

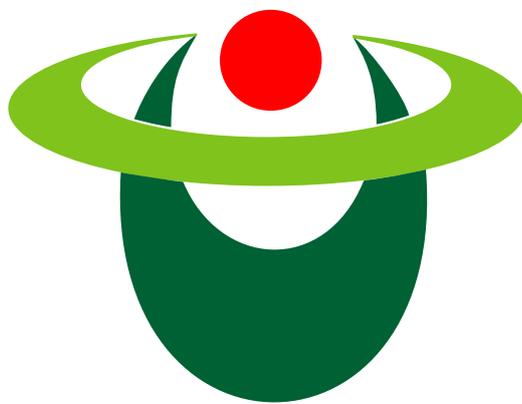
---

---

平川市国民健康保険第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3月  
平川市



# 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期計画に係る評価及び考察と第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期計画の評価	12
2) 主な個別事業の評価と課題	20
3) 第2期計画に係る考察	26
3 第3期における健康課題の明確化	27
1) 基本的な考え方	27
2) 健康課題の明確化	27
3) 目標の設定	34
第3章 特定健診、特定保健指導の実施(第4期特定健診等実施計画)	36
1 第4期特定健康診査等実施計画	36
2 目標値の設定	36
3 対象者の見込み	36
4 特定健診の実施	36
1) 実施方法	36
2) 特定健診委託基準	36
3) 健診実施機関リスト	37
4) 特定健診実施項目	37
5) 実施時期	37
6) 医療機関との適切な連携	37

7) 代行機関	38
8) 健診の案内方法、健診実施スケジュール	38
5 特定保健指導の実施	38
1) 健診から保健指導実施の流れ	39
2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位、支援方法	40
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	41
6 個人情報保護	41
1) 基本的な考え方	41
2) 特定健診、保健指導の記録の管理、保存期間について	41
7 結果の報告	42
8 特定健康診査等実施計画の公表、周知	42

#### 第4章 課題解決するための個別保健事業 43

1 保健事業の方向性	43
2 重症化予防の取組	43
1) 脳血管疾患重症化予防	45
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	57
3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	62
4 発症予防	63
5 ポピュレーションアプローチ	65
6 その他	66
1) 地域包括ケア	66
2) 後発医薬品の使用促進	66
3) 重複・多受診、多剤投与対策	66

#### 第5章 計画の評価、見直し 67

1 評価の時期	67
2 評価方法、体制	67

#### 第6章 計画の公表、周知及び個人情報の取扱い 68

1 計画の公表、周知	68
2 個人情報の取扱い	68

参考資料	69
------	----

# 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

## 1 背景、目的

平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略<sup>※1</sup>」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 P D C A サイクル<sup>※2</sup>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)<sup>※3</sup>」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和 4 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表<sup>※4</sup>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 K P I の設定を推進する。」と示されました。

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

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

---

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

※2 P D C A サイクル：P(計画)→D(実施)→C(評価)→A(改善)を繰り返すこと。

※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 K P I(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標との繋がりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの。

## 2 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者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、P D C A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）<sup>※5</sup>」は、高確法に基づく特定健診、特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診、保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診、保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、「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）

平川市では、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<sup>※6</sup>」という。）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を実施し、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。

---

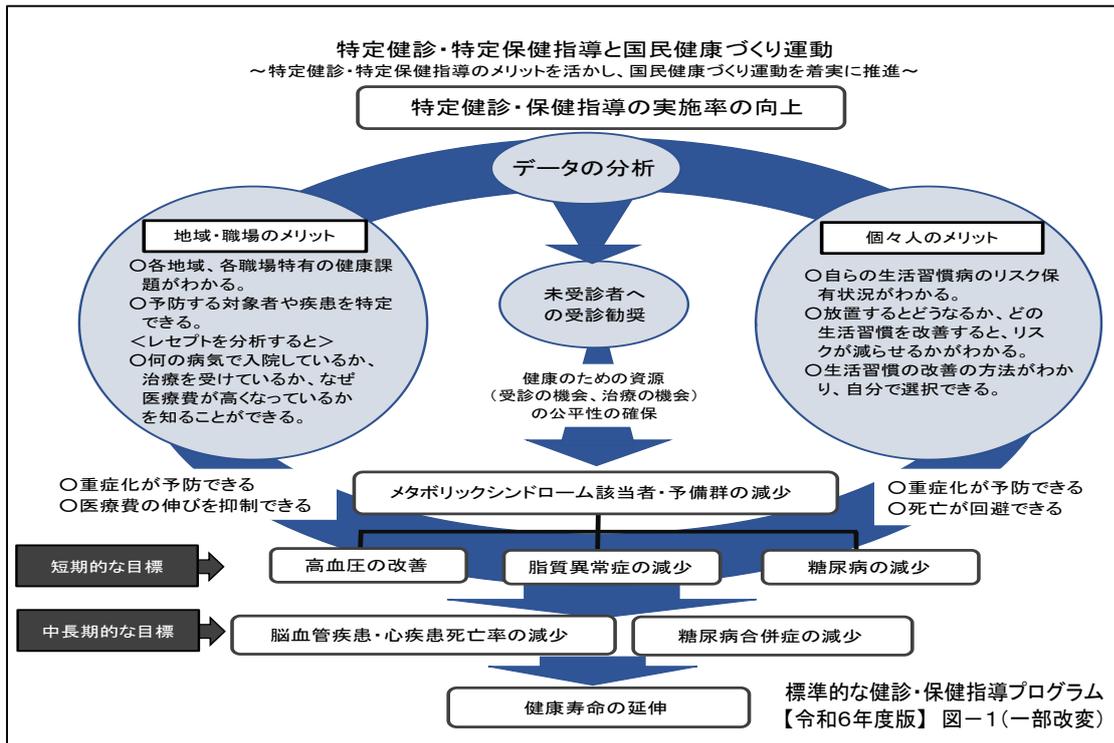
※5 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患、心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。（図表2参照）なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施（データヘルス）計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

※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

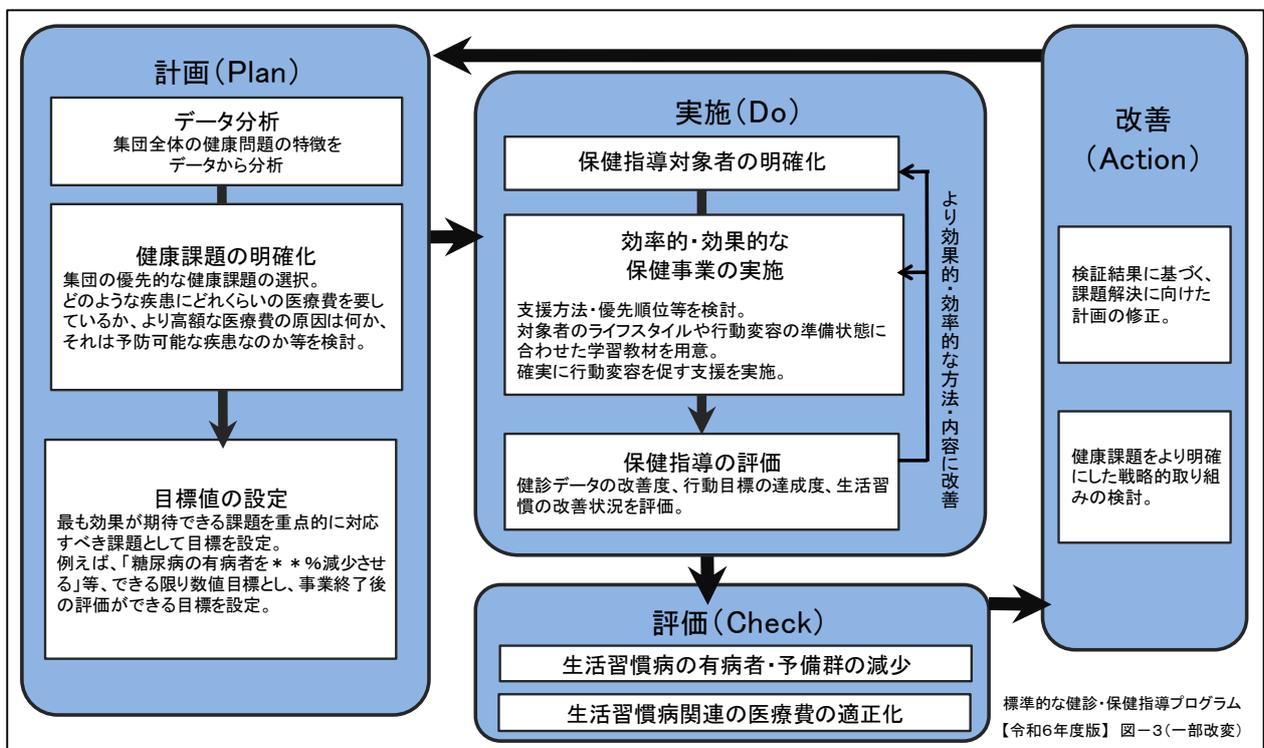
法定計画等の位置づけ						
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024～2035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 康づくりの展開により実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 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青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりに配慮	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、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 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 (地域の実情に応じて設定)  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



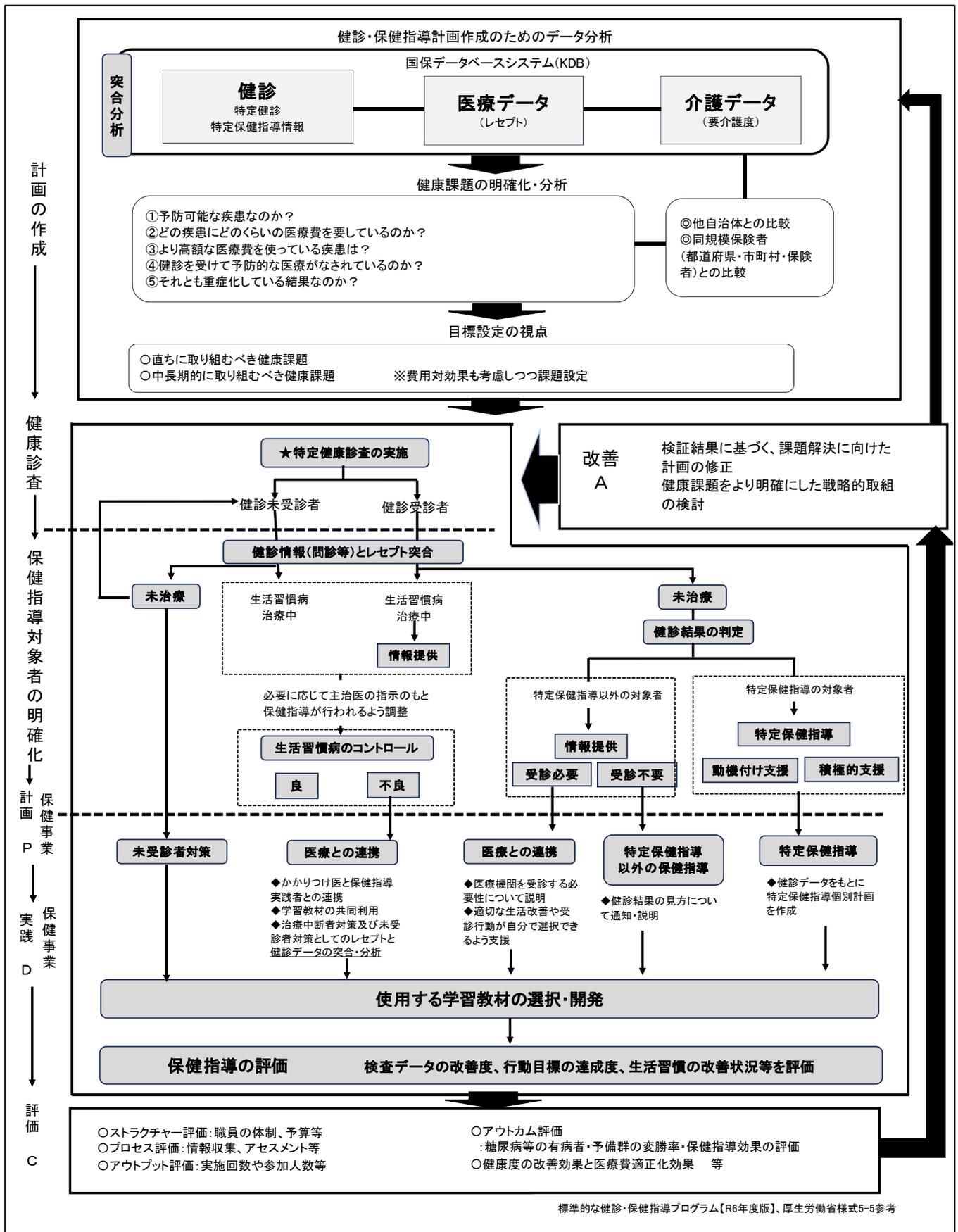
注) プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取組を実施していくことは、健康寿命の延伸については社会保障制度を持続可能なものとするに繋がる。

図表3 保健事業(健診、保健指導)のPDCAサイクル



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

図表4 生活習慣病予防のための標準的な健診、保健指導計画の流れ



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(平成 30 年度版)における基本的な考え方

老人保健法			高齢者の医療の確保に関する法律	
項目	かつての健診・保健指導	<p>最新の科学的知識と、 課題抽出のための分析</p> <p>↓</p> <p>行動変容を 促す手法</p>	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		内臓脂肪の蓄積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	プロセス(過程)重視の保健指導		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		自己選択と行動変容 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が選択し、行動変容につなげる	
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘された者		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「動機付け支援」「積極的支援」を行う	
方法	主に健診結果に基づく保健指導 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 個人の健診結果を読み解くと共に、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)評価を重視		アウトプット評価に加え、ストラクチャー評価、プロセス評価、アウトプット評価を含めた総合的な評価	
実施主体	市町村	保険者		

出典：標準的な健診・保健指導プログラム(平成30年度版)

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が6年を1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

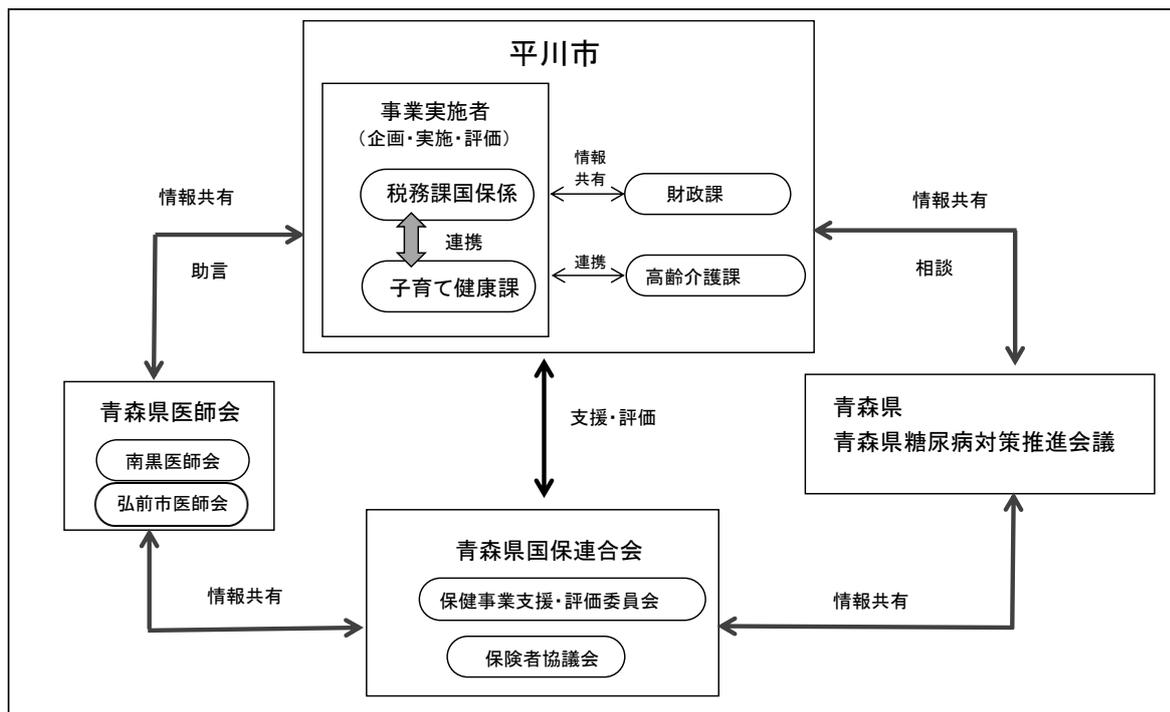
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市一体となって策定等を進めます。また、計画に基づき、効果

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（税務課国保係）、保健衛生部局（子育て健康課）、介護保険部局（高齢介護課）、財政部局（財政課）、生活保護部局（福祉課）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 平川市の実施体制図



図表7 保健事業体制(子育て健康課 健康推進係)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

項目	保	保	保	保	保	管栄	事 (係長)	事	事
国保事務	○						○	◎	
健康診断 保健指導	○	○	○	◎	○	◎		◎	
がん検診	○	○	○	○	◎		◎		◎
精神保健	○	◎	◎	○	○				
歯科保健					○		○		◎

注) 保健師は母子保健係に3人、子育て世代包括支援係に1人いるが、令和2年度より地区担当を成人と母子で分けて実施している。

## 2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、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高齢福祉保険課のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会、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、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力が必要となってきます。

関係機関との連携、協力に当たっては、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は、都道府県の関与が更に重要となってきます。

計画策定においては、県高齢福祉保険課のほか、国保運営協議会や健康づくり推進協議会を活用し、県や地域の保健医療関係者との意見交換やデータ分析などの情報共有を行うことで連携に努めていきます。

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

## 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、計画策定に当たっては、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 (点)		令和4年度得点 (点)		令和5年度得点 (点)		
		平川市	配点	平川市	配点	平川市	配点	
交付額		1,545万円		1,572万円		1,421万円		
全国順位(1,741市町村中)		408位		277位		557位		
共通 の 指 標	①	(1)特定健康診査受診率	70	35	70	35	70	
		(2)特定保健指導実施率	20		70		70	
		(3)メボ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	38	40	60	40	60	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	95	90	60	45	60	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	45	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組	110	130	110	130	80	130
		(2)後発医薬品の使用割合						
	固有 の 指 標	①	保険料(税)収納率	25	100	35	100	35
②		データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
④		地域包括ケア・一体的実施	30	30	40	40	40	40
⑤		第三者求償の取組	40	40	43	50	33	50
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	83	95	69	100	78	100
合計点		646	1,000	672	960	606	940	

出典:厚生労働省

## 第2章 第2期計画に係る評価及び考察と第3期計画における健康課題の明確化

### 1 保険者の特性

平川市は、人口約3万人で、高齢化率は令和2年国勢調査で35.3%でした。県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も55.5歳と全国と比べても高い市で、財政指数も低い市となっています。産業においては、第1次産業が24.5%と同規模保険者と比較しても高く、農業の割合が多く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが農繁期と農閑期で大きく違う状況もあり、健康課題を明確にすることが重要です。(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)でみると平川市の脳血管疾患や心疾患は減少傾向にあるものの、多くの項目が県より高い状況です。(図表10) さらに65歳未満の死亡の状況を見ると毎年約40人程度あり、割合で見ると全国より高い状況です。(図表11)

国保加入率は24.1%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歳から74歳までの前期高齢者が約46%を占めています。(図表12)

また、平川市内には19診療所がありますが病院はなく、弘前市や黒石市の病院を受診している状況にあります。(図表13)

図表9 同規模、県、国と比較した平川市の特性

項目	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
平川市	30,563人	35.3%	7,353人 (24.1%)	55.5歳	4.9	15.8	0.3	24.5%	22.3%	53.2%
同規模	—	36.2%	22.4%	56.1歳	5.5	15.1	0.5	10.7%	27.3%	62.0%
県	—	33.9%	22.7%	55.8歳	5.6	14.7	0.4	12.4%	20.4%	67.2%
国	—	28.7%	22.3%	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

注) 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、平川市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す。

図表10 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)

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
	平川市	123.9	124.0	120.6	106.8	103.4	108.5	106.0	108.1	97.1	98.8
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
	平川市	128.1	123.1	120.5	107.7	107.7	109.8	96.5	100.5	80.9	73.2
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
	平川市	127.6	129.3	124.8	116.6	111.3	118.1	113.9	120.0	110.0	106.7
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
	平川市	138.0	119.0	124.7	118.5	128.3	147.4	154.7	177.5	160.0	152.2
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
	平川市	127.0	132.7	126.0	115.3	112.6	106.7	107.7	107.3	98.9	104.6

出典：青森県保健統計年報

図表 11 65歳未満死亡の状況

項目	平成30年			令和1年			令和2年			令和3年			
	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%
平川市	総数	455人	44人	9.7%	455人	42人	9.2%	484人	46人	9.5%	455人	40人	8.8%
	男	220人	30人	13.6%	215人	24人	11.2%	222人	33人	14.9%	213人	21人	9.9%
	女	235人	14人	6.0%	240人	18人	7.5%	262人	13人	5.0%	242人	19人	7.9%

