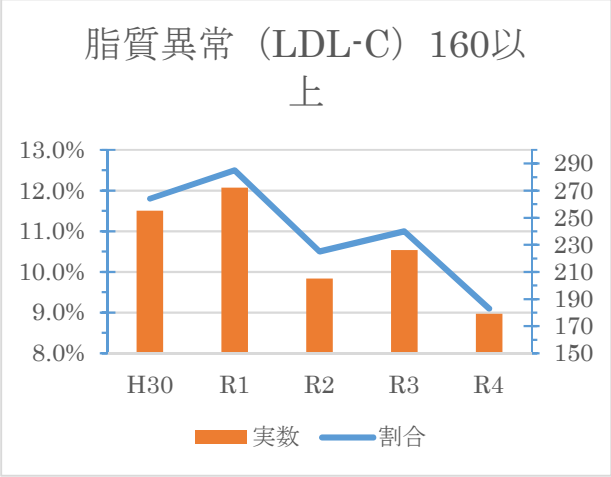


③脂質異常症重症化予防の取り組み

脂質異常症（LDL-C）160 以上者の人数・割合も、180 以上者の人数・割合も減少しています（例示表 12, 13）。また、重症化予防対象者（LDL180 以上）の経年変化を見てみると、平成 30 年度 92 人（4.0%）から令和 4 年度 46 人（2.2%）に減少しており、県内順位も 15 位から 34 位に下がっています。（例示表 14）平成 30 年度からの、脂質異常症重症化予防訪問事業の成果と言えます。

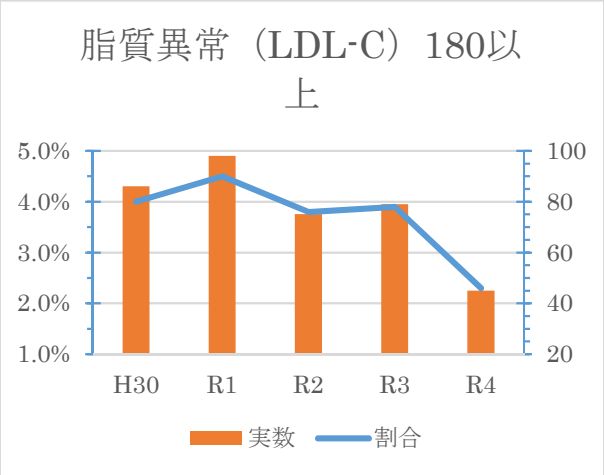
LDL-C は、「まずは、食事や運動など生活習慣の改善に取り組みたい。」と言われる方も多く、治療につながらなかったり、中断したりする方も多い状況です。しかし、動脈硬化をすすめることと、長期間高値が続くことで冠動脈の狭窄をすすめることを保健指導の中で丁寧に伝える必要性があります。また、やせて LDL-C だけが高値の人への、家族性の可能性も含めた指導が必要です。
また、中性脂肪が高い方には、体重管理や食生活等の生活習慣に着目した指導が必要です。

例示表 12　特定健診データ（脂質異常（LDL-C）160 以上）



出典：健診結果集計ツール

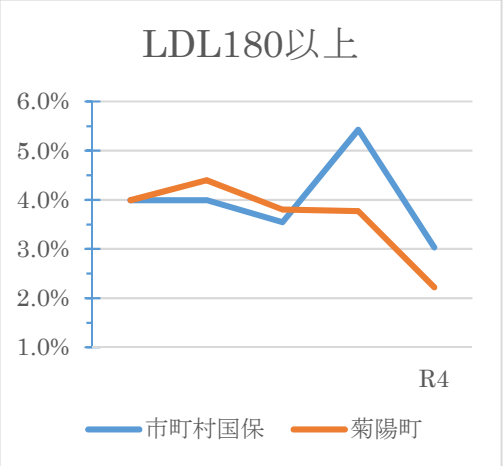
例示表 13　特定健診データ（脂質異常（LDL-C）180 以上）



出典：健診結果集計ツール

例示表 14　重症化予防対象者人数・割合の経年変化（LDL180 以上者）

LDL180 以上										
保険者名	H30		R1		R2		R3		R4	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
市町村国保	4,718	4.0%	4,626	4.0%	3,466	3.5%	5,685	5.4%	3,156	3.0%
菊陽町	92	4.0%	99	4.4%	76	3.8%	81	3.8%	46	2.2%
県内順位		15		9		13		15		34



（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定されることも大きい。」とされています。

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

取組内容としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県や町の実態、生活習慣病と食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、出前講座や町の広報等を活用し、周知を行っています。

また、令和 3 年度は、コロナ禍で健診結果説明会が開催できなかったため、健診結果の中に血糖に関する資料を同封しました。令和４年度からは、高血圧の改善を目的として、町の高血圧の現状や、塩分量を掲載した資料を同封しています。令和 5 年度には、健診受診者を対象とした健診結果説明会を開催し、会場では、減塩に関する講話やフードモデル、減塩食品の展示を行いました。

（3）第 2 期計画目標の達成状況一覧

図表 29　第 2 期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績 初年度 H30 （H30）	実績 中間評価 R2 （R2）	実績 最終評価 R5 （R4）	データの把握方法 （活用ﾃﾞｰﾀ）
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.5%	2.6%	2.1%	KDB ｼｽﾃﾑ
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.3%	0.9%	1.2%	
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	5.3%	6.0%	6.0%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	13.8%	23.4%	23.9%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	40.0%	50.0%	66.7%	参考資料3
	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、メタボシックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	27.6%	31.0%	28.8%	菊陽町 健康・保険課
			健診受診者の高血圧者の割合の減少（160/100以上）	6.9%	10.1%	8.9%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少（LDL160以上）	11.8%	10.5%	9.1%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1C6.5%以上）	9.8%	9.2%	9.6%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.5%	0.60%	0.20%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合		77.0%	76.0%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	75.0%	82.0%	85.0%	
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	42.2	38.3	42.3	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	46.7	60.8	59.5	
			特定保健指導対象者の割合の減少	14.2	15.3	12.4	
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	8.5	30.8	23.6	地域保健事業報告 （R04年度データがないため,R03年度を記載）
			肺がん検診受診者の増加	34.1	30.8	24.7	
			大腸がん検診受診者の増加	28.9	25.3	22.1	
			子宮がん検診受診者の増加	12.7	39.3	21.5	
			乳がん検診受診者の増加	12.6	41.7	26.2	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	19.4	33.6	23.6	
		後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合　80%以上	77.4%	83.4%	84.9%	厚生労働省

3） 第 2 期データヘルス計画に係る考察

【考察】

① 中長期的な疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析）の達成状況

糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患の新規患者数の減少を目標とし、取り組んできましたが、新規透析患者数について、令和 4 年度は減少しているものの、目標のゼロには到達していません。一方で、透析患者数は、増加しているため、今後も腎機能への保健指導が重要です。（例示表 4）

総医療費は減少傾向にありますが、被保険者数の減少に伴い一人当たり医療費は増加しています。県内では令和 4 年度は 42 位と下位に位置しています。また、中長期目標疾患の医療費計の割合は増加傾向にあり、その中でも、腎疾患の医療費の割合が増加しています。

レセプトに占める入院の費用割合は減少してきていますが、同規模保険者・国よりも高い状況です。（図表 15,17）

② 短期的な目標疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の達成状況

健診受診者のうち、HbA1c6.5 以上者の人数・割合ともに減少しています。また、未治療や治療中断者の人数・割合も減少しています（例示表 1,2）。さらに、脂質異常症（LDL-C160 以上）の人数・割合も減少しています（例示表 1,2）。

しかし、高血圧者の割合が増加しており、Ⅱ度高血圧以上の未治療者の割合も増加しています。重症化予防対象者（Ⅱ度高血圧以上者）も増加しており、県内順位も令和 4 年度は 8 位と高い状況です（例示表 9,11、参考資料 8）。

これらのことから、高血圧対策の強化が必要と考えます。要治療者への受診勧奨や、治療継続の重要性を伝えるとともに、治療を中断している人についても適切な保健指導を行うことが必要です。現在は血圧に重点を置き、保健指導に取り組んでいます。家庭血圧測定の推進と、血圧手帳の配布を行っています。また、ポピュレーションアプローチと並行して、町民の減塩への意識改革に取り組み始めました。メタボリックシンドローム該当者は、減少傾向ですが、予備群が増加しており、体重・腹囲高値者に対して、早期に介入していくことが必要です（図表 23）。

③ 健診未受診者対策の達成状況

菊陽町の健診受診率は、国の目標の 60%には達成できておらず、令和 4 年度法定報告で 42.3%となっています。コロナ禍により令和 2 年度 38.3%と減少しましたが、令和 4 年度は、コロナ禍以前の受診率まで戻りつつあります。県内では下位に位置していますが、国・県の平均よりは高くなっています（図表 27、参考資料 1）。

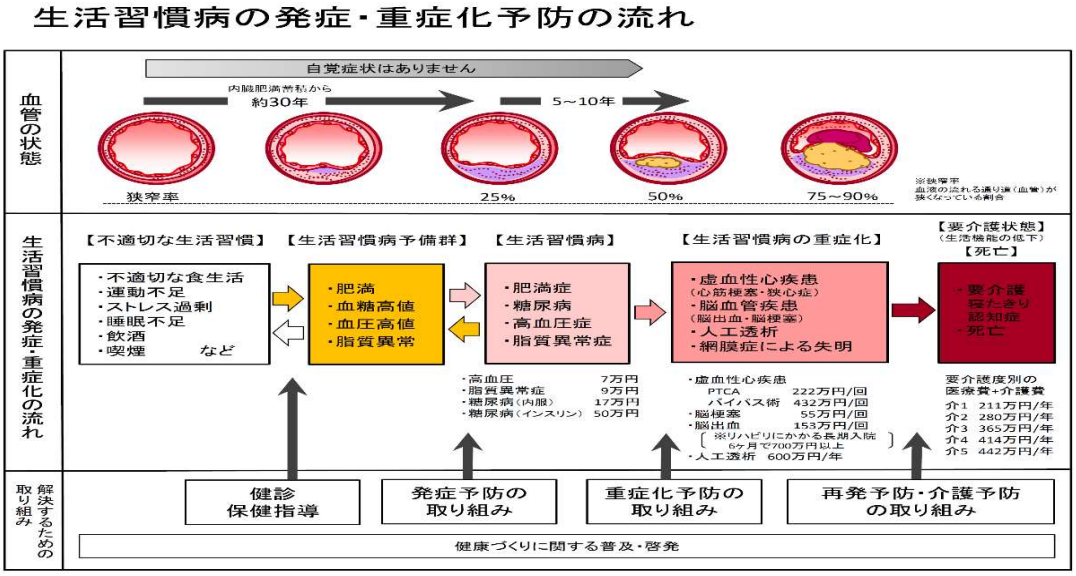
今後も、外部委託先と連携しながら、若い世代も含めた受診率向上に努めていきます。

3. 第 3 期における健康課題の明確化

1）基本的考え方

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

図表 30　生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2)健康課題の明確化

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

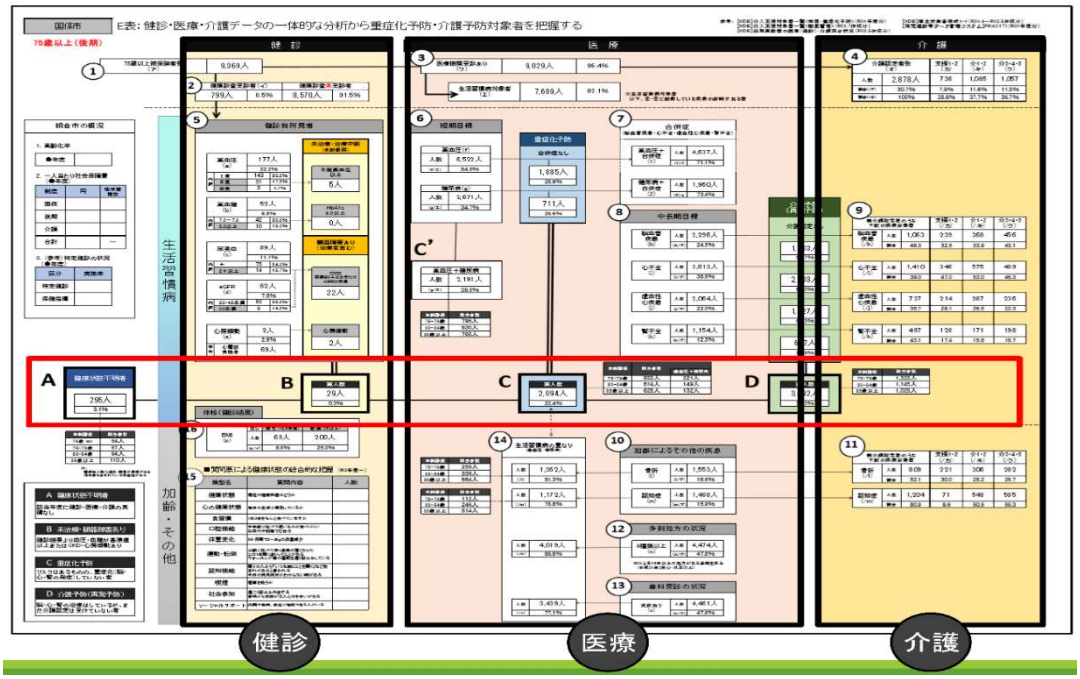
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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

健康課題の明確化においては、第 2 期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため 40 歳未満の健診を実施し、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す。

図表 31　健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



（1）医療費分析

図表 32　被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		7,767人	7,550人	7,376人	7,124人	6,737人	4,543人
総件数及び総費用額	件数	69,937件	69,196件	63,834件	65,001件	63,623件	70,428件
	費用額	25億1497万円	26億5280万円	24億8576万円	25億1820万円	24億0053万円	39億1824万円
一人あたり医療費		32.4万円	35.1万円	33.7万円	35.3万円	35.6万円↑	86.2万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33　データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり医療費（月額）	中長期目標疾患				短期目標疾患			（中長期・短期）目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
				腎		脳	心								
				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	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
①国保	菊陽町	24億0053万円	28,812	6.02%	0.23%	2.07%	1.17%	5.54%	2.96%	2.02%	4億8023万円	20.0%	13.0%	10.05%	8.51%
	同規模	--	29,136	4.24%	0.31%	2.01%	1.52%	5.81%	3.22%	2.20%	--	19.3%	16.9%	7.71%	8.78%
	県	--	33,050	5.52%	0.26%	1.89%	1.02%	5.62%	3.12%	1.72%	--	19.2%	14.1%	9.62%	8.56%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
②後期	菊陽町	39億1824万円	74,281	4.41%	0.51%	4.48%	0.87%	3.80%	2.59%	1.18%	6億9906万円	17.8%	9.8%	4.58%	12.6%
	同規模	--	69,832	4.97%	0.47%	3.89%	1.64%	4.23%	2.97%	1.41%	--	19.6%	11.1%	3.50%	12.4%
	県	--	81,455	4.72%	0.47%	3.74%	1.12%	3.70%	2.88%	1.07%	--	17.7%	9.2%	4.70%	13.2%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病（※1）による分類結果

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

図表 34　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
高額レセプト（80万円以上/件）	人数	A	237人	244人	241人	267人	250人	520人
	件数	B	482件	495件	495件	518件	481件	1,019件
		B/総件数	0.69%	0.72%	0.78%	0.80%	0.76%	1.45%
	費用額	C	5億8356万円	7億0069万円	6億2715万円	6億6029万円	6億2153万円	12億1537万円
		C/総費用	23.2%	26.4%	25.2%	26.2%	25.9%	31.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移（脳血管疾患）

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
脳血管疾患	人数	D	16人		15人		13人		13人		14人		46人		
		D/A	6.8%		6.1%		5.4%		4.9%		5.6%		8.8%		
	件数	E	36件		32件		32件		25件		28件 ↓		92件		
		E/B	7.5%		6.5%		6.5%		4.8%		5.8%		9.0%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	2	6.3%	2	6.3%	1	4.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	7	19.4%	3	9.4%	7	21.9%	1	4.0%	0	0.0%	75-80歳	15	16.3%
		60代	16	44.4%	11	34.4%	18	56.3%	6	24.0%	8	28.6%	80代	61	66.3%
		70-74歳	13	36.1%	16	50.0%	5	15.6%	17	68.0%	20	71.4%	90歳以上	16	17.4%
	費用額	F	4912万円		4692万円		4275万円		3561万円		3301万円 ↓		1億0794万円		
		F/C	8.4%		6.7%		6.8%		5.4%		5.3%		8.9%		

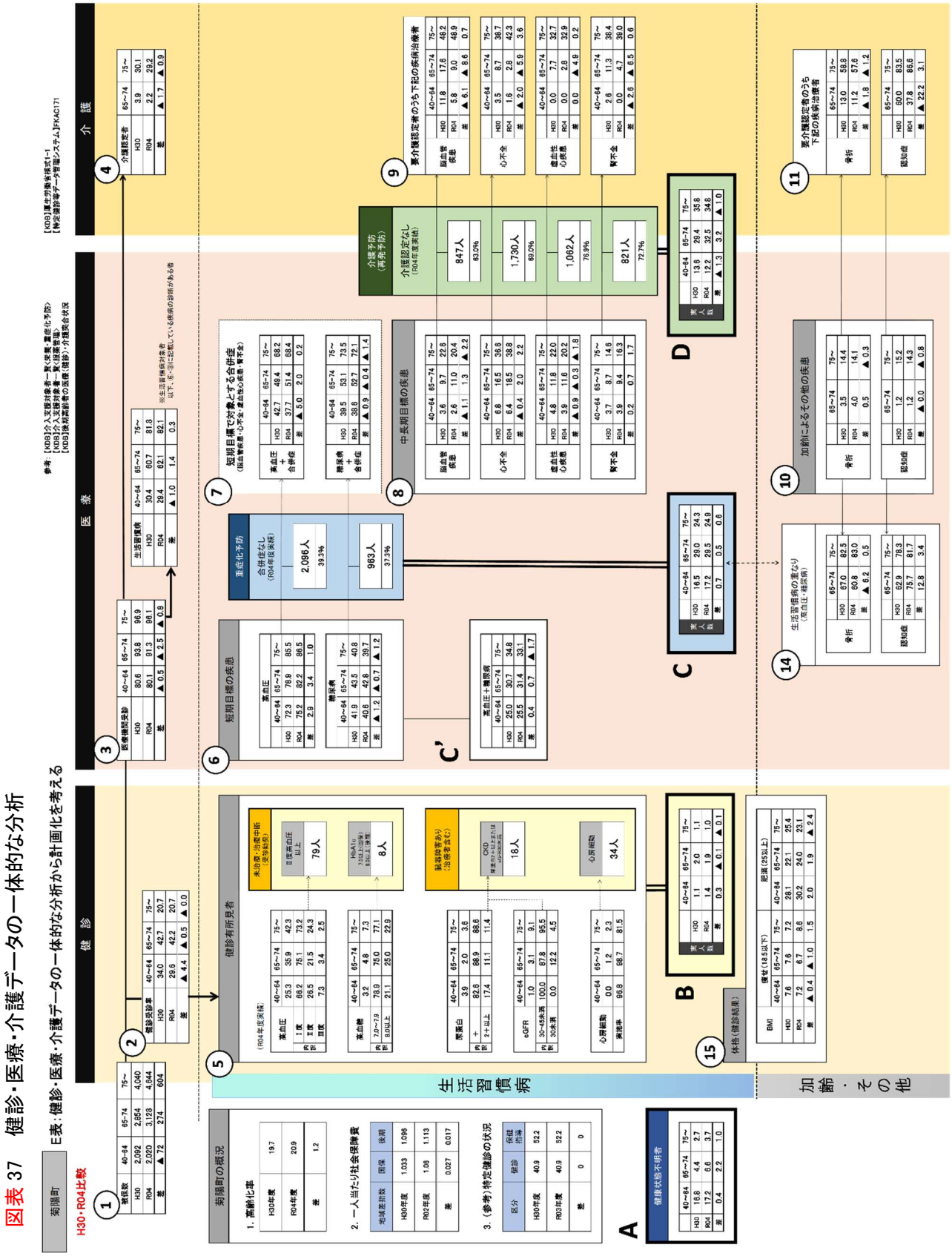
出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移（虚血性心疾患）

