吉野ヶ里町国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
（データヘルス計画）

（第 4 期特定健康診査等実施計画）
令和 6 年度～令和 11 年度

令和６年３月

吉野ヶ里町国民健康保険

保健事業実施計画（データヘルス計画）目次

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

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

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

1. 保険者の特性
2. 第 2 期計画に係る評価及び考察
   1）第 2 期計画に係る評価
   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)　・・・・・・・・・・・・・・・・・36

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

第４章　課題解決するための個別保健事業　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・44

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　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・73

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第６章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・74

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料　・・75

第 1 章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

1．背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）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・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、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、佐賀県健康増進計画や本町健康増進計画、佐賀県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。（図表 1）

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

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

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

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

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

※6　KDB：国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に

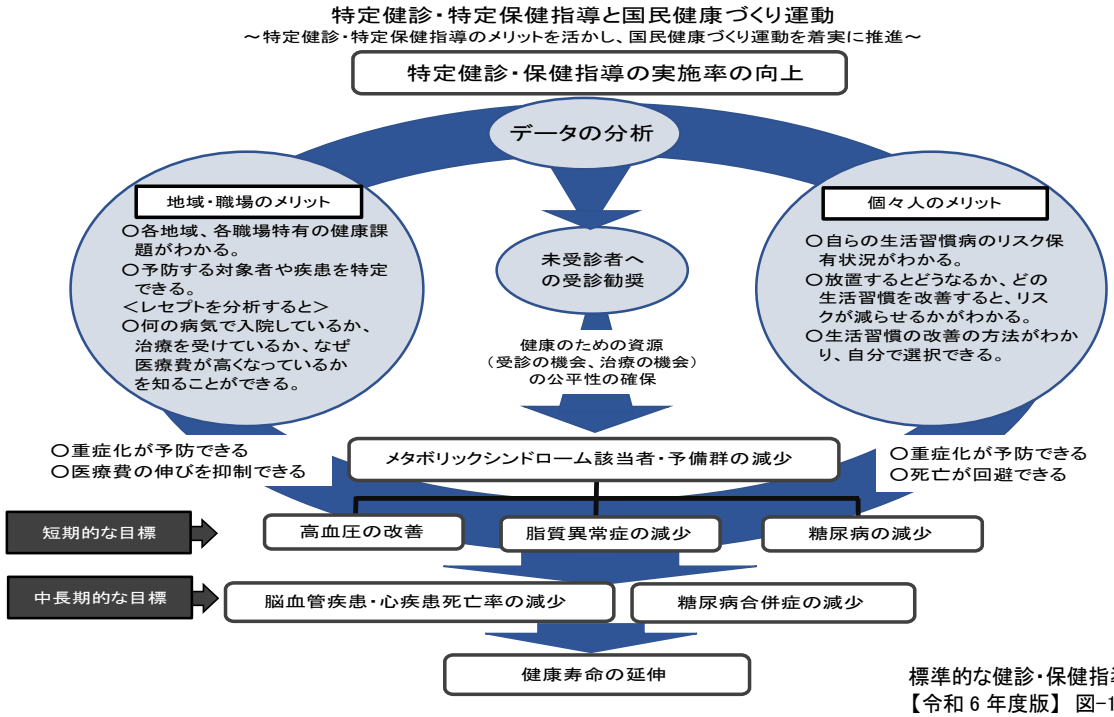
係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1　データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

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

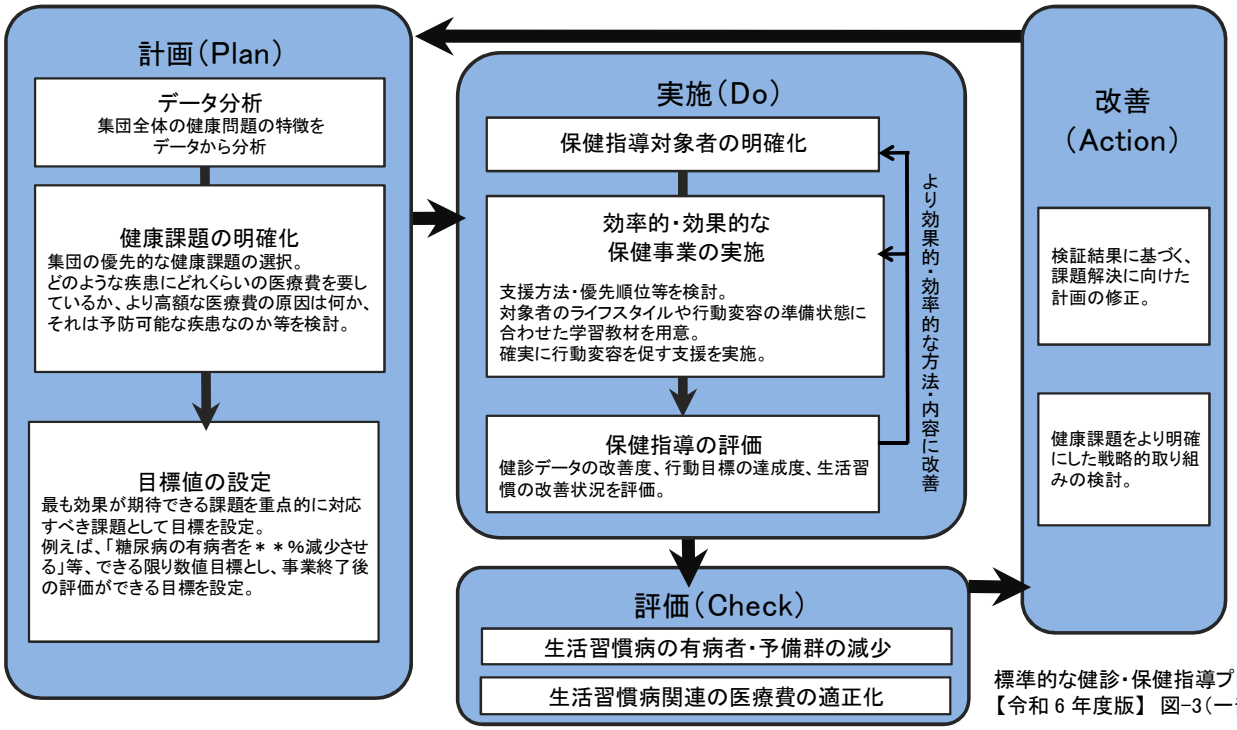
図表 2　特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



標準的な健診・保健指導プログラム
【令和 6 年度版】 図-1（一部改変）

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

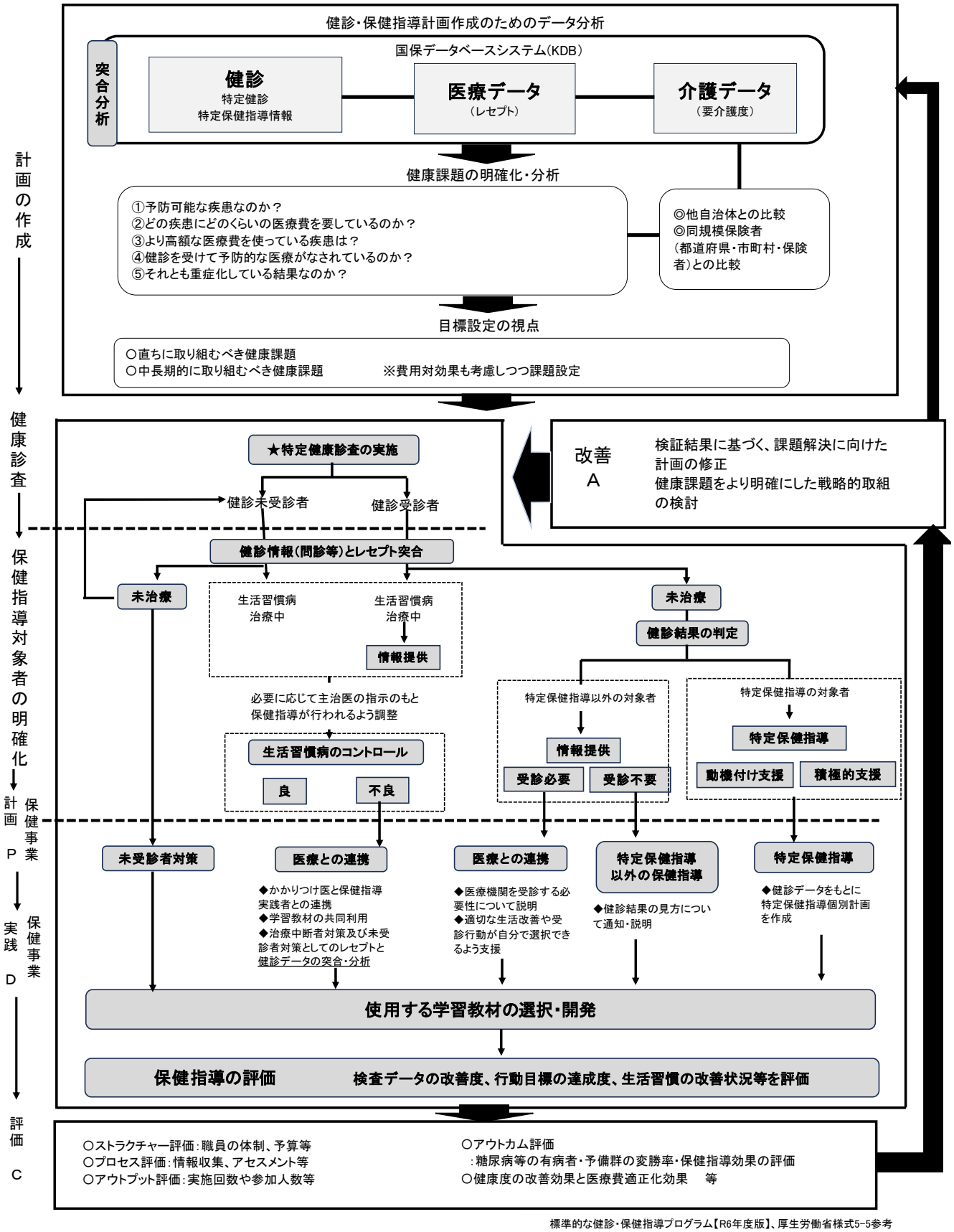
図表 3　保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



標準的な健診・保健指導プログラム
【令和 6 年度版】 図-3（一部改変）

注）生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながら PDCA（計画（Plan）、実施（Do）、評価（Check）、改善（Actin））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。

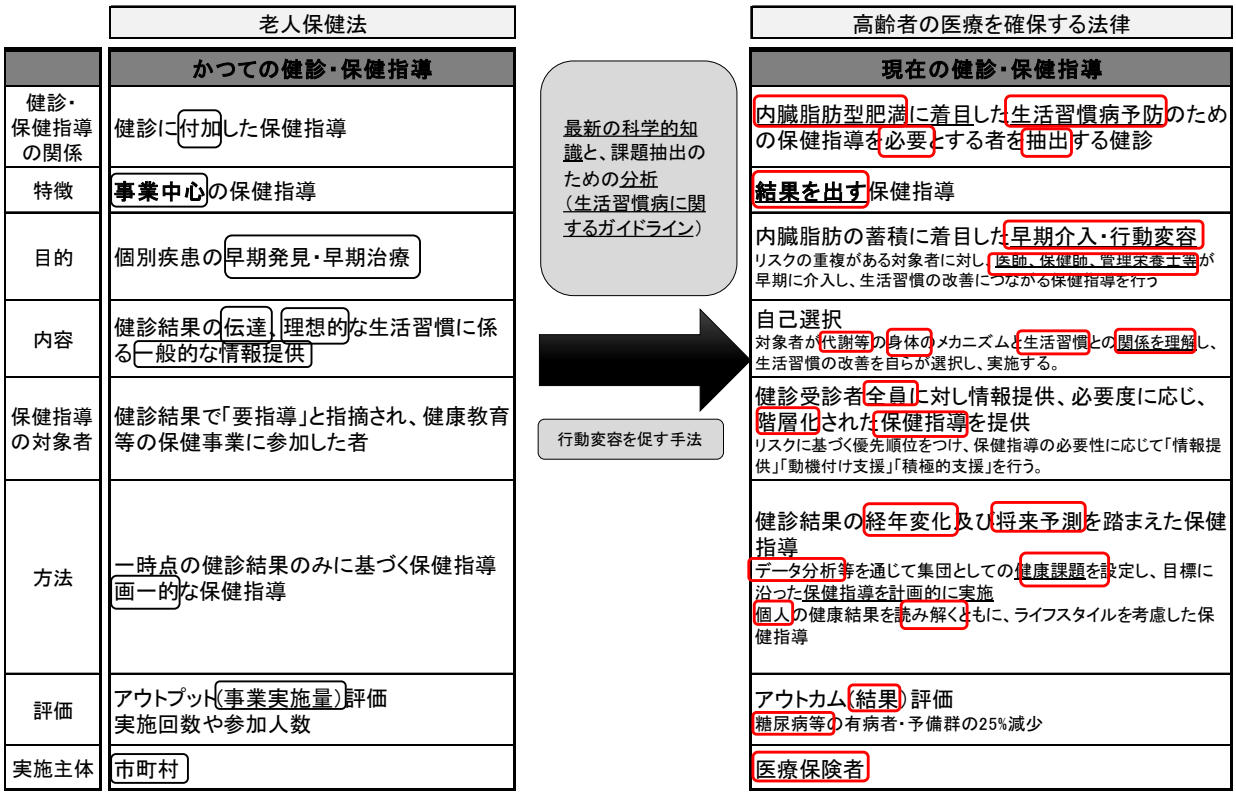
図表 4　生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ（一部改変）



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）



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）　本町国保の役割

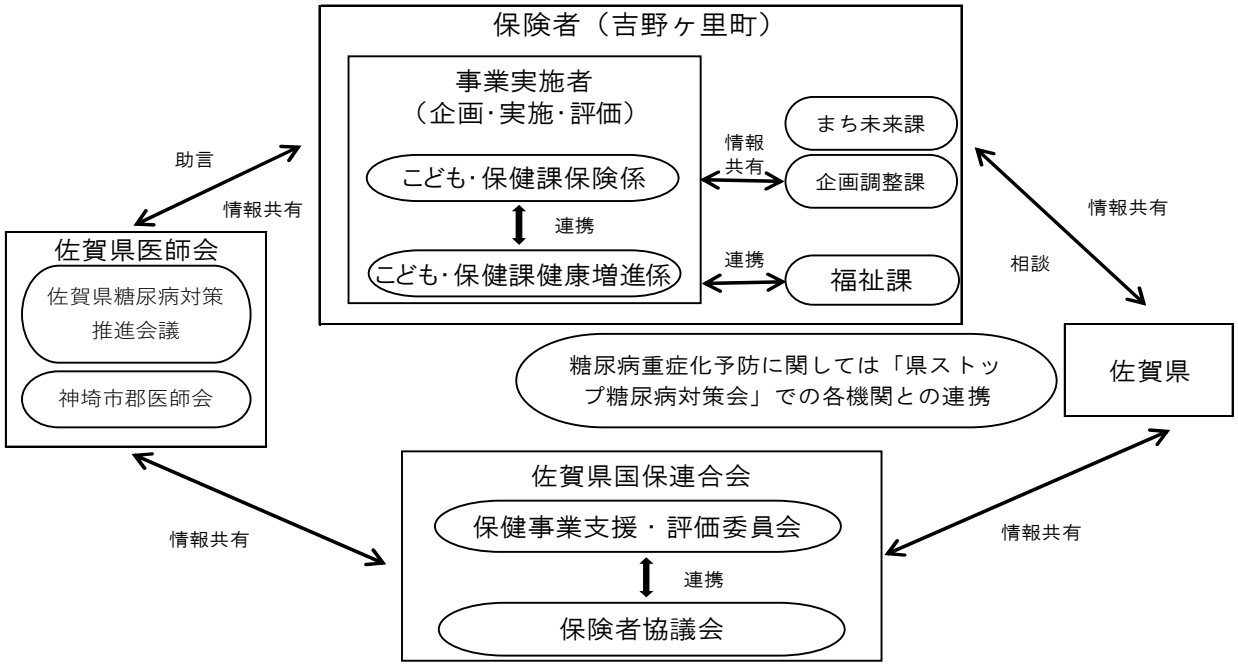
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局である保険係が中心となって、住民の健康の保持増進に関係する健康増進係に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、町一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療・介護保険・生活保護部局（福祉課）、保健衛生部局（こども・保健課）、企画部局（企画調整課・まち未来課）、とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6　吉野ヶ里町の実施体制図



図表 7　保健事業体制と主な保健事業の分担（R5 年度現状）

保・・・保健師　管栄・・・管理栄養士　事・・・事務　◎・・・主担当　◎…副担当

	保険係	健康増進係								コロナ担当		
	事	保（副課長）	保（係長）	保	保	保	保	保（会計年度）	管栄（会計年度）	事※（係長）	事※	事※（会計年度）
国保事務	◎	◎			◎	○	○	○	○			
健康診断 保健指導		◎			◎	○	○	○	○			
がん検診		◎			○	◎	○					
新型コロナ ワクチン		○			○	○	○			◎	◎	○
予防接種		○	○	○	○	○	○			◎	◎	○
母子保健		○	◎	◎	○	○	○					
精神保健		◎	◎	○	○	○	○					
歯科保健		○		◎		◎						
一体化		◎			○	○	◎					
後期健診		◎			○	○	◎					

※新型コロナウイルス予防接種対応等で増員になっている

2） 関係機関との連携

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

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

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

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

また、平成 30 年度から県が市町国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となっており、特に市町国保の保険者機能の強化については、県の関与が更に重要となります。

このため、吉野ヶ里町国保は、計画素案について事業評価委員会に提出し、国保連の技術支援のみでなく、佐賀県国民健康保険課や健康福祉政策課からも助言を受け連携に努めます。

また、保険者等と市郡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。

国保連と県は、ともに市町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。

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

＜参考＞手引きより抜粋

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

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、協力する。

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る。

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ある。

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る。

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る。

3） 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。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	
			吉野ヶ里町	配点	吉野ヶ里町	配点	吉野ヶ里町	配点
交付額(万円)			524万円		656万円		590万円	
全国順位(1,741市町村中)			1105位		337位		576位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	−15	**70**	70	**70**	70	**70**
		(2)特定保健指導実施率		**70**		**70**		**70**
		(3)ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ該当者・予備群の減少率		**50**		**50**		**50**
	②	(1)がん検診受診率等	20	**40**	45	**40**	45	**40**
		(2)歯科健診受診率等		**30**		**30**		**35**
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	**120**	120	**120**	95	**100**
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	80	**90**	15	**45**	20	**45**
		(2)個人への分かりやすい情報提供		**20**		**15**		**20**
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	40	**50**	50	**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**	80	**130**
固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	**100**	45	**100**	45	**100**
	②	データヘルス計画の実施状況	40	**40**	30	**30**	25	**25**
	③	医療費通知の取組	25	**25**	20	**20**	15	**15**
	④	地域包括ケア・一体的実施	10	**30**	35	**40**	35	**40**
	⑤	第三者求償の取組	38	**40**	50	**50**	50	**50**
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	77	**95**	69	**100**	78	**100**
合計点			515	**1,000**	659	**960**	599	**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

本町は、人口約1万 6 千人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 24.6%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低いが、国保被保険者の平均年齢は 56 歳と同規模と比べて若干高くなっています。出生率も高い町で死亡率は同規模と比較すると低くなっています。産業においては、第 2 次産業が 28.4%、第 3 次産業が 66.5%と同規模と比較しても高く、製造業や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 15.9%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 51.0%を占めています。（図表 10）

また本町内には 1 つの病院、11 の診療所があり、これはいずれも同規模と比較しても多く、病床数も多いのですが、病院は西日本一大きな精神病院であり、精神医療費の占める割合は高くなっています。30 分圏内で行ける病院は多くあり、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあります。（図表 11）

図表 9　同規模・県・国と比較した吉野ヶ里町の特性

	人口（人）	高齢化率（%）	被保険者数（加入率）	被保険者平均年齢（歳）	出生率（人口千対）	死亡率（人口千対）	財政指数	第1次産業	第2次産業	第3次産業
吉野ヶ里町	16,159	24.6	2,564（15.9）	56.0	9.1	9.5	0.5	5.1	28.4	66.5
同規模	--	36.0	23.2	55.9	5.3	14.7	0.5	10.9	27.1	61.9
県	--	30.8	21.7	53.4	7.5	12.5	0.4	8.7	24.2	67.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、吉野ヶ里町と同規模保険者（111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	2,834		2,783		2,794		2,674		2,564	
65～74歳	1,338	47.2	1,336	48.0	1,379	49.4	1,368	51.2	1,307	51.0
40～64歳	874	30.8	841	30.2	826	29.6	777	29.1	754	29.4
39歳以下	622	21.9	606	21.8	589	21.1	529	19.8	503	19.6
加入率	17.5		17.2		17.3		16.6		15.9	

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

図表 11　医療の状況（被保険者千人あたり）

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考（R04）	
											同規模	県
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	割合	割合
病院数	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	0.3	0.6
診療所数	11	3.9	11	4.0	11	3.9	11	4.1	11	4.3	2.8	4.0
病床数	564	199.0	564	202.7	564	201.9	564	210.9	564	220.0	45.4	83.5
医師数	59	20.8	59	21.2	65	23.3	65	24.3	61	23.8	6.6	14.1
外来患者数	799.6		823.1		784.4		816.3		826.1		721.7	784.4
入院患者数	29.8		29.7		30.2		28.7		29.7		21.9	27.7

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

本町の令和 4 年度の要介護認定者は、2 号（40～64 歳）被保険者で 14 人（認定率 0.27%）、1 号（65 歳以上）被保険者で 672 人（認定率 16.9%）と同規模・県・国と比較すると低く、平成 30 年度と比べても横ばいで推移しています。（図表 12）

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75 歳以上の認定者数は横ばいです。介護給付費は、約 8 億 9 千万円から約 10 億 2 千万円に伸びています。1 件あたりの給付費も高くなっており、特に居宅サービスでの給付費が同規模や国と比較しても高くなっています。（図表 13）

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）が上位を占めており、第 2 号被保険者で 66%以上、第 1 号被保険者でも約 45%の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約 90%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

			吉野ヶ里町				同規模	県	国
			H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率			3,599人	22.3%	3,970人	24.6%	36.0%	30.8%	28.7%
2号認定者			12人	0.22%	14人	0.27%	0.40%	0.33%	0.38%
	新規認定者		2人		2人		--	--	--
1号認定者			678人	18.8%	672人	16.9%	18.8%	18.6%	19.4%
	新規認定者		107人		95人		--	--	--
再掲	65～74歳		76人	4.0%	73人	3.5%	--	--	--
		新規認定者	26人		21人		--	--	--
	75歳以上		602人	35.1%	599人	31.9%	--	--	--
		新規認定者	81人		74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

	吉野ヶ里町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	8億9431万円	10億2616万円	--	--	--
一人あたり給付費（円）	248,488	258,479	297,567	286,277	290,668
1件あたり給付費（円）全体	61,583	66,999	70,292	69,755	59,662
居宅サービス	47,152	49,655	43,991	50,348	41,272
施設サービス	271,771	288,981	291,264	290,902	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）				14		73		599		672		686	
	再）国保・後期			6		60		572		632		638	
有病状況（レセプトの診断名より重複して計上）	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	4 66.7%	脳卒中	29 48.3%	脳卒中	257 44.9%	脳卒中	286 45.3%	脳卒中	290 45.5%
			2	腎不全	1 16.7%	虚血性心疾患	18 30.0%	虚血性心疾患	246 43.0%	虚血性心疾患	264 41.8%	虚血性心疾患	264 41.4%
			3	虚血性心疾患	0 0.0%	腎不全	10 16.7%	腎不全	135 23.6%	腎不全	145 22.9%	腎不全	146 22.9%
		合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	12 20.0%	糖尿病合併症	69 12.1%	糖尿病合併症	81 12.8%	糖尿病合併症	81 12.7%
		基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）			5 83.3%	基礎疾患	56 93.3%	基礎疾患	546 95.5%	基礎疾患	602 95.3%	基礎疾患	607 95.1%
		血管疾患合計			5 83.3%	合計	56 93.3%	合計	557 97.4%	合計	613 97.0%	合計	618 96.9%
	認知症			認知症	2 33.3%	認知症	19 31.7%	認知症	318 55.6%	認知症	337 53.3%	認知症	339 53.1%
	筋・骨格疾患			筋骨格系	3 50.0%	筋骨格系	52 86.7%	筋骨格系	564 98.6%	筋骨格系	616 97.5%	筋骨格系	619 97.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の国保加入者は減少しており、前期高齢者の割合は平成 30 年度より高くなっていますが、総医療費は横ばいで維持、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 9 万円高く、平成 30 年度と比較しても約 4 万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3.5%程度にも関わらず、医療費全体の約 52%を占めており、1 件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較しても 10 万円も高くなっています。

また年齢調整をした地域差指数でみても、全国平均の 1 を大きく超えており、全国 1 位の県平均よりも高い状況です。入院の地域差指数は平成 30 年度よりもやや下がっていますが、依然として高いです。

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、重症化を防いで入院抑制に繋げるには、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 15 医療費の推移

			吉野ヶ里町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)			2,834人	2,564人	--	--	--
	前期高齢者割合		1,338人 (47.2%)	1,307人 (51.0%)	--		
総医療費			12億1783万円	12億0811万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)			429,721 県内4位 同規模4位	471,183 県内8位 同規模4位	382,035	431,999	339,680
	入院	1件あたり費用額(円)	568,140	668,820	601,790	585,050	617,950
		費用の割合	48.4	51.7	42.6	46.2	39.6
		件数の割合	3.6	3.5	2.9	3.4	2.5
	外来	1件あたり費用額	22,570	22,460	24,640	24,060	24,220
		費用の割合	51.6	48.3	57.4	53.8	60.4
		件数の割合	96.4	96.5	97.1	96.6	97.5
受診率			829.455	855.794	743.593	812.114	705.439

※同規模順位は吉野ヶ里町と同規模保険者111市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		吉野ヶ里町 (県内市町村中)		県 (47県中)	吉野ヶ里町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	1.261 (6位)	1.254 (6位)	1.207 (1位)	1.238 (3位)	1.251 (4位)	1.140 (5位)
	入院	1.532 (7位)	1.492 (7位)	1.396 (2位)	1.413 (2位)	1.454 (3位)	1.239 (9位)
	外来	1.095 (10位)	1.111 (8位)	1.094 (2位)	1.062 (9位)	1.044 (9位)	1.045 (7位)