出典：人口動態統計

図表 12 国保の加入状況

項目	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数	割合								
被保険者数	8,443人		8,092人		7,948人		7,711人		7,353人	
65歳～74歳	3,439人	40.7%	3,473人	42.9%	3,523人	44.3%	3,506人	45.5%	3,395人	46.2%
40歳～64歳	3,153人	37.3%	2,920人	36.1%	2,823人	35.5%	2,686人	34.8%	2,566人	34.9%
39歳以下	1,851人	21.9%	1,699人	21.0%	1,602人	20.2%	1,519人	19.7%	1,392人	18.9%
加入率	26.3%		25.2%		24.8%		24.0%		24.1%	

出典：KDBシステム\_\_ 人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 医療の状況(被保険者千人当たり)

項目	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
	実数	割合	同規模被保険者	県								
病院数	1施設	0.1	1施設	0.1	1施設	0.1	0施設	0	0施設	0	0.4	0.3
診療所数	19施設	2.3	19施設	2.3	18施設	2.3	19施設	2.5	19施設	2.6	3.5	3.1
病床数	60床	7.1	60床	7.4	60床	7.5	0床	0	0床	0	67.7	61.5
医師数	21人	2.5	21人	2.6	17人	2.1	17人	2.2	18人	2.4	9.7	10
外来患者数	697.2		702.7		665.9		693.5		713.6		728.3	724.7
入院患者数	17.3		18.0		18.4		18.3		17.7		23.6	17.8

出典：KDBシステム\_地域の全体像の把握

## 2 第2期計画に係る評価及び考察

### 1) 第2期計画の評価

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。

一つ目は、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。

二つ目は、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

平川市の令和4年度の要介護認定者は、2号（40歳から64歳まで）被保険者で50人（認定率0.49%）と同規模保険者、県、国と比較すると高い状況で、平成30年度と比較すると増加傾向で推移しています。また、1号（65歳以上）被保険者で1,962人（認定率18.3%）と同規模保険者、県、国と比較すると低く、平成30年度と比較すると横ばい傾向で推移しています。(図表14)

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行しても75歳以上の認定者数は横ばいですが、介護給付費は、約32億円から約35億円に伸び、重症化していることが伺えます。(図表15)

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75.8%、第1号被保険者でも約46%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16)

図表14 要介護認定者(率)の状況

項目	平川市				同規模保険者	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	10,085人	31.4%	10,777人	35.3%	36.2%	33.9%	28.7%
2号認定者	45人	0.41%	50人	0.49%	0.37%	0.47%	0.38%
新規認定者	7人		12人		—	—	—
1号認定者	1,958人	19.4%	1,962人	18.3%	19.1%	18.5%	19.4%
新規認定者	249人		259人		—	—	—
65歳～74歳	211人	4.5%	219人	4.3%	—	—	—
新規認定者	44人		42人		—	—	—
75歳以上	1,747人	32.2%	1,743人	30.9%	—	—	—
新規認定者	205人		217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 15 介護給付費の変化

項目	平川市		同規模保険者	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	32億2,907万円	35億2,155万円	—	—	—
一人当たり給付費	320,185円	326,766円	300,230円	324,668円	290,668円
1件当たり給付費全体	79,626円	83,562円	70,503円	72,200円	59,662円
居宅サービス	53,863円	55,164円	43,936円	51,854円	41,272円
施設サービス	292,723円	309,361円	291,914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 16 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(令和4年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40歳～64歳		65歳～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		50件		219件		1,744件		1,963件		2,013件		
再)国保・後期		33件		166件		1,636件		1,802件		1,835件		
（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
			循環器疾患	1	脳卒中	25件 75.8%	脳卒中	76件 45.8%	脳卒中	746件 45.6%	脳卒中	822件 45.6%
	2	虚血性心疾患		7件 21.2%	虚血性心疾患	34件 20.5%	虚血性心疾患	643件 39.3%	虚血性心疾患	677件 37.6%	虚血性心疾患	684件 37.3%
	3	腎不全		4件 12.1%	腎不全	30件 18.1%	腎不全	309件 18.9%	腎不全	339件 18.8%	腎不全	343件 18.7%
	合併症	4	糖尿病合併症	5件 15.2%	糖尿病合併症	37件 22.3%	糖尿病合併症	209件 12.8%	糖尿病合併症	246件 13.7%	糖尿病合併症	251件 13.7%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		32件 97.0%	基礎疾患	147件 88.6%	基礎疾患	1,540件 94.1%	基礎疾患	1,687件 93.6%	基礎疾患	1,719件 93.7%
	血管疾患合計		32件 97.0%	合計	151件 91.0%	合計	1,564件 95.6%	合計	1,715件 95.2%	合計	1,747件 95.2%	
	認知症		認知症	6件 18.2%	認知症	37件 22.3%	認知症	775件 47.4%	認知症	812件 45.1%	認知症	818件 44.6%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	28件 84.8%	筋骨格系	140件 84.3%	筋骨格系	1,554件 95.0%	筋骨格系	1,694件 94.0%	筋骨格系	1,722件 93.8%

出典:ヘルスサポートラボツール

## ② 医療費の状況

平川市の医療費は、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、また、一人当たり医療費は、同規模保険者と比べて約5万円低い状況ですが、平成30年度と比較すると約4万円伸びています。

また、入院医療費は、全体のレセプトのわずか2.4%にも関わらず、医療費全体の約40%を占めており、1件当たりの入院医療費も平成30年度と比較して約9万円高くなっています。(図表17)

さらに、年齢調整をした地域差指数では、全国平均の1より下回っていますが、国保の入院の地域差指数が平成30年度よりも伸びています。(図表18)

一人当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17 医療費の推移

項目	平川市		同規模保険者	県	国	
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度	
被保険者数	8,443人	7,353人	—	—	—	
前期高齢者割合	3,439人 (40.7%)	3,395人 (46.2%)	—	—	—	
総医療費	25億7,001万円	25億461万円	—	—	—	
一人当たり医療費	304,395円 県内33位 同規模243位	340,624円 県内26位 同規模254位	394,521円	348,845円	339,680円	
入院	1件当たり費用額	567,930円	659,190円	585,610円	607,000円	617,950円
	費用の割合	39.5%	42.2%	43.3%	38.2%	39.6%
	件数の割合	2.4%	2.4%	3.1%	2.4%	2.5%
外来	1件当たり費用額	21,600円	22,410円	24,850円	24,180円	24,220円
	費用の割合	60.5%	57.8%	56.7%	61.8%	60.4%
	件数の割合	97.6%	97.6%	96.9%	97.6%	97.5%
受診率	714.577	731.321	751.942	742.531	705.439	

注) 同規模順位は平川市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す。

出典: KDBシステム、ヘルスサポートラボツール

図表18 一人当たり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	平川市(県内市町村中)		県(47県中)	平川市(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	0.912	0.922	0.959	0.885	0.861	0.853
		(27位)	(28位)	(39位)	(7位)	(11位)	(45位)
	入院	0.895	0.963	0.935	0.864	0.844	0.802
		(25位)	(15位)	(38位)	(6位)	(9位)	(44位)
	外来	0.956	0.920	0.993	0.944	0.917	0.932
		(29位)	(34位)	(28位)	(8位)	(12位)	(35位)

出典: 地域差分析(厚労省)

### ③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成30年度と比較するとほぼ横ばいですが、脳血管疾患については、平成30年度より約1.3ポイント伸びており、同規模保険者、県、国よりも高くなっています。(図表19)

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の患者数及び割合は減少していますが、脳血管疾患と腎不全の40歳から64歳までの割合は増えています。(図表20)

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病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19 中長期目標疾患の医療費の推移

項目			平川市		同規模保険者	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費			25億7,001万円	25億461万円	—	—	—
中長期目標疾患 医療費合計			1億5,453万円	1億6,923万円	—	—	—
			6.01%	6.76%	7.84%	7.42%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.60%	3.89%	2.10%	2.35%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.25%	0.63%	1.39%	1.32%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	1.92%	2.07%	4.05%	3.40%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.24%	0.17%	0.30%	0.34%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		16.06%	20.50%	16.91%	19.88%	16.69%
	筋・骨疾患		9.66%	10.73%	9.00%	8.64%	8.68%
	精神疾患		6.60%	6.84%	8.74%	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20 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分	被保険者数		中長期目標の疾患						
			脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者 0歳～74歳	8,443人	7,353人	553人 6.5%	493人 6.7%	578人 6.8%	413人 5.6%	15人 0.2%	14人 0.2%	
40歳以上	6,592人 78.1%	5,961人 81.1%	545人 8.3%	489人 8.2%	566人 8.6%	407人 6.8%	15人 0.2%	14人 0.2%	
再掲	40歳～64歳	3,153人 37.3%	2,566人 34.9%	140人 4.4%	122人 4.8%	170人 5.4%	114人 4.4%	10人 0.3%	11人 0.4%
	65歳～74歳	3,439人 40.7%	3,395人 46.2%	405人 11.8%	367人 10.8%	396人 11.5%	293人 8.6%	5人 0.1%	3人 0.1%

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いる一方で、合併症（重症化）でもある脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の割合は減っています。（図表 21・22・23）

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

図表 21 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歳～64歳		65歳～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	2,879人	2,724人	932人	772人	1,947人	1,952人	
	A/被保数	43.7%	45.7%	29.6%	30.1%	56.6%	57.5%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	346人	292人	92人	76人	254人	216人
		B/A	12.0%	10.7%	9.9%	9.8%	13.0%	11.1%
	虚血性心疾患	C	401人	292人	108人	65人	293人	227人
		C/A	13.9%	10.7%	11.6%	8.4%	15.0%	11.6%
	人工透析	D	14人	12人	9人	9人	5人	3人
		D/A	0.5%	0.4%	1.0%	1.2%	0.3%	0.2%

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 22 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歳～64歳		65歳～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	1,523人	1,398人	496人	438人	1,027人	960人	
	A/被保数	23.1%	23.5%	15.7%	17.1%	29.9%	28.3%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	185人	163人	39人	41人	146人	122人
		B/A	12.1%	11.7%	7.9%	9.4%	14.2%	12.7%
	虚血性心疾患	C	289人	209人	82人	54人	207人	155人
		C/A	19.0%	14.9%	16.5%	12.3%	20.2%	16.1%
	人工透析	D	10人	9人	7人	6人	3人	3人
		D/A	0.7%	0.6%	1.4%	1.4%	0.3%	0.3%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	153人	212人	54人	56人	99人	156人
		E/A	10.0%	15.2%	10.9%	12.8%	9.6%	16.3%
	糖尿病性網膜症	F	192人	193人	60人	65人	132人	128人
		F/A	12.6%	13.8%	12.1%	14.8%	12.9%	13.3%
	糖尿病性神経障害	G	41人	36人	14人	12人	27人	24人
		G/A	2.7%	2.6%	2.8%	2.7%	2.6%	2.5%

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 23 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歳～64歳		65歳～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	2,297人	2,170人	763人	652人	1,534人	1,518人
		A/被保数	34.8%	36.4%	24.2%	25.4%	44.6%	44.7%
（中長期併発疾患）	脳血管疾患	B	265人	227人	62人	59人	203人	168人
		B/A	11.5%	10.5%	8.1%	9.0%	13.2%	11.1%
	虚血性心疾患	C	370人	258人	101人	62人	269人	196人
		C/A	16.1%	11.9%	13.2%	9.5%	17.5%	12.9%
	人工透析	D	8人	9人	5人	8人	3人	1人
		D/A	0.3%	0.4%	0.7%	1.2%	0.2%	0.1%

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年度で比較すると、有所見者の割合が伸びてきています。また、未治療者について健診後、医療に繋がったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約35%、糖尿病で6%ほどおり、治療中断者も高血圧で5%、糖尿病で7%いる状況です。(図表24)

前述した通り、基礎疾患（高血圧、糖尿病、脂質異常症）の合併症の割合は減ってきていますが、新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の者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 24 結果の改善と医療のかかり方

項目	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 Ⅱ度高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4～R4.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率			未治療 (内服なし)	未治療 (内服なし)			未治療 (内服なし)	未治療 (内服なし)	未治療		治療中断	
					C	C/A			D	D/C			E	E/B	F	F/E
平川市	2,992人	45.5%	2,628人	42.8%	149人	5.0%	78人	52.3%	181人	6.9%	87人	48.1%	63人	34.8%	9人	5.0%
448市町村合計	1,362,582人	39.0%	1,216,343人	36.9%	73,619人	5.4%	42,432人	57.6%	74,105人	6.1%	43,019人	58.1%	26,617人	35.9%	3,693人	5.0%

項目	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4～R4.3)			
	HbA1c実施者 A	実施率	HbA1c実施者 B	実施率			未治療 (内服なし)	未治療 (内服なし)			未治療 (内服なし)	未治療 (内服なし)	未治療		治療中断	
					I	I/実施者A			J	J/I			K	K/実施者B	L	L/K
平川市	2,969人	99.2%	2,627人	100.0%	104人	3.5%	34人	32.7%	128人	4.9%	34人	26.6%	8人	6.3%	9人	7.0%
448市町村合計	1,344,224人	98.7%	1,207,146人	99.2%	63,812人	4.7%	17,755人	27.8%	61,826人	5.1%	16,349人	26.4%	4,064人	6.6%	1,905人	3.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

注) 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。

注) 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症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。

平川市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、予備群の割合は横ばいですが、該当者は、3.3ポイントも伸びており、3項目が1.5ポイント、2項目が1.8ポイントと危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表25)

また、重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160mg/dl以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上は増加し、翌年度の結果を見ると、改善率が下がってきています。また、翌年度健診を受診していない方がいずれも2割から3割程度存在し、結果が把握できていません。(図表26・27・28)

今後も結果の改善に繋がる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表25 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	2,992人 (45.5%)	510人 (17.0%)	130人 (4.3%)	380人 (12.7%)	375人 (12.5%)
R4年度	2,635人 (44.6%)	534人 (20.3%)	153人 (5.8%)	381人 (14.5%)	329人 (12.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表26 HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	240人 (8.1%)	90人 (37.5%)	83人 (34.6%)	25人 (10.4%)	42人 (17.5%)
R3→R4	256人 (9.7%)	74人 (28.9%)	82人 (32.0%)	35人 (13.7%)	65人 (25.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表27 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	149人 (5.0%)	79人 (53.0%)	27人 (18.1%)	6人 (4.0%)	37人 (24.8%)
R3→R4	181人 (6.9%)	90人 (49.7%)	36人 (19.9%)	5人 (2.8%)	50人 (27.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 28 LDL160mg/dl 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160mg/dl以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	334人 (11.2%)	177人 (53.0%)	81人 (24.3%)	18人 (5.4%)	58人 (17.4%)
R3→R4	278人 (10.6%)	129人 (46.4%)	75人 (27.0%)	18人 (6.5%)	56人 (20.1%)

出典:ヘルスサポートラボツール

#### ④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

平川市の特定健診受診率は、令和元年度には 47.8%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 39.3%まで下がり、令和3年度以降回復してきましたが、令和元年度の受診率まで戻っておらず、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 29)

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 歳代から 50 歳代までは特に低い状況が続いています。(図表 30)

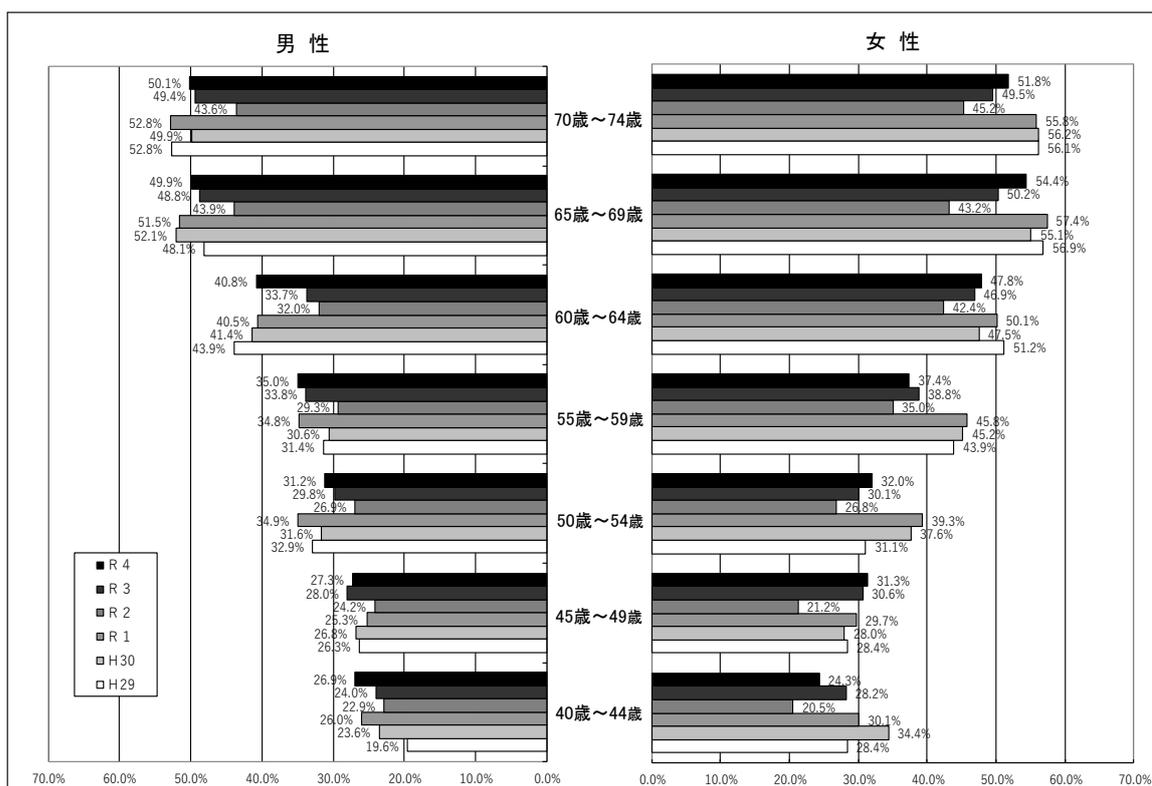
特定保健指導については、実施率が令和元年度 56.9%まで上がりましたが、令和4年度は、45.8%と下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防、重症化予防に繋がります。

図表 29 特定健診、特定保健指導の推移

項目		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	2,827人	2,834人	2,276人	2,493人	2,501人	健診受診率 60%
	受診率	46.7%	47.8%	39.3%	43.8%	45.8%	
特定保健 指導	該当者数	306人	283人	230人	279人	271人	特定保健 指導実施率 60%
	割合	10.8%	10.0%	10.1%	11.2%	10.8%	
	実施者数	155人	161人	124人	129人	124人	
	実施率	50.7%	56.9%	53.9%	46.2%	45.8%	

出典:特定健診法定報告データ

図表 30 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

#### ① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、平成30年度は80%を超えていましたが、令和2年度は58.3%まで下がり、令和4年度は約70%となっています。(図表31)

血糖値所見者で未治療者・治療中断者の割合は減り、治療を開始した者の割合は増加傾向にあります。平成29年度から糖尿病性腎症重症化予防プログラムを開始し、未治療者への保健指導を重点的に実施してきた結果だと考えます。(図表32)

また、HbA1c 8%以上の未治療者は、平成30年度13人から令和4年度7人に減っています。しかし、令和4年度は、約83.9%の方に受診勧奨のための保健指導を実施しましたが、未治療者の半数しか受診に繋がっておらず、受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、また、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行います。(図表33)

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性<sup>※7</sup>を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の者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。

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

図表 31 糖尿病性腎症重症化予防対象者

項目		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	2,969	2,968	2,387	2,627	2,632
血糖値有所見者	人(b)	240	234	199	256	232
	(b/a)	8.1%	7.9%	8.3%	9.7%	8.8%
保健指導実施者	人(c)	199	189	116	150	161
	(c/b)	82.9%	80.8%	58.3%	58.6%	69.4%

注) 血糖値有所見者は、HbA1c6.5%以上の者。  
 注) 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上。

資料: 市特定健診結果

図表 32 治療が必要な者の適切な受診

項目		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者	人(a)	240	234	199	256	232
血糖値有所見者の 未治療者・治療中断者	人(b)	92	78	71	83	71
	(b/a)	38.3%	33.3%	35.7%	32.4%	30.6%
受診した者	人(c)	17	15	36	49	34
	(c/b)	18.5%	19.2%	50.7%	59.0%	47.9%
治療開始した者	人(c)	7	13	3	8	10
	(c/b)	7.6%	16.7%	4.2%	9.6%	14.1%

注) 未治療者・治療中断者は、HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者。 資料: 市特定健診結果

図表 33 HbA1c8.0以上の状況(アウトカム評価)

項目		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	2,969	2,968	2,387	2,627	2,632
HbA1c8.0%以上	人(b)	39	30	15	29	31
	(b/a)	1.3%	1.0%	0.6%	1.1%	1.2%
保健指導実施	人(c)	36	27	11	18	26
	(c/b)	92.3%	90.0%	73.3%	62.1%	83.9%
HbA1c8.0%以上の 未治療者	人(b)	13	11	7	11	7
	(b/a)	33.3%	36.7%	46.7%	37.9%	22.6%

内服治療開始	3人	1人	2人	1人
元々治療中	7人	3人	3人	3人
死亡、転出	0人	0人	0人	0人

資料: 市特定健診結果

## 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目指し健診受診勧奨を実施しており、心電図検査は99.6%実施できています。(図表34)

有所見者の内訳をみると約3割が、ST所見が出ています。また、心房細動未治療者は各年度いますが、令和4年度の未治療者4人のうち3人は治療開始となっています。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。(図表35・36)