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
虚血性心疾患	人数	G	15人		11人		7人		17人		11人		12人		
		G/A	6.3%		4.5%		2.9%		6.4%		4.4%		2.3%		
	件数	H	15件		11件		7件		20件		14件		12件		
		H/B	3.1%		0.0%		1.4%		3.9%		2.9%		1.2%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	13.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	14.3%	75-80歳	7	58.3%
		60代	8	53.3%	6	54.5%	3	42.9%	11	55.0%	5	35.7%	80代	5	41.7%
		70-74歳	5	33.3%	5	45.5%	4	57.1%	9	45.0%	7	50.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	2015万円		1649万円		795万円		3005万円		1866万円		2673万円		
		I/C	3.5%		2.4%		1.3%		4.6%		3.0%		2.2%		

出典：ヘルスサポートラボツール

（2）健診・医療・介護の一体的分析



図表 38　被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数			健診受診率			体格（健診結果）					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	30.1	2,092	2,854	4,040	34.0	42.7	20.7	7.6	7.6	7.2	28.1	22.1	25.4
R04	29.2	2,020	3,128	4,644	29.6	42.2	20.7	7.2	6.7	8.6	30.2	24.0	23.1

図表 39　健診有所見状況

E表	⑤																													
年度	Ⅱ度高血圧以上（未治療・治療中断者）									HbA1c7.0以上（未治療・治療中断者）※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2＋以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30	30	4.2	(10)	105	8.6	(35)	79	9.4	(14)	19	2.7	(4)	73	6.0	(5)	9	1.1	(1)	6	0.8	7	0.6	9	1.1	4	0.6	10	0.8	20	2.4
R04	51	8.5	(21)	118	8.9	(35)	109	11.3	(23)	19	3.2	(4)	64	4.8	(3)	16	1.7	(1)	4	0.7	7	0.5	7	0.7	0	--	16	1.2	18	1.9

図表 40　短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
年度	医療機関受診			生活習慣病対象者（生活習慣病の医療機関受診者）			短期目標の疾患（生活習慣病受診者のうち）									短期目標の疾患とする合併症					
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧＋合併症			糖尿病＋合併症		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	80.6	93.8	96.9	30.4	60.7	81.8	72.3	78.9	85.5	41.9	43.5	40.8	25.0	30.7	34.8	42.7	49.4	68.2	39.5	53.1	73.5
R04	80.1	91.3	96.1	29.4	62.1	82.1	75.2	82.2	86.5	40.6	42.8	39.7	25.5	31.4	33.1	37.7	51.4	68.4	38.6	52.7	72.1

注）合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保数割)												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		
	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	3.6	9.7	22.6	4.8	11.8	22.0	6.8	16.5	36.6	3.7	8.7	14.6	11.8	17.6	48.2	0.0	7.7	32.7	3.5	8.7	38.7	2.6	11.3	38.4
R04	2.6	11.0	20.4	3.9	11.6	20.2	6.4	18.5	38.8	3.9	9.4	16.3	5.8	9.0	48.9	0.0	2.8	32.9	1.6	2.8	42.3	0.0	4.7	39.0

図表 42　骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	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（被保数割）				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	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	67.0	82.5	62.9	78.3	3.5	14.4	1.2	15.2	13.0	58.8	60.0	83.5
R04	60.8	83.0	75.7	81.7	4.0	14.1	1.2	14.3	11.2	57.6	37.8	86.6

出典：ヘルスサポートラボツール

（3）健康課題の明確化（図表 32～42）

国保の被保険者数は年々減っていますが、令和 2 年度一人当たり医療費は新型コロナ感染症の影響で減ったものの、令和 3 年度以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり 80 万円を超え、国保の 2.4 倍も高い状況です。（図表 32）

菊陽町は、これまで糖尿病・高血圧・脂質異常症の重症化予防に重点をおいて保健事業に取り組んできたため、短期目標疾患の総医療費に占める割合は、同規模保険者と比べて低くなっています。しかし、中長期目標疾患の透析に対する医療費が総医療費に占める割合は、同規模保険者・国・県よりも高く、透析にならないよう対策が必要です。（図表 33）

高額レセプトについては、国保においては毎年約 500 件と横ばいですが、後期高齢者になると、人数・件数ともに約 2 倍に増加しています（図表 34）。

高額における疾病をみてみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で平成 30 年度が一番多く 36 件で 4900 万円の費用が掛かっていましたが、令和 4 年度は 28 件と件数が減り、費用額も 3300 万円と減っています。しかし、後期高齢者においては、92 件発生し、1 億円以上の費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。（図表 35）

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、図表 38 の①被保険者数は、40～64 歳は減っていますが、65～74 歳、75 歳以上では増えており、高齢化率の低い本町でも 75 歳以上の後期高齢者が確実に増えていることが分かります。

⑮の体格を見ると、40～64 歳の若い年齢層で BMI25 以上の割合が高くなってきています。図表 39 健診有所見の状況をみると、特にⅡ度高血圧以上の未治療・治療中断者の対象人数が各年代で増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の強化が課題となります。

図表 40 の短期目標疾患（高血圧・糖尿病）とする合併症の状況を見ると、糖尿病においては、各年代若干割合が減っていますが、高血圧においては、65 歳以上で高くなっています。

図表 41 の中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全）において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、腎不全の割合がどの年代においても増加しており、腎不全の対策が必要です。

（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）の中でも腎不全に対する対策が必要と思われます。特に高血圧に対して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、脳血管疾患や虚血性心疾患や腎不全への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第 4 章に記載しています。

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、分析結果や実態から計画の見直し、改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが目標です。

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、評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 43)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

② 中長期的な目標の設定

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

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

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

③ 短期的な目標の設定

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

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

改善を目指します。

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

（2） 管理目標の設定

図表 43 第 3 期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標値	R11 数値目標	実績 初期値 R６ (R4)	実績 中間評価 (R7)	実績 最終評価 (R10)	データの把握方法 (活用データ)
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	新規脳梗塞患者数の減少（割合の維持・減少）	減少【%】（割合の維持・減少）	0.8	0.89			データヘルス支援システム
			新規脳出血患者数	減少【%】（割合の維持・減少）	0.1	0.13			
			新規虚血性心疾患患者数	減少【%】（割合の維持・減少）	1.5	1.71			
			新規人工透析導入患者数	減少・発症させない【人】	0.0	3			
			糖尿病性腎症による新規透析導入患者数	減少・発症させない【人】	0.0	2			
	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、メタボシックシンドローム等の対象者を減らす	★特定健診受診率	上昇【%】	60.0	42.4			法定報告値
			40代、50代の健診実施（受診）率	60%以上【%】	60.0	33.8			
			★特定保健指導実施率	上昇【%】	60.0	59.5			
			（問診）朝食を抜くことが週3回以上者の割合	減少【%】	10.0	11.7			・特定健診等データ管理システム ・ラボツール ・データヘルス支援システム
			内臓脂肪症候群該当者・予備群の割合	減少【%】	27.0	29.0			
			血圧Ⅱ度以上者（160/100以上）の割合	減少【%】	6.0	8.9			
			LDL180以上者の割合	減少【%】	2.0	2.2			
			40代、50代の健診受診者のHbA1C6.5%以上者の割合	減少【%】	5.0	5.2			
			★健診受診者のHbA1C8.0%（NGSP値）以上者の割合	減少【%】	1.0	1.11			
			健診受診者のうち糖尿病の未治療者（治療中断者を含むの割合）	減少【%】	13.0	15.6			
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	1%増 又は全国平均以下【%】	17.0	15.8			法定報告値
			内臓脂肪症候群該当者の減少率	1%増 又は全国平均以下【%】	19.0	18.5			

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 年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第 3 期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2．目標値の設定

図表 44　特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	45%	48%	51%	54%	57%	60%以上
特定保健指導実施率	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上

3．対象者の見込み

図表 45　特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	4,100人	4,000人	3,900人	3,800人	3,700人	3,600人
	受診者数	1,845人	1,920人	1,989人	2,052人	2,109人	2,052人
特定保健指導	対象者数	221人	230人	239人	246人	253人	246人
	受診者数	133人	138人	143人	148人	152人	148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。

① 集団健診（委託健診機関）

② 個別健診（委託医療機関）

（2）特定健診委託基準

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

（3）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代えられます。（実施基準第 1 条第 4 項）

図表 46　特定健診検査項目（例示）

〇菊陽町特定健診検査項目

健診項目		菊陽町	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

（4）実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

（5）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。

（6）代行機関

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

（7）健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47　特定健診実施スケジュール（例示）

	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(随時も可) （特定健診の開始）	（特定保健指導の実施）
5月			健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取 費用決裁 保健指導対象者の抽出	
7月		（特定保健指導の開始）	実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
8月			
9月		（特定健診・特定保健指導の実施）	
10月	契約に関わる 予算手続き		受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会）への報告 （ファイル作成・送付）
11月			
12月			
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、事業所への外部委託で行います。

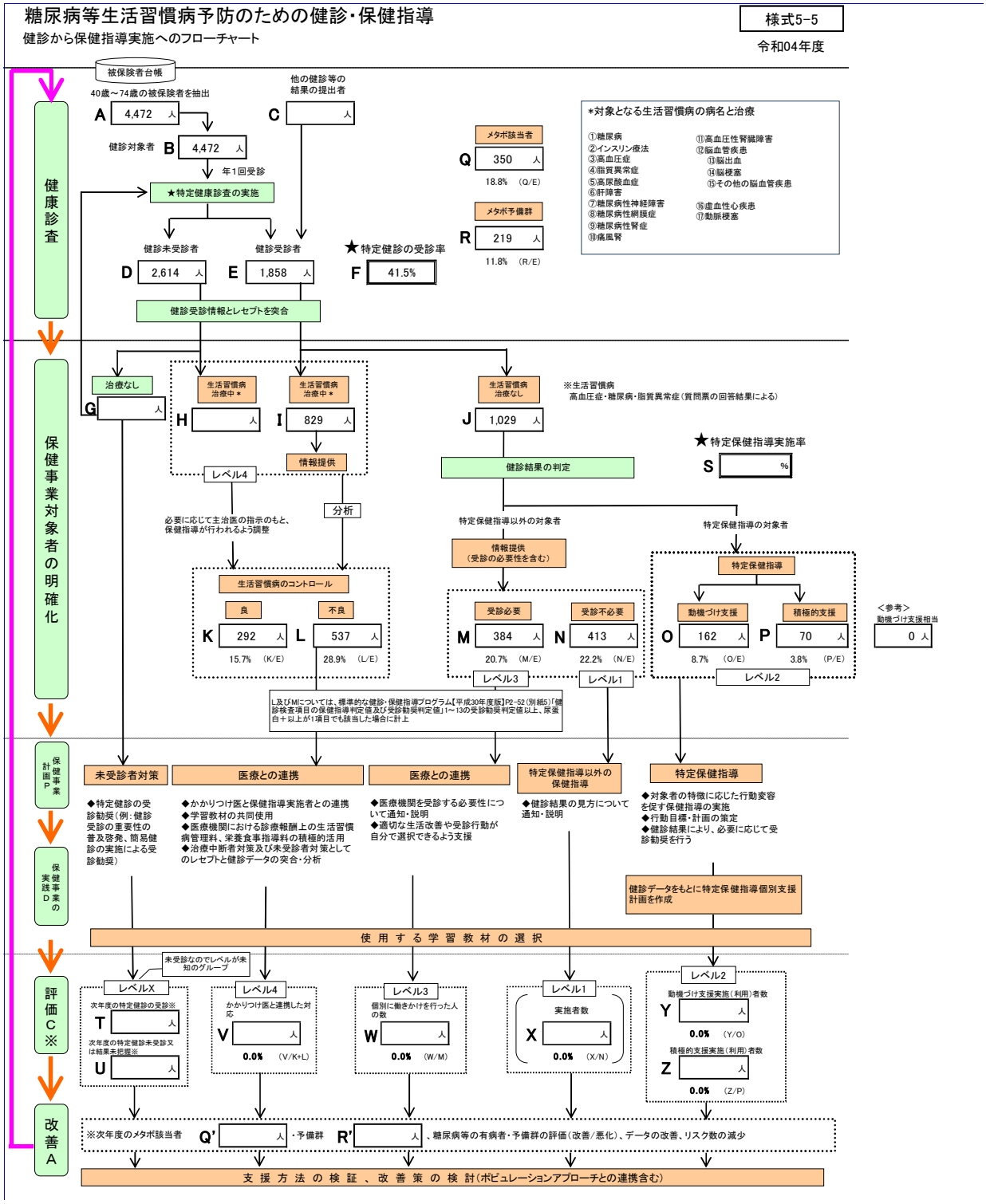
○第4期(2024年以降)における変更点　　特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き（第4版）

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

（1）健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48　健診から保健指導へのフローチャート（様式 5-5）



出典：ヘルスサポートラボツール

（2）要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49　要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込（受診者の〇%）	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	232人 （12.5%）	60%
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	384人 （20.7%）	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	2614 ※受診率目標達成までにあと〇〇人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	413人 （22.2%）	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	829人 （44.6%）	28.9%

（3）生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

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

6. 個人情報の保護

（1）基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律を踏まえた対応を行います。

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

（2）特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

７．結果の報告

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

８．特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章　課題解決するための個別保健事業

Ⅰ．保健事業の方向性

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

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

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

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

Ⅱ．重症化予防の取組

菊陽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、623 人（31.6%）です。そのうち治療なしが 218 人（20.1%）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 167 人です。

また、菊陽町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、232 人中 116 人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。（図表 27,51）

図表 51　脳・心・腎を守るために

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

令和04年度

健康日本21（第2次）目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少	
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021（脳卒中ガイドライン委員会）	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン（2012年改訂版）（循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2011年度合同研究班報告））	糖尿病治療ガイド 2022-2023（日本糖尿病学会）	CKD診療ガイドライン 2018（日本腎臓病学会）

レセプトデータ、介護保険データ、その他統計資料等に基づいて健康課題を分析

- クモ膜下出血（5.6%）
- 脳出血（18.5%）
- 脳梗塞（75.9%）
  - 心原性脳塞栓症（27.7）
  - 非心原性脳梗塞
    - ラクナ梗塞（31.2%）
    - アテローム血栓性梗塞・塞栓（33.2%）
- 心筋梗塞
- 労作性狭心症
- 安静狭心症

※脳卒中データバンク2015より

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 2017年版（日本動脈硬化学会）				メタボリックシンドロームの診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023（日本糖尿病学会）		CKD診療ガイドライン2018（日本腎臓病学会）			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		メタボ該当者（2項目以上）		HbA1c(NGSP) 6.5%以上（治療中:7.0以上）		腎臓専門医紹介基準対象者			
該当者数	173	8.8%	15	0.8%	45	2.3%	46	2.3%	350	17.8%	139	7.1%	103	5.2%	623	31.6%
治療なし	108	8.0%	6	0.6%	41	2.8%	33	2.2%	75	6.9%	74	4.1%	42	3.9%	218	20.1%
（再掲）特定保健指導	42	24.3%	3	20.0%	18	40.0%	16	34.8%	75	21.4%	16	11.5%	14	13.6%	116	18.6%
治療中	65	10.4%	9	1.0%	4	0.8%	13	2.6%	275	31.1%	65	43.0%	61	6.9%	405	45.8%
臓器障害あり	100	92.6%	5	83.3%	24	58.5%	18	54.5%	51	68.0%	41	55.4%	42	100.0%	167	76.6%
CKD（専門医対象者）	5		1		3		2		5		6		42		42	
心電図所見あり	99		5		22		18		51		40		25		150	
臓器障害なし	8	7.4%	--		17	41.5%	15	45.5%	24	32.0%	33	44.6%	--		--	

