

若狭町国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第四期特定健康診査等実施計画)
令和6年度～令和11年度

若狭町国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……39

1. 第四期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業47

I. 保健事業の方向性

II. 未受診者対策の取組

III. 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
3. 虚血性心疾患重症化予防
4. 脳血管疾患重症化予防

IV. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

V. 発症予防

VI. ポピュレーションアプローチ

VII. 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81

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82

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料83

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

またその後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)^{※3}」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4}2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

このような国の動きや当町の課題等を踏まえ、当町では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと(H25.6 閣議決定)

※2 PDCA サイクル:P(計画)→D(実施)→C(評価)→A(改善)を繰り返し行うこと

※3 経済財政運営と改革の基本方針:政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すもの

※4 新経済・財政再生計画 改革行程表:新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応と KPI(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高齢者の医療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点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表2・3・4・5)

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

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

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

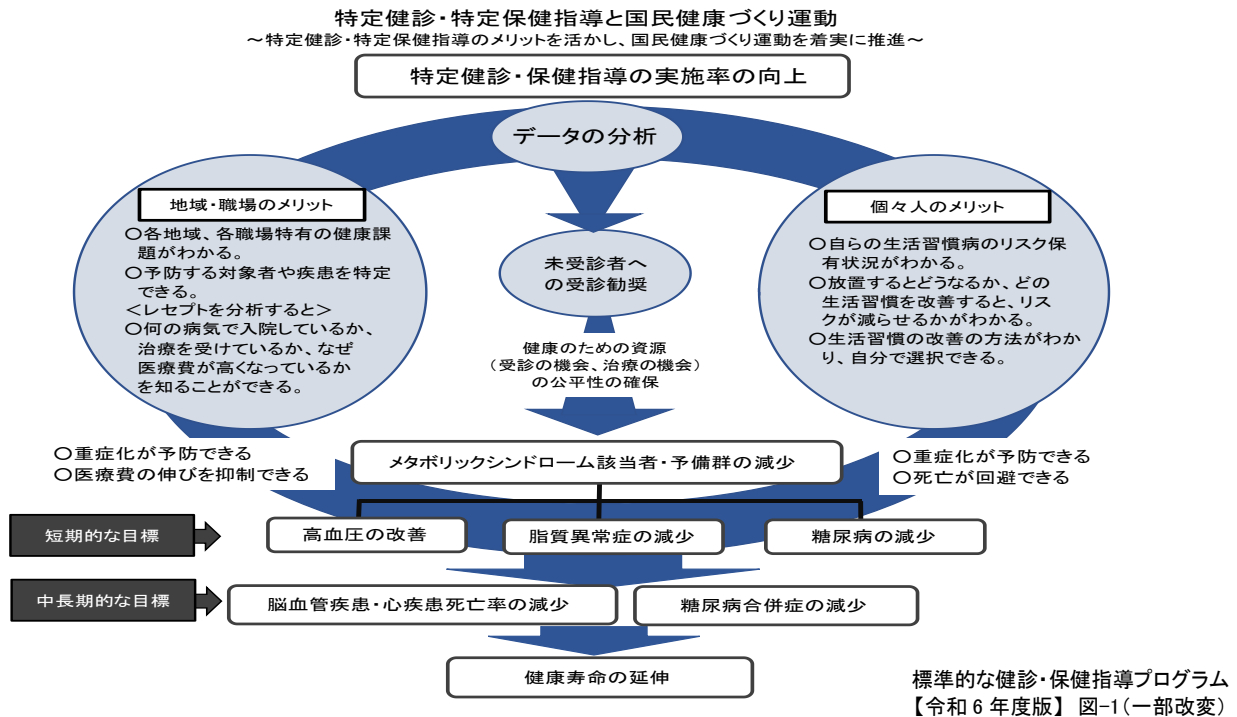
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

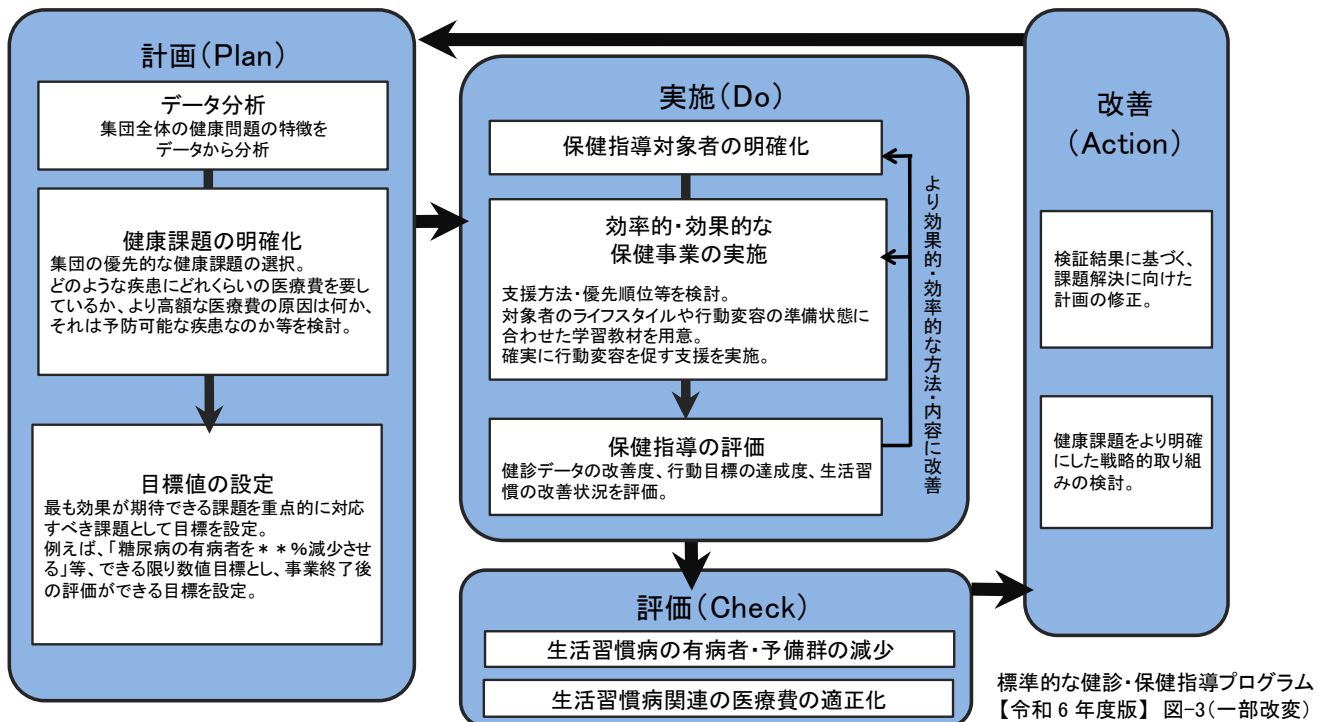
	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



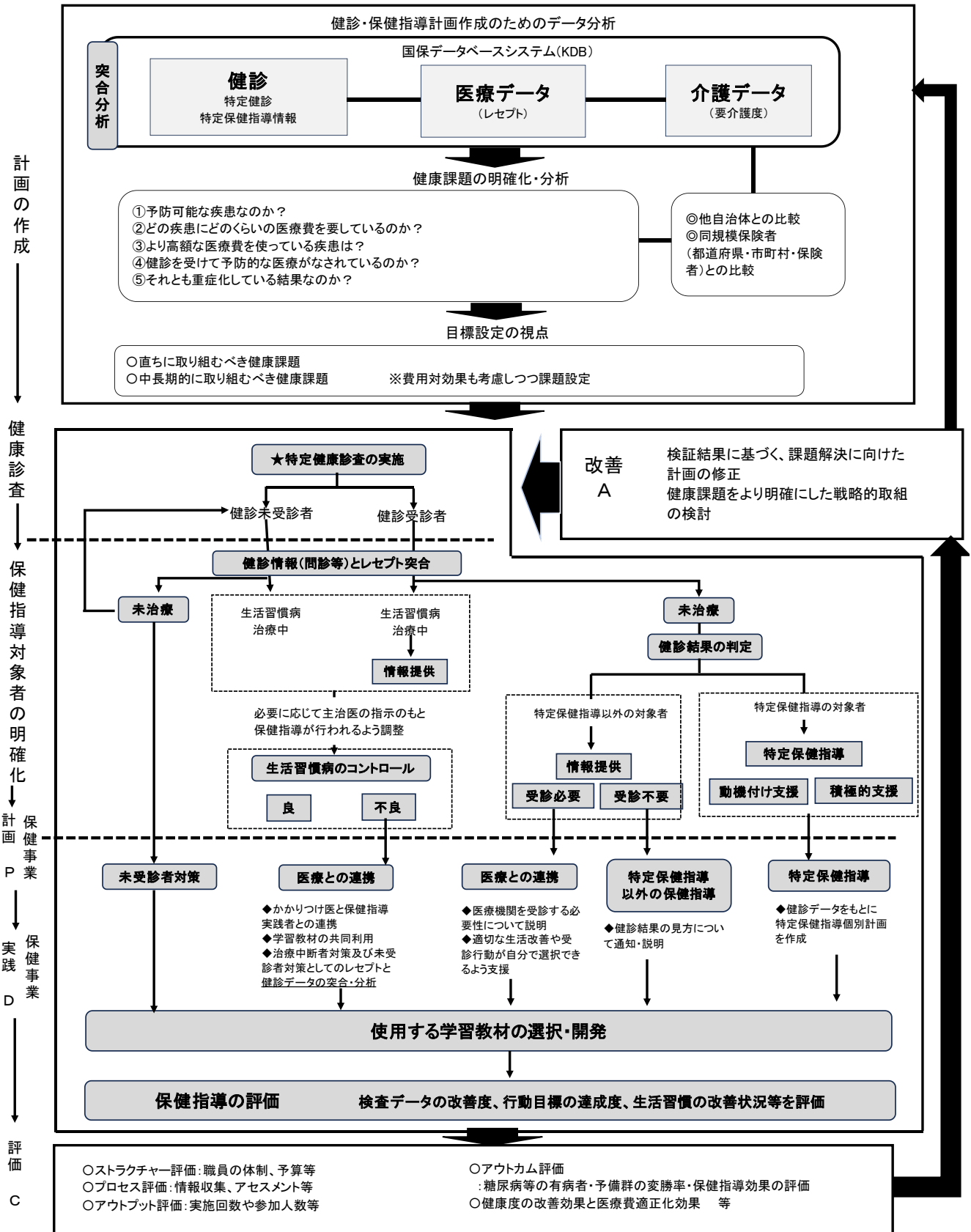
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

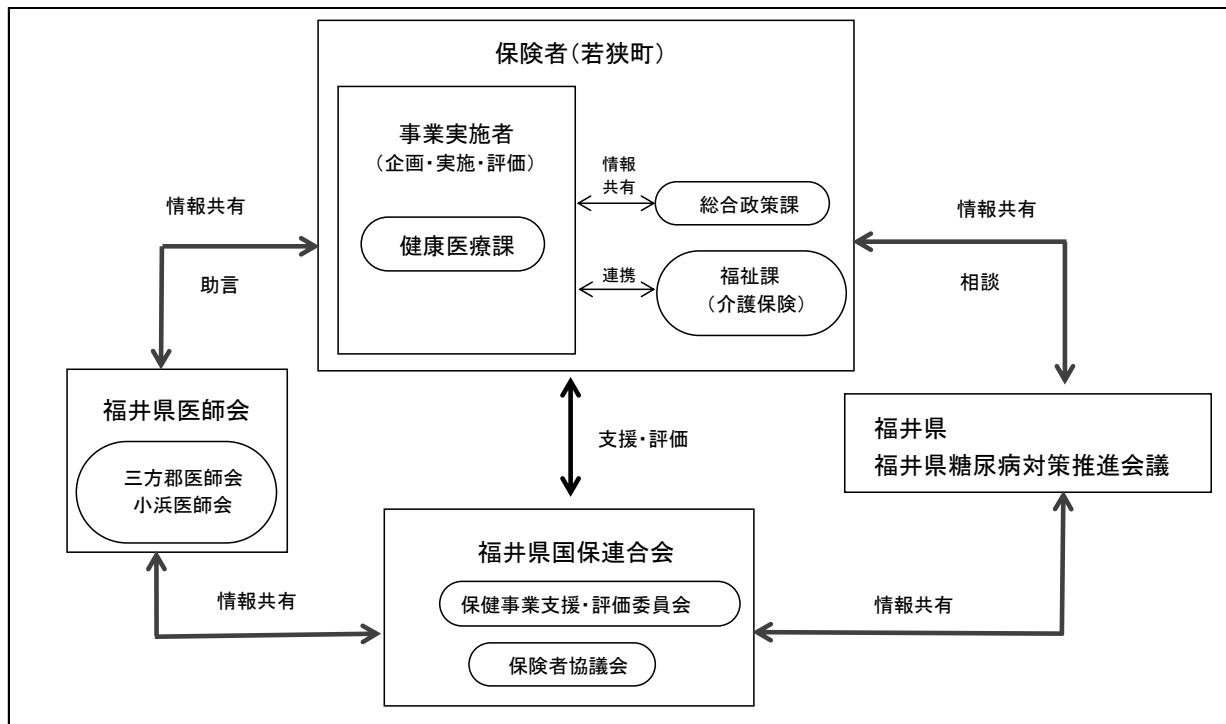
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、企画部局(総合政策課)や介護保険部局(福祉課)、生活保護部局(福祉課)、健康医療課の後期高齢者医療 G、保健予防 G とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 若狭町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

	保(補佐)	保	保	保	保	保	管栄	管栄	管栄	事(補佐)	事	事(補佐)	事
国保事務										○	○	◎	●
特定健診 がん検診										◎	●		
保健指導	○	●	◎	○	○	○	○	○	○				
健康増進		○	●				○	○		○	◎		
新型コロナ ワクチン	◎			○						●	○		
予防接種				◎				●					
母子保健		○	○	●	◎	○		○	○				
精神保健	◎		●										
歯科保健			●		◎								

2) 関係機関との連携

計画の実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、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関等との連携に努めます。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、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、福井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若狭町国保の保険者機能の強化については、福井県の関与が一層重要となります。

更に、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たり、保険者間で連携して保健事業を展開したりすることに努めます。

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点		
		若狭町	配点	若狭町	配点	若狭町	配点	
交付額(万円)		743		808		785		
全国順位(1,741市町村中)		32位		101位		168位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	70	90	70	70	
		(2)特定保健指導実施率	70	70	90	70	70	
		(3)メタリックシフト・ロム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	48	40	38	40	40	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30	40	35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	55	45	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	125	130	105	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	60	100	85	100	85	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	30	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	38	50	43	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	80	95	61	100	63	100
合計点		793	1,000	732	960	691	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

当町は、人口約1万4千人で、高齢化率は36.6%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は県・国より高く、被保険者の平均年齢も56.3歳と県と同じく高く、死亡率も高い町で財政指数は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64.1%と高く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

国保加入率はR4年度21.0%と横ばいですが、被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約50%を占めています。(図表10)

また当町内には2つの病院、10の診療所があり、これはいずれも同規模・県と比較しても多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、入院患者数も同規模・県と比較して高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した若狭町の特性

	人口(人)	高齢化率(%)	被保険者数(加入率)	被保険者平均年齢(歳)	出生率(人口千対)	死亡率(人口千対)	財政指数	第1次産業	第2次産業	第3次産業
若狭町	13,959	36.6	2,931(21.0)	56.3	6.9	16.8	0.3	10.0	25.8	64.1
同規模	--	36.9	24.3	55.8	5.3	15.7	0.4	13.4	27.1	59.5
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

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、若狭町と同規模保険者(152市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	3,243		3,155		3,114		3,081		2,931	
65～74歳	1,635	50.4	1,626	51.5	1,645	52.8	1,642	53.3	1,531	52.2
40～64歳	969	29.9	909	28.8	872	28.0	872	28.3	845	28.8
39歳以下	639	19.7	620	19.7	597	19.2	567	18.4	555	18.9
加入率	21.3		20.7		20.4		20.2		21.0	

出典：KDBシステム_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	2	0.6	2	0.6	2	0.6	2	0.6	2	0.7	0.3	0.5
診療所数	10	3.1	10	3.2	10	3.2	10	3.2	10	3.4	2.7	4.2
病床数	270	83.3	270	85.6	270	86.7	270	87.6	270	92.1	40.8	76.8
医師数	20	6.2	20	6.3	19	6.1	19	6.2	19	6.5	5.0	15.3
外来患者数	729.3		746.5		676.6		699.6		707.8		708.1	721.0
入院患者数	30.5		32.5		27.8		28.6		25.2		22.2	22.7

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は、男女ともに県・国より低くなっています。H25～H29の標準化死亡比(SMR)では、国・県より高い死因は男性の脳梗塞、急性心筋梗塞、心不全でした。(図表 12・13)

図表 12 65歳未満死亡割合

		H28	H29	H30	R1	R2	R3
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
若狭町	総数	6.6	7.1	6.3	7.5	7.2	4.4
	男	7.0	8.2	7.8	11.5	9.8	5.2
	女	6.3	5.8	4.8	4.0	4.9	3.6

データ元:厚生労働省 人口動態統計_死亡

図表 13 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
若狭町	H20-24	101.4	100.2	88.4	78.9	96.4	133.4	106.2	81.2	113.5	150.4	57.0	88.3
	H25-29	98.8	95.3	97.8	92.5	112.8	69.8	137.5	99.8	108.2	97.4	80.2	94.5

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1 つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、社会保障費(医療費・介護費)の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を設定しました。

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

当町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で11人(認定率0.24%)と同規模・県・国と比較すると低く、平成30年度と比べても低くなっています。1号(65歳以上)被保険者で

は 956 人(認定率 18.7%)と同規模・県より僅かに高くなっています。1 号認定者を年齢別でみると、平成 30 年度と比べて 65～74 歳の前期高齢者の認定率が 4.0%と高くなっています。(図表 14)

介護給付費は、平成 30 年度から約 16 億円と横ばいで推移しています。(図表 15)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳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。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約 9 割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 16)

図表 14 要介護認定者(率)の状況

	若狭町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	5,134人	33.7%	5,104人	36.6%	36.9%	30.8%	28.7%
2号認定者	20人	0.41%	11人	0.24%	0.38%	0.27%	0.38%
新規認定者	4人		1人		--	--	--
1号認定者	970人	18.9%	956人	18.7%	18.6%	18.0%	19.4%
新規認定者	126人		139人		--	--	--
65～74歳	75人	3.4%	89人	4.0%	--	--	--
新規認定者	18人		29人		--	--	--
75歳以上	895人	30.9%	867人	30.2%	--	--	--
新規認定者	108人		110人		--	--	--

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 15 介護給付費の変化

	若狭町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	16億5073万円	16億5066万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	321,528	323,404	303,361	301,072	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	68,096	68,606	72,528	70,519	59,662
居室サービス	42,356	42,220	44,391	45,467	41,272
施設サービス	278,353	286,109	291,231	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 16 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		11		89		867		956		967		
再)国保・後期		7		66		844		910		917		
（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器疾患	1	脳卒中	3 42.9%	脳卒中	27 40.9%	虚血性心疾患	407 48.2%	虚血性心疾患	427 46.9%	虚血性心疾患	429 46.8%
		2	虚血性心疾患	2 28.6%	虚血性心疾患	20 30.3%	脳卒中	342 40.5%	脳卒中	369 40.5%	脳卒中	372 40.6%
		3	腎不全	1 14.3%	腎不全	7 10.6%	腎不全	120 14.2%	腎不全	127 14.0%	腎不全	128 14.0%
	合併症	4	糖尿病合併症	1 14.3%	糖尿病合併症	11 16.7%	糖尿病合併症	81 9.6%	糖尿病合併症	92 10.1%	糖尿病合併症	93 10.1%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			6 85.7%	基礎疾患	59 89.4%	基礎疾患	802 95.0%	基礎疾患	861 94.6%	基礎疾患	867 94.5%
	血管疾患合計			7 100.0%	合計	59 89.4%	合計	810 96.0%	合計	869 95.5%	合計	876 95.5%
	認知症		認知症	1 14.3%	認知症	20 30.3%	認知症	495 58.6%	認知症	515 56.6%	認知症	516 56.3%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	6 85.7%	筋骨格系	53 80.3%	筋骨格系	804 95.3%	筋骨格系	857 94.2%	筋骨格系	863 94.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

当町の医療費は、国保加入者の減少に伴い総医療費も減少しており、一人あたり医療費も平成30年度より減少していますが、同規模保険者と比べると約1.4万円高くなっています。

入院医療費は、全体のレセプトのわずか3%程度にも関わらず、医療費全体の約43%を占めています。1件あたりの入院医療費は平成30年度と比較すると約2万円低くなっており、同規模・県・国と比較しても低くなっています。(図表17)

年齢調整をした地域差指数でみると、全国平均の1を超えており、全国24位の県平均よりも高く、特に入院の地域差指数が1.311と高いですが、平成30年度よりは低くなっています。

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。(図表18)

図表 17 医療費の推移

	若狭町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)	3,243人	2,931人	--	--	--
前期高齢者割合	1,635人 (50.4%)	1,531人 (52.2%)	--	--	--
総医療費	13億3787万円	11億5058万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)	412,540	392,557	378,542	390,999	339,680
		県内2位 同規模12位		県内13位 同規模60位	
入院	1件あたり費用額(円)	564,130	543,410	592,330	617,950
	費用の割合	51.6	43.2	43.0	39.6
	件数の割合	4.0	3.4	3.0	2.5
外来	1件あたり費用額	22,150	25,510	24,690	24,220
	費用の割合	48.4	56.8	57.0	60.4
	件数の割合	96.0	96.6	97.0	97.5
受診率	759.831	733.066	730.302	743.765	705.439

※同規模順位は若狭町と同規模保険者152市町村の平均値を表す

図表 18 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			
	若狭町 (県内市町村中)		県 (47県中)	若狭町 (県内市町村中)		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	1.128	1.103	1.018	0.902	0.889	0.962
		(2位)	(2位)	(24位)	(12位)	(13位)	(27位)
	入院	1.441	1.311	1.105	1.019	0.979	1.025
		(1位)	(2位)	(21位)	(9位)	(9位)	(22位)
	外来	0.945	1.000	0.979	0.795	0.812	0.911
		(11位)	(4位)	(33位)	(13位)	(13位)	(42位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると増加しています。脳血管疾患については、平成 30 年度より 0.85 ポイントも伸びており、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、特に透析有者が 0.46 ポイント伸び、同規模、県、国よりも高くなっています。(図表 19)

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増加しました。(図表 20)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重要であると考えます。

図表 19 中長期目標疾患の医療費の推移

			若狭町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			13億3787万円	11億5058万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億1789万円	1億1383万円	--	--	--
			8.81%	9.89%	8.01%	7.70%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.87%	2.72%	2.07%	2.07%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.53%	1.18%	1.38%	1.74%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.21%	5.67%	4.23%	3.62%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.20%	0.31%	0.33%	0.28%	0.29%
その他の	悪性新生物		14.38%	19.95%	17.23%	18.27%	16.69%
	筋・骨疾患		10.78%	9.39%	8.66%	9.46%	8.68%
	精神疾患		10.17%	8.43%	8.13%	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、最も医療費を要した傷病名)

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

図表 20 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	3,243	2,931	a	241	219	271	235	16	19	
				a/A	7.4%	7.5%	8.4%	8.0%	0.5%	0.6%	
40歳以上	B	2,604	2,376	b	241	217	271	235	16	18	
	B/A	80.3%	81.1%	b/B	9.3%	9.1%	10.4%	9.9%	0.6%	0.8%	
再掲	40~64歳	D	969	845	d	51	43	47	35	7	6
		D/A	29.9%	28.8%	d/D	5.3%	5.1%	4.9%	4.1%	0.7%	0.7%
	65~74歳	C	1,635	1,531	c	190	174	224	200	9	12
		C/A	50.4%	52.2%	c/C	11.6%	11.4%	13.7%	13.1%	0.6%	0.8%

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えており、糖尿病は治療者数も増加しています。また、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合では、高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療者中の人工透析の割合が高くなっています。(図表 21・22・23)

当町は重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重要だと考え、特定健診の結果から、医療受診が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しております。

人工透析者をみると、透析開始となつてから国保加入される方もおられるため、ポピュレーションアプローチでの生活習慣病予防啓発と特定健診の未受診者対策も重要だと考えます。

