

白石町国民健康保険  
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

白石町国民健康保険

# 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期計画に係る評価及び考察
  - 1) 第2期計画に係る評価
  - 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) ……34

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 ……42

- 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 .....69

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 .....70

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

## 参考資料 .....71

# 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みの推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表<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本町の課題等を踏まえ、本町では、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)

本町では、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。

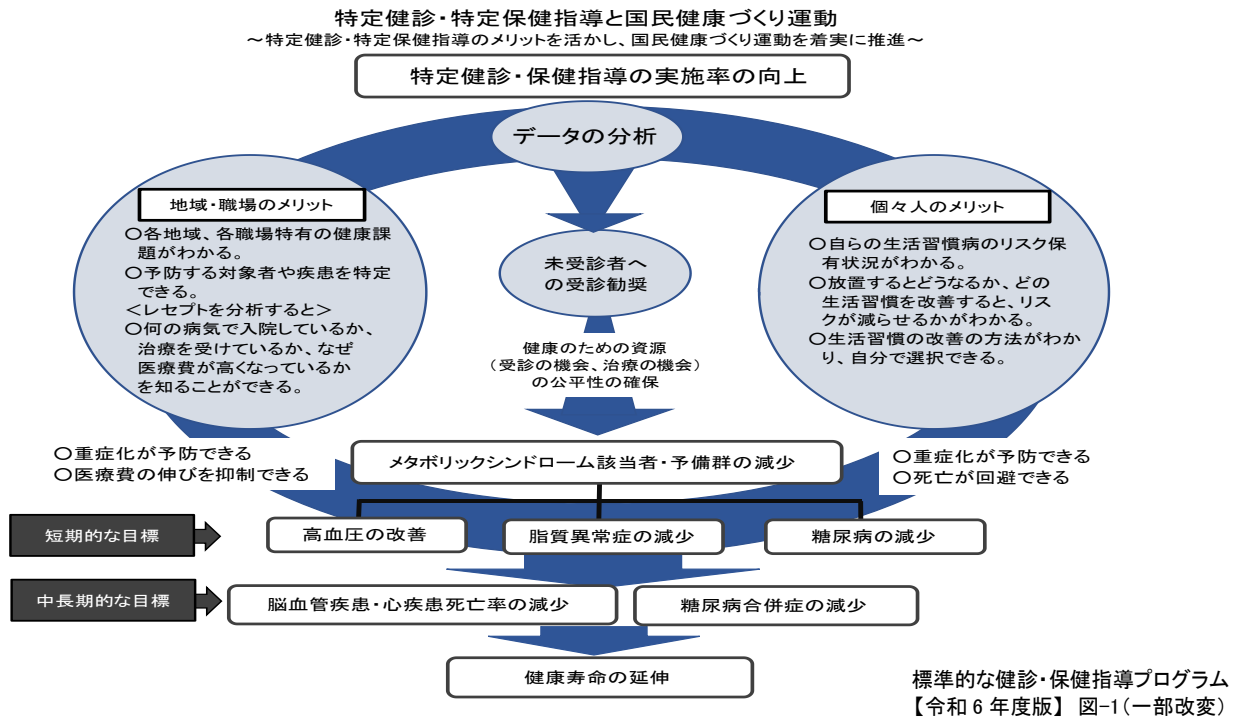
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

法定計画等の位置づけ

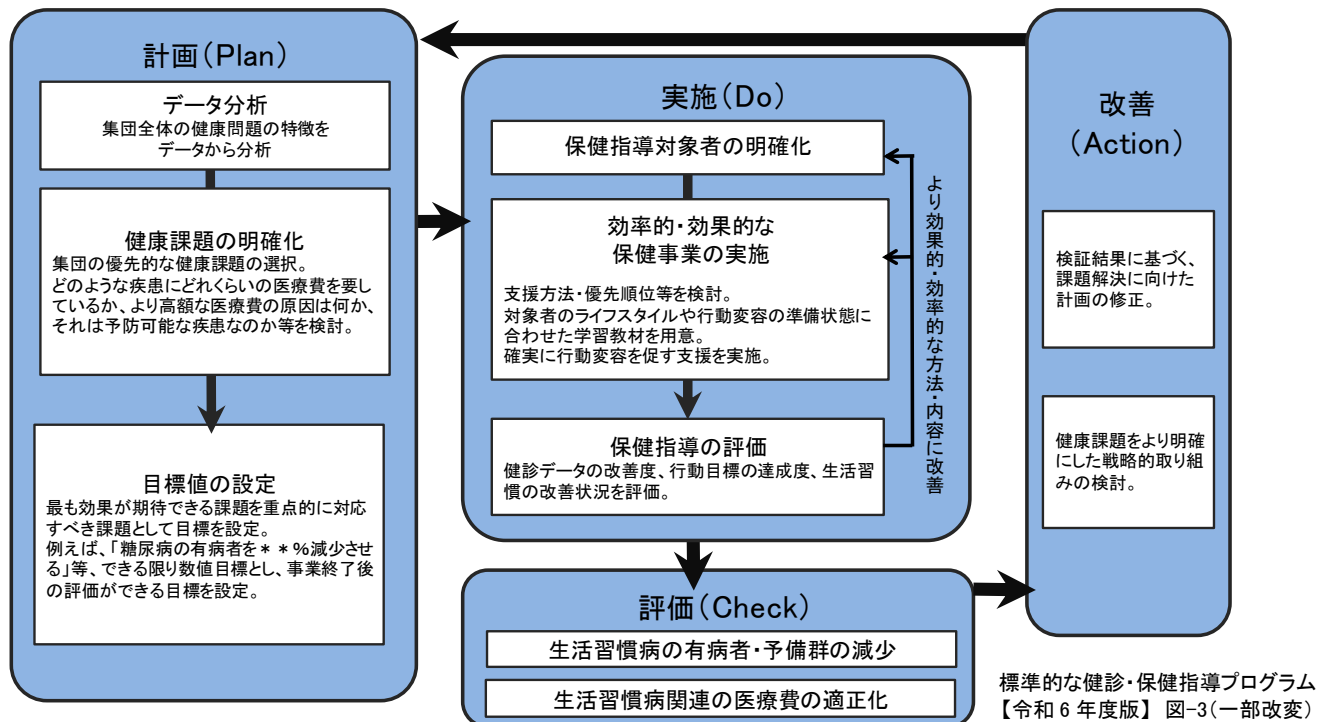
	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るため の保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣等の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症)  循環器病 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム  糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病  糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止  生活習慣病  虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん  精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」  51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心  参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進  (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)  6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



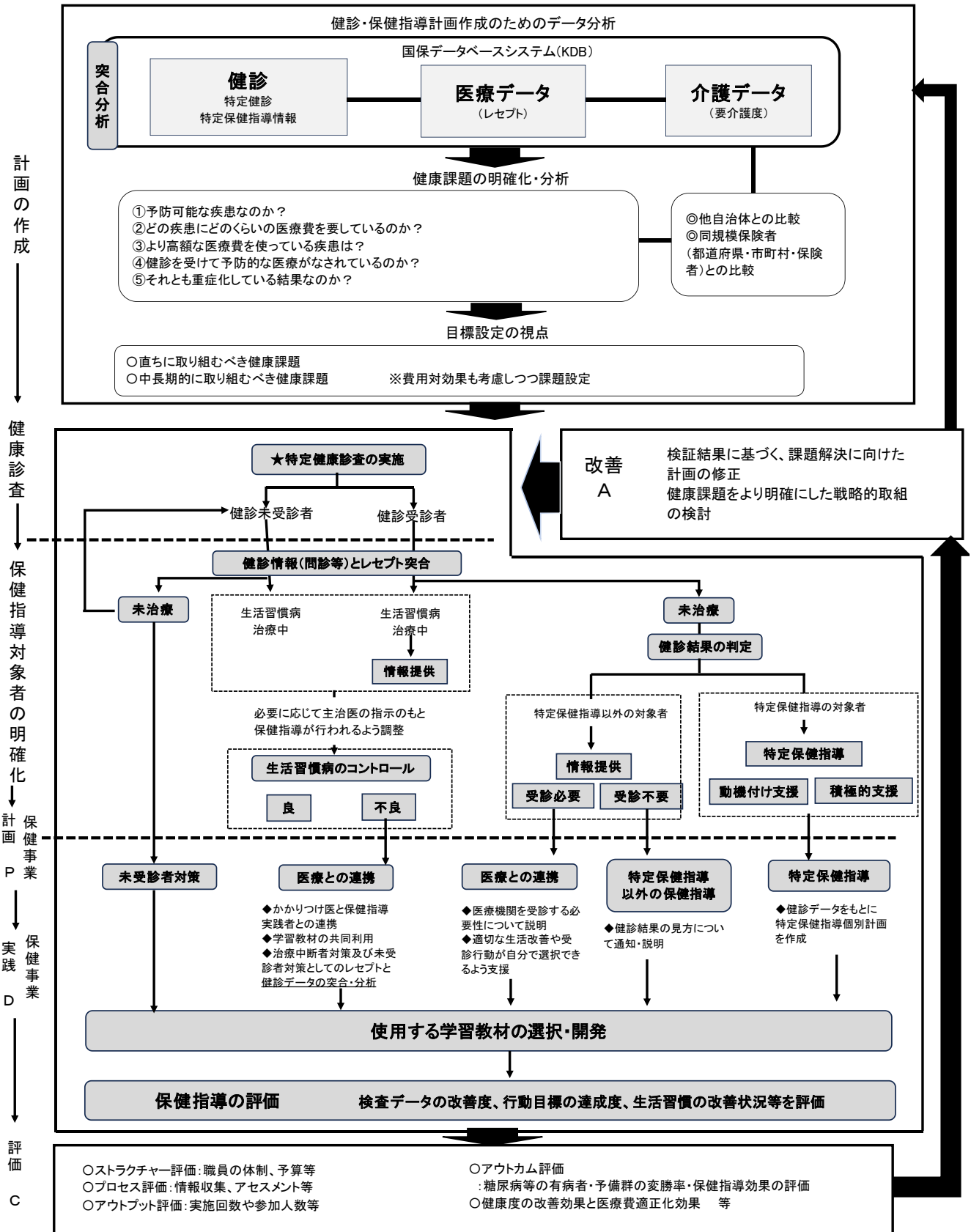
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

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		
	<b>かつての健診・保健指導</b>		<b>現在の健診・保健指導</b>
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的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

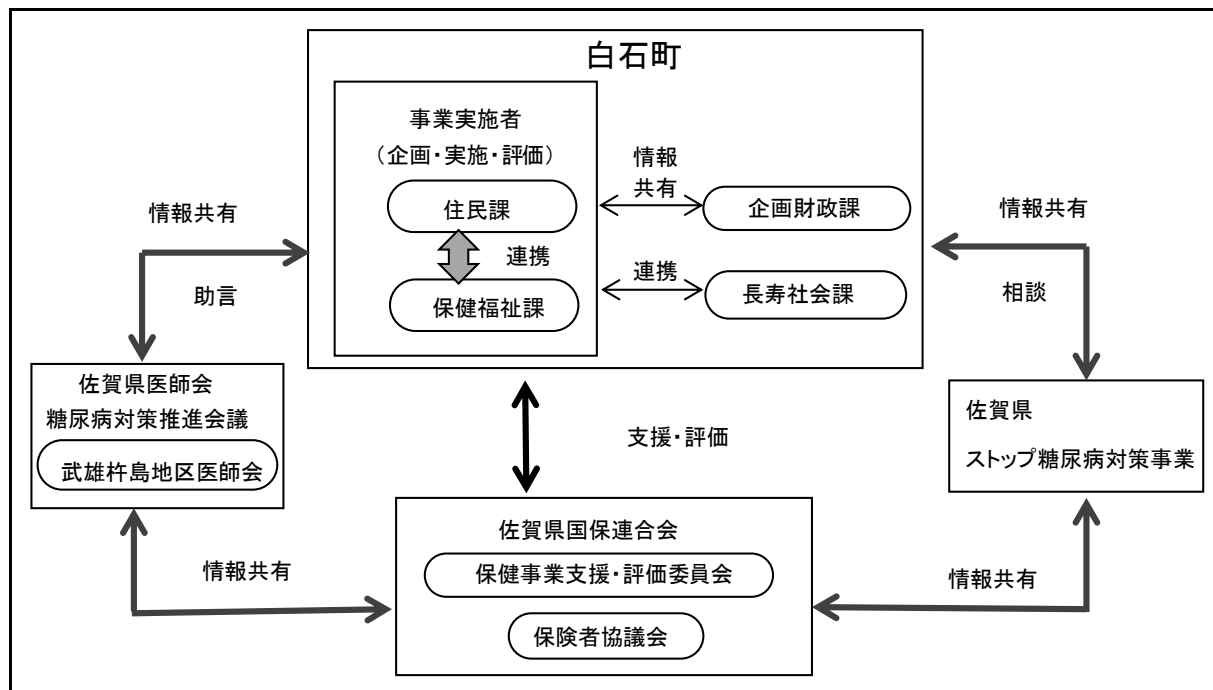
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局(住民課)、保健衛生部局(保健福祉課)、介護保険部局(長寿社会課)、企画部局(企画財政課)、生活保護部局(保健福祉課)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 白石町の実施体制図



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

	保健福祉課								住民課	
	事 (係長)	事	保	保	保	保	保	管栄	事 (係長)	事 (係長)
国保事務	◎								◎	◎
健康診断 保健指導	○	○	○	◎	○	◎	○	◎		
がん検診	○		○	○	◎	○				
予防接種			○							
母子保健			○	○	○	○	○	○		
精神保健				◎		○				
歯科保健	○				◎		○			
高齢者一体的事業	○		◎				○	○	◎	

[R5 年度現在]

## 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、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、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、都道府県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となります。

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

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めます。

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

## 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、被保険者が参画する白石町の国民健康保険事業の運営に関する協議会にて意見交換等を行います。

## 5. 保険者努力支援制度

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

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする(事業費分・事業費連動分)保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、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			
		白石町	配点	白石町	配点	白石町	配点		
交付額(万円)		102.8		456.2		556.5			
全国順位(1,741市町村中)		179位		190位		248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	20	70	80	70	80	70	
		(3)メボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	23	40	48	40	45	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	95	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	100	90	35	45	45	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	50	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	130	130	100	130	70	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	60	100	75	100	80	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	25	30	40	40	35	40	
⑤		第三者求償の取組	40	40	31	50	50	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	80	95	69	100	78	100	
合計点		703	1,000	698	960	668	940		

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1. 保険者の特性

本町は、人口約 2.2 万人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 36.2%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高くなっていますが、被保険者の平均年齢は 53.6 歳で平均的な位置にあります。しかしながら出生率や財政指数は同規模・県・国と比較すると低くなっています。産業においては、第 1 次産業が 28.3%と同規模と比較して高く、被保険者世帯の生活習慣(食生活や生活のリズム等)に起因する疾病もみられることから健康課題を明確にすることが重要です。(図表 9)

令和 4 年度の国保加入率は 26.2%で、加入率及び被保険者数は、ここ数年若干の増減はありますが、同規模・県・国と比較すると高い割合を占めています。年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 44%を占めています。(図表 10)

また本町内には 5 つの病院、19 の診療所があり、これはいずれも同規模と比較しても若干ではありますが多く、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・国と比較した白石町の特性

	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
白石町	22,025	36.2	5,765 (26.2)	53.6	5.1	15.3	0.3	28.3	18.9	52.8
同規模	--	29.1	20.6	54.2	6.8	10.7	0.7	5.4	28.7	66.0
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、白石町と同規模保険者(147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	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	6,319		6,182		6,116		5,984		5,765	
65～74歳	2,484	39.3	2,549	41.2	2,634	43.1	2,611	43.6	2,535	44.0
40～64歳	2,196	34.8	2,095	33.9	2,009	32.8	1,959	32.7	1,891	32.8
39歳以下	1,639	25.9	1,538	24.9	1,473	24.1	1,414	23.6	1,339	23.2
加入率	26.4		25.8		25.6		25.0		26.2	

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	県
病院数	5	0.8	5	0.8	5	0.8	5	0.8	5	0.9	0.3	0.6
診療所数	18	2.8	18	2.9	18	2.9	19	3.2	19	3.3	3.1	4.0
病床数	709	112.2	709	114.7	657	107.4	657	109.8	657	114.0	56.1	83.5
医師数	54	8.5	54	8.7	55	9.0	55	9.2	60	10.4	11.1	14.1
外来患者数	767.2		787.4		752.7		793.9		819.4		716.1	784.4
入院患者数	28.9		30.2		29.1		30.2		30.4		19.2	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)の医療費の変化を設定しました。

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

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

#### ① 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で30人(認定率0.43%)、1号(65歳以上)被保険者で1,468人(認定率18.4%)と同規模と比較すると高く、H30年度と比べても2号認定者の割合は増加しています。1号認定者の割合は減少していますが、新規認定者は213人と増加しています。特に、65~74歳の若い認定者数が増加しており、一人あたりの介護給付費は、同規模・県・国と比較して高くなっています。(図表 12・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、どの年代でも脳卒中(脳血管疾患)が上位を占めており、第2号被保険者で6割以上、第1号被保険者でも約5~6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・脂質異常症の有病状況は、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

	白石町		同規模		県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
高齢化率	7,745人 32.4%	7,984人 36.2%	29.1%	30.8%	28.7%	
2号認定者	31人 0.39%	30人 0.43%	0.35%	0.33%	0.38%	
新規認定者	4人	7人	--	--	--	
1号認定者	1,583人 20.4%	1,468人 18.4%	17.0%	18.6%	19.4%	
新規認定者	188人	213人	--	--	--	
65~74歳	93人 2.9%	121人 3.3%	--	--	--	
新規認定者	18人	31人	--	--	--	
75歳以上	1,490人 32.6%	1,347人 31.0%	--	--	--	
新規認定者	170人	182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

	白石町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	26億9445万円	25億8448万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	347,895	323,707	259,723	286,277	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	80,347	82,886	63,000	69,755	59,662
居室サービス	48,495	47,630	41,449	50,348	41,272
施設サービス	295,245	305,084	292,001	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)		30		121		1,347		1,468					
再)国保・後期		21		87		1,311		1,398					
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合			
	循環器疾患	1	脳卒中	13 61.9%	脳卒中	42 48.3%	脳卒中	753 57.4%	脳卒中	795 56.9%	脳卒中	808 56.9%	
		2	虚血性心疾患	5 23.8%	虚血性心疾患	21 24.1%	虚血性心疾患	571 43.6%	虚血性心疾患	592 42.3%	虚血性心疾患	597 42.1%	
		3	腎不全	4 19.0%	腎不全	10 11.5%	腎不全	265 20.2%	腎不全	275 19.7%	腎不全	279 19.7%	
	合併症	4	糖尿病合併症	4 19.0%	糖尿病合併症	6 6.9%	糖尿病合併症	88 6.7%	糖尿病合併症	94 6.7%	糖尿病合併症	98 6.9%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			基礎疾患	18 85.7%	基礎疾患	72 82.8%	基礎疾患	1,272 97.0%	基礎疾患	1,344 96.1%	基礎疾患	1,362 96.0%
	血管疾患合計			血管疾患合計	18 85.7%	合計	78 89.7%	合計	1,287 98.2%	合計	1,365 97.6%	合計	1,383 97.5%
	認知症			認知症	2 9.5%	認知症	28 32.2%	認知症	750 57.2%	認知症	778 55.7%	認知症	780 55.0%
	筋・骨格疾患			筋骨格系	16 76.2%	筋骨格系	78 89.7%	筋骨格系	1,281 97.7%	筋骨格系	1,359 97.2%	筋骨格系	1,375 96.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

## ② 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は増加しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 12 万円高く、H30 年度と比較しても約 10 万円増加しています。

また入院医療費は、全体のレセプト件数のうちのわずか 4%程度にも関わらず、医療費全体の約 46%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 10 万円も高くなっています。(図表 15)

年齢調整をした地域差指数で見ると、全国1位の県平均よりわずかに高く、全国平均の 1 を大きく超えています。(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

		白石町		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)		6,319人	5,765人	--	--	--
前期高齢者割合		2,484人 (39.3%)	2,535人 (44.0%)	--		
総医療費		23億9509万円	27億7834万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		379,030 県内17位 同規模14位	481,932 県内5位 同規模4位	361,243	431,999	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	495,590	596,530	613,590	585,050	617,950
	費用の割合	46.3	46.2	40.4	46.2	39.6
	件数の割合	3.6	3.6	2.6	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	21,660	25,690	24,230	24,060	24,220
	費用の割合	53.7	53.8	59.6	53.8	60.4
	件数の割合	96.4	96.4	97.4	96.6	97.5
受診率		796.148	849.782	735.303	812.114	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は白石町と同規模保険者147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		
		白石町 (県内市町村中)		県 (47県中)	白石町 (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	1.190	1.216	1.207	1.067	1.043	1.140
		(13位)	(10位)	(1位)	(18位)	(18位)	(5位)
	入院	1.381	1.393	1.396	1.157	1.139	1.239
		(14位)	(13位)	(2位)	(14位)	(17位)	(9位)
	外来	1.079	1.106	1.094	0.968	0.945	1.045
		(13位)	(10位)	(2位)	(17位)	(18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おり、特に脳血管疾患については、H30 年度より 1 ポイント以上伸びており、同規模・県・国よりも高くなっています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると虚血性心疾患・腎不全は、患者数及び割合はほぼ横ばいですが、脳血管疾患については増加していました。(図表 18) 脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。



