

内灘町国民健康保険
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

内灘町国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	1
1. 背景・目的	
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	
3. 計画期間	
4. 関係者が果たすべき役割と連携	
1) 市町村国保の役割	
2) 関係機関との連携	
3) 被保険者の役割	
5. 保険者努力支援制度	
第2章 現状の整理	10
1. 保険者の特性	
2. 第2期計画の取組状況及び評価	
1) 保健事業の実施状況	
2) 第2期目標の達成状況	
第3章 健診・医療情報等の分析、健康課題の明確化	13
1. 健診・医療情報等の分析	
1) 中長期的な目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の状況	
2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の状況	
2. 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4章 データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標とその取組	29
1. 計画全体の目的	
2. 目的を達成するための目標、評価指標の設定	

第5章 課題を解決するための個別の保健事業30

1. 個別保健事業の方向性
 - 1) 重症化予防の保健指導
 - 2) ポピュレーションアプローチ(発症予防の保健指導)
 - 3) 個別保健事業のアウトカム、アウトプット評価目標値の設定
 - 4) 事業の実施スケジュール
2. 糖尿病性腎症重症化予防
 - 1) 目的、基本的な考え方
 - 2) 対象者及び優先順位の考え方
 - 3) 保健指導の実施
 - 4) 評価
 - 5) 実施期間及びスケジュール
3. 虚血性心疾患重症化予防
 - 1) 目的、基本的な考え方
 - 2) 対象者及び優先順位の考え方
 - 3) 保健指導の実施
 - 4) 評価
 - 5) 実施期間及びスケジュール
4. 脳血管疾患重症化予防
 - 1) 目的、基本的な考え方
 - 2) 対象者及び優先順位の考え方
 - 3) 保健指導の実施
 - 4) 評価
 - 5) 実施期間及びスケジュール
5. 軽度高血糖者に対する75g糖負荷検査と保健指導
 - 1) 目的、基本的な考え方
 - 2) 対象者及び優先順位の考え方
 - 3) 保健指導の実施
 - 4) 評価
 - 5) 実施期間及びスケジュール
6. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
 - 1) 目的、基本的な考え方
 - 2) 事業内容
 - 3) 対象者と優先順位の考え方
 - 4) 保健指導の実施

- 7. 生涯を通じた生活習慣病予防、ポピュレーションアプローチ
 - 1) 妊娠中、子どもの頃からの肥満、生活習慣病予防
 - 2) ポピュレーションアプローチ

第 6 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)52

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

第 7 章 計画の評価・見直し58

- 1. 個別保健事業の評価・見直し
- 2. 個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し

第 8 章 計画の公表・周知59

第 9 章 個人情報の取扱い59

第 10 章 地域包括ケアに係る取組及びその留意事項59

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、保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

またその後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)^{※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期保健事業実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、いしかわフロンティア戦略やうちなだ健康プラン 21、石川県医療費適正化計画、介護保険事業計画・高齢者福祉計画の実施計画、石川県国民健康保険運営方針、内灘町特定健診等実施計画等と調和のとれたものとする必要があります。(図表 1)

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

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

本町では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB^{※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上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組む、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

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

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

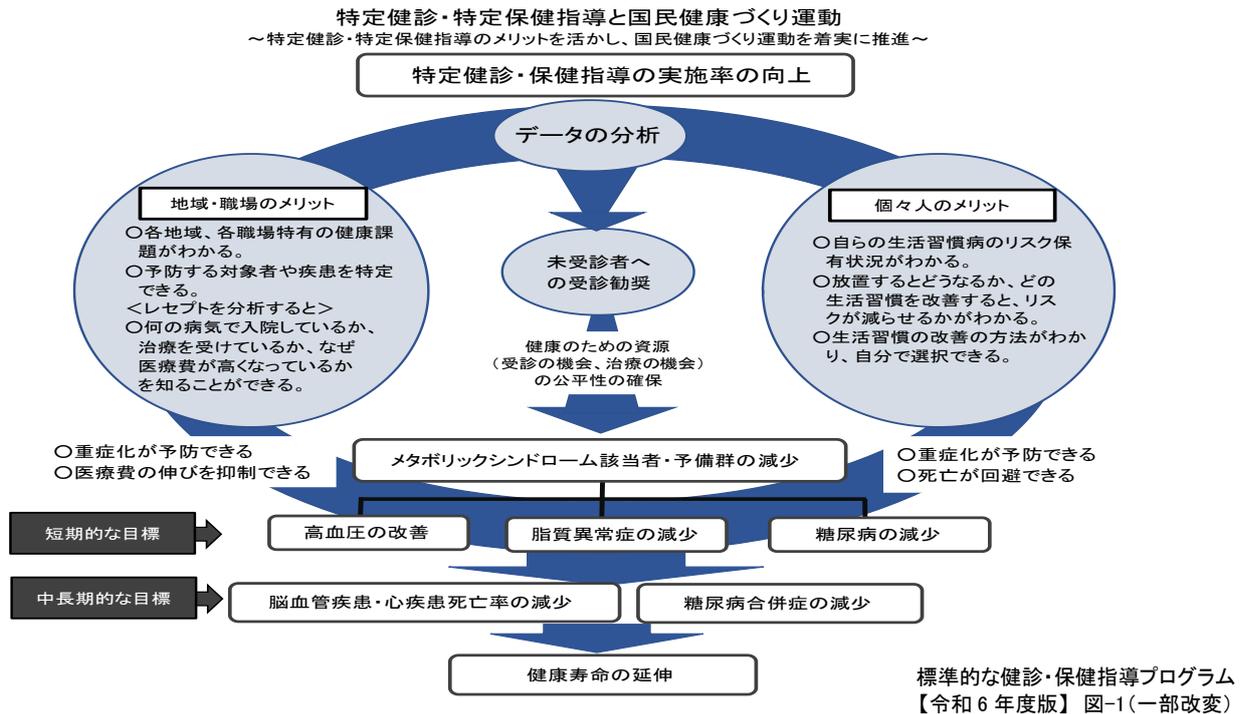
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

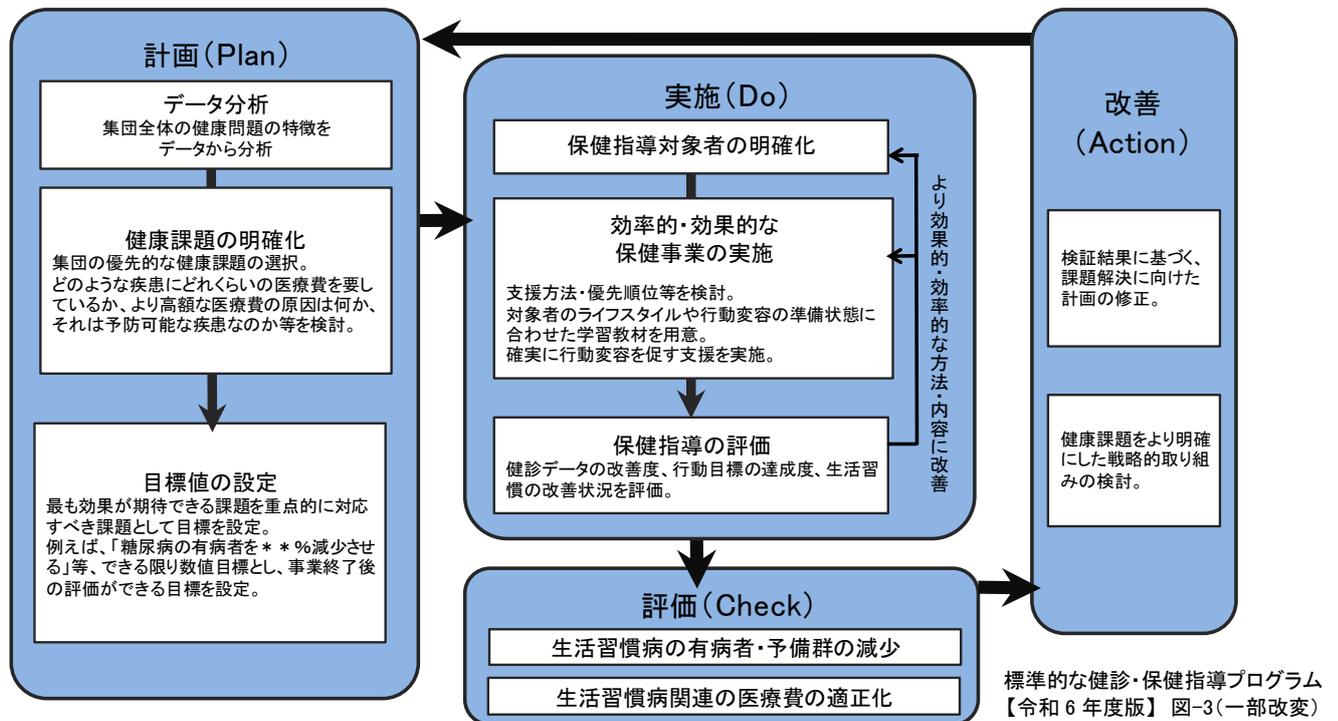
	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



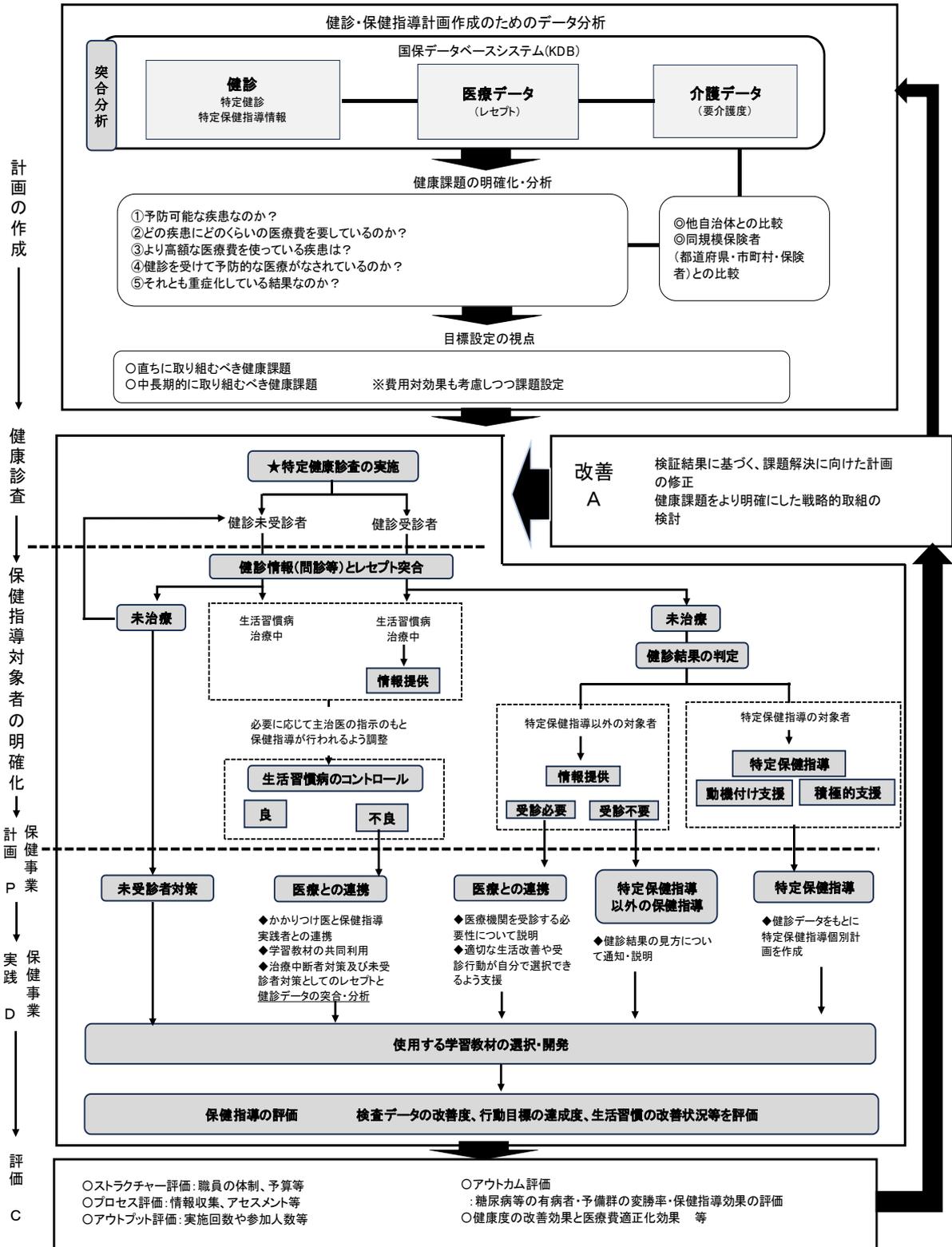
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

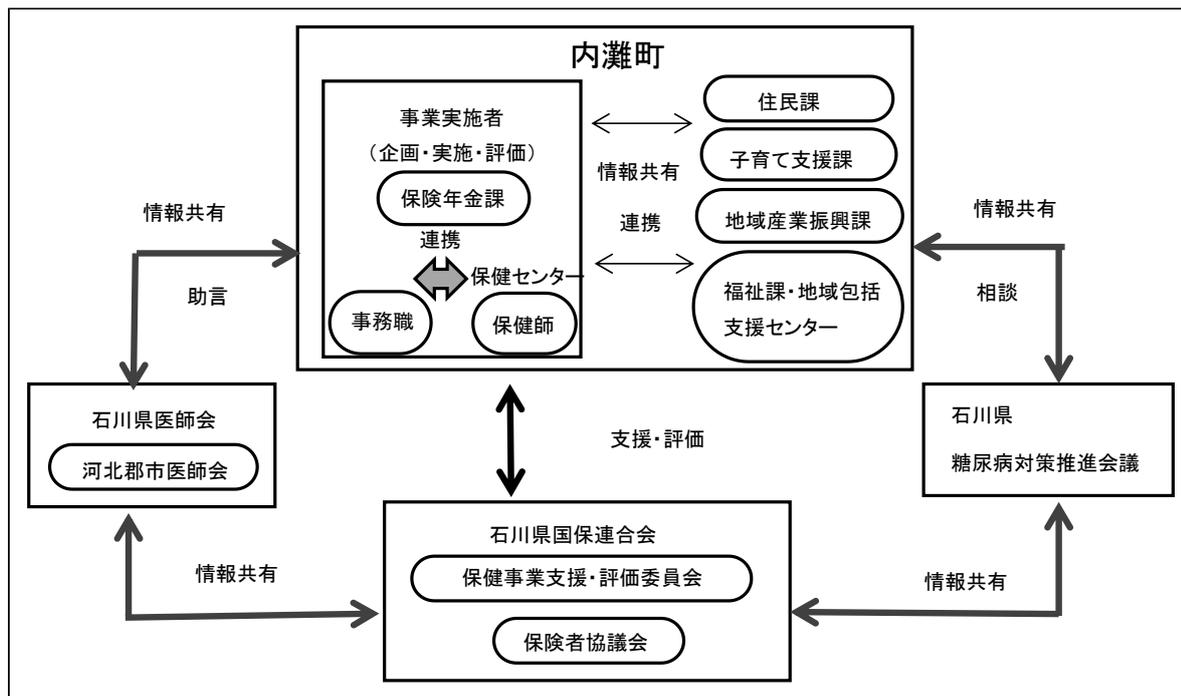
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、町民福祉部保険年金課が中心となって、保健センター等住民の健康の保持増進に関係する部署に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別保健事業の評価や計画の評価をした後に、必要に応じて

