

喬木村国民健康保険
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

喬木村国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……34

1. 第四期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報の保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業	41
I. 保健事業の方向性	
II. 重症化予防の取組	
1. 糖尿病性腎症重症化予防	
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	
3. 脳血管疾患重症化予防	
4. 虚血性心疾患重症化予防	
III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
IV. 発症予防	
V. ポピュレーションアプローチ	
第5章 計画の評価・見直し	73
1. 評価の時期	
2. 評価方法・体制	
第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	74
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
参考資料	75

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

またその後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)^{※3}」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4}2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPI^{※5}の設定を推進する。」と示されました。

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

このような国の動きや本村の課題等を踏まえ、本村では、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

※5 重要業績評価指標の略語:目標達成のために各プロセスにおいて、達成度合いの計測で評価をするための指標のこと

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施

計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表 1)

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

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

本村では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB^{※7})を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

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

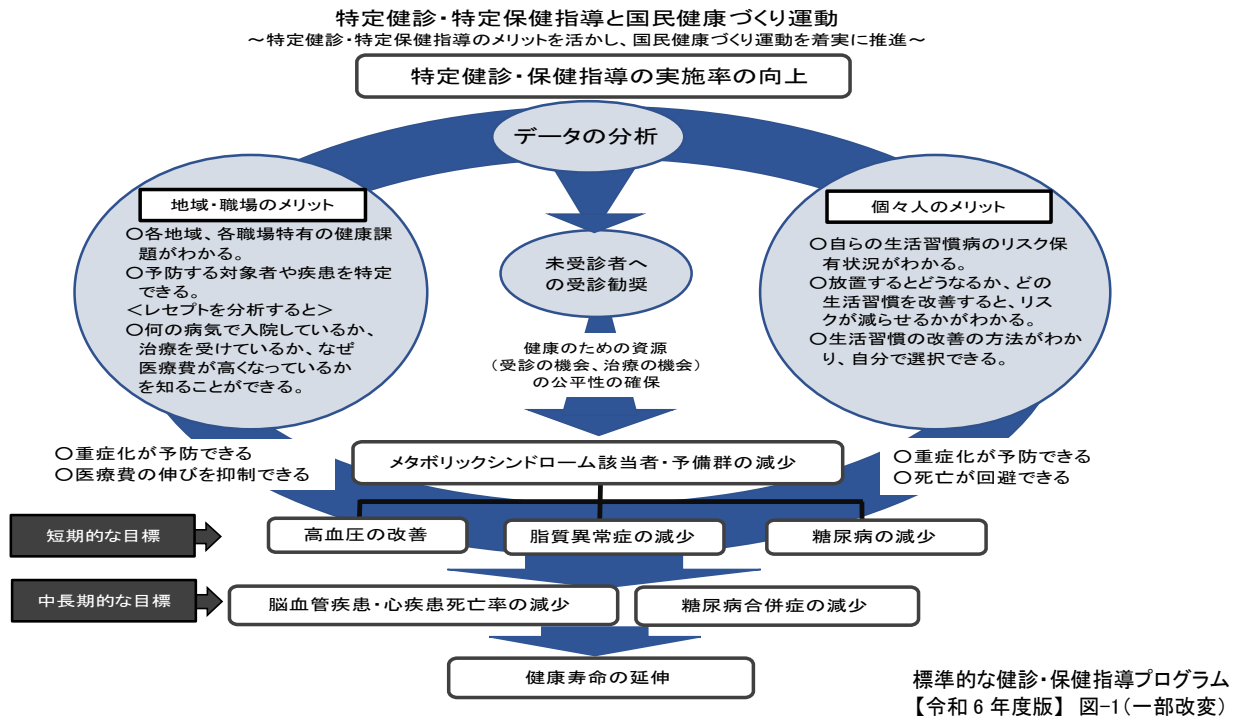
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第 2 期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

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

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

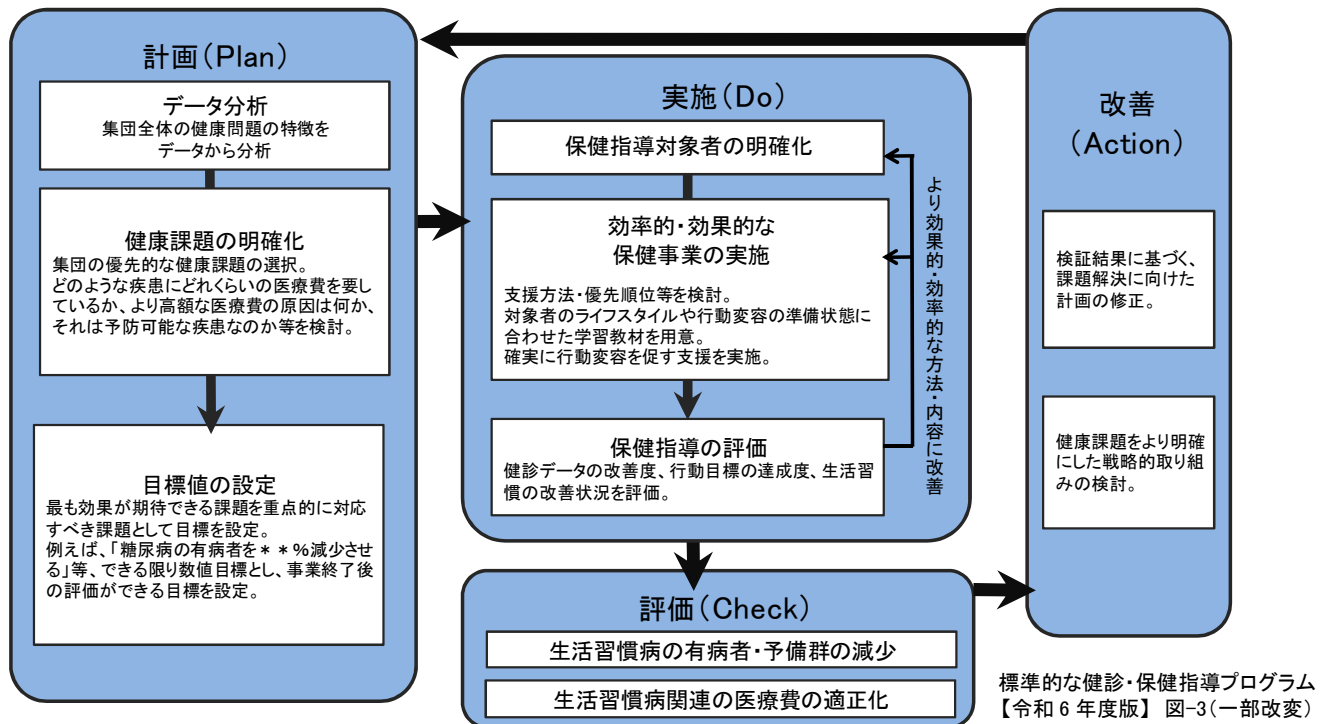
法定計画等の位置づけ		健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等実施計画	医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業(支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条、第6条 ※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法	健康増進法 第8条、第9条、第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 健康保険法 高福祉法 第92条 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	厚生労働省 保健局 令和5年7月改正 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5月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和5年6月改正 国民の健康の増進のための総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保健局 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 保健局 令和5年9月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保健局 令和5年9月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保健局 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5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5月改正 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年	
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務、都道府県:義務		
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開により実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域の条件等の実情を考慮し、特定健康診査の効果的かつ効率的に実施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、保し、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・連携の推進を適し、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ための体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止		
対象年齢	ライフステージ(幼児期、児童期、壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ(育児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が高くなる時期に高齢期を迎える現在の健康期、壮年期世帯の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳(※) ※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、地神経系疾患		
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症(糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止 生活習慣病 認知症 フレイル 口腔機能低下、低栄養		
慢性閉塞性肺疾患(COPD)が がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患				
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCD)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり心の健康の維持・向上 2自然に親しみやすくなる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい指標例 アウトカム:メタボリックシンドローム減少率 HbA1c 6.5以上者の割合 アウトプット:特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	(住民の健康の保持増進) ・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 ・高齢者の身体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) ・健康食品 ・バイオ健康食品の使用促進 ・医療資源の効率的・効果的な活用 ・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産前産後 ⑤小児医療 ⑥新発感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルの活用によ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、日常生活支援展開) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、人材の確保)		
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携	地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金			

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

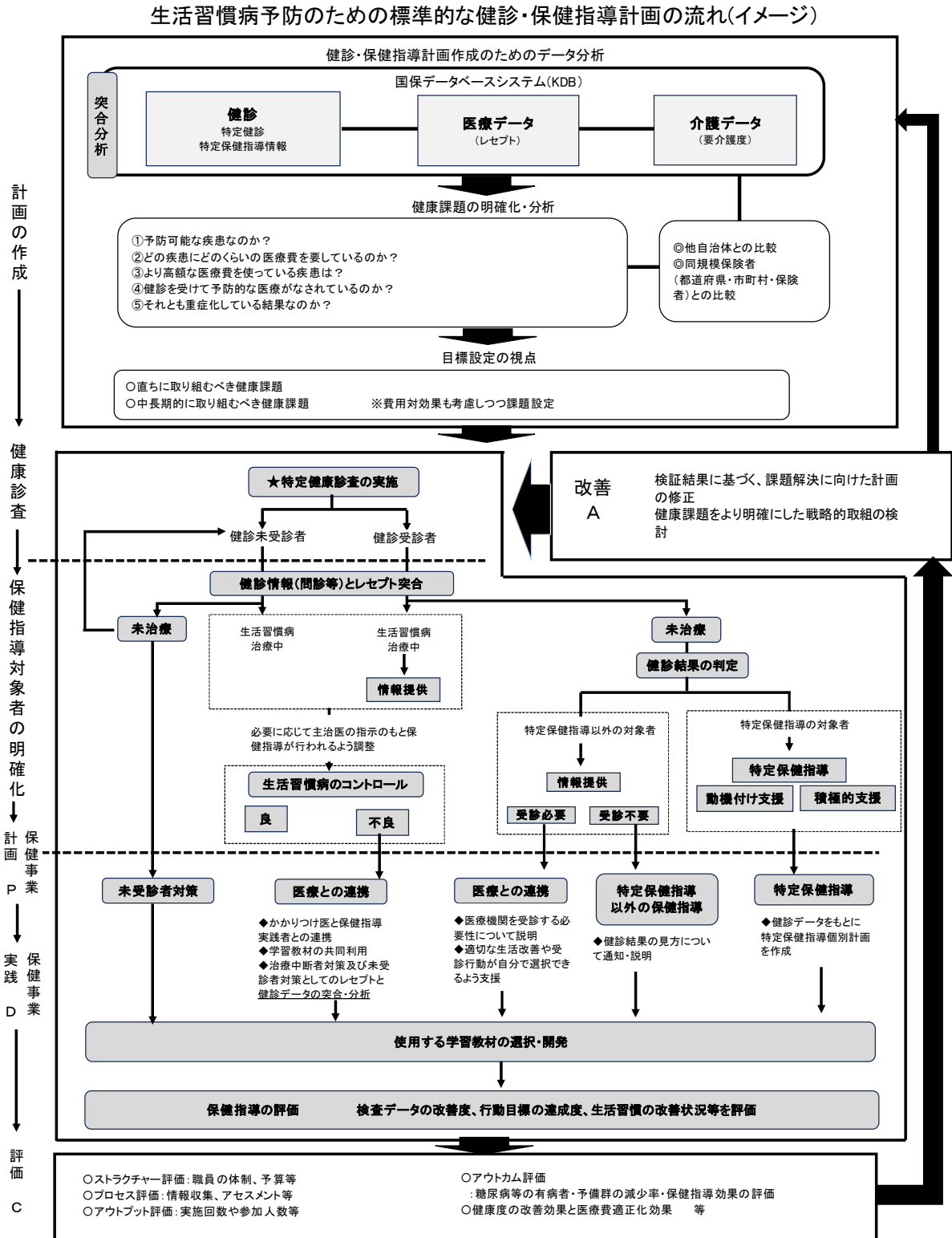


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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



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

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

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

＜参考＞計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

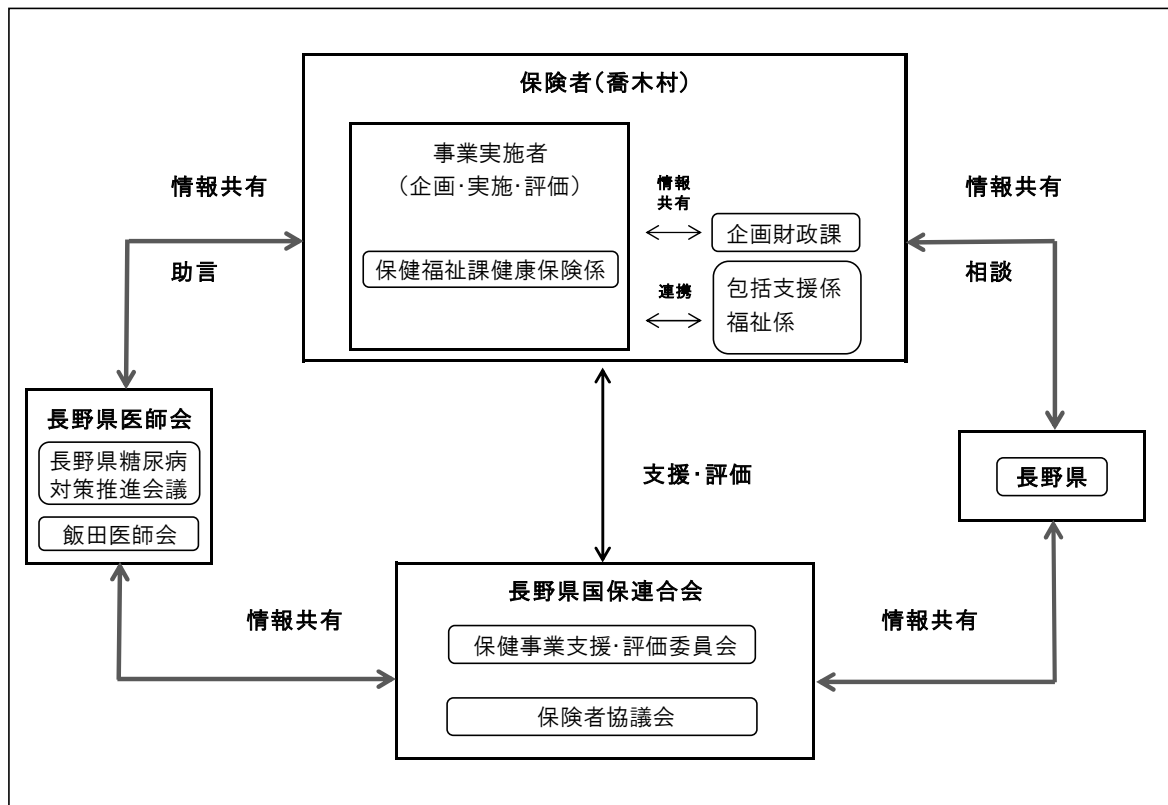
1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健福祉課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、村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局・保健衛生部局（保健福祉課健康保険係）、介護保険部局（保健福祉課包括支援係）、企画部局（企画財政課）、生活保護部局（保健福祉課福祉係）とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 喬木村の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

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

	保 (係長)	保	保	保	管栄 (係長)	事 (係長)	事	保 (会計 年度)	保 (会計 年度)	保 (会計 年度)	事 (会計 年度)	看 (会計 年度)
国保事務						◎	○					
健康診断 保健指導	○	◎	○	○	○			○		○		○
がん検診	◎	○							○		○	○
新型コロナワクチン						◎					○	
予防接種			◎									
母子保健			◎		◎				○			○
精神保健	◎	○										
歯科保健			○		◎							
後期高齢	○					○	◎	○				

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、共同保険者である都道府県のほか、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力します。

都道府県は、平成30年度から市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となります。さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要です。都道府県と国保連は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めます。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待されます。計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となります。外部有識者等とは、国保連及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいいます。国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待されます。

市町村国保は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、市町村国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有し、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。

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として創設されました。保険者における医療費適正化の取組等を評価する指標を設定し、達成状況に応じて交付金を交付する制度として、平成30年度より本格実施されています。(図表8)

令和2年度からは上記に加え、予防・健康づくり事業の「事業費分」として交付する部分が創設され、事業費に連動して配分する「事業費連動分」と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくりの取組を抜本的に後押ししています。

市町村の「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、都道府県の「事業費連動分」は保険給付費に充当することができるかとされています。結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
		喬木村	配点	喬木村	配点	喬木村	配点		
交付額(万円)		315		267					
全国順位(1,741市町村中)		145位		590位		596位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70		70		70		
		(2)特定保健指導実施率	140	70	120	70	140	70	
		(3)メボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	25	40	20	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	105	120	90	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	60	45	65	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	55	130	10	130	10	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	65	100	65	100	65	100
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	30	30	40	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組	25	40	29	50	22	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	35	95	60	100	58	100	
合計点		715	1,000	614	960	600	940		

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本村は人口が約 6 千人で、同規模保険者と比べると高齢化率は低いものの、県や国と比べ高い高齢化率となっています。「出会い・結婚の支援」「健やかな子どもの成長支援」「保育・子育て支援の充実」を講じ、出生率の減少に歯止めをかけてはいるものの、少子高齢化が進行しています。若い年代の健康が、高齢化を支えることにつながります。

産業は第3次産業中心ですが、第2次産業のPC製造・製菓・土産卸会社による自社製品の開発や、第1次産業の温暖な中にも日較差のある気候や施設栽培面積及び栽培技術の高さを生かした農作物の通年供給も特徴的です。さらに、南信地域の中心都市である飯田市中心市街地ともわずか7kmの距離で隣接しており、一日約1,500人が同市内へ通勤・通学していることから、飯田市とのつながりが強い地域であるといえます。

財政力指数は、標準的な行政運営に必要な財源をどのくらい自力で調達できるかを表すもので、本村は同規模・県・国と比べ低い状況です。

国保加入率はほぼ横ばいですが、被保険者数は年々減少傾向で、年齢構成としては前期高齢者(65～74歳)が約半数を占めています。将来的に国保へ加入する社会保険加入者への働き掛けも重要です。(図表10)

村内の医療資源は限られていますが、健診受診により必要な医療受診につながっていると考えられ、重症化の結果である入院患者数の伸びは抑えられています。村内には2つの診療所があり、入院施設はありませんが、本村から飯田市へのアクセスはよく、最低限の医療サービスは享受できていると考えられます。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した喬木村の特性(R04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)	財政力 指数	第1次 産業 (%)	第2次 産業 (%)	第3次 産業 (%)
喬木村	5,972	35.6	1,202 (20.1)	55.4	7.2	12.6	0.3	17.8	29.9	52.2
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
県	--	32.2	22.1	53.8	6.4	12.7	0.5	9.3	29.2	61.6
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、喬木村と同規模保険者(240市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

(単位:人、%)

	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	1,325		1,238		1,236		1,213		1,202	
65～74歳	656	49.5	608	49.1	625	50.6	620	51.1	604	50.2
40～64歳	394	29.7	383	30.9	372	30.1	362	29.8	358	29.8
39歳以下	275	20.8	247	20.0	239	19.3	231	19.0	240	20.0
加入率	21.0		19.6		19.6		19.2		20.1	

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

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

単位: %

	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	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.4	0.3
診療所数	3	2.3	3	2.4	3	2.4	3	2.5	3	2.5	2.7	3.5
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	37.4	52.2
医師数	2	1.5	2	1.6	2	1.6	2	1.6	2	1.7	4.2	11.8
外来患者数	738.8		746.1		710.0		752.9		750.4		692.2	691.5
入院患者数	17.0		16.1		14.8		13.1		17.3		22.7	17.6

出典: KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。(図表2)

1つ目は、中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指すこととし、具体的には、社会保障費(医療費・介護費)に与える影響の大きい疾患として脳血管疾患、虚血性心疾患及び糖尿病性腎症(人工透析)に係る目標を設定しました。

2つ目は、短期的な目標として、中長期的な目標を達成するための目標疾患であるメタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病及び脂質異常症に係る目標を設定しました。

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)に係る状況

① 介護給付費の状況

令和4年度における本村の介護認定率は16.6%(1号被保険者)で、同規模・国・県と比較すると低い状況ですが、H30年度と比べると伸びています。団塊の世代の後期高齢者への移行にともない75歳以上の認定者が増加していることから、今後の給付費の伸びが予測されます。2号認定者は1人から4人に増加していますが、個別に原因疾患をみると、先天性の疾患など予防が難しい疾患でした。(図表12)

認定率の伸びに伴い、総給付費は伸びています。令和4年度における一人当たり給付費の伸びから、介護度の重度化が考えられます。(図表13)要介護者の有病状況を見ると、どの年代でも脳卒中が最上位を占めており、次いで虚血性心疾患となっています。基礎疾患では1号認定者の約9割、2号認定者の7割近くが高血圧・糖尿病・脂質異常症のいずれかを有しており、介護給付費の適正化においても、生活習慣病対策は重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	喬木村				同規模	県	国	
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度	
高齢化率	2,083人	33.0%	2,126人	35.6%	39.4%	32.2%	28.7%	
2号認定者	1人	0.05%	4人	0.21%	0.39%	0.28%	0.38%	
新規認定者			1人		--	--	--	
1号認定者	332人	15.9%	353人	16.6%	19.4%	17.7%	19.4%	
新規認定者	33人		29人		--	--	--	
再掲	65～74歳	33人	3.4%	24人	2.6%	--	--	--
		新規認定者	5人		7人		--	--
	75歳以上	299人	26.9%	329人	27.6%	--	--	--
		新規認定者	28人		22人		--	--

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	喬木村		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	6億3367万円	7億2440万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	304,210	340,735	314,188	288,366	290,668
1件あたり給付費(円)全体	62,808	64,581	74,986	62,434	59,662
居宅サービス(円)	36,923	41,253	43,722	40,752	41,272
施設サービス(円)	271,560	270,384	289,312	287,007	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04年度)

単位:件

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		24		329		353		357							
再)国保・後期		3		18		305		323		326							
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数		疾病	件数		疾病	件数							
				割合	割合		割合	割合		割合	割合						
	循環器疾患	1	脳卒中	1	33.3%	脳卒中	8	44.4%	脳卒中	140	45.9%	脳卒中	148	45.8%	脳卒中	149	45.7%
		2	虚血性心疾患	1	33.3%	虚血性心疾患	6	33.3%	虚血性心疾患	82	26.9%	虚血性心疾患	88	27.2%	虚血性心疾患	89	27.3%
		3	腎不全	1	33.3%	腎不全	2	11.1%	腎不全	60	19.7%	腎不全	62	19.2%	腎不全	63	19.3%
	合併症	4	糖尿病合併症	1	33.3%	糖尿病合併症	2	11.1%	糖尿病合併症	22	7.2%	糖尿病合併症	24	7.4%	糖尿病合併症	25	7.7%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		2	66.7%	基礎疾患	17	94.4%	基礎疾患	277	90.8%	基礎疾患	294	91.0%	基礎疾患	296	90.8%
	血管疾患合計		2	66.7%	合計	17	94.4%	合計	286	93.8%	合計	303	93.8%	合計	305	93.6%	
	認知症		0	0.0%	認知症	9	50.0%	認知症	137	44.9%	認知症	146	45.2%	認知症	146	44.8%	
	筋・骨格疾患		2	66.7%	筋骨格系	17	94.4%	筋骨格系	296	97.0%	筋骨格系	313	96.9%	筋骨格系	315	96.6%	

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

医療費の推移をみると、被保険者数は減少しているにもかかわらず、総医療費は増加しています。H30年度とR4年度とを比べると、一人あたり医療費や入院1件あたり費用額が伸びていることから、重症化の進行が考えられます。(図表15)年齢調整後の一人あたり地域差指数は全国平均の1を下回っていますが、H30年度とR2年度とを比べると、入院の地域差指数は上がっています。R4年度の入院医療費をみると、全体のレセプト件数のわずか2.3%にもかかわらず、医療費全体の約39%を占めています。一人当たり医療費増大の主要因は入院であり、入院を抑制するための重症化予防の取り組みが引き続き必要です。(図表16)

図表15 医療費の推移

	喬木村		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)	1,325人	1,202人	--	--	--	
前期高齢者割合	656人 (49.5%)	604人 (50.2%)	--	--	--	
総医療費	4億1371万円	4億4091万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	312,235 県内46位 同規模191位	366,811 県内18位 同規模132位	376,732	339,076	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	613,480	674,470	588,690	607,840	617,950
	費用の割合	41.1	38.7	43.7	38.9	39.6
	件数の割合	2.2	2.3	3.2	2.5	2.5
外来	1件あたり費用額	20,210	24,600	24,870	24,340	24,220
	費用の割合	58.9	61.3	56.3	61.1	60.4
	件数の割合	97.8	97.7	96.8	97.5	97.5
受診率	755,741	767,675	714,851	709,111	705,439	

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模の一人あたり医療費は喬木村を含む同規模保険者240市町村の平均値を表す

図表16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	喬木村 (県内市町村中)		県 (47県中)	喬木村 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指数・順位	全体	0.868	0.856	0.959	0.757	0.790	0.895
		(58位)	(59位)	(38位)	(68位)	(64位)	(38位)
	入院	0.824	0.858	0.954	0.748	0.813	0.873
		(53位)	(47位)	(36位)	(55位)	(48位)	(33位)
	外来	0.904	0.858	0.968	0.770	0.768	0.924
		(44位)	(59位)	(38位)	(70位)	(70位)	(39位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)、心疾患(狭心症・心筋梗塞)の総医療費に占める割合は、重症化予防に力を入れてきたこともあり H30 年度と比べ下がっています。脳血管疾患は急性期のみならず、リハビリ等による慢性期の医療費や退院後の介護給付費など、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ため、引き続き重症化予防に取り組んでいく必要があります。腎疾患(慢性腎不全)の医療費は、同規模・県・国と比べて低いものの、慢性腎不全の透析有での伸びがみられます。(図表 17)

