

第2期皆野町保健事業実施計画  
(データヘルス計画)  
中間評価報告書



皆 野 町  
令和3年2月

## 目次

第1章 皆野町第2期保健事業実施計画の中間評価の趣旨	1
1. 中間評価にいたるまでの背景	
2. 中間評価の目的	
3. 中間評価の実施方法・体制	
4. 計画期間	
第2章 町の特性	3
1. 被保険者数の推移	
2. 医療費の推移	
（1）医療費分析	
（2）標準化医療費	
第3章 中間評価の結果	6
1. 第2期データヘルス計画の概要	
2. 健康寿命と主な中間評価結果	
3. 個別保健事業の評価と今後の方向性	
（1）特定健診受診率向上	
（2）特定保健指導実施率向上	
（3）減塩運動	
（4）糖尿病性腎症重症化予防	
（5）フレイル予防	
（6）その他の保健事業	
第4章 中間評価における主な変更点・追加点	24
第5章 総括と今後の課題	25
第6章 計画後半の実施体制・進捗管理と最終評価	25
資料	26
資料1 評価指標一覧	
資料2 データヘルス計画と個別保健事業計画に関する4つの評価指標	
資料3 皆野町国保特定健診結果経年推移	
資料4 住民健診頸動脈エコー（IMT）結果	
資料5 皆野町糖尿病性腎症重症化予防の取り組み	
用語解説	36

## 第1章 皆野町第2期保健事業実施計画中間評価の趣旨

### 1. 中間評価にいたるまでの背景

平成25年6月、政府は日本再興戦略により保険者はレセプト等のデータ分析やその結果に基づき、保健事業計画（以下「計画」という。）を策定し、評価を実施すべきという方針を示した。同時に健康医療分野における成長戦略「健康・医療戦略（平成26年7月22日）」や経済財政運営の指針「経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針2017）（平成29年6月7日）」が閣議決定されるなど、健康・医療情報の分析や、それに基づく保健事業の促進が、健康・医療分野における主要施策となった。

これを受けて当町でも、平成25年に5年を1期とする第1期計画（平成25年度から平成29年度）を、また平成30年3月に「特定健診等実施計画」の内容を含め、6年を1期とする第2期計画（平成30年度から令和5年度）を策定し、保健事業に取り組んでいるところである。

こうした中、安定的な財政運営と効果的な事業運営を目的に、平成30年度より市町村単位で運営されていた国民健康保険は、都道府県単位で運営されることとなった。国保の都道府県単位化後も、保健事業については市町村が主体となり保険者の特性に応じたきめ細かい事業実施が求められている。

一方、後期高齢者医療制度では、平成20年度以降後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が保健事業を担っており、後期高齢者医療制度の被保険者になると保健事業の実施主体が市町村等から広域連合に移るため、保健事業が適切に継続されず、また保健事業は広域連合が、介護予防は市町村がそれぞれ主体となって実施しているため、健康状況や生活機能の課題に一体的に対応できていないという課題もあり、これらの課題を解決するために、令和2年度から「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施」が開始されている。

団塊世代のすべてが後期高齢者となる令和7年（2025年）には、多数の国保被保険者が後期高齢者医療制度へと移行し、医療ニーズの高い被保険者が増えることが予測される。今後はこれらを見据え、「健康寿命の延伸」の観点から国保と後期高齢者医療の連携、及び地域包括ケアを意識した取り組みの推進が不可欠である。

なお、令和元年度後半からの世界的な新型コロナウイルス感染症の蔓延により、事業開始時期の遅延や実施体制の変更等があり、一部の事業実績に大きな影響が現れている。今後は新型コロナウイルス感染症予防にも留意し、効果的かつ効率的な保健事業の実施が求められている。

### 2. 中間評価の目的

令和2年度は中間評価年度にあたるため、目標達成状況や取り組みの成果を評価し、計画期間の後半、より効果的に保健事業を推進するために実施する。

### 3. 中間評価の実施方法・体制

事業評価は、各種統計データや事業の実績データ等を基に、個別保健事業の効果を測るため4つの観点（ストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカム）※<sup>1</sup>から実施する。

ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム
誰がどういう体制で	どのようにやったか	どれだけやったか	結果どうなったか

※<sup>1</sup> 資料2 P31 参照

#### 〈実施方法〉

- ① 計画全体の目的・目標・実測値の洗い出し。
- ② 個別保健事業の目標・実績の洗い出し。

収集する実績値は、平成 29 年度の数値（ベースライン）と収集できる直近の実測値を用いた。直近の実測値が目標に向けて、改善したか、不変であるか、または悪化したかについて、以下の a、b、c、d の 4 段階で評価した。

〈評価結果の考え方〉	
a:改善している	➡ そのまま事業を継続する。
b:変わらない	➡ 程度に応じて計画の見直しや軌道修正を検討し、方向性を確認する。
c:悪化している	
d:評価困難	➡ 評価困難になった理由を明確化し、目標や指標設定を見直しする。
aの中で現状のままでは、最終評価までに目標到達が危ぶまれるものには※を付した)	

- ③ 個別保健事業の評価を踏まえ、今後の課題を整理し方向性を検討する。
- ④ データヘルス計画全体に関する評価を実施する。

#### 〈実施体制〉

町民生活課が主体となり、保健事業・介護予防事業等の関係部署である健康福祉課と横断的な連携を踏まえて実施した。また、素案をもとに皆野町国保運営協議会で意見を聴取した。

### 4. 計画期間

平成 30 年度から令和 5 年度（6 年間）

令和 2 年度はその中間年にあたるため中間評価を実施する。

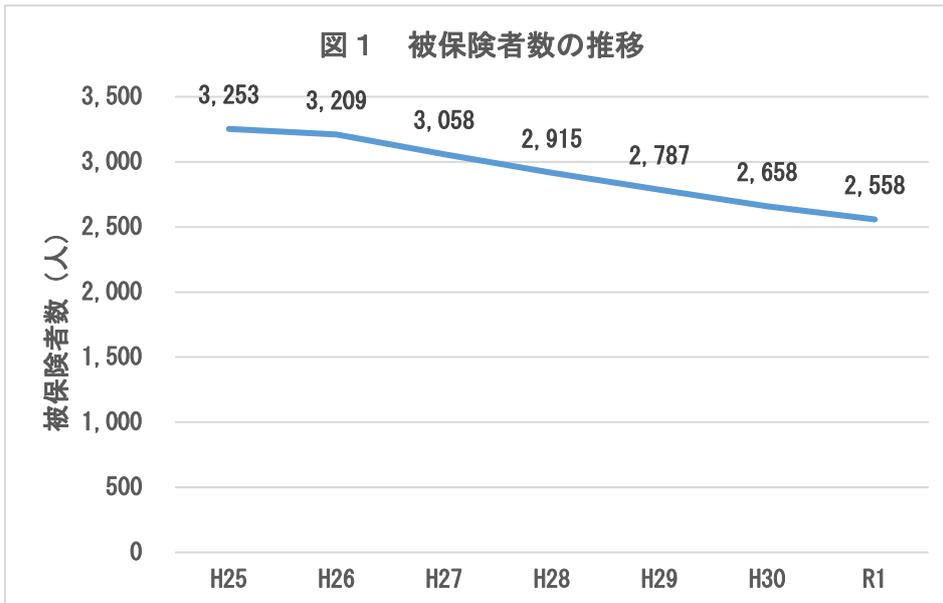
H25 から H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6
第 1 期 計画			中間評価			最終評価	第 3 期 計画

## 第2章 町の特性

### 1. 被保険者数の推移

出生数が減少し死亡数が増加することによる自然減のほか、団塊の世代が令和4年度から令和6年度にかけて後期高齢者医療制度へ移行するため、今後も被保険者数は減少が続くと見込まれる。令和元年度は前年度と比較し100人減少している。(図1)

人口構成をみると、県・同規模・国より65～74歳の人口割合が高く、39歳以下が県・国より低い。75歳以上の人口は県より7.1ポイント高い。(表1)



資料：人口統計資料及び国民健康保険者一覧表（4月1日現在）

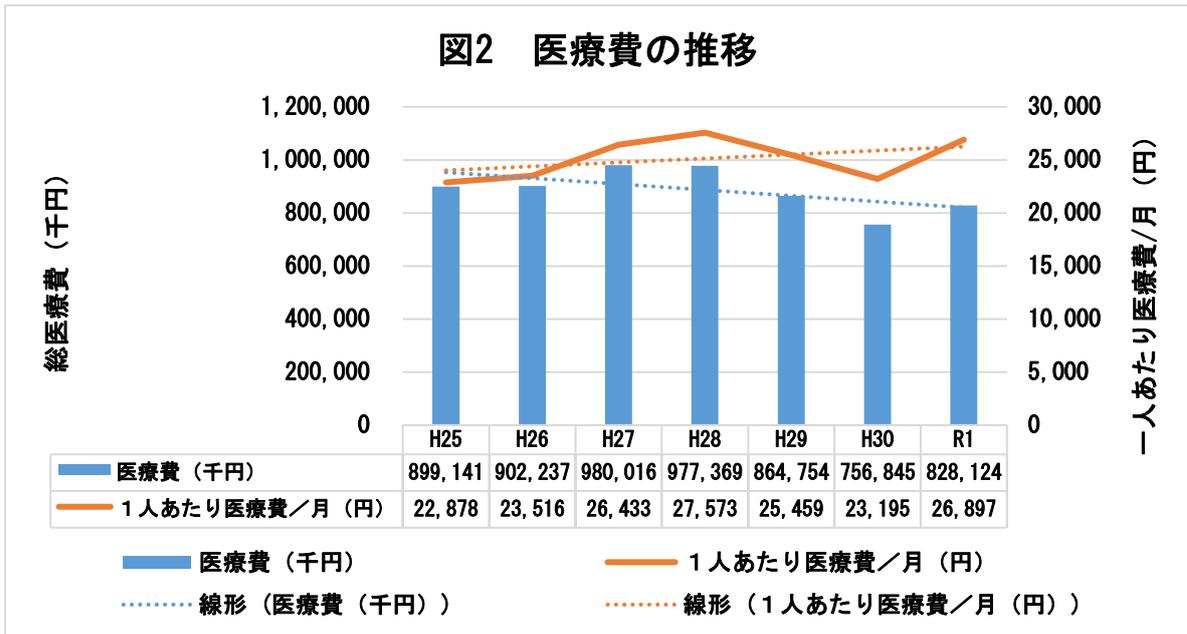
表1 令和元年度人口構成（年度累計）

人口構成	皆野町	県	同規模	国
計	10,124	7,206,714	7,076	125,640,987
～39歳	32.1%	40.7%	31.4%	39.7%
40～64歳	33.9%	34.5%	33.0%	33.7%
65～74歳	16.3%	14.2%	15.6%	13.8%
75歳～	17.7%	10.6%	19.8%	12.8%

