

津幡町第3期国民健康保険データヘルス計画
津幡町第4期特定健康診査・特定保健指導実施計画
2024(令和6)年度～2029(令和11)年度

令和6年3月

津幡町

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化 ……10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期データヘルス計画の評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期データヘルス計画に係る考察
3. 第3期における健康課題の明確化
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 健康課題の明確化
 - 3) 目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……34

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

第4章 課題解決するための個別保健事業	40
I. 保健事業の方向性	
II. 重症化予防の取組	
1. 糖尿病性腎症重症化予防	
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	
3. 虚血性心疾患重症化予防	
4. 脳血管疾患重症化予防	
III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
IV. 発症予防	
V. ポピュレーションアプローチ	
第5章 計画の評価・見直し	67
1. 評価の時期	
2. 評価方法・体制	
第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	68
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
参考資料	69

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「データヘルス計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。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、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 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020(骨太方針 2020)^{※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 改革工程表^{※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 改革工程表:新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応と KPI(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの。

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

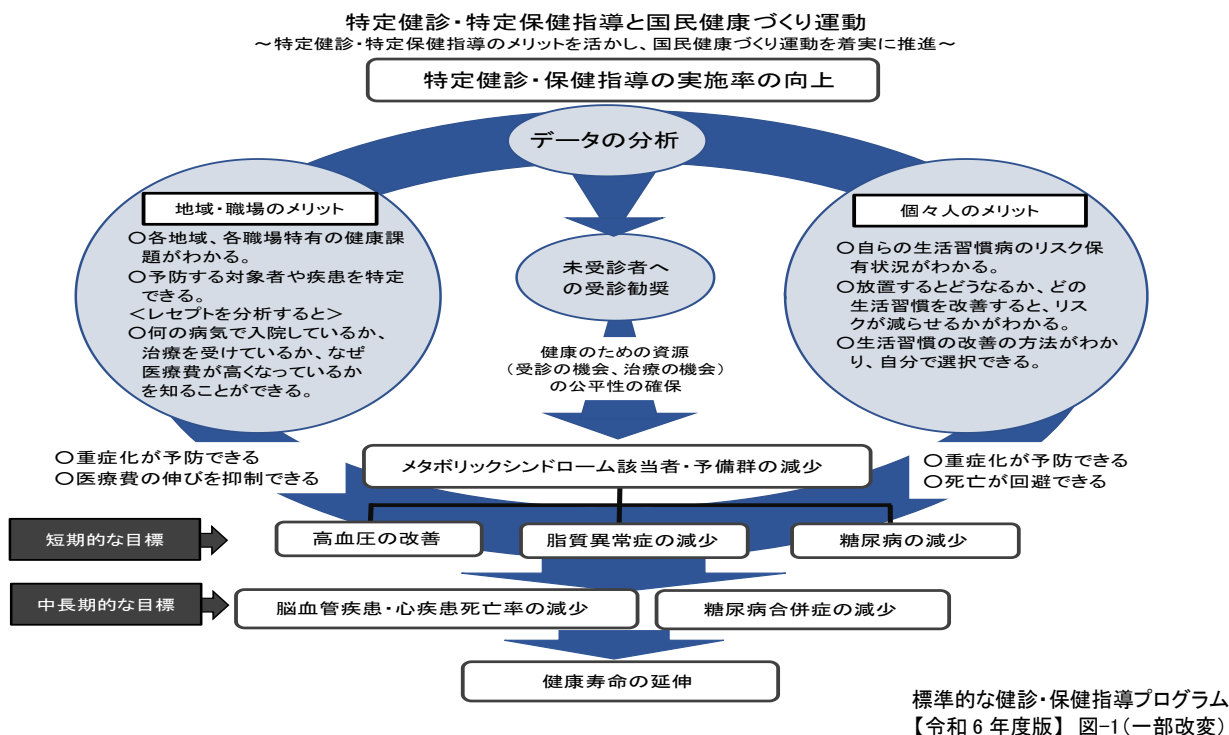
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病性腎症に着目することとする。

※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

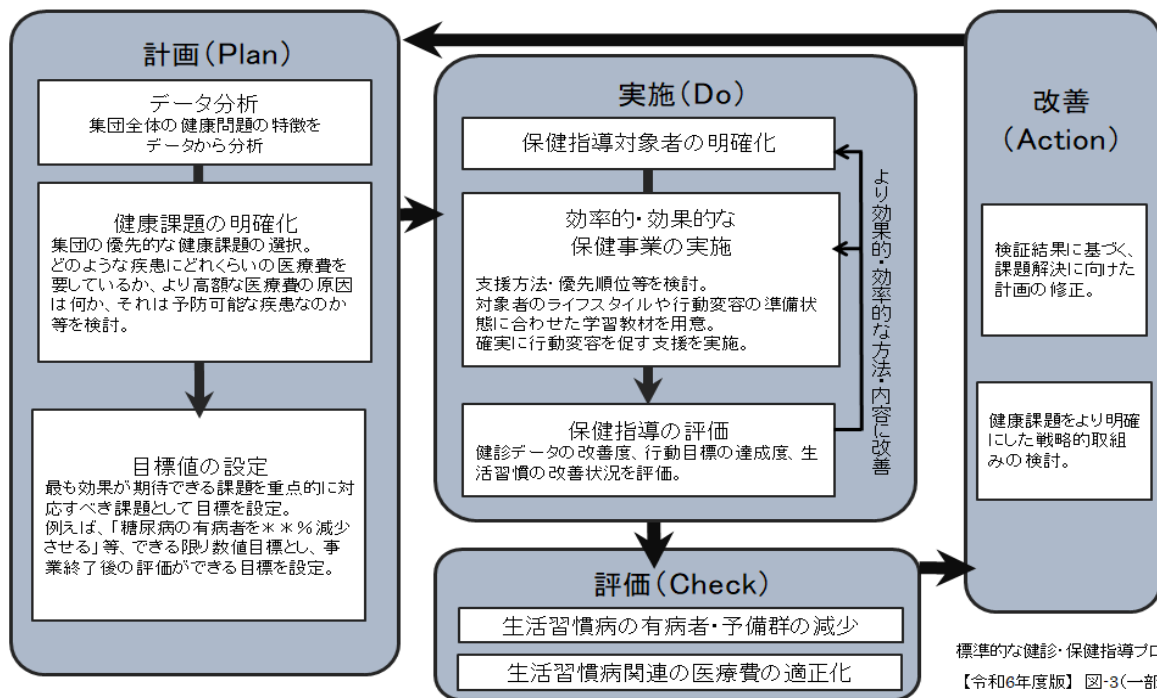
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給 付等サービス提供体制の確 保及び地域支援事業の計画 的な実施を図る。 保険者機能強化 高齢者の自立支援・重度 化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺炎(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能低下、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生:まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



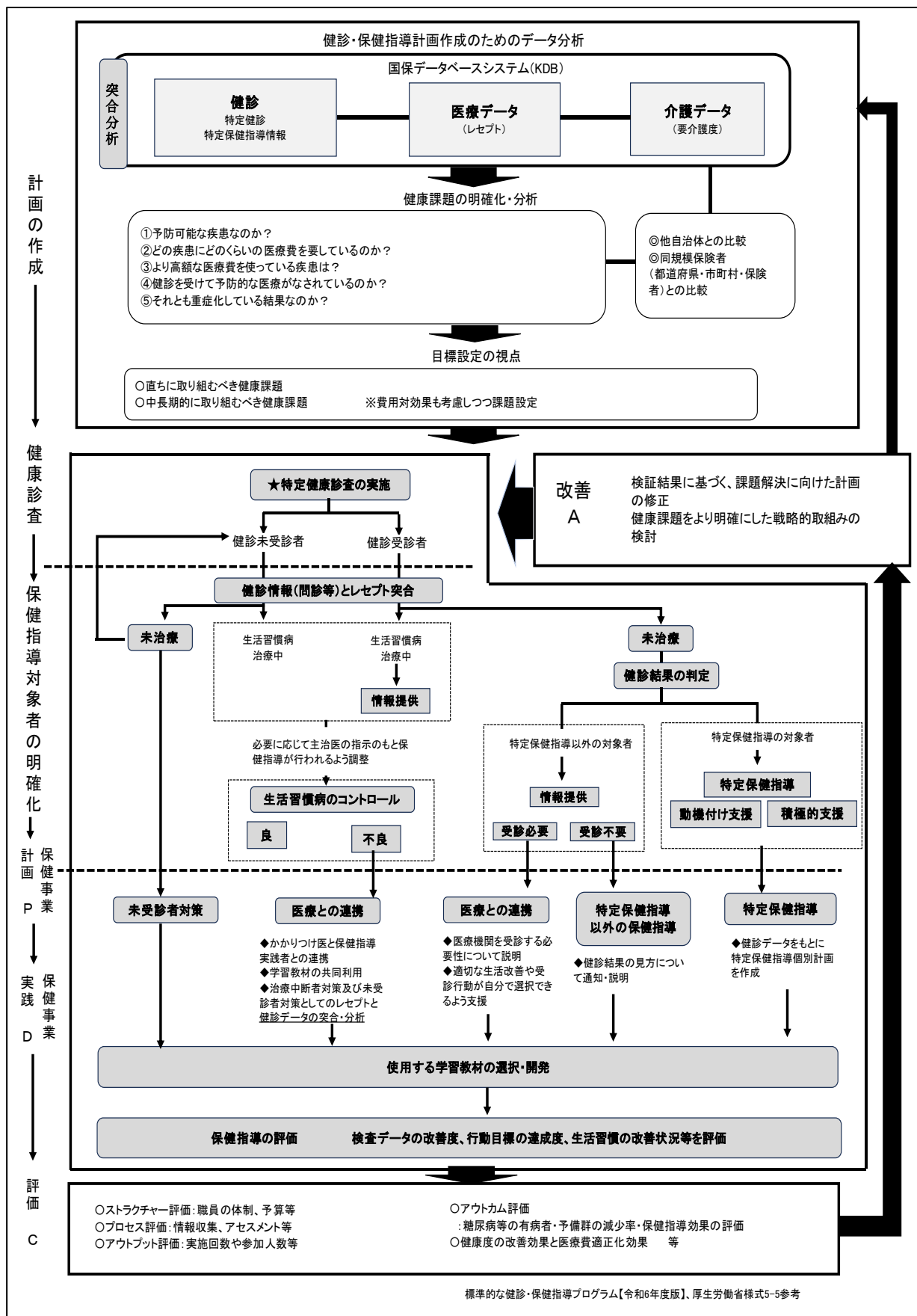
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながります。

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	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 対象者が代謝等が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	健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導	健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くとともに、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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)

→

行動変容を促す手法

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

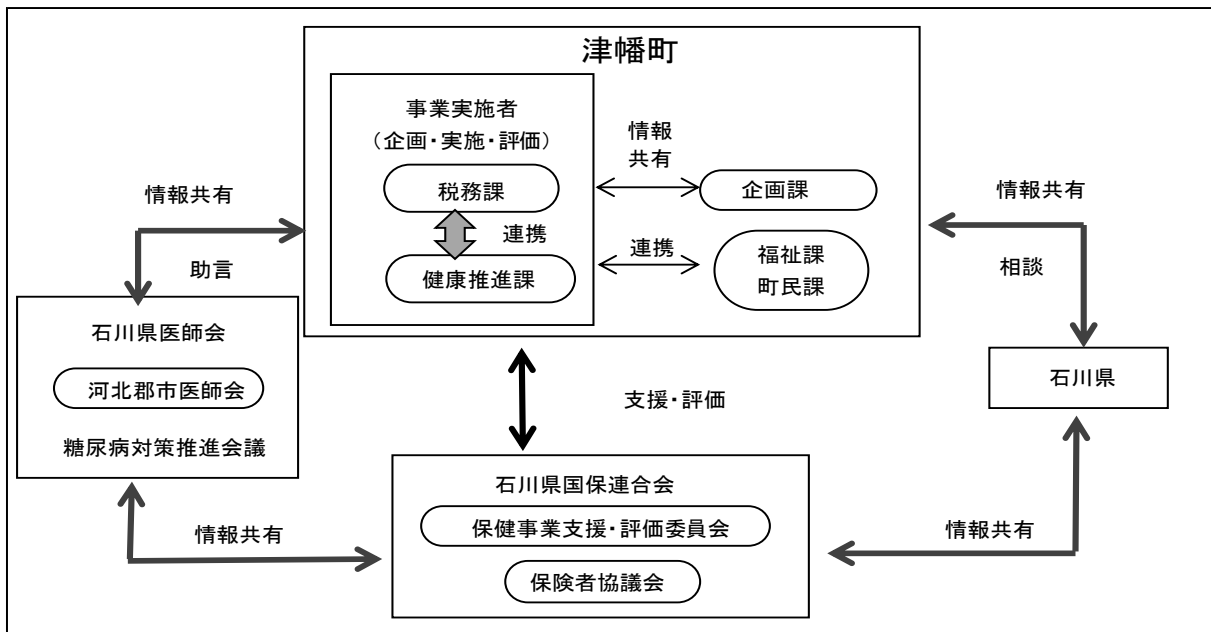
1) 町国保の役割

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、国民健康保険主管課(税務課)が中心となって、保健衛生主管課等住民の健康の保持増進に関係する部課に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、町一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療主管課(町民課)、保健衛生主管課(健康推進課)、介護保険・生活保護主管課(福祉課)、企画主管課(企画課)とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 津幡町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

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

	健康推進課													税務課					
	管栄 (課長)	事 (担当 課長)	保 (主幹)	保 (係長)	保 (係長)	保	保	保	保	保	保	保	管栄 (主任)	管栄 (主任)	管栄 (会計 年度)	事 (主幹)	事 (係長)	事	事
国保事務																○	◎	○	○
特定健診					○		◎												
保健指導							○							◎					
がん検診					○		◎				○								
糖尿病重症化予防					○								◎						
母子保健				○						○	◎			○					
要保護(ハイリスク)				◎						○									
一体化			◎												○				
歯科保健										○	○		◎						
予防接種		○				◎									○				
新型コロナ ワクチン		◎				○													
精神保健				◎	○														

2)関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関等の社会資源等と連携、協力します。

また、都道府県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となります。

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

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

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

3)被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組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 年度より本格的に実施されています。(図表 8)

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

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			津幡町	配点	津幡町	配点	津幡町	配点
交付額(万円)			1,158		1,201		1,202	
全国順位(1,741市町村中)			522位		384位		293位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	70	115	70	115	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシフト・ルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	38	40	38	40	40	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	105	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	5	130	10	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	50	100	55	100	70	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	10	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	45	50	40	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	69	95	78	100	87	100
合計点			622	1,000	651	960	657	940

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町の人口は、36,772人(令和4年度末)で、高齢化率は令和2年度国勢調査で24.6%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低いが、出生率も6.5%と低くなっています。産業においては、第3次産業が68.7%と同規模と比較しても高く、サービス業の割合が多く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

国保加入率は16.4%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向となっています。年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約50%を占めています。(図表10)

また本町内には2つの病院、22の診療所がありますが、医師数は減少しています。病床数も同規模と比較して少ない一方で、外来患者数及び入院患者数は同規模と比較して高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した津幡町の特性

	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
津幡町	36,772	24.6	6,032 (16.4)	55.7	6.5	9.8	0.6	2.5	28.8	68.7
同規模	--	29.1	20.6	54.2	6.8	10.7	0.7	5.4	28.7	66.0
県	--	30.0	18.2	55.5	6.9	11.4	0.5	3.1	28.5	68.3
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、津幡町と同規模保険者(147市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	6,442		6,259		6,285		6,281		6,032	
65～74歳	3,178	49.3	3,133	50.1	3,184	50.7	3,184	50.7	3,017	50.0
40～64歳	1,867	29.0	1,813	29.0	1,841	29.3	1,864	29.7	1,793	29.7
39歳以下	1,397	21.7	1,313	21.0	1,260	20.0	1,233	19.6	1,222	20.3
加入率	17.5		17.0		17.1		17.1		16.4	

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

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	県 割合
病院数	2	0.3	2	0.3	2	0.3	2	0.3	2	0.3	0.3	0.5
診療所数	23	3.6	21	3.4	21	3.3	21	3.3	22	3.6	3.1	4.3
病床数	139	21.6	139	22.2	139	22.1	139	22.1	139	23.0	56.1	83.1
医師数	36	5.6	36	5.8	35	5.6	35	5.6	32	5.3	11.1	17.3
外来患者数	723.0		718.2		670.5		700.4		723.1		716.1	
入院患者数	27.1		25.3		22.8		22.9		24.0		24.4	

出典: KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1 つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定しました。具体的には、社会保障費(医療費・介護費)の維持・減少及び脳血管疾患、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。

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、1号(65歳以上)被保険者の認定率は16.5%と同規模、県、国と比較すると低いが、2号(40~64歳)被保険者の認定率は0.36%と平成30年度より高く、同規模や県と比較しても高くなっています。(図表 12)

介護給付費は、約23億円から約24億円に伸びていますが、一人あたりの給付費は、平成30年度と比較して低くなっており、県と比較しても低くなっています。1件あたり給付費全体では居宅サービスが同規模よりも高くなっている状況です。(図表 13)