図表 21 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	1,167	1,120	290	244	877	876
		A/被保数	44.8%	47.1%	29.9%	28.9%	53.6%	57.2%
(中長期 合併目 標疾患)	脳血管疾患	B	133	120	28	23	105	97
		B/A	11.4%	10.7%	9.7%	9.4%	12.0%	11.1%
	虚血性心疾患	C	194	165	33	23	161	142
		C/A	16.6%	14.7%	11.4%	9.4%	18.4%	16.2%
	人工透析	D	15	18	6	6	9	12
		D/A	1.3%	1.6%	2.1%	2.5%	1.0%	1.4%

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

図表 22 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	560	605	126	130	434	475
		A/被保数	21.5%	25.5%	13.0%	15.4%	26.5%	31.0%
(中長期 合併目 標疾患)	脳血管疾患	B	67	72	12	16	55	56
		B/A	12.0%	11.9%	9.5%	12.3%	12.7%	11.8%
	虚血性心疾患	C	138	127	27	20	111	107
		C/A	24.6%	21.0%	21.4%	15.4%	25.6%	22.5%
	人工透析	D	9	14	5	5	4	9
		D/A	1.6%	2.3%	4.0%	3.8%	0.9%	1.9%
糖尿病 合併症	糖尿病性腎症	E	30	78	5	23	25	55
		E/A	5.4%	12.9%	4.0%	17.7%	5.8%	11.6%
	糖尿病性網膜症	F	51	56	15	13	36	43
		F/A	9.1%	9.3%	11.9%	10.0%	8.3%	9.1%
	糖尿病性神経障害	G	22	12	6	1	16	11
		G/A	3.9%	2.0%	4.8%	0.8%	3.7%	2.3%

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

図表 23 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	1,134	1,108	294	258	840	850	
	A/被保数	43.5%	46.6%	30.3%	30.5%	51.4%	55.5%	
(中長期併目標疾患)	脳血管疾患	B	119	104	24	22	95	82
		B/A	10.5%	9.4%	8.2%	8.5%	11.3%	9.6%
	虚血性心疾患	C	206	172	34	22	172	150
		C/A	18.2%	15.5%	11.6%	8.5%	20.5%	17.6%
	人工透析	D	10	11	5	3	5	8
		D/A	0.9%	1.0%	1.7%	1.2%	0.6%	0.9%

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

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、有所見者の割合はⅡ度高血圧では7.2%と1.4ポイント下がり、うち未治療者が68.0%と増加しています。Ⅱ度高血圧者に対しては、家庭血圧の測定と医療機関への受診勧奨を実施していますが、健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が42.7%であり、448市町村と比較しても高くなっています。糖尿病については、HbA1c7.0以上者は3.8%と増加していますが、未治療者全員が医療に繋がりました。(図表24)

新型コロナウイルス感染症の影響で健診受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も医療受診が必要な値の方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。

図表 24 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 Ⅱ度高血圧の推移						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療		治療中断	
													G	G/E	H	H/E
若狭町	1,237	51.0	1,045	44.8	107	8.6	66	61.7	75	7.2	51	68.0	32	42.7	4	5.3
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	未治療		治療中断	
													M	M/K	N	N/K
若狭町	1,199	96.9	1,010	96.7	40	3.3	4	10.0	38	3.8	6	15.8	0	0.0	0	0.0
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。当町の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、1.6ポイント低下していますが、3項目全ての危険因子が重なっている割合は増加し、予備群は2.6ポイント増加しました。(図表25)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5以上の割合は増加しており、改善率は低下しています。一方で、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の割合は低下しており、翌年度健診結果の改善率が上がってきています。

しかし、翌年度健診未受診者がいずれも2~3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ともに、年度当初に重症化予防対象者に継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表26~28)

図表25 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,237 (51.0%)	251 (20.3%)	76 (6.1%)	175 (14.1%)	140 (11.3%)
R04年度	1,024 (47.1%)	191 (18.7%)	69 (6.7%)	122 (11.9%)	142 (13.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表26 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	96 (8.0%)	25 (26.0%)	32 (33.3%)	12 (12.5%)	27 (28.1%)
R03→R04	95 (9.4%)	20 (21.1%)	35 (36.8%)	13 (13.7%)	27 (28.4%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表27 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	107 (8.6%)	47 (43.9%)	26 (24.3%)	5 (4.7%)	29 (27.1%)
R03→R04	75 (7.2%)	43 (57.3%)	15 (20.0%)	3 (4.0%)	14 (18.7%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 28 LDL-C160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	119 (9.6%)	54 (45.4%)	27 (22.7%)	10 (8.4%)	28 (23.5%)
R03→R04	77 (7.4%)	44 (57.1%)	13 (16.9%)	2 (2.6%)	18 (23.4%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

当町の特定健診受診率は、平成 30 年度には 49.8%まで伸びましたが、令和 2 年度は新型コロナウイルスの影響で健診開始時期が遅れ、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。R4 年度の受診率は 46.0%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 29)また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40~50 代は低い状況となっています。(図表 30)

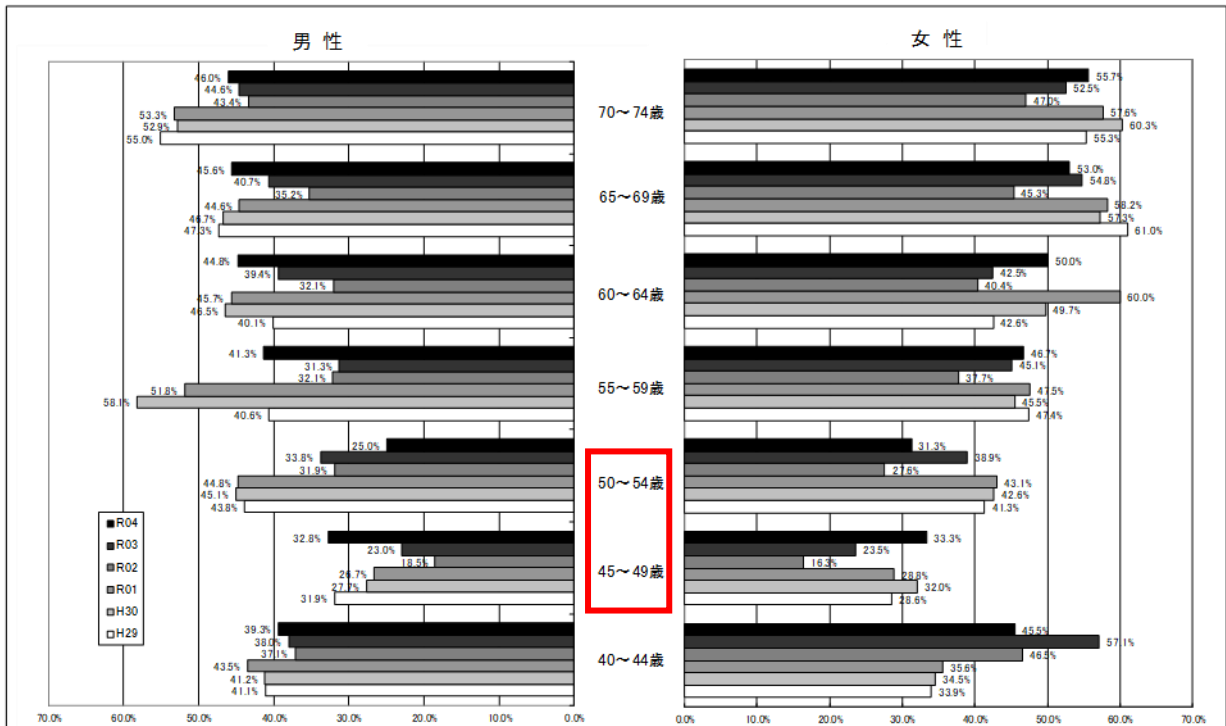
特定保健指導については国の目標には達していますが、令和 2 年度以降、実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながるため、実施率の向上に努めます。

図表 29 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,207	1,147	932	1,022	997	健診受診率 60%
	受診率	49.8%	49.0%	39.4%	43.8%	46.0%	
特定 保健指導	該当者数	150	146	127	128	118	特定保健指 導実施率 60%
	割合	12.4%	12.7%	13.6%	12.5%	11.8%	
	実施者数	120	118	97	93	66	
	実施率	80.0%	80.8%	76.4%	72.7%	57.4%	

出典:特定健診法定報告データ

図表 30 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 健診未受診者対策の取組

自覚症状のない生活習慣病の発症や進行状況を把握するための特定健診を受診する被保険者を増やすために、第3章特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)に基づき、集団健診と個別健診を実施しています。集団健診では、予約制による待ち時間の短縮や休日健診、女性限定日の設定、がん検診との同時実施回数を増やすなど、受診しやすい体制を整えてきました。

未受診者対策として、個別通知や電話、訪問等により特定健診受診率の向上に努めてきました。特に 40~50 代の男性受診率が低いため、令和 4 年度から新規受診者を増やすための受診勧奨を実施しましたが、令和 5 年度はマンパワー不足により継続できませんでしたので、令和 6 年度は若い世代の未受診理由の把握とともに、効果的な受診勧奨方法を検討していく必要があります。コロナ禍を過ぎ継続受診率は 78.2%に改善していますが、不定期受診者が 1 割おられるため、継続受診率を向上していけるよう受診勧奨を実施していきます。(図表 31)

図表 31 特定健診受診者の状況

	対象者数	受診者数	受診率	継続受診者数		新規受診者数		不定期受診者数	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合
				A	B	B/A	D	D/B(前年)	C
H30	2,426	1,237	51.0%	921	74.5%	316	25.5%	--	--
R01	2,342	1,195	51.0%	912	76.3%	190	15.9%	93	7.8%
R02	2,366	947	40.0%	756	79.8%	112	11.8%	79	8.3%
R03	2,334	1,045	44.8%	746	71.4%	101	9.7%	198	18.9%
R04	2,175	1,024	47.1%	801	78.2%	121	11.8%	102	10.0%

※継続受診者は前年度と比較して算出

出典：ヘルスサポートラボツール

※新規受診者は過去に1回も受診したことがない者

※不定期受診者とは前年度には受診していないものの、過去に健診を受診したことがある者

(2) 重症化予防の取組

① 糖尿病性腎症重症化予防

平成 30 年度に福井県のプログラムに沿った若狭町糖尿病性腎症重症化予防プログラムを作成し、令和元年度からプログラムに沿った下記の対象者へ受診勧奨と保健指導を実施してきました。

対象者：健診受診者のうち

【基準 A】糖尿病未治療者のうち

- ア 空腹時血糖 126 mg/dl 以上
- イ 随時血糖 200 mg/dl 以上
- ウ HbA1c6.5 以上

【基準 B】(慢性腎臓病)

- エ 尿蛋白 2+以上
- オ eGFR 45ml/分/1.73 m²未満
- カ eGFR 45ml/分/1.73 m²未満で、eGFR 低下速度が年間 5ml/分/1.73 m²以上

(※過去 3 回以上の結果より算出)

・健診未受診者のうち、糖尿病治療中断者

未治療者は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おり、令和 2 年度 9 件、3 年度 10 件、4 年度 11 件と連携数も増えてきました。

集団健診受診者のうち、HbA1c6.5 以上の未治療者への保健指導は 9 割以上実施し、8 割以上の方が医療機関を受診されています。(図表 32)

更に、治療中の者のうち重症化するリスクの高い者として、HbA1c8.0 以上の者も対象とし、管理栄養士による栄養指導を実施し内服治療開始となっています。今後も治療中断にならないように継続支援を実施していきます。(図表 33)

図表 32 糖尿病性腎症重症化予防対象者と治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,237	1,195	947	1,091	1,024
血糖値有所見者 *1	人(b)	96	105	75	101	91
	(b/a)	7.8%	8.8%	7.9%	9.3%	8.9%
うち未治療者 *2	人(d)	29	31	23	27	29
	(d/a)	2.3%	2.6%	2.4%	2.5%	2.8%
うち、保健指導対象とした者 (集団健診受診者)	人(e)	9	10	8	19	25
	(e/d)	31.0%	32.3%	34.8%	70.4%	86.2%
保健指導実施者	人(f)	8	10	7	19	23
	(f/e)	88.9%	100.0%	87.5%	100.0%	92.0%
医療機関受診者	人(g)	7	9	8	17	20
	(g/e)	77.8%	90.0%	100.0%	89.5%	80.0%
内服開始者	人(h)	2	1	3	0	5
	(h/e)	22.2%	10.0%	37.5%	0.0%	20.0%

*1 HbA1c6.5%以上のもの

*2 問診にて糖の治療なしと答えた者

※令和2年度までは、新規に対象となった人のみ保健指導対象者として計上

図表 33 HbA1c8.0以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c8.0以上	人(i)	10	6	4	4	5
	(i/a)	0.8%	0.5%	0.4%	0.4%	0.5%
保健指導実施	人(j)	4	4	2	1	2
	(j/i)	40.0%	66.7%	50.0%	25.0%	40.0%
HbA1c8.0以上の 未治療者	人(k)	1	1	1	0	1
	(k/i)	10.0%	16.7%	25.0%	0.0%	20.0%

内服治療開始	0人	1人	—	1人
元々治療中	5人	3人	4人	4人

② 心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、集団・個別健診では心電図検査を全数に実施しており、心電図検査は約9割実施できています。(図表 34)

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。(図表 35)

心房細動未治療者については、ほぼ全数が治療や精密検査につながっています。心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続しています。(図表 36)

また、急性心筋梗塞の標準化死亡比が高いこともあり(図表 13)、LDL-C180以上の者(治療中者含む)と中性脂肪300以上の者(未治療者)に対しても保健指導と受診勧奨を実施しています。し

かし、保健指導対象者のうち、医療機関を受診した者は半数に満たず、内服開始者も1割強です。今後も継続した保健指導と受診勧奨を実施していきます。(図表 37)

図表 34 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人)	a	1,237	567	670	1,195	551	644	947	437	510	1,091	488	603	1,024	472	552
心電図受診者(人)	b	1,055	467	588	1,037	465	572	709	265	444	1,009	446	563	953	437	516
心電図実施率	b/a	85.3%	82.4%	87.8%	86.8%	84.4%	88.8%	74.9%	60.6%	87.1%	92.5%	91.4%	93.4%	93.1%	92.6%	93.5%
有所見者(人)	c	312	131	181	330	143	187	278	123	155	351	158	193	282	140	142
有所見率	c/b	29.6%	28.1%	30.8%	31.8%	30.8%	32.7%	39.2%	46.4%	34.9%	34.8%	35.4%	34.3%	29.6%	32.0%	27.5%
心房細動(人)	d	15	11	4	15	11	4	11	8	3	12	9	3	13	9	4
心房細動有所見率	d/b	1.4%	2.4%	0.7%	1.4%	2.4%	0.7%	1.6%	3.0%	0.7%	1.2%	2.0%	0.5%	1.4%	2.1%	0.8%
うち、心房細動未治療(人)		4	3	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0

図表 35 心電図受診者のうち、ST 所見の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者	1,055		1,037		709		1,009		953	
ST異常所見	78	7.4%	93	9.0%	84	11.8%	47	4.7%	23	2.4%

図表 36 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者	15		15		11		12		13	
心房細動未治療者	4	26.7%	1	6.7%	0	0.0%	1	8.3%	1	7.7%
検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%
治療開始	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

図表 37 LDL-C180 以上・TG300 以上者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
保健指導対象とした者 (集団健診受診者)	人(a)	22	14	19	26	16
保健指導実施者	人(b)	22	14	18	23	12
	(b/a)	100.0%	100.0%	94.7%	88.5%	75.0%
医療機関受診者	人(c)	7	9	11	11	7
	(c/a)	31.8%	64.3%	57.9%	42.3%	43.8%
内服開始者	人(d)	5	4	6	5	2
	(d/a)	22.7%	28.6%	31.6%	19.2%	12.5%

※令和2年度までは、新規に対象となった人のみ保健指導対象者として計上

③ 脳血管疾患重症化予防対策

高血圧Ⅱ度以上の者の割合は、徐々に減少してきているものの、未治療者は毎年6割前後います。令和4年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者35人のうち、保健指導後、治療につながったものは、6人(17.1%)でした。血圧Ⅲ度においては、13人のうち9人が未治療者でした。(図表38)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。図表39は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①血圧Ⅱ度以上者②血圧Ⅰ度以上第3層を最優先に、保健指導を実施しています。また、高値血圧の者においても、家庭血圧測定をすすめ血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が38.6%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っています。(図表38)

図表38 Ⅱ度高血圧以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	1,237	1,195	947	1,091	1,024	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	107	97	68	76	57	
	(b/a)	8.6%	8.1%	7.2%	7.0%	5.6%	
	治療あり	人(c)	41	45	28	23	22
		(c/b)	38.3%	46.4%	41.2%	30.3%	38.6%
	治療なし	人(d)	66	52	40	53	35
		(d/b)	61.7%	53.6%	58.8%	69.7%	61.4%
治療開始	人(e)	12	13	7	13	6	
(e/d)	18.2%	25.0%	17.5%	24.5%	17.1%		
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	14	15	12	10	13
		(f/a)	1.1%	1.3%	1.3%	0.9%	1.3%
	治療あり	人	4	8	6	5	4
	治療なし	人	10	7	6	5	9

図表39 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

(参考)高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
p60 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管リスク層別化
p61 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	Ⅱ度高血圧 160~179 /100~109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上
317		141 44.5%	141 44.5%	26 8.2%	9 2.8%
リスク第1層 予後影響因子がない	21 6.6%	C 11 7.8%	B 9 6.4%	B 1 3.8%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	186 58.7%	C 80 56.7%	B 83 58.9%	A 18 69.2%	A 5 55.6%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁原性心臓病、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	110 34.7%	B 50 35.5%	A 49 34.8%	A 7 26.9%	A 4 44.4%

...高リスク
 ...中等リスク
 ...低リスク

区分	該当者数
A	83
B	143
C	91

A ただちに薬物療法を開始
 B 概ね1ヵ月後に再評価
 C 概ね3ヵ月後に再評価

※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 非弁原性心臓病については、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 蛋白尿については、健診結果より(±)以上で判断。

(3) ポピュレーションアプローチ

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

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

当町の健診結果から、県や国と比較して血圧高値の割合が高い状況であり、高血圧の状態が続くことで、脳・心・腎の血管の動脈硬化が重症化した結果、国と比較し一人当たりの医療費や介護費が高額になっています。

そこで、平成30年度から「わがまち健康プロジェクト事業」として、町民の健康寿命を延ばすために、町の健康課題である高血圧を予防し脳血管疾患や心疾患等を予防する取組として、「血圧測定」や降圧効果のある「減塩」や「運動」を町民に広め、自分の健康状態を知り、よりよい生活習慣を継続するための環境整備を進めてきました。

初年度には、全地区公民館に自動血圧計の設置、食品販売店等には「毎月17日は減塩の日」の大的ぼり旗、ミニのぼり旗やポップの設置を行いました。生活習慣病の重症化により、医療費や介護費など社会保障費の増大に繋がっている町の実態について、保健推進員や食生活改善推進員の研修会で共有し、食生活改善推進員を通じ、町主催のイベントでの減塩商品の食べ比べ、公民館での塩分濃度測定、健診会場での減塩PRを行いました。保健推進員には、健診の受診勧奨と、集落での健康づくり実践活動の企画を依頼し、血圧測定や運動教室など、身近な集落で健康づくり実践ができる機会を設けるなど、町民が健康づくりに取組やすい環境整備を進めました。

また次世代へのアプローチとして小学3年生～中学生を対象に、夏休みの自由研究の題材とし、塩分濃度測定器の貸し出しを実施し、日ごろ自分が食べている食事の塩分量を知り、家族で話し合い、考えるきっかけづくりを進めました。高齢期では、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施として集落サロン等の機会を利用し、フレイル予防教室、健康体操教室を通じ、高血圧予防に取り組んできました。

令和元年度は、減塩PRポスターを作成し集落センターや商店など、町内150か所に掲示し健康づくりの機運を高めました。また健診受診や健康づくりイベント参加によりポイント付与する「健康づくりポイント事業」を始め、町民の健康づくりの実践活動を進めました。

令和2年度からは、働く世代へのアプローチとして、町内事業所での血圧計購入補助の利用を促し、令和3年度には血圧計を購入した事業所について、血圧測定を継続記録し提出することで減塩商品がもらえる「チャレンジ30・60」への取組を勧め、働く世代への健康づくりの機運を高めました。

令和2年度からのコロナ禍による活動自粛の中では、個人でも取り組める健康づくり実践活動として、「健康づくりポイント事業」を変更し、血圧測定、体重測定、歩数測定の実践が、生活習慣病の発症予防、重症化予防、再発防止につながるため、この3本柱を「健康チャレンジ事業」と位置づけ、全世代を対象に取組を広げ、健康づくりの実践者を増やしてきました。

毎月発行される広報誌に「わがまち健康プロジェクト」と銘打ったコーナーを設け、減塩等の健康づくり実践活動について発信し、広く町民に周知し健康づくりの機運を高めています。

健康チャレンジなど保健事業の利用年代をみると、60歳以上の割合が高く、「事業の利用を通じ生活改善を実践できた」という感想が多く聞かれ、塩分と高血圧との関係を知っている人の割合や減塩商品を使ってみたいと思う割合が増えました。

しかし、20～50代の働く世代の保健事業の利用者が少なく、「毎月17日は減塩の日」を知っている人の割合は3割にとどまっています。

今後は、からだが作られていく世代である小児や中高生への働きかけや、商工会等の関係機関とも連携し、働く世代への働きかけなど幅広い世代への健康づくり対策を展開できるよう重層的なアプローチを実施していきます。

(4) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 40 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ年度)	
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)		
データヘルス計画	中長期目標	中長期・短期目標疾患の総医療に占める割合の維持	18.57%	19.67%	20.62%	KDBシステム	
		脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.87%	1.66%	2.72%		
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.53%	1.29%	1.18%		
		慢性腎不全の総医療費に占める割合の維持	5.41%	6.22%	5.98%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	50.0%	50.0%	40.0%		若狭町調べ
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	31.6%	34.3%	32.3%	KDBシステム
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	8.6%	7.2%	5.6%	若狭町調べ
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL180以上)	3.2%	2.2%	1.1%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	7.8%	8.2%	9.3%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.08%	0.11%	0.10%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	77.8%	100.0%	80.0%	
			糖尿病性腎症重症化予防対象者の保健指導を実施した割合	68.9%	80.6%	94.5%	
	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	49.8%	39.4%	46.0%	法定報告値	
特定保健指導実施率60%以上		80.0%	76.4%	57.4%			
特定保健指導対象者の割合の減少		16.4%	14.3%	25.0%			
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	27.0%	20.5%	30.7%	県調べ (70歳未満)
			肺がん検診受診者の増加	45.8%	32.0%	48.0%	
			大腸がん検診受診者の増加	48.1%	33.7%	51.1%	
			子宮がん検診受診者の増加	78.0%	71.1%	97.7%	
			乳がん検診受診者の増加	76.5%	68.2%	94.7%	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	52.5%	42.1%	60.2%	
	自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康チャレンジの取組みを行う実施者割合の増加	1.54% (R1)	1.83%	2.98%	若狭町調べ	
	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 80%以上	83.0%	86.3%	87.7%	厚生労働省	

3) 第 2 期データヘルス計画に係る考察

第 2 期計画においても、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。

まず、重症化予防の入口である特定健診受診率の向上への取組を実施してきました。コロナ禍を過ぎ受診率は回復傾向にはありますが、不定期受診者を継続受診に繋げられる受診勧奨が重要となります。また、若い世代の受診率は低いままであり、サービス業などの第 3 次産業の割合が高く生活習慣やリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にし、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。

標準化死亡比でみると男性の脳梗塞と急性心筋梗塞、要介護認定者の有病状況では脳卒中が多いです。中長期的・短期的目標疾患(高血圧、脂質異常症、糖尿病)の総医療費に占める割合は増加し、その中でも脳血管疾患と慢性腎不全の割合が増加しています。一人あたり医療費の地域差指数は入院が主要因であり、今後も予防可能な生活習慣病の重症化予防の取組を継続していく必要があります。

健診受診者の結果では、Ⅱ度高血圧者、LDL-C180 以上の者の割合は低下しましたが、HbA1c6.5 以上の者の割合は増加しています。医療機関への受診勧奨の継続と治療継続の確認、翌年度健診未受診者への健診受診を勧める必要があります。

重症化予防のための保健指導として、保健指導計画(図表 41)に基づき、保健指導対象者の優先順位を決め実施してきました。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、ST 異常所見者が受診されたかの確認と台帳の整備ができておらず、効率の良い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、町の健康課題の高血圧を改善するための方策として「血圧測定」や「減塩」「運動」を町民に広めてきました。健康チャレンジなど保健事業の参加者をみると 60 歳以上の割合が高く、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、商工会等と連携しながら、重層的なアプローチを実施していく必要があります。

