藤崎町国民健康保険

第３期保健事業実施計画（データヘルス計画）
第４期特定健康診査等実施計画

（令和６年度～令和 11 年度）

令和６年３月
藤　崎　町

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 ‥‥‥

(4) 医療機関との適切な連携
(5) 代行機関
(6) 特定健診の案内方法・実施スケジュール
5．特定保健指導の実施 ･･･ 45
(1) 特定健診から特定保健指導実施の流れ
(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法
(3) 生活習慣病予防のための特定健診・特定保健指導の年間実施スケジュール
6．個人情報の保護 ･･･ 48
(1) 基本的な考え方
(2) 特定健診・特定保健指導の記録管理・保存期間について
7．結果の報告 ･･･ 48
8．特定健診等実施計画の公表・周知 ･････････････････････････････････ 48

第４章　課題解決に向けた個別保健事業 ･････････････････････････････49
1．保健事業の方向性 ･･ 49
2．重症化予防の取組 ･･ 49
(1) 糖尿病性腎症重症化予防
(2) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
(3) 虚血性心疾患重症化予防
(4) 脳血管疾患重症化予防
3．高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 ･････････････････････････ 77
(1) 基本的な考え方
(2) 事業の実施
4．ジェネリック医薬品の使用割合･･････････････････････････････････ 79
5．発症予防 ･･ 79
(1) 一般健康診査の実施
(2) 喫煙対策
6．ポピュレーションアプローチ ･･････････････････････････････････ 82
7．地域包括ケアの取組 ･･ 83

第５章　第３期データヘルス計画の評価・見直し ･････････････････85
１．評価の時期 ･･･ 85
２．評価方法・体制 ･･･ 85

第６章　データヘルス計画の公表・周知及び個人情報の取扱い ･････86
１．データヘルス計画の公表・周知 ･････････････････････････････ 86
２．個人情報の取扱い ･･･ 86

参考資料 ･･･87

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

現在、特定健康診査（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化が進展し、国保データベースシステム※1（以下「ＫＤＢシステム」という。）等の整備により、保険者がこれまで蓄積された健康や医療に関する情報を活用して、被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤の整備が進んでいます。

こうした中で、『日本再興戦略※2』（平成25年６月14日に閣議決定）において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画としてデータヘルス計画の作成・公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。

また、平成 26 年３月、『国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針』（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）において、市町村国保は、健康・医療情報を活用してＰＤＣＡサイクル※3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（データヘルス計画）（以下「データヘルス計画」という。）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。

さらにその後、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ったほか、令和２年７月に閣議決定された『経済財政運営と改革の基本方針 2020（骨太方針 2020）※4』において、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和４年 12 月には経済財政諮問会議における『新経済・財政再生計画 改革工程表※5 2022』において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なＫＰＩの設定を推進する。」と示されました。

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

当町ではこうした国の動きや当町の健康課題等を踏まえ、保健事業を引き続き実施するにあたり、国指針に基づいて「第３期データヘルス計画」を策定します。

※1　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を指します。

※2　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を指します。（平成 25 年６月 14 日閣議決定）

※3　ＰＤＣＡサイクル：Ｐlan（計画）→Ｄo（実施）→Ｃheck（評価）→Ａction（改善）の工程を循環させ、業務の改善に取り組むことです。

※4　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です。

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

２．計画の位置付けと基本的な考え方

第３期における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、特定健診等の結果や、レセプト等データの健康・医療情報を活用して、ＰＤＣＡサイクルに沿って運用するものです。

データヘルス計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、青森県の策定する『健康増進計画』や『医療費適正化計画』、『介護保険事業支援計画』、『国民健康保険運営方針』、『特定健康診査等実施計画』、『保健医療計画』や、青森県後期高齢者医療広域連合（以下「青森県後期連合」という。）が策定する『後期高齢者医療データヘルス計画』、当町の策定する『健康増進計画』、『介護保険事業計画』、『国民健康保険事業計画』等とともに、関連する各種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、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、データヘルス計画の対象者は、町の国民健康保険（以下「国保」という。）の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）※6』（以下「プログラム」という。）は、『高齢者の医療の確保に関する法律』（以下「高確法」という）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特定健診・特定保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、関係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、基本的にプログラムに準じた保健事業の展開が求められています。（図表２・３・４・５）

以上の内容を踏まえつつ、ＫＤＢシステムを活用して特定健診結果（以下「健診結果」という。）やレセプト等、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保被保険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。

※6　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では予防が不可能なものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことにより、第３期データヘルス計画においては、第２期同様に虚血性心疾患を予防の対象疾患とします。また、糖尿病合併症である細小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病性腎症に着目します。

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

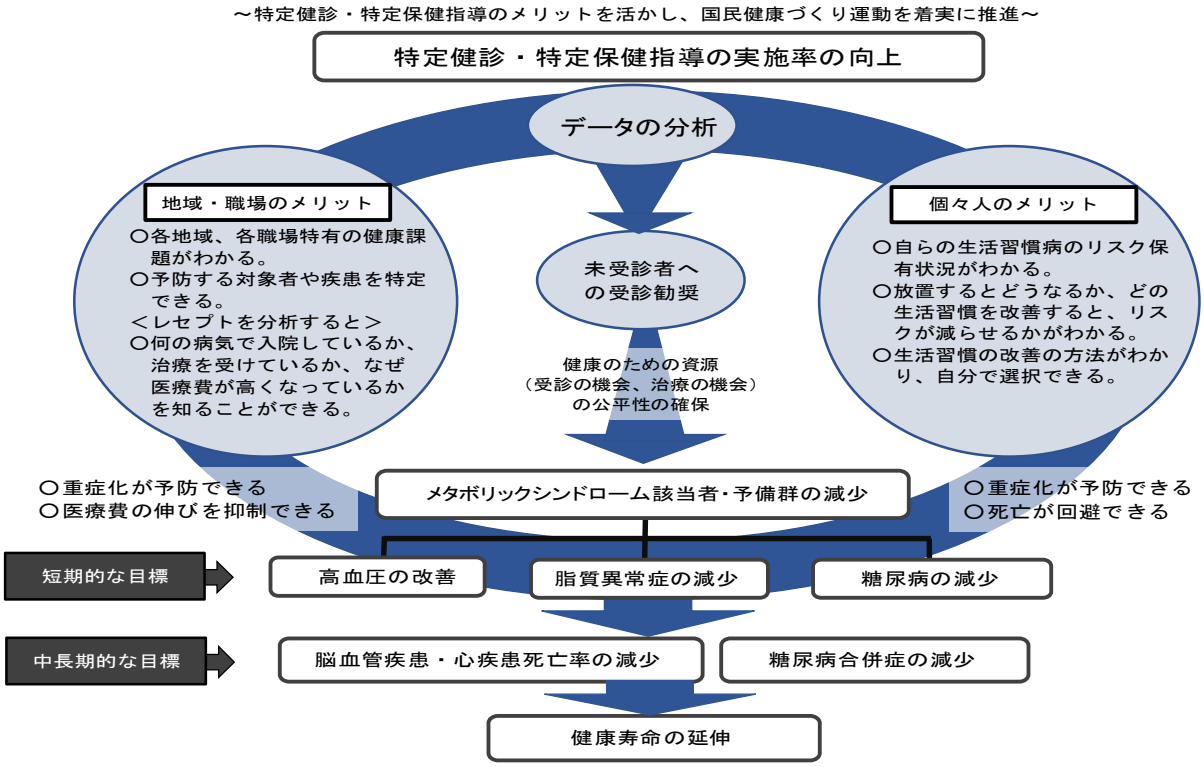
	健康増進計画	データヘルス計画 （保健事業実施計画）	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	保健医療計画 （地域医療構想含む）	介護保険事業 （支援）計画
	※健康増進事業実施者 とは　健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法等の規定により健康増進事業を行う者					
法律	健康増進法 第８条、第９条 第６条　健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法　第82条 健康保険法　第150条 高齢者の医療の確保に関する法律　第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第９条	医療法　第30条	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の基本的な方針	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方針	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とより実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用しＰＤＣＡサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健康診査の効果的かつ効率的な実施のための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持・医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通じ、地域で切れ目のない医療の提供、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援 ・重度化防止
対象年齢	ライフステージ （乳幼児期、青壮年期、高齢期） ライフコースアプローチ （胎児期から老齢期まで継時的）	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康的な生活習慣づくりにも配慮	40～74歳	すべて	すべて	1号被保険者　65歳以上 2号被保険者　40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿病の合併症 （糖尿病性腎症） 循環器病　高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿病性腎症 高　血　圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿性病腎症 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 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖　尿　病 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 中長期の目標／短期的目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期的目標／短期的目標の設定 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＞ 特定健診受診率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリックシンドローム該当者・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 ・メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進 （医療の効率的な提供の推進） ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的な活用 ・医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	①５疾病・６事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 （地域の実状に応じて設定） ６事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療	①ＰＤＣＡサイクルを活用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：青森県国保連）による計画作成支援 保険者努力支援制度（事業費・事業費連動分）交付金		保険者協議会(事務局：県、青森県国保連）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

出典：ヘルスサポートラボ

図表２　特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

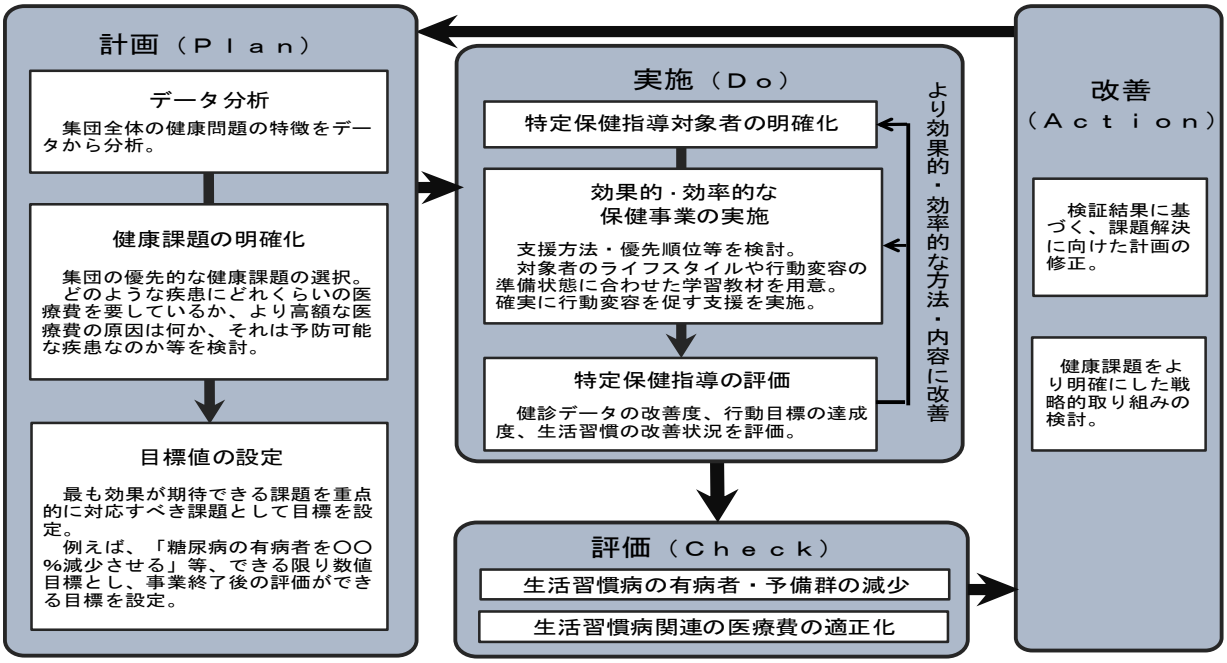
プログラムにおいては、特定健診データ等の客観的指標を用いて特定保健指導の成果を評価できるものを主な対象としています。

またデータ分析を行うことにより、解決すべき課題や取組を明確化し、課題解決に向けた取組を実施していくことにより、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとすることにつなげていきます。



出典：プログラム【令和６年度版】　図-1（一部改変）

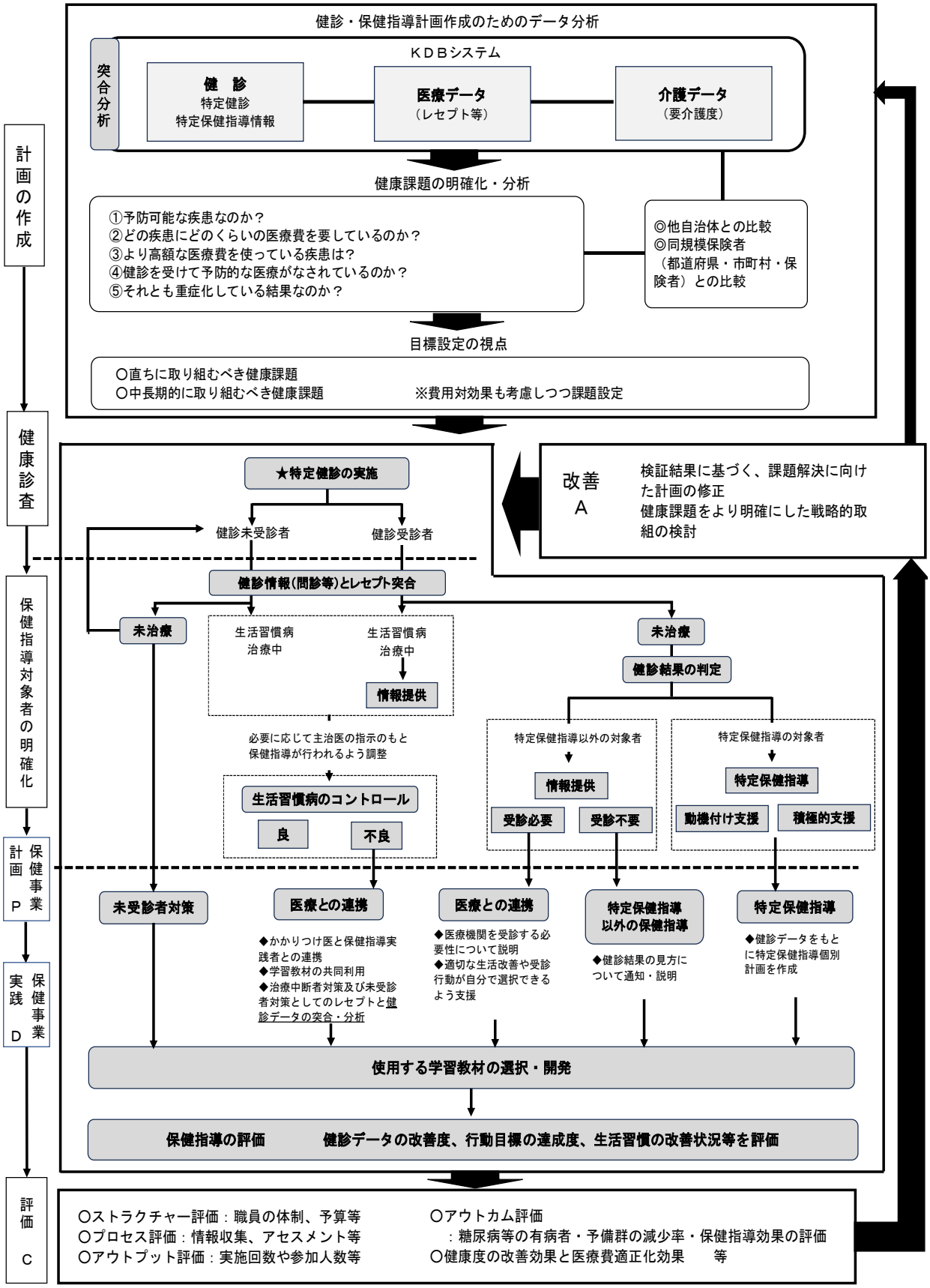
図表３　保健事業（特定健診・特定保健指導）のＰＤＣＡサイクル



プログラム【令和６年度版】　図-３（一部改変）

図表４　生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ（一部改変）

生活習慣病予防に向けた具体的な実践の流れをイメージ図にまとめたものとなります。



出典：プログラム、厚生労働省様式５－５参考

図表５　プログラム（平成 30 年度版）における基本的な考え方（一部改変）

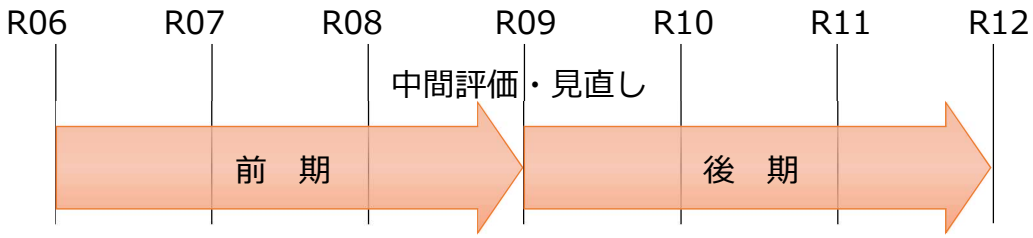
内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための特定健診・特定保健指導の基本的な考えを整理した図となります。令和６年度版のプログラムからは削除されましたが、基本的な考え方であることから参考として掲示します。

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

出典：プログラム、厚生労働省様式５－５参考

３．計画期間

第３期データヘルス計画の対象期間は、令和６年度から令和 11 年度までの６年間とし、令和６年度から令和８年度までを前期、令和９年度から令和 11 年度を後期として、前期終了後に中間評価を実施します。



＜参考＞計画期間の根拠について

計画期間については、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、『国保事業の実施計画（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、特定健診等実施計画、医療費適正化計画や医療計画とが６年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

４．関係者が果たすべき役割と連携

(1) 市町村国保の役割

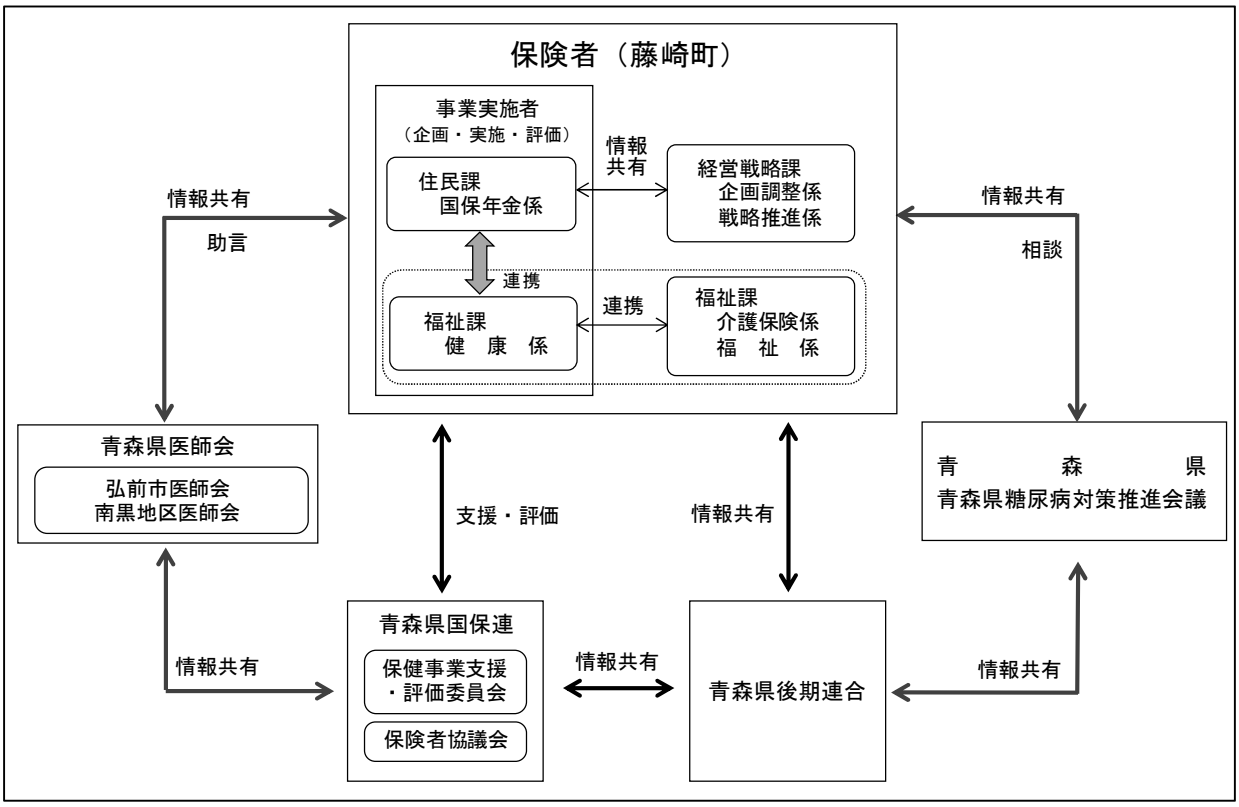
データヘルス計画は、被保険者の健康の保持増進に向け、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村が一体となって策定等を進める必要があります。

またデータヘルス計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施することにより、個別の保健事業の評価や計画の評価を行い、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させる必要があります。

具体的には、国保部局である住民課、保健衛生部局・福祉部局・介護保険部局である福祉課、企画部局である経営戦略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・係内の業務をマニュアル化するなどにより、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　当町における実施体制図



町実施体制図

図表７　保健事業体制と主な保健事業の分担　　◎：主担、○：副担

	保健師（国保部局）	保健師（保健衛生部局）	管理栄養士	事　務（国保部局）	事　務（保健衛生部局）
国保事務	○			◎	
特定健診	◎			◎	◎
保健指導	◎	◎	○		
がん検診					◎
新型コロナワクチン					◎
予防接種		◎			◎
母子保健	○	◎	○		○
精神保健	○	◎			
歯科保健		◎			◎

町保健事業実施体制と主な保健事業分担

(2) 関係機関との連携

データヘルス計画の実効性を高めるためには、計画策定の過程において関係機関との連携・協力が重要となります。

そのため計画策定を進めるにあたっては、共同保険者である青森県のほか、青森県国民健康保険団体連合会（以下「青森県国保連」という。）や地域の医療機関等の社会資源等と連携・協力を図ります。

当町においては、健康づくり推進協議会等の場を活用し、地域の保健医療関係者との意見交換や情報共有を日常的に行うことで連携に努めます。

また青森県は、市町村国保の財政運営の責任主体となり、共同保険者となることから、市町村国保の保険者機能の強化については、青森県の関与が更に重要と言えます。

青森県国保部局からは保健・医療・介護に関する情報及び青森県糖尿病対策推進会議における提言等の情報を提供いただくとともに、計画素案に係る意見交換を依頼するほか、青森県保健衛生部局では、健康づくり分野を担っており、第２期及び第３期データヘルス計画の趣旨と共通して推進している施策もあるため、県全体の体制整備や基盤づくりの推進、情報等の提供など、連携・協力を図っていきます。

特に弘前保健所とは、業務連絡会議等においての主要事業や健康課題の情報共有などの連携・協力を図るほか、個別保健事業を効果的に展開する上で、間接的な保険者支援の役割を担っていただきます。

さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、青森県が青森県医師会等との連携を推進することが重要となります。

青森県と青森県国保連は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、当町は両者による積極的な連携が図られるよう、お互いの橋渡しの役割を担います。

青森県国保連及び国民健康保険中央会においては、青森県と共同で事務局を務

める青森県保険者協議会主催の研修会の企画・開催のほか、青森県国保連で実施するＫＤＢシステム操作説明会や各種提供ツール、データの提供による技術的支援の役割を担っていただきます。

青森県後期連合においては、『高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業』を受託することにより、事業実施に係る連携・協力のほか、保健事業での情報提供支援の役割を担っていただきます。

(3) 被保険者の役割

データヘルス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、被保険者が自らの健康の保持増進の大切さをよく理解し、主体的かつ積極的に取り組むことが重要です。

そのため計画策定にあたっては、当町国保運営協議会委員に被保険者として参画を得たうえで、意見・情報等の交換を行ってきました。

５．保険者努力支援制度

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指標の設定とその達成状況に応じたインセンティブ※7の取組等に対する交付金制度（取組評価分）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）

この制度に加え、令和２年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付される制度が創設されました。

これと同様に国から青森県に交付される「事業費連動分」は、県内市町村に対する保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、予防･健康づくりの取り組みを抜本的に後押しする交付金として、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ます。

※7　インセンティブ：人の行動・意思決定を促す動機・励みを意味する言葉です。報奨金・景品としての意味でも使われます。

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		令和４年度		令和５年度	
				配点		配点		配点
藤崎町の全国順位(1,741市町村中)			164 位		316 位		313 位	
共通の指標	①	(1)特定健診受診率	125	70	115	70	115	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタボリックシンドローム※8該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率	20	40	20	40	15	40
		(2)歯科検診受診率		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	110	90	60	45	65	45
		(2)個人へのわ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	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料（税）の収納率	0	100	5	100	30	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	20	30	35	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	40	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	78	95	54	100	67	100
合計点			708	1,000	664	960	652	940

出典：保険者努力支援制度（事業費連動分）抜粋（厚生労働省）

※8　メタボリックシンドローム：内臓脂肪型肥満をきっかけに脂質異常・高血糖・高血圧となる状態のこと。運動不足・食べ過ぎなどの積み重ねが原因であることが多く、生活習慣の改善によって将来的に重篤な病気の予防に繋がります。

第２章　第２期データヘルス計画の考察及び第３期データヘルス計画における健康課題の明確化

１．保険者の特性

当町の人口は約１万５千人と年々減少傾向にあるものの、高齢化率※9は令和２年度国勢調査の結果においては32.9%となっています。

同規模※10・県と比較すると高齢者の割合は比較的低く、被保険者の平均年齢も54.4歳と同規模・県と比べて若いこともあり、比較的出生率が高い状況にあります。

平均寿命は男性79.9歳、女性86.2歳と、年々伸びてはいるものの、国・県と比較しても下回っているほか、標準化死亡比※11（全死因）では、男性115.2、女性103.1と基準となる100を上回っていることから、死亡率が高いと言えます。(図表９・10)

産業別に見ると、水稲栽培やりんご等の果樹生産が中心であり、農業従事者が多いことから第１次産業従事者の割合が 24.1%と、同規模と比較しても著しく高く、第３次産業従事者は比較的低い状況にあります。(図表11)

国保加入率は 25.1%ですが、加入率及び被保険者数は被用者保険の拡大等によって年々減少傾向にあり、その年齢構成については65～74歳の前期高齢者が全体の約40%を占めています。(図表12)

財政指数※12が同規模・県・国よりも下回っていることから、財政力は低めの状況にあります。

図表９　平均寿命

		平成12年	平成17年	平成22年	平成27年	令和２年
藤崎町	男	75.7 歳	75.6 歳	77.5 歳	78.5 歳	79.9 歳
	女	83.4 歳	85.0 歳	86.4 歳	85.4 歳	86.2 歳
県	男	75.7 歳	76.3 歳	77.3 歳	78.7 歳	79.3 歳
	女	83.7 歳	84.8 歳	85.3 歳	85.9 歳	86.3 歳
国	男	77.7 歳	78.8 歳	79.6 歳	80.8 歳	81.5 歳
	女	84.6 歳	85.8 歳	86.4 歳	87.0 歳	87.6 歳

出典：市町村別生命表

図表10　標準化死亡比（ＳＭＲ）

青森県	全死因		脳血管疾患		心疾患（高血圧を除く）		腎不全		悪性新生物	
	藤崎町	青森県	藤崎町	青森県	藤崎町	青森県	藤崎町	青森県	藤崎町	青森県
男性	115.2	111.1	107.1	113.8	108.4	110.3	150.5	130.8	115.2	110.8
女性	103.1	103.4	64.5	100.1	100.9	98.2	86.1	110.1	121.0	107.1

出典：青森県保健統計年報

※9　高齢化率：全人口に占める65歳以上の人口の割合です。
※10　同規模：ＫＤＢシステムに定義される「人口が同規模程度の保険者」を指し、同規模自治体は249町の平均値を表します。
※11　標準化死亡比：基準死亡率（人口10万対死亡数）を対象地域に当てはめた場合、計算で求められる想定死亡数と実際の死亡数とを比較するもの。全国平均を100とし、100以上の場合は死亡率が高く、100以下の場合は死亡率が低いと判断します。
※12　財政指数：地方公共団体の財政力を示す指数で、基準財政収入額を基盤財政需要額で除した数値の過去３年間の平均値です。財政指数が高いほど、普通交付税算定上の留保財源が大きいことになり、余裕があると言えます。

図表 11　同規模・県・国と比較した当町の特性

	人口（人）	高齢化率（%）	被保険者数（加入率）	被保険者平均年齢（歳）	出生率（人口千対）	死亡率（人口千対）	財政指数	第１次産業	第２次産業	第３次産業
藤崎町	14,566	32.9	3,653 (25.1)	54.4	6.7	14.6	0.3	24.1	19.6	56.3
同規模	―	36.9	24.3	55.8	5.3	15.7	0.4	13.4	27.1	59.5
県	―	33.9	22.7	55.8	5.6	14.7	0.4	12.4	20.4	67.2
国	―	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：ＫＤＢシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 12　国保の加入状況

	平成 30 年度		令和元年度		令和２年度		令和３年度		令和４年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	4,066		3,940		3,946		3,803		3,654	
65～74 歳	1,586	39.0	1,573	39.9	1,650	41.8	1,634	43.0	1,572	43.0
40～64 歳	1,552	38.2	1,500	38.1	1,467	37.2	1,385	36.4	1,341	36.7
39 歳以下	928	22.8	867	22.0	829	21.0	784	20.6	740	20.3
加入率	26.8		26.0		26.0		25.1		25.1	

出典：ＫＤＢシステム帳票　地域の全体像の把握

医療の状況においては、町内に１病院、８診療所があり、病院数は同規模・県と同等の水準であり、診療所は同規模・県と比較して少ない状況にあります。（図表 13）

令和元年度までは、同規模・県と同程度であった外来患者数が、令和２年度から令和４年度にかけて、急激に減少しています。

これは新型コロナウイルス感染症の感染拡大による受診控えの影響が、減少の要因の一つとして推測されます。

図表 13　医療の状況（被保険者千人あたり）

	平成 30 年度		令和元年度		令和２年度		令和３年度		令和４年度		参考	
											同規模	県
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
病院数	1	0.2	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	0.3	0.3
診療所数	8	2.0	8	2.0	8	2.0	8	2.1	8	2.2	2.7	3.1
病床数	149	36.6	149	37.8	149	37.8	149	39.2	149	40.8	40.8	61.5
医師数	21	5.2	16	5.3	16	4.1	16	4.2	19	5.2	5.0	10.0
外来患者数	718.5		722.4		668.5		679.3		676.6		708.1	724.7
入院患者数	19.0		17.9		16.6		16.6		15.6		22.2	17.8

出典：ＫＤＢシステム帳票　地域の全体像の把握

町の地域資源として、町健康推進員や町食生活改善推進員等が存在するため、地域の健康づくりやバランスのとれた食生活を支える団体等と連携し、日常生活や町内イベントにおいて、被保険者の健康の保持増進に向けた活動を展開します。

また、町内会単位や町食産業創造拠点施設への出品者・出荷者、各種団体等を対象に栄養教室や高血圧対策として食環境改善対策教室等の開催により、地域全体で取り組む健康づくりを更に進めます。

さらには民間企業と連携し、町イベントにおける特定健診の重要性の周知を図るなど、健康づくり意識高揚の啓発を促進します。

２．第２期データヘルス計画の評価及び考察

(1) 第２期データヘルス計画の評価

第２期データヘルス計画において、目標の設定を以下の２つに分類しました。

１つ目は短期的な目標として、年度ごとに目標達成が必要な疾患であるメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させるため、糖尿病の減少、高血圧の改善、脂質異常症※13 の減少を設定するとともに、少しでも多くの被保険者を対象とするべく、特定健診の受診率向上・特定保健指導実施率の向上を設定しました。

２つ目は計画最終年度までに達成を目指す中長期的な目標として、社会保障費（医療費・介護費）が高額となる疾患、６か月以上の長期入院における疾患として脳血管疾患※14、虚血性心疾患※15、また人工透析が必要となる糖尿病性腎症※16 の減少をそれぞれ設定しました。

ア．中長期的目標疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症）の達成状況

(ｱ) 介護給付費の状況

当町の令和４年度の要介護認定者は、第２号（40～64 歳）被保険者が 14 人（認定率 0.28%）で、同規模・県・国と比較すると低く、第１号（65 歳以上）被保険者は 913 人（認定率 19.0%）と同規模・県と比較すると高い状況にありますが、平成 30 年度と比較すると認定率は減少しています。（図表 14）

団塊の世代が後期高齢者医療制度へ移行していることから、75 歳以上の認定者数が微増しているものの、介護給付費は約 15.5 億円で横ばいとなっています。（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、どの年代においても脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）が上位を占めており、第１号、第２号被保険者ともに 40%以上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、40～64 歳で 60%、全年齢では 90%以上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）

※13　脂質異常症：ＬＤＬコレステロール（悪玉）や血液中の中性脂肪が必要以上に増えるか、ＨＤＬコレステロール（善玉）が減った状態のことを言います。

※14　脳血管疾患：脳の血管トラブルによって、脳細胞が破壊される病気の総称。一般的に脳卒中と称されます。

※15　虚血性心疾患：動脈硬化や血栓で心臓の血管が狭くなり、心臓に酸素・栄養が行き渡らず、運動やストレスで胸の痛みや圧迫感といった症状が生じる病気で、一般的に心筋梗塞や狭心症を指します。

※16　糖尿病性腎症：糖尿病で高血糖の状態が長く続くと、組織の蛋白質に血液中のブドウ糖が結合した物質が増え、全身の小さな血管が詰まったり破れたりします。腎臓の濾過装置である糸球体は細かい血管が多く、詰まったり破れたりすることにより、腎機能が低下した状態を言います。

図表 14　要介護認定者（率）の状況

	藤　崎　町				同規模	県	国
	平成 30 年度		令和４年度		令和４年度		
高齢化率	4,628 人	30.5%	4,797 人	32.9%	36.9%	33.9%	28.7%
２号認定者	24 人	0.46%	14 人	0.28%	0.38%	0.47%	0.38%
新規認定者	７人		４人		－	－	－
１号認定者	901 人	19.5%	913 人	19.0%	18.6%	18.5%	19.4%
新規認定者	116 人		131 人		－	－	－
再掲 65～74 歳	105 人	5.0%	102 人	4.7%	－	－	－
再掲 新規認定者	24 人		18 人		－	－	
再掲 75 歳以上	796 人	31.3%	811 人	32.4%	－	－	－
再掲 新規認定者	92 人		113 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

	藤　崎　町		同規模	県	国
	平成 30 年度	令和４年度	令和４年度		
保険給付費	15 億 5,656 万円	15 億 5,355 万円	－	－	－
一人あたり給付費	336,335 円	323,858 円	303,361 円	324,668 円	290,668 円
１件あたり給付費(全体)	79,416 円	81,852 円	72,528 円	72,200 円	59,662 円
居宅サービス	56,177 円	58,364 円	44,391 円	51,854 円	41,272 円
施設サービス	285,645 円	296,502 円	291,231 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				40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
介護件数（全体）				14		102		811		913		927	
再）国保・後期高齢者				5		80		811		891		896	
有病状況（レセプトの診断名より重複して計上）	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	2 40.0%	脳卒中	39 48.8%	脳卒中	299 41.4%	脳卒中	338 42.1%	脳卒中	340 42.1%
			2	虚血性心疾患	0 0.0%	虚血性心疾患	20 25.0%	虚血性心疾患	230 31.9%	虚血性心疾患	250 31.2%	虚血性心疾患	250 31.0%
			3	腎不全	0 0.0%	腎不全	12 15.0%	腎不全	141 19.5%	腎不全	153 19.1%	腎不全	153 19.0%
		合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	14 17.5%	糖尿病合併症	127 17.6%	糖尿病合併症	141 17.6%	糖尿病合併症	141 17.5%
		基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）			3 60.0%	基礎疾患	73 91.3%	基礎疾患	686 95.0%	基礎疾患	759 94.6%	基礎疾患	762 94.4%
		血管疾患合計			3 60.0%	合計	75 93.8%	合計	694 96.1%	合計	769 95.9%	合計	772 95.7%
	認知症			認知症	0 0.0%	認知症	17 21.3%	認知症	409 56.6%	認知症	426 53.1%	認知症	426 52.8%
	筋・骨格疾患			筋骨格系	4 80.0%	筋骨格系	63 78.8%	筋骨格系	691 95.7%	筋骨格系	754 94.0%	筋骨格系	758 93.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

(ｲ) 医療費の状況

当町における令和４年度の総医療費は、平成 30 年度と比較すると、国保被保険者の減少に伴い、約１億３千万円減少しています。

また令和４年度における一人あたり医療費は、県平均・国平均より低い状況にあり、同規模保険者と比べると約６万円低くなっていますが、平成 30 年度との比較では横ばいの状況と言えます。

その一方で令和４年度における入院医療費は、全体のレセプト等のわずか約 2.3%にも関わらず、医療費全体の約 37%を占めています。

令和４年度における１件あたりの入院医療費は平成 30 年度と比較して約６万円高くなっていることから、医療技術の高度化が影響していると想定されます。(図表 17)