また、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で6割以上、第1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症等の有病状況は、第2号被保険者で約9割、第1号被保険者で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	津幡町				同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	8,146人	22.2%	9,040人	24.6%	29.1%	30.0%	28.7%
2号認定者	36人	0.28%	47人	0.36%	0.35%	0.27%	0.38%
新規認定者	8人		11人		--	--	--
1号認定者	1,389人	17.1%	1,493人	16.5%	17.0%	18.3%	19.4%
新規認定者	207人		240人		--	--	--
再掲	65~74歳		152人		3.2%	--	--
新規認定者	30人		49人		--	--	--
再掲	75歳以上		1,341人		33.7%	--	--
新規認定者	177人		191人		--	--	--

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	津幡町		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	22億5772万円	24億3589万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	277,157	269,456	259,723	298,719	290,668
1件あたり給付費(円)全体	75,615	68,200	63,000	69,621	59,662
居宅サービス	50,792	47,015	41,449	45,482	41,272
施設サービス	285,041	284,509	292,001	290,453	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(令和4年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		47		152		1,341		1,493				
再)国保・後期		21		126		1,310		1,436				
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
			脳卒中	14 66.7%	脳卒中	61 48.4%	脳卒中	739 56.4%	脳卒中	800 55.7%	脳卒中	814 55.9%
	循環器 疾患	2	虚血性 心疾患	8 38.1%	虚血性 心疾患	28 22.2%	虚血性 心疾患	555 42.4%	虚血性 心疾患	583 40.6%	虚血性 心疾患	591 40.6%
		3	腎不全	6 28.6%	腎不全	17 13.5%	腎不全	252 19.2%	腎不全	269 18.7%	腎不全	275 18.9%
		4	糖尿病 合併症	6 28.6%	糖尿病 合併症	18 14.3%	糖尿病 合併症	207 15.8%	糖尿病 合併症	225 15.7%	糖尿病 合併症	231 15.9%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			18 85.7%	基礎疾患	116 92.1%	基礎疾患	1,239 94.6%	基礎疾患	1,355 94.4%	基礎疾患	1,373 94.2%
	血管疾患合計			19 90.5%	合計	117 92.9%	合計	1,262 96.3%	合計	1,379 96.0%	合計	1,398 96.0%
	認知症		認知症	7 33.3%	認知症	35 27.8%	認知症	728 55.6%	認知症	763 53.1%	認知症	770 52.8%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	16 76.2%	筋骨格系	111 88.1%	筋骨格系	1,249 95.3%	筋骨格系	1,360 94.7%	筋骨格系	1,376 94.4%

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少しているにもかかわらず総医療費は増加しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約6万円高く、平成30年度と比較しても約4万円高くなっています。入院医療費の割合は平成30年度と比較し低くなったため、外来医療費の割合が高くなっています。(図表15)

また年齢調整をした地域差指数をみると、国民健康保険は外来が県内でも4位と高いのに比べ、後期高齢者医療は入院が県内3位と高くなっています。入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防に取り組む必要があります。(図表16)

図表 15 医療費の推移

	津幡町		同規模	県	国	
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度	
被保険者数(人)	6,442人	6,032人	--	--	--	
前期高齢者割合	3,178人 (49.3%)	3,017人 (50.0%)	--	--	--	
総医療費	24億1319万円	25億1353万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	374,603	416,699	361,243	404,392	339,680	
	県内11位 同規模17位	県内9位 同規模15位				
入院	1件あたり費用額(円)	551,650	592,400	613,590	590,810	617,950
	費用の割合	48.5	42.0	40.4	44.3	39.6
	件数の割合	3.6	3.2	2.6	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	21,940	27,160	24,230	25,730	24,220
	費用の割合	51.5	58.0	59.6	55.7	60.4
	件数の割合	96.4	96.8	97.4	96.7	97.5
受診率	750.026	747.163	735.303	731.257	705.439	

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は津幡町と同規模保険者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			
	津幡町 (県内市町中)		県 (47都道府県中)	津幡町 (県内市町中)		県 (47都道府県中)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指数・順位	全体	1.087	1.076	1.070	1.062	1.070	1.020
		(7位)	(4位)	(13位)	(4位)	(3位)	(19位)
	入院	1.312	1.197	1.223	1.204	1.222	1.121
		(2位)	(9位)	(11位)	(4位)	(3位)	(14位)
	外来	0.952	1.009	0.985	0.934	0.936	0.936
		(13位)	(4位)	(30位)	(10位)	(9位)	(34位)

出典：地域差分析(厚労省)

③中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、平成 30 年度と比較すると減少していますが、慢性腎不全(透析有・無)の占める割合が高くなっています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると脳血管疾患・虚血性心疾患が、患者数及び割合ともに減少していますが、人工透析については、ともに増加しています。(図表 18)

人工透析は、1 件あたりの医療費が高額であり、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、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			津幡町		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			24億1319万円	25億1353万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			2億2676万円	2億2285万円	--	--	--
			9.40%	8.87%	8.08%	7.88%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	3.50%	2.80%	2.01%	2.07%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.33%	1.53%	1.52%	1.70%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.32%	4.26%	4.24%	3.88%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.25%	0.28%	0.31%	0.24%	0.29%
その 他の 疾患	悪性新生物		15.45%	19.60%	16.85%	17.98%	16.69%
	筋・骨疾患		9.10%	9.74%	8.78%	8.47%	8.68%
	精神疾患		8.89%	7.26%	7.71%	9.02%	7.63%

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患 別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者(人) 0~74歳	A	6,442	6,032	a	546	423	583	447	26	32	
				a/A	8.5%	7.0%	9.0%	7.4%	0.4%	0.5%	
40歳以上	B	5,045	4,810	b	545	422	576	445	26	30	
	B/A	78.3%	79.7%	b/B	10.8%	8.8%	11.4%	9.3%	0.5%	0.6%	
再 掲	40~64歳	C	1,867	1,793	c	104	77	131	91	15	13
		C/A	29.0%	29.7%	c/C	5.6%	4.3%	7.0%	5.1%	0.8%	0.7%
	65~74歳	D	3,178	3,017	d	441	345	445	354	11	17
		D/A	49.3%	50.0%	d/D	13.9%	11.4%	14.0%	11.7%	0.3%	0.6%

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

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、高血圧治療者の割合は増えており、合併症(重症化)でもある人工透析の割合も増えています。(図表 19)

糖尿病治療者の割合も増えていますが、合併症(重症化)の割合は減少しています。脳血管疾患では、40~64歳の割合が増えています。糖尿病合併症については、糖尿病性腎症の割合が増えて

おり、中でも 65～74 歳の前期高齢者の割合が増加し、人工透析の割合も増えています。(図表 20) 脂質異常症治療者の割合は減少しているものの、合併症である人工透析の割合は増えています。(図表 21)

本町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないよう適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防に大切であることが考えられます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
高血圧症治療者(人)	A	2,134	2,062	444	429	1,690	1,633	
	A/被保数	42.3%	42.9%	23.8%	23.9%	53.2%	54.1%	
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	310	278	45	50	265	228
		B/A	14.5%	13.5%	10.1%	11.7%	15.7%	14.0%
	虚血性心疾患	C	399	328	79	60	320	268
		C/A	18.7%	15.9%	17.8%	14.0%	18.9%	16.4%
	人工透析	D	23	27	13	12	10	15
		D/A	1.1%	1.3%	2.9%	2.8%	0.6%	0.9%

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 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者(人)	A	1,522	1,480	364	360	1,158	1,120	
	A/被保数	30.2%	30.8%	19.5%	20.1%	36.4%	37.1%	
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	209	185	23	29	186	156
		B/A	13.7%	12.5%	6.3%	8.1%	16.1%	13.9%
	虚血性心疾患	C	331	299	75	54	256	245
		C/A	21.7%	20.2%	20.6%	15.0%	22.1%	21.9%
	人工透析	D	18	16	11	7	7	9
		D/A	1.2%	1.1%	3.0%	1.9%	0.6%	0.8%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	227	237	44	43	183	194
		E/A	14.9%	16.0%	12.1%	11.9%	15.8%	17.3%
	糖尿病性網膜症	F	174	145	36	33	138	112
		F/A	11.4%	9.8%	9.9%	9.2%	11.9%	10.0%
	糖尿病性神経障害	G	102	97	21	23	81	74
		G/A	6.7%	6.6%	5.8%	6.4%	7.0%	6.6%

出典：KDBシステム 疾病管理一覧(糖尿病)、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 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度		R4年度		H30年度		R4年度
脂質異常症治療者(人)	A	1,911	1,809	436	426	1,475	1,383	
	A/被保数	37.9%	37.6%	23.4%	23.8%	46.4%	45.8%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	254	210	30	32	224	178
		B/A	13.3%	11.6%	6.9%	7.5%	15.2%	12.9%
	虚血性心疾患	C	371	336	80	65	291	271
		C/A	19.4%	18.6%	18.3%	15.3%	19.7%	19.6%
	人工透析	D	14	16	9	7	5	9
		D/A	0.7%	0.9%	2.1%	1.6%	0.3%	0.7%

出典: KDBシステム_疾病管理一覽(脂質異常症)、地域の全体像の把握
介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約46%、糖尿病で約7%おり、その割合は同規模と比較しても高くなっています。(図表22)

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、今後重要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R3年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R3.4~R4.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率									未治療		未治療	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
津幡町	2,141	42.0	1,920	42.6	110	5.1	58	52.7	102	5.3	65	63.7	47	46.1	1	1.0
同規模	102,084	42.4	88,959	38.8	6,357	6.2	4,013	63.1	6,269	7.0	3,976	63.4	2,492	39.8	309	4.9

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					※ HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R3年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R3.4~R4.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率									未治療		未治療	
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
津幡町	2,136	99.8	1,915	99.7	112	5.2	28	25.0	129	6.7	31	24.0	9	7.0	0	0.0
同規模	100,303	98.3	87,882	98.8	4,799	4.8	1,222	25.5	87,882	5.0	1,061	24.2	287	6.5	150	3.4

出典:ヘルスサポートラボツール

※HbA1c(グリコヘモグロビン):採血時から過去1、2カ月間の平均血糖値

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、横ばいであるが、3項目すべての危険因子が重なっている割合や予備軍の割合が増加しています。(図表23)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の翌年度の結果を見ると、すべて改善率が上昇しているが、悪化率も上昇しています。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めるとともに、重症化予防対象者に継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表24、25、26)

図表23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	2,141 (42.0%)	393 (18.4%)	131 (6.1%)	262 (12.2%)	220 (10.3%)
R4年度	2,171 (44.1%)	400 (18.4%)	146 (6.7%)	254 (11.7%)	239 (11.0%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表24 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R元	217 (10.2%)	54 (24.9%)	72 (33.2%)	28 (12.9%)	63 (29.0%)
R3→R4	224 (11.7%)	56 (25.0%)	71 (31.7%)	31 (13.8%)	66 (29.5%)

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→R元	110 (5.1%)	58 (52.7%)	13 (11.8%)	5 (4.5%)	34 (30.9%)
R3→R4	102 (5.3%)	54 (52.9%)	15 (14.7%)	5 (4.9%)	28 (27.5%)

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→R元	213 (10.0%)	96 (45.1%)	55 (25.8%)	12 (5.6%)	50 (23.5%)
R3→R4	192 (10.0%)	89 (46.4%)	58 (30.2%)	12 (6.3%)	33 (17.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、令和元年度に 48.5%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和2年度以降は受診率が低下し、徐々に改善したものの、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～44 歳の男性は増えているほかは、特に低い状況が続いています。(図表 28)

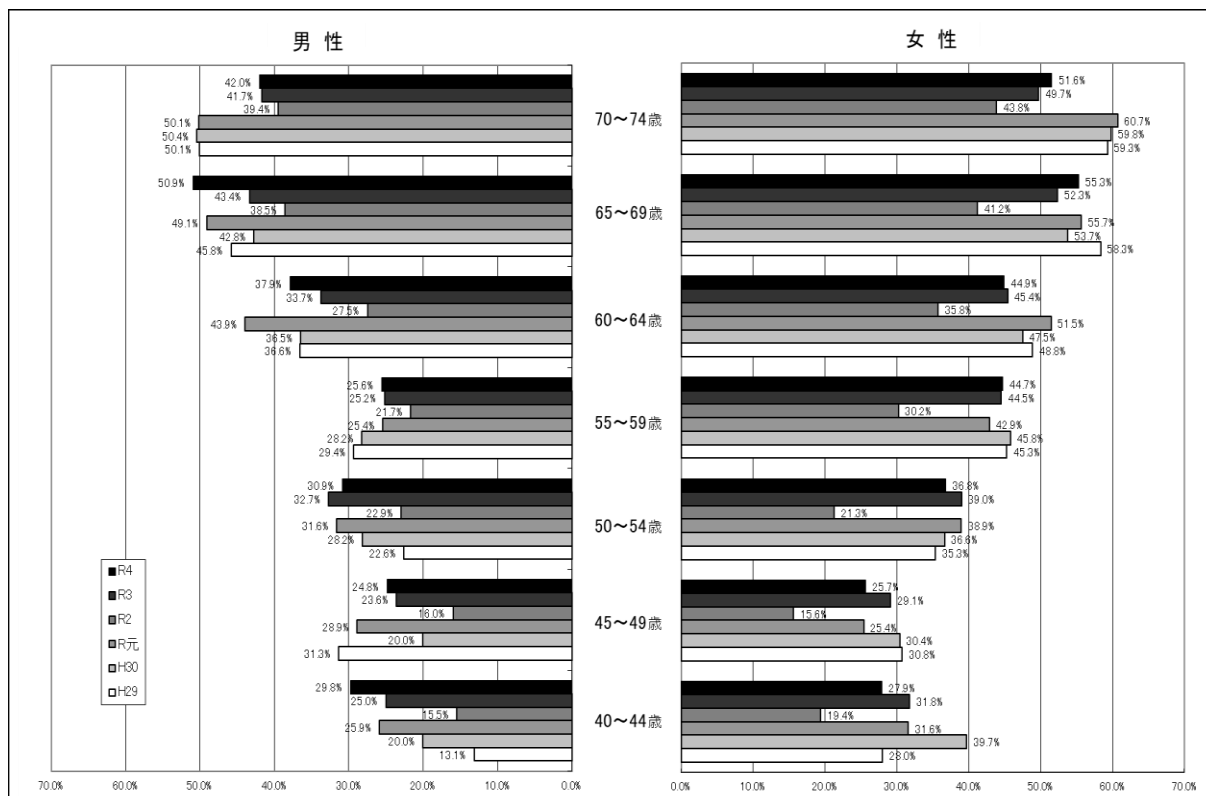
特定保健指導については、令和2年度に大きく実施率が下がりましたが、徐々に改善し、令和4年度は目標の実施率を達成しております。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	2,141	2,178	1,599	1,920	1,961	健診受診率 60%
	受診率	46.6%	48.5%	35.4%	42.6%	45.2%	
特定保健指導	該当者数	212	246	168	216	221	特定保健指導 実施率 60%
	割合	9.9%	11.3%	10.5%	11.3%	11.2%	
	実施者数	153	182	61	144	141	
	実施率	72.2%	74.0%	36.3%	66.7%	63.8%	

出典:特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

本町は、HbA1c6.5%以上の未治療者、7%以上の治療者のコントロール不良者を優先対象者とし重点的に支援してきました。令和元年度までは 6.5%以上の割合は約 10%で横ばいでしたが、令和 2 年度に約 13%と増加しました。そのうち、HbA1c8.0%以上の割合は、2.6%であり、令和 3 年度は 2%に減少しましたが、県内ではワースト 1 位であり、令和 4 年度は HbA1c8.0%以上の未治療者、治療者を重点的に支援しました。HbA1c6.5%以上の割合は徐々に減少しており、令和 4 年度 HbA1c8.0 以上の割合は 1.5%に改善しました。

令和 4 年度 HbA1c8.0 以上 32 名のうち、約 6 割の方に受診勧奨のための保健指導や治療状況を把握し、約 8 割の方が改善につながりました。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行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

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

HbA1C の年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	2,219	668	30.1%	871	39.3%	438	19.7%	111	5.0%	91	4.1%	40	1.8%	86	3.9%	20	0.9%
H30	2,136	736	34.5%	854	40.0%	329	15.4%	105	4.9%	92	4.3%	20	0.9%	49	2.3%	11	0.5%
R元	2,173	748	34.4%	834	38.4%	362	16.7%	104	4.8%	93	4.3%	32	1.5%	71	3.3%	23	1.1%
R2	1,598	568	35.5%	558	34.9%	255	16.0%	103	6.4%	73	4.6%	41	2.6%	62	3.9%	29	1.8%
R3	1,915	752	39.3%	653	34.1%	286	14.9%	95	5.0%	91	4.8%	38	2.0%	84	4.4%	26	1.4%
R4	2,169	773	35.6%	808	37.3%	346	16.0%	111	5.1%	99	4.6%	32	1.5%	73	3.4%	20	0.9%

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		割合	
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合		
H29	2,219	668 30.1%	871 39.3%	438 19.7%	242	110	132	10.9%	45.5%	54.5%	10.9%
					131 5.9%	37 28.2%	94 71.8%	5.9%			
H30	2,136	736 34.5%	854 40.0%	329 15.4%	217	83	134	10.2%	38.2%	61.8%	10.2%
					112 5.2%	28 25.0%	84 75.0%	5.2%			
R元	2,173	748 34.4%	834 38.4%	362 16.7%	229	83	146	10.5%	36.2%	63.8%	10.5%
					125 5.8%	32 25.6%	93 74.4%	5.8%			
R2	1,598	568 35.5%	558 34.9%	255 16.0%	217	82	135	13.6%	37.8%	62.2%	13.6%
					114 7.1%	30 26.3%	84 73.7%	7.1%			
R3	1,915	752 39.3%	653 34.1%	286 14.9%	224	78	146	11.7%	34.8%	65.2%	11.7%
					129 6.7%	31 24.0%	98 76.0%	6.7%			
R4	2,169	773 35.6%	808 37.3%	346 16.0%	242	96	146	11.2%	39.7%	60.3%	11.2%
					131 6.0%	38 29.0%	93 71.0%	6.0%			

