

田舎館村国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)
令和6年度～令和11年度

田舎館村国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	1
1 背景・目的	1
2 計画の位置付けと基本的な考え方	2
3 計画期間	6
4 関係者が果たすべき役割と連携	6
1) 市町村国保の役割	6
2) 関係機関との連携	8
3) 被保険者の役割	8
5 保険者努力支援制度	8
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	10
2 第2期計画に係る評価及び考察	12
1) 第2期計画に係る評価	12
2) 主な個別事業の評価と課題	20
3 第3期における健康課題の明確化	26
1) 基本的な考え方	26
2) 健康課題の明確化	32
3) 目標の設定	33
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	35
1 第4期特定健康診査等実施計画について	35
2 目標値の設定	35
3 対象者の見込み	35
4 特定健診の実施	35
5 特定保健指導の実施	37
6 個人情報の保護	40
7 結果の報告	41
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	41
第4章 課題解決するための個別保健事業	42
1 保健事業の方向性	42

2 重症化予防の取組	44
1)脳血管疾患重症化予防	44
2)糖尿病性腎症重症化予防	50
3)虚血性心疾患重症化予防	56
3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	61
4 発症予防	62
5 ポピュレーションアプローチ	63
6 その他	64
第5章 計画の評価・見直し	65
1 評価の時期	65
2 評価方法・体制	65
第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	66
1 計画の公表・周知	66
2 個人情報の取扱い	66
参考資料	67

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。

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

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

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

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

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

2 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

本村では、以上の事も踏まえ、国保データベースシステム(以下「KDB システム」という^{※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。

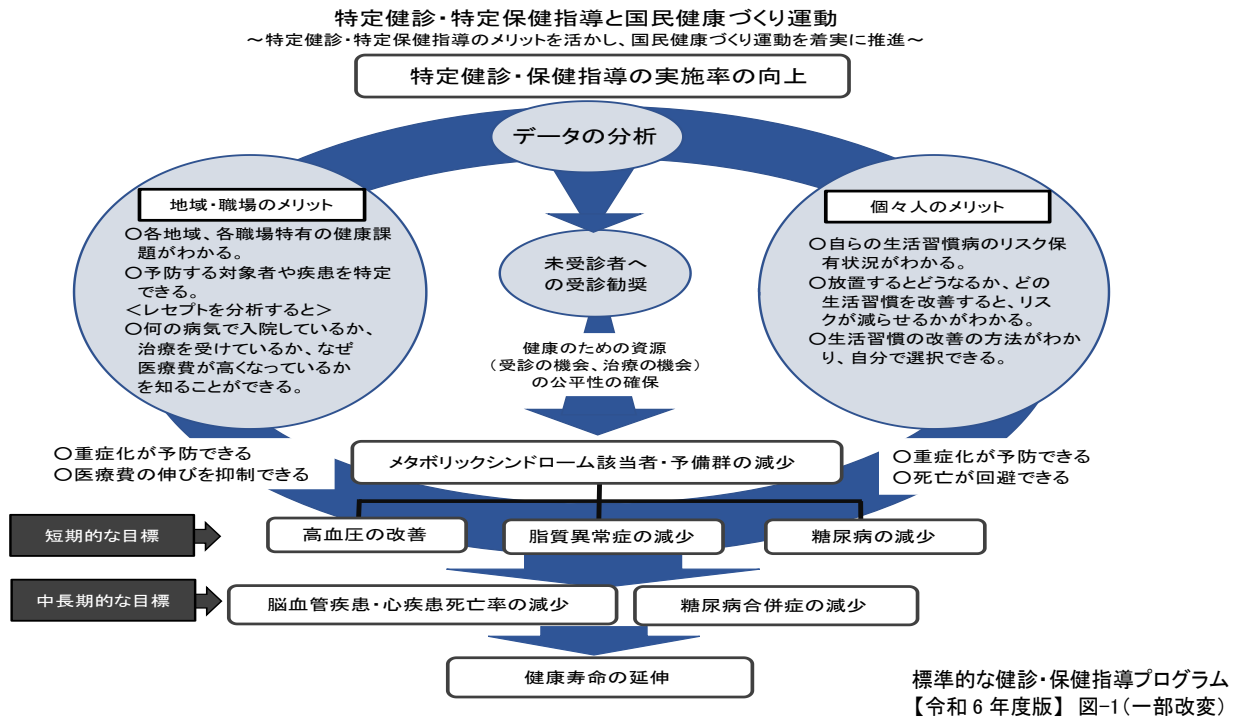
※6 KDB システム:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

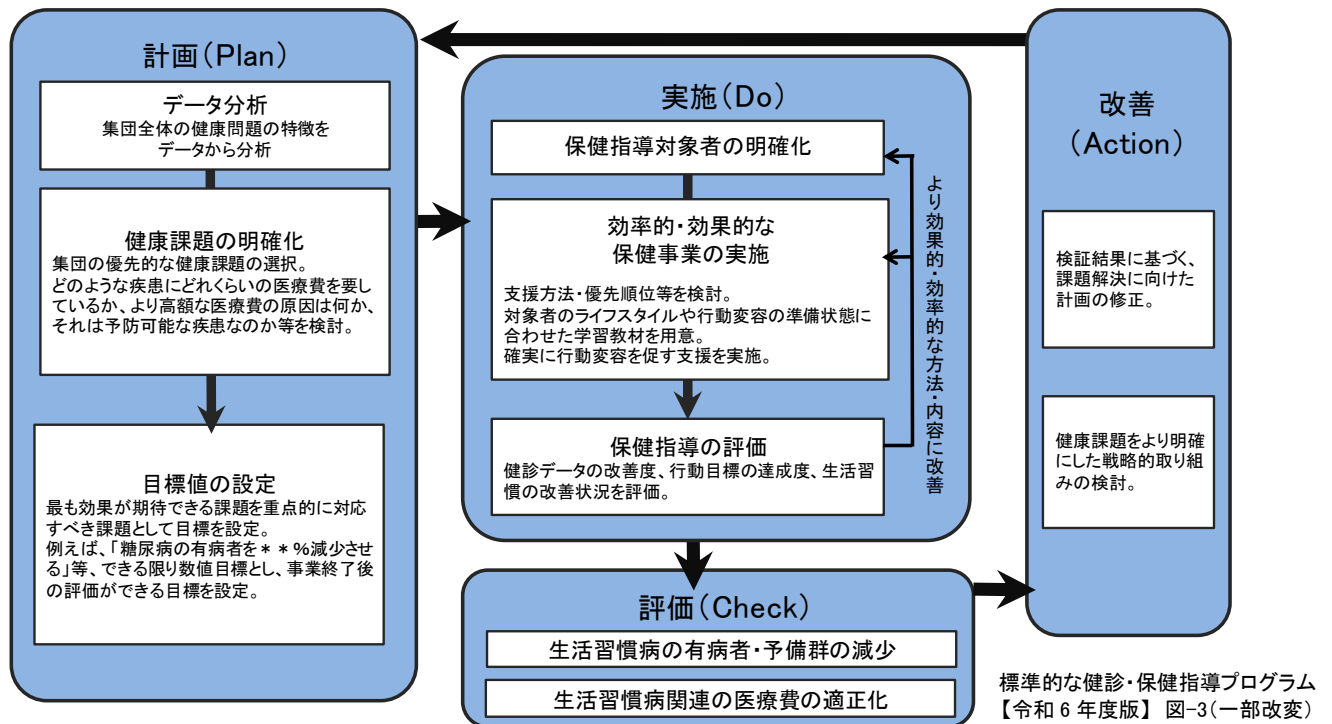
	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣等の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨質・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 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)			がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養	
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 ・医療資源の効率的・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・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



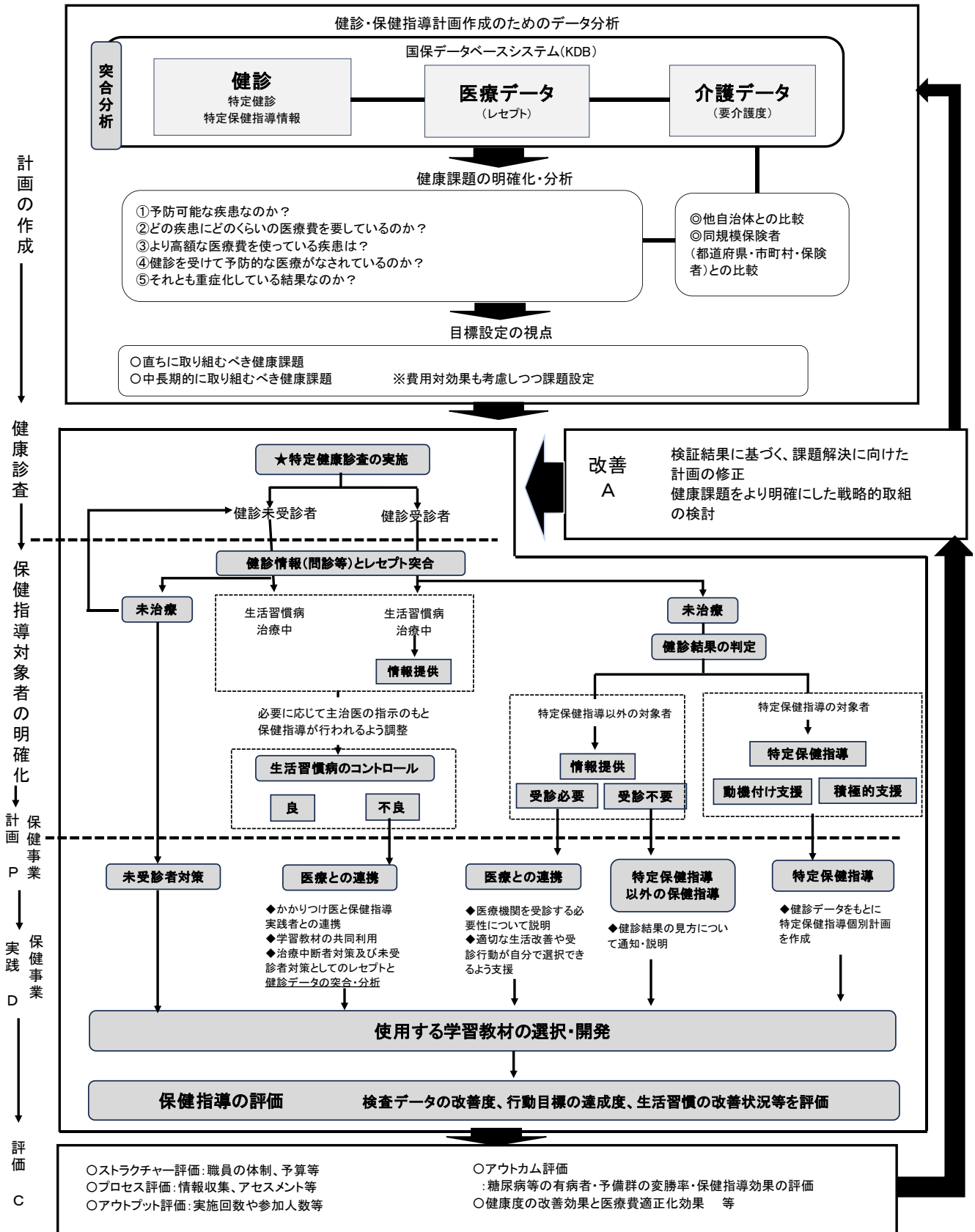
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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

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

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

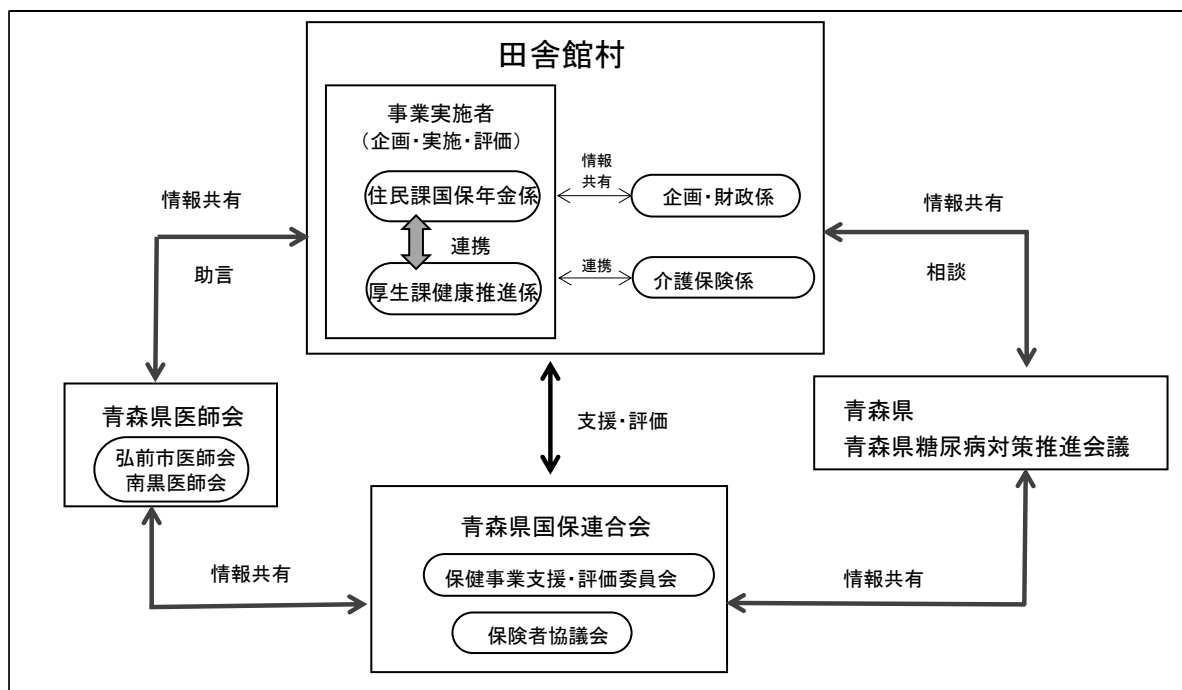
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計

画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局(住民課)、保健衛生部局(厚生課)、介護保険部局(厚生課)、企画部局(企画観光課)、生活保護部局(厚生課)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 田舎館村の実施体制図



図表7 保健事業体制と主な保健事業の分担

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

	保 (係長)	保 (主任)	保	保	管栄	事	事	事 (国保係 長)	事 (国保事 務)
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	○	○	○	○	◎	○			

2) 関係機関との連携

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

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である県のほか、国保連や地域の医師会、歯科医師会等の保健医療関係者等、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保険者、地域の医療機関等の社会資源等と連携、協力が必要です。

関係機関との連携、協力を当たっては、データヘルス計画の標準化やデータの見える化を推進することにより、保険者の健康課題等を関係者で共有し、県や国保連が実施する保険者向けの研修会に積極的に参加することも必要です。

特に、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っており、市町村国保の保険者機能の強化についての関与が重要となります。

さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県が医師会等との連携を推進することも重要です。

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

3) 被保険者の役割

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

5 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組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繋がるため、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			
			田舎館村	配点	田舎館村	配点	田舎館村	配点		
交付額(万円)			5, 58		5, 12		4, 94			
全国順位(1,741市町村中)			16位		49位		26位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	110	70	105	70	105	70		
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70		
		(3)メタリックシフト・ロム該当者・予備群の減少率		50		50		50		
	②	(1)がん検診受診率等	50	40	70	40	72	40		
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35		
	③	発症予防・重症化予防の取組		120	120	120	120	100	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供		110	45	60	45	65	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供			20		20		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組		50	50	45	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		110	130	110	130	110	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率		50	100	50	100	50	100
		②	データヘルス計画の実施状況		40	40	30	30	25	25
③		医療費通知の取組		25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施		30	40	40	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組		38	40	38	50	50	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況		83	95	78	100	84	100	
合計点			816	1,000	766	960	766	940		

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1 保険者の特性

本村は、人口約7千3百人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で36.1%でした。同規模と比較すると高齢者の割合は低く、県・国よりは高い状況で、被保険者の平均年齢は56.9歳で同規模・県・国と比べて高齢でした。出生率は国より低く、財政指数の低い状況です。産業においては、第3次産業が54.3%で一番多くを占めるものの、同規模・県・国と比較すると第1次産業の割合の高さが目立ち、農業が基幹産業となっています。(図表9)

中長期的な目標である脳血管疾患、心疾患、腎不全の死亡率を標準化死亡比(SMR)で見ると、本村の女性の脳血管疾患は減少しましたが、男性は増加しました。心疾患は男性が減少し女性が増加、腎不全は男女とも減少しています。65歳未満の死亡の状況を見ると、毎年約10人程度あり、割合で見ると男性が国、県より高い状況が続き、女性は令和3年が国、県より高くなりました。(図表10-1,10-2)

国保加入率は23.7%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歳の前期高齢者は増加し、64歳以下は年々減っています。(図表11-1)

また村内には診療所が1か所ですが、地理的に近隣市町の医療機関を利用しやすい状況にあります。外来患者数及び入院患者数はコロナ禍の影響から令和2年は減少したものの、令和3年から増加しています。(図表11-2)

図表9 同規模・県・国と比較した田舎館村の特性

	人口	高齢化率	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢	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
田舎館村	7320人	36.1%	1737人 (23.7%)	56.9歳	6.7	17.1	0.3	22.3%	23.4%	54.3%
同規模	---	39.4%	26%	55.7歳	4.9	17.2	0.4	17.0%	25.3%	57.7%
県	---	33.9%	23%	55.8歳	5.6	14.7	0.4	12.4%	20.4%	67.2%
国	---	28.7%	22%	51.9歳	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、田舎館村と同規模保険者(240市町村)の平均値を表す

図表10-1 中長期的な目標：脳血管疾患、心疾患、腎不全の標準化死亡比

SMR		男性					女性				
		H25～ H29	H26～ H30	H27～ R1	H28～ R2	H29～ R3	H25～ H29	H26～ H30	H27～ R1	H28～ R2	H29～ R3
死亡総数	青森県	119.1	119.2	120.4	110.0	111.1	108.1	110.0	112.5	101.0	103.4
	田舎館村	124.6	133.9	137.3	127.1	123.5	109.9	105.7	111.4	102.9	111.4
脳血管疾患	青森県	134.5	132.1	130.9	114.5	113.8	126.3	122.3	119.6	102.3	100.1
	田舎館村	138.9	152.3	157.5	134.0	163.8	120.5	116.0	90.3	89.7	86.1
心疾患(高血圧を除く)	青森県	116.5	117.1	119.9	109.1	110.3	109.2	107.6	108.8	95.9	98.2
	田舎館村	133.3	170.9	173.9	141.7	135.8	119.3	142.5	140.1	139.0	154.9
腎不全	青森県	151.9	144.5	144.2	129.4	130.8	136.8	128.5	126.6	110.5	110.1
	田舎館村	155.3	116.2	116.2	64.9	64.9	120.3	39.4	59.2	48.8	97.6
悪性新生物	青森県	119.7	119.3	119.1	110.7	110.8	111.5	111.4	113.0	106.1	107.1
	田舎館村	119.1	116.4	122.9	136.4	138.8	106.4	102.2	107.2	107.3	115.1

出典：青森県保健統計年報

図表 10-2 65歳未満死亡の状況

項目	H30年			R1年			R2年			R3年			
	総死亡数	65歳未満死亡数	65歳未満死亡割合	総死亡数	65歳未満死亡数	65歳未満死亡割合	総死亡数	65歳未満死亡数	65歳未満死亡割合	総死亡数	65歳未満死亡数	65歳未満死亡割合	
国	総数	1,362,470人	128,867人	9.5%	1,381,093人	126,770人	9.2%	1,372,755人	125,335人	9.1%	1,439,856人	125,187人	8.7%
	男	699,138人	85,323人	12.2%	707,421人	83,881人	11.9%	706,834人	82,929人	11.7%	738,141人	82,832人	11.2%
	女	663,332人	43,544人	6.6%	673,672人	42,889人	6.4%	665,921人	42,406人	6.4%	701,715人	42,355人	6.0%
県	総数	17,936人	1,802人	10.0%	18,424人	1,779人	9.7%	17,905人	1,687人	9.4%	18,785人	1,647人	8.8%
	男	8,925人	1,211人	13.6%	9,286人	1,189人	12.8%	8,942人	1,144人	12.8%	9,230人	1,086人	11.8%
	女	9,011人	591人	6.6%	9,138人	590人	6.5%	8,963人	543人	6.1%	9,555人	561人	5.9%
田舎館村	総数	130人	11人	8.5%	137人	16人	11.7%	125人	13人	10.4%	128人	12人	9.4%
	男	69人	6人	8.7%	66人	12人	18.2%	57人	9人	15.8%	50人	6人	12.0%
	女	61人	5人	8.2%	71人	4人	5.6%	68人	4人	5.9%	78人	6人	7.7%

出典：人口動態統計

図表 11-1 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	2,006人		1,919人		1,876人		1,816人		1,737人	
65～74歳	878人	43.8%	877人	45.7%	882人	47.0%	890人	49.0%	854人	49.2%↑
40～64歳	721人	35.9%	664人	34.6%	645人	34.4%	610人	33.6%	588人	33.9%↓
39歳以下	407人	20.3%	378人	18.6%	349人	18.6%	316人	17.4%	295人	17.0%↓
加入率	25.8%		24.7%		24.1%		23.4%		23.7%↓	

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 11-2 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.4	0.3
診療所数	1施設	1.0	1施設	1.0	1施設	1.1	1施設	1.1	1施設	1.2	2.7	3.1
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	37.4	61.5
医師数	1人	0.5	1人	0.5	1人	0.5	1人	0.6	1人	0.6	4.2	10.0
外来患者数	715.1		717.4		↓ 678.8		↑ 700.4		712.5		692.2	724.7
入院患者数	19.8		21.0		↓ 17.8		↑ 21.1		21.3		22.7	17.8

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)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本村の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者は11人(認定率0.46%)で、平成30年度より増加し、同規模・国と比較し高い状況です。1号(65歳以上)被保険者は468人(認定率17.7%)と、同規模・県・国と比較すると低く、平成30年度と比べても減少しました。(図表12)

介護給付費の変化をみると、総給付費は7億3千7百万円から7億2千8百万円へ減少し、一人当たり給付費と1件当たり給付費も平成30年度より減少しました。一人当たり給付費は同規模・県・国より低く、1件当たり給付費は同規模より低く、国より高い状況です。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血、脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で5割、第1号被保険者でも約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、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表12 要介護認定者(率)の状況

