

藍住町国民健康保険
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

藍住町国民健康保険

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	1
2.	計画の位置付けと基本的な考え方	2
3.	計画期間	8
4.	関係者が果たすべき役割と連携	8
1)	市町村国保の役割	8
2)	関係機関との連携	10
3)	被保険者の役割	10
5.	保険者努力支援制度	10
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	12
1.	保険者の特性	12
2.	第2期計画に係る評価及び考察	14
1)	第2期データヘルス計画に係る評価	14
(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	14
(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	18
2)	主な個別事業の評価と課題	23
(1)	重症化予防の取組み	23
(2)	ポピュレーションアプローチ	26
(3)	第2期計画目標の達成状況一覧	27
3)	第2期データヘルス計画に係る考察	28
3.	第3期における健康課題(生活習慣病)の明確化	29
1)	基本的な考え方	29
2)	健康課題の明確化	29
(1)	医療費分析	31
(2)	健診・医療・介護の一体的分析	32
(3)	健康課題の明確化	34
(4)	優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け	35
3)	目標の設定	35
(1)	成果目標	35
(2)	管理目標の設定	37

第3章 特定健康診査・特定保健指導の実施(法定義務) 38

1. 第4期特定健康診査等実施計画について	38
2. 目標値の設定	38
3. 対象者の見込み	38
4. 特定健康診査の実施	38
5. 特定保健指導の実施	40
1) 健康診査から保健指導実施の流れ	40
2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法	42
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	43
6. 個人情報の保護	43
7. 結果の報告	44
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	44

第4章 課題解決に向けた個別保健事業 45

1. 保健事業の方向性	45
2. 重症化予防の取組み	45
1) 糖尿病性腎症重症化予防	47
2) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	55
3) 虚血性心疾患重症化予防	59
4) 脳血管疾患重症化予防	64
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	69
4. 発症予防	71
5. ポピュレーションアプローチ	72

第5章 計画の評価・見直し 73

1. 評価の時期	73
2. 評価方法・体制	73

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い 74

1. 計画の公表・周知	74
2. 個人情報の取扱い	74

参考資料	75
参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた藍住町の位置	76
参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析	78
(①40～64 歳(国保)、②65～74 歳(国保)、③65～74 歳(後期)、④75 歳以上(後期))	
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価	82
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	83
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	84
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	85
参考資料7 HbA1c の年次比較	86
参考資料8 血圧の年次比較	87
参考資料9 LDL-C の年次比較	88

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^{※1}」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み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^{※2}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、その後の平成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)^{※3}」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^{※4}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、標準化の取組み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」が最終的な目的であり、その実効性を高めるうえでは、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、特定健康診査等の結果、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、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査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)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高確法に基づく特定健康診査・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康診査・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健康診査・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^{※6})を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険事業等のデータ分析を行い、優先的に取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組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

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

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

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

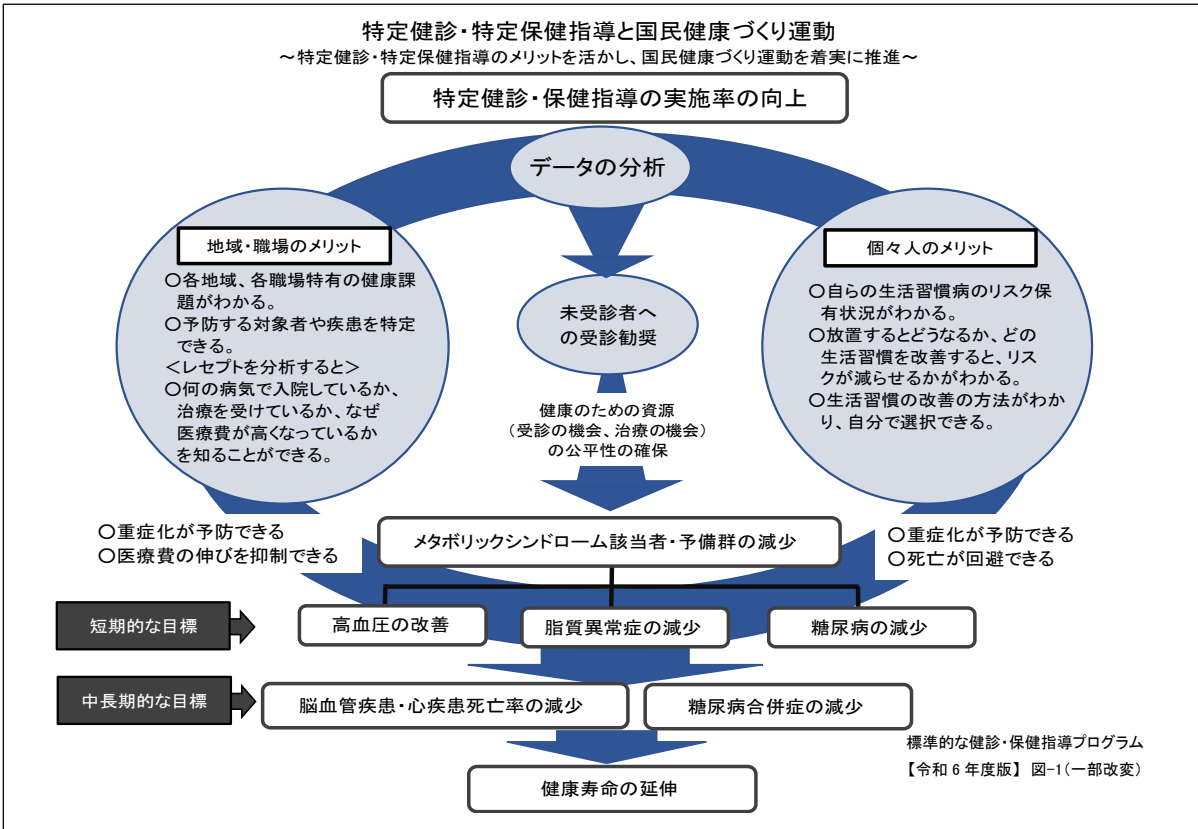
図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

	※健康増進事業実施者とは 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		
	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 <u>健康増進事業実施者(※)</u>	国民健康保険法 健康保険法 高確法 第82条 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19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
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
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
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性かつ効果 的に実施するための計画を作成。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青年期、高齢期) ライフコースアプローチ(児期から老齢期 まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える 現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、 小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳
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
評 価	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) 「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
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・事業費連動分)交付金	

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(続き)

	医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業(支援)計画
法律	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 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6～11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	都道府県:義務	市町村:義務、都道府県:義務
基本的な考え方	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	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 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 がん 精神疾患	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 認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	(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 ・医療資源の効果的・効率的な活用 ・医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6 事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルの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

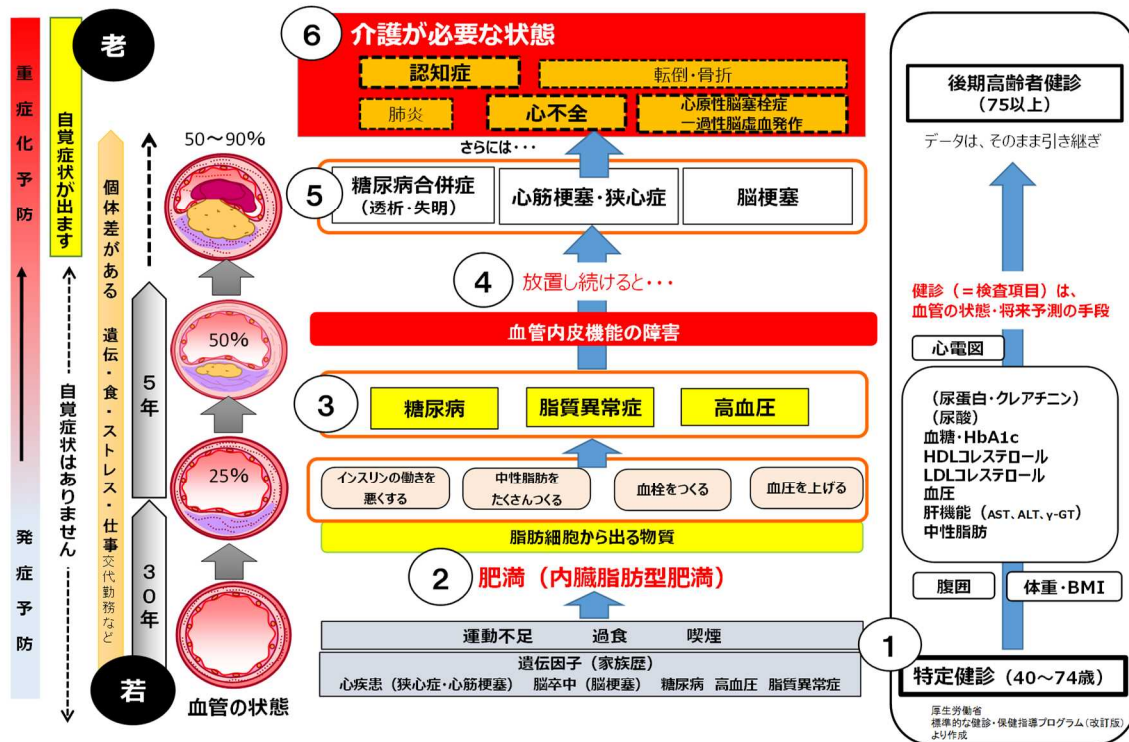
図表2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



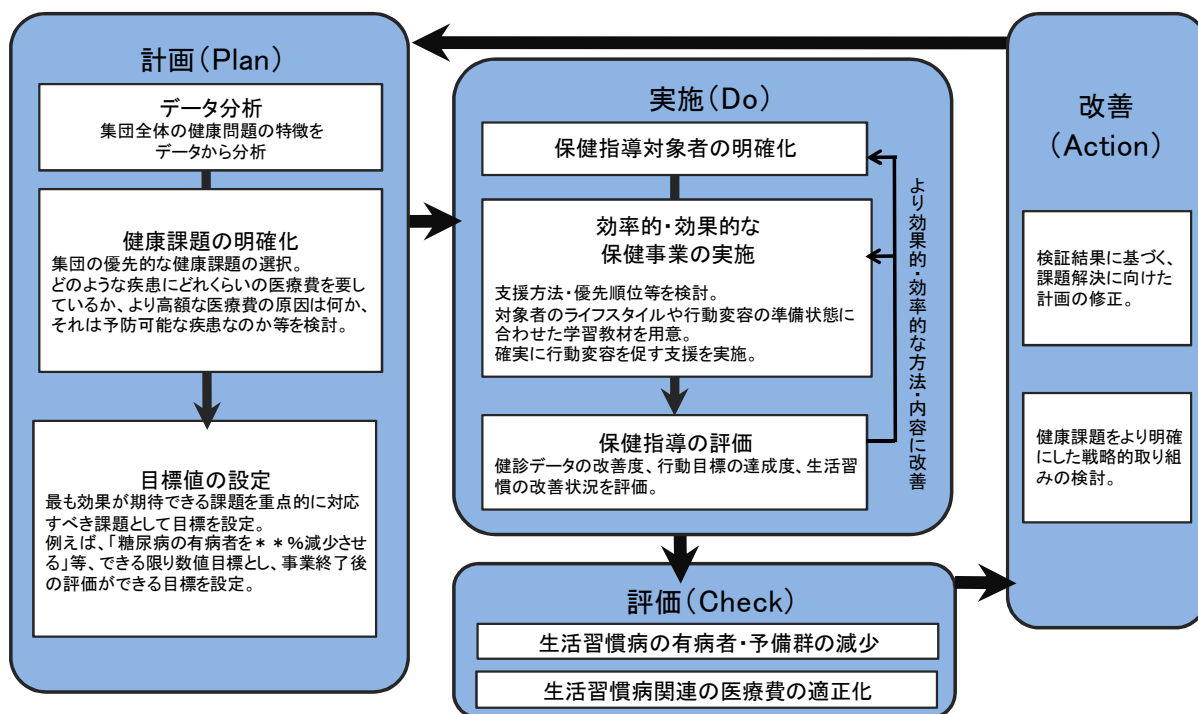
注) プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

【参考資料】「特定健診の意義」 住民との共通資料

特定健診の意義

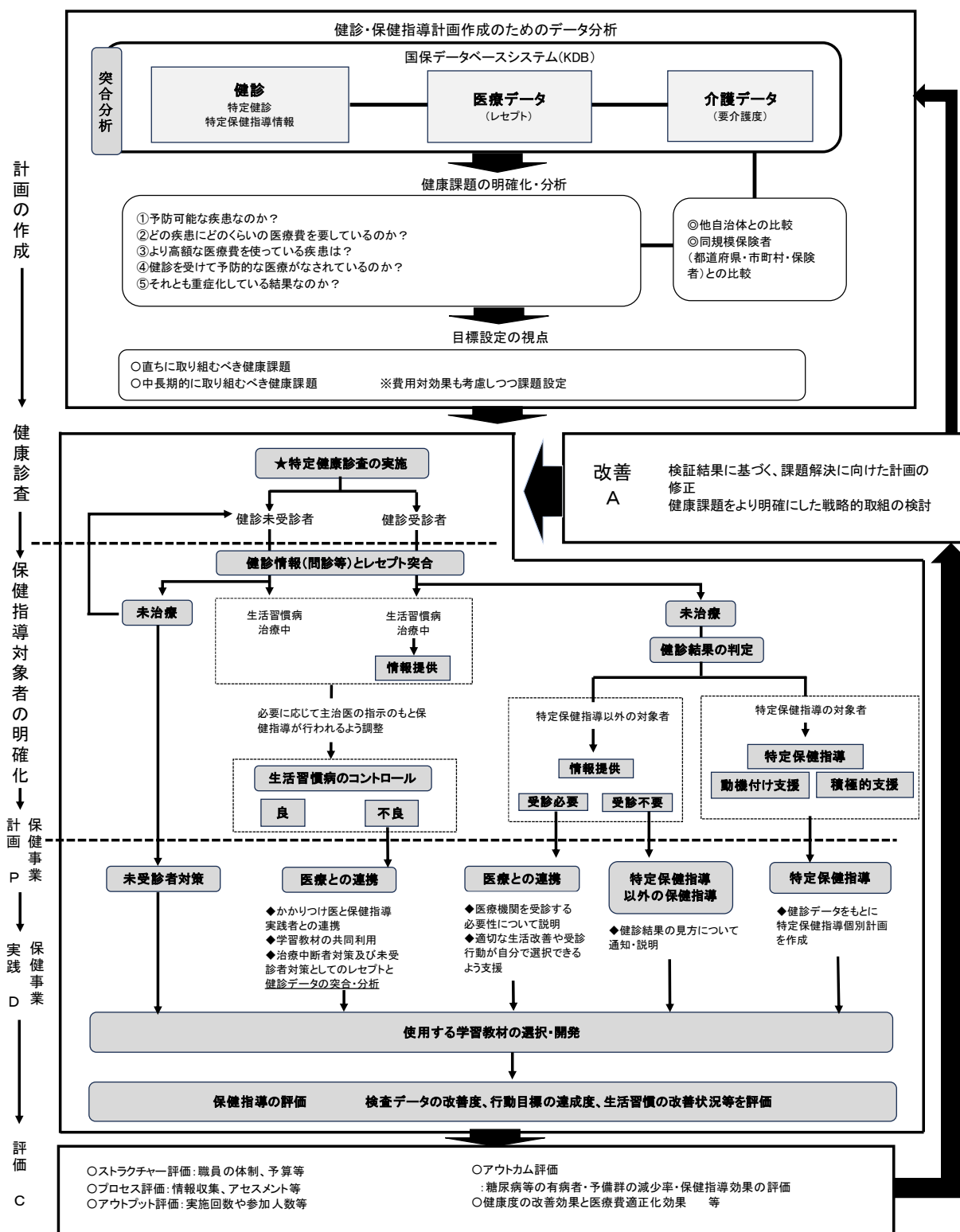


図表3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

図表4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



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

図表5 標準的な健診・保健指導プログラム(平成30年度版)における基本的な考え方(一部改変)

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体メカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者	行動変容を促す手法	健診受診者全員に対し情報提供、必要に応じて、 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 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

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。

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

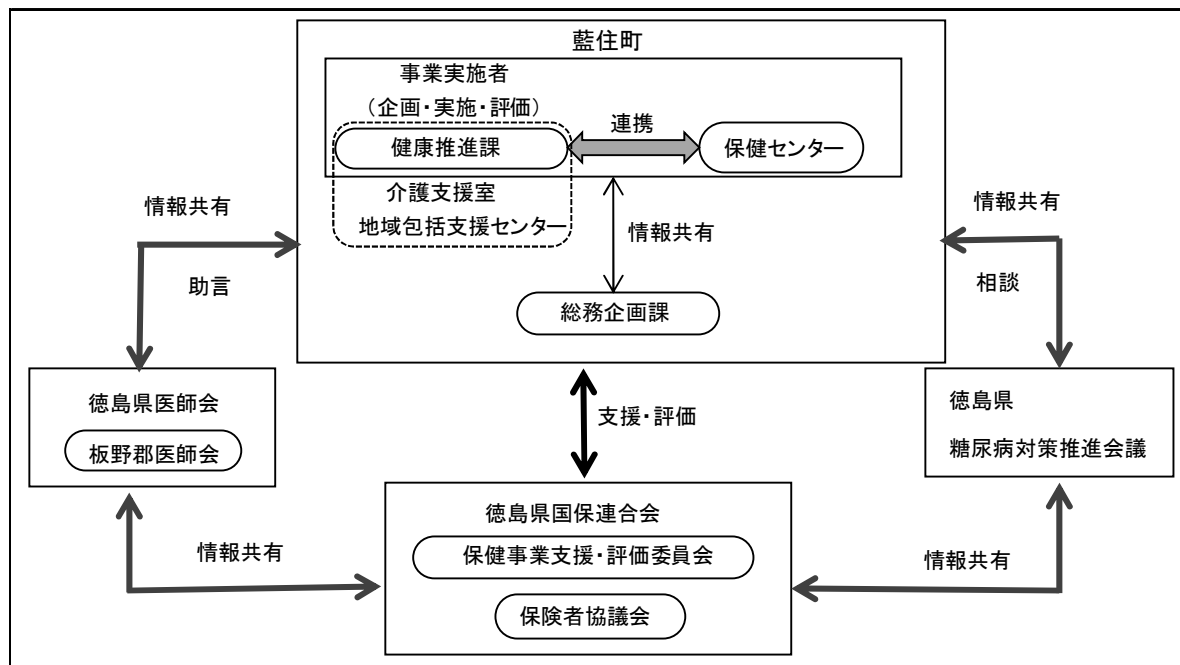
1) 市町村国保の役割

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、健康推進課、町内の医療機関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 藍住町の実施体制図



図表7 保健事業体制と配置人数

保健事業 ・母子保健事業 ・歯科保健事業 ・予防接種事業 ・成人保健事業 ・精神保健事業 ・健康づくり事業 ・食生活改善事業	
配置人数 健康推進課 ・国保特定健診担当事務 3名 保健センター ・保健師 7名 ・管理栄養士 3名 ・看護師 1名	

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、共同保険者である徳島県のほか、国民健康保険団体連合会や国民健康保険団体連合会に設置される保健事業支援・評価委員会、医師会、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、医療機関や大学等の社会資源等と連携を依頼し協力を得るよう支援を求めます。

また、徳島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国保の保険者機能の強化については、県の関与を得ることは更に重要となるため連携を強化します。

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、徳島県が徳島県医師会等との連携を推進することが重要であるため、この点も踏まえ県と連携を図ります。

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、計画策定にあたっては、藍住町国保運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行っていきます。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組み等に対する支援を行うため、保険者の取組み状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に制度が開始されました。

令和2年度から、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、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。

本町の実績は 11 頁となっています。(図表8) 特定健康診査受診率、後発医薬品促進に向けて、引き続き関係部署と連携し、取組みをすすめます。

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	
			獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点	満点
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	50	70	95	70	75	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシフトローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	40	40	32	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	110	120	75	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	95	90	60	45	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	45	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	10	130	10	130	10	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	45	100	10	100	10	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	5	30	15	40	15	40
	⑤	第三者求償の取組	37	40	29	50	12	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	65	95	61	100	62	100
合計点			562	1,000	525	960	446	940
交付額(万円)			1,387		1,244		1,112	
全国順位(1,741市町村中)			823位		1127位		1499位	

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

(人口・国保の加入状況)

本町の人口は約3万5千人で、高齢化率は25.8%(令和2年度国勢調査)です。全国と同規模、徳島県と比較すると、65歳以上の高齢者の割合は低く、被保険者の平均年齢も54.4歳と県より若く、出生率8.6、死亡率8.5となっています。産業においては、第3次産業が67.5%と同規模より高く、サービス業にかかわる被保険者の健康実態を分析し、働き方や生活リズム等を把握し、若い年代からの健康課題を明確にすることや取組みを考えていくことが重要となっています。(図表9)

また、国保加入率は18.7%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあり、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約48%を占め、平成30年度と比較して1.8%増加しています。(図表10)

図表9 同規模・県・国と比較した藍住町の特性

	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
藍住町	34,814	25.8	6,494 (18.7)	54.4	8.6	8.5	0.7	4.7	27.8	67.5
同規模	--	29.1	20.6	54.2	6.8	10.7	0.7	5.4	28.7	66.0
県	--	34.5	22.4	55.1	6.5	14.3	0.3	8.5	24.1	67.4
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、藍住町と同規模保険者(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	7,120		6,925		6,903		6,818		6,494	
65～74歳	3,269	45.9	3,259	47.1	3,336	48.3	3,328	48.8	3,098	47.7
40～64歳	2,090	29.4	2,013	29.1	1,990	28.8	1,977	29.0	1,936	29.8
39歳以下	1,761	24.7	1,653	23.9	1,577	22.8	1,513	22.2	1,460	22.5
加入率	20.7		20.1		20.1		19.8		18.7	

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

(医療の状況)

また本町には2つの病院、31の診療所があり、いずれも同規模と比較しても多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数をみると、同規模と比較して高い傾向にあります。しかし、入院患者数は、平成30年度と比較すると減っており、医療費と結び付けてみていく必要があります。(図表11)

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
											割合	割合
病院数	2	0.3	2	0.3	2	0.3	2	0.3	2	0.3	0.3	0.7
診療所数	29	4.1	28	4.0	30	4.3	32	4.7	31	4.8	3.1	4.6
病床数	107	15.0	107	15.5	107	15.5	107	15.7	107	16.5	56.1	88.4
医師数	46	6.5	46	6.6	52	7.5	52	7.6	55	8.5	11.1	16.6
外来患者数	768.9		769.5		732.3		755.5		772.8		716.1	737.2
入院患者数	22.1		23.1		20.7		21.1		20.6		19.2	25.0

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期計画の評価は、短期的な目標と中長期的な目標の2段階で設定しました。

まず、中長期的な目標として、社会保障費(医療費・介護費)に大きな影響を及ぼす脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)の減少を設定しました。

そして、中長期的な目標を達成するために必要な短期的な目標として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を目標疾患として設定しました。(5頁 図表2参照)

(1)中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

①介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者では42人(認定率0.37%)で同規模と比較するとやや高く、1号(65歳以上)被保険者では1,542人(認定率17.1%)と、平成30年度と比べると、割合は減少していますが、人数は増加しています。

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、新規認定者が増えていることから、何の疾患が原因で要介護認定が必要になったのか確認していく必要があります。(図表12)