図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			白石町		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)			23億9509万円	27億7834万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億4259万円	1億9582万円	--	--	--
			5.95%	7.05%	8.08%	8.86%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.27%	2.36%	2.01%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.82%	0.83%	1.52%	1.04%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.65%	3.50%	4.24%	5.37%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.22%	0.35%	0.31%	0.29%	0.29%
その 他の 疾患	悪性新生物		12.61%	15.66%	16.85%	14.40%	16.69%
	筋・骨疾患		8.83%	8.36%	8.78%	8.87%	8.68%
	精神疾患		12.20%	11.62%	7.71%	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	6,319	5,765	a	570	676	348	306	28	31	
				a/A	9.0%	11.7%	5.5%	5.3%	0.4%	0.5%	
40歳以上	B	4,680	4,426	b	569	671	344	303	28	30	
	B/A	74.1%	76.8%	b/B	12.2%	15.2%	7.4%	6.8%	0.6%	0.7%	
再掲 40~64歳	C	2,196	1,891	c	146	142	81	73	15	11	
	C/A	34.8%	32.8%	c/C	6.6%	7.5%	3.7%	3.9%	0.7%	0.6%	
	65~74歳	D	2,484	2,535	d	423	529	263	230	13	19
		D/A	39.3%	44.0%	d/D	17.0%	20.9%	10.6%	9.1%	0.5%	0.7%

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

## (2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

### ①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増加しています。さらに、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・人工透析の割合は微増しており、虚血性心疾患の割合はほぼ横ばい傾向にあります。(図表 19・20・21)

糖尿病は合併症対策が重要な課題となりますが、視力障害をもたらす糖尿病性網膜症の割合はH30年度と比較するとR4年度は増加がみられます。(図表 20)

本町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施していますが、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理の必要性についてより一層周知が必要と考えられます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覽)		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	2,067	2,035	647	562	1,420	1,473	
	A/被保数	44.2%	46.0%	29.5%	29.7%	57.2%	58.1%	
(中長期併症目標疾患)	脳血管疾患	B	300	298	72	57	228	241
		B/A	14.5%	14.6%	11.1%	10.1%	16.1%	16.4%
	虚血性心疾患	C	230	204	49	42	181	162
		C/A	11.1%	10.0%	7.6%	7.5%	12.7%	11.0%
	人工透析	D	27	30	14	11	13	19
		D/A	1.3%	1.5%	2.2%	2.0%	0.9%	1.3%

出典：KDBシステム\_ 疾病管理一覽(高血圧症)  
地域の全体像の把握  
介入支援対象者一覽(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 (疾病管理一覽)		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	1,037	1,102	331	304	706	798	
	A/被保数	22.2%	24.9%	15.1%	16.1%	28.4%	31.5%	
(中長期併症目標疾患)	脳血管疾患	B	147	169	39	32	108	137
		B/A	14.2%	15.3%	11.8%	10.5%	15.3%	17.2%
	虚血性心疾患	C	123	114	27	29	96	85
		C/A	11.9%	10.3%	8.2%	9.5%	13.6%	10.7%
	人工透析	D	15	19	8	7	7	12
		D/A	1.4%	1.7%	2.4%	2.3%	1.0%	1.5%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	92	94	31	25	61	69
		E/A	8.9%	8.5%	9.4%	8.2%	8.6%	8.6%
	糖尿病性網膜症	F	103	130	30	39	73	91
		F/A	9.9%	11.8%	9.1%	12.8%	10.3%	11.4%
	糖尿病性神経障害	G	34	29	14	8	20	21
		G/A	3.3%	2.6%	4.2%	2.6%	2.8%	2.6%

出典：KDBシステム\_ 疾病管理一覽(糖尿病)  
地域の全体像の把握  
介入支援対象者一覽(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 (疾病管理一覽)		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	1,701	1,685	564	487	1,137	1,198	
	A/被保数	36.3%	38.1%	25.7%	25.8%	45.8%	47.3%	
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	201	217	47	35	154	182
		B/A	11.8%	12.9%	8.3%	7.2%	13.5%	15.2%
	虚血性心疾患	C	178	176	42	39	136	137
		C/A	10.5%	10.4%	7.4%	8.0%	12.0%	11.4%
	人工透析	D	8	14	4	4	4	10
		D/A	0.5%	0.8%	0.7%	0.8%	0.4%	0.8%

出典：KDBシステム\_ 疾病管理一覽(脂質異常症)  
地域の全体像の把握  
介入支援対象者一覽(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度以上高血圧を H30 年度と R04 年度で比較してみたところ、有所見者の割合は減少しています。一方、HbA1c7.0 以上の有所見者は、佐賀県と比較すると少ないですが、2ヶ年を比較してみると、その割合は伸びています。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 37.9%、糖尿病で 5.9%ほどいます。(図表 22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は増えてきており、新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷していた期間があった中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防するために医療機関と連携していく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		R04年度		H30年度		問診結果		R04年度		問診結果		レセプト情報(R04.4~R05.3)					
	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	未治療	治療中断	G	G/E	H	H/E
白石町	1,869	42.7	1,805	44.4	79	4.2	45	57.0	58	3.2	33	56.9	22	37.9	1	1.7		
佐賀県	54,504	44.2	47,203	42.2	2,466	4.5	1,405	57.0	2,138	4.5	1,212	56.7	688	32.2	111	5.2		

	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		R04年度		H30年度		問診結果		R04年度		問診結果		レセプト情報(R04.4~R05.3)					
	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	未治療	治療中断	M	M/K	N	N/K
白石町	1,842	98.6	1,795	99.4	68	3.7	24	35.3	85	4.7	27	31.8	5	5.9	4	4.7		
佐賀県	53,513	98.2	46,061	97.6	3,010	5.6	817	27.1	3,068	6.7	688	22.4	180	5.9	96	3.1		

出典：ヘルスサポートラボツール

### ③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本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、3ポイントも伸びており、その中でも危険因子が複数重なっている割合が増加しています。(図表 23)

重症化予防の観点から、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合は減少していて、翌年度の結果は改善率が上がってきています。一方で、HbA1c6.5以上の有所見割合は増加していて、さらに翌年度健診結果も悪化している割合が高くなっています。また、翌年度健診を受診していない方が2~3割程度存在し、結果が把握できていません。(図表 24・25・26)

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

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,869 (42.7%)	342 (18.3%)	93 (5.0%)	249 (13.3%)	241 (12.9%)
R04年度	1,807 (44.2%)	392 (21.7%)	118 (6.5%)	274 (15.2%)	260 (14.4%)

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	163 (8.9%)	38 (23.3%)	63 (38.7%)	15 (9.2%)	47 (28.8%)
R03→R04	157 (9.5%)	34 (21.7%)	59 (37.6%)	23 (14.6%)	41 (26.1%)

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	79 (4.2%)	45 (57.0%)	5 (6.3%)	0 (0.0%)	29 (36.7%)
R03→R04	66 (4.0%)	39 (59.1%)	9 (13.6%)	0 (0.0%)	18 (27.3%)

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	180 (9.7%)	87 (48.3%)	34 (18.9%)	7 (3.9%)	52 (28.9%)
R03→R04	157 (9.5%)	76 (48.4%)	39 (24.8%)	11 (7.0%)	31 (19.7%)

出典:ヘルスサポートラボツール

#### ④健診実施率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診実施率は、新型コロナウイルス感染症の影響で、R02 年度以降は低迷していましたが、R04 年度は 43.6%まで伸びています。しかしながら、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実施率では、40~50 代男性は特に低い状況が続いています。(図表 28)

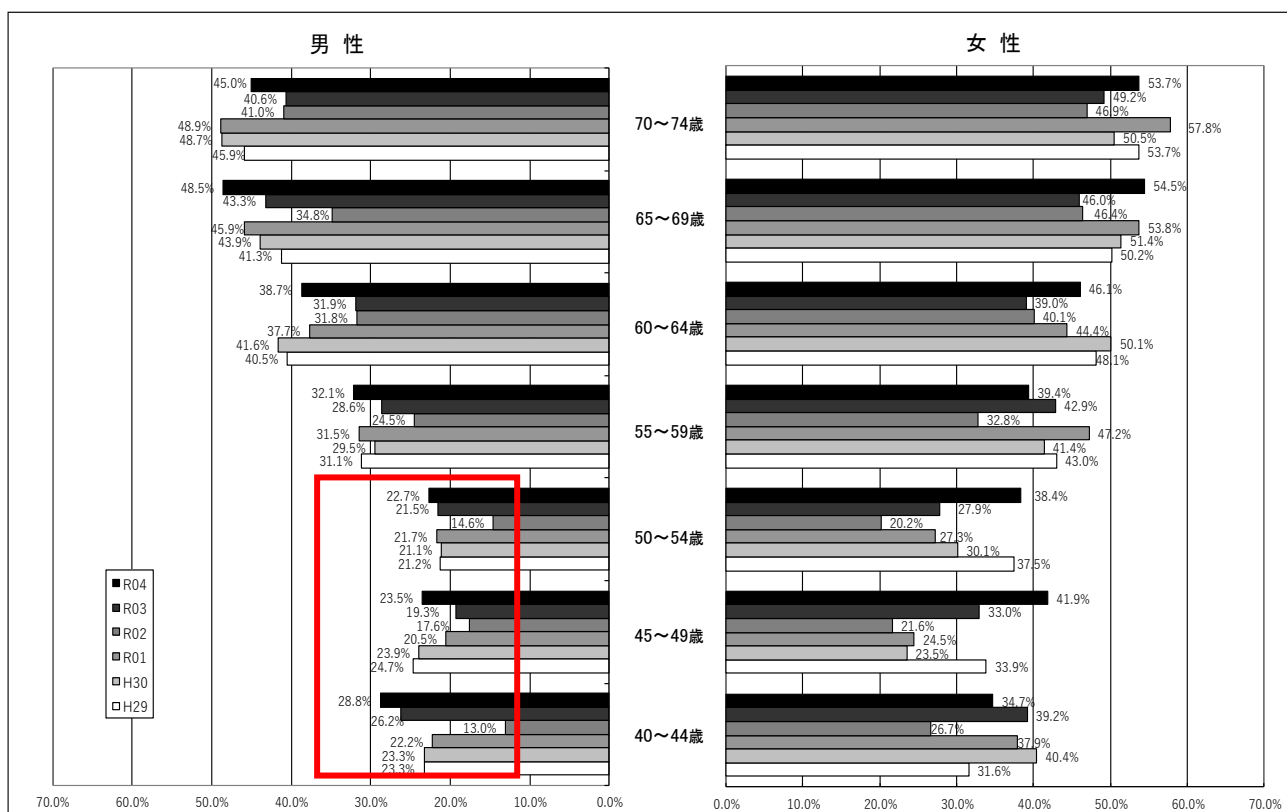
特定保健指導についても、R02 年度以降、大きく実施率が下がっていましたが、R04 年度は 56.4%まで実施できています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

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	1,836	1,845	1,519	1,627	1,771	健診実施率 60%
	実施率	42.1%	43.2%	35.5%	38.6%	43.6%	
特定保健指導	該当者数	193	188	163	184	195	特定保健指導実施率 60%
	割合	10.5%	10.2%	10.7%	11.3%	11.0%	
	実施者数	109	118	86	89	110	
	実施率	56.5%	62.8%	52.8%	48.4%	56.4%	

出典:特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診実施率の推移



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

HbA1c6.5%以上の血糖値有所見者の割合は増加傾向にあります。未治療・中断者への保健指導実施率は7割程度です。(表A)

また、未治療・中断者に保健指導を行っており、約7割が医療機関受診につながっています。(表B)

H30年度からは高血糖未治療者のうちHbA1cが高い者から優先し重点的に支援してきていますが、HbA1c8.0以上の者は14人から27人に増加しています。R4年度は27人の全ての方に保健指導に関わることができましたが、1回の保健指導では効果がでにくい為、複数回の保健指導を実施するように体制を強化していきます。(表C)

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い血糖改善、及び治療中断にならないように支援をおこないます。

※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

表 A 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)	1,842	1,870	1,520	1,646	1,796
血糖値有所見者*1	人(b)	164	189	164	157	190
	(b/a)	8.9%	10.1%	10.8%	9.5%	10.6%
未治療者・治療中断者*2 (保健指導対象者)	人(c)	57	66	44	57	65
	保健指導実施者*3	人(d)	52	49	29	37
(c/b)		91.2%	74.2%	65.9%	64.9%	70.8%

\*1 HbA1c6.5%以上の者

\*2 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者でレセプトにて治療(内服等)が確認できなかった者

\*3 保健指導は訪問・来所による面談実施者を計上

表 B 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)	164	189	164	157	190
HbA1c6.5%以上の 未治療者・治療中断者*4	人(b)	65	70	48	60	72
	(b/a)	39.6%	37.0%	29.3%	38.2%	37.9%
受診した者	人(c)	47	45	34	40	52
	(c/b)	72.3%	64.3%	70.8%	66.7%	72.2%
HbA1c7.0%以上の 未治療者・治療中断者*4	人(d)	24	18	21	18	27
	(d/a)	14.6%	9.5%	12.8%	11.5%	14.2%
治療(内服等) 開始した者	人(e)	18	10	10	7	13
	(e/d)	75.0%	55.6%	47.6%	38.9%	48.1%

\*4 問診にて糖の治療なしと答えた者

表 C 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)	1,842	1,870	1,520	1,646	1,796
HbA1c8.0%以上	人(b)	14	18	18	14	27
	(b/a)	0.8%	1.0%	1.2%	0.9%	1.5%
保健指導実施	人(c)	7	11	13	11	27
	(c/b)	50.0%	61.1%	72.2%	78.6%	100.0%
HbA1c8.0%以上の 未治療者*5	人(d)	7	5	6	7	7
	(d/b)	50.0%	27.8%	33.3%	50.0%	25.9%

	↓	↓	↓	↓	↓
内服治療開始	5	2	3	2	6
元々治療中	1	1	1	1	0
未治療	1	2	2	4	1
死亡、転出、資格喪失	0	0	0	0	0

\*5 HbA1c8.0%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第 3.2 版)」により一定の基準の下、医師が必要と判断した場合に心電図検査を実施しています。心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的としていますが、基準該当者のみの実施のため心電図検査実施率は 5%前後となっています。

心電図検査受診者のうち 50~60%に所見が認められています。本町においては令和元年度より心房細動未治療者への保健指導を行い、医療機関への受診勧奨を実施しています。心房細動未治療者については、ほぼ全数が受診や検査、治療につながっています。(表 D・E)

今後も受診勧奨に加え、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っていきます。

表 D 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者	人(a)	1936	890	1046	1925	878	1047	1574	701	873	1699	789	910	1876	865	1011
心電図受診者	人(b)	244	121	123	224	128	96	145	73	72	79	35	44	91	49	42
心電図実施率	(b/a)	13%	14%	12%	12%	15%	9%	9%	10%	8%	5%	4%	5%	5%	6%	4%
所見あり	人(c)	120	61	59	129	79	50	89	48	41	45	24	21	51	29	22
有所見率	(c/b)	49%	50%	48%	58%	62%	52%	61%	66%	57%	57%	69%	48%	56%	59%	52%
心房細動	人(d)	4	3	1	5	3	2	2	2	0	1	0	1	3	3	0
心房細動有所見率	(d/b)	2%	2%	1%	2%	2%	2%	1%	3%	0%	1%	0%	2%	3%	6%	0%
ST異常	人(e)	24	11	13	13	6	7	12	7	5	2	0	2	4	2	2
ST異常有所見率	(e/b)	10%	9%	11%	6%	5%	7%	8%	10%	7%	3%	0%	5%	4%	4%	5%

表 E 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

	H30	R1	R2	R3	R4
心房細動有所見者	4	5	2	1	3
既医療者	1   25%	2   40%	1   50%	1   100%	1   33%
未治療者	3   75%	3   60%	1   50%	0   0%	2   67%
保健指導実施者	2   67%	3   100%	0   0%	0   0%	1   50%
健診後に医療機関受診	2   67%	3   100%	1   100%	0   0%	2   100%
検査実施(心電図等)	2   100%	1   33%	0   0%	0   0%	2   100%
内服開始	2   100%	3   100%	0   0%	0   0%	2   100%
検査後、異常なしと診断等、治療開始には至らず	0   0%	0   0%	1   100%	0   0%	0   0%



### ③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は約4%の横ばいで、約60%が未治療者です。令和4年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者33人のうち、保健指導後、受診につながった者は、10人(30.3%)でした。また、血圧Ⅲ度においては、7人のうち6人が未治療者でした。今後も要医療の方には受診勧奨を行い、重症化の予防に努めていきます。(表F)

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。表G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。高リスクの未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血圧測定を勧めて血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の方が43.1%いました。このように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くことが必要です。

表F 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)	1,869	1,883	1,556	1,661	1,807	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	79	62	67	66	58	
	(b/a)	4.2%	3.3%	4.3%	4.0%	3.2%	
	治療あり	人(c)	34	32	38	31	25
		(c/b)	43.0%	51.6%	56.7%	47.0%	43.1%
	治療なし	人(d)	45	30	29	35	33
		(d/b)	57.0%	48.4%	43.3%	53.0%	56.9%
	受診した者	人(e)	29	14	18	19	10
		(e/d)	64.4%	46.7%	62.1%	54.3%	30.3%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	17	12	7	9	7
		(f/a)	0.9%	0.6%	0.4%	0.5%	0.4%
	治療あり	人	3	6	3	3	1
	治療なし	人	14	6	4	6	6

表 G 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設定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

血圧分類 (mmHg)		高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	…高リスク …中等リスク …低リスク
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	522	332 63.6%	157 30.1%	27 5.2%	6 1.1%	
	リスク第1層 予後影響因子がない	30 5.7%	C 21 6.3%	B 9 5.7%	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	289 55.4%	C 190 57.2%	B 83 52.9%	A 15 55.6%	A 1 16.7%	
	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	203 38.9%	B 121 36.4%	A 65 41.4%	A 12 44.4%	A 5 83.3%

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	98
		18.8%
B	概ね1か月後に再評価	213
		40.8%
C	概ね3か月後に再評価	211
		40.4%

※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定されることも大きい」とされています。

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

取組内容としては、主に広報や出前講座などでメタボリックシンドロームや糖尿病が増加している町の状況を伝えるとともに健診受診の働きかけを行ってきました。今後は、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連についても、各種団体や行政区単位等で出前講座を毎年行い、広く町民へ周知を行うことが必要です。

(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
			初年度 H30	中間 評価 R2	最終 評価 R5	
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の生活習慣病総医療費に占める割合の維持	2.5%	4.5%	4.6%	KDBシステム
		虚血性心疾患の生活習慣病総医療費に占める割合の維持	1.7%	1.3%	1.7%	
		慢性腎不全(透析あり)の生活習慣病総医療費に占める割合の維持	7.2%	7.8%	6.8%	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	44.6%	42.3%	63.6%	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者	0人	0人	3人	町調べ
	短期目標	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	31.2%	33.3%	36.1%	町調べ
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	4.2%	4.3%	3.2%	
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL180以上)	2.8%	2.5%	2.5%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	8.9%	10.8%	10.6%	
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.4%	0.4%	0.4%	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合(HbA1c7.0%以上)	64.6%	62.5%	61.1%	
		糖尿病の保健指導を実施した割合(HbA1c6.5%以上の未治療者)	91.2%	67.4%	70.8%	
	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	42.1	35.5	43.6	法定報告値
		特定保健指導実施率60%以上	56.5	52.8	56.4	
		特定保健指導対象者の割合の減少	10.5	10.7	11.0	
努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	11.3	16.4	14.2	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	19.9	13.3	18.0	
		大腸がん検診受診者の増加	17.3	11.6	14.4	
		子宮がん検診受診者の増加	17.8	26.0	23.5	
		乳がん検診受診者の増加	14.9	28.0	27.3	
		5つのがん検診の平均受診率の増加	-	19.1	19.5	
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上	80.7%	85.5%	83.4%	厚生労働省

※網掛け部分は第2期データヘルス計画目標管理一覧には掲載していないが、白石町の現状がみえやすいよう参考値として記載している。

### 3) 第2期データヘルス計画に係る考察

中長期目標として脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制するという目標については、虚血性心疾患と慢性腎不全（透析有）は同規模や県と比較して低い割合を維持できています。しかし、脳血管疾患の生活習慣病総医療費に占める割合はH30年度と比較すると2.1ポイント増加していて、目標達成には至っていません。

中長期目標の疾患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の対象者を減らすという短期目標のうち、健診受診者の高血圧Ⅱ度以上、脂質異常症は減少しています。しかし、メタボリックシンドローム・予備群の割合と血糖異常者（HbA1c6.5%以上）の割合は増加しており、血管を傷つけ脳血管・心疾患の発症リスクを高める要因の1つと考えられます。

