

長与町国民健康保険
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

長与町国民健康保険

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. 第2期計画に係る評価
 - 1) 保険者の特性
 - 2) 計画の達成状況
 - 3) 主な個別事業の評価と課題
 - 4) 第2期計画目標の達成状況一覧
2. 第2期計画に係る考察
3. 第3期における健康課題の明確化

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……41

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 ……49

- I. 保健事業の方向性

Ⅱ. 重症化予防の取組

1. 重症化予防事業

2. 糖尿病性腎症重症化予防事業

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66

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68

1. 計画の公表・周知

2. 個人情報の取扱い

参考資料69

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「データヘルス計画」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)を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。

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

本計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、効果的かつ効率的な保健事業の推進を図るため、特定健診・特定保健指導の結果や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していきます。

また、本計画は、健康増進法(平成 14 年法律第 103 号)に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、長崎県健康増進計画、長崎県医療計画、長崎県医療費適正化計画、長与町の健康増進計画「第 3 次健康ながよ 21」、第 9 期介護保険事業計画及び長崎県国民健康保険運営方針と調和・連携を図ります。(図表 1)

「特定健診等実施計画」は保健事業の中核を成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、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当たり、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、基本的な考え方に基づいて保健事業を展開します。(図表 2・3・4・5)

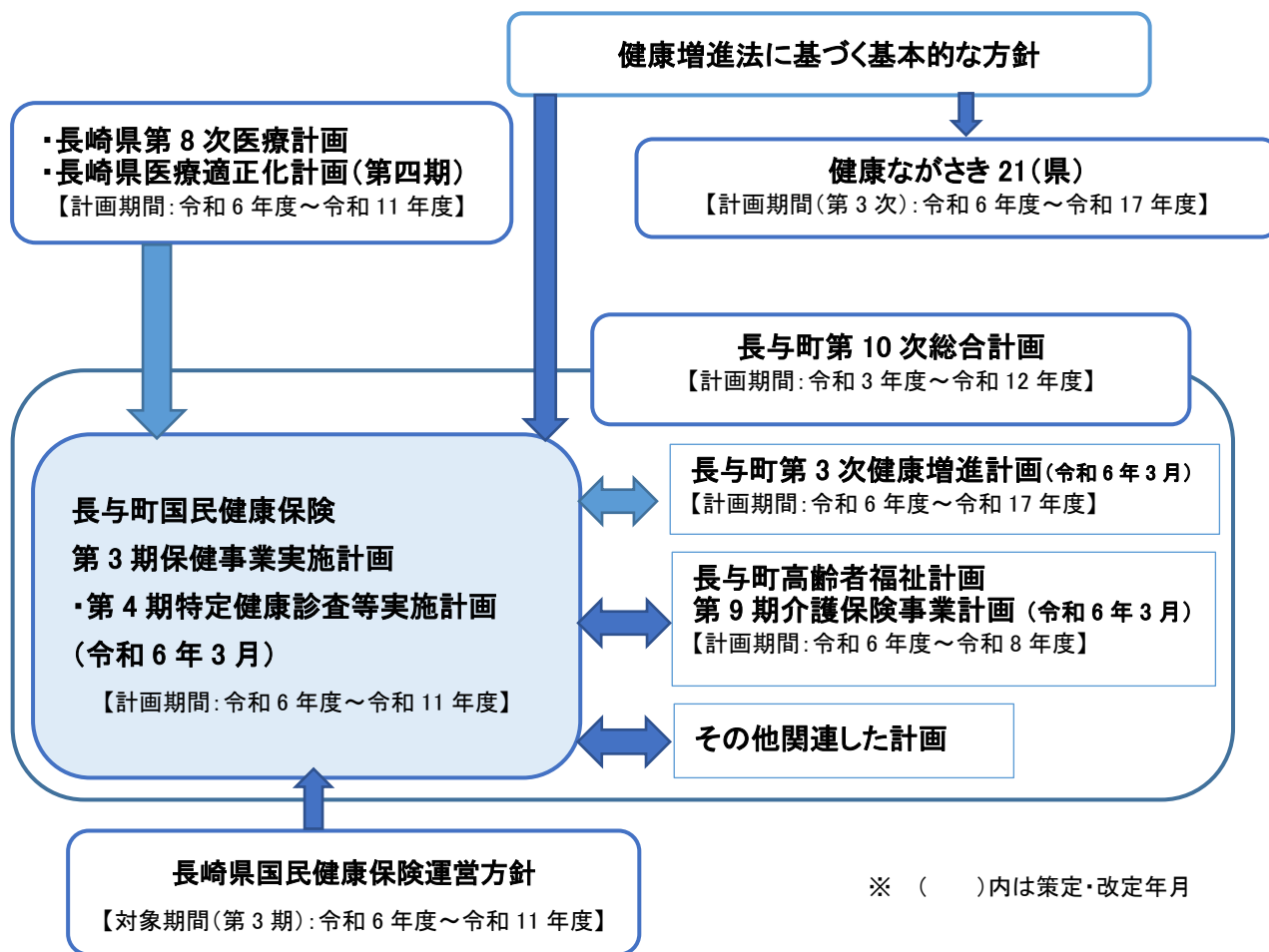
以上を踏まえ、本町では、国保データベース(KDB^{※6})を活用して特定健診の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組む、国保被保険者の健康の保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

※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)

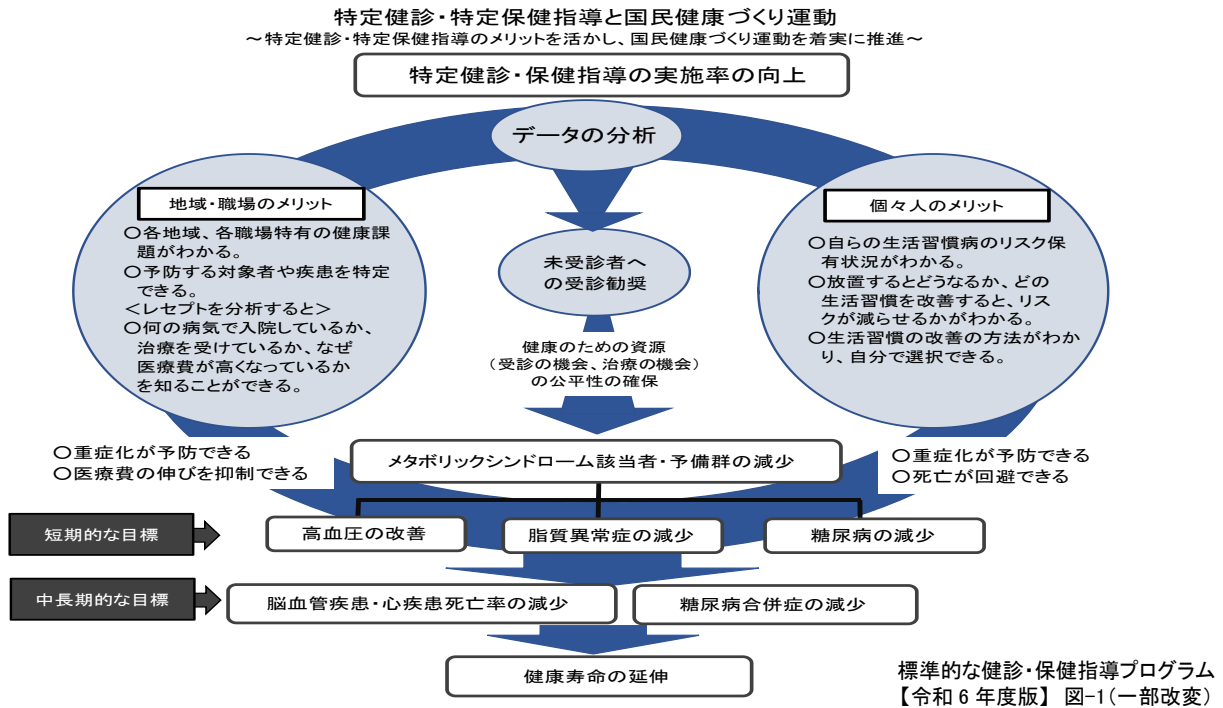
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことにより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第 2 期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病性腎症に着目することとする。

※ 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被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

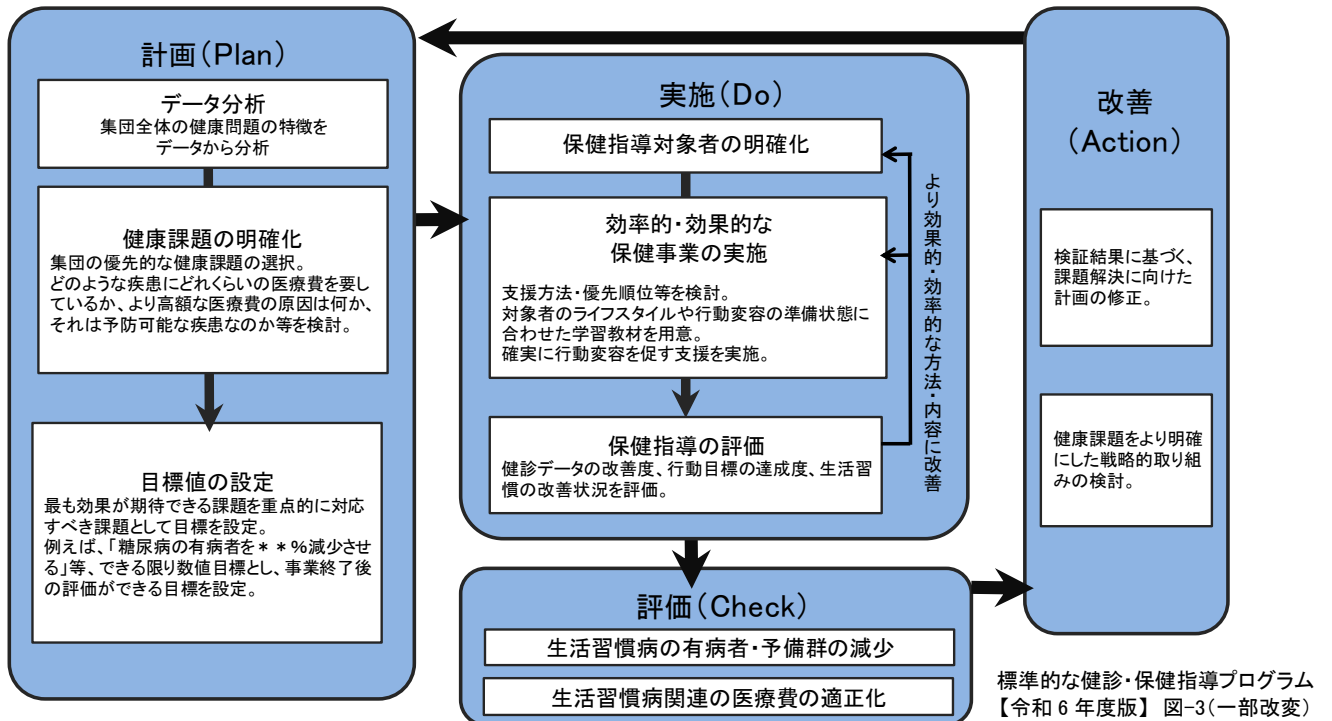


図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



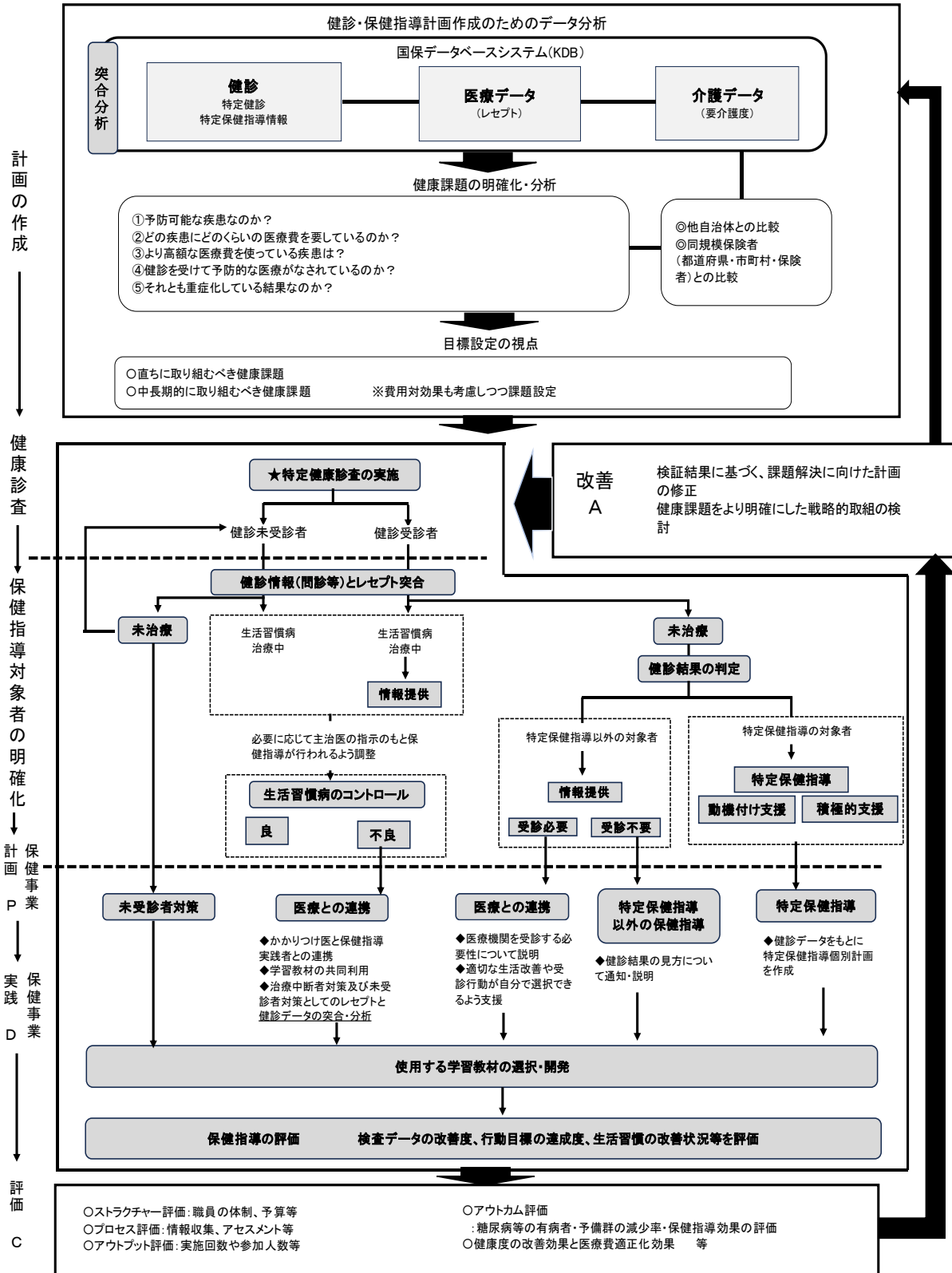
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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)



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

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

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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)

→

行動変容を促す手法

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

本計画の期間は、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) 長与町国保の役割

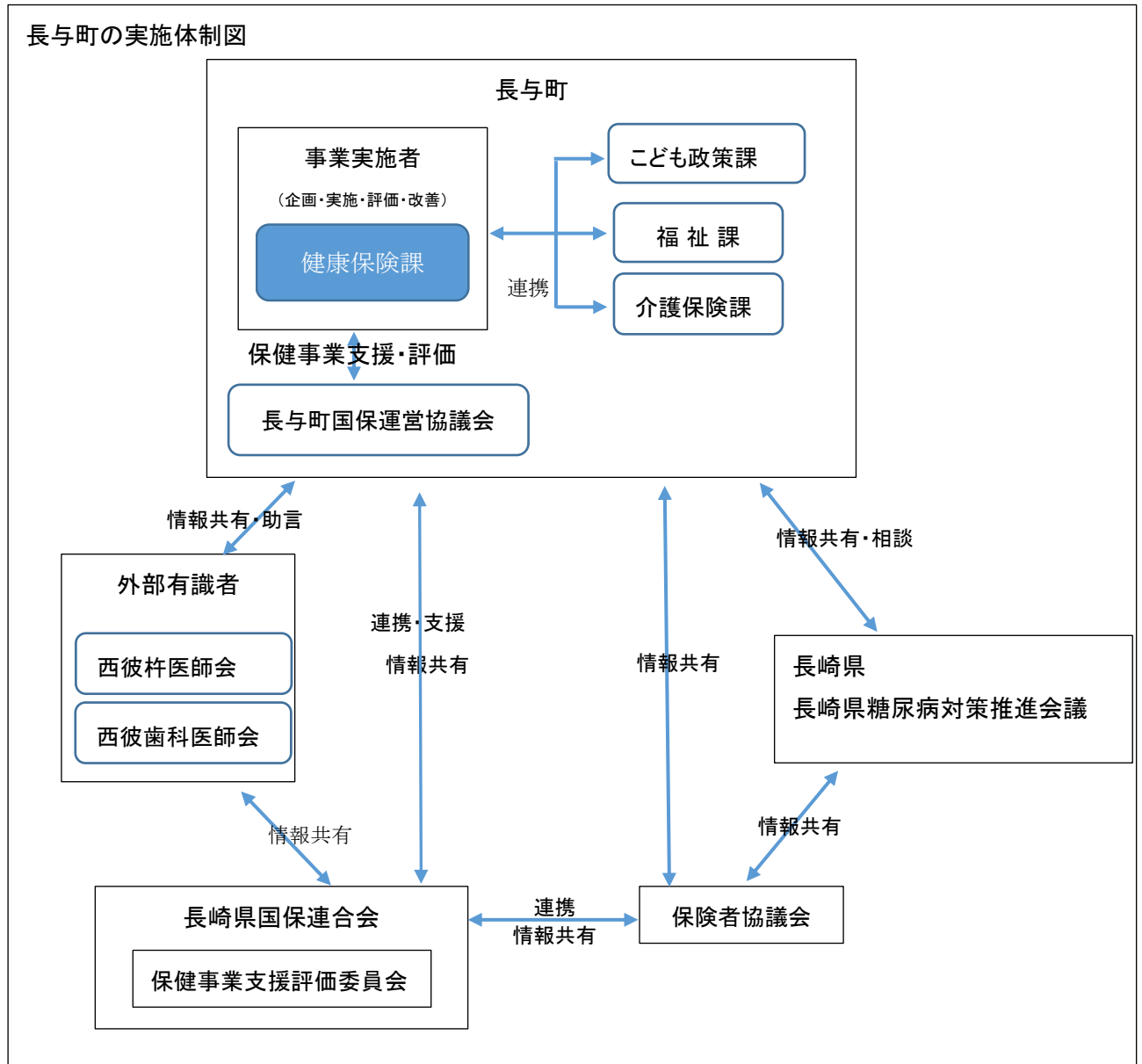
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るため、健康の保持増進に係る部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、策定等を進めました。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要

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、こども政策課、福祉課、介護保険課と実態の共有など連携を図っていきます。

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・チームの業務を明確化・標準化するとともに、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など、体制を整えます。（図表 6）

図表 6 長与町の実施体制図



2) 関係機関との連携

本計画の実効性を高めるためには、計画の策定から評価までの一連のプロセスにおいて、関係機関との連携・協力が重要です。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である長崎県のほか、長崎県国保連合会、西彼杵医師会、西彼歯科医師会、保険者協議会、長崎県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の社会資源等と連携、協力します。

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

3) 被保険者との関わり

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の重要性を理解し、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、被保険者も参画する国保運営協議会において、計画策定に関する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や健康づくりの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国が交付金を交付する制度として、平成 30 年度から本格的に実施されています。(取組評価分)

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分を創設し、「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しています(事業費分・事業費連動分)。

保険者努力支援制度は、健康増進と医療費適正化に取り組むことで、交付額が傾斜配分される制度で、特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上や生活習慣病の発症・重症化予防の取組、保険料(税)収納率向上に関する取組の実施状況を高く評価する配点となっています。毎年の実績や実施状況を見ながら配点の見直しが行われており、全国順位が毎年公表されています。当町は、令和 4 年度では全国 1,741 市町村中 41 位(県内 21 市町中 1 位)で 1,799 万円交付されました。(図表 7)