出典:地域差分析(厚労省)

③　中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると減少しています。慢性腎不全（透析有）については、平成 30 年度より約 1 ポイント減少しているものの、同規模、県よりも高くなっています。また、その他の疾患として精神疾患の医療費も同規模・県・国と比較して高くなっています。西日本一大きな精神病院があることも一因と考えられます。（図表 17）

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると、脳血管疾患、虚血性心疾患が、患者数は減少しているものの割合は増加しています。腎不全においては患者数、割合ともに減少しているもののいまだ高い状況です。（図表 18）

脳血管疾患新規発症者の特定健診受診状況をみると、8割以上が受診していない状況で、また 8 割以上の方に基礎疾患として高血圧がありました。高血圧は病歴が長い方が多く、病院にかかっているため健診を受けていない可能性があると考えられます。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 18-①）

虚血性心疾患新規発症者の特定健診受診状況をみると、半数は健診を受けており、健診を受けていない 5 名中 3 名は基礎疾患があり治療中でした。また、全員が高血圧、脂質異常症の治療中、治療を開始しており、男性は 6 割がメタボリックシンドロームでした。メタボリックシンドロームは心疾患を発症するリスクが高いため、メタボの解消を支援することで心疾患を予防することができると考えられます。また、本町では被保険者全員に心電図検査を実施しており、健診で心疾患が見つかる可能性もあると考えられるため、継続して心疾患発症の早期発見、予防に努めていきます。（図表 18-②）

人工透析患者は健診を受けていない方が大半を占めています。医療管理をしているため、受診をしていないと考えられます。

図表 17　中長期目標疾患の医療費の推移

			吉野ヶ里町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費（円）			12億1783万円	12億0811万円	--	--	--
中長期目標疾患医療費合計（円）			1億1396万円	9904万円	--	--	--
			9.36%	8.20%	7.88%	8.86%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.73%	1.77%	2.17%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.69%	0.67%	1.42%	1.04%	1.45%
	腎	慢性腎不全（透析有）	6.74%	5.66%	4.00%	5.37%	4.26%
		慢性腎不全（透析無）	0.20%	0.10%	0.29%	0.29%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		11.89%	12.61%	17.02%	14.40%	16.69%
	筋・骨疾患		7.30%	7.59%	8.86%	8.87%	8.68%
	精神疾患		11.68%	12.30%	8.15%	10.73%	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		疾患別	中長期目標の疾患					
						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	2,834	2,564	a	221	204	202	191	17	14
					a/A	7.8%	8.0%	7.1%	7.4%	0.6%	0.5%
40歳以上		B	2,212	2,061	b	219	202	202	189	17	14
		B/A	78.1%	80.4%	b/B	9.9%	9.8%	9.1%	9.2%	0.8%	0.7%
再掲	40～64歳	D	874	754	d	50	37	37	35	8	4
		D/A	30.8%	29.4%	d/D	5.7%	4.9%	4.2%	4.6%	0.9%	0.5%
	65～74歳	C	1,338	1,307	c	169	165	165	154	9	10
		C/A	47.2%	51.0%	c/C	12.6%	12.6%	12.3%	11.8%	0.7%	0.8%

出典：KDBシステム_

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

図表 18-①脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）新規発症者の特定健診状況※1

番号	性別	R03年齢	特定健診受診状況				
			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
1	男	50代					
2	男	60代					
3	男	70代					
4	女	40代					
5	女	60代			○	○	○
6	女	70代					
7	女	70代					

※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）

図表 18-②虚血性心疾患新規発症者の特定健診状況※2

番号	性別	R03年齢	特定健診受診状況				
			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
1	男	60代					
2	男	60代					
3	男	60代	○	○	○		○
4	男	60代					
5	男	60代					
6	男	60代	○	○		○	
7	男	70代	○	○	○		○
8	男	70代				○	
9	男	70代		○			
10	女	60代					

※2　H30～R02 年度に一度も虚血性疾患の診断がなく、
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）

(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、糖尿病の治療者割合は横ばいですが、高血圧・脂質異常症の治療者の割合は増えています。一方で高血圧・脂質異常症の合併症でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減っています。糖尿病性腎症は平成 30 年度と比較すると増加していますが、透析者数は減少しています。糖尿病性腎症重症化予防の連絡票などを使用していることで糖尿病性腎症の診断が早期につき、管理されることで透析者数が減っている可能性があると考えられます。本町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていると考えられます。

糖尿病においては虚血性心疾患の合併症の割合が増えています。糖尿病があることによる、脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の発症リスクは高くなるため。糖尿病境界型の方への指導や糖尿病治療中断者への介入を継続して重症化を予防する必要性があると考えられます。

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	926	918	209	192	717	726
		A/被保数	41.9%	↑ 44.5%	23.9%	↑ 25.5%	53.6%	↑ 55.5%
合併症（中長期目標疾患）	脳血管疾患	B	117	104	21	16	96	88
		B/A	12.6%	11.3%	10.0%	8.3%	13.4%	12.1%
	虚血性心疾患	C	153	137	25	22	128	115
		C/A	16.5%	14.9%	12.0%	11.5%	17.9%	15.8%
	人工透析	D	16	13	7	3	9	10
		D/A	1.7%	1.4%	3.3%	1.6%	1.3%	1.4%

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
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

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	529	502	124	102	405	400
		A/被保数	23.9%	24.4%	14.2%	13.5%	30.3%	30.6%
合併症（中長期目標疾患）	脳血管疾患	B	63	51	8	5	55	46
		B/A	11.9%	10.2%	6.5%	4.9%	13.6%	11.5%
	虚血性心疾患	C	77	79	11	10	66	69
		C/A	14.6%	15.7%	8.9%	9.8%	16.3%	17.3%
	人工透析	D	10	8	5	2	5	6
		D/A	1.9%	1.6%	4.0%	2.0%	1.2%	1.5%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	51	63	12	10	39	53
		E/A	9.6%	12.5%	9.7%	9.8%	9.6%	13.3%
	糖尿病性網膜症	F	100	84	26	13	74	71
		F/A	18.9%	16.7%	21.0%	12.7%	18.3%	17.8%
	糖尿病性神経障害	G	25	20	10	5	15	15
		G/A	4.7%	4.0%	8.1%	4.9%	3.7%	3.8%

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
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

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	772	796	191	183	581	613
		A/被保数	34.9%	↑ 38.6%	21.9%	↑ 24.3%	43.4%	↑ 46.9%
合併症（中長期目標疾患）	脳血管疾患	B	81	74	14	12	67	62
		B/A	10.5%	9.3%	7.3%	6.6%	11.5%	10.1%
	虚血性心疾患	C	112	107	17	12	95	95
		C/A	14.5%	13.4%	8.9%	6.6%	16.4%	15.5%
	人工透析	D	4	4	2	1	2	3
		D/A	0.5%	0.5%	1.0%	0.5%	0.3%	0.5%

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
介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診の結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を平成 30 年度と令和 3 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 35%、糖尿病で約 4%ほどおり、その割合は佐賀県と比較すると高血圧が高くなっていますが、糖尿病では低くなっています。（図表 22）

基礎疾患（高血圧・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											
					結果の改善　Ⅱ度高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報（R03.4～R04.3）			
	受診者A	受診率	受診者B	受診率			未治療（内服なし）				未治療（内服なし）		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
吉野ケ里町	992	43.3	990	47.3	57	5.7	38	66.7	58	5.9	38	65.5	21	36.2	4	6.9
佐賀県	54,504	44.2	47,203	42.2	2,466	4.5	1,405	57.0	2,138	4.5	1,212	56.7	688	32.2	111	5.2

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善　HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報（R03.4～R04.3）			
	HbA1c実施者A	実施率	HbA1c実施者B	実施率			未治療（内服なし）				未治療（内服なし）		未治療		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
吉野ケ里町	979	98.7	974	98.4	70	7.2	17	24.3	76	7.8	17	22.4	3	3.9	1	1.3
佐賀県	53,513	98.2	46,061	97.6	3,010	5.6	817	27.1	3,068	6.7	688	22.4	180	5.9	96	3.1

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧（または糖尿病）のレセプトがない者
②中断…高血圧（または糖尿病）のレセプトがある者のうち、直近（年度末の3月を基点として）3ヶ月以上レセプトがない者
③健診受診率は、法定報告の数値とは一致しません。

③ 健診結果の経年変化

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

また、重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160 以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上は微増しており、翌年度の結果をみても改善率が下がっています。また、翌年度健診を受診していない方が令和 1 年度で 26.3%、令和 4 年度で 32.8%と増加しており、継続的な結果の把握ができていません。治療を開始すると特定健診を中断し、その後の健康状態等がわからなくなる傾向が本町にあります。今後も結果の改善に繋がる保健指導を実施するよう努めるとともに、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 23　メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者（受診率）	該当者			予備群
			3項目	2項目	
H30年度	992（43.3%）	201（20.3%）	73（7.4%）	128（12.9%）	118（11.9%）
R04年度	929（44.4%）	217（23.4%）	↑ 77（8.3%）	↑ 140（15.1%）	↑ 121（13.0%）

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	131（13.4%）	30（22.9%）	48（36.6%）	15（11.5%）	38（29.0%）
R03→R04	139（14.3%）	24（17.3%）	51（36.7%）	25（18.0%）	39（28.1%）

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25　Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	Ⅱ度高血圧以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	57（5.7%）	33（57.9%）	7（12.3%）	2（3.5%）	15（26.3%）
R03→R04	58（5.9%）	27（46.6%）	10（17.2%）	2（3.4%）	19（32.8%） ↑

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26　LDL160 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	125 （12.6%）	54 （43.2%）	39 （31.2%）	10 （8.0%）	22 （17.6%）
R03→R04	95 （9.6%）	45 （47.4%）	20 （21.1%）	10 （10.5%）	20 （21.1%）

出典：ヘルスサポートラボツール

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、平成 30 年度と令和 1 年度はどちらも 47%以上の受診率ですが、新型コロナ感染症の影響で令和 2 年度は受診率が低迷しております。令和 3 年度と令和 4 年度は令和 2 年度に比較して受診率は向上しており、佐賀県国保保険者における特定健診受診状況では 6 位です。しかし、県内の同規模と比較すると受診率は低く、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。前年度の健診で病院受診、治療に繋がったので良いとするのではなく、自身の健康状態の確認のため、保健師が健診結果を確認するためにも継続して健診を受診していただくことが重要です。（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健康増進部内での 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）

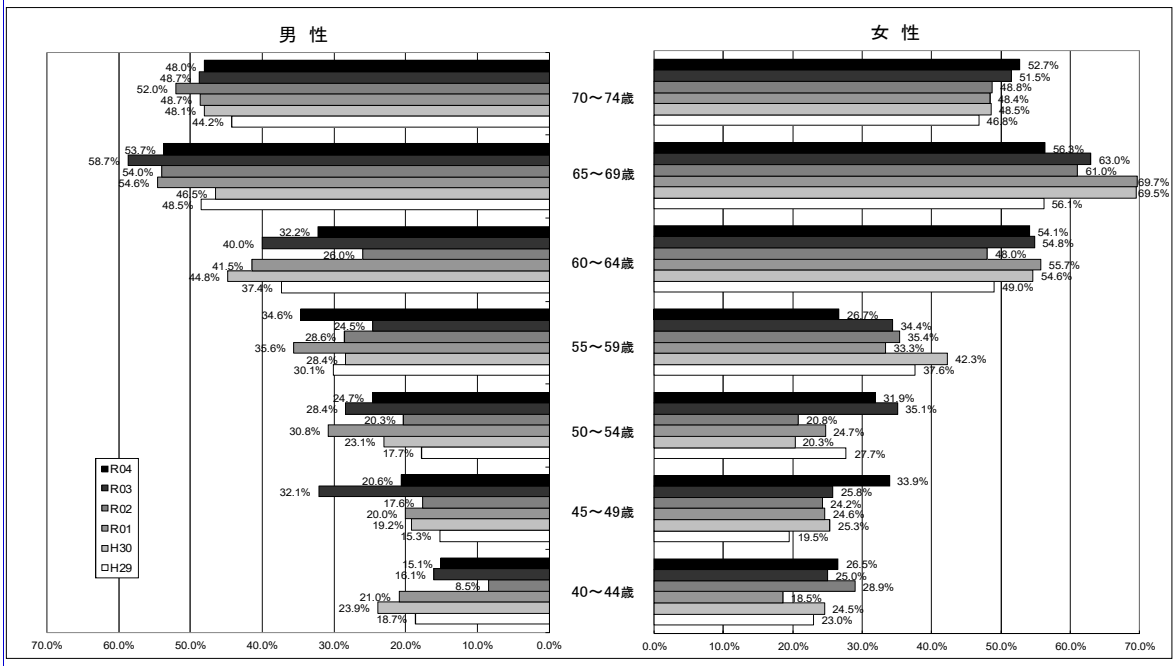
特定保健指導についても、令和 1 年度は約 80%の実施率ですが、令和 2 年度以降は年々実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながると考えます。

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	948	921	856	930	872	健診受診率 60%
	受診率	47.5%	47.1%	43.2%	48.2%	47.3%	
特定保健指導	該当者数	118	117	94	118	98	特定保健指導実施率 60%
	割合	12.4%	12.7%	11.0%	12.7%	11.20%	
	実施者数	65	93	63	77	51	
	実施率	55.1%	79.5%	67.0%	65.3%	64.9%	

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令和 3 年度約 80%と増加しているものの、令和 4 年度は約 70%へ低下し、血糖値有所見者の割合も増加傾向にあります。（表1）

本町は糖尿病治療中断者割合が高いため、平成 23 年度から HbA1c7.0 以上の方、平成 26 年度から未治療者の HbA1c6.5 以上の方、HbA1c7.0 以上の治療者の方を優先対象者とし重点的に支援してきました。その結果、令和 3 年度から血糖値有所見者の未治療者・治療中断者の割合が減っています。しかし、未治療者は国と比較して以前高値です。未治療者への受診勧奨、保健指導を徹底するとともに、糖尿病治療中断につなが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行っていきます。（表2）

HbA1c8.0 以上の割合の方が令和 2 年度から年々高くなっており、令和4年度は佐賀県の 20 市町の中で 3 番目に割合が高い状況です。令和 2 年度、令和 3 年度は新型コロナウイルスの影響からか、HbA1c8.0 以上の未治療者の割合が高くなり、令和 4 年度で未治療者の割合が減っています。HbA1c8.0 以上では糖尿病の3大合併症（神経障害、網膜症、腎症）がとても進行しやすい状態となるため、早期に治療が開始できるよう受診勧奨していきます。（表3）

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保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

※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

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者（HbA1c測定者）	人(a)	1,004	980	876	987	962
血糖値有所見者　＊1	人(b)	128	116	109	129	143
	(b/a)	12.7%	11.8%	12.4%	13.1%	14.9%
保健指導実施者＊2	人(c)	76	78	61	103	98
	(c/b)	59.4%	67.2%	56.0%	79.8%	68.5%

＊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

業務量把握のため速報値で作成

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)	128	116	109	129	143
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者＊3	人(b)	51	39	41	38	41
	(b/a)	39.8%	33.6%	37.6%	↓ 29.5%	↓ 28.7%
受診した者	人(c)	34	25	24	27	25
	(c/b)	66.7%	64.1%	58.5%	71.1%	61.0%
治療開始した者	人(c)	13	10	10	13	8
	(c/b)	25.5%	25.6%	24.4%	34.2%	↓ 19.5%

＊3　HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

業務量把握のため速報値で作成

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)	1,004	980	876	987	962
HbA1c8.0%以上	人(b)	14	19	14	18	21
	(b/a)	1.4%	1.9%	1.6%	1.8%	2.2%
保健指導実施	人(c)	13	17	5	17	15
	(c/b)	92.9%	89.5%	35.7%	94.4%	71.4%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(d)	6	6	7	8	5
	(d/b)	42.9%	31.6%	50.0%	44.4%	23.8%

内服・インスリン治療開始	2人	4人	5人
元々治療中	1人	0人	0人
死亡、転出	0人	0人	0人
未治療	3人	2人	3人
受診後定期検査のみ	0人	1人	0人

業務量把握のため速報値で作成

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による重症化予防を目的として、心電図検査全数実施を目指した健診受診勧奨を実施しており、心電図検査は約 9 割以上実施できています。

有所見者のうち ST 所見をみると、大半が非特異性 ST-T 変化であり、経過観察や所見はあるが異常なしの方が多いです。

心房細動未治療者については、昨年と比較すると減少していますが、治療開始に繋がっている方も年々減少しています。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。また、未受診の者に対しては受診勧奨を行い、早期に治療開始できるように支援していきます。

表 4　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	1,004	434	570	980	428	552	876	380	496	987	429	558	962	413	549
心電図受診者（人）	b	944	413	531	966	423	543	816	357	459	898	393	505	894	379	515
心電図実施率	**b/a**	**94.0%**	**95.2%**	**93.2%**	**98.6%**	**98.8%**	**98.4%**	**93.2%**	**93.9%**	**92.5%**	**91.0%**	**91.6%**	**90.5%**	**92.9%**	**91.8%**	**93.8%**
要医療者（人）	c	2	1	1	4	4	0	2	1	1	4	3	1	2	1	1
要精査者（人）	d	21	11	10	11	7	4	12	7	5	26	10	16	24	13	11
有所見率	(c+d)/b	2.4%	2.9%	2.1%	1.6%	2.6%	0.7%	1.7%	2.2%	1.3%	3.3%	3.3%	3.4%	2.9%	3.7%	2.3%
心房細動（人）	e	14	11	3	16	14	2	10	9	1	11	9	2	11	8	3
心房細動有所見率	e/b	1.5%	2.7%	0.6%	1.7%	3.3%	0.4%	1.2%	2.5%	0.2%	1.2%	2.3%	0.4%	1.2%	2.1%	0.6%
うち、心房細動未治療（人）		5	4	1	6	6	0	2	2	0	4	3	1	2	1	1

業務量把握のため速報値で作成

表 5　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	944		966		816		898		894	
ST異常所見	45	4.8%	27	2.8%	21	2.6%	18	2.0%	26	2.9%
要医療・要精査	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医療機関受診あり	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医療機関受診なし	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
それ以外の判定	44	97.8%	27	100.0%	21	100.0%	18	100.0%	26	100.0%

業務量把握のため速報値で作成

表 6　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	14		16		10		11		11	
心房細動未治療者（要精密者）	**5**	35.7%	**6**	37.5%	**2**	20.0%	**4**	36.4%	**2**	18.2%
検査後、異常なしと診断（等、治療開始に至らず）	0	0.0%	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
治療開始	3	60.0%	3	50.0%	1	50.0%	1	25.0%	0	0.0%

業務量把握のため速報値で作成

③ 脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の割合は約 5%と横ばいで、約 6～7 割が未治療であり年々割合が高くなっています。令和 3 年度、令和 4 年度の未治療者が受診につながったのはわずか 2 割ほどです。血圧Ⅱ度以上であるが未治療者の割合が多いため、本町では、平成 20 年度から血圧Ⅲ度以上の方、平成 26 年度から血圧Ⅱ度以上の方を優先対象者とし重点的に支援してきました。

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、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 5 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（降圧薬治療者を除く）です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第 3 層（糖尿病、尿蛋白等のリスクあり）の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血のすすめ血圧手帳の活用を促していきます。

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 30%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。

表 7 血圧Ⅱ度以上（収縮期血圧 160 以上または拡張期血圧 100 以上）の者

			H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者		人(a)	1,004	980	876	987	962
血圧Ⅱ度以上の者		人(b)	58	43	42	57	43
		(b/a)	5.8%	4.4%	4.8%	5.8%	↓ 4.5%
	治療あり	人(C)	20	18	15	19	13
		(C/b)	34.5%	41.9%	35.7%	33.3%	↓ 30.2%
	治療なし	人(d)	38	25	27	38	30
		(d/b)	65.5%	58.1%	64.3%	66.7%	↑ 69.8%
	治療開始	人(e)	7	8	3	8	6
		(e/d)	18.4%	32.0%	11.1%	21.1%	20.0%
（再掲）	血圧Ⅲ度の者	人(f)	11	13	5	9	7
		(f/a)	1.1%	1.3%	0.6%	0.9%	0.7%
	治療あり	人	3	6	0	2	5
	治療なし	人	8	7	5	7	2

業務量把握のため速報値で作成

表 8　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） リスク層（血圧以外のリスク因子）		高値血圧 130～139 /80～89	Ⅰ度高血圧 140～159 /90～99	Ⅱ度高血圧 160～179 /100～109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上
	255	130	95	28	2
		51.0%	37.3%	11.0%	0.8%
リスク第1層 予後影響因子がない	13	C 5	B 8	B 0	A 0
	5.1%	3.8%	8.4%	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	146	C 76	B 54	A 16	A 0
	57.3%	58.5%	56.8%	57.1%	0.0%
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	96	B 49	A 33	A 12	A 2
	37.6%	37.7%	34.7%	42.9%	100.0%

…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	63
		24.7%
B	概ね1ヵ月後に再評価	111
		43.5%
C	概ね3ヵ月後に再評価	81
		31.8%

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

（2）ポピュレーションアプローチ

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

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

取組内容としては、生活習慣病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、結果説明会の場にて周知を行ったり、肥満の改善を目的として、1 日の野菜量の展示やごはん・パン・そうめんなど実物による指導をするなど、集団健診、結果説明会の場での取組を継続していきます。

(3)第 2 期計画目標の達成状況一覧

図表 29　データヘルス計画の目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標		実績 初年度 H30 (H30)	実績 中間評価 R2 (R2)	実績 最終評価 R5 (R4)	データの把握方法 (活用ﾃﾞｰﾀ年度)
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持		1.7%	2.8%	1.8%	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
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持		0.7%	0.6%	0.7%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持		6.7%	5.3%	5.7%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少		47.1%	44.4%	46.7%	更生医療担当調べ
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少		0.0%	0.0%	50.0%	
			(内訳)		―	―	＊1	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボシックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少		31.9%	35.4%	36.7%	吉野ヶ里町こども・保健課速報値より
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)		5.8%	4.8%	4.5%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少	LDL160以上	12.6%	12.1%	9.7%	
				LDL140以上	29.1%	25.8%	25.3%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)		12.7%	12.4%	14.9%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少		0.6%	0.8%	0.5%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合		63.6%	71.4%	60.0%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合		65.7%	57.1%	78.2%	
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上		47.5	43.2	47.3	＊2　TKCA011 No3
			特定保健指導終了率60%以上		55.1	67.0	64.9	TKCA011 No50
			特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率		14.3	10.8	23.2	TKCA011 No29
			特定保健指導対象者の割合の減少		12.4	11.0	11.1	TKCA011 No48/2×100
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加		10.3	16.0	16.3	地域保健事業報告 (R04年度データがないため,R03年度を記載)
			肺がん検診受診者の増加		21.0	18.1	18.7	
			大腸がん検診受診者の増加		15.4	13.6	15.6	
			子宮がん検診受診者の増加		22.0	23.9	23.6	
			乳がん検診受診者の増加		18.7	19.7	21.8	
			5つのがん検診の平均受診率の増加		17.5	18.3	19.2	
		後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合　80%以上		77.6%	81.5%	84.4%	厚生労働省

＊1慢性糸球体腎炎(腹膜透析)1名　糖尿病性腎症1名

＊2　TKCA011:「特定健診・特定保健指導実施結果報告」(特定健診等データ管理システム帳票)

3） 第 2 期データヘルス計画に係る考察

第 2 期計画において、糖尿病性腎症、脳血管疾患を重点に重症化予防に努めてきました。糖尿病治療者の割合は横ばいです。本町は糖尿病治療中断者割合が国・県と比較しても高い状況です。また、糖尿病性腎症の割合は増加していますが、透析者数は減少しています。糖尿病性腎症重症化予防の連絡票などを使用していることで、糖尿病性腎症の診断が早期につき、管理されることで、新規の透析導入が増加していない可能性があると考えられます。このように糖尿病の重症化を予防することで、新規の透析導入者数を減らすことができ、医療費適正化に繋げることができるため、糖尿病性腎症重症化予防は継続していく必要があります。

令和 3 年度の脳血管疾患新規発症者の特定健診受診状況をみると 8 割が受診していない状況で、また 8 割以上の方に基礎疾患として高血圧がありました。中長期目標疾患の予防のために、血糖値や HbA1c、血圧、LDL コレステロールなどの値を下げることが大切です。また、短期目標疾患の割合が高く、中長期目標疾患の割合が高いと、早期受診に繋がっていない可能性も考えられます。脳・心臓・腎臓を守るため、医療費の適正化を図るためにも短期目標疾患で抑えるように介入していく必要があります。

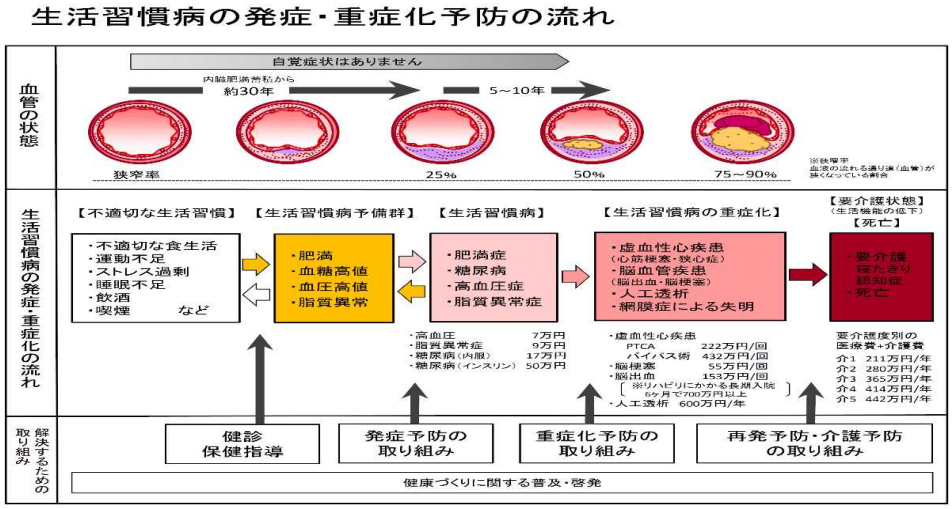
介護給付費において、一人あたりの給付費は同規模・県・国と比較すると低いが、総給付費は伸びています。生活習慣病は介護給付費適正化においても重要であるため、特定健診による生活習慣病予防、特に重症化予防のための予防可能である血管疾患を守るということは本町の重要課題です。また、重症化予防では医療機関との連携が不可欠であるため、適切な受診に結び付けることも重要です。保健指導後に医療機関を受診しているのかを文書や KDB システムで確認し、その後も治療を中断していないか等確認を徹底していくことが大切です。そのためには、まず特定健診の受診が必要不可欠であるため、特定健診受診率向上は重要な課題となります。