治療状況を H30 年度と比較すると、脳血管疾患は横ばい、虚血性心疾患は減少となっていますが、人工透析については患者数が 3 人から 8 人と 2.7 倍になっており、特に 40 歳～64 歳の働き盛りの世代で増加しています。人工透析は個人の生活の質への影響と医療経済への影響が大きいため、村として優先順位の高い課題です。(図表 18)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			喬木村		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)			4億1,374万円	4億4,091万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			4,187万円	3,062万円	--	--	--
			10.1%	6.94%	7.67%	7.88%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	4.40%	2.41% ↓	2.06%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.37%	0.89% ↓	1.47%	1.22%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.10%	3.63% ↑	3.83%	4.29%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.25%	0.02%	0.32%	0.22%	0.29%
そ 疾 の 患 他 の	悪性新生物		11.93%	13.58%	16.76%	16.43%	16.69%
	筋・骨疾患		7.75%	11.85%	9.27%	9.18%	8.68%
	精神疾患		7.60%	4.60%	7.98%	8.45%	7.63%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

単位:人

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	1,325	1,202	a	137	123	73	59	3	8	
				a/A	10.3%	10.2%	5.5%	4.9%	0.2%	0.7%	
40歳以上	B	1,050	962	b	137	123	72	58	3	8	
	B/A	79.2%	80.0%	b/B	13.0%	12.8%	6.9%	6.0%	0.3%	0.8%	
再掲	40~64歳	D	394	358	d	30	27	14	12	2	6
		D/A	29.7%	29.8%	d/D	7.6%	7.5%	3.6%	3.4%	0.5%	1.7%
	65~74歳	C	656	604	c	107	96	58	46	1	2
		C/A	49.5%	50.2%	c/C	16.3%	15.9%	8.8%	7.6%	0.2%	0.3%

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)

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標の高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況をみると、治療者全体ではほぼ横ばいとなっていますが、40歳~64歳の治療割合は増加傾向です。早い段階での治療は発症予防につながる反面、若い世代の生活習慣病の発症については課題の一つであると言えます(図表 19~21)

治療者のうち、合併症を持ち合わせている割合の増加が目立つのは、糖尿病治療者です。特に、脳血管疾患と人工透析の割合が増加しています。(図表 20)

本村では、特定健診結果から治療が必要な値の方に対して医療受診勧奨を含めた保健指導を個別に実施してきましたが、糖尿病治療者の重症化が課題であると言えます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		内訳				
				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	468	428	98	91	370	337	
	A/被保数	44.6%	44.5%	24.9%	25.4%	56.4%	55.8%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患(人)	B	57	52	9	13	48	39
		B/A	12.2%	12.1%	9.2%	14.3%	13.0%	11.6%
	虚血性心疾患(人)	C	55	41	9	7	46	34
		C/A	11.8%	9.6%	9.2%	7.7%	12.4%	10.1%
	人工透析(人)	D	3	8	2	6	1	2
		D/A	0.6%	1.9%	2.0%	6.6%	0.3%	0.6%

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)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		内訳				
				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	206	188	54	50	152	138
		A/被保数	19.6%	19.5%	13.7%	14.0%	23.2%	22.8%
(中長期 合併 目標 疾患)	脳血管疾患(人)	B	22	26	3	6	19	20
		B/A	10.7%	13.8%	5.6%	12.0%	12.5%	14.5%
	虚血性心疾患(人)	C	26	23	8	6	18	17
		C/A	12.6%	12.2%	14.8%	12.0%	11.8%	12.3%
	人工透析(人)	D	1	5	1	4	0	1
		D/A	0.5%	2.7%	1.9%	8.0%	0.0%	0.7%
糖尿病 合併 症	糖尿病性腎症(人)	E	62	58	16	16	46	42
		E/A	30.1%	30.9%	29.6%	32.0%	30.3%	30.4%
	糖尿病性網膜症(人)	F	43	31	15	11	28	20
		F/A	20.9%	16.5%	27.8%	22.0%	18.4%	14.5%
	糖尿病性神経障害(人)	G	11	13	4	3	7	10
		G/A	5.3%	6.9%	7.4%	6.0%	4.6%	7.2%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		内訳				
				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	376	364	89	93	287	271
		A/被保数	35.8%	37.8%	22.6%	26.0%	43.8%	44.9%
(中長期 合併 目標 疾患)	脳血管疾患(人)	B	39	37	7	10	32	27
		B/A	10.4%	10.2%	7.9%	10.8%	11.1%	10.0%
	虚血性心疾患(人)	C	49	38	11	9	38	29
		C/A	13.0%	10.4%	12.4%	9.7%	13.2%	10.7%
	人工透析(人)	D	1	5	1	4	0	1
		D/A	0.3%	1.4%	1.1%	4.3%	0.0%	0.4%

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

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

重症化予防対象者の医療受診の状況を見ると、高血圧の未治療者は減少しており、治療中断も防ぐことができます。重症化予防対象者を明確にし、二次検診や事例検討などの取り組みを重ねてきた結果と考えられます。未治療のままとなっている 7 人(31.8%)については、引き続き受診勧奨を含めた保健指導が必要です。(図表 22)

糖尿病においては健診時 HbA1c7.0%以上の割合が増えており、問診による未治療者の割合も横ばいです。医療のかかり方では、12 カ月間糖尿病のレセプトがない未治療者は 0 人だったため、受診勧奨を最優先に実施してきた糖尿病重症化予防の取り組みの結果、受診にはつながったと考えられます。

しかし、未治療またはコントロール不良の状態が続いていることが予測されることから、引き続き受診勧奨やコントロール状況の改善を目指した重症化予防が必要です。(図表 22)

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

単位: 人、%

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 II度高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (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
喬木村	731	76.8	683	77.5	35	4.8	20	57.1	22	3.2	10	45.5	7	31.8	0	0.0
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
喬木村	698	95.5	649	95.0	20	2.9	3	15.0	33	5.1	5	15.2	0	0.0	0	0.0
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典:ヘルスサポートラボツール

③特定健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、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ます。その危険因子を複数保有している場合、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。

村の特定健診の結果で H30 年度と R4 年度を比較すると、全体の受診者数は少するなかでメタボリックシンドローム該当者は約 5 ポイント伸びており、危険因子が重なっている割合の伸びも目立ちます。予備軍が減少し該当者が伸びていることから、予備軍からの移行が考えられます。(図表 23)

重症化予防の観点からは、HbA1c6.5%以上、II度高血圧以上、LDL-C160mg/dl 以上の有所見割合を見ると、悪化は防いでいるものの、変化なしにとどまっている状況があります。また、翌年度の健診未受診者も一定数存在しており、結果が把握できていない状況があります。(図表 24・25・26)結果の改善を目的とした保健指導の実施に努めるとともに、年度当初には重症化予防対象者を優先した健診受診勧奨の働き掛けを行う必要があります。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

単位: 人

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	731 (76.8%)	111 (15.2%)	42 (5.7%)	69 (9.4%)	77 (10.5%)
R04年度	670 (69.6%)	133 (19.9%) ↑	46 (6.9%) ↑	87 (13.0%) ↑	54 (8.1%) ↓

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化(継続受診者) 単位:人

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	62 (8.9%)	20 (32.3%)	20 (32.3%)	10 (16.1%)	12 (19.4%)
R03→R04	70 (10.8%)	20 (28.6%)	32 (45.7%)	10 (14.3%)	8 (11.4%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 II度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者) 単位:人

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	35 (4.8%)	20 (57.1%)	10 (28.6%)	0 (0.0%)	5 (14.3%)
R03→R04	22 (3.2%)	12 (54.5%)	4 (18.2%)	0 (0.0%)	6 (27.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160mg/dl 以上者の前年度からの変化(継続受診者) 単位:人

年度	LDL-C 160mg/dl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	54 (7.4%)	28 (51.9%)	16 (29.6%)	4 (7.4%)	6 (11.1%)
R03→R04	54 (7.9%)	27 (50.0%)	14 (25.9%)	3 (5.6%)	10 (18.5%)

出典:ヘルスサポートラボツール

②特定健診受診率及び特定保健指導実施率の推移

村の特定健診受診率は、H30年度以降一貫して第3期特定健康診査等実施計画の目標値を上、回っています(図表27)。これは、対象者を明確にし、個別に受診勧奨を行ってきた結果といえます。これまで早期からの生活習慣病予防を目的に40歳未満の基本健診も実施してきましたが、40~64歳の人工透析治療者の増加が課題である中、若い世代への重点的な受診勧奨が必要です(図表28)。

特定保健指導においても9割を超える実施率を維持しています。しかし、前述したメタボ該当者が増えていることから、健診結果の改善(アウトカム評価)を意識していく必要があります。

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

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

単位：人

		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	731	688	710	683	647	健診受診率 60%
	受診率	76.8%	76.9%	79.9%	77.5%	75.8	
特定保健指導	該当者数	54	49	58	73	49	特定保健指導 実施率 60%
	割合	7.4%	7.1%	8.2%	10.7%	7.6%	
	実施者数	50	45	58	66	46	
	実施率	92.6%	91.8%	100.0%	90.4%	93.9%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移

単位：人

	40～44歳			45～49歳			50～54歳			55～59歳			60～64歳			65～69歳			70～74歳		
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
H29	48	30	62.5%	58	35	60.3%	47	25	53.2%	70	46	65.7%	136	92	67.6%	308	237	76.9%	321	260	81.0%
H30	50	27	54.0%	58	44	75.9%	43	22	51.2%	57	41	71.9%	133	100	75.2%	286	224	78.3%	325	273	84.0%
R01	49	26	53.1%	54	39	72.2%	41	28	68.3%	55	34	61.8%	119	93	78.2%	271	210	77.5%	306	258	84.3%
R02	43	30	69.8%	53	39	73.6%	44	33	75.0%	52	36	69.2%	117	91	77.8%	240	194	80.8%	340	287	84.4%
R03	45	29	64.4%	48	34	70.8%	48	38	79.2%	54	35	64.8%	105	81	77.1%	226	179	79.2%	355	287	80.8%
R04	52	28	53.8%	51	33	64.7%	66	45	68.2%	56	34	60.7%	108	78	72.2%	236	176	74.6%	359	276	76.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者については、約半数に対して保健指導を実施してきました。(図表 29)しかし、有所見者割合、未治療者・治療中断者の割合は増加傾向にあります。

重症化予防の取組みとしては、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に沿って糖尿病が重症化するリスクの高い、医療機関未受診者・治療中断者への受診勧奨・保健指導を優先的に実施してきました。その結果、R4 年度は HbA1c6.5%以上の未治療者・治療中断者の約 7 割が受診につながりました。中断者や内服治療が必要な方は治療が開始されていますが、内服治療開始とはならず医療機関での経過観察や生活習慣の改善となっている方もいます。保健指導後の医療受診の有無の確認や高血糖の原因を明らかにし、改善につながる保健指導が必要になります。(図表 30・31)

さらに肥満があると、インスリンの作用不足を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携し、行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていくことが必要です。

※1 インスリン抵抗性：血中インスリン濃度に見合ったインスリン作用が得られない状態

図表 29 糖尿病性腎症重症化予防対象者

単位：人

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	750	719	735	712	669
血糖値有所見者 * 1	人(b)	106	101	109	107	106
	(b/a)	14.1%	14.0%	14.8%	15.0%	15.8%
保健指導実施者 * 2	人(c)	55	48	55	68	55
	(c/b)	51.9%	47.5%	50.5%	63.6%	51.9%

* 1 HbA1c6.5%以上

* 2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 30 治療が必要な者の適切な受診

単位：人

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 * 1	人(a)	106	101	109	107	106
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 3	人(b)	20	20	20	30	24
	(b/a)	18.9%	19.8%	18.3%	28.0%	22.6%
受診した者	人(c)	13	8	12	15	17
	(c/b)	65.0%	40.0%	60.0%	50.0%	70.8%
治療開始した者	人(c)	5	4	5	5	8
	(c/b)	25.0%	20.0%	25.0%	16.7%	33.3%

* 3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 31 HbA1c8.0%以上の状況(アウトカム評価)

単位：人

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	750	719	735	712	669
HbA1c8.0%以上	人(b)	4	7	4	6	7
	(b/a)	0.5%	1.0%	0.5%	0.8%	1.0%
保健指導実施	人(c)	4	7	4	6	7
	(c/b)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	0	3	1	2	2
	(b/a)	0.0%	42.9%	25.0%	33.3%	28.6%

	↓		↓		↓		↓	
内服治療開始		3人		1人		2人		2人
元々治療中		1人		0人		1人		1人
死亡、転出		0人		0人		0人		0人

出典：ヘルスサポートラボツール

②脳血管疾患重症化予防対策

重症化予防の取組みとして、年度初めに重症化予防対象者と担当者を明確にした上で、個別の保健指導や二次検診を実施してきました。二次検診実施後に治療につながったケース、白衣性高血圧のため血圧手帳を活用し家庭血圧を継続しているケースなど、個別の関わりの状況を整理しながら事例検討も実施してきました。R4 年度未治療の 15 人については最優先の対象者として、引き続き改善を目指した保健指導を行っていきます。(図表 32)

高血圧以外の危険因子との組み合わせは、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。R4 年度における血圧に基づいた脳心血管リスク層別化で「A ただちに薬物療法を開始」となる対象者 45 人(23.4%)については、治療状況や未治療の要因を個別に分析し、個別の保健指導、医療機関との連携などの対応を講じていく必要があります。(図表 33)

高値血圧以上の者においては、集団健診当日の健康相談や、健診結果提出時、あるいは健診結果説明時などに血圧手帳を配布し、家庭血圧測定を勧めてきました。I 度高血圧の割合が増加傾向であることから、R4 年度には I 度高血圧者への保健指導を実施する保健師を一名配置し、重点的に保健指導を実施しました。

高血圧は脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあることから、達成状況から課題を明確にし、対策の見直しをかけていく必要があります。

図表 32 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I 度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲
					再Ⅲ度高血圧	未治療	治療	
H29	725	317	240	140	28	12	16	3.9%
		43.7%	33.1%	19.3%	3.9%	42.9%	57.1%	
H30	731	331	244	121	35	20	15	4.8%
		45.3%	33.4%	16.6%	4.8%	57.1%	42.9%	
R01	688	326	202	130	30	14	16	4.4%
		47.4%	29.4%	18.9%	4.4%	46.7%	53.3%	
R02	710	322	223	139	26	13	13	3.7%
		45.4%	31.4%	19.6%	3.7%	50.0%	50.0%	
R03	683	309	193	159	22	10	12	3.2%
		45.2%	28.3%	23.3%	3.2%	45.5%	54.5%	
R04	667	307	181	149	30	15	15	4.5%
		46.0%	27.1%	22.3%	4.5%	50.0%	50.0%	
					4	1	3	0.6%
					0.6%	25.0%	75.0%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

		高血圧					
		高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧		
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上		
リスク層 (血圧以外のリスク因子)		192	108	69	14	1	
		56.3%	35.9%	7.3%	0.5%		
リスク第1層 予後影響因子がない		14	11	3	0	0	
		7.3%	10.2%	4.3%	0.0%	0.0%	
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある		100	55	36	8	1	
		52.1%	50.9%	52.2%	57.1%	100.0%	
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある		78	42	30	6	0	
		40.6%	38.9%	43.5%	42.9%	0.0%	

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	45
B	概ね1カ月後に再評価	81
C	概ね3カ月後に再評価	66
		23.4%
		42.2%
		34.4%

※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：ヘルスサポートラボツール

③心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心房細動の合併症の一つである心原性脳塞栓症は、脳梗塞の原因の約 30%を占めており、急激な発症により側副血行路が形成されにくく、広範な梗塞を生じやすく予後不良という特徴があります。

村では、心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図検査全数実施を目指した受診勧奨を実施しており、R4 年度においては実施率 66.3%です。集団健診・個別健診では心電図検査を必須としていますが、医療受診の結果提出者(健診受診者の約 1 割)については、心電図検査の実施が確認できないことも多く、かかりつけ医での実施や集団健診の受診を勧めていく必要があります。

心房細動有所見者 5 人については、治療中であることが確認できています。把握できた治療者については、心房細動管理台帳を活用して治療中断を防ぐ必要があります。併せて個別のリスク(肥満・高血圧等)に応じた保健指導を継続します。(図表 34)

図表 34

		R4		
		総計	男性	女性
健診受診者(人)	a	792	385	407
心電図受診者(人)	b	525	249	276
心電図実施率	b/a	66.3%	64.7%	67.8%
有所見者(人)	c	160	83	77
有所見率	c/b	30.5%	33.3%	27.9%
心房細動(人)	e	5	5	0
心房細動有所見率	e/b	1.0%	2.0%	0.0%
うち、心房細動未治療(人)		0	0	0

(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。

村においても、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりが自分の住む地域の実態を知り、主体的に健診を受け、健診結果から生活習慣の改善にむけた選択ができるよう支援していきます。

これまで、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、区長会で伝え、地区学習会開催の依頼をしてきました。また、肥満の改善を目的とした集団健診会場で食品の展示や健診結果説明会を実施してきました。しかしコロナ禍で集団学習の開催が少なく、ポピュレーションアプローチの機会が減っている状況もあり、取り組みの見直しが必要です。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 35 第2期データヘルス計画目標管理一覧

						■ 目標を達成した項目 ■ 目標を未達成の項目			
関連計画	達成すべき目的	評価指標	目標値 (中間評価 後修正)	初期値	実績			データの 把握方法 (活用データ)	
					初年度	中間評価	最終評価		
			R5年度	H28年度	H30年度	R元年度	R4年度		
特定 健診 等	①医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率	72%以上	75.4%	76.8%	76.9%	75.8%	特定健診・特定保健指導結果 (厚生労働省)	
		特定保健指導実施率	90%以上	67.1%	92.6%	91.8%	93.9%		
		特定保健指導対象者の減少率	25%以上	31.0%	18.2%	24.5%	32.2%		
データヘルス計画	中長期	被保険者1人当たりの脳血管疾患医療費	維持	8,563円	13,728円	4,782円	8,828円	KDBシステム	
		被保険者1人当たりの虚血性心疾患医療費	維持	2,227円	7,387円	5,583円	3,259円		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者数	0人	0人	0人	1人	1人		
	短期	③脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者の割合	15%未満	17.3%	15.1%	17.9%	19.9%	特定健診データ
			健診受診者の高血圧者の割合(160/100以上)	5%未満	5.1%	4.8%	4.4%	4.5%	
			健診受診者の脂質異常者の割合(LDL180以上)	2%未満	2.8%	2.6%	2.2%	2.2%	
			健診受診者の糖尿病患者の割合(HbA1c6.5以上、治療中7.0以上)	5%未満	5.0%	4.7%	4.5%	7.2%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	80.0%	77.8%	76.7%	80.0%	79.3%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	80.0%	89.2%	94.2%	97.2%	96.5%	
	データヘルス計画全体の目標	健康寿命の延伸	平均自立期間 男性(歳)	延伸	80.1	80.2	80.5	82.3	KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 (年度別累計)
女性(歳)			延伸	84.6	84.6	85.0	82.1		
医療費適正化		1人当たり医療費(円)	増加抑制	23,842	25,333	23,394	29,716		
保険者努力支援制度	その他	がんの早期発見・早期治療	がん検診受診率 胃がん検診	15%	13.8%	10.0%	11.8%	20.7%	地域保健事業報告
			肺がん検診	15%	12.6%	9.0%	13.3%	13.6%	
			大腸がん検診	20%	15.6%	15.1%	15.5%	16.6%	
			子宮頸がん検診	15%	12.3%	13.0%	12.5%	14.1%	
			乳がん検診	25%	23.1%	23.3%	27.3%	26.4%	
	自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組を行う住民の割合	30%	—	27.0%	21.9%	26.1%	喬木村保健福祉課 健康保険係	
後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合の上昇	80%	63.5%	77.0%	79.0%	83.9%	厚生労働省公表結果		

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期においては、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症において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し、特定健診における検査結果改善を目的に保健事業を計画し、取り組んできました。

具体的な保健事業として、健診受診率は目標値を上回って維持できており、未受診者対策によって健診の機会を提供できています。受診後には状態に応じた保健指導を実施し、特定保健指導率も高い水準を維持してきました。最も力を入れて取り組んできた重症化予防については、対象者と担当者を明確にし、受診勧奨・保健指導を実施してきました。また、医療受診が必要な者には適切な受診への働き掛けを行い、治療中の者へは糖尿病手帳や地域連携連絡票などを活用して医療機関と連携してきました。なお、改善が難しい場合には、保健指導の事例検討も実施しました。

上記の結果、外来での治療によって入院を含む高額レセプトを防ぎ、その結果総医療費や中長期目標疾患の医療費はある程度抑えられています。しかし、介護給付費や入院医療費の伸びから重症化している状況はあるため、やはり生活習慣病の重症化予防対策は重要な位置づけとなります。

中長期目標疾患では、慢性腎不全(透析有)における医療費の伸びがみられ、特に若い世代で増加しています。これらにつながる短期目標疾患のうち、糖尿病で合併症を持ち合わせている割合の増加やコントロール不良者の割合増加が課題です。

脳血管疾患については、介護給付費の適正化において重要であり、最大の危険因子である高血圧のうち、Ⅱ度高血圧以上の未治療者、脳心腎リスク層別化における「ただちに薬物治療を開始」となる対象者への取り組みは継続が必要です。また、Ⅰ度高血圧者に対しても、発症予防の観点から取り組みが必要です。

虚血性心疾患においては、心電図検査の全数実施に向けた体制の整備、心房細動有所見者の治療中断を目的とした心房細動管理台帳の活用が必要です。また、心疾患などの循環器疾患においては、メタボリックシンドロームが背景にあり、該当者の割合の増加や危険因子を複数保有している割合が増加していることから、肥満に対する取り組みが課題です。

短期目標疾患では、若い世代の治療者が増加傾向です。健診の受診率は40～50代が低く、若い世代への健診の受診勧奨を行い、早めの対策を講じることが効率的です。また、重症化予防対象者の継続受診も課題です。健診未受診者対策については、重点的に勧奨する対象者を明確にしていく必要があります。

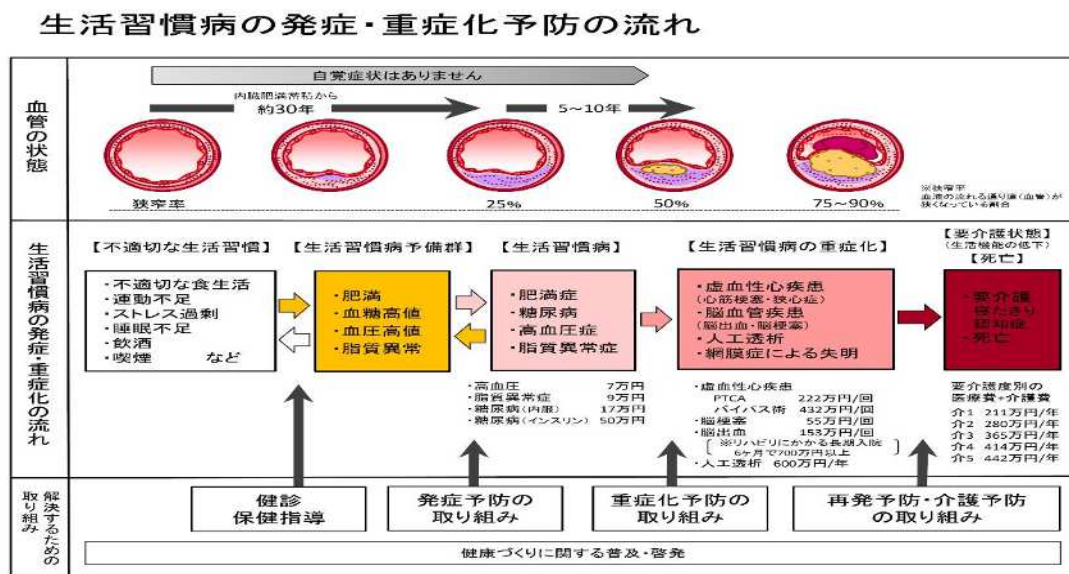
事業の評価にあたっては、アウトカム評価を意識していく必要があります。特定保健指導率は目標値を達成していますが、次の段階として健診結果の改善につながっているかどうか重要です。年度ごとの保健計画において、生活習慣病の有病者・予備群の状況や生活習慣病関連の医療費、健診受診率、保健指導実施率、改善状況などを係内で確認し、事業の見直しをしていく必要があります。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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

図表 36 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ(イメージ図)



2) 健康課題の明確化

医療保険制度においては、75歳に到達した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移行することになります。

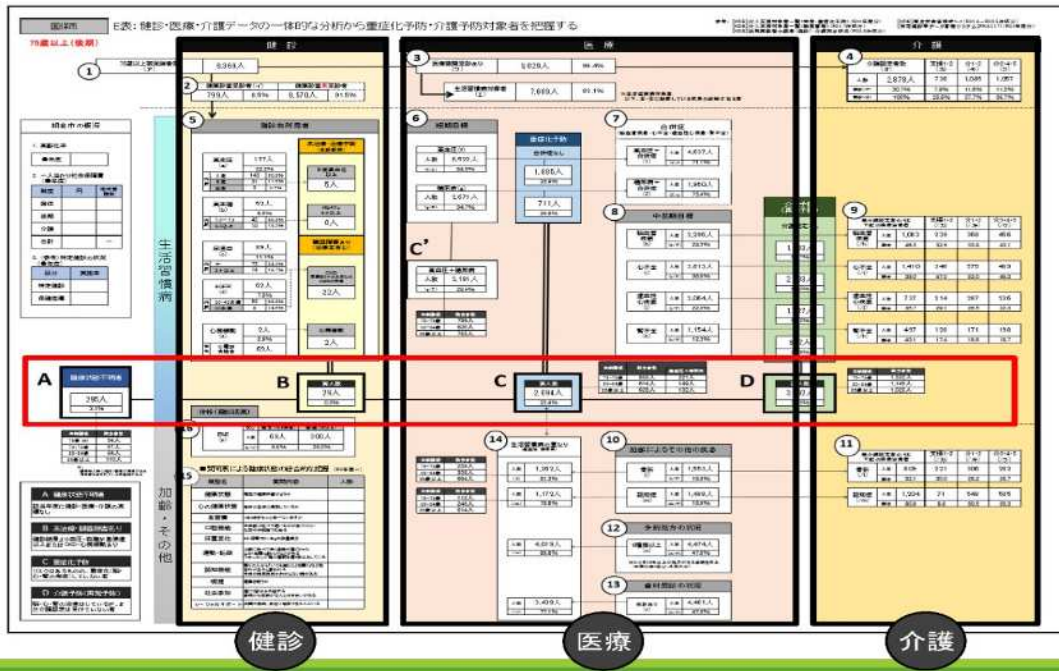
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいところ、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者(65~74歳)に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 37に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

