

大町町国民健康保険  
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

大町町 国民健康保険

# 保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

## 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 .....1

1. 背景・目的
2. 計画の位置付けと基本的な考え方
3. 計画期間
4. 関係者が果たすべき役割と連携
  - 1) 市町村国保の役割
  - 2) 関係機関との連携
  - 3) 被保険者の役割
5. 保険者努力支援制度

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化 ..10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画にかかる評価及び考察
  - 1) 第2期計画にかかる評価
  - 2) 主な個別事業の評価と課題
3. 第3期における健康課題の明確化
  - 1) 基本的な考え方
  - 2) 健康課題の明確化
  - 3) 目標の設定

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) .....33

1. 第四期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報の保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

## 第4章 課題解決するための個別保健事業 .....41

- I. 保健事業の方向性

## Ⅱ. 重症化予防の取組

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

## Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

## Ⅳ. 発症予防

## Ⅴ. ポピュレーションアプローチ

## 第5章 計画の評価・見直し .....71

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

## 第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い .....72

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

## 参考資料 .....73

# 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

## 1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略<sup>※1</sup>」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル<sup>※2</sup>に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

またその後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)<sup>※3</sup>」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表<sup>※4</sup>2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

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

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

---

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

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

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

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

また、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

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

大町町では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB<sup>※6</sup>)を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

---

※5 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。(図表2参照)

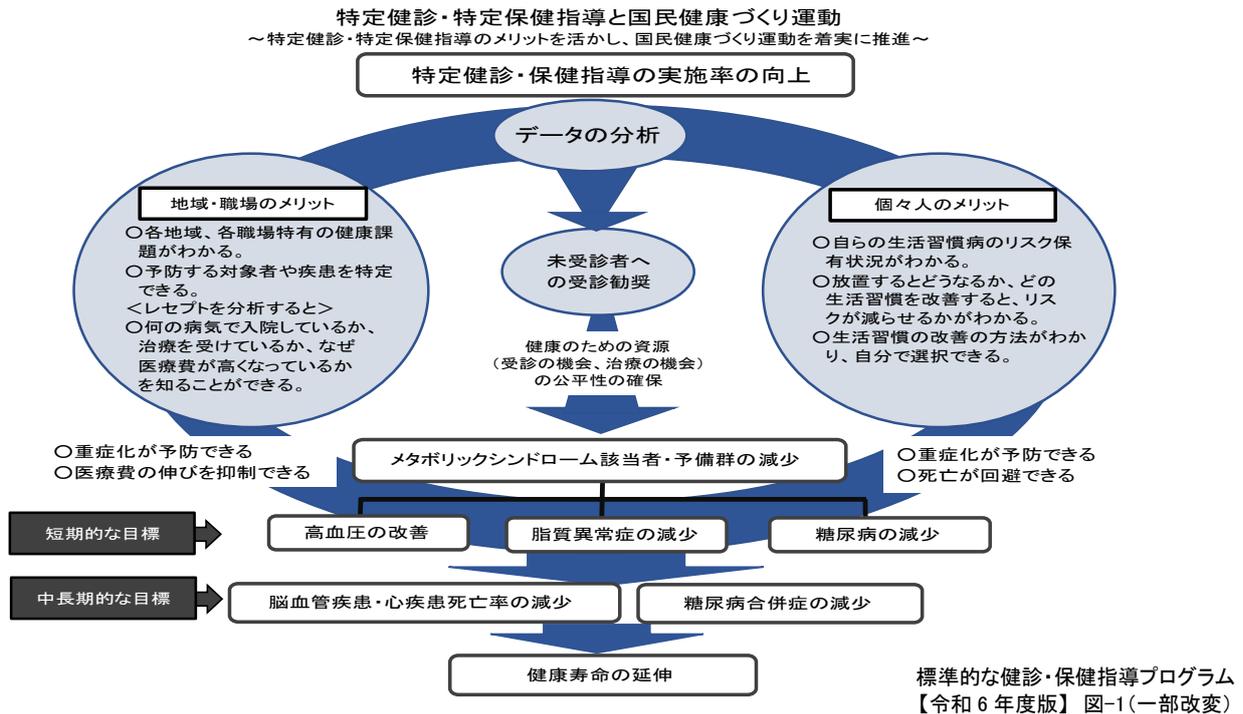
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

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

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

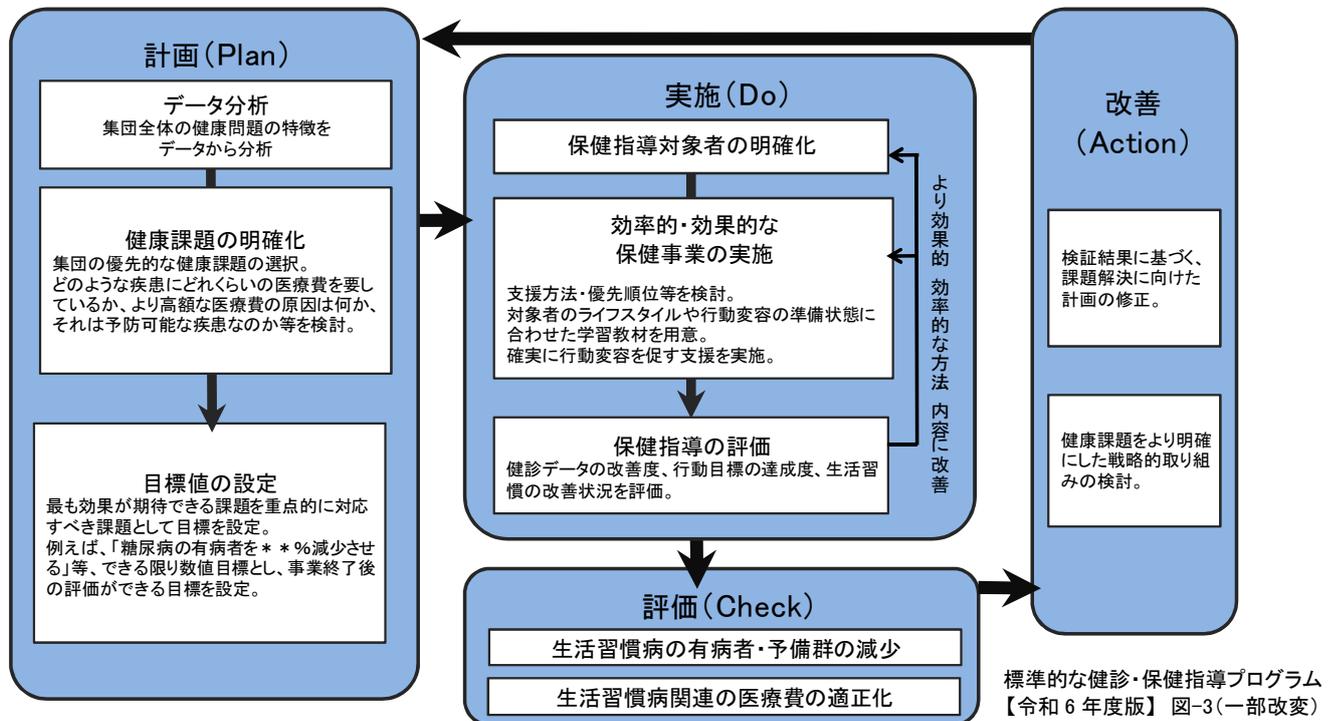
	※健康増進事業実施法とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施法(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的 な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮		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 糖尿病合併症 (糖尿病腎症)  循環器病 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム  糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病  糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の悪化・悪化 防止  生活習慣病  虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)			がん  精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」  51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標を参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心  参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進  (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)  6事業  ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業)  ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連)  ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費適正化)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



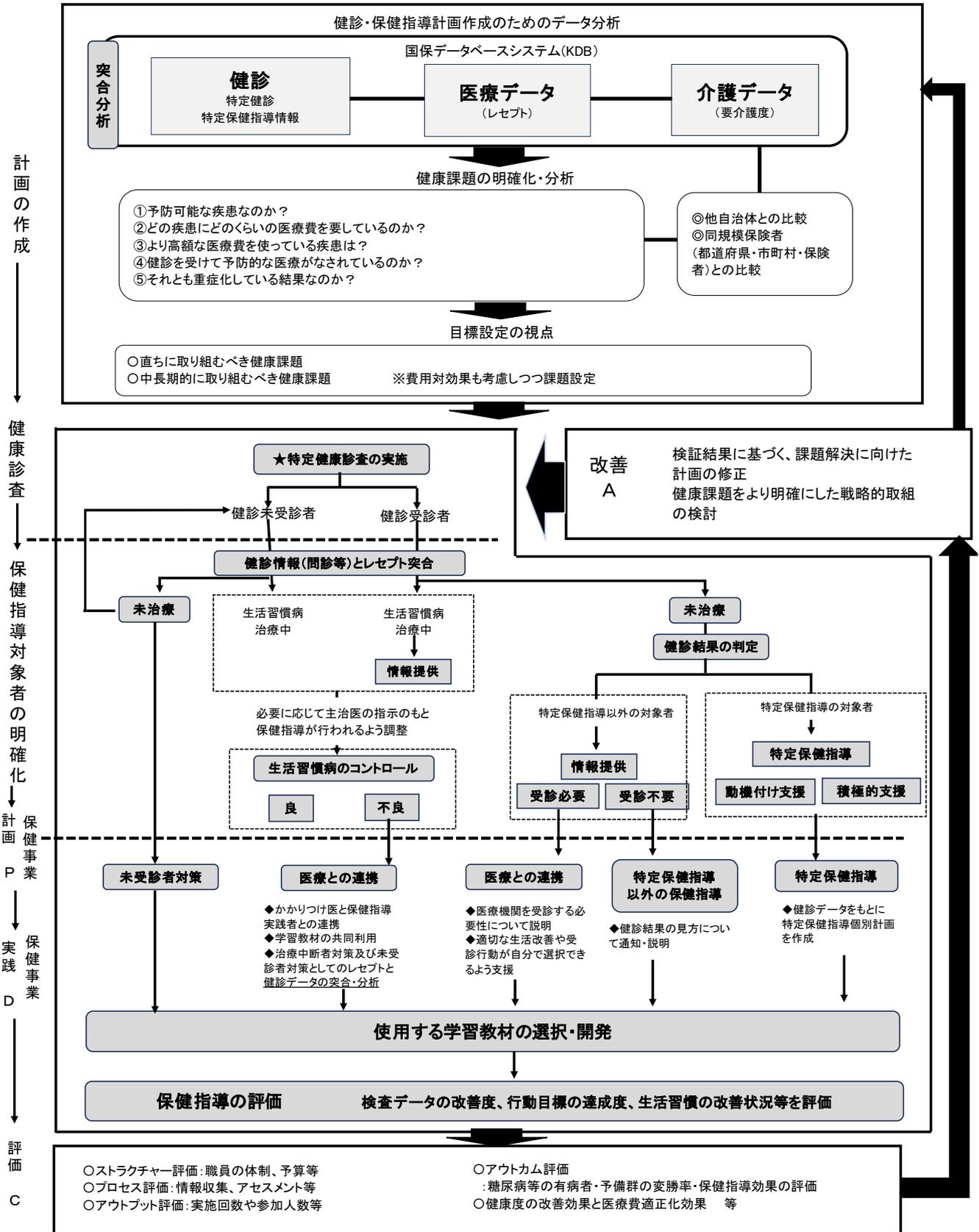
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

図表 4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考え方を整理。  
(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

### 3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 市町村国保の役割

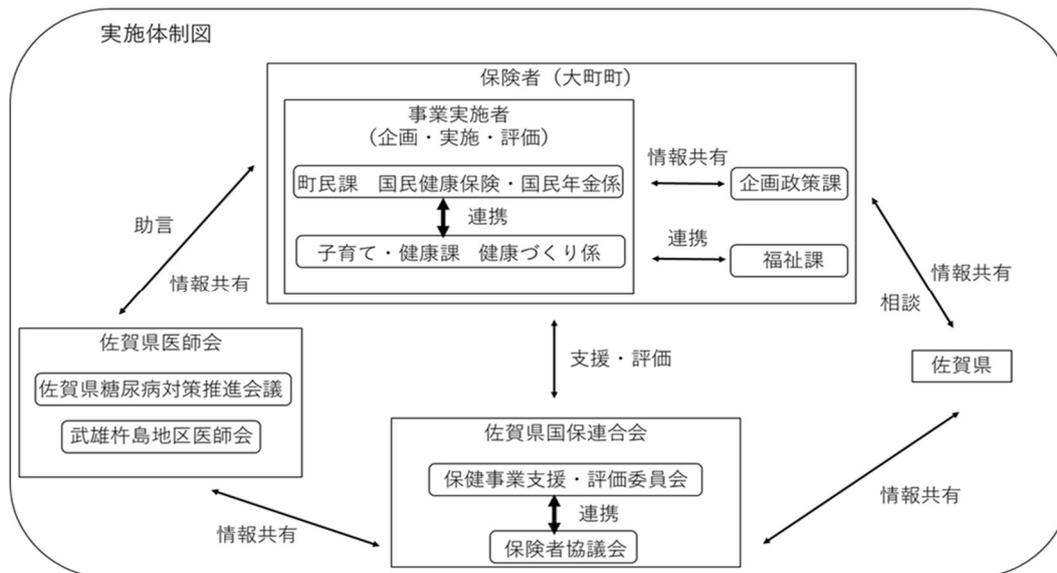
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局(町民課)、保健衛生部局(子育て・健康課)、介護保険部局(福祉課)企画部局(企画政策課)、生活保護部局(福祉課)とも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。(図表 6・7)

図表 6 大町町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

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

	保	保	保	保	管栄	事 (副課長兼 係長)	事 (副課長兼 係長)	事
国保事務					—		◎	○
健康診断					—		◎	○
保健指導	◎	○	○		—		○	
がん検診	○	◎	○	○	—	○		
新型コロナ ワクチン	◎	○	○	○	—	○		
予防接種 (成人)	◎	○	○		—	○		
予防接種 (母子)	○	○	◎		—	○		
母子保健	○	○	◎		—	○		
精神保健	○	○	◎		—	○		
歯科保健	○	○	◎		—	○		

## 2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である佐賀県のほか、国保連合会や国保連合会に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力します。

また、佐賀県は大町町の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に大町町の保険者機能の強化については、佐賀県の関与が更に重要となります。

さらに、大町町等と武雄杵島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、佐賀県が佐賀県医師会等との連携を推進することが重要です。

国保連合会と佐賀県は、ともに大町町等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めます。

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

## 3) 被保険者の役割

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

## 5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。(図表8)

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする(事業費分・事業費連動分)保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点		
		大町町	配点	大町町	配点	大町町	配点	
交付額(万円)		475		471		307		
全国順位(1,741市町村中)		179位		101位		115位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70
		(2)特定保健指導実施率	110	70	120	70	100	70
		(3)メボリックシフト・ロム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	35	40	60	40	65	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	85	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	60	90	40	45	50	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	40	50	20	50	30	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	130	130	110	130	130	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	10	100	50	100	50	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	10	30	35	40	35	40
	⑤	第三者求償の取組	40	40	50	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	83	95	77	100	73	100
合計点		703	1,000	732	960	708	940	

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1. 保険者の特性

大町町は、人口約 6,300 人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 40.9%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も 58 歳と同規模と比べて高いです。、出生率は少し高く、財政指数は低くなっています。産業においては、第 3 次産業が 65.6%と同規模と比較しても高く、サービスの割合が多く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表 9)

国保加入率は 22.4%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 56.1%を占めています。(図表 10)

また大町町には1つの病院、5つの診療所があり、これはいずれも同規模と比較しても多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあります。(図表 11)

図表 9 同規模・県・国と比較した大町町の特性

	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
大町町	6,281	40.9	1,409 (22.4)	58.0	5.3	18.5	0.3	6.1	28.3	65.6
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
県	--	30.8	21.7	53.4	7.5	12.5	0.4	8.7	24.2	67.1
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

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、大町町と同規模保険者(240市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合								
被保険者数	1,602		1,565		1,562		1,475		1,409	
65～74歳	828	51.7	862	55.1	900	57.6	848	57.5	790	56.1
40～64歳	506	31.6	438	28.0	411	26.3	400	27.1	391	27.8
39歳以下	268	16.7	265	16.9	251	16.1	227	15.4	228	16.2
加入率	23.6		23.1		23.1		21.8		22.4	

出典：KDBシステム\_人口及び被保険者の状況  
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	県 割合
病院数	2	1.2	1	0.6	1	0.6	1	0.7	1	0.7	0.4	0.6
診療所数	4	2.5	6	3.8	6	3.8	6	4.1	5	3.5	2.7	4.0
病床数	175	109.2	115	73.5	115	73.6	115	78.0	115	81.6	37.4	83.5
医師数	11	6.9	11	7.0	9	5.8	9	6.1	10	7.1	4.2	14.1
外来患者数	815.8		815.5		791.1		824.9		851.9		692.2	784.4
入院患者数	36.1		34.8		35.1		35.2		41.4		22.7	27.7

出典：KDBシステム\_地域の全体像の把握

## 2. 第2期計画にかかる評価及び考察

### 1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1 つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、社会保障費(医療費・介護費)の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を設定しました。

2 つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました。(図表 2 参照)

### (1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

#### ① 介護給付費の状況

大町町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で9人(認定率0.49%)、1号(65歳以上)被保険者で524人(認定率20.4%)と同規模・県・国と比較すると高く、H30年度と比べても横ばいで推移しています。(図表12)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約8億1,500万円から約8億9,300万円に伸びています。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で10割、第1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	大町町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	2,430人	35.9%	2,566人	40.9%	39.4%	30.8%	28.7%
2号認定者	14人	0.64%	9人	0.49%	0.39%	0.33%	0.38%
新規認定者	6人		1人		--	--	--
1号認定者	529人	21.8%	524人	20.4%	19.4%	18.6%	19.4%
新規認定者	68人		67人		--	--	--
65~74歳	57人	5.1%	58人	↓ 4.5%	--	--	--
新規認定者	13人		16人		--	--	--
75歳以上	472人	36.1%	466人	↑ 36.8%	--	--	--
新規認定者	55人		51人		--	--	--

出典:KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	大町町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	8億1520万円	8億9297万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	335,473	348,002	314,188	286,277	290,668
1件あたり給付費(円)全体	82,854	85,929	74,986	69,755	59,662
居宅サービス	48,116	53,005	43,722	50,348	41,272
施設サービス	267,211	276,339	289,312	290,902	296,364

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 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)		9		58		466		524				
再)国保・後期		4		35		449		484				
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	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数		
			割合	割合	割合	割合	割合	割合				
	循環器疾患	1	脳卒中	4	脳卒中	9	脳卒中	225	脳卒中	234	脳卒中	238
				100.0%		25.7%		50.1%		48.3%		48.8%
		2	腎不全	1	虚血性心疾患	7	虚血性心疾患	195	虚血性心疾患	202	虚血性心疾患	202
			25.0%		20.0%		43.4%		41.7%		41.4%	
	3	虚血性心疾患	0	腎不全	4	腎不全	90	腎不全	94	腎不全	95	
			0.0%		11.4%		20.0%		19.4%		19.5%	
	合併症	4	糖尿病合併症	0	糖尿病合併症	8	糖尿病合併症	41	糖尿病合併症	49	糖尿病合併症	49
			0.0%		22.9%		9.1%		10.1%		10.0%	
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			4	基礎疾患	29	基礎疾患	430	基礎疾患	459	基礎疾患	463	
		100.0%		82.9%		95.8%		94.8%		94.9%		
血管疾患合計			4	合計	29	合計	441	合計	470	合計	474	
		100.0%		82.9%		98.2%		97.1%		97.1%		
認知症			1	認知症	7	認知症	238	認知症	245	認知症	246	
		25.0%		20.0%		53.0%		50.6%		50.4%		
筋・骨格疾患			4	筋骨格系	32	筋骨格系	434	筋骨格系	466	筋骨格系	470	
		100.0%		91.4%		96.7%		96.3%		96.3%		

出典：ヘルスサポートラボツール

## ② 医療費の状況

大町町の医療費は、国保加入者が減少しているにもかかわらず総医療費は増加しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 22 万円高く、H30 年度と比較しても約 14 万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 4%程度にもかかわらず、医療費全体の半数以上を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較しても 12 万円も高くなっています。(図表 15)

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の 1 を大きく超えており、全国 1 位の県平均よりも高く、特に入院の地域差指数が H30 年度よりも伸びています。(図表 16)