3. 第 3 期における健康課題の明確化

1）基本的考え方

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

図表 30　生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2)健康課題の明確化

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

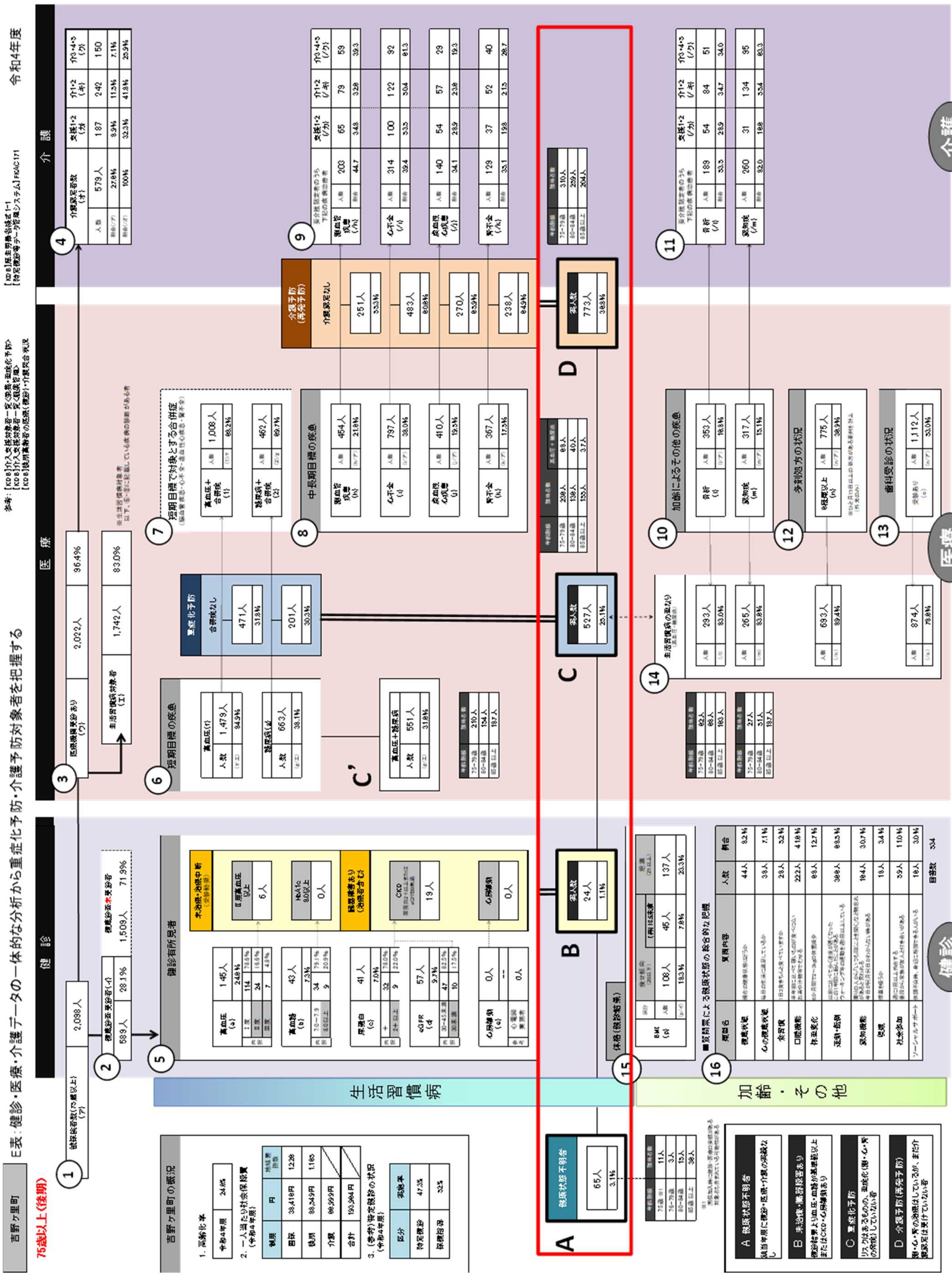
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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

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

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

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		2,834人	2,783人	2,794人	2,674人	2,564人	2,085人
総件数及び総費用額	件数	28,870件	28,756件	27,599件	27,959件	26,913件	36,606件
	費用額	12億1783万円	11億8991万円	12億3129万円	12億3719万円	12億0811万円	21億7848万円
一人あたり医療費		43.0万円	42.8万円	44.1万円	46.3万円	47.1万円	104.5万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33　データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり医療費（月額）	中長期目標疾患				短期目標疾患			（中長期・短期）目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
				腎		脳	心								
				慢性腎不全（透析有）	慢性腎不全（透析無）	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
①国保	吉野ヶ里町	12億0811万円	38,416	5.66%	0.10%	1.77%	0.67%	5.42%	3.25%	1.95%	2億2747万円	18.83%	12.61%	12.30%	7.59%
	同規模	--	30,968	4.00%	0.29%	2.17%	1.42%	5.95%	3.41%	2.05%	--	19.30%	17.02%	8.15%	8.86%
	県	--	35,091	5.37%	0.29%	2.15%	1.04%	4.89%	2.99%	1.93%	--	18.67%	14.40%	10.73%	8.87%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
②後期	吉野ヶ里町	21億7848万円	88,549	6.33%	0.50%	2.61%	0.48%	3.50%	2.78%	1.20%	3億7892万円	17.39%	9.60%	6.55%	12.06%
	同規模	--	69,105	4.34%	0.50%	4.05%	1.48%	4.08%	3.14%	1.26%	--	18.86%	10.99%	3.74%	12.25%
	県	--	84,251	4.29%	0.42%	4.62%	1.00%	3.61%	3.08%	1.27%	--	18.28%	9.23%	4.85%	13.57%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病（※1）による分類結果

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

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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	110人	111人	128人	111人	105人	271人
	件数	B	198件	193件	227件	236件	214件	546件
		B/総件数	0.69%	0.67%	0.82%	0.84%	0.80%	1.49%
	費用額	C	2億5987万円	2億4833万円	3億0911万円	3億1882万円	3億2640万円	6億5449万円
		C/総費用	21.3%	20.9%	25.1%	25.8%	27.0%	30.0%

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	6人		6人		12人		6人		7人		16人	
		D/A	5.5%		5.4%		9.4%		5.4%		6.7%		5.9%	
	件数	E	9件		14件		23件		9件		10件		29件	
		E/B	4.5%		7.3%		10.1%		3.8%		4.7%		5.3%	
	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	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	11.1%	1	7.1%	1	4.3%	1	11.1%	0	0.0%	75-80歳	1	3.4%
		60代	6	66.7%	6	42.9%	14	60.9%	3	33.3%	5	50.0%	80代	22	75.9%
		70-74歳	1	11.1%	7	50.0%	8	34.8%	5	55.6%	5	50.0%	90歳以上	6	20.7%
	費用額	F	1092万円		1624万円		2692万円		1239万円		1275万円		3826万円	
		F/C	4.2%		6.5%		8.7%		3.9%		3.9%		5.8%	

出典：ヘルスサポートラボツール

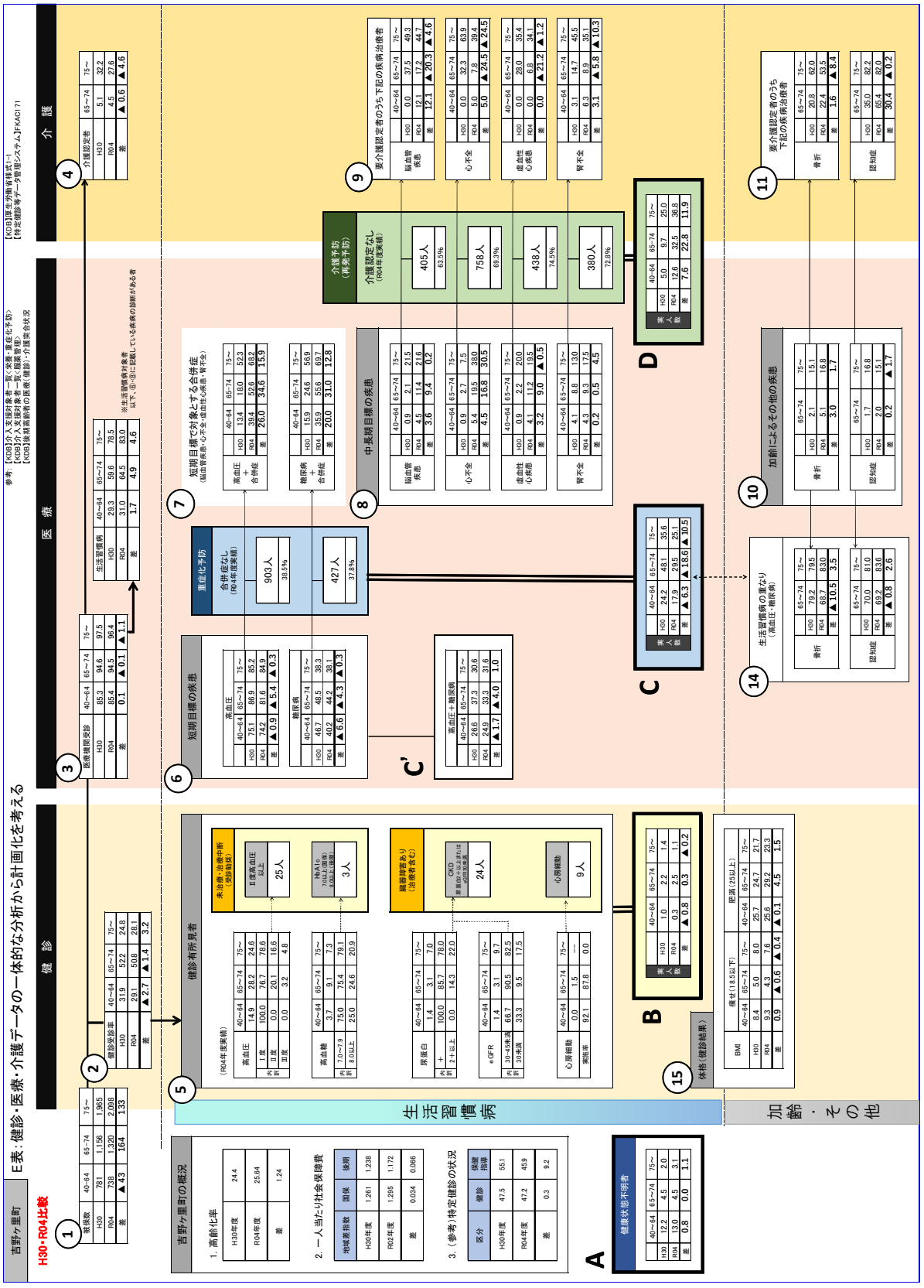
図表 36　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移（虚血性心疾患）

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	2人		0人		4人		8人		3人		2人		
		G/A	1.8%		0.0%		3.1%		7.2%		2.9%		0.7%		
	件数	H	2件		0件		4件		9件		3件		2件		
		H/B	1.0%		0.0%		1.8%		3.8%		1.4%		0.4%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	1	50.0%
		60代	1	50.0%	0	--	3	75.0%	3	33.3%	1	33.3%	80代	1	50.0%
		70-74歳	1	50.0%	0	--	1	25.0%	6	66.7%	2	66.7%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	946万円				482万円		1840万円		381万円		209万円		
		I/C	3.6%		#VALUE!		1.6%		5.8%		1.2%		0.3%		

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



図表 38　被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	認定率 介護	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	32.2	781	1,156	1,965	31.9	52.2	24.8	8.4	5.0	8.0	25.7	24.7	21.7
R04	27.6	↓ 738	↑ 1,320	↑ 2,098	29.1	50.8	28.1	9.3	4.3	7.6	25.6	↑ 29.2	↑ 23.3

図表 39　健診有所見状況

E表	⑤																											
年度	Ⅱ度高血圧以上（未治療・治療中断者）									HbA1c7.0以上（未治療・治療中断者）※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2＋以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40−64			65−74			75−			40−64			65−74			75−			40−64		65−74		75−		40−64		65−74		75−	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30	13	5.2	(3)	34	5.6	(11)	18	3.7	(5)	19	7.6	(3)	43	7.1	(2)	3	0.6	(0)	0	−−	6	1.0	22	4.5	2	0.8	6	1.0	0	−−
R04	0	−−	(0)	44	6.6	(19)	31	5.3	(6)	8	3.7	(1)	61	9.1	(2)	9	1.5	(0)	1	0.5	4	0.6	19	3.2	0	−−	9	1.3	0	−−

図表 40　短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
年度	医療機関受診			生活習慣病対象者（生活習慣病の医療機関受診者）			短期目標の疾患（生活習慣病受診者のうち）									短期目標の疾患とする合併症					
							高血圧			糖尿病			C’糖尿病+高血圧			高血圧＋合併症			糖尿病＋合併症		
	40−64	65−74	75−	40−64	65−74	75−	40−64	65−74	75−	40−64	65−74	75−	40−64	65−74	75−	40−64	65−74	75−	40−64	65−74	75−
H30	85.3	94.6	97.5	29.3	59.6	78.5	75.1	86.9	85.2	46.7	48.5	38.3	26.6	37.3	30.6	13.4	18.0	52.3	15.9	24.6	56.9
R04	85.4	94.5	96.4	31.0	64.5	83.0	74.2	81.6	84.9	40.2	44.2	38.1	24.9	33.3	31.6	39.4	52.6	68.2	35.9	55.6	69.7

注）合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保数割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40−64	65−74	75−	40−64	65−74	75−	40−64	65−74	75−	40−64	65−74	75−	40−64	65−74	75−	40−64	65−74	75−	40−64	65−74	75−	40−64	65−74	75−
H30	0.9	2.1	21.5	0.9	2.2	20.0	0.9	2.7	7.5	4.1	8.8	13.0	0.0	37.5	49.3	0.0	28.0	35.4	0.0	32.3	63.9	3.1	14.7	45.5
R04	4.5	11.4	21.6	4.1	11.2	19.5	5.4	19.5	38.0	4.3	9.3	17.5	↑ 12.1	17.2	44.7	0.0	6.8	34.1	↑ 5.0	7.8	39.4	↑ 6.3	8.9	35.1

図表 42　骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり（高血圧・糖尿病）				加齢によるその他の疾患（被保数割）				加齢による疾患のうち要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65−74	75−	65−74	75−	65−74	75−	65−74	75−	65−74	75−	65−74	75−
H30	79.2	79.5	70.0	81.0	2.1	15.1	1.7	16.8	20.8	62.0	35.0	82.2
R04	68.7	83.0	69.2	83.6	5.1	16.8	2.0	15.1	22.4	53.5	65.4	82.0

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。一人あたりの医療費は令和 1 年度は減ったものの、令和 2 年度以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり医療費が 100 万円を超え、国保の 2.2 倍も高い状況です。（図表 32）

本町は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできたため、短期的目標疾患の糖尿病が総医療費を占める割合は同規模と比較して 0.5 ポイント低い状況です。しかし、本町の一人あたりの医療費は同規模、県、国と比較して高い状況です。慢性腎不全（透析有）の医療費に占める割合が、国保及び後期高齢においても、同規模、県、国と比較して高い状況にあることも一因と考えます。（図表 33）

高額レセプトについては、国保においては毎年約 200 件のレセプトが発生していますが、後期高齢者になると約 2.5 倍に増えていることがわかります。令和 4 年度は超高額な医療費が必要であった方がいたため、例年と比較して費用額が高くなっています。

高額における疾病をみてみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保では令和2年度を除くと件数は横ばいになっています。令和 2 年度が一番多く 23 件で 2,500 万円以上の費用がかかっていましたが、費用額も令和2年度をピークに約 1,200 万円へ減っています。しかし、後期高齢者においては令和 4 年度に 29 件発生しており、約 3,800 万円の費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。（図表 34、35）

健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は 40～64 歳では減っていますが、65～74 歳では約 160 名、75 歳以上では約 120 名増え、前期高齢者・後期高齢者が確実に増えていることがわかります。

⑮の体格をみると、40～64 歳の若い年齢層で、BMI25 以上の率が 0.1 ポイント下がっていますが、65～74 歳は約 5 ポイント、75 歳以上では約 1.5 ポイント高くなっています。図表 39 健診有所見の状況をみると、65～74 歳、75 歳以上の年代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・糖尿病ともに各年代の割合が高くなっています。

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、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、各年代急激に増えています。脳血管疾患、心不全、腎不全において 40～64 歳の若い年代の介護認定者は増えており、今後医療費がさらに必要になる可能性があります。

（4）優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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、心不全、腎不全）の疾患の割合が増加していることに伴い、介護認定者も増加傾向にあります。脳血管疾患や虚血性心疾患等への重症化を予防するために、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重要となります。

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)設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

②中長期的な目標の設定

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

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

また、軽症時に通院しないと、重症化して入院を要することになりかねないことから、重症化予防、医療費適正化へつなげるためには、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。

メタボリックシンドローム・予備軍、健診受診者の脂質異常者の割合はベースライン値から 25%減を目指したいため 27.5%、7.3%を目標としました。

過去データより、令和 2 年度の佐賀県の HbA1c6.5%以上の割合は 13.1%で全国ワースト 1 位であり、本町の令和 4 年度の HbA1c は 14.9%と佐賀県の割合よりも上回っています。まずは佐賀県の割合に近づけるように最終目標を 13%とします。令和 2 年度の佐賀県の HbA1c8.0%以上の割合は 1.75%で全国ワースト2位であり、その中でも本町は未治療者の割合が多いため、未治療者の方へ介入し、全国の割合に近づけるように最終目標を 1.3%とします。令和 2 年度の国の全体的な受診勧奨者の医療機関受診率は 54.3%であり、本町は糖尿病重症化予防対策が重要であるため、糖尿病

の未治療者を治療に結び付ける割合は 70%を目標とします。

短期目標の特定保健指導実施率について、令和 2 年度の中間評価では 70%以上にしていました。令和 4 年度の初回面談の実施率は 87%でしたが仕事等で終了が困難であるため、第3期データヘルス計画目標では 70%を目指し、初回面談の実施率は最終評価で 95%を目指します。

特定保健指導による特定保健指導対象者の減少については、受診率が高い山形県は 10.6%であったため、かたよりのない集団での割合に近づけるために最終目標を 10.6%とします。

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 データヘルス計画の目標管理一覧

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			目標値		データの把握方法
					初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)	中間目標値 R8 (R7)	最終目標値 R11 (R10)	(活用データ年度)
データヘルス計画	中長期目標	アウトカム指標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.8%			1.8%	1.8%	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
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	0.7%			0.7%	0.7%	
				慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	5.7%			4.9%	4.2%	
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	46.7%			43.0%	40.0%	更生医療担当調べ
				糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	50.0%			0.0%	0.0%	
	短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボシックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	36.7%			31.7%	27.5%	吉野ケ里町こども・保健課速報値より
				健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	4.5%			4.2%	4.0%	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	9.7%			8.5%	7.3%	
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	14.9%			14.0%	13.0%	
				★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値）以上の者の割合の減少	2.2%			1.7%	1.3%	
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	60.0%			70.0%	70.0%	
		アウトプット	特定健診実施率、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	★特定健診実施率60%以上	47.3%			54.0%	60.0%	*1TKCA011 No.3
				★特定保健指導実施率60%以上	64.9%			65.0%	70.0%	TKCA011 No.50
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（※）	23.2%			23.0%	23.0%	TKCA011 No.29
				特定保健指導による特定保健指導対象者の減少	11.1%			10.8%	10.6%	TKCA011 No.48/2×100

*1 TKCA011：「特定健診・特定保健指導実施結果報告」（特定健診等データ管理システム帳票）

第3章　特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としていたが、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	48%	50%	53%	56%	59%	60%以上
特定保健指導実施率	64.9%	65%	65%	67%	68%	70%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	2052 人	2052 人	2052 人	2052 人	2052 人	2052 人
	受診者数	985 人	1026 人	1088 人	1149 人	1211 人	1231 人
特定保健指導	対象者数	99 人	103 人	109 人	115 人	121 人	123 人
	受診者数（初回面談）	86 人	92 人	99 人	107 人	114 人	117 人
	受診者数（終了者数）	64 人	67 人	71 人	77 人	82 人	86 人

業務量を見るために速報値で作成

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する。個別健診については、県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町国保側の取りまとめを佐賀県が行い、集合契約を行います。

① 集団健診（東脊振健康福祉センター、三田川健康福祉センター）

② 毎日健診（健康づくり財団）

③ 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、佐賀県国保連合会(市町)のホームページに掲載する。

（参照） URL：https://www.sagakokuho.or.jp

（4）特定健診実施項目

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

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

図表 46 特定健診検査項目

〇吉野ヶ里町特定健診検査項目

健診項目		吉野ヶ里町	国
身体測定	身長	〇	〇
	体重	〇	〇
	BMI	〇	〇
	腹囲	〇	〇
血圧	収縮期血圧	〇	〇
	拡張期血圧	〇	〇
肝機能検査	AST(GOT)	〇	〇
	ALT(GPT)	〇	〇
	γ-GT(γ-GTP)	〇	〇
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	〇	〇
	LDLコレステロール (NON-HDLコレステロール)	〇	〇
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	〇	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	〇	〇
	尿蛋白	〇	〇
	尿潜血	〇	
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	〇	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン (eGFR)	〇	□
	尿酸	〇	

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

（5）実施時期

4 月から翌年 2 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。

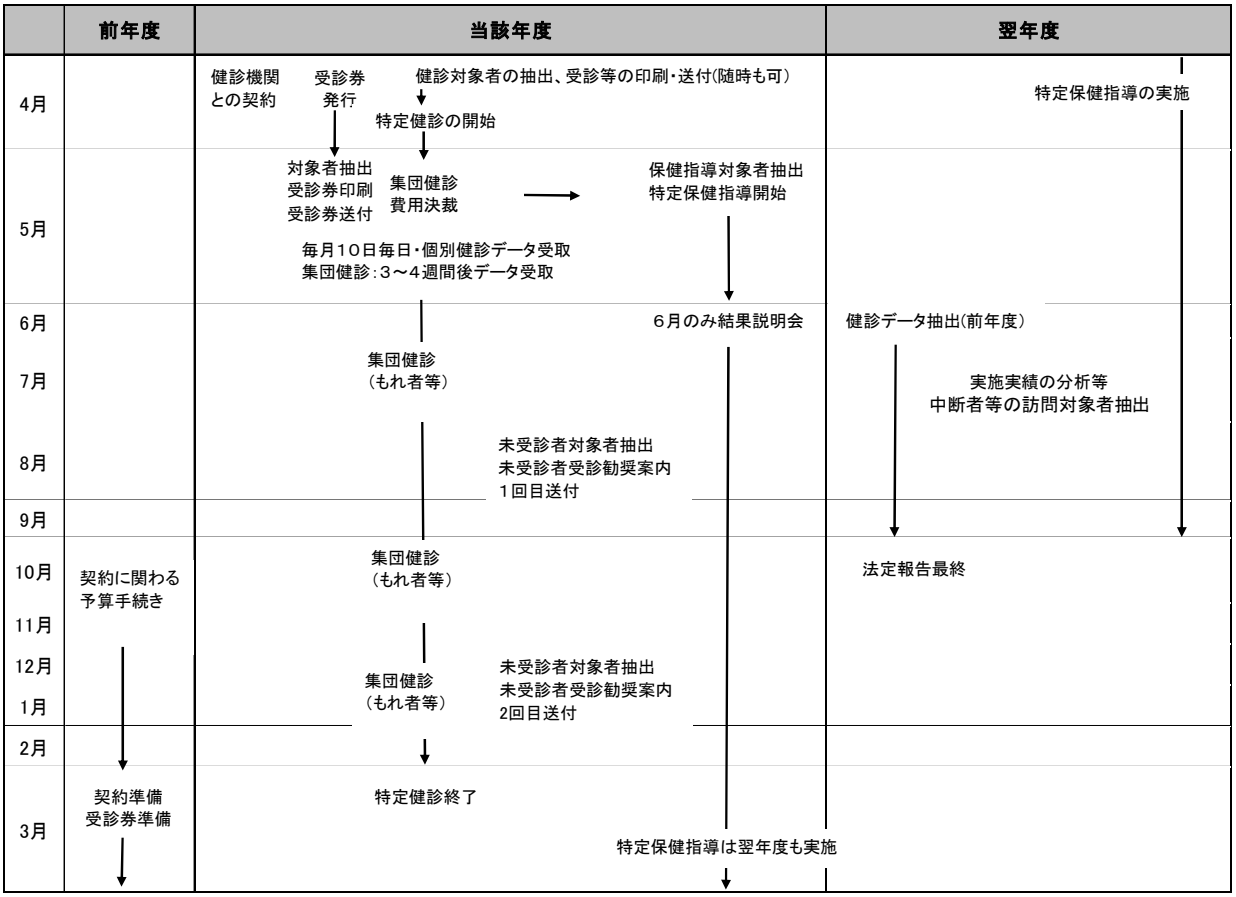
（7）代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、佐賀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