図表12 要介護認定者(率)の状況

	藍住町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	7,591人	22.1%	8,993人	25.8%	29.1%	34.5%	28.7%
2号認定者	39人	0.34%	42人	0.37%	0.35%	0.38%	0.38%
新規認定者	10人		10人		--	--	--
1号認定者	1,415人	18.6%	1,542人	17.1%	17.0%	20.7%	19.4%
新規認定者	165人		209人		--	--	--
65～74歳	212人	4.8%	224人	4.5%	--	--	--
新規認定者	39人		50人		--	--	--
75歳以上	1,203人	38.2%	1,318人	33.3%	--	--	--
新規認定者	126人		159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

介護給付費は、一人あたり給付費は、平成30年度より約3万円減っていますが、4年間で約2,900万円伸びており、介護給付対象者が増加していることがわかります。(図表13)

図表 13 介護給付費の変化

(参考 介護保険料)	藍住町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	23億0798万円	24億3698万円 ↑	--	--	--
一人あたり給付費(円)	304,041	270,986	259,723	320,304	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	60,735	56,398	63,000	63,005	59,662
居宅サービス	48,665	44,222	41,449	41,316	41,272
施設サービス	299,843	317,974	292,001	297,064	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

(参考 介護保険料)

第5期		第6期		第7期		第8期	
H24-26		H27-29		H30-32		R3-5	
藍住町(県内5位)	5,480円	藍住町(県内8位)	5,800円	藍住町(県内8位)	6,360円	藍住町(県内1位)	7,150円
徳島県	5,282円	徳島県	5,681円	徳島県	6,285円	徳島県	6,477円
全 国	4,972円	全 国	5,514円	全 国	5,869円	全 国	6,014円

出典: 介護保険事業報告

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みると、どの年代においても、脳卒中(脳出血・脳梗塞)と虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)が上位を占めています。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 95.8%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 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)			42		225		1,319		1,544		
再)国保・後期			20		176		1,264		1,440		
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	9 45.0%	脳卒中	78 44.3%	虚血性心疾患	672 53.2%	虚血性心疾患	729 50.6%
			2	腎不全	6 30.0%	虚血性心疾患	57 32.4%	脳卒中	597 47.2%	脳卒中	675 46.9%
			3	虚血性心疾患	5 25.0%	腎不全	36 20.5%	腎不全	279 22.1%	腎不全	315 21.9%
		合併症	4	糖尿病合併症	4 20.0%	糖尿病合併症	33 18.8%	糖尿病合併症	195 15.4%	糖尿病合併症	228 15.8%
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		15 75.0%	基礎疾患	159 90.3%	基礎疾患	1,224 96.8%	基礎疾患	1,383 96.0%
	血管疾患合計			15 75.0%	合計	164 93.2%	合計	1,238 97.9%	合計	1,402 97.4%	
	認知症			3 15.0%	認知症	40 22.7%	認知症	592 46.8%	認知症	632 43.9%	
	筋・骨格疾患			16 80.0%	筋骨格系	150 85.2%	筋骨格系	1,207 95.5%	筋骨格系	1,357 94.2%	

②医療費の状況

令和4年度の国保加入者は減少していますが、総医療費、一人あたり医療費がともに増加しており、同規模保険者と比べてやや高いものの、県内では下位となっています。

また入院医療費のレセプト件数は、全体のわずか3%程度に関わらず、医療費では全体の約4割を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較して約6万円も高くなっています。(図表15)

また令和2年度の地域差指数(年齢調整後)でみても、全国平均の1を超えており、県平均よりも高く、特に入院の地域差指数が1.144と高い状態が続いています。(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、重症化を意味する入院を抑制するためには、予防可能な生活習慣病、特に基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の管理が重要であり、引き続き、本町は医療費適正化に向けた重症化予防の取組みに力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

		藍住町		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)		7,120人	6,494人 ↓	--	--	--
前期高齢者割合		3,269人 (45.9%)	3,098人 (47.7%)	--	--	--
総医療費		23億7674万円	23億9113万円 ↑	--	--	--
一人あたり医療費(円)		333,812 (県内22位 同規模72位)	368,206 (県内22位 同規模63位) ↑	361,243	389,015	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	530,600	587,240 ↑	613,590	567,420	617,950
	費用の割合	42.8	40.6 ↓	40.4	45.1	39.6
	件数の割合	2.8	2.6 ↓	2.6	3.3	2.5
	1件あたり費用額	20,340	22,890	24,230	23,430	24,220
外来	費用の割合	57.2	59.4 ↑	59.6	54.9	60.4
	件数の割合	97.2	97.4 ↑	97.4	96.7	97.5
受診率		791.012	793.421	735.303	762.201	705.439

※同規模順位は藍住町と同規模保険者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		
		藍住町 (県内市町村中)		県 (47県中)	藍住町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R02年度	R02年度	H30年度	R02年度	R02年度
地域差指数・順位	全体	1.013	1.064	1.118	1.039	1.109	1.104
		(19位)	(17位)	(10位)	(14位)	(8位)	(10位)
	入院	1.055	1.144 ↑	1.287	1.039	1.135	1.192
		(23位)	(18位)	(9位)	(16位)	(11位)	(11位)
	外来	0.987	1.018 ↑	0.999	1.052	1.093	1.011
		(11位)	(7位)	(25位)	(5位)	(2位)	(13位)

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、4年間で約 270 万円減少し、総医療費に占める割合についても約 0.15%減少しています。中長期目標疾患の割合を確認すると、脳梗塞・脳出血における割合が半減していますが、一方で慢性腎不全の占める割合が増加し、県よりも高くなっています。(図表 17)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			藍住町		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)			23億7674万円	23億9113万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億6691万円	1億6418万円	--	--	--
			7.02%	6.87% ↓	8.08%	5.92%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.01%	0.95% ↓	2.01%	1.44%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.75%	1.93%	1.52%	1.80%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	2.97%	3.29% ↑	4.24%	2.34%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.29%	0.69% ↑	0.31%	0.34%	0.29%
	その他	悪性新生物	14.80%	16.39%	16.85%	16.11%	16.69%
そ 疾 の 患 他 の		筋・骨疾患	9.11%	8.66%	8.78%	8.54%	8.68%
		精神疾患	10.38%	8.47%	7.71%	11.18%	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。

次に、患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると、脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)や虚血性心疾患については、数値割合ともに横ばい又は減少しているのに対して、人工透析は、被保険者数が減少しているに関わらず数値や割合が増加しているところが多くなっています。(図表 18)

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	7,120	6,494	a	511	485	774	705	26	29	
				a/A	7.2%	7.5%	10.9%	10.9%	0.4%	0.4%	
40歳以上		B	5,359	5,034	b	501	474	769	698	23	27
		B/A	75.3%	77.5%	b/B	9.3%	9.4%	14.3%	13.9%	0.4%	0.5%
再掲	40～64歳	D	2,090	1,936	d	98	91	144	121	13	14
		D/A	29.4%	29.8%	d/D	4.7%	4.7%	6.9%	6.3%	0.6%	0.7%
	65～74歳	C	3,269	3,098	c	403	383	625	577	10	13
		C/A	45.9%	47.7%	c/C	12.3%	12.4%	19.1%	18.6%	0.3%	0.4%

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)

虚血性心疾患は発症時の急性期のみならず、再発や介護、死亡の問題もあり、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、その原因となる肥満、糖尿病、高血圧症等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

(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みると、治療者の割合が増えている一方で、合併症(重症化)においては脳血管疾患の占める割合が減少しています。(図表 19～21)

本町は特定健康診査の結果から、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おり、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。しかし、人工透析の割合がいずれの目標疾患においても増加しており、原因を分析するとともに、適切な指導を行っていく必要があります。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	2,320	2,260	532	484	1,788	1,776
		A/被保数	43.3%	44.9%	25.5%	25.0%	54.7%	57.3%
(中長期 目 標 疾 患 合 併 症)	脳血管疾患	B	294	260	51	44	243	216
		B/A	12.7%	11.5%	9.6%	9.1%	13.6%	12.2%
	虚血性心疾患	C	528	510	96	74	432	436
		C/A	22.8%	22.6%	18.0%	15.3%	24.2%	24.5%
	人工透析	D	21	25	12	13	9	12
		D/A	0.9%	1.1%	2.3%	2.7%	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)

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	1,568	1,530	391	357	1,177	1,173
		A/被保数	29.3%	30.4%	18.7%	18.4%	36.0%	37.9%
(中長期 合併目 標疾患)	脳血管疾患	B	212	186	34	25	178	161
		B/A	13.5%	12.2%	8.7%	7.0%	15.1%	13.7%
	虚血性心疾患	C	383	358	69	52	314	306
		C/A	24.4%	23.4%	17.6%	14.6%	26.7%	26.1%
	人工透析	D	11	18	5	9	6	9
		D/A	0.7%	1.2%	1.3%	2.5%	0.5%	0.8%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	191	172	49	52	142	120
		E/A	12.2%	11.2%	12.5%	14.6%	12.1%	10.2%
	糖尿病性網膜症	F	149	176	46	48	103	128
		F/A	9.5%	11.5%	11.8%	13.4%	8.8%	10.9%
	糖尿病性神経障害	G	60	54	16	19	44	35
		G/A	3.8%	3.5%	4.1%	5.3%	3.7%	3.0%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(高血圧症)、地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	1,887	1,886	451	434	1,436	1,452
		A/被保数	35.2%	37.5%	21.6%	22.4%	43.9%	46.9%
（中長期 合併症 目標疾患）	脳血管疾患	B	225	198	39	25	186	173
		B/A	11.9%	10.5%	8.6%	5.8%	13.0%	11.9%
	虚血性心疾患	C	454	443	78	59	376	384
		C/A	24.1%	23.5%	17.3%	13.6%	26.2%	26.4%
	人工透析	D	11	15	5	6	6	9
		D/A	0.6%	0.8%	1.1%	1.4%	0.4%	0.6%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(脂質異常症)、地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧(収縮期 160-179/拡張期 100-109)と、HbA1c7.0 以上の対象者を平成 30 年度と令和3年度で比較すると、HbA1c7.0 以上は有所見者の割合が横ばいとなっていますが、Ⅱ度高血圧は割合が上がっています。未治療者の割合については、高血圧、糖尿病ともに上がっています。

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、未治療者、治療中断対象者が減少するよう、健診結果とレセプトの確認を行い、適切な治療が継続できるよう努める必要があります。(図表 22)

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 Ⅱ度以上高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度				R03年度				レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	問診結果		未治療 (内服なし)	D/C	問診結果		未治療 (内服なし)	F/E	未治療		治療中断	
					C	C/A			E	E/B			G	G/E	H	H/E
藍住町	1,472	29.8	1,435	29.7	66	4.5	34	51.5	81	5.6	46	56.8	26	32.1	5	6.2
徳島県	42,065	36.3	42,883	38.9	2,428	5.8	1,356	55.8	2,524	5.9	1,381	54.7	852	33.8	116	4.6

	HbA1c 実施率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度				R03年度				レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	問診結果		未治療 (内服なし)	J/I	問診結果		未治療 (内服なし)	L/K	未治療		治療中断	
					I	I/実施者A			K	K/実施者B			M	M/K	N	N/K
藍住町	1,472	100.0	1,435	100.0	53	3.6	15	28.3	51	3.6	21	41.2	4	7.8	1	2.0
徳島県	42,017	99.9	42,834	99.9	1,749	4.2	543	31.0	1,946	4.5	574	29.5	108	5.5	44	2.3

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

③健康診査結果の経年変化

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。

本町の特定健康診査結果において、平成 30 年度と令和4年度を比較すると、メタボリックシンドロームの該当者と予備群の対象者数・割合ともほぼ横ばいです。(図表 23)

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	予備群	
			3項目	2項目
H30年度	1,472 (29.8%)	266 (18.1%)	80 (5.4%)	186 (12.6%)
R04年度	1,499 (33.3%)	282 (18.8%)	82 (5.5%)	200 (13.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、Ⅱ 度高血圧以上、LDLコレステロール 160 以上の
 有所見割合を見ると、HbA1c6.5 以上の割合は微増しており、Ⅱ 度高血圧以上は 1.1%増加、LDLコ
 レステロール 160 以上は 2.6%減少しています。

一方で、翌年度に健診未受診者の方が、いずれも3割程度存在し、結果が把握できていない現状
 にあります。今後も健康診査後、対象者には医療機関への受診勧奨を行い、必要に応じた治療に結
 びつけられるよう、また継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表 24～26)

図表 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			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	114 (7.7%)	29 (25.4%)	24 (21.1%)	11 (9.6%)	50 (43.9%)
R03→R04	113 (7.9%)	25 (22.1%)	40 (35.4%)	8 (7.1%)	40 (35.4%)

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			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	66 (4.5%)	36 (54.5%)	12 (18.2%)	1 (1.5%)	17 (25.8%)
R03→R04	81 (5.6%)	37 (45.7%)	14 (17.3%)	6 (7.4%)	24 (29.6%)

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	232 (15.8%)	92 (39.7%)	62 (26.7%)	19 (8.2%)	59 (25.4%)
R03→R04	190 (13.2%)	73 (38.4%)	48 (25.3%)	10 (5.3%)	59 (31.1%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の推移

本町の特定健康診査受診率は、30%前後で推移しており、受診率を伸ばすことができない状況が
 続いていましたが、令和4年度受診勧奨事業を業者へ委託した結果 33.3%と 3.6%上昇しました。(図
 表 27)

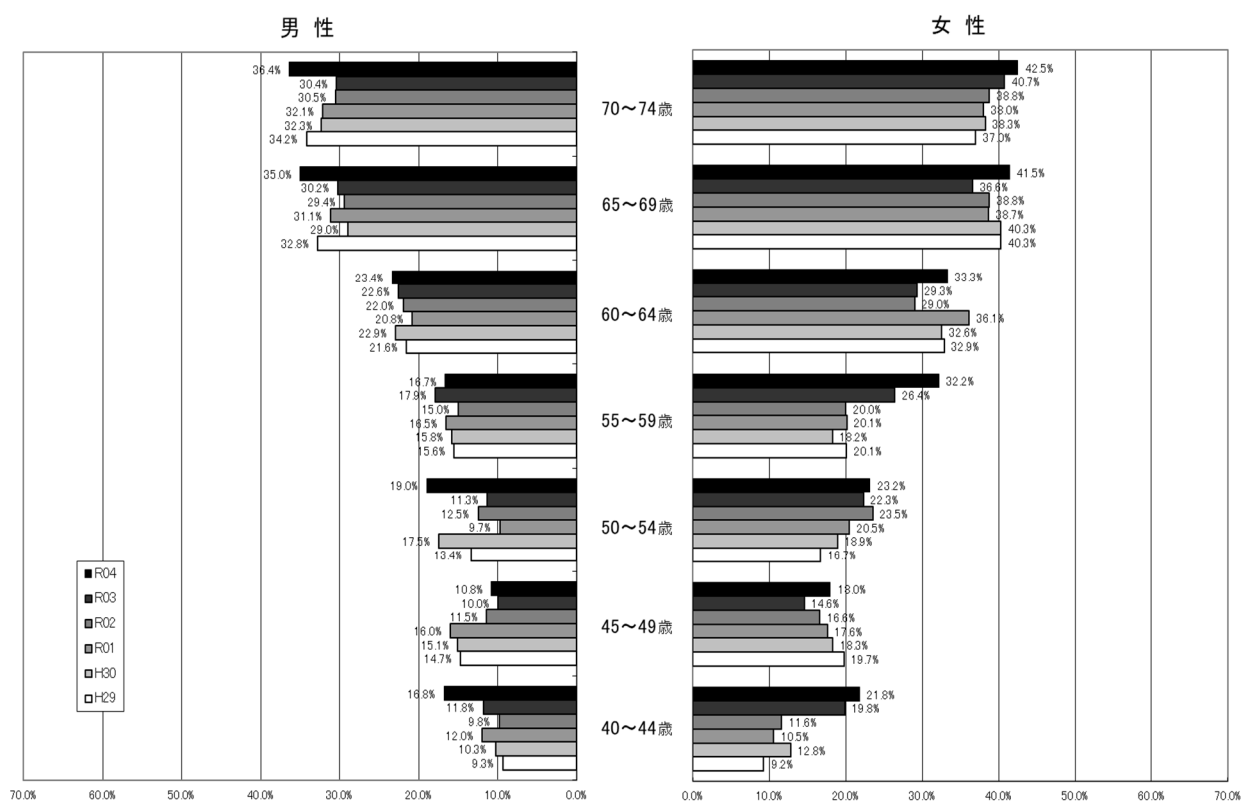
また、特定健康診査の年代別の受診率では、40～44 歳は少しずつ受診者が増えていますが、45
 ～49 歳は減少しています。(図表 28)

特定保健指導については、70%前後で推移しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健康
 診査の機会を提供し、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 特定健康診査・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
特定健康診査	受診者数	1,472 人	1,448 人	1,413 人	1,435 人	1,499 人	特定健康診査 受診率 60%
	受診率	29.8%	30.0%	29.2%	29.7%	33.3%	
特定保健指導	該当者数	162 人	165 人	166 人	157 人	187 人	特定保健 指導実施率 60%
	割合	11.0%	11.4%	11.7%	10.9%	12.5%	
	実施者数	101 人	117 人	117 人	111 人	121 人	
	実施率	62.3%	70.9%	70.5%	70.7%	64.7%	

図表 28 年代別特定健康診査受診率の推移



図表 23~28 出典: 特定健診受診率(法定報告分)

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、令和2年度から少しずつ増加しているものの、血糖値有所見者割合、未治療・中断の割合も増加傾向にあります。(図表 29, 30)

HbA1c8.0%以上の未治療者は、平成 30 年から5人で経過しています。(図表 31)全員が治療につながるように、受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、又治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行います。

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保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っています。

※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

図表 29 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R01	R02	R03	R04
健診受診者	人(a)	1,472	1,448	1,413	1,435	1,499
血糖値有所見者 *1	人(b)	115	92	118	113	115
	(b/a)	7.8%	6.4%	8.4%	7.9%	7.7%
	保健指導実施者 *2	人(c)	21	11	15	16
		(c/b)	18.3%	2.2%	9.3%	14.0%

*1 HbA1c6.5%以上の者

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

図表 30 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R01	R02	R03	R04
血糖値有所見者	人(a)	115	92	118	113	115
血糖値有所見者の 未治療者・治療中断者 *3	人(b)	51	41	61	56	63
	(b/a)	44.3%	44.6%	51.7%	50.0%	54.8%
	受診した者	人(c)	40	28	46	41
		(c/b)	78.4%	68.3%	75.4%	73.2%
	治療開始した者	人(c)	14	13	23	20
		(c/b)	27.5%	31.7%	37.7%	35.7%

*3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

図表 31 HbA1c8.0 以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R01	R02	R03	R04
健診受診者	人(a)	1,472	1,448	1,413	1,435	1,499
HbA1c8.0%以上	人(b)	10	9	12	13	13
	(b/a)	0.7%	0.6%	0.8%	0.9%	0.9%
保健指導実施者	人(c)	2	1	0	2	4
	(c/b)	20%	11.1%	0%	15.4%	30.8%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(d)	5	5	5	5	5
	(d/b)	50%	55.6%	41.7%	38.5%	38.5%

治療開始	2人	2人	4人	2人
元々治療中	5人	7人	9人	8人
死亡・転出	0人	0人	0人	0人

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、令和2年度から心電図検査を全員に実施しています。有所見者は 30%を超えています。(図表 32) 心電図所見の理解を促し、受診勧奨を行い、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を行っていくことが大切です。

図表 32 特定健康診査心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30	R01	R02	R03	R04
健診受診者	人(a)	1,472	1,448	1,413	1,435	1,499
心電図実施者	人(b)	346	363	1413	1435	1499
心電図実施率	(b/a)	23.5%	25.1%	100%	100%	100%
有所見者	人(c)	121	120	446	450	502
有所見率	(c/b)	35.0%	33.1%	31.6%	31.4%	33.5%

図表 33 心電図受診者のうち、有所見者の受診状況

		H30	R01	R02	R03	R04
心電図実施者		346	363	1,413	1,435	1,499
心房細動		5 1.4%	4 1.1%	12 0.8%	11 0.8%	13 0.9%
	治療あり	5 100%	4 100%	7 58.3%	10 90.9%	10 76.9%
	治療なし	0 0%	0 0%	5 41.7%	1 9.1%	3 23.1%
異常Q波		1 0.3%	0 0%	11 0.8%	11 0.8%	10 0.7%
	受診あり	1 100%	0 0%	6 54.5%	8 72.7%	7 70.0%
	受診なし	0 0%	0 0%	5 45.5%	3 27.3%	3 30.0%
ST所見		8 2.3%	7 1.9%	32 2.3%	18 1.3%	36 2.4%
	受診あり	6 75.0%	4 1.1%	25 1.8%	11 61.1%	28 77.8%
	受診なし	2 25.0%	3 0.8%	7 0.5%	7 38.9%	8 22.2%

③脳血管疾患重症化予防対策

令和4年度のⅡ度高血圧以上の者の割合は 7.5%で、64.3%が未治療者です。また、Ⅲ度高血圧においては、19 人のうち 13 人が未治療者でした。(図表 34)

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。図表 35 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を行っていきます。高値血圧の者においても、家庭での血圧測定を勧め、血圧手帳の活用を促していきます。

図表 34 Ⅱ度高血圧以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R01	R02	R03	R04
健診受診者		人(a)	1,472	1,448	1,413	1,435
Ⅱ度高血圧以上の者	人(b)	71	69	79	81	112
	(b/a)	4.8%	4.8%	5.6%	5.6%	7.5%
	治療あり	人(c)	35	29	37	35
		(c/b)	49.3%	42.0%	46.8%	43.2%
	治療なし	人(d)	36	33	42	46
		(d/b)	50.7%	47.8%	53.2%	56.8%
(再掲)	Ⅲ度高血圧の者	人(f)	5	9	14	10
		(f/a)	0.3%	0.6%	1.0%	0.7%
	治療あり	人	1	2	5	5
	治療なし	人	4	7	9	5

図表 35 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(参考)高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)		血圧分類 (mmHg)	高値血圧	I 度高血圧	II 度高血圧	III 度高血圧
		130～139 /80～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	517	252	193	59	13	
		48.7%	37.3%	11.4%	2.5%	
リスク第1層 予後影響因子がない	35	C 18 6.8%	B 14 7.1%	B 3 5.1%	A 0 0.0%	
	298	C 149 57.6%	B 114 59.1%	A 30 50.8%	A 5 38.5%	
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	184	B 85 35.6%	A 65 33.7%	A 26 44.1%	A 8 61.5%	
	35.6%	33.7%	33.7%	44.1%	61.5%	

…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	134
		25.9%
B	概ね1ヵ月後に 再評価	216
		41.8%
C	概ね3ヵ月後に 再評価	167
		32.3%

※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、職場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、健康づくり講座、福祉・健康づくりの町フェスティバルでの健康づくり講演会、保健栄養推進員対象の健康教室、藍住町食生活改善推進協議会ヘルスメイト対象の学習会、町広報紙、SNS等での健康づくり情報提供、ライフステージに合わせて生涯を通じた生活習慣病予防の健康教育、希望された方に個別健康相談、保健指導等を実施しています。

今後も健康課題を身近に考えられるように、健康づくりの情報を発信し、生活習慣の改善に向けた実践に活かしていただけるように検討し取り組んでいきます。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 36 第2期データヘルス計画目標管理一覧

