

勝浦町国民健康保険  
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

勝浦町国民健康保険



# 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	1
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	2
3. 計画期間	8
4. 関係者が果たすべき役割と連携	8
1) 保険者(勝浦町国民健康保険)の役割	8
2) 関係機関との連携	9
3) 被保険者の役割	10
5. 保険者努力支援制度	10

## **第2章 第2期計画にかかる評価考察及び第3期における健康課題の明確化 12**

1. 保険者の特性	12
1) 人口・国保の加入状況	12
2) 医療の状況	12
2. 第2期計画に係る評価及び考察	14
1) 第2期計画の評価	14
(1) 中長期目標疾患における標準化死亡比の状況	14
(2) 介護認定者(率)・給付費・有病状況	15
(3) 医療費の状況	17
(4) 中長期的な目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症)の評価	18
(5) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の評価	19
(6) 短期的な目標疾患の特定健康診査の結果	21
2) 主な個別事業の評価と課題	30
(1) 重症化予防の取組み	30
① 糖尿病性腎症重症化予防	30
② 虚血性心疾患重症化予防	33
③ 脳血管疾患重症化予防	35
(2) ポピュレーションアプローチ	36
(3) 第2期計画目標の達成状況一覧	37
3) 第2期データヘルス計画の考察	38
3. 第3期における健康課題(生活習慣病)の明確化	39
1) 基本的な考え方	39
2) 健康課題の明確化	39
(1) 医療費分析	42

(2) 健診・医療・介護の一体的分析.....	44
(3) 健康課題の明確化.....	45
(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け .....	46
2) 目標の設定.....	47
(1) 成果目標.....	48
(2) 管理目標の設定.....	48

### **第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) 49**

1. 第4期特定健康診査等実施計画について.....	49
2. 目標値の設定.....	49
3. 対象者の見込み.....	49
4. 特定健診の実施.....	49
1) 実施方法.....	49
2) 特定健診委託基準.....	49
3) 健診実施機関リスト.....	50
4) 特定健診実施項目.....	50
5) 実施期間.....	50
6) 医療機関との適切な連携.....	51
7) 代行機関.....	51
8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール.....	51
5. 特定保健指導の実施.....	52
1) 特定保健指導の対象者.....	52
2) 健診から保健指導実施の流れ.....	52
3) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法.....	54
4) 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.....	54
6. 個人情報の保護.....	55
7. 結果の報告.....	55
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知.....	55

### **第4章 課題解決に向けた個別保健事業 56**

1. 保健事業の方向性.....	56
2. 重症化予防の取組み.....	56
1) 糖尿病性腎症重症化予防.....	58
2) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防.....	65
3) 虚血性心疾患重症化予防.....	70
4) 脳血管疾患重症化予防.....	76

3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	82
4. 発症予防	84
5. ポピュレーションアプローチ	85

## **第5章 計画の評価・見直し** **87**

1. 評価の時期	87
2. 評価方法・体制	87

## **第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い** **88**

1. 計画の公表・周知	88
2. 個人情報の取扱い	88

## **参考資料** **89**

参考資料1	様式5-1 国・県・同規模と比べてみた勝浦町町の位置	90
参考資料2	健診・医療・介護の一体的な分析 (①40～64歳(国保)、②65～74歳(国保)、③65～74歳(後期)、④75歳以上(後期))	93
参考資料3	糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価	97
参考資料3	糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合	99
参考資料4	高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合	100
参考資料5	脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合	101
参考資料6	HbA1cの年次比較	102
参考資料7	血圧の年次比較	103
参考資料8	LDL-Cの年次比較	104

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

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

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

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

---

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

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

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

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）<sup>※5</sup>」（以下「プログラム」という。）は、高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 1-2・3・4・5）

本町では、以上の事も踏まえ、国保データベース（KDB<sup>※6</sup>）を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険事業等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、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 1-2 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 1-1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

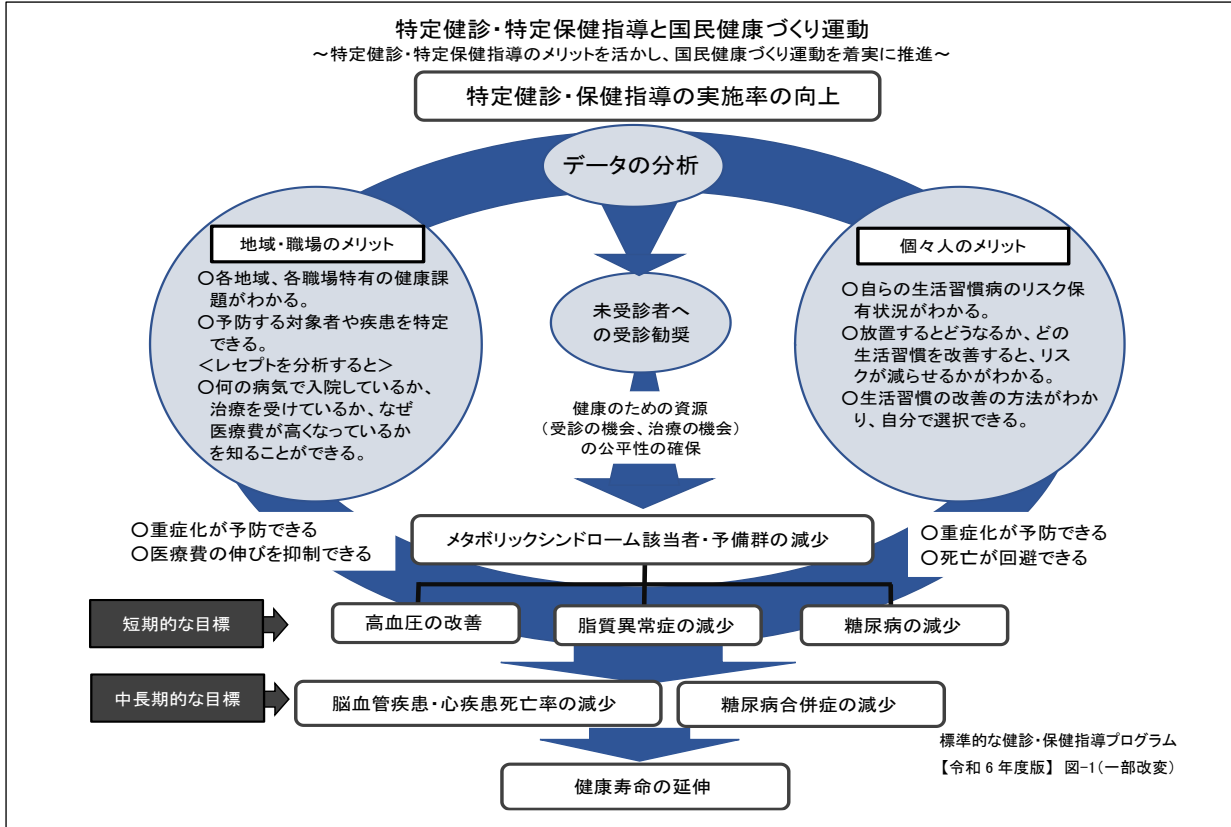
※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等実施計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 健康保険法 高確法 第82条 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一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



図表 1-1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ (続き)

	医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業(支援)計画
法律	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画策定者	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務、都道府県:義務
基本的な考え方	持続可能な運営を確保するため、保 険者・医療関係者等の協力を得ながら、 住民の健康保持・医療の効率的な提 供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通 じ、地域で切れ目のない医療の提 供、良質かつ適切な医療を効率的 に提供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービ ス提供体制の確保及び地域支援事業の計 画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止
対象年齢	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 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  糖尿病等 生活習慣病の重症化予防	5疾病  糖 尿 病  心筋梗塞等の心血管疾患 脳 卒 中  が ん  精神疾患	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止  生活習慣病  虚血性心疾患・心不全 脳血管疾患  認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等に起因 した疾病予防・介護予防の推進  (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・ハイオ后续品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的な活用 ・医療・介護の連携を通じた効果的・ 効率的なサービス提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)  6 事業  ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルの活用にする保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業)  ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、介護予防、 日常生活支援関連)  ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、人材の確保)
補助金等	保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

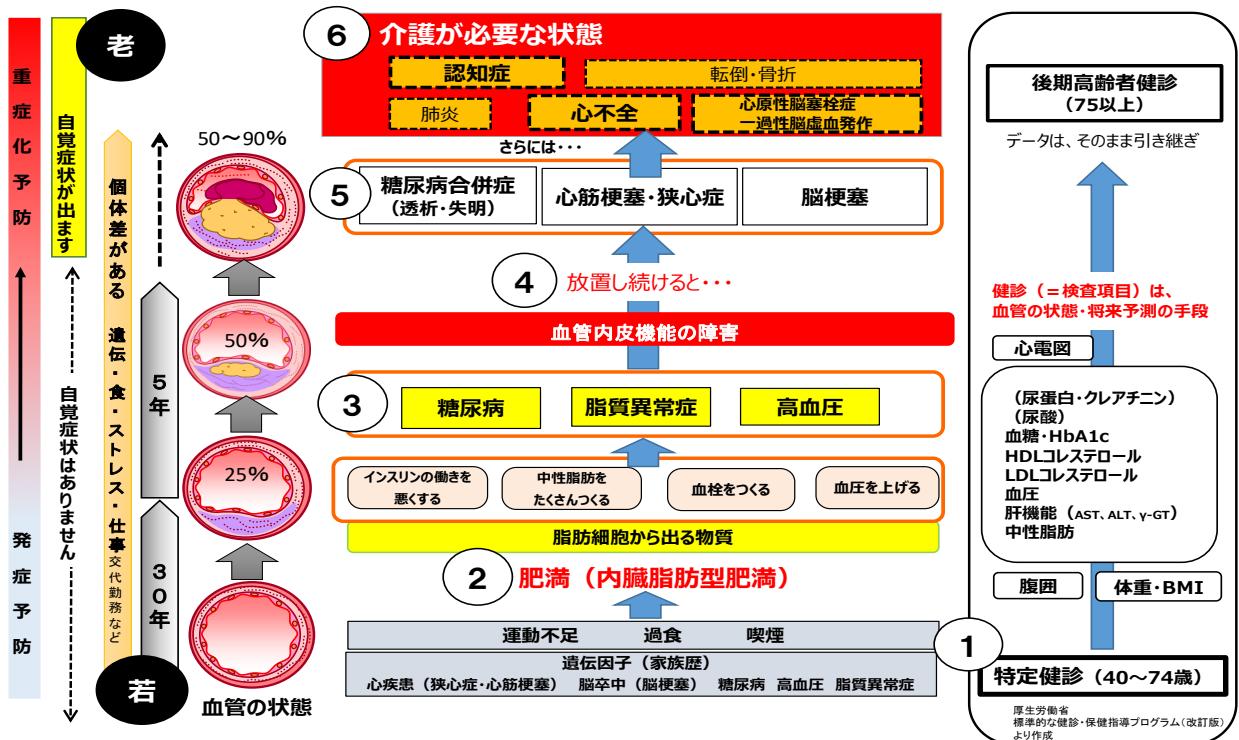
図表 1-2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



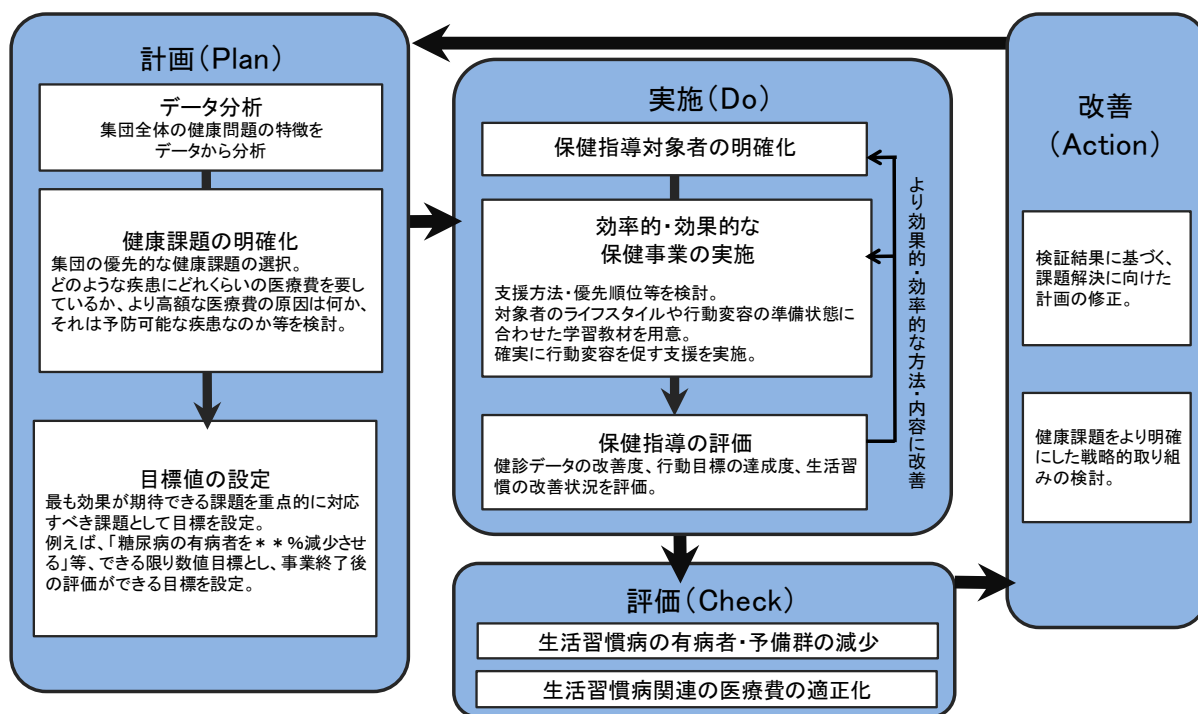
注) プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

【参考資料】 「特定健診の意義」 住民との共通資料

### 特定健診の意義 ～内臓脂肪を減らすことで、心・血管疾患、糖尿病のリスクを抑えることが可能

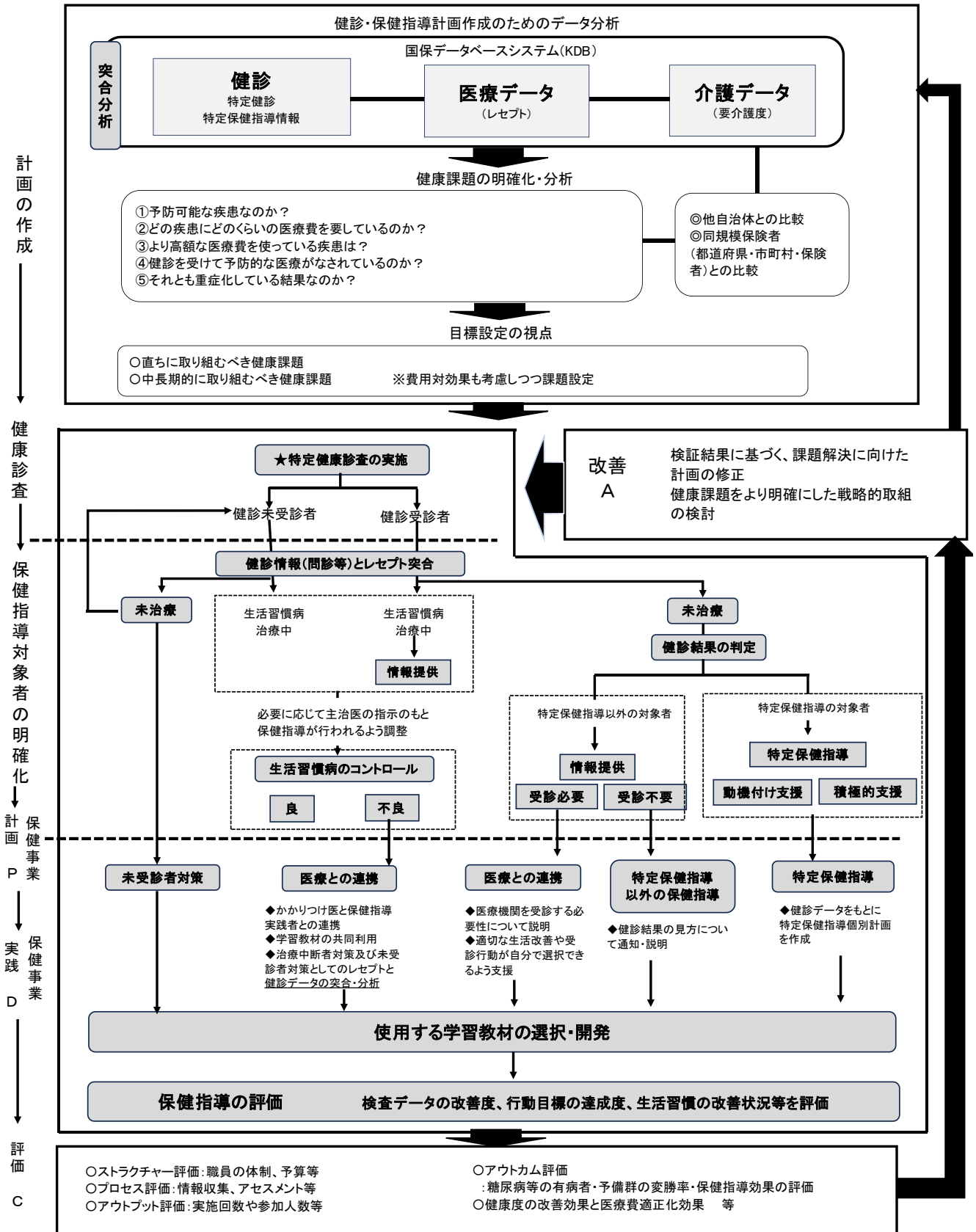


図表 1-3 保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル



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

図表 1-4 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 1-5 標準的な健診・保健指導プログラム（H30 年度版）における基本的な考え方（一部改変）

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

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
健診・保健指導の関係	かつての健診・保健指導 健診に付加した保健指導	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">                     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）                 </div> <div style="font-size: 2em; margin: 10px 0;">➔</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">                     行動変容を促す手法                 </div>	現在の健診・保健指導 内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的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を選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要に応じて、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。

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。

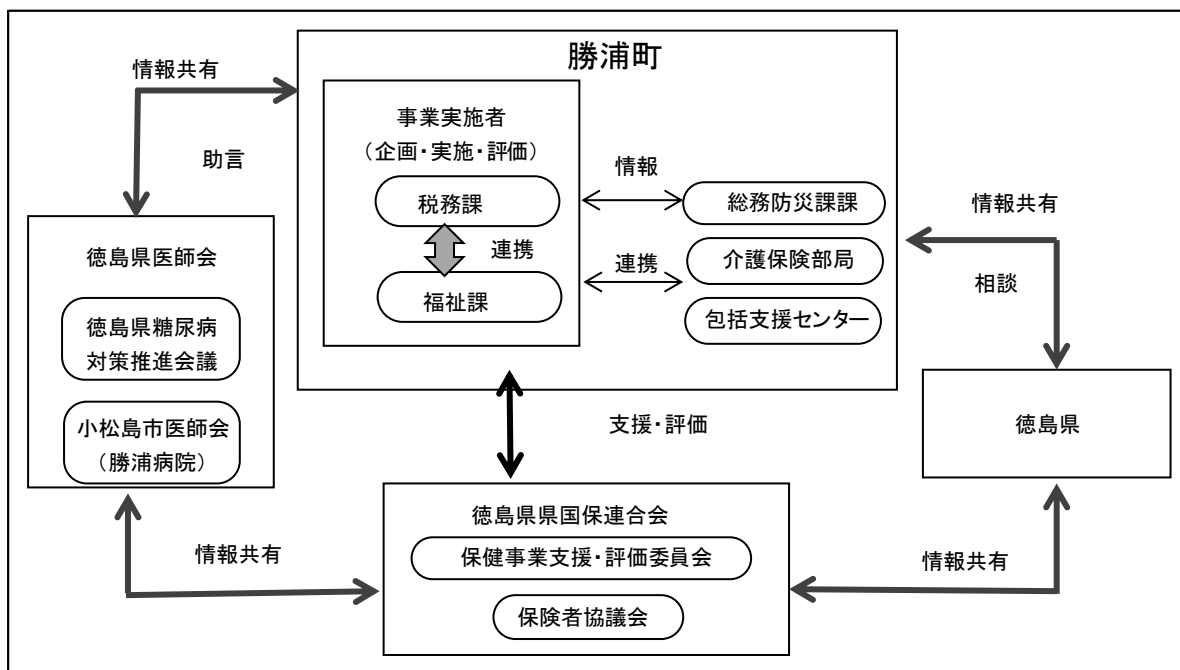
### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 保険者（勝浦町国民健康保険）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、福祉課（保健、介護保険）、小松島市医師会（勝浦病院）の医療機関とも十分連携を図ることとします。（図表 1-6・1-7）

図表 1-6 勝浦町の実施体制図



図表 1-7 保健事業体制と主な保健事業の分担

◎…主担当    ○…副担当

		福祉課				税務課		
		保健師	保健師	保健師	管理栄養士	事務	事務	管理栄養士
国保事務	国保事務					◎	○	
	健康診断 保健指導	◎	○	○	○			◎
後期事務	国保事務						◎	
	健康診断 保健指導	◎						◎
健康増進	がん検診		○	◎				
予防接種	予防接種	○	◎	◎				
母子保健	母子保健	○	◎	○	◎			○
精神保健	精神保健	◎	○					

## 2) 関係機関との連携

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

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である徳島県のほか、徳島県国保連合会（以

下連合会) や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、小松島市医師会、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、国民健康保険勝浦病院等と連携、協力します。

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

また、保健事業の周知・啓発活動においては、自治会、ボランティア組織愛育班、商工会、NPO 法人 K-friends 等と連携して実施します。

### 3) 被保険者の役割

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

## 5. 保険者努力支援制度

---

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

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

本町の実績は 11 頁となっています。(図表 1-8) 特定健診受診率、後発医薬品促進に向けて、引き続き関係部署と連携し、取組みをすすめます。

図表 1-8 保険者努力支援制度評価指標（市町村分）

\*減点には補正係数を処理し確定した得点

評価指標	H30		R1		R2		R3		R4		R5				
	獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点*	満点	獲得点*	満点			
総得点（体制構築加点を除く）	427	790	548	880	596	995	670	1,000	632	960	585	940			
獲得割合（％）	54.1%		62.3%		59.9%		67.0%		65.8%		62.2%				
交付額（千円）	1,476		2,418		2,562		2,934		2,733		2,494				
一人当たり交付額（円）	1,679		1,911		2,063		2,407		2,251		2,184				
市町村順位（24市町村中）	13位		10位		15位		5位		8位		7位				
共通①	(1) 特定健診受診率	20	50	45	50	0	70	25	70	10	70	10	70	予防（保健師等）	
	(2) 特定保健指導実施率	50	50	25	50	70	70	50	70	70	70	70	70		
	(3) メタボリックシンドローム該当者予備群の減少率	20	50	0	50	0	50	20	50	15	50	40	50		
共通②	(1) がん検診受診率	0	30	0	30	0	40	10	40	10	40	20	40		
	(2) 歯科健診実施状況	0	25	25	25	20	30	25	30	30	30	35	35		
共通③	重症化予防の取組	100	100	100	100	120	120	120	120	120	120	100	100		
固有②	データヘルス計画の取組	33	40	50	50	40	40	40	40	30	30	25	25		365
共通④	個人への分かりやすい情報提供	25	25	20	20	20	20	15	20	15	15	20	20		455点
	個人のインセンティブ提供	0	70	70	70	75	90	90	90	35	45	45	45		62.4%
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	0	35	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50		事務職
共通⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	20	35	20	35	10	10	10	10	10	10	10	10		
	(2) 後発医薬品の使用割合	0	40	0	100	45	120	0	120	20	120	0	120		
固有①	収納率向上	100	100	50	100	5	100	70	100	85	100	50	100		
固有③	医療費通知の取組	25	25	25	25	25	25	25	25	20	25	15	15		
固有④	地域包括ケア推進・一体的実施	8	25	25	25	25	25	20	30	40	40	40	40		
固有⑤	第三者求償の取組	16	40	22	40	27	40	35	40	17	50	12	50	230	
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	10	50	21	60	64	95	65	95	55	100	53	100	485点	
体制構築加点		60	60	40	40	—	—	—	—	—	—	—	—	39.3%	



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

### 1. 保険者の特性

#### 1) 人口・国保の加入状況

本町の人口は約4,800人で、全国と同規模、徳島県と比較すると、65歳以上の高齢者の割合（高齢化率）は44.0%（令和2年度国勢調査）、被保険者の平均年齢も57.3歳と高く、出生率は3.9、死亡率17.6となっています。産業構成においては、同規模・県・国と比較して第1次産業が27.8%を占め、高いことが特徴です。農業や林業等にかかわる被保険者の健康実態を分析し、働き方や生活リズム等を把握し、若い年代からの健康課題を明確にすることや取組みを考えていくことが重要となります。ただし、地区によっては産業構成が異なるため地区の特性を踏まえた取組もあわせて必要となります。（図表2-1）

また、R4年度国保加入率は22.8%で、加入率は横ばい傾向だが、被保険者数は減少傾向にあります。年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約54%を占め、H30年と比較して7%増加しています。（図表2-2）

図表2-1 同規模・県・国と比較した勝浦町の特性（令和4年度）

	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
勝浦町	4,836	44.0 ↑	1,103 (22.8)	57.3 ↑	3.9 ↓	17.6 ↑	0.3 ↓	27.8	22.1	50.1
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
県	--	34.5	22.4	55.1	6.5	14.3	0.3	8.5	24.1	67.4
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典:KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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

図表2-2 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	1,237		1,213		1,212		1,163		1,103 ↓	
65～74歳	582	47.0	597	49.2	636	52.5	613	52.7	595	53.9 ↑
40～64歳	415	33.5	389	32.1	366	30.2	342	29.4	321	29.1
39歳以下	240	19.4	227	18.7	210	17.3	208	17.9	187	17.0 ↓
加入率	23.3		22.9		22.9		21.9		22.8	

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

## 2) 医療の状況

本町には勝浦郡内で唯一の有床医療機関として、国民健康保険勝浦病院があります。医療機関への受診には勝浦病院だけでなく、近隣3市の医療機関に受診する方も多く、受診される医療機関は多岐にわたっています。H30年度とR4年度を比較すると、外来患者数は増加し、入院患者数はやや減少傾向にあります。しかし、同規模との比較では、外来・入院患者数ともに高いのが現状です。医療費と結び付けてみていく必要があります。(図表2-3)

図表2-3 医療の状況（被保険者千人あたり）

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	1	0.8	1	0.8	1	0.8	1	0.9	1	0.9	0.4	0.7
診療所数	2	1.6	1	0.8	1	0.8	1	0.9	1	0.9	2.7	4.6
病床数	60	48.5	60	49.5	60	49.5	60	51.6	60	54.4	37.4	88.4
医師数	3	2.4	3	2.5	4	3.3	4	3.4	4	3.6	4.2	16.6
外来患者数	694.9		700.5		665.4		692.4		720.2		692.2	737.2
入院患者数	25.2		26.4		24.8		22.8		24.1		22.7	25.0

出典：KDBシステム\_地域の全体像の把握

## 2. 第2期計画にかかる評価及び考察

### 1) 第2期計画の評価

第2期計画は、短期的な目標と中長期的な目標の2段階で評価します。中長期的な目標として、「医療費の伸びを抑える」ことを目指し、健康寿命や社会保障費（医療費・介護費等）に大きな影響を及ぼす、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の減少を目標に設定し、重症化予防に重点を置き進めてきました。

また、中長期的な目標を達成するために必要な短期的な目標として、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症のリスクとなるメタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を目標疾患として設定しました。（5頁 図表 1-2 参照）

#### (1) 中長期目標疾患における標準化死亡比の状況

標準化死亡比は、国を100で表した指標で、中長期目標疾患で徳島県と合わせて比較すると、男性は腎不全、心不全、脳血管疾患と高く、女性では腎不全、脳血管疾患の順で高くなっていました。また、短期目標疾患の糖尿病は、男女ともに高い値となっていました。（図表 2-4）

図表 2-4 勝浦町の標準化死亡比（H25年～R3年）の状況

男性	総死亡	脳血管疾患	心疾患	腎不全	悪性新生物	糖尿病
勝浦町	103	103	104	131	82	174
徳島県	104	100	97	120	97	131
女性	総死亡	脳血管疾患	心疾患	腎不全	悪性新生物	糖尿病
勝浦町	97	118	85	211	92	142
徳島県	106	103	103	126	93	130

出典 令和5年度徳島保健所業務概要

※標準化死亡比とは、基準死亡率（人口10万人対の死亡数）を対象地域にあてはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するもの。国の平均を100として、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が多いと判断し、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。

## (2) 介護給認定者（率）・給付費・有病状況

- 令和4年度の要介護認定者は、2号（40～64歳）被保険者で4人（認定率0.30%）、1号（65歳以上）被保険者で475人（認定率22.3%）でした。2号被保険者の新規認定者割合は、H30年度、同規模と比較すると低くなっています。
- 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います。（図表2-5）
- 介護給付費は、4年間で約8億円から8.8億円に伸びています。一人あたり給付費をみても、H30より3.4万円増加し、同規模・県・国と比較しても高くなっています。それに合わせて、介護保険料も、県・全国より高くなっています。（図表2-6）
- 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、全年代で脳卒中（脳出血・脳梗塞）と虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）が上位を占めています。基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の有病状況は、全年齢で97.2%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2-7）

