

鮫川村国民健康保険 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



令和6年3月
鮫川村国民健康保険

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) 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)39

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

第4章 課題解決するための個別保健事業47

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. 虚血性心疾患重症化予防
4. 脳血管疾患重症化予防

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し79

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80

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料81

その他 参考資料95

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

このような国の動きや本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和その方向性を示すもの

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

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

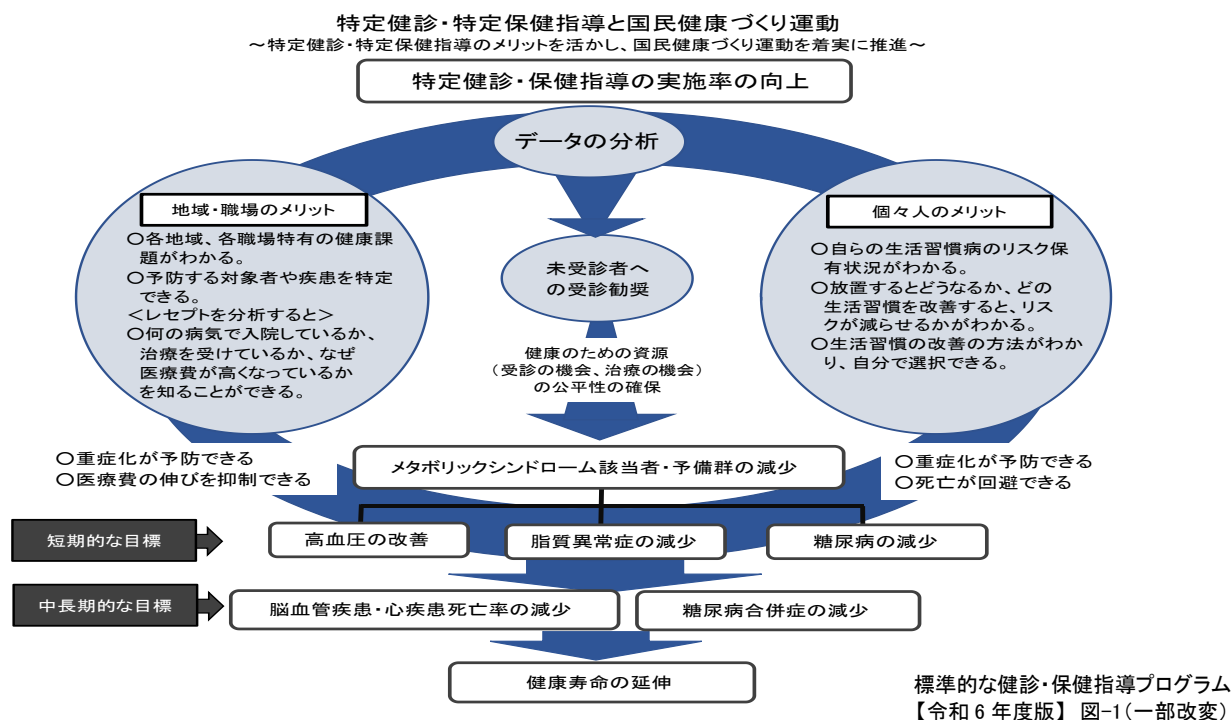
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

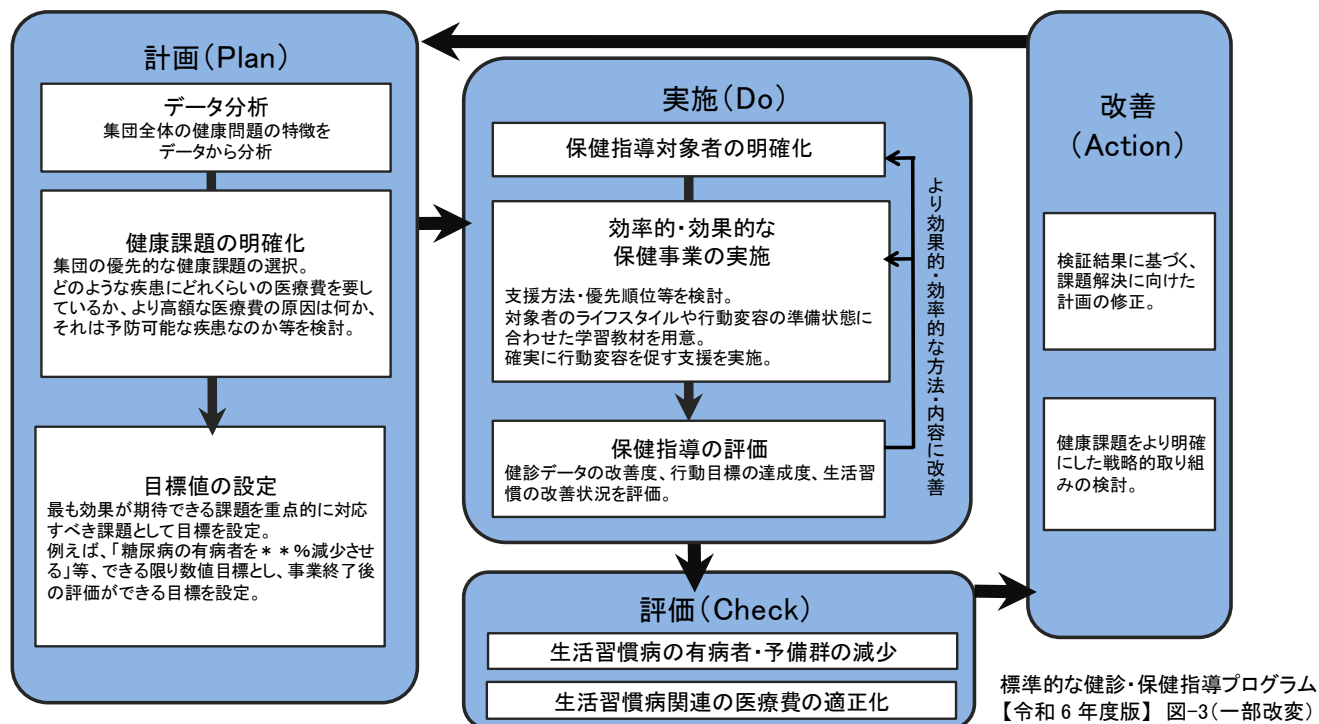
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法					
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康調査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高橋法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な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

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



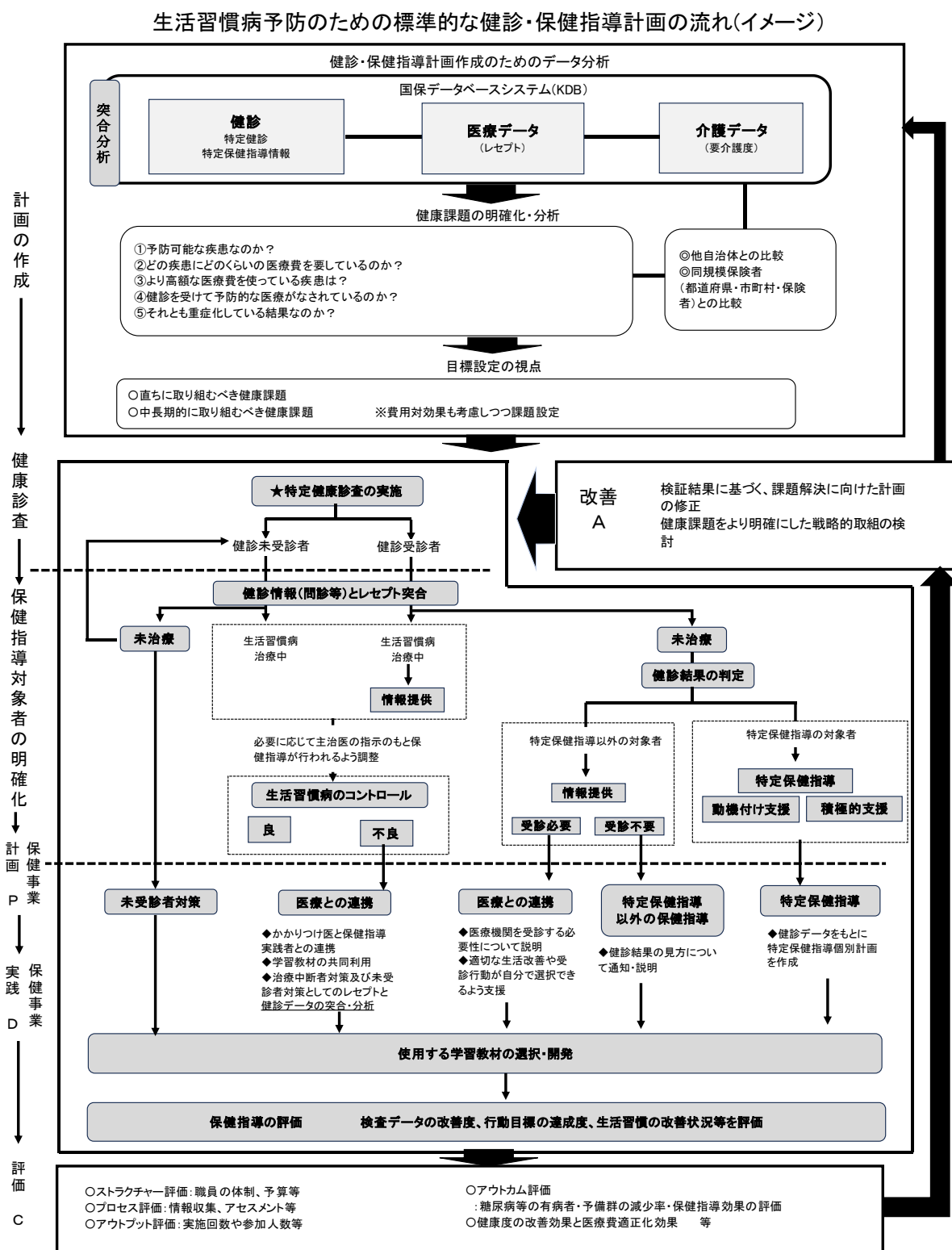
注) プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

図表 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
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につなげる保健指導を行う
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	行動変容を促す手法	健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を積み解くとともに、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) 村国保の役割

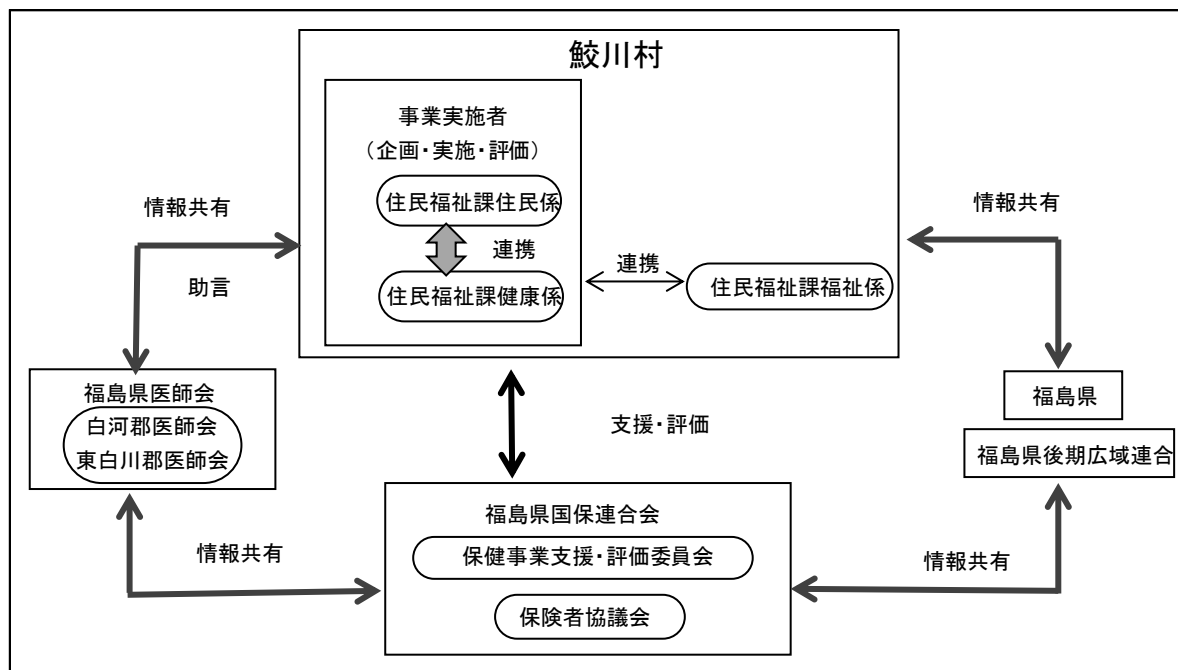
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計

画に反映させます。

具体的には、住民福祉課住民係、住民福祉課健康係、住民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 鮫川村の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

図表7 保健事業体制と主な保健事業の分担

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

	保 (健康係長)	保	管栄	事	事	事 (住民係長)
国保事務						◎
健康診査 がん検診 歯周病検診		○	○		◎	
特定保健指導			◎			
国保重症化予防 保健指導		◎	○			
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	◎	○	○			
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			◎			

保健事業分担においては、業務分担制となっており、保健指導の実施は、国保、後期の保健指導を正規保健師 2 人、正規管理栄養士 1 人、保健指導にのみ臨時で依頼している保健師 1 人、管理栄養士 2 人で実施している。母子保健は、正規保健師 2 人、正規管理栄養士 1 人で行っている。保健指導対象者への事後の確認、事後指導については主担当が行う。

業務効率化のため、保健事業に関することは専門職が誰でも対応できるよう事例の共有、後期、国保、母子、精神等の保健事業すべてを担えるよう地区単位で分担をする。

2) 関係機関との連携

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

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、国保連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。

また、都道府県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に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。

国保連と都道府県は、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。

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

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、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平成 30 年度より本格的に実施されています。(図表8)

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする(事業費分・事業費連動分)保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することがで

き、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			鯉川村	配点	鯉川村	配点	鯉川村	配点
交付額(万円)			158.4		185.6		174.8	
全国順位(1,741市町村中)			44位		53位		111位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	120	70	160	70	140	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	50	40	50	40	47	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	95	90	45	90	50	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	45	50	45	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	110	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	85	100	100	100	100	100
	②	データヘルス計画の実施状況	37	40	25	30	20	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	10	30	28	30	28	40
	⑤	第三者求償の取組	26	40	14	50	9	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	56	95	45	100	50	100
合計点			779	1,000	762	960	709	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、人口約 3000 人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 40.0%でした。同規模と比較すると高齢者の割合は低く、国、県と比較すると割合は高いです。被保険者の平均年齢も 58 歳と同規模と比べて年齢が高く、出生率は低い村で財政指数も低い村となっています。産業においては、第 2 次産業が 39.8%と同規模と比較しても高く、サービス業の割合が多く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表 9)

国保加入率は 25.0%で、加入率は年々増加傾向で被保険者数は減少傾向です。年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 54%を占めています。(図表 10)

また本村内には国保診療所、歯科診療所の 2 つの診療所がありますが、いずれも同規模と比較しても少なく、2 次医療圏の病院まで 30 分～1 時間程度かかり、医療資源に恵まれていません。(図表 11)

図表 9 同規模・県・国と比較した鮫川村の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者 数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千 対)	死亡率 (人口千 対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
鮫川村	3,049	40.0	763 (25.0)	58.3	4.9	17.4	0.2	21.5	39.8	38.7
同規模	--	41.4	27.1	54.5	4.9	18.9	0.2	22.3	20.6	57.2
県	--	31.8	21.2	56.0	6.2	13.6	0.5	6.7	30.6	62.6
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、鮫川村と同規模保険者(274市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	866		823		806		794		763	
65～74歳	372	43.0	388	47.1	413	51.2	424	53.4	415	54.4
40～64歳	325	37.5	292	35.5	265	32.9	237	29.8	229	30.0
39歳以下	169	19.5	143	17.4	128	15.9	133	16.8	119	15.6
加入率	24.2		23.0		22.5		22.2		25.0	

出典：KDBシステム_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	県 割合
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.3	0.3
診療所数	2	2.3	2	2.4	2	2.5	2	2.5	2	2.6	3.6	3.5
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21.9	63.7
医師数	1	1.2	1	1.2	1	1.2	1	1.3	1	1.3	3.3	10.4
外来患者数	616.1		664.5		609.9		635.3		662.4		653.6	736.8
入院患者数	22.7		26.3		24.2		24.3		25.2		22.9	19.6

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。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本村の令和 4 年度の要介護認定者は、2 号(40～64 歳)被保険者で 6 人(認定率 0.63%)同規模・県・国と比較すると高いです。2 号被保険者 6 人のうち 2 人が脳血管疾患発症者で、健診未受診者でもあった。1 号(65 歳以上)被保険者で 213 人(認定率 17.4%)と同規模・県・国と比較すると低い H30 年度と比べても横ばいで推移しています。新規認定者が、平成 30 年度より増加し、特に 75 歳以上の新規認定者が増加しています。(図表 12)

総給付費は、約 4 億円から約 3 億円に減少している。しかし、1 人あたりの給付費、1 件あたりの給付費は、減少しているが、1 件当たり給付費の内訳をみると、居宅・施設サービスは、同規模と比較して高い状況です。(図表 13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第 2 号被保険者で 10 割、第 1 号被保険者でも約 4 割の有病状況となっています。第 1 号被保険者の 75 歳以上は、脳血管疾患、虚血性心疾患の割合が同じでした。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約 9 割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	鮫川村				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	1,218人	34.1%	1,221人	40.0%	41.4%	31.8%	28.7%
2号認定者	8人	0.67%	6人	0.63%	0.38%	0.48%	0.38%
新規認定者	1人				--	--	--
1号認定者	215人	17.7%	213人	17.4%	19.9%	20.1%	19.4%
新規認定者	28人		43人		--	--	--
再掲	65～74歳	21人	4.6%	19人	3.3%	--	--
	新規認定者	4人	4人		--	--	--
	75歳以上	194人	25.5%	194人	29.8%	--	--
	新規認定者	24人	39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

	鮫川村		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	4億1148万円	3億9640万円	↓ --	--	--
一人あたり給付費(円)	337,833	324,656	↓ 323,222	301,499	290,668
1件あたり給付費(円)全体	112,242	106,503	↓ 80,543	65,863	59,662
居宅サービス	49,793	48,846	42,864	42,089	41,272
施設サービス	306,451	320,146	288,059	294,067	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)

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)				6		19		194		213		219	
再)国保・後期				4		15		178		193		197	
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器疾患	1	脳卒中	4 100.0%	脳卒中	9 60.0%	脳卒中	74 41.6%	脳卒中	83 43.0%	脳卒中	87 44.2%	
		2	虚血性心疾患	2 50.0%	腎不全	3 20.0%	虚血性心疾患	73 41.0%	虚血性心疾患	73 37.8%	虚血性心疾患	75 38.1%	
		3	腎不全	1 25.0%	虚血性心疾患	0 0.0%	腎不全	29 16.3%	腎不全	32 16.6%	腎不全	33 16.8%	
	合併症	4	糖尿病合併症	1 25.0%	糖尿病合併症	1 6.7%	糖尿病合併症	13 7.3%	糖尿病合併症	14 7.3%	糖尿病合併症	15 7.6%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			4 100.0%	基礎疾患	14 93.3%	基礎疾患	162 91.0%	基礎疾患	176 91.2%	基礎疾患	180 91.4%	
	血管疾患合計			4 100.0%	合計	14 93.3%	合計	168 94.4%	合計	182 94.3%	合計	186 94.4%	
	認知症		認知症	0 0.0%	認知症	6 40.0%	認知症	98 55.1%	認知症	104 53.9%	認知症	104 52.8%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	3 75.0%	筋骨格系	13 86.7%	筋骨格系	175 98.3%	筋骨格系	188 97.4%	筋骨格系	191 97.0%	

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

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本村の医療費は、国保加入者が減少しているにもかかわらず総医療費は増加しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約2万円低いですが、H30年度と比較して約6万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプト件数のわずか3%程度にも関わらず、医療費全体の約45%を占めており、1件あたりの入院医療費も同規模保険者と比較すると低いですが、H30年度と比較すると約4万円も高くなっています。(図表15)

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の1より低いですが、国保の入院の地域差指数がH30年度よりも伸びており、1より高くなっています。

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。(図表16)

図表 15 医療費の推移

		鮫川村		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)		866人	763人	--	--	--
前期高齢者割合		372人 (43.0%)	415人 (54.4%)	--	--	--
総医療費		2億4610万円	2億6298万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		284,179	344,670	367,527	354,691	339,680
		県内57位 同規模221位	県内39位 同規模184位			
入院	1件あたり費用額(円)	460,080	500,030	588,220	580,970	617,950
	費用の割合	45.1	45.1	44.9	39.8	39.6
	件数の割合	3.6	3.7	3.4	2.6	2.5
外来	1件あたり費用額	20,660	23,200	25,290	23,470	24,220
	費用の割合	54.9	54.9	55.1	60.2	60.4
	件数の割合	96.4	96.3	96.6	97.4	97.5
受診率		638.769	687.66	676.49	756.467	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は鮫川村と同規模保険者274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

図表16 一人当たり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		鮫川村 (県内市町村中)		県 (47県中)	鮫川村 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	0.848	0.943	0.939	0.777	0.681	0.847
		(55位)	(27位)	(41位)	(43位)	(55位)	(44位)
	入院	0.951	1.081	0.926	0.815	0.701	0.799
		(33位)	(14位)	(38位)	(24位)	(35位)	(44位)
	外来	0.779	0.855	0.957	0.750	0.673	0.909
		(58位)	(46位)	(41位)	(57位)	(57位)	(40位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30 年度と比較すると増加していますが、脳血管疾患については、H30 年度より 2.11 ポイントも低く、同規模、県よりも低くなっています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると脳血管疾患患者数は減少していますが、虚血性心疾患・腎不全患者数については、横ばいでした。虚血性心疾患発症者は、40～64 歳の若い年代で増加しています。(図表 18)