主計画	健康課題解決に向けた目標・指標				目標	統計元	基準年	中間評価			最終評価	
							H28	R2 (実績はR1)	R3 (R2)	R4 (R3)	R5 (R4)	
特定健康診等計画	短期目標	1	特定健康診査受診率			60%以上	法定報告データ	29.9%	30.0%	29.2%	29.7%	33.3%
		2	特定保健指導実施率			60%以上		68.7%	70.9%	70.5%	70.7%	64.7%
		3	メタボ該当者予備群及び予備群			25%減少		28.7%	29.4%	29.9%	29.6%	30.0%
4		健診受診者の高血圧者(160/100)割合の減少				3.4%		4.8%	5.6%	5.6%	7.5%	
5		健診受診者の血糖異常者(HbA1c6.5%以上)割合の減少				7.1%		6.4%	8.4%	7.9%	7.7%	
6		健診受診者の血糖異常者(HbA1c8.0%以上)割合の減少				0.6%		0.6%	0.8%	0.9%	0.9%	
7		健診受診者の脂質異常者(LDL180以上)割合の減少				4.6%		5.7%	4.4%	4.2%	4.6%	
データヘルス計画	中長期目標	8	脳血管疾患の総医療費の割合の減少				システム	2.3%	1.3%	1.8%	1.5%	1.0%
		9	虚血性心疾患の総医療費の割合の減少					3.2%	2.2%	2.4%	2.1%	1.9%
		10	糖尿病性腎症の総医療費の割合の減少					9.7%	12.8%	12.2%	11.4%	10.3%
保険者努力支援制度	短期目標	11	がん検診受診率	胃がん	25%以上	地域保健事業計画	5.5%	4.2%	11.3%	10.9%	10.8%	
		12		肺がん	25%以上		6.7%	6.5%	11.9%	12.3%	12.4%	
		13		大腸がん	25%以上		8.8%	7.7%	14.5%	14.0%	13.8%	
		14		子宮頸がん	25%以上		18.0%	17.1%	14.3%	14.2%	15.1%	
		15		乳がん	25%以上		13.6%	12.2%	15.2%	14.3%	14.1%	
		16	歯科検診受診率					2.5%	2.1%	1.9%	1.6%	1.6%
	追加	17	地域包括ケアの取組	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取組準備(実態把握)、事業委託		令和5年度まで		実態把握	実態把握	実態把握	事業開始	
全体評価							H28	R2 (実績はR1)	R3	R4	R5	
健康寿命の延伸		平均余命	男性(徳島県)80.8			国・県R2年度	79.4	81.0	81.7	82.1	82.5	
			女性(徳島県)87.3				85.6	87.0	87.2	86.8	87.2	
		平均自立期間 (要介護2以上)	男性(徳島県)79.3				77.4	78.9	79.6	79.8	80.4	
			女性(徳島県)83.9				81.9	82.8	83.2	82.9	83.1	
医療費		地域差指数 (年齢調整後医療費)	(国)1.00・(徳島国保)1.13				1.036	1.039	1.064			

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

高齢化率は同規模市町村及び国平均と比べて低いです。被保険者数及び加入率は平成 25 年度から微減しており、65 歳以上の加入者数が増加しています。

中長期目標疾患にかかる医療費、総医療費における割合ともに減少しています。

中長期目標疾患では、脳梗塞・脳出血における割合が半減していますが、慢性腎不全の占める割合が増加しています。

短期目標疾患にかかる治療状況では、治療者の割合が増えています。合併症（重症化）においては脳血管疾患の占める割合が減少している代わりに、人工透析の割合がいずれの目標疾患においても増加しています。

医療費の推移を確認すると、総医療費が増加していますが、一人あたりの医療費では同規模市町村よりも医療費の伸びを抑えることができ、県内でも下位となっています。

特定健康診査の受診率を令和5年度までに60%にする目標としていましたが、令和4年度時点で約33%に留まっています。4年間で受診率がほぼ横ばいだった年度もありましたが、業者委託によるデータ分析を活用した受診勧奨を行ったことなどにより、令和4年度においては、前年度から約 3.6%の伸びが見られました。医療費の適正化においても特定健康診査を受診し、必要な方は保健指導、治療につなげることが重要です。引き続き、体の状態を確認できる場としての特定健康診査の受診率向上について、最優先の課題として取り組んでいきます。

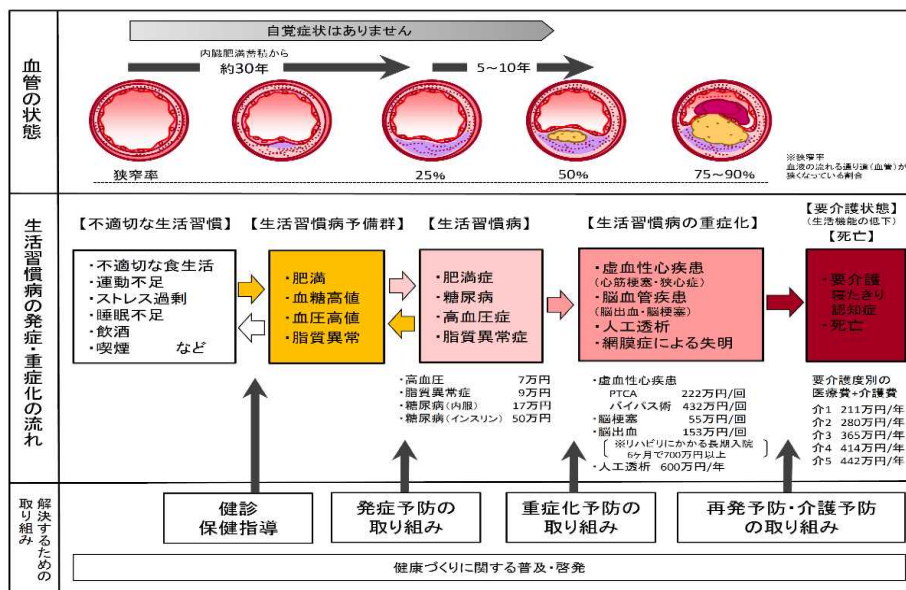
3. 第3期における健康課題(生活習慣病)の明確化

1) 基本的な考え方

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

図表 37 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

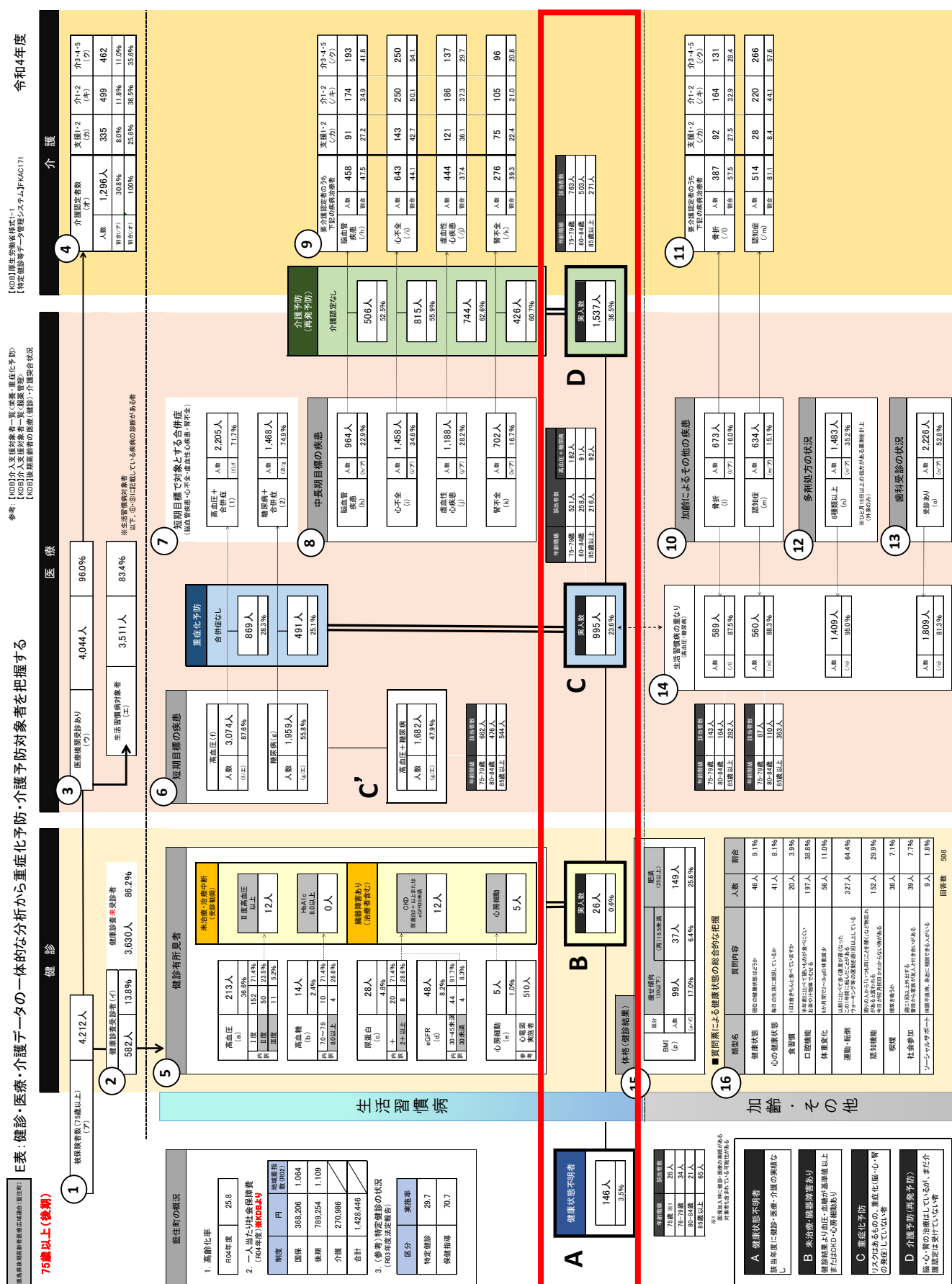
医療保険制度においては、75 歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動します。

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町の支援担当者や事業内容等が引き継がれていないという課題があります。

国保で、被保険者の年代をみても 65 歳以上の前期高齢者の割合が高く、医療費も前期高齢者に係る医療費割合が過半数を占めており、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っているケースも多いため、市町村国保及び広域連合は、図表 38 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、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。

また、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 38 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1)医療費分析

令和4年度医療費総費用額をみると、国保は23.9億円で、後期は36.6億円であり約1.5倍となり、被保険者一人あたり医療費も後期では2.3倍高い状況です。(図表39)

図表39 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		7,120人	6,925人	6,903人	6,818人	6,494人	4,296人
総件数及び総費用額	件数	68,735件	66,862件	62,636件	64,439件	63,653件	68,422件
	費用額	23億7674万円	24億2112万円	23億8537万円	24億6557万円	23億9113万円	36億6097万円
一人あたり医療費		33.4万円	35.0万円	34.6万円	36.2万円	36.8万円	85.2万円

出典：KDBシステムデータ

本町はこれまで、糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできました。短期目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、県・同規模と比較しても同程度ですが、今後も糖尿病の重症化予防に向けた保健指導への取組みを強化していくとともに、治療者も特定健康診査を受診していただき、血糖管理やその他のリスクについて経年的に管理していく必要があります。

また、生活習慣病疾患の医療費割合を国保と後期でみると、後期の透析患者の慢性腎不全が国保の2.2倍、脳梗塞・脳出血が3.6倍に加え、後期の筋・骨疾患が1.6倍になっており、国保からの健康管理・重症化予防の取組みで、後期医療費の負担を減らしていくことが重要です。(図表40)

図表40 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
				腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
① 国保	藍住町	23億9113万円	29.805	3.29%	0.69%	0.95%	1.93%	5.71%	3.36%	1.94%	4億2738万円	17.87%	16.39%	8.47%	8.66%
	同規模	--	29,136	4.24%	0.31%	2.01%	1.52%	5.81%	3.22%	2.20%	--	19.31%	16.85%	7.71%	8.78%
	県	--	31,476	2.34%	0.34%	1.44%	1.80%	5.73%	3.16%	1.98%	--	16.79%	16.11%	11.18%	8.54%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	藍住町	36億6097万円	73.661	7.29%	0.57%	3.45%	2.57%	3.87%	3.15%	1.22%	8億0929万円	22.11%	11.03%	1.82%	14.27%
	同規模	--	69,832	4.97%	0.47%	3.89%	1.64%	4.23%	2.97%	1.41%	--	19.59%	11.10%	3.50%	12.38%
	県	--	79,523	5.87%	0.55%	3.29%	1.95%	3.81%	2.75%	1.18%	--	19.40%	9.32%	3.86%	14.41%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

※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

80万円以上の高額レセプトは、国保では400件を超えるレセプトが発生しており、後期高齢になると、約1.8倍に増えることがわかります。(図表41)

図表41 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	230人	225人	237人	256人	229人	439人
	件数	B	373件	398件	413件	431件	421件	794件
		B/総件数	0.54%	0.60%	0.66%	0.67%	0.66%	1.16%
	費用額	C	4億9385万円	5億3266万円	5億7053万円	6億0135万円	5億6181万円	9億7876万円
		C/総費用	20.8%	22.0%	23.9%	24.4%	23.5%	26.7%

高額における疾病をみてみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、件数と費用額は相関しており、令和2年の 2,700 万円を最高に、令和4年は約 2,000 万円となっており、約 700 万円減っています。しかし、後期高齢になると費用額は国保の 3.8 倍となっており、脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要するケースも多いため、長期にわたり医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳梗塞や脳出血を発症させないために高血圧の重症化予防に力を入れる必要があります。(図表 42)

図表 42 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	13人	7人		9人		10人		8人		38人			
			D/A	5.7%	3.1%		3.8%		3.9%		3.5%		8.7%			
	件数		E	17件	8件		18件		11件		15件		65件			
			E/B	4.6%	2.0%		4.4%		2.6%		3.6%		8.2%			
	年代別	40歳未満		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	65-69歳	1	1.5%
		40代		1	5.9%	1	12.5%	0	0.0%	1	9.1%	1	6.7%	70-74歳	5	7.7%
		50代		2	11.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	6.7%	75-80歳	32	49.2%
		60代		9	52.9%	2	25.0%	13	72.2%	5	45.5%	10	66.7%	80代	23	35.4%
70-74歳		5	29.4%	5	62.5%	5	27.8%	4	36.4%	3	20.0%	90歳以上	4	6.2%		
費用額		F	2251万円	942万円		2719万円		1784万円		1973万円		7419万円				
		F/C	4.6%	1.8%		4.8%		3.0%		3.5%		7.6%				

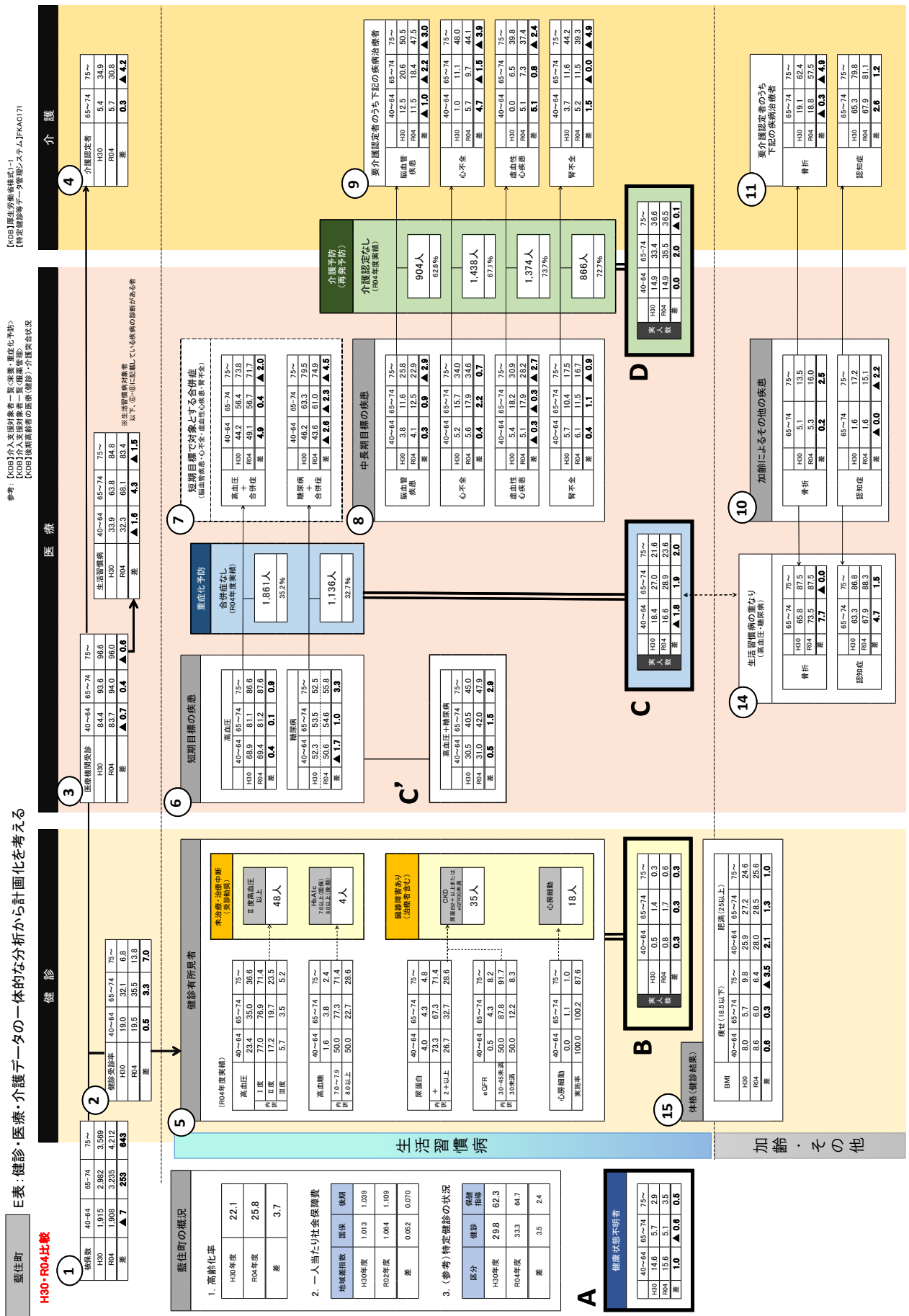
図表 43 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

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	12人		16人		21人		19人		11人		27人		
			G/A	5.2%		7.1%		8.9%		7.4%		4.8%		6.2%		
	件数		H	15件		17件		25件		22件		17件		32件		
			H/B	4.0%		4.3%		6.1%		5.1%		4.0%		4.0%		
	年代別	40歳未満		0	0.0%	1	5.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	2	6.3%
		40代		1	6.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	5	15.6%
		50代		0	0.0%	0	0.0%	2	8.0%	1	4.5%	0	0.0%	75-80歳	8	25.0%
		60代		10	66.7%	4	23.5%	7	28.0%	8	36.4%	5	29.4%	80代	15	46.9%
70-74歳		4	26.7%	12	70.6%	16	64.0%	13	59.1%	12	70.6%	90歳以上	2	6.3%		
費用額		I	1727万円		2399万円		3003万円		4015万円		2066万円		4781万円			
		I/C	3.5%		4.5%		5.3%		6.7%		3.7%		4.9%			

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

本町では、「健診・医療・介護データの一体的な分析」帳票で、40-64 歳、65-74 歳(前期高齢者)、75 歳以上(後期高齢者)の3つの年代で、健康・医療情報等を活用した被保険者の健康状態等の分析を行い、健康課題を明確化し、予防活動に反映させています。(図表 44)

図表 44 健診・医療・介護データの一体的な分析



(3)健康課題の明確化

健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、①被保険者は 65-74 歳と 75 歳以上の年代が増加し、本町でも 65 歳以上の高齢者が確実に増えていることが分かります。②健診受診率も同じ年代が受診率を伸ばしています。⑮体格をみると、BMI25 以上の対象者はすべての年代で増加しています。(図表 45)

図表 45 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	認定 介護 率	被保険者数			健診受診率			体格(健診結果)					
					特定 健診		長寿 健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	34.9	1,915	2,982	3,569	19.0	32.1	6.8	8.0	5.7	9.8	25.9	27.2	24.6
R04	30.8	1,908	3,235	4,212	19.5	35.5	13.8	8.6	6.0	6.4	28.0	28.5	25.6

健診有所見状況では、⑤未治療者・治療中断者の状況をみると、HbA1c7.0 以上の対象者は同程度の割合か減少傾向が見られますが、Ⅱ度高血圧対象者は、どの年代においても増加していることから、増加の背景についても町の実態を確認するとともに、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 46)

図表 46 健診有所見状況

E表		⑤																																		
年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満									心房細動								
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-		
	人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%				
H30	13	3.6	(5)	45	4.7	(16)	21	8.6	(7)	9	2.5	(0)	37	3.9	(2)	3	1.2	(1)	5	1.4	26	2.7	4	1.6	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---		
R04	20	5.4	(10)	93	8.1	(26)	61	10.5	(12)	6	1.6	(2)	44	3.8	(2)	4	0.7	(0)	4	1.1	19	1.7	12	2.1	0	---	13	1.1	5	0.9	5	0.9	5	0.9		

※徳島県では心電図検査を令和2年度から全数実施

生活習慣病患者をみると、糖尿病では 40-64 歳で患者数が減少し、糖尿病の合併症では、どの年代も減少しています。治療対象者が減っているのか、健診データのコントロールと合わせてみていくことが重要です。(図表 47)

図表 47 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦								
年度	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症								
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	84.4	93.6	96.6	33.9	63.8	84.8	68.9	81.1	86.6	52.3	53.5	52.5	30.5	40.5	45.0	44.2	56.4	73.8	46.2	63.3	79.5			
R04	83.7	94.0	96.0	32.3	68.1	83.4	69.4	81.2	87.6	50.6	54.6	55.8	31.0	42.0	47.9	49.1	56.7	71.7	43.6	61.0	74.9			

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

中長期目標の疾患をみると虚血性心疾患は減少していますが、脳血管疾患、心不全、腎不全は増加しています。介護認定者では虚血性心疾患、心不全、腎不全において 40-64 歳での割合が増え、介護認定を受ける前からの発症・重症化予防に努める必要があります。(図表 48)

図表 48 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険割合)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	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	3.8	11.6	25.8	5.4	18.2	30.9	5.2	15.7	34.0	5.7	10.4	17.5	12.5	20.6	50.5	0.0	6.5	39.8	1.0	11.1	48.0	3.7	11.6	44.2
R04	4.1	12.5	22.9	5.1	17.9	28.2	5.6	17.9	34.6	6.1	11.5	16.7	11.5	18.4	47.5	5.1	7.3	37.4	5.7	9.7	44.1	5.2	11.5	39.3

⑭骨折・認知症患者のうち高血圧と糖尿病の重なりをみると、65-74 歳では骨折・認知症ともに増加しており、75 歳以上では、認知症が増加しています。(図表 49)

図表 49 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知症		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	65.8	87.5	63.3	86.8	5.1	13.5	1.6	17.2	19.1	62.4	65.3	79.8
R04	73.5	87.5	67.9	88.3	5.3	16.0	1.6	15.1	18.8	57.5	67.9	81.1

図表 45～49 出典:KDB システムデータ

(4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組み方法については、第4章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1)成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から

明確にしておきます。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 50)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ことを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

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

③短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。

また、根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020 年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健康診査の機会を提供し健康診査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「特定健康診査・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 50 第3期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
				初期値 R 6 (R 4)	中間評価 (R 7)	最終評価 (R 10)	
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	1.0%			KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.9%			
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	3.3%			
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	11.4%			
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.2%			
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	11.1%			藍住町国民健康保険特定健康診査結果
			健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)	7.5%			
			健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	11.9%			
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1c6.5%以上)	7.7%			
			★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	0.4%			
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	0.0%			
	アウトプット	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	33.3%			法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	64.7%			
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	12.5%			

第3章 特定健康診査・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、前期計画までは5年を1期としていましたが、医療費適正化計画等が6年1期に改正されたことを踏まえ、第4期以降は、実施計画も6年を1期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 51 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度
特定健康診査受診率	36.0%	38.5%	41.5%	44.0%	47.0%	50.0%
特定保健指導実施率	66.0%	67.0%	68.0%	69.0%	70.0%	71.0%