本町としては、特に脳血管疾患が課題と捉え、発症予防としてメタボリックシンドロームや高血糖に優先的に取り組んでいくことが重要だと考えます。

メタボリックシンドロームについては特定保健指導の中で介入していて、実施率は新型コロナウイルスの影響により減少がみられたもののR4年度は56.4%（目標60%）実施することができました。なお、特定保健指導の対象者の割合が微増していることは今後の課題であり、健康改善のための保健指導を行うことが必要です。

高血糖については、糖尿病未治療者（HbA1c6.5%以上）へは約6割、糖尿病治療中コントロール不良者（HbA1c7.0%以上かつCKD、HbA1c8.0%以上）へは約9割に直接会って保健指導を実施しました。しかし、血糖異常者の割合の減少には至っていません。結果の改善には複数回の継続的な介入が重要と言われていますが、対象者の増加やマンパワー不足もあり初回面談後、継続的な支援（面談等）が不足しています。保健指導の介入に関する優先順位を見直し、より効果的な保健指導の実践が必要です。

他にも、重症化予防での保健指導では、高血圧（Ⅱ度以上）、脂質異常症（LDL180以上またはTG300以上）、CKD（eGFR60未満かつ尿蛋白+以上）、心房細動の未治療の方に支援を行っており、今後も引き続き予防可能な疾患の発症予防、重症化予防に取り組んでいくことが必要です。

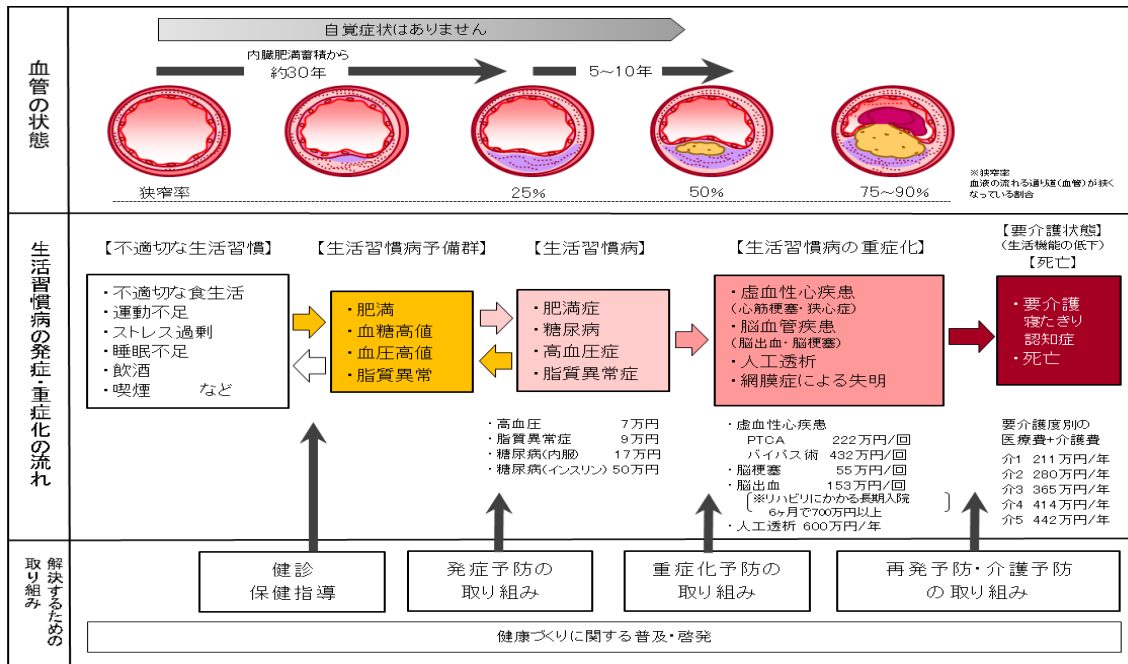
特定健診は新型コロナウイルスの影響により実施率の減少がみられたもののR4年度は回復してきました。しかし、国の目標である60%には到達していません。対象者の約2割は医療機関への受診がなく、健診も受診していない健康状態が不明の方であり、個々への特定健診の受診勧奨も引き続き行っていく必要があります。生活習慣病の早期発見のため特定健診は重要であり、受診率向上に向けたさらなる取り組みが必要と考えられます。

### 3. 第3期における健康課題の明確化

#### 1) 基本的考え方

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

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

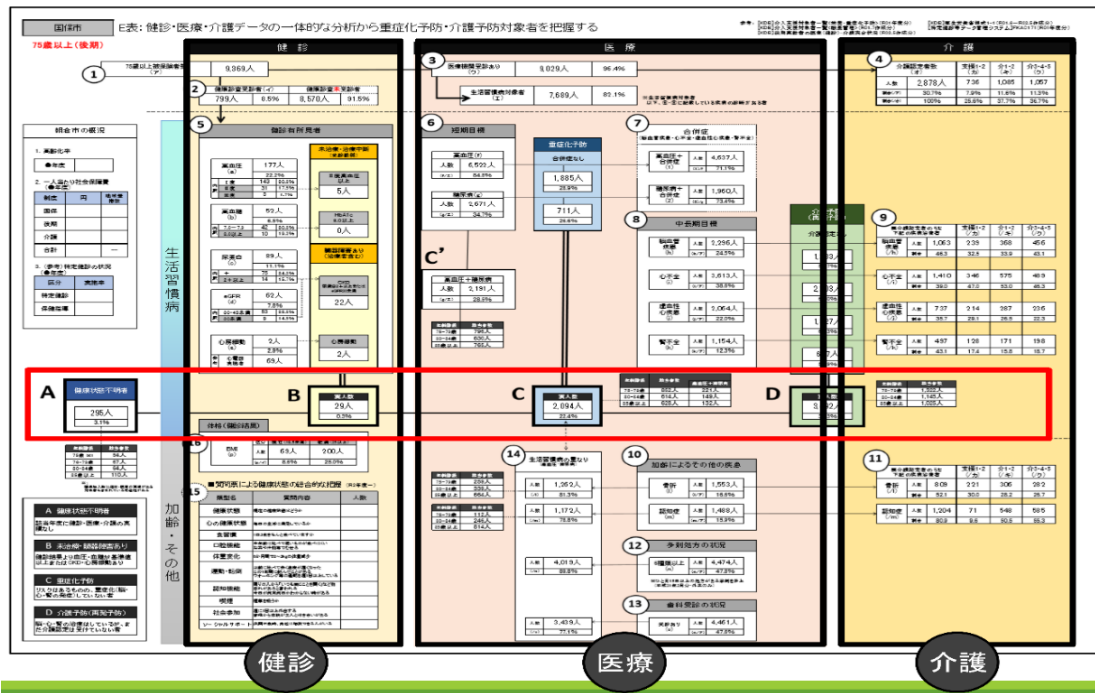
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、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 (P.77 参照)



(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	6,319人	6,182人	6,116人	5,984人	5,765人	4,208人	
総件数及び総費用額	件数	61,594件	61,532件	57,746件	60,043件	60,292件	70,249件
	費用額	23億9509万円	25億2305万円	24億0376万円	25億4638万円	27億7834万円	39億0076万円
一人あたり医療費	37.9万円	40.8万円	39.3万円	42.6万円	48.2万円	92.7万円	

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	白石町	27億7834万円	39,159	3.50%	0.35%	2.36%	0.83%	4.24%	2.90%	1.66%	4億4027万円	15.8%	15.7%	11.62%	8.36%
	同規模	--	29,136	4.24%	0.31%	2.01%	1.52%	5.81%	3.22%	2.20%	--	19.3%	16.9%	7.71%	8.78%
	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	白石町	39億0076万円	77,590	2.43%	0.26%	3.91%	1.35%	2.86%	3.65%	1.03%	6億0275万円	15.5%	8.9%	4.45%	15.5%
	同規模	--	69,832	4.97%	0.47%	3.89%	1.64%	4.23%	2.97%	1.41%	--	19.6%	11.1%	3.50%	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	210人	213人	212人	243人	262人	535人
	件数	B	366件	418件	395件	415件	486件	851件
		B/総件数	0.59%	0.68%	0.68%	0.69%	0.81%	1.21%
	費用額	C	5億0025万円	5億9455万円	5億4352万円	6億1306万円	7億6430万円	10億0693万円
		C/総費用	20.9%	23.6%	22.6%	24.1%	27.5%	25.8%

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	8人	10人	15人	19人	16人	44人							
		D/A	3.8%	4.7%	7.1%	7.8%	6.1%	8.2%							
	件数	E	11件	14件	24件	32件	28件	75件							
		E/B	3.0%	3.3%	6.1%	7.7%	5.8%	8.8%							
	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	2	18.2%	0	0.0%	1	4.2%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	18.2%	3	21.4%	2	8.3%	2	6.3%	0	0.0%	75-80歳	7	9.3%
		60代	4	36.4%	7	50.0%	10	41.7%	11	34.4%	15	53.6%	80代	47	62.7%
		70-74歳	3	27.3%	4	28.6%	11	45.8%	19	59.4%	13	46.4%	90歳以上	21	28.0%
	費用額	F	1175万円	1641万円	2820万円	3791万円	4262万円	9016万円							
		F/C	2.3%	2.8%	5.2%	6.2%	5.6%	9.0%							

出典：ヘルスサポートラボツール

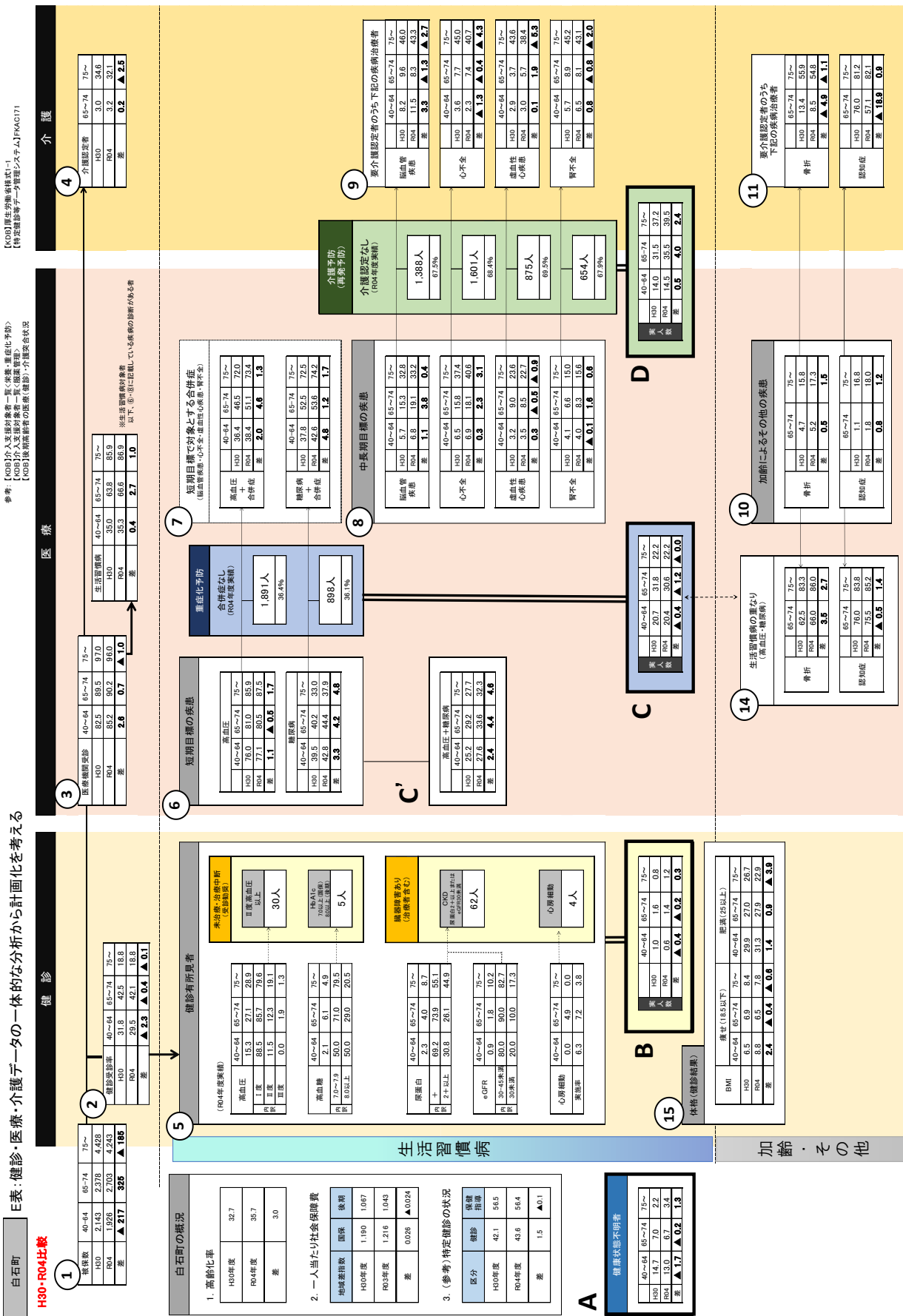
図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

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	5人	6人	4人	4人	8人	12人							
		G/A	2.4%	2.8%	1.9%	1.6%	3.1%	2.2%							
	件数	H	6件	6件	4件	5件	9件	15件							
		H/B	1.6%	1.4%	1.0%	1.2%	1.9%	1.8%							
	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%	1	11.1%	70-74歳	1	6.7%
		50代	0	0.0%	1	16.7%	1	25.0%	4	80.0%	1	11.1%	75-80歳	6	40.0%
		60代	5	83.3%	2	33.3%	1	25.0%	0	0.0%	2	22.2%	80代	6	40.0%
		70-74歳	1	16.7%	3	50.0%	2	50.0%	1	20.0%	5	55.6%	90歳以上	2	13.3%
	費用額	I	633万円	867万円	720万円	563万円	1611万円	2509万円							
		I/C	1.3%	1.5%	1.3%	0.9%	2.1%	2.5%							

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

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





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			⑬ 体格(健診結果)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	34.6	2,143	2,378	4,428	31.8	42.5	18.8	6.5	6.9	8.4	29.9	27.0	26.7
R04	32.1	1,926	2,703	4,243	29.5	42.1	18.8	8.8	6.5	7.8	31.3	27.9	22.9

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	%							
H30	27	4.0	(8)	46	4.5	(17)	47	5.6	(6)	23	3.4	(4)	40	4.0	(3)	5	0.6	(1)	10	1.5	15	1.5	30	3.6	0	--	3	0.3	0	--
R04	10	1.8	(6)	44	3.9	(17)	47	5.9	(7)	12	2.1	(1)	69	6.1	(4)	8	1.0	(0)	5	0.9	14	1.2	43	5.4	0	--	4	0.4	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 医療機関受診						⑥ 短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									⑦ 短期目標の疾患とする 合併症					
	生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)						高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	82.5	89.5	97.0	35.0	63.8	85.9	76.0	81.0	85.9	39.5	40.2	33.0	25.2	29.2	27.7	36.4	46.5	72.0	37.8	52.5	72.5
R04	85.2	90.2	96.0	35.3	66.6	86.9	77.1	80.5	87.5	42.8	44.4	37.9	27.6	33.6	32.3	38.4	51.1	73.4	42.6	53.6	74.2

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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 中長期目標の疾患(被保険者割合)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	5.7	15.3	32.8	3.2	9.0	23.6	6.5	15.8	37.4	4.1	6.6	15.0	8.2	9.6	46.0	2.9	3.7	43.6	3.6	7.7	45.0	5.7	8.9	45.2
R04	6.8	19.1	33.2	3.5	8.5	22.7	6.9	18.1	40.6	4.0	8.3	15.6	11.5	8.3	43.3	3.0	5.7	38.4	2.3	7.4	40.7	6.5	8.1	43.1

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 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	
H30	62.5	83.3	76.0	83.8	4.7	15.8	1.1	16.8	13.4	55.9	76.0	81.2
R04	66.0	86.0	75.5	85.2	5.2	17.3	1.8	18.0	8.5	54.8	57.1	82.1

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ますが、一人あたり医療費は令和2年度は新型コロナウイルスの影響で減ったものの、令和3年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり90万円を超え、国保の約2倍近くになっています。(図表32)

本町は、これまで糖尿病に重点を置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の総医療費に占める割合は、同規模と比べて1ポイント以上低く、その結果腎不全の医療費に占める割合が、国保及び後期高齢においても、同規模、県、国と比べて低い状況です。(図表33)

高額レセプトについては、国保においては毎年約400件のレセプトが発生していますが、令和4年は486件と増加しています。さらに、後期高齢になると、1.8倍になっています。

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3年度が一番多く32件で約3,700万円以上の費用がかかっています。令和4年度は28件と件数が減りましたが、費用額は約4,300万円と増加しています。さらに後期高齢においては、75件発生し、約9,000万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表34・35) 虚血性心疾患の高額レセプトは、国保で令和4年度が一番多く9件で1,600万円以上の費用がかかっている、今後も注視していく必要があります。(図表36)

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、①被保険者数は、40~64歳、75歳以上は減っていますが、65~74歳では約300名増えています。今後も高齢化は高い水準で移行すると考えられます。⑤の体格をみると、40~64歳の若い年齢層と65~74歳で、BMI25以上の率が高くなってきています。(図表38)

⑤健診有所見の状況を見ると、特に65~74歳のHbA1c7.0以上の割合が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。(図表39)

⑦短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧、糖尿病どれにおいても、各年代高くなっています。(図表40)

⑧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、H30年度とR4年度を比較すると、全体的に増加傾向で、特に脳血管疾患・心不全がどの年代でも上がっており、高額レセプト分析において入院費が伸びている要因が、一体的分析においても課題であることが分かります。(図表41)

#### (4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

##### 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と考えると、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るが、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	実績			目標値		データの把握方法 (活用データ年度)		
			初期値 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)	中間目標 (R7)	最終目標 (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	2.36%			2.26%	2.15%	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	0.83%			0.82%	0.80%		
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	3.50%			3.50%	3.50%		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	63.6%			56.8%	50.0%		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	50.0%			33.3%	25.0%		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少（※1）	3人			2人	1人		
	短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症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	36.1%			33.0%	30.0%	町調べ
				健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	3.2%			2.8%	2.5%	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	8.1%			7.0%	6.0%	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL180以上）（※1）	2.5%			2.3%	2.0%	
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1C6.5%以上）	10.6%			9.5%	8.5%	
				★健診受診者のHbA1C8.0%（NGSP値）以上の者の割合の減少	1.5%			1.0%	0.5%	
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合（HbA1C7.0%以上）（※2）	61.1%			66.6%	72.0%	
	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	43.6%			52.0%	60.0%	法定報告値	
			★特定保健指導実施率60%以上	56.4%			65.7%	75.0%		
★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（※3）			11.0%			10.0%	9.0%			

※1 町独自で追加した目標

※2 健診日以降、糖尿病の診断名がついたレセプトがあり、1回以上の血液検査（血糖値、HbA1c、ケトアミド）が実施されている者

※3 分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用者数

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていたが、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3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 特定健診実施率・特定保健指導実施率

	R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	R11年度
特定健診実施率	49.4%	52.0%	54.6%	57.2%	60.0%	60%以上
特定保健指導実施率	62.6%	65.7%	68.8%	71.9%	75.0%	75%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

		R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	4,310人	4,240人	4,170人	4,100人	4,030人	3,960人
	受診者数	2,129人	2,204人	2,276人	2,345人	2,418人	2,376人
特定保健指導	対象者数	234人	242人	250人	257人	265人	261人
	受診者数	146人	158人	172人	184人	198人	195人

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

集団健診は、本町が特定健診実施機関に委託します。個別健診は、県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である佐賀県が集合契約を行います。

- ① 集団健診(白石町総合センター他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

#### (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、白石町のホームページに掲載します。

(参照) 白石町 URL : <https://www.town.shiroishi.lg.jp/jyuumin/kenkou/seijin.html>

[R5 年度現在]

### (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

○白石町特定健診検査項目

健診項目		白石町	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

4 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、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、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

	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			健診データ抽出(前年度)
6月		(特定健診の開始)	
7月		健診データ受取 費用決裁 → 保健指導対象者の抽出	
8月			実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
10月	契約に関わる		受診・実施率実績の算出
11月	予算手続き		支払基金(連合会)への報告
12月			(ファイル作成・送付)
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、保険者が直接実施することとし、保健福祉課の保健師・管理栄養士等が行います。