図表 37 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析(75歳以上)



(1) 医療費分析

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 38 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度
被保険者数	1,325人	1,238人	1,236人	1,213人	1,202人 ↓	1,289人
総件数及び 総費用額	件数 12,342件	11,797件	10,770件	11,253件	11,238件	17,422件
	費用額 4億1371万円	3億6209万円	3億6310万円	3億5305万円	4億4091万円	8億9730万円
一人あたり医療費	31.2万円	29.2万円	29.4万円	29.1万円	36.7万円 ↑	69.6万円

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 39 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(R04年度)

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	喬木村	4億4091万円	30,119円	3.63%	0.02%	2.41%	0.89%	7.17%	4.14%	2.31%	9067万円	20.56%	13.58%	4.60%	11.85%
	同規模	--	30,571円	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	--	19.28%	16.76%	7.98%	9.27%
	県	--	27,549円	4.29%	0.22%	2.15%	1.22%	5.73%	3.28%	2.14%	--	19.03%	16.43%	8.45%	9.18%
	国	--	27,570円	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	喬木村	8億9730万円	58,766円	7.63%	0.20%	6.42%	1.20%	3.94%	4.18%	1.24%	2億2271万円	24.82%	10.88%	0.91%	10.32%
	同規模	--	68,038円	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	--	18.77%	10.30%	3.53%	12.45%
	県	--	64,010円	4.00%	0.36%	4.50%	1.34%	4.28%	3.30%	1.30%	--	19.08%	11.77%	2.73%	12.28%
	国	--	71,162円	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

出典:KDBシステム・健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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

図表 40 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	47人	35人	32人	31人	50人	124人
	件数	B	76件	73件	77件	61件	96件	246件
		B/総件数	0.62%	0.62%	0.71%	0.54%	0.85%	1.41%
	費用額	C	1億980万円	8,761万円	1億446万円	8,466万円	1億4,577万円	3億947万円
C/総費用		26.5%	24.2%	28.8%	24.0%	33.1%	34.5%	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 41 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	6人	2人	3人	5人	3人	18人					
		D/A	12.8%	5.7%	9.4%	16.1%	6.0%	14.5%					
	件数	E	8件	3件	6件	8件	4件	36件					
		E/B	10.5%	4.1%	7.8%	13.1%	4.2%	14.6%					
	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%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	0	0.0%
		60代	4	50.0%	3	100.0%	3	50.0%	3	37.5%	80代	13	36.1%
		70-74歳	2	25.0%	0	0.0%	3	50.0%	5	62.5%	90歳以上	23	63.9%
	費用額	F	1,196万円	332万円	739万円	853万円	575万円	4,429万円					
		F/C	10.9%	3.8%	7.1%	10.1%	3.9%	14.3%					

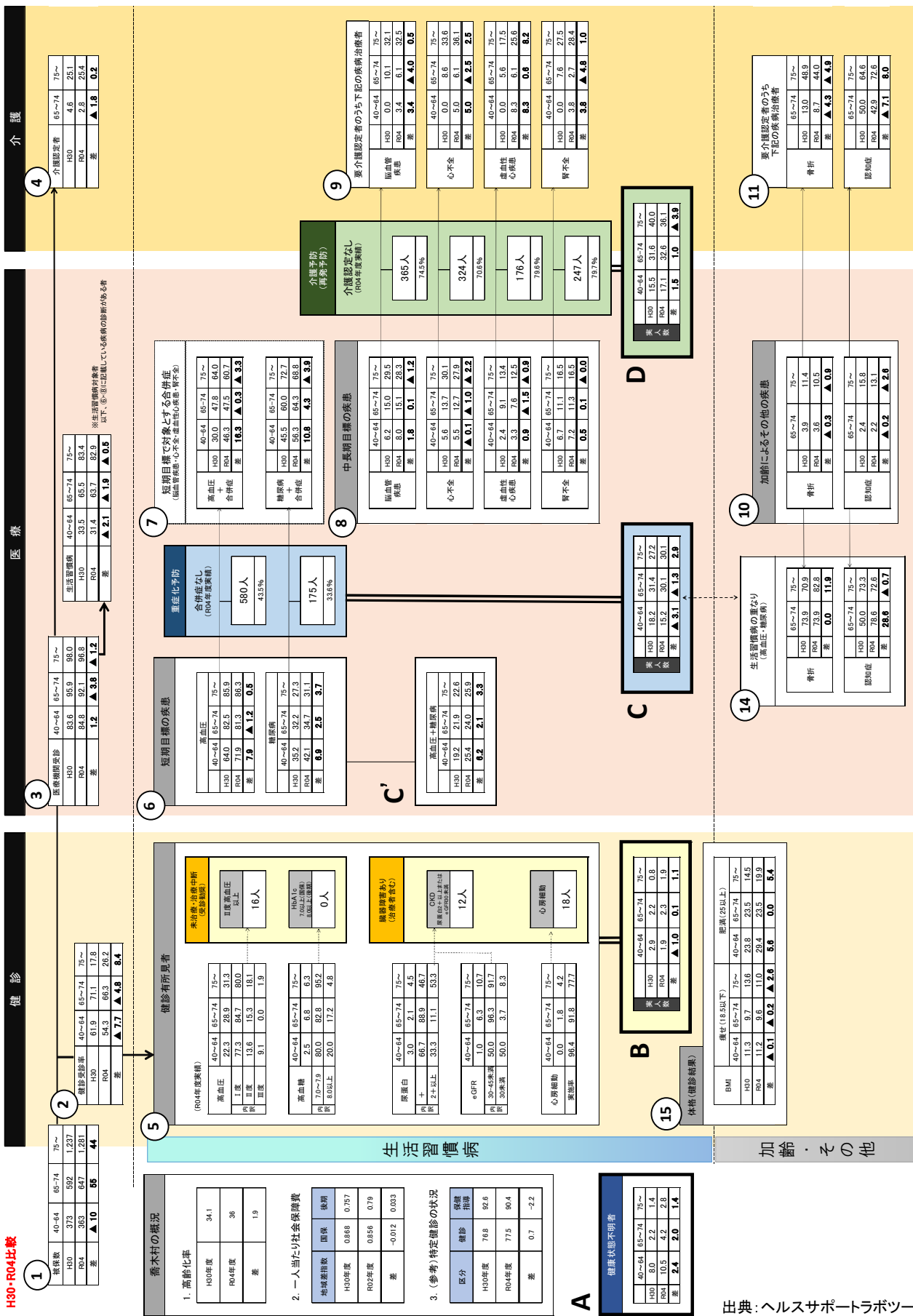
出典:ヘルスサポートラボツール

図表 42 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	3人	2人	0人	1人	1人	2人					
		G/A	6.4%	5.7%	0.0%	3.2%	2.0%	1.6%					
	件数	H	4件	2件	0件	1件	1件	2件					
		H/B	5.3%	0.0%	0.0%	1.6%	1.0%	0.8%					
	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%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	0	0.0%
		60代	1	25.0%	1	50.0%	0	0.0%	1	100.0%	80代	1	50.0%
		70-74歳	3	75.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	90歳以上	1	50.0%
	費用額	I	701万円	364万円		92万円	218万円	549万円					
		I/C	6.4%	4.2%		1.1%	1.5%	1.8%					

出典:ヘルスサポートラボツール

図表43 健診・医療・介護データの一体的な分析



図表 44 被保険者数と健診受診状況

単位：％、人

E表	④	①				②			⑬					
		被保険者数				健診受診率			体格(健診結果)					
		75-	40-64	65-74	75-	特定 健診	長寿 健診		BMI18.5未満			BMI25以上		
人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
H30	25.1	373	592	1,237	61.9	71.1	17.8	11.3	9.7	13.6	23.8	23.5	14.5	
R04	25.4	363	647	1,281	54.3	66.3	26.2	11.2	9.6	11.0	29.4	23.5	19.9	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 45 健診有所見状況

単位：％、人

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動														
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-												
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%											
H30	13	5.6	(7)	20	4.8	(4)	4	1.8	(0)	5	2.2	(0)	14	3.3	(1)	1	0.5	(0)	2	0.9	5	1.2	4	1.8	2	0.9	3	0.7	7	3.2
R04	10	5.1	(5)	19	4.4	(6)	21	6.3	(5)	5	2.5	(0)	29	6.8	(0)	1	0.3	(0)	2	1.0	2	0.5	8	2.4	0	--	7	1.6	11	3.3

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 46 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

単位：％、人

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)			高血圧			糖尿病			糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	83.6	95.9	98.0	33.5	65.5	83.4	64.0	82.5	85.9	35.2	32.2	27.3	19.2	21.9	22.6	30.0	47.8	64.0	45.5	60.0	72.7
R04	84.8	92.1	96.8	31.4	63.7	82.9	71.9	81.3	86.3	42.1	34.7	31.1	25.4	24.0	25.9	46.3	47.5	60.7	56.1	64.3	68.8

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 47 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

単位：％、人

E表	⑧											⑨												
	中長期目標の疾患(被保険者割)											中長期疾患のうち介護認定者												
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
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	6.2	15.0	29.5	2.4	9.1	13.4	5.6	13.7	30.1	6.7	11.1	16.5	0.0	10.1	32.1	0.0	5.6	17.5	0.0	8.6	33.6	0.0	7.6	27.5
R04	8.0	15.1	28.3	3.3	7.6	12.5	5.5	12.7	27.9	7.2	11.3	16.5	3.4	6.1	32.5	8.3	6.1	25.6	5.0	6.1	36.1	3.8	2.7	28.4

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 48 骨折・認知症の状況

単位：％、人

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	
H30	73.9	70.9	50.0	73.3	3.9	11.4	2.4	15.8	13.0	48.9	50.0	64.6
R04	73.9	82.8	78.6	72.6	3.6	10.5	2.2	13.1	8.7	44.0	42.9	72.6

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化(図表 38～48)

被保険者数は年々減っていますが、医療費は R3 年度までは横ばい、R4 年度は伸びています。(図表 38)小規模自治体においては、1 件の高額レセプトが医療費に大きく影響します。高額レセプトのうち、予防可能な脳血管疾患と虚血性心疾患については、重症化予防に取り組んできたこともあり、費用額は抑えられています。(図表 39～42)しかし、脳血管疾患においては同規模・県・国と比較すると、依然として高い状況にあります。(図表 39)今後も、脳血管疾患の重症化予防には、継続的な取り組みが必要です。

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度、年代ごと一体的に分析すると、団塊の世代を含む 65～74 歳の被保険者が増加しています。国保と後期高齢を比較すると、後期高齢者の一人あたり医療費は約 2 倍となっており、今後団塊の世代が 75 歳を迎えると更に医療費が伸びることが予測されます。(図表 39)医療費の伸びを抑えるためにも健康課題の明確化が必要です。

村の特徴として、生活習慣病の受診者が多いことが挙げられますが、糖尿病で合併症を持つ割合が若い世代において伸びており、健診有所見状況のHbA1c7.0%以上においても、40～64 歳、65～74 歳の若い世代で割合が倍となっていることから、糖尿病が最優先課題であると言えます。

また、糖尿病の背景となるメタボリックシンドロームも増加傾向にあり、特に 40～64 歳の世代で BMI25 以上の割合が伸びています。(図表 44)若年者の国保加入率は年々減少しているため、社会保険加入者も含めた取り組みの検討が必要です。

虚血性心疾患・心不全については、介護認定者において 40 歳～64 歳の若年者と 75 歳以上の高齢者で伸びています。若い世代については、心房細動に加えて虚血性心疾患の予防に取り組んでいく必要があります。高齢者については、慢性心不全の急性増悪の反復によって身体機能が低下するため、いずれの世代においても心電図の実施状況、有所見状況、医療受診の状況を分析する必要があります。

(4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

第 2 期策定時の重症化予防対象者について個別の評価を行ったところ、高血圧については改善例が多くみられました。これまでの取り組みの継続が重症化予防につながります。

高血糖についても同様に取り組んできましたが、健診結果の改善が難しいケースが多く、取り組み内容の見直しが必要であり、課題解決のために最優先課題として位置づける必要があります。

前述の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)に共通した糖尿病・メタボリックシンドロームの抑制が優先課題です。また、高血圧の取り組みも継続が必要です。糖尿病や高血圧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、慢性腎不全、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1)成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標及び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、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を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。(図表 49)

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及び人工透析となる疾患並びに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、計画最終年度には減少させることを目指します。

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑制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については、該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない糖尿病とメタボリックシンドロームについては、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すこととしますが、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 49 にて目標管理を実施します。なお、第 3 期計画では県単位での計画の標準化が求められており、全市町村を対象とした共有評価指標が示されているため、参考資料 10 として記載します。

図表 49 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法	
				初期値 R5	中間 評価 R8	最終 評価 R11		
				(活用データ)				
				(R4)	(R7)	(R10)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.4			KDBシステム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	0.9				
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	3.6				
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少					
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	1人				
	短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	19.9			喬木村健康保険係
				健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	4.5			
				健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160ml/dl以上)	6.4			
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	7.2			
				★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	0.4			
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	79.3			
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	74			法定報告値	
			★特定保健指導実施率60%以上	90				
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	7.3				

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 50 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	75%	75%	75%	75%	75%	75%
特定保健指導実施率	90%	90%	90%	90%	90%	90%

出典：ヘルスサポートラボツール

3. 対象者数等の見込み

図表 51 特定健診・特定保健指導対象者数等の見込み

単位：人

		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	700	695	690	685	680	675
	受診者数	525	521	518	514	510	506
特定保健指導	対象者数	60	60	60	60	60	60
	受診者数	54	54	54	54	54	54

出典：ヘルスサポートラボツール

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

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

- ① 集団健診(喬木村福祉センター)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、及び特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第 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、長野県国保連合会(市町村)のホームページに掲載する。

(参照) URL : <http://kokuho-nagano.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 52 特定健診検査項目

○喬木村特定健診検査項目

健診項目		喬木村	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	□	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 53 特定健診実施スケジュール

	3月	4月	5月	6～7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2～3月
1年の流れ	各家庭配布の「各種検診申込書」準備 3月中旬各地区へ配布		申込追加申込者の登録 未提出者へTEL 契約マスタ作成、受診券 番号取得			集団健診	集団健診未 受診者へ受 診券送付			未受診者へ 受診勧奨は がきの送付	
集団健診実施事務					集団健診予 定者へ通知 送付	集団健診実 施		健診結果説 明会準備			
受診券発行事務 (個別健診・人間ドック)			受診券発行	受診券再発行(随時) 国保連の医療機関支払いより受診状況把握(随時)							
集団健診以外の健診事務 (職場の健診結果、かかりつけ 医での検査結果を提出)	結果提出後、結果登録(随時)										
特定保健指導登録事務	利用券登録 保健指導対象者把握					特定保健指導簡易入カ シート作成 登録(随時)					
新規加入者並びに転入者の 事務	毎月初めに異動者のチェック 健診申込書送付 受診券発行(随時)										
二次検診実施事務	対象者の把握 二次検診実施・結果相談(随時)										

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) 特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き」における第4期の変更点

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伝えている場合は、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。

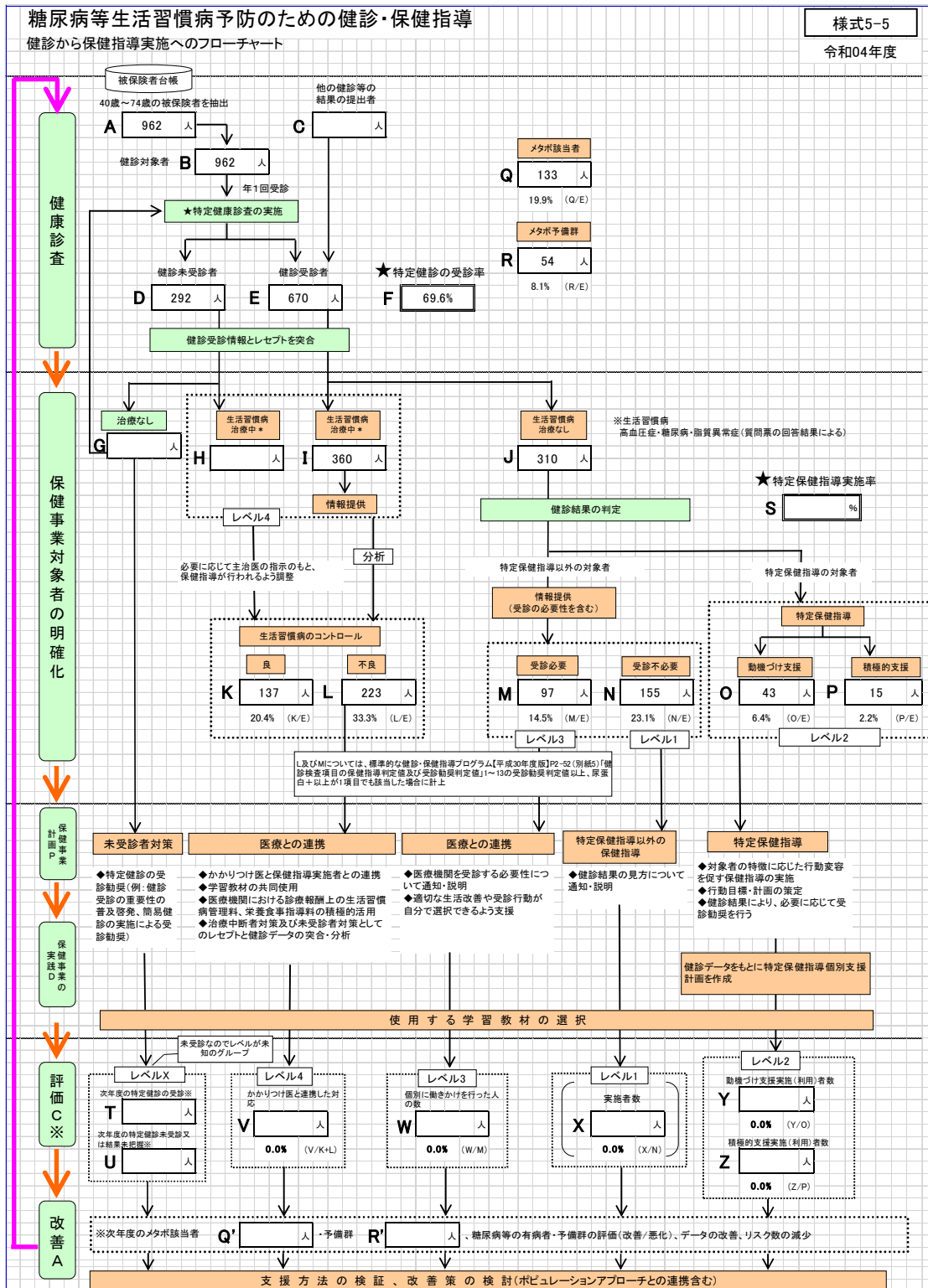
⑤ その他の運用の改善

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。

(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(図表54)をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表54 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



(3)要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 55 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	R5年度対象者 数による見込み (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	58人 (8.7%)	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	97人 (14.5%)	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)	292人	75%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	155人 (23.1%)	90%
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	360人 (53.7%)	80%

出典:ヘルスサポートラボツール

(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 56 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 ◎個別健康診査契約		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎受診券送付 ◎特定健康診査の開始		◎がん検診開始
6月			◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎対象者の抽出 ◎利用券内容登録 ◎保健指導の開始	
8月			
9月	◎集団健診の実施		◎基本健診の実施 ◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎対象者の抽出	
11月			
12月			
1月		◎対象者の抽出	
2月			
3月	◎健診の終了		

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喬木村個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年 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、喬木村ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

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

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

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

II. 重症化予防の取組

対象者の抽出にあたっては、ヘルスサポートラボツール(以下ラボツール)を使用します。

R4年度村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、220人(32.8%)です。そのうち治療なしが

49人(15.8%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が14人です。

また、喬木村においては、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、49人中23人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表57)

図表 57 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 の年間の致死率の減少	虚血性心疾患 の年間の致死率の減少	糖尿病性腎症 による年間新発症初発患者数の減少	健康受診者(受診率)	<参考> 69.6%
科学的根拠に基づき レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員案)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科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)	各疾患の治療状況	
	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓症 (27.7%) ※脳卒中 データバンク 2015より	心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	治療中	
	ラクナ 梗塞 (31.2%) アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	治療なし	
優先すべき 課題の明確化	心房細動	脂質異常症	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	
科学的根拠に基づき 診断結果から 対象者の抽出	高血圧症	心臓病	メタボリック シンドローム	糖尿病性腎症	
重症化予防対象	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)	動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)	
	II度高血圧以上	LDL-C 180mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	
該当者数	30 4.5%	15 2.2%	133 19.9%	56 8.4%	220 32.8%
治療なし	15 3.6%	12 2.6%	16 5.2%	8 2.6%	49 15.8%
(再掲) 特定保健指導	4 13.3%	4 26.7%	16 12.0%	2 3.6%	23 10.5%
治療中	15 6.0%	3 1.5%	117 32.5%	48 13.3%	171 47.5%
臓器障害 あり	0 0.0%	4 33.3%	4 25.0%	8 100.0%	14 28.6%
CKD(専門医対象者)	0	1	2	8	8
心電図所見あり	0	4	2	0	6
臓器障害 なし	15 100.0%	8 66.7%	12 75.0%	11 64.7%	--

出典:ヘルサポータルツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

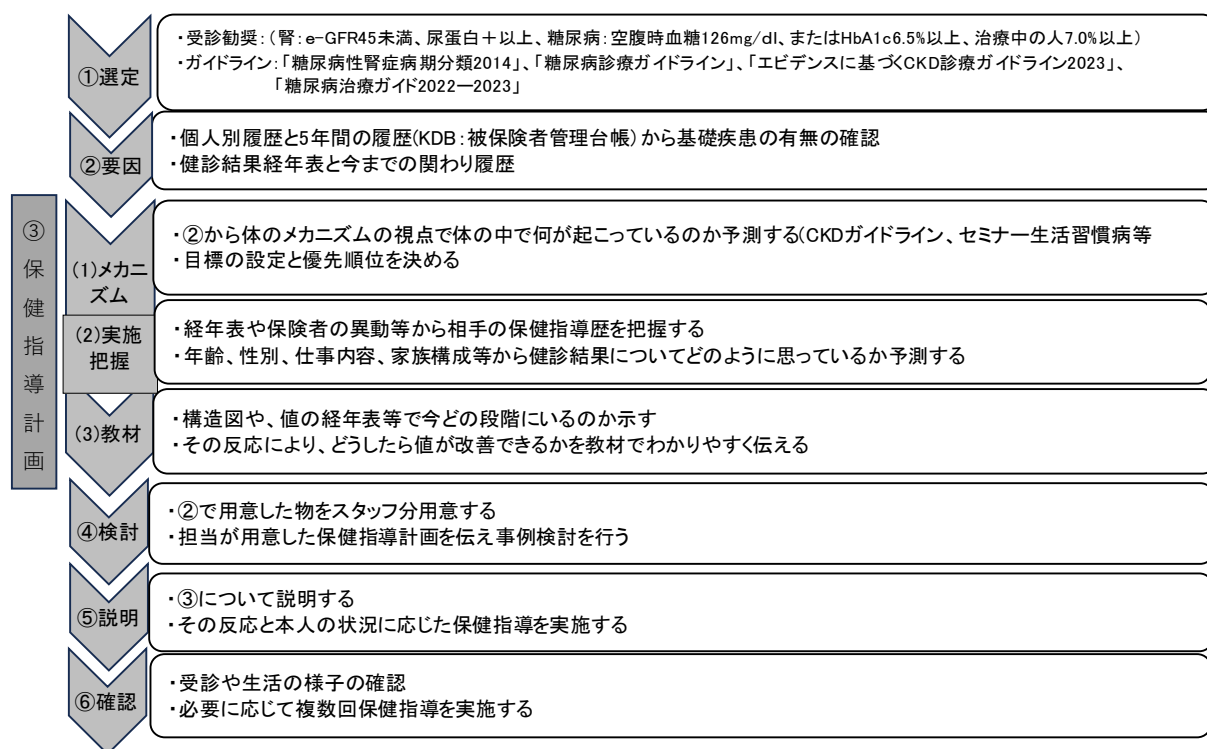
1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては図表 58 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 58 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、長野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 糖尿病治療者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

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

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。(図表 59)

図表 59 糖尿病性腎症病期分類

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

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

本村においては、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。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及び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。

R4年度における特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、24人(22.6%・F)でした。

また、糖尿病治療者193人のうち、特定健診受診者は82人(77.4%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者106人(56.4%・I)については、治療中ですが、血糖コントロール状況が不明なため、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要となります。(図表 60)