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

図表 15 医療費の推移

		大町町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		1,602人	1,409人	--	--	--
前期高齢者割合		828人 (51.7%)	790人 (56.1%)	--	--	--
総医療費		7億4034万円	8億4566万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		462,134 県内2位 同規模8位	600,184 県内1位 同規模1位	376,732	431,999	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	506,540	630,490	588,690	585,050	617,950
	費用の割合	49.2	53.6	43.7	46.2	39.6
	件数の割合	4.2	4.6	3.2	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	23,160	26,550	24,870	24,060	24,220
	費用の割合	50.8	46.4	56.3	53.8	60.4
	件数の割合	95.8	95.4	96.8	96.6	97.5
受診率		851.897	893.314	714.851	812.114	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は大町町と同規模保険者240市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		大町町 (県内市町村中)		県 (47県中)	大町町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	1.299	1.264	1.207	1.071	1.165	1.140
		(4位)	(5位)	(1位)	(16位)	(10位)	(5位)
	入院	1.580	1.515	1.396	1.097	1.360	1.239
		(4位)	(4位)	(2位)	(18位)	(8位)	(9位)
	外来	1.119	1.110	1.094	1.039	0.948	1.045
		(5位)	(9位)	(2位)	(10位)	(17位)	(7位)

出典：地域差分析(厚労省)

### ③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30年度と比較すると増加しているが、脳血管疾患については、H30年度は1.95%、R4年度は0.75%と低く、虚血性心疾患はH30年度は0.67%、R4年度は1.71%、腎疾患はH30年度は3.24%、R4年度は4.02%となっており、同規模よりも高くなっています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況をH30年度と比較してみると脳血管疾患、虚血性心疾患が、患者数及び割合と減少していますが、人工透析については増えています。また年齢構成をみると65歳以上74歳未満の人口透析者が増えています。(図表 18)

人工透析導入後は、長期にわたって日常生活に大きな負担を強いることになるため、その原因と

なる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

		大町町		同規模	県	国	
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
総医療費(円)		7億4034万円	8億4566万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		4927万円	5826万円	--	--	--	
		6.66%	6.89%	7.67%	8.86%	8.03%	
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.95%	0.75%	2.06%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.67%	1.71%	1.47%	1.04%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.24%	4.02%	3.83%	5.37%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.79%	0.41%	0.32%	0.29%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		14.10%	17.24%	16.76%	14.40%	16.69%
	筋・骨疾患		13.00%	12.56%	9.27%	8.87%	8.68%
	精神疾患		13.02%	9.25%	7.98%	10.73%	7.63%

出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

注)KDBシステムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾 患 別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	1,602	1,409	a	137	122	111	85	10	11	
				a/A	8.6%	8.7%	6.9%	6.0%	0.6%	0.8%	
40歳以上	B	1,334	1,181	b	136	121	110	84	10	11	
	B/A	83.3%	83.8%	b/B	10.2%	10.2%	8.2%	7.1%	0.7%	0.9%	
再 掲	40~64歳	C	506	391	c	25	24	15	18	6	2
		C/A	31.6%	27.8%	c/C	4.9%	6.1%	3.0%	4.6%	1.2%	0.5%
	65~74歳	D	828	790	d	111	97	95	66	4	9
		D/A	51.7%	56.1%	d/D	13.4%	12.3%	11.5%	8.4%	0.5%	1.1%

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

## (2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病)の達成状況

### ① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患は変化がなく、人工透析の割合は増えています。

健診の結果の値を基に、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけとともに医療受診を中断している者への働きかけを継続する必要があります。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	594	543	151	111	443	432	
	A/被保数	44.5%	46.0%	29.8%	28.4%	53.5%	54.7%	
合併症 (中長期目標)	脳血管疾患	B	80	67	15	14	65	53
		B/A	13.5%	12.3%	9.9%	12.6%	14.7%	12.3%
	虚血性心疾患	C	79	58	10	12	69	46
		C/A	13.3%	10.7%	6.6%	10.8%	15.6%	10.6%
人工透析	D	10	10	6	2	4	8	
	D/A	1.7%	1.8%	4.0%	1.8%	0.9%	1.9%	

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

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	297	279	74	60	223	219	
	A/被保数	22.3%	23.6%	14.6%	15.3%	26.9%	27.7%	
合併症 (中長期目標)	脳血管疾患	B	42	40	11	8	31	32
		B/A	14.1%	14.3%	14.9%	13.3%	13.9%	14.6%
	虚血性心疾患	C	49	30	6	6	43	24
		C/A	16.5%	10.8%	8.1%	10.0%	19.3%	11.0%
人工透析	D	6	6	4	1	2	5	
	D/A	2.0%	2.2%	5.4%	1.7%	0.9%	2.3%	
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	27	24	10	2	17	22
		E/A	9.1%	8.6%	13.5%	3.3%	7.6%	10.0%
	糖尿病性網膜症	F	33	34	12	7	21	27
		F/A	11.1%	12.2%	16.2%	11.7%	9.4%	12.3%
	糖尿病性神経障害	G	11	8	8	3	3	5
		G/A	3.7%	2.9%	10.8%	5.0%	1.3%	2.3%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	449	461	113	100	336	361	
	A/被保数	33.7%	39.0%	22.3%	25.6%	40.6%	45.7%	
合併症 中長期目標	脳血管疾患	B	61	47	10	9	51	38
		B/A	13.6%	10.2%	8.8%	9.0%	15.2%	10.5%
	虚血性心疾患	C	73	50	9	10	64	40
		C/A	16.3%	10.8%	8.0%	10.0%	19.0%	11.1%
	人工透析	D	2	4	1	1	1	3
		D/A	0.4%	0.9%	0.9%	1.0%	0.3%	0.8%

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

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方.

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上をH30年度とR03年度で比較してみたところ、有所見者の割合は低くなっています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約28%、糖尿病で5%ほどとなっており、その割合は448市町村と比較しても低くなっています。(図表22)

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

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
大町町	460	38.2	458	41.4	21	4.6	16	76.2	18	3.9	11	61.1	5	27.8	1	5.6
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者 A	J	J/I	K	K/実施者 B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
大町町	455	98.9	455	99.3	24	5.3	9	37.5	19	4.2	6	31.6	1	5.3	0	0.0
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典：ヘルスサポートラボツール

- ①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者
- ②中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

### ③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発生させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。大町町の特定健診結果において、H30年度とR04年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、H30年度は18.7%、R4年度は21.1%となっており、2項目、3項目ともに危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表23)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、翌年度の結果での改善率としてはHbA1c6.5以上23.2%と低く、Ⅱ度高血圧以上44.4%、LDL-C160以上54.4%と高くなっています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも4割程度存在し、結果が把握できていません。翌年度継続して受診している者で悪化している者の割合は減少しているので、継続して受診されるよう今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

(図表24～26)

図表23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者		予備群
		3項目	2項目	
H30年度	460 (38.2%)	86 (18.7%)	24 (5.2%)	66 (14.3%)
R04年度	418 (41.4%)	88 (21.1%)	26 (6.2%)	67 (16.0%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表24 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	50 (11.0%)	12 (24.0%)	16 (32.0%)	9 (18.0%)	13 (26.0%)
R03→R04	56 (12.3%)	13 (23.2%)	16 (28.6%)	7 (12.5%)	20 (35.7%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	21 (4.6%)	8 (38.1%)	2 (9.5%)	2 (9.5%)	9 (42.9%)
R03→R04	18 (3.9%)	8 (44.4%)	2 (11.1%)	1 (5.6%)	7 (38.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	58 (12.6%)	24 (41.4%)	14 (24.1%)	7 (12.1%)	13 (22.4%)
R03→R04	57 (12.4%)	↑ 31 (54.4%)	11 (19.3%)	3 (5.3%)	12 (21.1%)

出典:ヘルスサポートラボツール

#### ④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

大町町の特定健診受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響が出てくることも考え、R3年度より特定健診受診率向上の対策として、受診勧奨通知、受診者を対象に抽選を行うキャンペーン等を実施し、令和4年度に43.8%まで伸びました。しかし、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表27)またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50代は特に低い状況が続いています。(図表28)

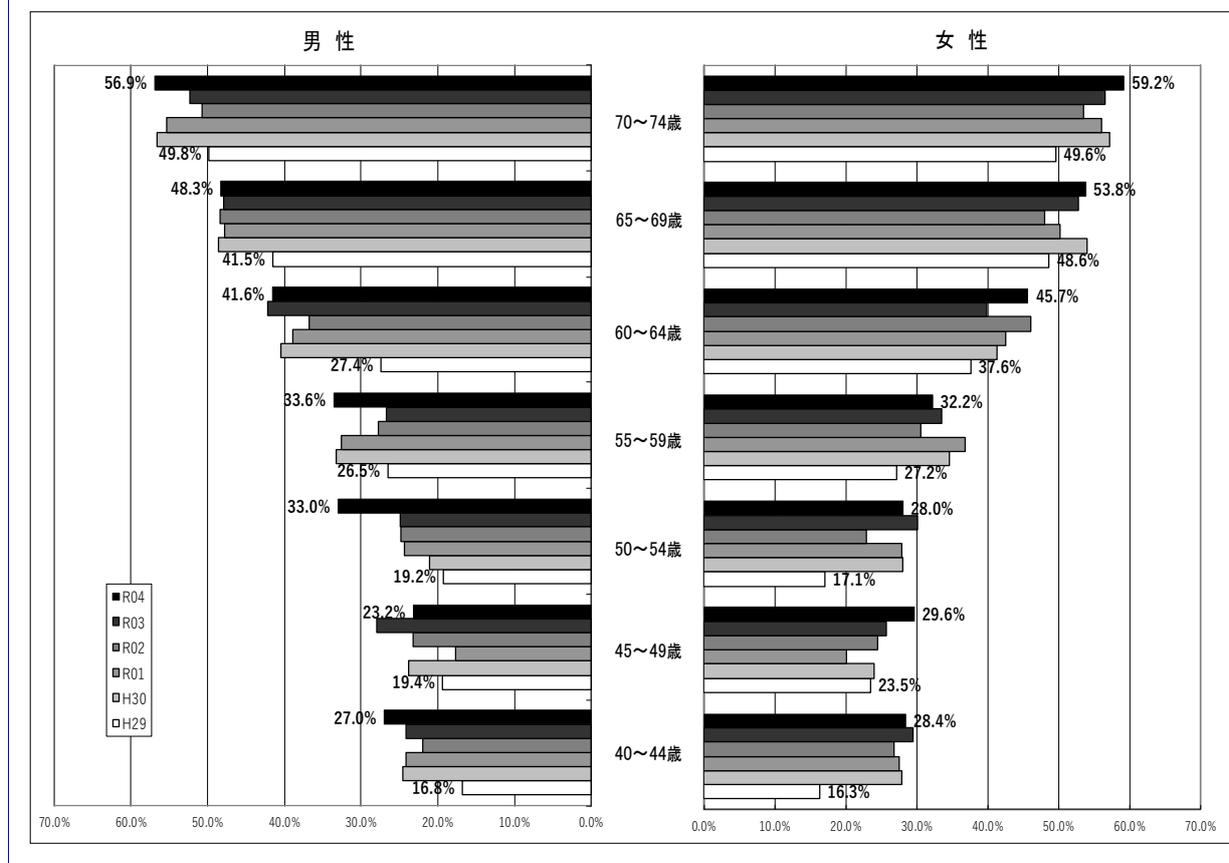
特定保健指導についても、R2年度以降、大きく実施率が下がってきました。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	435	438	395	444	440	健診受診率 60%
	受診率	36.1%	37.6%	34.1%	↑ 40.4%	↑ 43.8%	
特定保健指導	該当者数	55	47	46	51	52	特定保健指導 実施率 60%
	割合	12.6%	10.7%	11.6%	11.5%	11.8%	
	実施者数	37	31	26	15	27	
	実施率	67.3%	66.0%	↓ 56.5%	↓ 29.4%	51.9%	

出典:特定健診法定報告データ

図 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

## 2) 主な個別事業の評価と課題

### (1) 重症化予防の取組み

#### ① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、R2 年度 45.9%と増加しているものの、R3 年度、R4 年度健診受診者が増加しており保健指導実施割合が減少しました。また、血糖値所見者割合、未治療・中断の割合も増加傾向にあります。

H30 年度からは HbA1c8%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきました。その結果、HbA1c8%以上の未治療者は、H30 年 1 人から R4 年は 0 人に減っています。しかし継続して、保健指導を実施し、治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援をおこないます。

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

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

例示表 1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	435	438	395	444	440
血糖値有所見者 *1	人(b)	50	51	37	59	60
	(b/a)	11.5%	11.6%	9.4%	13.3%	13.6%
保健指導実施者 *2	人(c)	20	18	17	18	17
	(c/b)	40.0%	35.3%	45.9%	↓ 30.5%	↓ 28.3%

\*1 HbA1c6.5%以上のもの

\*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

例示表 2 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 *1	人(a)	50	51	37	59	60
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *3	人(b)	10	7	6	11	11
	(b/a)	20.0%	13.7%	16.2%	18.6%	18.3%
受診した者	人(c)	3	0	3	5	5
	(c/b)	30.0%	0.0%	50.0%	45.5%	45.5%
治療開始した者	人(c)	3	0	3	5	5
	(c/b)	30.0%	0.0%	50.0%	45.5%	45.5%

\*3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

例示表 3 HbA1c8.0以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	435	438	395	444	440
HbA1c8.0%以上	人(b)	4	6	5	3	6
	(b/a)	0.9%	1.4%	1.3%	0.7%	1.4%
保健指導実施	人(c)	3	2	3	2	1
	(c/b)	75.0%	33.3%	60.0%	66.7%	16.7%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	1	1	0	1	0
	(b/a)	25.0%	16.7%	0.0%	33.3%	0.0%

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

② 生活習慣病重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約 4%の横ばいで、約6割が未治療者です。R4 年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者 10 人のうち、保健指導後、治療につながったものは、わずか 4 人(40.0%)でした。血圧Ⅲ度においては、3 人のうち 2 人が未治療者でした。

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。例示表 8 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第 3 層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。

また、高血圧の治療をしているいるにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が 37.5%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っています。

例示表 7 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	460	452	415	458	440	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	17	16	17	15	16	
	(b/a)	3.7%	3.5%	4.1%	3.3%	3.6%	
	治療あり	人(c)	4	10	12	8	6
		(c/b)	23.5%	62.5%	70.6%	53.3%	37.5%
	治療なし	人(d)	13	6	5	7	10
		(d/b)	76.5%	37.5%	29.4%	46.7%	62.5%
治療開始		人(e)	4	3	3	4	4
		(e/d)	30.8%	50.0%	60.0%	57.1%	40.0%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	3	4	1	3	3
		(f/a)	0.7%	0.9%	0.2%	0.7%	0.7%
	治療あり	人	0	3	1	2	1
	治療なし	人	3	1	0	1	2

例示表 8(図表75) 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04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 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化  
 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

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)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高血圧			
		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
	152	97 63.8%	45 29.6%	8 5.3%	2 1.3%
リスク第1層 予後影響因子がない	8 5.3%	C 7 7.2%	B 1 2.2%	B 0 0.0%	A 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	97 63.8%	C 66 68.0%	B 25 55.6%	A 5 62.5%	A 1 50.0%
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	47 30.9%	B 24 24.7%	A 19 42.2%	A 3 37.5%	A 1 50.0%

区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	29 19.1%
B 概ね1ヵ月後に再評価	50 32.9%
C 概ね3ヵ月後に再評価	73 48.0%

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

(2)ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導(令和6年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規程されることも大きい。」とされています。

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

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、周知を行いました。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)	
			初年度 H30	中間評 価 R2	最終評 価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	3.4%	1.5%	0.8%	KDBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.2%	1.5%	1.7%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	12.5%	0.0%	0.0%		
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	33.0%	34.2%	37.2%	KDBシステム ヘルスサポートラボ ツール 子育て・健康課
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	23.1%	4.8%	3.8%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL140以上)	12.6%	29.4%	25.1%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	13.3%	13.3%	14.4%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	60.0%	27.3%	22.0%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	26.0%	24.0%	22.1%	
	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	36.1	34.1	43.8	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	67.3	56.5	51.9		
		特定保健指導対象者の割合の減少	12.6	11.6	11.0		
	努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	10.8	15.0	16.7	地域保健事業報告  (R04年度データがないため、R03年度を記載)
肺がん検診受診者の増加			17.9	15.4	14.1		
大腸がん検診受診者の増加			19.7	17.0	14.9		
子宮がん検診受診者の増加			15.9	21.3	17.9		
乳がん検診受診者の増加			27.5	30.7	29.5		
自己の健康に関心を持つ住民が増える		健康ポイントの取り組みを行う実施者の割合の増加	98.4	86.9	88.4	町民課	
後発医薬品の使用により、医療費の削減		後発医薬品の使用割合 80%以上	79.4%	85.6%	86.7%	厚生労働省	

### 3) 第2期データヘルス計画に係る考察

#### 【考察】

第2期データヘルス計画での重点的に取り組む保健事業は、中間評価でも記載していたように人工透析を導入していた者や生活習慣病の合併症での医療費の増加抑制を考えた際に、高血圧や糖尿病の重症化予防に力を入れていく事としていました。

現在、大町町では医療費が増加傾向にあり、急激な医療費の減少は現実的に見込めないため、時間をかけてでも医療費の増加を抑えていくためには、まず、健診未受診者に特定健診を受診するように働きかけを行い、予防可能な疾病があれば発見し、その疾病の重症化を防ぐことだと考えます。

第2期データヘルス計画期間中の取り組みと評価として

#### ① 特定健診未受診者勧奨事業

大町町は、特定健診開始年度の H20 年度から受診率が低くありました。そこで、これまでの取り組みでは、変化が見られないという事で、R3 年度から健診受診勧奨を委託し、経年的な受診のパターンを分析して、パターンに応じた受診勧奨通知を作成して対象者へ案内しました。

また、同年度から特定健診を受診した者に抽選で商品券や図書カードなどが当たる健診受診のキャンペーンを実施しました。

その結果新型コロナウイルス感染症の影響を受けているにもかかわらず、R4 年度の健診受診率は 43.8%と H30 年度の 36.0%より増加しました。

第3期に向けても、健診対象者へのインセンティブの提供に取り組んでいく計画です。

#### ② 特定保健指導

第2期データヘルス計画中に、保健指導を委託している事業者が変更になり、更に新型コロナウイルス感染症の影響を受け、面談がしづらくなり R3 年度 29.4%と保健指導実施率が低下しました。R5 年度から、特定保健指導の実施方法を見直し、新たな方法で取り組んでいるところです。

#### ③ 生活習慣病重症化予防事業

生活習慣病重症化において発症する脳卒中、心筋梗塞、人工透析等のハイリスク者を抽出し、生活習慣の改善や、重症化の予防に向けた保健指導を行っています。

特定健診受診者の中で、医療機関受診が必要な者の割合は 33.0%であり、医療機関受診につなげる必要があります。

#### ④ 糖尿病性腎症重症化予防

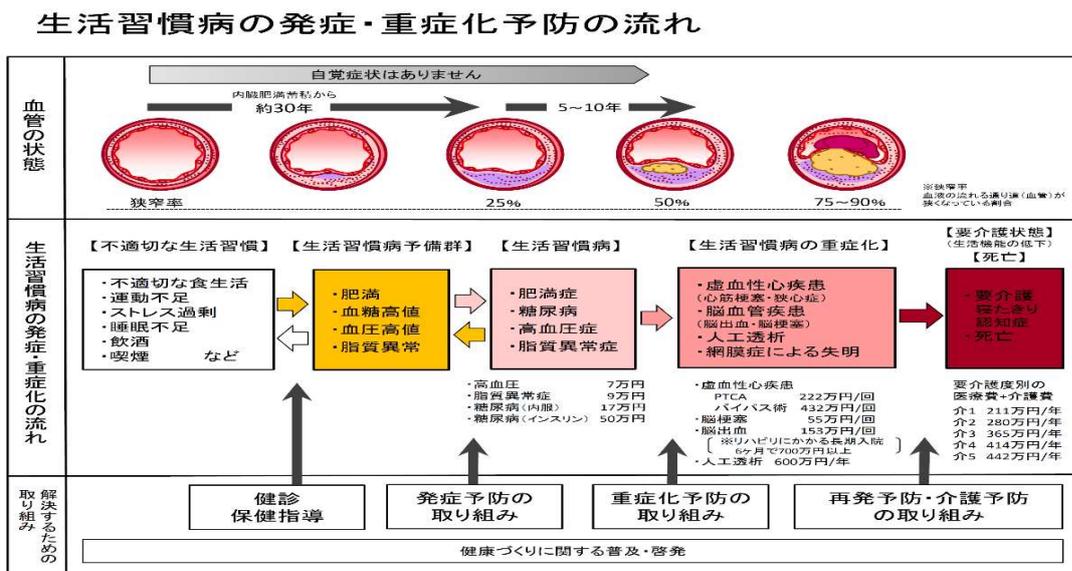
糖尿病性腎症重症化予防において、R3 年度、R4 年度健診受診者が増加していることもあり、血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、減少しました。また、血糖値有所見者割合、未治療・中断の割合も増加傾向にあるため、継続して、重症化の予防に向けた保健指導を実施し、治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行っていく必要があります。