計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、保健センター、地域包括支援センター、福祉課、住民課、子育て支援課、地域産業振興課等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 内灘町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担<例>

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

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

2) 関係機関との連携

計画の実行性を高めるためには計画から評価までの一連のプロセスにおいて、河北都市医師会や

地区組織等の協力、連携が重要になることから、これら関係者が参画する「内灘町の国民健康保険事業の運営に関する協議会」や健康づくり推進協議会の下部組織である「データヘルス専門部会」を活用し、計画の実効性をより高めるために努めます。

また、保健医療の専門機関である石川中央保健福祉センターや石川県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）及び国保連合会が設置する保健事業支援・評価委員会等から助言・支援を受けて計画の策定、実施、評価を行います。

<参考>手引きより抜粋

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・協力が重要となる。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力する。

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る。

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ある。

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る。

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る。

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、意見交換等を行います。

5. 保険者努力支援制度

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

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分と、「事業費に連動」して交付する部分が合わせて交付されます。保険者は、保健事業の実施及び計画策定に係る費用に対して交付金(事業費分)を受けます。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		
		内灘町	配点	内灘町	配点	内灘町	配点	
交付額(万円)		937		1066		978		
全国順位(1,741市町村中)		943位		509位		889位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	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・ロム該当者・予備群の減少率	50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	45	40	40	40	40	
		(2)歯科健診受診率等			30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	50	90	20	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供			20		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	30	130	10	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	10	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	10	30	35	30	35	40
	⑤	第三者求償の取組	38	40	50	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	45	95	78	100	87	100
合計点		543	1,000	628	1,000	552	940	

第2章 現状の整理

1. 保険者の特性

本町の令和3年度の人口は約2万6千人で、高齢化率は同規模市町※(以下、「同規模」とする)、県、国と比較すると低く27.4%でした。被保険者の加入率は低く、平均年齢は55歳と同規模、国と比べ高い状況です。出生率は、同規模、県、国と比較すると低く、今後、少子高齢化がさらに加速すると考えられます。産業においては、第3次産業が71.9%と同規模、県と比較しても高いです。(図表9)

令和4年度の国保加入率は17.3%で、被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約49%を占めています。(図表10)

また本町には2つの病院、21の診療所があり、同規模、県と比較すると高く、病床数もはるかに多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した内灘町の特性(令和3年度)

	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
内灘町	26,356	27.4	4,750(18.0)	55.4	5.7	9.2	0.5	1.3	26.9	71.9
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	55.6	6.9	11.4	0.5	3.1	28.5	68.3
国	—	28.7	20	53.4	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

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合								
被保険者数	5,044		4,820		4,808		4,750		4,477	
65～74歳	2,388	47.3	2,344	48.6	2,345	48.8	2,337	49.2	2,170	48.5
40～64歳	1,523	30.2	1,445	30.0	1,449	30.1	1,432	30.1	1,393	31.1
39歳以下	1,133	22.5	1,031	21.4	1,014	21.1	981	20.7	914	20.4
加入率	18.8		18.0		17.9		18.0		17.3	

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

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	同規模	県								
病院数	2	0.4	2	0.4	2	0.4	2	0.4	2	0.4	0.3	0.5
診療所数	23	4.6	23	4.8	23	4.8	22	4.6	22	4.9	3.1	4.3
病床数	915	181.4	915	189.8	915	190.3	902	189.9	897	200.4	56.1	83.1
医師数	464	92.0	464	96.3	437	90.9	437	92.0	448	100.1	11.1	17.3
外来患者数	743.1		744.1		702.8		731.9		752.0		716.1	706.8
入院患者数	23.7		23.7		21.5		20.4		20.6		19.2	24.4

出典: KDBシステム_地域の全体像の把握

※同規模市町とは、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、内灘町と同規模保険者(人口2万以上5万未満の147市町村)の平均値を表す。

2. 第2期計画の取組状況及び評価

1) 保健事業の実施状況

これまでの主な取組みは図表 12 のとおりです。特定健診の結果から発症予防、重症化予防対象者を抽出し、個別および集団での保健指導を重点的に実施しました。

第2期計画では、慢性腎臓病の予防を最優先健康課題として取組んできましたが、令和2年度の中間評価において、慢性腎臓病の総医療費に占める割合が減少するなど一定の効果がみられました。しかし、高血糖およびメタボリックシンドロームの有所見率が増加し、虚血性心疾患の総医療費に占める割合が増加したことから、令和4年度以降は、高血糖およびメタボリックシンドロームによる虚血性心疾患の予防を重症化予防として取組みました。

図表 12 これまでの主な取組み

区分	事業名	事業の概要	対象者	実施方法等	R04年度 実績	
					実施状況	成果・課題等
健康 診 査	特定健診	40～74歳以下 内灘町国保加入者	40～74歳以下 内灘町国保加入者	集団健診 2か所17回 指定医療機関 20か所	956人 受診者の60% 600人 受診者の40%	若い年代の受診率が 低い
	ヤング健診	18～39歳以下 町民	18～39歳以下 町民	集団健診 2か所17回	207人	
	人間ドック	人間ドックに係る費用を 助成	30～74歳以下 内灘町国保加入者	委託あるいは 償還払い	114件	
未 受 診 者 対 策	未受診者への 個別通知	健診期間中未受診者へ はがきの送付	①20～39歳 内灘町国保加入者	個別通知	447通	健診受診率の向上 健診受診の必要性 について対象者ひとり ひとりが理解できる。
			②40～74歳	個別通知	2,385通	
	未受診者への 電話勧奨	健診開始前に電話勧奨 健診期間中未受診者へ 電話勧奨	尿アルブミン検査対象者 かつ不定期受診者	石川県国民健 康保険団体連 合会事業	153人	
			不定期受診者かつ健診 未受診者		152人	
	健診等データ 登録	健診未受診者の検査 データ登録	金沢医科大学公衆衛生学講座健診 受診者データ登録		13人	
			被保険者からの職場健診等の健診結果 受領		56人	
			人間ドックデータ登録		94人	
事業主健診データ登録				12人		
医療機関からのデータ受領		35人				
保 健 指 導 ・ 集 団 健 康 教 育	特定保健指 導	特定健診結果が動機付け支援、 積極的支援者への保健指導		訪問・面接・ 電話		保健指導実施率の 向上 次年度の健診結果 の改善
	糖尿病等重 症化予防の 保健指導	メタボリックシンドロームおよび高血糖者を中心に保健 指導を実施。必要な場合は主治医と連携し保健指 導を実施。		訪問・面接・ 電話	169人 初回：70.4%	
	からだの声を 聞いてみよう 教室	生活習慣病の発症予防の 教室	糖尿病未治療者かつメ タボリックシンドローム該 当者および予備群かつ HbA1c5.6～6.4%	月1回×3回 2クール実施	1クール：4人 2クール：9人	

2) 第2期目標の達成状況

第2期計画に掲げた数値目標の達成状況は、図表13の通りです。

虚血性心疾患の医療費に占める割合は減少し目標を達成しましたが、メタボリックシンドロームの減少割合が低いことや糖尿病の有所見率が高い状況であることを鑑み、今後も注視していく必要があります。また、脳血管疾患の医療費に占める割合や糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は目標を達成しませんでした。

メタボリックシンドロームは全国的にも増加しており、取組みの強化が求められています。

図表13 第2期データヘルス計画目標管理一覧(中間評価で修正・追加した目標あり)

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法	
			初年度 H30	中間評価 R02	最終評価 R05		
			(H28)	(R01)	(R04)	(活用データ)	
特定健診等実施	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	49.9%	53.4%	48.3%	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	70.5%	74.4%	46.4%		
		特定保健指導対象者の減少率25%	15.5%	14.5%	19.8%		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合を1.8%以下にする。	2.2%	1.8%	1.99%	KDBシステム	
		(修正)虚血性心疾患の総医療費に占める割合を2.5%以下にする	3.0%	3.1%	1.81%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者患者数(国保)を6年間で4人以下にする	6人 (H23-28)	5人 (H26-R1)	6人 (H29-R4)	町調べ	
	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・予備群の割合減少25%(前年度比)	24.3%	18.0%	19.8%	町保険年金課
			HbA1c6.5%以上の有所見率を8.5%以下にする。	9.8%	9.3%	9.2%	
			(追加)糖尿病未治療者のうちHbA1c8.0%以上の割合0.2%	0.2%	0.4%	0.1%	
			(修正)血圧Ⅱ度(160/100以上)以上の有所見率を3.8%以下にする	5.0%	4.1%	3.7%	
			(追加)高血圧Ⅱ度以上の未治療者の割合を3.5%以下にする	4.6%	3.9%	2.7%	
			LDLコレステロール180以上の有所見率を2.0%以下にする	2.9%	2.0%	2.8%	
			尿蛋白(2+)以上の有所見率を0.8%以下にする	1.3%	1.2%	1.7%	
			(修正)eGFR50未満(70歳以上はeGFR40未満)の有所見率を2.5%以下にする	3.5%	2.7%	4.3%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合90%	45.9%	71.4%	59.5%	
			(修正)糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上	66.0%	67.3%	72.5%	
			力支度	力支度	力支度	力支度	

<国保以外の保健事業の目標管理一覧>

保険者努力度	自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合50%以上※	33.3%	73.8%	-	
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	(修正)後発医薬品の使用割合80%以上	69.4%	75.7%	77.7%	厚生労働省

※取組みはR3.11月で終了。

第3章 健診・医療情報等の分析、健康課題の明確化

1. 健診・医療情報等の分析

1) 中長期的な目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の状況

(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23人(認定率0.26%)、1号(65歳以上)被保険者で1,162人(認定率16.4%)と同規模・県・国と比較すると低く、平成30年度と比べても横ばいで推移しています。(図表14)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約17億円から約18億円に伸びています。(図表15)

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7割以上、第1号被保険者でも約6割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表16)

図表14 要介護認定者(率)の状況

	内灘町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	6,435人	24.0%	7,081人	27.3%	29.1%	30.0%	28.7%
2号認定者	31人	0.35%	23人	0.26%	0.35%	0.27%	0.38%
新規認定者	2人		2人		--	--	--
1号認定者	1,046人	16.3%	1,162人	16.4%	17.0%	18.3%	19.4%
新規認定者	176人		174人		--	--	--
再掲	65～74歳		128人 3.4%		132人 3.7%		--
新規認定者	18人		27人		--	--	--
再掲	75歳以上		918人 34.8%		1,030人 29.7%		--
新規認定者	158人		147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 15 介護給付費の変化

	内灘町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	16億7490万円	18億1449万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	260,281	256,248	259,723	298,719	290,668
1件あたり給付費(円)全体	72,482	66,609	63,000	69,621	59,662
居宅サービス	47,161	44,589	41,449	45,482	41,272
施設サービス	287,160	291,238	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 16 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)		23		132		1,030		1,162					
(再)国保・後期		15		104		991		1,095					
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	
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	11 73.3%	脳卒中	49 47.1%	脳卒中	572 57.7%	脳卒中	621 56.7%	脳卒中	632 56.9%
			2	虚血性心疾患	2 13.3%	虚血性心疾患	32 30.8%	虚血性心疾患	463 46.7%	虚血性心疾患	495 45.2%	虚血性心疾患	497 44.8%
			3	腎不全	1 6.7%	腎不全	15 14.4%	腎不全	177 17.9%	腎不全	192 17.5%	腎不全	193 17.4%
	合併症	4	糖尿病合併症	1 6.7%	糖尿病合併症	14 13.5%	糖尿病合併症	96 9.7%	糖尿病合併症	110 10.0%	糖尿病合併症	111 10.0%	
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)	13 86.7%	基礎疾患	94 90.4%	基礎疾患	938 94.7%	基礎疾患	1,032 94.2%	基礎疾患	1,045 94.1%	
			血管疾患合計	14 93.3%	合計	98 94.2%	合計	957 96.6%	合計	1,055 96.3%	合計	1,069 96.3%	
	認知症	認知症	4 26.7%	認知症	27 26.0%	認知症	543 54.8%	認知症	570 52.1%	認知症	574 51.7%		
	筋・骨格疾患	筋骨格系	12 80.0%	筋骨格系	85 81.7%	筋骨格系	933 94.1%	筋骨格系	1,018 93.0%	筋骨格系	1,030 92.8%		

※新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

出典:ヘルスサポートラボツール

(2)医療費の状況

①医療費、地域差指数

本町の医療費は、国保加入者が減少しているため総医療費も減少していますが、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約2万円高く、平成30年度と比較しても1万円伸びています。(図表17、図表18)

また入院医療費はレセプト総件数の2.7%で総医療費の40.4%を占めています。これは、国、県、同規模と同等の水準です。(図表18)

年齢調整を行った地域差指数で比較すると令和2年度時点で国保は全体、入院で全国平均1を超えているものの、県より低くなっています。しかし、後期は全体、入院、外来で県より高く伸びています。特に、後期高齢者医療においては県内1位と最も高額となっています。(図表19)

入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表17 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		5,044人	4,820人	4,808人	4,750人	4,477人	3,928人
総件数及び 総費用額	件数	47,307件	45,284件	41,885件	43,572件	43,296件	56,926件
	費用額	19億0547万円	18億6300万円	17億7309万円	18億0507万円	17億2585万円	35億9349万円
一人あたり医療費		37.8万円	38.7万円	36.9万円	38.0万円	38.5万円	91.5万円

出典:ヘルスサポートラボツール

図表18 医療費の推移

		内灘町		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)		5,044人		4,477人	--	--		
前期高齢者割合		2,388人 (47.3%)		2,170人 (48.5%)	--	--		
総医療費		19億0547万円		17億2585万円	--	--		
一人あたり医療費(円)		377,769円	県内10位 同規模15位 ※	385,492円	県内17位 同規模42位 ※	361,243円	404,392円	339,680円
入院	1件あたり費用額(円)	583,620円		603,260円	613,590円	590,640円	619,090円	
	費用の割合	44.6%		40.4%	40.4%	44.3%	39.6%	
	件数の割合	3.1%		2.7%	2.6%	3.3%	2.5%	
外来	1件あたり費用額	21,780円		24,390円	24,230円	25,740円	24,520円	
	費用の割合	55.4%		59.6%	59.6%	55.7%	60.4%	
	件数の割合	96.9%		97.3%	97.4%	96.7%	97.5%	
受診率		766.9%		772.7%	735.3%	731.3%	705.4%	

出典:ヘルスサポートラボツール

※同規模順位とは内灘町と同じ人口規模(2~5万人未満)の147市町村の順位を表す

図表 19 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		
		内灘町 (県内市町村中)		県 (47県中)	内灘町 (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	1.099	1.058	1.070	1.130	1.155	1.020
		(5位)	(6位)	(13位)	(1位)	(1位)	(19位)
	入院	1.238	1.119	1.223	1.270	1.327	1.121
		(7位)	(16位)	(11位)	(2位)	(1位)	(14位)
	外来	1.042	1.058	0.985	1.016	1.013	0.936
		(2位)	(1位)	(30位)	(1位)	(1位)	(34位)

出典: 地域差分析(厚労省)

