

越前町国民健康保険

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3月

福井県越前町



# 目次

<b>第1章</b>	<b>保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方</b> .....	<b>1</b>
	1. 背景・目的	
	2. 計画の位置付けと基本的な考え方	
	3. 計画の期間	
	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	
<b>第2章</b>	<b>第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化</b> .....	<b>8</b>
	1. 保険者の特性	
	2. 第2期計画にかかる評価及び考察	
	(1) 第2期計画にかかる評価	
	(2) 主な個別事業の評価と課題	
	(3) 第2期計画にかかる考察	
	3. 第3期計画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) 目標設定	
	(4) 管理目標の設定	
<b>第3章</b>	<b>特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）</b> .....	<b>33</b>
	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	
	(1) 実施方法	
	(2) 特定健診委託基準	
	(3) 特定健診実施機関リスト	
	(4) 特定健診検査項目	
	(5) 実施期間	
	(6) 医療機関との適切な連携	
	(7) 代行機関	
	(8) 特定健診の案内方法・特定健診実施スケジュール	
	5. 特定保健指導の実施	
	(1) 特定健診から特定保健指導実施の流れ	

- (2) 要保健指導対象者の見込み、選定と優先順位・支援方法
- (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
- 6. 個人情報の保護
  - (1) 基本的な考え方
  - (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について
- 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

- 1. 保健事業の方向性
- 2. 未受診者対策の取組み
- 3. 重症化予防の取組み
  - (1) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
  - (2) 糖尿病性腎症重症化予防
  - (3) 虚血性心疾患重症化予防
  - (4) 脳血管疾患重症化予防
- 4. 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
  - (2) 事業の実施
- 5. 発症予防
- 6. ポピュレーションアプローチ
- 7. その他（医療費適正化）
  - (1) 重複受診・重複投与者、多剤投与者への適切な受診・服薬指導
  - (2) 後発医薬品の使用促進

#### 第5章 計画の評価・見直し..... 64

- 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..... 65

- 1. 計画の公表・周知
- 2. 個人情報の取扱い

#### 参 考 資 料..... 66

# 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日閣議決定された「日本再興戦略<sup>1</sup>」において、「すべ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（仮称）」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）において、市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル<sup>2</sup>に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「データヘルス計画」という。）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ました。

またその後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）<sup>3</sup>」において、保険者のデータヘルス計画標準化等の取組み推進が掲げられ、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<sup>4</sup>2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改定等を行うとともに、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、すべ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ることから、越前町では、平成27年度にデータヘルス計画（第1期）を策定しました。

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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。

また、データヘルス計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、元気な福井の健康づくり応援計画や越前町健康増進計画、福井県医療費適正化計画、越前町介護保険事業計画・高齢者福祉計画、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計画にする必要があります。（図表1）

さらに、40歳以上の被保険者を対象とした「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、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、データヘルス計画の対象者は、被保険者全員

<sup>1</sup> 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）。

<sup>2</sup> PDCAサイクル：P（計画）→D（実施）→C（評価）→A（改善）を繰り返すこと。

<sup>3</sup> 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同時に、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

<sup>4</sup> 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。

とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）<sup>5</sup>」（以下「プログラム」という。）は、高齢者の医療の確保に関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事項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）

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

---

<sup>5</sup> 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、データヘルス計画においては、第2期データヘルス計画同様、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。

<sup>6</sup> 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。

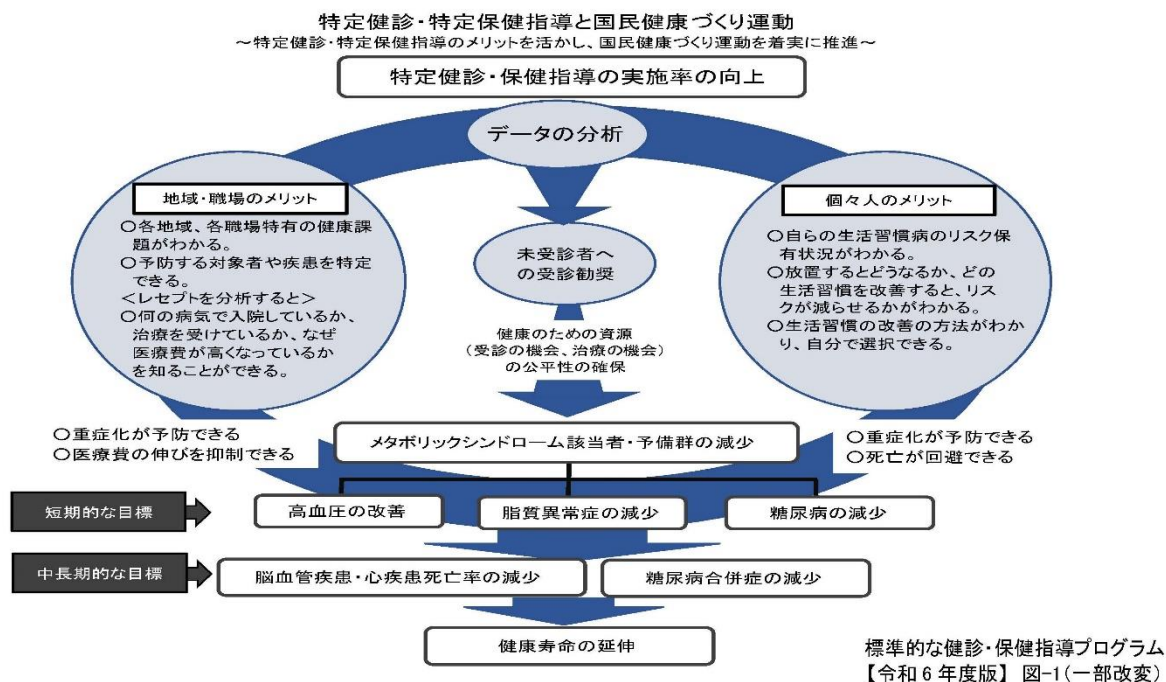
図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

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年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県：義務 市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者：義務	都道府県：義務	都道府県：義務	市町村：義務 都道府県：義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない 健康づくりの展開とより実効性 を持つ取組の推進を通じて、国 民の健康の増進の総合的な推進 を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用し PDCAサイクルに沿った効果 的かつ効率的な保健事業の実施 を図るための保健事業実施計画 を策定、保健事業の実施及び評 価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健 康診査の効率的かつ効果的に 実施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するた め、保険者・医療関係者等の 協力を得ながら、住民の健康 保持・医療の効率的な提供の 推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない 医療の提供、良質かつ適切な 医療を効率的に提供する体制 を確保。	・地域の実情に応じた介護給 付等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的な 実施を図る。 ・保険者機能強化・高齢者の 自立支援・重度化防止。
対象 年齢	ライフステージ (乳幼児期、青年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期 に高齢期を迎える現在の青年期・社 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、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 HbA1c 8.0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・事業費連動分)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

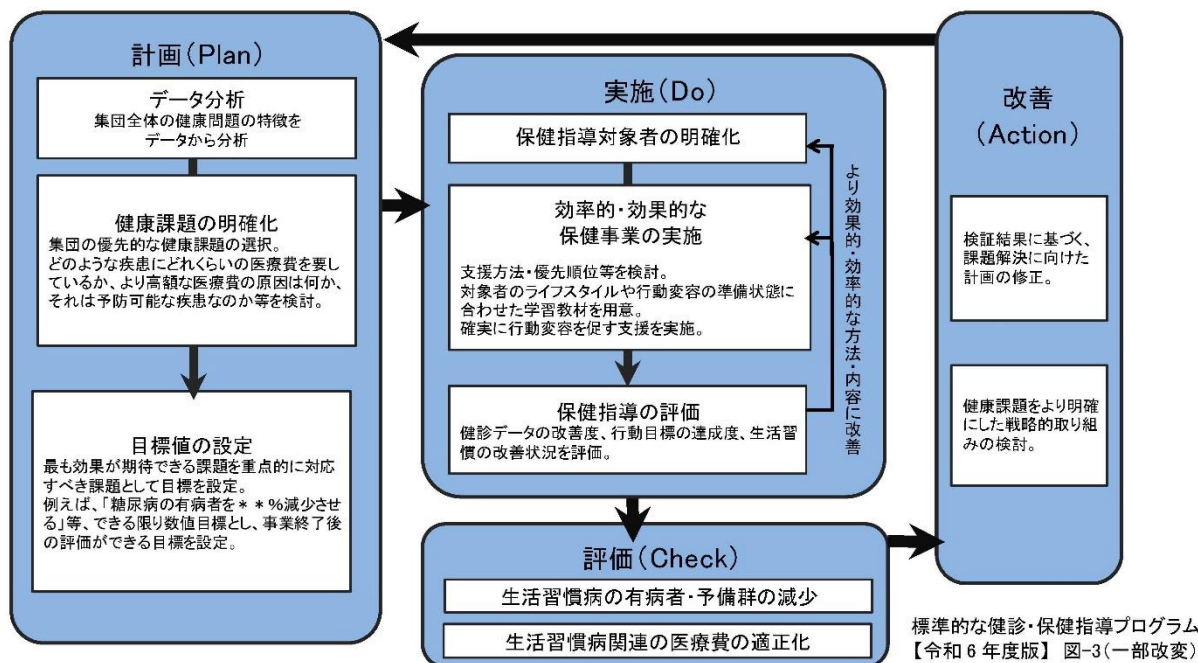
※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



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

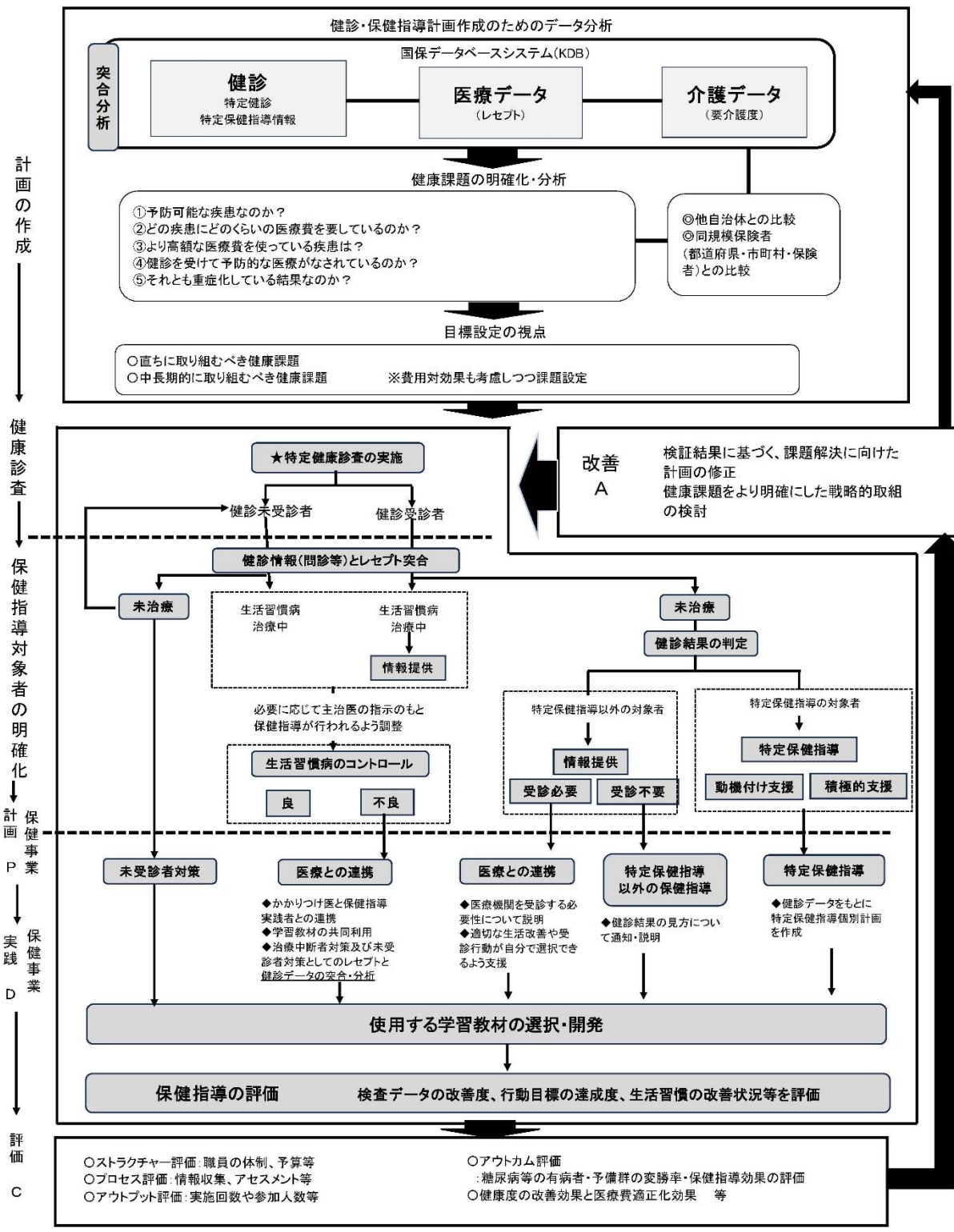
図表 3 保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル



注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながら PDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(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（一部抜粋）



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。

### 3. 計画の期間

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などが6年を1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

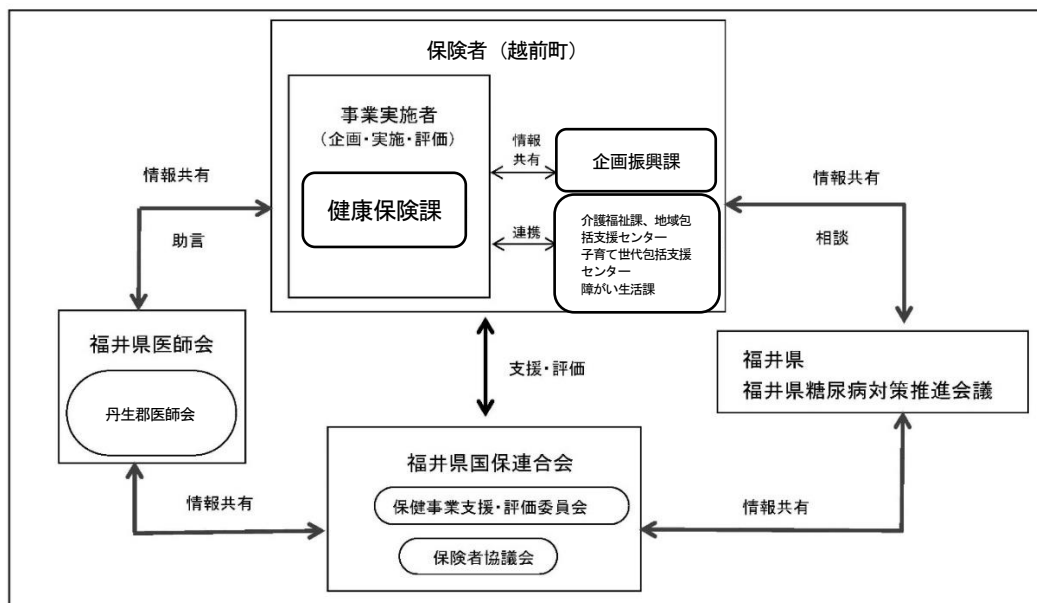
#### (1) 市町村国保の役割

データヘルス計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、町全体で策定等を進めます。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、企画部局（企画振興課）や介護保険部局（介護福祉課、地域包括支援センター）、生活保護部局（障がい生活課）、母子保健部局（子育て世代包括支援センター）、健康保険課内の後期高齢者医療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、担当者や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5）

図表5 越前町の実施体制



## (2) 関係機関との連携

データヘルス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・協力が重要となることから、共同保険者である福井県のほか、福井県国保連合会や福井県国保連合会に設置される保健事業支援・評価委員会、郡医師会、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関等との連携に努めます。そのため、国保運営協議会にて郡医師会や薬剤師会の代表者の参画を得て意見交換を行っています。

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、都道府県の関与が一層重要となります。

さらに、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、連携して保健事業を展開することに努めます。

## (3) 被保険者の役割

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

## 5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成30年度より本格的に実施されています。(図表6)

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併せて交付されるようになり、データヘルス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されています。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6 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		R3年度得点		R4年度得点		R5年度得点		
		越前町	配点	越前町	配点	越前町	配点	
交付額(万円)		1,111		915		921		
全国順位(1,741市町村中)		153位		624位		548位		
共通の指標	①	(1) 特定健康診査受診率	70		70		70	
		(2) 特定保健指導率	20	-5	70	-5	70	
		(3) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50	50		50	
	②	(1) がん検診受診率等	45		35		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		90		40		45
		(2) 個人へのわかりやすい情報提供	110	20	60	20	65	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	110	130	105	130	80	130
	(2) 後発医薬品の使用割合							
固有の指標	①	保険料(税)収納率	55	100	60	100	60	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	20	30	20	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	38	40	38	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	79	95	75	100	88	100
合計点		712	1,000	608	960	608	940	

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1. 保険者の特性

越前町の人口は約2万人で、年々減少傾向にあります。高齢化率は35.7%（令和2年度国勢調査）です。同規模<sup>7</sup>・県・国と比較して高齢化率が高く、被保険者の平均年齢も58.4歳と高齢で、出生率や財政指数が低い町となっています。産業においては、サービス業などの第3次産業が一番高いですが、第1次産業、第2次産業従事者は同規模・県・国よりも高い状況です。（図表7）

国保の加入状況を見ると、国保加入率は19.7%、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55.6%を占めています。（図表8）

町内には2つの病院、9つの診療所がありますが、病床数、医師数は同規模・県と比較しても少ない一方で、入院患者数は多いため、疾病予防と重症化予防が重要になります。（図表9）

65歳未満死亡割合は、全体的に年々減少しており、男女ともに県・国よりも低い状況です。

H25～H29年の標準化死亡比（SMR）では、男性の脳出血、脳梗塞、女性の急性心筋梗塞、男女の心不全は県と比較して高い傾向にあります。（図表10、11）

図表7 同規模・県・国と比較した越前町の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険平均 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
越前町	20,099	35.7	3,960 (19.7)	58.4	5.1	15.8	0.3	7.1	36.1	56.8
同規模平均	—	29.1	20.6	54.2	6.8	10.7	0.7	5.7	28.7	65.6
県	—	30.8	17.9	56.3	7.0	12.3	0.4	3.8	31.3	65.0
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

図表8 国保の加入状況

項目	越前町										
	H30年度		R1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	
国保の状況	被保険者数	4,510		4,333		4,307		4,167		3,960	
	65～74歳	2,328	51.6	2,318	53.5	2,398	55.7	2,363	56.7	2,201	55.6
	40～64歳	1,401	31.1	1,318	30.4	1,244	28.9	1,175	28.2	1,145	28.9
	39歳以下	781	17.3	697	16.1	665	15.4	629	15.1	614	15.5
	加入率	20.9		20.1		20.0		19.4		19.7	

出典：KDBシステム帳票、地域の全体像の把握

<sup>7</sup> 同規模：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、越前町と同規模保険者（160町村）の平均値を表す。

図表 9 医療の状況（被保険者千人あたり）

項目	越前町										参考(R4年度)		
	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		同規模平均	県	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	割合	割合	
医療の概況 (人口千対)	病院数	2	0.4	2	0.5	2	0.5	2	0.5	2	0.5	0.3	0.5
	診療所数	10	2.2	10	2.3	10	2.3	10	2.4	9	2.3	3.1	4.2
	病床数	90	20.0	90	20.8	90	20.9	90	21.6	90	22.7	56.1	76.8
	医師数	16	3.5	16	3.7	15	3.5	15	3.6	16	4.0	11.1	15.3
	外来患者数	652.9		663.2		634.8		668.7		691.9		716.1	721.0
	入院患者数	30.2		31.0		28.0		28.8		29.4		19.2	22.7

出典: KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

図表 10 65歳未満死亡割合

		H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
全国	総数	10.5	9.8	9.5	9.2	9.1	8.7
	男	13.5	12.6	12.2	11.9	11.7	11.2
	女	7.2	6.7	6.6	6.4	6.4	6.0
福井県	総数	8.6	7.4	7.2	7.1	7.4	6.6
	男	11.8	9.2	9.7	9.3	10.0	9.0
	女	5.4	5.5	4.7	5.0	4.9	4.3
越前町	総数	8.4	6.6	7.1	6.2	6.3	4.8
	男	13.8	11.2	9.0	6.6	10.2	7.4
	女	3.8	2.9	5.5	5.8	2.5	2.4

出典: 厚生労働省 人口動態統計 死亡

図表 11 標準化死亡比 (SMR)

		標準化死亡比(SMR)											
		全死因		脳出血		脳梗塞		急性心筋梗塞		心不全		腎不全	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
福井県	H20-24	94.5	95.5	83.4	81.8	94.1	97.4	133.3	122.3	96.7	108.0	92.7	99.5
	H25-29	96.2	96.7	96.9	85.6	102.1	97.7	135.9	117.8	100.5	112.7	101.2	109.5
越前町	H20-24	92.7	91.6	82.7	87.0	82.6	80.1	134.3	138.7	81.8	94.8	103.6	129.4
	H25-29	102.0	104.7	102.9	83.1	115.7	89.6	118.2	125.7	116.5	114.6	85.9	103.5

出典: 厚生労働省 人口動態統計特殊報告

## 2. 第2期計画にかかる評価及び考察

### (1) 第2期計画にかかる評価

第2期計画において、目標の設定を以下の二つに分類しました。

一つ目に、計画最終年度までに達成を目指す中長期的な目標として、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症（人工透析）による社会保障費（医療費・介護費）の伸びを抑制することを設定しました。

二つ目は年度ごとの短期的な目標として、中長期的な目標を達成するために、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の対象者を減らすことを設定しました。（図表2参照）