### 3. 第3期における健康課題の明確化

#### 1) 基本的な考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



#### 2) 健康課題の明確化

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

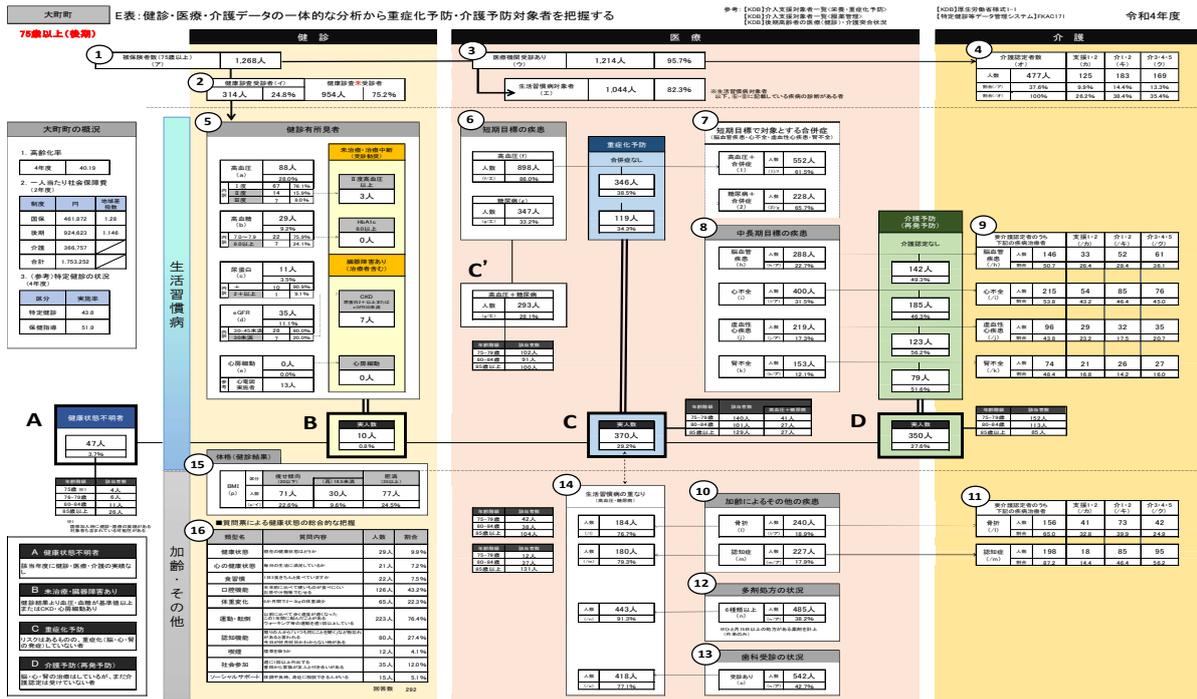
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、大町町国保及び佐賀県後期高齢者医療広域連合は、図表 31 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

なお、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期: R04年度	
被保険者数	1,602人	1,565人	1,562人	1,475人	1,409人	1,249人	
総件数及び総費用額	件数	16,957件	16,089件	15,577件	15,723件	15,499件	21,112件
	費用額	7億4034万円	7億0132万円	7億2144万円	7億1254万円	8億4566万円	13億3815万円
一人あたり医療費	46.2万円	44.8万円	46.2万円	48.3万円	60.0万円	107.1万円	

出典: ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費(月額)	中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
			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	大町町	8億4566万円	48,741	4.02%	0.41%	0.75%	1.71%	4.08%	2.04%	1.76%	1億2496万円	14.8%	17.2%	9.25%	12.56%
	同規模	---	30,571	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	---	19.3%	16.8%	7.98%	9.27%
	県	---	35,091	5.37%	0.29%	2.15%	1.04%	4.89%	2.99%	1.93%	---	18.7%	14.4%	10.73%	8.87%
	国	---	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	---	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	大町町	13億3815万円	89,055	3.42%	0.15%	3.71%	1.06%	3.74%	2.41%	1.02%	2億0754万円	15.5%	10.5%	5.91%	12.3%
	同規模	---	68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	---	18.8%	10.3%	3.53%	12.4%
	県	---	84,251	4.29%	0.42%	4.62%	1.00%	3.61%	3.08%	1.27%	---	18.3%	9.2%	4.85%	13.6%
	国	---	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	---	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典: KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	60人	56人	61人	65人	91人	179人
	件数	B	105件	102件	112件	115件	170件	324件
		B/総件数	0.62%	0.63%	0.72%	0.73%	1.10%	1.53%
	費用額	C	1億4472万円	1億3700万円	1億6759万円	1億5218万円	2億3827万円	4億1803万円
C/総費用		19.5%	19.5%	23.2%	21.4%	28.2%	31.2%	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度							
脳血管疾患	人数	D	3人	2人	3人	5人	2人	15人						
		D/A	5.0%	3.6%	4.9%	7.7%	2.2%	8.4%						
	件数	E	9件	11件	3件	5件	2件	34件						
		E/B	8.6%	10.8%	2.7%	4.3%	1.2%	10.5%						
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%	
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%	
		50代	0	0.0%	5	45.5%	1	33.3%	0	0.0%	75-80歳	1	2.9%	
		60代	6	66.7%	0	0.0%	2	66.7%	4	80.0%	80代	22	64.7%	
		70-74歳	3	33.3%	6	54.5%	0	0.0%	1	20.0%	2	100.0%	90歳以上	11
	費用額	F	1045万円	1647万円	774万円	701万円	254万円	3571万円						
		F/C	7.2%	12.0%	4.6%	4.6%	1.1%	8.5%						

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

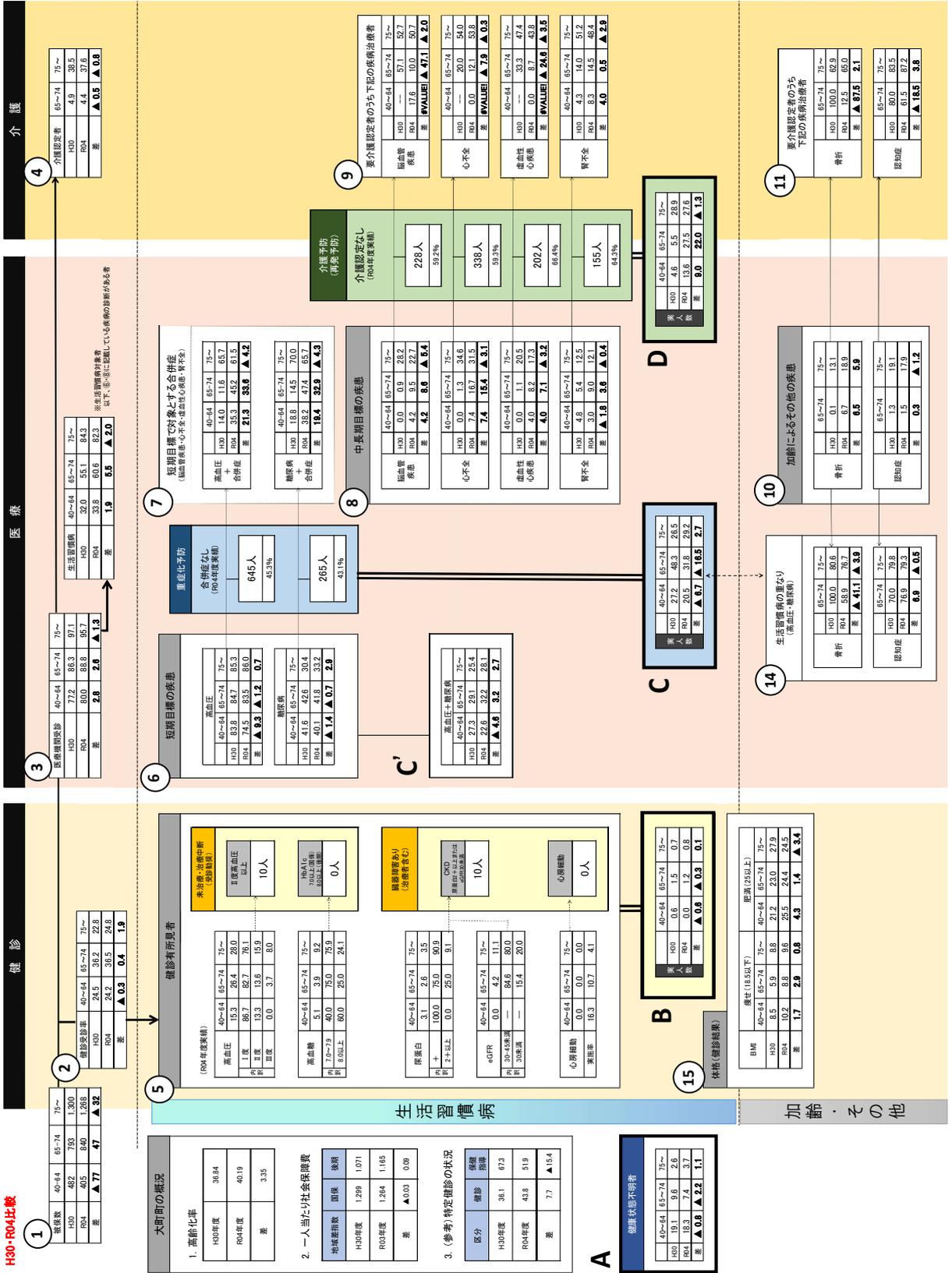
対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度							
虚血性心疾患	人数	G	1人	3人	2人	1人	4人	4人						
		G/A	1.7%	5.4%	3.3%	1.5%	4.4%	2.2%						
	件数	H	1件	3件	3件	1件	5件	5件						
		H/B	1.0%	2.9%	2.7%	0.9%	2.9%	1.5%						
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%	
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%	
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	1	20.0%	
		60代	1	100.0%	1	33.3%	2	66.7%	0	0.0%	80代	1	20.0%	
		70-74歳	0	0.0%	2	66.7%	1	33.3%	1	100.0%	5	100.0%	90歳以上	3
	費用額	I	195万円	366万円	786万円	179万円	771万円	1557万円						
		I/C	1.3%	2.7%	4.7%	1.2%	3.2%	3.7%						

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析

大町町 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

H30・R04比較



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)					
		被保険者数			特定健診		後期高齢者健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64		65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64
H30	38.5	482	793	1,300	24.5	36.2	22.8	8.5	5.9	8.8	21.2	23.0	27.9
R04	37.6	405	840	1,268	33.3	48.2	24.8	10.2	8.8	9.6	25.5	24.4	24.5

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動											
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-							
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%					
H30	5	4.2	(3)	17	5.9	(7)	12	4.0	(3)	3	2.5	(0)	18	6.3	(2)	3	1.0	(0)	0	--	3	1.0	7	2.4	0	--	0	--	0	--
R04	2	2.0	(0)	14	4.6	(7)	21	6.7	(3)	5	5.1	(0)	12	3.9	(0)	7	2.2	(0)	0	--	3	1.0	7	2.2	0	--	0	--	0	--

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦							
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症							
	高血圧		糖尿病		C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症												
40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	77.2	86.3	97.1	32.0	55.1	84.3	83.8	84.7	85.3	41.6	42.6	30.4	27.3	29.1	25.4	14.0	11.6	65.7	18.8	14.5	70.0		
R04	80.0	88.8	95.7	33.8	60.6	82.3	74.5	83.5	86.0	40.1	41.8	33.2	22.6	32.2	28.1	35.3	45.2	61.5	38.2	47.4	65.7		

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 41 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者数)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	
H30	0.0	0.9	28.2	0.0	1.1	20.5	0.0	1.3	34.6	4.8	5.4	12.5	--	57.1	52.7	--	33.3	47.4	--	20.0	54.0	4.3	14.0	51.2
R04	4.2	9.5	22.7	4.0	8.2	17.3	7.4	16.7	31.5	3.0	9.0	12.1	17.6	10.0	50.7	0.0	8.7	43.8	0.0	12.1	53.8	8.3	14.5	48.4

図表 42 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	
H30	100.0	80.6	70.0	79.8	0.1	13.1	1.3	19.1	100.0	62.9	80.0	83.5
R04	58.9	76.7	76.9	79.3	6.7	18.9	1.5	17.9	12.5	65.0	61.5	87.2

出典：ヘルスサポートラボツール

### (3)健康課題の明確化(図表 32~42)

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は令和3年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり100万円を超え、国保の約2倍も高い状況です。(図表 32)

大町町は、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ため、短期的目標疾患の糖尿病及の総医療費に占める割合は4%と、同規模と比べて約2%低くなっていますが、中長期目標の疾患の腎不全の医療費に占める割合は、国保において、同規模、県、国と比べて高い状況です。(図表 33)

高額レセプトについては、国保においては毎年約110件前後のレセプトが発生していましたが、令和4年度は170件と増大しています。後期高齢になると、約2倍に増えています。

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和元年度が一番多く11件で、1,600万円以上の費用がかかっていましたが、令和4年度は2件と件数が減り、費用額も約260万円と減っています。しかし、後期高齢においては、34件発生し、約3,600万円弱の費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 34、35)

健診・医療・介護のデータをH30年度とR4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表38の①被保険者数は、65歳~74歳は増えていることが分かります。今後この被保険者が後期高齢者に移行し増えていくことになります。

⑮の体格をみると、40~64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が4ポイントと高くなってきています。図表39 健診有所見の状況を見ると、後期高齢者での高血圧、HbA1cが高値で未治療者が増えてきているので、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表40の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、40~74歳で高血圧、糖尿病共にH30年度と比較しR4年度は2~4倍の割合で高くなっています。

図表41の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、脳血管、虚血性心疾患、心不全は40~74歳で増大しており、腎不全においては65~74歳の割合が増えてきています。

#### (4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全）に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。第 2 期データヘルス計画の中間評価時にも健康課題として重点的に取り組む疾患として高血圧や糖尿病があり、早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

### 3) 目標の設定

#### (1) 成果目標

##### ① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておきます。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 43)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

##### ② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

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

##### ③ 短期的な目標の設定

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

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

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、

個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2) 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	定義 (データの抽出先)	実績			目標値		データの 把握方法  (活用データ年度)	
				初期値 R6	中間評価 R8	最終評価 R11	中間目標値 R6	最終目標値 R11		
				(R4)	(R7)	(R10)	(R7)	(R10)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	データヘルス計画支援ツール (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)	0.8			0.8	0.8	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持		1.7			1.7	1.7	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持		4.0			4.0	4.0	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	データヘルス計画支援ツール (集団の疾患特徴の把握)	0.0			0.0	0.0	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	KDBシステム	0.0			0.0	0.0	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少		37.2			35.0	33.0	KDBシステム ヘルスサポート ラボツール 子育て・健康課
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)		3.8			3.5	3.5	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	保健指導実践ツール (集計ツール)	11.5			11.0	11.0	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)		14.4			14.0	13.5	
			★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少		1.4			1.0	0.8	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	KDBシステム	22.0			23.0	24.0	
	アウトプット	特定健診実施率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診実施率60%以上	法定報告値 (特定健診等データ管理システム)	43.8			47.0	57.0	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上		51.9			60.0	68.0	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(※)	※分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくった者の数(昨年度の特定保健指導の利用者数)	0.0			3.0	5.0	
	援努力度支	その他	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の維持	厚生労働省報告	86.7			87.0	87.0

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としていたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

### 2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	45%	47%	50%	53%	57%	60%以上
特定保健指導実施率	55%	60%	63%	65%	68%	70%以上

### 3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	1010人	930人	850人	770人	690人	610人
	受診者数	455人	437人	425人	408人	393人	366人
特定保健指導	対象者数	53人	51人	50人	48人	46人	43人
	受診者数	29人	31人	32人	31人	31人	30人

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と大町町国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

- ① 集団健診(大町町総合福祉保健センター)
- ② 個別健診(委託医療機関、武雄杵島地区医師会検診センター)

#### (2)特定健診委託基準

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

#### (3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、大町町のホームページに掲載する。

(参照) URL : <https://www.town.omachi.lg.jp>

#### (4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定にかえられます。(実施基準第 1 条第 4 項)

図表 46 特定健診検査項目(例示)

#### ○大町町特定健診検査項目

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

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

(5)実施時期

7月から翌年3月末まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、佐賀県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。

図表 47 特定健診実施スケジュール(例示)

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

## 5. 特定保健指導の実施

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

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導

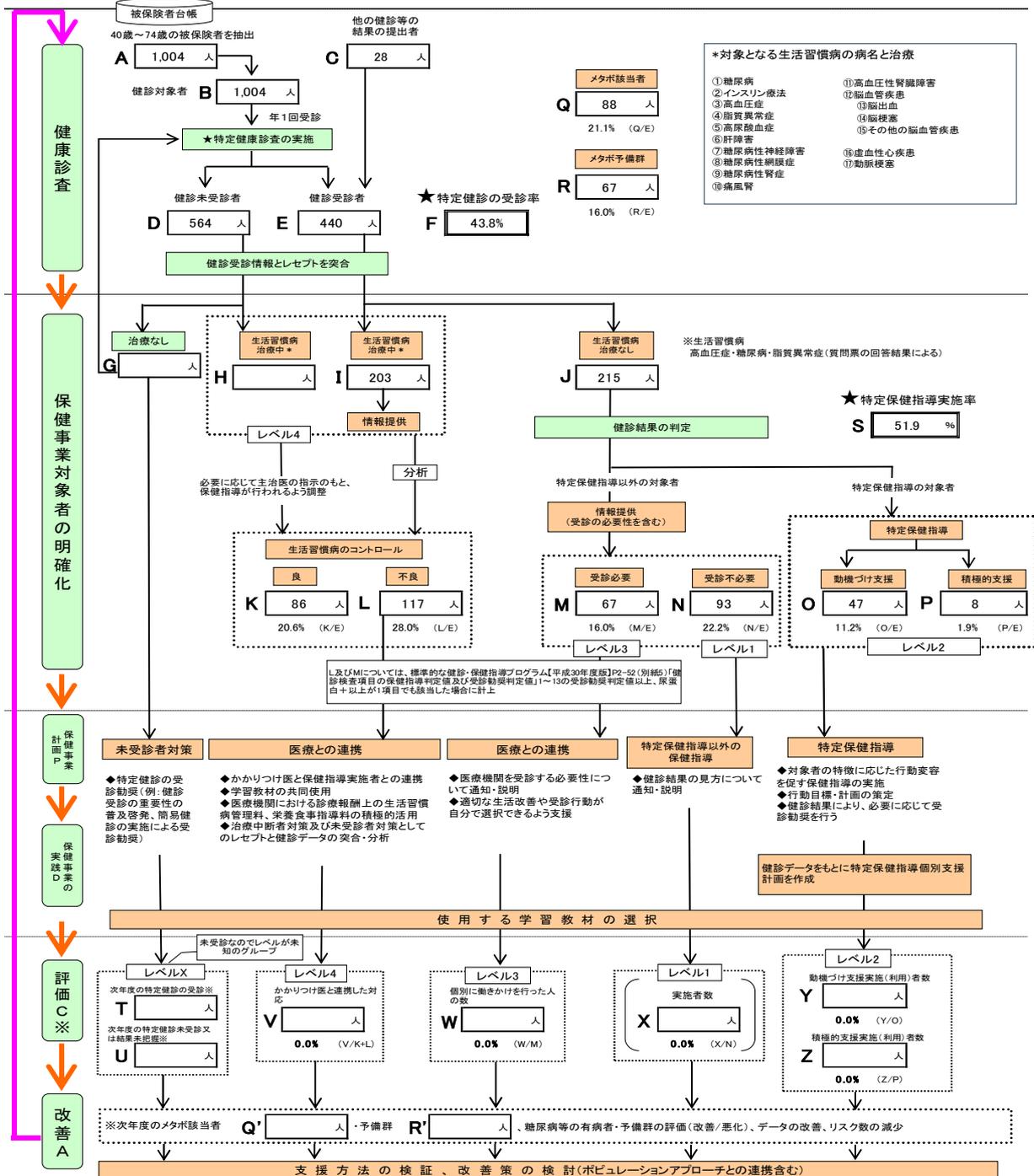
対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)