③介入方法と優先順位

図表 60 より本村おいての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・24人

優先順位 2

【保健指導】

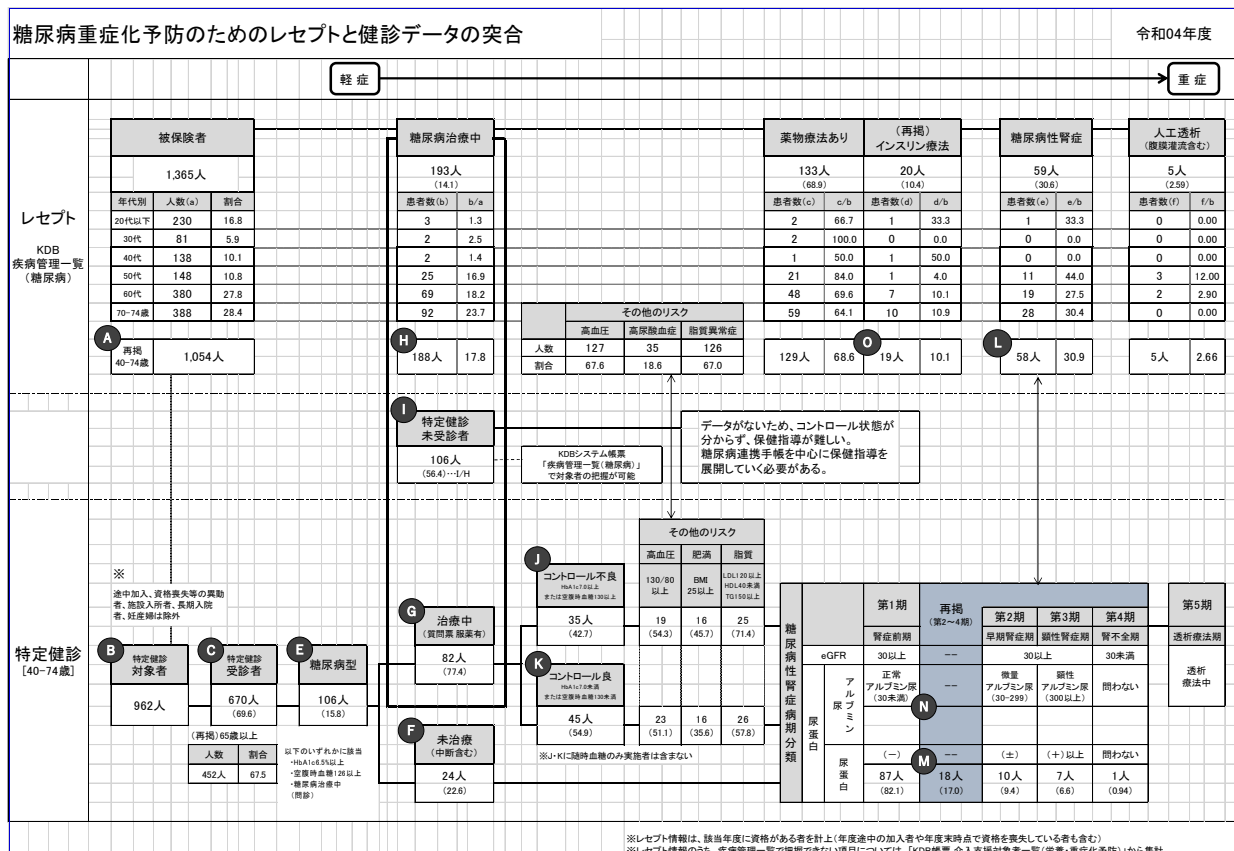
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・35人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

- ・Iの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 60 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典：ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(1) 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。喬木村においては、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ます。

図表 61 活用する保健指導教材

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始めます
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!	3-9 チアソリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	4 参考資料
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7.0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) 二次検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、二次検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、事前に飯田医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(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長野県プログラムに準じて行っています。

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 62 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1c の変化

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

- 尿蛋白の変化
- 服薬状況の変化

図表 62 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	香木村										同規模保険者(平均)														
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度														
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合													
1	① 被保険者数	A	1,389人		1,322人		1,240人		1,230人		1,234人																
	② (再掲)40-74歳		1,084人		1,061人		991人		1,002人		996人																
2	① 対象者数	B	952人		895人		889人		881人		854人																
	② 特定健診 受診者数	C	750人		719人		735人		712人		669人																
	③ 受診率		78.8%		80.3%		82.7%		80.8%		78.3%																
3	① 特定保健指導 対象者数		54人		49人		58人		73人		49人																
	② 実施率		92.6%		91.8%		100.0%		90.4%																		
4	健診データ	① 糖尿病型	E	106人	14.1%	101人	14.0%	109人	14.8%	107人	15.0%	106人	15.8%														
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	20人	18.9%	20人	19.8%	20人	18.3%	30人	28.0%	24人	22.6%														
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	86人	81.1%	81人	80.2%	89人	81.7%	77人	72.0%	82人	77.4%														
		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	25人	29.1%	26人	32.1%	26人	29.2%	31人	40.3%	35人	42.7%														
		⑤ 血圧 130/80以上		16人	64.0%	14人	53.8%	14人	53.8%	17人	54.8%	19人	54.3%														
		⑥ 肥満 BMI25以上	M	9人	36.0%	8人	30.8%	11人	42.3%	17人	54.8%	16人	45.7%														
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		K	61人	70.9%	55人	67.9%	63人	70.8%	46人	59.7%	47人	57.3%													
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)		78人	73.6%	71人	70.3%	77人	70.6%	82人	76.6%	87人	82.1%														
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)	15人	14.2%	17人	16.8%	17人	15.6%	12人	11.2%	10人	9.4%															
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上	12人	11.3%	11人	10.9%	12人	11.0%	10人	9.3%	7人	6.6%															
		⑪ 第4期 eGFR30未満	1人	0.9%	1人	1.0%	1人	0.9%	0人	0.0%	1人	0.9%															
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		100.1人		101.4人		91.1人		108.9人		104.5人															
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		128.2人		123.5人		112.0人		131.7人		127.5人															
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1件は健康診断)	H	入院外(件数)	971件	(924.8)	856件	(865.8)	881件	(883.7)	924件	(940.9)	901件	(936.6)	319,711件	(930.6)											
		④ 入院(件数)		1件	(1.0)	5件	(5.0)	4件	(4.0)	4件	(4.1)	5件	(5.2)	1,521件	(4.4)												
		⑤ 糖尿病治療中	I	139人	10.0%	134人	10.1%	113人	9.1%	134人	10.9%	129人	10.5%														
		⑥ (再掲)40-74歳		139人	12.8%	131人	12.3%	111人	11.2%	132人	13.2%	127人	12.8%														
		⑦ 健診未受診者	O	53人	38.1%	45人	34.4%	22人	19.8%	55人	41.7%	45人	35.4%														
		⑧ インスリン治療		6人	4.3%	9人	6.7%	8人	7.1%	13人	9.7%	10人	7.8%														
		⑨ (再掲)40-74歳	L	6人	4.3%	8人	6.1%	8人	7.2%	13人	9.8%	10人	7.9%														
		⑩ 糖尿病性腎症		45人	32.4%	36人	26.9%	30人	26.5%	39人	29.1%	36人	27.9%														
		⑪ (再掲)40-74歳	45人	32.4%	36人	27.5%	30人	27.0%	38人	28.8%	36人	28.3%															
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症中に占める割合)	N	1人	0.7%	1人	0.7%	2人	1.8%	2人	1.5%	2人	1.6%														
		⑬ (再掲)40-74歳		1人	0.7%	1人	0.8%	2人	1.8%	2人	1.5%	2人	1.6%														
		⑭ 新規透析患者数		0	0.0%	2	1.5%	1	0.9%	0	0.0%	1	0.8%														
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0	0.0%	1	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.8%														
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症中に占める割合)		5人	2.5%	4人	1.9%	5人	2.4%	4人	1.7%	3人	1.3%														
6	医療費	① 総医療費		4億1371万円		3億6209万円		3億6310万円		3億5305万円		4億4091万円		6億7051万円													
		② 生活習慣病総医療費		2億1791万円		1億9296万円		1億8743万円		1億9641万円		2億2365万円		3億5898万円													
		③ (総医療費に占める割合)		52.7%		53.3%		51.6%		55.6%		50.7%		53.5%													
		④ 生活習慣病対象者 一人あたり		健診受診者	11,498円	10,786円	11,845円	13,302円	13,201円	9,063円																	
		⑤ 健診未受診者		22,051円	22,680円	22,272円	21,748円	27,717円	37,482円																		
		⑥ 糖尿病医療費		2350万円		2510万円		3036万円		3123万円		3161万円		4061万円													
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.8%		13.0%		16.2%		15.9%		14.1%		11.3%													
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		6215万円		5791万円		6057万円		6142万円		6293万円															
		⑨ 1件あたり		33,272円		34,288円		37,388円		36,843円		38,164円															
		⑩ 糖尿病入院総医療費		5822万円		5019万円		3697万円		4107万円		4461万円															
		⑪ 1件あたり		831,771円		651,871円		684,605円		641,682円		731,245円															
		⑫ 在院日数		19日		22日		19日		20日		19日															
		⑬ 慢性腎不全医療費		1389万円		1371万円		1107万円		1029万円		1609万円		2783万円													
		⑭ 透析有り		1284万円		1193万円		1071万円		1009万円		1602万円		2567万円													
		⑮ 透析なし		105万円		178万円		36万円		20万円		7万円		216万円													
7	介護	① 介護給付費		6億3367万円		6億2886万円		6億5331万円		7億0978万円		7億2440万円		8億6719万円													
		② (2号認定者)糖尿病合併症		0件		0件		0件		1件		33.3%		1件		33.3%											
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		1人		1.3%		0人		0.0%		0人		0.0%		1人		1.3%		1人		1.3%		622人		1.0%	

出典:ヘルスサポートラボツール

7) 実施期間及びスケジュール

()内は、使用するラボツールを明記

- 4月 前年度健診結果(一覧表作成ツール)・評価表(評価ツール)から対象者の抽出
- 5月 (健診結果集計ツール)にて、介入方法、実施方法の決定
- 7月 4～6月分の一覧表(一覧表作成ツール)を作成、対象者を係内で共有
- 10月 7～9月分の一覧表(一覧表作成ツール)を作成、対象者を係内で共有
法定報告後、経年一覧表(経年比較ツール)を作成、前年度と比較して改善を評価
- 1月 10～12月分の一覧表(一覧表作成ツール)を作成、対象者を係内で共有
- 3月 アウトプット評価、アウトカム評価実施
(健診結果集計ツール・データヘルス計画作成・評価支援ツール)
- 翌4月 1～3月分を含めた全受診者の一覧表(一覧表作成ツール)を作成し、翌年度の対象者を把握

8) 糖尿病管理台帳の活用

健診中断者、治療中断者を見逃さないために、糖尿病管理台帳を活用します。具体的な活用方法については、今後検討します。

図表 63

糖尿病管理台帳													※高血圧・糖尿病の服薬は問診結果による ※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す																	
(過去6年間に一度でもHbA1c6.5以上に該当した者)																														
番号	追加年度		氏名	性別	R04年度 末年齢	合併症の有無		項目	H29	H30	R01	R02	R03	R04	R04年度 KDBレセプト情報												R04年度 抽出 状況			
	高血圧	糖尿病				病名	R04 初診年月日								高血圧 診断	糖尿病 診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1		2	3	
1		H29		女	66	高血圧	●	血圧	104/60	112/59	108/57	122/85	105/61	107/63		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3			
						糖尿病	●	HbA1c	6.7	6.3	6.4	6.7	7.1	8.7		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3			
						インスリン		服薬	○	○									●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
						腎症		腎臓																						
						網膜症		体重	50.2	55	52.6	54.2	56.9	55.9																
						神経障害		BME	22.9	24.9	23.7	24.3	25.8	25.2																
						脂質異常症	●	尿酸	4.1	3.7	4.5	3.7	4.1	3.9																
						高尿酸血症		LDL-C	119	152	144	123	155	157																
						脳血管疾患		詳細 健診	眼底		所見なし	所見なし	所見なし	所見なし																
						虚血性心疾患		心電図	正常範囲		94/42	94/42	94/42	94/42																
						腎不全		GFR	107.7	98	91.2	104.1	106.2	108.4																
						人工透析		CKD	尿蛋白	-	-	-	-	-																
						高血圧	●	血圧			141/92		146/92	112/76																
						糖尿病	●	HbA1c					○																	
						インスリン		服薬			6.2		6.1	8.7																
腎症		腎臓																												
網膜症		体重				66.9	71.1	78.2																						
神経障害		BME				22.9	24.3	26.7																						
脂質異常症		尿酸					5.9	6.2																						
高尿酸血症		LDL-C					139	169																						
脳血管疾患	●	詳細 健診	眼底																											
虚血性心疾患		心電図					J波位後群矮い																							
腎不全		GFR					50.6	38.6																						
人工透析		CKD	尿蛋白																											

出典：ヘルスサポートラボツール

2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

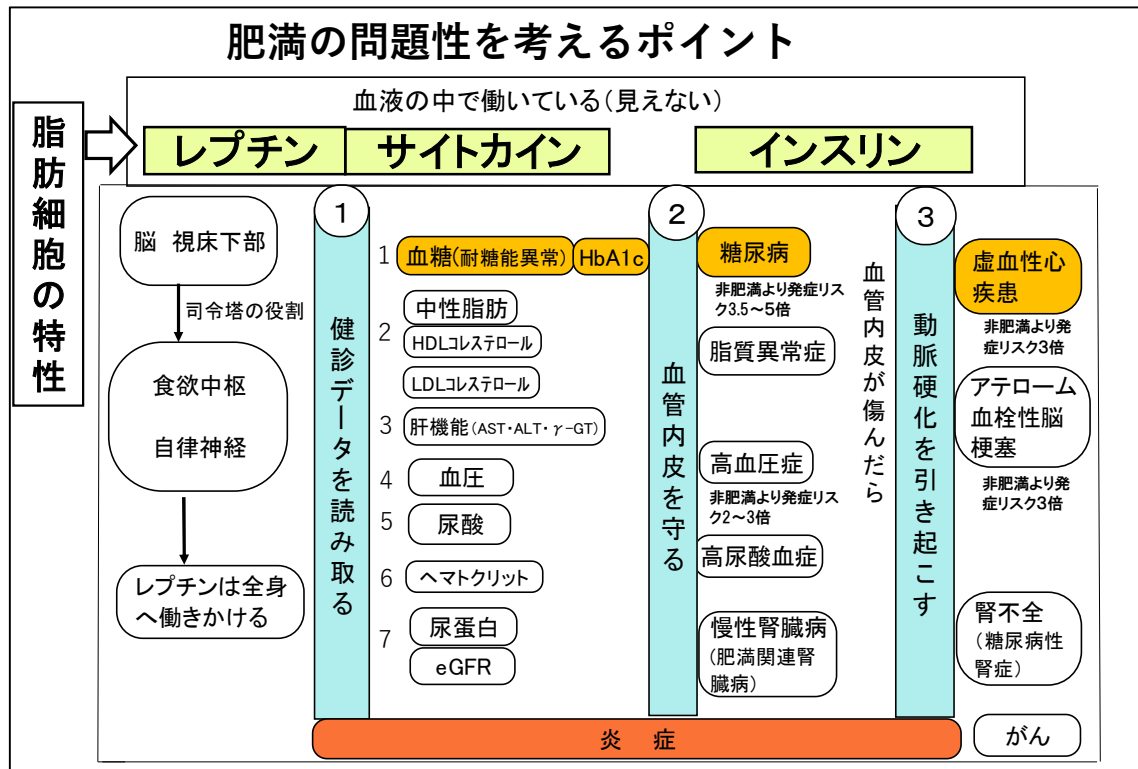
1) 基本的な考え方

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、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態であります。

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

なお、取組みにあたっては図表 64 に基づいて考えていきます。

図表 64 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づいた実態把握

村の R4 年度の特定健診、基本健診及び社会保険加入者（本人からの健診結果情報提供）を含んだ健診受診者のうち、BMI25 以上の肥満該当者は、23.4%で、年代としては 40～64 歳、性別では男性の割合が高い状況です。また、BMI35 以上の高度肥満該当者においては、64 歳以下の若い世代に多い状況です。

図表 65 肥満度分類による実態

単位：人

	健診受診者	低体重		普通体重		肥満		再掲									
		BMI		18.5未満		18.5～24.9		25～29.9		肥満Ⅰ度		肥満Ⅱ度		肥満Ⅲ度		肥満Ⅳ度	
		人 (a)	%	人 (b)	% (b/a)	人 (c)	% (c/a)	人 (d)	% (d/a)	人 (e)	% (e/a)	人 (f)	% (f/a)	人 (g)	% (g/a)	人 (h)	% (h/a)
総計	合計	1,201		124	10.3%	796	66.3%	281	23.4%	246	20.5%	27	2.2%	4	0.3%	4	0.3%
	39歳以下	90	7.5%	13	14.4%	61	67.8%	16	17.8%	12	13.3%	1	1.1%	1	1.1%	2	2.2%
	40～64歳	272	22.6%	27	9.9%	165	60.7%	80	29.4%	64	23.5%	12	4.4%	3	1.1%	1	0.4%
	65～74歳	484	40.3%	45	9.3%	323	66.7%	116	24.0%	106	21.9%	9	1.9%		0.0%	1	0.2%
	75歳以上	355	29.6%	39	11.0%	247	69.6%	69	19.4%	64	18.0%	5	1.4%		0.0%		0.0%
男性	男	569		38	6.7%	372	65.4%	159	27.9%	144	25.3%	12	2.1%	1	0.2%	2	0.4%
	39歳以下	34	6.0%	4	11.8%	24	70.6%	6	17.6%	4	11.8%		0.0%	1	2.9%	1	2.9%
	40～64歳	144	25.3%	8	5.6%	88	61.1%	48	33.3%	39	27.1%	8	5.6%		0.0%	1	0.7%
	65～74歳	228	40.1%	14	6.1%	147	64.5%	67	29.4%	63	27.6%	4	1.8%		0.0%		0.0%
	75歳以上	163	28.6%	12	7.4%	113	69.3%	38	23.3%	38	23.3%		0.0%		0.0%		0.0%
女性	女	632		86	13.6%	424	67.1%	122	19.3%	102	16.1%	15	2.4%	3	0.5%	2	0.3%
	39歳以下	56	8.9%	9	16.1%	37	66.1%	10	17.9%	8	14.3%	1	1.8%		0.0%	1	1.8%
	40～64歳	128	20.3%	19	14.8%	77	60.2%	32	25.0%	25	19.5%	4	3.1%	3	2.3%		0.0%
	65～74歳	256	40.5%	31	12.1%	176	68.8%	49	19.1%	43	16.8%	5	2.0%		0.0%	1	0.4%
	75歳以上	192	30.4%	27	14.1%	134	69.8%	31	16.1%	26	13.5%	5	2.6%		0.0%		0.0%

出典：喬木村調べ

(2) 優先順位

肥満を解決するためには、科学的な根拠(EBM)「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。

①高度肥満

「肥満になるとどんなことに困るのか」を住民の声から日常生活で整理した図表 66 からも、高度肥満の健康障害は深刻です。

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る」とされています。「食事、運動、行動療法を行ったうえで減量目標が未達成の場合、肥満症治療食の強化や薬物療法、外科療法の導入を考慮する」ともされており、肥満症専門外来などの情報提供を含めて、BMI35 以上の高度肥満を最優先として取り組むこととします。

図表 66 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

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

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

出典：保健活動を考える自主的研究会調べ

②効率的な対象者の選定

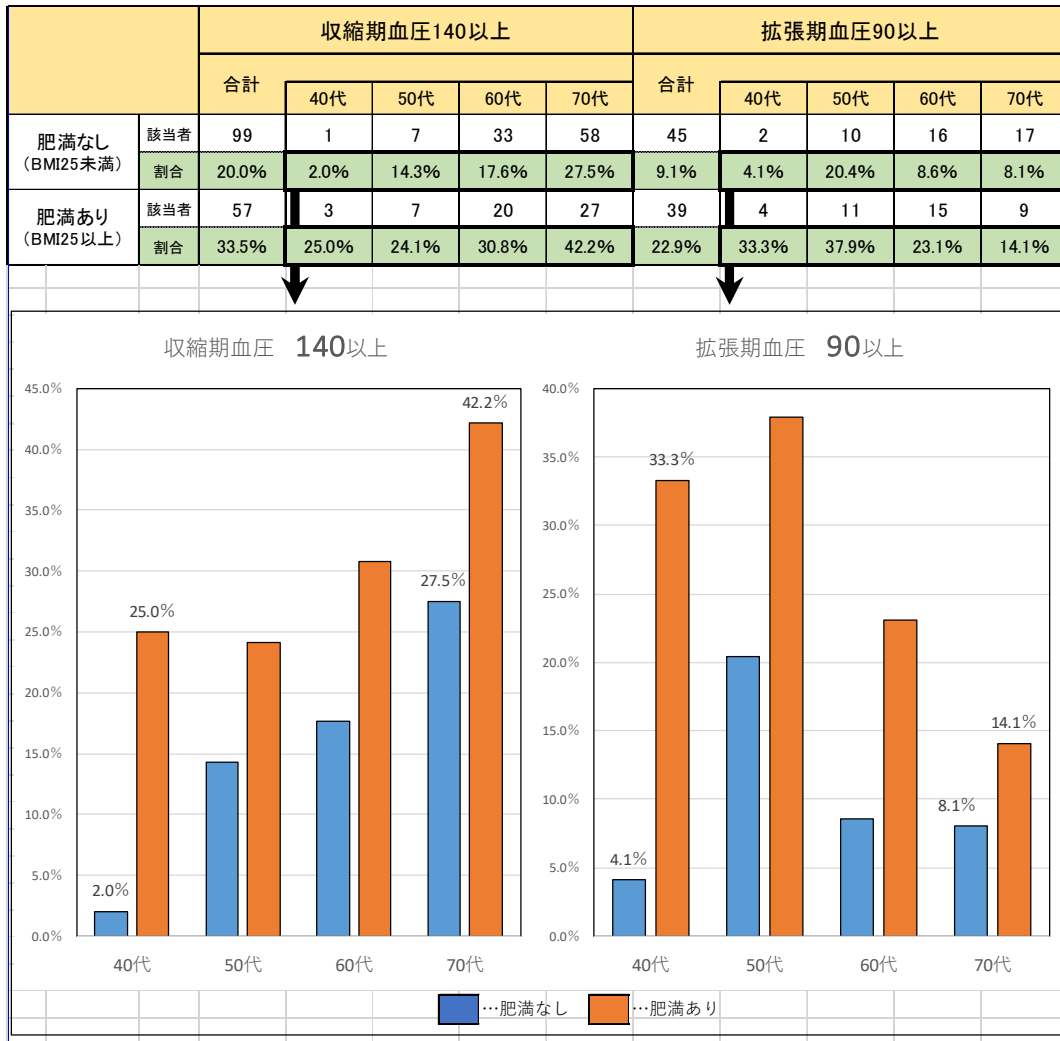
図表 67 から、年齢が高くなるほど収縮期血圧 140 以上の割合が高くなっていることがわかります。また、40 代及び 50 代の若い世代の拡張期血圧の高さは高インスリン状態による循環血液量の増加に伴うものであると考えられます。これらのことから、高血圧発症前の若い世代を対象とした取組みが効率的です。

また、個人にリスクが集積するマルチプルリスクファクター症候群は、脳梗塞・心筋梗塞を含む心血管疾患の背景として大きな位置を占めています。リスク因子の保有数が増えるごとに、特に冠動脈疾患の発症率は上昇します。(図表 68) これらのことから、リスク因子の保有数が多い対象者を優先する必要があります。

上記より、40 代及び 50 代の若い世代で、かつリスク因子の保有数が多い対象者を優先して保健指導を実施します。

図表 67 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

単位：人



出典：ヘルスサポートラボツール

図表 68 危険因子の合併数と冠動脈疾患と脳卒中の死亡の関係

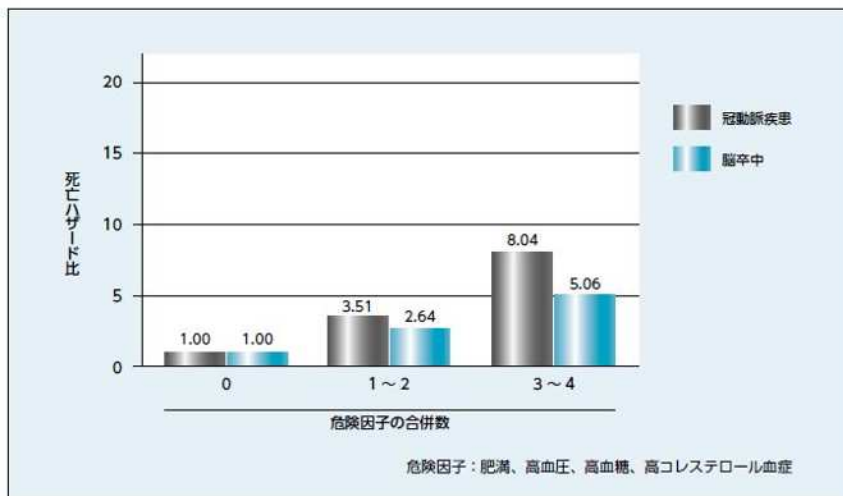


図 2-2 危険因子の合併数と冠動脈疾患と脳卒中の死亡の関係
(NIPPON DATA80: 1980~1994) (Nakamura Y et al: Circ J 70: 960-964, 2006)⁸⁾

出典：動脈硬化性疾患予防ガイドライン

3) 対象者の明確化

メタボリックシンドロームは、脂肪細胞から分泌されるサイトカインが、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ます。

年代別のメタボリックシンドローム該当者をみると、男性においては年代が高くなるにつれて該当者の割合が増加しています。女性はその年代も1割程度であることから、男性を優先した取り組みを行います。(図表 69) 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8割以上が治療中となっています。(図表 70) メタボリックシンドロームは、治療だけで解決できるものではなく、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必要となります。

図表 69 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況 (R4 年度)

単位:人

		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	327	39	47	116	125	343	22	32	138	151	
メタボ該当者	B	96	5	11	34	46	37	2	4	14	17	
	B/A	29.4%	12.8%	23.4%	29.3%	36.8%	10.8%	9.1%	12.5%	10.1%	11.3%	
再掲	① 血糖+血圧+脂質	C	31	0	4	14	13	15	1	0	6	8
		C/B	32.3%	0.0%	36.4%	41.2%	28.3%	40.5%	50.0%	0.0%	42.9%	47.1%
	② 血糖+血圧	D	13	1	2	4	6	5	0	1	1	3
		D/B	13.5%	20.0%	18.2%	11.8%	13.0%	13.5%	0.0%	25.0%	7.1%	17.6%
	③ 血圧+脂質	E	46	4	4	14	24	12	1	2	5	4
		E/B	47.9%	80.0%	36.4%	41.2%	52.2%	32.4%	50.0%	50.0%	35.7%	23.5%
	④ 血糖+脂質	F	6	0	1	2	3	5	0	1	2	2
		F/B	6.3%	0.0%	9.1%	5.9%	6.5%	13.5%	0.0%	25.0%	14.3%	11.8%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 70 メタボリック該当者の治療状況 (R4 年度)