ST所見で要精査、要医療以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧、糖尿病、脂質等)に応じた保健指導を継続して行っています。

また、令和4年度のLDLコレステロール180mg/dl以上の未治療者72人のうち治療を開始した者が12人となっています。(図表37)

図表34 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

項目	H30			R1			R2			R3			R4		
	総計	男性	女性												
健診受診者(人)	2,992	1,374	1,618	2,986	1,389	1,597	2,389	1,155	1,234	2,628	1,256	1,372	2,635	1,263	1,372
心電図受診者(人)	2,968	1,360	1,608	2,972	1,384	1,588	2,382	1,152	1,230	2,615	1,247	1,368	2,625	1,259	1,366
<b>心電図実施率</b>	<b>99.2%</b>	<b>99.0%</b>	<b>99.4%</b>	<b>99.5%</b>	<b>99.6%</b>	<b>99.4%</b>	<b>99.7%</b>	<b>99.7%</b>	<b>99.7%</b>	<b>99.5%</b>	<b>99.3%</b>	<b>99.7%</b>	<b>99.6%</b>	<b>99.7%</b>	<b>99.6%</b>
心房細動(人)	56	40	16	51	42	9	46	35	11	49	39	10	37	30	7
心房細動有所見率	1.9%	2.9%	1.0%	1.7%	3.0%	0.6%	1.9%	3.0%	0.9%	1.9%	3.1%	0.7%	1.4%	2.4%	0.5%
うち、未治療(人)	7	5	2	8	8	0	5	4	1	7	7	0	4	4	0

資料:市特定健診結果

図表35 心電図受診者のうち、ST所見の状況

性別・年齢	心電図検査				所見内訳																
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
40歳~74歳	2,621人	99.5%	596人	22.7%	26人	4.4%	174人	29.2%	16人	2.7%	88人	14.8%	46人	7.7%	146人	24.5%	37人	6.2%	126人	21.1%	
内訳	男性	1,256人	99.4%	336人	26.8%	19人	5.7%	65人	19.3%	11人	3.3%	53人	15.8%	34人	10.1%	99人	29.5%	30人	8.9%	69人	20.5%
	女性	1,365人	99.5%	260人	19.0%	7人	2.7%	109人	41.9%	5人	1.9%	35人	13.5%	12人	4.6%	47人	18.1%	7人	2.7%	57人	21.9%

資料:市特定健診結果

図表 36 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

項目	H30	R1	R2	R3	R4
心房細動有所見者	56人	51人	46人	49人	37人
心房細動未治療者	7人	8人	5人	7人	4人
検査後、異常なしと診断	3人	1人	0人	0人	1人
治療開始	3人	5人	2人	3人	3人
未受診・中断等	1人	2人	3人	4人	0人

資料：市特定健診結果

図表 37 LDLコレステロールの状況

項目	H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	2,992人	2,986人	2,389人	2,628人	2,635人
LDL180以上	119人 4.0%	86人 2.9%	89人 3.7%	77人 2.9%	79人 3.0%
未治療者	108人 90.8%	79人 91.9%	72人 80.9%	70人 90.9%	72人 91.1%
2回保健指導実施数	34人 31.5%	28人 35.4%	25人 34.7%	3人 4.3%	6人 8.3%
受診した者	45人 41.7%	35人 44.3%	23人 31.9%	20人 28.6%	12人 16.7%
治療開始した者	4人 3.7%	24人 30.4%	19人 26.4%	17人 24.3%	12人 16.7%

資料：市特定健診結果

### 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5.0%でしたが、令和4年度は7.4%まで上昇しています。各年度Ⅱ度高血圧以上の者の約半数が未治療者です。高血圧の未治療者への保健指導を行った結果、治療者の割合は増加傾向にあります。しかし、令和4年度においてⅡ度高血圧以上の未治療者99人のうち、保健指導後、治療に繋がったものは、わずか28人(28.3%)で、Ⅲ度高血圧においては、29人のうち16人(55.2%)が未治療者でした。(図表38)

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合せにより、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39は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血圧を測定することをすすめ、血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、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が必要となってきます。

図表 38 II 度高血圧以上の者のうち、未治療者の状況

項目	H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	2,992人	2,986人	2,389人	2,628人	2,635人	
II 度高血圧以上の者	149人	171人	140人	181人	196人	
	5.0%	5.7%	5.9%	6.9%	7.4%	
	治療あり	71人	80人	71人	94人	97人
	47.7%	46.8%	50.7%	51.9%	49.5%	
	治療なし	78人	91人	69人	87人	99人
	52.3%	53.2%	49.3%	48.1%	50.5%	
治療開始	20人	17人	25人	23人	28人	
	25.6%	18.7%	36.2%	26.4%	28.3%	
III 度高血圧の者	23人	27人	21人	26人	29人	
	0.8%	0.9%	0.9%	1.0%	1.1%	
	治療あり	10人	11人	13人	13人	13人
	治療なし	13人	16人	8人	13人	16人

資料：市特定健診結果

図表 39 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和4年度

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

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

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)	812人	高値血圧	I 度高血圧	II 度高血圧	III 度高血圧
			130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
			399人 49.1%	314人 38.7%	83人 10.2%	16人 2.0%
リスク第1層 予後影響因子がない		46人 5.7%	C 27人 6.8%	B 15人 4.8%	B 4人 4.8%	A 0人 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある		449人 55.3%	C 230人 57.6%	B 175人 55.7%	A 39人 47.0%	A 5人 31.3%
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		317人 39.0%	B 142人 35.6%	A 124人 39.5%	A 40人 48.2%	A 11人 68.8%

…高リスク

…中等リスク

…低リスク

区分	該当者数
A	219人 27.0%
B	336人 41.4%
C	257人 31.7%

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

## (2) ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導プログラム(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。

平川市においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、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、各種団体や行政区単位で出前講座を行い、市民へ周知を行っています。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 40 第2期計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績				データの把握方法 (活用データ)			
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	評価				
			(H30)	(R2)	(R4)					
データヘルス計画	中長期目標 脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	入院の医療費の伸び率を国並みにする (前年度比)	平川市	3.9%	0.4%	▲4.0%	D	KDBシステム		
				H30年度とR4年度比較		4.0%				
			国	0.4%	▲4.3%	▲2.3%				
				H30年度とR4年度比較		▲5.0%				
			脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	2.6%	4.0%	3.9%	D			
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.3%	1.0%	0.6%	A			
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.6% (6人)	0.8% (8人)	0.8% (8人)	D			
			再掲)新規透析導入者の割合の減少	0.1% (1人)	0.1% (1人)	0.2% (2人)	D			
			健診受診者の高血圧者の割合の減少 (160/100以上)	5.0%	5.9%	7.4%	D		特定健診結果	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少 (LDL160以上)	10.9%	11.4%	10.3%	B			
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1c6.5%以上)	8.9%	8.3%	8.8%	C			
			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	46.7%	39.3%	45.8%		D	法定報告値
				特定保健指導実施率60%以上	50.7%	53.9%	45.8%		D	
				内臓脂肪症候該当者・予備群の減少率 25%以上	24.4%	19.3%	21.7%		D	
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	33.0%	33.0%	26.9%	D	地域保健事業報告  (R4年度データがないためR3年度を記載)			
		肺がん検診受診者の増加 40%以上	32.1%	23.0%	28.3%	D				
		大腸がん検診受診者の増加 40%以上	30.7%	24.5%	28.5%	D				
		子宮がん検診受診者の増加 50%以上	18.8%	18.4%	14.2%	D				
		乳がん検診受診者の増加 50%以上	21.8%	19.7%	12.4%	D				
	自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組を行う実施者の割合5.2%以上	3.9%	3.4%	4.7%	B	厚生労働省			
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	79.1%	84.8%	85.4%	A				

評価項目 A: 目標に達した B: 目標に達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: 2項目 B: 2項目 C: 1項目 D: 13項目

### 3) 第2期計画に係る考察

脳血管疾患重症化予防と糖尿病性腎症重症化予防で、高血圧と糖尿病の未治療者の保健指導に重点的に取り組んできた結果、高血圧と糖尿病を治療する者が増え、介護保険第1号被保険者の要介護（要支援）認定者数は横ばいになる等の一定の成果は出ました。

しかし、総介護給付費は増加しており、要介護認定者の有病状況を見ると脳血管疾患がどの年代でも上位を占めています。また、国保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。平成30年度と比較すると令和4年度は、狭心症や心筋梗塞などの心疾患の医療費の割合は減少し、腎不全については横ばいですが、脳血管疾患の医療費の割合は増加しています。そして、脳血管疾患は40歳から64歳までの患者割合が増えており、介護保険第2号被保険者の要介護（要支援）認定者数が増加していること、早世であることから若い世代が健康障害を起こしている実態があります。そのため、若い頃からの生活習慣病の発症予防や、重症化予防を徹底していく必要があります。

令和2年度からの新型コロナウイルス感染症の影響で、血圧や糖尿病の検査有所見者は増加し、有所見者の約25%が翌年度の健診は未受診の状況です。自分の体の状態を知るために継続した健診受診の保健指導も必要となっています。

さらに治療をしてもコントロール不良者は、高血圧と糖尿病で約半数おり、服薬状況の確認に加え、治療抵抗性を起こす原因になる肥満、塩、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。

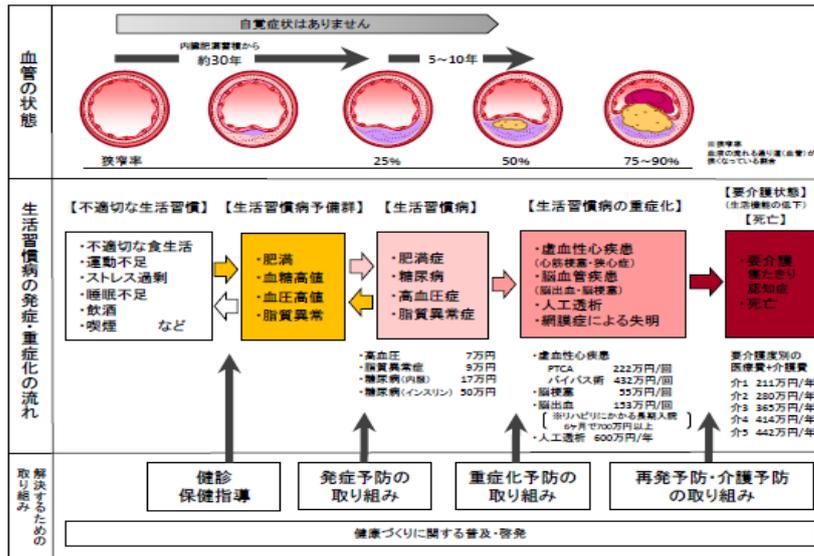
平川市の脳血管疾患と高血圧の課題は、まだ解決していません。保健師、栄養士のマンパワーを確保し、保健指導技術の向上を図っていくことが重要と考えます。

### 3 第3期における健康課題の明確化

#### 1) 基本的な考え方

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 41 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歳に到達した後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に移行することになります。

保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、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約半数を超えており、また、壮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繋がるため、市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 42)

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。



(1) 医療費分析

図表 43 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
被保険者数		8,443人	8,092人	7,948人	7,711人	7,353人	5,534人
総件数及び 総費用額	件数	73,720件	71,519件	66,112件	67,481件	66,175件	78,737件
	費用額	25億7,001万円	26億2,471万円	25億196万円	25億5,041万円	25億461万円	43億5,082万円
一人当たり医療費		30.4万円	32.4万円	31.5万円	33.1万円	34.1万円	78.6万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 44 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	平川市	25億461万円	27,679円	2.07%	0.17%	3.89%	0.63%	7.20%	4.45%	1.78%	5億548万円	20.18%	20.50%	6.84%	10.73%
	同規模保険者	—	31,918円	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	—	19.11%	16.91%	8.74%	9.00%
	県	—	28,352円	3.40%	0.34%	2.35%	1.32%	6.84%	3.97%	2.04%	—	20.27%	19.88%	6.72%	8.64%
	国	—	27,570円	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	平川市	43億5,082万円	65,912円	5.14%	0.36%	6.76%	0.97%	4.17%	3.96%	0.82%	9億6,509万円	22.18%	11.09%	3.04%	13.04%
	同規模保険者	—	70,726円	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	—	18.69%	10.49%	4.11%	12.58%
	県	—	61,123円	4.96%	0.62%	3.99%	1.28%	4.78%	3.67%	1.20%	—	20.50%	11.71%	4.03%	11.52%
	国	—	71,162円	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

注) レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名。

出典：KDBシステム・健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 45 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	240人	255人	259人	267人	258人	541人
	件数	B	455件	497件	495件	542件	531件	999件
		B/総件数	0.62%	0.69%	0.75%	0.80%	0.80%	1.27%
	費用額	C	6億2,037万円	6億7,184万円	6億3,998万円	7億241万円	7億615万円	12億2,539万円
C/総費用		24.1%	25.6%	25.6%	27.5%	28.2%	28.2%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 46 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								
脳血管疾患	人数	D	15人	19人	22人	20人	17人	75人							
		D/A	6.3%	7.5%	8.5%	7.5%	6.6%	13.9%							
	件数	E	28件	43件	63件	66件	72件	149件							
		E/B	6.2%	8.7%	12.7%	12.2%	13.6%	14.9%							
		年代別	40歳未満	0件	0件	0件	0件	9件	14.3%	11件	16.7%	12件	16.7%	65歳～69歳	0件
	40代		0件	0件	0件	0件	4件	6.3%	4件	6.1%	10件	13.9%	70歳～74歳	1件	0.7%
	50代		6件	21.4%	5件	11.6%	8件	12.7%	12件	18.2%	15件	20.8%	75歳～80歳	43件	28.9%
	60代		18件	64.3%	18件	41.9%	19件	30.2%	14件	21.2%	22件	30.6%	80代	87件	58.4%
	70歳～74歳		4件	14.3%	20件	46.5%	23件	36.5%	25件	37.9%	13件	18.1%	90歳以上	18件	12.1%
	費用額	F	3,377万円	5,417万円	7,277万円	7,399万円	9,119万円	1億7,856万円							
		F/G	5.4%	8.1%	11.4%	10.5%	12.9%	14.6%							

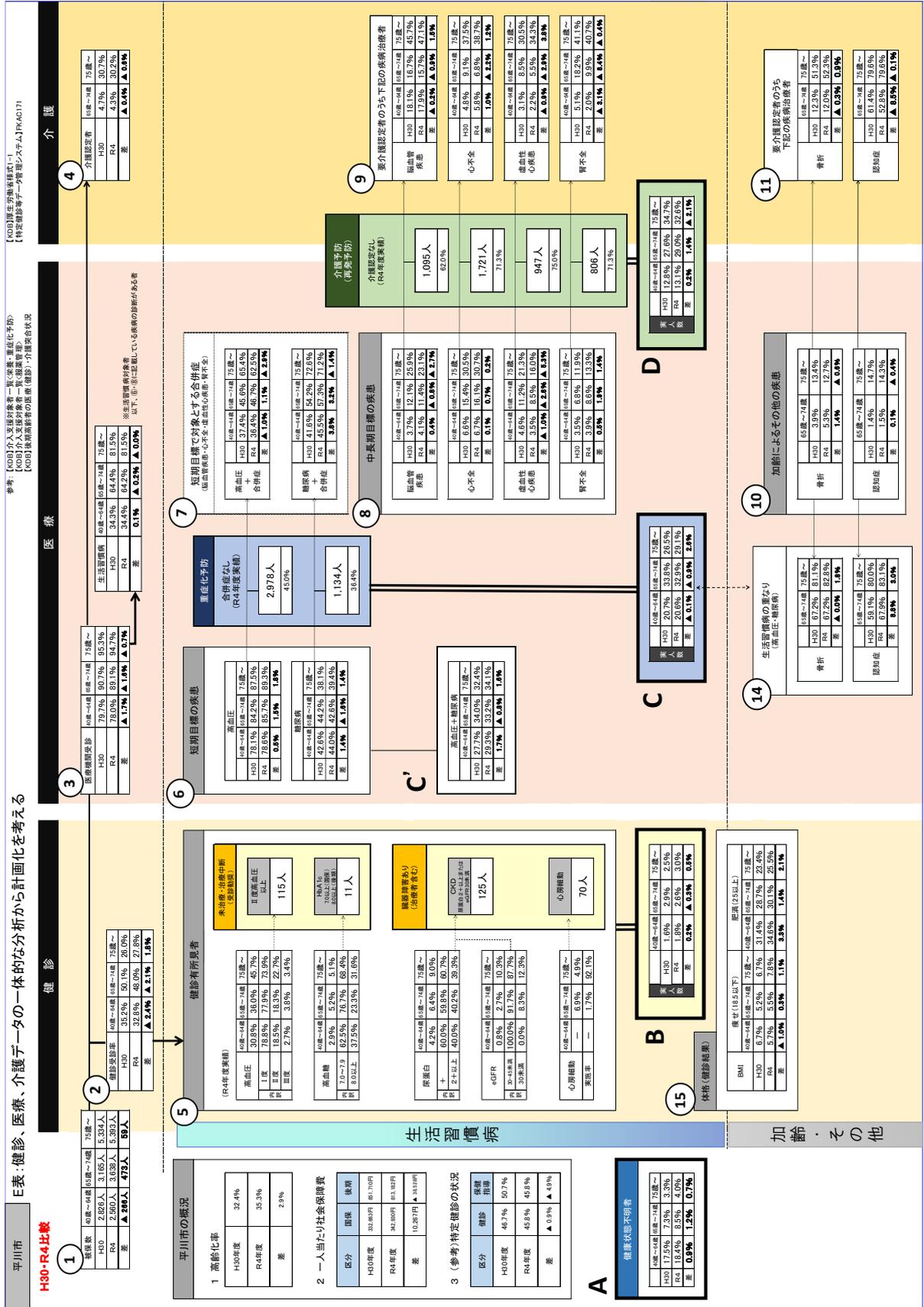
出典：ヘルスサポートラボツール

図表 47 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			
虚血性心疾患	人数	G	10人		7人		10人		10人		5人		10人		
		G/A	4.2%		2.7%		3.9%		3.7%		1.9%		1.8%		
	件数	H	11件		7件		11件		12件		6件		12件		
		H/B	2.4%		1.4%		2.2%		2.2%		1.1%		1.2%		
	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歳~69歳	1件	8.3%
		40代	1件	9.1%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	70歳~74歳	0件	0.0%
		50代	2件	18.2%	1件	14.3%	1件	9.1%	0件	0.0%	2件	33.3%	75歳~80歳	4件	33.3%
		60代	5件	45.5%	3件	42.9%	6件	54.5%	6件	50.0%	2件	33.3%	80代	6件	50.0%
		70歳~74歳	3件	27.3%	3件	42.9%	4件	36.4%	6件	50.0%	2件	33.3%	90歳以上	1件	8.3%
	費用額	I	2,125万円		833万円		1,605万円		1,517万円		750万円		2,727万円		
I/C		3.4%		1.2%		2.5%		2.2%		1.1%		2.2%			

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 48 健診、医療、介護データの一体的な分析



出典:ヘルスサポートラボツール

図表 49 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定率・介護率(%)	① 被保険者数(人)				② 健診受診率(%)			⑮ 体格(健診結果)(%)					
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75歳～	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～
H30	30.7	2,826	3,165	5,334	35.2	50.1	26.0	6.7	5.2	6.7	31.4	28.7	23.4	
R4	30.2	2,560	3,638	5,393	32.8	48.0	27.8	5.7	5.5	7.8	34.6	30.1	25.5	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 50 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歳～64歳			65歳～74歳			75歳～			40歳～64歳			65歳～74歳			75歳～			40歳～64歳		65歳～74歳		75歳～		40歳～64歳		65歳～74歳		75歳～							
人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%					
H30	44	4.4	(24)	88	5.5	(29)	123	8.9	(26)	29	2.9	(4)	56	3.5	(2)	6	0.4	(0)	14	1.4		34	2.1		66	4.8		5	0.4		47	2.6		51	3.7	
R4	55	6.5	(31)	139	8.0	(43)	179	11.9	(41)	24	2.9	(3)	90	5.2	(7)	24	1.6	(1)	14	1.7		47	2.7		64	4.3		6	0.7		31	1.8		68	4.5	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 51 短期目標疾患(高血圧、糖尿病)と合併症の状況

E表	③									⑥									⑦					
	医療機関受診(%)			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)(%)						短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)(%)									短期目標の疾患とする合併症(%)					
										高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症		
年度	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～
H30	79.7	90.7	95.3	34.3	64.4	81.5	78.1	84.2	87.5	42.6	44.2	38.1	27.7	34.0	32.4	37.4	45.6	65.4	41.6	54.2	72.6			
R4	78.0	89.1	94.7	34.4	64.2	81.5	78.6	85.7	89.3	44.0	42.6	39.4	29.3	33.2	34.1	36.4	46.7	62.5	45.5	57.3	71.2			

注) 合併症とは、脳血管疾患、心不全、虚血性心疾患、腎不全を指す。

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 52 中長期目標疾患(脳血管疾患、心不全、虚血性心疾患、腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険割合)(%)												中長期疾患のうち介護認定者(%)											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～
H30	3.7	12.1	25.9	4.6	11.2	21.3	6.6	15.4	30.5	3.5	6.8	11.9	18.1	16.7	45.7	3.1	8.5	30.5	4.8	9.1	37.5	5.1	18.2	41.1
R4	4.1	11.4	23.1	3.5	8.5	16.0	6.7	16.1	30.7	3.9	8.6	13.3	17.9	15.7	47.1	2.2	5.5	34.3	5.8	6.8	38.7	2.0	9.9	40.7