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

様式5-5

令和04年度



(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 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	55人 (12.5%)	70%
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	67人 (15.2%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	564人 ※受診率目標達成まであと163人	40%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	93人 (21.1%)	25%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	203人 (46.1%)	50%

出典:ヘルサポートラボツール

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かったの進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

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

## 6. 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

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

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

### (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

## 7. 結果の報告

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

## 8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、大町町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

## 第4章 課題解決するための個別保健事業

### I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。

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

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

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

佐賀県の市町国保においては、R9年度に国民健康保険の保険税率を一本化することに伴い、大町町として実施している保健事業について、標準化を進める必要があります。これは、被保険者にとって、同一所得・同一世帯であれば県内どの市町に住所を有していても同じ税率・税額となるため、被保険者が受けられるサービス水準に非合理的な差があると不公平であること、大町町にとっても、医療費水準が勘案されない納付金となるため、保険税率一本化後も医療費適正化に向けたインセンティブが働く仕組みの構築が必要であるためです。そのため、今後 R9 年度に向けて、「標準的保健事業検討委員会」及び「医療費適正化勉強会」において、大町町として実施している保健事業について、標準化を進める事業の内容、基準、財源及び各事業の評価指標等を整理していくこととします。

## II. 重症化予防の取組

大町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対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、141人(33.7%)です。そのうち治療なしが41人(19.1%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が14人です。

また、大町町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、41人中24人のため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 51 脳・心・腎を守るために

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

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)															
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(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)		440人 43.8%															
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 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%)    アテローム血栓性脳塞栓・塞栓 (33.2%) <small>脳卒中データリンク 2015より</small>		心筋梗塞    労作性狭心症    安静狭心症				■各疾患の治療状況															
							<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>治療中</th> <th>治療なし</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>高血圧</td> <td>147</td> <td>271</td> </tr> <tr> <td>脂質異常症</td> <td>119</td> <td>299</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>37</td> <td>379</td> </tr> <tr> <td>3疾患 いずれも</td> <td>203</td> <td>215</td> </tr> </tbody> </table> <small>※問診結果による</small>		治療中	治療なし	高血圧	147	271	脂質異常症	119	299	糖尿病	37	379	3疾患 いずれも	203	215
	治療中	治療なし																				
高血圧	147	271																				
脂質異常症	119	299																				
糖尿病	37	379																				
3疾患 いずれも	203	215																				
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/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者															
該当者数	16    3.8%	0    0.0%	13    3.1%	10    2.4%	88    21.1%	34    8.1%	24    5.7%	141    33.7%														
治療なし	10    3.7%	0    0.0%	12    4.0%	9    3.0%	16    7.4%	21    5.5%	6    2.8%	41    19.1%														
(再掲) 特定保健指導	5    31.3%	0    --	4    30.8%	5    50.0%	16    18.2%	6    17.6%	1    4.2%	24    17.0%														
治療中	6    4.1%	0    0.0%	1    0.8%	1    0.8%	72    35.5%	13    35.1%	18    8.9%	100    49.3%														
臓器障害 あり	7    70.0%	0    --	2    16.7%	0    0.0%	3    18.8%	1    4.8%	6    100.0%	14    34.1%														
CKD(専門医対象者)	1	0	1	0	0	1	6	6														
心電図所見あり	7	0	1	0	3	0	1	9														
臓器障害 なし	3    30.0%	--	10    83.3%	9    100.0%	13    81.3%	20    95.2%	--	--														

出典:ヘルサポータルツール

# 1. 糖尿病性腎症重症化予防

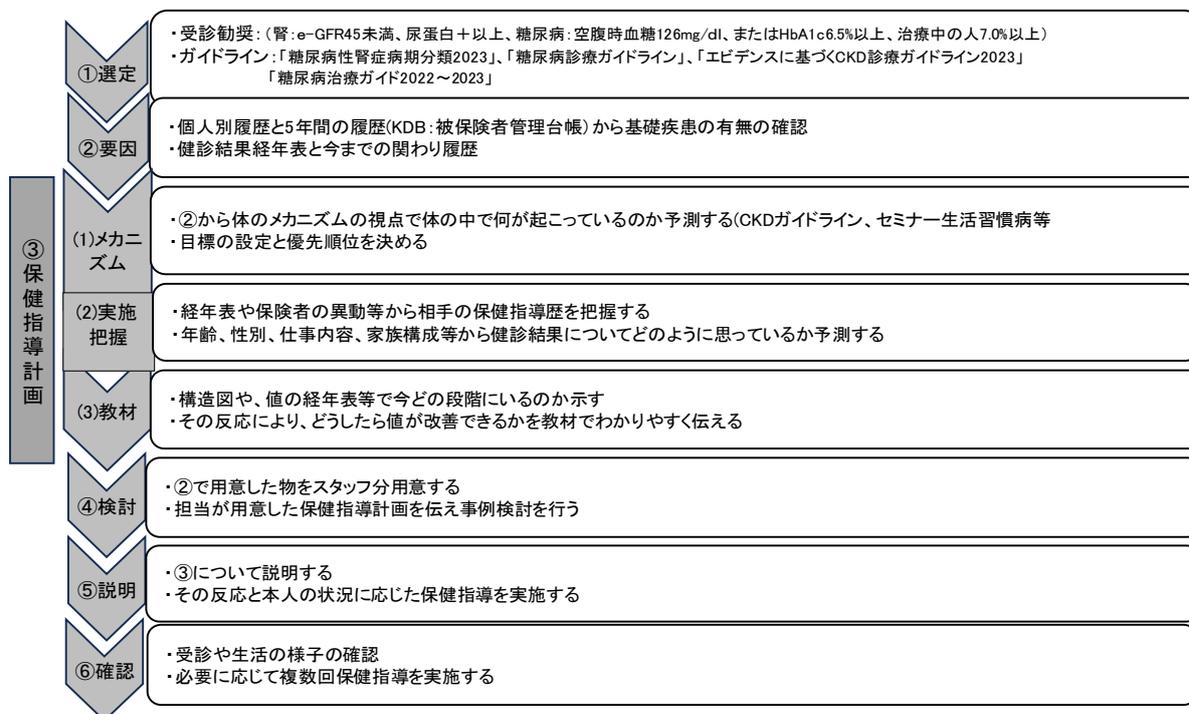
## 1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

- (1) 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、A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。

- ① 医療機関未受診者

- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
- ア. 糖尿病性腎症で通院している者
- イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

## (2) 選定基準に基づく該当者の把握

### ① 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会・糖尿病性腎症病期分類改訂ワーキンググループ)を基盤とします。

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類 2023 <sup>注1</sup>		
病 期	尿中アルブミン・クレアチニン比(UACR, mg/g) あるいは 尿中蛋白・クレアチニン比(UPCR, g/g)	推算糸球体濾過量 <sup>注3</sup> (eGFR, ml/分/1.73m <sup>2</sup> )
正常アルブミン尿期(第1期) <sup>注2</sup>	UACR30未満	30以上
微量アルブミン尿期(第2期) <sup>注4</sup>	UACR30~299	30以上
顕性アルブミン尿期(第3期) <sup>注5</sup>	UACR300以上あるいはUPCR0.5以上	30以上
GFR高度低下・末期腎不全期(第4期)	問わない	30未満
腎代替療法期(第5期)	透析療法中あるいは腎移植後	

注1: 糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。また評価の際には、腎症病期とともに、慢性腎臓病(CKD)重症度分類も併記することが望ましい。  
注2: 正常アルブミン尿期は糖尿病性腎症の存在を否定するものではなく、この病期でも糖尿病性腎症に特有の組織変化を呈している場合がある。  
注3: eGFR60mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外のCKDが存在しうるため、他のCKDとの鑑別診断が必要である。なお血清クレアチニンに基づくeGFRの低下を認めた場合、血清シスチンCに基づくeGFRを算出することで、より正確な腎機能を評価できる場合がある。  
注4: 微量アルブミン尿を認めた患者では、糖尿病性腎症早期診断基準にしたがって鑑別診断を行ったうえで、微量アルブミン尿期と診断する。微量アルブミン尿は糖尿病性腎症の早期診断に必須のバイオマーカーであるのみならず、顕性アルブミン尿への移行及び大血管障害のリスクである。GFR60mL/分/1.73m<sup>2</sup>以上であっても微量アルブミン尿の早期発見が重要である。  
注5: 顕性アルブミン尿の患者では、eGFR60mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満からGFRの低下に伴い腎イベント(eGFRの半減、透析導入)が増加するため注意が必要である。

糖尿病性腎症病期分類 2023 では、尿中アルブミン・クレアチニン比(第3期では尿中蛋白・クレアチニン比)及び推算糸球体濾過量(eGFR)で把握していきます。

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

### ② 基準に基づく該当者数の把握

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

A市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、255人(34.9%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者 1,822人のうち、特定健診受診者が 476人(65.1%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者 1,346人(73.9%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表 54 より大町町においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・23人

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・15人  
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

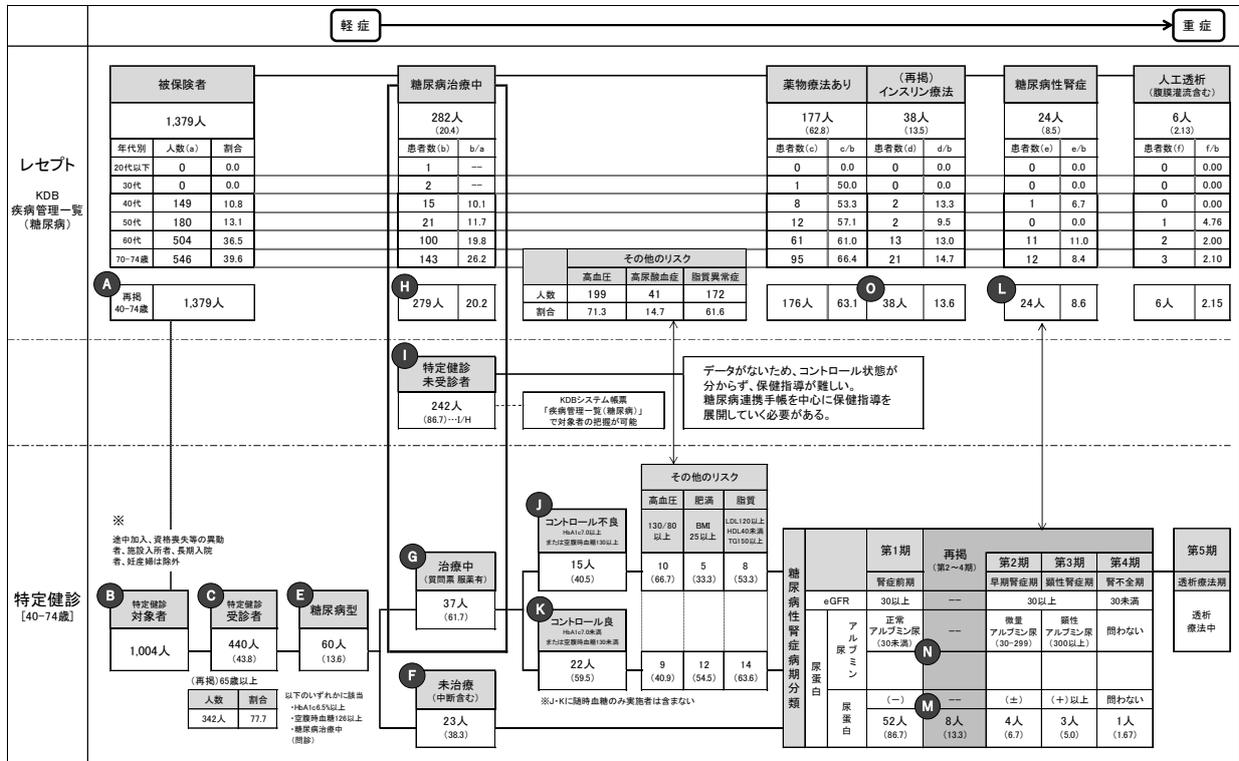
【保健指導】

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

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



出典：ヘルスサポートラボツール

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。大町町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます。

図表 55 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	
<b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b>	<b>2 高血糖を解決するための食</b>
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始めます
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	<b>3 薬物療法</b>
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグロコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアソリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	<b>4 参考資料</b>
1-21 糖尿病治療の進め方	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・薬品・服薬継続率・コストのまとめ
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	

## (2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

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

## 4) 医療との連携

### (1) 医療機関未受診者について

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

### (2) 治療中の者への対応

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

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

### 短期的評価

#### ①受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

#### ②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
- HbA1c の変化

○eGFR の変化 (1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m<sup>2</sup>以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 56 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	大町町										同規模保険者(平均)		データ基
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
		実数	割合	実数	割合									
1 ① 被保険者数	A	1,712人		1,599人		1,590人		1,566人		1,486人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
② (再掲)40-74歳		1,406人		1,334人		1,325人		1,320人		1,249人				
2 ① 対象者数	B	1,204人		1,165人		1,159人		1,100人		1,004人				
② 特定健診														
③ 受診者数	C	460人		452人		415人		458人		440人				市町村国民 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書
④ 受診率		38.2%		38.8%		35.8%		41.6%		43.8%				
3 ① 特定 保健指導														
② 対象者数		55人		47人		46人		51人		52人				
③ 実施率		67.3%		66.0%		56.5%		29.4%		51.9%				
4 ① 糖尿病型	E	61人	13.3%	72人	15.9%	55人	13.3%	72人	15.7%	60人	14.4%			
② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	25人	41.0%	30人	41.7%	21人	38.2%	30人	41.7%	23人	38.3%			
③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	36人	59.0%	42人	58.3%	34人	61.8%	42人	58.3%	37人	61.7%			
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	18人	50.0%	14人	33.3%	12人	35.3%	19人	45.2%	15人	40.5%			
⑤ 血圧 130/80以上		9人	50.0%	5人	35.7%	5人	41.7%	6人	31.6%	10人	66.7%			
⑥ 肥満 BMI25以上		8人	44.4%	5人	35.7%	6人	50.0%	10人	52.6%	5人	33.3%			
⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	18人	50.0%	28人	66.7%	22人	64.7%	23人	54.8%	22人	59.5%			
⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	56人	91.8%	65人	90.3%	49人	89.1%	64人	88.9%	52人	86.7%			
⑨ 第2期 尿蛋白(±)		3人	4.9%	5人	6.9%	2人	3.6%	3人	4.2%	4人	6.7%			
⑩ 第3期 尿蛋白(+)		2人	3.3%	2人	2.8%	4人	7.3%	4人	5.6%	3人	5.0%			
⑪ 第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	1.7%			
5 ① 糖尿病受療率(被保険者対)		125.0人		131.3人		124.5人		131.5人		129.9人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
② (再掲)40-74歳(被保険者対)		150.1人		156.7人		147.9人		155.3人		152.9人				
③ レセプト件数 (40-74歳)		1,476件	(1106.4)	1,429件	(1099.2)	1,356件	(1034.3)	1,382件	(1107.4)	1,241件	(1050.8)	319,711件	(930.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
④ 入院外(件数)		11件	(8.2)	6件	(4.6)	8件	(6.1)	6件	(4.8)	5件	(4.2)	1,521件	(4.4)	
⑤ 入院(件数)														
⑥ 糖尿病治療中	H	214人	12.9%	210人	13.1%	198人	12.5%	206人	13.2%	193人	13.0%			
⑦ (再掲)40-74歳		211人	15.0%	209人	15.7%	196人	14.8%	205人	15.5%	191人	15.3%			
⑧ 健診未受診者	I	175人	82.9%	173人	82.8%	162人	82.7%	163人	79.5%	154人	80.6%			
⑨ インスリン治療	O	22人	10.3%	24人	11.4%	15人	7.6%	18人	8.7%	15人	7.8%			
⑩ (再掲)40-74歳		22人	10.4%	24人	11.5%	15人	7.7%	18人	8.8%	15人	7.9%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2
⑪ 糖尿病性腎症	L	15人	7.0%	15人	7.1%	11人	5.6%	17人	8.3%	13人	6.7%			
⑫ (再掲)40-74歳		15人	7.1%	15人	7.2%	11人	5.6%	17人	8.3%	13人	6.8%			
⑬ 慢性人工透析患者数 (糖尿病併発中に占める割合)		4人	1.9%	4人	1.9%	5人	2.5%	6人	2.9%	5人	2.6%			
⑭ (再掲)40-74歳		4人	1.9%	4人	1.9%	5人	2.6%	6人	2.9%	5人	2.6%			
⑮ 新規透析患者数		2		1		1		0		1				
⑯ (再掲)糖尿病性腎症		0		1		1		0		0				
⑰ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病併発中に占める割合)		5人	1.9%	6人	2.3%	9人	3.7%	6人	2.5%	3人	1.2%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期
6 ① 総医療費		7億4034万円		7億0132万円		7億2144万円		7億1254万円		8億4566万円		6億7051万円		
② 生活習慣病総医療費		4億2895万円		3億8218万円		3億8769万円		3億7773万円		4億5651万円		3億5898万円		
③ (総医療費に占める割合)		57.9%		54.5%		53.7%		53.0%		54.0%		53.5%		
④ 生活習慣病 別患者 人数あり		4,420円		5,370円		4,284円		6,777円		7,678円		9,063円		
⑤ 健診受診者		4,420円		5,370円		4,284円		6,777円		7,678円		9,063円		
⑥ 健診未受診者		43,322円		36,045円		38,649円		35,298円		47,689円		37,482円		
⑦ 糖尿病医療費		4025万円		3838万円		3851万円		3714万円		3453万円		4061万円		
⑧ (生活習慣病総医療費に占める割合)		9.4%		10.0%		9.9%		9.8%		7.6%		11.3%		
⑨ 糖尿病入院外総医療費		1億0223万円		1億0894万円		1億2068万円		1億1571万円		1億2412万円				KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題
⑩ 1件あたり		36,048円		38,671円		44,433円		41,984円		46,715円				
⑪ 糖尿病入院総医療費		8304万円		7085万円		6863万円		9531万円		1億2302万円				
⑫ 1件あたり		553,601円		517,144円		508,396円		607,044円		715,222円				
⑬ 在院日数		19日		19日		19日		17日		18日				
⑭ 慢性腎不全医療費		2988万円		2546万円		2824万円		3801万円		3740万円		2783万円		
⑮ 透析有り		2401万円		2219万円		2525万円		3039万円		3397万円		2567万円		
⑯ 透析なし		587万円		327万円		298万円		761万円		343万円		216万円		
7 ① 介護 介護給付費		8億1520万円		8億6769万円		8億9122万円		8億8468万円		8億9297万円		8億6719万円		
② (2号認定者)糖尿病合併症		0件	0.0%	1件	14.3%	1件	14.3%	0件	0.0%	0件	0.0%			
8 ① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		2人	1.6%	2人	1.6%	0人	0.0%	1人	0.8%	0人	0.0%	622人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題