計画に沿って質の高い保健事業を展開するためには、保険者努力支援制度の財源が必要不可欠であることから、今度も、本制度を積極的かつ効果的・効率的に活用していきます。

図表 7 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	
			長与町	配点	長与町	配点	長与町	配点
交付額(万円)			1,454		1,751		1,799	
県内順位(21市町中)			15位		1位		1位	
全国順位(1,741市町村中)			588位		38位		41位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	55	70	45	70	45	70
		(2)特定保健指導実施率	0	70	70	70	70	70
		(3)メタリックントローム該当者・予備群の減少率	15	50	15	50	20	50
	②	(1)がん検診受診率等	5	40	40	40	40	40
		(2)歯科健診受診率等	18	30	15	30	10	35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	110	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	90	90	45	60	45	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供	20	20	15		20	20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	60	100	60	100	75	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	20	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	31	50	43	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	83	95	75	100	85	100
合計点			611	1,000	771	960	758	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. 第2期計画に係る評価

1) 保険者の特性

本町は、人口約4万人で、高齢化率は令和2年国勢調査で27.3%でした。同規模市町村、県、国と比較すると高齢者の割合、死亡率は低く、出生率、財政指数は県、国と比較すると高い町となっています。

産業においては、第3次産業が77.5%と同規模と比較しても高い状況にあります。また、被保険者の平均年齢は56.4歳となっており、同規模、県と比較しても高い状況です。(図表8)

図表8 同規模・県・国と比較した長与町の特性

	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
長与町	40,644	27.3	7,376 (18.1)	56.4	8.4	8.4	0.7	3.2	19.3	77.5
同規模	--	29.1	20.6	54.2	6.8	10.7	0.7	5.4	28.7	66.0
県	--	33.1	24.1	54.2	7.1	13.6	0.4	7.7	20.1	72.2
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

※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、長与町と同規模保険者(147市町)の平均値を表す

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

本町における死亡の状況を見ると、標準化死亡比は平成30年度と令和3年度を比較すると男女ともに高くなっていますが、65歳未満死亡の割合は減少しています。

死因別でみると、一番多いがんが半数以上を占めており、心臓病、糖尿病、自殺の割合が増加しています。(図表9)

図表9 長与町における死亡の状況

項目			長与町			
			H30年度		R3年度	
			実数	割合	実数	割合
死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	85.1		87.3	
		女性	80.5		84.6	
	死因	がん	109	57.7	111	57.5
		心臓病	39	20.6	41	21.2
		脳疾患	30	15.9	20	10.4
		糖尿病	0	0.0	4	2.1
		腎不全	6	3.2	6	3.1
自殺	5	2.6	11	5.7		
早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計	33	10.3	25	6.8	
	男性	23	13.1	18	9.2	
	女性	11	7.1	7	4.1	

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

国保加入率は 18.1%、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 51.7%を占めているため、今後も生活習慣病有病者が増加する懸念があります。(図表 10)

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4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	8,220		7,989		7,919		7,711		7,376	
65～74歳	4,047	49.2	4,000	50.0	4,052	51.2	4,035	52.3	3,815	51.7
40～64歳	2,472	30.1	2,385	29.9	2,307	29.1	2,225	28.9	2,166	29.4
39歳以下	1,701	20.7	1,604	20.1	1,560	19.7	1,451	18.8	1,395	18.9
加入率	19.4		18.8		18.7		18.2		18.1	

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

令和 2 年度時点で、本町には 2 つの病院と 42 の診療所があり、病床数・医師数は同規模と比較すると少ないですが、診療所数は同規模・県ともに多いこと、また近隣の長崎市には中核病院も多いことから、外来患者数は同規模と比較して高い傾向にあり、入院患者数も年々増加傾向にあります。(図表 11)

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R1年度		R2年度		参考		
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県	
							割合	割合	
病院数	2	0.3	2	0.2	2	0.3	0.3	0.5	
診療所数	38	4.8	40	5.2	42	5.7	3.1	4.3	
病床数	240	30.3	240	31.2	240	32.5	56.1	82.0	
医師数	62	7.8	62	8.0	63	8.5	11.1	14.0	
外来患者数	880.7		885.9		851.4		716.1		743.9
入院患者数	20.6		21.3		22.0		19.2		27.2

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

2) 計画の達成状況

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、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)の患者数の推移を設定しました。

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、高血圧、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病(CKD)の重症化予防事業の改善率を設定しました。

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)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 30 人(認定率 0.22%)、1 号(65 歳以上)被保険者で 1,856 人(認定率 16.7%)と同規模・県・国と比較すると低く、平成 30 年度と比べると人数は増えているものの割合は若干減少で推移しています。(図表 12)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	長与町				同規模 R4年度	県 R4年度	国 R4年度
	H30年度		R4年度				
高齢化率	9,890人	23.3%	11,105人	27.3%	29.1%	33.1%	28.7%
2号認定者(40-64歳)	38人	0.26%	30人	0.22%	0.35%	0.38%	0.38%
新規認定者	11人		8人		--	--	--
1号認定者(65歳以上)	1,798人	18.2%	1,856人	16.7%	17.0%	20.5%	19.4%
新規認定者	220人		267人		--	--	--
再掲 65~74歳	164人	3.2%	166人	2.9%	--	--	--
新規認定者	29人		39人		--	--	--
75歳以上	1,634人	34.9%	1,690人	31.1%	--	--	--
新規認定者	191人		228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

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行しているため、75歳以上の認定者割合は減少しているものの、人数は横ばいで推移し(図表 12)、介護給付費は、約 24 億円から約 26 億円と増加しています。(図表 13)

図表 13 介護給付費の変化

	長与町		同規模 R4年度	県 R4年度	国 R4年度
	H30年度	R4年度			
総給付費	24億4788万円	26億4856万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	247,510	238,502	259,723	310,443	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	58,015	60,677	63,000	69,584	59,662
居宅サービス	43,861	47,797	41,449	49,376	41,272
施設サービス	290,940	304,394	292,001	298,997	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

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、どの年代でも脳卒中が上位を占めており、第 2 号被保険者、第 1 号被保険者ともに 5 割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、74 歳以下で約 6 割以上、75 歳以上になると 9 割を超え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 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(令和4年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		30		166		1,690		1,856		1,886		
再)国保・後期		18		135		1,632		1,767		1,785		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器疾患	1	脳卒中	9 50.0%	脳卒中	50 37.0%	脳卒中	858 52.6%	脳卒中	908 51.4%	脳卒中	917 51.4%
		2	腎不全	4 22.2%	虚血性 心疾患	33 24.4%	虚血性 心疾患	836 51.2%	虚血性 心疾患	869 49.2%	虚血性 心疾患	872 48.9%
		3	虚血性 心疾患	3 16.7%	腎不全	27 20.0%	腎不全	501 30.7%	腎不全	528 29.9%	腎不全	532 29.8%
	合併症	4	糖尿病 合併症	4 22.2%	糖尿病 合併症	18 13.3%	糖尿病 合併症	257 15.7%	糖尿病 合併症	275 15.6%	糖尿病 合併症	279 15.6%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		13 72.2%	基礎疾患	85 63.0%	基礎疾患	1,585 97.1%	基礎疾患	1,670 94.5%	基礎疾患	1,683 94.3%	
	血管疾患合計		13 72.2%	合計	85 63.0%	合計	1,601 98.1%	合計	1,686 95.4%	合計	1,699 95.2%	
	認知症		2 11.1%	認知症	30 22.2%	認知症	926 56.7%	認知症	956 54.1%	認知症	958 53.7%	
	筋・骨格疾患		10 55.6%	筋骨格系	86 63.7%	筋骨格系	1,582 96.9%	筋骨格系	1,668 94.4%	筋骨格系	1,678 94.0%	

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

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少しているにもかかわらず総医療費は 2.7 億円増加しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 8 万円高く、平成 30 年度と比較しても約 8 万円増加しています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3%未満にもかかわらず、医療費全体の約 42%を占めており、1 件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較しても約 7 万円高くなっています。(図表 15)

図表 15 医療費の推移

	長与町		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数(人)	8,220人	7,376人	--	--	--
前期高齢者割合	4,047人 (49.2%)	3,815人 (51.7%)	--	--	--
総医療費	29億7932万円	32億5072万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)	362,448	440,716	361,243	411,157	339,680
	県内16位 同規模36位				
入院	1件あたり費用額(円)	569,090	634,860	613,590	564,870
	費用の割合	39.4	42.8	40.4	46.5
	件数の割合	2.3	2.6	2.6	3.5
外来	1件あたり費用額	20,460	22,860	24,230	23,780
	費用の割合	60.6	57.2	59.6	53.5
	件数の割合	97.7	97.4	97.4	96.5
受診率	901.276	-	735.303	771.133	705.439

※同規模順位は長与町と同規模保険者 147 市町村の平均値を表す 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

年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の1を超えています。国保・後期ともに外来は全国上位の県平均よりも高く、国保・後期の入院・外来全てにおいて、平成30年度よりも伸びています。

一人あたり医療費の地域差を広げないためには、入院を抑制するために重症化を防ぐこと、外来においても予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。(図表16)

図表 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			
	長与町 (県内21市町中)		県 (47都道府県中)	長与町 (県内21市町中)		県 (47都道府県中)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指数・順位	全体	1.042	1.083	1.161	1.221	1.251	1.168
		(17位)	(13位)	(6位)	(4位)	(3位)	(3位)
	入院	0.966	1.041	1.366	1.269	1.295	1.297
		(21位)	(20位)	(4位)	(10位)	(9位)	(4位)
	外来	1.079	1.100	1.025	1.160	1.192	1.036
		(3位)	(3位)	(15位)	(3位)	(3位)	(9位)

出典:厚労省「地域差分析」

③中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患)の令和4年度の医療費合計、総医療費に占める割合が、平成30年度と比較すると増加しております。

心疾患について割合は減少していますが、脳血管疾患、腎疾患においては平成30年度より伸びており、同規模よりも高くなっています。(図表17)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			長与町		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			29億7932万円	32億5072万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			2億4914万円	2億7880万円	--	--	--
			8.36%	8.58%	8.08%	8.86%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.74%	2.08%	2.01%	1.93%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.77%	1.09%	1.52%	1.37%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.71%	5.06%	4.24%	5.27%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.14%	0.33%	0.31%	0.29%	0.29%
そ 疾 患 の 他 の	悪性新生物		15.83%	19.23%	16.85%	15.50%	16.69%
	筋・骨疾患		10.42%	10.54%	8.78%	9.25%	8.68%
	精神疾患		6.19%	6.43%	7.71%	9.41%	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。

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況について平成 30 年度と令和 4 年度を比較してみると、脳血管疾患、虚血性心疾患の患者数及び被保険者数に対する割合は減少していますが、人工透析については微増しています。

また、年齢階層別にみると、40～64 歳の若年層での虚血性心疾患、人工透析の割合が増加しています。(図表 18)

透析導入原疾患1位の糖尿病性腎臓病、長崎県でも増加している腎硬化症を予防するため、その原因となる糖尿病、高血圧等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が特に若年層に向けて重点的に行うことが重要であると考えます。

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者(人) 0～74歳	A	8,220	7,376	a	691	593	797	707	35	42	
				a/A	8.4%	8.0%	9.7%	9.6%	0.4%	0.6%	
40歳以上	B	6,519	5,981	b	685	587	785	701	35	39	
	B/A	79.3%	81.1%	b/B	10.5%	9.8%	12.0%	11.7%	0.5%	0.7%	
再掲	40～64歳	C	2,472	2,166	c	120	93	128	128	11	17
	65～74歳	D	4,047	3,815	d	565	494	657	573	24	22

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

全体的に増加している人工透析について分析してみると、令和4年度新規透析患者数10名のうち、4名が、国保加入時期に特定疾病(人工透析)の申請を行っており、残りの6名は特定健診未受診者となっています。(図表19)

重症化予防事業以外にも、健診受診率向上やポピュレーションアプローチも併せて行っていくことが大切です。

図表19 新規透析導入患者数推移

	合計	国保加入時に人工透析の申請	長与町特定健診対象者		
			重症化予防対象者	健診受診時腎不全	特定健診未受診者
H30年度	7	3	0	1	3
R1年度	6	4	0	1	1
R2年度	6	3	1	0	2
R3年度	5	2	2	0	1
R4年度	10	4	0	0	4

健診受診勧奨対象者

↑ ポピュレーションアプローチ・他保険者(協会けんぽ等)

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えており、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患は横ばいであるものの、人工透析の割合は増えています。(図表20.21.22)

脳血管疾患、虚血性心疾患においては、受診治療などの自己管理や特定健診結果からの保健指導が重症化予防につながっていることが考えられますが、糖尿病性腎症、人工透析においてはさらなる分析、取組が必要です。

図表20 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	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
高血圧症治療者(人)		A	2,989	2,865	646	596	2,343	2,269
		A/被保数	45.9%	47.9%	26.1%	27.5%	57.9%	59.5%
(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	340	318	48	43	292	275
		B/A	11.4%	11.1%	7.4%	7.2%	12.5%	12.1%
	虚血性心疾患	C	552	517	85	91	467	426
		C/A	18.5%	18.0%	13.2%	15.3%	19.9%	18.8%
	人工透析	D	32	38	11	16	21	22
		D/A	1.1%	1.3%	1.7%	2.7%	0.9%	1.0%

出典: KDB システム 疾病管理一覧(高血圧症)
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 21 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	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者(人)		A	1,852	1,811	412	401	1,440	1,410
		A/被保数	28.4%	30.3%	16.7%	18.5%	35.6%	37.0%
(中長期 合併症 目 標 疾 患)	脳血管疾患	B	246	226	33	30	213	196
		B/A	13.3%	12.5%	8.0%	7.5%	14.8%	13.9%
	虚血性心疾患	C	400	391	57	75	343	316
		C/A	21.6%	21.6%	13.8%	18.7%	23.8%	22.4%
	人工透析	D	17	23	3	10	14	13
		D/A	0.9%	1.3%	0.7%	2.5%	1.0%	0.9%
糖尿病 合併 症	糖尿病性腎症	E	162	175	34	37	128	138
		E/A	8.7%	9.7%	8.3%	9.2%	8.9%	9.8%
	糖尿病性網膜症	F	206	213	34	47	172	166
		F/A	11.1%	11.8%	8.3%	11.7%	11.9%	11.8%
	糖尿病性神経障害	G	63	49	15	18	48	31
		G/A	3.4%	2.7%	3.6%	4.5%	3.3%	2.2%

出典：KDB システム_疾病管理一覧(糖尿病)
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 22 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	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者(人)		A	2,366	2,406	536	561	1,830	1,845
		A/被保数	36.3%	40.2%	21.7%	25.9%	45.2%	48.4%
(中長期 合併症 目 標 疾 患)	脳血管疾患	B	254	248	32	38	222	210
		B/A	10.7%	10.3%	6.0%	6.8%	12.1%	11.4%
	虚血性心疾患	C	477	469	66	83	411	386
		C/A	20.2%	19.5%	12.3%	14.8%	22.5%	20.9%
	人工透析	D	15	20	5	8	10	12
		D/A	0.6%	0.8%	0.9%	1.4%	0.5%	0.7%

出典：KDB システム_疾病管理一覧(脂質異常症)
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

健診結果から高血圧・糖尿病該当者を平成 30 年度と令和 3 年度で比較してみたところ、有所見者の割合は減少してきており、同規模比較でも平均を下回っている状況です。

また、健診後医療につながったかレセプトと突合したところ、高血圧未治療者が約 30.3%、治療中断者は 9.2%でした。糖尿病未治療者が 4%、治療中断の割合が 6.1%と高血圧・糖尿病ともに治療中断の割合が同規模と比較し、非常に高くなっています。(図表 23)

治療中断者の割合が高いことは、前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は増えている要因にもつながりますので、継続受診の指導についても併せて行ってい

くことが大切です。

特定健診受診率が頭打ち状態となっている中、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 23 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		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4~R4.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E				
長与町	2,956	49.1%	2,851	49.7%	170	5.8%	92	54.1%	142	5.0%	83	58.5%	43	30.3%	13	9.2%
同規模合計	1,362,582	39.0%	1,216,343	36.9%	73,619	5.4%	42,432	57.6%	74,105	6.1%	43,019	58.1%	26,617	35.9%	3,693	5.0%

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4~R4.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K				
長与町	2,888	97.7%	2,837	99.5%	152	5.3%	33	21.7%	131	4.6%	34	26.0%	6	4.6%	8	6.1%
同規模合計	1,344,224	98.7%	1,207,146	99.2%	63,812	4.7%	17,755	27.8%	61,826	5.1%	16,349	26.4%	4,064	6.6%	1,905	3.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が重複した病態を指し、その危険因子が軽度であっても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、1.3%増加しており、3 項目すべての危険因子が重なっている割合は横ばいとなっておりますが、2 項目の危険因子が重なっている割合は増加しています。(図表 24)

図表 24 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	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	3,138 (52.2%)	587 (18.7%)	202 (6.4%)	385 (12.3%)	352 (11.2%)
R4年度	2,836 (51.7%)	568 (20.0%)	182 (6.4%)	386 (13.6%)	317 (11.2%)

出典：ヘルスサポートラボツール (特定健診結果)

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、いずれも割合は減少しているものの、翌年度の結果を見ると、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上の改善率が減少し、悪化の割合が上がっています。その要因として、新型コロナウイルス感染症予防のため、直接指導ができず、電話での確認や手紙などの情報提供で終了するケースが多かったことが挙げられます。(初回対面実施の割合：H30 年度 84%、R3 年度 47.1%)

また、翌年度の健診未受診者がいずれも 3 割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、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 25.26.27)

図表 25 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			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R1年度	302 (9.9%)	76 (25.2%)	116 (38.4%)	32 (10.6%)	78 (25.8%)
R3→R4年度	273 (9.4%)	67 (24.5%)	91 (33.3%)	39 (14.3%)	76 (27.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール(特定健診結果)

図表 26 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			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R1年度	170 (5.4%)	100 (58.8%)	19 (11.2%)	2 (1.2%)	49 (28.8%)
R3→R4年度	142 (4.9%)	69 (48.6%)	25 (17.6%)	10 (7.0%)	38 (26.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール(特定健診結果)

図表 27 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			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R1年度	326 (10.4%)	145 (44.5%)	71 (21.8%)	22 (6.7%)	88 (27.0%)
R3→R4年度	251 (8.6%)	120 (47.8%)	49 (19.5%)	13 (5.2%)	69 (27.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール(特定健診結果)

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 年度には 49.1%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和 2 年度は受診率が低下し、令和 3 年度から持ち直したものの、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。

特定保健指導については、令和 4 年度は平成 30 年度の 44.1%から 75.8%に上昇し、目標値でもある 60%を上回っているため、維持できるよう体制を整えていく必要があります。生活習慣病は自覚

症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。(図表 28)