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 53 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 (被保険者割合)(%)				加齢による疾患のうち 要介護認定者(%)			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
65歳～74歳	75歳～	65歳～74歳	75歳～	65歳～74歳	75歳～	65歳～74歳	75歳～	65歳～74歳	75歳～	65歳～74歳	75歳～	
H30	67.2	81.1	59.1	80.0	3.9	13.4	1.4	14.7	12.3	51.3	61.4	79.6
R4	67.2	82.8	67.9	83.1	5.3	12.7	1.5	14.3	12.0	52.3	52.8	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、一人当たり医療費は、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当たり約78万円を超え、国保の2.3倍高い状況です。(図表43)

平川市は、短期的目標疾患の糖尿病及び高血圧の総医療費に占める割合は、同規模保険者と比べて高く、後期高齢の医療においても、同様の状況です。(図表44)

高額レセプトについては、国保においては毎年約250件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約2倍に増えることがわかります。(図表45)

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4年度が一番多く72件で9,119万円以上の費用がかかっています。また、後期高齢においては、149件発生し、1億7,856万円の費用がかかっています。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46)

健診、医療、介護のデータを平成30年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表49の①被保険者数は、40歳から64歳までは減っていますが、65歳から74歳まででは473人増えています。⑤の体格をみると、40歳から64歳までの若い年齢層で、BMI25以上の割合が3.2ポイントも高くなっています。

図表50の健診有所見状況をみると、各年代で有所見者数が増えています。Ⅱ度高血圧以上とHbA1cの若い年代の有所見の増加は、尿蛋白所見が多い状況にも繋がり、更なる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表51の短期目標疾患(高血圧、糖尿病)とする合併症をみると、高血圧においては、若干割合が減っていますが、糖尿病においては、各年代高くなっています。

図表52の中長期疾患(脳血管、虚血性心疾患、心不全、腎不全)において、平成30年度と令和4年度を比較すると、脳血管疾患は、若い年代で令和4年度の割合が、約0.4ポイント上がっており、高額レセプト分析において入院費が伸びている要因が、一体的分析においても課題であることがわかります。

#### (4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、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PDC A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 54)

##### 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、介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患、虚血性心疾患及び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難しいことから、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実施率の向上を目指し、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。

## (2) 管理目標の設定

図表 54 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★国の共通指標 ☆県の共通指標

関連計画	項目	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績	目標値		データの把握方法 (活用データ)			
				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	3.9%	3.7%	3.5%	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	0.63%	0.60%	0.57%				
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の減少	2.1%	2.0%	1.9%				
			糖尿病性腎症による透析導入者の減少	8人	7人	6人				
			再掲)糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	2人	1人	1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	32.9%	32.6%	32.2%	市特定健診			
			健診受診者のⅡ度高血圧以上の割合の減少（160/100以上）	7.4%	7.1%	6.8%				
			健診受診者の脂質異常者割合の減少（LDL160以上）	10.3%	9.8%	9.3%				
			健診受診者の血糖異常者割合の減少（HbA1c6.5%以上）	8.9%	8.6%	8.3%				
			★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	1.2%	1.1%	1.0%				
			☆40歳～64歳のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合	1.1%	1.0%	0.9%				
			☆65歳～74歳のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合	1.2%	1.1%	1.0%				
			☆HbA1c6.5%(NGSP値)以上の者うち、糖尿病のレセプトがない者の割合の減少	10.8%	10.5%	10.2%				
			☆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	55.8%	55.5%	55.2%				
			☆運動習慣のある者の割合	32.4%	32.7%	33.0%				
			☆前期高齢者の低栄養傾向者（BMI120kg/m <sup>2</sup> 以下）数の割合	15.5%	15.2%	14.9%				
			☆50歳～74歳の咀嚼良好者の割合	76.1%	76.4%	76.7%				
			☆喫煙率	17.7%	17.4%	17.1%				
			アウトプット	特定健診実施率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減らす	★特定健診実施率60%以上	45.8%		50.5%	60.0%	法定報告値
					☆40歳～64歳の特定健診の実施率	36.0%		40.7%	50.2%	
					☆65歳～74歳の特定健診の実施率	52.6%		57.3%	66.8%	
					★特定保健指導実施率60%以上	45.8%		52.0%	60.0%	
	☆40歳～64歳の特定保健指導の実施率	26.5%			32.7%	40.7%				
	☆65歳～74歳の特定保健指導の実施率	68.5%			74.7%	82.7%				
	★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	20.0%			20.3%	20.6%				
	☆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	11.9%			12.2%	12.5%				
	☆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	25.6%			25.9%	26.2%				
後発医薬品推進	☆使用割合	85.4%	85.7%	86.0%	厚生労働省					

## 第3章 特定健診、特定保健指導の実施(第4期特定健康診査等実施計画)

### 1 第4期特定健康診査等実施計画

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期としていましたが、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 55 特定健診実施率、特定保健指導実施率

項目	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診実施率	48.0%	50.5%	53.0%	55.5%	58.0%	60.0%以上
特定保健指導実施率	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%以上

### 3 対象者の見込み

図表 56 特定健診、特定保健指導対象者の見込み

項目		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	5,022人	4,822人	4,622人	4,422人	4,222人	4,022人
	受診者数	2,411人	2,435人	2,450人	2,454人	2,449人	2,413人
特定保健指導	対象者数	264人	259人	254人	249人	244人	239人
	受診者数	132人	135人	137人	140人	137人	143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。

#### 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、市ホームページに掲載します。

### 4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c、血清クレアチニン、尿酸、尿潜血）を実施します。（図表 57）

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 57 特定健診検査項目

○平川市特定健診検査項目

健診項目		平川市	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	○	□
	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	○	
	総コレステロール	○	

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

### 5) 実施時期

4月から翌年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行います。

## 7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求、支払い代行は、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 58)

図表 58 特定健診実施スケジュール

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

## 5 特定保健指導の実施

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

○第4期(2024年以降)における変更点

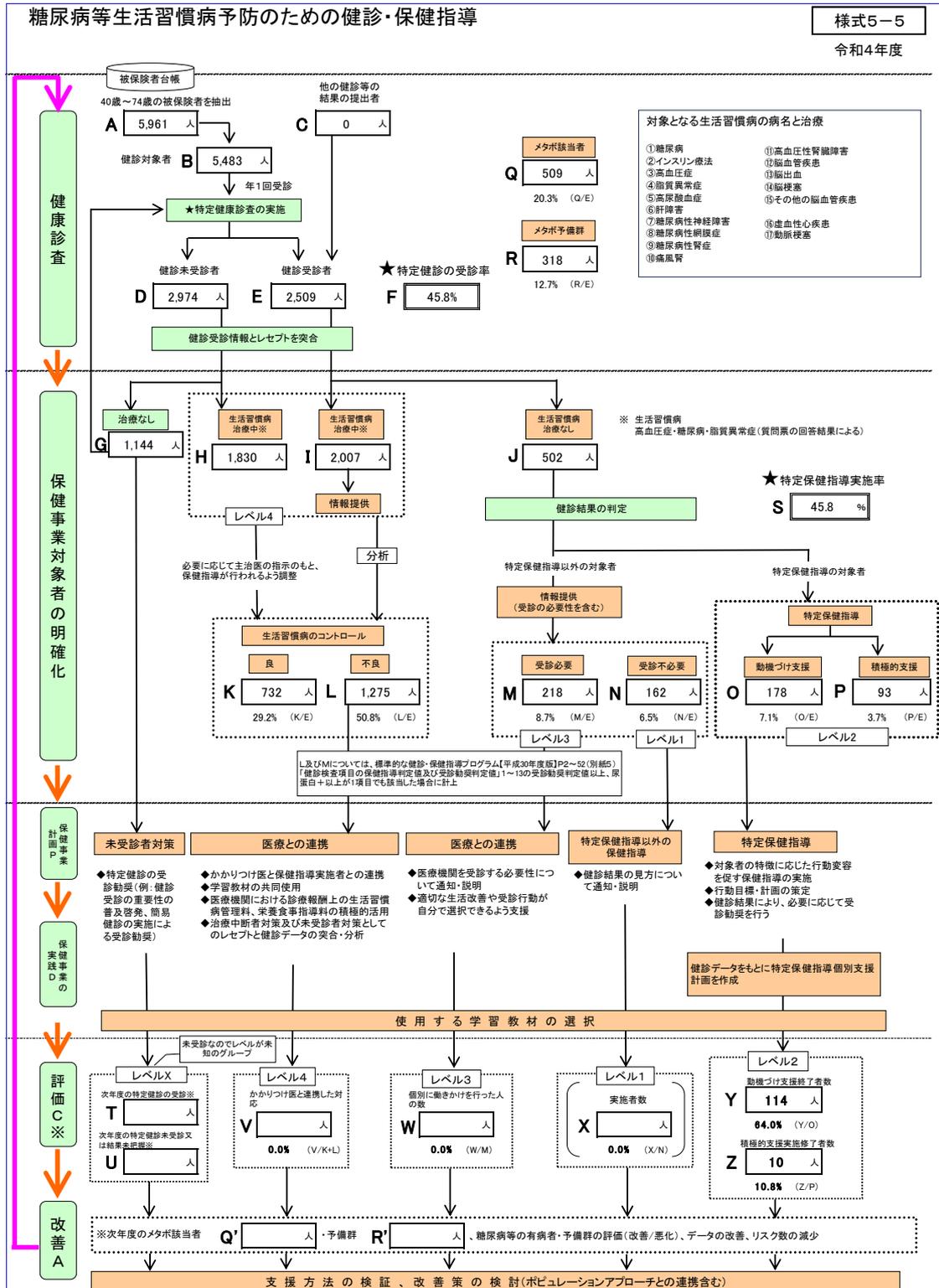
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

# 1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定、実践評価を行います。（図表 59・60）

図表 59 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルサポートラボツール

## 2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位、支援方法

図表 60 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施</li> <li>◆行動目標・計画の策定</li> <li>◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う</li> </ul>	271人 (10.8%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆医療機関を受診する必要性について通知・説明</li> <li>◆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</li> </ul>	218人 (8.7%)	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(健診受診の重要性の普及啓発,通知)	2,974人 ※受診率目標 達成までにあと 781人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	162人 (6.5%)	50%
5	I	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携</li> <li>◆学習教材の共同使用</li> <li>◆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</li> <li>◆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</li> </ul>	2,007人 (80.0%)	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PDC A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 61)

図表 61 健診、保健指導年間スケジュール

月	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎特定健康診査の開始		◎市民健診、後期高齢者健診、がん検診開始
6月		◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎利用券の登録	
8月			
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			
2月	◎健診の終了		
3月			

## 6 個人情報の保護

### 1) 基本的な考え方

特定健康診査、特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および平川市個人情報の保護に関する条例を踏まえた対応を行います。

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

### 2) 特定健診、保健指導の記録の管理、保存期間について

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

## 7 結果の報告

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

## 8 特定健康診査等実施計画の公表、周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、また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、市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

保健事業の実施に当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糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組合せて実施していく必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症、進展抑制を目指し、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、治療中の者には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く市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実施率、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

平川市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、966人（36.7%）です。そのうち治療なしが266人（23.9%）を占め、さらに臓器障害あり直ちに取り組むべき対象者が109人です。

また、平川市においては、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、266人中139人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にも繋がり、効率的であることが分かります。（図表62）

図表 62 脳、心、腎を守るために

重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする。

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		令和4年度 <参考> 健診受診者(受診率)		
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	2,635人	44.6%	
	クモ膜下出血 (5.6%)	脳出血 (18.5%)	脳梗塞 (75.9%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症		■各疾患の治療状況		
	心原性 脳塞栓症 (27.7)	ラクナ 梗塞 (31.2%)	アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)					治療中	治療なし	
	非心原性脳梗塞							高血圧	1,192人	1,443人
								脂質異常症	581人	2,054人
								糖尿病	281人	2,351人
								3疾患 いづれか	1,523人	1,112人
								注) 問診結果による		
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)				
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)				
重症化予防対象	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	196人 7.4%	37人 1.4%	79人 3.0%	106人 4.0%	534人 20.3%	158人 6.0%	254人 9.6%	966人 36.7%		
治療なし	99人 6.9%	4人 0.4%	72人 3.5%	89人 4.3%	90人 8.1%	71人 3.0%	66人 5.9%	266人 23.9%		
(再掲) 特定保健指導	41人 20.9%	1人 2.7%	22人 27.8%	24人 22.6%	90人 16.9%	15人 9.5%	22人 8.7%	139人 14.4%		
治療中	97人 8.1%	33人 2.2%	7人 1.2%	17人 2.9%	444人 29.2%	87人 31.0%	188人 12.3%	700人 46.0%		
臓器障害 あり	44人 44.4%	4人 100.0%	19人 26.4%	36人 40.4%	26人 28.9%	30人 42.3%	66人 100.0%	109人 41.0%		
CKD(専門医対象者)	15人	0人	7人	20人	11人	18人	66人	66人		
心電図所見あり	31人	4人	14人	25人	18人	19人	15人	58人		
臓器障害 なし	55人 55.6%	-	53人 73.6%	53人 59.6%	64人 71.1%	41人 57.7%	-	-		

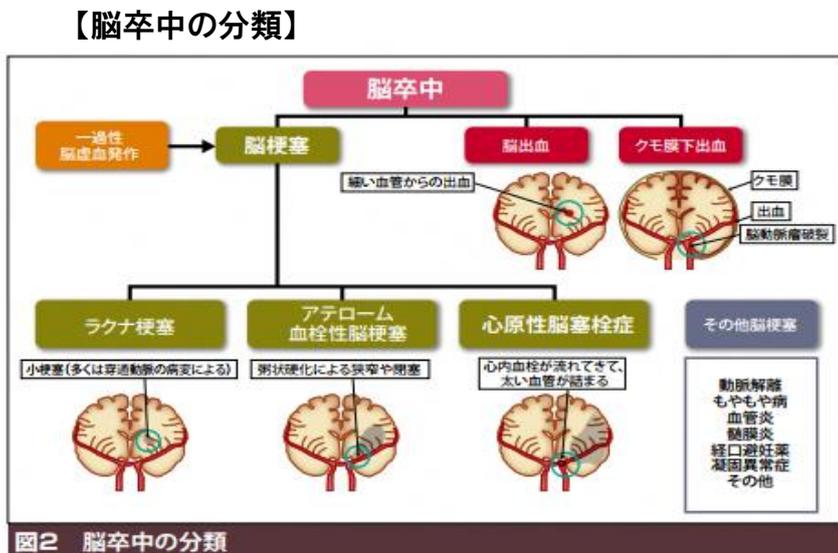
出典:ヘルスサポートラボツール

## 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当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 63・64)

図表 63 脳卒中の分類



引用:脳卒中予防への提言

図表 64 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	●							

出典:脳卒中ガイドライン

## (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 65 でみると、高血圧治療者 2,754 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 292 人(O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 196 人であり、そのうち 99 人(F)は未治療者です。

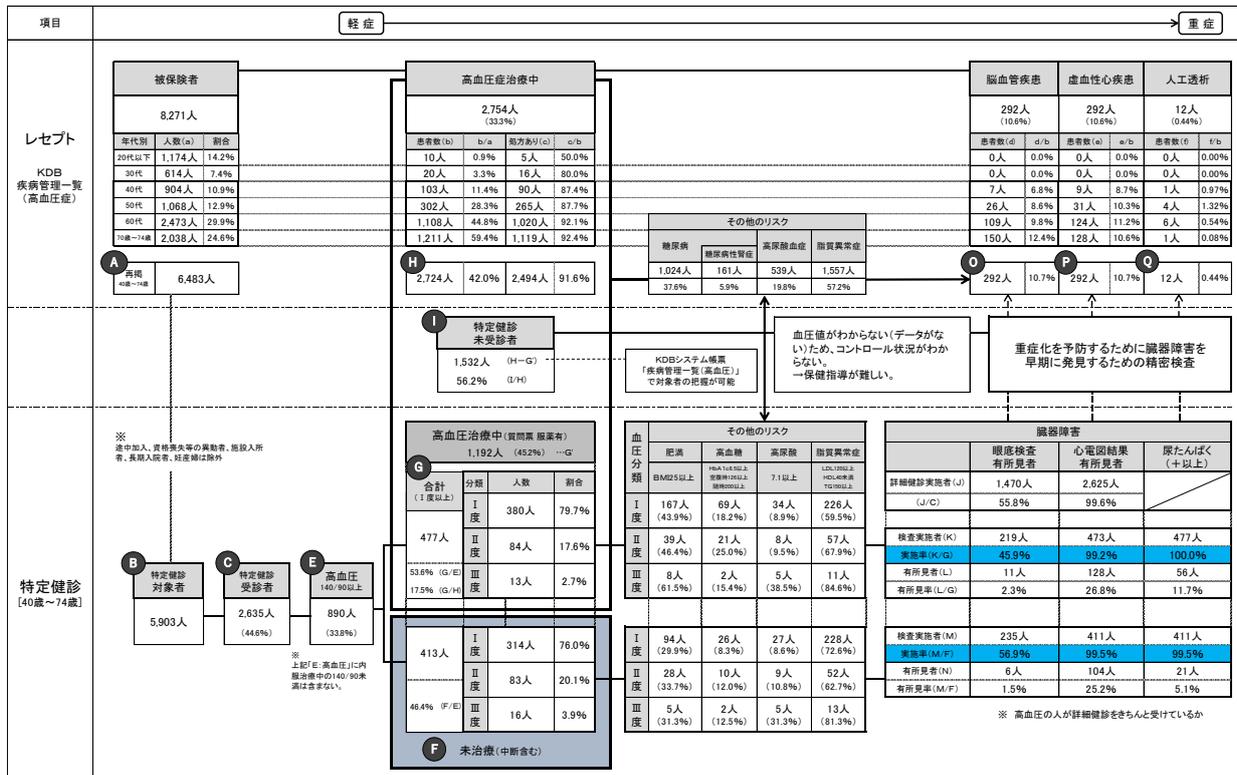
医療機関未受診者の中には、メタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 97 人 (G) 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が、1,470 人 (55.8%) で集団検診での実施のみとなっています。個別医療機関でも実施できるよう医師会に働きかけていきます。

図表 65 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



出典:ヘルスサポートラボツール

## ② 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、高血圧以外の危険因子との組合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 66 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和4年度

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会  
P49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子  
P50 表3-2 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化  
P51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

リスク層 (血圧以外のリスク因子)		血圧分類 (mmHg)			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
812人		399人 49.1%	314人 38.7%	83人 10.2%	16人 2.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	46人 5.7%	C 27人 6.8%	B 15人 4.8%	B 4人 4.8%	A 0人 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	449人 55.3%	C 230人 57.6%	B 175人 55.7%	A 39人 47.0%	A 5人 31.3%
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	317 39.0%	B 142人 35.6%	A 124人 39.5%	A 40人 48.2%	A 11人 68.8%

…高リスク  
 …中等リスク  
 …低リスク

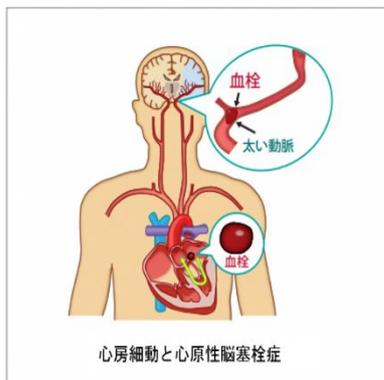
区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	219人 27.0%
	概ね1カ月後に再評価	336人 41.4%
B	概ね1カ月後に再評価	336人 41.4%
	概ね3カ月後に再評価	257人 31.7%

出典:ヘルスサポートラボツール

注) 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。  
 注) 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。  
 注) 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。  
 注) 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。  
 注) 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

図表 66 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



引用:脳卒中予防への提言

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。この心原性脳塞栓症の最大の原因は心房細動です。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 67 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

図表 67 心房細動有所見状況

項目	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	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性		
総数	1,263人	1,372人	1,259人	99.7%	1,366人	99.6%	30人	2.4%	7人	0.5%	—	—
40代	131人	81人	130人	99.2%	81人	100.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0.2%	0.04%
50代	169人	148人	169人	100.0%	148人	100.0%	1人	0.6%	0人	0.0%	0.8%	0.1%
60代	498人	611人	496人	99.6%	605人	99.0%	11人	2.2%	5人	0.8%	1.9%	0.4%
70歳～74歳	465人	532人	464人	99.8%	532人	100.0%	18人	3.9%	2人	0.4%	3.4%	1.1%

注) 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率。□

出典:ヘルスサポートラボツール

注) 日本循環器学会疫学調査の70歳～74歳の値は、70歳～79歳。

図表 68 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	
37人	1人	2.7%	36人	97.3%

資料:市特定健診結果

心電図検査において 37 人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者 37 人のうち 36 人は既に治療が開始されていましたが、1 人はまだ治療に繋がっていません。(図表 67・68)

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、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

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

これまで保健指導は、特定健診結果説明会での面談を中心に行っていましたが、必要な方には良好な血圧管理、データ値で自己管理ができるよう訪問等で継続した保健指導を行っていきます。