○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

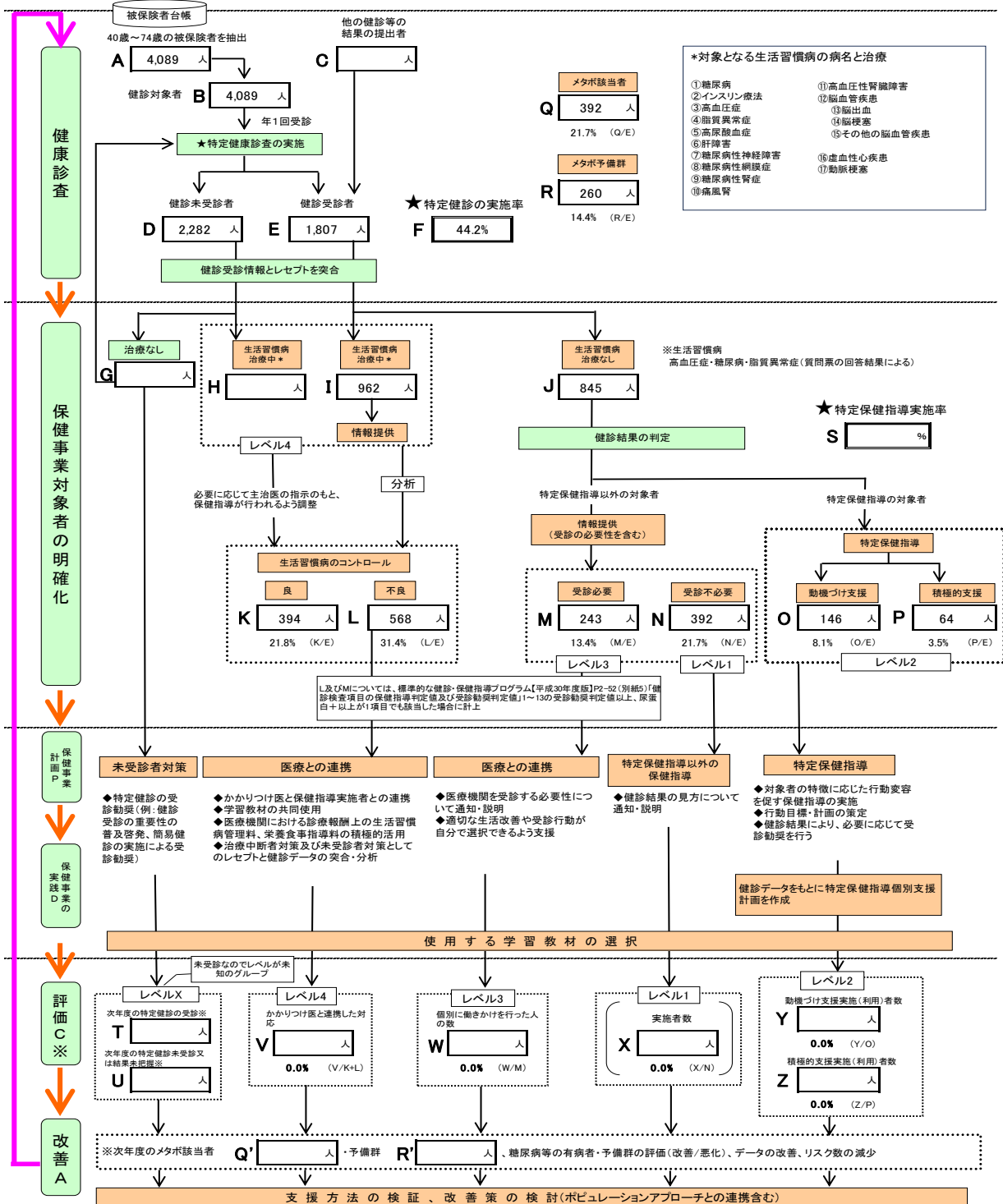
「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

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



出典:ヘルサポータルツール

(2)要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 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 (受診者の割合)	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	210人 (11.6%)	75.0%
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	243人 (13.4%)	HbA1c6.5以上 については 100%
5	L	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	568人 (31.4%)	HbA1c7.0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)	2,282 ※受診率目標達成までにあと646人	60.0%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	392人 (21.7%)	

### (3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 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	◎前年度健診分の保健指導	◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報(通年)
5月			◎人間ドック・脳ドック開始
6月	◎個別健康診査実施の依頼 ◎ヘルスサポート事業・診療情報提供の依頼 ◎受診券の送付及び特定健康診査の開始		◎個別健診(特定健診)開始
7月		◎対象者の抽出	◎住民健診(特定健診・がん検診)、後期高齢者健康診査開始
8月		◎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
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	◎住民健診(特定健診・がん検診)開始
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、本町の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町民へ周知していきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診実施率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、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、令和9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、市町国保保険者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、保険者側にとっても、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、令和9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、市町国保保険者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

本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、596人(33.0%)です。そのうち治療なしが150人(17.8%)を占め、さらに臓器障害があり直ちに取り組むべき対象者が54人です。

また、本町においては、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、150人中78人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的

であることが分かります。(図表 39)

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-

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 ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		1,807人	44.2%
	クモ膜下出血 (5.6%)   脳出血 (18.5%)   脳梗塞 (75.9%) ↓ 心原性脳塞栓症 (27.7%)   ラクナ梗塞 (31.2%)   アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) <small>※脳卒中データリンク 2019より</small> ↓ 非心原性脳梗塞			心筋梗塞   労作性狭心症   安静狭心症							■各疾患の治療状況	
	優先すべき課題の明確化			脂質異常症			メタボリック シンドローム		糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)	
	科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出			動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年度 (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			LDL-C 180mg/d以上			中性脂肪 300mg/d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			45   2.5%			41   2.3%		392   21.7%		130   7.2%	
	治療なし			33   3.0%			26   2.0%		51   6.0%		72   4.4%	
	(再掲) 特定保健指導			12   26.7%			8   19.5%		51   13.0%		14   8.9%	
	治療中			5   1.0%			15   3.0%		341   35.4%		58   33.5%	
	臓器障害 あり			2   5.0%			5   19.2%		8   15.7%		7   9.7%	
	CKD(専門医対象者)			2			4		3		38	
	心電図所見あり			0			1		6		4	
	臓器障害 なし			38   95.0%			21   80.8%		43   84.3%		65   90.3%	
											596   33.0%	
											150   17.8%	
											78   13.1%	
											446   46.4%	
											54   36.0%	
											38	
											19	
											--	

出典:ヘルサポートラボツール

# 1. 糖尿病性腎症重症化予防

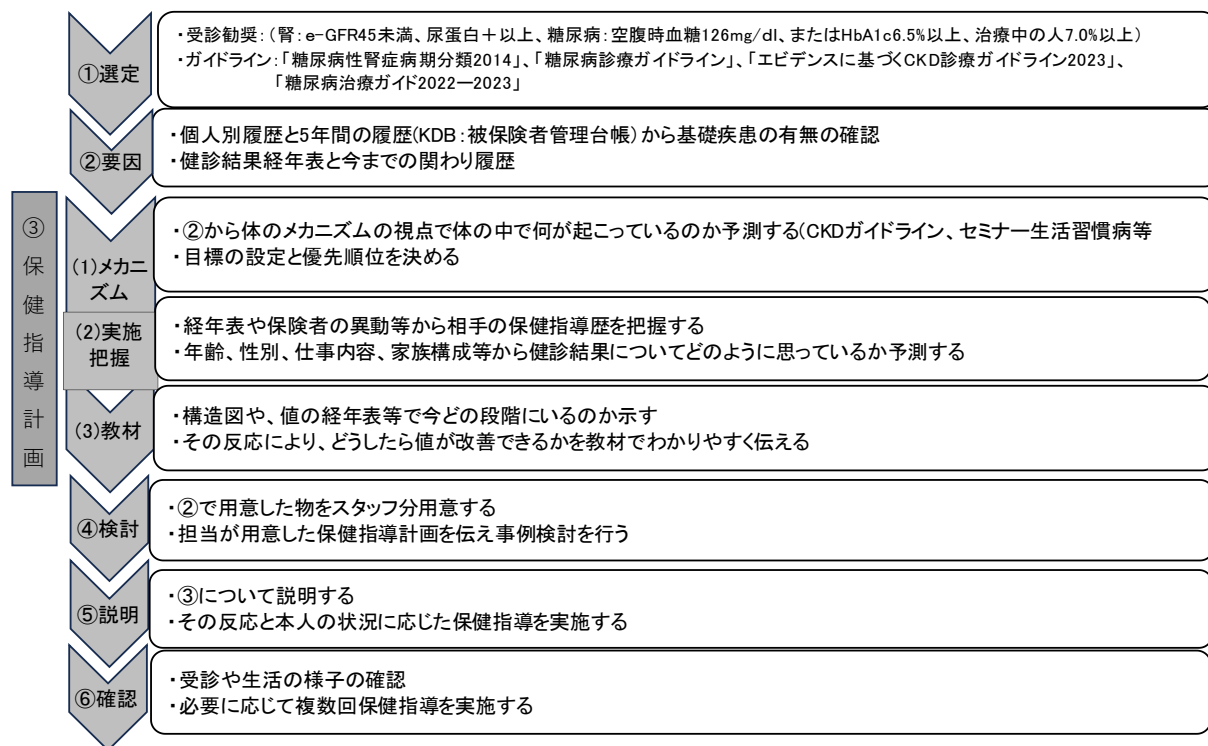
## 1) 基本的な考え方

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)及び佐賀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、佐賀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 糖尿病治療中者のうち、腎症が重症化するリスクが高いもの

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

本町においては、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)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が困難です。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。

本町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、85人(32.7%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者1,172人のうち、特定健診受診者が175人(67.3%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者997人(85.1%・I)については、治療中ですが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。(図表54)



③介入方法と優先順位

図表 54 により本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）・・・85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）・・・69人  
治療中断しないようにするための保健指導
- ・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

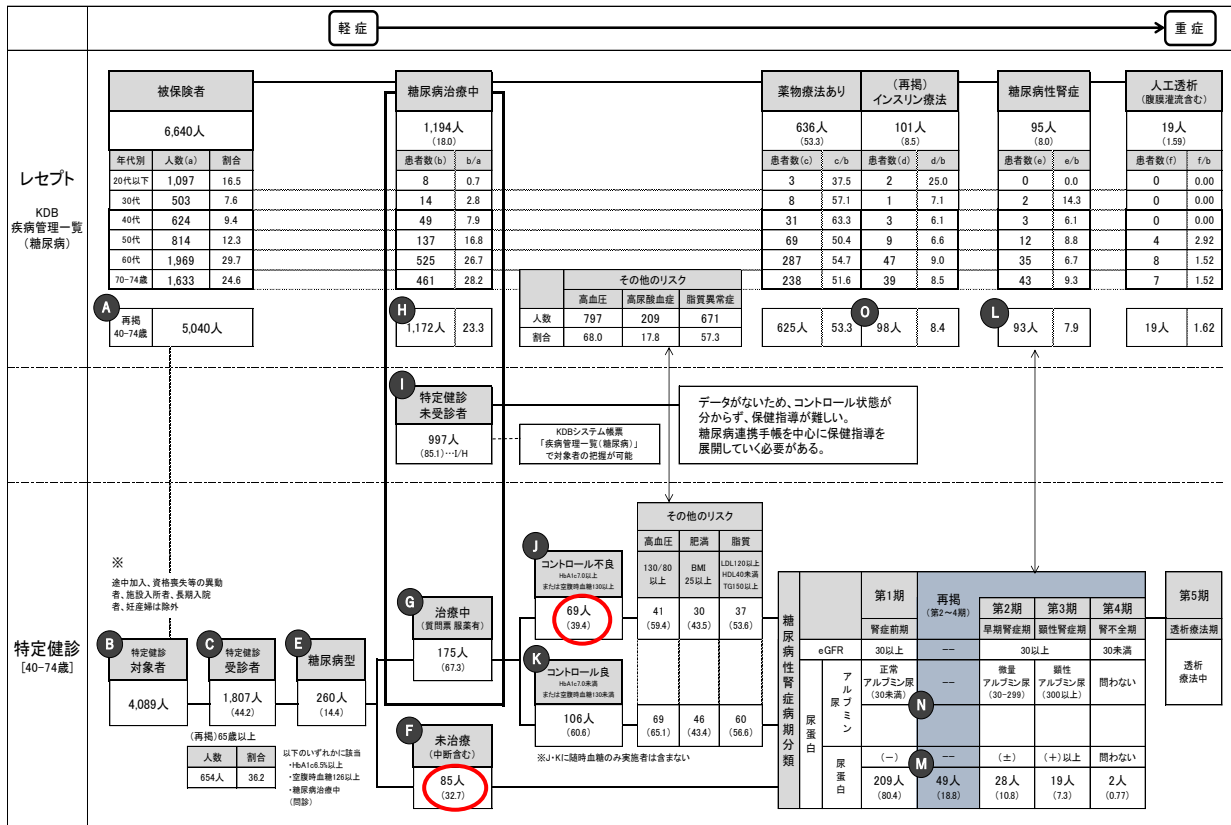
【保健指導】

- ・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



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

### 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。本町においては、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グリコシダーゼ阻害薬」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、特定保健指導対象者のうち HbA1c6.5%以上、かつ尿蛋白定性(-)(±)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糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行っています。

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

評価を行うにあたっては、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/1.73 m<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

項目	突合表	白石町										同規模保険者(平均)			
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	6,541人		6,361人		6,217人		6,145人		6,017人					
	② (再掲)40-74歳	4,855人		4,722人		4,677人		4,695人		4,613人					
2	① 対象者数	4,364人		4,271人		4,282人		4,219人		4,063人					
	② 特定健診 受診者数	1,869人		1,883人		1,556人		1,661人		1,808人					
	③ 実施率	—		—		—		—		—					
3	① 特定 対象者数	193人		188人		163人		184人		195人					
	② 保健指導 実施率	56.5%		62.8%		52.8%		48.4%		56.4%					
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	241人	12.9%	257人	13.6%	233人	15.0%	220人	13.2%	260人	14.4%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	73人	30.3%	82人	31.9%	58人	24.9%	68人	30.9%	85人	32.7%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	168人	69.7%	175人	68.1%	175人	75.1%	152人	69.1%	175人	67.3%		
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130未満	J	68人	40.5%	73人	41.7%	77人	44.0%	66人	43.4%	69人	39.4%		
		⑤ 血圧 130/80以上		44人	64.7%	35人	47.9%	51人	66.2%	41人	62.1%	41人	59.4%		
		⑥ 肥満 BMI25以上		24人	35.3%	24人	32.9%	30人	39.0%	27人	40.9%	30人	43.5%		
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	100人	59.5%	102人	58.3%	98人	56.0%	86人	56.6%	106人	60.6%		
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	197人	81.7%	218人	84.8%	188人	80.7%	187人	85.0%	209人	80.4%		
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		13人	5.4%	15人	5.8%	30人	12.9%	21人	9.5%	28人	10.8%		
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		18人	7.5%	17人	6.6%	15人	6.4%	12人	5.5%	19人	7.3%		
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	1人	0.4%	0人	0.0%	0人	0.0%	2人	0.8%		
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)	107.8人		109.4人		104.7人		118.3人		121.3人				
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)	144.0人		146.1人		137.9人		152.7人		156.5人				
		③ レセプト件数 (40-74歳)	4,234件 (904.7)		4,226件 (910.0)		4,311件 (928.5)		4,552件 (996.1)		4,434件 (1001.8)		630,975件	(921.9)	
		④ (再掲)40-74歳 (1)内は再掲患者対	39件 (8.3)		24件 (5.2)		20件 (4.3)		20件 (4.4)		23件 (5.2)		2,654件	(3.9)	
		⑤ 糖尿病治療中	705人 (8.8%)		696人 (10.9%)		651人 (10.5%)		727人 (11.8%)		730人 (12.1%)				
		⑥ (再掲)40-74歳	H	699人	14.4%	690人	14.6%	645人	13.8%	717人	15.3%	722人	15.7%		
		⑦ 健診未受診者	I	531人	76.0%	522人	75.7%	470人	72.9%	565人	78.8%	547人	75.8%		
		⑧ インスリン治療	O	49人	7.0%	56人	8.0%	47人	7.2%	51人	7.0%	58人	7.9%		
		⑨ (再掲)40-74歳	L	48人	6.9%	55人	8.0%	45人	7.0%	50人	7.0%	57人	7.9%		
		⑩ 糖尿病性腎症		62人	8.8%	60人	8.6%	58人	8.9%	60人	8.3%	70人	9.6%		
		⑪ (再掲)40-74歳		62人	8.9%	60人	8.7%	58人	9.0%	60人	8.4%	69人	9.6%		
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	12人 1.7%		12人 1.7%		12人 1.8%		12人 1.7%		14人 1.9%				
		⑬ (再掲)40-74歳	12人 1.7%		12人 1.7%		12人 1.9%		12人 1.7%		14人 1.9%				
		⑭ 新規透析患者数	1		1		1		4		3				
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症	0		1		0		3		3				
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	18人 2.0%		18人 2.1%		14人 1.6%		16人 1.8%		14人 1.5%				
6	医療費	① 総医療費	23億9509万円		25億2305万円		24億0376万円		25億4638万円		27億7834万円		21億6943万円		
		② 生活習慣病総医療費	12億0576万円		12億3674万円		12億4968万円		12億9712万円		14億3796万円		11億4738万円		
		③ (総医療費に占める割合)	50.3%		49.0%		52.0%		50.9%		51.8%		52.9%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	7,636円		7,466円		5,099円		6,563円		8,694円		7,199円		
		⑤ 健診未受診者	28,713円		29,669円		34,299円		33,378円		39,484円		37,856円		
		⑥ 糖尿病医療費	1億1020万円		1億0768万円		1億0968万円		1億1277万円		1億1784万円		1億2598万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	9.1%		8.7%		8.8%		8.7%		8.2%		11.0%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	2億9802万円		3億0673万円		3億4129万円		3億5318万円		3億9824万円				
		⑨ 1件あたり	32,125円		33,552円		36,753円		35,708円		40,662円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費	1億7473万円		1億9110万円		2億3382万円		2億7123万円		2億7862万円				
		⑪ 1件あたり	484,024円		542,891円		568,909円		609,512円		686,261円				
		⑫ 在院日数	17日		18日		19日		18日		17日				
		⑬ 慢性腎不全医療費	9256万円		1億0112万円		1億0013万円		1億0239万円		1億0694万円		9872万円		
		⑭ 透析有り	8740万円		9506万円		9745万円		9594万円		9711万円		9197万円		
		⑮ 透析なし	516万円		606万円		268万円		645万円		983万円		675万円		
7	介護	① 介護給付費	26億9445万円		26億0434万円		26億4604万円		26億7968万円		25億8448万円		21億9980万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症	3件 15.0%		2件 9.5%		2件 10.5%		2件 10.5%		4件 19.0%				
8	① 死亡	5人 1.4%		4人 1.1%		9人 2.6%		1人 0.3%		3人 0.9%		926人 1.1%			