資料：KDB「地域の全体像の把握」

### 2. 医療費の推移

医療費総額は減少傾向にあり、今後も被保険者数の減少に伴い、同様の傾向が続くと見込まれる。一方、被保険者一人あたり医療費は、被保険者のうち高齢層の増加、医療の高度化に伴い、増加していくものと見込まれる。(図2)



資料：KDB「同規模保険者比較」

#### (1) 医療費分析

医療費の構成割合は、医科（外来）が6割、医科（入院）が4割を占め、県と比較しても大きな違いはない。

医療費を疾病分類(中分類)別に比較した場合、総医療費（入院＋外来）では「糖尿病」の割合が最も高く、外来は「糖尿病」、入院は「その他の心疾患(不整脈等)」や「その他の悪性新生物」が高い。

表2 医療費（中分類）分析で医療費(生活習慣病)が最も多いもの

	外来 (%)	入院 (%)	入院＋外来 (%)
H30	糖尿病 10.2%	その他の心疾患 9.3%	糖尿病 6.5%
R1	糖尿病 10.4%	その他の悪性新生物 8.0%	糖尿病 6.1%

資料：KDB「医療費分析（2）大・中・細小分類」

#### (2) 標準化医療費（年齢調整した医療費）

年齢や人口の影響を補正し、医療費からみた健康状態を他の地域と比較したものが、標準化医療費である。表3は埼玉県（基準集団）と比較したものである。

男性は、入院医療費で「精神疾患」が約1.7倍（心筋梗塞・狭心症・動脈硬化症は、レセプト件数が少ないので、解釈から除外）高く、外来医療費では、「脂質異常症」・「高尿酸血症」・「がん」が高い。女性は、入院・外来ともに「脳梗塞」が高い（入院医療費の心筋梗塞・高尿酸血症についてはレセプト件数が少ないので解釈から除外）。

表3 疾病別医療費分析 標準化医療費の比較 (基準集団 埼玉県1)

	入院男性	入院女性	外来男性	外来女性
糖尿病	0.70 (6)	0.00 (0)	1.06 (1,097)	0.95 (625)
高血圧症	1.03 (2)	0.00 (0)	0.83 (1,377)	0.98 (1,315)
脂質異常症	0.31 (1)	0.00 (0)	1.24 (514)	0.95 (983)
高尿酸血症	0.00 (0)	13.49 (1)	1.38 (77)	0.99 (7)
脂肪肝	0.00 (0)	0.00 (0)	0.64 (9)	0.26 (4)
動脈硬化症	2.04 (1)	0.00 (0)	0.44 (8)	0.42 (10)
脳出血	0.82 (6)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.43 (1)
脳梗塞	1.05 (12)	1.74 (10)	0.54 (63)	1.73 (141)
狭心症	2.13 (8)	0.64 (3)	0.75 (105)	0.80 (57)
心筋梗塞	2.74 (4)	3.86 (2)	0.85 (7)	0.81 (2)
がん	0.70 (44)	1.24 (32)	1.19 (338)	0.38 (307)
筋・骨格	1.19 (21)	1.20 (27)	1.09 (952)	0.95 (1,488)
精神	1.68 (78)	0.85 (25)	1.11 (546)	0.97 (475)

資料：KDB「CSV ファイル（疾病別医療費分析 生活習慣病）より計算 ( )内はレセプト件数

#### 【課題】

被保険者数は年々減少傾向にあるが、人口構成をみると高年齢層の増加にともない、一人あたり医療費は増加していくものと見込まれる。医療費分析では「糖尿病」が最も高い。

標準化医療費では、男性は「精神疾患」・「脂質異常症」・「がん」、女性は「脳梗塞」が県に比べ高い。

#### 【今後の方向性】

脳梗塞等の生活習慣病は、血圧、血糖等のリスク因子の適切な管理により予防可能な疾患である。計画後期においても、健診受診率向上事業や糖尿病性腎症重症化予防事業、減塩運動等に継続して取り組む。

### 第3章 中間評価の結果

#### 1. 第2期データヘルス計画の概要

健康課題である「特定健診受診率向上」「特定保健指導実施率向上」「減塩運動」「糖尿病性腎症重症化予防」「フレイル予防」の目的・目標は表4のとおりである。なお、見直しにあたっては、計画の目的である「医療費適正化」に「健康寿命延伸」の観点を加えて実施する。

表4 第2期データヘルス計画の目的・目標

項目：指標	
特定健診受診率向上	<p>目的：特定健診の受診率を向上させる。</p> <p>中・長期目標 令和5年度受診率 60%。</p> <p>短期目標 受診率を毎年5%以上向上。</p>
特定保健指導実施率向上	<p>目的：生活習慣病を改善することにより、内臓脂肪症候群、予備軍を減らす。</p> <p>中・長期目標 令和5年度の実施率 60%。</p> <p>短期目標 実施率を毎年3%上げる。</p>
減塩運動	<p>目的：減塩により高血圧・糖尿病・脂質異常症等の生活習慣病患者数を減らす。</p> <p>中・長期目標 健診受診者の生活習慣病医療費の増加を抑制する。</p> <p>短期目標 健診受診者のうち、塩分10g未満の方の割合を毎年5%ずつ増やす。</p>
糖尿病性腎症重症化予防	<p>目的：人工透析への移行を阻止する。</p> <p>中・長期目標 急速腎症進行例の者が透析に移行するのを防ぐ。 特定健診結果から抽出された腎症ハイリスク者を医療機関につなげ、治療中断を防ぐ。</p> <p>短期目標 医療機関と連携協働で介入している者の検査値の維持・改善。 健診ハイリスク者の受療率の向上。</p>
フレイル予防	<p>目的：心身の機能の維持・向上により、要介護状態への移行を防ぐ。</p> <p>中・長期目標 要介護・要支援認定率の減少。 健診受診者の動的評価の維持・改善。 咀嚼・嚥下等の口腔機能の改善。 食事内容の改善（低体重の方のたんぱく質摂取量の適正化）。</p> <p>短期目標 開眼片足立時間の維持・改善。 特定健診で何でも食べられる者の割合の増加。 特定健診でやせ（BMI&lt;18.5）の割合の減少。</p>

表5 第2期計画 主な保健事業

保健事業項目	実施内容
特定健診受診率向上	未受診者（40～64歳）へのハガキによる受診勧奨。
	診療情報提供事業。
	社会保険から国保に移行した方に窓口で健診を案内する。
	健康ポイント（MINAPO）によるインセンティブ事業。
特定保健指導実施率向上	BDHQ（食習慣調査）を活用した栄養指導。
	埼玉県コバトン健康マイレージ事業を活用した運動指導。
減塩運動	健診項目に推定塩分摂取量・ソルセイブ（塩分味覚閾値）検査を追加し、個別減塩指導。
	食生活改善会による減塩の普及。
	いきいきサポーターによる減塩出前講座。
	民間企業との協働による減塩環境整備。
糖尿病性腎症重症化予防	健診受診者中のリスク者への受診勧奨《2次予防》。
	通院治療中のハイリスク者への保健指導《3次予防》。
フレイル予防	健診項目に開眼片足立ち時間を追加し、動的評価に基づく転倒予防指導。
	健診問診票にオーラルフレイルの項目を追加。
	国保・保健・介護部門で協議の場をもつ。

## 2. 健康寿命と主な中間評価結果

平均寿命と健康寿命との差は、日常生活に制限のある不健康な期間を意味する。健康寿命を延ばし、この差を小さくすることが大切である。

$$\boxed{\text{平均寿命}} - \boxed{\text{健康寿命}} = \boxed{\text{不健康期間}}$$

表 6 令和元年度平均寿命と健康寿命

平均寿命	町	県	同規模	国
男	80.6	80.8	80.4	80.8
女	86.4	86.7	86.9	87.0
健康寿命 <sup>※2</sup>	町	県	同規模	国
男	78.3	79.8	79.1	79.6
女	83.0	83.8	83.9	84.0

資料：KDB「地域の全体像の把握」

※<sup>2</sup>健康寿命：要介護2に至るまでの平均自立期間

今回は平均寿命と健康寿命の差（不健康期間）について、算出にあたり使用する統計情報等が異なるので比較はできない。

表 7 標準化死亡比（平成 26 年～30 年）

（基準集団 埼玉県 100）

	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	自殺	不慮の事故
男	94.5	94.8	151.5	72.6	214.8	128.8
女	96.4	141.8	162.6	36.3	100.6	145.9
総数	95.0	120.6	157.2	55.0	177.3	136.0

資料：衛生研究所「令和元年度版 皆野町の健康指数」

表 8 令和元年度要介護者の有病状況

単位（％）

	糖尿病	心臓病	脳疾患	筋・骨疾患	精神
町	20.7	61.3	26.8	49.4	34.3
県	22.8	58.3	24.2	50.0	35.7
同規模	22.0	62.1	26.3	54.5	38.7