#### ア. 中長期的な目標の達成状況

##### (ア) 介護給付費の状況

越前町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)認定被保険者で16人(認定率0.25%)と、同規模・県・国と比較すると低いですが、平成30年度と比べると高くなっています。1号(65歳以上)認定被保険者では1,108人(認定率15.8%)と、同規模・県・国より低くなっていますが、平成30年度と比べて新規認定者数は増加しています。1号認定者を年齢別で見ると、平成30年度と比べて75歳以上の新規認定者数が増加しています。（図表12）

介護給付費の変化をみると、平成30年度から約1億円減少していますが、1件当たり給付費(全体)は増加しています。（図表13）

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳卒中が上位を占めており、4割以上の有病状況となっています。高血圧等の基礎疾患の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。（図表14）

図表12 要介護認定者（率）の状況

項目	越前町		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	6,752人 31.4%	7,177人 35.7%	29.1%	30.8%	28.7%
2号認定者	15人 0.21%	16人 0.25%	0.35%	0.27%	0.38%
新規認定者数(*1)	4人	4人	—	—	—
1号認定者	1,118人 16.9%	1,108人 15.8%	17.0%	18.0%	19.4%
新規認定者数(*1)	112人	164人	—	—	—
再掲					
65～74歳	77人	81人	—	—	—
新規認定者数(*1)	15人	15人	—	—	—
75歳以上	1,041人	1,027人	—	—	—
新規認定者数(*1)	97人	149人	—	—	—

\*1) 新規認定者についてはNO.49 要介護認定状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

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

項目	越前町		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	21億2048万	20億3229万	—	—	—
一人当たり給付費(円)	314,053	283,167	259,723	301,072	290,668
1件当たり給付費(円)(全体)	80,018	81,386	63,000	70,519	59,662
居宅サービス	45,038	44,786	41,449	45,467	41,272
施設サービス	280,493	279,733	292,001	285,553	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 血管の視点でみた要介護者の有病状況 (R4 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)		16		81		1,027		1,108				
再)国保・後期		8		68		1,013		1,081				
要介護認定・レセプト突合状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数		
			割合	割合	割合	割合	割合	割合				
	循環器疾患	1	脳卒中	5 62.5%	脳卒中	33 48.5%	脳卒中	425 42.0%	脳卒中	458 42.4%	脳卒中	463 42.5%
		2	虚血性心疾患	2 25.0%	虚血性心疾患	15 22.1%	虚血性心疾患	407 40.2%	虚血性心疾患	422 39.0%	虚血性心疾患	424 38.9%
		3	腎不全	1 12.5%	腎不全	5 7.4%	腎不全	159 15.7%	腎不全	164 15.2%	腎不全	165 15.2%
		4	糖尿病合併症	2 25.0%	糖尿病合併症	13 19.1%	糖尿病合併症	106 10.5%	糖尿病合併症	119 11.0%	糖尿病合併症	121 11.1%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		7 87.5%	基礎疾患	61 89.7%	基礎疾患	970 95.8%	基礎疾患	1,031 95.4%	基礎疾患	1,038 95.3%	
	血管疾患合計		7 87.5%	合計	62 91.2%	合計	984 97.1%	合計	1,046 96.8%	合計	1,053 96.7%	
	認知症		1 12.5%	認知症	21 30.9%	認知症	550 54.3%	認知症	571 52.8%	認知症	572 52.5%	
	筋・骨格疾患		8 100.0%	筋骨格系	62 91.2%	筋骨格系	959 94.7%	筋骨格系	1,021 94.4%	筋骨格系	1,029 94.5%	

出典:ヘルスサポートラボツール

(イ) 医療費の状況

越前町の医療費は、国保加入者の減少に伴い総医療費も減少していますが、一人あたり医療費は増加し、同規模・県・国に比べて高い状況です。

入院医療費は、件数の割合が全体レセプトのわずか4%程度にも関わらず、医療費は全体の約5割を占めています。1件あたりの入院費用は平成30年度と比較し、約2万円高くなっています。同規模・県・国と比較すると、入院件数の割合が高い状況です。(図表15)

一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移をみると、入院の地域差指数が全国平均の1を超えています。平成30年度に比べ県内順位は低下しましたが、全国21位の県平均より依然として高い状況です。一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制するためには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要です。(図表16)

図表 15 医療費の推移

項目	越前町		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)	4,510	3,960	—	—	—	
前期高齢者の割合	51.6%	55.6%	46.8%	51.3%	40.5%	
総医療費	18億895万	17億3080万	—	—	—	
1人あたり医療費(円)	401,099	437,073	361,243	390,999	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	559,920	576,340	613,590	590,200	617,950
	費用の割合	51.4	47.7	40.4	42.4	39.6
	件数の割合	4.4	4.1	2.6	3.1	2.5
外来	1件あたり費用額(円)	24,430	26,920	24,230	25,260	24,220
	費用の割合	48.6	52.3	59.6	57.6	60.4
	件数の割合	95.6	95.9	97.4	96.9	97.5
受診率	683.056	721.349	735.303	743.765	705.439	

\*同規模被保険者数:147

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 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			
	越前町(17市町中)		県(47県中)	越前町(17市町中)		県(47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	1.095	1.061	1.018	0.910	0.918	0.962
		(2位)	(4位)	(24位)	(11位)	(9位)	(27位)
	入院	1.386	1.236	1.105	0.975	0.976	1.025
		(2位)	(5位)	(21位)	(12位)	(10位)	(22位)
	外来	0.933	0.974	0.979	0.855	0.879	0.911
		(14位)	(13位)	(33位)	(11位)	(11位)	(42位)

出典:厚労省 地域差分析

(ウ) 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（中長期疾患医療費合計）が総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較して増加しています。虚血性心疾患については、平成 30 年度より 0.12 ポイント伸び、同規模・県・国よりも高くなっています。また、慢性腎不全の割合も伸びており、特に慢性腎不全（透析有）者が 0.66 ポイント、慢性腎不全（透析無）者が 0.31 ポイント伸び、同規模・県・国よりも高くなっています。（図表 17）

次に、患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると、脳血管疾患・人工透析の患者数の割合は減少しましたが、虚血性心疾患の割合は微増でした。（図表 18）



図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

年度			越前町		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)			18億895万	17億3080万	—	—	—
中長期疾患 医療費合計(円)			1億7591万	1億6981万	—	—	—
			9.72%	9.81%	8.08%	7.70%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞 脳出血	3.28%	2.28%	2.01%	2.07%	2.03%
	心	狭心症 心筋梗塞	2.12%	2.24%	1.52%	1.74%	1.45%
	腎	慢性腎不全 (透析有)	3.91%	4.57%	4.24%	3.62%	4.26%
		慢性腎不全 (透析無)	0.41%	0.72%	0.31%	0.28%	0.29%
その 他の 疾患	悪性新生物		15.38%	16.58%	16.85%	18.27%	16.69%
	筋・骨格疾患		9.68%	8.69%	8.78%	9.46%	8.68%
	精神疾患		11.25%	10.74%	7.71%	7.45%	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費用を要した傷病名)

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 0~74歳	A	4,675人	4,151人	a	179人	137人	191人	175人	22人	18人	
				a/A	(3.8%)	(3.3%)	(4.1%)	(4.2%)	(0.5%)	(0.4%)	
40歳以上	B	3,857人	3,521人	b	179人	137人	190人	175人	22人	18人	
	B/A	(82.5%)	(84.8%)	b/B	(4.6%)	(3.9%)	(4.9%)	(5.0%)	(0.6%)	(0.5%)	
再 掲	40~64歳	C	1,499人	1,174人	c	24人	19人	34人	22人	10人	8人
		C/A	(32.1%)	(28.3%)	c/C	(1.6%)	(1.6%)	(2.3%)	(1.9%)	(0.7%)	(0.7%)
	65~74歳	D	2,358人	2,347人	d	155人	118人	156人	153人	12人	10人
		D/A	(50.4%)	(56.5%)	d/D	(6.6%)	(5.0%)	(6.6%)	(6.5%)	(0.5%)	(0.4%)

出典：KDBシステム\_厚労省様式3-1 5月診療分

## イ. 短期的な目標の達成状況

### (ア) 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況をみます。高血圧症治療者の割合は横ばいですが、糖尿病・脂質異常症の治療者数は増加しています。一方で、合併症(重症化)の状況を見ると、虚血性心疾患の割合が三疾患の中では一番高く、脳血管疾患の割合は減少しています。(図表 19、20、21)

越前町では、特定健診の結果から医療受診が必要な値の人に、受診勧奨も含めた保健指導をしています。重症化する前に適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながります。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
高血圧症治療者(人)		A	1,064人	955人	244人	211人	820人	744人
		A/被保険者数	(27.6%)	(27.1%)	(16.3%)	(18.0%)	(34.8%)	(31.7%)
(中長期併症)	脳血管疾患	B	141人	96人	19人	12人	122人	84人
		B/A	(13.3%)	(10.1%)	(7.8%)	(5.7%)	(14.9%)	(11.3%)
	虚血性心疾患	C	150人	133人	27人	17人	123人	116人
		C/A	(14.1%)	(13.9%)	(11.1%)	(8.1%)	(15.0%)	(15.6%)
	人工透析	D	21人	18人	9人	8人	12人	10人
		D/A	(2.0%)	(1.9%)	(3.7%)	(3.8%)	(1.5%)	(1.3%)

出典:KDBシステム\_厚労省様式3-3 5月診療分

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者		A	704人	672人	176人	139人	528人	533人
		A/被保険者数	(18.3%)	(19.1%)	(11.7%)	(11.8%)	(22.4%)	(22.7%)
(中長期併症)	脳血管疾患	B	93人	71人	13人	12人	80人	59人
		B/A	(13.2%)	(10.6%)	(7.4%)	(8.6%)	(15.2%)	(11.1%)
	虚血性心疾患	C	114人	107人	18人	14人	96人	93人
		C/A	(16.2%)	(15.9%)	(10.2%)	(10.1%)	(18.2%)	(17.4%)
	人工透析	D	11人	11人	6人	6人	5人	5人
		D/A	(1.6%)	(1.6%)	(3.4%)	(4.3%)	(0.9%)	(0.9%)
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	45人	42人	15人	12人	30人	30人
		E/A	(6.4%)	(6.3%)	(8.5%)	(8.6%)	(5.7%)	(5.6%)
	糖尿病性網膜症	F	64人	61人	19人	18人	45人	43人
		F/A	(9.1%)	(9.1%)	(10.8%)	(12.9%)	(8.5%)	(8.1%)
	糖尿病性神経障害	G	28人	18人	9人	6人	19人	12人
		G/A	(4.0%)	(2.7%)	(5.1%)	(4.3%)	(3.6%)	(2.3%)

出典:KDBシステム\_厚労省様式3-2 5月診療分

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	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者(人)		A	923人	885人	242人	177人	681人	708人
		A/被保険者数	(23.9%)	(25.1%)	(16.1%)	(15.1%)	(28.9%)	(30.2%)
(中長期併症)	脳血管疾患	B	97人	88人	14人	12人	83人	76人
		B/A	(10.5%)	(9.9%)	(5.8%)	(6.8%)	(11.7%)	(10.7%)
	虚血性心疾患	C	120人	126人	22人	16人	98人	110人
		C/A	(13.0%)	(14.2%)	(9.1%)	(9.0%)	(13.8%)	(15.5%)
	人工透析	D	8人	14人	6人	7人	2人	7人
		D/A	(0.9%)	(1.6%)	(2.5%)	(4.0%)	(0.3%)	(1.0%)

出典:KDBシステム\_厚労省様式3-4 5月診療分

(イ) 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

特定健診結果から、Ⅱ度高血圧以上者数、HbA1c7.0%以上者数を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、両者とも有所見者の割合が減少し、そのうち未治療者の割合も減少していました。また、未治療者について、特定健診後に医療機関受診につながったかをレセプト情報でみたところ、Ⅱ度高血圧者では42.1%、HbA1c7.0%以上者で1.7%の方が未治療のままでした。Ⅱ度高血圧以上者に対しては、家庭血圧の測定と医療機関への受診勧奨を実施し、HbA1c7.0%以上者には医療機関への受診勧奨を実施しています。糖尿病については未治療者は1人で、9割の方が医療に繋がっています。(図表22)

図表22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_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				R3年度				レセプト情報			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	問診結果				問診結果				未治療		治療中断	
					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	
越前町	1,239人	36.8%	1,090人	34.1%	89人	7.2%	54人	60.7%	76人	7.0%	40人	52.6%	32人	42.1%	2人	2.6%

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上											
					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				R3年度				レセプト情報			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	問診結果				問診結果				未治療		治療中断	
					未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)				未治療		治療中断	
				J	J/実施者	K	K/J	L	L/実施者	M	M/L	N	N/L	O	O/L	
越前町	1,239人	36.8%	1,090人	34.1%	89人	7.6%	23人	25.8%	60人	5.9%	14人	23.3%	1人	1.7%	2人	3.3%

出典:ヘルスサポートラボツール

(ウ) 特定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。越前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、3.5ポイント増加し、予備群は1.8ポイント減少しました。(図表23)

重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上、LDLコレステロール160以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5%以上者、Ⅱ度高血圧以上者の改善率は上がってきていますが、LDLコレステロール160以上者の改善率は低下しています。

また、翌年度特定健診未受診者が2割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者に特定健診の継続受診を勧める働きかけが必要です。(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			予備群
		3項目	2項目		
H30年度	1,239人 (36.8%)	276人 (22.3%)	109人 (8.8%)	167人 (13.5%)	141人 (11.4%)
R4年度	1,099人 (36.5%)	283人 (25.8%)	106人 (9.6%)	177人 (16.1%)	105人 (9.6%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c 6.5%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	変化なし	悪化	
H30→R1	140人	23人 (16.4%)	54人 (38.6%)	18人 (12.9%)	45人 (32.1%)
R3→R4	132人	29人 (22.0%)	61人 (46.2%)	13人 (9.8%)	29人 (22.0%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 II 度高血圧以上者の前年度からの変化 (継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善	変化なし	悪化	
H30→R1	72人	31人 (43.1%)	8人 (11.1%)	0人 (0.0%)	33人 (45.8%)
R3→R4	76人	43人 (56.6%)	14人 (18.4%)	1人 (1.3%)	18人 (23.7%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL コレステロール 160 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	変化なし	悪化	
H30→R1	149人	76人 (51.0%)	22人 (14.8%)	1人 (0.7%)	50人 (33.6%)
R3→R4	83人	34人 (41.0%)	22人 (26.5%)	3人 (3.6%)	24人 (28.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール

(エ) 特定健診受診率及び保健指導実施率の推移

越前町の特定健診受診率は、令和元年度には 37.1%まで伸びましたが、令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響で、特定健診開始時期を遅らせたこと、集団健診会場の集約、人数制限を実施したこと等により受診率が低下しました。令和 4 年度の受診率は 36.5%で回復傾向にはありますが、第 3 期特定健康診査等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)

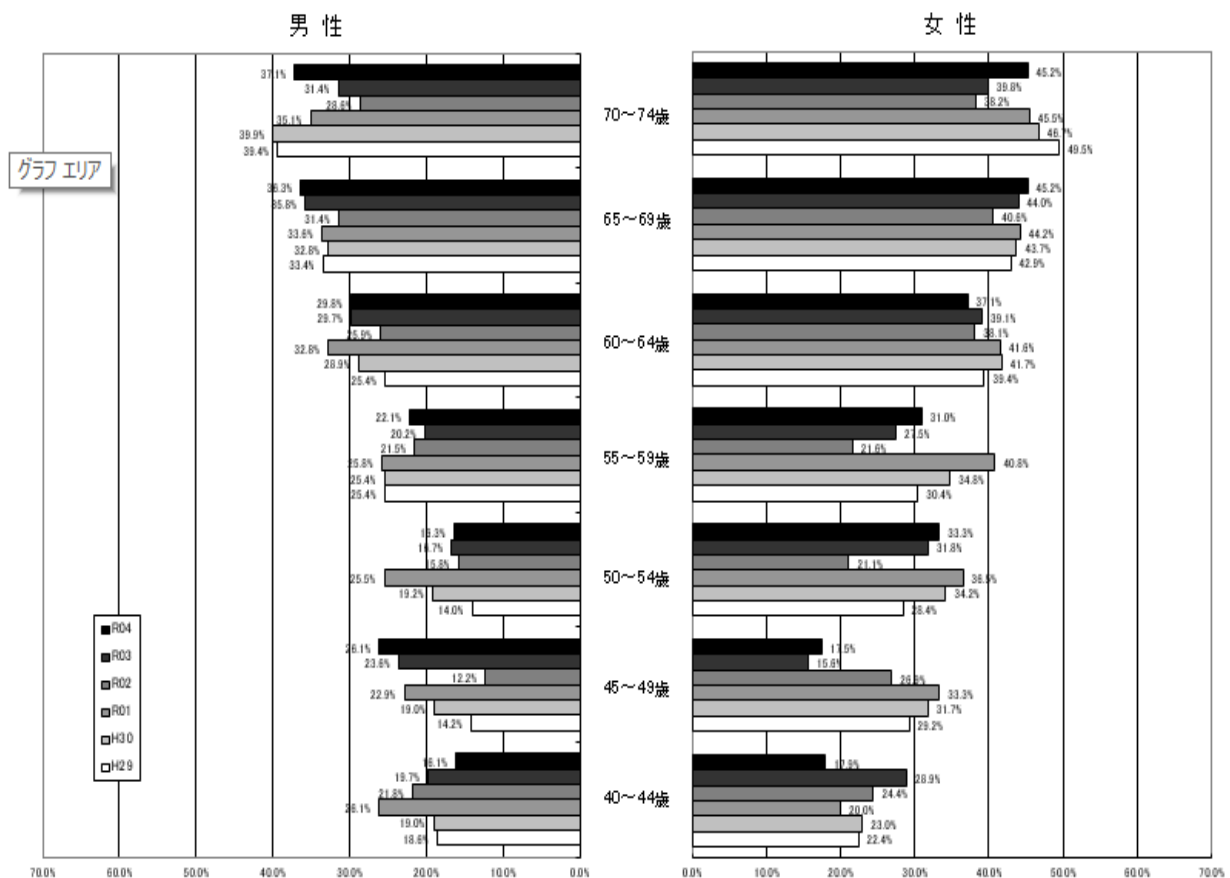
また、特定健診の年代別の受診率では、40～50歳代は低い状況となっています。（図表 28）  
 特定保健指導については令和 4 年度に国の目標に達しました。生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、特定健診の受診率向上を図りつつ、特定保健指導や医療受診が必要な方への受診勧奨を徹底するなど、状態に応じた保健指導を実施することが生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R1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	1,239人	1,223人	1,033人	1,090人	1,099人	健診受診率 60%
	受診率	36.8%	37.1%	31.3%	34.1%	36.5%	
特定 保健指導	該当者数	175人	178人	152人	156人	139人	保健指導 実施率 60%
	割合	14.1%	14.6%	14.7%	14.3%	12.6%	
	実施者数	100人	99人	63人	87人	96人	
	割合	57.1%	55.6%	41.4%	55.8%	69.1%	

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

### ア. 重症化予防の取組み

#### (ア) 糖尿病性腎症重症化予防

国や県の糖尿病性腎症重症化プログラムに沿って作成した越前町糖尿病性腎症重症化予防事業実施要領に基づき、対象者に受診勧奨と保健指導を実施してきました。

糖尿病性腎症重症化予防連絡票を使用し、かかりつけ医との連携も進めてきました。令和元年度6件、令和2年度2件、令和3年度3件、令和4年度3件で毎年継続して実施しています。

特定健診受診者でHbA1c値測定者のうち、糖尿病性腎症重症化予防対象者への保健指導実施率はコロナ禍で減少しましたが、その後増加しています。また、「糖尿病型」であるHbA1c6.5%以上の未治療者は増加しましたが、医療機関受診割合は減少傾向です。(図表29、30)

さらに、糖尿病治療中者のうち重症化するリスクの高いHbA1c8.0%以上者(ハイリスク者)の状況を見ると、対象者は減少傾向で保健指導実施率は増加してきており、未治療者は治療につながっています。ハイリスク者に対して、管理栄養士による栄養指導やかかりつけ医と連携した保健指導を実施してきました。今後も治療中断にならないよう継続的な支援が必要です。(図表31)

図表29 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
HbA1c測定者	a	1,172人	1,155人	970人	1,025人	1,023人
血糖値有所見者の未治療者※1	b	46人	47人	46人	54人	63人
	b/a	3.9%	4.1%	4.7%	5.3%	6.2%
血糖値有所見者の治療者※2	c	58人	54人	49人	46人	48人
	c/a	4.9%	4.7%	5.1%	4.5%	4.7%
合計	d(b+c)	104人	101人	95人	100人	111人
	d/a	8.9%	8.7%	9.8%	9.8%	10.9%
保健指導実施者	e	76人	83人	61人	74人	90人
	e/d	73.0%	82.1%	64.2%	74.0%	81.0%

※1 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えたもの

※2 HbA1c7.0%以上で問診にて糖の治療ありと答えたもの

図表30 治療が必要な者の適切な受診

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
血糖値有所見者の未治療者※1	b	46人	47人	46人	54人	63人
	c	26人	29人	33人	36人	39人
医療機関受診者	c/b	56.5%	61.7%	71.7%	66.7%	61.9%
内服開始者	d	15人	12人	15人	16人	9人
	d/b	32.6%	25.5%	32.6%	29.6%	14.3%

※1 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えたもの

図表 31 HbA1c8.0%以上の状況（アウトカム評価）

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
HbA1c測定者	a	1,172人	1,155人	970人	1,025人	1,023人
HbA1c8.0%以上	h	15人	15人	12人	12人	11人
	h/a	1.3%	1.3%	1.2%	1.2%	1.1%
保健指導実施者	i	10人	11人	7人	9人	10人
	i/h	66.7%	73.3%	58.3%	75.0%	90.9%
HbA1c8.0%以上の未治療	j	5人	3人	1人	4人	2人
	j/a	0.4%	0.3%	0.1%	0.4%	0.2%