出典:ヘルスサポートラボツール

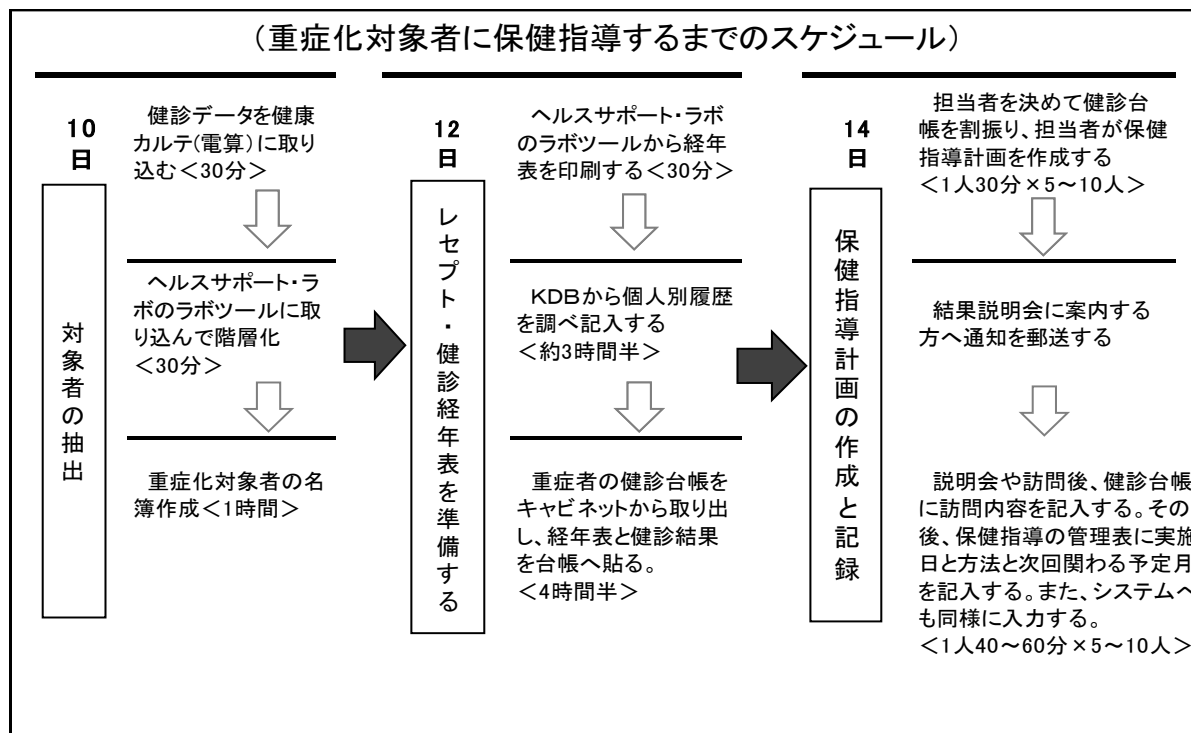
## 7) 実施期間及びスケジュール

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

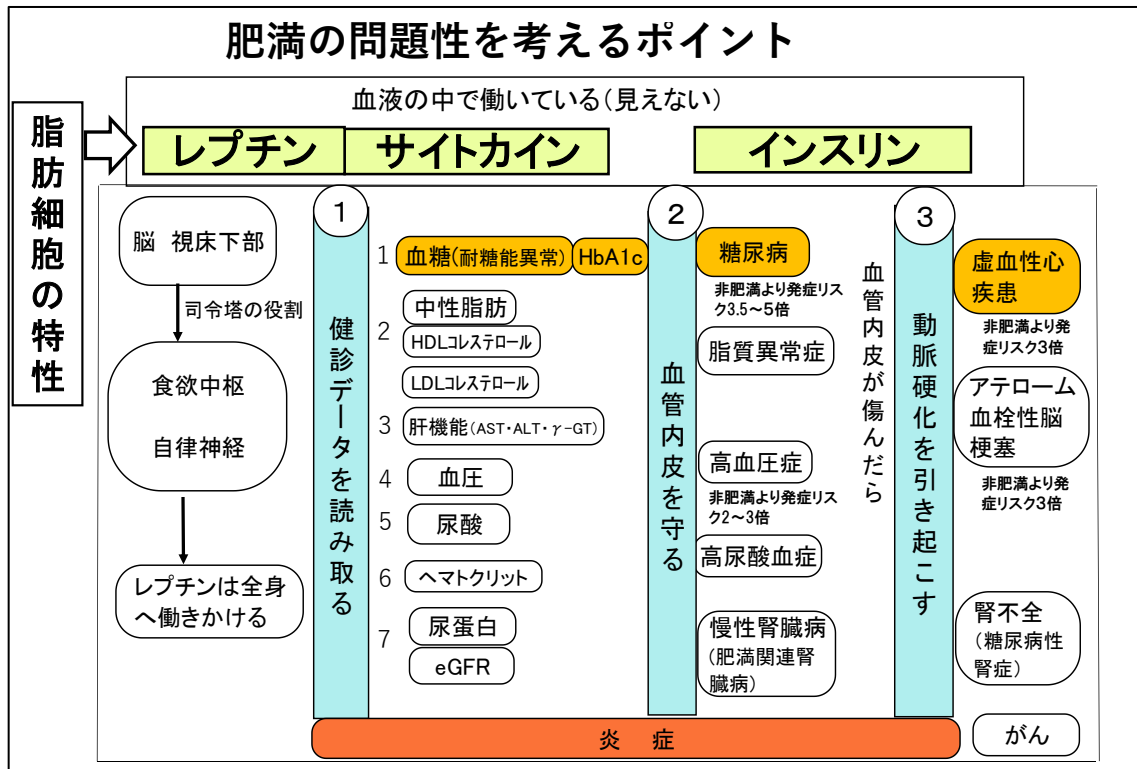
### 1) 基本的な考え方

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	605	1,202	187	338	153	313	30	20	4	5	0	0	
			30.9%	28.1%	25.3%	26.0%	5.0%	1.7%	0.7%	0.4%	0.0%	0.0%	
再掲	男性	284	548	104	170	93	160	11	7	0	3	0	0
				36.6%	31.0%	32.7%	29.2%	3.9%	1.3%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%
再掲	女性	321	654	83	168	60	153	19	13	4	2	0	0
				25.9%	25.7%	18.7%	23.4%	5.9%	2.0%	1.2%	0.3%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

BMI25以上の割合は受診者のうち3割に認められていて、そのうち約89%が肥満Ⅰ度に該当しています。肥満Ⅰ度では男性の割合が高く、肥満Ⅱ・Ⅲ度では女性の割合が高くなっています。(図表 59)

図表 60 心・脳血管疾患を発症した事例

事例 No.	性別	発症年齢	KDBから把握										特定健診	転帰	
			レセプト												
			脳血管疾患		虚血性心疾患		腎不全	基礎疾患				介護			
			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	70代		●					●					メタボ	
2	男	70代		●	●				●					なし	死亡
3	男	70代		●	●				●	●	●	●	介3	なし	
4	男	70代		●	●				●	●	●			なし	
5	男	60代	●	●					●	●		●		メタボ	死亡
6	男	50代		●	●	●	●		●	●				なし	

白石町調べ

心・脳血管疾患を発症した事例をみると特定健診を受けていた2名はメタボリックシンドローム該当者でした。(図表 60)

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、脳心血管病へ直接影響を与えるリスクが高いと考えます。

### 3) 対象者の明確化

図表 61 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	832	78	100	337	317	975	69	112	421	373	
メタボ該当者	B	268	11	27	108	122	124	0	12	47	65	
	B/A	32.2%	14.1%	27.0%	32.0%	38.5%	12.7%	0.0%	10.7%	11.2%	17.4%	
再掲	① 3項目全て	C	80	2	8	33	37	38	0	2	14	22
		C/B	29.9%	18.2%	29.6%	30.6%	30.3%	30.6%	—	16.7%	29.8%	33.8%
	② 血糖+血圧	D	50	1	3	23	23	17	0	2	9	6
		D/B	18.7%	9.1%	11.1%	21.3%	18.9%	13.7%	—	16.7%	19.1%	9.2%
	③ 血圧+脂質	E	114	6	14	46	48	63	0	8	21	34
		E/B	42.5%	54.5%	51.9%	42.6%	39.3%	50.8%	—	66.7%	44.7%	52.3%
	④ 血糖+脂質	F	24	2	2	6	14	6	0	0	3	3
		F/B	9.0%	18.2%	7.4%	5.6%	11.5%	4.8%	—	0.0%	6.4%	4.6%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 62 メタボリック該当者の治療状況

	男性						女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし	
総数	832	268	32.2%	230	85.8%	38	14.2%	975	124	12.7%	111	89.5%	13	10.5%
40代	78	11	14.1%	5	45.5%	6	54.5%	69	0	0.0%	0	—	0	—
50代	100	27	27.0%	19	70.4%	8	29.6%	112	12	10.7%	11	91.7%	1	8.3%
60代	337	108	32.0%	91	84.3%	17	15.7%	421	47	11.2%	39	83.0%	8	17.0%
70~74歳	317	122	38.5%	115	94.3%	7	5.7%	373	65	17.4%	61	93.8%	4	6.2%

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は、50代以上の男性で受診者の約3割を占め、女性では60代・70代で1割程度であるため、男性を優先することが効率的であると考えます。

また、リスク因子3項目全てに該当する者も約3割と多くなっています。(図表 61)

さらに、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は、男女とも約8割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男性で3割を超えており、治療だけでは解決できないことがわかります。(図表 62)

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重要となります。



## (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、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、受診につながるための保健指導を行います。
- ② 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)
- ③ 治療中の者へは、治療中断し脳・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。

## (2)対象者の管理

対象者の進捗管理は特定保健指導管理台帳等を作成し、担当地区ごとに管理します。

## 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 63 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)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
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
2 保健指導対象者の明確化	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	7 健診データ・検査
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
3 肥満の症状	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 脂肪細胞の自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きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いときよく聞きますが、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 膝のどこが痛いのですか？	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)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	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	9 運動療法
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？
5 保健指導教材で減量できた事例	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	10 参考資料
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。本町においては特定保健指導対象者に対して特別交付金を活用して、二次健診の実施します。

### ◎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)

### 3. 虚血性心疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

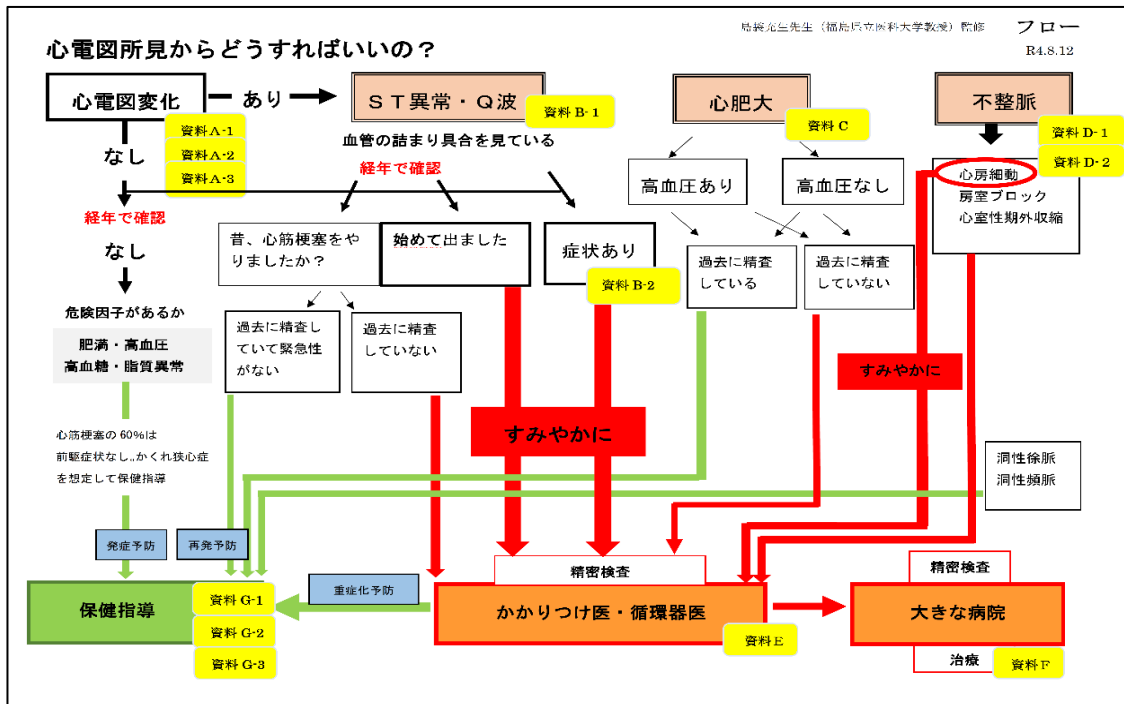
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

#### 2) 対象者の明確化

##### (1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表64に基づいて考えます。

図表64 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



##### (2) 重症化予防対象者の抽出

###### ①心電図検査からの把握

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

本町においては、心電図検査を91人(5.0%)に実施し、そのうち有所見者が51人(56.0%)でした。(図表 65)

また、集団健診のデータをみると、有所見者のうち要精査が14人(42.4%)で、その後の受診状況を見ると7人(50.0%)は未受診でした。(図表 66)。

有所見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 65 心電図検査結果

性別・年齢	所見	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
内訳	40～74歳	91	5.0%	51	56.0%	3	5.9%	4	7.8%	0	0.0%	6	11.8%	2	3.9%	8	15.7%	3	5.9%	8	15.7%
	男性	49	6.0%	29	59.2%	1	3.4%	2	6.9%	0	0.0%	3	10.3%	1	3.4%	4	13.8%	3	10.3%	4	13.8%
	女性	42	4.0%	22	52.4%	2	9.1%	2	9.1%	0	0.0%	3	13.6%	1	4.5%	4	18.2%	0	0.0%	4	18.2%

白石町調べ

図表 66 集団健診における心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)*1		要医療(b)		要精査(c)		医療機関受診あり(d)		受診なし(e)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	33		1	3.0%	14	42.4%	7	50.0%	7	50.0%
男性	17	51.5%	1	5.9%	7	41.2%	4	57.1%	3	42.9%
女性	16	48.5%	0	0.0%	7	43.8%	3	42.9%	4	57.1%

\*1 集団健診で心電図検査(詳細な健診)を受けた者のうち所見を認めた者

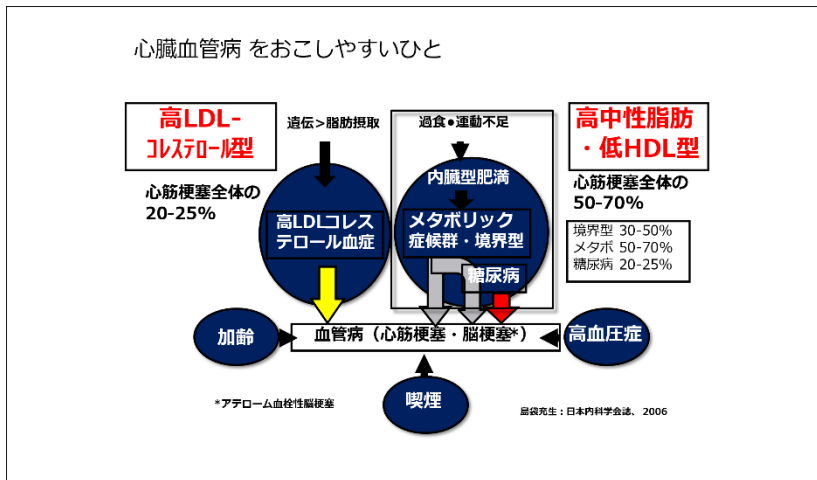
白石町調べ

## 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、またはLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 67・68)

図表 67 心臓血管病をおこしやすいひと



図表 67 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 61・62)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 68)

図表 68 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決定				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)			
				120-139	140-159	160-179	180以上
682				350	197	95	40
				51.3%	28.9%	13.9%	5.9%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	110	62	33	11	4
			16.1%	17.7%	16.8%	11.6%	10.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	297	154	75	50	18
			43.5%	44.0%	38.1%	52.6%	45.0%
高リスク	再掲	120未満 (150未満)	259	125	84	32	18
			38.0%	35.7%	42.6%	33.7%	45.0%
		100未満 (130未満) ※1	25	10	10	2	3
			3.7%	2.9%	5.1%	2.1%	7.5%
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)	16	9	5	2	0
			2.3%	2.6%	2.5%	2.1%	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 69 心電図所見からの保健指導教材

心電図所見からの保健指導教材
もくじ
心電図所見からどうすればいいの？ フロー図
資料A-1 休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです
資料A-2 私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞や心房細動を発症する前に
資料A-3 心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！
資料B-1 心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？
資料B-2 心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！！
資料C 左室肥大って？
資料D-1 不整脈・・・このくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの？
資料D-2 心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです
資料E ST変化・異常Q波 所見がある方へ
資料F 精密検査を受けて治療が必要になった方へ
資料G-1 狭心症になった人から学びました
資料G-2 健診データの色がついているところに○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、二次健診として頸動脈エコー検査を実施します。

「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受診者名簿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

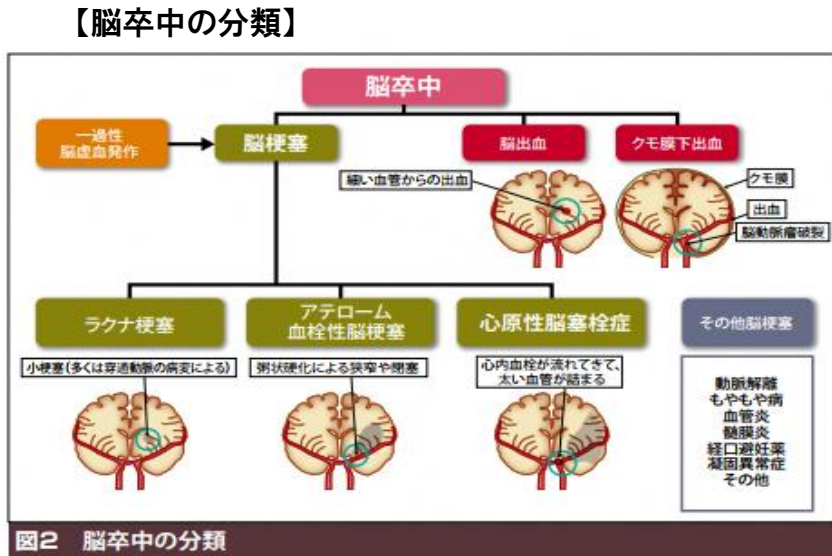
6 月～ 特定健診結果が届き次第順次、対象者へ介入(通年)

## 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 70・71)

図表 70 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 71 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 72 でみると、高血圧治療者 2,180 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 323 人(14.8%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 58 人(3.2%)であり、そのうち 33 人(57%)は未治療者です。そ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 25 人(3.5%)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。

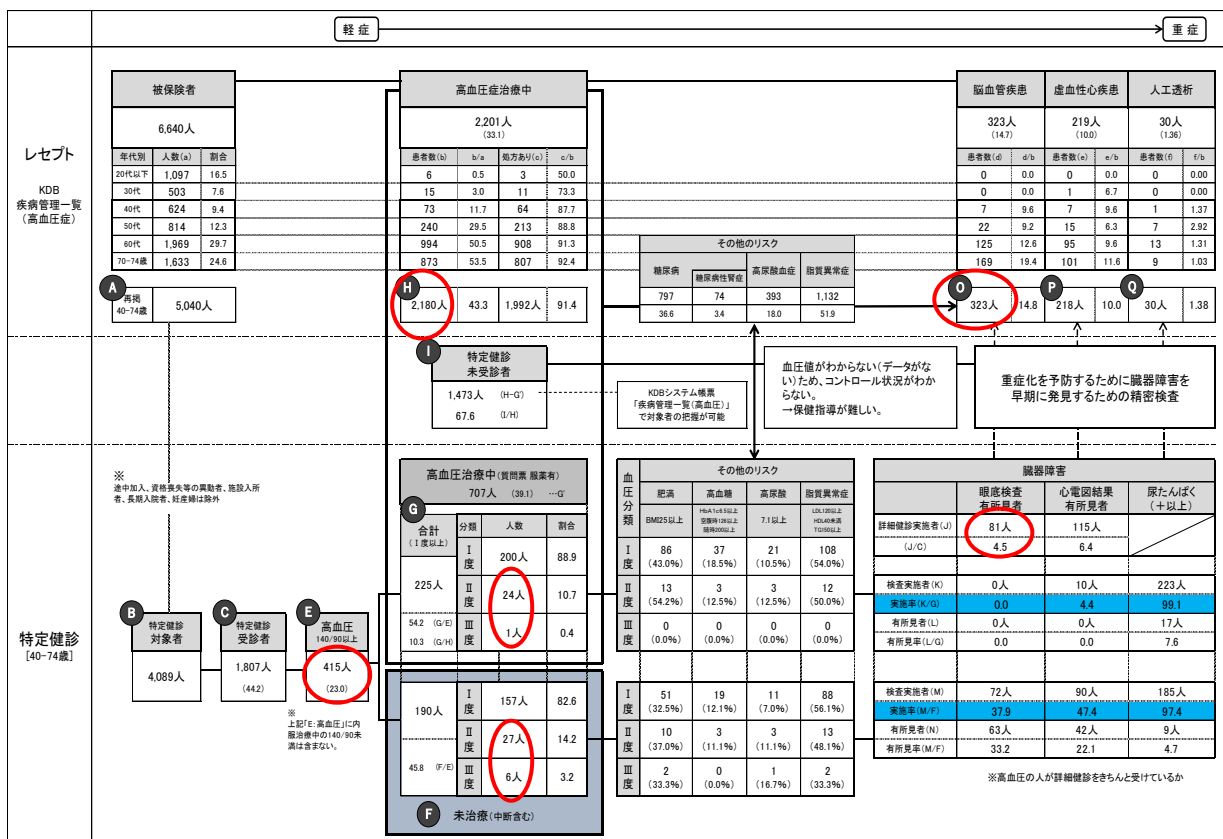
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか 81 人(4.5%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、415 人(23.0%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は対象者の一部にしか重症化予防の検査がされていません。

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、検討していく必要があります。

図表 72 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すが、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 73 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

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

### 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		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
	522	332 63.6%	157 30.1%	27 5.2%	6 1.1%
リスク第1層 予後影響因子がない	30 5.7%	C 21 6.3%	B 9 5.7%	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	289 55.4%	C 190 57.2%	B 83 52.9%	A 15 55.6%	A 1 16.7%
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	203 38.9%	B 121 36.4%	A 65 41.4%	A 12 44.4%	A 5 83.3%

…高リスク  
 …中等リスク  
 …低リスク

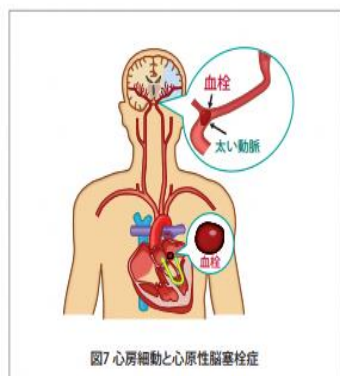
区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	98 18.8%
B	概ね1か月後に再評価	213 40.8%
C	概ね3か月後に再評価	211 40.4%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 73 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 74 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 74 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				日循環疫学調査 (※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	832	975	59	7.1%	56	5.7%	3	5.1%	0	0.0%	--	--
40代	78	69	4	5.1%	5	7.2%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	100	112	13	13.0%	4	3.6%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	337	421	21	6.2%	28	6.7%	1	4.8%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	317	373	21	6.6%	19	5.1%	2	9.5%	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 75 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	%
3	2	66.7%	1	33.3%

白石町調べ

心電図検査において3人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者3人のうち1人は既に治療が開始されましたが2人は未治療でした。未治療者については保健指導を実施し、治療が開始されました。(図表 75)