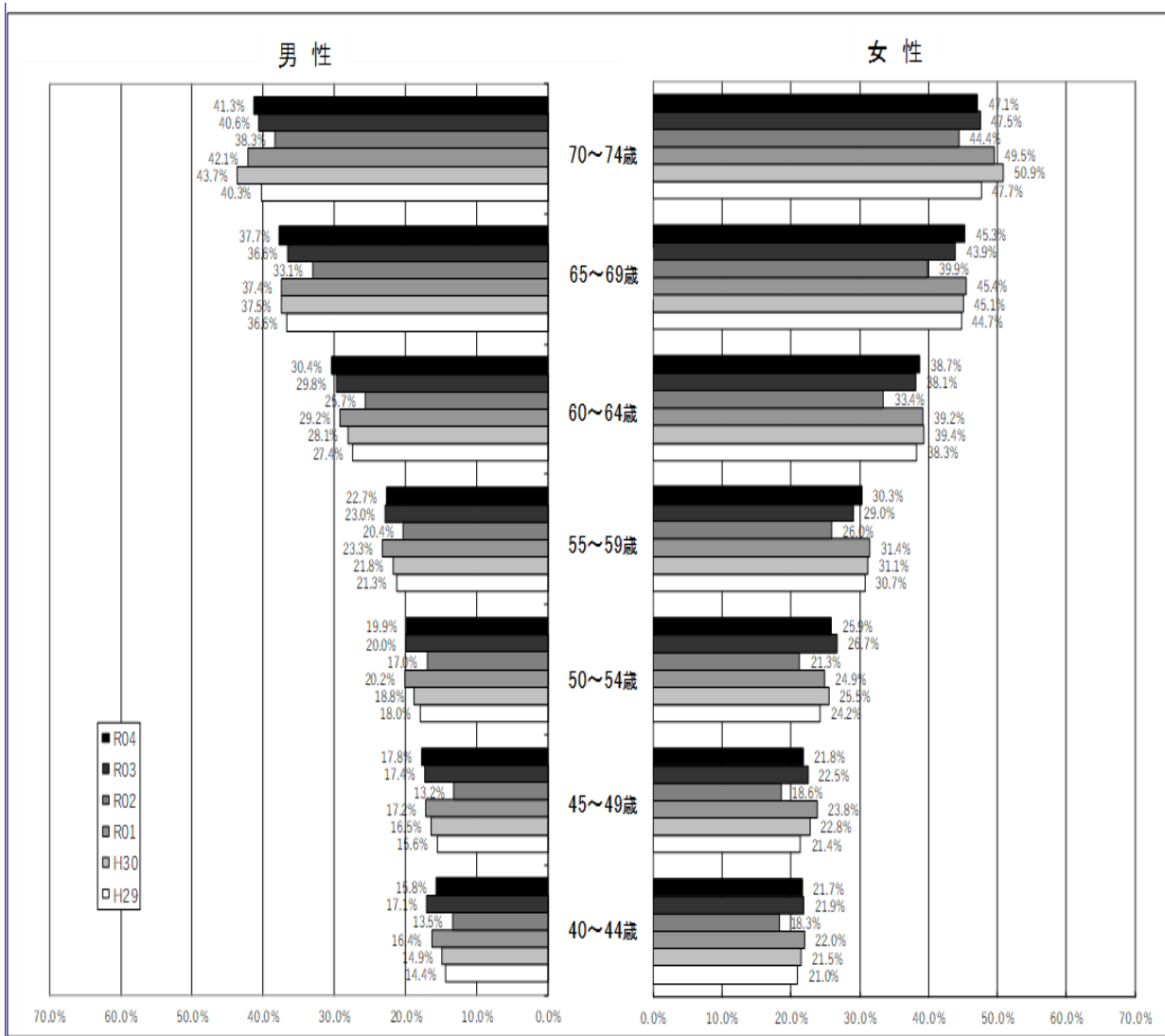
図表 28 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	2,956	2,878	2,535	2,851	2707	健診受診率 60%
	受診率	49.1%	49.1%	43.5%	49.7%	49.4%	
特定保健指導	該当者数	299	283	197	227	240	特定保健指導 実施率 60%
	割合	10.1%	9.8%	7.8%	8.0%	8.9%	
	実施者数	132	161	142	171	182	
	実施率	44.1%	56.9%	72.1%	75.3%	75.8%	

出典：特定健診法定報告データ

これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 29)

図表 29 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

3) 主な個別事業の評価と課題

(1) 特定健診受診勧奨事業の取組(特定健診受診対策)

目的: 特定健診の受診率が上がることで被保険者の健康状態の経年的な把握が可能となり、地域の持つ健康課題がより明らかになる。また、事業対象者が年に1回健診を受ける習慣をつけることを目的とする。

対象者: 40歳から74歳までの長与町国民健康保険被保険者のうち40歳から74歳の町民

<事業内容>

- ・特定健診対象者へ受診券の発送(5月初旬)を行う
 - ・個別健診・集団健診にてがん検診と同時実施する
 - ・人間ドック・脳ドック助成を行う
 - ・年度で2回程度未受診者へ対する受診勧奨ハガキを送付する
- ハガキ勧奨後、受診勧奨リストに基づき優先順位の高い順で保健師等により、電話勧奨を実施する
- ・個人(国保で特定健診の結果を提出した者)へのインセンティブ(健康ポイント事業でのポイント付与)を行う
 - ・必要時に健康保険課内での受診勧奨事業打ち合わせを行う

<実施体制>

健康保険課健康増進係、健康保険課保険係で年に2~3回程度特定健診に関する事務打ち合わせのほか、随時データのやり取り等を通じて連携しています。

令和3年度から民間業者へ受診勧奨事業の一部を委託し、対象者の分類、明確化を行い、優先度の高い対象者へ電話勧奨を行っています。

図表 30 評価(実績) 特定健診受診率(法定報告値)

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	2,956	2,878	2,535	2,851	2,707	健診受診率 60%
	受診率	49.1%	49.1%	43.5%	49.7%	49.4%	

実施結果

令和3年度より、県の委託事業を活用した受診勧奨事業を実施しました。令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響もあり、受診率は落ちていたものの、委託先支援もあり、令和3年度から新型コロナウイルス感染症流行前の状況に戻っています。令和3年度が本町の受診率の中で高水準でしたが、令和4年度健診受診率は前年度同時期と比較し減少傾向となっています。

図表 31 特定健診受診勧奨事業評価指標

評価指標		目標値	結果(R4)	達成率(%)
ストラクチャー	受診勧奨実施職員の確保	3人	3人	100%
プロセス	スタッフ打合せの実施	2回	5回	250%
アウトプット	未受診者への受診勧奨通知	3回	2回	66.7%
アウトカム	健診受診率	60.0%	49.4%	82.3%

評価

・受診勧奨実施職員の確保:達成

毎年受診勧奨を行っている保健師臨時職員を3名確保することができました。

・スタッフ打合せの実施:達成

定期的なスタッフ打ち合わせを実施し、受診率向上のための未受診者の情報共有等を図ることができました。

・未受診者への受診勧奨通知:未達成

当初は3回を予定していましたが、業務を外部委託したことで郵送料等の問題があり、年2回の受診勧奨ハガキ送付となりました。また、業務を外部委託したことにより民間のノウハウを活用したAI分析やハイリスク資材を使用した効果的な受診勧奨を行うことができました。

・健診受診率:未達成

健診受診率は令和3年度時点で過去最高の49.7%まで上昇したが、目標の60%には届いていません。

事業の方向性

健診受診率は新型コロナウイルス感染症の影響で一時減少したものの、令和3年度からは回復しています。しかし、依然5割が特定健診未受診です。

今後、受診率の高い世代が後期高齢者医療保険へ移行していくため、受診率に大きく影響することが想定されます。対策としてボリュームゾーンである60代、また健康への関心が比較的低い若年層(40-50代)へ個別のみならず、様々な場面での効果的な受診勧奨強化が必要です。

また、本町では医療機関を受診しているものの、特定健診未受診者(治療中未受診者)が多く存在し、医療機関への協力依頼や本人への情報提供を強化していく必要があります。

(2) 特定保健指導の取組

目的: 特定保健指導は生活習慣病予防のため、内臓脂肪型肥満に着目して行う保健指導。

保健指導率が向上し、健診受診者本人が健診結果を保健師等の専門職と一緒に確認する機会を設けることで、自分の検査結果と生活習慣をつなげて考える機会となり、行動変容が期待できる。また、被保険者一人ひとりが疾患や体の中で起きていることに関する知識をつけることで、疾患リスクに早期に気づき、大きな合併症を引き起こすことを防ぐことができる。

特定保健指導未利用者へ、個別にアプローチを行うことで未利用者を減らし、結果、保健指導実施率上昇を目指すことを目的とする。

対象者: 特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム予備群および該当者

(糖尿病・高血圧・脂質異常症の薬を服用していない者)

<事業内容>

○毎月

・月に1度健康管理システムより、保健指導対象者を抽出する

- ① 対象者の経年表・構造図・発送書類を準備、あわせてレセプトを確認する
- ② 対象者へ特定保健指導の案内と健診結果を送付し、対象者本人からの連絡を待つ
- ③ 保健指導実施場所については、対象者の希望に沿えるように対応。時間が取れない対象者に対し、ビデオ通話の体制を継続して実施する
- ④ 面談もしくは訪問等にて保健指導を実施する
- ⑤ 対象者別にカルテを作成、初回面接、最終面接日、生活習慣の改善状況等を記入し、台帳管理を行う
- ⑥ ③で案内送付後、約1週間経過しても返答がなかった対象者へは、地区別に、日中直接家庭訪問を実施し、保健指導を行う
訪問しても本人に会えない場合は、電話連絡を行い、保健指導実施へ繋げていく。いずれも、平日→平日夜間→土日祝日の順に介入する
- ⑦ 保健指導拒否者については、拒否理由を把握する

○随時

・集団健診受診者については、結果説明会を実施し、初回面談をあわせて行っている。
・保健指導の一部として、集団での運動教室(減る脂～教室)を開催。運動希望者に案内を行う。

○翌年度以降

・健診結果の改善は、次年度の健診結果から階層化レベル、健診結果の変化を確認し評価を行う。

<実施体制>

・新型コロナウイルス感染症が5類感染症となったことに伴い、直接訪問を積極的に行う。
また、保健師・管理栄養士の2名で地区分担を導入し保健指導を実施することで、効果的な保健指導を目指していく。
・月に1回スタッフカンファレンスを行い、スキルアップのための学習会、また対象ケースの進捗状況や困難事例などの情報共有を行う。

図表 32 評価(実績) 特定保健指導実施率(法定報告値)

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定保健 指導	該当者数	299	283	197	227	240	特定保健指 導実施率 60%
	割合	10.1%	9.8%	7.8%	8.0%	8.9%	
	実施者数	132	161	142	171	182	
	実施率	44.1%	56.9%	72.1%	75.3%	75.8%	

実施結果

令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で、受診率が落ちたことに伴い、特定保健指対象者数も減少していましたが、令和3年度からは受診率も回復し、それに伴い特定保健指導対象者も少しずつ増加してきています。令和2年度からは専任の会計年度任用職員が事務作業を一括して行い、また台帳管理にしたことで特定保健指導実施率は増加傾向となりました。

また、訪問指導を充実させるために、会計年度任用職員の勤務時間拡大も図り、実施率の維持ができています。

図表 33 特定保健指導終了率と改善率の向上事業評価指標

評価指標		目標値	結果(R4)	達成率(%)
ストラクチャー	保健指導従事者の確保	6人	7人	116.7%
プロセス	スタッフカンファレンスの実施	12回	12回	100%
アウトプット	保健指導未利用者への保健指導利用勧奨	80% (未利用者のうち)	71.4%	89.3%
アウトカム	保健指導実施率	60%	75.8%	126.3%

評価

- ・保健指導従事者の確保:達成
今年度より専門職による業務等を見直し、保健指導従事者の確保を図りました。
- ・スタッフカンファレンスの実施:達成
定例的に月1回のスタッフ会議を実施。業務の見直しやケース検討、情報共有を行いました。
- ・保健指導未利用者への保健指導利用勧奨:未達成
未利用者へ電話・訪問勧奨を行い、保健指導利用につながるようアプローチを行っています。
- ・保健指導実施率:達成
目標値を大きく超える結果となりました。

事業の方向性

引き続き、特定保健指導未利用者に対して実施率を上げていくために、個別のアプローチ方法の検討や、初回拒否者へのアプローチについて工夫検討する必要があります。また、特定健診は特定保健指導とセットであることを住民に周知を図ること、同時に健診医療機関である医師会へも協力をあおぐ必要性があります。

(3)重症化予防事業(虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎臓病等の減少)

目的:本町が実施する健康診査等の結果、疾病リスクの高い者に対し、症状の進行及び虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎臓病、その他の慢性腎臓病(CKD)等の発症を抑え、重症化を予防する。

対象者基準 特定健康診査や持込データ、情報提供から対象者を抽出

- ①糖尿病:HbA1c7.0%以上の者(80歳未満)
- ②高血圧:Ⅱ度高血圧以上(160/100mmHg以上)の者(70歳未満)
- ③LDL-C:180mg/dl以上の者(70歳未満)
- ④CKD:(40~59歳)eGFR60未満または、尿蛋白2+以上の者
(60~69歳)eGFR50未満または、尿蛋白2+以上の者
(70~79歳)eGFR45未満または、尿蛋白2+以上の者

<事業内容>

○毎月

- ・健康管理システムより対象者を抽出し、対象者一覧、経年表を作成する。
- ・担当者介入前に、長与町内特定健診受診医療機関へ対象者についての情報共有、介入の有無の確認をする。
- ・担当は地区分担とし、担当者がレセプトの確認、カルテ作成、指導用資料を準備する。
- ・スタッフカンファレンスを行い、保健指導の力量形成・情報共有・ケース検討を行う。

○随時

- ・対象者へ面談や訪問など初回面談を実施し、カルテ・対象者台帳に記録をする。
(継続支援が必要な対象者には引き続き支援を行う。)
- ・定期的な保健指導が必要な場合は主治医または健診を実施した医師の指示のもと、訪問または電話により保健指導を行う。疾病の理解を促し、自分の状態を知ること、対象者が自ら問題に気づき行動変容につながるよう資料等を用いて説明し、必要時は対象者にあつた運動教室や予防教室等を紹介。保健指導を実施し、必要な場合は主治医へ状況を報告し、次回の指導に向けて主治医と情報共有を行う。
- ・3~6か月後に終了面談を行う。
- ・対象者の選定・情報共有を行う。

○3か月に1回

- ・受診勧奨者のレセプトを初回面談の3ヶ月後に確認し、受診していない場合は再度受診勧奨を行う。

○翌年度以降

次年度の健診結果にて個人の評価を行う。

評価指標

HbA1c:+0.3%悪化、-0.3%改善 その他維持

血圧:Ⅱ度Ⅲ度から変化状況

CKD:eGFR-2以上悪化 +2以上、横ばいを改善

LDL:-10以上改善、+10以上を悪化、その他を維持

実施結果

- ・毎月、対象者抽出後、訪問前に事前に町内健診医療機関医師と情報共有を行い、面談・訪問を実施しました。対象者のうち、連絡が取れないこともあったが、直接郵送や時間外に電話をかけることで対応しました。
- ・困難事例等に関しては、スタッフカンファレンスのケース検討会等で協議を行い、情報共有を図りました。
- ・令和4年度実績は対象者の内、保健指導実施者数は359人(92.8%)となっています。

図表 34 重症化予防事業評価指標

評価指標		目標値	結果(R4)	達成率(%)
ストラクチャー	受診勧奨実施職員の確保	7人	7人	100%
プロセス	スタッフカンファレンスの実施	12回	12回	100%
アウトプット	保健指導実施率	100%	92.8%	92.8%

図表 35 重症化予防事業評価指標(アウトカム評価)

	目標値	R2	R3	達成率(R3)
HbA1c	改善率 60%以上	39.4%	52.1%	86.8%
eGFR・尿蛋白		70.1%	75.1%	125.1%
血圧		72.1%	74.0%	120.0%
LDL		84.0%	77.4%	129.0%

※令和4年度評価は令和5年度の健診結果がそろわないと評価できない為、令和3年度で評価

評価

- ・訪問実施指導員の確保:達成
保健指導専任の専門職を配置。医療機関連携についても、業務に携わってもらっており、マンパワーの確保に努めています。
- ・スタッフカンファレンスの実施:達成
定期的に従事者スタッフ間でカンファレンスを実施しました。
- ・保健指導実施率:達成
対象者抽出後、担当を割り振り、保健指導を実施しました。
- ・令和3年度事業対象者のうち令和4年度健診で値が改善した者の割合:未達成
HbA1c(糖尿病)のみ未達成。糖尿病は内服のみならず、食生活・生活習慣が大きく影響する疾患であるため、継続的な支援が必要となります。また、連絡がとれないケースや、拒否者等もいるため保健指導実施に繋がるよう支援を検討していく必要があります。

事業の方向性

訪問や電話等での介入と連絡票・糖尿病連携手帳を活用した、かかりつけ医との連携をさらに進めていき、行政・病院でのアプローチが必要です。また、未受診者を台帳で管理し、レセプト確認を1か月に1度、担当者で行うことで受診勧奨の漏れをなくします。

連絡がつかない対象者へ土日や夜間などに連絡をしていますが、特に若年層へ連絡が取れないことが多いため、対象者にあわせたアプローチ方法を検討していく必要性があります。

また、支援が必要な対象者には医療機関と連携をとりながら細やかな関わりが必要となります。

(4) 糖尿病性腎臓病重症化予防事業の取組

目的:糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・糖尿病治療中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(以下、「ハイリスク者」という)に対して長与町が医療機関と連携して保健指導等を行い、人工透析への移行を防止することによって、被保険者の健康増進と医療費の増加抑制を図ることを目的とする。また、あわせて、慢性腎臓病(CKD)重症化予防を図ることも目的とする。

<対象者の選定基準>長与町プログラムより

1. 医療機関未受診者・糖尿病治療中断者(受診勧奨対象者)

①医療機関未受診者

過去の健診において、HbA1c(NGSP)6.5%以上の者。

②糖尿病治療中断者

通院中の患者で最終の医療機関受診月から6か月経過しても受診した記録がない者。

2. ハイリスク者(保健指導対象者)

(選定基準)①～⑤のいずれかに該当する者

①HbA1c7.0%以上

* 65歳以上の高齢者については、

「糖尿病治療ガイド」の「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標」を参照すること。

②尿蛋白(±)及び(1+)以上

* 健診の経年結果(肥満、血圧、eGFR)を確認し、選定する。

③尿蛋白(2+)以上の者

④eGFRの変化

・1年でeGFRが5ml/分/1.73m²低下した者又は25%低下した者

・50ml/分/1.73m²未満の者

⑤その他、かかりつけ医及び長与町が必要と認めた者

なお、次の者については保健指導対象者から除外する。

○がん等で終末期にある者

○認知機能障害や精神疾患のある者

○その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

<事業内容>

・8月頃を目安に前年度を含め過去5年間分の情報を基に糖尿病管理台帳を作成する

・台帳のデータから対象者を選定する(糖尿病未受診・ハイリスク者)

同時期に糖尿病治療中断者も選定する。

・当該年度の重症化予防事業対象者と重なっていないか毎月確認する。

・経年表を作成する。

・担当者介入前に、長与町内特定健診受診医療機関へ対象者についての情報共有、介入の有無の確認をする。

- ・担当は地区分担とし、担当者がレセプトの確認、カルテ作成、指導用資料を準備する。
- ・スタッフカンファを行い、保健指導の力量形成・情報共有・ケース検討を行う。

○随時

- ・対象者へ面談や訪問など初回面談を実施し、カルテ・対象者台帳に記録をする。
(継続支援が必要な対象者には、引き続き支援を行う。)
- ・保健指導が必要な場合は、主治医または健診を実施した医師の指示のもと、訪問または電話により保健指導を行う。疾病の理解を促し、自分の状態を知ることで、対象者が自ら問題に気づき行動変容につながるよう資料等を用いて説明し、必要時は対象者にあった運動教室等を紹介する。保健指導を実施した場合は、糖尿病連携手帳や情報提供書を通じて主治医へ状況を報告し、次回の指導に向けて主治医と情報共有を行う。
- ・3～6か月後に終了面談を行う。
- ・対象者の選定・情報共有を行う。

○3か月に1回

- ・受診勧奨者のレセプトを初回面談の3ヶ月後に確認し、受診していない場合は再度受診勧奨を行う。

○翌年度以降

次年度の健診結果にて個人の評価を行う。

実施結果

図表 36 糖尿病性腎臓病重症化予防にかかる実績報告

項目	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
受診勧奨(医療機関)								
対象者数	25人		26人		23人		16人	
対象者のうち、実施者数	18人	72.0%	17人	65.4%	17人	65.4%	16人	100.0%
実施者数のうち、受診者数	13人	72.2%	5人	29.4%	5人	29.4%	13人	81.3%
実施者数のうち、未受診者数	5人	27.8%	12人	70.6%	12人	70.6%	3人	18.8%
受診勧奨(受診中断者)								
対象者	-	-	-	-	7人	-	5人	-
対象者のうち、実施者数	-	-	-	-	7人	100.0%	5人	100.0%
実施者数のうち、受診者数	-	-	-	-	4人	57.1%	3人	60.0%
実施者数のうち、未受診者数	-	-	-	-	3人	42.9%	2人	40.0%
保健指導(糖尿病性腎臓病重症化予防事業対象)								
対象者数	178人		257人		257人		158人	
対象者のうち、保健指導を実施した人数	65人	100.0%	124人	100.0%	124人	100.0%	149人	94.3%
保健指導を実施した人数のうちHbA1cの数値が下がった人数	33人	50.8%	44人	35.5%	44人	35.5%	84人	56.4%
保健指導を実施した人数のうちeGFRの数値が維持(同値)もしくは向上した人数	32	49.2%	57	46.0%	57	46.0%	41	27.5%
保健指導を実施した人数のうち尿蛋白が維持もしくは改善した人数	32	49.2%	57	46.0%	57	46.0%	42	28.2%