図表 2-5 要介護認定者（率）の状況

	勝浦町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	2,101人	39.6%	2,128人	44.0%	39.4%	34.5%	28.7%
2号認定者	6人	0.37%	4人	0.30%	0.39%	0.38%	0.38%
新規認定者	1人		2人		--	--	--
1号認定者	453人	21.6%	475人	22.3%	19.4%	20.7%	19.4%
新規認定者	51人		63人		--	--	--
再掲							
65～74歳	34人	3.8%	47人	5.0%	--	--	--
新規認定者	9人		9人		--	--	--
75歳以上	419人	34.9%	428人	35.8%	--	--	--
新規認定者	42人		54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 2-6 介護給付費の変化

	勝浦町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	7億9208万円	8億7530万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	377,000	411,324	314,188	320,304	290,668
1件あたり給付費(円)全体	82,414	87,767	74,986	63,005	59,662
居宅サービス	51,718	48,712	43,722	41,316	41,272
施設サービス	295,734	311,347	289,312	297,064	296,364

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

(参考 介護保険料)

	第5期	第6期	第7期	第8期
	H24-26	H27-29	H30-32	R3-5
勝浦町	5,100 円	勝浦町 5,800 円	勝浦町(県内2位) 6,900 円	勝浦町(県内6位) 6,900 円
徳島県	5,282 円	徳島県 5,681 円	徳島県 6,285 円	徳島県 6,477 円
全国	4,972 円	全国 5,514 円	全国 5,869 円	全国 6,014 円

出典：介護保険事業報告

図表 2-7 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況 (R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		4		47		428		475				
再)国保・後期		1		41		417		458				
レセプトの診断名より重複して計上 有病状況	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数		
			割合	割合	割合	割合	割合	割合				
	循環器疾患	1	脳卒中	0	脳卒中	13	虚血性心疾患	204	脳卒中	210	脳卒中	210
				0.0%		31.7%		48.9%		45.9%		45.8%
		2	虚血性心疾患	0	虚血性心疾患	5	脳卒中	197	虚血性心疾患	209	虚血性心疾患	209
				0.0%		12.2%		47.2%		45.6%		45.5%
	合併症	3	腎不全	0	腎不全	2	腎不全	108	腎不全	110	腎不全	110
				0.0%		4.9%		25.9%		24.0%		24.0%
	4	糖尿病合併症	0	糖尿病合併症	5	糖尿病合併症	67	糖尿病合併症	72	糖尿病合併症	72	
			0.0%		12.2%		16.1%		15.7%		15.7%	
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			1	基礎疾患	41	基礎疾患	404	基礎疾患	445	基礎疾患	446	
		100.0%		100.0%		96.9%		97.2%		97.2%		
血管疾患合計			1	合計	41	合計	408	合計	449	合計	450	
		100.0%		100.0%		97.8%		98.0%		98.0%		
認知症		認知症	0	認知症	13	認知症	221	認知症	234	認知症	234	
			0.0%		31.7%		53.0%		51.1%		51.0%	
筋・骨格疾患		筋骨格系	0	筋骨格系	33	筋骨格系	408	筋骨格系	441	筋骨格系	441	
			0.0%		80.5%		97.8%		96.3%		96.1%	

出典：KDB システム

### (3) 医療費の状況

- R4年度の医療費は、H30年度と比較して約600万円増加となっています。一人あたり医療費は約4.7万円伸び、同規模保険者と比べて約9千円高く、県よりは若干低い状況です。
- 入院医療費の割合・レセプト件数は減少、外来医療費の割合・件数が増加し、重症化が予防できていると捉えられると考えます。(図表2-8)
- R3年度の地域差指数(年齢調整後)を見ると、国民健康保険・後期高齢者医療ともに全体ではH30年度から改善されているものの、入院において、国民健康保険・後期高齢者医療ともに全国平均の1を超えています。(図表18)
- 一人あたり医療費は、入院が主要因であり、重症化を意味する入院を抑制するためには、予防可能な生活習慣病、特に基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症のコントロール管理が重要であり、引き続き、本町は医療費適正化に向けた重症化予防の取組みに力を入れる必要があります。

図表2-8 医療費の推移

	勝浦町		同規模	県	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数(人)	1,237人	1,103人	--	--	--	
前期高齢者割合	582人 (47.0%)	595人 (53.9%)	--	--	--	
総医療費	4億1957万円	4億2541万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	339,182 県内20位 同規模120位	385,685 県内19位 同規模105位	376,732	389,015	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	525,800	552,280	588,690	567,420	617,950
	費用の割合	47.5	42.3	43.7	45.1	39.6
	件数の割合	3.5	3.2	3.2	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	21,060	25,180	24,870	23,430	24,220
	費用の割合	52.5	57.7	56.3	54.9	60.4
	件数の割合	96.5	96.8	96.8	96.7	97.5
受診率	720.045	744.255	714.851	762.201	705.439	

※同規模順位は勝浦町と同規模保険者240市町村の平均値を表す

図表2-9 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			
	勝浦町(県内市町村中)		県(47県中)	勝浦町(県内市町村中)		県(47県中)	
	H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度	
地域差指数・順位	全体	1.008 (21位)	0.933 (23位)	1.089 (11位)	1.084 (9位)	1.076 (8位)	1.087 (12位)
	入院	1.200 (13位)	1.019 (22位)	1.248 (9位)	1.161 (9位)	1.209 (8位)	1.175 (11位)
	外来	0.843 (23位)	0.850 (21位)	0.978 (32位)	0.990 (12位)	0.935 (18位)	0.997 (15位)

出典:地域差分析(厚労省)

#### (4) 中長期的な目標疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症）の評価

##### ①中長期な目標疾患の医療費・患者数の変化

- 健康寿命・社会保障費に大きな影響を及ぼす脳血管疾患、虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30年度と比較すると減少していますが、慢性腎不全（透析無）がH30年度より0.2%増加し、同規模、県、国の2倍多くなっています。（図表2-10）
- 患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況をH30年度と比較してみると、人工透析が患者数及び割合で減少していますが、脳血管疾患（脳梗塞・脳出血）・虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）で割合増加がみられ、特に40～64歳が増加しています。（図表2-11）
- 40～64歳の中長期目標の疾病予防を進めることが本人のADLや健康寿命の延伸につながると考えます。
- 虚血性心疾患は発症時の急性期のみならず、再発や介護、死亡の問題もあり、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる肥満、糖尿病、高血圧症等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 2-10 中長期目標疾患の医療費の推移

			勝浦町		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)			4億1957万円	4億2541万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1547万円	989万円	--	--	--
			3.69%	2.32%	7.67%	5.92%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	0.65%	0.60%	2.06%	1.44%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.50%	1.12%	1.47%	1.80%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	1.14%	0.00%	3.83%	2.34%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.40%	0.60%	0.32%	0.34%	0.29%
そ の 他 の	悪性新生物		16.31%	20.04%	16.76%	16.11%	16.69%
	筋・骨疾患		8.68%	11.97%	9.27%	8.54%	8.68%
	精神疾患		11.83%	10.70%	7.98%	11.18%	7.63%

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注) 最大医療資源傷病（調剤含む）による分類結果（最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名）

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

図表 2-11 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	1,237	1,103	a	68	66	87	89	2	0	
				a/A	5.5%	6.0%	7.0%	8.1%	0.2%	0.0%	
40歳以上	B	997	916	b	68	66	85	88	1	0	
	B/A	80.6%	83.0%	b/B	6.8%	7.2%	8.5%	9.6%	0.1%	0.0%	
再掲	40~64歳	D	415	321	d	14	14	15	20	1	0
		D/A	33.5%	29.1%	d/D	3.4%	4.4%	3.6%	6.2%	0.2%	0.0%
	65~74歳	C	582	595	c	54	52	70	68	0	0
		C/A	47.0%	53.9%	c/C	9.3%	8.7%	12.0%	11.4%	0.0%	0.0%

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

(5) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の評価

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

- 短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えています。一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患、虚血性心疾患・人工透析において、高血圧、脂質異常症での虚血性心疾患の若干の増加がみられたものの、ほかの割合は減っています。しかし年代を分けてみると、65~74歳での合併症が減少しているのに比べ、40~64歳の若い年代において、脳血管疾患、虚血性心疾患が患者数、割合ともに増加しています。(図表 2-12, 2-13, 2-14)
- 65~74歳の年代の方は、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。
- 若い年代で合併症を起こした人について、なぜ発症に至ったのか、健診は受診していたのか等を把握する必要があります。(図表 2-12, 2-13, 2-14)

図表 2-12 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	423	410	110	79	313	331	
	A/被保数	42.4%	44.8%	26.5%	24.6%	53.8%	55.6%	
(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	25	22	4	4	21	18
		B/A	5.9%	5.4%	3.6%	5.1%	6.7%	5.4%
	虚血性心疾患	C	59	60	9	11	50	49
		C/A	13.9%	14.6%	8.2%	13.9%	16.0%	14.8%
	人工透析	D	1	0	1	0	0	0
		D/A	0.2%	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%

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



図表 2-13 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覽)		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	275 ↑ 263	77	66	198	197	
A/被保数		27.6%	28.7%	18.6%	20.6%	34.0%	33.1%	
(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	21 ↓ 18	3	5	18	13	
		B/A	7.6%	6.8%	3.9%	7.6%	9.1%	6.6%
	虚血性心疾患	C	48 ↓ 45	8	9	40	36	
		C/A	17.5%	17.1%	10.4%	13.6%	20.2%	18.3%
	人工透析	D	0	0	0	0	0	0
		D/A	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	17 ↑ 47	2	6	15	41	
		E/A	6.2%	17.9%	2.6%	9.1%	7.6%	20.8%
	糖尿病性網膜症	F	35	38	6	11	29	27
		F/A	12.7%	14.4%	7.8%	16.7%	14.6%	13.7%
	糖尿病性神経障害	G	13	8	4	3	9	5
		G/A	4.7%	3.0%	5.2%	4.5%	4.5%	2.5%

出典:KDBシステム\_ 疾病管理一覽(脳卒中・虚血性心疾患)  
地域の全体像の把握  
介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防等)

図表 2-14 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覽)		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	349 ↑ 345	85	83	264	262	
A/被保数		35.0%	37.7%	20.5%	25.9%	45.4%	44.0%	
(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	24 ↓ 18	2	4	22	14	
		B/A	6.9%	5.2%	2.4%	4.8%	8.3%	5.3%
	虚血性心疾患	C	57 ↑ 58	11	11	46	47	
		C/A	16.3%	16.8%	12.9%	13.3%	17.4%	17.9%
	人工透析	D	0	0	0	0	0	0
		D/A	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典:KDBシステム\_ 疾病管理一覽(脳卒中・虚血性心疾患)  
地域の全体像の把握  
介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防等)

## ② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

- 健診結果からⅡ度高血圧(収縮期 160-179/拡張期 100-109)と、HbA1c 7.0以上の対象者をH30年度とR03年度で比較してみたところ、Ⅱ度高血圧は有所見者の割合が減少していますが、HbA1c7.0以上の割合は横ばいです。レセプト情報を見ると、Ⅱ度以上高血圧の者23名のうち未治療者11名(47.8%)、HbA1c7.0%以上の者21名のうち3名(14.3%)が未治療または治療中断でした。(図表 2-15)
- 生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、未治療者、治療中断対象者が減少するよう、健診結果とレセプトの確認を行い、適切な治療が継続できるよう努める必要があります。

図表 2-15 結果の改善と医療のかかり方

		H30年度				R03年度				レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
		問診結果		未治療 (内服なし)		問診結果		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
		C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
Ⅱ度以上高血圧	勝浦町	33	7.3	19	57.6	23	5.5	15	65.2	11	47.8	0	0.0
	徳島県	2,428	5.8	1,356	55.8	2,524	5.9	1,381	54.7	852	33.8	116	4.6
HbA1c7.0%以上	勝浦町	22	4.9	6	27.3	21	5.0	6	28.6	1	4.8	2	9.5
	徳島県	1,749	4.2	543	31.0	1,946	4.5	574	29.5	108	5.5	44	2.3

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

出典：KDB システム

## (6) 短期的な目標疾患の特定健康診査の結果

### ① 血圧

- 特定健康診査の血圧の結果を H30 年度と R4 年度で年次比較すると、受診勧奨判定値での高血圧Ⅰ度と高血圧Ⅲ度の割合は、減少しています。しかし、重症化するとされるⅡ度以上高血圧を見ると R2 年度から増加傾向にあります。(図表 2-16)
- 健診受診者での治療の有無での血圧を見ると、治療中の者は約 4 割と H30 年度と R4 年度を比較すると割合が増加し、Ⅱ度高血圧者以上の割合も減少していることから、治療でのコントロールも良い方が増加したと考えられます。一方で、血圧Ⅱ度高血圧での未治療者が増加しています(図表 2-17)
- 2 年連続特定健康診査を受診している者(以下継続受診者)でⅡ度高血圧以上の前年度からの改善率は悪化率を上まわっているものの、平成 30 年度からの変化で 54.5%、令和 3 年度からの変化で 43.5%となり、改善率が減少しています。また、翌年度健診未受診者が 3 割見られ、結果が把握できていません。(図表 2-18)

図表 2-16 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
H30	454	94	20.7%	80	17.6%	136	30.0%	111	24.4%	25	5.5%	8	1.8%
R01	456	107	23.5%	65	14.3%	133	29.2%	111	24.3%	36	7.9%	4	0.9%
R02	402	79	19.7%	73	18.2%	131	32.6%	98	24.4%	18	4.5%	3	0.7%
R03	419	77	18.4%	87	20.8%	137	32.7%	95	22.7%	19	4.5%	4	1.0%
R04	422	108	25.6%	79	18.7%	120	28.4%	85	20.1%	26	6.2%	4	0.9%

出典：KDB システム

(参考) II度高血圧以上の割合

年度	II度高血圧以上			再掲		割合
	再)III度高血圧	未治療	治療	割合	割合	
H30	33 7.3%	19 57.6%	14 42.4%	7.3%	1.8%	
	8 1.8%	6 75.0%	2 25.0%			
R01	40 8.8%	17 42.5%	23 57.5%	8.8%	0.9%	
	4 0.9%	2 50.0%	2 50.0%			
R02	21 5.2%	11 52.4%	10 47.6%	5.2%	0.7%	
	3 0.7%	0 0.0%	3 100.0%			
R03	23 5.5%	15 65.2%	8 34.8%	5.5%	1.0%	
	4 1.0%	3 75.0%	1 25.0%			
R04	30 7.1%	18 60.0%	12 40.0%	7.1%	0.9%	
	4 0.9%	3 75.0%	1 25.0%			

出典：KDBシステム

図表 2-17 血圧の結果と治療・未治療の状況

	年度	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
治療中	H30	157	34.6%	14	8.9%	28	17.8%	53	33.8%	48	30.6%	12	7.6%	2	1.3%
	R01	168	36.8%	21	12.5%	18	10.7%	57	33.9%	49	29.2%	21	12.5%	2	1.2%
	R02	155	38.6%	10	6.5%	26	16.8%	64	41.3%	45	29.0%	7	4.5%	3	1.9%
	R03	164	39.1%	18	11.0%	33	20.1%	58	35.4%	47	28.7%	7	4.3%	1	0.6%
	R04	165	39.1%	28	17.0%	35	21.2%	52	31.5%	38	23.0%	11	6.7%	1	0.6%
治療なし	H30	297	65.4%	80	26.9%	52	17.5%	83	27.9%	63	21.2%	13	4.4%	6	2.0%
	R01	288	63.2%	86	29.9%	47	16.3%	76	26.4%	62	21.5%	15	5.2%	2	0.7%
	R02	247	61.4%	69	27.9%	47	19.0%	67	27.1%	53	21.5%	11	4.5%	0	0.0%
	R03	255	60.9%	59	23.1%	54	21.2%	79	31.0%	48	18.8%	12	4.7%	3	1.2%
	R04	257	60.9%	80	31.1%	44	17.1%	68	26.5%	47	18.3%	15	5.8%	3	1.2%

出典：KDBシステム

図表 2-18 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	33 (7.3%)	18 (54.5%)	6 (18.2%)	2 (6.1%)	7 (21.2%)
R03→R04	23 (5.5%)	10 (43.5%)	6 (26.1%)	0 (0.0%)	7 (30.4%)

出典：KDBシステム

## ②血糖値の状況

- 血糖の評価指標であるHbA1cをH30年度とR4年度で年次比較すると、重症化しやすいとされるHbA1c5.6%以上の割合は、5.2%増加しています。より重症化し合併症のリスクが高まるHbA1c7.0%の割合は、1.6ポイント減少しています。(図表2-19, 2-20)
- 治療中と治療なしを分け、H30年度とR4年度のHbA1c6.5%以上7.9%以下の割合は、治療中の割合は増加し、治療なしの割合が減少しています。一方でHbA1c8.0%の割合は、治療中の割合、治療なしの割合ともに増加しています。(図表2-19)
- 継続受診者でHbA1c6.5%の前年度からの改善率は悪化率を上まわり、H30年度からの変化で24.4%、R3年度からの変化で28.1%あり、改善率が増加しています。しかし、翌年度健診未受診者が3割見られ、結果が把握できていません。(図表2-22)

図表2-19 HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値								受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病							
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる			
		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			
治療中	H30	55	12.1%	1	1.8%	5	9.1%	17	30.9%	16	29.1%	12	21.8%	4	7.3%
	R01	61	13.4%	0	0.0%	4	6.6%	18	29.5%	16	26.2%	20	32.8%	3	4.9%
	R02	53	13.2%	1	1.9%	4	7.5%	18	34.0%	17	32.1%	12	22.6%	1	1.9%
	R03	50	11.9%	0	0.0%	2	4.0%	13	26.0%	20	40.0%	12	24.0%	3	6.0%
	R04	47	11.1%	1	2.1%	3	6.4%	13	27.7%	20	42.6%	6	12.8%	4	8.5%
治療なし	H30	398	87.9%	146	36.7%	179	45.0%	60	15.1%	7	1.8%	6	1.5%	0	0.0%
	R01	394	86.6%	78	19.8%	193	49.0%	103	26.1%	14	3.6%	4	1.0%	2	0.5%
	R02	348	86.8%	129	37.1%	152	43.7%	54	15.5%	9	2.6%	3	0.9%	1	0.3%
	R03	369	88.1%	102	27.6%	147	39.8%	98	26.6%	16	4.3%	6	1.6%	0	0.0%
	R04	375	88.9%	116	30.9%	184	49.1%	64	17.1%	7	1.9%	1	0.3%	3	0.8%

図表2-20 重症化しやすいHbA1c6.5%以上の変化

年度	6.5以上		再掲		割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	
	再)7.0以上	未治療	治療	再掲												
H30	45	13	32		9.9%	28.9%	71.1%									
	22	6	16		4.9%	27.3%	72.7%	4.9%	9.9%							
R01	59	20	39		13.0%	33.9%	66.1%									
	29	6	23		6.4%	20.7%	79.3%	6.4%	13.0%							
R02	43	13	30		10.7%	30.2%	69.8%									
	17	4	13		4.2%	23.5%	76.5%	4.2%	10.7%							
R03	57	22	35		13.6%	38.6%	61.4%									
	21	6	15		5.0%	28.6%	71.4%	5.0%	13.6%							
R04	41	11	30		9.7%	26.8%	73.2%									
	14	4	10		3.3%	28.6%	71.4%	3.3%	9.7%							

図表 2-22 HbA1c 6.5 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	45 (9.9%)	11 (24.4%)	17 (37.8%)	10 (22.2%)	7 (15.6%)
R03→R04	57 (13.6%)	16 (28.1%)	20 (35.1%)	4 (7.0%)	17 (29.8%)

出典：KDBシステム

### ③LDL コレステロールの状況

- LDL コレステロールの結果を H30 年度と R4 年度で年次比較すると、リスク要因によらずコントロール目標が未達成である LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の割合は、減少しています。（図表 2-23, 2-24）
- 治療中と治療なしを分け、H30 年度と R4 年度の LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の割合で比較しても、治療中の割合は増加し、治療なしの割合は減少しています。（図表 2-25）
- 継続受診者で LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の前年度からの改善率は悪化率を上まわっているものの、H30 年度からの変化で 59.5%、R3 年度からの変化で 50.0%となり、改善率が減少しています。また、翌年度健診未受診者が 2 割見られ、結果が把握できていません。（図表 4-26）

図表 2-23 LDL コレステロールの年次比較

	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	
H30	453	227	50.1%	122	26.9%	62	13.7%	27	6.0%	15	3.3%
R01	455	235	51.6%	101	22.2%	75	16.5%	29	6.4%	15	3.3%
R02	401	206	51.4%	95	23.7%	74	18.5%	20	5.0%	6	1.5%
R03	419	203	48.4%	116	27.7%	62	14.8%	29	6.9%	9	2.1%
R04	422	217	51.4%	111	26.3%	63	14.9%	20	4.7%	11	2.6%

図表 2-24 LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の割合

年度	160以上		再掲									
	再)180以上	未治療	治療									
H30	42 9.3%	40 95.2%	2 4.8%									
	15 3.3%	13 86.7%	2 13.3%		3.3%							9.3%
R01	44 9.7%	42 95.5%	2 4.5%									
	15 3.3%	15 100.0%	0 0.0%		3.3%							9.7%
R02	26 6.5%	25 96.2%	1 3.8%									
	6 1.5%	6 100.0%	0 0.0%		1.5%							6.5%
R03	38 9.1%	35 92.1%	3 7.9%									
	9 2.1%	9 100.0%	0 0.0%		2.1%							9.1%
R04	31 7.3%	28 90.3%	3 9.7%									
	11 2.6%	9 81.8%	2 18.2%		2.6%							7.3%

図表 2-25 LDL コレステロールの結果と治療・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	H30	116	25.6%	74	63.8%	30	25.9%	10	8.6%	0	0.0%	2	1.7%
	R01	119	26.2%	87	73.1%	20	16.8%	10	8.4%	2	1.7%	0	0.0%
	R02	101	25.2%	69	68.3%	21	20.8%	10	9.9%	1	1.0%	0	0.0%
	R03	104	24.8%	76	73.1%	19	18.3%	6	5.8%	3	2.9%	0	0.0%
	R04	117	27.7%	83	70.9%	26	22.2%	5	4.3%	1	0.9%	2	1.7%
治療なし	H30	337	74.4%	153	45.4%	92	27.3%	52	15.4%	27	8.0%	13	3.9%
	R01	336	73.8%	148	44.0%	81	24.1%	65	19.3%	27	8.0%	15	4.5%
	R02	300	74.8%	137	45.7%	74	24.7%	64	21.3%	19	6.3%	6	2.0%
	R03	315	75.2%	127	40.3%	97	30.8%	56	17.8%	26	8.3%	9	2.9%
	R04	305	72.3%	134	43.9%	85	27.9%	58	19.0%	19	6.2%	9	3.0%

図表 2-26 LDL160 mg/dl 以上の割合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	42 (9.3%)	25 (59.5%)	7 (16.7%)	2 (4.8%)	8 (19.0%)
R03→R04	38 (9.1%)	19 (50.0%)	8 (21.1%)	4 (10.5%)	7 (18.4%)

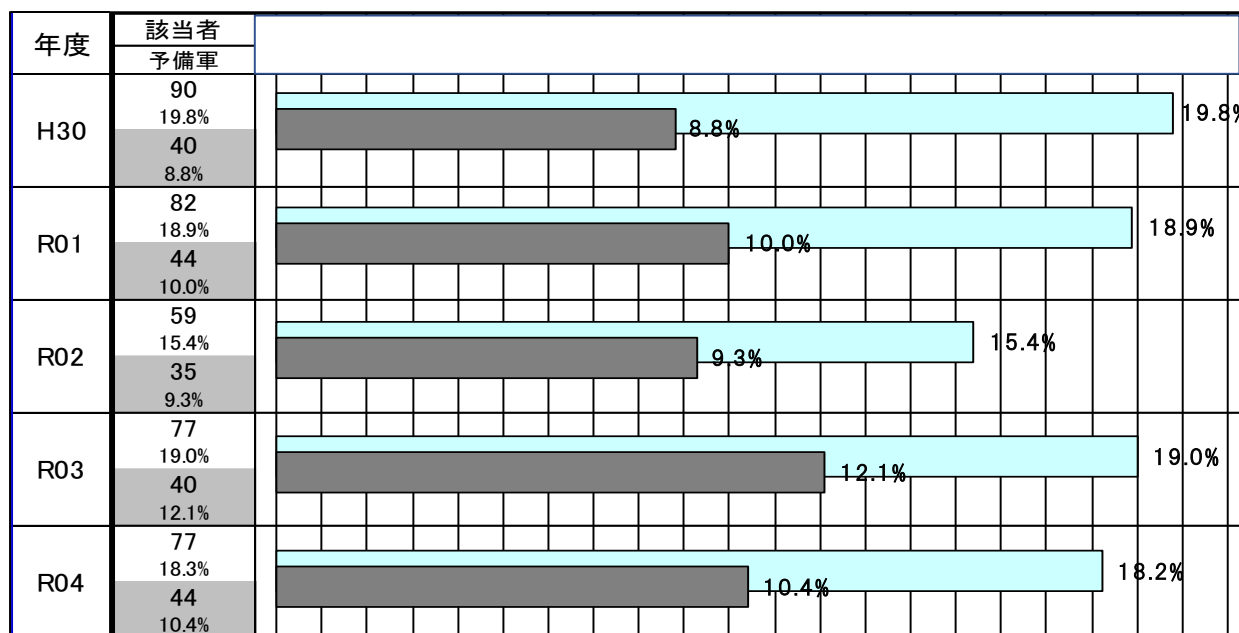
出典：KDBシステム

#### ④メタボリックシンドロームの状況

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。

- 特定健診結果において、H30年度とR4年度を比較したところ、メタボリックシンドローム予備群・該当者の年次比較をすると、R2年度は減少していますが再び増加しています。(図表 2-27)
- メタボリックシンドローム該当者の該当項目数を比較すると該当項目3個が1.2%減少増加していますが、メタボリックシンドローム予備群が1.6%増加しています。(図表 2-28)
- 肥満度(BMI)の状況をH30年度とR4年度を比較すると男性の肥満度I度において1.9%増加していますが、他の年代や分類は減少しています。R4年度をみると、肥満度I度において、50歳代男性が4割を占めています。また、脂肪細胞の数が増えてきていると言われている肥満度II度以上になると50代女性が18.8%とどの世代より、もっとも高くなっています。(図表 2-29)

図表 2-27 メタボリックシンドローム該当者・予備群の年次推移



図表 2-28 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	454 (48.9%)	90 (19.8%)	59 (13.0%)	40 (8.8%)
R04年度	422 (50.5%)	77 (18.2%)	55 (13.0%)	44 (10.4%)

出典: KDBシステム

図表 2-29 年代別体重の経年変化

男性		健診受診者		(再掲)					
				肥満		肥満1度		肥満2度	
		人	%	人	%	人	%	人	%
H 3 0 年 度	合計	206	43.1%	67	32.5%	57	27.7%	10	4.9%
	40-49歳	10	21.3%	6	60.0%	5	50.0%	1	10.0%
	50-59歳	19	28.8%	8	42.1%	7	36.8%	1	5.2%
	60-69歳	111	51.4%	29	26.1%	25	22.5%	4	3.6%
	70-74歳	66	44.3%	24	36.4%	20	30.3%	4	6.1%
R 4 年 度	合計	216	49.2%	71	32.9%	64	29.6%	7	3.3%
	40-49歳	15	30.6%	6	40.0%	5	33.3%	1	6.7%
	50-59歳	19	33.3%	9	47.4%	8	42.1%	1	5.3%
	60-69歳	77	48.4%	24	31.2%	23	29.9%	1	1.3%
	70-74歳	105	60.3%	32	30.5%	28	26.7%	4	3.8%

女性		健診受診者		(再掲)					
				肥満		肥満1度		肥満2度	
		人	%	人	%	人	%	人	%
H 3 0 年 度	合計	248	55.0%	68	27.4%	54	21.8%	14	5.6%
	40-49歳	16	45.7%	5	31.3%	4	25.0%	1	6.3%
	50-59歳	19	36.5%	6	31.6%	3	15.8%	3	15.8%
	60-69歳	123	57.2%	26	21.1%	22	17.9%	4	3.3%
	70-74歳	90	60.4%	31	34.4%	25	27.8%	6	6.7%
R 4 年 度	合計	206	52.0%	41	19.9%	36	17.5%	5	2.4%
	40-49歳	7	24.1%	3	42.9%	3	42.9%	0	0.0%
	50-59歳	16	34.8%	5	31.3%	2	12.5%	3	18.8%
	60-69歳	97	55.4%	17	17.5%	16	16.5%	1	1.0%
	70-74歳	86	58.9%	16	18.6%	15	17.4%	1	1.2%

(参考) 男女別メタボリックシンドローム腹囲基準該当者の経年変化

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
腹囲	割合	32.5%	32.0%	27.5%	33.6%	33.0%
	男性 85cm以上	46.8%	49.1%	45.2%	51.8%	50.7%
	女性 90cm以上	18.1%	14.8%	9.8%	15.3%	15.2%

### ⑤健診受診率及び保健指導実施率の推移

- 特定健診受診率は、R1 年度ではこれまでの受診率で最も高い 50.2%まで伸びましたが、新型コロナウイルスの影響もあり、R2 年度に 44.2%まで受診率が下がりました。R4 年度には 50.5%まで回復しましたが、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できませんでした。(図表 2-30, 2-31)
- 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も実施し、40～44 歳の男性の受診率は増加しましたが、特定健診の年代別の受診率では、男性は 45～54 歳、女性は 40～49 歳が減少しています。(図表 2-32)
- 継続受診者の割合は約 8 割ですが、不定期受診者が約 1 割見られます。(図表 2-31)
- 特定保健指導については、目標の実施率 60%は達成していますが、R2 年度以降、実施率が