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

えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			鮫川村		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)			2億4610万円	2億6298万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			2052万円	2138万円	--	--	--
			8.34%	8.13%	7.24%	6.94%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	4.08%	1.97% 	2.12%	2.05%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.70%	1.82%	1.46%	1.38%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.54%	4.06%	3.29%	3.22%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.01%	0.28%	0.37%	0.28%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		8.29%	15.30%	17.57%	17.73%	16.69%
	筋・骨疾患		9.14%	10.17%	9.33%	8.28%	8.68%
	精神疾患		15.72%	9.43%	7.82%	8.61%	7.63%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	866	763	a	69	63	49	49	4	4	
				a/A	8.0%	8.3%	5.7%	6.4%	0.5%	0.5%	
40歳以上		B	697	644	b	69	63	49	48	4	4
		B/A	80.5%	84.4%	b/B	9.9%	9.8%	7.0%	7.5%	0.6%	0.6%
再掲	40～64歳	C	325	229	c	18	13	13	15	3	1
		C/A	37.5%	30.0%	c/C	5.5%	5.7%	4.0%	6.6%	0.9%	0.4%
	65～74歳	D	372	415	d	51	50	36	33	1	3
		D/A	43.0%	54.4%	d/D	13.7%	12.0%	9.7%	8.0%	0.3%	0.7%

出典:KDBシステム_ 疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
地域の全体像の把握

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増加してい

る一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患の割合は減少し、人工透析の割合は糖尿病治療者は減少、高血圧、脂質異常症は、横ばいです。虚血性心疾患は脂質異常症のみが割合が増加しています。(図表 19、20、21)

本村は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲			
				40～64歳		65～74歳	
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)	A	313	314	108	73	205	241
	A/被保数	44.9%	48.8%	33.2%	31.9%	55.1%	58.1%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	38	29	10	7	28
		B/A	12.1%	9.2%	9.3%	9.6%	13.7%
	虚血性心疾患	C	38	38	9	12	29
		C/A	12.1%	12.1%	8.3%	16.4%	14.1%
	人工透析	D	4	4	3	1	1
		D/A	1.3%	1.3%	2.8%	1.4%	0.5%

出典:KDBシステム、疾病管理一覧(高血圧症)
地域の全体像の把握

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲			
				40～64歳		65～74歳	
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)	A	128	148	40	35	88	113
	A/被保数	18.4%	23.0%	12.3%	15.3%	23.7%	27.2%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	17	10	2	4	15
		B/A	13.3%	6.8%	5.0%	11.4%	17.0%
	虚血性心疾患	C	20	16	4	4	16
		C/A	15.6%	10.8%	10.0%	11.4%	18.2%
	人工透析	D	3	1	2	1	0
		D/A	2.3%	0.7%	5.0%	2.9%	1.1%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	7	7	3	1	4
		E/A	5.5%	4.7%	7.5%	2.9%	4.5%
	糖尿病性網膜症	F	17	16	3	5	14
		F/A	13.3%	10.8%	7.5%	14.3%	15.9%
	糖尿病性神経障害	G	4	5	2	0	2
		G/A	3.1%	3.4%	5.0%	0.0%	2.3%

出典:KDBシステム、疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
脂質異常症治療者(人)		A	244	258	76	65	168	193
		A/被保数	35.0%	40.1%	23.4%	28.4%	45.2%	46.5%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	33	23	10	8	23	15
		B/A	13.5%	8.9%	13.2%	12.3%	13.7%	7.8%
	虚血性心疾患	C	27	30	6	8	21	22
		C/A	11.1%	11.6%	7.9%	12.3%	12.5%	11.4%
	人工透析	D	1	1	0	1	1	0
		D/A	0.4%	0.4%	0.0%	1.5%	0.6%	0.0%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧の割合は、減少していますが、HbA1c7.0 以上を H30 年度と R03 年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約 66%、糖尿病で 60%ほどいます。高血圧に関して、家庭血圧測定を実施してもらい、家庭血圧値が低い場合は受診勧奨をしていない場合もあるため、未治療割合が高いことも考えられます。(図表 22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧__Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R03年度		問診結果 未治療 (内服なし)		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		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
鮫川村	492	66.6	466	67.1	26	5.3	11	42.3	15	3.2	9	60.0	10	66.7	1	6.7
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病__HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R03年度		問診結果 未治療 (内服なし)		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		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
鮫川村	492	100.0	451	96.8	18	3.7	3	16.7	23	5.1	4	17.4	14	60.9	1	4.3
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健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本村の特定健診結果において、H30 年度と R04 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、4 ポイントも伸びており、その中でも 3 項目、2 項目、予備群の割合が増加しています。栄養指導での聞き取りで、メタボリックシンドロームが増えている原因として、男性はアルコール、女性は間食、乳酸菌飲料、スポーツ飲料、夜勤での生活の乱れ等です。(図表 23)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上の有所見割合を見ると、増加しており、翌年度の結果を見ると、改善率が下がっています。糖尿病は、薬だけでは改善しないので、食事も治療の 1 つであることを伝え、今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めます。(図表 24)

一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも 1~2 割程度存在し、特に HbA1c6.5 以上の結果が把握できていません。R04 年度の健診未受診者 15 人(5 人は後期健診受診)の理由は、コロナウイルス感染、仕事で都合がつかない、病院に行っているためでした。

年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。具体的には、後期健診受診者は継続して保健指導、栄養指導を行います。社会保険に異動した人へは、状況を確認したいため検査結果見せてほしいこと伝え、切れ目なく保健指導をします。前年度の健診未受診者全員へ前年度未受診の理由を聞き、未受診者の理由の内容を把握できるよう経年でわかるよう台帳作成します。病院へいっているため健診を受診しない人へは、検査結果を見せてもらい保健指導へ繋がります。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	492 (66.6%)	98 (19.9%)	26 (5.3%)	72 (14.6%)	72 (14.6%)
R04年度	403 (60.3%)	96 (23.8%)	32 (7.9%)	64 (15.9%)	66 (16.4%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	47 (9.6%)	12 (25.5%)	25 (53.2%)	5 (10.6%)	5 (10.6%)
R03→R04	57 (12.6%)	9 (15.8%)	25 (43.9%)	8 (14.0%)	15 (26.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	26 (5.3%)	17 (65.4%)	6 (23.1%)	0 (0.0%)	3 (11.5%)
R03→R04	15 (3.3%)	7 (46.7%)	5 (33.3%)	1 (6.7%)	2 (13.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	45 (9.1%)	20 (44.4%)	16 (35.6%)	3 (6.7%)	6 (13.3%)
R03→R04	30 (6.7%)	18 (60.0%)	5 (16.7%)	2 (6.7%)	5 (16.7%)

出典:ヘルスサポートラボツール

②健診受診率及び保健指導実施率の推移

本村の特定健診受診率は、平成 30 年度には 71.4%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R02 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28)

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

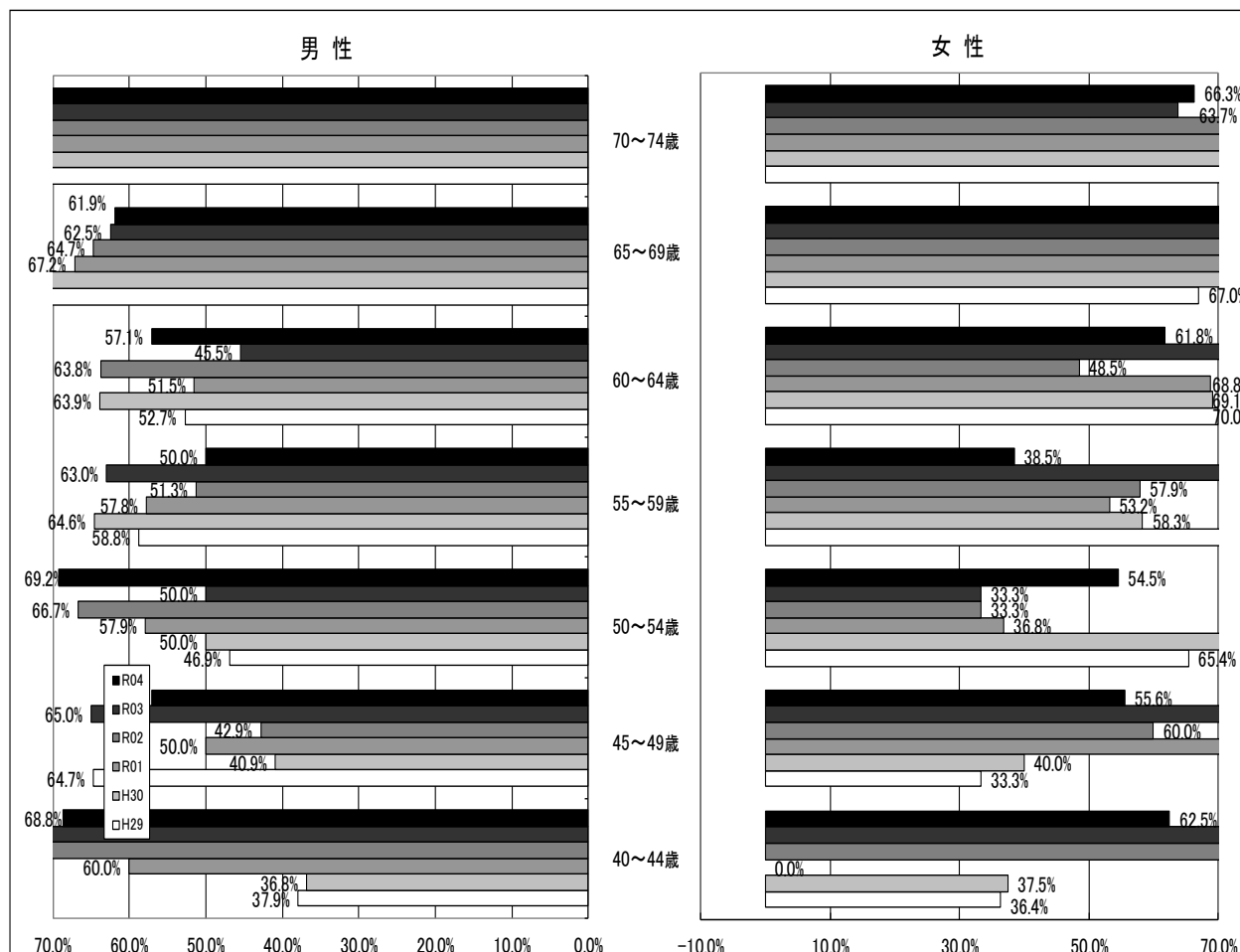
図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	465	473	439	446	452	健診受診率 70%
	受診率	71.4%	74.7%	68.5%	71.1%	68.3%	
特定保健指導	該当者数	66	66	61	57	52	特定保健指導実施率 90%
	割合	14.2%	14.0%	13.9%	12.8%	11.50%	
	実施者数	65	67	61	57	50	
	実施率	98.5%	101.5%	100.0%	100.0%	96%	

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

特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、R4 年度 49%と低下しているものの、血糖値所見者割合、未治療・中断は横ばいにあります。(表 1)

H30 年度からは HbA1c8%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきました。その結果、HbA1c8%以上の未治療者は、H30 年 1 人から R4 年 1 人に維持しています。しかし治療中のコントロール不良者は減少していません。R4 年度は、4 割の方に受診勧奨のための保健指導を実施しましたが、未治療者の 6 割にしか治療につながっておらず、受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、又治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援をおこないます。(表 3)

R03 年度に HbA1c7%以上で R04 年度に HbA1c を改善していない人は 23 人中 15 人でした。(23 人中 2 人は R4 社保へ)メタボリックシンドローム該当者は、15 人中 10 人で、医療機関未受診者は 1 人で未受診の理由は不明です。保健指導は 23 人中 2 人未実施でほぼ必ず 1 回は保健指導を実施し

ています。しかし、1回の指導では改善されていないため、継続的に2～3か月後に指導を行います。

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)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て行政においても管理栄養士が栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

※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

表1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

表1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	465	473	439	446	452
血糖値有所見者 *1	人(b)	47	49	48	57	51
	(b/a)	10.1%	10.4%	10.9%	12.8%	11.3%
保健指導実施者 *2	人(c)	30	33	24	33	25
	(c/b)	63.8%	67.3%	50.0%	57.9%	49.0%

*1 HbA1c6.5%以上のもの

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

表2 治療が必要な者の適切な受診

表2 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 *1	人(a)	47	49	48	57	51
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *3	人(b)	15	15	14	18	15
	(b/a)	31.9%	30.6%	29.2%	31.6%	29.4%
受診した者	人(c)	13	15	10	13	10
	(c/b)	86.7%	100.0%	71.4%	72.2%	66.7%
治療開始した者	人(c)	12	12	7	11	0
	(c/b)	80.0%	80.0%	50.0%	61.1%	0.0%

*3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

表3 HbA1c8.0以上の状況(アウトカム評価)

表3 HbA1c8.0%以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	465	473	439	446	452
HbA1c8.0%以上	人(b)	3	5	9	8	8
	(b/a)	0.6%	1.1%	2.1%	1.8%	1.8%
保健指導実施	人(c)	3	5	8	6	7
	(c/b)	100.0%	100.0%	88.9%	75.0%	87.5%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	1	1	2	2	1
	(b/a)	33.3%	20.0%	22.2%	25.0%	12.5%

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

未受診1人

透析患者の健診・医療・介護の状況より、透析患者 5 人中 4 人が死亡し、その死亡内訳は誤嚥性肺炎 1 人、出血死と腸腰筋膿腫 1 人、腎不全 2 人でした。

1 番は R02 年度に社保から国保に異動してきましたが、健診結果が受診勧奨値で未治療のままで R03 年度に慢性腎臓病となり、死亡しました。2 番の人は社保のとき透析になり、経緯については不明です。4 番と 5 番の人は国保で毎年健診を受けていました。しかし、糖尿病で治療していましたが、HbA1c コントロール不良により透析になっていました。3 番の人は、メタボリックシンドロームが続いており、リスク項目を 1 つでも減らす必要がありました。糖尿病は、薬だけでは改善しないので、食事も治療の 1 つであることを伝え、今後も結果の改善につながる保健指導、栄養指導を実施するよう努めます。また、社会保険からかわりがないと予防が間に合わないため、社保への健康相談や情報提供を行っていきます。(表 4)

表 4 透析患者の健診・医療・介護の状況

R03年度		透析患者(※1)の健診・医療・介護の状況										鯉川村			
※1 R03年度に人工透析(腹膜透析)の処置がある者(外傷による循環不全や尿路の閉塞等による急性腎不全から、一時的に透析が必要になった場合も含む)															
番号	R03 年齢	特定健診					メタボリック シンドローム 該当者、 予備群	医療 ※疾患別の「○」はR03年度以前から治療をしているものを表す							備考
		受診状況						重症化・合併症				基礎疾患			
								腎不全	人工 透析	脳血管 疾患	虚血性 心疾患	高血圧	糖尿病	脂質 異常症	
		H 30 年 度	R 01 年 度	R 02 年 度	R 03 年 度	R 04 年 度		5	5	3	3	4	3	3	
1	60代							○	○	○		○			R02まで社保で状況不明、死亡
2	60代							○	○	○		○			H22～人工透析のため健診未受診で状況不明。介2、死亡
3	70代	○	○	○			メタボ	○	○		○		○	○	死亡
4	60代	○	○				メタボ	○	○		○	○	○	○	
5	70代						メタボ	○	○	○	○	○	○	○	死亡

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患の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健診受診勧奨を実施しており、心電図検査は約 9 割実施できています。(表 5)

有所見者のうち(※1)ST 所見をみると、要精査・要医療と判定を受けた者のうち、医療機関を受診している割合を把握していません。心房細動未治療者については、ほぼ全数が治療や精密検査につながっています。(表 6、7)

ST 所見で要精査・要医療以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。心臓を守るため、基礎疾患のコントロールをできるよう栄養指導も行っています。

※1 心筋梗塞、ブルガダ症候群等の可能性や心臓の筋肉の血液の流れが悪い状態、心臓の筋肉が厚くなった状態が出る所見

表 5 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人)	a	465	242	223	473	256	217	439	242	197	446	240	206	446	241	205
心電図受診者(人)	b	463	241	222	472	254	217	436	241	196	443	238	205	445	241	204
心電図実施率	b/a	99.6%	99.6%	99.6%	99.8%	99.2%	100.0%	99.3%	99.6%	99.5%	99.3%	99.2%	99.5%	99.8%	100.0%	99.5%
要医療者(人)	c	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
要精査者(人)	d	36	26	10	32	20	12	31	21	10	41	24	17	47	31	16
有所見率	(c+d)/b	7.8%	10.8%	4.5%	6.8%	7.9%	5.5%	7.1%	8.7%	5.1%	9.3%	10.1%	8.3%	10.6%	12.9%	7.8%
心房細動(人)	e	12	11	1	9	7	2	9	8	1	9	9	0	6	6	0
心房細動有所見率	e/b	2.6%	4.6%	0.5%	1.9%	2.8%	0.9%	2.1%	3.3%	0.5%	2.0%	3.8%	0.0%	1.3%	2.5%	0.0%
うち、心房細動未治療(人)		2	2	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0

表 6 心電図受診者のうち、ST 所見の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者		463		472		436		443		445	
ST異常所見		15	300.0%	12	900.0%	17	800.0%	11	2.5%	28	6.3%
	要医療・要精査	10	66.7%	8	66.7%	10	58.8%	7	63.6%	17	60.7%
	医療機関受診あり	未把握									
	医療機関受診なし										
	それ以外の判定(要指導)	5		0		6		4		11	

表 7 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者		12		9		9		9		8	
心房細動未治療者		2	16.7%	0	0.0%	1	11.1%	1	11.1%	0	0.0%
	検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	治療開始	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表 8 虚血性心疾患新規発症者の健診・医療・介護の状況は、50 代が 1 人、60 代が 6 人、70 代が 3 人で、ほぼ全員が健診受診しています。メタボリックシンドローム該当者又は予備群は、6 人でした。

個別事例から、虚血性心疾患発症の予防のため、発症者を個別で状況を確認することでいつ、どのようなかわりが必要だったかを考えます。

メタボリックシンドローム該当者が、体重増加したこと、減量できなかったことや基礎疾患の治療を中断した後に虚血性心疾患を発症しています。1 回の指導ではメタボは改善されていないため、継

続的に2～3か月後に指導を行います。治療中断者に対して、医療機関受診後の次回の通院有無を確認することが必要です。

表8 虚血性心疾患新規発症者の健診・医療・介護の状況

R03年度		虚血性心疾患新規発症者(※1)の健診・医療・介護の状況										鯉川村				
※1 H30～R02年度に一度も虚血性心疾患の診断がなく、R03年度にその診断がある者(R03年度以降に資格取得した者を除く)																
番号	R03 年齢	特定健診					メタボリックシ ンドローム該 当者、予備群	重症化・合併症				基礎疾患			治療状況	備考
		受診状況						虚血性 心疾患	脳血 管 疾患	腎不全	人工 透析	高血圧	糖尿病	脂質 異常症		
		H 30 年 度	R 01 年 度	R 02 年 度	R 03 年 度	R 04 年 度										
								10	1	3	0	10	2	7		
1	70代							○				○		○		後期(年齢到達)、介護4
2	60代		○	○		○	メタボ	○		○		○	○	○		
3	60代			○	○			○		○		○	○		治療中断	死亡
4	70代	○	○	○	○	○		○				○		○	治療中断	
5	70代	○	○	○	○	○	メタボ予備群	○				○		○		
6	50代			○	○		メタボ	○		○		○		○	治療中断	
7	60代		○	○	○	○		○	○			○		○		
8	60代	○	○	○	○	○	メタボ	○				○		○		
9	60代	○	○	○	○	○	メタボ	○				○				
10	60代	○	○	○	○	○	メタボ	○				○				

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約6%の横ばいで、約3割が未治療者です。令和4年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者9人のうち、保健指導後、治療につながったものは、わずか2人(22.2%)でした。血圧Ⅲ度においては、7人のうち2人が未治療者でした。

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り、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。表10は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。Ⅱ度高血圧者を最優先に、健診当日から家庭血圧測定をすすめ、血圧記録手帳の活用治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。マンパワーがあるときには、Ⅰ度高血圧者へも促します。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が66.7%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。処方が変わらない場合、生活習慣の修正となるため、個別に高血圧の原因を把握し、塩分、肥満の栄養指導を行います。

表 9 高血圧Ⅱ度以上(収縮期血圧 160 以上または拡張期 100 以上)の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	465	473	439	446	452
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	26	36	34	15	27
	(b/a)	5.6%	7.6%	7.7%	3.4%	6.0%
	治療あり	人(c)	15	13	6	18
		(c/b)	57.7%	41.7%	40.0%	66.7%
	治療なし	人(d)	11	21	9	9
		(d/b)	42.3%	58.3%	60.0%	33.3%
(再掲)	治療開始	人(e)	6	6	3	6
		(e/d)	54.5%	28.6%	14.3%	66.7%
	血圧Ⅲ度の者	人(f)	5	3	5	2
		(f/a)	1.1%	0.6%	1.1%	0.4%
	治療あり	人	2	0	3	1
	治療なし	人	3	3	2	1

表 10 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

血圧分類 (mmHg)		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)	125	71 56.8%	46 36.8%	6 4.8%	2 1.6%
	6 4.8%	C 6 8.5%	B 0 0.0%	B 0 0.0%	A 0 0.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	77 61.6%	C 39 54.9%	B 32 69.6%	A 5 83.3%	A 1 50.0%
	42 33.6%	B 26 36.6%	A 14 30.4%	A 1 16.7%	A 1 50.0%
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	42 33.6%	B 26 36.6%	A 14 30.4%	A 1 16.7%	A 1 50.0%
	42 33.6%	B 26 36.6%	A 14 30.4%	A 1 16.7%	A 1 50.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、 糖尿病、蛋白尿のいずれか、または リスク2層の危険因子が3つ以上ある	42 33.6%	B 26 36.6%	A 14 30.4%	A 1 16.7%	A 1 50.0%
	42 33.6%	B 26 36.6%	A 14 30.4%	A 1 16.7%	A 1 50.0%

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに 薬物療法を開始	22 17.6%
B	概ね1ヵ月後に 再評価	58 46.4%
C	概ね3ヵ月後に 再評価	45 36.0%