評価

- ・受診勧奨者は徐々に減少しており、令和3年度は医療機関受診勧奨実施者のうち80%、受診中断者も60%は受診したという結果となりました。

・ハイリスク者(糖尿病性腎臓病重症化予防事業対象)においては、対象者のうち保健指導を実施した割合は90%以上と高い水準ではありますが、HbA1cの値が改善した割合は半数程度にとどまっています。

事業の方向性

重症化予防事業同様、引き続き、訪問や電話等での介入と連絡票・糖尿病連携手帳を活用したかかりつけ医との連携を進めていき、行政・病院でのアプローチが必要です。

また、受診勧奨には今まで電話・訪問を中心としていましたが、今後は文書による受診勧奨も行い、その後レセプトで受診の確認ができない者については訪問・電話などで受診勧奨を行います。

4) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 37 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法	
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用1~3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	新規透析導入患者について伸びを抑える (国保に1年以上加入している者)	6人(3人)	6人(2人)	10人(6人)	長与町調べ	
		脳血管疾患の患者数の伸びを抑える	370人	339人	314人	KDBシステム	
		虚血性心疾患の患者数の伸びを抑える	529人	545人	463人		
		糖尿病性腎臓病の患者数の伸びを抑える	101人	96人	116人		
	短期目標	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	49.1%	43.5%	49.4%	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	44.1%	56.9%	75.8%	
		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、慢性腎臓病(CKD)の対象者を減らす	HbA1cの改善(次年度の健診結果で検査値が改善した者)	46.6%	39.4%	52.1%	長与町調べ
			eGFR・尿蛋白の改善(次年度の健診結果で検査値が改善した者)	70.3%	70.1%	75.1%	
	血圧の改善(次年度の健診結果で検査値が改善した者)		81.0%	72.1%	74.0%		
	LDL-Cho(次年度の健診結果で検査値が改善した者)		67.4%	84.0%	77.4%		

2. 第 2 期計画に係る考察

<データヘルス計画全体・中長期目標について>

第 2 期計画においては、中長期目標疾患である、「脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎臓病の患者数の伸びを抑えること」、「新規透析患者導入の減少」を目標に健康寿命の延伸と健康格差の縮小を目指してきました。

中長期目標疾患の患者数については、脳血管疾患・虚血性心疾患において減少しています。その理由の 1 つとして、被保険者数の減少により、各疾病の患者数自体も減少しているものと考えられます。今後は医療費に占める割合を目標に設定をすることで、被保険者数に左右されない分析方法を取り入れます。

新規人工透析患者の推移においては、引き続き重症化予防事業・糖尿病性腎臓病重症化予防を行うとともに、新規透析患者の中には、国保加入時に（人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全を含む）特定疾病の申請をされる方も多いため、被用者保険との情報共有や被用者保険加入時からの予防（ポピュレーションアプローチ）を併せて行っていくことで、抑制を図っていくことが必要です。

医療費の適正化においては、介護認定者の有病率に高血圧・糖尿病等が高い状況であることや、中長期目標疾患でもある脳血管疾患、腎疾患の医療費や若年層の虚血性心疾患、人工透析が増えている状況です。そのことを踏まえ、生活習慣病・重症化予防対策は、国保医療・介護給付費適正化において重要であり、特に若年層に向けた取り組みを行うことが必要と考えます。

<短期目標について>

短期目標の高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、被保険者の高齢化の影響もあり、治療者の割合は増えていますが、特定健診結果の高血圧Ⅱ度以上、HbA1c7.0 以上の割合は平成 30 年度と令和 3 年度を比較すると減少しており、同規模と比較しても低い状況にあります。その理由として、特定保健指導、重症化予防事業を推進し、医療機関未受診者への受診勧奨、医療機関受診者へ保健指導を行ってきた結果もありますが、新型コロナウイルス感染症の影響により、健診受診率が下がったことでハイリスクの方が健診を受診されなかった可能性もあります。レセプト情報からの治療状況と健診結果情報との乖離があることから、今後も健診受診率を上げ、ハイリスク者の健診結果を把握することが重要です。

<個別事業について>

重症化予防事業・糖尿病性腎臓病重症化予防事業においても、糖尿病（HbA1c）改善率の低さに課題がありました。かかりつけ医との連携をさらに進めていくと同時に、専門職の保健指導力量形成にも力を入れていく必要があります。

健診受診率においては、新型コロナウイルス感染症流行前の受診率に戻っていますが、49%台と頭打ちとなっている状況であり、受診勧奨事業でも課題となっている 40-50 代の受診率を上げていくことが一番の優先事項だと考えます。個別ハガキによる受診勧奨を行っていますが、直接的な受診率の底上げにはつながっていません。すでに医療機関を受診している方については、かかりつけ医協力のもと、健診受診につなげることで受診率向上につなげることができると考えますので、引き続き医療機関との連携を図ります。また、一番リスクの高い医療機関未受診健診未受診者に

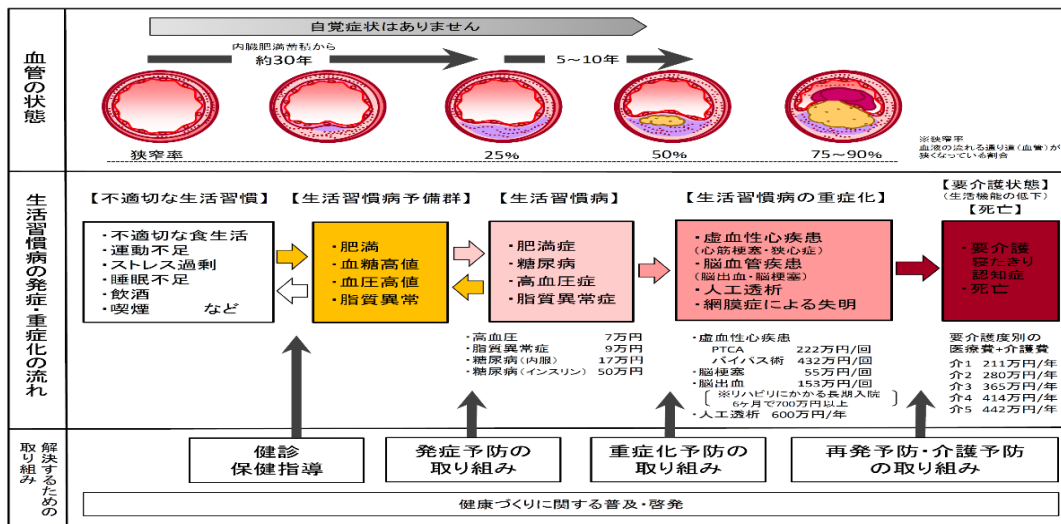
対するアプローチも必要です。そのためにも、個別の受診勧奨のみならず、さらに地域行事などでの集団へのポピュレーションアプローチを考えていく必要があります。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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

図表 38 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に移行することになります。

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

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る割合も51.7%と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、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啓発を行う等、40歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

(1) 医療費分析

国保の被保険者数は年々減っており、一人あたり医療費は令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響で横ばいになったものの、令和 3 年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり 100 万円近くとなり、国保の 2.3 倍も高い状況です。(図表 39)

図表 39 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期:R4年度	
被保険者数	8,220人	7,989人	7,919人	7,711人	7,376人	5,794人	
総件数及び 総費用額	件数	90,325件	88,531件	84,245件	85,101件	83,575件	112,406件
	費用額	29億7932万円	29億4666万円	29億7714万円	30億8256万円	32億5072万円	57億3415万円
一人あたり医療費	36.2万円	36.9万円	37.6万円	40.0万円	44.1万円	99.0万円	

出典:ヘルスサポートラボツール

高血圧、腎単体で見ると同規模と比較高い状況ですが、1 人当たりの月額医療費、短期・中長期目標疾患医療費合計で比べると国保・後期ともに同規模・県・国と比較して低い状況です。

(図表 40)

図表 40 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	長与町	32億5072万円	25,088	5.06%	0.33%	2.08%	1.09%	4.49%	3.64%	1.89%	6億0426万円	18.59%	19.23%	6.43%	10.54%
	同規模	--	29,136	4.24%	0.31%	2.01%	1.52%	5.81%	3.22%	2.20%	--	19.31%	16.85%	7.71%	8.78%
	県	--	33,055	5.27%	0.29%	1.93%	1.37%	4.78%	3.31%	1.65%	--	18.60%	15.50%	9.41%	9.25%
	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	長与町	57億3415万円	84,778	2.10%	0.40%	3.02%	1.41%	3.75%	3.10%	1.09%	8億5263万円	14.87%	12.25%	2.77%	14.78%
	同規模	--	69,832	4.97%	0.47%	3.89%	1.64%	4.23%	2.97%	1.41%	--	19.59%	11.10%	3.50%	12.38%
	県	--	82,405	3.52%	0.45%	4.13%	1.36%	3.43%	3.32%	1.12%	--	17.33%	9.61%	4.52%	14.02%
	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%

出典:ヘルスサポートラボツール

高額レセプトについては、国保においては毎年約 1,000 件のレセプトが発生しています。

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和 3 年度が一番多く 66 件で 9,000 万円以上の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 49 件と件数が減り、費用額も約 7,400 万円と減っています。(数年単位で見えていくと、令和 4 年度だけ急に減少したことも踏まえ今後注視し、分析していく必要があります。)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 41.42.43)

図表 41 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	565人	557人	553人	533人	330人	710人
	件数	B	1,009件	1,016件	1,056件	1,075件	1,137件	1,245件
		B/総件数	1.12%	1.15%	1.25%	1.26%	1.36%	1.11%
	費用額	C	14億7054万円	14億6113万円	15億3160万円	16億0261万円	17億1253万円	15億2986万円
		C/総費用	49.4%	49.6%	51.4%	52.0%	52.7%	26.7%

図表 42 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(脳血管疾患)

出典：ヘルスサポートラボツール

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	30人	32人	34人	32人	16人	42人							
		D/A	5.3%	5.7%	6.1%	6.0%	4.8%	5.9%							
	件数	E	54件	67件	65件	66件	49件	62件							
		E/B	5.4%	6.6%	6.2%	6.1%	4.3%	5.0%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	1	1.9%	3	4.5%	1	1.5%	0	0.0%	1	2.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	1.9%	7	10.4%	4	6.2%	2	3.0%	2	4.1%	75-80歳	14	22.6%
		60代	22	40.7%	14	20.9%	17	26.2%	29	43.9%	22	44.9%	80代	37	59.7%
		70-74歳	30	55.6%	43	64.2%	43	66.2%	35	53.0%	24	49.0%	90歳以上	11	17.7%
	費用額	F	7557万円	8529万円	8479万円	9116万円	7467万円	8626万円							
		F/C	5.1%	5.8%	5.5%	5.7%	4.4%	5.6%							

図表 43 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

出典：ヘルスサポートラボツール

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度								
虚血性心疾患	人数	G	25人	19人	20人	16人	11人	21人							
		G/A	4.4%	3.4%	3.6%	3.0%	3.3%	3.0%							
	件数	H	29件	21件	24件	20件	24件	25件							
		H/B	2.9%	0.0%	2.3%	1.9%	2.1%	2.0%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	6.9%	3	14.3%	2	8.3%	1	5.0%	2	8.3%	75-80歳	6	24.0%
		60代	7	24.1%	4	19.0%	7	29.2%	5	25.0%	5	20.8%	80代	14	56.0%
		70-74歳	20	69.0%	14	66.7%	15	62.5%	13	65.0%	17	70.8%	90歳以上	5	20.0%
	費用額	I	4126万円	3602万円	3390万円	3369万円	3265万円	4074万円							
		I/C	2.8%	2.5%	2.2%	2.1%	1.9%	2.7%							

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

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、被保険者数は、40～64 歳、65 歳～74 歳と減っていますが、75 歳以上では 1,700 名増え、高齢化率の低い本町でも 75 歳以上の後期高齢者が確実に増えていることがわかります。BMI25 以上の割合を

みると、40～64 歳で 4.3%、65～74 歳で 7.9%と割合が増加しています。(図表 44)

図表 44 被保険者数と健診受診状況

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		後期健診	BMI18.5未満割合			BMI25以上割合		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	24.7	2,174	4,778	4,173	33.6	57.9	28.6	7.4	4.4	6.5	22.8	17.3	26.8	
R4	29.0	1,903	3,616	5,938	36.0	56.5	28.7	10.1	8.2	6.6	27.1	25.2	23.3	

出典:ヘルスサポートラボツール

健診有所見の状況を見ると、各年代でⅡ度高血圧以上、HbA1c7.0 以上の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 45)

図表 45 健診有所見状況

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		40-64		65-74			
	人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%	人	%	人	%	人	%		
H30	26	3.6	(9)	106	3.8	(27)	50	4.2	(12)	21	2.9	(1)	90	3.3	(6)	16	1.3	(1)	16	2.2	55	2.0	61	5.1	0	--	1	0.0
R4	33	4.8	(18)	108	5.3	(26)	112	6.6	(26)	19	2.8	(3)	109	5.3	(4)	19	1.1	(0)	15	2.2	40	2.0	90	5.3	4	0.6	37	1.8

出典:ヘルスサポートラボツール

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、各年代高くなっています。(図表 46)

図表 46 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

年度	短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)								
	高血圧割合			糖尿病割合			糖尿病+高血圧割合		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	77.9	83.0	87.7	51.8	54.6	53.1	32.1	39.5	42.8
R4	76.8	83.7	86.5	52.3	54.5	52.4	32.6	40.7	43.9

出典:ヘルスサポートラボツール

(3) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

2) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

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

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

③ 短期的な目標の設定

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

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

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

3) 管理目標の設定

図表 47 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ年度)
			初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	2.08%			KOB シフト
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	1.09%			
		アウトカム指標	5.06%			
		★メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	30.0%(10人)			法定報告値
		健診受診者の高血圧者の割合を5.0%以下にする(160/100以上)	31.0%			
		健診受診者の脂質異常者の割合を2.5%以下にする(LDL180以上)	5.3%			
		健診受診者の血糖異常者の割合を9.0%以下にする(HbA1C6.5%以上)	2.9%			保健指導実践 ツール
		★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値)以上の者の割合を1.0%以下にする	9.3%			
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合を70%以上にする	1.2%			
		★特定健診受診率60%以上	66.0%			長与町集計
		★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	49.4%			
		★特定保健指導実施率60%以上	60.0%			法定報告値

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 1 期及び第 2 期は 5 年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第 3 期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 48 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	50%	52%	54%	56%	58%	60%以上
特定保健指導実施率	70%	70%	70%	70%	70%	70%

3. 対象者の見込み

図表 49 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	5,400人	5,400人	5,300人	5,300人	5,200人	5,200人
	受診者数	2,700人	2,808人	2,862人	2,968人	3,016人	3,120人
特定保健指導	対象者数	240人	240人	230人	230人	220人	220人
	受診者数	144人	144人	138人	138人	132人	132人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。西彼杵医師会、長崎市医師会が実施機関の取りまとめを行い、西彼杵医師会、長崎市医師会と長与町が契約を締結します。

- ① 個別健診(委託医療機関)
- ② 集団健診(町内施設)

(2)特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、本町のホームページに掲載します。

(参照) URL : webtown.nagayo.jp/kiji0033864/index.html

(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 50 長与町特定健診検査項目

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

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

(5)実施期間

5月から翌年3月末まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、長崎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

受診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。

周知方法としては、個別通知や広報などの周知以外にも、町イベント・コミュニティイベントなど多数の住民が集まる場に出向き、健康相談コーナーで周知を行うことで、自身の体に関心を持ってもらい、健診受診率向上につなげます。また、希望団体へ健康教育を行う際にも、必ず特定健診の周知を行います。

図表 51 特定健診実施スケジュール

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

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1)健診から保健指導実施の流れ

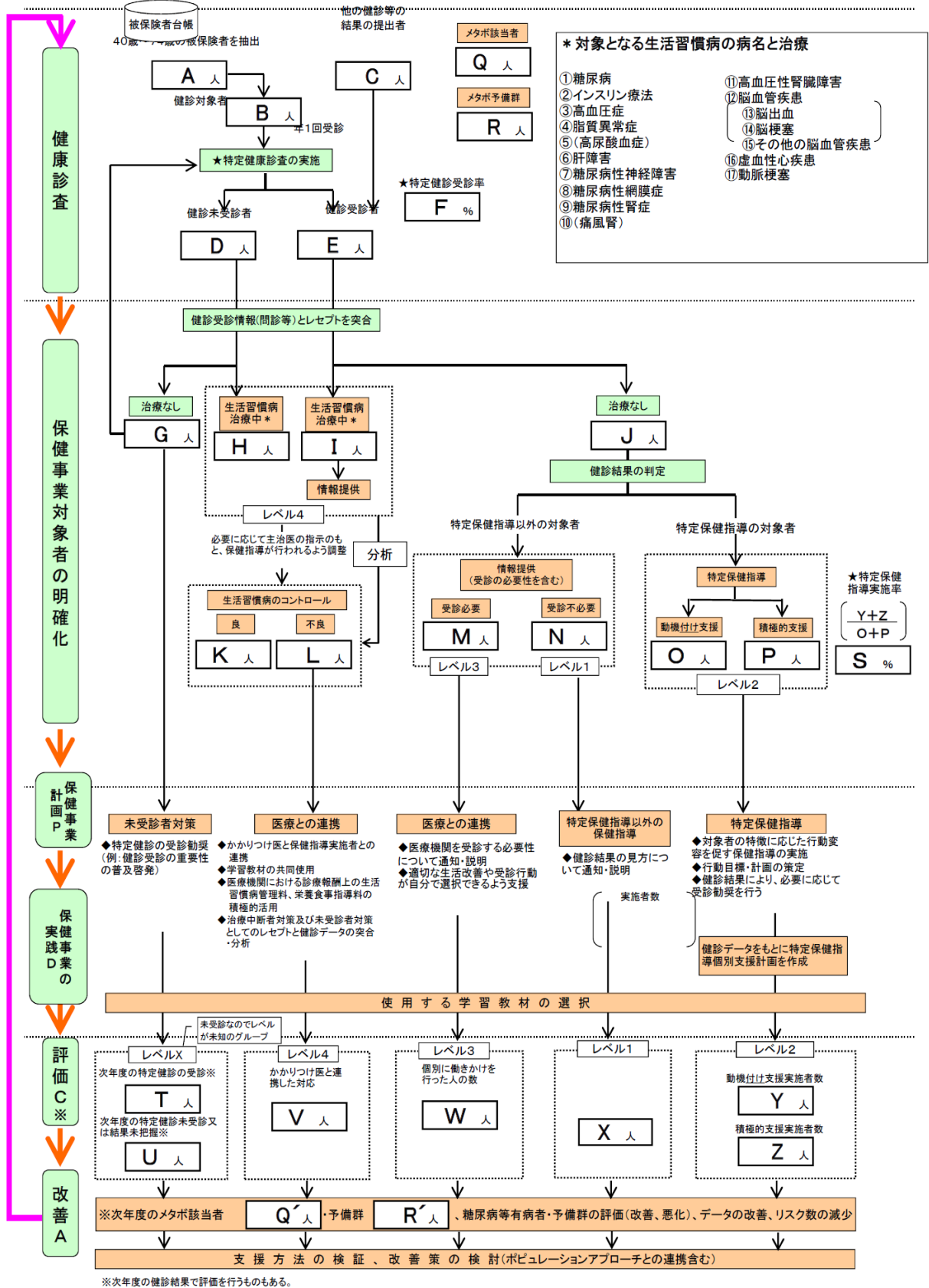
「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表 52 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

様式5-5

健診から保健指導実施へのフローチャート



出典:ヘルサポータルラボツール

(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 53 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	258人 (9.1%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆Mのうち、重症化予防事業、糖尿病性腎臓病重症化予防事業対象者対象へ ・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	427人 (15.1%)	100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診受診勧奨	2,648人 ※受診率目標達成まであと460人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	486人 (17.1%)	100%
5	I	情報提供	◆Iのうち、重症化予防事業、糖尿病性腎臓病重症化予防事業対象者へ ・かかりつけ医との連携 ・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 ・治療中断者対策及び未受診者対策としてレセプトと健診データの突合・分析	1,665人 (58.7%)	100%