下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

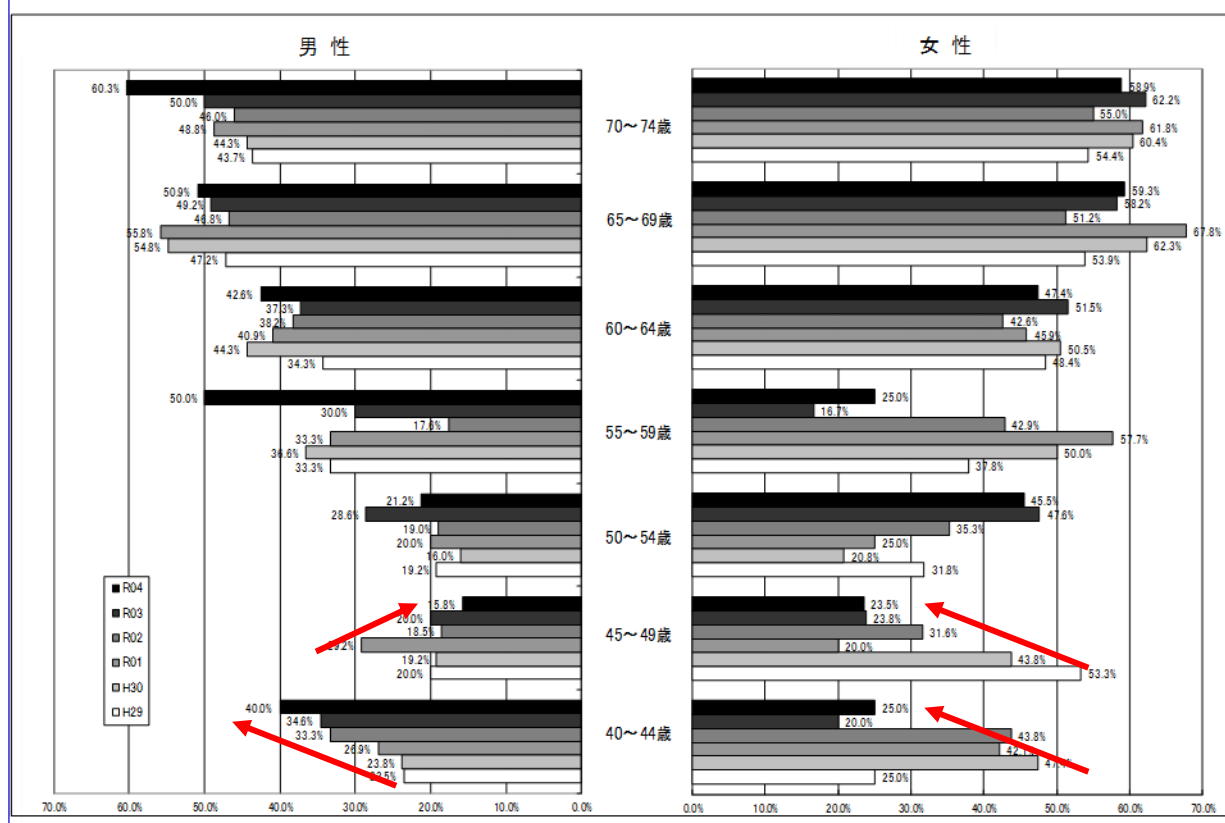
図表 2-30 特定健診・特定保健指導の推移

		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	454	456	402	419	422	健診受診率 60%
	受診率	48.9%	50.2%	44.2%	47.8%	50.5%	
特定保健指導	該当者数	59	62	31	44	38	特定保健指導 実施率 60%
	割合	13.0%	13.6%	7.7%	10.5%	9.0%	
	実施者数	43	53	25	33	30	
	実施率	72.9%	85.5%	80.6%	75.0%	78.9%	

図表 2-31 特定健康診査の継続受診の状況

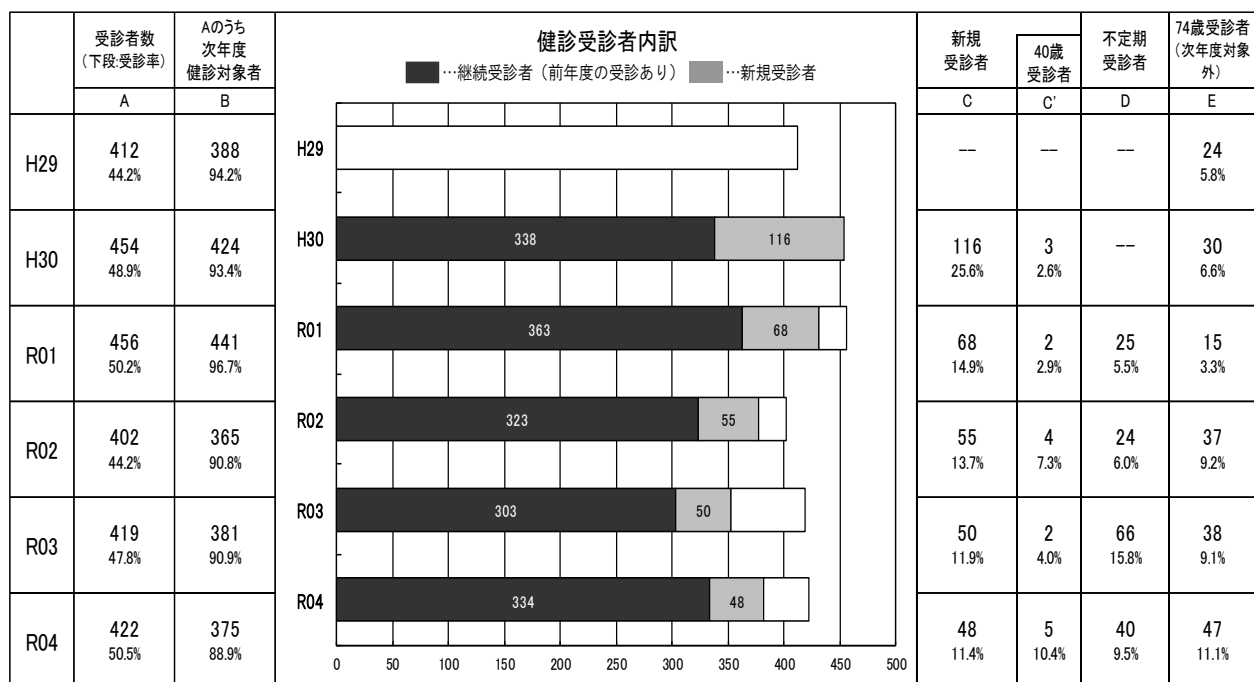
	対象者数	受診者数	受診率	継続受診者数		新規受診者数		不定期受診者数	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	D	D/B(前年)	C	C/B	D	D/B
H30	929	454	48.9%	338	82.0%	116	25.6%	---	---
R01	908	456	50.2%	363	80.0%	68	14.9%	25	5.5%
R02	910	402	44.2%	323	70.8%	55	13.7%	24	6.0%
R03	876	419	47.8%	303	75.4%	50	11.9%	66	15.8%
R04	835	422	50.5%	334	79.7%	48	11.4%	40	9.5%

図表 2-31 年代別特定健診受診率の推移



図表 23~28 出典: 特定健診受診率(法定報告分)

(参考) 特定健康診査の継続受診の状況



※継続受診者は前年度と比較して算出

※新規受診者は過去に1回も受診したことがない者

※不定期受診者とは前年度には受診していないものの、過去に健診を受診したことがある者

## 2) 主な個別事業の評価と課題

### (1) 重症化予防の取組みの評価

第2期計画は第1期計画から引き続き重症化予防の取組みとして、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防に重点を置き実施しました。

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

#### ①糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要です。特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を実施し、糖尿病性腎症患者のうち重症化するリスクの高い者に対し、医療機関と連携した保健指導を実施しました。

また、医療との連携を実施するために勝浦病院、県、国民健康保険団体連合会との連携推進を図りました。

図表 2-32 糖尿尿性腎症重症化予防対象者への保健指導と健診データ

		勝浦町										
		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		1,267人		1,247人		1,224人		1,221人		1,156人		
(再掲)40-74歳		1,032人		1,009人		999人		1,010人		955人		
特定健診	対象者数	929人		908人		910人		876人		835人		
	受診者数	454人		456人		402人		419人		422人		
	受診率	48.9%		50.2%		44.2%		47.8%		50.5%		
健診データ	糖尿病型	70人	15.4%	87人	19.1%	67人	16.7%	72人	17.2%	64人	15.0%	
	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	14人	20.0%	24人	27.6%	14人	20.9%	22人	30.6%	15人	23.4%	
	治療中(質問票 服薬あり)	56人	80.0%	63人	72.4%	53人	79.1%	50人	69.4%	49人	76.6%	
	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	28人	50.0%	28人	44.4%	16人	30.2%	18人	36.0%	15人	30.6%	
	血圧 130/80以上	21人	75.0%	19人	67.9%	12人	75.0%	9人	50.0%	10人	66.7%	
	肥満 BMI25以上	15人	53.6%	13人	46.4%	7人	43.8%	6人	33.3%	4人	26.7%	
	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	28人	50.0%	35人	55.6%	37人	69.8%	32人	64.0%	34人	69.4%	
	第1期 尿蛋白(-)	56人	80.0%	62人	71.3%	49人	73.1%	54人	75.0%	49人	76.6%	
	第2期 尿蛋白(±)	4人	5.7%	12人	13.8%	8人	11.9%	11人	15.3%	8人	12.5%	
	第3期 尿蛋白(+)以上	7人	10.0%	11人	12.6%	9人	13.4%	7人	9.7%	4人	6.3%	
第4期 eGFR30未満	3人	4.3%	2人	2.3%	1人	1.5%	0人	0.0%	3人	4.7%		
保健指導	国保	対象者数 ※1	90人		97人		101人		99人		87人	
		保健指導実施者数 ※2	60人		54人		63人		73人		58人	
		実施率	66.7%		55.7%		62.4%		73.7%		66.7%	
	糖尿病管理 台帳から 後期	対象者数 ※1	—		—		—		30人		38人	
		保健指導実施者数 ※2	—		—		—		22人		20人	
		実施率	—		—		—		73.3%		52.6%	

※1 H23年度以降の健診において一度でもHbA1c6.5%以上だった者

出典:KDBシステムデータ・糖尿病管理台帳

※2 保健指導は訪問・来所棟で面談指導を実施した者

◎保健指導の取り組み

【対象者】

徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、特定健診結果から抽出を行った。次の基準に該当する者を重症化予防対象者とし、KDBシステム等で医療機関の治療状況を確認し、医療機関未受診者、治療中断者を把握した。

- ①HbA1c6.5%以上
- ②空腹時血糖 126mg/dl 以上または随時血糖 200mg/dl 以上
- ③糖尿病管理台帳登録者（H23年度からの登録者）

また、①、②該当者は糖尿病管理台帳に登録し、該当年度以降も重症化予防対象者として保健指導を実施する。

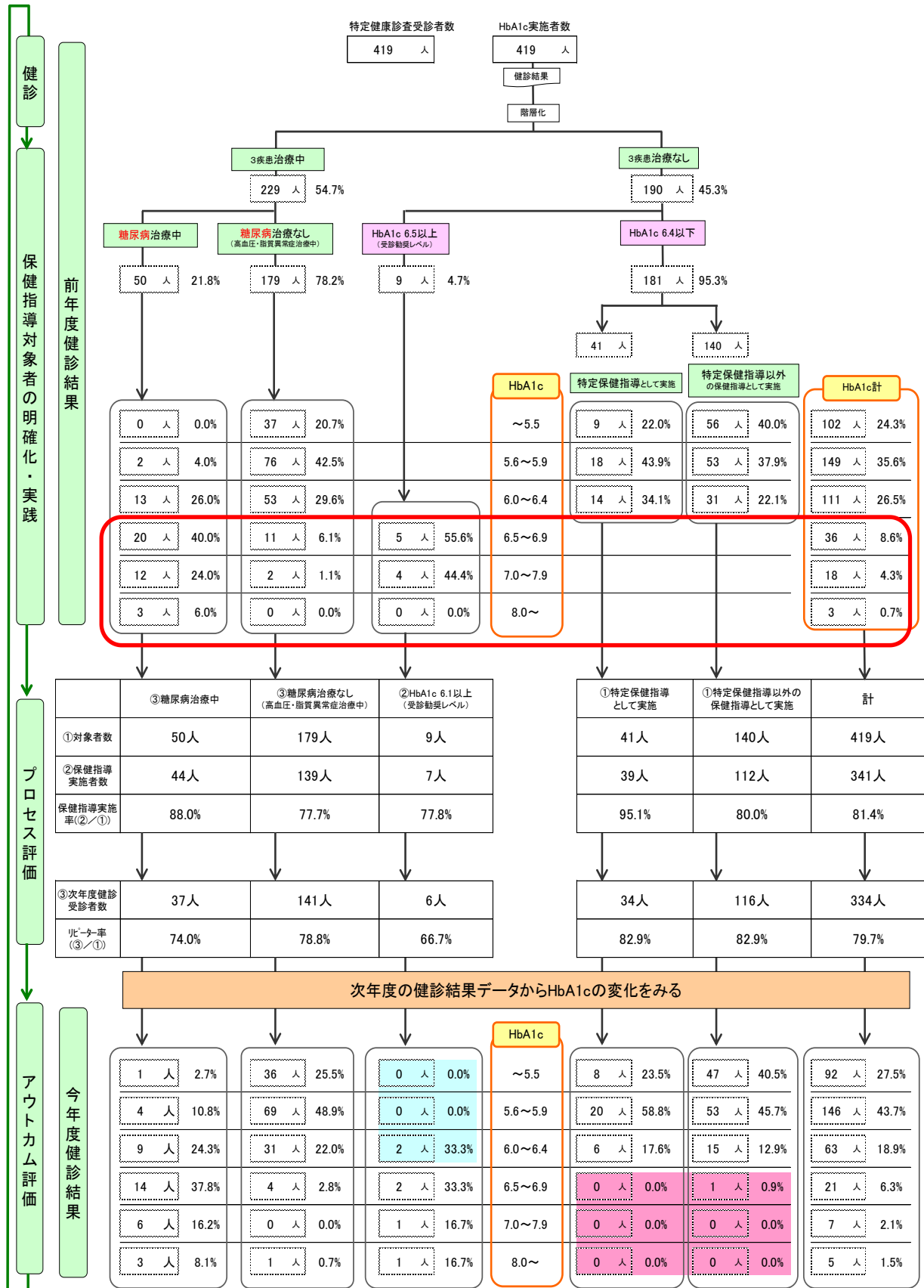
【評価】

			H30	R4	図表
アウトカム	HbA1c6.5以上の者の割合	特定健診結果	9.9%	9.7%	2-20
	HbA1c7.0以上の未治療（治療中断者）者の割合	特定健診結果・問診	27.3%	28.6%	2-20
	糖尿病治療中で、コントロール不良者の割合	特定健診結果・問診	50.0%	30.6%	2-20
	糖尿病治療中で、コントロール良者の割合	特定健診結果・問診	50.0%	69.4%	2-20
	糖尿病性腎症の割合	KDBシステム疾病管理一覧表	6.2%	17.9%	2-13
	糖尿病性腎症新規透析導入患者数	KDBシステム疾病管理一覧表	0人	0人	2-36
アウトプット	保健指導実施率	保健指導実施一覧表	66.7%	81.4%	2-33
プロセス (方法)	<p>○H23年度以降の特定健診以降選定基準に該当した者を糖尿病管理台帳に記載し、ハイリスク者として進捗管理から漏れないように整理した。</p> <p>○集団健診受診者は、健診結果の処理し対象者を抽出し、1か月後に健診会場で健診結果説明会を行い、個別に保健指導を実施。</p> <p>○医療機関受診者は、毎月初旬に健診結果の処理を行い、対象者を抽出し、保健指導を実施。</p> <p>○保健指導実施後は、保健指導一覧表に指導日を記入し保健指導の漏れがないように進捗管理した。</p> <p>○対象者の医療機関受診の有無や治療内容、治療中断の有無などをKDBシステム等で確認した。</p> <p>○勝浦病院での治療者において、尿中アルブミン検査の情報提供を依頼し、保健指導を実施した。</p>				
ストラクチャー (構造)	庁内関係部署	福祉課に保健指導の執行委任を行い、保健師・管理栄養士による保健指導を実施した。			
	保健医療関係機関	<p>○勝浦病院医師に健康課題について情報共有し、保健事業支援を依頼した。2回/年</p> <p>○地域のかかりつけ医と糖尿病連携パスや糖尿病連携手帳を活用し、医療連携を実施した。</p>			
	国民健康保険団体連合会	課題の分析等の共有や保健事業支援・評価委員会等で他市町村の先駆的な取組を情報共有いただき、町の取り組みに反映した。また、町での取り組みに助言をいただいた。			

図表 2-33 継続受診者のHbA1cの変化

継続受診者のHbA1c変化

R03・R04年度の比較



## ②虚血性心疾患重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患の重症化予防を目的として、R2年度から心電図検査全数実施を目指し健診受診勧奨を実施しており、心電図検査はほぼ全数実施できています。

R3年度から特定健診の結果、虚血性心疾患を示唆する心電図所見（ST所見）がある者を虚血性心疾患管理台帳に整理し、個別のリスク（肥満、高血圧等）に応じた保健指導を継続して行い進捗管理を行っています。（図表 2-34）

R4年度の健診受診者のうち心電図検査において約3割に所見を認めました。有所見者のうちST所見をみると、全員の方が医療機関を受診しています。

### ◎保健事業の取組

#### 【対象者】

特定健診結果から抽出を行った。次の基準に該当する者を重症化予防対象者とした。各種ガイドライン等を参照し、心電図所見のうち虚血変化が疑われる所見がある者

#### 【評価】

			H30	R4	図表
アウトカム	心電図有所見者の医療機関受診割合	特定健診結果	90.9%	100.0%	2-34
アウトプット	保健指導実施率	保健指導実施一覧表	77.8%	93.3%	2-34
プロセス (方法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○選定基準に該当した者を虚血性心疾患管理台帳に記載し、ハイリスク者として進捗管理から漏れのないように整理した。</li> <li>○毎月初旬に健診結果の処理を行い、対象者を抽出し、保健指導を実施。</li> <li>○保健指導実施後は、保健指導一覧表に指導日を記入し保健指導の漏れがないように進捗管理した。</li> <li>○対象者の医療機関受診の有無や治療内容、治療中断の有無などを KDB システム等で確認した。</li> </ul>				
ストラクチャー (構造)	庁内関係部署	福祉課に保健指導の執行委任を行い、保健師・管理栄養士による保健指導を実施した。			
	保健医療関係機関	○勝浦病院医師に健康課題について情報共有し、保健事業支援を依頼した。2回/年			
	国民健康保険団体連合会	課題の分析等の共有や保健事業支援・評価委員会等で他市町村の先駆的な取組を情報共有いただき、町の取り組みに反映した。また、町での取り組みに助言をいただいた。			

図表 2-34 心電図受診者のうち保健指導実施状況

心電図結果		R2		R3				R4			
再掲	健診受診者数 (受診率) A	人	%	人	%	(再掲) 保健指導 実施率	人	%	(再掲) 保健指導 実施率		
	65歳未満	108	26.2%	107	23.6%		444	48.4%		109	24.5%
	65歳以上	304	73.8%	347	76.4%		335	75.5%			
	心電図実施者数 (実施率) B	411	99.8%	452	99.8%		444	100.0%			
心電図実施者のうち 虚血等の所見があった者		人	割合 (A/B)	人	割合 (A/B)	実施者数	実施率	人	割合 (A/B)	実施者数	実施率
異常Q波		7	1.7%	4	0.9%	2	50.0%	3	0.7%	3	100.0%
医療機関受診あり		7	100.0%	4	100.0%	2	50.0%	3	100.0%	3	100.0%
医療機関受診なし		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
ST異常		8	1.9%	11	2.4%	9	81.8%	7	1.6%	6	85.7%
医療機関受診あり		8	100.0%	9	81.8%	7	77.8%	7	100.0%	6	100.0%
医療機関受診なし		0	0.0%	2	18.2%	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
心房細動		4	1.0%	3	0.7%	3	100.0%	5	1.1%	5	100.0%
医療機関受診あり		4	100.0%	3	100.0%	3	100.0%	5	100.0%	5	100.0%
医療機関受診なし		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

### ③脳血管疾患重症化予防

脳心血管疾患において高血圧は最大の危険因子です。また、脳血管疾患は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。

健診結果でⅡ度高血圧以上の者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行いました。保健指導の優先順位を決めるにあたっては、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（図表 2-35）を用いました。

また、心原性脳塞栓症予防のために、健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合、未治療者は受診勧奨を行うとともに医療機関への継続的な受診ができるように②で記した虚血性心疾患管理台帳とあわせて経過の把握に努めました。

#### ◎保健指導の取組

##### 【対象者】

特定健診結果から抽出を行った。各種ガイドライン等を参照し、次の基準に該当する者を重症化予防対象者とした。①心電図所見のうち心房細動がある者、②Ⅱ度以上（160 以上/100 以上）

##### 【評 価】

		H30	R4	図表
アウトカム	Ⅱ度以上高血圧の者の割合	5.5%	7.1%	2-17
アウトプット	保健指導実施率	69.7%	93.3%	2-35
プロセス (方法)	○選定基準に該当した者を高血圧管理台帳に記載し、ハイリスク者として進捗管理から漏れのないように整理した。 ○毎月初旬に健診結果の処理を行い、対象者を抽出し、保健指導を実施。 ○保健指導実施後は、保健指導一覧表に指導日を記入し保健指導の漏れがないように進捗管理した。 ○対象者の医療機関受診の有無や治療内容、治療中断の有無などを KDB システム等で確認した。			
ストラクチャー (構造)	庁内関係部署	福祉課に保健指導の執行委任を行い、保健師・管理栄養士による保健指導を実施した。		
	保健医療関係機関	○勝浦病院医師に健康課題について情報共有し、保健事業支援を依頼した。2回/年		
	国民健康保険団体連合会	課題の分析等の共有や保健事業支援・評価委員会等で他市町村の先駆的な取組を情報共有いただき、町の取り組みに反映した。また、町での取り組みに助言をいただいた。		

図表 2-35 脳血管疾患重症化予防対象者への保健指導

	H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者数	454	456	402	419	422
保健指導対象者数	33	40	21	23	30
保健指導対象率	7.3%	8.8%	5.2%	5.5%	7.1%
保健指導実施者数	23	34	16	18	28
保健指導実施率	69.7%	85.0%	76.2%	78.3%	93.3%



図表 2-36 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	133	高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	区分	該当者数
			130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上		
リスク第1層 予後影響因子がない		68	47	15	3			
		51.1%	35.3%	11.3%	2.3%			
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		5	2	1	2	0	A	30
		3.8%	2.9%	2.1%	13.3%	0.0%		22.6%
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		71	35	32	3	1	B	66
		53.4%	51.5%	68.1%	20.0%	33.3%		49.6%
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		57	31	14	10	2	C	37
		42.9%	45.6%	29.8%	66.7%	66.7%		27.8%

…高リスク  
 …中等リスク  
 …低リスク

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

(2) ポピュレーションアプローチ

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

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

取組み内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている町の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、各種団体や行政区単位で健診結果説明会等出前講座を毎年行い、広く町民へ周知を行いました。

また、集団健診会場や介護予防教室、関係機関等において、高血圧の改善を目的に自宅での血圧測定のおすすめや、減塩について周知するとともに、糖尿病の改善では、生活リズムと食事(血糖値の変化)との関係など、集中的に周知してきました。

### (3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 2-37 第2期計画目標の達成状況一覧

関連計画	健康課題解決に向けた目標・指標	目標 (R5)	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	データの把握方法 (活用データ年度)		
			(H30)	(R2)	(R4)			
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費の割合の減少	減少	0.65%	0.57%	0.60%	KDBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費の割合の減少	減少	1.51%	2.32%	1.12%		
		慢性透析患者数(うち新規患者数)	0	1(1)	1(0)	0(0)		
		糖尿病性腎症割合の減少	減少	7.8%	6.6%	9.70%		
		糖尿病性腎症新規透析導入患者数の減少	減少	0	0	0		
	短期目標	メタボ該当者予備群の減少	10%減少	28.6%	23.6%	28.7	法廷報告データ	
		健診受診者の高血圧者(160/100)割合の減少	減少	7.3%	5.2%	7.1%		
		健診受診者の血糖異常者(HbA1c6.5%以上)割合の減少	減少	9.9%	10.7%	9.7%		
		健診受診者の血糖異常者(HbA1c8.0%以上)割合の減少	減少	0.9%	0.5%	1.7%		
		健診受診者の脂質異常者(LDL160以上)割合の減少	減少	9.3%	6.5%	7.3%		
		特定健診受診率	65%以上	48.9%	44.2%	50.5%		
保険者努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	40.0%	19.9%	9.9%	8.4%	地域保健事業報告	
		肺がん検診受診者の増加	40.0%	21.9%	7.1%	8.3%		
		大腸がん検診受診者の増加	40.0%	22.0%	7.0%	8.0%		
		子宮頸がん検診受診者の増加	50.0%	22.0%	21.0%	20.4%		
		乳がん検診受診者の増加	50.0%	25.7%	21.5%	22.6%		
	歯科検診受診率	実施	実施	実施	実施			
	地域包括ケアの取り組み	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取組実施(実態把握)、事業委託	事業実施		実態把握	事業実施		
全体評価	健康寿命の延伸	平均余命	男性(徳島県) 80.8	延伸	80.4	80.4	KDBシステム	
			女性(徳島県) 87.3	延伸	86.9	86.9		
		平均自立期間(要介護2以上)	男性(徳島県) 79.3	延伸	79.3	80.3		78.6
			女性(徳島県) 83.9	延伸	84.7	84.0		85.1
	医療費	地域格差指数(実績医療費)	(国) 1.00 (徳島国保) 1.12(R2)	1.00	1.008	1.01		0.933

### 3) 第2期データヘルス計画の考察

本町の国保加入率は、H30年度から横ばいですが、65歳～74歳の前期高齢者が53.9%と国保加入者の半数以上を占め、40歳から64歳の若い世代の国保加入率が減少傾向にあります。

(図表2-2)年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管が傷んでくることから医療費そのものを抑えることは難しいため、第2期のデータヘルス計画の取り組みでは、医療費が高額となる中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の総医療費に占める割合の減少を目的としてきました。H30年度とR4年度を比較すると、脳血管疾患、虚血性心疾患について減少していますが、糖尿病性腎症について増加しています。(図表2-10、2-37)一方、一人あたりの医療費を見ると、入院・外来ともに増加していますが、重症化を意味する入院の医療費の割合は減少していました。(図表2-8)

さらに年代別でみると、65歳から74歳では中長期目標疾患、短期目標疾患ともに治療者数の割合が減少しています。治療が必要な方へ受診勧奨や治療の継続等、重症化する前に適切な治療を受けることの重要性を伝えてきた結果と考えられます。40歳から64歳の若い年代では短期的な目標疾患の高血圧、脂質異常、糖尿病における中長期目標疾患の合併症(脳血管疾患、虚血性心疾患)の割合が増加していました。(図表2-11、2-12、2-13、2-14)若い年代での合併症発症は、その後の仕事や生活に大きな影響をもたらす、医療費や介護給付費にも関係します。引き続き医療費適正化に向けた重症化予防を取組むとともに、若い年代の方に注力する必要があります。

介護費についても、総給付費、一人当たりの給付費ともに増加しています。(図表2-6)

要介護者の有病状況では、脳卒中(脳出血・脳梗塞)、虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)が上位を占め、続いて腎不全となっています。また、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)は97%と高く、生活習慣病の重症化は介護給付費適正化においても重要となります。(図表2-7)

特定健診の結果から、短期目標疾患(高血圧、脂質異常症、糖尿病)、メタボリックシンドロームの減少を目的に保健指導に取り組んできました。H30年度とR4年度を比較すると、脂質異常症は減少傾向にあるものの、糖尿病、高血圧、メタボリックシンドロームはともに増加しています。(P21～26)

特に糖尿病において、HbA1cの年次比較でコントロール状況を確認すると、糖尿病治療者が増加し、コントロール良の方が増加している一方で、HbA1c8.0%以上(合併症の危険が大きくなる)の方の割合が治療者、未治療者(治療中断者)ともに増加しています。(図表2-19)これらは、糖尿病性腎症による人工透析への移行は防止できているものの、依然としてコントロール不良者が減少しておらず、糖尿病合併症に向かう危険性の高い人がいることを示しています。また、メタボリックシンドローム該当者を見ると、全体では減少していますが、40歳から64歳までの年代で増加している現状があります。(図表2-29)

生活習慣病の発症予防、重症化予防のためには、特定健診の受診率向上が重要となりますが、目標達成には至っていません。目標を達成するためにまず、特定健診の受診率向上を第一に、①個別受診勧奨、②受診券発送や未受診者に対する受診勧奨通知送付時に健診経年表の同封、③愛育班、勝浦病院等の各種団体、関係機関を通じてあらゆる場面での受診勧奨などを実施してきました。しかし、若い年世代ほど受診率が低い状況となっています。(図表2-31)

また、町の健康課題である糖尿病、高血圧対象者で重症化する可能性の高い人を適切に抽出し、個別指導を中心とした保健指導を実施することで未治療者や治療中断者を治療につなげ、集団学習では生活習慣等を見直すきっかけを提供するなどの取り組みで重症化予防は少しずつではあるが効果が出てきたと考察しています。しかし、重症化する手前の予備群の方は依然として多く、特に若い世代からの健診受診、肥満予防なくして重症化予防対象者の減少につながらないことから、第3期計画では糖尿病対策を引き続きすすめながら、肥満と高血圧に着目した保健活動を今後もすすめていきたいと考えます。