図表 41 重症化予防のための保健指導計画

令和5年度 重症化予防のための保健指導計画						
★保健指導の目的						
脳・心・腎を守るために、高血圧症・心房細動・脂質異常症・糖尿病・慢性腎臓病（CKD）の重症化を予防し、脳血管疾患と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を目指す。						
★対象者						
①特定保健指導対象者						
②重症化予防対象者						
			年齢	R4人数	担当	
①	特定保健指導	動機付け支援・積極的支援	40-74	102	地区担当保健師	
		39歳以下特保相当	～39	15	地区担当・在宅	
②	糖尿病性腎症重症	糖尿病治療中者	治療中でHbA1c8.0↑	40-74	2	管理栄養士
		糖尿病未治療者	HbA1c6.5↑		21	
			随時血糖200↑		1	
			空腹時血糖126↑		7	
		上記3項目と同じ★	75～79	1	管理栄養士	
	CKD	継続フォロー者	尿蛋白（2+）↑	40-74	14	管理栄養士
			eGFR45↓		19	
			eGFR60↓で低下速度が年間5↑（過去3回以上の結果より）		？	
			上記3項目と同じ★		75～79	
	継続フォロー者で75歳到達者★	22				
③	血圧	Ⅱ度高血圧↑	40-74	37	地区担当保健師	
		Ⅱ度高血圧↑未治療	75～	15	包括保健師	
		Ⅰ度高血圧リスク3層未治療	40-74	21	地区担当保健師	
④	脂質	LDL180↑		9		
		TG300↑未治療	5			
⑤	心房細動	心房細動	75～	8	包括保健師	
		心房細動（未治療者）★		(20)		
	心電図異常	要精検のうちST所見者	40-74	27	地区担当保健師	
⑥	CKD	腎専門医紹介（尿蛋白+、尿潜血+）	40-74	5	在宅保健師 管理栄養士	
⑦	メタボ	2項目以上該当治療中受診勧奨値以上		36		
⑧	初受診等	初受診		31		
		39歳以下国保(初受診、有所見者)	～39	？	在宅保健師	
	その他	継続フォロー者等担当が必要とした者				

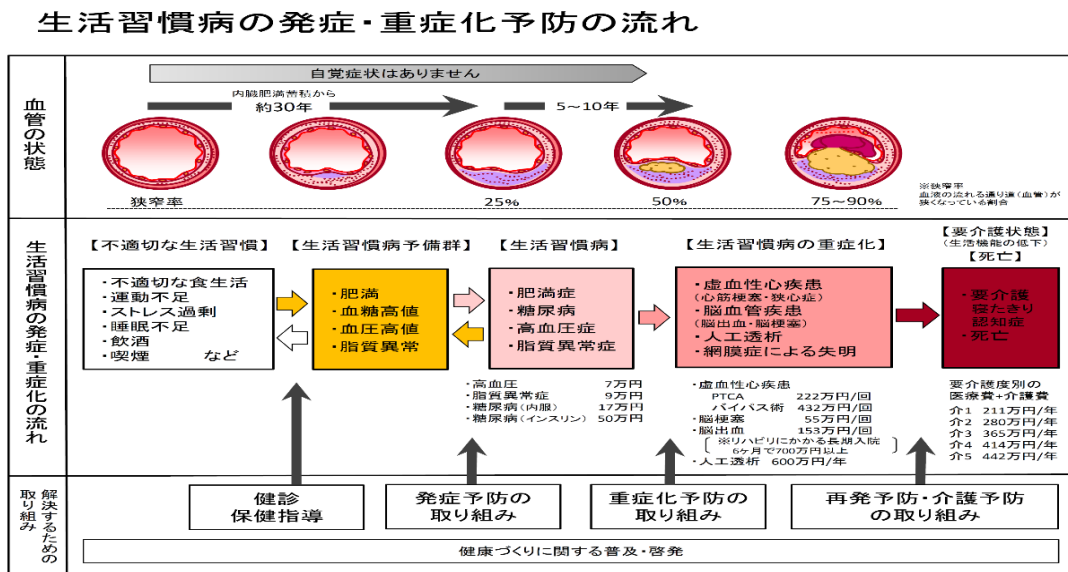
★：後期担当で抽出

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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

図表 42 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

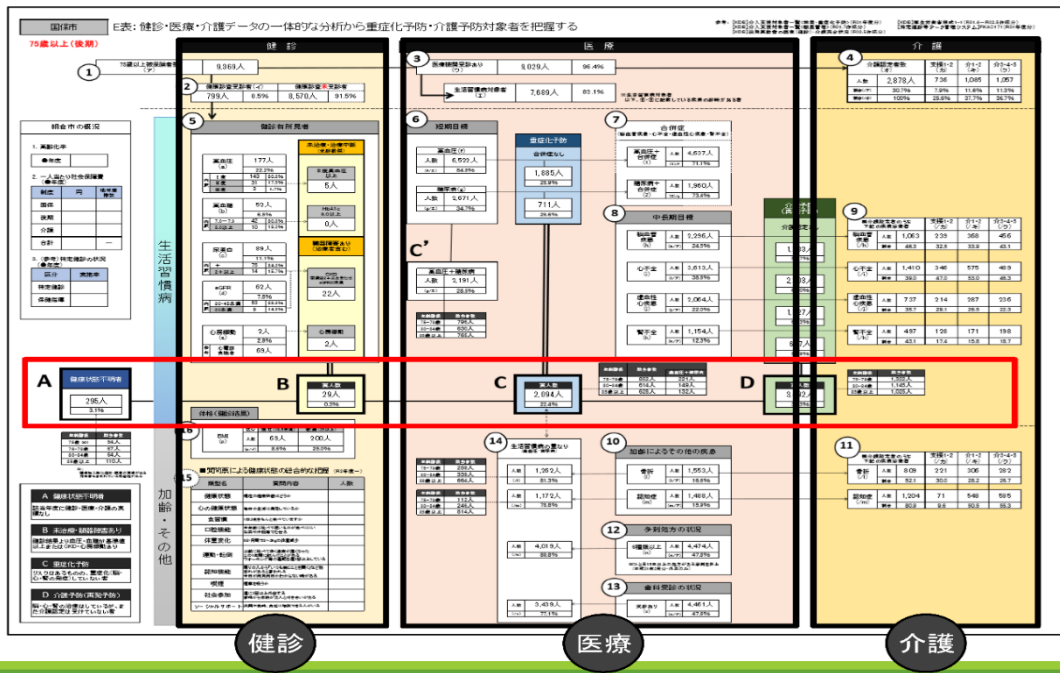
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 43 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 43 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（例図）



(1) 医療費分析

図表 44 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数	3,243人	3,155人	3,114人	3,081人	2,931人	2,747人
総件数及び 総費用額	件数 30,470件	29,914件	26,725件	27,147件	26,548件	37,270件
	費用額 13億3787万円	13億8203万円	12億1861万円	12億8495万円	11億5058万円	20億2222万円
一人あたり医療費	41.3万円	43.8万円	39.1万円	41.7万円	39.3万円	73.6万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 45 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患			短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患			
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧					脂質 異常症		
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	若狭町	11億5058万円	31,771	5.67%	0.31%	2.72%	1.18%	5.38%	2.95%	2.40%	2億3730万円	20.62%	19.95%	8.43%	9.39%
	同規模	--	30,653	4.23%	0.33%	2.07%	1.38%	6.02%	3.54%	2.04%	--	19.60%	17.23%	8.13%	8.66%
	県	--	31,626	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	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	若狭町	20億2222万円	61,802	3.36%	0.25%	4.18%	1.31%	4.64%	3.71%	1.11%	3億7562万円	18.57%	9.98%	5.29%	10.04%
	同規模	--	66,508	4.21%	0.52%	3.96%	1.49%	4.19%	3.35%	1.24%	--	18.96%	10.49%	3.78%	11.96%
	県	--	69,183	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	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

※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

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 46 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	124人	153人	117人	134人	115人	253人
	件数	B	226件	266件	205件	256件	210件	433件
		B/総件数	0.74%	0.89%	0.77%	0.94%	0.79%	1.16%
	費用額	C	3億2689万円	3億5958万円	2億7273万円	3億5150万円	2億6497万円	5億0539万円
C/総費用		24.4%	26.0%	22.4%	27.4%	23.0%	25.0%	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 47 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度						
脳血管疾患	人数	D	4人	9人	8人	10人	8人	24人					
		D/A	3.2%	5.9%	6.8%	7.5%	7.0%	9.5%					
	件数	E	7件	22件	10件	18件	19件	36件					
		E/B	3.1%	8.3%	4.9%	7.0%	9.0%	8.3%					
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	1	4.5%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	4	11.1%
		60代	2	28.6%	14	63.6%	5	50.0%	8	44.4%	80代	17	47.2%
		70-74歳	4	57.1%	7	31.8%	5	50.0%	10	55.6%	90歳以上	15	41.7%
	費用額	F	1236万円	2322万円	1195万円	1974万円	2504万円	3956万円					
		F/C	3.8%	6.5%	4.4%	5.6%	9.5%	7.8%					

出典:ヘルスサポートラボツール

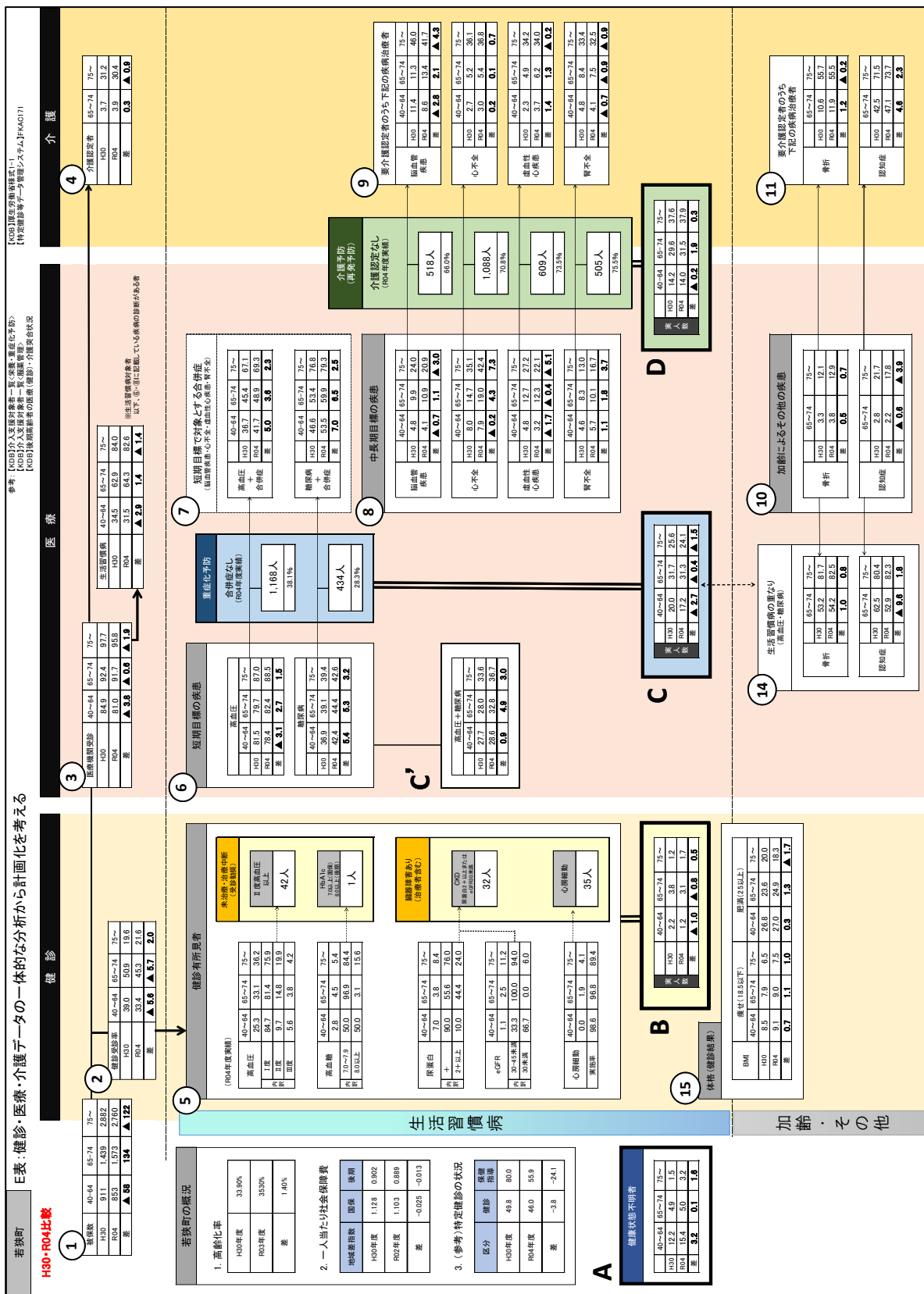
図表 48 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度						
虚血性心疾患	人数	G	7人	13人	7人	5人	4人	4人					
		G/A	5.6%	8.5%	6.0%	3.7%	3.5%	1.6%					
	件数	H	8件	16件	10件	8件	5件	5件					
		H/B	3.5%	6.0%	4.9%	3.1%	2.4%	1.2%					
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	1	6.3%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	2	12.5%	2	20.0%	0	0.0%	75-80歳	2	40.0%
		60代	5	62.5%	8	50.0%	4	40.0%	6	75.0%	80代	2	40.0%
		70-74歳	3	37.5%	5	31.3%	4	40.0%	2	25.0%	90歳以上	1	20.0%
	費用額	I	1167万円	2531万円	1060万円	1178万円	714万円	920万円					
I/C		3.6%	7.0%	3.9%	3.4%	2.7%	1.8%						

出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 49 健診・医療・介護データの一体的分析



図表 50 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定 介護 率	① 被保険者数						② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
		被保険者数			被保険者数			特定 健診		長寿 健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-		
H30	31.2	911	1,439	2,882	39.0	50.9	19.6	8.5	7.9	6.5	26.8	23.6	20.0			
R04	30.4	853	1,573	2,760	33.4	45.3	21.6	9.1	9.0	7.5	27.0	24.9	18.3			

図表 51 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動											
	40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-									
H30	22	6.2	(12)	68	9.3	(31)	75	13.3	(15)	11	3.1	(0)	23	3.1	(1)	5	0.9	(0)	6	1.7	14	1.9	12	2.1	3	0.8	10	1.4	11	1.9
R04	11	3.9	(6)	44	6.2	(24)	52	8.7	(12)	8	2.8	(0)	32	4.5	(1)	5	0.8	(0)	4	1.4	12	1.7	16	2.7	0	--	13	1.8	22	3.7

図表 52 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

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											
H30	84.9	92.4	97.7	34.5	62.9	84.0	81.5	79.7	87.0	36.9	39.1	39.4	27.7	28.0	33.6	36.7	45.4	67.1	46.6	53.4	76.8
R04	81.0	91.7	95.8	31.5	64.3	82.6	78.4	82.4	88.5	42.4	44.4	42.6	28.6	32.8	36.7	41.7	48.9	69.3	53.5	59.9	79.3

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 53 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者割)												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		
H30	4.8	9.9	24.0	4.8	12.7	27.2	8.0	14.7	35.1	4.6	8.3	13.0	11.4	11.3	46.0	2.3	4.9	34.2	2.7	5.2	36.1	4.8	8.4	33.4
R04	4.1	10.9	20.9	3.2	12.3	22.1	7.9	19.0	42.4	5.7	10.1	16.7	8.6	13.4	41.7	3.7	6.2	34.0	3.0	5.4	36.8	4.1	7.5	32.5

図表 54 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	
H30	53.2	81.7	62.5	80.4	3.3	12.1	2.8	21.7	10.6	55.7	42.5	71.5
R04	54.2	82.5	52.9	82.3	3.8	12.9	2.2	17.8	11.9	55.5	47.1	73.7

(3) 健康課題の明確化(図表 44~54)

国保の被保険者数は年々減っており、新型コロナウイルス感染症による受診控えの影響もあり、一人当たり医療費も減っています。後期高齢者になると一人あたり医療費は約 70 万円を超え、国保の 1.9 倍も高い状況です。(図表 44)

当町は、これまで高血圧に重点をおいて保健事業に取り組んできました。

短期的目標疾患の高血圧の総医療費に占める割合は、国保においては、同規模、県、国と比較して低い状況です。しかし、後期高齢者は、同規模、県、国と比較して高い状況です。

中長期目標疾患を見ると、国保においては、慢性腎不全(透析有)と脳梗塞、脳出血が同規模、県、国と比較して高い状況です。後期高齢者において、脳梗塞、脳出血が同規模、県、国と比較して高い状況です。(図表 45)

高額レセプトについては、平成 30 年度から令和 4 年度まで継続して見てみると、国保においては毎年約 200 件以上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 400 件以上に増えることが分かります。(図表 46)高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和 4 年度が一番多く 8 人 19 件で約 2,500 万円以上の費用がかかっています。更に、後期高齢者においては、24 人 36 件発生し、約 4,000 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の重症化予防についても継続して力を入れる必要があります。(図表 47)

虚血性心疾患で高額になったレセプトは、国保で令和1年度が一番多く 13 人 16 件で約 2,500 万円の費用がかかっており、令和 4 年度は 4 人 5 件で約 700 万円と減っています。後期高齢者については、4 人 5 件で 920 万円かかっています。(図表 48)

健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 50 の①被保険者数は、40~64 歳と 75 歳以上は減っていますが、65~74 歳は増えています。

⑮の体格をみると、40~64 歳と 65~74 歳で、BMI25以上の割合が増えています。図表 51 の健診有所見の状況をみると、Ⅱ度高血圧以上者では各年代で割合が減っています。65~74 歳のHbA1c7.0 以上者と心房細動の割合が増えています。75 歳以上の後期高齢者は、CKDと心房細動の割合が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の継続が課題となります。

図表 52 の⑦短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症を、平成 30 年度と令和 4 年度で比較すると、高血圧＋合併症と糖尿病＋合併症は、どの年代も割合が増えています。

図表 53 の⑧中長期目標の疾患において、H30 年度と R4 年度を比較すると、虚血性心疾患はどの年代も割合が減っています。脳血管疾患は、65～74 歳で増えており、また心不全は 65～74 歳と 75 歳以上で増えており、腎不全においてはどの年代も割合が増えています。健診・医療・介護の一体的分析において課題であることが分かります。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえるとⅡ度高血圧以上者の割合は減っていますが、健診受診率は低く高血圧・糖尿病＋合併症の医療機関受診率が高くなっていることから、高血圧や糖尿病の治療につながらず合併症を発症していると考えられます。また、合併症としては、65～74 歳の脳血管疾患や心不全、腎不全が多く、介護認定者にもつながっています。中長期目標疾患(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ることから、引き続き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り組んでいくことが重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直し、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 55)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

② 中長期的な目標の設定

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

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

また、軽症時に通院せず、重症化して入院することから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での医療機関受診を促し、合併症の発症を抑えることを目指します。

③ 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖

尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。

特に、健診受診者のうちⅡ度高血圧以上者の割合は減ってきましたが、未治療のまま放置されている者が約 4 割おり、HbA1c6.5 以上者の割合は増加しています。医療受診が必要な者には医療機関と十分な連携を図り、適切な受診勧奨や治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。

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

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

(2) 管理目標の設定

図表 55 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標			データの把握方法		
			初期値 R6	中間評価 R8	最終評価 R11			
			(R4)	(R7)	(R10)	(活用データ年度)		
データヘルス計画	中長期目標	中長期・短期目標疾患の総医療に占める割合の維持	20.62%	19.00%	18.00%	KDBシステム		
		脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.72%	2.40%	2.00%			
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.18%	1.05%	1.00%			
		慢性腎不全の総医療費に占める割合の維持	5.98%	5.50%	5.20%			
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	40.0%	35.0%	30.0%		若狭町調べ	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	32.3%	30.0%	28.0%	KDBシステム	
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	5.6%	5.3%	5.0%	若狭町調べ	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL180以上)	1.1%	1.0%	1.0%		
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	9.3%	8.0%	7.0%		
			★健診受診者のHbA1C8.0以上の割合の減少	0.5%	0.4%	0.3%		
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	80.0%	90.0%	100.0%		
			糖尿病性腎症重症化予防対象者の保健指導を実施した割合	94.5%	95.0%	100.0%		
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	46.0%	49.0%	60.0%		法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	57.4%	65.0%	80.0%		
			★特定保健指導対象者の割合の減少率	25.0%	25.0%	25.0%		
	努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	30.7%	45.0%	60.0%	県調べ(70歳未満)
			肺がん検診受診者の増加	48.0%	55.0%	60.0%		
			大腸がん検診受診者の増加	51.1%	55.0%	60.0%		
			子宮がん検診受診者の増加	97.7%	98.0%	100.0%		
			乳がん検診受診者の増加	94.7%	98.0%	100.0%		
5つのがん検診の平均受診率の増加			60.2%	65.0%	70.0%			
自己の健康に関心を持つ住民が増える		健康チャレンジの取組みを行う実施者割合の増加	2.98%	4.00%	5.00%	若狭町調べ		
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	87.7%	89.0%	90.0%	厚生労働省		
県の指標	生活習慣の状況	食	就寝前2時間以内に食事摂取する者の割合	14.0%	13.0%	12.0%	法定報告値	
		運動	運動習慣のある者の割合	29.7%	35.0%	40.0%		
		休養	睡眠で休養がとれている者の割合	69.7%	72.0%	75.0%		
		喫煙	喫煙習慣のある者の割合	10.7%	10.4%	10.0%		
		改善意欲	運動や食生活等の生活習慣の改善に取り組んでいる者の割合	25.3%	27.0%	30.0%		

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四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、第一期及び第二期は 5 年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定し、第四期の計画期間は令和 6 年度から令和 11 年度とします。

2. 目標値の設定

図表 56 特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値

	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	47%	49%	52%	55%	57%	60%以上
特定保健指導実施率	60%	65%	70%	75%	80%	80%以上

3. 対象者の見込み

図表 57 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	2,025人	2,166人	2,126人	2,088人	2,046人	2,008人
	受診者数	1,036人	1,061人	1,105人	1,148人	1,166人	1,204人
特定保健指導	対象者数	124人	127人	132人	139人	139人	144人
	受診者数	74人	82人	92人	104人	111人	115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、県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町国保側の代表が集合契約を行います。

- ① 集団健診(リブラ若狭や歴史文化館、みさきち等)
- ② 個別健診(委託医療機関)

2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、および実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に

委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、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) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

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

図表 58 特定健診検査項目

健診項目		若狭町	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール (NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン (eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

5) 実施時期

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

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

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

7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、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) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 59 特定健診実施スケジュール