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
治療中	H29	184	8.3%	1	0.5%	13	7.1%	38	20.7%	38	20.7%	66	35.9%	28	15.2%	66	35.9%
	H30	192	9.0%	0	0.0%	18	9.4%	40	20.8%	50	26.0%	68	35.4%	16	8.3%	41	21.4%
	R元	209	9.6%	5	2.4%	17	8.1%	41	19.6%	53	25.4%	70	33.5%	23	11.0%	54	25.8%
	R2	180	11.3%	3	1.7%	8	4.4%	34	18.9%	51	28.3%	52	28.9%	32	17.8%	49	27.2%
	R3	198	10.3%	1	0.5%	10	5.1%	41	20.7%	48	24.2%	70	35.4%	28	14.1%	62	31.3%
	R4	204	9.4%	1	0.5%	13	6.4%	44	21.6%	53	26.0%	75	36.8%	18	8.8%	51	25.0%
治療なし	H29	2,035	91.7%	667	32.8%	858	42.2%	400	19.7%	73	3.6%	25	1.2%	12	0.6%	20	1.0%
	H30	1,944	91.0%	736	37.9%	836	43.0%	289	14.9%	55	2.8%	24	1.2%	4	0.2%	8	0.4%
	R元	1,964	90.4%	743	37.8%	817	41.6%	321	16.3%	51	2.6%	23	1.2%	9	0.5%	17	0.9%
	R2	1,418	88.7%	565	39.8%	550	38.8%	221	15.6%	52	3.7%	21	1.5%	9	0.6%	13	0.9%
	R3	1,717	89.7%	751	43.7%	643	37.4%	245	14.3%	47	2.7%	21	1.2%	10	0.6%	22	1.3%
	R4	1,965	90.6%	772	39.3%	795	40.5%	302	15.4%	58	3.0%	24	1.2%	14	0.7%	22	1.1%

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、心電図検査全数実施を目指し健診受診勧奨を実施しており、心電図検査は約 9 割実施できています。

有所見者のうち ST 所見をみると、要精査・要医療と判定を受けた者のうち、60%が医療機関を受診しています。心房細動未治療者については、ほぼ全数が治療や精密検査につながっています。

ST 所見で要精査・要医療以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続的に行っています。

心電図受診者のうち、ST 所見の状況

【ST異常所見】	H30	R1	R2	R3	R4
心電図実施者	2,231	2,245	1,544	1,998	2,096
ST異常有所見者	124	114	72	73	81
要受診判定	13	13	7	8	10
未治療者 (保健指導対象者)	12	11	7	8	10
医療機関受診あり		6	5	4	6
医療機関受診なし		5	2	4	4

心電図受診者のうち、心房細動有所見者の状況

【心房細動】	H30	R1	R2	R3	R4
心電図実施者	2,231	2,245	1,544	1,998	2,096
心房細動有所見者	14	10	13	15	16
未治療者 (保健指導対象者)	3	2	2	5	4
医療機関受診あり		2	2	5	3
医療機関受診なし		0	0	0	1

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約 5%の横ばいで、約 6 割が未治療者です。血圧Ⅲ度においては、令和 4 年度は 16 人のうち 13 人が未治療でした。

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

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が令和 4 年度は 38%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

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	2,221	507	22.8%	530	23.9%	613	27.6%	448	20.2%	102	4.6%	21	0.9%
H30	2,141	464	21.7%	550	25.7%	626	29.2%	391	18.3%	93	4.3%	17	0.8%
R元	2,178	486	22.3%	514	23.6%	597	27.4%	459	21.1%	96	4.4%	26	1.2%
R2	1,599	280	17.5%	375	23.5%	484	30.3%	368	23.0%	76	4.8%	16	1.0%
R3	1,920	415	21.6%	454	23.6%	513	26.7%	436	22.7%	85	4.4%	17	0.9%
R4	2,171	481	22.2%	552	25.4%	577	26.6%	461	21.2%	84	3.9%	16	0.7%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	割合
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療		
H29	2,221	1,037 46.7%	613 27.6%	448 20.2%	123	79	44	5.5%	5.5%
					21 0.9%	17 81.0%	4 19.0%		
H30	2,141	1,014 47.4%	626 29.2%	391 18.3%	110	58	52	5.1%	5.1%
					17 0.8%	5 29.4%	12 70.6%		
R元	2,178	1,000 45.9%	597 27.4%	459 21.1%	122	72	50	5.6%	5.6%
					26 1.2%	15 57.7%	11 42.3%		
R2	1,599	655 41.0%	484 30.3%	368 23.0%	92	48	44	5.8%	5.8%
					16 1.0%	11 68.8%	5 31.3%		
R3	1,920	869 45.3%	513 26.7%	436 22.7%	102	65	37	5.3%	5.3%
					17 0.9%	11 64.7%	6 35.3%		
R4	2,171	1,033 47.6%	577 26.6%	461 21.2%	100	62	38	4.6%	4.6%
					16 0.7%	13 81.3%	3 18.8%		

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	793	35.7%	66	8.3%	198	25.0%	273	34.4%	212	26.7%	40	5.0%	4	0.5%
	H30	768	35.9%	66	8.6%	223	29.0%	259	33.7%	168	21.9%	40	5.2%	12	1.6%
	R元	791	36.3%	61	7.7%	224	28.3%	252	31.9%	204	25.8%	39	4.9%	11	1.4%
	R2	620	38.8%	48	7.7%	150	24.2%	210	33.9%	168	27.1%	39	6.3%	5	0.8%
	R3	673	35.1%	72	10.7%	150	22.3%	225	33.4%	189	28.1%	31	4.6%	6	0.9%
	R4	796	36.7%	83	10.4%	202	25.4%	254	31.9%	219	27.5%	35	4.4%	3	0.4%
治療なし	H29	1,428	64.3%	441	30.9%	332	23.2%	340	23.8%	236	16.5%	62	4.3%	17	1.2%
	H30	1,373	64.1%	398	29.0%	327	23.8%	367	26.7%	223	16.2%	53	3.9%	5	0.4%
	R元	1,387	63.7%	425	30.6%	290	20.9%	345	24.9%	255	18.4%	57	4.1%	15	1.1%
	R2	979	61.2%	232	23.7%	225	23.0%	274	28.0%	200	20.4%	37	3.8%	11	1.1%
	R3	1,247	64.9%	343	27.5%	304	24.4%	288	23.1%	247	19.8%	54	4.3%	11	0.9%
	R4	1,375	63.3%	398	28.9%	350	25.5%	323	23.5%	242	17.6%	49	3.6%	13	0.9%

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
リスク第1層 予後影響因子がない	627	323 51.5%	242 38.6%	49 7.8%	13 2.1%
	40 6.4%	C 27 8.4%	B 12 5.0%	B 1 2.0%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	358	C 187 57.1%	B 134 55.4%	A 28 57.1%	A 9 69.2%
	229 36.5%	B 109 33.7%	A 96 39.7%	A 20 40.8%	A 4 30.8%
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					

区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	157 25.0%
B 概ね1か月後に再評価	256 40.8%
C 概ね3か月後に再評価	214 34.1%

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

(2)ポピュレーションアプローチ ※

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

本町においては、生涯を通じた健康づくりとして、生活習慣病の発生予防・重症化予防を中心に町民一人ひとりが、健康づくりを実践できるよう環境整備に取り組んできました。「つばた健康づくり21」計画では、「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合の減少」「糖尿病発症・重症化予防」「高血圧の改善」の3つの重点項目を定め取り組んでいます。

ポピュレーションアプローチとして朝に野菜を採ることで血糖の上りをおさえる効果があることから「AYT(朝に野菜を食べよう)」の推進や年1回、「健康まつり」を開催し、健康づくり推進員が中心となり、健康づくりを普及してきました。また、地域での健康づくりを普及するため「健康づくり推進員」など人材育成にも努めてきました。

今後も引き続き、健康課題を明確にし、AYTの推進や健康まつり、健康づくり推進員の養成など健康づくりの普及に取り組んでいく必要があります。

※ポピュレーションアプローチ:集団全体に対して健康リスクを下げるための取り組み

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初年度 (H30)	R2	R4	目標		
			2018	2020	2022	2023		
特定健診等	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす。	特定健診受診率60%以上	46.6%	35.4%	45.2%	60.0%		
		特定保健指導実施率70%以上	72.2%	36.3%	63.8%	70.0%		
		特定保健指導対象者の減少率25%以上 [H20年度比(H20:11.9%)]	18.9%	9.6%	20.9%	9.0%		
データヘルス計画	中長期 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する。	脳血管疾患有病者割合の減少	4.8%	5.4%	5.2%	減少		
		虚血性心疾患有病者割合の減少	4.9%	5.6%	5.4%			
		糖尿病性腎症による新規透析導入者割合の減少	41.7%	50.0%	37.5%			
		脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	3.5%	3.1%	3.1%			
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	2.3%	2.4%	1.7%			
		慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合の減少	3.3%	4.4%	4.3%			
	データヘルス計画	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該当者及びコントロール不良者を減らす。	高血圧有病者割合の減少	22.8%	25.2%	26.9%	減少	
			糖尿病有病者割合の減少	15.5%	17.8%	17.9%		
			脂質異常症有病者割合の減少	19.7%	22.1%	22.6%		
			健診受診者 治療なし	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の減少	28.7%	33.3%		29.8%
				Ⅱ度高血圧以上該当者割合の減少(160/100以上)	4.3%	4.9%		4.5%
				LDL160以上該当者割合の減少	13.0%	11.9%		13.0%
HbA1c7.0以上該当者割合の減少				1.4%	2.1%	1.9%		
健診受診者 治療中			HbA1c8.0以上該当者割合の減少	0.2%	0.6%	0.7%		
			高血圧症コントロール不良者の割合の減少(160/100以上)	6.8%	7.1%	4.8%		
			脂質異常症コントロール不良者の割合の減少(LDL160以上)	3.2%	4.0%	1.9%		
			糖尿病コントロール不良者の割合の減少(HbA1c7.0以上)	43.7%	46.7%	45.8%		
短期			がんの早期発見、早期治療	糖尿病未治療者への保健指導を実施した割合の増加	70.5%	52.9%		34.7%
	糖尿病未治療者への保健指導後に医療機関を受診した者の割合の増加	13.9%		27.9%	16.1%			
	がん検診受診率	胃がん検診 30%以上	17.8%	10.7%	15.2%	30.0%		
		肺がん検診 40%以上	30.9%	19.6%	25.8%	40.0%		
		大腸がん検診 30%以上	23.4%	15.2%	19.5%	30.0%		
		子宮頸がん検診 30%以上	25.2%	19.3%	22.5%	30.0%		
乳がん検診 30%以上		28.5%	21.7%	26.1%	30.0%			
5つのがん検診の平均受診率32%以上	25.2%	17.3%	21.8%	32.0%				
保険者努力支援制度	歯周病の早期発見、早期治療	歯周病健診の受診率の増加	-	6.3%	8.7%	増加		
	高齢者の重症化予防により後期高齢者医療費の伸びを抑制する。	後期高齢者への保健事業実施者数の増加	-	延19人	延298人	増加		
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合の増加	72.7%	80.3%	76.4%	増加		

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期計画において、第1期と同様に、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症を重点に重症化予防を進めてきました。平成30年度と比較し、虚血性心疾患、脳血管疾患の総医療費に占める割合は減少が見られたものの、有病者割合は増加しています。また、慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合が多くなっています。

短期的な目標では、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症等を減らしていくことを掲げ、特定健診の受診勧奨や特定保健指導、糖尿病連携(河北地区糖尿病発症・重症化予防に関する保健・医療の連携体制及び石川糖尿病性腎症重症化予防プログラム)、健康教室(メタボリックの予防、糖尿病重症化予防、食事と運動の実践)等を行いました。特定健診受診率は令和2年度新型コロナウイルス感染症の影響により大幅に減少しましたが、徐々に回復傾向にあります。メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合を見てみると、徐々に増加しています。また、3項目(高血圧、糖尿病、脂質異常症)すべての危険因子が平成30年度と比較すると、有病者の割合はどの項目も増加しています。健診受診者のうち、HbA1c7.0以上、8.0以上該当者の治療なしの割合や治療中でも7.0以上でコントロール不良者の割合もそれぞれ増加しています。

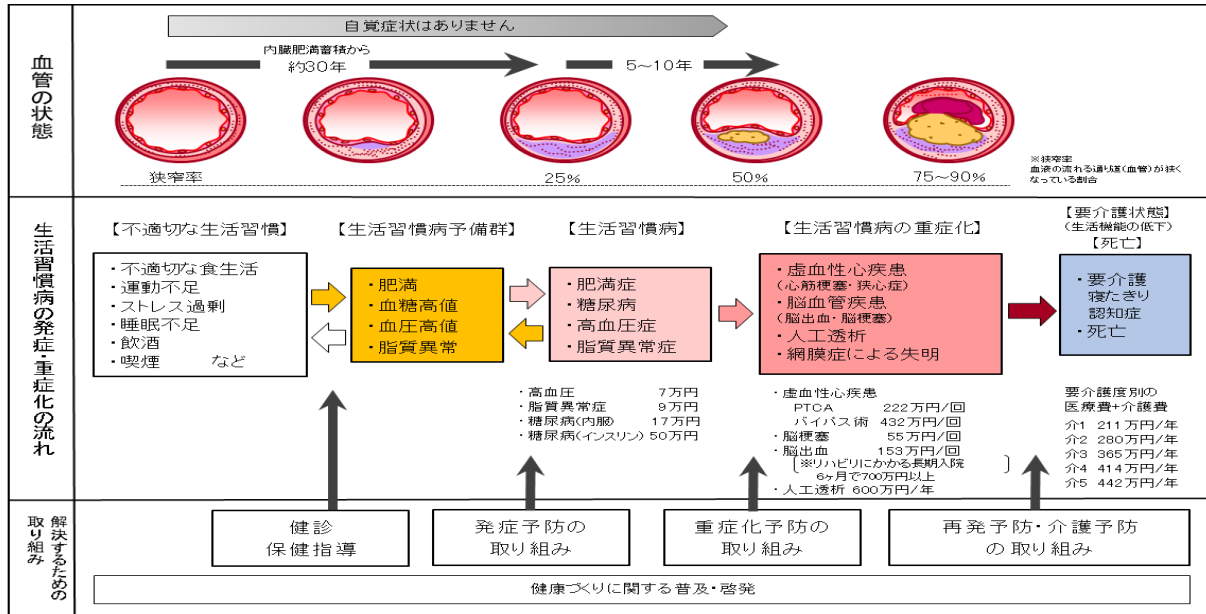
人工透析は、1件あたりの医療費が高額であり、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。重症化予防のためには、住民自ら体の状態を確認できる特定健診を受診することが大事であり、特定健診受診率向上が取り組むべき優先課題であると考えます。(図表29)

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

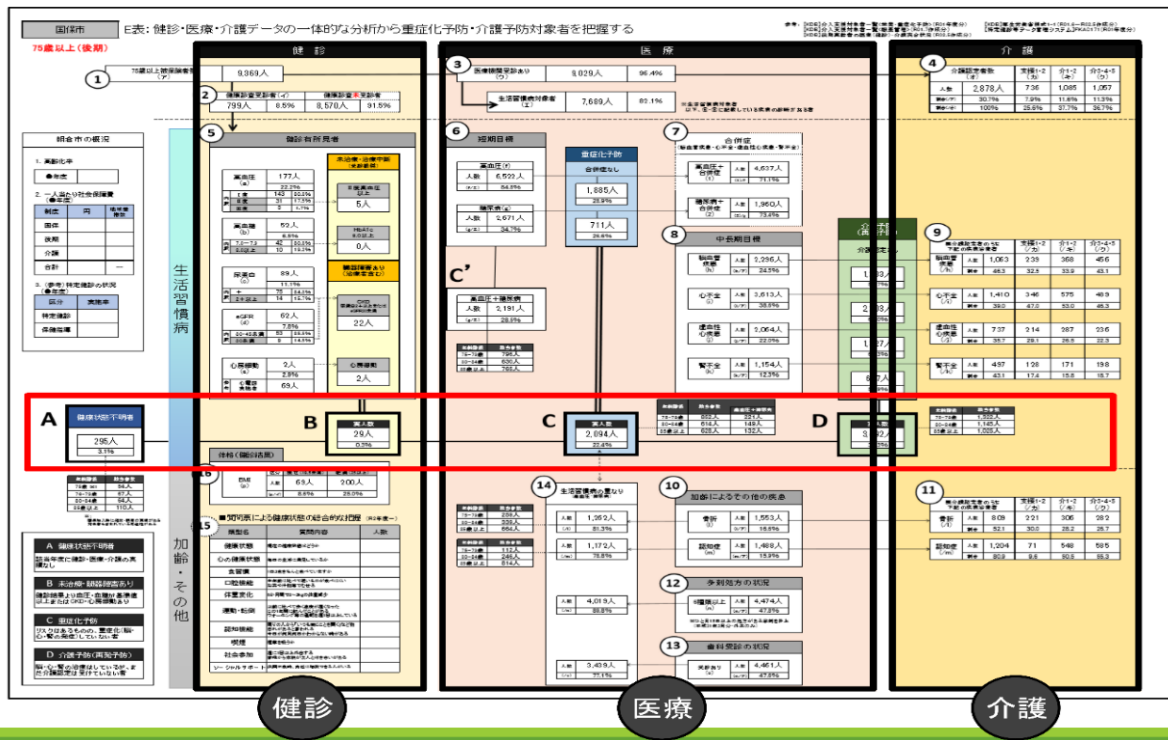
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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