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
内服治療開始		2人	1人	3人	2人	
元々治療中		1人	0人	1人	0人	

（イ）虚血性心疾患重症化予防

虚血性心疾患による重症化予防を目的として、集団・個別健診ともに心電図検査を検査項目として実施しています。心電図受診者のうち約30%が有所見者です。（図表32）

心電図検査有所見者のうち、ST異常所見者を保健指導の対象者とし受診勧奨をしてきました。ST異常所見者の割合は減少傾向ですが、治療中断を防ぎ個別のリスク（肥満や高血圧等）に応じた対策が必要です。（図表33）

虚血性心疾患は、LDLコレステロールに関連することから、LDLコレステロール180以上の者（治療中者含む）に対しても保健指導と受診勧奨を実施しています。保健指導対象者のうち治療開始者は約4割で、その割合は横ばい状態です。（図表34）

図表 32 特定健診心電図検査の結果 有所見状況

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
健診受診者	a	1,239人	1,223人	1,033人	1,090人	1,099人
心電図受診者	b	1,155人	1,167人	986人	1,058人	1,065人
	a/b	93.2%	95.4%	95.5%	97.1%	96.9%
有所見者	c	324人	378人	366人	307人	371人
	c/b	28.1%	32.4%	37.1%	29.0%	34.8%

図表 33 心電図受診者のうち、ST所見の状況

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
心電図受診者	a	1,155人	1,167人	986人	1,058人	1,065人
ST異常所見	b	62人	94人	114人	38人	42人
	b/a	5.4%	8.1%	11.6%	3.6%	3.9%

図表 34 LDL180 以上者のうち、未治療の状況

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
健診受診者	a	1,239人	1,223人	1,033人	1,090人	1,099人
LDL180以上者	b	60人	42人	17人	20人	25人
	b/a	4.8%	3.4%	1.6%	1.8%	2.3%
治療あり	c	9人	5人	1人	2人	1人
	c/b	15.0%	11.9%	5.9%	10.0%	4.0%
治療なし	d	51人	37人	16人	18人	24人
	d/b	85.0%	88.1%	94.1%	90.0%	96.0%
治療開始	e	21人	18人	5人	9人	11人
	e/b	35.0%	42.9%	29.4%	45.0%	44.0%

(ウ) 脳血管疾患重症化予防

図表 35 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（降圧薬治療者を除く）です。①Ⅱ度高血圧以上者、②Ⅰ度高血圧以上第3層者を最優先に、治療の必要性を理解してもらい受診につながるよう支援するとともに、家庭血圧測定をすすめ血圧手帳の活用を促しています。

Ⅱ度高血圧以上者の割合は、約7%の横ばい状態で5~6割が未治療者です。令和4年度においてⅡ度高血圧以上の未治療者50人のうち、治療につながった者は19人(22.9%)でした。Ⅲ度高血圧者においては、18人のうち12人が未治療者でした。また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、Ⅱ度高血圧以上のコントロール不良の者が39.8%いました。(図表 36)

また、心電図受診者のうち心房細動の所見者を保健指導の対象者とし受診勧奨をしてきました。令和4年度においては、5人が未治療の状態です。心房細動治療中者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満や高血圧等)に応じた保健指導を実施しています。(図表 37)

図表 35 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

		令和04年度			
保健指導対象者の明確化と優先順位の設定		(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画			
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化					
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)					
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	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	339	146	143	38	12
		43.1%	42.2%	11.2%	3.5%
リスク第1層 予後影響因子がない	10	C 6	B 3	B 1	A 0
		2.9%	4.1%	2.1%	2.6%
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	181	C 81	B 76	A 16	A 8
		53.4%	55.5%	53.1%	42.1%
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2つ以上ある	148	B 59	A 64	A 21	A 4
		43.7%	40.4%	44.8%	55.3%
					33.3%
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: #f4a460; border: 1px solid black;"></div> ...高リスク</div> <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: #fff9c4; border: 1px solid black;"></div> ...中等リスク			



図表 36 II 度高血圧以上者のうち、未治療者の状況

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	
健診受診者	a	1,239人	1,223人	1,033人	1,090人	1,099人	
II 度以上高血圧者	b	89人	72人	83人	76人	83人	
	b/a	7.2%	5.9%	8.0%	7.0%	7.6%	
	治療あり	c	35人	34人	33人	36人	33人
		c/b	39.3%	47.2%	39.8%	47.4%	39.8%
	治療なし	d	54人	38人	50人	40人	50人
		d/b	60.7%	52.8%	60.2%	52.6%	60.2%
	治療開始	e	24人	18人	17人	11人	19人
		e/b	27.0%	25.0%	20.5%	14.5%	22.9%
(再掲)	III 度以上	f	9人	16人	12人	9人	18人
		f/a	0.7%	1.3%	1.2%	0.8%	1.6%
	治療あり	3人	9人	3人	5人	6人	
	治療なし	6人	7人	9人	4人	12人	

図表 37 心電図受診者のうち、心房細動所見の状況

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
心電図受診者	a	1,155人	1,167人	986人	1,058人	1,065人
心房細動	b	9人	9人	7人	11人	21人
	b/a	0.8%	0.8%	0.7%	1.0%	2.0%
未治療者	c	1人	3人	3人	5人	5人
	c/b	11.1%	33.3%	42.9%	45.5%	23.8%
治療開始	e	0人	1人	1人	1人	1人
	e/c	0.0%	33.3%	33.3%	20.0%	20.0%

イ. 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 38 第2期データヘルス計画の目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法	
			初年度 H30 (H30)	中間評価 R2 (R2)	最終評価 R5 (R4)		
						(活用データ年度)	
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する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	3.28%	2.06%	2.28%	KDBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	2.12%	1.88%	2.24%		
		慢性腎不全(透析あり)の総医療費に占める割合の減少	3.91%	3.93%	4.57%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	50.0%	66.7%	61.1%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	—	50.0%	25.0%		県調べ
	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該当・予備群の割合の減少	33.7%	34.8%	35.3%	法定報告値	
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上者)	7.2%	8.0%	7.6%	越前町健康保険課	
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL180以上者)	4.8%	1.6%	2.3%		
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5以上未治療者・治療中でHbA1c7.0以上者)	8.9%	9.8%	10.9%		
		特定健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合の減少	0.4%	0.1%	0.2%		
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	56.5%	71.7%	61.9%		
		糖尿病の保健指導を実施した割合(HbA1c6.5以上未治療者・治療中でHbA1c7.0以上者)	73.1%	64.2%	81.1%		
	特定健診等計画	特定健診受診率、特定保健指導の実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率52%以上	36.8%	31.3%		36.5%
		特定健診保健指導実施率66%以上	57.1%	41.4%	69.1%		
		特定保健指導対象者の割合の減少	14.1%	14.7%	14.8%		
保険者努力支援制度	その他 がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率の増加(全年齢)	胃がん	14.4%	11.2%	12.5%	・福井県健康増進課 ・越前町健康増進計画
			肺がん	23.1%	18.8%	21.8%	
			大腸がん	17.9%	17.0%	18.8%	
			子宮頸がん	32.3%	25.7%	31.0%	
			乳がん	31.3%	25.0%	28.2%	
	5つのがん検診の平均受診率の増加	22.5%	18.6%	21.3%			
	歯科検診(歯周病検診)	歯科検診(歯周病検診を含む)の受診率の増加	—	1.2%	10.7%	保険者努力支援実績報告	
	自己の健康に関心をもつ住民が増える	健康づくりポイントに取組む者の増加	288人	234人	188人	越前町健康保険課	
後発医薬品の使用による医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上	76.0%	82.8%	82.6%	厚生労働省公表結果		

### (3) 第2期計画にかかる考察

第2期計画においても、中長期的な目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症（人工透析）を重点に重症化予防を進めてきました。しかし、脳血管疾患や虚血性心疾患の標準化死亡比は高く、医療費割合が増加したことに加え、慢性腎不全（透析有）の医療費割合も増えています。糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合は減少していますが、脳血管疾患・人工透析は、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、高血圧等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が引き続き重要であると考えます。

短期目標である特定健診受診者の結果をみると、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合や血糖異常者の割合は微増しています。心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患の発症予防及び重症化予防のためには、特定保健指導だけでなく、生活習慣病治療中でメタボリックシンドローム該当者・予備群への対策も必要です。

同じく、短期目標である特定健診受診率は目標値に届かず低い状況です。特定保健指導については、実施率が徐々に上がり、令和4年度は目標値であった66%に到達しました。生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行すること、また特定健診の受診は重症化予防の入口であるため、特定健診の受診率向上を図りつつ、今後も医療受診が必要な値の人には医療機関への受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。並びに、特定健診を受診しやすい環境整備と効果的な受診勧奨方法を検討していく必要があります。

その一つとして、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に特定健診・特定保健指導に準じた健診と保健指導を実施してきました。今後も事業を継続し、健診の継続受診者を増やすと同時に、若いうちから生活習慣を見直してメタボリックシンドローム予防に取り組む必要があります。

越前町では、地区担当の保健師と管理栄養士等が面接や訪問等により対象者のライフスタイルや生活背景に合わせた継続的な保健指導や医療機関の受診勧奨を実施しています。また、薬物療法だけでは改善が難しい「肥満」や「糖尿病」などを中心に、主治医との連携による栄養指導の取組みも実施しており、生活習慣の改善とともに治療中断にならないような継続支援が重要となります。そのためには、保健指導を実施する専門職の確保と力量形成が必要です。医療受診の必要な値の方への受診勧奨は実施していますが、その後の受診把握と管理方法を検討していく必要があります。

ポピュレーションアプローチとして、健康づくりポイント事業を実施してきました。この事業を実践する人数が増えていくことを目標にしていたことが、コロナ禍を経ても実践者は減少してきています。実践内容等の改善が必要です。保健事業の参加者は、60歳以上の割合が高いため、小児期から働く世代など幅広い世代への健康づくり対策を展開できるよう、事業者等と連携しながら、重層的なアプローチを実施していく必要があります。

各がん検診受診率、歯科検診受診率については、今後は健康増進計画の指標とします。

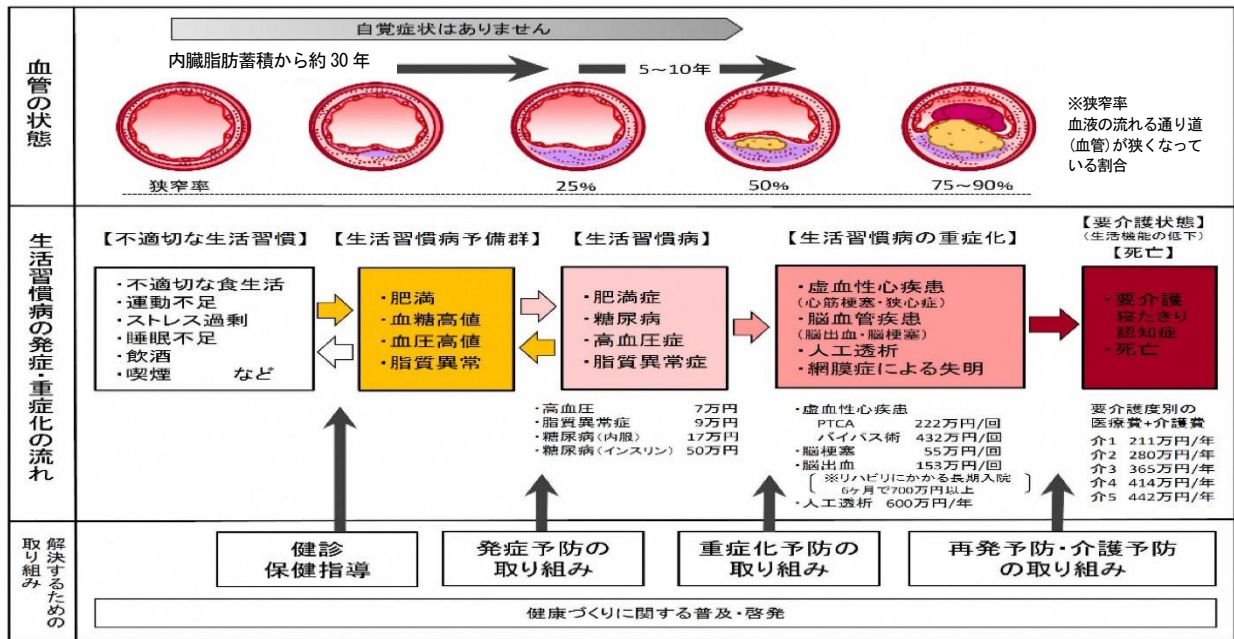
### 3. 第3期計画における健康課題の明確化

#### (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、さら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 39)

図表 39 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

#### 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



#### (2) 健康課題の明確化

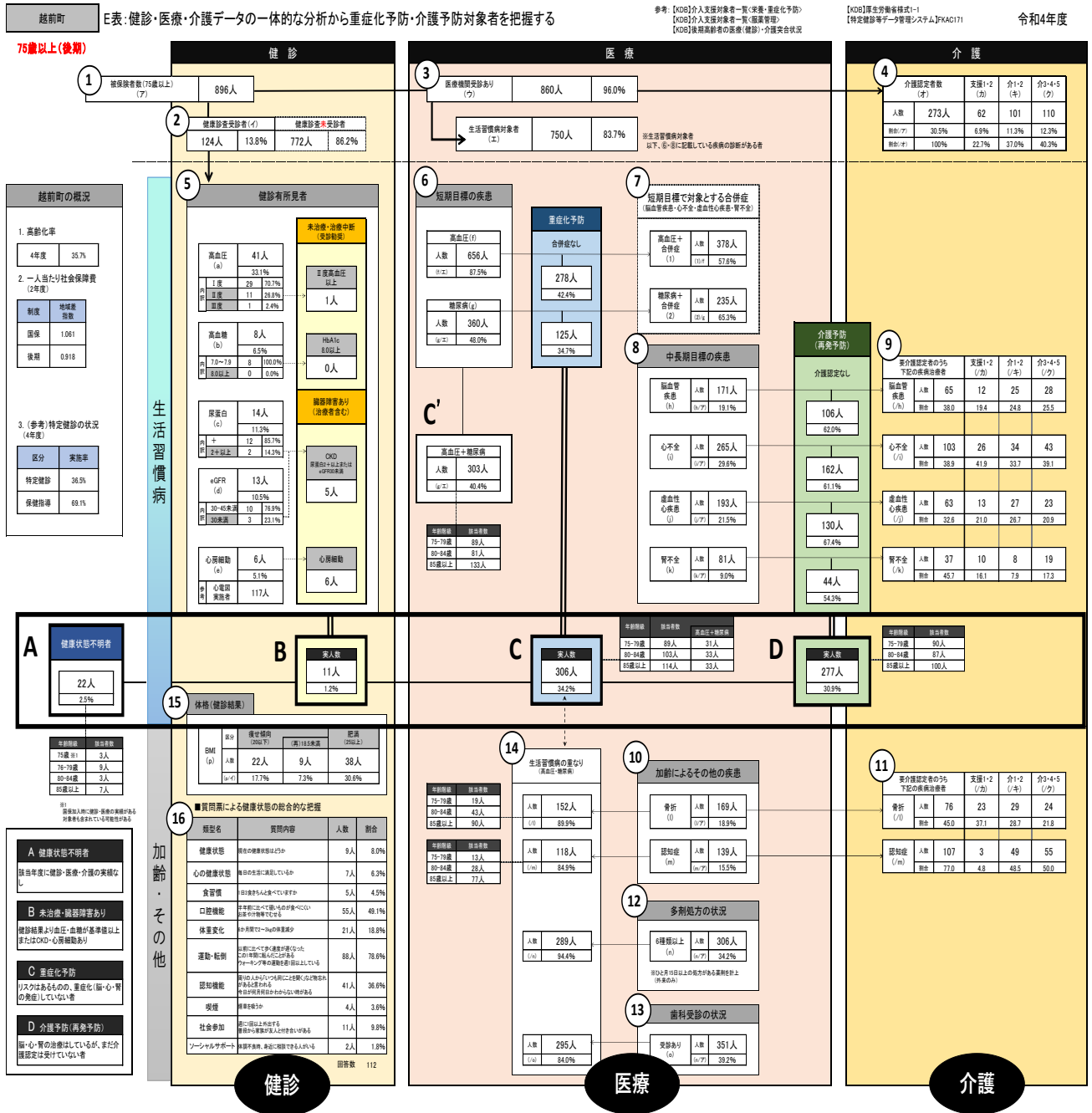
医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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います。また、若年期からの生活習慣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、市町村国保及び福井県後期高齢者医療広域連合は、図表 40 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 40 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



ア. 医療費分析

一人当たり医療費は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり令和2年度に減少したものの、令和3年度からは増加してきています。後期高齢者になると一人あたり医療費は70万円を超え、国保の1.8倍も高い状況です。(図表41)

越前町は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできました。短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、被保険者においては、同規模・県・国と比較して低い状況です。しかし、後期高齢者においては、同規模・県・国と比較して高い状況です。また、中長期目標疾患をみると、被保険者においては、腎、脳、心疾患いずれも同規模・県・国と比較して高い状況です。(図表42)

高額レセプトについては、平成 30 年度から令和 4 年度まで継続してみると、被保険者においては毎年約 350 件のレセプトが発生していますが、後期高齢者になると、約 2 倍の 600 件以上に増えることが分かります。(図表 43)

脳血管疾患で高額になったレセプトは、被保険者では平成 30 年度が一番多く、約 3,600 万円の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は人数、費用ともに減少しています。しかし、後期高齢者においては、26 人 40 件のレセプトが発生し、約 4,500 万円の費用がかかっています。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や糖尿病の重症化予防を継続していく必要があります。(図表 44)

虚血性心疾患で高額になったレセプトは、被保険者で令和 4 年度が一番多く、16 人 19 件で約 2,600 万円の費用がかかっており、平成 30 年から増加しています。後期高齢者については 13 人 15 件で約 2,200 万円であり、1 件あたりの費用額は後期高齢者の方が高くなっています。若いうちから虚血性心疾患のリスクとなる高血圧や糖尿病の重症化予防とメタボリックシンドロームの改善に力を入れる必要があります。(図表 45)

図表 41 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期:R4年度	
被保険者数	4,510人	4,333人	4,307人	4,167人	3,960人	3,813人	
総件数及び 総費用額	件数	37,620件	36,686件	34,537件	35,600件	35,090件	48,258件
	費用額	18億0895万円	17億9918万円	16億6123万円	17億2122万円	17億3080万円	30億0964万円
一人あたり医療費(総費用/被保険者数)	40.1万円	41.5万円	38.5万円	41.3万円	43.7万円	78.9万円	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 42 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

	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			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	越前町	17億3080万円	35,580円	4.57%	0.72%	2.28%	2.24%	5.37%	3.15%	1.60%	3億4497万円	19.93%	16.58%	8.69%	10.74%
	同規模	-	29,136円	4.24%	0.31%	2.01%	2.07%	5.81%	3.22%	2.20%	-	19.31%	16.85%	7.71%	8.78%
	県	-	31,626円	3.62%	0.28%	2.07%	1.74%	5.87%	3.02%	1.84%	-	18.44%	18.27%	7.45%	9.46%
	国	-	27,570円	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	-	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	越前町	30億963万円	66,360円	3.85%	0.70%	3.73%	1.52%	4.85%	3.26%	1.00%	5億6,894万円	18.90%	10.64%	2.68%	12.68%
	同規模	-	69,832円	4.97%	0.47%	3.89%	1.64%	4.23%	2.97%	1.41%	-	19.59%	11.10%	3.50%	12.38%
	県	-	69,183円	3.28%	0.48%	3.93%	1.82%	4.44%	2.82%	1.02%	-	17.79%	12.17%	3.64%	12.56%
	国	-	71,162円	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	-	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

出典:KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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

図表 43 高額レセプト（80万円以上/件）の推移

対象年度		H30年度	R1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	204人	198人	185人	200人	202人	408人
	件数	B	387件	371件	313件	345件	343件	675件
		B/総件数	1.03%	1.01%	0.91%	0.97%	0.98%	1.40%
	費用額	C	5億4065万円	5億2189万円	4億2237万円	4億5797万円	4億5603万円	8億3397万円
		C/総費用	29.9%	29.0%	25.4%	26.6%	26.3%	27.7%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 44 高額レセプト（80万円以上/件）の推移（脳血管疾患）

対象年度		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期: R4年度			
脳血管疾患	人数	D	15人	13人	8人	8人	10人				26人				
		D/A	7.4%	6.6%	4.3%	4.0%	5.0%				6.4%				
	件数	E	29件	17件	11件	10件	14件				40件				
		E/B	7.5%	4.6%	3.5%	2.9%	4.1%				5.9%				
	年代別	40歳未満	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	65-69歳	0件	0.0%
		40代	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	70-74歳	0件	0.0%
		50代	2件	6.9%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	75-80歳	8件	20.0%
		60代	18件	62.1%	7件	41.2%	5件	45.5%	4件	40.0%	4件	28.6%	80歳代	20件	50.0%
		70-74歳	9件	31.0%	10件	58.8%	6件	54.5%	6件	60.0%	10件	71.4%	90歳以上	12件	30.0%
	費用額	F	3672万円	2000万円	1254万円	1075万円	1800万円				4500万円				
F/C		6.8%	3.8%	3.0%	2.3%	3.9%				5.4%					

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 45 高額レセプト（80万円以上/件）の推移（虚血性心疾患）