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

5. 特定保健指導の実施

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

○第4期(2024年以降)における変更点

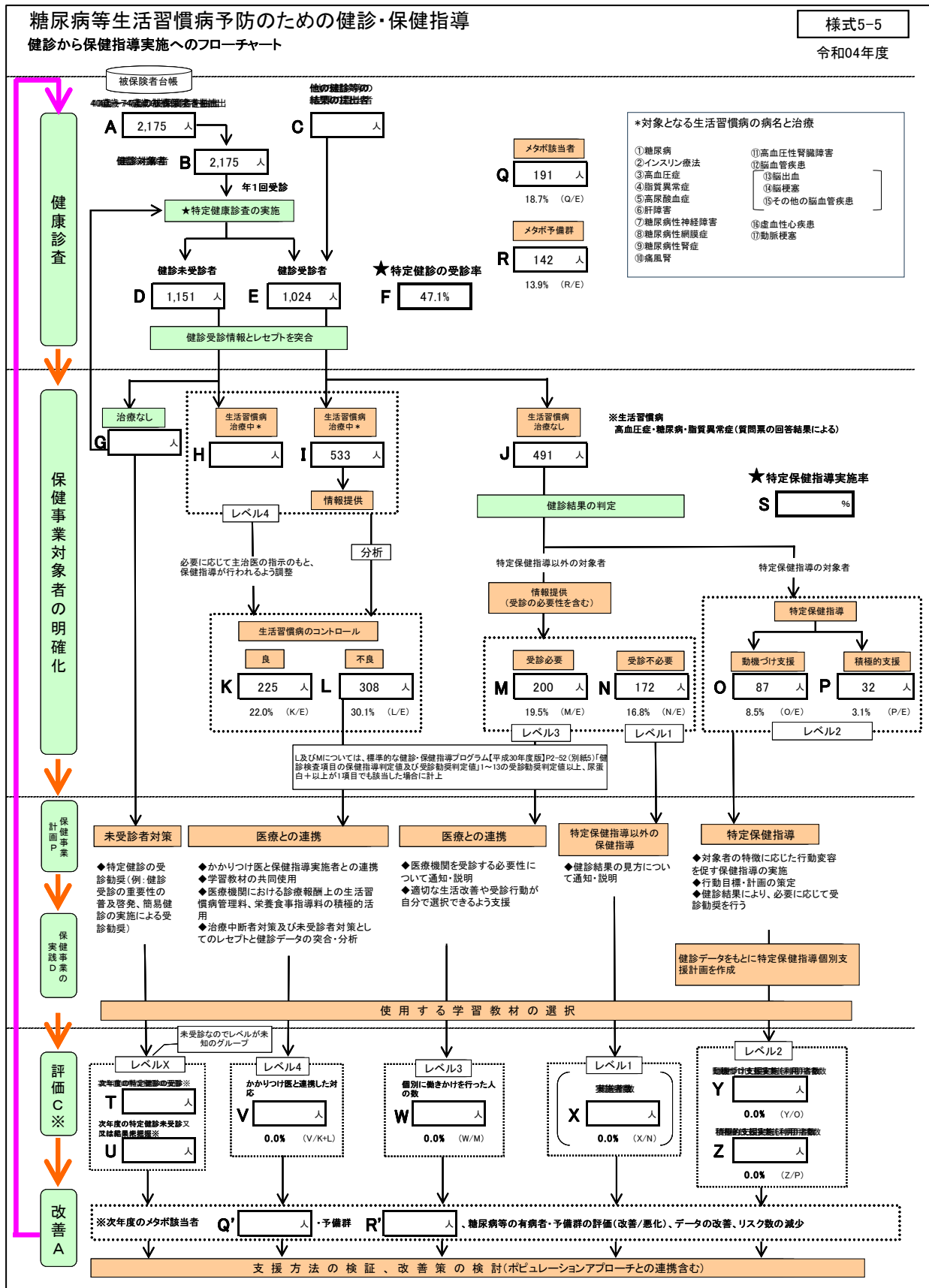
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 60 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



出典:ヘルサポータルボツール

2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 61 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	国民健康保険	対象者数見込 (受診者の○%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う 	119人 (11.6%)	80%
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> ◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援 	200人 (19.5%)	100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	1,151人 ※R4受診率目標達成までにあと237人	95%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	172人 (16.8%)	100%
5	I	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆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 	533人 (52.1%)	100%

3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 62 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎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 集団健診 個別健診		◎基本健診、後期高齢者健診、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)を通じて費用決裁の開始
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	◎次年度健診受診希望調査	次年度 9月まで	◎保健推進委員会の開催

6. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および若狭町個人情報保護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。保存義務期間は、記録の作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までですが、保存期間の満了後は、保存してある記録を加入者の求めに応じて当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健診情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行います。

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 日までに支払基金(国)へ報告します。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせて実施いく必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・肥満・メタボリックシンドローム重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。

具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知していきます。また、町の健康課題である高血圧予防を中心とした減塩や運動などの健康づくり活動を、商工会等の関係機関とも連携し幅広い年代層に展開していきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

II. 未受診者対策の取組

当町の 40～50 代の男性受診率が低い状況です。(図表 30) 効果のある受診勧奨方法を検討するとともに、受診しやすい環境整備に努めます。

また、継続受診率はコロナ禍を過ぎ 78.2%に改善してきていますが、不定期受診者が 1 割おられます。継続受診率を向上していけるよう、受診勧奨を実施していきます。(図表 31)

【事業計画】

事業名	未受診者対策事業							
事業目的	特定健診を受診し、自分の身体状況を知る人が増える							
事業概要	健診未申込者や未受診者に対し、通知や電話、訪問等で受診勧奨を実施する							
現在までの事業結果	新規受診勧奨（％は受診率） ①健診なし・医療機関受診なし者に対し、ハガキにて申し込む方法周知をしていたがR5～マンパワー不足により未実施。R3:14.6% R4:27.3% ②R3～40・50歳代男性に対し、ハガキ通知。R3:0.6% R4:7.3% 継続受診勧奨（％は受診率） ①前年度受診者のうち今年度未申込者に対し、ハガキ通知。R3:51.5% R4:54.8% ②申込者のうち未受診者に対し、ハガキ通知。R3:12.1% R4:15.2% ③保健指導対象者のうち未申込者に対し、担当者より電話や訪問で受診勧奨。R3:39/9% R4:58.1% ④前年度結果提供者のうち未受診者に対し、結果提供依頼通知。R3:44.9% R4:45/8%							
指標								
ストラクチャー	健康医療課：事務職、保健師、管理栄養士、看護師等 委託事業者							
プロセス	対象者に対し、通知や電話、訪問等で受診勧奨を実施。今後は未申込者に対し、受診履歴やレセプト情報から分析した健康意識に合わせたタイプ別の受診勧奨ハガキの通知や公式LINEを活用した受診勧奨方法を検討していく。							
		2023(R5) (R4値)	2024(R6) (R5値)	2025(R7) (R6値)	2026(R8) (R7値)	2027(R9) (R8値)	2028(R10) (R9値)	2029(R11) (R10値)
アウトプット	新規受診勧奨率	100.0%			100.0%			100.0%
	継続受診勧奨率	73.1%			80.0%			95.0%
アウトカム	特定健診受診率	46.0%		47.0%	49.0%	52.0%	55.0%	57.0%
	新規受診勧奨者の受診率	13.8%			20.0%			30.0%
	継続受診勧奨者の受診率	52.2%			55.0%			60.0%
評価時期	毎年11月(次年度予算計上のための評価)と3月(次年度の保健事業評計画のための評価)に評価する							

Ⅲ. 重症化予防の取組

当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、359人(35.1%)です。そのうち治療なしが128人(18.6%)を占め、さらに臓器障害あり直ちに取り組むべき対象者が69人です。

また、当町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、128人中61人と半数のため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効果的であることが分かります。(図表 63)

図表 63 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-										令和04年度		
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)		
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (虚血性心疾患の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		1,024人	47.1%
	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				■各疾患の治療状況		
	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				治療中	治療なし	
	※脳卒中 データ中心 2015年									高血圧	380	644
										脂質異 常症	314	710
										糖尿病	85	892
										3疾患 いづれか	533	689
										※問診結果による		
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)		重症化予防対象者 (実人数)			
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)					
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/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		359 35.1%			
該当者数	57 5.6%	13 1.3%	11 1.1%	19 1.9%	191 18.7%	65 6.3%	123 12.0%		128 18.6%			
治療なし	35 5.4%	0 0.0%	9 1.3%	14 2.0%	39 5.7%	29 3.3%	52 7.5%		61 17.0%			
(再掲) 特定保健指導	15 26.3%	0 0.0%	3 27.3%	3 15.8%	39 20.4%	6 9.2%	13 10.6%		231 43.3%			
治療中	22 5.8%	13 2.4%	2 0.6%	5 1.6%	152 28.5%	36 42.4%	71 13.3%		69 53.9%			
臓器障害 あり	13 37.1%	0	5 55.6%	5 35.7%	12 30.8%	12 41.4%	52 100.0%		52			
CKD(専門医対象者)	7	0	2	2	4	3	52		35			
心電図所見あり	8	0	4	3	10	11	18		-			
臓器障害 なし	22 62.9%	-	4 44.4%	9 64.3%	27 69.2%	17 58.6%	-		-			
治療中	臓器障害 あり	心房細動	LDL-C	中性脂肪	メタボ該当者	HbA1c	慢性腎臓病		重症化予防対象者			
	10 45.5%	13 100.0%	1 50.0%	2 40.0%	67 44.1%	14 38.9%	71 100.0%		123 53.2%			
	CKD(専門医対象者)	4	5	1	1	32	7	71		71		
	心電図所見あり	9	13	0	2	49	8	21		73		
	臓器障害 なし	12 54.5%	-	1 50.0%	3 60.0%	85 55.9%	22 61.1%		-			

出典:ヘルサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

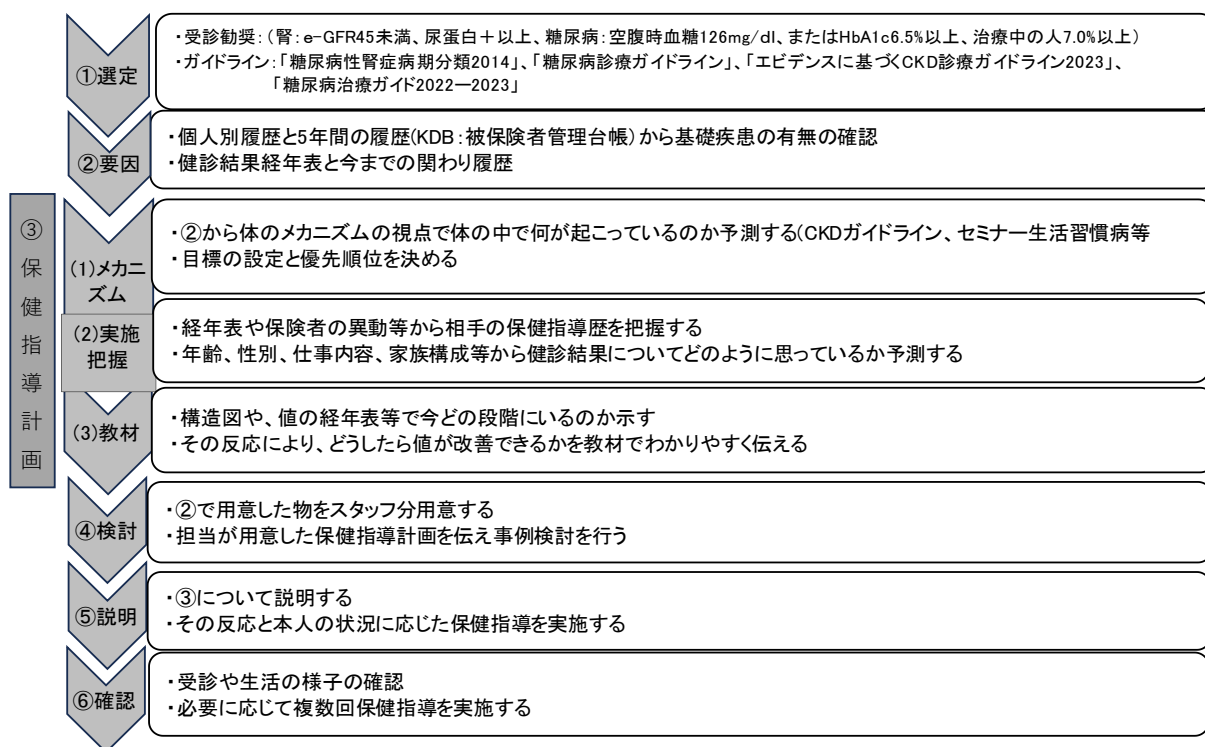
1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては平成 30 年度に福井県のプログラムに沿って作成した「若狭町糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 64 に沿って実施します。

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

図表 64 対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

- ① 若狭町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

健康診査・レセプトデータから対象者を抽出

- 1 過去の健診において、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

- [基準A](糖尿病) ア 空腹時血糖 126mg/dl 以上
 イ 随時血糖 200mg/dl 以上
 ウ HbA1c(NGSP) 6.5%以上

② 健診未受診者のうち、過去に糖尿病等の治療歴のある者で、最終の治療日から1年間経過しても糖尿病等による医療機関受診歴がない者(国保連合会より対象者連絡あり)

③ 過去の健診において、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(医療機関受診中であって次のいずれかに該当する者には、必要に応じて、町からかかりつけ医に対し、保健指導の必要性について相談する。)

- [基準B](慢性腎臓病) エ 尿蛋白 2+以上
 オ eGFR 45ml/分/1.73m² 未満
 カ eGFR 60ml/分/1.73m² 未満で、
 eGFR 低下速度が 年間 5ml/分/1.73m² 以上
 (※過去3回以上の結果より算出)

② 受診勧奨方法

個別面談、電話、郵送による通知いずれかの方法により、受診勧奨を行う。受診勧奨にあたっては、糖尿病性腎症重症化予防連絡票(以下①)を用いて医療機関との連携を図ります。

③ 医療機関受診後の対応

受診勧奨により健診受診者のうち、かかりつけ医が保健指導を必要と判断した者について、本人の同意を得たうえで、糖尿病性腎症重症化予防保健指導情報提供書(以下②)を用いて町(保険者)へ紹介します。町(保険者)は指示のもと、保健指導を実施。また、診察の際、歯周病に関する問診を行い、歯周病が疑われる者に対して歯科医療機関への受診を促します。

かかりつけ医は、保健指導情報提供書文書料請求書(以下③)を、②と一緒に提出します。

④ 受診再勧奨

町(保険者)は、かかりつけ医からの④やレセプト等で受診が確認できない対象者に対し、再度電話、訪問等により受診勧奨を行います。

⑤ 受診勧奨後の保健指導

町(保険者)は、かかりつけ医からの⑤により、保健指導が適当であると判断された者に対し、個別相談、訪問指導、集団指導を実施します。ただし、腎機能が低下した者に対して保健指導を実施する場合には、医療機関と十分に連携をとりながらスキルの高い専門職が保健指導を実施します。また、実施した保健指導内容について、糖尿病連携手帳等を用いてかかりつけ医に指導結果の報告を行います。

(2) 医療機関からの紹介

かかりつけ医は、現在糖尿病や慢性腎臓病により医療機関受診中の者のうち、保健指導が必要と

判断した患者について、本人の同意を得たうえで、糖尿病性腎症重症化予防保健指導依頼書(以下④)を用いて町(保険者)へ紹介します。また、医療機関は事前に町(保険者)に④の送付について事前に連絡をすることとします。

- 1 生活習慣改善が困難な患者
- 2 治療を中断しがちな患者
- 3 自施設に管理栄養士等が配置されておらず実践的な指導が困難な場合
- 4 専門医のいる病院との連携が困難な地域

(3) 介入方法と優先順位(図表 65)

若狭町においてレセプトと健診データの突合(図表 65)では、特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、35人(27.8%・F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者(H)605人のうち、特定健診受診者が91人(15.0%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者514人(85.0%・I)については、治療中ですが、データを把握していないため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。まずは、特定健診受診者から優先順位をつけて保健指導を実施していきます。

優先順位1

【受診勧奨と保健指導】

(1)①の基準該当者

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い未治療者(F)
- ・糖尿病治療中であつたが中断者(国保連合会より対象者連絡あり)

介入方法:訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(J)のうちHbA1c8.0以上者

介入方法:訪問、個別面談、電話、手紙等に対応、医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者

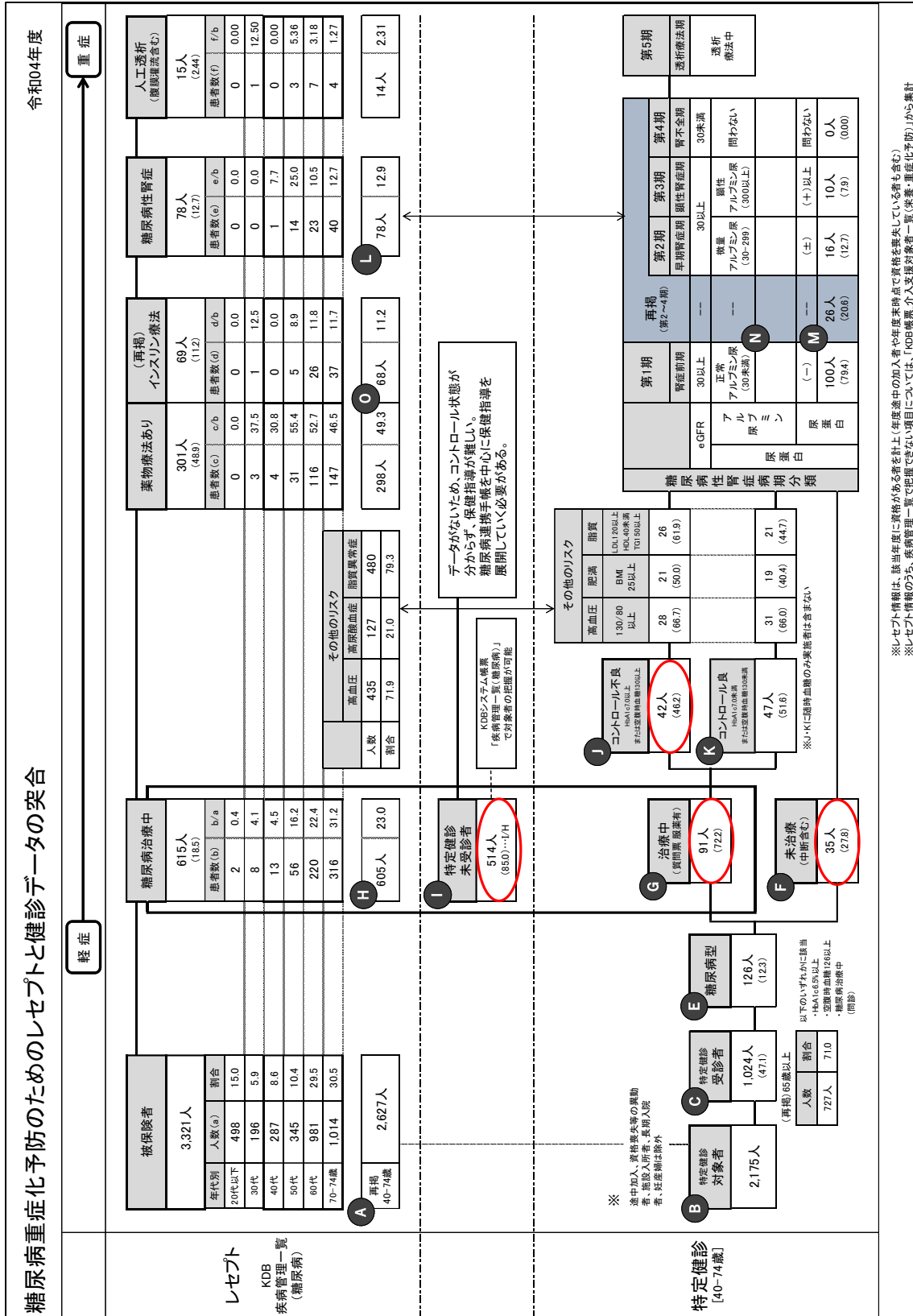
介入方法:訪問、個別面談、電話、手紙等に対応、医療機関と連携した保健指導

(4)対象者の進捗管理

糖尿病管理台帳の作成

- ・健診データが届いたら治療の有無にかかわらず管理台帳に記載し、資格を確認する
- ・レセプトを確認し、情報を記載する
- ・管理台帳記載後、結果を確認する
- ・担当地区の対象者数を把握する

図表 65 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



3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

図表 66 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

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

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

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 で特定保健指導対象者以外の者に対して、二次健診で75g 糖負荷試験を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、プログラム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の様式を使用します。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては福井県プログラムに準じて行っています。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 67 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1c の変化
 - eGFR の変化 (1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

図表 67 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	若狭町										同規模保険者(平均)		データ基
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1 ① 被保険者数	A	3,426人		3,271人		3,222人		3,138人		3,113人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	② (再掲)40-74歳	2,694人		2,630人		2,590人		2,567人		2,540人				
2 ① 特定健診	B	2,426人		2,342人		2,366人		2,334人		2,175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 対象者数	1,237人		1,195人		947人		1,045人		1,024人				
③ 受診率	C	51.0%		51.0%		40.0%		44.8%		47.1%				
3 ① 特定保健指導		150人		146人		127人		128人		118人				
	② 実施率	80.0%		80.8%		76.4%		72.7%		55.9%				
4 ① 健診データ	E	138人	11.2%	141人	11.8%	113人	11.9%	127人	12.2%	126人	12.3%			特定健診結果
	② 糖尿病型	未治療・中断者(質問票 服薬なし)		治療中(質問票 服薬あり)		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		コントロール良好 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満						
	③	33人 23.9%		37人 26.2%		32人 28.3%		31人 24.4%		35人 27.8%				
	④	41人 39.0%		43人 41.3%		32人 39.5%		40人 41.7%		42人 46.2%				
	⑤	33人 80.5%		30人 69.8%		19人 59.4%		28人 70.0%		28人 66.7%				
	⑥	16人 39.0%		21人 48.8%		12人 37.5%		19人 47.5%		21人 50.0%				
	⑦	64人 61.0%		61人 58.7%		49人 60.5%		56人 58.3%		49人 53.8%				
	⑧	105人 76.1%		114人 80.9%		94人 83.2%		94人 74.0%		100人 79.4%				
	⑨	14人 10.1%		7人 5.0%		8人 7.1%		18人 14.2%		16人 12.7%				
	⑩	18人 13.0%		18人 12.8%		10人 8.8%		15人 11.8%		10人 7.9%				
	⑪	1人 0.7%		1人 0.7%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%				
5 ① レセプト	H	112.7人		126.6人		113.3人		124.6人		128.5人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	② 糖尿病受療率(被保険者対)	142.2人		155.9人		139.4人		149.2人		155.9人				
	③	1,967件 (755.4)		2,046件 (807.1)		2,084件 (828.0)		2,290件 (910.9)		2,230件 (938.6)		334,283件 (942.0)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④	7件 (2.7)		9件 (3.6)		13件 (5.2)		7件 (2.8)		8件 (3.4)		1,709件 (4.8)		
	⑤	386人 11.3%		414人 12.7%		365人 11.3%		391人 12.5%		400人 12.8%				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	⑥	383人 14.2%		410人 15.6%		361人 13.9%		383人 14.9%		396人 15.6%				
	⑦	278人 72.6%		305人 74.4%		280人 77.6%		287人 74.9%		305人 77.0%				
	⑧	25人 6.5%		30人 7.2%		30人 8.2%		30人 7.7%		28人 7.0%				
	⑨	25人 6.5%		30人 7.3%		29人 8.0%		28人 7.3%		27人 6.8%				
	⑩	18人 4.7%		21人 5.1%		20人 5.5%		41人 10.5%		42人 10.5%				
	⑪	18人 4.7%		21人 5.1%		19人 5.3%		41人 10.7%		42人 10.6%				
	⑫	7人 1.8%		7人 1.7%		6人 1.6%		5人 1.3%		11人 2.8%				
	⑬	7人 1.8%		7人 1.7%		6人 1.7%		5人 1.3%		10人 2.5%				
	⑭	2		4		2		5		5				
	⑮	1		0		1		3		2				
	⑯	6人 0.8%		4人 0.5%		4人 0.6%		4人 0.6%		5人 0.7%				
6 ① 医療費	13億3787万円		13億8203万円		12億1861万円		12億8495万円		11億5058万円		10億9648万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
	7億2546万円		7億6882万円		7億0460万円		7億4363万円		6億7298万円		5億9067万円			
	54.2%		55.6%		57.8%		57.9%		58.5%		53.9%			
	8,894円		10,269円		5,458円		7,259円		9,428円		8,199円			
	34,465円		37,868円		40,686円		38,841円		37,147円		37,038円			
	5257万円		5573万円		6045万円		6654万円		6190万円		6602万円			
	7.2%		7.2%		8.6%		8.9%		9.2%		11.2%			
	1億7277万円		1億9817万円		1億9871万円		2億0256万円		2億1069万円					
	36,152円		37,890円		39,781円		38,532円		41,639円					
	1億6385万円		1億5445万円		1億3169万円		1億4760万円		1億1569万円					
	635,079円		543,841円		546,441円		647,369円		572,715円					
	22日		20日		20日		20日		20日					
	7237万円		7796万円		7574万円		7267万円		6886万円		4999万円			
	6972万円		7687万円		7207万円		6768万円		6529万円		4634万円			
	265万円		110万円		367万円		499万円		358万円		364万円			
7 ① 介護	16億5073万円		16億9170万円		17億2535万円		16億9473万円		16億5066万円		13億3151万円			
	2件 14.3%		3件 23.1%		3件 21.4%		1件 10.0%		1件 14.3%					
8 ① 死亡	2人 0.9%		4人 1.9%		3人 1.4%		1人 0.5%		3人 1.3%		582人 1.1%		KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	

出典:ヘルスサポートラボツール

7) 実施期間及びスケジュール

5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

6月～特定健診結果が届き次第順次、対象者へ介入(通年)