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

表 11 R03 年度脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)新規発症者の健診・医療・介護の状況より、発症年齢は1番若い方で66歳、最高齢は74歳でした。男女比は3:4。脳血管疾患の遺伝がある方は3人。健診は、全員が1度は受診したことがありました。うち2名は内服加療開始後健診未受診。1名は以前受診してから7年間未受診でした。健診結果を見ると、メタボが3人は、血圧が服薬している人、していない人も血圧が135~160と少し高めであることと血糖が薬を飲むほどではないが数値が高めの

項目がありました。

基礎疾患は脂質異常症が全員、高血圧症が6人、糖尿病は2人。虚血性心疾患の合併は2人。特に高額な医療費がかかっている方は、LDLが120台～130台と内服を勧める程ではなかったが、長年軽度高値が継続していました。全員、介護への移行はなく、障害認定、死亡もありませんでした。

発症の状況については、2人は症状があり緊急の治療を受けていますが、他5人は検査にて発見されています。レセプト上に記載されていますが、本人に説明されているかどうかは不明です。

表 11 R03 年度脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)新規発症者の健診・医療・介護の状況

R03年度 脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)新規発症者(※1)の健診・医療・介護の状況 鯉川村

※1 H30～R02年度に一度も脳血管疾患の診断がなく、R03年度にその診断がある者(R03年度以降に資格取得した者を除く)

番号	R 03 年 齢	特定健診					メタボリック シンドローム 該当者、 予備群	重症化・合併症				基礎疾患			備考
		受診状況						脳血管 疾患	虚血性 心疾患	腎不全	人工 透析	高血圧	糖尿病	脂質 異常症	
		H 30 年 度	R 01 年 度	R 02 年 度	R 03 年 度	R 04 年 度									
								7	2	0	0	6	2	7	
1	70代	○	○	○	○			○	○			○		○	
2	60代	○	○	○	○	○	メタボ	○				○		○	
3	70代	○	○	○	○	○	メタボ	○遺伝有				○	○	○	後期(年齢到達)
4	70代	○	○	○	○	○		○	○			○	○	○	
5	70代			○				○遺伝有				○		○	内服開始後健診未受診(H30～R01)
6	70代					○		○				○		○	H25～健診未受診
7	60代	○	○	○	○	○	メタボ	○遺伝有						○	

(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りますが、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。

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

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、各種団体や行政区単位で出前講座を毎年行い、広く村民へ周知を行っています。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
				初年度	中間評	最終評	
				(H30)	(R2)	(R4)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の10%減少	4.08%	0.72%	1.97%	ヘルスサポートラボツール データヘルス帳票の医療費に占める割合
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の10%減少	0.70%	0.49%	1.82%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合10%減少	3.54%	6.74%	4.06%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の10%減少	3.27%	1.05%	2.10%	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドロームの割合の減少	19.9% (98人)	22.9% (103人)	23.2% (100人)	ヘルスサポートラボツール 集計ツール 様式5-3(メタボ) 評価ツール 年次比較(血圧、脂質、血糖)
			健診受診者の高血圧者の割合の減少 (160/100以上)	5.3% (26人)	7.5% (34人)	6.4% (27人)	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少 (LDL160以上)	9.1% (45人)	9.3% (42人)	6.2% (26人)	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上)	9.6% (47人)	10.6% (48人)	12.1% (51人)	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	86.6%	75.0%	66.6%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	100.0%	96.0%	66.6%	
		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70%以上	71.4	68.5	67.5	法定報告値
			特定保健指導実施率90%以上	98.5	100.0	96.0	
			特定保健指導対象者の割合の減少	14.2	13.9	11.5	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

医療費において、1人当たりの医療費は、344,670円で同規模、県より低いですが、平成30年度から医療費約6万円伸びています。入院、外来、1件当たりの費用額も伸びており、被保険者の人数は減少していますが、65～74歳の年代がH30年度43%からR04年度54.4%に増加しているため、重症化した1件あたりの医療費が高額になっています。(図表10、15)

令和4年度の75歳以上の新規認定者が平成30年度28人からR04年度43人に増加していました。(図表12)要介護者の有病状況は、脳血管疾患の割合が全体で43.0%と高いですが、75歳以上から、虚血性心疾患も41.0%と高くなっています(図表14)。村は、新規認定者を増加させないよう、重症化した場合、早めに医療機関にかかることが命を守ること、医療費抑制、介護にならないことに繋がると考えます。重症化したときの対応をポピュレーションアプローチで救急車を呼ぶ症状等を周知する必要があります。

中長期目標より

脳血管疾患の総医療費に占める割合、糖尿病性腎症による透析導入者の割合は、達成しているが、虚血性心疾患においては、初年度、中間評価より増加しています。虚血性心疾患発症者は、40～64歳の年代で増加していました。

基礎疾患について、虚血性心疾患は、脂質異常症治療者でH30年度27人からR04年度30人に増加しています。(図表21)令和3年度より国保連合会の支援評価委員会より助言を受け、LDL160以上を受診勧奨対象者としたことで、治療者が増えている状況です。その他にも虚血性心疾患発症者は、メタボ、治療中断者となっていました。(表9)

慢性腎不全総医療費に占める割合の減少は、H30年度3.54%からR04年度4.06%に増加したため未達成となり、糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合はH30年度3.27%からR04年度2.10%に減少していましたが、死亡による減少でした。

短期目標より

- ・メタボと血糖異常者の割合が、未達成でした。HbA1c6.5以前に75g糖負荷試験を実施し、インスリン抵抗性による高血糖が住民にわかるよう、説明したが、自身の生活と結び付ける説明ができていないと考えます。また、1回の指導では、改善や医療機関の受診ができないため、2～3か月後にまた指導を実施することが必要です。

- ・高血圧者の割合の減少(160/100以上)は達成しなかった。健診当日のⅡ度高血圧者へ個別での家庭血圧測定の方法、降圧治療開始の値、家庭血圧の必要性、細動脈の説明を行いました。健診結果が届いた時に家庭血圧基準値が、受診勧奨値であるか、一緒に確認し、医療機関受診勧奨したため、Ⅱ度高血圧の割合が増加しなかったと考えます。

- ・糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合、糖尿病の保健指導を実施した割合が未達成でした。保健指導ができていないため、治療へ結び付けられませんでした。なぜHbA1cをコントロールするのか、体で起こることのメカニズムを伝えてから食事指導を行います。医療機関未受診者には、なぜ受診しないのか理由を聞き、受診勧奨を行います。薬を飲みたくないという理由の人へは、糖尿病の治療は、食事と運動からなのですぐに薬は出ないこと、今の生活で血糖はコントロールできているか確認を血液検査でするため受診することを伝えていきます。

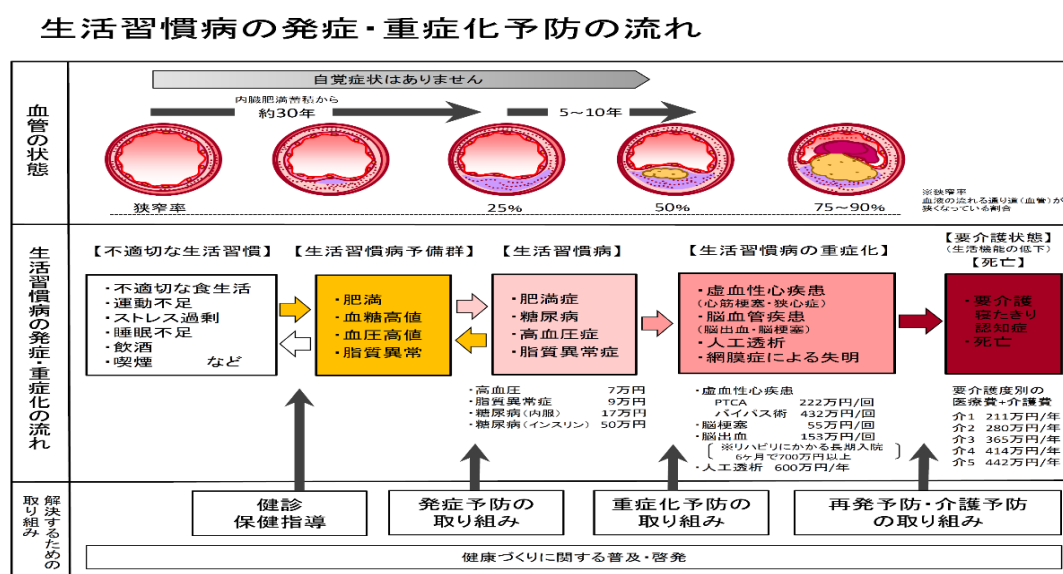
Ⅱ度高血圧の未治療が6割、HbA1c6.5以上の未治療が6割になっており、受診に結び付いていない状況もあります。受診勧奨した後確認して、再度受診勧奨を行うことができていないためなのか、家庭血圧値では正常で受診勧奨しなかったのか実態把握が必要です。指導後の改善率が3疾患ともに低下しており、指導の質、優先順位をつけて2～3か月後の継続的な指導が今後の課題です。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

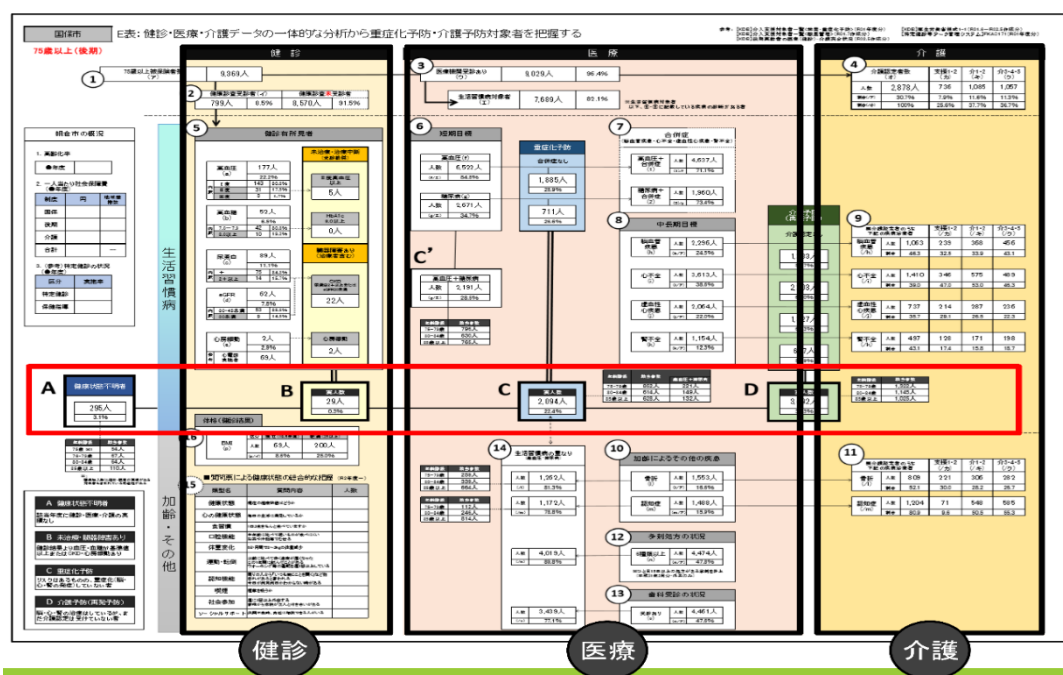
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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

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

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

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		866人	823人	806人	794人	763人	637人
総件数及び 総費用額	件数	6,785件	6,882件	6,176件	6,309件	6,464件	8,276件
	費用額	2億4610万円	2億6587万円	2億5652万円	2億8059万円	2億6298万円	4億0912万円
一人あたり医療費		28.4万円	32.3万円	31.8万円	35.3万円	34.5万円	64.2万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
				腎		脳	心	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	鮫川村	2億6298万円	27,977	4.06%	0.28%	1.97%	1.82%	7.32%	3.18%	2.04%	5436万円	20.7%	15.3%	9.43%	10.17%
	同規模	—	29,993	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	—	18.6%	17.6%	7.82%	9.33%
	県	—	28,703	3.22%	0.28%	2.05%	1.38%	6.43%	3.81%	2.35%	—	19.5%	17.7%	8.61%	8.28%
	国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	鮫川村	4億0912万円	53,697	0.20%	0.43%	6.41%	1.06%	5.21%	3.41%	1.08%	7281万円	17.8%	8.5%	3.90%	8.2%
	同規模	—	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	—	18.8%	10.2%	3.61%	12.1%
	県	—	62,624	5.17%	0.46%	3.64%	1.60%	4.40%	3.51%	1.40%	—	20.2%	10.9%	3.40%	11.4%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 34 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	20人	22人	23人	29人	24人	58人
	件数	B	30件	36件	34件	105件	59件	84件
		B/総件数	0.44%	0.52%	0.55%	1.66%	0.91%	1.01%
	費用額	C	3424万円	4135万円	4723万円	1億2614万円	7504万円	1億0638万円
		C/総費用	13.9%	15.6%	18.4%	45.0%	28.5%	26.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
脳血管疾患	人数	D	3人		2人		1人		4人		1人		7人		
		D/A	15.0%		9.1%		4.3%		13.8%		4.2%		12.1%		
	件数	E	7件		2件		1件		14件		4件		8件		
		E/B	23.3%		5.6%		2.9%		13.3%		6.8%		9.5%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	1	12.5%
		60代	6	85.7%	0	0.0%	0	0.0%	8	57.1%	0	0.0%	80代	4	50.0%
		70-74歳	0	0.0%	1	50.0%	1	100.0%	6	42.9%	4	100.0%	90歳以上	3	37.5%
	費用額	F	642万円		174万円		108万円		2067万円		425万円		1059万円		
		F/C	18.7%		4.2%		2.3%		16.4%		5.7%		9.9%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
虚血性心疾患	人数	G	1人		1人		1人		3人		2人		1人		
		G/A	5.0%		4.5%		4.3%		10.3%		8.3%		1.7%		
	件数	H	1件		1件		1件		6件		4件		1件		
		H/B	3.3%		2.8%		2.9%		5.7%		6.8%		1.2%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	50.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	0	0.0%
		60代	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	80代	1	100.0%
		70-74歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	100.0%	2	50.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	90万円		103万円		154万円		735万円		612万円		102万円		
		I/C	2.6%		2.5%		3.3%		5.8%		8.2%		1.0%		

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析
E表: 健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える

[illegible]

図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①				②			⑬					
年度	介護認定率	被保険者数				健診受診率			体格(健診結果)					
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	25.8	290	347	712	60.3	72.9	49.2	4.0	5.1	4.9	38.3	38.3	37.4	
R04	28.3	232	431	647	51.3	65.2	49.8	2.5	3.6	4.0	36.1	33.1	31.1	

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																													
年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2＋以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%	
H30	8	4.6	(3)	14	5.5	(3)	28	8.0	(6)	4	2.3	(1)	11	4.3	(0)	3	0.9	(0)	2	1.1	1	0.4	3	0.9	3	1.7	7	2.8	18	5.1
R04	4	3.4	(2)	21	7.5	(4)	27	8.4	(8)	4	3.4	(0)	19	6.8	(2)	2	0.6	(0)	0	—	3	1.1	6	1.9	0	—	8	2.8	20	6.2

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦								
年度	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症								
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	82.4	90.8	95.9	39.7	61.1	81.5	77.4	85.4	89.3	30.4	38.2	27.4	16.5	29.2	22.6	36.0	40.3	65.1	28.6	48.1	67.3			
R04	80.6	88.2	96.0	39.7	64.5	82.8	75.0	83.1	88.4	35.9	39.9	33.6	20.7	29.9	28.4	43.5	39.0	61.4	39.4	30.6	68.9			

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険者割合)												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	5.5	13.0	21.6	4.1	8.1	22.1	7.6	11.5	30.9	2.4	2.9	8.7	12.5	13.3	41.6	0.0	3.6	27.4	9.1	5.0	27.3	0.0	0.0	30.6
R04	5.6	11.1	18.1	6.0	7.2	22.3	8.6	12.5	32.8	2.6	5.8	10.8	30.8	14.6	47.0	14.3	0.0	32.6	10.0	7.4	35.4	16.7	16.0	38.6

図表 42 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑩				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 (被保険割合)				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	50.0	81.3	40.0	79.0	2.9	9.0	1.4	16.7	20.0	42.2	60.0	70.6
R04	31.6	83.6	50.0	76.6	4.4	9.4	0.9	14.5	0.0	44.3	75.0	75.5

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化(図表 32～42)

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は令和 3 年度は医療費が高いです。令和 3 年以降は高額傾向で、後期高齢者になると一人あたり 60 万円を超え、国保の 2 倍も高い状況です。(図表 32)

鮫川村は、糖尿病においては、国保、後期高齢で総医療費に占める割合は、同規模、県、国と比べて高いです。脂質異常症は国保で同規模比較すると高いですが、後期高齢で低くなっています。これまで高血圧に重点を置いてⅡ度高血圧者への家庭血圧測定を取り組んできたため、短期的目標疾患の高血圧の総医療費に占める割合は、同規模と比べて 0.3 ポイント以上低いですが、しかし、脳血管疾患の医療費に占める割合が、国保では低く同規模、県、国と比べても低い状況であります。後期高齢になると、同規模、県、国と比べて高くなり、後期高齢に脳血管疾患を発症していることが分かります。慢性腎不全(透析有)と虚血性心疾患においては、国保では同規模比較すると、割合が高く、後期高齢で逆に割合が低くなっています。(図表 33)

高額レセプトについては、国保においては約 30～100 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 80 件です。国保の人数は増加していませんが、件数は増えています。後期高齢の令和 3 年度は、国保の高額レセプト件数が多く、医療費も高くなっており、後期高齢の医療費と同じくらいかかっています。(図表 34)

高額レセプトにおける疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和 3 年度が一番多く 14 件で 2000 万円以上の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 4 件と件数が減り、費用額も約 420 万円と減っています。しかし、後期高齢においては、8 件発生し、約 1000 万円余りの費用額がかかっています。60～70 代の発症が多く、1 人あたりに発生しているレセプト件数が複数あり、特に令和 3 年度が入退院を繰り返していた人が多くいました。後期高齢では、高額レセプトにおける高額レセプトの人数、件数の割合が高くなっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 35)

虚血性心疾患の令和 3～4 年度の高額レセプトは、複数レセプト発生しているため、一度の入院では、治療が終了しない重症であることが考えられます。そして、40～50 代の発症もあり、特に令和 4 年度においてはメタボにより発症していました。そのため早期からのメタボ予防が重要であると考えられます。(図表 36)

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は、40～64 歳、75 歳以上と減っていますが、65～74 歳では約 60 名増え、高齢化率の高い鮫川村では、65～74 歳の前期高齢者が確実に増えていることが分かります。

⑮の体格をみると、40～64 歳の若い年齢層で、BMI25 以上が多くなってきています。図表 39 健診所見の状況をみると、65～74 歳で対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧においては、若干割合が減っていますが、糖尿病においては、各年代高くなっており、それにより糖尿病と高血圧の割合も各年代高くなっている。40～64 歳で高血圧、糖尿病で合併症を起こしている割合が高くなっていることがわかります。

図表 41 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30 年度と R4 年度を比較すると、脳血管疾患だけは、全世代で割合が維持又は低くなっています。虚血性心疾患は、40～64 歳で R4 年度の割合が、約 2 ポイント上がっており、若い世代の発症割合が高くなっています。心不全、腎不全については全年代で割合が高くなっています。そして、介護認定者となる割合はほぼ全疾患の全年代で割合が高くなっています。

(4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

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、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておきます。評価指標については、まず、すべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 43)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

②中長期的な目標の設定

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

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

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

③短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また、根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020 年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

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

(2) 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
				初期値 R 6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の新規発症者の30%減少	19人	16人	13人	KDBシステムヘルスサポートラボツールK表独自情報システム（第3期データヘルス計画共通指標）人工透析台帳（村作成）
			虚血性心疾患の新規発症者の30%減少	13人	11人	9人	
			慢性腎不全（透析あり）の新規者の人数の抑制（令和10年まで新規透析者を4人に抑える）	1人	2人	2人	
			糖尿病性腎症による透析導入者の人数の維持	1人	2人	2人	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の人数の抑制	0人	2人	2人	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の人数の10%減少	100人 67人	95人 64人	90人 60人	ヘルスサポートラボツール集計ツールB票
			健診受診者の高血圧者の10%減少（160/100以上）	26人	25人	23人	
			健診受診者の脂質異常者の10%減少（LDL160以上）	45人	43人	40人	
			健診受診者の血糖異常者の10%減少（HbA1C6.5%以上）	31人	29人	27人	
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の40%減少	8人	6人	5人	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	66.60%	80%	90%	
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率75%以上（暫定値）	68%	72%	75%	法定報告値
			★特定保健指導実施率90%以上	96%	90%	90%	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の10%減	52人	49人	46人	

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、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 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	70%	72%	75%	75%	75%	75%以上
特定保健指導実施率	90%	90%	90%	90%	90%	90%以上

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	640人	620人	600人	580人	560人	540人
	受診者数	480人	465人	450人	435人	420人	405人
特定保健指導	対象者数	50人	50人	45人	45人	40人	40人
	受診者数	45人	45人	41人	41人	36人	36人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。都合が悪く受けられず、健診未受診者となっている人がいるので、個別健診も行います。

- ① 集団健診(鮫川村保健センター他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、鮫川村のホームページに掲載します。

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目し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)

その他に、高血圧をもつメタボが多いため、尿中塩分量測定を実施し、自身の塩分量を把握することで、高血圧のコントロールに繋がります。

図表 46 特定健診検査項目

○鮫川村特定健診検査項目

健診項目		鮫川村	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)	○	○
	空腹時中性脂肪	●	●
血中脂質検査	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	○	
	尿中塩分量	○	

(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、福島県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約	(特定保健指導の実施)
5月		健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可)	健診データ抽出(前年度)
6月			
7月			
8月		健診データ受取 (特定健診の開始)	実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
9月	契約に関わる 予算手続き	保健指導対象者の抽出 (特定保健指導の開始)	
10月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
11月			受診・実施率実績の算出
12月			支払基金(連合会)への報告
1月			(ファイル作成・送付)
2月			
3月	契約準備	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