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

### 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、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

#### (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、二次健診として頸動脈エコー検査を実施します。

「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名簿を作成し経過を把握していきます。

## 4) 医療との連携

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

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

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

6月～ 特定健診結果が届き次第順次、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

本町は、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、

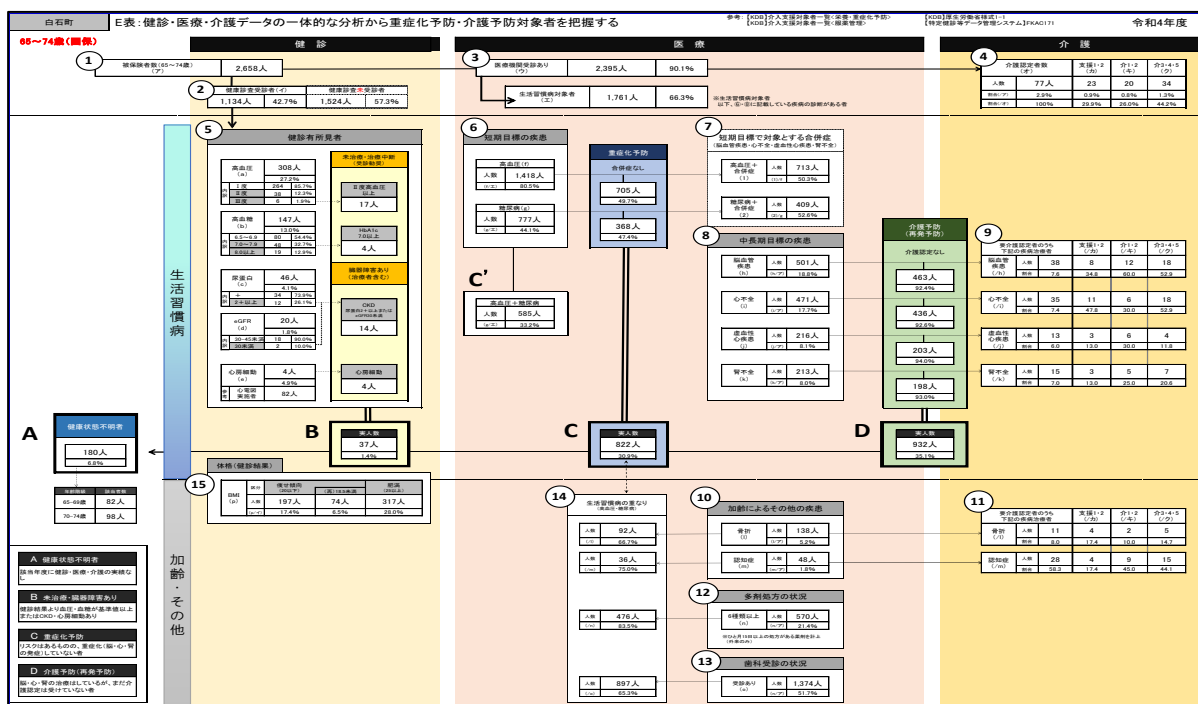
##### ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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 地域を担当する医療専門職を配置

高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)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や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からの重症化予防・介護予防のための健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 76 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。

白石町においては、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。

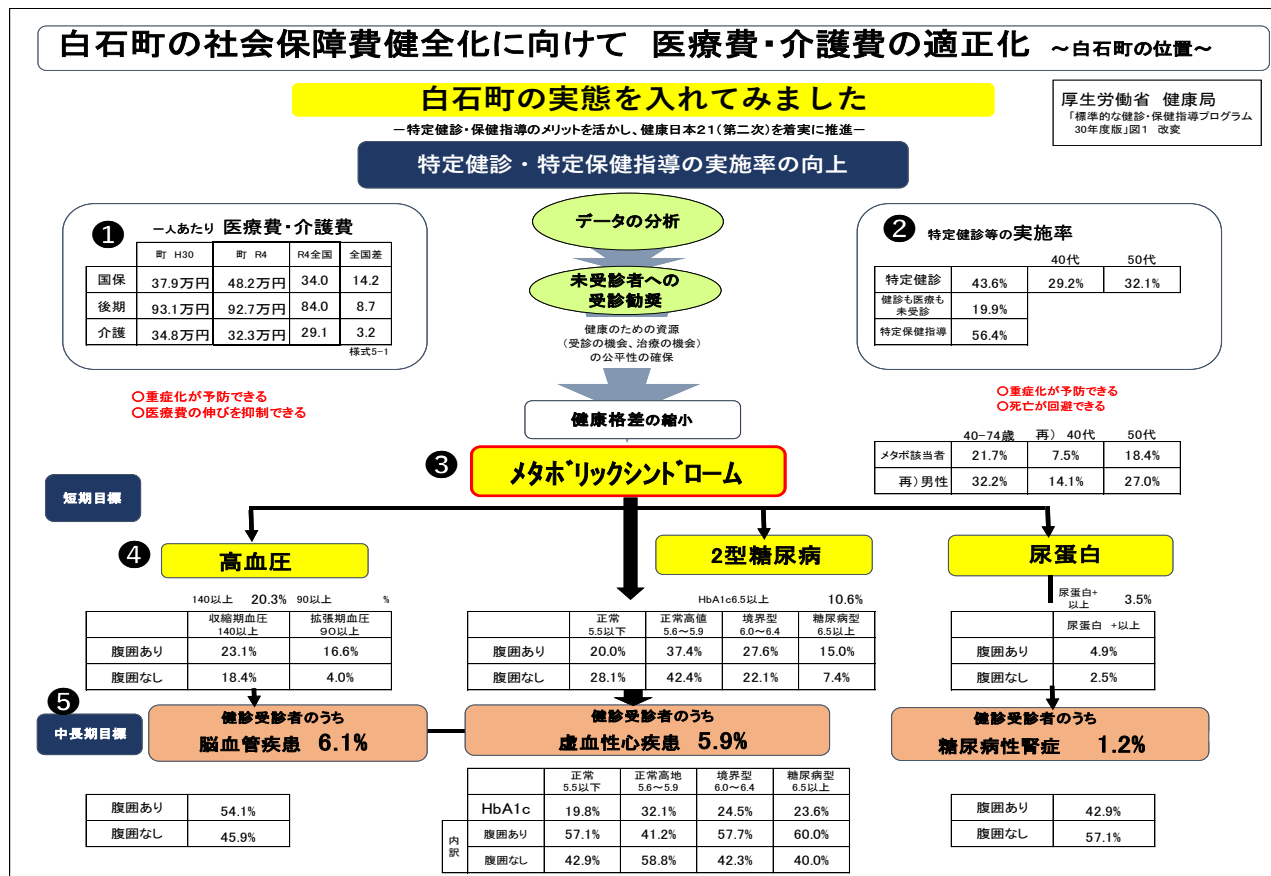
図表 77 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える														
— 基本的考え方 — (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)														
1 根拠法	健康増進法													
	母子保健法			学校保健安全法			労働安全衛生法 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>					
2 計画	健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】													
	データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）													
3 年代	妊婦 (胎児期)		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳	15～18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 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診断 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)
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 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)	標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)		
	血糖	95mg/dl以上									空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上			
	HbA1c	6.5%以上									6.5%以上			
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上												
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上										空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上		
	(診断) 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上を満たすもの												
	身長													
	体重													
	BMI											25以上		
	肥満度			加齢18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上						
尿酸	(+) 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町民へ周知していきます。(図表 78・79)

図表 78 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 79 統計からみえる佐賀の食

統計からみえる佐賀の食 ~ 総務省統計局 家計調査 2020~2022年平均 ~

食品名	全国ランキング		食品名	全国ランキング (購入金額)
	購入量	購入金額		
干し海苔	1位	1位	調理パン	1 1位
即席めん	2位	2位	冷凍食品	3位
あじ	3位	7位	ようかん	2位
たい	1位	3位	カステラ	5位
ごぼう	4位	1位	外食(和食)	2位
れんこん	1位	1 3位	外食(焼肉)	6位
たまねぎ	8位	2 4位		
生鮮野菜	3 9位	4 1位		
マヨネーズマヨ風調味料	5位	2 2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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む)</li> <li>・保健指導実施のための専門職の配置</li> <li>・KDB活用環境の確保</li> </ul>
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導等の手順・教材はそろっているか</li> <li>・必要なデータは入手できているか。</li> <li>・スケジュールどおり行われているか。</li> </ul>
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診実施率、特定保健指導実施率</li> <li>・計画した保健事業を実施したか。</li> <li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li> </ul>
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・設定した目標に達することができたか                (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)</li> </ul>

具体的な評価方法は、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、実施率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・管理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、町内の医療機関等に周知する。

### 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白石町の位置

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白石町の位置

【国保版】様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた白石町の位置

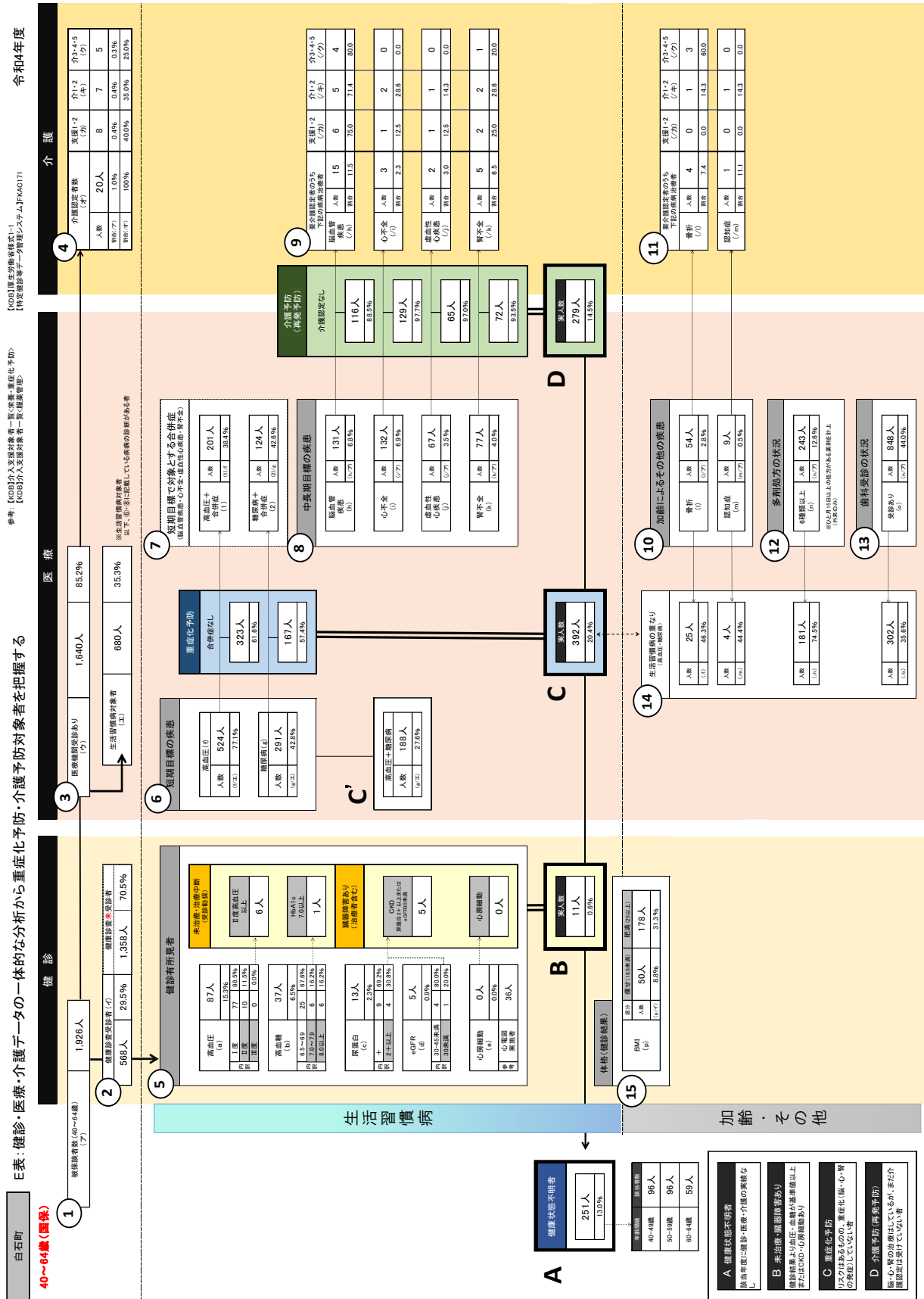
R04年度

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		22,025		4,284,839		797,881	123,214,261			
			65歳以上(高齢化率)	7,984	36.2	1,245,056	29.1	246,061	30.8	35,335,805	28.7	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			75歳以上	4,351	19.8	--	--	125,245	15.7	18,248,742	14.8		
			65~74歳	3,633	16.5	--	--	120,816	15.1	17,087,063	13.9		
			40~64歳	6,993	31.8	--	--	253,839	31.8	41,545,893	33.7		
	39歳以下	7,048	32.0	--	--	297,981	37.3	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業	28.3		5.4		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	18.9		28.7		24.2		25.0			
			第3次産業	52.8		66.0		67.1		71.0			
	③	平均寿命	男性	80.5		80.8		80.7		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性			87.1		87.1		87.1		87.0				
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性 ※保険者欄は二次医療圏データ	80.4		80.4		80.1		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		女性 ※保険者欄は二次医療圏データ	85.1		84.5		85.2		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		100.6	98.7	102.0	100	100	100	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			死因	がん	97	53.0	12,696	50.6	2,689	51.1		378,272	50.6
				心臓病	56	30.6	6,874	27.4	1,488	28.3		205,485	27.5
				脳疾患	19	10.4	3,420	13.6	687	13.0		102,900	13.8
				糖尿病	3	1.6	485	1.9	95	1.8		13,896	1.9
				腎不全	6	3.3	926	3.7	198	3.8		26,946	3.6
				自殺	2	1.1	686	2.7	108	2.1		20,171	2.7
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計								厚生省HP 人口動態調査		
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		1,468	18.4	211,456	17.0	45,455	18.6	6,724,030	19.4
				新規認定者		34	0.3	3,785	0.3	831	0.3	110,289	0.3
介護度別 総件数				要支援1.2	5,840	18.7	712,630	13.9	192,586	19.1	21,785,044	12.9	
				要介護1.2	14,225	45.6	2,355,997	45.9	500,432	49.6	78,107,378	46.3	
				要介護3以上	11,116	35.6	2,064,273	40.2	316,821	31.4	68,963,503	40.8	
2号認定者		30	0.43	5,015	0.35	825	0.33	156,107	0.38				
②		有病状況	糖尿病	306	19.3	54,717	24.5	11,160	23.4	1,712,613	24.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			高血圧症	889	58.8	117,224	52.9	28,610	60.7	3,744,672	53.3		
			脂質異常症	412	26.7	70,399	31.5	16,120	33.7	2,308,216	32.6		
			心臓病	1,022	67.5	132,327	59.8	32,225	68.4	4,224,628	60.3		
	脳疾患		489	32.2	50,122	22.9	13,290	28.7	1,568,292	22.6			
	がん		228	15.1	24,937	11.1	6,572	14.0	837,410	11.8			
	筋・骨格		913	60.8	116,014	52.5	28,736	61.0	3,748,372	53.4			
精神	712	47.3	80,119	36.4	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		323,707	2,584,475,874	259,723	323,370,248,294	286,277	70,441,691,145	290,668	10074274,226,889		
		1件当たり給付費(全体)		82,886		63,000		69,755		59,662			
		居宅サービス		47,630		41,449		50,348		41,272			
		施設サービス		305,084		292,001		290,902		296,364			
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	9,341		8,999		9,309		8,610			
		認定なし	4,334		4,040		4,328		4,020				
4	①	国保の状況	被保険者数		5,765		882,802		172,974		27,488,882		
			65~74歳	2,535	44.0			78,402	45.3	11,129,271	40.5		
			40~64歳	1,891	32.8			53,309	30.8	9,088,015	33.1		
			39歳以下	1,339	23.2			41,263	23.9	7,271,596	26.5		
	加入率		26.2		20.6		21.7		22.3		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	5	0.9	265	0.3	100	0.6	8,237	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況	
			診療所数	19	3.3	2,753	3.1	691	4.0	102,599	3.7		
			病床数	657	114.0	49,546	56.1	14,451	83.5	1,507,471	54.8		
			医師数	60	10.4	9,765	11.1	2,445	14.1	339,611	12.4		
			外来患者数	819.4		716.1		784.4		687.8			
入院患者数	30.4		19.2		27.7		17.7						
③	医療費の 状況	一人当たり医療費		481,932	県内5位 同規模4位	361,243		431,999		339,680			
		受診率		849,782		735,303		812,114		705,439			
		外 来	費用の割合	53.8		59.6		53.8		60.4			
			件数の割合	96.4		97.4		96.6		97.5			
		入 院	費用の割合	46.2		40.4		46.2		39.6			
			件数の割合	3.6		2.6		3.4		2.5			
1件あたり在院日数		18.0日		16.0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  最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	434,975,010	30.2	31.9	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)	97,110,620	6.8	8.0	10.2	8.2						
			糖尿病	117,835,070	8.2	11.0	9.2	10.4						
			高血圧症	80,543,570	5.6	6.1	5.6	5.9						
			脂質異常症	46,067,450	3.2	4.2	3.7	4.1						
			脳梗塞・脳出血	65,707,500	4.6	3.8	4.0	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	23,167,930	1.7	2.9	2.0	2.8						
			精神	322,932,750	22.5	14.6	20.3	14.7						
			筋・骨格	232,374,090	16.2	16.6	16.8	16.7						
			5	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	797		0.4	310	0.2	370	0.2
糖尿病	1,420	0.6					1,270	0.9	1,416	0.7	1,144	0.9		
脂質異常症	1	0.0					61	0.0	64	0.0	53	0.0		
脳梗塞・脳出血	9,724	4.4					6,294	4.3	8,250	4.1	5,993	4.5		
虚血性心疾患	3,335	1.5					4,413	3.0	3,573	1.8	3,942	2.9		
腎不全	7,389	3.3			4,223	2.9	6,245	3.1	4,051	3.0				
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			13,175	5.1	11,332	5.3	12,536	5.4	10,143	4.9		
		糖尿病			19,356	7.5	20,232	9.4	20,303	8.7	17,720	8.6		
		脂質異常症			7,990	3.1	7,876	3.7	8,279	3.6	7,092	3.5		
		脳梗塞・脳出血			1,667	0.6	916	0.4	1,022	0.4	825	0.4		
		虚血性心疾患	1,253	0.5	1,870	0.9	1,800	0.8	1,722	0.8				
腎不全	19,466	7.5	17,044	7.9	23,024	9.9	15,781	7.7						
6	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,307		2,440		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		
				健診未受診者	15,019		12,830		14,170		13,295			
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	8,694		7,199		7,990		6,142			
				健診未受診者	39,484		37,856		37,560		40,210			
		健診・レセ 突合	受診勧奨者	925	52.3	146,489	57.9	26,195	55.3	3,835,832	57.0		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				医療機関受診率	810	45.8	132,359	52.3	23,784	50.2	3,501,508			52.0
				医療機関非受診率	115	6.5	14,130	5.6	2,411	5.1	334,324			5.0
				健診受診者	1,769		253,149		47,373		6,735,405			
				受診率	43.3		県内14位 同規模50位	39.8	40.0		全国16位			36.7
				特定保健指導終了者(実施率)	1	0.5	5983	19.9	1,344	24.7	91,478			11.5
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	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 147市町村	非肥満高血糖	153	8.6	25,485	10.1	4,572	9.7	608,503	9.0	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		
				メタボ	該当者	386	21.8	52,883	20.9	10,361	21.9		1,366,220	20.3
					男性	264	32.3	36,167	32.5	7,034	33.0		953,975	32.0
					女性	122	12.8	16,716	11.8	3,327	12.8		412,245	11.0
			予備群		250	14.1	28,484	11.3	5,795	12.2	756,692		11.2	
			男性		165	20.2	19,658	17.7	3,948	18.5	533,553		17.9	
			女性		85	8.9	8,826	6.2	1,847	7.1	223,139		5.9	
			メタボ 該当・ 予備群 レベル	腹囲	総数	724	40.9	89,763	35.5	18,292	38.6		2,352,941	34.9
					男性	487	59.5	61,507	55.3	12,365	58.0		1,646,925	55.3
					女性	237	24.9	28,256	19.9	5,927	22.7		706,016	18.8
				BMI	総数	78	4.4	12,454	4.9	1,814	3.8		316,378	4.7
					男性	7	0.9	1,730	1.6	260	1.2		50,602	1.7
					女性	71	7.5	10,724	7.6	1,554	6.0		265,776	7.1
			血糖のみ	18	1.0	1,761	0.7	490	1.0	43,022	0.6			
			血圧のみ	180	10.2	20,220	8.0	3,869	8.2	533,361	7.9			
			脂質のみ	52	2.9	6,503	2.6	1,436	3.0	180,309	2.7			
			血糖・血圧	65	3.7	8,181	3.2	1,802	3.8	200,700	3.0			
			血糖・脂質	29	1.6	2,668	1.1	750	1.6	69,468	1.0			
			血圧・脂質	175	9.9	24,379	9.6	4,407	9.3	651,885	9.7			
血糖・血圧・脂質	117	6.6	17,655	7.0	3,402	7.2	444,167	6.6						
6	① ②	問診の状況	服薬	高血圧	699	39.6	93,818	37.1	17,791	37.6	2,401,322	35.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				糖尿病	172	9.7	23,676	9.4	5,418	11.4	582,344	8.6		
				脂質異常症	498	28.2	71,946	28.4	13,791	29.1	1,877,854	27.9		
			既往 歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	27	1.5	7,685	3.2	766	1.8	205,223	3.1		
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	36	2.0	14,375	5.9	1,099	2.5	361,423	5.5		
				腎不全	8	0.5	2,047	0.8	327	0.8	53,281	0.8		
				貧血	73	4.1	25,407	10.4	3,948	9.1	694,361	10.7		
6	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	喫煙	277	15.7	32,415	12.8	6,525	13.8	927,614	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			週3回以上朝食を抜く	151	8.6	20,266	8.7	4,626	10.1	633,871	10.3			
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	253	14.3	33,776	14.3	6,311	13.8	964,244	15.7			
			週3回以上就寝前夕食	253	14.3	33,776	14.3	6,311	13.8	964,244	15.7			
			食べる速度が速い	442	26.2	60,272	25.9	12,396	27.2	1,640,770	26.8			
			20歳時体重から10kg以上増加	597	33.8	83,829	35.5	16,439	35.9	2,149,988	34.9			
			1回30分以上運動習慣なし	1,142	64.7	138,815	59.6	26,525	57.9	3,707,647	60.4			
			1日1時間以上運動なし	761	43.1	112,067	47.4	20,842	45.6	2,949,573	48.0			
			睡眠不足	344	19.5	60,289	25.6	10,863	23.8	1,569,769	25.6			
			毎日飲酒	551	31.2	56,719	23.6	11,776	25.5	1,639,941	25.5			
			時々飲酒	343	19.4	51,556	21.5	9,383	20.4	1,446,573	22.5			
			一 日 飲 酒 量	1合未満	552	55.5	104,719	65.6	12,202	52.4	2,944,274		64.2	
				1～2合	317	31.9	37,597	23.6	7,581	32.6	1,088,435		23.7	
2～3合	103	10.4		13,722	8.6	2,810	12.1	428,995	9.3					
3合以上	22	2.2		3,543	2.2	672	2.9	126,933	2.8					