3. 対象者の見込み

図表 52 特定健康診査・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度
特定健康診査	対象者数	4,500 人	4,320 人	4,000 人	3,650 人	3,400 人	3,150 人
	受診者数	1,620 人	1,663 人	1,660 人	1,606 人	1,598 人	1,575 人
特定保健指導	対象者数	203 人	208 人	208 人	201 人	200 人	197 人
	受診者数	134 人	139 人	141 人	139 人	140 人	140 人

4. 特定健康診査の実施

1) 実施方法

健康診査については、特定健康診査実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

◇集団健診(藍住町保健センター他)

◇個別健診(委託医療機関)

2) 特定健康診査委託基準

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

特定健康診査実施機関については、徳島県国保連合会(もしくは藍住町)のホームページに掲載します。

4) 特定健康診査実施項目

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 53 特定健康診査検査項目

○藍住町特定健診検査項目

健診項目		藍住町	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	○	

5) 実施時期

7月から翌年1月末まで実施します。

6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健康診査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康診査の受診勧奨を行っていただけるよう、医療機関へ協力を依頼していきます。

7) 代行機関

特定健康診査に係る費用の請求・支払い代行は、徳島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 54 特定健康診査実施スケジュール(例示)

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

5. 特定保健指導の実施

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

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4.1版)

特定保健指導 の見直し	(1) 評価体系の見直し 特定保健指導の実績評価にアウトカム評価を導入し、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う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開始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、特定保健指導の対象者として、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、確認の手順等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。

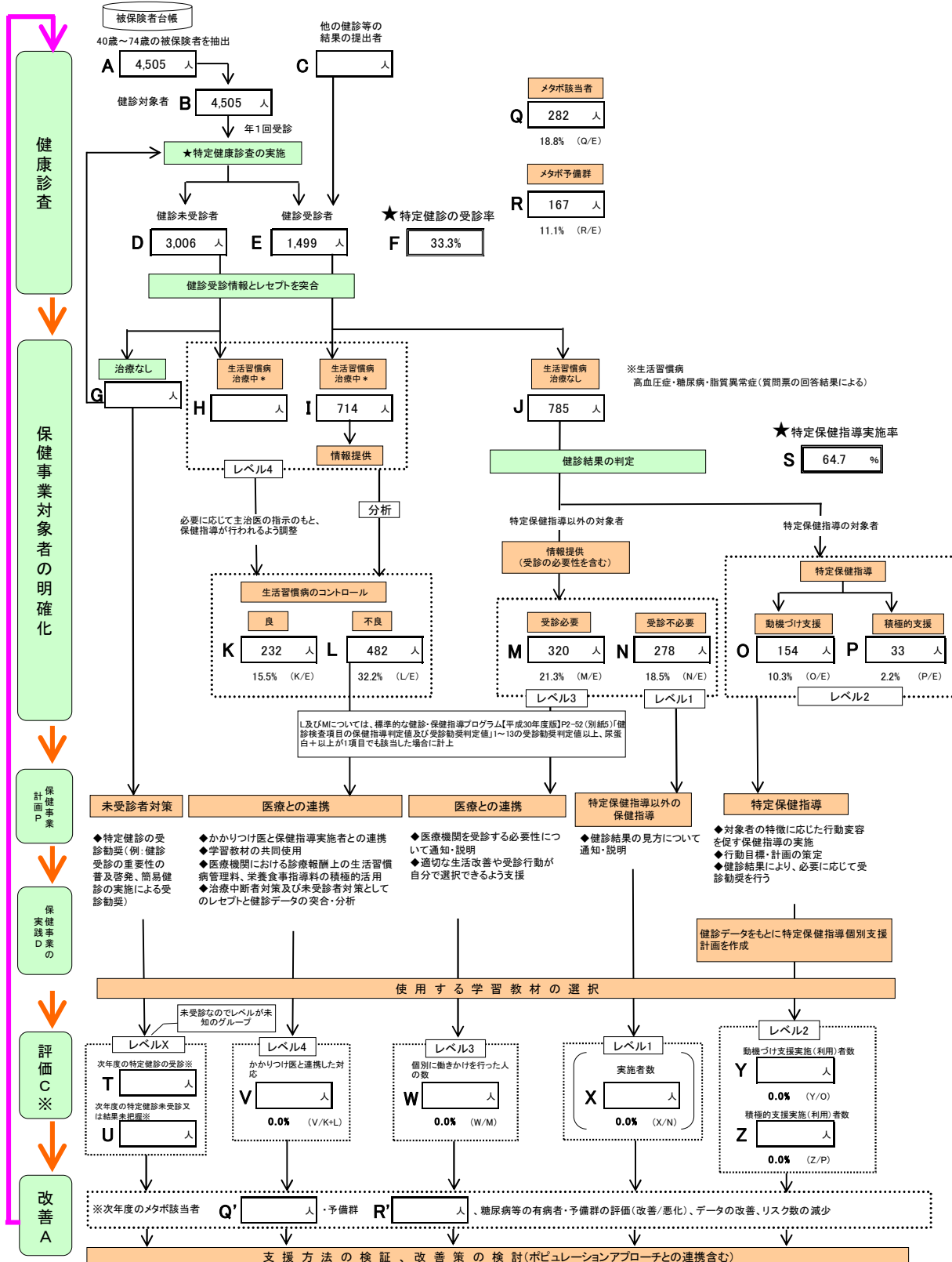
図表 55 健康診査から保健指導へのフローチャート(様式5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健康診査・保健指導

様式5-5

令和04年度

健康診査から保健指導実施へのフローチャート



出典: 標準的な健診保健指導プログラム 厚生労働省様式5-5(令和4年度法定報告データ)

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 56 要保健指導対象者の見込み

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	187 人 (12.5%)	75%
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	320 人 (21.3%)	HbA1c6.5 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健康診査の受診勧奨(業者委託による受診勧奨)	3,006 人	健診も治療も受けていない対象者については 100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知(受診券送付時) ◆健診結果説明、保健指導希望者は町広報紙で募集し実施	278 人 (18.5%)	対象者については全員に通知を行うため 100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中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	714 人 (47.6%)	糖尿病管理台帳登載者については、治療中断の有無を年に 1 回確認 100%

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 57 特定健康診査・特定保健指導等年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◆特定健康診査対象者抽出		●広報、教室等にて受診勧奨及び普及啓発実施(通年)
5月			●特定健康診査等受診勧奨事業に係る委託事業者募集
6月			●普及啓発リーフレット作成し、各種検診案内送付物に封入 ●医療機関配布用ポスター作成 ●特定健康診査等受診勧奨事業に係る委託事業者選定
7月	◆受診券送付・特定健康診査開始		●各種検診開始
8月		◆訪問対象者の抽出・利用券の登録・保健指導開始	●特定健康診査受診勧奨通知 ※通知時期及び頻度は年度により異なる
9月		毎月10日頃、健診データをシステムへ取り込み、利用券を登録。 訪問対象者を抽出。 訪問準備を行い、各地区担当により保健指導実施。	●総合健診予約一覧より、受診勧奨対象者確認 →当日受診勧奨
10月		一連の流れを、特定健康診査開始の翌月(8月)から翌年の6月まで、毎月実施。	●前年度法定報告事務完了
11月			
12月			
1月	◆特定健康診査終了		●総合健診予約一覧より、受診勧奨対象者確認 →当日受診勧奨
2月			
3月			

6. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する関係法令等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) 特定健康診査・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、特定健診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、特定健診等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、藍住町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決に向けた個別保健事業

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、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、特定健康診査における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組みとポピュレーションアプローチを組み合わせて実施していく必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、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みを行います。

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みとしては、特定健康診査受診の重要性、生活習慣病に関する情報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、まずは健康診査の機会を提供し、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康診査受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

2. 重症化予防の取組み

本町の特定健康診査受診者のうち、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、563人(37.6%)です。そのうち治療なしが230人(28.5%)を占め、さらに臓器障害があり、直ちにに取り組むべき対象者は126人(54.8%)です。すでに治療中の333人(48.1%)についても専門医への受診の有無や投薬状況、データの経年変化を確認し、値の改善を目指さなければいけません。

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、563人中103人(18%)であるため、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 58 脳・心・腎を守るために

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

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)		
科学的根拠に基づき ↓ 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 (日本腎臓学会)		1,499人	33.3%	
	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓症 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞 ※脳卒中データリンク 2018より			心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症							■各疾患の治療状況	
										治療中	治療なし	
										高血圧	534 965	
										脂質異常症	369 1,130	
										糖尿病	88 1,411	
										3疾患いずれも	692 807	
										※問診結果による		
優先すべき課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリックシンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)					
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓学会)					
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者					
該当者数	112 7.5%	13 0.9%	69 4.6%	53 3.5%	282 18.8%	89 5.9%	167 11.1%		563 37.6%			
治療なし	72 7.5%	2 0.2%	65 5.8%	41 3.6%	70 8.7%	63 4.5%	69 8.6%		230 28.5%			
(再掲) 特定保健指導	28 25.0%	2 15.4%	12 17.4%	17 32.1%	70 24.8%	12 13.5%	24 14.4%		103 18.3%			
治療中	40 7.5%	11 1.6%	4 1.1%	12 3.3%	212 30.6%	26 29.5%	98 14.2%		333 48.1%			
臓器障害あり	31 43.1%	2 100.0%	23 35.4%	19 46.3%	40 57.1%	36 57.1%	69 100.0%		126 54.8%			
CKD(専門医対象者)	11	1	9	7	13	12	69		69			
心電図所見あり	24	2	17	16	31	29	23		80			
臓器障害なし	41 56.9%	--	42 64.6%	22 53.7%	30 42.9%	27 42.9%	--		--			

出典:KDB システム 疾病管理一覧 CSV、特定健診結果(法定報告)ほか

1) 糖尿病性腎症重症化予防

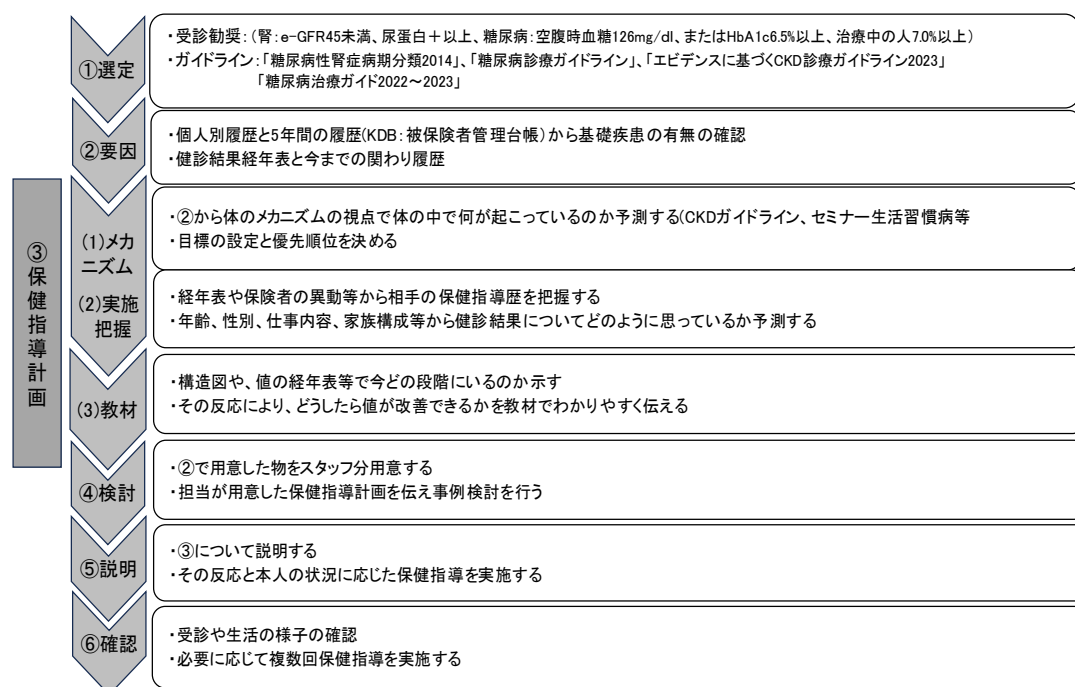
(1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組みにあたっては、「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)及び徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(平成29年3月29日策定、令和3年3月30日改定)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、取組みにあたっては図表59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 59 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、徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

②選定基準に基づく該当者の把握

ア. 対象者の抽出

取組み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 60 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m ²)
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	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。

本町においては、特定健康診査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難しいです。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。

イ. 基準に基づく該当者数の把握

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

本町において特定健康診査受診者のうち糖尿病未治療者は、71 人(44.7%・F)でした。また、40～74 歳における糖尿病治療者 1,717 人のうち、特定健康診査受診者が 88 人(55.3%・G)でした。糖尿病治療者で特定健康診査未受診者 1,581 人(94.7%・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です。

ウ. 介入方法と優先順位

50 頁 図表 61 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）・・・71 人

優先順位 2

【保健指導】

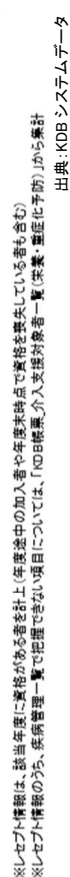
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・34 人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

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

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの実合



(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、特定健康診査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。

②二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健康診査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、結果に基づき対象者へ、二次健診等で尿アルブミン検査を実施するなどの早期介入が行えるように腎症重症化予防対策を検討します。

(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、事前に徳島県医師会等と協議した糖尿病連携パス等の紹介状等を使用します。

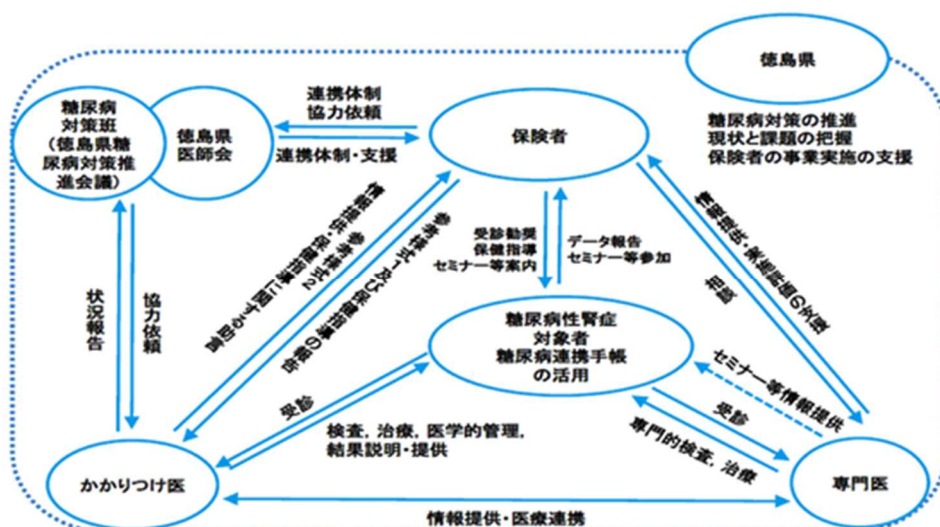
②治療中の者への対応

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、かかりつけ医、専門医との連携にあたっては徳島県のプログラムに準じ行っています。

【糖尿病対策推進連携協議会との連携】

糖尿病性腎症重症化予防において、徳島県における糖尿病対策の中心的役割を担う徳島県医師会糖尿病対策班、郡市医師会担当医と連携し、保険者と医療関係者が密接に連携した取組みを行います。

図表 62 糖尿病対策推進連携会議との連携



出典：徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

(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 63 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価を用いて行っていきます。

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 m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

図表 63 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目			突 合 表	藍住町										データ基		
				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			
1	①	被保険者数	A	7,330人		7,120人		6,923人		7,000人		6,853人		KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳		5,504人		5,401人		5,318人		5,429人		5,351人				
2	①	対象者数	B	4,941人		4,831人		4,846人		4,834人		4,505人		市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書		
	②	特定健診 受診者数	C	1,472人		1,448人		1,413人		1,435人		1,499人				
	③	受診率		29.8%		30.0%		29.2%		29.7%		33.3%				
3	①	特定 対象者数		162人		165人		166人		157人		187人				
	②	保健指導 実施率		62.3%		70.9%		70.5%		70.7%		64.7%				
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	160人	10.9%	134人	9.3%	174人	12.3%	157人	10.9%	162人	10.4%	特定健診結果	
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	64人	40.0%	53人	39.6%	73人	42.0%	66人	42.0%	72人	44.4%		
	③			治療中（質問票 服薬あり）	G	96人	60.0%	81人	60.4%	101人	58.0%	91人	58.0%	90人		55.6%
	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	51人	53.1%	38人	46.9%	45人	44.6%	48人	52.7%	36人	40.0%		
	⑤				血圧 130/80以上	32人	62.7%	25人	65.8%	25人	55.6%	29人	60.4%	21人		58.3%
	⑥		肥満 BMI25以上	K	27人	52.9%	24人	63.2%	27人	60.0%	30人	62.5%	17人	47.2%		
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		45人	46.9%	43人	53.1%	56人	55.4%	43人	47.3%	54人	60.0%		
	⑧		第1期 尿蛋白（－）	M	113人	70.6%	96人	71.6%	127人	73.0%	125人	79.6%	121人	74.7%		
	⑨		第2期 尿蛋白（±）		20人	12.5%	19人	14.2%	24人	13.8%	13人	8.3%	19人	11.7%		
	⑩		第3期 尿蛋白（＋）以上		24人	15.0%	18人	13.4%	20人	11.5%	18人	11.5%	17人	10.5%		
	⑪	第4期 eGFR30未満	3人		1.9%	1人	0.7%	3人	1.7%	1人	0.6%	5人	3.1%			
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）		141.3人		144.5人		135.2人		145.9人		147.8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）		186.8人		188.9人		173.9人		186.0人		186.3人			
	③		レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者千対	入院外(件数)		5,288件	(986.8)	5,250件	(995.8)	5,148件	(966.6)	5,131件	(967.2)	5,081件	(1009.3)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④			入院(件数)		49件	(9.1)	37件	(7.0)	23件	(4.3)	20件	(3.8)	16件	(3.2)	
	⑤		糖尿病治療中	H	1,036人	14.1%	1,029人	14.5%	936人	13.5%	1,021人	14.6%	1,013人	14.8%	KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲)40-74歳		1,028人	18.7%	1,020人	18.9%	925人	17.4%	1,010人	18.6%	997人	18.6%		
	⑦		健診未受診者	I	932人	90.7%	924人	90.6%	824人	89.1%	919人	91.0%	907人	91.0%		
	⑧		インスリン治療	O	83人	8.0%	75人	7.3%	61人	6.5%	80人	7.8%	87人	8.6%		
	⑨		(再掲)40-74歳		83人	8.1%	74人	7.3%	60人	6.5%	78人	7.7%	85人	8.5%		
	⑩		糖尿病性腎症	L	117人	11.3%	132人	12.8%	114人	12.2%	116人	11.4%	104人	10.3%		
	⑪		(再掲)40-74歳		117人	11.4%	131人	12.8%	113人	12.2%	114人	11.3%	103人	10.3%		
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		5人	0.5%	8人	0.8%	6人	0.6%	7人	0.7%	7人	0.7%	保健事業介入支援管理 KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
	⑬		(再掲)40-74歳		4人	0.4%	7人	0.7%	5人	0.5%	7人	0.7%	7人	0.7%		
	⑭		新規透析患者数		9		4		9		15		10			
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		4	9.7	2	12.8	3	12.2	5	11.4	4	10.3		
	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)		17人	1.6%	26人	2.3%	30人	2.7%	26人	2.2%	39人	3.0%			
6	①	医療費	総医療費		23億7674万円		24億2112万円		23億8537万円		24億6557万円		23億9113万円		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		12億8690万円		13億0475万円		13億5250万円		13億4609万円		12億3253万円			
	③			(総医療費に占める割合)		54.1%		53.9%		56.7%		54.6%		51.5%		
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		4,595円		4,611円		4,151円		4,311円		4,958円		
	⑤			健診未受診者		35,932円		37,795円		38,776円		37,946円		36,292円		
	⑥		糖尿病医療費		1億4481万円		1億4765万円		1億3915万円		1億3924万円		1億3651万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		11.3%		11.3%		10.3%		10.3%		11.1%			
	⑧		糖尿病入院外総医療費		3億9864万円		4億0809万円		4億4727万円		4億6677万円		4億5909万円			
	⑨		1件あたり		29,505円		30,484円		33,316円		33,819円		34,968円			
	⑩		糖尿病入院総医療費		2億8425万円		3億3881万円		2億8298万円		2億9856万円		2億9333万円			
	⑪		1件あたり		563,979円		608,282円		631,650円		650,454円		666,654円			
	⑫		在院日数		17日		17日		18日		17日		17日			
	⑬		慢性腎不全医療費		7751万円		8036万円		8848万円		9384万円		9518万円			
	⑭		透析有り		7058万円		7577万円		8257万円		8332万円		7864万円			
	⑮	透析なし		693万円		459万円		590万円		1052万円		1654万円				
7	①	介護	介護給付費		23億0798万円		23億1116万円		23億7101万円		24億1359万円		24億3698万円			
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		4件	21.1%	4件	28.6%	5件	29.4%	4件	21.1%	4件	20.0%		
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		5人	1.9%	8人	3.0%	4人	1.5%	5人	1.9%	2人	0.7%	KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	

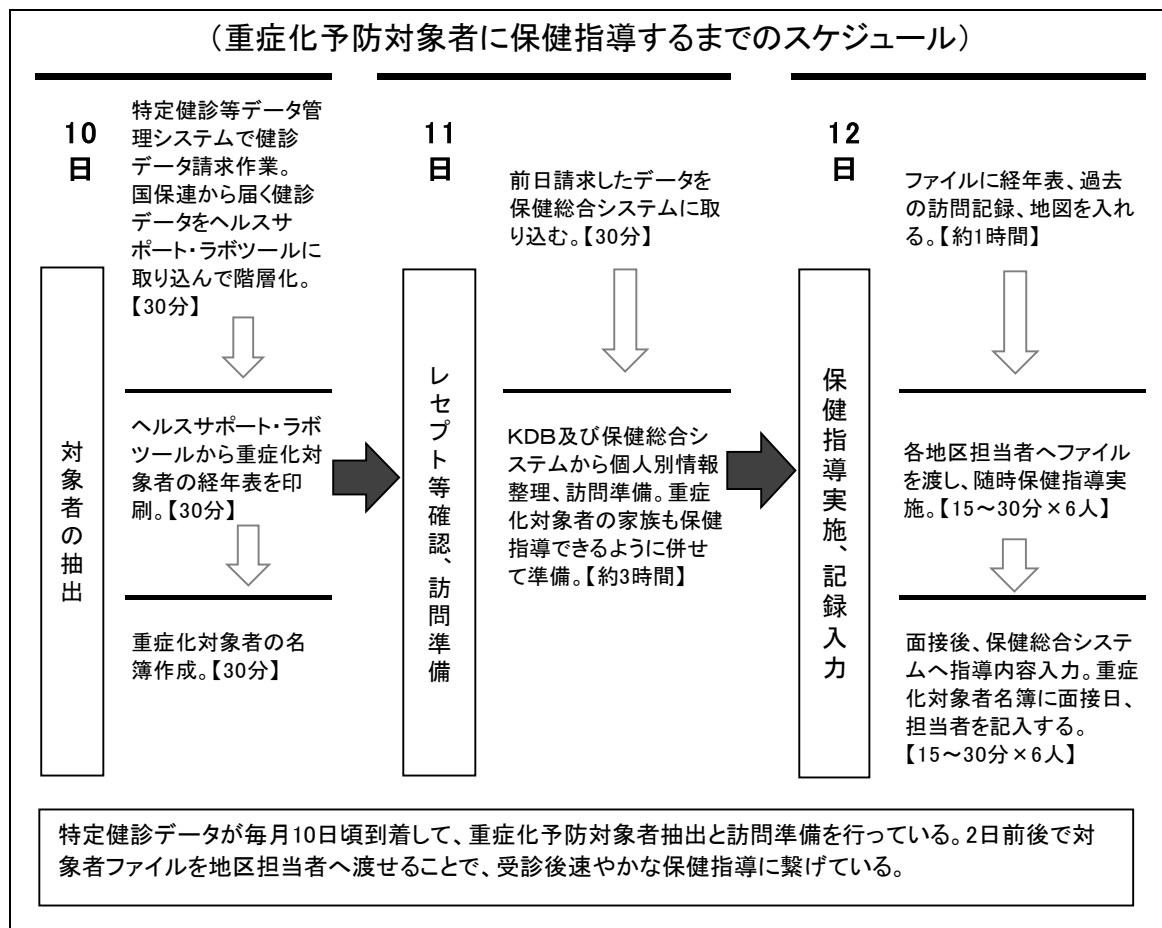
(7) 実施期間及びスケジュール

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～特定健康診査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 64 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