## 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、以下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、平川市では、脳ドック検査で頭部MRI、頸部MRIまたは頸部エコー検査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、未治療者や治療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システム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。

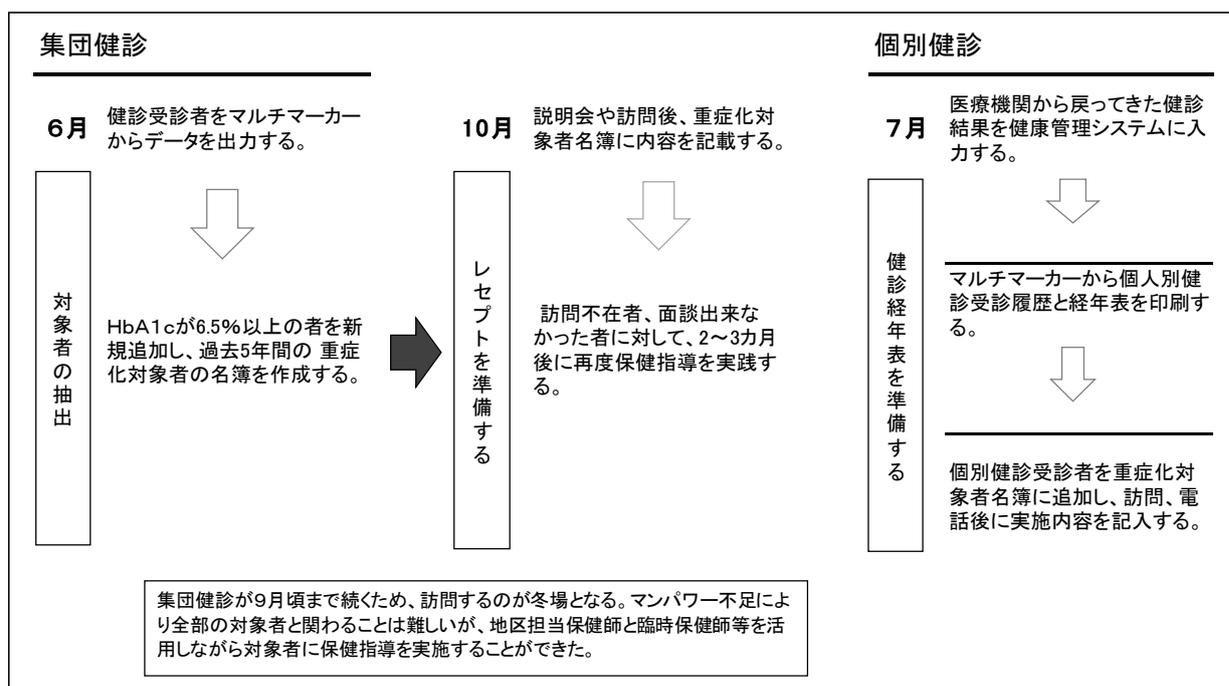
## (6) 評価

評価を行うに当たっては、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、虚血性疾患等と合わせて行っていきます。

## (7) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 6月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 6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 69）

図表 69 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

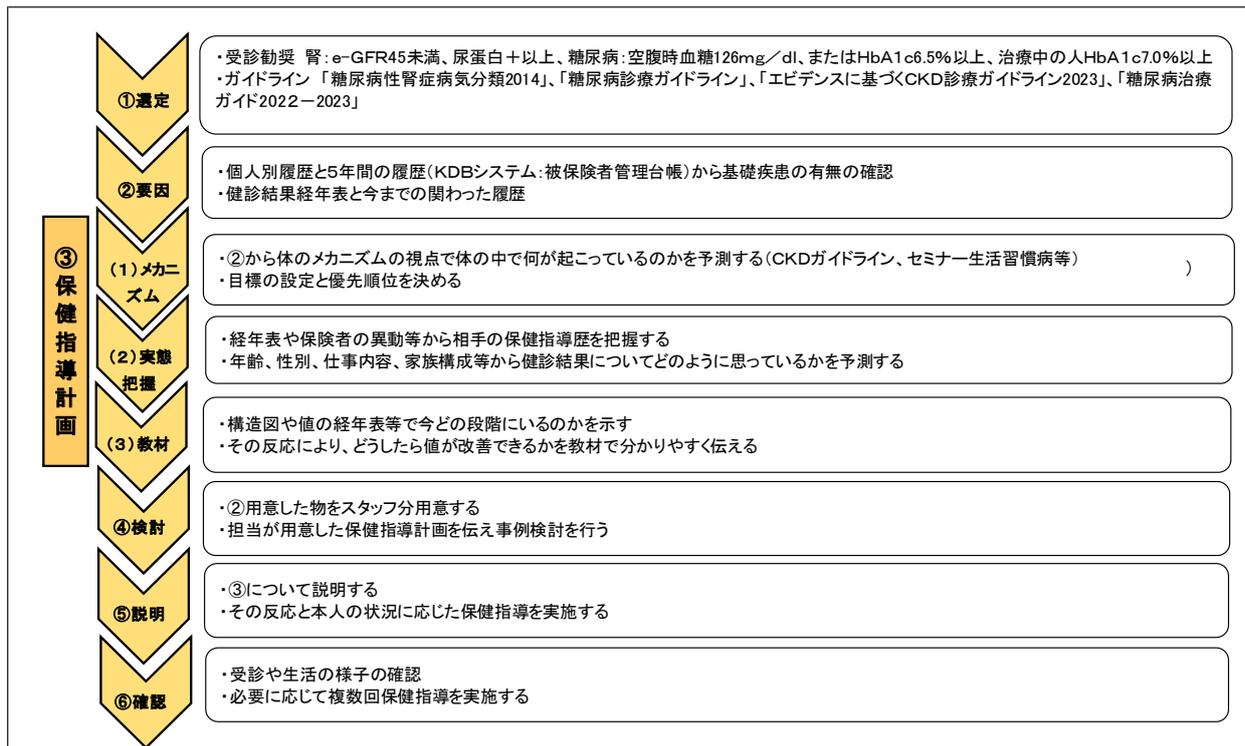
### (1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組に当たっては「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、取組に当たっては図表 70 に沿って実施します。基本的な方針として下記の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 70 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 71)

図表 71 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/1.73m <sup>2</sup> )
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。平川市においては、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)の把握は可能ですが、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。

図表 72 をみると、平川市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、125人(30.8%・F)でした。また、40歳から74歳までの糖尿病治療者1,398人(H)のうち、特定健診受診者が281人(G)で、糖尿病治療者で特定健診未受診者1,117人(79.9%・I)については、治療中ですが、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。

#### ウ 介入方法と優先順位

図表 72 より平川市における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)・・・125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)・・・148人  
治療中断しない(継続受診)のための保健指導

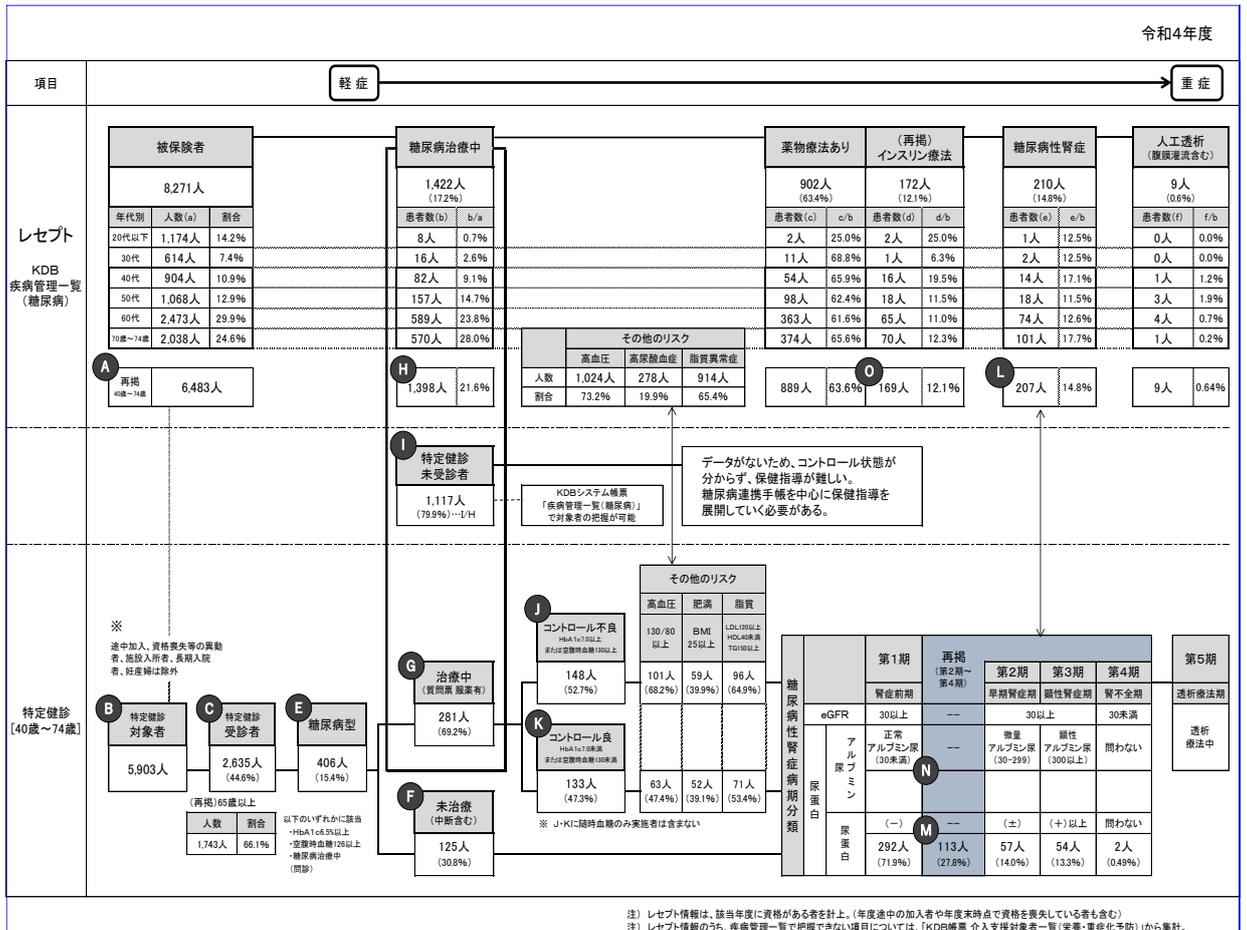
- ・ 介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・ 医療機関と連携した保健指導

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 72 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典:ヘルスサポートラボツール

### (3) 保健指導の実施

#### ① 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症、進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満、脂質異常症、喫煙などの危険因子の管理も重要となってきます。平川市においては、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行っています。これまでの保健指導は、特定健診結果説明会での面談を中心に行っていましたが、必要な方には良好な血圧と血糖管理ができるよう訪問等で継続した保健指導を行っていきます。(図表 73)

図表 73 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	
<b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b>	<b>2 高血糖を解決するための食</b>
1-1 健診経年結果一覧	2-1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2-2 生活は住民の方しかわかりません 伺うことから始まります
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	2-3 今増えてきた食品などの新しい資料を作りました
1-4 HbA1cは・・・	2-4 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	2-5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか	2-6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75g糖負荷試験結果	
1-8 私はどのパターン	<b>3 薬物療法</b>
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	3-1 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
1-10 ○○さんから教えていただきました	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-12 糖尿病による網膜症	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-13 眼（網膜症）	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-14 高血圧と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-15 64歳以下 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」
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-8 ビグアナイド薬とは
1-17 ○○さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起ころのでしょうか
1-19 糖尿病性神経障害の症状と進み方	
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	<b>4 参考資料</b>
1-21 糖尿病治療の進め方	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-2 日本人の食事摂取基準（2020版）
1-23 HbA1cは、どうして7%以下が目標か	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-26 HbA1cが上がる要因はタイプによって違います	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数（男性・女性）
1-28 食べ方を変えて良かった人の事例	

## 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

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

### ② 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携に当たっては国や県の糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行っています。

## (5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## (6) 評価

評価を行うに当たっては、短期的評価、中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB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74 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

### 短期的評価

#### ① 受診勧奨者に対する評価

- ア 受診勧奨対象者への保健指導率
- 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/1.73m<sup>2</sup>以上低下)
  - ・ 尿蛋白の変化
  - ・ 服薬状況の変化

図表 74 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		平川市										同規模保険者(平均)			
		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4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	実数	割合		
1	① 被保険者数	8,721人		8,362人		8,132人		8,017人		7,677人					
	② (再掲)40歳～74歳	6,806人		6,592人		6,463人		6,442人		6,210人					
2	① 特定健診 対象者数	6,057人		5,926人		5,798人		5,690人		5,463人					
	② 受診者数	2,827人		2,834人		2,276人		2,493人		2,501人					
	③ 受診率	46.7%		47.8%		39.3%		43.8%		45.8%					
3	① 特定保健指導 対象者数	306人		283人		230人		279人		271人					
	② 実施率	50.7%		56.9%		53.9%		46.2%		45.8%					
4	健診データ	① 糖尿病型	402人	13.4%	426人	14.3%	370人	15.5%	422人	16.1%	406人	15.4%			
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	126人	31.3%	130人	30.5%	114人	30.8%	129人	30.6%	125人	30.8%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	276人	68.7%	296人	69.5%	256人	69.2%	293人	69.4%	281人	69.2%			
		④ コントロール不良 (HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130以上)	147人	53.3%	157人	53.0%	126人	49.2%	156人	53.2%	148人	52.7%			
		⑤ 血圧 130/80以上	97人	66.0%	102人	65.0%	94人	74.6%	114人	73.1%	101人	68.2%			
		⑥ 肥満 BMI25以上	60人	40.8%	61人	38.9%	59人	46.8%	68人	43.6%	60人	40.5%			
		⑦ コントロール良 (HbA1c7.0%未満かつ空腹時血糖130未満)	129人	46.7%	139人	47.0%	130人	50.8%	137人	46.8%	133人	47.3%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	281人	69.9%	286人	67.1%	262人	70.8%	286人	67.8%	292人	71.9%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)	67人	16.7%	69人	16.2%	53人	14.3%	74人	17.5%	57人	14.0%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上	45人	11.2%	61人	14.3%	48人	13.0%	53人	12.6%	54人	13.3%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満	4人	1.0%	5人	1.2%	5人	1.4%	5人	1.2%	2人	0.5%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)	120.6人		119.0人		106.2人		114.0人		117.5人				
		② (再掲)40歳～74歳(被保険者対)	152.8人		148.7人		132.6人		139.7人		143.5人				
		③ レセプト件数 (40歳～74歳 (1)再掲)40歳～74歳	入院外(件数)	5,757件 (873.3件)	5,749件 (899.3件)	5,785件 (911.6件)	6,025件 (973.0件)	6,077件 (1019.5件)	1,557,522件 (951.6件)						
		④ 入院(件数)	40件 (6.1件)	28件 (4.4件)	30件 (4.7件)	24件 (3.9件)	37件 (6.2件)	7,406件 (4.5件)							
		⑤ 糖尿病治療中	1,052人		995人		864人		914人		902人				
		⑥ (再掲)40歳～74歳	1,040人		980人		857人		900人		891人				
		⑦ 健診未受診者	764人		704人		601人		607人		610人				
		⑧ インスリン治療	94人		109人		83人		91人		78人				
		⑨ (再掲)40歳～74歳	92人		108人		83人		90人		76人				
		⑩ 糖尿病性腎症	106人		112人		122人		127人		122人				
		⑪ (再掲)40歳～74歳	104人		112人		120人		123人		120人				
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	6人		5人		6人		4人		7人				
		⑬ (再掲)40歳～74歳	6人		5人		6人		4人		7人				
		⑭ 新規透析患者数	1人		1人		3人		2人		2人				
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症	1人		1人		1人		2人		2人				
		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)	25人		27人		28人		28人		29人				
6	医療費	① 総医療費	25億7,001万円		26億2,471万円		25億196万円		25億5,041万円		25億461万円		28億4,626万円		
		② 生活習慣病総医療費	13億6,087万円		14億9,149万円		15億1,780万円		14億9,108万円		14億7,276万円		15億3,700万円		
		③ (総医療費に占める割合)	53.0%		56.8%		60.7%		58.5%		58.8%		54.0%		
		④ 生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	9,932円		10,967円		5,708円		8,706円		9,775円		7,237円	
		⑤ 健診未受診者	27,978円		31,557円		40,732円		36,365円		37,146円		38,862円		
		⑥ 糖尿病医療費	1億6,996万円		1億7,138万円		1億7,357万円		1億7,817万円		1億8,028万円		1億6,596万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	12.5%		11.5%		11.4%		11.9%		12.2%		10.8%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	4億3,586万円		4億3,788万円		3億9,099万円		3億9,785万円		4億746万円				
		⑨ 1件当たり	32,903円		33,390円		32,434円		31,984円		33,806円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費	2億5,960万円		2億7,500万円		2億5,396万円		3億743万円		3億1,880万円				
		⑪ 1件当たり	587,339円		650,115円		641,311円		737,233円		757,251円				
		⑫ 在院日数	17日		16日		17日		18日		17日				
		⑬ 慢性腎不全医療費	5,546万円		5,784万円		5,883万円		5,294万円		5,604万円		1億2,396万円		
		⑭ 透析有り	4,924万円		5,257万円		5,584万円		5,046万円		5,188万円		1億1,532万円		
		⑮ 透析なし	623万円		526万円		299万円		248万円		416万円		863万円		
7	介護	① 介護給付費	32億2,907万円		34億1,646万円		34億5,378万円		35億3,384万円		35億2,155万円		34億9,905万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症	4件		7件		7件		5件		5件		15.2%		
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)	6人		7人		2人		1人		0.4%		2,819人 1.0%			

出典:ヘルスサポートラボツール

(7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6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

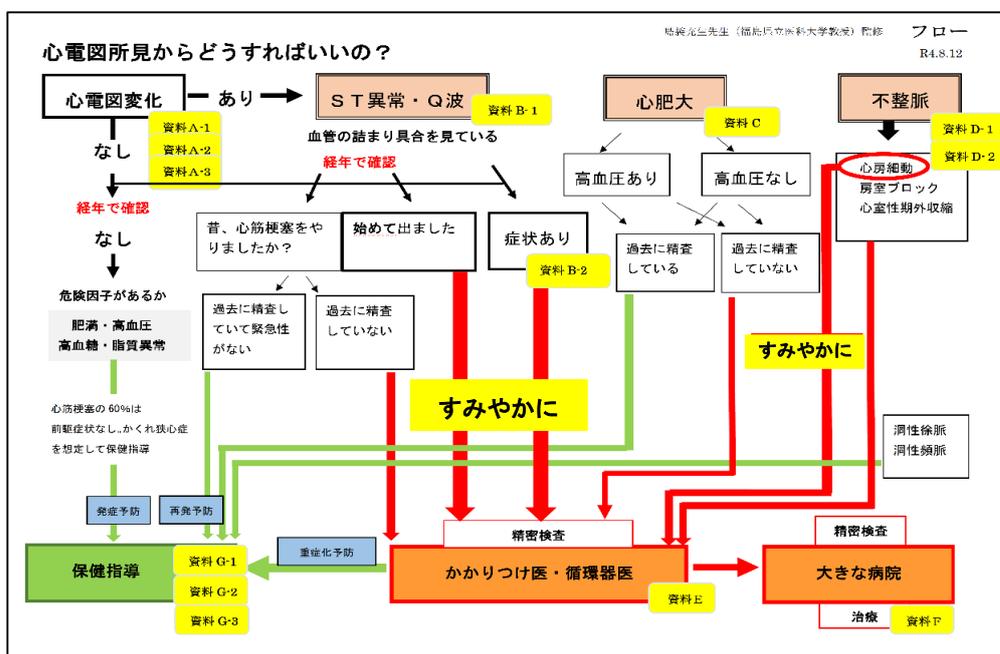
虚血性心疾患重症化予防の取組に当たっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

#### (2) 対象者の明確化

##### ① 対象者選定基準の考え方

受勧奨者及び保健指導対象者の選定基準に当たっては、図表 75 に基づいて考えます。

図表 75 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



出典：ヘルスサポートラボツール

##### 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一つであり、「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。

平川市においては、心電図検査を2,621人(99.5%)に実施し、そのうち有所見者が596人(22.7%)でした。所見の中でもST-T変化が174人(29.2%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 76)

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 76 心電図検査結果

性別・年齢	心電図検査				所見内訳																
	実施者数 A		有所見者数 B		ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数	実施率	有所見者数	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歳～74歳	2,621人	99.5%	596人	22.7%	26人	4.4%	174人	29.2%	16人	2.7%	88人	14.8%	46人	7.7%	146人	24.5%	37人	6.2%	126人	21.1%	
内訳	男性	1,256人	99.4%	336人	26.8%	19人	5.7%	65人	19.3%	11人	3.3%	53人	15.8%	34人	10.1%	99人	29.5%	30人	8.9%	69人	20.5%
	女性	1,365人	99.5%	260人	19.0%	7人	2.7%	109人	41.9%	5人	1.9%	35人	13.5%	12人	4.6%	47人	18.1%	7人	2.7%	57人	21.9%