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

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

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
被保険者数		6,442人	6,259人	6,285人	6,281人	6,032人	4,936人
総件数及び 総費用額	件数	58,784件	56,646件	52,784件	54,924件	55,441件	70,498件
	費用額	24億1319万円	24億2480万円	23億4249万円	24億7958万円	25億1353万円	44億1614万円
一人あたり医療費		37.5万円	38.7万円	37.3万円	39.5万円	41.7万円	89.5万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳 梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗 塞	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
① 国保	津幡町	25億1353万円	33,874	4.26%	0.28%	2.80%	1.53%	5.06%	2.29%	1.61%	4億4825万円	17.8%	19.6%	7.26%	9.74%
	同規模	—	29,136	4.24%	0.31%	2.01%	1.52%	5.81%	3.22%	2.20%	—	19.3%	16.9%	7.71%	8.78%
	県	—	32,632	3.88%	0.24%	2.07%	1.70%	5.29%	2.73%	1.95%	—	17.9%	18.0%	9.02%	8.47%
② 後期	津幡町	44億1614万円	76,685	4.84%	0.43%	6.61%	1.58%	4.56%	2.04%	0.93%	9億2679万円	21.0%	11.1%	4.72%	12.1%
	同規模	—	69,832	4.97%	0.47%	3.89%	1.64%	4.23%	2.97%	1.41%	—	19.6%	11.1%	3.50%	12.4%
	県	—	73,719	4.06%	0.50%	4.28%	1.88%	4.18%	2.43%	1.21%	—	18.5%	11.9%	4.25%	11.5%
国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%	

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	254人	274人	252人	269人	262人	533人
	件数	B	444件	499件	506件	519件	542件	927件
		B/総件数	0.76%	0.88%	0.96%	0.94%	0.98%	1.31%
	費用額	C	5億7050万円	6億8456万円	6億8089万円	6億9808万円	6億8899万円	11億4009万円
		C/総費用	23.6%	28.2%	29.1%	28.2%	27.4%	25.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度								
脳血管疾患	人数	D	18人	11人	10人	25人	18人	34人							
		D/A	7.1%	4.0%	4.0%	9.3%	6.9%	6.4%							
	件数	E	49件	20件	28件	43件	31件	58件							
		E/B	11.0%	4.0%	5.5%	8.3%	5.7%	6.3%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	4	8.2%	1	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	6.5%	70-74歳	1	1.7%
		50代	1	2.0%	0	0.0%	12	42.9%	10	23.3%	5	16.1%	75-80歳	10	17.2%
		60代	17	34.7%	4	20.0%	5	17.9%	14	32.6%	12	38.7%	80代	27	46.6%
		70-74歳	27	55.1%	15	75.0%	11	39.3%	19	44.2%	12	38.7%	90歳以上	20	34.5%
	費用額	F	5547万円	2466万円	3374万円	5005万円	3505万円	6159万円							
		F/C	9.7%	3.6%	5.0%	7.2%	5.1%	5.4%							

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度								
虚血性心疾患	人数	G	19人	22人	16人	18人	12人	20人							
		G/A	7.5%	8.0%	6.3%	6.7%	4.6%	3.8%							
	件数	H	23件	25件	19件	18件	16件	23件							
		H/B	5.2%	5.0%	3.8%	3.5%	3.0%	2.5%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	5	21.7%	1	4.0%	1	5.3%	3	16.7%	2	12.5%	70-74歳	1	4.3%
		50代	2	8.7%	4	16.0%	3	15.8%	1	5.6%	2	12.5%	75-80歳	9	39.1%
		60代	6	26.1%	7	28.0%	6	31.6%	8	44.4%	7	43.8%	80代	9	39.1%
		70-74歳	10	43.5%	13	52.0%	9	47.4%	6	33.3%	5	31.3%	90歳以上	4	17.4%
	費用額	I	3636万円	4325万円	3169万円	3010万円	2408万円	3634万円							
		I/C	6.4%	6.3%	4.7%	4.3%	3.5%	3.2%							

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
		被保険者数			特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	28.6	1,738	2,871	4,387	31.1	47.9	28.7	8.9	6.2	6.0	24.4	27.3	26.1
R4	27.3	1,807	3,232	4,888	30.1	45.8	25.9	10.7	7.4	7.4	25.9	31.3	24.1

図表 39 健診有所見状況

E表	年度	⑤																												
		Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動										
		40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-								
		人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()		
H30	22	4.1	(10)	72	5.2	(24)	66	5.2	(18)	14	2.6	(2)	80	5.8	(7)	20	1.6	(1)	8	1.5	23	1.7	33	2.6	0	--	10	0.7	17	1.4
R4	22	4.0	(15)	70	4.7	(26)	78	6.2	(18)	24	4.4	(3)	98	6.6	(12)	14	1.1	(0)	3	0.6	34	2.3	37	2.9	0	--	1	0.1	31	2.5

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	年度	③ 医療機関受診						⑥ 生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)									⑦ 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								
		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)			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	82.3	92.2	96.4	31.6	64.2	82.4	65.3	78.3	81.6	54.9	53.7	48.8	30.4	38.7	39.2	46.5	53.3	72.7	53.3	64.4	79.7													
R4	81.1	90.7	96.2	32.4	62.7	82.7	64.4	80.4	83.4	54.7	55.3	52.6	29.1	40.6	42.7	49.3	50.7	70.7	54.7	64.3	79.0													

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	年度	⑧ 中長期目標の疾患(被保険者割)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
		脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30	3.9	12.1	28.1	5.6	12.9	24.2	8.5	19.6	36.6	4.8	10.7	15.4	13.2	15.5	41.9	6.1	3.5	34.2	4.7	5.9	37.3	3.6	7.5	38.8	
R4	4.2	11.2	25.1	4.8	11.0	21.3	9.2	18.9	38.7	5.3	10.9	16.2	16.0	13.8	42.4	8.1	3.9	32.1	5.4	8.2	40.0	8.4	6.8	38.5	

図表 42 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保数割)				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	58.5	78.7	64.4	78.3	4.3	12.7	1.6	16.2	13.0	51.6	51.1	80.1
R4	65.6	82.3	75.0	83.6	4.9	14.8	1.5	15.0	8.9	48.4	66.7	83.6

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は、令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和 3 年度以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり 80 万円を超え、国保の 2 倍も高い状況です。(図表 32)

本町は、これまで糖尿病に重点を置いて保健事業に取り組んできたため、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、国保においては、同規模、県、国に比べると低いものの、腎不全の医療費に占める割合は県よりも高く、同規模や国と同じ状況です。(図表 33)

高額レセプトについては、国保においては毎年約 500 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 2 倍に増えています。(図表 34)

高額における疾病を経年でみると、費用額割合が虚血性心疾患より脳血管疾患の方が高く、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で平成 30 年度が一番多く 49 件で 5,500 万円以上の費用がかかり、年度により増減はあるものの、令和 4 年度は 31 件と件数が減り、費用額も約 3,500 万円と減っています。しかし、後期高齢者においては、58 件発生し、約 6,000 万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 35、36)

健診・医療・介護データ(図表 37)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被保険者数は、40～64 歳では 69 名、65 歳～74 歳では 361 名増加していますが、75 歳以上では 501 名増え、75 歳以上の後期高齢者が増えています。⑮体格をみると、65～74 歳で、BMI25 以上の率が 4 ポイントも高くなってきています。(図表 38)

⑤健診有所見状況をみると、高血圧は 75 歳以上、糖尿病は、40～74 歳で各対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。(図表 39)

⑦短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況をみると、高血圧及び糖尿病においては、40～64 歳で割合が増加しています。(図表 40)

⑧中長期目標の疾患をみると、脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、各年代において腎不全の割合が増加しており、40～64 歳で脳血管疾患、心不全、75 歳以上で心不全の割合が高くなっています。(図表 41)

骨折・認知症の状況では、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、⑭生活習慣病との重なり(高血圧・糖尿病)では、65～74 歳の前期高齢者が認知症を有する割合は約 10 ポイント高く、⑪加齢による疾患のうち要介護認定者の原因は認知症の割合が約 15 ポイント高くなっており、早期に生活改善や受診につなげ、医療費の適正化を図るために健診・医療・介護データを一体的に分析し、年代ごとに実態を把握することも重要であることが分かります。(図表 42)

(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。

具体的な取り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 43)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

② 中長期的な目標の設定

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

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

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

③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをすると

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

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

(2) 管理目標の設定

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

図表 43 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		目標	データの把握方法 (活用データ)	
			初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R11 (R10)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	3.1%		3.0%	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	1.7%		1.5%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.3%		4.0%	
			新規透析導入者に対する糖尿病性腎症者の割合の減少	37.5%		36.0%	福祉課
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少率	29.8%		30.5%	法定報告値
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	4.6%		4.5%	ヘルスサポートラポツール
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	9.5%		8.5%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	11.2%		10.8%	
			健診受診者HbA1c7.0%以上のうち未治療者の割合の減少	39.7%		39.0%	
			健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少 ★	1.5%		1.0%	健康推進課
			健診受診者の心電図所見で心房細動があるが未治療者の割合の減少	18.8%		15.0%	
			心房細動未治療者のうち保健指導後医療機関を受診した人の割合の増加	75.0%		78.0%	
	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 ★	45.2%		60.0%	法定報告値
			特定保健指導実施率75%以上 ★	63.8%		75.0%	
			特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 ★	20.9%		21.5%	
		後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合の増加	76.4%		78.0%	厚生労働省

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第 1 期及び第 2 期は 5 年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第 3 期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	50%	52%	54%	56%	58%	60%以上
特定保健指導実施率	70%	71%	72%	73%	74%	75%以上

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	4,879人	4,458人	4,080人	3,783人	3,532人	3,249人
	受診者数	2,439人	2,318人	2,203人	2,118人	2,048人	1,949人
特定保健指導	対象者数	240人	230人	220人	210人	200人	190人
	受診者数	168人	163人	158人	153人	148人	142人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。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。

- ① 集団健診(津幡町福祉センター他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

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

図表 46 特定健診検査項目

健診項目		津幡町	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	○	○
	総コレステロール	○	○
	(non-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	□

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

(4) 実施時期

特定健康診査の実施時期は、一定の受診期間を指定して実施します。

(5) 医療機関との適切な連携

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

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

(6) 代行機関

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

(7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47 特定健診実施スケジュール

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

5. 特定保健指導の実施

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

○第4期(2024年以降)における変更点

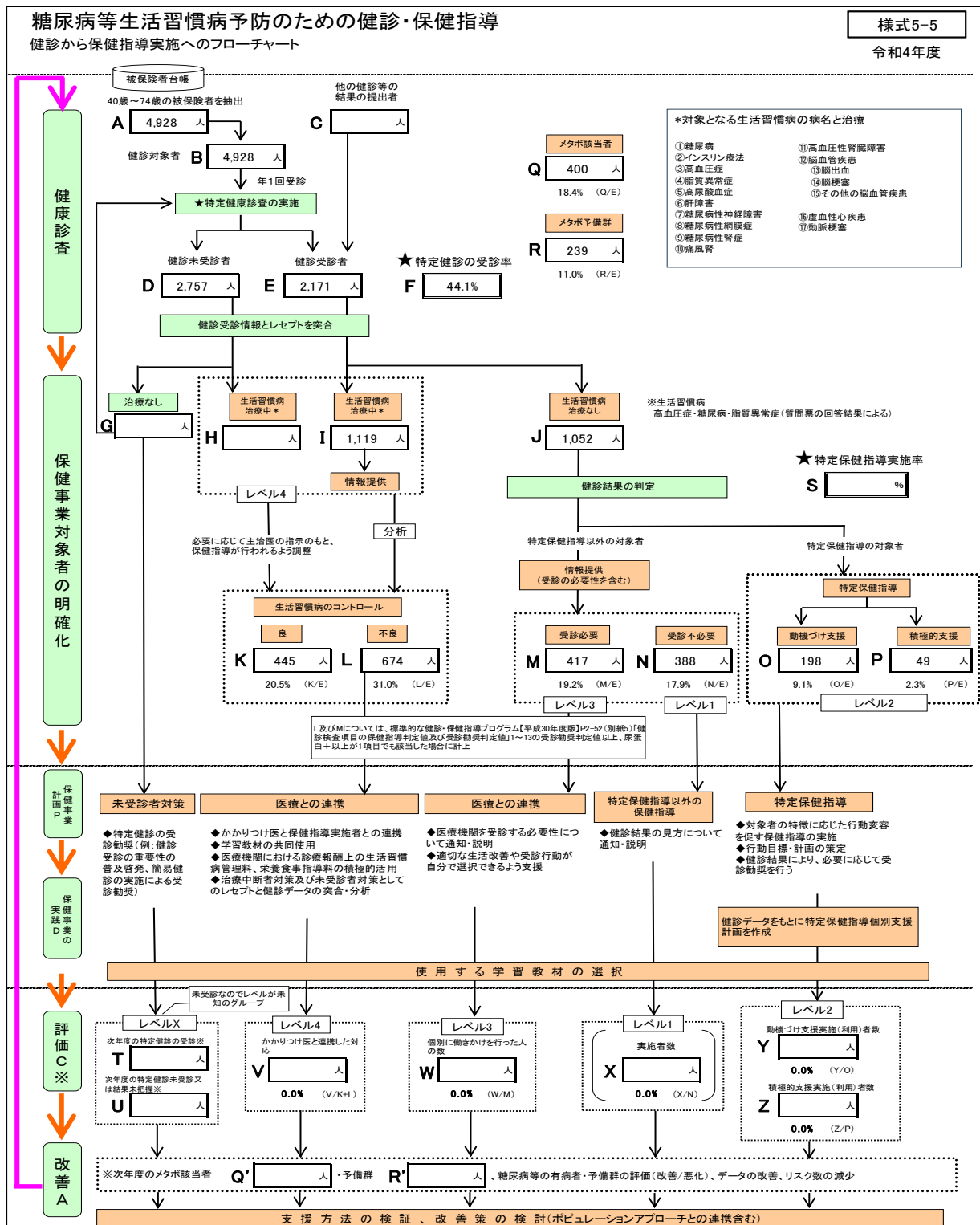
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	247人 (11.4%)	75%
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	417人 (19.2%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	<ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨) 	2,757人	28.5%
4	L	生活習慣病の コントロール(不良)	<ul style="list-style-type: none"> ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の使用 ◆レセプトと健診データの突合・分析 	674人 (31.0%)	80%

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。(図表 50)

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他	
4月	<ul style="list-style-type: none"> ◎健診対象者の抽出 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼 		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報	
5月	◎受診券の送付			
6月	◎特定健康診査の開始	◎対象者の抽出	◎後期高齢者健診、基本健診、がん検診開始	
7月	↓	◎保健指導の開始	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始	
8月				
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了	
10月			◎利用券の登録	
11月		◎健診の終了		
12月				
1月				
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法律および本町個人情報保護法施行条例を踏まえた対応を行います。

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組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、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知していきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、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。

II. 重症化予防の取組

本町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、765人(35.2%)です。そのうち治療なしが246人(23.6%)を占め、さらに臓器障害があり直ちに取組むべき対象者が97人です。

また、本町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、246人中118人であり、特定保健指導の徹底もあわせて行うことも重症化予防につながるため効率的に行います。

図表 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-										令和4年度														
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)														
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		■各疾患の治療状況													
↓ 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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心原性 脳塞栓症 (27.7%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">※脳卒中 データは 2015年分</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">※非心原性脳梗塞</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">安静 狭心症</div> </div>									<table border="1" style="font-size: x-small;"> <tr><td>治療中</td><td>治療なし</td></tr> <tr><td>高血圧</td><td>796 1,375</td></tr> <tr><td>脂質異常症</td><td>672 1,497</td></tr> <tr><td>糖尿病</td><td>204 1,965</td></tr> <tr><td>3疾患 いずれか</td><td>1,119 1,052</td></tr> </table> <p style="font-size: x-small;">※開結果による</p>		治療中	治療なし	高血圧	796 1,375	脂質異常症	672 1,497	糖尿病	204 1,965	3疾患 いずれか	1,119 1,052
治療中	治療なし																							
高血圧	796 1,375																							
脂質異常症	672 1,497																							
糖尿病	204 1,965																							
3疾患 いずれか	1,119 1,052																							
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)		重症化予防対象者 (実人数)															
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)																	
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者																	
該当者数	100 4.6%	16 0.7%	63 2.9%	58 2.7%	400 18.4%	189 8.7%	198 9.1%		765 35.2%															
治療なし	62 4.5%	4 0.4%	58 3.9%	45 3.0%	71 6.7%	96 4.9%	63 6.0%		246 23.4%															
(再掲) 特定保健指導	23 23.0%	1 6.3%	18 28.6%	20 34.5%	71 17.8%	22 11.6%	19 9.6%		118 15.4%															
治療中	38 4.8%	12 1.1%	5 0.7%	13 1.9%	329 29.4%	93 45.6%	135 12.1%		519 46.4%															
臓器障害 あり	18 29.0%	4 100.0%	9 15.5%	16 35.6%	21 29.6%	28 29.2%	63 100.0%		97 39.4%															
CKD(専門医対象者)	7	0	3	7	7	13	63		63															
心電図所見あり	13	4	7	11	16	18	13		47															
臓器障害 なし	44 71.0%	--	49 84.5%	29 64.4%	50 70.4%	68 70.8%	--		--															