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、同一課内の一般衛生部門で行います。

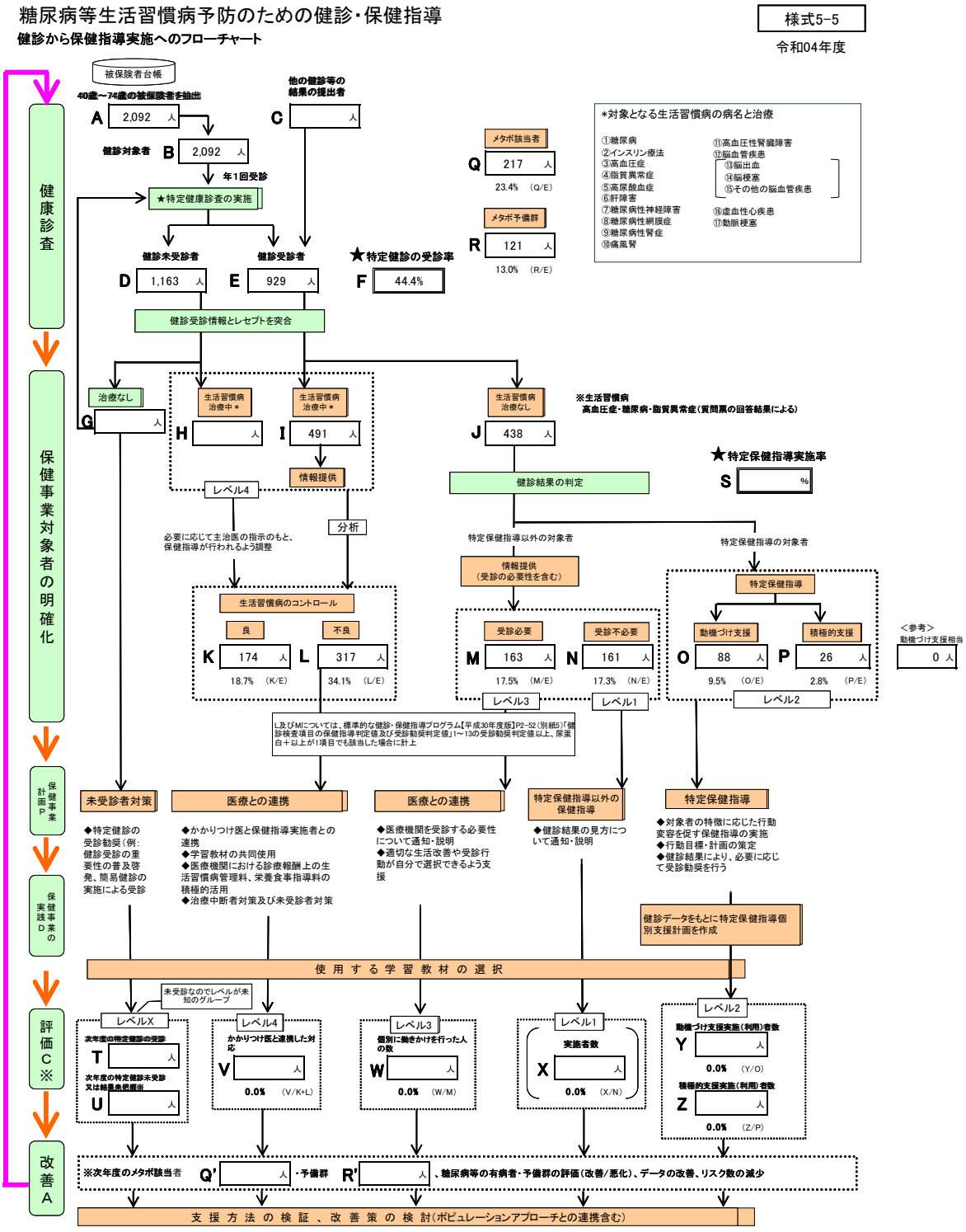
○第4期(2024年以降)における変更点　　特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1)健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48　健診から保健指導へのフローチャート（様式 5-5）



出典：ヘルサポートラボツール

（2）要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49　要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込（受診者の〇%）	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	114人 (12.3%)	利用率95% 終了率60%
2	M	情報提供 （受診必要）	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	163人 (17.5%)	100% （紙面による受診勧奨も含む、HbA1c6.5以上については面談を100%）
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	1,163人 ※受診率目標達成までにあと293人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	161人 (17.3%)	24.2% （結果説明会利用者見込）
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	491 （うち重症化予防の対象者174人） (52.9%)	28.7% （保健指導で直接的に関わる割合）

R4 年度速報値で作成

（3）生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50　健診・保健指導年間スケジュール

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

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吉野ヶ里町個人情報保護法施行条例を踏まえた対応を行います。

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

（2）特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

７．結果の報告

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

８．特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章　課題解決するための個別保健事業

Ⅰ．保健事業の方向性

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

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

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

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

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

佐賀県の市町国保においては、令和 9 年度に国民健康保険の保険税率を一本化することに伴い、市町国保保険者として実施している保健事業について、標準化を進める必要があります。これは、被保険者にとって、同一所得・同一世帯であれば県内どの市町に住所を有していても同じ税率・税額となるため、被保険者が受けられるサービス水準に非合理的な差があると不公平であること、保険者側にとっても、医療費水準が勘案されない納付金となるため、保険税率一本化後も医療費適正化に向けたインセンティブが働く仕組みの構築が必要であるためです。そのため、今後令和 9 年度に向けて、「標準的保健事業検討委員会」及び「医療費適正化勉強会」において、市町国保保険者として実施している保健事業について、標準化を進める事業の内容、基準、財産及び各事業の評価指標等を整理していくこととします。

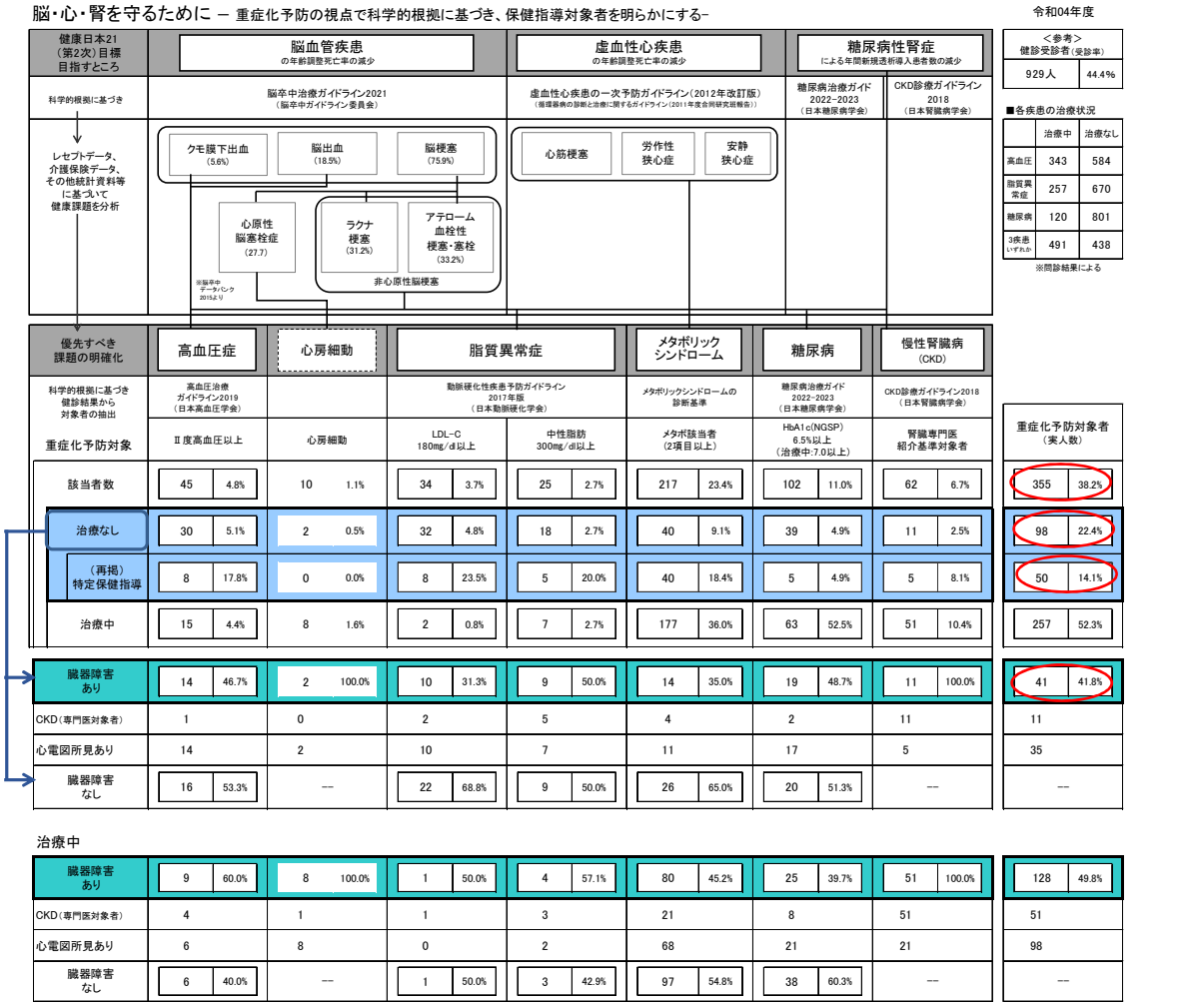
Ⅱ．重症化予防の取組

本町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、355 人（38.2%）です。そのうち治療なしが 98 人（22.4%）を占め、さらに臓器障害あり直ちに取り組むべき対象者が 41 人です。

また、本町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、98 人中 50 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



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）及び佐賀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。

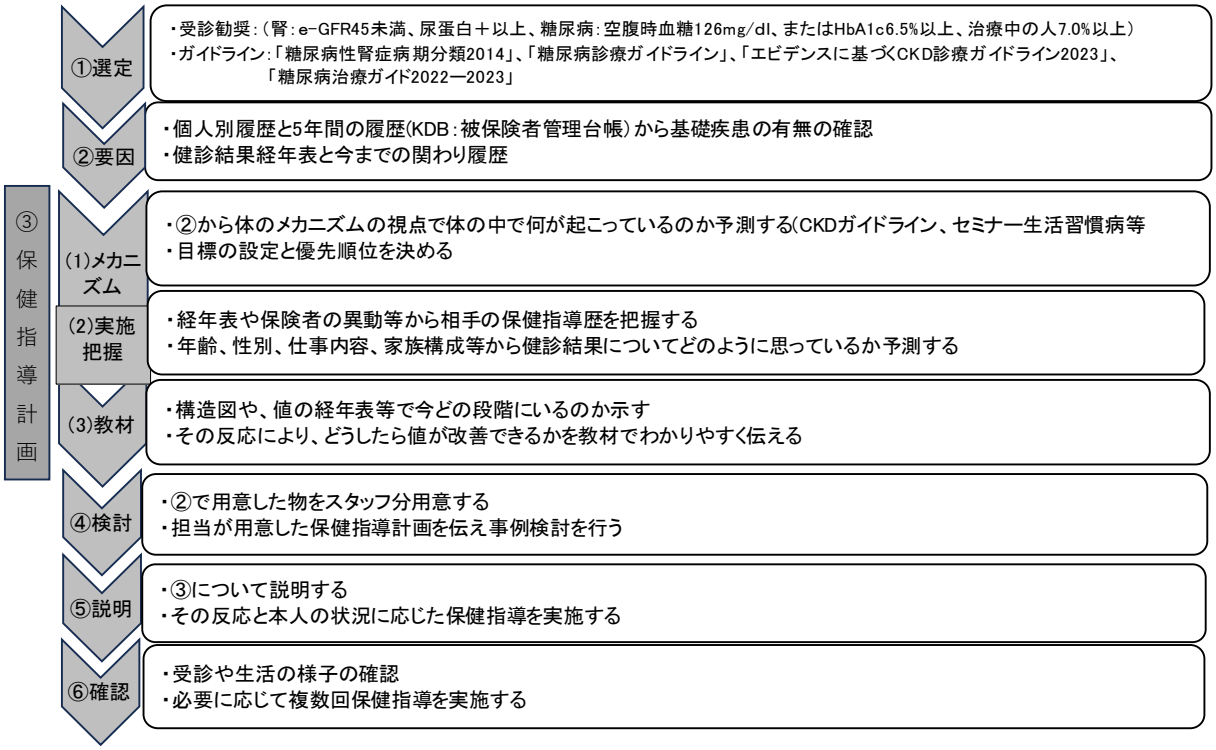
なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

（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、佐賀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

過去の健診において、空腹時 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上又は HbA1c（NGSP）6.5%以上の者のうち、尿蛋白を認める者又は eGFR が 60ml/分/1.73 ㎡未満の者（県プログラム基準）

② 糖尿病治療中断者

通院中の患者で最終受診日から 6 か月経過しても受診した記録がない者

③ 糖尿病で通院する患者のうち腎症が重症化するリスクが高い者

健診データ、本人・医師からの情報提供により、糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR 等により腎機能低下が判明した者

(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。

本町においては、特定健診にて血清クレアチンニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目、追加項目として尿アルブミンを実施しています。ＣＫＤ診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(－)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿（＋）としていることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となります。

②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。

本町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、49 人(29.0%・Ｆ)でした。

また、40～74 歳における糖尿病治療者 502 人のうち、特定健診受診者が 120 人(23.9%・Ｇ/Ｈ)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者 382 人（76.1%・Ｉ/Ｈ）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 より本町においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位１

【受診勧奨】

・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（Ｆ）・・・49 人

優先順位２

【保健指導】

・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（Ｊ）・・・68 人

治療中断しない（継続受診）のための保健指導

・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

優先順位３

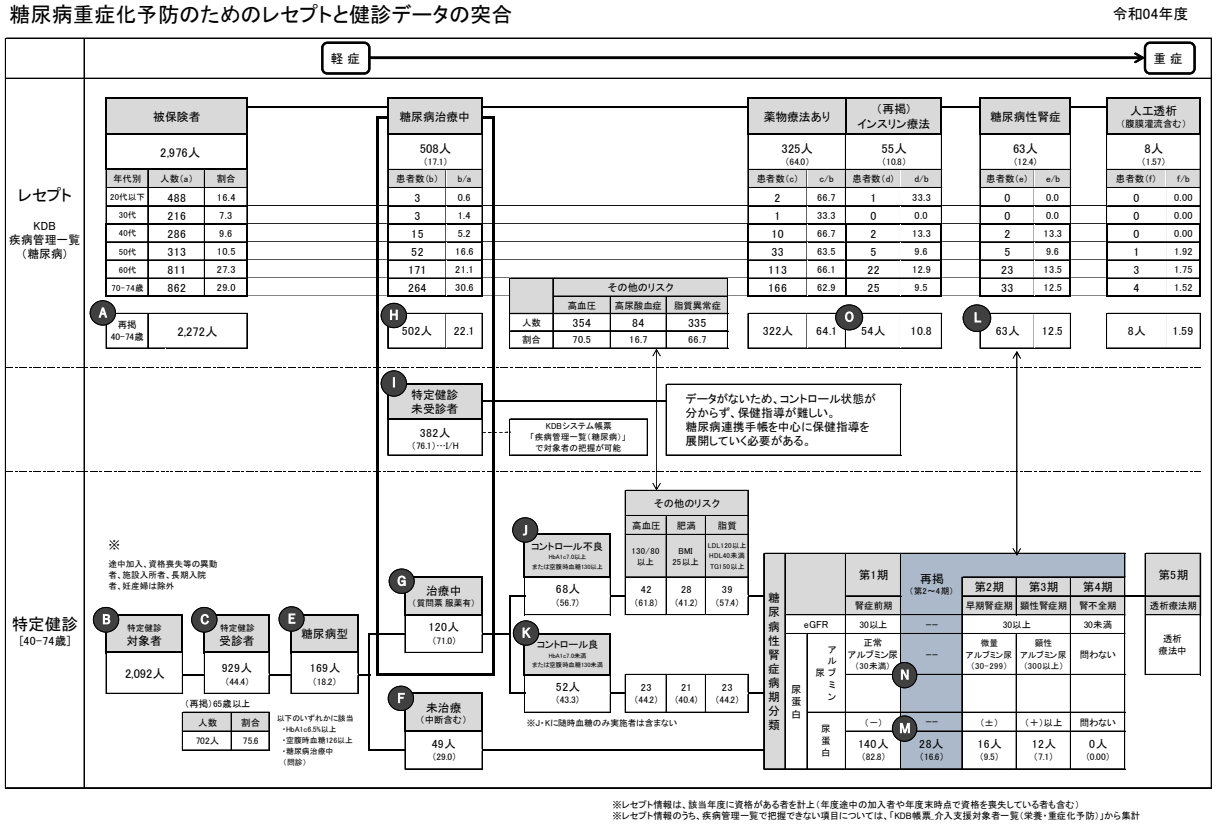
【保健指導】

・Ｉの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳

・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

図表 54　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



※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

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。吉野ヶ里町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていきます。

図表 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

1－1　健診経年結果一覧
1－2　糖尿病タイプ
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
1－4　ヘモグロビンA1cは…
1－5　糖尿病とはどういう病気なのでしょうか
1－6　糖に関する健診結果に変化はありませんか？
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
1－10　Zさん（男性）から教えていただきました
1－11　なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？
1－12　糖尿病による網膜症
1－13　眼（網膜症）
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
1－15　64歳以下　HbA1cとeGFRの経年変化
1－16　64歳以上　HbA1cとeGFRの経年変化
1－17　　さんの腎臓の機能の結果をみていきます
1－18　腎臓の働きが落ちてきたが　動いて大丈夫なのか!！！
1－19　糖尿病性神経障害の症状とすすみ方
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
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
1－23　HbA1cは、なんで7%以下が目標か
1－24　64歳以下　HbA1cと体重の推移
1－25　64歳以上　HbA1cと体重の推移
1－26　HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います
1－27　健診データの推移と生活・食の変化
1－28　食べ方を変えて良くなった人の事例

2　高血糖を解決するための食

1　健診結果と日常食べている食品
2　生活は住民の方しかわかりません　伺うことから始まります
3　今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
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
5　自分の食べている食品をみてみます
6　糖尿病性腎症食事療法

3　薬物療法

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
3－2　私の飲んでいる薬はどの薬ですか
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
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
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
3－6　イメグリミンってどんな薬？
3－7　もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
3－8　ビグアナイド薬とは
3－9　チアゾリジン薬とは？
3－10　薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるのでしょう

4　参考資料

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
4－2　日本人の食事摂取基準（2020年版）
4－3　日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
4－4　ライフステージごとの食品の目安量
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
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
4－7　都道府県別自家用乗用車数と歩数（男性・女性）

出典：ヘルスサポートラボツール

（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、二次健診等で尿中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は、県医師会と健診機関で協議の上作成され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佐賀県プログラムに準じ行っていきます。

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等を含め、必要時は随時地域包括支援センターと連携していきます。

6） 評価

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

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア．受診勧奨対象者への介入率

イ．医療機関受診率

ウ．医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア．保健指導実施率

イ．糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

〇HbA1c の変化　　〇尿蛋白の変化

〇eGFR の変化（1 年で 25%以上の低下、1 年で５ml/1.73 ㎡以上低下）　〇服薬状況の変化

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		突合表	吉野ヶ里町										同規模保険者（平均）	
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	①	被保険者数		A	2,969人		2,850人		2,846人		2,828人		2,700人			
	②		（再掲）40-74歳		2,304人		2,227人		2,207人		2,243人		2,172人			
2	①	特定健診	対象者数	B	1,996人		2,175人		2,100人		2,061人		1,849人			
	②		受診者数	C	992人		975人		905人		990人		929人			
	③		受診率		49.7%		44.8%		43.1%		48.0%		50.2%			
3	①	特定保健指導	対象者数		118人		117人		94人		130人		98人			
	②		実施率		55.1%		79.5%		63.0%		82.3%		45.9%			
4	①	健診データ	糖尿病型	E	171人	17.2%	161人	16.5%	171人	18.9%	186人	18.8%	169人	18.2%		
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし	F	55人	32.2%	45人	28.0%	53人	31.0%	54人	29.0%	49人	29.0%		
	③		治療中（質問票 服薬あり）	G	116人	67.8%	116人	72.0%	118人	69.0%	132人	71.0%	120人	71.0%		
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	63人	54.3%	62人	53.4%	57人	48.3%	69人	52.3%	68人	56.7%		
	⑤		血圧　130/80以上		41人	65.1%	46人	74.2%	39人	68.4%	44人	63.8%	42人	61.8%		
	⑥		肥満　BMI25以上		25人	39.7%	24人	38.7%	24人	42.1%	28人	40.6%	28人	41.2%		
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	53人	45.7%	54人	46.6%	61人	51.7%	63人	47.7%	52人	43.3%		
	⑧		第1期　尿蛋白（－）	M	137人	80.1%	115人	71.4%	132人	77.2%	155人	83.3%	140人	82.8%		
	⑨		第2期　尿蛋白（±）		21人	12.3%	32人	19.9%	24人	14.0%	26人	14.0%	16人	9.5%		
	⑩		第3期　尿蛋白（＋）以上		12人	7.0%	11人	6.8%	14人	8.2%	5人	2.7%	12人	7.1%		
	⑪		第4期　eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保数千対）		136.7人		139.6人		127.9人		136.1人		141.5人			
	②		（再掲）40-74歳（被保数千対）		174.9人		176.0人		162.7人		170.8人		175.4人			
	③		レセプト件数（40-74歳）（ ）内は被保数千対 入院外（件数）		2,333件	(1054.7)	2,369件	(1088.2)	2,402件	(1089.3)	2,530件	(1179.5)	2,493件	(1209.6)	319,390件	(944.1)
	④		入院（件数）		6件	(2.7)	15件	(6.9)	10件	(4.5)	10件	(4.7)	10件	(4.9)	1,366件	(4.0)
	⑤		糖尿病治療中	H	406人	13.7%	398人	14.0%	364人	12.8%	385人	13.6%	382人	14.1%		
	⑥		（再掲）40-74歳		403人	17.5%	392人	17.6%	359人	16.3%	383人	17.1%	381人	17.5%		
	⑦		健診未受診者	I	287人	71.2%	276人	70.4%	241人	67.1%	251人	65.5%	261人	68.5%		
	⑧		インスリン治療	O	39人	9.6%	35人	8.8%	39人	10.7%	43人	11.2%	42人	11.0%		
	⑨		（再掲）40-74歳		39人	9.7%	35人	8.9%	38人	10.6%	43人	11.2%	42人	11.0%		
	⑩		糖尿病性腎症	L	30人	7.4%	33人	8.3%	29人	8.0%	39人	10.1%	43人	11.3%		
	⑪		（再掲）40-74歳		30人	7.4%	33人	8.4%	29人	8.1%	39人	10.2%	43人	11.3%		
	⑫		慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		10人	2.5%	9人	2.3%	9人	2.5%	9人	2.3%	7人	1.8%		
	⑬		（再掲）40-74歳		10人	2.5%	9人	2.3%	9人	2.5%	9人	2.3%	7人	1.8%		
	⑭		新規透析患者数		3		1	0	1	0	0	0	2			
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症		1	33.30%	0	0	0	0	0	0	1	50.00%		
	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）		9人	1.9%	12人	2.6%	9人	2.0%	10人	2.1%	10人	2.0%		
6	①	医療費	総医療費		12億1783万円		11億8991万円		12億3129万円		12億3719万円		12億0811万円		14億4496万円	
	②		生活習慣病総医療費		6億1925万円		6億5141万円		6億4897万円		6億5670万円		6億2508万円		7億7425万円	
	③		（総医療費に占める割合）		50.8%		54.7%		52.7%		53.1%		51.7%		53.6%	
	④		生活習慣病対象者一人あたり 健診受診者		9,449円		10,009円		7,047円		12,020円		9,079円		7,560円	
	⑤		健診未受診者		30,064円		34,290円		38,984円		34,111円		33,807円		37,805円	
	⑥		糖尿病医療費		5900万円		6833万円		6756万円		6884万円		6553万円		8603万円	
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）		9.5%		10.5%		10.4%		10.5%		10.5%		11.1%	
	⑧		糖尿病入院外総医療費		1億9808万円		1億8901万円		1億8394万円		1億9516万円		1億8018万円			
	⑨		1件あたり		36,976円		35,615円		35,758円		36,962円		35,936円			
	⑩		糖尿病入院総医療費		1億2700万円		1億1366万円		1億1316万円		1億0764万円		1億2583万円			
	⑪		1件あたり		654,640円		543,825円		615,005円		698,989円		892,402円			
	⑫		在院日数		17日		17日		17日		17日		19日			
	⑬		慢性腎不全医療費		8447万円		7721万円		6693万円		7292万円		6960万円		6202万円	
	⑭		透析有り		8204万円		7292万円		6467万円		7109万円		6843万円		5785万円	
	⑮		透析なし		243万円		429万円		225万円		183万円		117万円		418万円	
7	①	介護	介護給付費		8億9431万円		9億2149万円		9億7779万円		9億7597万円		10億2616万円		17億4718万円	
	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）		2人	1.4%	1人	0.7%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	564人	1.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