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

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

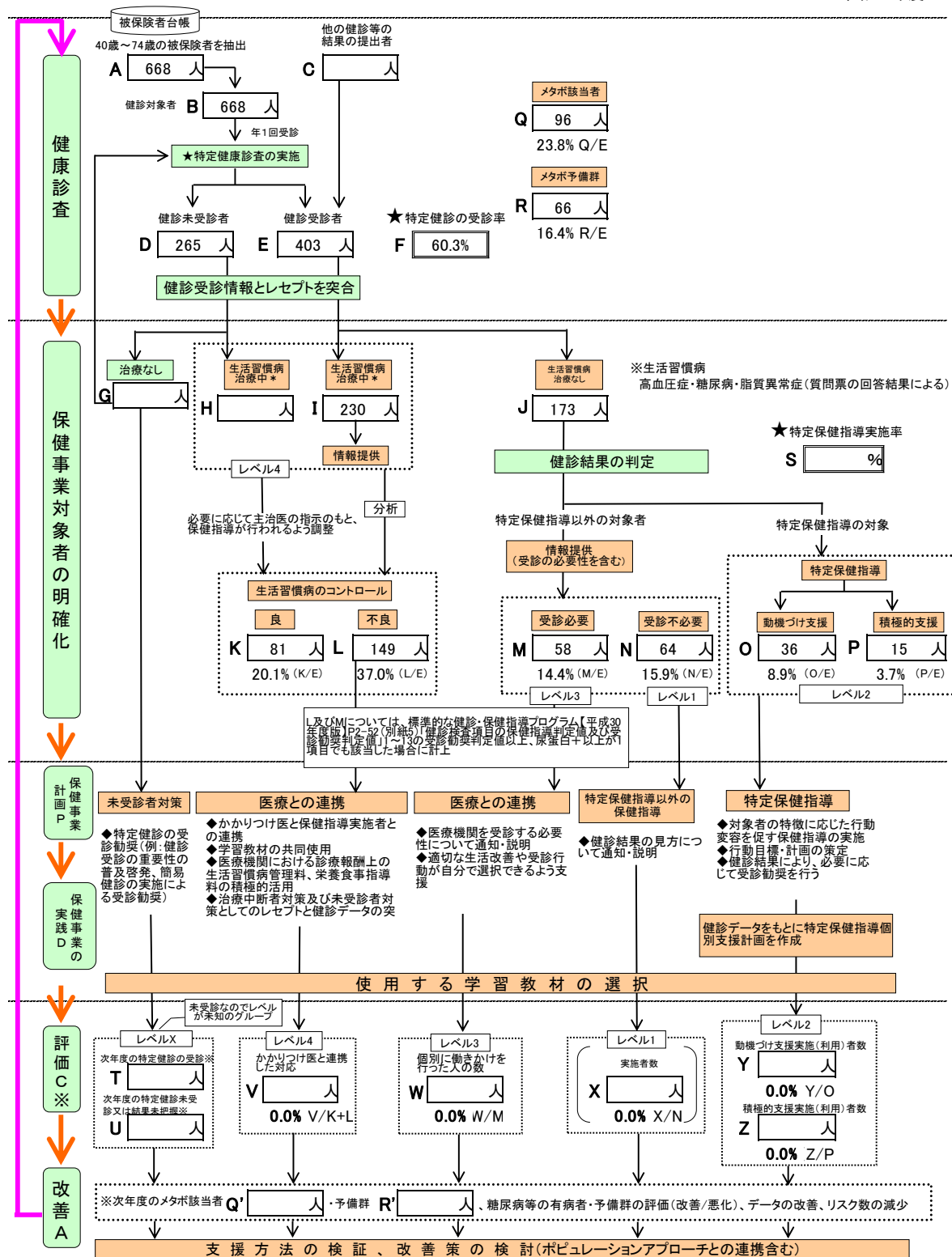
図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5

令和04年度



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	51人 (12.7%)	90%
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	58人 (14.4%)	HbA1c6.5以上については 100% 重症合予防対象者: 90%
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)	265 ※受診率目標達成までにあと〇〇人	90%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	64人 (15.9%)	%
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	230人 (57.1%)	%

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

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

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および鯉川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度 9 月頃までに報告します。

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、鮫川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、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。

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

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村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

鮫川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、154人(35.7%)です。そのうち、治療なしが36人(19.1%)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8人です。

また、鮫川村においては、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、154人中21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 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るためにー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ー

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少				虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少				糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少				<参考> 健診受診者(受診率)			
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)				虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度 合同研究班報告))				糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)				CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		403人	60.3%
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性 脳塞栓症 (27.7%) ※脳卒中 データバンク 2015より 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				心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症										■各疾患の治療状況	
	治療中		治療なし		高血 圧		181		222		脂質 異常		281			
	脂質 異常		57		346		3疾患		230		173		※問診結果による			
優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動		脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)					
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)				動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		重症化予防対象者 (実人数)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		メタボ該当者 (2項目以上)		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)		腎臓専門医 紹介基準対象者			
該当者数	26	6.5%	7	1.7%	6	1.5%	10	2.5%	96	23.8%	36	8.9%	20	5.0%	148	36.7%
治療なし	8	3.6%	0	0.0%	5	1.8%	7	2.5%	15	8.7%	16	4.6%	4	2.3%	33	19.1%
(再掲) 特定保健指 導	3	11.5%	0	0.0%	1	16.7%	3	30.0%	15	15.6%	2	5.6%	1	5.0%	19	12.8%
治療中	18	9.9%	7	3.0%	1	0.8%	3	2.5%	81	35.2%	20	35.1%	16	7.0%	115	50.0%
臓器障害 あり	1	12.5%	0	--	1	20.0%	1	14.3%	3	20.0%	4	25.0%	4	100.0%	8	24.2%
CKD(専門医対象)	0		0		0		0		1		1		4		4	
心電図所見あり	1		0		1		1		3		3		3		7	
臓器障害 なし	7	87.5%	--		4	80.0%	6	85.7%	12	80.0%	12	75.0%	--		--	
治療中																
臓器障害 あり	9	50.0%	7	100.0%	0	0.0%	2	66.7%	31	38.3%	5	25.0%	16	100.0%	47	40.9%
CKD(専門医対象)	2		0		0		1		7		0		16		16	
心電図所見あり	7		7		0		1		26		5		2		33	
臓器障害 なし	9	50.0%	--		1	100.0%	1	33.3%	50	61.7%	15	75.0%	--		--	

出典:ヘルサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

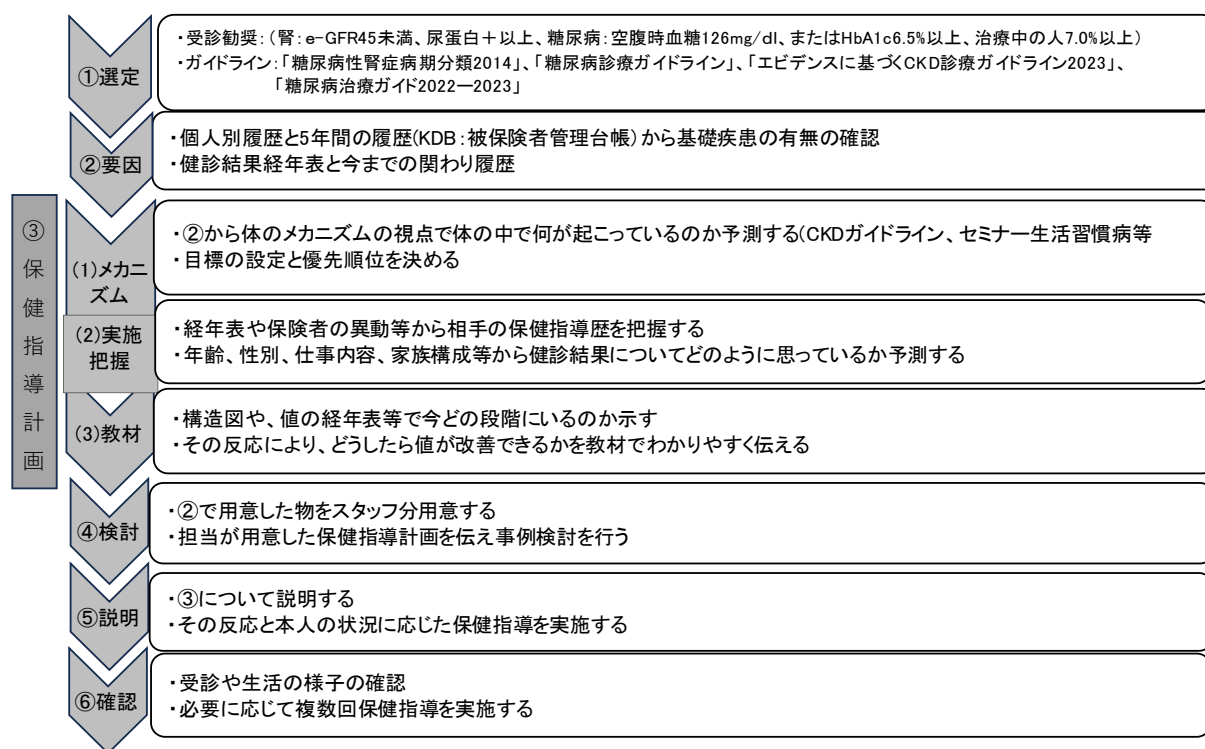
1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者

② 医療機関受診中断者

③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

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

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

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

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

鮫川村においては、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(ー)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

② 基準に基づく該当者数の把握

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

鮫川村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、18人(24.0%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者151人のうち、特定健診受診者が57人(76.0%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者91人(61.5%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表 54 より鮫川村に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（尿蛋白+以上優先）（F）・・・18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（尿蛋白+以上優先）（J）・・・28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

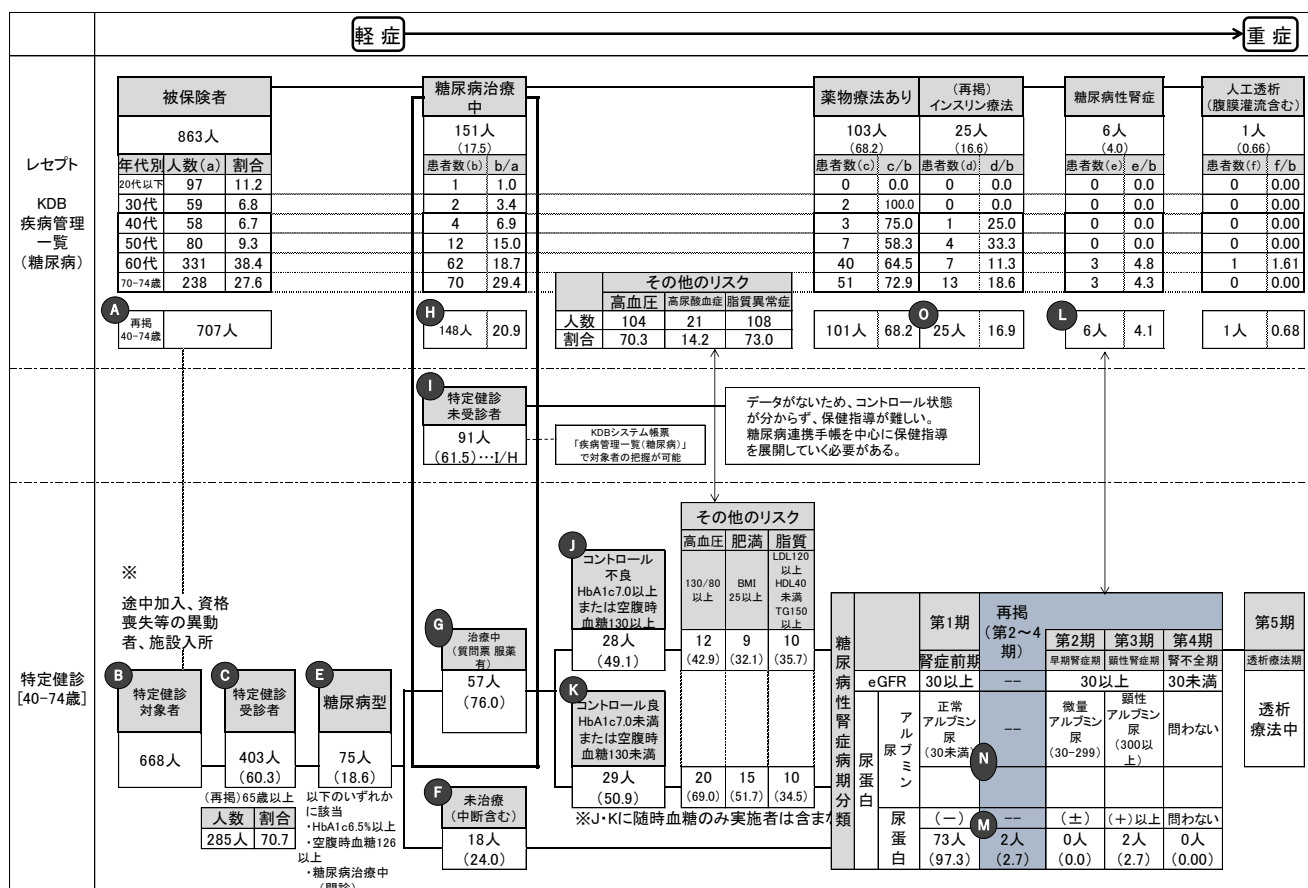
【保健指導】

- ・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 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失して）

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。鮫川村においては、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行っています。

P22 表 3HbA1c 評価表(HbA1c7 以上)の考察より、糖尿病は、薬だけでは改善しないので、食事も治療の 1 つであることを伝え、なぜ HbA1c をコントロールするのか、体で起こることのメカニズムを伝えてから食事指導を行います。医療機関未受診者には、なぜ受診しないのか理由を聞き、受診勧奨を行います。薬を飲みたくないという理由の人へは、糖尿病の治療は、食事と運動からなのですぐに薬は出ないこと、今の生活で血糖はコントロールできているか確認を血液検査でするため受診することを伝えます。

P24 表 4 R03 年度透析患者の健診・医療・介護の状況の考察より、社保での状況がわからず人工透析になっているため、社保の健診結果の説明、村在住の職員、社会保険の扶養者の保健指導や健康相談から行っています。

HbA1c7 以上が継続し、主治医からコントロールが難しいという段階で糖尿病専門医へ受診勧奨します。病院の食事指導で、摂取カロリー指示が身体活動と合っておらず、「体がもたない。」という発言がある人に管理栄養士は病院からの摂取カロリーの指示を確認し、身体活動に合わせた摂取カロリーに修正します。

図表 55 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける（保健指導教材）

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
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 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	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 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか！！	3-9 チアソリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすすみ方	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	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

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

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、事前に地区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福島県県南地区統一糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ行っています。

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56 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5ml/1.73m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			実 合 表	鯉川村										同僚保健担当者(平均)		データ基
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	A	908人		848人		818人		800人		789人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②	(再掲)40~74歳		712人		693人		685人		678人		663人				
2	①	対象者数	B	651人		633人		641人		627人		661人				市町村国保 特定医療診療・特定保健 指導状況概況報告書
	②	特定健診 受診者数	C	494人		491人		455人		454人		420人				
	③	受診率		—		—		—		—		—				
3	①	特定 保健指導 対象者数		66人		66人		61人		57人		52人				
	②	実施率		98.5%		101.5%		100.0%		100.0%		96.2%				
4	①	糖尿病型	E	82人	16.6%	84人	17.1%	81人	17.8%	97人	21.4%	76人	18.1%			特定健診結果
	②	未治療・中断者(質問票 回答なし)	F	20人	24.4%	24人	28.6%	19人	23.5%	28人	28.9%	18人	23.7%			
	③	治療中(質問票 回答あり)	G	62人	75.6%	60人	71.4%	62人	76.5%	69人	71.1%	58人	76.3%			
	④	コントロール不良 (HbA1c10%以上または空腹血糖180以上)	J	24人		26人		20人		32人		28人		48.3%		
	⑤	血圧 130/80以上		12人		19人		15人		20人		12人		42.9%		
	⑥	肥満 BMI25以上		14人		13人		13人		11人		9人		32.1%		
	⑦	コントロール良好 (HbA1c10%未満かつ空腹血糖120未満)	K	38人	61.3%	34人	56.7%	42人	67.7%	37人	53.6%	30人	51.7%			
	⑧	第1期 尿蛋白(ー)	M	78人		80人		78人		92人		74人		97.4%		
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		0人		0人		0人		1人		0人		0.0%		
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		3人		3人		3人		3人		2人		2.6%		
	⑪	第4期 eGFR30未満		1人		1人		0人		1人		0人		0.0%		
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)		83.6人		103.8人		97.8人		100.0人		111.5人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②	(再掲)40~74歳(被保険者対)		103.8人		124.1人		115.3人		115.0人		132.7人				
	③	レセプト枚数 40~74歳 (1)40歳未満(2)75歳未満		648件 (329.7)		675件 (392.6)		648件 (355.8)		650件 (383.4)		662件 (1028.0)		135830件 (893.2)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④	入院外(件数)	H	3件 (4.3)		8件 (11.8)		2件 (2.9)		2件 (3.0)		3件 (4.7)		658件 (4.3)		
	⑤	入院(件数)														
	⑥	糖尿病治療中		76人		88人		80人		80人		88人		11.2%		
	⑦	(再掲)40~74歳	I	74人		86人		79人		78人		88人		13.3%		
	⑧	健診未受診者		12人		24人		17人		9人		30人		34.1%		
	⑨	インスリン治療	O	17人		17人		17人		13人		13人		14.8%		
	⑩	(再掲)40~74歳		16人		16人		17人		13人		13人		14.8%		
	⑪	糖尿病性腎症	L	2人		7人		3人		3人		4人		4.5%		
	⑫	(再掲)40~74歳		2人		7人		3人		3人		4人		4.5%		
	⑬	慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症に占める割合)		3人		2人		2人		3人		1人		1.1%		
	⑭	(再掲)40~74歳		3人		2人		2人		3人		1人		1.1%		
	⑮	新規透析患者数		1人		1人		1人		0人		0人		0%		
	⑯	(再掲)糖尿病性腎症		1人		1人		0人		0人		0人		0%		
	⑰	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症に占める割合)		1人		1人		1人		2人		1人		0.9%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期
6	①	総医療費		2億4610万円		2億6887万円		2億6652万円		2億8059万円		2億6298万円		2億6175万円		KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題
	②	生活習慣病総医療費		1億3602万円		1億4641万円		1億3973万円		1億6746万円		1億4672万円		1億4021万円		
	③	(総医療費に占める割合)		55.3%		55.1%		54.5%		59.7%		55.8%		53.6%		
	④	生活習慣病 医療費 一人あたり		10,504円		17,862円		11,680円		18,651円		14,771円		8,820円		
	⑤	健診 受診者		27,972円		23,418円		28,313円		27,601円		26,231円		40,357円		
	⑥	健診 未受診者														
	⑦	糖尿病医療費		1858万円		2113万円		2077万円		1956万円		1925万円		1572万円		
	⑧	(生活習慣病総医療費に占める割合)		13.7%		14.4%		14.9%		11.7%		13.1%		11.2%		
	⑨	糖尿病入院外総医療費		4214万円		4430万円		3935万円		4165万円		3805万円				
	⑩	1件あたり		40,877円		39,344円		37,161円		36,501円		31,398円				
	⑪	糖尿病入院総医療費		1603万円		2291万円		2758万円		2573万円		1355万円				
	⑫	1件あたり		445,268円		449,194円		689,533円		584,803円		521,025円				
	⑬	在院日数		12日		11日		15日		14日		9日				
	⑭	慢性腎不全医療費		874万円		1665万円		1728万円		1618万円		1143万円		957万円		
	⑮	透析有り		871万円		1536万円		1728万円		1596万円		1068万円		862万円		
	⑯	透析なし		3万円		69万円				22万円		75万円		96万円		
7	①	介護 介護給付費		4億1148万円		4億2302万円		4億2203万円		4億0045万円		3億9640万円		3億5514万円		
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%				
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		1人 1.7%		1人 1.7%		1人 1.7%		0人 0.0%		0人 0.0%		267人 1.0%		KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題

7) 実施期間及びスケジュール

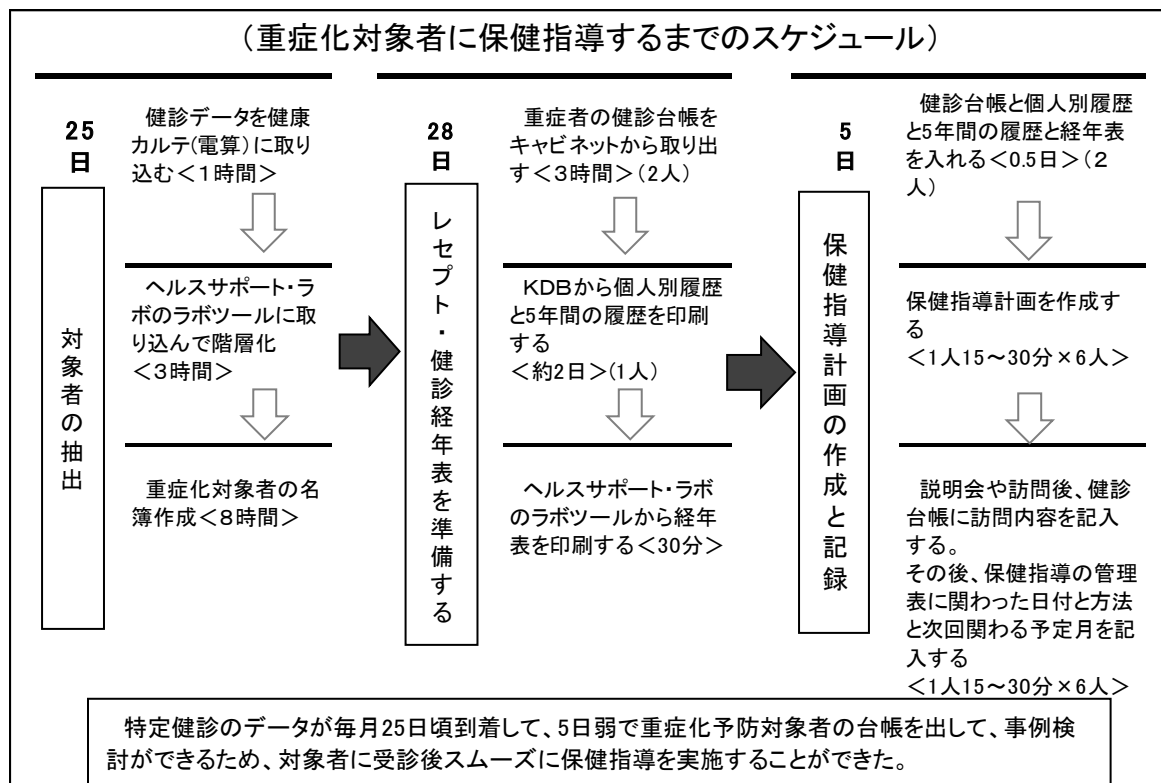
4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール

図表57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

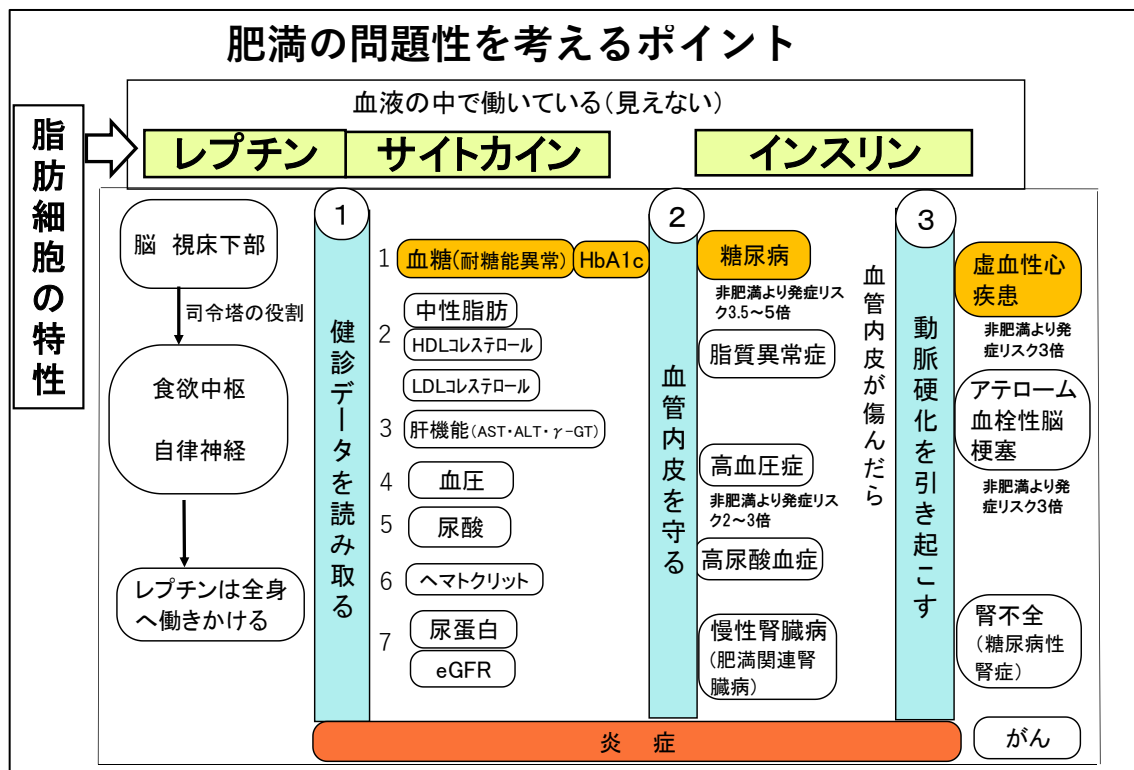
1) 基本的な考え方

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

なお、取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59 肥満度分類による実態

		受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
						40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数		134	297	48	95	38	83	7	11	3	0	0	1
				35.8%	32.0%	28.4%	27.9%	5.2%	3.7%	2.2%	0.0%	0.0%	0.3%
再掲	男性	74	160	30	50	25	46	3	4	2	0	0	0
				40.5%	31.3%	33.8%	28.8%	4.1%	2.5%	2.7%	0.0%	0.0%	0.0%
	女性	60	137	18	45	13	37	4	7	1	0	0	1
				30.0%	32.8%	21.7%	27.0%	6.7%	5.1%	1.7%	0.0%	0.0%	0.7%

出典：ヘルスサポートラボツール

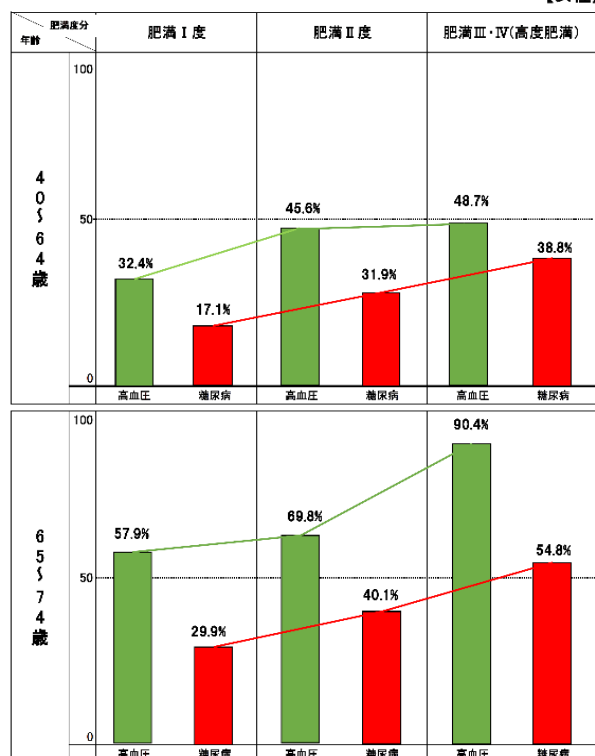
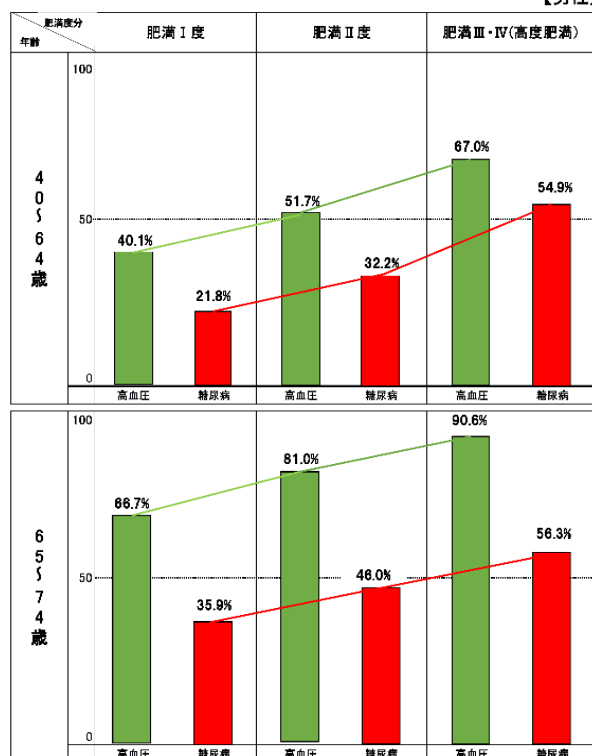
(2) 優先順位をつけます。

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

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます。

図表 60 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

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？ 一番問題である高血圧と糖尿病をグラフに表してみました



② 保健指導を実施した時の住民の声(意識)から「日常生活」で困っていることを教えてもらいました。

図表 61 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

生活	肥満度 BMI				
		I 度	II 度	III 度	IV 度
		25～29.9	30～34.9	35～39.9	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い ・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痙攣もおこるよ	・逆流性食道炎になった。
排泄	排便			・便秘になって大変	・便器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年間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 ・階段を下るとき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っている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かしづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・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年前から動機あり、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	・動機がする ・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機が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感苦しさで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	・蜂窩織炎になる		・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

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。そのことは、図表 61 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に図表 60 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満 I 度で、若い年代(40～64 歳)を対象とすることが効率いいことがわかります。

③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 62 R3 心・脳血管疾患を発症した事例

事例 N。 ○	性別	発症 年 齢	KDBから把握										特 定 健 診	転 帰
			レセプト											
			脳血管疾患		虚血性心疾患			基礎疾患				介護		
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋 梗塞	その他	高血圧	糖尿病	脂質異常 症	高尿酸血 症			
1	女	60代		●R3				●H27		●R2			メタボ	
2	女	70代		●R3				●H16	●H29	●H16			メタボ	
3	男	60代		●R3						●H23			メタボ	
4	男	60代			●R3	●H29		●H27		●H29	●H29		メタボ	
5	男	70代			●R3			●R4					メタボ	
6	男	50代					●R3 無症候性 心筋虚血	●H29		●H30	●H30		メタボ	
7	男	60代			●R3		●R3 非弁膜性 心房細動 頻脈性不整脈	●H26					メタボ	
8	男	60代			●R3			●H27					メタボ	
9	男	70代				●R3		●R1		●R3			メタボ	

鮫川村調べ

3) 対象者の明確化

図表 63 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者		A	222	18	21	88	95	181	6	14	100	61
メタボ該当者		B	61	2	5	24	30	35	0	1	16	18
		B/A	27.5%	11.1%	23.8%	27.3%	31.6%	19.3%	0.0%	7.1%	16.0%	29.5%
再掲	① 3項目全て	C	22	1	0	7	14	10	0	0	3	7
		C/B	36.1%	50.0%	0.0%	29.2%	46.7%	28.6%	—	0.0%	18.8%	38.9%
	② 血糖＋血圧	D	10	0	1	3	6	5	0	0	4	1
		D/B	16.4%	0.0%	20.0%	12.5%	20.0%	14.3%	—	0.0%	25.0%	5.6%
	③ 血圧＋脂質	E	28	1	3	14	10	18	0	1	8	9
		E/B	45.9%	50.0%	60.0%	58.3%	33.3%	51.4%	—	100.0%	50.0%	50.0%
	④ 血糖＋脂質	F	1	0	1	0	0	2	0	0	1	1
		F/B	1.6%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	5.7%	—	0.0%	6.3%	5.6%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 64 メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	234	63	26.9%	49	77.8%	14	22.2%	197	37	18.8%	34	91.9%	3	8.1%
40代	23	3	13.0%	1	33.3%	2	66.7%	10	0	0.0%	0	—	0	—
50代	23	5	21.7%	1	20.0%	4	80.0%	16	1	6.3%	1	100.0%	0	0.0%
60代	93	25	26.9%	19	76.0%	6	24.0%	108	17	15.7%	15	88.2%	2	11.8%
70～74歳	95	30	31.6%	28	93.3%	2	6.7%	63	19	30.2%	18	94.7%	1	5.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 63)は、男性で 50 代から受診者の 2~3 割を超えるが、女性では 60 代・70 代で 1~3 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 64)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、全員がメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ④ 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ⑤ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

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

鮫川村のメタボリックシンドロームの増加の原因を基に資料の作成を行います。(脳の変調、炭酸飲料、野菜摂取の勧め、甘い物の代替商品の紹介等)健診結果と食の関連について理解してもらえるような指導をします。食事摂取基準や各種ガイドラインを基に食品量について根拠をもって伝えます。

図表 65 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いますか？
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こっ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 膝に圧力がかららないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。鮫川村においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施を検討します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

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

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

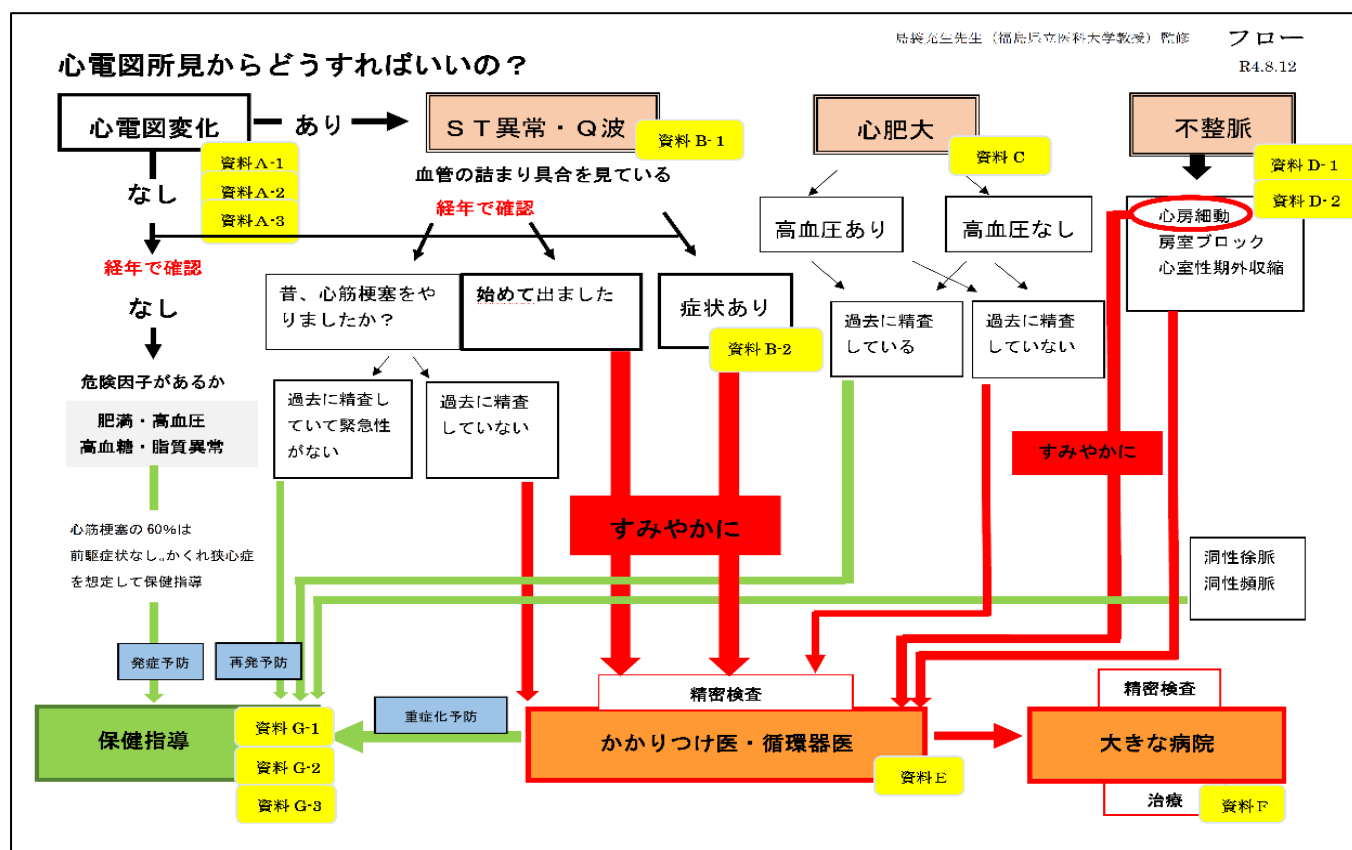
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 66 に基づいて考えます。

図表 66 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）島袋充生先生(福島県立医科大学教授)監修



(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血

を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

鮫川村においては、心電図検査を 420 人(99.8%)に実施し、そのうち有所見者が 89 人(21.2%)でした。所見の中でも ST-T 変化が 27 人(30.3%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 67)

また、有所見者のうち要精査が 30 人(33.7%)で、その後の受診状況は未把握です。(図表 68)。

心電図有所見者の要精査者について、受診の把握をする必要があります。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圧、血糖などのリスクを有する者もいることが考えられるため、受診勧奨を行う必要があります。

図表 67 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	420	99.8	89	21.2%	2	2.2%	27	30.3%	1	1.1%	4	4.5%	0	0.0%	15	16.9%	8	9.0%	33	37.1%
	男性	229	100.0	52	22.7%	2	3.8%	10	19.2%	0	0.0%	3	5.8%	0	0.0%	13	25.0%	8	15.4%	18	34.6%
	女性	191	99.5	37	19.4%	0	0.0%	17	45.9%	1	2.7%	1	2.7%	0	0.0%	2	5.4%	0	0.0%	15	40.5%

鮫川村調べ

図表 68 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	89		30	33.7%				
男性	52	58.0%	15	28.8%				
女性	37	41.0%	19	51.4%				

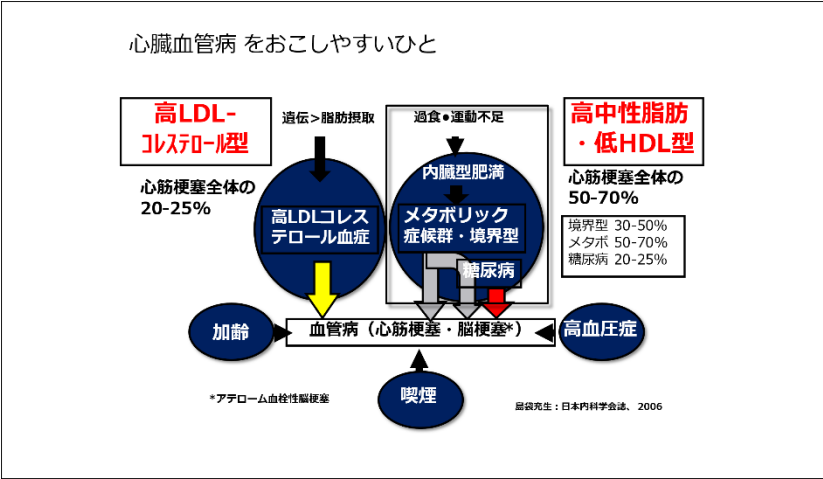
鮫川村調べ

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、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の 60%は前駆症状ないため)積極的に保健指導を行う必要があります。

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 69)

図表 69 心血管病をおこしやすいひと



図表 69 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、第 4 章「2. 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。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 70)

図表 70 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
138				68	47	18	5	1	5	12	5
				49.3%	34.1%	13.0%	3.6%	4.3%	21.7%	52.2%	21.7%
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)	14	7	5	1	1	1	1	0	0
			10.1%	10.3%	10.6%	5.6%	20.0%	100.0%	20.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	63	29	25	6	3	0	4	5	0
			45.7%	42.6%	53.2%	33.3%	60.0%	0.0%	80.0%	41.7%	0.0%
	高リスク	120未満 (150未満)	55	28	15	11	1	0	0	7	5
			39.9%	41.2%	31.9%	61.1%	20.0%	0.0%	0.0%	58.3%	100.0%
再掲		100未満 (130未満) ※1	2	0	2	0	0	0	0	0	0
			1.4%	0.0%	4.3%	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)	6	4	2	0	0	0	0	0	0
			4.3%	5.9%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

P26 表 9 虚血性心疾患新規発症者の健診・医療・介護の状況より、健診未受診者、治療中断者については、なぜ受診しないか理由を聞いて、事情があり受けられない場合を除いて、健診を受ける必要性について保健指導を行います。一度での保健指導、栄養指導では伝わらないため、継続的に 2～3 か月後に指導を行います。医療機関受診の報告時、食事指導へ繋がられるような指導を行います。

医療機関へ受診勧奨する際、治療の判断材料となる既往歴についても医師へ伝える資料を本人が受診時に持参するよう伝えることが重要です。発症した際には、基礎疾患との関連性について伝え、動機付けを行うことで再発予防へ繋がります。保健指導対象者から外れることがあるので、対象に合った時の関わり(質)が重要です。毎年、伝えている内容が同じくなっていることがありました。指導する人を担当制にすることで経年的に対象を捉えることができるので、前年度とはアプローチ方法を変えることができ、経年的な対象者の理解に合わせた指導を行います。

前年度は社保で健診結果の状況がわからない場合、医療レセプトで既往歴を確認し、管理目標を本人へ伝えます。

保健指導、栄養指導の時間を確保するために事業の見直しを行い、指導の質向上のためにも情報共有するための打合せを行います。

図表 71 心電図所見からの保健指導教材

心電図所見からの保健指導教材
もくじ 心電図所見からどうすればいいの？ フロー図 資料A-1 休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです 資料A-2 私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞や心房細動を発症する前に 資料A-3 心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！ 資料B-1 心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？ 資料B-2 心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！！ 資料C 左室肥大って？ 資料D-1 不整脈・・・このくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの？ 資料D-2 心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです 資料E ST変化・異常Q波 所見がある方へ 資料F 精密検査を受けて治療が必要になった方へ 資料G-1 狭心症になった人から学びました 資料G-2 健診データの色がついているところに○をしてみましょう 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) 二次健診の実施

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

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

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

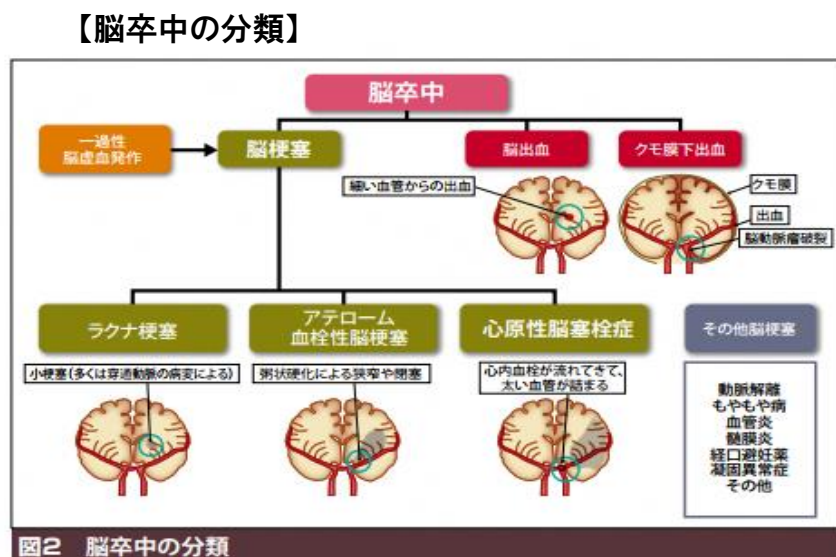
8 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組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



図表 73 脳血管疾患とリスク因子

(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 74 でみると、高血圧治療者 314 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 29 人(9.2%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 26 人(6.0%)であり、そのうち 8 人(30%)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18人(4.0%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、389人(96.5%)実施している状況です。