＜参考＞健診受診者（受診率）

1,969人	44.0%

■各疾患の治療状況

	治療中	治療なし
高血圧	627	1,342
脂質異常症	498	1,471
糖尿病	151	1,818
3疾患いずれか	884	1,085

※問診結果による

出典：ヘルスサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

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

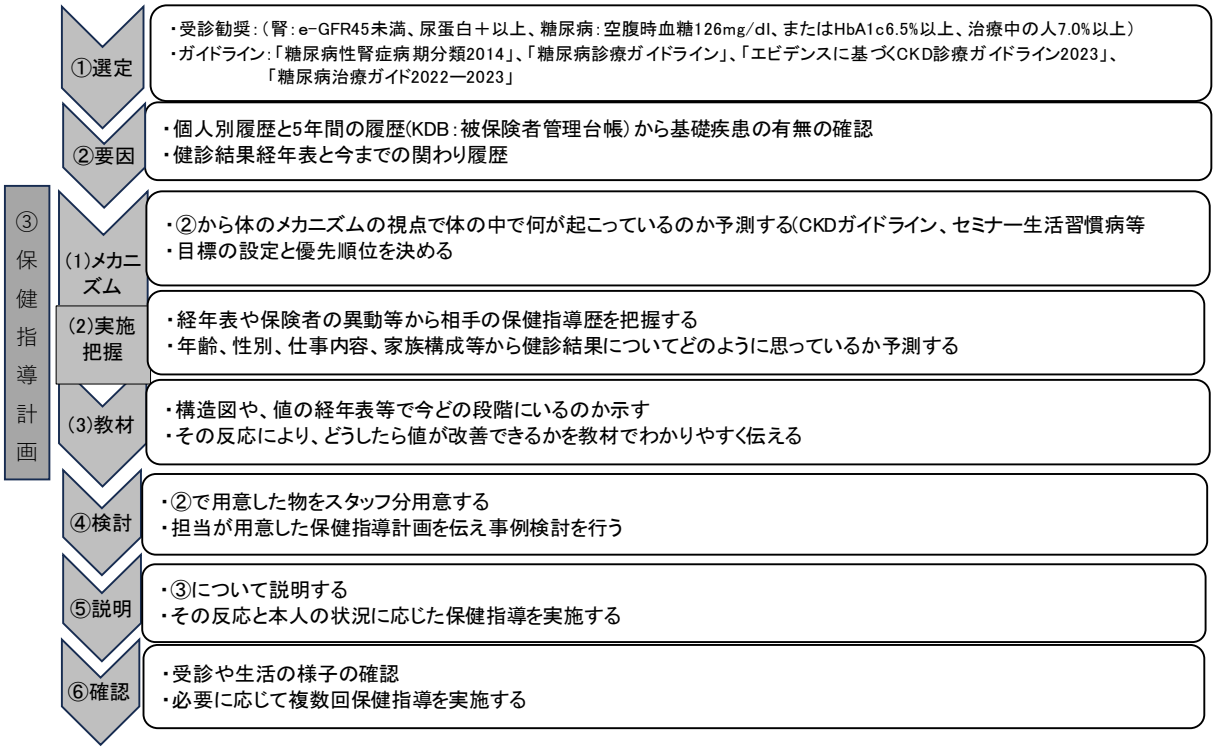
なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

（1）健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導

（2）治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

（3）糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 52　糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2）対象者の明確化

（1）対象者選定基準の考え方

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

① 医療機関未受診者

② 医療機関受診中断者

③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

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

（2）選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類（改訂）

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

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

菊陽町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため、腎機能（eGFR）の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が困難です。しかし定性にて±以上の人に定量検査を実施しています。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 介入方法と優先順位

図表 54 より菊陽町の介入方法を以下のとおりとします。

優先順位１

【受診勧奨】

・健診を受診した者のうち糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（Ｆ）・・・96 人

優先順位２

【保健指導】

・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（Ｊ）・・・92 人

　治療中断しない（継続受診）のための保健指導

・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

優先順位３

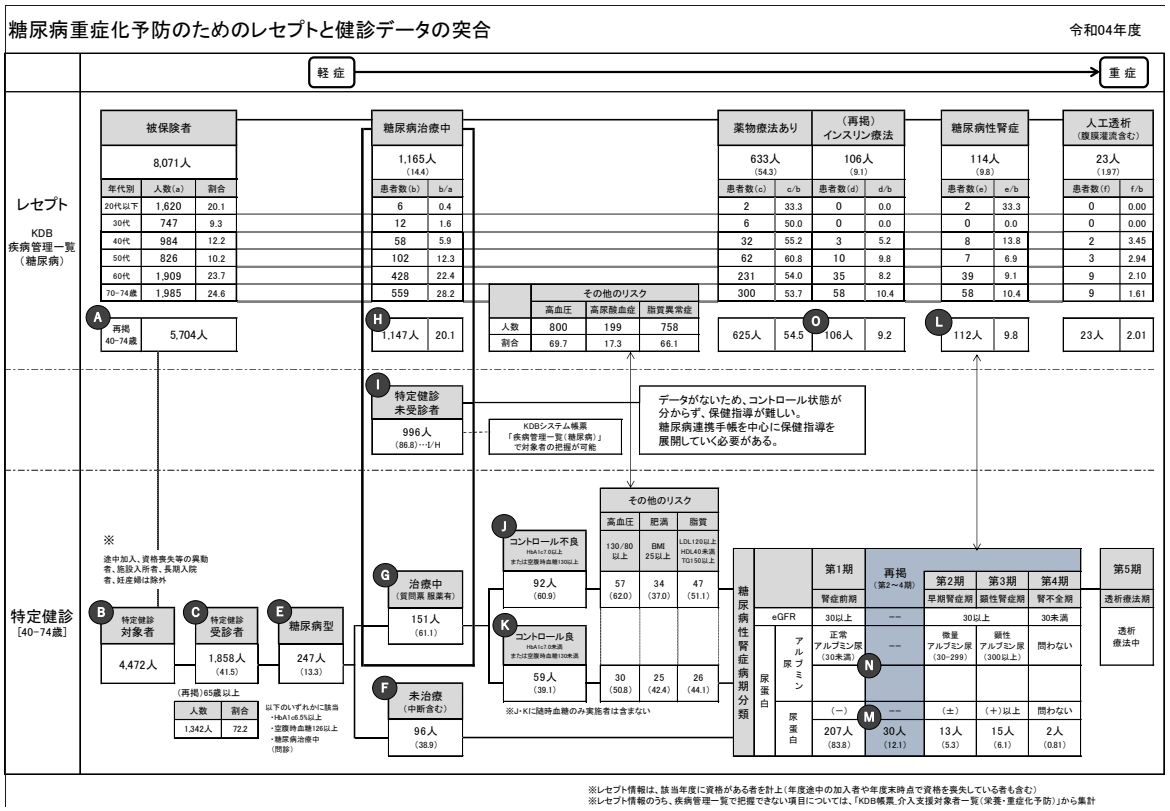
【保健指導】

・Ｉの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳

・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

図表 54　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典：ヘルスサポートラボツール

3） 保健指導の実施

（1） 実施期間及びスケジュール

5 月　・・・対象者の選定基準、概数試算、介入方法、実施方法の決定

6 月～・・・特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施（通年）

（2）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。菊陽町においては、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。

（3） 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（±）以上の方へは、二次健診等で尿蛋白定量検査を実施し、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。

4） 医療との連携

（1） 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、健診結果経年表や糖尿病連携手帳、糖尿病連携台帳等を使用します。糖尿病連携手帳を持っていない方には、その後の自己管理に繋げることができるよう、手帳の使い方について、丁寧な説明を行います。

（2） 治療中の者への対応

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

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6） 評価

評価を行うにあたっては，短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 55 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア．受診勧奨対象者への介入率

イ．医療機関受診率

ウ．医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア．保健指導実施率

イ．糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

〇HbA1c の変化

〇eGFR の変化（1 年で 25%以上の低下、1 年で 5ml/1.73 ㎡以上低下）

〇尿蛋白の変化

〇服薬状況の変化

図表 55 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目					突合表	菊陽町										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	7,925人		7,791人		7,573人		7,417人		7,143人			
	②		（再掲）40-74歳			5,646人		5,601人		5,522人		5,529人		5,344人			
2	①	特定健診	対象者数		B	5,016人		4,902人		4,866人		4,718人		4,472人			
	②		受診者数		C	2,117人		2,091人		1,865人		1,932人		1,969人			
	③		受診率			42.2%		42.7%		38.3%		40.9%		44.0%			
3	①	特定保健指導	対象者数			300人		294人		286人		268人		260人			
	②		実施率			46.7%		53.1%		60.8%		52.2%		64.6%			
4	①	健診データ	糖尿病型		E	290人	13.7%	274人	13.1%	250人	13.4%	253人	13.1%	247人	12.5%		
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）		F	134人	46.2%	115人	42.0%	101人	40.4%	103人	40.7%	96人	38.9%		
	③		治療中（質問票 服薬あり）		G	156人	53.8%	159人	58.0%	149人	59.6%	150人	59.3%	151人	61.1%		
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		J	102人	65.4%	102人	64.2%	95人	63.8%	91人	60.7%	92人	60.9%		
	⑤			血圧 130/80以上		67人	65.7%	58人	56.9%	74人	77.9%	57人	62.6%	58人	63.0%		
	⑥			肥満 BMI25以上		38人	37.3%	45人	44.1%	44人	46.3%	41人	45.1%	34人	37.0%		
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		K	54人	34.6%	57人	35.8%	54人	36.2%	59人	39.3%	59人	39.1%		
	⑧		第1期	尿蛋白（－）	M	252人	86.9%	241人	88.0%	222人	88.8%	213人	84.2%	215人	87.0%		
	⑨		第2期	尿蛋白（±）		16人	5.5%	13人	4.7%	12人	4.8%	22人	8.7%	14人	5.7%		
	⑩		第3期	尿蛋白（＋）以上		22人	7.6%	15人	5.5%	16人	6.4%	17人	6.7%	16人	6.5%		
	⑪		第4期	eGFR30未満		0人	0.0%	2人	0.7%	0人	0.0%	1人	0.4%	2人	0.8%		
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）			107.3人		110.5人		100.6人		104.1人		108.1人			
	②		（再掲）40-74歳（被保険者千対）			148.1人		152.1人		136.0人		137.6人		143.3人			
	③		レセプト件数（40-74歳）（）内は被保険者千対	入院外（件数）		4,594件	(826.1)	4,550件	(836.1)	4,572件	(838.6)	4,609件	(865.1)	4,532件	(903.3)	630,975件	(921.9)
	④			入院（件数）		39件	(7.0)	40件	(7.4)	20件	(3.7)	31件	(5.8)	29件	(5.8)	2,654件	(3.9)
	⑤		糖尿病治療中		H	850人	10.7%	861人	11.1%	762人	10.1%	772人	10.4%	772人	10.8%		
	⑥		（再掲）40-74歳			836人	14.8%	852人	15.2%	751人	13.6%	761人	13.8%	766人	14.3%		
	⑦		健診未受診者		I	680人	81.3%	696人	81.7%	602人	80.2%	611人	80.3%	615人	80.3%		
	⑧		インスリン治療		O	79人	9.3%	93人	10.8%	71人	9.3%	78人	10.1%	71人	9.2%		
	⑨		（再掲）40-74歳			79人	9.4%	91人	10.7%	69人	9.2%	77人	10.1%	70人	9.1%		
	⑩		糖尿病性腎症		L	87人	10.2%	79人	9.2%	77人	10.1%	71人	9.2%	71人	9.2%		
	⑪		（再掲）40-74歳			87人	10.4%	78人	9.2%	75人	10.0%	70人	9.2%	69人	9.0%		
	⑫		慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）			12人	1.4%	16人	1.9%	18人	2.4%	21人	2.7%	17人	2.2%		
	⑬		（再掲）40-74歳			12人	1.4%	16人	1.9%	18人	2.4%	21人	2.8%	17人	2.2%		
	⑭		新規透析患者数			5	0.06%	4	0.05%	4	0.05%	5	0.07%	3	0.04%		
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症			2	40.00%	2	50.00%	2	50.00%	5	100.00%	2	66.67		
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）			24人	2.6%	19人	1.9%	20人	2.1%	24人	2.6%	22人	2.2%		
6	①	医療費	総医療費			25億1497万円		26億5280万円		24億8576万円		25億1820万円		24億0053万円		21億6943万円	
	②		生活習慣病総医療費			13億1276万円		14億0072万円		13億6136万円		12億8191万円		12億4172万円		11億4738万円	
	③		（総医療費に占める割合）			52.2%		52.8%		54.8%		50.9%		51.7%		52.9%	
	④		生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者		7,177円		8,649円		5,169円		5,792円		6,866円		7,199円	
	⑤			健診未受診者		34,028円		35,974円		39,658円		34,794円		33,429円		37,856円	
	⑥		糖尿病医療費			1億2841万円		1億3639万円		1億3156万円		1億3391万円		1億3302万円		1億2598万円	
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）			9.8%		9.7%		9.7%		10.4%		10.7%		11.0%	
	⑧		糖尿病入院外総医療費			3億8158万円		3億8762万円		3億6942万円		3億6980万円		3億6421万円			
	⑨		1件あたり			34,389円		35,706円		35,260円		36,679円		37,149円			
	⑩		糖尿病入院総医療費			2億2592万円		2億5360万円		2億6664万円		2億5619万円		2億8428万円			
	⑪		1件あたり			514,616円		614,053円		658,367円		627,910円		708,929円			
	⑫		在院日数			16日		18日		18日		17日		18日			
	⑬		慢性腎不全医療費			1億3874万円		1億5233万円		1億5565万円		1億6025万円		1億4987万円		9872万円	
	⑭		透析有り			1億3369万円		1億4774万円		1億4989万円		1億5724万円		1億4440万円		9197万円	
	⑮		透析なし			505万円		458万円		576万円		301万円		547万円		675万円	
7	①	介護	介護給付費			20億5786万円		21億7286万円		22億3085万円		23億3717万円		24億4771万円		21億9980万円	
	②		（2号認定者）糖尿病合併症			0件	0.0%	2件	12.5%	2件	8.3%	1件	10.0%	0件	0.0%		
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）			5人	2.1%	2人	0.8%	1人	0.4%	2人	0.8%	2人	0.8%	926人	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

2. メタボリックシンドローム重症化予防

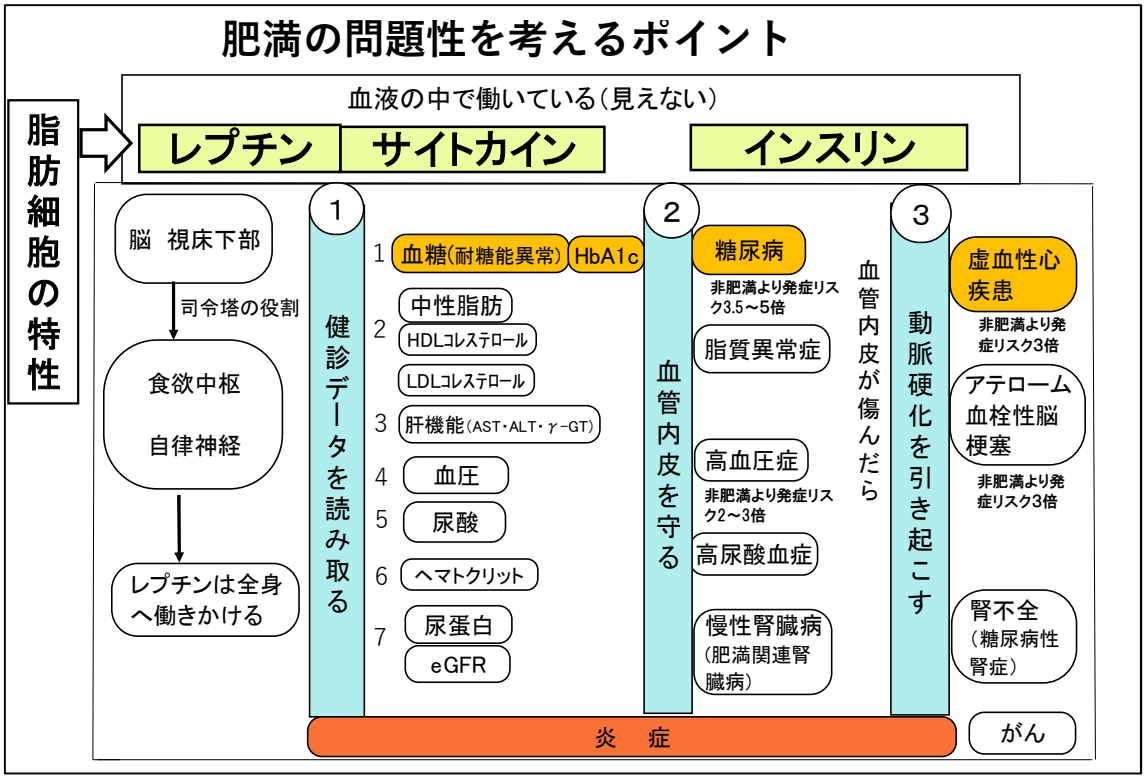
1）基本的な考え方

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、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態です。

「メタボリックシンドローム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。」（メタボリックシンドロームの定義と診断基準より）

なお、取組みにあたっては図表 56 に基づいて考えていきます。

図表 56　肥満の問題性を考えるポイント



2）肥満・メタボリックシンドロームの状況

（1） 肥満・メタボリックシンドロームの実態

健診受診者のうち、メタボリック該当者・予備群の割合は県内市町村平均より低いですが、予備群の割合が増加しています。（図表 23）

メタボリック該当者を性別・年代別にみてみると、男性で 50 代から受診者の 2～3 割を超えますが、女性では 60 代・70 代で 1 割弱程度のため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。（図表 57）

図表 57 年代別メタボリック該当者の状況（令和 4 年度菊陽町）

			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	902	111	96	307	388	1,067	116	121	393	437
メタボ該当者		B	264	26	26	96	116	86	4	8	34	40
		B/A	29.3%	23.4%	27.1%	31.3%	29.9%	8.1%	3.4%	6.6%	8.7%	9.2%
再掲	① 3項目全て	C	90	5	9	41	35	24	0	2	8	14
		C/B	34.1%	19.2%	34.6%	42.7%	30.2%	27.9%	0.0%	25.0%	23.5%	35.0%
	② 血糖＋血圧	D	48	3	3	16	26	18	1	2	5	10
		D/B	18.2%	11.5%	11.5%	16.7%	22.4%	20.9%	25.0%	25.0%	14.7%	25.0%
	③ 血圧＋脂質	E	117	16	11	37	53	43	3	3	21	16
		E/B	44.3%	61.5%	42.3%	38.5%	45.7%	50.0%	75.0%	37.5%	61.8%	40.0%
	④ 血糖＋脂質	F	9	2	3	2	2	1	0	1	0	0
		F/B	3.4%	7.7%	11.5%	2.1%	1.7%	1.2%	0.0%	12.5%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 58 メタボリック該当者の治療状況（令和 4 年度菊陽町）

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	902	264	29.3%	203	76.9%	61	23.1%	1,067	86	8.1%	72	83.7%	14	16.3%
40代	111	26	23.4%	9	34.6%	17	65.4%	116	4	3.4%	3	75.0%	1	25.0%
50代	96	26	27.1%	13	50.0%	13	50.0%	121	8	6.6%	8	100.0%	0	0.0%
60代	307	96	31.3%	79	82.3%	17	17.7%	393	34	8.7%	27	79.4%	7	20.6%
70～74歳	388	116	29.9%	102	87.9%	14	12.1%	437	40	9.2%	34	85.0%	6	15.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