対象年度		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期: R4年度			
虚血性心疾患	人数	D	11人	7人	9人	10人	16人				13人				
		D/A	5.4%	3.5%	4.9%	5.0%	7.9%				3.2%				
	件数	E	13件	7件	14件	11件	19件				15件				
		E/B	3.4%	1.9%	4.5%	3.2%	5.5%				2.2%				
	年代別	40歳未満	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	65-69歳	0件	0.0%
		40代	2件	15.4%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	70-74歳	0件	0.0%
		50代	0件	0.0%	1件	14.3%	3件	21.4%	1件	9.1%	1件	5.3%	75-80歳	7件	46.7%
		60代	5件	38.5%	3件	42.9%	6件	42.9%	3件	27.3%	7件	36.8%	80歳代	7件	46.7%
		70-74歳	6件	46.2%	3件	42.9%	5件	35.7%	7件	63.6%	11件	57.9%	90歳以上	1件	6.7%
	費用額	F	2311万円	1566万円	2177万円	1990万円	2646万円				2263万円				
F/C		4.3%	3.0%	5.2%	4.3%	5.8%				2.7%					

出典:ヘルスサポートラボツール





ウ. 健康課題の明確化（図表 46～50）

健診・医療・介護のデータの平成 30 年度と令和 4 年度の結果を、各年代で一体的に分析したものが図表 46 です。人口の減少や高齢化が進んでいることから、今後 40～64 歳の被保険者数は減り、75 歳以上が増えていくことが予測されます。

図表 46 の⑮体格をみると、全年代で BMI25 以上の割合が増えています。（図表 47）

健診有所見状況をみると、Ⅱ度高血圧以上者の 75 歳以上と HbA1c7.0%以上者の 65～74 歳、CKD 者の 75 歳以上の割合が減少しています。しかし、心房細動の割合が 65～74 歳で増加し、Ⅱ度高血圧以上者の 65～74 歳において未治療・治療中断者が増加しています。（図表 48）

短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況をみると、高血圧は全年代で増加し、糖尿病＋高血圧の割合は、40～64 歳と 75 歳以上で増えています。（図表 49）

中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全）と介護認定の状況において、脳血管疾患の 40～64 歳で介護認定となった割合は減少し、虚血性心疾患はどの年代も割合が増えています。（図表 50）

図表 47 被保険者数と健診受診状況（図表 46 一部抜粋）

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74
H30	26.9%	1,442人	2,367人	3,815人	25.1%	37.8%	12.4%	5.2%	5.7%	6.3%	28.5%	27.4%	26.8%
R4	27.2%	1,139人	2,206人	3,815人	23.0%	36.8%	14.8%	6.9%	5.5%	7.4%	30.9%	28.2%	29.0%

図表 48 健診有所見状況（図表 46 一部抜粋）

E表	⑤																													
	Ⅱ度以上高血圧(未治療・治療中断者数)						HbA1c7.0以上(未治療・治療中断者数) ※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～												
H30	23人	6.4%	(9人)	68人	7.6%	(23人)	55人	11.6%	(18人)	10人	2.8%	(1人)	72人	8.0%	(5人)	4人	0.8%	(0人)	8人	2.2%	15人	1.7%	18人	8.6%	0人	0.0%	9人	1.1%	14人	3.0%
R4	17人	6.5%	(8人)	65人	8.0%	(31人)	45人	8.0%	(13人)	10人	3.8%	(0人)	49人	2.4%	(1人)	8人	1.4%	(0人)	5人	1.9%	18人	2.2%	16人	2.8%	1人	0.4%	20人	2.5%	15人	2.9%

図表 49 短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況（図表 46 一部抜粋）

E表	③			⑥									⑦								
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)						短期目標の疾患とする合併症								
	高血圧		糖尿病		C' 糖尿病+高血圧		高血圧+合併症			糖尿病+合併症											
40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～				
H30	81.3%	90.1%	95.9%	34.3%	59.7%	81.4%	67.7%	76.9%	82.2%	58.6%	60.5%	55.4%	32.5%	42.5%	43.5%	35.2%	42.8%	58.6%	32.8%	43.3%	60.2%
R4	81.4%	91.2%	95.4%	33.3%	62.1%	82.0%	72.0%	77.2%	84.3%	59.4%	59.1%	59.6%	36.4%	41.5%	48.7%	31.9%	38.8%	57.1%	34.2%	38.5%	58.0%

図表 50 中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全）と介護認定の状況  
（図表 46 一部抜粋）

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~	40~64	65~74	75~
H30	3.4%	9.3%	21.2%	4.2%	10.6%	19.9%	5.3%	12.3%	27.1%	3.7%	5.2%	10.1%	12.2%	13.6%	42.4%	1.7%	2.4%	29.4%	6.5%	4.8%	38.7%	5.6%	5.6%	40.2%
R4	3.2%	8.2%	19.2%	3.2%	9.7%	17.8%	5.5%	13.2%	28.6%	4.7%	5.7%	11.0%	5.6%	14.9%	43.9%	2.8%	3.3%	32.1%	3.2%	3.4%	38.0%	3.7%	4.8%	38.3%

## エ. 解決を目指す健康課題の優先順位

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、糖尿病に重なりがあります。高血圧や糖尿病の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を重点的に取組んでいくこと、また、全年代において肥満がふえていることから、メタボリックシンドロームや肥満症改善への取組みが、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ると考えます。

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

## （3）目標設定

### ア. データヘルス計画の目的、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、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く必要があります。評価指標については、福井県で設定する指標と地域の実情に応じて設定する指標（図表 51）を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

### イ. 中長期的な目標の設定

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。

年齢が高くなるほど、脳・心臓・腎臓の三つの臓器の血管も傷んでくること、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難しいと考えられますが、これまでの健診・医療情報を分析した結果、軽症時に通院せず重症化して入院することから、重症化を予防し、医療費適正化へつなげるために、適切な時期での受診を促し、医療費を抑えることを目指します。

### ウ. 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が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。

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ます。さらに、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、個人の状態に応じた保健指導を実施します。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。

#### (4) 管理目標の設定

図表 51 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標 ◎県の共通指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標			データの把握方法
			初期値	中間評価	最終評価	
			R6 (R4)	R8 (R7)	R11 (R10)	(活用データ年度)
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する	中長期・短期目標疾患の総医療費に占める割合	19.93%	前年度より減少	初期値より減少	KDBシステム
		脳血管疾患の総医療費に占める割合	2.28%	前年度より減少	初期値より減少	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合	2.24%	前年度より減少	初期値より減少	
		慢性腎不全(透析あり)の総医療費に占める割合	4.57%	前年度より減少	初期値より減少	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合	25.0%	前年度より減少	初期値より減少	
	短期目標 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当・予備群の割合	35.3%	前年度より減少	34%台	法定報告値
		健診受診者の高血圧者の割合(160/100以上者)	7.6%	前年度より減少	6%台	越前町調べ
		健診受診者の脂質異常者の割合(LDL180以上者)	2.3%	前年度より減少	1%台	
		特定健診受診者の血糖異常者の割合(HbA1c6.5以上未治療者)	6.2%	前年度より減少	5%台	
		★◎特定健診受診者のHbA1c8.0以上の割合	1.1%	前年度より減少	初期値より減少	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	61.9%	前年度より増加	65%台	
		糖尿病の保健指導を実施した割合(HbA1c6.5以上未治療者・治療中でHbA1c7.0以上者)	81.1%	前年度より増加	85%台	
	特定健診受診率、特定保健指導の実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★◎特定健診受診率	36.5%	38.0%	41.0%	法定報告値
		★◎特定健診保健指導実施率	69.1%	71.0%	74.0%	
		★◎特定保健指導対象者の割合	14.8%	前年度より減少	初期値より減少	
保険者努力支援制度 その他	がんの早期発見、早期治療	5つのがん検診の平均受診率(70歳未満)	40.4%	前年度より増加	45%台	県調べ
	自己の健康に関心をもつ住民が増える	健康づくりポイントに取組む者	188人	前年度より増加	初期値より増加	越前町調べ
	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	82.6%	前年度より増加	85%台	厚生労働省
県の指標	食	◎就寝前2時間以内に食事摂取する者の割合	14.6%	前年度より減少	初期値より減少	法定報告値
	運動	◎運動習慣のある者の割合	26.4%	前年度より増加	初期値より増加	
	肥満	◎BMI25以上の者の割合	28.9%	前年度より減少	初期値より減少	越前町調べ

## 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1期としていましたが、医療費適正化計画等が6年1期に見直されたことをふまえ、第3期以降は実施計画も6年を1期として策定します。

### 2. 目標値の設定

図表 52 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	37%	38%	39%	40%	41%	42%
特定保健指導実施率	70%	71%	72%	73%	74%	75%

### 3. 対象者の見込み

図表 53 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	2,946人	2,838人	2,763人	2,666人	2,608人	2,541人
	受診者数	1,090人	1,078人	1,078人	1,066人	1,069人	1,067人
特定保健指導	該当者数	153人	150人	149人	146人	145人	144人
	実施者数	107人	107人	107人	107人	107人	108人

### 4. 特定健診の実施

#### （1）実施方法

集団健診は特定健診実施機関に委託し、地域の施設で実施します。個別健診については、福井県医師会が実施機関の取りまとめを行い、福井県医師会と市町国保側の代表が集合契約を行います。

- ①集団健診（生涯学習センター、各コミュニティセンター 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、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者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) 特定健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、福井県医師会のホームページに掲載します。

(参照) URL : <https://www.fukui.med.or.jp/doctor/tokutei-k/>

### (4) 特定健診検査項目

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・血清尿酸・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代えられます。（実施基準第1条4項より）

図表 54 特定健診検査項目

健診項目		越前町	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	●	●
	HbA1	○	●
	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、●…いずれかの項目の実施可

### (5) 実施期間

5月から翌年1月末まで実施します。

### (6) 医療機関との適切な連携

生活習慣病で治療中の人も特定健診の受診対象者であるため、かかりつけ医から本人へ特定健診の受診勧奨を行うよう、保険者から医療機関へ十分な説明をします。

また、本人同意のもとで、医療機関での診療における検査データを特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、保険者からかかりつけ医へ情報提供の協力を依頼します。

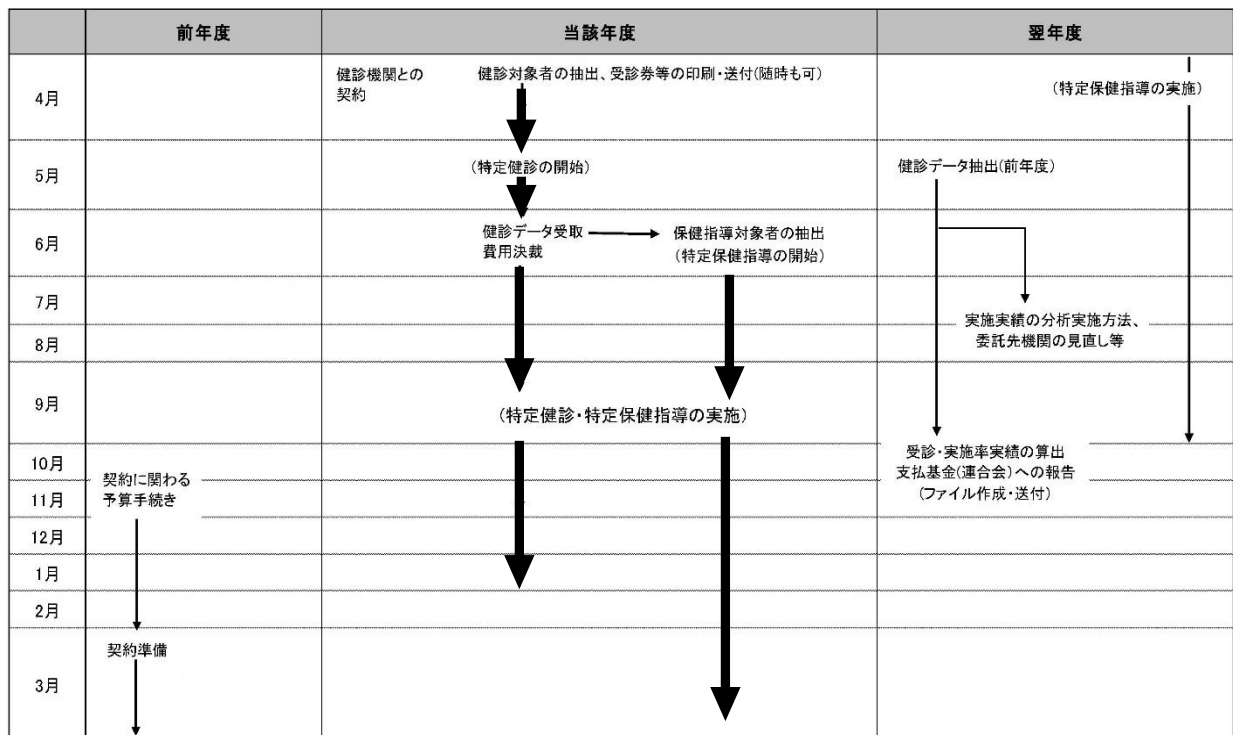
### (7) 代行機関

特定健診にかかる費用（自己負担額を除く）の請求・支払の代行は、福井県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

### (8) 特定健診の案内方法・特定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、受診案内の送付に関わらず、保険者として被保険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 55 特定健診実施スケジュール



## 5. 特定保健指導の実施

○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。

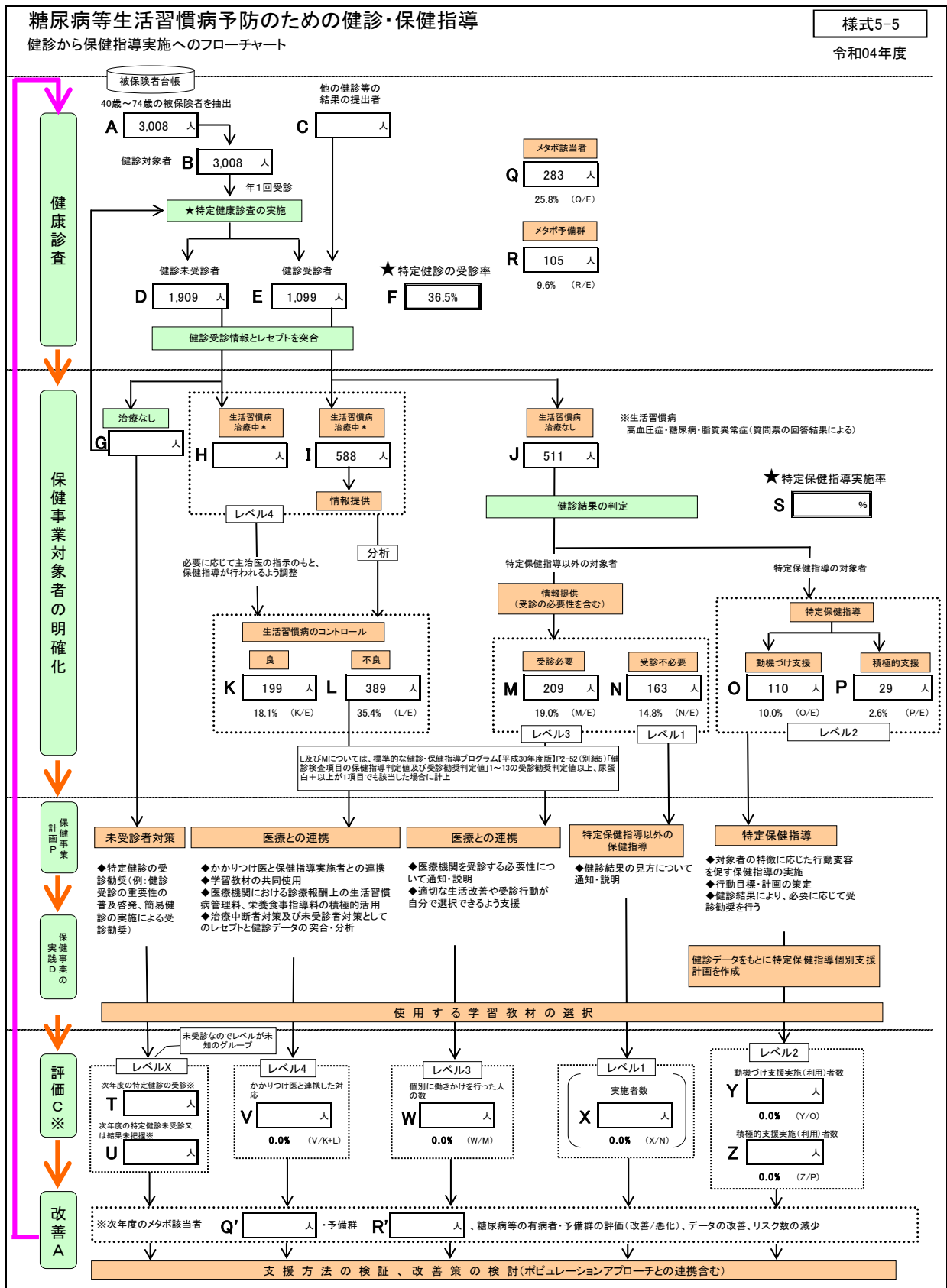
### (1) 特定健診から特定保健指導実施の流れ

特定保健指導の実施については、保険者直接実施とします。

「標準的な健診・保健指導のプログラム(令和6年版)」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56)



図表 56 特定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、選定と優先順位・支援方法

図表 57 要保健指導対象者の見込み等

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	139人 (12.6%)	75%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	209人 (19.0%)	100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(保険証発送時や個別通知で特定健診受診の普及啓発を行う)	1,909人 ※受診率目標達成 まであと164人	8.6%
4	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	588人 (53.5%)	25%
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	163人 (14.8%)	60%

## (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きます。

図表 58 特定健診・特定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	◎特定健診受診券の送付		◎特定健診をはじめとした各種健診の広報
5月	◎個別健診実施医療機関へ受診勧奨依頼 ◎結果提供の依頼 ◎特定健康診査の開始		◎ヤング健診、長寿健診、がん検診同時実施
6月	↓	◎対象者の抽出 ◎利用券の登録 ◎保健指導の開始	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決済の開始
7月			◎未受診者受診勧奨(随時)
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			
11月			
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及び越前町個人情報の保護に関する法律施行条例を踏まえた対応を行います。

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

### (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

## 7. 結果の報告

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

## 8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、また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、越前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

### 1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、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る必要があります。重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組みを行います。

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る医療費や介護費用等の変化や実態を広く町民へ周知します。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは特定健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要になります。そのため特定健診受診率、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章の特定健診等実施計画に準ずるものとします。

### 2. 未受診者対策の取組み

越前町の特定健診受診率は、同規模・国の受診率に届かず低い状況です。特に40～50歳代は低い状況となっています。若いうちから年に1回健診を受ける習慣づくりと保健指導による生活習慣病対策を目的に、今後も40歳未満の若年者向けに特定健診・特定保健指導に準じた健診と保健指導を実施していきます。

また、翌年度特定健診未受診者が2割程度存在することから、継続受診へ繋げる取組みが必要です。特定健診の申込みがあっても受けていない人や、昨年度受診者で今年度未受診のような人などへ、受診勧奨を実施していきます。

### 3. 重症化予防の取組み

越前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、472人(42.9%)です。そのうち治療なしが146人(28.6%)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69人です。重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なる者は、146人中77人と半数であることがわかります。また、メタボリックシンドローム(2項目以上)該当者が283人(25.8%)おり、このうちの227人が治療中者です。これらのことから、特定保健指導の徹底と、治療中であってもメタボリックシンドロームの改善のための保健指導を併せて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることがわかります。(図表59)

図表 59 脳・心・腎を守るために

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

令和04年度

健康日本21の 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		
	科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	
	クモ膜下出血 (5.6%)	脳出血 (18.5%)	脳梗塞 (75.9%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症			
	心原性 脳塞栓症 (27.7%)		ラクナ 梗塞 (31.2%)	アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)		非心原性脳梗塞			
	※脳卒中 データ/リンク 2015より								
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)		
科学的根拠に基づき 健康結果から 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治療ガイドライン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/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		重症化予防対象者 (実人数)
該当者数	83 7.6%	21 1.9%	25 2.3%	57 5.2%	283 25.8%	111 10.1%	124 11.3%	472 42.9%	
治療なし	50 7.4%	5 1.0%	24 3.1%	34 4.4%	56 11.0%	63 6.9%	34 6.7%	146 28.6%	
(再掲) 特定保健指導	15 18.1%	1 4.8%	9 36.0%	14 24.6%	56 19.8%	13 11.7%	10 8.1%	77 16.3%	
治療中	33 7.9%	16 2.7%	1 0.3%	23 7.0%	227 38.6%	48 45.7%	90 15.3%	326 55.4%	
臓器障害 あり	20 40.0%	5 100.0%	10 41.7%	15 44.1%	17 30.4%	24 38.1%	34 100.0%	69 47.3%	
CKD(専門医対象者)	3	0	3	4	4	8	34	34	
心電図所見あり	18	5	8	11	15	21	13	48	
臓器障害 なし	30 60.0%	--	14 58.3%	19 55.9%	39 69.6%	39 61.9%	--	--	

<参考>  
健診受診者(受診率)  
1,099人 36.5%

■各疾患の治療状況

	治療中	治療なし
高血圧	419	680
脂質異常症	330	769
糖尿病	105	918
3疾患 いずれもなし	588	511

※問診結果による

治療中

臓器障害 あり	19 57.6%	16 100.0%	0 0.0%	13 56.5%	110 48.5%	28 58.3%	90 100.0%	177 54.3%
CKD(専門医対象者)	8	8	0	6	43	12	90	90
心電図所見あり	15	16	0	8	84	19	42	129
臓器障害 なし	14 42.4%	--	1 100.0%	10 43.5%	117 51.5%	20 41.7%	--	--