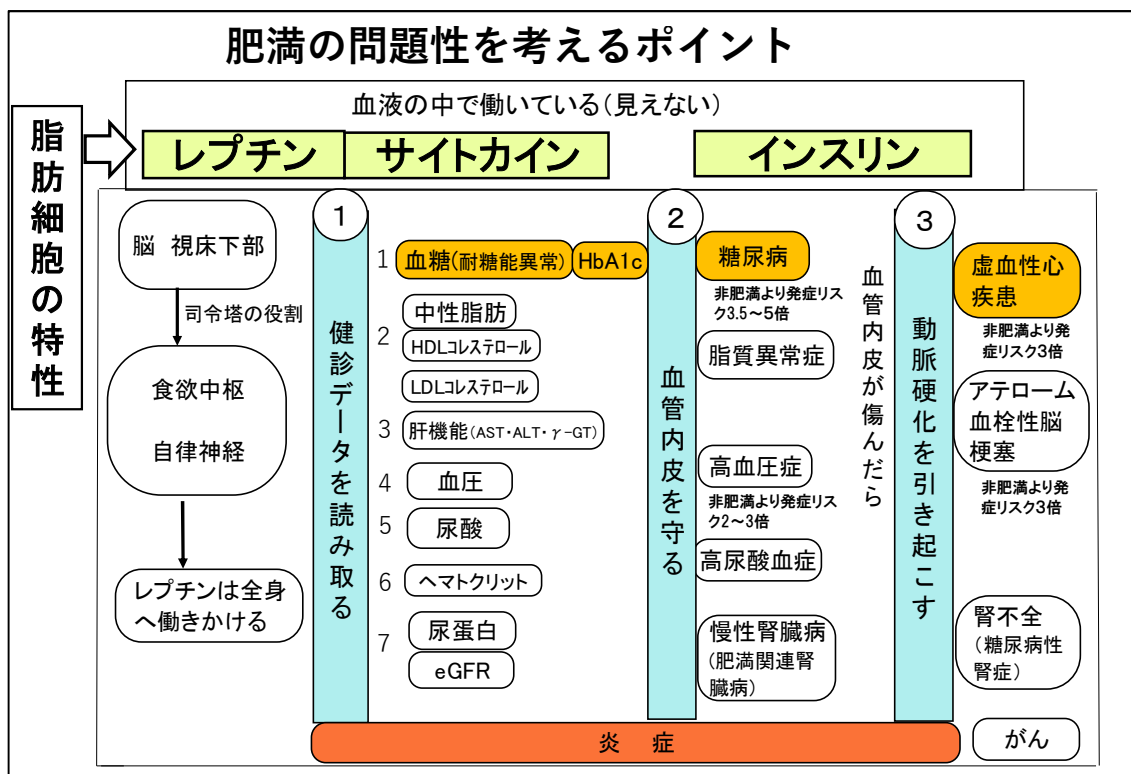
メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を合併する心血管病易発症状態です。取組みにあたっては図表 65 に基づいて考えていきます。

(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より)

「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。」

また、肥満症は多様な健康障害の発症や増悪・進展の要因になることから、発症予防は被保険者の健康増進とQOL向上につながるため、特定健康診査・保健指導制度を活用した取組みが重要となります。

図表 65 肥満の問題性を考えるポイント



(2)肥満の状況

①対象者の把握

肥満度分類に基づき、特定健康診査結果のBMIから本町の対象者を把握します。

また、経年で肥満対象者をみていきます。

図表 66 肥満度分類による実態（令和4年度健診受診者における BMI の状況）

		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		368	1,131	102	321	78	267	17	50	7	4	0	0
				27.7%	28.4%	21.2%	23.6%	4.6%	4.4%	1.9%	0.4%	0.0%	0.0%
再掲	男性	135	468	56	167	41	145	11	21	4	1	0	0
				41.5%	35.7%	30.4%	31.0%	8.1%	4.5%	3.0%	0.2%	0.0%	0.0%
	女性	233	663	46	154	37	122	6	29	3	3	0	0
				19.7%	23.2%	15.9%	18.4%	2.6%	4.4%	1.3%	0.5%	0.0%	0.0%

出典：特定健診（法定報告）

②優先順位

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠(EBM)「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。

ア. 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのか

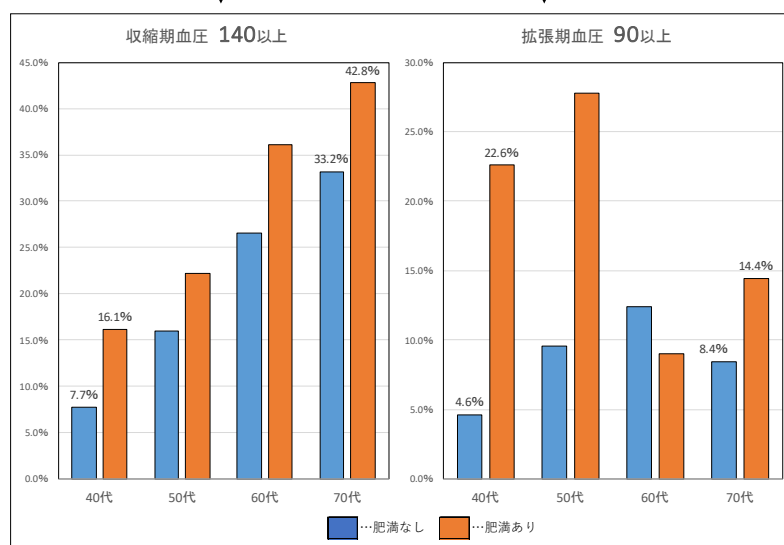
右図は、高血圧の対象者を肥満の有無と年代に分けてみると、圧倒的に肥満が高血圧に関連していることが分かります。

また、40代でも肥満に伴う高血圧対象者も確認できることから、対象者の少ない若い年代からの関わりを優先に、血管障害を予防していく必要があります。

図表 67 高血圧と肥満の関係を年代別にみる

【参考】藍住町 高血圧と肥満の関係を年代別にみる(令和4年度特定健診結果)

		収縮期血圧140以上					拡張期血圧90以上				
		合計	40代	50代	60代	70代	合計	40代	50代	60代	70代
肥満なし (25未満)	該当者	298	5	15	105	173	105	3	9	49	44
	割合	27.7%	7.7%	16.0%	26.5%	33.2%	9.8%	4.6%	9.6%	12.4%	8.4%
肥満あり (25以上)	該当者	155	5	8	56	86	60	7	10	14	29
	割合	36.6%	16.1%	22.2%	36.1%	42.8%	14.2%	22.6%	27.8%	9.0%	14.4%



イ. メタボリックシンドロームは心・脳血管疾患を発症するリスク

心・脳血管疾患を発症した事例をみるとメタボリックシンドロームが関連しています。脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。

(3) 対象者の明確化

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、女性では 60 代・70 代で1割程度であるのに対し、男性は 40 代・50 代で 25%、60 代で 28%、70 代で 38%と女性の約3～4倍となっているため、若い年代から男性を優先に関わることが効率的であると考えます。(図表 68)

図表 68 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者		A	603	44	48	204	307	896	52	82	347	415
メタボ該当者		B	200	11	12	58	119	82	2	3	33	44
		B/A	33.2%	25.0%	25.0%	28.4%	38.8%	9.2%	3.8%	3.7%	9.5%	10.6%
再掲	① 3項目全て	C	53	1	4	14	34	29	0	1	9	19
		C/B	26.5%	9.1%	33.3%	24.1%	28.6%	35.4%	0.0%	33.3%	27.3%	43.2%
	② 血糖＋血圧	D	28	0	2	6	20	5	0	0	3	2
		D/B	14.0%	0.0%	16.7%	10.3%	16.8%	6.1%	0.0%	0.0%	9.1%	4.5%
	③ 血圧＋脂質	E	109	5	6	35	63	47	2	2	20	23
		E/B	54.5%	45.5%	50.0%	60.3%	52.9%	57.3%	100.0%	66.7%	60.6%	52.3%
	④ 血糖＋脂質	F	10	5	0	3	2	1	0	0	1	0
		F/B	5.0%	45.5%	0.0%	5.2%	1.7%	1.2%	0.0%	0.0%	3.0%	0.0%

出典：特定健診（法定報告）

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、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は年齢とともに増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。(図表 69)

図表 69 メタボリックシンドローム該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	603	200	33.2%	145	72.5%	55	27.5%	896	82	9.2%	67	81.7%	15	18.3%
40代	44	11	25.0%	3	27.3%	8	72.7%	52	2	3.8%	1	50.0%	1	50.0%
50代	48	12	25.0%	4	33.3%	8	66.7%	82	3	3.7%	2	66.7%	1	33.3%
60代	204	58	28.4%	38	65.5%	20	34.5%	347	33	9.5%	25	75.8%	8	24.2%
70～74歳	307	119	38.8%	100	84.0%	19	16.0%	415	44	10.6%	39	88.6%	5	11.4%

出典：特定健診（法定報告）

メタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

①対象者の選定基準の考え方

ア. 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、適切な受診のための保健指導を行います。

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

ウ. 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

②対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、管理します。

(4)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。

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。

3) 虚血性心疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

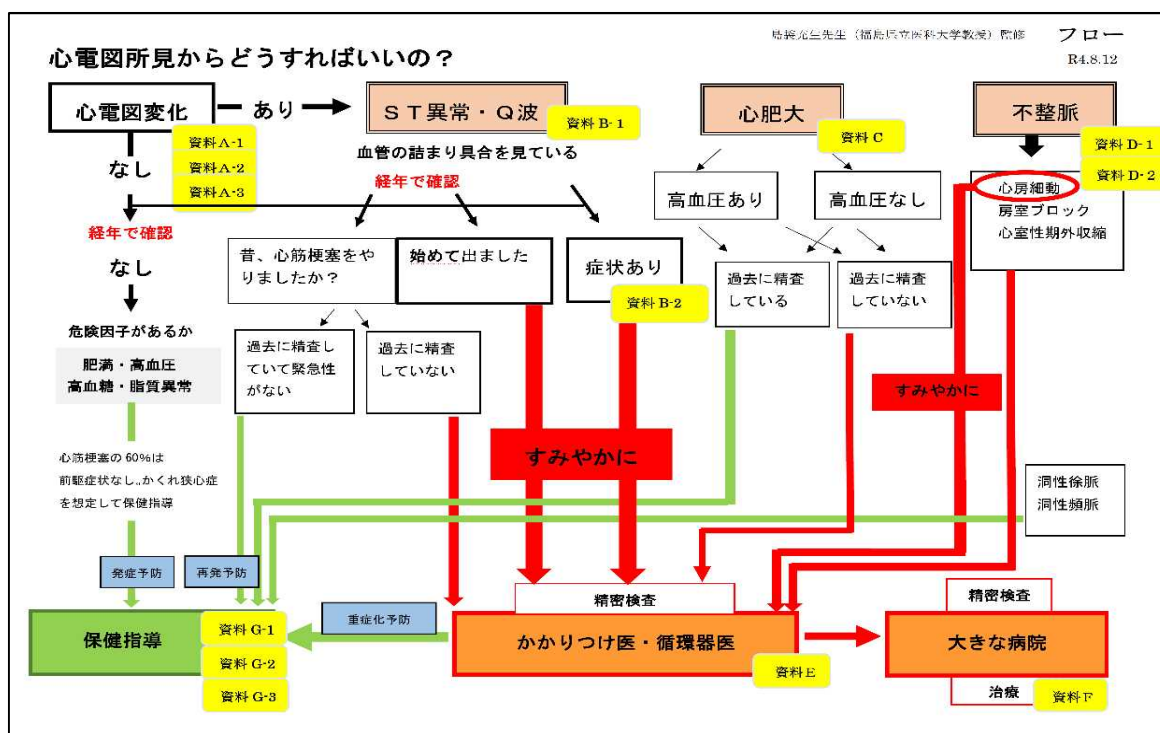
虚血性心疾患重症化予防の取組みにあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

(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70に基づいて考えます。

図表70 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

ア. 心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の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 1,624 人(100%)に実施し、そのうち有所見者が 502 人(30.9%)でした。所見の中でも心筋壊死、心筋虚血のほか、心筋異常を予測する所見の対象者がみつかり、虚血性変化を起こしている対象者を優先に介入していく必要があります。(図表 71)

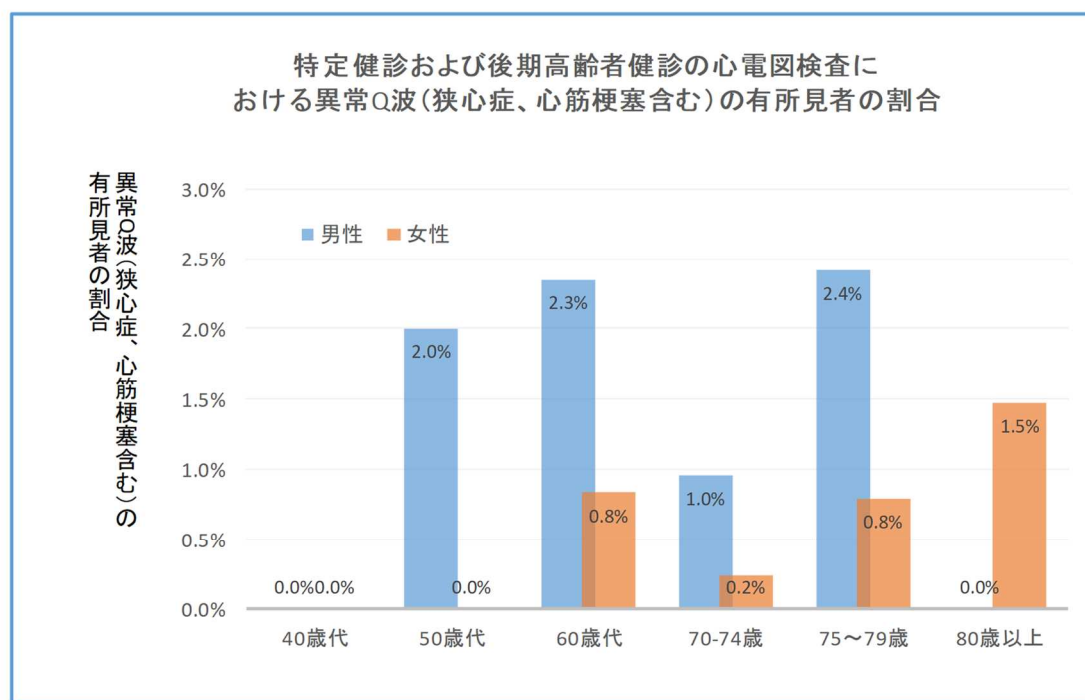
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 71 心電図検査結果(令和4年度)

心電図結果				藍住町国保		(徳島県国保)		藍住町後期		(徳島県後期)		
				人	%	人	%	人	%	人	%	
健診受診者数（特定健診受診率）				1,624	31.8%	43,423	36.3%	517		15,667		
再掲		65歳未満		395	24.3%	10,653	24.5%	8	1.5%	255	1.6%	
		65歳以上		1,229	75.7%	32,770	75.5%	509	98.5%	15,412	98.4%	
心電図実施者数（心電図実施率）				1,624	100.00%	42,910	98.82%	517	100.00%	15,664	99.98%	
心電図実施者のうち 所見のあった者（実数）				502	30.9%	13,604	31.7%	210	40.6%	6,675	42.6%	
心臓細胞の虚血	虚血性変化	心筋壊死（心筋梗塞）	心筋梗塞・狭心症	6	0.4%	95	0.2%	1	0.2%	52	0.3%	
			① 異常Q波	10	0.6%	453	1.1%	4	0.8%	220	1.4%	
			② R波増高不良	8	0.5%	268	0.6%	1	0.2%	94	0.6%	
		心筋虚血	③ ST異常	36	2.2%	1,105	2.6%	10	1.9%	561	3.6%	
			④ 冠不全	0	0.0%	75	0.2%	1	0.2%	31	0.2%	
		心筋異常	⑤ T波異常	49	3.0%	1,534	3.6%	24	4.6%	724	4.6%	
脈が打てる心臓細胞の問題（不整脈）	徐脈性不整脈	洞結節の異常	⑥ 洞性不整脈	55	3.4%	1,584	3.7%	20	3.9%	601	3.8%	
			⑦ 洞不全症候群	0	0.0%	6	0.0%	0	0.0%	6	0.0%	
		刺激伝導系異常	房室伝導障害	⑧ 房室ブロック	40	2.5%	832	1.9%	19	3.7%	604	3.9%
				⑨ WPW症候群	2	0.1%	44	0.1%	0	0.0%	8	0.1%
				⑩ PR短縮	1	0.1%	125	0.3%	1	0.2%	30	0.2%
				⑪ 脚ブロック	116	7.1%	2,851	6.6%	48	9.3%	1,499	9.6%
	頻脈性不整脈	心室性不整脈	⑫ 心室伝導障害	11	0.7%	241	0.6%	1	0.2%	85	0.5%	
			⑬ 心室期外収縮	27	1.7%	895	2.1%	16	3.1%	535	3.4%	
			⑭ 心室細動	0	0.0%	6	0.0%	0	0.0%	2	0.0%	
			⑮ QT延長	7	0.4%	196	0.5%	4	0.8%	86	0.5%	
		上室性不整脈	⑯ ブルガタ症候群	5	0.3%	107	0.2%	1	0.2%	21	0.1%	
			⑰ 上室性期外収縮	46	2.8%	857	2.0%	17	3.3%	627	4.0%	
			⑱ 心房細動	13	0.8%	319	0.7%	5	1.0%	275	1.8%	
			⑲ 心房粗動	0	0.0%	12	0.0%	0	0.0%	9	0.1%	
高血圧による心臓の虚血	心肥大・負荷所見	心室肥大	⑳ 左室肥大	14	0.9%	353	0.8%	4	0.8%	179	1.1%	
			㉑ 高電位	2	0.1%	101	0.2%	0	0.0%	50	0.3%	
			㉒ 軸偏位	50	3.1%	1,393	3.2%	37	7.2%	766	4.9%	
			㉓ 右室肥大	0	0.0%	38	0.1%	2	0.4%	26	0.2%	
その他			㉔ 移行帯の変化	25	1.5%	924	2.2%	5	1.0%	388	2.5%	
			㉕ その他不整脈	21	1.3%	270	0.6%	8	1.5%	111	0.7%	
			㉖ その他	29	1.8%	831	1.9%	11	2.1%	407	2.6%	
			㉗ ベースメーカー調律	0	0.0%	24	0.1%	2	0.4%	56	0.4%	
			㉘ 「異常あり」のみ	0	0.0%	50	0.1%	0	0.0%	26	0.2%	

出典: つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

図表 72 参考 異常 Q 波(心筋壊死を予測する有所見)有所見者の割合(国保・後期)



	総数	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳	75~79歳	80歳以上
男性	14	0	1	5	3	5	0
女性	7	0	0	3	1	2	1

出典: つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

イ. 心電図以外からの把握

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

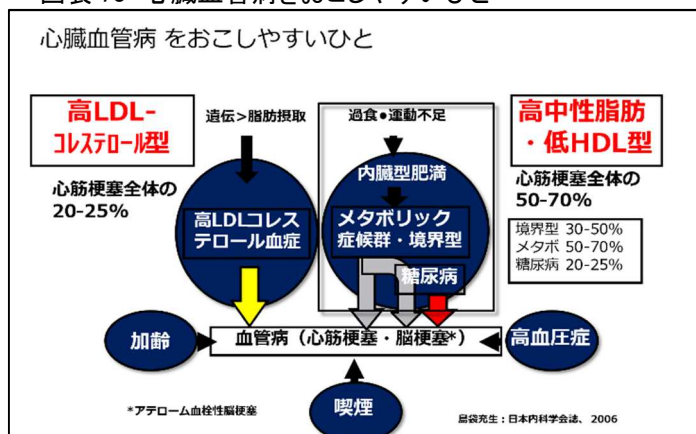
また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 73)

図表 73 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. 2)「肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 68・69)を参照します。

B: LDL コレステロールタイプ(図表 74)

図表 73 心臓血管病をおこしやすいひと



図表 74 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)				(再掲)LDL160以上の年代別			
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
667				274	228	100	65	8	16	72	69
				41.1%	34.2%	15.0%	9.7%	4.8%	9.7%	43.6%	41.8%
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)	66	31	21	8	6	7	7	0	0
			9.9%	11.3%	9.2%	8.0%	9.2%	87.5%	43.8%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	262	108	83	39	32	0	6	40	25
			39.3%	39.4%	36.4%	39.0%	49.2%	0.0%	37.5%	55.6%	36.2%
	高リスク	120未満 (150未満)	313	121	116	50	26	1	3	31	41
			46.9%	44.2%	50.9%	50.0%	40.0%	12.5%	18.8%	43.1%	59.4%
二次予防 生活習慣の是正と共に 薬物療法を考慮する	再掲	100未満 (130未満) ※1	18	6	5	4	3	0	0	4	3
			2.7%	2.2%	2.2%	4.0%	4.6%	0.0%	0.0%	5.6%	4.3%
	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)	26	14	8	3	1	0	0	1	3
			3.9%	5.1%	3.5%	3.0%	1.5%	0.0%	0.0%	1.4%	4.3%

※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。治療が必要にもかかわらず、医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず、中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

②二次健診の実施

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

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

◇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)

◇血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

③対象者の管理

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

(4)医療との連携

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

(5)高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

(6)評価

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

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

(7)実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健康診査結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

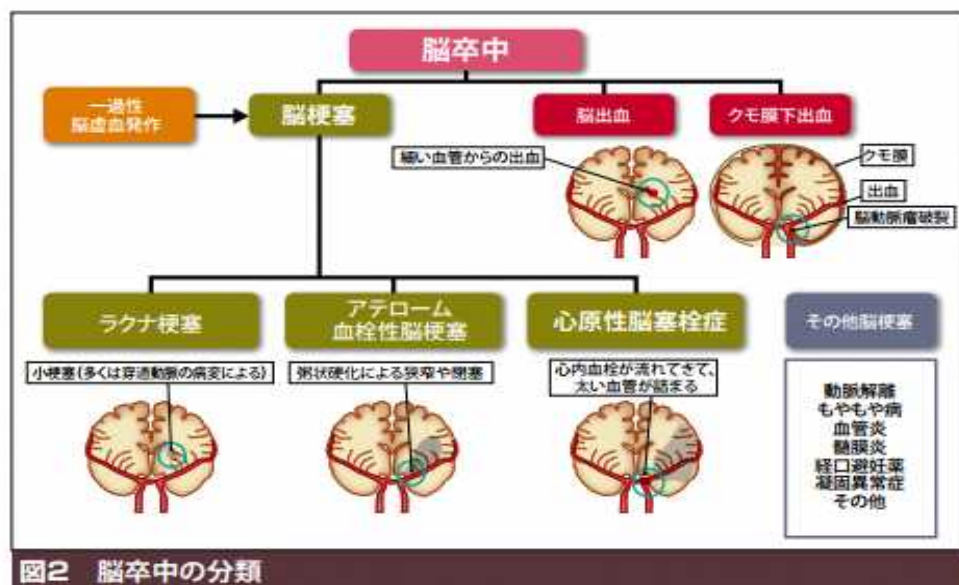
4) 脳血管疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組み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 75,76)