（２） 保健指導対象者の優先順位

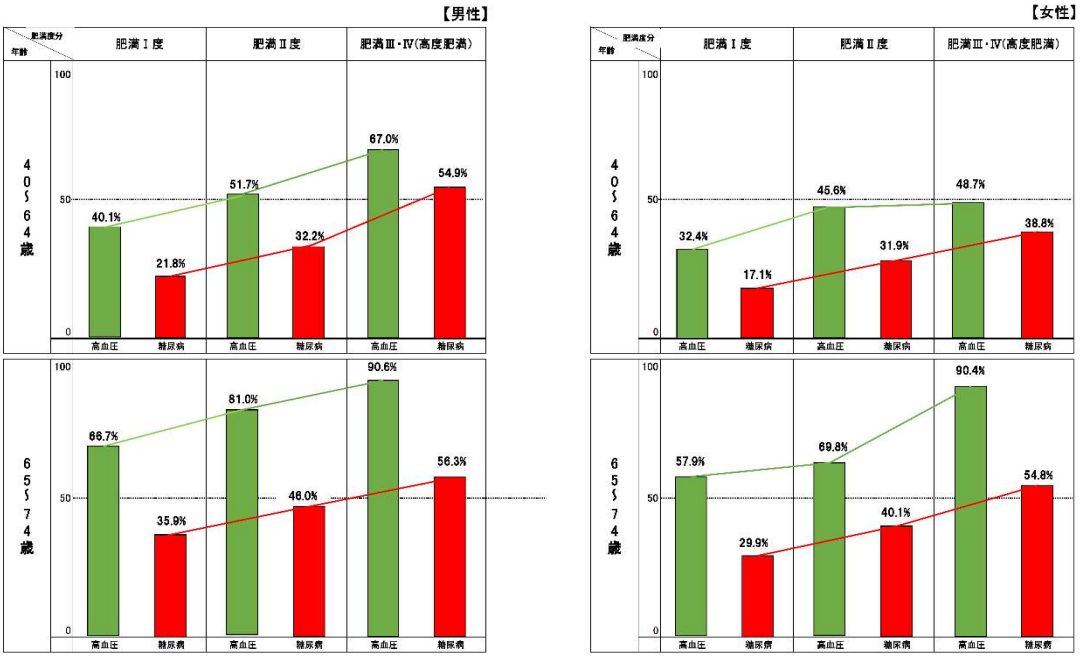
肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠（EBM）「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。

まず、「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の医療者が連携してフォローアップを行う必要があるとされています。そのため、肥満 3 度・4 度の未治療者については、可能であれば専門医療機関受診を勧めることで対応します。

保健指導対象者については、図表 57 のとおり、メタボリック該当者は男性が多くを占めること、若い男性に心血管病は多いことを踏まえ、40～64 歳の若い世代の男性を最優先の対象者とすることとします。

図表 59 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



図表 60 肥満度分類による実態（令和 4 年度菊陽町）

		受診者数		BMI25以上		（再掲）肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
		40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数		627	1,342	188	324	155	287	27	33	6	3	0	1
				30.0%	24.1%	24.7%	21.4%	4.3%	2.5%	1.0%	0.2%	0.0%	0.1%
再掲	男性	281	621	110	187	97	174	11	12	2	1	0	0
				39.1%	30.1%	34.5%	28.0%	3.9%	1.9%	0.7%	0.2%	0.0%	0.0%
	女性	346	721	78	137	58	113	16	21	4	2	0	1
				22.5%	19.0%	16.8%	15.7%	4.6%	2.9%	1.2%	0.3%	0.0%	0.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

3）対象者の明確化

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（図表 58）は、男女とも 7 割以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は予備軍も含めて増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

（1） 対象者の選定基準の考え方

① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。

②治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導（食事指導）を行います。

① 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)を行います。

(2)対象者の管理

特定保健指導対象者及び他の重症化予防対象者の管理と同様とします。

4）保健指導の実施

（1） 実施期間及びスケジュール

5 月 ・・・対象者の選定基準、概数試算、介入方法、実施方法の決定

6 月～・・・特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施（通年）

（2）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っていきます。

（3） 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。菊陽町においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施を検討します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

①頸動脈エコー検査（心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査）

②負荷心電図（心臓の状態を詳しく見る検査）

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）医療との連携

メタボリックシンドローム重症化予防のためには、減量（適正体重の維持）に加え、血圧、血糖、脂質等リスク因子のコントロールが重要となります。
メタボリックシンドロームの該当者については、特定保健指導対象者や、他の重症化予防対象者と重複すると考えられるため、他の事業と同様の対応とします。

6）評価

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標について、年に１回評価します。
個々の評価については、特定保健指導対象者や、他の重症化予防対象者と重複すると考えられるため、他の事業の中で実施していきます。

3. 虚血性心疾患重症化予防

1） 基本的な考え方

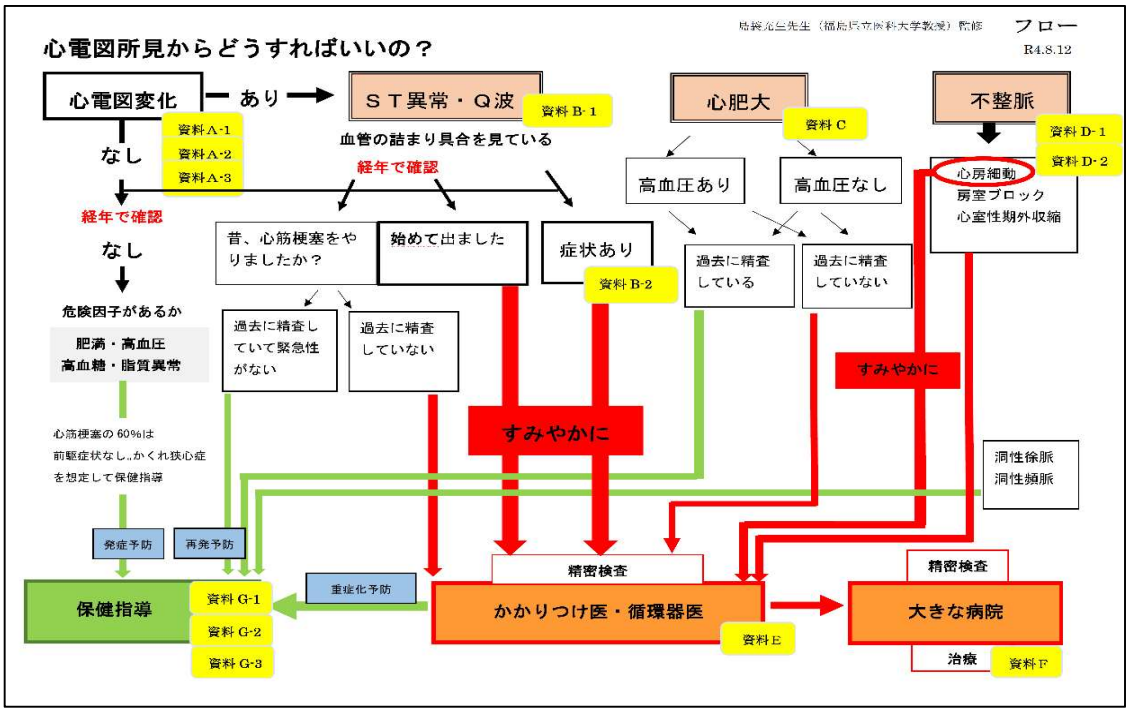
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2） 対象者の明確化

（1） 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 61 に基づいて考えます。

図表 61 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。

菊陽町においては、心電図検査を 1,970 人（94.5%）に実施し、そのうち有所見者が 469 人（23.8%）

でした。所見の中でも期外収縮が 94 人(20.0%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 62)

また、有所見者のうち要精査が 165 人(35.2%)で、その後の受診状況をみると 35 人(21.2%)は未受診でした。(図表 63)。

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 62 心電図検査結果

性別・年齢 ＼ 所見		心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
40～74歳		1,970	94.5	469	23.8%	40	8.5%	68	14.5%	28	6.0%	71	15.1%	9	1.9%	85	18.1%	15	3.2%	94	20.0%
内訳	男性	903	94.0	247	27.4%	23	9.3%	28	11.3%	17	6.9%	36	14.6%	8	3.2%	57	23.1%	13	5.3%	48	19.4%
内訳	女性	1,067	94.9	222	20.8%	17	7.7%	40	18.0%	11	5.0%	35	15.8%	1	0.5%	28	12.6%	2	0.9%	46	20.7%

菊陽町調べ

図表 63 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり (c)		受診なし (d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	469	23.8%	165	35.2%	130	78.8%	35	21.2%
男性	247	52.7%						
女性	222	47.3%						

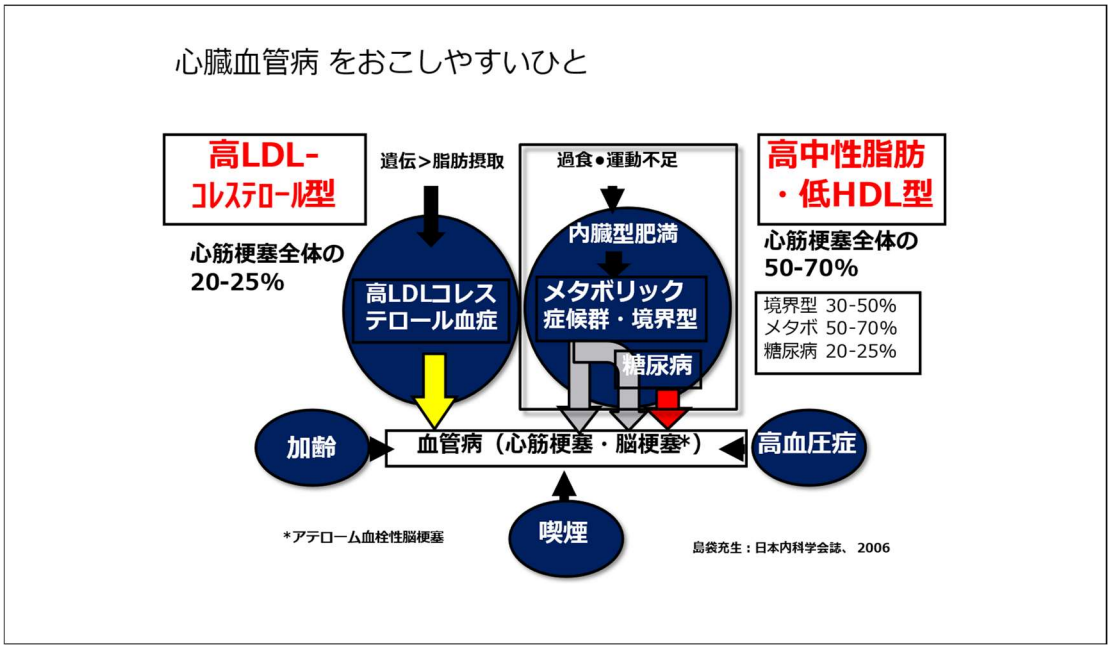
R4年度菊陽町調べ

③ 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ませんが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の 60%は前駆症状ないため)積極的に保健指導を行う必要があります。

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 64)

図表 64　心血管病をおこしやすいひと



図表 64 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A：メタボタイプについては、第 4 章「2. メタボリックシンドローム重症化予防」（図表 57・58）を参照します。

B：LDL コレステロールタイプ（図表 65）

図表 65　冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

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）

（参考）
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

管理区分及びLDL管理目標（ ）内はNon-HDL				健診結果（LDL-C） 120-139	140-159	160-179	180以上	（再掲）LDL160以上の年代別 40代	50代	60代	70～74歳
			784	368	254	124	38	20	25	62	55
				46.9%	32.4%	15.8%	4.8%	12.3%	15.4%	38.3%	34.0%
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）	120	68	29	18	5	13	10	0	0
				15.3%	18.5%	11.4%	14.5%	13.2%	65.0%	40.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満（170未満）	326	139	114	54	19	4	7	32	30
				41.6%	37.8%	44.9%	43.5%	50.0%	20.0%	28.0%	51.6%	54.5%
	高リスク	120未満（150未満）	299	140	100	47	12	3	6	26	24
				38.1%	38.0%	39.4%	37.9%	31.6%	15.0%	24.0%	41.9%	43.6%
		再掲 100未満（130未満）※1	12	6	2	3	1	1	0	1	2
				1.5%	1.6%	0.8%	2.4%	2.6%	5.0%	0.0%	1.6%	3.6%
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）	39	21	11	5	2	0	2	4	1
				5.0%	5.7%	4.3%	4.0%	5.3%	0.0%	8.0%	6.5%	1.8%

※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） 実施期間及びスケジュール

5 月　・・・対象者の選定基準、概数試算、介入方法、実施方法の決定

6 月～・・・特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施（通年）

（2） 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。

（3） 対象者の管理

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

4） 医療との連携

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

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6） 評価

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

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

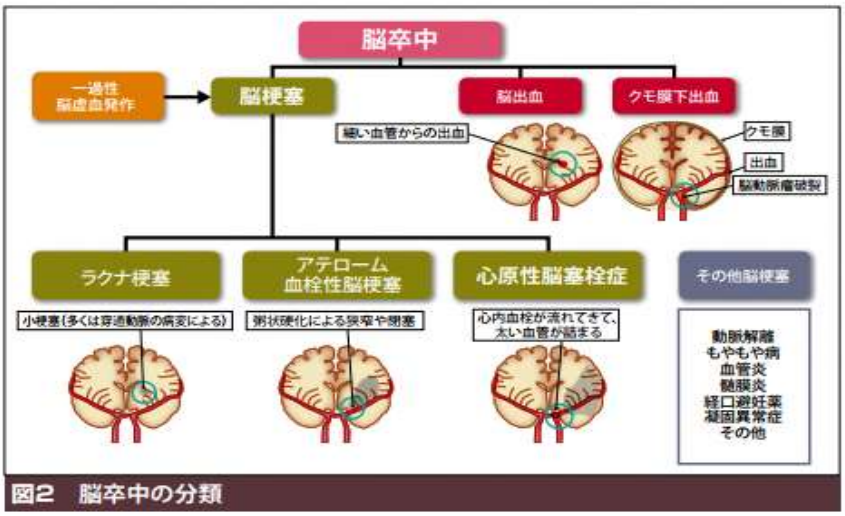
4.　脳血管疾患重症化予防

1）　基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。（図表 66，67）

図表 66　脳卒中の分類

【脳卒中の分類】



（脳卒中予防の提言より引用）

図表 67　脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2） 対象者の明確化

（1）脳血管疾患発症の実態をみる

本町の脳血管疾患の種類をみてみると、図表 68 のとおり、国保、後期高齢者ともに脳梗塞の割合が最も多い状況でした。市町村平均との割合比較においては、後期高齢者の脳内出血の割合が若干高くなっている状況が見えました。

脳梗塞の種類を図表 69 でみてみると、国保世代ではアテローム血栓性脳塞栓症の割合が最も高くなっており、市町村平均の割合と比較すると、約 10%高い状況でした。

このことから、国保世代からの動脈硬化の危険因子である高血圧、脂質異常症、糖尿病、いわゆる生活習慣病の重症化予防を強化していく必要があります。

図表 68 脳血管疾患の種類をみる（令和 4 年度）

国保		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	402,744	2,513	0.62%	639	0.16%	163	0.04%
菊陽町	7,327	34	0.46%	6	0.08%	1	0.01%

後期高齢者		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	284,602	8,874	3.12%	1,333	0.47%	270	0.09%
菊陽町	4,257	114	2.68%	27	0.63%	2	0.05%

図表 69 脳血管疾患の種類をみる（令和 4 年度）

国保		脳梗塞人数		ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳塞栓		心原性脳塞栓症	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	402,744	2,513	0.62%	737	29.33%	363	14.44%	279	11.10%
菊陽町	7,327	34	0.46%	7	20.59%	8	23.53%	4	11.76%

後期高齢者		脳梗塞人数		ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳塞栓		心原性脳塞栓症	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
市町村計	284,602	8,874	3.12%	2,407	27.12%	1,103	12.43%	1502	16.93%
菊陽町	4,257	114	2.68%	22	19.30%	11	9.65%	19	16.67%

2） 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 70 でみると、高血圧治療者 2,171 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 220 人(10.1%・O)でした。

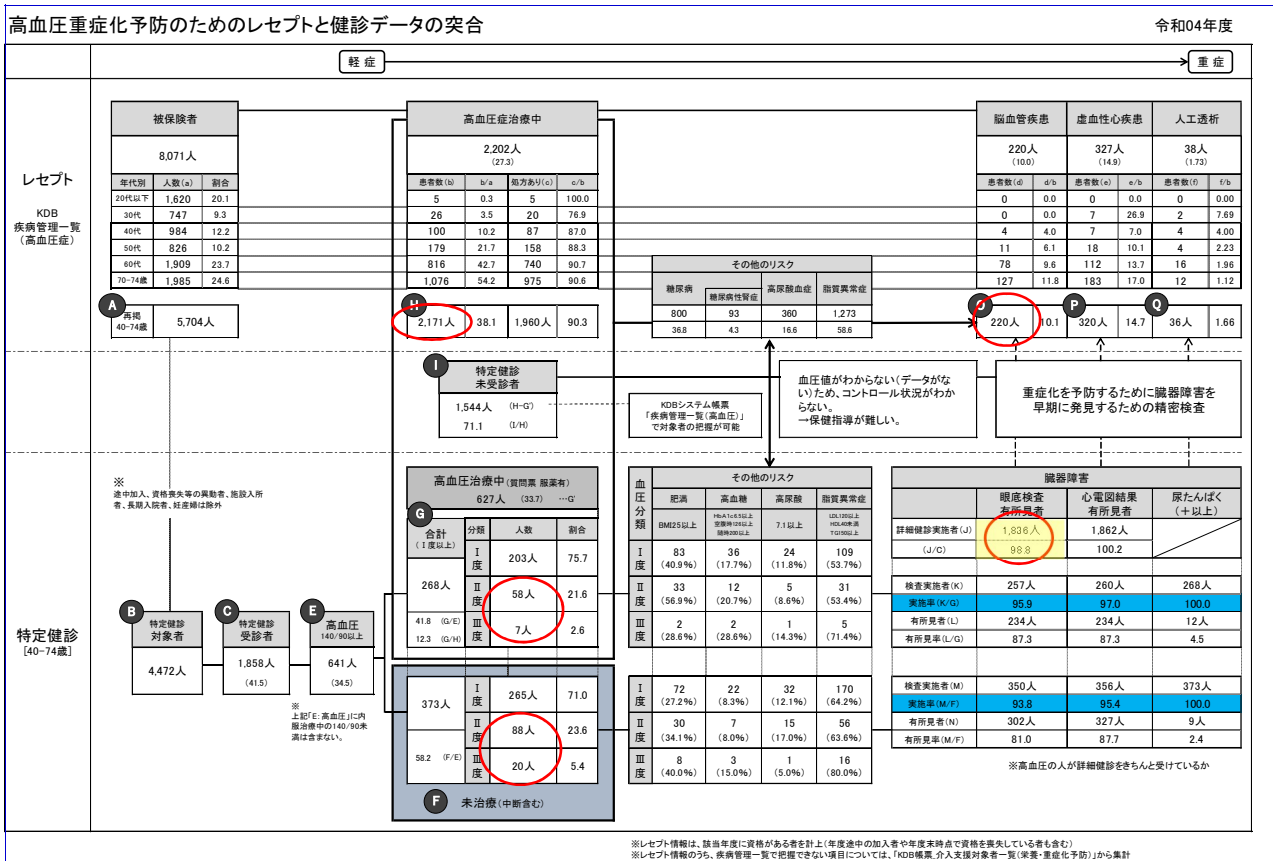
健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 173 人(9.3%・G、F)であり、そのうち 108 人(62.4%・F)は未治療者です。