2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

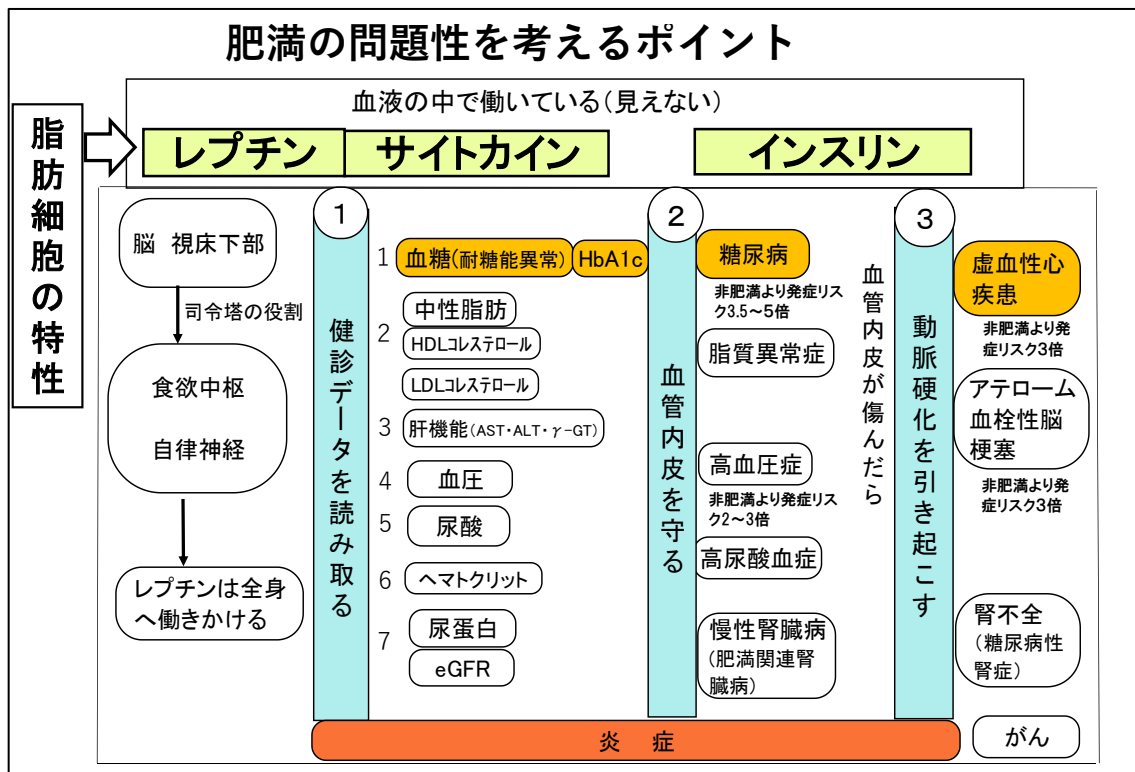
1) 基本的な考え方

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

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

なお、取組にあたっては図表 68 に基づいて考えていきます。

図表 68 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 69 肥満度分類による実態

		受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
						40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数		297	727	82	180	67	160	12	14	3	6	0	0
				27.6%	24.8%	22.6%	22.0%	4.0%	1.9%	1.0%	0.8%	0.0%	0.0%
再掲	男性	148	324	52	105	41	91	9	10	2	4	0	0
				35.1%	32.4%	27.7%	28.1%	6.1%	3.1%	1.4%	1.2%	0.0%	0.0%
再掲	女性	149	403	30	75	26	69	3	4	1	2	0	0
				20.1%	18.6%	17.4%	17.1%	2.0%	1.0%	0.7%	0.5%	0.0%	0.0%

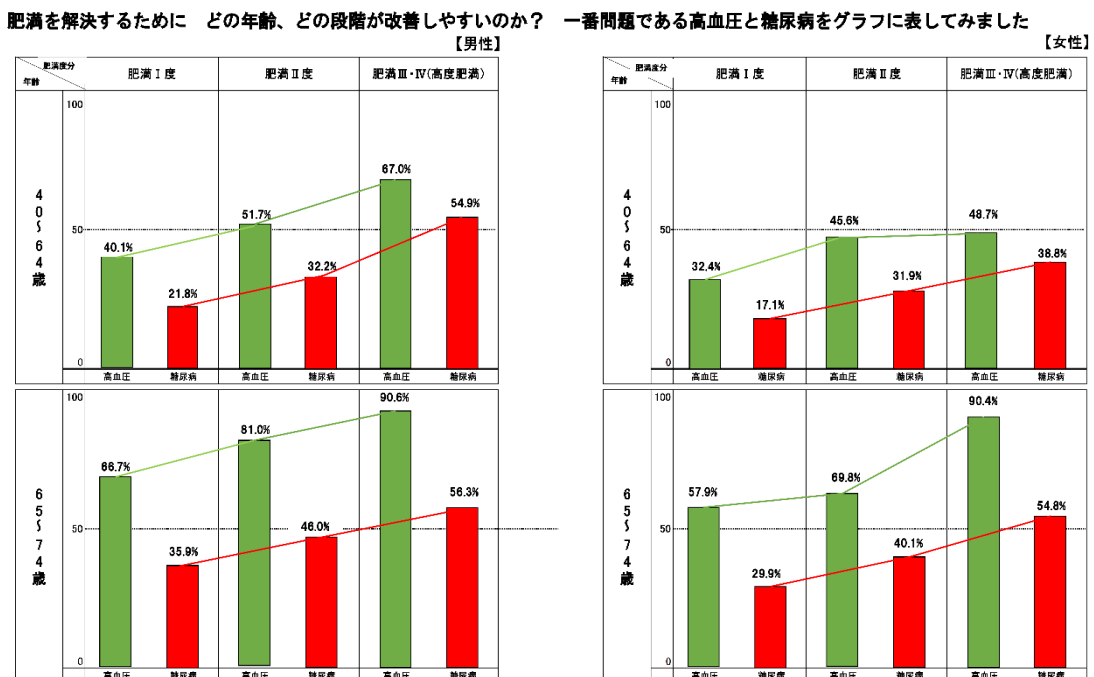
出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位をつけます。

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

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 70 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



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

図表 71 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

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

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

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満3度・4度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要がある。そのことは、図表 71 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に図表 70 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が50%に満たない肥満I度で、若い年代(40~64歳)を対象とすると効率がいいことがわかります。

③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 72 心・脳血管疾患を発症した事例(例示)

心・脳血管疾患を発症した事例から課題を整理する

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

3) 対象者の明確化

図表 73 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A	472	43	49	171	209	552	32	50	215	255	
メタボ該当者	B	142	5	16	53	68	49	1	5	23	20	
	B/A	30.1%	11.6%	32.7%	31.0%	32.5%	8.9%	3.1%	10.0%	10.7%	7.8%	
再掲	① 3項目全て	C	58	3	5	20	30	11	1	2	4	4
		C/B	40.8%	60.0%	31.3%	37.7%	44.1%	22.4%	100.0%	40.0%	17.4%	20.0%
	② 血糖+血压	D	30	0	2	13	15	12	0	1	7	4
		D/B	21.1%	0.0%	12.5%	24.5%	22.1%	24.5%	0.0%	20.0%	30.4%	20.0%
	③ 血压+脂質	E	49	2	8	18	21	24	0	2	10	12
		E/B	34.5%	40.0%	50.0%	34.0%	30.9%	49.0%	0.0%	40.0%	43.5%	60.0%
	④ 血糖+脂質	F	5	0	1	2	2	2	0	0	2	0
		F/B	3.5%	0.0%	6.3%	3.8%	2.9%	4.1%	0.0%	0.0%	8.7%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 74 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	472	142	30.1%	113	79.6%	29	20.4%	552	49	8.9%	39	79.6%	10	20.4%		
40代	43	5	11.6%	3	60.0%	2	40.0%	32	1	3.1%	1	100.0%	0	0.0%		
50代	49	16	32.7%	10	62.5%	6	37.5%	50	5	10.0%	4	80.0%	1	20.0%		
60代	171	53	31.0%	41	77.4%	12	22.6%	215	23	10.7%	16	69.6%	7	30.4%		
70~74歳	209	68	32.5%	59	86.8%	9	13.2%	255	20	7.8%	18	90.0%	2	10.0%		

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 73)は、男性は50代60代70代で受診者の3割を超えるが、女性では50代60代70代で1割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 74)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、図表 72 心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、全員がメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣

病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

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

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4) 保健指導の実施

(1) 最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 75 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

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

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。

当町においても、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)、心臓足首血管指数(CAVI)検査
(下肢の血管の詰まり、硬さを見る検査)
- ③ 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④ 75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

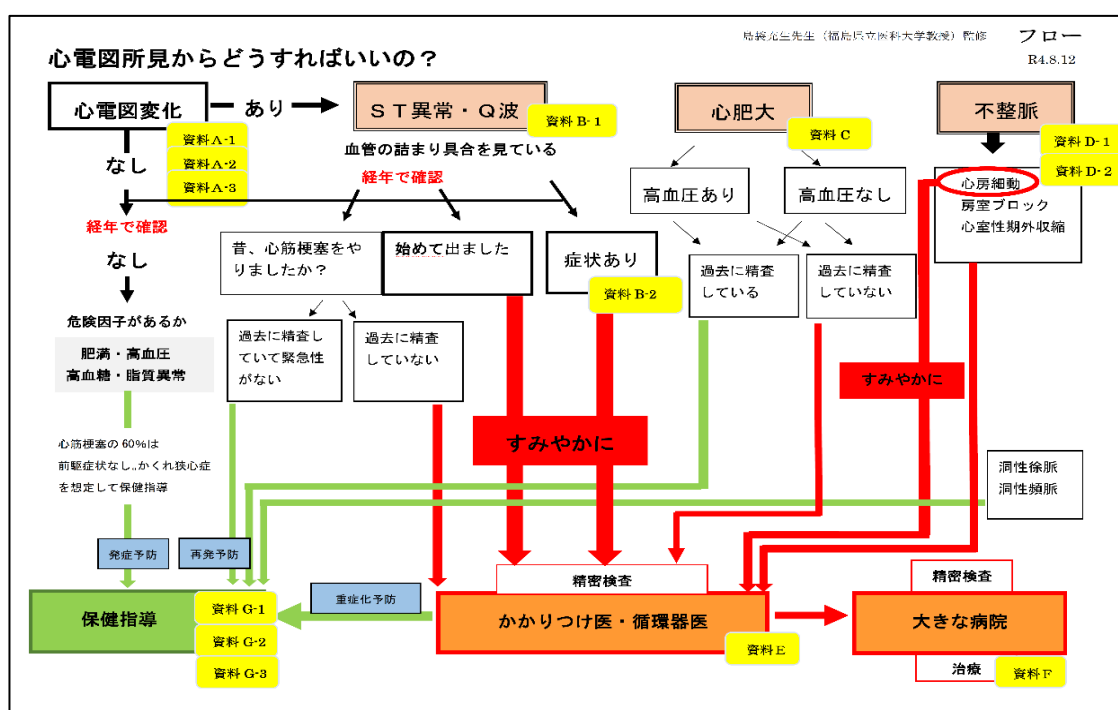
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表76に基づいて考えます。

図表76 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

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

当町においては、心電図検査を953人(93.1%)に実施し、そのうち有所見者が282人(29.6%)でした。所見の中では脚ブロック56人(19.9%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表77)

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高血圧、高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 77 心電図検査結果

性別・年齢	心電図検査			所見内訳																	
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
					異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
40~74歳	953	93.1%	282	29.6%	2	0.7%	23	8.2%	0	0.0%	36	12.8%	9	3.2%	56	19.9%	13	4.6%	41	14.5%	
内訳	男性	437	92.6%	140	32.0%	2	1.4%	6	4.3%	0	0.0%	18	12.9%	8	5.7%	39	27.9%	9	6.4%	24	17.1%
女性	516	93.5%	142	27.5%	0	0.0%	17	12.0%	0	0.0%	18	12.7%	1	0.7%	17	12.0%	4	2.8%	17	12.0%	

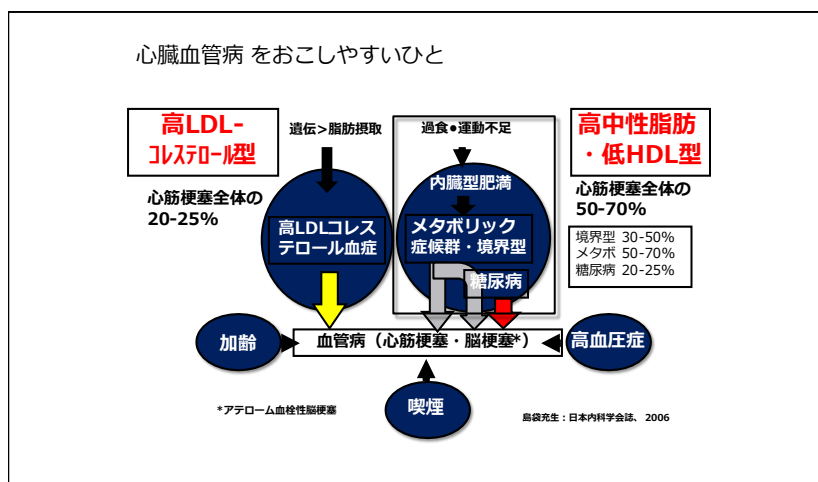
若狭町調べ

② 心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の60%は前駆症状がないため)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又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 78)今後も、LDL コレステロール 180 以上の者と未治療の中性脂肪 300 以上の者に対し、保健指導と医療機関の受診勧奨を継続します。

図表 78 心血管病をおこしやすいひと



図表 78 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、第4章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 73・74)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 79)を参照します。

図表 79 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		
				390	199	134	48	9	6	9	22	20	
					51.0%	34.4%	12.3%	2.3%	10.5%	15.8%	38.6%	35.1%	
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)	46	30	11	5	0	2	3	0	0		
			11.8%	15.1%	8.2%	10.4%	0.0%	33.3%	33.3%	0.0%	0.0%		
	中リスク	140未満 (170未満)	144	74	47	17	6	1	3	11	8		
			36.9%	37.2%	35.1%	35.4%	66.7%	16.7%	33.3%	50.0%	40.0%		
高リスク	120未満 (150未満)	182	88	67	24	3	3	2	10	12			
		46.7%	44.2%	50.0%	50.0%	33.3%	50.0%	22.2%	45.5%	60.0%			
	再掲	100未満 (130未満) ※1	8	6	1	1	0	0	0	0	1		
			2.1%	3.0%	0.7%	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%		
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)	18	7	9	2	0	0	1	1	0		
			4.6%	3.5%	6.7%	4.2%	0.0%	0.0%	11.1%	4.5%	0.0%		

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮
 ※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

図表 80 心電図所見からの保健指導教材

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、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)、心臓足首血管指数(CAVI)検査
(下肢の血管の詰まり、硬さを見る検査)
- ③ 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④ 75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

5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

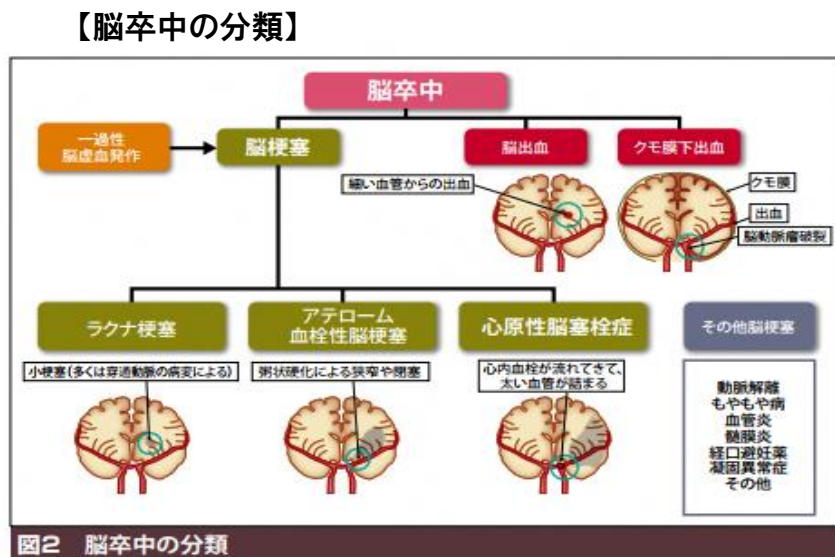
6月～特定健診結果が届き次第順次、対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 81,82)

図表 81 脳卒中の分類



(脳卒中予防への提言より引用)

図表 82 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 83 でみると、高血圧治療者 1,120 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 120 人(10.7%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 57 人(17.9%)であり、そのうち 35 人(61.4%)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。

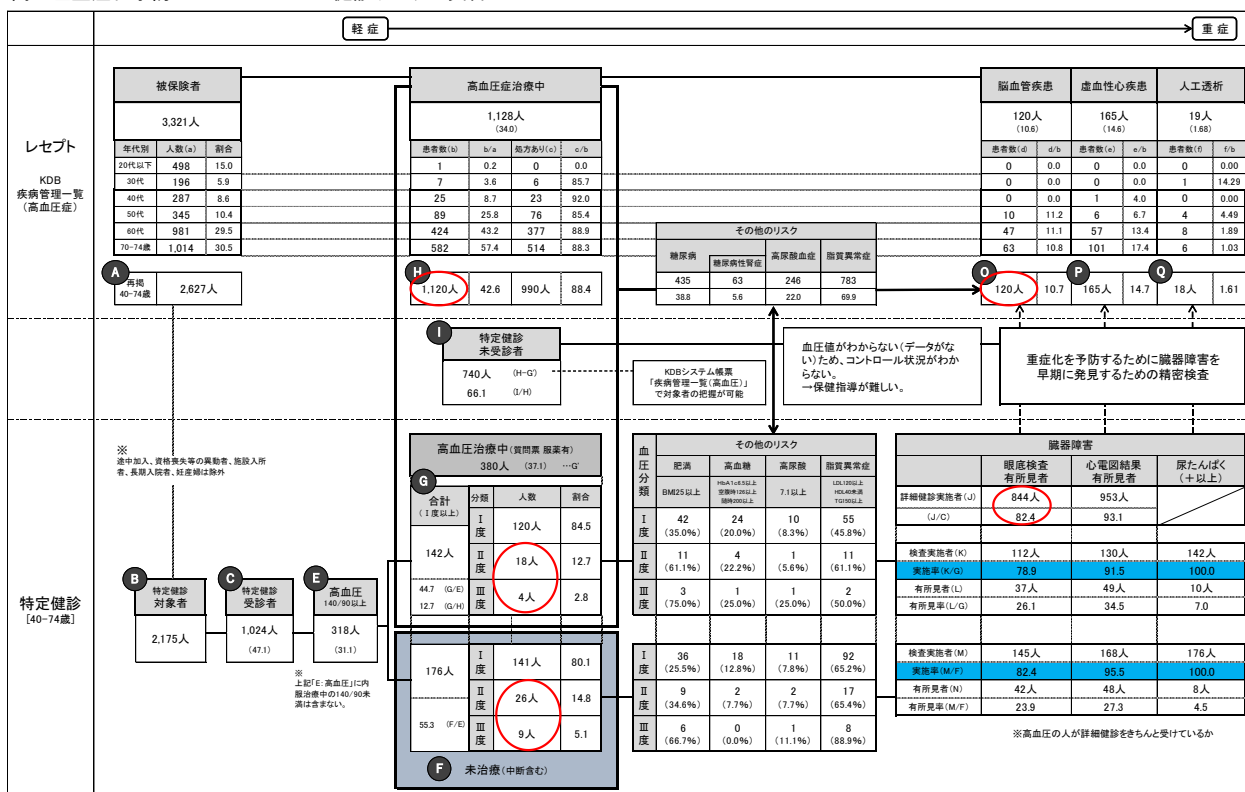
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 22 人(17%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、844 人(82.4%)実施している状況です。眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっています。眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、個別健診実施者には、集団健診をすすめるなど本人と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

図表 83 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 84 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

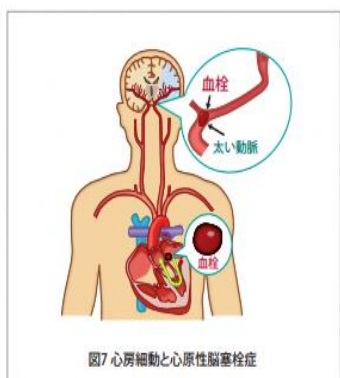
図表 84 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定						令和04年度		
		(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会						
		p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子						
		p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管リスク層別化						
		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)	317	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		
			141 44.5%	141 44.5%	26 8.2%	9 2.8%		
リスク第1層 予後影響因子がない	21 6.6%	C 11 7.8%	B 9 6.4%	B 1 3.8%	A 0 0.0%		A	ただちに 薬物療法を開始 83 26.2%
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	186 58.7%	C 80 56.7%	B 83 58.9%	A 18 69.2%	A 5 55.6%		B	概ね1ヵ月後に 再評価 143 45.1%
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	110 34.7%	B 50 35.5%	A 49 34.8%	A 7 26.9%	A 4 44.4%		C	概ね3ヵ月後に 再評価 91 28.7%

…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。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防への提言より引用)

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」になる頻度が高くなります。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 85 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

図表 85 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	472	552	437	92.6%	516	93.5%	9	2.1%	4	0.8%	--	--
40代	43	32	42	97.7%	30	93.8%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	49	50	47	95.9%	48	96.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	171	215	161	94.2%	198	92.1%	3	1.9%	2	1.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	209	255	187	89.5%	240	94.1%	6	3.2%	2	0.8%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 86 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
13	1	7.7%	12	92.3%

Fxa阻害薬及び抗血栓薬を内服している者を治療中
受診しているが内服がない者を未治療

心電図検査において 13 人が心房細動の所見がありました。有所見率を見ると僅かですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心房細動有所見 13 人のうち 12 人は既に内服治療が開始されており、1 人は内服治療していませんが継続受診をしています。(図表 86)

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

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

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

5 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

6 月～特定健診結果が届き次第順次、対象者へ介入(通年)

【事業計画】

事業名	重症化予防事業							
事業目的	生活習慣病を発症せず、脳血管疾患や虚血性心疾患、慢性腎不全等重症化する人が減る							
事業概要	特定保健指導、重症化予防対象者に対し、個別に保健指導を実施する							
現在までの事業結果	保健指導計画に基づき対象者を選定し、担当者を決める。後期高齢者も対象とし、地域包括支援センターとも連携する。 経年結果やKDBでレセプト情報を確認し健診結果を読み取り資料を準備。面談や訪問等で保健指導を実施。受診勧奨値で未治療者には医療機関受診を勧め主治医と連携した保健・栄養指導を実施。健診結果に関わる生活習慣を対象者自らが振り返り、解決方法を選択する支援を実施する。1～3か月後、受診状況や血圧や体重等の変化、生活習慣改善状況等を確認する。また、治療継続と中断時の支援も実施。							
指標								
ストラクチャー	健康医療課：保健師、管理栄養士 福祉課(地域包括支援センター)：保健師 委託保健師・管理栄養士							
プロセス	重症化予防のための保健指導計画に基づき対象者を選定し、地区担当保健師や管理栄養士が保健指導を実施。地域包括支援センターと連携し、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業も勧めていく。							
		2023(R5) (R4値)	2024(R6) (R5値)	2025(R7) (R6値)	2026(R8) (R7値)	2027(R9) (R8値)	2028(R10) (R9値)	2029(R11) (R10値)
アウトプット	特定保健指導実施率	57.4%		60.0%	65.0%	70.0%	75.0%	80.0%
	重症化予防対象者	88.0%			90.0%			95.0%
	保健指導実施率(Ⅱ度高血圧↑、HbA1c6.5↑、LDL180↑、TG300↑)							
アウトカム	特定保健指導対象者の減少率	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%
	未治療者の医療機関受診率	49.3%			60.0%			70.0%
	メタボ該当者・予備群者割合	32.3%			30.0%			28.0%
	高血圧(160/100↑)の割合	5.6%			5.3%			5.0%
	高血糖(HbA1c6.5↑、治療中7.0↑)の割合	6.3%			6.0%			5.5%
	脂質異常(LDL180↑)の割合	1.1%			1.0%			1.0%
	総医療費における脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全・高血圧・脂質異常症・糖尿病の医療費割合	20.62%			19.00%			18.00%
	2号介護認定者のうち脳疾患の有病者割合	14.7%			14.0%			14.0%
糖尿病性腎症による新規人工透析導入者の割合	40.0%			35.0%			30.0%	
評価時期	毎年11月(次年度予算計上のための評価)と3月(次年度の保健事業評計画のための評価)に評価する							

IV. 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と、生活機能の低下を防止する取組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

当町は、令和2年度より高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を福井県後期高齢者広域連合から受託し実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