(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 54 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 ◎個別・集団健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎特定健康診査の開始		◎若年健診、後期高齢者健診、がん検診開始
6月		◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎保健指導の開始	
8月			
9月		◎利用券の登録	
10月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
11月			◎前年度特定健診・特定保健指導値確定(法定報告)
12月			
1月			
2月			
3月	◎健診の終了	保健指導は翌年まで	

特定保健指導実施率向上のためには、初回面談実施の割合を上げる必要があります。引き続き、保健指導従事者を確保し、効率化を図るために地区分担制をとり、訪問支援を積極的に行います。

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長与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、特定健診等データ管理システムで行います。

生活習慣病は、検査数値の異常が現れてから 10 年以上を経過して発症することも多いことから、国保被保険者である期間は継続してデータを保存します。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診等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 10 月末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)に基づき、本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る必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進行抑制を目指し、糖尿病性腎症・虚血性心疾患・脳血管疾患等の減少のための重症化予防の取組を行います。

具体的には、医療受診が必要な対象者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の対象者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る医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知していきます。

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

II. 重症化予防の取組

1. 重症化予防事業

(虚血性心疾患・脳血管疾患・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

重症化予防事業の取組にあたっては、本町の健康課題となる虚血性心疾患・脳血管疾患・メタボリックシンドローム重症化予防の観点から、本町が実施する健康診査等の結果を基に、疾病リスクが高いと判断される者に対し、虚血性心疾患・脳血管疾患などの発症を抑え、重症化を予防することを目的として実施していきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

長与町令和4年度の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、メタボリックシンドローム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、956人(33.7%)です(図

表 55)。そのうち治療なしが 222 人(19.0%)を占め、さらに臓器障害があり、直ちにに取り組むべき対象者が 71 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、222 人中 85 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。対象者の選定基準にあたっては、本町の健康課題を考慮し、各学会のガイドラインを参考にしうえで設定した抽出すべき対象者を以下とします。(P51 参照)

図表 55 脳・心・腎を守るために

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

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) ↳ 心原性脳塞栓症 (27.7%) ↳ ラクナ梗塞 (31.2%) ↳ アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) <small>※脳卒中データ中心の分析</small>			心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症					
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)			
科学的根拠に基づき 健康結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		
該当者数	150 5.3%	12 0.4%	82 2.9%	57 2.0%	568 20.0%	195 6.9%	168 5.9%	重症化予防対象者 (実人数)	
治療なし	72 4.6%	1 0.1%	74 3.8%	37 1.9%	75 6.4%	99 3.9%	29 2.5%	956 33.7%	
(再掲) 特定保健指導	20 13.3%	0 0.0%	9 11.0%	6 10.5%	75 13.2%	7 3.6%	11 6.5%	222 19.0%	
治療中	78 6.2%	11 0.7%	8 0.9%	20 2.3%	493 29.6%	96 34.9%	139 8.3%	85 8.9%	
臓器障害 あり	32 44.4%	1 100.0%	11 14.9%	4 10.8%	19 25.3%	31 31.3%	29 100.0%	71 32.0%	
CKD(専門医対象者)	5	0	2	1	4	19	29	29	
心電図所見あり	30	1	10	3	18	17	5	47	
臓器障害 なし	40 55.6%	--	63 85.1%	33 89.2%	56 74.7%	68 68.7%	--	--	

治療中

臓器障害 あり	32 41.0%	11 100.0%	4 50.0%	7 35.0%	127 25.8%	25 26.0%	139 100.0%	250 34.1%
CKD(専門医対象者)	6	2	0	3	57	13	139	139
心電図所見あり	30	11	4	5	81	14	21	132
臓器障害 なし	46 59.0%	--	4 50.0%	13 65.0%	366 74.2%	71 74.0%	--	--

出典:ヘルスサポートラボツール

特定健診を受診した者のうち結果が以下の基準に該当する者

- ①糖尿病：HbA1c7.0%以上の者（75歳未満）
- ②高血圧：Ⅱ度高血圧以上（160/100mmHg以上）の者（70歳未満）
- ③LDL-C：180mg/dl以上の者（70歳未満）
- ④CKD：（40～59歳）eGFR60未満または、尿蛋白++以上の者
（60～69歳）eGFR50未満または、尿蛋白++以上の者
（70～74歳）eGFR45未満または、尿蛋白++以上の者
- ⑤その他町が必要と認めた者

ただし、がん等で終末期、認知機能障害や精神疾患、その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外すべきと判断した者は除く

（2）選定基準に基づく該当者の把握

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、国保が保有する特定健診データを活用し、該当者数把握を行う。

① 介入方法と優先順位

長与町においての介入方法を以下のとおりとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・重症化するリスクの高い医療機関未受診者（特定保健指導対象者を含む）…222人
介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位 2

【保健指導】

- ・治療中の者のうち重症化するリスクの高い者・・・250人
治療中断しない（継続受診）ための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

3) 保健指導の実施

生活習慣病リスクに応じた保健指導

重症化予防のためには、メタボリックシンドローム、血糖、高血圧、脂質異常症などの因子の管理が重要となってきます。本町においては、特定健診受診者を生活習慣病のリスク因子に合わせて、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、各学会が発行しているガイドライン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。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に西彼杵医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

対象者においては、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。

5) 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を年1回行うものとし、その際は健診情報やKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、データヘルス帳票様式 5-1（抜粋）を用いて行っていきます。（図表 56）

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（医療機関未受診者及び治療中断者の減少）

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 介入前後の検査値の変化を比較

図表 56 様式 5-1 国・県・同規模平均と比べてみた長与町の位置

項目	長与町						同規模平均		長崎県		国			
	H30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		
一人当たり医療費	362,448		399,788		440,716		361,243		411,157		339,680			
受診率	901.3		900.883		900.878		735.303		771.133		705.439			
医療費の状況	外	費用の割合	60.6	59.8	57.2	59.6	60.4							
	件数の割合	97.7	97.5	97.4	97.4	96.5	97.5							
	入	費用の割合	39.4	40.2	42.8	40.4	46.5	39.6						
	院	件数の割合	2.3	2.5	2.6	2.6	3.5	2.5						
	1件あたり在院日数	149日	157日	159日	160日	180日	157日							
医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費諸病名 (順別含む)	がん	471,775,890	29.3	492,942,370	29.8	625,203,730	35.0	31.9	29.3	32.2				
	慢性腎不全(透析あり)	140,276,190	8.7	176,310,040	10.7	164,631,740	9.2	8.0	10.0	8.2				
	糖尿病	161,534,360	10.0	157,788,580	9.5	145,839,820	8.2	11.0	9.0	10.4				
	高血圧症	151,969,520	9.4	131,119,220	7.9	118,184,310	6.6	6.1	6.2	5.9				
	脂質異常症	77,045,430	4.8	67,706,380	4.1	61,435,760	3.4	4.2	3.1	4.1				
	脳梗塞・脳出血	51,823,960	3.2	82,298,630	5.0	67,775,560	3.7	3.8	3.7	3.9				
	狭心症・心筋梗塞	52,881,320	3.3	32,218,440	1.9	35,527,380	2.0	2.9	2.6	2.8				
	精神	184,381,200	11.4	191,697,090	11.6	209,133,620	11.7	14.6	17.8	14.7				
	筋・骨格	310,341,650	19.2	307,256,850	18.6	342,538,690	19.2	16.6	17.5	16.7				
	医療費分析	高血圧症	494	0.3	248	0.3	216	0.1	310	0.2	446	0.2	256	0.2
一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	糖尿病	1,377	1.0	701	0.9	774	0.4	1,270	0.9	1,531	0.8	1,144	0.9
	脂質異常症	207	0.1	--	--	--	61	0.0	118	0.1	53	0.0		
	脳梗塞・脳出血	5,111	3.6	4,763	5.9	8,113	4.3	6,294	4.3	6,885	3.6	5,993	4.5	
	虚血性心疾患	4,579	3.2	1,605	2.0	3,281	1.7	4,413	3.0	4,438	2.3	3,942	2.9	
	腎不全	3,942	2.8	2,915	3.6	6,609	3.5	4,223	2.9	5,719	3.0	4,051	3.0	
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	17,993	8.2	8,255	6.9	15,784	6.3	11,332	5.3	13,145	6.0	10,143	4.9
	糖尿病	18,778	8.5	9,616	8.0	19,456	7.7	20,232	9.4	18,810	8.5	17,720	8.6	
	脂質異常症	9,165	4.2	4,391	3.7	8,329	3.3	7,876	3.7	6,679	3.0	7,092	3.5	
	脳梗塞・脳出血	1,141	0.5	574	0.5	1,075	0.4	916	0.4	961	0.4	825	0.4	
	虚血性心疾患	2,613	1.2	1,088	0.9	2,056	0.8	1,870	0.9	2,017	0.9	1,722	0.8	
腎不全	17,788	8.1	10,891	9.1	23,727	9.4	17,044	7.9	22,033	10.0	15,781	7.7		
特定健診の状況	健診受診者	2,995		2,851		2,594		250,612		77,613		650,152		
	受診率	49.7	県内8位 同規模29位	49.7	長崎県内3位	49.4	39.3	32.7	全国37位	35.3				
	特定保健指導終了者(実施率)	102	34.0	163	71.8	182	75.8	4,814	16.1	1,513	19.7	69,327	9.0	
	非肥満高血糖	271	9.0	258	9.0	221	8.5	25,228	10.1	6,001	7.7	588,083	9.0	
	メタボ	該当者	570	19.0	588	20.6	519	20.0	52,346	20.9	16,730	21.6	1,321,197	20.3
		男性	376	29.3	367	30.1	340	30.3	35,817	32.5	11,454	33.2	923,222	32.0
		女性	194	11.3	221	13.5	179	12.2	16,529	11.8	5,276	12.2	397,975	11.0
		予備群	332	11.1	323	11.3	291	11.2	28,214	11.3	9,369	12.1	730,607	11.2
	メタボ該当・予備群レベル	男性	219	17.1	212	17.4	194	17.3	19,495	17.7	6,510	18.9	515,813	17.9
		女性	113	6.6	111	6.8	97	6.6	8,719	6.2	2,859	6.6	214,794	5.9
		総数	991	33.1	992	34.8	878	33.8	88,865	35.5	28,558	36.8	2,273,296	35.0
		BMI	男性	653	50.9	634	52.0	580	51.7	60,938	55.3	19,605	56.9	1,592,747
	女性	338	19.8	358	21.9	298	20.2	27,927	19.9	8,953	20.7	680,549	18.8	
	総数	163	5.4	110	3.9	116	4.5	12,320	4.9	3,707	4.8	304,276	4.7	
	血糖のみ	12	0.4	10	0.4	10	0.4	1,744	0.7	414	0.5	41,541	0.6	
	血圧のみ	267	8.9	260	9.1	223	8.6	20,034	8.0	7,121	9.2	514,593	7.9	
	脂質のみ	53	1.8	53	1.9	58	2.2	6,436	2.6	1,834	2.4	174,473	2.7	
	血糖・血圧	92	3.1	87	3.1	73	2.8	8,097	3.2	2,527	3.3	193,722	3.0	
	血糖・脂質	25	0.8	30	1.1	24	0.9	2,643	1.1	657	0.8	67,212	1.0	
	血圧・脂質	257	8.6	289	10.1	261	10.1	24,138	9.6	8,445	10.9	630,648	9.7	
血糖・血圧・脂質	196	6.5	182	6.4	161	6.2	17,468	7.0	5,101	6.6	429,615	6.6		
問診の状況	服薬	高血圧	1,301	43.4	1,299	45.6	1,174	45.3	92,854	37.1	33,877	43.7	2,324,538	35.8
	糖尿病	313	10.5	271	9.5	254	9.8	23,444	9.4	7,341	9.5	564,473	8.7	
	脂質異常症	804	26.8	888	31.1	820	31.6	71,191	28.4	22,838	29.4	1,817,350	28.0	
	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	95	3.3	81	2.9	71	2.8	7,606	3.1	2,901	3.7	199,003	3.1	
	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	203	7.2	192	6.9	191	7.5	14,124	5.8	5,320	6.9	349,845	5.5	
	腎不全	22	0.8	21	0.8	22	0.9	2,026	0.8	639	0.8	51,680	0.8	
	貧血	380	13.4	352	12.7	333	13.1	25,148	10.4	11,008	14.2	669,737	10.6	

出典：ヘルスサポートラボツール

6) 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、介入方法、実施方法の決定

かかりつけ医に対象者について情報共有

毎月実施(通年)

特定健診抽出次第

・台帳作成

・経年表印刷

・担当者割振り

・レセプト情報を確認し新カルテを作成

・町内かかりつけ医より、保健指導実施の同意を得る

順次、対象者へ介入

2. 糖尿病性腎症重症化予防事業

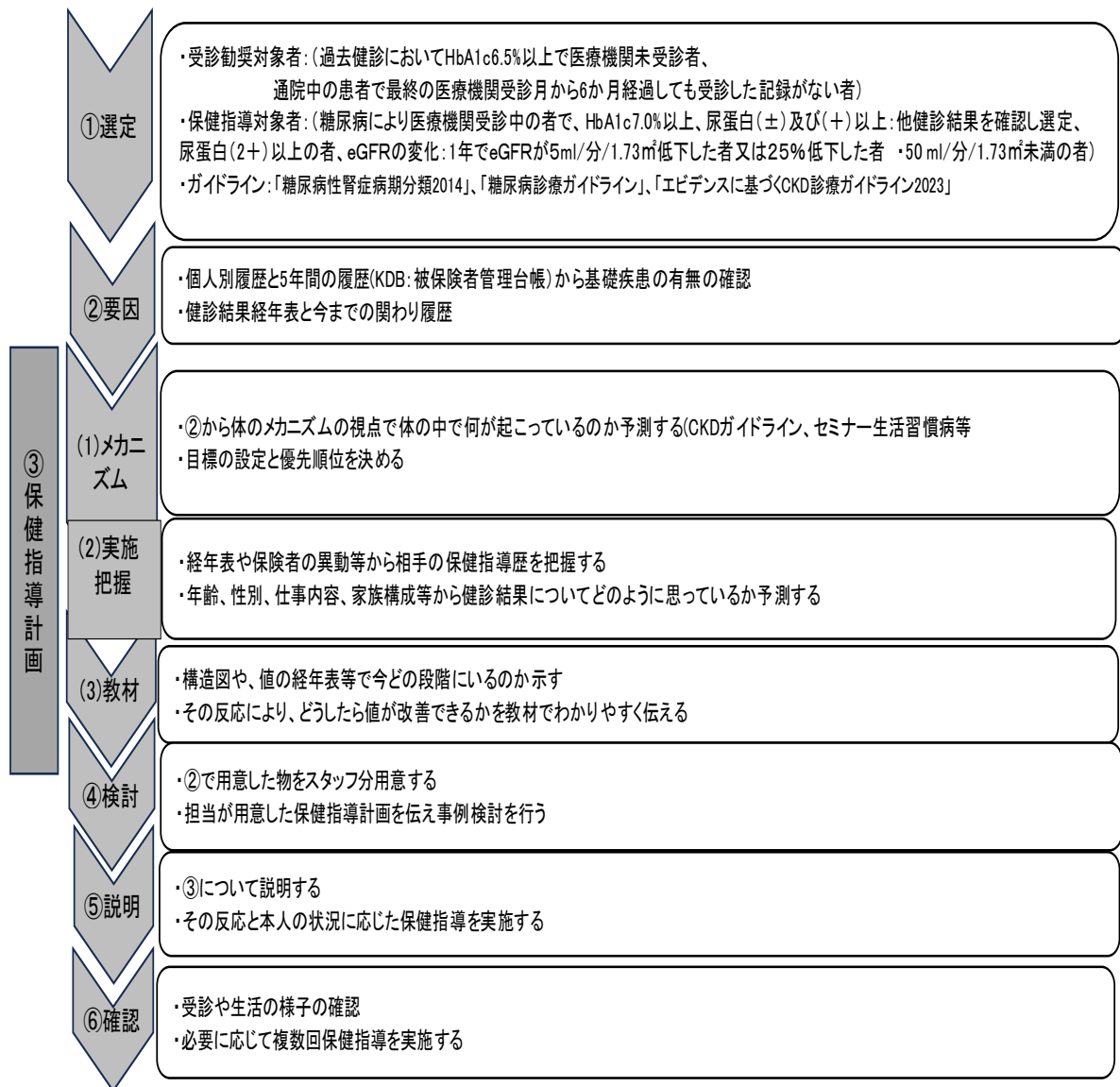
1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び長崎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 57 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 57 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、長崎県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを参考に、抽出すべき対象者を以下とします。

①医療機関未受診者

②医療機関受診中断者

③糖尿病治療中者

ア. 過去の健診においてHbA1c7.0以上

イ. 尿蛋白（±）及び（+）以上

* 健診の経年結果（肥満、血圧、eGFR）を確認し、選定する。

ウ. 尿蛋白（2+）以上の者

エ. eGFRの変化

・ 1年でeGFRが5ml/分/1.73m²低下した者、又は25%低下した者

・ 50 ml/分/1.73m²未満の者

オ. その他、かかりつけ医及び長与町が必要と認めた者

(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。

②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。（図表 58）。

長与町において令和4年度特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、121人（30.6%・F）でした。

また、40～74歳における糖尿病治療者1,997人のうち、特定健診受診者が275人（69.5%・G）でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者1,722人（86.2%・I）については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表 58 より長与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）・・・121人

優先順位 2

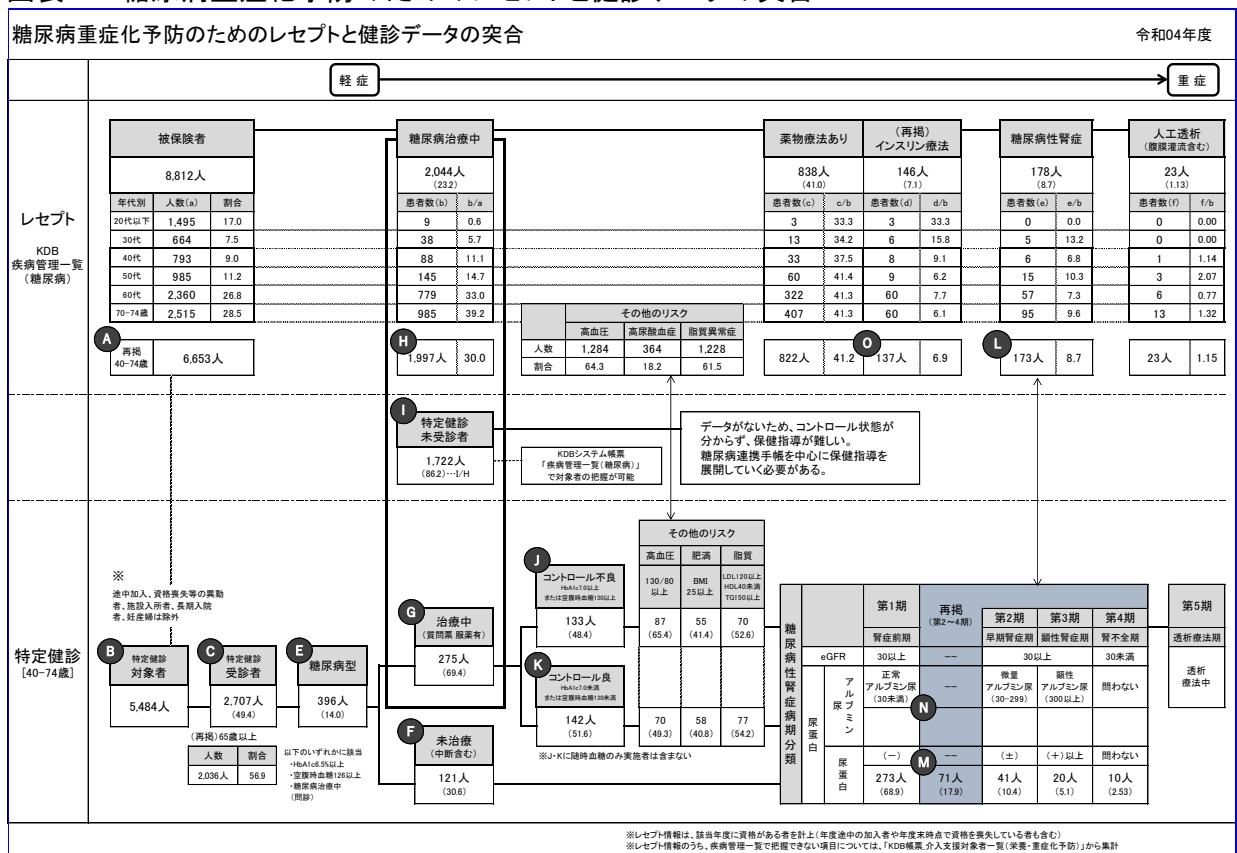
【保健指導】

- ・ 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）・・・133人
治療中断しない（継続受診）ための保健指導
- ・ 介入方法として訪問、面談、電話、手紙等々対応
- ・ 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
- ・ 介入方法として訪問、面談、電話、手紙等々対応
- ・ 医療機関と連携した保健指導