### 3. 第3期における健康課題（生活習慣病）の明確化

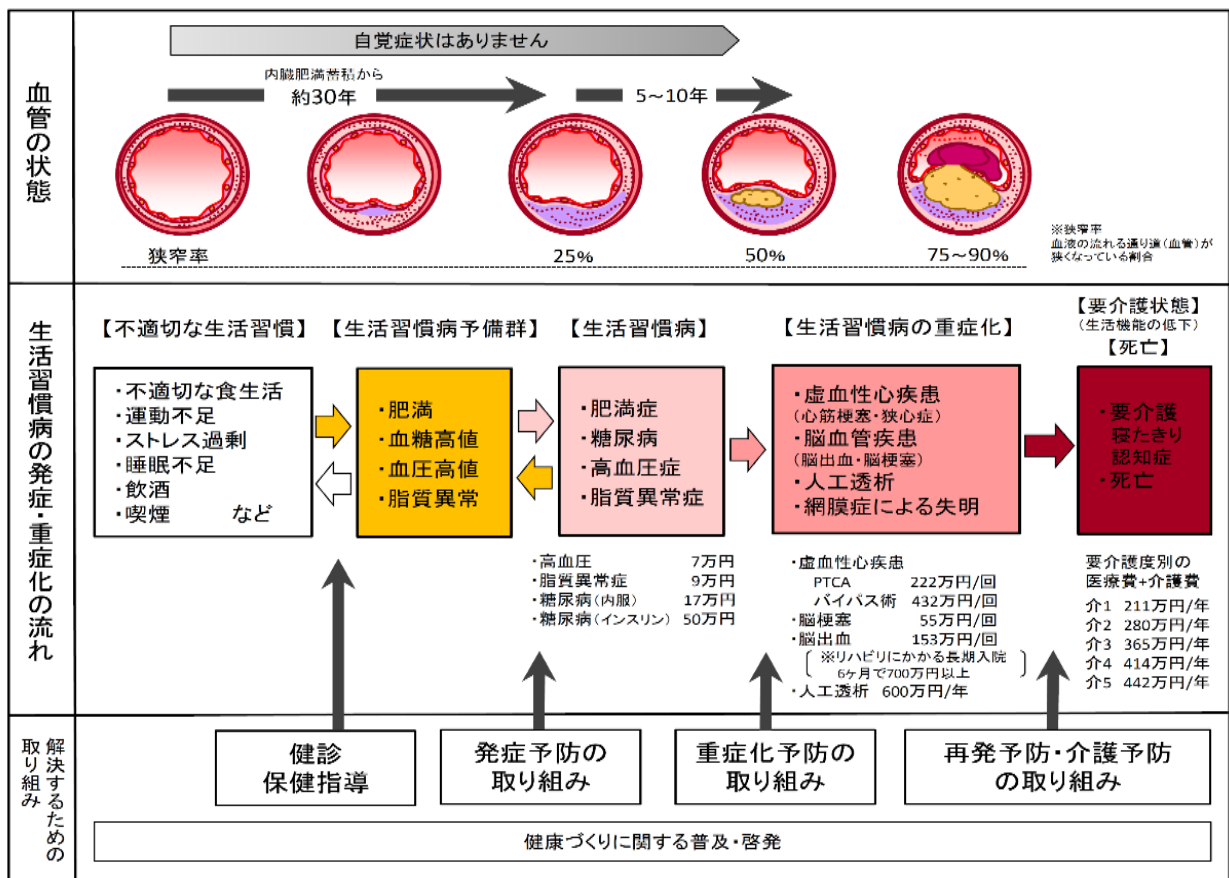
#### 1) 基本的な考え方

健康課題においては、第2期計画の評価を踏まえ、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し、医療給付費や介護給付費、標準化死亡比等の状況から明確化しました。

また、生活習慣病の発症予防や重症化予防のためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病の発症、さらには重症化・合併症へと悪化させない取組みへつなぐことが重要です。

図表 2-37 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

#### 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



#### 2) 健康課題の明確化

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

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

国保で、被保険者の年代をみても65歳以上の前期高齢者の割合が高く、医療費も前期高齢者に係る医療費割合が過半数を占めており、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながっているケースも多く、健康課題が国保から後期へと引き継がれています。市町村国保及び広域連合は、図表 2-38 に基づいて健康課題の分析結果等を

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

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



## (1) 医療費分析

### ①生活習慣病の医療費

R4 年度医療費総費用額をみると、国保は 4.2 億円で、後期は約 11 億円で約 2.6 倍となり、被保険者一人あたり医療費も後期では約 2 倍高い状況です。(図表 2-39)

生活習慣病疾患の医療費割合を国保と後期でみると、後期の慢性腎不全(透析有)が国保の 5 倍、慢性腎不全(透析無)が 2 倍に加え、脳梗塞・脳出血が 4 倍になっており、国保からの健康管理・重症化予防の取組みで、後期医療費の負担を減らしていくことが重要です。(図表 2-40)

図表 2-39 被保険者及びレセプト推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度
被保険者数		1,237人	1,213人	1,212人	1,163人	1,103人	1,289人
総件数及び 総費用額	件数	10,841件	10,736件	10,066件	10,264件	10,072件	17,327件
	費用額	4億1957万円	4億4416万円	4億2459万円	4億0625万円	4億2541万円	10億9543万円
一人あたり医療費		33.9万円	36.6万円	35.0万円	34.9万円	38.6万円	85.0万円

出典:KDBシステム

図表 2-40 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	勝浦町	4億2541万円	31,435	0.0%	0.6%	0.6%	1.1%	7.2%	3.2%	1.9%	6238万円	14.7%	20.0%	10.7%	12.0%
	同規模	--	30,571	3.8%	0.3%	2.1%	1.5%	6.1%	3.5%	2.0%	--	19.3%	16.8%	8.0%	9.3%
	県	--	31,476	2.3%	0.3%	1.4%	1.8%	5.7%	3.2%	2.0%	--	16.8%	16.1%	11.2%	8.5%
	国	--	27,570	4.3%	0.3%	2.0%	1.5%	5.4%	3.1%	2.1%	--	18.6%	16.7%	7.6%	8.7%
② 後期	勝浦町	10億9543万円	71,030	4.8%	1.1%	2.3%	1.1%	4.6%	4.3%	1.1%	2億1103万円	19.3%	9.1%	4.1%	11.3%
	同規模	--	68,038	4.1%	0.5%	4.0%	1.5%	4.1%	3.3%	1.2%	--	18.8%	10.3%	3.5%	12.4%
	県	--	79,523	5.9%	0.6%	3.3%	1.9%	3.8%	2.8%	1.2%	--	19.4%	9.3%	3.9%	14.4%
	国	--	71,162	4.6%	0.5%	3.9%	1.7%	4.1%	3.0%	1.4%	--	19.1%	11.2%	3.6%	12.4%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

出典:KDBシステム・健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

### ②高額医療費

1 件当たり 80 万以上となる高額レセプトの件数では、国民健康保険において R2 年度をピークに減少しています。後期高齢者になると国民健康保険の約 2 倍の 163 件となっています。(図表 2-41)

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトでは、患者人数と費用額は相関しており、R1 年度の 353 万円を最高に、R4 年は 104 万円となっており、250 万円減っています。しかし、後期高齢になると費用額は国保の 7.2 倍となっています。(図表 2-42)

虚血性心疾患においてはR3年度637万円からR4年は107万円となっており、約500万円減少しています。後期高齢者になると費用額は国保の5倍となっています。虚血性心疾患は脳血管疾患や腎不全との関連が深く、脳血管疾患同様に高血圧の重症化予防に注力する必要があります。(図表2-43)

脳血管疾患や虚血性心疾患は発症時の急性期のみならず、再発や介護、死亡の問題もあり、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる肥満、糖尿病、高血圧症等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表2-41 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	38人	42人	48人	43人	40人	102人
	件数	B	68件	88件	92件	89件	82件	163件
		B/総件数	0.63%	0.82%	0.91%	0.87%	0.81%	0.94%
	費用額	C	9086万円	1億1041万円	1億1400万円	1億1103万円	1億0091万円	1億9989万円
C/総費用		21.7%	24.9%	26.9%	27.3%	23.7%	18.2%	

出典:KDBシステム

図表2-42 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	2人	2人	1人	1人	1人	5人							
		D/A	5.3%	4.8%	2.1%	2.3%	2.5%	4.9%							
	件数	E	2件	3件	1件	1件	1件	7件							
		E/B	2.9%	3.4%	1.1%	1.1%	1.2%	4.3%							
	年代別	40歳未満	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%	1	100.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	1	14.3%
		60代	2	100.0%	2	66.7%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	80代	5	71.4%
		70-74歳	0	0.0%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	90歳以上	1	14.3%
	費用額	F	197万円	353万円	130万円	95万円	104万円	746万円							
F/C		2.2%	3.2%	1.1%	0.9%	1.0%	3.7%								

出典:KDBシステム

図表2-43 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	1人	1人	5人	2人	1人	3人							
		G/A	2.6%	2.4%	10.4%	4.7%	2.5%	2.9%							
	件数	H	1件	1件	5件	2件	1件	4件							
		H/B	1.5%	1.1%	5.4%	2.2%	1.2%	2.5%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	0	0.0%
		60代	0	0.0%	1	100.0%	2	40.0%	1	50.0%	0	0.0%	80代	4	100.0%
		70-74歳	1	100.0%	0	0.0%	2	40.0%	1	50.0%	1	100.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	97万円	108万円	528万円	637万円	107万円	570万円							
I/C		1.1%	1.0%	4.6%	5.7%	1.1%	2.9%								

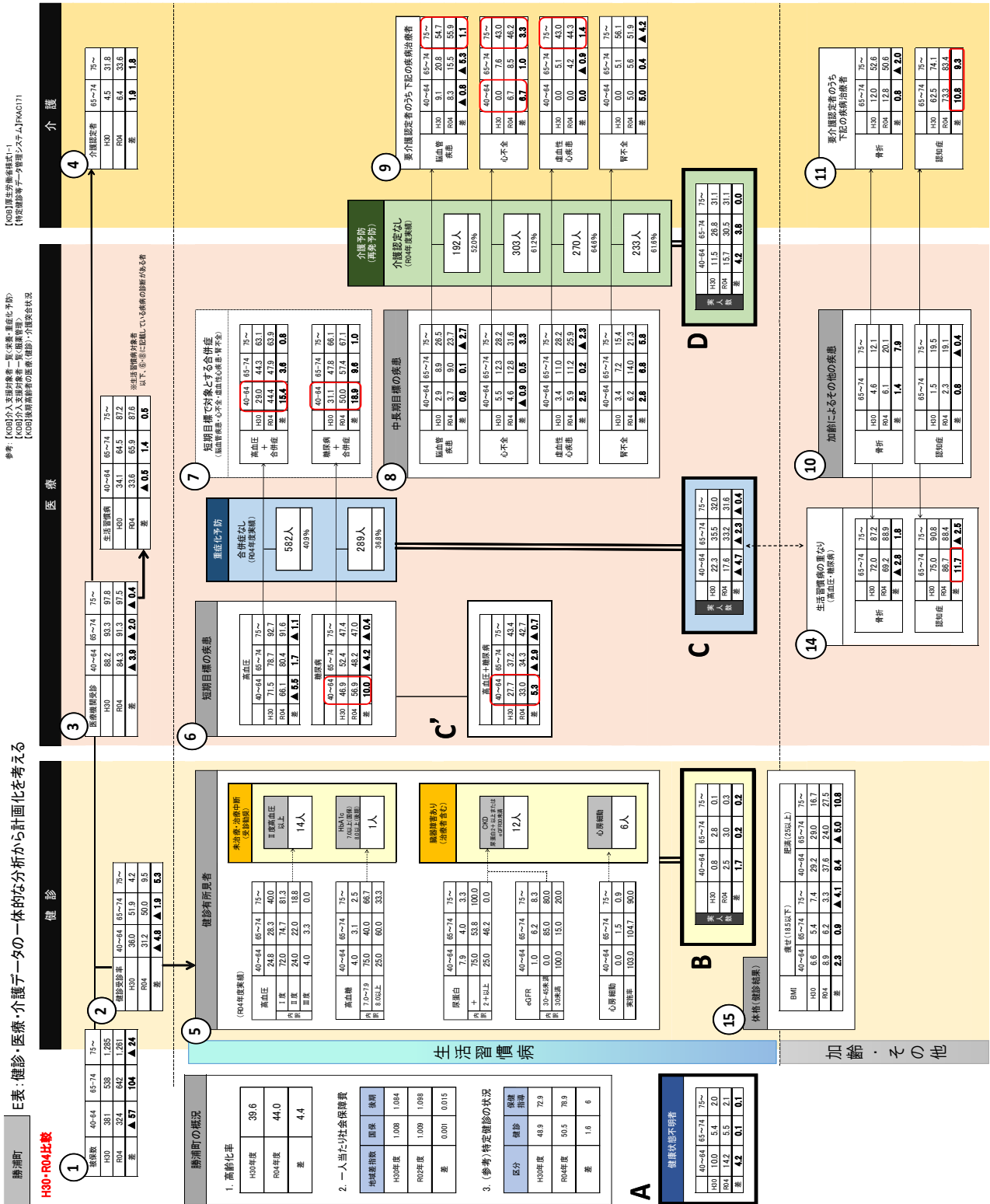
出典:KDBシステム



## (2) 健診・医療・介護の一体的分析

本町では、(2)「健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える」帳票で、40～64歳、65～74歳（前前期高齢者）、75歳以上（後期高齢者）の3つの年代で、健康・医療情報等を活用した被保険者の健康状態等の分析を行い、健康課題を明確化し、予防活動の優先順位を決定しています。（図表2-44）

図表2-44 健診・医療・介護データの一体的な分析



### (3) 健康課題の明確化

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、①被保険者は 65-74 歳で増加、75 歳以上で減少しています。②健診受診率は 40-64 歳・65-74 歳で減少、75 歳以上が受診率を伸ばしています。⑤体格をみると、BMI25 以上の対象者は、40-64 歳、75 歳以上で増加し、65-74 歳で減少しています。(図表 2-44)

図表 2-44 抜粋 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定 介護 率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)					
					特定 健診		長寿 健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	31.8	381	538	1,285	36.0	51.9	4.2	6.6	5.4	7.4	29.2	29.0	16.7
R04	33.6	324	642	1,261	31.2	50.0	9.5	8.9	6.2	3.3	37.6	24.0	27.5

健診有所見状況では、⑤未治療者・治療中断者の状況をみると、40-64 歳、75 歳以上の年代でにおいて、Ⅱ度高血圧対象者、HbA1c7.0 以上、CKD のすべての項目で増加しています。これらの年代は BMI25 以上の対象者が増加している年代でもあり、増加の背景についても町の実態を確認するとともに、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 2-45 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上または eGFR30未満			心房細動														
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-												
H30	2	1.5	(1)	28	10.0	(8)	3	5.6	(1)	5	3.6	(0)	15	5.4	(0)	0	--	(0)	2	1.5	7	2.5	0	--	0	--	0	--	0	--
R04	7	6.9	(5)	23	7.2	(8)	9	7.5	(1)	4	4.0	(1)	10	3.1	(0)	1	0.8	(0)	3	3.0	7	2.2	2	1.7	0	--	5	1.6	1	0.8

※徳島県では心電図検査を令和2年度から全数実施

生活習慣病患者において R4 年度をみると、高血圧、糖尿病ともに合併症を持つ割合がすべての年代で増加していることから、生活習慣病治療者が重症化しているのか、治療状況や、健診データのコントロールと合わせてみていくことが重要です。

図表 2-44 抜粋 短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症					
	高血圧		糖尿病		C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症										
H30	88.2	93.3	97.8	34.1	64.5	87.2	71.5	78.7	92.7	46.9	52.4	47.4	27.7	37.2	43.4	29.0	44.3	63.1	31.1	47.8	66.1
R04	84.3	91.3	97.5	33.6	65.9	87.6	66.1	80.4	91.6	56.9	48.2	47.0	33.0	34.3	42.7	44.4	47.9	63.9	50.0	57.4	67.1

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

中長期目標の疾患をみると、脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全ともに、75歳以上になると発症している対象者が増えており、介護認定者をみると、すべての疾患が45～55%の割合で見られ、介護認定者の背景にはどの短期目標疾患が原因であったのかを確認する必要があります。

図表 2-44 抜粋 中長期目標疾患（脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全）と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保数割)												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		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	2.9	8.9	26.5	3.4	11.0	28.2	5.5	12.3	28.2	3.4	7.2	15.4	9.1	20.8	54.7	0.0	5.1	43.0	0.0	7.6	43.0	0.0	5.1	56.1
R04	3.7	9.0	23.7	5.9	11.2	25.9	4.6	12.8	31.6	6.2	14.0	21.3	8.3	15.5	55.9	0.0	4.2	44.3	6.7	8.5	46.2	5.0	5.6	51.9

⑭骨折・認知症患者のうち高血圧と糖尿病の重なりをみてみると、65-74歳の骨折ではH30年とR4年度を比較し、2.8ポイント減少していますが、認知症は同じ年代で11.7%増加しています。認知症予防と高血圧・糖尿病のリスクについて確認しなければいけません。

図表 2-44 抜粋 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保数割)				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	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	72.0	87.2	75.0	90.8	4.6	12.1	1.5	19.5	12.0	52.6	62.5	74.1
R04	69.2	88.9	86.7	88.4	6.1	20.1	2.3	19.1	12.8	50.6	73.3	83.4

#### (4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

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

具体的な取組み方法については、第4章に記載していきます。

## 2) 目標の設定

### (1) 成果目標

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

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

このため、**評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果**の活用について、計画の段階から明確にしておきます。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 2-46)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

#### ②中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、増加させないことを目指します。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や、高齢化が進展することで、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

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

#### ③短期的な目標の設定

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

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

また、根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、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 2-46 第3期計画目標管理一覧

	達成すべき目的	指標	項番	課題を解決するための目標	(R6)	(R8)	(R11)	目標	データ先、算出方法	
					初期値	中間評価	最終評価			
					R4年データ	R7年データ	R10年データ			
中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	アウトカム指標	1	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	0.60%	0.6%	0.6%	維持	【帳票B】 図表17・図表33 ●KDB 地域の全体像の把握 最大医療資源傷病名 医療費/総額医療費*100=医療費割合	
			2	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.12%	1.1%	1.1%	維持		
			3	慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持(※1)	2.28%	2.3%	2.3%	維持		
			4	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少(※2)	0.0%	0.0%	0.0%	減少		
			5	糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%	減少		
短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者減少	アウトカム指標	6	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	28.7%	23.7%	19.8%	H20(26.4%)比較して25%減少	法定報告結果	
			7	健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	7.1%	6.1%	5.3%	減少	法定報告対象者 健診受診者の血圧・LDL・HbA1cの有所見割合 (治療・未治療者全て)	
			8	健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	7.3%	6.3%	5.5%	減少		
			9	健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	9.7%	8.5%	7.3%	減少		
			10	健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少	1.7%	1.3%	1.0%	減少		
			11	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	0.0%	30.0%	50.0%	増加		受診動機レベル HbA1c6.5以上の糖尿病未治療者が医療機関を受診した割合
	12	糖尿病の保健指導を実施した割合	85.7%	85.0%	85.0%	維持	●保健指導人数/HbA1c6.5以上(糖尿病治療有無関係なし)対象者*100			
	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	アウトプット指標	13	特定健診受診率60%以上	50.5%	55.0%	60.0%	60%以上	法定報告結果	
			14	特定保健指導実施率60%以上	78.9%	80.0%	80.0%	60%以上	法定報告結果	
			15	特定保健指導対象者の割合の減少	9.0%	8.0%	7.0%	減少	法定報告結果 ●特定保健指導対象者割合	
	その他	活動的な生活を送るための基本的な身体活動の増加	アウトプット指標	16	運動習慣のある者の割合の増加	32.0%	36.0%	40.0%	増加	標準的な質問票 10 (1回30分以上の運動している者)(人)/受診者数*100
					日常生活において歩行等の身体活動1時間/日以上実施している者の割合	48.8%	55.0%	60.0%	増加	標準的な質問票 11 (日常生活において歩行等の身体活動1時間/日以上実施している者)(人)/受診者数*100

(※1) 慢性透析患者数 (うち新規患者数)	国保 (うち新規導入者数)	0人 (0人)	0人	0人	維持	※KDB 保健事業介入支援管理 (R03/R04年度)  参考 別シート「参考10-1~3国保」 KDBシステム 保健事業介入支援管理より (H30/R1年度)
	後期 (うち新規導入者数)	16人 (2人)	15人 (0人)	14人 (0人)	減少	
(※2) 糖尿病腎症新規透析導入 患者数の減少	国保 (うち新規導入者数)	0人 (0人)	0人	0人	維持	
	後期 (うち新規導入者数)	4人 (0人)	3人 (0人)	2人 (0人)	減少	

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

### 2. 目標値の設定

図表 3-1 特定健診受診率・特定保健指導実施

	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	52%	54%	56%	58%	60%	60%以上
特定保健指導実施率	80%	80%	80%	80%	80%	80%以上

### 3. 対象者の見込み

図表 3-2 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	840人	790人	760人	720人	680人	670人
	受診者数	420人	400人	420人	400人	410人	410人
特定保健指導	対象者数	42人	40人	42人	40人	41人	41人
	受診者数	34人	32人	34人	32人	33人	33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。また、健診方法は委託医療機関等の施設で行う「個別健診」と、地域の集会所等で日時を決めて行う「集団健診」との併用で実施します。

#### 2) 特定健診委託基準

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

### 3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、徳島県国保連合会のホームページ等に掲載します。

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

### 4) 特定健診実施項目

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

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

図表 3-3 特定健診検査項目

#### ○勝浦町特定健診検査項目

健診項目		A市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

### 5) 実施時期

5月から翌年1月末まで実施します。

## 6) 医療機関との適切な連携

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

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

## 7) 代行機関

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

## 8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

身体の状態を住民自ら確認できる機会として特定健診はとても重要であり、実施率を高めるためには、健診対象者に健診の意義を認知してもらうことが不可欠です。受診の案内送付に関わらず、あらゆる機会を通して健診の受診勧奨し、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 3-4 特定健診実施スケジュール

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



## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

### 1) 特定保健指導の対象者

厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づき特定健康診査結果から内臓脂肪蓄積に着目して特定保健指導の対象者を階層化し選定します。なお、服薬中の人や健診後服薬開始になった人は医療機関による管理中であり、特定保健指導指導の対象外となりますが、健診結果の値によっては、町での重症化予防対象者として保健指導を実施します。

### 2) 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。

○第4期(2024年以降)における変更点

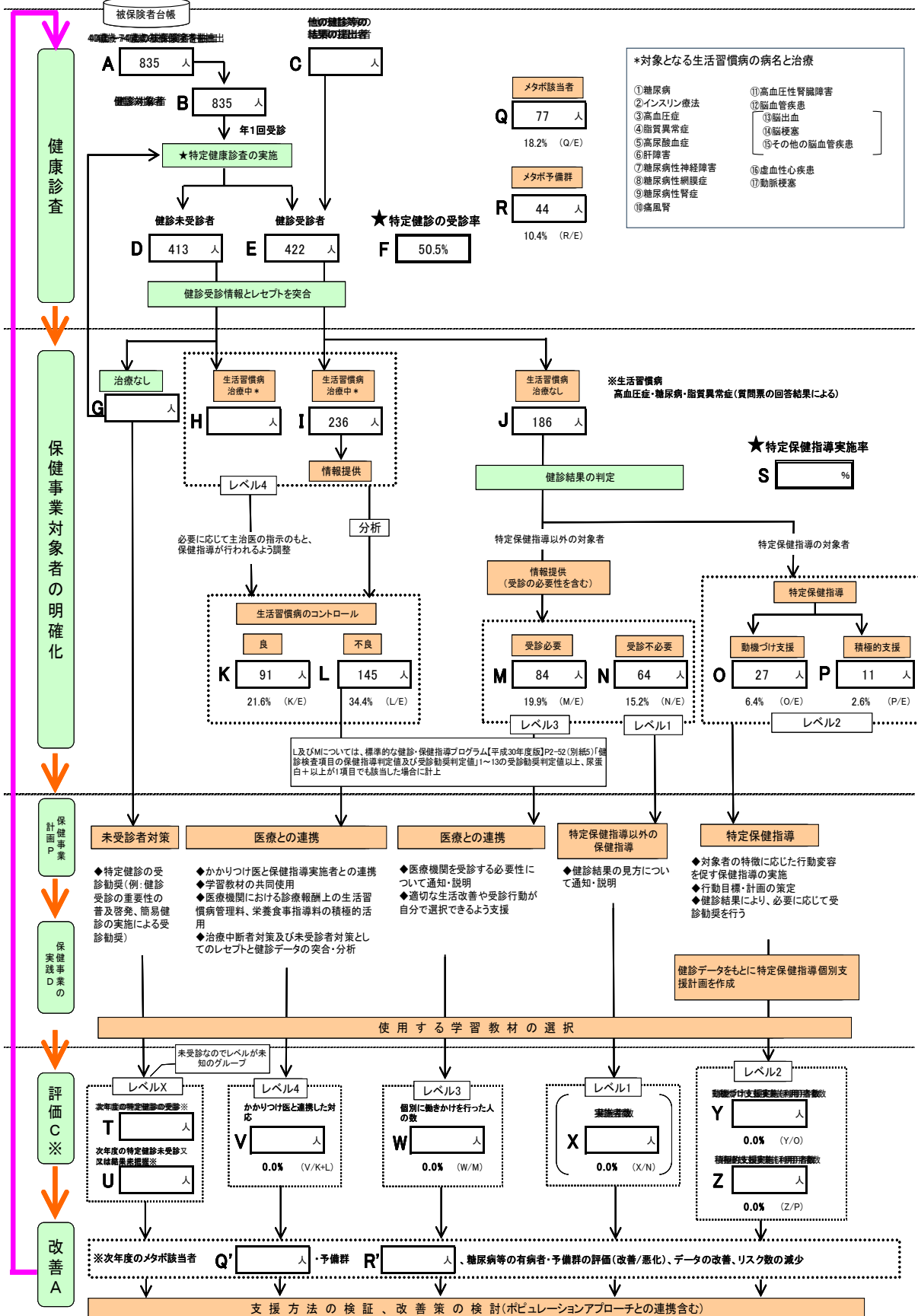
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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。

図表 3-5 健診から保健指導へのフローチャート (様式 5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導  
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式 5-5  
令和04年度



### 3) 用保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 3-6 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90%)	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	38人 (9.0%)	80%
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	84人 (19.9%)	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)	413人 ※受診率目標達成まであと89人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	64人 (15.2%)	70%
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	236人 (56.0%)	10%

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

### 4) 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 3-7 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印刷 ◎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		◎集団健診、がん検診開始
6月		◎対象者の抽出	◎後期高齢者健診の開始 ◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月	◎健診対象者の抽出及び受診券の発送	◎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	◎健診の終了		
2月			
3月			

## 6. 個人情報の保護

---

### 1) 基本的な考え方

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

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

### 2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

## 7. 結果の報告

---

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

## 8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

---

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

## 第4章 課題解決に向けた個別保健事業

### 1. 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組みを行います。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。また、すべての生活習慣病重症化に関連する肥満・メタボリックシンドロームに伴う高インスリン状態の解消に向けた取組みを行います。

ポピュレーションアプローチの取組みとしては、生活習慣病の重症化によ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します。

### 2. 重症化予防の取組み

勝浦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、149人（35.3%）です。そのうち治療なしが40人（21.2%）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27人（67.5%）です。すでに治療中の109人（46.8%）についても専門医への受診の有無や投薬状況、データの経年変化を確認し、値の改善を目指さなければいけません。

勝浦町においては、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、149人中17人（11.4%）であるため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。（図表4-1）

図表 4-1 脳・心・腎を守るために

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

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新発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(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)			CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		
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												
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)						
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)						
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者			重症化予防対象者 (実人数)		
該当者数	30   7.1%	4   0.9%	11   2.6%	14   3.3%	77   18.2%	21   5.0%	57   13.5%			149   35.3%		
治療なし	18   7.0%	0   0.0%	9   3.0%	11   3.6%	12   6.3%	11   2.9%	12   6.3%			40   21.2%		
(再掲) 特定保健指導	4   13.3%	0   0.0%	3   27.3%	4   28.6%	12   15.6%	1   4.8%	3   5.3%			17   11.4%		
治療中	12   7.3%	4   1.7%	2   1.7%	3   2.6%	65   27.9%	10   21.3%	45   19.3%			109   46.8%		
臓器障害 あり	18   100.0%	0   --	3   33.3%	4   36.4%	6   50.0%	4   36.4%	12   100.0%			27   67.5%		
CKD(専門医対象者)	4	0	0	0	2	3	12			12		
心電図所見あり	17	0	3	4	4	2	4			19		
臓器障害 なし	0   0.0%	--	6   66.7%	7   63.6%	6   50.0%	7   63.6%	--			--		

<参考>  
健診受診者(受診率)

422人	####
------	------

■各疾患の治療状況

	治療中	治療なし
高血圧	165	257
脂質異常症	117	305
糖尿病	47	375
3疾患いずれか	233	189

※問診結果による

治療中

臓器障害 あり	12	####	4	####	1	50.0%	2	66.7%	42	64.6%	6	60.0%	45	####	77	70.6%
CKD(専門医対象者)	2		3		1		1		20		3		45		45	
心電図所見あり	12		4		0		2		35		5		25		57	
臓器障害 なし	0	0.0%	--		1	50.0%	1	33.3%	23	35.4%	4	40.0%	--		--	