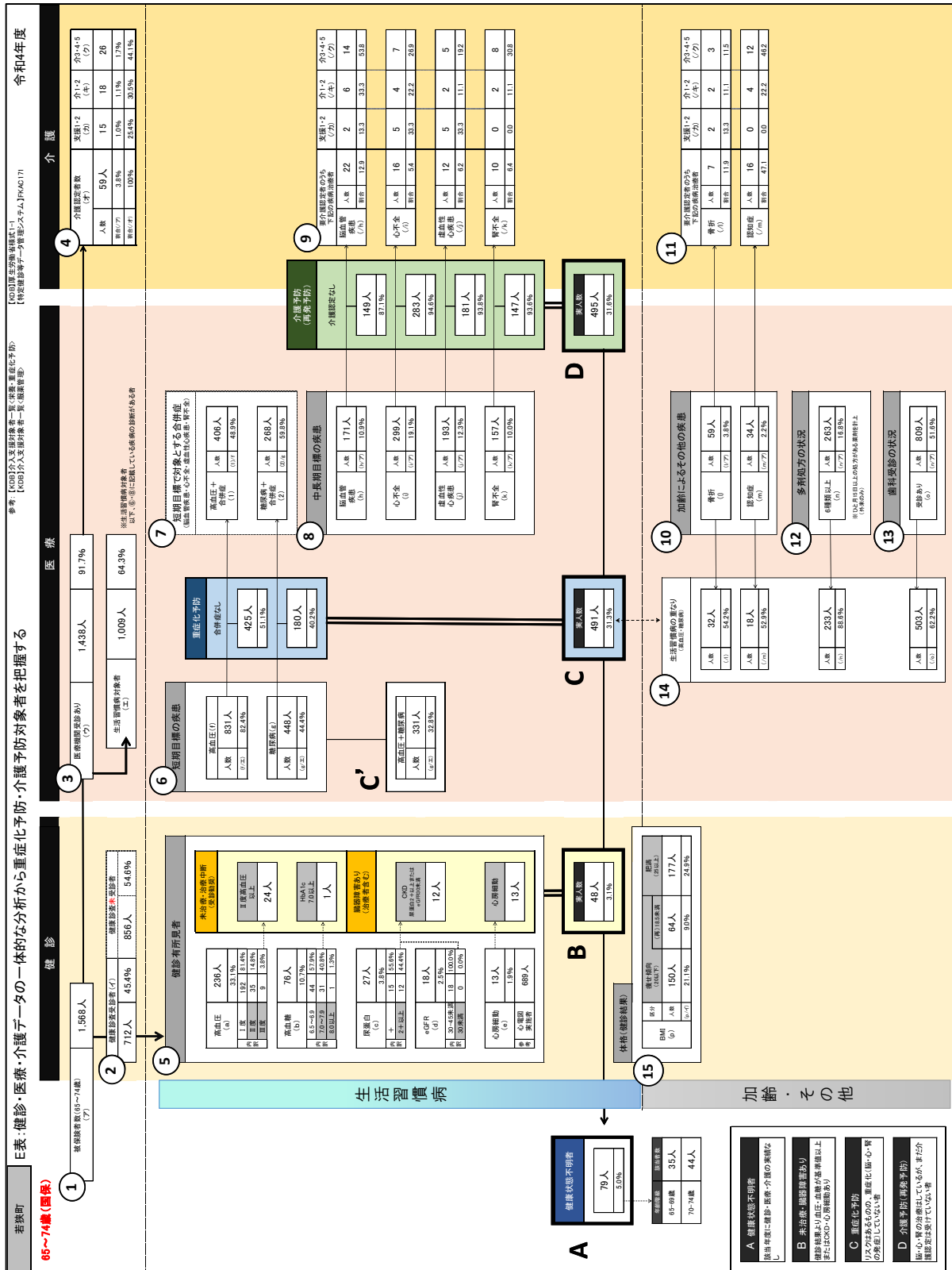
具体的には、

(1) 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

(2) 地域を担当する管理栄養士、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。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、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、認知症予防のための脳活性化予防教室、理学療法士や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)

図表 87 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



V. 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。

当町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ることが必要であります。

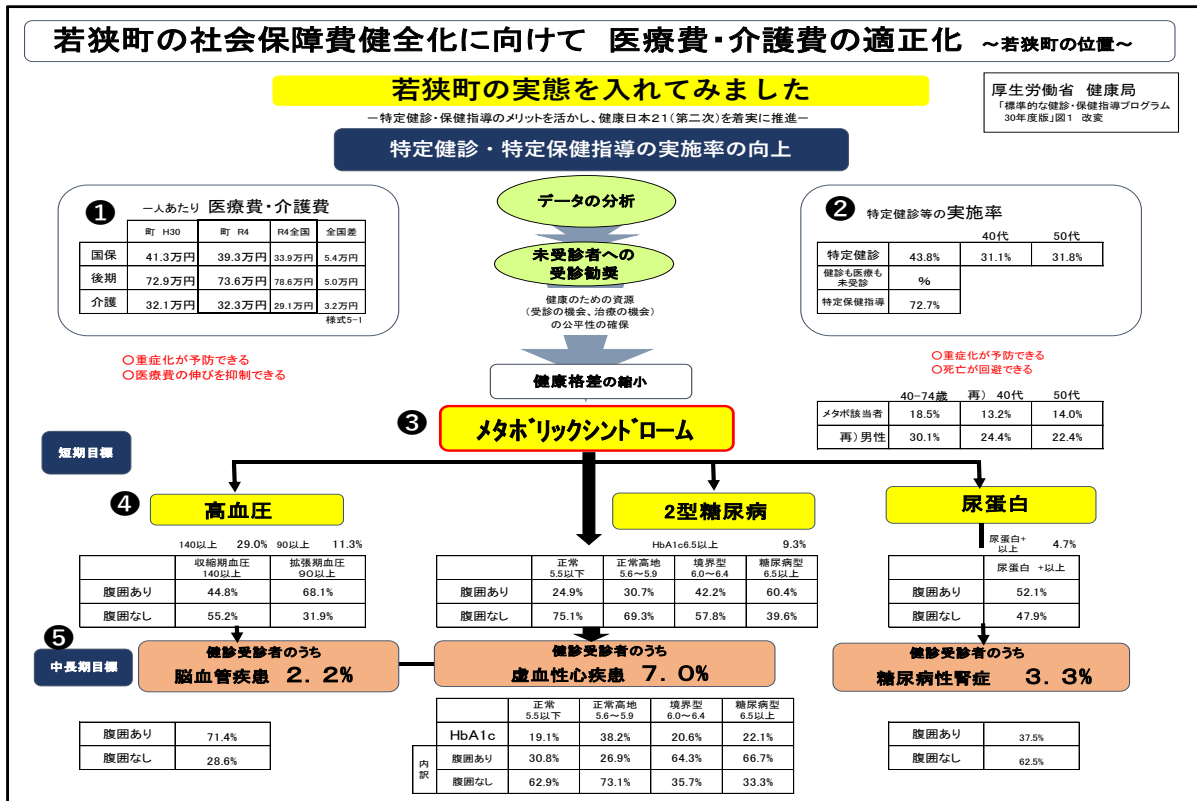
図表 88 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える - 基本的考え方 - (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)															
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 発症予防 重症化予防 </div>															
1 根拠法	健康増進法														
	母子保健法			児童福祉法			学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)			
2 計画	健康増進計画(県)(市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】														
	データヘルス計画【保健事業実施計画】(各被保険者)														
3 年代	妊婦(胎児期)		産婦	0歳~5歳			6歳~14歳			15~18歳	~29歳	30歳~39歳	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳以上
	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診断		就学時健診 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)	
5 対象者	妊娠前		産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)		
	血糖	95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
	HbA1c	6.5%以上						6.5%以上							
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上													
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
	(診断)妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①~③の1点以上満たすもの													
	身長														
	体重														
	BMI							25以上							
	肥満度			加齢 [*] 18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上							
尿糖	(+)以上			(+)以上											
糖尿病家族歴															

VI. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表 89,90,91)

図表 89 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 90 統計からみえる福井の食

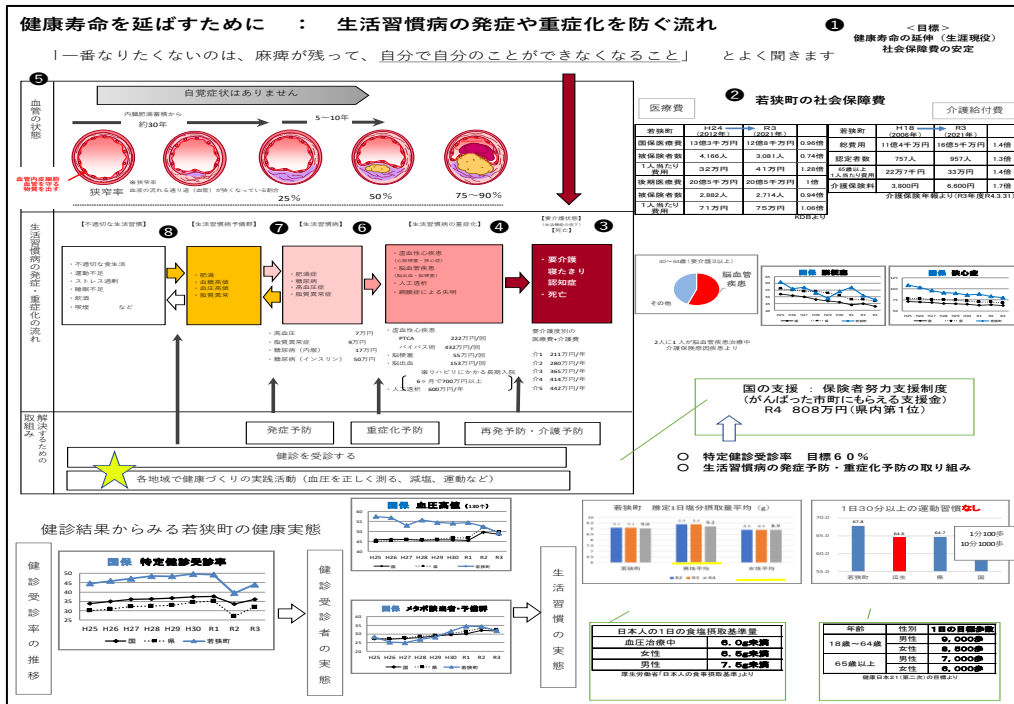
統計からみえる福井の食 ~ 総務省統計局 家計調査 2020~2022年平均 ~
 県庁所在地及び政令都市 全53都市

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
米	2位
こんぶ佃煮	1位
ふりかけ	2位
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

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
葉野菜	49位/53
果物	50位/53
油脂・調味料	50位/53

店舗・種別	店舗数 (人口10万対)
焼肉店	2位

図表 91 生活習慣病の発症や重症化を防ぐ流れ



【事業計画】

事業名	高血圧予防普及啓発事業									
事業目的	高血圧予防のための血圧測定や減塩、減量、運動等の健康づくり活動に触れる人が増える									
事業概要	高血圧予防を柱にした減塩や減量、運動等の健康づくり活動に取り組めるよう普及啓発を実施。									
現在までの事業結果	<p>①健康課題の発信</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健推進員や食生活改善推進員等の研修、地域・団体での健康教室、広報紙での周知 <p>②健康づくりに取り組む自主的な団体・組織への支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健推進員や食生活改善推進員による集落や地域での健康づくり活動の推進 <p>③血圧改善を目指した「減塩」対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 減塩の日・減塩商品のPR 減塩ポスターやのぼり旗の設置(商店や集落センター) 食品の塩分濃度測定会と減塩PR、野菜摂取の勧め(食生活改善推進員活動) 小中学生の塩分濃度測定自由研究 ハート&アートで高血圧予防啓発 <p>④健康チャレンジ</p> <ul style="list-style-type: none"> 30日又は60日、血圧・歩数・体重のいずれかを測定し記録することで減塩商品等の景品贈呈。歩数と体重の目標達成者には更に景品有 									
指標										
ストラクチャー	健康医療課職員、DX推進室、保健推進員、食生活改善推進員、教育委員会、商工会、商店等									
プロセス	小児期から働き世代など幅広い世代へ展開できるようSNSの活用や企業・商工会等と連携しながらアプローチを実施していく。									
		2023(R5)	2024(R6)	2025(R7)	2026(R8)	2027(R9)	2028(R10)	2029(R11)		
		(R4値)	(R5値)	(R6値)	(R7値)	(R8値)	(R9値)	(R10値)		
アウトプット	保健推進員による健康づくり実践活動集落数	37集落			42集落					48集落
	健康づくりポイント事業参加者数(18歳以上の住民)	2.98%			4.00%					5.00%
アウトカム	推定1日食塩摂取量の平均値の減少	9.0g			8.5g					8.0g
評価時期	毎年11月(次年度予算計上のための評価)と3月(次年度の保健事業計画のための評価)に評価する									

Ⅶ. 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。更に、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。

- ①-1: 糖尿病の診断名で同一月に2以上の医療機関を受診している者
- ①-2: 高血圧の診断名で同一月に2以上の医療機関を受診している者
- ②-1: 同一月に2以上の医療機関より、糖尿病用剤の投与を受けた者
- ②-2: 同一月に2以上の医療機関より、血圧降下剤の投与を受けた者
- ③: 同一月に同一薬剤を1日以上、15剤以上の投与を受けた者

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・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)

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を作成します。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

- 参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた若狭町の位置
- 参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価
- 参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料7 HbA1c の年次比較
- 参考資料8 血圧の年次比較
- 参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた若狭町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた若狭町の位置

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	13,959		1,808,758		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)	5,104	36.6	667,156	36.9	232,684	30.8	35,335,805	28.7		
		75歳以上	2,872	20.6	---	---	121,326	16.0	18,248,742	14.8		
		65~74歳	2,232	16.0	---	---	111,358	14.7	17,087,063	13.9		
		40~64歳	4,508	32.3	---	---	248,179	32.8	41,545,893	33.7		
	39歳以下	4,347	31.1	---	---	275,349	36.4	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業	10.0		13.4		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	25.8		27.1		31.3		25.0			
		第3次産業	64.1		59.5		65.0		71.0			
	③ 平均寿命	男性	80.9		80.4		81.3		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握	
女性		87.4		86.9		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	79.5		79.5		80.2		80.1		KDB NO.1 地域全体像の把握		
	女性 ※保険者欄は二次医療圏データ	84.2		83.9		84.3		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	男性	98.8		103.9		96.2		100		KDB NO.1 地域全体像の把握
			女性	95.3		101.5		96.7		100		
		死因	がん	54	45.0	7,103	46.7	2,336	46.1	378,272	50.6	
			心臓病	35	29.2	4,457	29.3	1,571	31.0	205,485	27.5	
			脳疾患	22	18.3	2,405	15.8	740	14.6	102,900	13.8	
			糖尿病	3	2.5	309	2.0	97	1.9	13,896	1.9	
			腎不全	3	2.5	582	3.8	199	3.9	26,946	3.6	
	自殺	3	2.5	356	2.3	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	
	3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	956	19.0	123,092	18.6	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			介護度別総件数	0	0.2	2,019	0.3	55	0.2	110,289	0.3	
			要支援1.2	3,958	16.5	352,830	12.6	142,615	14.4	21,785,044	12.9	
			要介護1.2	9,995	41.5	1,291,061	46.3	462,067	46.5	78,107,378	46.3	
要介護3以上			10,107	42.0	1,146,606	41.1	388,730	39.1	68,963,503	40.8		
2号認定者		11	0.24	2,178	0.38	666	0.27	156,107	0.38			
② 有病状況		糖尿病	250	23.8	29,521	22.9	10,988	25.4	1,712,613	24.3	KDB NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症	535	53.5	69,159	54.1	23,027	53.4	3,744,672	53.3		
		脂質異常症	323	31.6	39,076	30.2	12,638	28.7	2,308,216	32.6		
		心臓病	616	61.7	77,477	60.7	26,430	61.4	4,224,828	60.3		
	脳疾患	191	19.0	29,613	23.5	10,102	23.6	1,568,292	22.6			
	がん	116	10.6	14,238	11.0	5,176	11.6	837,410	11.8			
	筋・骨格	509	52.1	67,887	53.1	22,763	53.0	3,748,372	53.4			
精神	383	38.3	48,712	38.1	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	323,404	1,650,656,122	303,361	202,389,376,142	301,072	70,054,703,820	290,668	100,742,426,889	KDB NO.1 地域全体像の把握		
	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	68,606		72,528		70,519		59,662			
		施設サービス	42,220		44,391		45,467		41,272			
		施設サービス	286,109		291,231		285,553		296,364			
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	9,106		8,988		9,256		8,610	KDB NO.1 地域全体像の把握		
	認定なし	4,099		4,226		4,280		4,020				
4	① 国保の状況	被保険者数	2,931		440,282		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	1,531	52.2			69,388	51.3	11,129,271	40.5		
		40~64歳	845	28.8			39,951	29.5	9,088,015	33.1		
		39歳以下	555	18.9			25,894	19.1	7,271,596	26.5		
	加入率	21.0		24.3		17.9		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	2	0.7	139	0.3	67	0.5	8,237	0.3	KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況	
		診療所数	10	3.4	1,177	2.7	573	4.2	102,599	3.7		
		病床数	270	92.1	17,962	40.8	10,385	76.8	1,507,471	54.8		
		医師数	19	6.5	2,218	5.0	2,074	15.3	339,611	12.4		
		外来患者数	707.8		708.1		721.0		687.8			
入院患者数		25.2		22.2		22.7		17.7				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	392,557	県内13位 同規模60位	378,542		390,999		339,680		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	733.066		730.302		743.765		705.439				
	外来	費用の割合	56.8		57.0		57.6		60.4			
		件数の割合	96.6		97.0		96.9		97.5			
	入院	費用の割合	43.2		43.0		42.4		39.6			
		件数の割合	3.4		3.0		3.1		2.5			
	1件あたり在院日数	17.9日		16.7日		16.2日		15.7日				

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源消費病名 (調剤含む)	がん	229,487,840	34.1	32.0	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)	65,287,230	9.7	7.8	6.7	8.2						
			糖尿病	61,898,770	9.2	11.2	10.9	10.4						
			高血圧症	33,983,160	5.0	6.6	5.6	5.9						
			脂質異常症	27,583,660	4.1	3.8	3.4	4.1						
			脳梗塞・脳出血	31,352,510	4.7	3.9	3.8	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	13,615,910	2.0	2.5	3.3	2.8						
			精神	96,953,680	14.4	15.1	13.8	14.7						
			筋・骨格	108,071,980	16.1	16.1	17.6	16.7						
			5	⑤	医療費分析 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	79		0.0	363	0.2	287	0.2
糖尿病	965	0.6				1,550	1.0	1,718	1.0	1,144	0.9			
脂質異常症	13	0.0				73	0.0	68	0.0	53	0.0			
脳梗塞・脳出血	9,830	5.8				6,817	4.2	7,242	4.4	5,993	4.5			
虚血性心疾患	3,349	2.0				4,157	2.6	5,277	3.2	3,942	2.9			
腎不全	6,437	3.8		5,219	3.2	4,779	2.9	4,051	3.0					
医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	高血圧症		11,516	5.2	13,015	6.0	11,530	5.1	10,143	4.9			
	糖尿病	20,765		9.3	21,723	10.1	21,767	9.7	17,720	8.6				
	脂質異常症	9,399		4.2	7,634	3.5	7,123	3.2	7,092	3.5				
	脳梗塞・脳出血	867		0.4	951	0.4	811	0.4	825	0.4				
	虚血性心疾患	2,107	0.9	1,821	0.8	2,187	1.0	1,722	0.8					
腎不全	25,696	11.5	18,224	8.4	16,227	7.2	15,781	7.7						
6	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者	健診受診者	3,250	2,885	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					
			一人当たり	健診未受診者	12,807	13,033	14,732	13,295						
			生活習慣病対象者	健診受診者	9,428	8,199	5,634	6,142						
			一人当たり	健診未受診者	37,147	37,038	43,171	40,210						
7	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	565	56.7	82,799	58.4	18,014	56.6	3,698,441	56.9	KDB NO.1 地域全体像の把握		
			医療機関受診率	497	49.9	74,226	52.4	16,271	51.2	3,375,719	51.9			
			医療機関非受診率	68	6.8	8,573	6.1	1,743	5.5	322,722	5.0			
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	特定健診の 状況 県内市町村数 20市町村 同規模市区町村数 152市町村	健診受診者	996		141,687		31,809		6,503,152		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	45.6	県内4位 同規模59位	43.8	32.1	全国41位	35.3					
			特定保健指導終了者(実施率)	0	0.0	2951	17.8	207	5.7	69,327	9.0			
			非肥満高血糖	124	12.4	15,497	10.9	3,328	10.5	588,083	9.0			
			メタボ	該当者	186	18.7	30,235	21.3	6,792	21.4	1,321,197		20.3	
				男性	140	30.5	21,095	32.0	4,749	34.8	923,222		32.0	
				女性	46	8.6	9,140	12.1	2,043	11.2	397,975		11.0	
			予備群	男性	136	13.7	15,952	11.3	3,454	10.9	730,607		11.2	
				女性	99	21.6	11,241	17.0	2,424	17.8	515,813		17.9	
				女性	37	6.9	4,711	6.2	1,030	5.7	214,794		5.9	
			メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	343	34.4	50,374	35.6	11,186	35.2		2,273,296	35.0
				男性	255	55.6	35,285	53.5	7,830	57.4	1,592,747		55.3	
				女性	88	16.4	15,089	19.9	3,356	18.5	680,549		18.8	
			BMI	総数	41	4.1	7,897	5.6	1,345	4.2	304,276		4.7	
				男性	5	1.1	1,324	2.0	159	1.2	48,780		1.7	
				女性	36	6.7	6,573	8.7	1,186	6.5	255,496		7.1	
			血糖のみ	5	0.5	955	0.7	203	0.6	41,541	0.6			
			血圧のみ	100	10.0	11,657	8.2	2,473	7.8	514,593	7.9			
			脂質のみ	31	3.1	3,340	2.4	778	2.4	174,473	2.7			
血糖・血圧	40	4.0	5,059	3.6	1,038	3.3	193,722	3.0						
血糖・脂質	6	0.6	1,443	1.0	355	1.1	67,212	1.0						
血圧・脂質	72	7.2	13,553	9.6	3,087	9.7	630,648	9.7						
血糖・血圧・脂質	68	6.8	10,180	7.2	2,312	7.3	429,615	6.6						
6	① ②	問診の状況	服薬	高血圧	375	37.7	55,815	39.4	11,860	37.3	2,324,538	35.8	KDB NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病	89	8.9	14,192	10.0	3,106	9.8	564,473	8.7			
			脂質異常症	308	30.9	39,744	28.1	9,227	29.0	1,817,350	28.0			
			既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	21	2.3	4,238	3.1	695	3.2	199,003	3.1		
	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	68	7.4	8,077	5.9	1,404	6.4	349,845	5.5					
	腎不全	6	0.7	1,245	0.9	254	1.2	51,680	0.8					
	貧血	109	11.9	12,089	8.9	2,785	12.7	669,737	10.6					
6	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	喫煙	107	10.7	19,577	13.8	3,632	11.4	896,676	13.8	KDB NO.1 地域全体像の把握		
			週3回以上朝食を抜く	53	5.8	10,726	8.0	1,690	7.6	609,166	10.3			
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	141	15.4	20,886	15.5	3,198	14.4	932,218	15.7			
			週3回以上就寝前夕食	141	15.4	20,886	15.5	3,198	14.4	932,218	15.7			
			食べる速度が速い	291	31.7	35,250	26.1	6,516	29.3	1,590,713	26.8			
			20歳時体重から10kg以上増加	309	33.7	46,943	34.9	7,182	32.8	2,083,152	34.9			
			1回30分以上運動習慣なし	621	67.7	87,224	64.6	14,399	64.7	3,589,415	60.3			
			1日1時間以上運動なし	475	51.8	65,749	48.7	11,873	53.4	2,858,913	48.0			
			睡眠不足	221	24.1	33,002	24.5	5,493	25.2	1,521,685	25.6			
			毎日飲酒	245	26.7	35,225	25.7	6,739	23.6	1,585,206	25.5			
			時々飲酒	174	19.0	28,823	21.1	6,456	22.6	1,393,154	22.4			
			一日飲酒量	1合未満	674	76.2	52,589	60.4	13,893	68.9	2,851,798		64.2	
				1～2合	151	17.1	22,931	26.4	4,424	21.9	1,053,317		23.7	
2～3合	53	6.0		8,971	10.3	1,403	7.0	414,658	9.3					
3合以上	6	0.7		2,518	2.9	451	2.2	122,039	2.7					

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた若狭町の位置(H30～R04年度)