出典:ヘルスサポートラボツール

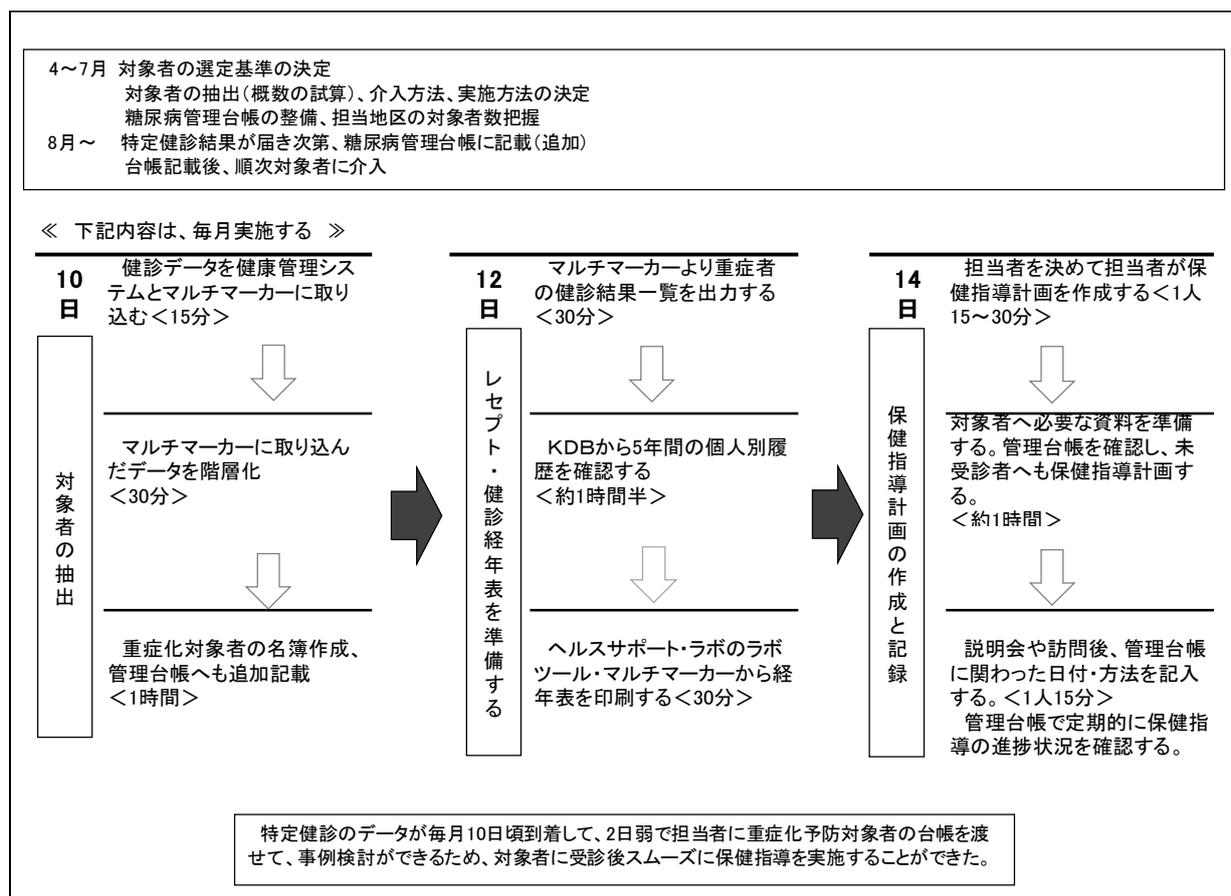
## 7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



## 2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

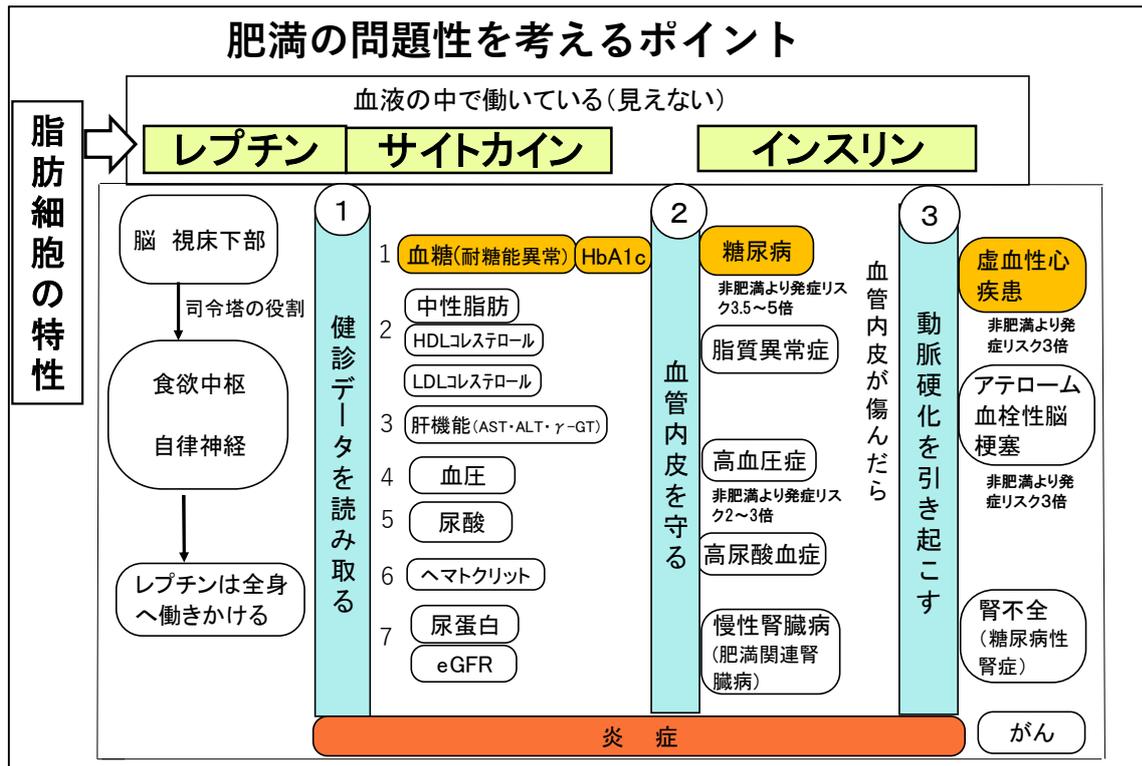
### 1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態であります。

「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の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病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、取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



## 2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59 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Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ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
総数	104	314	28	75	24	66	2	9	1	0	1	0
			26.9%	23.9%	23.1%	21.0%	1.9%	2.9%	1.0%	0.0%	1.0%	0.0%
再掲 男性	53	138	17	41	14	36	2	5	0	0	1	0
			32.1%	29.7%	26.4%	26.1%	3.8%	3.6%	0.0%	0.0%	1.9%	0.0%
女性	51	176	11	34	10	30	0	4	1	0	0	0
			21.6%	19.3%	19.6%	17.0%	0.0%	2.3%	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%

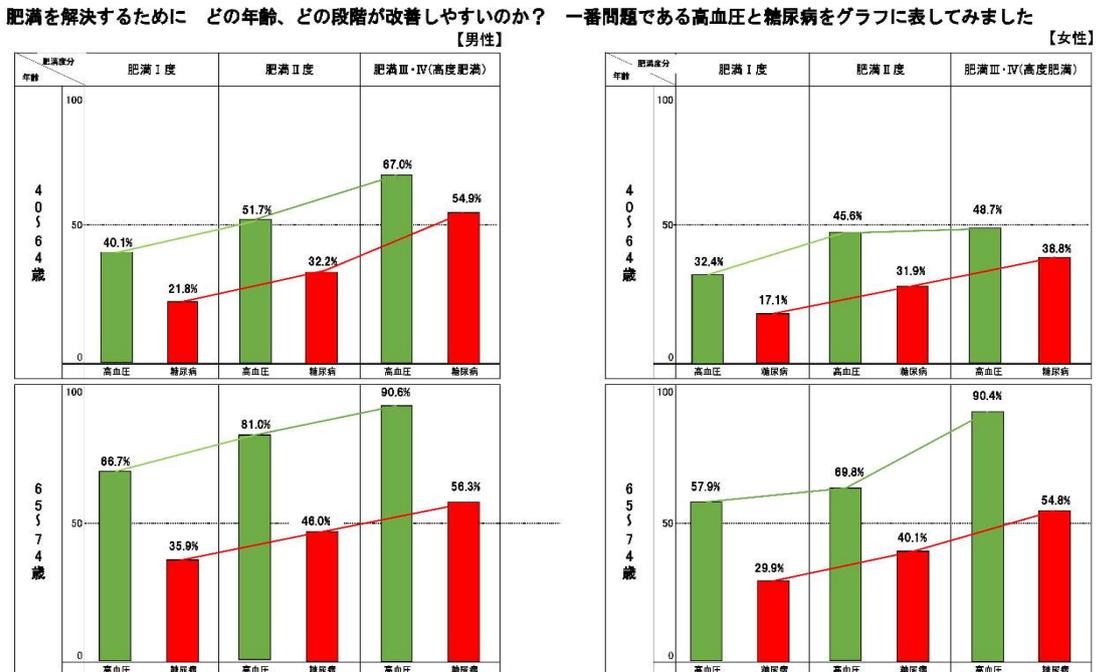
出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 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、効率がいいのかを科学的な根拠(EBM)「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。

① 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 60 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？



② 保健指導を実施した時の住民の声(意識)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 61 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

「肥満」になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

生活	肥満度 BMI	I 度	II 度	III 度	IV 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 ・お腹す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 ・食欲をコントロールできない
	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蠕動もおこるよ	・逆流性食道炎になった。
排泄	排便			・便秘になって大変	・便器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感じがしない ・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	・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に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 ・歩く足がしびれる	・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・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できない ・断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 ・身体が動かさづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸	・2~3年前から胸の変な感じがある ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動機あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグツと	・動機がする ・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るといわれた ・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するとバクバクする	・左を向いて寝ると動機が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・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	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・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。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している

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(肥満3度・4度)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、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、図表 61 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に図表 60 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が50%に満たない肥満I度で、若い年代(40~64歳)を対象とすることが効率的なことがわかります。

③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例(例示)

心・脳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	発症年齢	KDBから把握								介護	特定健診	転帰	
			レセプト											
			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	60代		●	●			●		●			メタボ	
2	男	60代	●		●			●		●	●		メタボ	死亡
3	男	50代	●					●	●	●		要介護2	メタボ	
4	男	50代		●		●		●	●	●	●		メタボ	
5	男	40代		●		●		●	●	●	●		メタボ	

### 3) 対象者の明確化

図表 63 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A	191	12	22	77	80	227	12	18	82	115	
メタボ該当者	B	61	2	5	29	25	27	0	2	9	16	
	B/A	31.9%	16.7%	22.7%	37.7%	31.3%	11.9%	0.0%	11.1%	11.0%	13.9%	
再掲	① 3項目全て	C	20	2	1	8	9	6	0	0	0	6
		C/B	32.8%	100.0%	20.0%	27.6%	36.0%	22.2%	--	0.0%	0.0%	37.5%
	② 血糖+血圧	D	9	0	1	3	5	1	0	1	0	0
		D/B	14.8%	0.0%	20.0%	10.3%	20.0%	3.7%	--	50.0%	0.0%	0.0%
	③ 血圧+脂質	E	30	0	2	17	11	17	0	1	7	9
		E/B	49.2%	0.0%	40.0%	58.6%	44.0%	63.0%	--	50.0%	77.8%	56.3%
	④ 血糖+脂質	F	2	0	1	1	0	3	0	0	2	1
		F/B	3.3%	0.0%	20.0%	3.4%	0.0%	11.1%	--	0.0%	22.2%	6.3%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 64 メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		人数	割合	あり	なし	あり	なし		あり	なし	あり	なし		
総数	191	61	31.9%	49	80.3%	12	19.7%	227	27	11.9%	23	85.2%	4	14.8%
40代	12	2	16.7%	1	50.0%	1	50.0%	12	0	0.0%	0	--	0	--
50代	22	5	22.7%	2	40.0%	3	60.0%	18	2	11.1%	1	50.0%	1	50.0%
60代	77	29	37.7%	24	82.8%	5	17.2%	82	9	11.0%	6	66.7%	3	33.3%
70~74歳	80	25	31.3%	22	88.0%	3	12.0%	115	16	13.9%	16	100.0%	0	0.0%

出典:ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 63)は、男性で50代から受診者の2~3割を超えるが、女性では50代・60代・70代で1割程度であるため、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、脂質異常症の治療状況(図表 64)は、男女とも8割以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、全員がメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。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合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

## (1) 対象者の選定基準の考え方

- ① 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者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ② 治療中の者へは、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(食事指導)を行います。
- ③ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

## 4) 保健指導の実施

### (1) 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 65 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
<b>もくじ</b>	
<b>1 国の施策</b>	<b>6 脂肪細胞の特性</b>
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
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	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
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～	6-6 食欲が抑えられない
<b>2 保健指導対象者の明確化</b>	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	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
2-2 おたずね	<b>7 健診データ・検査</b>
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	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
<b>3 肥満の症状</b>	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思えますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
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	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
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)	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？
3-5-1 膝が痛いよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかららないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	<b>8 食事療法</b>
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
<b>4 高度肥満</b>	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-2 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	<b>9 運動療法</b>
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	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといの？
<b>5 保健指導教材で減量できた事例</b>	9-2 体重測定
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	<b>10 参考資料</b>
5-2 住民の体重変化	

## (2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。大町町においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施を検討します。

### ◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①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)
- ②微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ③75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)



所見の中でも軸偏位が4人(17.4%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 67)

また、有所見者のうち要精査が5人(21.7%)で、その後の受診状況を見ると4人(80.0%)は未受診でした。(図表 68)。

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

図表 67 心電図検査結果

性別・年齢	心電図検査				所見内訳																
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
40~74歳	31	7.0	23	74.1	3	13.0	3	13.0	0	0.0	4	17.4	0	0.0	1	4.3	0	0.0	0	0.0	
内訳	男性	18	9.2	13	72.2	0	0.0	1	7.6	0	0.0	3	23.0	0	0.0	1	7.6	0	0.0	0	0.0
	女性	13	5.3	10	76.9	3	30.0	2	20.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

大町町調べ(マルチマーカーより出力)

図表 68 心電図有所見者の医療機関受診状況

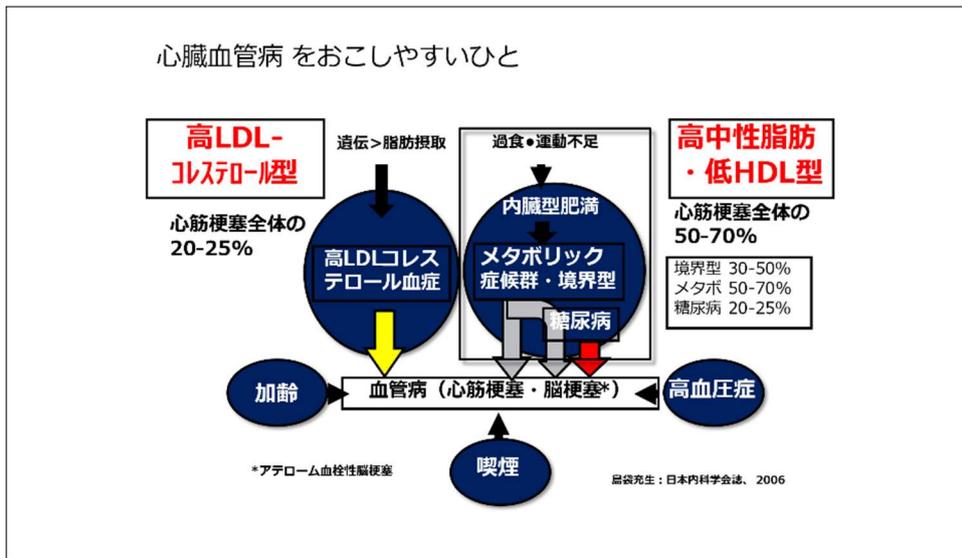
	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	23	5.2	5	21.7	1	20	4	80
男性	13	6.6	2	15.3	0	0.0	2	100.0
女性	10	4.0	3	23.0	1	33.3	2	66.6

大町町調べ(マルチマーカーより出力)

## ②心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 69)



図表 69 心血管病をおこしやすいひと

図表 69 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 63・64)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 70)

図表 70 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定 令和04年度

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

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL		健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別					
		120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳		
167		79	47	29	12	1	3	22	15		
		47.3%	28.1%	17.4%	7.2%	2.4%	7.3%	53.7%	36.6%		
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慮する	低リスク	160未満 (190未満)	15	10	4	0	1	0	0		
			9.0%	12.7%	8.5%	0.0%	8.3%	0.0%	33.3%	0.0%	
	中リスク	140未満 (170未満)	92	45	26	15	6	0	1	16	4
			55.1%	57.0%	55.3%	51.7%	50.0%	0.0%	33.3%	72.7%	26.7%
	高リスク	120未満 (150未満)	58	24	17	13	4	0	1	5	11
		34.7%	30.4%	36.2%	44.8%	33.3%	0.0%	33.3%	22.7%	73.3%	
	再掲	100未満 (130未満) ※1	5	3	1	1	0	0	0	0	1
			3.0%	3.8%	2.1%	3.4%	0.0%	0.0%	0.0%	6.7%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	2	0	0	1	1	1	0	0	
			1.2%	0.0%	0.0%	3.4%	8.3%	100.0%	0.0%	4.5%	0.0%

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

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

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

図表 71 心電図所見からの保健指導教材（例示）

心電図所見からの保健指導教材	
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○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(BMI25以上)になると心臓はどうなるの？

#### (2) 二次健診の実施

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

「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。

- ①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))
- ②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)

### (3) 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者への継続的な医療受診ができるよう、台帳を作成し経過を把握します。

## 4) 医療との連携

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

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用する。

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

## 7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

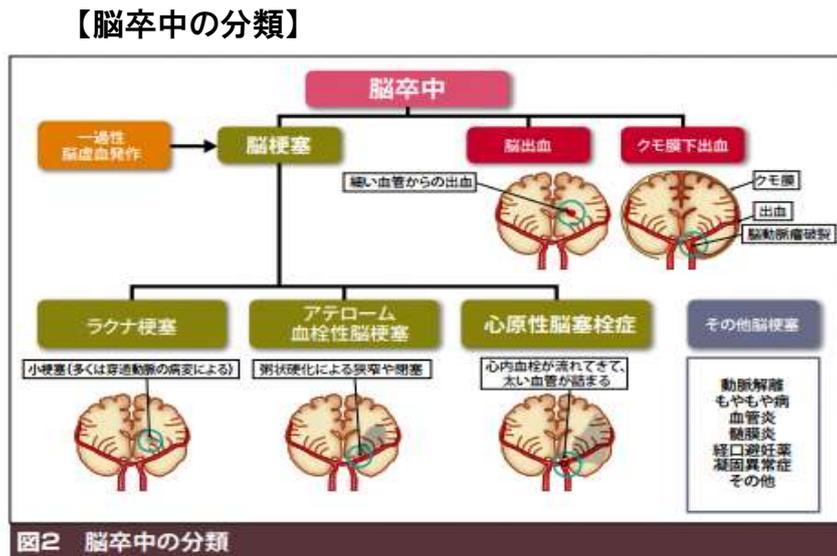
8 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

## 4. 脳血管疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 72,73)

図表 72 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 73 脳血管疾患とリスク因子

### 脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

## 2) 対象者の明確化

### (1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 74 でみると、高血圧治療者 543 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 67 人(12.3%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 16 人(16.3%)であり、そのうち 10 人(62.5%)は未治療者です。

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

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 6 人(14%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

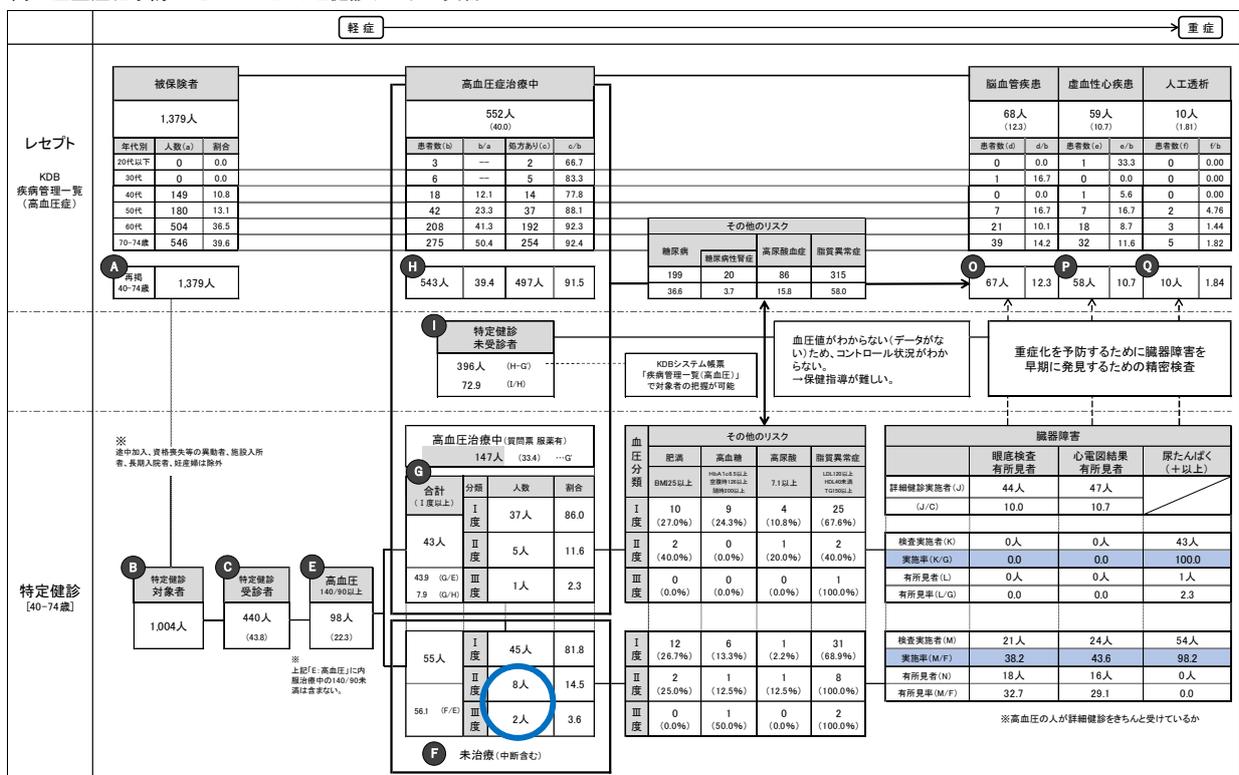
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、44 人(10.0%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、98 人(22.3%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