# 1) 糖尿病性腎症重症化予防

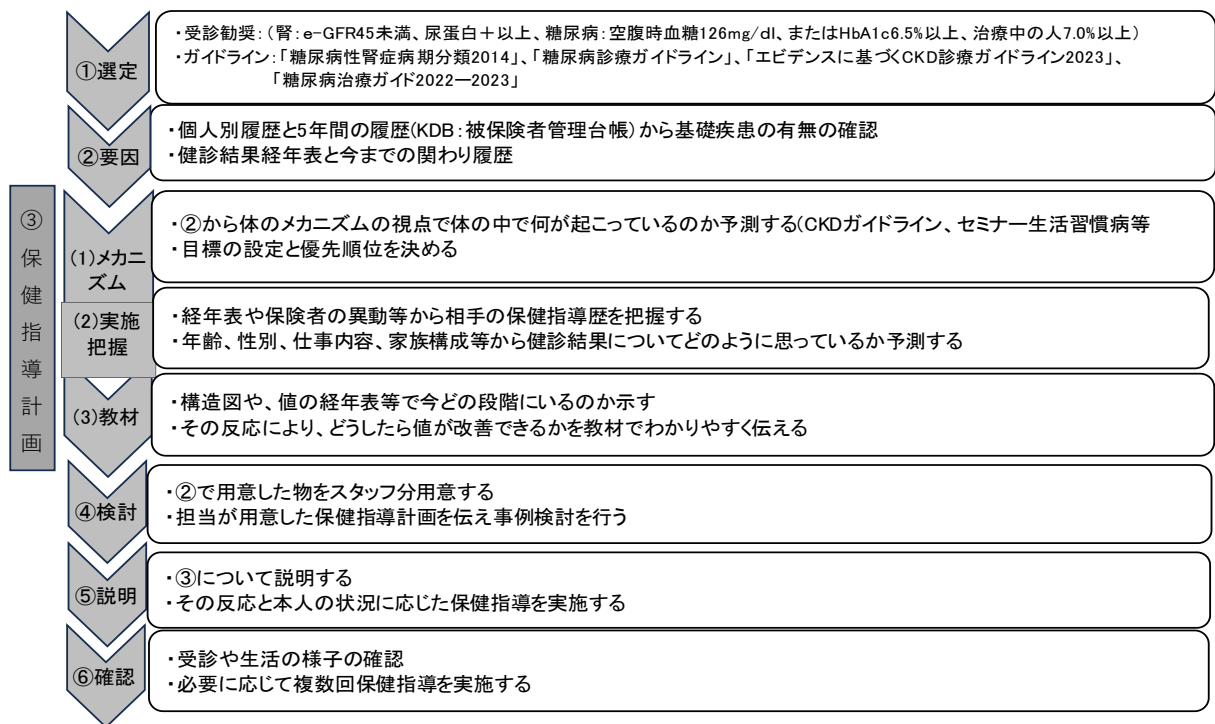
## (1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(平成29年3月29日策定、令和3年3月30日改定)に基づき、以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組みにあたっては図表4-2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4-2 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、徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- 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

取組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータ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 4-3 糖尿病性腎症病期分類

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

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

勝浦町においては、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難しい状況です。しかし、CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

### ② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。(図表 4-4) 勝浦町において特定健診受診者 422 人のうち 2) ①②に該当する糖尿病未治療者(F欄)、15人(24.2%)でした。また、2) ③に該当する40~74歳の糖尿病治療者289人(H欄)のうち、特定健診受診者(G欄)が47人(16.3%)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者(I欄)242人(83.7%)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要です。

### ③ 介入方法と優先順位

図表 4-4 より勝浦町においての介入方法を以下のとおりとします。

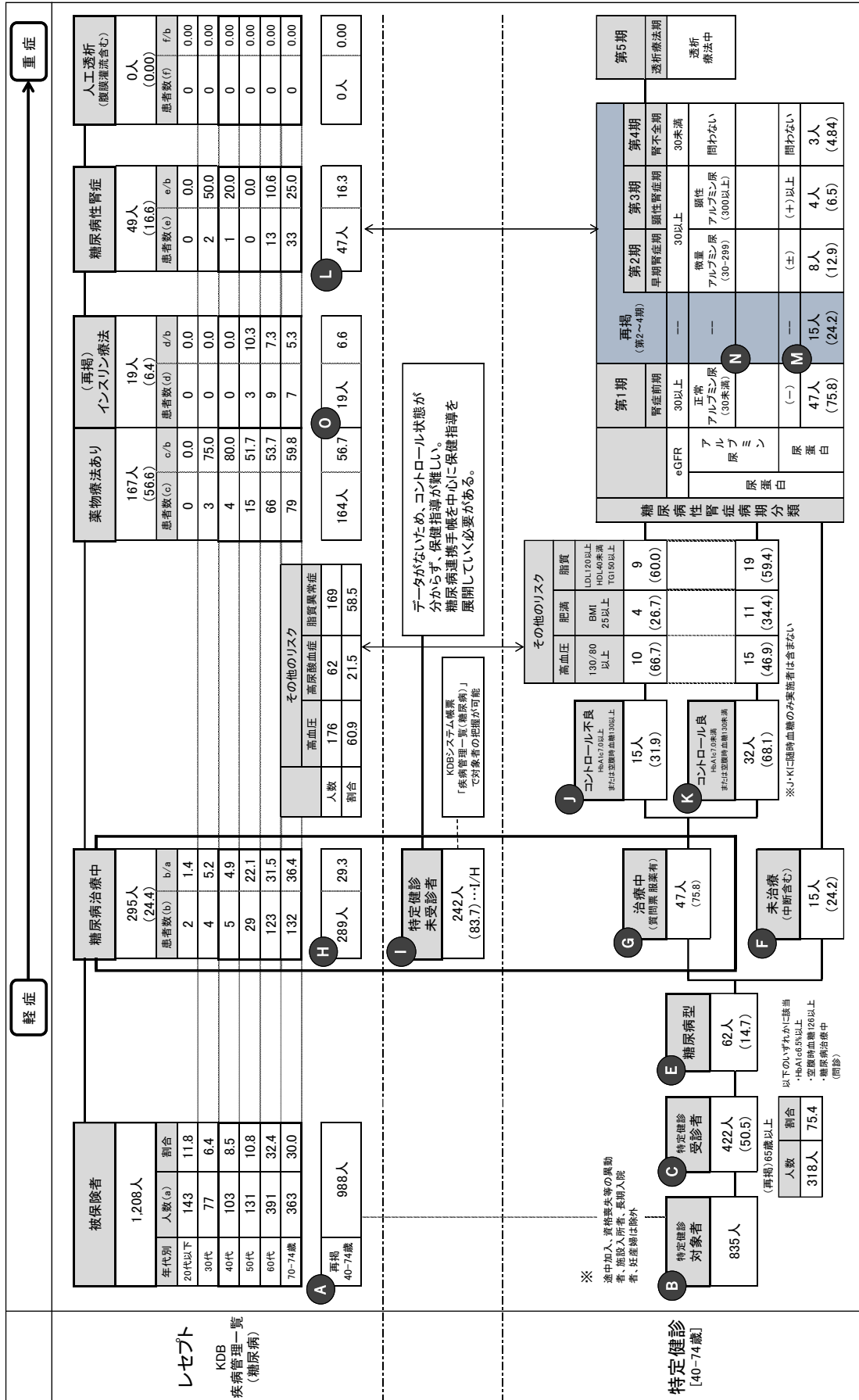
優先順位	対象	目的	実施方法
1	(F) 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者：15人	・医療機関受診につなげる	1回以上の保健指導
2	(J) 糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者：15人	・治療中断を防ぐ ・コントロール良にする	1回以上の保健指導 医療機関との連携
3	(I) の中で、過去に特定健診歴のある者：		1回以上の保健指導 医療機関との連携



図表 4-4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



### (3) 保健指導の実施

#### ① 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

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

図表 4-5 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける（保健指導教材）

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
<b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b>	<b>2 高血糖を解決するための食</b>
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	<b>3 薬物療法</b>
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグロコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起ころう
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	<b>4 参考資料</b>
1-21 糖尿病治療の進め方	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく70未満です	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	

#### ② 二次健診等を活用した重症化予防対策

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

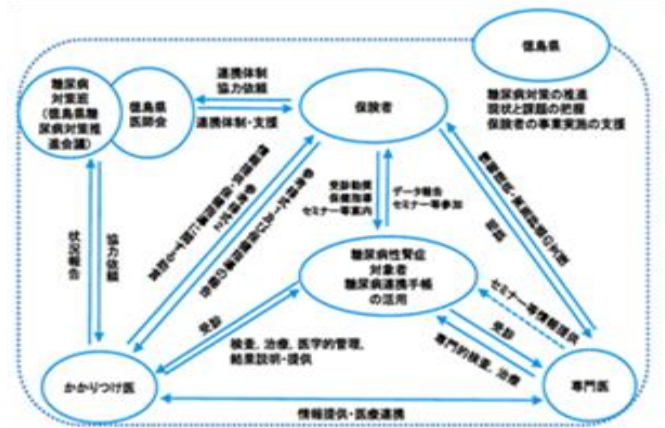
## (4) 医療との連携

### 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、徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムでの紹介状等を活用します。

### ② 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医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徳島県のプログラムに準じ行っています。また、勝浦病院での糖尿病治療者において、尿中アルブミン検査結果を情報提供いただき、糖尿病性腎症の予防、早期発見に努めます。



出典:徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

#### 【糖尿病対策推進連携協議会との連携】

糖尿病性腎症重症化予防において、徳島県における糖尿病対策の中心的役割を担う徳島県医師会糖尿病対策班、郡市医師会担当医と連携し、保険者と医療関係者が密接に連携した取組みを行います。

## (5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

## (6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ、年1回行うものとしします。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4-6 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価を用いて行います。

### 短期的評価

①受診勧奨者に対する評価	②保健指導対象者に対する評価
ア. 受診勧奨対象者への介入率 イ. 医療機関受診率 ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数	ア. 保健指導実施率 イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較 ○HbA1c の変化 ○eGFR の変化（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73 m <sup>2</sup> 以上低下） ○尿蛋白の変化 ○服薬状況の変化

図表 4-6 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目		突合表	勝浦町										データ基	
			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		
1	① 被保険者数	A	1,267人		1,247人		1,224人		1,221人		1,156人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		1,032人		1,009人		999人		1,010人		955人			
2	① 対象者数	B	929人		908人		910人		876人		835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	454人		456人		402人		419人		422人			
	③ 受診率		48.9%		50.2%		44.2%		47.8%		50.5%			
3	① 特定保健指導 対象者数		59人		62人		31人		44人		38人			
	② 実施率		72.9%		85.5%		80.6%		75.0%		78.9%			
4	① 健診データ 糖尿病型	E	70人	15.4%	87人	19.1%	67人	16.7%	72人	17.2%	64人	15.0%	特定健診結果	
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	14人	20.0%	24人	27.6%	14人	20.9%	22人	30.6%	15人	23.4%		
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	56人	80.0%	63人	72.4%	53人	79.1%	50人	69.4%	49人	76.6%		
	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	28人 50.0%		28人 44.4%		16人 30.2%		18人 36.0%		15人 30.6%			
	⑤ 血圧 130/80以上		21人 75.0%		19人 67.9%		12人 75.0%		9人 50.0%		10人 66.7%			
	⑥ 肥満 BMI25以上		15人 53.6%		13人 46.4%		7人 43.8%		6人 33.3%		4人 26.7%			
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	28人 50.0%		35人 55.6%		37人 69.8%		32人 64.0%		34人 69.4%			
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	56人 80.0%		62人 71.3%		49人 73.1%		54人 75.0%		49人 76.6%			
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)		4人 5.7%		12人 13.8%		8人 11.9%		11人 15.3%		8人 12.5%			
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		7人 10.0%		11人 12.6%		9人 13.4%		7人 9.7%		4人 6.3%			
	⑪ 第4期 eGFR30未満		3人 4.3%		2人 2.3%		1人 1.5%		0人 0.0%		3人 4.7%			
5	① 糖尿病受診率(被保険者対)	H	151.5人		125.9人		135.6人		143.3人		134.1人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳(被保険者対)		183.1人		155.6人		164.2人		172.3人		160.2人			
	③ レセプト件数 (40-74歳) 1)内は被保険者対		I	1,114件 (1117.4)		1,088件 (1103.4)		1,138件 (1135.7)		1,097件 (1148.7)		1,027件 (1121.2)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④ 入院外(件数)			7件 (7.0)		9件 (9.1)		4件 (4.0)		3件 (3.1)		6件 (6.6)		
	⑤ 糖尿病治療中		O	192人 15.2%		157人 12.6%		166人 13.6%		175人 14.3%		155人 13.4%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	⑥ (再掲)40-74歳			189人 18.3%		157人 15.6%		164人 16.4%		174人 17.2%		153人 16.0%		
	⑦ 健診未受診者		L	133人 70.4%		101人 64.3%		111人 67.7%		124人 71.3%		104人 68.0%		
	⑧ インスリン治療			18人 9.4%		16人 10.2%		13人 7.8%		13人 7.4%		11人 7.1%		
	⑨ (再掲)40-74歳		18人 9.5%		16人 10.2%		13人 7.9%		13人 7.5%		11人 7.2%			
	⑩ 糖尿病性腎症		L	15人 7.8%		13人 8.3%		11人 6.6%		15人 8.6%		15人 9.7%		
	⑪ (再掲)40-74歳			15人 7.9%		13人 8.3%		11人 6.7%		15人 8.6%		14人 9.2%		
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		L	3人 0.2%		5人 0.4%		2人 0.2%		0人 0.0%		0人 0.0%		
	⑬ (再掲)40-74歳			1人 0.1%		4人 0.4%		1人 0.1%		0人 0.0%		0人 0.0%		
	⑭ 新規透析患者数			1人 33.3%		4人 100.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症			0人 0.0%		2人 50.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		
	⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			8人 2.0%		7人 1.8%		7人 2.0%		6人 1.6%		6人 1.7%		
6	① 総医療費		4億1957万円		4億4416万円		4億2459万円		4億0625万円		4億2541万円		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		2億3023万円		2億4530万円		2億4034万円		2億2934万円		2億4457万円			
	③ (総医療費に占める割合)		54.9%		55.2%		56.6%		56.5%		57.5%			
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		L	11,355円		14,082円		8,404円		13,072円		17,381円		
	⑤ 健診未受診者			31,630円		34,046円		38,749円		33,102円		36,184円		
	⑥ 糖尿病医療費		L	3286万円		3555万円		3367万円		3243万円		3070万円		
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)			14.3%		14.5%		14.0%		14.1%		12.6%		
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		L	5955万円		6226万円		6093万円		6483万円		7976万円		
	⑨ 1件あたり			25,834円		27,993円		26,998円		28,548円		38,089円		
	⑩ 糖尿病入院総医療費		L	4809万円		6217万円		6021万円		6349万円		4027万円		
	⑪ 1件あたり			490,672円		535,978円		557,465円		622,484円		473,817円		
	⑫ 在院日数		L	20日		19日		21日		18日		19日		
	⑬ 慢性腎不全医療費			647万円		1160万円		285万円		153万円		257万円		
	⑭ 透析有り		L	478万円		1011万円		145万円						
	⑮ 透析なし			170万円		150万円		140万円		153万円		257万円		
7	① 介護給付費		7億9208万円		8億1993万円		8億4445万円		8億9237万円		8億7530万円			
	② (2号認定者)糖尿病合併症		2件 40.0%		2件 66.7%		1件 50.0%		1件 50.0%		0件 0.0%			
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		2人 2.1%		3人 3.1%		1人 1.0%		2人 2.1%		1人 1.2%		KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	

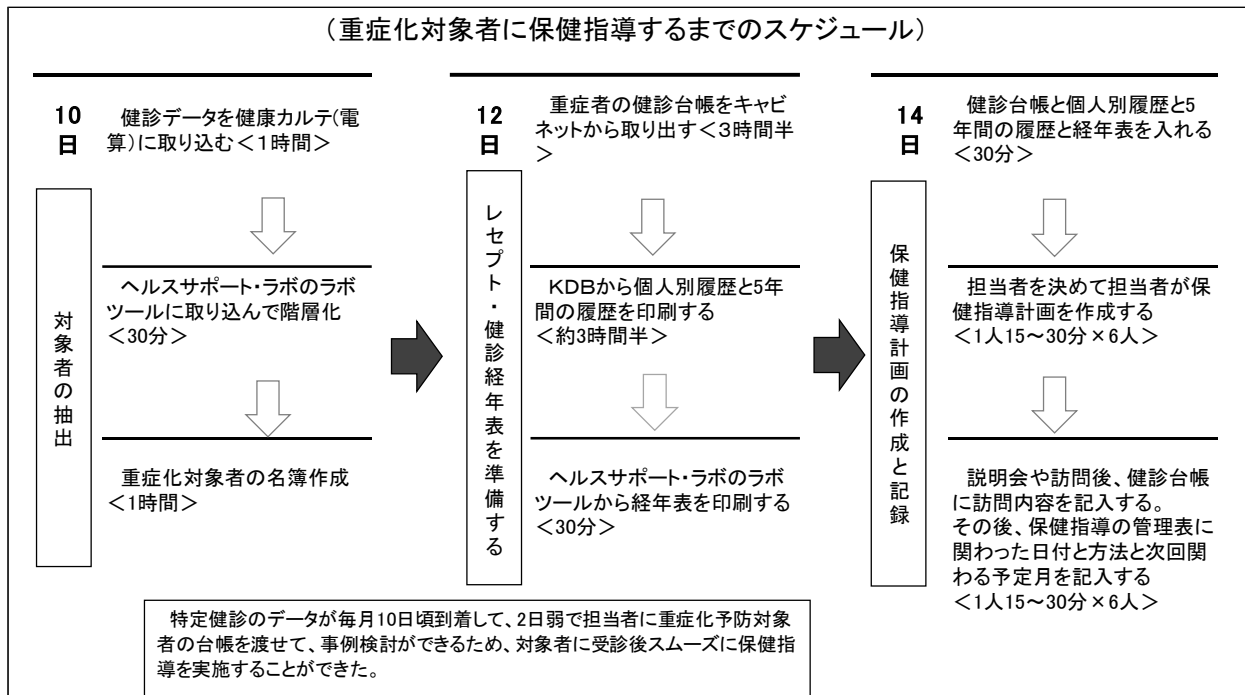
## (7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

図表 4-7 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



## 2) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

### (1) 基本的な考え方

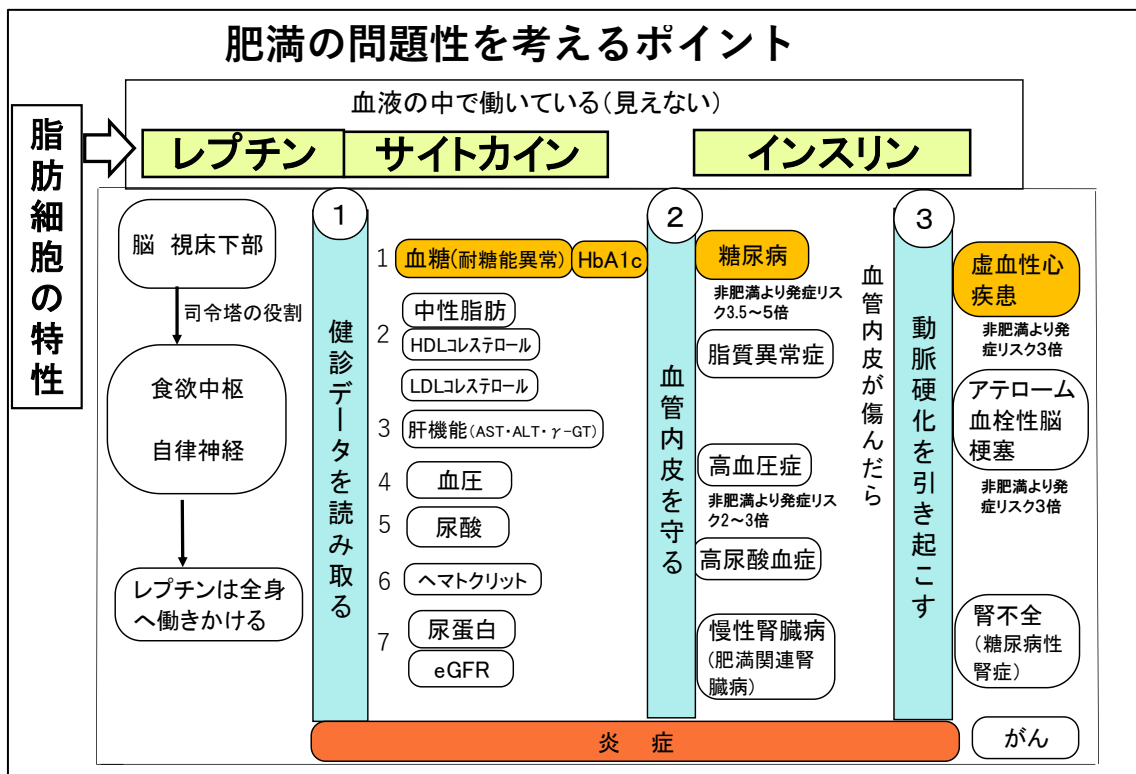
メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を合併する心血管病易発症状態です。取組みにあたっては図表 4-8 に基づいて考えていきます。

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

(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より)

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

図表 4-8 肥満の問題性を考えるポイント



### (2) 肥満の状況

#### ① 対象者の把握

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

図表 4-9 肥満度分類による実態 (令和 4 年度健診受診者における BMI の状況)

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40-64歳	65-74歳	40-64歳	65-74歳	40-64歳	65-74歳	40-64歳	65-74歳	
総数	104	318	38	74	32	68	5	6	0	0	1	0	
			36.5%	23.3%	30.8%	21.4%	4.8%	1.9%	0.0%	0.0%	1.0%	0.0%	
再掲	男性	54	162	23	48	20	44	2	4	0	0	1	0
	女性	50	156	15	26	12	24	3	2	0	0	0	0
			42.6%	29.6%	37.0%	27.2%	3.7%	2.5%	0.0%	0.0%	1.9%	0.0%	
			30.0%	16.7%	24.0%	15.4%	6.0%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	

出典: 特定健診(法定報告)

## ② 優先順位

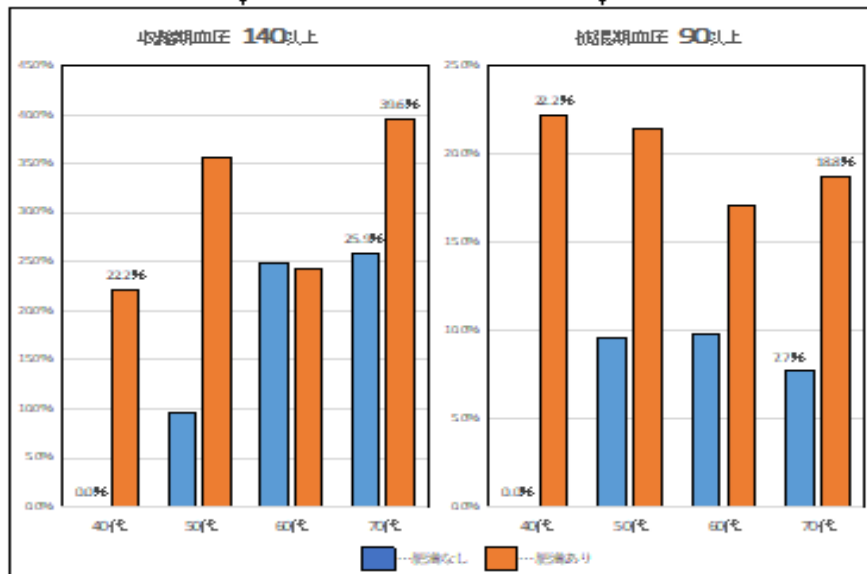
肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠 (E B M) 「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。

図表 4-10 高血圧と肥満の関係を年代別にみる

高血圧と肥満の関係を年代別に見る

令和4年度

	肥満なし (BMI<25)	肥満あり (BMI≥25)	中長期血圧140以上				長期血圧90以上					
			合計	40代	50代	60代	70代	合計	40代	50代	60代	70代
			人数	72	38	0	2	33	37	28	0	2
割合	23.2%	32.1%	0.0%	22.2%	92%	24.4%	39.8%	0.0%	22.2%	21.4%	17.1%	19.9%



### ① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのか

右図は、高血圧の対象者を肥満の有無と年代に分けてみると、圧倒的に肥満が高血圧に関連していることが分かります。(図表 4-10)

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

## ② 内科的治療で改善が難しい場合

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

## ③ メタボは心・脳血管疾患を発症するリスク

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

### (3) 対象者の明確化

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、女性で一番多い年代でも40代で14.3%であるのに対し、男性は50代で36.8%、60代27.3%、70代で27.6%と女性の約2倍となっているため、若い年代から男性を優先に関わることが効率的であると考えます。

図表 4-11 年代別メタボリック該当者の治療状況

		男 性					女 性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A	216	15	19	77	105	206	7	16	97	86	
	B	60	3	7	21	29	17	1	2	5	9	
メタボ該当者	B/A	27.8%	20.0%	36.8%	27.3%	27.6%	8.3%	14.3%	12.5%	5.2%	10.5%	
	① 3項目全て	C	17	2	3	4	8	5	0	1	1	3
再掲	② 血糖+血圧	C/B	28.3%	66.7%	42.9%	19.0%	27.6%	29.4%	0.0%	50.0%	20.0%	33.3%
		D	8	0	0	3	5	0	0	0	0	0
	③ 血圧+脂質	D/B	13.3%	0.0%	0.0%	14.3%	17.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		E	32	1	3	14	14	12	1	1	4	6
	④ 血糖+脂質	E/B	53.3%	33.3%	42.9%	66.7%	48.3%	70.6%	100.0%	50.0%	80.0%	66.7%
		F	3	0	1	0	2	0	0	0	0	0
治療	3疾患治療有	F/B	5.0%	0.0%	14.3%	0.0%	6.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		G	50	2	3	18	27	15	1	1	4	9
	3疾患治療無	G/A	83.3%	66.7%	42.9%	85.7%	93.1%	88.2%	100.0%	50.0%	80.0%	100.0%
		G	10	1	4	5	2	2	0	1	1	0
		G/A	16.7%	33.3%	57.1%	14.3%	6.9%	11.8%	0.0%	50.0%	20.0%	0.0%

出典: 特定健診(法定報告)

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は年齢とともに増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。(図表 4-11)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・優先順位・介入方法

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

・いずれも若い世代の男性を優先して実施します。  
・また、1. 糖尿病性腎症重症化予防、3. 虚血性心疾患重症化予防、4. 脳血管疾患重症化予防対象者とも重複していることが多いため、これらの取り組みとも併せて実施します。

## ② 対象者の管理

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

### (4) 保健指導の実施

#### ① 最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 4-12 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて（保健指導教材）

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材) もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いませんか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療（CPAP）	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いよく聞きますが、今の中にも書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかららないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

## ② 二次健診の実施

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

本町においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施（頸動脈エコー検査、75g糖負荷試験）を必要な対象者に行っていきます。

（参考）◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

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

## ③ NPO 法人 K-Friends との連携

健康づくりのために「阿波かつうら健康ポイント」を実施し、個々の健康づくりの行動（運動教室の参加、健診受診、自分目標の達成）をポイントとして、ポイントに合わせたインセンティブを提供しています。今後とも、健康づくり推進のため NPO 法人 K-Friends との連携を図ります。

### （5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

### （6） 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ、年1回行うものとします。その際は KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

#### 短期的評価

①受診勧奨者に対する評価	②保健指導対象者に対する評価
ア. 受診勧奨対象者への介入率 イ. 医療機関受診率 ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数	ア. 保健指導実施率 イ. メタボリックシンドローム改善率

### （7） 実施期間及びスケジュール

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

### 3) 虚血性心疾患重症化予防

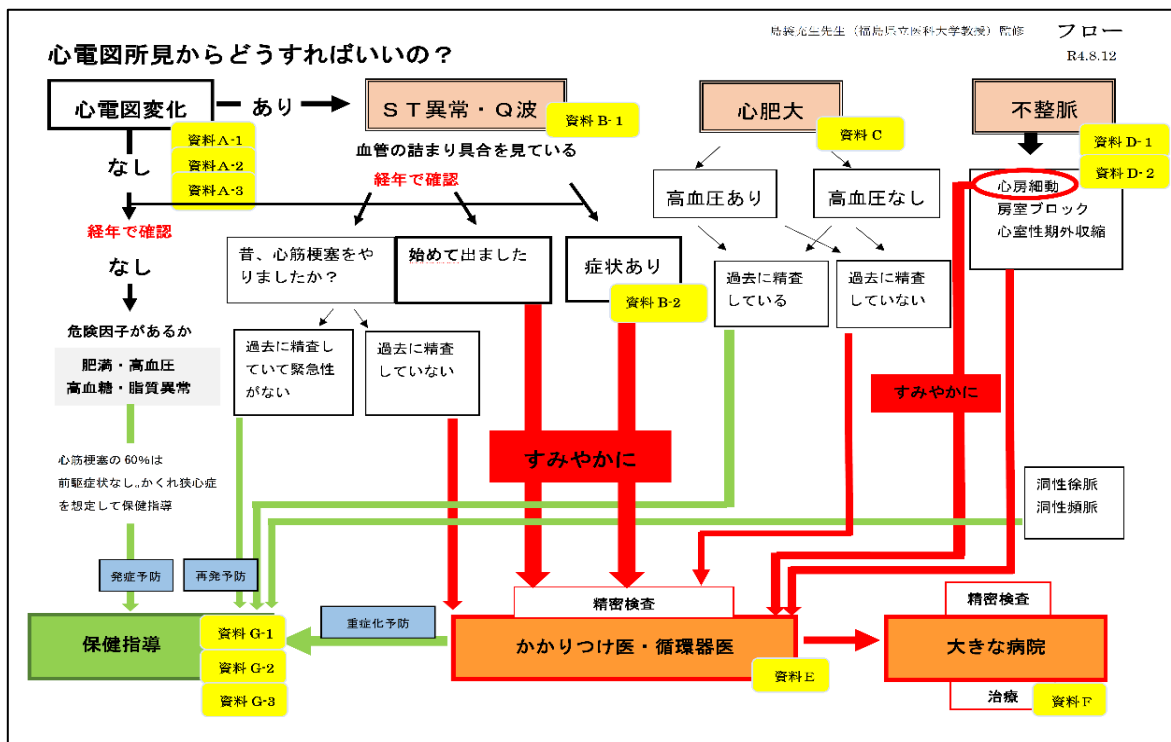
#### (1) 基本的な考え方

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

#### (2) 対象者の明確化

##### ① 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 4-13 に基づいて考えます。  
図表 4-13 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。