項目	若狭町										同規模平均		福井県		国		
	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度		
	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	
1 概況	総人口	15,256		15,256		15,256		15,256		13,959		1,808,758		756,212		123,214,261	
	65歳以上(高齢化率)	5,134	33.7	5,134	33.7	5,134	33.7	5,134	33.7	5,104	36.6	667,156	36.9	232,684	30.8	35,335,805	28.7
	75歳以上	2,900	19.0	2,900	19.0	2,900	19.0	2,900	19.0	2,872	20.6	—	—	121,326	16.0	18,248,742	14.8
	65～74歳	2,234	14.6	2,234	14.6	2,234	14.6	2,234	14.6	2,232	15.0	—	—	111,358	14.7	17,087,063	13.9
	40～64歳	4,896	32.1	4,896	32.1	4,896	32.1	4,896	32.1	4,508	32.3	—	—	248,179	32.8	41,545,893	33.7
39歳以下	5,226	34.3	5,226	34.3	5,226	34.3	5,226	34.3	4,347	31.1	—	—	275,349	36.4	46,332,563	37.6	
第1次産業	100	0.7	100	0.7	100	0.7	100	0.7	100	0.7	134	7.4	38	0.5	40	0.3	
第2次産業	258	1.7	258	1.7	258	1.7	258	1.7	258	1.8	271	1.8	313	2.0	250	1.6	
第3次産業	64.1	0.4	64.1	0.4	64.1	0.4	64.1	0.4	64.1	0.5	59.5	0.4	650	4.2	71.0	0.5	
男性	80.9	0.5	80.9	0.5	80.9	0.5	80.9	0.5	80.9	0.6	80.4	0.5	81.3	0.5	80.8	0.6	
女性	87.4	0.6	87.4	0.6	87.4	0.6	87.4	0.6	87.4	0.6	86.9	0.6	87.6	0.6	87.0	0.7	
平均自立期間 (要介護2以上)	79.0		79.7		79.4		80.0		79.5		79.5		79.5		80.2		80.1
標準化死亡率比 (SMR)	82.3		83.0		84.1		83.7		84.2		84.2		83.9		84.3		84.4
男性	101.4		101.4		101.4		98.8		98.8		98.8		103.9		96.2		100.0
女性	100.2		100.2		100.2		95.3		95.3		101.5		96.7		96.7		100.0
2 死亡	がん	65	56.5	47	42.0	43	47.3	53	46.1	54	45.0	7,103	46.7	2,336	46.1	378,272	50.6
	心臓病	25	21.7	35	31.3	24	26.4	34	29.6	35	29.2	4,457	29.3	1,571	31.0	205,485	27.5
	脳血管病	19	16.5	17	15.2	14	15.4	21	18.3	22	18.3	2,405	15.8	740	14.6	102,900	13.8
	糖尿病	2	1.7	4	3.6	3	3.3	1	0.9	3	2.5	309	2.0	97	1.9	13,896	1.9
	腎不全	1	0.9	4	3.6	5	5.5	2	1.7	3	2.5	582	3.8	199	3.9	26,946	3.6
	自殺	3	2.6	5	4.5	2	2.2	4	3.5	3	2.5	356	2.3	122	2.4	20,171	2.7
	合計	13	6.3	18	16.2	17	17.2	11	9.8	9	7.5	1,103	7.2	385	7.5	48,200	6.3
	男性	8	7.8	13	11.5	11	9.8	6	5.2	7	6.1	7	6.1	7	6.1	10.6	10.6
	女性	5	4.8	5	4.0	6	4.9	5	3.6	2	1.6	2	1.6	2	1.6	5.7	5.7
	1号認定者数(認定率)	970	19.3	979	19.2	996	19.2	981	19.1	956	19.0	1,230,922	18.6	412,113	18.0	67,240,030	19.4
介護保険	新規認定者	1	0.2	0	0.0	18	0.3	14	0.2	0	0.0	2019	0.3	55	0.2	110,289	0.3
	要支援1,2	2,971	12.3	3,069	12.4	3,383	13.7	3,452	14.2	3,958	16.5	352,830	12.6	142,615	14.4	21,785,044	12.9
	要介護1,2	10,601	43.7	11,162	45.0	10,721	43.3	9,921	40.9	9,995	41.5	1,291,081	46.3	462,067	46.5	78,107,378	46.3
	要介護3以上	10,669	44.0	10,559	42.6	10,675	43.1	10,863	44.8	10,107	42.0	1,146,606	41.1	388,730	39.1	68,963,503	40.8
3 介護	2号認定者	20	0.4	17	0.3	21	0.4	13	0.3	11	0.2	2,178	0.4	666	0.3	156,107	0.4
	糖尿病	240	2.32	257	2.47	242	2.41	225	2.18	250	2.38	29,521	22.9	10,988	25.4	1,712,613	24.3
	高血圧症	527	5.28	546	5.42	563	5.30	551	5.25	535	5.35	69,159	54.1	23,027	53.4	3,744,672	53.3
	脂質異常症	286	2.82	300	3.00	321	29.4	303	28.8	323	31.6	39,076	30.2	12,638	28.7	2,308,216	32.6
	心臓病	616	6.27	633	6.34	644	6.10	635	6.11	616	6.17	77,477	60.7	26,430	61.4	4,224,628	60.3
	脳疾患	231	2.31	244	2.40	231	22.1	192	20.3	191	19.0	29,613	23.5	10,102	23.6	1,568,292	22.6
	がん	112	1.06	105	1.07	130	10.7	108	11.1	116	10.6	14,238	11.0	5,176	11.6	837,410	11.8
	筋・骨格	512	5.19	526	5.33	548	5.11	538	5.20	509	5.21	67,887	53.1	22,763	53.0	3,748,372	53.4
	精神	442	4.33	440	4.37	425	41.6	401	38.7	383	38.3	48,712	38.1	17,630	41.0	2,569,149	38.8
	一人当たり給付費/総給付費	321,528	1,650,726,988	329,508	1,691,696,040	336,083	1,725,345,102	330,100	1,694,731,742	323,404	1,650,656,122	303,361	72,528	301,072	290,668	290,668	
1件当たり給付費(全体)	68,096		68,241		69,629		69,926		68,606		72,528		70,519		59,662		
居宅サービス	42,356		42,300		42,672		43,167		42,220		44,391		45,467		41,272		
施設サービス	278,333		283,428		288,249		283,810		286,109		291,231		285,553		296,364		
要介護認定別 医療費(40歳以上)	9,509		9,092		9,082		8,976		9,106		8,988		9,256		8,610		
医療費等	4,094		4,275		4,215		4,345		4,099		4,226		4,280		4,020		

①	国保の状況	被保険者数	3,243	3,155	3,114	3,081	2,931	440,282	135,233	27,488,882	
		65～74歳	1,635	1,626	1,645	1,642	1,531	522	69,388	51.3	11,129,271
②	医療の概況 (人口千対)	診療数	989	909	872	872	845	288	39,951	29.5	9,088,015
		39歳以下	639	620	597	567	555	189	25,894	19.1	7,271,596
③	医療費の 状況	加入率	21.3	20.7	20.4	20.2	21.0	24.3	17.9	22.3	
		病除数	2	2	2	2	2	0.7	0.3	67	0.5
④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	診療所数	10	10	10	10	10	3.4	573	4.2	102,599
		病床数	270	270	270	270	270	92.1	17,962	40.8	1,507,471
⑤	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	医師数	20	20	19	19	19	6.5	2,218	15.3	339,611
		外来患者数	729.3	746.5	676.6	699.6	707.8	708.1	721.0	687.8	
⑥	健診の有無別 一人当たり 点数	入院患者数	30.5	32.5	27.8	28.6	25.2	22.2	22.7	17.7	
		一人当たり医療費	412,540	438,043	391,333	417,057	392,557	378,542	390,999	339,680	
⑦	健診・レセ 突合	受診率	759.8	778.95	704.439	728.192	733.086	730.302	743.765	705.439	
		外 費用の割合	484	49.5	52.7	51.0	56.8	57.0	57.6	60.4	
⑧	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	96.0	95.8	96.1	96.1	96.6	97.0	96.9	97.5	
		院 費用の割合	4.0	4.2	3.9	3.9	3.4	4.3	4.2	3.6	
⑨	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	1件あたり在院日数	19.3日	18.5日	19.0日	18.3日	17.9日	16.7日	16.2日	15.7日	
		がん	19,328,750	22,283,900	20,739,440	23,563,960	22,948,780	34.1	32.0	33.9	32.2
⑩	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	慢性腎不全(透析あり)	69,721,670	76,865,830	72,067,740	67,677,990	65,287,230	9.7	7.8	8.2	
		糖尿病	52,569,760	55,725,780	60,451,950	66,538,290	61,898,770	9.2	11.2	10.9	10.4
⑪	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	高血圧症	45,365,930	41,875,820	38,487,410	37,148,200	33,983,160	5.0	6.6	5.6	
		脂質異常症	32,647,840	29,072,880	29,104,700	31,268,460	27,583,660	4.1	3.8	3.4	4.1
⑫	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	脳梗塞・脳出血	25,004,680	35,081,130	46	20,198,770	2.9	32,805,070	4.4	3.9	
		狭心症・心筋梗塞	20,471,640	34,854,780	4.5	15,663,410	2.2	22,882,100	3.1	13,615,910	2.0
⑬	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	精神	136,027,610	128,196,600	16.7	112,132,540	15.9	112,119,490	15.1	96,953,680	14.4
		筋・骨格	144,220,510	142,101,640	18.5	143,705,150	20.4	132,537,800	17.8	108,071,980	16.1
⑭	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	高血圧症	135	129	0.1	11	0.0	79	0.0	363	0.2
		糖尿病	623	1,036	0.5	1,247	0.6	965	0.6	1,550	1.0
⑮	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	脂質異常症	723	17	0.0	119	0.1	13	0.0	73	0.0
		脳梗塞・脳出血	6,623	9,971	4.5	9,851	4.8	9,830	5.8	6,817	4.2
⑯	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	虚血性心疾患	4,610	10,162	4.6	5,996	2.7	3,349	2.0	4,157	2.6
		腎不全	8,186	10,202	4.6	4,739	2.3	6,437	3.8	5,219	3.2
⑰	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	高血圧症	13,854	13,143	6.1	12,150	5.9	11,516	5.2	13,015	6.0
		糖尿病	16,055	17,518	8.1	20,190	9.5	20,765	9.3	21,723	10.1
⑱	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	脂質異常症	9,344	9,198	4.2	10,030	4.7	9,399	4.2	7,634	3.5
		脳梗塞・脳出血	1,100	1,149	0.5	732	0.3	867	0.4	951	0.4
⑲	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	虚血性心疾患	2,190	2,598	1.2	2,080	1.0	2,107	0.9	1,821	0.8
		腎不全	20,890	22,359	10.3	22,440	10.5	25,696	11.5	16,227	8.4
⑳	健診対象者 一人当たり 点数	健診対象者	3,321	3,676	1,952	2,626	3,250	2,885	1,923	2,031	
		健診未受診者	12,889	14,295	14,549	14,049	12,807	13,033	13,295		
㉑	健診・レセ 突合	生活習慣病対象者	8,894	10,269	5,458	7,259	9,428	5,634	6,142		
		一人当たり	34,465	37,868	40,686	38,841	37,147	37,038	43,171	40,210	
㉒	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	受診勧奨者	719	693	532	576	565	567	584	18,014	56.6
		医療機関受診率	663	636	482	513	502	497	499	74,226	52.4
㉓	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	医療機関非受診率	66	57	50	63	68	68	61	1,743	5.5
		医療機関非受診率	66	57	50	63	68	68	61	1,743	5.5

4 医療

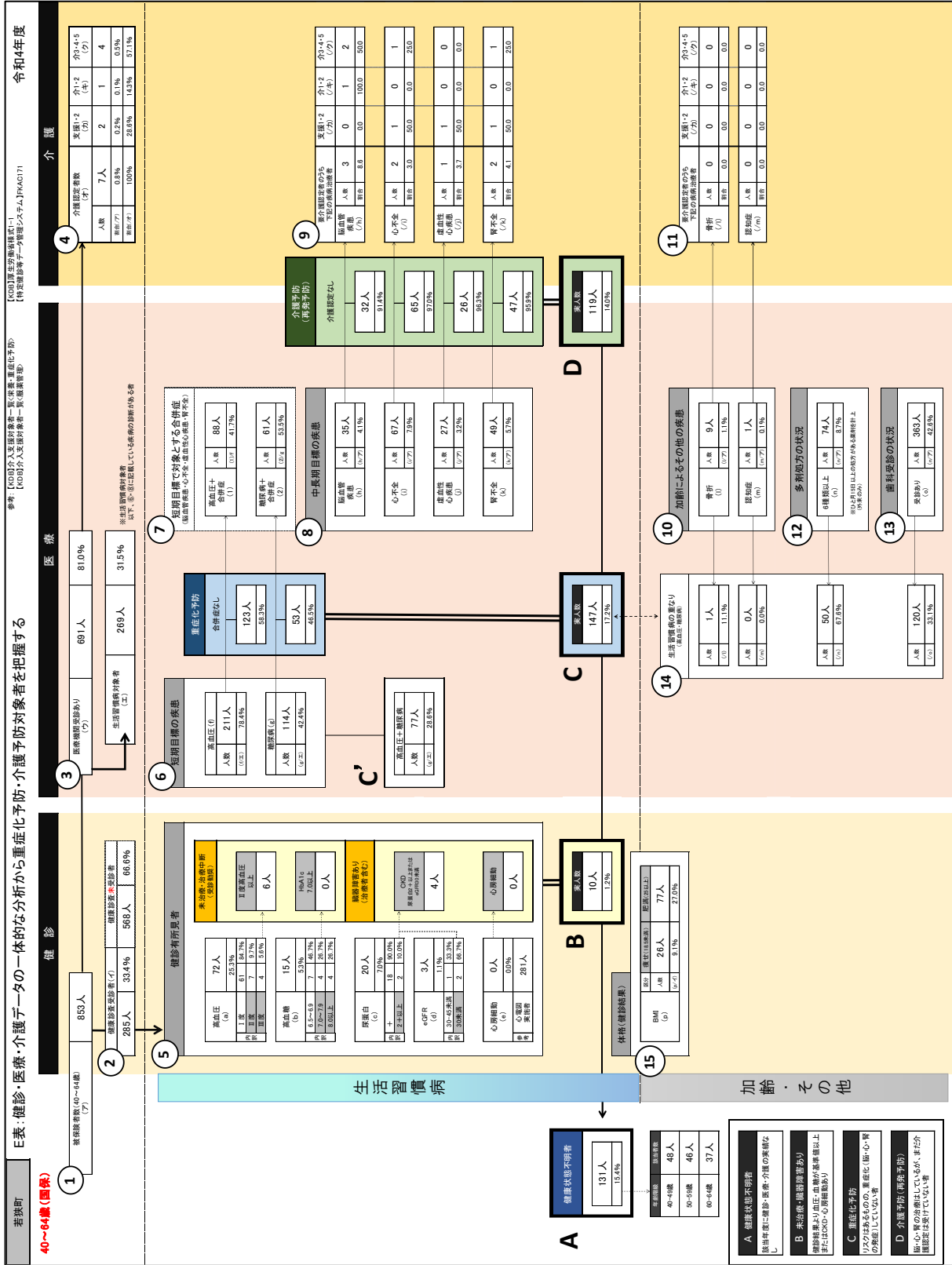
①	健診受診者		1,206		1,148		930		1,022		996		141,887		31,809		6,503,152	
	49.7	同規模29位	49.3	同規模28位	39.4	同規模80位	44.0	同規模73位	45.6	同規模59位	43.8	32.1	全国41位	35.3				
②	124	82.7	120	82.2	99	77.3	93	71.5	0	0.0	2,951	207	5.7	69,327	9.0			
③	121	10.0	128	11.1	101	10.9	136	13.3	124	12.4	15,497	3,328	10.5	588,083	9.0			
④	244	20.2	241	21.0	212	22.8	189	18.5	186	18.7	30,235	6,792	21.4	1,321,197	20.3			
⑤	176	31.9	179	33.8	166	38.7	140	30.1	140	30.5	21,095	4,749	34.8	923,222	32.0			
⑥	68	10.4	62	10.0	46	9.2	49	8.8	46	8.6	9,140	2,043	11.2	397,976	11.0			
⑦	137	11.4	155	13.5	107	11.5	137	13.4	136	13.7	15,952	3,454	10.9	730,607	11.2			
⑧	102	18.5	109	20.6	67	15.6	102	21.9	99	21.6	11,241	2,424	17.8	515,813	17.9			
⑨	35	5.4	46	7.4	40	8.0	35	6.3	37	6.9	4,711	1,030	5.7	214,794	5.9			
⑩	420	34.8	428	37.3	346	37.4	348	34.1	343	34.4	50,374	11,186	35.2	2,273,296	35.0			
⑪	311	56.3	313	59.2	256	59.4	262	56.3	255	55.6	35,285	7,830	57.4	1,592,747	55.3			
⑫	109	16.7	115	18.6	93	18.6	86	15.4	88	16.4	15,089	3,356	18.5	680,548	18.8			
⑬	49	4.1	48	4.2	31	3.3	36	3.5	41	4.1	7,897	1,345	4.2	304,276	4.7			
⑭	6	1.1	6	1.1	6	1.4	6	1.3	5	1.1	1,324	159	1.2	48,780	1.7			
⑮	43	6.6	42	6.8	25	5.2	30	5.4	36	6.7	6,573	1,186	6.5	255,496	7.1			
⑯	6	0.5	6	0.5	11	1.2	8	0.8	5	0.5	955	203	0.6	41,541	0.6			
⑰	102	8.5	115	10.0	78	8.4	101	9.9	100	10.0	11,657	2,473	7.8	514,593	7.9			
⑱	29	2.4	34	3.0	18	1.9	28	2.7	31	3.1	3,340	778	2.4	174,473	2.7			
⑲	35	2.9	32	2.8	28	3.0	36	3.5	40	4.0	5,059	1,038	3.3	193,722	3.0			
⑳	6	0.5	12	1.0	7	0.8	8	0.8	6	0.6	1,443	355	1.1	67,212	1.0			
㉑	128	10.6	111	9.7	107	11.5	77	7.5	72	7.2	13,553	3,087	9.7	630,648	9.7			
㉒	75	6.2	86	7.5	70	7.5	68	6.7	68	6.8	10,180	2,312	7.3	429,616	6.6			
㉓	454	37.6	439	38.2	365	38.2	387	37.9	375	37.7	55,815	11,860	37.3	2,324,538	35.8			
㉔	103	8.5	103	9.0	81	8.7	95	9.3	89	8.9	14,192	3,106	9.8	564,473	8.7			
㉕	359	29.8	345	30.1	297	31.9	309	30.2	308	30.9	39,744	9,227	29.0	1,817,350	28.0			
㉖	34	3.1	32	3.1	28	3.4	21	2.3	21	2.3	4,238	695	3.2	199,003	3.1			
㉗	86	7.9	75	7.3	58	7.0	65	7.0	68	7.4	8,077	1,404	6.4	349,845	5.5			
㉘	11	1.0	12	1.2	6	0.7	9	1.0	6	0.7	1,245	254	1.2	51,880	0.8			
㉙	147	13.6	123	12.0	92	11.1	105	11.3	109	11.9	12,089	2,785	12.7	669,737	10.6			
㉚	153	12.7	125	10.9	115	12.4	110	10.8	107	10.7	19,577	3,632	11.4	896,676	13.8			
㉛	71	6.6	73	7.1	55	6.6	55	5.9	53	5.8	10,726	1,690	7.6	609,166	10.3			
㉜	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0			
㉝	169	15.6	157	15.3	120	14.5	126	13.5	141	15.4	20,886	3,198	14.4	932,218	15.7			
㉞	169	15.6	157	15.3	120	14.5	126	13.5	141	15.4	20,886	3,198	14.4	932,218	15.7			
㉟	351	32.4	334	32.6	266	32.0	299	32.2	291	31.7	35,250	6,516	29.3	1,590,715	26.8			
㊱	343	31.7	327	31.9	271	32.7	305	32.8	309	33.7	46,943	14,399	32.8	2,083,152	34.9			
㊲	763	70.6	712	69.4	561	67.6	631	67.8	621	67.7	87,221	14,399	64.7	3,589,411	60.3			
㊳	573	53.0	555	54.1	429	51.7	497	53.4	475	51.8	65,749	11,873	53.4	2,858,913	48.0			
㊴	270	25.0	270	26.3	209	25.2	204	22.0	221	24.1	33,002	5,493	25.2	1,521,683	25.6			
㊵	266	24.6	270	26.3	234	28.2	250	26.9	245	26.7	35,225	6,739	23.6	1,585,206	25.5			
㊶	225	20.8	214	20.9	155	18.7	188	20.3	174	19.0	28,823	6,456	22.6	1,393,154	22.4			
㊷	817	76.6	767	76.2	608	76.3	692	77.0	674	76.2	52,589	13,893	68.9	2,851,796	64.2			
㊸	174	16.3	189	16.8	136	17.1	149	16.6	151	17.1	22,931	4,424	21.9	1,053,317	23.7			
㊹	60	5.6	60	6.0	41	5.1	50	5.6	53	6.0	8,971	1,403	7.0	414,653	9.3			
㊺	15	1.4	11	1.1	12	1.5	8	0.9	6	0.7	2,518	451	2.2	122,039	2.7			

5 健診

6 問診

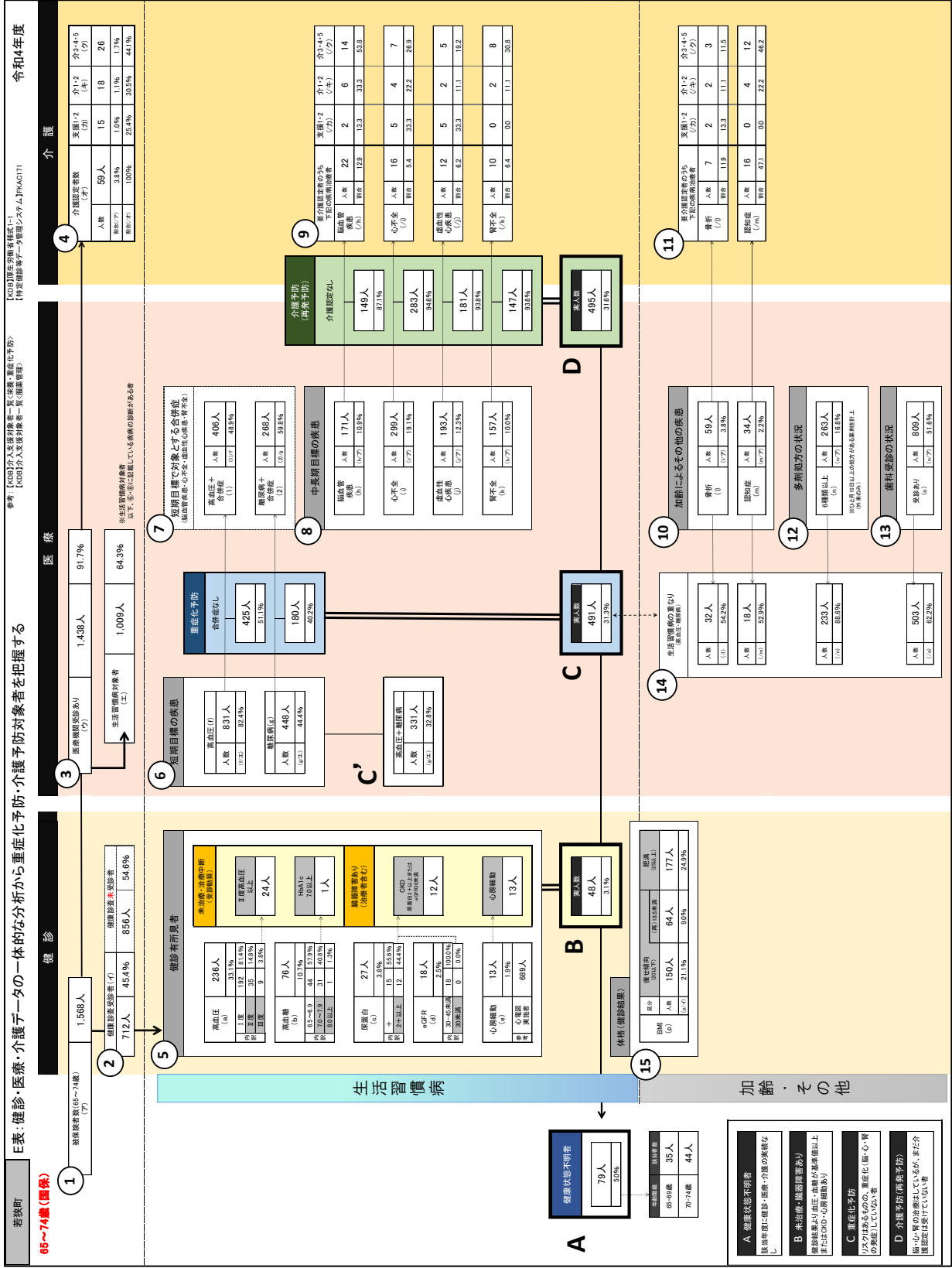
参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40～64歳(国保)