出典:ヘルスサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

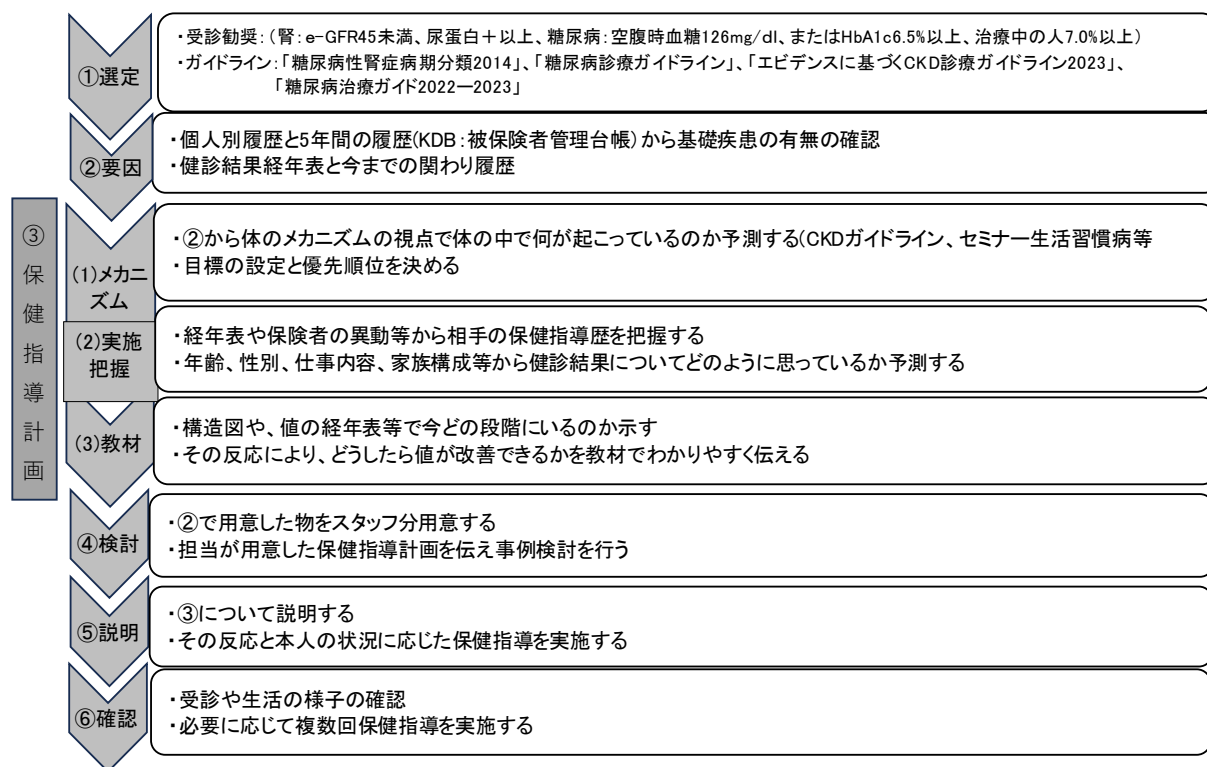
1) 基本的な考え方

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)及び石川県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組みにあたっては図表52に沿って実施します。

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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、石川県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取組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 53 糖尿病性腎症病期分類

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

② 基準に基づく該当者数の把握

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

本町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、105 人(33.9%・F)でした。

また、40~74 歳における糖尿病治療者 1,516 人のうち、特定健診受診者が 205 人(66.1%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者 1,275 人(86.1%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表 54 より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)・・・105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)・・・110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

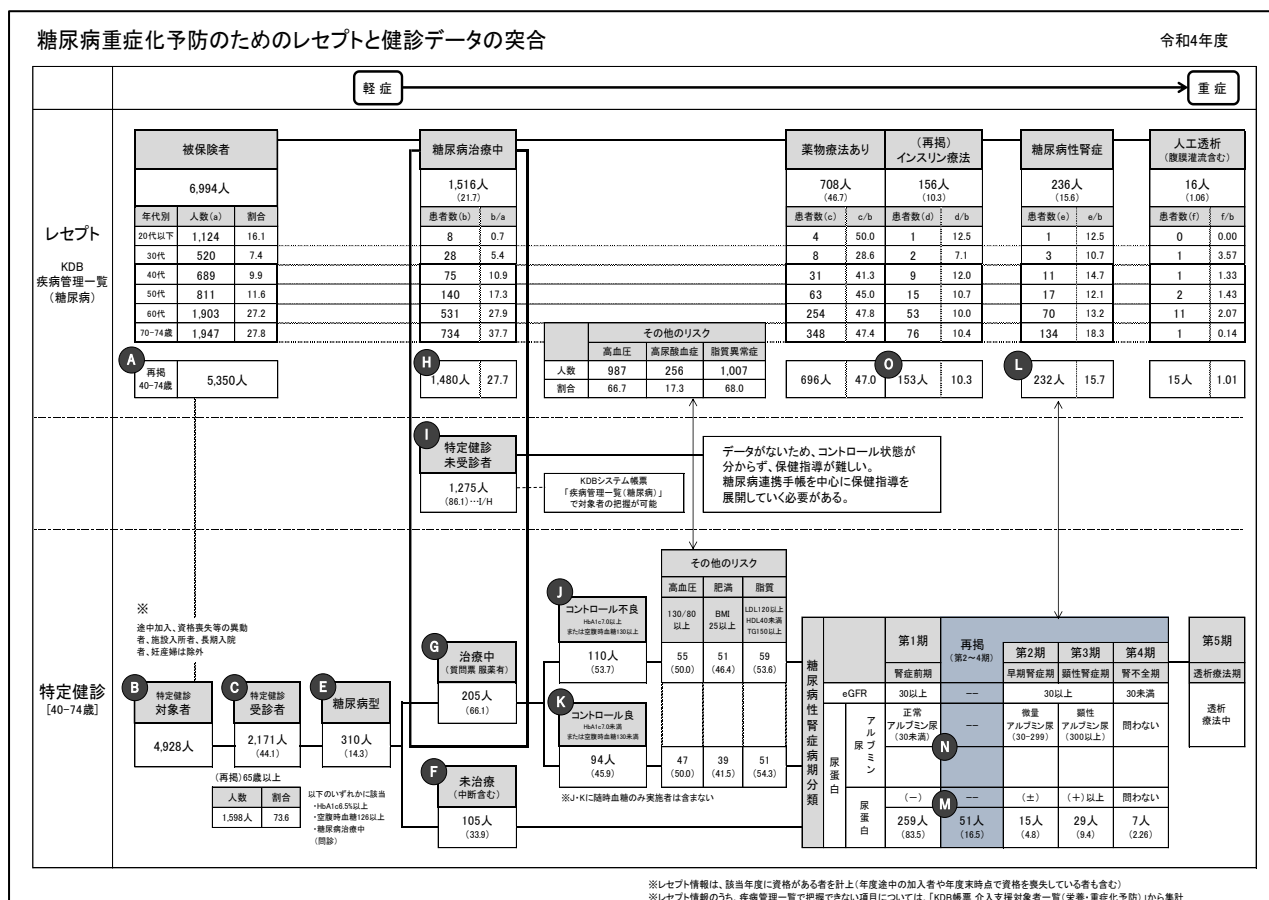
【保健指導】

- ・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、電話等に対応

- ・医療機関と連携した保健指導

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典:ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

図表 55 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

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

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、事前に河北郡市医師会代表も含めた「河北地区糖尿病発症・重症化予防ネットワーク協議会」で協議した連絡票等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は、上記連絡票や糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」及び「河北地区糖尿病発症・重症化予防に関する保健・医療の連携体制」に準じて行っています。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行うものとします。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、糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。(図表 56)

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 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	津幡町										同規模保険者(平均)			
		H30年度		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	6,574人		6,445人		6,373人		6,338人		6,312人					
	② (再掲)40-74歳	5,185人		5,082人		5,039人		5,113人		5,077人					
2	① 特定健診 対象者数	4,598人		4,492人		4,520人		4,510人		4,928人					
	② 受診者数	2,227人		2,243人		1,668人		2,002人		2,061人					
	③ 受診率	48.4%		49.9%		36.9%		44.4%		41.8%					
3	① 特定保健指導 対象者数	232人		263人		149人		232人		221人					
	② 実施率	76.7%		71.9%		48.3%		79.7%		63.8%					
4	健診データ	① 糖尿病型	E	297人	13.3%	306人	13.6%	279人	16.7%	301人	15.0%	301人	14.6%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	96人	32.3%	94人	30.7%	92人	33.0%	97人	32.2%	101人	33.6%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	201人	67.7%	212人	69.3%	187人	67.0%	204人	67.8%	200人	66.4%		
		④ コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130以上	J	101人	50.2%	112人	52.8%	105人	56.1%	117人	57.4%	105人	52.5%		
		⑤ 血圧 130/80以上		56人	55.4%	67人	59.8%	67人	63.8%	72人	61.5%	50人	47.6%		
		⑥ 肥満 BMI25以上	K	42人	41.6%	57人	50.9%	46人	43.8%	63人	53.8%	49人	46.7%		
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0%未満かつ空腹時血糖130未満		100人	49.8%	100人	47.2%	82人	43.9%	87人	42.6%	95人	47.5%		
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	235人	79.1%	242人	79.1%	217人	77.8%	238人	79.1%	249人	82.7%		
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		19人	6.4%	15人	4.9%	26人	9.3%	25人	8.3%	15人	5.0%		
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		25人	8.4%	36人	11.8%	33人	11.8%	34人	11.3%	29人	9.6%		
		⑪ 第4期 eGFR30未満		5人	1.7%	6人	2.0%	1人	0.4%	3人	1.0%	8人	2.7%		
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		154.7人		144.9人		143.4人		148.6人		147.7人			
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		192.3人		180.6人		178.0人		180.7人		179.0人			
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対			4,007件	(810.1)	4,068件	(809.6)	4,155件	(823.1)	4,106件	(853.6)	630,975件	(921.9)	
		④ 入院外(件数)			21件	(4.2)	29件	(5.8)	23件	(4.6)	16件	(3.3)	2,654件	(3.9)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	1,017人	15.5%	934人	14.5%	914人	14.3%	942人	14.9%	932人	14.8%		
		⑥ (再掲)40-74歳		997人	19.2%	918人	18.1%	897人	17.8%	924人	18.1%	909人	17.9%		
		⑦ 健診未受診者	I	796人	79.8%	717人	78.1%	710人	79.2%	720人	77.9%	709人	78.0%		
		⑧ インスリン治療	O	63人	6.2%	67人	7.2%	67人	7.3%	74人	7.9%	80人	8.6%		
		⑨ (再掲)40-74歳		63人	6.3%	66人	7.2%	64人	7.1%	72人	7.8%	77人	8.5%		
		⑩ 糖尿病性腎症	L	116人	11.4%	113人	12.1%	104人	11.4%	111人	11.8%	116人	12.4%		
		⑪ (再掲)40-74歳		116人	11.6%	111人	12.1%	102人	11.4%	109人	11.8%	112人	12.3%		
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		13人	1.3%	12人	1.3%	9人	1.0%	13人	1.4%	13人	1.4%		
		⑬ (再掲)40-74歳		13人	1.3%	12人	1.3%	8人	0.9%	13人	1.4%	12人	1.3%		
		⑭ 新規透析患者数		12人	1.20%	10人	1.10%	13人	1.40%	6人	0.60%	9人	1.00%		
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		5人	0.5%	2人	0.2%	6人	0.7%	3人	0.3%	3人	0.3%		
		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)		25人	1.9%	24人	1.8%	25人	1.9%	26人	1.9%	29人	2.0%		
6	医療費	① 総医療費		24億1319万円		24億2480万円		23億4249万円		24億7958万円		25億1353万円		21億6943万円	
		② 生活習慣病総医療費		13億0925万円		13億0929万円		13億4596万円		13億9594万円		13億7657万円		11億4738万円	
		③ (総医療費に占める割合)		54.3%		54.0%		57.5%		56.3%		54.8%		52.9%	
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		9,593円		9,236円		7,268円		8,427円		9,970円		7,199円	
		⑤ 健診未受診者		36,067円		38,402円		43,478円		45,539円		45,704円		37,856円	
		⑥ 糖尿病医療費		1億3376万円		1億2626万円		1億3557万円		1億3140万円		1億2727万円		1億2598万円	
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.2%		9.6%		10.1%		9.4%		9.2%		11.0%	
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		4億3254万円		4億3699万円		4億6497万円		5億1056万円		5億2500万円			
		⑨ 1件あたり		35,332円		36,246円		38,341円		41,009円		44,658円			
		⑩ 糖尿病入院総医療費		3億7766万円		3億2617万円		3億0566万円		3億4271万円		3億1738万円			
		⑪ 1件あたり		615,080円		621,278円		650,343円		664,162円		602,238円			
		⑫ 在院日数		18日		17日		18日		18日		18日			
		⑬ 慢性腎不全医療費		8601万円		9784万円		1億0969万円		9864万円		1億1408万円		9872万円	
		⑭ 透析有り		8009万円		9337万円		1億0274万円		9222万円		1億0717万円		9197万円	
		⑮ 透析なし		591万円		447万円		696万円		643万円		691万円		675万円	
7	介護	① 介護給付費		22億5772万円		22億7865万円		22億9179万円		24億0918万円		24億3589万円		21億9980万円	
		② (2号認定者)糖尿病合併症		0件	0.0%	1件	5.6%	3件	15.0%	5件	22.7%	6件	28.6%		
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		4人	1.3%	4人	1.3%	2人	0.6%	6人	1.9%	6人	1.7%	926人	1.1%

出典:ヘルスサポートラボツール

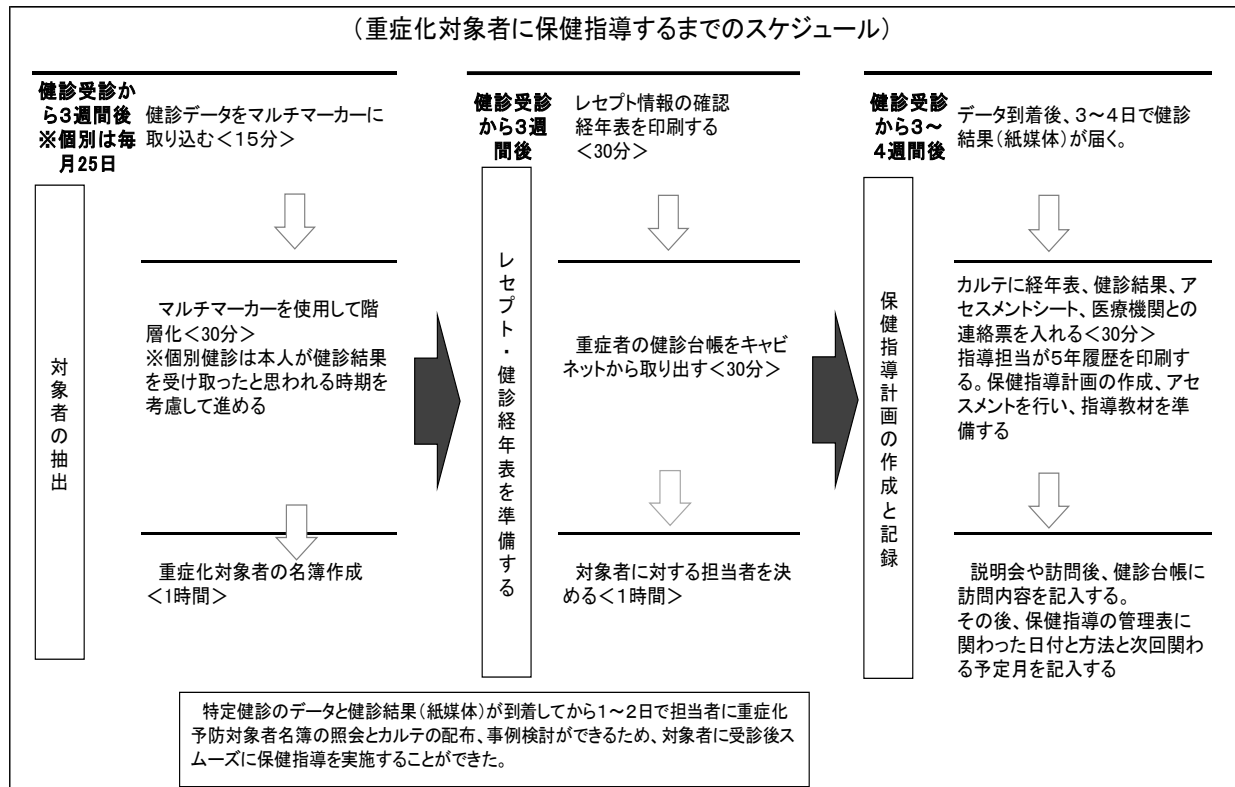
7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