図表 75 脳卒中の分類

【脳卒中の分類】



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 76 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	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳塞栓症	●			●			○	○
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

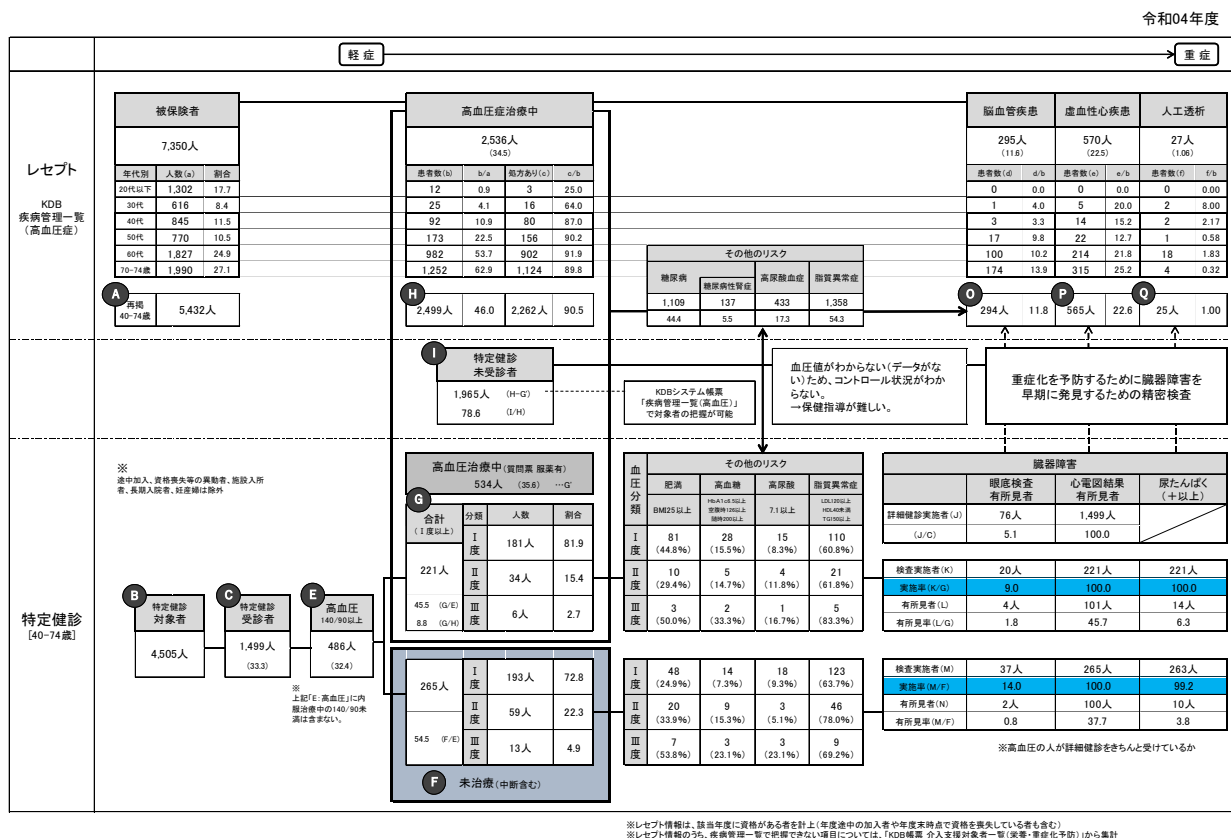
脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 77 でみると、高血圧治療者 2,499 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 294 人(11.8%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 112 人(23.0%)であり、そのうち 72 人(64%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 40 人(18.1%)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 76 人(5.1%)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、486 人(32.4%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。引き続き、実態について確認していく必要があります。

図表 77 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



出典: KDB システム(レセプト情報)・特定健診(法定報告)

① 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、健康診査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 78 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。

図表 78 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

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			
		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)	517	252				193				59				13			
		48.7%				37.3%				11.4%				2.5%			
リスク第1層 予後影響因子がない	35	C 18				B 14				B 3				A 0			
	6.8%	7.1%				7.3%				5.1%				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	298	C 149				B 114				A 30				A 5			
	57.6%	59.1%				59.1%				50.8%				38.5%			
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	184	B 85				A 65				A 26				A 8			
	35.6%	33.7%				33.7%				44.1%				61.5%			

…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	134
		25.9%
B	概ね1ヵ月後に再評価	216
		41.8%
C	概ね3ヵ月後に再評価	167
		32.3%

※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。

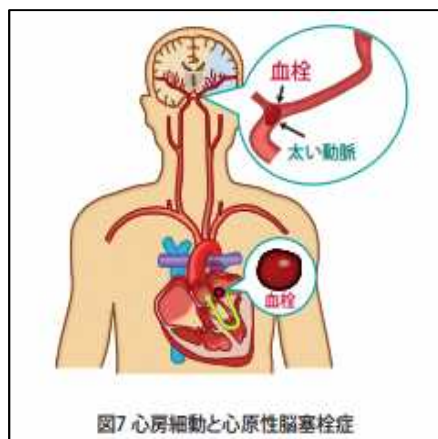
※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

※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。

出典:特定健診(法定報告)

③心電図検査における心房細動の実態



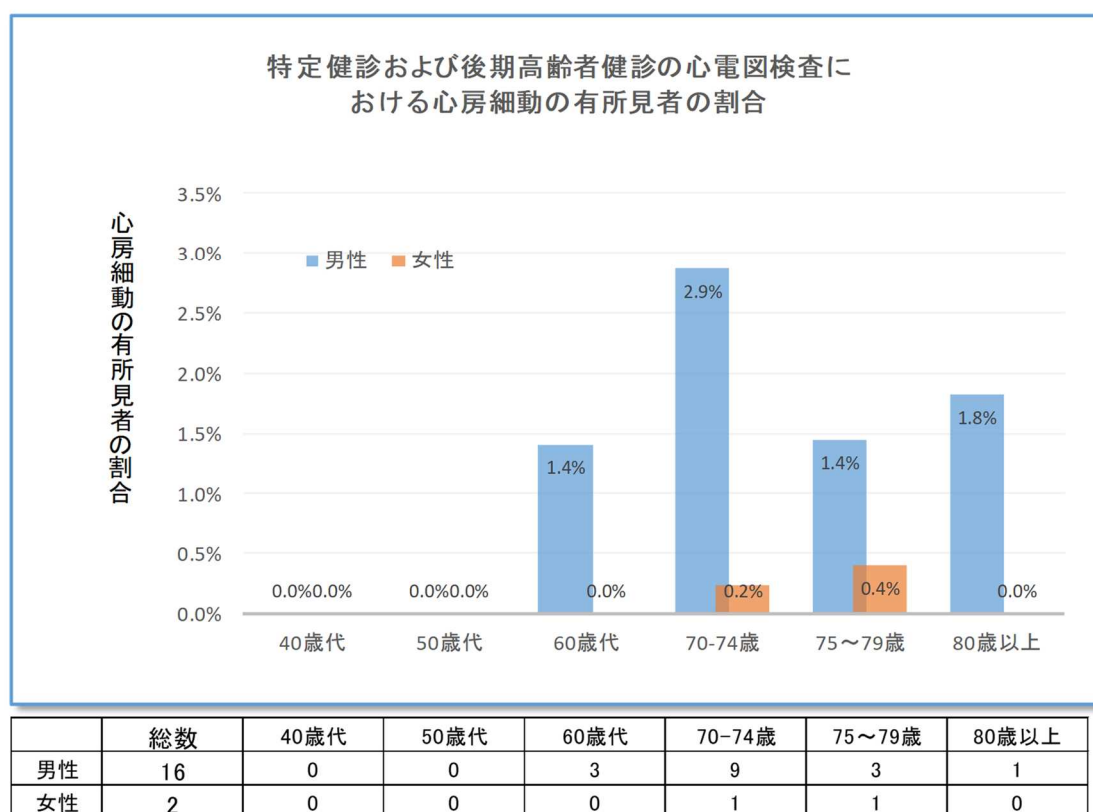
心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。

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 79 は、特定健康診査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 79 心房細動有所見者の割合（国保・後期）



出典：つなまる（保健事業医療・介護連携システム）

図表 80 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	%
13	0	0.0%	13	100.0%

藍住町調べ

心電図検査において、国保では13人に心房細動の所見が認められました。後期は5名ですが、令和6年度より後期高齢者健康診査の受診券送付対象者が79歳まで拡大されるため、新規対象者の発見につながると想定します。有所見率は、年齢が高くなるにつれ増加しており、心電図有所見者13人は既に治療が開始されていました。

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、心電図検査から直ぐに介入していくことが必要です。

(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。治療が必要にもかかわらず、

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

②二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において、特定健康診査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、二次健康診査として検討していく必要があります。

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

◇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)

◇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

ア. 高血圧者の管理

過去の健康診査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。

イ. 心房細動者の管理

健康診査受診時の心電図検査において、心房細動が発見された場合は、医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していきます。

(4)医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報については、かかりつけ医や対象者、KDB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・虚血性心疾患等と合わせて行っていきます。

(7)実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健康診査結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、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5年度より徳島県後期高齢者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

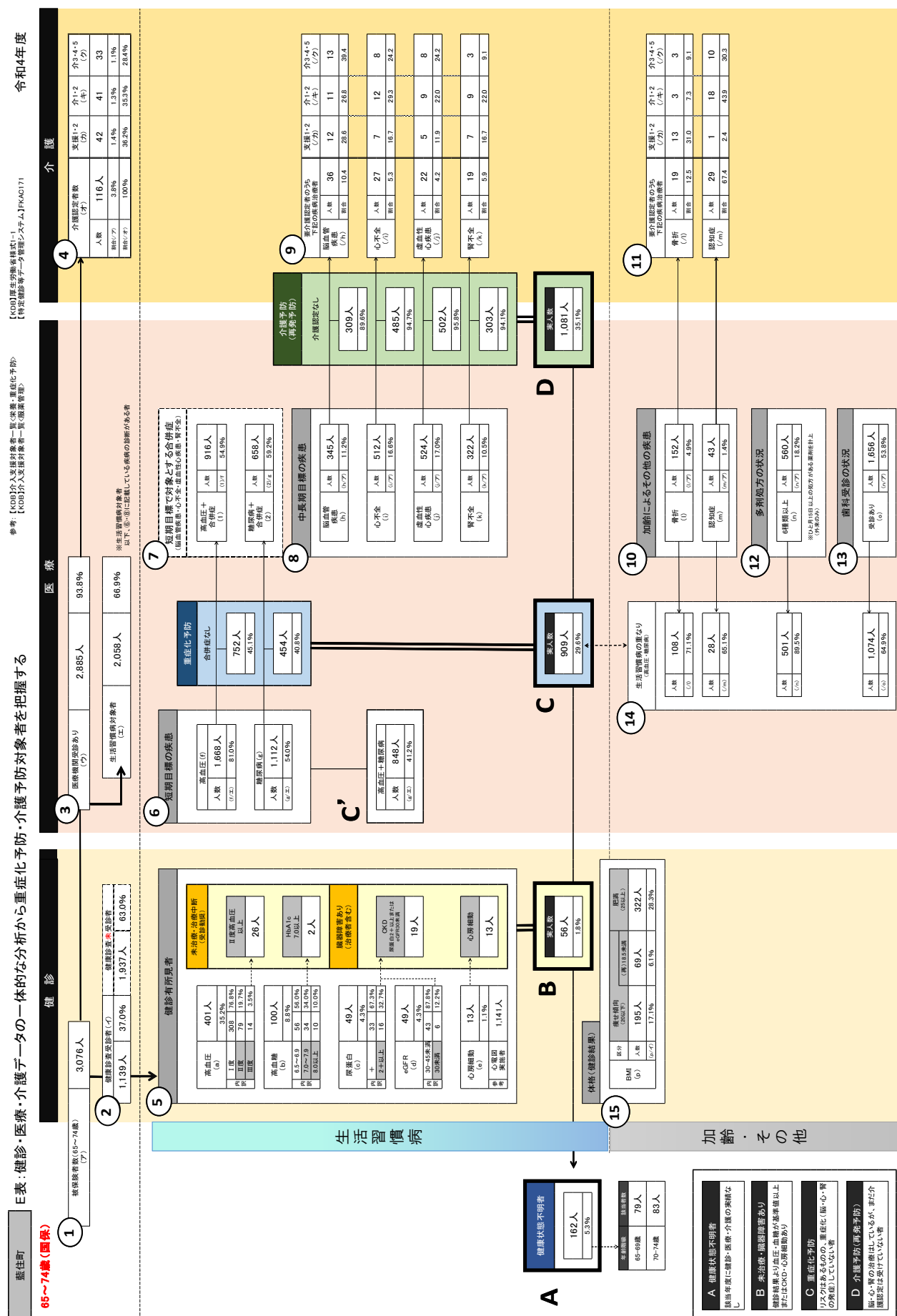
KDBシステム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

(2) 地域を担当する保健師、管理栄養士を配置

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、生活習慣病からのフレイル予防のための健康教育や健康相談(ポピュレーションアプローチ)を行います。

図表 81 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



4. 発症予防

生活習慣病は自覚症状に現れないまま長年経過し、気づいた時には合併症(脳・心臓・腎臓など)により、取返しのできないほど病状が深刻になっていることが多い疾病です。生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題であります。

また、子どものころから生活習慣病を発症すると罹病期間が長くなり、成人期以降に合併症が起こる頻度が高い傾向があります。生活習慣は幼少期から徐々に確立していくことを考えれば、子どもにおける生活習慣病対策は重要となります。

生活習慣病の種類として、2型糖尿病、高血圧、脂質異常症等がありますが、それらの多くは肥満症/メタボリックシンドロームに伴うものです。このため幼少期からの肥満予防・肥満改善は重要となります。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観点から関係者と情報共有し対策を考えていく必要があります。

本町においては、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、なお且つ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、全住民の健康データをライフサイクルの視点で整理し、取組みを検討していきます。

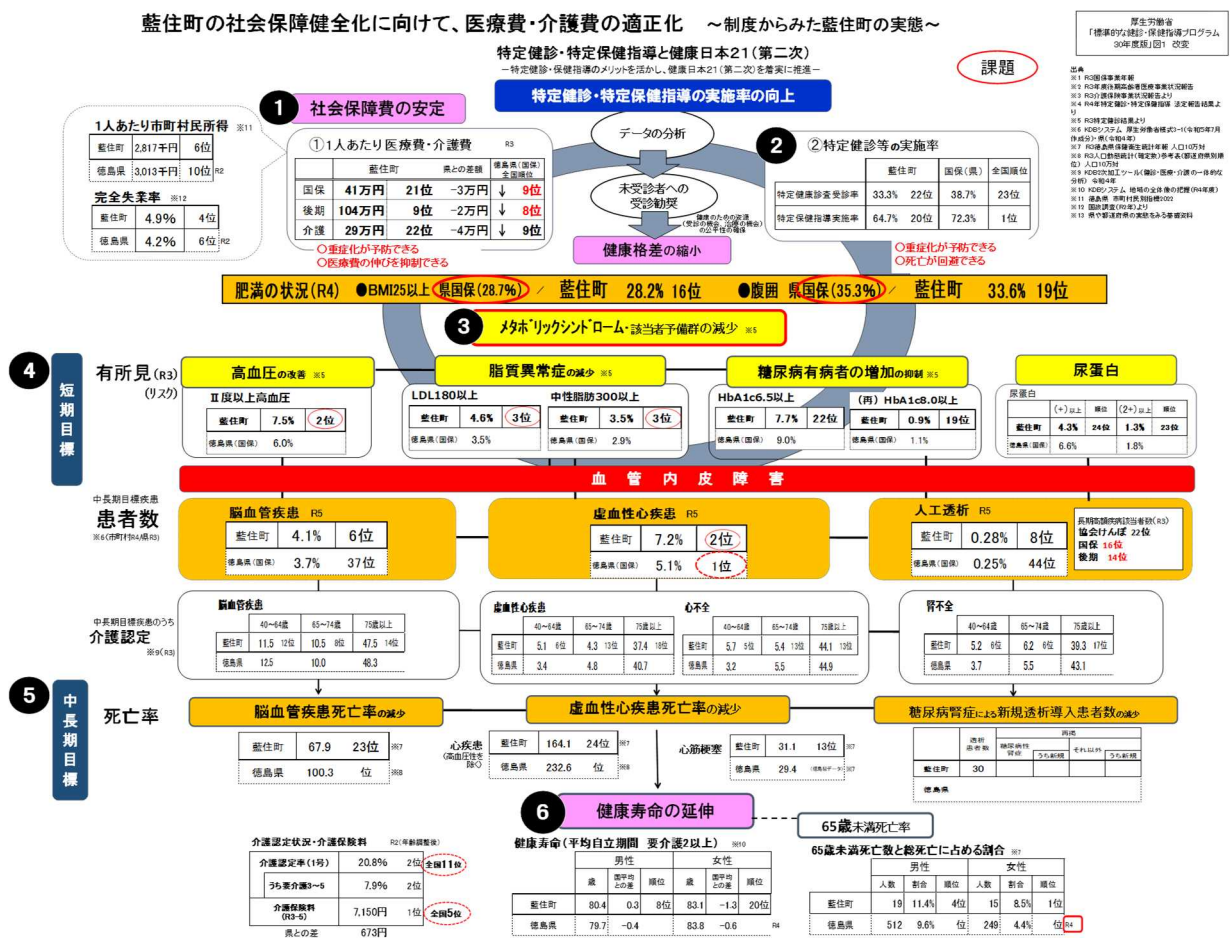
図表 82 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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																ー基本的考え方ー				（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）											
発症予防																重症化予防															
1 根拠法		健康増進法																													
		母子保健法						児童福祉法		学校保健安全法				労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全法）				高齢者の医療の確保に関する法律		（介護保険）											
6条 健康増進事業実施者		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】																													
2 計画		データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）																													
		特定健康診査等実施計画（各保険者）																													
3 年代		妊婦（胎児期）		産婦		0歳～5歳				6歳～14歳		15～18歳		～29歳		30歳～39歳		40歳～64歳		65歳～74歳		75歳以上									
		妊婦健康診査		産婦健診		乳幼児健康診査				保育所・幼稚園健康診査		就学時健診		児童・生徒の定期健康診断		定期健康診断		特定健康診査		後期高齢者健康診査											
4 健康診査 （根拠法）		（13条）		（13条）		（第12・13条）				（第11・12条）		（第11・12条）		（第66条）		（第66条）		（第18・20・21条）		（第125条）											
		妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児	幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則（第13・44条）	標準的な特定健診・保健指導プログラム（第2章）																	
5 対象者	健診内容	血糖	95mg/dl以上								空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上																				
		HbA1c	6.5%以上								6.5%以上																				
		50GCT	1時間値140mg/dl以上																												
		75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上									空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上																			
		（診断） 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 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				kg/m ² 18以上	肥満度15%以上		肥満度20%以上																						
尿糖	（+）以上									（+）以上																					
糖尿病家族歴																															

5. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。被保険者自身が健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに、主体的・積極的に健康増進に取り組むことが重要です。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实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 83)

図表 83 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



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4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB 活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健康診査受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・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、特定健康診査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、個々の健康診査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紙を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた藍住町の位置