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40～64歳(国保)



② 65～74 歳(国保)

令和4年度

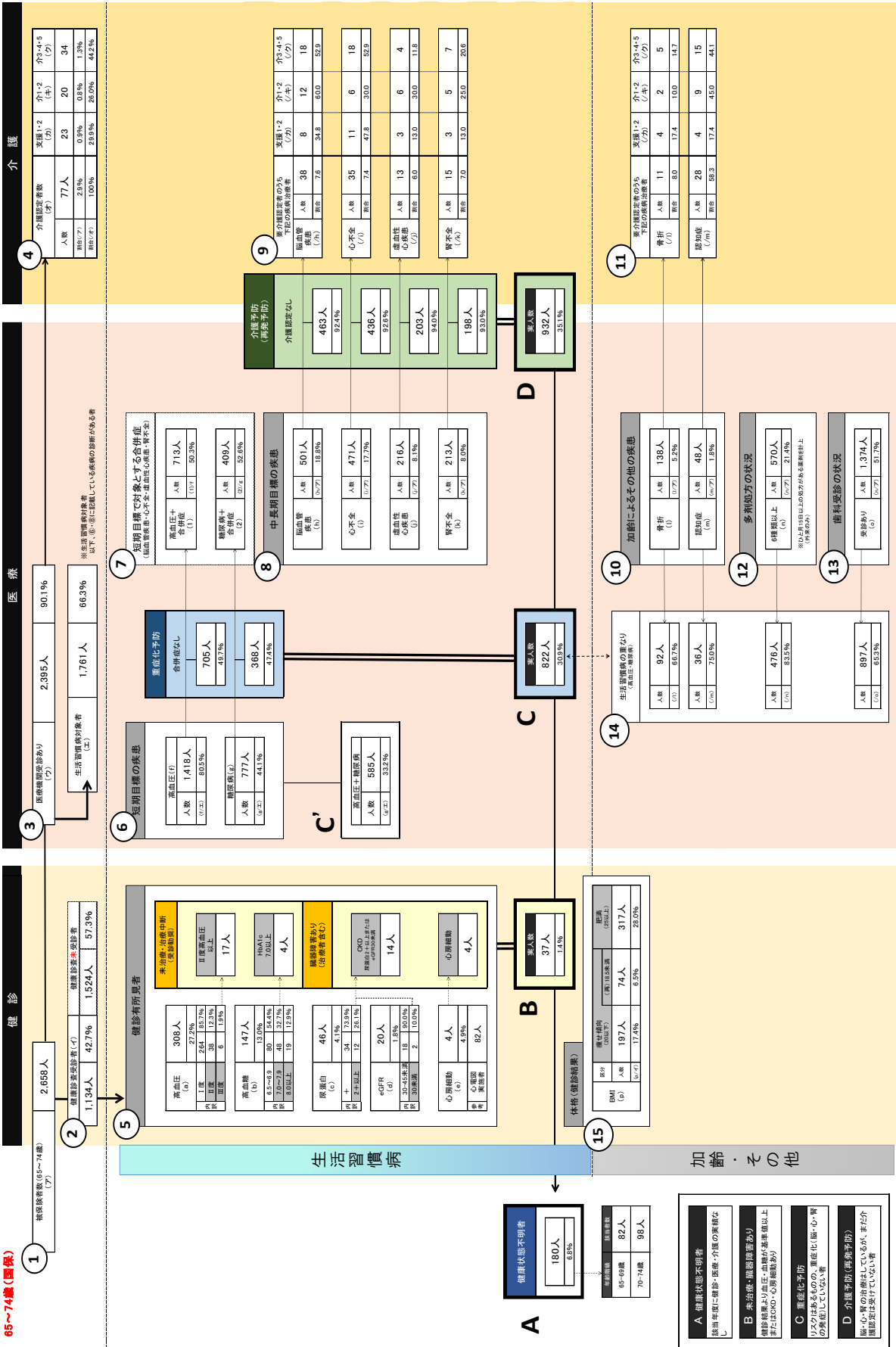
【008】厚生労働省様式1-1  
【009】介護予防等一歩管理システム(JPKGCT)

※生活習慣病対象者  
以下、⑥に該当している疾患の診断がある者

参考：【008】介護予防対象者一覧(医療・重症化予防)  
【009】介護予防対象者一覧(介護予防)

白石町

E表・健診・医療・介護予防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

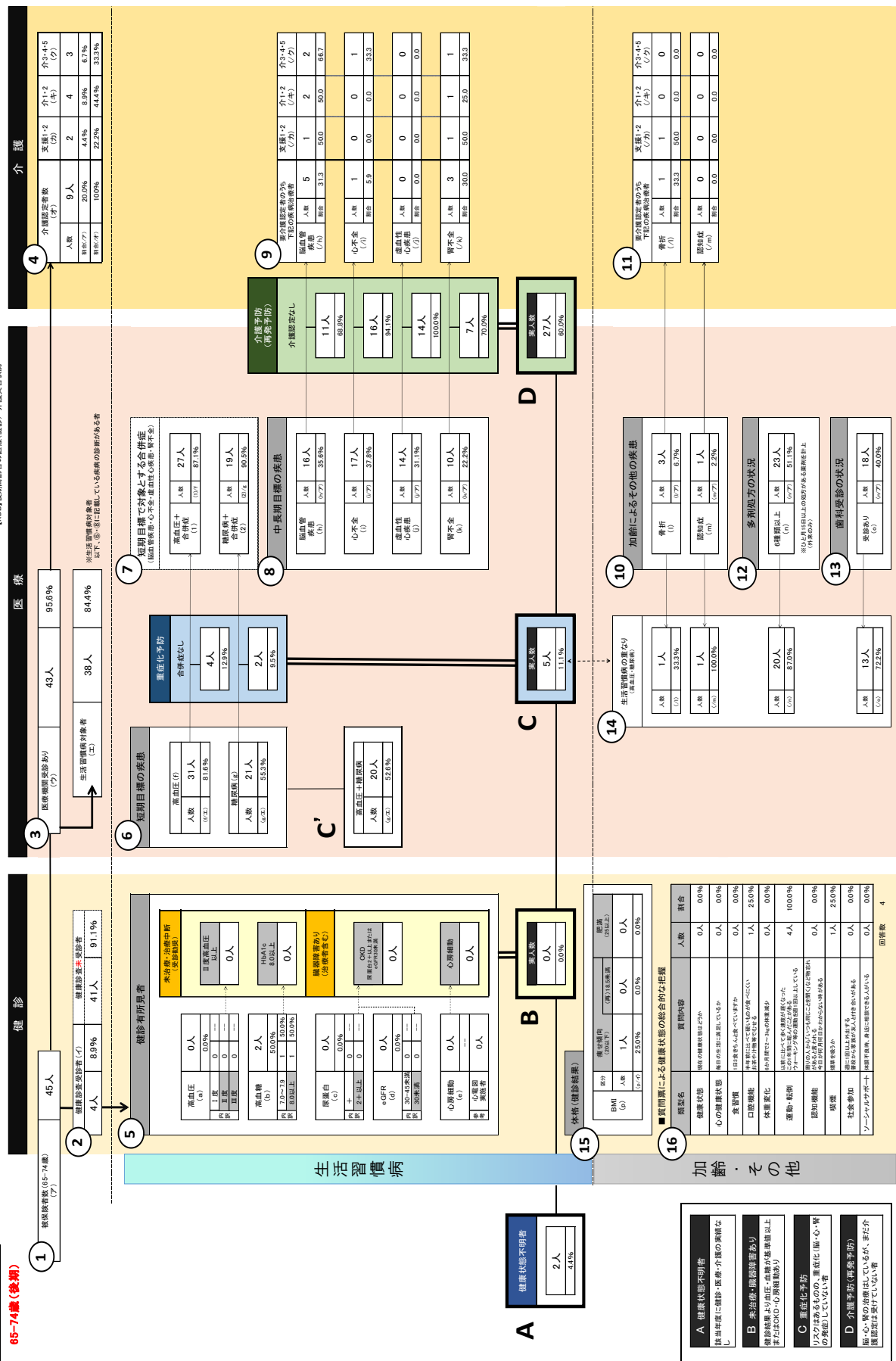


③ 65～74 歳(後期)

白石町 令和4年度

【OD】厚生労働省様式1-1  
【特定保健診察等】一歩管理システム(JPAKO17)

E表「健診・医療・介護予防対象者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」



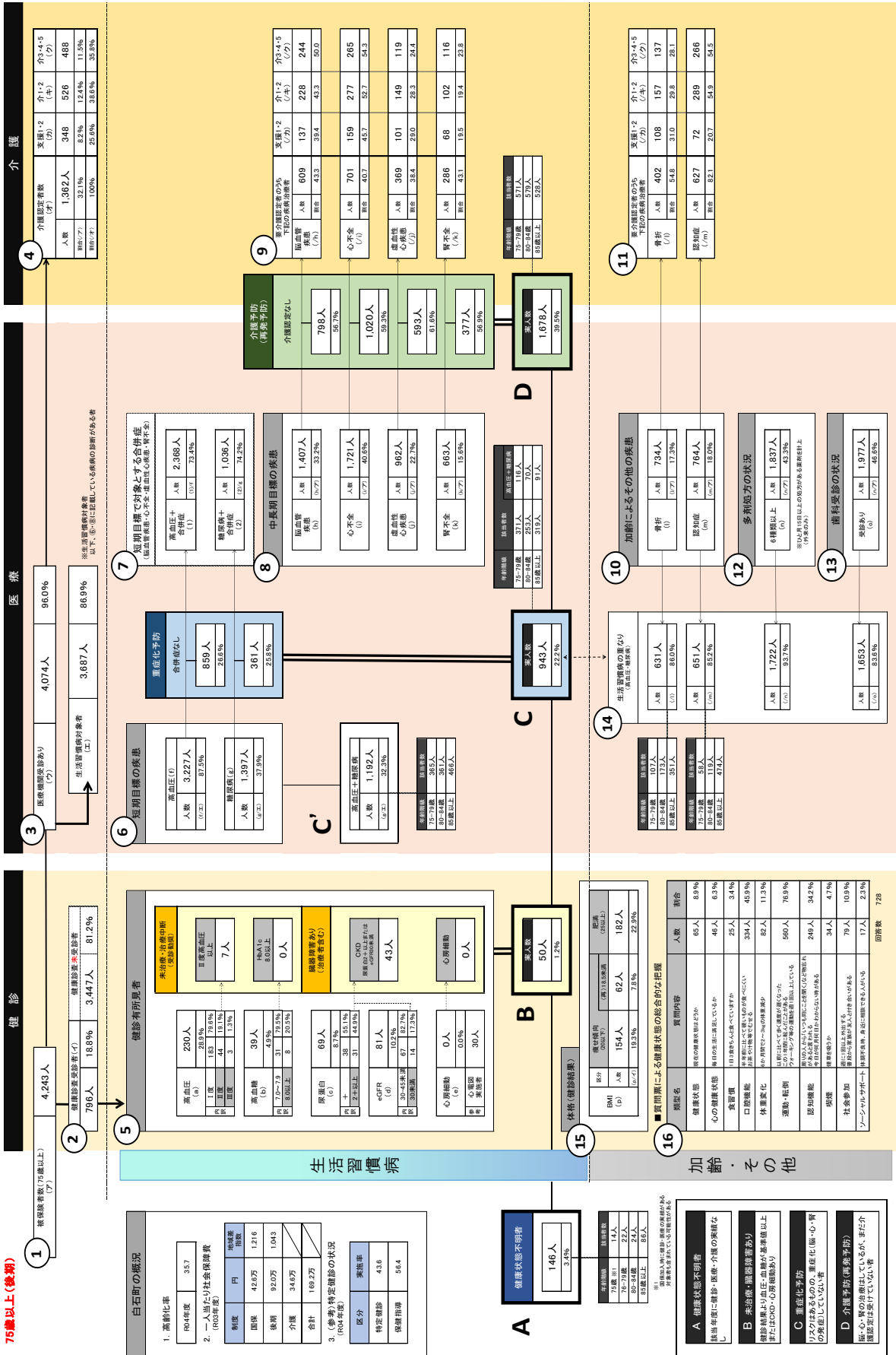
④75歳以上(後期)

令和4年度

【09】生活習慣病等検査  
【17】特定高齢者一歩管理システム(JPA-G017)

参考:【08】小入生活習慣病等検査結果(健康・重症化予防)  
【09】後期高齢者の医療(健康・介護受給状況)

E表・健診・医療・介護予防対象者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

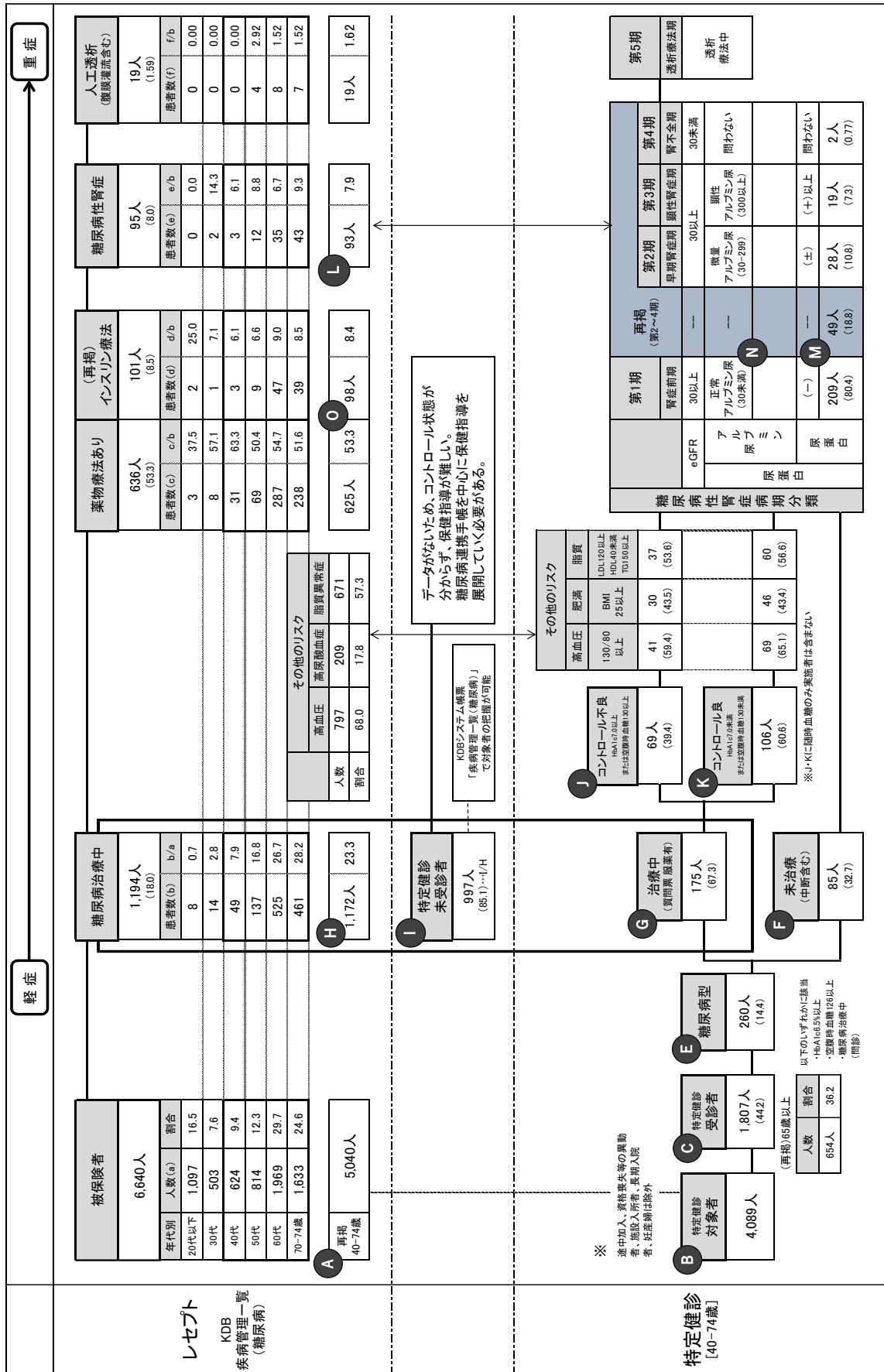
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	白石町										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	6,541人		6,361人		6,217人		6,145人		6,017人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	② (再掲)40-74歳	4,855人		4,722人		4,677人		4,695人		4,613人						
2	① 対象者数	4,364人		4,271人		4,282人		4,219人		4,063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	1,869人		1,883人		1,556人		1,661人		1,808人						
	③ 受診率	--		--		--		--		--						
3	① 特定 対象者数	193人		188人		163人		184人		195人						
	② 保健指導 実施率	56.5%		62.8%		52.8%		48.4%		56.4%						
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	241人	12.9%	257人	13.6%	233人	15.0%	220人	13.2%	260人	14.4%			特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	73人	30.3%	82人	31.9%	58人	24.9%	68人	30.9%	85人	32.7%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	168人	69.7%	175人	68.1%	175人	75.1%	152人	69.1%	175人	67.3%			
		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	68人	40.5%	73人	41.7%	77人	44.0%	66人	43.4%	69人	39.4%			
		⑤ 血圧 130/80以上		44人	64.7%	35人	47.9%	51人	66.2%	41人	62.1%	41人	59.4%			
		⑥ 肥満 BMI25以上		24人	35.3%	24人	32.9%	30人	39.0%	27人	40.9%	30人	43.5%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	100人	59.5%	102人	58.3%	98人	56.0%	86人	56.6%	106人	60.6%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	197人	81.7%	218人	84.8%	188人	80.7%	187人	85.0%	209人	80.4%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		13人	5.4%	15人	5.8%	30人	12.9%	21人	9.5%	28人	10.8%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		18人	7.5%	17人	6.6%	15人	6.4%	12人	5.5%	19人	7.3%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	1人	0.4%	0人	0.0%	0人	0.0%	2人	0.8%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)	107.8人		109.4人		104.7人		118.3人		121.3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)	144.0人		146.1人		137.9人		152.7人		156.5人					
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対	4,234件 (904.7)		4,226件 (910.0)		4,311件 (928.5)		4,552件 (996.1)		4,434件 (1001.8)		6,309,757件 (921.9)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④ 入院外(件数)	39件 (8.3)		24件 (5.2)		20件 (4.3)		20件 (4.4)		23件 (5.2)		2,654件 (3.9)			
		⑤ 糖尿病治療中	H	705人	10.8%	696人	10.9%	651人	10.5%	727人	11.8%	730人	12.1%			
		⑥ (再掲)40-74歳	I	699人	14.4%	690人	14.6%	645人	13.8%	717人	15.3%	722人	15.7%			
		⑦ 健診未受診者		531人	76.0%	522人	75.7%	470人	72.9%	565人	78.8%	547人	75.8%			
		⑧ インスリン治療	O	49人	7.0%	56人	8.0%	47人	7.2%	51人	7.0%	58人	7.9%			
		⑨ (再掲)40-74歳		48人	6.9%	55人	8.0%	45人	7.0%	50人	7.0%	57人	7.9%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	62人	8.8%	60人	8.6%	58人	8.9%	60人	8.3%	70人	9.6%			
		⑪ (再掲)40-74歳		62人	8.9%	60人	8.7%	58人	9.0%	60人	8.4%	69人	9.6%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (療養科治療中に占める割合)	12人 1.7%		12人 1.7%		12人 1.8%		12人 1.7%		14人 1.9%				町調べ	
		⑬ (再掲)40-74歳	12人 1.7%		12人 1.7%		12人 1.9%		12人 1.7%		14人 1.9%					
		⑭ 新規透析患者数	1		1		1		4		3					
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症	0		1		0		3		3					
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (療養科治療中に占める割合)	18人 2.0%		18人 2.1%		14人 1.6%		16人 1.8%		14人 1.5%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
6	医療費	① 総医療費	23億9509万円		25億2305万円		24億0376万円		25億4638万円		27億7834万円		21億6943万円		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	12億0576万円		12億3674万円		12億4968万円		12億9712万円		14億3796万円		11億4738万円			
		③ (総医療費に占める割合)	50.3%		49.0%		52.0%		50.9%		51.8%		52.9%			
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	7,636円		7,466円		5,099円		6,563円		8,694円		7,199円			
		⑤ 健診受診者	28,713円		29,669円		34,299円		33,378円		39,484円		37,856円			
		⑥ 健診未受診者	28,713円		29,669円		34,299円		33,378円		39,484円		37,856円			
		⑦ 糖尿病医療費	1億1020万円		1億0768万円		1億0968万円		1億1277万円		1億1784万円		1億2598万円			
		⑧ (生活習慣病総医療費に占める割合)	9.1%		8.7%		8.8%		8.7%		8.2%		11.0%			
		⑨ 糖尿病入院外総医療費	2億9802万円		3億0673万円		3億4129万円		3億5318万円		3億9824万円					
		⑩ 1件あたり	32,125円		33,552円		36,753円		35,708円		40,662円					
		⑪ 糖尿病入院総医療費	1億7473万円		1億9110万円		2億3382万円		2億7123万円		2億7862万円					
		⑫ 1件あたり	484,024円		542,891円		568,909円		609,512円		686,261円					
		⑬ 在院日数	17日		18日		19日		18日		17日					
		⑭ 慢性腎不全医療費	9256万円		1億0112万円		1億0013万円		1億0239万円		1億0694万円		9872万円			
		⑮ 透析有り	8740万円		9506万円		9745万円		9594万円		9711万円		9197万円			
⑯ 透析なし	516万円		606万円		268万円		645万円		983万円		675万円					
7	介護	① 介護給付費	26億9445万円		26億0434万円		26億4604万円		26億7968万円		25億8448万円		21億9980万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症	3件 15.0%		2件 9.5%		2件 10.5%		2件 10.5%		4件 19.0%					
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		5人 1.4%		4人 1.1%		9人 2.6%		1人 0.3%		3人 0.9%		926人 1.1%	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