資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

当町の平均寿命は、県と比較し男性 0.2 ポイント・女性 0.3 ポイント、健康寿命は男性 1.5 ポイント・女性 0.8 ポイント短い。

標準化死亡比（平成 26 年～30 年）では、「心疾患」「脳血管疾患」「自殺」が県より高く、要介護者有病状況（令和元年度）では、「心疾患」「筋・骨疾患」の順に多い。

表 9 健康寿命と主な中間評価結果一覧

指標	指標	目標値	H29 年度 基準年	H30 年度	R 元年度	評価
健康寿命	健康寿命	延伸	男 78.0 女 82.9	男 78.2 女 82.9	男 78.3 女 83.0	d
特定健診	受診率	60%	34.9%	34.4%	38.2%	a※
特定保健指導	実施率	60%	53.6%	35.9%	12.8%	C
減塩運動	健診受診者 1人あたり 生活習慣病 医療費	医療費の増 加抑制	5,189 円	5,078 円	5,144 円	d
	推定塩分 摂取量	低塩分者 (10g未満) の割合が、 毎年+5%	63.8%	60.1%	54.8%	C
糖尿病性腎症 重症化予防 (2次予防)	特定健診ハ イリスク者 の医療機関 受療率	前年度より 向上	81.0%	65.6%	66.0%	C
糖尿病性腎症 重症化予防 (3次予防)	糖尿病性腎 症による新 規透析導入 患者数	新規透析患 者数の減少	0人	1人	1人	C
	△eGFR等 検査値	介入前後の 検査値の維 持・改善率 の向上	60.0%	81.8%	44.4%	C
フレイル予防	要介護・要支 援認定率	認定率の減 少	0.29	0.26	0.3	d
	開眼片足立 ち時間	ハイリスク 者(5秒未 満)減少		6.5%	5.2%	a
	BMI	やせ(< 18.5)減少	4.7%	6.1%	6.0%	C

	質問票「何でも嚙んで食べられる」	増加		78.5%	80.9%	a
地域包括ケアの取り組み	国保担当・介護担当・保健担当等との合同会議	会義開催数	1	1	1	b
COPD 対策	質問票喫煙率	喫煙率の減少	11.6%	10.6%	9.9%	a
重複受診等への適切な受診指導	保健指導数	指導数の増加	0	0	0	b
後発医薬品の使用促進	後発医薬品数量シェア	後発医薬品数量シェアの増加	76.4%	82.8%	80.3%	a

#### 【課題】

中間評価結果は、a(改善している)が4項目(25%)、a\*(現状のままでは最終評価までに目標の到達が危ぶまれるもの)1項目(6.3%)、b(変わらない)2項目(12.5%)、またc(悪化している)6項目(37.5%)、d(評価困難)3項目(18.8%)であった。

#### 【今後の方向性】

長寿社会において健康で自立した生活を送るためには、生活の質を維持しながら健康寿命を延ばすことが求められている。標準化死亡比(生活習慣病)では、心疾患・脳血管疾患が高いことから、計画後期においても、リスク因子である高血圧や高血糖を適正に管理し、合併症を予防する(重症化予防の取り組み)ことが重要である。

### 3. 個別保健事業の評価と今後の方向性

#### (1) 特定健診受診率向上

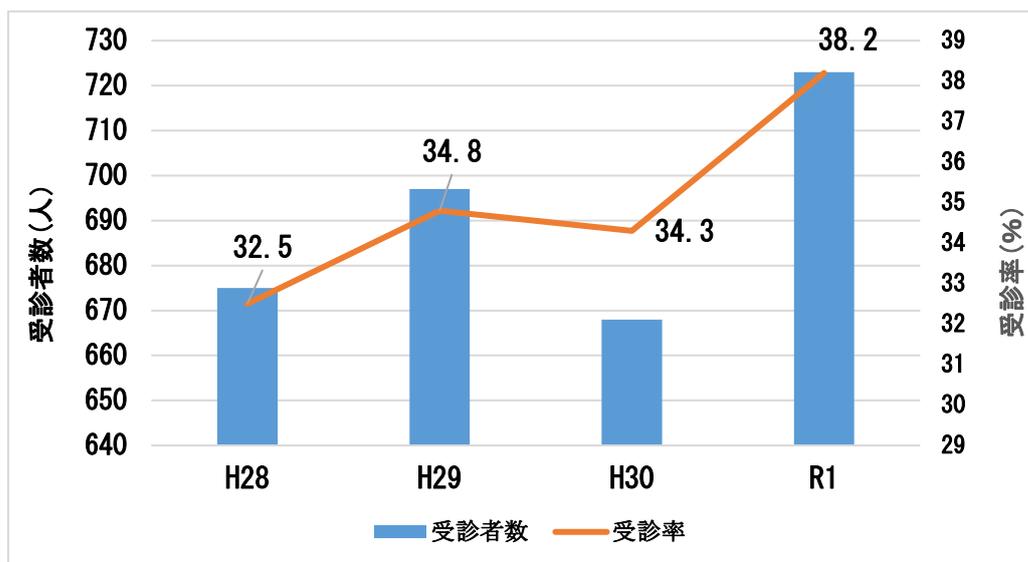
生活習慣病の発症や重症化予防を目的に、特定健康診査の推進に取り組んでいる。当町における特定健診受診率は平成 30 年度と比較し 3.9 ポイント上昇しているが、令和 5 年度の目標受診率 60%からは乖離している。

表 10 特定健診受診率の推移 単位 (%)

	H28	H29	H30	R1
町	32.5	34.8	34.3	38.2
県	39.8	40.3	41.2	40.0
同規模	43.2	44.2	45.1	45.0

資料：KDB 「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図 3 特定健診受診者数・受診率の推移



資料：KDB 「様式 5-2 健診有所見者状況」

表 11 対象者の年代別構成比の推移 単位 (人)

	40代	50代	60代	70代	合計
H30 年度対象者	202	230	924	664	2,020
R1 年度対象者	191	222	864	705	1,982
R2 年度対象者	191	237	789	766	1,983

資料：キャンサーズキャン「期中報告書」

特定健診対象者の 8 割は 60 代・70 代である。

表 12 年代別受診者数・受診率の推移

	40代	50代	60代	70代	合計
H30 受診者数 (人)	31	47	345	248	671
R1 受診者数 (人)	24	50	356	300	730
	40代	50代	60代	70代	合計
H30 受診率 (%)	15.3	20.4	37.3	37.3	33.2
R1 受診率 (%)	12.6	22.5	41.2	42.6	36.8

資料: キャンサースキャン「期中報告書」

令和元年度の受診率が最も高いのは70代、最も低いのは40代である。

表 13 対象者の受診履歴別構成比の推移 単位(人)

	連続受診者	不定期受診者	未経験者	合計
H30 年度対象者	351	485	1,184	2,020
R1 年度対象者	350	510	1,122	1,982
R2 年度対象者	372	515	1,096	1,983

資料: キャンサースキャン「期中報告書」

受診履歴別にみると、今までに健診を受診したことがない「未経験者」が最も多い。

表 14 令和2年度 年代別受診履歴別構成 単位(人)

	連続受診者	不定期受診者	未経験者	合計
40代	7(3.7%)	29(15.2%)	155(81.2%)	191
50代	22(9.3%)	47(19.8%)	168(70.9%)	237
60代	139(17.6%)	220(27.9%)	430(54.5%)	789
70代	204(26.6%)	219(28.6%)	343(44.8%)	766

資料: キャンサースキャン「期中報告書」

年代別にみると、40代・50代の8割は「未経験者」である。また、60代・70代の概ね3割が「不定期受診者」である。

表 15 令和元年度 対象者の生活習慣病有無別状況 単位(%)

	受診者 (生活習慣病なし)	受診者 (生活習慣病あり)	未受診者 (生活習慣病なし)	未受診者 (生活習慣病あり)
皆野町	7.9	30.1	23.7	38.3

資料: KDB「健診ツリー図及び介入支援対象の絞り込みデータを突合」

未受診者の概ね4割は生活習慣病治療中である。

表 16 診療情報提供件数推移

単位(件)

	H28	H29	H30	R1
診療情報提供数	8	40	13	44

平成 27 年度より実施している診療情報提供事業は、令和元年度は 44 件あり、受診率 2.3%の向上効果がみられた。

図 4 令和元年度 受診勧奨別受診者数 n=883



令和元年度 12 月～1 月にかけて受診勧奨(訪問・電話)した結果、訪問勧奨の 20%・電話勧奨の 10%が健診を受診し、令和 2 年 1 月～2 月は受診者数が前年度比約 1.5 倍伸びた。令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響で、訪問等の受診勧奨はできなかった。

表 17 令和 2 年度セグメント別対象者の分布

セグメント	対象者数(人)	割合 (%)
A 頑張り屋さん	67	3.4
B 心配性さん	91	4.6
C 甘えん坊さん	540	27.2
D 面倒くさがり屋さん	189	9.5
E レセなし未経験者	395	19.9
F レセあり未経験者	571	28.8
G 前年度国保加入者	130	6.6
合計	1,983	100

資料: キャンサースキャン「期中報告書」

令和 2 年度の健診対象者の特性を AI (人工知能) で分析した結果、最も多いのは「レセあり・未経験者 (28.8%)」、次いで「甘えん坊 (27.2%) さん」であった。