	田舎館村		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	2,491人 32.0%	2,639人 36.1%	39.4%	33.9%	28.7%
2号認定者	7人 0.27%	11人 0.46%	0.39%	0.47%	0.38%
新規認定者	4人	4人	--	--	--
1号認定者	472人 18.9%	468人 ↓17.7%	19.4%	18.5%	19.4%
新規認定者	63人	75人	--	--	--
再掲					
65～74歳	57人 4.9%	52人 4.2%	--	--	--
新規認定者	15人	10人	--	--	--
75歳以上	415人 31.2%	416人 30.0%	--	--	--
新規認定者	48人	65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

	田舎館村		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	7億3799万円	↓7億2873万円	---	---	---
一人あたり給付費(円)	296,263円	↓276,141円	314,188円	324,668円	290,668円
1件あたり給付費(円) 全体	75,290円	↓72,903円	74,986円	72,200円	59,662円
居宅サービス	52,623円	51,318円	43,722円	51,854円	41,272円
施設サービス	277,499円	293,745円	289,312円	301,081円	296,364円

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(R4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)		11件				52件		416件		468件			
再)国保・後期		8件				40件		402件		442件			
疾患	順位	疾病	件数		疾病	件数		疾病	件数		疾病	件数	
			割合	割合		割合	割合		割合	割合			
循環器疾患	1	脳卒中	4件	50.0%	脳卒中	21件	52.5%	脳卒中	191件	47.5%	脳卒中	212件	48.0%
	2	虚血性心疾患	2件	25.0%	腎不全	13件	32.5%	虚血性心疾患	134件	33.3%	虚血性心疾患	145件	32.8%
	3	腎不全	2件	25.0%	虚血性心疾患	11件	27.5%	腎不全	76件	18.9%	腎不全	89件	20.1%
	4	糖尿病合併症	3件	37.5%	糖尿病合併症	14件	35.0%	糖尿病合併症	71件	17.7%	糖尿病合併症	85件	19.2%
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			7件	87.5%	基礎疾患	38件	95.0%	基礎疾患	379件	94.3%	基礎疾患	417件	94.3%
血管疾患合計			7件	87.5%	合計	38件	95.0%	合計	388件	96.5%	合計	426件	96.4%
認知症		認知症	0件	0.0%	認知症	11件	27.5%	認知症	213件	53.0%	認知症	224件	50.7%
筋・骨格疾患		筋骨格系	6件	75.0%	筋骨格系	34件	85.0%	筋骨格系	376件	93.5%	筋骨格系	410件	92.8%
											認知症	224件	49.8%
											筋骨格系	416件	92.4%

出典：ヘルスサポートラボツール

* 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。

② 医療費の状況

本村の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は横ばいで維持しており、一人あたり医療費は、平成30年度と比較すると4万5千円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか3%程度にも関わらず、医療費全体の約50%弱を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較しても10万円高くなっています。(図表15)

また年齢調整をした地域差指数をみると、国保も後期も全国平均の1より低く、また国保は県平均よりも低いですが、外来の地域差指数が平成30年度よりも伸びています。後期は平成30年度と令

和4年度を比べると入院が伸び外来が減少しました。(図表 16)

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

図表 15 医療費の推移

		田舎館村		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		2,006人	1,737人	--	--	--
前期高齢者割合		878人 (43.8%)	854人 (49.2%)	--		
総医療費		6億3899万円 →	6億3189万円	--	--	--
一人あたり医療費		318538円 県内20位 同規模166位	↑ 363781円 県内10位 同規模145位	376732円	348845円	339680円
入院	1件あたり費用額	576,350円	↑ 682,140円	588,690円	607,000円	617,950円
	費用の割合	43.4%	49.%	43.7%	38.2%	39.6%
	件数の割合	2.7%	2.9%	3.2%	2.4%	2.5%
外来	1件あたり費用額	20,860円	↑ 21,260円	24,870円	24,180円	24,220円
	費用の割合	56.6%	51.%	56.3%	61.8%	60.4%
	件数の割合	97.3%	97.1%	96.8%	97.6%	97.5%
受診率		7.34908	7.33885	7.14851	7.42531	7.05439

出典：KDBシステム、ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は田舎館村と同規模保険者240市町村の平均値を表す。

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		田舎館村 (県内市町村中)		県 (47県中)	田舎館村 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	0.925	0.906	0.959	0.844	0.853	0.853
		(26位)	(31位)	(39位)	(13位)	(12位)	(45位)
	入院	0.952	0.877	0.935	0.852	0.910	0.802
		(17位)	(27位)	(38位)	(7位)	(5位)	(44位)
	外来	0.923	0.955	0.993	0.871	0.824	0.932
		(34位)	(27位)	(28位)	(25位)	(31位)	(35位)

出典：地域差分析(厚労省)

* 地域差指数とは、医療費の地域差を表す指標として、1人あたり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を1として指数化したもの。

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年度と比較するとほぼ横ばいです。脳梗塞・脳出血については、平成30年度より1.09ポイント減少しましたが、同規模・県・国より高い状況です。狭心症・心筋梗塞については、平成30年度より1.4ポイント伸び、同規模、県、国よりも高くなっています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると虚血性心疾患が、患者数及び割合と減少していますが、脳血管疾患と腎不全は増加していました。(図表 18)

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

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

		田舎館村		同規模	県	国	
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度	
総医療費		6億3899万円	6億3189万円	---	---	---	
中長期目標疾患 医療費合計		3796万円	3638万円	---	---	---	
		5.94%	5.76%	7.67%	7.42%	8.03%	
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	3.50%	2.41%	2.06%	2.35%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.34%	2.69%	1.47%	1.32%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	0.99%	0.61%	3.83%	3.40%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.11%	0.06%	0.32%	0.34%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		17.50%	21.98%	16.76%	19.88%	16.69%
	筋・骨疾患		10.89%	8.48%	9.27%	8.64%	8.68%
	精神疾患		6.42%	4.73%	7.98%	6.72%	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(脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析)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		腎不全(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 0~74歳	A	2,006人	1,737人	a	134人	133人	149人	122人	2人	3人	
				a/A	6.7%	↑7.7%	7.4%	7.0%	0.1%	↑0.2%	
40歳以上	B	1,599人	1,442人	b	133人	131人	147人	120人	2人	3人	
	B/A	79.7%	83.0%	b/B	8.3%	9.1%	9.2%	8.3%	0.1%	0.2%	
再掲	40~64歳	C	721人	588人	c	40人	29人	36人	17人	1人	1人
		C/A	35.9%	33.9%	c/C	5.5%	4.9%	5.0%	2.9%	0.1%	0.2%
	65~74歳	D	878人	854人	d	93人	102人	111人	103人	1人	2人
		D/A	43.8%	49.2%	d/D	10.6%	11.9%	12.6%	12.1%	0.1%	0.2%

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

(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と人工透析の治療者も増えています。虚血性心疾患の治療者の割合は減っています。(図表 19・20・21)

本村は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しておりますが、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの重症化予防に繋げていくと同時に、生活習慣の改善についても支援していくことが重要と考えます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		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	A	759人	715人	231人	182人	528人	533人	
	A/被保数	47.5%	▲ 49.6%	32.0%	31.0%	60.1%	62.4%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	76人	77人	21人	18人	55人	59人
		B/A	10.0%	▲ 10.8%	9.1%	9.9%	10.4%	11.1%
	虚血性心疾患	C	108人	90人	26人	10人	82人	80人
		C/A	14.2%	▼ 12.6%	11.3%	5.5%	15.5%	15.0%
	人工透析	D	2人	3人	1人	1人	1人	2人
		D/A	0.3%	0.4%	0.4%	0.5%	0.2%	0.4%

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	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者	A	363人	336人	106人	93人	257人	243人	
	A/被保数	22.7%	▲ 23.3%	14.7%	15.8%	29.3%	28.5%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	35人	36人	10人	9人	25人	27人
		B/A	9.6%	▲ 10.7%	9.4%	9.7%	9.7%	11.1%
	虚血性心疾患	C	63人	45人	14人	7人	49人	38人
		C/A	17.4%	▼ 13.4%	13.2%	7.5%	19.1%	15.6%
	人工透析	D	1人	2人	0人	0人	1人	2人
		D/A	0.3%	▲ 0.6%	0.0%	0.0%	0.4%	0.8%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	49人	82人	15人	20人	34人	62人
		E/A	13.5%	▲ 24.4%	14.2%	21.5%	13.2%	25.5%
	糖尿病性網膜症	F	47人	47人	17人	15人	30人	32人
		F/A	12.9%	14.0%	16.0%	16.1%	11.7%	13.2%
	糖尿病性神経障害	G	14人	9人	4人	2人	10人	7人
		G/A	3.9%	2.7%	3.8%	2.2%	3.9%	2.9%

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	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者	A	582人	573人	181人	149人	401人	424人	
	A/被保数	36.4%	▲ 39.7%	25.1%	25.3%	45.7%	49.6%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	44人	43人	8人	11人	36人	32人
		B/A	7.6%	7.5%	4.4%	7.4%	9.0%	7.5%
	虚血性心疾患	C	92人	77人	22人	8人	70人	69人
		C/A	15.8%	13.4%	12.2%	5.4%	17.5%	16.3%
	人工透析	D	0人	2人	0人	0人	0人	2人
		D/A	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	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、Ⅱ度以上高血圧者の割合が5.3%から2.5%へ減少し、HbA1c7.0以上者は3.9%から4.5%へ増加しました。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、未治療のままの方が高血圧で約30%、糖尿病で9%いる状況です。(図表22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧、糖尿病、脂質異常症)の合併症の割合が増加しており、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧 Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3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	
田舎館村	867人	52.3%	708人	46.2%	46人	5.3%	30人	65.2%	18人	2.5%	6人	33.3%	5人	27.8%	0人	0.0%
同規模240町村合計	54,202人	49.9%	48,234人	47.8%	3,080人	5.7%	1,679人	54.5%	3,073人	6.4%	1,655人	53.9%	1,007人	32.8%	148人	4.8%

	健診受診率				糖尿病 HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3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	
田舎館村	867人	100.0%	708人	100.0%	34人	3.9%	13人	38.2%	32人	4.5%	5人	15.6%	3人	9.4%	1人	3.1%
同規模240町村合計	53,508人	98.7%	47,572人	98.6%	2,622人	4.9%	605人	23.2%	2,677人	5.6%	621人	23.2%	182人	6.8%	105人	3.9%

出典:ヘルスサポートラボツール

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生させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本村の特定健診結果において、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、2ポイント伸びており、2項目、3項目と危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表23)

また重症化予防の観点から、Ⅱ度高血圧以上、HbA1c6.5%以上、LDL-C160mg/dl以上の有所見割合を見ると、いずれも減少がみられました。翌年度の結果を見ると、HbA1c6.5%以上とⅡ度高血圧以上は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Ⅱ度高血圧以上で3割弱存在し、結果が把握できていません。(図表24・25・26)

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 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		2項目		予備群
H30年度	867人 (52.3%)	163人 (18.8%)	36人 (4.2%)		127人 (14.6%)		109人 (12.6%)
R4年度	761人 (50.5%)	↑ 158人 (20.8%)	↑ 40人 (5.3%)		↑ 118人 (15.5%)		76人 (10.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 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	46人 (5.3%)	28人 (60.9%)	10人 (21.7%)	3人 (6.5%)	5人 (10.9%)
R3→R4	↓ 18人 (2.5%)	↓ 8人 (44.4%)	4人 (22.2%)	1人 (5.6%)	5人 (27.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

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	83人 (9.6%)	33人 (39.8%)	21人 (25.3%)	9人 (10.8%)	20人 (24.1%)
R3→R4	↓ 62人 (8.8%)	↓ 24人 (38.7%)	17人 (27.4%)	11人 (17.7%)	10人 (16.1%)

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			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R1	77人 (8.9%)	40人 (51.9%)	20人 (26.0%)	3人 (3.9%)	14人 (18.2%)
R3→R4	↓ 55人 (7.8%)	↑ 29人 (52.7%)	10人 (18.2%)	5人 (9.1%)	11人 (20.0%)

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

本村の特定健診受診率は、令和元年度には 55.6%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ました。その後回復傾向にあるものの、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。(図表 27)

またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28)

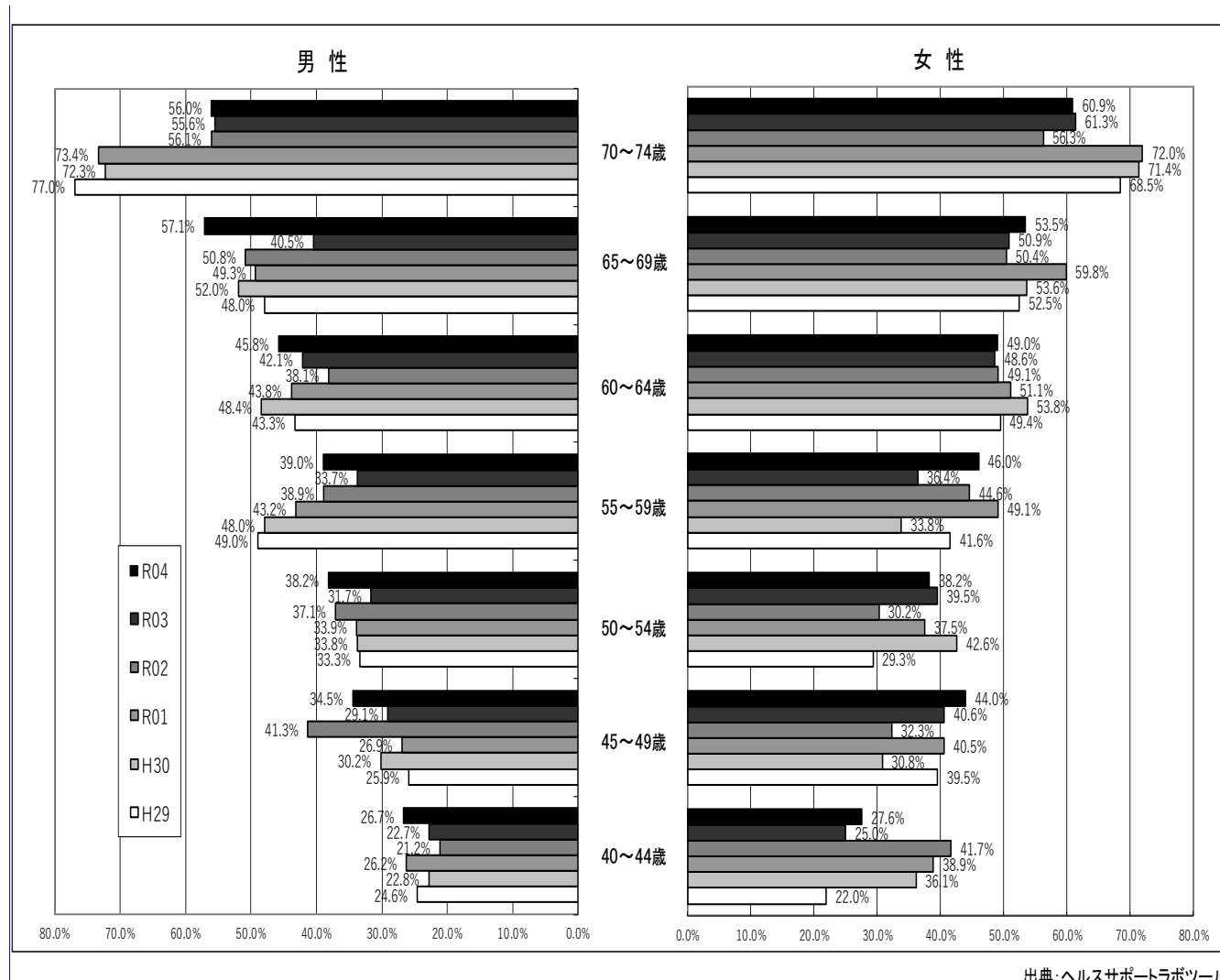
特定保健指導は該当者数、該当者割合が減少傾向にあることもあり、保健指導実施率は増加傾向です。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防、重症化予防に繋がります。

図表 27 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	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	796人	791人	682人	655人	693人	健診受診率 60%
	受診率	54.1%	55.6%	48.5%	47.6%	52.6%	
特定保健指導	該当者数	94人	89人	69人	58人	66人	特定保健指導実施率 60%
	割合	11.8%	11.3%	10.1%	8.9%	9.5%	
	実施者数	59人	61人	43人	38人	57人	
	実施率	62.8%	68.5%	62.3%	65.5%	86.4%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



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

血糖有所見者への保健指導は、HbA1c6.5%~6.9%の未治療者と7.0%以上の方を対象者とし支援してきました。保健指導実施者は、平成30年66%から令和4年97.9%へ増加しています。未治療・治療中断者のうち受診した者は56.3%から77.8%へ増加しました。HbA1c8.0以上の未治療の方をみると、ほぼ新規受診の方でした。今後も継続して保健指導を実施し、治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援をおこないます。(図29・30・31)

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

図29 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	867人	852人	723人	708人	761人
血糖値有所見者 *1	人(b)	53人	36人	36人	43人	47人
	(b/a)	6.1%	4.2%	5.0%	6.1%	6.2%
保健指導実施者 *2	人(c)	35人	32人	31人	37人	46人
	(c/b)	66.0%	88.9%	86.1%	86.0%	97.9%

*1 HbA1c6.5%~6.9%の未治療者、7.0%以上の者

資料: 村特定健診結果

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

図30 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)	53人	36人	36人	43人	47人
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *3	人(b)	16人	9人	14人	15人	18人
	(b/a)	30.2%	25.0%	38.9%	34.9%	38.3%
受診した者	人(c)	9人	4人	10人	8人	14人
	(c/b)	56.3%	44.4%	71.4%	53.3%	77.8%

*3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

資料: 村特定健診結果

図31 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)	867人	852人	723人	708人	761人
HbA1c8.0%以上	人(b)	8人	7人	4人	6人	9人
	(b/a)	0.9%	0.8%	0.6%	0.8%	1.2%
保健指導実施者	人(c)	5人	6人	4人	6人	9人
	(c/b)	62.5%	85.7%	100.0%	100.0%	100.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(d)	4人	1人	3人	1人	5人
	(d/b)	50.0%	14.3%	75.0%	16.7%	55.6%

資料: 村特定健診結果

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しています。有所見率は平成30年から令和4年まで約24%の状況です。

有所見者のうち心房細動は、重度となる脳梗塞を発症するリスクがあるため、過年度の未治療者も保健指導をしていく必要があります。心房細動未治療者については、全員が受診へ繋がっています。

(図32)

有所見者の内訳は、ST変化の所見が約3割と多い状況です。(図表33)

令和4年度の有所見者のうち約3割は要精密検査の判定でした。そのうち67%は精密検査を受診していました。(図表34)

心電図有所見者、特に心房細動治療中の者に対しては治療中断を防ぐとともに、個別のリスク(肥満、高血圧、糖尿病、脂質異常等)に応じた保健指導を継続して行っています。

図32 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	a	867人	417人	450人	852人	399人	453人	723人	348人	375人	708人	331人	377人	761人	375人	386人
要医療者	b	202人	110人	92人	199人	108人	91人	186人	100人	86人	182人	98人	84人	179人	93人	86人
有所見率	b/a	23.3%	26.4%	20.4%	23.4%	27.1%	20.1%	25.7%	28.7%	22.9%	25.7%	29.6%	22.3%	23.5%	24.8%	22.3%
心房細動(人)	c	10人	9人	1人	12人	11人	1人	14人	13人	1人	11人	9人	2人	11人	8人	3人
心房細動有所見率	c/a	1.2%	2.2%	0.2%	1.4%	2.8%	0.2%	1.9%	3.7%	0.3%	1.6%	2.7%	0.5%	1.4%	2.1%	0.8%
うち、心房細動未治療		1人	1人	0人	1人	1人	0人	1人	1人	0人	1人	1人	0人	1人	1人	0人
未治療者の受診状況		1人	100%		1人	100%		1人	100%		1人	100%		1人	100%	

資料:村特定健診結果

図33 心電図受診者の有所見の状況

性別・年齢	R4心電図検査			所見内訳																
				ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数A	有所見者数B	有所見率B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
				人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
40~74歳	761人	179人	23.5	9人	5.0%	52人	29.1%	6人	3.4%	22人	12.3%	12人	6.7%	51人	28.5%	11人	6.1%	19人	10.6%	
内訳	男性	375人	93人	24.8	5人	5.4%	22人	23.7%	5人	5.4%	10人	10.8%	8人	8.6%	32人	34.4%	8人	8.6%	5人	5.4%
	女性	386人	86人	22.3	4人	4.7%	30人	34.9%	1人	1.2%	12人	14.0%	4人	4.7%	19人	22.1%	3人	3.5%	14人	16.3%

資料:村特定健診結果

図34 心電図有所見者の医療機関受診状況

R4	有所見者	要精査		医療機関受診あり		受診なし	
	人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	179人	61人	34.1%	41人	67.2%	20人	32.8%
男性	93人	28人	30.1%	15人	53.6%	13人	46.4%
女性	86人	33人	38.4%	26人	78.8%	7人	21.2%

資料:村特定健診結果

③脳血管疾患重症化予防対策

Ⅱ度高血圧以上の者の割合は、平成30年度5.2%でしたが、令和4年度は3.8%へ減少しました。Ⅱ度高血圧以上の方への保健指導を行った結果、未治療者は減少傾向にありましたが、令和4年度は新規受診者が増加し、約半数の方が未治療者でした。令和4年度においてⅡ度高血圧以上の未治療者15人のうち、保健指導後、治療した者は10人(66.7%)でした。Ⅲ度高血圧の者は減少傾向にあります。保健指導実施率は令和4年度は全員へ実施しています。(図表35)

高血圧は、脳心血管疾患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。図表36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行い、適切な受診勧奨に取り組んでいきます。また、家庭血圧を測定することをすすめる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、Ⅱ度高血圧以上のコントロール不良の者が約半数いました。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っていきます。

図表35 Ⅱ度高血圧以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	867人	852人	723人	708人	761人	
Ⅱ度高血圧以上の者	人(b)	45人	42人	30人	18人	29人	
	(b/a)	5.2%	4.9%	4.1%	2.5%	3.8%	
	治療あり	人(c)	17人	19人	19人	12人	14人
		(c/b)	37.8%	45.2%	63.3%	66.7%	48.3%
	治療なし	人(d)	28人	23人	11人	6人	15人
		(d/b)	62.2%	54.8%	36.7%	33.3%	51.7%
治療開始	人(e)	12人	10人	6人	4人	10人	
	(e/d)	42.9%	43.5%	54.5%	66.7%	66.7%	
(再掲)	Ⅲ度高血圧の者	人(f)	6人	7人	7人	5人	3人
		(f/a)	0.7%	0.8%	1.0%	0.7%	0.4%
	治療あり	人	0人	0人	2人	3人	1人
	治療なし	人	6人	7人	5人	2人	2人
保健指導実施者(Ⅱ度以上高血圧者)	人(g)	42人	40人	28人	17人	29人	
	(g/b)	93.3%	95.2%	93.3%	94.4%	100.0%	