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 65 人(10.4%・G)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)は、1,836 人(98.8%)実施している状況です。

図表 70 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



出典:ヘルスサポートラボツール

（3） 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 71　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）

血圧分類（mmHg） / リスク層（血圧以外のリスク因子）		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
	668	295	265	88	20
		44.2%	39.7%	13.2%	3.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	38	C 18	B 15	B 4	A 1
	5.7%	6.1%	5.7%	4.5%	5.0%
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	391	C 173	B 150	A 53	A 15
	58.5%	58.6%	56.6%	60.2%	75.0%
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	239	B 104	A 100	A 31	A 4
	35.8%	35.3%	37.7%	35.2%	20.0%

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

	区分	該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	204
		30.5%
B	概ね1ヵ月後に再評価	273
		40.9%
C	概ね3ヵ月後に再評価	191
		28.6%

出典：ヘルスサポートラボツール

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

図表 71 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。

（3）心電図検査における心房細動の実態

図7 心房細動と心原性脳塞栓症

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 72 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

（脳卒中予防の提言より引用）

図表 72 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査（※1）	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	902	1,067	849	94.1%	1,013	94.9%	13	1.5%	2	0.2%	--	--
40代	111	116	107	96.4%	113	97.4%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	96	121	90	93.8%	112	92.6%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	307	393	285	92.8%	366	93.1%	5	1.8%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	388	437	367	94.6%	422	96.6%	8	2.2%	2	0.5%	3.4%	1.1%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 73 心房細動有所見者の治療状況

心房細動有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
15	2	13.3%	13	86.7%

菊陽町調べ

心電図検査において 15 人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者 15 人のうち 13 人は既に治療が開始されていましたが、2 人はまだ治療につながっていません。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性について十分な説明を行います。また、未治療者に対しては、速やかに医療機関の受診に繋げていきます。

3） 保健指導の実施

（1） 実施期間及びスケジュール

5 月 ・・・対象者の選定基準、概数試算、介入方法、実施方法の決定

6 月～・・・特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施（通年）

（2） 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。

（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、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。

Ⅲ.　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1）基本的な考え方

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

2）事業の実施

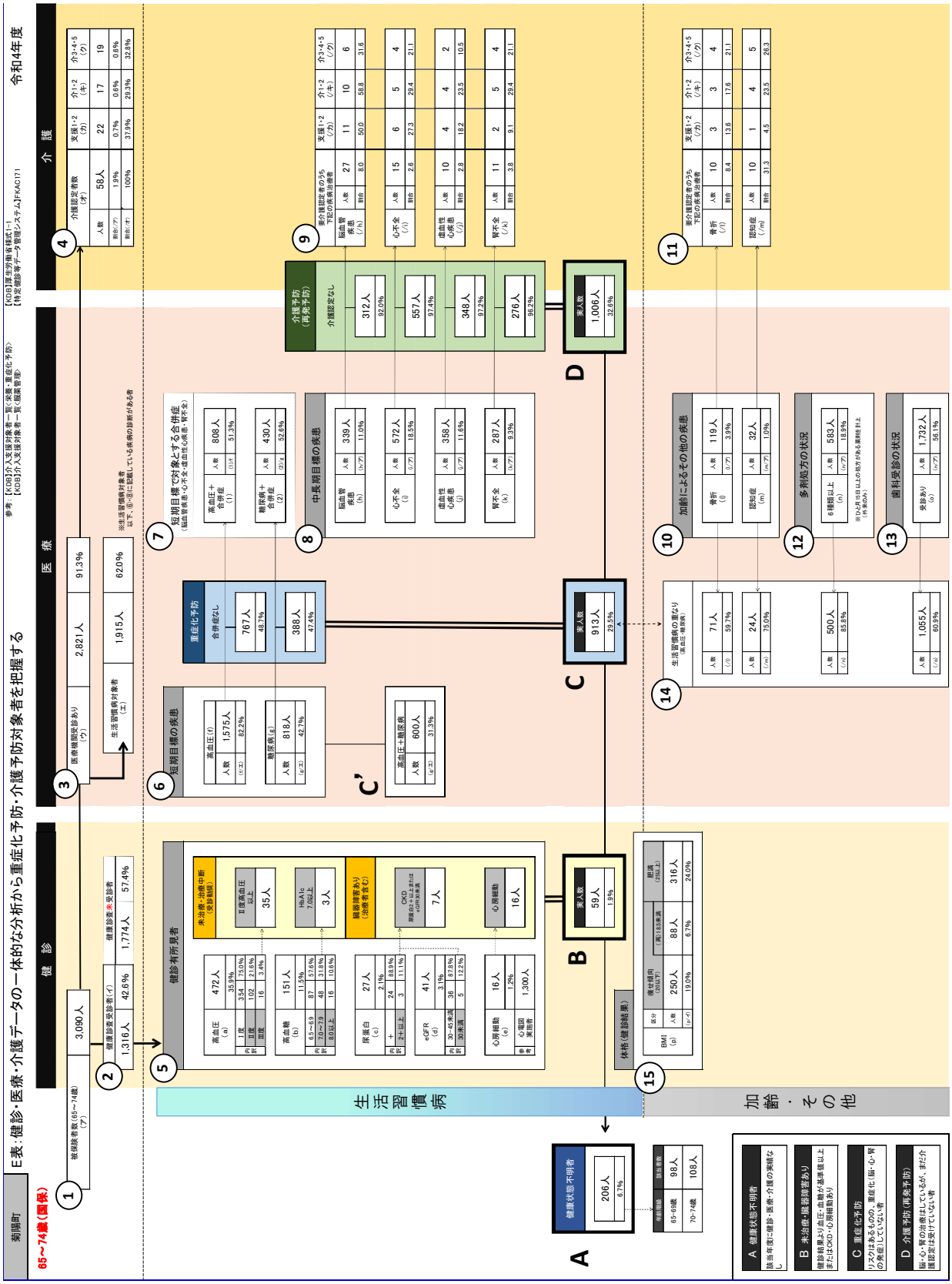
令和 2 年度より熊本県後期高齢者広域連合から、本町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和 6 年度以降も引き続き事業を行っていきます。

具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置
KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

② 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軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。（ポピュレーションアプローチ）

図表 74 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



Ⅳ.　発症予防

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

菊陽町においては、健康増進法及び母子保健法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていくことが必要です。

図表 75　生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える　　ー基本的考え方ー　（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）

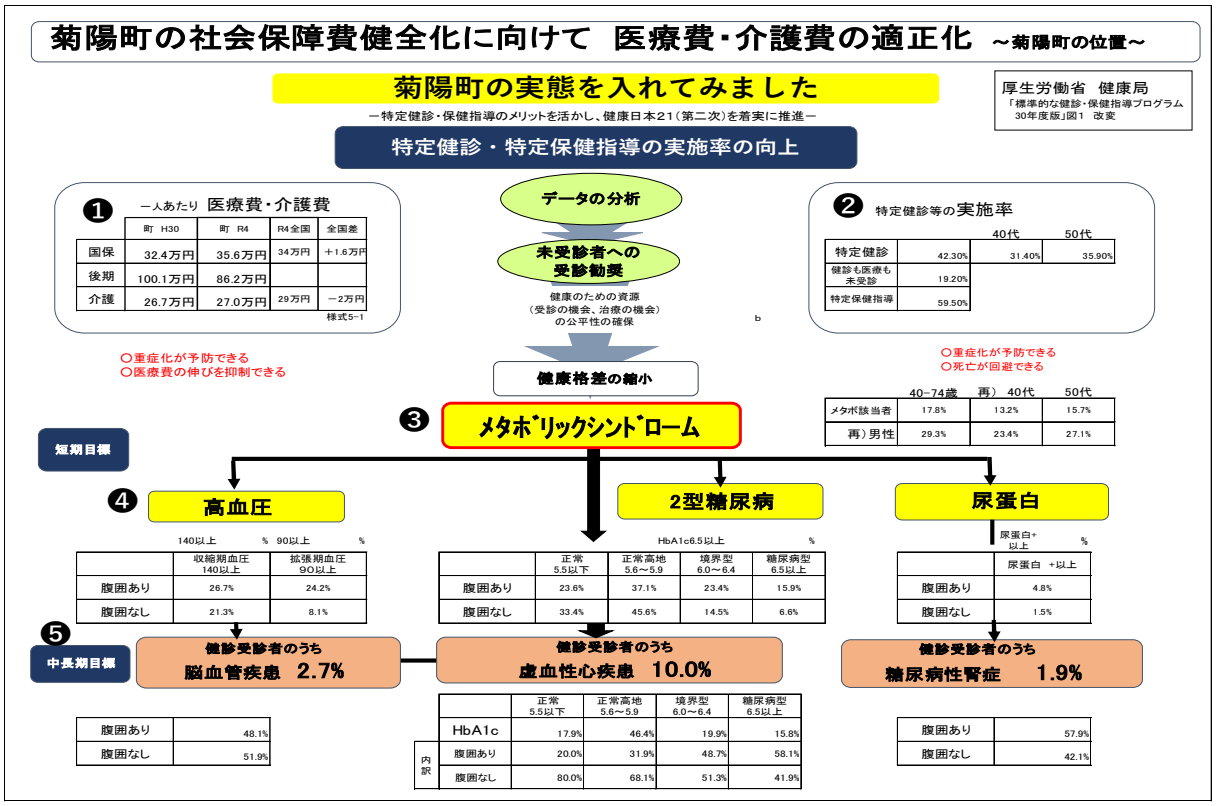
発症予防 → 重症化予防

1 根拠法 6条 健康増進事業実施者			健康増進法															
			母子保健法					児童福祉法	学校保健安全法			労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全法）	高齢者の医療の確保に関する法律				（介護保険）
2 計画			健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】															
			データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）															
															特定健康診査等実施計画（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
5 対象者	4 健康診査（根拠法）		妊婦健康診査（13条）		産婦健診（13条）	乳幼児健康診査（第12・13条）			保育所・幼稚園健康診断	就学時健診（11・12条）	児童・生徒の定期健康診断（第1・13・14条）		定期健康診断（第66条）		特定健康診査（第18・20・21条）			後期高齢者健康診査（第125条）
			妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校		中学校	高等学校	労働安全衛生規則（第13・44条）	標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)			
	健診内容	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) 妊娠 糖尿病		空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の １点以上満たすもの														
		身長 体重																
		BMI												25以上				
		肥満度				ｶｳﾌﾟ18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上								
		尿糖	（+）以上					〃	（+）以上									
		糖尿病 家族歴																

Ⅴ．　ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。（図表 76、77）

図表 76　社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 77　統計からみえる熊本の食

統計からみえる熊本の食～総務省統計局　家計調査　2020～2022年平均～

食品名	全国ランキング	
	金額	購入量
即席めん	3位	3位
まんじゅう	5位	
チョコレート菓子	5位	
焼酎	5位	6位
発泡酒	7位	7位
生鮮肉	10位	2位
合いびき肉	2位	1位
さといも	11位	5位
すいか	8位	6位
しょうゆ	5位	4位

食品名	全国ランキング	
	金額	購入量
ケチャップ	3位	2位
マヨネーズ	1位	1位
カレールウ	3位	11位
弁当	7位	
焼肉	8位	
ハンバーガー	1 位	
生鮮魚介	50位	
乳製品	48位	
葉茎菜	53位	49位
根菜	49位	40位

第5章　計画の評価・見直し

1．評価の時期

計画の見直しは、3 年後の令和 8 年度に進捗確認のための中間評価を行います。

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

2．評価方法・体制

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

※評価における 4 つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース（KDB）システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、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えるべきものとすることが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページを中心に周知を行います。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り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・同規模保険者と比べてみた菊陽町の位置

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

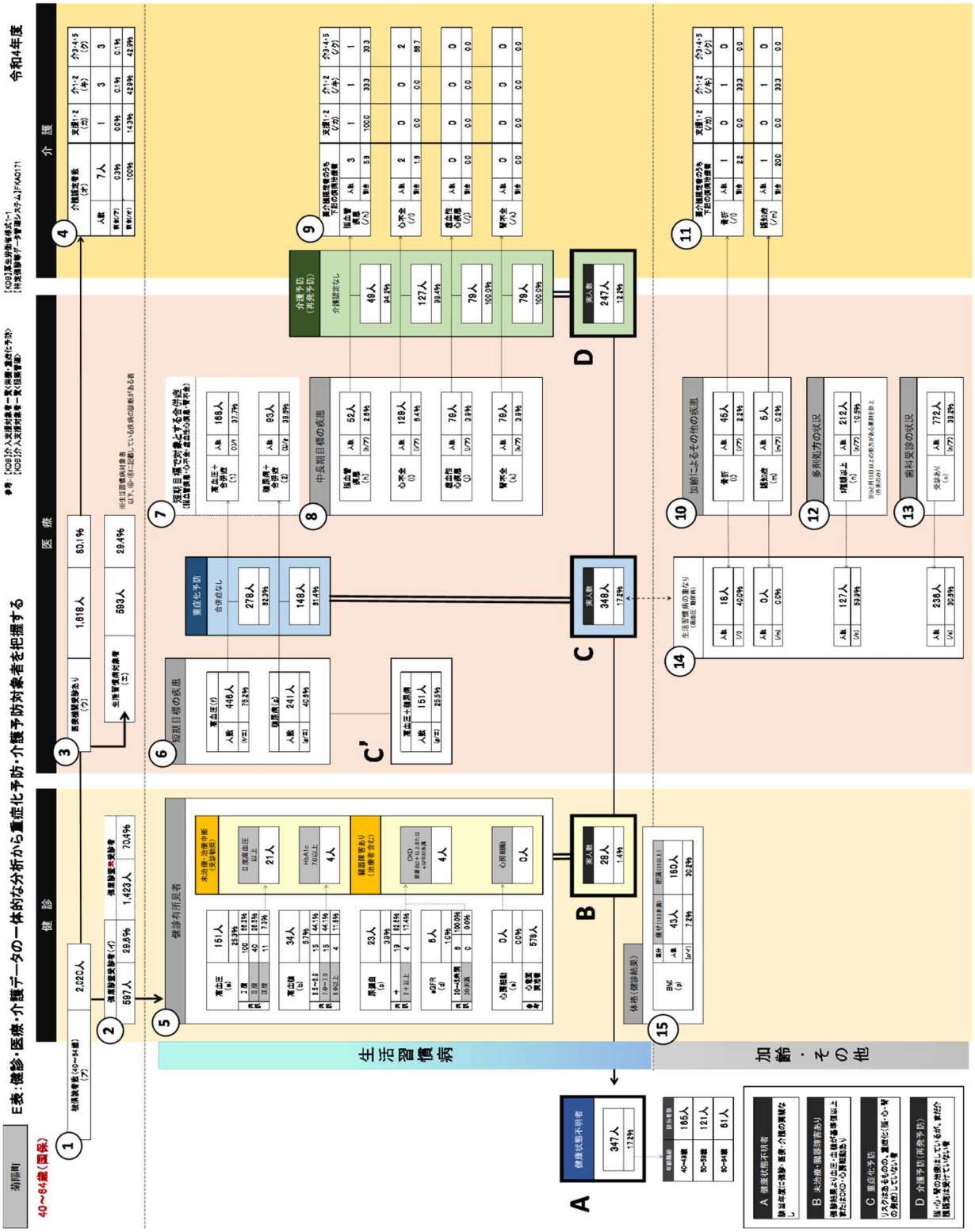
参考資料１　様式 5-1　国・県・同規模保険者と比べてみた菊陽町の位置

項目						保険者		同規模平均		県		国		データ元（CSV）
						実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	人口構成	総人口			42,687		4,284,839		1,713,102		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる 地域の健康課題
				65歳以上（高齢化率）		9,043	21.2	1,245,056	29.1	540,538	31.6	35,335,805	28.7	
				75歳以上		4,233	9.9	--	--	282,460	16.5	18,248,742	14.8	
				65～74歳		4,810	11.3	--	--	258,078	15.1	17,087,063	13.9	
				40～64歳		13,813	32.4	--	--	543,167	31.7	41,545,893	33.7	
				39歳以下		19,831	46.5	--	--	629,397	36.7	46,332,563	37.6	
	②	産業構成	第1次産業			5.0		5.4		9.8		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる 地域の健康課題
			第2次産業			30.8		28.7		21.1		25.0		
			第3次産業			64.2		66.0		69.1		71.0		
	③	平均寿命	男性			81.8		80.8		81.2		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性			88.5		87.1		87.5		87.0		
	④	平均自立期間（要介護2以上）	男性			82.2		80.4		80.4		80.1		
			女性			85.9		84.5		85.0		84.4		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）		男性	87.2		98.7		94.9		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
					女性	87.3		99.7		94.5		100		
			死因	がん		73	52.9	12,696	50.6	5,349	48.2	378,272	50.6	
				心臓病		39	28.3	6,874	27.4	3,242	29.2	205,485	27.5	
				脳疾患		9	6.5	3,420	13.6	1,547	13.9	102,900	13.8	
				糖尿病		2	1.4	485	1.9	202	1.8	13,896	1.9	
				腎不全		7	5.1	926	3.7	476	4.3	26,946	3.6	
				自殺		8	5.8	686	2.7	282	2.5	20,171	2.7	
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計			29	9.2			1730	7.1			厚労省HP 人口動態調査
				男性		18	11.3			1124	9.6			
				女性		11	7.1			606	4.8			
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）			1,593	17.5	211,456	17.0	108,069	20.2	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者		29	0.3	3,785	0.3	1,261	0.3	110,289	0.3	
				介護度別総件数	要支援1.2	5,682	14.1	712,630	13.9	380,309	14.2	21,785,044	12.9	
					要介護1.2	19,483	48.3	2,355,997	45.9	1,309,567	49.0	78,107,378	46.3	
					要介護3以上	15,135	37.6	2,064,273	40.2	984,793	36.8	68,963,503	40.8	
			2号認定者			39	0.28	5,015	0.35	1,879	0.35	156,107	0.38	
	②	有病状況	糖尿病			341	20.3	54,717	24.5	25,945	23.1	1,712,613	24.3	
			高血圧症			884	53.1	117,224	52.9	65,761	58.7	3,744,672	53.3	
			脂質異常症			454	27.8	70,399	31.5	37,156	32.8	2,308,216	32.6	
			心臓病			994	59.9	132,327	59.8	73,556	65.7	4,224,628	60.3	
			脳疾患			348	21.2	50,122	22.9	25,387	22.8	1,568,292	22.6	
			がん			199	12.3	24,937	11.1	13,445	12.0	837,410	11.8	
			筋・骨格			837	51.3	116,014	52.5	66,287	59.2	3,748,372	53.4	
			精神			599	37.6	80,119	36.4	45,259	40.5	2,569,149	36.8	
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費			270,674	2,447,705,967	259,723	323,370,248,294	310,858	168,030,405,720	290,668	10,074,274,226,869	
			1件当たり給付費（全体）			60,737		63,000		62,823		59,662		
				居宅サービス		40,647		41,449		42,088		41,272		
				施設サービス		315,192		292,001		303,857		296,364		
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）		認定あり	9,791		8,999		9,463		8,610		
					認定なし	3,861		4,040		4,221		4,020		
4	①	国保の状況	被保険者数			6,737		882,802		383,407		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
				65～74歳		3,023	44.9			174,230	45.4	11,129,271	40.5	
				40～64歳		1,994	29.6			118,490	30.9	9,088,015	33.1	
				39歳以下		1,720	25.5			90,687	23.7	7,271,596	26.5	
			加入率			15.8		20.6		22.4		22.3		
	②	医療の概況（人口千対）	病院数			5	0.7	265	0.3	208	0.5	8,237	0.3	
			診療所数			32	4.7	2,753	3.1	1,473	3.8	102,599	3.7	
			病床数			1,098	163.0	49,546	56.1	32,745	85.4	1,507,471	54.8	
			医師数			127	18.9	9,765	11.1	5,415	14.1	339,611	12.4	
			外来患者数			743.5		716.1		768.9		687.8		
			入院患者数			20.1		19.2		26.2		17.7		
	③	医療費の状況	一人当たり医療費			356,320	県内42位 同規模82位	361,243		407,772		339,680		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる 地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
			受診率			763.617		735.303		795.102		705.439		
			外来	費用の割合		58.0		59.6		54.5		60.4		
				件数の割合		97.4		97.4		96.7		97.5		
			入院	費用の割合		42.0		40.4		45.5		39.6		
				件数の割合		2.6		2.6		3.3		2.5		
			1件あたり在院日数			17.3日		16.0日		18.1日		15.7日		