### 頑張り屋さん

- ・運動習慣がある
- ・健康意識が高い
- ・やり抜く力が強い

=日々健康に気を使っているの  
で、病気になる心配をしておらず、  
健診に行く意義を感じていないタ  
イプ

### 心配性さん

- ・病気全般を怖がっている
- ・病気になることを心配している
- ・やや神経質

=将来病気になることをとても心配  
しており「健診に行くと怖い病気が見  
つかりそうだから生きたくない」と思  
っているタイプ

### 甘えん坊さん

- ・やり抜く力が弱い
- ・今の生活が幸せ
- ・やや太り気味

=不健康である自覚はあるが、今  
の生活に幸せを感じており、積極  
的に改善しようとは思っていない  
タイプ

### 面倒くさがり屋さん

- ・生活改善意欲が全くない
- ・健康に興味が無い
- ・やり抜く力が弱い

=自分のことを健康だと思ってお  
り、健康に関する情報・健康診断  
に興味がないタイプ

資料:キャンサースキャン「期中報告書」

#### 【課題】

- ① 不定期受診者が連続受診者より多い。
- ② 生活習慣病治療中の健診未受診者が多い。
- ③ 若年世代の受診率が低い。

#### 【今後の方向性】

受診率は上昇傾向にあるが、最終年度（令和5年度）までに目標に到達するには、従来の取り組みだけでは困難であり、計画後期は以下の取り組みを実施する。

通院中の未受診者対策である診療情報提供事業は継続する。

- ① 健診リピート率向上のため、不定期受診に対象を絞り込み受診勧奨を実施する。
- ② 通院中の未受診者の掘り起こしに取り組む。（医療機関からの受診勧奨等）
- ③ AI（人工知能）を活用した受診勧奨。
- ④ 健診案内をブラッシュアップする。
- ⑤ 若年層にはSMS等を利用した受診勧奨方法を検討する。

(2) 特定保健指導実施率向上

令和元年度は、特定保健指導実施率が前年度より大きく低下した。特に動機付け支援の実施率が低下した。

表 18 特定保健指導実施率の推移 単位 (%)

	H28	H29	H30	R1
町	25.0	53.6	35.9	12.8
県	14.1	12.7	14.3	6.8
同規模	42.3	44.3	44.2	23.4

資料：KDB 「地域全体像の把握」

表 19 積極的保健指導・動機付け保健指導実施状況 単位 (人)

	積極的支援		動機付け支援	
	対象者	保健指導修了者	対象者	保健指導修了者
H28	14	2	17	7
H29	11	2	25	16
H30	6	1	22	10
R1	6	1	24	5

資料：KDB 厚生労働省様式 5-5 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

表 19 メタボ該当者割合の推移 単位 (%)

	H28	H29	H30	R1
町メタボ 男	29.9	28.3	26.1	33.6
町メタボ 女	9.7	11.3	7.9	13.1
県メタボ 男	27.1	28.0	28.8	29.3
県メタボ 女	9.3	9.5	9.8	10.3
同規模メタボ男	27.0	27.9	29.0	29.7
同規模メタボ女	10.1	10.5	10.7	11.4

資料：KDB 健診の状況

表 20 予備軍の推移 単位 (%)

	H28	H29	H30	R1
町予備群 男	15.0	16.9	17.5	16.7
町予備群 女	4.2	4.8	3.7	3.4
県予備群 男	17.3	17.6	18.0	18.4
県予備群 女	5.8	5.8	6.1	6.2
同規模 男	16.4	16.8	16.9	17.5
同規模 女	6.3	6.3	6.3	6.7

資料：KDB 健診の状況

表 21 非肥満高血糖の推移 単位（％）

	H28	H29	H30	R1
町非肥満高血糖	13.6	11.8	17.8	14.2
県	9.8	9.7	9.3	9.2
同規模	10.9	11.0	10.8	10.1

資料：KDB 健康スコアリング（健診）

表 22 生活習慣病リスク保有者の割合 県内平均より高いもの：○

	肥満リスク	血糖リスク	血圧リスク	脂質リスク	肝機能リスク
H30		○	○		
R1		○	○		

資料：KDB 健康スコアリング（健診）

メタボリックシンドロームの割合は、男女ともに年々増加傾向にある。一方、非肥満高血糖の割合も県に比べ約 1.5 倍高い。

また健診項目のうち、血糖リスク・血圧リスク保有者が県内平均より高い。

#### 【課題】

- ① 特定保健指導実施率の低下要因として、専門職（保健師等）の確保が不十分だった。
- ② メタボの割合が増加傾向にあり、特に血糖・血圧リスクの保有者が多い。
- ③ 非肥満高血糖の割合が県・同規模に比べ高い。
- ④ 令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症蔓延の影響により健診結果説明会の開催が困難となり、対面指導の機会が減少した。

#### 【今後の方向性】

保健指導に従事できる専門職を確保し、コロナ禍を想定した指導方法を検討する。

- ① 特定保健指導に従事する専門職の確保。
- ② メタボ非該当でもリスク要因のある者には、優先的に保健指導を実施する。
- ③ コロナ禍において、遠隔保健指導・ICTを活用した指導を検討する。

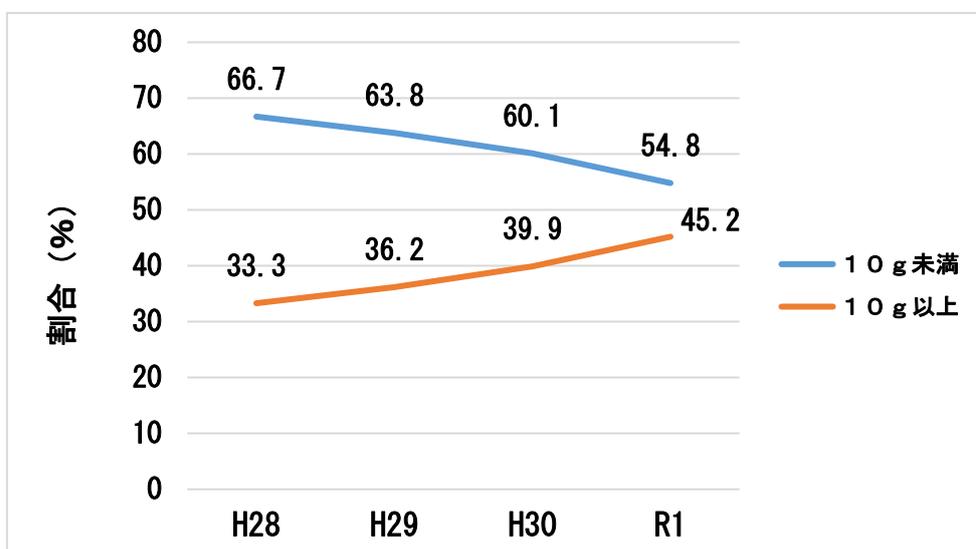
### (3) 減塩運動

健診受診者の推定塩分摂取量の経年推移をみると、低塩分群（10g/日未満）が年々減少し、高塩分群（10g/日以上）が増加傾向にある。（図5）

透析・生活習慣病患者数の推移をみると、「人工透析」は患者数・割合ともに増加している。「高血圧」・「脂質異常症」は、患者数は減少しているが、平成29年と比較し被保険者に占める割合は増加しており、「糖尿病」についても割合は増加している。

また、生活習慣病の一人あたり医療費は、健診受診者は未受診者と比べ医療費が大幅に低い。減塩と生活習慣病医療費の関連については、長期的な視点で今後分析が必要である。（表24）

図5 特定健診受診者 推定塩分摂取量推移



資料：特定健診結果より

表23 透析・生活習慣病患者数の推移

5月 診療分	人工透析患者数 (割合 %)	糖尿病患者数 (割合 %)	高血圧患者数 (割合 %)	脂質異常症患者数 (割合 %)
H29	7 (0.2)	304 (10.5)	625 (21.6)	452 (15.6)
H30	8 (0.3)	304 (10.9)	613 (22.1)	427 (15.4)
R1	8 (0.3)	327 (12.6)	620 (23.9)	427 (16.5)
R2	10 (0.4)	306 (12.2)	599 (23.4)	412 (16.4)

資料：KDB 厚生労働省様式「3-2 糖尿病のレセプト分析」「3-3 高血圧のレセプト分析」

「3-4 脂質異常症のレセプト分析」「3-7 人工透析のレセプト分析」

KDB 地域の全体像の把握 割合＝患者数（5月診療分）／被保険者数（5月）×100で算出

表 24 健診受診者・未受診者における生活習慣病 1 人あたり医療費 単位（円）

入院＋外来		H28	H29	H30	R1
総数	①健診受診者	2,147	1,799	1,740	1,740
	②健診未受診者	13,007	12,555	11,262	12,726
生活習慣病患者数	③健診受診者	6,194	5,189	5,078	5,144
	④健診未受診者	37,529	36,211	32,857	37,617

①健診受診者の生活習慣病医療費総額／健診対象者数

②健診未受診者の生活習慣病医療費総額／健診対象者数

③健診受診者の生活習慣病医療費総額／健診対象者数（生活習慣病患者数）

④健診未受診者の生活習慣病医療費総額／健診対象者数（生活習慣病患者数）

資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

### 【課題】

健診受診者の推定塩分摂取量の動向（高塩分群が増加傾向）から、被保険者全体の塩分摂取量の増加が示唆される。

### 【今後の方向性】

塩分摂取過剰がもたらす食習慣は、血圧や血糖コントロールに与える影響が大きく、今後も減塩運動には継続して取り組む。塩分味覚閾値検査（ソルセイブ）については、健診受診者の9割（91.2%）に味覚異常がないことから、令和2年度から健診での一律実施は廃止する。

- ① 特定健診での推定塩分摂取量検査・塩分に特化した問診票は継続実施する。
- ② 効果的な減塩指導のため、専門能力の向上に努める。
- ③ 民間企業や地区組織と連携し、減塩しやすい環境づくりに取り組む。

### （4）糖尿病性腎症重症化予防

当町の医療費のトップは糖尿病であり、糖尿病は重症化することで、糖尿病性腎症などの合併症を引き起こし、生活の質の低下をはじめ、人工透析に移行した場合は、医療給付費の増大など医療経済的な面においても負担が大きい。

令和元年度の国保腎機能障害者（人工透析）数は、前年度に比べ2名増加している。透析患者1人あたり年間医療費は、平成28年度に7,120（千円）をピークに減少しているが、腎症第4期（腎不全期）以降になると、心血管イベント等の合併症発症リスクが高まり、医療費が高額になることが懸念される。