資料: 村特定健診結果

図表 36 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

(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

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)	高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	リスク
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~	180以上 /110以上	
257人		138人 53.7%	104人 40.5%	13人 5.1%	2人 0.8%	
リスク第1層 予後影響因子がない	17人 6.6%	^C 12人 8.7%	^B 5人 4.8%	^B 0人 0.0%	^A 0人 0.0%	…高リスク
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	152人 59.1%	^C 85人 61.6%	^B 60人 57.7%	^A 6人 46.2%	^A 1人 50.0%	…中等リスク
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	88人 34.2%	^B 41人 29.7%	^A 39人 37.5%	^A 7人 53.8%	^A 1人 50.0%	…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	54人 21.0%
B	概ね1カ月後に再評価	106人 41.2%
C	概ね3カ月後に再評価	97人 37.7%

※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定されることも大きい。」とされています。

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

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、保健協力員会や食生活改善推進員会、各種団体等の関係機関や、行政区単位や健診場面等広く住民が集まる機会を利用して周知を行っています。また、健診結果説明会では、これまでの個別保健指導へ加え、II度高血圧以上者とI度高血圧リスク3層の方も対象とした小集団での健康講座を令和3年度から行っています。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 37 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			評価	データの把握方法 (活用データ)			
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5					
			(H30)	(R2)	(R4)					
特定健診等計画	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	54.1%	48.5%	52.6%	D	法定報告値			
		特定保健指導実施率69%	62.8%	62.3%	86.4%	A				
		内臓脂肪症候群該当者の減少率25%以上	33.1%	25.4%	18.3%	D				
データヘルス計画	中長期目標	入院の医療費の伸び率を国並みにする(前年度比)	村	-0.4%	-37.0%	10.5%	D	KDBシステム		
			国	0.4%	-4.6%	-2.2%				
		脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	3.5%	1.5%	2.4%	A				
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.3%	1.4%	2.7%	D				
	糖尿病性腎症による透析導入者数の減少	0人	0人	0人	A					
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症予防するために、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	内臓脂肪症候群該当者及び予備軍の割合の減少	31.4%	33.1%	31.1%	C			
			健診受診者の高血圧者の割合の減少 4.5%まで(160/100以上)	5.3%	4.5%	3.8%	A			
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少 7.5%まで(LDL160以上)	8.9%	9.5%	8.1%	B			
	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 40%以上	24.4%	21.1%	20.4%		D	地域保健
				肺がん検診受診者の増加 40%以上	20.0%	17.2%	17.9%		D	
大腸がん検診受診者の増加 40%以上				21.6%	21.0%	22.7%	B			
子宮がん検診受診者の増加 40%以上				24.2%	27.2%	29.8%	B			
乳がん検診受診者の増加 40%以上				30.5%	30.2%	32.7%	B			
自己の健康に関心を持つ住民が増える		後発医薬品の使用により、医療費の削減	健康ポイントの取組を行い、実施者の割合増加	228人	280人	334人	A	田舎館村健康推進係		
			後発医薬品の使用割合 80%以上	79.4%	83.4%	87.0%	A	厚生労働省		

*1 評価項目:A(目標を達成した指標)、B(目標を達成していないが改善傾向)、C(変わらない)、D(悪化している)、E(評価困難)

:A:6項目 B:4項目 C:1項目 D:6項目

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、中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきました。具体的な取り組みとして、①特定健診及び特定保健指導の実施率向上、②健診結果説明会及び家庭訪問による保健指導、特にⅡ度以上高血圧、心房細動、HbA1c6.0%以上、eGFR45 未満、LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者には全員に実施することとし、保健指導実施率は年々上昇しています。令和3年度途中からはⅠ度高血圧リスク3層へ対象を拡大し、小集団保健指導も実施しています。その結果、高血圧と糖尿病を治療する者が増え、介護保険第1号認定者の要介護(要支援)認定率、一人当たり給付費が減るなど一定の成果は出ました。

しかし、国保の加入者が減少しているにも関わらず、一人当たりの医療費や、1件当たりの入院医療費は増加しています。中長期疾患の総医療費に占める割合を平成30年度と令和4年度で比較すると、狭心症や心筋梗塞などの心疾患の医療費の占める割合は減少したものの、同規模、県、国より高い状況です。脳梗塞や脳出血などの脳血管疾患の占める割合は、村としては減少しましたが、同規模、県、国より多い状況です。高血圧や糖尿病の治療者は増えているものの、合併症を起こしている実態があり、コントロール不良が問題として残っています。

これまでの透析導入者、脳卒中発症者は健診未受診者が多いことや、脳卒中発症の50代・60代がいることから、若年からの健診受診の呼びかけが重要といえます。

さらに、コントロール不良者が多いことから、服薬状況の確認に加え、治療抵抗性を起こす原因になる塩、肥満、アルコール等の生活習慣の保健指導が重要で、未治療者だけでなく、治療中のコントロール不良者への保健指導も強化していく必要があります。

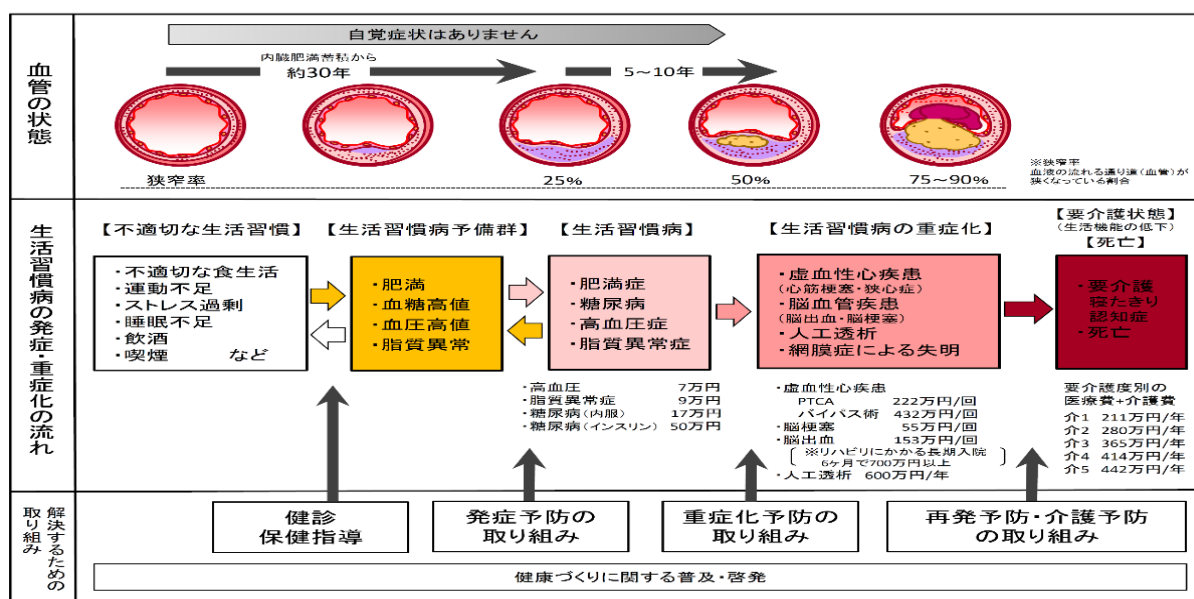
血管の変化は年月をかけて起こるものであり、若年からの健診受診と血管を意識した生活習慣が大切であるため、若年からの健診受診を呼び掛けるとともに、血液データが持つ意味をしっかりと伝える保健・栄養指導を実践していかなければならないため、保健師・栄養士のマンパワーを確保し、保健指導技術の向上を図っていくことが重要と考えます。

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
生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

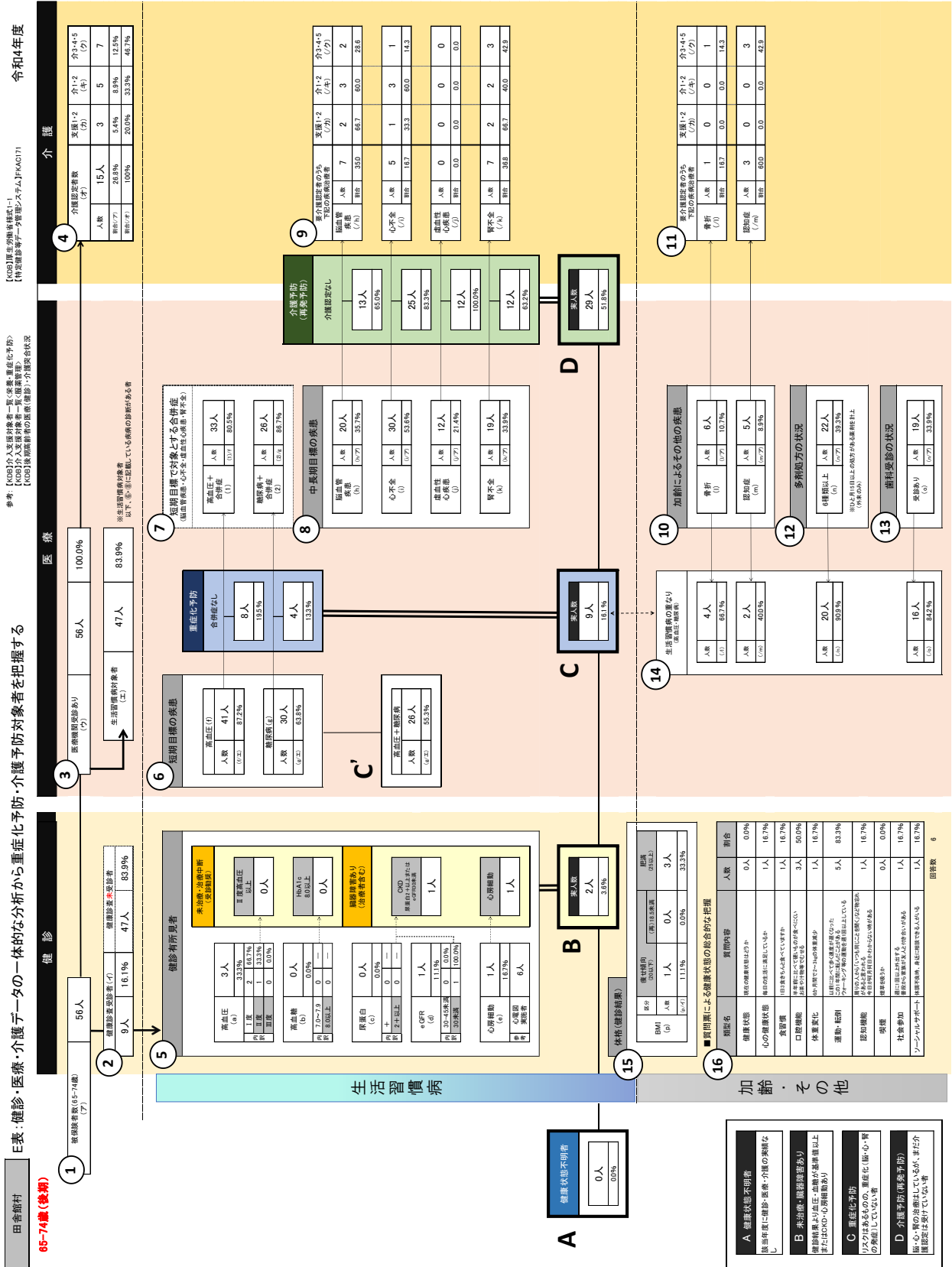
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、村国保及び県後期高齢者医療広域連合は、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。(図表 39)

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 39 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 40 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		2,006人	1,919人	1,876人	1,816人	1,737人	1,460人
総件数及び 総費用額	件数	17,823件	17,304件	15,818件	16,004件	15,609件	19,800件
	費用額	6億3899万円	6億8466万円	5億9031万円	6億2652万円	6億3189万円	10億6408万円
一人あたり医療費		31.9万円	35.7万円	↓31.5万円	↑34.5万円	↑36.4万円	72.9万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 41 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	田舎館村	6億3189万円	29,709円	0.61%	0.06%	2.41%	2.69%	5.79%	3.61%	1.98%	1億0831万円	17.1%	22.0%	4.73%	8.48%
	同規模	--	30,571円	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	--	19.3%	16.8%	7.98%	9.27%
	県	--	28,352円	3.40%	0.34%	2.35%	1.32%	6.84%	3.97%	2.04%	--	20.3%	19.9%	6.72%	8.64%
	国	--	27,570円	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後 期	田舎館村	10億6408万円	60,305円	5.27%	1.62%	4.06%	1.03%	4.96%	3.21%	0.95%	2億2450万円	21.1%	9.9%	2.42%	13.9%
	同規模	--	68,038円	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	--	18.8%	10.3%	3.53%	12.4%
	県	--	61,123円	4.96%	0.62%	3.99%	1.28%	4.78%	3.67%	1.20%	--	20.5%	11.7%	4.03%	11.5%
	国	--	71,162円	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 42 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度	
高額レセ プト (80万円 以上/件)	人数	A	67人	70人	55人	67人	83人	128人
	件数	B	137件	166件	131件	140件	168件	228件
		B/総件数	0.77%	0.96%	0.83%	0.87%	1.08%	1.15%
	費用額	C	1億8071万円	2億1861万円	1億5863万円	1億8420万円	2億2654万円	2億7373万円
	C/総費用	28.3%	31.9%	26.9%	29.4%	35.9%	25.7%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 43 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		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期：R4年度		
人数	D	10人		10人		1人		6人		7人		10人		
	D/A	14.9%		14.3%		1.8%		9.0%		8.4%		7.8%		
件数	E	18件		21件		2件		12件		↓ 10件		21件		
	E/B	13.1%		12.7%		1.5%		8.6%		6.0%		9.2%		
年代別	40歳未満	1件	5.6%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	65-69歳	0件	0.0%
	40代	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	70-74歳	0件	0.0%
	50代	5件	27.8%	5件	23.8%	0件	0.0%	7件	58.3%	3件	30.0%	75-80歳	5件	23.8%
	60代	9件	50.0%	8件	38.1%	2件	100.0%	4件	33.3%	4件	40.0%	80代	15件	71.4%
	70-74歳	3件	16.7%	8件	38.1%	0件	0.0%	1件	8.3%	3件	30.0%	90歳以上	1件	4.8%
費用額	F	2069万円		2666万円		246万円		1579万円		↓ 1122万円		3189万円		
	F/C	11.4%		12.2%		1.6%		8.6%		5.0%		11.7%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 44 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		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期：R4年度		
人数	G	3人		3人		3人		3人		5人		3人		
	G/A	4.5%		4.3%		5.5%		4.5%		6.0%		2.3%		
件数	H	4件		3件		3件		3件		5件		3件		
	H/B	2.9%		1.8%		2.3%		2.1%		3.0%		1.3%		
年代別	40歳未満	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	65-69歳	0件	0.0%
	40代	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	70-74歳	0件	0.0%
	50代	1件	25.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	2件	40.0%	75-80歳	1件	33.3%
	60代	3件	75.0%	3件	100.0%	2件	66.7%	1件	33.3%	1件	20.0%	80代	1件	33.3%
	70-74歳	0件	0.0%	0件	0.0%	1件	33.3%	2件	66.7%	2件	40.0%	90歳以上	1件	33.3%
費用額	I	631万円		740万円		404万円		385万円		1189万円		410万円		
	I/C	3.5%		3.4%		2.5%		2.1%		5.2%		1.5%		

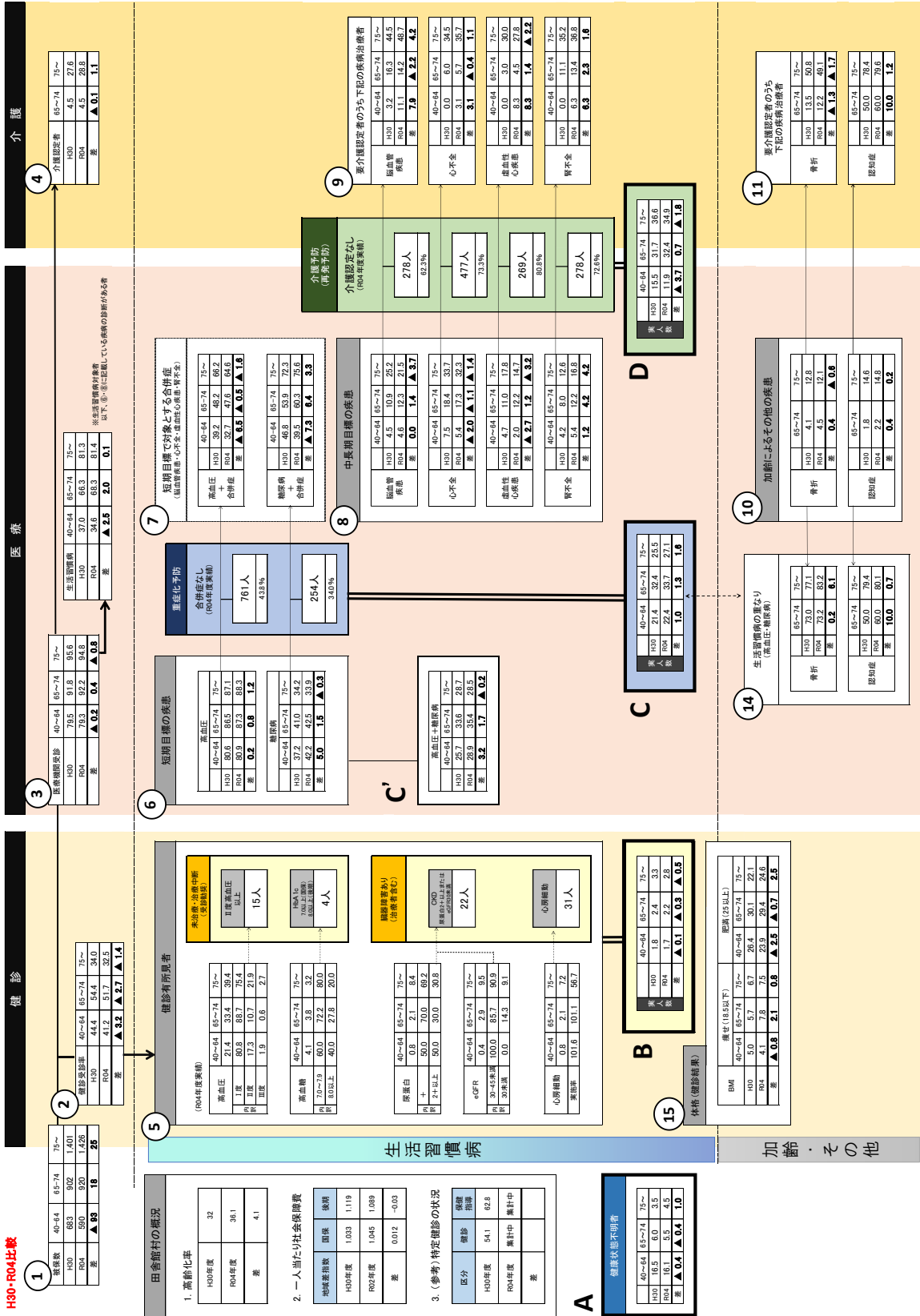
出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 45 健診・医療・介護データの一体的分析

田舎館村 E表: 健診・医療・介護データの一体的分析から計画化を考える

H30・R04比較



図表 46 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率%	① 被保険者数(人)			② 健診受診率(%)			⑤ 体格(健診結果)(%)					
					特定健診		後期健診	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
H30	27.6	683	902	1,401	44.4	54.4	34.0	5.0	5.7	6.7	26.4	30.1	22.1
R4	28.8	↓ 590	↑ 920	↑ 1,426	41.2	51.7	32.5	4.1	7.8	7.5	23.9	29.4	24.6

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 47 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動														
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-												
年度	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%						
H30	15	5.0	(7)	32	6.5	(9)	58	12.2	(10)	10	3.3	(1)	19	3.9	(3)	9	1.9	(0)	3	1.0	4	0.8	22	4.6	2	0.7	7	1.4	17	3.6
R4	↓ 10	4.1	(5)	↓ 18	3.8	(3)	↓ 45	9.7	(7)	10	4.1	(2)	↓ 18	3.8	(2)	↓ 3	0.6	(0)	1	0.4	5	1.1	↓ 16	3.4	2	0.8	↑ 10	2.1	↑ 19	4.1

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 48 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③ 医療機関受診(%)						⑥ 生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者) (%)									⑦ 短期目標の疾患とする 合併症(%)					
				生活習慣病			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	79.5	91.8	95.6	37.0	66.3	81.3	80.6	86.5	87.1	37.2	41.0	34.2	25.7	33.6	28.7	39.2	48.2	66.2	46.8	53.9	72.3
R4	↑ 79.3	↑ 92.2	94.8	↑ 34.6	↑ 68.3	81.4	↑ 80.9	↑ 87.3	↑ 88.3	↑ 42.2	↑ 42.5	33.9	↑ 28.9	↑ 35.4	28.5	↑ 32.7	↑ 47.6	↑ 64.6	↑ 39.5	↑ 60.3	↑ 75.6

出典：ヘルスサポートラボツール

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 49 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 中長期目標の疾患(被保険者数)(%)												⑨ 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	4.5	10.9	25.2	4.7	11.0	17.8	7.5	18.4	33.7	4.2	8.0	12.6	3.2	16.3	44.5	0.0	3.0	30.0	0.0	6.0	34.5	0.0	11.1	35.2
R4	↑ 4.6	↑ 12.3	21.5	↑ 2.0	↑ 12.2	14.7	5.4	17.3	32.3	↑ 5.4	↑ 12.2	↑ 16.8	↑ 11.1	↑ 14.2	↑ 48.7	↑ 8.3	↑ 4.5	27.8	↑ 3.1	↑ 5.7	↑ 35.7	↑ 6.3	↑ 13.4	↑ 36.8

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 50 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病) (%)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)(%)				加齢による疾患のうち 要介護認定者(%)			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	
H30	73.0	77.1	50.0	79.4	4.1	12.8	1.8	14.6	13.5	50.8	50.0	78.4
R4	73.2	83.2	60.0	80.1	4.5	12.1	2.2	14.8	12.2	49.1	60.0	79.6