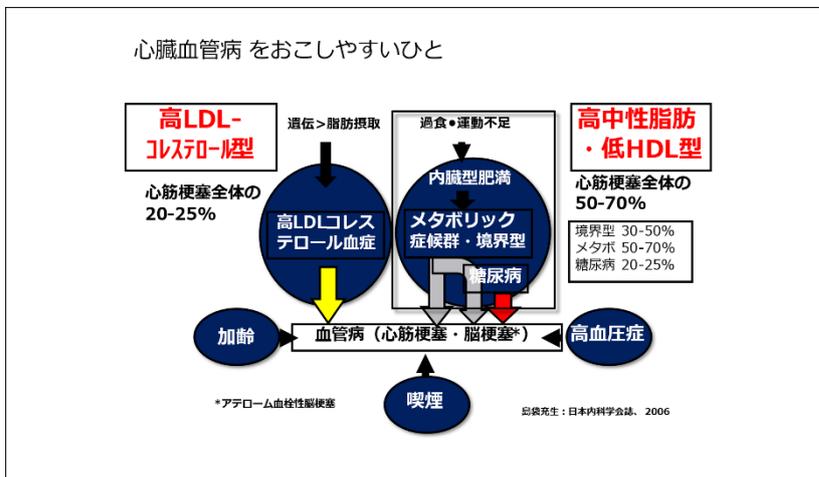
資料：市特定健診結果

イ 心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドロームまたは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 77）

図表 77 心血管病をおこしやすいひと



図表 77 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 78・79 を参照しながら保健指導の優先順位を決めます。

図表 78 年代別メタボリック該当者の状況

項目	男性					女性					
	総数	40代	50代	60代	70歳～74歳	総数	40代	50代	60代	70歳～74歳	
健診受診者	1,263人	131人	169人	498人	465人	1,372人	81人	148人	611人	532人	
メタボ該当者	378人	26人	56人	155人	141人	156人	9人	14人	69人	64人	
	29.9%	19.8%	33.1%	31.1%	30.3%	11.4%	11.1%	9.5%	11.3%	12.0%	
再掲	① 3項目全て	105人	1人	11人	53人	40人	48人	2人	4人	22人	20人
		27.8%	3.8%	19.6%	34.2%	28.4%	30.8%	22.2%	28.6%	31.9%	31.3%
	② 血糖＋血压	79人	2人	9人	28人	40人	25人	1人	1人	13人	10人
		20.9%	7.7%	16.1%	18.1%	28.4%	16.0%	11.1%	7.1%	18.8%	15.6%
	③ 血压＋脂質	180人	23人	31人	70人	56人	77人	06人	6人	32人	33人
		47.6%	88.5%	55.4%	45.2%	39.7%	49.4%	66.7%	42.9%	46.4%	51.6%
	④ 血糖＋脂質	14人	0人	5人	4人	5人	6人	0人	3人	2人	1人
		3.7%	0.0%	8.9%	2.6%	3.5%	3.8%	0.0%	21.4%	2.9%	1.6%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 79 メタボリック該当者の治療状況

項目	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	1,263人	378人	29.9%	308人	81.5%	70人	18.5%	1,372人	156人	11.4%	136人	87.2%	20人	12.8%
40代	131人	26人	19.8%	9人	34.6%	17人	65.4%	81人	9人	11.1%	7人	77.8%	2人	22.2%
50代	169人	56人	33.1%	41人	73.2%	15人	26.8%	148人	14人	9.5%	8人	57.1%	6人	42.9%
60代	498人	155人	31.1%	132人	85.2%	23人	14.8%	611人	69人	11.3%	65人	94.2%	4人	5.8%
70歳～74歳	465人	141人	30.3%	126人	89.4%	15人	10.6%	532人	64人	12.0%	56人	87.5%	8人	12.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 80 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定				令和4年度			
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)				(参考)動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版			
管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL				健診結果(LDLコレステロール)			
				120-139	140-159	160-179	180以上
1,145人				538人	365人	170人	72人
				47.0%	31.9%	14.8%	6.3%
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  ※4	低リスク	160未満 (190未満)	146人	76人	46人	12人	12人
			12.8%	14.1%	12.6%	7.1%	16.7%
	中リスク	140未満 (170未満)	515人	235人	166人	79人	35人
			45.0%	43.7%	45.5%	46.5%	48.6%
	高リスク ※3	120未満 (150未満)	463人	215人	148人	77人	23人
			40.4%	40.0%	40.5%	45.3%	31.9%
	再掲	100未満 (130未満) ※1	53人	26人	14人	11人	2人
			4.6%	4.8%	3.8%	6.5%	2.8%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	21人	12人	5人	2人	2人
			1.8%	2.2%	1.4%	1.2%	2.8%

※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 糖尿病(服薬あり・健診結果で糖尿病型)、CKD(eGFR60未満、尿蛋白(±)以上)を考慮。  
 ※4 ※1~※3がない場合、動脈硬化性疾患の発症リスク(性別・収縮期血圧・糖代謝異常・LDL・HDL・喫煙)で判断。

出典:ヘルスサポートラボツール

### (3) 保健指導の実施

#### ① 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施に当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 81 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	
<b>心電図所見からどうすればいいの？</b>	
A-1	休むことなく動き続けるのは心臓だけです
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
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
B-1	心電図検査所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何
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
C	左室肥大って何
D-1	不整脈・・・このくらいなら大丈夫と言われたけれど、本当に大丈夫なの
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
E	ST変化・異常Q波の所見がある方へ
F	精密検査を受けて治療が必要になった方へ
G-1	狭心症になった人から学びました
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
G-3	心臓の血管を守るために、今できることは何だろう
G-4	肥満（BMI 25以上）になると心臓はどうなるの

## 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

評価を行うに当たっては、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する。

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

6月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6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と、生活機能の低下を防止する取組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

平川市は、令和2年度より青森県後期高齢者広域連合から、平川市が事業を受託し「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 82）

具体的には、

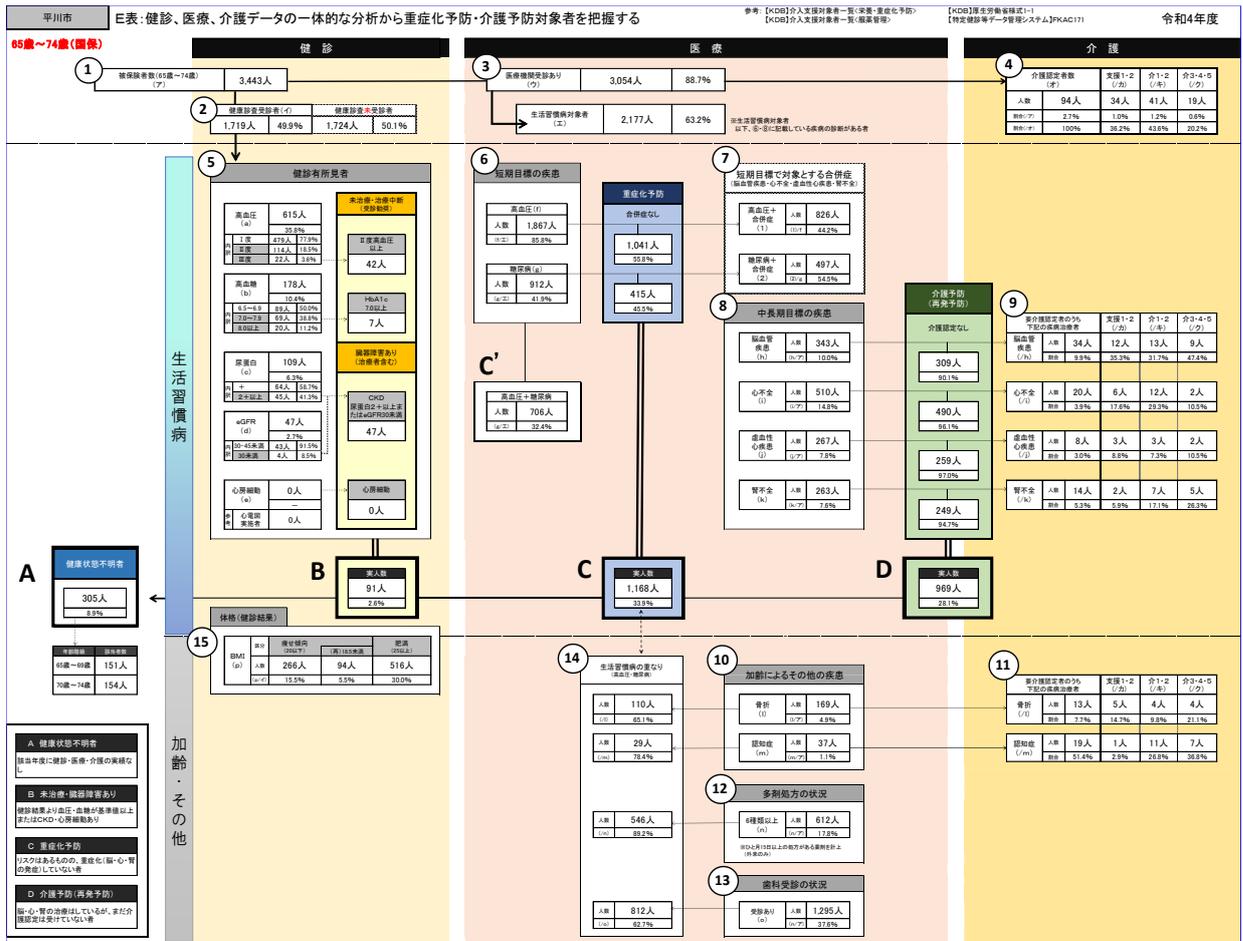
- ・ 企画、調整等を担当する医療専門職（保健師）を配置

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。

- ・ 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を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよ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。（ハイリスクアプローチ）また、通いの場で生活習慣病からのフレイル、認知症予防の健康教育や健康相談を実施していきます。（ポピュレーションアプローチ）

図表 82 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



出典:ヘルスサポートラボツール

## 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。

平川市においては、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えていくことが必要であります。(図表 83)

また、平川市では、平川市国民健康保険加入の30歳から39歳までを対象とした特定健診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 83 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

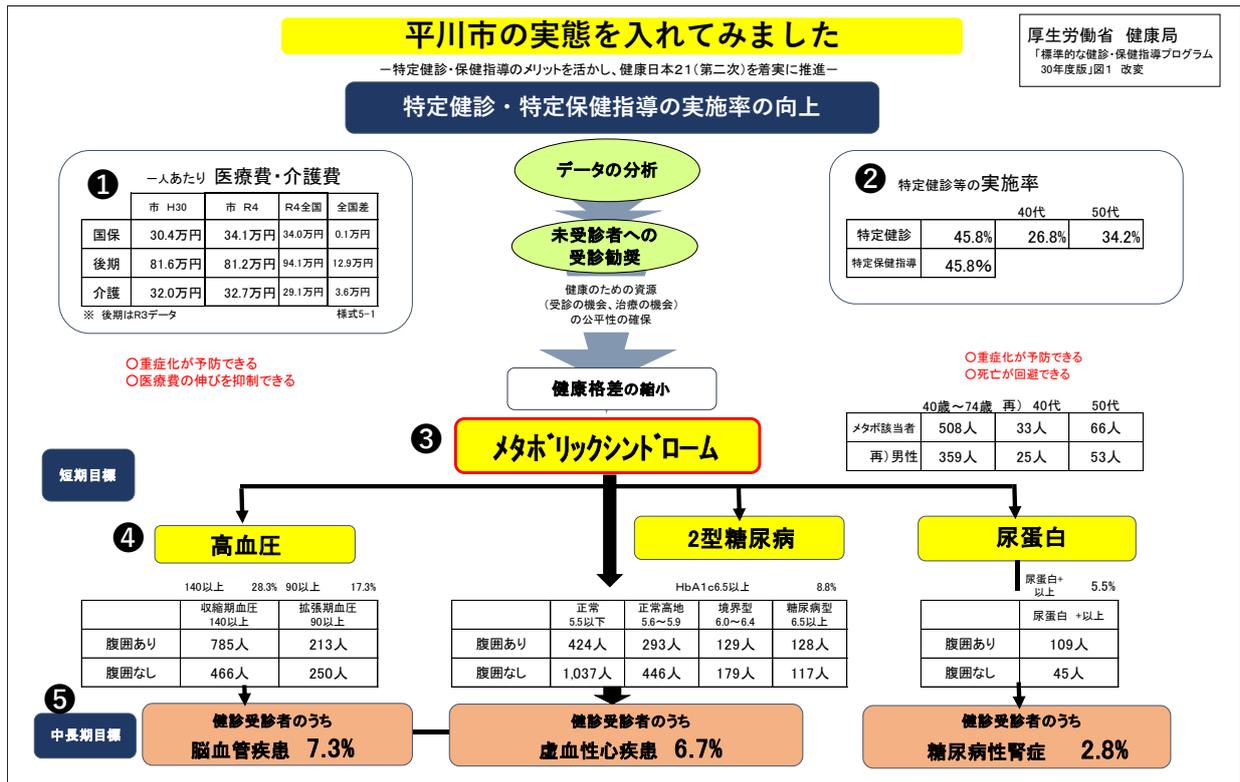
糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える -基本的考え方- (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)																
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>発症予防</span> <span>重症化予防</span> </div>																
1 根拠法 <small>6条 健康増進事業実施者</small>	健康増進法															
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>					
2 計画	健康増進計画(県) (市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】															
	データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)															
3 年代	妊婦(胎児期)		産婦	0歳~5歳			6歳~14歳			15歳~18歳	~29歳	30歳~39歳	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳以上	
	妊婦健康診査 <small>(13条)</small>		産婦健診 <small>(13条)</small>	乳幼児健康診査 <small>(第12・13条)</small>			保育所・幼稚園健康診断		就学時健診 <small>(11・12条)</small>			児童・生徒の定期健康診断 <small>(第1・13・14条)</small>		定期健康診断 <small>(第66条)</small>		特定健康診査 <small>(第18・20・21条)</small>
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 75gOGTTの①~③の1点以上満たすもの														
	身長															
	体重															
	BMI												25以上			
	肥満度				かつ18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上							
	尿糖	(+)以上										(+)以上				
糖尿病家族歴																

出典:ヘルスサポートラボ

## 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市民へ周知していきます。(図表 84・85)

図表 84 社会保障費健全化に向けて医療費、介護費の適正化



図表 85 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)
中華めん	2位	だいこん漬	3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	酒類(全体)	1位
塩干魚介全体	2位	ビール	2位
たらこ・明太子	1位	ウイスキー	2位
		外食 中華そば	3位

## 6 その他

### 1) 地域包括ケア

平川市は、高齢化率が高く、介護保険の認定を受けている高齢者が約 2,000 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直面する課題などについての高齢介護課で実施している地域ケア会議に国保部局として参加し、関係者と課題を共有し、課題に共に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となる原因として、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、市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。

高齢期は個人差の大きい年代であり、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。国民健康保険直営診療所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、地域で暮らす市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を目指します。

平川市の令和4年度の後発医薬品使用割合は 85.4%で、国の目標値である 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・多受診、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同一疾病で複数または 15 回以上医療機関を受診している方、同一月に複数の医療機関から同一薬効の薬剤投与を受けている方、同一月に 15 剤処方以上もしくは 3 か月以上の長期処方を受けている方を対象に保健師による訪問指導を行います。

図表 86 重複・多受診、多剤投与対策実施状況

項目	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
訪問指導者数	9 人	12 人	6 人	11 人	11 人

資料: 税務課国保係

## 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。

図表 87 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"><li>・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)</li><li>・保健指導実施のための専門職の配置</li><li>・KDBシステム活用環境の確保</li></ul>
プロセス(保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"><li>・保健指導等の手順、教材はそろっているか</li><li>・必要なデータは入手できているか</li><li>・スケジュールどおり行われているか</li></ul>
アウトプット(保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"><li>・特定健診実施率、特定保健指導実施率</li><li>・計画した保健事業を実施したか</li><li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li></ul>
アウトカム(成果)	<ul style="list-style-type: none"><li>・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)</li></ul>

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

### 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 国、県、同規模と比べてみた平川市の位置
- 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 H b A 1 c の年次比較
- 参考資料 9 L D L コレステロールの年次比較

参考資料1 国、県、同規模と比べてみた平川市の位置

R4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		30,563人		9,014,657人		1,218,222人		123,214,261人			
		65歳以上(高齢化率)		10,777人	35.3%	3,263,279人	36.2%	412,943人	33.9%	35,335,805人	28.7%	KDB NO.5 人口の状況	
		75歳以上		5,649人	18.5%	—	—	210,338人	17.3%	18,248,742人	14.8%	KDB NO.3	
		65歳～74歳		5,128人	16.8%	—	—	202,605人	16.6%	17,087,063人	13.9%	健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		40歳～64歳		10,108人	33.1%	—	—	416,107人	34.2%	41,545,893人	33.7%		
	39歳以下		9,678人	31.7%	—	—	389,172人	31.9%	46,332,563人	37.6%			
	② 産業構成	第1次産業		24.5%		10.7%		12.4%		4.0%		KDB NO.3	
		第2次産業		22.3%		27.3%		20.4%		25.0%		健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第3次産業		53.2%		62.0%		67.2%		71.0%			
	③ 平均寿命	男性		78.1歳		80.4歳		78.7歳		80.8歳		KDB NO.1 地域全体像の把握	
女性		85.7歳		86.9歳		86.0歳		87.0歳					
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		78.0歳		79.7歳		78.0歳		80.1歳		KDB NO.1 地域全体像の把握		
	女性		82.3歳		84.3歳		83.3歳		84.4歳				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		123.9		103.4		119.1		100		KDB NO.1 地域全体像の把握	
		がん		125人	45.0%	34,996人	47.8%	4,988人	49.9%	378,272人	50.6%		
		心臓病		99人	35.6%	21,437人	29.3%	2,714人	27.1%	205,485人	27.5%		
		脳疾患		35人	12.6%	10,886人	14.9%	1,455人	14.5%	102,900人	13.8%		
		糖尿病		2人	0.7%	1,391人	1.9%	209人	2.1%	13,896人	1.9%		
		腎不全		14人	5.0%	2,819人	3.9%	398人	4.0%	26,946人	3.6%		
		自殺		3人	1.1%	1,654人	2.3%	238人	2.4%	20,171人	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)		1,962人 18.3%		619,810人 19.1%		76,189人 18.5%		6,724,030人 19.4%		KDB NO.1 地域全体像の把握
新規認定者			31人 0.3%		10,081人 0.3%		1,257人 0.3%		110,289人 0.3%				
介護度別 総件数			要支援1.2		3,473人 8.2%		1,984,426人 14.3%		125,088人 6.7%		21,785,044人 12.9%		
			要介護1.2		22,352人 53.0%		6,527,659人 47.0%		876,713人 47.2%		78,107,378人 46.3%		
			要介護3以上		16,318人 38.7%		5,384,278人 38.7%		855,129人 46.1%		68,963,503人 40.8%		
2号認定者		50人 0.5%		10,759人 0.4%		1,945人 0.5%		156,107人 0.4%					
② 有病状況		糖尿病		448人 21.1%		154,694人 23.8%		17,776人 22.0%		1,712,613人 24.3%		KDB NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症		1,058人 51.5%		352,398人 54.8%		39,663人 49.6%		3,744,672人 53.3%			
		脂質異常症		542人 25.5%		203,112人 31.2%		22,191人 27.4%		2,308,216人 32.6%			
		心臓病		1,159人 56.2%		397,324人 61.9%		43,977人 55.1%		4,224,628人 60.3%			
	脳疾患		473人 23.2%		151,330人 23.9%		17,224人 21.8%		1,568,292人 22.6%				
	がん		192人 8.9%		74,764人 11.4%		7,451人 9.0%		837,410人 11.8%				
	筋・骨格		984人 46.6%		350,465人 54.5%		35,718人 44.6%		3,748,372人 53.4%				
	精神		722人 35.0%		246,296人 38.6%		27,918人 35.0%		2,569,149人 36.8%				
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		326,766円 3,521,552,481円		300,230円 979,734,915,124円		324,668円 1,340,669,420,414円		290,668円 1,007,427,228,889円		KDB NO.1 地域全体像の把握		
	1件当たり給付費(全体)		83,562円		70,503円		72,200円		59,662円				
	居宅サービス		55,164円		43,936円		51,854円		41,272円				
	施設サービス		309,361円		291,914円		301,081円		296,364円				
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		認定あり 8,627円 認定なし 3,990円		9,043円 4,284円		7,537円 3,826円		8,610円 4,020円		KDB NO.1 地域全体像の把握		
	被保険者数		7,353人		2,020,054人		276,251人		27,488,882人				
4	① 国保の状況	65歳～74歳		3,395人 46.2%		—		131,746人 47.7%		11,129,271人 40.5%		KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況	
		40歳～64歳		2,566人 34.9%		—		92,368人 33.4%		9,088,015人 33.1%			
		39歳以下		1,392人 18.9%		—		52,137人 18.9%		7,271,596人 26.5%			
		加入率		24.1%		22.4%		22.7%		22.3%			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		0施設 0.0		873施設 0.4		94施設 0.3		8,237施設 0.3		KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況	
		診療所数		19施設 2.6		7,141施設 3.5		862施設 3.1		102,599施設 3.7			
		病床数		0床 0.0		136,833床 67.7		16,984床 61.5		1,507,471床 54.8			
		医師数		18人 2.4		1,951人 9.7		277.3人 10.0		3,396.1人 12.4			
		外来患者数		713.6		728.3		724.7		687.8			
	入院患者数		17.7		23.6		17.8		17.7				
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		340,624円 県内26位 同規模254位		394,521円		348,845円		339,680円		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		731.321%		751.942%		742.531%		705.439%				
	外 来	費用の割合		57.8%		56.7%		61.8%		60.4%			
		件数の割合		97.6%		96.9%		97.6%		97.5%			
	入 院	費用の割合		42.2%		43.3%		38.2%		39.6%			
		件数の割合		2.4%		3.1%		2.4%		2.5%			
1件あたり在院日数		16.7日		17.1日		15.6日		15.7日					