表 25 国保腎機能障害者（人工透析）の現状

	年間患者実数（人）	推計年間医療費（千円）	1人あたり 年間医療費（千円）
H25	11	58,444	5,313
H26	10	52,330	5,233
H27	11	56,841	5,167
H28	7	49,846	7,120
H29	8	32,861	4,108
H30	8	25,733	3,217
R1	10	30,641	3,064

資料：KDB 「同規模保険者比較」「医療費分析(2) 大・中・細小分類」

表 26 人工透析導入の原疾患

	新規 申請数	糖尿病 性腎症	慢性 腎不全	腎炎	急性 腎不全	高血圧 性腎症	腎硬化 症	急性進 行性腎 炎	IgA 腎症	薬剤性 腎機能 障害
H29	3	0	1	0	0	0	1	0	1	0
H30	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1
R1	4	1	2	0	0	0	0	0	1	0

資料：身体障害者交付台帳

### ① 受診勧奨（2次予防）

早期腎症を発見するために、特定健診でHbA1c 6.5%以上の方に受診勧奨（アルブミン尿検査<sup>\*3</sup>）を実施している。令和元年度の受診率は66%で、平成29年度の受診率81%より減少している。

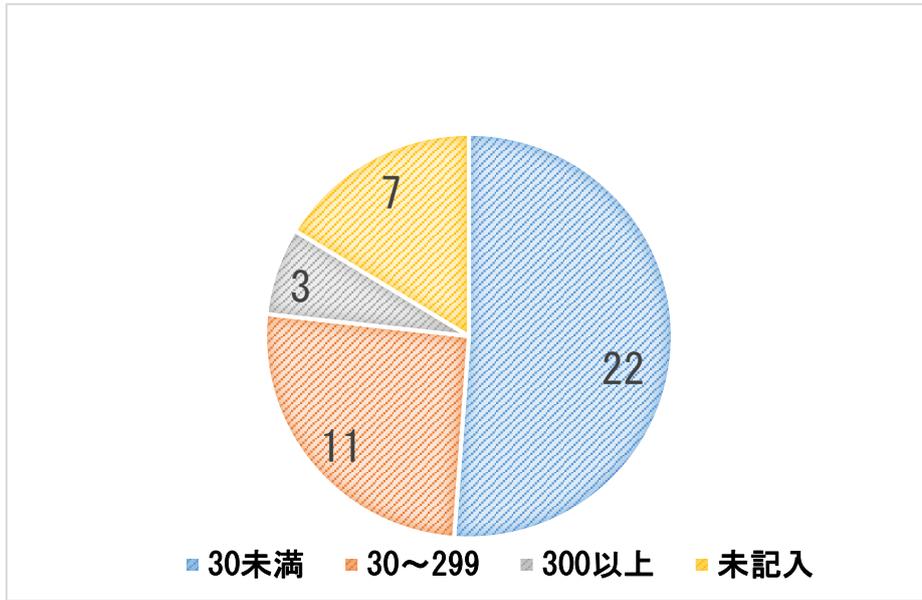
また、令和元年度に医療機関を受診した43名の結果、3名が顕性アルブミン尿（腎症第3期）、11名が微量アルブミン尿（腎症第2期）、22名が正常アルブミン尿（腎症第1期）であった。（図6）

表 27 糖尿病性腎症重症化予防受診勧奨（2次予防）結果 単位（%）

	H29	H30	R1
医療機関受診率	81.0	65.6	66.0

資料：町糖尿病性腎症重症化予防（2次予防）台帳

図6 令和元年度受診勧奨者尿中アルブミン結果（2次予防）n=43



資料：町糖尿病性腎症重症化予防（2次予防）台帳

※<sup>3</sup> アルブミン尿は早期の段階から腎機能予後や心血管疾患を予測できる指標であり、早期腎症の診断に有用である。特定健診では尿蛋白が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白（+）以上であれば糖尿病性腎症第3期と考えられる。尿アルブミンは健診項目にはないが、これを測定することにより、腎症2期の把握が可能となる。

② 保健指導（3次予防）

通院治療中のハイリスク者を対象にかかりつけ医と連携した保健指導の結果、平成30年度は維持・改善率82%であったが、令和元年度は44%と大きく低下した。

図7 糖尿病性腎症保健指導（3次予防）結果

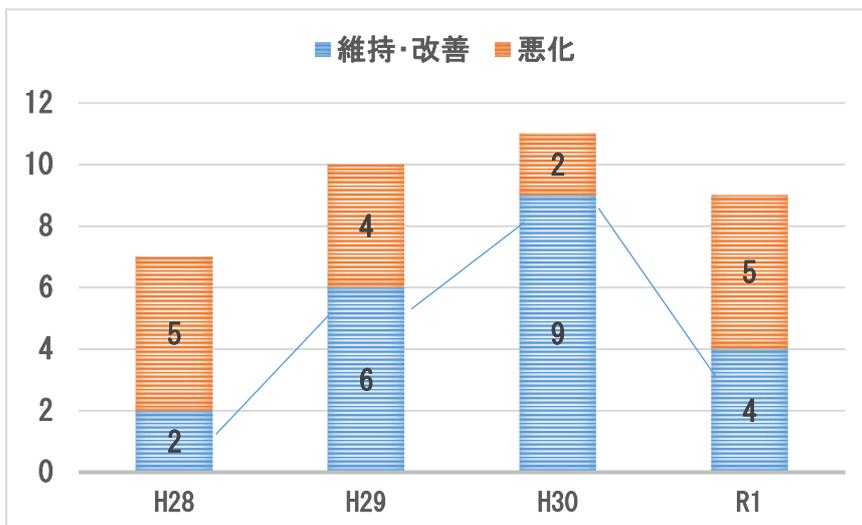


表 28 糖尿病性腎症重症化予防結果（3次予防）

	H28	H29	H30	R1
介入前 eGFR	60	60.3	50.9	46.5
介入者数(人)	7	10	11	9
維持・改善(人)	2	6	9	4
悪化(人)	5	4	2	5

表 29 令和元年度 健診受診別の糖尿病性腎症治療状況（人）

	健診受診者	健診未受診者
治療中断	36（内訳 糖尿病基準該当 34 糖尿病性腎症 2）	28（過去に糖尿病治療歴あり）
治療中	37	315

資料：KDB 「保健事業介入支援管理」

**【課題】**

- ① 人工透析患者数は増加傾向にある。
- ② 保健指導（3次予防）の維持・改善率が低下している。
- ③ 健診未受診かつ治療中断者には未介入である。

**【今後の方向性】**

新規透析導入患者数は増加傾向にあり、特定健診で把握した者への受診勧奨（2次予防）、及び医療機関からの紹介によるハイリスク者への保健指導（3次予防）は継続して取り組む。また、地域の関係者や関係機関との連携をさらに強化していく。

- ① 受診勧奨（2次予防）・保健指導（3次予防）は継続する。
- ② 医師会及び医療機関等との連携を強化する。
- ③ 治療中断者の状況確認を行い、健診・医療機関受診を勧める。

## (5) フレイル予防

「フレイル」は、放置すれば生活機能の低下につながり、要介護状態に移行するおそれがあるが、一方で早期に適切な支援を行えば、生活機能の維持や回復が見込める状態である。

当町では、平成 30 年度より転倒骨折予防を目的に開眼片足立ち検査を特定健診に導入している。開眼片足立ち時間は数量的評価が可能であるため、フレイル状態の見える化につながり、ハイリスク者を層別抽出(表 30)することで、効果的な保健指導につながっている。

表 30 開眼片足立ち時間による転倒リスク評価

時間 ≤ 5 秒	6 秒 ≤ 時間 < 20 秒	20 秒 ≤ 時間
転倒ハイリスク	転倒中リスク	問題なし

表 31 特定健診におけるフレイル要因 単位 (%)

	H29	H30	R1
開眼片足立ち時間 < 20 秒		34.5	48.5
開眼片足立ち時間 < 5 秒	—	6.5	5.2
やせ BMI < 18.5	4.7	6.1	6.0
質問票 何でも食べられる	—	78.5	80.9

資料：特定健診結果より

### 【課題】

健診受診者の概ね半数は転倒リスク(開眼片足立ち時間：20秒未満)があり、転倒ハイリスク(開眼片足立ち時間：5秒未満)は5～6%である。令和2年度は、健診結果説明会が中止となり、フレイルリスク者への対面指導ができなかった。

また、新型コロナウイルス感染症の影響により、外出機会が減るなどフレイルリスクは高まっている。

### 【今後の方向性】

フレイル兆候を早期に発見するために、健診を活用したフレイル予防(特にサルコペニア予防事業)の取り組みを今後も強化していく。

- ① 健診・結果説明会での動的評価(片足立ち時間 椅子の立座りテスト ビー玉検査)を継続する。
- ② 問診票からフレイル兆候が疑われる者には多職種で保健指導を実施する。
- ③ 介護予防事業と連携し、後期高齢者医療制度に移行した場合でも継続的に支援する。

(6) その他の保健事業

① COPD（慢性閉塞性肺疾患）

表 32 特定健診受診者における喫煙率の推移 単位 (%)

	H28	H29	H30	R1
喫煙率	11.4	11.6	10.6	9.9

資料：KDB 「地域の全体像の把握」

受動喫煙対策強化のため健康増進法の一部が改正され、令和2年4月1日から全面施行されたこともあり、喫煙率は年々減少している。今後も禁煙に関する健康相談や禁煙外来の紹介などの取り組みを継続する。