また令和２年度における年齢調整後の地域差指数※17 を見ると、全国平均の１をやや下回る 0.9 であり、全国 39 位の県平均よりも低く、特に国保においては入院の地域差指数が平成 30 年度よりも低下しています。

また、後期高齢者では令和２年度の入院給付費は平成 30 年度よりも低下しているものの、県平均よりも高い傾向にあります。

後期高齢者における医療費は入院が主要因であり、入院を抑制するには、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注力していく必要があります。(図表 18)

図表 17　医療費の推移

			藤　崎　町		同規模	県	国
			平成 30 年度	令和４年度	令和４年度		
被保険者数			4,066 人	3,653 人	－	－	－
前期高齢者割合				1,572 人 (43.0%)	－	－	－
総医療費			13 億 65 万円	11 億 6,820 万円	－	－	－
一人あたり医療費			319,885 円	319,792 円 県内 35 位 同規模 136 位	378,542 円	348,845 円	339,680 円
入院	1 件あたり費用額※18		560,620 円	621,270 円	592,330 円	607,000 円	617,950 円
入院		費用の割合	40.9%	37.0%	43.0%	38.2%	39.6%
入院		件数の割合	2.6%	2.3%	3.0%	2.4%	2.5%
外来	1 件あたり費用額		21,420 円	24,360 円	24,690 円	24,180 円	24,220 円
外来		費用の割合	59.1%	63.0%	61.8%	61.8%	60.4%
外来		件数の割合	97.4%	97.7%	97.6%	97.6%	97.5%
受診率			737.549%	692.182%	730.302	742.531	705.439

出典：ＫＤＢシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（同規模同規模自治体は 249 町）

※17　地域差指数：医療費の地域差を表す指標であり、一人あたりの医療費について、全国平均を１として指数化したものです。
※18　費用額：審査月に原審査で決定された額で、保険給付費、公費負担額、利用者負担額の合計額です。

図表 18　一人あたり（年齢調整後）地域差指数の推移

年度		国保			後期高齢者医療		
		藤崎町(県内市町村中)		県(全国中)	藤崎町(県内市町村中)		県(全国中)
		平成30年度	令和２年度	令和２年度	平成30年度	令和２年度	令和２年度
地域差指数・順位	全体	0.979	0.937	0.959	0.853	0.836	0.853
		12位	24位	39位	11位	16位	45位
	入院	0.990	0.874	0.935	0.850	0.838	0.802
		11位	28位	38位	９位	12位	44位
	外来	0.985	0.994	0.993	0.884	0.859	0.932
		18位	19位	28位	22位	23位	35位

出典：厚生労働省「地域差分析」

(ｳ) 中長期的目標疾患における医療費の変化

令和４年度における中長期的目標である脳疾患、心疾患、腎疾患における総医療費に占める医療費合計の割合については、平成30年度と比較すると減少しています。

特に令和４年度の脳血管疾患については、平成30年度よりも6.45%と大幅に低減されたものの、同規模・県・国と比較するといまだに高い数値となっています。(図表19)

また、令和４年度における総医療費に占める人工透析に至っていない慢性腎不全の割合は、平成30年度と比較して約２倍に増加しており、同規模・県・国と比較しても２倍以上の高い割合となっています。

今後、これらの慢性腎不全該当者が、人工透析の新規導入に移行していくことも想定されることから、急激な医療費の増大が懸念されます。

図表 19　中長期的目標疾患の医療費の推移

レセプト等に記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名（調剤含む）による分類結果となります。また、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)を計上しています。

			藤崎町		同規模	県	国
			平成30年度	令和４年度	令和４年度	令和４年度	令和４年度
総医療費			13億65万円	11億6820万円	―	―	―
中長期的目標疾患医療費合計			9,282万円	7,614万円	―	―	―
			7.14%	6.52%	8.01%	7.42%	8.03%
中長期的目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	9.19%	2.74%	2.07%	2.35%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.84%	0.62%	1.38%	1.32%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	2.66%	2.33%	4.23%	3.40%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.45%	0.83%	0.33%	0.34%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		19.72%	18.70%	17.23%	19.88%	16.69%
	筋・骨疾患		8.50%	8.73%	8.66%	8.64%	8.68%
	精神疾患		6.92%	6.71%	8.13%	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

次に、令和４年度における中長期的目標疾患の治療状況を患者数の視点から平成 30 年度と比較してみると、脳血管疾患・虚血性心疾患は患者数及び割合が減少しているものの、40～64 歳の人工透析は、患者数・割合ともに増加しています。(図表 20)

人工透析は一人あたりの年間医療費が非常に高額となり、脳血管疾患は発症時の急性期※19 だけでなく、リハビリ等による慢性期※20 総医療費の増大、さらには退院後の介護費用の増大など、いずれも長期にわたって患者本人だけでなく、家族や日常生活に大きな負担が強いられる疾患です。

その原因となる高血圧、糖尿病等といった生活習慣病の発症予防及び重症化予防への対策が非常に重要となります。

図表 20　中長期的目標疾患の治療状況

年齢区分			被保険者数		中長期的目標の疾患						
					患者別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
			平成30年度	令和4年度		平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度
治療者 0～74歳		A	4,066人	3,653人	A	207人	178人	229人	200人	10人	11人
					a/A	5.1%	4.9%	5.6%	5.5%	0.2%	0.3%
40歳以上		B	3,138人	2,913人	B	204人	176人	225人	197人	８人	11人
		B/A	77.2%	79.7%	b/B	6.5%	6.0%	72%	6.8%	0.3%	0.4%
再掲	40～64歳	D	1,552人	1,341人	D	62人	57人	57人	50人	５人	８人
		D/A	38.2%	36.7%	d/D	4.0%	4.3%	3.7%	3.7%	0.3%	0.6%
	65～74歳	C	1,586人	1,572人	C	142人	119人	168人	147人	３人	３人
		C/A	39.0%	43.0%	c/C	9.0%	7.6%	10.6%	9.4%	0.2%	0.2%

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

イ．短期的目標疾患（高血圧、糖尿病、脂質異常症）の達成状況

(ｱ) 短期的目標疾患の患者数と合併症の状況

短期的目標である高血圧、糖尿病、脂質異常症の、令和４年度における治療状況を見ると、治療者の割合は平成 30 年度と比較して微増傾向にあるため、合併症により重症化が進行する脳血管疾患、虚血性心疾患の疾患割合はわずかながら減少しています。(図表 21・22・23・24)

当町では健診結果から、治療が必要となる値がある対象者には、医療受診の勧奨を含めた特定保健指導を個別に実施していることから、重症化が進行する前に適切な治療を受けるなど、自己管理が重症化予防につながっていると考えられます。

しかし、糖尿病、高血圧に合併する腎機能障害が要因であることが知られている人工透析については、患者数・割合ともに微増傾向にあり、増加抑制には至っておらず、全国的にも年々増加傾向にあります。

※19　急性期：症状を発症してから、安定するまでの期間を表します。

※20　慢性期：症状は比較的安定しているものの、治療が困難で病気の進行は穏やかな状態が続いている期間を表します。

血圧高値（140mmHg／90mmHg）の対象者が治療につながっていないことや、高血圧治療中断者が治療を再開しないなどが要因ですが、こうした対象者を確実に医療につなげることにより、減少させていくことが可能となります。

しかし、あくまでも特定健診受診者に対する特定保健指導でしかないため、特定健診未受診者には潜在的な重症化予備群が多数存在すると想定されることから、特定健診受診率向上の取組が非常に重要と言えます。

図表 21　高血圧の分類

分類	収縮期血圧	拡張期血圧
高値血圧	130mmHg 以上 139mmHg 以下	80mmHg 以上 89mmHg 以下
Ⅰ度高血圧	140mmHg 以上 159mmHg 以下	90mmHg 以上 99mmHg 以下
Ⅱ度高血圧	160mmHg 以上 179mmHg 以下	100mmHg 以上 109mmHg 以下
Ⅲ度高血圧	180mmHg 以上	110mmHg 以上

出典：高血圧医療ガイドライン 2019

図表 22　高血圧治療者の経年変化

高血圧（疾病管理一覧）			被保険者数		中長期的目標の疾患			
					脳血管疾患		虚血性心疾患	
			平成 30 年度	令和４年度	平成 30 年度	令和４年度	平成 30 年度	令和４年度
高血圧治療者		A	1,396 人	1,349 人	496 人	428 人	900 人	921 人
		A/被保数	44.5%	46.3%	32.0%	31.9%	56.7%	58.6%
合併症（中長期的目標疾患）	脳血管疾患	B	133 人	105 人	36 人	32 人	97 人	73 人
		B/A	9.5%	7.8%	7.3%	7.5%	3.7%	3.7%
	虚血性心疾患	C	1,586 人	1,572 人	142 人	119 人	168 人	147 人
		C/A	39.0%	43.0%	9.0%	7.6%	13.6%	10.9%
	人工透析	D	８人	11 人	５人	８人	３人	３人
		D/A	0.6%	0.8%	1.0%	1.9%	0.3%	0.3%

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

図表 23　糖尿病治療者の経年変化

糖尿病（疾病管理一覧）			40 歳以上		再掲			
					40～64 歳		65～74 歳	
			平成 30 年度	令和４年度	平成 30 年度	令和４年度	平成 30 年度	令和４年度
糖尿病治療者		A	714 人	651 人	221 人	207 人	493 人	444 人
		A／被保数	22.8%	22.3%	14.2%	15.4%	31.1%	28.9%
合併症（中長期的目標疾患）	脳血管疾患	B	68 人	56 人	17 人	18 人	51 人	38 人
		B／A	9.5%	8.6%	7.7%	8.7%	10.3%	8.6%
	虚血性心疾患	C	103 人	76 人	23 人	18 人	１人	２人
		C／A	14.4%	11.7%	10.4%	8.7%	16.2%	13.1%
	人工透析	D	３人	６人	２人	４人	１人	２人
		D／A	0.4%	0.9%	0.9%	1.9%	0.2%	0.5%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	142 人	200 人	34 人	25 人	88 人	78 人
		E／A	19.9%	30.7%	15.4%	22.2%	21.9%	34.7%
	糖尿病性網膜症	F	125 人	103 人	37 人	25 人	88 人	78 人
		F／A	17.5%	15.8%	16.7%	12.1%	17.8%	17.6%
	人工透析	G	46 人	45 人	12 人	９人	34 人	36 人
		G／A	6.4%	6.9%	5.4%	4.3%	6.9%	8.1%

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

図表 24　脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症（疾病管理一覧）			40 歳以上		再掲			
					40～64 歳		65～74 歳	
			平成 30 年度	令和４年度	平成 30 年度	令和４年度	平成 30 年度	令和４年度
脂質異常症治療者		A	1,122 人	1,067 人	398 人	338 人	724 人	729 人
		A／被保数	35.8%	36.6%	25.6%	25.2%	45.6%	46.9%
合併症（中長期的目標疾患）	脳血管疾患	A	93 人	83 人	26 人	25 人	67 人	58 人
		B／A	8.3%	7.8%	6.5%	7.4%	9.3%	8.0%
	虚血性心疾患	C	135 人	119 人	34 人	30 人	101 人	89 人
		C／A	12.0%	11.2%	8.5%	8.9%	14.0%	12.2%
	人工透析	D	４人	５人	３人	４人	１人	１人
		D／A	0.4%	0.5%	0.8%	1.2%	0.1%	0.1%

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

(ｲ) 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、令和３年度のⅡ度高血圧（160/100mmHg）以上、かつＨｂＡ１ｃ[※21] 7.0%以上の該当者について、平成 30 年度と比較してみると、有所見者数は減少しているものの、割合は伸びています。(図表 25)

また特定健診後、未治療者のレセプト等と突合して医療につながっているかを確認してみると、未治療のまま放置している対象者が高血圧で約 44%、糖尿病で約８％と高くなっています。

前述のとおり、基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）における合併症の割合は減少していますが、特定健診受診率が低迷している中、生活習慣病はほとんど自覚症状がないまま進行するため、特定健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の該当者には受診勧奨を徹底するとともに、重症化を予防することが重要となります。

図表 25　結果の改善と医療のかかり方

	特定健診受診率				高血圧											
					結果の改善　Ⅱ度以上高血圧の推移								医療のかかり方			
	平成 30 年度		令和３年度		平成 30 年度				令和３年度							
	受診者	受診率	受診者	受診率			問診結果				問診結果		レセプト等情報（令和3年4月～令和4年3月）			
							未治療（内服なし）				未治療（内服なし）		未治療		治療中断	
	A	―	B	―	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
藤崎町	1,524	51.0	1,070	38.1	75	4.9	37	49.3	57	5.3	35	61.4	25	43.9	3	5.3

	特定健診受診率				糖尿病											
					結果の改善　ＨｂＡ１ｃ7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	平成 30 年度		令和３年度		平成 30 年度				令和３年度							
	受診者	受診率	受診者	受診率			問診結果				問診結果		レセプト等情報（令和3年4月～令和4年3月）			
							未治療（内服なし）				未治療（内服なし）		未治療		治療中断	
	A	―	B	―	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
藤崎町	1,524	51.0	1,070	38.1	64	4.2	15	23.4	64	5.9	16	25.0	5	7.8	0	0.0

出典：ヘルスサポートラボツール

※21　ＨｂＡ１ｃ：過去２か月程度の血液中の糖分の状態を評価する指標です。

(ｳ) 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、たとえ軽度であっても心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が、重複した病態を指し、その危険因子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。

当町における令和４年度の健診結果について、平成 30 年度と比較してみると、メタボリックシンドローム該当者は約３％も伸びており、その中でも３項目すべての危険因子が重複している該当者の割合が増加しています。（図表 26）

図表 26　メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者（受診率）	該当者			予備群
			３項目	２項目	
平成 30 年度	1,524 人（51.0%）	324 人（20.7%）	94 人（6.0%）	230 人（14.7%）	209 人（14.7%）
令和 4 年度	1,056 人（38.1%）	258 人（24.0%）	85 人（7.9%）	173 人（16.1%）	122 人（11.3%）

出典：ヘルスサポートラボツール（健診結果）

また重症化予防の観点から、ＨｂＡ１ｃ6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上、ＬＤＬコレステロール※22（以下「ＬＤＬ－Ｃ」という。）160 以上のそれぞれの有所見割合を見ると、ＬＤＬ－Ｃ160 以上の有所見割合は減少しているものの、ＨｂＡ１ｃ6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上の有所見割合はいずれも増加しています。（図表 27・28・29）

一方で、前年度からの変化を見ると全ての項目において、改善率が上昇傾向にあります。

ただし、翌年度特定健診を受診していない対象者がいずれの項目においても 10～30%程度存在しており、その結果が把握できていない状況にあります。そのため今後も前年度結果の改善につながる特定保健指導を実施するよう努めるとともに、年度当初に重症化予防対象者に対し、継続受診を勧める働きかけを実施していきます。

図表 27　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	変化なし	悪化	健診未受診者
平成 30 年度 →令和元年度	145 人（9.3%）	35 人（24.1%）	59 人（40.7%）	18 人（12.4%）	33 人（22.8%）
令和３年度 →令和 4 年度	118 人（10.8%）	42 人（35.6%）	38 人（32.2%）	７人（5.9%）	31 人（26.3%）

出典：ヘルスサポートラボツール（健診結果）

※22　ＬＤＬコレステロール：肝臓で作られたコレステロールを全身に運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして、心筋梗塞や脳梗塞を発症させる悪玉コレステロールを指します。

図表 28　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	変化なし	悪化	健診未受診者
平成 30 年度→令和元年度	75 人（4.8%）	40 人（53.3%）	16 人（21.3%）	５人（6.7%）	14 人（18.7%）
令和３年度→令和 4 年度	57 人（5.2%）	31 人（54.4%）	８人（14.0%）	２人（3.5%）	16 人（8.1%）

出典：ヘルスサポートラボツール（健診結果）

図表 29　ＬＤＬ－Ｃ160 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	変化なし	悪化	健診未受診者
平成 30 年度→令和元年度	135 人（8.6%）	62 人（45.9%）	30 人（22.2%）	6人（4.4%）	37 人（27.4%）
令和3年度→令和 4 年度	89 人（8.1%）	45 人（50.6%）	23 人（25.8%）	5人（5.6%）	16 人（18.0%）

出典：ヘルスサポートラボツール（健診結果）

ウ．特定健診受診率及び特定保健指導実施率の推移

当町における特定健診受診率は、平成 30 年度には 51.0%まで上昇したものの、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による影響や町健診実施体制の変更等により、令和２年度以降は受診率が低迷しており、第２期データヘルス計画の目標は不達成となっています。（図表 30）

特に令和２年度の受診中断者が、受診復帰していないことから、こうした受診中断者をいかにして継続受診に復帰させるかが大きな課題と言えます。

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、年代別の特定健診受診率としては、40～50 代を中心に、特に低い状況が続いています。（図表 31）

特定保健指導については、令和２年度以降は実施率を向上させているものの、第２期データヘルス計画の目標は不達成となっています。

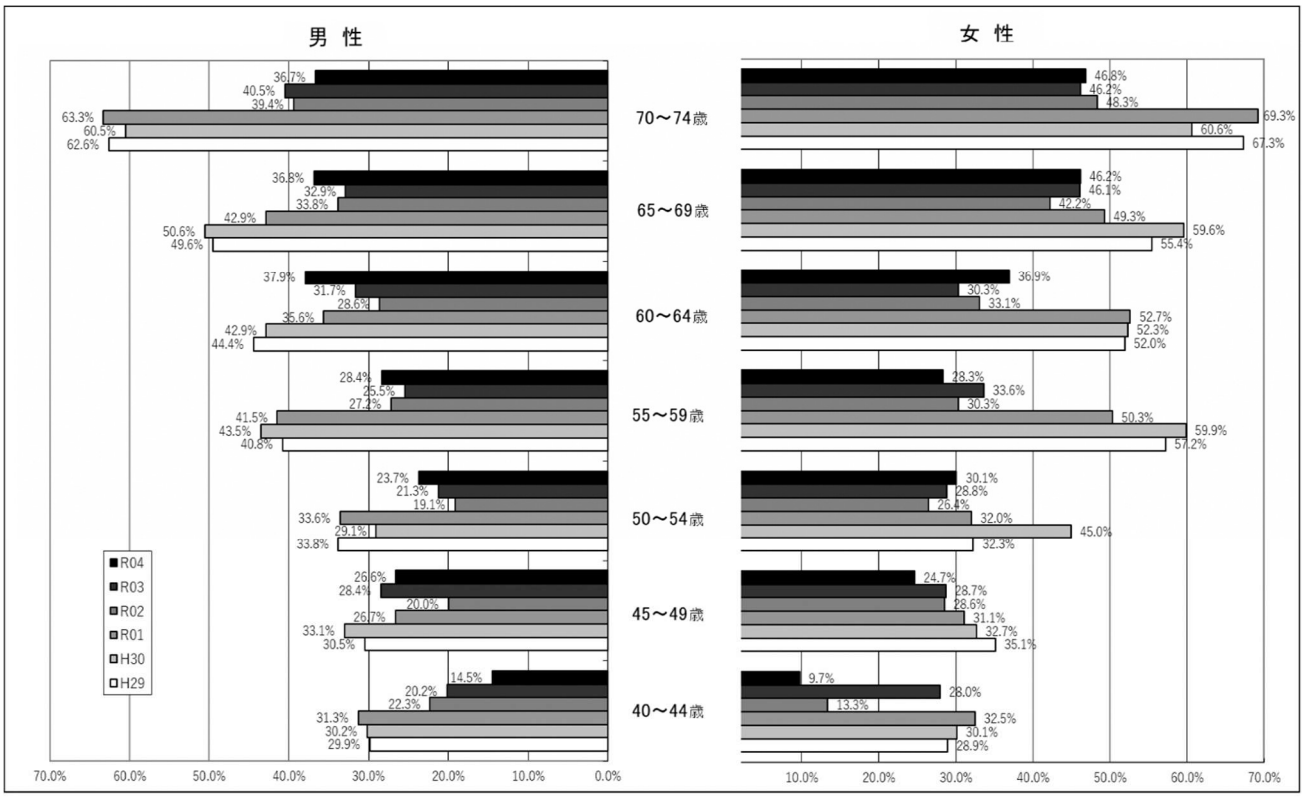
生活習慣病は自覚症状がないことから、特定健診の機会を提供するとともに、個人の状態に応じた特定保健指導を実施することで、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげていきます。

図表 30　特定健診・特定保健指導の推移

			平成 30 年度	令和元年度	令和２年度	令和３年度	令和４年度	令和５年度目標値
特定健診	受診者数		1,524 人	1,433 人	1,036 人	1,070 人	1,056 人	健診受診率 60%
		受診率	51.0%	49.0%	36.1%	38.1%	39.4%	
特定保健指導	該当者数		149 人	134 人	85 人	96 人	74 人	特定保健指導実施率 60%
		割合	9.8%	9.4%	8.2%	9.0%	7.0%	
	実施者数		69 人	57 人	49 人	54 人	43 人	
		実施率	46.3%	42.5%	57.2%	56.3%	58.0%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 31 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

ア．重症化予防の取組

(ｱ) 糖尿病性腎症重症化予防

当該年度に特定健診を受けた血糖値有所見者への保健指導を実施し、着実に未治療者を医療受診につないでいるものの、毎年、対象者の半数程度は医療につながっていない状況にあります。(図表 32・33)

なかでも重症化のリスクが高いＨｂＡ１ｃ8.0%以上の高血糖該当者で、医療につながっていない対象者が、毎年２～３名存在しています。(図表 34)

管理台帳を毎年更新することで、医療につながっていない対象者が翌年以降特定健診を受診しない場合であっても、支援が途切れることがないよう管理体制を整えています。

また、治療につながった対象者が、治療を中断することがないよう、保健指導では定期検査の持つ意義の理解を図るとともに、食事指導等は個別事情に合わせた支援を行っていきます。

特に対象者に肥満がある場合は、インスリン抵抗性※23 を引き起こし、血糖悪化の原因となるため、治療中の対象者については医療と連携し、町保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖コントロール等の療養支援を行っていきます。

※23　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を指します。

図表 32　令和４年度　糖尿病性腎症重症化予防対象者

当該年度において、ＨｂＡ１ｃ6.5%以上であり問診にて糖の治療なしと回答した者は、二次健診の対象者として、糖尿病性腎症の早期発見のため医療受診勧奨を行っています。(二次健診：ＨｂＡ１ｃ6.5%以上の者のうち、服薬なしと問診で回答し、尿蛋白（－）あるいは（±）の該当者が対象)

		平成 30 年度	令和元年度	令和２年度	令和３年度	令和４年度
健診受診者	(a)	1,524 人	1,433 人	1,036 人	1,070 人	1,056 人
血糖値有所見者	(b)	145 人	149 人	109 人	118 人	117 人
	(b/a)	9.5%	10.4%	10.5%	11.0%	11.1%
血糖値有所見者の未治療者	(c)	42 人	36 人	24 人	20 人	24 人
	(c/b)	29.0%	24.2%	22.0%	31.4%	20.5%
特定保健指導実施者	(d)	41 人	25 人	13 人	13 人	19 人
	(d/c)	97.6%	69.4%	54.2%	65.0%	79.2%
受診者	(e)	19 人	19 人	11 人	10 人	11 人
	(e/c)	45.2%	52.8%	45.8%	50.0%	45.8%

出典：ヘルスサポートラボツール、町調べ

図表 33　未治療者・治療中断者の受診状況

過去の健診結果においてＨｂＡ１ｃ6.5%以上に該当し、医療につながっていない者は、優先して医療への受診勧奨を行っております。対象者は毎年更新しています。

		平成 30 年度	令和元年度	令和２年度	令和３年度	令和４年度
未治療者・治療中断者として糖尿病管理台帳に記載のある者	(a)	30 人	18 人	16 人	22 人	24 人
受診者	(b)	10 人	７人	６人	９人	７人
	(b/a)	33.3%	38.9%	37.5%	40.9%	29.2%

出典：ヘルスサポートラボツール、町調べ

図表 34　ＨｂＡ１ｃ8.0%以上の状況（アウトカム評価）

重症化しやすいＨｂＡ１ｃ8.0%以上のハイリスク者において、未治療者は早期に医療につなぎ、治療中のコントロール不良者には医療と連携し、生活習慣の改善を含めた保健指導を行っています。

		平成30年度	令和元年度	令和２年度	令和３年度	令和４年度
特定健診受診者	(a)	1,524 人	1,433 人	1,036 人	1,070 人	1,056 人
ＨｂＡ１ｃ8.0%以上	(b)	23 人	19 人	８人	18 人	12 人
	(b/a)	1.5%	1.3%	0.8%	1.7%	1.1%
受診者	(c)	６人	５人	２人	８人	９人
	(c/b)	26.1%	26.3%	25.0%	44.4%	75.0%
ＨｂＡ１ｃ8.0%以上の未治療者	(b)	３人	５人	２人	３人	２人
	(b/a)	13.0%	26.3%	25.0%	16.7%	16.7%

内服治療開始	１人	２人	１人
元々治療中	１人	０人	０人
死亡・転出	０人	０人	０人

出典：ヘルスサポートラボツール、町調べ

(ｲ) 心原性脳塞栓症及び虚血性心疾患による重症化予防

当町では、心原性脳塞栓症や虚血性心疾患による重症化予防を目的に、心電図検査の全数実施を目指した体制を整備しており、心電図検査はほぼ 100％実施できています。（図表 35）

虚血性心疾患における有所見者に相当するＳＴ所見※24 を見ると、心電図実施者のうち３～４％がＳＴ有所見に該当しており、対象者の 40～50％が要精密検査または要医療と判定されています。

このうち年度内に精密検査未受診の対象者は、60～70％確認されましたが、医療情報を確認すると、特定健診の受診時点において、すでにかかりつけ医療機関でＳＴ所見に対し、診断・治療を受けている対象者も多く存在しました。（図表 36）

しかし、精密検査未受診者の対象者の中には、翌年度の特定健診が未受診であるなど、未治療のままの対象者が存在していることがわかりました。

ＳＴ有所見者の精密検査状況を確認し、すぐにでも受診勧奨ができる管理体制構築が課題と言えます。

心電図検査の実施者のうち心原性脳塞栓症※25 の原因となる心房細動の未治療者については、健診では精密検査の判定でありながら、実際にはかかりつけ医の下ですでに医療につながっている者も多数確認され、実際には毎年 0～1 人の医療機関未受診者がいることがわかりました。

しかし、これらの未受診者も令和５年度時点で、すでに医療機関を受診し、心房細動の服薬治療、あるいは根治手術を受けています。

そのため特定健診における心房細動有所見者は全て、医療の介入がされている状況にあります。（図表 37）

今後も未治療者を早期に医療につなぐこと、心房細動治療中の対象者や、ＳＴ所見で要精密検査・要医療以外の判定者に対しては、治療中断を防ぐとともに、 肥満や高血圧等の個別の危険因子に応じた保健指導を継続して行い、重症化予防を目指していきます。

※24　ＳＴ所見：虚血性心疾患の有病者に多く見られる、心電図検査結果の異常波形を指します。

※25　心原性脳塞栓症：心房細動という不整脈により血栓が生じ、それにより発症した脳梗塞のこと。梗塞の範囲が広範囲であり、重症度が高いことが知られています。

図表 35　特定健診心電図検査の実施状況

		平成30年度			令和元年度			令和２年度			令和３年度			令和４年度		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者数	a	1,524	715	809	1,433	665	768	1,036	479	557	1,070	494	576	1,056	496	560
心電図受診者数	b	1,524	715	809	1,431	664	767	1,035	479	555	1,070	494	576	1,056	496	560
実施率	b/a	100.0%	100.0%	100.0%	99.9%	99.9%	99.9%	99.9%	100.0%	99.8%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

町調べ

図表 36　ＳＴ有所見者のうち、医療機関未受診者の状況

	平成 30 年度		令和元年度		令和２年度		令和３年度		令和４年度	
ＳＴ有所見者数	67		44		34		40		46	
要医療・要精密検査	33	49.3%	24	54.5%	14	41.2%	18	45.0%	25	54.3%
医療機関受診あり	4	12.1%	12	50.0%	5	35.7%	7	38.9%	7	28.0%
医療機関受診なし	29	87.9%	12	50.0%	9	64.3%	11	61.1%	18	72.0%
それ以外の判定	34	50.7%	20	45.5%	20	58.8%	22	55.0%	21	45.7%

町調べ

図表 37　心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

	平成 30 年度		令和元年度		令和２年度		令和３年度		令和４年度	
心房細動有所見者数	19		16		13		17		13	
未治療者数	5	26.3%	6	37.5%	5	38.5%	6	35.3%	4	30.8%
未受診者数	0	0.0%	1	16.7%	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%
すでに治療中注	0	0.0%	2	33.3%	0	0.0%	2	33.3%	3	75.0%
治療開始	2	40.0%	3	50.0%	4	80.0%	4	66.7%	1	25.0%

注：すでに治療中：健診結果では未治療者と判定されたものの、実際は医療機関において心房細動を治療中の者。

町調べ

(ｳ) 脳血管疾患重症化予防

合併症の発症など重症化しやすいとされるⅡ度以上高血圧の該当者の割合は、特定健診受診者のうち約５％を占めており、ほぼ横ばいで推移しています。その中でⅡ度以上高血圧（160/100mmHg）の該当者の約 60%が服薬なしの未治療者となっているほか、Ⅲ度高血圧（180/110mmHg）においては、９人中７人が未治療者となっています。(図表 38)

これに対し未治療者の速やかな服薬治療の開始を目標に、対象者への保健指導を実践してきました。

令和４年度においてⅡ度以上高血圧（160/100mmHg）の未治療者 36 人中、保健指導後、治療につながった対象者は、12 人(33.3%)となっています。

高血圧は、脳・心血管における最大の危険因子であり、要介護認定の原因の

一つでもあることから、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳・心・腎不全など臓器障害の程度に深く関与します。

さらに図表 38 よりⅡ度以上高血圧（160/100mmHg）該当者で治療中の者は、経年で減少しているものの、令和４年度では 32.1%存在していることから、コントロール不良者は一定数存在します。

図表 38　Ⅱ度以上高血圧の者のうち、未治療者の状況

		平成 30 年度	令和元年度	令和２年度	令和３年度	令和４年度
特定健診受診者	(a)	1,524 人	1.433 人	1,036 人	1,070 人	1,056 人
Ⅱ度以上高血圧該当者	(b)	75 人	76 人	54 人	58 人	53 人
	(b/a)	4.9%	5.3%	5.2%	5.4%	5.0%
治療あり	(c)	38 人	40 人	24 人	22 人	17 人
	(c/b)	50.7%	52.6%	44.4%	37.9%	32.1%
治療なし	(d)	37 人	36 人	30 人	36 人	36 人
	(d/b)	49.3%	47.4%	55.6%	62.1%	67.9%
治療開始	(e)	６人	８人	10 人	６人	12 人
	(e/d)	16.2%	22.2%	33.3%	16.7%	33.3%
Ⅲ度以上高血圧該当者	(f)	４人	13 人	15 人	９人	９人
	(f/a)	0.3%	0.9%	1.4%	0.8%	0.8%
治療あり	－	２人	13 人	８人	５人	２人
治療なし	－	２人	10 人	７人	４人	７人

町調べ

図表 39 は、降圧薬治療者を除いた血圧に基づいた脳・心血管リスク層別化です。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、対象者の行動変容による取組に任せるのではなく、服薬の必要性を理解してもらうといった適切な支援とともに、受診勧奨に取り組んでいきます。

また、高値血圧の該当者においては、家庭血圧測定の勧奨と、記録のための血圧記録手帳活用を促していきます。

そのため服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

特に複数の降圧薬による服薬治療をしていながらもコントロールが不十分な場合には、治療抵抗性高血圧※26 を視野に入れ、肥満や塩分摂取などの生活習慣の改善を促す支援を併せて行っていきます。

※26　治療抵抗性高血圧：利尿作用を含む３種類以上の降圧薬を使用しても、目標血圧まで下がらない高血圧を指します。

図表 39　血圧に基づいた脳・心血管リスクの層別化

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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　診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
Ｐ51　図３－１　初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類（mmHg） / リスク層（血圧以外のリスク因子）		高値血圧 130～139/80～89	Ⅰ度高血圧 140～159/90～99	Ⅱ度高血圧 160～179/100～109	Ⅲ度高血圧 180以上/110以上
	313	187	91	29	6
		59.7%	29.1%	9.3%	1.9%
リスク第1層 予後影響因子がない	17	C 13	B 4	B 0	A 0
	5.4%	7.0%	4.4%	0.0%	0.0%
リスク第2層 高齢（65歳以上）、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	202	C 127	B 56	A 17	A 2
	64.5%	67.9%	61.5%	58.6%	33.3%
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	94	B 47	A 31	A 12	A 4
	30.0%	25.1%	34.1%	41.4%	66.7%

・・・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	66
		21.1%
B	概ね１か月後に再評価	107
		34.2%
C	概ね３か月後に再評価	140
		44.7%

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

出典：高血圧治療ガイドライン 2019（日本高血圧学会）

(ｴ) ポピュレーションアプローチ※27

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影響されることも大きい。」とされています。

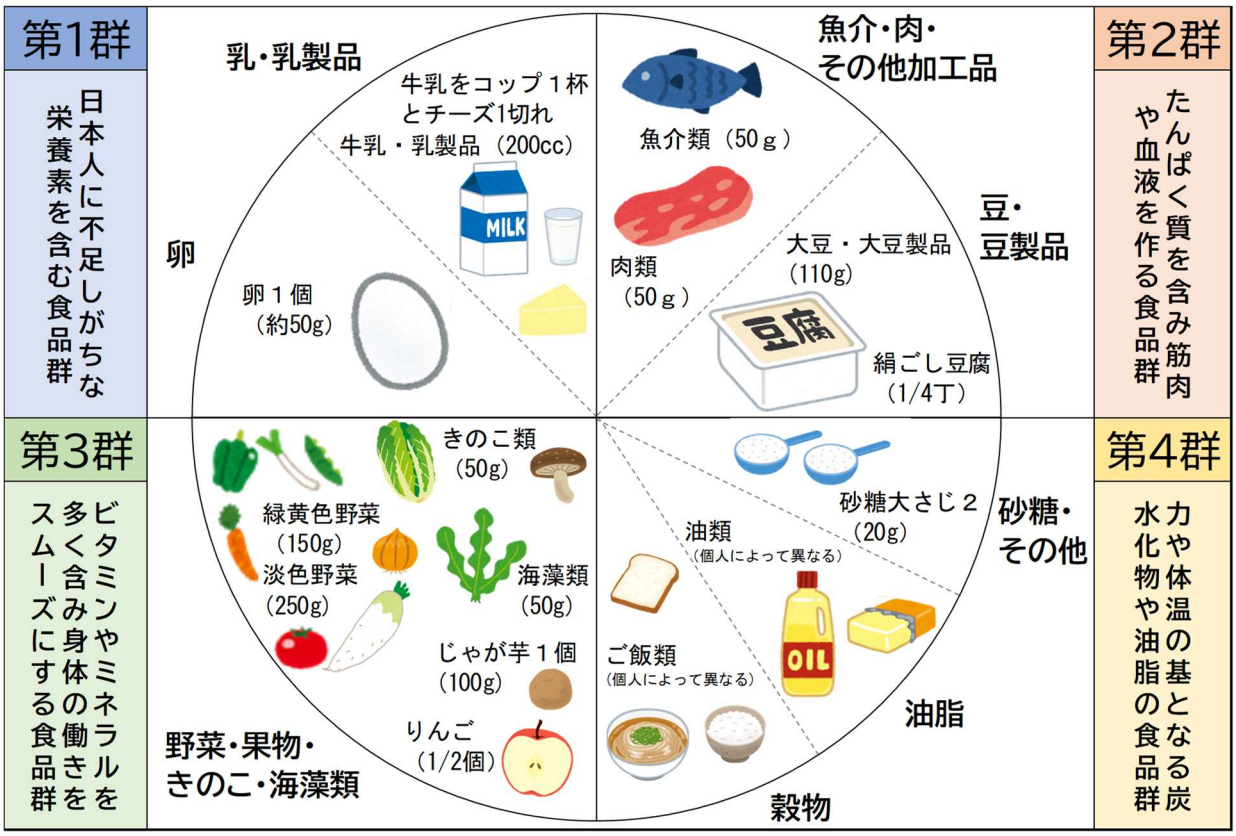
当町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの国保被保険者が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で特定健診を受け、健診結果から自ら生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

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用、社会保障費の増大につながっている県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、各種団体や行政区単位で健康教育を行うとともに、継続して広く町民に対する周知を行います。

また、肥満の改善を目的として、健診結果説明会や町主催のイベント等において、４群※28 による栄養バランスの周知や野菜を中心としたフードモデルの展示のほか行政区単位での栄養教室を集中的に実施してきました。（図表 40）

※27　ポピュレーションアプローチ：集団全体を対象として働きかけを行い、全体的なリスクを下げる取り組み方法を指します。
※28　４群：図表 40 のとおり、食品を第１群から第４群のグループにわけ、１日３食において、それぞれの食品群の中からバランスよく摂取する栄養バランス法です。