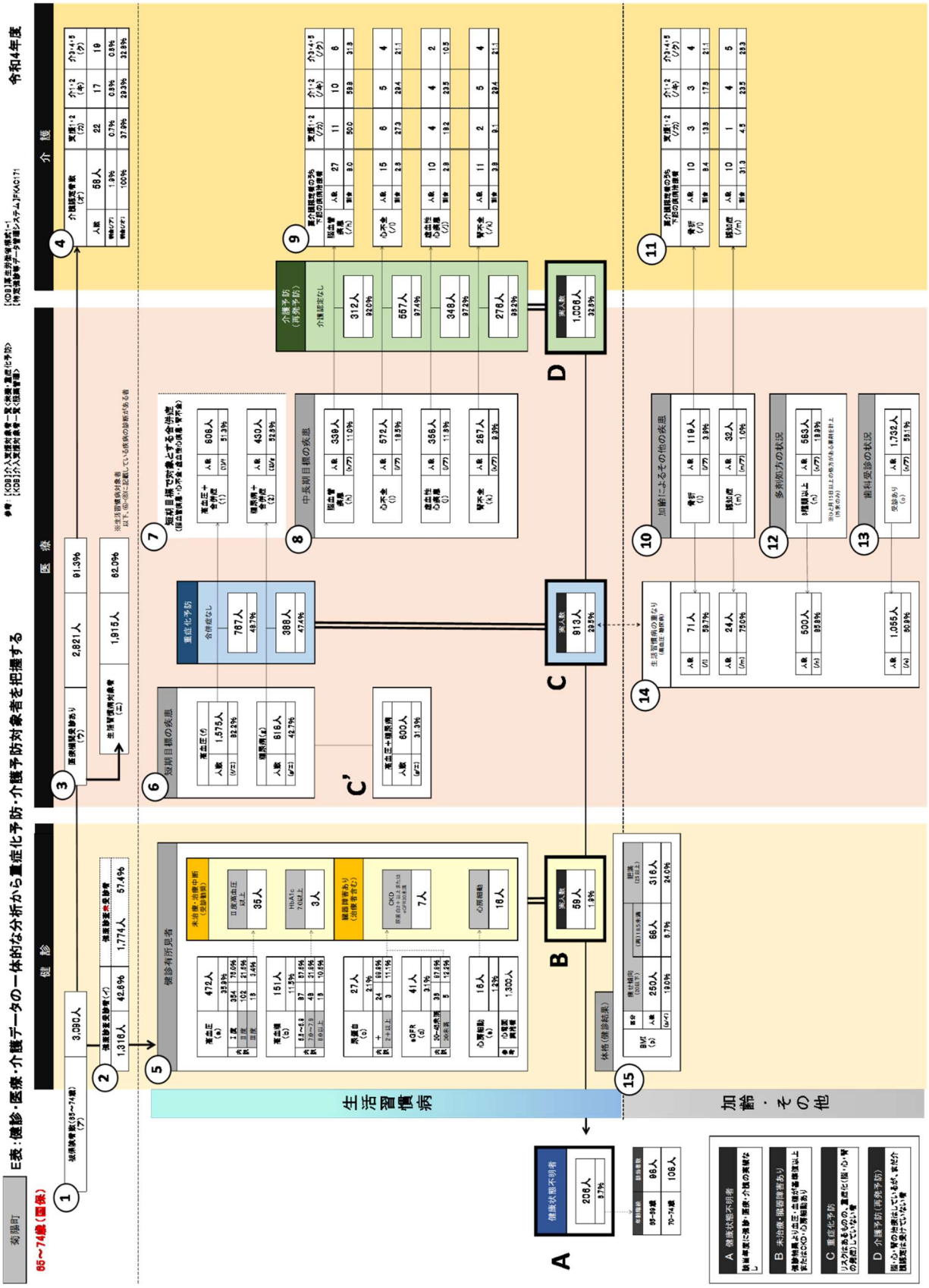
4	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	がん		312,397,170	25.2	31.9		27.3		32.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる 地域の健康課題
			慢性腎不全（透析あり）		144,402,280	11.6	8.0		10.7		8.2		
			糖尿病		133,024,260	10.7	11.0		10.9		10.4		
			高血圧症		71,172,730	5.7	6.1		6.0		5.9		
			脂質異常症		48,534,480	3.9	4.2		3.3		4.1		
			脳梗塞・脳出血		49,612,630	4.0	3.8		3.6		3.9		
			狭心症・心筋梗塞		28,020,390	2.2	2.9		2.0		2.8		
			精神		241,138,840	19.4	14.6		18.6		14.7		
			筋・骨格		204,265,800	16.5	16.6		16.6		16.7		
	⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	105	0.1	310	0.2	435	0.2	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)
				糖尿病	2,411	1.6	1,270	0.9	2,168	1.2	1,144	0.9	
				脂質異常症	20	0.0	61	0.0	117	0.1	53	0.0	
				脳梗塞・脳出血	6,795	4.5	6,294	4.3	7,036	3.8	5,993	4.5	
				虚血性心疾患	4,044	2.7	4,413	3.0	3,398	1.8	3,942	2.9	
				腎不全	2,617	1.8	4,223	2.9	5,404	2.9	4,051	3.0	
		医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	10,459	5.1	11,332	5.3	12,283	5.5	10,143	4.9	
				糖尿病	17,568	8.5	20,232	9.4	21,299	9.6	17,720	8.6	
				脂質異常症	7,184	3.5	7,876	3.7	6,890	3.1	7,092	3.5	
				脳梗塞・脳出血	569	0.3	916	0.4	625	0.3	825	0.4	
				虚血性心疾患	1,809	0.9	1,870	0.9	1,621	0.7	1,722	0.8	
				腎不全	23,366	11.3	17,044	7.9	23,648	10.6	15,781	7.7	
	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	2,375		2,440		2,450		2,031		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる 地域の健康課題
				健診未受診者	11,565		12,830		13,484		13,295		
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	6,866		7,199		6,758		6,142		
				健診未受診者	33,429		37,856		37,197		40,210		
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者		1,093	58.4	145,064	57.9	55,575	56.8	3,698,441	56.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				医療機関受診率	999	53.4	131,102	52.3	50,251	51.3	3,375,719	51.9	
				医療機関非受診率	94	5.0	13,962	5.6	5,324	5.4	322,722	5.0	
5	①	特定健診の状況 県内市町村数 47市町村 同規模市区町村数 147市町村	健診受診者		1,871		250,612		97,898		6,503,152		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる 地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
	②			受診率	42.1	県内32位 同規模60位	39.3		36.4	全国26位	35.3		
	③		特定保健指導終了者（実施率）		24	10.3	4814	16.1	3,313	28.6	69,327	9.0	
	④		非肥満高血糖		169	9.0	25,228	10.1	8,692	8.9	588,083	9.0	
	⑤		メタボ	該当者	334	17.9	52,346	20.9	20,321	20.8	1,321,197	20.3	
				男性	252	29.3	35,817	32.5	14,222	32.4	923,222	32.0	
				女性	82	8.1	16,529	11.8	6,099	11.3	397,975	11.0	
	⑥			予備群	209	11.2	28,214	11.3	11,800	12.1	730,607	11.2	
				男性	152	17.7	19,495	17.7	8,107	18.5	515,813	17.9	
				女性	57	5.6	8,719	6.2	3,693	6.8	214,794	5.9	
	⑦		メタボ該当・予備群レベル	腹囲 総数	610	32.6	88,865	35.5	35,581	36.3	2,273,296	35.0	
	⑧			腹囲 男性	458	53.3	60,938	55.3	24,633	56.1	1,592,747	55.3	
	⑨			腹囲 女性	152	15.0	27,927	19.9	10,948	20.3	680,549	18.8	
	⑩			BMI 総数	90	4.8	12,320	4.9	4,148	4.2	304,276	4.7	
	⑪			BMI 男性	12	1.4	1,709	1.6	620	1.4	48,780	1.7	
	⑫			BMI 女性	78	7.7	10,611	7.6	3,528	6.5	255,496	7.1	
	⑬			血糖のみ	7	0.4	1,744	0.7	705	0.7	41,541	0.6	
	⑭			血圧のみ	151	8.1	20,034	8.0	8,557	8.7	514,593	7.9	
	⑮			脂質のみ	51	2.7	6,436	2.6	2,538	2.6	174,473	2.7	
	⑯			血糖・血圧	62	3.3	8,097	3.2	3,517	3.6	193,722	3.0	
	⑰			血糖・脂質	9	0.5	2,643	1.1	985	1.0	67,212	1.0	
	⑱			血圧・脂質	155	8.3	24,138	9.6	9,222	9.4	630,648	9.7	
	⑲			血糖・血圧・脂質	108	5.8	17,468	7.0	6,597	6.7	429,615	6.6	
6	①	問診の状況	服薬	高血圧	606	32.4	92,854	37.1	37,276	38.1	2,324,538	35.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病	137	7.3	23,444	9.4	9,143	9.3	564,473	8.7	
				脂質異常症	478	25.5	71,191	28.4	26,402	27.0	1,817,350	28.0	
	②		既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	70	3.7	7,606	3.1	2,933	3.0	199,003	3.1	
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	103	5.5	14,124	5.8	5,477	5.7	349,845	5.5	
				腎不全	4	0.2	2,026	0.8	662	0.7	51,680	0.8	
				貧血	199	10.6	25,148	10.4	10,590	11.0	669,737	10.6	
6	③	生活習慣の状況	喫煙		263	14.1	32,100	12.8	13,307	13.6	896,676	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握
	④		週3回以上朝食を抜く		212	11.7	20,062	8.7	9,112	10.2	609,166	10.3	
	⑤		週3回以上食後間食 （～H29）		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
			週3回以上就寝前夕食 （H30～）		300	16.5	33,458	14.3	13,395	14.8	932,218	15.7	
	⑥		週3回以上就寝前夕食		300	16.5	33,458	14.3	13,395	14.8	932,218	15.7	
	⑦		食べる速度が速い		474	26.1	59,745	25.9	24,787	27.4	1,590,713	26.8	
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加		657	36.2	83,122	35.5	32,106	36.0	2,083,152	34.9	
	⑨		1回30分以上運動習慣なし		994	54.8	137,627	59.6	55,634	61.6	3,589,415	60.3	
	⑩		1日1時間以上運動なし		854	47.1	111,206	47.4	45,867	50.8	2,858,913	48.0	
	⑪		睡眠不足		471	26.0	59,845	25.6	22,325	24.7	1,521,685	25.6	
	⑫		毎日飲酒		411	22.0	56,219	23.6	25,323	26.3	1,585,206	25.5	
	⑬		時々飲酒		484	25.9	51,095	21.4	23,075	24.0	1,393,154	22.4	
	⑭		一日飲酒量	1合未満	1,262	74.8	103,887	65.7	52,841	68.5	2,851,798	64.2	
				1～2合	295	17.5	37,237	23.5	17,396	22.5	1,053,317	23.7	
				2～3合	111	6.6	13,576	8.6	5,528	7.2	414,658	9.3	
				3合以上	20	1.2	3,510	2.2	1,416	1.8	122,039	2.7	

参考資料2　健診・医療・介護の一体的な分析

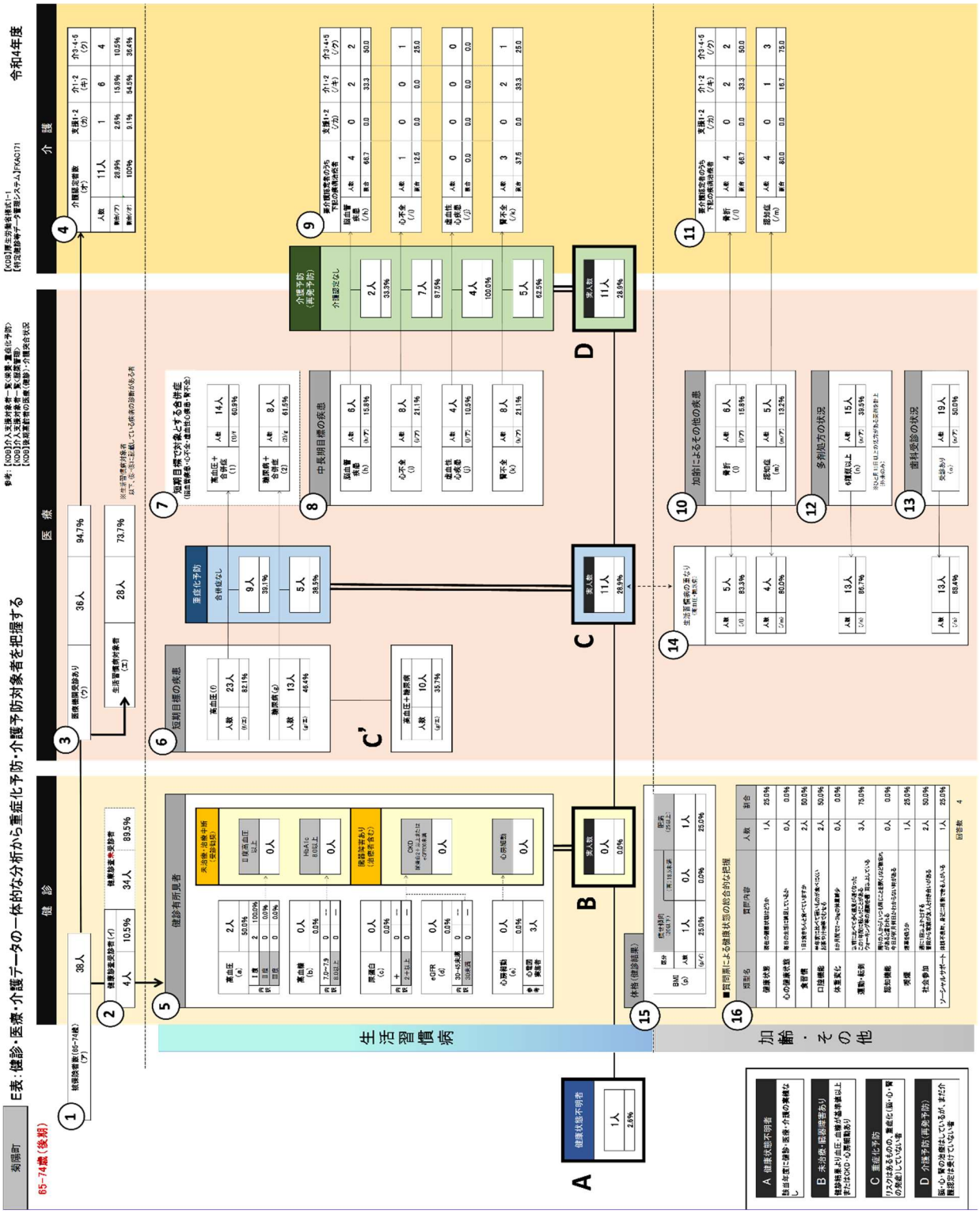
①　40～64 歳(国保)