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				
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源獲得病名 (調剤含む)	がん	513,429,510円	34.9%	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)	51,883,070円	3.5%	7.5%	6.1%	8.2%						
	糖尿病	180,280,730円	12.2%	10.8%	12.3%	10.4%						
	高血圧症	111,411,270円	7.6%	6.3%	7.1%	5.9%						
	脂質異常症	44,560,360円	3.0%	3.8%	3.7%	4.1%						
	脳梗塞・脳出血	97,532,720円	6.6%	3.9%	4.2%	3.9%						
	狭心症・心筋梗塞	15,656,960円	1.0%	2.6%	2.4%	2.8%						
	精神	171,317,910円	11.6%	16.2%	12.0%	14.7%						
筋・骨格	268,726,320円	18.2%	16.7%	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	657円	0.5%	380円	0.2%	289円	0.2%	256円	0.2%	KDB.NO.43 疾病別医療費分析(中分類)	
		糖尿病	2,533円	1.8%	1,531円	0.9%	1,407円	1.1%	1,144円	0.9%		
		脂質異常症	71円	0.0%	89円	0.1%	36円	0.0%	53円	0.0%		
		脳梗塞・脳出血	12,343円	8.6%	7,151円	4.2%	7,118円	5.3%	5,993円	4.5%		
		虚血性心疾患	1,447円	1.0%	4,385円	2.6%	3,655円	2.7%	3,942円	2.9%		
	腎不全	2,050円	1.4%	4,815円	2.8%	3,214円	2.4%	4,051円	3.0%			
	外来	高血圧症	14,493円	7.4%	13,011円	5.8%	13,548円	6.3%	10,143円	4.9%		
		糖尿病	22,109円	11.2%	22,014円	9.8%	22,773円	10.6%	17,720円	8.6%		
		脂質異常症	5,989円	3.0%	7,959円	3.6%	7,082円	3.3%	7,092円	3.5%		
		脳梗塞・脳出血	921円	0.5%	1,056円	0.5%	938円	0.4%	825円	0.4%		
虚血性心疾患		1,229円	0.6%	1,975円	0.9%	1,708円	0.8%	1,722円	0.8%			
腎不全	8,015円	4.1%	18,492円	8.3%	13,737円	6.4%	15,781円	7.7%				
⑥ 健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,627点		2,592点		2,291点		2,031点	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	13,783点		13,920点		14,012点		13,295点			
	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	9,775点		7,237点		6,279点		6,142点			
		健診未受診者	37,146点		38,862点		38,404点		40,210点			
⑦ 健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,586人	63.1%	340,133人	57.4%	42,968人	58.2%	3,698,441人	56.9%	KDB.NO.1 地域全体像の把握		
	医療機関受診率	1,444人	57.4%	307,970人	52.0%	39,723人	53.8%	3,375,719人	51.9%			
	医療機関非受診率	142人	5.6%	32,163人	5.4%	3,245人	4.4%	322,722人	5.0%			
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ 5 特定健診の 状況 県内市町村数 40市町村 同規模市区町村数 280市町村	健診受診者	2,514人		592,263人		73,809人		6,503,152人		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	45.8%	県内10位 同規模67位	39.7%	35.9%	全国27位	35.3%					
	特定保健指導終了者(実施率)	0人	0.0%	11,197人	16.7%	1,017人	14.0%	69,327人	9.0%			
	非肥満高血糖	284人	11.3%	62,750人	10.6%	8,352人	11.3%	588,083人	9.0%			
	メタボ	該当者	511人	20.3%	125,726人	21.2%	15,312人	20.7%	1,321,197人		20.3%	
		男性	362人	29.9%	86,891人	32.6%	10,516人	32.1%	923,222人		32.0%	
		女性	149人	11.4%	38,835人	11.9%	4,796人	11.7%	397,975人		11.0%	
		予備群	318人	12.6%	64,270人	10.9%	7,981人	10.8%	730,607人		11.2%	
	メタボ該当・予備群レベル	腹囲	男性	208人	17.2%	44,986人	16.9%	5,392人	16.5%		515,813人	17.9%
			女性	110人	8.4%	19,284人	5.9%	2,589人	6.3%		214,794人	5.9%
		BMI	総数	895人	35.6%	207,581人	35.0%	25,296人	34.3%		2,273,296人	35.0%
			男性	611人	50.4%	143,863人	54.0%	17,193人	52.5%		1,592,747人	55.3%
		女性	284人	21.8%	63,718人	19.6%	8,103人	19.7%	680,549人		18.8%	
		血糖のみ	男性	34人	2.8%	4,873人	1.8%	872人	2.7%		48,780人	1.7%
			女性	137人	10.5%	26,236人	8.1%	4,343人	10.6%		255,496人	7.1%
			血圧のみ	16人	0.6%	3,957人	0.7%	516人	0.7%		41,541人	0.6%
			脂質のみ	250人	9.9%	46,037人	7.8%	5,952人	8.1%		514,593人	7.9%
			血糖・血圧	52人	2.1%	14,276人	2.4%	1,513人	2.0%		174,473人	2.7%
	血糖・脂質		99人	3.9%	19,597人	3.3%	3,018人	4.1%	193,722人		3.0%	
血圧・脂質	20人		0.8%	6,479人	1.1%	606人	0.8%	67,212人	1.0%			
血糖・血圧・脂質	246人		9.8%	57,258人	9.7%	6,663人	9.0%	630,648人	9.7%			
① ② 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 6 生活習慣の 状況	服薬	高血圧	1,151人	45.8%	231,630人	39.1%	32,199人	43.6%	2,324,538人	35.8%	KDB.NO.1 地域全体像の把握	
糖尿病	272人	10.8%	58,534人	9.9%	8,176人	11.1%	564,473人	8.7%				
既往歴	脂質異常症	556人	22.1%	172,940人	29.2%	21,765人	29.5%	1,817,350人	28.0%			
脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	45人	1.8%	18,808人	3.3%	2,085人	2.9%	199,003人	3.1%				
心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	60人	2.4%	34,129人	5.9%	3,677人	5.1%	349,845人	5.5%				
腎不全	13人	0.5%	5,247人	0.9%	681人	0.9%	51,680人	0.8%				
貧血	46人	2.2%	57,291人	10.0%	3,538人	5.5%	669,737人	10.6%				
喫煙	446人	17.7%	76,177人	12.9%	10,870人	14.7%	896,676人	13.8%	KDB.NO.1 地域全体像の把握			
週3回以上朝食を抜く	151人	7.3%	43,784人	7.8%	5,510人	8.6%	609,166人	10.3%				
週3回以上食後間食(～H2)	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%				
週3回以上就寝前夕食(～H30)	399人	19.3%	84,037人	14.9%	12,406人	19.3%	932,218人	15.7%				
週3回以上就寝前夕食	399人	19.3%	84,037人	14.9%	12,406人	19.3%	932,218人	15.7%				
食べる速度が速い	573人	27.7%	150,446人	26.8%	17,769人	27.6%	1,590,713人	26.8%				
20歳時体重から10kg以上増加	759人	36.7%	194,667人	34.7%	23,186人	36.0%	2,083,152人	34.9%				
1日30分以上運動習慣なし	1,396人	67.6%	351,379人	62.7%	42,039人	65.4%	3,589,415人	60.3%				
1日1時間以上運動なし	998人	48.3%	266,155人	47.2%	32,314人	50.2%	2,858,913人	48.0%				
睡眠不足	420人	20.3%	140,728人	25.0%	14,869人	23.1%	1,521,685人	25.6%				
毎日飲酒	765人	30.6%	145,485人	25.4%	19,378人	26.6%	1,585,206人	25.5%				
時々飲酒	444人	17.8%	117,378人	20.5%	16,358人	22.4%	1,393,154人	22.4%				
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ 1 2 3 4 14 一日飲酒量	1合未満	1,262人	56.5%	233,047人	62.9%	33,113人	56.5%	2,851,798人		64.2%		
1～2合	511人	22.9%	93,110人	25.1%	14,837人	25.3%	1,053,317人	23.7%				
2～3合	233人	10.4%	35,293人	9.5%	6,590人	11.2%	414,658人	9.3%				
3合以上	228人	10.2%	9,221人	2.5%	4,113人	7.0%	122,039人	2.7%				

出典：ヘルスサポートラボツール



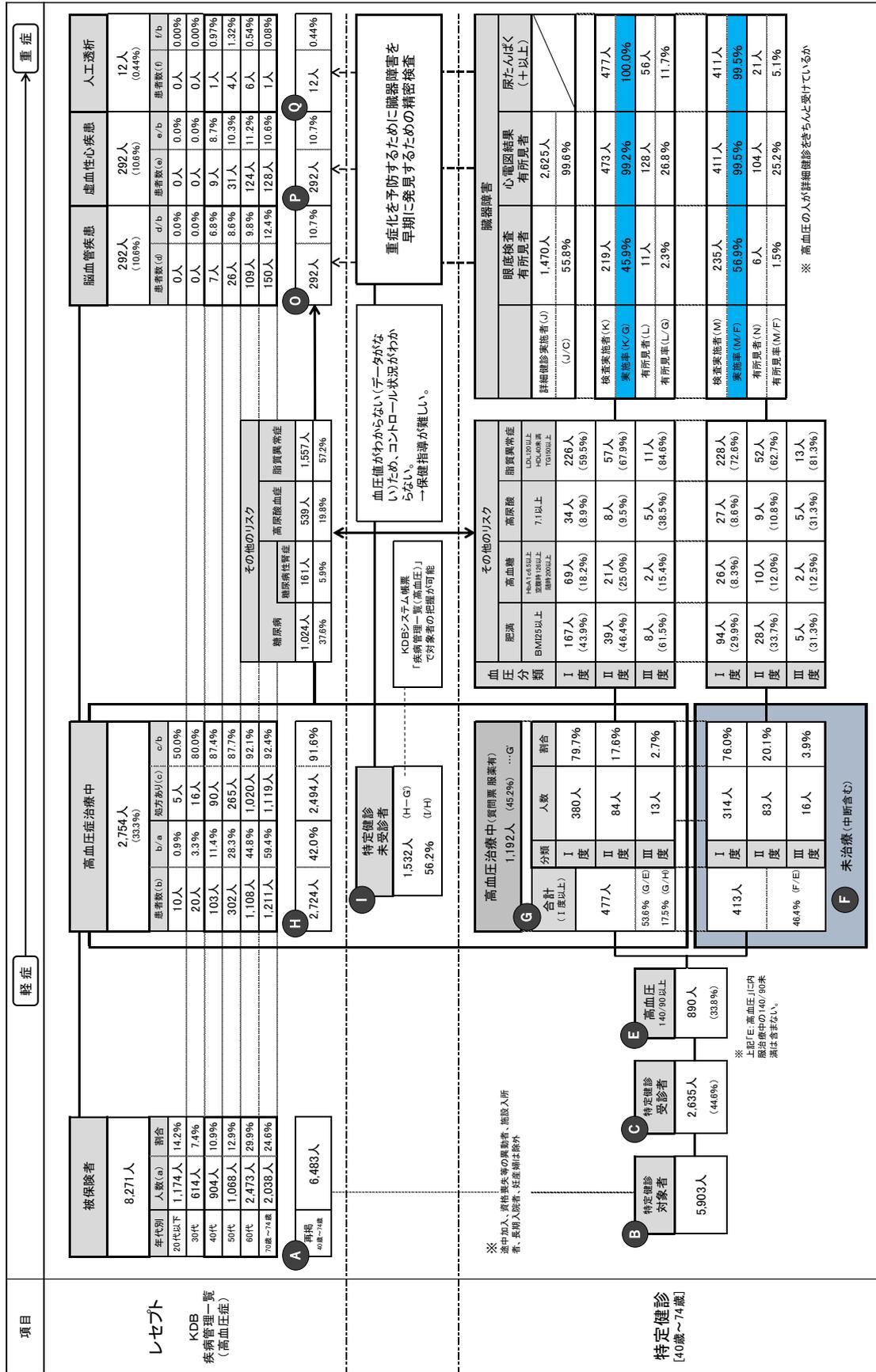






参考資料3 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合 (P46)

令和4年度



注) 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に資格を喪失している者も含む)  
注) レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB帳簿」介入支援対象者一覧(疾病・重症化予防)から集計。

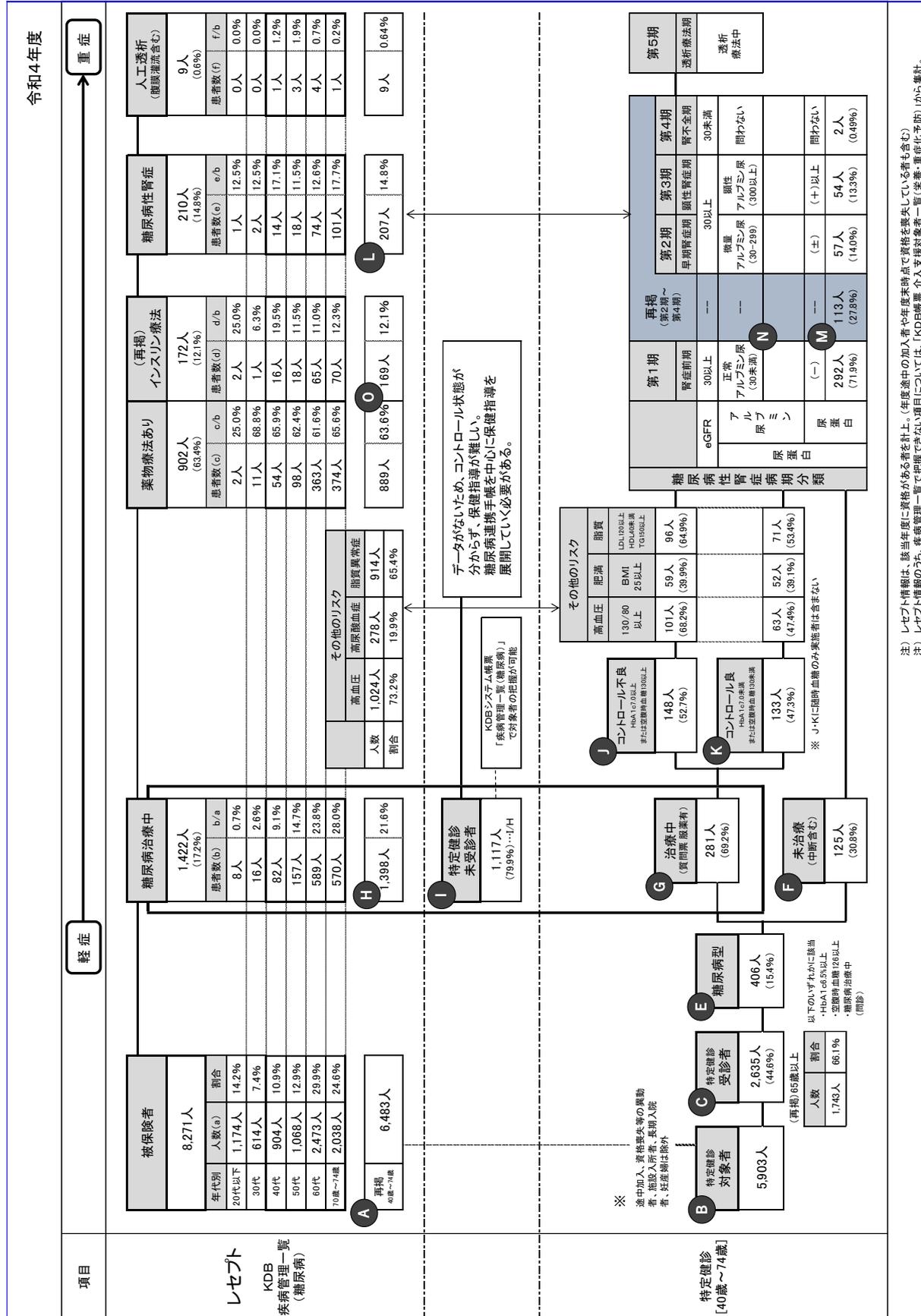
出典:ヘルスサポートラボツール

参考資料4 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価(P56)

項目		平川市										同規模保険者(平均)		
		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4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	実数	割合	
1	① 被保険者数	8,721人		8,362人		8,132人		8,017人		7,677人				
	② (再掲)40歳～74歳	6,806人		6,592人		6,463人		6,442人		6,210人				
2	① 特定健診	6,057人		5,926人		5,798人		5,690人		5,463人				
	② 対象者数	2,827人		2,834人		2,276人		2,493人		2,501人				
	③ 受診率	46.7%		47.8%		39.3%		43.8%		45.8%				
3	① 特定保健指導	306人		283人		230人		279人		271人				
	② 実施率	50.7%		56.9%		53.9%		46.2%		45.8%				
4	健診データ	① 糖尿病型	402人	13.4%	426人	14.3%	370人	15.5%	422人	16.1%	406人	15.4%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	126人	31.3%	130人	30.5%	114人	30.8%	129人	30.6%	125人	30.8%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	276人	68.7%	296人	69.5%	256人	69.2%	293人	69.4%	281人	69.2%		
		④ コントロール不良	147人	53.3%	157人	53.0%	126人	49.2%	156人	53.2%	148人	52.7%		
		⑤ HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	97人	66.0%	102人	65.0%	94人	74.6%	114人	73.1%	101人	68.2%		
		⑥ 肥満 BMI25以上	60人	40.8%	61人	38.9%	59人	46.8%	68人	43.6%	60人	40.5%		
		⑦ コントロール良	129人	46.7%	139人	47.0%	130人	50.8%	137人	46.8%	133人	47.3%		
		⑧ HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満												
		⑨ 第1期 尿蛋白(-)	281人	69.9%	286人	67.1%	262人	70.8%	286人	67.8%	292人	71.9%		
		⑩ 第2期 尿蛋白(±)	67人	16.7%	69人	16.2%	53人	14.3%	74人	17.5%	57人	14.0%		
		⑪ 第3期 尿蛋白(+)以上	45人	11.2%	61人	14.3%	48人	13.0%	53人	12.6%	54人	13.3%		
⑫ 第4期 eGFR30未満	4人	1.0%	5人	1.2%	5人	1.4%	5人	1.2%	2人	0.5%				
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)	120.6人		119.0人		106.2人		114.0人		117.5人			
		② (再掲)40歳～74歳(被保険者千対)	152.8人		148.7人		132.6人		139.7人		143.5人			
		③ レセプト件数(40歳～74歳)	5,757件	(873.3件)	5,749件	(899.3件)	5,785件	(911.6件)	6,025件	(973.0件)	6,077件	(1019.5件)	1,557,522件	(951.6件)
		④ 入院外(件数)	40件	(6.1件)	28件	(4.4件)	30件	(4.7件)	24件	(3.9件)	37件	(6.2件)	7,406件	(4.5件)
		⑤ 糖尿病治療中	1,052人	12.1%	995人	11.9%	864人	10.6%	914人	11.4%	902人	11.7%		
		⑥ (再掲)40歳～74歳	1,040人	15.3%	980人	14.9%	857人	13.3%	900人	14.0%	891人	14.3%		
		⑦ 健診未受診者	764人	73.5%	704人	71.8%	601人	70.1%	607人	67.4%	610人	68.5%		
		⑧ インスリン治療	94人	8.9%	109人	11.0%	83人	9.6%	91人	10.0%	78人	8.6%		
		⑨ (再掲)40歳～74歳	92人	8.8%	108人	11.0%	83人	9.7%	90人	10.0%	76人	8.5%		
		⑩ 糖尿病性腎症	106人	10.1%	112人	11.3%	122人	14.1%	127人	13.9%	122人	13.5%		
		⑪ (再掲)40歳～74歳	104人	10.0%	112人	11.4%	120人	14.0%	123人	13.7%	120人	13.5%		
		⑫ 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)	6人	0.6%	5人	0.5%	6人	0.7%	4人	0.4%	7人	0.8%		
		⑬ (再掲)40歳～74歳	6人	0.6%	5人	0.5%	6人	0.7%	4人	0.4%	7人	0.8%		
		⑭ 新規透析患者数	1人	0.1%	1人	0.1%	3人	0.4%	2人	0.2%	2人	0.2%		
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症	1人	0.1%	1人	0.1%	1人	0.1%	2人	0.2%	2人	0.2%		
		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)	25人	1.9%	27人	2.1%	28人	2.6%	28人	2.4%	29人	2.4%		
6	医療費	① 総医療費	25億7,001万円		26億2,471万円		25億196万円		25億5,041万円		25億461万円		28億4,626万円	
		② 生活習慣病総医療費	13億6,087万円		14億9,149万円		15億1,780万円		14億9,108万円		14億7,276万円		15億3,700万円	
		③ (総医療費に占める割合)	53.0%		56.8%		60.7%		58.5%		58.8%		54.0%	
		④ 生活習慣病対象者一人あたり	9,932円		10,967円		5,708円		8,706円		9,775円		7,237円	
		⑤ 健診未受診者	27,978円		31,557円		40,732円		36,365円		37,146円		38,862円	
		⑥ 糖尿病医療費	1億6,996万円		1億7,138万円		1億7,357万円		1億7,817万円		1億8,028万円		1億6,596万円	
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	12.5%		11.5%		11.4%		11.9%		12.2%		10.8%	
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	4億3,586万円		4億3,788万円		3億9,099万円		3億9,785万円		4億746万円			
		⑨ 1件あたり	32,903円		33,390円		32,434円		31,984円		33,806円			
		⑩ 糖尿病入院総医療費	2億5,960万円		2億7,500万円		2億5,396万円		3億743万円		3億1,880万円			
		⑪ 1件あたり	587,339円		650,115円		641,311円		737,233円		757,251円			
		⑫ 在院日数	17日		16日		17日		18日		17日			
		⑬ 慢性腎不全医療費	5,546万円		5,784万円		5,883万円		5,294万円		5,604万円		1億2,396万円	
		⑭ 透析有り	4,924万円		5,257万円		5,584万円		5,046万円		5,188万円		1億1,532万円	
		⑮ 透析なし	623万円		526万円		299万円		248万円		416万円		863万円	
7	介護	① 介護給付費	32億2,907万円		34億1,646万円		34億5,378万円		35億3,384万円		35億2,155万円		34億9,905万円	
		② (2号認定者)糖尿病合併症	4件	13.8%	7件	21.2%	7件	21.9%	5件	21.7%	5件	15.2%		
8	① 死亡	6人		7人		2人		1人		2人		2,819人		
		1.3%		1.5%		0.4%		0.2%		0.4%		1.0%		