単位:人

	受診者	男性						女性						
		メタボ該当者		3疾患※治療の有無				メタボ該当者		3疾患※治療の有無				
				あり		なし				あり		なし		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
総数	327	96	29.4%	86	89.6%	10	10.4%	343	37	10.8%	31	83.8%	6	16.2%
40代	39	5	12.8%	4	80.0%	1	20.0%	22	2	9.1%	1	50.0%	1	50.0%
50代	47	11	23.4%	9	81.8%	2	18.2%	32	4	12.5%	3	75.0%	1	25.0%
60代	116	34	29.3%	29	85.3%	5	14.7%	138	14	10.1%	12	85.7%	2	14.3%
70~74歳	125	46	36.8%	44	95.7%	2	4.3%	151	17	11.3%	15	88.2%	2	11.8%

※3疾患とは高血圧・糖尿病・脂質異常症を示す

出典:ヘルスサポートラボツール

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ① BMI35 以上の高度肥満
- ② メタボリックシンドローム 3 項目該当者(男性を優先的に実施)
- ③ 特定保健指導対象者

(2)対象者の管理

対象者は基本健診・国保特定健診・健診機関(中部公衆医学研究所など)からの情報提供より把握します。把握した健診結果はすべて健診データ分析ソフト(マルチマーカー)に登録し、そのデータを保健指導実践ツール(ラボツール)にて二次加工、健診結果一覧表(以下一覧表)を作成します。

高度肥満(BMI35 以上)については、年齢・加入している健康保険・前年度の健診受診の有無にかかわらず継続的に管理する必要があるため、肥満管理台帳を活用します。作成した一覧表のうち、BMI35 以上の対象者については、随時肥満管理台帳へ情報を転記します。

メタボリックシンドローム該当者については、一覧表にてリスク因子の保有状況、治療状況などを把握します。作成した一覧表と肥満管理台帳は、四半期ごとに係内で共有、対象者と担当者を明確にして保健指導を実施します。

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(図表 71)を活用します。

(2) 二次検診の実施

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。

村では、国民健康保険加入者だけでなく社会保険加入者においても二次検診を実施できる体制を整備しており、年齢や加入している健康保険に関わらず実施が可能となっています。

【現在実施している二次検診】

- ①75 g 糖負荷検査
- ②HOMA 検査
- ③頸動脈エコー検査
- ④微量アルブミン尿検査
- ⑤血圧脈波検査 (ABI/PWV)

図表 71 活用する保健指導教材

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

(3) 減量プログラムの実施

肥満症ガイドラインでは、「肥満症治療の基本となるのは運動療法と食事療法である」と記されています。村では運動療法の一つとして、健康運動指導士による減量プログラムを実施しています。これまでは国保特定健診対象者を中心に事業を行ってききましたが、39歳以下の若年者や社会保険加入者であっても同様の課題が明確なため、令和5年度からは、加入している健康保険に関係なく対象者を拡大しています。

5) 評価

アウトプット評価として、係内で共有している「訪問・健康相談・教育一覧」へ訪問日、次回訪問日、訪問回数などを入力して保健指導実施数を把握します。毎週行う「連絡会」にて、実施内容と訪問予定を共有します。

アウトカム(成果)評価は、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回年度末に行います。中長期的評価においては中間評価・最終評価の時期に行います。評価にはKDB等の情報を二次加工したデータヘルス計画作成・評価支援ツール(ラボツール)を活用します。

6) 実施期間及びスケジュール

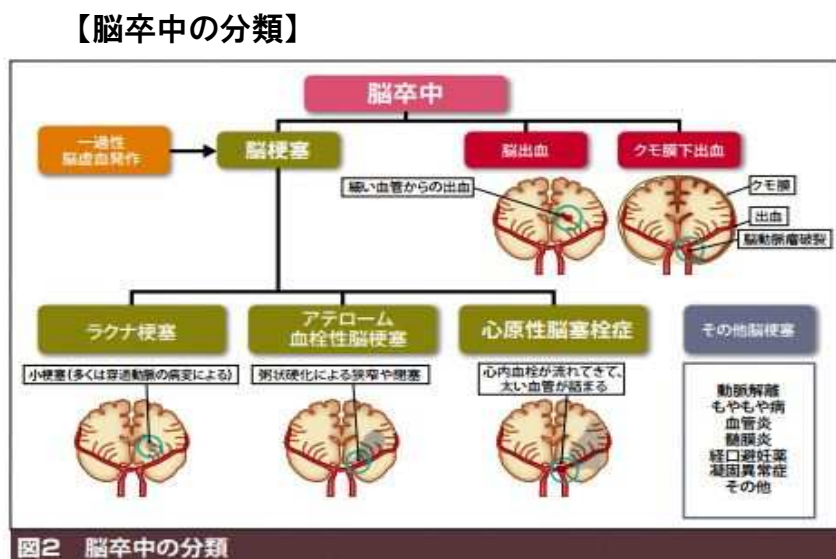
第4章「1. 糖尿病性腎症重症化予防」と同様に実施します。

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては「脳卒中治療ガイドライン」、「脳卒中予防への提言」、「高血圧治療ガイドライン」等に基づいて進めます。(図表 72,73)

図表 72 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 73 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	●							

(脳卒中予防の提言より引用)

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

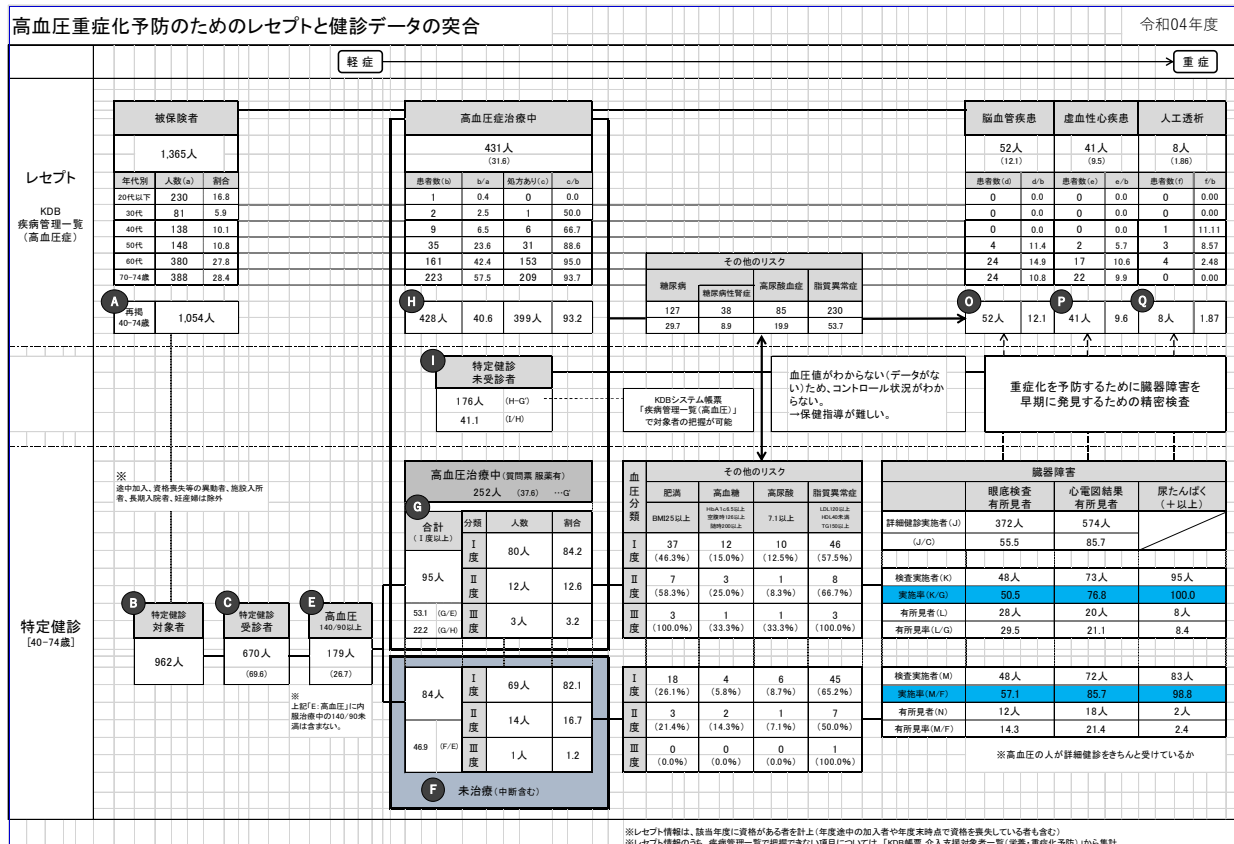
脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 74 でみると、R4 年度における高血圧治療者 428 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 52 人(12.1%・O)でした。健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 30 人おり、そのうち 15 人(50%)は未治療者です。

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

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 15 人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。

臓器障害を早期に発見するための詳細検査のうち、眼底検査(詳細検査)は 55.5%(372 人)、心電図検査は 85.7%(574 人)の実施率となっています。村の集団健診では眼底検査及び心電図検査が必須項目となっているため、実施率は高めですが、病院結果の提出等で特定健診を受診する方の検査率実施率が低い状況です。高血圧Ⅰ度以上の方が重症化予防のために眼底検査及び心電図検査をできているかを確認し、必要に応じて実施できる体制を整えていく必要があります。第 3 期計画期間中に関係機関と実態を共有し、働きかけをしていきます。

図表 74 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



(2) 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すが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。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 75)

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

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 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画				
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化						
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)						
血圧分類 (mmHg)	192	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	…高リスク
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	…中等リスク
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	192	108	69	14	1	…低リスク
		56.3%	35.9%	7.3%	0.5%	
リスク第1層 予後影響因子がない	14	C 11	B 3	B 0	A 0	区分
	7.3%	10.2%	4.3%	0.0%	0.0%	該当者数
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	100	C 55	B 36	A 8	A 1	A ただちに 薬物療法を開始
	52.1%	50.9%	52.2%	57.1%	100.0%	45 23.4%
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	78	B 42	A 30	A 6	A 0	B 概ね1ヵ月後に 再評価
	40.6%	38.9%	43.5%	42.9%	0.0%	81 42.2%
						C 概ね3ヵ月後に 再評価
						66 34.4%

※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:ヘルスサポートラボツール

(3) 心電図検査における心房細動の実態



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

図表 76 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 76 心房細動有所見状況(R4 年度)

単位:人

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査(※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	327	343	276	84.4%	298	86.9%	5	1.8%	1	0.3%	--	--
40代	39	22	37	94.9%	22	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	47	32	39	83.0%	31	96.9%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	116	138	101	87.1%	116	84.1%	2	2.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70~74歳	125	151	99	79.2%	129	85.4%	3	3.0%	1	0.8%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 77 心房細動有所見者の治療状況(R4 年度)

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

単位:人

喬木村調べ

心電図検査において6人が心房細動の所見があり、全員が治療を治療中もしくは治療を開始しています。(図表 77)有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれます。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次検診の実施

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、二次検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(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)

村でも、脳血管疾患重症予防対象者らを対象に二次検診を実施しています。検査が必要な対象者を明確にし、必要に応じて二次検診を受検できるよう保健指導を行っていきます。

【現在実施している二次検診】

- ①頸動脈エコー検査
- ②微量アルブミン尿検査
- ③尿蛋白定量検査
- ④蓄尿検査
- ⑤血圧脈波検査 (ABI/PWV)

(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。

年度初めに前年度健診結果から対象者を把握します。また過去 6 年間の内に一度でもⅡ度高血圧以上となった対象者については、前年度の健診受診の有無に関わらず状況を把握する必要があるため、血圧評価表(ラボツール)を用いて抽出します。

年度途中で把握した健診結果は随時マルチマーカーに登録し、四半期ごとに一覧表(ラボツール)を作成し、係内で共有、対象者と担当者を明確にして保健指導を実施します。

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。対象者のうち、後期高齢者医療保険加入者については、一体的実施事業の担当者と連携し、担当者を明確にして関わっていきます。

6) 評価

第4章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」と同様に実施します。

7) 実施期間及びスケジュール

第4章「1. 糖尿病性腎症重症化予防」と同様に実施します。

4. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

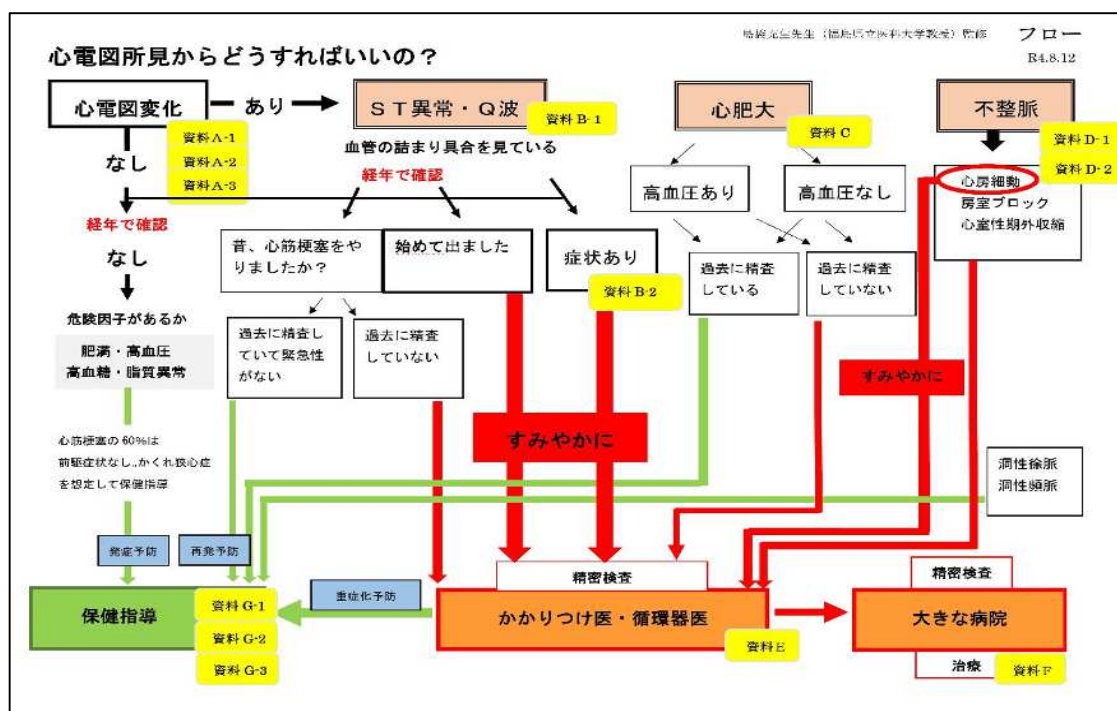
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、「脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019」、「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版」、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」等の各学会ガイドラインに基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(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にあたっては、図表 78 に基づいて考えます。

図表 78 心電図所見からのフロー図（※保健指導教材）



(※実際に使用する保健指導教材のため図表 84 の資料No.を記載)

(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)とされていることから、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。

喬木村においては、R4 年度心電図検査を 525 人(66.3%)に実施したところ、そのうち有所見者が

196 人(37.3%)でした。有所見のうち、ST-T 変化が 31 人(15.8%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 79)なお、個別の保健指導は実施してきましたが、有所見者のうち要精査者数及びその割合や精密検査受診状況などは現状把握できていません。(図表 80)

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い、医療機関未受診者を明らかにし、支援していく必要があります。

図表 79 心電図検査結果 (R4 年度)

単位:人

性別・年齢	所見	心電図検査		所見内訳																	
				ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈									
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	525	66.3%	196	37.3%	6	3.1%	31	15.8%	17	8.7%	11	5.6%	18	9.2%	29	14.8%	5	2.6%	20	10.2%
	男性	249	64.7%	104	41.8%	2	1.9%	16	15.4%	10	9.6%	8	7.7%	15	14.4%	15	14.4%	5	4.8%	10	9.6%
	女性	276	67.8%	92	33.3%	4	4.3%	15	16.3%	7	7.6%	3	3.3%	3	3.3%	14	15.2%	0	0.0%	10	10.9%

喬木村調べ

図表 80 心電図有所見者の医療機関受診状況 (R4 年度)

単位:人

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	196		未把握					
男性	104	53.1%						
女性	92	46.9%						

喬木村調べ

②心電図以外からの把握

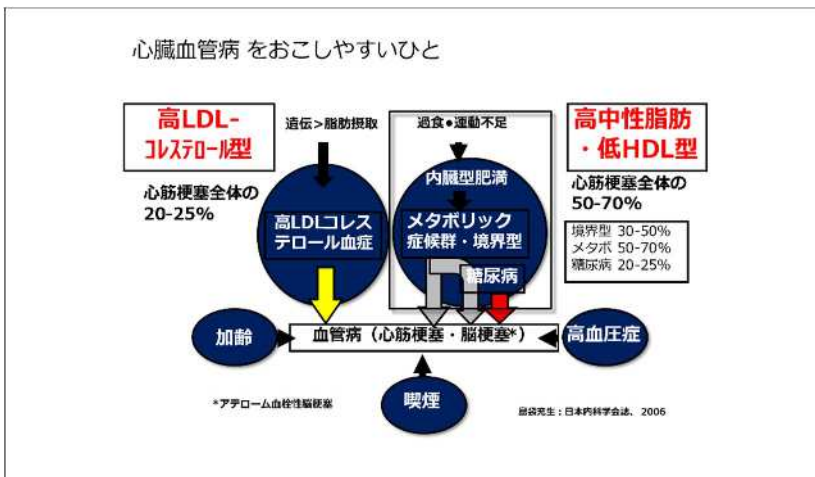
心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定(心筋梗塞の 60%は前駆症状ないため)して、積極的に保健指導を行う必要があります。

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(メタボ型と高 LDL 型)に把握します。(図表 81)

メタボリックシンドロームタイプについては、第 4 章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 63・64)を参照します。

LDL コレステロールタイプについては、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に基づいて、対象者を明確にします。(図表 82)さらに、レセプトと健診データの突合により優先順位を明確にします。(図表 83)

図表 81 心血管病をおこしやすいひと



出典: 日本内科学会誌、2006

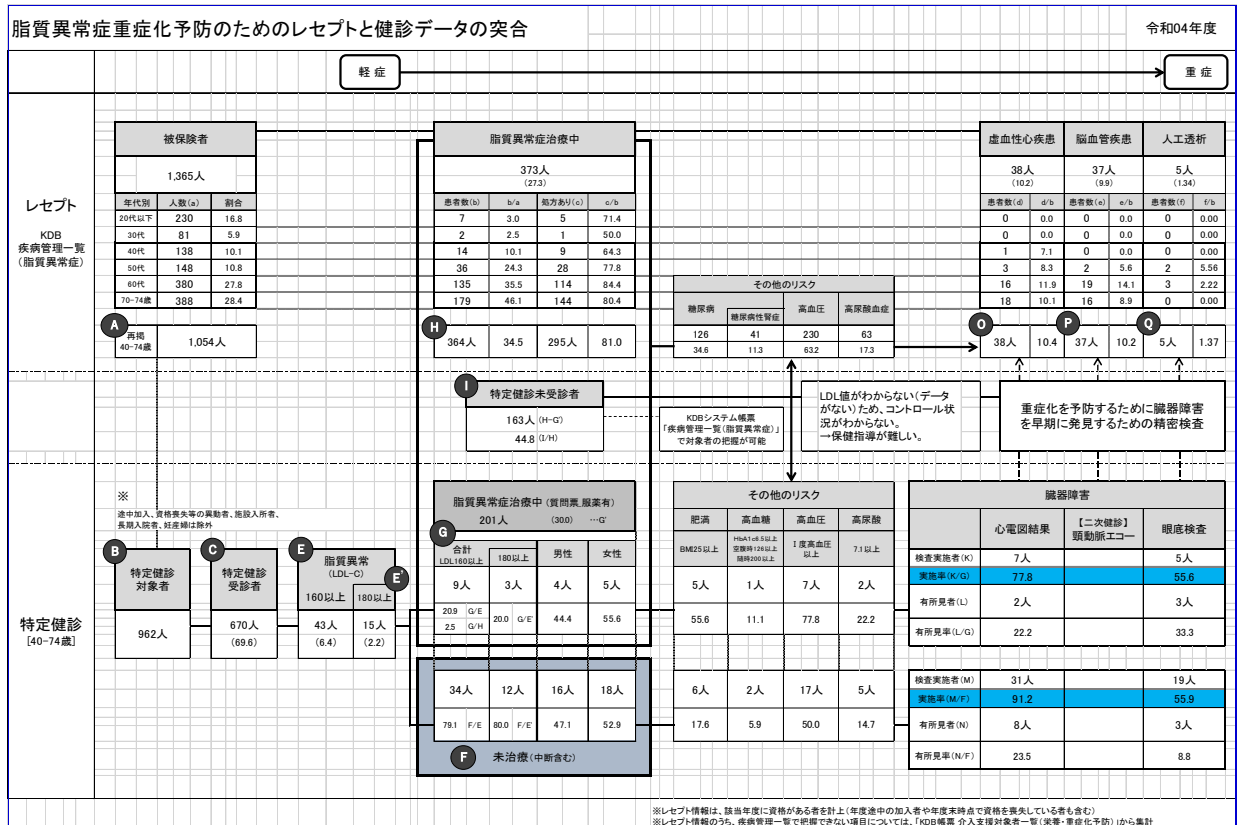
図表 82 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

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										(参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版			
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)													
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果 (LDL-C)					(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			
			235	137	64	22	12	0	8	11	15		
				58.3%	27.2%	9.4%	5.1%	0.0%	23.5%	32.4%	44.1%		
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)	35	26	9	0	0	0	0	0	0		
			14.9%	19.0%	14.1%	0.0%	0.0%	—	0.0%	0.0%	0.0%		
	中リスク	140未満 (170未満)	86	48	23	10	5	0	5	6	4		
			36.6%	35.0%	35.9%	45.5%	41.7%	—	62.5%	54.5%	26.7%		
高リスク	120未満 (150未満)		102	55	30	10	7	0	3	4	10		
			43.4%	40.1%	46.9%	45.5%	58.3%	—	37.5%	36.4%	66.7%		
	再掲	100未満 (130未満) ※1	5	3	2	0	0	0	0	0	0		
		2.1%	2.2%	3.1%	0.0%	0.0%	—	0.0%	0.0%	0.0%			
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	12	8	2	2	0	0	0	1	1		
			5.1%	5.8%	3.1%	9.1%	0.0%	—	0.0%	9.1%	6.7%		

※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。

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 83 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



出典:ヘルスサポートラボツール

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。(図表 84)治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

図表 84 心電図所見からの保健指導教材（例示）

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○をしてみましょう
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) 二次検診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。対象者へは、二次検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 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

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

村でも、虚血性心疾患重症化予防対象者らを対象に二次検診を実施しています。検査が必要な対象者を明確にし、必要に応じて二次検診を実施できるよう保健指導を行っていきます。

【現在実施している二次検診】

- ①75 g 糖負荷検査
- ②HOMA 検査
- ③頸動脈エコー検査
- ④微量アルブミン尿検査
- ⑤尿蛋白定量検査
- ⑥蓄尿検査
- ⑦血圧脈波検査 (ABI/PWV)

(3) 対象者の管理

①心電図有所見者の管理

健診結果一覧表を用いて、医療機関未受診者、未治療者、中断者の把握を行い、受診勧奨を行っていきます。

②心血管病を起こしやすい対象者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、LDL-C180mg/dl 以上と中性脂肪 300mg/dl 以上を対象に、服薬状況などの経過を確認し、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。

具体的な進行管理については、第4章「3. 脳血管疾患重症化予防」と合わせて行っていきます。

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

第4章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」と同様に実施します。

7) 実施期間及びスケジュール

第4章「1. 糖尿病性腎症重症化予防」と同様に実施します。

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

村では、令和 2 年度より長野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。(図表 85) 令和 6 年度以降も引き続き当該事業を行います。具体的な事業内容は下記のとおりです。

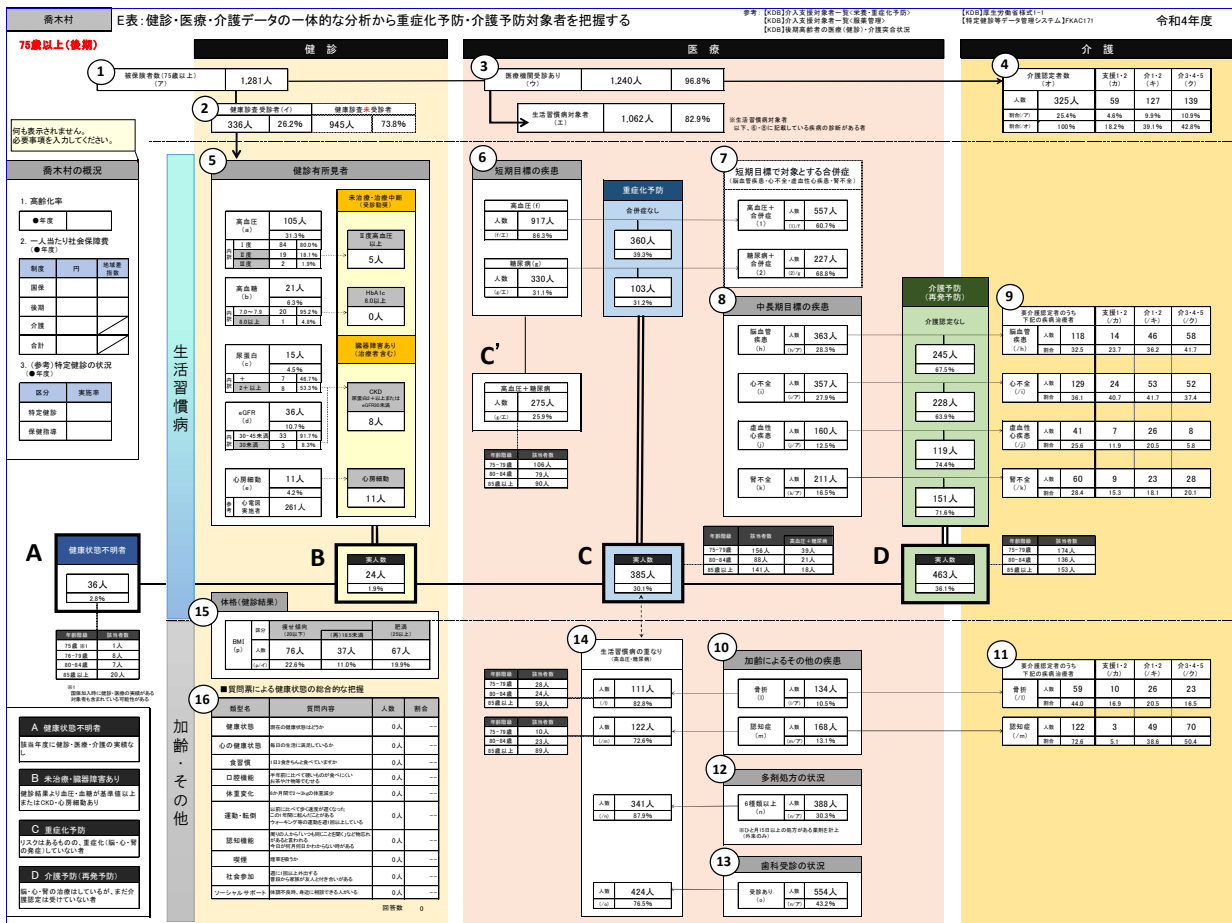
① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75 歳を過ぎても支援が途切れないう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 85 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 発症予防