出典：ヘルスサポートラボツール

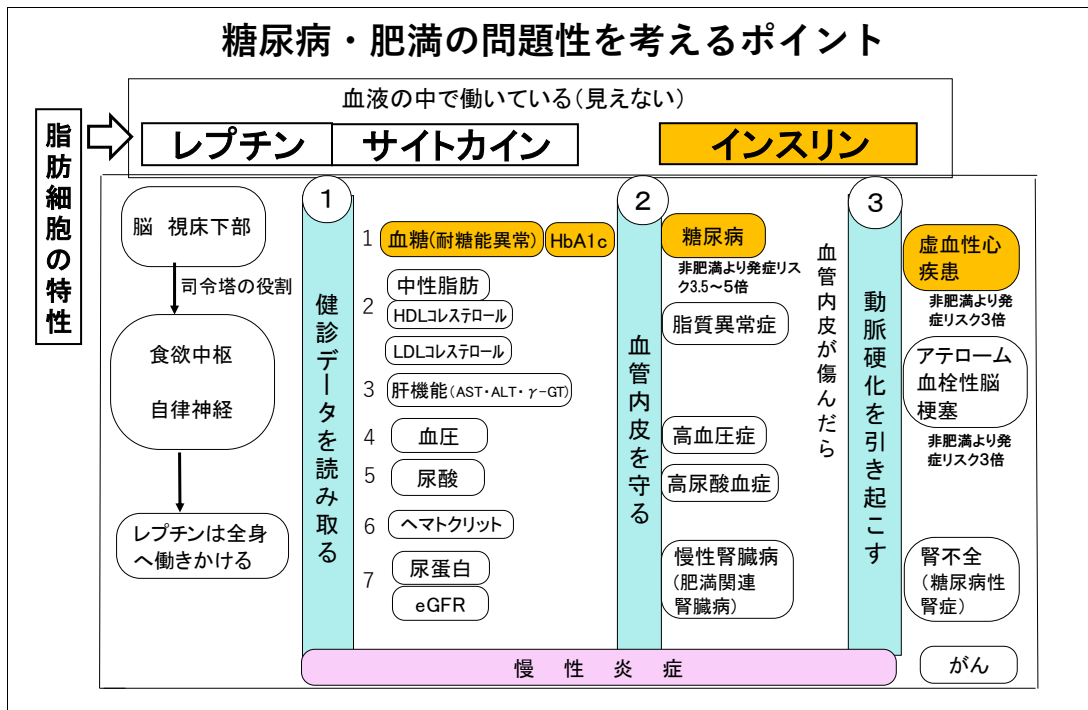
## (1) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

### ア. 基本的な考え方

「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)と書かれているように、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。

取組みにあたっては、図表 60 に基づいて考えていきます。

図表 60 肥満の問題性を考えるポイント



### イ. 対象者の明確化

#### (ア) 肥満、メタボリックシンドローム該当者の状況

受診者の約3割がBMI25以上の肥満である状況です。男女ともに肥満I度が多く、肥満IV度に該当する人はいません。(図表 61)

肥満度別に高血圧と糖尿病の実態をみると、65~74歳の肥満度III度以上者の全員が高血圧と糖尿病を有していることがわかります。肥満度及び年齢が高くなるほど、高血圧や糖尿病を合併する割合が高くなる傾向があります。(図表 62)

年代別メタボリックシンドローム該当者は、男性の50歳代以降で受診者の3~4割を超え、女性では50歳代以降で1~2割程度であり、男性に多いことがわかります。このことから、肥満I度で、若い年代(40~64歳)の男性を対象に介入すると効率がよいことがわかります。(図表 63)

肥満やメタボリックシンドロームは、生活習慣と関連しており、治療だけでは解決できません。生活習慣病の薬物治療と併せて、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。

図表 61 肥満度分類による実態

R4年度	健診受診者		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度		肥満Ⅱ度		肥満Ⅲ度		肥満Ⅳ度		
					BMI25～30未満		BMI30～35未満		BMI35～40未満		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	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数	261人	838人	81人	237人	68人	210人	11人	23人	2人	4人	0人	0人	
			31.0%	28.3%	26.1%	25.1%	4.2%	2.7%	0.8%	0.5%	0.0%	0.0%	
再掲	男性	122人	366人	47人	123人	38人	109人	7人	13人	2人	1人	0人	0人
				38.5%	33.6%	31.1%	29.8%	5.7%	3.6%	1.6%	0.3%	0.0%	0.0%
	女性	139人	472人	34人	114人	30人	101人	4人	10人	0人	3人	0人	0人
				24.5%	24.2%	21.6%	21.4%	2.9%	2.1%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 62 肥満度別の高血圧と糖尿病の実態

	男性						女性					
	高血圧			糖尿病			高血圧			糖尿病		
	肥満Ⅰ度	肥満Ⅱ度	肥満Ⅲ度以上	肥満Ⅰ度	肥満Ⅱ度	肥満Ⅲ度以上	肥満Ⅰ度	肥満Ⅱ度	肥満Ⅲ度以上	肥満Ⅰ度	肥満Ⅱ度	肥満Ⅲ度以上
40～64歳	57.5%	71.4%	50.0%	40.0%	42.9%	100.0%	48.5%	75.0%	--	27.3%	50.0%	--
65～74歳	80.2%	100.0%	100.0%	51.9%	30.0%	100.0%	73.1%	80.0%	100.0%	49.0%	70.0%	100.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 63 年代別メタボリック該当者の状況

R4年度	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	488人	34人	40人	169人	245人	611人	18人	46人	254人	293人	
メタボ該当者	B	199人	8人	14人	68人	109人	84人	0人	8人	28人	48人	
	B/A	40.8%	23.5%	35.0%	40.2%	44.5%	13.7%	0.0%	17.4%	11.0%	16.4%	
再掲	① 3項目全て	C	71人	1人	6人	28人	36人	35人	0人	0人	9人	26人
		C/B	35.7%	12.5%	42.9%	41.2%	33.0%	41.7%	--	0.0%	32.1%	54.2%
	② 血糖+血圧	D	36人	0人	1人	12人	23人	7人	0人	0人	4人	3人
		D/B	18.1%	0.0%	7.1%	17.6%	21.1%	8.3%	--	0.0%	14.3%	6.3%
	③ 血圧+脂質	E	79人	5人	6人	23人	45人	35人	0人	8人	11人	16人
		E/B	39.7%	62.5%	42.9%	33.8%	41.3%	41.7%	--	100.0%	39.3%	33.3%
	④ 血糖+脂質	F	13人	2人	1人	5人	5人	7人	0人	0人	4人	3人
		F/B	6.5%	25.0%	7.1%	7.4%	4.6%	8.3%	--	0.0%	14.3%	6.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

(イ) 対象者の選定基準の考え方

- a メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- b 治療中の者へは、治療中断による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。
- c 特定保健指導対象者の保健指導（食事指導）を行います。

(ウ) 対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ（肥満）台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

ウ. 保健指導の実施

(ア) 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て行っていきます。

(図表 64)

図表 64 特定健診・特定保健指導実践へ向けて（保健指導教材）

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて（保健指導教材）	
<b>もくじ</b>	
<b>1 国の施策</b>	<b>6 脂肪細胞の特性</b>
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題を考えるポイント
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 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 健診データを見ながら考えます。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 肥満症の概念と診断・治療、肥満症とメタボリックシンドローム	6-5 正常脂肪細胞量の時と大型化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へ心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群	6-6 食欲が抑えられない…
<b>2 保健指導対象者の明確化</b>	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	<b>7 健診データ・検査</b>
2-3 健診結果からみる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこにでもためることが出来ます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
<b>3 肥満の症状</b>	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体重（BMI）・健診結果に変化はありますか？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 脂肪細胞の中身はなんだと思いますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考え方の代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい・いびきの後で息が止まる」とよく言われます	7-7 体重が増えた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ありますか？（健診データにあるので見てください）
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療	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 健診結果で「治療の必要のない値」でも肥満があると動脈硬化は進行します
3-5-2 膝のどこが痛いのですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付金制度
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 肥満なるとがんが増えると言われますが…
3-6-2 汗はなぜ出るの？（保健師・栄養士用）	<b>8 食事療法</b>
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
<b>4 高度肥満</b>	8-2 現在の摂取エネルギーより500kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる施設	<b>9 運動療法</b>
4-3 外科手術による体の変化と脳の変化Aさんの場合	9-1-1 肥満解消のためなぜ運動するといいの？
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	9-2 体重測定
<b>5 保健指導教材で改善できた事例</b>	<b>10 参考資料</b>
5-1 20歳代から肥満が続いて、40代で糖尿病を発症した事例	
5-2 住民の体重の変化	



## (イ) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、二次健診の実施を継続します。

### <動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査>

- ① 頸動脈エコー検査（心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査）
- ② 足関節上腕血圧比（ABI）（抹消動脈の詰まり具合を反映する）／脈波伝播速度（PWV）検査（動脈の硬さを評価する検査）
- ③ 微量アルブミン検査（尿で腎臓の状態をみる検査）
- ④ 75g糖負荷検査（高インスリン状態をみる検査）

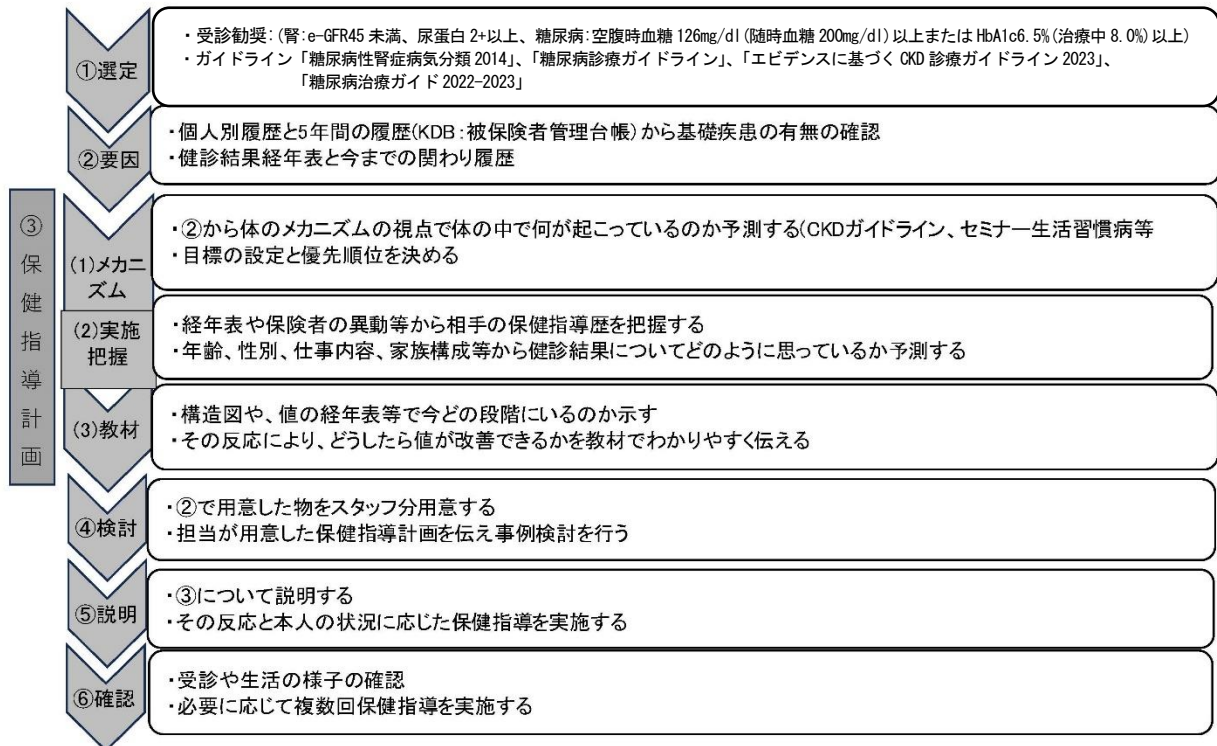
## (2) 糖尿病性腎症重症化予防

### ア. 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、越前町糖尿病性腎症重症化予防事業実施要領に基づき、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 65 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 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応
- ③ 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

図表 65 対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



## イ. 対象者の明確化

### (ア) 対象者の抽出

対象者の選定基準にあたっては越前町糖尿病性腎症重症化予防事業実施要領に準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

#### a 医療機関未受診者

【基準A】(糖尿病) 過去 5 年の特定健診等において、次のいずれかが確認されているものの、前年度から抽出時点までの間に糖尿病等による医療機関受診歴がない者

①空腹時血糖 126mg/dl 以上 ②随時血糖 200mg/dl 以上 ③HbA1c6.5%以上

【基準B】(慢性腎臓病) ①～③のいずれかが確認されているものの、医療機関受診歴がない者

①尿蛋白 2+以上

②eGFR 45ml/分/1.73m<sup>2</sup> 未満

③eGFR 60ml/分/1.73m<sup>2</sup> 未満で低下速度が年間 5ml/分/1.73m<sup>2</sup> 以上 (※過去 3 回以上の結果より算出)

#### b 医療機関受診中断者

糖尿病未治療者で特定健診等未受診者のうち治療中断者

#### c 糖尿病治療中者

特定健診等において次のいずれかが該当する者 (ハイリスク者)

①糖尿病性腎症の病期が第 2 期、第 3 期、第 4 期と思われる者

②HbA1c8.0%以上

③Ⅱ度高血圧 (160/100mmHg) 以上

### (イ) 優先順位と介入方法

越前町において、特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 71 人 (38.4%) (図表 66-F) でした。また、40～74 歳における糖尿病治療者 1,099 人のうち、特定健診受診者が 114 人 (61.6%) (図表 66-G) でした。このうちの 55 人 (48.2%) (図表 66-J) はコントロール不良の状態です。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 985 人 (89.6%) (図表 66-I) についてはデータがないためコントロール状態がわかりません。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。

優先順位と介入方法を以下のとおりとします。

#### 優先順位 1 【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F: 71 人)
- ・介入方法: 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 2 【保健指導】

- ・糖尿病治療者のうち、重症化するリスクが高い者 (J: 55 人) のうち HbA1c8.0%以上者
- ・介入方法: 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

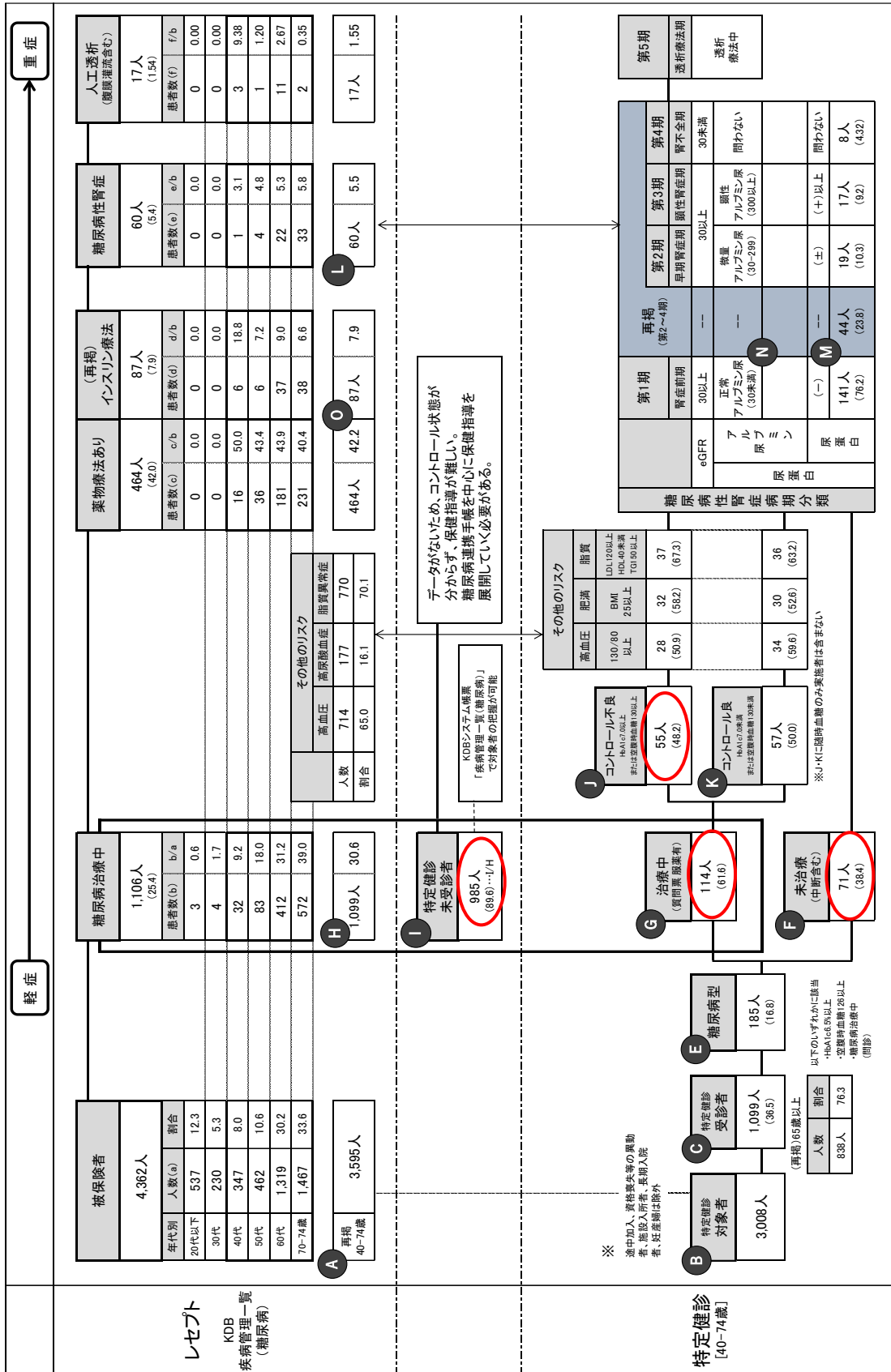
#### 優先順位 3 【受診勧奨】

- ・糖尿病治療中であつたが中断者 (I: 985 人のうちから抽出)
- ・介入方法: 個別訪問、個別面談、通知等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 66 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



## ウ 保健指導の実施

### (ア) 糖尿病性腎症病気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。越前町においては、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併せて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っています。(図表 67)

図表 67 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
<b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b>	<b>2 高血糖を解決するための食</b>
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 伺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か	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	<b>3 薬物療法</b>
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグロコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	<b>4 参考資料</b>
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)

### (イ) 二次健診等を活用した重症化予防対策

糖尿病ハイリスク者の増加抑制のため、特定健診受診者のうち糖尿病未治療者で HbA1c5.6～6.4%の者に対して、二次健診で 75g 糖負荷試験等を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで重症化予防を目指します。

## エ 医療との連携

### (ア) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者や治療中断者を医療機関につなぐ場合、越前町糖尿病性腎症重症化予防事業実施要領に沿った糖尿病性腎症重症化予防連絡票や保健指導情報提供書を使用します。

### (イ) 治療中の者への対応

糖尿病治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、対象者の検査データを収集し、かかりつけ医から助言を得て保健指導を行います。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては、越前町糖尿病性腎症重症化予防事業実施要領に準じて行っていきます。

## オ 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は、地域包括支援センターと連携して行います。

## カ 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表（図表 68）を用いて行います。

### 短期的評価

#### (ア) 受診勧奨者に対する評価

- a 受診勧奨対象者への介入率
- b 医療機関受診率
- c 医療機関との連携数

#### (イ) 保健指導対象者に対する評価

- a 保健指導実施率
- b 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
  - ・ HbA1c の変化
  - ・ eGFR の変化（1 年で 25%以上の低下、1 年で 5ml/1.73 m<sup>2</sup>以上低下）
  - ・ 尿蛋白の変化
  - ・ 服薬状況の変化