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、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70万円を超え、国保の2倍の状況です。(図表 40)

本村は、短期的目標疾患の高血圧の総医療費に占める割合は、同規模保険者、国より高く、重症化である脳梗塞、脳出血も同様に高い状況です。狭心症と心筋梗塞も高い状況です。後期高齢の医療においては糖尿病、腎不全、脳梗塞、脳卒中が多い状況です。(図表 41)

高額レセプトについては、国保においては毎年約150件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約1.5倍に増えることがわかります。(図表 42)

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、国保で令和元年度が多く21件で2千6百万円以上の費用がかかっていましたが、令和4年度は10件と件数が減り、費用額も約1千1百万円と減っています。しかし、後期高齢においては、21件発生し、約3千百万円余り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 43)

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、①被保険者数は、40～64歳は減っていますが、65歳～74歳と75歳以上では増加しております。⑤の体格をみると、75歳以上の年齢層で、BMI25以上の率が2.5ポイント高くなりました。(図表 46)

健診有所見者の比較では、Ⅱ度高血圧以上とHbA1c7.0以上は対象人数が減少し、心房細動は各年代で微増しております。(図表 47)

短期目標疾患(高血圧、糖尿病)の状況では、受診する割合は40歳からの若い年代から増加しています。合併症の状況では、高血圧においては75歳以上から、糖尿病は65歳以上から増加しています。(図表 48)

中長期目標疾患(脳血管、虚血性心疾患、心不全、腎不全)における比較では、脳血管疾患、虚血性心疾患は65歳から74歳が増加し、腎不全はどの年代も増加していました。介護認定者についての比較をみると、脳血管疾患、虚血性心疾患、心不全、腎不全とすべての疾患で若い40歳から増加しており、若い年代からの対策が必要であることがわかります。(図表 49)

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、まず全ての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。(図表 51)

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、医療費適正化へ繋げるには、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、重症化予防に繋げることが重要であるため、その目標値は、第3章に記載していきます。

図表 51 第3期データヘルス計画目標管理一覧

(2) 管理目標の設定

★国の共通指標 ☆県の共通指標

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 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	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減少	2.41%	2.21%	2.01%	KDBシステム
	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少		2.69%	2.49%	2.29%		
慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の減少	0.61%		0.59%	0.57%			
糖尿病性腎症による透析導入者の減少	0人		0人	0人			
		再掲）糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	0人	0人	0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該当者・予備群の割合の減少	31.1%	30.90%	30.70%	村特定健診
	短期目標		健診受診者のⅡ度高血圧以上の割合の減少（160/100以上）	3.8%	3.6%	3.4%	
			健診受診者の脂質異常者割合の減少（LDL160以上）	8.0%	7.8%	7.6%	
			健診受診者の血糖異常者割合の減少（HbA1c6.5%以上）	8.1%	7.9%	7.7%	
			★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	1.3%	1.2%	1.1%	
			☆40歳～64歳のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	1.71%	1.61%	1.51%	
			☆65歳～74歳のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	1.09%	0.99%	0.98%	
			☆HbA1c6.5%(NGSP値)以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合の減少	15.52%	14.52%	13.52%	
			☆血圧が①収縮期血圧130mmHg以上または②拡張期血圧85mmHg以上の割合	54.03%	54%	53.7%	
			☆運動習慣のある者の割合	30.13%	31.13%	32.13%	
			☆前期高齢者の低栄養傾向者（BMI120kg/m ² 以下）数の割合	16.74%	16.44%	16.14%	
			☆50歳～74歳の咀嚼良好者の割合	75.1%	75.4%	75.7%	
			☆喫煙率	17.6%	17.3%	17.0%	
	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	52.58%	54%	60%	法定報告値
			☆40歳～64歳の特定健診の実施率	45.96%	47.38%	53.38%	
			☆65歳～74歳の特定健診の実施率	56.72%	58.14%	64.14%	
			★特定保健指導の実施率	86.36%	86.38%	86.46%	
			☆40歳～64歳の特定保健指導の実施率	72.41%	72.43%	72.51%	
			☆65歳～74歳の特定保健指導の実施率	97.30%	97.32%	97.40%	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	18.18%	18.48%	18.78%	
			☆40歳～64歳の特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	17.24%	17.44%	17.64%	
		☆65歳～74歳の特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	19.23%	19.53%	19.83%		
		後発医薬品促進	使用割合	85.4%	85.7%	86%	厚生労働省

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1 第4期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年を1期としていたが、医療費適正化計画等が6年1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1期として策定します。

2 目標値の設定

図表 52 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	53%	54%	55%	56%	58%	60%
特定保健指導実施率	86.36%	86.38%	86.40%	86.42%	86.44%	86.46%

3 対象者の見込み

図表 53 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	1400人	1390人	1380人	1370人	1360人	1350人
	受診者数	742人	750人	759人	767人	788人	810人
特定保健指導	対象者数	70人	72人	75人	77人	79人	81人
	受診者数	60人	62人	65人	67人	68人	70人

4 特定健診の実施

(1)実施方法

集団健診は青森県総合健診センターに委託して実施し、個別健診は地区医師会等に委託して実施します。脳ドック受診者も特定健診ができるよう設定するなど、受診しやすい環境づくりを継続していきます。

(2)特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、本村のホームページに掲載します。

(4) 特定健診実施項目

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

図表 54 特定健診検査項目(例示)

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

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれの項目の実施でも
△…集団健診のみ実施項目

(5) 実施時期

5月から翌年1月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、青森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、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 55)

図表 55 特定健診実施スケジュール(例示)

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 健診申込者への受診票等発送	(特定保健指導の実施)
5月		(特定健診の開始)	健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取 費用決裁	保健指導対象者の抽出
7月		(特定保健指導の開始)	
8月			実施実績の分析 実施方法、委託先機関の見直し等
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
10月			受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)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	契約準備		
2月	健診対象者の抽出、申込書印刷、健診申込書配布	(特定健診の当該年度受付終了)	
3月			

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、健康推進部門への執行委任の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

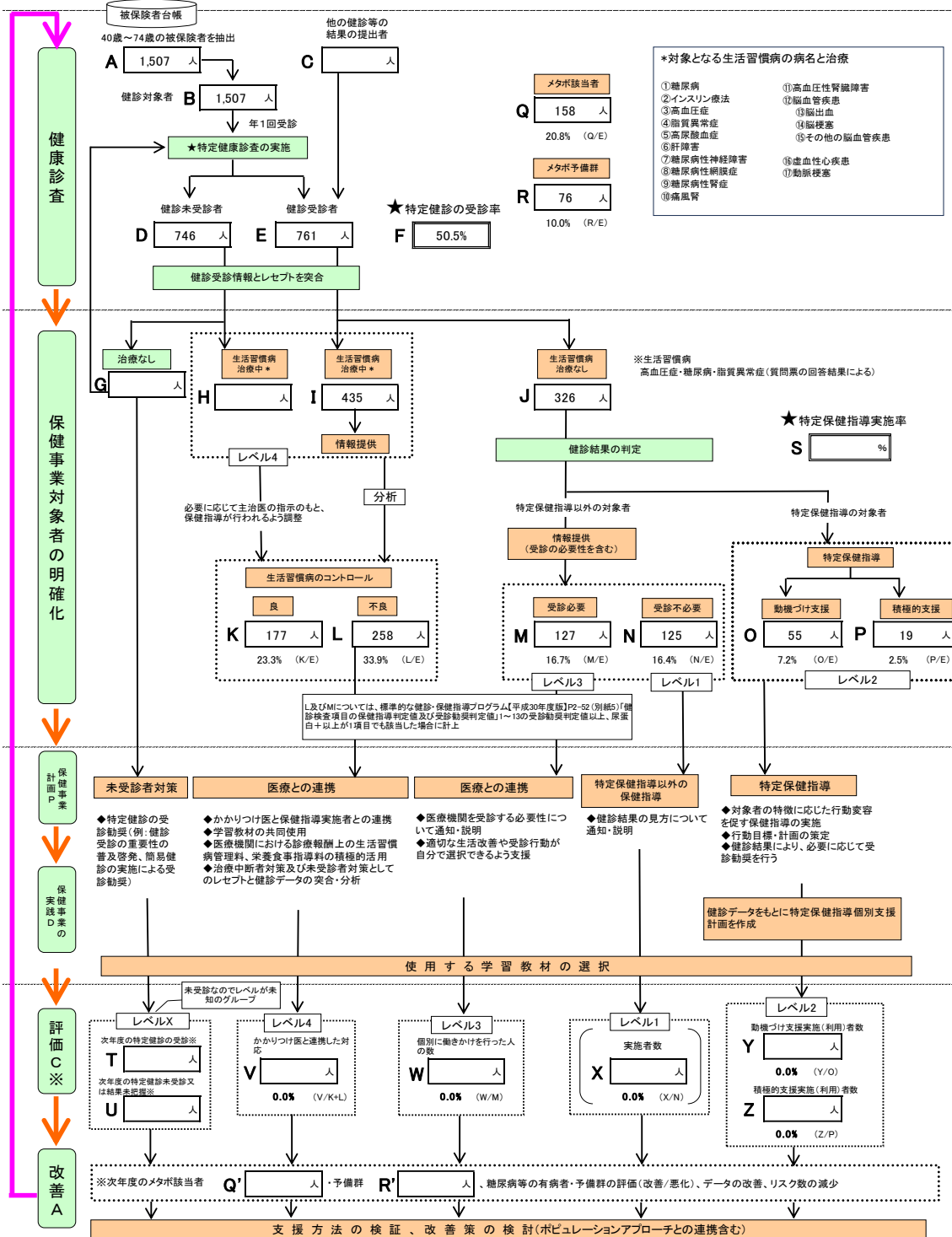
「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定、実践評価を行います。(図 56・57)

図表 56 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

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

様式5-5

令和04年度



出典:ヘルス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 57 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	74人 (9.7%)	86.46%
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	127人 (16.7%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発)	746人 ※受診率目標達成までにあと143人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	125人 (16.4%)	50%
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	435人 (57.2%)	50%

(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 58)

図表 58 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
2月	◎健診対象者の抽出及び受診申込書の送付 ◎保健協力員へ健診説明会と健診申込書配布依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
3月	◎健診申込取りまとめ ◎集団健診受診票、個別健診受診券の発送準備		
4月	◎健診受診票配布		
5月		◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	◎集団・個別健診、後期高齢者健診、がん検診開始
6月			◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月			
8月	◎健診未申込者、未受診者へ受診券を一斉送付		
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月			
12月			
1月	◎健診の終了		

6 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報保護法等関係法令の規定を遵守します。

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、田舎館村ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

1 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては脳血管疾患、糖尿病性腎症、虚血性心疾患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の減少を目指すために、特定健診における血圧、血糖、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症、進展抑制を目指し、脳血管疾患重症化予防、糖尿病性腎症重症化予防、虚血性心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る医療費や介護費用等の実態を広く村民へ周知していきます。

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

2 重症化予防の取組

田舎館村の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、250人(32.9%)です。そのうち治療なしが63人(19.3%)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18人です。

また、田舎館村においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、63人中38人と多いため、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繋がりを、効率的であることが分かります。(図表 59)

図表 59 脳・心・腎を守るために

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

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年齢調整透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)																	
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		761人	50.5%															
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											■各疾患の治療状況 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>治療中</th> <th>治療なし</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>高血圧</td> <td>319</td> <td>442</td> </tr> <tr> <td>脂質異常症</td> <td>208</td> <td>553</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>81</td> <td>680</td> </tr> <tr> <td>3疾患いずれか</td> <td>435</td> <td>326</td> </tr> </tbody> </table>			治療中	治療なし	高血圧	319	442	脂質異常症	208	553	糖尿病	81	680	3疾患いずれか	435	326
	治療中	治療なし																									
高血圧	319	442																									
脂質異常症	208	553																									
糖尿病	81	680																									
3疾患いずれか	435	326																									
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)																				
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)																				
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		重症化予防対象者 (実人数)																		
該当者数	29 3.8%	11 1.4%	18 2.4%	27 3.5%	158 20.8%	39 5.1%	41 5.4%		250 32.9%																		
治療なし	15 3.4%	3 0.9%	17 3.1%	25 4.5%	26 8.0%	19 2.8%	6 1.8%		63 19.3%																		
(再掲) 特定保健指導	3 10.3%	2 18.2%	7 38.9%	11 40.7%	26 16.5%	4 10.3%	2 4.9%		38 15.2%																		
治療中	14 4.4%	8 1.8%	1 0.5%	2 1.0%	132 30.3%	20 24.7%	35 8.0%		187 43.0%																		
臓器障害 あり	4 26.7%	3 100%	6 35.3%	6 24.0%	5 19.2%	8 42.1%	6 100%		18 28.6%																		
CKD(専門医対象者)	0	0	1	3	1	3	6		6																		
心電図所見あり	4	3	5	5	4	5	0		12																		
臓器障害 なし	11 73.3%	--	11 64.7%	19 76.0%	21 80.8%	11 57.9%	--		--																		
治療中	6 42.9%	8 100%	1 100%	1 50.0%	43 32.6%	5 25.0%	35 100%		80 42.8%																		
CKD(専門医対象者)	1	0	1	0	11	2	35		35																		
心電図所見あり	6	8	0	1	36	4	14		59																		
臓器障害 なし	8 57.1%	--	0 0.0%	1 50.0%	89 67.4%	15 75.0%	--		--																		

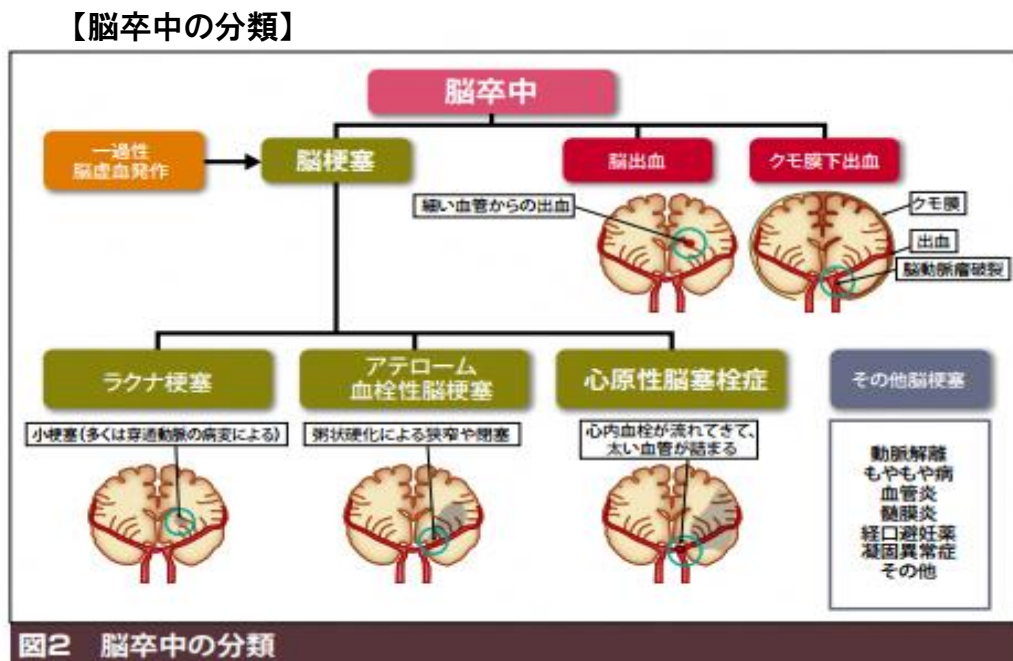
出典:ヘルサポータルツール

1) 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 60,61)

図表 60 脳卒中の分類



引用:脳卒中予防への提言

図表 61 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 62 でみると、高血圧治療者 767 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 83 人(O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 29 人であり、そのうち 15 人は未治療者です。

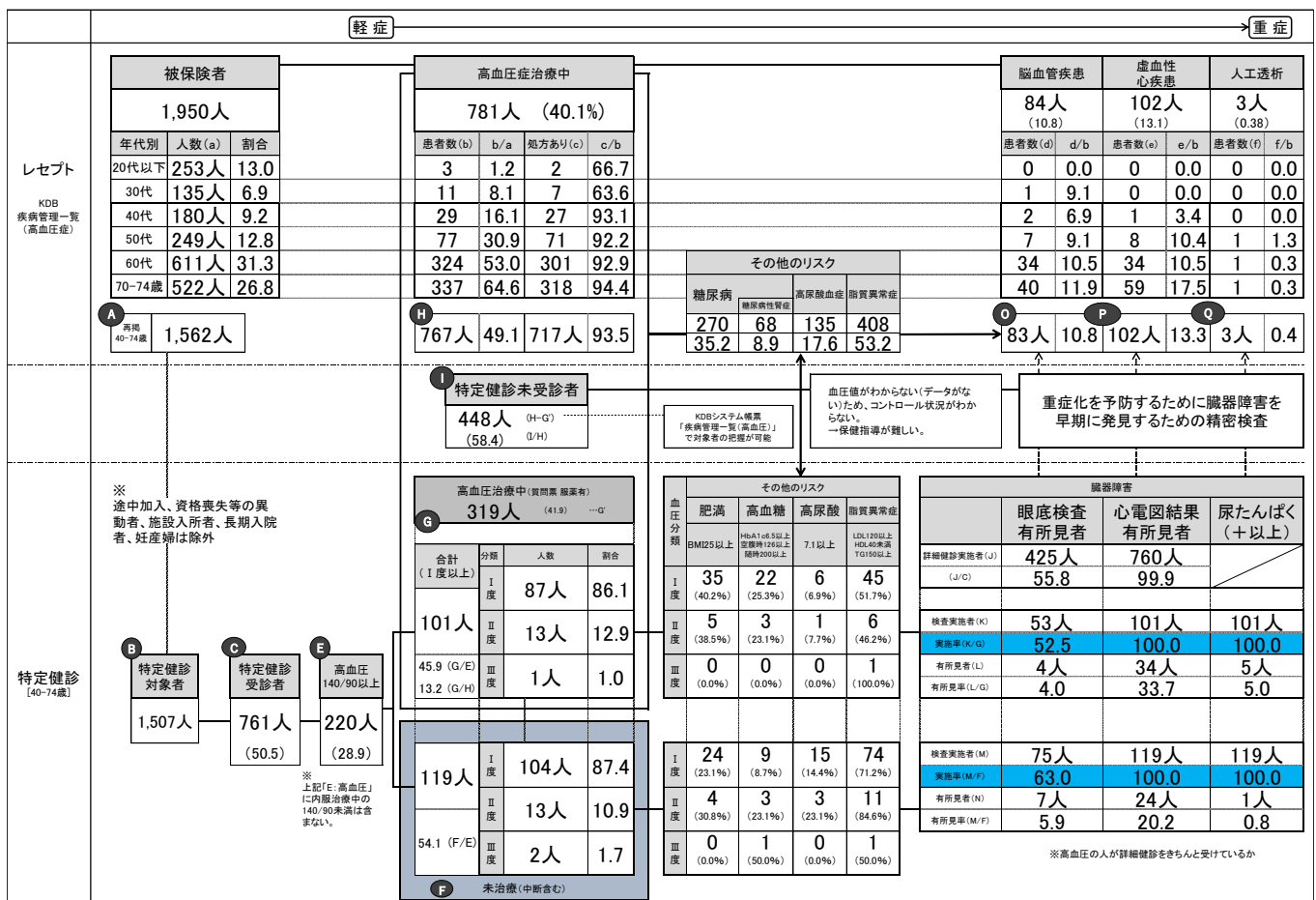
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 14 人いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

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)は集団健診受診者 425 人(55.8%)と約半数の実施状況で、個別健診での体制が未整備のため実施できず、本来眼底検査(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、実際は重症化予防の検査がされていません。

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

図表 62 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合 (令和4年度)



② 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子です。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 63 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

(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

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	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	区分	該当者数
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~	180以上 /110以上		
257人		138人 53.7%	104人 40.5%	13人 5.1%	2人 0.8%		
リスク第1層 予後影響因子がない	17人 6.6%	^C 12人 8.7%	^B 5人 4.8%	^B 0人 0.0%	^A 0人 0.0%	A	ただちに 薬物療法を開始 54人 21.0%
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	152人 59.1%	^C 85人 61.6%	^B 60人 57.7%	^A 6人 46.2%	^A 1人 50.0%	B	概ね1カ月後に 再評価 106人 41.2%
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	88人 34.2%	^B 41人 29.7%	^A 39人 37.5%	^A 7人 53.8%	^A 1人 50.0%	C	概ね3カ月後に 再評価 97人 37.7%

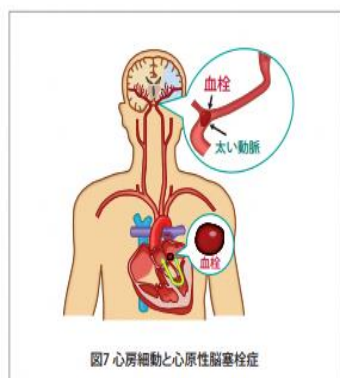
■…高リスク
 ■…中等リスク
 ■…低リスク

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は≥175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳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 63 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



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

図表 64 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。

引用:脳卒中予防への提言

図表 64 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	375人	386人	375人	100.0%	385人	99.7%	8人	2.1%	3人	0.8%	--	--
40代	32人	19人	32人	100.0%	19人	100.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0.2%	0.0%
50代	53人	42人	53人	100.0%	41人	97.6%	0人	0.0%	0人	0.0%	0.8%	0.1%
60代	151人	166人	151人	100.0%	166人	100.0%	5人	3.3%	1人	0.6%	1.9%	0.4%
70～74歳	139人	159人	139人	100.0%	159人	100.0%	3人	2.2%	2人	1.3%	3.4%	1.1%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 65 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	
11人	1人	9.1%	10人	90.9%

資料：村特定健診結果

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、70 歳以上より 60 代が多く、日本循環器学会疫学調査と比較しても高い状況です。また、心電図有所見者 11 人のうち 10 人は既に治療が開始され、1 人は精検受診している状況です。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施を継続していきます。

(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。治療中であってもリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

これまで保健指導は健診結果説明会と訪問を中心に行っていましたが、個別の保健指導に加え、小集団でのポピュレーションアプローチを取り入れた保健指導を効果的に取り入れていきます。

② 二次健診の実施

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

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

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

また、本村では、脳ドック検査で頭部 MRI、頭頸部 MRA、足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)を実施していることから、健診結果からリスクの高い者には脳ドック検査も勧めていきます。