図表 40　４群による栄養バランス



(ｵ) 第２期データヘルス計画目標の達成状況一覧

第２期データヘルス計画においては、中長期的目標と短期的目標の達成状況を評価するため、目標管理一覧を用い、経年的に評価を行ってきました。（図表 41）

評価項目において、第２期データヘルス計画策定時の平成 30 年度と比較し、データが悪化している項目を網掛けで示しています。

図表 41　第２期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	課題を達成するための目標 初年度 平成30年度	中間評価 令和２年度	最終評価 令和４年度	データの把握方法
データヘルス計画	中長期的目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	9.2%	0.8%	2.7%	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	0.8%	2.1%	0.6%	
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の減少	2.7%	3.2%	2.3%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.6%	0.9%	0.9%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者数の維持	１人	４人	４人	町調べ
	短期的目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	14.7%	23.1%	24.0%	法定報告
			メタボリックシンドローム予備群の割合の減少	8.6%	11.1%	11.6%	
			健診受診者のⅡ度以上高血圧割合の減少（160/100mmHg 以上）	4.8%	5.1%	4.6%	ＫＤＢシステム
			健診受診者の脂質異常症の割合の減少（ＬＤＬ－Ｃ160 以上）	8.6%	8.8%	9.2%	
			健診受診者の高血糖者の割合の減少（ＨｂＡ１ｃ6.5%以上）	9.3%	10.4%	10.9%	
			健診受診者のＨｂＡ１ｃ8.0%以上の未治療の割合の減少	0.3%	0.1%	0.18%	
			糖尿病治療継続者の割合の増加	76.6%	85.1%	86.7%	
			糖尿病コントロール不良者の割合の減少（ＨｂＡ１ｃ8.0%以上）	1.5%	0.8%	1.1%	
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上させ、メタボリックシンドローム該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率 60%以上	51.0%	36.1%	39.4%	法定報告
			特定保健指導実施率 60%以上	46.3%	57.6%	58.0%	
			特定保健指導対象者の割合の減少	9.8%	8.2%	18.4%	
保険者努力支援制度	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	44.7%	35.2%	11.1%	地域保健事業報告
			肺がん検診受診者の増加	42.7%	22.3%	23.3%	
			大腸がん検診受診者の増加	41.1%	23.6%	23.7%	
			子宮がん検診受診者の増加	5.3%	24.6%	32.9%	
			乳がん検診受診者の増加	14.3%	26.7%	21.7%	
			５つのがん検診の平均受診率の増加	29.6%	26.5%	22.5%	
		後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	77.1%	81.2%	80.9%	厚生労働省公表値

出典：ヘルスサポートラボツール

(ｶ) 第２期データヘルス計画の考察

短期的目標として設定したメタボリックシンドローム等の対象者の減少については、肥満の根本的な解消に至っていないことから、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、短期的目標は不達成となっています。

特定健診自体が生活習慣病予防のため、メタボリックシンドロームに着目した検査項目を実施しているにも関わらず、受診率は平成30年度の51.0%をピークに低迷し、令和２年度には36%まで低下していることから、本来の特定健診の持つ役割について周知を徹底するとともに、継続して受診することによって、自らの生活習慣病リスクを把握しつつ、そのリスク回避に向けて自発的に行動できるような意識改革が必要となります。

そのため当町では特定健診に係る未受診者対策として、受診勧奨通知の発送を外部委託により実施していますが、この取組と並行して医療機関での受診歴のある対象者に対する受診勧奨を実施するとともに、生活習慣病による定期通院者の見なし健診※29の検討も必要と言えます。

中長期的目標の達成状況としては、糖尿病性腎症の人工透析導入者の割合減少は不達成となっています。

その要因として、メタボリックシンドローム該当者が増加していることに加え、透析なしの慢性腎不全患者の総医療費が他の疾患と比較して高いことから、透析導入ハイリスク該当者数が潜在的に多いことが想定されます。

これまで糖尿病性腎症重症化予防に対し、特に未治療者・中断者を着実に医療につなぐことを最優先として保健指導を実施してきました。

しかし、今後は当町と医療機関との連携により、ハイリスク対象者に対する介入についても強化していく必要があります。

また、同じく中長期的目標である脳血管疾患における医療費については、減少に転じていることから、設定した目標を達成しています。

しかし、同規模、県、国と比較した場合、いまだ医療費は高い状況にあり、医療費が高いということは脳血管疾患が重症化した結果であることから、医療費適正化・介護予防の観点から、引き続き高血圧の改善は取り組むべき課題であると言えます。

具体的には、未治療者を速やかに医療につなぐことや、高血圧を治療中の対象者の中にはコントロール不良者が一定数存在するため、肥満や塩分摂取といった生活習慣改善の取組を行っていく必要があります。

そのためには対象者それぞれの実態の把握に努めるとともに、特定保健指導に必要な項目として、特定健診における尿中塩分測定実施が必要と考えられます。

同じく中長期的目標である虚血性心疾患については、医療費に占める割合は減少傾向にありますが、医療につながっていない心電図検査の要精密検査・要医療の判定者が散見されています。さらにメタボリックシンドローム該当者が増加している背景から、潜在的に心血管リスクの高い者が増えていると言え、虚血性心疾患重症化予防も大きな課題と言えます。

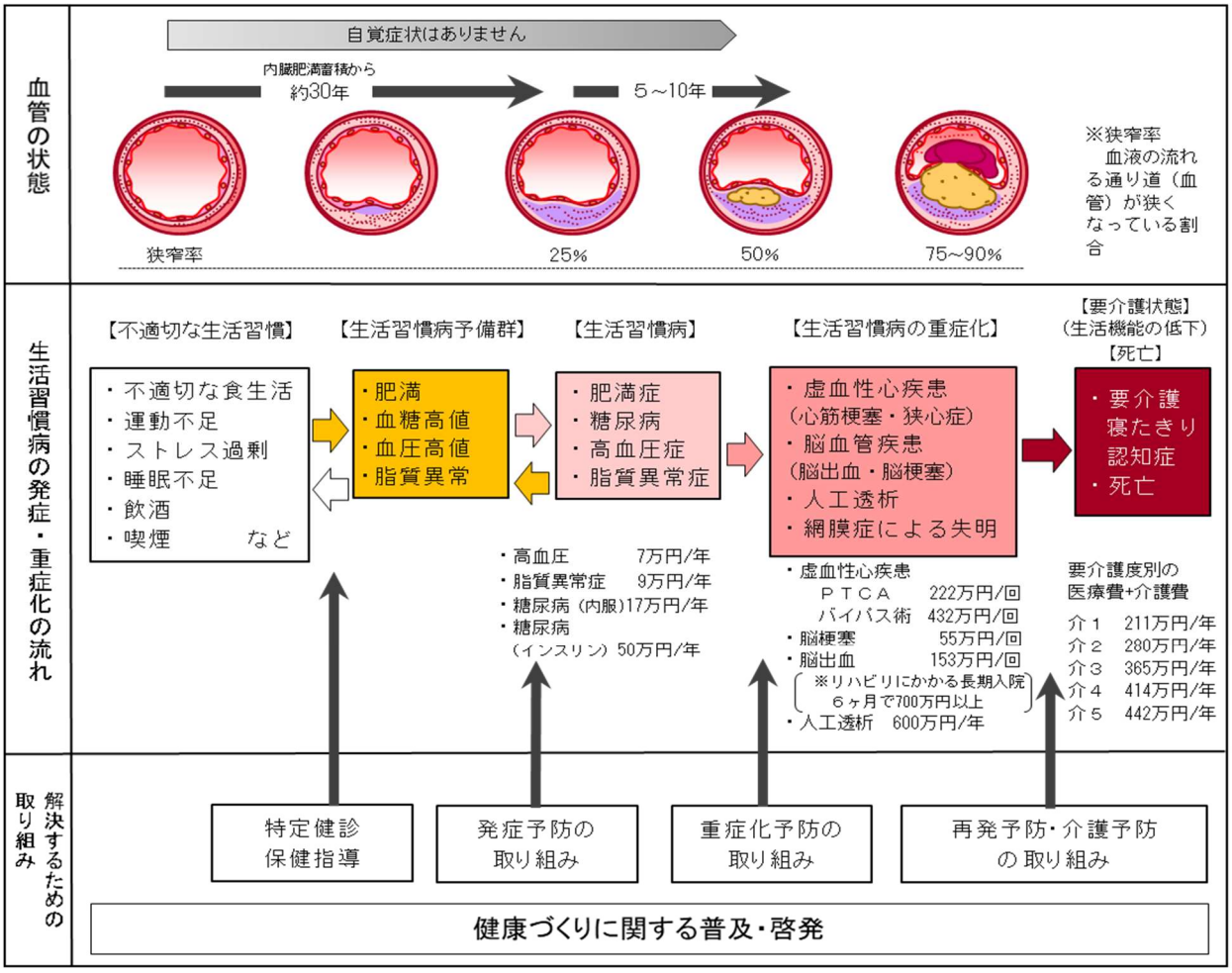
※29　見なし健診：医療機関に定期的に通院し、検査を受けている方が、検査結果を保険者に提出することで特定健診を受診したと見なす健診を指します。

３．第３期データヘルス計画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、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化する要因を減少させること、または生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善する要因を増加させることが必要です。(図表 42)

図表 42　生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典：保健指導教材

ア．健康課題の明確化

医療保険制度においては、年齢が 75 歳に到達し後期高齢者になると、それまで加入していた国保制度等から後期高齢者医療制度の被保険者に移行となります。

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のですが、制度的な背景から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 歳以上の前期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 50%を超えています。

また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化や複数の慢性疾患につながるため、当町及び青森県後期連合は、図表 43 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めています。

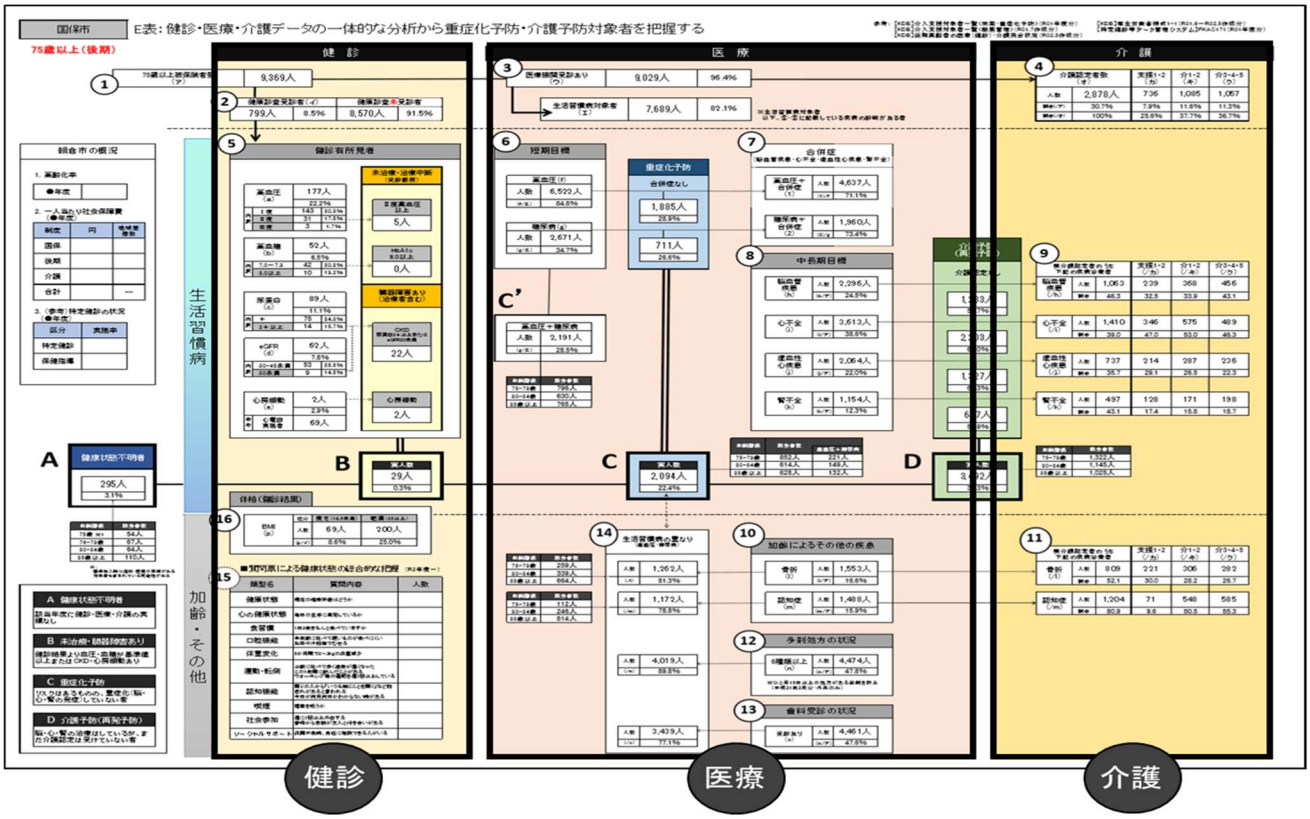
健康課題の明確化においては、第２期データヘルス計画における評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用し、被保険者の健康状態等を分析するとともに、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。

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対象者に対し、保健指導を行っているところです。

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・啓発を行うなど、40 歳未満の肥満対策が重要です。

特に 20～39 歳が健診を受けやすい環境を整備し、健診受診に繋げていく取り組みも必要です。

図表 43　健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



町調べ

（ｱ）医療費分析

当町における国保被保険者数は、人口減少のほか被用者保険の適用拡大により年々減少していますが、一人あたりの医療費は令和２年度に新型コロナ

ウイルス感染症の感染拡大による影響で減少したものの、令和３年度以降は増加傾向にあります。

令和４年度の後期高齢者では 76 万円を超えており、国保の約 2.4 倍の状況となっています。（図表 44）

当町では、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできたものの、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模・県・国と比べていまだ１％以上高く、顕著な差が見られる状況にあります。

その結果、腎不全（透析無し）の医療費に占める割合は、国保及び後期高齢者のいずれにおいても、同規模・県・国と比べて約２倍、高くなっています。

腎不全（透析有り）の医療費に占める割合は、国保が同規模・県・国と比べて半分と低い一方で、後期高齢者では約１％も高い割合となっています。

この背景として、青森県の障害者福祉医療費助成制度において、65 歳以上の人工透析患者の場合は、後期高齢者医療保険への加入が利用条件であることも影響していると推測されます。（図表 45）

高額レセプト等については、国保において毎年約 120 人が対象となっています、後期高齢者では２倍以上の 270 人に増えることがわかります。（図表 46）

高額レセプト等における疾病を見ると、脳血管疾患で高額になったレセプト等は、国保で令和４年度が一番多く 36 件で費用額が 4,100 万円以上となっています。また、後期高齢者においても同等の 38 件で費用額が 4,200 万円以上となっています。（図表 47）

一方で、虚血性心疾患で高額になったレセプト等を見ると、令和４年度は国保で件数が８件で費用額は約 1,000 万円であり、後期高齢者は件数が３件で費用額は約 630 万円でした。（図表 48）

脳血管疾患が他の疾患に比べ件数、医療費ともに多いことがわかります。特に脳血管疾患は医療費だけでなく、要介護の状態となり、長期にわたって医療費と介護費用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 47）

図表 44　被保険者及びレセプト等の推移

対象年度		平成 30 年度	令和元年度	令和２年度	令和３年度	令和４年度	令和４年度 後期高齢者
被保険者数		4,066 人	3,940 人	3,946 人	3,803 人	3,653 人	2,523 人
総件数及び費用額	件数	36,814 件	35,593 件	32,347 件	32,467 件	30,899 件	34,562 件
	費用額	13 億 65 万円	12 億 5,623 万円	12 億 2,427 万円	12 億 7,146 万円	11 億 6,820 万円	19 億 3,404 万円
１人あたり医療費		32.0 万円	31.9 万円	31.0 万円	33.4 万円	32.0 万円	76.5 万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 45　第３期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		悪性新生物	精神疾患	筋・骨疾患
				腎		脳	心								
				慢性腎不全（透析有）	慢性腎不全（透析無）	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
①国保	藤崎町	11億6,820万円	26,169	2.33%	0.83%	2.74%	0.62%	7.69%	4.08%	2.10%	2億3,808万円	20.38%	18.70%	6.71%	8.73%
	同規模	－	30,653	4.23%	0.33%	2.07%	1.38%	6.02%	3.54%	2.04%	－	19.60%	17.23%	8.13%	8.66%
	県	－	28,352	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	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	－	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
②後期高齢者	藤崎町	19億3,404万円	64,201	5.59%	1.01%	4.65%	0.75%	4.53%	3.48%	1.08%	4億780万円	21.09%	9.06%	3.16%	13.96%
	同規模	－	66,508	4.21%	0.52%	3.96%	1.49%	4.19%	3.35%	1.24%	－	18.96%	10.49%	3.78%	11.96%
	県	－	61,123	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	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	－	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

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 46　高額レセプト等（80 万円／件）以上の推移

対象年度			平成30年度	令和元年度	令和２年度	令和３年度	令和４年度	令和４年度 後期高齢者
高額レセプト（80万円以上/件）	人数	A	130人	121人	116人	117人	112人	276人
	件数	B	258件	240件	229件	243件	426件	472件
		B/総件数	0. 70%	0. 67%	0. 71%	0. 75%	1. 38%	1. 37%
	費用額	C	5億3, 954万円	3億2, 987万円	3億3, 682万円	3億6, 001万円	6億300万円	5億4, 773万円
		C/総費用	26. 1%	26. 3%	27. 5%	28. 3%	51. 6%	28. 3%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 47　高額レセプト等（80 万円／件）以上の推移（脳血管疾患）

対象年度			平成30年度		令和元年度		令和２年度		令和３年度		令和４年度		令和４年度 後期高齢者		
脳血管疾患	人数	D	11人		６人		３人		５人		９人		24人		
		D／A	8. 5%		5. 0%		2. 6%		4. 3%		8. 0%		8. 7%		
	件数	E	24件		11件		10件		10件		36件		38件		
		E／B	9. 3%		4. 6%		4. 4%		4. 1%		8. 5%		8. 1%		
	年代別	40歳未満	2	8. 2%	0	0. 0%	0	0. 0%	0	0. 0%	0	0. 0%	65～69歳	0	0. 0%
		40代	2	8. 3%	0	0. 0%	5	50. 0%	0	0. 0%	0	0. 0%	70～74歳	3	7. 9%
		50代	6	25. 0%	1	9. 1%	0	0. 0%	0	0. 0%	0	0. 0%	75～80歳	3	7. 9%
		60代	4	16. 7%	0	0. 0%	4	40. 0%	8	80. 0%	16	44. 4%	80代	21	55. 3%
		70～74歳	10	41. 7%	10	90. 9%	1	10. 0%	2	20. 0%	20	55. 6%	90歳以上	11	28. 9%
	費用額	F	3, 110万円		1, 292万円		1, 298万円		1, 002万円		4, 141万円		4, 274万円		
		F／C	9. 2%		3. 9%		3. 9%		2. 8%		6. 9%		7. 8%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 48　高額レセプト等（80 万円／件）以上の推移（虚血性心疾患）

対象年度			平成30年度		令和元年度		令和２年度		令和３年度		令和４年度		令和４年度 後期高齢者		
虚血性心疾患	人数	G	４人		５人		５人		７人		３人		３人		
		G／A	3.1%		4.1%		4.3%		6.0%		2.7%		1.1%		
	件数	H	４件		５件		５件		８件		８件		３件		
		H／B	1.6%		2.1%		2.2%		3.3%		1.9%		0.6%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65～69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70～74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	75～80歳	0	0.0%
		60代	4	100.0%	4	80.0%	1	20.0%	3	37.5%	4	50.0%	80代	3	100.0%
		70～74歳	0	0.0%	1	20.0%	3	60.0%	5	62.5%	4	50.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	903万円		517万円		2,129万円		1,402万円		1,010万円		631万円		
		I／C	2.7%		1.6%		6.5%		3.9%		1.7%		1.2%		

出典：ヘルスサポートラボツール

（ｲ）健診・医療・介護の一体的分析

健診・医療・介護のデータ結果（図表 50①）を平成 30 年度と令和４年度の各年代で一体的に分析すると、被保険者数は 40～64 歳が減少し、65 歳～74 歳が増加しており、被保険者の高齢化が伺えます。

75 歳以上の後期高齢者は微減しているものの、県、同規模と比較して高齢化率の低い当町においても、団塊の世代が後期高齢者に移行し、ピークを迎える令和７年までは確実に増加していくことが見込まれます。

被保険者数と特定健診受診状況（図表 50⑮）の体格を見ると、40～64 歳の若い年齢層で、ＢＭＩ[※30]25 以上に該当する者の割合が４％も増加しています。

特定健診有所見の状況（図表 51）を見ると、各年代において割合は横ばいから微減に留まり、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

短期的目標の疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況（図表 52）を見ると、高血圧においては 65 歳以上の割合が若干減少しているものの、糖尿病においては各年代とも高くなっています。

中長期的目標の対象となる疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全・糖尿病性腎症）と介護の認定の状況（図表 53⑧）を見ると、被保数割の脳血管疾患において、平成 30 年度と令和４年度を比較すると減少傾向にありますが、腎不全においては、各年代が増加しています。また、（図表 53⑨）中長期的目標の対象となる疾患のうち介護認定者は、国保では改善しておりますが、後期高齢者では脳血管疾患が増加し、予防には至っておりません。

１件あたり 80 万円以上の高額レセプト等分析（図表 46・47・48）においては、国保、後期高齢者ともに脳血管疾患の医療費が伸びており、発症件数、費用額ともに増加傾向にあることから、重症化していることがわかります。

健診・医療・介護の一体的分析（図表 49）においても、腎不全、脳血管疾患は課題であり、共通の発症要因である短期的目標疾患のコントロールが重要であることがわかります。

※30　ＢＭＩ：肥満及び低体重の判定に用いる値を指します。［体重（ｋｇ）］÷［身長（m）の２乗］により算出します。

図表 49　健診・医療・介護データの一体的な分析（例：65～74 歳国保被保険者者）

藤崎町　E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える

参考：【KDB】介入支援対象者一覧〈栄養・重症化予防〉
【KDB】介入支援対象者一覧〈服薬管理〉
【KDB】後期高齢者の医療（健診）・介護突合状況

【KDB】厚生労働省様式1-1
【特定健診等データ管理システム】FKAC171

平成30年度・令和４年度比較

健　診

1

被保数	40-64	65-74	75～
平成30年度	1,427	1,491	2,480
令和４年度	1,348	1,698	2,468
差	▲ 79	207	▲ 12

2

健診受診率	40～64	65～74	75～
平成30年度	41.9	53.5	34.5
令和４年度	29.6	41.6	25.4
差	▲ 12.3	▲ 11.9	▲ 9.1

医　療

3

医療機関受診	40～64	65～74	75～
平成30年度	80.7	90.6	96.3
令和４年度	78.2	89.6	95.5
差	▲ 2.5	▲ 1.0	▲ 0.8

生活習慣病	40～64	65～74	75～
平成30年度	35.9	63.1	83.5
令和４年度	35.7	64.5	82.1
差	▲ 0.3	1.4	▲ 1.4

※生活習慣病対象者
以下、⑥・⑧に記載している疾病の診断がある者

介　護

4

介護認定者	65～74	75～
平成30年度	5.0	29.3
令和４年度	4.5	29.8
差	▲ 0.5	0.5

藤崎町の概況

1．高齢化率

平成30年度	30.5
令和４年度	32.9
差	2.4

2．一人当たり社会保障費

地域差指数	国保	後期
平成30年度	0.979	0.853
令和２年度	0.937	0.836
差	▲0.042	▲ 0.017

3．（参考）特定健診の状況

区分	健診	保健指導
平成30年度	51	46.3
令和４年度		
差		

生活習慣病

5 健診有所見者

（令和４年度実績）

		40～64	65～74	75～
高血圧		14.5	26.9	26.2
内訳	Ⅰ度	75.9	78.9	79.9
	Ⅱ度	17.2	17.9	17.1
	Ⅲ度	6.9	3.2	3.0

		40～64	65～74	75～
高血糖		2.5	5.2	6.1
内訳	7.0～7.9	50.0	78.4	63.2
	8.0以上	50.0	21.6	36.8

		40～64	65～74	75～
尿蛋白		1.3	2.5	4.3
内訳	＋	100.0	72.2	59.3
	２＋以上	0.0	27.8	40.7

		40～64	65～74	75～
ｅＧＦＲ		0.8	3.5	13.2
内訳	30-45未満	33.3	72.0	84.3
	30未満	66.7	28.0	15.7

	40～64	65～74	75～
心房細動	0.2	1.6	4.2
実施率	100.5	99.6	91.7

未治療・治療中断（受診勧奨）

Ⅱ度高血圧以上	26人
ＨｂＡ１ｃ 7.0以上（国保） 8.0以上（後期）	４人

臓器障害あり（治療者含む）

ＣＫＤ 尿蛋白２＋以上または ｅＧＦＲ30未満	32人
心房細動	36人

A 健康状態不明者

	40～64	65～74	75～
平成30年度	16.6	8.0	2.6
令和４年度	19.8	9.3	3.7
差	3.2	1.3	1.1

B

実人数	40～64	65～74	75～
平成30年度	0.9	2.6	3.3
令和４年度	0.8	1.9	2.0
差	▲ 0.1	▲ 0.7	▲ 1.3

6 短期目標の疾患

高血圧	40～64	65～74	75～
平成30年度	81.1	83.7	88.1
令和４年度	82.3	86.1	89.4
差	1.2	2.4	1.4

糖尿病	40～64	65～74	75～
平成30年度	35.7	46.1	36.8
令和４年度	39.1	42.1	36.3
差	3.4	▲ 4.1	▲ 0.5

C'

高血圧＋糖尿病	40～64	65～74	75～
平成30年度	23.8	35.9	31.2
令和４年度	27.2	32.8	31.4
差	3.5	▲ 3.2	0.2

重症化予防

合併症なし（令和４年度実績）

1,389人	44.1%
450人	32.5%

7 短期目標で対象とする合併症（脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全）

高血圧＋合併症		40-64	65-74	75～
	平成30年度	32.7	49.0	68.3
	令和４年度	34.8	47.8	64.8
	差	2.2	▲ 1.2	▲ 3.5

糖尿病＋合併症		40-64	65-74	75～
	平成30年度	42.1	59.2	73.5
	令和４年度	48.4	63.8	74.7
	差	6.3	4.6	1.2

8 中長期目標の疾患

脳血管疾患		40～64	65～74	75～
	平成30年度	3.5	9.3	21.5
	令和４年度	3.6	8.5	19.0
	差	0.1	▲ 0.8	▲ 2.5

心不全		40～64	65～74	75～
	平成30年度	7.2	18.8	41.1
	令和４年度	6.9	17.3	34.8
	差	▲ 0.3	▲ 1.5	▲ 6.4

虚血性心疾患		40～64	65～74	75～
	平成30年度	3.2	9.1	18.5
	令和４年度	3.2	9.4	14.7
	差	0.0	0.2	▲ 3.7

腎不全		40～64	65～74	75～
	平成30年度	3.9	9.5	15.2
	令和４年度	4.9	13.6	17.9
	差	1.0	4.1	2.7

C

実人数	40～64	65～74	75～
平成30年度	22.6	30.4	25.3
令和４年度	22.0	31.9	27.4
差	▲ 0.7	1.4	2.1

介護予防（再発予防）

介護認定なし（R04年度実績）

387人	58.5%
887人	71.3%
436人	77.0%
556人	75.3%

D

実人数	40-64	65-74	75～
平成30年度	13.0	29.6	37.3
令和４年度	13.6	30.2	34.5
差	0.7	0.6	▲ 2.7

9 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

脳血管疾患		40～64	65～74	75～
	平成30年度	8.0	25.2	46.9
	令和４年度	4.2	22.1	51.4
	差	▲ 3.8	▲ 3.1	4.5

心不全		40～64	65～74	75～
	平成30年度	1.9	9.6	38.2
	令和４年度	0.0	9.2	38.5
	差	▲ 1.9	▲ 0.4	0.2

虚血性心疾患		40～64	65～74	75～
	平成30年度	2.2	8.8	33.6
	令和４年度	0.0	5.7	33.2
	差	▲ 2.2	▲ 3.2	▲ 0.4

腎不全		40～64	65～74	75～
	平成30年度	5.5	7.8	41.2
	令和４年度	0.0	8.2	37.0
	差	▲ 5.5	0.4	▲ 4.3

加齢・その他

13 体格（健診結果）

ＢＭＩ	痩せ（18.5以下）			肥満（25以上）		
	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～
平成30年度	6.9	5.6	8.2	32.8	30.5	25.4
令和４年度	6.8	7.6	8.1	36.8	32.9	21.7
差	▲ 0.1	2.0	▲ 0.1	4.1	2.4	▲ 3.7

12 生活習慣病の重なり（高血圧・糖尿病）

骨折		65～74	75～
	平成30年度	65.7	83.0
	令和４年度	70.0	86.6
	差	4.3	3.6

認知症		65～74	75～
	平成30年度	57.1	82.5
	令和４年度	80.0	82.9
	差	22.9	0.5

10 加齢によるその他の疾患

骨折		65～74	75～
	平成30年度	4.5	12.3
	令和４年度	4.1	10.6
	差	▲ 0.4	▲ 1.7

認知症		65～74	75～
	平成30年度	1.9	17.3
	令和４年度	1.8	15.7
	差	▲ 0.1	▲ 1.6

11 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

骨折		65～74	75～
	平成30年度	10.4	46.4
	令和４年度	8.6	53.1
	差	▲ 1.9	6.6

認知症		65～74	75～
	平成30年度	71.4	81.1
	令和４年度	50.0	81.9
	差	▲ 21.4	0.8

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 50　被保険者数と特定健診受診状況（図表 49 の一部を抜粋）

E表	④	①			②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数			健診受診率			体格（健診結果）					
					特定		後期高齢者	ＢＭＩ18.5未満			ＢＭＩ25以上		
	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～
平成30年度	29.3	1,427	1,491	2,480	41.9	53.5	34.5	6.9	5.6	8.2	32.8	30.5	25.4
令和４年度	29.8	1,348	1,698	2,468	29.6	41.6	25.4	6.8	7.6	8.1	36.8	32.9	21.7

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 51　特定健診有所見状況（図表 49 の一部を抜粋）

E表	⑤																													
年度	Ⅱ度高血圧以上（未治療・治療中断者）									ＨｂＡ１ｃ7.0%以上（未治療・治療中断者）※後期高齢者は8.0%以上									ＣＫＤ 尿蛋白２＋以上 またはｅＧＦＲ30未満						心房細動					
	40～64			65～74			75～			40～64			65～74			75～			40～64		65～74		75～		40～64		65～74		75～	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成30年度	23	3.8	(10)	42	5.3	(14)	71	8.3	(14)	17	2.8	(0)	13	1.5	(0)	1	0.2	(2)	2	0.2	12	1.5	30	3.5	2	0.3	14	1.8	40	4.7
令和４年度	14	3.5	(7)	40	5.7	(13)	33	5.3	(6)	10	2.5	(2)	14	2.2	(2)	2	0.5	0	1	0.5	9	1.3	21	3.3	1	0.3	11	1.6	24	3.8

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 52　短期的目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況（図表 49 の一部を抜粋）

合併症とは、脳血管疾患・糖尿病性腎症・虚血性心疾患・慢性腎不全を指しています。

E表	③						⑥									⑦					
年度	医療機関受診			生活習慣病対象者（生活習慣病の医療機関受診者）			短期的目標の対象となる疾患（生活習慣病受診者のうち）									短期的目標の対象となる疾患とする合併症					
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧＋合併症			糖尿病＋合併症		
	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～
平成30年度	80.7	90.6	96.3	35.9	63.1	83.5	81.1	83.7	88.1	35.7	46.1	36.8	23.8	35.9	31.2	32.7	49.0	68.3	42.1	59.2	73.5
令和４年度	78.2	89.6	95.5	35.7	64.5	82.1	82.3	86.1	89.4	39.1	42.1	36.3	27.2	32.8	31.4	34.8	47.8	64.8	48.4	63.8	74.7

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 53　中長期的目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全・糖尿病性腎症）と介護認定の状況

（図表 49 の一部を抜粋）

E表	⑧												⑨											
年度	中長期的目標の対象となる疾患(被保数割)												中長期的目標の対象となる疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			慢性腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			慢性腎不全		
	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～
平成30年度	3.5	9.3	21.5	3.2	9.1	18.5	7.2	18.8	41.1	3.9	9.5	15.2	8.0	25.2	46.9	2.2	8.8	33.6	1.9	9.6	38.2	5.5	7.8	41.2
令和４年度	3.6	8.5	19.0	3.2	9.4	14.7	6.9	17.3	34.8	4.9	13.6	17.9	4.2	22.1	51.4	0.0	5.7	33.2	0.0	9.2	38.5	0.0	8.2	37.0

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 54　骨折・認知症の状況（図表 49 の一部を抜粋）

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり（高血圧・糖尿病）				加齢による その他の疾患（被保数割）				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65～74	75～	65～74	75～	65～74	75～	65～74	75～	65～74	75～	65～74	75～
平成30年度	65.7	83.0	57.1	82.5	4.5	12.3	1.9	17.3	10.4	46.4	71.4	81.1
令和４年度	70.0	86.6	80.0	82.9	4.1	10.6	1.8	15.7	8.6	53.1	50.0	81.9

出典：ヘルスサポートラボツール

(ｳ) 健康課題の明確化

第２期データヘルス計画において中長期的目標疾患の医療費の減少、短期的目標疾患の原因の一部であるメタボリックシンドロームの減少と短期的目標疾患の割合の減少を目指し、保健事業を実施してきました。

脳血管疾患の医療費は経年では減少しているものの、件数は増加傾向にあり、他疾患と比較して医療費に占める割合はいまだに高く、介護給付費にも直結することから脳血管疾患の大きな危険因子とされる高血圧は最大の課題と言えます。

またメタボリックシンドローム該当者・予備群の増加が著しく、国の掲げる『メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率の対平成 20 年度比 25%減少』という目標達成に至っていません。

虚血性心疾患は平成 30 年度と令和４年度にかけて後期高齢者では減少したものの、65 歳～74 歳の国保被保険者では増加しています。

メタボリックシンドロームによる血糖異常や高血圧が、心血管に対し影響を及ぼすことが虚血性心疾患のデータに現れていることから、引き続きメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少に注力していく必要があります。

腎不全については全年代で増加していることから、高血圧による腎硬化症、糖尿病による糖尿病性腎症の発症抑制が必要です。（図表 53）

さらに、高血圧及び糖尿病の患者は、認知症の発症割合が高いことが知られているほか、糖尿病は骨質の低下による骨折リスクの増加も認められており、生活習慣病が重複することで認知症や骨折を招くことにより、介護にもつながっていくと言えます。

図表 54 の平成 30 年度と令和４年度の比較では、国保、後期高齢者のいずれにおいても認知症、骨折の割合が悪化しています。

そのため高血圧、糖尿病の取組は脳血管疾患以外の介護予防の視点においても重要な意味を持ちます。

以上のことから、第２期データヘルス計画と同様に、予防可能な疾患である高血圧の改善、糖尿病の増加抑制、メタボリックシンドロームの減少が第３期データヘルス計画の課題と言えます。

(ｴ) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位

前項において整理した結果を踏まえると、中長期的目標の対象となる疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全）に共通して高血圧、糖尿病に重複が見られます。

高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、中長期的目標疾患への重症化を防ぐことにつながります。

当町においては、糖尿病と高血圧が大きな課題ですが、糖尿病やメタボリックシンドロームについては食事療法が重要である一方、高血圧は服薬治療に

よって中長期的目標疾患におけるリスクの減少効果が、比較的早期に期待できます。

そのため、高血圧対策を最優先とし、続いて糖尿病及び肥満対策と順を追って取り組むことが効果的と言えます。

具体的な取組方法については、第４章の「課題解決に向けた個別保健事業」に記載します。

イ．成果目標

(ｱ) データヘルス計画の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用してＰＤＣＡサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、データヘルス計画見直しの実施から、改善までの工程を継続していくことによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。

(2) 目標の設定

評価指標については、全ての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておく必要があります。(図表 55)

(ｱ) 中長期的目標の設定

これまでの特定健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、６か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を最終年度まで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は医療費そのものを抑制することが困難であるため、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、軽症時には通院せず、重症化して入院することから、重症化予防及び医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促すことで、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

(ｲ) 短期的目標の設定

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である高血圧、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短期的目標とします。

中でも特に高血圧の改善、メタボリックシンドローム該当者及び予備群を

減少させることを目指します。

そのため、医療機関と十分な連携を図り、医療受診や治療継続が必要な対象者への働きかけを行うとともに、医療受診を中断している対象者についても適切な保健指導を実施します。

また根本的な改善に至っていない糖尿病とメタボリックシンドロームは、薬物療法のみでの改善が難しく、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ことから、医療機関との連携により、保健指導における栄養指導等を集中的に実施していきます。

具体的には、『日本人食事摂取基準（2020 年版）』の基本的な考え方に基づき、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。

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

(ｳ) 管理目標の設定

管理目標については、第３期データヘルス計画策定時より、国の提示する共通の評価指標を用い、標準的に評価を行うことが示されたため、県の定める共通の指標項目を追加した評価指標を用いて、経年的に評価をしていくものとし、次の図表 55 のとおりに設定しました。