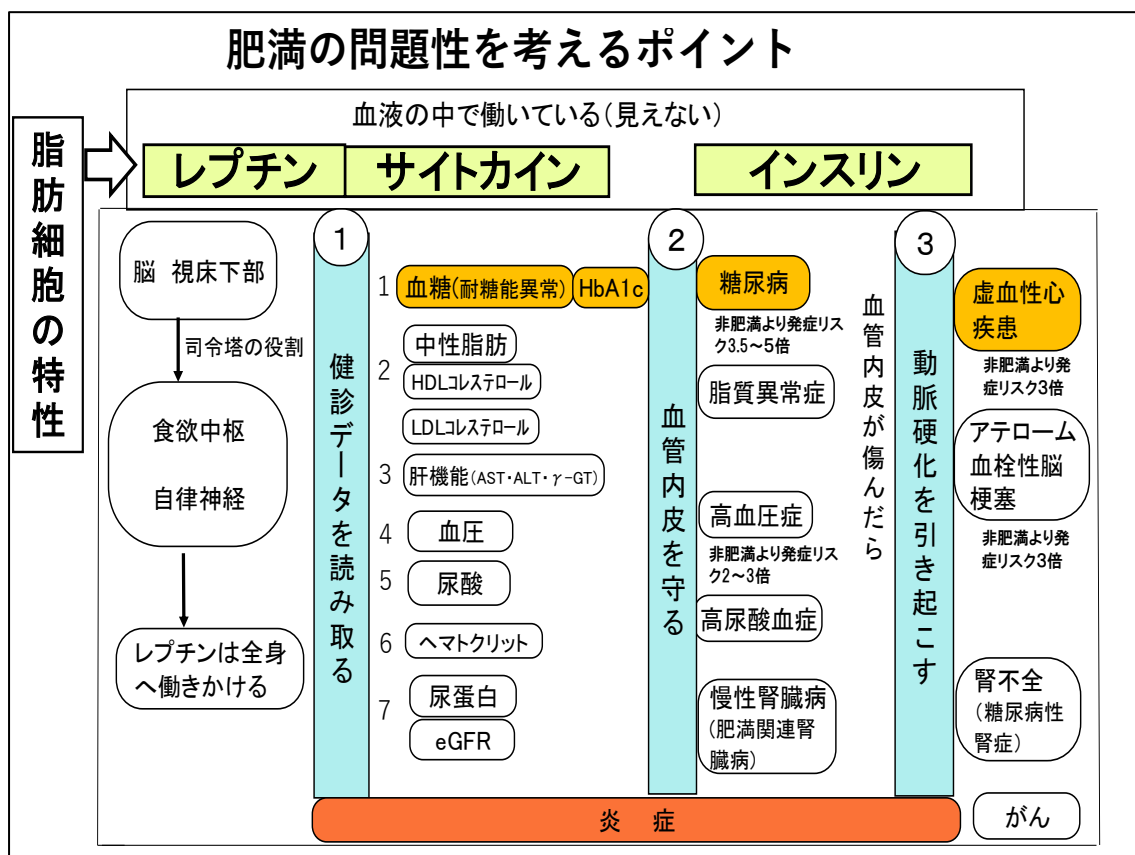
1) 基本的な考え方

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

「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第 1 の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。また、メタボリックシンドロームは 2 型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している 2 型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より)

なお、取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲) 肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	573	1,598	148	485	122	423	20	57	4	4	2	1	
				25.8%	30.4%	21.3%	26.5%	3.5%	3.6%	0.7%	0.3%	0.3%	0.1%
再掲	男性	252	659	84	239	73	217	7	22	3	0	1	0
				33.3%	36.3%	29.0%	32.9%	2.8%	3.3%	1.2%	0.0%	0.4%	0.0%
再掲	女性	321	939	64	246	49	206	13	35	1	4	1	1
				19.9%	26.2%	15.3%	21.9%	4.0%	3.7%	0.3%	0.4%	0.3%	0.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位をつけます。

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

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます。

図表 60 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？ 一番問題である高血圧と糖尿病をグラフに表してみました



②保健指導を実施した時の住民の声(意識)から「日常生活」で困っていることを教えてもらいました。

図表 61 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

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

生活	肥満度別		Ⅲ度 35~39.9	Ⅳ度 40~	
	Ⅰ度 25~29.9	Ⅱ度 30~34.9			
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているからか腸の産物もおこるよ	・逆流性食道炎になった。
排泄	排便			・便秘になって大変	・便器に座ると便座が割れる
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる	・尿意を感じて夜中に3回起きる	・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする	・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩くと足がしびれる	・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い
	日常動作		・目めず、足の爪を切ることができない ・朝起きると体重で手がしびれて色が変まっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かさじつらい		・お腹が邪魔で前に目めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸	・2~3年前から胸の重さを感じる ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動悸あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグツと	・動悸がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動悸が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・痒いで体毛が生えなくなる	・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している

「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満Ⅲ度・Ⅳ度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種が連携してフォローアップを行う必要があります。そのことは、「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。(図表 61)

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

③心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例

心・脳血管疾患を発症した事例から課題を整理する

事例 No.	性別	発症年齢	KDBから把握								介護	特定健診	転帰	
			レセプト											
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患							
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症				
1	男	60代		●	●			●		●			メタボ	
2	男	60代	●		●			●		●	●		メタボ	死亡
3	男	50代	●					●	●	●		要介護2	メタボ	
4	男	50代		●		●		●	●	●	●		メタボ	
5	男	40代		●		●		●	●	●	●		メタボ	

3) 対象者の明確化

図表 63 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A	911	81	94	322	414	1,260	69	132	455	604	
メタボ該当者	B	272	7	21	105	139	128	2	8	51	67	
	B/A	29.9%	8.6%	22.3%	32.6%	33.6%	10.2%	2.9%	6.1%	11.2%	11.1%	
再掲	① 3項目全て	C	102	2	8	39	53	44	1	1	16	26
		C/B	37.5%	28.6%	38.1%	37.1%	38.1%	34.4%	50.0%	12.5%	31.4%	38.8%
	② 血糖＋血圧	D	31	0	3	11	17	9	0	0	3	6
		D/B	11.4%	0.0%	14.3%	10.5%	12.2%	7.0%	0.0%	0.0%	5.9%	9.0%
	③ 血圧＋脂質	E	122	4	8	47	63	65	0	7	26	32
		E/B	44.9%	57.1%	38.1%	44.8%	45.3%	50.8%	0.0%	87.5%	51.0%	47.8%
	④ 血糖＋脂質	F	17	1	2	8	6	10	1	0	6	3
		F/B	6.3%	14.3%	9.5%	7.6%	4.3%	7.8%	50.0%	0.0%	11.8%	4.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 64 メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし	
総数	911	272	29.9%	212	77.9%	60	22.1%	1,260	128	10.2%	117	91.4%	11	8.6%
40代	81	7	8.6%	3	42.9%	4	57.1%	69	2	2.9%	1	50.0%	1	50.0%
50代	94	21	22.3%	12	57.1%	9	42.9%	132	8	6.1%	7	87.5%	1	12.5%
60代	322	105	32.6%	79	75.2%	26	24.8%	455	51	11.2%	45	88.2%	6	11.8%
70～74歳	414	139	33.6%	118	84.9%	21	15.1%	604	67	11.1%	64	95.5%	3	4.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、男性は、年代が上がるにつれ該当者も増加しており、60代以上で総数の約9割を占めています。男女ともに、③血圧＋脂質異常者が多くなっています。(図表 63)

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、各年代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 64)

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

(1)対象者の選定基準の考え方

- ①メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ②治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ③特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理は保健指導対象者名簿を作成し管理します。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 65 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

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

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

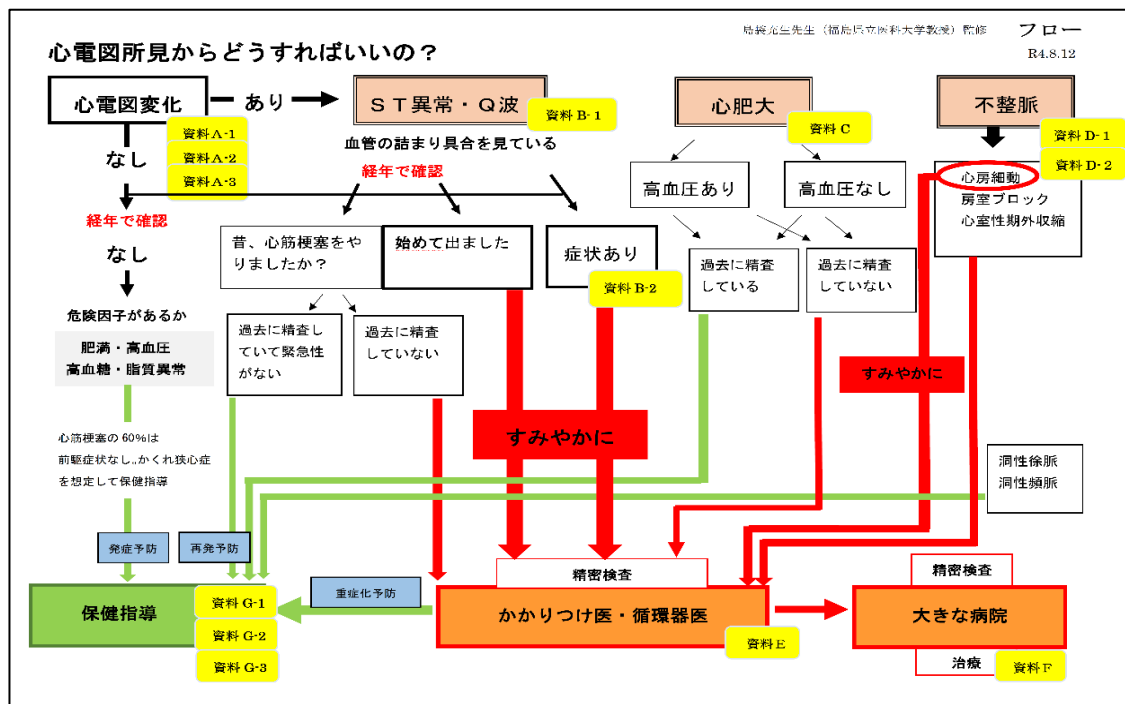
虚血性心疾患重症化予防の取組みにあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

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 66 に基づいて考えます。

図表 66 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

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

本町においては、心電図検査を 2,142 人(98.7%)に実施し、そのうち有所見者が 412 人(19.2%)でした。所見の中でも ST-T 変化が 76 人(18.4%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 67)

また、有所見者のうち要精査が 24 人(5.8%)で、その後の受診状況をみると 11 人(45.8%)は未受診でした。(図表 68)

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

図表 67 心電図検査結果

性別・年齢	心電図検査				所見内訳																
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
内訳	40～74歳	2,142	98.7	412	19.2%	11	2.7%	76	18.4%	0	0.0%	53	12.9%	6	1.5%	54	13.1%	16	3.9%	59	14.3%
	男性	895	98.2	216	24.1%	8	3.7%	29	13.4%	0	0.0%	27	12.5%	6	2.8%	43	19.9%	12	5.6%	30	13.9%
	女性	1,247	99.0	196	15.7%	3	1.5%	47	24.0%	0	0.0%	26	13.3%	0	0.0%	11	5.6%	4	2.0%	29	14.8%

津幡町調べ

図表 68 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	412		24	5.8%	13	54.2%	11	45.8%
男性	216	52.4%	16	7.4%	9	56.3%	7	43.8%
女性	196	47.6%	8	4.1%	4	50.0%	4	50.0%

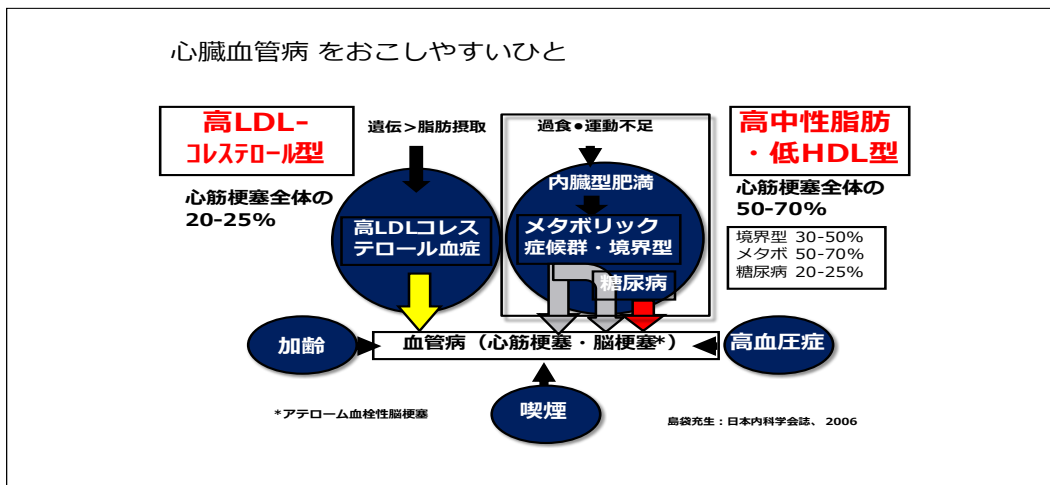
津幡町調べ

②心電図以外からの把握

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

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

図表 69 心臓血管病をおこしやすいひと



図表 69 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、第4章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 63、64)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 70)

図表 70 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定			令和4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)			健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別						
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			909	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳		
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)	104	55	34	11	4	5	10	0	0		
			11.4%	12.9%	11.7%	8.1%	6.9%	55.6%	32.3%	0.0%	0.0%		
	中リスク	140未満 (170未満)	348	157	102	58	31	3	9	48	29		
			38.3%	36.9%	35.2%	42.6%	53.4%	33.3%	29.0%	62.3%	37.7%		
高リスク	120未満 (150未満)	418	190	142	63	23	1	11	27	47			
		46.0%	44.7%	49.0%	46.3%	39.7%	11.1%	35.5%	35.1%	61.0%			
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	39	23	12	4	0	0	1	2	1		
			4.3%	5.4%	4.1%	2.9%	0.0%	0.0%	3.2%	2.6%	1.3%		
	再掲	100未満 (130未満) ※1	19	7	7	4	1	0	2	2	1		
			2.1%	1.6%	2.4%	2.9%	1.7%	0.0%	6.5%	2.6%	1.3%		

※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と判断。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

図表 71 心電図所見からの保健指導教材（例示）

心電図所見からの保健指導教材	
もくじ	
心電図所見からどうすればいいの？ フロー図	
資料A-1	休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです
資料A-2	私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞や心房細動を発症する前に
資料A-3	心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！
資料B-1	心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？
資料B-2	心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！！
資料C	左室肥大って？
資料D-1	不整脈・・・このくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの？
資料D-2	心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです
資料E	ST変化・異常Q波 所見がある方へ
資料F	精密検査を受けて治療が必要になった方へ
資料G-1	狭心症になった人から学びました
資料G-2	健診データの色がついているところに○をしてみましょう
資料G-3	心臓の血管を守るために、今できることは何だろう？
資料G-4	肥満(BMI25以上)になると心臓はどうなるの？

(2) 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

7月～特定健診結果が届き次第、名簿に記載。名簿記載後順次、対象者へ介入(通年)

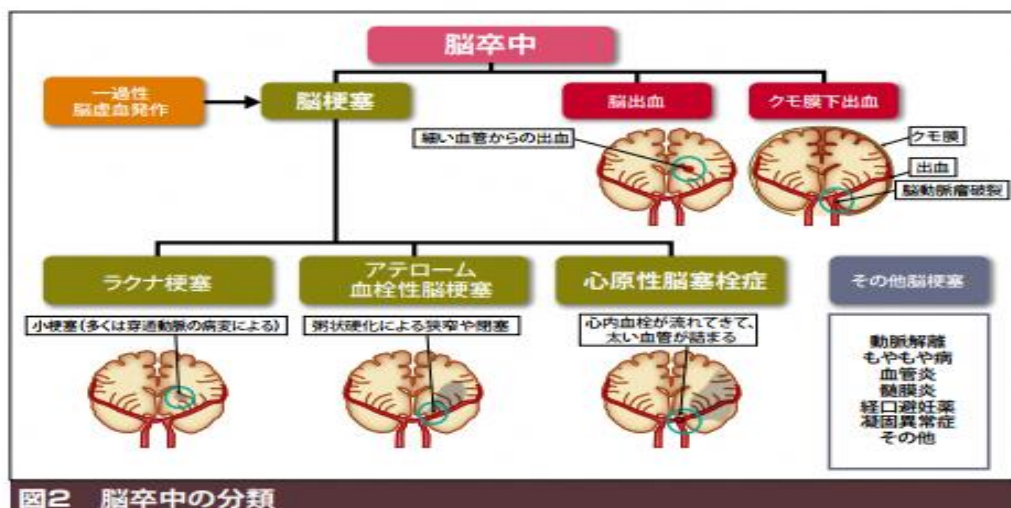
4. 脳血管疾患重症化予防

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 72、73)

図表 72 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 73 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳塞栓症	●			●			○	○
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。高血圧治療者 2,062 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 278 人(13.5%・O)でした。