③ 対象者の管理

ア 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。

イ 心房細動者の管理

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

(4) 医療との連携

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

(5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

(6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価、中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行います。その際は KDB システム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、虚血性心疾患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

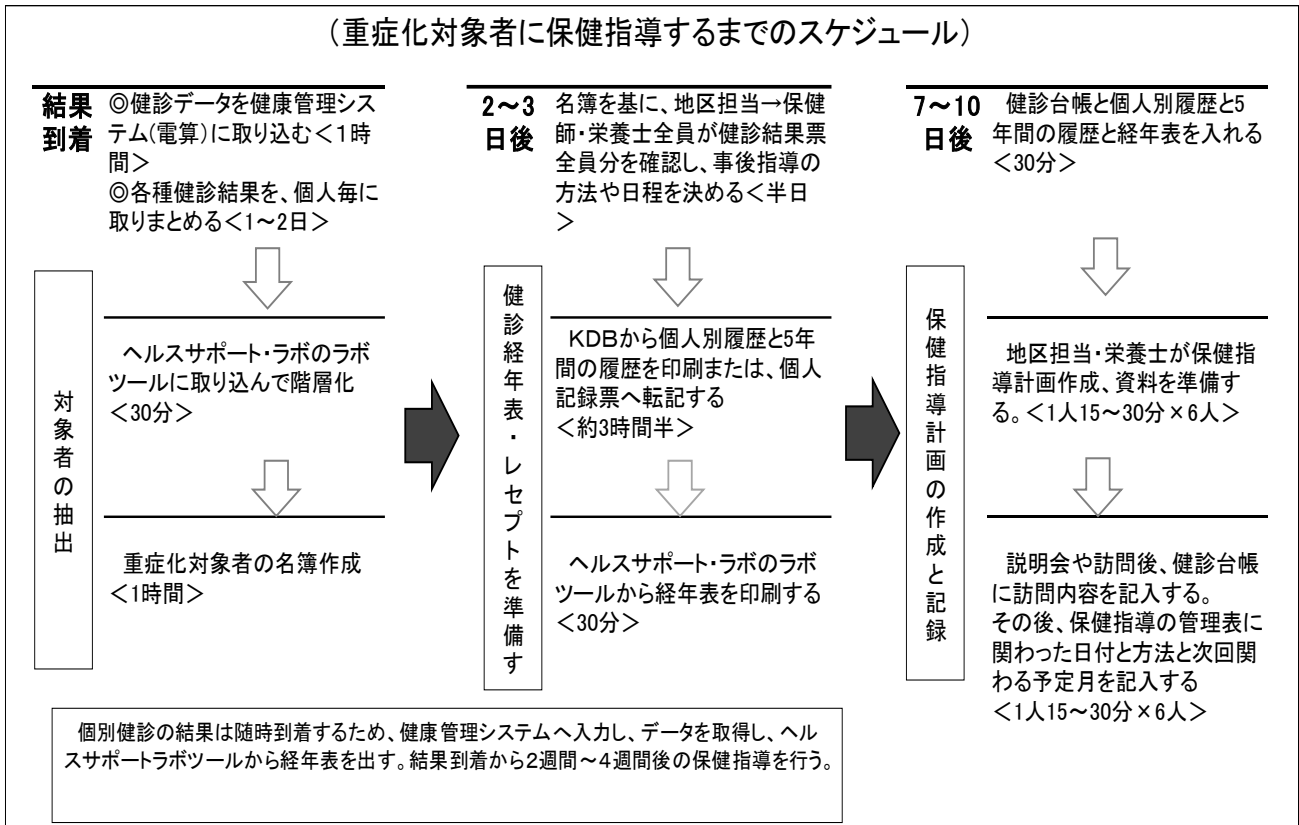
4月 対象者の選定基準の決定

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)

(図表 66)

図表 66 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2) 糖尿病性腎症重症化予防

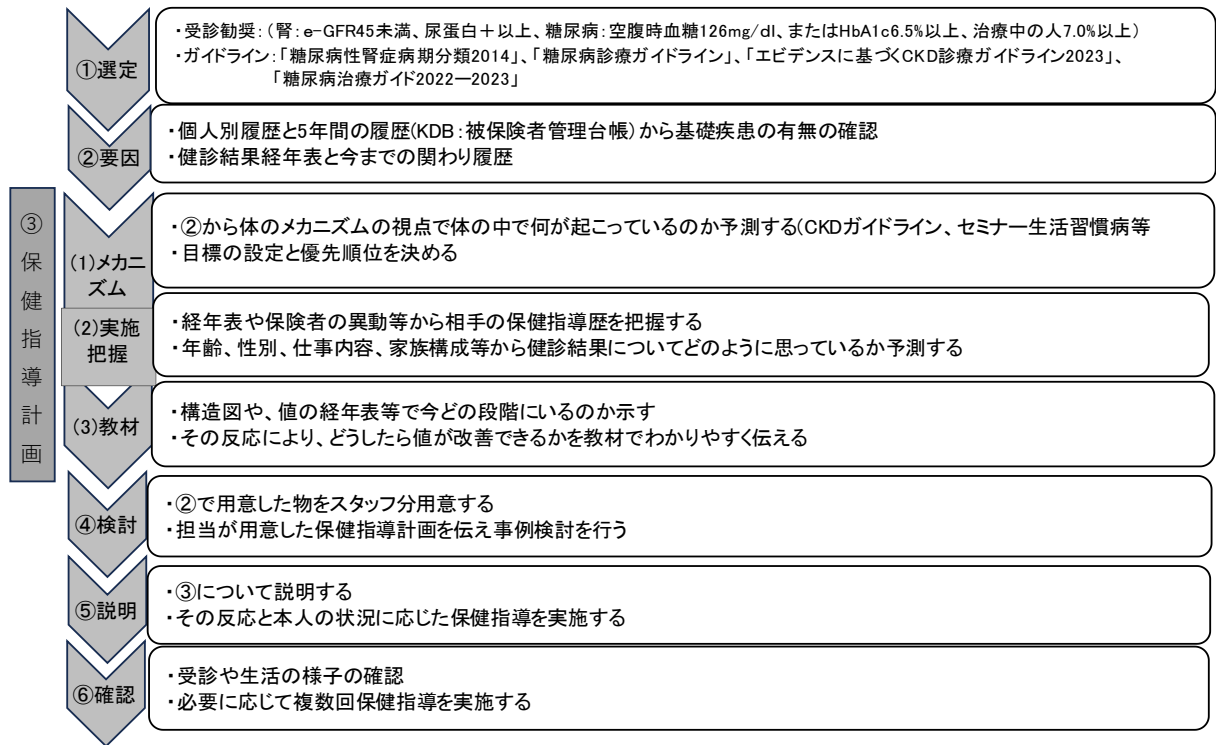
(1) 基本的な考え方

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)及び青森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 67 に沿って実施します。また、下記の3点に留意して行います。

- ・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
- ・治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- ・糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 67 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当たっては、青森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。

- ア 医療機関未受診者
- イ 医療機関受診中断者
- ウ 糖尿病治療中者

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

② 選定基準に基づく該当者の把握

ア 対象者の抽出

取組を進めるに当たって、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 68)

図表 68 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	

出典:糖尿病性腎症合同委員会

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

本村においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施し、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい状況です。しかし、CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

イ 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。

本村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、36人(30.8%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者人のうち、特定健診受診者が81人(G)で、糖尿病治療者で特定健診未受診者288人(78.0%・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。(図表 69)

ウ 介入方法と優先順位

図表 69 より本村においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・36人

優先順位 2

【保健指導】

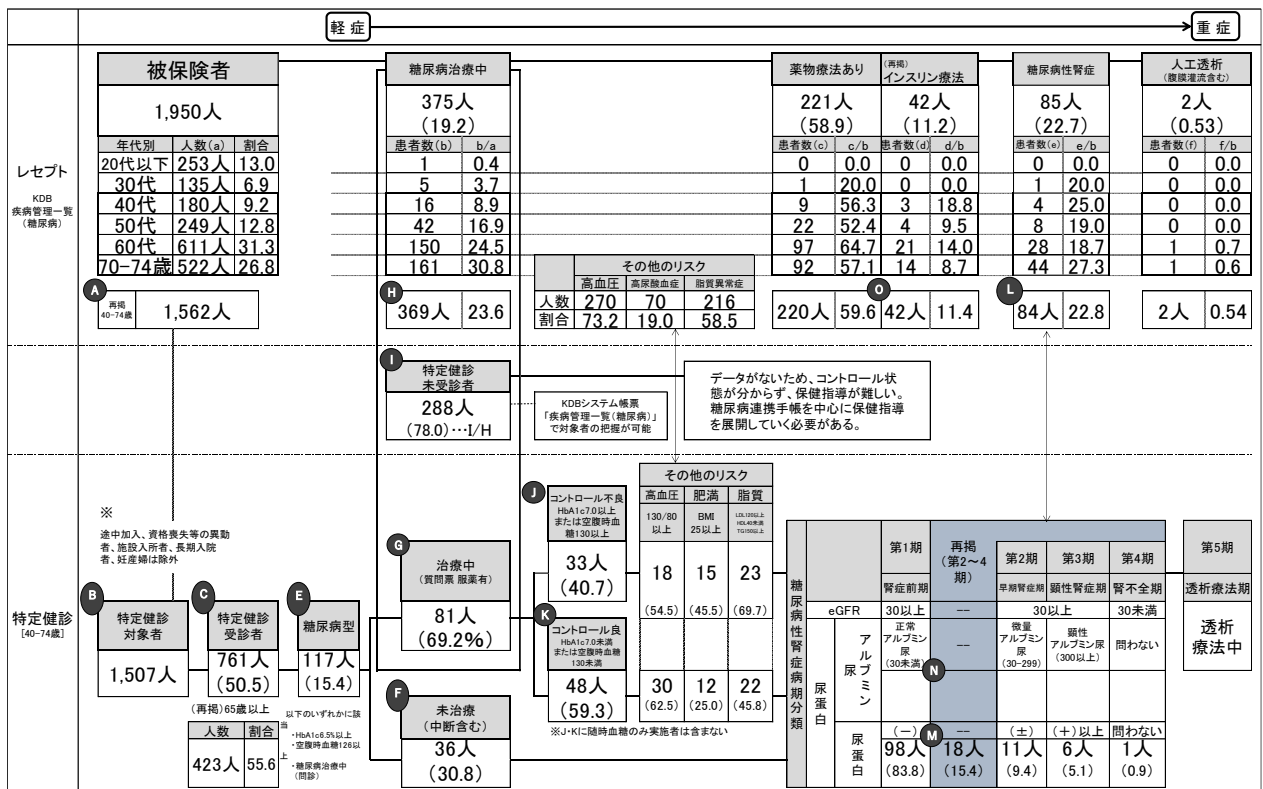
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者 (J)・・・33人
治療中断しない(継続受診)のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

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

図表 69 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、疾病管理一覽で把握できない項目については、1KDB構築、介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防)から集計

出典：ヘルスサポートラボツール

(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、喫煙などの危険因子の管理も重要となってきます。本村においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病の危険因子を合わせて、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て行っています。

これまで保健指導は健診結果説明会と訪問を中心に行っていましたが、小集団でのポピュレーションアプローチも取り入れた保健指導を行っていきます。(図表 70)

図表 70 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは...	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみます
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グリコナーゼ阻害薬」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ます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアソリジン薬とは?
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

② 二次健診等を活用した重症化予防対策

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

(4) 医療との連携

① 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関に繋ぐ場合、事前に弘前市及び南黒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国や県の糖尿病性腎症予防プログラムに準じて行っていきます。

(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を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

(6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価、中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDBシステム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71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

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 71 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	田舎館村								同規模保険者(平均)		データ基			
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度					
		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	2,058人		1,989人		1,913人		1,886人		1,801人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
		(再掲)40-74歳		1,654人		1,587人		1,541人		1,501人					
2 ① 特定健診	B	1,471人		1,423人		1,407人		1,375人		1,318人		市町村国民 特定健康診査・特定保健 指導状況報告書			
		対象者数		796人		791人		682人		655人					
		受診率		54.1%		55.6%		48.5%		47.6%					
3 ① 特定 保健指導	C	94人		89人		69人		58人		66人					
		実施率		62.8%		68.5%		62.3%		65.5%					
4 ① 健診 データ	E	114人 13.9%		109人 13.3%		99人 13.9%		106人 15.6%		111人 15.3%		特定健診結果			
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)		35人 30.7%		30人 27.5%		29人 29.3%		26人 24.5%			35人 31.5%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)		79人 69.3%		79人 72.5%		70人 70.7%		80人 75.5%			76人 68.5%		
		④ コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖150以上		37人 46.8%		36人 45.6%		38人 54.3%		39人 48.8%			31人 40.8%		
		⑤ 血圧 130/80以上		25人 67.6%		17人 47.2%		23人 60.5%		15人 38.5%			17人 54.8%		
		⑥ 肥満 BMI25以上		16人 43.2%		13人 36.1%		20人 52.6%		19人 48.7%			15人 48.4%		
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0%未満かつ空腹時血糖150未満		42人 53.2%		43人 54.4%		32人 45.7%		41人 51.3%			45人 59.2%		
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)		91人 79.8%		92人 84.4%		85人 85.9%		92人 86.8%			94人 84.7%		
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		13人 11.4%		9人 8.3%		8人 8.1%		9人 8.5%			10人 9.0%		
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		9人 7.9%		8人 7.3%		5人 5.1%		2人 1.9%			5人 4.5%		
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人 0.0%		0人 0.0%		1人 1.0%		1人 0.9%			1人 0.9%		
5 ① レセプト	H	109.3人		115.1人		101.4人		116.6人		121.6人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		134.2人		142.4人		123.9人		140.8人			144.6人		
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は糖尿病対		1,399件 (874.9)				1,278件 (836.9)		1,386件 (924.0)			1,368件 (948.7)		
		④ 入院外(件数)		5件 (3.1)				5件 (3.3)		7件 (4.7)			7件 (4.9)		
		⑤ 入院(件数)											1,521件 (4.4)		
		⑥ 糖尿病治療中		225人 10.9%		229人 11.5%		194人 10.1%		220人 11.7%			219人 12.2%		
		⑦ (再掲)40-74歳		222人 13.4%		226人 14.2%		192人 12.4%		217人 14.1%			217人 14.5%		
		⑧ 健診未受診者		143人 64.4%		147人 65.0%		122人 63.5%		137人 63.1%			141人 65.0%		
		⑨ インスリン治療		29人 12.9%		27人 11.8%		23人 11.9%		21人 9.5%			18人 8.2%		
		⑩ (再掲)40-74歳		28人 12.6%		27人 11.9%		23人 12.0%		21人 9.7%			18人 8.3%		
		⑪ 糖尿病性腎症		34人 15.1%		38人 16.6%		39人 20.1%		53人 24.1%			50人 22.8%		
		⑫ (再掲)40-74歳		33人 14.9%		37人 16.4%		39人 20.3%		52人 24.0%			50人 23.0%		
		⑬ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人 0.4%		1人 0.4%		2人 1.0%		2人 0.9%			1人 0.5%		
		⑭ (再掲)40-74歳		1人 0.5%		1人 0.4%		2人 1.0%		2人 0.9%			1人 0.5%		
		⑮ 新規透析患者数		1		2		0		0			0		
⑯ (再掲)糖尿病性腎症		0		2		0		0		0					
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)		9人 3.0%		9人 3.1%		8人 2.8%		7人 2.5%		7人 2.5%					
6 ① 医療費	L	6億3899万円		6億8466万円		5億9031万円		6億2652万円		6億3189万円		6億7051万円			
		② 生活習慣病総医療費		3億5042万円		3億5626万円		3億1601万円		3億5127万円		3億3207万円		3億5898万円	
		③ (総医療費に占める割合)		54.8%		52.0%		53.5%		56.1%		52.6%		53.5%	
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		11,193円		13,118円		7,520円		10,290円		17,015円		9,063円	
		⑤ 健診未受診者		33,886円		30,756円		36,214円		35,297円		29,898円		37,482円	
		⑥ 糖尿病医療費		4157万円		4154万円		3794万円		3888万円		3658万円		4061万円	
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		11.9%		11.7%		12.0%		11.1%		11.0%		11.3%	
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		1億0263万円		1億0042万円		9939万円		9632万円		8148万円			
		⑨ 1件あたり		35,197円		33,959円		37,168円		34,218円		29,606円			
		⑩ 糖尿病入院総医療費		8434万円		1億2701万円		7606万円		9584万円		1億1753万円			
		⑪ 1件あたり		629,421円		742,742円		685,193円		798,708円		763,158円			
		⑫ 在院日数		17日		19日		20日		20日		20日			
		⑬ 慢性腎不全医療費		705万円		820万円		747万円		675万円		421万円		2783万円	
		⑭ 透析有り		631万円		661万円		629万円		657万円		384万円		2567万円	
		⑮ 透析なし		73万円		159万円		118万円		18万円		37万円		216万円	
7 ① 介護	M	7億3799万円		7億2457万円		7億3094万円		7億4012万円		7億2873万円		8億6719万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%		1件 50.0%		0件 0.0%		1件 16.7%		3件 37.5%			
8 ① 死亡		0人 0.0%		1人 0.9%		2人 1.9%		4人 3.7%		1人 0.8%		KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題			

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)

3) 虚血性心疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

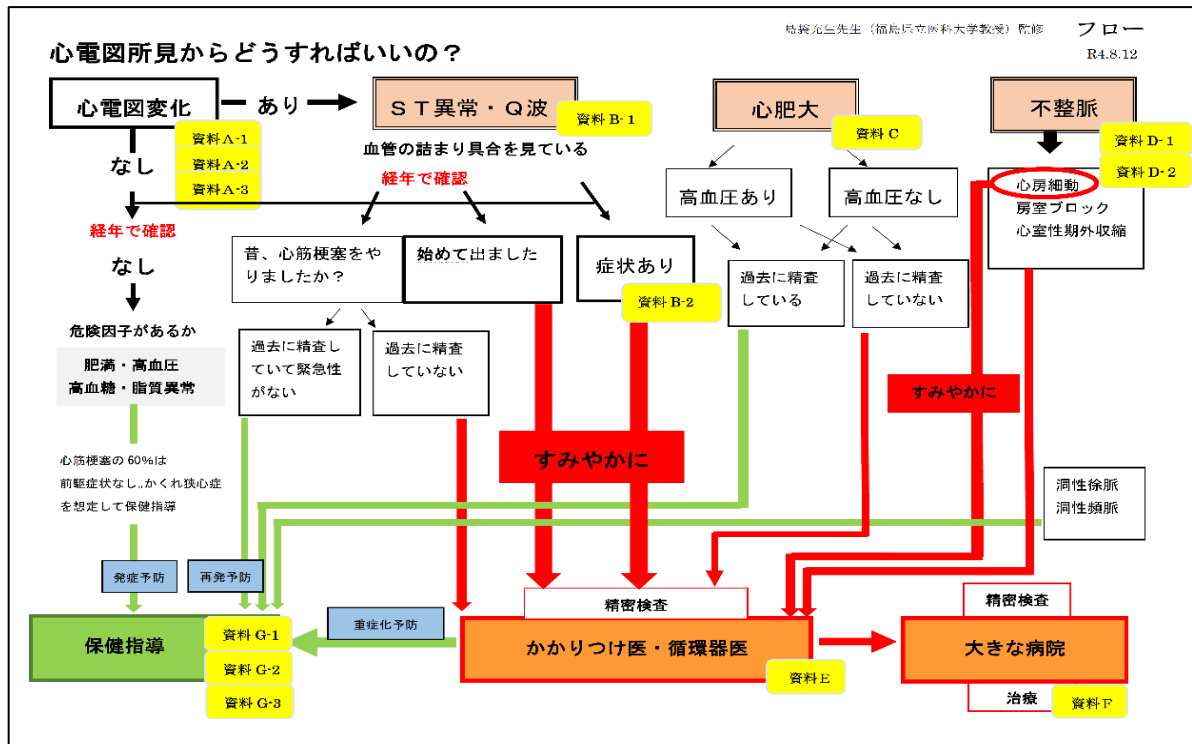
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

(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 72 に基づいて考えます。

図表 72 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

ア 心電図検査からの把握

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

本村においては、心電図検査を全受診者 761 人に実施し、そのうち有所見者が 179 人(23.5%)でした。所見の中でも ST-T 変化が 52 人(29.1%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 73)

また、有所見者のうち要精査が 61 人(34.1%)で、その後の受診状況をみると 20 人(32.8%)は未受診でした。(図表 74)。

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 73 心電図検査結果

性別・年齢	R4 心電図検査			所見内訳																
				ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数 A	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
				人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
40～74歳	761人	179人	23.5	9人	5.0%	52人	29.1%	6人	3.4%	22人	12.3%	12人	6.7%	51人	28.5%	11人	6.1%	19人	10.6%	
内訳	男性	375人	93人	24.8	5人	5.4%	22人	23.7%	5人	5.4%	10人	10.8%	8人	8.6%	32人	34.4%	8人	8.6%	5人	5.4%
	女性	386人	86人	22.3	4人	4.7%	30人	34.9%	1人	1.2%	12人	14.0%	4人	4.7%	19人	22.1%	3人	3.5%	14人	16.3%

資料：村特定健診結果

図表 74 心電図有所見者の医療機関受診状況

R4	有所見者 人数	要精査		医療機関受診あり		受診なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	179人	61人	34.1%	41人	67.2%	20人	32.8%
男性	93人	28人	30.1%	15人	53.6%	13人	46.4%
女性	86人	33人	38.4%	26人	78.8%	7人	21.2%

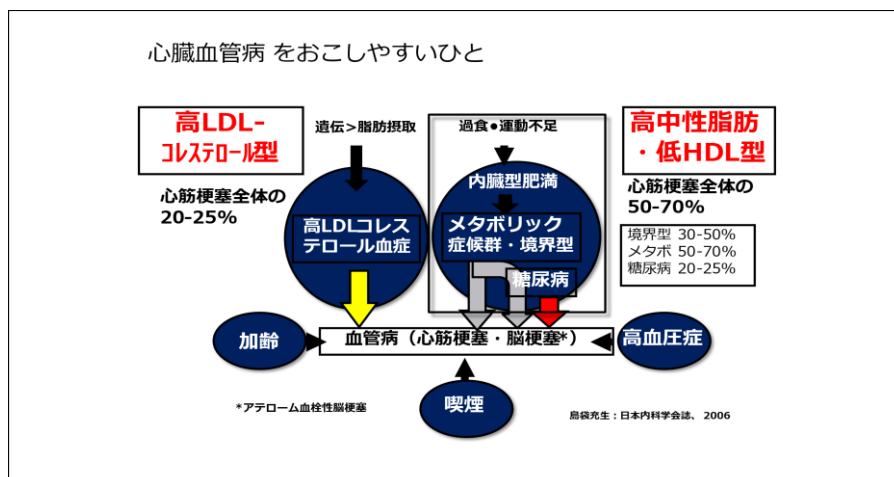
資料：村特定健診結果

イ 心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないが、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 75)