②ターゲットとする生活習慣病の医療費

データヘルス計画でターゲットとしている疾患の医療費の中長期的目標疾患では、国保、後期ともに慢性腎不全(透析有)と狭心症・心筋梗塞の割合が県よりも高く、また、後期では脳梗塞・脳出血の割合も高い状況にあります。その原因となる短期的目標疾患では、国保では、糖尿病の医療費の割合が高くなっています。糖尿病は長期にわたり血管を痛め続けるため、結果として中長期目標疾患の割合も高くなっています。(図表 20)

図表 20 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(R04 年度)

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 内灘町	17億2585万円	30,800	5.87%	0.19%	1.99%	1.81%	5.63%	2.76%	2.59%	3億5972万円	20.8%	14.58%	8.41%	8.35%
① 同規模	--	29,136	4.24%	0.31%	2.01%	1.52%	5.81%	3.22%	2.20%	--	19.3%	16.29%	7.71%	8.78%
① 県	--	32,833	3.87%	0.23%	2.08%	1.70%	5.31%	2.74%	1.95%	--	17.9%	17.98%	9.02%	8.47%
① 国	--	29,043	4.38%	0.29%	2.07%	1.46%	5.45%	3.06%	2.11%	--	18.8%	16.69%	7.63%	8.68%
② 内灘町	35億9349万円	78,577	4.57%	0.31%	5.66%	2.02%	3.85%	2.08%	1.32%	7億1195万円	19.8%	11.89%	3.77%	11.5%
② 同規模	--	69,832	4.97%	0.47%	3.89%	1.64%	4.23%	2.97%	1.41%	--	19.6%	11.10%	3.50%	12.4%
② 県	--	73,719	4.06%	0.50%	4.28%	1.88%	4.18%	2.43%	1.21%	--	18.5%	11.88%	4.25%	11.5%
② 国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.17%	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

③中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳、心、腎の総医療費及び患者数を平成 30 年度と比較すると、慢性腎臓病(透析有)のみが、ともに伸びています。(図表 21、22)

人工透析は、週 3 回(1 回 4~5 時間)の透析が一生続き、生活の質に大きな影響を与えるた

め、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要です。

図表 21 中長期目標疾患の医療費の推移

		内灘町		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)		19億0547万円	17億2585万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		3億5808万円	3億5972万円	--	--	--	
		18.79%	20.84%	19.31%	17.86%	18.60%	
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.41%	1.99%	2.01%	2.07%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.77%	1.81%	1.52%	1.70%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	2.83%	5.87%	4.24%	3.88%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.11%	0.19%	0.31%	0.24%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		16.29%	14.58%	16.85%	17.98%	16.69%
	筋・骨疾患		8.06%	8.35%	8.78%	8.47%	8.68%
	精神疾患		7.95%	8.41%	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 22 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	5,044	4,477	a	388	332	534	466	22	26	
				a/A	7.7%	7.4%	10.6%	10.4%	0.4%	0.6%	
40歳以上	B	3,911	3,563	b	386	332	528	460	22	26	
	B/A	77.5%	79.6%	b/B	9.9%	9.3%	13.5%	12.9%	0.6%	0.7%	
再 掲	40~64歳	C	1,523	1,393	c	75	66	98	83	12	12
		C/A	30.2%	31.1%	c/C	4.9%	4.7%	6.4%	6.0%	0.8%	0.9%
	65~74歳	D	2,388	2,170	d	311	266	430	377	10	14
		D/A	47.3%	48.5%	d/D	13.0%	12.3%	18.0%	17.4%	0.4%	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

④高額となる医療費(ターゲットとする疾患のうち)

月 80 万円以上の高額となる医療費は、令和元年度以降減少しましたが、令和 4 年度に大幅に増加しました。(図表 23)

脳血管疾患および虚血性心疾患の高額医療費の推移をみると、人数や件数は増減を繰り返しています。各年、人数よりも件数が多いことから再発していることが分かります。また、40 歳未満、40～50 歳代と若い年齢での発症も見られることから、より若い頃からの予防が重要であると考えます。(図表 24、図表 25)

図表 23 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	267人	190人	174人	184人	181人	422人
	件数	B	480件	313件	358件	356件	490件	1,595件
		B/総件数	1.01%	0.69%	0.85%	0.82%	1.13%	2.80%
	費用額	C	6億2322万円	4億7505万円	4億5479万円	4億5911万円	6億2356万円	17億9950万円
C/総費用		32.7%	25.5%	25.6%	25.4%	36.1%	50.1%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 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	11人	5人	12人	5人	8人				29人				
		D/A	4.1%	2.6%	6.9%	2.7%	4.4%				6.9%				
	件数	E	18件	7件	21件	5件	20件				103件				
		E/B	3.8%	2.2%	5.9%	1.4%	4.1%				6.5%				
	年代別	40歳未満	1	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	2	1.9%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	10.0%	75-80歳	17	16.5%
		60代	7	38.9%	6	85.7%	7	33.3%	2	40.0%	6	30.0%	80代	81	78.7%
		70-74歳	8	44.4%	1	14.3%	14	66.7%	3	60.0%	12	60.0%	90歳以上	3	2.9%
	費用額	F	2065万円		1006万円		2227万円		767万円		2155万円		9851万円		
F/C		3.3%		2.1%		4.9%		1.7%		3.5%		5.5%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 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	15人	18人	9人	12人	9人	17人							
		G/A	5.6%	9.5%	5.2%	6.5%	5.0%	4.0%							
	件数	H	17件	19件	10件	12件	15件	48件							
		H/B	3.5%	6.1%	2.8%	3.4%	3.1%	3.0%							
	年代別	40歳未満	1	5.9%	2	10.5%	0	0.0%	0	0.0%	2	13.3%	65-69歳	4	8.3%
		40代	0	0.0%	1	5.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	2	4.2%
		50代	1	5.9%	2	10.5%	0	0.0%	2	16.7%	1	6.7%	75-80歳	23	47.9%
		60代	5	29.4%	4	21.1%	1	10.0%	2	16.7%	2	13.3%	80代	19	39.6%
		70-74歳	10	58.8%	10	52.6%	9	90.0%	8	66.6%	10	66.7%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	3246万円	3812万円	1458万円	1659万円	2820万円	6544万円							
I/C		5.2%	8.0%	3.2%	3.6%	4.5%	3.6%								

出典：ヘルスサポートラボツール

2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の状況

(1) 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えていきます。生活習慣病を治療することは、重症化を予防することにつながるため良い傾向です。

重症化の実態では、40～64歳で、高血圧治療者の脳血管疾患の割合が増えていること、糖尿病治療者の人工透析の割合が増えていること、また、糖尿病の合併症である糖尿病性腎症の割合も増えていることが分かります。糖尿病と高血圧はともに血管を痛め、重症化を引き起こす要因となることから、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を行っていく必要があります。(図表 26～28)

図表 26 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	1,642	1,605	375	396	1,267	1,209	
	A/被保数	42.0%	45.0%	24.6%	28.4%	53.1%	55.7%	
(中長期 合併目 症標 疾患)	脳血管疾患	B	204	173	31	39	173	134
		B/A	12.4%	10.8%	8.3%	9.8%	13.7%	11.1%
	虚血性心疾患	C	407	350	70	63	337	287
		C/A	24.8%	21.8%	18.7%	15.9%	26.6%	23.7%
	人工透析	D	15	24	8	11	7	13
		D/A	0.9%	1.5%	2.1%	2.8%	0.6%	1.1%

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

図表 27 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	1,149	1,129	275	265	874	864
		A/被保数	29.4%	31.7%	18.1%	19.0%	36.6%	39.8%
(中長期併目標疾患)	脳血管疾患	B	152	129	24	25	128	104
		B/A	13.2%	11.4%	8.7%	9.4%	14.6%	12.0%
	虚血性心疾患	C	324	292	55	42	269	250
		C/A	28.2%	25.9%	20.0%	15.8%	30.8%	28.9%
	人工透析	D	10	18	6	7	4	11
		D/A	0.9%	1.6%	2.2%	2.6%	0.5%	1.3%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	82	120	12	27	70	93
		E/A	7.1%	10.6%	4.4%	10.2%	8.0%	10.8%
	糖尿病性網膜症	F	72	69	22	23	50	46
		F/A	6.3%	6.1%	8.0%	8.7%	5.7%	5.3%
	糖尿病性神経障害	G	45	36	11	15	34	21
		G/A	3.9%	3.2%	4.0%	5.7%	3.9%	2.4%

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

図表 28 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	1,503	1,435	352	350	1,151	1,085
		A/被保数	38.4%	40.3%	23.1%	25.1%	48.2%	50.0%
(中長期併目標疾患)	脳血管疾患	B	180	147	26	26	154	121
		B/A	12.0%	10.2%	7.4%	7.4%	13.4%	11.2%
	虚血性心疾患	C	378	343	68	60	310	283
		C/A	25.2%	23.9%	19.3%	17.1%	26.9%	26.1%
	人工透析	D	13	12	7	5	6	7
		D/A	0.9%	0.8%	2.0%	1.4%	0.5%	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

(2) 健診の状況

① 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や、高血圧では治療中断者も見受けられます。特に、糖尿病の未治療者の割合は、448市町村合計よりも約3倍も高くなっています。(図表 29) 未治療や治療中断により、血糖や血圧が高いまま放置されると、心筋梗塞や腎不全等の健康障害を引き起こすことが予測されます。

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、今後も未治療者や治療中断者に対して受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要です。

図表 29 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧__Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
				C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E	
内灘町	1,838	51.6	1,405	41.5	79	4.3	47	59.5	70	5.0	43	61.4	25	35.7	6	8.6
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病__HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
				I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K	
内灘町	1,826	99.3	1,400	99.6	65	3.6	18	27.7	57	4.1	7	12.3	11	19.3	0	0.0
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典:ヘルスサポートラボツール

②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、高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさる病態を指します。そしてメタボリックシンドロームは、高血圧や高血糖、脂質代謝異常の程度が低くても動脈硬化を促進し、虚血性心疾患や脳血管疾患の死亡率や発症率が高くなると言われています。

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、1.4%も伸びており、その中でも3項目すべての危険因子が重なっている割合が 1.1%と増加しています。(図表 30)

また、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160 以上の有所見割合についても、増加しています。内臓脂肪の蓄積により、インスリン抵抗性が起こり、高血糖、高血圧、脂質異常等を引き起こすため、増加した要因の一つとして、メタボリックシンドローム該当者・予備群の増加が考えられ

ます。また、翌年度健診結果の改善率を見ると、Ⅱ度高血圧以上者、LDL-C160 以上者に比べ、HbA1c6.5 以上者の改善割合が低い結果でした。高血圧や脂質異常症は、薬物療法によって改善しやすいですが、糖尿病は治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と運動療法を併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を重点的に行っていきます。また、翌年度健診未受診者の割合が2～3割程度であり、今後も健診の受診勧奨を行い、継続受診につながる働きかけを行っていきます。(図表 31～33)

図表 30 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,838 (51.6%)	345 (18.8%)	111 (6.0%)	234 (12.7%)	176 (9.6%)
R04年度	1,675 (45.0%)	339 (20.2%)	119 (7.1%)	220 (13.1%)	186 (11.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 31 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	155 (8.5%)	38 (24.5%)	57 (36.8%)	18 (11.6%)	42 (27.1%)
R03→R04	133 (9.5%)	32 (24.1%)	49 (36.8%)	15 (11.3%)	37 (27.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 32 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	79 (4.3%)	43 (54.4%)	16 (20.3%)	2 (2.5%)	18 (22.8%)
R03→R04	70 (5.0%)	45 (64.3%)	8 (11.4%)	4 (5.7%)	13 (18.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 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			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	150 (8.2%)	67 (44.7%)	41 (27.3%)	11 (7.3%)	31 (20.7%)
R03→R04	121 (8.7%)	60 (49.6%)	33 (27.3%)	3 (2.5%)	25 (20.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

③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、令和元年度には 53.4%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迷しており、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 34)

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 歳代は特に低い状況が続いています。(図表 35)

特定保健指導についても、令和 2 年度以降、大きく実施率が下がっています。(図表 34)

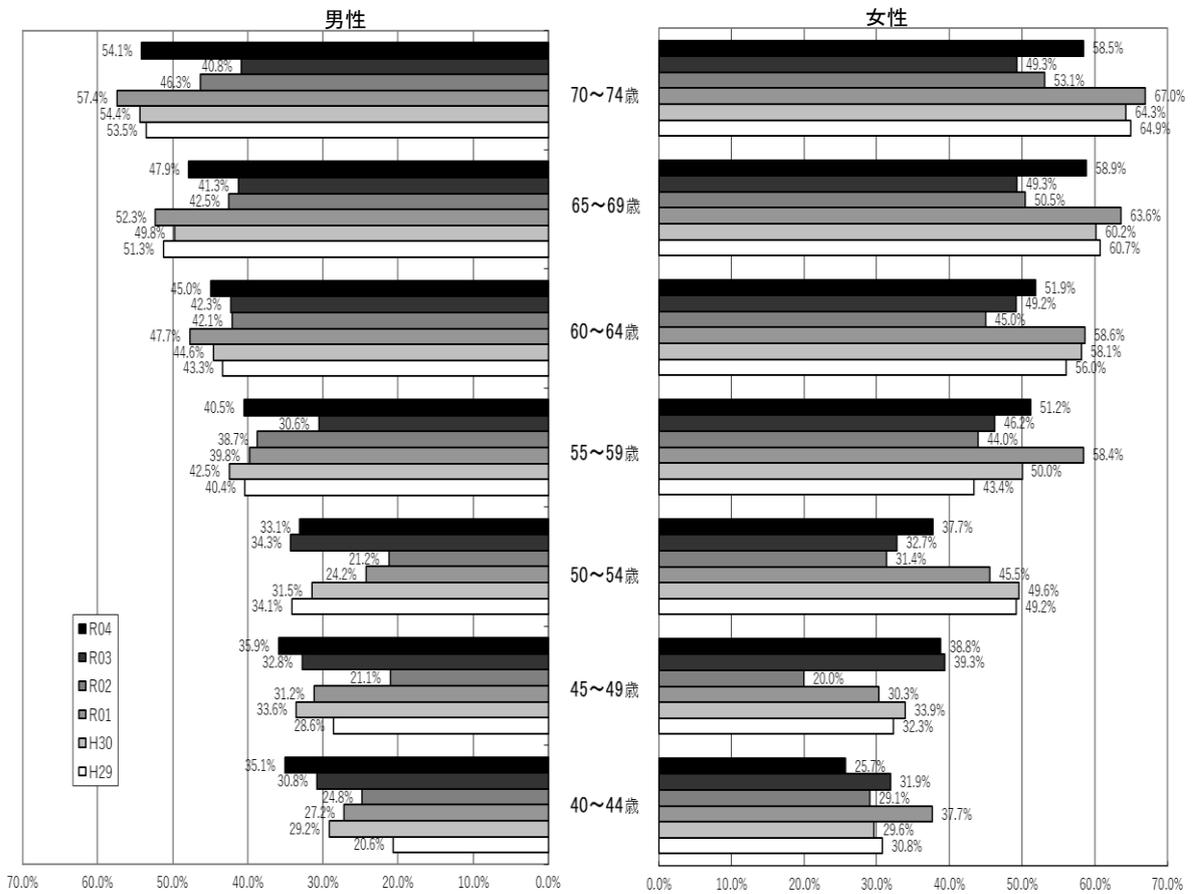
生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 34 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,838	1,833	1,455	1,408	1,558	健診受診率 60%
	受診率	51.6%	53.4%	42.3%	41.6%	48.3%	
特定保健 指導	該当者数	185	168	117	138	151	特定保健指 導実施率 60%
	割合	10.1%	9.2%	8.0%	9.8%	9.7%	
	実施者数	130	125	63	70	70	
	実施率	70.3%	74.4%	53.8%	50.7%	46.4%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 35 年代別特定健診受診率の推移