図表 55　第３期データヘルス計画目標管理一覧（★：青森県共通の指標）

関連計画			達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績 初期値 令和６年度	実績 中間評価 令和８年度	実績 最終評価 令和11年度	データの把握方法
					令和４年度	令和７年度	令和10年度	使用データ年度
データヘルス計画	中長期的目標	アウトカム指標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	2.7	2.4	2.0	ＫＤＢシステム
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持または減少	0.6	0.6	0.6	
				慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持または減少	2.3	2.3	2.3	
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	51.9	49.0	46.0	
				糖尿病性腎症による新規透析導入者数の減少	４	２	１	町調べ
	短期的目標		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者の人数（メタボリックシンドローム該当者の特定健診受診者に占める割合）	253 (24.0)	230 (22.0)	190 (20.0)	
				メタボリックシンドローム予備群の人数（メタボリックシンドローム予備群の特定健診受診者に占める割合）	122 (11.6)	107	92	法定報告値
				メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（対平成20年度459人比）	18.3	21.7	25.0	
				健診受診者の高血圧者の割合減少（160mmHg/100以上mmHg）	4.6	4.4	4.2	ＫＤＢシステム
				★健診受診者の高血圧者の割合減少（130mmHg/85mmHg以上）	48.1	45.0	43.0	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少（ＬＤＬ－Ｃ160以上）	9.2	8.8	8.4	
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少（ＨｂＡ１ｃ6.5%以上）	11.0	10.6	10.3	
				★ＨｂＡ１ｃ6.5%以上者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合の減少	6.9	6.7	6.5	
				★健診受診者のＨｂＡ１ｃ8.0%以上の者の割合の減少	1.0	0.9	0.7	
				★40歳～64歳のＨｂＡ１ｃ8.0%以上の者の割合	0.5	0.4	0.3	
				★65歳～74歳のＨｂＡ１ｃ8.0%以上の者の割合	0.6	0.5	0.4	
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	33.3	40.0	50.0	町調べ
			生活習慣病の発症・重症化予防	★特定健診受診者数のうち問診で喫煙ありと回答した者の割合の減少	15.6	15.0	14.7	ＫＤＢシステム
				★特定健診受診者数のうち問診で運動習慣のある者の割合の増加	40.8	43.3	45.8	
			フレイル予防	★50～74歳の特定健診受診者のうち咀嚼良好者（何でも噛んで食べることができると回答した者の割合の増加）	69.2	75.0	79.3	
				★特定健診受診者数における前期高齢者の低栄養傾向者数（ＢＭＩ20以下）の割合の減少	16.1	15.0	14.0	
			医療費適正化	★後発医薬品使用割合の増加	80.9	84.0	86.0	厚生労働省公表値
		アウトプット指標	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボリックシンドローム該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	39.5	50.0	60.0	法定報告値
				★40歳～64歳の特定健診受診率	31.9	46.0	60.0	
				★65歳～74歳の特定健診受診率	44.0	52.5	60.0	
				特定保健指導実施率60%以上	58.1	60.0	60.0	
				★40歳～64歳の特定保健指導実施率	55.0	60.0	60.0	
				★65歳～74歳の特定保健指導実施率	52.6	60.0	60.0	
				特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	18.4	20.0	22.0	
				★40～64歳の特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	11.1	13.0	15.0	
				★65～74歳の特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	27.3	29.0	31.0	

出典：青森県共通の指標、ヘルスサポートラボツール

第３章　特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

１．第４期特定健康診査等実施計画について

保険者は、『高確法』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、第２期特定健康診査等実施計画（以下、「健診等実施計画」という。）は５年間を１期間としていましたが、医療費適正化計画等が一期６年に改正されたことを踏まえ、第３期以降は健診等実施計画も６年間を１期間として策定します。

２．目標値の設定

特定健診受診率及び特定保健指導の目標実施率は、国の「第４期特定健康診査等実施計画期間における保険者種別の目標値について」に基づく目標及び当町における実施率を勘案した上で、図表 56 のとおり、各年度においてそれぞれ設定します。

図表 56　特定健診受診率・特定保健指導目標実施率

	令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
特定健診受診率	44.0%	47.0%	50.5%	54.0%	57.0%	60%以上
特定保健指導実施率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60%以上

町調べ

３．特定健診・特定保健指導対象者の見込み

特定健診受診者及び特定保健指導対象者は、今後の当町の人口推計を勘案した上で、図表 57 のとおり、国保被保険者を各年度においてそれぞれ設定します。

特定健診対象者は、被保険者数の減少が見込まれており、現在の国保被保険者からの推計では、今後５年間で毎年約 170 名が後期高齢者医療制度に移行となります。

また、特定健診におけるメタボリックシンドローム該当者及び予備群のうち、服薬治療者は特定保健指導の対象者から除外されていますが、特定健診受診者の約９％が特定保健指導の対象者に該当しています。

図表 57　特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度
特定健診	対象者数	2,500 人	2,330 人	2,160 人	1,990 人	1,820 人	1,650 人
	受診者数	1,100 人	1,095 人	1,091 人	1,075 人	1,038 人	990 人
特定保健指導	対象者数	97 人	97 人	97 人	95 人	92 人	87 人
	受診者数	59 人	59 人	59 人	58 人	56 人	53 人

町調べ

４．特定健診の実施

(1) 実施方法

特定健診の実施方法については、図表 58 のとおり実施します。

図表 58　特定健診実施方法

	時期	実施機関	場所	負担金
集団健診	夏季：７月～８月 冬季：12 月	青森県総合健診センター	町内公共施設	無料
個別健診	毎年５月初旬～ 翌年２月末日まで	弘前市医師会医療機関 南黒医師会医療機関	各医療機関	無料

町特定健診実施計画

(2) 特定健診委託基準

『高確法』第 28 条及び実施基準第 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) 特定健診実施項目

メタボリックシンドローム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目的で、国が定めた項目に加え、第１期、第２期データヘルス計画に引き続き、生活習慣病の重症化予防の観点から、ＨｂＡ１ｃ・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血検査を実施します。また、町独自の健診項目として、尿中塩分測定の実施も検討します。（図表 59）

図表 59　特定健診実施項目

○･･･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　　★･･･町独自の追加項目

☆･･･町独自の追加検討項目

特定健診項目		藤崎町	国	備　考
身体測定	身長	○	○	
	体重	○	○	
	ＢＭＩ	○	○	肥満度を表す指標
	腹囲	○	○	
血圧	収縮期血圧	○	○	最高血圧
	拡張期血圧	○	○	最低血圧
肝機能検査	ＡＳＴ（ＧＯＴ）	○	○	数値が高い場合、肝機能障害の疑いあり
	ＡＬＴ（ＧＰＴ）	○	○	
	γ－ＧＴ（γ－ＧＰＴ）	○	○	

特定健診項目		藤崎町	国	備　考
血中脂質検査	ＨＤＬ－Ｃ	○	○	数値が高い場合、動脈硬化により、狭心症や心筋梗塞、脳梗塞につながる可能性あり
	ＬＤＬ－Ｃ	○	○	
	（ｎｏｎ－ＨＤＬ－Ｃ）			
	空腹時中性脂肪	●	●	
	随時中性脂肪	●	●	
血糖検査	空腹時血糖	●	●	数値が高い場合、糖尿病や心筋梗塞等につながる可能性あり
	ＨｂＡ１ｃ	●	○	
	随時血糖	●	●	
尿検査	尿糖	○	○	数値が高い場合、腎臓や膀胱、尿管等の疾患の可能性あり
	尿蛋白	○	○	
	尿潜血		★	
血液学検査（貧血検査）	ヘマトクリット値	□	□	数値が高い場合は多血症、低い場合は貧血の可能性あり
	血色素量	□	□	
	赤血球数	□	□	
その他	心電図	□	○	心疾患の有無を検査
	眼底検査	□	□	眼や血管の変化を検査
	血清クレアチニン（ｅＧＦＲ）	□	○	生活習慣病を検査
	尿酸		★	腎機能を検査
	尿中塩分		☆	塩分摂取量を検査

注：血中脂質検査のうちＬＤＬ－Ｃ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－Ｃの測定にかえられます。（実施基準第１条第４項）

(4) 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に対し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、健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医との協力及び連携を行います。

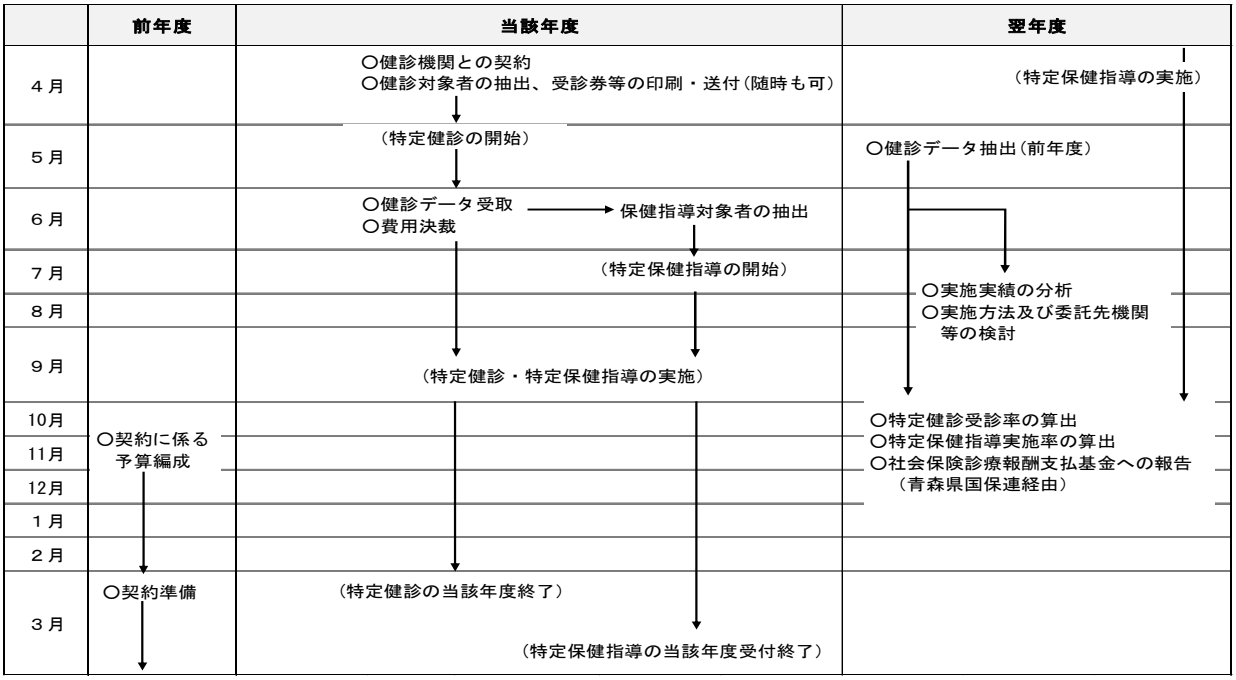
(5) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、青森県国保連に事務処理を委託します。

(6) 特定健診の案内方法・実施スケジュール

受診率向上のためには、対象者に特定健診を認知してもらうことが不可欠であり、医療保険者として受診案内の送付にとどまらず、通年で国保被保険者に対する基本的な周知広報活動を行います。（図表 60）

図表 60　特定健診実施スケジュール



出典：町特定健診実施計画

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とし、保健衛生部局：福祉課健康係への執行委任の形態で行います。

図表 61　第４期（令和６年度から開始）における特定保健指導の見直し点

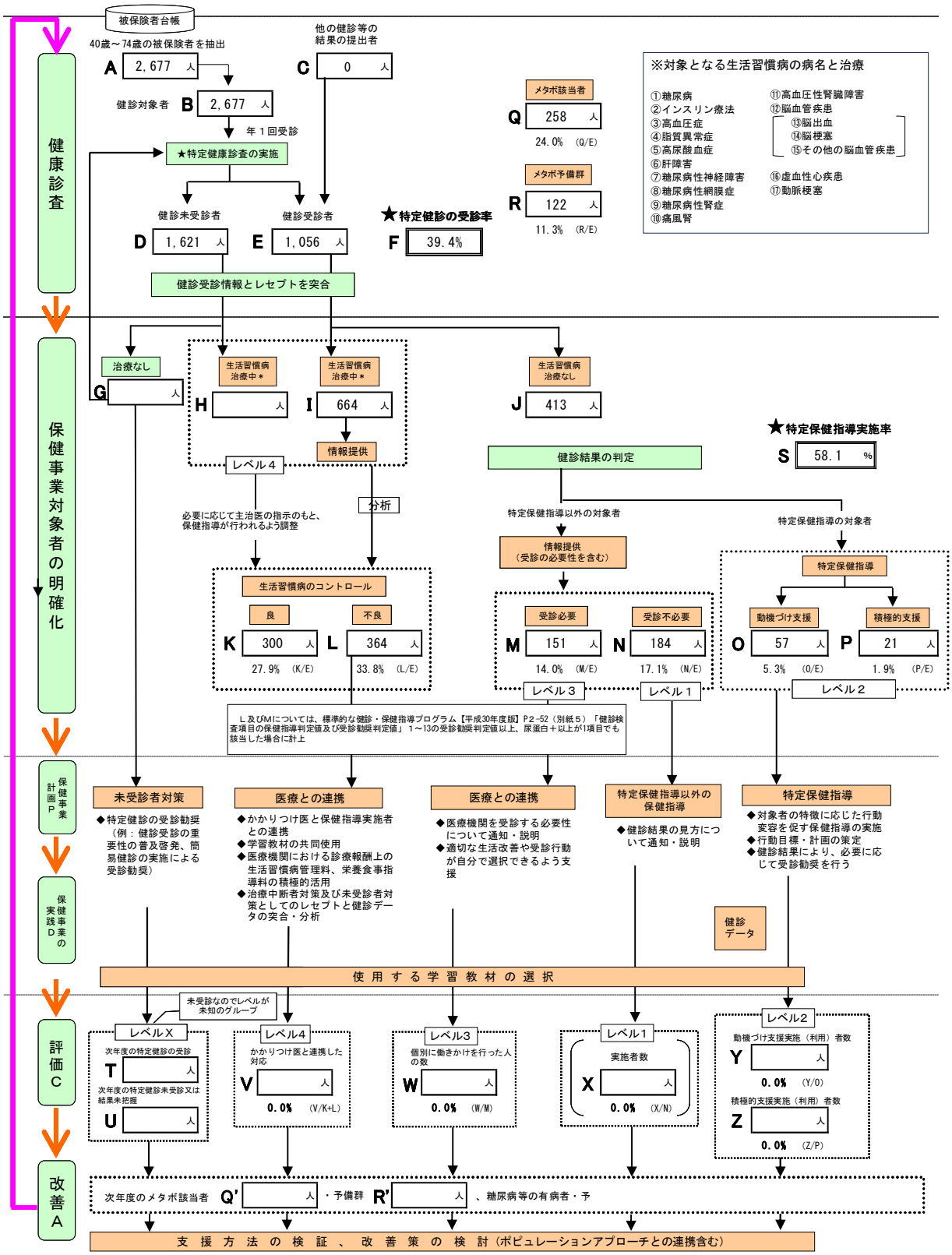
１．評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲２㎝・体重２kg 減とし、その他目標として生活習慣病の予防につながる行動変容や腹囲１㎝・体重１kg 減を設定した。
２．特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健診実施日から１週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
３．糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健診実施後または特定保健指導実施後に服薬を開始した対象者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。
４．糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の対象者への服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外 服薬中の対象者の特定保健指導対象者からの除外にあたって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者が予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期間においても延長する事とした。

出典：特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第４版）

(1) 特定健診から特定保健指導実施の流れ

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 62）

図表 62　健診から保健指導へのフローチャート（様式５－５）



出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 63　要保健指導対象者の見込み、優先順位、支援方法、目標実施率

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○%）	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	○対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ○行動目標・計画の策定 ○健診結果により必要に応じて受診勧奨を行う	78 人 (7.2%)	50%
2	M	情報提供 （受診必要）	○医療機関を受診する必要性について通知・説明 ○適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	151 人 (14.0%)	ＨｂＡ１ｃ 6.5%以上については 100%
3	D	健診未受診者	○特定健診の受診勧奨（例：特定健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	1,940 人 ※受診率目標達成までにあと 281 人	75%
4	N	情報提供	○健診結果の見方について通知・説明	184 人 (17.1%)	100%
5	I	情報提供	○かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ○医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ○治療中の中断者及び未受診者への対策としてのレセプト等と健診データの突合・分析	664 人 (61.7%)	60%

出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 生活習慣病予防のための特定健診・特定保健指導の年間実施スケジュール

目標達成に向けて、進捗状況管理とＰＤＣＡサイクルによる実践のため、年間実施スケジュールを作成します。（図表 64）

図表 64　特定健診・特定保健指導年間実施スケジュール

	特定健診	特定保健指導	その他
４月	○対象者の抽出及び受診券の送付 ○診療情報提供の依頼 ○個別健診実施の依頼		○特定健診をはじめとした各種健診の広報
５月	○特定健診の開始		○後期高齢者健診、一般健診、がん検診の開始
６月		○対象者の抽出	○代行機関（青森県国保連）を通じて費用決裁の開始
７月		○保健指導の開始	
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		○利用券の登録	
11月			
12月			
１月			
２月	○特定健診の終了		
３月			

出典：町特定健診実施計画

６．個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健診・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及び個人情報保護法を踏まえた対応を行います。

また、特定健診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・特定保健指導の記録管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録管理は、特定健康診査等データ管理システムで行い、保存期間を 10 年とします。

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、青森県国保連を通じて社会保険診療報酬支払基金に報告します。

８．特定健診等実施計画の公表・周知

『高確法』第 19 条第 3 項に基づく計画は、当町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第４章　課題解決に向けた個別保健事業

１．保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血圧、血糖、脂質の検査結果を改善していきます。

そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせて実施する必要があります。

重症化予防の取組としては、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・虚血性心疾患重症化予防・糖尿病性腎症重症化予防を行います。

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

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

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは特定健診の受診機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。

そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があり、その実施にあたっては第３章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

２．重症化予防の取組

当町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防に係る対象者は、疾病それぞれの学会が示すガイドラインに基づき抽出すると 380 人（35.3%）存在します。

そのうち治療なしが 77 人（18.6%）を占め、さらにすでに臓器障害の所見が認められることから、直ちに治療に取り組むべき対象者が 25 人います。

また、当町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者で重複する対象者が 77 人中 40 人と高い割合にあることから、特定保健指導の徹底も併行して実施することが重症化予防にもつながり、効率的であることがわかります。（図表 65）

図表 65　脳・心臓・腎臓を守るために

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

令和４年度

健康日本21（第２次）目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少	
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021（脳卒中ガイドライン委員会）	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン（2012年改訂版）（循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2011年度合同研究班報告））	糖尿病治療ガイド 2022-2023（日本糖尿病学会）	ＣＫＤ診療ガイドライン2018（日本腎臓病学会）

レセプトデータ、介護保険データ、その他統計資料等に基づいて健康課題を分析

クモ膜下出血（5.6%）　脳出血（18.5%）　脳梗塞（75.9%）

心原性脳塞栓症（27.7）　ラクナ梗塞（31.2%）　アテローム血栓性梗塞・塞栓（33.2%）

非心原性脳梗塞

※脳卒中データバンク2015より

心筋梗塞　労作性狭心症　安静狭心症

＜参考＞健診受診者（受診率）

1,056人	39.4%

■各疾患の治療状況

	治療中	治療なし
高血圧	488	589
脂質異常症	380	697
糖尿病	147	930
３疾患いずれか	664	413

※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）		重症化予防対象者（実人数）	
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 6.5%以上（治療中:7.0以上）		腎臓専門医紹介基準対象者			
該当者数	50	4.6%	13	1.2%	25	2.3%	26	2.4%	258	24.0%	63	5.8%	65	6.0%	380	35.3%
治療なし	35	5.9%	2	0.5%	22	3.2%	18	2.6%	21	5.1%	24	2.6%	13	3.1%	77	18.6%
（再掲）特定保健指導	15	30.0%	0	0.0%	7	28.0%	3	11.5%	21	8.1%	3	4.8%	7	10.8%	40	10.5%
治療中	15	3.1%	11	1.7%	3	0.8%	8	2.1%	237	35.7%	39	26.5%	52	7.8%	303	45.6%
臓器障害あり	8	22.9%	2	100.0%	4	18.2%	4	22.2%	8	38.1%	5	20.8%	13	100.0%	25	32.5%
ＣＫＤ（専門医対象者）	2		0		3		1		2		4		13		13	
心電図所見あり	6		2		2		3		6		2		2		14	
臓器障害なし	27	77.1%	--		18	81.8%	14	77.8%	13	61.9%	19	79.2%	--		--	

治療中

臓器障害あり	9	60.0%	11	100.0%	0	0.0%	2	25.0%	88	37.1%	17	43.6%	52	100.0%	122	40.3%
ＣＫＤ（専門医対象者）	2		4		0		1		28		6		52		52	
心電図所見あり	9		11		0		1		75		14		25		95	
臓器障害なし	6	40.0%	--		3	100.0%	6	75.0%	149	62.9%	22	56.4%	--		--	

出典：ヘルスサポートラボツール

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

ア．基本的な考え方

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

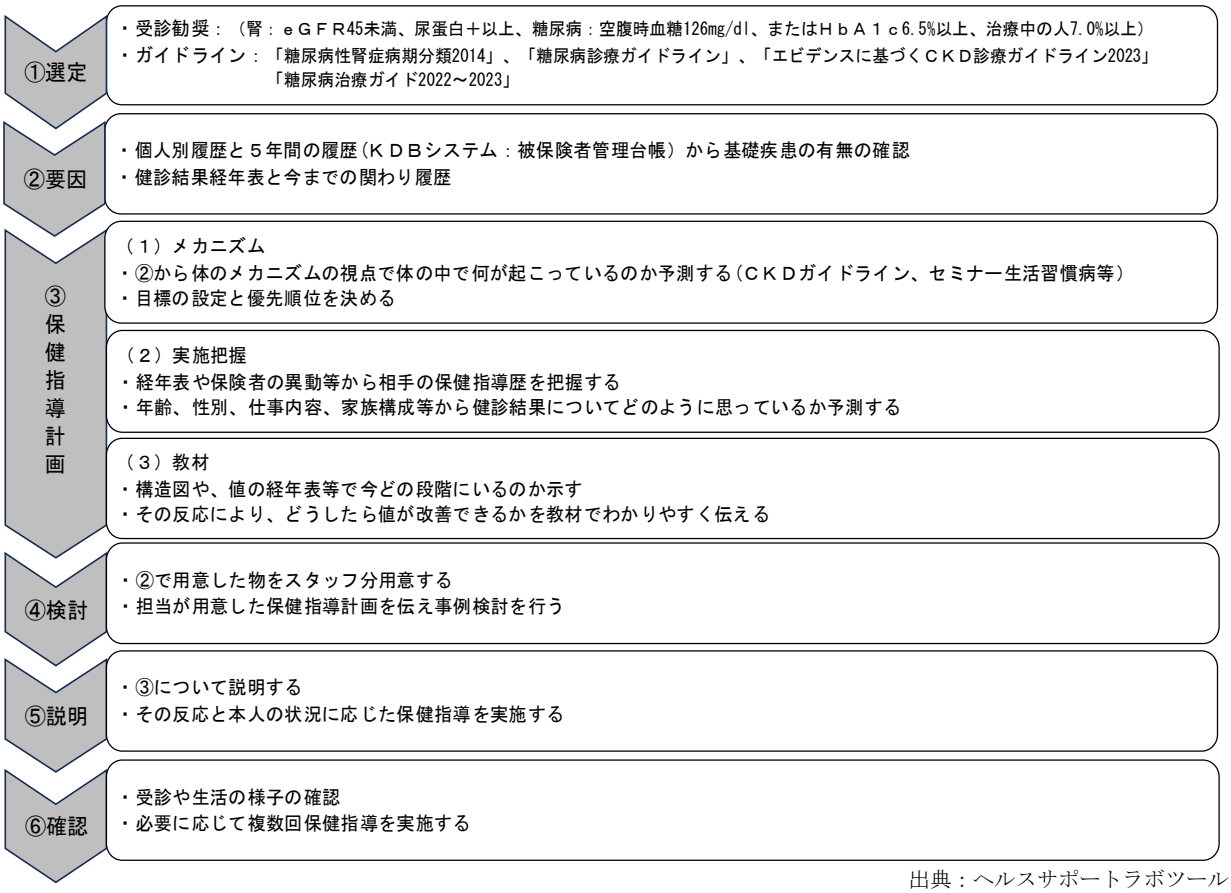
なお、取組にあたっては図表 66 に沿って実施します。

(ｱ)　特定健診・レセプト等で抽出されたハイリスク対象者に対する受診勧奨及び保健指導

(ｲ)　治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

(ｳ)　糖尿病治療中断者や特定健診未受診者への対応

図表 66　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



出典：ヘルスサポートラボツール

イ．対象者の明確化

(ｱ) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準は、『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。

a 医療機関未受診者

b 医療機関受診中断者

c 糖尿病治療中者

(a) 糖尿病性腎症で通院している対象者

(b) 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のリスクを有する対象者

ウ．選定基準に基づく対象者の把握

(ｱ) 対象者の抽出

取組を進めるにあたり、選定基準に基づく対象者を把握する必要があります。その方法として、当町が保有するレセプト等データ及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対象者を抽出する際は、『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 67）

図表 67　糖尿病性腎症病期分類（改定）

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

出典：糖尿病治療ガイド 2020-2021

糖尿病性腎症病期分類では、尿アルブミン※31 値及び腎機能（ｅＧＦＲ※32）で把握しますが、当町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査※33、尿蛋白（定性）検査※34 を必須項目として実施しているため、腎機能（ｅＧＦＲ）の把握は可能であるものの、尿アルブミンについては把握が困難な状況です。

『慢性腎臓病（ＣＫＤ）診療ガイド 2012』（日本腎臓学会）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。

エ．基準に基づく対象者数の把握

レセプト等データと健診結果データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数の把握を行いました。

当町における特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、34 人(18.8%・Ｆ)でした。また、40～74 歳における糖尿病治療者 662 人（16.2%・Ｄ）のうち、特定健診受診者が 147 人(81.2%・Ｇ)でした。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 504 人（77.4%・Ｉ）については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になります。(図表 68)

※31　尿アルブミン：尿蛋白の主成分で、腎糸球体の障害や機能低下に伴い、血中から漏れ出て尿中排出量が増加するため、主に糖尿病性腎症の早期発見の為に測定します。

※32　ｅＧＦＲ：現在の腎機能がどのくらいあるのかを示す値で、正常値は 60ml／分／1.73 ㎡です。

※33　血清クレアチニン検査：腎臓の機能が低下すると、血液中からクレアチニンを取り出して尿として排泄する機能が弱まるため、血液中のクレアチニンを測定する検査を指します。

※34　尿蛋白（定性）検査：腎臓が正しく機能していない場合、体内に戻されるはずの蛋白質が尿中に排出されるため、異常の有無を確認する検査です。

オ．介入方法と優先順位

図表 68 より、当町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）・・・・・34 人

優先順位２　保健指導

・糖尿病を治療する患者のうち重症化リスクの高い対象者（Ｊ）・・・69 人

・治療中断しない（継続受診）のための保健指導

・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

優先順位３　特定保健指導

・特定健診未受診者（Ｉ）の中から、過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者を把握し、糖尿病管理台帳に記載

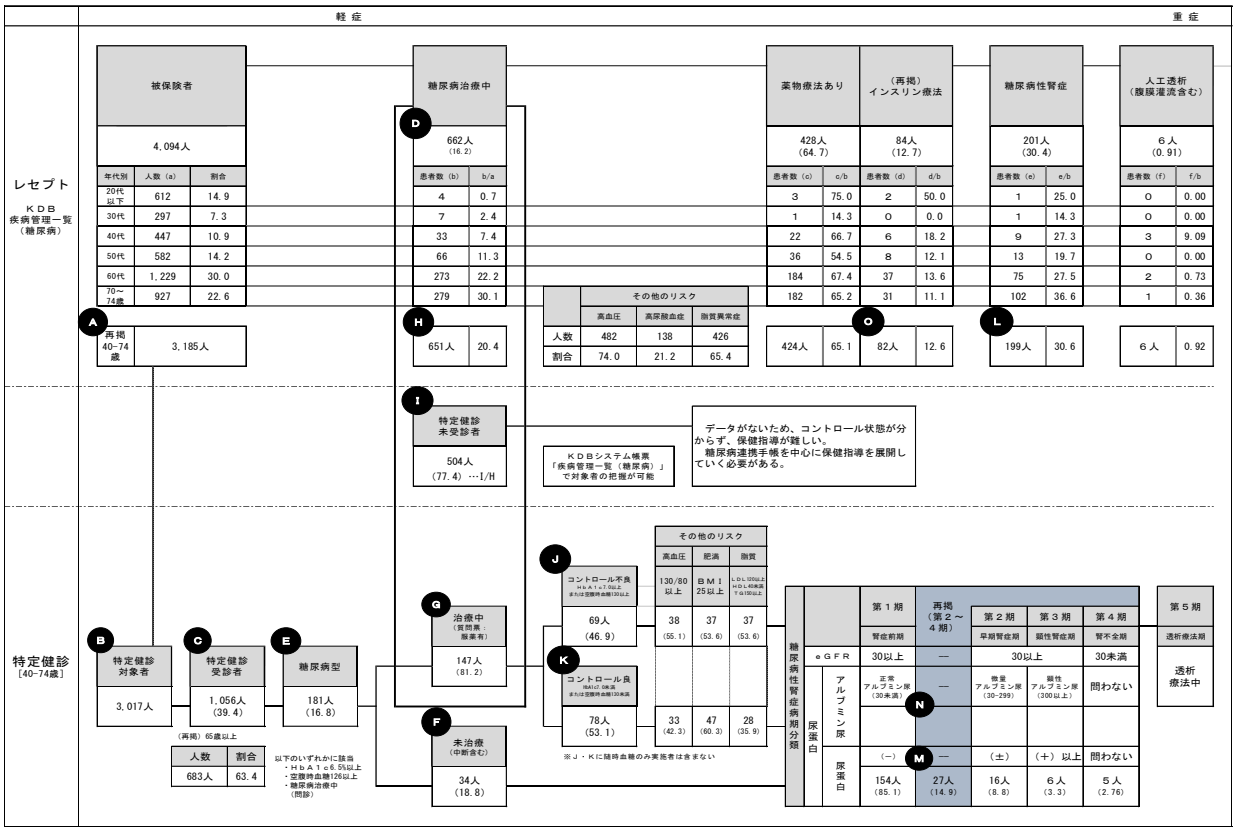
・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等により対応

・医療機関と連携した保健指導

図表 68　糖尿病重症化予防のためのレセプト等と健診結果データの突合

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

レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「ＫＤＢ帳票_介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防)」から集計



出典：ヘルスサポートラボツール

カ．保健指導の実施

(ｱ) 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[※35]の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などのリスク因子の管理も重要となってきます。当町においては、特定健診受診者に対し『糖尿病性腎症病期分類』（糖尿病性腎症合同委員会）及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については『糖尿病治療ガイド』（日本糖尿病学会）、『慢性腎臓病（ＣＫＤ）診療ガイド』（日本腎臓学会）等を参考に作成した保健指導教材を活用し行っていきます。（図表 69）

図表 69　糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける

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

もくじ

1　健診結果から食の解決に意識が向かうための支援

1－1　健診経年結果一覧
1－2　糖尿病タイプ
1－3　私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か
1－4　ヘモグロビンA1cは・・・
1－5　糖尿病とはどういう病気なのでしょうか
1－6　糖に関する健診結果に変化はありませんか？
1－7　75グラム糖負荷検査結果
1－8　私はどのパターン？
1－9　健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう
1－10　Ｚさん（男性）から教えていただきました
1－11　なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？
1－12　糖尿病による網膜症
1－13　眼（網膜症）
1－14　高血糖と肥満は　腎臓をどのように傷めるのでしょうか
1－15　64歳以下　ＨｂＡ１ｃとｅＧＦＲの経年変化
1－16　64歳以上　ＨｂＡ１ｃとｅＧＦＲの経年変化
1－17　〇〇さんの腎臓の機能の結果をみていきます
1－18　腎臓の働きが落ちてきたが　動いて大丈夫なのか！！！
1－19　糖尿病性神経障害の症状とすすみ方
1－20　認知症予防には、糖尿病予防が大切です
1－21　糖尿病治療の進め方
1－22　高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です
1－23　ＨｂＡ１ｃは、なんで7.0%以下が目標か
1－24　64歳以下　ＨｂＡ１ｃと体重の推移
1－25　64歳以上　ＨｂＡ１ｃと体重の推移
1－26　ＨｂＡ１ｃが高くなる要因はタイプによって違います
1－27　健診データの推移と生活・食の変化
1－28　食べ方を変えて良くなった人の事例

2　高血糖を解決するための食

2－1　健診結果と日常食べている食品
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
2－3　今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
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
2－5　自分の食べている食品をみてみます
2－6　糖尿病性腎症食事療法

3　薬物療法

3－1　住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
3－2　私の飲んでいる薬はどの薬ですか
3－3　薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
3－4　薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
3－5　その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
3－6　イメグリミンってどんな薬？
3－7　もしかしてそれは「ＧＬＰ－１受容体作動薬」
3－8　ビグアナイド薬とは
3－9　チアゾリジン薬とは？
3－10　薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるのでしょう

4　参考資料

4－1　糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
4－2　日本人の食事摂取基準（2020年版）
4－3　日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
4－4　ライフステージごとの食品の目安量
4－5　月刊誌　糖尿病ライフ「さかえ」2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
4－6　安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
4－7　都道府県別自家用乗用車数と歩数（男性・女性）

出典：保健指導教材

キ．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期を見逃す恐れがあります。

※35　大血管障害：糖尿病において血糖値が高い状態が続くことにより、動脈硬化が進行して大きな血管が詰まりやすくなります。それにより狭心症、脳梗塞、末梢動脈疾患などを発症するリスクが高まります。

そのため当町では、第２期データヘルス計画において、腎症重症化ハイリスク対象者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性（±）[※36]の場合は、二次健診により、尿アルブミン検査を実施してきました。

引き続き、第３期においても二次健診の結果に基づき、早期介入を行うことで糖尿病性腎症重症化予防を目指します。

ク．医療との連携

医療機関未受診者及び治療中断者を医療機関につなぐ場合、対象者の意向も十分に考慮し、経年表などを本人に持参してもらい、本人の発症までとその後の経過が医療機関に伝わるように配慮します。

ケ．治療中の対象者への対応

治療中の場合は、糖尿病連携手帳を活用して、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。

かかりつけ医、専門医との連携にあたっては『青森県糖尿病性腎症重症化予防プログラム』（青森県糖尿病性腎症重症化予防連携協定[※37]）に準じて実施していきます。

コ．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事業[※38]』を実施していく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

サ．評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。

短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年１回行うものとし、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、糖尿病性腎症重症化予防の取組評価（図表70）を用いて実施します。

※36　尿蛋白定性（±）：尿蛋白検査結果における（＋）は陽性、（±）は痕跡あり、（－）は陰性です。

※37　青森県糖尿病性腎症重症化予防連携協定：平成 29 年９月 14 日に、「健康あおもり 21（２次）」の取り組みを加速させるため、公益社団法人青森県医師会、青森県糖尿病対策推進会議、青森県の三者で協定を締結しています。

※38　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施：それぞれの組織・団体の取組を連携させ、高齢者が健康に生活できるようにするための仕組みです。