図表 75 心血管病をおこしやすいひと



図表 75 をもとにタイプ別に対象者を把握します。メタボタイプについては、図表 76 を参照しながら保健指導の優先順位を決めます。

図表 76 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	375	32	53	151	139	386	19	42	166	159	
メタボ該当者	B	115	3	18	51	43	43	1	3	19	20	
	B/A	30.7%	9.4%	34.0%	33.8%	30.9%	11.1%	5.3%	7.1%	11.4%	12.6%	
再掲	① 3項目全て	C	30	1	5	10	14	10	1	0	4	5
		C/B	26.1%	33.3%	27.8%	19.6%	32.6%	23.3%	100.0%	0.0%	21.1%	25.0%
	② 血糖+血圧	D	25	1	2	15	7	7	0	0	4	3
		D/B	21.7%	33.3%	11.1%	29.4%	16.3%	16.3%	0.0%	0.0%	21.1%	15.0%
	③ 血圧+脂質	E	60	1	11	26	22	26	0	3	11	12
		E/B	52.2%	33.3%	61.1%	51.0%	51.2%	60.5%	0.0%	100.0%	57.9%	60.0%
	④ 血糖+脂質	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		F/B	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 77 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					
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし			
総数	375人	115人	30.7%	93人	80.9%	22人	19.1%	386人	43人	11.1%	39人	90.7%	4人	9.3%		
40代	32人	3人	9.4%	1人	33.3%	2人	66.7%	19人	1人	5.3%	1人	100.0%	0人	0.0%		
50代	53人	18人	34.0%	14人	77.8%	4人	22.2%	42人	3人	7.1%	3人	100.0%	0人	0.0%		
60代	151人	51人	33.8%	38人	74.5%	13人	25.5%	166人	19人	11.4%	16人	84.2%	3人	15.8%		
70~74歳	139人	43人	30.9%	40人	93.0%	3人	7.0%	159人	20人	12.6%	19人	95.0%	1人	5.0%		

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 78 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標 (参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別			
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
316				160	104	35	17	2	9	27	14
				50.6%	32.9%	11.1%	5.4%	3.8%	17.3%	51.9%	26.9%
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)	32	17	10	4	1	2	3	0	0
			10.1%	10.6%	9.6%	11.4%	5.9%	100.0%	33.3%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	145	67	53	18	7	0	3	14	8
			45.9%	41.9%	51.0%	51.4%	41.2%	0.0%	33.3%	51.9%	57.1%
高リスク	120未満 (150未満)	132	73	37	13	9	0	3	13	6	
			41.8%	45.6%	35.6%	37.1%	52.9%	0.0%	33.3%	48.1%	42.9%
再掲	100未満 (130未満) ※1	14	10	2	1	1	0	0	2	0	
			4.4%	6.3%	1.9%	2.9%	5.9%	0.0%	0.0%	7.4%	0.0%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	7	3	4	0	0	0	0	0	0
			2.2%	1.9%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

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

(3) 保健指導の実施

① 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。(図表 79)

図表 79 心電図所見からの保健指導教材 (例示)

心電図所見からの保健指導教材
<p>もくじ</p> <p>心電図所見からどうすればいいの? フロー図</p> <p>資料A-1 休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです</p> <p>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</p> <p>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!</p> <p>資料B-1 心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何?</p> <p>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!!</p> <p>資料C 左室肥大って?</p> <p>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?</p> <p>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</p> <p>資料E ST変化・異常Q波 所見がある方へ</p> <p>資料F 精密検査を受けて治療が必要になった方へ</p> <p>資料G-1 狭心症になった人から学びました</p> <p>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</p> <p>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?</p> <p>資料G-4 肥満(BMI25以上)になると心臓はどうなるの?</p>

② 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支援ができるよう、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 システム等を活用しデータを収集します。

(5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

(6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行います。その際は KDB システム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脳血管疾患、糖尿病性腎症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)

3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

令和2年度より青森県後期高齢者広域連合から、本村が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。(図表 80)

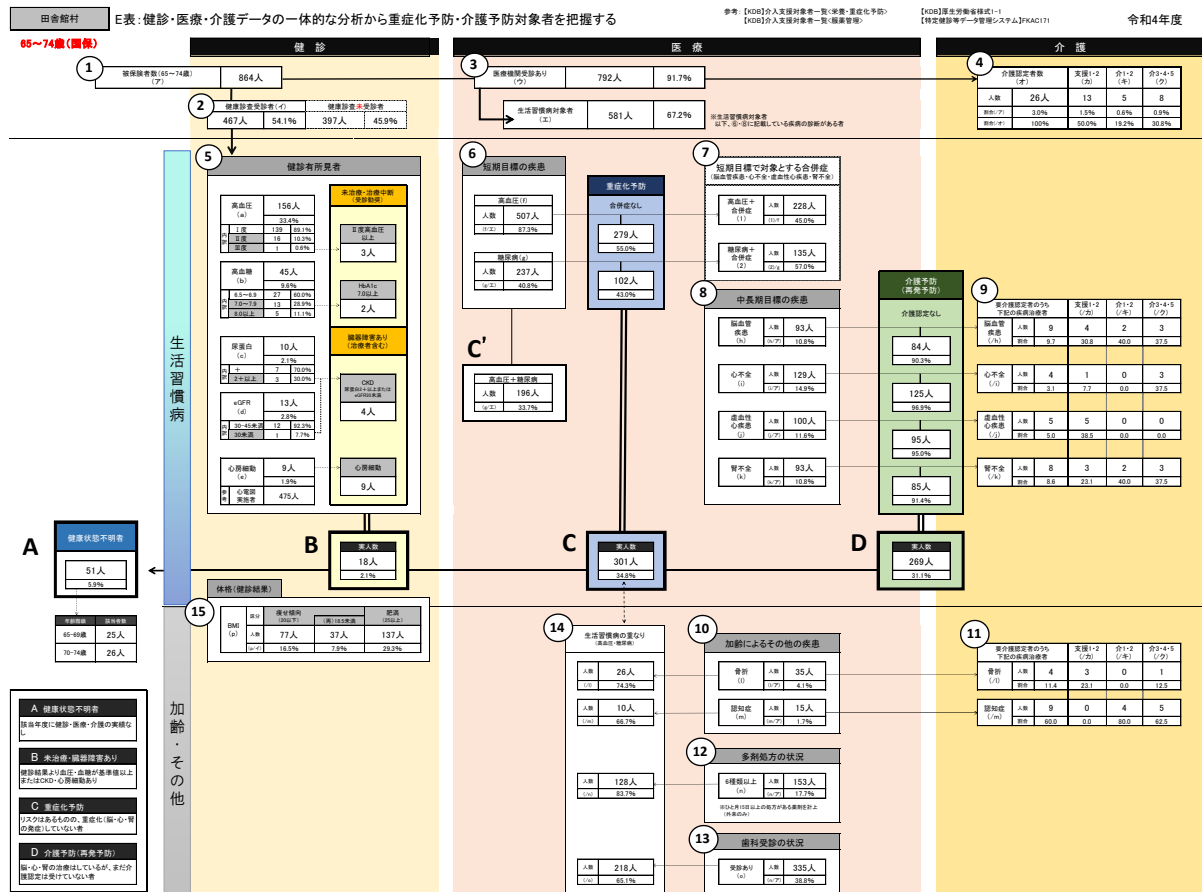
① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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 地域を担当する医療職(保健師等)を配置

高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアップ

図表 80 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



ローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないう高血圧管理台帳や糖尿病管理台帳をもとに、高血圧や糖尿病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健康教育や健康相談を、田舎館村地域包括支援センターと連携しながら実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

4 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。

本村においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ることが必要です。(図表 81)

また、本村では、20歳から39歳までを対象とした健康診査を独自に実施しており、若い頃から早期に健診と保健指導を受けることができる体制を整えています。

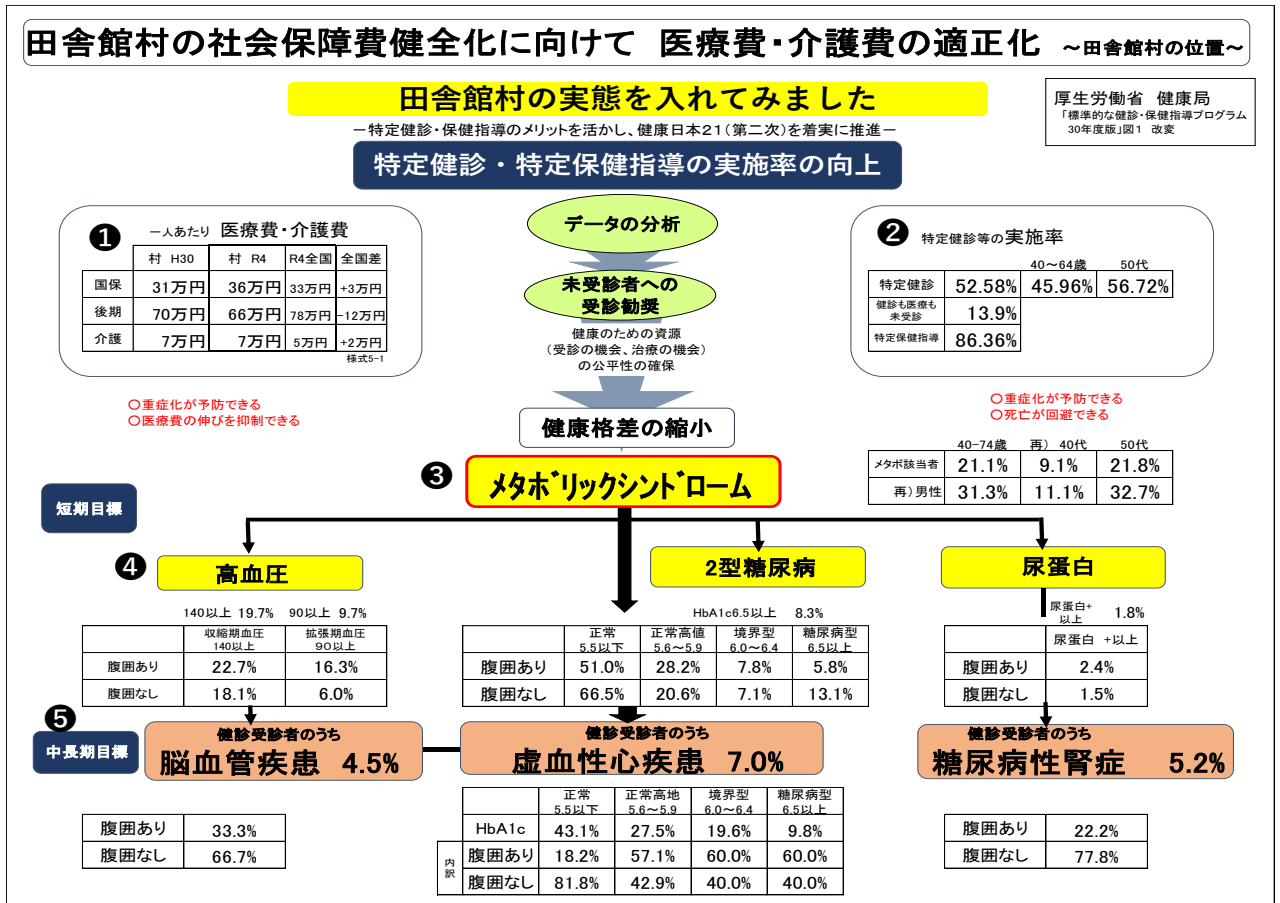
図表 81 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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)															
1 根拠法 6条 健康増進事業実施者	健康増進法														
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)				
2 計画	健康増進計画(県)(市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)														
3 年代	妊婦(胎児期)		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳		15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上	
4 健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (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	1.6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 HbA1c 6.5%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			加 ⁷ 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															

5 ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチの取組を実施します。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繋がっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く村民へ周知していきます。(図表 82、83)

図表 82 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 83 統計からみえる青森の食

統計からみえる青森の食 ~ 総務省統計局 家計調査 2019~2021年平均 ~

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
中華麺	2位	酒類	1位
カップめん	2位	果実野菜ジュース	1位
ウインナー・ソーセージ	3位	炭酸飲料	2位
魚介類(全体)	1位	スポーツドリンク	13位
塩干魚介全体	2位		
たらこ	1位	卵	49位
大根漬け	3位	牛乳・ヨーグルト	39位
梅干し	4位		
しょう油	3位		

6 その他

1) 地域包括ケア

本村は、高齢化率が高く、介護保険の認定を受けている高齢者は約 500 人います。医療、介護、予防、住まい、生活支援など暮らし全般を支えるために、関係機関と課題を共有し取り組んでいきます。

また、KDB システムのデータを分析すると重度の要介護状態になる原因として、生活習慣病の重症化によるものが多くを占めています。要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等については、予防可能なものもあり、国保加入者の重症化予防を推進していくことが要介護認定者の減少、村民一人ひとりの健康寿命の延伸に繋がります。要介護に至った背景を分析し、ハイリスク群や予備群等のターゲット層を性、年齢階層も考慮しながら抽出し、保健師等の専門職による訪問指導などを実施しながら、関係者と共有を図っていきます。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉えることができます。

高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げていくためには、医療、介護、保健、福祉など各種サービスが高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となります。地域の医療機関や田舎館村地域包括支援センターとも連携を図りながら、高齢者の医療、介護、保健などを支え、地域で暮らす村民を増やしていくことに繋がります。

2) 後発医薬品の使用促進

慢性疾患等薬剤が長期投与されている被保険者へ後発医薬品利用差額通知を送付し、同等の医薬品を低価格で利用できることを周知することで、被保険者の医療費負担の削減と医療費削減による国民健康保険財政運営の安定化を目指します。

本村の令和4年度の後発医薬品使用割合は 85.4%で、国の目標である 80%以上を上回っていることから、計画期間においても高水準を維持するために現状の事業を継続します。

3) 重複服薬、多剤投与対策

被保険者の健康被害の防止、医療費の適正化を図るため、レセプトデータを活用し、同一月に3か所以上の医療機関より、同一の薬効の薬剤投与を受けている40歳以上の方、同一月に2か所以上の医療機関より、6以上の薬効の薬剤を処方日数15日以上、3カ月以上連続して受けている60歳以上の方を対象に保健師による訪問指導を行っています。在宅保健師の活用も検討していきます。

第5章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

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

2 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<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 システム活用環境の確保
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、KDB システムに毎月、健診、医療、介護のデータが収載されるので、受診率、受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師、栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページ等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。

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田舎館村の位置
- 参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料3 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4 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料5 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 血圧の年次比較
- 参考資料8 HbA1c の年次比較
- 参考資料9 LDL コレステロールの年次比較

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた田舎館村の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた田舎館村の位置

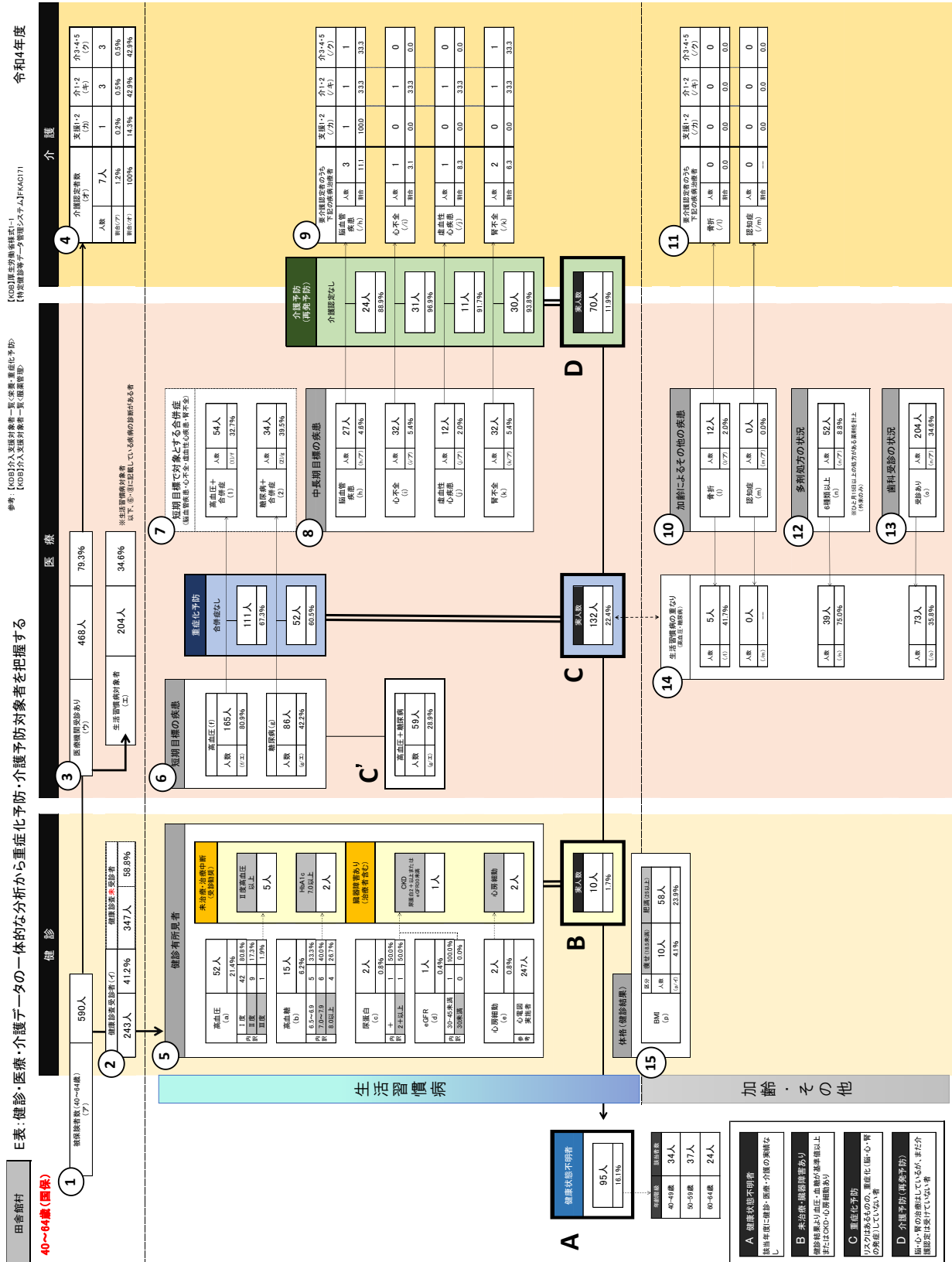
R04年度

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 人口構成	総人口		7,320		1,680,058		1,218,222		123,214,261			
		65歳以上(高齢化率)		2,639	36.1	662,426	39.4	412,943	33.9	35,335,805	28.7	KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		75歳以上		1,386	18.9	--	--	210,338	17.3	18,248,742	14.8		
		65～74歳		1,253	17.1	--	--	202,605	16.6	17,087,063	13.9		
		40～64歳		2,408	32.9	--	--	416,107	34.2	41,545,893	33.7		
	39歳以下		2,273	31.1	--	--	389,172	31.9	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業		22.3		17.0		12.4		4.0		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第2次産業		23.4		25.3		20.4		25.0			
		第3次産業		54.3		57.7		67.2		71.0			
	③ 平均寿命	男性		78.8		80.4		78.7		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握	
女性		85.9		86.9		86.0		87.0					
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		76.2		79.5		78.0		80.1				
	女性		82.8		84.2		83.3		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		男性		124.6		103.1		119.1		KDB NO.1 地域全体像の把握	
				女性		109.9		101.3		110.8			
		死因	がん		41	53.9	7,089	46.3	4,988	49.9	378,272		50.6
			心臓病		23	30.3	4,562	29.8	2,714	27.1	205,485		27.5
			脳疾患		10	13.2	2,404	15.7	1,455	14.5	102,900		13.8
			糖尿病		1	1.3	283	1.8	209	2.1	13,896		1.9
			腎不全		0	0.0	622	4.1	398	4.0	26,946		3.6
	自殺		1	1.3	346	2.3	238	2.4	20,171	2.7			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計										厚労省HP 人口動態調査	
		男性											
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		468	18.0	127,161	19.4	76,189	18.5	6,724,030	19.4	KDB NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者		10	0.3	2,078	0.3	1,257	0.3	110,289	0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2		749	7.5	365,856	13.2	125,088	6.7	21,785,044		12.9
			要介護1.2		4,471	44.7	1,297,770	46.8	876,713	47.2	78,107,378		46.3
			要介護3以上		4,776	47.8	1,111,908	40.1	855,129	46.1	68,963,503		40.8
	2号認定者		11	0.46	2,073	0.39	1,945	0.47	156,107	0.38			
	② 有病状況	糖尿病		102	19.7	30,162	22.6	17,776	22.0	1,712,613	24.3		
		高血圧症		261	51.3	71,773	54.3	39,663	49.6	3,744,672	53.3		
		脂質異常症		128	24.4	39,654	29.6	22,191	27.4	2,308,216	32.6		
		心臓病		287	56.9	80,304	60.9	43,977	55.1	4,224,628	60.3		
脳疾患		121	23.3	30,910	23.8	17,224	21.8	1,568,292	22.6				
がん		49	7.9	14,782	11.0	7,451	9.0	837,410	11.8				
筋・骨格		245	46.7	71,540	54.1	35,718	44.6	3,748,372	53.4				
精神		185	36.5	49,589	37.8	27,918	35.0	2,569,149	36.8				
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		276,141	728,734,917	314,188	208,126,001,519	324,668	134,069,420,414	290,668	10,074,274,226,869			
	1件当たり給付費(全体)		72,903		74,986		72,200		59,662				
	居宅サービス		51,318		43,722		51,854		41,272				
	施設サービス		293,745		289,312		301,081		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		認定あり		8,707		9,224		7,537		8,610		
			認定なし		4,045		4,375		3,826				
4	① 国保の状況	被保険者数		1,737		427,153		276,251		27,488,882		KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳		854	49.2			131,746	47.7	11,129,271	40.5		
		40～64歳		588	33.9			92,368	33.4	9,088,015	33.1		
		39歳以下		295	17.0			52,137	18.9	7,271,596	26.5		
	加入率		23.7		25.6		22.7		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		0	0.0	150	0.4	94	0.3	8,237	0.3		
		診療所数		2	1.2	1,147	2.7	862	3.1	102,599	3.7		
		病床数		0	0.0	15,964	37.4	16,984	61.5	1,507,471	54.8		
		医師数		1	0.6	1,780	4.2	2,773	10.0	339,611	12.4		
		外来患者数		712.5		692.2		724.7		687.8			
入院患者数		21.3		22.7		17.8		17.7					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		363,781	県内10位 同規模145位	376,732		348,845		339,680		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握		
	受診率		733,885		714,851		742,531		705,439				
	外来	費用の割合		51.0		56.3		61.8		60.4			
		件数の割合		97.1		96.8		97.6		97.5			
	入院	費用の割合		49.0		43.7		38.2		39.6			
		件数の割合		2.9		3.2		2.4		2.5			
	1件あたり在院日数		15.6日		16.4日		15.6日		15.7日				