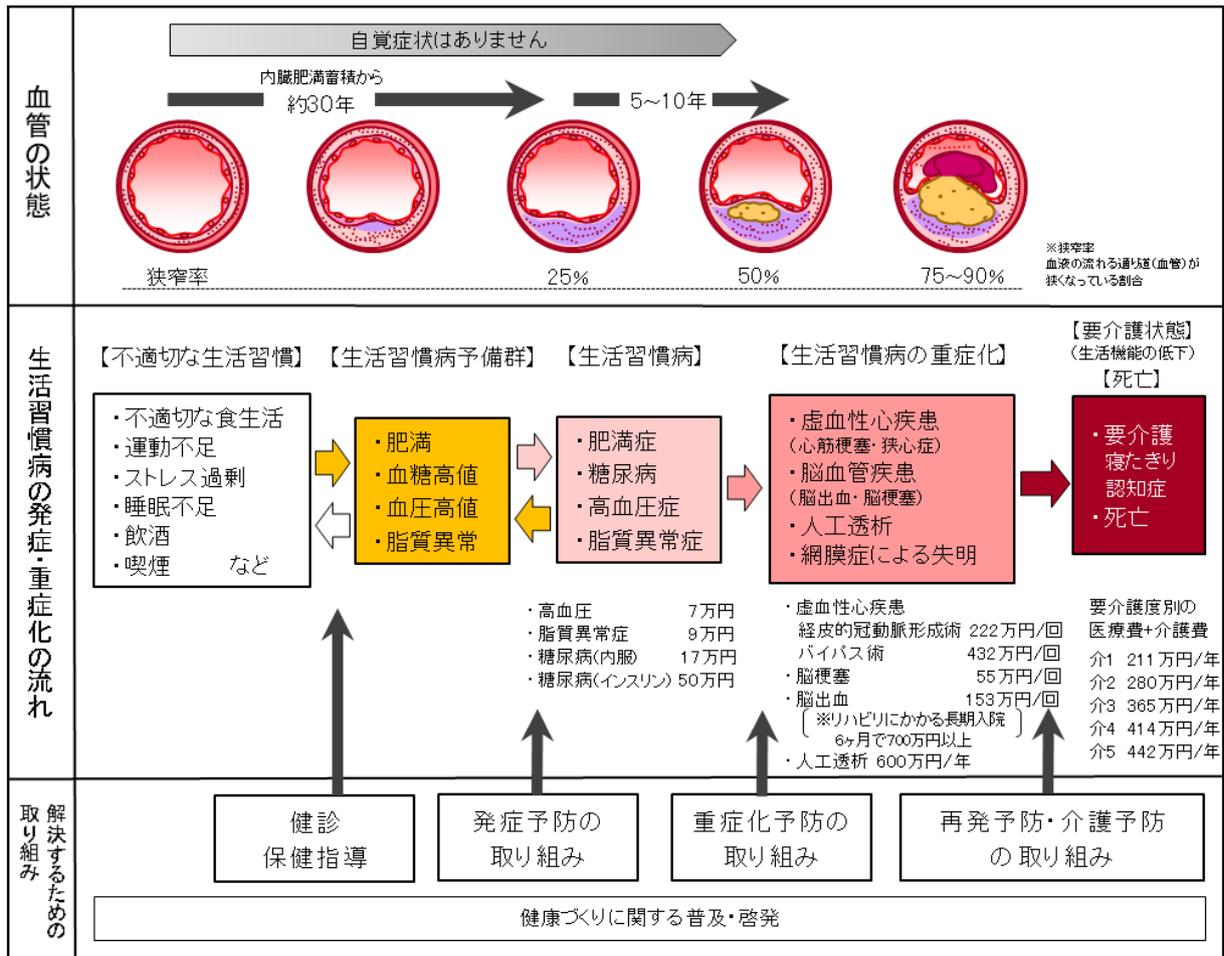
出典：ヘルスサポートラボツール

2. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化する者を減少させること、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者を増加させることが必要となります。

図表 42 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

要介護者の有病状況を見ると約 95%が糖尿病、高血圧、脂質異常症等の基礎疾患を持っており、血管内皮を痛め、脳卒中を起こしています。(図表 16)糖尿病、高血圧、脂質異常症等の重症化を予防することは介護予防につながります。

また、医療費について地域差指数でみると、全国平均の 1 を超えており、後期高齢者医療においては県内 1 位と最も高額となっています。(図表 19)データヘルス計画のターゲットとなる脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の対象疾患のうち、総医療費に占める割合は、慢性腎不全(透析有)および虚血性心疾患が同規模、県、国と比べて、高い現状です。(図表 20)そのため、第 2 期計画同様、慢性腎不全の予防、及び虚血性心疾患の予防に重点を置く必要があります。

健診の経年変化を見ると、メタボリックシンドロームの該当者は年々増加しており、インスリン抵抗性によって、糖尿病や高血圧などが増加し、糖尿病性腎症による透析や虚血性心疾患が増えていると考えられます。(図表 30～32)メタボリックシンドロームを背景とした生活習慣病等及び糖尿病は薬物治療だけでは改善が難しい場合が多いことから、治療中であっても、主治医連絡を行いながら保健指導を実施していくことが重要です。また、保健指導については、対象者が検査結果と生活の結びつきをイメージできるよう媒体を使用しながら、適切な食事量を理解し、自分で選択できるように支援していく必要があります。特にメタボリックシンドロームおよび糖尿病予防に重点を置き、優先順位を考えながら指導を行うことで、慢性腎不全の予防及び虚血性心疾患の予防につなげます。

さらに、糖尿病の未治療者や治療中断者については、糖尿病管理台帳(過去 6 年間の健診で HbA1c6.5 以上の履歴のある方)を活用し、未治療のまま放置し重症化することがないように受診勧奨を実施していく必要があります。また、特定健診の受診率の向上も課題であり、特に 40～50 歳代の受診率は低く、受診勧奨対策を検討していく必要があります。

生活習慣病予防は妊娠期からと言われており、全てのライフステージ毎に生活習慣病対策の実践ができるようポピュレーションアプローチ(地域住民全体への働きかけ)を行っていく必要があります。

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います。計画、実践、評価、改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

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

② 中長期的な目標の設定

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

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

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

③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群および糖尿病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6章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2) 管理目標の設定

図表 43 最終評価を踏まえた第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			目標値			データの把握方法
			最終評価 R05	中間評価 R08	最終評価 R11				
			(R04)	(R07)	(R10)	(活用データ)			
特定 健診 等 実施	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	48.3%	55.0%	60%以上	法定報告値			
		特定保健指導実施率60%以上	46.4%	70.0%	80.0%				
		特定保健指導対象者の減少率25%	19.8%	23.0%	25.0%				
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合を1.8%以下にする。	2.0%	1.9%	1.8%	KDBシステム			
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合を1.8%以下にする	1.8%	1.8%	1.8%				
		糖尿病性腎症による新規透析導入者患者数(国保)を6年間で4人以下にする	6人 (H29-R4)	4人 (R2-R7)	4人 (R5-R10)	町調べ			
	短期目標	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%(前年度比)	19.8%	23.0%	25.0%	町 保険年金課			
		HbA1c6.5%以上の 有所見率を8.5%以下にする。	9.2%	9.0%	8.5%				
		HbA1c8.0%以上の 有所見率を0.8%以下にする。	1.0%	0.9%	0.8%				
		血圧Ⅱ度(160/100以上)以上の 有所見率を3.5%以下にする	3.7%	3.6%	3.5%				
		高血圧Ⅱ度以上の未治療者の割合を 2.5%以下にする	2.7%	2.6%	2.5%				
		LDLコレステロール180以上の 有所見率を2.0%以下にする	2.8%	2.5%	2.0%				
		尿蛋白(2+)以上の有所見率を 1.1%以下にする	1.7%	1.3%	1.1%				
eGFR50未満(70歳以上はeGFR40未満)の 有所見率を3.5%以下にする	4.3%	3.8%	3.5%						
保険者 努力		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合90%	59.5%	70.0%	90.0%				
		糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上	72.5%	75.0%	80.0%				

<国保以外の保健事業の目標管理一覧>

保険者 努力	その他	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上	77.7%	79.0%	80.0%	厚生労働省

第4章 データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標とその取組

1. 計画全体の目的

1) データヘルス計画全体の目的として以下の3点を掲げて取組みを進めます。

- (1) 糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患等の重症化を予防し、医療費の伸びを抑制します。
- (2) 糖尿病性腎症、虚血性心疾患等の共通のリスクである糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム該当者等の減少を目指します。
- (3) (1)、(2)の解決に向け、特定健診・特定保健指導の実施率の向上を目指すとともに、血管変化が始まる軽度高血糖の段階からの保健指導を行うとともに、高血糖、肥満予防に向け、若い世代を含め広く町民への健康教育や普及啓発(ポピュレーションアプローチ)に取り組めます。

2. 目的を達成するための目標、評価指標の設定

上記目的を達成するため、図表 43「最終評価を踏まえた第3期データヘルス計画 目標管理一覧」のとおり、アウトカム、アウトプット指標について、それぞれ目標値を定め進捗管理を行います。

なお、短期的な目標については、毎年度進捗把握を行い、必要な場合はストラクチャーやプロセスについて検討を行います。(ストラクチャー、プロセス評価の視点は 第7章に記載)

保健指導実施者の配置状況(ストラクチャー)

		H28	R02	R03	R04	R05
保健師	保健師総数	12	13	13	13	12
	保健部門勤務	7	8	8	8	7
	保健指導従事者	6	6	6	6	5
	従事年数0年～3年未満		2	3		
	従事年数3年～5年未満	1			2	2
	従事年数5年以上	5	4	3	4	3
			育休1	育休1	育休1	育休1
			会計年度1	会計年度1	会計年度1	会計年度1

管理栄養士・栄養士	管理栄養士・栄養士総数	2	2	2	4	4
	保健部門勤務	2	2	2	2	2
	保健指導従事者					
	従事年数0年～3年未満				2	2
	従事年数3年～5年未満					
	従事年数5年以上	2	2	2		
			会計年度1	会計年度1	会計年度1	

第5章 課題を解決するための個別の保健事業

1. 個別保健事業の方向性

目的

メタボリックシンドロームと糖尿病の発症及び重症化予防として行います。中長期目標の課題である脳心腎は保健指導対象者の健診データの読み取りから、リスクをアセスメントしフォローします。

1) 重症化予防の保健指導

(1) 対象者

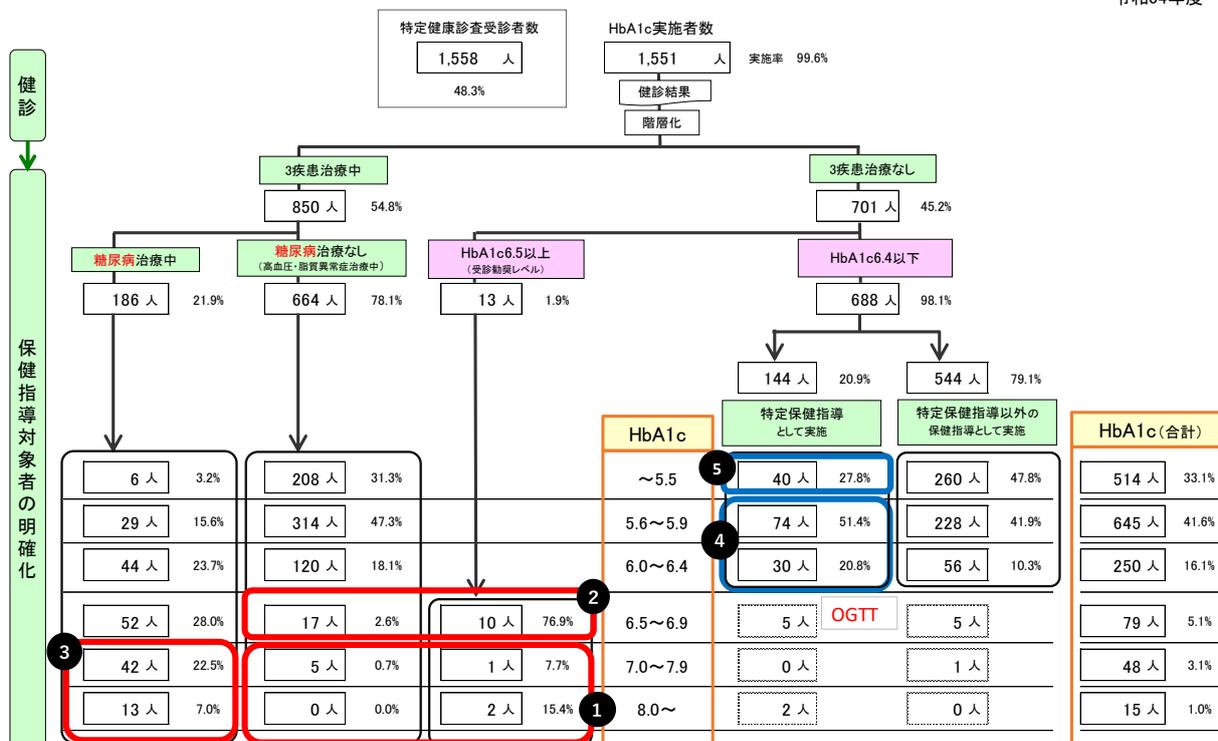
A. 当該年度の健診結果で

- ① HbA1c7.0%以上の未治療者
- ② HbA1c6.5%~6.9%以上の未治療者
- ③ HbA1c7.0%以上の糖尿病治療中者
- ④ 特定保健指導対象者(HbA1c5.6%~6.4%)
- ⑤ 特定保健指導対象者(HbA1c5.5%以下)

B. 糖尿病管理台帳記載者
上記①~④以外の前年度 HbA1c7.0%以上者
※ヤング健診(18~39歳)の受診者の上記対象者についても同様に行います。

図表 44 糖尿病フローチャート

令和04年度



2)ポピュレーションアプローチ(発症予防の保健指導)

(1)取組内容

- ①集団健康教育(メタボリックシンドローム・糖尿病発症予防対象者)
- ②地区出前講座(健診受診勧奨、メタボリックシンドローム・糖尿病発症予防等)
- ③高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施(フレイル予防等)