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

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

軽 症

重 症

レセプト
KDB
疾病管理一
覧
(高血圧症)

被保険者		
863人		
年代別	人数(a)	割合
20代以下	97	11.2
30代	59	6.8
40代	58	6.7
50代	80	9.3
60代	331	38.4
70-74歳	238	27.6

A 再掲
40- 707人

高血圧症治療中				
318人 (36.6)				
患者数(b)	b/a	処方あり(c)	c/b	
0	0.0	0	---	
2	3.4	1	50.0	
3	5.2	2	66.7	
20	25.0	18	90.0	
152	45.9	137	90.1	
139	58.4	129	92.8	

H 314人 44.4 286人 91.1

脳血管疾患		虚血性心疾 患		人工透析	
29人 (9.2)		39人 (12.3)		4人 (1.27)	
患者数(d)	d/b	患者数(e)	e/b	患者数(f)	f/b
0	---	0	---	0	---
0	0.0	1	50.0	0	0.00
0	0.0	1	33.3	0	0.00
1	5.0	4	20.0	0	0.00
16	10.5	14	9.2	4	2.63
12	8.6	19	13.7	0	0.00

その他のリスク			
糖尿病	糖尿病性腎症	高尿酸血症	脂質異常症
104	4	49	188
33.1	1.3	15.6	59.9

O 29人	9.2	P 38人	12.1	Q 4人	1.27
--------------	-----	--------------	------	-------------	------

特定健診 未受診者	
133人 (H-G')	
42.4 (I/H)	

KDBシステム帳票
「疾病管理一覧(高血圧)」

血圧値がわからない(データがない)ため、コントロール状況がわからない。
→保健指導が難しい。

重症化を予防するために臓器障害を早期に発見するための精密検査

※
途中加入、資格喪失等の
単勤者、施設入所者、長

特定健診
[40-74歳]

B 特定健診 対象者 668人	C 特定健診 受診者 403人 (60.3)	E 高血圧 140/90以上 124人 (30.8)
------------------------------	--	--

※上記E：高血圧
に内服治療
中の140/90未満
は含まない。

有)			
181人 (44.9) ...G'			
分類 (I度以上)	人数	割合	
I度	52人	74.3	
II度	13人	18.6	
III度	5人	7.1	
54人	I度	46人	85.2
	II度	6人	11.1
43.5 (F/E)	III度	2人	3.7

F 未治療(中断含む)

その他のリスク				
肥満 BMI25以上	高血糖 HbA1c 6.5以上	高尿酸 7.1以上	脂質異常症 LDL120 以上	
I度 (50.0%)	26 (17.3%)	9 (17.3%)	5 (9.6%)	22 (42.3%)
II度 (69.2%)	9 (30.8%)	4 (15.4%)	2 (10.0%)	4 (30.8%)
III度 (60.0%)	3 (20.0%)	1 (40.0%)	2 (100.0%)	5 (100.0%)
I度 (21.7%)	10 (6.5%)	3 (10.9%)	5 (16.7%)	29 (63.0%)
II度 (33.3%)	2 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (16.7%)	3 (50.0%)
III度 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (50.0%)	1 (50.0%)

臓器障害		
眼底検査 有所見者	心電図結果 有所見者	尿たんぱく (十以上)
詳細健診実施者(J) (J/C)	389人 96.5	402人 99.8
検査実施者(K)	67人	70人
実施率(K/G)	95.7	100.0
有所見者(L)	0人	23人
有所見率(L/G)	0.0	32.9
検査実施者(M)	52人	54人
実施率(M/F)	96.3	100.0
有所見者(N)	0人	12人
有所見率(M/F)	0.0	22.2

高血圧の人が詳細健診をきちんと受けている

26人(8.0%) 8人未治療

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

出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会

p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子

p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化

p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

特定医療行為結果より降圧薬治療者と比べ

血圧分類 (mmHg)		高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130～139 /80～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	125	71	46	6	2
		56.8%	36.8%	4.8%	1.6%
リスク第1層 予後影響因子がない	6	^C 6	^B 0	^B 0	^A 0
	4.8%	8.5%	0.0%	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	77	^C 39	^B 32	^A 5	^A 1
	61.6%	54.9%	69.6%	83.3%	50.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細 動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、または リスク2層の危険因子が3つ以上ある	42	^B 26	^A 14	^A 1	^A 1
	33.6%	36.6%	30.4%	16.7%	50.0%

…高リスク

…中等リスク

…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに 薬物療法を開始	22
		17.6%
B	概ね1ヵ月後に 再評価	58
		46.4%
C	概ね3ヵ月後に 再評価	45
		36.0%

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに 薬物療法を開始	22 17.6%
B	概ね1ヵ月後に 再評価	58 46.4%
C	概ね3ヵ月後に 再評価	45 36.0%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。

※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。

※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。

出典:ヘルスサポートラボツール

※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

図表 75 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3) 心電図検査における心房細動の実態

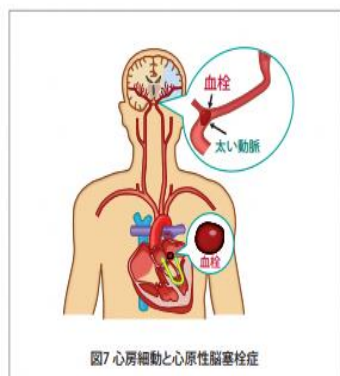


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

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

図表 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。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 76 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環疫学調査 (※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	234	197	1	0.4%	2	1.0%	1	100.0%	0	0.0%	--	--
40代	23	10	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	--	0.2%	0.0%
50代	23	16	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	--	0.8%	0.1%
60代	93	108	0	0.0%	2	1.9%	0	--	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	95	63	1	1.1%	0	0.0%	1	100.0%	0	--	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

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
8	0	0.0%	8	100.0%

鮫川村調べ

心電図検査において8人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心房細動有所見者全員が治療開始されていました。(図表77)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。治療中でもリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

脳血管疾患発症をした時の状況を聞き、基礎疾患との関連性について伝え、生活習慣改善の動機付けを行うことで、再発予防へ繋がります。脳血管疾患発症状況と対応について啓発も行います。脳血管疾患発症を自分自身で知らない人がいるため、医療レセプトで脳血管疾患を発見した時には、医師より説明があつたか確認をします。(P28)

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入してい

く必要があり、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

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

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

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

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

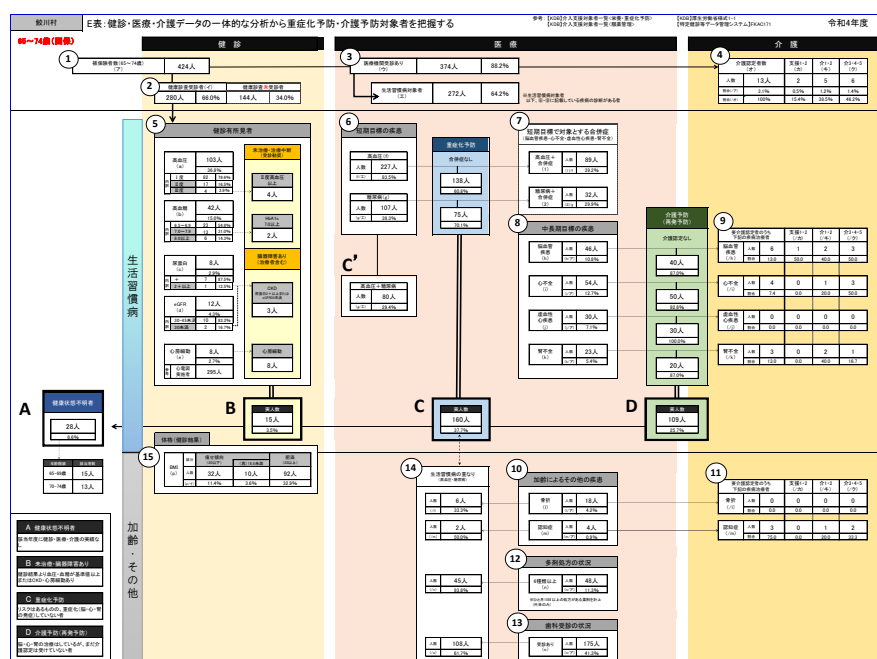
具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 78 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題であります。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるだけでなく、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。

また、働き世代の健康づくりとして社保の段階で自身の健康に関心を持ってもらう必要があります。村内事業所と連携し、まずは事業所での献血の際に、健康相談、健康に関する情報提供等を行うなど今ある事業に組み込みます。また、地域職域連携会議等を活用し、職域から地域へ移行する人の健診結果の情報共有の必要性を伝え、連携できるように働きかけます。社会保険扶養者は、村の健診受診時に、健診結果の説明ができることを伝え、保健指導へ繋がります。

鮫川村においては、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っていく必要があります。

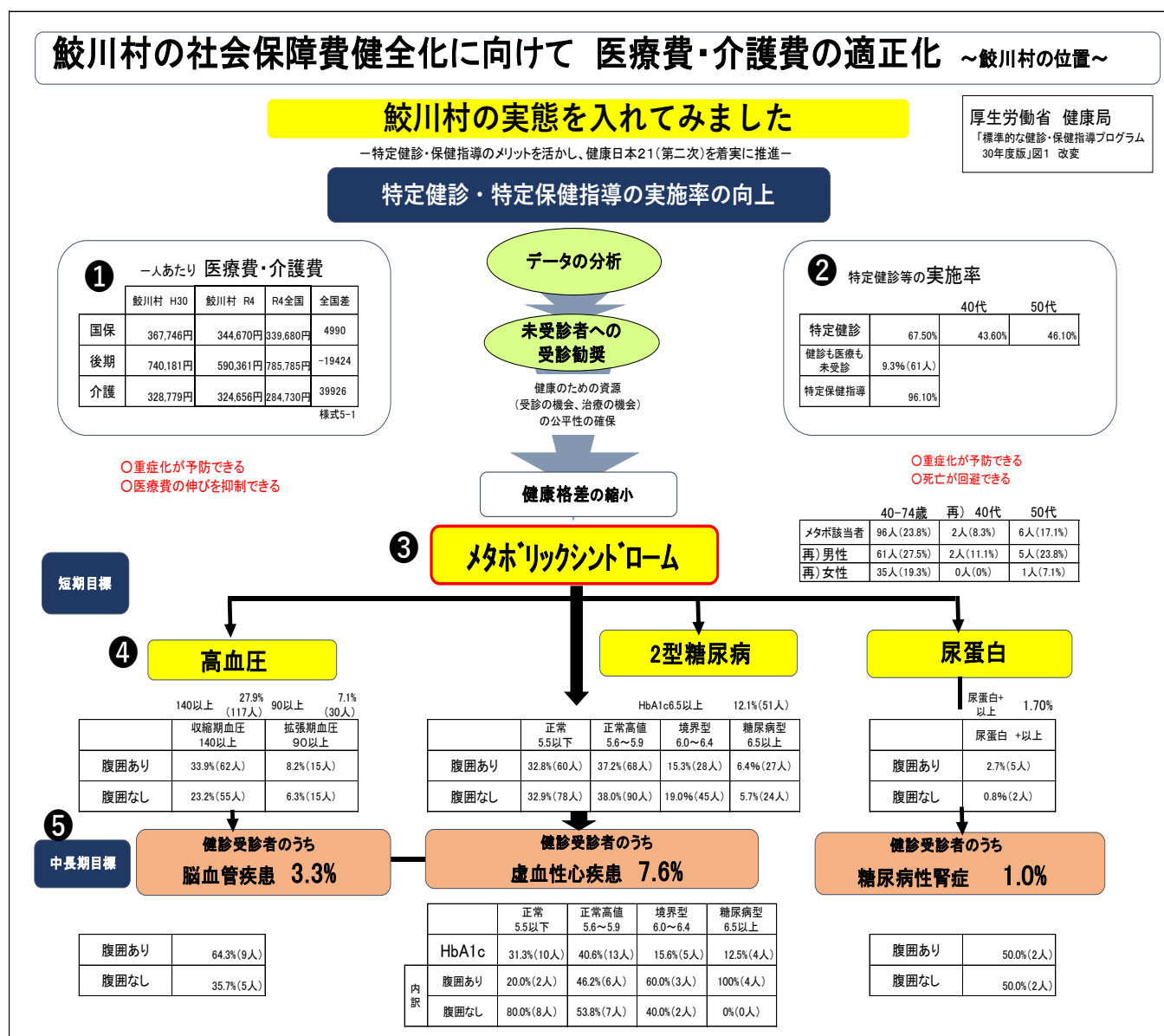
図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える　　－基本的考え方－　　（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）																	
発症予防 → 重症化予防																	
1 根拠法 6条 健康増進事業実施者		健康増進法															
		母子保健法				児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全法）		高齢者の医療の確保に関する法律		（介護保険）		
2 計画		健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）															
3 年代		妊婦 （胎児期）		産婦	0歳～5歳				6歳～14歳			15～18歳	～29歳 30歳～39歳		40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上
4 健康診査 （根拠法）		妊婦健康診査 （13条）		産婦健康診 （13条）	乳幼児健康診査 （第12・13条）				保育所・幼稚園健康診断	就学時健診 （11・12条）	児童・生徒の定期健康診断 （第1・13・14条）		定期健康診断 （第66条）		特定健康診査 （第18・20・21条）		後期高齢者健康診査 （第125条）
		妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育 / 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							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
		HbA1c	6.5%以上							6.5%以上							
		50GCT	1時間値140mg/dl以上														
		75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
		（診断） 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上を満たすもの														
		身長 体重															
		BMI												25以上			
		肥満度				加齢18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上							
		尿糖	（+）以上						（+）以上								
		糖尿病 家族歴															

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。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村民へ周知していきます。(図表 80、81)

図表 80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 81 統計からみえる福島市の食

統計からみえる福島の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2019～2021年平均 ～			
食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
卵	1位(金額)	さば	52位
納豆	1位(金額)	あじ	47位(数量)
にんじん	3位(金額)	塩さけ	47位
きゅうり	1位(数量)	鶏肉	53位(数量)
まんじゅう	1位(金額)	豚肉	6位
カップ麺	3位(金額)	ベーコン	8位(数量)
スポーツドリンク	1位(金額)	ハム	7位(数量)
ビール	3位		
食塩	2位(金額)		

鮫川村質問票 生活習慣の状況 令和3年度【出典:KDB】

(%)

	鮫川村	同規模	県	国
喫煙	17	16.3	13.3	13.6
週3回以上朝食を抜く	7.6	9.1	7.8	10
週3回以上食後間食	21.6	16.8	15.3	15.6
週3回以上就寝前夕食	21.6	16.8	15.3	15.6
食べる速度が速い	26.6	28.1	25.3	27.1
20歳時体重から10kg以上増加	36.5	36.8	36.9	35.2
1回30分以上運動なし	63.5	67.7	62.8	60.6
1日1時間以上運動なし	47.9	46.8	54.6	48.4
睡眠不足	24.8	24.2	22.5	24.5
毎日飲酒	29.9	26.6	25.4	25.5
時々飲酒	19.6	22.5	23.5	22.1
1日飲酒量	1合未満	39.2	55.5	58.5
	1～2合	43.8	28	29.5
	2～3合	15.2	12.3	10.1
	3合以上	1.8	4.2	2

・同規模、県、国と比較すると、「喫煙」「週3回以上食後の間食」「週3回以上就寝前の夕食」「睡眠不足」「毎日飲酒」「1日飲酒量」の「1～2合」「2～3合」で割合が高い。

特定保健指導対象者における健診結果説明会及び訪問による食の聞き取り

食の聞き取りを行った対象者 51 人

(内訳) 積極的支援 17 人 内 男性:16 人 女性:1 人

動機付け支援 34 人 内 男性:22 人 女性:12 人

・食品群を男女別でみた全体の割合

	人数			割合 (合計人数/対象者)
	男性	女性	合計	
2群(肉、魚、大豆製品)の摂取	29人	10人	39人	76.50%
1群(乳製品、卵)の摂取	22人	9人	31人	60.70%
油を使った野菜の摂取	23人	8人	31人	60.70%
アルコール摂取	21人	2人	23人	45.10%
漬物の摂取	14人	8人	22人	43.10%
油を使わない野菜の摂取(漬物、味噌汁を除く)	11人	9人	20人	39.20%
間食	9人	10人	19人	37.30%
糖が含まれる飲み物の摂取	14人	1人	13人	25.50%
揚げ物の摂取	5人	7人	12人	23.50%

・時間別食事内容の特徴

	内容
朝 食	・納豆や焼き魚、卵など ・朝は忙しく、野菜摂取が難しい、摂取しても漬物や味噌汁の具材など
昼 食	・麺類が多い(うどん、インスタント麺など) ・麺を食べた後、汁にご飯を入れて食べる ・簡単に済ませる
夕 食	・1日の食事の中で最も量、種類が多い ・揚げ物、炒め物など油を使う料理が多い ・カレーや漬物、炒め物などで野菜を摂取する ・根菜野菜や淡色野菜の摂取が多い(人参、大根、白菜、きゅうり) ・アルコールとおつまみで夕食を済ませる
間 食	・まんじゅう、クッキー、せんべい、漬物、果物など ・毎日1～2回摂る方もいれば、お客さんが来た時にお菓子や漬物を食べる方もいる。 ・夏、農作業の際の水分補給はスポーツ飲料、食塩入りスポーツ飲料 ・甘いお菓子に甘い飲み物(砂糖入りコーヒー、炭酸飲料など)の組み合わせ ・炭酸飲料、異性化糖の摂取
その他	・漬物や味噌汁の回数が多い(毎食どちらも食べる) ・特に冬は緑黄色野菜より淡色野菜の摂取が多い ・汗をかくため食塩を摂取しないといけないと思う方が多い。

食の聞き取りから、1群、2群の摂取割合が高い。野菜の摂取については油を使った野菜の摂取が

多く、油を使わない野菜の摂取は少ないです。間食の摂取は 37.3%と少ないです。アルコールの摂取は約半数を占めているということが分かりました。間食の割合が少なく、アルコール摂取が多かったのは、食の聞き取りを行った対象者のうち男性が多く、女性が少ないからだと考えられます。

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、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り扱いが確保されるよう措置を講じます。

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた鯨川村の位置

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1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた鮫川村の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた鮫川村の位置

R04年度

項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口	3,049		727,328		1,799,218		123,214,261		KDB,NO.5 人口の状況 KDB,NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			65歳以上(高齢化率)	1,221	40.0	301,058	41.4	572,825	31.8	35,335,805	28.7			
			75歳以上	650	21.3	---	---	291,055	16.2	18,248,742	14.8			
			65～74歳	571	18.7	---	---	281,770	15.7	17,087,063	13.9			
			40～64歳	957	31.4	---	---	603,355	33.5	41,545,893	33.7			
	39歳以下	871	28.6	---	---	623,038	34.6	46,332,563	37.6					
	②	産業構成	第1次産業	21.5		22.3		6.7		4.0		KDB,NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			第2次産業	39.8		20.6		30.6		25.0				
			第3次産業	38.7		57.2		62.6		71.0				
	③	平均寿命	男性	80.5		80.5		80.1		80.8		KDB,NO.1 地域全体像の把握		
女性			86.7		87.0		86.4		87.0					
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	78.1		79.3		79.1		80.1					
		女性	84.9		84.2		83.6		84.4					
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	98.6		101.6		105.4		100		KDB,NO.1 地域全体像の把握	
				女性	105.1		99.9		106.2		100			
			死因	がん	15	44.1	3,423	47.4	6,259	46.8	378,272	50.6		
				心臓病	10	29.4	2,064	28.6	3,839	28.7	205,485	27.5		
				脳疾患	8	23.5	1,188	16.4	2,164	16.2	102,900	13.8		
				糖尿病	0	0.0	138	1.9	309	2.3	13,896	1.9		
				腎不全	1	2.9	267	3.7	457	3.4	26,946	3.6		
				自殺	0	0.0	146	2.0	357	2.7	20,171	2.7		
				合計	5	7.7								
	②	早世予防からみ た死亡 (65歳未満)	男性	2		7.1						厚労省HP 人口動態調査		
女性			3		8.1									
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	213	17.1	59,331	19.9	114,440	20.1	6,724,030	19.4	KDB,NO.1 地域全体像の把握		
			新規認定者	介護度別 総件数	要支援1.2	305	8.2	162,745	13.5	280,940	10.7		21,785,044	12.9
					要介護1.2	1,306	35.1	568,999	47.1	1,197,513	45.7		78,107,378	46.3
					要介護3以上	2,111	56.7	476,421	39.4	1,143,767	43.6		68,963,503	40.8
					2号認定者	6	0.63	856	0.38	2,880	0.48		156,107	0.38
			②	有病状況	糖尿病	34	13.6	13,461	21.6	24,333	20.1		1,712,613	24.3
	高血圧症	102			45.3	33,454	54.3	63,992	53.4	3,744,672	53.3			
	脂質異常症	44			19.3	18,421	29.6	36,167	29.8	2,308,216	32.6			
	心臓病	116			52.1	37,325	60.8	70,996	59.4	4,224,628	60.3			
	脳疾患	42			21.4	13,424	22.1	25,439	21.7	1,568,292	22.6			
	がん	19			8.3	6,308	10.3	12,527	10.4	837,410	11.8			
	筋・骨格	103			43.7	33,542	54.6	60,469	50.6	3,748,372	53.4			
	精神	67			30.7	22,904	37.4	43,016	36.2	2,569,149	36.8			
	③	介護給付費			一人当たり給付費/総給付費	324,656	396,404,606	323,222	97,308,660,154	301,499	172,706,094,600	290,668	100,742,742,888	
			1件当たり給付費(全体)	106,503		80,543		65,863		59,662				
			居宅サービス	48,846		42,864		42,089		41,272				
	④	医療費等	施設サービス	320,146		288,059		294,067		296,364				
			要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	8,546	9,108	7,671	8,610						
	4	①	国保の状況	被保険者数	763		195,140		381,897		27,488,882		KDB,NO.1 地域全体像の把握 KDB,NO.5 被保険者の状況	
65～74歳				415	54.4			191,020	50.0	11,129,271	40.5			
40～64歳				229	30.0			116,350	30.5	9,088,015	33.1			
39歳以下				119	15.6			74,527	19.5	7,271,596	26.5			
加入率				25.0		27.1		21.2		22.3				
②		医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	54	0.3	125	0.3	8,237	0.3			
			診療所数	2	2.6	703	3.6	1,325	3.5	102,599	3.7			
			病床数	0	0.0	4,267	21.9	24,328	63.7	1,507,471	54.8			
			医師数	1	1.3	641	3.3	3,958	10.4	339,611	12.4			
			外来患者数	662.4		653.6		736.8		687.8				
			入院患者数	25.2		22.9		19.6		17.7				
③		医療費の 状況	一人当たり医療費	344,670	県内39位 同規模184位	367,527		354,691		339,680				
			受診率	687.66		676.49		756.467		705.439				
			外 来	費用の割合	54.9	55.1	60.2	60.4						
				件数の割合	96.3	96.6	97.4	97.5						
			入 院	費用の割合	45.1	44.9	39.8	39.6						
				件数の割合	3.7	3.4	2.6	2.5						
			1件あたり在院日数	15.9日	16.2日	15.9日	15.7日							