出典：ヘルスサポートラボツール

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

村においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ることが必要です。(図表 86)

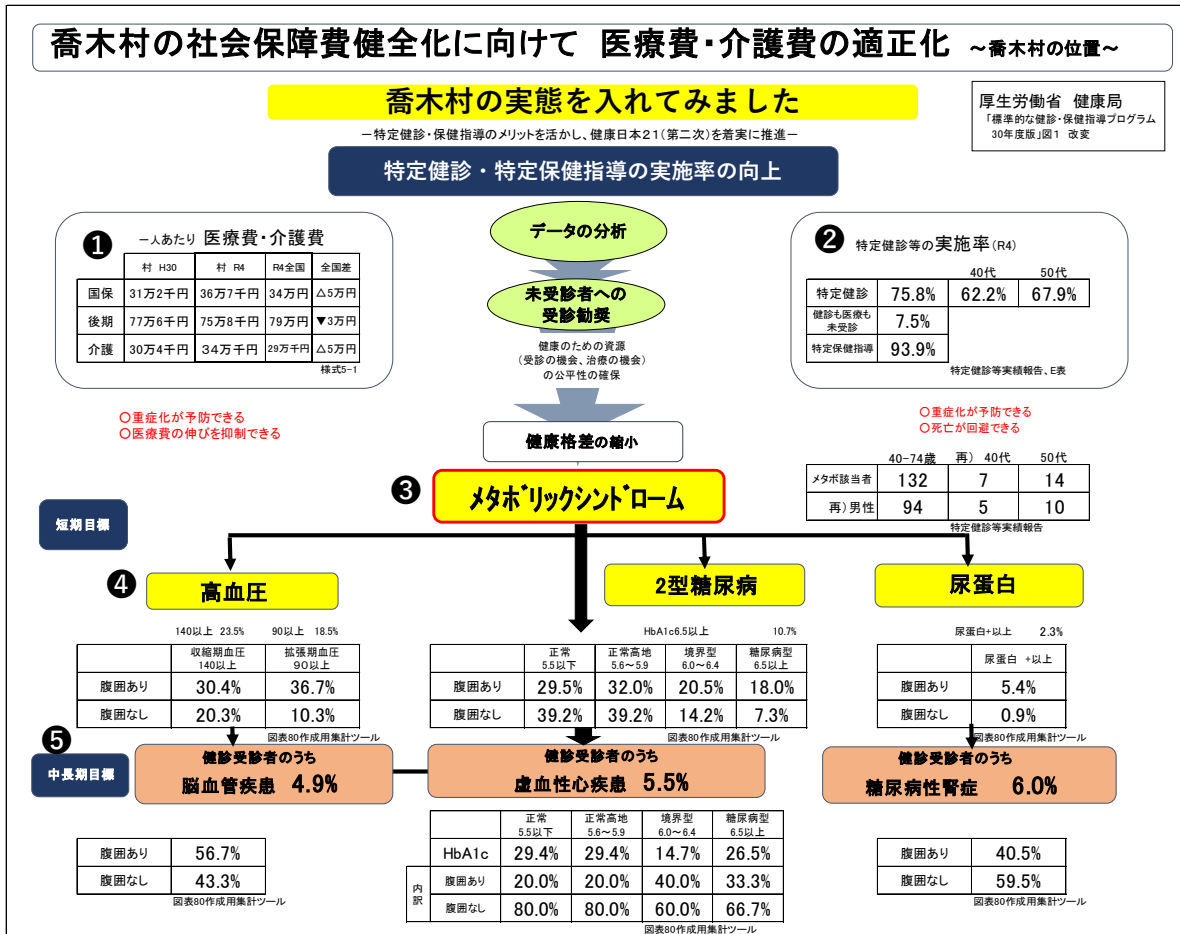
図表 86 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

高木村 ライフサイクルで糖尿病を考える													R5年度					
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、法に基づく健康項目をみてみました)																		
1 根拠法 <small>6条 健康増進時事業実施者</small>	健康増進法																	
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者医療の確保に関する法律		(介護保険)					
2 計画	健康増進計画(県) (市町村努力義務) 【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】																	
	データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)											特定保健診査等実施計画(各保険者)						
3 年代	妊婦(胎児期)		産婦		0~5歳			6歳~14歳		15歳~18歳		~29歳・30歳~39歳		40歳~64歳	65歳~74歳	75歳以上		
4 健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査(13条)		産婦健診(13条)		乳幼児健康診査(第12・13条)			保健所・幼稚園健康診断		就学時健診(11・12条)		児童・生徒の定期健康診断(第1・13・14条)		定期健康診断(第66条)		特定健康診査(第18・20・21条)		後期高齢者健康診査(第125条)
	妊婦前		妊娠中		産後1年以内		乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児	幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則(第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)	
5 対象者 健診内容	血糖		95mg/dl以上										39歳以下基本健診					
	HbA1c		6.5%以上								小5・中1 HbA1c血液検査				消防団員健診			
	50GCT		1時間値 140mg/dl以上															
	75gOGTT		①空腹時:92mg/dl以上 ②1時間値:180mg/dl以上 ③2時間値:153mg/dl以上															
	(診断)妊婦糖尿病		-空腹時:126mg/dl以上 -HbA1c:6.5%以上 -75OGTTの①~③の1点以上満たすもの															
	身長・体重																	
	BMI														BMI:25以上			
	肥満度				カウプ 18以上		肥満度:15%以上			肥満度:20%以上								
	尿糖		(+)以上															
	糖尿病家族歴																	

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く住民へ周知していきます。(図表 87) 具体的な内容については、保健計画に位置付けます。

図表 87 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページ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喬木村の位置
- 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10 第3期データヘルス計画 共通評価指標及びデータ一覧

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた喬木村の位置

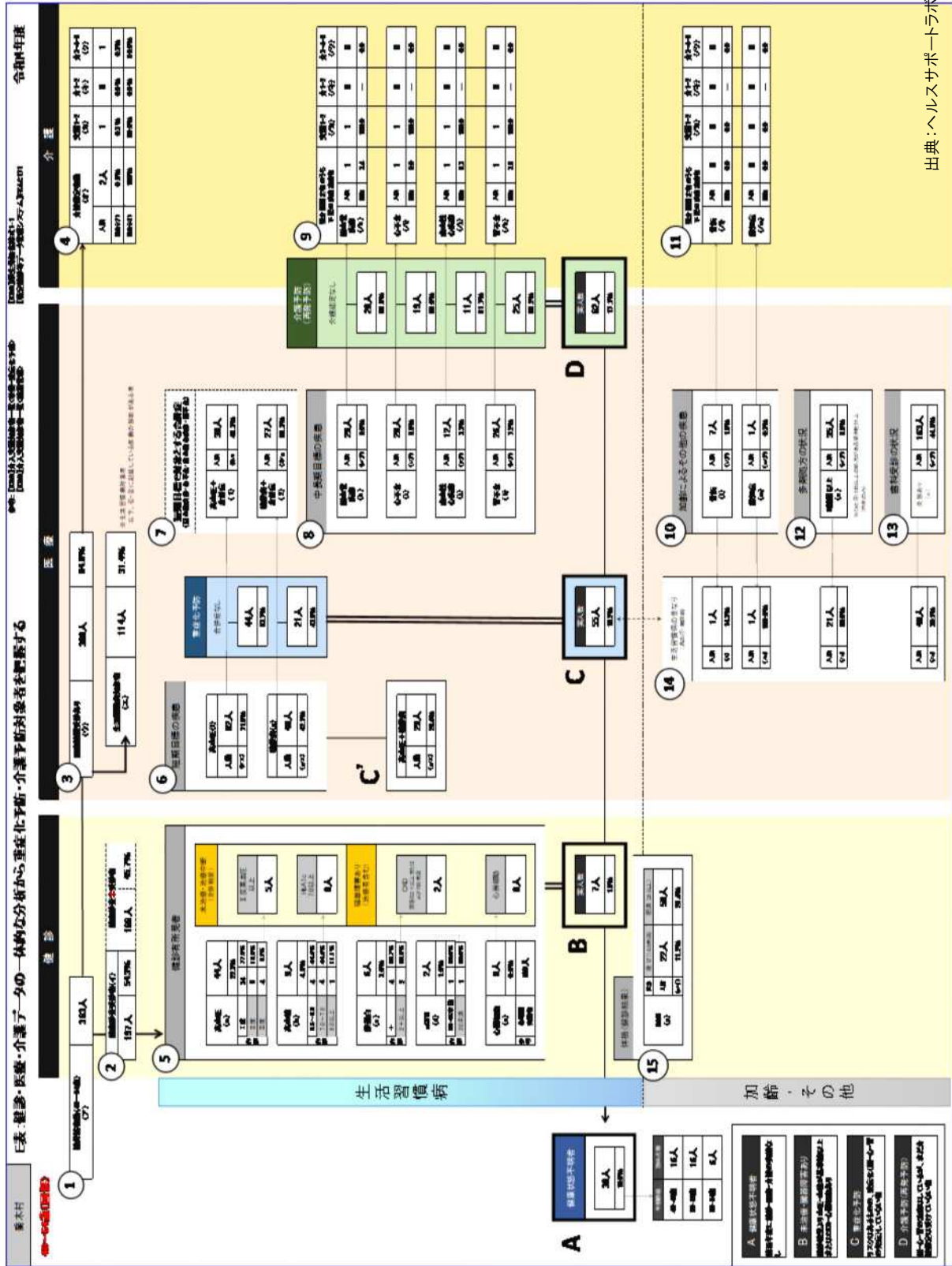
項目	喬木村												同規模平均		長野県		国		
	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度		
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1 概況	総人口	6,307		6,307		6,307		6,307		5,972		1,680,058		12,321,426		12,321,426		12,321,426	
	人口構成																		
	65歳以上(高齢化率)	2,083	33.0	2,083	33.0	2,083	33.0	2,083	33.0	2,126	35.6	682,426	39.4	646,942	32.2	35,335,805	28.7	18,248,742	14.8
	75歳以上	1,111	17.6	1,111	17.6	1,111	17.6	1,111	17.6	1,192	20.0	---	---	352,073	17.5	---	---	17,087,063	13.9
	65～74歳	972	15.4	972	15.4	972	15.4	972	15.4	934	15.6	---	---	294,889	14.7	---	---	41,545,893	33.7
40～64歳	2,027	32.1	2,027	32.1	2,027	32.1	2,027	32.1	1,896	31.7	---	---	669,192	33.3	---	---	46,332,563	37.6	
39歳以下	2,197	34.8	2,197	34.8	2,197	34.8	2,197	34.8	1,950	32.7	---	---	692,110	34.5	---	---	40	4.0	
第1次産業	17.8		17.8		17.8		17.8		17.8		17.0		9.3		29.9		25.3		71.0
第2次産業	29.9		29.9		29.9		29.9		29.9		29.9		29.9		52.2		52.2		61.6
第3次産業	52.2		52.2		52.2		52.2		52.2		52.2		52.2		81.5		81.5		81.8
平均寿命	81.5		81.5		81.5		81.5		81.5		81.5		81.5		88.0		88.0		87.7
平均自立期間 (要介護2以上)	88.0		88.0		88.0		88.0		88.0		88.0		88.0		82.5		82.5		81.1
男性	79.5		83.3		82.1		82.8		82.5		83.8		84.2		91.9		90.5		84.4
女性	86.8		84.6		83.9		83.9		83.9		83.8		84.2		91.9		90.5		100.0
標準化死亡率 (SMR)	96.5		96.5		96.5		96.5		96.5		100.5		101.3		93.8		93.8		100.0
がん	22	38.6	15	26.3	21	32.8	26	46.4	15	34.9	15	34.9	7,089	46.3	6,380	47.9	3,782,272	50.6	
心臓病	11	19.3	20	35.1	17	26.6	9	16.1	14	32.6	14	32.6	4,562	29.8	3,679	27.6	2,054,855	27.5	
脳疾患	20	35.1	20	35.1	22	34.4	14	25.0	12	27.9	12	27.9	2,404	15.7	2,307	17.3	102,900	13.8	
糖尿病	1	1.8	0	0.0	0	0.0	1	1.8	1	2.3	283	1.8	238	1.8	13,896	1.9	13,896	1.9	
腎不全	2	3.5	1	1.8	3	4.7	3	5.4	0	0.0	0	0.0	622	4.1	375	2.8	26,946	3.6	
自殺	1	1.8	1	1.8	1	1.6	3	5.4	1	2.3	346	2.3	352	2.6	20,171	2.7	20,171	2.7	
合計																			
男性																			
女性																			
1号認定者数(認定率)	332	16.0	337	16.0	359	16.4	361	17.5	353	16.9	353	16.9	127,161	19.4	113,488	17.7	6,724,030	19.4	
新規認定者	6	0.2	5	0.2	5	0.1	2	0.2	3	0.1	3	0.1	2,078	0.3	1,716	0.2	110,289	0.3	
介護度別 総件数	1,230	12.2	1,187	11.6	1,069	10.0	1,162	10.1	1,290	11.5	1,290	11.5	365,856	13.2	412,294	13.8	21,785,044	12.9	
要支援1,2	3,980	39.3	4,280	41.7	4,711	44.0	5,136	44.8	4,753	42.4	4,753	42.4	1,297,770	46.8	1,367,247	45.8	78,107,378	46.3	
要介護1,2	4,899	48.6	4,788	46.7	4,915	46.0	5,167	45.1	5,174	46.1	5,174	46.1	1,111,908	40.1	1,208,489	40.4	68,963,503	40.8	
要介護3以上	1	0.0	1	0.0	1	0.0	3	0.1	4	0.2	4	0.2	2,073	0.4	1,856	0.3	156,107	0.4	
2号認定者	47	13.7	48	14.3	61	15.1	53	14.6	54	15.3	54	15.3	30,162	22.6	26,401	22.3	1,712,613	24.3	
糖尿病	165	46.3	163	48.3	181	47.1	163	46.6	166	45.8	166	45.8	71,773	54.3	65,433	55.6	3,744,672	53.3	
高血圧症	78	18.6	73	22.8	79	21.4	83	21.0	79	22.5	79	22.5	39,654	29.6	36,610	30.6	2,308,216	32.6	
脂質異常症	190	53.5	189	55.3	209	54.7	189	54.2	187	52.4	187	52.4	80,304	60.9	74,350	63.3	4,224,628	60.3	
心臓病	89	26.8	88	27.7	101	26.0	97	26.1	80	24.6	80	24.6	30,910	23.8	29,320	25.4	1,568,292	22.6	
脳疾患	27	8.0	25	7.9	35	7.8	30	8.4	28	7.6	28	7.6	14,782	11.0	14,272	11.9	837,410	11.8	
がん	162	46.6	185	51.1	193	52.8	179	49.6	167	47.8	167	47.8	71,540	54.1	65,213	55.5	3,748,372	53.4	
筋・骨格	131	36.4	133	39.4	129	39.1	131	36.2	122	34.3	122	34.3	49,589	37.8	44,457	37.9	2,569,149	36.8	
精神	304,210	633,669,750	301,900	628,857,837	313,638	653,307,025	340,751	709,784,346	340,735	724,403,023	340,735	724,403,023	314,188	288,366	288,366	288,366	288,366	288,366	288,366
一人当たり給付費/総給付費	62,808		61,322		61,085		61,909		64,581		64,581		74,886		62,434		59,662		59,662
1人当たり給付費(全体)	36,923		38,004		39,861		40,632		39,861		41,253		43,722		40,752		41,272		41,272
居宅サービス	271,560		272,669		274,358		269,899		270,384		270,384		289,312		287,007		296,364		296,364
施設サービス	8,968		9,000		7,981		8,889		8,187		8,187		9,224		8,534		8,610		8,610
要介護認定別 医療費(40歳以上)	3,679		3,705		3,861		3,839		4,188		4,188		4,375		3,975		4,020		4,020
認定あり																			
認定なし																			

出典：ヘルスサポートラボソール

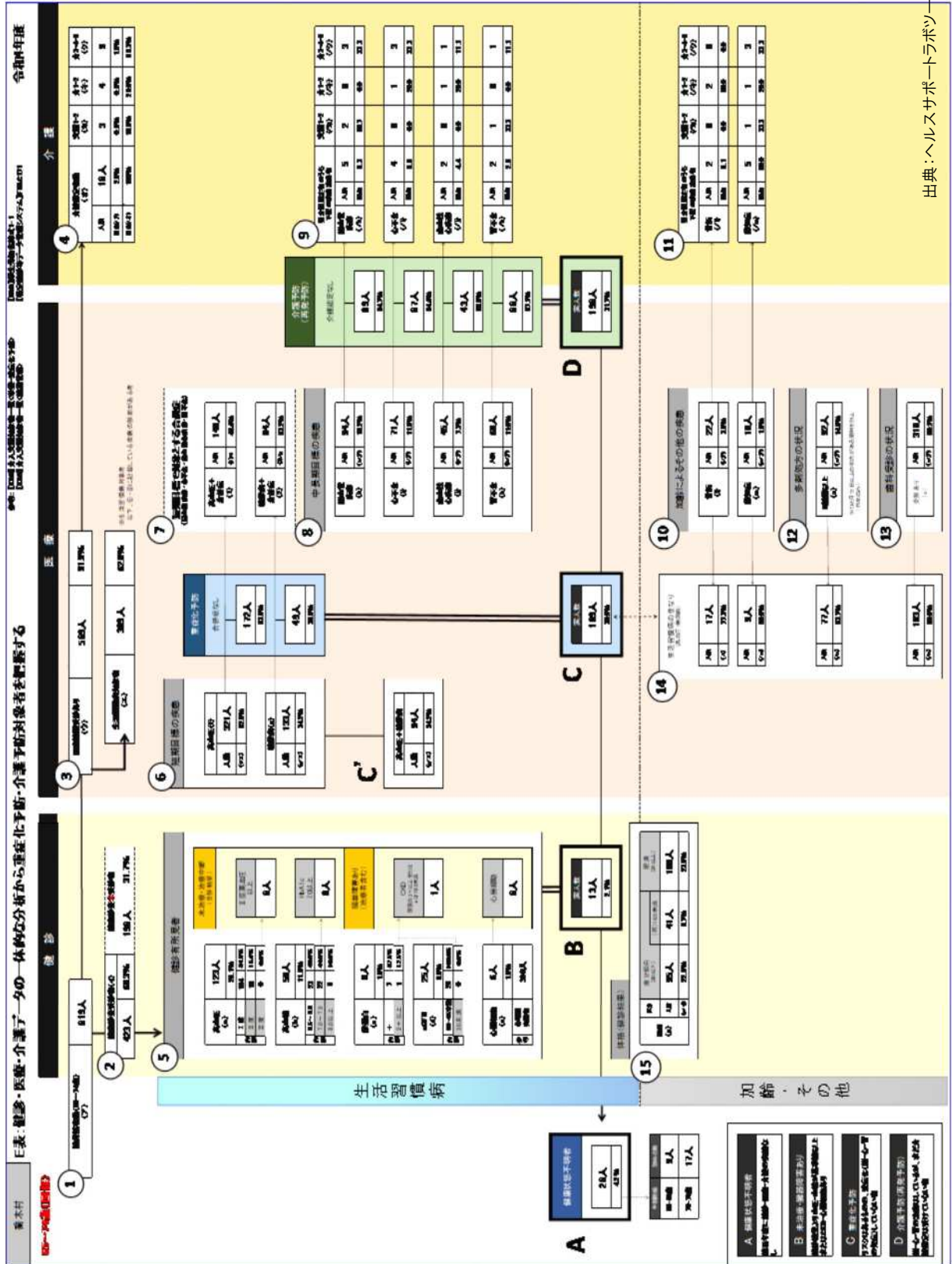
項目	香木村												同規模平均		長野県		国		
	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度		
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
① 国保の状況	被保険者数	1,325		1,238		1,236		1,213		1,202		427,153		443,378		27,488,882			
	65～74歳	656	49.5	608	49.1	625	50.6	620	51.1	604	50.2	--	--	200,162	45.1	11,129,271	40.5		
② 医療の概況 (人口千対)	40～64歳	394	29.7	383	30.9	372	30.1	362	29.8	358	29.8	--	--	142,060	32.0	9,088,015	33.1		
	39歳以下	275	20.8	247	20.0	239	19.3	231	19.0	240	20.0	--	--	101,156	22.8	7,271,596	26.5		
	加入率	21.0		19.6		19.6		19.2		20.1		25.6		22.1		22.3			
③ 医療費の状況	病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	126	0.3	8237	0.3		
	診療所数	3	2.3	3	2.4	3	2.4	3	2.5	3	2.5	3	2.5	1,147	2.7	102,599	3.7		
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合	病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	23,133	52.2	1,507,471	54.8		
	医師数	2	1.5	2	1.6	2	1.6	2	1.6	2	1.7	2	1.7	5,217	11.8	339,611	12.4		
⑤ 医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	外来患者数	738.8		746.1		710.0		752.9		750.4		760.2		691.5		687.8			
	入院患者数	17.0		16.1		14.8		13.1		17.3		22.7		17.6		17.7			
⑥ 医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	一人当たり医療費	312,235	県内46位 同規模191位	292,484	県内64位 同規模227位	293,770	県内54位 同規模212位	291,051	県内60位 同規模228位	366,811	県内18位 同規模132位	376,732		339,076		339,680			
	受診率	755.7		762.179		724.813		766.083		767.675		714.851		709.111		705.439			
⑦ 医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	外 来	58.9		60.3		59.7		63.0		61.3		56.3		61.1		60.4			
	入 院	41.1		39.7		40.3		35.0		38.7		43.7		38.9		39.6			
⑧ 医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	1件あたり入院日数	14.6日		14.2日		13.5日		13.5日		12.9日		16.4日		15.6日		15.7日			
	がん	49,364,870	22.7	36,683,960	19.0	42,948,000	22.9	43,652,250	22.2	59,876,760	26.8	31.3	30.8	32.2					
⑨ 医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	慢性腎不全(透析あり)	12,843,370	5.9	11,927,330	6.2	10,710,270	5.7	10,094,070	5.1	16,018,720	7.2	7.2	8.1	8.2					
	糖尿病	23,499,160	10.8	25,098,790	13.0	30,361,220	16.2	31,231,750	15.9	31,609,300	14.1	11.3	10.7	10.4					
⑩ 医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	高血圧症	23,197,190	10.6	19,637,250	10.2	19,116,230	10.2	20,403,550	10.4	18,243,830	8.2	6.6	6.1	5.9					
	脂質異常症	14,347,180	6.6	12,997,130	6.7	10,533,950	5.6	11,015,270	5.6	10,195,080	4.6	3.8	4.0	4.1					
⑪ 医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	脳梗塞・脳出血	18,190,060	8.3	5,919,630	3.1	11,833,890	6.3	13,872,790	7.0	10,611,250	4.7	3.9	3.9	3.9					
	狭心症・心筋梗塞	9,781,450	4.5	9,781,450	4.5	3,936,970	2.1	3,431,270	1.7	3,916,910	1.8	2.8	2.8	2.8					
⑫ 医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	精神	31,454,190	14.4	35,301,880	18.3	28,787,740	15.4	24,064,490	12.3	20,282,030	9.1	14.9	15.8	14.7					
	筋・骨格	32,051,690	14.7	35,854,190	18.6	28,135,510	15.0	37,765,120	19.2	52,229,540	23.4	17.3	17.2	16.7					
⑬ 医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	高血圧症	898	0.7	598	0.5	132	0.1	361	0.4	--	--	430	0.3	296	0.2	256	0.2		
	糖尿病	234	0.2	1,431	1.2	1,225	1.0	832	0.8	3,481	2.5	1,426	0.9	1,102	0.8	1,144	0.9		
⑭ 医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	脂質異常症	--	--	135	0.1	--	--	--	--	--	--	69	0.0	72	0.1	53	0.0		
	脳梗塞・脳出血	11,810	9.2	3,188	2.7	8,144	6.9	9,822	9.6	7,196	5.1	6,762	4.1	6,367	4.8	5,993	4.5		
⑮ 医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	虚血性心疾患	6,185	4.8	3,884	3.3	1,820	1.5	1,628	1.6	2,593	1.8	4,422	2.7	3,421	2.6	3,942	2.9		
	腎不全	618	0.5	1,133	1.0	1,172	1.0	97	0.1	1,453	1.0	4,755	2.9	3,574	2.7	4,051	3.0		
⑯ 医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	高血圧症	16,609	9.0	15,264	8.6	15,334	8.7	16,460	8.7	15,178	6.8	12,793	6.0	10,819	5.2	10,143	4.9		
	糖尿病	17,559	9.5	18,898	10.7	23,339	13.3	24,916	13.2	23,202	10.3	21,925	10.3	18,772	9.1	17,720	8.6		
⑰ 医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	脂質異常症	10,828	5.9	10,364	5.9	8,523	4.9	9,081	4.8	8,482	3.8	7,608	3.6	7,200	3.5	7,092	3.5		
	脳梗塞・脳出血	1,918	1.0	1,593	0.9	1,431	0.8	1,615	0.9	1,632	0.7	943	0.4	847	0.4	825	0.4		
⑱ 医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	虚血性心疾患	1,707	0.9	2,154	1.2	2,975	1.7	2,118	1.1	1,734	0.8	1,933	0.9	1,629	0.8	1,722	0.8		
	腎不全	10,391	5.6	9,938	5.6	7,783	4.4	8,992	4.4	16,880	7.5	16,719	7.9	16,616	8.0	15,781	7.7		
⑳ 医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	健診対象者 一人当たり	4,646		4,182		4,687		5,483		5,183		3,122		2,630		2,031			
	健診未受診者 一人当たり	8,911		8,794		8,813		8,965		10,883		12,911		12,517		13,295			
㉑ 医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	生活習慣病対象者 一人当たり	11,498		10,786		11,845		13,302		13,201		9,063		7,685		6,142			
	健診未受診者 一人当たり	22,051		22,860		22,272		21,748		27,717		37,482		36,574		40,210			
㉒ 医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	致診勧奨者	371	50.5	357	51.7	383	53.8	367	53.3	308	50.5	81,311	58.1	72,015	54.1	3,698,441	56.9		
	医療機関受診率 割合	333	45.3	331	48.0	342	48.0	339	49.3	285	46.7	75,037	52.2	64,673	48.6	3,375,719	51.9		
	医療機関非受診率	38	5.2	26	3.8	41	5.8	28	4.1	23	3.8	8,274	5.9	7,342	5.5	322,722	5.0		