## キ 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、順次対象者へ介入（通年）

図表 68 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	越前町										同規模保険者(平均)		データ基		
		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4年度同規模保険者数147				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A	4,675人		4,515人		4,385人		4,315人		4,151人				KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲)40-74歳	A	3,857人		3,734人		3,681人		3,668人		3,521人					
2	① 特定健診 対象者数	B	3,365人		3,297人		3,303人		3,201人		3,008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	1,239人		1,223人		1,033人		1,090人		1,099人					
	③ 受診率	C	36.8%		37.1%		31.3%		34.1%		36.5%					
3	① 特定保健指導 対象者数		175人		178人		152人		156人		139人					
	② 実施率		57.1%		55.6%		41.4%		55.8%		69.1%					
4	① 健診データ	糖尿病型	E	181人	14.6%	174人	14.2%	161人	15.4%	169人	15.3%	188人	16.7%		特定健診結果	
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	53人	29.3%	59人	33.9%	50人	31.1%	65人	38.5%	71人	37.8%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	128人	70.7%	115人	66.1%	111人	68.9%	104人	61.5%	117人	62.2%			
		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	67人	52.3%	65人	56.5%	57人	51.4%	58人	55.8%	57人	48.7%			
		⑤ 血圧 130/80以上	J	40人	59.7%	37人	56.9%	35人	61.4%	38人	65.5%	30人	52.6%			
		⑥ 肥満 BMI25以上	J	23人	34.3%	27人	41.5%	24人	42.1%	36人	62.1%	34人	59.6%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	61人	47.7%	50人	43.5%	54人	48.6%	46人	44.2%	60人	51.3%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	144人	79.6%	143人	82.2%	130人	80.7%	132人	78.1%	143人	76.1%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)	M	20人	11.0%	18人	10.3%	17人	10.6%	18人	10.7%	20人	10.6%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上	M	13人	7.2%	10人	5.7%	10人	6.2%	12人	7.1%	17人	9.0%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満	M	4人	2.2%	3人	1.7%	3人	1.9%	5人	3.0%	8人	4.3%			
5	① レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		151.4人		147.1人		144.8人		161.1人		162.4人			KDB_厚生労働省様式様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		182.5人		177.6人		172.0人		188.9人		190.9人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対		3,074件 (824.3)		3,060件 (841.6)		3,046件 (836.4)		3,060件 (864.9)		2,943件 (879.6)		4,292件 (849.3)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④ 入院外(件数)		36件 (9.7)		29件 (8.0)		24件 (6.6)		21件 (5.9)		28件 (8.4)		18件 (4.0)		
		⑤ 入院(件数)		36件 (9.7)		29件 (8.0)		24件 (6.6)		21件 (5.9)		28件 (8.4)		18件 (4.0)		
		⑥ 糖尿病治療中	H	708人	15.1%	664人	14.7%	635人	14.5%	695人	16.1%	674人	16.2%			
		⑦ (再掲)40-74歳	H	704人	18.3%	663人	17.8%	633人	17.2%	693人	18.9%	672人	19.1%			
		⑧ 健診未受診者	I	576人	81.8%	548人	82.7%	522人	82.5%	589人	85.0%	555人	82.6%			
		⑨ インスリン治療	O	51人	7.2%	46人	6.9%	39人	6.1%	36人	5.2%	41人	6.1%			
		⑩ (再掲)40-74歳	O	48人	6.8%	45人	6.8%	39人	6.2%	36人	5.2%	41人	6.1%		KDB_厚生労働省様式様式3-2	
		⑪ 糖尿病性腎症	L	46人	6.5%	40人	6.0%	35人	5.5%	39人	5.6%	42人	6.2%			
		⑫ (再掲)40-74歳	L	45人	6.4%	39人	5.9%	35人	5.5%	39人	5.6%	42人	6.3%			
		⑬ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		11人	1.6%	11人	1.7%	12人	1.9%	10人	1.4%	11人	1.6%			
		⑭ (再掲)40-74歳		11人	1.6%	11人	1.7%	12人	1.9%	10人	1.4%	11人	1.6%			
		⑮ 新規透析患者数		-		9人		2人		10人		12人				県調べ
		⑯ (再掲)糖尿病性腎症		-		6人		1人		6人		3人				
⑰ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		10人	0.9%	14人	1.2%	11人	1.0%	10人	0.9%	12人	1.0%			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		18億0896万円		17億9918万円		16億6123万円		17億2122万円		17億3081万円		21億6943万円	KDB 健診・医療・介護データか らみられる地域の健康課題	
		② 生活習慣病総医療費		10億3864万円		10億7839万円		9億7161万円		9億9120万円		9億7111万円		11億4738万円		
		③ (総医療費に占める割合)		57.4%		59.9%		58.5%		57.6%		56.1%		52.9%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		8,168円		6,124円		5,370円		6,600円		7,314円			5,852円
		⑤ 健診未受診者		41,298円		48,145円		44,416円		44,115円		42,583円		38,430円		
		⑥ 糖尿病医療費		1億0849万円		1億0153万円		9675万円		9432万円		9288万円		1億2598万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.4%		9.4%		10.0%		9.5%		9.6%		11.0%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		3億1200万円		3億3897万円		3億5366万円		3億4347万円		3億2320万円				
		⑨ 1件あたり		35,945円		39,498円		41,686円		39,397円		37,730円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費		2億9066万円		2億4884万円		1億9051万円		2億3805万円		2億1780万円				
		⑪ 1件あたり		708,933円		658,312円		626,689円		684,042円		640,592円				
		⑫ 在院日数		18日		18日		17日		17日		17日				
		⑬ 慢性腎不全医療費		7816万円		7835万円		7225万円		7859万円		9153万円		9872万円		
		⑭ 透析有り		7068万円		7330万円		6525万円		6773万円		7915万円		9197万円		
		⑮ 透析なし		748万円		505万円		700万円		1085万円		1238万円		675万円		
7	① 介護	介護給付費		21億2048万円		21億8083万円		21億2649万円		20億8061万円		20億3229万円		21億9980万円		
② (2号認定者)糖尿病合併症		2件	13.3%	2件	11.8%	2件	28.6%	2件	28.6%	2件	25.0%					
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		2人	0.6%	4人	1.2%	5人	1.5%	7人	2.1%	5人	1.6%	3人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データ からみられる地域の健康課題

出典：ヘルスサポートラボツール

### (3) 虚血性心疾患重症化予防

#### ア. 基本的な考え方

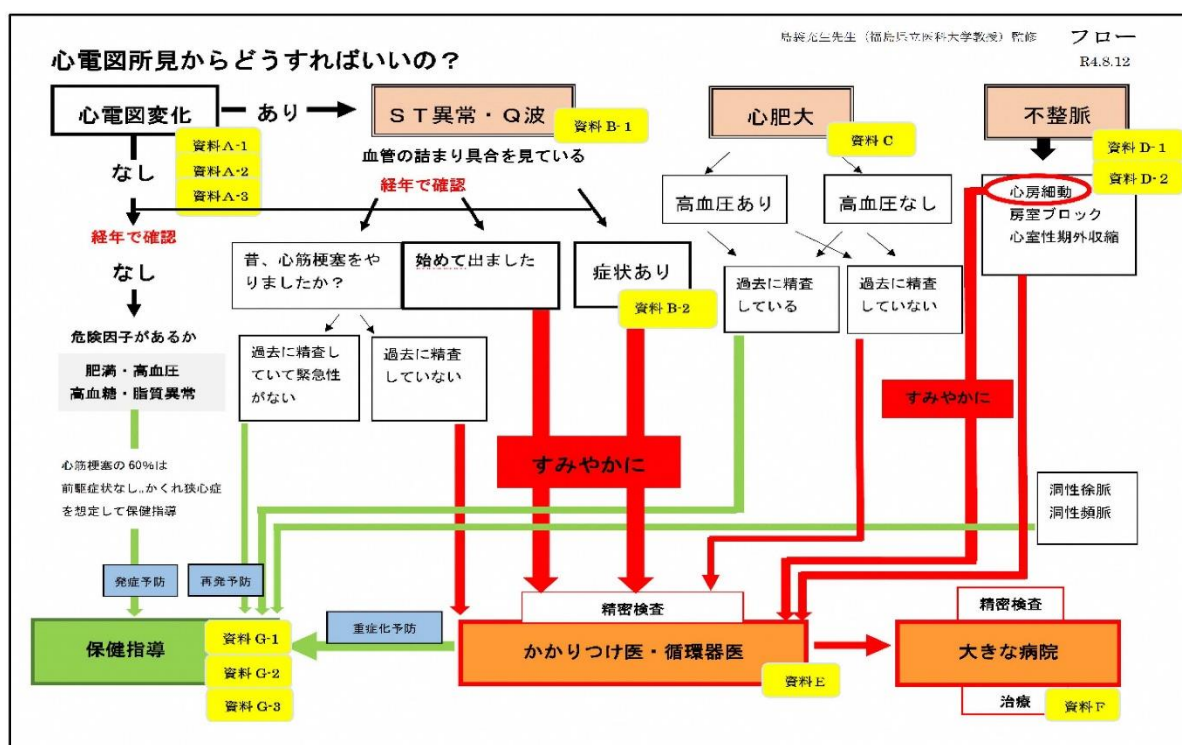
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

#### イ. 対象者の明確化

##### (ア) 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 69 に基づいて考えます。

図表 69 心電図所見からのフロー図 (保健指導教材)



#### (イ) 重症化予防対象者の抽出

##### a 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一つであり、「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、血糖等のリスクと併せて医療機関で判断してもらう必要があります。

越前町においては、心電図検査を 1,065 人(96.9%)に実施し、そのうち有所見者が 371 人(34.8%)でした。所見の中では不整脈である脚ブロックが 57 人 (15.4%) で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 70)

心房細動有所見者に加え、平成 30 年度から ST 異常所見者も保健指導の対象者とし、受診勧奨を実施してきました。しかし、ST 異常所見者のうち何割が医療機関を受診されたのかが把握できていないため、台帳の整備と経過の確認を行っていく必要があります。

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 70 心電図検査結果

R4年度	心電図検査				所見内訳 ※重複所見																
	実施者数		有所見者数		ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	A	実施率	B	B/A	ST-T変化		異常Q波		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		
					C	C/B	D	D/B	E	E/B	F	F/B	G	G/B	H	H/B	I	I/B	J	J/B	
40～74歳	1,065人	96.9%	371人	34.8%	41人	11.1%	6人	1.6%	5人	1.3%	49人	13.2%	17人	4.6%	57人	15.4%	21人	5.7%	47人	12.7%	
内訳	男性	470人	96.3%	196人	41.7%	15人	7.7%	4人	2.0%	2人	1.0%	28人	14.3%	12人	6.1%	36人	18.4%	16人	8.2%	25人	12.8%
	女性	595人	97.4%	175人	29.4%	26人	14.9%	2人	1.1%	3人	1.7%	21人	12.0%	5人	2.9%	21人	12.0%	5人	2.9%	22人	12.6%

出典：越前町健康保険課

b 心電図検査以外からの把握

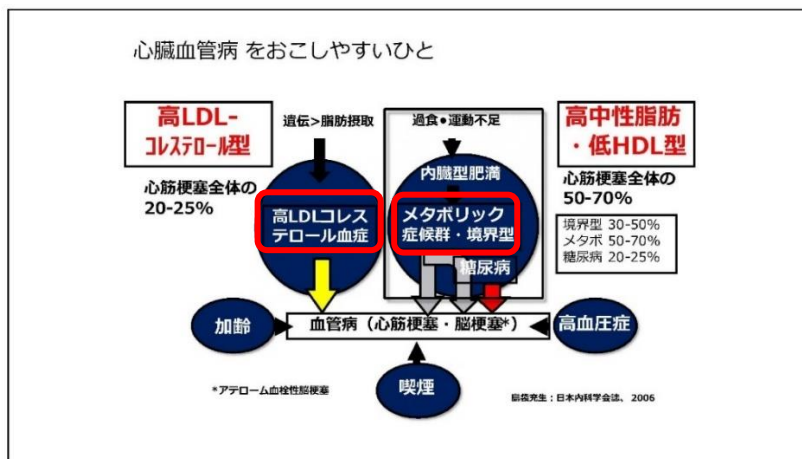
心電図検査で異常がない、または心電図検査を実施していないが肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して（心筋梗塞の60%は前駆症状がないため）積極的に保健指導を行う必要があります。

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドロームまたはLDL コレステロールに関連することから、図表 71 をもとにタイプ別に把握します。

A：メタボリックシンドロームタイプ・・・第4章2.（1）肥満・メタボリックシンドローム重症化予防（図表 62、63）を参照します。

B：高LDL コレステロールタイプ・・・図表 72 を参照します。

図表 71 心血管病をおこしやすいひと





図表 72 冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た  
LDLコレステロール管理目標

(参考)  
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL			健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
447			225	139	59	24	6	17	23	37	
			50.3%	31.1%	13.2%	5.4%	7.2%	20.5%	27.7%	44.6%	
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	49	24	15	7	3	4	6	0	0
			11.0%	10.7%	10.8%	11.9%	12.5%	66.7%	35.3%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	146	70	53	19	4	0	4	8	11
			32.7%	31.1%	38.1%	32.2%	16.7%	0.0%	23.5%	34.8%	29.7%
高リスク	120未満 (150未満)		225	114	65	30	16	2	6	13	25
			50.3%	50.7%	46.8%	50.8%	66.7%	33.3%	35.3%	56.5%	67.6%
	再掲 100未満 (130未満) ※1	15	13	2	0	0	0	0	0	0	
		3.4%	5.8%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
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)	27	17	6	3	1	0	1	2	1
			6.0%	7.6%	4.3%	5.1%	4.2%	0.0%	5.9%	8.7%	2.7%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

ウ. 保健指導の実施

(ア) 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 73 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
<p>もくじ</p> <p>心電図所見からどうすればいいの? フロー図</p> <p>資料A-1 休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです</p> <p>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</p> <p>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!</p> <p>資料B-1 心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何?</p> <p>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!!</p> <p>資料C 左室肥大って?</p> <p>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?</p> <p>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</p> <p>資料E ST変化・異常Q波 所見がある方へ</p> <p>資料F 精密検査を受けて治療が必要になった方へ</p> <p>資料G-1 狭心症になった人から学びました</p> <p>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</p> <p>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?</p> <p>資料G-4 肥満(BMI25以上)になると心臓はどうなるの?</p>

#### (イ) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、よりリスクの高い内臓型肥満の方に対して二次健診を継続します。

#### <動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査>

- ① 頸動脈エコー検査（心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査）
- ② 足関節上腕血圧比（ABI）（抹消動脈の詰まり具合を反映する）／脈波伝播速度（PWV）検査（動脈の硬さを評価する検査）

#### (ウ) 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。

#### エ. 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ていきます。

#### オ. 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は、地域包括支援センターと連携して行います。

#### カ. 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・脳血管疾患等と併せて行っていきます。

#### キ 実施期間及びスケジュール

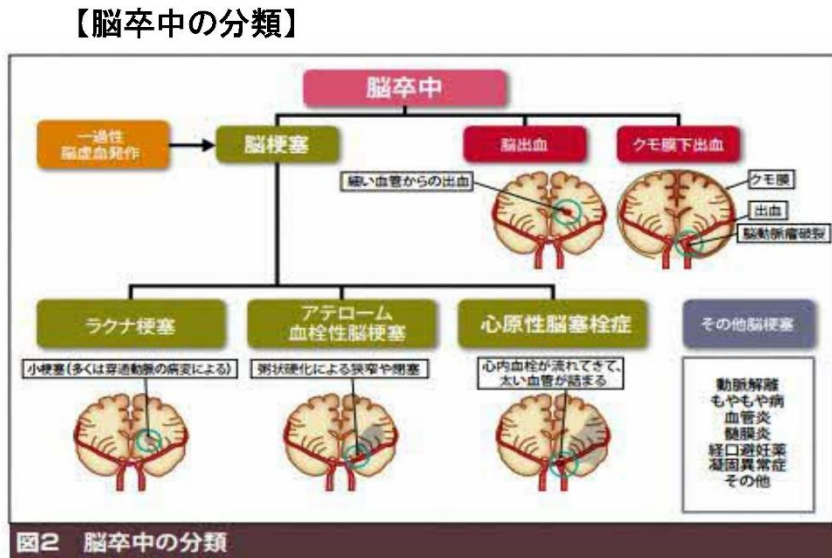
- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 5月～ 特定健診結果が届き次第、順次対象者へ介入（通年）

#### (4) 脳血管疾患重症化予防

##### ア. 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 74、75)

図表 74 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 75 脳血管疾患とリスク因子

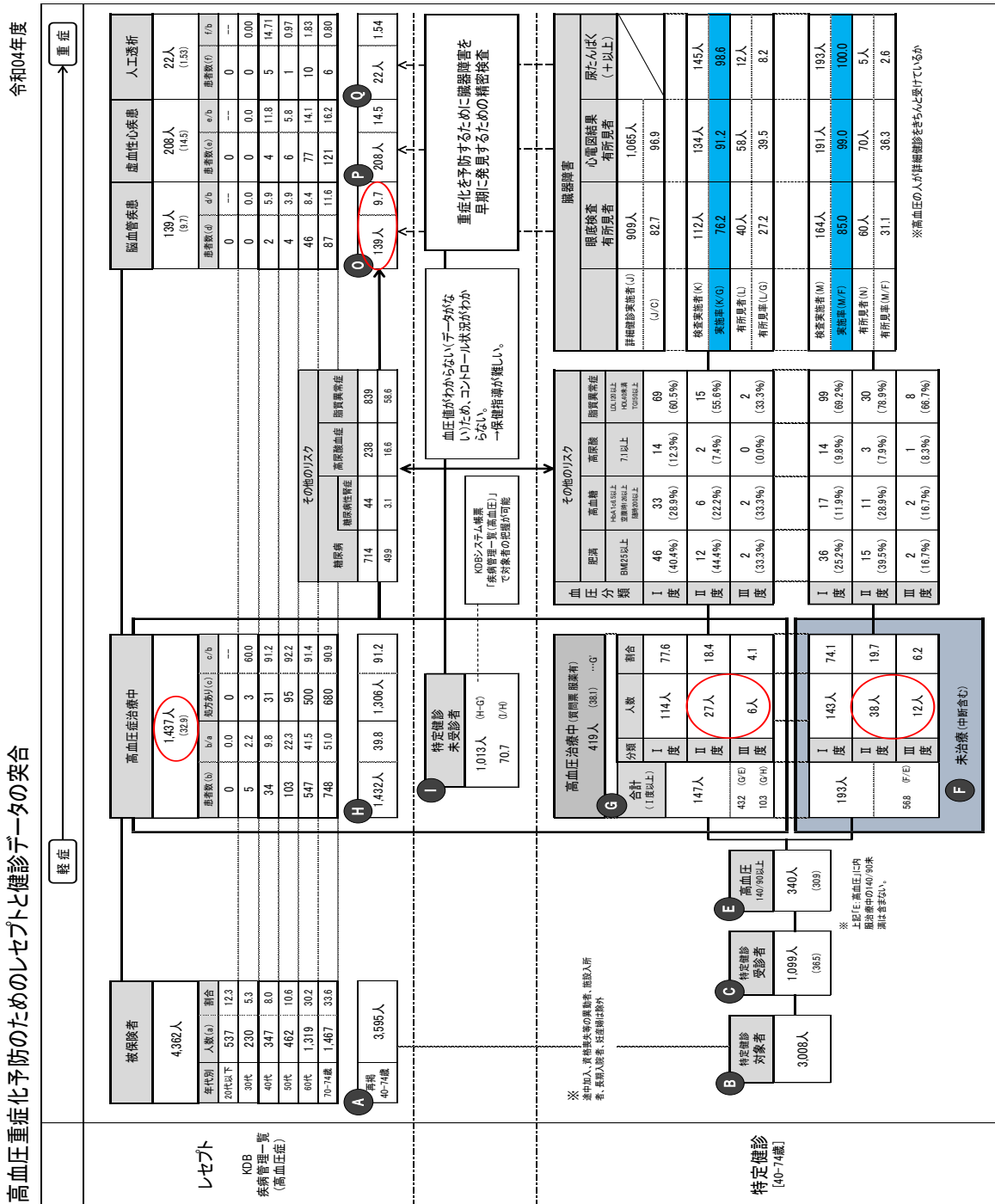
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

##### イ. 対象者の明確化

##### (ア) 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。越前町の特定健診受診者で高血圧治療者 1,432 人 (図表 76-H) のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 139 人 (9.7%) (図表 76-O) でした。Ⅱ度高血圧以上者が 83 人 (7.6%) (図表 76-G、F) であり、そのうち 50 人 (60%) 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 33 人 (6.9%) (図表 76-G) 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。

図表 76 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

(イ) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、高血圧以外の危険因子との重なりは、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 77)

図表 77 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、高血圧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 77 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

**血圧に基づいた脳心血管リスク層別化**

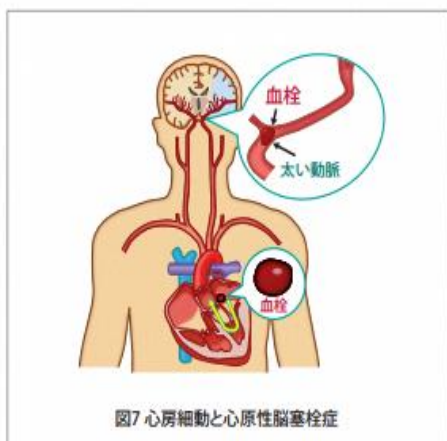
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	339	高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	区分	該当者数
			130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上		
			146 43.1%	143 42.2%	38 11.2%	12 3.5%		
リスク第1層 予後影響因子がない		10 2.9%	C 6 4.1%	B 3 2.1%	B 1 2.6%	A 0 0.0%	A	ただちに 薬物療法を開始 113 33.3%
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		181 53.4%	C 81 55.5%	B 76 53.1%	A 16 42.1%	A 8 66.7%	B	概ね1カ月後に 再評価 139 41.0%
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		148 43.7%	B 59 40.4%	A 64 44.8%	A 21 55.3%	A 4 33.3%	C	概ね3カ月後に 再評価 87 25.7%

…高リスク  
 …中等リスク  
 …低リスク

※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。

(ウ) 心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

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」になる頻度が高い疾患です。しかし、心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 78 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況です。

心電図検査において21人が心房細動の所見がありました。有所見率を見ると、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者のうち16人は治療されましたが、5人は未治療でした。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。

図表 78 心房細動有所見者の治療状況

R4年度	心房細動 有所見者	治療の有無			
		あり		なし	
40~74歳	21人	16人	76.2%	5人	23.8%
内訳	40代	0人	--	0人	--
	50代	1人	100.0%	0人	0.0%
	60代	5人	60.0%	2人	40.0%
	70~74歳	15人	12人	80.0%	3人

## ウ. 保健指導の実施

### (ア) 受診勧奨及び保健指導

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

### (イ) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。虚血性心疾患重症化予防の対象者同様、対象者へは二次健診として継続していきます。

#### <動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査>

- ① 頸動脈エコー検査（心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査）
- ② 足関節上腕血圧比（ABI）（抹消動脈の詰まり具合を反映する）／脈波伝播速度（PWV）検査（動脈の硬さを評価する検査）

#### 【参考】

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

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査（頸動脈内膜中膜厚（IMT）、冠動脈 CT（冠動脈石灰化）
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比（ABI）、脈波伝播速度（PWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、血管内皮機能（FMD）