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源価値病 (調剤含む)	がん		40,243,730	27.4		32.8		32.6		32.2	KDB NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健 康課題		
			慢性腎不全（透析あり）		10,680,530	7.3		6.1		5.9		8.2			
			糖尿病		19,251,260	13.1		11.2		11.8		10.4			
			高血圧症		8,375,920	5.7		6.5		7.0		5.9			
			脂質異常症		5,355,130	3.6		3.4		4.3		4.1			
			脳梗塞・脳出血		5,172,960	3.5		4.0		3.8		3.9			
			狭心症・心筋梗塞		4,776,310	3.3		2.8		2.5		2.8			
			精神 筋・骨格		24,789,900 26,750,680	16.9 18.2		14.6 17.4		15.8 15.2		14.7 16.7			
5	⑤	一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症		--	--	363	0.2	277	0.2	256	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)	
				糖尿病		1,798	1.2	1,389	0.8	1,074	0.8	1,144	0.9		
				脂質異常症		516	0.3	76	0.0	52	0.0	53	0.0		
				脳梗塞・脳出血		5,830	3.8	6,827	4.1	6,306	4.5	5,993	4.5		
				虚血性心疾患		5,150	3.3	4,500	2.7	3,601	2.6	3,942	2.9		
				腎不全		6,178	4.0	4,305	2.6	3,341	2.4	4,051	3.0		
	医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	高血圧症		10,978	5.8	12,436	6.1	13,211	6.2	10,143	4.9			
			糖尿病		24,720	13.1	21,206	10.5	22,175	10.4	17,720	8.6			
			脂質異常症		6,502	3.4	6,646	3.3	8,282	3.9	7,092	3.5			
			脳梗塞・脳出血		949	0.5	934	0.5	921	0.4	825	0.4			
			虚血性心疾患		1,478	0.8	1,857	0.9	2,008	0.9	1,722	0.8			
			腎不全		17,909	9.5	14,043	6.9	14,657	6.9	15,781	7.7			
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者		5,053		2,915		2,832		2,031	KDB NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健 康課題			
			健診未受診者		8,993		13,340		13,052		13,295				
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者		14,771		8,820		7,596		6,142				
	健診未受診者		26,291		40,357		35,006		40,210						
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者		237	58.8	37,634	58.3	65,969	54.3	3,881,055	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率		203	50.4	33,587	52.0	60,063	49.5	3,543,116	52.0				
		医療機関非受診率		34	8.4	4,047	6.3	5,906	4.9	337,939	5.0				
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況 県内市町村数 61市町村 同規模市区町村数 274市町村	健康受診者		403		64,539		121,437		6,812,842	KDB NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健 康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握			
				受診率		67.8	県内5位 同規模17位	46.7	43.3	全国10位	37.1				
			特定保健指導終了者（実施率）		36	70.6	1693	21.0	1,858	14.1	107,925		13.4		
			非肥満高血糖		42	10.4	6,180	9.6	11,026	9.1	615,549		9.0		
			メタボ	該当者		96	23.8	14,327	22.2	27,943	23.0		1,382,506	20.3	
				男性		61	27.5	10,060	32.4	18,894	34.8		965,486	32.0	
				女性		35	19.3	4,267	12.8	9,049	13.5		417,020	11.0	
				予備群		66	16.4	7,996	12.4	14,818	12.2		765,405	11.2	
				男性		46	20.7	5,688	18.3	9,939	18.3		539,738	17.9	
				女性		20	11.0	2,308	6.9	4,879	7.3		225,667	5.9	
			メタボ 該当 ・予 備 群 レ ベ ル	BMI	総数		177	43.9	24,681	38.2	46,620		38.4	2,380,778	34.9
					男性		117	52.7	17,354	55.8	31,330		57.7	1,666,592	55.3
					女性		60	33.1	7,327	21.9	15,290		22.8	714,186	18.8
				血糖のみ	総数		17	4.2	3,854	6.0	6,736		5.5	320,038	4.7
					男性		4	1.8	730	2.3	931		1.7	51,248	1.7
					女性		13	7.2	3,124	9.3	5,805		8.7	268,790	7.1
			血糖のみ		1	0.2	442	0.7	837	0.7	43,519		0.6		
			血圧のみ		56	13.9	5,843	9.1	10,773	8.9	539,490		7.9		
			脂質のみ		9	2.2	1,711	2.7	3,208	2.6	182,396		2.7		
血糖・血圧		15	3.7	2,376	3.7	4,578	3.8	203,072	3.0						
血糖・脂質		3	0.7	714	1.1	1,206	1.0	70,267	1.0						
血圧・脂質		46	11.4	6,429	10.0	13,328	11.0	659,446	9.7						
血糖・血圧・脂質		32	7.9	4,808	7.4	8,831	7.3	449,721	6.6						
6	① ②	問診の状況	服薬	高血圧		181	44.9	25,333	39.3	51,379	42.3	2,428,038	35.6	KDB NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病		57	14.1	6,949	10.8	13,307	11.0	589,470	8.7			
			脂質異常症		122	30.3	17,768	27.6	38,277	31.5	1,899,637	27.9			
			脳卒中（脳出血・脳梗塞等）		9	2.3	2,096	3.3	3,708	3.1	207,385	3.1			
			心臓病（狭心症・心筋梗塞等）		25	6.3	3,753	5.9	7,284	6.1	365,407	5.5			
	既往歴	腎不全		0	0.0	596	0.9	989	0.8	53,898	0.8				
		貧血		11	2.8	5,551	8.8	8,047	6.7	702,088	10.7				
6	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	喫煙		62	15.4	10,581	16.4	16,367	13.5	939,212	13.8	KDB NO.1 地域全体像の把握		
			週3回以上朝食を抜く		19	4.8	5,703	9.4	9,442	8.0	642,886	10.4			
			週3回以上食後間食（～H29）		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
			週3回以上就寝前夕食（H30～）		68	17.0	10,372	17.1	17,628	14.9	976,348	15.7			
			週3回以上就寝前夕食		68	17.0	10,372	17.1	17,628	14.9	976,348	15.7			
			食べる速度が速い		108	27.1	16,947	27.9	29,857	25.2	1,659,705	26.8			
			20歳時体重から10kg以上増加		136	34.1	22,295	36.6	43,383	36.6	2,175,065	35.0			
			1日10分以上運動習慣なし		266	66.7	41,418	67.6	74,347	62.7	3,749,069	60.4			
			1日1時間以上運動なし		195	48.9	29,178	47.8	64,563	54.5	2,982,100	48.0			
			睡眠不足		100	25.1	14,822	24.5	27,853	23.5	1,587,311	25.6			
			毎日飲酒		118	29.6	16,356	26.5	30,526	25.5	1,658,999	25.5			
			時々飲酒		87	21.8	14,214	23.0	28,391	23.7	1,463,468	22.5			
			日 飲 酒 量	1合未満		97	47.3	22,091	54.9	44,954	58.2	2,978,351		64.1	
				1～2合		86	42.0	11,317	28.1	22,903	29.6	1,101,465		23.7	
2～3合		19		9.3	5,089	12.6	7,847	10.2	434,461	9.4					
3合以上		3		1.5	1,734	4.3	1,581	2.0	128,716	2.8					

①40～64 歳(国保)



介



令和4年度



75歳以上(後期)

1

鮫川村の概況

1. 高齢化率	41.90%
---------	--------

制度	円	地域差 指数
国保	344,670円	0.9

後期	590,361円	0.721
介護	324,656円	
合計	1,915,007円	

3. (参考)特定健診の状況
(令和4年度暫定値)

特定健診	67.50%
保健指導	96.00%

A 健康状况不明者

22人	3.4%
-----	------

年齢階級	該当者数
75歳未満	3人
76-79歳	2人
80-84歳	3人
85歳以上	1人

△ 健康状態不良者

該当年度に健診・医療・介護の実績なし

C 重症化予防

の発症)していない者

ISSN 0013-788X/17/0000-0000\$15.00/0

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

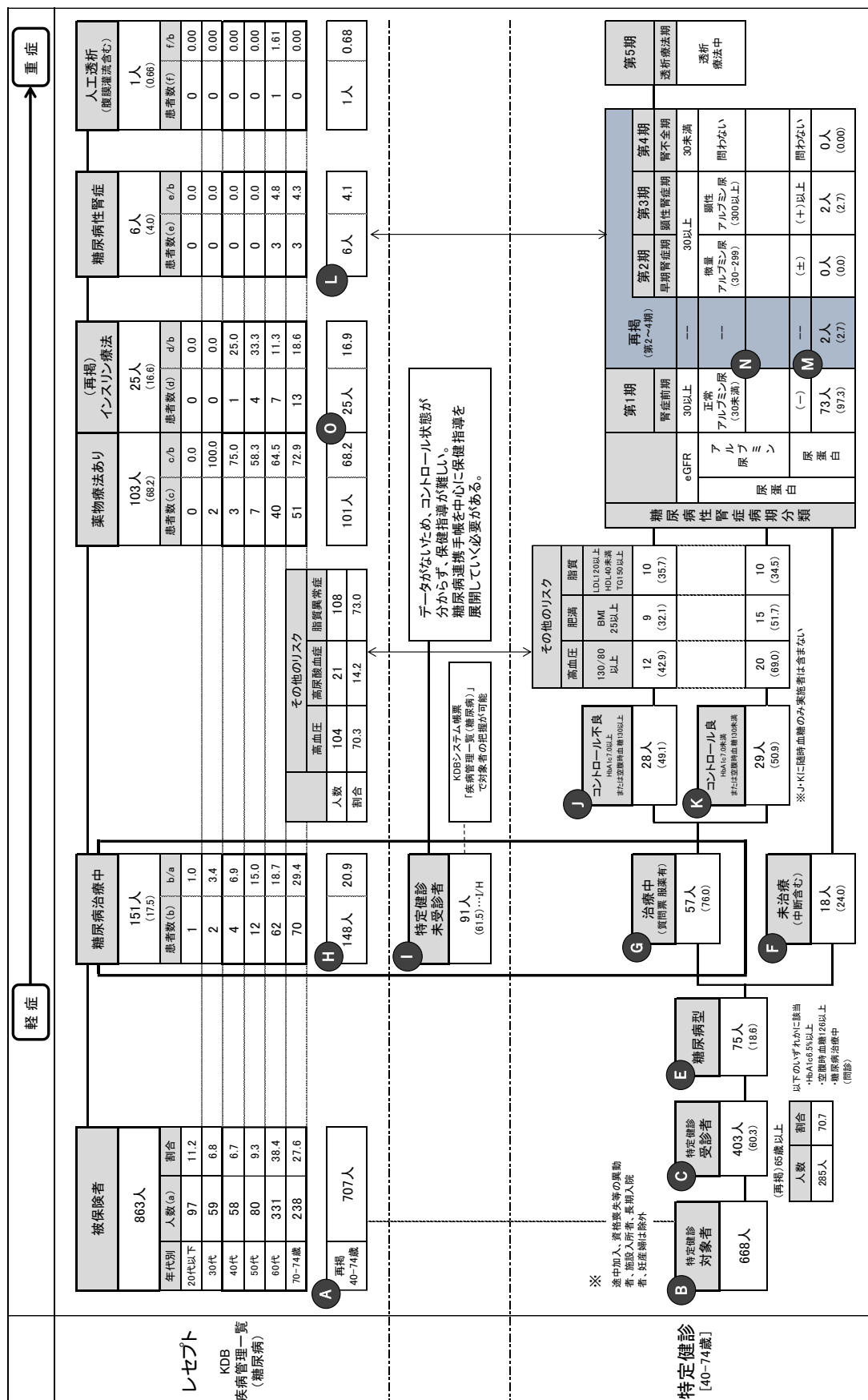
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			実 合 表	鯉川村										同規模保険者(平均)		データ基
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	A		909人		848人		818人		800人		789人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40～74歳			712人		693人		685人		678人		663人			
2	①	対象者数	B		651人		633人		641人		627人		661人		市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書	
	②	特定健診 受診者数	C		494人		491人		456人		454人		420人			
	③	受診率			—		—		—		—		—			
3	①	特定 保健指導 対象者数			66人		66人		61人		57人		52人			
	②	実施率			98.5%		101.5%		100.0%		100.0%		96.2%			
4	①	糖尿病型	E	82人	16.6%	84人	17.1%	81人	17.8%	97人	21.4%	76人	18.1%		特定健診結果	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	20人	24.4%	24人	28.6%	19人	23.5%	28人	28.9%	18人	23.7%			
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	62人	75.6%	60人	71.4%	62人	76.5%	69人	71.1%	58人	76.3%			
	④	コントロール不良 HbA1c 8.0以上または空腹時血糖130以上	J	24人	38.7%	26人	43.3%	20人	32.3%	32人	46.4%	28人	48.3%			
	⑤	血圧 130/80以上		12人	50.0%	19人	73.1%	15人	75.0%	20人	62.5%	12人	42.9%			
	⑥	肥満 BMI25以上		14人	58.3%	13人	50.0%	13人	65.0%	11人	34.4%	9人	32.1%			
	⑦	コントロール良 HbA1c 7.5未満かつ空腹時血糖130未満	K	38人	61.3%	34人	56.7%	42人	67.7%	37人	53.6%	30人	51.7%			
	⑧	第1期 尿蛋白(－)	M	78人	95.1%	80人	95.2%	78人	96.3%	92人	94.8%	74人	97.4%			
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	1.0%	0人	0.0%			
	⑩	第3期 尿蛋白(＋)以上		3人	3.7%	3人	3.6%	3人	3.7%	3人	3.1%	2人	2.6%			
	⑪	第4期 eGFR30未満		1人	1.2%	1人	1.2%	0人	0.0%	1人	1.0%	0人	0.0%			
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		83.6人		103.8人		97.8人		100.0人		111.5人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40～74歳(被保険者千対)		103.9人		124.1人		115.3人		115.0人		132.7人				
	③	レセプト件数 (40～74歳)		648件 (929.7)		675件 (992.6)		648件 (955.8)		650件 (983.4)		662件 (1028.0)	136,930件 (893.2)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
	④	入院(件数) (1)は被保険者千対		3件 (4.3)		8件 (11.8)		2件 (2.9)		2件 (3.0)		3件 (4.7)	658件 (4.3)			
	⑤	糖尿病治療中	H	76人	8.4%	88人	10.4%	80人	9.8%	80人	10.0%	88人	11.2%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	⑥	(再掲)40～74歳		74人	10.4%	86人	12.4%	79人	11.5%	78人	11.5%	88人	13.3%			
	⑦	健診未受診者	I	12人	16.2%	24人	27.9%	17人	21.5%	9人	11.5%	30人	34.1%			
	⑧	インスリン治療	O	17人	22.4%	17人	19.3%	17人	21.3%	13人	16.3%	13人	14.8%			
	⑨	(再掲)40～74歳		16人	21.6%	16人	18.6%	17人	21.5%	13人	16.7%	13人	14.8%			
	⑩	糖尿病性腎症	L	2人	2.6%	7人	8.0%	3人	3.8%	3人	3.8%	4人	4.5%			
	⑪	(再掲)40～74歳		2人	2.7%	7人	8.1%	3人	3.8%	3人	3.8%	4人	4.5%			
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		3人	3.9%	2人	2.3%	2人	2.5%	3人	3.8%	1人	1.1%			
	6	⑬	(再掲)40～74歳		3人	4.1%	2人	2.3%	2人	2.5%	3人	3.8%	1人	1.1%		
		⑭	新規透析患者数		1人	33%	1人	50%	1人	50%	0人	0%	0人	0%		
		⑮	(再掲)糖尿病性腎症		1人	100%	1人	100%	0人	0%	0人	0%	0人	0%		
		⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人	0.9%	1人	0.9%	1人	0.9%	2人	1.7%	1人	0.9%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
①		総医療費		2億4610万円		2億6587万円		2億5652万円		2億8059万円		2億6298万円	2億6175万円	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		
②		生活習慣病総医療費		1億3802万円		1億4641万円		1億3973万円		1億6746万円		1億4672万円	1億4021万円			
③		(総医療費に占める割合)		55.3%		55.1%		54.5%		59.7%		55.8%	53.6%			
④		生活習慣病 対象者 一人あたり		10,504円		17,862円		11,680円		18,651円		14,771円	8,820円			
⑤	健診受診者		27,972円		23,418円		28,313円		27,601円		26,291円	40,357円				
⑥	健診未受診者															
⑦	糖尿病医療費		1858万円		2113万円		2077万円		1956万円		1925万円	1572万円				
⑧	(生活習慣病総医療費に占める割合)		13.7%		14.4%		14.9%		11.7%		13.1%	11.2%				
⑨	糖尿病入院外総医療費		4214万円		4430万円		3935万円		4165万円		3805万円					
⑩	1件あたり		40,877円		39,344円		37,161円		36,501円		31,998円					
⑪	糖尿病入院総医療費		1603万円		2291万円		2758万円		2573万円		1355万円					
⑫	1件あたり		445,268円		449,194円		689,533円		584,803円		521,025円					
⑬	在院日数		12日		11日		15日		14日		9日					
⑭	慢性腎不全医療費		874万円		1665万円		1728万円		1618万円		1143万円	957万円				
⑮	透析有り		871万円		1596万円		1728万円		1596万円		1068万円	862万円				
⑯	透析なし		3万円		69万円				22万円		75万円	96万円				
7	①	介護給付費		4億1148万円		4億2902万円		4億2203万円		4億0045万円		3億9640万円	3億5514万円			
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%				
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)	1人	1.7%	1人	1.7%	1人	1.7%	0人	0.0%	0人	0.0%	267人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題
	②															

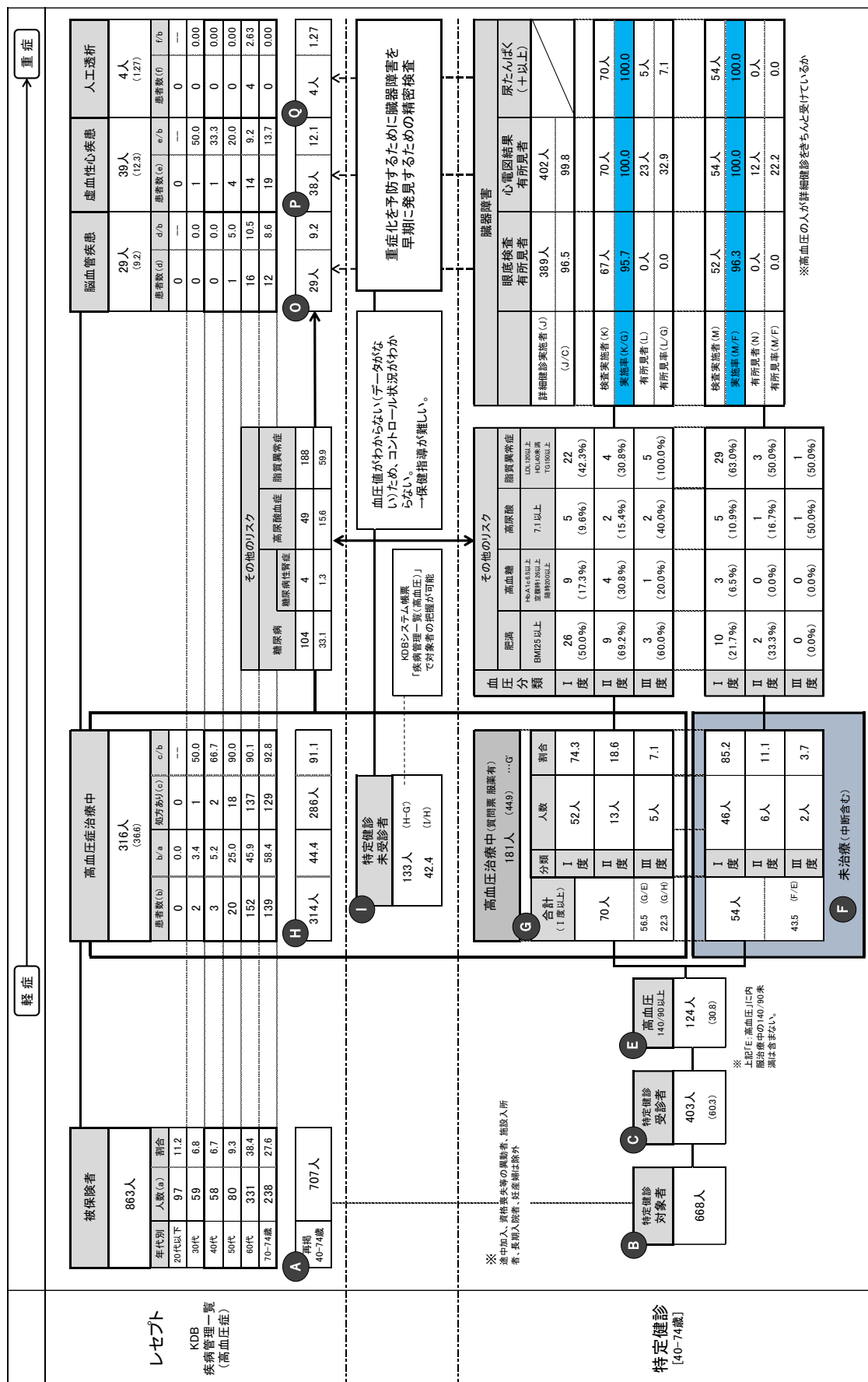
参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