シ．短期的評価

(ｱ) 受診勧奨者に対する評価

a 受診勧奨対象者への介入率

b 医療機関受診率

c 医療機関未受診者への再勧奨数

ス．保健指導対象者に対する評価

(ｱ) 保健指導実施率

(ｲ) 受診勧奨者に対する評価

(ｳ) 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

a ＨｂＡ１ｃの変化受診勧奨対象者への介入率

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

c 尿蛋白の変化

d 服薬状況の変化

図表 70　糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

		項目	突合表	藤崎町										同規模保険者（平均）		データ基
				平成30年度		令和元年度		令和２年度		令和３年度		令和４年度		令和４年度		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	A	4,231人		4,064人		3,954人		3,963人		3,776人		－		ＫＤＢ_厚生労働省様式３－２
	②	（再掲）40-74歳		3,261人		3,159人		3,104人		3,155人		3,023人		－		
2	①	特定健診　対象者数	B	2,989人		2,924人		2,870人		2,807人		2,677人		－		市町村国保特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書
	②	特定健診　受診者数	C	1,524人		1,433人		1,036人		1,070人		1056人		－		
	③	特定健診　受診率		51.0%		49.0%		36.1%		38.1%		39.4%		－		
3	①	特定保健指導　対象者数		149人		134人		85人		96人		74人		－		
	②	特定保健指導　実施率		46.3%		42.5%		57.6%		56.3%		58.1%		－		
4	①	健診データ　糖尿病型	E	242人	15.9%	239人	16.7%	188人	18.1%	175人	16.4%	184人	16.7%	－	－	特定健診結果
	②	未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	55人	22.7%	51人	21.3%	39人	20.7%	42人	24.0%	36人	19.6%	－	－	
	③	治療中（質問票 服薬あり）	G	187人	77.3%	188人	78.7%	149人	79.3%	133人	76.0%	148人	80.4%	－	－	
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	71人	38.0%	79人	42.0%	69人	46.3%	61人	45.9%	70人	47.3%	－	－	
	⑤	血圧　130/80以上	J	42人	59.2%	42人	53.2%	42人	60.9%	38人	62.3%	39人	55.7%	－	－	
	⑥	肥満　BMI25以上	J	37人	52.1%	40人	50.6%	35人	50.7%	29人	47.5%	38人	54.3%	－	－	
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	116人	62.0%	109人	58.0%	80人	53.7%	72人	54.1%	78人	52.7%	－	－	
	⑧	第1期　尿蛋白（－）	M	201人	83.1%	201人	84.1%	160人	85.1%	152人	86.9%	157人	85.3%	－	－	
	⑨	第2期　尿蛋白（±）	M	23人	9.5%	18人	7.5%	15人	8.0%	15人	8.6%	16人	8.7%	－	－	
	⑩	第3期　尿蛋白（＋）以上	M	14人	5.8%	13人	5.4%	11人	5.9%	６人	3.4%	６人	3.3%	－	－	
	⑪	第4期　eGFR30未満	M	３人	1.2%	６人	2.5%	２人	1.1%	２人	1.1%	５人	2.7%	－	－	
5	①	レセプト　糖尿病受療率（被保険者千対）		124.6人		120.6人		112.3人		119.4人		115.7人		－		ＫＤＢ_厚生労働省様式３－２
	②	（再掲）40-74歳（被保険者千対）		158.8人		152.3人		141.1人		148.0人		142.6人		－		
	③	レセプト件数（40-74歳）（ ）内は被保険者千対　入院外（件数）		2,968件	(945.8)	3,135件	(1020.2)	3,194件	(1024.7)	3,340件	(1106.3)	3,077件	(1056.3)	334,283件	(942.0)	ＫＤＢ_疾病別医療費分析（生活習慣病）
	④	入院（件数）		18件	(5.7)	12件	(3.9)	14件	(4.5)	13件	(4.3)	9件	(3.1)	1,709件	(4.8)	
	⑤	糖尿病治療中	H	527人	12.5%	490人	12.1%	444人	11.2%	473人	11.9%	437人	11.6%	－	－	ＫＤＢ_厚生労働省様式３－２
	⑥	（再掲）40-74歳	H	518人	15.9%	481人	15.2%	438人	14.1%	467人	14.8%	431人	14.3%	－	－	
	⑦	健診未受診者	I	331人	63.9%	294人	61.1%	289人	66.0%	334人	71.5%	283人	65.7%	－	－	
	⑧	インスリン治療	O	69人	13.1%	64人	13.1%	62人	14.0%	67人	14.2%	60人	13.7%	－	－	
	⑨	（再掲）40-74歳	O	68人	13.1%	64人	13.3%	62人	14.2%	67人	14.3%	58人	13.5%	－	－	
	⑩	糖尿病性腎症	L	103人	19.5%	95人	19.4%	97人	21.8%	115人	24.3%	126人	28.8%	－	－	
	⑪	（再掲）40-74歳	L	102人	19.7%	94人	19.5%	96人	21.9%	114人	24.4%	125人	29.0%	－	－	
	⑫	慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		３人	0.6%	２人	0.4%	４人	0.9%	５人	1.1%	４人	0.9%	－	－	
	⑬	（再掲）40-74歳		１人	0.2%	１人	0.2%	３人	0.7%	４人	0.9%	４人	0.9%	－	－	
	⑭	新規透析患者数		１人	0.19%	２人	0.41%	４人	0.90%	２人	0.42%	４人	0.91%	－	－	
	⑮	（再掲）糖尿病性腎症		１人	0.19%	２人	0.41%	２人	0.45%	２人	0.42%	１人	0.23%	－	－	
	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）		12人	2.0%	12人	2.0%	11人	2.1%	11人	2.0%	13人	2.4%	－	－	KDB_厚生労働省様式３－２
6	①	医療費　総医療費		13億65万円		12億5,623万円		12億2,427万円		12億7,156万円		11億6,820万円		10億9,648万円		ＫＤＢ 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
	②	生活習慣病総医療費		7億4,005万円		6億7,705万円		6億8,728万円		7億44万円		6億3,947万円		5億9,067万円		
	③	（総医療費に占める割合）		56.9%		53.9%		56.1%		55.1%		54.7%		53.9%		
	④	生活習慣病対象者一人あたり　健診受診者		12,151円		9,204円		7,692円		6,890円		6,590円		8,199円		
	⑤	生活習慣病対象者一人あたり　健診未受診者		32,759円		32,149円		35,516円		37,515円		38,233円		37,038円		
	⑥	糖尿病医療費		9,022万円		9,056万円		9,477万円		9,907万円		8,979万円		6,602万円		
	⑦	（生活習慣病総医療費に占める割合）		12.2%		13.4%		13.8%		14.1%		14.0%		11.2%		
	⑧	糖尿病入院外総医療費		2億247万円		2億1,209万円		2億4,652万円		2億8,083億円		2億3,317万円		－		
	⑨	１件あたり		30,617円		32,301円		38,724円		43,839円		40,453円		－		
	⑩	糖尿病入院総医療費		1億4,908万円		1億561万円		1億1,433万円		1億4,132万円		1億448万円		－		
	⑪	１件あたり		659,650円		614,024円		653,303円		706,607円		625,646円		－		
	⑫	在院日数		15日		17日		14日		16日		16日		－		
	⑬	慢性腎不全医療費		4,042万円		5,298万円		4,498万円		3,894万円		3,685万円		4,999万円		
	⑭	透析有り		3,460万円		4,251万円		3,861万円		2,795万円		2,721万円		4,634万円		
	⑮	透析なし		582万円		1,047万円		637万円		1,100万円		964万円		364万円		
7	①	介護　介護給付費		15億5,656万円		15億9,826万円		15億8,530万円		15億4,414万円		15億5,355万円		13億3,151万円		
	②	（２号認定者）糖尿病合併症		３件	27.3%	５件	35.7%	３件	25.0%	１件	25.0%	０件	0.0%	－	－	
8	①	死亡　糖尿病（死因別死亡数）		１人	0.5%	１人	0.5%	２人	1.0%	０人	0.0%	０人	0.0%	582人	1.1%	ＫＤＢ_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

出典：ヘルスサポートラボツール

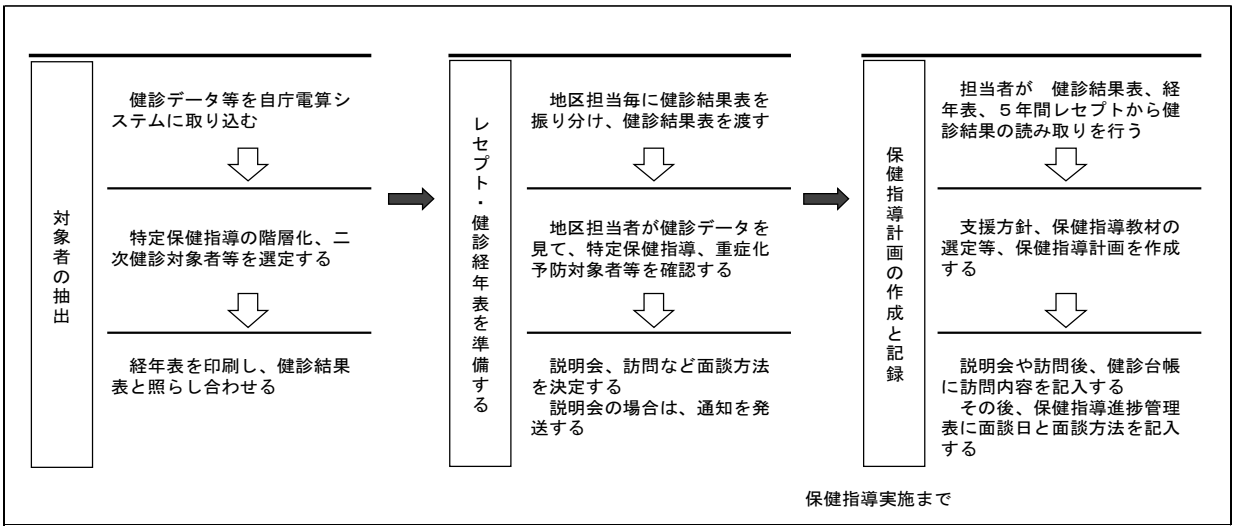
セ．実施期間及びスケジュール

４月　　対象者の選定基準の決定

５月　　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

５月～　健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳に記載後、対象者に順次介入（通年）

図表 71　重症化予防対象者に対する保健指導実施までの毎月のスケジュール



町作成資料

(2) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

ア．基本的な考え方

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、インスリン抵抗性、脂質異常、血圧高値の危険因子を複合的に合併することにより、脳血管疾患や虚血性心疾患を発症しやすい状態にあります。

「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第１の臨床的帰結※39 は心血管病であり、診断は心血管病予防のために行う。

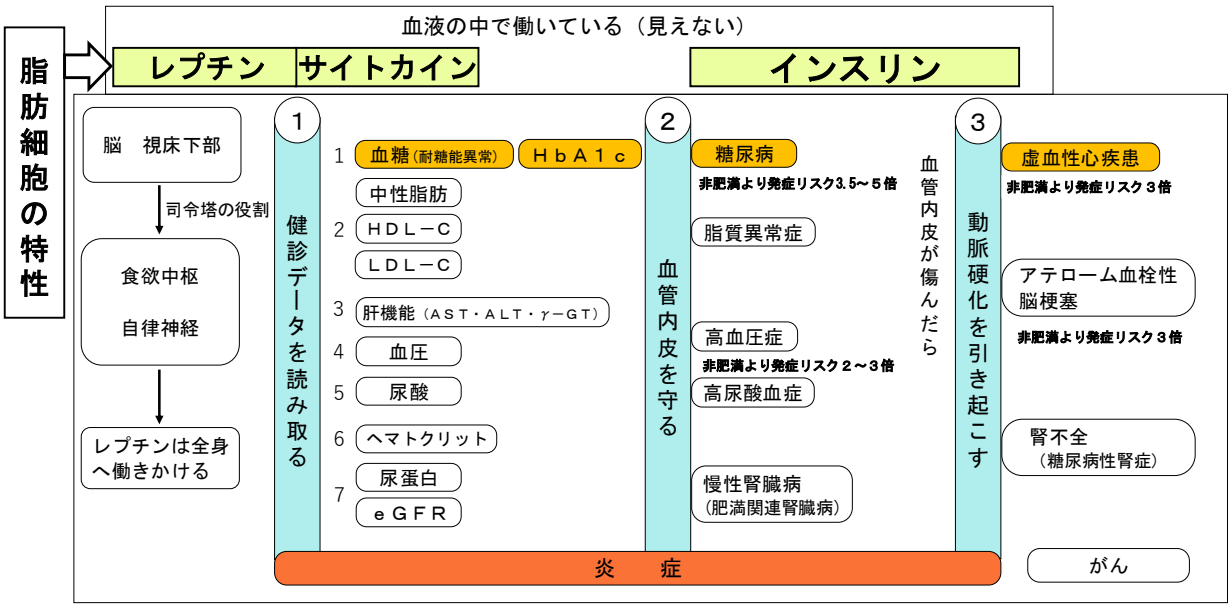
また、メタボリックシンドロームは２型糖尿病※40 発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している２型糖尿病予防、さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」（メタボリックシンドロームの定義と診断基準より）

なお、取組にあたっては図表 72 に基づいて考えていきます。

※39　臨床的帰結：治療的介入によって生じた患者の機能的状態の変化について、ある時点で患者が到達したレベルを見ることを指します。

※40　２型糖尿病：遺伝的素因によるインスリンの分泌機能の低下に、環境的素因として生活習慣病の悪化に伴うインスリン抵抗性が加わることでインスリンの相対的不足に陥った場合に発症する糖尿病。一般的に生活習慣病と言われるタイプの糖尿病が２型糖尿病です。

図表 72　肥満の問題性を考えるポイント



出典：ヘルスサポートラボツール

肥満の問題性を考えるポイント（図表 72）について解説します。

肥満とは、全身にある脂肪細胞一つ一つに脂肪が蓄積することで肥大化し、体脂肪が過剰に蓄積されている状態を指します。

この脂肪細胞には脂肪を蓄積する役割のほかに重要な働きがあり、小型の脂肪細胞はホルモンの一種であるレプチン※41 を分泌します。

レプチンは体脂肪に比例した量が分泌され、脳の食欲中枢に働きかけて、食欲をコントロールしています。

しかし、ＢＭＩ25 を超えるほどに肥大化した大型の脂肪細胞は、多量のレプチンが分泌されているにも関わらず、レプチンの作用そのものが遮断され、脳の食欲中枢に届かなくなってしまい、満腹感が得られなくなるため、食欲のコントロールが不能になってしまいます。

さらに、脂肪細胞には血管に作用するサイトカイン※42 という物質を分泌する特性があります。

サイトカインは小型の脂肪細胞の場合、善玉のサイトカインを分泌し、正常な血管を保つ作用があります。

しかしＢＭＩ25 以上の大型の脂肪細胞の場合は、血圧を上昇させるなどの動脈硬化を進める悪玉のサイトカインを分泌します。（図表 72①）

さらに悪玉のサイトカインは、ホルモンであるインスリンの働きを阻害する作用があります。

本来、インスリンには血糖値を下げる作用がありますが、悪玉のサイトカインによって、働きを阻害されたインスリンは血管内に蓄積します。

※41　レプチン：脂肪細胞によって作り出され、食欲と代謝の調節を行うホルモンです。
※42　サイトカイン：主に免疫系細胞から分泌されるタンパク質で、細胞間の情報伝達の役割を担っています。

蓄積した大量のインスリンは働きを十分に発揮できないだけでなく、インスリン抵抗性として血圧や尿酸値などを悪化させます。

肥満によるレプチンやサイトカインの影響が続き、健診結果に異常値が見られるようになると、やがてそれが生活習慣病の発症や動脈硬化を引き起こしていきます。（図表 72②）

その結果、重症化により虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎不全を招きます。（図表 72③）

そのため生活習慣病重症化予防の取組にあたっては、図表 72 の考えを基本として保健指導対象者を明確化していきます。

イ．肥満の状況

(ｱ) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。（図表 73）

図表 73　肥満度分類による実態

		受診者数		BMI25 以上		（再掲）肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満１度 BMI25～30 未満		肥満２度 BMI30～35 未満		肥満３度 BMI35～40 未満		肥満４度 BMI40 以上	
		40~64歳	65~74歳	40~64歳	65~74歳	40~64歳	65~74歳	40~64歳	65~74歳	40~64歳	65~74歳	40~64歳	65~74歳
総数		394	683	147	225	119	194	22	25	4	4	2	2
				37.3%	32.9%	30.2%	28.4%	5.6%	3.7%	1.0%	0.6%	0.5%	0.3%
再掲	男性	211	294	96	102	80	94	10	8	4	0	2	0
				45.5%	34.7%	37.9%	32.0%	4.7%	2.7%	1.9%	0.0%	0.9%	0.0%
	女性	183	389	51	123	39	100	12	17	0	4	0	2
				27.9%	31.6%	21.3%	25.7%	6.6%	4.4%	0.0%	1.0%	0.0%	0.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

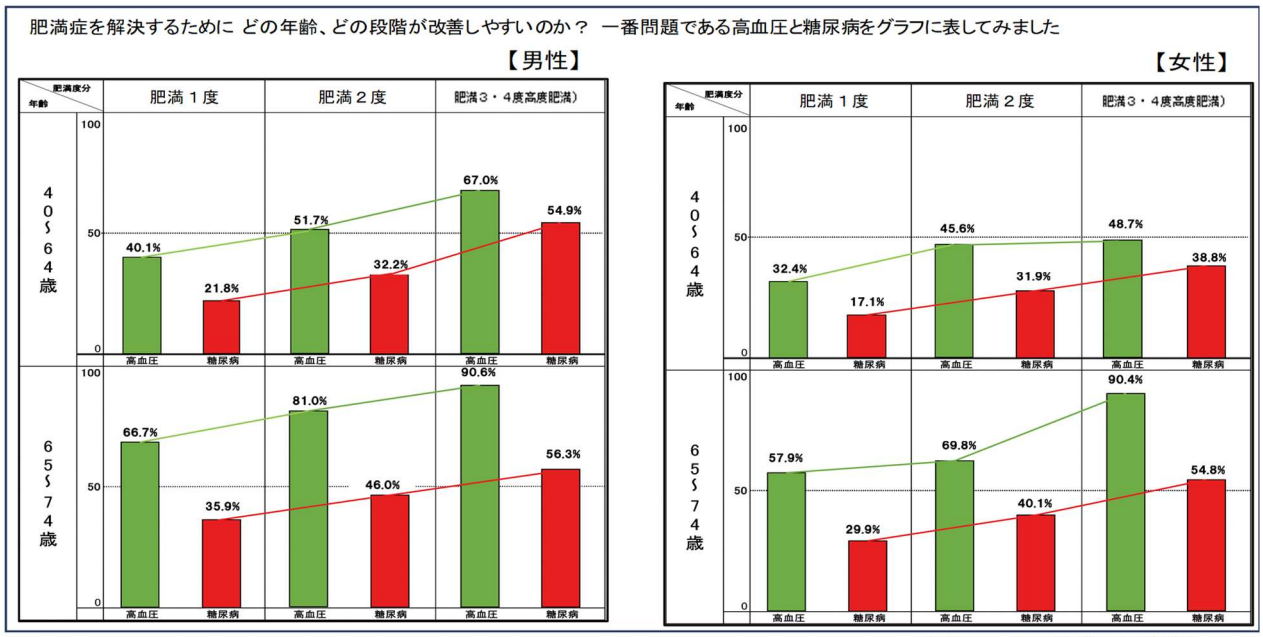
(ｲ) 優先順位をつけます。

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを根拠に基づく医療（ＥＢＭ※43）『肥満症診療ガイドライン 2022』に即した優先順位をつけます。

(ｳ) 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます。（図表 74）

※43　ＥＢＭ：根拠に基づく医療のことであり、医療従事者の経験などに頼らず、実際の医療結果を根拠に、その患者の希望を汲んで治療します。

図表 74　肥満を解決するためにどの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



出典：ヘルスサポートラボツール

(ｴ) 保健指導を実施した際の町民の声(一般的な意見)から「日常生活」で困っていることを教えてもらいました。(図表 75)

図表 75　肥満になるとどんなことに困るのか一般的な意見から「日常生活」の視点で整理してみる

生活 ＼ 肥満度 BMI		1度	2度	3度	4度
		25～29.9	30～34.9	35～39.9	40～
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬を飲むと、食欲が抑えられない。	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない。	・食べ始めたら止まらない。 ・ストレスを感じると食べる。 ・お腹が空いてなくても食べたくなる。 ・食べてしまうのは、脳が支配されているのだと思う。	・食欲が抑えられない。 ・夜中起きると食べてしまう。 ・食欲が止まらない。
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる。		・太っているからか腸の痙攣が起こる。	・逆流性食道炎になった。
排泄	排便			・便秘になって大変。	・便座に座ると便座が割れる。
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる。	・尿意を感じて夜中に３回起きる。	・トイレに何度も起きて寝た気がしない。 ・むくみがあって５年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい。	・尿漏れする。 ・起きてトイレに行くまで間に合わない。
動作	歩行	・疲労感がある。	・長く歩くと息切れがする。 ・階段を上るとき息切れする。 ・坂道は息が切れる。 ・運動するとすぐ息切れする。	・体重で足が痛い。 ・階段を降りるときに身体を支えられず転びそうになる。 ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない。 ・歩くと足がしびれる。	・200m歩くにも呼吸が苦しい。 ・歩いたら苦しくなるので、横になっている。 ・だるくて寝ていることが多い。
	日常動作		・屈めず、足の爪を切ることが出来ない。 ・朝起きると体重で手がしびれて色が変わっている。 ・運動すると数日だるくなる。 ・身体が動かしづらい。		・お腹が邪魔で前に屈めない。 ・シャワーがつらい。 ・手が届かないので排泄の後始末が出来ない。
身体	胸	・２～３年前から胸に違和感がある。 ・仕事中時々胸の息苦しさを感じる。 ・１年前から動悸があり、休憩しながら仕事をしていた。 ・止まるんじゃないかと思うほどグッと胸が痛くなることがある。	・動悸がする。 ・胸が締め付けられる感じ。６年前から時々起こる。 ・心臓が大きくなっていると言われた。 ・少し動いただけでも心臓がきつい。	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める。 ・仰向けには寝られない。いつも横向きに寝ている。 ・心臓はスピードのある作業をするとバクバクする。	・左を向いて寝ると動悸が激しく、眠れなかった。 ・心臓の圧迫感と苦しさで10年前に狭心症のカテーテル治療を行った。 ・今も階段を上がったとき、胸が苦しくなる。 ・心臓に週１回圧迫される様な症状があるが、心臓の血管の詰まりはないと言われている。
	免疫	・蜂窩織炎になる。		・風邪を引きやすい。	・よく風邪をひく。 ・よく体調を崩す。
	皮膚	・背中がかゆい。 ・皮膚が赤くなる。	・湿疹が出来る。 ・かゆい	・皮膚が赤く炎症を起こしている。 ・炎症で体毛が生えなくなる。	・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がつらい。 ・皮膚科に毎月通院している。

出典：保健指導教材

まず、『肥満症診療ガイドライン 2022』によると、６か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症※44（肥満３度・４度:図表 73）は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示するほか、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。

そのことは、「日常生活」で困っている一般的な意見（図表 75）からも深刻です。

次に図表 74 を見ると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど高血圧・糖尿病が合併する割合が高くなっていることから、効率的に肥満を改善するためには両疾患の発症が 50%に満たない肥満１度で、若い年代（40～64 歳）を対象にすることが重要であると言えます。

(ｵ) 脳・心血管疾患を発症した事例の共通点として多数見られるのは、メタボリックシンドローム該当者です。

図表 76　脳・心血管疾患を発症した事例から課題を整理する

事例No	性別	発症年代	ＫＤＢシステムから把握									メタボリックシンドローム該当	転帰
			レセプト等								介護		
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患						
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症			
1	男	40代		●	●	●	●		●			●	
2	男	70代			●		●	●	●			●	
3	女	60代			●		●	●	●			●	
4	女	50代			●		●					●	
5	女	60代		●			●		●			●	

町調べ

※44　高度肥満症：ＢＭＩが 35kg／㎡以上で、肥満に起因ないし関連する健康障害を合併するか、その合併が予測され、医学的に減量を必要とする場合、または内臓脂肪蓄積がある場合を指します。

(ｶ) 対象者の明確化

脳・心血管疾患を発症した事例を整理すると、メタボリックシンドローム該当者が多数みられます。内臓脂肪の蓄積により脂肪細胞から分泌されるサイトカインの分泌異常が起き、炎症を起こしやすい状態やインスリン抵抗性が生じることで、動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を及ぼした結果、発症しているものであると考えられます。(図表 76)

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 77) は、男性で 50 代から受診者の 30%を超えていますが、女性では 60 代・70 代で約 20%であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症のいずれかの治療状況(図表 78)は、男女とも 80%以上が治療中となっているものの、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、単純な治療だけでは解決できないことがわかります。

図表 77　年代別メタボリックシンドローム該当者の状況

			男性					女性				
			総数	40 代	50 代	60 代	70～74 歳	総数	40 代	50 代	60 代	70～74 歳
特定健診受診者		A	505	50	76	218	161	572	27	70	260	215
メタボリックシンドローム該当者		B	164	11	26	70	57	94	2	6	48	38
		B/A	32.5%	22.0%	32.4%	34.2%	35.4%	16.4%	7.4%	8.6%	18.5%	17.7%
再掲	①3項目全て	C	59	3	12	24	20	26	0	1	15	10
		C/B	36.0%	27.3%	46.2%	34.3%	35.1%	27.7%	0.0%	16.7%	31.3%	26.3%
	②血糖＋血圧	D	26	1	4	8	13	12	1	1	7	3
		D/B	15.9%	9.1%	15.4%	11.4%	22.8%	12.8%	50.0%	16.7%	14.6%	7.9%
	③血圧＋脂質	E	74	7	10	34	23	52	1	3	26	22
		E/B	45.1%	63.6%	38.5%	48.6%	40.4%	55.3%	50.0%	50.0%	54.2%	57.9%
	④血糖＋脂質	F	5	0	0	4	1	4	0	1	0	3
		F/B	3.0%	0.0%	0.0%	5.7%	1.8%	4.3%	0.0%	16.7%	0.0%	7.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 78　メタボリックシンドローム該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		３疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		３疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	505	164	32.5%	153	93.3%	11	6.7%	572	94	16.4%	84	89.4%	10	10.6%
40 代	50	11	22.0%	9	81.8%	2	18.2%	27	2	7.4%	1	50.0%	1	50.0%
50 代	76	26	34.2%	23	88.5%	3	11.5%	70	6	8.6%	6	100.0%	0	0.0%
60 代	218	10	32.1%	65	92.9%	5	7.1%	260	46	18.5%	44	91.7%	4	8.3%
70～74 歳	161	57	35.4%	56	98.2%	1	1.8%	215	38	17.7%	33	86.8%	4	13.2%

出典：ヘルスサポートラボツール

このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と併せて、食事療法や運動療法による生活改善も必要となります。

ウ．対象者の選定基準の考え方

(ｱ) メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な対象者には、適切な受診のための保健指導を行います。

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

(ｳ) 特定保健指導対象者の保健指導

エ．対象者の管理

対象者の進捗管理は、特定保健指導、高血圧や糖尿病の重症化予防対象者一覧を活用し、担当地区ごとに管理します。

オ．保健指導の実施

(ｱ) 最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、『肥満症治療ガイドライン 2022』等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていきます。(図表 79)

図表 79　特定健診・特定保健指導　実践へ向けて（保健指導教材）

もくじ

1　国の施策
　1－1　科学的根拠に基づく健診・保健指導
　1－2　特定健診・特定保健指導の基本的考え方
　1－3　特定保健指導対象者
　1－4　メタボリックシンドロームの解決に向けて
　1－5　肥満症診療ガイドライン2022　第１章P１-P２、第３章P19から抜粋
　1－6　メタボリックシンドローム　～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～
2　保健指導対象者の明確化
　2－1　内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表
　2－2　おたずね
　2－3　健診結果からみる肥満のリスク
　2－4　肥満がもたらすもの
3　肥満の症状
　3－1　肥満がもたらす症状
　3－2　肥満になるとどんなことに困るのか町民の声から「日常生活」の視点で整理してみる
　3－3－1　睡眠のことで似たような症状はありますか？
　3－3－2　「いびきがひどい」　「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます
　3－3－3　睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの
　3－3－4　睡眠時無呼吸の治療（ＣＰＡＰ）
　3－4　喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)
　3－5－1　膝が痛いとよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？
　3－5－2　膝のどこが痛いですか？
　3－5－3　膝に圧力がかからないトレーニング
　3－6－1　たくさん汗が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！
　3－6－2　汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)
　3－7　新型コロナと肥満
4　高度肥満
　4－1　外科手術という治療があります
　4－2　肥満症外科手術のできる認定施設一覧
　4－3　外科手術による体と脳の変化　Ａさんの場合
　4－4　外科手術による体重の変化で健康障害が改善したＢさん
5　保健指導教材で減量できた事例
　5－1　20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例
　5－2　住民の体重変化
6　脂肪細胞の特性
　6－1　肥満の問題性を考えるポイント
　6－2　脂肪細胞ってね①
　6－3　脂肪細胞ってね②
　6－4　脂肪細胞から分泌される物質
　6－5　大型した脂肪細胞の時の血管の中
　6－6　食欲が抑えられない
　6－7　脳の変調を起こす原因は？
　6－8　脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
7　健診データ・検査
　7－1　脂肪は限りなくどこまでも貯めることができます
　7－2　脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
　7－3　血管が傷むとは
　7－4　体の中で起こっていることは？
　7－5　脂肪細胞の中身は何だと思いますか？
　7－6　新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
　7－7　体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
　7－8　尿酸って聞いたことがありますか？
　7－9　ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
　7－10　肥満や高血糖になると腎臓では何が起こっているのでしょうか？
　7－11　肥満があると動脈硬化は進行します
　7－12　労災保険二次健康診断給付制度
　7－13　肥満（ＢＭＩ25以上）になると、心臓はどうなるの？
　7－14　肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。
8　食事療法
　8－1　栄養指導の基本
　8－2　現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
　8－3－1　短鎖脂肪酸
　8－3－2　肥満の推移とその背景と原因
9　運動療法
　9－1　肥満解消のために　なぜ、運動するといいの？
　9－2　体重測定
10　参考資料

出典：保健指導教材

カ．二次健診の実施

前述のとおり第２期までにおいては、糖尿病性腎症ハイリスク対象者の増加抑制のために、特定健診受診者のうち、ＨｂＡ１ｃ6.5%以上で尿検査において

尿蛋白（－）または（±）の服薬なしの対象者に二次健診を実施し、その結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防に取り組んできました。

当町において、保険者努力支援制度における市町村国保ヘルスアップ事業等を活用して、下記のとおり新たな二次健診項目の実施を検討します。

(ｱ) 動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

a 頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)

b 負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)

c 75ｇ糖負荷検査※45（高インスリン状態や糖の処理能力を見る検査)

d 眼底検査（眼底の血管変化の状態を見る検査)

※特定健診において、血糖・血圧が判定基準の該当者のうち、医師の判断により選択的に実施する項目。実施対象者のうち、医療機関等の実情から実施が困難なため特定健診では実施不可になる場合があります。

(3) 虚血性心疾患重症化予防

ア．基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては『脳・心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019 年版』、『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』など、各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

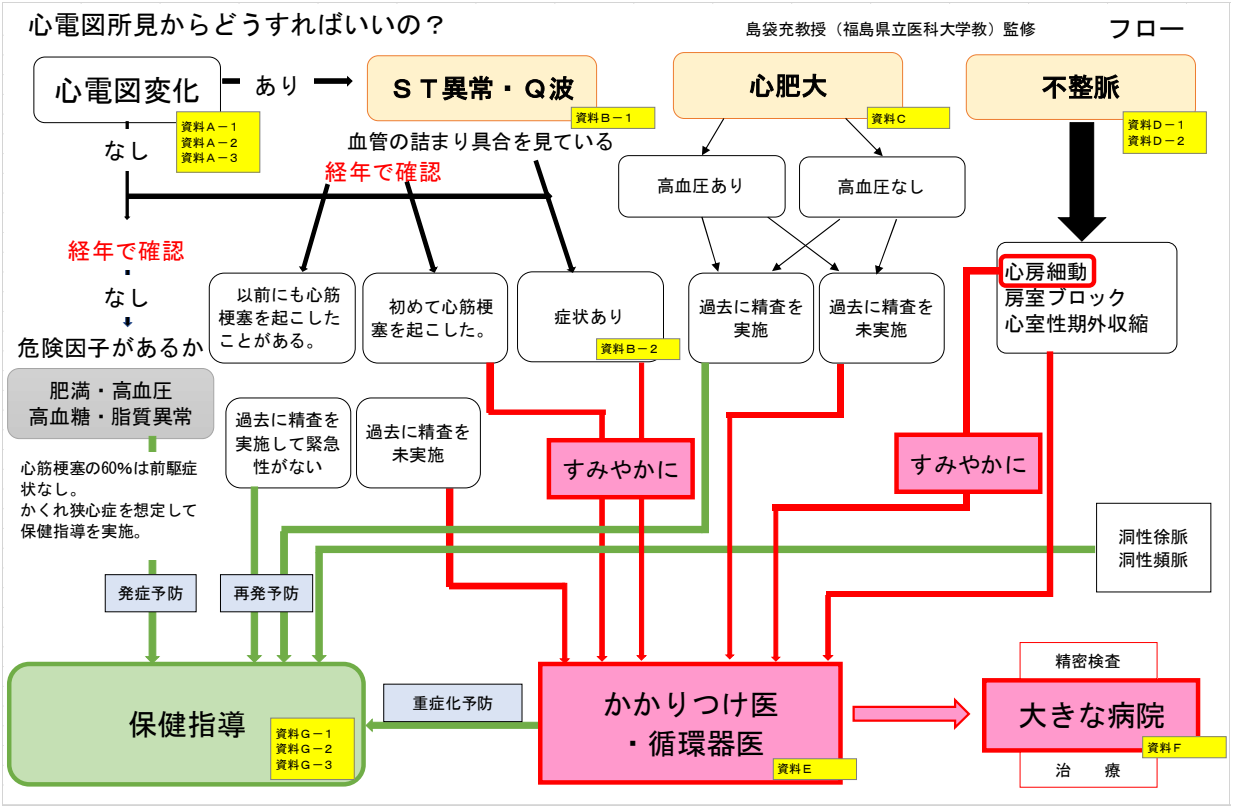
イ．対象者の明確化

(ｱ) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 80・81 に基づいて考えます。

※45　75ｇ糖負荷検査：75gＯＧＴＴとも標記します。血糖値を正常に保つ能力（対糖能）を調べる検査で、75ｇのブドウ糖液を飲み、その後の血糖値の変動を見ます。また、インスリンも同時に測定することにより、膵臓からのインスリン分泌が少ないのか、インスリン抵抗性なのかも判定できます。

図表 80　心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



出典：保健指導教材

図表 81　心電図所見からの保健指導教材

心電図所見からの保健指導教材
もくじ 心電図所見からどうすればいいの？　フロー図 資料Ａ－１　休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです 資料Ａ－２　私の心電図があらわすもの･･･心筋梗塞や心房細動を発症する前に 資料Ａ－３　心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！ 資料Ｂ－１　心電図所見に「ＳＴ」の異常が出ました。「ＳＴ」って何？ 資料Ｂ－２　心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！！ 資料Ｃ　左室肥大って？ 資料Ｄ－１　不整脈･･･このくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの？ 資料Ｄ－２　心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです。 資料Ｅ　ＳＴ変化・異常Ｑ波　所見がある方へ 資料Ｆ　精密検査を受けて治療が必要になった方へ 資料Ｇ－１　狭心症になった人から学びました 資料Ｇ－２　健診データの色がついているところに〇をしてみましょう 資料Ｇ－３　心臓の血管を守るために、今できることは何だろう？ 資料Ｇ－４　肥満（ＢＭＩ 25 以上）になると心臓はどうなるの？

出典：保健指導教材

ウ．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項目の１つであり、「安静時心電図にＳＴ－Ｔ異常などがある場合は生命予後の予測指標である」（心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会）ことから、心電図検査所見においてＳＴ変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

当町においては、特定健診受診者のうち心電図検査を 1,114 人（99.9%）に実施し、そのうち有所見者が 266 人（23.9%）でした。有所見の中でも脚ブロック※46 が 77 人(28.9%)で、最も有所見率が高い状況でした。(図表 82)

ＳＴ－Ｔ変化※47 について、平成 28 年度 9.8%のところ、令和４年度では 17.3%と有所見率が約２倍に上昇しています。

心房細動については、平成 28 年度 6.5%のところ、令和４年度では 4.9%と医療につながっているため維持されています。

また、全体の有所見者のうち要精密検査が 54 人(21.6%)で、その後の受診状況を見ると半数以上の 32 人（59.3%）が精密検査未受診の状況でした。(図表 83)。未受診者の中には、精査はしていないものの内科、循環器内科に定期通院している方も多数おり、医療機関でどのようなフォローがされているのか不透明な状況です。

令和４年において重症化しやすい心房細動有所見者は全員医療につながっています。心筋の血流不足であるＳＴ－Ｔ変化は、確実に精密検査の受診につないでいく必要がありますが、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対象者もいることから、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 82　心電図検査結果

所見 ＼ 性別・年齢		心電図検査				所見内訳（のべ数）															
						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
40～74歳		1,114	99.9%	266	23.9%	5	1.9%	46	17.3%	4	1.5%	21	7.9%	15	5.6%	77	28.9%	13	4.9%	44	16.5%
内訳	男性	525	100.0%	151	28.8%	1	0.7%	20	13.2%	2	1.3%	13	8.6%	11	7.3%	44	29.1%	9	6.0%	27	17.9%
	女性	589	99.8%	115	19.5%	4	3.5%	26	22.6%	2	1.7%	8	7.0%	4	3.5%	33	28.7%	4	3.5%	17	14.8%

注：所見内訳は、上記のほか 13 項目の波形がありますが、主な項目を抜粋しています。また複数項目に重複計上される対象者も存在することから、有所見者数と所見内訳の人数との合計は合いません。

町調べ

※46　脚ブロック：心臓の右脚または左脚と呼ばれる部分を通過する電気刺激が、部分的または完全的に遮断される伝道障害の一種です。

※47　ＳＴ－Ｔ変化：心電図検査におけるＳＴ波とＴ波の名称がついた部分があり、ポンプである心室の収縮や、弛緩の状態を反映しています。この波に異常がある場合は、不整脈以外のあらゆる心疾患を疑う必要があります。