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

図表 74 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



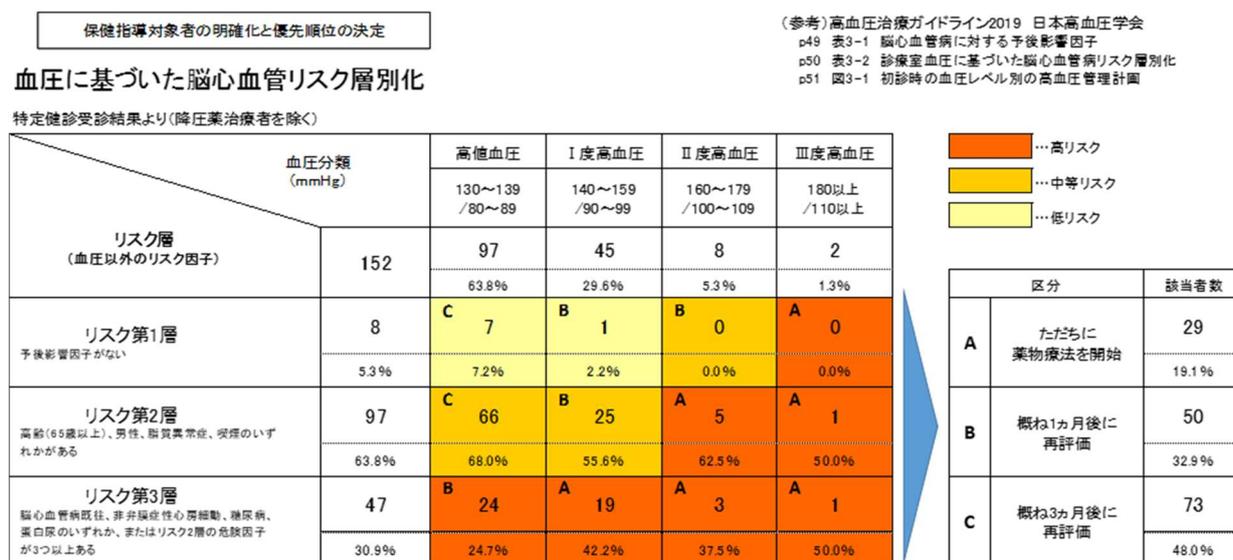
出典:ヘルスサポートラボツール

## (2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度



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

図表 75 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

## (3) 心電図検査における心房細動の実態



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

図表 76 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 76 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	191	227	24	12.6%	23	10.1%	0	0.0%	0	0.0%	--	--
40代	12	12	1	8.3%	2	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	22	18	6	27.3%	3	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	77	82	11	14.3%	9	11.0%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	80	115	6	7.5%	9	7.8%	0	0.0%	0	0.0%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 77 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
0	0	0.0	0	0.0

大町町調べ(マルチマーカーより出力)

心電図検査において心房細動の所見がある人はいませんが、心房細動は脳梗塞のリスクであるため、今後有所見者が出た場合は、医療機関の受診勧奨を行う必要があります、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれます。

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

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

#### (2) 二次健診の実施

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

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法

は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

- ①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))
- ②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)

### (3) 対象者の管理

#### ① 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。

#### ② 心房細動者の管理

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

## 4) 医療との連携

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

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

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

## 7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

### Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

#### 1) 基本的な考え方

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

#### 2) 事業の実施

大町町は、令和3年度より佐賀県後期高齢者医療広域連合から、大町町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

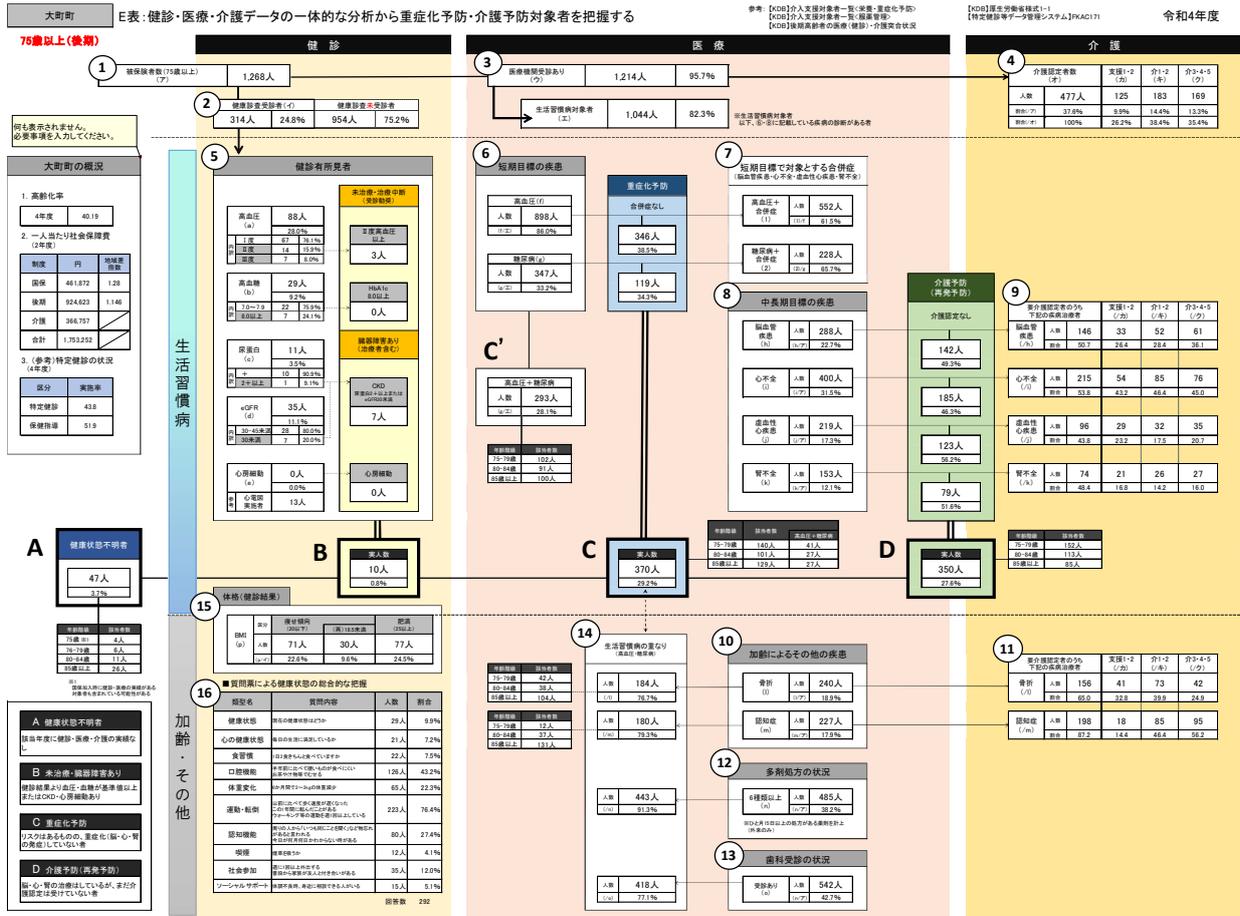
具体的には、

##### ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

##### ② 地域を担当する保健師を配置し、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)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等をもとに、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、介護予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 78 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



## IV. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題であります。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

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

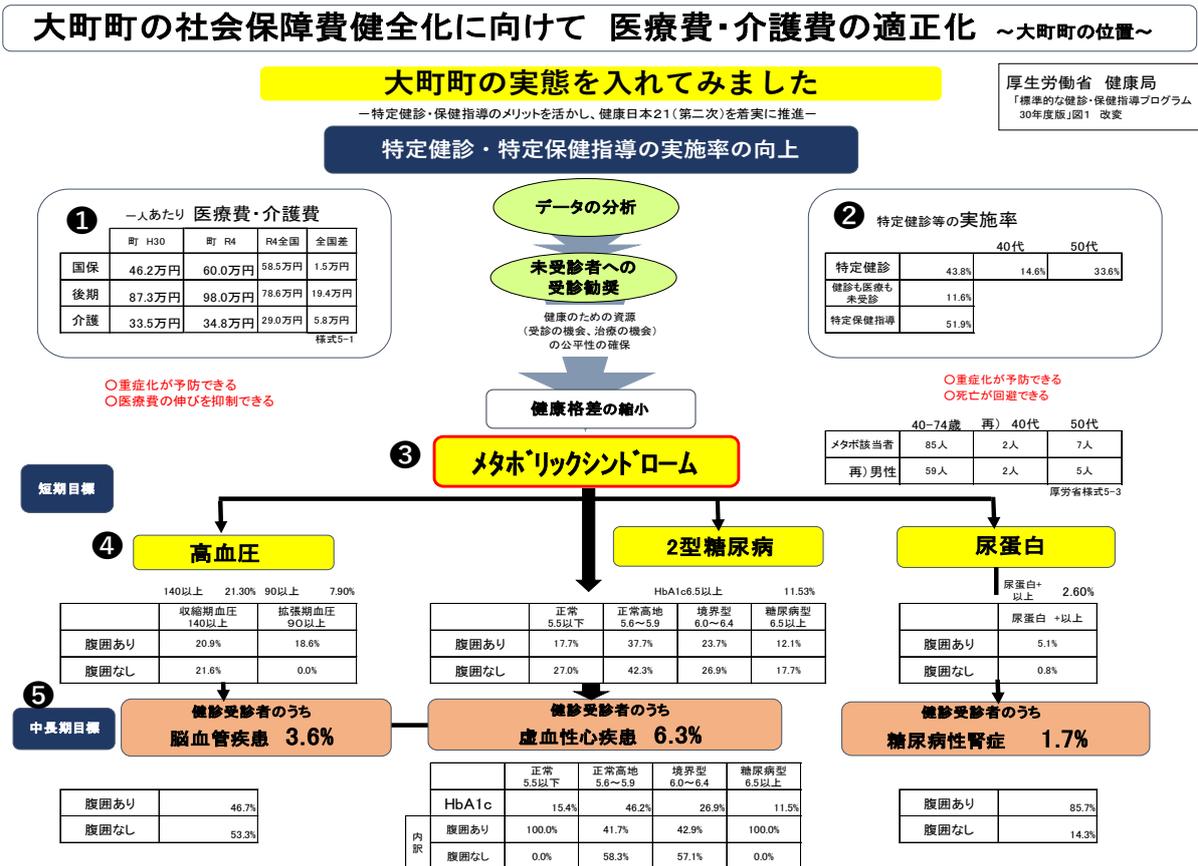
図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える - 基本的考え方 - (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)															
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>発症予防</span> <span>重症化予防</span> </div>															
1 根拠法 <small>6条 健康増進事業実施者</small>	健康増進法														
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>				
2 計画	健康増進計画(県) (市町村努力義務) 【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】														
	データヘルズ計画【保健事業実施計画】(各保険者)														
3 年代	妊婦(胎児期)		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳			15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上
	妊婦健康診査 <small>(13条)</small>		産婦健診 <small>(13条)</small>	乳幼児健康診査 <small>(第12・13条)</small>			保育所・幼稚園健康診査		就学時健診 <small>(11・12条)</small>	児童・生徒の定期健康診査 <small>(第1・13・14条)</small>		定期健康診査 <small>(第66条)</small>		特定健康診査 <small>(第18・20・21条)</small>	
5 対象者 健診内容	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 <small>(第13・44条)</small>		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)		
	血糖	95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
	HbA1c	6.5%以上						6.5%以上							
	50GCT	1時間値140mg/dl以上													
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
	(診断)妊婦糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの													
	身長														
	体重														
	BMI												25以上		
	肥満度														
尿糖	(+) 以上										(+) 以上				
糖尿病家族歴															

## V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く周知していきます。(図表 80、図表 81)

図表 80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表81 統計から見える佐賀の食(例示)(都道府県庁所在地の調査結果)

統計から見える佐賀の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2019～2021年平均 ～			
食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
即席めん	2位	果物(全体)	46位
カップ麺	23位	ようかん	2位
干しのり	1位	まんじゅう	9位
わかめ	37位	カステラ	5位
しいたけ等	6位	スナック菓子	12位
魚類	12位	炭酸飲料	12位
葉野菜	33位	ベーコン	22位
牛乳	42位	ハンバーグ	37位
ヨーグルト	30位	食用油	40位

## 第5章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

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

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・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)

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

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

## 第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

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

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

### 2. 個人情報の取扱い

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

## 参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた大町町の位置

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み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 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 の年次比較

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた大町町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた大町町の位置										R04年度											
項目			保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)										
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合											
1	①	人口構成	総人口		6,281		1,680,058		797,881		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)		2,566	40.9	662,426	39.4	246,061	30.8	35,335,805	28.7									
			75歳以上		1,265	20.1	--	--	125,245	15.7	18,248,742	14.8									
			65~74歳		1,301	20.7	--	--	120,816	15.1	17,087,063	13.9									
			40~64歳		1,828	29.1	--	--	253,839	31.8	41,545,893	33.7									
	39歳以下		1,887	30.0	--	--	297,981	37.3	46,332,563	37.6											
	②	産業構成	第1次産業		6.1		17.0		8.7		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		28.3		25.3		24.2		25.0										
			第3次産業		65.6		57.7		67.1		71.0										
	③	平均寿命	男性		80.5		80.4		80.7		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握								
女性			86.7		86.9		87.1		87.0												
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性		79.3		79.5		80.1		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握									
		女性		82.4		84.2		85.2		84.4											
2	①	死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		108.3		103.1		102.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握								
			がん		27	48.2	7,089	46.3	2,689	51.1	378,272	50.6									
			心臓病		23	41.1	4,562	29.8	1,488	28.3	205,485	27.5									
			脳疾患		5	8.9	2,404	15.7	687	13.0	102,900	13.8									
			糖尿病		0	0.0	283	1.8	95	1.8	13,896	1.9									
			腎不全		1	1.8	622	4.1	198	3.8	26,946	3.6									
			自殺		0	0.0	346	2.3	108	2.1	20,171	2.7									
			合計		4	3.4	2,073	13.2	809	7.2											
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		3		5.7		543		10.1		厚労省HP 人口動態調査								
			女性		1		1.6		266		4.6										
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		524		21.2		127,161		19.4		45,455		18.6		6,724,030		19.4		
			新規認定者		10		0.3		2,078		0.3		831		0.3		110,289		0.3		
			介護度別 総件数	要支援1.2		1,279		12.3		365,856		13.2		192,586		19.1		21,785,044		12.9	
				要介護1.2		5,276		50.8		1,297,770		46.8		500,432		49.6		78,107,378		46.3	
				要介護3以上		3,837		36.9		1,111,908		40.1		316,821		31.4		68,963,503		40.8	
	2号認定者		9		0.49		2,073		0.39		825		0.33		156,107		0.38				
	②	有病状況	糖尿病		108		19.0		30,162		22.6		11,160		23.4		1,712,613		24.3		
			高血圧症		319		54.5		71,773		54.3		28,610		60.7		3,744,672		53.3		
			脂質異常症		164		27.2		39,654		29.6		16,120		33.7		2,308,216		32.6		
			心臓病		360		61.7		80,304		60.9		32,225		68.4		4,224,628		60.3		
			脳疾患		112		20.6		30,910		23.8		13,290		28.7		1,568,292		22.6		
			がん		63		10.5		14,782		11.0		6,572		14.0		837,410		11.8		
			筋・骨格		320		55.3		71,540		54.1		28,736		61.0		3,748,372		53.4		
			精神		247		41.9		49,589		37.8		21,641		46.2		2,569,149		36.8		
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		348,002		892,973,373		314,188		208,126,001,519		286,277		70,441,691,145		290,668		1007427426888		
1件当たり給付費(全体)			85,929		74,986		69,755		59,662												
居宅サービス			53,005		43,722		50,348		41,272												
施設サービス			276,339		289,312		290,902		296,364												
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		9,116		認定あり		9,224		9,309		8,610									
		認定なし		5,161		4,375		4,328		4,020											
4	①	国保の状況	被保険者数		1,409		427,153		172,974		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握								
			65~74歳		790		56.1		78,402		45.3			11,129,271		40.5					
			40~64歳		391		27.8		53,309		30.8			9,088,015		33.1					
	39歳以下		228		16.2		41,263		23.9		7,271,596		26.5								
	加入率		22.4		25.6		21.7		22.3												
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数		1		0.7		150		0.4		100		0.6		8,237		0.3		
			診療所数		5		3.5		1,147		2.7		691		4.0		102,599		3.7		
			病床数		115		81.6		15,964		37.4		14,451		83.5		1,507,471		54.8		
			医師数		10		7.1		1,780		4.2		2,445		14.1		339,611		12.4		
			外来患者数		851.9		692.2		784.4		687.8										
入院患者数		41.4		22.7		27.7		17.7													
③	医療費の 状況	一人当たり医療費		600,184		県内1位 同規模1位		376,732		431,999		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		893.314		714.851		812.114		705.439											
		外来	費用の割合		46.4		56.3		53.8		60.4										
			件数の割合		95.4		96.8		96.6		97.5										
		入院	費用の割合		53.6		43.7		46.2		39.6										
			件数の割合		4.6		3.2		3.4		2.5										
1件あたり在院日数		18.3日		16.4日		17.9日		15.7日													