図表 58 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典:ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

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。本町においては、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 59 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは…	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコンダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるのでしよう
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に西彼杵医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては、長与町プログラムに準じて行っています。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価については、データヘルス計画の評価・長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防事業実績報告(図表 60)等と合わせ年 1 回行うものとしします。その際は、糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 61 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率(医療機関未受診者及び治療中断者(糖尿病及び糖尿病性腎臓病)の減少)

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1c の変化

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

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 60 長崎県糖尿病性腎症重症化予防事業実績報告書<様式>

受診勧奨(医療機関未受診者)					
市町プログラム対象者数			人		
[対象要件]					
対象者のうち、実施者数			人		%
実施者数のうち、受診者数			人		%
実施者数のうち、未受診者数			人		%
未受診者数のうち、更なる受診勧奨を実施した人数			人		%
更なる受診勧奨を実施した人のうち、受診者数			人		%
更なる受診勧奨を実施した人のうち、未受診者数			人		%
受診勧奨(受診中断者)					
市町プログラム対象者数			人		
[対象要件]					
対象者のうち、実施者数			人		%
実施者数のうち、受診者数			人		%
実施者数のうち、未受診者数			人		%
未受診者数のうち、更なる受診勧奨を実施した人数			人		%
更なる受診勧奨を実施した人のうち、受診者数			人		%
更なる受診勧奨を実施した人のうち、未受診者数			人		%
保健指導(糖尿病性腎臓病重症化予防事業対象)					
市町プログラム対象者数			人		
[対象要件]					
市町対象者のうち保健指導を実施した人数			人		%
実施者数のうちHbA1cの数値が維持もしくは改善した人数					人
実施者数のうちeGFRの数値が維持もしくは改善した人数					人
実施者数のうち尿蛋白が維持もしくは改善した人数					人

図表 61 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	長与町						同規模保険者(平均)								
			R02年度		R03年度		R04年度		R3年度同規模保険者数83								
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合							
1	①	被保険者数	8,105人		16,005人		15,387人										
	②	(再掲)40-74歳	6,500人		12,975人		12,500人										
2	①	対象者数	5,823人		5,732人		5,484人										
	②	特定健診 受診者数	2,659人		3,000人		2,836人										
	③	受診率	43.5%		49.7%		49.4%										
3	①	特定 保健指導 対象者数	197人		227人		240人										
	②	実施率	72.1%		75.3%		75.8%										
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	391人	14.7%	419人	14.0%	396人	14.0%							
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	114人	29.2%	137人	32.7%	121人	30.6%							
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	277人	70.8%	282人	67.3%	275人	69.4%							
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	144人		52.0%		134人		47.5%		133人		48.4%		
	⑤				血圧 130/80以上	83人		57.6%		94人		70.1%		87人		65.4%	
	⑥				肥満 BMI25以上	56人		38.9%		59人		44.0%		55人		41.4%	
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	133人		48.0%		148人		52.5%		142人		51.6%		
	⑧		M	第1期	尿蛋白(-)	256人		65.5%		281人		67.1%		276人		69.7%	
	⑨			第2期	尿蛋白(±)	68人		17.4%		72人		17.2%		53人		13.4%	
	⑩			第3期	尿蛋白(+)	60人		15.3%		62人		14.8%		62人		15.7%	
	⑪			第4期	eGFR30未満	5人		1.3%		3人		0.7%		4人		1.0%	
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)	147.4人		82.7人		86.6人									
	②		(再掲)40-74歳(被保険者千対)	181.5人		100.7人		104.6人									
	③		レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対	入院外(件数)	5,827件 (916.3)		6,177件 (986.8)		5,892件 (985.1)		4,292件 (849.3)						
	④			入院(件数)	27件 (4.2)		26件 (4.2)		22件 (3.7)		18件 (4.0)						
	⑤		糖尿病治療中	H	1,195人		14.7%		1,324人		8.3%		1,333人		8.7%		
	⑥		(再掲)40-74歳	1,180人		18.2%		1,307人		10.1%		1,307人		10.5%			
	⑦		健診未受診者	I	903人		76.5%		1,025人		78.4%		1,032人		79.0%		
	⑧		インスリン治療	O	73人		6.1%		77人		5.8%		90人		6.8%		
	⑨		(再掲)40-74歳		71人		6.0%		73人		5.6%		86人		6.6%		
	⑩		糖尿病性腎症	L	94人		7.9%		118人		8.9%		109人		8.2%		
	⑪		(再掲)40-74歳		93人		7.9%		117人		9.0%		107人		8.2%		
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		14人		1.2%		18人		1.4%		20人		1.5%		
	⑬		(再掲)40-74歳	14人		1.2%		18人		1.4%		20人		1.5%			
	⑭		人工 透析 新規	透析患者数													
	⑮			新規透析患者数	6		5		10								
	⑯		(再掲)糖尿病性腎症														
⑰	【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)	7人		0.4%		6人		0.3%		9人		0.5%					
6	①	医療費	総医療費	29億7714万円		30億8256万円		32億5072万円		21億6943万円							
	②		生活習慣病総医療費	16億1953万円		16億5321万円		17億8522万円		11億4738万円							
	③		(総医療費に占める割合)	54.4%		53.6%		54.9%		52.9%							
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	7,817円		7,488円		8,891円		5,852円						
	⑤			健診未受診者	31,501円		33,182円		37,952円		38,430円						
	⑥		糖尿病医療費	1億5146万円		1億5779万円		1億4584万円		1億2598万円							
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)	9.4%		9.5%		8.2%		11.0%							
	⑧		糖尿病入院外総医療費	5億7766万円		6億2895万円		6億4352万円									
	⑨		1件あたり	33,878円		35,350円		36,785円									
	⑩		糖尿病入院総医療費	2億7766万円		3億1989万円		3億6906万円									
	⑪		1件あたり	567,803円		628,472円		707,016円									
	⑫		在院日数	16日		16日		16日									
	⑬		慢性腎不全医療費	1億7899万円		1億8331万円		1億7549万円		9872万円							
	⑭		透析有り	1億7576万円		1億7631万円		1億6463万円		9197万円							
	⑮		透析なし	323万円		700万円		1086万円		675万円							
7	①	介護	介護給付費	25億3546万円		25億8946万円		26億4856万円		21億9980万円							
	②		(2号認定者)糖尿病合併症	4件		22.2%		3件		15.8%		4件		22.2%			
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)	2人		0.6%		4人		1.2%		3人		0.9%			

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

5月 対象者の選定基準の決定

8月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
かかりつけ医に対象者について情報共有

9月～糖尿病管理台帳を作成

- ・経年表印刷
- ・担当者割振り
- ・レセプト情報を確認し新カルテを作成
- ・町内かかりつけ医より、保健指導実施の同意を得る
順次、対象者へ介入

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

具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師等)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・看護師・管理栄養士・歯科衛生士を配置し、低栄養者や健康状態不明者等を抽出し、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。

また、長崎県は人工透析患者割合が全国的にも高く、原疾患が糖尿病性腎症である者が最も多く4割以上を占めていることから、糖尿病性腎臓病重症化予防に取り組んでおり、75 歳を過ぎても支援が途切れないよう一体的事業においても糖尿病性腎臓病重症化予防を行います。

また、通いの場等への積極的な関与(ポピュレーションアプローチ)として、フレイル予防や口腔機能低下予防、高齢期の食事についてなどの健康教育や健康相談を実施していきます。

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。

長与町においては、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ることが必要です。

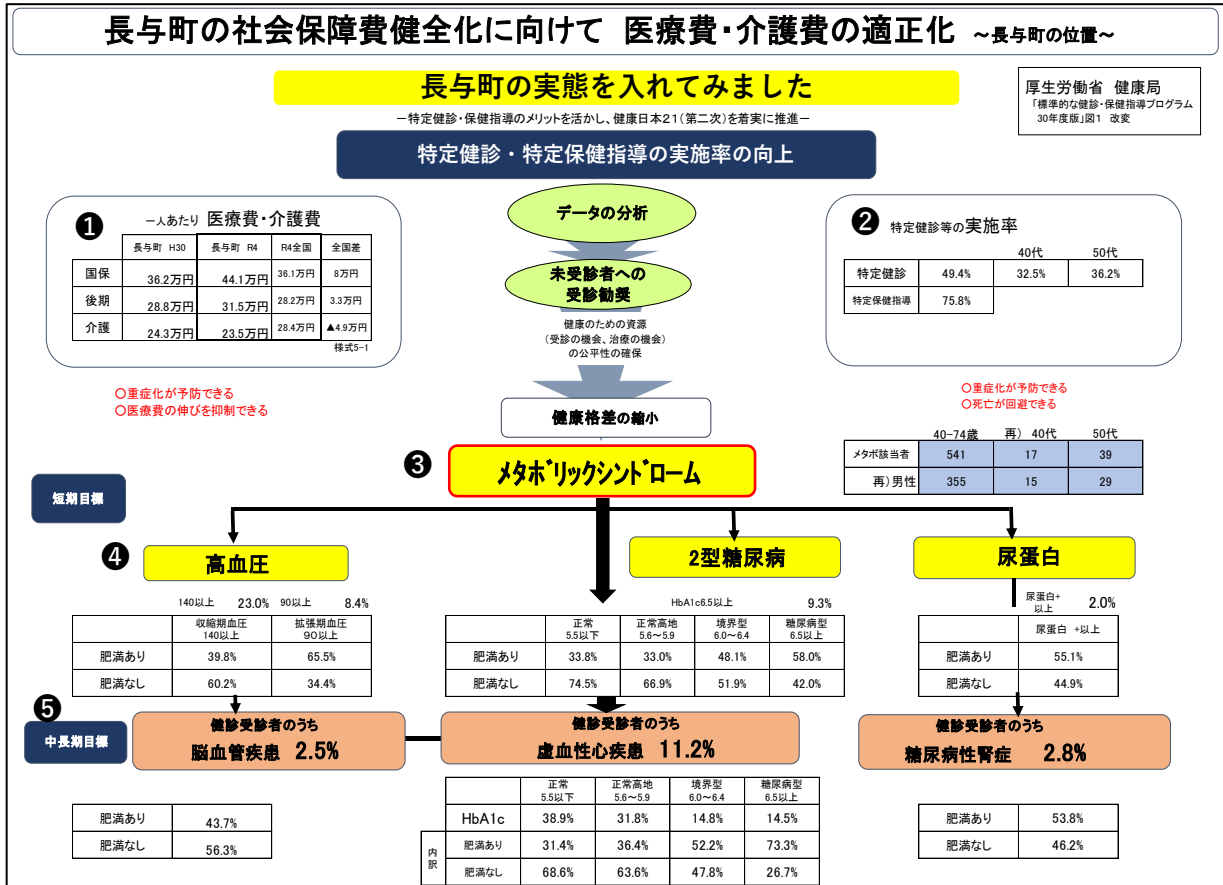
図表 62 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える - 基本的考え方 - (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)																
		健康増進法														
1	根拠法	母子保健法		児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>					
2	計画	健康増進計画(県) (市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】														
		データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)														
3	年代	妊婦 (胎児期)	産婦	0歳～5歳			6歳～14歳		15～18歳	～29歳	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 (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	1.9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				かつ18以上	肥満度15%以上		肥満度20%以上							
		尿糖	(+)以上							(+)以上						
		糖尿病 家族歴														

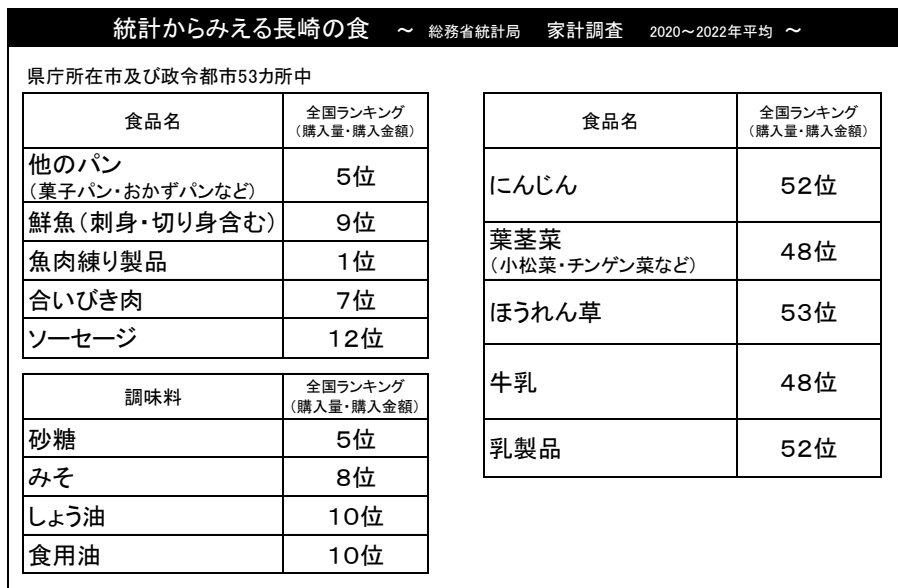
V. ポピュレーションアプローチ

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 63、64)

図表 63 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 64 統計からみえる長崎の食



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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

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

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

図表 65 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							データの把握方法 <small>(活用データ等)</small>		
			初期値 R6 (R4)	R6 (R5)	R7 (R6)	中間 評価 R8 (R7)	R9 (R8)	R10 (R9)	最終 評価 R11 (R10)			
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.1%							KDBシステム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.1%								
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	5.1%								
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少(人数)	30.0%(10人)								
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	★メタボリックシンドローム・予備群の減少率	31.0%								法定報告値
			健診受診者の高血圧者の割合を5.0%以下にする(160/100以上)	5.3%								保健指導実践ツール
			健診受診者の脂質異常者の割合を2.5%以下にする(LDL180以上)	2.9%								
			健診受診者の血糖異常者の割合を9.0%以下にする(HbA1C6.5%以上)	9.3%								
			★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値)以上の者の割合を1.0%以下にする	1.2%								
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合を70%以上にする	66.0%								長与町集計
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	49.4%	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%	法定報告値 <small>(特定健診等データ管理システム)</small>	
			★特定保健指導実施率60%以上	60.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%		

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた長与町の位置

参考資料 2 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 3 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 4 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 5 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 6 HbA1c の年次比較

参考資料 7 血圧の年次比較

参考資料 8 LDL-C の年次比較

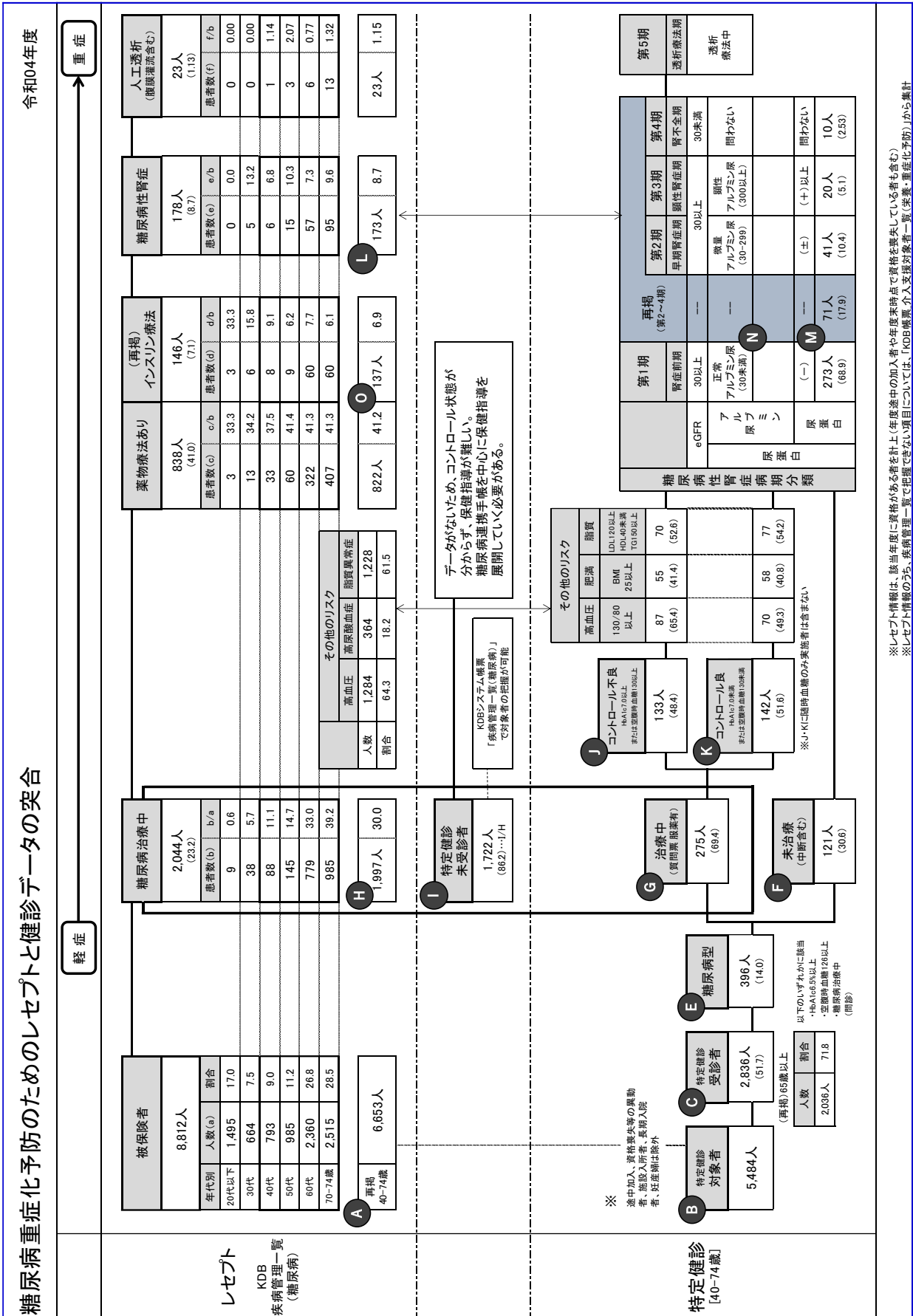
参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた長与町の位置