図表 83　心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者（a）		要精密検査対象者（b）		医療機関受診あり（c）		受診なし・未把握（d）	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	266	100.0%	54	20.3%	22	40.7%	32	59.3%
男性	151	56.8%	36	23.8%	14	38.9%	22	61.1%
女性	115	43.2%	18	15.7%	8	44.4%	10	55.6%

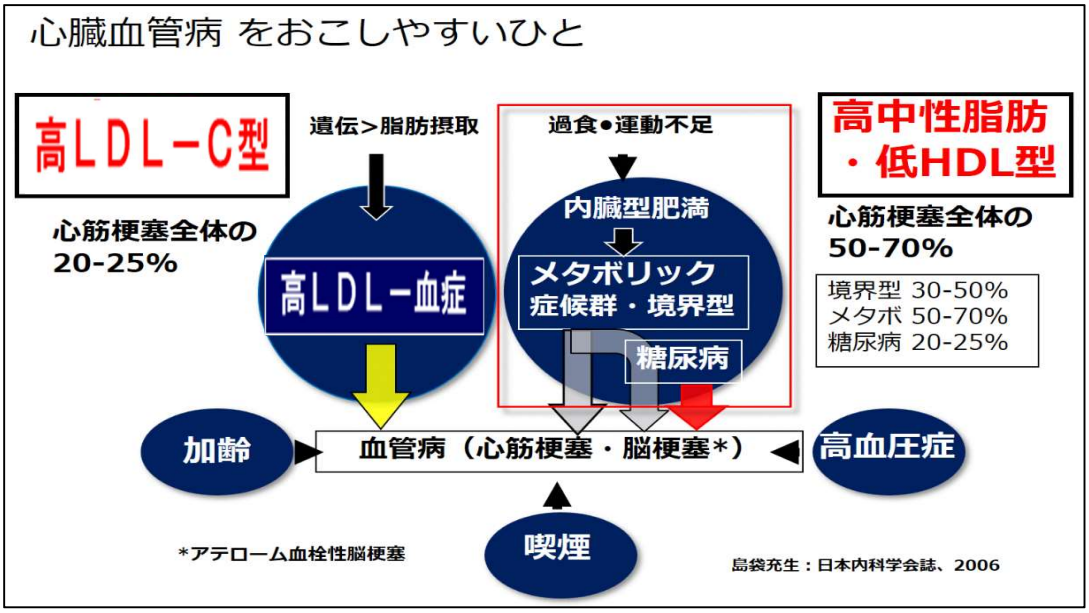
町調べ

（ｲ）心電図検査以外からの把握

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ものの、心筋梗塞の約 60%は前駆症状※48 がないことから、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合には、隠れ狭心症※49 を想定して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-Ｃに関連することからタイプ別に把握を行います。（図表 84）

図表 84　心血管病をおこしやすいひと



図表 85 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

a：メタボタイプについては、第４章「２．肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」（図表 78・79）を参照します。

b：ＬＤＬ－Ｃタイプ（図表 85）

出典：日本内科学会誌

※48　前駆症状：ある疾患の初期症状がないにも関わらず、その疾患の特徴的な症状の前に、前触れとして現れる症状を指します。

※49　隠れ狭心症：日常生活や運動の際に胸の痛みや圧迫感、動悸、息切れが出現するものの、休んだり、行動を制限することで自覚症状が出にくくなり、自覚されにくくなる状態の狭心症を指します。

図表 85　冠動脈疾患予防からみたＬＤＬ－Ｃ管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和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）

管理区分及びＬＤＬ管理目標（　）内はＮＯＮ-ＨＤＬ				健診結果（ＬＤＬ－Ｃ） 120-139	140-159	160-179	180以上	（参考）動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版 （再掲）ＬＤＬ160以上の年代別 40代	50代	60代	70～74歳
			374	176	112	64	22	13	15	36	22
				47.1%	29.9%	17.1%	5.9%	15.1%	17.4%	41.9%	25.6%
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	低リスク	160未満（190未満）	60	36	16	7	1	5	3	0	0
			16.0%	20.5%	14.3%	10.9%	4.5%	38.5%	20.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満（170未満）	148	71	40	27	10	3	50	23	6
			39.6%	40.3%	35.7%	42.2%	45.5%	23.1%	33.3%	63.9%	27.3%
	高リスク	120未満（150未満）	165	69	56	29	11	5	7	13	15
			44.1%	39.2%	50.0%	45.3%	50.0%	38.5%	46.7%	36.1%	68.2%
		再掲 100未満（130未満）注１	8	5	2	0	1	0	0	1	0
			2.1%	2.8%	1.8%	0.0%	4.5%	0.0%	0.0%	2.8%	0.0%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞の既往 注２	100未満（130未満）	1	0	0	1	0	0	0	0	1
			0.3%	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.5%

注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が必要です。

注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します。

出典：ヘルスサポートラボツール

エ．保健指導の実施

保健指導の実施にあたっては、対象者に応じた保健指導を行います。

その際、保健指導教材を活用し、対象者がイメージしやすいように心がけます。

治療が必要であるにもかかわらず、医療機関未受診である場合は、個別訪問等により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。

オ．二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防の対象者は、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るとともに、対象者に対し二次健診の実施を検討していく必要があります。

『冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版』及び『動脈硬化性疾患予防ガイドライン 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※50 が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

※50　非侵襲的評価法：生体に障害を与えず、あるいは直接触れることなく評価を行うことを指します。

(ｱ) 形態学的検査法※51

・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚※52（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※53（ＡＢＩ)、脈波伝搬速度※54（ＰＷＶ)、心臓足首血管指数※55（ＣＡＶＩ)、血管内皮機能※56（ＦＭＤ）

カ．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対象者については、継続的に医療受診ができるようメタボリックシンドローム該当者台帳を作成し、経過を把握します。

キ．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てデータを収集します。

ク．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。

ケ．評価

評価を行うにあたって、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回行うこととし、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・脳血管疾患等と併せて行っていきます。

※51　形態学的検査法：顕微鏡を用いて各血球の形態や白血球の分類、異常細胞の有無を確認する検査法のことを指します。

※52　頸動脈内膜中膜厚：頸動脈は粥状の動脈硬化の好発部位で、その内膜複合体の厚さは、動脈硬化の進行程度と比例することがわかっています。

※53　足関節上腕血圧比：腕で測定した血圧と脚で測定した血圧の比（足関節血圧／上腕血圧）で表されます。

※54　脈波伝搬速度：心臓から押し出された動脈血は一定のリズムを持ち、波のような形で動脈へ流れていきます。木の葉系を大動脈波といい、脈波が動脈を通って手や足に届くまでの速度を指します。

※55　心臓足首血管指数：大動脈の起始部から下肢・足首までの動脈全体の弾性を表す指標で、腕と足首の脈波から測定でき、血管の硬さによって動脈硬化度を調べることができます。

※56　血管内皮機能：血管の内皮細胞機能のことで、全身を巡る血管の最内層にある細胞で、血管の健康状態を維持するのに非常に重要な役割を果たしています。

コ．実施期間及びスケジュール

４月　対象者の選定基準の決定

５月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

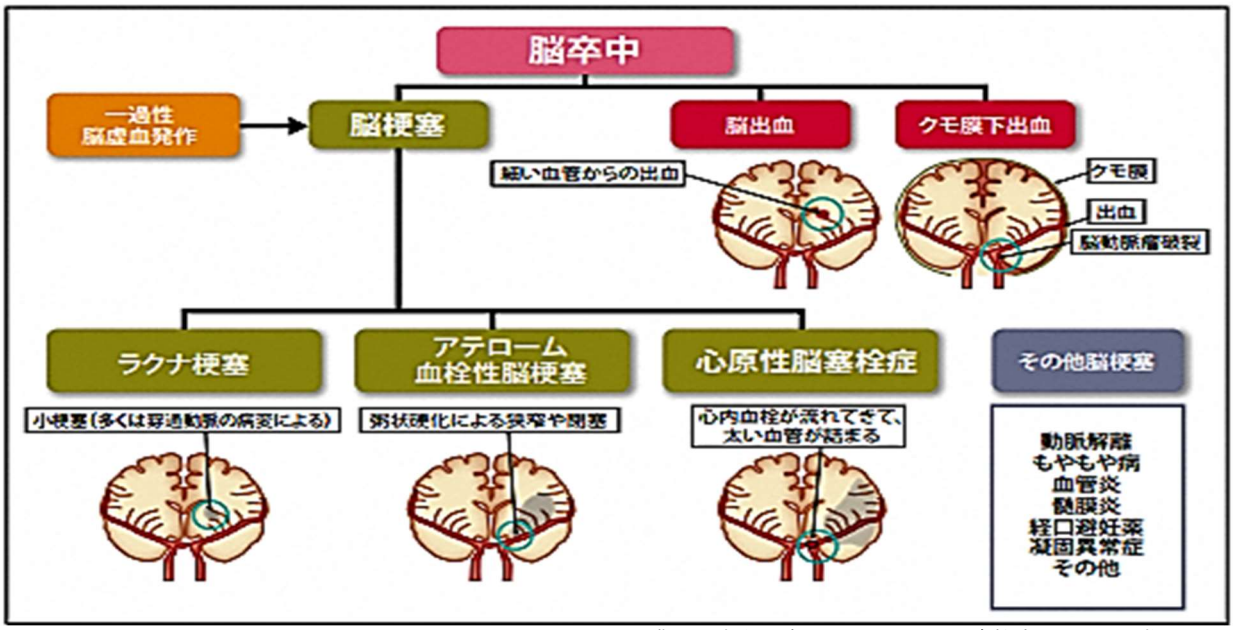
５月～健診結果が届き次第、対象者を確認。対象者への介入を実施（通年）

(4) 脳血管疾患重症化予防

ア．基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては『脳卒中治療ガイドライン』、『脳卒中予防への提言』、『高血圧治療ガイドライン』等に基づいて進めます。(図表 86、87)

図表 86　脳卒中の分類



出典：脳卒中予防の提言―心原性脳塞栓症の制圧を目指して―

図表 87　脳血管疾患とリスク因子

リスク因子（○はハイリスク）		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※57	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞※58	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳出血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

出典：ヘルスサポートラボツール

※57　ラクナ梗塞：脳の深い場所に発生する直径 15㎜ 以下の小さな脳梗塞ことを指します。

※58　アテローム血栓性脳梗塞：脳内の比較的太い動脈や頸動脈の動脈硬化が進行し、血栓を形成して血管を詰まらせたり、血栓が血管の壁から剥がれ落ちて流れていって脳内最深部の血管を詰まらせてしまったりする脳梗塞を指します。

イ．対象者の明確化

(ｱ) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患における高血圧は、最も重要な危険因子です。

図表 88 で見ると、高血圧治療者 1,349 人(H)のうち、既に脳血管疾患を発症している人が 105 人(7.8%・O)でした。

健診結果を見ると、Ⅱ度高血圧以上が 50 人（4.6%・ＧＦ）であり、そのうち 35 人(70%・Ｆ)は未治療者となっています。

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

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 15 人（3.0%・G）いるため、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

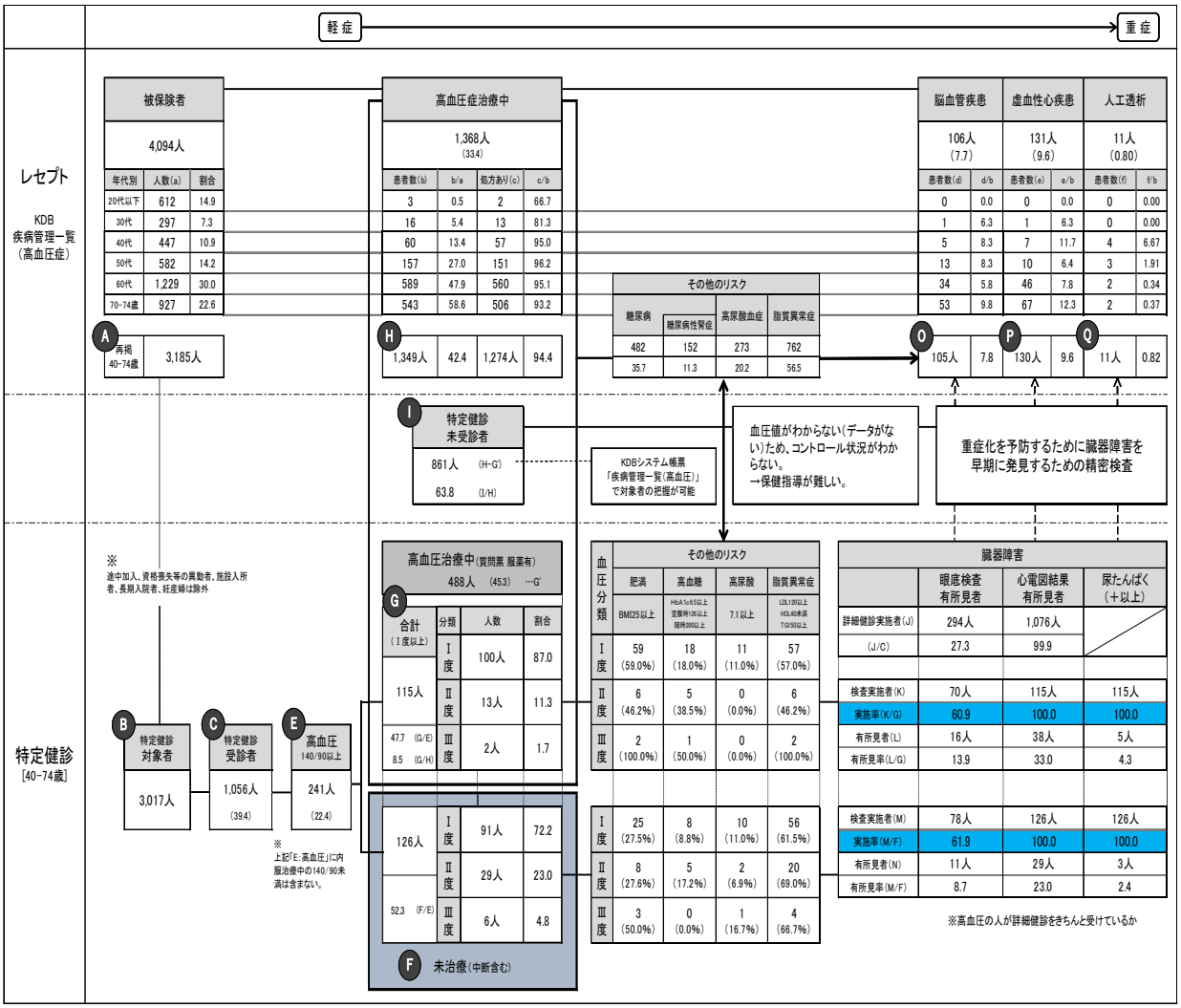
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査（詳細検査）は、わずか 294 人（27.3%）のみの実施状況となっています。

当町は、予防事業として眼底検査(詳細検査)の条件に該当した場合に関係なく、全数に眼底検査を実施する契約を締結してきましたが、医療機関の実情から実際は全数の実施に至っていない現状にあります。

通常眼底検査の詳細検査としての条件は、Ⅰ度高血圧以上となっていることから、241 人(22.4%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査が対象者全員には実施されていません。

第３期データヘルス計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な対象者への実施について関係機関と実態を共有し、二次健診の実施などに向けて、積極的に働きかけをしていく必要があります。

図表 88　高血圧重症化予防のためのレセプト等と特定健診データの突合



注１：レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含みます。）しています。

注２：レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「ＫＤＢ帳票_介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）」から集計しています。

出典：ヘルスサポートラボツール

(ｲ) 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み合わせによって脳・心・腎疾患など、臓器の障害程度と深く関与しています。

そのため特定健診受診者につ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 89 は血圧に基づいた脳・心血管リスク層別化を表しており、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といえます。

図表 89　血圧に基づいた脳・心血管リスク層別化

令和４年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類（mmHg）		高値血圧 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
リスク層（血圧以外のリスク因子）	313	187	91	29	6
		59.7%	29.1%	9.3%	1.9%
リスク第１層 予後影響因子がない	17	C 13	B 4	B 0	A 0
	5.4%	7.0%	4.4%	0.0%	0.0%
リスク第２層 高齢（65歳以上）、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	202	C 127	B 56	A 17	A 2
	64.5%	67.9%	61.5%	58.6%	33.3%
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	94	B 47	A 31	A 12	A 4
	30.0%	25.1%	34.1%	41.4%	66.7%

…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	66
		21.1%
B	概ね１ヵ月後に再評価	107
		34.2%
C	概ね３ヵ月後に再評価	140
		44.7%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

(ｳ) 心電図検査における心房細動の実態

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流にのって脳脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症するため、一度発症すると 10%程度の方は死亡に至り、約半数は寝たきりや車椅子生活になるなど、突然要介護状態に陥ることがあります。

しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

当町は、特定健診受診者に対し、心電図検査をほぼ全数に対し実施しています。

図表 90 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況を見ています。

図7 心房細動と心原性脳塞栓症

（脳卒中予防の提言より引用）

図表 90　令和４年度特定健診　心房細動有所見状況

	特定健診受診者		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
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	505	572	505	100.0%	571	99.8%	9	1.8%	4	0.7%	—	—
40代	50	27	50	100.0%	27	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	76	70	76	100.0%	70	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	218	260	218	100.0%	259	99.6%	3	1.4%	1	0.4%	1.9%	0.4%
70～74歳	161	215	161	100.0%	215	100.0%	6	3.7%	3	1.4%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 91　心房細動有所見者台帳に記載されている有所見者の治療状況

心房細動有所見者		治療の有無					
26 人	100%	未治療者９人			34.6%	治療中 17 人	65.4%
			受診あり服薬なし	７人	26.9%		
			未受診	２人	7.7%		

町調べ

心電図検査において、平成 25 年度から作成している心房細動有所見者台帳には国保被保険者では 26 人が記載されています。（図表 91）

26 人中９名が服薬治療につながっておらず、そのうち２名がいまだに医療にもつながっていない状況です。

心房細動は、年齢が高くなるにつれて発生しやすい不整脈でもあり、脳梗塞のハイリスクに該当するため、医療機関への受診勧奨を行う必要があります。

そのため後期高齢者医療制度に移行してからも、治療中断者、未受診者を毎年確認し、国保被保険者とともに一体的に受診勧奨を行います。

また対象者に早期介入するためにも、早期発見に努めるとともに、特定健診受診率の向上が重要と言えます。

(ｴ) 保健指導の実施

a 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては、対象者に応じた保健指導を行います。

その際、保健指導教材を活用し、対象者がイメージしやすいように心がける必要があります。

治療が必要であるにもかかわらず、医療機関未受診である場合には受診勧奨を行います。

また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。

治療中であっても、リスクを有する場合には、医療機関と連携した保健指導を行います。

b 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者における健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者に対し二次健診の実施を検討していく必要があります。

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

(a) 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)

(b) 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)

(ｵ) 対象者の管理

a 高血圧者の管理

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

b 心房細動有所見者の管理

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、経年で管理するとともに、その経過を把握していきます。

(ｶ) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のため、未治療者や治療中断者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。

(ｷ) 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。

(ｸ) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の両視点で考えていきます。

短期的評価については、ＫＤＢシステム等の情報を活用し、保健事業実施計

画評価等と合わせ、年に１回行います。

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

(ｹ) 実施期間及びスケジュール

４月　対象者の選定基準の決定

５月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

５月～健診結果が届き次第、対象者か確認、対象者への介入を実施（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。（図表 92）

(2) 事業の実施

当町は、令和２年度より青森県後期連合より「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」事業を受託して取り組んでおり、令和６年度以降も継続して事業を下記内容で実施していきます。

ア．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。

イ．地域での保健活動を担当する保健師または看護師を配置するとともに、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ※59）を行います。

75 歳を過ぎても支援が途切れないよう、糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。

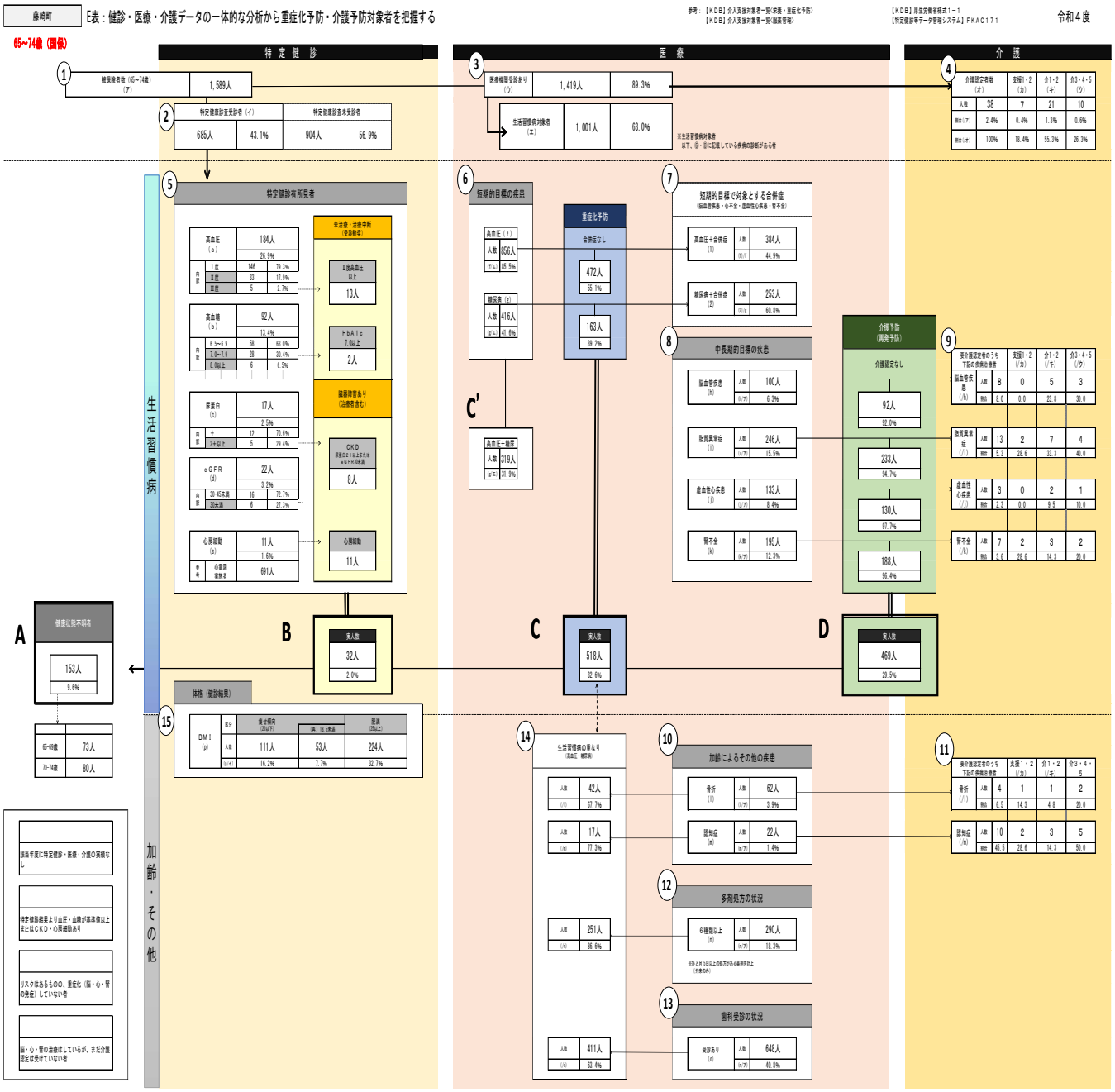
また、生活習慣病からのフレイル※60、認知症予防のための地域サロン※61 などの場において、健康教育や健康相談を実施していきます。（ポピュレーションアプローチ）

※59　ハイリスクアプローチ：健康課題を抱えた対象者を階層化し、該当者に対し行動変容を促すことを指します。

※60　フレイル：病気とは異なり、年齢的に筋力や心身の活力が低下し、介護が必要になりやすい、健康と要介護の間にある虚弱な状態のことを指します。

※61　地域サロン：地域の高齢者が身近で気軽に集まることができる交流の場・仲間づくりの場のことを指します。

図表 92　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．ジェネリック医薬品※62の使用割合

第１期データヘルス計画策定後から、ジェネリック医薬品の使用割合は向上を続け、直近３年間では国の計画目標値である80%以上を維持しています。(図表93)

しかし、令和２年度からは伸び悩んでいることから、医療費適正化に向けて使用割合の向上を図り、全自治体上位 30%にあたるジェネリック医薬品の使用割合86%以上の達成を目標設定とし、さらなる使用割合向上の取組が課題と言えます。

図表93 ジェネリック医薬品利用割合

使用割合は、ジェネリック医薬品の数量÷（ジェネリック医薬品がある先発医薬品の数量＋ジェネリック医薬品の数量）で計算されます。

	第１期	第２期				
	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和２年度	令和３年度	令和４年度
年間総合割合	73.8%	76.7%	78.7%	81.2%	81.6%	81.2%
県内順位	21位	22位	28位	25位	26位	31位

注：厚生労働省の発表とは誤差があります。

出典：ＫＤＢシステム

５．発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わっていることから、その予防は現在における健康上の大きな課題となっています。

生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児期における生活習慣病対策、特に肥満の予防における重要性は、想像に難くありません。

小児の肥満は、子供たちの健康と深く関わるだけでなく、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点から、ますます注目されています。

当町では、健康増進法のもと、妊産婦や乳幼児期、成人のデータを保有しており、保健事業実施計画の対象者は被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていくことが必要となります。(図表94)

※62　ジェネリック医薬品：新薬（先発医薬品）と同一の有効成分を同一量含む薬品で、効果・効能・用法・用量が原則的に同一で、同等の効果・作用が得られる医薬品で、研究開発費用が抑えられるため先発医薬品と比べて薬科が安くなっています。

図表 94　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

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える　　ー基本的考え方ー　　（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）

発症予防 → 重症化予防

1　根拠法		健康増進法													
6条　健康増進事業実施者		母子保健法					児童福祉法	学校保健安全法			労働安全衛生法（学校職員は学校保健安全法）		高確法		（介護保険）
2　計　画		健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】													
		データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）													
													特定健康診査等実施計画（各保険者）		
3　年　代		妊婦（胎児期）		産婦	０歳～５歳				６歳～14歳		15～18歳	～29歳　30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上
5　対象者	4　健康診査（根拠法）	妊婦健康診査（13条）		産婦健診（13条）	乳幼児健康診査（第12・13条）			保育所・幼稚園健康診断	就学時健診（11・12条）	児童・生徒の定期健康診断（第１・13・14条）		定期健康診断（第66条）	特定健診（第18・20・21条）		後期高齢者健康診査（第125条）
		妊娠前	妊娠中	産後１年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則（第13・44条）	標準的な特定健診・保健指導プログラム（第２章）		
	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						
	健診内容　ＨｂＡ１ｃ		6.5%以上						6.5%以上						
	健診内容　50ＧＣＴ ※63		１時間値140mg/dl以上												
	健診内容　75%ＯＧＴＴ		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						
	健診内容　（診断）妊娠糖尿病		空腹時126mg/dl以上 ＨｂＡ１ｃ6.5%以上 75ＯＧＴＴの①～③の１点以上満たすもの												
	健診内容　身長														
	健診内容　体重														
	健診内容　ＢＭＩ											25以上			
	健診内容　肥満度				カウプ18以上 ※64	肥満度15%以上			肥満度20%以上						
	健診内容　尿糖	（＋）以上					（＋）以上								
	健診内容　糖尿病家族歴														

出典：ヘルスサポートラボツール

（１）一般健康診査の実施

町では、早期からの生活習慣病予防の取組の一環として、特定健診と同様の項目の健診を下記の対象者に実施しています。

ア．対象者

20 歳～39 歳のすべての町民

イ．個別保健指導

健診受診後、特定健診受診者と同様に個別に保健指導を実施し、発症予防・重症化予防の視点で早期介入していきます。

（２）喫煙対策

40 歳～74 歳における青森県の喫煙率（令和元年度）は、経年では減少傾向にあるものの、いまだ全国２位と高い位置にあり、その中でも当町は、県よりも喫煙者の割合が高い状況にあります。（図表 95）

※63　50ＧＣＴ：経口ブドウ糖負荷テストです。食事時間に関係なく、ブドウ糖 50g を飲み、１時間後に血糖値を測定する検査であり、検査対象者は、妊娠初期の随時血糖検査で正常だった人や妊娠糖尿病の心配はないと診断された人。

※64　カウプ（カウプ指数）：カウプ指数とは、生後３か月から５歳の乳幼児の発育を評価する指標であり、肥満度を評価する指標です。

喫煙は、慢性閉塞性肺疾患※65（ＣＯＰＤ）やがんの増悪因子であるとともに、動脈硬化を引き起こすことから、喫煙者の減少についても取組を行っていきます。受動喫煙は、乳幼児突然死症候群の危険因子とされ、平均寿命等に直結することからも対策が必要です。

また妊婦の喫煙は低出生体重児出生のリスク因子であり、低出生体重児は将来的に生活習慣病を発症しやすいことがわかっていることから対策を講じる必要があります。

図表 95　特定健診問診票における喫煙ありの者の割合の推移

	平成 30 年度	令和元年度	令和２年度	令和３年度	令和４年度
藤崎町	17.2%	16.9%	16.0%	14.9%	15.6%
県	14.7%	14.5%	14.3%	14.3%	14.7%
同規模	14.1%	13.9%	13.2%	13.5%	13.8%
国	13.1%	14.0%	13.5%	13.6%	13.8%

出典：ＫＤＢシステム

ア．喫煙対策の対象者

・健診結果により喫煙ありと回答した対象者

・喫煙をしている妊婦

イ．個別保健指導

対象者の禁煙における行動変容の段階を確認し、段階に応じた保健指導を実施します。

無関心期や関心期にある対象者については、禁煙治療により３か月以内に禁煙が楽に可能であることを情報提供します。

準備期にある者は、禁煙治療医療機関の紹介を行うほか、禁煙実施日を具体的に定め、喫煙に使用している用品を全て廃棄することの必要性等の具体的な保健指導を行っていきます。

禁煙治療を希望しない対象者に対しては、保健指導教材の活用により、喫煙の問題点や禁煙のメリットについて対象者と確認した上で、禁煙を阻害している要因など、個人の背景や生活スタイル、思いに寄り沿った保健指導を行います。（図表 96）

ただし、妊婦に対しては胎児の健康を最優先とし、母子手帳交付時に直ちに禁煙するよう、胎児への影響等について、保健指導教材を活用して保健指導を行います。

※65　慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）：従来、慢性気管支炎や肺気腫と呼ばれてきた疾患の総称。

図表 96　行動変容のステージ

無関心期	６ヵ月以内に行動を変える気持ちがない時期
関心期	６ヵ月以内に行動を変える気持ちがある時期
準備期	１ヵ月以内に行動を変える気持ちがある時期
行動期	行動を変えて６ヵ月以内の時期
維持期	行動を変えて６ヵ月以上の時期

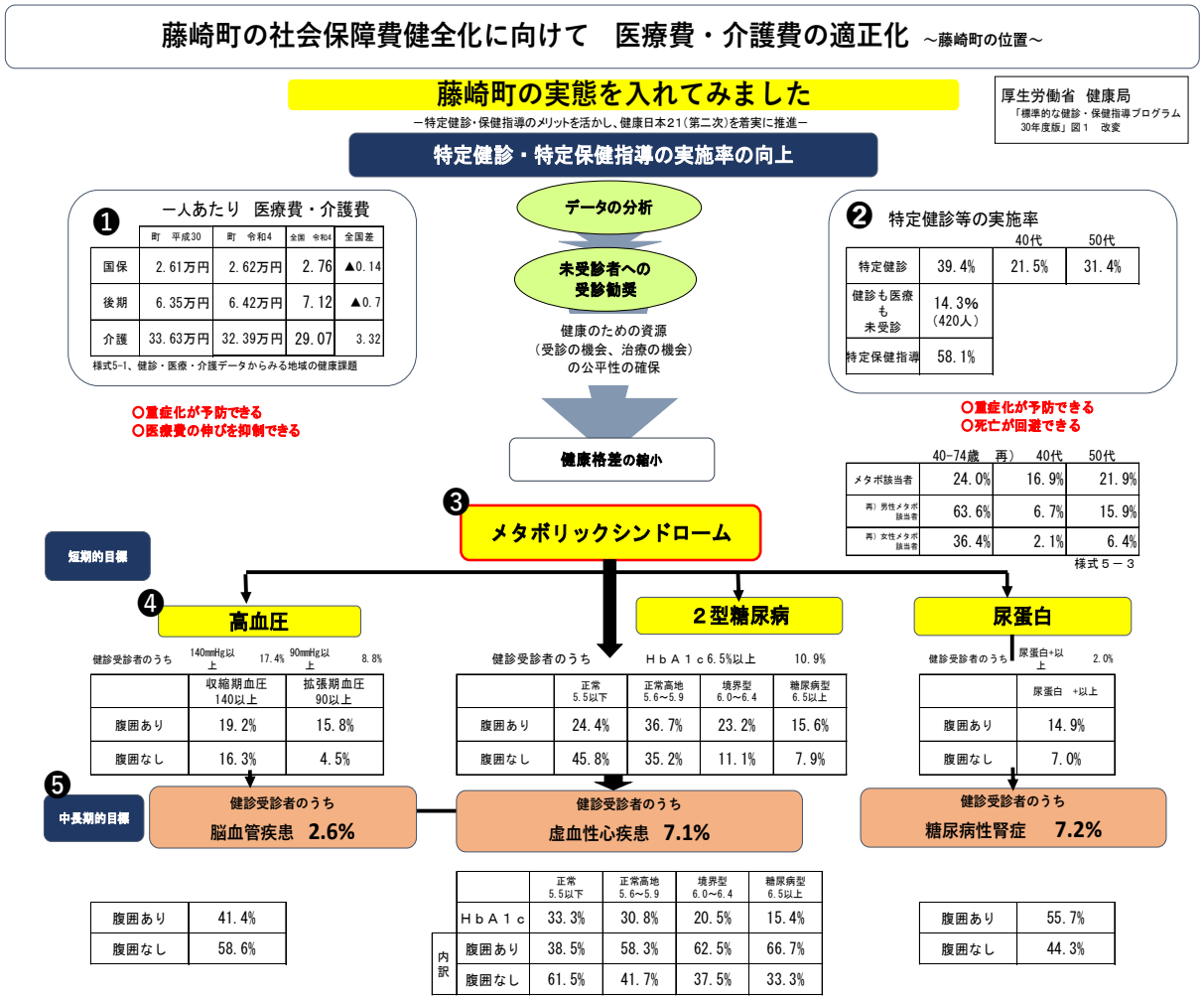
出典：　厚生労働省　健康づくりのための身体活動指針

６．ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。

生活習慣病の重症化により、医療費や介護費用等の社会保障費の増大につながっている実態やその背景にある地域特性を明らかにするために、個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。（図表 97、98）

図表 97　社会保障費健全化に向けて　医療費・介護費用の適正化



出典：ヘルスサポートラボツール

図表 98　統計からみえる青森の食

食品名	全国ランキング（購入量・購入金額）
果物・野菜ジュース	１位
炭酸飲料	２位
カップラーメン	２位
焼き鳥	１位
ソーセージ	４位
酒類（全体）	１位
発泡酒	２位
ビール	３位
チューハイ・カクテル	３位

食品名	全国ランキング（購入量・購入金額）
魚介類（全体）	１位
たらこ	１位
塩干魚介全体	１位
魚介の漬物	１位
食塩	６位
しょう油	３位

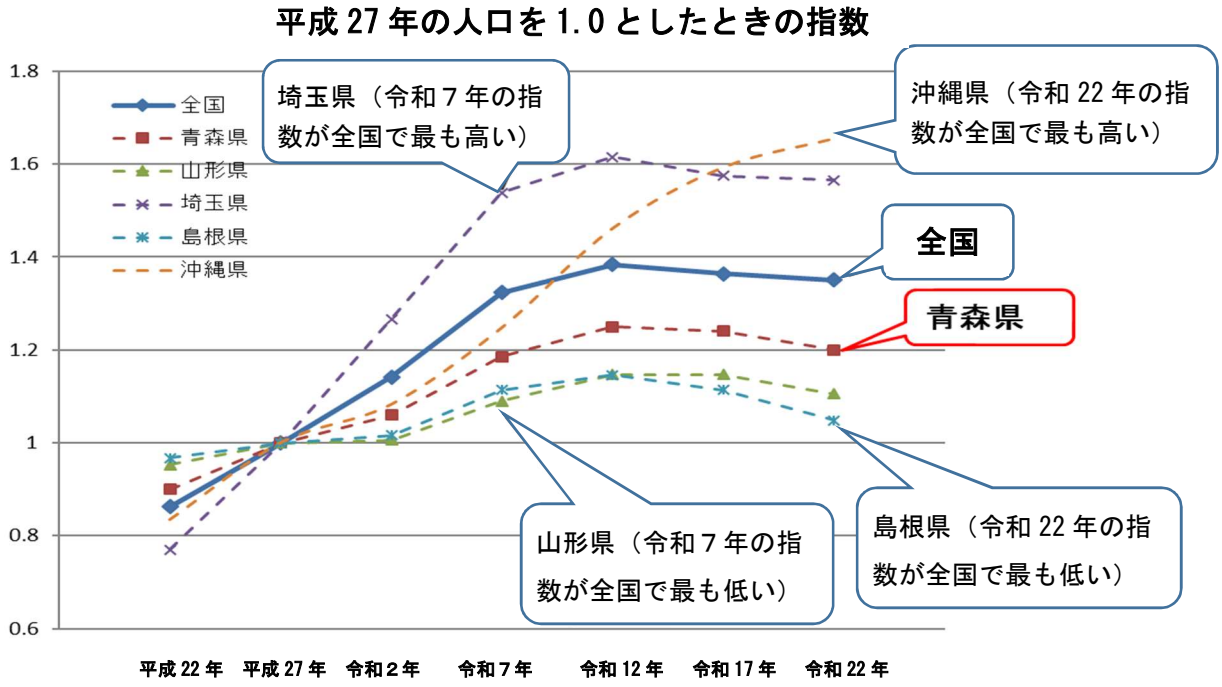
出典：総務省統計局　家計調査（2019 年～2021 年平均）

７．地域包括ケアの取組

本県における 75 歳以上人口の将来推計は、平成 27 年の人口指数を 1.0 とした場合、令和 22 年に 1.2 と、全国指数より低い状況になることが推計されます。（図表 99）