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	最大医療費源傷病名 (調剤含む)	がん	145,811,000	31.9	31.3	27.2	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)	33,966,390	7.4	7.2	10.2	8.2						
				糖尿病	34,534,930	7.6	11.3	9.2	10.4						
				高血圧症	17,287,220	3.8	6.6	5.6	5.9						
				脂質異常症	14,879,940	3.3	3.8	3.7	4.1						
				脳梗塞・脳出血	6,382,430	1.4	3.9	4.0	3.9						
				狭心症・心筋梗塞	14,480,210	3.1	2.8	2.0	2.8						
				精神	78,233,650	17.1	14.9	20.3	14.7						
	筋・骨格	106,196,520	23.3	17.3	16.8	16.7									
	⑤	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	—	—	430	0.3	370	0.2	256	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)		
				糖尿病	1,463	0.5	1,426	0.9	1,416	0.7	1,144	0.9			
				脂質異常症	147	0.0	69	0.0	64	0.0	53	0.0			
				脳梗塞・脳出血	3,319	1.0	6,762	4.1	8,250	4.1	5,993	4.5			
		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	12,213	4.4	12,793	6.0	12,536	5.4	10,143	4.9			
				糖尿病	23,048	8.3	21,925	10.3	20,303	8.7	17,720	8.6			
				脂質異常症	10,395	3.7	7,608	3.6	8,279	3.6	7,092	3.5			
				脳梗塞・脳出血	1,211	0.4	943	0.4	1,022	0.4	825	0.4			
				虚血性心疾患	1,679	0.6	1,933	0.9	1,800	0.8	1,722	0.8			
				腎不全	29,003	10.4	16,719	7.9	23,024	9.9	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	2,864		3,122		3,014		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				
		一人当たり	健診未受診者	17,787		12,911		14,170		13,295					
	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	7,678		9,063		7,990		6,142	KDB NO.1 地域全体像の把握					
		健診未受診者	47,689		37,482		37,560		40,210						
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	229	51.7	84,374	58.3	26,394	55.4	3,916,059	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握				
		医療機関受診率	198	44.7	75,862	52.4	23,963	50.3	3,574,558	52.0					
		医療機関非受診率	31	7.0	8,512	5.9	2,431	5.1	341,501	5.0					
5	特定健診の 状況	県内市町村数 23市町村 同規模市区町村数 240市町村	メタボ 該当・予 備群レベ ル	健診受診者	440		144,814		47,682		6,875,056	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	43.8		県内13位 同規模141位		46.4		40.4			全国18位	37.6
				特定保健指導終了者(実施率)	27	51.9	8053	46.4	3,164	57.9	203,239		24.9		
				非肥満高血糖	33	7.4	14,851	10.3	4,605	9.7	620,953		9.0		
				メタボ	該当者	98	22.1	31,440	21.7	10,448	21.9		1,394,769	20.3	
					男性	66	33.5	22,160	32.3	7,098	33.1		974,828	32.0	
					女性	32	13.0	9,280	12.2	3,350	12.8		419,941	11.0	
					予備群	68	15.3	16,785	11.6	5,820	12.2		772,619	11.2	
				BMI	男性	44	22.3	11,866	17.3	3,966	18.5		545,330	17.9	
					女性	24	9.8	4,919	6.5	1,854	7.1		227,289	5.9	
				総数	188	42.4	53,016	36.6	18,410	38.6	2,402,902		35.0		
				メタボ 該当・予 備群レベ ル	腹囲	男性	124	62.9	37,284	54.3	12,454		58.1	1,683,473	55.3
						女性	64	26.0	15,732	20.7	5,956		22.7	719,429	18.8
					総数	13	2.9	8,457	5.8	1,831	3.8		323,057	4.7	
					BMI	男性	2	1.0	1,433	2.1	263		1.2	51,841	1.7
						女性	11	4.5	7,024	9.2	1,568		6.0	271,216	7.1
						血糖のみ	8	1.8	1,003	0.7	493		1.0	43,987	0.6
						血圧のみ	41	9.3	12,246	8.5	3,886		8.1	544,518	7.9
						脂質のみ	19	4.3	3,536	2.4	1,441		3.0	184,114	2.7
血糖・血圧	10	2.3	5,320			3.7	1,819	3.8	205,065	3.0					
血糖・脂質	6	1.4	1,520			1.0	754	1.6	70,937	1.0					
血圧・脂質	50	11.3	14,032			9.7	4,434	9.3	664,878	9.7					
血糖・血圧・脂質	32	7.2	10,568	7.3		3,441	7.2	453,889	6.6						
6	問診の状況	服薬 既往歴	高血圧	169		38.2	57,370	39.6	17,918	37.6	2,447,146	35.6	KDB NO.1 地域全体像の把握		
			糖尿病	44	10.0	15,344	10.6	5,466	11.5	594,927	8.7				
			脂質異常症	141	31.9	40,399	27.9	13,908	29.2	1,914,847	27.9				
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	2	0.5	4,512	3.3	769	1.8	208,635	3.1				
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	3	0.7	8,546	6.2	1,114	2.6	367,822	5.5				
			腎不全	1	0.2	1,317	0.9	331	0.8	54,302	0.8				
			貧血	7	1.7	12,580	9.0	3,970	9.1	706,680	10.7				
			生活習慣の 状況	喫煙	58	13.1	21,801	15.1	6,556	13.7	948,575	13.8		KDB NO.1 地域全体像の把握	
				週3回以上朝食を抜く	35	8.3	11,756	8.6	4,651	10.1	648,865	10.4			
				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～)	41	9.7	22,240	16.4	6,352	13.8	985,252	15.8			
				週3回以上就寝前夕食	41	9.7	22,240	16.4	6,352	13.8	985,252	15.8			
				食べる速度が速い	103	25.2	35,997	26.4	12,475	27.2	1,672,168	26.8			
				20歳時体重から10kg以上増加	146	34.5	48,979	35.9	16,536	35.9	2,191,006	35.0			
				1回30分以上運動習慣なし	208	49.2	89,120	65.1	26,690	57.9	3,777,161	60.4			
				1日1時間以上運動なし	190	44.6	64,227	47.0	20,955	45.6	3,004,820	48.0			
				睡眠不足	94	22.2	33,001	24.2	10,917	23.7	1,599,841	25.6			
				毎日飲酒	119	27.5	36,928	26.4	11,839	25.5	1,671,521	25.5			
				時々飲酒	71	16.4	29,448	21.1	9,435	20.3	1,475,568	22.5			
一日飲 酒量	1合未満	96		50.5	55,319	59.9	12,276	52.5	2,897,543	64.1					
	1～2合	55	28.9	24,528	26.6	7,608	32.5	1,110,600	23.7						
	2～3合	35	18.4	9,621	10.4	2,837	12.1	438,425	9.4						
	3合以上	4	2.1	2,915	3.2	678	2.9	130,129	2.8						



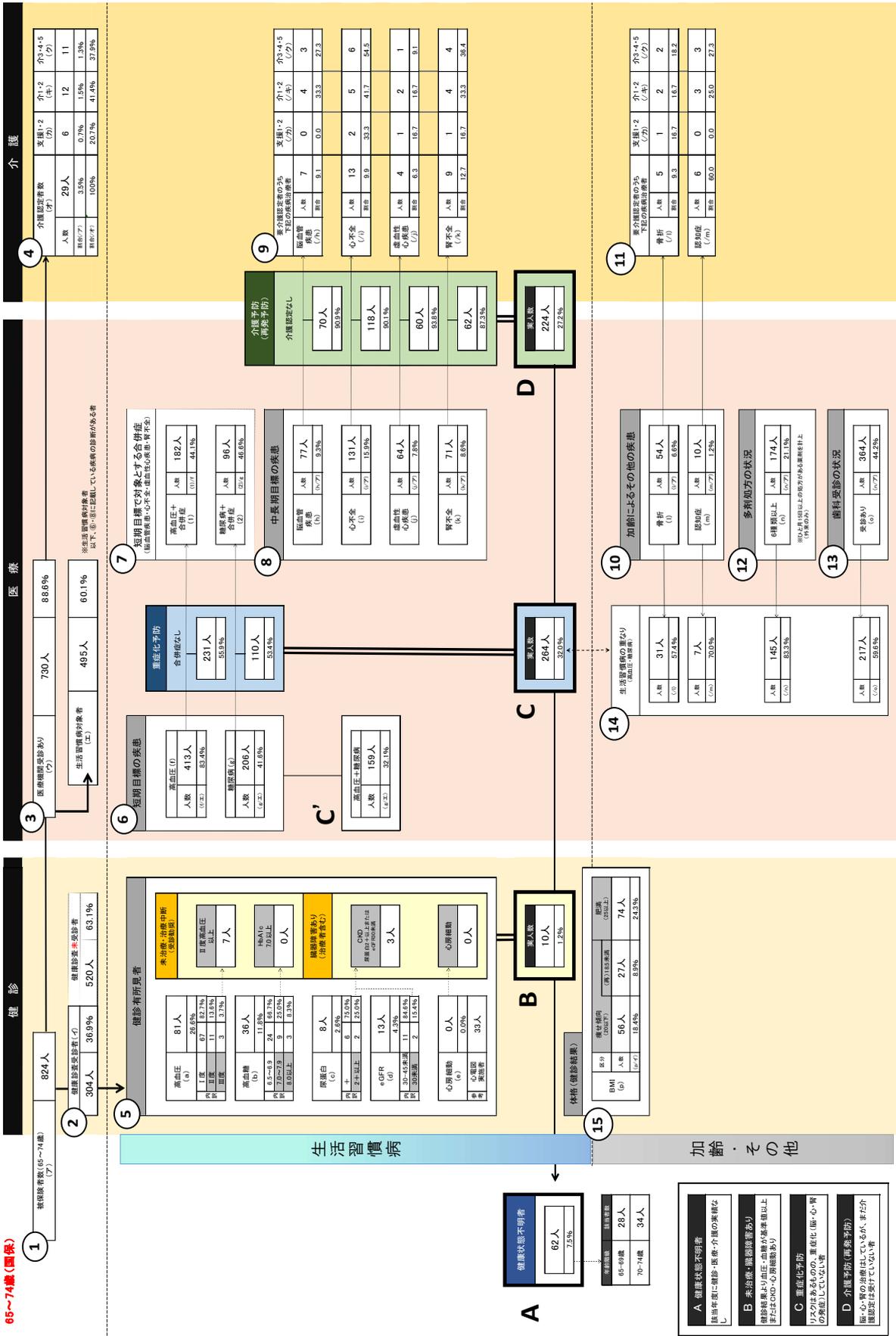
② 65～74 歳(国保)

令和4年度

【OD】厚生労働省標準「1」  
【特定高齢者】予一予管理システム「FAC0171」

参考：【OD】介入支援対象者＝既病者・重症化予防  
【OD】介入支援対象者＝既病者・重症化予防

E表：健診・医療・介護・介入支援対象者から重症化予防・介護予防対象者を把握する



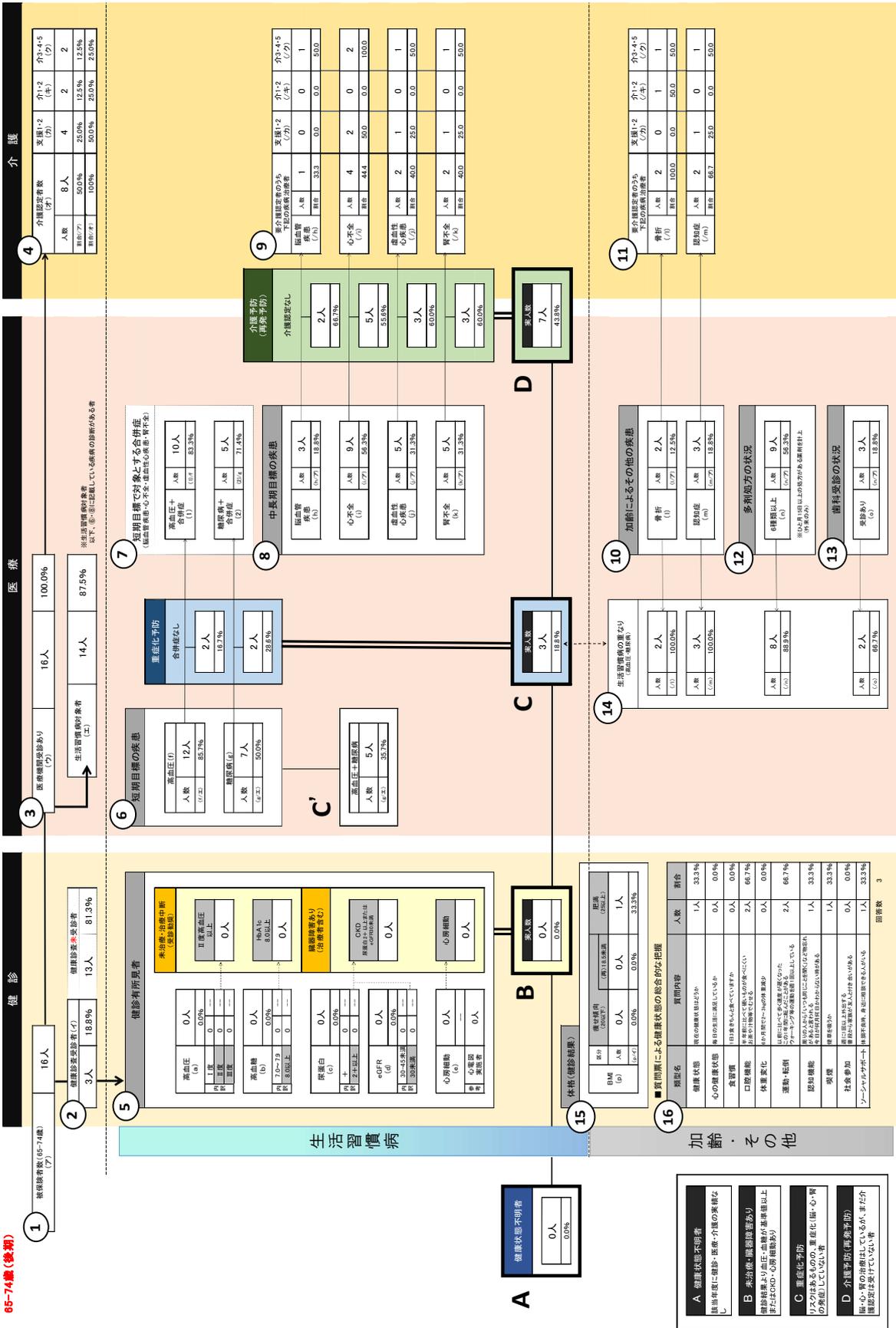
③ 65～74 歳(後期)

令和4年度

【KOD】厚生労働省統計1-1  
【特定高齢者】一歩管理システムJPKG0111

参考: 【KOD】介入支援対象者一歩管理システムJPKG0111  
【KOD】後期高齢者の疾患(高齢・介護受容状況)

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



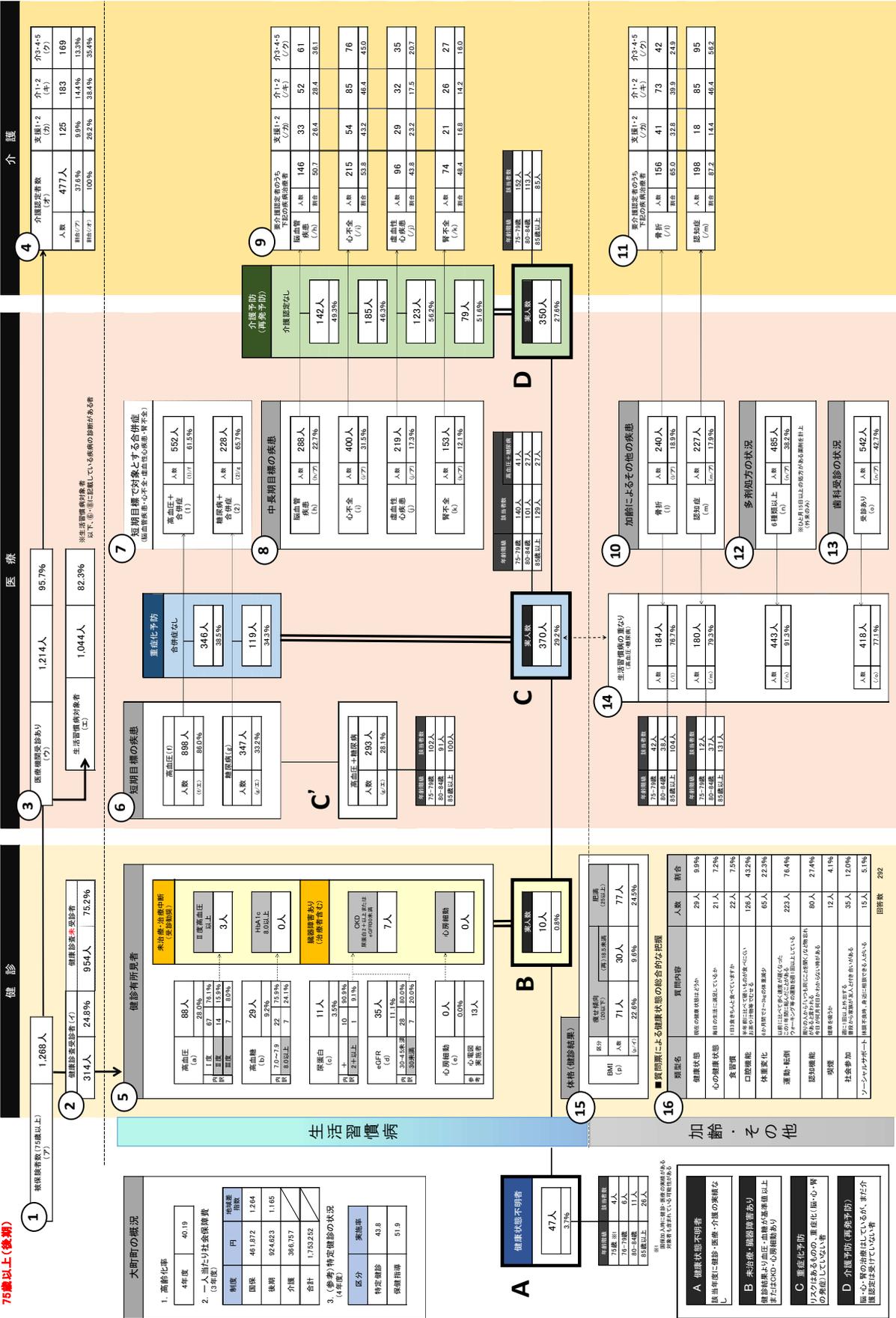
④75歳以上(後期)

令和4年度

【OD】厚生労働省報告書「1-1  
【特定保健指導等一歩管理システム】PMAC0171

参考：【OD】介入を担う者(一歩管理・重症化予防) 医師・保健師・介護士  
【OD】対象者(一歩管理・重症化予防) 医師・保健師・介護士  
※生活習慣病の医師・保健師・介護士の数