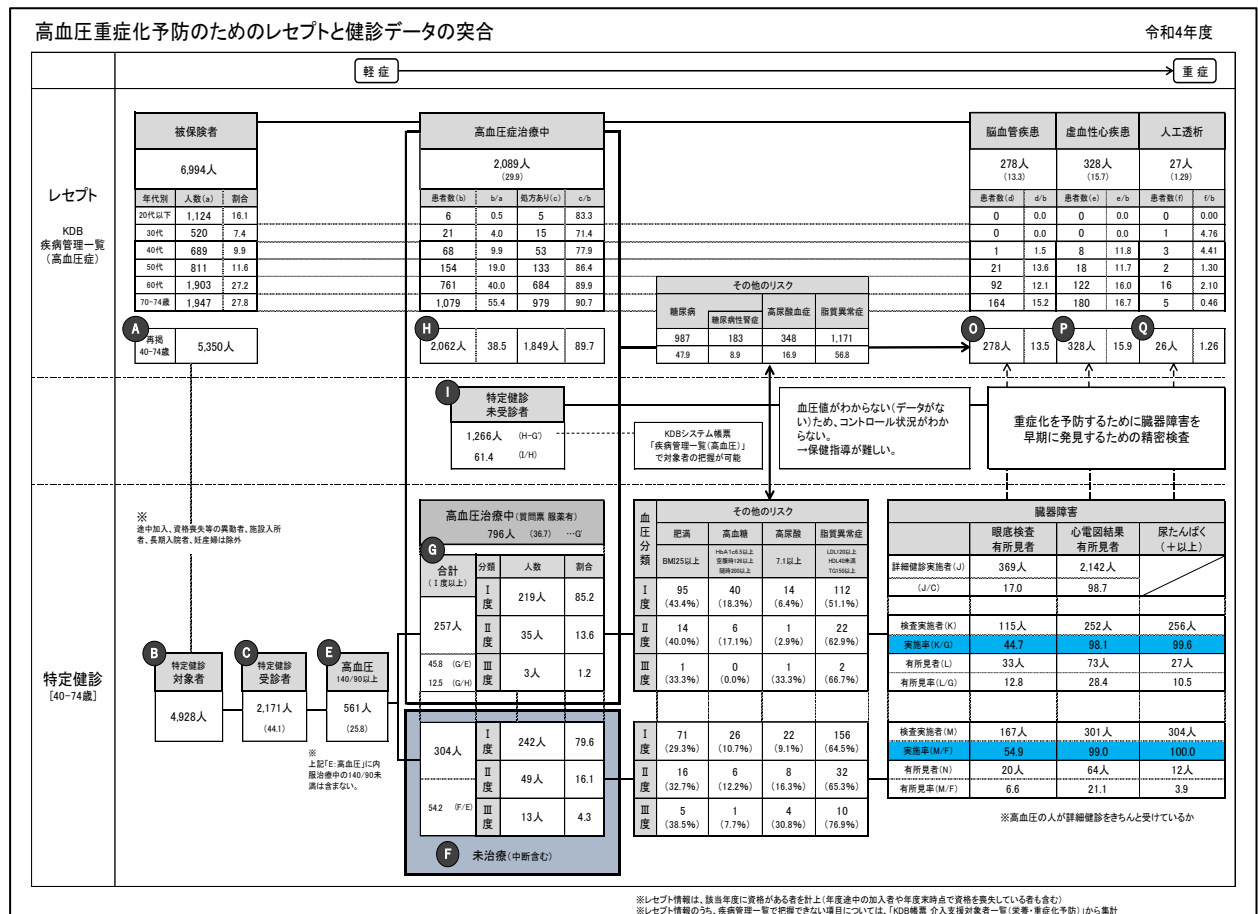
健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 100 人(17.8%)であり、そのうち 62 人(62%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 38 人(14.8%)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)の条件は、血圧の場合、Ⅰ度高血圧以上で医師が必要と判断した者となっていることから、Ⅰ度高血圧以上 561 人(25.8%・E)のうち 282 人(50.3%)実施し、有所見者は 53 人(18.8%)でした。(図表 74)

今後も継続的に眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

図表 74 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和4年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
	627	323 51.5%	242 38.6%	49 7.8%	13 2.1%
リスク第1層 予後影響因子がない	40 6.4%	C 27 8.4%	B 12 5.0%	B 1 2.0%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	358 57.1%	C 187 57.9%	B 134 55.4%	A 28 57.1%	A 9 69.2%
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	229 36.5%	B 109 33.7%	A 96 39.7%	A 20 40.8%	A 4 30.8%

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

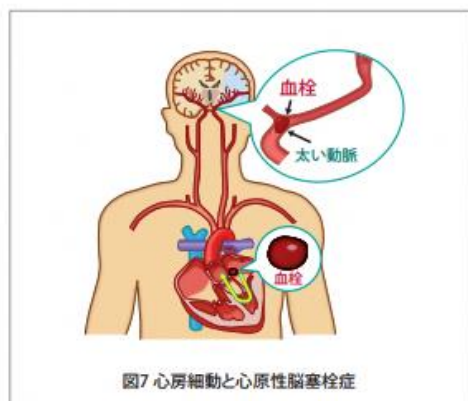
区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	157
		25.0%
B	概ね1か月後に再評価	256
		40.8%
C	概ね3か月後に再評価	214
		34.1%

※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:ヘルスサポートラボツール

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 75)

(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。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 76 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	911	1,260	895	98.2%	1,247	99.0%	12	1.3%	4	0.3%	--	--
40代	81	69	81	100.0%	68	98.6%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	94	132	94	100.0%	132	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	322	455	312	96.9%	451	99.1%	4	1.3%	1	0.2%	1.9%	0.4%
70～74歳	414	604	408	98.6%	596	98.7%	8	2.0%	3	0.5%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 77 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人数	人数	割合	人数	割合
16	3	18.8%	13	81.3%

津幡町調べ

特定健診受診者における心房細動の有所見の状況では、心電図検査において 16 人が心房細動の所見がありました。有所見者は、男女ともに 60 歳以上の年代に見られます。そのうち 13 人は既に治療が開始されていましたが、3 人はまだ治療につながっていません。(図表 76、77)

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、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれます。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2)対象者の管理

①高血圧者の管理

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

②心房細動者の管理

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように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・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

7月～特定健診結果が届き次第名簿に記載。名簿記載後順次、対象者へ介入(通年)

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1)基本的な考え方

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

2) 事業の実施

本町は、令和3年度より石川県後期高齢者広域連合から、本町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。具体的には、

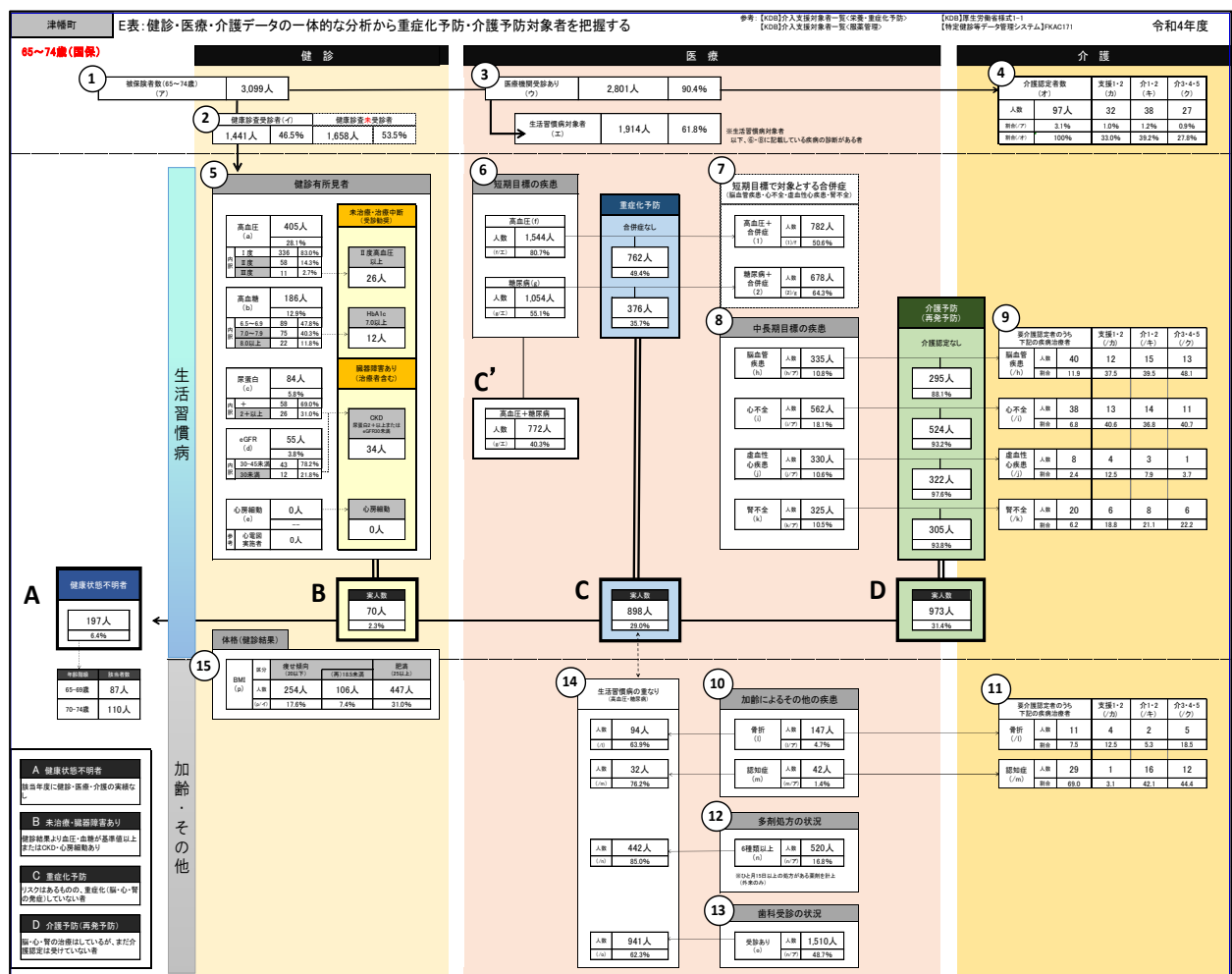
① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

② 地域を担当する管理栄養士を配置

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う糖尿病管理台帳等で、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、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 78 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 発症予防

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

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、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見えていくことが必要であります。

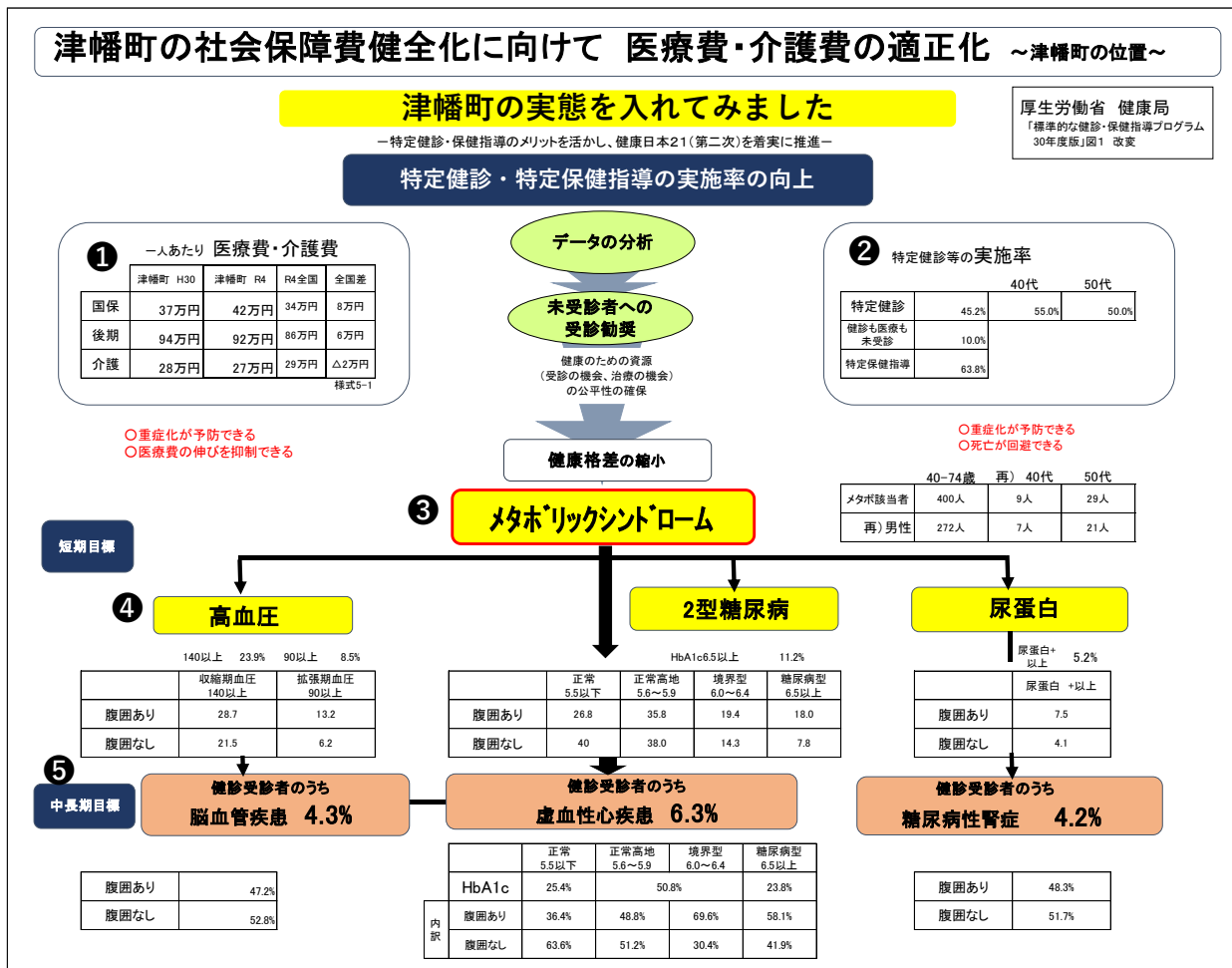
図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える - 基本的考え方 - (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)													
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>													
1 根拠法 6条 健康増進事業実施者	健康増進法												
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>		
2 計画	健康増進計画(県) (市町村努力義務) 【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】												
	データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)												
3 年代	妊婦 (胎児期)	産婦	0歳～5歳			6歳～14歳		15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上
4 健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条)	産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査 (11・12条)		就学時健診 (第1・13・14条)		児童・生徒の定期健康診断 (第66条)	定期健康診断 (第13・44条)	特定健康診査 (第18・20・21条)	後期高齢者健康診査 (第125条)
	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園 / 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点以上満たすもの											
	身長 体重												
	BMI										25以上		
	肥満度			加齢18以上	肥満度15%以上		肥満度20%以上						
	尿糖	(+) 以上						(+) 以上					
	糖尿病 家族歴												

V. ポピュレーションアプローチ

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

図表 80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 81 統計からみえる石川県の食

統計からみえる石川の食 ~ 総務省統計局 家計調査 2020~2022年平均 ~

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
すし	1位
もち	1位
ぶり	2位
ケーキ	1位
チョコレート	1位
アイス・シャーベット	1位
スナック菓子	2位
ココア・ココア飲料	2位

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・特定健診受診率、特定保健指導率・計画した保健事業を実施したか。・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。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津幡町の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプト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

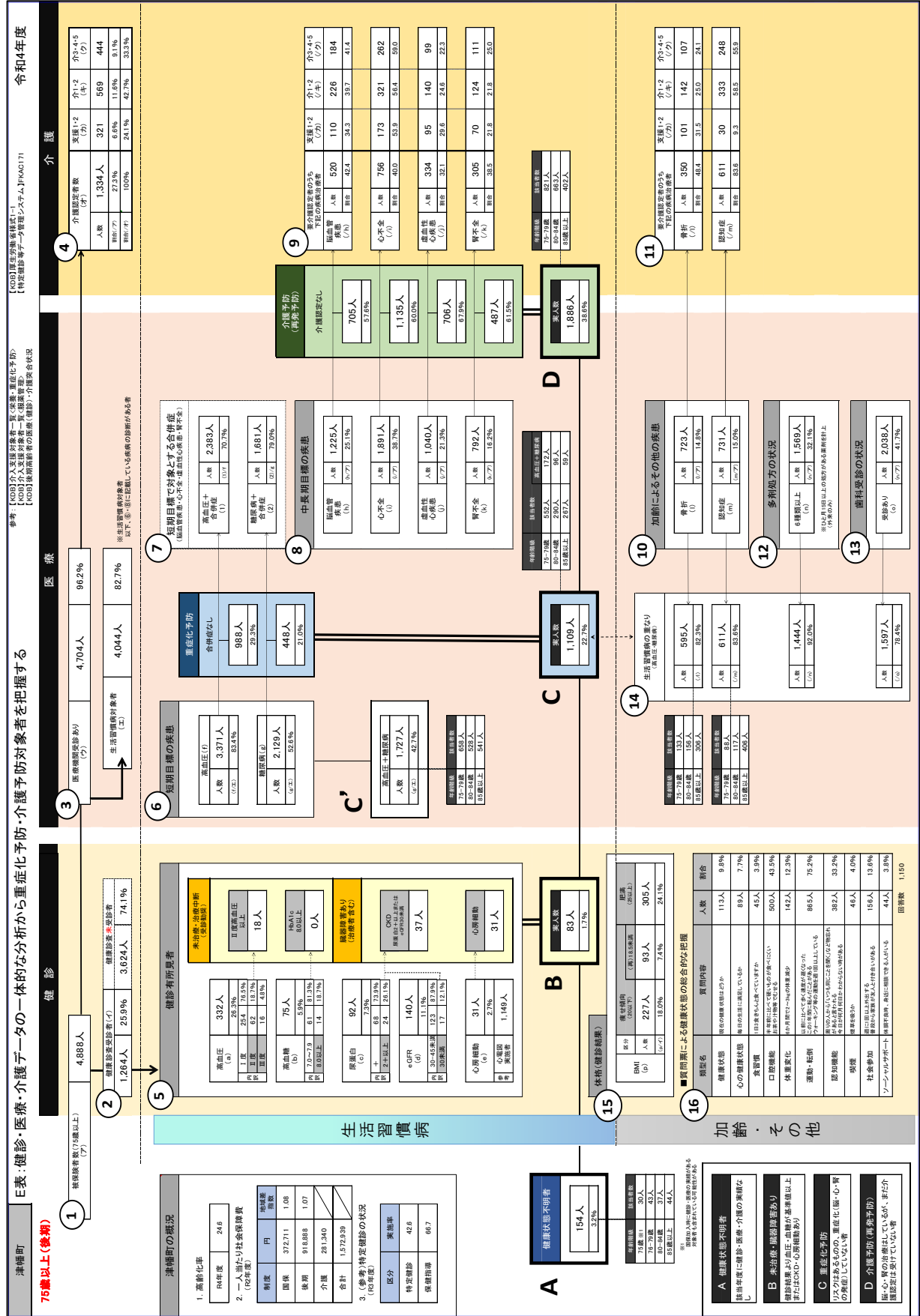
参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた津幡町の位置