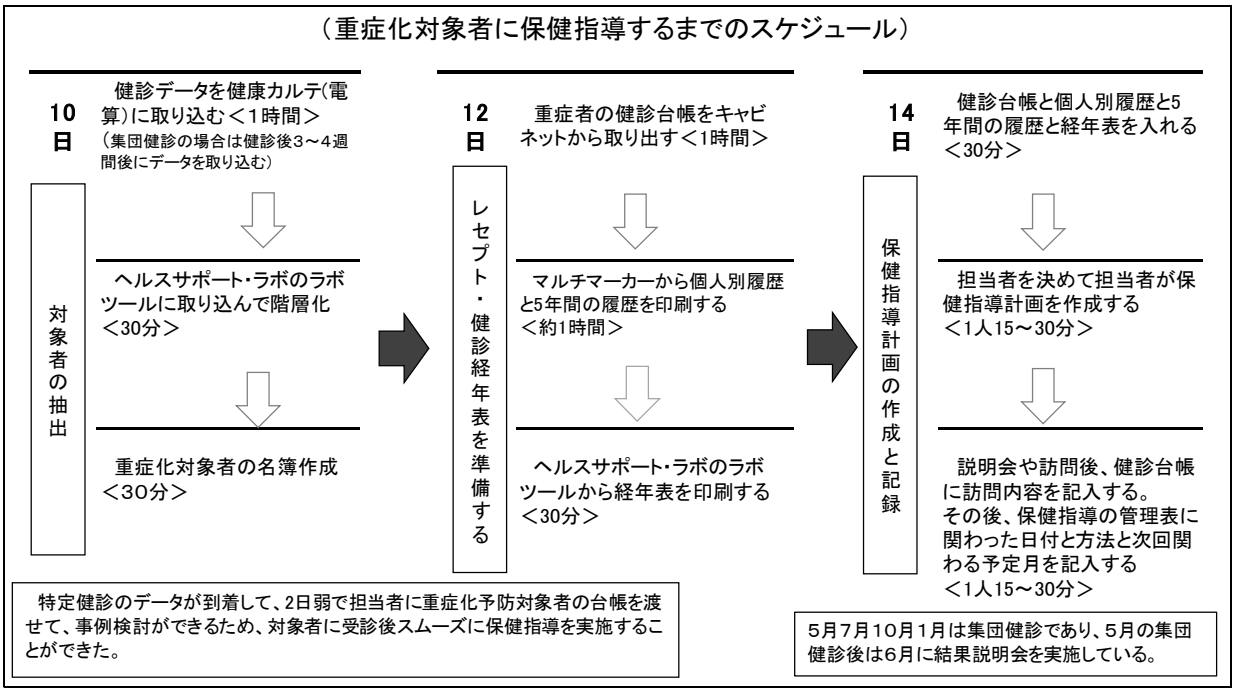
7） 実施期間及びスケジュール

4 月　対象者の選定基準の決定

5 月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

図表 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

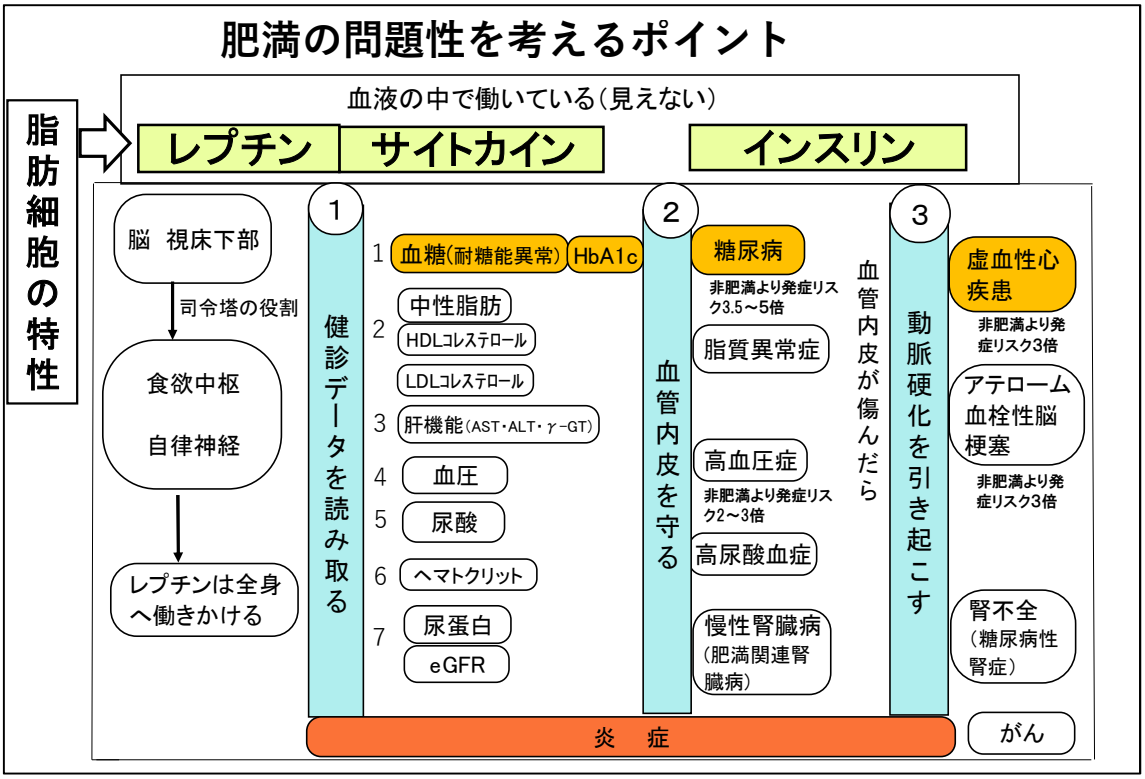
1）基本的な考え方

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	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数		227	702	60	205	47	172	13	29	0	2	0	2
				26.4%	29.2%	20.7%	24.5%	5.7%	4.1%	0.0%	0.3%	0.0%	0.3%
再掲	男性	85	302	33	105	27	90	6	13	0	0	0	2
				38.8%	34.8%	31.8%	29.8%	7.1%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%
再掲	女性	142	400	27	100	20	82	7	16	0	2	0	0
				19.0%	25.0%	14.1%	20.5%	4.9%	4.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%

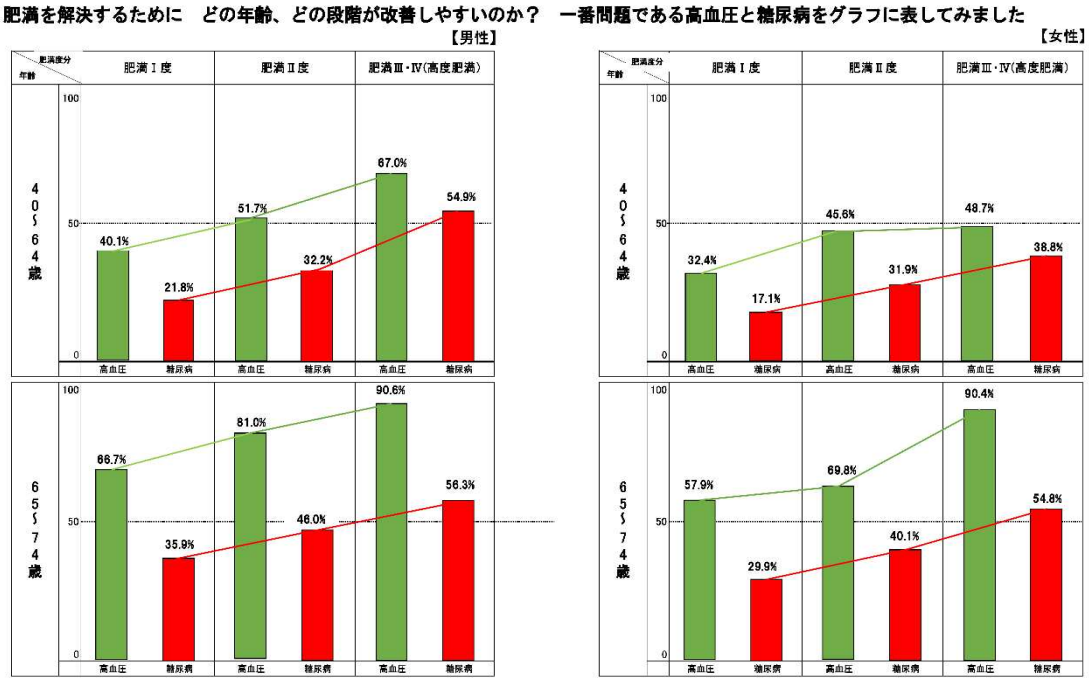
出典：ヘルスサポートラボツール

（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？



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

生活＼肥満度 BMI		Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度
		25～29.9	30～34.9	35～39.9
食事	食欲	・ドカ食いする ・満腹中枢が壊れている ・ついおなか一杯食べる	・食欲が止まらない ・ある分食べる	・全体的に食べ過ぎる
排泄	排便		・便秘はしてない ・便秘になる、白湯で改善した	
	排尿	・夜中に2回起きる		
動作	歩行	・ウォーキングすると膝が痛む ・めまいがする	・膝が痛い ・めまいがする ・右足下腿全体が痛い、痺れもある、歩くのがつらい	
	日常動作	・すぐ疲れる ・だるい ・高血圧になって頭痛がする ・股関節痛い	・腰痛がつらい ・身体が動かしづらい	
身体	胸	・胸がドキドキする	動悸がする	
	皮膚	・両足下腿が腫れ、痛い	・足がかゆい ・足が痺れる ・足がムズムズする	

吉野ヶ里町調べ

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

事例No	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	高血圧	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症		
1	男	70代		●	●		●		●	●		メタボ	
2	男	60代	●	●	●		●						
3	男	70代		●			●		●		要介護2	受診(一)	
4	女	70代		●	●		●		●			受診(一)	
5	男	60代		●			●	●	●	●		メタボ	
6	男	60代		●			●					メタボ	
7	男	60代		●			●	●	●				

吉野ヶ里町調べ

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	387	21	36	137	193	542	34	42	204	262
メタボ該当者		B	140	7	7	51	75	77	0	7	24	46
		B/A	36.2%	33.3%	19.4%	37.2%	38.9%	14.2%	0.0%	16.7%	11.8%	17.6%
再掲	①3項目全て	C	50	0	1	19	30	27	0	1	9	17
		C/B	35.7%	0.0%	14.3%	37.3%	40.0%	35.1%	--	14.3%	37.5%	37.0%
	②血糖＋血圧	D	25	0	1	11	13	12	0	1	5	6
		D/B	17.9%	0.0%	14.3%	21.6%	17.3%	15.6%	--	14.3%	20.8%	13.0%
	③血圧＋脂質	E	54	7	3	17	27	34	0	3	9	22
		E/B	38.6%	100.0%	42.9%	33.3%	36.0%	44.2%	--	42.9%	37.5%	47.8%
	④血糖＋脂質	F	11	0	2	4	5	4	0	2	1	1
		F/B	7.9%	0.0%	28.6%	7.8%	6.7%	5.2%	--	28.6%	4.2%	2.2%

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	387	140	36.2%	108	77.1%	32	22.9%	542	77	14.2%	69	89.6%	8	10.4%
40代	21	7	33.3%	2	28.6%	5	71.4%	34	0	0.0%	0	--	0	--
50代	36	7	19.4%	4	57.1%	3	42.9%	42	7	16.7%	4	57.1%	3	42.9%
60代	137	51	37.2%	38	74.5%	13	25.5%	204	24	11.8%	21	87.5%	3	12.5%
70～74歳	193	75	38.9%	64	85.3%	11	14.7%	262	46	17.6%	44	95.7%	2	4.3%

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 代から受診者の約 2～4 割であるが、女性では 60 代・70 代で 1～2 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、50 代からの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。佐賀県は共働き率が全国で 8 位であり、高齢者での就業率も高い状況です。仕事で忙しく病院に行けないことも考えられます。また、即席麺や冷凍食品、調理パンの購入が多く、焼肉（外食）も多く生野菜の購入量が少ないなど食のかたよりにより、メタボリックシンドローム該当者が増加している可能性も考えられます。

また、図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、半数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。

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

③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行っていきます。

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
- 1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導
- 1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方
- 1-3 特定保健指導対象者
- 1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて
- 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
- 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～

2 保健指導対象者の明確化
- 2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表
- 2-2 おたずね
- 2-3 健診結果みる肥満のリスク
- 2-4 肥満がもたらすもの

3 肥満の症状
- 3-1 肥満がもたらす症状
- 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
- 3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？
- 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
- 3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの
- 3-3-4 睡眠時無呼吸の治療（CPAP）
- 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）
- 3-5-1 膝が痛いとよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？
- 3-5-2 膝のどこが痛いですか？
- 3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング
- 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！
- 3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用）
- 3-7 新型コロナと肥満

4 高度肥満
- 4-1 外科手術という治療があります
- 4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧
- 4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合
- 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

5 保健指導教材で減量できた事例
- 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
- 5-2 住民の体重変化

6 脂肪細胞の特性
- 6-1 肥満の問題性を考えるポイント
- 6-2 脂肪細胞ってね①
- 6-3 脂肪細胞ってね②
- 6-4 脂肪細胞から分泌される物質
- 6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
- 6-6 食欲が抑えられない
- 6-7 脳の変調を起こす原因は？
- 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

7 健診データ・検査
- 7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
- 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
- 7-3 血管が傷むとは
- 7-4 体の中で起こっていることは？
- 7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いますか？
- 7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
- 7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
- 7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
- 7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
- 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？
- 7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
- 7-12 労災保険二次健康診断給付制度
- 7-13 肥満(BMI25以上）になると、心臓はどうなるの？
- 7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。

8 食事療法
- 8-1 栄養指導の基本
- 8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
- 8-3-1 短鎖脂肪酸
- 8-3-7 肥満の推移とその背景と原因

9 運動療法
- 9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
- 9-2 体重測定

10 参考資料

（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。吉野ヶ里町においても国保ヘルスアップ事業や調整交付金を活用して、二次健診の実施を継続していきます。

◎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 75ｇ糖負荷検査（高インスリン状態を見る検査）
③ 尿中アルブミン検査/クレアチニン比検査（尿で腎臓の状態を見る検査）

3. 虚血性心疾患重症化予防

1） 基本的な考え方

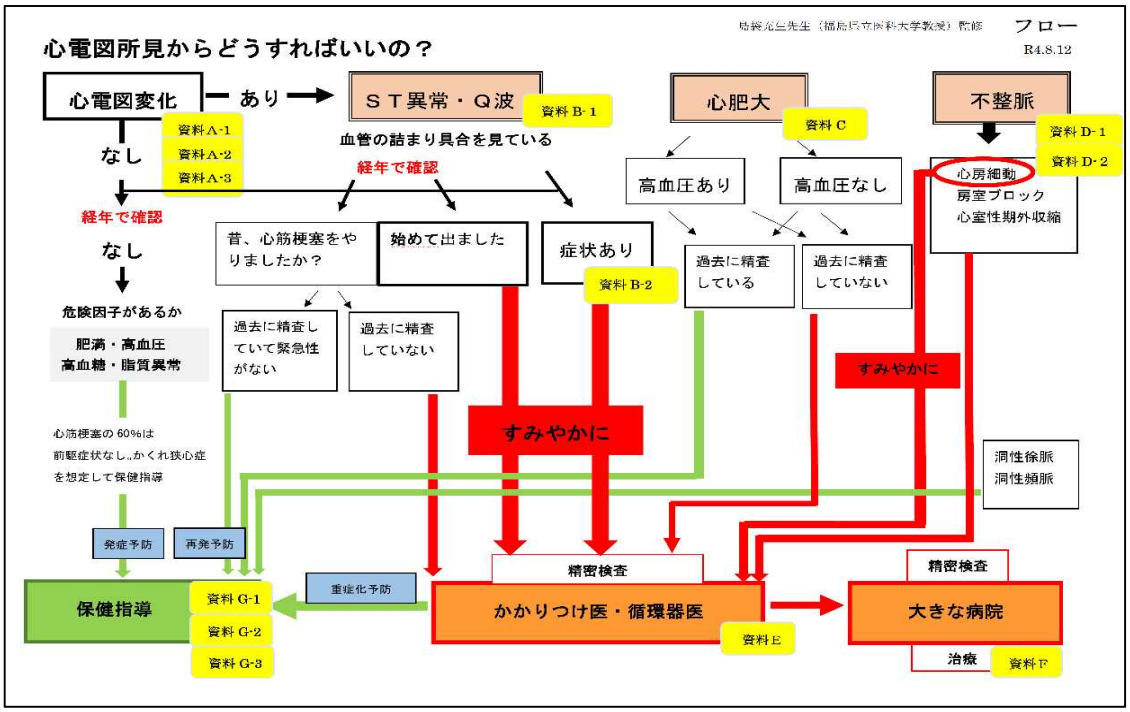
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

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）



（2） 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

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

本町においては、心電図検査を 894 人(92.9%)に実施し、そのうち有所見者が 357 人(39.9%)でした。所見の中でも脚ブロックが 52 人(14.6%)で所見率が一番高いことがわかります。(図表 67①)

心電図検査結果を 40～74 歳と 65 歳以上で分けると、心房細動は 65 歳以上の方に多いことがわかります。ST-T 変化は 40～64 歳の方にも多く見られ、全体の約 3 割を占めています。今後増えてくる可能性がある虚血性心疾患、心原生脳梗塞を予防するためにも被保険者すべての方に心電図を実施し、早期から予防をしていくことが重要であると考えます。

また、有所見者のうち要精査が 24 人(6.7%)で、その後の受診状況をみると 5 人(1.4%)は未受診でした。(図表 68)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 67 ① 心電図検査結果 40～74 歳

所見 / 性別・年齢		心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
						異常Q波		ST-T変化		左室肥大(疑い含む)		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
40～74歳		894	92.9	357	39.9	11	3.1	26	7.3	6	1.7	29	8.2	9	2.5	52	14.6	11	3.1	40	11.2
内訳	男性	379	91.8	149	39.3	7	4.7	4	2.7	4	2.7	11	7.4	5	3.4	33	22.3	8	5.4	20	13.4
	女性	515	93.8	208	40.4	4	1.9	22	10.6	2	1.0	18	8.7	4	1.9	19	9.2	3	1.4	20	9.6

吉野ヶ里町調べ

図表 67 ② 心電図検査結果 65 歳以上

所見 / 性別・年齢		心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
						異常Q波		ST-T変化		左室肥大(疑い含む)		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	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
65歳～		676	91.7	281	41.6	9	3.2	18	6.4	4	1.4	21	7.5	9	3.2	40	14.2	10	3.6	39	13.9
内訳	男性	298	90.9	126	42.3	5	4.0	4	3.2	3	2.4	7	5.6	5	4.0	28	22.2	8	6.3	20	15.9
	女性	378	92.4	155	41.0	4	2.6	14	9.0	1	0.6	14	9.0	4	2.6	12	7.7	2	1.3	19	12.3

吉野ヶ里町調べ

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	357		24	6.7	19	5.3	5	1.4
男性	149	41.7	13	8.7	10	6.7	3	2.0
女性	208	58.3	11	5.3	9	4.3	2	1.0

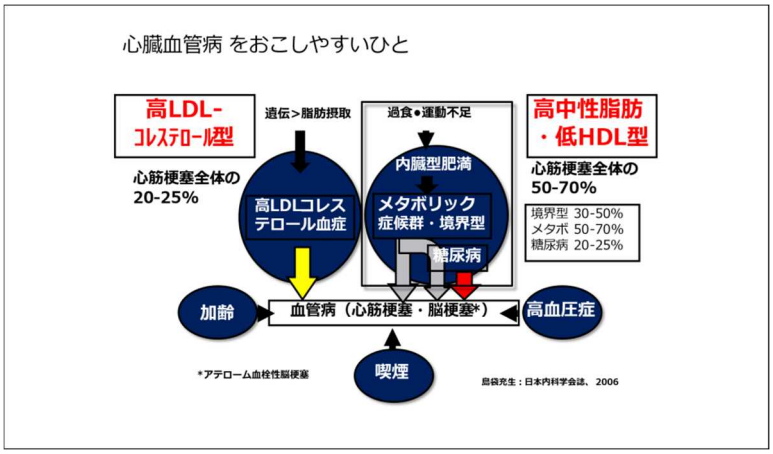
吉野ヶ里町調べ

②心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して（心筋梗塞の 60%は前駆症状ないため）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

特定健診受診結果より（脂質異常治療者（問診結果より服薬あり）を除く）

（参考）
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

管理区分及びLDL管理目標（ ）内はNon-HDL				健診結果（LDL-C）				（再掲）LDL160以上の年代別			
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70～74歳
			374	165	124	53	32	10	11	28	36
				44.1%	33.2%	14.2%	8.6%	11.8%	12.9%	32.9%	42.4%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満（190未満）	44	23	7	10	4	8	6	0	0
			11.8%	13.9%	5.6%	18.9%	12.5%	80.0%	54.5%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満（170未満）	187	80	65	25	17	0	3	19	20
			50.0%	48.5%	52.4%	47.2%	53.1%	0.0%	27.3%	67.9%	55.6%
	高リスク	120未満（150未満）	133	60	47	16	10	2	2	9	13
			35.6%	36.4%	37.9%	30.2%	31.3%	20.0%	18.2%	32.1%	36.1%
		再掲 100未満（130未満）※1	16	10	3	3	0	0	1	1	1
			4.3%	6.1%	2.4%	5.7%	0.0%	0.0%	9.1%	3.6%	2.8%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性脳梗塞の既往 ※2	100未満（130未満）	10	2	5	2	1	0	0	0	3
			2.7%	1.2%	4.0%	3.8%	3.1%	0.0%	0.0%	0.0%	8.3%

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

3） 保健指導の実施

（1） 受診勧奨及び保健指導

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

図表 71 心電図所見からの保健指導教材（一例）

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、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))・・・現在実施中
　　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）、脈拍伝搬速度（PWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、血管内皮機能（FMD）

(3) 対象者の管理

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

4） 医療との連携

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

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等を含め、必要時は随時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

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

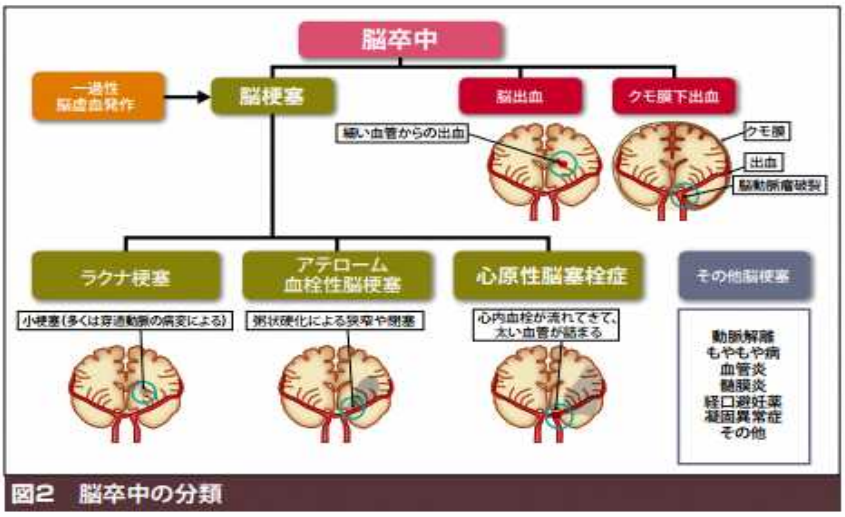
4.　脳血管疾患重症化予防

1）基本的な考え方

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

図表 72　脳卒中の分類

【脳卒中の分類】



（脳卒中予防の提言より引用）

図表 73　脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

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 918 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 104 人(11.3%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 45 人（4.8%）であり、そのうち 30 人(67%)は未治療者です。

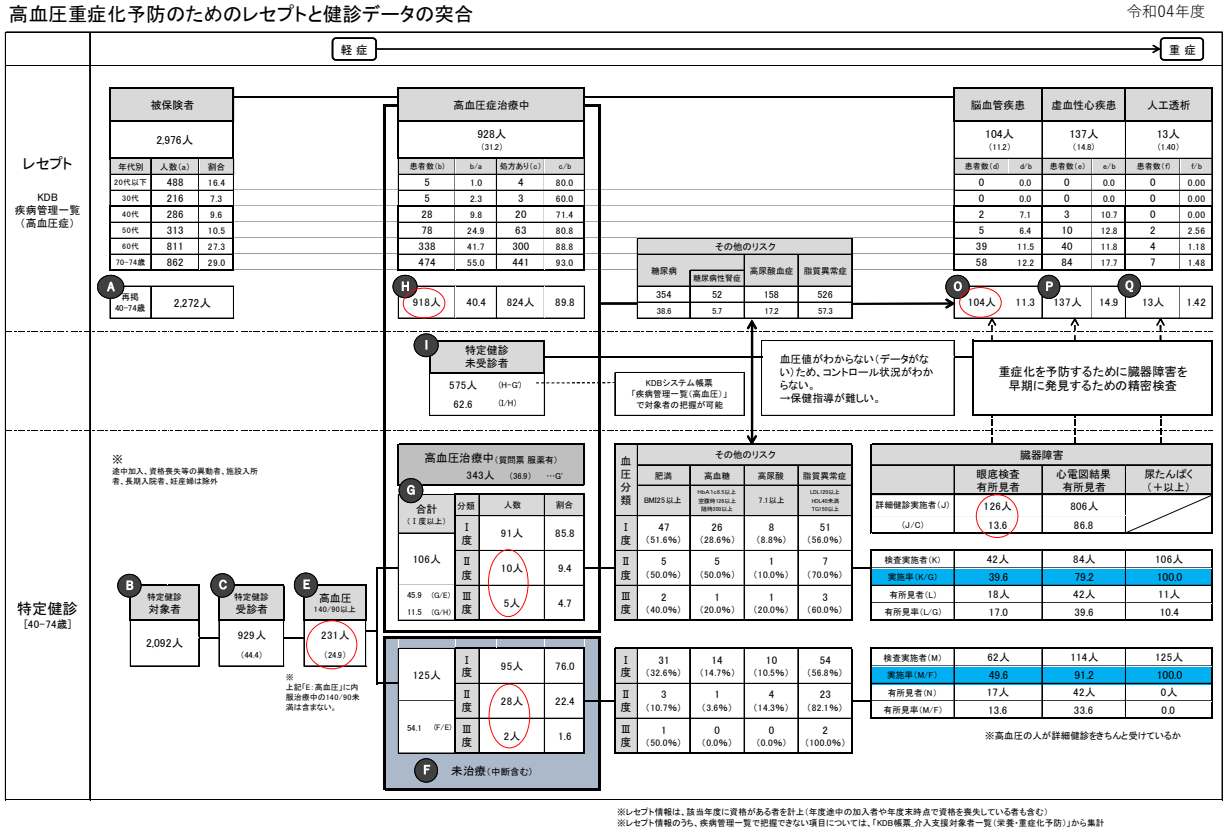
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 15 人（4.4%）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、126 人（13.6%・J/C）しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、231 人(24.9%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、眼底検査を実施しているのは 54.5%であり、約半数に重症化予防の検査がされていません。治療中の場合は詳細検査として認められないことや、個別健診では取り組みにくいことがあげられます。

第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、二次検査としての実施をするなどの方法を検討していく必要があります。

図表 74 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



（2） 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、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）

リスク層（血圧以外のリスク因子） ＼ 血圧分類（mmHg）		高値血圧 130～139/80～89	Ⅰ度高血圧 140～159/90～99	Ⅱ度高血圧 160～179/100～109	Ⅲ度高血圧 180以上/110以上
	255	130	95	28	2
		51.0%	37.3%	11.0%	0.8%
リスク第1層 予後影響因子がない	13	C 5	B 8	B 0	A 0
	5.1%	3.8%	8.4%	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	146	C 76	B 54	A 16	A 0
	57.3%	58.5%	56.8%	57.1%	0.0%
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	96	B 49	A 33	A 12	A 2
	37.6%	37.7%	34.7%	42.9%	100.0%

…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	63
		24.7%
B	概ね1ヵ月後に再評価	111
		43.5%
C	概ね3ヵ月後に再評価	81
		31.8%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

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

図表 76 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

（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	387	542	333	86.0%	473	87.3%	8	2.4%	3	0.6%	--	--
40代	21	34	21	100.0%	34	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	36	42	34	94.4%	36	85.7%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	137	204	117	85.4%	181	88.7%	2	1.7%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	193	262	161	83.4%	222	84.7%	6	3.7%	3	1.4%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

※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

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	%
11	4	36.4	7	63.6

吉野ヶ里町調べ

心電図検査において 11 人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者 11 人のうち 7 人は既に治療が開始されていましたが、4 人はまだ治療につながっていません。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要があり、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、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

（2） 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、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))・・・現在実施中
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等を含め、必要時は随時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
5 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