項目		長与町						同規模平均		長崎県		国			
		H30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		
1	① 人口構成	総人口	42,414		42,414		40,644		4,284,839		1,300,733		123,214,261		
		65歳以上(高齢化率)	9,890	23.3	9,890	23.3	11,105	27.3	1,245,056	29.1	430,353	33.1	35,335,805	28.7	
		75歳以上	4,684	11.0	4,684	11.0	5,425	13.3	---	---	220,086	16.9	18,248,742	14.8	
		65~74歳	5,206	12.3	5,206	12.3	5,680	14.0	---	---	210,267	16.2	17,087,063	13.9	
		40~64歳	14,596	34.4	14,596	34.4	13,780	33.9	---	---	421,528	32.4	41,545,893	33.7	
	39歳以下	17,928	42.3	17,928	42.3	15,759	38.8	---	---	448,852	34.5	46,332,563	37.6		
	② 産業構成	第1次産業	3.2		3.2		3.2		5.4		7.7		4.0		
		第2次産業	19.3		19.3		19.3		28.7		20.1		25.0		
		第3次産業	77.5		77.5		77.5		66.0		72.2		71.0		
	③ 平均寿命	男性	81.1		81.1		81.1		80.8		80.4		80.8		
女性		87.9		87.9		87.9		87.1		87.0		87.0			
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	79.5		79.9		80.1		80.4		79.6		80.1			
	女性	84.0		84.1		84.2		84.5		84.3		84.4			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比(SMR)	85.1		87.3		87.3		98.7		103.3		100.0		
		男性	85.1		87.3		87.3		98.7		103.3		100.0		
		女性	80.5		84.6		84.6		99.7		100.1		100.0		
		がん	109	57.7	111	57.5	110	54.5	12,696	50.6	4,804	50.8	378,272	50.6	
		心臓病	39	20.6	41	21.2	48	23.8	6,874	27.4	2,734	28.9	205,485	27.5	
		脳疾患	30	15.9	20	10.4	25	12.4	3,420	13.6	1,220	12.9	102,900	13.8	
		糖尿病	0	0.0	4	2.1	3	1.5	485	1.9	147	1.6	13,896	1.9	
	腎不全	6	3.2	6	3.1	10	5.0	926	3.7	376	4.0	26,946	3.6		
	自殺	5	2.6	11	5.7	6	3.0	686	2.7	183	1.9	20,171	2.7		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	31	10.3	25	6.8									
男性		23	13.1	18	9.2										
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	1,798	18.2	1,834	18.6	1,854	16.5	211,456	17.0	87,519	20.5	6,724,030	19.4	
		新規認定者	24	0.2	30	0.3	41	0.3	3,785	0.3	1,289	0.3	110,289	0.3	
		介護度別 総件数	要支援1.2	7,095	16.8	6,589	15.6	6,563	15.0	712,630	13.9	253,919	13.2	21,785,044	12.9
			要介護1.2	20,065	47.6	20,367	48.2	20,982	48.1	2,355,997	45.9	975,333	50.8	78,107,378	46.3
	要介護3以上		15,034	35.6	15,267	36.2	16,105	36.9	2,064,273	40.2	690,736	36.0	68,963,503	40.8	
	2号認定者	38	0.3	31	0.2	30	0.2	5,015	0.4	1,600	0.4	156,107	0.4		
	② 有病状況	糖尿病	639	34.7	633	33.7	612	32.3	54,717	24.5	24,954	27.2	1,712,613	24.3	
		高血圧症	1,230	66.4	1,227	66.2	1,232	64.7	117,224	52.9	55,445	60.9	3,744,672	53.3	
		脂質異常症	675	36.3	686	37.4	692	36.0	70,399	31.5	32,599	35.4	2,308,216	32.6	
		心臓病	1,400	75.6	1,388	74.8	1,384	73.0	132,327	59.8	62,241	68.6	4,224,628	60.3	
脳疾患		533	27.9	437	24.2	449	23.4	50,122	22.9	22,629	25.1	1,568,292	22.6		
がん		288	15.5	287	16.2	309	16.0	24,937	11.1	13,112	14.2	837,410	11.8		
筋・骨格 精神		1,214	66.9	1,224	65.1	1,239	64.7	116,014	52.5	56,502	62.3	3,748,372	53.4		
830	43.7	886	47.4	908	47.5	80,119	36.4	39,483	43.6	2,569,149	36.8				
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	247,510	2,447,878,808	261,826	2,589,455,273	238,502	2,648,562,532	259,723	310,443	290,668					
	1件当たり給付費(全体)	58,015		61,328		60,677		63,000	69,584	59,662					
	居宅サービス	43,861		48,041		47,797		41,449	49,376	41,272					
	施設サービス	290,940		301,093		304,394		292,001	298,997	296,364					
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	7,990		8,925		8,943		8,999	9,008	8,610					
	認定あり 認定なし	3,283		3,539		3,761		4,040	4,220	4,020					
4	① 国保の状況	被保険者数	8,220		7,711		7,376		882,802		313,943		27,488,882		
		65~74歳	4,047	49.2	4,035	52.3	3,815	51.7	---	---	146,116	46.5	11,129,271	40.5	
		40~64歳	2,472	30.1	2,225	28.9	2,166	29.4	---	---	97,783	31.1	9,088,015	33.1	
		39歳以下	1,701	20.7	1,451	18.8	1,395	18.9	---	---	70,044	22.3	7,271,596	26.5	
	加入率	19.4		18.2		18.1		20.6		24.1		22.3			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	2	0.2	2	0.1	2	0.3	265	0.3	148	0.5	8,237	0.3	
		診療所数	36	4.4	40	2.6	42	5.7	2,753	3.1	1,348	4.3	102,599	3.7	
		病床数	240	29.2	240	15.6	240	32.5	49,546	56.1	25,756	82.0	1,507,471	54.8	
		医師数	57	6.9	62	4.0	63	8.5	9,765	11.1	4,399	14.0	339,611	12.4	
		外来患者数	880.7		878.0		-		716.1		743.9		687.8		
入院患者数		20.6		22.8		-		19.2		27.2		17.7			
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	362,448		399,788		440,716		361,243		411,157		339,680			
	受診率	901.3		900.883		900.878		735.303		771.133		705.439			
	外来	費用の割合	60.6		59.8		57.2		59.6		53.5		60.4		
		件数の割合	97.7		97.5		97.4		97.4		96.5		97.5		
	入院	費用の割合	39.4		40.2		42.8		40.4		46.5		39.6		
		件数の割合	2.3		2.5		2.6		2.6		3.5		2.5		
	1件あたり在院日数	14.9日		15.7日		15.9日		16.0日		18.0日		15.7日			

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 <small>(最大医療資源傷病名 （該当含む））</small>	がん	471,775,890	29.3	492,942,370	29.8	625,203,730	35.0	31.9	29.3	32.2						
			慢性腎不全(透析あり)	140,276,190	8.7	176,310,040	10.7	164,631,740	9.2	8.0	10.0	8.2						
			糖尿病	161,534,360	10.0	157,788,580	9.5	145,839,820	8.2	11.0	9.0	10.4						
			高血圧症	151,969,520	9.4	131,119,220	7.9	118,184,310	6.6	6.1	6.2	5.9						
			脂質異常症	77,045,430	4.8	67,706,380	4.1	61,435,760	3.4	4.2	3.1	4.1						
			脳梗塞・脳出血	51,823,960	3.2	82,298,630	5.0	67,775,560	3.7	3.8	3.7	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	52,881,320	3.3	32,218,440	1.9	35,527,380	2.0	2.9	2.6	2.8						
			精神	184,381,200	11.4	191,697,090	11.6	209,133,620	11.7	14.6	17.8	14.7						
			筋・骨格	310,341,650	19.2	307,256,850	18.6	342,538,690	19.2	16.6	17.5	16.7						
			5	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	494	0.3	248	0.3	216	0.1	310	0.2	446	0.2	256	0.2
糖尿病	1,377	1.0				701	0.9	774	0.4	1,270	0.9	1,531	0.8	1,144	0.9			
脂質異常症	207	0.1				—	—	—	—	61	0.0	118	0.1	53	0.0			
脳梗塞・脳出血	5,111	3.6				4,763	5.9	8,113	4.3	6,294	4.3	6,885	3.6	5,993	4.5			
虚血性心疾患	4,579	3.2				1,605	2.0	3,281	1.7	4,413	3.0	4,438	2.3	3,942	2.9			
腎不全	3,942	2.8				2,915	3.6	6,609	3.5	4,223	2.9	5,719	3.0	4,051	3.0			
外来	17,993	8.2				8,255	6.9	15,784	6.3	11,332	5.3	13,145	6.0	10,143	4.9			
糖尿病	18,778	8.5				9,618	8.0	19,456	7.7	20,232	9.4	18,810	8.5	17,720	8.6			
脂質異常症	9,165	4.2				4,391	3.7	8,329	3.3	7,876	3.7	6,679	3.0	7,092	3.5			
脳梗塞・脳出血	1,141	0.5				574	0.5	1,075	0.4	916	0.4	961	0.4	825	0.4			
虚血性心疾患	2,613	1.2	1,088	0.9	2,056	0.8	1,870	0.9	2,017	0.9	1,722	0.8						
腎不全	17,788	8.1	10,891	9.1	23,727	9.4	17,044	7.9	22,033	10.0	15,781	7.7						
6	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	3,586	3,355	3,882	3,882	2,440	2,096	2,031								
			健診未受診者	13,114	14,866	16,570	12,830	13,290	13,295									
			生活習慣病対象者 一人当たり	8,429	7,488	8,891	7,199	6,228	6,142									
			健診未受診者	30,831	33,182	37,952	37,856	39,484	40,210									
7	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,727	57.7	1,583	55.5	1,375	53.0	145,064	57.9	42,628	54.9	3,698,441	56.9			
			医療機関受診率	1,640	54.8	1,496	52.5	1,280	49.3	131,102	52.3	39,130	50.4	3,375,719	51.9			
			医療機関非受診率	87	2.9	87	3.1	95	3.7	13,962	5.6	3,498	4.5	322,722	5.0			
			受診勧奨者	2,995	2,851	2,594	2,594	77,613	6,503,152									
5	①-⑬	特定健診の 状況	受診率	49.7	県内8位 同規模29位	49.7	長崎県内3位	49.4	39.3	32.7	全国37位	35.3						
			特定保健指導終了者(実施率)	102	34.0	163	71.8	182	75.8	4,814	16.1	1,513	19.7	69,327	9.0			
			非肥満高血糖	271	9.0	258	9.0	221	8.5	25,228	10.1	6,001	7.7	588,083	9.0			
			メタボ	該当者	570	19.0	588	20.6	519	20.0	52,346	20.9	16,730	21.6	1,321,197	20.3		
				男性	376	29.3	367	30.1	340	30.3	35,817	32.5	11,454	33.2	923,222	32.0		
				女性	194	11.3	221	13.5	179	12.2	16,529	11.8	5,276	12.2	397,975	11.0		
				予備群	332	11.1	323	11.3	291	11.2	28,214	11.3	9,369	12.1	730,607	11.2		
			県内市町村数 63市町村	男性	219	17.1	212	17.4	194	17.3	19,495	17.7	6,510	18.9	515,813	17.9		
				女性	113	6.6	111	6.8	97	6.6	8,719	6.2	2,859	6.6	214,794	5.9		
			同規模市区町村数 280市町村	メタボ 該当・予 備群レ ベル	腹囲	総数	991	33.1	992	34.8	878	33.8	88,865	35.5	28,558	36.8	2,273,296	35.0
						男性	653	50.9	634	52.0	580	51.7	60,938	55.3	19,605	56.9	1,592,747	55.3
					女性	338	19.8	358	21.9	298	20.2	27,927	19.9	8,953	20.7	680,549	18.8	
					BMI	総数	163	5.4	110	3.9	116	4.5	12,320	4.9	3,707	4.8	304,276	4.7
						男性	24	1.9	14	1.1	16	1.4	1,709	1.6	537	1.6	48,780	1.7
					女性	139	8.1	96	5.9	100	6.8	10,611	7.6	3,170	7.3	255,496	7.1	
					血糖のみ	12	0.4	10	0.4	10	0.4	1,744	0.7	414	0.5	41,541	0.6	
			血圧のみ	267	8.9	260	9.1	223	8.6	20,034	8.0	7,121	9.2	514,593	7.9			
			脂質のみ	53	1.8	53	1.9	58	2.2	6,436	2.6	1,834	2.4	174,473	2.7			
			血糖・血圧	92	3.1	87	3.1	73	2.8	8,097	3.2	2,527	3.3	193,722	3.0			
血糖・脂質	25	0.8	30	1.1	24	0.9	2,643	1.1	657	0.8	67,212	1.0						
血圧・脂質	257	8.6	289	10.1	261	10.1	24,138	9.6	8,445	10.9	630,648	9.7						
血糖・血圧・脂質	196	6.5	182	6.4	161	6.2	17,468	7.0	5,101	6.6	429,615	6.6						
6	①-⑭	問診の状況	服薬	高血圧	1,301	43.4	1,299	45.6	1,174	45.3	92,854	37.1	33,877	43.7	2,324,538	35.8		
			糖尿病	313	10.5	271	9.5	254	9.8	23,444	9.4	7,341	9.5	564,473	8.7			
			脂質異常症	804	26.8	888	31.1	820	31.6	71,191	28.4	22,838	29.4	1,817,350	28.0			
			既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	95	3.3	81	2.9	71	2.8	7,606	3.1	2,901	3.7	199,003	3.1		
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	203	7.2	192	6.9	191	7.5	14,124	5.8	5,320	6.9	349,845	5.5			
			腎不全	22	0.8	21	0.8	22	0.9	2,026	0.8	639	0.8	51,680	0.8			
			貧血	380	13.4	352	12.7	333	13.1	25,148	10.4	11,008	14.2	669,737	10.6			
			喫煙	343	11.5	310	10.9	273	10.5	32,100	12.8	10,209	13.2	896,676	13.8			
			週3回以上朝食を抜く	198	7.0	229	8.3	225	8.8	20,062	8.7	7,705	10.0	609,166	10.3			
			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			
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	324	11.5	306	11.0	254	10.0	33,458	14.3	10,274	13.4	932,218	15.7			
			週3回以上就寝前夕食	324	11.5	306	11.0	254	10.0	33,458	14.3	10,274	13.4	932,218	15.7			
			食べる速度が速い	735	26.0	739	26.5	678	26.5	59,745	25.9	21,156	27.5	1,590,713	26.8			
			20歳時体重から10kg以上増加	956	33.8	963	34.6	905	35.4	83,122	35.5	27,175	35.3	2,083,152	34.9			
1回30分以上運動習慣なし	1,551	54.9	1,497	53.8	1,352	53.0	137,627	59.6	45,981	59.8	3,589,415	60.3						
1日1時間以上運動なし	1,204	42.7	1,287	46.3	1,137	44.6	111,206	47.4	33,738	43.9	2,858,913	48.0						
睡眠不足	671	23.9	601	21.8	561	22.2	59,845	25.6	18,119	23.6	1,521,685	25.6						
毎日飲酒	647	22.9	654	23.4	594	23.2	56,219	23.6	18,847	24.5	1,585,206	25.5						
時々飲酒	641	22.7	606	21.7	558	21.8	51,095	21.4	16,007	20.8	1,393,154	22.4						
1日飲酒量	1合未満	1,265	68.1	1,501	73.0	1,385	73.7	103,887	65.7	38,047	68.3	2,851,798	64.2					
	1～2合	449	24.2	420	20.4	365	19.4	37,237	23.5	12,434	22.3	1,053,317	23.7					
	2～3合	115	6.2	117	5.7	111	5.9	13,576	8.6	4,217	7.6	414,658	9.3					
	3合以上	29	1.6	18	0.9	17	0.9	3,510	2.2	1,003	1.8	122,039	2.7					

参考資料 2 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

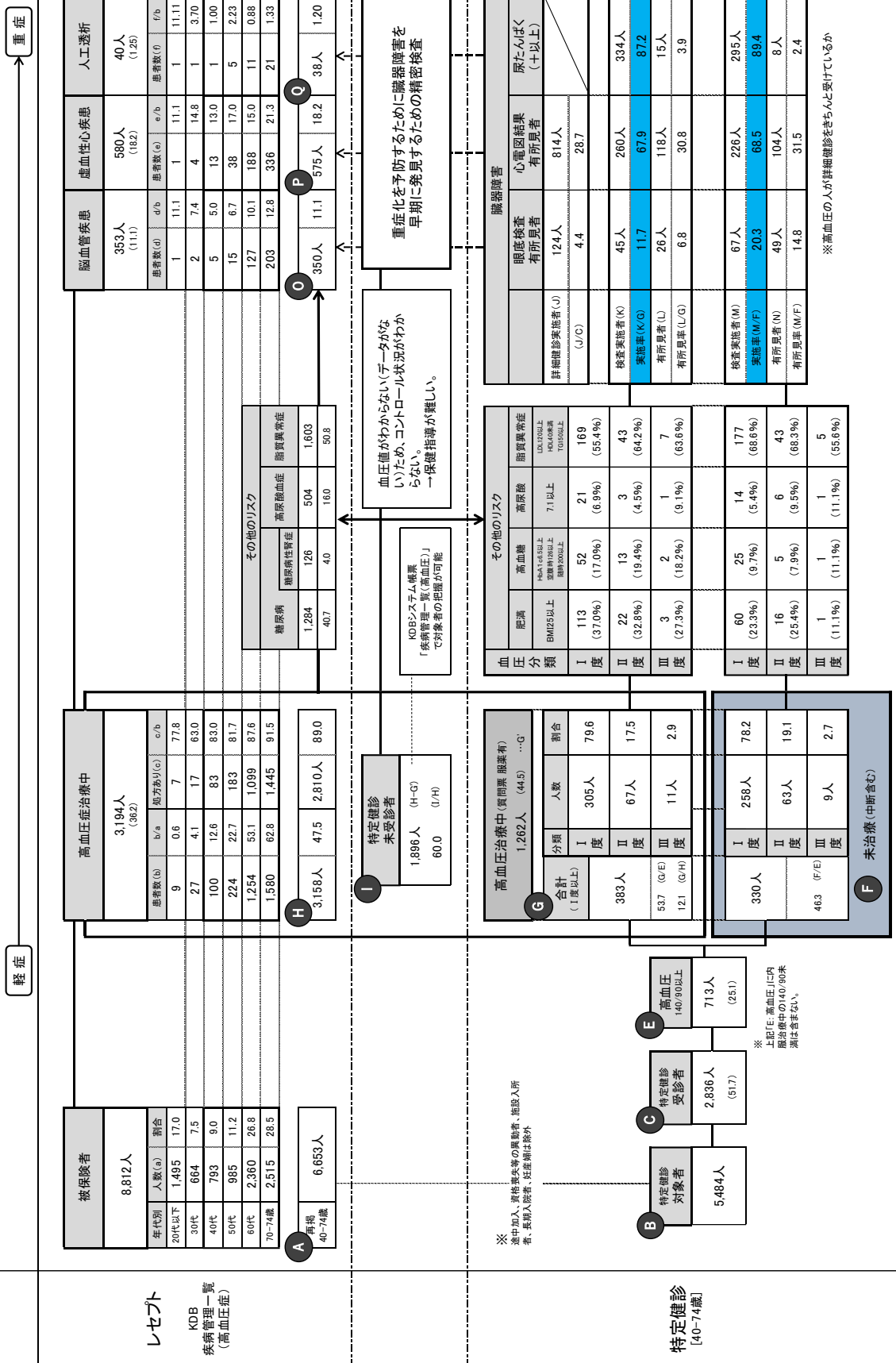
項目	突合表	長与町										同規模保険者(平均)		データ基		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A	8,521人		8,250人		8,105人		8,003人		7,694人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		(再掲)40-74歳	6,751人		6,568人		6,500人		6,488人		6,250人					
2	① 対象者数	B	6,016人		5,856人		5,823人		5,732人		5,484人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書	
		② 特定健診 受診者数	2,956人		2,878人		2,535人		2,851人		2,707人					
		③ 特定健診 受診率	49.1%		49.1%		43.5%		49.7%		49.4%					
3	① 特定 保健指導 対象者数		132人		161人		142人		171人		182人					
		② 特定 保健指導 実施率	44.1%		56.9%		72.1%		75.3%		75.8%					
4	① 健診 データ	糖尿病型	E	462人	14.8%	418人	14.0%	391人	14.7%	419人	14.0%	396人	14.0%		特定健診結果	
		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	139人	30.1%	110人	26.3%	114人	29.2%	137人	32.7%	121人	30.6%			
		治療中(質問票 服薬あり)	G	323人	69.9%	308人	73.7%	277人	70.8%	282人	67.3%	275人	69.4%			
		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	162人	50.2%	152人	49.4%	144人	52.0%	134人	47.5%	133人	48.4%			
		血圧 130/80以上	J	106人	65.4%	97人	63.8%	83人	57.6%	94人	70.1%	87人	65.4%			
		肥満 BMI25以上	J	72人	44.4%	66人	43.4%	56人	38.9%	59人	44.0%	55人	41.4%			
		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	161人	49.8%	156人	50.6%	133人	48.0%	148人	52.5%	142人	51.6%			
		第1期 尿蛋白(-)	M	272人	58.9%	257人	61.5%	256人	65.5%	281人	67.1%	276人	69.7%			
		第2期 尿蛋白(±)	M	69人	14.9%	67人	16.0%	68人	17.4%	72人	17.2%	53人	13.4%			
		第3期 尿蛋白(+)	M	64人	13.9%	64人	15.3%	60人	15.3%	62人	14.8%	62人	15.7%			
		第4期 eGFR30未満	M	5人	1.1%	5人	1.2%	5人	1.3%	3人	0.7%	4人	1.0%			
5	① レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		149.7人		153.2人		147.4人		82.7人		86.6人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
		(再掲)40-74歳(被保険者千対)		186.9人		190.5人		181.5人		100.7人		104.6人				
		レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対	入院外(件数)	5,833件 (894.8)	5,860件 (917.8)	5,827件 (916.3)	6,177件 (986.7)	5,892件 (985.1)	6,309.75件 (921.9)				KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)			
		入院(件数)	24件 (3.7)	15件 (2.3)	27件 (4.2)	26件 (4.2)	22件 (3.7)	2,654件 (3.9)								
		糖尿病治療中	H	1,276人	15.0%	1,264人	15.3%	1,195人	14.7%	1,324人	16.5%	1,333人	17.3%			
		(再掲)40-74歳	H	1,262人	18.7%	1,251人	19.0%	1,180人	18.2%	1,307人	20.1%	1,307人	20.9%			
		健診未受診者	I	939人	74.4%	928人	74.2%	903人	76.5%	1,025人	78.4%	1,032人	79.0%			
		インスリン治療	O	78人	6.1%	75人	5.9%	73人	6.1%	77人	5.8%	90人	6.8%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
		(再掲)40-74歳	O	74人	5.9%	73人	5.8%	71人	6.0%	73人	5.6%	86人	6.6%			
		糖尿病性腎症	L	102人	8.0%	100人	7.9%	94人	7.9%	118人	8.9%	109人	8.2%			
		(再掲)40-74歳	L	99人	7.8%	99人	7.9%	93人	7.9%	117人	9.0%	107人	8.2%			
		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		13人	1.0%	13人	1.0%	14人	1.2%	18人	1.4%	20人	1.5%			
		(再掲)40-74歳		13人	1.0%	13人	1.0%	14人	1.2%	18人	1.4%	20人	1.5%			
		新規透析患者数		7		6		6		5		10				
		(再掲)糖尿病性腎症		3	42.9%	3	50.0%	4	66.7%	3	60.0%	3	30.0%			
		【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)		7人	0.4%	6人	0.3%	7人	0.4%	6人	0.3%	9人	0.5%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期		
6	① 医療費	総医療費		29億7932万円		29億4666万円		29億7714万円		30億8256万円		32億5072万円		21億6943万円	KDB 健診・医療・介護データか らみる地域の健康課題	
		生活習慣病総医療費		16億1286万円		15億9694万円		16億1953万円		16億5321万円		17億8522万円		11億4738万円		
		(総医療費に占める割合)		54.1%		54.2%		54.4%		53.6%		54.9%		52.9%		
		生活習慣病 対象者 1人あたり	健診受診者	8,429円	7,922円	7,817円	7,488円	8,891円	7,199円							
		健診未受診者	30,831円	29,404円	31,501円	33,182円	37,952円	37,856円								
		糖尿病医療費		1億6153万円		1億4744万円		1億5146万円		1億5779万円		1億4584万円		1億2598万円		
		(生活習慣病総医療費に占める割合)		10.0%		9.2%		9.4%		9.5%		8.2%		11.0%		
		糖尿病入院外総医療費		5億5411万円		5億1192万円		5億7766万円		6億2895万円		6億4352万円				
		1件あたり		32,338円		30,255円		33,878円		35,350円		36,785円				
		糖尿病入院総医療費		3億1827万円		3億0693万円		2億7766万円		3億1989万円		3億6906万円				
		1件あたり		612,067円		630,247円		567,803円		628,472円		707,016円				
		在院日数		15日		17日		16日		16日		16日				
		慢性腎不全医療費		1億4444万円		1億8550万円		1億7899万円		1億8331万円		1億7549万円		9872万円		
		透析有り		1億4028万円		1億8199万円		1億7576万円		1億7631万円		1億6463万円		9197万円		
		透析なし		416万円		351万円		323万円		700万円		1086万円		675万円		
7	① 介護	介護給付費		24億4788万円		25億1203万円		25億3546万円		25億8946万円		26億4856万円		21億9980万円		
		(2号認定者)糖尿病合併症		2件	11.1%	4件	18.2%	4件	22.2%	3件	15.8%	4件	22.2%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%	0人	0.0%	2人	0.6%	4人	1.2%	3人	0.9%	926人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題