本県は、全国と比較して高齢者率が高いことから、医療や介護サービスを利用する被保険者が相対的に多いという特性があり、高齢者が地域で元気に暮らしつつ、医療サービスをできるだけ受けなくても済むような地域包括ケアの取組は、当町にとっても非常に重要と言えます。

図表 99　75 歳以上人口の将来推計



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 25 年３月）」

平成 29 年３月、「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える令和 22 年に向け、変化とともに急増が予測されるニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち「予防」を積極的に推進し、需要を抑制できるかが重要になる。」（地域包括ケア研究会）との報告書が公表されています。

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、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保被保険者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少につながるとともに、ひいては町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながります。

要介護状態により、地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、国保部局として、介護部局とともに高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業に取り組み、要介護に至った背景を分析しつつ、それを踏まえＫＤＢシステム及びレセプト等データを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施することが必要であり、重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事もできます。

また健診、医療、介護の利用に至っていない健康状態不明者に対しても積極的に訪問等を行い、その実態把握に努め、必要時には介護保険部局（福祉課介護保険係）、地域包括支援センター、医療機関等の社会資源と連携して支援していきます。

ハイリスク者については関係者間における情報共有を図り、具体的支援を検討していきます。

具体的な情報共有の場として、保険衛生部局（福祉課健康係）・福祉部局（福祉課福祉係）・介護保険部局（福祉課介護保険係）・国保部局（住民課国保年金係）・地域包括支援センター・町社会福祉協議会等の構成員から構成される『地域包括ケアネットワーク会議』を用い、地域の特性や課題の共有、対策の検討をしていくほか、個別の対象者への支援などを検討し、連携を図っていきます。

さらに、高齢者の集いの場である地域サロンや町内会など地域の自主的組織を活用し、ポピュレーションアプローチとして健康講座等を実施するほか、後期高齢者の問診票なども活用しながら、フレイルやサルコペニア※66 予備群の早期発見にも努めます。

※66　サルコペニア：高齢になるに伴い、筋肉量が減少していく老化現象のことで、25～30 歳頃から進行が始まり、生涯を通して進行します。

第５章　第３期データヘルス計画の評価・見直し

１．評価の時期

第３期データヘルス計画では、全期間のうち令和６年度から令和８年度までを前期、令和９年度から令和 11 年度までを後期とします。

１期（６年)、前期終了後（３年）の大きなＰＤＣＡサイクルと年度毎（１年）の小さなＰＤＣＡサイクルを組み合わせ、前期終了後には中間評価を実施します。

また、最終年度となる令和 11 年度においては、次期データヘルス計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れた評価を実施します。

２．評価方法・体制

保険者は、特定健診・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 100）

図表 100　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)	・予算等を含め、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 ・保健指導実施のための専門職の配置 ・ＫＤＢシステム活用環境の確保
プロセス （保健事業の実施過程）	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか ・スケジュールどおり行われているか
アウトプット （保健事業の実施量）	・特定健診受診率、特定保健指導実施率 ・計画した保健事業を実施したか ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム （成果）	・設定した目標に達することができたか （検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など）

出典：ヘルスサポートラボツール

具体的な評価方法として、ＰＤＣＡサイクルを踏まえ以下のとおり実施します。

ＫＤＢシステムでは毎月健診・医療・介護のデータが収載されており、受診率・受療率、医療の動向等が確認できます。

特定健診受診率、特定保健指導、受療率、医療の動向等については、保健師・栄養士等が自身の担当地区の被保険者分について、定期的に確認を行います。

また、国への特定健診の実績報告後のデータを用いた経年比較を行うとともに、被保険者それぞれの健診結果の改善度を評価します。

各年度において、計画で設定したアウトプットの達成状況を確認しつつ、アウトプットの達成状況を多角的視点から分析し、次年度に向けた改善点を洗い出します。

また、アウトプットを踏まえて、アウトカムの達成状況を確認し、次年度に向けた全体的な改善点をとりまとめ、実施体制の充実を図ります。

第６章　データヘルス計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

１．データヘルス計画の公表・周知

データヘルス計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとすることが重要であり、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、町ホームページや町広報誌を通じて周知を行います。

これらの公表・配布にあたっては、被保険者、保健医療関係者等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し、活用を図ります。

２．個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料１　　様式５−１　国・県・同規模と比べてみた当町の位置

参考資料２　　健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料３　　糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

参考資料４　　糖尿病重症化予防のためのレセプト等と特定健診データの突合

参考資料５　　高血圧重症化予防のためのレセプト等と特定健診データの突合

参考資料６　　脂質異常症重症化予防のためのレセプト等と特定健診データの突合

参考資料７　　ＨｂＡ１ｃの年次比較

参考資料８　　血圧の年次比較

参考資料９　　ＬＤＬ－Ｃの年次比

参考資料１　様式５－１　国・県・同規模と比べてみた当町の位置

様式5-1　国・県・同規模平均と比べてみた藤崎町の位置

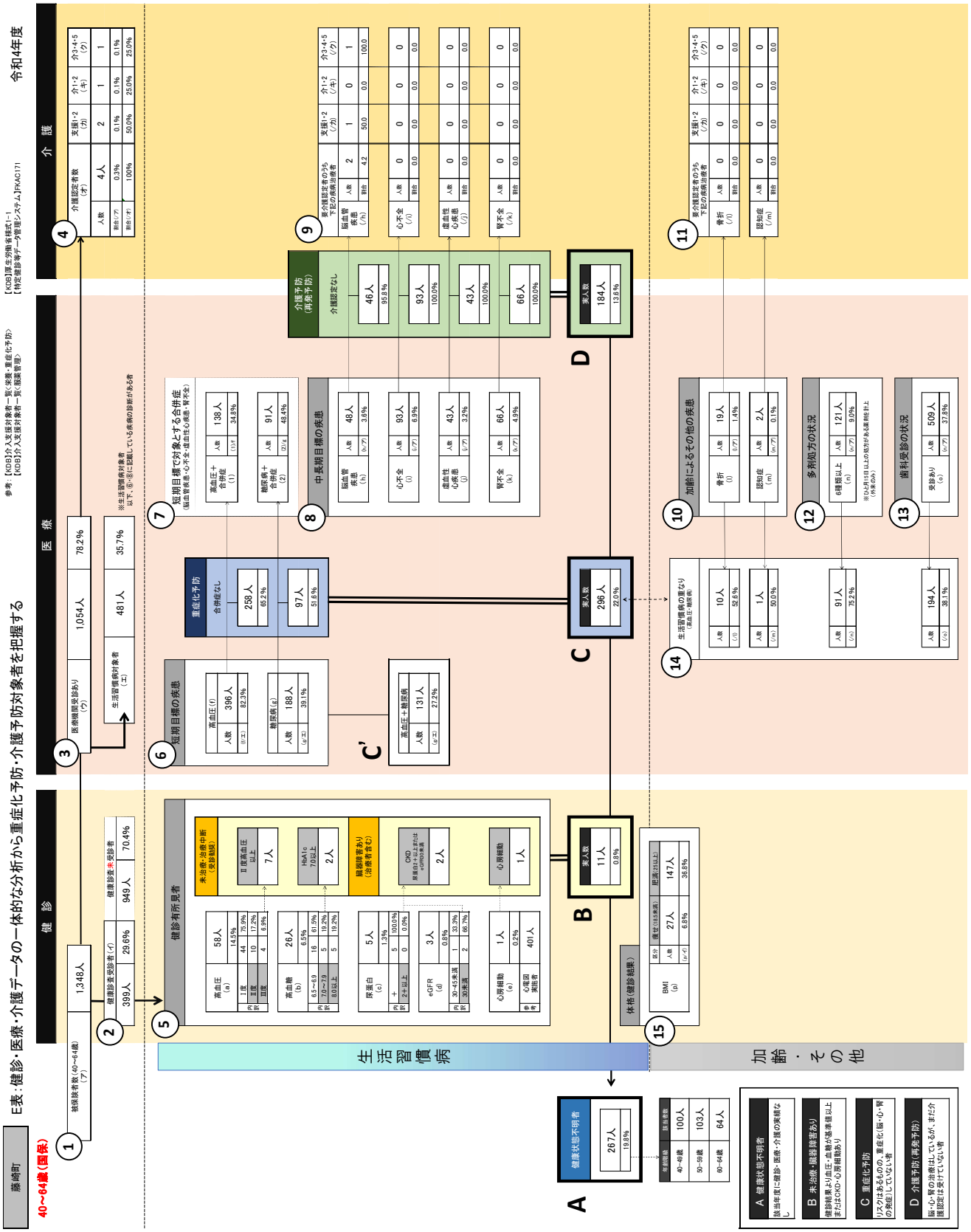
令和4年度

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			14,566		1,808,758		1,218,222		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
				65歳以上（高齢化率）		4,797	32.9	667,156	36.9	412,943	33.9	35,335,805	28.7	
				75歳以上		2,506	17.2	--	--	210,338	17.3	18,248,742	14.8	
				65～74歳		2,291	15.7	--	--	202,605	16.6	17,087,063	13.9	
				40～64歳		4,920	33.8	--	--	416,107	34.2	41,545,893	33.7	
				39歳以下		4,849	33.3	--	--	389,172	31.9	46,332,563	37.6	
	②	産業構成	第1次産業			24.1		13.4		12.4		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			第2次産業			19.6		27.1		20.4		25.0		
			第3次産業			56.3		59.5		67.2		71.0		
	③	平均寿命	男性			78.5		80.4		78.7		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性			85.4		86.9		86.0		87.0		
	④	平均自立期間（要介護2以上）	男性			79.5		79.5		78.0		80.1		
			女性			82.6		83.9		83.3		84.4		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性		119.5		103.9		119.1		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性		114.5		101.5		110.8		100		
			死因	がん		57	50.4	7,103	46.7	4,988	49.9	378,272	50.6	
				心臓病		24	21.2	4,457	29.3	2,714	27.1	205,485	27.5	
				脳疾患		20	17.7	2,405	15.8	1,455	14.5	102,900	13.8	
				糖尿病		0	0.0	309	2.0	209	2.1	13,896	1.9	
				腎不全		7	6.2	582	3.8	398	4.0	26,946	3.6	
				自殺		5	4.4	356	2.3	238	2.4	20,171	2.7	
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計　令和元年度			232		－	－	－	－	－	－	厚労省 e-Stat
				男性		7	6.2	－	－	－	－	－	－	
				女性		13	10.9	－	－	－	－	－	－	
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）			913	19.2	123,092	18.6	76,189	18.5	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者		18	0.3	2,019	0.3	1,257	0.3	110,289	0.3	
				介護度別総件数	要支援1.2	1,223	6.4	352,830	12.6	125,088	6.7	21,785,044	12.9	
					要介護1.2	10,139	53.4	1,291,061	46.3	876,713	47.2	78,107,378	46.3	
					要介護3以上	7,618	40.1	1,146,606	41.1	855,129	46.1	68,963,503	40.8	
			2号認定者			14	0.28	2,178	0.38	1,945	0.47	156,107	0.38	
	②	有病状況	糖尿病			184	19.1	29,521	22.9	17,776	22.0	1,712,613	24.3	
			高血圧症			457	48.4	69,159	54.1	39,663	49.6	3,744,672	53.3	
			脂質異常症			249	26.4	39,076	30.2	22,191	27.4	2,308,216	32.6	
			心臓病			513	53.2	77,477	60.7	43,977	55.1	4,224,628	60.3	
			脳疾患			188	19.5	29,613	23.5	17,224	21.8	1,568,292	22.6	
			がん			101	10.2	14,238	11.0	7,451	9.0	837,410	11.8	
			筋・骨格			448	46.7	67,887	53.1	35,718	44.6	3,748,372	53.4	
			精神			352	37.8	48,712	38.1	27,918	35.0	2,569,149	36.8	
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費			323,858	1,553,549,075	303,361	202,389,376,142	324,668	134,069,420,414	290,668	10,074,274,226,869	
			1件当たり給付費（全体）			81,852		72,528		72,200		59,662		
				居宅サービス		58,364		44,391		51,854		41,272		
				施設サービス		296,502		291,231		301,081		296,364		
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり		9,669		8,988		7,537		8,610		
				認定なし		3,879		4,226		3,826		4,020		
4	①	国保の状況	被保険者数			3,653		440,282		276,251		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
				65～74歳		1,572	43.0	－	－	131,746	47.7	11,129,271	40.5	
				40～64歳		1,341	36.7	－	－	92,368	33.4	9,088,015	33.1	
				39歳以下		740	20.3	－	－	52,137	18.9	7,271,596	26.5	
			加入率			25.1		24.3		22.7		22.3		
	②	医療の概況（人口千対）	病院数			1	0.3	139	0.3	94	0.3	8,237	0.3	
			診療所数			8	2.2	1,177	2.7	862	3.1	102,599	3.7	
			病床数			149	40.8	17,962	40.8	16,984	61.5	1,507,471	54.8	
			医師数			19	5.2	2,218	5.0	2,773	10.0	339,611	12.4	
			外来患者数			676.6		708.1		724.7		687.8		
			入院患者数			15.6		22.2		17.8		17.7		
	③	医療費の状況	一人当たり医療費			319,792	県内35位 同規模136位	378,542		348,845		339,680		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
			受診率			692.182		730.302		742.531		705.439		
			外来	費用の割合		63.0		57.0		61.8		60.4		
				件数の割合		97.7		97.0		97.6		97.5		
			入院	費用の割合		37.0		43.0		38.2		39.6		
				件数の割合		2.3		3.0		2.4		2.5		
			1件あたり在院日数			16.2日		16.7日		15.6日		15.7日		

4	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	がん		218,488,970	34.2	32.0		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）		27,209,330	4.3	7.8		6.1		8.2		
			糖尿病		89,789,600	14.0	11.2		12.3		10.4		
			高血圧症		47,607,720	7.4	6.6		7.1		5.9		
			脂質異常症		24,547,650	3.8	3.8		3.7		4.1		
			脳梗塞・脳出血		31,987,490	5.0	3.9		4.2		3.9		
			狭心症・心筋梗塞		7,301,040	1.1	2.5		2.4		2.8		
			精神		78,351,590	12.3	15.1		12.0		14.7		
			筋・骨格		102,009,710	16.0	16.1		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	185	0.2	363	0.2	289	0.2	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)
				糖尿病	1,066	0.9	1,550	1.0	1,407	1.1	1,144	0.9	
				脂質異常症	122	0.1	73	0.0	36	0.0	53	0.0	
				脳梗塞・脳出血	8,219	6.9	6,817	4.2	7,118	5.3	5,993	4.5	
				虚血性心疾患	1,589	1.3	4,157	2.6	3,655	2.7	3,942	2.9	
				腎不全	3,834	3.2	5,219	3.2	3,214	2.4	4,051	3.0	
		医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	12,847	6.4	13,015	6.0	13,548	6.3	10,143	4.9	
				糖尿病	24,009	11.9	21,723	10.1	22,773	10.6	17,720	8.6	
				脂質異常症	6,598	3.3	7,634	3.5	7,082	3.3	7,092	3.5	
				脳梗塞・脳出血	537	0.3	951	0.4	938	0.4	825	0.4	
				虚血性心疾患	1,158	0.6	1,821	0.8	1,708	0.8	1,722	0.8	
				腎不全	12,647	6.3	18,224	8.4	13,737	6.4	15,781	7.7	
	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	2,223		2,885		2,291		2,031		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
				健診未受診者	12,895		13,033		14,012		13,295		
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	6,590		8,199		6,279		6,142		
				健診未受診者	38,233		37,038		38,404		40,210		
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者		564	53.4	82,799	58.4	42,968	58.2	3,698,441	56.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			医療機関受診率		532	50.3	74,226	52.4	39,723	53.8	3,375,719	51.9	
			医療機関非受診率		32	3.0	8,573	6.1	3,245	4.4	322,722	5.0	
5	①	特定健診の状況 県内市町村数 41市町村 同規模市区町村数 152市町村	健診受診者		1,057		141,687		73,809		6,503,152		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
	②		受診率		38.5	県内24位 同規模112位	43.8		35.9	全国27位	35.3		
	③		特定保健指導終了者（実施率）		0	0.0	2951	17.8	1,017	14.0	69,327	9.0	
	④		非肥満高血糖		97	9.2	15,497	10.9	8,352	11.3	588,083	9.0	
	⑤		メタボ	該当者	253	23.9	30,235	21.3	15,312	20.7	1,321,197	20.3	
				男性	161	32.4	21,095	32.0	10,516	32.1	923,222	32.0	
				女性	92	16.4	9,140	12.1	4,796	11.7	397,975	11.0	
	⑥			予備群	122	11.5	15,952	11.3	7,981	10.8	730,607	11.2	
				男性	88	17.7	11,241	17.0	5,392	16.5	515,813	17.9	
				女性	34	6.1	4,711	6.2	2,589	6.3	214,794	5.9	
	⑦		メタボ該当・予備群レベル	腹囲 総数	404	38.2	50,374	35.6	25,296	34.3	2,273,296	35.0	
	⑧			腹囲 男性	266	53.5	35,285	53.5	17,193	52.5	1,592,747	55.3	
	⑨			腹囲 女性	138	24.6	15,089	19.9	8,103	19.7	680,549	18.8	
	⑩			BMI 総数	68	6.4	7,897	5.6	5,215	7.1	304,276	4.7	
	⑪			BMI 男性	17	3.4	1,324	2.0	872	2.7	48,780	1.7	
	⑫			BMI 女性	51	9.1	6,573	8.7	4,343	10.6	255,496	7.1	
	⑬			血糖のみ	6	0.6	955	0.7	516	0.7	41,541	0.6	
	⑭			血圧のみ	87	8.2	11,657	8.2	5,952	8.1	514,593	7.9	
	⑮			脂質のみ	29	2.7	3,340	2.4	1,513	2.0	174,473	2.7	
	⑯			血糖・血圧	37	3.5	5,059	3.6	3,018	4.1	193,722	3.0	
	⑰			血糖・脂質	9	0.9	1,443	1.0	606	0.8	67,212	1.0	
	⑱			血圧・脂質	123	11.6	13,553	9.6	6,663	9.0	630,648	9.7	
	⑲			血糖・血圧・脂質	84	7.9	10,180	7.2	5,025	6.8	429,615	6.6	
6	①	問診の状況	服薬	高血圧	475	44.9	55,815	39.4	32,199	43.6	2,324,538	35.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病	145	13.7	14,192	10.0	8,176	11.1	564,473	8.7	
				脂質異常症	375	35.5	39,744	28.1	21,765	29.5	1,817,350	28.0	
	②		既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	3	0.7	4,238	3.1	2,085	2.9	199,003	3.1	
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	6	1.3	8,077	5.9	3,677	5.1	349,845	5.5	
				腎不全	1	0.2	1,245	0.9	681	0.9	51,680	0.8	
				貧血	4	1.9	12,089	8.9	3,538	5.5	669,737	10.6	
6	③	生活習慣の状況	喫煙		166	15.7	19,577	13.8	10,870	14.7	896,676	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握
	④		週3回以上朝食を抜く		15	7.3	10,726	8.0	5,510	8.6	609,166	10.3	
	⑤		週3回以上食後間食 （～H29）		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
			週3回以上就寝前夕食 （H30～）		37	18.0	20,886	15.5	12,406	19.3	932,218	15.7	
	⑥		週3回以上就寝前夕食		37	18.0	20,886	15.5	12,406	19.3	932,218	15.7	
	⑦		食べる速度が速い		60	29.1	35,250	26.1	17,769	27.6	1,590,713	26.8	
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加		65	31.6	46,943	34.9	23,186	36.0	2,083,152	34.9	
	⑨		1回30分以上運動習慣なし		122	59.2	87,224	64.6	42,039	65.4	3,589,415	60.3	
	⑩		1日1時間以上運動なし		93	45.1	65,749	48.7	32,314	50.2	2,858,913	48.0	
	⑪		睡眠不足		50	24.3	33,002	24.5	14,869	23.1	1,521,685	25.6	
	⑫		毎日飲酒		225	29.0	35,225	25.7	19,378	26.6	1,585,206	25.5	
	⑬		時々飲酒		175	22.6	28,823	21.1	16,358	22.4	1,393,154	22.4	
	⑭		一日飲酒量	1合未満	220	43.8	52,589	60.4	33,113	56.5	2,851,798	64.2	
				1～2合	174	34.7	22,931	26.4	14,837	25.3	1,053,317	23.7	
				2～3合	69	13.7	8,971	10.3	6,590	11.2	414,658	9.3	
				3合以上	39	7.8	2,518	2.9	4,113	7.0	122,039	2.7	

参考資料２　健診・医療・介護の一体的な分析

①40～64 歳（国保）



藤崎町

E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

参考：【KDB】介入支援対象者一覧<栄養・重症化予防>
【KDB】介入支援対象者一覧<服薬管理>

【KDB】厚生労働省様式1-1
【特定健診等データ管理システム】FKAC171

令和4年度

②65～74歳（国保）

65～74歳（国保）

健診

① 被保険者数（65～74歳）（ア）：1,589人

② 健康診査受診者（イ）：685人 43.1%
健康診査未受診者：904人 56.9%

医療

③ 医療機関受診あり（ウ）：1,419人 89.3%

生活習慣病対象者（エ）：1,001人 63.0%

※生活習慣病対象者
以下、⑥・⑦に記載している疾病の診断がある者

介護

④ 介護認定者数（オ）

		支援1・2（カ）	介1・2（キ）	介3・4・5（ク）
人数	38人	7	21	10
割合（/ア）	2.4%	0.4%	1.3%	0.6%
割合（/オ）	100%	18.4%	55.3%	26.3%

生活習慣病

⑤ 健診有所見者

高血圧（a）	184人	26.9%	
内訳 Ⅰ度	146	79.3%	
内訳 Ⅱ度	33	17.9%	
内訳 Ⅲ度	5	2.7%	
高血糖（b）	92人	13.4%	
内訳 6.5～6.9	58	63.0%	
内訳 7.0～7.9	28	30.4%	
内訳 8.0以上	6	6.5%	
尿蛋白（c）	17人	2.5%	
内訳 ＋	12	70.6%	
内訳 2＋以上	5	29.4%	
eGFR（d）	22人	3.2%	
内訳 30～45未満	16	72.7%	
内訳 30未満	6	27.3%	
心房細動（e）	11人	1.6%	
参考 心電図実施者	691人		

未治療・治療中断（受診勧奨）
- Ⅱ度高血圧以上：13人
- HbA1c 7.0以上：2人

臓器障害あり（治療者含む）
- CKD 尿蛋白2＋以上またはeGFR60未満：8人
- 心房細動：11人

⑥ 短期目標の疾患

高血圧（f） 人数	856人	（f/エ） 85.5%
糖尿病（g） 人数	416人	（g/エ） 41.6%

C’

高血圧＋糖尿病 人数	319人	（g/エ） 31.9%

重症化予防

合併症なし
- 472人 55.1%
- 163人 39.2%

⑦ 短期目標で対象とする合併症
（脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全）

高血圧＋合併症（1） 人数	384人	（1）/f 44.9%
糖尿病＋合併症（2） 人数	253人	（2）/g 60.8%

⑧ 中長期目標の疾患

脳血管疾患（h） 人数	100人	（h/ア） 6.3%
心不全（i） 人数	246人	（i/ア） 15.5%
虚血性心疾患（j） 人数	133人	（j/ア） 8.4%
腎不全（k） 人数	195人	（k/ア） 12.3%

介護予防（再発予防）

介護認定なし
- 92人 92.0%
- 233人 94.7%
- 130人 97.7%
- 188人 96.4%

⑨ 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

			支援1・2（/カ）	介1・2（/キ）	介3・4・5（/ク）
脳血管疾患（/h）	人数	8	0	5	3
	割合	8.0	0.0	23.8	30.0
心不全（/i）	人数	13	2	7	4
	割合	5.3	28.6	33.3	40.0
虚血性心疾患（/j）	人数	3	0	2	1
	割合	2.3	0.0	9.5	10.0
腎不全（/k）	人数	7	2	3	2
	割合	3.6	28.6	14.3	20.0

A 健康状態不明者

153人 9.6%

年齢階級	該当者数
65-69歳	73人
70-74歳	80人

B 実人数

32人 2.0%

C 実人数

518人 32.6%

D 実人数

469人 29.5%

加齢・その他

⑮ 体格（健診結果）

BMI（p） 区分	痩せ傾向（20以下）	（再）18.5未満	肥満（25以上）
人数	111人	53人	224人
（p/イ）	16.2%	7.7%	32.7%

⑭ 生活習慣病の重なり
（高血圧・糖尿病）

人数	42人	（/i） 67.7%
人数	17人	（/m） 77.3%
人数	251人	（/n） 86.6%
人数	411人	（/o） 63.4%

⑩ 加齢によるその他の疾患

骨折（l） 人数	62人	（l/ア） 3.9%
認知症（m） 人数	22人	（m/ア） 1.4%

⑫ 多剤処方の状況

6種類以上（n） 人数	290人	（n/ア） 18.3%

※ひと月15日以上の処方がある薬剤を計上
（外来のみ）

⑬ 歯科受診の状況

受診あり（o） 人数	648人	（o/ア） 40.8%

⑪ 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

			支援1・2（/カ）	介1・2（/キ）	介3・4・5（/ク）
骨折（/l）	人数	4	1	1	2
	割合	6.5	14.3	4.8	20.0
認知症（/m）	人数	10	2	3	5
	割合	45.5	28.6	14.3	50.0

A 健康状態不明者
該当年度に健診・医療・介護の実績なし

B 未治療・臓器障害あり
健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはCKD・心房細動あり

C 重症化予防
リスクはあるものの、重症化（脳・心・腎の発症）していない者

D 介護予防（再発予防）
脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

藤崎町

E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

参考：【KDB】介入支援対象者一覧〈栄養・重症化予防〉
【KDB】介入支援対象者一覧〈服薬管理〉
【KDB】後期高齢者の医療（健診）・介護突合状況

【KDB】厚生労働省様式1-1
【特定健診等データ管理システム】FKAC171

令和4年度

③65～74歳（後期高齢者）

65-74歳（後期）

健診

1 被保険者数（65-74歳）（ア）：109人

2 健康診査受診者（イ）：21人 19.3%　健康診査未受診者：88人 80.7%

5 健診有所見者

高血圧（a）	6人	28.6%	
内訳 Ⅰ度	4	66.7%	
内訳 Ⅱ度	1	16.7%	
内訳 Ⅲ度	1	16.7%	
高血糖（b）	3人	14.3%	
内訳 7.0～7.9	1	33.3%	
内訳 8.0以上	2	66.7%	
尿蛋白（c）	1人	4.8%	
内訳 ＋	1	100.0%	
内訳 2＋以上	0	0.0%	
eGFR（d）	3人	14.3%	
内訳 30-45未満	2	66.7%	
内訳 30未満	1	33.3%	
心房細動（e）	0人	0.0%	
参考 心電図実施者	12人		

未治療・治療中断（受診勧奨）	
Ⅱ度高血圧以上	0人
HbA1c 8.0以上	0人
臓器障害あり（治療者含む）	
CKD 尿蛋白2＋以上または eGFR30未満	1人
心房細動	0人

A 健康状態不明者

5人 4.6%

B

実人数 1人 0.9%

生活習慣病

15 体格（健診結果）

BMI（p）	痩せ傾向（20以下）	（再）18.5未満	肥満（25以上）
人数	4人	1人	8人
（p/イ）	19.0%	4.8%	38.1%

16 ■質問票による健康状態の総合的な把握

類型名	質問内容	人数	割合
健康状態	現在の健康状態はどうか	0人	0.0%
心の健康状態	毎日の生活に満足しているか	0人	0.0%
食習慣	1日3食きちんと食べていますか	0人	0.0%
口腔機能	半年前に比べて硬いものが食べにくい お茶やけ物等でむせる	1人	100.0%
体重変化	6か月間で2～3kgの体重減少	0人	0.0%
運動・転倒	以前に比べて歩く速度が遅くなった この1年間に転んだことがある ウォーキング等の運動を週1回以上としている	1人	100.0%
認知機能	周りの人から「いつも同じことを聞く」など物忘れがあると言われる 今日が何月何日かわからない時がある	0人	0.0%
喫煙	煙草を吸うか	0人	0.0%
社会参加	週に1回以上外出する 普段から家族が友人と付き合いがある	0人	0.0%
ソーシャルサポート	体調不良時、身近に相談できる人がいる	0人	0.0%

回答数 1

加齢・その他

医療

3 医療機関受診あり（ウ）：103人 94.5%

生活習慣病対象者（エ）：95人 87.2%

※生活習慣病対象者
以下、⑥・⑧に記載している疾病の診断がある者

6 短期目標の疾患

高血圧（f） 人数	88人	
（f/エ）	92.6%	
糖尿病（g） 人数	45人	
（g/エ）	47.4%	

C'

高血圧＋糖尿病 人数	40人	
（g/エ）	42.1%	

重症化予防

合併症なし：21人 23.9%

4人 8.9%

C

実人数 23人 21.1%

7 短期目標で対象とする合併症（脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全）

高血圧＋合併症（1） 人数	67人	
（1）/f	76.1%	
糖尿病＋合併症（2） 人数	41人	
（2）/g	91.1%	

8 中長期目標の疾患

脳血管疾患（h） 人数	45人	
（h/ア）	41.3%	
心不全（i） 人数	47人	
（i/ア）	43.1%	
虚血性心疾患（j） 人数	26人	
（j/ア）	23.9%	
腎不全（k） 人数	36人	
（k/ア）	33.0%	

14 生活習慣病の重なり（高血圧・糖尿病）

人数	7人
（/l）	87.5%
人数	7人
（/m）	87.5%
人数	43人
（/n）	97.7%
人数	34人
（/o）	89.5%

10 加齢によるその他の疾患

骨折（l） 人数	8人	
（l/ア）	7.3%	
認知症（m） 人数	8人	
（m/ア）	7.3%	

12 多剤処方の状況

6種類以上（n） 人数	44人	
（n/ア）	40.4%	

※ひと月15日以上の処方がある薬剤を計上（外来のみ）

13 歯科受診の状況

受診あり（o） 人数	38人	
（n/ア）	34.9%	

介護

4

介護認定者数（オ）		支援1・2（カ）	介1・2（キ）	介3・4・5（ク）
人数	39人	8	17	14
割合（/ア）	35.8%	7.3%	15.6%	12.8%
割合（/オ）	100%	20.5%	43.6%	35.9%

介護予防（再発予防）

介護認定なし：21人 46.7%

33人 70.2%

20人 76.9%

24人 66.7%

D

実人数 44人 40.4%

9

要介護認定者のうち下記の疾病治療者		支援1・2（/カ）	介1・2（/キ）	介3・4・5（/ク）
脳血管疾患（/h） 人数	24	4	9	11
割合	53.3	50.0	52.9	78.6
心不全（/i） 人数	14	3	5	6
割合	29.8	37.5	29.4	42.9
虚血性心疾患（/j） 人数	6	2	4	0
割合	23.1	25.0	23.5	0.0
腎不全（/k） 人数	12	4	5	3
割合	33.3	50.0	29.4	21.4

11

要介護認定者のうち下記の疾病治療者		支援1・2（/カ）	介1・2（/キ）	介3・4・5（/ク）
骨折（/l） 人数	2	0	1	1
割合	25.0	0.0	5.9	7.1
認知症（/m） 人数	5	0	3	2
割合	62.5	0.0	17.6	14.3

A 健康状態不明者
該当年度に健診・医療・介護の実績なし

B 未治療・臓器障害あり
健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはCKD・心房細動あり

C 重症化予防
リスクはあるものの、重症化（脳・心・腎の発症）していない者

D 介護予防（再発予防）
脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

藤崎町

E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

参考：【KDB】介入支援対象者一覧<栄養・重症化予防>
【KDB】介入支援対象者一覧<服薬管理>
【KDB】後期高齢者の医療（健診）・介護突合状況

【KDB】厚生労働省様式1-1
【特定健診等データ管理システム】FKAC171

令和4年度

④75歳以上（後期高齢者）

75歳以上（後期）

何も表示されません。
必要事項を入力してください。

藤崎町の概況

1. 高齢化率

●年度	

2. 一人当たり社会保障費（●年度）

制度	円	地域差指数
国保		
後期		
介護		
合計		

3.（参考）特定健診の状況（●年度）

区分	実施率
特定健診	
保健指導	

健診

① 被保険者数（75歳以上）（ア）：2,468人

② 健康診査受診者（イ）：627人 25.4%　健康診査未受診者：1,841人 74.6%

生活習慣病

⑤ 健診有所見者

高血圧（a）	164人	26.2%	
内訳 Ⅰ度	131	79.9%	
内訳 Ⅱ度	28	17.1%	
内訳 Ⅲ度	5	3.0%	
高血糖（b）	38人	6.1%	
内訳 7.0～7.9	24	63.2%	
内訳 8.0以上	14	36.8%	
尿蛋白（c）	27人	4.3%	
内訳 ＋	16	59.3%	
内訳 2＋以上	11	40.7%	
eGFR（d）	83人	13.2%	
内訳 30-45未満	70	84.3%	
内訳 30未満	13	15.7%	
心房細動（e）	24人	4.2%	
参考 心電図実施者	575人		

未治療・治療中断（受診勧奨）
- Ⅱ度高血圧以上：6人
- HbA1c 8.0以上：0人
- 臓器障害あり（治療者含む）
- CKD 尿蛋白2＋以上またはeGFR30未満：21人
- 心房細動：24人

加齢・その他

⑮ 体格（健診結果）

BMI（p）	区分	痩せ傾向（20以下）	（再）18.5未満	肥満（25以上）
	人数	130人	51人	136人
	（p/イ）	20.7%	8.1%	21.7%

⑯ ■質問票による健康状態の総合的な把握

類型名	質問内容	人数	割合
健康状態	現在の健康状態はどうか	6人	8.0%
心の健康状態	毎日の生活に満足しているか	7人	9.3%
食習慣	1日3食きちんと食べていますか	4人	5.3%
口腔機能	半年前に比べて硬いものが食べにくい お茶や汁物等でむせる	33人	44.0%
体重変化	6か月間で2～3kgの体重減少	12人	16.0%
運動・転倒	以前に比べて歩く速度が遅くなった この1年間に転んだことがある ウォーキング等の運動を週1回以上している	60人	80.0%
認知機能	周りの人から「いつも同じことを聞く」など物忘れがあると言われる 今日が何月何日かわからない時がある	40人	53.3%
喫煙	煙草を吸うか	7人	9.3%
社会参加	週に1回以上外出する 普段から家族が友人と付き合いがある	15人	20.0%
ソーシャルサポート	体調不良時、身近に相談できる人がいる	4人	5.3%

回答数　75

医療

③ 医療機関受診あり（ウ）：2,356人 95.5%

生活習慣病対象者（エ）：2,027人 82.1%

※生活習慣病対象者
以下、⑥-⑧に記載している疾病の診断がある者

⑥ 短期目標の疾患

高血圧（f） 人数	1,813人
（f/エ）	89.4%
糖尿病（g） 人数	736人
（g/エ）	36.3%

C'

高血圧＋糖尿病 人数	637人
（g/エ）	31.4%

年齢階級	該当者数
75-79歳	234人
80-84歳	186人
85歳以上	217人

重症化予防
- 合併症なし：638人 35.2%
- 186人 25.3%

⑦ 短期目標で対象とする合併症（脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全）

高血圧＋合併症（1） 人数	1,175人	
（1）/f	64.8%	
糖尿病＋合併症（2） 人数	550人	
（2）/g	74.7%	

⑧ 中長期目標の疾患

脳血管疾患（h） 人数	469人	
（h/ア）	19.0%	
心不全（i） 人数	858人	
（i/ア）	34.8%	
虚血性心疾患（j） 人数	364人	
（j/ア）	14.7%	
腎不全（k） 人数	441人	
（k/ア）	17.9%	