項目	橋木村										同規模平均			長野県			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		R04年度		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
5 健診	健康受診者	735		690		712		688		610		139,850		133,077		6,503,152			
	受診率	77.1	県内位 同規模1位	77.0	県内位 同規模1位	80.1	県内位 同規模1位	78.0	県内位 同規模1位	71.3	県内位 同規模1位	44.7		42.6	全国10位	35.3			
	特定保健指導終了者(実施率)	47	74.6	45	76.3	52	82.5	63	82.9	0	0.0	2,678	16.0	1,613	11.1	69,327	9.0		
	非肥満高血糖	86	11.7	74	10.7	83	11.7	80	11.6	86	14.1	14,190	10.1	11,390	8.6	588,083	9.0		
	メタボ 状況	該当者	111	15.1	123	17.8	141	19.8	151	21.9	118	19.3	30,227	21.6	24,780	18.6	1,321,197	20.3	
		男性	72	21.5	85	26.6	93	26.6	110	32.6	84	28.2	21,300	32.1	17,658	28.7	923,222	32.0	
		女性	39	9.8	38	10.3	48	13.2	41	11.7	34	10.9	8,927	12.1	7,122	9.9	397,975	11.0	
		予備群	73	9.9	62	9.0	63	8.8	65	9.4	51	8.4	16,236	11.6	14,130	10.6	730,607	11.2	
	メタボ 状況	男性	54	16.1	44	13.8	47	13.5	51	15.1	39	13.1	11,464	17.3	10,309	16.8	515,813	17.9	
		女性	19	4.8	18	4.9	16	4.4	14	4.0	12	3.8	4,772	6.5	3,821	5.3	214,794	5.9	
		総数	208	28.3	204	29.6	227	31.9	240	34.9	186	30.5	51,122	36.6	43,543	32.7	2,273,296	35.0	
		男性	142	42.4	142	44.4	159	45.6	180	53.4	139	46.6	35,935	54.2	31,346	51.0	1,592,747	55.3	
	BMI 状況	女性	66	16.5	62	16.8	68	18.7	60	17.1	47	15.1	15,187	20.6	12,197	17.0	680,549	18.8	
		総数	40	5.4	40	5.8	34	4.8	40	5.8	27	4.4	8,128	5.8	6,003	4.5	304,276	4.7	
		男性	4	1.2	7	2.2	2	0.6	3	0.9	3	1.0	1,372	2.1	1,052	1.7	48,780	1.7	
		女性	36	9.0	33	8.9	32	8.8	37	10.5	24	7.7	6,756	9.2	4,951	6.9	255,496	7.1	
	6 問診	血糖のみ	3	0.4	3	0.4	4	0.6	4	0.6	2	0.3	963	0.7	778	0.6	41,541	0.6	
		血圧のみ	53	7.2	45	6.5	44	6.2	47	6.8	38	6.2	11,851	8.5	9,345	7.0	514,593	7.9	
		脂質のみ	17	2.3	14	2.0	15	2.1	14	2.0	11	1.8	3,422	2.4	4,007	3.0	174,473	2.7	
血糖・血圧		13	1.8	17	2.5	21	2.9	27	3.9	16	2.6	5,115	3.7	3,348	2.5	193,722	3.0		
血糖・脂質		6	0.8	7	1.0	7	1.0	10	1.5	8	1.3	1,475	1.1	1,356	1.0	67,212	1.0		
血圧・脂質		50	6.8	55	8.0	59	8.3	58	8.4	52	8.5	13,535	9.7	12,343	9.3	630,648	9.7		
血糖・血圧・脂質		42	5.7	44	6.4	54	7.6	56	8.1	42	6.9	10,102	7.2	7,733	5.8	429,615	6.6		
高血圧		293	39.9	257	37.3	282	39.6	276	40.1	236	38.7	55,201	39.5	45,928	34.5	2,324,538	35.8		
糖尿病		84	11.4	77	11.2	88	12.4	76	11.0	72	11.8	14,674	10.5	11,281	8.5	564,473	8.7		
脂質異常症		229	31.2	195	28.3	203	28.5	201	29.2	184	30.2	38,748	27.7	36,893	27.7	1,817,350	28.0		
脳卒中(脳出血・脳梗塞等)		43	6.4	33	4.9	36	5.1	37	5.4	32	5.2	4,389	3.3	4,027	3.2	199,003	3.1		
既往		47	7.0	42	6.2	43	6.1	48	7.0	33	5.4	8,295	6.2	6,912	5.4	349,845	5.5		
往		3	0.4	6	0.9	8	1.1	7	1.0	5	0.8	1,283	0.9	934	0.7	51,680	0.8		
歴		92	13.7	85	12.6	83	11.7	76	11.0	67	11.0	12,237	9.0	11,635	9.1	669,737	10.6		
喫煙		93	12.7	98	14.2	100	14.0	96	14.0	87	14.3	21,078	15.1	17,634	13.3	896,676	13.8		
週3回以上朝食を抜く		36	7.6	33	6.6	48	8.6	40	7.3	42	8.3	11,378	8.6	9,915	8.3	609,166	10.3		
週3回以上夕食を抜く(～H29)		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
週3回以上夜間前食(～H30～)		76	16.0	88	17.6	83	14.8	73	13.4	68	13.4	21,660	16.4	18,472	15.4	932,218	15.7		
週3回以上夜間前夕食		76	16.0	88	17.6	83	14.8	73	13.4	68	13.4	21,660	16.4	18,472	15.4	932,218	15.7		
食への満足が低い	92	19.3	108	21.6	112	19.9	105	19.2	111	21.9	35,108	26.4	29,609	24.7	1,590,713	26.8			
20歳時体重から10kg以上増加	138	29.1	156	31.2	188	33.3	178	32.7	169	33.3	47,632	35.8	38,246	31.8	2,083,152	34.9			
1回30分以上運動習慣なし	338	71.2	364	72.7	408	72.7	407	74.8	372	73.7	86,948	65.2	78,008	64.9	3,589,415	60.3			
1日1時間以上運動なし	188	39.5	230	45.9	263	47.0	279	51.6	258	51.2	62,532	46.9	54,220	45.2	2,853,913	48.0			
睡眠不足	144	30.3	150	29.9	164	29.2	144	26.4	152	30.0	32,230	24.3	29,805	24.9	1,521,685	25.6			
毎日飲酒	122	25.6	130	25.9	156	27.8	152	27.8	137	26.9	35,947	26.5	32,261	25.3	1,585,206	25.5			
時々飲酒	108	22.7	116	23.2	124	22.1	121	22.2	119	23.4	28,605	21.1	30,236	23.7	1,393,154	24.4			
1合未満	140	58.3	131	52.0	167	55.9	155	53.6	151	55.5	53,892	59.9	38,263	54.6	2,851,798	64.2			
1～2合	77	32.1	89	39.3	103	34.4	102	35.3	91	33.5	23,850	26.5	21,642	30.9	1,053,317	23.7			
2～3合	23	9.6	16	6.3	22	7.4	22	7.6	23	8.5	9,375	10.4	7,924	11.3	414,658	9.3			
3合以上	0	0.0	6	2.4	7	2.3	10	3.5	7	2.6	2,835	3.2	2,261	3.2	122,039	2.7			

①40～64歳(国保)

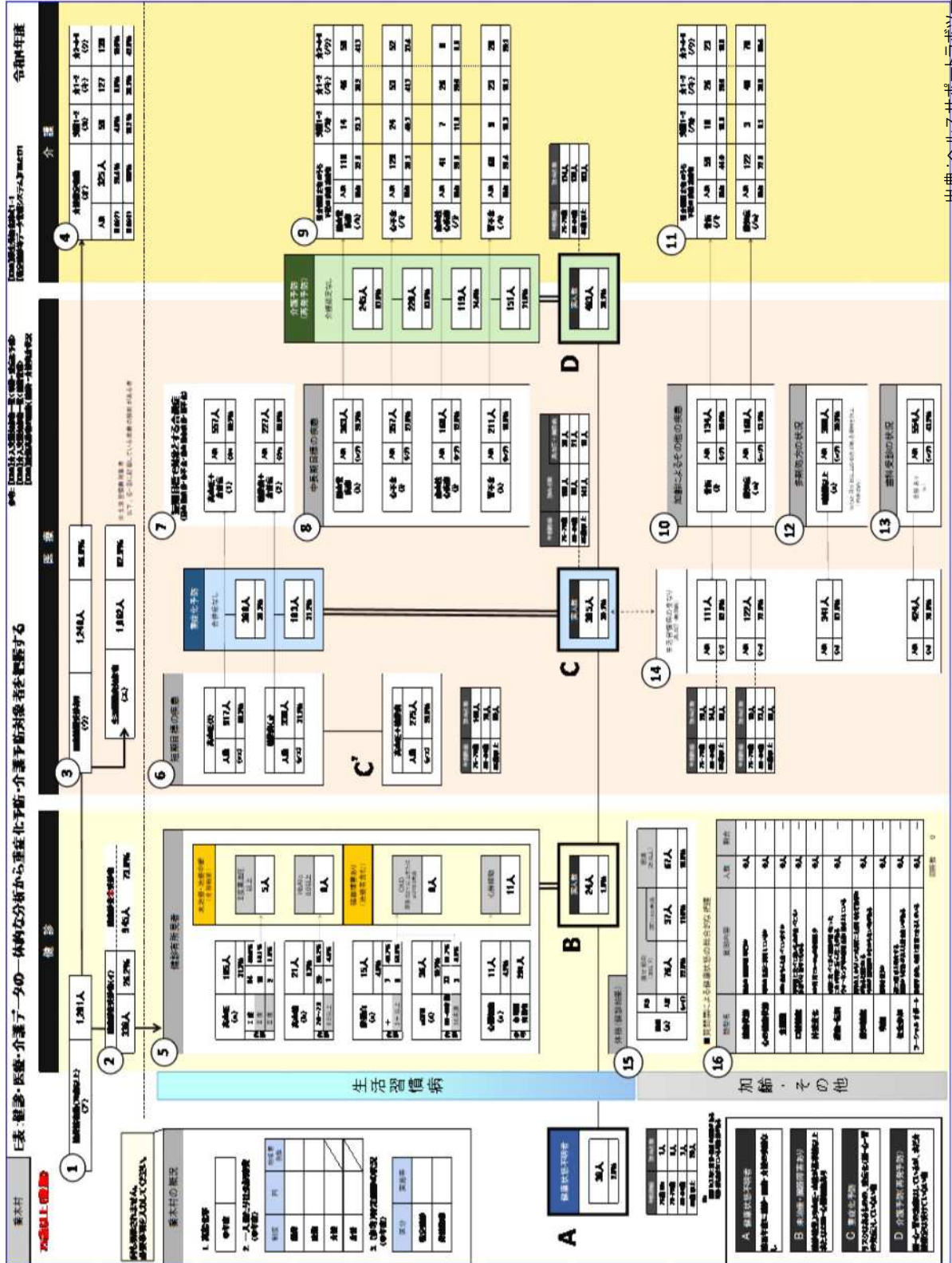


出典：ヘルスサポートラボツール



出典：ヘルスサポートラボソール

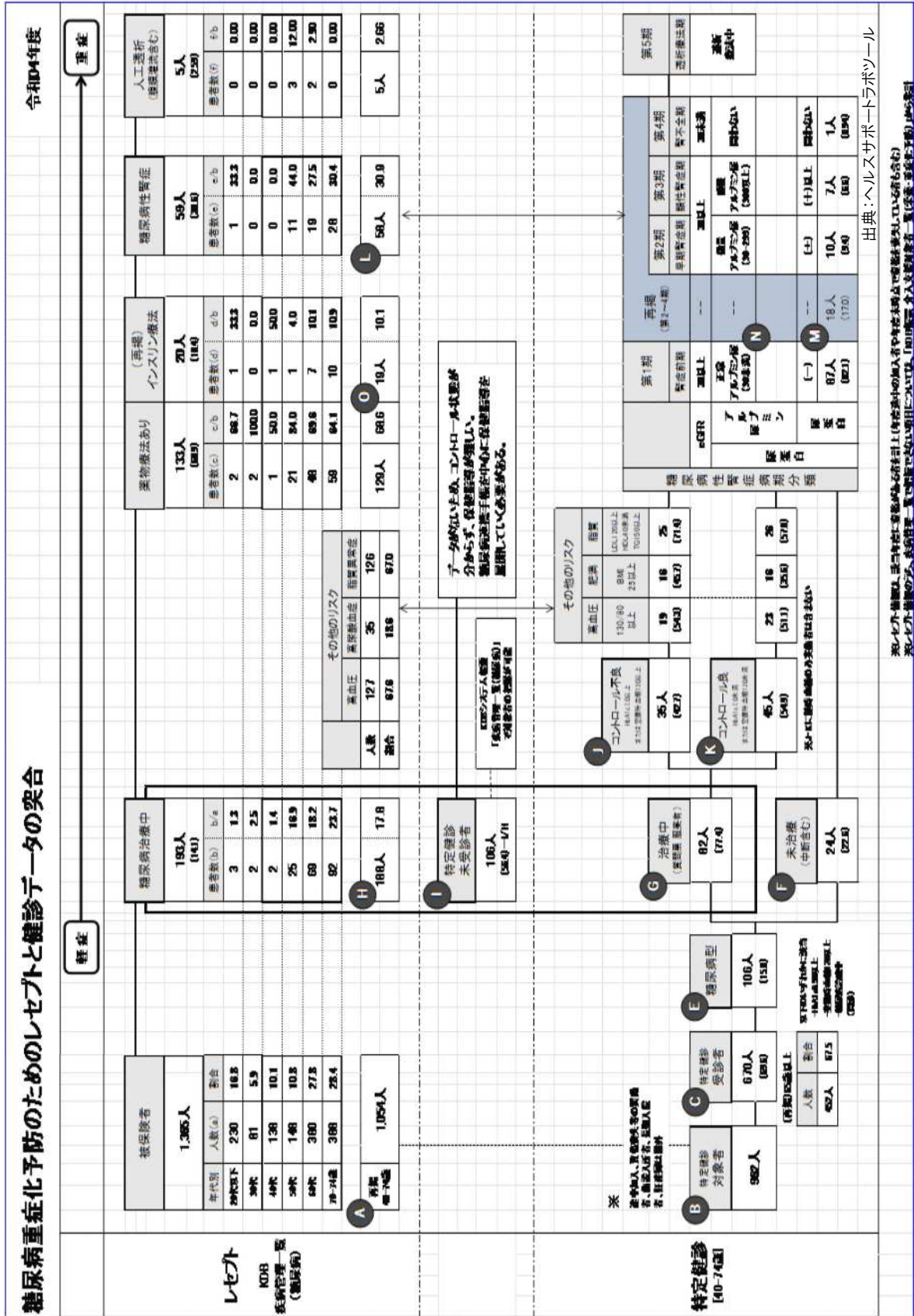
④75歳以上(後期)

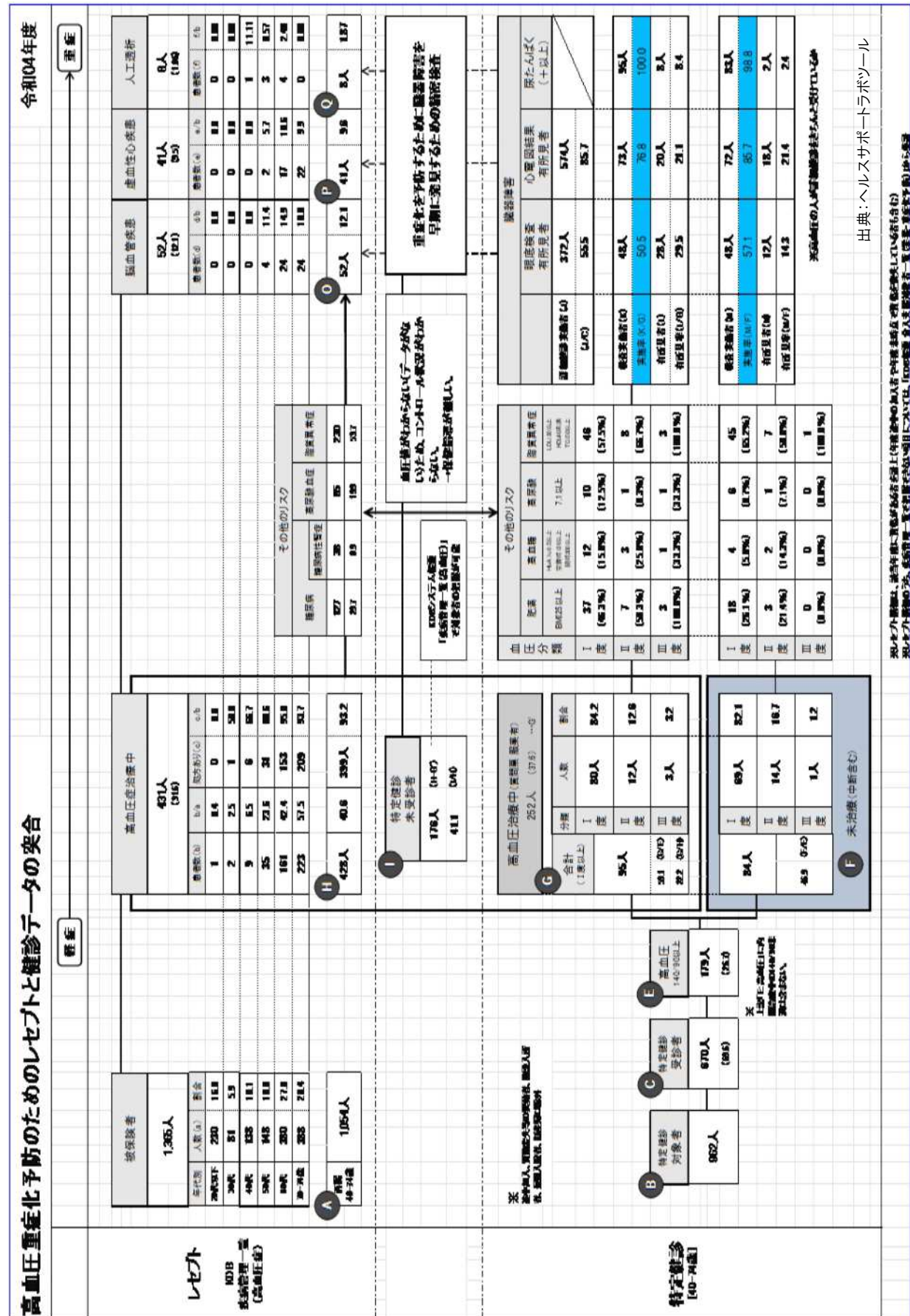


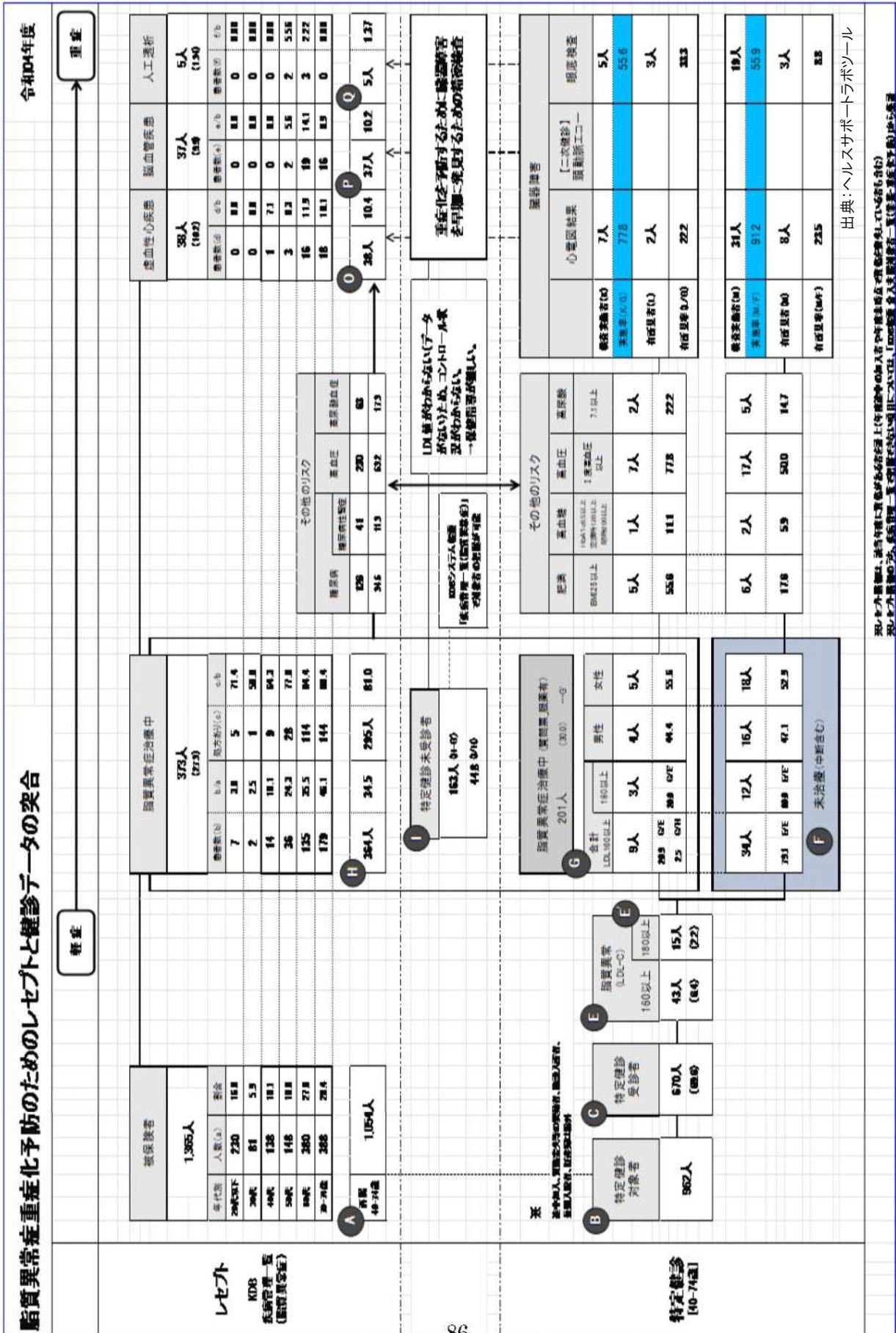
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	喬木村										同規模保険者(平均)				
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A	1,389人		1,322人		1,240人		1,230人		1,234人						
	② (再掲)40-74歳		1,084人		1,061人		991人		1,002人		996人						
2	① 対象者数	B	952人		895人		889人		881人		854人						
	② 特定健診 受診者数	C	750人		719人		735人		712人		669人						
	③ 受診率		78.8%		80.3%		82.7%		80.8%		78.3%						
3	① 特定保健指導 対象者数		54人		49人		58人		73人		49人						
	② 実施率		92.6%		91.8%		100.0%		90.4%								
4	健診データ	① 糖尿病型	E	106人	14.1%	101人	14.0%	109人	14.8%	107人	15.0%	106人	15.8%				
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	20人	18.9%	20人	19.8%	20人	18.3%	30人	28.0%	24人	22.6%				
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	86人	81.1%	81人	80.2%	89人	81.7%	77人	72.0%	82人	77.4%				
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖150以上	J	25人		26人		26人		31人		35人		42.7%			
		⑤ 血圧 130/80以上		16人		14人		14人		17人		19人		54.3%			
		⑥ 肥満 BMI25以上	K	9人		8人		11人		17人		16人		45.7%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖150未満		61人		55人		63人		46人		59.7%		47人		57.3%	
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	78人		71人		77人		82人		87人		82.1%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		15人		17人		17人		12人		11人		9.4%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		12人		11人		12人		10人		9.3%		7人		6.6%	
		⑪ 第4期 eGFR30未満		1人		1人		1人		0人		0.0%		1人		0.9%	
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		100.1人		101.4人		91.1人		108.9人		104.5人					
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		128.2人		123.5人		112.0人		131.7人		127.5人					
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は再掲千対	H	971件 (924.8)		858件 (865.8)		881件 (883.7)		924件 (940.9)		901件 (936.6)		319,711件 (930.6)			
		④ 入院外(件数) 入院(件数)		1件 (1.0)		5件 (5.0)		4件 (4.0)		4件 (4.1)		5件 (5.2)		1,521件 (4.4)			
		⑤ 糖尿病治療中	I	139人		134人		113人		134人		129人		10.5%			
		⑥ (再掲)40-74歳		139人		131人		111人		132人		127人		12.8%			
		⑦ 健診未受診者	O	53人		45人		22人		55人		45人		35.4%			
		⑧ インスリン治療		6人		9人		8人		13人		10人		7.8%			
		⑨ (再掲)40-74歳	L	6人		8人		8人		13人		10人		7.9%			
		⑩ 糖尿病性腎症		45人		36人		30人		39人		36人		27.9%			
		⑪ (再掲)40-74歳	45人		36人		30人		38人		36人		28.3%				
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人		1人		2人		2人		2人		1.6%			
		⑬ (再掲)40-74歳		1人		1人		2人		2人		2人		1.6%			
		⑭ 新規透析患者数		0		2		1		0		1		0.8%			
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0		1		0		0		1		0.8%			
		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)		5人		4人		5人		4人		3人		1.3%			
6	医療費	① 総医療費		4億1371万円		3億6209万円		3億6310万円		3億5305万円		4億4091万円		6億7051万円			
		② 生活習慣病総医療費		2億1791万円		1億9296万円		1億8743万円		1億9641万円		2億2365万円		3億5898万円			
		③ (総医療費に占める割合)		52.7%		53.3%		51.6%		55.6%		50.7%		53.5%			
		④ 生活習慣病対象者 一人あたり	L	11,498円		10,786円		11,845円		13,302円		13,201円		9,063円			
		⑤ 健診未受診者		22,051円		22,680円		22,272円		21,748円		27,717円		37,482円			
		⑥ 糖尿病医療費		2350万円		2510万円		3036万円		3123万円		3161万円		4061万円			
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.8%		13.0%		16.2%		15.9%		14.1%		11.3%			
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		6215万円		5791万円		6057万円		6142万円		6293万円					
		⑨ 1件あたり		33,272円		34,288円		37,388円		36,843円		38,164円					
		⑩ 糖尿病入院総医療費		5822万円		5019万円		3697万円		4107万円		4461万円					
		⑪ 1件あたり		831,771円		651,871円		684,605円		641,682円		731,245円					
		⑫ 在院日数		19日		22日		19日		20日		19日					
		⑬ 慢性腎不全医療費		1389万円		1371万円		1107万円		1029万円		1609万円		2783万円			
		⑭ 透析有り		1284万円		1193万円		1071万円		1009万円		1602万円		2567万円			
		⑮ 透析なし		105万円		178万円		36万円		20万円		7万円		216万円			
7	介護	① 介護給付費		6億3367万円		6億2886万円		6億5331万円		7億0978万円		7億2440万円		8億6719万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症		0件		0件		0件		1件		1件		33.3%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		1人		0人		0人		1人		1人		622人		1.0%	