※ポピュレーションアプローチは毎年必要に応じ内容を検討し、健診結果説明会を実施するなど毎年度の評価をPDCA サイクルで行います。

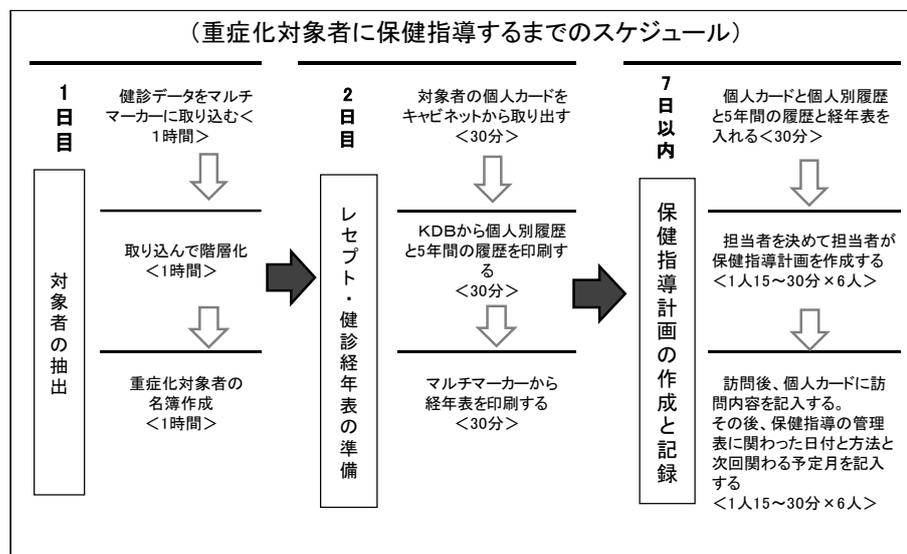
3)個別保健事業のアウトカム、アウトプット評価目標値の設定

各事業別のアウトカム、アウトプット指標は、図表 43「最終評価を踏まえた第 3 期データヘルス計画 目標管理一覧」のとおりです。

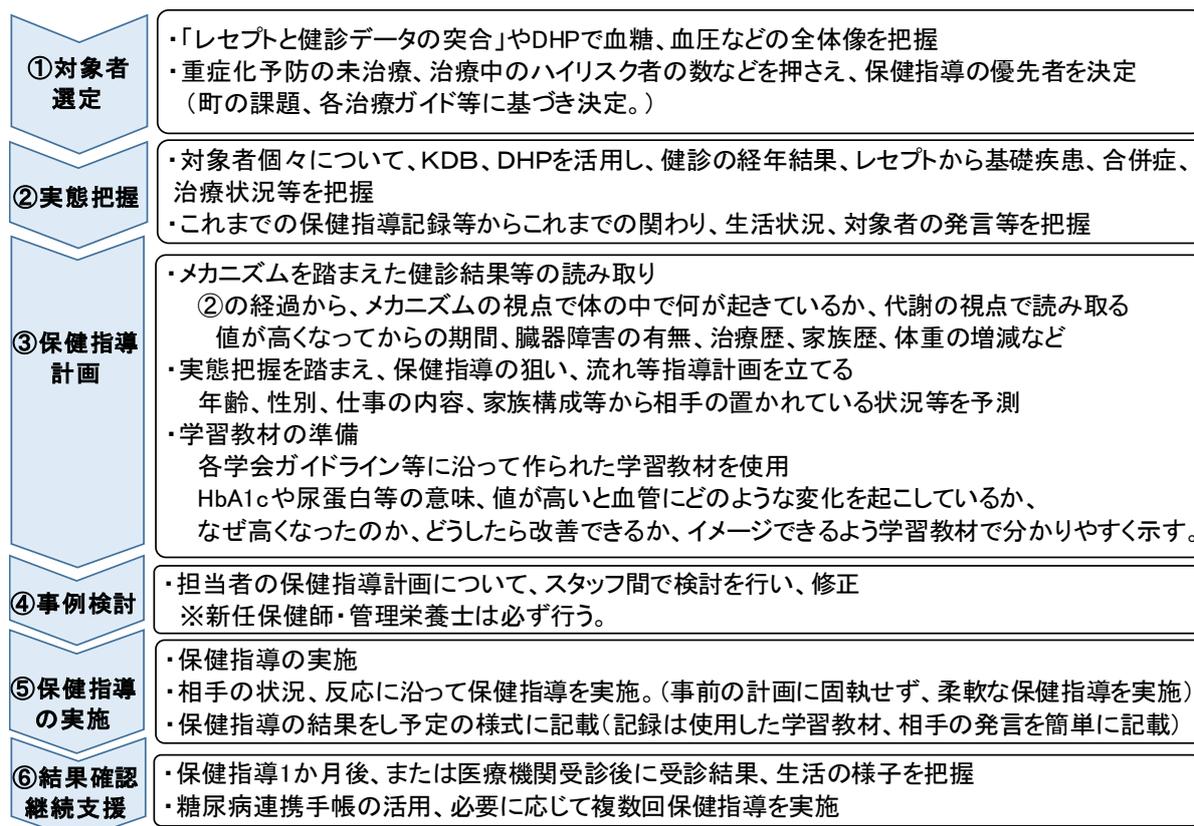
4)事業の実施スケジュール

事業の実施にあたっては、毎年度初めに事業の進捗状況、体制等を踏まえ、年間スケジュールをたて、計画的に実施を行います。(図表 75「健診・保健指導実践スケジュール」参照)

図表 45 重症化対象者に保健指導するまでの月間スケジュール



図表 46 糖尿病性腎症重症化予防対象者の選定から保健指導までの流れ(プロセス)



2. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 目的、基本的考え方

糖尿病性腎症による新規透析導入患者の減少を目的とし、取組みにあたっては「石川県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(令和5年3月改定)に基づき実施します。

2) 対象者及び優先順位の考え方

保健指導対象者の優先順位については、1. 1) 重症化予防の保健指導の対象者と同様とします。ただし、毎年度レセプトと健診データを突合し(図表 47)、地域の全体像、保健指導該当者数を把握したうえで、優先順位を決定し、十分な保健指導が実施できるよう体制を確保、計画的な保健指導を実施します。また、保健指導対象者の健診結果の読み取りの際に、下記の視点を踏まえて保健指導を行います。

- 優先 1 未治療者に対する保健指導、受診勧奨 図表 47 **F**
 健診の結果HbA1c6.5以上(空腹時血糖125mg/dl以上)の未治療者。尿蛋白(+)以上、eGFR60未满是より強く受診勧奨を行う。 **M2**
- 優先 2 治療中断者に対する保健指導、受診勧奨 **F**
 過去に治療歴があり6か月間治療の記録がないもの

※DHP(データヘルスパイロットの略)・・・KDB データを活用し、健診・医療・介護の情報を分析するシステム。

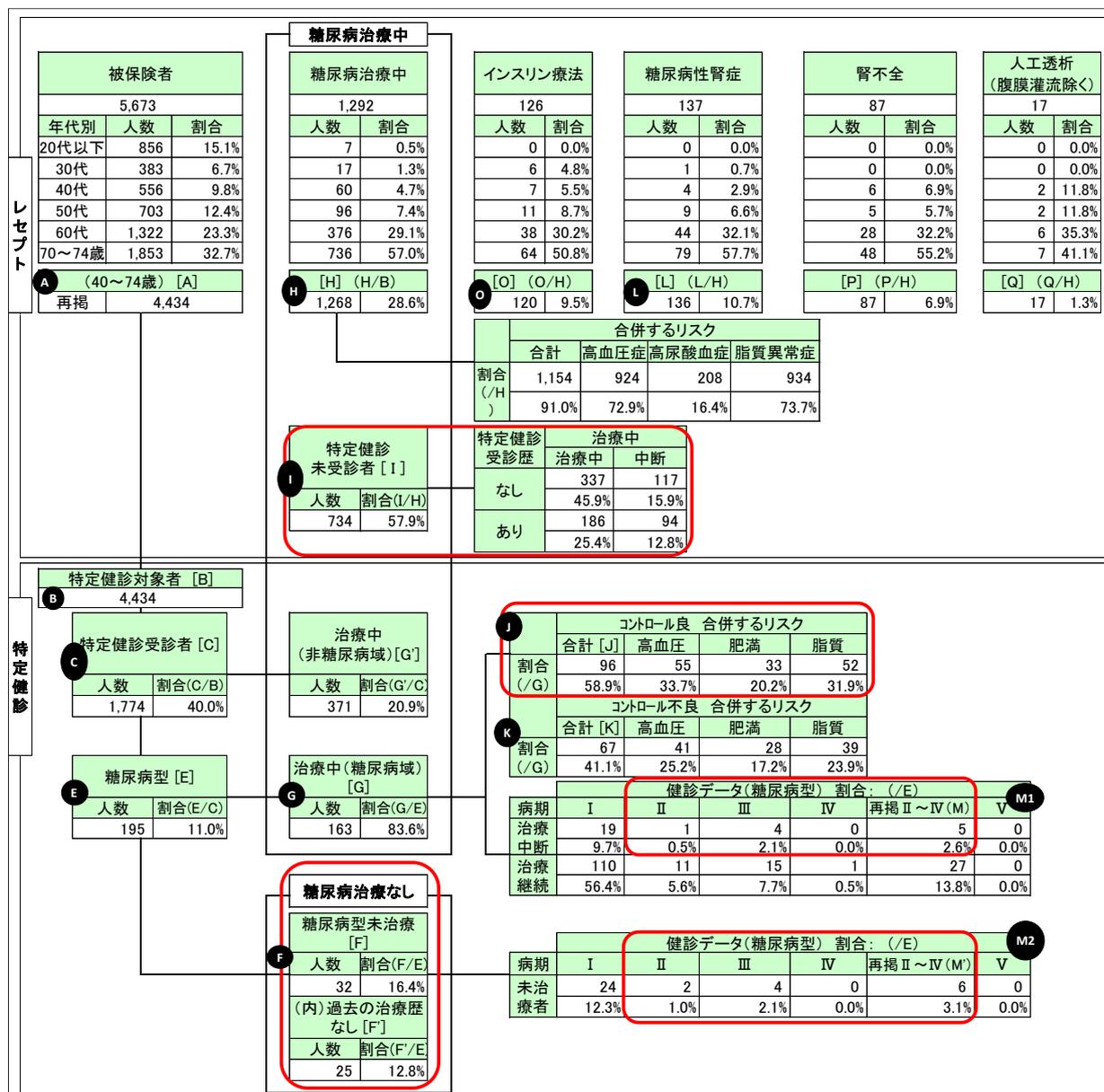
優先3 糖尿病で治療中のうちハイリスク者 **J**
 糖尿病治療中のうち、健診受診者で HbA1c7.0%以上、
 糖尿病性腎症第2期～第4期、尿蛋白(±)以上、eGFR60未滿等で重症化が懸念されるもの。 **M1**

優先4 治療中のうち、健診未受診者(過去に健診受診歴ありと中心とする) **I**
 過去に健診受診歴があり、HbA1c6.5以上(空腹時125mg/dl以上)

その他、治療中でかかりつけ医等から保健指導の依頼のあったもの

優先1～3の健診受診者に対しては、HbA1c、血糖の値に加え、メタボリックシンドロームの重なりを考慮して優先順位を決定します。(糖尿病のフローチャート参照)

図表47 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4年度)



図表 48 HbA1c 別 特定保健指導の階層化(令和 4 年度)

HbA1c	受診者数 人数	特定保健指導				情報提供							
		積極的支援		動機づけ支援		非肥満		服薬あり(問診)		糖の服薬なし		糖の服薬あり	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
5.5以下	596	10	1.7%	36	6.0%	440	73.8%	110	18.5%	105	17.6%	5	0.8%
5.6-5.9	720	20	2.8%	66	9.2%	444	61.7%	190	26.4%	172	23.9%	18	2.5%
6-6.4	296	5	1.7%	27	9.1%	162	54.7%	102	34.5%	71	24.0%	31	10.5%
6.5-6.9	88	1	1.1%	4	4.5%	45	51.1%	38	43.2%	10	11.4%	28	31.8%
7-7.9	56	0	0.0%	0	0.0%	28	50.0%	28	50.0%	2	3.6%	26	46.4%
8以上	18	2	11.1%	0	0.0%	3	16.7%	13	72.2%	1	5.6%	12	66.7%

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ります。保健指導にあたっては、個人の健診結果経年表、KDBにより合併症、治療状況等を確認し、リスクの重なりを含め個々人の病態、生活背景を踏まえた保健指導を実施します。実施にあたっては、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ます。

図表 49 糖尿病性腎症重症化予防のための学習教材(一部のみ例示)

糖尿病性腎症重症化予防のための学習教材 (一部のみ例示)	
<p>1 健診結果から解決に意識が向かうための資料</p> <p>1-1 健診結果経年表</p> <p>1-2 HbA1cが上がる要因はタイプによって違います</p> <p>1-3 ヘモグロビンA1cとは</p> <p>1-4 糖尿病はどのような病気なのでしょう</p> <p>1-5 75g糖負荷検査結果</p> <p>1-6 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか</p> <p>1-7 高血糖は腎臓をどのように傷めるのか</p> <p>1-8 私の腎機能(GFR)の状態は？</p> <p>1-9 糖尿病による網膜症</p> <p>1-10 認知症には、糖尿病予防が大切です</p> <p>1-11 糖尿病治療の進め方</p>	<p>2 高血糖を解決するための食</p> <p>2-1 食べる時間とインスリン分泌</p> <p>2-2 血糖が高くても安心して食べられるもの</p> <p>2-3 短鎖脂肪酸って何だろう？</p> <p>2-4 食べ方の基本 基準量</p> <p>2-5 どんな順序で食べるとインスリンに無理をかけないか？</p> <p>3 運動</p> <p>3-1 動くのと体にいいと言われるけど何がいいの？</p> <p>3-2 筋肉細胞ってね</p> <p>4 薬物療法</p> <p>4-1 薬はもともと体の働きを助けたり抑えたりして血糖を調整しています</p> <p>4-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか</p>

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

糖尿病性腎症の病期分類は eGFR(推算糸球体ろ過量)とアルブミン尿で判定されます。本町では受診者全員に eGFRを実施するとともに、下記の対象者が希望した場合に尿アルブミン検査を実施しています。

図表 50 尿アルブミン検査対象者

			CKD重症度分類				
			G1	G2	G3a	G3b	
			A1~A3	A1~A3	A1~A3	A1~A3	
生活習慣病リスク	耐糖能異常 糖尿病	HbA1c6.5%以上	●	●	●	●	
	高血圧症	Ⅱ度以上 (160~/100~)			●	●	
	メタボリックシンドローム	該当者			●	●	
	脂質異常症	LDL-C	180以上			●	●
		中性脂肪	300以上			●	●
	高尿酸血症	7.1以上			●	●	

※ただし A3 のうち、
尿蛋白(++) 以上は除く。

※上記以外で、糖尿病管理台帳記載者(過去 5 年間の健診で HbA1c6.5 以上の履歴のある方)、新規受診者(過去 5 年間健診受診歴のない方)も対象としている。

参考 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/gCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73 m 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 持続性タンパク尿(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	

(糖尿病性腎症合同委員会:糖尿病性腎症病期分類2014)

令和4年度尿アルブミン検査実施者

対象者数 2,043 人 実施者数 323 人

結果:正常 254 人(78.6%)・微量 60 人(18.6%)・顕性 9 人(2.8%)

(3) 医療との連携

医療機関未受診者及び治療中者への保健指導にあたっては、「内灘町生活習慣病発症・重症化予防のための連絡票」や、糖尿病連携手帳を活用するとともに、かかりつけ医を訪問するなど積極的な医療連携を図っていきます。