勝浦町においては、心電図検査実を 444 人 (100%) に実施し、そのうち有所見者が 135 人 (30.4%) でした。所見の中でも心筋壊死、心筋虚血のほか、心筋異常を予測する所見の対象者がみつかり、虚血性変化を起こしている対象者を優先に介入していく必要があります。(図表 4-14)

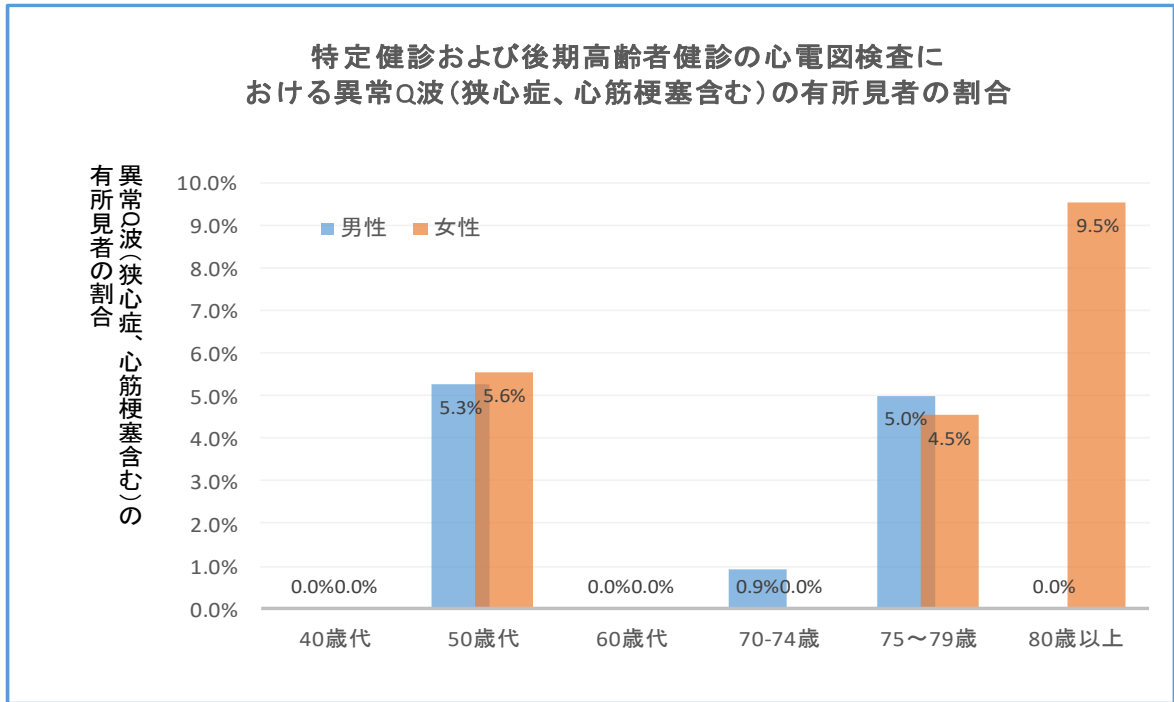
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを

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 4-14 心電図検査結果（令和4年度）

心電図結果			勝浦町		国保全体		勝浦町後期		後期全体			
			人	%	人	%	人	%	人	%		
再掲	健診受診者数（特定健診受診率）		444	48.4%	43,423	36.3%	109		15,667			
	（国保）65歳未満 / （後期）75歳未満		109	24.5%	10,653	24.5%	2	1.8%	255	1.6%		
	（国保）65歳以上 / （後期）75歳以上		335	75.5%	32,770	75.5%	107	98.2%	15,412	98.4%		
心電図実施者数（心電図実施率）			444	100.0%	42,910	98.8%	109	100.0%	15,664	99.98%		
心電図実施者のうち 所見のあった者（実数）			135	30.4%	13,604	31.7%	89	81.7%	6,675	42.6%		
心臓細胞の虚血	虚血性変化	心筋壊死（心筋梗塞）	心筋梗塞・狭心症	0	0.0%	95	0.2%	0	0.0%	52	0.3%	
			① 異常Q波	3	0.7%	453	1.1%	6	5.5%	220	1.4%	
				② R波増高不良	0	0.0%	268	0.6%	2	1.8%	94	0.6%
		心筋虚血	③ ST異常	7	1.6%	1,105	2.6%	3	2.8%	561	3.6%	
			④ 冠不全	1	0.2%	75	0.2%	1	0.9%	31	0.2%	
	心筋異常	⑤ T波異常	10	2.3%	1,534	3.6%	4	3.7%	724	4.6%		
脈が打てる心臓細胞の問題（不整脈）	徐脈性不整脈	洞結節の異常	⑥ 洞性不整脈	10	2.3%	1,584	3.7%	4	3.7%	601	3.8%	
			⑦ 洞不全症候群	0	0.0%	6	0.0%	0	0.0%	6	0.0%	
		刺激伝導系異常	房室伝導障害	⑧ 房室ブロック	7	1.6%	832	1.9%	6	5.5%	604	3.9%
				⑨ WPW症候群	3	0.7%	44	0.1%	0	0.0%	8	0.1%
			心室内伝導障害	⑩ P R短縮	4	0.9%	125	0.3%	0	0.0%	30	0.2%
				⑪ 脚ブロック	28	6.3%	2,851	6.6%	12	11.0%	1,499	9.6%
		⑫ 心室伝導障害	2	0.5%	241	0.6%	0	0.0%	85	0.5%		
	頻脈性不整脈	心室性不整脈	⑬ 心室期外収縮	7	1.6%	895	2.1%	5	4.6%	535	3.4%	
			⑭ 心室細動	0	0.0%	6	0.0%	0	0.0%	2	0.0%	
			⑮ QT延長	0	0.0%	196	0.5%	1	0.9%	86	0.5%	
			⑯ ブルガタ症候群	2	0.5%	107	0.2%	0	0.0%	21	0.1%	
		上室性不整脈	⑰ 上室性期外収縮	8	1.8%	857	2.0%	3	2.8%	627	4.0%	
⑱ 心房細動			5	1.1%	319	0.7%	1	0.9%	275	1.8%		
	⑲ 心房粗動	0	0.0%	12	0.0%	0	0.0%	9	0.1%			
高血圧による心臓の虚血	心肥大	心肥大	⑳ 左室肥大	2	0.5%	353	0.8%	2	1.8%	179	1.1%	
			㉑ 高電位	0	0.0%	101	0.2%	1	0.9%	50	0.3%	
			㉒ 軸偏位	11	2.5%	1,393	3.2%	6	5.5%	766	4.9%	
			㉓ 右室肥大	0	0.0%	38	0.1%	1	0.9%	26	0.2%	
その他	㉔ 移行帯の変化		6	1.4%	924	2.2%	7	6.4%	388	2.5%		
	㉕ その他不整脈		2	0.5%	270	0.6%	1	0.9%	111	0.7%		
	㉖ その他		7	1.6%	831	1.9%	1	0.9%	407	2.6%		
	㉗ パースメーカー調律		1	0.2%	24	0.1%	0	0.0%	56	0.4%		
	㉘ 「異常あり」のみ		0	0.0%	50	0.1%	0	0.0%	26	0.2%		

参考 異常Q波（心筋壊死を予測する有所見）有所見者の割合（国保・後期）



	総数	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳	75-79歳	80歳以上
男性	4	0	1	0	1	2	0
女性	5	0	1	0	0	2	2

出典：つなまる（保健事業・医療・介護連携システム）

図表 4-15 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(b/a)	人数	割合(c/b)	人数	割合(d/b)
全体	135		66	48.9%	55	83.3%	11	16.7%
男性	82	60.7%	44	53.7%	36	81.8%	8	18.2%
女性	53	39.3%	22	41.5%	19	86.4%	3	13.6%

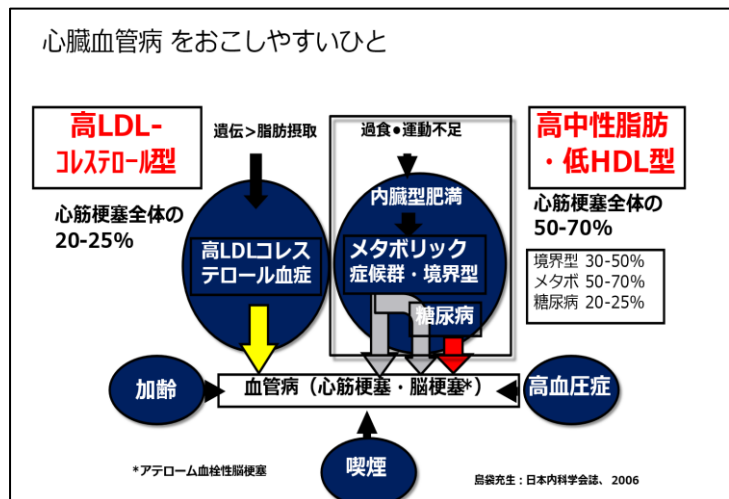
勝浦町調べ

## ② 心電図以外からの把握

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

町では頸動脈エコー検査でプラークや頸動脈の肥厚があった方への保健指導も実施します。

図表 4-16 心血管病をおこしやすいひと



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 4-16)

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

B : LDL コレステロールタイプ(図表 4-17)

### ③ 介入方法と優先順位

優先順位	対象	目的	実施方法
1	①心電図検査で虚血性変化所見のある医療機関未受診者	・医療機関受診につなげる	1 回以上の保健指導 医療機関と連携
2	②心電図検査で心肥大のある医療機関未受診者	・医療機関受診につなげる	
3	・LDL160 mg/dℓ以上 ・頸動脈エコー検査でプラークや頸動脈の肥厚があった方	・医療機関受診につなげる ・遅漏中断を防ぐ ・リスクを下げる	
4	メタボリックシンドローム該当者	第 4 章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」に準じる	

図表 4-17 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)				(再掲)LDL160以上の年代別				
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
171			85	58	19	9	1	4	17	6	
			49.7%	33.9%	11.1%	5.3%	3.6%	14.3%	60.7%	21.4%	
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)	16	10	4	2	0	1	1	0	0
			9.4%	11.8%	6.9%	10.5%	0.0%	100.0%	25.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	63	26	22	12	3	0	2	11	2
			36.8%	30.6%	37.9%	63.2%	33.3%	0.0%	50.0%	64.7%	33.3%
高リスク	120未満 (150未満)	82	43	28	5	6	0	1	6	4	
		48.0%	50.6%	48.3%	26.3%	66.7%	0.0%	25.0%	35.3%	66.7%	
	再掲	100未満 (130未満) ※1	3	2	0	0	1	0	0	0	1
			1.8%	2.4%	0.0%	0.0%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	16.7%
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)	10	6	4	0	0	0	0	0	0
			5.8%	7.1%	6.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病＋喫煙ありの場合に考慮

※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

### (3) 保健指導の実施

#### ① 受診勧奨及び保健指導

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

図表 4-18 心電図所見からの保健指導教材

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

#### ② 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 202年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚 (IMT))、冠動脈CT (冠動脈石灰化)

②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比 (ABI)、脈波伝搬速度 (PWV)、心臓足首血管指数 (CAVI)、血管内皮機能 (FMD)

※ 頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚 (IMT))については、オプション検査として、本町では集団健診と勝浦病院の受診者を対象に実施しています。

※

### 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。

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

#### (7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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



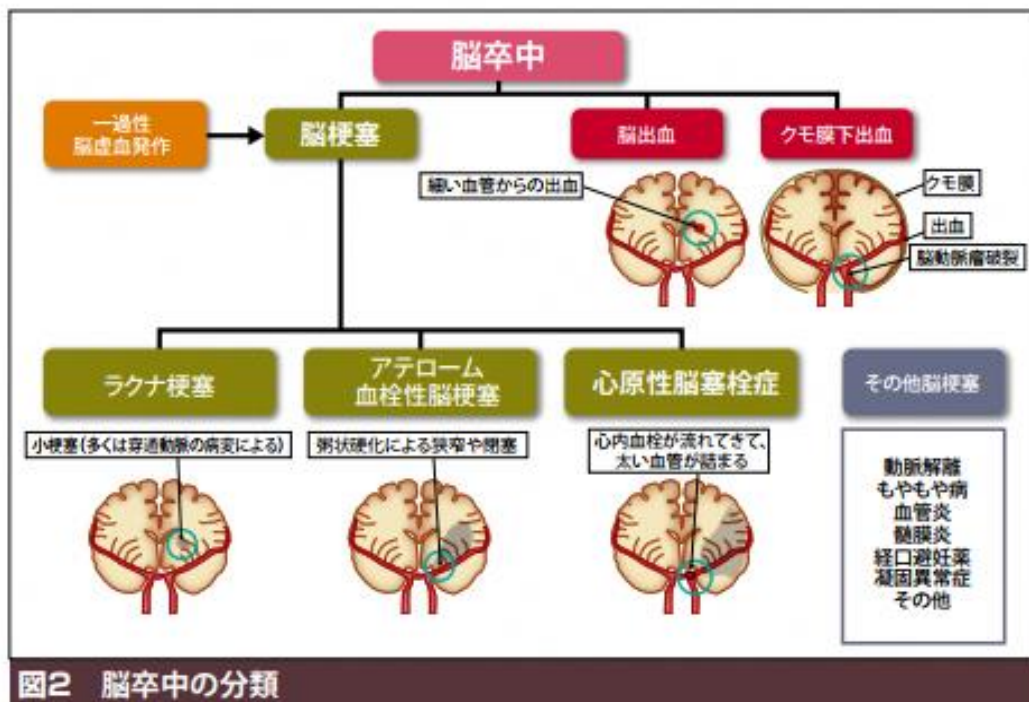
## 4) 脳血管疾患重症化予防

### (1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組みにあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 4-19, 4-20)

図表 4-19 脳卒中中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)



図表 4-20 脳血管疾患とリスク因子

### 脳血管疾患とリスク因子

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

### (2) 対象者の明確化

#### ① 重症化予防対象者の抽出

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 4-21 でみると、高血圧治療者 (H 欄) 458 人のうち、既に脳血管疾患を起こしている人 (O 欄) が 25 人 (5.5%・0) でした。健診結果をみるとⅡ度高血圧以上 (G・F 欄) が 30 人 (7.1%) であり、そのうち 18 人 (60.0%) 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（G欄）が12人（24.0%）いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査（詳細検査）が、わずか86人（20.4%）しか実施していない状況です。しかし、眼底検査（詳細検査）の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合（E欄）となっていることから、115人（27.3%）は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

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

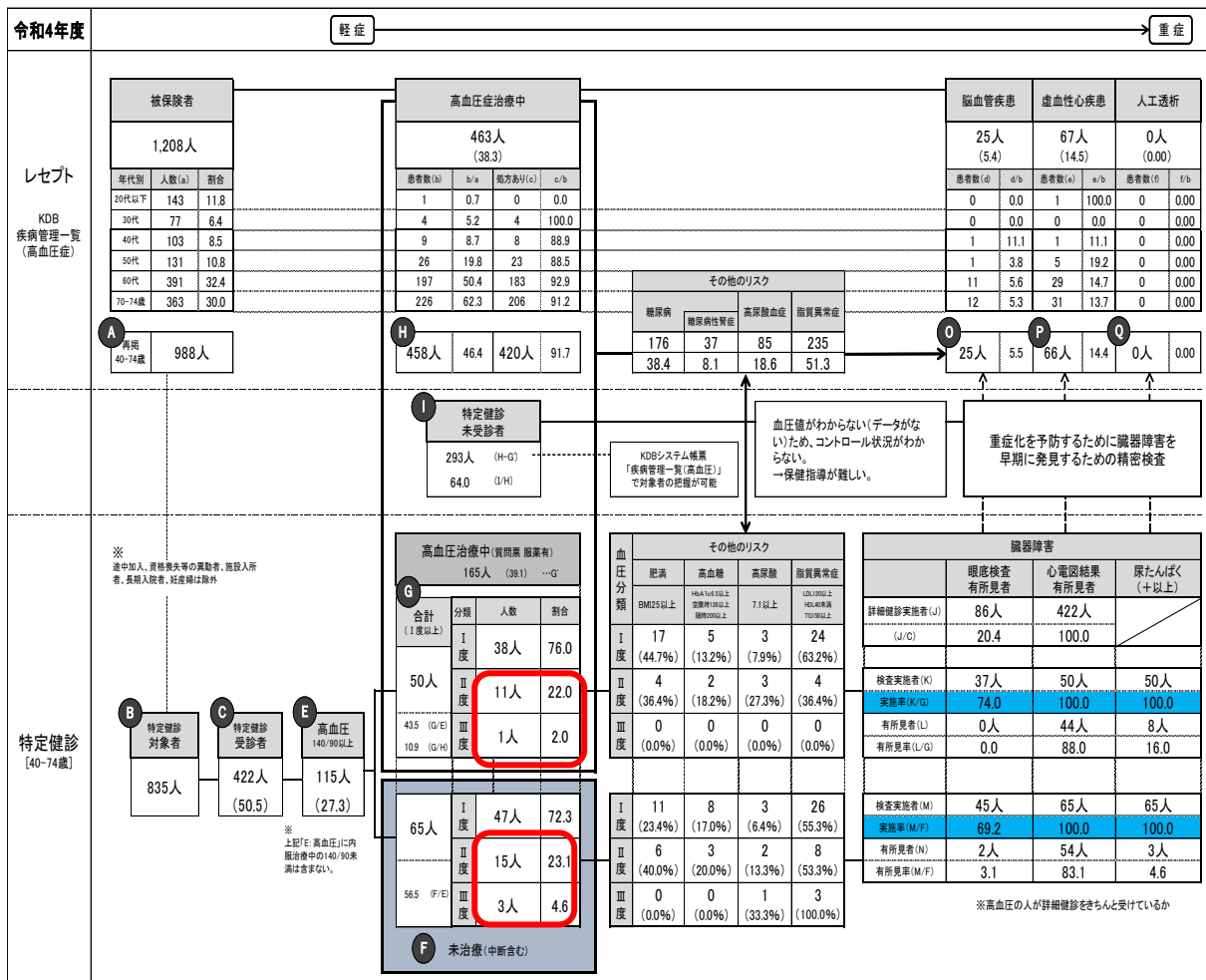
## ②介入方法と優先順位

優先順位	対象	目的	実施方法
1	心電図検査で心房細動所見がある者	・未治療者は医療機関受診につなげる ・治療者の者へは治療者中断を防ぐ	1回以上の保健指導 医療機関と連携
2	Ⅱ度高血圧者（160/100mmHg以上）で未治療者	・医療機関受診につなげる ・血圧値の改善・減塩指導 ・治療中断を防ぐ	
3	Ⅱ度高血圧者で治療者	・血圧値の改善 ・減塩指導	

図表 4-21 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和4年度



出典：KDB システム（レセプト情報）・特定健診（法定報告）

## ② 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 4-22 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

図表 4-22 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

リスク層 (血圧以外のリスク因子)		血圧分類 (mmHg)			
		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
133		68 51.1%	47 35.3%	15 11.3%	3 2.3%
リスク第1層 予後影響因子がない	5	C 2 3.8%	B 1 2.1%	B 2 13.3%	A 0 0.0%
	71	C 35 53.4%	B 32 68.1%	A 3 20.0%	A 1 33.3%
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	57	B 31 42.9%	A 14 29.8%	A 10 66.7%	A 2 66.7%

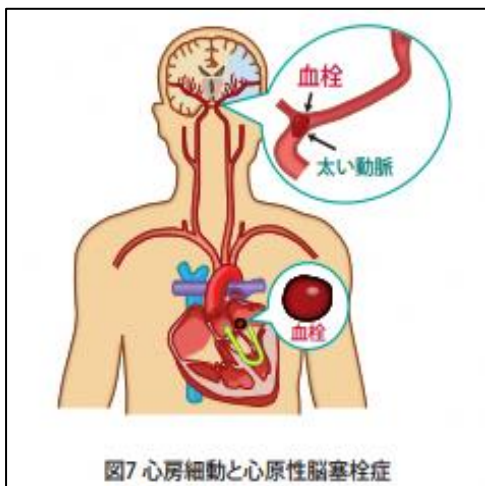
…高リスク  
 …中等リスク  
 …低リスク

区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	30 22.6%
B 概ね1ヵ月後に再評価	66 49.6%
C 概ね3ヵ月後に再評価	37 27.8%

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

出典:KDB システム(レセプト情報)・特定健診(法定報告)

## ③ 心電図検査における心房細動の実態



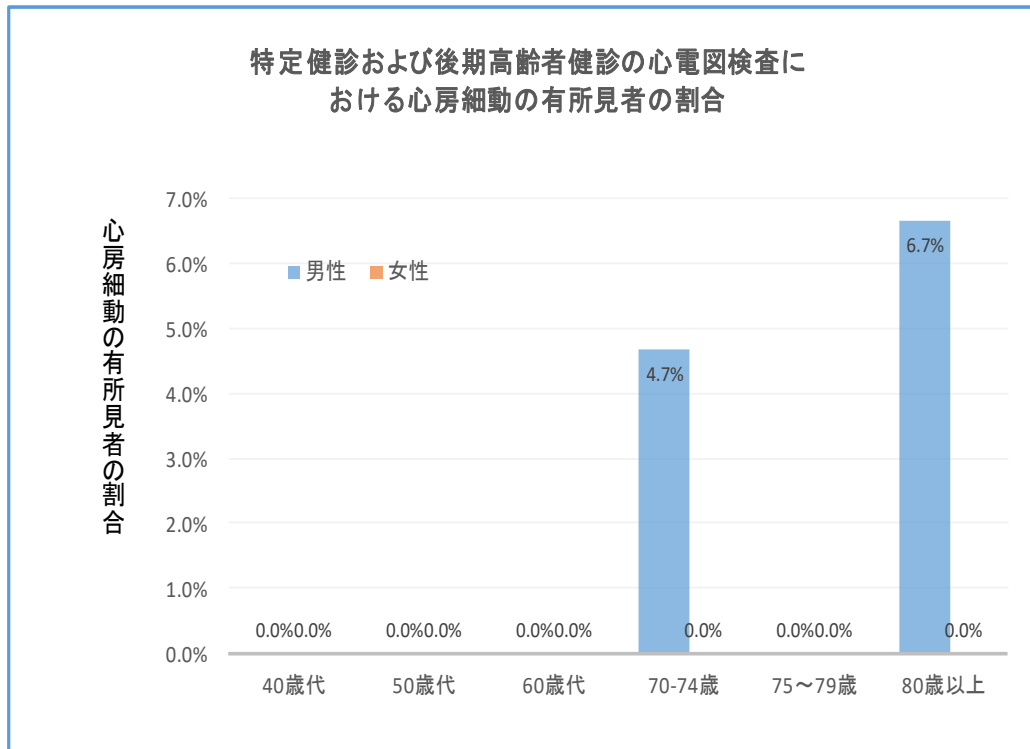
(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。

しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 4-23 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

図表 4-23 心房細動有所見者の割合（国保・後期）



	総数	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳	75~79歳	80歳以上
男性	6	0	0	0	5	0	1
女性	0	0	0	0	0	0	0

出典：つなまる（保健事業医療・介護連携システム）

図表 4-24 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	%
5	0	0.0%	5	100.0%

勝浦町調べ

心電図検査において国保では5人に心房細動の所見が認められました。後期は1名ですが、令和6年度より後期健診の対象者が79歳まで拡大されるため、新規対象者の発見につながると想定します。有所見率は、年齢が高くなるにつれ増加しています。

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

### （3） 保健指導の実施

#### ① 受診勧奨及び保健指導

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

## ② 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

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

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚 ( I M T ) )、冠動脈 C T (冠動脈石灰化)
  - ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比 ( A B I )、脈波伝搬速度 ( P W V )、心臓足首血管指数 ( C A V I )、血管内皮機能 ( F M D )
- ※ 頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚 ( I M T ) )については、オプション検査として、本町では集団健診と勝浦病院の受診者を対象に実施しています。

## 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。

### ③ 頸動脈エコー検査でのプラーク有の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、LDL、血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め医療機関への受診勧奨を行います。

## (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。

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

#### (7) 実施期間及びスケジュール

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

### 3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

---

#### 1) 基本的な考え方

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

#### 2) 事業の実施

勝浦町は、令和3年度より徳島県後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行ってまいります。

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

###### ① 個別的支援 (ハイリスクアプローチ)

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。

###### ② ポピュレーションアプローチ

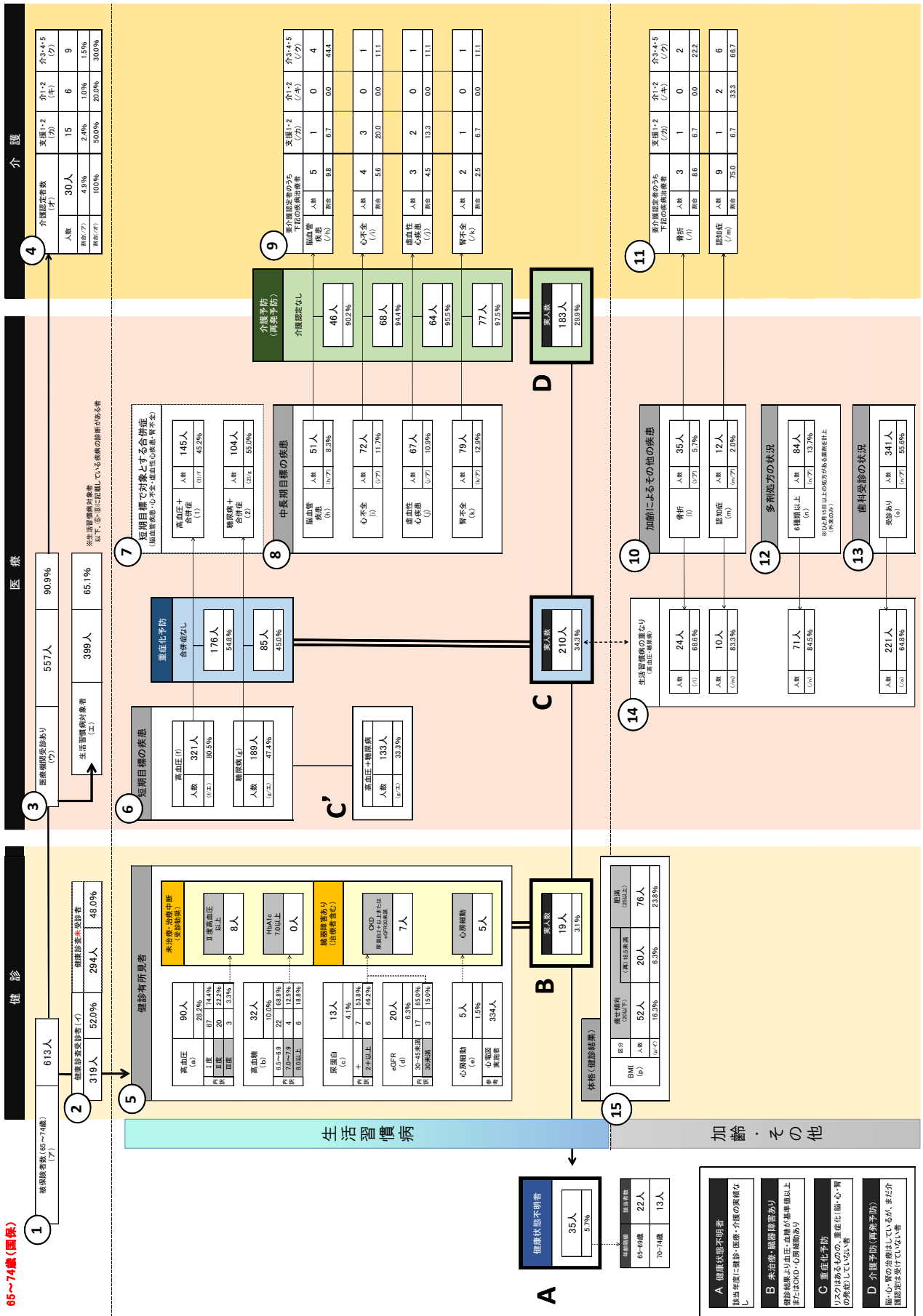
生活習慣病からのフレイル、認知症予防など健康教育や健康相談を実施してまいります。また事業の実施にあたり、介護予防事業やNPO法人K-Friends等の関係団体とも積極的に連携します。

図表 4-25 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

参考：【KOB】介護支援対象者一覧・保健・介護予防  
 【特定高齢者支援システム】FAC171

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

勝浦町  
 65～74歳(国保)





## 4. 発症予防

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

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

生活習慣病の種類として2型糖尿病、高血圧、脂質異常症等がありますが、それらの多くは肥満症/メタボリックシンドロームに伴うものです。このため幼少期からの肥満予防・肥満改善は重要となります。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点から関係者と情報共有し対策を考えていく必要があります。