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藍住町の位置

項目			藍住町										同規模平均		徳島県		国				
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04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	実数	割合	実数	割合			
1 概況	①人口構成	総人口	34,397		34,397		34,397		34,397		34,814		4,284,839		691,132		123,214,261				
		65歳以上(高齢化率)	7,591	22.1	7,591	22.1	7,591	22.1	7,591	22.1	8,993	25.8	1,245,056	29.1	238,346	34.5	35,335,805	28.7			
		75歳以上	3,151	9.2	3,151	9.2	3,151	9.2	3,151	9.2	3,961	11.4	---	---	122,672	17.7	18,248,742	14.8			
		65～74歳	4,440	12.9	4,440	12.9	4,440	12.9	4,440	12.9	5,032	14.5	---	---	115,674	16.7	17,087,063	13.9			
		40～64歳	11,570	33.6	11,570	33.6	11,570	33.6	11,570	33.6	11,439	32.9	---	---	224,837	32.5	41,545,893	33.7			
	39歳以下	15,236	44.3	15,236	44.3	15,236	44.3	15,236	44.3	14,382	41.3	---	---	227,949	33.0	46,332,563	37.6				
	②産業構成	第1次産業	4.7		4.7		4.7		4.7		4.7		5.4		8.5		4.0				
		第2次産業	27.8		27.8		27.8		27.8		27.8		28.7		24.1		25.0				
		第3次産業	67.5		67.5		67.5		67.5		67.5		66.0		67.4		71.0				
	③平均寿命	男性	80.7		80.7		80.7		80.7		80.7		80.8		80.3		80.8				
女性		87.2		87.2		87.2		87.2		87.2		87.1		86.7		87.0					
④平均自立期間 (要介護2以上)	男性	78.8		78.9		79.6		79.8		80.4		80.4		79.7		80.1					
	女性	82.5		82.8		83.2		82.9		83.1		84.5		83.8		84.4					
2 死亡	①死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	90.5		90.5		90.5		102.4		102.4		98.7		105.1		100.0			
			女性	89.2		89.2		89.2		99.1		99.1		99.7		103.3		100.0			
		死因	がん	67	46.9	83	46.6	72	51.8	78	47.3	78	51.0	12,896	50.6	2,446	48.8	378,272	50.6		
			心臓病	34	23.8	50	28.1	41	29.5	51	30.9	45	29.4	6,874	27.4	1,415	28.2	205,485	27.5		
			脳疾患	24	16.8	30	16.9	16	11.5	22	13.3	19	12.4	3,420	13.6	687	13.7	102,900	13.8		
			糖尿病	5	3.5	8	4.5	4	2.9	5	3.0	2	1.3	485	1.9	119	2.4	13,896	1.9		
			腎不全	4	2.8	5	2.8	5	3.6	4	2.4	6	3.9	926	3.7	233	4.7	26,946	3.6		
			自殺	9	6.3	2	1.1	1	0.7	5	3.0	3	2.0	686	2.7	110	2.2	20,171	2.7		
			合計	22	8.3	23	7.6	23	7.8	31	10.0	(65歳未満死亡者数)人口動態統計より、 ※県・国はR03年度データを記載				707	6.8	125,187	8.7		
		男性	15	12.7	11	8.0	15	9.3	23	13.3					500	9.7	82,832	11.2			
女性	7	4.8	12	7.3	8	6.0	8	5.8					207	3.9	42,355	6.0					
②早世予防からみ た死亡 (65歳未満)	合計																	707	6.8	125,187	8.7
	男性																	500	9.7	82,832	11.2
	女性																	207	3.9	42,355	6.0
	3 介護	①介護保険	1号認定者数(認定率)	1,415	18.8	1,458	19.1	1,506	19.6	1,540	20.1	1,542	17.1	211,456	17.0	49,183	20.7	6,724,030	19.4		
			新規認定者	16	0.2	27	0.3	22	0.3	22	0.3	39	0.2	3,785	0.3	864	0.3	110,289	0.3		
			介護度別 総件数	要支援1.2	3,574	9.4	4,040	10.5	4,334	10.9	5,033	12.2	5,750	13.3	712,630	13.9	172,153	14.2	21,785,044	12.9	
				要介護1.2	17,533	46.1	17,266	44.7	17,423	43.7	17,749	43.1	18,532	42.9	2,355,997	45.9	574,015	47.4	78,107,378	46.3	
				要介護3以上	16,894	44.5	17,280	44.8	18,114	45.4	18,424	44.7	18,928	43.8	2,064,273	40.2	465,925	38.4	68,963,503	40.8	
			2号認定者	39	0.3	33	0.3	38	0.3	43	0.4	42	0.4	5,015	0.4	844	0.4	156,107	0.4		
			②有病状況	糖尿病	452	31.9	462	30.2	504	31.6	516	31.9	523	32.0	54,717	24.5	14,411	27.9	1,712,613	24.3	
高血圧症				876	59.6	879	59.2	909	58.8	953	58.9	983	60.2	117,224	52.9	29,294	57.7	3,744,672	53.3		
脂質異常症				470	30.8	475	31.3	501	32.0	501	31.4	516	31.9	70,399	31.5	16,551	32.3	2,308,216	32.6		
心臓病				984	67.3	1,005	67.4	1,030	66.8	1,067	66.4	1,094	67.1	132,327	59.8	32,830	64.7	4,224,628	60.3		
脳疾患	416	28.5		416	28.3	427	27.9	433	27.1	422	25.9	50,122	22.9	11,243	22.5	1,568,292	22.6				
がん	186	12.6		204	13.3	240	14.4	232	15.0	248	15.2	24,937	11.1	6,412	12.3	837,410	11.8				
筋・骨格	859	60.2		900	60.1	926	59.9	953	59.7	991	59.9	116,014	52.5	29,971	59.1	3,748,372	53.4				
精神	623	41.8	634	42.5	661	42.5	688	43.2	703	43.5	80,119	36.4	19,884	39.1	2,569,149	36.8					
③介護給付費	一人当たり給付費(総給付費)	304,041	2,307,975,837	304,461	2,311,160,381	312,344	2,371,005,875	317,955	2,413,594,549	270,986	2,436,976,339	259,723	320,304	290,668							
	1件当たり給付費(全体)	60,735	59,896	59,467	58,574	56,398	63,000	63,005	59,662												
	居宅サービス	48,665	47,964	47,038	45,895	44,222	41,449	41,316	41,272												
	施設サービス	299,843	306,778	318,135	316,873	317,974	292,001	297,064	296,384												
	要介護認定別	7,458	7,900	8,381	8,285	7,783	8,999	8,871	8,610												
④医療費等	医療費(4歳以上)	7,458	7,900	8,381	8,285	7,783	8,999	8,871	8,610												
	認定なし	3,839	4,024	4,040	3,996	3,947	4,040	4,497	4,020												
4 医療	①国保の状況	被保険者数	7,120	6,925	6,903	6,818	6,494	882,802	154,837	27,488,882											
		65～74歳	3,269	45.9	3,259	47.1	3,336	48.3	3,328	48.8	3,098	47.7	---	---	73,617	47.5	11,129,271	40.5			
		40～64歳	2,090	29.4	2,013	29.1	1,990	28.8	1,977	29.0	1,936	29.8	---	---	49,424	31.9	9,088,015	33.1			
		39歳以下	1,761	24.7	1,653	23.9	1,577	22.8	1,513	22.2	1,460	22.5	---	---	31,796	20.5	7,271,596	26.5			
		加入率	20.7		20.1		20.1		19.8		18.7		20.6		22.4		22.3				
	②医療の概況 (人口千対)	病院数	2	0.3	2	0.3	2	0.3	2	0.3	2	0.3	265	0.3	107	0.7	8,237	0.3			
		診療所数	29	4.1	28	4.0	30	4.3	32	4.7	31	4.8	2,753	3.1	708	4.6	102,599	3.7			
		病床数	107	15.0	107	15.5	107	15.5	107	15.7	107	16.5	49,546	56.1	13,891	88.4	1,507,471	54.8			
		医師数	46	6.5	46	6.6	52	7.5	52	7.6	55	8.5	9,765	11.1	2,567	16.6	339,611	12.4			
		外来患者数	768.9	769.5	732.3	755.5	772.8	716.1	737.2	687.8											
入院患者数	22.1	23.1	20.7	21.1	20.6	19.2	25.0	17.7													
③医療費の 状況	一人当たり医療費	333,812	県内22位 同規模72位	349,620	県内20位 同規模57位	345,555	県内19位 同規模49位	361,627	県内19位 同規模52位	368,206	県内22位 同規模63位	361,243	389,015	339,680							
	受診率	791.0	782.645	753.027	776.607	793.421	735.303	762.201	705.439												
	外来	費用の割合	57.2	56.9	58.1	58.2	59.4	59.6	54.9	60.4											
	件数の割合	97.2	97.1	97.2	97.3	97.4	97.4	96.7	97.5												
	入院	費用の割合	42.8	43.1	41.9	41.8	40.6	40.4	45.1	39.6											
件数の割合	28	2.9	2.8	2.7	2.6	2.6	3.3	2.5													
1件あたり入院日数	16.7日	16.2日	16.9日	16.4日	16.3日	16.0日	18.5日	15.7日													
④医療費分析 (生活習慣病に 占める割合)	最大の医療費増減病名 (割合千対)	慢性腎不全(透析あり)	351,828,310	27.3	377,770,450	29.0	468,342,910	34.6	440,223,200	32.7	391,862,890	31.8	31.9	30.5	32.2						
		慢性腎不全(透析あり)	70,579,270	5.5	75,770,680	5.8	82,574,800	6.1	83,323,010	6.2	78,642,990	6.4	8.0	4.4	8.2						
		糖尿病	144,812,050	11.3	147,651,240	11.3	139,154,800	10.3	139,240,990	10.3	136,507,780	11.1	11.0	10.8	10.4						
		高血圧症	94,486,630	7.3	91,626,060	7.0	89,964,650	6.7	86,738,210	6.4	80,370,620	6.5	6.1	6.0	5.9						
		脂質異常症	55,309,420	4.3	59,516,440	4.6	54,075,980	4.0	56,888,980	4.2	46,325,500	3.8	4.2	3.7	4.1						
		脳梗塞・脳出血	47,816,380	3.8	31,610,780	2.4	43,031,290	3.2	36,467,570	2.7	22,746,580	1.8	3.8	2.7	3.9						
		狭心症・心筋梗塞	41,589,300	3.2	51,931,920	3.9	57,598,590	4.2	52,677,940	3.9	46,252,620	3.7	2.9	3.4	2.8						
		精神	246,665,040	19.2	230,353,130	17.7	221,854,580	16.4	226,591,330	16.8	202,549,880	16.4	14.6	21.1	14.7						
		筋・骨格	216,478,760	16.8	224,770,480	17.2	183,907,950	13.6	206,378,680	15.3	207,094,990	16.8	16.6	16.2	16.7						
		⑤一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	医療費分析	高血圧症	42	0.0	575	0.4	191	0.1	115	0.1	118	0.1	310	0.2	233	0.1	256	0.2	
糖尿病	2,843			2.0	2,923	1.9	1,880	1.3	1,180	0.8	1,052	0.7	1,270	0.9	1,411	0.8	1,144	0.9			
脂質異常症	35			0.0	80	0.1	67	0.0	99	0.1	---	---	61	0.0	84	0.0	53	0.0			
脳梗塞・脳出血	5,431			3.8	3,350	2.2	5,270	3.6	4,039	2.7	2,561	1.7	6,294	4.3	4,750	2.7	5,993	4.5			
虚血性心疾患	3,973			2.8	5,552	3.7	6,882	4.8	7,749	5.1	5,678	3.8	3,413	3.0	5,717	3.3	3,942	2.9			
腎不全	2,676		1.9	4,035	2.7	4,584	3.2	3,623	2.4	3,559	2.4	4,223	2.9	3,047	1.7	4,051	3.0				
医療費分析	高血圧症		13,202	6.9	12,656	6.4	12,760	6.4	12,607	6.0	12,258	5.6	11,332	5.3	12,073	5.7	10,143	4.9			
	糖尿病		18,206	9.5	19,082	9.6	19,266	9.6	19,689	9.4	20,372	9.3	20,232	9.4	21,477	10.1	17,720	8.6			
	脂質異常症		7,733	4.1	8,515	4.3	7,767	3.9	8,245	3.9	7,134	3.3	7,876	3.7	7,612	3.6	7,092	3.5			
	脳梗塞・脳出血		1,285	0.7	1,215	0.6	963	0.5	1,060	0.5	942	0.4	916	0.4	822	0.4	825	0.4			
	虚血性心疾患	2,635	1.4	2,536	1.3	2,591	1.3	2,558	1.2	2,358	1.1	1,870	0.9	2,146	1.0	1,722	0.8				
腎不全	10,010	5.2	10,973	5.5																	

5 健診	特定健診の 状況	県内市町村数 26市町村 同規模市区町村数 147市町村	①	健診受診者	1,472		1,449		1,412		1,435		1,499		250,612		43,802		6,503,152				
			②	受診率	29.8	県内25位 同規模153位	29.9	県内25位 同規模152位	29.1	県内25位 同規模119位	29.6	県内25位 同規模136位	32.9	県内24位 同規模121位	39.3	39.2	全国18位	35.3					
			③	特定保健指導終了者(実施率)	106	65.4	115	69.3	117	70.5	109	66.5	0	0.0	4,814	16.1	297	5.5	69,327	9.0			
			④	非肥満高血糖	93	6.3	91	6.3	105	7.4	105	7.3	100	6.7	25,228	10.1	3,532	8.1	588,083	9.0			
			⑤	メタボ	該当者	266	18.1	250	17.3	265	18.8	265	18.5	282	18.8	52,346	20.9	9,180	21.0	1,321,197	20.3		
					男性	190	32.0	187	31.9	193	34.5	185	33.3	200	33.2	35,817	32.5	6,496	33.1	923,222	32.0		
					女性	76	8.7	63	7.3	72	8.5	80	9.1	82	9.2	16,529	11.8	2,684	11.1	397,975	11.1		
					予備群	175	11.9	176	12.1	157	11.1	159	11.1	167	11.1	28,214	11.3	5,182	11.8	730,607	11.2		
			⑥	メタボ 該当・予 備群レベ ル	男性	110	18.5	112	19.1	106	18.9	109	19.6	113	18.7	19,495	17.7	3,648	18.6	515,813	17.9		
					女性	65	7.4	64	7.4	51	6.0	50	5.7	54	6.0	8,719	6.2	1,534	6.3	214,794	5.9		
					⑦	BMI	総数	499	33.9	482	33.3	466	33.0	463	32.3	503	33.6	88,865	35.5	15,805	36.1	2,273,296	35.0
							⑧	男性	338	56.9	343	58.5	330	58.9	322	58.0	348	57.7	60,938	55.3	11,158	56.9	1,592,747
			⑨	女性			161	18.3	139	16.1	136	16.0	141	16.0	155	17.3	27,927	19.9	4,647	19.2	680,549	18.8	
			⑩	総数			83	5.6	71	4.9	84	5.9	93	6.5	91	6.1	12,320	4.9	2,385	5.4	304,276	4.7	
			⑪	メタボ 該当・予 備群レベ ル	男性	11	1.9	5	0.9	13	2.3	8	1.4	13	2.2	1,709	1.6	368	1.9	48,780	1.7		
					⑫	女性	72	8.2	66	7.6	71	8.3	85	9.7	78	8.7	10,611	7.6	2,017	8.3	255,496	7.1	
					⑬	血糖のみ	15	1.0	10	0.7	8	0.6	9	0.6	13	0.9	1,744	0.7	264	0.6	41,541	0.6	
					⑭	血圧のみ	123	8.4	128	8.8	119	8.4	121	8.4	121	8.1	20,034	8.0	3,727	8.5	514,593	7.9	
					⑮	脂質のみ	37	2.5	38	2.6	30	2.1	29	2.0	33	2.2	6,436	2.6	1,191	2.7	174,473	2.7	
⑯	血糖・血圧	34			2.3	34	2.3	35	2.5	38	2.6	33	2.2	8,097	3.2	1,335	3.0	193,722	3.0				
⑰	血糖・脂質	12			0.8	16	1.1	6	0.4	9	0.6	11	0.7	2,643	1.1	450	1.0	67,212	1.0				
⑱	血圧・脂質	140			9.5	132	9.1	159	11.3	148	10.3	156	10.4	24,138	9.6	4,666	10.7	630,648	9.7				
⑲	血糖・血圧・脂質	80			5.4	68	4.7	65	4.6	70	4.9	82	5.5	17,468	7.0	2,729	6.2	429,615	6.6				
6 問診	生活習慣の 状況	喫煙			①	服薬	高血圧	530	36.0	496	34.2	524	37.1	535	37.3	534	35.6	92,854	37.1	16,935	38.7	2,324,538	35.8
			②	糖尿病	94	6.4	79	5.5	99	7.0	87	6.1	88	5.9	23,444	9.4	3,764	8.6	564,473	8.7			
			③	脂質異常症	330	22.4	338	23.3	357	25.3	371	25.9	369	24.6	71,191	28.4	11,822	27.0	1,817,350	28.0			
			④	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	47	3.2	59	4.1	56	4.0	44	3.1	43	2.9	7,606	3.1	1,329	3.1	199,003	3.1		
			⑤	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	68	4.6	68	4.7	86	6.1	74	5.2	80	5.3	14,124	5.8	2,531	5.8	349,845	5.5			
			⑥	腎不全	8	0.5	4	0.3	7	0.5	8	0.6	11	0.7	2,026	0.8	511	1.2	51,680	0.8			
			⑦	貧血	155	10.5	164	11.3	155	11.0	170	11.9	169	11.3	25,148	10.4	4,733	11.0	669,737	10.6			
			⑧	喫煙	147	10.0	143	9.9	130	9.2	148	10.3	150	10.0	32,100	12.8	5,368	12.3	896,676	13.8			
			⑨	週3回以上朝食を抜く	99	6.7	100	6.9	95	6.8	97	6.8	118	7.9	20,062	8.7	3,880	9.1	609,166	10.3			
			⑩	週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0		
			⑪	週3回以上就寝前夕食(H30～)	227	15.5	233	16.1	209	14.9	204	14.3	232	15.5	33,458	14.3	7,259	17.0	932,218	15.7			
			⑫	週3回以上就寝前夕食	227	15.5	233	16.1	209	14.9	204	14.3	232	15.5	33,458	14.3	7,259	17.0	932,218	15.7			
			⑬	食べる速度が遅い	447	30.4	441	30.5	435	30.9	442	30.9	440	29.4	59,745	25.9	13,138	30.7	1,590,713	26.8			
			⑭	20歳時体重から10kg以上増加	499	33.9	509	35.2	506	35.9	522	36.5	543	36.3	83,122	35.5	15,365	36.0	2,083,152	34.9			
			⑮	1回30分以上運動習慣なし	747	50.8	721	49.8	699	49.6	741	51.8	772	51.6	137,627	59.6	25,071	58.7	3,589,415	60.3			
			⑯	1日1時間以上運動なし	681	46.3	687	47.4	668	47.4	706	49.4	718	48.0	111,206	47.4	21,798	51.0	2,858,913	48.0			
			⑰	睡眠不足	385	26.3	366	25.4	354	25.3	381	26.7	372	24.9	59,845	25.6	11,333	26.8	1,521,685	25.6			
			⑱	毎日飲酒	315	21.4	293	20.2	319	22.6	300	21.0	325	21.7	56,219	23.6	10,658	24.7	1,585,206	25.5			
			⑲	時々飲酒	276	18.8	271	18.7	242	17.2	238	16.6	245	16.3	51,095	21.4	7,699	17.8	1,393,154	22.4			
⑲	一日飲酒量	1合未満	737	72.5	692	72.2	676	70.9	665	71.5	677	70.1	103,887	65.7	17,015	63.9	2,851,798	64.2					
		1～2合	187	18.4	185	19.3	187	19.6	178	19.1	186	19.3	37,237	23.5	6,226	23.4	1,053,317	23.7					
		2～3合	79	7.8	71	7.4	72	7.5	72	7.7	83	8.6	13,576	8.6	2,624	9.9	414,658	9.3					
		3合以上	13	1.3	11	1.1	19	2.0	15	1.6	20	2.1	3,510	2.2	754	2.8	122,039	2.7					

①40～64 歳(国保)

藍住町
40～64歳(国保)



②65～74 歳(国保)

令和4年度

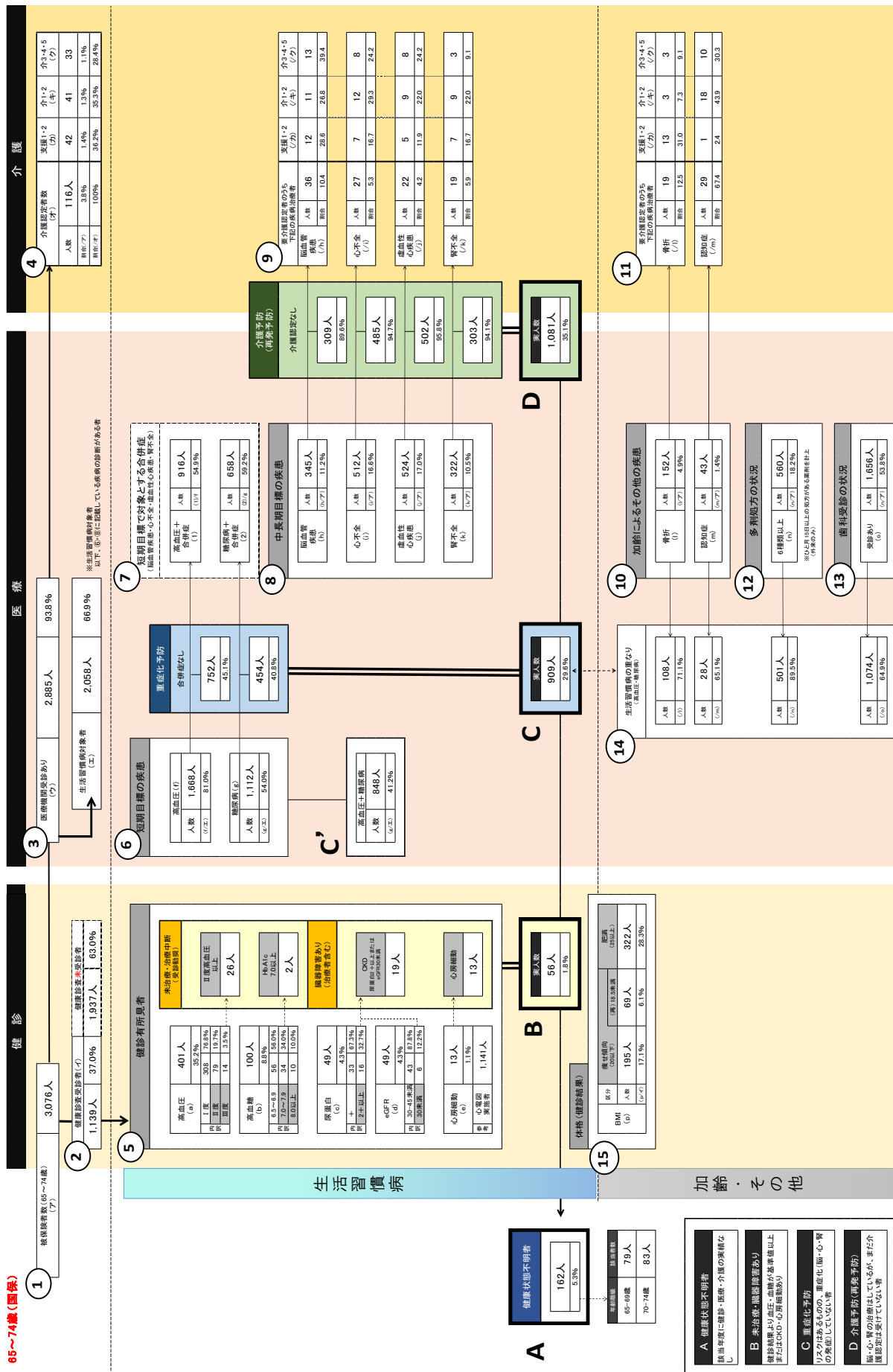
【KOS】厚生労働省標準式-1
【特定継続受診ステータス】FRAG171

参考: 【KOS】介入支援対象者一覧(介護・重症化予防)
【KOS】介入支援対象者一覧(介護予防)

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

藍住町

65～74歳(国保)



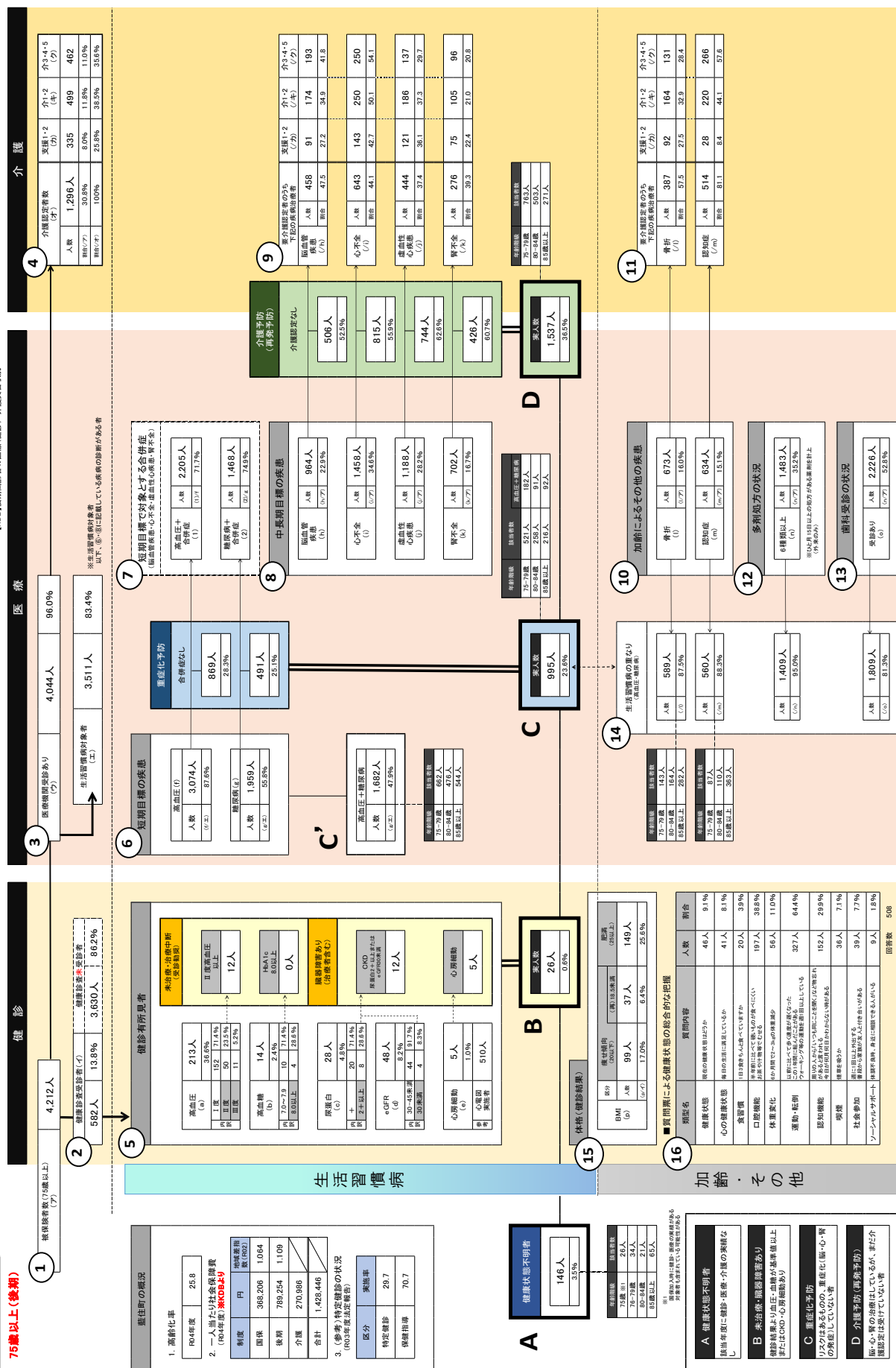


④75 歳以上(後期)