4) 評価

事業の進捗、その効果を把握するため、図表 43「最終評価を踏まえた第 3 期データヘルス計画目標管理一覧」について、毎年度末に評価を行います。

5) 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

前年度の健診結果から、糖尿病管理台帳を作成、保健指導対象者を抽出

5 月 前年度健診未受診者、治療中断者の把握、保健指導の実施

6 月～本年度健診結果から優先順位に基づき保健指導を実施

保健指導実施後、治療の有無等をKDBで確認、継続指導を実施

11 月～健診未受診者の訪問、かかりつけ医との連携

3 月 年間の活動のまとめ、評価

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 目的、基本的な考え方

虚血性心疾患の早期発見、発症予防を目的として、『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』など各学会ガイドライン等に基づき対策を進めます。

2) 対象者及び優先順位の考え方

(1) 心電図検査からの把握

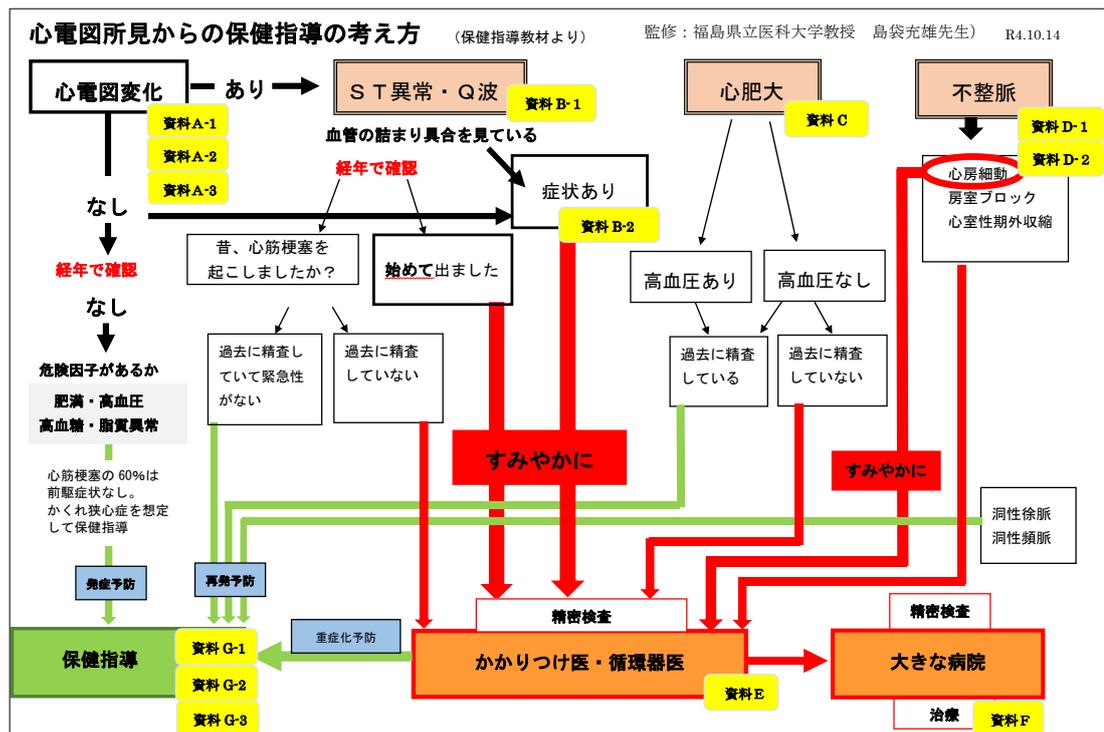
心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、虚血性心疾患の発見においても重要な検査の1つです。このため、本町では特定健診受診者全員に心電図検査を実施しています。

1. 1) 重症化予防の保健指導の対象者の心電図所見でST変化、Q波異常がある場合は、早急な医療機関受診が必要な場合もあるため、優先的に保健指導を実施します。

図表 51 心電図で虚血性変化が疑われる人数(令和4年度)

	該当数	メタボリックシンドローム						LDL-CH 160以上	
		基準該当		予備群該当		非該当		人数	割合
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
Q波所見あり	23	5	21.7%	5	21.7%	13	56.5%	3	13.0%
ST所見あり	37	5	13.5%	6	16.2%	26	70.3%	6	16.2%

図表 52 心電図所見からのフロー図 (保健指導教材)



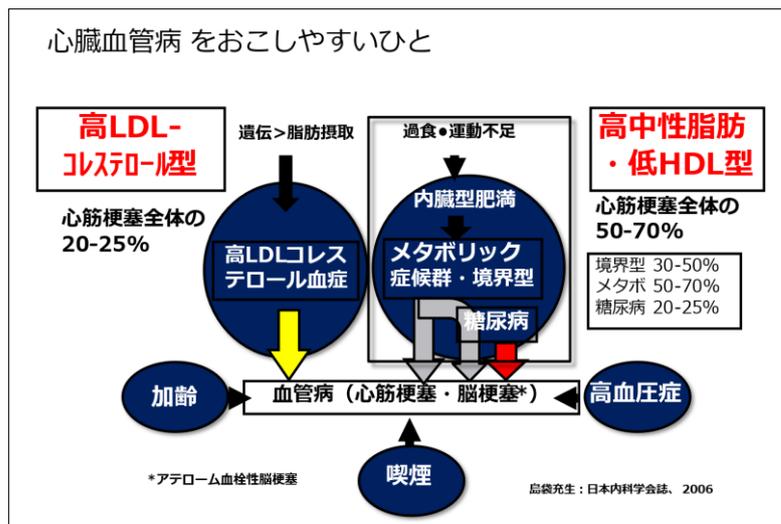
(2)高LDLコレステロール

心筋梗塞の60%は前駆症状がないため、心血管疾患を発症しやすい、高コレステロール及びメタボリックシンドローム者に対し、積極的に保健指導を行う必要があります。

特に高コレステロールは単独で重要なリスクであり、メタボリックシンドロームに高LDLが重なった場合は、さらに危険性が高まると指摘されています。

また、LDLコレステロールが 180

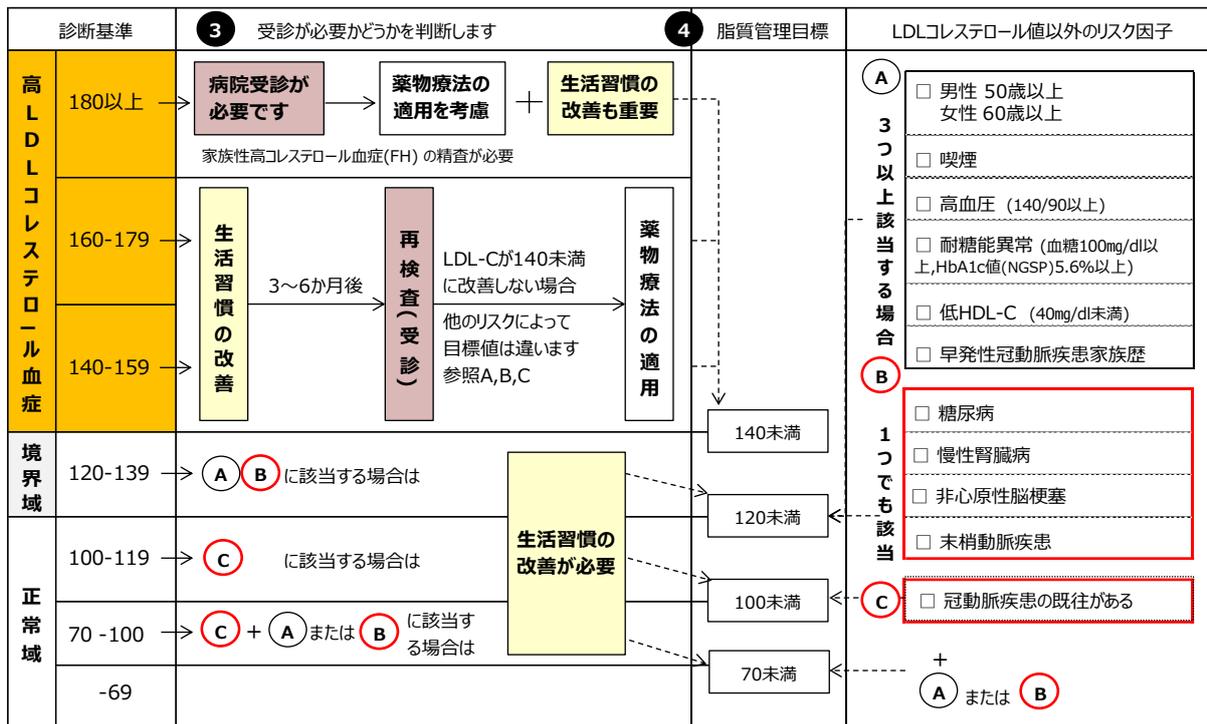
以上の場合は、家族性の高コレステロール血症も疑われ、若い年代で虚血性心疾患を発症する可能性も高いことから、家族を含めた保健指導等を行います。



図表 53 LDLコレステロールと特定保健指導の階層化(令和4年度)

LDLコレステロール	総数 人数	特定保健指導				情報提供							
		積極的支援		動機づけ支援		非肥満		服薬あり(問診)		脂質の服薬なし		脂質の服薬あり	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
120未満	994	8	0.8%	54	5.4%	614	61.8%	318	32.0%	108	10.9%	210	21.1%
120-140未満	442	11	2.5%	33	7.5%	291	65.8%	107	24.2%	65	14.7%	42	9.5%
140-160未満	227	9	4.0%	32	14.1%	147	64.8%	39	17.2%	24	10.6%	15	6.6%
160-180未満	91	4	4.4%	13	14.3%	57	62.6%	17	18.7%	12	13.2%	5	5.5%
180以上	44	6	13.6%	5	11.4%	28	63.6%	5	11.4%	4	9.1%	1	2.3%

高LDLからの保健指導の考え方



3)保健指導の実施

(1)心血管病予防に関する包括リスク等に応じた保健指導の実施

保健指導にあたっては、健診結果経年表、KDB、これまでの保健指導記録から対象者の状況を把握したうえで、各フロー図に沿って保健指導を行い(図表 51)対象者が自分の体がイメージできるよう、保健指導教材を活用します。

(対象者の選定から保健指導の流れは、糖尿病性腎症重症化に準じて行う。)

図表 54 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(例示)

- 1-1 心電図所見からどうしたらいいの？ フロー図
- 1-2 休むことなく動き続けるのは心臓だけです
- 1-3 私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞を発症する前に
- 1-4 心電図所見に「ST」がでました。STって何？
- 1-5 心電図には異常がなかったけど、症状も大事なサインです
- 1-6 心臓の血管を守るために今できることは何だろう
- 1-7 肥満になると心臓はどうなるの？

(2) 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ます。

4) 評価

事業の進捗、その効果を把握するため、図表 43「最終評価を踏まえた第 3 期データヘルス計画目標管理一覧」について、毎年度末に評価を行います。

5) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第、該当者への保健指導(通年)

必要な人への二次検査の勧奨、結果を踏まえた保健指導の実施

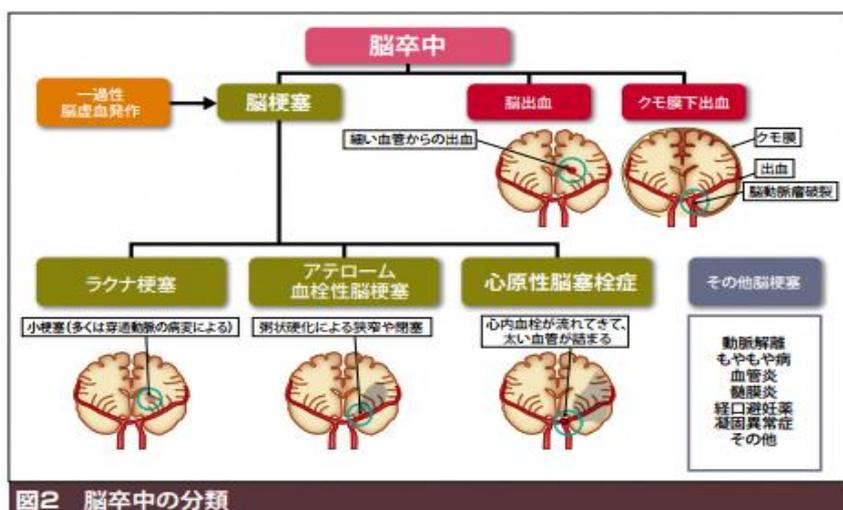
4. 脳血管疾患重症化予防

1) 目的、基本的な考え方

脳血管疾患のうちアテローム血栓性脳梗塞アテローム型のリスクとして、血圧、高血糖、脂質異常、メタボリックシンドロームが指摘されており、虚血性心疾患同様の対象者に対して脳血管疾患重症化予防の視点を加えて、保健指導を実施します。

また、「心原性脳梗塞」は、大血管が閉塞し重症化しやすく、介護予防の観点からも重要であるため、その取組みを進めます。

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては『脳卒中治療ガイドライン』、『脳卒中予防への提言』、『高血圧治療ガイドライン』等に基づいて進めます(図表 54)。



図表 55 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者と優先順位の考え方

(1) 高血圧者に対する保健指導

脳血管疾患において、高血圧は最大の危険因子であるため、1. 1) 重症化予防の保健指導の対象者の高血圧未治療である者、治療しているが血圧管理が不十分な者を対象に保健指導を実施します。

優先順位の考え方としては、虚血性心疾患と同様、血圧に高血糖、LDLコレステロール高値などリスクの重なりのある人を優先的に実施します。(図表 55 参照)

図表 56 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

血圧分類 (mmHg)		高血圧	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)	428	231 54.0%	171 40.0%	22 5.1%	4 0.9%
リスク第1層 予後影響因子がない	22 5.1%	C 13 5.6%	B 8 4.7%	B 1 4.5%	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	250 58.4%	C 134 58.0%	B 101 59.1%	A 12 54.5%	A 3 75.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	156 36.4%	B 84 36.4%	A 62 36.3%	A 9 40.9%	A 1 25.0%

令和04年度

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

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

脳心血管病リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

■ ...高リスク

■ ...中等リスク

■ ...低リスク

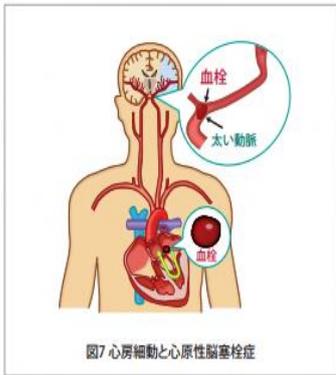
区分	該当者数
A	87 20.3%
B	194 45.3%
C	147 34.3%

※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」「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

図表 57 血圧と保健指導の階層化(令和4年度)

血圧	総数 人数	特定保健指導				情報提供							
		積極的支援		動機づけ支援		非肥満		服薬あり (問診)		血圧の服薬 なし		血圧の服薬 あり	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
正常	831	11	1.3%	48	5.8%	600	72.2%	172	20.7%	51	6.1%	121	14.6%
高値血圧 130~139/ /80~89	490	9	1.8%	42	8.6%	280	57.1%	159	32.4%	27	5.5%	132	26.9%
I度高血圧 140~159/ 90~99	389	15	3.9%	39	10.0%	209	53.7%	126	32.4%	18	4.6%	108	27.8%
II度高血圧 160~179/ 100~109	50	2	4.0%	2	4.0%	28	56.0%	18	36.0%	0	0.0%	18	36.0%
III度高血圧 180以上/110以上	14	1	7.1%	2	14.3%	5	35.7%	6	42.9%	0	0.0%	6	42.9%