勝浦町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、なお且つデータヘルス計画の対象者は被保険者全員であることから、全住民の健康データをライフサイクルの視点で整理し、取組みを検討していきます。

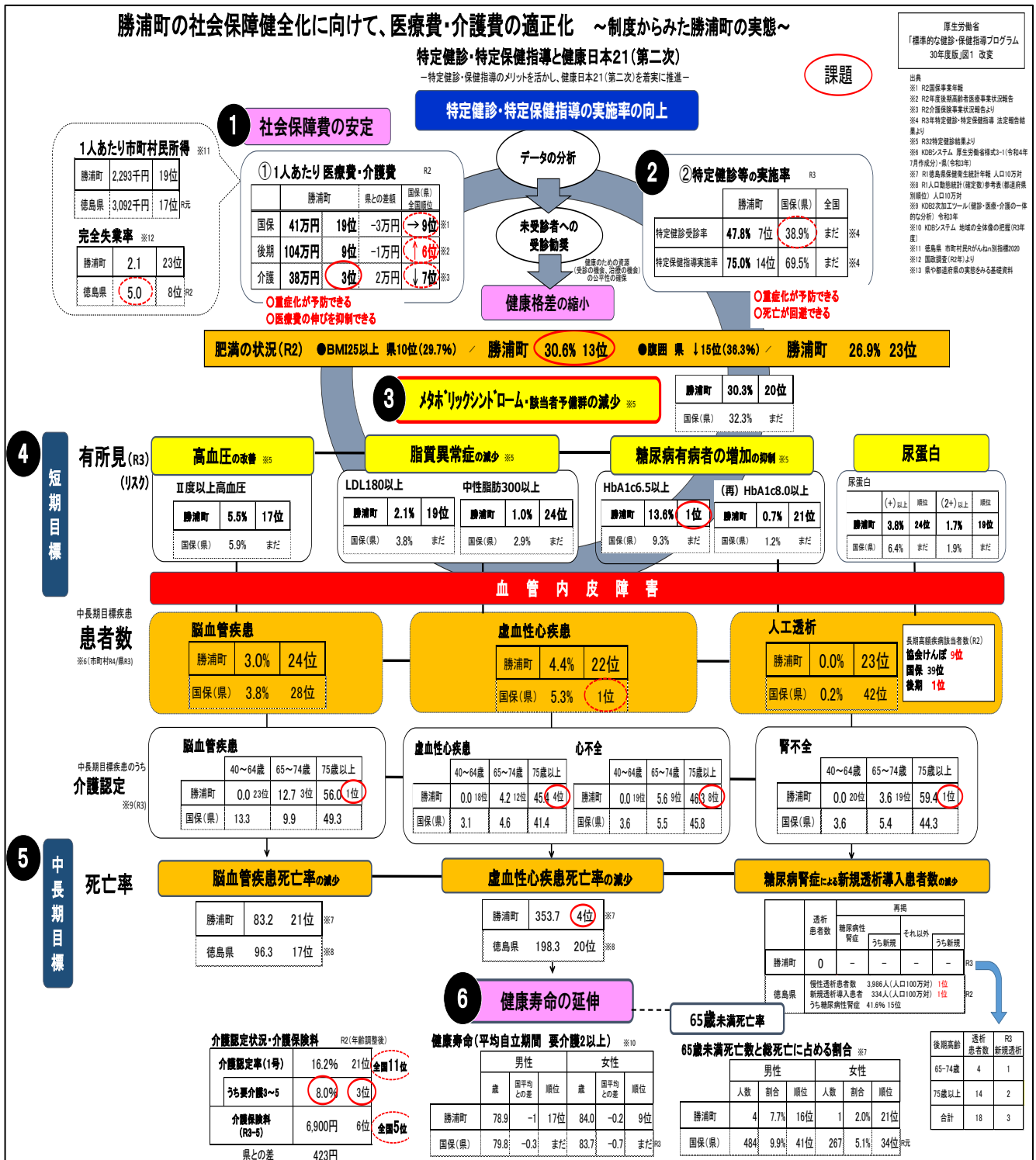
図表 4-26 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える																			
—基本的考え方—（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみえました）																			
<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">発症予防</span> <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">重症化予防</span>																			
1 根拠法	健康増進法																		
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 <small>（学校職員は学校保健安全法）</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>（介護保険）</small>								
2 計画	健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】																		
	データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）																		
3 年代	妊婦 （胎児期）		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳			15～18歳		29歳～39歳		40歳～64歳		65歳～74歳		75歳以上	
	妊前	妊中		産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育所・幼稚園 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）		後期高齢者 健康診査 （第125条）				
5 対象者 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			かつ18以上			肥満度15%以上			肥満度20%以上									
	尿糖	(+)以上					(+)以上												
糖尿病 家族歴																			
<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;">           小学6年生・中学2年生に血液検査を実施         </div>																			

# 5. ポピュレーションアプローチ

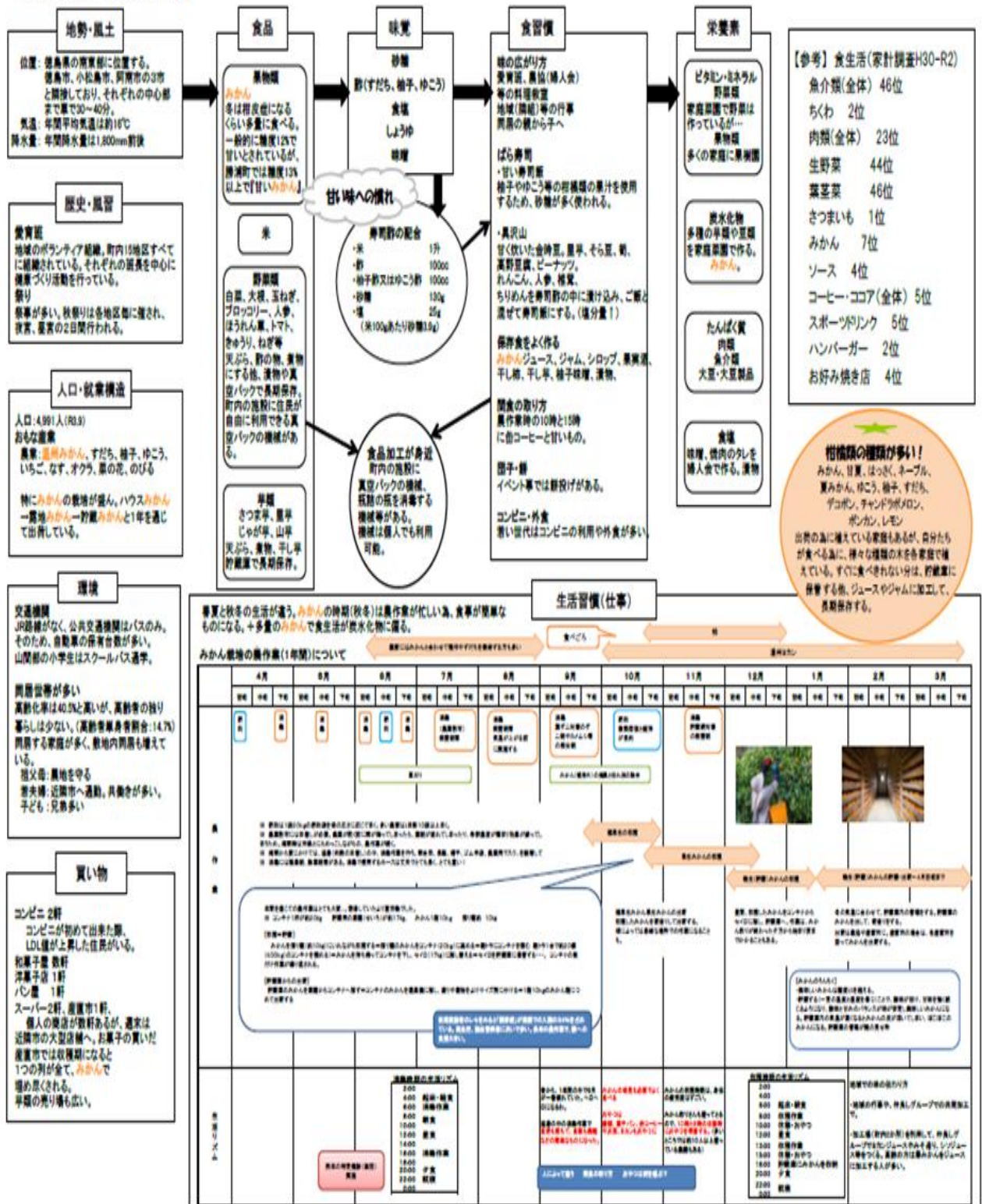
生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。被保険者自身が健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに、主体的・積極的に健康増進に取り組むことが重要です。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表 4-27, 4-28)

図表 4-27 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 4-28 勝浦町の食の特徴と健診結果

【勝浦町の食の背景を考える】



## 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P D C Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

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

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のが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

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

### 2. 個人情報の取扱い

---

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

## 参考資料

- 参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた勝浦町の位置
- 参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料 3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 7 HbA1c の年次比較
- 参考資料 8 血圧の年次比較
- 参考資料 9 LDL-C の年次比較

(参考資料1) 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた勝浦町の位置(H30～R04年度)1

項目	勝浦町						同規模平均		徳島県		国	
	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
	要数	割合	要数	割合	要数	割合	要数	割合	要数	割合	要数	割合
① 人口構成	総人口	5,301	5,301	5,301	5,301	5,301	4,836	1,680,058	691,132	123,214,261		
	65歳以上(高齢化率)	2,101	39.6	2,101	39.6	2,101	39.6	2,128	238,346	35,335,805		
	75歳以上	1,202	22.7	1,202	22.7	1,202	22.7	1,194	122,672	18,248,742		
	65～74歳	899	17.0	899	17.0	899	17.0	934	115,674	17,087,063		
	40～64歳	1,602	30.2	1,602	30.2	1,602	30.2	1,350	224,837	41,545,893		
39歳以下	1,598	30.1	1,598	30.1	1,598	30.1	1,358	227,949	46,332,563			
② 産業構成	第1次産業	278	5.2	278	5.2	278	5.8	17.0	8.5	4.0		
	第2次産業	221	4.2	221	4.2	221	4.6	25.3	24.1	25.0		
	第3次産業	50.1	0.9	50.1	0.9	50.1	1.0	57.7	67.4	71.0		
③ 平均寿命	男性	80.4	80.4	80.4	80.4	80.4	80.4	80.4	80.3	80.8		
	女性	86.9	86.9	86.9	86.9	86.9	86.9	86.9	86.7	87.0		
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	79.3	80.1	80.3	80.3	78.9	78.6	79.5	79.7	80.1		
	女性	84.7	83.6	84.0	84.0	84.0	85.1	84.2	83.8	84.4		
① 死亡	標準化死亡率 (SMR)	98.9	102.7	98.9	102.7	98.1	104.2	103.1	105.1	100.0		
	がん	15	34.9	14	31.1	18	42.9	27	52.9	70.89		
	心臓病	15	34.9	11	24.4	14	33.3	7	13.7	4.562		
	脳疾患	8	18.6	13	28.9	7	16.7	5	9.8	2.404		
	糖尿病	2	4.7	3	6.7	1	2.4	2	3.9	283		
	腎不全	2	4.7	3	6.7	1	2.4	6	11.8	622		
	自殺	1	2.3	1	2.2	1	2.4	4	7.8	346		
	合計	2	2.4	5	4.9	8	9.4	2	2.3	4.5		
	男性	2	5.0	4	7.7	5	10.4	1	2.5	2.0		
	女性	0	0.0	1	2.0	3	8.1	1	2.1	1.8		
② 介護保険	1号認定者数(認定率)	453	21.5	450	22.3	490	22.3	497	23.3	127,161		
	新規認定者	1	0.2	4	0.2	11	0.3	9	0.3	2,078		
	要支援1,2	1,388	14.4	1,497	15.6	1,574	16.2	1,560	15.5	365,856		
	要介護1,2	3,107	32.3	3,342	34.7	3,480	35.9	3,626	36.0	1,297,770		
	総件数	5,116	53.2	4,782	49.7	4,644	47.9	4,882	45.9	1,111,908		
	2号認定者	6	0.4	3	0.2	3	0.2	6	0.4	2,073		
	糖尿病	143	30.9	136	29.8	151	28.9	144	29.0	30,162		
	高血圧症	321	69.9	327	70.4	343	67.6	319	66.1	71,773		
	脂質異常症	156	35.9	156	35.1	186	34.6	170	35.2	39,854		
	心臓病	338	73.5	347	73.7	370	71.8	344	71.0	80,904		
脳疾患	152	34.1	158	33.4	154	31.9	136	28.6	30,910			
がん	62	11.4	46	10.9	53	9.6	53	10.8	14,782			
筋骨格	310	69.4	320	67.6	340	67.5	325	65.9	71,540			
精神	230	50.3	230	50.3	247	49.1	246	50.2	49,589			
一人当たり給付費/総給付費 (1体当たり給付費/全体)	377,000	792,077,979	390,257	819,823,487	401,928	844,451,058	424,738	892,373,621	411,324			
介護給付費	82,414	85,223	87,075	88,635	87,767	88,635	87,767	88,635	87,767			
居宅サービス	51,718	52,508	51,354	51,928	48,712	48,712	48,712	48,712	48,712			
施設サービス	295,734	296,881	307,017	309,106	311,347	311,347	311,347	289,312	289,312			
要介護認定別 医療費(40歳以上)	9,411	10,186	9,659	9,493	8,807	8,807	9,224	9,224	8,871			
認定なし	4,572	4,729	4,931	4,788	4,664	4,664	4,375	4,375	4,497			

(参考資料1) 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた勝浦町の位置(H30～R04年度)2

項目	勝浦町										同規模平均		徳島県		国						
	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04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	実数	割合	実数	割合					
① 国保の状況	被保険者数																				
	65～74歳		597		636		613		595		539		73617		47.5		11,129,271		40.5		
	40～64歳		389		366		342		294		321		49,424		31.9		9,088,015		33.1		
39歳以下		240		194		227		187		208		179		31,796		20.5		7,271,596		26.5	
加入率																					
② 医療の概況 (人口千対)	病院数		1		1		1		1		1		150		0.4		8,237		0.3		
	診療所数		2		1		1		1		1		1,147		2.7		102,599		3.7		
	病床数		60		60		60		60		60		15,964		37.4		1,507,471		54.8		
医師数		3		3		4		4		4		4		4.2		2,567		16.6			
外来患者数		694.9		700.5		682.4		692.4		720.2		692.2		737.2		687.8					
入院患者数		25.2		26.4		24.8		22.8		24.1		22.7		25.0		17.7					
一人当たり医療費		339,182		366,169		350,322		349,316		385,685		376,732		389,015		339,680					
受診率		720.0		728.879		690.256		715.162		744.255		714.851		782.201		705.439					
③ 医療費の状況	外費用の割合		52.5		51.4		55.5		57.7		56.3		54.9		60.4						
	来件数の割合		96.5		96.4		96.8		96.8		96.8		96.7		97.5						
	入院件数の割合		47.5		48.3		44.5		42.3		43.7		45.1		39.6						
1件あたり在院日数		18.4日		18.7日		18.7日		19.3日		18.7日		16.4日		18.5日		15.7日					
④ 医療	がん		68,432,130		29.7		81,071,400		33.0		70,519,900		30.7		85,234,500		34.9				
	慢性腎不全(透析あり)		4,778,370		2.1		10,105,390		4.1		0		0.0		0		0.0				
	糖尿病		32,860,870		14.3		35,592,010		14.1		30,703,870		12.6		30,703,870		12.6				
	高血圧症		16,583,080		7.2		15,745,720		6.4		13,665,880		5.5		13,665,880		5.5				
	脂質異常症		10,188,940		4.4		10,567,290		4.3		11,411,640		5.0		8,222,670		3.4				
	脳梗塞・脳出血		2,715,500		1.2		6,572,560		2.7		2,402,650		1.0		2,546,170		1.0				
	狭心症・心筋梗塞		6,276,090		2.8		3,605,830		1.5		9,846,870		4.1		9,762,950		4.2				
	精神		49,636,380		21.6		44,598,430		18.5		42,434,700		18.5		45,501,330		18.6				
	筋・骨格		36,409,000		15.8		35,648,930		14.5		45,924,300		19.1		43,459,200		18.9				
	高血圧症		110		0.1		178		0.1		295		0.2		430		0.3				
⑤	糖尿病		718		0.4		3,579		2.0		1,278		0.7		861		0.6				
	脂質異常症		175		0.1		649		0.4		451		0.3		69		0.0				
	脳梗塞・脳出血		1,595		1.0		4,872		2.8		1,598		0.9		2,181		1.4				
	虚血性心疾患		3,765		2.3		1,640		0.9		6,341		3.7		6,649		4.3				
	腎不全		704		0.4		3,212		1.8		218		0.1		625		0.4				
	高血圧症		13,296		7.5		12,803		6.8		11,456		5.9		12,300		5.5				
	糖尿病		26,349		14.8		26,223		13.8		26,975		15.0		26,801		12.0				
	脂質異常症		8,062		4.5		8,712		4.6		9,362		4.8		7,455		3.4				
	脳梗塞・脳出血		600		0.3		546		0.3		691		0.4		529		0.2				
	虚血性心疾患		1,728		1.0		1,788		0.9		2,235		1.2		2,142		1.1				
腎不全		4,665		2.6		9,109		4.8		1,632		0.8		1,707		0.8					
⑥ 健診	健診対象者		4,057		4,993		4,621		5,963		3,122		2,242		2,031						
	一人当たり		11,302		12,072		13,623		11,701		12,413		12,911		14,879		13,295				
	生活習慣病対象者		11,355		14,082		8,404		13,072		17,381		9,063		6,131		6,142				
⑦ 健診・レセ	受診回数		269		59.4		284		62.6		246		58.7		238		57.1				
	医療機関受診率		254		56.1		268		59.0		218		52.3		236		53.9				
	医療機関非受診率		15		3.3		16		3.5		20		4.8		20		4.8				



(参考資料1) 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた勝浦町の位置(H30～R04年度)3

項目	勝浦町					同規模平均		徳島県		国			
	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	
5 健診	① 健診受診者	453	454	403	419	417	139,950	43,802	6,503,192				
	② 受診率	48.7	50.2	44.3	47.8	49.8	44.7	39.2	35.3				
	③ 特定保健指導終了者(実施率)	44	55	23	33	0	2,678	16.0	297	5.5	69,327	9.0	
	④ 非肥満高血糖	58	74	68	54	44	14,190	10.1	3,532	8.1	588,083	9.0	
	メタボ	該当者	90	81	61	78	77	30,227	21.6	9,180	21.0	1,321,197	20.3
		男性	62	62	45	58	60	21,300	32.1	6,496	33.1	923,222	32.0
	女性	28	19	16	20	17	8,927	12.1	2,684	11.1	397,975	11.0	
	予備群	39	44	35	49	44	16,236	11.6	5,182	11.8	730,607	11.2	
	男性	26	32	32	39	36	11,464	17.3	3,646	18.6	515,813	17.9	
	女性	13	12	3	10	8	4,772	6.5	1,534	6.3	214,794	5.9	
	腹囲	総数	141	139	109	137	139	51,122	36.6	15,806	36.1	2,273,296	35.0
		男性	96	104	87	104	108	35,935	54.2	11,158	56.9	1,592,747	55.3
	女性	45	35	22	33	31	15,187	20.6	4,647	19.2	680,549	18.8	
	メタボ	総数	34	37	40	24	20	8,128	5.8	2,385	5.4	304,276	4.7
		男性	4	7	6	5	2	1,372	2.1	368	1.9	48,780	1.7
	女性	30	30	34	19	18	6,756	9.2	2,017	8.3	255,496	7.1	
	BMI	血糖のみ	1	0.2	2	5	1	963	0.7	264	0.6	41,541	0.6
		血圧のみ	31	35	29	35	34	11,851	8.5	3,727	8.5	514,593	7.9
	脂質のみ	7	1.5	8	1.8	9	3,422	2.4	1,191	2.7	174,473	2.7	
群	15	3.3	18	4.0	10	5,115	3.7	1,335	3.0	193,722	3.0		
レベル	5	1.1	2	0.4	1	1,475	1.1	450	1.0	67,212	1.0		
⑩ 血糖・脂質	39	8.6	28	6.2	25	13,535	9.7	4,666	10.7	630,648	9.7		
⑪ 血圧・脂質	31	6.8	33	7.3	25	10,102	7.2	2,729	6.2	429,615	6.6		
⑫ 血糖・血圧・脂質	157	34.7	167	36.8	157	55,201	39.5	16,935	38.7	2,324,538	35.8		
⑬ 高血圧	55	12.1	61	13.4	53	14,674	10.5	3,764	8.6	564,473	8.7		
⑭ 糖尿病	116	25.6	119	26.2	103	38,748	27.7	11,822	27.0	1,817,350	28.0		
⑮ 脂質異常症	15	3.3	11	2.4	14	4,389	3.3	1,329	3.1	199,003	3.1		
⑯ 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	22	4.9	21	4.7	15	8,295	6.2	2,531	5.8	349,845	5.5		
⑰ 心臓病(狭心症・心臓病等)	4	0.9	8	1.8	4	1,283	0.9	511	1.2	51,680	0.8		
⑱ 腎不全	47	10.4	58	13.0	51	12,237	9.0	4,733	11.0	669,737	10.6		
⑲ 貧血	72	15.9	68	15.0	59	21,078	15.1	5,566	12.3	896,676	13.8		
6 問診	① 喫煙	39	8.7	29	6.5	31	11,378	8.6	3,880	9.1	609,166	10.3	
	② 週3回以上朝食を抜く	0	0.0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	③ 週3回以上食後間食(～H28)	88	19.6	85	19.0	71	21,660	16.4	7,259	17.0	932,218	15.7	
	④ 週3回以上就寝前夕食(H30～)	88	19.6	85	19.0	71	21,660	16.4	7,259	17.0	932,218	15.7	
	⑤ 週3回以上就寝前夕食	88	19.6	85	19.0	71	21,660	16.4	7,259	17.0	932,218	15.7	
	⑥ 週3回以上就寝前夕食	142	31.6	141	31.5	110	35,108	26.4	13,138	30.7	1,590,713	26.8	
	⑦ 食への満足度が低い	159	35.3	141	31.5	128	47,632	35.8	15,365	36.0	2,083,152	34.9	
	⑧ 20歳時体重から10kg以上増加	295	65.6	285	63.8	247	86,948	65.2	25,071	58.7	3,589,415	60.3	
	⑨ 1日30分以上運動習慣なし	240	53.3	219	49.0	187	62,532	46.9	21,798	51.0	2,888,913	48.0	
	⑩ 1日1時間以上運動なし	132	29.4	129	28.8	111	32,230	24.3	11,333	26.8	1,521,685	25.6	
	⑪ 睡眠不足	115	25.6	115	25.7	111	35,947	26.5	10,658	24.7	1,585,206	25.5	
	⑫ 毎日常酒	77	17.1	93	20.8	77	28,605	21.1	7,699	17.8	1,393,154	22.4	
	⑬ 時々飲酒	113	49.6	119	50.4	110	53,892	59.9	17,015	63.9	2,851,798	64.2	
	⑭ 1合未満	73	32.0	77	32.6	76	28,850	26.5	6,226	23.4	1,053,317	23.7	
⑮ 1～2合	34	14.9	33	14.0	31	9,375	10.4	2,624	9.9	414,658	9.3		
⑯ 2～3合	8	3.5	7	3.0	4	2,835	3.2	754	2.8	122,039	2.7		
⑰ 3合以上													

(参考資料2) 健診・医療・介護の一体的な分析

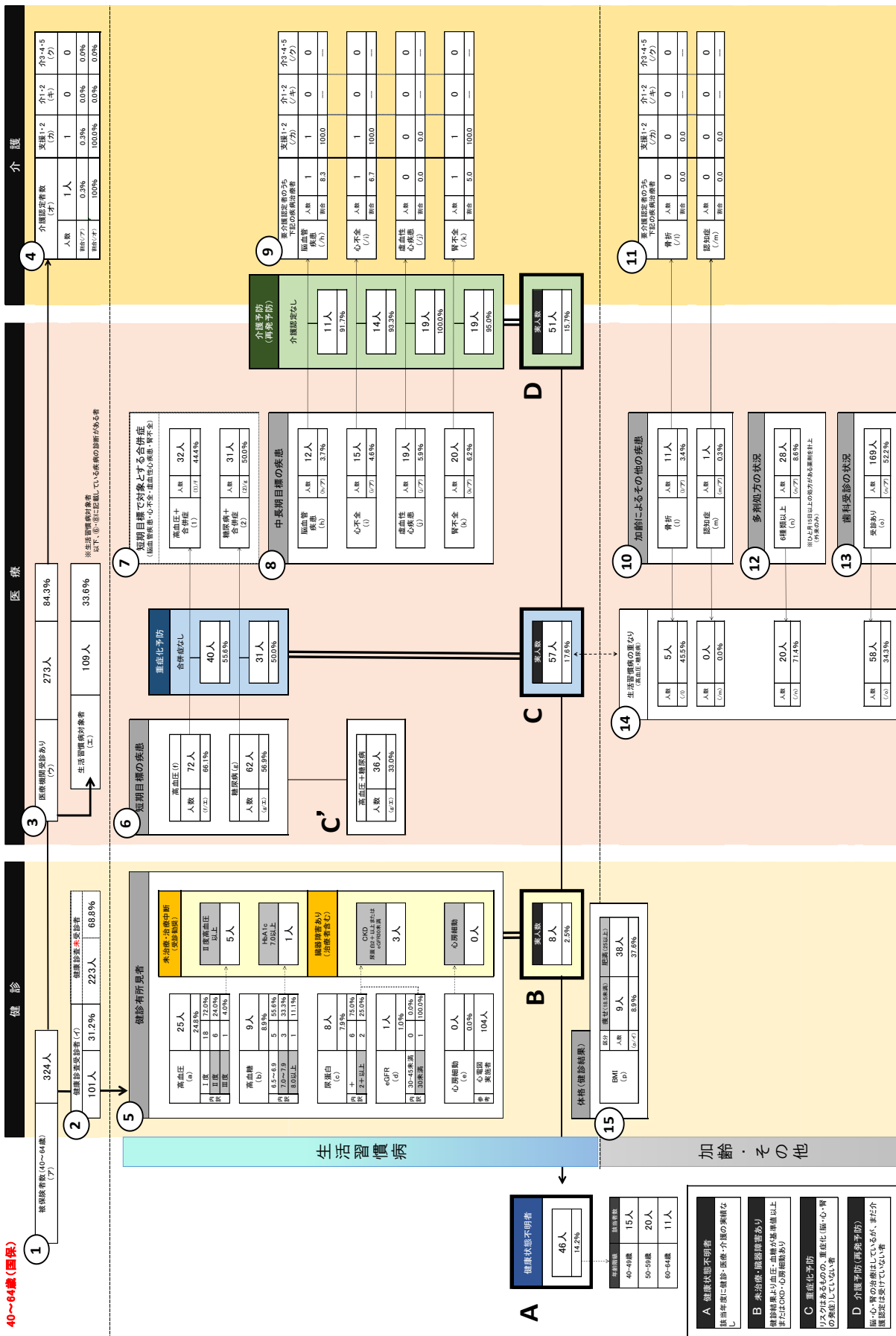
① 40～64歳(国保)

令和4年度

【OD】厚生労働省標準計-1  
【特定高齢者】一歩管理システム(FMAC17)

参考: 【OD】介入支援対象者-2(介護・重症化予防)  
【OD】介入支援対象者-3(介護・重症化予防)  
【OD】介入支援対象者-4(介護・重症化予防)

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



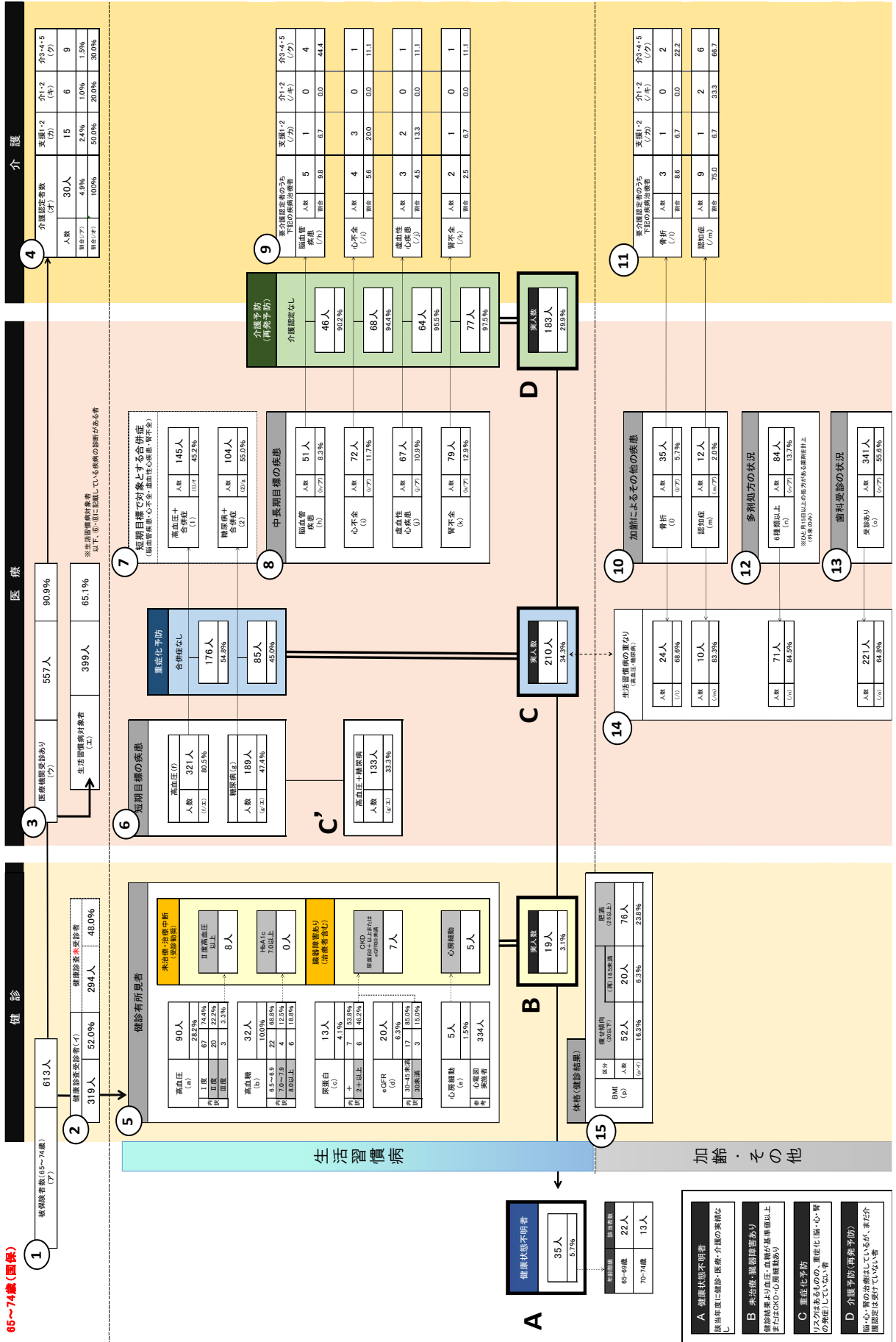
② 65～74歳(国保)