年齢階級	該当者数	高血圧＋糖尿病
75-79歳	274人	72人
80-84歳	195人	37人
85歳以上	206人	40人

A 健康状態不明者：92人 3.7%

年齢階級	該当者数
75歳 ※1	10人
76-79歳	17人
80-84歳	19人
85歳以上	46人

※1 国保加入時に健診・医療の実績がある対象者も含まれている可能性がある

B 実人数：49人 2.0%

C 実人数：675人 27.4%

⑭ 生活習慣病の重なり（高血圧・糖尿病）

人数	227人	
（/l）	86.6%	
人数	321人	
（/m）	82.9%	
人数	821人	
（/n）	91.1%	
人数	625人	
（/o）	77.4%	

年齢階級	該当者数
75-79歳	44人
80-84歳	74人
85歳以上	109人

年齢階級	該当者数
75-79歳	49人
80-84歳	57人
85歳以上	215人

⑩ 加齢によるその他の疾患

骨折（l） 人数	262人	
（l/ア）	10.6%	
認知症（m） 人数	387人	
（m/ア）	15.7%	

⑫ 多剤処方の状況

6種類以上（n） 人数	901人	
（n/ア）	36.5%	

※ひと月15日以上の処方がある薬剤を計上（外来のみ）

⑬ 歯科受診の状況

受診あり（o） 人数	808人	
（n/ア）	32.7%	

介護

④ 介護認定者数（オ）

	支援1・2（カ）	介1・2（キ）	介3・4・5（ク）
人数 735人	136	326	273
割合（/ア） 29.8%	5.5%	13.2%	11.1%
割合（/オ） 100%	18.5%	44.4%	37.1%

介護予防（再発予防）
- 介護認定なし：228人 48.6%
- 528人 61.5%
- 243人 66.8%
- 278人 63.0%

D 実人数：852人 34.5%

年齢階級	該当者数
75-79歳	308人
80-84歳	281人
85歳以上	263人

⑨ 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

		支援1・2（/カ）	介1・2（/キ）	介3・4・5（/ク）
脳血管疾患（/h） 人数	241	39	93	109
割合	51.4	28.7	28.5	39.9
心不全（/i） 人数	330	59	141	130
割合	38.5	43.4	43.3	47.6
虚血性心疾患（/j） 人数	121	20	49	52
割合	33.2	14.7	15.0	19.0
腎不全（/k） 人数	163	29	74	60
割合	37.0	21.3	22.7	22.0

⑪ 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

		支援1・2（/カ）	介1・2（/キ）	介3・4・5（/ク）
骨折（/l） 人数	139	30	47	62
割合	53.1	22.1	14.4	22.7
認知症（/m） 人数	317	16	136	165
割合	81.9	11.8	41.7	60.4

A 健康状態不明者
該当年度に健診・医療・介護の実績なし

B 未治療・臓器障害あり
健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはCKD・心房細動あり

C 重症化予防
リスクはあるものの、重症化（脳・心・腎の発症）していない者

D 介護予防（再発予防）
脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

参考資料３　糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

		項目	突合表	藤崎町										同規模保険者（平均）		データ元
				平成30年度		令和元年度		令和２年度		令和３年度		令和４年度		令和４年度		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	A	4,231人		4,064人		3,954人		3,963人		3,776人		－		ＫＤＢ_厚生労働省様式様式３－２
	②	（再掲）40～74歳		3,261人		3,159人		3,104人		3,155人		3,023人		－		
2	①	特定健診　対象者数	B	2,989人		2,924人		2,870人		2,807人		2,677人		－		市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書 法定報告
	②	受診者数	C	1,524人		1,433人		1,036人		1,070人		1,056人		－		
	③	受診率		51.0%		49.0%		36.1%		38.1%		39.4%		－		
3	①	特定保健指導　対象者数		149人		134人		85人		96人		74人		－		
	②	実施率		46.3%		42.5%		57.6%		56.3%		58.1%		－		
4	①	健診データ　糖尿病型	E	242人	15.9%	239人	16.7%	188人	18.1%	175人	16.4%	184人	16.7%	－	－	特定健診結果
	②	未治療・中断者（質問票 服薬な	F	55人	22.7%	51人	21.3%	39人	20.7%	42人	24.0%	36人	19.6%	－	－	
	③	治療中（質問票 服薬あり）	G	187人	77.3%	188人	78.7%	149人	79.3%	133人	76.0%	148人	80.4%	－	－	
	④	コントロール不良 ＨｂＡ１ｃ7.0以上または空腹時血糖130以上	J	71人	38.0%	79人	42.0%	69人	46.3%	61人	45.9%	70人	47.3%	－	－	
	⑤	血圧　130/80以上	J	42人	59.2%	42人	53.2%	42人	60.9%	38人	62.3%	39人	55.7%	－	－	
	⑥	肥満　BMI25以上	J	37人	52.1%	40人	50.6%	35人	50.7%	29人	47.5%	38人	54.3%	－	－	
	⑦	コントロール良 ＨｂＡ１ｃ7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	116人	62.0%	109人	58.0%	80人	53.7%	72人	54.1%	78人	52.7%	－	－	
	⑧	第１期　尿蛋白（－）	M	201人	83.1%	201人	84.1%	160人	85.1%	152人	86.9%	157人	85.3%	－	－	
	⑨	第２期　尿蛋白（±）	M	23人	9.5%	18人	7.5%	15人	8.0%	15人	8.6%	16人	8.7%	－	－	
	⑩	第３期　尿蛋白（＋）以上	M	14人	5.8%	13人	5.4%	11人	5.9%	６人	3.4%	６人	3.3%	－	－	
	⑪	第４期　ｅＧＦＲ30未満	M	３人	1.2%	６人	2.5%	２人	1.1%	２人	1.1%	５人	2.7%	－	－	
5	①	レセプト　糖尿病受療率（被保数千対）		124.6人		120.6人		112.3人		119.4人		115.7人		－		ＫＤＢ_厚生労働省様式様式３－２
	②	（再掲）40～74歳（被保数千対		158.8人		152.3人		141.1人		148.0人		142.6人		－		
	③	レセプト件数（40-74歳）（ ）内は被保数千対　入院外（件数）		2,968件	(945.8)	3,135件	(1020.2)	3,194件	(1024.7)	3,340件	(1106.3)	3,077件	(1056.3)	334,283件	(942.0)	ＫＤＢ_疾病別医療費分析（生活習慣病）
	④	入院（件数）		18件	(5.7)	12件	(3.9)	14件	(4.5)	13件	(4.3)	９件	(3.1)	1,709件	(4.8)	
	⑤	糖尿病治療中	H	527人	12.5%	490人	12.1%	444人	11.2%	473人	11.9%	437人	11.6%	－	－	ＫＤＢ_厚生労働省様式様式３－２
	⑥	（再掲）40～74歳	H	518人	15.9%	481人	15.2%	438人	14.1%	467人	14.8%	431人	14.3%	－	－	
	⑦	健診未受診者	I	331人	63.9%	294人	61.1%	289人	66.0%	334人	71.5%	283人	65.7%	－	－	
	⑧	インスリン治療	O	69人	13.1%	64人	13.1%	62人	14.0%	67人	14.2%	60人	13.7%	－	－	
	⑨	（再掲）40～74歳	O	68人	13.1%	64人	13.3%	62人	14.2%	67人	14.3%	58人	13.5%	－	－	
	⑩	糖尿病性腎症	L	103人	19.5%	95人	19.4%	97人	21.8%	115人	24.3%	126人	28.8%	－	－	
	⑪	（再掲）40～74歳	L	102人	19.7%	94人	19.5%	96人	21.9%	114人	24.4%	125人	29.0%	－	－	
	⑫	慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		３人	0.6%	２人	0.4%	４人	0.9%	５人	1.1%	４人	0.9%	－	－	
	⑬	（再掲）40～74歳		１人	0.2%	１人	0.2%	３人	0.7%	４人	0.9%	４人	0.9%	－	－	
	⑭	新規透析患者数		１人	0.19%	２人	0.41%	4人	0.90%	２人	0.42%	４人	0.91%	－	－	
	⑮	（再掲）糖尿病性腎症		１人	0.19%	２人	0.41%	2人	0.45%	２人	0.42%	１人	0.23%	－	－	
	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）		12人	2.0%	12人	2.0%	11人	2.1%	11人	2.0%	13人	2.4%	－	－	ＫＤＢ_厚生労働省様式様式３－２※後期高齢者
6	①	医療費　総医療費		13億0065万円		12億5623万円		12億2427万円		12億7146万円		11億6820万円		10億9648万円		ＫＤＢ 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
	②	生活習慣病総医療費		7億4005万円		6億7705万円		6億8728万円		7億0044万円		6億3947万円		5億9067万円		
	③	（総医療費に占める割合）		56.9%		53.9%		56.1%		55.1%		54.7%		53.9%		
	④	生活習慣病対象者一人あたり　健診受診者		12,151円		9,204円		7,692円		6,890円		6,590円		8,199円		
	⑤	健診未受診者		32,759円		32,149円		35,516円		37,515円		38,233円		37,038円		
	⑥	糖尿病医療費		9022万円		9056万円		9488万円		9907万円		8979万円		6602万円		
	⑦	（生活習慣病総医療費に占める割合）		12.2%		13.4%		13.8%		14.1%		14.0%		11.2%		
	⑧	糖尿病入院外総医療費		2億0247万円		2億1209万円		2億4652万円		2億8083万円		2億3317万円		－		
	⑨	１件あたり		30,617円		32,301円		38,724円		43,839円		40,453円		－		
	⑩	糖尿病入院総医療費		1億4908万円		1億0561万円		1億1433万円		1億4132万円		1億0448万円		－		
	⑪	１件あたり		659,650円		614,024円		653,303円		706,607円		625,646円		－		
	⑫	在院日数		15日		17日		14日		16日		16日		－		
	⑬	慢性腎不全医療費		4,042万円		5,298万円		4,498万円		3,894万円		3,685万円		4,999万円		
	⑭	透析有り		3,460万円		4,251万円		3,861万円		2,795万円		2,721万円		4,634万円		
	⑮	透析なし		582万円		1,047万円		637万円		1,100万円		964万円		364万円		
7	①	介護　介護給付費		15億5,656万円		15億9,826万円		15億8,530万円		15億4,414万円		15億5,355万円		13億3,151万円		
	②	（２号認定者）糖尿病合併症		３件	27.3%	５件	35.7%	３件	25.0%	１件	25.0%	０件	0.0%	－	－	
8	①	死亡　糖尿病（死因別死亡数）		１人	0.5%	１人	0.5%	２人	1.0%	０人	0.0%	０人	0.0%	582人	1.1%	ＫＤＢ_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和4年度

軽症 → 重症

レセプト

KDB
疾病管理一覧
（糖尿病）

年代別	被保険者 人数(a)	割合	糖尿病治療中 患者数(b)	b/a	薬物療法あり 患者数(c)	c/b	（再掲）インスリン療法 患者数(d)	d/b	糖尿病性腎症 患者数(e)	e/b	人工透析（腹膜灌流含む） 患者数(f)	f/b
	4,094人		662人（16.2）		428人（64.7）		84人（12.7）		201人（30.4）		6人（0.91）	
20代以下	612	14.9	4	0.7	3	75.0	2	50.0	1	25.0	0	0.00
30代	297	7.3	7	2.4	1	14.3	0	0.0	1	14.3	0	0.00
40代	447	10.9	33	7.4	22	66.7	6	18.2	9	27.3	3	9.09
50代	582	14.2	66	11.3	36	54.5	8	12.1	13	19.7	0	0.00
60代	1,229	30.0	273	22.2	184	67.4	37	13.6	75	27.5	2	0.73
70-74歳	927	22.6	279	30.1	182	65.2	31	11.1	102	36.6	1	0.36

A 再掲 40-74歳：3,185人

H：651人　20.4

	その他のリスク 高血圧	高尿酸血症	脂質異常症
人数	482	138	426
割合	74.0	21.2	65.4

424人　65.1　O　82人　12.6

L：199人　30.6

6人　0.92

特定健診［40-74歳］

※
途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外

B 特定健診 対象者：3,017人

C 特定健診 受診者：1,056人（39.4）

（再掲）65歳以上

人数	割合
683人	63.4

E 糖尿病型：181人（16.8）

以下のいずれかに該当
・HbA1c6.5%以上
・空腹時血糖126以上
・糖尿病治療中（問診）

I 特定健診 未受診者：504人（77.4）…I/H

KDBシステム帳票「疾病管理一覧（糖尿病）」で対象者の把握が可能

データがないため、コントロール状態が分からず、保健指導が難しい。
糖尿病連携手帳を中心に保健指導を展開していく必要がある。

G 治療中（質問票 服薬有）：147人（81.2）

F 未治療（中断含む）：34人（18.8）

J コントロール不良 HbA1c7.0以上 または空腹時血糖130以上：69人（46.9）

K コントロール良 HbA1c7.0未満 または空腹時血糖130未満：78人（53.1）

※J・Kに随時血糖のみ実施者は含まない

その他のリスク	高血圧	肥満	脂質
	130/80以上	BMI 25以上	LDL120以上 HDL40未満 TGI50以上
J	38（55.1）	37（53.6）	37（53.6）
K	33（42.3）	47（60.3）	28（35.9）

糖尿病性腎症病期分類

		第1期	再掲（第2～4期）	第2期	第3期	第4期	第5期
		腎症前期		早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法期
eGFR		30以上	--	30以上		30未満	透析療法中
尿蛋白	アルブミン尿	正常アルブミン尿（30未満）	--	微量アルブミン尿（30-299）	顕性アルブミン尿（300以上）	問わない	
			N				
	尿蛋白	（－）	-- M	（±）	（＋）以上	問わない	
		154人（85.1）	27人（14.9）	16人（8.8）	6人（3.3）	5人（2.76）	

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

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

軽症 → 重症

レセプト

KDB
疾病管理一覧
（高血圧症）

被保険者	
4,094人	
年代別	人数(a)	割合
20代以下	612	14.9
30代	297	7.3
40代	447	10.9
50代	582	14.2
60代	1,229	30.0
70-74歳	927	22.6

A 再掲 40-74歳 3,185人

高血圧症治療中			
1,368人 (33.4)			
患者数(b)	b/a	処方あり(c)	c/b
3	0.5	2	66.7
16	5.4	13	81.3
60	13.4	57	95.0
157	27.0	151	96.2
589	47.9	560	95.1
543	58.6	506	93.2

H 1,349人 42.4 1,274人 94.4

脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
106人 (7.7)		131人 (9.6)		11人 (0.80)	
患者数(d)	d/b	患者数(e)	e/b	患者数(f)	f/b
0	0.0	0	0.0	0	0.00
1	6.3	1	6.3	0	0.00
5	8.3	7	11.7	4	6.67
13	8.3	10	6.4	3	1.91
34	5.8	46	7.8	2	0.34
53	9.8	67	12.3	2	0.37

その他のリスク			
糖尿病	糖尿病性腎症	高尿酸血症	脂質異常症
482	152	273	762
35.7	11.3	20.2	56.5

O 105人 7.8 P 130人 9.6 Q 11人 0.82

I 特定健診未受診者
861人 (H-G')
63.8 (I/H)

KDBシステム帳票「疾病管理一覧（高血圧）」で対象者の把握が可能

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

重症化を予防するために臓器障害を早期に発見するための精密検査

特定健診
[40-74歳]

※
途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外

B 特定健診対象者 3,017人 → C 特定健診受診者 1,056人 (39.4) → E 高血圧 140/90以上 241人 (22.4)

※
上記「E：高血圧」に内服治療中の140/90未満は含まない。

高血圧治療中（質問票 服薬有） 488人 (45.3) …G'			
G 合計（Ⅰ度以上）	分類	人数	割合
115人	Ⅰ度	100人	87.0
47.7 (G/E) 8.5 (G/H)	Ⅱ度	13人	11.3
	Ⅲ度	2人	1.7
126人	Ⅰ度	91人	72.2
52.3 (F/E)	Ⅱ度	29人	23.0
	Ⅲ度	6人	4.8

F 未治療（中断含む）

血圧分類	その他のリスク 肥満 BMI25以上	高血糖 HbA1c6.5以上 空腹時126以上 随時200以上	高尿酸 7.1以上	脂質異常症 LDL120以上 HDL40未満 TG150以上
Ⅰ度	59 (59.0%)	18 (18.0%)	11 (11.0%)	57 (57.0%)
Ⅱ度	6 (46.2%)	5 (38.5%)	0 (0.0%)	6 (46.2%)
Ⅲ度	2 (100.0%)	1 (50.0%)	0 (0.0%)	2 (100.0%)
Ⅰ度	25 (27.5%)	8 (8.8%)	10 (11.0%)	56 (61.5%)
Ⅱ度	8 (27.6%)	5 (17.2%)	2 (6.9%)	20 (69.0%)
Ⅲ度	3 (50.0%)	0 (0.0%)	1 (16.7%)	4 (66.7%)

臓器障害	眼底検査有所見者	心電図結果有所見者	尿たんぱく（＋以上）
詳細健診実施者(J)	294人	1,076人	
(J/C)	27.3	99.9	
検査実施者(K)	70人	115人	115人
実施率(K/G)	60.9	100.0	100.0
有所見者(L)	16人	38人	5人
有所見率(L/G)	13.9	33.0	4.3
検査実施者(M)	78人	126人	126人
実施率(M/F)	61.9	100.0	100.0
有所見者(N)	11人	29人	3人
有所見率(M/F)	8.7	23.0	2.4

※高血圧の人が詳細健診をきちんと受けているか

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

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

軽症 → 重症

レセプト

KDB
疾病管理一覧
（脂質異常症）

被保険者

4,094人

年代別	人数(a)	割合
20代以下	612	14.9
30代	297	7.3
40代	447	10.9
50代	582	14.2
60代	1,229	30.0
70-74歳	927	22.6

A 再掲 40-74歳 3,185人

脂質異常症治療中

1,079人
（26.4）

患者数(b)	b/a	処方あり(c)	c/b
2	0.3	1	50.0
10	3.4	7	70.0
38	8.5	27	71.1
136	23.4	114	83.8
479	39.0	411	85.8
414	44.7	354	85.5

H 1,067人 33.5 906人 84.9

その他のリスク

糖尿病	糖尿病性腎症	高血圧	高尿酸血症
426	137	762	194
39.9	12.8	71.4	18.2

虚血性心疾患

119人
（11.0）

患者数(d)	d/b
0	0.0
0	0.0
6	15.8
11	8.1
38	7.9
64	15.5

脳血管疾患

83人
（7.7）

患者数(e)	e/b
0	0.0
0	0.0
4	10.5
9	6.6
29	6.1
41	9.9

人工透析

5人
（0.46）

患者数(f)	f/b
0	0.00
0	0.00
2	5.26
1	0.74
2	0.42
0	0.00

O 119人 11.2 P 83人 7.8 Q 5人 0.47

I 特定健診未受診者

687人 (H-G')
64.4 (I/H)

KDBシステム帳票
「疾病管理一覧（脂質異常症）」
で対象者の把握が可能

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

重症化を予防するために臓器障害を早期に発見するための精密検査

特定健診
[40-74歳]

※
途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外

B 特定健診対象者 3,017人

C 特定健診受診者 1,056人 （39.4）

E 脂質異常（LDL-C）

160以上	180以上 (E')
99人	25人
（9.2）	（2.3）

脂質異常症治療中（質問票_服薬有）

380人 （35.3） …G'

G

合計 LDL160以上	180以上	男性	女性
13人	3人	6人	7人
13.1 G/E 1.2 G/H	12.0 G/E'	46.2	53.8
86人	22人	41人	45人
86.9 F/E	88.0 F/E'	47.7	52.3

F 未治療（中断含む）

その他のリスク

肥満	高血糖	高血圧	高尿酸
BMI25以上	HbA1c6.5以上 空腹時126以上 随時200以上	Ⅰ度高血圧以上	7.1以上
5人	2人	5人	2人
38.5	15.4	38.5	15.4
37人	9人	47人	12人
43.0	10.5	54.7	14.0

臓器障害

	心電図結果	【二次健診】頸動脈エコー	眼底検査
検査実施者(K)	13人		3人
実施率(K/G)	100.0		23.1
有所見者(L)	3人		0人
有所見率(L/G)	23.1		0.0
検査実施者(M)	86人		30人
実施率(M/F)	100.0		34.9
有所見者(N)	17人		0人
有所見率(N/F)	19.8		0.0

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

参考資料７　ＨｂＡ１ｃの年次比較

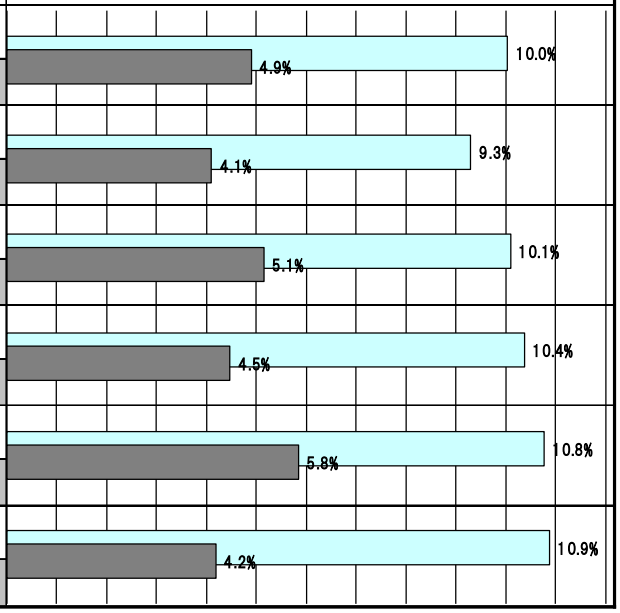
HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
								合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H29	1,636	655	40.0%	568	34.7%	249	15.2%	84	5.1%	59	3.6%	21	1.3%	50	3.1%	16	1.0%
H30	1,561	603	38.6%	600	38.4%	213	13.6%	81	5.2%	41	2.6%	23	1.5%	42	2.7%	12	0.8%
R01	1,478	557	37.7%	535	36.2%	237	16.0%	73	4.9%	57	3.9%	19	1.3%	45	3.0%	14	0.9%
R02	1,052	416	39.5%	367	34.9%	160	15.2%	62	5.9%	39	3.7%	8	0.8%	30	2.9%	5	0.5%
R03	1,097	449	40.9%	341	31.1%	189	17.2%	54	4.9%	46	4.2%	18	1.6%	37	3.4%	15	1.4%
R04	1,077	406	37.7%	385	35.7%	169	15.7%	72	6.7%	33	3.1%	12	1.1%	27	2.5%	7	0.6%

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HbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上	再掲	
					再）7.0以上	未治療	治療
H29	1,636	655 40.0%	568 34.7%	249 15.2%	164 10.0%	45 27.4%	119 72.6%
					80 4.9%	15 18.8%	65 81.3%
H30	1,561	603 38.6%	600 38.4%	213 13.6%	145 9.3%	42 29.0%	103 71.0%
					64 4.1%	15 23.4%	49 76.6%
R01	1,478	557 37.7%	535 36.2%	237 16.0%	149 10.1%	36 24.2%	113 75.8%
					76 5.1%	16 21.1%	60 78.9%
R02	1,052	416 39.5%	367 34.9%	160 15.2%	109 10.4%	24 22.0%	85 78.0%
					47 4.5%	7 14.9%	40 85.1%
R03	1,097	449 40.9%	341 31.1%	189 17.2%	118 10.8%	34 28.8%	84 71.2%
					64 5.8%	16 25.0%	48 75.0%
R04	1,077	406 37.7%	385 35.7%	169 15.7%	117 10.9%	24 20.5%	93 79.5%
					45 4.2%	6 13.3%	39 86.7%



治療と未治療の状況

		HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
										合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
治療中	H29	192	11.7%	4	2.1%	19	9.9%	50	26.0%	54	28.1%	52	27.1%	13	6.8%	42	21.9%	10	5.2%
	H30	187	12.0%	3	1.6%	25	13.4%	56	29.9%	54	28.9%	35	18.7%	14	7.5%	32	17.1%	4	2.1%
	R01	187	12.7%	3	1.6%	19	10.2%	52	27.8%	53	28.3%	49	26.2%	11	5.9%	34	18.2%	7	3.7%
	R02	141	13.4%	3	2.1%	15	10.6%	38	27.0%	45	31.9%	34	24.1%	6	4.3%	27	19.1%	3	2.1%
	R03	133	12.1%	6	4.5%	12	9.0%	31	23.3%	36	27.1%	35	26.3%	13	9.8%	28	21.1%	10	7.5%
	R04	147	13.6%	4	2.7%	14	9.5%	36	24.5%	54	36.7%	29	19.7%	10	6.8%	25	17.0%	6	4.1%
治療なし	H29	1,444	88.3%	651	45.1%	549	38.0%	199	13.8%	30	2.1%	7	0.5%	8	0.6%	8	0.6%	6	0.4%
	H30	1,374	88.0%	600	43.7%	575	41.8%	157	11.4%	27	2.0%	6	0.4%	9	0.7%	10	0.7%	8	0.6%
	R01	1,291	87.3%	554	42.9%	516	40.0%	185	14.3%	20	1.5%	8	0.6%	8	0.6%	11	0.9%	7	0.5%
	R02	911	86.6%	413	45.3%	352	38.6%	122	13.4%	17	1.9%	5	0.5%	2	0.2%	3	0.3%	2	0.2%
	R03	964	87.9%	443	46.0%	329	34.1%	158	16.4%	18	1.9%	11	1.1%	5	0.5%	9	0.9%	5	0.5%
	R04	930	86.4%	402	43.2%	371	39.9%	133	14.3%	18	1.9%	4	0.4%	2	0.2%	2	0.2%	1	0.1%

参考資料８　血圧の年次比較

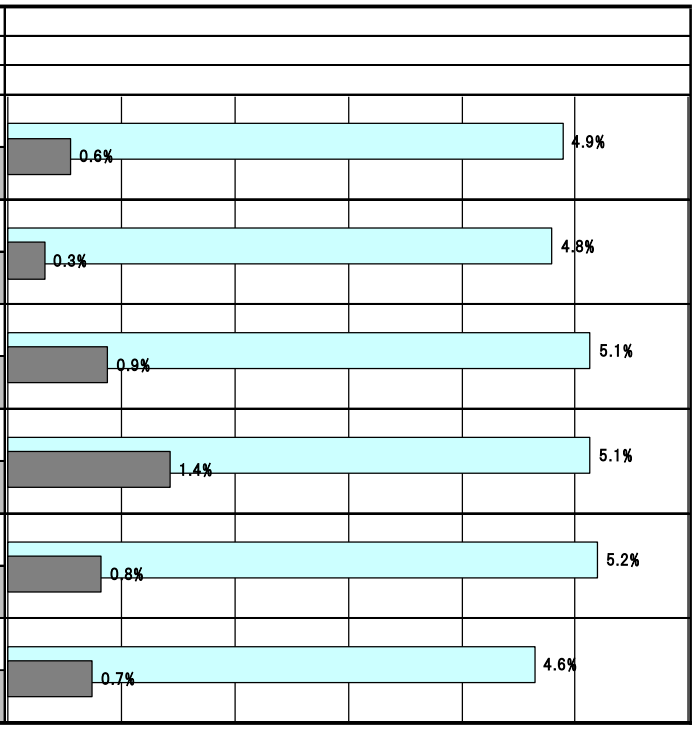
血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	1,636	482	29.5%	298	18.2%	435	26.6%	341	20.8%	71	4.3%	9	0.6%
H30	1,563	459	29.4%	320	20.5%	429	27.4%	280	17.9%	70	4.5%	5	0.3%
R01	1,480	469	31.7%	261	17.6%	398	26.9%	276	18.6%	63	4.3%	13	0.9%
R02	1,052	299	28.4%	184	17.5%	319	30.3%	196	18.6%	39	3.7%	15	1.4%
R03	1,097	315	28.7%	179	16.3%	346	31.5%	200	18.2%	48	4.4%	9	0.8%
R04	1,077	284	26.4%	178	16.5%	374	34.7%	191	17.7%	42	3.9%	8	0.7%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上	再掲 未治療	再掲 治療
H29	1,636	780 47.7%	435 26.6%	341 20.8%	80 4.9%	38 47.5%	42 52.5%
					再）Ⅲ度高血圧 9 0.6%	4 44.4%	5 55.6%
H30	1,563	779 49.8%	429 27.4%	280 17.9%	75 4.8%	37 49.3%	38 50.7%
					再）Ⅲ度高血圧 5 0.3%	3 60.0%	2 40.0%
R01	1,480	730 49.3%	398 26.9%	276 18.6%	76 5.1%	36 47.4%	40 52.6%
					再）Ⅲ度高血圧 13 0.9%	10 76.9%	3 23.1%
R02	1,052	483 45.9%	319 30.3%	196 18.6%	54 5.1%	30 55.6%	24 44.4%
					再）Ⅲ度高血圧 15 1.4%	7 46.7%	8 53.3%
R03	1,097	494 45.0%	346 31.5%	200 18.2%	57 5.2%	35 61.4%	22 38.6%
					再）Ⅲ度高血圧 9 0.8%	5 55.6%	4 44.4%
R04	1,077	462 42.9%	374 34.7%	191 17.7%	50 4.6%	35 70.0%	15 30.0%
					再）Ⅲ度高血圧 8 0.7%	6 75.0%	2 25.0%



治療と未治療の状況

		血圧測定者		正常 正常		正常 正常高値		保健指導 高値血圧		受診勧奨判定値 Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	689	42.1%	126	18.3%	127	18.4%	220	31.9%	174	25.3%	37	5.4%	5	0.7%
	H30	650	41.6%	113	17.4%	134	20.6%	220	33.8%	145	22.3%	36	5.5%	2	0.3%
	R01	627	42.4%	137	21.9%	107	17.1%	192	30.6%	151	24.1%	37	5.9%	3	0.5%
	R02	456	43.3%	92	20.2%	82	18.0%	161	35.3%	97	21.3%	16	3.5%	8	1.8%
	R03	488	44.5%	113	23.2%	76	15.6%	185	37.9%	92	18.9%	18	3.7%	4	0.8%
	R04	488	45.3%	103	21.1%	83	17.0%	187	38.3%	100	20.5%	13	2.7%	2	0.4%
治療なし	H29	947	57.9%	356	37.6%	171	18.1%	215	22.7%	167	17.6%	34	3.6%	4	0.4%
	H30	913	58.4%	346	37.9%	186	20.4%	209	22.9%	135	14.8%	34	3.7%	3	0.3%
	R01	853	57.6%	332	38.9%	154	18.1%	206	24.2%	125	14.7%	26	3.0%	10	1.2%
	R02	596	56.7%	207	34.7%	102	17.1%	158	26.5%	99	16.6%	23	3.9%	7	1.2%
	R03	609	55.5%	202	33.2%	103	16.9%	161	26.4%	108	17.7%	30	4.9%	5	0.8%
	R04	589	54.7%	181	30.7%	95	16.1%	187	31.7%	91	15.4%	29	4.9%	6	1.0%

参考資料９　ＬＤＬ－Ｃの年次比較

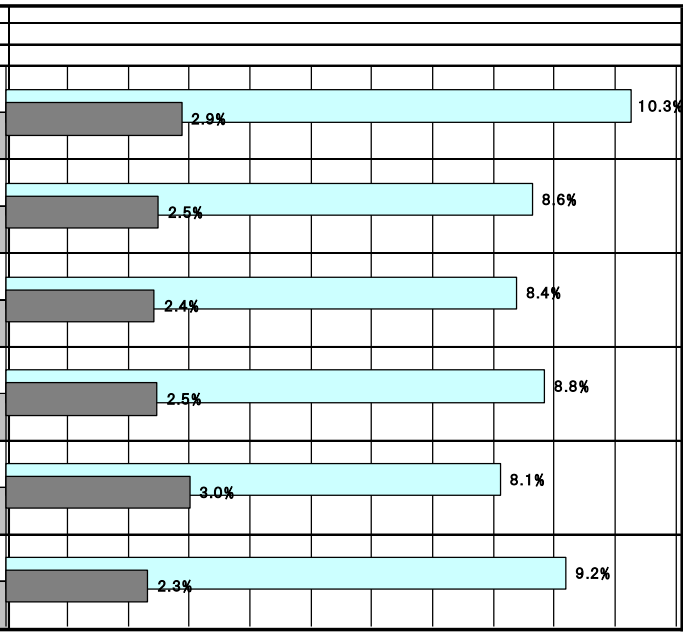
LDL-Cの年次比較

		LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H29	1,636	808	49.4%	431	26.3%	229	14.0%	121	7.4%	47	2.9%
	H30	1,563	786	50.3%	408	26.1%	234	15.0%	96	6.1%	39	2.5%
	R01	1,480	757	51.1%	365	24.7%	234	15.8%	88	5.9%	36	2.4%
	R02	1,052	528	50.2%	287	27.3%	144	13.7%	67	6.4%	26	2.5%
	R03	1,097	568	51.8%	292	26.6%	148	13.5%	56	5.1%	33	3.0%
	R04	1,077	598	55.5%	234	21.7%	146	13.6%	74	6.9%	25	2.3%
男性	H29	762	399	52.4%	179	23.5%	107	14.0%	60	7.9%	17	2.2%
	H30	733	385	52.5%	180	24.6%	101	13.8%	47	6.4%	20	2.7%
	R01	683	377	55.2%	147	21.5%	99	14.5%	43	6.3%	17	2.5%
	R02	485	267	55.1%	124	25.6%	56	11.5%	26	5.4%	12	2.5%
	R03	504	266	52.8%	122	24.2%	69	13.7%	29	5.8%	18	3.6%
	R04	505	284	56.2%	104	20.6%	70	13.9%	36	7.1%	11	2.2%
女性	H29	874	409	46.8%	252	28.8%	122	14.0%	61	7.0%	30	3.4%
	H30	830	401	48.3%	228	27.5%	133	16.0%	49	5.9%	19	2.3%
	R01	797	380	47.7%	218	27.4%	135	16.9%	45	5.6%	19	2.4%
	R02	567	261	46.0%	163	28.7%	88	15.5%	41	7.2%	14	2.5%
	R03	593	302	50.9%	170	28.7%	79	13.3%	27	4.6%	15	2.5%
	R04	572	314	54.9%	130	22.7%	76	13.3%	38	6.6%	14	2.4%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上	再掲	
					再)180以上	未治療	治療
H29	1,636	808 49.4%	431 26.3%	229 14.0%	168 10.3%	148 88.1%	20 11.9%
					47 2.9%	44 93.6%	3 6.4%
H30	1,563	786 50.3%	408 26.1%	234 15.0%	135 8.6%	113 83.7%	22 16.3%
					39 2.5%	33 84.6%	6 15.4%
R01	1,480	757 51.1%	365 24.7%	234 15.8%	124 8.4%	108 87.1%	16 12.9%
					36 2.4%	33 91.7%	3 8.3%
R02	1,052	528 50.2%	287 27.3%	144 13.7%	93 8.8%	80 86.0%	13 14.0%
					26 2.5%	23 88.5%	3 11.5%
R03	1,097	568 51.8%	292 26.6%	148 13.5%	89 8.1%	79 88.8%	10 11.2%
					33 3.0%	29 87.9%	4 12.1%
R04	1,077	598 55.5%	234 21.7%	146 13.6%	99 9.2%	86 86.9%	13 13.1%
					25 2.3%	22 88.0%	3 12.0%



治療と未治療の状況

		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	445	27.2%	290	65.2%	100	22.5%	35	7.9%	17	3.8%	3	0.7%
	H30	451	28.9%	302	67.0%	91	20.2%	36	8.0%	16	3.5%	6	1.3%
	R01	464	31.4%	313	67.5%	94	20.3%	41	8.8%	13	2.8%	3	0.6%
	R02	360	34.2%	238	66.1%	76	21.1%	33	9.2%	10	2.8%	3	0.8%
	R03	373	34.0%	254	68.1%	87	23.3%	22	5.9%	6	1.6%	4	1.1%
	R04	380	35.3%	275	72.4%	58	15.3%	34	8.9%	10	2.6%	3	0.8%
治療なし	H29	1,191	72.8%	518	43.5%	331	27.8%	194	16.3%	104	8.7%	44	3.7%
	H30	1,112	71.1%	484	43.5%	317	28.5%	198	17.8%	80	7.2%	33	3.0%
	R01	1,016	68.6%	444	43.7%	271	26.7%	193	19.0%	75	7.4%	33	3.2%
	R02	692	65.8%	290	41.9%	211	30.5%	111	16.0%	57	8.2%	23	3.3%
	R03	724	66.0%	314	43.4%	205	28.3%	126	17.4%	50	6.9%	29	4.0%
	R04	697	64.7%	323	46.3%	176	25.3%	112	16.1%	64	9.2%	22	3.2%

藤崎町保健事業実施計画【データヘルス計画】
（第３期：令和６年度～令和 11 年度）
藤崎町特定健康診査等実施計画
（第４期：令和６年度～令和 11 年度）

発行日　令和６年３月

発　行　藤崎町（住民課・福祉課）
〒038-3803
青森県南津軽郡藤崎町大字西豊田一丁目１番地

電　話　0172-88-8179　（住民課　国保年金係）
0172-88-8197　（福祉課　健　康　係）