## エ. 対象者の管理

### (ア) 高血圧者の管理

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

### (イ) 心房細動の管理台帳

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経過を把握していきます。

## オ. 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。

#### カ. 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は、地域包括支援センターと連携して行います。

#### キ. 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・脳血管疾患等と併せて行っていきます。

#### ク. 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、順次対象者へ介入（通年）

## 4. 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

越前町は、令和4年度より福井県後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

具体的には、①企画・調整等を担当する医療専門職（保健師）を配置し、KDBシステム等を活用して健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。②地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）を行います。参考資料2①②③をもとに事業にかかる全体の対象者を把握していきます。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧からの重症化予防を行います。重症化予防や介護予防のため、介護福祉課（地域包括支援センター）と連携し、生活習慣病からのフレイル予防教室、運動指導士による筋肉の力や柔軟性を高める体操教室、血圧の教室、歯科衛生士による歯周病予防のための教室や健康相談等を実施していきます（ポピュレーションアプローチ）。



## 5. 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。

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、母子保健部局（子育て世代包括支援センター）と連携し、妊産婦及び乳幼児期の健診データと、成人の健診データをライフサイクルの視点で見えていく必要があります。（図表 79）

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

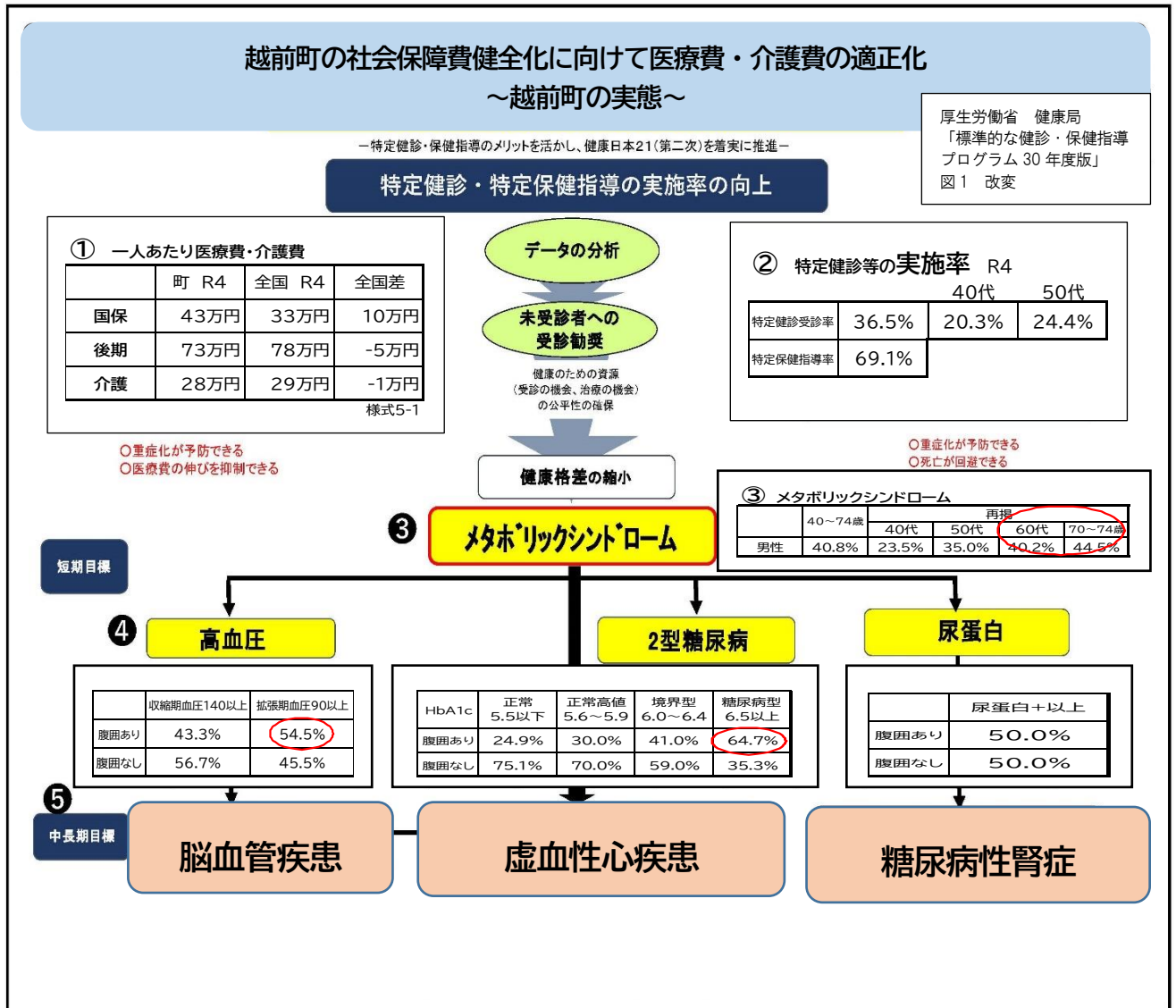
糖尿病(耐糖能異常)の問題を解決するためにライフサイクルで考える - 基本的考え方 - (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)

		健康増進法														
根拠法		母子保健法			児童福祉法			学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)			
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)														
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	
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 (12・13条)			保育所・ 幼稚園 健康診査 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診断 (1・13・14条)		定期健康診断 (66条)		特定健康診査 (18・20・21条)		後期高齢者 健康診査 (125条)	
		妊娠前	妊娠中	産後 1年 以内	乳児	16歳児	3歳児	保育園児・ 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (13・44条)		標準的な健診・保健 指導プログラム(第2章)		
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														
		身長														
		体重														
		BMI													25以上	
		肥満度				かつ 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																

## 6. 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、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 統計からみえる福井の食

統計からみえる福井の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2020～2022年平均 ～  
県庁所在地及び政令都市 全53都市

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
米	2位	葉野菜	49位/53
こんぶ佃煮	1位	果物	50位/53
ふりかけ	2位	油脂・調味料	50位/53
刺身盛合せ	1位		
コロッケ・カツレツ・天ぷらフライ	1位		
油揚げ	1位		
せんべい	2位		
店舗・種別	店舗数 (人口10万対)		
焼肉店	2位		

## 7. その他（医療費適正化）

### （1）重複受診・重複投与者、多剤投与者への適切な受診・服薬指導

KDB を活用して以下の対象者を抽出し、レセプト等により詳細な情報を確認して重複受診・重複投与、多剤投与が確認された者に対して、保健師等が訪問等で状況を確認し、医療機関とも連携し服薬等の保健指導を実施します。さらに、指導後の服薬状況等をレセプトや電話等で確認し適切な受診や服薬に繋がります。

- ① : 同一疾病で複数の医療機関での受診が 3 箇月以上継続している重複受診者
- ② : ひと月における医療機関への通院が 15 日以上で、3 箇月以上継続している頻回受診者
- ③-1 : ひと月当たりのレセプトで、2 以上の医療機関及び薬局で同じ薬効のある薬剤の投与を 3 箇月連続で受けている多剤服薬者
- ③-2 : 3 箇月連続してひと月に 20 種類以上の薬を服用している多剤服薬者

### （2）後発医薬品の使用促進

診療報酬等の情報に基づき、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して被保険者に通知を行います。

## 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、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

具体的な評価については、KDBシステムを活用し、受診率や受療率、医療の動向等を保健指導に係る保健師・栄養士が、自身の担当地区の被保険者について定期的に評価を行います。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るため、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、丹生郡医師会等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り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・福井県・同規模平均と比べてみた越前町の位置

参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料 3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 7 HbA1c の年次比較

参考資料 8 血圧の年次比較

参考資料 9 LDL コレステロールの年次比較

参考資料1 様式5-1 国・福井県・同規模平均と比べてみた越前町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた越前町の位置

R04年度

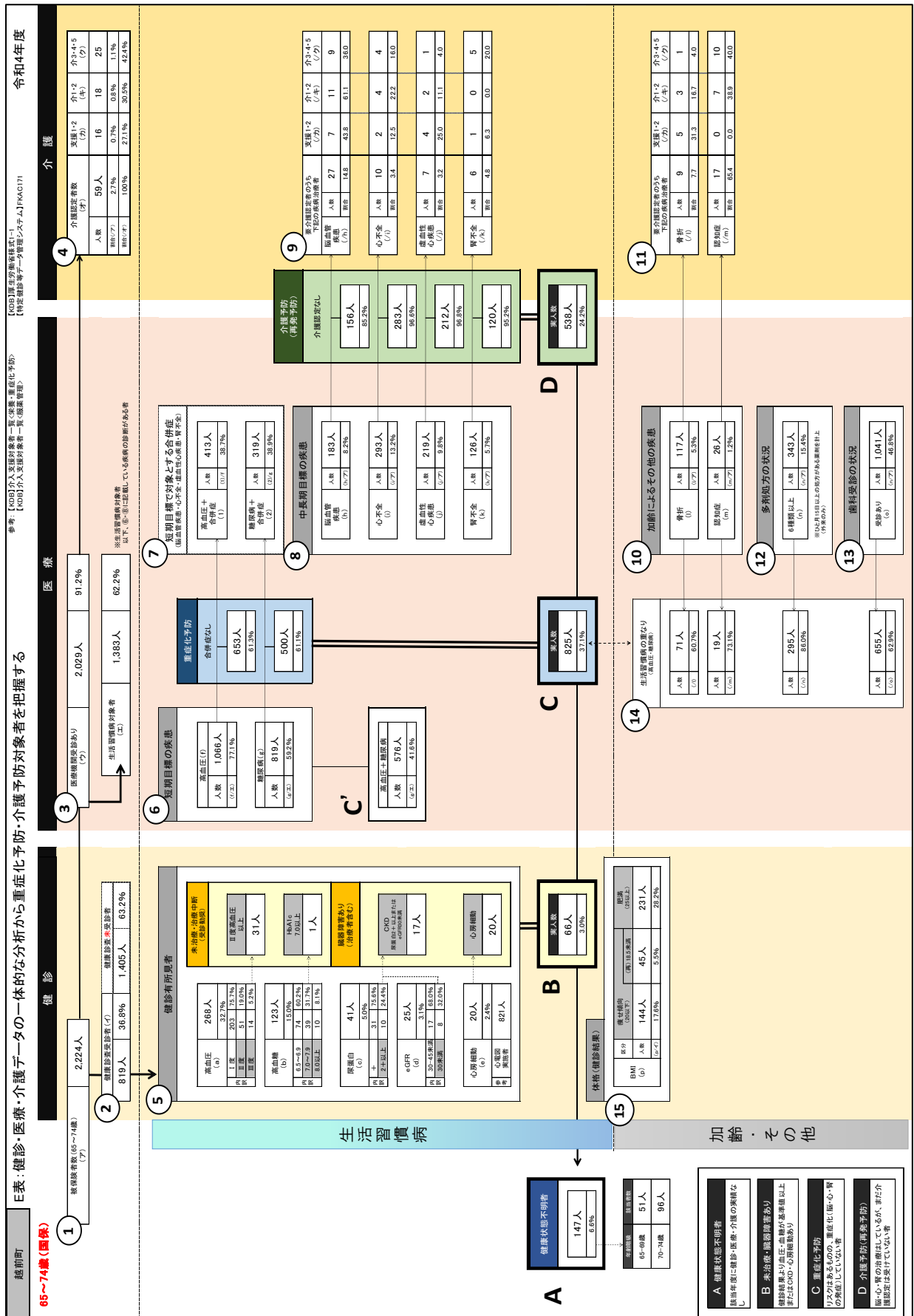
項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 人口構成	総人口	20,099		4,284,839		756,212		123,214,261		KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
		65歳以上(高齢化率)	7,177	35.7	1,245,056	29.1	232,684	30.8	35,335,805	28.7			
		75歳以上	3,709	18.5	--	--	121,326	16.0	18,248,742	14.8			
		65~74歳	3,468	17.3	--	--	111,358	14.7	17,087,063	13.9			
		40~64歳	6,399	31.8	--	--	248,179	32.8	41,545,893	33.7			
	39歳以下	6,523	32.5	--	--	275,349	36.4	46,332,563	37.6				
	② 産業構成	第1次産業	7.1		5.4		3.8		4.0		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
		第2次産業	36.1		28.7		31.3		25.0				
		第3次産業	56.8		66.0		65.0		71.0				
	③ 平均寿命	男性	80.9		80.8		81.3		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握		
女性		87.1		87.1		87.6		87.0					
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性 ※保険者欄は二次医療圏データ	79.7		80.4		80.2		80.1		地域全体像の把握			
	女性 ※保険者欄は二次医療圏データ	84.1		84.5		84.3		84.4					
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	男性	102.0		98.7		96.2		100		KDB NO.1 地域全体像の把握	
			女性	104.7		99.7		96.7		100			
		死因	がん	80	44.4	12,696	50.6	2,336	46.1	378,272	50.6		
			心臓病	62	34.4	6,874	27.4	1,571	31.0	205,485	27.5		
			脳疾患	16	8.9	3,420	13.6	740	14.6	102,900	13.8		
			糖尿病	5	2.8	485	1.9	97	1.9	13,896	1.9		
			腎不全	11	6.1	926	3.7	199	3.9	26,946	3.6		
	自殺	6	3.3	686	2.7	122	2.4	20,171	2.7				
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査		
		男性											
女性													
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	1,108	15.8	211,456	17.0	41,213	18.0	6,724,030	19.4	KDB NO.1 地域全体像の把握		
		新規認定者	要支援1.2	3	0.2	3,785	0.3	55	0.2	110,289		0.3	
			介護度別 総件数	要介護1.2	11,392	45.6	2,355,997	45.9	462,067	46.5		78,107,378	46.3
				要介護3以上	9,519	38.1	2,064,273	40.2	388,730	39.1		68,963,503	40.8
				2号認定者	16	0.25	5,015	0.35	666	0.27		156,107	0.38
	② 有病状況	糖尿病	357	31.2	54,717	24.5	10,988	25.4	1,712,613	24.3			
		高血圧症	592	52.4	117,224	52.9	23,027	53.4	3,744,672	53.3			
		脂質異常症	342	29.2	70,399	31.5	12,638	28.7	2,308,216	32.6			
		心臓病	681	60.5	132,327	59.8	26,430	61.4	4,224,628	60.3			
		脳疾患	248	21.5	50,122	22.9	10,102	23.6	1,568,292	22.6			
		がん	112	9.4	24,937	11.1	5,176	11.6	837,410	11.8			
		筋・骨格	602	51.2	116,014	52.5	22,763	53.0	3,748,372	53.4			
		精神	451	40.0	80,119	36.4	17,630	41.0	2,569,149	36.8			
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	283,167	2,032,292,875	259,723	323,370,248,294	301,072	70,054,703,820	290,668	10,074,274,226,969			
		1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	81,386		63,000		70,519		59,662			
			施設サービス	44,786		41,449		45,467		41,272			
	④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	9,840		8,999		9,256		8,610				
認定あり/認定なし		4,991		4,040		4,280		4,020					
4	① 国保の状況	被保険者数	3,960		882,802		135,233		27,488,882		KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況		
		65~74歳	2,201	55.6			69,388	51.3	11,129,271	40.5			
		40~64歳	1,145	28.9			39,951	29.5	9,088,015	33.1			
		39歳以下	614	15.5			25,894	19.1	7,271,596	26.5			
	② 医療の概況 (人口千対)	加入率	19.7		20.6		17.9		22.3				
		病院数	2	0.5	265	0.3	67	0.5	8,237	0.3			
		診療所数	9	2.3	2,753	3.1	573	4.2	102,599	3.7			
		病床数	90	22.7	49,546	56.1	10,385	76.8	1,507,471	54.8			
		医師数	16	4.0	9,765	11.1	2,074	15.3	339,611	12.4			
		外来患者数	691.9		716.1		721.0		687.8				
		入院患者数	29.4		19.2		22.7		17.7				
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	437,073		361,243		390,999		339,680				
		受診率	721,349		735,303		743,765		705,439				
		外来	費用の割合	52.3		59.6		57.6		60.4			
			件数の割合	95.9		97.4		96.9		97.5			
		入院	費用の割合	47.7		40.4		42.4		39.6			
			件数の割合	4.1		2.6		3.1		2.5			
1件あたり在院日数	17.5日		16.0日		16.2日		15.7日						

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調割合む)	がん	287,015,990	29.6	31.9	33.9	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題				
			慢性腎不全(透析あり)	79,145,450	8.1	8.0	6.7	8.2					
			糖尿病	92,880,530	9.6	11.0	10.9	10.4					
			高血圧症	54,575,500	5.6	6.1	5.6	5.9					
			脂質異常症	27,702,460	2.9	4.2	3.4	4.1					
			脳梗塞・脳出血	39,479,050	4.1	3.8	3.8	3.9					
			狭心症・心筋梗塞	38,804,030	4.0	2.9	3.3	2.8					
			精神	150,339,540	15.5	14.6	13.8	14.7					
	筋・骨格	185,867,600	19.1	16.6	17.6	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	321	0.2	310	0.2	287	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)		
				糖尿病	2,675	1.3	1,270	0.9	1,718	1.0		1,144	0.9
				脂質異常症	12	0.0	61	0.0	68	0.0		53	0.0
		一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	脳梗塞・脳出血	9,158	4.4	6,294	4.3	7,242	4.4		5,993	4.5
				虚血性心疾患	7,823	3.8	4,413	3.0	5,277	3.2		3,942	2.9
				腎不全	4,307	2.1	4,223	2.9	4,779	2.9		4,051	3.0
	高血圧症	13,424	5.9	11,332	5.3	11,530	5.1	10,143	4.9				
	糖尿病	20,864	9.1	20,232	9.4	21,767	9.7	17,720	8.6				
	脂質異常症	6,984	3.1	7,876	3.7	7,123	3.2	7,092	3.5				
	脳梗塞・脳出血	811	0.4	916	0.4	811	0.4	825	0.4				
虚血性心疾患	2,326	1.0	1,870	0.9	2,187	1.0	1,722	0.8					
腎不全	26,785	11.7	17,044	7.9	16,227	7.2	15,781	7.7					
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,462	2,440	1,923	2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題					
		健診未受診者	14,331	12,830	14,732	13,295							
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	7,314	7,199	5,634	6,142						
		健診未受診者	42,583	37,856	43,171	40,210							
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	678	61.4	146,963	57.9	18,655	56.8	3,881,055	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		医療機関受診率	600	54.3	132,796	52.3	16,830	51.2	3,543,116	52.0			
		医療機関非受診率	78	7.1	14,167	5.6	1,825	5.6	337,939	5.0			
5	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	1,104	254,008	32,858	6,812,842	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握						
		受診率	36.4	県内10位 同規模107位	39.9	33.2		全国41位	37.1				
		特定保健指導終了者(実施率)	15	10.8	6,917	22.9		332	8.8	107,925	13.4		
		非肥満高血糖	138	12.5	25,560	10.1		3,424	10.4	615,549	9.0		
		メタボ	該当者	284	25.7	53,050		20.9	7,023	21.4	1,382,506	20.3	
			男性	199	40.7	36,295		32.5	4,898	34.8	965,486	32.0	
			女性	85	13.8	16,755		11.8	2,125	11.3	417,020	11.0	
			予備群	105	9.5	28,583		11.3	3,574	10.9	765,405	11.2	
		BMI	男性	78	16.0	19,735		17.7	2,502	17.8	539,738	17.9	
			女性	27	4.4	8,848		6.2	1,072	5.7	225,667	5.9	
			総数	412	37.3	90,064		35.5	11,562	35.2	2,380,778	34.9	
			腹囲	男性	291	59.5		61,736	55.3	8,073	57.4	1,666,592	55.3
		女性	121	19.7	28,328	19.9		3,489	18.6	714,186	18.8		
		総数	55	5.0	12,518	4.9		1,390	4.2	320,038	4.7		
		男性	3	0.6	1,740	1.6		165	1.2	51,248	1.7		
		女性	52	8.5	10,778	7.6		1,225	6.5	268,790	7.1		
		血糖のみ	9	0.8	1,768	0.7		213	0.6	43,519	0.6		
		血圧のみ	68	6.2	20,286	8.0		2,557	7.8	539,490	7.9		
		脂質のみ	28	2.5	6,529	2.6		804	2.4	182,396	2.7		
血糖・血圧	44	4.0	8,213	3.2	1,078	3.3	203,072	3.0					
血糖・脂質	20	1.8	2,676	1.1	360	1.1	70,267	1.0					
血圧・脂質	114	10.3	24,455	9.6	3,196	9.7	659,446	9.7					
血糖・血圧・脂質	106	9.6	17,706	7.0	2,389	7.3	449,721	6.6					
6	①	問診の状況	服薬	高血圧	419	38.0	94,121	37.1	12,240	37.3	2,428,038	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			糖尿病	115	10.4	23,753	9.4	3,248	9.9	589,470	8.7		
			脂質異常症	331	30.0	72,193	28.4	9,500	28.9	1,899,637	27.9		
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	37	3.5	7,705	3.2	704	3.2	207,385	3.1		
			既往歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	76	7.2	14,425	5.9	1,428	6.4	365,407	5.5	
			腎不全	12	1.1	2,051	0.8	260	1.2	53,898	0.8		
	貧血	134	12.7	25,474	10.4	2,819	12.8	702,088	10.7				
	③	生活習慣の 状況	喫煙	126	11.4	32,532	12.8	3,760	11.4	939,212	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			週3回以上朝食を抜く	82	7.8	20,314	8.7	1,698	7.6	642,886	10.4		
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	161	15.3	33,881	14.3	3,212	14.4	976,348	15.7		
			週3回以上就寝前夕食	161	15.3	33,881	14.3	3,212	14.4	976,348	15.7		
			食べる速度が遅い	343	32.5	60,504	25.9	6,537	29.3	1,659,705	26.8		
			20歳時体重から10kg以上増加	367	34.8	84,121	35.5	7,213	32.8	2,175,065	35.0		
1回30分以上運動習慣なし			761	72.2	139,270	59.6	14,460	64.7	3,749,069	60.4			
⑩	1日1時間以上運動なし	626	59.4	112,424	47.4	11,918	53.4	2,982,100	48.0				
		睡眠不足	280	26.9	60,465	25.6	5,509	25.1	1,587,311	25.6			
		毎日飲酒	240	22.6	56,946	23.6	6,876	23.6	1,658,999	25.5			
		時々飲酒	189	17.8	51,766	21.5	6,599	22.6	1,463,468	22.5			
		⑭	日 飲 酒 量	1合未満	783	79.0	105,121	65.6	14,086	68.8	2,978,351	64.1	
				1～2合	155	15.6	37,790	23.6	4,506	22.0	1,101,465	23.7	
2～3合	37			3.7	13,792	8.6	1,427	7.0	434,461	9.4			
3合以上	16			1.6	3,561	2.2	461	2.3	128,716	2.8			