項目		津幡町		同規模平均		石川県		国				
		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	36,772		4,284,839		1,112,139		123,214,261			
		65歳以上(高齢化率)	9,040	24.6	1,245,056	29.1	333,660	30.0	35,335,805	28.7		
		75歳以上	4,349	11.8	--	--	170,118	15.3	18,248,742	14.8		
		65～74歳	4,691	12.8	--	--	163,542	14.7	17,087,063	13.9		
		40～64歳	13,213	35.9	--	--	366,850	33.0	41,545,893	33.7		
	39歳以下	14,519	39.5	--	--	411,629	37.0	46,332,563	37.5			
	② 産業構成	第1次産業	2.5		5.4		3.1		4.0			
		第2次産業	28.8		28.7		28.5		25.0			
		第3次産業	68.7		66.0		68.3		71.0			
	③ 平均寿命	男性	81.0		80.8		81.1		80.8			
女性		87.1		87.1		87.3		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	80.5		80.4		80.3		80.1				
	女性	85.1		84.5		84.9		84.4				
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		男性	97.9	98.7	98.6	100.0				
				女性	101.2	99.7	98.2	100.0				
		死因	がん	111	55.2	12,696	50.6	3,625	51.5	378,272	50.6	
			心臓病	44	21.9	6,874	27.4	1,894	26.9	205,485	27.5	
			脳疾患	29	14.4	3,420	13.6	1,013	14.4	102,900	13.8	
			糖尿病	6	3.0	485	1.9	125	1.8	13,896	1.9	
			腎不全	2	1.0	926	3.7	215	3.1	26,946	3.6	
	自殺		9	4.5	686	2.7	168	2.4	20,171	2.7		
	② 早世子防からみた死亡 (85歳未満)	合計	43	10.4					129,016	8.2		
		男性	22	11.2					84,891	10.6		
		女性	21	9.7					44,125	5.7		
	3 介護	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	1,493	16.5	211,456	17.0	60,695	18.3	6,724,030	19.4	
			新規認定者	15	0.3	3,785	0.3	866	0.3	110,289	0.3	
			介護度別 総件数	要支援1.2	6,428	18.0	712,630	13.9	204,794	14.3	21,785,044	12.9
				要介護1.2	17,533	49.1	2,355,997	45.9	693,812	48.5	78,107,378	46.3
要介護3以上				11,756	32.9	2,064,273	40.2	533,013	37.2	68,963,503	40.8	
2号認定者		47	0.4	5,015	0.4	1,006	0.3	156,107	0.4			
② 有病状況		糖尿病	515	32.3	54,717	24.5	18,829	29.4	1,712,613	24.3		
		高血圧症	806	50.1	117,224	52.9	33,308	52.6	3,744,672	53.3		
		脂質異常症	440	27.7	70,399	31.5	20,323	31.7	2,308,216	32.6		
		心臓病	999	62.5	132,327	59.8	39,445	62.4	4,224,628	60.3		
		脳疾患	395	25.0	50,122	22.9	15,336	24.5	1,568,292	22.6		
		がん	171	10.4	24,937	11.1	7,719	12.0	837,410	11.8		
		筋・骨格	863	53.6	116,014	52.5	33,894	53.6	3,748,372	53.4		
		精神	692	42.7	80,119	36.4	26,509	42.0	2,569,149	36.8		
③ 介護給付費		一人当たり給付費/総給付費	269,456	2,435,885,273	259,723		298,719		290,668			
		1件当たり給付費(全体)	68,200		63,000		69,621		59,662			
		居宅サービス	47,015		41,449		45,482		41,272			
		施設サービス	284,509		292,001		290,453		296,364			
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	10,247		8,999		9,905		8,610				
	認定あり	4,583		4,040		4,551		4,020				
	認定なし											
4 医療	① 国保の状況	被保険者数	6,032		882,802		202,031		27,488,882			
		65～74歳	3,017	50.0	--	--	98,793	48.9	11,129,271	40.5		
		40～64歳	1,793	29.7	--	--	62,251	30.8	9,088,015	33.1		
		39歳以下	1,222	20.3	--	--	40,987	20.3	7,271,596	26.5		
		加入率	16.4		20.6		18.2		22.3			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	2	0.3	265	0.3	91	0.5	8,237	0.3		
		診療所数	22	3.6	2,753	3.1	869	4.3	102,599	3.7		
		病床数	139	23.0	49,546	56.1	16,795	83.1	1,507,471	54.8		
		医師数	32	5.3	9,765	11.1	3,486	17.3	339,611	12.4		
		外来患者数	723.1		716.1		706.8		687.8			
		入院患者数	24.0		19.2		24.4		17.7			
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	416,699		361,243		404,392		339,680			
		受診率	747.163		735.303		731.257		705.439			
		外 来	費用の割合	58.0		59.6		55.7		60.4		
			件数の割合	96.8		97.4		96.7		97.5		
入 院		費用の割合	42.0		40.4		44.3		39.6			
		件数の割合	3.2		2.6		3.3		2.5			
1件あたり在院日数	16.5日		16.0日		17.1日		15.7日					

項目		津幡町		同規模平均		石川県		国					
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
4 医療	④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	492,584,920	35.8	31.9	33.6	32.2						
		慢性腎不全(透析あり)	107,165,740	7.8	8.0	7.2	8.2						
		糖尿病	127,268,000	9.2	11.0	9.9	10.4						
		高血圧症	57,642,790	4.2	6.1	5.1	5.9						
		脂質異常症	40,490,820	2.9	4.2	3.6	4.1						
		脳梗塞・脳出血	70,348,670	5.2	3.8	3.9	3.9						
		狭心症・心筋梗塞	38,417,890	2.8	2.9	3.1	2.8						
		精神	182,398,510	13.3	14.6	16.8	14.7						
	筋・骨格	244,903,650	17.8	16.6	15.8	16.7							
	⑤ 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症	80	0.0	310	0.2	289	0.2	256	0.2		
			糖尿病	665	0.4	1,270	0.9	1,736	1.0	1,144	0.9		
			脂質異常症	218	0.1	61	0.0	65	0.0	53	0.0		
			脳梗塞・脳出血	10,163	5.8	6,294	4.3	7,431	4.2	5,993	4.5		
			虚血性心疾患	4,780	2.7	4,413	3.0	5,398	3.0	3,942	2.9		
		外来	腎不全	3,947	2.3	4,223	2.9	4,967	2.8	4,051	3.0		
			高血圧症	9,476	3.9	11,332	5.3	10,762	4.8	10,143	4.9		
			糖尿病	21,093	8.7	20,232	9.4	20,313	9.0	17,720	8.6		
			脂質異常症	6,494	2.7	7,876	3.7	7,811	3.5	7,092	3.5		
			脳梗塞・脳出血	1,499	0.6	916	0.4	901	0.4	825	0.4		
5 健診	⑥ 健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	9,970		7,199		9,513		6,142				
		健診受診者 一人当たり	45,704		37,856		42,566		40,210				
		健診未受診者 一人当たり	15,527		12,830		14,444		13,295				
		生活習慣病対象者 一人当たり	45,704		37,856		42,566		40,210				
	⑦ 健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,152	58.4	145,064	57.9	34,007	54.6	3,698,441	56.9			
		医療機関受診率	1,020	51.7	131,102	52.3	31,344	50.3	3,375,719	51.9			
	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	特定健診の 状況 県内市町村数 20市町村 同規模市区町村数 147市町村	健診受診者	1,973		250,612		62,337		6,503,152			
			受診率	45.2	県内11位 同規模36位	39.3	42.3	全国11位	35.3				
			特定保健指導終了者(実施率)	78	35.1	4,814	16.1	876	13.6	69,327	9.0		
			非肥満高血糖	176	8.9	25,228	10.1	6,143	9.9	588,083	9.0		
			メタボ	該当者	367	18.6	52,346	20.9	14,195	22.8	1,321,197	20.3	
				男性	249	30.3	35,817	32.5	9,214	36.1	923,222	32.0	
				女性	118	10.3	16,529	11.8	4,981	13.5	397,975	11.0	
				予備群	220	11.2	28,214	11.3	6,664	10.7	730,607	11.2	
			メタボ該当・ 予備群 レベル	腹囲	総数	654	33.1	88,865	35.5	22,747	36.5	2,273,296	35.0
					男性	455	55.3	60,938	55.3	14,865	58.2	1,592,747	55.3
				BMI	女性	199	17.3	27,927	19.9	7,882	21.4	680,549	18.8
					総数	133	6.7	12,320	4.9	2,686	4.3	304,276	4.7
				血糖のみ	男性	16	1.9	1,709	1.6	375	1.5	48,780	1.7
女性					117	10.2	10,611	7.6	2,311	6.3	255,496	7.1	
血圧のみ					10	0.5	1,744	0.7	380	0.6	41,541	0.6	
脂質のみ					150	7.6	20,034	8.0	4,378	7.0	514,593	7.9	
血糖・血圧					60	3.0	6,436	2.6	1,906	3.1	174,473	2.7	
血糖・脂質					37	1.9	8,097	3.2	1,665	2.7	193,722	3.0	
血圧・脂質			23		1.2	2,643	1.1	794	1.3	67,212	1.0		
血糖・血圧・脂質	170	8.6	24,138		9.6	6,626	10.6	630,648	9.7				
6 問診	① 問診の状況	服薬	高血圧	722	36.6	92,854	37.1	24,534	39.4	2,324,538	35.8		
		糖尿病	195	9.9	23,444	9.4	6,678	10.7	564,473	8.7			
		脂質異常症	616	31.2	71,191	28.4	20,368	32.7	1,817,350	28.0			
	② 既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	78	4.0	7,606	3.1	2,202	3.6	199,003	3.1			
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	103	5.2	14,124	5.8	3,507	5.8	349,845	5.5			
		腎不全	12	0.6	2,026	0.8	537	0.9	51,680	0.8			
	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	喫煙	267	13.5	32,100	12.8	7,679	12.3	896,676	13.8		
			週3回以上朝食を抜く	181	9.2	20,062	8.7	5,234	9.2	609,166	10.3		
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	351	17.8	33,458	14.3	10,249	18.1	932,218	15.7		
			週3回以上就寝前夕食	351	17.8	33,458	14.3	10,249	18.1	932,218	15.7		
			食べる速度が速い	527	26.7	59,745	25.9	16,972	29.9	1,590,713	26.8		
			20歳時体重から10kg以上増加	691	35.0	83,122	35.5	19,110	33.8	2,083,152	34.9		
1回30分以上運動習慣なし			1,215	61.6	137,627	59.6	34,698	60.6	3,589,415	60.3			
1日1時間以上運動なし			661	33.5	111,206	47.4	27,026	47.2	2,858,913	48.0			
睡眠不足			499	25.5	59,845	25.6	13,155	23.1	1,521,685	25.6			
⑭ 一日飲酒 量	毎日飲酒	474	24.1	56,219	23.6	15,742	25.6	1,585,206	25.5				
	時々飲酒	344	17.5	51,095	21.4	12,327	20.0	1,393,154	22.4				
	1合未満	774	64.9	103,887	65.7	26,370	65.3	2,851,798	64.2				
	1～2合	287	24.1	37,237	23.5	9,589	23.7	1,053,317	23.7				
2～3合	110	9.2	13,576	8.6	3,570	8.8	414,658	9.3					
3合以上	21	1.8	3,510	2.2	855	2.1	122,039	2.7					

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評価

項目	実合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基	
		R01年度		R02年度		R03年度		R3年度同規模保険者数274			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1 ① 被保険者数	A	12,295人		12,295人		12,295人				KDB 厚生労働省様式様式3-2	
② (再掲)40-74歳	A	8,366人		8,366人		8,366人					
2 ① 特定健診 対象者数	B	8,000人		8,000人		8,000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 受診者数	C	466人		450人		407人					
③ 受診率	C	5.8%		5.6%		5.1%					
3 ① 特定保健指導 対象者数		100人		100人		100人					
② 実施率		80.0%		80.0%		80.0%					
4 ① 健診データ	糖尿病型	E	87人	18.7%	84人	18.7%	76人	18.7%		特定健診結果	
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	24人	27.6%	23人	27.4%	23人	30.3%			
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	63人	72.4%	61人	72.6%	53人	69.7%			
	④ コントロール不良 <small>HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上</small>	J	28人	44.4%	28人	45.9%	27人	50.9%			
	⑤ ④ 血圧 130/80以上	J	19人	67.9%	19人	67.9%	18人	66.7%			
	⑥ ④ 肥満 BMI25以上	J	13人	46.4%	13人	46.4%	12人	44.4%			
	⑦ コントロール良 <small>HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満</small>	K	35人	40.2%	33人	39.3%	26人	34.2%			
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	62人	71.3%	61人	72.6%	56人	73.7%			
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)		12人	13.8%	11人	13.1%	9人	11.8%			
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)		11人	12.6%	11人	13.1%	10人	13.2%			
	⑪ 第4期 eGFR30未満		2人	2.3%	1人	1.2%	1人	1.3%			
5 ① レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)		70.6人		70.6人		70.6人			KDB 厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲)40-74歳(被保険者対)		102.3人		102.3人		102.3人				
	③ レセプト件数 (40-74歳) (1000件未満)	入院外(件数)	5,087件	(604.4)	5,087件	(604.4)	5,087件	(604.4)	5,517件	(877.2)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④ 入院(件数)	19件	(2.3)	19件	(2.3)	19件	(2.3)	31件	(4.9)		
	⑤ 糖尿病治療中	H	868人	7.1%	868人	7.1%	868人	7.1%		KDB 厚生労働省様式様式3-2	
	⑥ (再掲)40-74歳	H	856人	10.2%	856人	10.2%	856人	10.2%			
	⑦ 健診未受診者	I	793人	92.6%	795人	92.9%	803人	93.8%			
	⑧ インスリン治療	O	68人	7.8%	68人	7.8%	68人	7.8%			
	⑨ (再掲)40-74歳	O	66人	7.7%	66人	7.7%	66人	7.7%			
	⑩ 糖尿病性腎症	L	107人	12.3%	107人	12.3%	107人	12.3%			
	⑪ (再掲)40-74歳	L	106人	12.4%	106人	12.4%	106人	12.4%			
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		27人	3.1%	27人	3.1%	27人	3.1%			
	⑬ (再掲)40-74歳		27人	3.2%	27人	3.2%	27人	3.2%			
	⑭ 新規透析患者数		2	2	2	2	2	2			
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		1	1	1	1	1	1			
	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)		32人	3.1%	32人	3.1%	32人	3.1%		KDB 厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー	
6 ① 医療費	総医療費		37億9946万円		37億9946万円		37億9946万円		28億2684万円	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		20億2869万円		20億2869万円		20億2869万円		15億6708万円		
	③ (総医療費に占める割合)		53.4%		53.4%		53.4%		55.4%		
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	5,747円		5,747円		5,747円		5,692円		
	⑤ 健診未受診者	41,069円		41,069円		41,069円		39,435円			
	⑥ 糖尿病医療費		1億5345万円		1億5345万円		1億5345万円		1億6835万円		
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		7.6%		7.6%		7.6%		10.7%		
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		5億6798万円		5億6798万円		5億6798万円				
	⑨ 1件あたり		45,067円		45,067円		45,067円				
	⑩ 糖尿病入院総医療費		4億4318万円		4億4318万円		4億4318万円				
	⑪ 1件あたり		664,430円		664,430円		664,430円				
	⑫ 在院日数		18日		18日		18日				
	⑬ 慢性腎不全医療費		2億8151万円		2億8151万円		2億8151万円		1億2872万円		
	⑭ 透析有り		2億6928万円		2億6928万円		2億6928万円		1億1992万円		
	⑮ 透析なし		1223万円		1223万円		1223万円		879万円		
7 ① 介護	介護給付費		37億1569万円		37億1569万円		37億1569万円		34億7756万円		
② (2号認定者)糖尿病合併症		1件	50.0%	1件	50.0%	1件	50.0%				
8 ① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		7人	1.8%	7人	1.8%	7人	1.8%	5人	1.1%	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題