② 子どもの生活習慣病予防

将来の肥満や生活習慣病を予防するためには、子どもの頃からの健康的な発育や生活習慣の形成が大切である。家庭や学校、地域と連携した取組を強化する。

③ 重複受診者等への適切な受診指導

適正服薬・適正受診を目的に、重複受診等対象者には案内通知を出し、保健師による健康相談や訪問指導を実施する。またお薬手帳の活用を広報等で広く呼びかける。

④ 後発医薬品の使用促進

表 33 後発医薬品数量シェア（年度平均） 単位 (%)

	H28	H29	H30	R1
後発医薬品数量シェア	73.5	76.4	82.8	80.3

資料：後発医薬品数量シェアの推移（町村・組合）

ジェネリック医薬品の使用割合は、国の目標（数量シェア 80%以上）に到達している。今後もジェネリック医薬品の更なる利用を促進する。

⑤ 医療費通知の実施

今後も従来取り組みを継続する。

## 第4章 中間評価における主な変更点・追加点

### (1) 特定健診受診率向上

- ① リピート受診向上のため、不定期受診者に対象を絞り、重点的に受診勧奨する。
- ② AI（人工知能）を活用し、未受診者の特性を分析し、特性に基づいたメッセージで受診勧奨を実施する。
- ③ 健診未受診者（レセあり未経験者）の傾向を医療機関ごとに分析し、医療機関と連携した受診勧奨を実施する。
- ④ 若年世代向けに、デジタル手法（SMS を利用）を活用した受診勧奨を検討する。

### (2) 特定保健指導実施率向上

- ① 「メタボ非該当であってもリスク因子（血圧・血糖等）のある者」については、「治療中のコントロール不良者」より指導優先順位をあげる。
- ② 遠隔保健指導（ICT の活用等）を検討する。
- ③ 専門職の確保・育成。

### (3) 減塩運動

- ① 減塩協力店の公募など健康を支援する環境づくりに着手する。

### (4) 糖尿病性腎症重症化予防

- ① 庁内外の連携をさらに強化する。
- ② 糖尿病治療中断者を抽出し、健診や医療機関受診を勧める。

### (5) フレイル予防

- ① フレイル兆候を早期に発見し、適切な介入支援を行う。
- ② 介護予防事業と連携して取り組む。

### (6) その他の保健事業

- ① 重複受診者、重複服薬者等について、適正受診・適正服薬指導を実施する。
- ② 心の健康づくりや精神障害者の包括的な支援体制を強化する。

## 第5章 総括と今後の課題

第2期皆野町保健事業実施計画（データヘルス計画）は、被保険者の健康の保持増進を目的に、平成30年度から令和5年度までの6年間を計画期間として取り組んでいる。

中間評価では、目標達成に向けて改善しているものもあるが、見直しが必要なもの、計画策定時と実績値に変化がみられず、軌道修正が必要なもの、悪化しているものもあった。今回の中間見直しでは「第2期計画の取組み」を維持し、目的・目標に関しても大幅な変更は行わないものの進捗状況を反映し、また社会状況の変化を踏まえ、次のとおり見直すものとする。

健康課題1「特定健診受診率向上」については、受診率は年々向上しているが、現状のままでは最終年度までに目標達成は困難と考える。「連続受診者を増やす対策」「通院中の健診未受診者（レセあり健診未受診）対策」及び「若年者の受診率向上対策」について重点的に取り組む。

健康課題2「減塩運動」については、塩分の過剰摂取者が増加傾向にあることから、個人の減塩習慣づくり（個別アプローチ）だけではなく、減塩を支援するため環境づくりにも働きかける。

健康課題3「糖尿病性腎症重症化予防」については、従来の取り組みを継続し、庁内外の関係機関と顔の見える関係性を築き、地域連携を円滑に進めていく。

健康課題4「フレイル予防」については、健診から始まるフレイル予防の取り組みを継続し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」事業とも連携し、継続的かつ効果的に進めていく。

## 第6章 計画後半の実施体制・進捗管理と最終評価

評価は、KDBシステム等を活用し、可能な限り数値を用いて実施する。また、評価方法・体制については、皆野町国保運営協議会等に意見を聴取することとする。

計画の見直しは、令和2年度に中間評価を行い、令和5年度に計画に掲げた目的・目標の達成状況の最終評価を実施する。

策定した計画は、町のホームページ等に掲載するとともに、実施状況のとりまとめを行い、評価・見直しに活用するために報告書を作成する。

## 資料1 評価指標一覧

### (1) 短期的成果目標に対する評価指標

#### ① 特定健診受診率・特定保健指導実施率 単位 (%)

	H30	R1	R2	R3	R4	R5
受診率	34.3	38.2				
保健指導率	35.9	12.8				

資料：KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

#### ② 推定塩分摂取量 単位 (%)

	H30	R1	R2	R3	R4	R5
低塩分群	60.1	54.8				
高塩分群	39.9	45.2				

資料：特定健診データ 低塩分群（10g/日未満） 高塩分群（10g/日以上）

#### ③ 生活習慣病患者数

##### 【糖尿病】

毎年5月作成分	患者数（人）	増減数（人）	伸び率（%）
H30	304	0	0
R1	327	23	7.6
R2	306	-21	-6.4
R3			
R4			
R5			

資料：KDB 厚生労働省様式 3-2 糖尿病のレセプト分析

##### 【高血圧】

毎年5月作成分	患者数（人）	増減数（人）	伸び率（%）
H30	613	-12	-1.9
R1	620	7	1.1
R2	599	-21	-3.4
R3			
R4			
R5			

資料：KDB 厚生労働省様式 3-3 高血圧のレセプト分析

【脂質異常症】

毎年5月作成分	患者数（人）	増減数（人）	伸び率（%）
H30	427	-25	-5.5
R1	427	0	0
R2	412	-15	-3.5
R3			
R4			
R5			

資料：KDB 厚生労働省様式3-4 脂質異常症のレセプト分析

④糖尿病性腎症重症化予防（3次予防）介入者の検査値平均値推移

	HbA1c		尿中アルブミン		eGFR		収縮期 血圧		拡張期 血圧		推定塩分 摂取量	
	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後
H30	8.1	7.7	255	294	51	53	140	149	78	80	10.1	11.7
R1	7.7	7.4	288	326	47	42	140	140	80	75	9.6	11.0
R2												
R3												
R4												
R5												

⑤骨密度測定結果

単位（人）

骨密度	H30	R1	R2	R3	R4	R5
要医療 %YAM<70%	22	17				
要指導 70%≤%YAM<80%	11	11				
異常なし 80%≤%YAM	43	37				

資料：住民健診結果

⑥フレイル評価

単位 (%)

	H30	R1	R2	R3	R4	R5
BMI < 18.5	6.1	6.0				
開眼片足立ち < 5 秒	6.5	5.2				
口腔機能評価 何でも食べられる	78.5	80.9				

資料：住民健診結果

(2) 中・長期的成果目標に対する評価指標

①医療費

	総医療費全体 (円)		入院 (%)		外来 (%)	
	費用額	増減	保険者	同規模	保険者	同規模
H30	756,845,470	-107,908,740	32.4	43.6	67.6	56.4
R1	828,124,350	71,278,880	38.5	44.6	61.5	55.4
R2						
R3						
R4						
R5						

資料：KDB 同規模保険者比較

②健診有無別 1 人あたり医療費

入院+外来		H30	R1	R2	R3	R4	R5
総 数	①健診受診者	1,740	1,740				
	②健診未受診者	11,262	12,726				
生活習慣病 患者数	③健診受診者	5,078	5,144				
	④健診未受診者	32,857	37,617				

①健診受診者の生活習慣病医療費総額/健診対象者数

②健診未受診者の生活習慣病医療費総額/健診対象者数

③健診受診者の生活習慣病医療費総額/健診対象者数 (生活習慣病患者数)

④健診未受診者の生活習慣病医療費総額/健診対象者数 (生活習慣病患者数)

資料：KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

③医療費分析【細小分類(入院+外来)】

単位 (%)

	H28	H29	H30	R1
1位	肺がん (8.9)	糖尿病 (6.6)	糖尿病 (6.5)	糖尿病 (6.1)
2位	統合失調症 (6.1)	統合失調症 (5.6)	統合失調症 (5.7)	統合失調症 (4.8)
3位	糖尿病 (5.5)	関節疾患 (5.5)	関節疾患 (5.4)	関節疾患 (4.5)
4位	慢性腎臓病(透析あり) (5.1)	肺がん (5.4)	高血圧症 (4.4)	慢性腎臓病(透析あり) (3.7)
5位	高血圧症 (4.4)	高血圧症 (4.6)	脂質異常症 (3.4)	高血圧症 (3.6)
6位	関節疾患 (4.1)	慢性腎臓病(透析あり) (3.8)	慢性腎臓病(透析あり) (3.4)	脂質異常症 (3.0)
7位	脂質異常症 (2.5)	脂質異常症 (3.0)	肺がん (2.6)	白血病 (2.9)
8位	脳梗塞 (2.0)	白血病 (2.4)	胃がん (2.3)	狭心症 (2.3)
9位	C型肝炎 (2.0)	C型肝炎 (2.2)	不整脈 (2.2)	胃がん (2.2)
10位	不整脈 (1.9)	脳梗塞 (2.0)	脳梗塞 (2.1)	脳梗塞 (2.1)

資料：KDB 「医療費分析(2) 大・中・細小分類」

④生活習慣病3大疾患患者数

【虚血性心疾患】

毎年5月作成分	患者数(人)	増減数(人)	伸び率(%)
H30	114	-7	-5.8
R1	119	5	4.4
R2	112	-7	-5.8
R3			
R4			
R5			

資料：KDB 厚生労働省様式3-5 虚血性心疾患のレセプト分析

【脳血管疾患】

毎年5月作成分	患者数(人)	増減数(人)	伸び率(%)
H30	139	-11	-7.3
R1	145	-6	4.3
R2	143	-2	-1.4
R3			
R4			
R5			