② 65～74 歳(国保)







参考資料 3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

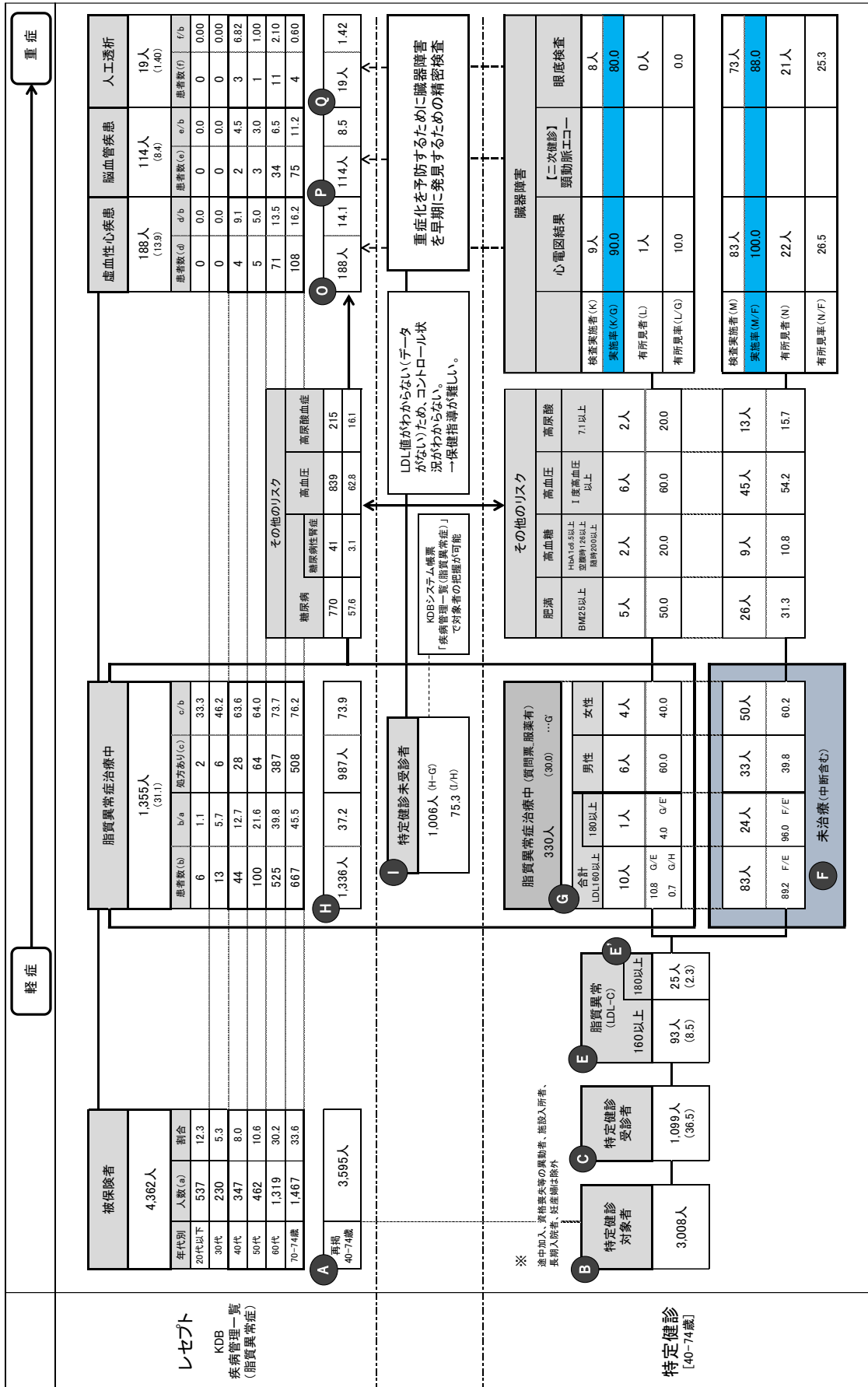
項目	突合表	越前町										同規模保険者(平均)		データ基		
		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4年度同規模 保険者数147				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A	4,675人		4,515人		4,385人		4,315人		4,151人				KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		3,857人		3,734人		3,681人		3,668人		3,521人					
2	① 対象者数	B	3,365人		3,297人		3,303人		3,201人		3,008人			市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書		
	② 特定健診 受診者数	C	1,239人		1,223人		1,033人		1,090人		1,099人					
	③ 受診率		36.8%		37.1%		31.3%		34.1%		36.5%					
3	① 特定 保健指導 対象者数		175人		178人		152人		156人		139人					
	② 実施率		57.1%		55.6%		41.4%		55.8%		69.1%					
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	181人	14.6%	174人	14.2%	161人	15.4%	169人	15.3%	188人	16.7%		特定健診結果	
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	53人	29.3%	59人	33.9%	50人	31.1%	65人	38.5%	71人	37.8%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	128人	70.7%	115人	66.1%	111人	68.9%	104人	61.5%	117人	62.2%			
		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	67人	52.3%	65人	56.5%	57人	51.4%	58人	55.8%	57人	48.7%			
		⑤ 血圧 130/80以上		40人	59.7%	37人	56.9%	35人	61.4%	38人	65.5%	30人	52.6%			
		⑥ 肥満 BMI25以上		23人	34.3%	27人	41.5%	24人	42.1%	36人	62.1%	34人	59.6%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	61人	47.7%	50人	43.5%	54人	48.6%	46人	44.2%	60人	51.3%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	144人	79.6%	143人	82.2%	130人	80.7%	132人	78.1%	143人	76.1%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		20人	11.0%	18人	10.3%	17人	10.6%	18人	10.7%	20人	10.6%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		13人	7.2%	10人	5.7%	10人	6.2%	12人	7.1%	17人	9.0%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		4人	2.2%	3人	1.7%	3人	1.9%	5人	3.0%	8人	4.3%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		151.4人		147.1人		144.8人		161.1人		162.4人		KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		182.5人		177.6人		172.0人		188.9人		190.9人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) (内は被保険者千対)		3,074件 (824.3)		3,060件 (841.6)		3,046件 (836.4)		3,060件 (864.9)		2,943件 (879.6)		4,292件 (849.3)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④ 入院外(件数) 入院(件数)		36件 (9.7)		29件 (8.0)		24件 (6.6)		21件 (5.9)		28件 (8.4)		18件 (4.0)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	708人	15.1%	664人	14.7%	635人	14.5%	695人	16.1%	674人	16.2%		KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
		⑥ (再掲)40-74歳		704人	18.3%	663人	17.8%	633人	17.2%	693人	18.9%	672人	19.1%			
		⑦ 健診未受診者	I	576人	81.8%	548人	82.7%	522人	82.5%	589人	85.0%	555人	82.6%			
		⑧ インスリン治療	O	51人	7.2%	46人	6.9%	39人	6.1%	36人	5.2%	41人	6.1%			
		⑨ (再掲)40-74歳		48人	6.8%	45人	6.8%	39人	6.2%	36人	5.2%	41人	6.1%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	46人	6.5%	40人	6.0%	35人	5.5%	39人	5.6%	42人	6.2%			
		⑪ (再掲)40-74歳		45人	6.4%	39人	5.9%	35人	5.5%	39人	5.6%	42人	6.3%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		11人	1.6%	11人	1.7%	12人	1.9%	10人	1.4%	11人	1.6%			
		⑬ (再掲)40-74歳		11人	1.6%	11人	1.7%	12人	1.9%	10人	1.4%	11人	1.6%			
		⑭ 新規透析患者数		-		9人		2人		10人		12人				県調べ
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		-		6人		1人		6人		3人				
		⑯ 【参考】後高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		10人	0.9%	14人	1.2%	11人	1.0%	10人	0.9%	12人	1.0%		KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	医療費	① 総医療費		18億0896万円		17億9918万円		16億6123万円		17億2122万円		17億3081万円		21億6943万円	KDB 健診・医療・介護データか らみ地域健康課題	
		② 生活習慣病総医療費		10億3864万円		10億7839万円		9億7161万円		9億9120万円		9億7117万円		11億4738万円		
		③ (総医療費に占める割合)		57.4%		59.9%		58.5%		57.6%		56.1%		52.9%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		8,168円		6,124円		5,370円		6,600円		7,314円		5,852円		
		⑤ 健診未受診者		41,298円		48,145円		44,416円		44,115円		42,583円		38,430円		
		⑥ 糖尿病医療費		1億0849万円		1億0153万円		9675万円		9432万円		9288万円		1億2598万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.4%		9.4%		10.0%		9.5%		9.6%		11.0%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		3億1200万円		3億3897万円		3億5366万円		3億4347万円		3億2320万円				
		⑨ 1件あたり		35,945円		39,498円		41,686円		39,397円		37,730円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費		2億9066万円		2億4884万円		1億9051万円		2億3805万円		2億1780万円				
		⑪ 1件あたり		708,933円		658,312円		626,689円		684,042円		640,592円				
		⑫ 在院日数		18日		18日		17日		17日		17日				
		⑬ 慢性腎不全医療費		7816万円		7835万円		7225万円		7859万円		9153万円		9872万円		
		⑭ 透析有り		7068万円		7330万円		6525万円		6773万円		7915万円		9197万円		
		⑮ 透析なし		748万円		505万円		700万円		1085万円		1238万円		675万円		
7	介護	① 介護給付費		21億2048万円		21億0083万円		21億2649万円		20億0061万円		20億3229万円		21億9980万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症		2件 13.3%		2件 11.8%		2件 28.6%		2件 28.6%		2件 25.0%				
8	① 死亡		2人 0.6%		4人 1.2%		5人 1.5%		7人 2.1%		5人 1.6%		3人 1.1%	KDB 健診・医療・介護データ からみ地域健康課題		





脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



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



参考資料 7 HbA1c の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定		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		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	1,173	405	34.5%	468	39.9%	179	15.3%	58	4.9%	50	4.3%	13	1.1%	27	2.3%	6	0.5%	
H30	1,172	369	31.5%	479	40.9%	184	15.7%	59	5.0%	66	5.6%	15	1.3%	44	3.8%	7	0.6%	
R01	1,155	335	29.0%	458	39.7%	222	19.2%	74	6.4%	51	4.4%	15	1.3%	39	3.4%	9	0.8%	
R02	970	253	26.1%	388	40.0%	192	19.8%	73	7.5%	52	5.4%	12	1.2%	35	3.6%	4	0.4%	
R03	1,025	213	20.8%	486	47.4%	194	18.9%	72	7.0%	48	4.7%	12	1.2%	32	3.1%	8	0.8%	
R04	1,023	229	22.4%	436	42.6%	205	20.0%	94	9.2%	48	4.7%	11	1.1%	36	3.5%	4	0.4%	

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲		再掲
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	再掲	
H29	1,173	405	468	179	121	39	82	10.3%	67.8%	10.3%
					63	15	48	5.4%	23.8%	76.2%
H30	1,172	369	479	184	140	46	94	11.9%	67.1%	11.9%
					81	23	58	6.9%	28.4%	71.6%
R01	1,155	335	458	222	140	47	93	12.1%	66.4%	12.1%
					66	12	54	5.7%	18.2%	81.8%
R02	970	253	388	192	137	46	91	14.1%	66.4%	14.1%
					64	15	49	6.6%	23.4%	76.6%
R03	1,025	213	486	194	132	54	78	12.9%	59.1%	12.9%
					60	14	46	5.9%	23.3%	76.7%
R04	1,023	229	436	205	153	63	90	15.0%	58.8%	15.0%
					59	11	48	5.8%	18.6%	81.4%

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		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上		
			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	114	9.7%	1	0.9%	4	3.5%	27	23.7%	34	29.8%	38	33.3%	10	8.8%	20	17.5%	6	5.3%
	H30	121	10.3%	1	0.8%	6	5.0%	20	16.5%	36	29.8%	48	39.7%	10	8.3%	36	29.8%	4	3.3%
	R01	110	9.5%	0	0.0%	3	2.7%	14	12.7%	39	35.5%	42	38.2%	12	10.9%	32	29.1%	6	5.5%
	R02	107	11.0%	0	0.0%	2	1.9%	14	13.1%	42	39.3%	38	35.5%	11	10.3%	26	24.3%	4	3.7%
	R03	100	9.8%	0	0.0%	6	6.0%	16	16.0%	32	32.0%	38	38.0%	8	8.0%	24	24.0%	5	5.0%
	R04	105	10.3%	0	0.0%	3	2.9%	12	11.4%	42	40.0%	39	37.1%	9	8.6%	31	29.5%	4	3.8%
治療なし	H29	1,059	90.3%	404	38.1%	464	43.8%	152	14.4%	24	2.3%	12	1.1%	3	0.3%	7	0.7%	0	0.0%
	H30	1,051	89.7%	368	35.0%	473	45.0%	164	15.6%	23	2.2%	18	1.7%	5	0.5%	8	0.8%	3	0.3%
	R01	1,045	90.5%	335	32.1%	455	43.5%	208	19.9%	35	3.3%	9	0.9%	3	0.3%	7	0.7%	3	0.3%
	R02	863	89.0%	253	29.3%	386	44.7%	178	20.6%	31	3.6%	14	1.6%	1	0.1%	9	1.0%	0	0.0%
	R03	925	90.2%	213	23.0%	480	51.9%	178	19.2%	40	4.3%	10	1.1%	4	0.4%	8	0.9%	3	0.3%
	R04	918	89.7%	229	24.9%	433	47.2%	193	21.0%	52	5.7%	9	1.0%	2	0.2%	5	0.5%	0	0.0%

## 参考資料 8 血圧の年次比較

### 血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	1,252	352	28.1%	253	20.2%	294	23.5%	259	20.7%	81	6.5%	13	1.0%
H30	1,239	317	25.6%	245	19.8%	308	24.9%	280	22.6%	80	6.5%	9	0.7%
R01	1,223	296	24.2%	276	22.6%	282	23.1%	297	24.3%	56	4.6%	16	1.3%
R02	1,033	240	23.2%	225	21.8%	249	24.1%	236	22.8%	71	6.9%	12	1.2%
R03	1,090	265	24.3%	219	20.1%	265	24.3%	265	24.3%	67	6.1%	9	0.8%
R04	1,099	270	24.6%	232	21.1%	257	23.4%	257	23.4%	65	5.9%	18	1.6%

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

重症化しやすい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	1,252	605 48.3%	294 23.5%	259 20.7%	94	49	45	7.5%	7.5%
					13 1.0%	5 38.5%	8 61.5%		
H30	1,239	562 45.4%	308 24.9%	280 22.6%	89	54	35	7.2%	7.2%
					9 0.7%	6 66.7%	3 33.3%		
R01	1,223	572 46.8%	282 23.1%	297 24.3%	72	38	34	5.9%	5.9%
					16 1.3%	7 43.8%	9 56.3%		
R02	1,033	465 45.0%	249 24.1%	236 22.8%	83	50	33	8.0%	8.0%
					12 1.2%	9 75.0%	3 25.0%		
R03	1,090	484 44.4%	265 24.3%	265 24.3%	76	40	36	7.0%	7.0%
					9 0.8%	4 44.4%	5 55.6%		
R04	1,099	502 45.7%	257 23.4%	257 23.4%	83	50	33	7.6%	7.6%
					18 1.6%	12 66.7%	6 33.3%		

### 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	438	35.0%	64	14.6%	94	21.5%	111	25.3%	124	28.3%	37	8.4%	8	1.8%
	H30	416	33.6%	66	15.9%	65	15.6%	127	30.5%	123	29.6%	32	7.7%	3	0.7%
	R01	404	33.0%	61	15.1%	80	19.8%	103	25.5%	126	31.2%	25	6.2%	9	2.2%
	R02	357	34.6%	44	12.3%	80	22.4%	100	28.0%	100	28.0%	30	8.4%	3	0.8%
	R03	386	35.4%	47	12.2%	89	23.1%	101	26.2%	113	29.3%	31	8.0%	5	1.3%
	R04	419	38.1%	64	15.3%	97	23.2%	111	26.5%	114	27.2%	27	6.4%	6	1.4%
治療なし	H29	814	65.0%	288	35.4%	159	19.5%	183	22.5%	135	16.6%	44	5.4%	5	0.6%
	H30	823	66.4%	251	30.5%	180	21.9%	181	22.0%	157	19.1%	48	5.8%	6	0.7%
	R01	819	67.0%	235	28.7%	196	23.9%	179	21.9%	171	20.9%	31	3.8%	7	0.9%
	R02	676	65.4%	196	29.0%	145	21.4%	149	22.0%	136	20.1%	41	6.1%	9	1.3%
	R03	704	64.6%	218	31.0%	130	18.5%	164	23.3%	152	21.6%	36	5.1%	4	0.6%
	R04	680	61.9%	206	30.3%	135	19.9%	146	21.5%	143	21.0%	38	5.6%	12	1.8%

参考資料 9 LDL コレステロールの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	1,252	592	47.3%	293	23.4%	213	17.0%	109	8.7%	45	3.6%
	H30	1,238	562	45.4%	319	25.8%	204	16.5%	93	7.5%	60	4.8%
	R01	1,223	551	45.1%	296	24.2%	227	18.6%	107	8.7%	42	3.4%
	R02	1,033	545	52.8%	272	26.3%	150	14.5%	49	4.7%	17	1.6%
	R03	1,090	572	52.5%	256	23.5%	179	16.4%	63	5.8%	20	1.8%
	R04	1,099	556	50.6%	289	26.3%	161	14.6%	68	6.2%	25	2.3%
男性	H29	547	290	53.0%	116	21.2%	79	14.4%	46	8.4%	16	2.9%
	H30	544	279	51.3%	137	25.2%	69	12.7%	45	8.3%	14	2.6%
	R01	532	259	48.7%	117	22.0%	104	19.5%	36	6.8%	16	3.0%
	R02	449	237	52.8%	126	28.1%	60	13.4%	20	4.5%	6	1.3%
	R03	479	265	55.3%	99	20.7%	76	15.9%	32	6.7%	7	1.5%
	R04	488	257	52.7%	126	25.8%	66	13.5%	28	5.7%	11	2.3%
女性	H29	705	302	42.8%	177	25.1%	134	19.0%	63	8.9%	29	4.1%
	H30	694	283	40.8%	182	26.2%	135	19.5%	48	6.9%	46	6.6%
	R01	691	292	42.3%	179	25.9%	123	17.8%	71	10.3%	26	3.8%
	R02	584	308	52.7%	146	25.0%	90	15.4%	29	5.0%	11	1.9%
	R03	611	307	50.2%	157	25.7%	103	16.9%	31	5.1%	13	2.1%
	R04	611	299	48.9%	163	26.7%	95	15.5%	40	6.5%	14	2.3%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			割合
					再)180以上	未治療	治療	
H29	1,252	592	293	213	154	134	20	12.3%
		47.3%	23.4%	17.0%	12.3%	87.0%	13.0%	3.6%
H30	1,238	562	319	204	153	132	21	12.4%
		45.4%	25.8%	16.5%	12.4%	86.3%	13.7%	4.8%
R01	1,223	551	296	227	149	136	13	12.2%
		45.1%	24.2%	18.6%	12.2%	91.3%	8.7%	3.4%
R02	1,033	545	272	150	66	59	7	6.4%
		52.8%	26.3%	14.5%	6.4%	89.4%	10.6%	1.6%
R03	1,090	572	256	179	83	77	6	7.6%
		52.5%	23.5%	16.4%	7.6%	92.8%	7.2%	1.8%
R04	1,099	556	289	161	93	83	10	8.5%
		50.6%	26.3%	14.6%	8.5%	89.2%	10.8%	2.3%

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	317	25.3%	210	66.2%	60	18.9%	27	8.5%	15	4.7%	5	1.6%
	H30	315	25.4%	206	65.4%	56	17.8%	32	10.2%	12	3.8%	9	2.9%
	R01	313	25.6%	195	62.3%	65	20.8%	40	12.8%	8	2.6%	5	1.6%
	R02	284	27.5%	204	71.8%	55	19.4%	18	6.3%	6	2.1%	1	0.4%
	R03	292	26.8%	207	70.9%	58	19.9%	21	7.2%	4	1.4%	2	0.7%
	R04	330	30.0%	234	70.9%	64	19.4%	22	6.7%	9	2.7%	1	0.3%
治療なし	H29	935	74.7%	382	40.9%	233	24.9%	186	19.9%	94	10.1%	40	4.3%
	H30	923	74.6%	356	38.6%	263	28.5%	172	18.6%	81	8.8%	51	5.5%
	R01	910	74.4%	356	39.1%	231	25.4%	187	20.5%	99	10.9%	37	4.1%
	R02	749	72.5%	341	45.5%	217	29.0%	132	17.6%	43	5.7%	16	2.1%
	R03	798	73.2%	365	45.7%	198	24.8%	158	19.8%	59	7.4%	18	2.3%
	R04	769	70.0%	322	41.9%	225	29.3%	139	18.1%	59	7.7%	24	3.1%

越前町国民健康保険  
第3期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

---

令和6年3月  
越前町 健康保険課  
〒916-0192 福井県丹生郡越前町西田中 13-5-1  
TEL 0778-34-8710 FAX 0778-34-1235  
メールアドレス kenkou@town.echizen.lg.jp

---