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

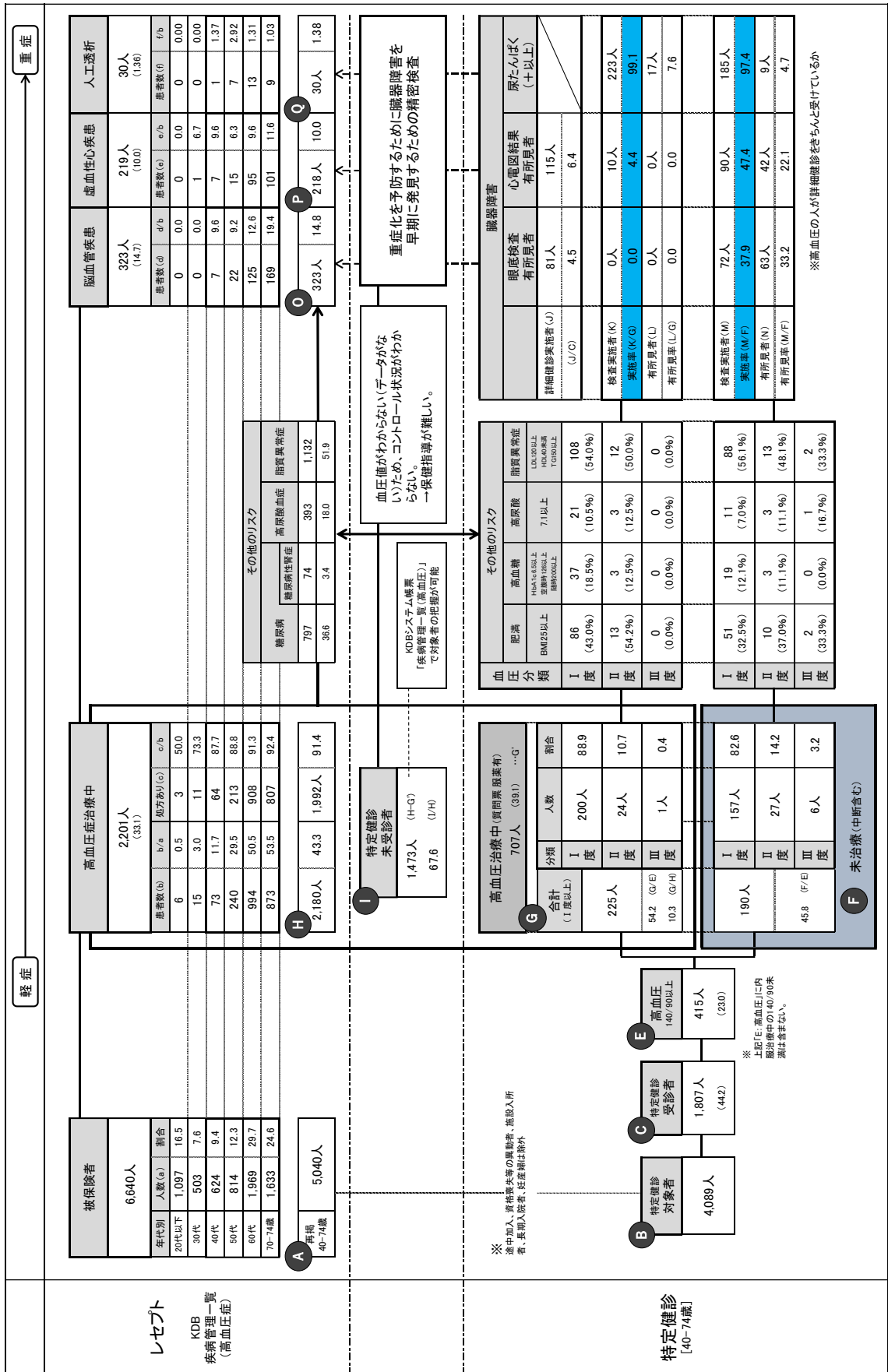


※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)  
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB 疾患 介入 支援対象者 一覧(栄養・重症化予防)」から集計

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

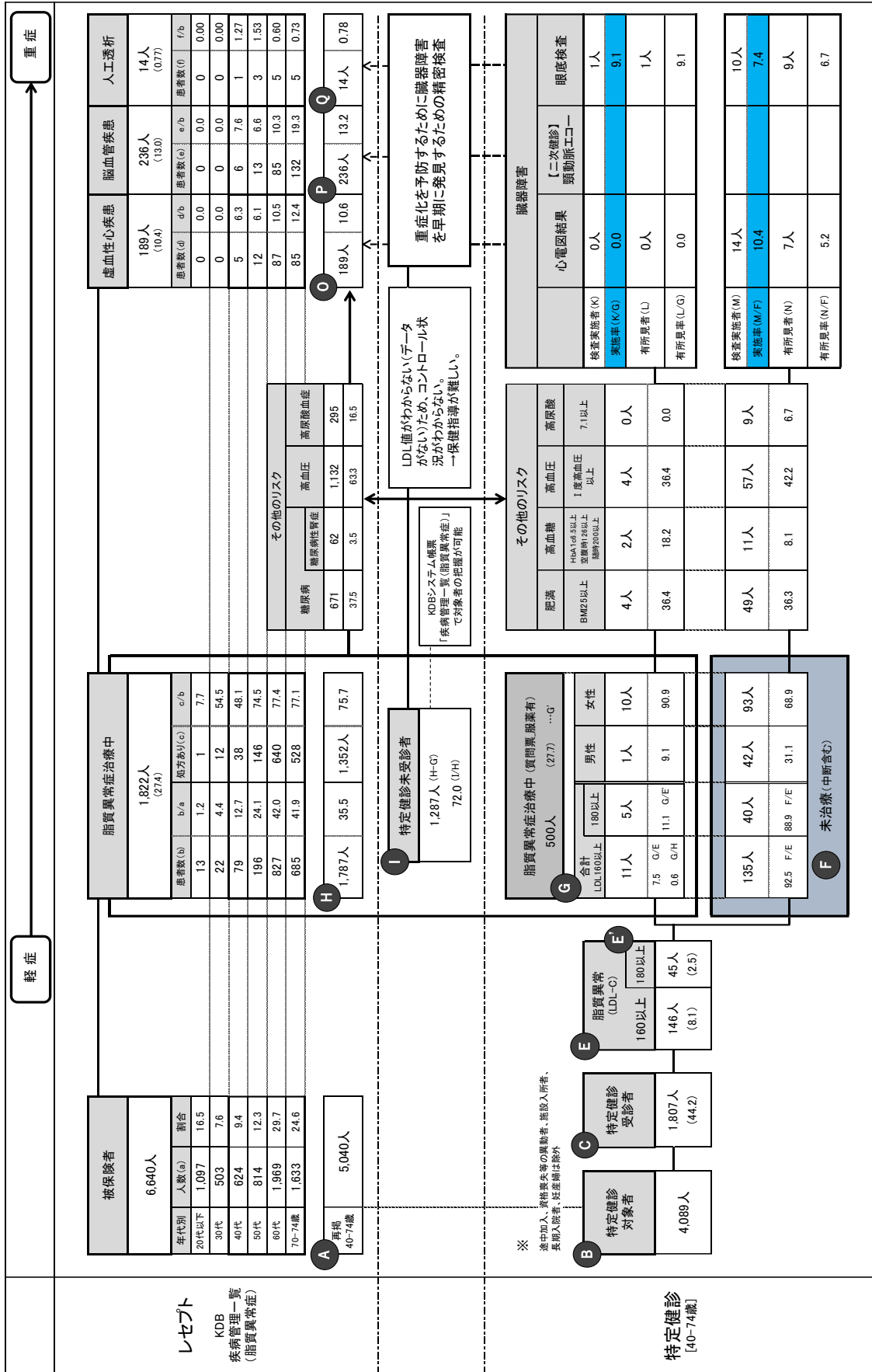
令和04年度

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



脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



参考資料7 HbA1cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
								合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上	
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
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	1,896	503	26.5%	841	44.4%	393	20.7%	86	4.5%	57	3.0%	16	0.8%	35	1.8%	11	0.6%
H30	1,836	531	28.9%	768	41.8%	374	20.4%	95	5.2%	54	2.9%	14	0.8%	41	2.2%	11	0.6%
R01	1,865	391	21.0%	863	46.3%	423	22.7%	113	6.1%	57	3.1%	18	1.0%	46	2.5%	12	0.6%
R02	1,505	387	25.7%	653	43.4%	302	20.1%	88	5.8%	57	3.8%	18	1.2%	40	2.7%	12	0.8%
R03	1,646	401	24.4%	745	45.3%	343	20.8%	87	5.3%	56	3.4%	14	0.9%	32	1.9%	9	0.5%
R04	1,795	445	24.8%	724	40.3%	436	24.3%	105	5.8%	58	3.2%	27	1.5%	49	2.7%	17	0.9%

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		再掲		
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	再掲			
											人数	割合
H29	1,896	503	841	393	159	63	96	8.4%	39.6%	60.4%	3.9%	8.4%
H30	1,836	531	768	374	163	65	98	8.9%	39.9%	60.1%	3.7%	8.9%
R01	1,865	391	863	423	188	70	118	10.1%	37.2%	62.8%	4.0%	10.1%
R02	1,505	387	653	302	163	48	115	10.8%	29.4%	70.6%	5.0%	10.8%
R03	1,646	401	745	343	157	60	97	9.5%	38.2%	61.8%	4.3%	9.5%
R04	1,795	445	724	436	190	72	118	10.6%	37.9%	62.1%	4.7%	10.6%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
								合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上			
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
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	163	8.6%	3	1.8%	13	8.0%	51	31.3%	47	28.8%	41	25.2%	8	4.9%	19	11.7%	5	3.1%
	H30	166	9.0%	0	0.0%	9	5.4%	59	35.5%	54	32.5%	37	22.3%	7	4.2%	25	15.1%	5	3.0%
	R01	175	9.4%	6	3.4%	9	5.1%	42	24.0%	61	34.9%	44	25.1%	13	7.4%	32	18.3%	8	4.6%
	R02	171	11.4%	1	0.6%	10	5.8%	45	26.3%	61	35.7%	42	24.6%	12	7.0%	29	17.0%	7	4.1%
	R03	151	9.2%	0	0.0%	9	6.0%	45	29.8%	45	29.8%	45	29.8%	7	4.6%	21	13.9%	5	3.3%
	R04	173	9.6%	1	0.6%	16	9.2%	38	22.0%	60	34.7%	38	22.0%	20	11.6%	38	22.0%	13	7.5%
治療なし	H29	1,733	91.4%	500	28.9%	828	47.8%	342	19.7%	39	2.3%	16	0.9%	8	0.5%	16	0.9%	6	0.3%
	H30	1,670	91.0%	531	31.8%	759	45.4%	315	18.9%	41	2.5%	17	1.0%	7	0.4%	16	1.0%	6	0.4%
	R01	1,690	90.6%	385	22.8%	854	50.5%	381	22.5%	52	3.1%	13	0.8%	5	0.3%	14	0.8%	4	0.2%
	R02	1,334	88.6%	386	28.9%	643	48.2%	257	19.3%	27	2.0%	15	1.1%	6	0.4%	11	0.8%	5	0.4%
	R03	1,495	90.8%	401	26.8%	736	49.2%	298	19.9%	42	2.8%	11	0.7%	7	0.5%	11	0.7%	4	0.3%
	R04	1,622	90.4%	444	27.4%	708	43.6%	398	24.5%	45	2.8%	20	1.2%	7	0.4%	11	0.7%	4	0.2%

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	1,896	501	26.4%	455	24.0%	532	28.1%	338	17.8%	61	3.2%	9	0.5%
H30	1,863	539	28.9%	369	19.8%	566	30.4%	310	16.6%	62	3.3%	17	0.9%
R01	1,877	510	27.2%	389	20.7%	615	32.8%	302	16.1%	50	2.7%	11	0.6%
R02	1,541	372	24.1%	280	18.2%	504	32.7%	318	20.6%	60	3.9%	7	0.5%
R03	1,661	446	26.9%	320	19.3%	530	31.9%	299	18.0%	57	3.4%	9	0.5%
R04	1,805	485	26.9%	317	17.6%	588	32.6%	357	19.8%	51	2.8%	7	0.4%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	割合
					再Ⅲ度高血圧	再掲			
						未治療	治療		
H29	1,896	956 50.4%	532 28.1%	338 17.8%	70 3.7%	29 41.4%	41 58.6%	3.7%	
H30	1,863	908 48.7%	566 30.4%	310 16.6%	79 4.2%	45 57.0%	34 43.0%	4.2%	
R01	1,877	899 47.9%	615 32.8%	302 16.1%	61 3.2%	29 47.5%	32 52.5%	3.2%	
R02	1,541	652 42.3%	504 32.7%	318 20.6%	67 4.3%	29 43.3%	38 56.7%	4.3%	
R03	1,661	766 46.1%	530 31.9%	299 18.0%	66 4.0%	35 53.0%	31 47.0%	4.0%	
R04	1,805	802 44.4%	588 32.6%	357 19.8%	58 3.2%	33 56.9%	25 43.1%	3.2%	

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	655	34.5%	66	10.1%	148	22.6%	219	33.4%	181	27.6%	39	6.0%	2	0.3%
	H30	690	37.0%	105	15.2%	141	20.4%	241	34.9%	169	24.5%	31	4.5%	3	0.4%
	R01	723	38.5%	105	14.5%	141	19.5%	283	39.1%	162	22.4%	26	3.6%	6	0.8%
	R02	635	41.2%	85	13.4%	103	16.2%	231	36.4%	178	28.0%	35	5.5%	3	0.5%
	R03	650	39.1%	80	12.3%	137	21.1%	231	35.5%	171	26.3%	28	4.3%	3	0.5%
治療なし	H29	1,241	65.5%	435	35.1%	307	24.7%	313	25.2%	157	12.7%	22	1.8%	7	0.6%
	H30	1,173	63.0%	434	37.0%	228	19.4%	325	27.7%	141	12.0%	31	2.6%	14	1.2%
	R01	1,154	61.5%	405	35.1%	248	21.5%	332	28.8%	140	12.1%	24	2.1%	5	0.4%
	R02	906	58.8%	287	31.7%	177	19.5%	273	30.1%	140	15.5%	25	2.8%	4	0.4%
	R03	1,011	60.9%	366	36.2%	183	18.1%	299	29.6%	128	12.7%	29	2.9%	6	0.6%
R04	1,098	60.8%	390	35.5%	187	17.0%	331	30.1%	157	14.3%	27	2.5%	6	0.5%	

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	B/A	人数	割合	C/A	人数	割合	D/A	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H29	1,896	948	50.0%	468	24.7%	305	16.1%	126	6.6%	49	2.6%
	H30	1,863	942	50.6%	467	25.1%	274	14.7%	127	6.8%	53	2.8%
	R01	1,877	954	50.8%	479	25.5%	291	15.5%	108	5.8%	45	2.4%
	R02	1,541	815	52.9%	377	24.5%	215	14.0%	95	6.2%	39	2.5%
	R03	1,661	876	52.7%	389	23.4%	239	14.4%	112	6.7%	45	2.7%
	R04	1,805	995	55.1%	432	23.9%	232	12.9%	101	5.6%	45	2.5%
男性	H29	844	463	54.9%	211	25.0%	122	14.5%	38	4.5%	10	1.2%
	H30	859	473	55.1%	199	23.2%	108	12.6%	57	6.6%	22	2.6%
	R01	857	489	57.1%	193	22.5%	121	14.1%	37	4.3%	17	2.0%
	R02	687	388	56.5%	164	23.9%	92	13.4%	29	4.2%	14	2.0%
	R03	767	441	57.5%	179	23.3%	90	11.7%	43	5.6%	14	1.8%
	R04	831	509	61.3%	177	21.3%	102	12.3%	31	3.7%	12	1.4%
女性	H29	1,052	485	46.1%	257	24.4%	183	17.4%	88	8.4%	39	3.7%
	H30	1,004	469	46.7%	268	26.7%	166	16.5%	70	7.0%	31	3.1%
	R01	1,020	465	45.6%	286	28.0%	170	16.7%	71	7.0%	28	2.7%
	R02	854	427	50.0%	213	24.9%	123	14.4%	66	7.7%	25	2.9%
	R03	894	435	48.7%	210	23.5%	149	16.7%	69	7.7%	31	3.5%
	R04	974	486	49.9%	255	26.2%	130	13.3%	70	7.2%	33	3.4%

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	1,896	948	468	305	175	160	15	9.2%	2.6%
H30	1,863	942	467	274	180	165	15	9.7%	2.8%
R01	1,877	954	479	291	153	140	13	8.2%	2.4%
R02	1,541	815	377	215	134	119	15	8.7%	2.5%
R03	1,661	876	389	239	157	141	16	9.5%	2.7%
R04	1,805	995	432	232	146	135	11	8.1%	2.5%

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	B/A	人数	割合	C/A	人数	割合	D/A	人数	割合	F/A
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	354	18.7%	239	67.5%	73	20.6%	27	7.6%	11	3.1%	4	1.1%
	H30	412	22.1%	270	65.5%	98	23.8%	29	7.0%	9	2.2%	6	1.5%
	R01	461	24.6%	312	67.7%	97	21.0%	39	8.5%	10	2.2%	3	0.7%
	R02	415	26.9%	289	69.6%	83	20.0%	28	6.7%	14	3.4%	1	0.2%
	R03	438	26.4%	318	72.6%	76	17.4%	28	6.4%	11	2.5%	5	1.1%
	R04	500	27.7%	371	74.2%	83	16.6%	35	7.0%	6	1.2%	5	1.0%
治療なし	H29	1,542	81.3%	709	46.0%	395	25.6%	278	18.0%	115	7.5%	45	2.9%
	H30	1,451	77.9%	672	46.3%	369	25.4%	245	16.9%	118	8.1%	47	3.2%
	R01	1,416	75.4%	642	45.3%	382	27.0%	252	17.8%	98	6.9%	42	3.0%
	R02	1,126	73.1%	526	46.7%	294	26.1%	187	16.6%	81	7.2%	38	3.4%
	R03	1,223	73.6%	558	45.6%	313	25.6%	211	17.3%	101	8.3%	40	3.3%
	R04	1,305	72.3%	624	47.8%	349	26.7%	197	15.1%	95	7.3%	40	3.1%