資料：KDB 厚生労働省様式3-6 脳血管疾患のレセプト分析

【人工透析】

毎年5月作成分	人工透析				
	患者数 (人)	増減数 (人)	伸び率 (%)	糖尿病合併	
				糖尿病(人)	糖尿病性腎症 (人)
H30	8	1	14.3	5	1
R1	8	0	0	6	1
R2	10	2	25	7	1
R3					
R4					
R5					

資料：KDB 厚生労働省様式 3-7 人工透析のレセプト分析

⑤新規透析導入原因疾患

単位(人)

	新規 申請数	糖尿病 性腎症	慢性 腎不全	腎炎	急性 腎不全	高血圧 性腎症	腎硬化 症	急性進 行性腎 炎	IgA 腎症	薬剤性 腎機能 障害
H30	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1
R1	4	1	2	0	0	0	0	0	1	0
R2										
R3										
R4										
R5										

資料：身体障害者交付台帳

資料2 データヘルス計画と個別保健事業計画に関する4つの評価指標

	ストラクチャー (計画立案体制・実施構成・評価体制)	プロセス (保健事業の実施過程)	アウトプット (保健事業の実施状況・実施量)	アウトカム (成果)
データヘルス計画	計画の目的・目標を達成するためのしくみや体制のこと。計画を策定するための十分な人員や予算が確保できたか、関係者との連携ができたか、など。	計画策定手順のこと。健診・医療・介護データ、その他の統計資料、日ごろの活動の中で収集した質的情報等のデータに基づいて現状分析したか。現状分析を踏まえたうえで、課題抽出・事業選択ができたか、など。	事業の実施状況に関すること。計画に記載した事業をどの程度実施したか、など。	計画を実行することにより目指す目標・目的のこと。健康寿命が何年延長したか、など。
個別保健事業	保健事業を実施するための実施体制のこと。事業を実施するために十分な人員や予算が確保できたか、事業を実施するための関係者との連携ができたか、など。	保健事業の目的や目標の達成に向けた過程(手順)のこと。保健事業を実施する上での準備状況、実際の保健事業の進め方・内容、保健事業の事後フォローの実施方法が適切であったか、など。	事業の実施量に関すること。回数・参加者数・ハガキ配布数など。	事業実施による成果のこと。特定健診の受診率や特定保健指導の利用率が何ポイント向上したか。

資料 国保後期高齢者ヘルスサポートガイドライン(令和2年6月)

### 資料3 皆野町国保特定健診結果経年推移

(年齢調整:平成22年度埼玉県市町村国保の特定健診集団を基準集団としたもの。)

#### BMI

		26年	27年	28年	29年	30年
平均値	男	23.09	23.11	23.18	23.48	23.53
	女	22.43	22.47	22.54	22.67	22.43
年齢調整	男	23.18	23.13	23.44	23.77	23.84
	女	22.43	22.44	22.47	22.50	22.38

#### 【BMI25.0以上の者の割合】

単位:%

		26年	27年	28年	29年	30年
割合	男	27.3	25.6	25.6	29.9	31.3
	女	17.8	15.6	16.9	20.8	19.8
年齢調整	男	29.3	25.7	27.7	31.9	33.4
	女	17.7	15.7	16.8	20.1	20.3

#### 腹囲

単位:cm

		26年	27年	28年	29年	30年
平均値	男	84.30	84.70	84.98	85.22	84.52
	女	80.62	80.11	80.46	80.96	78.59
年齢調整	男	84.45	84.74	85.52	85.72	85.20
	女	80.60	80.07	80.19	80.33	78.43

#### 【基準値以上の者の割合】

単位:%

		26年	27年	28年	29年	30年
割合	男	46.0	48.7	49.5	49.3	47.6
	女	15.7	13.6	15.3	18.0	12.5
年齢調整	男	47.2	48.4	51.7	51.8	50.0
	女	15.6	13.9	15.2	16.7	12.5

基準値:男85cm以上、女90cm以上

#### 血圧

#### 【血圧の区分別人数】

単位:人

		26年	27年	28年	29年	30年
男	正常血圧	107	105	105	54	50
	正常高値血圧	61	74	68	43	37
	高値血圧	-	-	-	93	84
	高血圧	147	137	155	145	161
女	正常血圧	157	151	139	77	73
	正常高値血圧	79	77	89	78	67
	高値血圧	-	-	-	110	92
	高血圧	147	132	144	119	137

※ 高血圧治療ガイドライン（28年まで） 単位：mmHg

	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧
正常血圧	130未満		85未満
正常高値血圧	130～139	または	85～89
高血圧	140以上	または	90以上

高血圧治療ガイドライン（29年から） 単位：mmHg

	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧
正常血圧	120未満		80未満
正常高値血圧	120～129	または	80未満
高値血圧	130～139	かつ/または	80～89
高血圧	140以上	かつ/または	90以上

## 血糖

【血糖の区分別人数】 単位：人

		26年	27年	28年	29年	30年
男	正常型	126	137	114	134	179
	境界型	125	122	148	144	91
	糖尿病型	64	57	66	57	61
女	正常型	214	191	191	209	226
	境界型	142	146	149	142	114
	糖尿病型	26	23	32	33	29

## 血糖の区分

	空腹時血糖 (mg/dl)	または	HbA1c (%)
正常型	100未満		5.9未満
境界型	100～126	または	5.9～6.5
糖尿病型	126以上	または	6.5以上

## HbA1c

単位：%

		26年	27年	28年	29年	30年
平均値	男	5.99	5.99	6.03	5.94	5.98
	女	5.81	5.85	5.84	5.80	5.82
年齢調整	男	6.01	5.99	6.08	5.97	5.95
	女	5.80	5.85	5.83	5.77	5.78

【HbA1cの区分別人数】 単位：人

		26年	27年	28年	29年	30年
男	5.9%未満	173	166	170	190	196
	5.9～6.5%未満	87	95	97	92	72
	6.5%以上	55	52	57	47	60
女	5.9%未満	240	202	218	244	238
	5.9～6.5%未満	118	134	122	103	100
	6.5%以上	24	22	25	27	28

## 中性脂肪

単位：mg/dl

		26年	27年	28年	29年	30年
平均値	男	132.0	125.9	125.1	123.8	124.2
	女	104.7	104.7	103.7	102.8	102.6
年齢調整	男	137.1	127.7	126.2	128.9	130.6
	女	104.3	104.3	102.1	100.5	101.1

### 【中性脂肪150mg/dl以上の者の割合】

単位：%

		26年	27年	28年	29年	30年
割合	男	30.5	24.4	24.7	24.8	25.6
	女	16.2	17.2	15.3	14.1	13.8
年齢調整	男	31.0	25.1	25.4	26.7	27.0
	女	16.0	16.8	14.7	13.0	13.5

## HDL コレステロール

単位：mg/dl

		26年	27年	28年	29年	30年
平均値	男	57.8	58.8	59.4	59.1	57.6
	女	67.9	67.9	69.8	70.4	69.4
年齢調整	男	57.6	58.7	59.3	58.5	57.0
	女	68.0	68.2	70.1	71.1	69.6

### 【HDLコレステロール40mg/dl未満の者の割合】

単位：%

		26年	27年	28年	29年	30年
割合	男	7.0	8.2	4.3	5.4	7.8
	女	1.6	1.9	0.5	0.8	1.1
年齢調整	男	6.9	8.0	4.1	4.9	7.5
	女	1.6	1.9	0.4	0.6	1.0

## LDL コレステロール

単位：mg/dl

		26年	27年	28年	29年	30年
平均値	男	120.0	120.0	118.4	116.2	119.4
	女	127.9	129.6	131.0	127.3	127.0
年齢調整	男	120.4	120.3	118.6	116.0	119.7
	女	127.6	129.2	130.8	127.0	127.3

### 【LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合】

単位：%

		26年	27年	28年	29年	30年
割合	男	13.0	9.8	8.5	7.5	13.9
	女	17.5	20.3	17.2	15.6	16.0
年齢調整	男	13.3	10.1	7.9	6.7	15.1
	女	17.2	19.7	16.9	15.3	16.3

資料：平成30年度 埼玉県特定健診データ解析

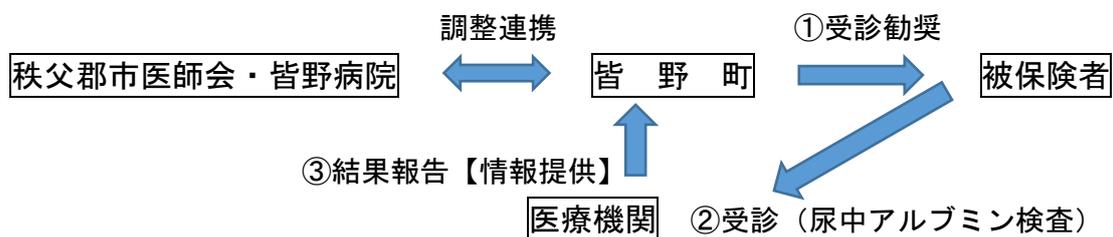
資料4 住民健診頸動脈エコー（IMT）結果 単位（人）

	1.1mm 未満	1.1～1.5mm	1.5mm 以上
H30 男	20	27	50
H30 女	86	62	40
R1 男	20	24	41
R1 女	65	46	42