E表: 健診・医療・介護・予防・介入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



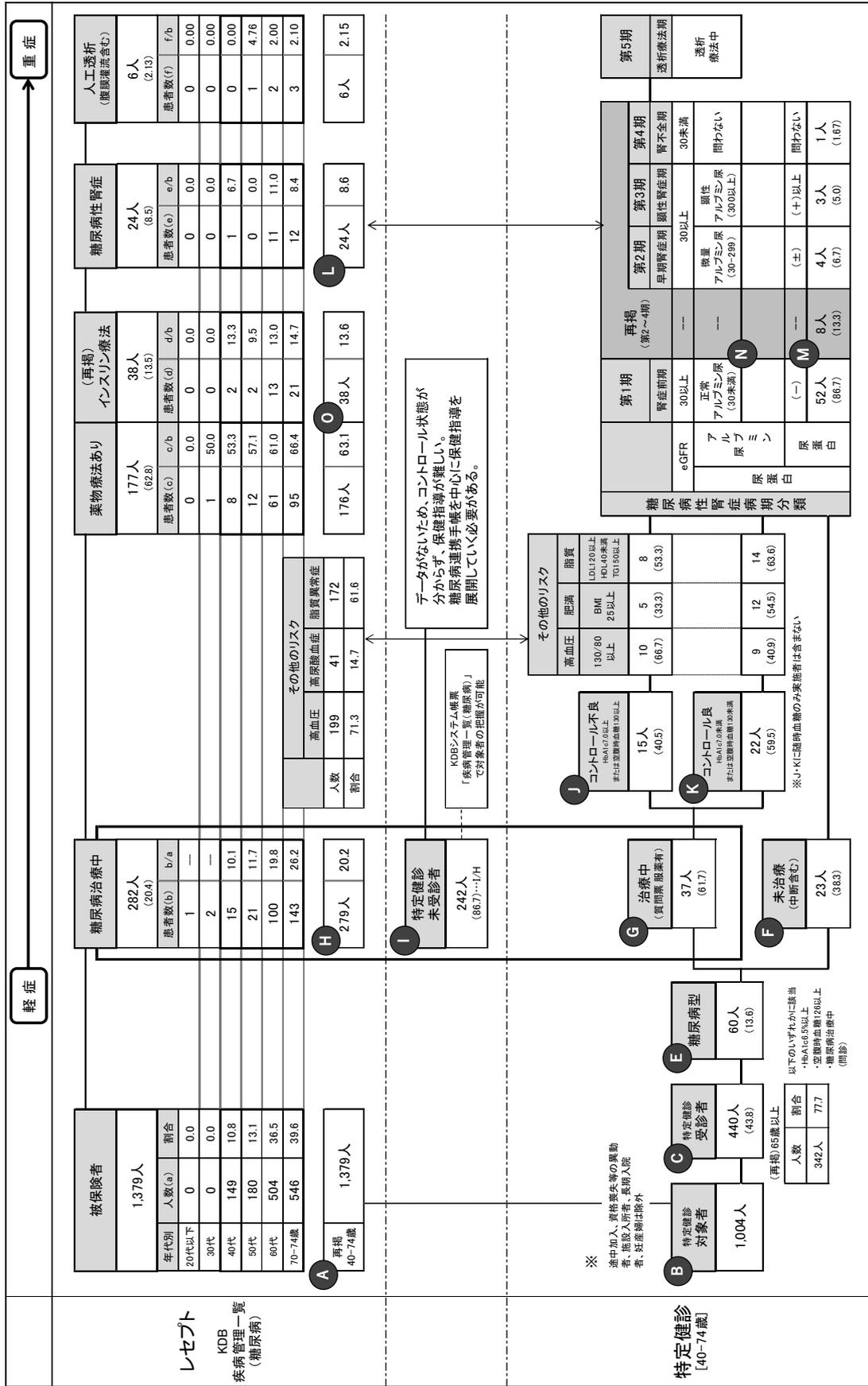
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	大町町										同規模保険者(平均)		データ基	
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	1,712人		1,599人		1,590人		1,566人		1,486人			KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		1,406人		1,334人		1,325人		1,320人		1,249人				
2	① 対象者数	B	1,204人		1,165人		1,159人		1,100人		1,004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	460人		452人		415人		458人		440人				
	③ 受診率		38.2%		38.8%		35.8%		41.6%		43.8%				
3	① 特定 対象者数		55人		47人		46人		51人		52人				
	② 保健指導 実施率		67.3%		66.0%		56.5%		29.4%		51.9%				
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	61人	13.3%	72人	15.9%	55人	13.3%	72人	15.7%	60人	14.4%		特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	25人	41.0%	30人	41.7%	21人	38.2%	30人	41.7%	23人	38.3%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	36人	59.0%	42人	58.3%	34人	61.8%	42人	58.3%	37人	61.7%		
		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	18人	50.0%	14人	33.3%	12人	35.3%	19人	45.2%	15人	40.5%		
		⑤ 血圧 130/80以上	J	9人	50.0%	5人	35.7%	5人	41.7%	6人	31.6%	10人	66.7%		
		⑥ 肥満 BMI25以上	J	8人	44.4%	5人	35.7%	6人	50.0%	10人	52.6%	5人	33.3%		
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	18人	50.0%	28人	66.7%	22人	64.7%	23人	54.8%	22人	59.5%		
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	56人	91.8%	65人	90.3%	49人	89.1%	64人	88.9%	52人	86.7%		
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)	M	3人	4.9%	5人	6.9%	2人	3.6%	3人	4.2%	4人	6.7%		
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上	M	2人	3.3%	2人	2.8%	4人	7.3%	4人	5.6%	3人	5.0%		
		⑪ 第4期 eGFR30未満	M	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	1.7%		
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		125.0人		131.3人		124.5人		131.5人		129.9人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		150.1人		156.7人		147.9人		155.3人		152.9人			
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対		1,476件 (1106.4)	1,429件 (1099.2)	1,356件 (1034.3)	1,382件 (1107.4)	1,241件 (1050.8)	3,197件 (930.6)	3,197件 (930.6)				KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④ 入院外(件数)		11件 (8.2)	6件 (4.6)	8件 (6.1)	6件 (4.8)	5件 (4.2)	1,521件 (4.4)	1,521件 (4.4)					
		⑤ 入院(件数)		11件 (8.2)	6件 (4.6)	8件 (6.1)	6件 (4.8)	5件 (4.2)	1,521件 (4.4)	1,521件 (4.4)					
		⑥ 糖尿病治療中	H	214人	12.5%	210人	13.1%	198人	12.5%	206人	13.2%	193人	13.0%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2
		⑦ (再掲)40-74歳	H	211人	15.0%	209人	15.7%	196人	14.8%	205人	15.5%	191人	15.3%		
		⑧ 健診未受診者	I	175人	82.9%	173人	82.8%	162人	82.7%	163人	79.5%	154人	80.6%		
		⑨ インスリン治療	O	22人	10.3%	24人	11.4%	15人	7.6%	18人	8.7%	15人	7.8%		
		⑩ (再掲)40-74歳	O	22人	10.4%	24人	11.5%	15人	7.7%	18人	8.8%	15人	7.9%		
		⑪ 糖尿病性腎症	L	15人	7.0%	15人	7.1%	11人	5.6%	17人	8.3%	13人	6.7%		
		⑫ (再掲)40-74歳	L	15人	7.1%	15人	7.2%	11人	5.6%	17人	8.3%	13人	6.8%		
		⑬ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		4人	1.9%	4人	1.9%	5人	2.5%	6人	2.9%	5人	2.6%		
		⑭ (再掲)40-74歳		4人	1.9%	4人	1.9%	5人	2.6%	6人	2.9%	5人	2.6%		
		⑮ 新規透析患者数		2		1		1		0		1			
		⑯ (再掲)糖尿病性腎症		0		1		1		0		0			
⑰ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		5人	1.9%	6人	2.3%	9人	3.7%	6人	2.5%	3人	1.2%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期			
6	医療費	① 総医療費		7億4034万円	7億0132万円	7億2144万円	7億1254万円	8億4566万円	6億7051万円					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		4億2895万円	3億8218万円	3億8769万円	3億7773万円	4億5651万円	3億5898万円						
		③ (総医療費に占める割合)		57.9%	54.5%	53.7%	53.0%	54.0%	53.5%						
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		4,420円	5,370円	4,284円	6,777円	7,678円	9,063円						
		⑤ 健診未受診者		43,322円	36,045円	38,649円	35,298円	47,689円	37,482円						
		⑥ 糖尿病医療費		4025万円	3838万円	3851万円	3714万円	3453万円	4061万円						
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		9.4%	10.0%	9.9%	9.8%	7.6%	11.3%						
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		1億0223万円	1億0894万円	1億2068万円	1億1571万円	1億2412万円							
		⑨ 1件あたり		36,048円	38,671円	44,433円	41,984円	46,715円							
		⑩ 糖尿病入院総医療費		8304万円	7085万円	6863万円	9531万円	1億2302万円							
		⑪ 1件あたり		553,601円	517,144円	508,396円	607,044円	715,222円							
		⑫ 在院日数		19日	19日	19日	17日	18日							
		⑬ 慢性腎不全医療費		2988万円	2546万円	2824万円	3801万円	3740万円	2783万円						
		⑭ 透析有り		2401万円	2219万円	2525万円	3039万円	3397万円	2567万円						
		⑮ 透析なし		587万円	327万円	298万円	761万円	343万円	216万円						
7	介護	① 介護給付費		8億1520万円	8億6769万円	8億9122万円	8億8468万円	8億9297万円	8億6719万円						
		② (2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%	1件 14.3%	1件 14.3%	0件 0.0%	0件 0.0%	0件 0.0%						
8	① 死亡		2人 1.6%	2人 1.6%	0人 0.0%	1人 0.8%	0人 0.0%	622人 1.0%					KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題		

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

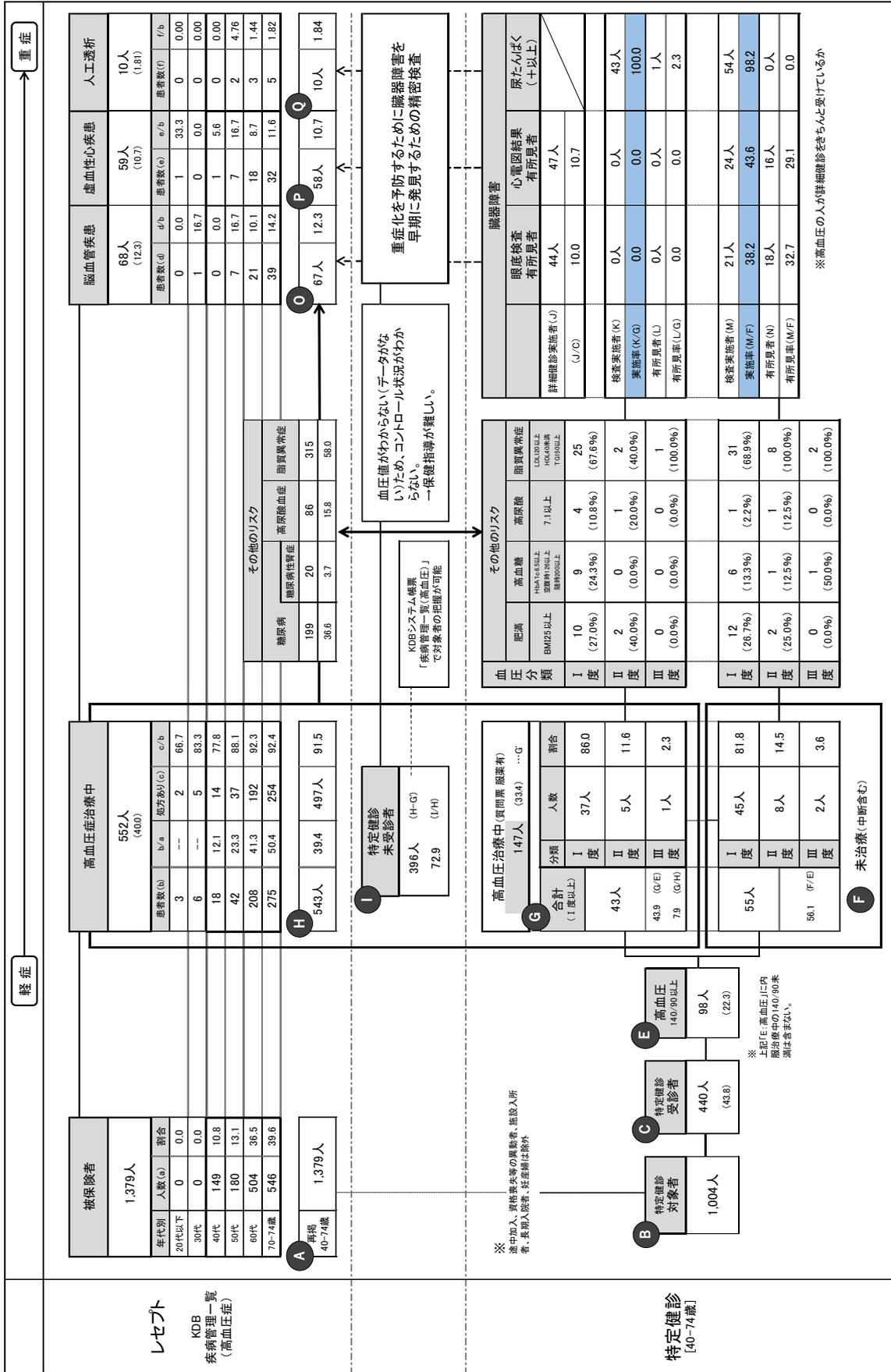
糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を対象として(年度途中の加入者や年度末時点ま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概要」介入対象者一覧(薬業・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		最低限度成が 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					
A		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	
H29	422	96	22.7%	183	43.4%	97	23.0%	26	6.2%	13	3.1%	7	1.7%	10	2.4%	7	1.7%	
H30	455	146	32.1%	175	38.5%	84	18.5%	26	5.7%	20	4.4%	4	0.9%	13	2.9%	4	0.9%	
R01	451	108	23.9%	177	39.2%	107	23.7%	39	8.6%	15	3.3%	5	1.1%	9	2.0%	3	0.7%	
R02	415	131	31.6%	169	40.7%	74	17.8%	27	6.5%	9	2.2%	5	1.2%	9	2.2%	1	0.2%	
R03	455	100	22.0%	204	44.8%	95	20.9%	37	8.1%	16	3.5%	3	0.7%	6	1.3%	2	0.4%	
R04	416	96	23.1%	168	40.4%	104	25.0%	29	7.0%	13	3.1%	6	1.4%	10	2.4%	4	1.0%	

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		10.9%	11.0%	13.1%	9.9%	12.3%	11.5%
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合						
H29	422	96	183	97	46	26	20	10.9%	4.7%	10.9%	4.7%	10.9%	4.7%	10.9%	4.7%
H30	455	146	175	84	50	23	27	11.0%	5.3%	11.0%	5.3%	11.0%	5.3%	11.0%	5.3%
R01	451	108	177	107	59	29	30	13.1%	4.4%	13.1%	4.4%	13.1%	4.4%	13.1%	4.4%
R02	415	131	169	74	41	19	22	9.9%	3.4%	9.9%	3.4%	9.9%	3.4%	9.9%	3.4%
R03	455	100	204	95	56	28	28	12.3%	4.2%	12.3%	4.2%	12.3%	4.2%	12.3%	4.2%
R04	416	96	168	104	48	21	27	11.5%	4.6%	11.5%	4.6%	11.5%	4.6%	11.5%	4.6%

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		最低限度成が 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
A		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		
治療中	H29	33	7.8%	0	0.0%	2	6.1%	11	33.3%	9	27.3%	9	27.3%	2	6.1%	4	12.1%	2	6.1%
	H30	36	7.9%	0	0.0%	2	5.6%	7	19.4%	12	33.3%	13	36.1%	2	5.6%	8	22.2%	2	5.6%
	R01	42	9.3%	1	2.4%	1	2.4%	10	23.8%	17	40.5%	10	23.8%	3	7.1%	6	14.3%	2	4.8%
	R02	34	8.2%	0	0.0%	1	2.9%	11	32.4%	13	38.2%	7	20.6%	2	5.9%	4	11.8%	0	0.0%
	R03	42	9.2%	0	0.0%	2	4.8%	12	28.6%	15	35.7%	11	26.2%	2	4.8%	4	9.5%	1	2.4%
R04	37	8.9%	1	2.7%	0	0.0%	9	24.3%	14	37.8%	9	24.3%	4	10.8%	6	16.2%	3	8.1%	
治療なし	H29	389	92.2%	96	24.7%	181	46.5%	86	22.1%	17	4.4%	4	1.0%	5	1.3%	6	1.5%	5	1.3%
	H30	419	92.1%	146	34.8%	173	41.3%	77	18.4%	14	3.3%	7	1.7%	2	0.5%	5	1.2%	2	0.5%
	R01	409	90.7%	107	26.2%	176	43.0%	97	23.7%	22	5.4%	5	1.2%	2	0.5%	3	0.7%	1	0.2%
	R02	381	91.8%	131	34.4%	168	44.1%	63	16.5%	14	3.7%	2	0.5%	3	0.8%	5	1.3%	1	0.3%
	R03	413	90.8%	100	24.2%	202	48.9%	83	20.1%	22	5.3%	5	1.2%	1	0.2%	2	0.5%	1	0.2%
R04	379	91.1%	95	25.1%	168	44.3%	95	25.1%	15	4.0%	4	1.1%	2	0.5%	4	1.1%	1	0.3%	

## 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	425	129	30.4%	92	21.6%	108	25.4%	78	18.4%	14	3.3%	4	0.9%
H30	460	129	28.0%	106	23.0%	119	25.9%	85	18.5%	17	3.7%	4	0.9%
R01	452	114	25.2%	105	23.2%	147	32.5%	67	14.8%	13	2.9%	6	1.3%
R02	415	103	24.8%	89	21.4%	138	33.3%	65	15.7%	18	4.3%	2	0.5%
R03	458	113	24.7%	105	22.9%	145	31.7%	77	16.8%	14	3.1%	4	0.9%
R04	418	100	23.9%	75	17.9%	145	34.7%	82	19.6%	13	3.1%	3	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	割合
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療		
H29	425	221 52.0%	108 25.4%	78 18.4%	18 4.2%	15 83.3%	3 16.7%	0.9%	4.2%
H30	460	235 51.1%	119 25.9%	85 18.5%	21 4.6%	16 76.2%	5 23.8%	0.9%	4.6%
R01	452	219 48.5%	147 32.5%	67 14.8%	19 4.2%	13 68.4%	6 31.6%	1.3%	4.2%
R02	415	192 46.3%	138 33.3%	65 15.7%	20 4.8%	11 55.0%	9 45.0%	0.5%	4.8%
R03	458	218 47.6%	145 31.7%	77 16.8%	18 3.9%	11 61.1%	7 38.9%	0.9%	3.9%
R04	418	175 41.9%	145 34.7%	82 19.6%	16 3.8%	10 62.5%	6 37.5%	0.7%	3.8%

### 治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	131	30.8%	27	20.6%	23	17.6%	46	35.1%	32	24.4%	3	2.3%	0	0.0%
	H30	151	32.8%	24	15.9%	37	24.5%	46	30.5%	39	25.8%	4	2.6%	1	0.7%
	R01	152	33.6%	26	17.1%	42	27.6%	55	36.2%	23	15.1%	4	2.6%	2	1.3%
	R02	140	33.7%	21	15.0%	27	19.3%	55	39.3%	28	20.0%	9	6.4%	0	0.0%
	R03	169	36.9%	24	14.2%	50	29.6%	55	32.5%	33	19.5%	6	3.6%	1	0.6%
	R04	147	35.2%	21	14.3%	35	23.8%	48	32.7%	37	25.2%	5	3.4%	1	0.7%
治療なし	H29	294	69.2%	102	34.7%	69	23.5%	62	21.1%	46	15.6%	11	3.7%	4	1.4%
	H30	309	67.2%	105	34.0%	69	22.3%	73	23.6%	46	14.9%	13	4.2%	3	1.0%
	R01	300	66.4%	88	29.3%	63	21.0%	92	30.7%	44	14.7%	9	3.0%	4	1.3%
	R02	275	66.3%	82	29.8%	62	22.5%	83	30.2%	37	13.5%	9	3.3%	2	0.7%
	R03	289	63.1%	89	30.8%	55	19.0%	90	31.1%	44	15.2%	8	2.8%	3	1.0%
	R04	271	64.8%	79	29.2%	40	14.8%	97	35.8%	45	16.6%	8	3.0%	2	0.7%

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	425	200	47.1%	111	26.1%	68	16.0%	26	6.1%	20	4.7%
	H30	460	213	46.3%	120	26.1%	69	15.0%	38	8.3%	20	4.3%
	R01	452	191	42.3%	120	26.5%	86	19.0%	30	6.6%	25	5.5%
	R02	415	189	45.5%	104	25.1%	67	16.1%	39	9.4%	16	3.9%
	R03	458	217	47.4%	117	25.5%	67	14.6%	37	8.1%	20	4.4%
R04	418	210	50.2%	103	24.6%	57	13.6%	35	8.4%	13	3.1%	
男性	H29	189	100	52.9%	45	23.8%	27	14.3%	13	6.9%	4	2.1%
	H30	200	104	52.0%	50	25.0%	26	13.0%	13	6.5%	7	3.5%
	R01	199	95	47.7%	50	25.1%	36	18.1%	13	6.5%	5	2.5%
	R02	180	84	46.7%	47	26.1%	25	13.9%	15	8.3%	9	5.0%
	R03	202	103	51.0%	48	23.8%	27	13.4%	18	8.9%	6	3.0%
R04	191	112	58.6%	40	20.9%	21	11.0%	15	7.9%	3	1.6%	
女性	H29	236	100	42.4%	66	28.0%	41	17.4%	13	5.5%	16	6.8%
	H30	260	109	41.9%	70	26.9%	43	16.5%	25	9.6%	13	5.0%
	R01	253	96	37.9%	70	27.7%	50	19.8%	17	6.7%	20	7.9%
	R02	235	105	44.7%	57	24.3%	42	17.9%	24	10.2%	7	3.0%
	R03	256	114	44.5%	69	27.0%	40	15.6%	19	7.4%	14	5.5%
R04	227	98	43.2%	63	27.8%	36	15.9%	20	8.8%	10	4.4%	

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	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	425	200 47.1%	111 26.1%	68 16.0%	46 10.8%	45 97.8%	1 2.2%	20 4.7%	10.8%
H30	460	213 46.3%	120 26.1%	69 15.0%	58 12.6%	51 87.9%	7 12.1%	20 4.3%	12.6%
R01	452	191 42.3%	120 26.5%	86 19.0%	55 12.2%	48 87.3%	7 12.7%	25 5.5%	12.2%
R02	415	189 45.5%	104 25.1%	67 16.1%	55 13.3%	47 85.5%	8 14.5%	16 3.9%	13.3%
R03	458	217 47.4%	117 25.5%	67 14.6%	57 12.4%	54 94.7%	3 5.3%	20 4.4%	12.4%
R04	418	210 50.2%	103 24.6%	57 13.6%	48 11.5%	41 85.4%	7 14.6%	13 3.1%	11.5%

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	88	20.7%	54	61.4%	21	23.9%	12	13.6%	0	0.0%	1	1.1%
	H30	112	24.3%	66	58.9%	27	24.1%	12	10.7%	4	3.6%	3	2.7%
	R01	128	28.3%	81	63.3%	30	23.4%	10	7.8%	4	3.1%	3	2.3%
	R02	118	28.4%	78	66.1%	22	18.6%	10	8.5%	6	5.1%	2	1.7%
	R03	131	28.6%	88	67.2%	23	17.6%	17	13.0%	3	2.3%	0	0.0%
R04	119	28.5%	78	65.5%	24	20.2%	10	8.4%	6	5.0%	1	0.8%	
治療なし	H29	337	79.3%	146	43.3%	90	26.7%	56	16.6%	26	7.7%	19	5.6%
	H30	348	75.7%	147	42.2%	93	26.7%	57	16.4%	34	9.8%	17	4.9%
	R01	324	71.7%	110	34.0%	90	27.8%	76	23.5%	26	8.0%	22	6.8%
	R02	297	71.6%	111	37.4%	82	27.6%	57	19.2%	33	11.1%	14	4.7%
	R03	327	71.4%	129	39.4%	94	28.7%	50	15.3%	34	10.4%	20	6.1%
R04	299	71.5%	132	44.1%	79	26.4%	47	15.7%	29	9.7%	12	4.0%	