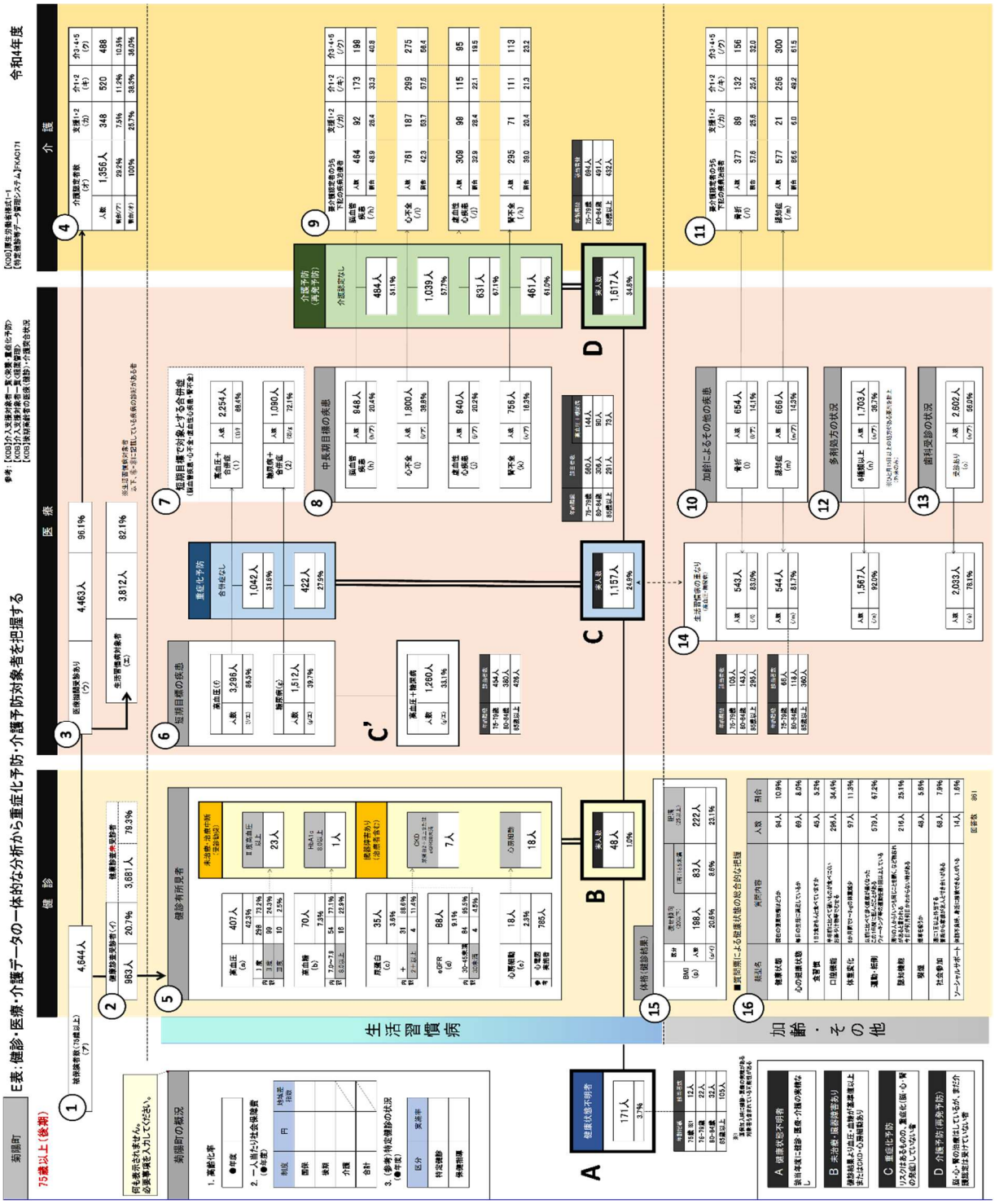
② 65～74 歳(国保)


菊陽町
医療・健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する
令和4年度
65～74歳(国保)
健 診
医 療
介 護
生活習慣病
加齢・その他
A
B
C
C'
D

③ 65～74 歳(後期)


菊陽町
E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する
65～74歳（後期）
令和4年度
健診
医療
介護
生活習慣病
加齢・その他
A
B
C
C'
D

③ 75 歳以上(後期)

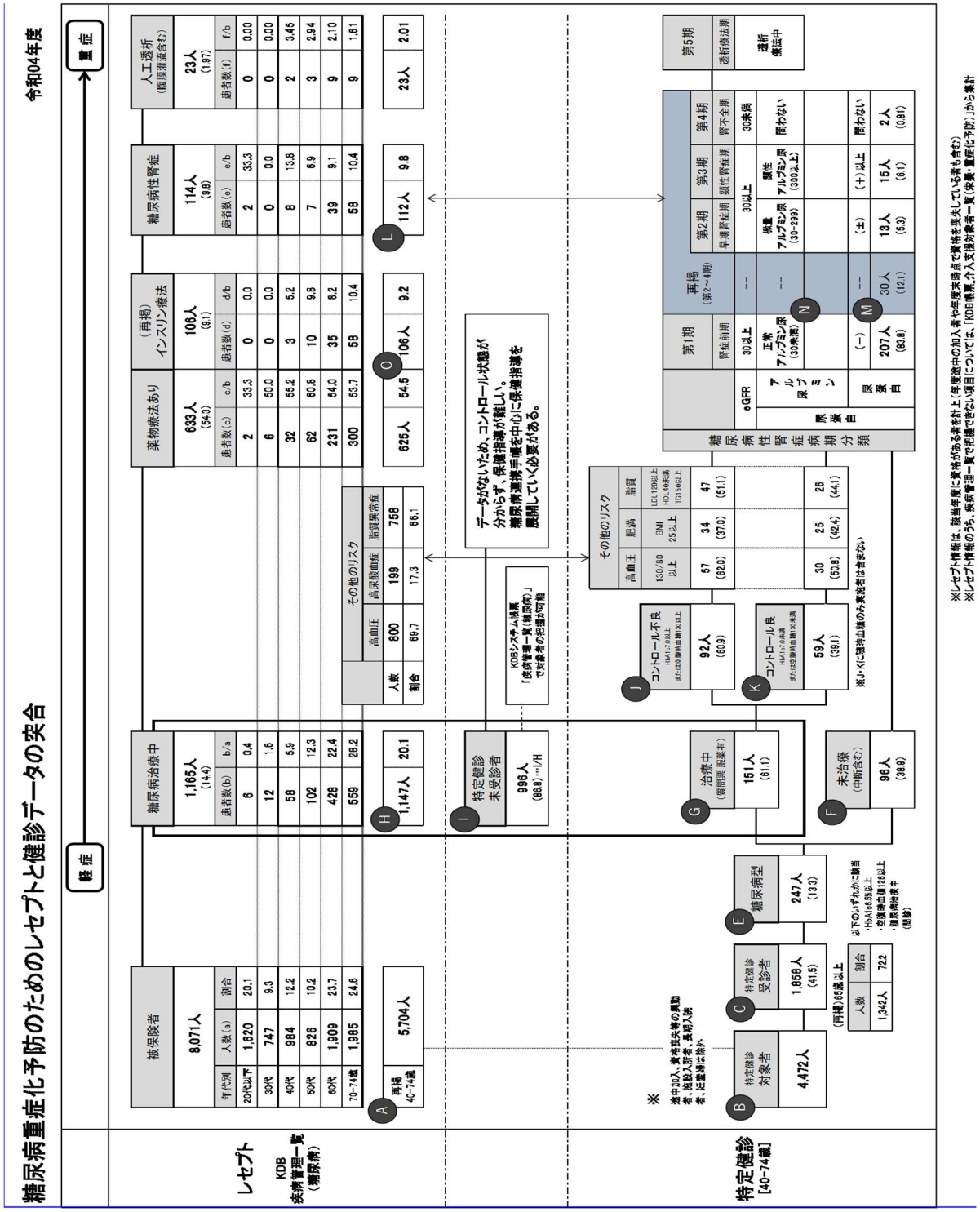

菊陽町
E表・健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する
令和4年度
75歳以上(後期)
健診
医療
介護
生活習慣病
加齢・その他
A
B
C
C'
D

参考資料3　糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

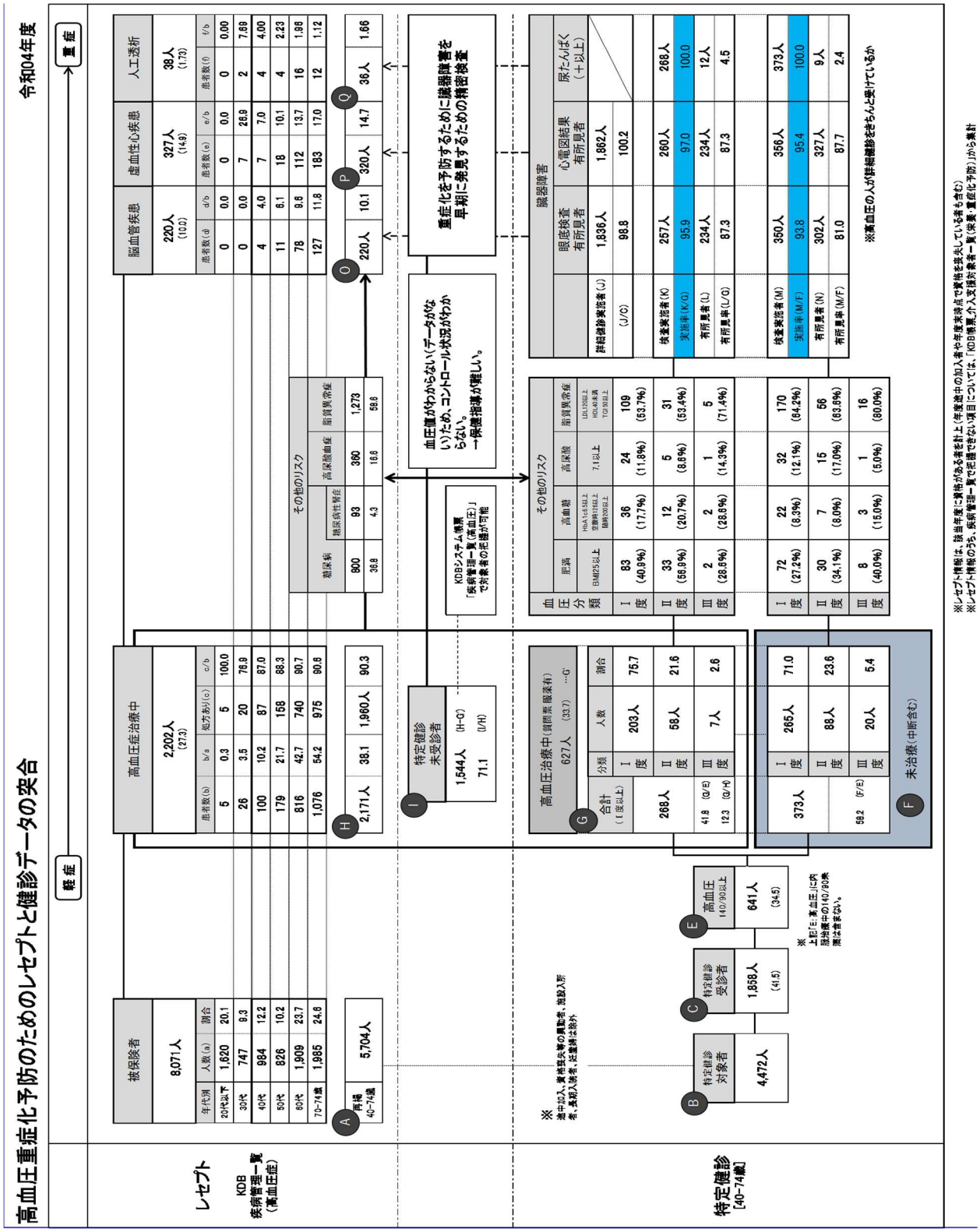
様式5-1　糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

		項目	突合表	菊陽町 H30年度 実数	割合	R01年度 実数	割合	R02年度 実数	割合	R03年度 実数	割合	R04年度 実数	割合	同規模保険者（平均） R04年度 実数	割合	データ基
1	①	被保険者数	A		7,925人		7,791人		7,573人		7,417人		7,143人			KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②	（再掲）40-74歳			5,646人		5,601人		5,522人		5,529人		5,344人			
2	①	特定健診　対象者数	B		5,016人		4,902人		4,866人		4,718人		4,472人			市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書
	②	特定健診　受診者数	C		2,117人		2,091人		1,865人		1,932人		1,969人			
	③	特定健診　受診率			42.2%		42.7%		38.3%		40.9%		44.0%			
3	①	特定保健指導　対象者数			300人		294人		286人		268人		260人			
	②	特定保健指導　実施率			46.7%		53.1%		60.8%		52.2%		64.6%			
4	①	健診データ　糖尿病型	E	290人	13.7%	274人	13.1%	250人	13.4%	253人	13.1%	247人	12.5%			特定健診結果
	②	未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	134人	46.2%	115人	42.0%	101人	40.4%	103人	40.7%	96人	38.9%			
	③	治療中（質問票 服薬あり）	G	156人	53.8%	159人	58.0%	149人	59.6%	150人	59.3%	151人	61.1%			
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	102人	65.4%	102人	64.2%	95人	63.8%	91人	60.7%	92人	60.9%			
	⑤	血圧　130/80以上	J	67人	65.7%	58人	56.9%	74人	77.9%	57人	62.6%	58人	63.0%			
	⑥	肥満　BMI25以上	J	38人	37.3%	45人	44.1%	44人	46.3%	41人	45.1%	34人	37.0%			
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	54人	34.6%	57人	35.8%	54人	36.2%	59人	39.3%	59人	39.1%			
	⑧	第1期　尿蛋白（－）	M	252人	86.9%	241人	88.0%	222人	88.8%	213人	84.2%	215人	87.0%			
	⑨	第2期　尿蛋白（±）	M	16人	5.5%	13人	4.7%	12人	4.8%	22人	8.7%	14人	5.7%			
	⑩	第3期　尿蛋白（＋）以上	M	22人	7.6%	15人	5.5%	16人	6.4%	17人	6.7%	16人	6.5%			
	⑪	第4期　eGFR30未満	M	0人	0.0%	2人	0.7%	0人	0.0%	1人	0.4%	2人	0.8%			
5	①	レセプト　糖尿病受療率（被保険者千対）			107.3人		110.5人		100.6人		104.1人		108.1人			KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②	（再掲）40-74歳（被保険者千対）			148.1人		152.1人		136.0人		137.6人		143.3人			
	③	レセプト件数（40-74歳）（ ）内は被保険者千対　入院外（件数）		4,594件	(826.1)	4,550件	(836.1)	4,572件	(838.6)	4,609件	(865.1)	4,532件	(903.3)	630,975件	(921.9)	KDB_疾病別医療費分析（生活習慣病）
	④	レセプト件数（40-74歳）（ ）内は被保険者千対　入院（件数）		39件	(7.0)	40件	(7.4)	20件	(3.7)	31件	(5.8)	29件	(5.8)	2,654件	(3.9)	
	⑤	糖尿病治療中	H	850人	10.7%	861人	11.1%	762人	10.1%	772人	10.4%	772人	10.8%			KDB_厚生労働省様式様式3-2
	⑥	（再掲）40-74歳	H	836人	14.8%	852人	15.2%	751人	13.6%	761人	13.8%	766人	14.3%			
	⑦	健診未受診者	I	680人	81.3%	696人	81.7%	602人	80.2%	611人	80.3%	615人	80.3%			
	⑧	インスリン治療	O	79人	9.3%	93人	10.8%	71人	9.3%	78人	10.1%	71人	9.2%			
	⑨	（再掲）40-74歳	O	79人	9.4%	91人	10.7%	69人	9.2%	77人	10.1%	70人	9.1%			
	⑩	糖尿病性腎症	L	87人	10.2%	79人	9.2%	77人	10.1%	71人	9.2%	71人	9.2%			
	⑪	（再掲）40-74歳	L	87人	10.4%	78人	9.2%	75人	10.0%	70人	9.2%	69人	9.0%			
	⑫	慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める 割合）		12人	1.4%	16人	1.9%	18人	2.4%	21人	2.7%	17人	2.2%			
	⑬	（再掲）40-74歳		12人	1.4%	16人	1.9%	18人	2.4%	21人	2.8%	17人	2.2%			
	⑭	新規透析患者数		5	0.06%	4	0.05%	4	0.05%	5	0.07%	3	0.04%			
	⑮	（再掲）糖尿病性腎症		2	40.00%	2	50.00%	2	50.00%	5	100.00%	2	66.67			
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める 割合）		24人	2.6%	19人	1.9%	20人	2.1%	24人	2.6%	22人	2.2%			KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期
6	①	医療費　総医療費		25億1497万円		26億5280万円		24億8576万円		25億1820万円		24億0053万円		21億6943万円		KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
	②	生活習慣病総医療費		13億1276万円		14億0072万円		13億6136万円		12億8191万円		12億4172万円		11億4738万円		
	③	（総医療費に占める割合）			52.2%		52.8%		54.8%		50.9%		51.7%		52.9%	
	④	生活習慣病対象者一人あたり　健診受診者			7,177円		8,649円		5,169円		5,792円		6,866円		7,199円	
	⑤	生活習慣病対象者一人あたり　健診未受診者			34,028円		35,974円		39,658円		34,794円		33,429円		37,856円	
	⑥	糖尿病医療費		1億2841万円		1億3639万円		1億3156万円		1億3391万円		1億3302万円		1億2598万円		
	⑦	（生活習慣病総医療費に占める割合）			9.8%		9.7%		9.7%		10.4%		10.7%		11.0%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費		3億8158万円		3億8762万円		3億6942万円		3億6980万円		3億6421万円				
	⑨	1件あたり		34,389円		35,706円		35,260円		36,679円		37,149円				
	⑩	糖尿病入院総医療費		2億2592万円		2億5360万円		2億6664万円		2億5619万円		2億8428万円				
	⑪	1件あたり		514,616円		614,053円		658,367円		627,910円		708,929円				
	⑫	在院日数		16日		18日		18日		17日		18日				
	⑬	慢性腎不全医療費		1億3874万円		1億5233万円		1億5565万円		1億6025万円		1億4987万円		9872万円		
	⑭	透析有り		1億3369万円		1億4774万円		1億4989万円		1億5724万円		1億4440万円		9197万円		
	⑮	透析なし		505万円		458万円		576万円		301万円		547万円		675万円		
7	①	介護　介護給付費		20億5786万円		21億7286万円		22億3085万円		23億3717万円		24億4771万円		21億9980万円		
	②	（2号認定者）糖尿病合併症		0件	0.0%	2件	12.5%	2件	8.3%	1件	10.0%	0件	0.0%			
8	①	死亡　糖尿病（死因別死亡数）		5人	2.1%	2人	0.8%	1人	0.4%	2人	0.8%	2人	0.8%	926人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