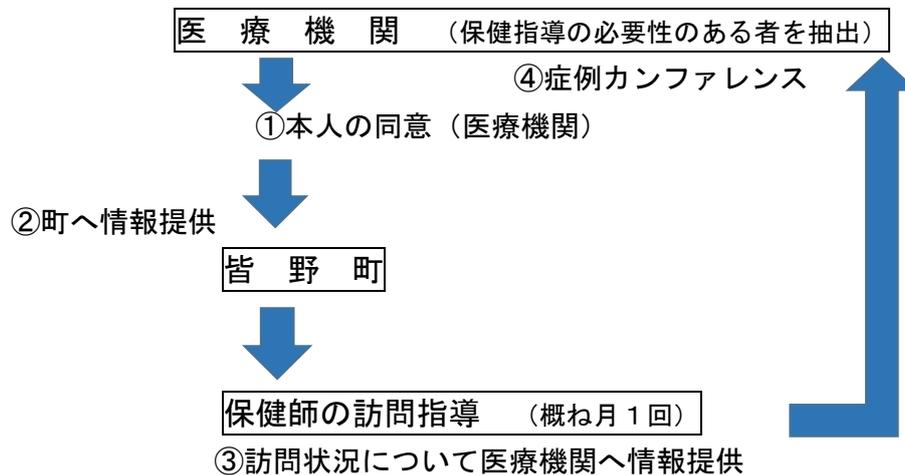
資料： 皆野町住民健診結果 ※ 1.1mm以上はプラークあり

資料5 皆野町糖尿病性腎症重症化予防の取り組み

【受診勧奨】 特定健診の結果からハイリスク者を受診勧奨



【保健指導】 通院中の患者からハイリスク者を保健指導



## 用語解説

### あ行

#### ・ ICT (情報通信技術 Information and Communication Technology)

通信技術を活用したコミュニケーションのことを言う。IT と ICT はほぼ同義で使われるが、IT が情報技術そのものを指すのに対し、ICT は情報を伝達する方法や情報伝達を活用する方法などを指す。

#### ・ IMT (頸動脈の内膜中膜複合体厚)

頸動脈は粥状(じゅくじょう)動脈硬化の好発部位で、その内膜中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るため、頸動脈 IMT の計測は動脈硬化の重要な指標となっている。

##### IMT (血管内膜中膜複合体)

1.0mm以下	正常
1.1mm以上 1.5mm以下	プラークあり (限局した隆起病変)
1.5mm以上	臨床的意義高い (心筋梗塞・脳梗塞のリスク高い)

#### ・ 悪性新生物

悪性腫瘍とも言う。細胞が何らかの原因で変異して増殖を続け、周囲の正常な組織を破壊する腫瘍のことで、がんや肉腫などがこれに入る。

#### ・ アルブミン尿 (顕性アルブミン尿 微量アルブミン尿)

糖尿病性腎症の早期発見の指標とされている。臨床例の多くは、蛋白尿(初期には微量アルブミン尿)・腎機能障害・高血圧・浮腫などを呈し、最終的に腎不全となる。  
微量アルブミン尿：30～299mg/Cr 顕性アルブミン尿：300mg/g Cr 以上。

#### ・ eGFR(推算糸球体濾過量)

腎臓の糸球体における血液の濾過量を表す。血清クレアチニン値及び年齢・性別の条件を用い、日本人の体格を考慮した推算式に入れて算出する。ΔeGFR とは年間の eGFR の変化量を言う。

#### ・ インセンティブ

インセンティブとは、英語の「incentive (刺激・動機・誘因)」に由来し、モチベーションを維持・増幅させるための外的刺激のことを意味する。

## ・AI（人工知能 Artificial Intelligence）

人工的にコンピュータ上などで人間と同様の知能を実現したもの。

## ・オーラルフレイル

「オーラル」とは「口腔の」「フレイル」は「虚弱」を意味し、口腔機能の軽微な低下や食の偏りなどを含み、身体の衰え（フレイル）の一つである。始まりは、滑舌の低下、食べこぼし、むせ、かめない食品が増える、口の乾燥などの些細な症状であり、見逃しやすく、気づきにくい特徴がある。

## か行

### ・開眼片足立ち検査

足の筋力やバランス機能を調べるための検査。両目を開けたまま両手を腰に当て、左右どちらかの足を前方に5cm程度上げる。床に着けている支持足がずれるか、支持足以外の身体の一部が床等に触れるまでの時間を最大1分間測定する。片足立ち時間の長い人ほど転倒しにくいという研究データがある。

### ・KDB（国保データベースシステム）

国保中央会が開発したデータ分析システム。「健診・保健指導」「医療」「介護」の各種データを利活用して、保険者の効果的・効率的な保健事業の実施をサポートするために構築されたシステム。

### ・健康寿命

健康上の問題で、日常生活が制限されることなく生活できる期間。今回は要介護2に至るまでの平均自立期間とした。

### ・後発医薬品

ジェネリック医薬品のこと。新薬（先発医薬品）の独占的販売期間が終了した後に発売され、新薬と有効成分・効能・用法・用量が同一である医療用医薬品。

### ・コバトン健康マイレージ事業

専用の歩数計またはスマートフォンを使用してウォーキングをすることで、歩数に応じてポイントが貯まるしくみ。町の施設や店舗に設置してあるタブレット端末（リーダー）に歩数計をかざすことで歩数データが送信でき、一定以上のポイントが貯まると、抽選で県内の特産品や協賛企業の商品が当たる。

## さ行

### ・サルコペニア

筋肉量が低下し、筋力または身体機能が低下した状態。加齢によるもの（原発性サルコペニア）と、不活動・疾患・低栄養などによるもの（二次性サルコペニア）がある。主に高齢者にみられ、運動・身体機能に障害が生じ、転倒・骨折の危険性が増大し、自立した生活を困難にする原因となる。

### ・COPD（慢性閉塞性肺疾患）

長期にわたる有毒な粒子やガスの吸入が原因となり、肺に炎症が起き、呼吸に支障をきたす疾患。慢性気管支炎と肺気腫の総称。

### ・SMS（ショートメッセージ）

携帯電話同士で電話番号を宛先にしてメッセージをやりとりするサービス。

### ・診療情報提供

通院等を理由に特定健診を見合わせた方に対し、医療機関から情報提供をいただくことで、特定健診を受診したことになるもの。

### ・数量シェア

「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量をいう。2018年度から2020年度末までの国の目標は80%以上。

### ・推定塩分摂取量

尿中に含まれるナトリウム・クレアチニン排泄量から計算式で求めた1日塩分摂取量。個人の1日あたりの食塩摂取量の推察に使われる。

### ・セグメント

ある一定の区分で区切ったまとまりのこと。区分・区切りなどの意味がある。

### ・ソルセイブ（塩分味覚閾値検査）

塩味覚障害に対する簡便な検査。スプーン型の濾紙に一定濃度の食塩を浸透・乾燥させたもので、塩味閾値を簡単に測定できる。正常値0.6%以下。

## た行

### ・糖尿病性腎症

糖尿病による高血糖の状態が続くことにより、腎臓の働きが著しく低下した状態。進行すると、体内の老廃物や水分、塩分の排泄が損なわれ、腎不全状態（尿毒症）となり、最終的には人工透析や腎移植が必要となる。

### ・同規模保険者

KDBに同規模市町村との比較ができる機能が備わっており、同規模市町村は人口規模に応じて13段階に区分されている。

例 令和元年度に埼玉県内で皆野町と同規模の自治体は、横瀬町・長瀬町の2町。

### ・特定保健指導

特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病予防効果が期待できる人に対し、生活習慣を見直すために実施する指導。

リスクの程度に応じて、動機づけ支援と積極的支援がある。

## は行

### ・ハイリスクアプローチ

疾患を発症しやすい高いリスクを持った個人を対象を絞り込んだ戦略。

### ・非肥満高血糖

健診受診者のうち、腹囲（男性85cm未満 女性90cm未満）が基準未満で、かつ血糖（血糖値110以上 HbA1c 6.0%）が基準値以上の者。

### ・標準化医療費

年齢の影響を補正し、医療費からみた健康状態を比較することができる。他地域と比較するための指標。高齢者ほど様々な疾患に罹患しやすく、医療費が高額になる。例えば、県（比較対象）の一人あたり医療費が町の一人あたり医療費より高額であったとしても、高齢者が多ければ当然なことで、医療費からみた健康状態に差があるかどうかの判断はできない。そこで、県（比較対象）の年齢別人口構成が町と同一であった場合に期待される医療費総額を計算し、町の医療費総額と比較して計算したもの。基準集団を1とし、1を超えた場合は基準集団より医療費が高額とされる。ただし、レセプト件数が少ない場合は、解釈から除外する。

## ・標準化死亡比

年齢調整した死亡率のことで、他地域と比較するための指標。死亡者数を人口で除した死亡率で比較すると、高齢者の多い地域では死亡率が高くなる傾向があるため、人口構成の違いを除去して基準集団（例 国・県）を100とし、100超は基準集団より死亡率が高く、100未満は基準集団より死亡率が低いとされる。

## ・BDHQ（食習慣調査）

簡易型自記式食事歴法質問票。質問票はA3両面で、平均回答時間は15分。大規模な疫学研究を目的に作られたもの。30種類の栄養素と50種類の食品の摂取量を算出でき、個人ごとに個人結果表の出力ができる。

## ・BMI

身長と体重のバランスをみる体格指数のこと。体重（kg）÷身長（m）<sup>2</sup>で計算。日本肥満学会では22に相当する体重を理想体重とし、18.5未満をやせ、25.0以上を肥満としている。

## ・フレイル

「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語。フレイルは「要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神・心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する」と定義されている。

## ・平均寿命

0歳児における平均余命。

## ・ポピュレーションアプローチ

多くの人が少しずつリスクを軽減することで、集団全体としてよい方向にシフトさせること。

## ま行

### ・MINAPOカード

特定健診やがん検診の受診率向上を目的に、健康に留意している町民や健康教室参加者にポイントを付与。特典を設けることで、町民の健康に対する意欲を向上させ、もって健康寿命の延伸を図るもの。

- ・ **メタボ**

内臓脂肪型肥満による代謝障害。糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の発症につながり、脳血管疾患及び虚血性心疾患の危険性が高まるとされている。

第2期皆野町保健事業実施計画（データヘルス計画）中間評価報告書  
令和3年2月

皆野町 町民生活課

〒369-1492

埼玉県皆野町大字皆野1420-1

電話 0494-62-1232 FAX 0494-62-2791

<https://www.town.minano.saitama.jp/>