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合







参考資料7 HbA1Cの年次比較

HbA1cの年次比較																	
	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病									
				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	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	705	253	35.9%	284	40.3%	104	14.8%	33	4.7%	23	3.3%	8	1.1%	14	2.0%	7	1.0%
H30	698	307	44.0%	244	35.0%	85	12.2%	42	6.0%	14	2.0%	6	0.9%	12	1.7%	4	0.6%
R01	667	301	45.1%	219	32.8%	96	14.4%	25	3.7%	19	2.8%	7	1.0%	11	1.6%	6	0.9%
R02	679	256	37.7%	244	35.9%	116	17.1%	37	5.4%	22	3.2%	4	0.6%	10	1.5%	3	0.4%
R03	649	245	37.8%	229	35.3%	105	16.2%	37	5.7%	27	4.2%	6	0.9%	17	2.6%	5	0.8%
R04	639	231	36.2%	235	36.8%	104	16.3%	32	5.0%	30	4.7%	7	1.1%	18	2.8%	5	0.8%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすい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
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	再掲	
H29	705	253	284	104	64	23	41			
		35.9%	40.3%	14.8%	9.1%	35.9%	64.1%	4.4%	9.1%	
H30	698	307	244	85	62	17	45			
		44.0%	35.0%	12.2%	8.9%	27.4%	72.6%	2.0%	8.9%	
R01	667	301	219	96	51	11	40			
		45.1%	32.8%	14.4%	7.6%	21.6%	78.4%	3.9%	7.6%	
R02	679	256	244	116	63	15	48			
		37.7%	35.9%	17.1%	9.3%	23.8%	76.2%	3.8%	9.3%	
R03	649	245	229	105	70	19	51			
		37.8%	35.3%	16.2%	10.8%	27.1%	72.9%	5.1%	10.8%	
R04	639	231	235	104	69	17	52			
		36.2%	36.8%	16.3%	10.8%	24.6%	75.4%	5.8%	10.8%	

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病											
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防の ための目標		最低限達成が 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	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	79	11.2%	0	0.0%	6	7.6%	32	40.5%	19	24.1%	15	19.0%	7	8.9%	12	15.2%	6	7.6%
	H30	83	11.9%	2	2.4%	14	16.9%	22	26.5%	28	33.7%	11	13.3%	6	7.2%	10	12.0%	4	4.8%
	R01	76	11.4%	1	1.3%	7	9.2%	28	36.8%	20	26.3%	16	21.1%	4	5.3%	8	10.5%	4	5.3%
	R02	84	12.4%	1	1.2%	11	13.1%	24	28.6%	28	33.3%	17	20.2%	3	3.6%	7	8.3%	2	2.4%
	R03	71	10.9%	2	2.8%	4	5.6%	14	19.7%	23	32.4%	24	33.8%	4	5.6%	15	21.1%	3	4.2%
R04	79	12.4%	3	3.8%	3	3.8%	21	26.6%	21	26.6%	26	32.9%	5	6.3%	15	19.0%	3	3.8%	
治療なし	H29	626	88.8%	253	40.4%	278	44.4%	72	11.5%	14	2.2%	8	1.3%	1	0.2%	2	0.3%	1	0.2%
	H30	615	88.1%	305	49.6%	230	37.4%	63	10.2%	14	2.3%	3	0.5%	0	0.0%	2	0.3%	0	0.0%
	R01	591	88.6%	300	50.8%	212	35.9%	68	11.5%	5	0.8%	3	0.5%	3	0.5%	3	0.5%	2	0.3%
	R02	595	87.6%	255	42.9%	233	39.2%	92	15.5%	9	1.5%	5	0.8%	1	0.2%	3	0.5%	1	0.2%
	R03	578	89.1%	243	42.0%	225	38.9%	91	15.7%	14	2.4%	3	0.5%	2	0.3%	2	0.3%	2	0.3%
R04	560	87.6%	228	40.7%	232	41.4%	83	14.8%	11	2.0%	4	0.7%	2	0.4%	3	0.5%	2	0.4%	

出典：ヘルスサポートラボツール

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	725	199	27.4%	118	16.3%	240	33.1%	140	19.3%	25	3.4%	3	0.4%
H30	731	209	28.6%	122	16.7%	244	33.4%	121	16.6%	29	4.0%	6	0.8%
R01	688	219	31.8%	107	15.6%	202	29.4%	130	18.9%	30	4.4%	0	0.0%
R02	710	217	30.6%	105	14.8%	223	31.4%	139	19.6%	21	3.0%	5	0.7%
R03	683	190	27.8%	119	17.4%	193	28.3%	159	23.3%	20	2.9%	2	0.3%
R04	667	182	27.3%	125	18.7%	181	27.1%	149	22.3%	26	3.9%	4	0.6%

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

重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I度 高血圧	II度高血圧以上			再掲	再III度高血圧	未治療	治療	割合			
					人数	割合	人数						割合	人数	割合
H29	725	317 43.7%	240 33.1%	140 19.3%	28	3.9%	12	42.9%	16	57.1%	3.9%				
					3	0.4%	1	33.3%	2	66.7%	0.4%				
H30	731	331 45.3%	244 33.4%	121 16.6%	35	4.8%	20	57.1%	15	42.9%	4.8%				
					6	0.8%	5	83.3%	1	16.7%	0.8%				
R01	688	326 47.4%	202 29.4%	130 18.9%	30	4.4%	14	46.7%	16	53.3%	4.4%				
					0	0.0%	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0.0%				
R02	710	322 45.4%	223 31.4%	139 19.6%	26	3.7%	13	50.0%	13	50.0%	3.7%				
					5	0.7%	2	40.0%	3	60.0%	0.7%				
R03	683	309 45.2%	193 28.3%	159 23.3%	22	3.2%	10	45.5%	12	54.5%	3.2%				
					2	0.3%	2	100.0%	0	0.0%	0.3%				
R04	667	307 46.0%	181 27.1%	149 22.3%	30	4.5%	15	50.0%	15	50.0%	4.5%				
					4	0.6%	1	25.0%	3	75.0%	0.6%				

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	294	40.6%	37	12.6%	51	17.3%	105	35.7%	85	28.9%	14	4.8%	2	0.7%
	H30	292	39.9%	40	13.7%	50	17.1%	113	38.7%	74	25.3%	14	4.8%	1	0.3%
	R01	257	37.4%	48	18.7%	40	15.6%	87	33.9%	66	25.7%	16	6.2%	0	0.0%
	R02	281	39.6%	39	13.9%	53	18.9%	105	37.4%	71	25.3%	10	3.6%	3	1.1%
	R03	273	40.0%	36	13.2%	47	17.2%	90	33.0%	88	32.2%	12	4.4%	0	0.0%
	R04	252	37.8%	33	13.1%	51	20.2%	73	29.0%	80	31.7%	12	4.8%	3	1.2%
治療なし	H29	431	59.4%	162	37.6%	67	15.5%	135	31.3%	55	12.8%	11	2.6%	1	0.2%
	H30	439	60.1%	169	38.5%	72	16.4%	131	29.8%	47	10.7%	15	3.4%	5	1.1%
	R01	431	62.6%	171	39.7%	67	15.5%	115	26.7%	64	14.8%	14	3.2%	0	0.0%
	R02	429	60.4%	178	41.5%	52	12.1%	118	27.5%	68	15.9%	11	2.6%	2	0.5%
	R03	410	60.0%	154	37.6%	72	17.6%	103	25.1%	71	17.3%	8	2.0%	2	0.5%
	R04	415	62.2%	149	35.9%	74	17.8%	108	26.0%	69	16.6%	14	3.4%	1	0.2%

出典：ヘルスサポートラボツール

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	725	396	54.6%	184	25.4%	101	13.9%	30	4.1%	14	1.9%
	H30	731	374	51.2%	187	25.6%	116	15.9%	35	4.8%	19	2.6%
	R01	688	348	50.6%	181	26.3%	110	16.0%	34	4.9%	15	2.2%
	R02	710	357	50.3%	183	25.8%	108	15.2%	40	5.6%	22	3.1%
	R03	683	349	51.1%	193	28.3%	87	12.7%	34	5.0%	20	2.9%
R04	668	375	56.1%	177	26.5%	73	10.9%	28	4.2%	15	2.2%	
男性	H29	319	185	58.0%	72	22.6%	40	12.5%	16	5.0%	6	1.9%
	H30	333	182	54.7%	76	22.8%	57	17.1%	12	3.6%	6	1.8%
	R01	319	170	53.3%	84	26.3%	41	12.9%	20	6.3%	4	1.3%
	R02	349	185	53.0%	91	26.1%	48	13.8%	16	4.6%	9	2.6%
	R03	333	176	52.9%	94	28.2%	37	11.1%	18	5.4%	8	2.4%
R04	327	194	59.3%	85	26.0%	28	8.6%	12	3.7%	8	2.4%	
女性	H29	406	211	52.0%	112	27.6%	61	15.0%	14	3.4%	8	2.0%
	H30	398	192	48.2%	111	27.9%	59	14.8%	23	5.8%	13	3.3%
	R01	369	178	48.2%	97	26.3%	69	18.7%	14	3.8%	11	3.0%
	R02	361	172	47.6%	92	25.5%	60	16.6%	24	6.6%	13	3.6%
	R03	350	173	49.4%	99	28.3%	50	14.3%	16	4.6%	12	3.4%
R04	341	181	53.1%	92	27.0%	45	13.2%	16	4.7%	7	2.1%	

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
 重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲
					再)180以上	未治療	治療	
H29	725	396	184	101	44	32	12	6.1%
		54.6%	25.4%	13.9%	6.1%	72.7%	27.3%	
H30	731	374	187	116	54	42	12	7.4%
		51.2%	25.6%	15.9%	7.4%	77.8%	22.2%	
R01	688	348	181	110	49	41	8	7.1%
		50.6%	26.3%	16.0%	7.1%	83.7%	16.3%	
R02	710	357	183	108	62	52	10	8.7%
		50.3%	25.8%	15.2%	8.7%	83.9%	16.1%	
R03	683	349	193	87	54	45	9	7.9%
		51.1%	28.3%	12.7%	7.9%	83.3%	16.7%	
R04	668	375	177	73	43	34	9	6.4%
		56.1%	26.5%	10.9%	6.4%	79.1%	20.9%	

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	215	29.7%	149	69.3%	41	19.1%	13	6.0%	8	3.7%	4	1.9%
	H30	229	31.3%	143	62.4%	51	22.3%	23	10.0%	6	2.6%	6	2.6%
	R01	194	28.2%	126	64.9%	43	22.2%	17	8.8%	5	2.6%	3	1.5%
	R02	202	28.5%	130	64.4%	45	22.3%	17	8.4%	6	3.0%	4	2.0%
	R03	199	29.1%	123	61.8%	49	24.6%	18	9.0%	6	3.0%	3	1.5%
R04	201	30.1%	143	71.1%	40	19.9%	9	4.5%	6	3.0%	3	1.5%	
治療なし	H29	510	70.3%	247	48.4%	143	28.0%	88	17.3%	22	4.3%	10	2.0%
	H30	502	68.7%	231	46.0%	136	27.1%	93	18.5%	29	5.8%	13	2.6%
	R01	494	71.8%	222	44.9%	138	27.9%	93	18.8%	29	5.9%	12	2.4%
	R02	508	71.5%	227	44.7%	138	27.2%	91	17.9%	34	6.7%	18	3.5%
	R03	484	70.9%	226	46.7%	144	29.8%	69	14.3%	28	5.8%	17	3.5%
R04	467	69.9%	232	49.7%	137	29.3%	64	13.7%	22	4.7%	12	2.6%	

出典：ヘルスサポートラボツール

項目		自：齋木村 園：飯伊園域 県：長野県		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										
				①～⑦：共通情報 ⑧～⑩：共通評価指標																			
⑧ ⑩	特定健診受診率	総数	自	731	76.8	688	76.9	710	79.9	683	77.5	647	76.8										
			園	11,729	48.0	11,539	48.6	9,691	41.1	10,920	47.3	10,658	49.0										
		県	153,815	46.9	148,217	46.8	130,662	41.5	138,936	45.3	135,020	46.5											
		男性	総数	自	333	71.3	319	72.0	349	77.9	333	74.7	317	72.5									
				園	5,306	44.6	5,213	44.9	4,417	38.1	5,083	44.7	4,930	46.0									
			県	67,965	42.8	65,674	42.8	57,988	38.0	61,791	41.5	60,245	42.8										
			年代別割合	自	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59							
				園	464	758	500	640	552	667	742	577	700	690	750	645	600	621	806	601	581	655	658
				県	373	374	372	379	378	346	379	379	247	254	276	295	389	374	380	391	388	377	386
		県		251	250	285	315	267	258	288	324	211	224	247	274	252	264	286	314	270	268	290	324
		自	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74
		園	708	711	812	725	696	810	813	774	838	780	759	785	814	743	831	814	743	831	814	743	831
県	460	480	468	419	503	478	344	437	434	435	406	465	445	515	479	445	515	479	445	515	479		
県	391	484	524	384	482	517	337	433	464	379	469	494	397	488	510	397	488	510	397	488	510		
女性	総数	自	398	82.1	369	81.6	361	81.9	350	80.5	330	79.3											
		園	6,423	51.2	6,326	52.2	5,274	44.0	5,837	49.8	5,728	51.8											
	県	85,850	50.8	82,543	50.6	72,674	44.8	77,145	48.9	74,775	50.1												
	年代別割合	自	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59	40-44	45-49	50-54	55-59									
		園	636	760	545	781	500	792	500	655	692	792	750	762	733	842	750	714	500	750	778	810	
		県	399	418	428	509	421	419	434	486	295	312	322	405	431	439	427	467	439	416	432	456	
県		313	312	356	423	306	321	352	417	265	267	302	358	309	318	348	405	323	335	354	410		
自	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74	60-64	65-69	70-74		
園	624	849	864	824	852	874	764	845	849	756	827	820	695	851	818	695	851	818	695	851	818		
県	545	554	507	474	584	513	436	502	456	537	556	488	544	574	520	493	548	520	493	548	520		
県	493	559	571	492	557	568	429	490	511	471	535	542	493	548	568	493	548	568	493	548	568		

出典：長野県計画支援ツール

項目	自：喬木村 圏：飯伊圏域 県：長野県																				
	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		
①～⑦：共通情報 ①～⑤：共通評価指標	各種検査項目の有所見率 ⑨	空腹時血糖	総数	自		139	18.9	160	23.2	160	22.5	141	20.9	135	20.6	139	20.6	135	20.6	135	20.6
				圏		2,594	22.0	2,855	24.7	1,657	17.1	2,329	21.5	2,239	21.0	2,239	21.0	2,239	21.0	2,239	21.0
				県		37,802	24.5	37,688	25.4	33,240	25.4	35,779	25.9	33,908	25.1	33,908	25.1	33,908	25.1	33,908	25.1
			男性	総数	自		83	24.8	94	29.4	90	25.8	79	25.8	74	23.0	74	23.0	74	23.0	
					圏		1,492	28.0	1,622	31.0	975	22.0	1,335	26.5	1,274	25.8	1,274	25.8			
				県		21,379	31.4	21,279	32.3	18,553	32.0	19,946	32.5	19,163	31.8	19,163	31.8				
			女性	総数	自		56	14.0	66	17.8	70	19.3	62	18.0	61	18.3	61	18.3			
					圏		1,102	17.1	1,233	19.4	682	12.9	994	17.2	965	16.8	965	16.8			
				県		16,423	19.1	16,409	19.9	14,687	20.9	15,833	20.7	14,745	19.7	14,745	19.7				
			収縮期血圧	各種検査項目の有所見率 ⑨	総数	自		321	43.7	280	40.6	316	44.4	302	44.8	291	44.4	291	44.4		
						圏		4,621	39.2	4,447	38.4	4,600	47.3	4,758	47.3	4,579	42.9	4,579	42.9		
						県		64,697	42.0	62,256	41.9	60,044	45.9	61,858	44.8	59,258	43.8	59,258	43.8		
					男性	総数	自		159	47.5	137	42.8	156	44.7	154	46.8	140	43.5	140	43.5	
							圏		2,255	42.3	2,164	41.3	2,228	50.4	2,380	47.3	2,243	45.4	2,243	45.4	
						県		30,585	44.9	29,477	44.8	28,235	48.6	28,865	47.1	27,423	45.4	27,423	45.4		
女性	総数	自			162	40.5	143	38.6	160	44.1	148	42.9	151	45.3	151	45.3					
		圏			2,366	36.7	2,283	36.0	2,372	44.8	2,378	41.0	2,336	40.7	2,336	40.7					
	県				34,112	39.7	32,779	39.7	31,809	43.7	32,993	43.0	31,835	42.5	31,835	42.5					
拡張期血圧	各種検査項目の有所見率 ⑨	総数			自		159	21.6	130	18.8	155	21.8	149	22.1	150	22.9	150	22.9			
					圏		2,503	21.2	2,414	20.8	2,430	25.0	2,667	24.6	2,578	24.1	2,578	24.1			
					県		30,845	20.0	30,073	20.3	28,885	22.1	30,841	22.4	29,971	22.2	29,971	22.2			
		男性			総数	自		89	26.6	75	23.4	85	24.4	97	29.5	85	26.4	85	26.4		
						圏		1,435	26.9	1,376	26.3	1,340	30.3	1,568	31.2	1,510	30.5	1,510	30.5		
					県		17,172	25.2	16,704	25.4	15,740	27.1	16,752	27.1	16,275	25.0	16,275	25.0			
		女性	総数	自		70	17.5	55	14.9	70	19.3	52	15.1	65	19.5	65	19.5				
				圏		1,068	16.6	1,038	16.4	1,090	20.6	1,099	19.0	1,068	18.6	1,068	18.6				
			県		13,673	15.9	13,369	16.2	13,145	18.1	14,089	18.4	13,696	18.3	13,696	18.3					
		HDL コレステロール	各種検査項目の有所見率 ⑨	総数	自		36	4.9	39	5.7	43	6.0	41	6.1	38	5.8	38	5.8			
					圏		504	4.3	461	4.0	350	3.6	426	3.9	431	4.0	431	4.0			
					県		7,318	4.7	6,803	4.6	5,919	4.5	6,306	4.6	5,903	4.4	5,903	4.4			
				男性	総数	自		27	8.1	30	9.4	33	9.5	32	9.7	28	8.7	28	8.7		
						圏		402	7.5	364	7.0	287	6.5	346	6.9	353	7.1	353	7.1		
					県		5,780	8.5	5,357	8.1	4,683	8.1	5,066	8.3	4,695	7.8	4,695	7.8			
女性	総数			自		9	2.3	9	2.4	10	2.8	9	2.6	10	3.0	10	3.0				
				圏		102	1.6	97	1.5	63	1.2	80	1.4	78	1.4	78	1.4				
	県			1,538	1.8	1,446	1.7	1,236	1.7	1,240	1.6	1,208	1.6	1,208	1.6						
LDL コレステロール	各種検査項目の有所見率 ⑨			総数	自		358	48.7	340	49.3	353	49.6	329	48.8	279	42.6	279	42.6			
					圏		5,887	49.9	6,080	52.5	4,932	50.8	5,632	52.0	5,343	50.0	5,343	50.0			
					県		81,284	52.8	80,082	53.9	69,031	52.8	72,888	52.8	67,725	50.1	67,725	50.1			
				男性	総数	自		152	45.4	149	46.6	164	47.0	155	47.1	126	39.1	126	39.1		
						圏		2,419	45.3	2,549	48.7	1,984	44.8	2,416	48.0	2,263	45.8	2,263	45.8		
					県		32,467	47.7	32,260	49.0	27,735	47.8	29,622	48.3	27,426	45.5	27,426	45.5			
		女性	総数	自		206	51.5	191	51.6	189	52.1	174	50.4	153	45.9	153	45.9				
				圏		3,468	53.8	3,531	55.6	2,948	55.7	3,216	55.5	3,080	53.6	3,080	53.6				
			県		48,817	56.8	47,822	57.9	41,296	56.8	43,266	56.4	40,299	53.8	40,299	53.8					

出典：長野県計画支援ツール

項目				自：喬木村 圏：飯伊圏域 県：長野県															
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度							
①～⑦：共通情報 ⑧～⑯：共通評価指標				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合						
医療費分析	⑭	高額レセプト (80万円以上) の状況	総数 (80万円以上)	件数	自 76	圏 1,735	県 24,181	73	1,775	24,591	77	1,854	61	1,914	96	1,865	25,721		
				医療費	自 109,798,120	圏 2,401,629,410	県 33,954,886,410	87,614,910	2,441,614,420	34,564,456,280	104,461,040	2,611,429,920	35,604,208,850	84,660,660	2,783,401,620	37,631,701,530	145,771,560	2,659,413,990	37,243,674,620
			脳血管疾患主病	件数	自 9	圏 149	県 2,086	5	184	1,834	6	164	2,081	8	137	4	138	1,873	
				医療費	自 14,779,120	圏 199,656,290	県 2,858,398,130	13.5	7,153,250	8.2	7,393,250	7.1	8,533,480	10.1	5,749,480	3.9	5,749,480	7.8	207,896,100
			虚血性心疾患主病	件数	自 4	圏 53	県 927	2	62	873	0	42	858	1	60	1	28	679	
				医療費	自 7,014,690	圏 75,246,670	県 1,452,581,430	6.4	3,640,200	4.2	67,159,780	2.6	100,202,880	3.6	47,928,950	1.8	2,175,930	1.8	47,928,950
	⑮	人工透析者の 医療費	人工透析レセプト件数	自 37	圏 1,547	県 19,481	33	1,461	19,622	39	1,463	19,584	41	1,425	66	1,466	19,932		
			人工透析医療費 (総医療費に占める割合)	自 18,216,710	圏 761,534,110	県 8,983,777,250	4.4	13,687,290	3.8	16,318,490	4.5	16,967,800	4.8	29,017,100	6.6	29,017,100	6.6	708,743,010	6.9
	介護	⑯	要介護(要支援) 認定率	1号認定認定率	自 16.0	圏 18.7	県 18.0	16.0	18.8	18.2	16.4	18.4	18.2	17.5	18.2	17.7	16.9	17.8	
				2号認定認定率	自 0.1	圏 0.3	県 0.3	0.1	0.3	0.3	0.1	0.3	0.3	0.1	0.3	0.2	0.3	0.3	
				3号認定認定率	自 0.3	圏 0.3	県 0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
		⑰	介護給付費	給付費総額	自 633,669,750	圏 16,662,972,142	県 179,048,179,364	628,857,837	16,867,441,918	182,286,417,449	653,307,025	17,031,846,630	185,738,106,292	709,784,346	17,266,886,512	187,274,951,627	724,403,023	17,111,011,982	186,555,887,417
一件当たり給付費				自 62,808	圏 62,057	県 62,215	61,322	62,418	62,530	61,085	63,728	63,476	61,909	63,596	63,158	64,581	62,775	62,434	
介護給付費				自 633,669,750	圏 16,662,972,142	県 179,048,179,364	628,857,837	16,867,441,918	182,286,417,449	653,307,025	17,031,846,630	185,738,106,292	709,784,346	17,266,886,512	187,274,951,627	724,403,023	17,111,011,982	186,555,887,417	

出典：長野県計画支援ツール