参考資料 4 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

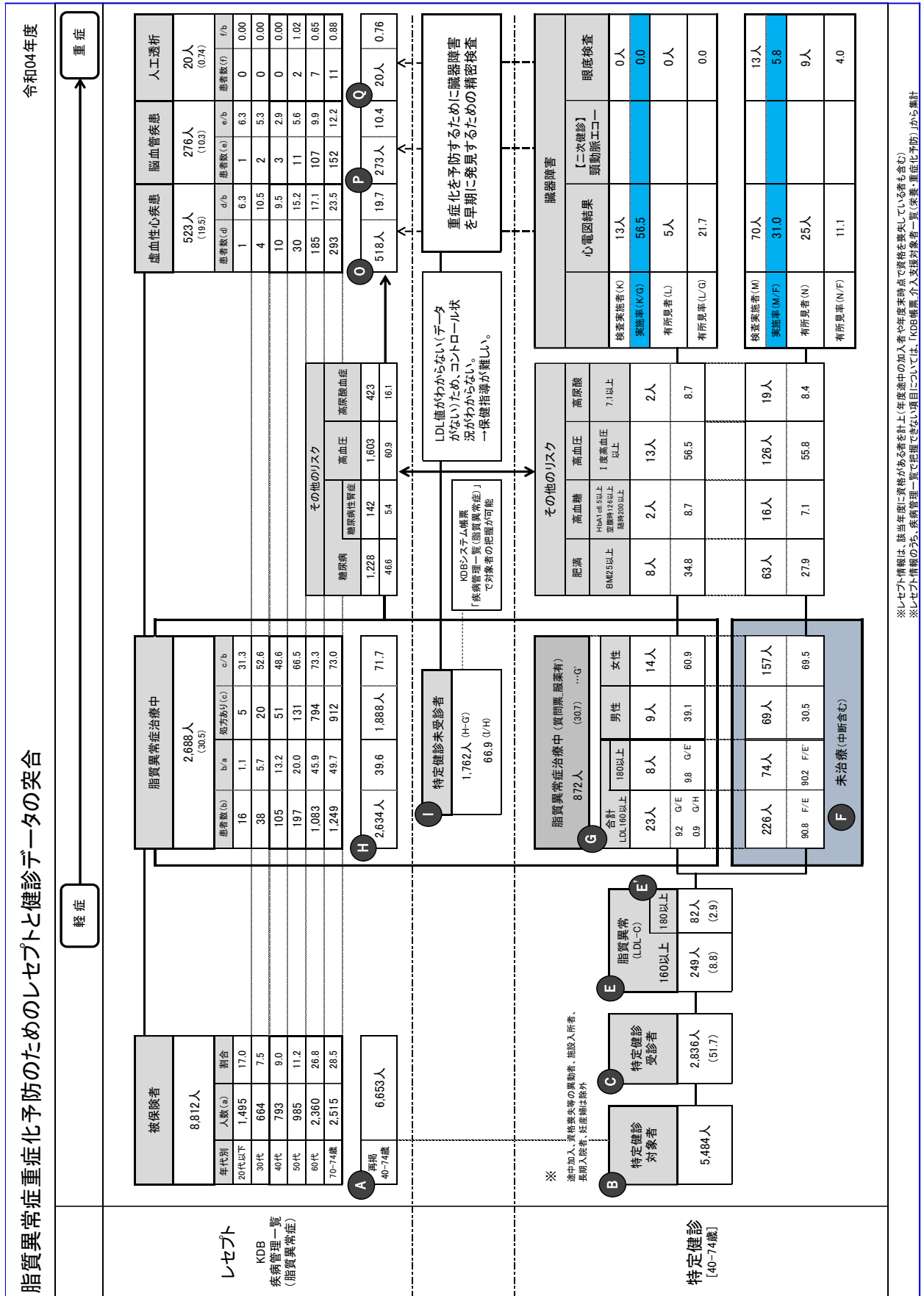
高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和10年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報は、疾病管理一覧(高血圧)については、「KDB健診 介入支援対象者一覧(高血圧重症化予防)」から集計

参考資料5 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



※ 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服薬一覧(疾病管理一覧)」から集計

参考資料 6 HbA1C の年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	2,898	1,407	48.6%	874	30.2%	341	11.8%	133	4.6%	90	3.1%	53	1.8%	83	2.9%	36	1.2%
H30	3,065	1,395	45.5%	974	31.8%	394	12.9%	150	4.9%	105	3.4%	47	1.5%	88	2.9%	31	1.0%
R01	3,011	1,442	47.9%	924	30.7%	351	11.7%	158	5.2%	92	3.1%	44	1.5%	90	3.0%	29	1.0%
R02	2,642	1,293	48.9%	795	30.1%	305	11.5%	117	4.4%	92	3.5%	40	1.5%	79	3.0%	24	0.9%
R03	2,896	1,388	47.9%	890	30.7%	345	11.9%	142	4.9%	89	3.1%	42	1.5%	75	2.6%	27	0.9%
R04	2,829	1,303	46.1%	896	31.7%	368	13.0%	127	4.5%	102	3.6%	33	1.2%	74	2.6%	22	0.8%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		9.5%	
					再)7.0以上	未治療	治療	9.5%	9.5%		
											人数
H29	2,898	1,407	874	341	276	9.5%	98	35.5%	178	64.5%	9.5%
					143	4.9%	45	31.5%	98	68.5%	4.9%
H30	3,065	1,395	974	394	302	9.9%	101	33.4%	201	66.6%	9.9%
					152	5.0%	33	21.7%	119	78.3%	5.0%
R01	3,011	1,442	924	351	294	9.8%	82	27.9%	212	72.1%	9.8%
					136	4.5%	28	20.6%	108	79.4%	4.5%
R02	2,642	1,293	795	305	249	9.4%	77	30.9%	172	69.1%	9.4%
					132	5.0%	28	21.2%	104	78.8%	5.0%
R03	2,896	1,388	890	345	273	9.4%	100	36.6%	173	63.4%	9.4%
					131	4.5%	34	26.0%	97	74.0%	4.5%
R04	2,829	1,303	896	368	262	9.3%	99	37.8%	163	62.2%	9.3%
					135	4.8%	39	28.9%	96	71.1%	4.8%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	282	9.7%	5	1.8%	20	7.1%	79	28.0%	80	28.4%	63	22.3%	35	12.4%	57	20.2%	18	6.4%
	H30	320	10.4%	6	1.9%	22	6.9%	91	28.4%	82	25.6%	83	25.9%	36	11.3%	67	20.9%	23	7.2%
	R01	312	10.4%	5	1.6%	21	6.7%	74	23.7%	104	33.3%	74	23.7%	34	10.9%	72	23.1%	22	7.1%
	R02	276	10.4%	6	2.2%	22	8.0%	76	27.5%	68	24.6%	71	25.7%	33	12.0%	64	23.2%	19	6.9%
	R03	275	9.5%	5	1.8%	22	8.0%	75	27.3%	76	27.6%	64	23.3%	33	12.0%	61	22.2%	21	7.6%
R04	275	9.7%	7	2.5%	21	7.6%	84	30.5%	67	24.4%	65	23.6%	31	11.3%	55	20.0%	21	7.6%	
治療なし	H29	2,616	90.3%	1,402	53.6%	854	32.6%	262	10.0%	53	2.0%	27	1.0%	18	0.7%	26	1.0%	18	0.7%
	H30	2,745	89.6%	1,389	50.6%	952	34.7%	303	11.0%	68	2.5%	22	0.8%	11	0.4%	21	0.8%	8	0.3%
	R01	2,699	89.6%	1,437	53.2%	903	33.5%	277	10.3%	54	2.0%	18	0.7%	10	0.4%	18	0.7%	7	0.3%
	R02	2,366	89.6%	1,287	54.4%	773	32.7%	229	9.7%	49	2.1%	21	0.9%	7	0.3%	15	0.6%	5	0.2%
	R03	2,621	90.5%	1,383	52.8%	868	33.1%	270	10.3%	66	2.5%	25	1.0%	9	0.3%	14	0.5%	6	0.2%
R04	2,554	90.3%	1,296	50.7%	875	34.3%	284	11.1%	60	2.3%	37	1.4%	2	0.1%	19	0.7%	1	0.0%	

参考資料 7 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	2,943	659	22.4%	517	17.6%	928	31.5%	673	22.9%	141	4.8%	25	0.8%
H30	3,133	772	24.6%	560	17.9%	951	30.4%	680	21.7%	140	4.5%	30	1.0%
R01	3,051	757	24.8%	539	17.7%	945	31.0%	658	21.6%	127	4.2%	25	0.8%
R02	2,659	606	22.8%	505	19.0%	827	31.1%	583	21.9%	113	4.2%	25	0.9%
R03	2,911	712	24.5%	560	19.2%	846	29.1%	651	22.4%	123	4.2%	19	0.7%
R04	2,836	707	24.9%	560	19.7%	856	30.2%	563	19.9%	130	4.6%	20	0.7%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	再Ⅲ度高血圧	未治療	治療	割合			
					人数	割合	人数						割合	人数	割合
H29	2,943	1,176 40.0%	928 31.5%	673 22.9%	166 5.6%	91 54.8%	75 45.2%	25 0.8%	14 56.0%	11 44.0%	5.6%				
H30	3,133	1,332 42.5%	951 30.4%	680 21.7%	170 5.4%	92 54.1%	78 45.9%	30 1.0%	21 70.0%	9 30.0%	5.4%				
R01	3,051	1,296 42.5%	945 31.0%	658 21.6%	152 5.0%	88 57.9%	64 42.1%	25 0.8%	15 60.0%	10 40.0%	5.0%				
R02	2,659	1,111 41.8%	827 31.1%	583 21.9%	138 5.2%	71 51.4%	67 48.6%	25 0.9%	14 56.0%	11 44.0%	5.2%				
R03	2,911	1,272 43.7%	846 29.1%	651 22.4%	142 4.9%	83 58.5%	59 41.5%	19 0.7%	11 57.9%	8 42.1%	4.9%				
R04	2,836	1,267 44.7%	856 30.2%	563 19.9%	150 5.3%	72 48.0%	78 52.0%	20 0.7%	9 45.0%	11 55.0%	5.3%				

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	1,333	45.3%	171	12.8%	248	18.6%	458	34.4%	381	28.6%	64	4.8%	11	0.8%
	H30	1,342	42.8%	173	12.9%	251	18.7%	488	36.4%	352	26.2%	69	5.1%	9	0.7%
	R01	1,309	42.9%	181	13.8%	247	18.9%	465	35.5%	352	26.9%	54	4.1%	10	0.8%
	R02	1,210	45.5%	163	13.5%	234	19.3%	416	34.4%	330	27.3%	56	4.6%	11	0.9%
	R03	1,319	45.3%	196	14.9%	250	19.0%	442	33.5%	372	28.2%	51	3.9%	8	0.6%
	R04	1,262	44.5%	193	15.3%	258	20.4%	428	33.9%	305	24.2%	67	5.3%	11	0.9%
治療なし	H29	1,610	54.7%	488	30.3%	269	16.7%	470	29.2%	292	18.1%	77	4.8%	14	0.9%
	H30	1,791	57.2%	599	33.4%	309	17.3%	463	25.9%	328	18.3%	71	4.0%	21	1.2%
	R01	1,742	57.1%	576	33.1%	292	16.8%	480	27.6%	306	17.6%	73	4.2%	15	0.9%
	R02	1,449	54.5%	443	30.6%	271	18.7%	411	28.4%	253	17.5%	57	3.9%	14	1.0%
	R03	1,592	54.7%	516	32.4%	310	19.5%	404	25.4%	279	17.5%	72	4.5%	11	0.7%
	R04	1,574	55.5%	514	32.7%	302	19.2%	428	27.2%	258	16.4%	63	4.0%	9	0.6%

参考資料 8 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常				保健指導判定値				受診勧奨判定値			
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H29	2,937	1,398	47.6%	753	25.6%	502	17.1%	194	6.6%	90	3.1%	
	H30	3,127	1,503	48.1%	791	25.3%	507	16.2%	215	6.9%	111	3.5%	
	R01	3,046	1,412	46.4%	781	25.6%	525	17.2%	223	7.3%	105	3.4%	
	R02	2,659	1,319	49.6%	667	25.1%	439	16.5%	162	6.1%	72	2.7%	
	R03	2,911	1,436	49.3%	780	26.8%	444	15.3%	169	5.8%	82	2.8%	
	R04	2,836	1,480	52.2%	701	24.7%	406	14.3%	167	5.9%	82	2.9%	
男性	H29	1,235	678	54.9%	299	24.2%	177	14.3%	51	4.1%	30	2.4%	
	H30	1,331	728	54.7%	310	23.3%	186	14.0%	73	5.5%	34	2.6%	
	R01	1,328	704	53.0%	318	23.9%	191	14.4%	82	6.2%	33	2.5%	
	R02	1,146	652	56.9%	274	23.9%	157	13.7%	47	4.1%	16	1.4%	
	R03	1,246	699	56.1%	310	24.9%	155	12.4%	53	4.3%	29	2.3%	
	R04	1,225	737	60.2%	257	21.0%	153	12.5%	53	4.3%	25	2.0%	
女性	H29	1,702	720	42.3%	454	26.7%	325	19.1%	143	8.4%	60	3.5%	
	H30	1,796	775	43.2%	481	26.8%	321	17.9%	142	7.9%	77	4.3%	
	R01	1,718	708	41.2%	463	26.9%	334	19.4%	141	8.2%	72	4.2%	
	R02	1,513	667	44.1%	393	26.0%	282	18.6%	115	7.6%	56	3.7%	
	R03	1,665	737	44.3%	470	28.2%	289	17.4%	116	7.0%	53	3.2%	
	R04	1,611	743	46.1%	444	27.6%	253	15.7%	114	7.1%	57	3.5%	

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲
					再)180以上	未治療	治療	
H29	2,937	1,398 47.6%	753 25.6%	502 17.1%	284 9.7%	255 89.8%	29 10.2%	9.7%
H30	3,127	1,503 48.1%	791 25.3%	507 16.2%	326 10.4%	299 91.7%	27 8.3%	10.4%
R01	3,046	1,412 46.4%	781 25.6%	525 17.2%	328 10.8%	298 90.9%	30 9.1%	10.8%
R02	2,659	1,319 49.6%	667 25.1%	439 16.5%	234 8.8%	211 90.2%	23 9.8%	8.8%
R03	2,911	1,436 49.3%	780 26.8%	444 15.3%	251 8.6%	221 88.0%	30 12.0%	8.6%
R04	2,836	1,480 52.2%	701 24.7%	406 14.3%	249 8.8%	226 90.8%	23 9.2%	8.8%

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	780	26.6%	497	63.7%	172	22.1%	82	10.5%	22	2.8%	7	0.9%
	H30	823	26.3%	539	65.5%	181	22.0%	76	9.2%	18	2.2%	9	1.1%
	R01	828	27.2%	528	63.8%	181	21.9%	89	10.7%	22	2.7%	8	1.0%
	R02	812	30.5%	537	66.1%	181	22.3%	71	8.7%	18	2.2%	5	0.6%
	R03	899	30.9%	613	68.2%	196	21.8%	60	6.7%	25	2.8%	5	0.6%
	R04	872	30.7%	613	70.3%	182	20.9%	54	6.2%	15	1.7%	8	0.9%
治療なし	H29	2,157	73.4%	901	41.8%	581	26.9%	420	19.5%	172	8.0%	83	3.8%
	H30	2,304	73.7%	964	41.8%	610	26.5%	431	18.7%	197	8.6%	102	4.4%
	R01	2,218	72.8%	884	39.9%	600	27.1%	436	19.7%	201	9.1%	97	4.4%
	R02	1,847	69.5%	782	42.3%	486	26.3%	368	19.9%	144	7.8%	67	3.6%
	R03	2,012	69.1%	823	40.9%	584	29.0%	384	19.1%	144	7.2%	77	3.8%
	R04	1,964	69.3%	867	44.1%	519	26.4%	352	17.9%	152	7.7%	74	3.8%