E表:健診・医療・介護サービス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

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

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



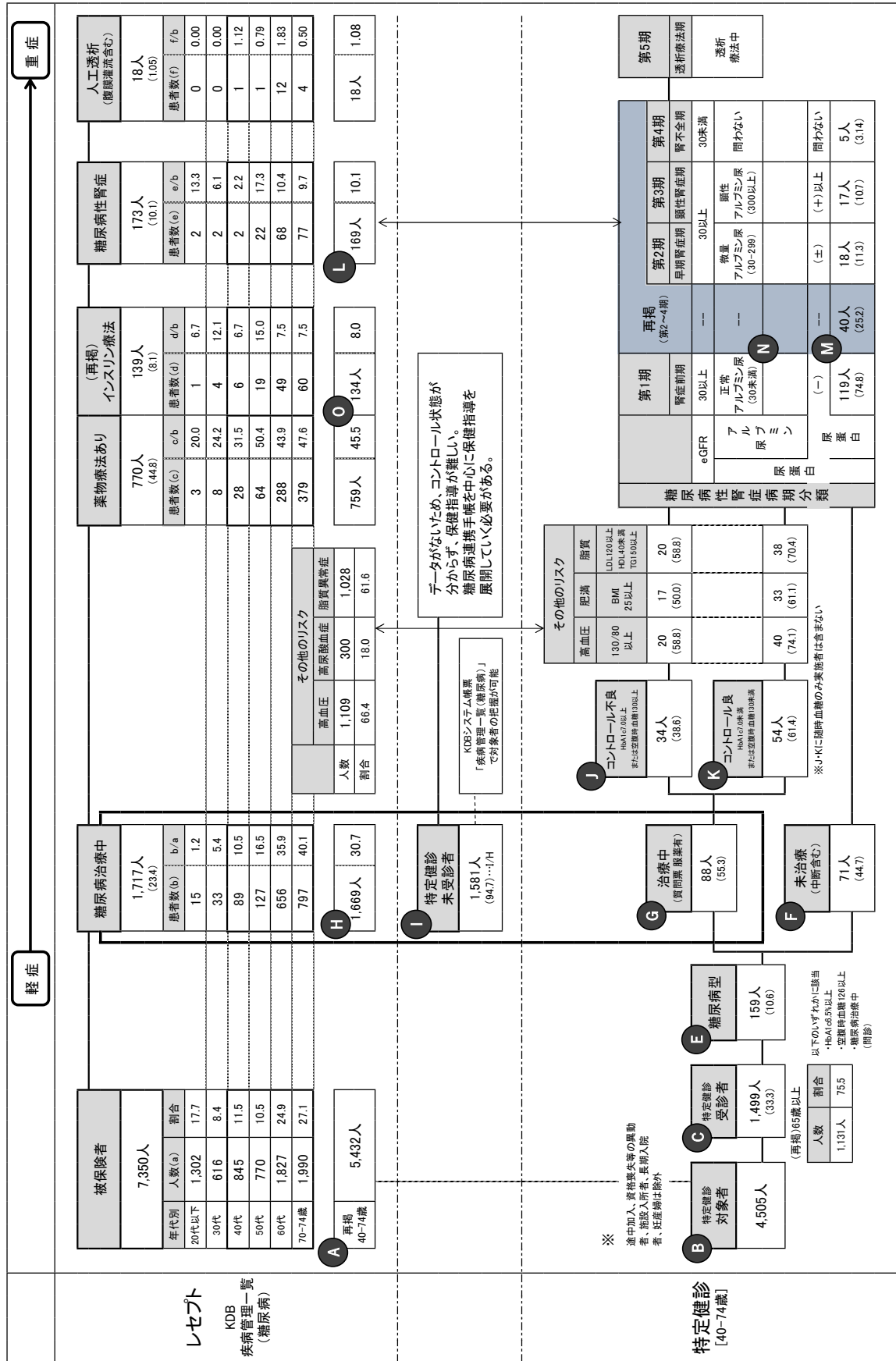
(参考資料3) 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目			突 合 表	藍住町										データ基	
				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		
1	①	被保険者数	A	7,330人		7,120人		6,923人		7,000人		6,853人		KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40～74歳		5,504人		5,401人		5,318人		5,429人		5,351人			
2	①	対象者数	B	4,941人		4,831人		4,846人		4,834人		4,505人		市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書	
	②	特定健診 受診者数	C	1,472人		1,448人		1,413人		1,435人		1,499人			
	③	受診率		29.8%		30.0%		29.2%		29.7%		33.3%			
3	①	特定 対象者数		162人		165人		166人		157人		187人			
	②	保健指導 実施率		62.3%		70.9%		70.5%		70.7%		64.7%			
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	160人	10.9%	134人	9.3%	174人	12.3%	157人	10.9%	162人	10.4%	特定健診結果
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	64人	40.0%	53人	39.6%	73人	42.0%	66人	42.0%	72人	44.4%	
	③			治療中（質問票 服薬あり）	G	96人	60.0%	81人	60.4%	101人	58.0%	91人	58.0%	90人	
	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	51人	53.1%	38人	46.9%	45人	44.6%	48人	52.7%	36人	
	⑤			血圧 130/80以上		32人	62.7%	25人	65.8%	25人	55.6%	29人	60.4%	21人	
	⑥		肥満 BMI25以上	K	27人	52.9%	24人	63.2%	27人	60.0%	30人	62.5%	17人	47.2%	
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		45人	46.9%	43人	53.1%	56人	55.4%	43人	47.3%	54人	60.0%	
	⑧		第1期 尿蛋白（－）	M	113人	70.6%	96人	71.6%	127人	73.0%	125人	79.6%	121人	74.7%	
	⑨		第2期 尿蛋白（±）		20人	12.5%	19人	14.2%	24人	13.8%	13人	8.3%	19人	11.7%	
	⑩		第3期 尿蛋白（＋）以上		24人	15.0%	18人	13.4%	20人	11.5%	18人	11.5%	17人	10.5%	
	⑪	第4期 eGFR30未満	3人		1.9%	1人	0.7%	3人	1.7%	1人	0.6%	5人	3.1%		
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）		141.3人		144.5人		135.2人		145.9人		147.8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）		186.8人		188.9人		173.9人		186.0人		186.3人		KDB 疾病別医療費分析 （生活習慣病）
	③		レセプト件数 （40～74歳） （ ）内は被保険者千対	入院外（件数）	5,288件 (986.8)	5,250件 (995.8)	5,148件 (966.6)	5,131件 (967.2)	5,081件 (1009.3)	KDB 厚生労働省様式 様式3-2					
	④			入院（件数）	49件 (9.1)	37件 (7.0)	23件 (4.3)	20件 (3.8)	16件 (3.2)						
	⑤		糖尿病治療中	H	1,036人	14.1%	1,029人	14.5%	936人	13.5%	1,021人	14.6%	1,013人	14.8%	KDB 厚生労働省様式 様式3-2
	⑥		(再掲)40～74歳		1,028人	18.7%	1,020人	18.9%	925人	17.4%	1,010人	18.6%	997人	18.6%	
	⑦		健診未受診者	I	932人	90.7%	924人	90.6%	824人	89.1%	919人	91.0%	907人	91.0%	
	⑧		インスリン治療	O	83人	8.0%	75人	7.3%	61人	6.5%	80人	7.8%	87人	8.6%	
	⑨		(再掲)40～74歳		83人	8.1%	74人	7.3%	60人	6.5%	78人	7.7%	85人	8.5%	
	⑩		糖尿病性腎症	L	117人	11.3%	132人	12.8%	114人	12.2%	116人	11.4%	104人	10.3%	
	⑪		(再掲)40～74歳		117人	11.4%	131人	12.8%	113人	12.2%	114人	11.3%	103人	10.3%	
	⑫		慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）		5人	0.5%	8人	0.8%	6人	0.6%	7人	0.7%	7人	0.7%	
	⑬		(再掲)40～74歳		4人	0.4%	7人	0.7%	5人	0.5%	7人	0.7%	7人	0.7%	
	⑭		新規透析患者数		9		4		9		15		10		保健事業介入支援管理
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		4	9.7	2	12.8	3	12.2	5	11.4	4	10.3	
	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）		17人	1.6%	26人	2.3%	30人	2.7%	26人	2.2%	39人	3.0%	KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
6	①	医療費	総医療費		23億7674万円		24億2112万円		23億8537万円		24億6557万円		23億9113万円		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		12億8690万円		13億0475万円		13億5250万円		13億4609万円		12億3253万円		
	③			(総医療費に占める割合)		54.1%		53.9%		56.7%		54.6%		51.5%	
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	4,595円		4,611円		4,151円		4,311円		4,958円		
	⑤			健診未受診者	35,932円		37,795円		38,776円		37,946円		36,292円		
	⑥		糖尿病医療費		1億4481万円		1億4765万円		1億3915万円		1億3924万円		1億3651万円		
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		11.3%		11.3%		10.3%		10.3%		11.1%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費		3億9864万円		4億0809万円		4億4727万円		4億6677万円		4億5909万円		
	⑨		1件あたり		29,505円		30,484円		33,316円		33,819円		34,968円		
	⑩		糖尿病入院総医療費		2億8425万円		3億3881万円		2億8298万円		2億9856万円		2億9333万円		
	⑪		1件あたり		563,979円		608,282円		631,650円		650,454円		666,654円		
	⑫		在院日数		17日		17日		18日		17日		17日		
	⑬		慢性腎不全医療費		7751万円		8036万円		8848万円		9384万円		9518万円		
	⑭		透析有り		7058万円		7577万円		8257万円		8332万円		7864万円		
	⑮	透析なし		693万円		459万円		590万円		1052万円		1654万円			
7	①	介護	介護給付費		23億0798万円		23億1116万円		23億7101万円		24億1359万円		24億3698万円		
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		4件	21.1%	4件	28.6%	5件	29.4%	4件	21.1%	4件	20.0%	
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）		5人	1.9%	8人	3.0%	4人	1.5%	5人	1.9%	2人	0.7%	KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

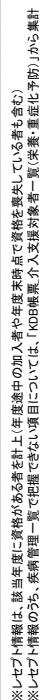
令和04年度

(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



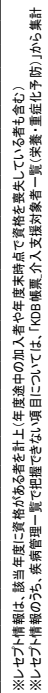
高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの実合

令和04年度



脂質異常症重症化予防のためのセプトと健診データの突合

重症



(参考資料7) HbA1cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値								再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病											
								合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる							
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A		
H29	1,502	742	49.4%	510	34.0%	162	10.8%	53	3.5%	26	1.7%	9	0.6%	24	1.6%	7	0.5%		
H30	1,472	675	45.9%	504	34.2%	179	12.2%	61	4.1%	44	3.0%	9	0.6%	23	1.6%	7	0.5%		
R01	1,448	665	45.9%	487	33.6%	204	14.1%	53	3.7%	30	2.1%	9	0.6%	23	1.6%	5	0.3%		
R02	1,413	633	44.8%	481	34.0%	181	12.8%	67	4.7%	39	2.8%	12	0.8%	30	2.1%	9	0.6%		
R03	1,435	679	47.3%	470	32.8%	173	12.1%	62	4.3%	38	2.6%	13	0.9%	32	2.2%	9	0.6%		
R04	1,499	674	45.0%	523	34.9%	187	12.5%	65	4.3%	37	2.5%	13	0.9%	25	1.7%	9	0.6%		

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上														
					再)7.0以上	再掲													
						未治療	治療												
H29	1,502	742 49.4%	510 34.0%	162 10.8%	88	45	43												
					5.9%	51.1%	48.9%												
					35 2.3%	16 45.7%	19 54.3%												
H30	1,472	675 45.9%	504 34.2%	179 12.2%	114	50	64												
					7.7%	43.9%	56.1%												
					53 3.6%	15 28.3%	38 71.7%												
R01	1,448	665 45.9%	487 33.6%	204 14.1%	92	41	51												
					6.4%	44.6%	55.4%												
					39 2.7%	12 30.8%	27 69.2%												
R02	1,413	633 44.8%	481 34.0%	181 12.8%	118	61	57												
					8.4%	51.7%	48.3%												
					51 3.6%	18 35.3%	33 64.7%												
R03	1,435	679 47.3%	470 32.8%	173 12.1%	113	56	57												
					7.9%	49.6%	50.4%												
					51 3.6%	21 41.2%	30 58.8%												
R04	1,499	674 45.0%	523 34.9%	187 12.5%	115	63	52												
					7.7%	54.8%	45.2%												
					50 3.3%	24 48.0%	26 52.0%												

治療と未治療の状況

		HbA1c測定				正常				保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲													
										正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		合併症予防の ための目標		糖尿病		合併症の危険が 更に大きくなる															
						最低限度達成が 望ましい目標																											
						5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上													
						人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合										
A		B		B/A		C		C/A		D		D/A		E		E/A		F		F/A		G		G/A		H		H/A		I		I/A	
治療中	H29	80	5.3%	5	6.3%	11	13.8%	21	26.3%	24	30.0%	17	21.3%	2	2.5%	11	13.8%	2	2.5%														
	H30	94	6.4%	1	1.1%	7	7.4%	22	23.4%	26	27.7%	33	35.1%	5	5.3%	16	17.0%	4	4.3%														
	R01	79	5.5%	1	1.3%	7	8.9%	20	25.3%	24	30.4%	23	29.1%	4	5.1%	16	20.3%	2	2.5%														
	R02	100	7.1%	5	5.0%	9	9.0%	29	29.0%	24	24.0%	26	26.0%	7	7.0%	18	18.0%	5	5.0%														
	R03	87	6.1%	0	0.0%	6	6.9%	24	27.6%	27	31.0%	22	25.3%	8	9.2%	22	25.3%	5	5.7%														
	R04	88	5.9%	5	5.7%	10	11.4%	21	23.9%	26	29.5%	18	20.5%	8	9.1%	14	15.9%	6	6.8%														
治療なし	H29	1,422	94.7%	737	51.8%	499	35.1%	141	9.9%	29	2.0%	9	0.6%	7	0.5%	13	0.9%	5	0.4%														
	H30	1,378	93.6%	674	48.9%	497	36.1%	157	11.4%	35	2.5%	11	0.8%	4	0.3%	7	0.5%	3	0.2%														
	R01	1,369	94.5%	664	48.5%	480	35.1%	184	13.4%	29	2.1%	7	0.5%	5	0.4%	7	0.5%	3	0.2%														
	R02	1,313	92.9%	628	47.8%	472	35.9%	152	11.6%	43	3.3%	13	1.0%	5	0.4%	12	0.9%	4	0.3%														
	R03	1,348	93.9%	679	50.4%	464	34.4%	149	11.1%	35	2.6%	16	1.2%	5	0.4%	10	0.7%	4	0.3%														
	R04	1,411	94.1%	669	47.4%	513	36.4%	166	11.8%	39	2.8%	19	1.3%	5	0.4%	11	0.8%	3	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	1,502	377	25.1%	301	20.0%	426	28.4%	333	22.2%	57	3.8%	8	0.5%
H30	1,472	366	24.9%	304	20.7%	424	28.8%	312	21.2%	61	4.1%	5	0.3%
R01	1,448	359	24.8%	332	22.9%	397	27.4%	291	20.1%	60	4.1%	9	0.6%
R02	1,413	301	21.3%	274	19.4%	405	28.7%	354	25.1%	65	4.6%	14	1.0%
R03	1,435	311	21.7%	295	20.6%	426	29.7%	322	22.4%	71	4.9%	10	0.7%
R04	1,499	318	21.2%	280	18.7%	415	27.7%	374	24.9%	93	6.2%	19	1.3%

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)Ⅲ度高血圧	再掲							
						未治療	治療						
H29	1,502	678 45.1%	426 28.4%	333 22.2%	65 4.3%	38 58.5%	27 41.5%						
					8 0.5%	5 62.5%	3 37.5%						
H30	1,472	670 45.5%	424 28.8%	312 21.2%	66 4.5%	34 51.5%	32 48.5%						
					5 0.3%	4 80.0%	1 20.0%						
R01	1,448	691 47.7%	397 27.4%	291 20.1%	69 4.8%	40 58.0%	29 42.0%						
					9 0.6%	7 77.8%	2 22.2%						
R02	1,413	575 40.7%	405 28.7%	354 25.1%	79 5.6%	42 53.2%	37 46.8%						
					14 1.0%	9 64.3%	5 35.7%						
R03	1,435	606 42.2%	426 29.7%	322 22.4%	81 5.6%	46 56.8%	35 43.2%						
					10 0.7%	5 50.0%	5 50.0%						
R04	1,499	598 39.9%	415 27.7%	374 24.9%	112 7.5%	72 64.3%	40 35.7%						
					19 1.3%	13 68.4%	6 31.6%						

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
				A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F
治療中	H29	503	33.5%	64	12.7%	86	17.1%	176	35.0%	150	29.8%	24	4.8%	3	0.6%
	H30	530	36.0%	66	12.5%	97	18.3%	176	33.2%	159	30.0%	31	5.8%	1	0.2%
	R01	496	34.3%	57	11.5%	105	21.2%	168	33.9%	137	27.6%	27	5.4%	2	0.4%
	R02	525	37.2%	53	10.1%	86	16.4%	173	33.0%	176	33.5%	32	6.1%	5	1.0%
	R03	536	37.4%	46	8.6%	115	21.5%	177	33.0%	163	30.4%	30	5.6%	5	0.9%
	R04	534	35.6%	57	10.7%	93	17.4%	163	30.5%	181	33.9%	34	6.4%	6	1.1%
治療なし	H29	999	66.5%	313	31.3%	215	21.5%	250	25.0%	183	18.3%	33	3.3%	5	0.5%
	H30	942	64.0%	300	31.8%	207	22.0%	248	26.3%	153	16.2%	30	3.2%	4	0.4%
	R01	952	65.7%	302	31.7%	227	23.8%	229	24.1%	154	16.2%	33	3.5%	7	0.7%
	R02	888	62.8%	248	27.9%	188	21.2%	232	26.1%	178	20.0%	33	3.7%	9	1.0%
	R03	899	62.6%	265	29.5%	180	20.0%	249	27.7%	159	17.7%	41	4.6%	5	0.6%
	R04	965	64.4%	261	27.0%	187	19.4%	252	26.1%	193	20.0%	59	6.1%	13	1.3%

(参考資料9) LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H29	1,502	654	43.5%	390	26.0%	250	16.6%	129	8.6%	79	5.3%
	H30	1,472	594	40.4%	378	25.7%	268	18.2%	154	10.5%	78	5.3%
	R01	1,448	591	40.8%	362	25.0%	283	19.5%	130	9.0%	82	5.7%
	R02	1,413	621	43.9%	376	26.6%	252	17.8%	102	7.2%	62	4.4%
	R03	1,435	609	42.4%	371	25.9%	265	18.5%	130	9.1%	60	4.2%
	R04	1,499	706	47.1%	353	23.5%	261	17.4%	110	7.3%	69	4.6%
男性	H29	628	308	49.0%	157	25.0%	90	14.3%	50	8.0%	23	3.7%
	H30	594	281	47.3%	138	23.2%	101	17.0%	54	9.1%	20	3.4%
	R01	586	280	47.8%	143	24.4%	96	16.4%	45	7.7%	22	3.8%
	R02	560	286	51.1%	151	27.0%	86	15.4%	30	5.4%	7	1.3%
	R03	555	265	47.7%	130	23.4%	100	18.0%	43	7.7%	17	3.1%
	R04	603	308	51.1%	144	23.9%	101	16.7%	33	5.5%	17	2.8%
女性	H29	874	346	39.6%	233	26.7%	160	18.3%	79	9.0%	56	6.4%
	H30	878	313	35.6%	240	27.3%	167	19.0%	100	11.4%	58	6.6%
	R01	862	311	36.1%	219	25.4%	187	21.7%	85	9.9%	60	7.0%
	R02	853	335	39.3%	225	26.4%	166	19.5%	72	8.4%	55	6.4%
	R03	880	344	39.1%	241	27.4%	165	18.8%	87	9.9%	43	4.9%
	R04	896	398	44.4%	209	23.3%	160	17.9%	77	8.6%	52	5.8%

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

重症化しやすい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)180以上	未治療	治療	再掲			
H29	1,502	654 43.5%	390 26.0%	250 16.6%	208	188	20	13.8%	90.4%	9.6%	
					79	74	5	5.3%	93.7%	6.3%	13.8%
H30	1,472	594 40.4%	378 25.7%	268 18.2%	232	203	29	15.8%	87.5%	12.5%	15.8%
					78	68	10	5.3%	87.2%	12.8%	15.8%
R01	1,448	591 40.8%	362 25.0%	283 19.5%	212	182	30	14.6%	85.8%	14.2%	14.6%
					82	73	9	5.7%	89.0%	11.0%	14.6%
R02	1,413	621 43.9%	376 26.6%	252 17.8%	164	140	24	11.6%	85.4%	14.6%	11.6%
					62	52	10	4.4%	83.9%	16.1%	11.6%
R03	1,435	609 42.4%	371 25.9%	265 18.5%	190	166	24	13.2%	87.4%	12.6%	13.2%
					60	53	7	4.2%	88.3%	11.7%	13.2%
R04	1,499	706 47.1%	353 23.5%	261 17.4%	179	165	14	11.9%	92.2%	7.8%	11.9%
					69	65	4	4.6%	94.2%	5.8%	11.9%

治療と未治療の状況

		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	303	20.2%	184	60.7%	60	19.8%	39	12.9%	15	5.0%	5	1.7%
	H30	330	22.4%	191	57.9%	77	23.3%	33	10.0%	19	5.8%	10	3.0%
	R01	338	23.3%	196	58.0%	72	21.3%	40	11.8%	21	6.2%	9	2.7%
	R02	357	25.3%	216	60.5%	84	23.5%	33	9.2%	14	3.9%	10	2.8%
	R03	372	25.9%	227	61.0%	82	22.0%	39	10.5%	17	4.6%	7	1.9%
	R04	369	24.6%	243	65.9%	79	21.4%	33	8.9%	10	2.7%	4	1.1%
治療なし	H29	1,199	79.8%	470	39.2%	330	27.5%	211	17.6%	114	9.5%	74	6.2%
	H30	1,142	77.6%	403	35.3%	301	26.4%	235	20.6%	135	11.8%	68	6.0%
	R01	1,110	76.7%	395	35.6%	290	26.1%	243	21.9%	109	9.8%	73	6.6%
	R02	1,056	74.7%	405	38.4%	292	27.7%	219	20.7%	88	8.3%	52	4.9%
	R03	1,063	74.1%	382	35.9%	289	27.2%	226	21.3%	113	10.6%	53	5.0%
	R04	1,130	75.4%	463	41.0%	274	24.2%	228	20.2%	100	8.8%	65	5.8%