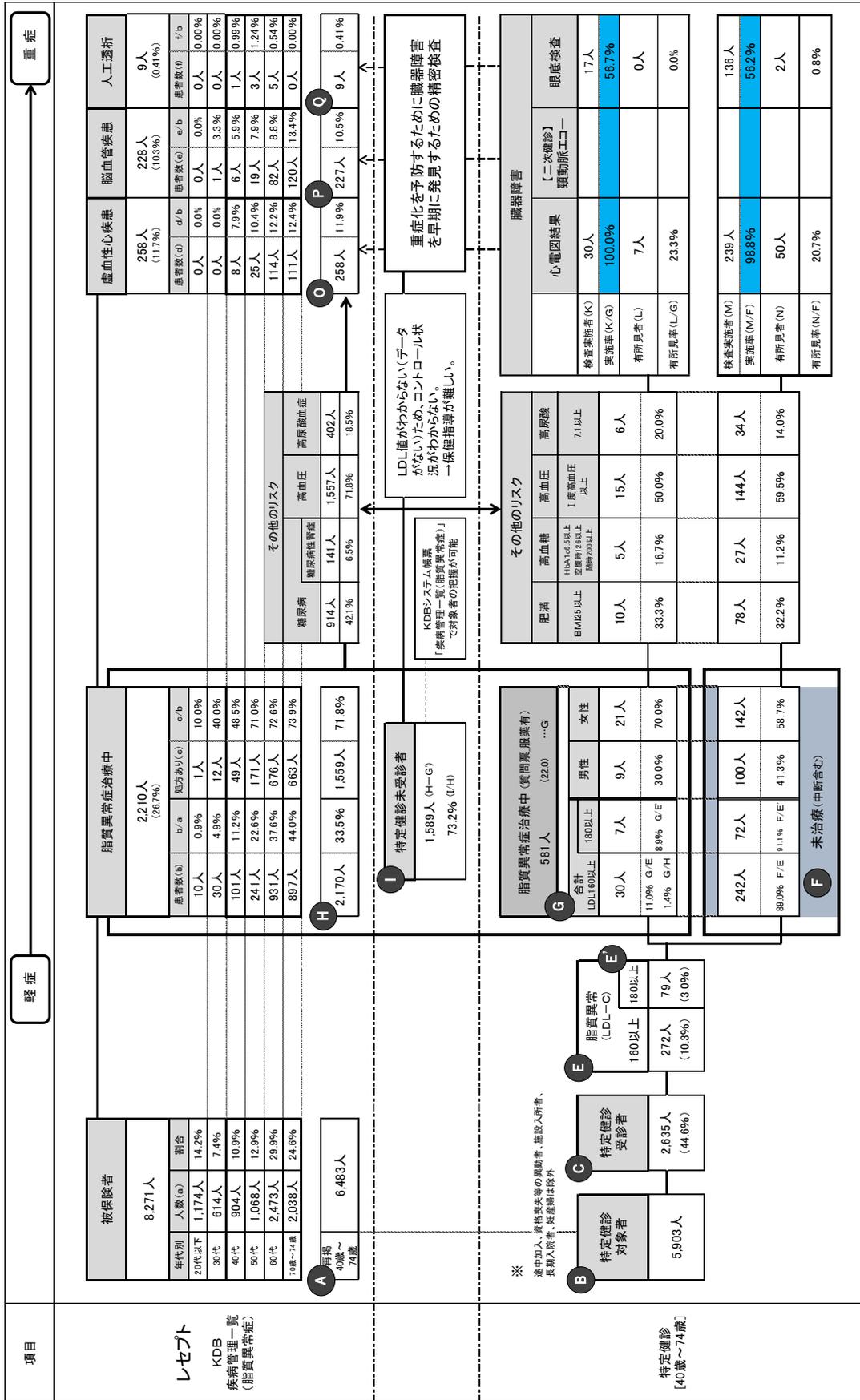
出典:ヘルスサポートラボツール

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 (P53)



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4年度



注) レセプト情報は、該当年度に該当がある者を計上。(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)  
注) レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB構築・介入対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計。

出典：ヘルスサポートラボツール

参考資料7 血圧の年次比較

年度	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	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	
H29	3,056人	900人	29.5%	474人	15.5%	840人	27.5%	669人	21.9%	149人	4.9%	24人	0.8%
H30	2,992人	872人	29.1%	384人	12.8%	934人	31.2%	653人	21.8%	126人	4.2%	23人	0.8%
R1	2,986人	846人	28.3%	404人	13.5%	883人	29.6%	682人	22.8%	144人	4.8%	27人	0.9%
R2	2,389人	622人	26.0%	300人	12.6%	705人	29.5%	622人	26.0%	119人	5.0%	21人	0.9%
R3	2,628人	611人	23.2%	360人	13.7%	818人	31.1%	658人	25.0%	155人	5.9%	26人	1.0%
R4	2,635人	607人	23.0%	411人	15.6%	727人	27.6%	694人	26.3%	167人	6.3%	29人	1.1%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して  
重症化しやすいⅡ度高血圧以上の者の推移

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲		再Ⅲ度高血圧	割合
					再Ⅱ度高血圧	再掲					
						未治療	治療				
H29	3,056人	1,374人 45.0%	840人 27.5%	669人 21.9%	173人 5.7%	94人 54.3%	79人 45.7%			0.8%	5.7%
					24人 0.8%	11人 45.8%	13人 54.2%				
H30	2,992人	1,256人 42.0%	934人 31.2%	653人 21.8%	149人 5.0%	78人 52.3%	71人 47.7%			0.8%	5.0%
					23人 0.8%	13人 56.5%	10人 43.5%				
R1	2,986人	1,250人 41.9%	883人 29.6%	682人 22.8%	171人 5.7%	91人 53.2%	80人 46.8%			0.9%	5.7%
					27人 0.9%	16人 59.3%	11人 40.7%				
R2	2,389人	922人 38.6%	705人 29.5%	622人 26.0%	140人 5.9%	69人 49.3%	71人 50.7%			0.9%	5.9%
					21人 0.9%	8人 38.1%	13人 61.9%				
R3	2,628人	971人 36.9%	818人 31.1%	658人 25.0%	181人 6.9%	87人 48.1%	94人 51.9%			1.0%	6.9%
					26人 1.0%	13人 50.0%	13人 50.0%				
R4	2,635人	1,018人 38.6%	727人 27.6%	694人 26.3%	196人 7.4%	99人 50.5%	97人 49.5%			1.1%	7.4%
					29人 1.1%	16人 55.2%	13人 44.8%				

治療と未治療の状況

項目	年度	血圧測定者		正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		人数	割合	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	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A			
治療中	H29	1,228人	40.2%	238人	19.4%	192人	15.6%	382人	31.1%	337人	27.4%	66人	5.4%	13人	1.1%
	H30	1,214人	40.6%	239人	19.7%	172人	14.2%	424人	34.9%	308人	25.4%	61人	5.0%	10人	0.8%
	R1	1,249人	41.8%	235人	18.8%	195人	15.6%	397人	31.8%	342人	27.4%	69人	5.5%	11人	0.9%
	R2	1,047人	43.8%	173人	16.5%	129人	12.3%	342人	32.7%	332人	31.7%	58人	5.5%	13人	1.2%
	R3	1,163人	44.3%	178人	15.3%	162人	13.9%	379人	32.6%	350人	30.1%	81人	7.0%	13人	1.1%
	R4	1,192人	45.2%	186人	15.6%	201人	16.9%	328人	27.5%	380人	31.9%	84人	7.0%	13人	1.1%
治療なし	H29	1,828人	59.8%	662人	36.2%	282人	15.4%	458人	25.1%	332人	18.2%	83人	4.5%	11人	0.6%
	H30	1,778人	59.4%	633人	35.6%	212人	11.9%	510人	28.7%	345人	19.4%	65人	3.7%	13人	0.7%
	R1	1,737人	58.2%	611人	35.2%	209人	12.0%	486人	28.0%	340人	19.6%	75人	4.3%	16人	0.9%
	R2	1,342人	56.2%	449人	33.5%	171人	12.7%	363人	27.0%	290人	21.6%	61人	4.5%	8人	0.6%
	R3	1,465人	55.7%	433人	29.6%	198人	13.5%	439人	30.0%	308人	21.0%	74人	5.1%	13人	0.9%
	R4	1,443人	54.8%	421人	29.2%	210人	14.6%	399人	27.7%	314人	21.8%	83人	5.8%	16人	1.1%

出典:ヘルスサポートラボツール

参考資料8 HbA1cの年次比較

年度	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		合併症予防のための目標		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	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	3,042人	1,732人	56.9%	785人	25.8%	299人	9.8%	99人	3.3%	84人	2.8%	43人	1.4%	87人	2.9%	32人	1.1%		
H30	2,969人	1,371人	46.2%	991人	33.4%	367人	12.4%	136人	4.6%	65人	2.2%	39人	1.3%	61人	2.1%	30人	1.0%		
R1	2,968人	1,740人	58.6%	687人	23.1%	307人	10.3%	125人	4.2%	79人	2.7%	30人	1.0%	55人	1.9%	22人	0.7%		
R2	2,387人	1,253人	52.5%	635人	26.6%	300人	12.6%	102人	4.3%	82人	3.4%	15人	0.6%	42人	1.8%	9人	0.4%		
R3	2,627人	1,364人	51.9%	727人	27.7%	280人	10.7%	128人	4.9%	99人	3.8%	29人	1.1%	63人	2.4%	20人	0.8%		
R4	2,632人	1,406人	53.4%	703人	26.7%	291人	11.1%	115人	4.4%	86人	3.3%	31人	1.2%	60人	2.3%	22人	0.8%		

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

年度	HbA1c測定	5.5%以下	5.6%～5.9%	6.0%～6.4%	6.5%以上			再掲		再掲	
					再掲7.0%以上	未治療	治療	再掲	再掲		
											人数
H29	3,042人	1,732人 56.9%	785人 25.8%	299人 9.8%	226人 7.4%	75人 33.2%	151人 66.8%	127人 4.2%	35人 27.6%	92人 72.4%	7.4%
H30	2,969人	1,371人 46.2%	991人 33.4%	367人 12.4%	240人 8.1%	92人 38.3%	148人 61.7%	104人 3.5%	34人 32.7%	70人 67.3%	8.1%
R1	2,968人	1,740人 58.6%	687人 23.1%	307人 10.3%	234人 7.9%	78人 33.3%	156人 66.7%	109人 3.7%	33人 30.3%	76人 69.7%	7.9%
R2	2,387人	1,253人 52.5%	635人 26.6%	300人 12.6%	199人 8.3%	71人 35.7%	128人 64.3%	97人 4.1%	24人 24.7%	73人 75.3%	8.3%
R3	2,627人	1,364人 51.9%	727人 27.7%	280人 10.7%	256人 9.7%	83人 32.4%	173人 67.6%	128人 4.9%	34人 26.6%	94人 73.4%	9.7%
R4	2,632人	1,406人 53.4%	703人 26.7%	291人 11.1%	232人 8.8%	71人 30.6%	161人 69.4%	117人 4.4%	30人 25.6%	87人 74.4%	8.8%

治療と未治療の状況

年度	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		合併症予防のための目標		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	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	274人	9.0%	11人	4.0%	37人	13.5%	75人	27.4%	59人	21.5%	64人	23.4%	28人	10.2%	64人	23.4%	19人	6.9%
	H30	272人	9.2%	7人	2.6%	38人	14.0%	79人	29.0%	78人	28.7%	44人	16.2%	26人	9.6%	44人	16.2%	20人	7.4%
	R1	295人	9.9%	13人	4.4%	45人	15.3%	81人	27.5%	80人	27.1%	57人	19.3%	19人	6.4%	36人	12.2%	15人	5.1%
	R2	256人	10.7%	10人	3.9%	39人	15.2%	79人	30.9%	55人	21.5%	65人	25.4%	8人	3.1%	29人	11.3%	5人	2.0%
	R3	293人	11.2%	9人	3.1%	45人	15.4%	66人	22.5%	79人	27.0%	76人	25.9%	18人	6.1%	43人	14.7%	11人	3.8%
R4	281人	10.7%	13人	4.6%	34人	12.1%	73人	26.0%	74人	26.3%	63人	22.4%	24人	8.5%	48人	17.1%	17人	6.0%	
治療なし	H29	2,768人	91.0%	1,721人	62.2%	748人	27.0%	224人	8.1%	40人	1.4%	20人	0.7%	15人	0.5%	23人	0.8%	13人	0.5%
	H30	2,697人	90.8%	1,364人	50.6%	953人	35.3%	288人	10.7%	58人	2.2%	21人	0.8%	13人	0.5%	17人	0.6%	10人	0.4%
	R1	2,673人	90.1%	1,727人	64.6%	642人	24.0%	226人	8.5%	45人	1.7%	22人	0.8%	11人	0.4%	19人	0.7%	7人	0.3%
	R2	2,131人	89.3%	1,243人	58.3%	596人	28.0%	221人	10.4%	47人	2.2%	17人	0.8%	7人	0.3%	13人	0.6%	4人	0.2%
	R3	2,334人	88.8%	1,355人	58.1%	682人	29.2%	214人	9.2%	49人	2.1%	23人	1.0%	11人	0.5%	20人	0.9%	9人	0.4%
R4	2,351人	89.3%	1,393人	59.3%	669人	28.5%	218人	9.3%	41人	1.7%	23人	1.0%	7人	0.3%	12人	0.5%	5人	0.2%	

出典：ヘルスサポートラボツール

参考資料9 LDLコレステロールの年次比較

項目	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120mg/dl未満		120mg/dl～139mg/dl		140mg/dl～159mg/dl		160mg/dl～179mg/dl		180mg/dl以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	3,056人	1,483人	48.5%	781人	25.6%	489人	16.0%	211人	6.9%	92人	3.0%
	H30	2,992人	1,444人	48.3%	714人	23.9%	500人	16.7%	215人	7.2%	119人	4.0%
	R1	2,986人	1,489人	49.9%	736人	24.6%	466人	15.6%	209人	7.0%	86人	2.9%
	R2	2,389人	1,099人	46.0%	612人	25.6%	405人	17.0%	184人	7.7%	89人	3.7%
	R3	2,628人	1,222人	46.5%	662人	25.2%	466人	17.7%	201人	7.6%	77人	2.9%
	R4	2,635人	1,267人	48.1%	662人	25.1%	434人	16.5%	193人	7.3%	79人	3.0%
男性	H29	1,392人	754人	54.2%	332人	23.9%	203人	14.6%	73人	5.2%	30人	2.2%
	H30	1,374人	736人	53.6%	320人	23.3%	191人	13.9%	84人	6.1%	43人	3.1%
	R1	1,389人	764人	55.0%	302人	21.7%	210人	15.1%	77人	5.5%	36人	2.6%
	R2	1,155人	595人	51.5%	277人	24.0%	164人	14.2%	79人	6.8%	40人	3.5%
	R3	1,256人	669人	53.3%	292人	23.2%	189人	15.0%	76人	6.1%	30人	2.4%
	R4	1,263人	701人	55.5%	292人	23.1%	161人	12.7%	80人	6.3%	29人	2.3%
女性	H29	1,664人	729人	43.8%	449人	27.0%	286人	17.2%	138人	8.3%	62人	3.7%
	H30	1,618人	708人	43.8%	394人	24.4%	309人	19.1%	131人	8.1%	76人	4.7%
	R1	1,597人	725人	45.4%	434人	27.2%	256人	16.0%	132人	8.3%	50人	3.1%
	R2	1,234人	504人	40.8%	335人	27.1%	241人	19.5%	105人	8.5%	49人	4.0%
	R3	1,372人	553人	40.3%	370人	27.0%	277人	20.2%	125人	9.1%	47人	3.4%
	R4	1,372人	566人	41.3%	370人	27.0%	273人	19.9%	113人	8.2%	50人	3.6%

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以上の者の推移**

年度	健診受診者	120mg/dl未満	120mg/dl～139mg/dl	140mg/dl～159mg/dl	160mg/dl以上	再掲		再掲	再掲	再掲	再掲	再掲
						再180mg/dl以上	未治療					
H29	3,056人	1,483人 48.5%	781人 25.6%	489人 16.0%	303人 9.9%	270人 89.1%	33人 10.9%	9.9%				
					92人 3.0%	81人 88.0%	11人 12.0%	3.0%				
H30	2,992人	1,444人 48.3%	714人 23.9%	500人 16.7%	334人 11.2%	301人 90.1%	33人 9.9%	11.2%				
					119人 4.0%	108人 90.8%	11人 9.2%	4.0%				
R1	2,986人	1,489人 49.9%	736人 24.6%	466人 15.6%	295人 9.9%	264人 89.5%	31人 10.5%	9.9%				
					86人 2.9%	79人 91.9%	7人 8.1%	2.9%				
R2	2,389人	1,099人 46.0%	612人 25.6%	405人 17.0%	273人 11.4%	232人 85.0%	41人 15.0%	11.4%				
					89人 3.7%	72人 80.9%	17人 19.1%	3.7%				
R3	2,628人	1,222人 46.5%	662人 25.2%	466人 17.7%	278人 10.6%	249人 89.6%	29人 10.4%	10.6%				
					77人 2.9%	70人 90.9%	7人 9.1%	2.9%				
R4	2,635人	1,267人 48.1%	662人 25.1%	434人 16.5%	272人 10.3%	242人 89.0%	30人 11.0%	10.3%				
					79人 3.0%	72人 91.1%	7人 8.9%	3.0%				

治療と未治療の状況

項目	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		20mg/dl未満		120mg/dl～139mg/dl		140mg/dl～159mg/dl		160mg/dl～179mg/dl		180mg/dl以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	539人	17.6%	320人	59.4%	127人	23.6%	59人	10.9%	22人	4.1%	11人	2.0%
	H30	567人	19.0%	326人	57.5%	140人	24.7%	68人	12.0%	22人	3.9%	11人	1.9%
	R1	613人	20.5%	384人	62.6%	140人	22.8%	58人	9.5%	24人	3.9%	7人	1.1%
	R2	559人	23.4%	323人	57.8%	132人	23.6%	63人	11.3%	24人	4.3%	17人	3.0%
	R3	562人	21.4%	329人	58.5%	134人	23.8%	70人	12.5%	22人	3.9%	7人	1.2%
	R4	581人	22.0%	358人	61.6%	124人	21.3%	69人	11.9%	23人	4.0%	7人	1.2%
治療なし	H29	2,517人	82.4%	1,163人	46.2%	654人	26.0%	430人	17.1%	189人	7.5%	81人	3.2%
	H30	2,425人	81.0%	1,118人	46.1%	574人	23.7%	432人	17.8%	193人	8.0%	108人	4.5%
	R1	2,373人	79.5%	1,105人	46.6%	596人	25.1%	408人	17.2%	185人	7.8%	79人	3.3%
	R2	1,830人	76.6%	776人	42.4%	480人	26.2%	342人	18.7%	160人	8.7%	72人	3.9%
	R3	2,066人	78.6%	893人	43.2%	528人	25.6%	396人	19.2%	179人	8.7%	70人	3.4%
	R4	2,054人	78.0%	909人	44.3%	538人	26.2%	365人	17.8%	170人	8.3%	72人	3.5%

平川市国民健康保険第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

発行年月：令和6年(2024年)3月

発行者：平川市

〒036-0104 青森県平川市柏木町藤山25番地6

TEL 0172-44-1111（代表） FAX 0172-44-8619

URL <http://www.city.hirakawa.lg.jp>

編集：財政部税務課・健康福祉部子育て健康課

この印刷物は80部作成し、印刷経費は1部あたり755.7円（税込）です。