(2)心電図検査の結果心房細動がある人への保健指導



心房細動があると、心臓内に血栓ができやすく、心臓内でできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈が詰まり、「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。このため、心電図検査で心房細動があった者に対して、医療機関への受診勧奨等を行います。

令和4年度の特定健診の結果、心房細動の所見がある人は7人で、うち未治療が1人であり、受診勧奨、継続治療への支援が必要です。

(脳卒中予防への提言より引用)

図表 58 心房細動有所見者数及び治療状況(令和4年度)

心房細動 所見あり	治療の有無			
	未治療		治療中	
人数	人数	割合	人数	割合
7	1	14.3%	6	85.7%

3)保健指導の実施

(1)受診勧奨及び保健指導

保健指導にあたっては、個人の健診結果経年表、KDBにより合併症、治療状況等を確認し、リス

クの重なりを含め個々人の病態、生活背景を踏まえた保健指導を実施します。医療受診を拒む方の中には薬を飲みたくないという考えの方も多く、血圧が高くなる要因、薬の働きなどを含めてイメージしやすい保健指導教材を活用します。

(2)対象者の管理

心房細動がある場合継続的な治療、管理が重要となります。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、継続的な管理ができるよう台帳を作成し、適正な受診、リスク管理が行われているかを確認していきます。

(3)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ます。

4)評価

事業の進捗、その効果を把握するため、図表 43「最終評価を踏まえた第3期データヘルス計画目標管理一覧」について、毎年度末に評価を行います。

5)実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

5. 軽度高血糖者に対する 75g糖負荷検査と保健指導

1)目的、基本的考え方

本町は軽度高血糖が疑われる HbA1c5.6-5.9%の割合が高くなっています。軽度高血糖の段階から血管変化が始まるため、軽度高血糖の改善を目指すとともに糖尿病患者の増加の抑制を図ることを目的とします。

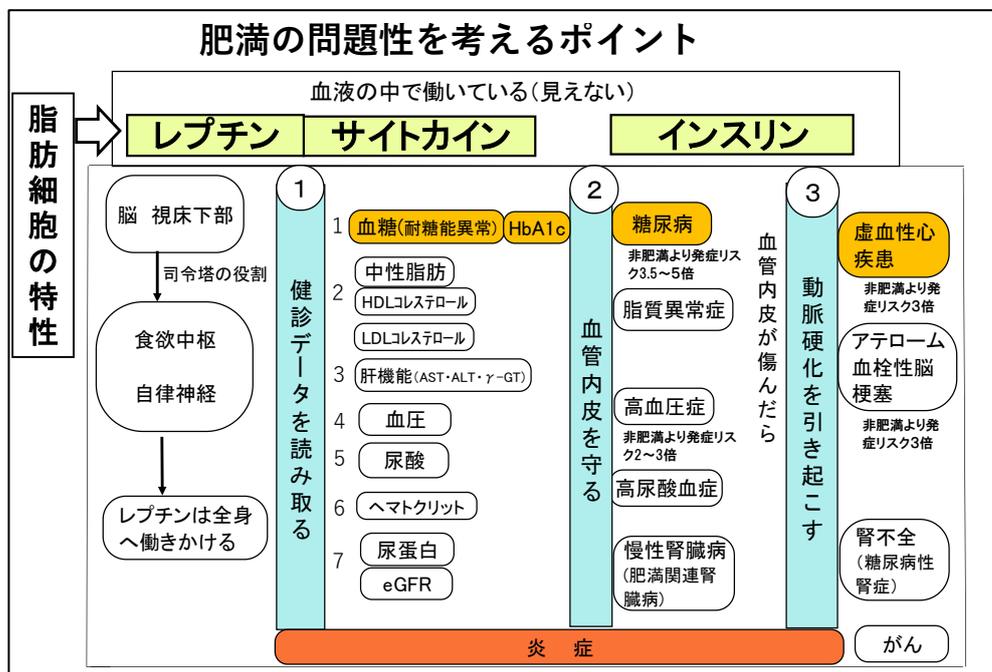
なお、軽度な異常では、本人自身が問題意識を持ちにくいいため、血糖の流れやインスリン量が見える化できる 75g糖負荷検査を実施し、その結果を踏まえて保健指導を行います。

軽度高血糖や耐糖能異常の中には、インスリン分泌障害が主たるもの(やせタイプ)と、インスリン抵抗性の増大が主たるもの(肥満タイプ)があり、後者にはメタボリックシンドロームを呈するものが多くみられます。(糖尿病治療ガイド)

メタボリックシンドロームは個人に高血糖、インスリン抵抗性、高脂血症、高血圧などが重なった状態で、動脈硬化性疾患(虚血性心疾患、脳血管疾患等)のハイリスク状態で、その上流に内臓脂肪の蓄積によるサイトカイン異常があるとされています。軽度の異常であっても、リスクが重なることで虚血性心疾患、脳血管疾患の発症は 30 倍に増加すると言われており、高血糖と肥満の重なりを優

先に保健指導を実施します。

図表 59 肥満、耐糖能の問題性を考えるポイント



2) 対象者及び優先順位の考え方

糖尿病フローチャート図(図表 44)により、健診受診者の全体像を把握、そのうえで優先順位を決定します。健診受診者のうち、HbA1c5.6~6.4%、糖尿病未治療者が対象となります。

優先順位の考え方(75g糖負荷検査が推奨される場合)(『糖尿病治療ガイド2022-2023』より抜粋)

- ① 強く推奨される場合(現在糖尿病の疑いが否定できない)
HbA1c6.0~6.4、空腹時血糖 110~125 mg/dl、随時血糖 140~199mg/dl
- ② 行うことが望ましい場合(将来糖尿病を発症するリスクが高い、高血圧、脂質異常症、肥満 など動脈硬化のリスクを持つものは特に施行が望ましい)
HbA1c5.6~5.9%、空腹時 100~109mg/dl
上記がなくても、濃厚な糖尿病の家族歴や肥満が存在するもの

図表 60 参考 糖負荷検査実施結果(令和4年度)

区分		実施数	判定結果	
			境界型	糖尿病型
HbA1c	肥満	3	0	0
5.6-6.4	非肥満	2	2	0
割合	肥満	100%	0%	0%
	非肥満	100%	100%	0%

3) 保健指導の実施

(1) 対象者への保健指導

保健指導にあたっては、個人の健診結果経年表、KDBにより合併症、治療状況等を確認し、リスクの重なりを含め個々人の病態、生活背景を踏まえた保健指導を実施します。

指導にあたっては、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ます。

図表 61 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定保健指導(メタボリックシンドローム)のための学習教材 (一部のみ例示)	
1 健診データ・検査	3 脂肪細胞
1-1 内臓脂肪に着目した健診結果経年表	3-3 脂肪細胞ってね
1-2 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます	3-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-3 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります	3-5 食欲が抑えられない 脳の変調
1-4 血管が傷むとは	2 食事療法
1-5 体の中で起こっていることは？	2-1 栄養指導の基本
1-6 体重がふえるとなぜ血圧が高くなるのでしょうか？	2-2 現在の摂取エネルギーから500Kcal減量する
1-7 肥満になると腎臓で何が起きているのでしょうか？	2-3 短鎖脂肪酸って何だろう？
1-8 肥満になると心臓はどうなるの？	3 運動
2 肥満の症状	3-1 肥満勧奨のために、なぜ運動するといいいの？
2-1 肥満がもたらす症状	4 高度肥満
2-2 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの？	3-1 外科手術という治療があります
2-3 膝のところが痛いですか？	3-2 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合
2-4 たくさん汗がでる、なぜ汗がでる？	
2-5 新型コロナと肥満	

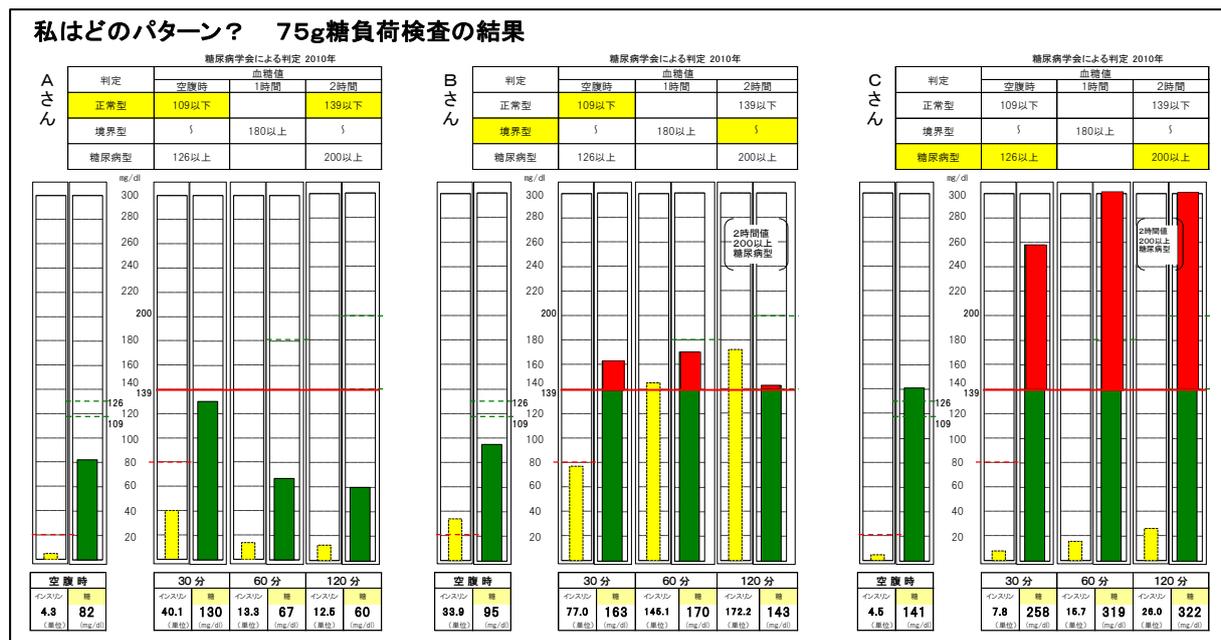
(2) 健診 2 次検査の充実

血糖とインスリン分泌の状態を知り、自らの食べ方と血糖の関係を学ぶために 75g 糖負荷検査を実施、検査結果に応じた保健指導を実施します。

図表 62 75g糖負荷検査を活用した保健指導の学習教材(一部のみ例示)

75g糖負荷検査を活用した保健指導の学習教材 (一部のみ例示)	
1 体で起きていることを理解するための資料	
1-1 HbA1cが上がる要因はタイプによって違います	1-6 どんな順序で食べるとインスリンに無理を掛けないか？
1-2 ヘモグロビンA1cとは	1-7 血糖が高くても安心して食べられるもの
1-3 75g糖負荷検査結果	1-8 HbA1cと体重の変化
1-4 私はどのパターン	1-9 かき乱されたグリコカリックス
1-5 食べる時間とインスリン分泌	

図表 63 保健指導教材の例(1-3 『75g糖負荷検査の結果』)



4) 評価

事業の進捗、その効果を把握するため、図表 43「最終評価を踏まえた第 3 期データヘルス計画目標管理一覧」について、毎年度末に評価を行います。

5) 実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準の決定
- 5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

6. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 目的、基本的な考え方

国保加入者の約 5 割が 65 歳以上の前期高齢者となっており、保健事業の実施に当たっては、高齢者の特性を踏まえた生活習慣病等の重症化予防と、生活機能の低下を防止する取組みの双方が必要となります。また 75 歳に達すると後期高齢者医療制度の被保険者となることを踏まえ、国保の保健事業と後期高齢者の保健事業、介護予防事業を一体的に進める必要があります。

当町は、令和 3 年度より石川県後期高齢者広域連合から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を受託、その取組みを開始しており、今後さらにその取組みを進めたいと考えています。

2) 事業内容

(1) 地域の健康課題の把握、対象者の抽出

企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置し、DHP(KDB システムの補完システム)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)個別保健指導(ハイリスクアプローチ)

地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を実施します。

国保事業で保健指導対象者であった方々が75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳等をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を実施します。

※具体的な対象、事業内容等は重症化の各事業に記載のとおりです。

糖尿病性腎症重症化予防については、「高齢者糖尿病治療ガイド」に沿って、個々の血糖コントロール目標を把握したうえで支援を行います。

(3)ポピュレーションアプローチ

地域の通いの場や高齢者が多く集まる場等を活用し、生活習慣病の重症化予防やフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施します。

3)対象者と優先順位の考え方

図表 63 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施により、高齢者の健診、医療、介護の全体像を把握し、そのうえで優先順位を決定します。本町は特に、高血糖が課題であること、介護においても認知症の割合が高いことから、国保からの糖尿病重症化予防を後期に異動しても引き続き実施していきます。

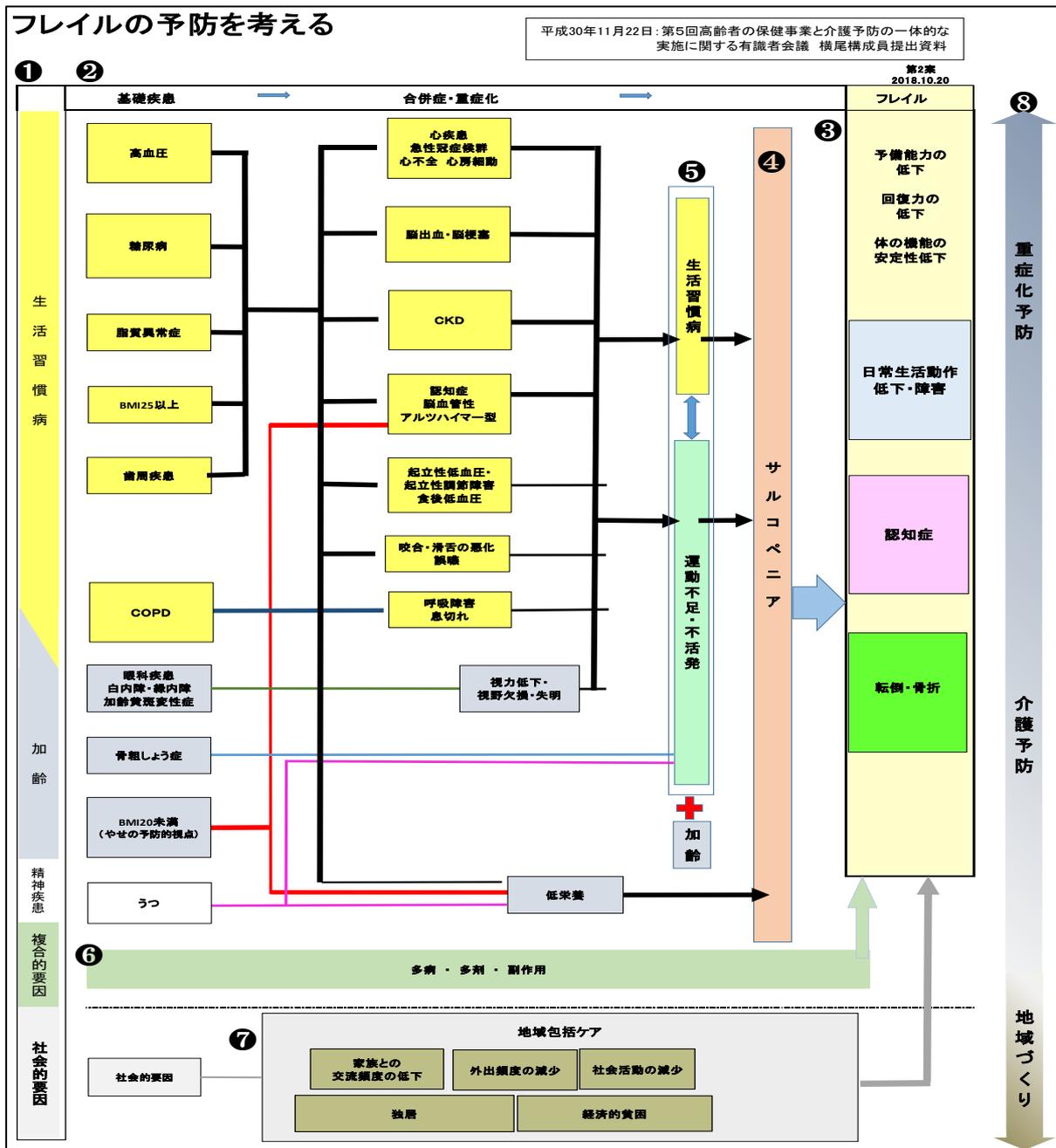
4)保健指導の実施

保健指導にあたっては、生活習慣病の予防に加えフレイルの視点も加えて指導にあたります。

図表 64 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



図表 65 フレイルの予防を考える



7. 生涯を通じた生活習慣病予防、ポピュレーションアプローチ

1) 妊娠中、子どもの頃からの肥満、生活習慣病予防

本町は、乳幼児および小 5 男子、中学生男子の肥満傾向にある子どもの割合が増加しています（第 3 次うちなだ健康プラン 21 参照）。小児期の肥満はおよそ 3 割が成人の肥満につながると言われていることから、子どもの頃からの肥満予防が課題となっています。もう一方の課題である高血糖については、小児のデータがなく把握できる状況にありませんが、肥満が増えていることから高インスリン状態であることを考えると子どもについても食後高血糖の状況にあることが懸念されます。