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

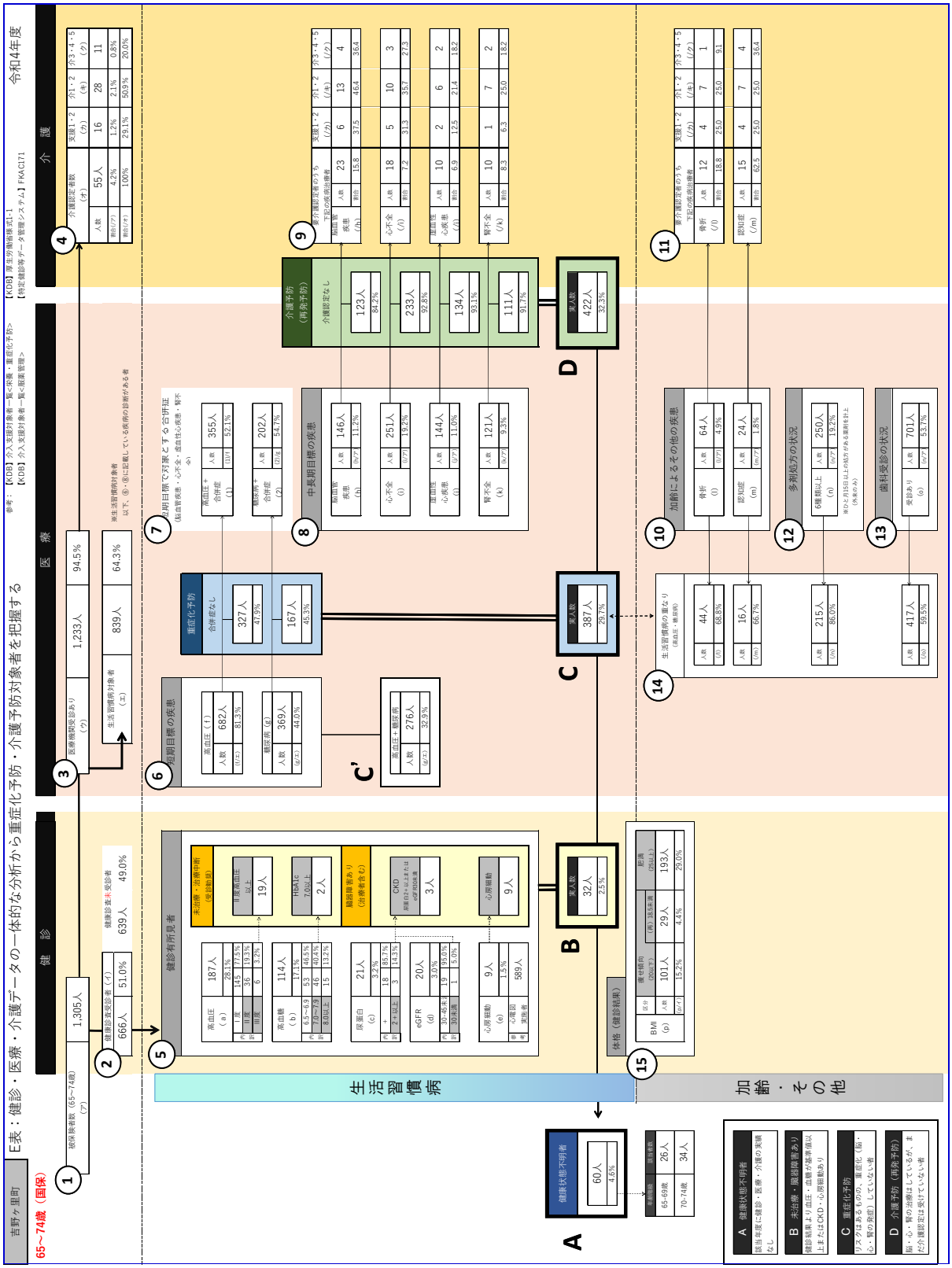
本町は、令和 3 年度より佐賀県後期高齢者広域連合から、事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を行っています。令和 6 年度以降も引き続き事業を行っていきます。
具体的には、

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

図表 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のみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

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

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　ー基本的考え方ー　（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）

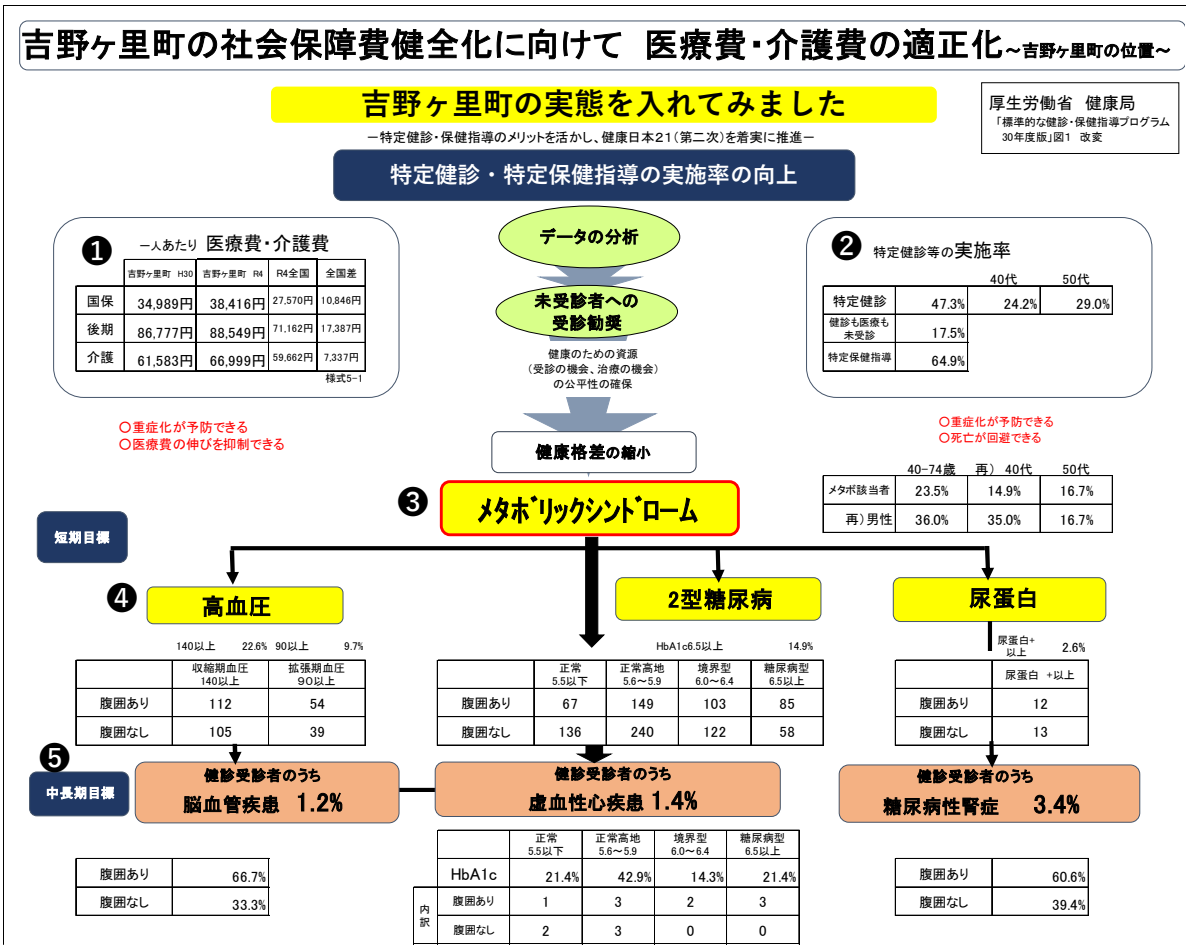
発症予防 → 重症化予防

1 根拠法 6条 健康増進事業実施者	健康増進法											
	母子保健法					児童福祉法	学校保健安全法			労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全法）	高齢者の医療の確保に関する法律	（介護保険）
2 計画	健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】											
	データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）											
											特定健康診査等実施計画（各保険者）	
3 年代	妊婦 （胎児期）	産婦	0歳～5歳				6歳～14歳		15～18歳	～29歳　30歳～39歳	40歳～64歳　65歳～74歳	75歳以上
4 健康診査 （根拠法）	妊婦健康診査 （13条）	産婦健診 （13条）	乳幼児健康診査 （第12・13条）			保育所・幼稚園健康診断	就学時健診（11・12条） 児童・生徒の定期健康診断 （第1・13・14条）			定期健康診断 （第66条）	特定健康診査 （第18・20・21条）	後期高齢者健康診査 （第125条）
	妊娠前　妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 （第13・44条）	標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)	
5 対象者 健診内容 血糖	95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上					
HbA1c	6.5%以上						6.5%以上					
50GCT	1時間値 140mg/dl以上											
75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②１時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上					
（診断）妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の１点以上満たすもの											
身長												
体重												
BMI										25以上		
肥満度			ｶｳﾌﾟ18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上					
尿糖	（＋）以上				（＋）以上							
糖尿病家族歴												

Ⅴ．　ポピュレーションアプローチ

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

統計からみえる佐賀の食　～ 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）
マヨネーズ・マヨネーズ風調味料	4位
油揚げ・がんもどき	10位
揚げかまぼこ・ちくわ	4位
合いびき肉	4位
ようかん	2位
ビスケット・チョコレート菓子	13位
焼肉（外食）	6位
即席麺	4位
冷凍食品	4位
調理パン	9位

食品名	全国ランキング（購入量・購入金額）
生鮮野菜	37位
乳類	44位
こんぶ	50位
わかめ	42位

第5章　計画の評価・見直し

1．評価の時期

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

2．評価方法・体制

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

※評価における 4 つの指標

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

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

第6章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページ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吉野ヶ里町の位置

参考資料２　健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料３　糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料４　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料５　高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料６　脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料７　HbA1c の年次比較

参考資料８　血圧の年次比較

参考資料９　LDL-C の年次比較

参考資料1　様式 5-1　国・県・同規模と比べてみた吉野ヶ里町の位置

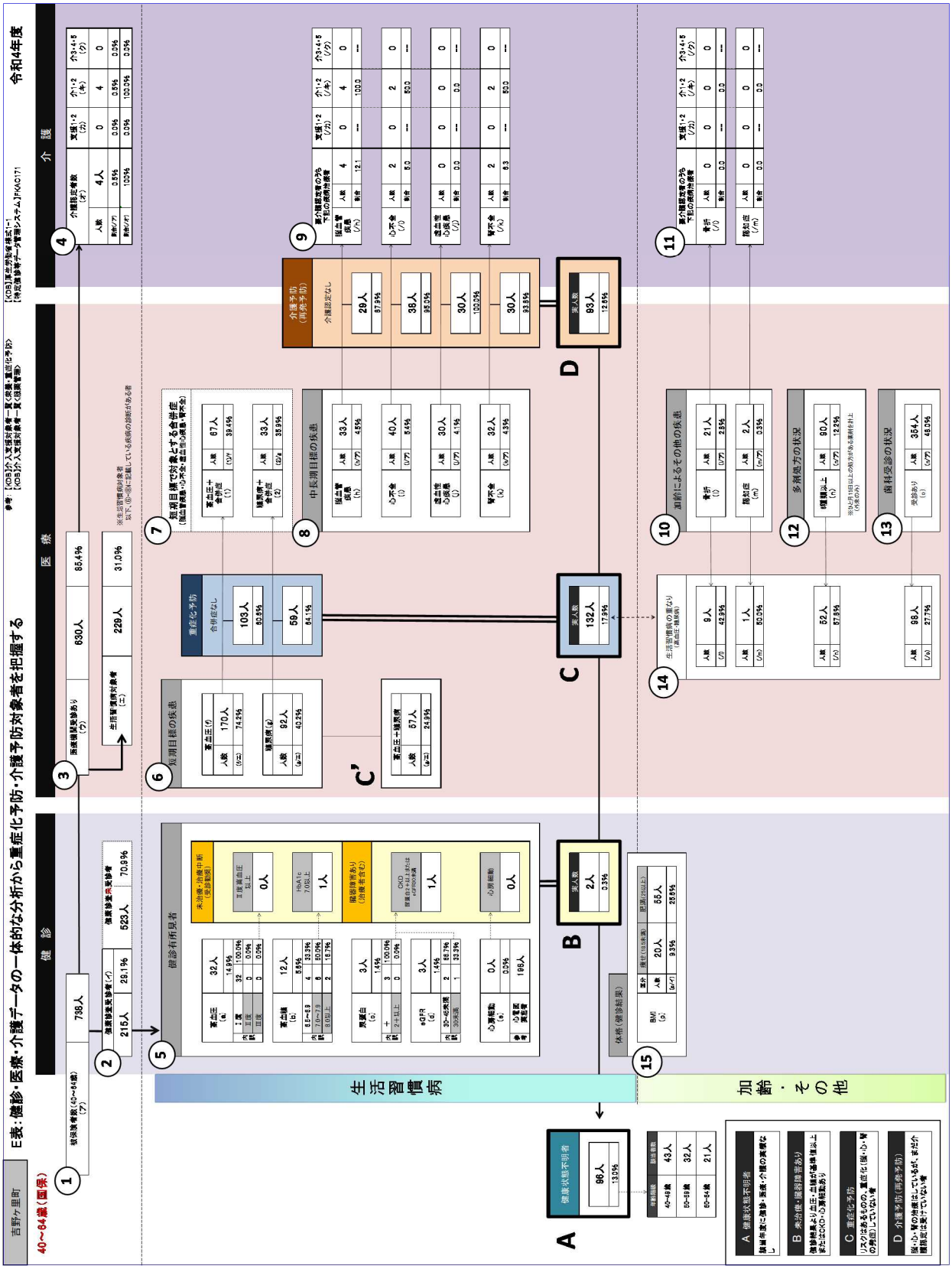
項目					吉野ヶ里町										同規模平均		佐賀県		国	
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度	
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1 概況		総人口			16,156		16,156		16,156		16,156		16,159		1,810,851		797,881		123,214,261	
	①	人口構成	65歳以上（高齢化率）		3,599	22.3	3,599	22.3	3,599	22.3	3,599	22.3	3,970	24.6	651,740	36.0	246,061	30.8	35,335,805	28.7
			75歳以上		1,714	10.6	1,714	10.6	1,714	10.6	1,714	10.6	1,880	11.6	--	--	125,245	15.7	18,248,742	14.8
			65～74歳		1,885	11.7	1,885	11.7	1,885	11.7	1,885	11.7	2,090	12.9	--	--	120,816	15.1	17,087,063	13.9
			40～64歳		5,338	33.0	5,338	33.0	5,338	33.0	5,338	33.0	5,207	32.2	--	--	253,839	31.8	41,545,893	33.7
			39歳以下		7,219	44.7	7,219	44.7	7,219	44.7	7,219	44.7	6,982	43.2	--	--	297,981	37.3	46,332,563	37.6
	②	産業構成	第1次産業		5.1		5.1		5.1		5.1		5.1		10.9		8.7		4.0	
			第2次産業		28.4		28.4		28.4		28.4		28.4		27.1		24.2		25.0	
			第3次産業		66.5		66.5		66.5		66.5		66.5		61.9		67.1		71.0	
	③	平均寿命	男性		81.1		81.1		81.1		81.1		81.1		80.5		80.7		80.8	
			女性		86.9		86.9		86.9		86.9		86.9		86.9		87.1		87.0	
	④	平均自立期間（要介護2以上）	男性		79.5		80.2		79.9		80.4		80.5		79.7		80.1		80.1	
			女性		84.2		84.5		84.6		84.6		85.7		84.3		85.2		84.4	
2 死亡	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	102.5		102.5		102.5		97.3		97.3		103.0		102.0		100.0	
				女性	111.1		111.1		111.1		104.6		104.6		100.8		99.1		100.0	
			死因	がん	49	64.5	44	53.7	46	61.3	55	59.1	48	64.0	6,844	47.1	2,689	51.1	378,272	50.6
				心臓病	6	7.9	19	23.2	15	20.0	22	23.7	13	17.3	4,468	30.7	1,488	28.3	205,485	27.5
				脳疾患	12	15.8	13	15.9	8	10.7	12	12.9	10	13.3	2,073	14.3	687	13.0	102,900	13.8
				糖尿病	2	2.6	1	1.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	271	1.9	95	1.8	13,896	1.9
				腎不全	2	2.6	3	3.7	3	4.0	2	2.2	2	2.7	564	3.9	198	3.8	26,946	3.6
				自殺	5	6.6	2	2.4	3	4.0	2	2.2	2	2.7	317	2.2	108	2.1	20,171	2.7
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計																	
			男性																	
			女性																	
3 介護	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		678	18.9	674	18.6	675	19.1	671	18.6	672	16.9	121,841	18.8	45,455	18.6	6,724,030	19.4
			新規認定者		10	0.3	13	0.3	6	0.2	17	0.3	12	0.2	1,946	0.3	831	0.3	110,289	0.3
			介護度別総件数	要支援1.2	3,197	22.0	2,970	20.6	3,032	20.9	3,233	22.1	3,394	22.2	382,007	13.8	192,586	19.1	21,785,044	12.9
				要介護1.2	7,835	54.0	8,151	56.5	8,072	55.6	7,944	54.4	8,202	53.6	1,277,829	46.3	500,432	49.6	78,107,378	46.3
				要介護3以上	3,490	24.0	3,318	23.0	3,409	23.5	3,424	23.5	3,720	24.3	1,099,163	39.8	316,821	31.4	68,963,503	40.8
			2号認定者		12	0.2	12	0.2	14	0.3	16	0.3	14	0.3	2,304	0.4	825	0.3	156,107	0.4
	②	有病状況	糖尿病		161	23.3	162	23.4	164	22.9	168	23.5	172	24.5	29,183	22.8	11,160	23.4	1,712,613	24.3
			高血圧症		409	58.8	409	59.3	419	59.1	417	60.3	438	60.9	67,451	53.3	28,610	60.7	3,744,672	53.3
			脂質異常症		186	27.1	195	28.0	204	28.7	196	29.6	205	29.2	38,328	30.0	16,120	33.7	2,308,216	32.6
			心臓病		458	66.9	469	68.1	473	67.5	473	69.0	490	68.3	76,143	60.3	32,225	68.4	4,224,628	60.3
			脳疾患		177	25.6	173	25.1	172	24.4	177	25.3	176	25.9	29,057	23.1	13,290	28.7	1,568,292	22.6
			がん		110	15.7	87	14.8	94	14.0	100	14.6	97	13.4	14,184	11.0	6,572	14.0	837,410	11.8
			筋・骨格		421	60.9	420	60.5	406	59.2	420	60.5	446	61.2	66,665	52.7	28,736	61.0	3,748,372	53.4
			精神		306	43.1	304	43.7	304	42.9	311	43.9	320	45.2	46,518	36.9	21,641	46.2	2,569,149	36.8
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		248,488	894,307,441	256,041	921,491,401	271,683	977,787,990	271,179	975,973,419	258,479	1,026,161,641	297,567		286,277		290,668	
			1件当たり給付費（全体）		61,583		63,820		67,373		66,843		66,999		70,292		69,755		59,662	
			居宅サービス		47,152		47,711		50,280		49,364		49,655		43,991		50,348		41,272	
			施設サービス		271,771		283,362		290,898		290,361		288,981		291,264		290,902		296,364	
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	8,691		9,423		8,961		9,906		9,880		9,041		9,309		8,610	
				認定なし	4,306		4,275		4,252		4,358		4,437		4,224		4,328		4,020	

4 医療	①	国保の状況	被保険者数		2,834		2,783		2,794		2,674		2,564		419,832		172,974		27,488,882	
			65～74歳		1,338	47.2	1,336	48.0	1,379	49.4	1,368	51.2	1,307	51.0	--	--	78,402	45.3	11,129,271	40.5
			40～64歳		874	30.8	841	30.2	826	29.6	777	29.1	754	29.4	--	--	53,309	30.8	9,088,015	33.1
			39歳以下		622	21.9	606	21.8	589	21.1	529	19.8	503	19.6	--	--	41,263	23.9	7,271,596	26.5
			加入率		17.5		17.2		17.3		16.6		15.9		23.2		21.7		22.3	
	②	医療の概況（人口千対）	病院数		1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	141	0.3	100	0.6	8,237	0.3
			診療所数		11	3.9	11	4.0	11	3.9	11	4.1	11	4.3	1,172	2.8	691	4.0	102,599	3.7
			病床数		564	199.0	564	202.7	564	201.9	564	210.9	564	220.0	19,041	45.4	14,451	83.5	1,507,471	54.8
			医師数		59	20.8	59	21.2	65	23.3	65	24.3	61	23.8	2,768	6.6	2,445	14.1	339,611	12.4
			外来患者数		799.6		823.1		784.4		816.3		826.1		721.7		784.4		687.8	
			入院患者数		29.8		29.7		30.2		28.7		29.7		21.9		27.7		17.7	
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		429,721	県内4位 同規模4位	427,565	県内7位 同規模8位	440,689	県内5位 同規模5位	462,674	県内7位 同規模6位	471,183	県内8位 同規模4位	382,035		431,999		339,680	
			受診率		829.5		852.788		814.538		844.989		855.794		743.593		812.114		705.439	
			外来	費用の割合	51.6		55.3		51.5		52.9		48.3		57.4		53.8		60.4	
				件数の割合	96.4		96.5		96.3		96.6		96.5		97.1		96.6		97.5	
			入院	費用の割合	48.4		44.7		48.5		47.1		51.7		42.6		46.2		39.6	
				件数の割合	3.6		3.5		3.7		3.4		3.5		2.9		3.4		2.5	
			1件あたり在院日数		18.7日		18.1日		18.3日		18.7日		19.4日		16.6日		17.9日		15.7日	
	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	がん		144,744,410	23.4	162,805,880	25.0	152,941,870	23.6	170,838,890	26.0	152,392,970	24.4	31.8		27.2		32.2	
			慢性腎不全（透析あり）		82,040,220	13.2	72,918,040	11.2	64,673,270	10.0	71,088,740	10.8	68,430,680	10.9	7.5		10.2		8.2	
			糖尿病		58,999,440	9.5	68,326,490	10.5	67,564,840	10.4	68,841,100	10.5	65,526,910	10.5	11.1		9.2		10.4	
			高血圧症		38,218,280	6.2	41,076,490	6.3	39,252,740	6.0	37,719,080	5.7	39,286,570	6.3	6.4		5.6		5.9	
			脂質異常症		29,401,800	4.7	30,860,550	4.7	28,281,050	4.4	26,944,390	4.1	23,614,500	3.8	3.8		3.7		4.1	
			脳梗塞・脳出血		21,120,850	3.4	23,157,260	3.6	34,826,980	5.4	19,229,780	2.9	21,348,550	3.5	4.0		4.0		3.9	
			狭心症・心筋梗塞		8,377,070	1.3	5,429,260	0.9	6,972,060	1.1	20,647,150	3.1	8,090,730	1.3	2.6		2.0		2.8	
			精神		142,267,260	23.0	134,505,430	20.6	132,210,520	20.4	142,991,220	21.8	148,545,390	23.8	15.2		20.3		14.7	
			筋・骨格		88,952,070	14.4	104,613,160	16.1	117,102,980	18.0	92,348,760	14.1	91,685,680	14.7	16.5		16.8		16.7	
	⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	370	0.2	1,080	0.6	75	0.0	215	0.1	545	0.2	329	0.2	370	0.2	256	0.2
				糖尿病	1,319	0.6	3,684	1.9	1,956	0.9	1,650	0.8	1,493	0.6	1,391	0.9	1,416	0.7	1,144	0.9
				脂質異常症	207	0.1	29	0.0	--	--	--	--	--	--	65	0.0	64	0.0	53	0.0
				脳梗塞・脳出血	6,808	3.3	7,557	4.0	11,562	5.4	6,392	2.9	7,253	3.0	7,229	4.4	8,250	4.1	5,993	4.5
				虚血性心疾患	4,234	2.0	748	0.4	2,256	1.1	7,697	3.5	2,529	1.0	4,422	2.7	3,573	1.8	3,942	2.9
				腎不全	6,394	3.1	6,725	3.5	3,796	1.8	7,499	3.4	9,545	3.9	4,564	2.8	6,245	3.1	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	13,115	5.9	13,680	5.8	13,974	6.2	13,891	5.7	14,778	6.5	12,709	5.8	12,536	5.4	10,143	4.9
				糖尿病	21,058	9.5	22,938	9.7	23,301	10.3	25,090	10.3	24,884	10.9	21,886	10.0	20,303	8.7	17,720	8.6
				脂質異常症	10,168	4.6	11,060	4.7	10,122	4.5	10,076	4.1	9,210	4.0	7,778	3.5	8,279	3.6	7,092	3.5
				脳梗塞・脳出血	644	0.3	764	0.3	903	0.4	799	0.3	818	0.4	1,013	0.5	1,022	0.4	825	0.4
				虚血性心疾患	2,260	1.0	2,102	0.9	1,610	0.7	1,884	0.8	1,478	0.6	2,004	0.9	1,800	0.8	1,722	0.8
				腎不全	27,235	12.3	25,380	10.7	23,940	10.6	23,541	9.6	21,339	9.4	17,654	8.0	23,024	9.9	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	3,776		4,110		2,883		4,824		3,663		2,690		3,014		2,031	
				健診未受診者	12,014		14,080		15,947		13,691		13,642		13,453		14,170		13,295	
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	9,449		10,009		7,047		12,020		9,079		7,560		7,990		6,142	
				健診未受診者	30,064		34,290		38,984		34,111		33,807		37,805		37,560		40,210	
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者		583	61.4	530	57.3	505	58.9	548	58.0	516	58.8	74,035	58.3	25,957	55.2	3,698,441	56.9
			医療機関受診率		546	57.5	505	54.6	469	54.7	509	53.9	489	55.8	66,739	52.5	23,565	50.1	3,375,719	51.9
			医療機関非受診率		37	3.9	25	2.7	36	4.2	39	4.1	27	3.1	7,296	5.7	2,392	5.1	322,722	5.0