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	138,918,410	41.8	31.3	35.7	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康 課題				
			慢性腎不全(透析あり)	3,840,820	1.2	7.2	6.1	8.2					
			糖尿病	36,584,080	11.0	11.3	12.3	10.4					
			高血圧症	22,796,350	6.9	6.6	7.1	5.9					
			脂質異常症	12,542,800	3.8	3.8	3.7	4.1					
			脳梗塞・脳出血	15,202,530	4.6	3.9	4.2	3.9					
			狭心症・心筋梗塞	16,974,130	5.2	2.8	2.4	2.8					
			精神	29,866,350	9.0	14.9	12.0	14.7					
	筋・骨格	53,607,010	16.1	17.3	15.5	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	217	0.1	430	0.3	289	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分 析(中分類)		
				糖尿病	639	0.4	1,426	0.9	1,407	1.1		1,144	0.9
				脂質異常症	--	--	69	0.0	36	0.0		53	0.0
				脳梗塞・脳出血	7,703	4.3	6,762	4.1	7,118	5.3		5,993	4.5
				虚血性心疾患	9,236	5.2	4,422	2.7	3,655	2.7		3,942	2.9
		腎不全	--	--	4,755	2.9	3,214	2.4	4,051	3.0			
		医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	高血圧症	12,907	7.0	12,793	6.0	13,548	6.3		10,143	4.9
				糖尿病	20,776	11.2	21,925	10.3	22,773	10.6		17,720	8.6
				脂質異常症	7,221	3.9	7,608	3.6	7,082	3.3		7,092	3.5
				脳梗塞・脳出血	1,049	0.6	943	0.4	938	0.4		825	0.4
虚血性心疾患				1,943	1.0	1,933	0.9	1,708	0.8	1,722		0.8	
腎不全	2,965			1.6	16,719	7.9	13,737	6.4	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	6,138		3,122		2,291		2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康 課題		
			健診未受診者	10,785		12,911		14,012		13,295			
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	17,015		9,063		6,279		6,142			
			健診未受診者	29,898		37,482		38,404		40,210			
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	403	58.0	81,311	58.1	42,968	58.2	3,698,441	56.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		医療機関受診率	363	52.2	73,037	52.2	39,723	53.8	3,375,719	51.9			
		医療機関非受診率	40	5.8	8,274	5.9	3,245	4.4	322,722	5.0			
5	特定健診の 状況 県内市町村数 41市町村 同規模市区町村 数 240市町村	メタボ 該当・ 予備 レベル	健診受診者	695		139,850		73,809		6,503,152	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康 課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			受診率	52.5	県内4位 同規模57位	44.7	35.9	全国27位	35.3				
			特定保健指導終了者(実施率)	0	0.0	2,678	16.0	1,017	14.0	69,327		9.0	
			非肥満高血糖	77	11.1	14,190	10.1	8,352	11.3	588,083		9.0	
			メタボ	該当者	147	21.2	30,227	21.6	15,312	20.7		1,321,197	20.3
				男性	107	31.5	21,300	32.1	10,516	32.1		923,222	32.0
				女性	40	11.3	8,927	12.1	4,796	11.7		397,975	11.0
				予備群	69	9.9	16,236	11.6	7,981	10.8		730,607	11.2
			BMI	男性	46	13.5	11,464	17.3	5,392	16.5		515,813	17.9
				女性	23	6.5	4,772	6.5	2,589	6.3		214,794	5.9
				総数	232	33.4	51,122	36.6	25,962	34.3		2,273,296	35.0
				男性	164	48.2	35,935	54.2	17,193	52.5		1,592,747	55.3
			メタボ 該当・ 予備 レベル	女性	68	19.2	15,187	20.6	8,103	19.7		680,549	18.8
				総数	50	7.2	8,128	5.8	5,215	7.1		304,276	4.7
				男性	6	1.8	1,372	2.1	872	2.7		48,780	1.7
				女性	44	12.4	6,756	9.2	4,343	10.6		255,496	7.1
				血糖のみ	1	0.1	963	0.7	516	0.7		41,541	0.6
				血圧のみ	52	7.5	11,851	8.5	5,952	8.1		514,593	7.9
				脂質のみ	16	2.3	3,422	2.4	1,513	2.0		174,473	2.7
血糖・血圧	30	4.3		5,115	3.7	3,018	4.1	193,722	3.0				
血糖・脂質	0	0.0		1,475	1.1	606	0.8	67,212	1.0				
血圧・脂質	78	11.2		13,535	9.7	6,663	9.0	630,648	9.7				
血糖・血圧・脂質	39	5.6	10,102	7.2	5,025	6.8	429,615	6.6					
6	①	問診の状況	服薬	高血圧	288	41.4	55,201	39.5	32,199	43.6	2,324,538	35.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病	75	10.8	14,674	10.5	8,176	11.1	564,473	8.7	
				脂質異常症	194	27.9	38,748	27.7	21,765	29.5	1,817,350	28.0	
			既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	15	2.2	4,389	3.3	2,085	2.9	199,003	3.1	
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	19	2.8	8,295	6.2	3,677	5.1	349,845	5.5	
				腎不全	10	1.5	1,283	0.9	681	0.9	51,680	0.8	
	貧血	6	1.0	12,237	9.0	3,538	5.5	669,737	10.6				
	④	生活習慣の 状況	喫煙	123	17.7	21,078	15.1	10,870	14.7	896,676	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			週3回以上朝食を抜く	35	6.3	11,378	8.6	5,510	8.6	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		
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	99	17.9	21,660	16.4	12,406	19.3	932,218	15.7		
			週3回以上就寝前夕食	99	17.9	21,660	16.4	12,406	19.3	932,218	15.7		
			食べる速度が遅い	167	30.3	35,108	26.4	17,769	27.6	1,590,713	26.8		
			20歳時体重から10kg以上増加	199	36.1	47,632	35.8	23,186	36.0	2,083,152	34.9		
1回30分以上運動習慣なし			385	69.7	86,948	65.2	42,039	65.4	3,589,415	60.3			
1日1時間以上運動なし	230	41.7	62,532	46.9	32,314	50.2	2,858,913	48.0					
⑩	一日 飲酒 量	1合未満	324	51.2	53,892	59.9	33,113	56.5	2,851,798	64.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		1～2合	149	23.5	23,850	26.5	14,837	25.3	1,053,317	23.7			
		2～3合	82	13.0	9,375	10.4	6,590	11.2	414,658	9.3			
		3合以上	78	12.3	2,835	3.2	4,113	7.0	122,039	2.7			
		睡眠不足	135	24.5	32,230	24.3	14,869	23.1	1,521,685	25.6			
		毎日飲酒	217	31.4	35,947	26.5	19,378	26.6	1,585,206	25.5			
時々飲酒	146	21.1	28,605	21.1	16,358	22.4	1,393,154	22.4					

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40～64歳(国保)



③ 65～74歳(後期)

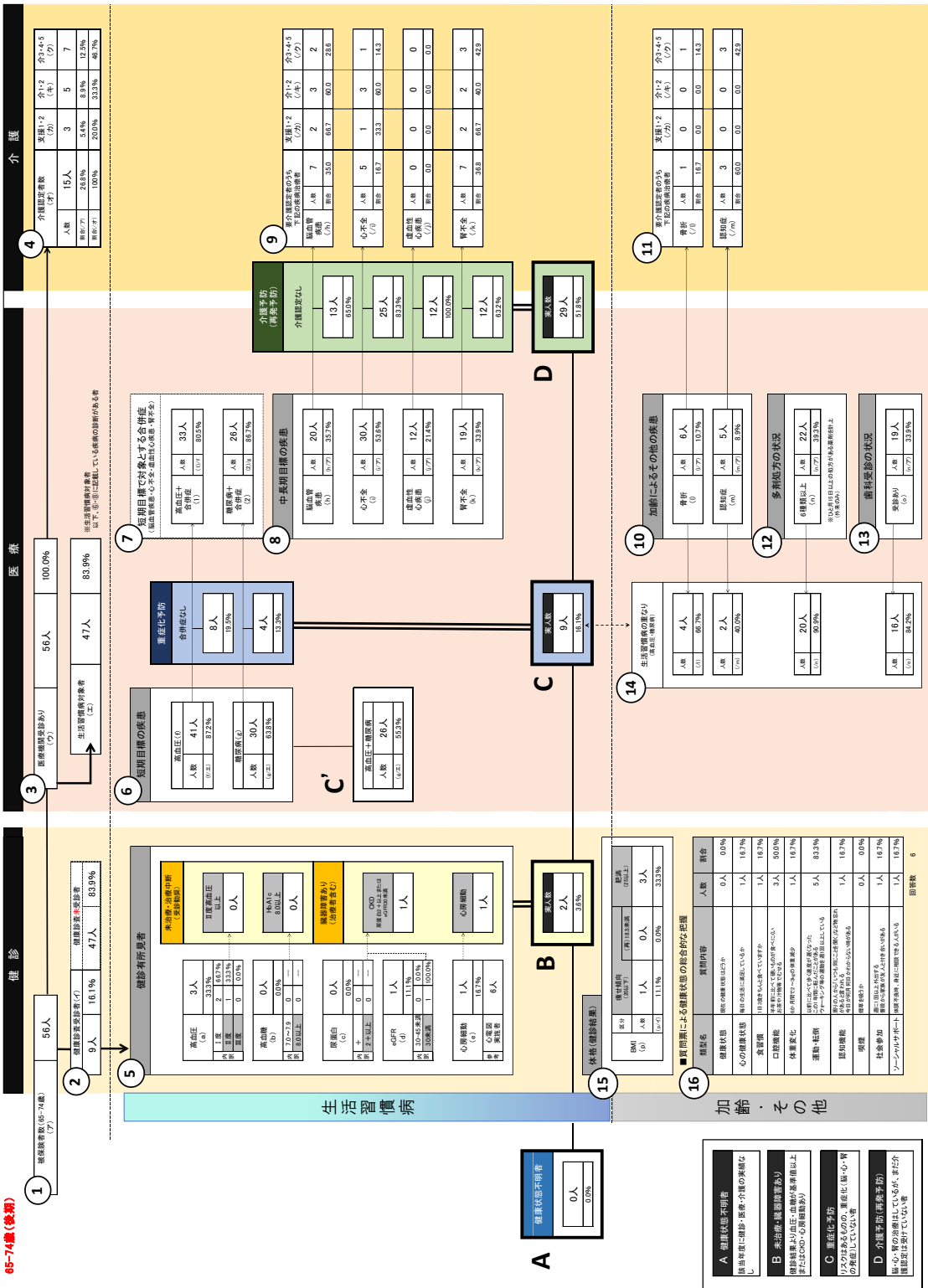
令和4年度

【OD】厚生労働省様式「1」
【特定高齢者予備管理システム(PAGE01)】

【OD】介護予防対象者一覧(保健・重症化予防)
【OD】健康診査予備管理システム(PAGE01)
【OD】健康診査予備管理システム(PAGE01)

E表:健康・医療・介護予防対象者の把握する

田舎館村
65-74歳(後期)



④ 75歳以上(後期)

田舎農村

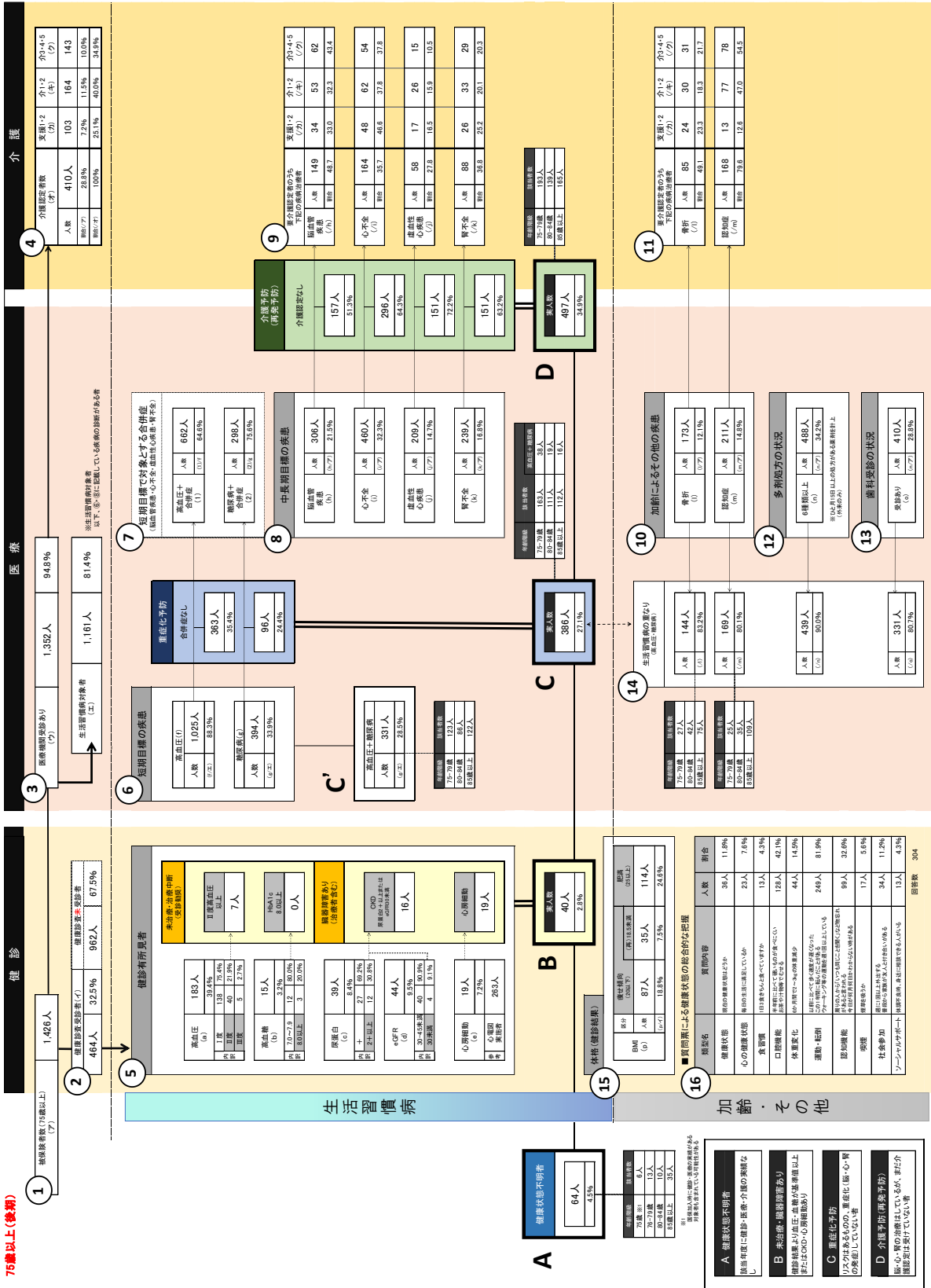
【OD】居住者健康増進1-1
【特定高齢者等ケア推進計画(5年)】(P64C17)

参考: 【OD】小入支所対象者一覧(高齢者・重症化予防)
【OD】後期高齢者の健康(健康)介護受給状況

E表「健診・医療・介護予防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」

75歳以上(後期)