小児期、学童期については、国保加入者が少ないことから、うちなだ健康プラン 21 やうちなだ食育推進計画と連携し行政の枠組みを通じ保育所、学校、商工会等と連携した取組みを進める必要があります。

具体的には、子ども達が肥満に至った背景（食事、動き方など）を把握するとともに、生涯を通じた生活習慣病の予防につながる「食の基本・基準量」を学ぶなどの取組みを検討し、広く住民に本町の健康実態を周知するとともに、その対策について各地区、組織活動を通じて普及啓発を行っていきます。

また、妊娠中は尿糖に加え血糖検査等が実施されています。妊娠中の健康管理は出生児の安全のために早期発見、適正管理が重症であるが、妊娠糖尿病や妊娠高血圧等があると出産後状態が改善しても、将来の糖尿病等の生活習慣病を発症しやすく、出産後の健康管理も重要となってきます。このため妊娠糖尿病等異常があった方に対しては、継続的な保健指導を行います。

図表 66 肥満、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

		発症予防											重症化予防						
		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		高齢者の医療の確保に関する法律		介護保険						
		うちなだ健康プラン21(健康増進計画)・うちなだ食育推進計画																	
		データヘルス計画(国保加入者)																	
		内灘子ども・子育て支援事業計画(母子保健分野)						特定健診等実施計画				後期データヘルス計画							
3年代		妊婦(胎児期)		産婦	0~5歳			6~18歳			~29歳 30~39歳		40~64歳	65~74歳	75歳以上				
3健康診査(根拠法)		妊婦健康診査		産婦健診	乳幼児健康診査			保育所等健康診査	就学時健診	児童・生徒の定期健診		定期健康診断		特定健康診査		後期高齢者健診			
		妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳	3歳	保育園児	幼稚園児	小学校	中学校	高校	労働安全衛生規則		標準的な特定健診・保健指導プログラム				
4対象者	健診内容	肥満度	BMI25以上	非妊娠時からの体重増加量			かつ18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上			BMI 25以上					
		尿糖	(+)以上																
		血糖 HbA1c		95mg/dl以上											空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上				
				6.5%以上											6.5%以上				
		精検糖負荷検査		50gGTT 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															
		(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															
		糖尿病家族歴																	

2) 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、メタボリックシンドロームや糖尿病増加の背景にある食や生活の変化など、生活習慣病予防のための取り組みについて町民が学習できる場の提供など、地区組織や関係団体、関係機関と連携し広く町民への周知に努めます。(図表 66)

図表 67 石川の食の変化と健診結果を考える資料(例示)

石川の食の変化 食べなくなった食品、食べるようになった食品の中身

食品	食品ランキング			炭水化物 糖+食物 繊維 g	食物 繊維 g	蛋白質 g	脂質 g	脂肪酸			オメガ3 EPA,DHA g
	H20-H22	R元-R3	増減率					飽和 脂肪酸 g	一価 g	多価 g	
日本人の食事摂取基準2020 男 50~64歳 60kgの場合					21	65	43~64	15 以下	7.5		2.2
魚	生鮮魚介(g)	4位 42,256g	8位 27,193g	-35.6%							
	ぶり(g)	2位 5,018g	2位 3,293g	-34.4%	0.3	21	18	4.4	4.4	3.7	3.4
肉	生鮮肉(g)	33位 42,200g	10位 53,904g	27.7%							
	豚肉(g) (豚ロースの場合)	18位 18,828g	17位 22,711g	20.6%	0.2	19	19	7.8	7.7	2.2	0.1
	(豚ばらの場合)				0.2	14	35	13.0	14.8	4.0	0.2
	ソーセージ(g) (ウインナー)	30位 5,164g	1位 6,519g	26.2%	0.8	13	29	10.1	12.7	3.6	0.2
菓子類	和菓子 (きんつば)	1位 16,952円	1位 14,920円	-12.0%	60	7	5	0.7	0.1	0.0	0.2
	ケーキ	8位 8,191円	1位 9,030円	10.2%	24	0.4	4	21.3	12.4	5.1	1.0

※食品ランキング：総務省統計局家計調査より

食品100g中

第6章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 68 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	53%	54%	55%	57%	59%	60%以上
特定保健指導実施率	50%	60%	70%	75%	78%	80%

3. 対象者の見込み

図表 69 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	3,572人	3,582人	3,558人	3,534人	3,510人	3,486人
	受診者数	1,893人	1,934人	1,957人	2,014人	2,017人	2,092人
特定保健指導	対象者数	176人	180人	182人	187人	193人	195人
	受診者数	88人	108人	127人	140人	151人	156人

4. 特定健診の実施

1) 実施方法、実施場所、契約形態

集団健診及び医療機関での個別健診を実施します。集団健診は、財団法人石川県予防医学協会に委託し実施します。個別健診は、町内医療機関に委託し実施します。契約は個別契約とします。

健診実施場所、期間は町広報、町のホームページに掲載します。

2) 特定健診実施項目

法定の実施項目に加え、虚血性心疾患、糖尿病の発症、重症化を予防するため、受診者全員に心電図検査及びHbA1c、血清クレアチニン検査(eGFR)、尿潜血検査、尿酸値検査、血液学検査を実

施します。

※血液学検査のうち、血色素等は易血栓性の指標として重要な検査である。(脳梗塞ガイドライン)

図表 70 特定健診検査項目

内灘町特定健診検査項目

健診項目		町	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	○

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

3)実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

4)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。

5)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。

6)健診の案内方法・健診実施スケジュール

受診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、健診対象者に個

別に受診券と案内を郵送するとともに、広報等を活用し、周知を行います。

受診券は5月に発行・郵送を行い、途中加入者には健診期間中にその都度、発行交付を行います。

5. 特定保健指導の実施

1) 実施体制、方法

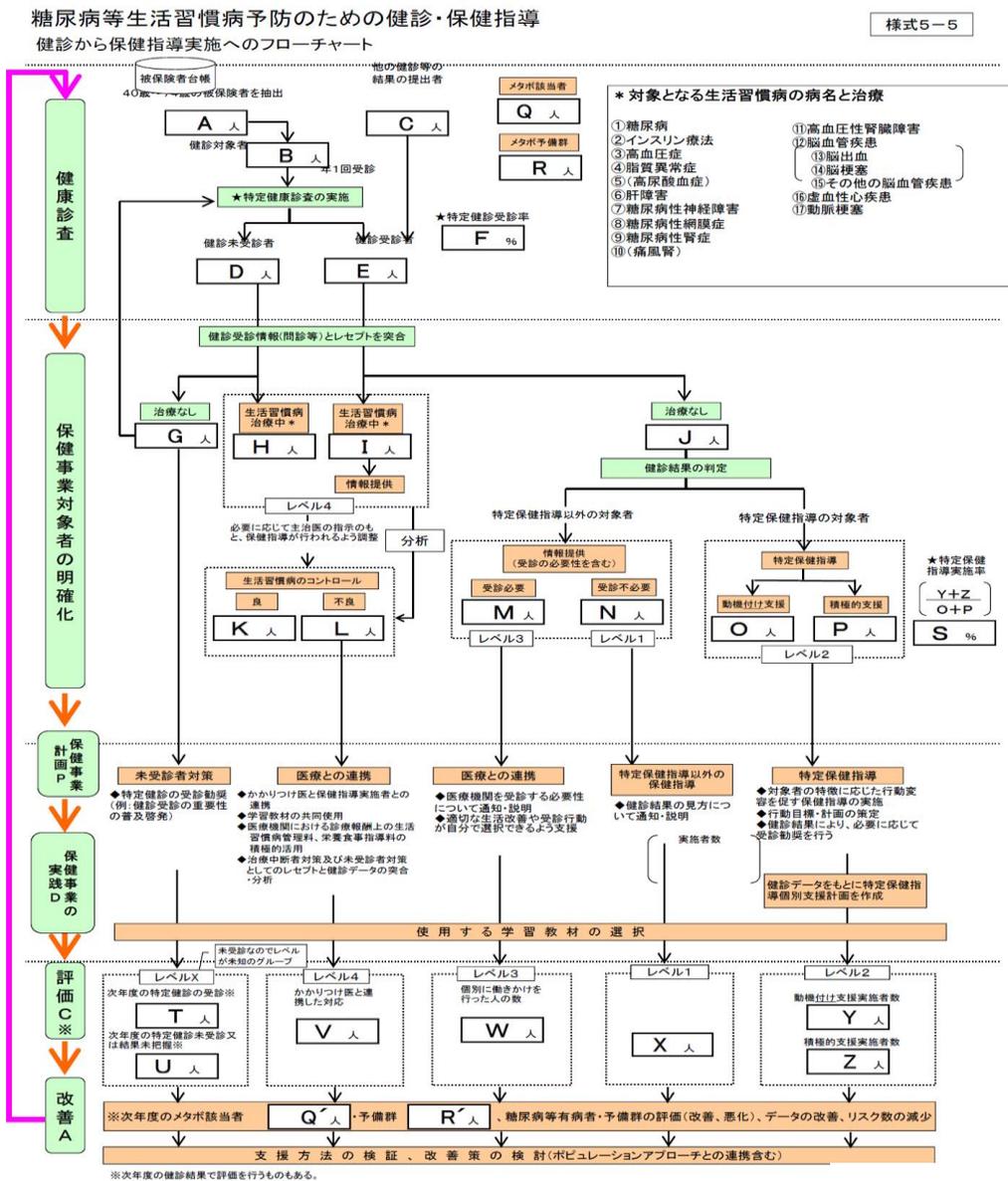
特定保健指導は、町保健センターに執行委任し、保険者が直接行います。

実施方法は、家庭訪問、または来所面接による対面での個別保健指導を通年で実施します。

2) 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 71 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典：ヘルスポータルラボツール

3) 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 72 要保健指導対象者の見込み(令和 11 年度)

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	R11年度 対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	OP	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	195人 (9.3%)	80%
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	356人 (17.0%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	2,092人 ※受診率目標達成 までにあと479人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	385人 (18.3%)	-
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1,151人 (55.0%)	HbA1c8.0以上 については 100%

なお、優先順位については、毎年度実施状況、改善状況等を把握、評価し、見直すこととします。

4) 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 73 特定健診実施スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導
4月	①健診対象者の抽出	①前年度の評価
5月	②受診券発券・送付	②未受診者への訪問指導
6月	③特定健診の実施	③糖尿病管理台帳の整理
7月	毎月の請求・支払い	④対象者の抽出
8月	階層化	⑤保健指導の実施
9月		
10月		
11月		
12月	③かかりつけ医データ受領	
1月		
2月	職域からのデータ受領	データ受領者への保健指導
3月		

図表 74 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎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	◎特定健康診査の開始		◎健診、後期高齢者健診、がん検診開始
6月		◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎保健指導の開始	
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			
12月			
1月			
2月	◎健診の終了		
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その他関係法令を遵守し、個人情報を適正に取り扱います。

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

2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第7章 計画の評価・見直し

1. 個別保健事業の評価・見直し

より実効性のある計画となるよう、毎年度、個別の保健事業について進捗状況等を把握、評価を行います。事業が計画通り進んでいない場合は、ストラクチャーやプロセスが適当であったか等を確認、体制等の見直しを行います。

2. 個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し

計画の最終年度となる令和 11 年度にデータヘルス計画全体の評価、見直しを行うとともに、必要な場合は中間年となる令和 8 年度に進捗管理のため中間評価を行っていきます。

評価に当たっては、被保険者や医療関係者、関係団体関係者が参画する国保運営協議会で検討するとともに、国保連合会に設置された保健事業支援・評価委員会を活用します。

なお、評価指標はアウトカム・アウトプット評価を中心としているが、中間評価、最終評価時にはプロセスやストラクチャーの視点でも評価を行います。

評価における4つの視点

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・糖尿病性腎症の透析導入者の割合ほか、目標管理一覧に掲げたアウトカム指標
アウトプット (事業の実施状況・実施量)	<ul style="list-style-type: none">・計画した保健指導が実施できたか・特定保健指導実施率ほか、目標管理一覧に掲げたアウトプット指標
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none">・保健指導の手順・教材は十分だったか・スケジュールは計画通りにできたか・KDB、DHPは活用しやすい環境か
ストラクチャー (計画立案体制・実施構成・評価体制)	<ul style="list-style-type: none">・事業の運営体制、予算は十分か・保健指導実施のための専門職の確保は十分か・専門職の研修機会の確保はできたか、定期事例検討会は開催できたか。

第8章 計画の公表・周知

計画は、町ホームページ、広報に掲載し、町民、関係者に周知を行います。

周知にあたっては、被保険者、関係者の理解の促進のため、計画の要旨をまとめた概要版を策定し、分かりやすい内容での周知に努めます。

第9章 個人情報の取扱い

特定健診・特定保健指導をはじめ、保健事業で得られる個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律その他関係法令を遵守し、個人情報を適正に取り扱います。

また、特定健診等保健事業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。

第10章 地域包括ケアに係る取組及びその他留意事項

本町の被保険者の中には高齢で一人暮らしの方や障害を持つ方も少なくありません。発症予防、重症化予防の視点に加え、医療や介護が必要な状態になっても、可能な限り住み慣れた地域で自立した生活を送ることができるよう、医療や保健、介護関係者との連携だけでなく、高齢福祉、障害福祉や生活困窮者、生活保護担当部署とも連携するとともに、必要な場合は地域ケア会議の場を積極的に活用するなど、包括ケアの取組を進める必要があります。