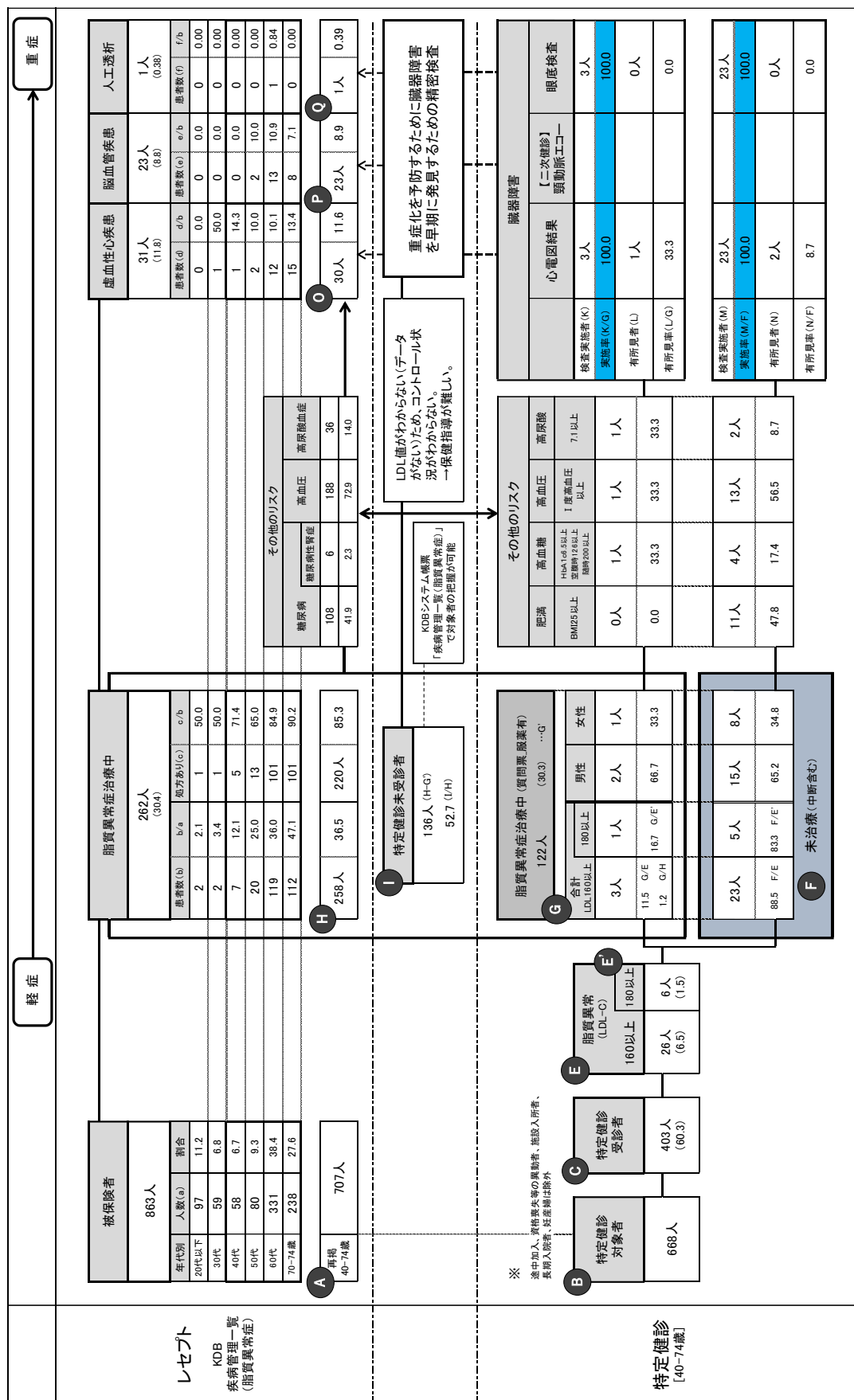
※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報のうち、疾病管理一覽で把握できない項目については、1KDB帳票「介入・支援対象者一覽（栄養・重症化予防）」から集計



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

脂質異常症重症化予防のためのしせつと健診データの統合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中での加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報の一覧で把握できない項目については、KDB帳票「介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）」から集計

参考資料7 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値								再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
								合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる							
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A		
H29	525	252	48.0%	173	33.0%	61	11.6%	20	3.8%	13	2.5%	6	1.1%	11	2.1%	4	0.8%		
H30	492	189	38.4%	176	35.8%	80	16.3%	29	5.9%	15	3.0%	3	0.6%	8	1.6%	1	0.2%		
R01	485	154	31.8%	192	39.6%	90	18.6%	28	5.8%	16	3.3%	5	1.0%	11	2.3%	4	0.8%		
R02	453	169	37.3%	161	35.5%	75	16.6%	30	6.6%	9	2.0%	9	2.0%	12	2.6%	7	1.5%		
R03	451	187	41.5%	143	31.7%	64	14.2%	34	7.5%	16	3.5%	7	1.6%	15	3.3%	6	1.3%		
R04	421	139	33.0%	158	37.5%	73	17.3%	28	6.7%	15	3.6%	8	1.9%	14	3.3%	5	1.2%		

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)7.0以上	再掲													
						未治療	治療												
H29	525	48.0%	33.0%	11.6%	39	13	26												
					7.4%	33.3%	66.7%												
					19	7	12												
H30	492	38.4%	35.8%	16.3%	47	16	31												
					9.6%	34.0%	66.0%												
					18	3	15												
R01	485	31.8%	39.6%	18.6%	49	15	34												
					10.1%	30.6%	69.4%												
					21	3	18												
R02	453	37.3%	35.5%	16.6%	48	15	33												
					10.6%	31.3%	68.8%												
					18	6	12												
R03	451	41.5%	31.7%	14.2%	57	18	39												
					12.6%	31.6%	68.4%												
					23	4	19												
R04	421	33.0%	37.5%	17.3%	51	16	35												
					12.1%	31.4%	68.6%												
					23	3	20												

治療と未治療の状況

HbA1c測定				正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値								再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病											
										合併症予防の ための目標				最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる					
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A				B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A		
治療中	H29	66	12.6%	3	4.5%	11	16.7%	26	39.4%	14	21.2%	8	12.1%	4	6.1%	8	12.1%	2	3.0%		
	H30	62	12.6%	1	1.6%	9	14.5%	21	33.9%	16	25.8%	13	21.0%	2	3.2%	7	11.3%	1	1.6%		
	R01	60	12.4%	1	1.7%	4	6.7%	21	35.0%	16	26.7%	14	23.3%	4	6.7%	9	15.0%	3	5.0%		
	R02	61	13.5%	0	0.0%	13	21.3%	15	24.6%	21	34.4%	5	8.2%	7	11.5%	7	11.5%	6	9.8%		
	R03	66	14.6%	0	0.0%	11	16.7%	16	24.2%	20	30.3%	14	21.2%	5	7.6%	12	18.2%	4	6.1%		
	R04	58	13.8%	1	1.7%	5	8.6%	17	29.3%	15	25.9%	13	22.4%	7	12.1%	12	20.7%	4	6.9%		
治療なし	H29	459	87.4%	249	54.2%	162	35.3%	35	7.6%	6	1.3%	5	1.1%	2	0.4%	3	0.7%	2	0.4%		
	H30	430	87.4%	188	43.7%	167	38.8%	59	13.7%	13	3.0%	2	0.5%	1	0.2%	1	0.2%	0	0.0%		
	R01	425	87.6%	153	36.0%	188	44.2%	69	16.2%	12	2.8%	2	0.5%	1	0.2%	2	0.5%	1	0.2%		
	R02	392	86.5%	169	43.1%	148	37.8%	60	15.3%	9	2.3%	4	1.0%	2	0.5%	5	1.3%	1	0.3%		
	R03	385	85.4%	187	48.6%	132	34.3%	48	12.5%	14	3.6%	2	0.5%	2	0.5%	3	0.8%	2	0.5%		
	R04	363	86.2%	138	38.0%	153	42.1%	56	15.4%	13	3.6%	2	0.6%	1	0.3%	2	0.6%	1	0.3%		

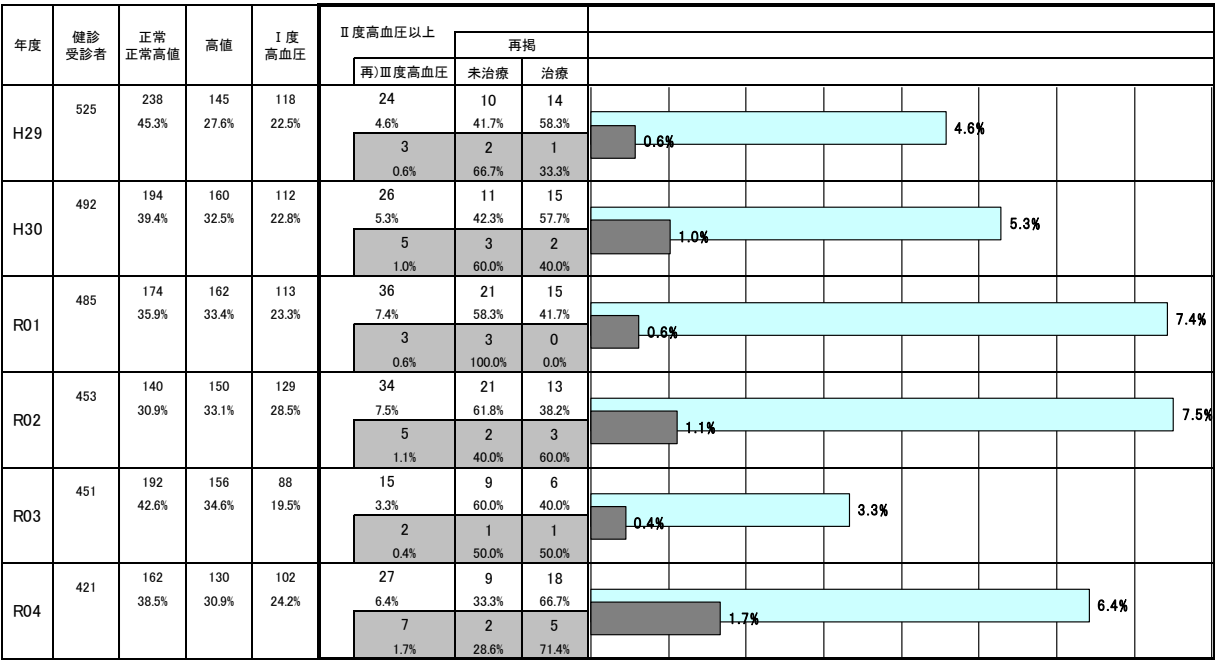
参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	525	143	27.2%	95	18.1%	145	27.6%	118	22.5%	21	4.0%	3	0.6%
H30	492	111	22.6%	83	16.9%	160	32.5%	112	22.8%	21	4.3%	5	1.0%
R01	485	84	17.3%	90	18.6%	162	33.4%	113	23.3%	33	6.8%	3	0.6%
R02	453	65	14.3%	75	16.6%	150	33.1%	129	28.5%	29	6.4%	5	1.1%
R03	451	110	24.4%	82	18.2%	156	34.6%	88	19.5%	13	2.9%	2	0.4%
R04	421	88	20.9%	74	17.6%	130	30.9%	102	24.2%	20	4.8%	7	1.7%

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



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	206	39.2%	37	18.0%	34	16.5%	68	33.0%	53	25.7%	13	6.3%
	H30	197	40.0%	25	12.7%	37	18.8%	69	35.0%	51	25.9%	13	6.6%
	R01	195	40.2%	16	8.2%	34	17.4%	75	38.5%	55	28.2%	15	7.7%
	R02	197	43.5%	14	7.1%	28	14.2%	71	36.0%	71	36.0%	10	5.1%
	R03	200	44.3%	37	18.5%	38	19.0%	72	36.0%	47	23.5%	5	2.5%
	R04	188	44.7%	27	14.4%	31	16.5%	58	30.9%	54	28.7%	13	6.9%
治療なし	H29	319	60.8%	106	33.2%	61	19.1%	77	24.1%	65	20.4%	8	2.5%
	H30	295	60.0%	86	29.2%	46	15.6%	91	30.8%	61	20.7%	8	2.7%
	R01	290	59.8%	68	23.4%	56	19.3%	87	30.0%	58	20.0%	18	6.2%
	R02	256	56.5%	51	19.9%	47	18.4%	79	30.9%	58	22.7%	19	7.4%
	R03	251	55.7%	73	29.1%	44	17.5%	84	33.5%	41	16.3%	8	3.2%
	R04	233	55.3%	61	26.2%	43	18.5%	72	30.9%	48	20.6%	7	3.0%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H29	525	286	54.5%	123	23.4%	73	13.9%	30	5.7%	13	2.5%
	H30	492	265	53.9%	106	21.5%	76	15.4%	31	6.3%	14	2.8%
	R01	485	260	53.6%	121	24.9%	53	10.9%	42	8.7%	9	1.9%
	R02	453	244	53.9%	99	21.9%	68	15.0%	33	7.3%	9	2.0%
	R03	451	248	55.0%	108	23.9%	65	14.4%	25	5.5%	5	1.1%
	R04	421	246	58.4%	93	22.1%	56	13.3%	20	4.8%	6	1.4%
男性	H29	274	155	56.6%	68	24.8%	36	13.1%	10	3.6%	5	1.8%
	H30	255	141	55.3%	49	19.2%	41	16.1%	17	6.7%	7	2.7%
	R01	259	139	53.7%	59	22.8%	34	13.1%	25	9.7%	2	0.8%
	R02	250	134	53.6%	53	21.2%	40	16.0%	17	6.8%	6	2.4%
	R03	242	134	55.4%	62	25.6%	32	13.2%	13	5.4%	1	0.4%
	R04	229	138	60.3%	46	20.1%	28	12.2%	13	5.7%	4	1.7%
女性	H29	251	131	52.2%	55	21.9%	37	14.7%	20	8.0%	8	3.2%
	H30	237	124	52.3%	57	24.1%	35	14.8%	14	5.9%	7	3.0%
	R01	226	121	53.5%	62	27.4%	19	8.4%	17	7.5%	7	3.1%
	R02	203	110	54.2%	46	22.7%	28	13.8%	16	7.9%	3	1.5%
	R03	209	114	54.5%	46	22.0%	33	15.8%	12	5.7%	4	1.9%
	R04	192	108	56.3%	47	24.5%	28	14.6%	7	3.6%	2	1.0%

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

重症化しやすい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)180以上	未治療	治療					
H29	525	286 54.5%	123 23.4%	73 13.9%	43 8.2%	34 79.1%	9 20.9%					
					13 2.5%	9 69.2%	4 30.8%	2.5%				
H30	492	265 53.9%	106 21.5%	76 15.4%	45 9.1%	36 80.0%	9 20.0%					
					14 2.8%	12 85.7%	2 14.3%	2.8%				
R01	485	260 53.6%	121 24.9%	53 10.9%	51 10.5%	45 88.2%	6 11.8%					
					9 1.9%	8 88.9%	1 11.1%	1.9%				
R02	453	244 53.9%	99 21.9%	68 15.0%	42 9.3%	34 81.0%	8 19.0%					
					9 2.0%	7 77.8%	2 22.2%	2.0%				
R03	451	248 55.0%	108 23.9%	65 14.4%	30 6.7%	26 86.7%	4 13.3%					
					5 1.1%	3 60.0%	2 40.0%	1.1%				
R04	421	246 58.4%	93 22.1%	56 13.3%	26 6.2%	24 92.3%	2 7.7%					
					6 1.4%	5 83.3%	1 16.7%	1.4%				

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
治療中	H29	116	22.1%	80	69.0%	19	16.4%	8	6.9%	5	4.3%	4	3.4%
	H30	120	24.4%	86	71.7%	15	12.5%	10	8.3%	7	5.8%	2	1.7%
	R01	119	24.5%	94	79.0%	15	12.6%	4	3.4%	5	4.2%	1	0.8%
	R02	126	27.8%	100	79.4%	11	8.7%	7	5.6%	6	4.8%	2	1.6%
	R03	130	28.8%	92	70.8%	24	18.5%	10	7.7%	2	1.5%	2	1.5%
	R04	125	29.7%	98	78.4%	19	15.2%	6	4.8%	1	0.8%	1	0.8%
治療なし	H29	409	77.9%	206	50.4%	104	25.4%	65	15.9%	25	6.1%	9	2.2%
	H30	372	75.6%	179	48.1%	91	24.5%	66	17.7%	24	6.5%	12	3.2%
	R01	366	75.5%	166	45.4%	106	29.0%	49	13.4%	37	10.1%	8	2.2%
	R02	327	72.2%	144	44.0%	88	26.9%	61	18.7%	27	8.3%	7	2.1%
	R03	321	71.2%	156	48.6%	84	26.2%	55	17.1%	23	7.2%	3	0.9%
	R04	296	70.3%	148	50.0%	74	25.0%	50	16.9%	19	6.4%	5	1.7%

その他 参考資料

データヘルス計画等策定関連組織等

その他 参考資料1

鮫川村国民健康保険第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)策定協議会名簿
(鮫川村国民健康保険運営協議会委員)

その他 参考資料2

鮫川村健康づくり推進協議会

○鮫川村国民健康保険運営協議会規則

昭和 34 年 11 月 14 日規則第1号

改正

昭和 41 年3月 30 日規則第 10 号

昭和 44 年2月 28 日規則第6号

鮫川村国民健康保険運営協議会規則

(目的)

第1条 この村の国民健康保険運営協議会(以下「協議会」という。)に関しては、法令又は鮫川村国民健康保険条例(昭和 34 年鮫川村条例第3号)に定めるもののほか、この規則に定めるところによる。

(委嘱)

第2条 委員は村長が委嘱する。

(会長)

第3条 会長は会議の議長として議事を整理し、協議会の事務を総理する。

(庶務)

第4条 協議会の庶務は、住民福祉課において処理する。

(招集)

第5条 協議会は村長の諮問に応じ、会長が招集する。

(定足数)

第6条 協議会は委員定数の2分の1以上が出席しなければ、会議を開くことができない。

(表決)

第7条 協議会の議事は出席委員の過半数でこれを決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

(答申)

第8条 会長は協議会において、審議事項を決定したときは、文書をもって村長に答申するものとする。

(意見聴取)

第9条 協議会は審議のため必要とするときは、村長に協議のうえ、被保険者その他のものの出席を求め、意見を聴取することができる。

(会議録)

第 10 条 会長は書記をして、次の事項を記載した会議録を調整せしめ、会長が指名した2名以上の出席委員とともにこれに署名しなければならない。

(1) 諮問事項の表示

(2) 開会の期日及び場所

(3) 出席した委員の氏名及び種別

(4) 出席した関係者等の氏名及び職業

(5) 審議の経過

(6) その他の必要な事項

(経費)

第 11 条 協議会の経費は、毎年度国民健康保険特別会計の定めるところによる。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、昭和 34 年 11 月 20 日から適用する。

附 則(昭和 41 年3月 30 日規則第 10 号)

この規則は、昭和 41 年4月1日から施行する。

附 則(昭和 44 年2月 28 日規則第6号)

この規則は、公布の日から施行する。

鮫川村国民健康保険第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)策定協議会名簿
(鮫川村国民健康保険運営協議会委員)

No	氏 名	所 属	備考
1	木 村 芳 朗	村国民健康保険診療所長(医師)	
2	小 松 正 三	さめがわ歯科医院長	
3	小 松 照 義	公益代表	
4	矢 吹 仁	公益代表	
5	本 郷 秀 季	被保険者代表	
6	芳 賀 洋 子	被保険者代表	

○鮫川村健康づくり推進協議会設置規則

昭和55年3月14日規則第2号

(設置)

第1条 鮫川村における健康づくりに関して重要な事項を調査・審議するため、鮫川村健康づくり推進協議会(以下「推進協議会」という。)を設置する。

(任務)

第2条 推進協議会は村長の諮問に応じ、村民の健康づくりに関する重要事項を調査・審議し、意見を答申する。

2 前項に規定するほか、推進協議会は村民の健康づくりに関する重要事項について、自主的に調査・審議して村長に意見を具申することができる。

(組織)

第3条 推進協議会は、委員12人以内をもって組織し、鮫川村の区域内にある公共的団体等の代表者、その他学識経験者のうちから村長が委嘱又は任命する。

(任期等)

第4条 委員の任期は2年とする。ただし、委員に欠員を生じた場合の補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 前条に定める委員のうち公共的団体等の代表者がその代表たる資格を失ったときは、前項の規定にかかわらずその職を失う。

(会長及び副会長)

第5条 推進協議会に会長及び副会長各1人を置く。

2 会長及び副会長は委員の互選によりこれを定める。

3 会長は会務を総理する。

4 副会長は会長を補佐し、会長事故あるときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 推進協議会の会議は、村長の要請に基づき会長が招集する。

2 推進協議会は委員の半数以上の出席がなければ、会議を開くことができない。

(議事)

第7条 推進協議会の会議の議長は、会長がこれに当たる。

2 推進協議会の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

3 会長は議事録を調製し、会長が指名した委員2人と共に署名しなければならない。

(答申)

第8条 会長は推進協議会において審議又は調査した事項が決定したときは、文書をもって村長に答申しなければならない。

(庶務)

第9条 推進協議会の庶務は住民福祉課において処理する。

(補則)

第10条 この規則に定めるもののほか、推進協議会の運営に関して必要な事項は、村長が別に定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

鮫川村健康づくり協議会委員名簿

任期: 令和6年2月～令和8年3月

	氏 名	所 属	備考
1	前 田 武 久	村議会議長	
2	木 村 芳 朗	村国民健康保険診療所長(医師)	
3	小 松 正 三	さめがわ歯科医院長	
4	大 塚 欣 之	村校長会長(鮫川小学校長)	
5	小 針 富 子	さめがわこどもセンター園長	
6	大 森 明 美	村保健推進員会長	
7	鈴 木 孝 志	村健康運動サポーター会長	
8	矢 吹 照 子	村食生活サポーター会長	