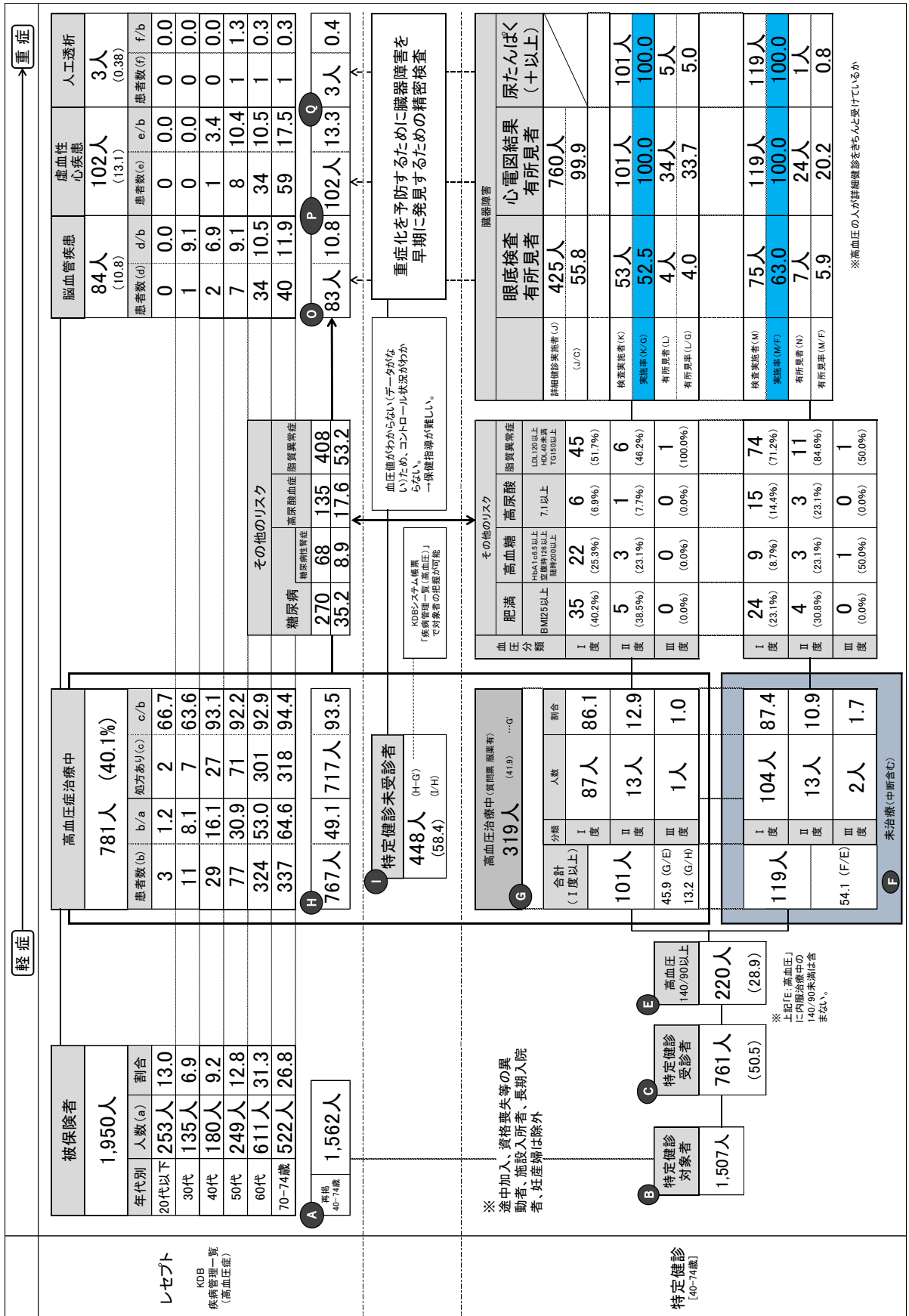
令和4年度



参考資料3 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



参考資料4 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

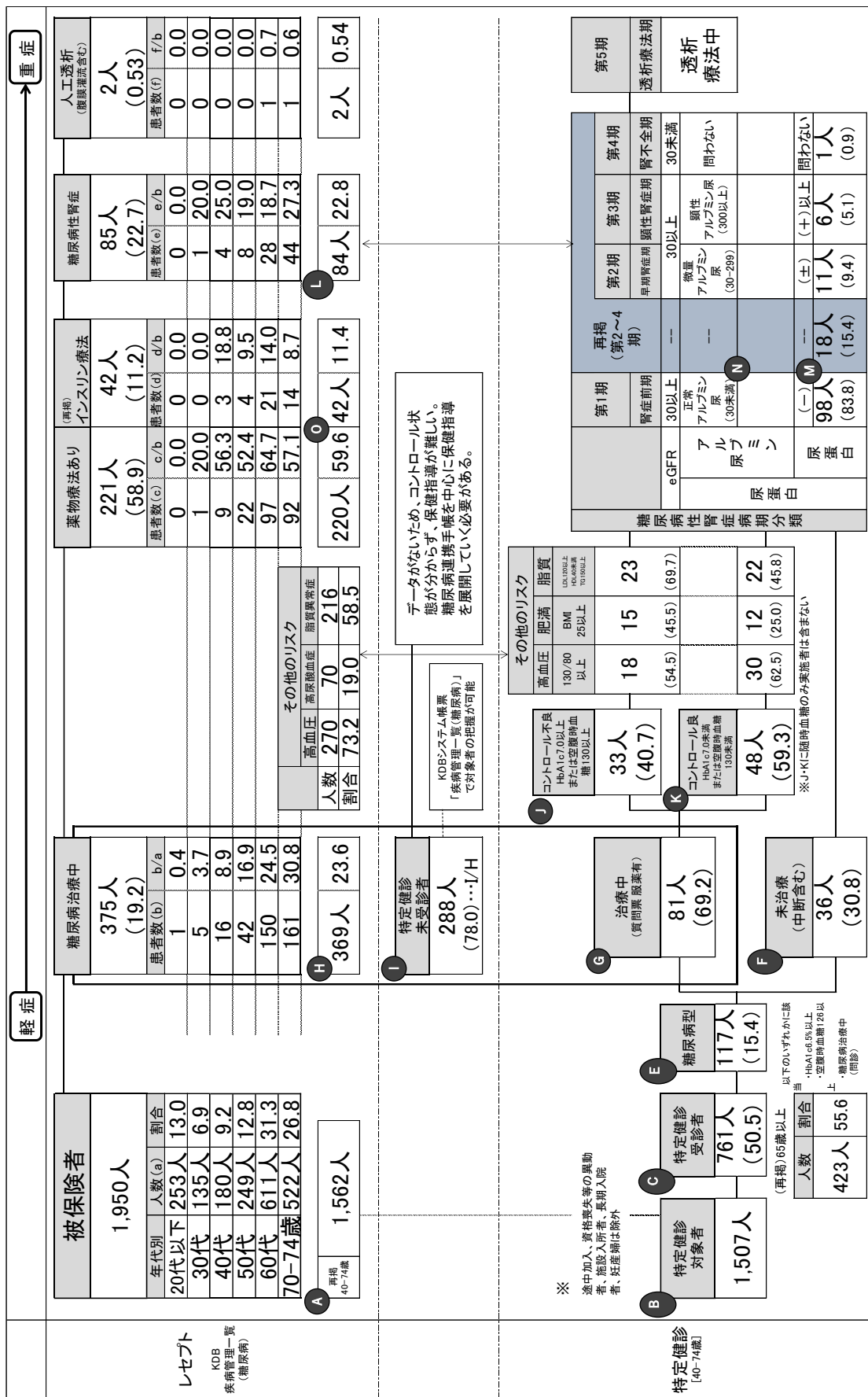
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			実合表	田舎館村										同規模保険者(平均)		
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	A	2,058人		1,989人		1,913人		1,886人		1,801人				
	②	(再掲)40-74歳		1,654人		1,587人		1,550人		1,541人		1,501人				
2	①	対象者数	B	1,471人		1,423人		1,407人		1,375人		1,318人				
	②	特定健診 受診者数		796人		791人		682人		655人		693人				
	③	受診率		54.1%		55.6%		48.5%		47.6%		52.6%				
3	①	特定 保健指導 対象者数		94人		89人		69人		58人		66人				
	②	実施率		62.8%		68.5%		62.3%		65.5%		86.4%				
4	健診 データ	①	糖尿病型	E	114人	13.9%	109人	13.3%	99人	13.9%	106人	15.6%	111人	15.3%		
		②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	35人	30.7%	30人	27.5%	29人	29.3%	26人	24.5%	35人	31.5%		
		③	治療中(質問票 服薬あり)	G	79人	69.3%	79人	72.5%	70人	70.7%	80人	75.5%	76人	68.5%		
		④	コントロール不良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130以上	J	37人 46.8%		36人 45.6%		38人 54.3%		39人 48.8%		31人 40.8%			
		⑤	血圧 130/80以上		25人 67.6%		17人 47.2%		23人 60.5%		15人 38.5%		17人 54.8%			
		⑥	肥満 BMI25以上		16人 43.2%		13人 36.1%		20人 52.6%		19人 48.7%		15人 48.4%			
		⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	42人 53.2%		43人 54.4%		32人 45.7%		41人 51.3%		45人 59.2%			
		⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	91人 79.8%		92人 84.4%		85人 85.9%		92人 86.8%		94人 84.7%			
		⑨	第2期 尿蛋白(±)		13人 11.4%		9人 8.3%		8人 8.1%		9人 8.5%		10人 9.0%			
		⑩	第3期 尿蛋白(+)		9人 7.9%		8人 7.3%		5人 5.1%		2人 1.9%		5人 4.5%			
		⑪	第4期 eGFR30未満		0人 0.0%		0人 0.0%		1人 1.0%		1人 0.9%		1人 0.9%			
5	レセプト	①	糖尿病受療率(被保険者千対)	109.3人		115.1人		101.4人		116.6人		121.6人				
		②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)	134.2人		142.4人		123.9人		140.8人		144.6人				
		③	レセプト件数 (40-74歳)	1,399件 (874.9)				1,278件 (836.9)		1,386件 (924.0)		1,368件 (948.7)		319,711件	(930.6)	
		④	入院外(件数)	5件 (3.1)				5件 (3.3)		7件 (4.7)		7件 (4.9)		1,521件	(4.4)	
		⑤	糖尿病治療中	H	225人 10.9%		229人 11.5%		194人 10.1%		220人 11.7%		219人 12.2%			
		⑥	(再掲)40-74歳		222人 13.4%		226人 14.2%		192人 12.4%		217人 14.1%		217人 14.5%			
		⑦	健診未受診者		I	143人 64.4%		147人 65.0%		122人 63.5%		137人 63.1%		141人 65.0%		
		⑧	インスリン治療	O	29人 12.9%		27人 11.8%		23人 11.9%		21人 9.5%		18人 8.2%			
		⑨	(再掲)40-74歳		28人 12.6%		27人 11.9%		23人 12.0%		21人 9.7%		18人 8.3%			
		⑩	糖尿病性腎症	L	34人 15.1%		38人 16.6%		39人 20.1%		53人 24.1%		50人 22.8%			
		⑪	(再掲)40-74歳		33人 14.9%		37人 16.4%		39人 20.3%		52人 24.0%		50人 23.0%			
		⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	1人 0.4%		1人 0.4%		2人 1.0%		2人 0.9%		1人 0.5%				
		⑬	(再掲)40-74歳	1人 0.5%		1人 0.4%		2人 1.0%		2人 0.9%		1人 0.5%				
		⑭	新規透析患者数	1		2		0		0		0				
		⑮	(再掲)糖尿病性腎症	0		2		0		0		0				
		⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	9人 3.0%		9人 3.1%		8人 2.8%		7人 2.5%		7人 2.5%				
6	医療費	①	総医療費	6億3899万円		6億8466万円		5億9031万円		6億2652万円		6億3189万円		6億7051万円		
		②	生活習慣病総医療費	3億5042万円		3億5626万円		3億1601万円		3億5127万円		3億3207万円		3億5898万円		
		③	(総医療費に占める割合)	54.8%		52.0%		53.5%		56.1%		52.6%		53.5%		
		④	生活習慣病 対象者 一人あたり	11,193円		13,118円		7,520円		10,290円		17,015円		9,063円		
		⑤	健診受診者	33,886円		30,756円		36,214円		35,297円		29,898円		37,482円		
		⑥	健診未受診者	4157万円		4154万円		3794万円		3888万円		3658万円		4061万円		
		⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	11.9%		11.7%		12.0%		11.1%		11.0%		11.3%		
		⑧	糖尿病入院外総医療費	1億0263万円		1億0042万円		9939万円		9632万円		8148万円				
		⑨	1件あたり	35,197円		33,959円		37,168円		34,218円		29,606円				
		⑩	糖尿病入院総医療費	8434万円		1億2701万円		7606万円		9584万円		1億1753万円				
		⑪	1件あたり	629,421円		742,742円		685,193円		798,708円		763,158円				
		⑫	在院日数	17日		19日		20日		20日		20日				
		⑬	慢性腎不全医療費	705万円		820万円		747万円		675万円		421万円		2783万円		
		⑭	透析有り	631万円		661万円		629万円		657万円		384万円		2567万円		
		⑮	透析なし	73万円		159万円		118万円		18万円		37万円		216万円		
7	介護	①	介護給付費	7億3799万円		7億2457万円		7億3094万円		7億4012万円		7億2873万円		8億6719万円		
		②	(2号認定者)糖尿病合併症	0件 0.0%		1件 50.0%		0件 0.0%		1件 16.7%		3件 37.5%				
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	0人 0.0%		1人 0.9%		2人 1.9%		4人 3.7%		1人 0.8%		622人 1.0%			

参考資料5 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

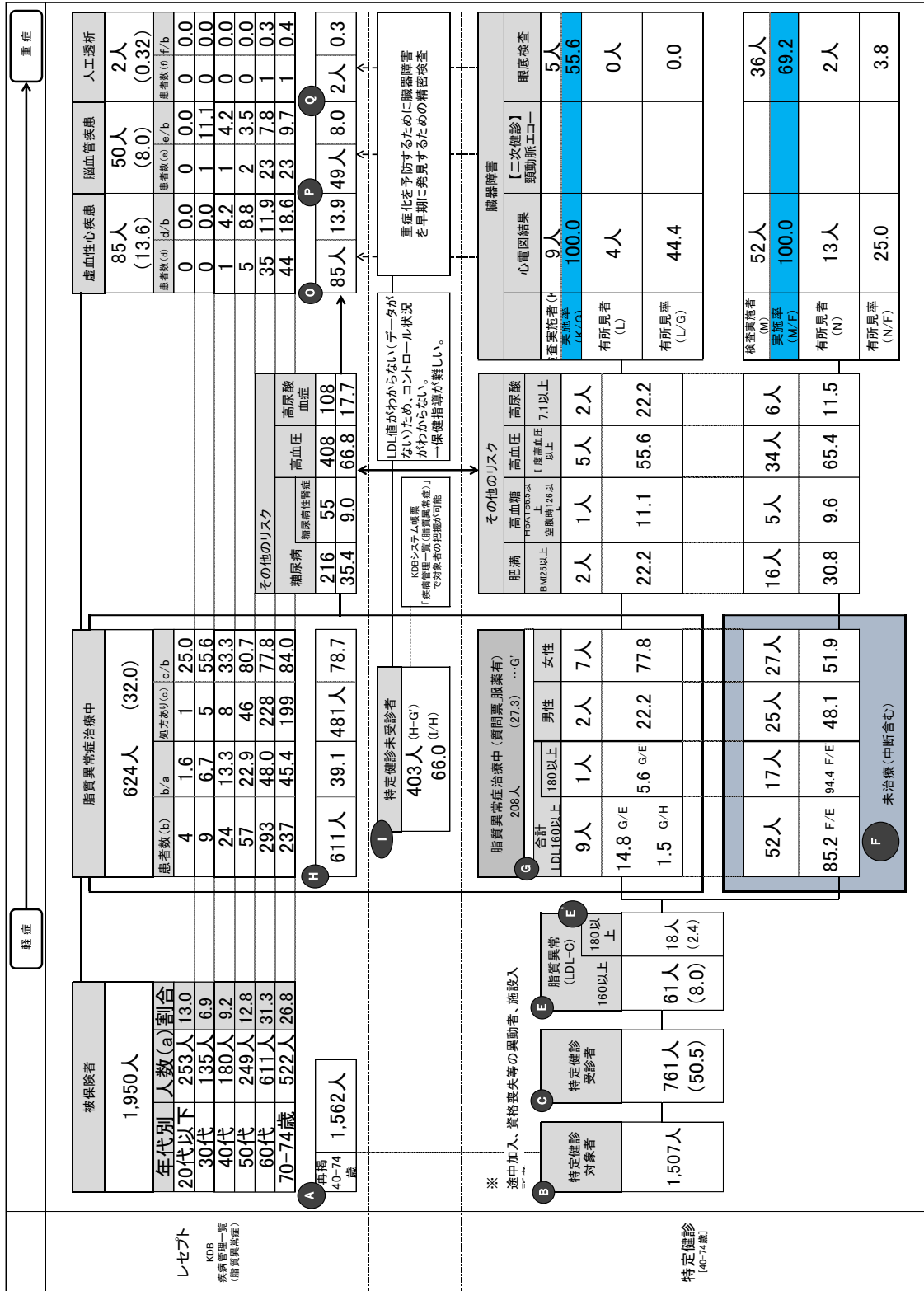
令和04年度



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

令和04年度

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、該当年度に属格がある者を対象とし(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、「KOB構築介入支援対象者一覧(重症化予防)」から集計

参考資料7 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	847	226	26.7%	154	18.2%	228	26.9%	197	23.3%	30	3.5%	12	1.4%
H30	867	232	26.8%	135	15.6%	237	27.3%	217	25.0%	40	4.6%	6	0.7%
R01	851	218	25.6%	150	17.6%	278	32.7%	163	19.2%	35	4.1%	7	0.8%
R02	726	179	24.7%	109	15.0%	226	31.1%	179	24.7%	26	3.6%	7	1.0%
R03	708	186	26.3%	131	18.5%	227	32.1%	146	20.6%	13	1.8%	5	0.7%
R04	761	160	21.0%	125	16.4%	256	33.6%	191	25.1%	26	3.4%	3	0.4%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	割合
					上		再掲		
					Ⅲ度高血圧	未治療			
H29	847	380 44.9%	228 26.9%	197 23.3%	42 5.0%	26 61.9%	16 38.1%	1.4%	5.0%
H30	867	367 42.3%	237 27.3%	217 25.0%	46 5.3%	30 65.2%	16 34.8%	0.7%	5.3%
R01	851	368 43.2%	278 32.7%	163 19.2%	42 4.9%	26 61.9%	16 38.1%	0.8%	4.9%
R02	726	288 39.7%	226 31.1%	179 24.7%	33 4.5%	14 42.4%	19 57.6%	1.0%	4.5%
R03	708	317 44.8%	227 32.1%	146 20.6%	18 2.5%	6 33.3%	12 66.7%	0.7%	2.5%
R04	761	285 37.5%	256 33.6%	191 25.1%	29 3.8%	15 51.7%	14 48.3%	0.4%	3.8%

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	352	41.6%	70	19.9%	68	19.3%	100	28.4%	98	27.8%	10	2.8%	6	1.7%
	H30	361	41.6%	63	17.5%	60	16.6%	102	28.3%	120	33.2%	16	4.4%	0	0.0%
	R01	356	41.8%	64	18.0%	68	19.1%	123	34.6%	85	23.9%	16	4.5%	0	0.0%
	R02	313	43.1%	54	17.3%	44	14.1%	98	31.3%	98	31.3%	17	5.4%	2	0.6%
	R03	313	44.2%	62	19.8%	57	18.2%	106	33.9%	76	24.3%	9	2.9%	3	1.0%
	R04	319	41.9%	40	12.5%	60	18.8%	118	37.0%	87	27.3%	13	4.1%	1	0.3%
治療なし	H29	495	58.4%	156	31.5%	86	17.4%	128	25.9%	99	20.0%	20	4.0%	6	1.2%
	H30	506	58.4%	169	33.4%	75	14.8%	135	26.7%	97	19.2%	24	4.7%	6	1.2%
	R01	495	58.2%	154	31.1%	82	16.6%	155	31.3%	78	15.8%	19	3.8%	7	1.4%
	R02	413	56.9%	125	30.3%	65	15.7%	128	31.0%	81	19.6%	9	2.2%	5	1.2%
	R03	395	55.8%	124	31.4%	74	18.7%	121	30.6%	70	17.7%	4	1.0%	2	0.5%
	R04	442	58.1%	120	27.1%	65	14.7%	138	31.2%	104	23.5%	13	2.9%	2	0.5%

参考資料8 HbA1cの年次比較

	HbA1c測定		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病			合併症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	847	505	59.6%	202	23.8%	77	9.1%	37	4.4%	18	2.1%	8	0.9%	13	1.5%	7	0.8%	
H30	867	339	39.1%	330	38.1%	115	13.3%	49	5.7%	24	2.8%	10	1.2%	18	2.1%	6	0.7%	
R01	851	499	58.6%	203	23.9%	91	10.7%	31	3.6%	20	2.4%	7	0.8%	14	1.6%	5	0.6%	
R02	726	400	55.1%	194	26.7%	69	9.5%	29	4.0%	28	3.9%	6	0.8%	23	3.2%	5	0.7%	
R03	708	368	52.0%	207	29.2%	71	10.0%	30	4.2%	26	3.7%	6	0.8%	20	2.8%	3	0.4%	
R04	761	457	60.1%	179	23.5%	63	8.3%	32	4.2%	21	2.8%	9	1.2%	18	2.4%	7	0.9%	

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		再掲率	
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	治療		
H29	847	505	202	77	63	21	42	7.4%	33.3%	66.7%	7.4%
H30	867	339	330	115	83	26	57	9.6%	31.3%	68.7%	9.6%
R01	851	499	203	91	58	15	43	6.8%	25.9%	74.1%	6.8%
R02	726	400	194	69	63	21	42	8.7%	33.3%	66.7%	8.7%
R03	708	368	207	71	62	17	45	8.8%	27.4%	72.6%	8.8%
R04	761	457	179	63	62	19	43	8.1%	30.6%	69.4%	8.1%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲				
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病			合併症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	68	8.0%	6	8.8%	5	7.4%	15	22.1%	25	36.8%	11	16.2%	6	8.8%	8	11.8%	5	7.4%
	H30	84	9.7%	2	2.4%	7	8.3%	18	21.4%	36	42.9%	16	19.0%	5	6.0%	11	13.1%	3	3.6%
	R01	84	9.9%	4	4.8%	12	14.3%	25	29.8%	20	23.8%	17	20.2%	6	7.1%	12	14.3%	4	4.8%
	R02	71	9.8%	2	2.8%	7	9.9%	20	28.2%	14	19.7%	26	36.6%	2	2.8%	18	25.4%	2	2.8%
	R03	81	11.4%	2	2.5%	9	11.1%	25	30.9%	18	22.2%	22	27.2%	5	6.2%	17	21.0%	2	2.5%
	R04	81	10.6%	6	7.4%	12	14.8%	20	24.7%	23	28.4%	16	19.8%	4	4.9%	11	13.6%	3	3.7%
治療なし	H29	779	92.0%	499	64.1%	197	25.3%	62	8.0%	12	1.5%	7	0.9%	2	0.3%	5	0.6%	2	0.3%
	H30	783	90.3%	337	43.0%	323	41.3%	97	12.4%	13	1.7%	8	1.0%	5	0.6%	7	0.9%	3	0.4%
	R01	767	90.1%	495	64.5%	191	24.9%	66	8.6%	11	1.4%	3	0.4%	1	0.1%	2	0.3%	1	0.1%
	R02	655	90.2%	398	60.8%	187	28.5%	49	7.5%	15	2.3%	2	0.3%	4	0.6%	5	0.8%	3	0.5%
	R03	627	88.6%	366	58.4%	198	31.6%	46	7.3%	12	1.9%	4	0.6%	1	0.2%	3	0.5%	1	0.2%
	R04	680	89.4%	451	66.3%	167	24.6%	43	6.3%	9	1.3%	5	0.7%	5	0.7%	7	1.0%	4	0.6%

参考資料9 LDL-コレステロールの年次比較

	LDL測定者	正常			保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		120未満			120～139		140～159		160～179		180以上	
		人数	割合	B/A	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	847	444	52.4%	230	27.2%	107	12.6%	43	5.1%	23	2.7%
	H30	867	419	48.3%	233	26.9%	138	15.9%	56	6.5%	21	2.4%
	R01	851	428	50.3%	215	25.3%	121	14.2%	63	7.4%	24	2.8%
	R02	726	356	49.0%	180	24.8%	121	16.7%	46	6.3%	23	3.2%
	R03	708	356	50.3%	180	25.4%	117	16.5%	36	5.1%	19	2.7%
R04	761	369	48.5%	210	27.6%	121	15.9%	43	5.7%	18	2.4%	
男性	H29	406	230	56.7%	102	25.1%	44	10.8%	21	5.2%	9	2.2%
	H30	417	219	52.5%	104	24.9%	63	15.1%	22	5.3%	9	2.2%
	R01	398	213	53.5%	95	23.9%	53	13.3%	27	6.8%	10	2.5%
	R02	349	171	49.0%	86	24.6%	58	16.6%	24	6.9%	10	2.9%
	R03	331	183	55.3%	81	24.5%	45	13.6%	16	4.8%	6	1.8%
R04	375	192	51.2%	98	26.1%	58	15.5%	19	5.1%	8	2.1%	
女性	H29	441	214	48.5%	128	29.0%	63	14.3%	22	5.0%	14	3.2%
	H30	450	200	44.4%	129	28.7%	75	16.7%	34	7.6%	12	2.7%
	R01	453	215	47.5%	120	26.5%	68	15.0%	36	7.9%	14	3.1%
	R02	377	185	49.1%	94	24.9%	63	16.7%	22	5.8%	13	3.4%
	R03	377	173	45.9%	99	26.3%	72	19.1%	20	5.3%	13	3.4%
R04	386	177	45.9%	112	29.0%	63	16.3%	24	6.2%	10	2.6%	

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	再掲	再掲
					再)180以上	未治療	治療			
H29	847	444 52.4%	230 27.2%	107 12.6%	66 7.8%	62 93.9%	4 6.1%	7.8%	2.7%	2.7%
					23 2.7%	23 100.0%	0 0.0%			
H30	867	419 48.3%	233 26.9%	138 15.9%	77 8.9%	70 90.9%	7 9.1%	8.9%	2.4%	2.4%
					21 2.4%	21 100.0%	0 0.0%			
R01	851	428 50.3%	215 25.3%	121 14.2%	87 10.2%	80 92.0%	7 8.0%	10.2%	2.8%	2.8%
					24 2.8%	23 95.8%	1 4.2%			
R02	726	356 49.0%	180 24.8%	121 16.7%	69 9.5%	66 95.7%	3 4.3%	9.5%	3.2%	3.2%
					23 3.2%	21 91.3%	2 8.7%			
R03	708	356 50.3%	180 25.4%	117 16.5%	55 7.8%	49 89.1%	6 10.9%	7.8%	2.7%	2.7%
					19 2.7%	17 89.5%	2 10.5%			
R04	761	369 48.5%	210 27.6%	121 15.9%	61 8.0%	52 85.2%	9 14.8%	8.0%	2.4%	2.4%
					18 2.4%	17 94.4%	1 5.6%			

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	B/A	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	168	19.8%	113	67.3%	39	23.2%	12	7.1%	4	2.4%	0	0.0%
	H30	180	20.8%	111	61.7%	46	25.6%	16	8.9%	7	3.9%	0	0.0%
	R01	181	21.3%	120	66.3%	36	19.9%	18	9.9%	6	3.3%	1	0.6%
	R02	175	24.1%	119	68.0%	41	23.4%	12	6.9%	1	0.6%	2	1.1%
	R03	191	27.0%	121	63.4%	42	22.0%	22	11.5%	4	2.1%	2	1.0%
R04	208	27.3%	132	63.5%	50	24.0%	17	8.2%	8	3.8%	1	0.5%	
治療なし	H29	679	80.2%	331	48.7%	191	28.1%	95	14.0%	39	5.7%	23	3.4%
	H30	687	79.2%	308	44.8%	187	27.2%	122	17.8%	49	7.1%	21	3.1%
	R01	670	78.7%	308	46.0%	179	26.7%	103	15.4%	57	8.5%	23	3.4%
	R02	551	75.9%	237	43.0%	139	25.2%	109	19.8%	45	8.2%	21	3.8%
	R03	517	73.0%	235	45.5%	138	26.7%	95	18.4%	32	6.2%	17	3.3%
R04	553	72.7%	237	42.9%	160	28.9%	104	18.8%	35	6.3%	17	3.1%	