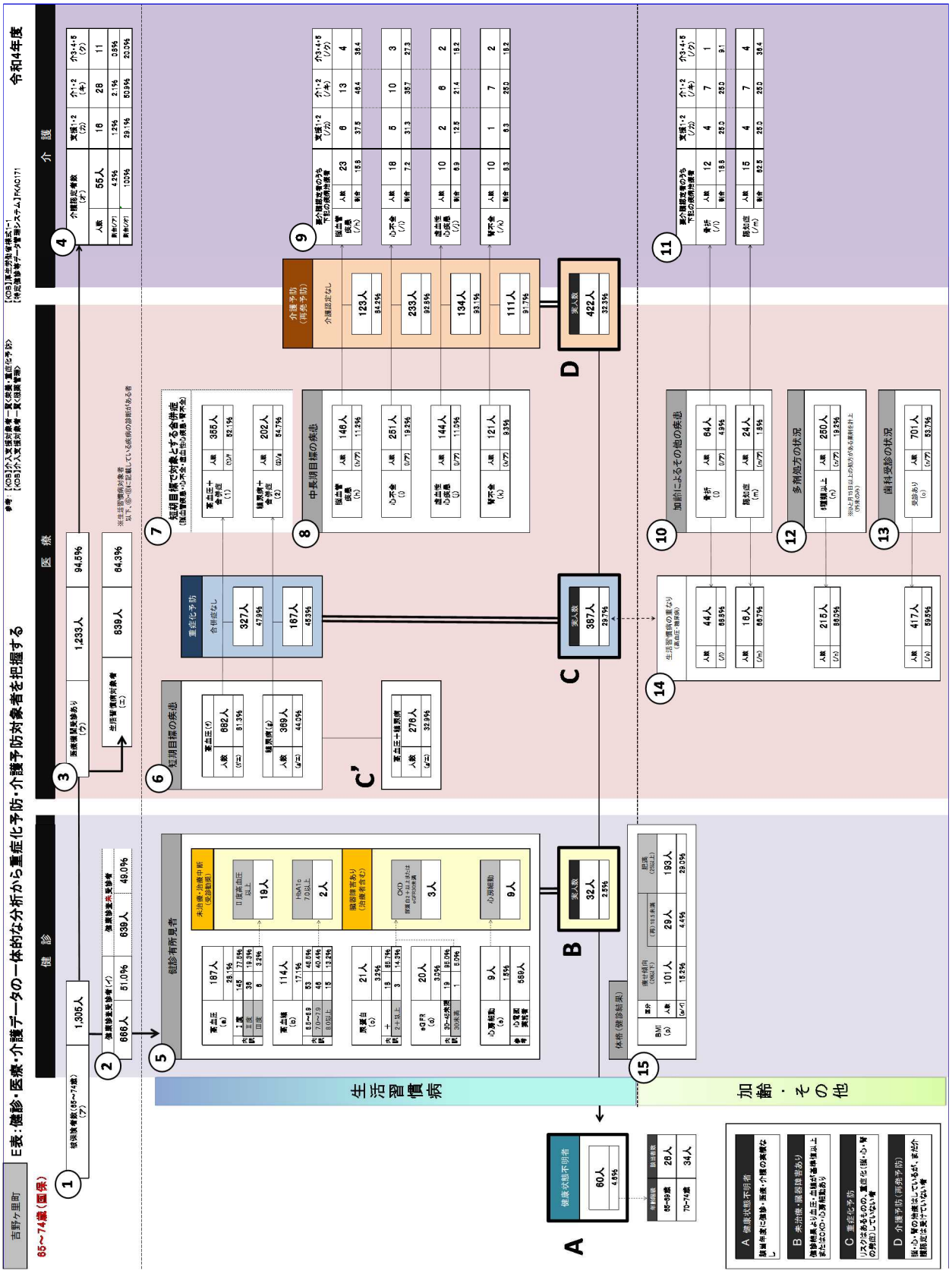
5 健診	①		健診受診者			949		925		858		945		877		127,078		46,997		6,503,152	
	②		受診率			47.3	県内10位 同規模42位	47.0	県内12位 同規模48位	43.1	県内11位 同規模38位	48.8	県内7位 同規模23位	47.2	県内8位 同規模31位	41.2		39.6	全国16位	35.3	
	③		特定保健指導終了者（実施率）			72	61.0	84	70.6	65	69.1	79	66.4	37	37.4	2,563	17.1	1,049	19.4	69,327	9.0
	④		非肥満高血糖			112	11.8	113	12.2	98	11.4	115	12.2	100	11.4	12,908	10.2	4,529	9.6	588,083	9.0
	⑤	特定健診の状況	メタボ		該当者	197	20.8	196	21.2	188	21.9	230	24.3	205	23.4	27,097	21.3	10,252	21.8	1,321,197	20.3
					男性	131	31.8	132	32.7	122	32.6	148	36.5	130	36.0	18,784	32.5	6,954	32.9	923,222	32.0
					女性	66	12.3	64	12.3	66	13.6	82	15.2	75	14.5	8,313	12.0	3,298	12.8	397,975	11.0
	⑥				予備群	113	11.9	121	13.1	124	14.5	118	12.5	114	13.0	14,409	11.3	5,760	12.3	730,607	11.2
					男性	76	18.4	84	20.8	89	23.8	80	19.8	71	19.7	10,159	17.6	3,928	18.6	515,813	17.9
		県内市町村数			女性	37	6.9	37	7.1	35	7.2	38	7.0	43	8.3	4,250	6.1	1,832	7.1	214,794	5.9
	⑦	23市町村	メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	345	36.4	364	39.4	343	40.0	391	41.4	365	41.6	45,663	35.9	18,140	38.6	2,273,296	35.0
	⑧				男性	226	54.9	244	60.4	234	62.6	255	63.0	239	66.2	31,820	55.0	12,261	58.0	1,592,747	55.3
	⑨				女性	119	22.2	120	23.0	109	22.5	136	25.2	126	24.4	13,843	20.0	5,879	22.7	680,549	18.8
	⑩			BMI	総数	35	3.7	33	3.6	25	2.9	31	3.3	28	3.2	6,554	5.2	1,785	3.8	304,276	4.7
	⑪	同規模市区町村数			男性	2	0.5	2	0.5	3	0.8	3	0.7	3	0.8	999	1.7	256	1.2	48,780	1.7
	⑫	111市町村			女性	33	6.1	31	6.0	22	4.5	28	5.2	25	4.8	5,555	8.0	1,529	5.9	255,496	7.1
	⑬			血糖のみ		8	0.8	5	0.5	11	1.3	9	1.0	9	1.0	887	0.7	486	1.0	41,541	0.6
	⑭			血圧のみ		73	7.7	75	8.1	78	9.1	81	8.6	74	8.4	10,372	8.2	3,847	8.2	514,593	7.9
	⑮			脂質のみ		32	3.4	41	4.4	35	4.1	28	3.0	31	3.5	3,150	2.5	1,427	3.0	174,473	2.7
	⑯			血糖・血圧		37	3.9	43	4.6	34	4.0	39	4.1	37	4.2	4,378	3.4	1,794	3.8	193,722	3.0
	⑰			血糖・脂質		14	1.5	15	1.6	12	1.4	13	1.4	13	1.5	1,294	1.0	744	1.6	67,212	1.0
	⑱			血圧・脂質		75	7.9	72	7.8	75	8.7	91	9.6	83	9.5	12,473	9.8	4,364	9.3	630,648	9.7
	⑲			血糖・血圧・脂質		71	7.5	66	7.1	67	7.8	87	9.2	72	8.2	8,952	7.0	3,350	7.1	429,615	6.6
6 問診	①	問診の状況	服薬	高血圧		316	33.3	314	33.9	313	36.5	341	36.1	327	37.3	48,903	38.5	17,603	37.5	2,324,538	35.8
				糖尿病		113	11.9	110	11.9	115	13.4	124	13.1	116	13.2	12,787	10.1	5,331	11.3	564,473	8.7
				脂質異常症		242	25.5	239	25.8	241	28.1	275	29.1	246	28.1	36,118	28.4	13,630	29.0	1,817,350	28.0
	②		既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）		15	1.6	13	1.4	12	1.4	12	1.3	11	1.3	4,109	3.3	751	1.7	199,003	3.1
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）		17	1.8	24	2.6	22	2.6	20	2.1	14	1.6	7,569	6.2	1,076	2.5	349,845	5.5
				腎不全		9	0.9	11	1.2	14	1.6	7	0.7	7	0.8	1,041	0.8	327	0.8	51,680	0.8
				貧血		126	13.3	149	16.1	142	16.6	151	16.0	132	15.1	11,759	9.6	3,936	9.1	669,737	10.6
	③	生活習慣の状況	喫煙			121	12.8	104	11.2	90	10.5	109	11.5	101	11.5	17,252	13.6	6,482	13.8	896,676	13.8
	④		週3回以上朝食を抜く			79	69.9	76	8.2	70	8.2	97	10.3	81	9.2	9,476	8.1	4,585	10.1	609,166	10.3
	⑤		週3回以上食後間食 （～H29）			0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
			週3回以上就寝前夕食 （H30～）			105	76.1	103	11.1	97	11.3	133	14.1	103	11.7	17,906	15.2	6,259	13.8	932,218	15.7
	⑥		週3回以上就寝前夕食			105	76.1	103	11.1	97	11.3	133	14.1	103	11.7	17,906	15.2	6,259	13.8	932,218	15.7
	⑦		食べる速度が速い			292	30.8	264	28.6	243	28.4	260	27.5	222	25.3	30,627	26.0	12,310	27.1	1,590,713	26.8
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加			289	30.5	305	33.0	286	33.4	357	38.0	316	36.0	41,268	35.1	16,331	35.9	2,083,152	34.9
	⑨		1回30分以上運動習慣なし			522	55.0	477	51.6	454	53.0	530	56.4	480	54.7	72,803	61.8	26,377	57.9	3,589,415	60.3
	⑩		1日1時間以上運動なし			288	30.3	262	28.3	303	35.4	343	36.5	289	33.0	55,629	47.2	20,705	45.5	2,858,913	48.0
	⑪		睡眠不足			6	0.8	202	21.9	198	23.1	227	24.1	220	25.1	29,477	25.1	10,777	23.7	1,521,685	25.6
	⑫		毎日飲酒			227	24.0	214	23.2	197	23.0	221	23.4	207	23.6	31,142	25.2	11,712	25.6	1,585,206	25.5
	⑬		時々飲酒			156	16.5	160	17.3	152	17.7	162	17.2	156	17.8	25,375	20.6	9,319	20.3	1,393,154	22.4
	⑭		一日飲酒量	1合未満		181	47.4	179	47.4	159	44.8	169	44.4	167	46.0	44,882	60.3	12,128	52.4	2,851,798	64.2
				1～2合		131	34.3	131	34.7	125	35.2	138	36.2	136	37.5	19,886	26.7	7,535	32.6	1,053,317	23.7
				2～3合		63	16.5	49	13.0	59	16.6	63	16.5	46	12.7	7,675	10.3	2,797	12.1	414,658	9.3
				3合以上		7	1.8	19	5.0	12	3.4	11	2.9	14	3.9	2,032	2.7	667	2.9	122,039	2.7

参考資料2　健診・医療・介護の一体的な分析

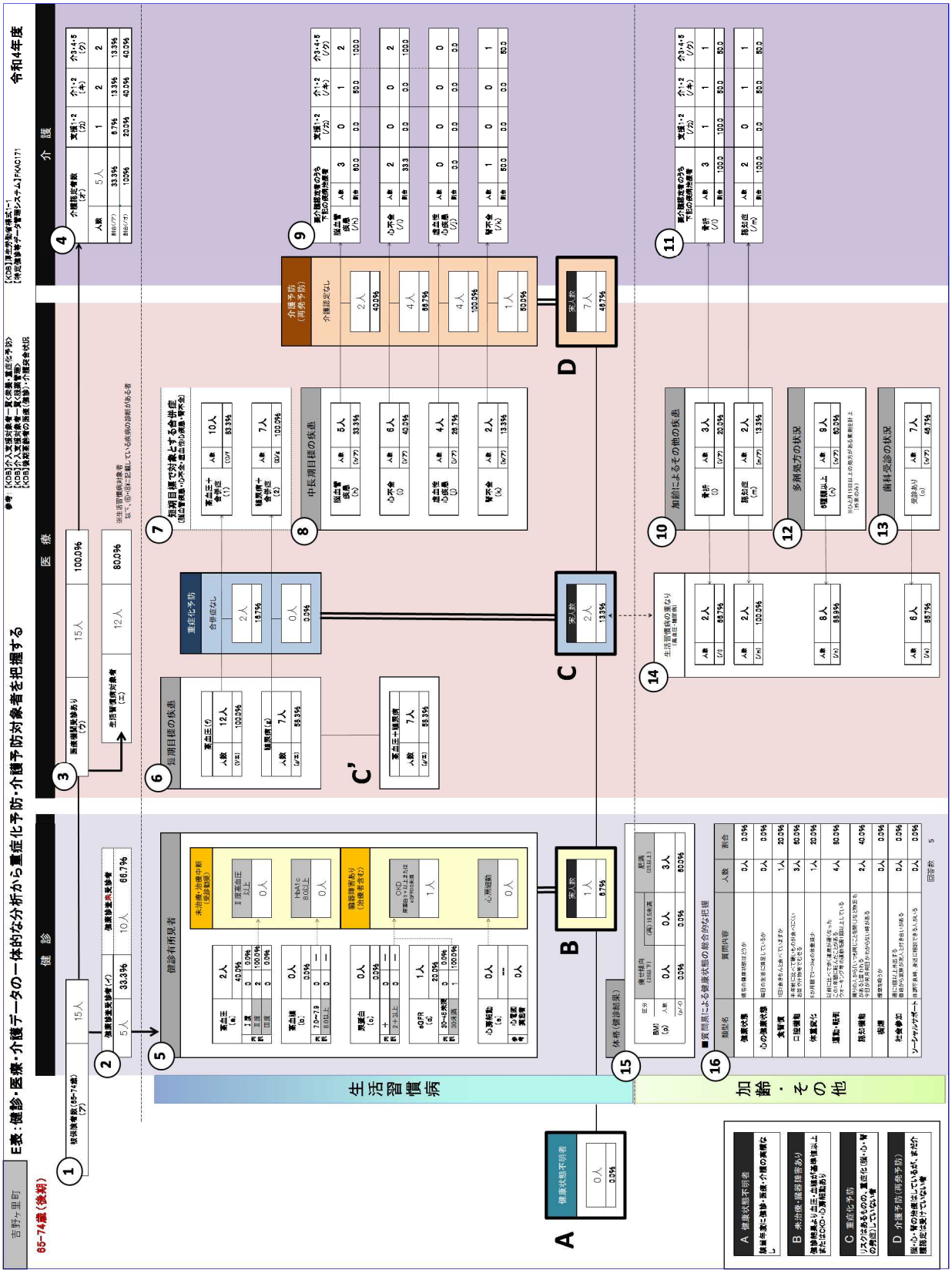
①　40～64 歳(国保)



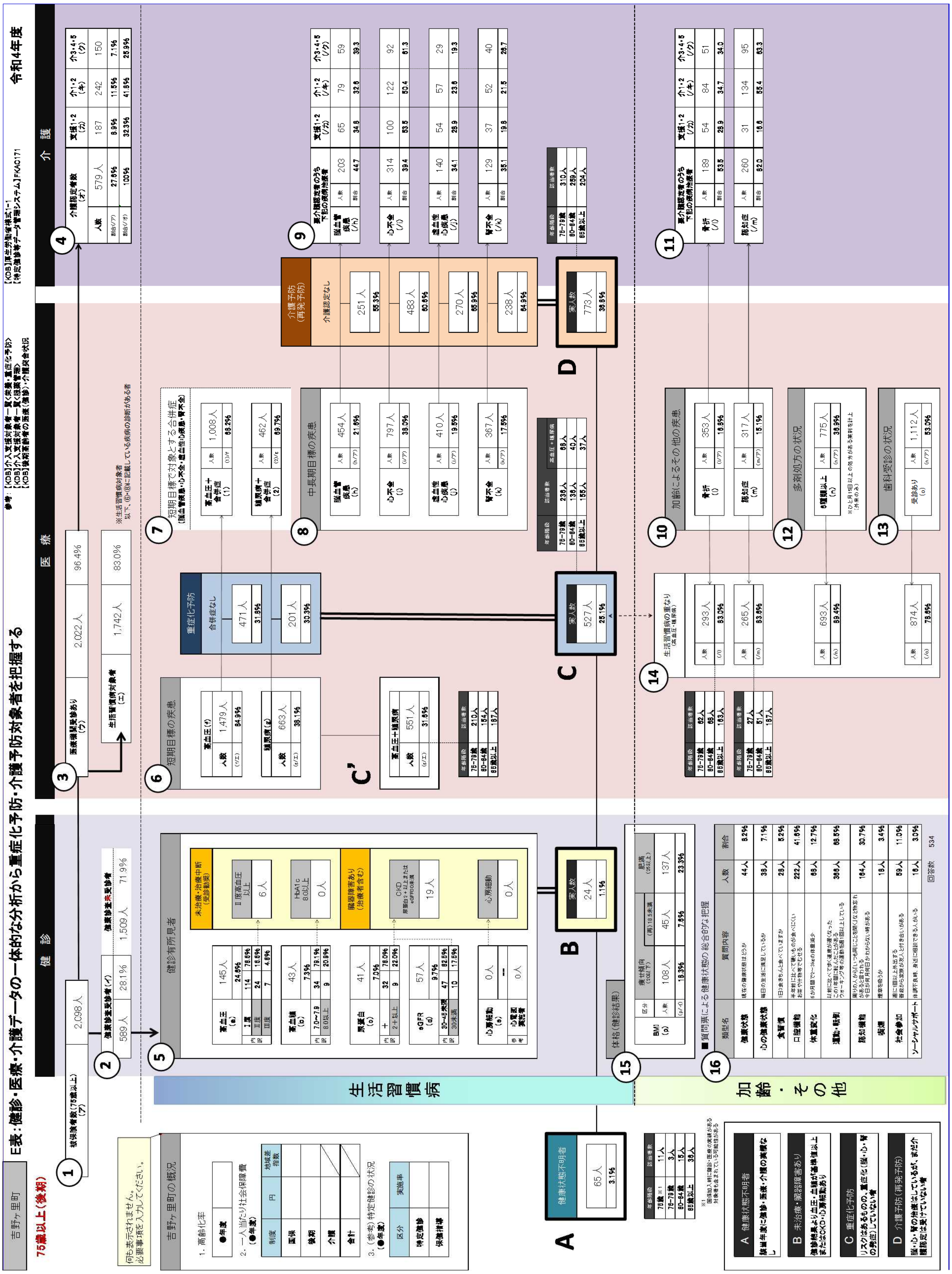
② 65～74 歳(国保)


吉野ヶ里町
E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する
令和4年度
65～74歳(国保)
健診
医療
介護
生活習慣病
加齢・その他
A 健康状態不明者
B 未治療・服薬継続者
C 重症化予防
D 介護予防(再発予防)

③ 65～74 歳(後期)


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

④ 75 歳以上(後期)

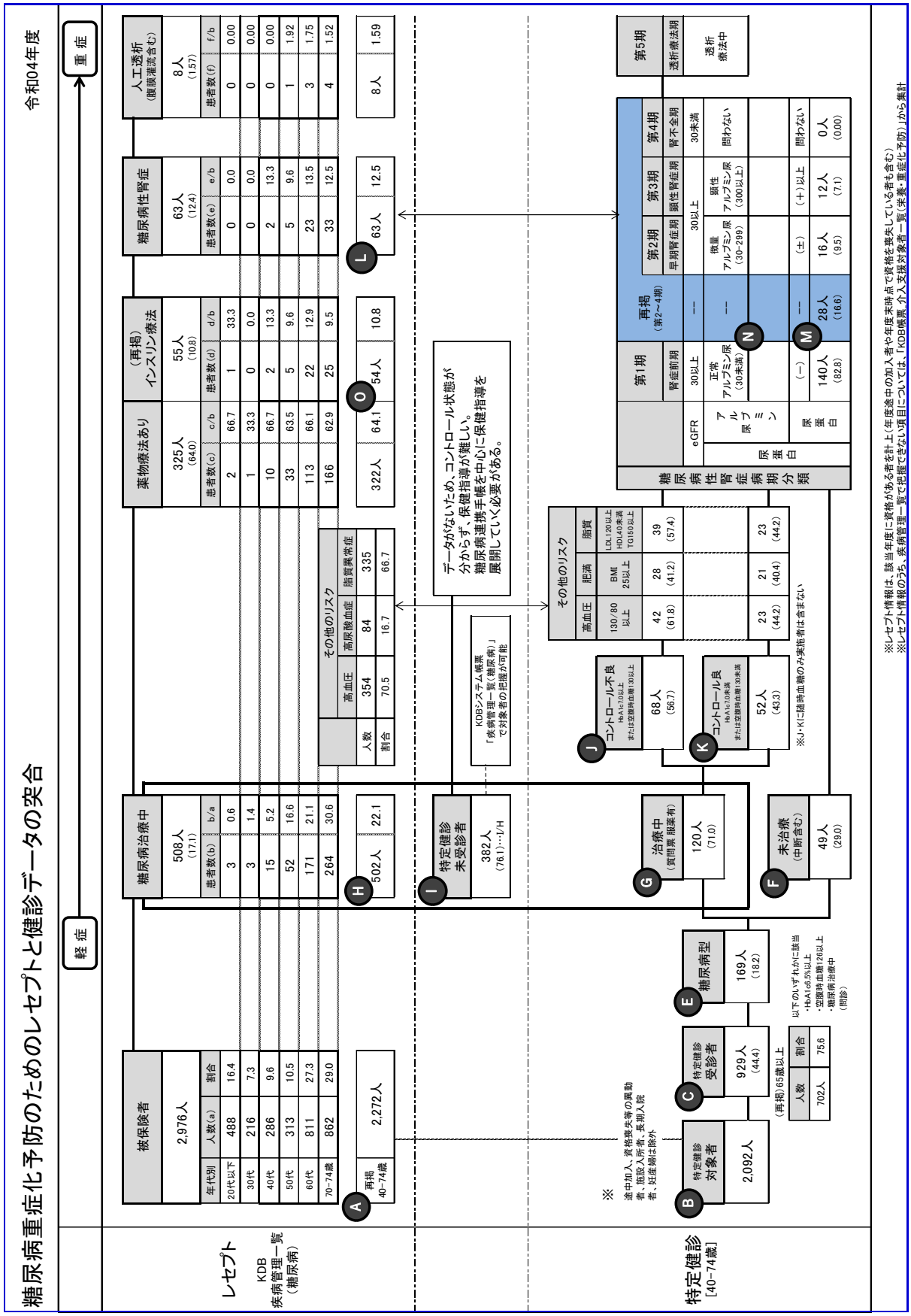


E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する
令和4年度
吉野ヶ里町
75歳以上(後期)
健診
医療
介護
生活習慣病
加齢・その他
吉野ヶ里町の概況
健診有所見者
短期目標の疾患
中長期目標の疾患
短期目標で対象とする合併症
重症化予防
介護予防(再発予防)
加齢によるその他の疾患
多剤処方の状況
歯科受診の状況
体格(健診結果)
健康状態不明者
A
B
C
C'
D

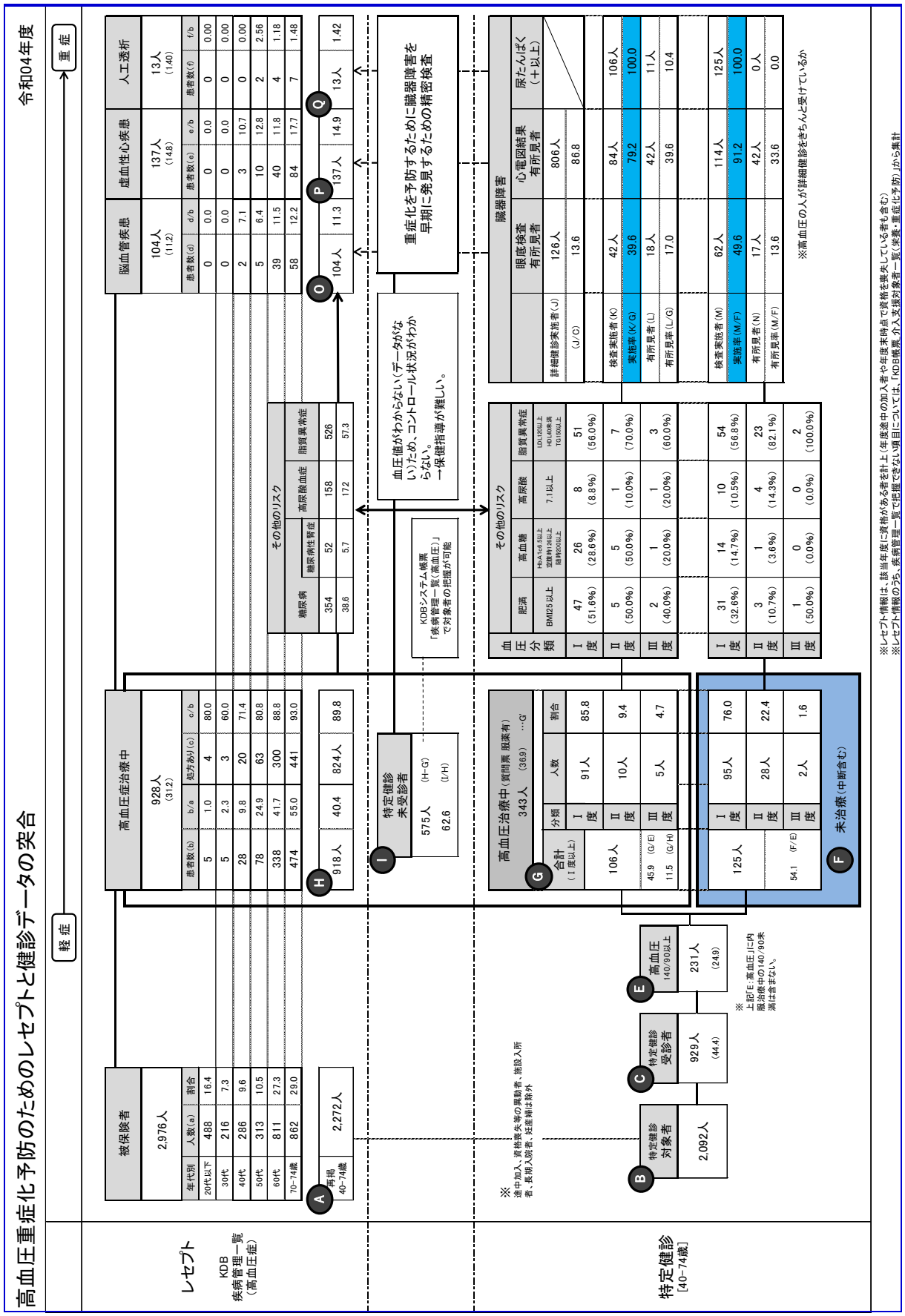
参考資料3　糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