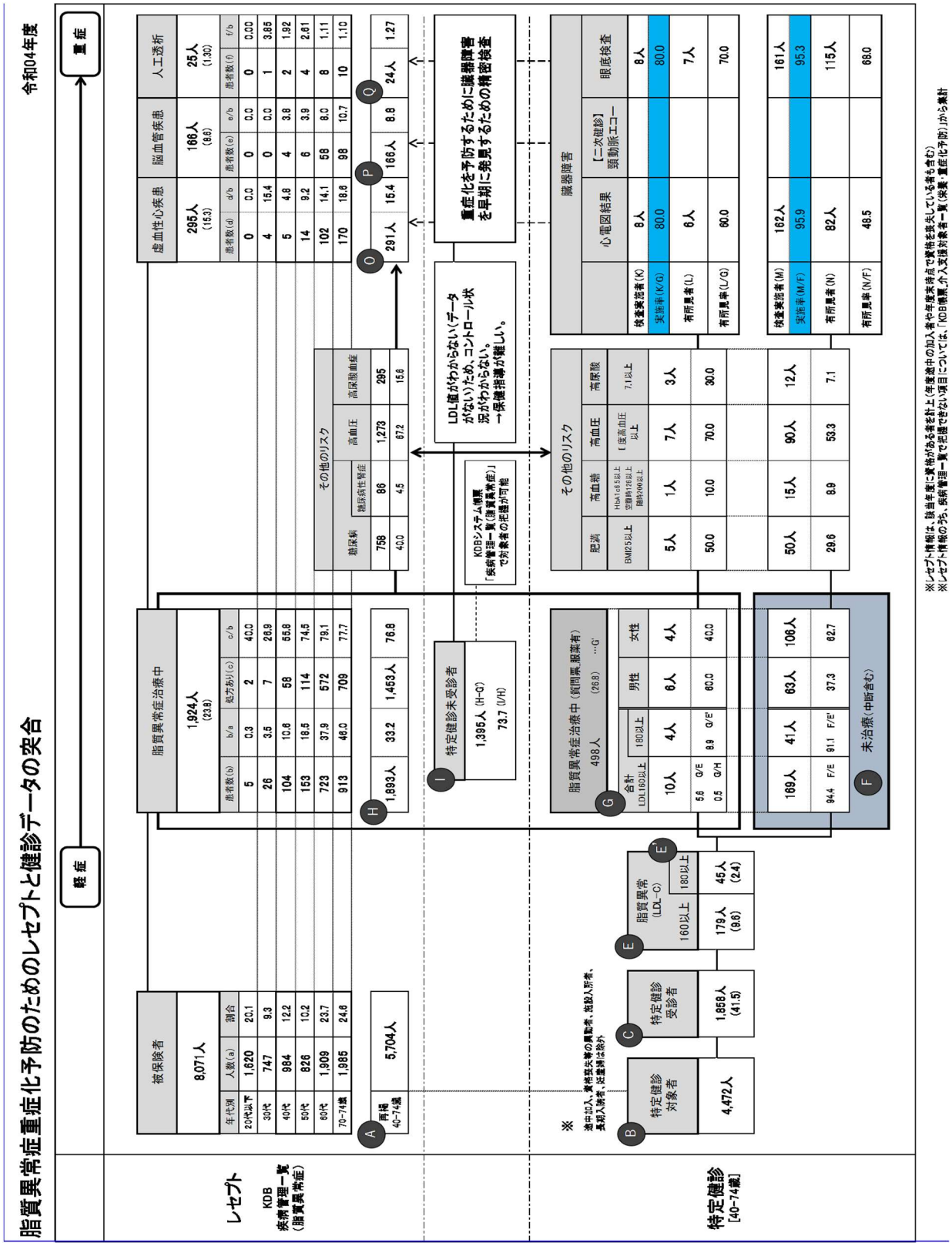
参考資料4　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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

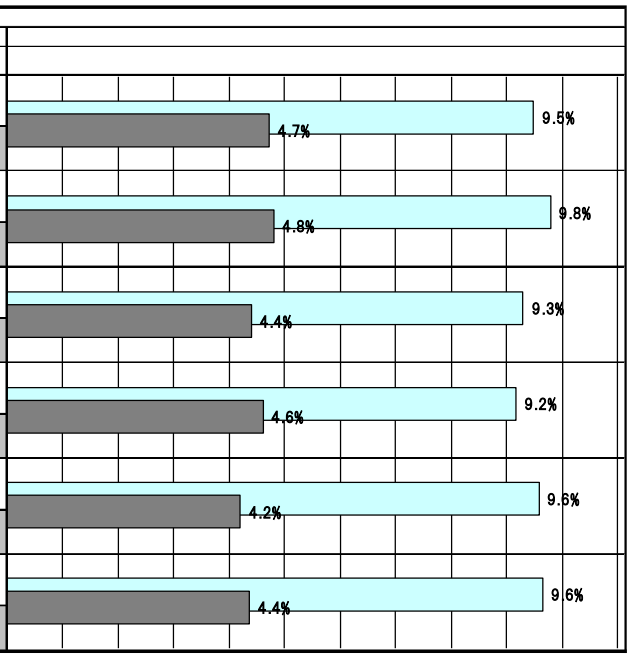
HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
								合併症予防のための目標		最低限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
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H29	2,265	749	33.1%	946	41.8%	355	15.7%	108	4.8%	72	3.2%	35	1.5%	59	2.6%	26	1.1%
H30	2,165	749	34.6%	877	40.5%	327	15.1%	108	5.0%	56	2.6%	48	2.2%	74	3.4%	37	1.7%
R01	2,182	765	35.1%	904	41.4%	310	14.2%	107	4.9%	66	3.0%	30	1.4%	59	2.7%	24	1.1%
R02	1,952	648	33.2%	798	40.9%	327	16.8%	89	4.6%	63	3.2%	27	1.4%	48	2.5%	21	1.1%
R03	2,046	614	30.0%	849	41.5%	387	18.9%	110	5.4%	58	2.8%	28	1.4%	48	2.3%	17	0.8%
R04	1,969	594	30.2%	843	42.8%	342	17.4%	104	5.3%	66	3.4%	20	1.0%	52	2.6%	18	0.9%

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 未治療	再掲 治療
H29	2,265	749 33.1%	946 41.8%	355 15.7%	215 9.5%	99 46.0%	116 54.0%
					再）7.0以上 107 4.7%	32 29.9%	75 70.1%
H30	2,165	749 34.6%	877 40.5%	327 15.1%	212 9.8%	92 43.4%	120 56.6%
					再）7.0以上 104 4.8%	26 25.0%	78 75.0%
R01	2,182	765 35.1%	904 41.4%	310 14.2%	203 9.3%	82 40.4%	121 59.6%
					再）7.0以上 96 4.4%	24 25.0%	72 75.0%
R02	1,952	648 33.2%	798 40.9%	327 16.8%	179 9.2%	74 41.3%	105 58.7%
					再）7.0以上 90 4.6%	28 31.1%	62 68.9%
R03	2,046	614 30.0%	849 41.5%	387 18.9%	196 9.6%	85 43.4%	111 56.6%
					再）7.0以上 86 4.2%	26 30.2%	60 69.8%
R04	1,969	594 30.2%	843 42.8%	342 17.4%	190 9.6%	74 38.9%	116 61.1%
					再）7.0以上 86 4.4%	21 24.4%	65 75.6%



治療と未治療の状況

		HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
										合併症予防のための目標		最低限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
		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	147	6.5%	2	1.4%	7	4.8%	22	15.0%	41	27.9%	51	34.7%	24	16.3%	43	29.3%	19	12.9%
	H30	154	7.1%	1	0.6%	7	4.5%	26	16.9%	42	27.3%	45	29.2%	33	21.4%	56	36.4%	26	16.9%
	R01	160	7.3%	0	0.0%	15	9.4%	24	15.0%	49	30.6%	52	32.5%	20	12.5%	44	27.5%	15	9.4%
	R02	149	7.6%	1	0.7%	15	10.1%	28	18.8%	43	28.9%	45	30.2%	17	11.4%	33	22.1%	12	8.1%
	R03	150	7.3%	2	1.3%	6	4.0%	31	20.7%	51	34.0%	42	28.0%	18	12.0%	36	24.0%	10	6.7%
	R04	151	7.7%	1	0.7%	9	6.0%	25	16.6%	51	33.8%	49	32.5%	16	10.6%	40	26.5%	15	9.9%
治療なし	H29	2,118	93.5%	747	35.3%	939	44.3%	333	15.7%	67	3.2%	21	1.0%	11	0.5%	16	0.8%	7	0.3%
	H30	2,011	92.9%	748	37.2%	870	43.3%	301	15.0%	66	3.3%	11	0.5%	15	0.7%	18	0.9%	11	0.5%
	R01	2,022	92.7%	765	37.8%	889	44.0%	286	14.1%	58	2.9%	14	0.7%	10	0.5%	15	0.7%	9	0.4%
	R02	1,803	92.4%	647	35.9%	783	43.4%	299	16.6%	46	2.6%	18	1.0%	10	0.6%	15	0.8%	9	0.5%
	R03	1,896	92.7%	612	32.3%	843	44.5%	356	18.8%	59	3.1%	16	0.8%	10	0.5%	12	0.6%	7	0.4%
	R04	1,818	92.3%	593	32.6%	834	45.9%	317	17.4%	53	2.9%	17	0.9%	4	0.2%	12	0.7%	3	0.2%

参考資料8　血圧の年次比較

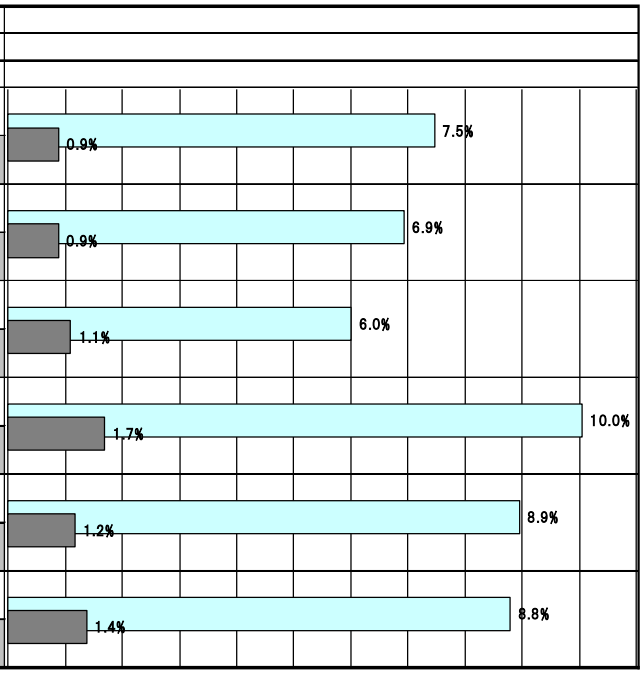
血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	2,265	681	30.1%	303	13.4%	583	25.7%	529	23.4%	149	6.6%	20	0.9%
H30	2,165	633	29.2%	324	15.0%	582	26.9%	476	22.0%	131	6.1%	19	0.9%
R01	2,182	610	28.0%	345	15.8%	611	28.0%	485	22.2%	107	4.9%	24	1.1%
R02	1,952	472	24.2%	246	12.6%	536	27.5%	502	25.7%	163	8.4%	33	1.7%
R03	2,046	547	26.7%	315	15.4%	505	24.7%	496	24.2%	159	7.8%	24	1.2%
R04	1,969	535	27.2%	317	16.1%	476	24.2%	468	23.8%	146	7.4%	27	1.4%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常正常高値	高値	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧以上	再掲	
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療
H29	2,265	984 43.4%	583 25.7%	529 23.4%	169 7.5%	103 60.9%	66 39.1%
					20 0.9%	17 85.0%	3 15.0%
H30	2,165	957 44.2%	582 26.9%	476 22.0%	150 6.9%	90 60.0%	60 40.0%
					19 0.9%	12 63.2%	7 36.8%
R01	2,182	955 43.8%	611 28.0%	485 22.2%	131 6.0%	88 67.2%	43 32.8%
					24 1.1%	16 66.7%	8 33.3%
R02	1,952	718 36.8%	536 27.5%	502 25.7%	196 10.0%	121 61.7%	75 38.3%
					33 1.7%	19 57.6%	14 42.4%
R03	2,046	862 42.1%	505 24.7%	496 24.2%	183 8.9%	116 63.4%	67 36.6%
					24 1.2%	14 58.3%	10 41.7%
R04	1,969	852 43.3%	476 24.2%	468 23.8%	173 8.8%	108 62.4%	65 37.6%
					27 1.4%	20 74.1%	7 25.9%



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	630	27.8%	75	11.9%	79	12.5%	182	28.9%	228	36.2%	63	10.0%	3	0.5%
	H30	614	28.4%	74	12.1%	88	14.3%	196	31.9%	196	31.9%	53	8.6%	7	1.1%
	R01	626	28.7%	70	11.2%	97	15.5%	211	33.7%	205	32.7%	35	5.6%	8	1.3%
	R02	587	30.1%	60	10.2%	65	11.1%	187	31.9%	200	34.1%	61	10.4%	14	2.4%
	R03	631	30.8%	82	13.0%	105	16.6%	182	28.8%	195	30.9%	57	9.0%	10	1.6%
	R04	627	31.8%	79	12.6%	99	15.8%	181	28.9%	203	32.4%	58	9.3%	7	1.1%
治療なし	H29	1,635	72.2%	606	37.1%	224	13.7%	401	24.5%	301	18.4%	86	5.3%	17	1.0%
	H30	1,551	71.6%	559	36.0%	236	15.2%	386	24.9%	280	18.1%	78	5.0%	12	0.8%
	R01	1,556	71.3%	540	34.7%	248	15.9%	400	25.7%	280	18.0%	72	4.6%	16	1.0%
	R02	1,365	69.9%	412	30.2%	181	13.3%	349	25.6%	302	22.1%	102	7.5%	19	1.4%
	R03	1,415	69.2%	465	32.9%	210	14.8%	323	22.8%	301	21.3%	102	7.2%	14	1.0%
	R04	1,342	68.2%	456	34.0%	218	16.2%	295	22.0%	265	19.7%	88	6.6%	20	1.5%

参考資料9　LDL-C の年次比較

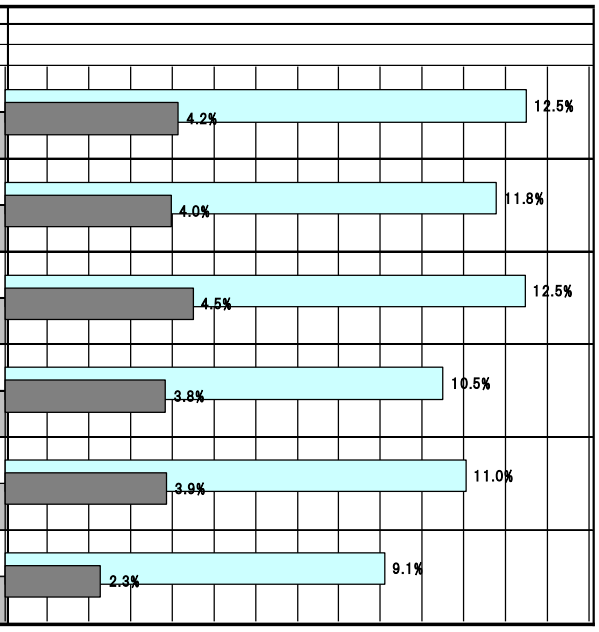
LDL-Cの年次比較

		LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H29	2,265	1,029	45.4%	553	24.4%	400	17.7%	189	8.3%	94	4.2%
	H30	2,165	944	43.6%	576	26.6%	390	18.0%	169	7.8%	86	4.0%
	R01	2,182	971	44.5%	551	25.3%	388	17.8%	174	8.0%	98	4.5%
	R02	1,952	954	48.9%	495	25.4%	298	15.3%	130	6.7%	75	3.8%
	R03	2,046	980	47.9%	519	25.4%	321	15.7%	147	7.2%	79	3.9%
	R04	1,969	1,010	51.3%	478	24.3%	302	15.3%	134	6.8%	45	2.3%
男性	H29	1,020	514	50.4%	257	25.2%	161	15.8%	67	6.6%	21	2.1%
	H30	1,002	483	48.2%	264	26.3%	169	16.9%	65	6.5%	21	2.1%
	R01	984	485	49.3%	249	25.3%	159	16.2%	57	5.8%	34	3.5%
	R02	881	468	53.1%	234	26.6%	120	13.6%	39	4.4%	20	2.3%
	R03	930	488	52.5%	234	25.2%	146	15.7%	44	4.7%	18	1.9%
	R04	902	494	54.8%	196	21.7%	143	15.9%	54	6.0%	15	1.7%
女性	H29	1,245	515	41.4%	296	23.8%	239	19.2%	122	9.8%	73	5.9%
	H30	1,163	461	39.6%	312	26.8%	221	19.0%	104	8.9%	65	5.6%
	R01	1,198	486	40.6%	302	25.2%	229	19.1%	117	9.8%	64	5.3%
	R02	1,071	486	45.4%	261	24.4%	178	16.6%	91	8.5%	55	5.1%
	R03	1,116	492	44.1%	285	25.5%	175	15.7%	103	9.2%	61	5.5%
	R04	1,067	516	48.4%	282	26.4%	159	14.9%	80	7.5%	30	2.8%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上	再掲	
					再)180以上	未治療	治療
H29	2,265	1,029 45.4%	553 24.4%	400 17.7%	283 12.5%	268 94.7%	15 5.3%
					94 4.2%	88 93.6%	6 6.4%
H30	2,165	944 43.6%	576 26.6%	390 18.0%	255 11.8%	235 92.2%	20 7.8%
					86 4.0%	75 87.2%	11 12.8%
R01	2,182	971 44.5%	551 25.3%	388 17.8%	272 12.5%	254 93.4%	18 6.6%
					98 4.5%	92 93.9%	6 6.1%
R02	1,952	954 48.9%	495 25.4%	298 15.3%	205 10.5%	197 96.1%	8 3.9%
					75 3.8%	72 96.0%	3 4.0%
R03	2,046	980 47.9%	519 25.4%	321 15.7%	226 11.0%	218 96.5%	8 3.5%
					79 3.9%	77 97.5%	2 2.5%
R04	1,969	1,010 51.3%	478 24.3%	302 15.3%	179 9.1%	169 94.4%	10 5.6%
					45 2.3%	41 91.1%	4 8.9%



治療と未治療の状況

		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	434	19.2%	295	68.0%	86	19.8%	38	8.8%	9	2.1%	6	1.4%
	H30	453	20.9%	292	64.5%	106	23.4%	35	7.7%	9	2.0%	11	2.4%
	R01	465	21.3%	296	63.7%	109	23.4%	42	9.0%	12	2.6%	6	1.3%
	R02	424	21.7%	311	73.3%	82	19.3%	23	5.4%	5	1.2%	3	0.7%
	R03	469	22.9%	328	69.9%	101	21.5%	32	6.8%	6	1.3%	2	0.4%
	R04	498	25.3%	369	74.1%	88	17.7%	31	6.2%	6	1.2%	4	0.8%
治療なし	H29	1,831	80.8%	734	40.1%	467	25.5%	362	19.8%	180	9.8%	88	4.8%
	H30	1,712	79.1%	652	38.1%	470	27.5%	355	20.7%	160	9.3%	75	4.4%
	R01	1,717	78.7%	675	39.3%	442	25.7%	346	20.2%	162	9.4%	92	5.4%
	R02	1,528	78.3%	643	42.1%	413	27.0%	275	18.0%	125	8.2%	72	4.7%
	R03	1,577	77.1%	652	41.3%	418	26.5%	289	18.3%	141	8.9%	77	4.9%
	R04	1,471	74.7%	641	43.6%	390	26.5%	271	18.4%	128	8.7%	41	2.8%