令和4年度

【KOB】厚生労働省標準様式1-1  
【特定高齢者等一歩管理システム】FKA0171

参考：【KOB】介入支援対象者一覧(医療・重症化予防)  
【KOB】介入支援対象者一覧(健康・重症化予防)

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



③ 65～74 歳(後期)

【K09】厚生労働省標準様式「1  
【特選】高齢者等一歩管理システム(FK40171)

参考：【K09】介入支援対象者一歩管理システム(FK40171)  
【K09】後期高齢者の医療・健診・介護実態

E表：健診・医療・介護一歩管理システム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)



④75歳以上(後期)

【KOB】直近の身体機能値1-1  
【KOB】直近の高齢者の医療(健診)・介護受診状況

参考:【KOB】介入支援対象者一覧(後援・重症化予防)・  
【KOB】介入支援対象者一覧(介護・重症化予防)

E表:健診・医療・介護・介入支援対象者から重症化予防・介護予防対象者を把握する

75歳以上(後期)

令和4年度



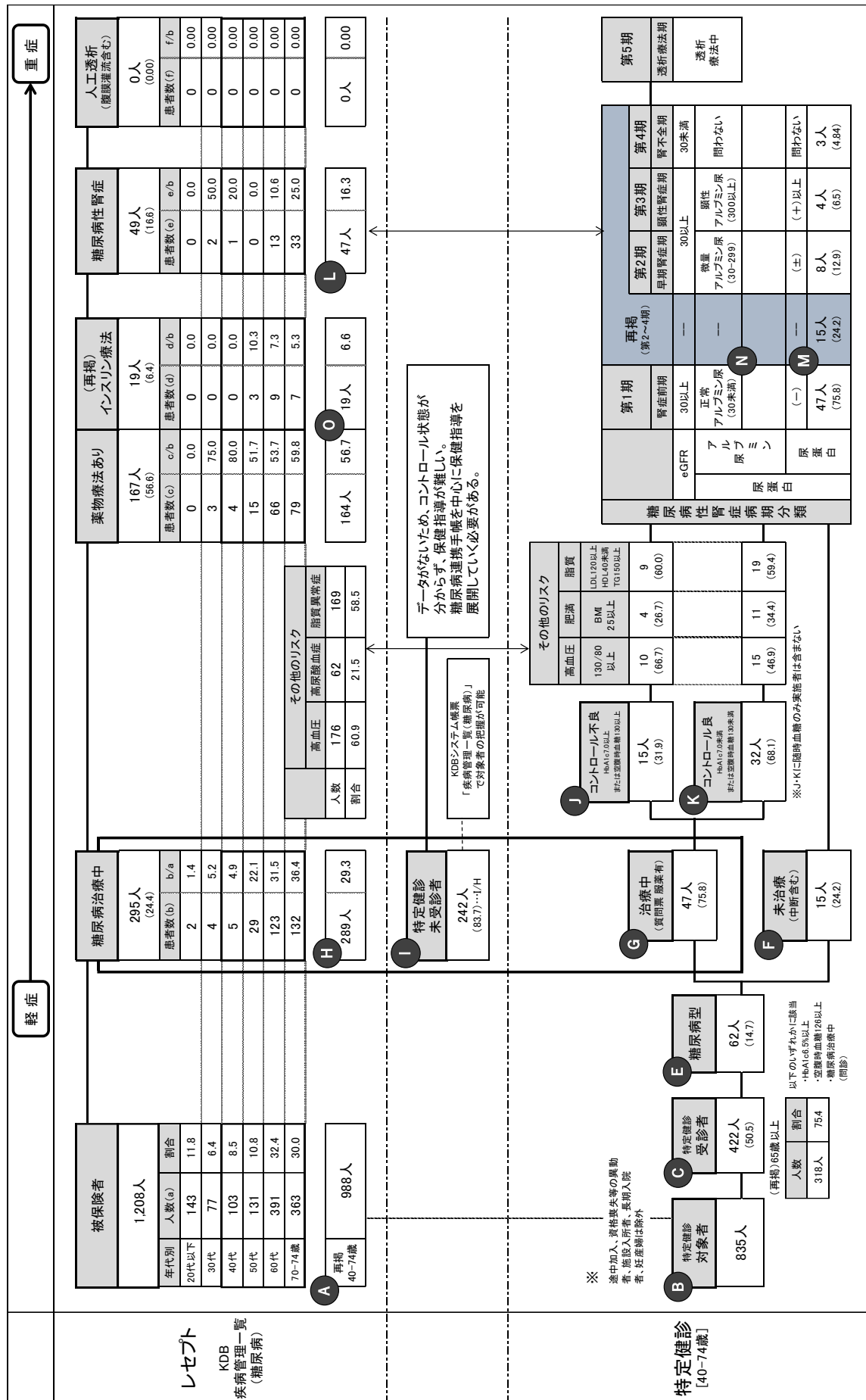
項目	内容	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		データ基
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	被保険者数 (再掲)40-74歳	1,267人	1,247人	1,224人	1,221人	1,156人	KDB_厚生労働省様式 様式3-2					
		1,032人	1,009人	999人	1,010人	955人						
2	特定健診 対象者数	929人	908人	910人	876人	835人	市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書					
		454人	456人	402人	419人	422人						
3	特定 保健指導 対象者数	48.9%	50.2%	44.2%	47.8%	50.5%						
		59人	62人	31人	44人	38人						
	実施率	72.9%	85.5%	80.6%	75.0%	78.9%						
		70人	19.1%	67人	17.2%	64人						
4	糖尿病性 腎症 健診 データ	14人	20.0%	14人	30.6%	15人						
		56人	80.0%	63人	72.4%	50人						
		28人	50.0%	28人	44.4%	18人						
		21人	75.0%	19人	67.9%	12人						
		15人	53.6%	13人	46.4%	7人						
		28人	50.0%	35人	55.6%	37人						
		56人	80.0%	62人	71.3%	49人						
		4人	5.7%	12人	13.8%	8人						
		7人	10.0%	11人	12.6%	9人						
		3人	4.3%	2人	2.3%	1人						
		5	レセプト 糖尿病治療中	1,114件	(1117.4)	1,088件	(1103.4)	1,138件	(1135.7)	1,097件	(1148.7)	1,027件
7件	(7.0)			9件	(9.1)	4件	(4.0)	3件	(3.1)	6件	(6.6)	
192人	15.2%			157人	12.6%	166人	13.6%	175人	14.3%	155人	13.4%	KDB_厚労省様式 様式3-2
189人	18.3%			157人	15.6%	164人	16.4%	174人	17.2%	153人	16.0%	
133人	70.4%			101人	64.3%	111人	67.7%	124人	71.3%	104人	68.0%	

項目	実数	割合	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		データ基	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
5	⑧	インスリン治療	O	18人	9.4%	16人	10.2%	13人	7.8%	13人	7.4%	11人	7.1%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	⑨	糖尿病性腎症	L	18人	9.5%	16人	10.2%	13人	7.9%	13人	7.5%	11人	7.2%	
	⑩	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		3人	0.2%	5人	0.4%	2人	0.2%	0人	0.0%	0人	0.0%	
	⑪	レセプト		1人	0.1%	4人	0.4%	1人	0.1%	0人	0.0%	0人	0.0%	
	⑫			1人	33.3%	4人	100.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	
	⑬	【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)		0人	0.0%	2人	50.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	
	⑭			8人	2.0%	7人	1.8%	7人	2.0%	6人	1.6%	6人	1.7%	
	⑮	総医療費		4億1957万円		4億4416万円		4億2459万円		4億0625万円		4億2541万円		
⑯	生活習慣病総医療費		2億3023万円		2億4530万円		2億4034万円		2億2934万円		2億4457万円			
⑰	(総医療費に占める割合)		54.9%		55.2%		56.6%		56.5%		57.5%			
⑱	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	11,355円		14,082円		8,404円		13,072円		17,381円			
													健診未受診者	
⑲	糖尿病医療費		31,630円		34,048円		38,749円		33,102円		36,184円			
⑳	糖尿病医療費 (生活習慣病総医療費に占める割合)		3286万円		3555万円		3367万円		3243万円		3070万円			
㉑	医療費		14.3%		14.5%		14.0%		14.1%		12.6%			
㉒	糖尿病入院外総医療費		5955万円		6226万円		6093万円		6483万円		7976万円			
㉓	1件あたり		25,834円		27,993円		26,998円		28,548円		38,089円			
㉔	糖尿病入院総医療費		4809万円		6217万円		6021万円		6349万円		4027万円			
㉕	1件あたり		490,672円		535,978円		557,465円		622,484円		473,817円			
㉖	在院日数		20日		19日		21日		18日		19日			
㉗	慢性腎不全医療費		647万円		1160万円		285万円		153万円		257万円			
㉘	透析有り		478万円		1011万円		145万円							
㉙	透析なし		170万円		150万円		140万円		153万円		257万円			
㉚	介護給付費		7億9208万円		8億1993万円		8億4445万円		8億9237万円		8億7530万円			
㉛	介護	(2号認定者)糖尿病合併症	2件	40.0%	2件	66.7%	1件	50.0%	1件	50.0%	0件	0.0%		
㉜	死亡	糖尿病(死因別死亡数)	2人	2.1%	3人	3.1%	1人	1.0%	2人	2.1%	1人	1.2%		

(参考資料4) 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

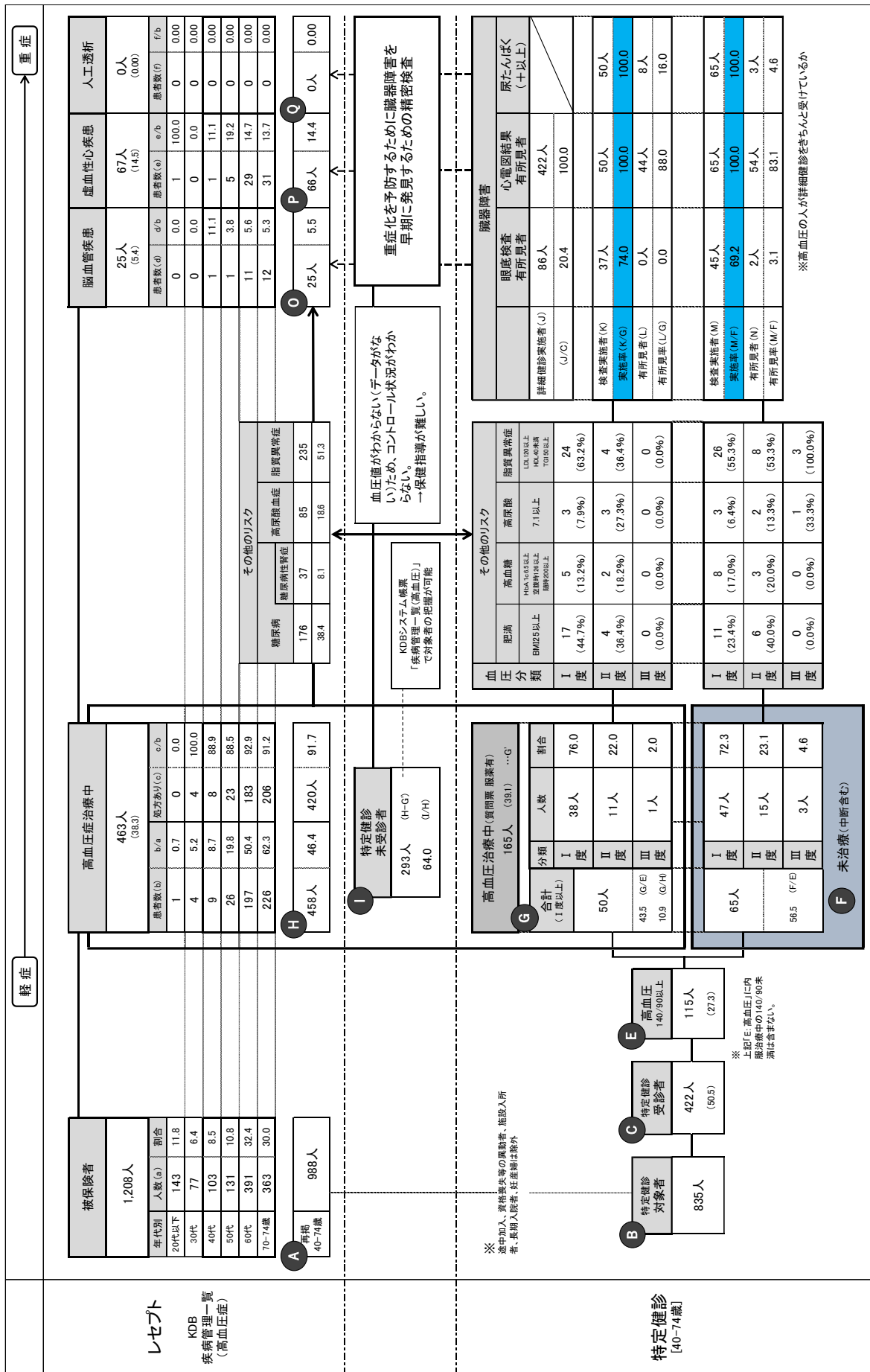




(参考資料5) 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

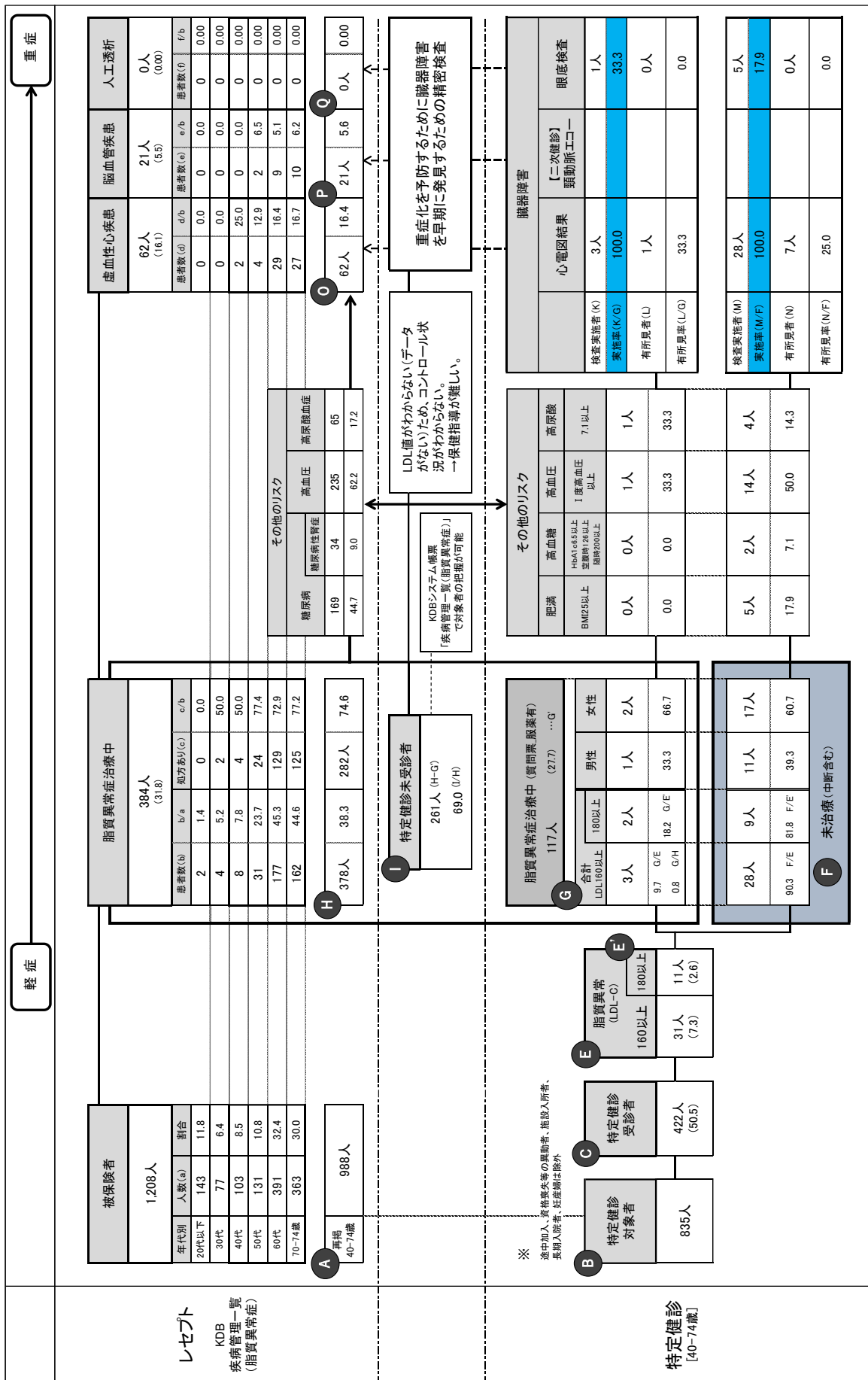
令和04年度



(参考資料6) 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



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

(参考資料 7) HbA1c の年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
								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	
A		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
H29	412	107	26.0%	172	41.7%	88	21.4%	29	7.0%	12	2.9%	4	1.0%	8	1.9%	2	0.5%
H30	453	147	32.5%	184	40.6%	77	17.0%	23	5.1%	18	4.0%	4	0.9%	10	2.2%	0	0.0%
R01	455	78	17.1%	197	43.3%	121	26.6%	30	6.6%	24	5.3%	5	1.1%	16	3.5%	4	0.9%
R02	401	130	32.4%	156	38.9%	72	18.0%	26	6.5%	15	3.7%	2	0.5%	7	1.7%	1	0.2%
R03	419	102	24.3%	149	35.6%	111	26.5%	36	8.6%	18	4.3%	3	0.7%	11	2.6%	2	0.5%
R04	422	117	27.7%	187	44.3%	77	18.2%	27	6.4%	7	1.7%	7	1.7%	9	2.1%	4	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		再掲率	
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	治療		
H29	412	107	172	88	45	13	32	10.9%	28.9%	71.1%	10.9%
					16	3	13	3.9%	18.8%	81.3%	
H30	453	147	184	77	45	13	32	9.9%	28.9%	71.1%	9.9%
					22	6	16	4.9%	27.3%	72.7%	
R01	455	78	197	121	59	20	39	13.0%	33.9%	66.1%	13.0%
					29	6	23	6.4%	20.7%	79.3%	
R02	401	130	156	72	43	13	30	10.7%	30.2%	69.8%	10.7%
					17	4	13	4.2%	23.5%	76.5%	
R03	419	102	149	111	57	22	35	13.6%	38.6%	61.4%	13.6%
					21	6	15	5.0%	28.6%	71.4%	
R04	422	117	187	77	41	11	30	9.7%	26.8%	73.2%	9.7%
					14	4	10	3.3%	28.6%	71.4%	

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
								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			
A		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		
治療中	H29	52	12.6%	0	0.0%	5	9.6%	15	28.8%	19	36.5%	9	17.3%	4	7.7%	8	15.4%	2	3.8%
	H30	55	12.1%	1	1.8%	5	9.1%	17	30.9%	16	29.1%	12	21.8%	4	7.3%	9	16.4%	0	0.0%
	R01	61	13.4%	0	0.0%	4	6.6%	18	29.5%	16	26.2%	20	32.8%	3	4.9%	11	18.0%	2	3.3%
	R02	53	13.2%	1	1.9%	4	7.5%	18	34.0%	17	32.1%	12	22.6%	1	1.9%	5	9.4%	0	0.0%
	R03	50	11.9%	0	0.0%	2	4.0%	13	26.0%	20	40.0%	12	24.0%	3	6.0%	8	16.0%	2	4.0%
	R04	47	11.1%	1	2.1%	3	6.4%	13	27.7%	20	42.6%	6	12.8%	4	8.5%	6	12.8%	2	4.3%
治療なし	H29	360	87.4%	107	29.7%	167	46.4%	73	20.3%	10	2.8%	3	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	H30	398	87.9%	146	36.7%	179	45.0%	60	15.1%	7	1.8%	6	1.5%	0	0.0%	1	0.3%	0	0.0%
	R01	394	86.6%	78	19.8%	193	49.0%	103	26.1%	14	3.6%	4	1.0%	2	0.5%	5	1.3%	2	0.5%
	R02	348	86.8%	129	37.1%	152	43.7%	54	15.5%	9	2.6%	3	0.9%	1	0.3%	2	0.6%	1	0.3%
	R03	369	88.1%	102	27.6%	147	39.8%	98	26.6%	16	4.3%	6	1.6%	0	0.0%	3	0.8%	0	0.0%
	R04	375	88.9%	116	30.9%	184	49.1%	64	17.1%	7	1.9%	1	0.3%	3	0.8%	3	0.8%	2	0.5%

(参考資料 8) 血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	412	70	17.0%	76	18.4%	106	25.7%	114	27.7%	40	9.7%	6	1.5%
H30	454	94	20.7%	80	17.6%	136	30.0%	111	24.4%	25	5.5%	8	1.8%
R01	456	107	23.5%	65	14.3%	133	29.2%	111	24.3%	36	7.9%	4	0.9%
R02	402	79	19.7%	73	18.2%	131	32.6%	98	24.4%	18	4.5%	3	0.7%
R03	419	77	18.4%	87	20.8%	137	32.7%	95	22.7%	19	4.5%	4	1.0%
R04	422	108	25.6%	79	18.7%	120	28.4%	85	20.1%	26	6.2%	4	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Ⅱ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲		割合
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療	割合	割合	
H29	412	146 35.4%	106 25.7%	114 27.7%	46	19	27	11.2%	58.7%	11.2%
					6	5	1			
H30	454	174 38.3%	136 30.0%	111 24.4%	33	19	14	7.3%	57.6%	42.4%
					8	6	2			
R01	456	172 37.7%	133 29.2%	111 24.3%	40	17	23	8.8%	42.5%	57.5%
					4	2	2			
R02	402	152 37.8%	131 32.6%	98 24.4%	21	11	10	5.2%	52.4%	47.6%
					3	0	3			
R03	419	164 39.1%	137 32.7%	95 22.7%	23	15	8	5.5%	65.2%	34.8%
					4	3	1			
R04	422	187 44.3%	120 28.4%	85 20.1%	30	18	12	7.1%	60.0%	40.0%
					4	3	1			

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	155	37.6%	8	5.2%	25	16.1%	42	27.1%	53	34.2%	26	16.8%	1	0.6%
	H30	157	34.6%	14	8.9%	28	17.8%	53	33.8%	48	30.6%	12	7.6%	2	1.3%
	R01	168	36.8%	21	12.5%	18	10.7%	57	33.9%	49	29.2%	21	12.5%	2	1.2%
	R02	155	38.6%	10	6.5%	26	16.8%	64	41.3%	45	29.0%	7	4.5%	3	1.9%
	R03	164	39.1%	18	11.0%	33	20.1%	58	35.4%	47	28.7%	7	4.3%	1	0.6%
	R04	165	39.1%	28	17.0%	35	21.2%	52	31.5%	38	23.0%	11	6.7%	1	0.6%
治療なし	H29	257	62.4%	62	24.1%	51	19.8%	64	24.9%	61	23.7%	14	5.4%	5	1.9%
	H30	297	65.4%	80	26.9%	52	17.5%	83	27.9%	63	21.2%	13	4.4%	6	2.0%
	R01	288	63.2%	86	29.9%	47	16.3%	76	26.4%	62	21.5%	15	5.2%	2	0.7%
	R02	247	61.4%	69	27.9%	47	19.0%	67	27.1%	53	21.5%	11	4.5%	0	0.0%
	R03	255	60.9%	59	23.1%	54	21.2%	79	31.0%	48	18.8%	12	4.7%	3	1.2%
	R04	257	60.9%	80	31.1%	44	17.1%	68	26.5%	47	18.3%	15	5.8%	3	1.2%

(参考資料9) LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120~139		140~159		160~179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H29	412	201	48.8%	96	23.3%	71	17.2%	30	7.3%	14	3.4%
	H30	453	227	50.1%	122	26.9%	62	13.7%	27	6.0%	15	3.3%
	R01	455	235	51.6%	101	22.2%	75	16.5%	29	6.4%	15	3.3%
	R02	401	206	51.4%	95	23.7%	74	18.5%	20	5.0%	6	1.5%
	R03	419	203	48.4%	116	27.7%	62	14.8%	29	6.9%	9	2.1%
R04	422	217	51.4%	111	26.3%	63	14.9%	20	4.7%	11	2.6%	
男性	H29	184	106	57.6%	41	22.3%	20	10.9%	12	6.5%	5	2.7%
	H30	205	120	58.5%	54	26.3%	23	11.2%	4	2.0%	4	2.0%
	R01	212	120	56.6%	50	23.6%	31	14.6%	6	2.8%	5	2.4%
	R02	190	107	56.3%	49	25.8%	27	14.2%	5	2.6%	2	1.1%
	R03	201	109	54.2%	51	25.4%	30	14.9%	7	3.5%	4	2.0%
R04	216	116	53.7%	60	27.8%	28	13.0%	6	2.8%	6	2.8%	
女性	H29	228	95	41.7%	55	24.1%	51	22.4%	18	7.9%	9	3.9%
	H30	248	107	43.1%	68	27.4%	39	15.7%	23	9.3%	11	4.4%
	R01	243	115	47.3%	51	21.0%	44	18.1%	23	9.5%	10	4.1%
	R02	211	99	46.9%	46	21.8%	47	22.3%	15	7.1%	4	1.9%
	R03	218	94	43.1%	65	29.8%	32	14.7%	22	10.1%	5	2.3%
R04	206	101	49.0%	51	24.8%	35	17.0%	14	6.8%	5	2.4%	

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LDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			再掲	割合
					再180以上	未治療	治療		
H29	412	201 48.8%	96 23.3%	71 17.2%	44	36	8	10.7%	10.7%
					14	14	0		
H30	453	227 50.1%	122 26.9%	62 13.7%	42	40	2	9.3%	9.3%
					15	13	2		
R01	455	235 51.6%	101 22.2%	75 16.5%	44	42	2	9.7%	9.7%
					15	15	0		
R02	401	206 51.4%	95 23.7%	74 18.5%	26	25	1	6.5%	6.5%
					6	6	0		
R03	419	203 48.4%	116 27.7%	62 14.8%	38	35	3	9.1%	9.1%
					9	9	0		
R04	422	217 51.4%	111 26.3%	63 14.9%	31	28	3	7.3%	7.3%
					11	9	2		

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120~139		140~159		160~179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	100	24.3%	67	67.0%	16	16.0%	9	9.0%	8	8.0%	0	0.0%
	H30	116	25.6%	74	63.8%	30	25.9%	10	8.6%	0	0.0%	2	1.7%
	R01	119	26.2%	87	73.1%	20	16.8%	10	8.4%	2	1.7%	0	0.0%
	R02	101	25.2%	69	68.3%	21	20.8%	10	9.9%	1	1.0%	0	0.0%
	R03	104	24.8%	76	73.1%	19	18.3%	6	5.8%	3	2.9%	0	0.0%
R04	117	27.7%	83	70.9%	26	22.2%	5	4.3%	1	0.9%	2	1.7%	
治療なし	H29	312	75.7%	134	42.9%	80	25.6%	62	19.9%	22	7.1%	14	4.5%
	H30	337	74.4%	153	45.4%	92	27.3%	52	15.4%	27	8.0%	13	3.9%
	R01	336	73.8%	148	44.0%	81	24.1%	65	19.3%	27	8.0%	15	4.5%
	R02	300	74.8%	137	45.7%	74	24.7%	64	21.3%	19	6.3%	6	2.0%
	R03	315	75.2%	127	40.3%	97	30.8%	56	17.8%	26	8.3%	9	2.9%
R04	305	72.3%	134	43.9%	85	27.9%	58	19.0%	19	6.2%	9	3.0%	

第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

令和6年3月発行

〒771-4395

徳島県勝浦郡勝浦町大字久国字久保田3

勝浦町役場 税務課

TEL 0885-42-1503 / IP 050-3438-7143

FAX 0885-42-3028