		項目			突合表	吉野ヶ里町 H30年度 実数	吉野ヶ里町 H30年度 割合	吉野ヶ里町 R01年度 実数	吉野ヶ里町 R01年度 割合	吉野ヶ里町 R02年度 実数	吉野ヶ里町 R02年度 割合	吉野ヶ里町 R03年度 実数	吉野ヶ里町 R03年度 割合	吉野ヶ里町 R04年度 実数	吉野ヶ里町 R04年度 割合	同規模保険者（平均） R04年度 実数	同規模保険者（平均） R04年度 割合	データ基
1	①	被保険者数			A	2,969人		2,850人		2,846人		2,828人		2,700人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②		（再掲）40-74歳			2,304人		2,227人		2,207人		2,243人		2,172人				
2	①	特定健診	対象者数		B	1,996人		2,175人		2,100人		2,061人		1,849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		受診者数		C	992人		975人		905人		990人		929人				
	③		受診率			49.7%		44.8%		43.1%		48.0%		50.2%				
3	①	特定保健指導	対象者数			118人		117人		94人		130人		98人				
	②		実施率			55.1%		79.5%		63.0%		82.3%		45.9%				
4	①	健診データ	糖尿病型		E	171人	17.2%	161人	16.5%	171人	18.9%	186人	18.8%	169人	18.2%			特定健診結果
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）		F	55人	32.2%	45人	28.0%	53人	31.0%	54人	29.0%	49人	29.0%			
	③		治療中（質問票 服薬あり）		G	116人	67.8%	116人	72.0%	118人	69.0%	132人	71.0%	120人	71.0%			
	④			コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		63人	54.3%	62人	53.4%	57人	48.3%	69人	52.3%	68人	56.7%			
	⑤			血圧　130/80以上	J	41人	65.1%	46人	74.2%	39人	68.4%	44人	63.8%	42人	61.8%			
	⑥			肥満　BMI25以上		25人	39.7%	24人	38.7%	24人	42.1%	28人	40.6%	28人	41.2%			
	⑦			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	53人	45.7%	54人	46.6%	61人	51.7%	63人	47.7%	52人	43.3%			
	⑧		第1期	尿蛋白（－）	M	137人	80.1%	115人	71.4%	132人	77.2%	155人	83.3%	140人	82.8%			
	⑨		第2期	尿蛋白（±）		21人	12.3%	32人	19.9%	24人	14.0%	26人	14.0%	16人	9.5%			
	⑩		第3期	尿蛋白（＋）以上		12人	7.0%	11人	6.8%	14人	8.2%	5人	2.7%	12人	7.1%			
	⑪		第4期	eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%			
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保数千対）				136.7人		139.6人		127.9人		136.1人		141.5人			KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②		（再掲）40-74歳（被保数千対）				174.9人		176.0人		162.7人		170.8人		175.4人			
	③		レセプト件数（40-74歳）（）内は被保数千対	入院外（件数）		2,333件	(1054.7)	2,369件	(1088.2)	2,402件	(1089.3)	2,530件	(1179.5)	2,493件	(1209.6)	319,390件	(944.1)	KDB_疾病別医療費分析（生活習慣病）
	④			入院（件数）		6件	(2.7)	15件	(6.9)	10件	(4.5)	10件	(4.7)	10件	(4.9)	1,366件	(4.0)	
	⑤		糖尿病治療中		H	406人	13.7%	398人	14.0%	364人	12.8%	385人	13.6%	382人	14.1%			KDB_厚生労働省様式様式3-2
	⑥		（再掲）40-74歳			403人	17.5%	392人	17.6%	359人	16.3%	383人	17.1%	381人	17.5%			
	⑦		健診未受診者		I	287人	71.2%	276人	70.4%	241人	67.1%	251人	65.5%	261人	68.5%			
	⑧		インスリン治療		O	39人	9.6%	35人	8.8%	39人	10.7%	43人	11.2%	42人	11.0%			
	⑨		（再掲）40-74歳			39人	9.7%	35人	8.9%	38人	10.6%	43人	11.2%	42人	11.0%			
	⑩		糖尿病性腎症		L	30人	7.4%	33人	8.3%	29人	8.0%	39人	10.1%	43人	11.3%			
	⑪		（再掲）40-74歳			30人	7.4%	33人	8.4%	29人	8.1%	39人	10.2%	43人	11.3%			
	⑫		慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）			10人	2.5%	9人	2.3%	9人	2.5%	9人	2.3%	7人	1.8%			
	⑬		（再掲）40-74歳			10人	2.5%	9人	2.3%	9人	2.5%	9人	2.3%	7人	1.8%			
	⑭		新規透析患者数			3		1	0	1	0	0	0	2				
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症			1	33.30%	0	0	0	0	0	0	1	50.00%			
	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）			9人	1.9%	12人	2.6%	9人	2.0%	10人	2.1%	10人	2.0%			KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期
6	①	医療費	総医療費			12億1783万円		11億8991万円		12億3129万円		12億3719万円		12億0811万円		14億4496万円		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			6億1925万円		6億5141万円		6億4897万円		6億5670万円		6億2508万円		7億7425万円		
	③		（総医療費に占める割合）			50.8%		54.7%		52.7%		53.1%		51.7%		53.6%		
	④		生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者		9,449円		10,009円		7,047円		12,020円		9,079円		7,560円		
	⑤			健診未受診者		30,064円		34,290円		38,984円		34,111円		33,807円		37,805円		
	⑥		糖尿病医療費			5900万円		6833万円		6756万円		6884万円		6553万円		8603万円		
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）			9.5%		10.5%		10.4%		10.5%		10.5%		11.1%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費			1億9808万円		1億8901万円		1億8394万円		1億9516万円		1億8018万円				
	⑨		1件あたり			36,976円		35,615円		35,758円		36,962円		35,936円				
	⑩		糖尿病入院総医療費			1億2700万円		1億1366万円		1億1316万円		1億0764万円		1億2583万円				
	⑪		1件あたり			654,640円		543,825円		615,005円		698,989円		892,402円				
	⑫		在院日数			17日		17日		17日		17日		19日				
	⑬		慢性腎不全医療費			8447万円		7721万円		6693万円		7292万円		6960万円		6202万円		
	⑭		透析有り			8204万円		7292万円		6467万円		7109万円		6843万円		5785万円		
	⑮		透析なし			243万円		429万円		225万円		183万円		117万円		418万円		
7	①	介護	介護給付費			8億9431万円		9億2149万円		9億7779万円		9億7597万円		10億2616万円		17億4718万円		
	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）			2人	1.4%	1人	0.7%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	564人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

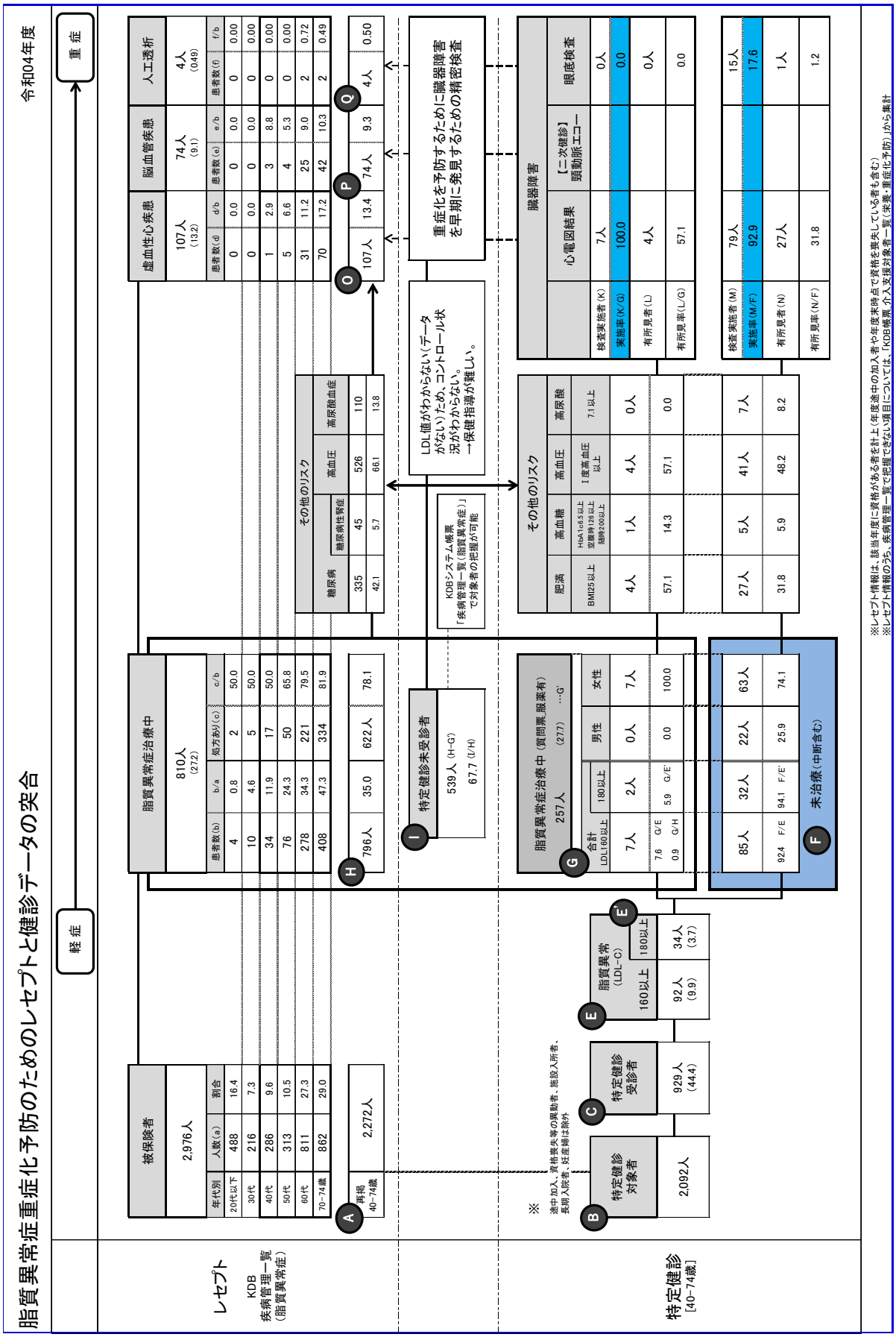
参考資料4　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料5　高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料6　脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料7　HbA1C の年次比較

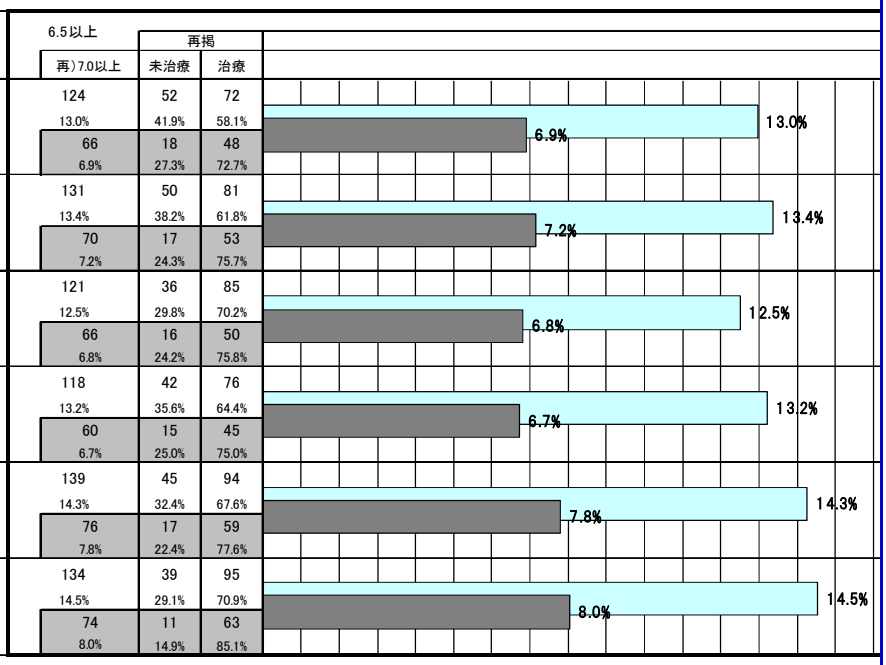
HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
								合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H29	957	191	20.0%	403	42.1%	239	25.0%	58	6.1%	46	4.8%	20	2.1%	43	4.5%	9	0.9%
H30	979	219	22.4%	427	43.6%	202	20.6%	61	6.2%	53	5.4%	17	1.7%	48	4.9%	14	1.4%
R01	968	201	20.8%	403	41.6%	243	25.1%	55	5.7%	45	4.6%	21	2.2%	39	4.0%	12	1.2%
R02	892	220	24.7%	360	40.4%	194	21.7%	58	6.5%	41	4.6%	19	2.1%	34	3.8%	14	1.6%
R03	974	235	24.1%	384	39.4%	216	22.2%	63	6.5%	55	5.6%	21	2.2%	42	4.3%	12	1.2%
R04	921	199	21.6%	376	40.8%	212	23.0%	60	6.5%	54	5.9%	20	2.2%	40	4.3%	8	0.9%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上	再掲	
					再）7.0以上	未治療	治療
H29	957	191 20.0%	403 42.1%	239 25.0%	124 13.0%	52 41.9%	72 58.1%
					66 6.9%	18 27.3%	48 72.7%
H30	979	219 22.4%	427 43.6%	202 20.6%	131 13.4%	50 38.2%	81 61.8%
					70 7.2%	17 24.3%	53 75.7%
R01	968	201 20.8%	403 41.6%	243 25.1%	121 12.5%	36 29.8%	85 70.2%
					66 6.8%	16 24.2%	50 75.8%
R02	892	220 24.7%	360 40.4%	194 21.7%	118 13.2%	42 35.6%	76 64.4%
					60 6.7%	15 25.0%	45 75.0%
R03	974	235 24.1%	384 39.4%	216 22.2%	139 14.3%	45 32.4%	94 67.6%
					76 7.8%	17 22.4%	59 77.6%
R04	921	199 21.6%	376 40.8%	212 23.0%	134 14.5%	39 29.1%	95 70.9%
					74 8.0%	11 14.9%	63 85.1%



治療と未治療の状況

		HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
										合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
治療中	H29	87	9.1%	2	2.3%	2	2.3%	11	12.6%	24	27.6%	34	39.1%	14	16.1%	30	34.5%	7	8.0%
	H30	114	11.6%	1	0.9%	5	4.4%	27	23.7%	28	24.6%	43	37.7%	10	8.8%	36	31.6%	7	6.1%
	R01	116	12.0%	3	2.6%	3	2.6%	25	21.6%	35	30.2%	35	30.2%	15	12.9%	28	24.1%	8	6.9%
	R02	118	13.2%	2	1.7%	6	5.1%	34	28.8%	31	26.3%	33	28.0%	12	10.2%	23	19.5%	9	7.6%
	R03	131	13.4%	3	2.3%	4	3.1%	30	22.9%	35	26.7%	46	35.1%	13	9.9%	29	22.1%	7	5.3%
	R04	120	13.0%	1	0.8%	6	5.0%	18	15.0%	32	26.7%	48	40.0%	15	12.5%	34	28.3%	5	4.2%
治療なし	H29	870	90.9%	189	21.7%	401	46.1%	228	26.2%	34	3.9%	12	1.4%	6	0.7%	13	1.5%	2	0.2%
	H30	865	88.4%	218	25.2%	422	48.8%	175	20.2%	33	3.8%	10	1.2%	7	0.8%	12	1.4%	7	0.8%
	R01	852	88.0%	198	23.2%	400	46.9%	218	25.6%	20	2.3%	10	1.2%	6	0.7%	11	1.3%	4	0.5%
	R02	774	86.8%	218	28.2%	354	45.7%	160	20.7%	27	3.5%	8	1.0%	7	0.9%	11	1.4%	5	0.6%
	R03	843	86.6%	232	27.5%	380	45.1%	186	22.1%	28	3.3%	9	1.1%	8	0.9%	13	1.5%	5	0.6%
	R04	801	87.0%	198	24.7%	370	46.2%	194	24.2%	28	3.5%	6	0.7%	5	0.6%	6	0.7%	3	0.4%

参考資料8　血圧の年次比較

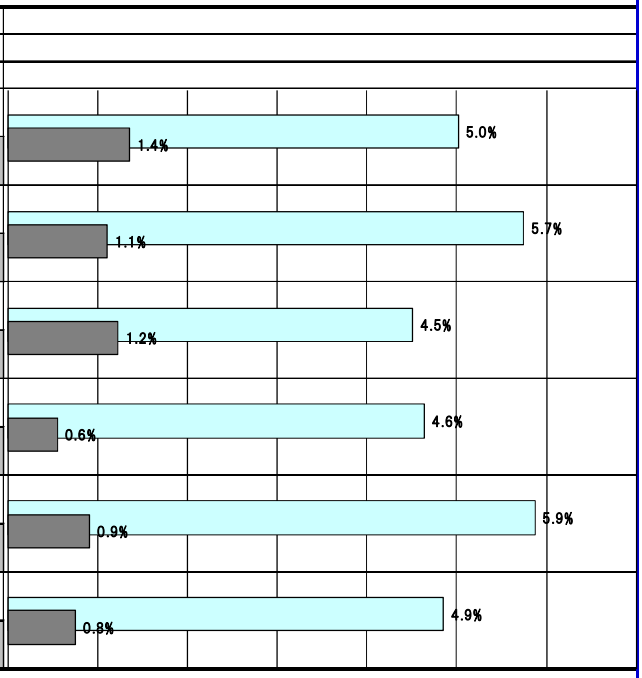
血圧の年次比較

	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	957	321	33.5%	178	18.6%	249	26.0%	161	16.8%	35	3.7%	13	1.4%
H30	992	280	28.2%	188	19.0%	268	27.0%	199	20.1%	46	4.6%	11	1.1%
R01	975	286	29.3%	198	20.3%	249	25.5%	198	20.3%	32	3.3%	12	1.2%
R02	905	235	26.0%	194	21.4%	252	27.8%	182	20.1%	37	4.1%	5	0.6%
R03	988	249	25.2%	196	19.8%	272	27.5%	213	21.6%	49	5.0%	9	0.9%
R04	927	247	26.6%	200	21.6%	249	26.9%	186	20.1%	38	4.1%	7	0.8%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常正常高値	高値	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧以上	再掲	
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療
H29	957	499 52.1%	249 26.0%	161 16.8%	48 5.0%	28 58.3%	20 41.7%
					13 1.4%	4 30.8%	9 69.2%
H30	992	468 47.2%	268 27.0%	199 20.1%	57 5.7%	38 66.7%	19 33.3%
					11 1.1%	8 72.7%	3 27.3%
R01	975	484 49.6%	249 25.5%	198 20.3%	44 4.5%	26 59.1%	18 40.9%
					12 1.2%	6 50.0%	6 50.0%
R02	905	429 47.4%	252 27.8%	182 20.1%	42 4.6%	27 64.3%	15 35.7%
					5 0.6%	5 100.0%	0 0.0%
R03	988	445 45.0%	272 27.5%	213 21.6%	58 5.9%	38 65.5%	20 34.5%
					9 0.9%	7 77.8%	2 22.2%
R04	927	447 48.2%	249 26.9%	186 20.1%	45 4.9%	30 66.7%	15 33.3%
					7 0.8%	2 28.6%	5 71.4%



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	302	31.6%	53	17.5%	52	17.2%	110	36.4%	67	22.2%	11	3.6%	9	3.0%
	H30	326	32.9%	38	11.7%	65	19.9%	105	32.2%	99	30.4%	16	4.9%	3	0.9%
	R01	328	33.6%	43	13.1%	70	21.3%	101	30.8%	96	29.3%	12	3.7%	6	1.8%
	R02	328	36.2%	41	12.5%	63	19.2%	106	32.3%	103	31.4%	15	4.6%	0	0.0%
	R03	354	35.8%	46	13.0%	81	22.9%	112	31.6%	95	26.8%	18	5.1%	2	0.6%
	R04	343	37.0%	42	12.2%	76	22.2%	119	34.7%	91	26.5%	10	2.9%	5	1.5%
治療なし	H29	655	68.4%	268	40.9%	126	19.2%	139	21.2%	94	14.4%	24	3.7%	4	0.6%
	H30	666	67.1%	242	36.3%	123	18.5%	163	24.5%	100	15.0%	30	4.5%	8	1.2%
	R01	647	66.4%	243	37.6%	128	19.8%	148	22.9%	102	15.8%	20	3.1%	6	0.9%
	R02	577	63.8%	194	33.6%	131	22.7%	146	25.3%	79	13.7%	22	3.8%	5	0.9%
	R03	634	64.2%	203	32.0%	115	18.1%	160	25.2%	118	18.6%	31	4.9%	7	1.1%
	R04	584	63.0%	205	35.1%	124	21.2%	130	22.3%	95	16.3%	28	4.8%	2	0.3%

参考資料9　LDL－Cの年次比較

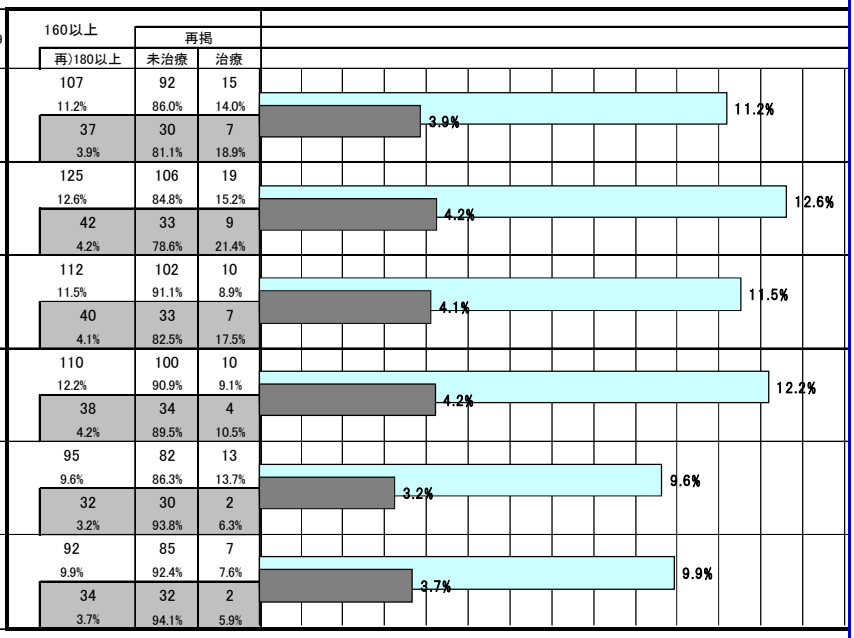
LDL-Cの年次比較

		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	957	428	44.7%	256	26.8%	166	17.3%	70	7.3%	37	3.9%
	H30	991	449	45.3%	259	26.1%	158	15.9%	83	8.4%	42	4.2%
	R01	972	445	45.8%	261	26.9%	154	15.8%	72	7.4%	40	4.1%
	R02	903	450	49.8%	221	24.5%	122	13.5%	72	8.0%	38	4.2%
	R03	986	483	49.0%	259	26.3%	149	15.1%	63	6.4%	32	3.2%
	R04	927	467	50.4%	224	24.2%	144	15.5%	58	6.3%	34	3.7%
男性	H29	413	208	50.4%	117	28.3%	54	13.1%	21	5.1%	13	3.1%
	H30	424	230	54.2%	105	24.8%	53	12.5%	23	5.4%	13	3.1%
	R01	425	224	52.7%	117	27.5%	49	11.5%	22	5.2%	13	3.1%
	R02	393	225	57.3%	93	23.7%	42	10.7%	23	5.9%	10	2.5%
	R03	426	234	54.9%	107	25.1%	54	12.7%	20	4.7%	11	2.6%
	R04	386	220	57.0%	85	22.0%	59	15.3%	13	3.4%	9	2.3%
女性	H29	544	220	40.4%	139	25.6%	112	20.6%	49	9.0%	24	4.4%
	H30	567	219	38.6%	154	27.2%	105	18.5%	60	10.6%	29	5.1%
	R01	547	221	40.4%	144	26.3%	105	19.2%	50	9.1%	27	4.9%
	R02	510	225	44.1%	128	25.1%	80	15.7%	49	9.6%	28	5.5%
	R03	560	249	44.5%	152	27.1%	95	17.0%	43	7.7%	21	3.8%
	R04	541	247	45.7%	139	25.7%	85	15.7%	45	8.3%	25	4.6%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上	再掲	
					再)180以上	未治療	治療
H29	957	428 44.7%	256 26.8%	166 17.3%	107 11.2%	92 86.0%	15 14.0%
					37 3.9%	30 81.1%	7 18.9%
H30	991	449 45.3%	259 26.1%	158 15.9%	125 12.6%	106 84.8%	19 15.2%
					42 4.2%	33 78.6%	9 21.4%
R01	972	445 45.8%	261 26.9%	154 15.8%	112 11.5%	102 91.1%	10 8.9%
					40 4.1%	33 82.5%	7 17.5%
R02	903	450 49.8%	221 24.5%	122 13.5%	110 12.2%	100 90.9%	10 9.1%
					38 4.2%	34 89.5%	4 10.5%
R03	986	483 49.0%	259 26.3%	149 15.1%	95 9.6%	82 86.3%	13 13.7%
					32 3.2%	30 93.8%	2 6.3%
R04	927	467 50.4%	224 24.2%	144 15.5%	92 9.9%	85 92.4%	7 7.6%
					34 3.7%	32 94.1%	2 5.9%



治療と未治療の状況

		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	234	24.5%	140	59.8%	51	21.8%	28	12.0%	8	3.4%	7	3.0%
	H30	253	25.5%	152	60.1%	61	24.1%	21	8.3%	10	4.0%	9	3.6%
	R01	247	25.4%	147	59.5%	65	26.3%	25	10.1%	3	1.2%	7	2.8%
	R02	258	28.6%	171	66.3%	51	19.8%	26	10.1%	6	2.3%	4	1.6%
	R03	284	28.8%	188	66.2%	66	23.2%	17	6.0%	11	3.9%	2	0.7%
	R04	257	27.7%	171	66.5%	59	23.0%	20	7.8%	5	1.9%	2	0.8%
治療なし	H29	723	75.5%	288	39.8%	205	28.4%	138	19.1%	62	8.6%	30	4.1%
	H30	738	74.5%	297	40.2%	198	26.8%	137	18.6%	73	9.9%	33	4.5%
	R01	725	74.6%	298	41.1%	196	27.0%	129	17.8%	69	9.5%	33	4.6%
	R02	645	71.4%	279	43.3%	170	26.4%	96	14.9%	66	10.2%	34	5.3%
	R03	702	71.2%	295	42.0%	193	27.5%	132	18.8%	52	7.4%	30	4.3%
	R04	670	72.3%	296	44.2%	165	24.6%	124	18.5%	53	7.9%	32	4.8%