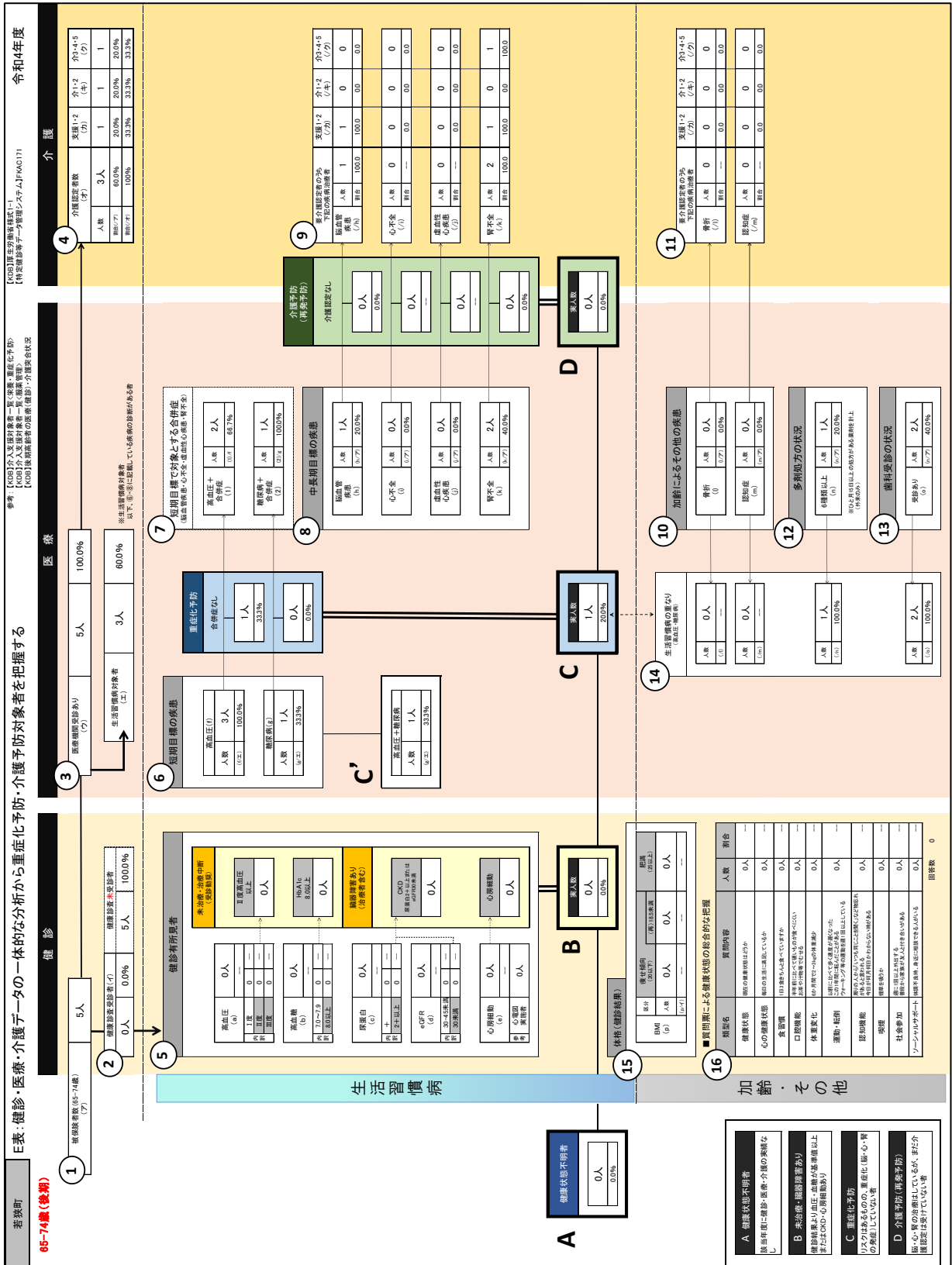


② 65~74歳(国保)

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



① 65～74歳(後期)



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

※65～74歳には、国保加入者・後期加入者の両方を含む

E表	④		①		②		⑤		⑤		⑤		⑤		⑤																												
	年度	介入定数	被保険者数		健診受診率		体格(健診結果)		Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)		HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上		CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満		心房細動																												
			40-64	65-74	75-	特定 健診	長寿 健診	BMI18.5未満	BMI25以上	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-																									
H30	31.2	911	1,439	2,882	39.0	50.9	19.6	8.5	7.9	6.5	26.8	23.6	20.0	22	6.2	(12)	68	9.3	(31)	75	13.3	(15)	11	3.1	(0)	23	3.1	(1)	5	0.9	(0)	6	1.7	14	1.9	12	2.1	3	0.8	10	1.4	11	1.9
R01	31.3	877	1,492	2,849	38.7	48.6	18.7	8.6	7.6	6.9	27.7	23.0	17.8	18	5.3	(6)	69	9.5	(28)	73	13.7	(20)	11	3.2	(0)	27	3.7	(1)	3	0.6	(1)	2	0.6	13	1.8	6	1.1	2	0.6	8	1.1	11	2.1
R02	32.4	869	1,558	2,775	28.7	39.9	14.8	6.8	8.4	7.1	27.3	23.3	20.9	13	5.2	(9)	52	8.4	(20)	44	10.7	(15)	8	3.2	(0)	17	2.7	(0)	8	1.9	(0)	3	1.2	7	1.1	9	2.2	1	0.4	8	1.3	13	3.2
R03	31.5	873	1,589	2,737	32.5	44.5	19.4	8.8	7.4	7.9	28.9	23.1	18.7	14	4.9	(6)	57	8.1	(25)	67	12.6	(11)	9	3.2	(1)	29	4.1	(0)	4	0.8	(0)	5	1.8	10	1.4	11	2.1	1	0.4	10	1.4	18	3.4
R04	30.4	853	1,573	2,760	33.4	45.3	21.6	9.1	9.0	7.5	27.0	24.9	18.3	11	3.9	(6)	44	6.2	(24)	52	8.7	(12)	8	2.8	(0)	32	4.5	(1)	5	0.8	(0)	4	1.4	12	1.7	16	2.7	0	—	13	1.8	22	3.7

E表	年度	医療機関 受診	③		⑥		⑦		⑧		⑧		⑧		⑧																														
			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		中期目標の疾患(確保数割)		中期目標の疾患(確保数割)		中期目標の疾患(確保数割)		中長期疾患のうち介護認定者																														
			40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-																									
H30	84.9	92.4	97.7	34.5	62.9	84.0	81.5	79.7	87.0	36.9	38.1	39.4	27.7	28.0	33.6	36.7	45.4	67.1	46.6	53.4	76.8	4.8	9.9	24.0	4.8	12.7	27.2	8.0	14.7	35.1	4.6	8.3	13.0	11.4	11.3	46.0	2.3	4.9	34.2	2.7	5.2	36.1	4.8	8.4	33.4
R01	84.4	93.0	96.9	35.1	63.8	83.6	78.6	80.7	87.6	36.7	42.5	40.0	26.0	30.3	34.0	36.8	46.2	67.3	48.7	53.8	78.2	4.8	10.2	23.9	4.7	12.5	26.1	8.1	16.3	36.5	4.2	8.7	13.7	16.7	14.5	43.0	4.9	2.2	35.5	1.4	5.8	36.2	5.4	7.7	35.0
R02	80.1	91.5	96.5	32.6	65.0	84.1	80.2	81.4	87.8	41.7	41.2	41.8	28.7	30.6	35.5	41.9	45.3	70.0	54.2	55.2	78.9	4.3	10.0	24.1	3.2	12.6	24.7	9.4	17.4	40.5	5.2	9.5	15.1	16.2	14.1	45.5	10.7	3.6	36.3	6.1	5.2	37.2	11.1	8.8	32.3
R03	80.4	91.3	96.0	32.5	65.4	83.5	81.0	82.0	88.5	39.8	43.7	41.1	28.2	32.2	35.4	40.9	48.2	70.4	54.9	59.5	78.3	4.5	9.9	21.8	3.3	12.0	23.6	8.0	18.8	41.9	4.7	10.0	15.9	12.8	14.6	42.3	6.9	6.3	35.5	2.9	6.7	36.4	7.3	6.3	30.2
R04	81.0	91.7	95.8	31.5	64.3	82.6	78.4	82.4	88.5	42.4	44.4	42.6	28.6	32.8	36.7	41.7	48.9	69.3	53.5	59.9	79.3	4.1	10.9	20.9	3.2	12.3	22.1	7.9	19.0	42.4	5.7	10.1	16.7	8.6	13.4	41.7	3.7	6.2	34.0	3.0	5.4	36.8	4.1	7.5	32.5

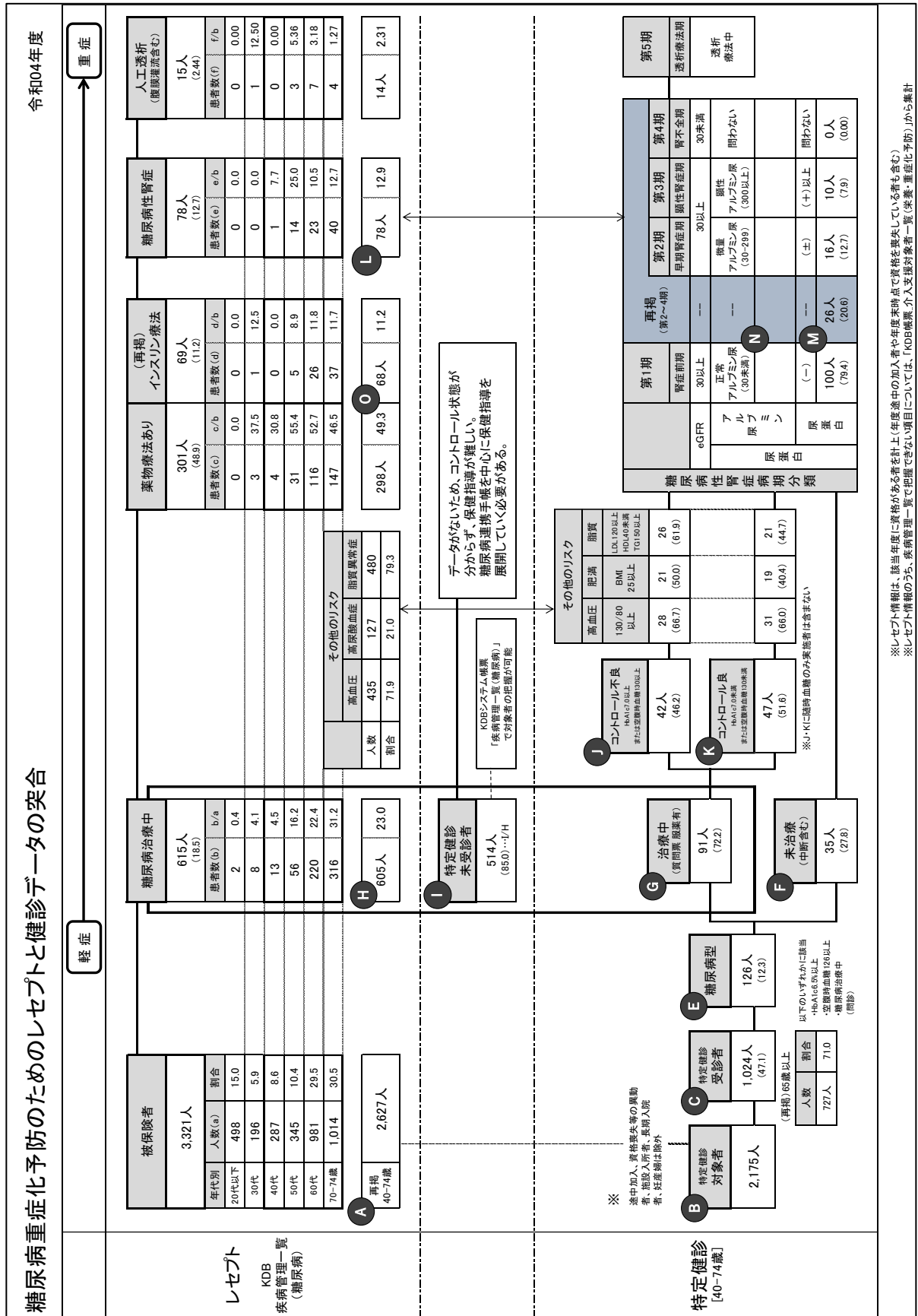
E表	年度	⑩		⑩		⑪		A		B		C		D																						
		生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)		加齢による疾患のうち その他の疾患 (確保数割)		要介護認定者		健康状態不明者		未治療者・臓器障害あり		重症化予防		介護予防(再発予防)																						
		骨折	認知	骨折	認知	骨折	認知	骨折	認知	骨折	認知	骨折	認知	骨折	認知																					
H30	53.2	81.7	62.5	80.4	3.3	12.1	2.8	21.7	10.6	55.7	42.5	71.5	111	12.2	71	4.9	44	1.5	20	2.2	55	3.8	36	1.2	182	20.0	456	31.7	738	25.6	129	14.2	426	29.6	1,084	37.6
R01	62.5	83.6	72.2	82.1	4.3	12.4	2.4	20.6	7.8	55.6	50.0	74.1	104	11.9	73	4.9	65	2.3	10	1.1	48	3.2	36	1.3	177	20.2	482	32.3	724	25.4	124	14.1	447	30.0	1,071	37.6
R02	68.0	84.7	64.1	82.7	3.2	11.6	2.5	20.5	18.0	59.8	51.3	76.8	153	17.6	97	6.2	66	2.4	13	1.5	34	2.2	35	1.3	153	17.6	512	32.9	667	24.0	126	14.5	477	30.6	1,051	37.9
R03	68.8	82.5	59.5	80.4	3.0	12.5	2.3	18.9	20.8	56.9	54.1	75.2	148	17.0	95	6.0	77	2.8	13	1.5	44	2.8	39	1.4	155	17.8	507	31.9	646	23.6	126	14.4	504	31.7	1,059	38.7
R04	54.2	82.5	62.9	82.3	3.8	12.9	2.2	17.8	11.9	55.5	47.1	73.7	131	15.4	79	5.0	87	3.2	10	1.2	48	3.1	48	1.7	147	17.2	492	31.3	666	24.1	119	14.0	495	31.5	1,047	37.9

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

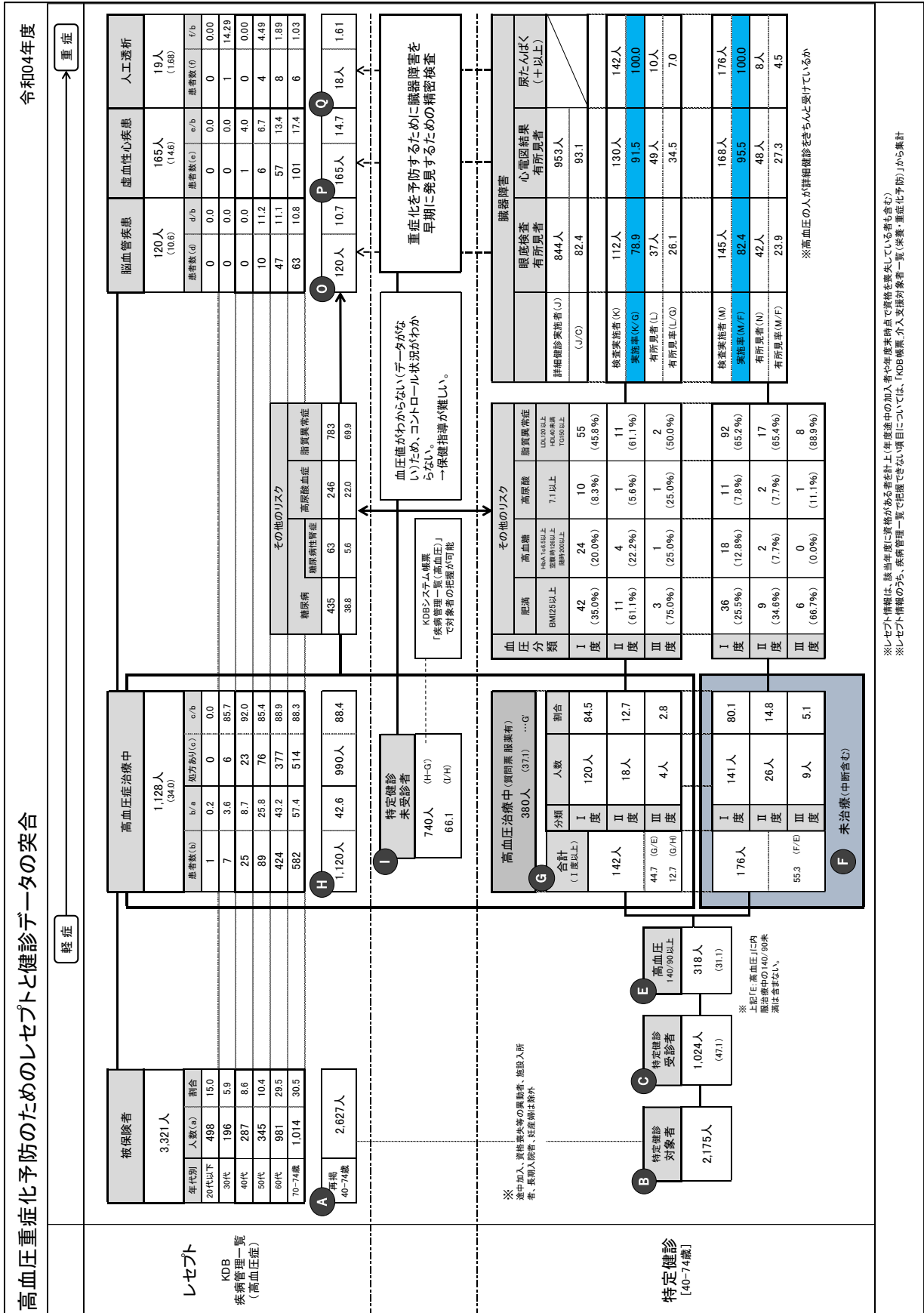
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	若狭町										同規模保険者(平均)		データ基				
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度						
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
1	① 被保険者数	3,426人		3,271人		3,222人		3,138人		3,113人				KDB_厚生労働省様式様式3-2				
	② (再掲)40-74歳	2,694人		2,630人		2,590人		2,567人		2,540人								
2	① 対象者数	2,426人		2,342人		2,366人		2,334人		2,175人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書				
	② 特定健診 受診者数	1,237人		1,195人		947人		1,045人		1,024人								
	③ 受診率	51.0%		51.0%		40.0%		44.8%		47.1%								
3	① 特定 保健指導 対象者数	150人		146人		127人		128人		118人								
	② 実施率	80.0%		80.8%		76.4%		72.7%		55.9%								
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	138人	11.2%	141人	11.8%	113人	11.9%	127人	12.2%	126人	12.3%					
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	33人	23.9%	37人	26.2%	32人	28.3%	31人	24.4%	35人	27.8%					
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	105人	76.1%	104人	73.8%	81人	71.7%	96人	75.6%	91人	72.2%					
		④ ⑤	コントロール不良 HbA1c10以上または空腹時血糖100以上	J	41人	39.0%	43人	41.3%	32人	39.5%	40人	41.7%	42人	46.2%				
				血圧 130/80以上	J	33人	80.5%	30人	69.8%	19人	59.4%	28人	70.0%	28人	66.7%			
		⑥ ⑦	肥満 BMI25以上	K	16人	39.0%	21人	48.8%	12人	37.5%	19人	47.5%	21人	50.0%				
				コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖100未満	K	64人	61.0%	61人	58.7%	49人	60.5%	56人	58.3%	49人	53.8%			
		⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	105人	76.1%	114人	80.9%	94人	83.2%	94人	74.0%	100人	79.4%				
		⑨	第2期 尿蛋白(±)	M	14人	10.1%	7人	5.0%	8人	7.1%	18人	14.2%	16人	12.7%				
		⑩	第3期 尿蛋白(+)	M	18人	13.0%	18人	12.8%	10人	8.8%	15人	11.8%	10人	7.9%				
		⑪	第4期 eGFR30未満	M	1人	0.7%	1人	0.7%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%				
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		112.7人		126.6人		113.3人		124.6人		128.5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)		142.2人		155.9人		139.4人		149.2人		155.9人						
		③ ④	レセプト件数 (40-74歳) (1,000名未満千対)	入院外(件数)		1,967件 (755.4)		2,046件 (807.1)		2,084件 (828.0)		2,290件 (910.9)		2,230件 (938.6)		334,283件 (942.0)		
				入院(件数)		7件 (2.7)		9件 (3.6)		13件 (5.2)		7件 (2.8)		8件 (3.4)		1,709件 (4.8)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	386人	11.3%	414人	12.7%	365人	11.3%	391人	12.5%	400人	12.8%					
		⑥ (再掲)40-74歳	H	383人	14.2%	410人	15.6%	361人	13.9%	383人	14.9%	396人	15.6%					
		⑦ 健診未受診者	I	278人	72.6%	305人	74.4%	280人	77.6%	287人	74.9%	305人	77.0%					
		⑧ インスリン治療	O	25人	6.5%	30人	7.2%	30人	8.2%	30人	7.7%	28人	7.0%					
		⑨ (再掲)40-74歳	O	25人	6.5%	30人	7.3%	29人	8.0%	28人	7.3%	27人	6.8%	KDB_厚生労働省様式様式3-2				
		⑩ 糖尿病性腎症	L	18人	4.7%	21人	5.1%	20人	5.5%	41人	10.5%	42人	10.5%					
		⑪ (再掲)40-74歳	L	18人	4.7%	21人	5.1%	19人	5.3%	41人	10.7%	42人	10.6%					
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		7人 1.8%		7人 1.7%		6人 1.6%		5人 1.3%		11人 2.8%						
		⑬ (再掲)40-74歳		7人 1.8%		7人 1.7%		6人 1.7%		5人 1.3%		10人 2.5%						
		⑭ 新規透析患者数		2		4		2		5		5						
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		1		0		1		3		2						
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		6人 0.8%		4人 0.5%		4人 0.6%		4人 0.6%		5人 0.7%		KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期				
6	医療費	① 総医療費		13億3787万円		13億8203万円		12億1861万円		12億8495万円		11億6058万円		10億9648万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		
		② 生活習慣病総医療費		7億2546万円		7億6882万円		7億0460万円		7億4363万円		6億7298万円		5億9067万円				
		③ (総医療費に占める割合)		54.2%		55.6%		57.8%		57.9%		58.5%		53.9%				
		④ ⑤	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		8,894円		10,269円		5,458円		7,259円		9,428円			8,199円	
				健診未受診者		34,465円		37,868円		40,686円		38,841円		37,147円			37,038円	
		⑥ 糖尿病医療費		5257万円		5573万円		6045万円		6654万円		6190万円		6602万円				
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		7.2%		7.2%		8.6%		8.9%		9.2%		11.2%				
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		1億7277万円		1億9817万円		1億9871万円		2億0256万円		2億1069万円						
		⑨ 1件あたり		36,152円		37,890円		39,781円		38,532円		41,639円						
		⑩ 糖尿病入院総医療費		1億6385万円		1億5445万円		1億3169万円		1億4760万円		1億1569万円						
		⑪ 1件あたり		635,079円		543,841円		546,441円		647,369円		572,715円						
		⑫ 在院日数		22日		20日		20日		20日		20日						
		⑬ 慢性腎不全医療費		7237万円		7796万円		7574万円		7267万円		6886万円		4999万円				
		⑭ 透析有り		6972万円		7687万円		7207万円		6768万円		6529万円		4634万円				
		⑮ 透析なし		265万円		110万円		367万円		499万円		358万円		364万円				
7	① 介護 ② 介護給付費 (2号認定者)糖尿病合併症		16億5073万円		16億9170万円		17億2535万円		16億9473万円		16億5066万円		13億3151万円					
			2件 14.3%		3件 23.1%		3件 21.4%		1件 10.0%		1件 14.3%							
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		2人 0.9%		4人 1.9%		3人 1.4%		1人 0.5%		3人 1.3%		582人 1.1%		KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題			

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

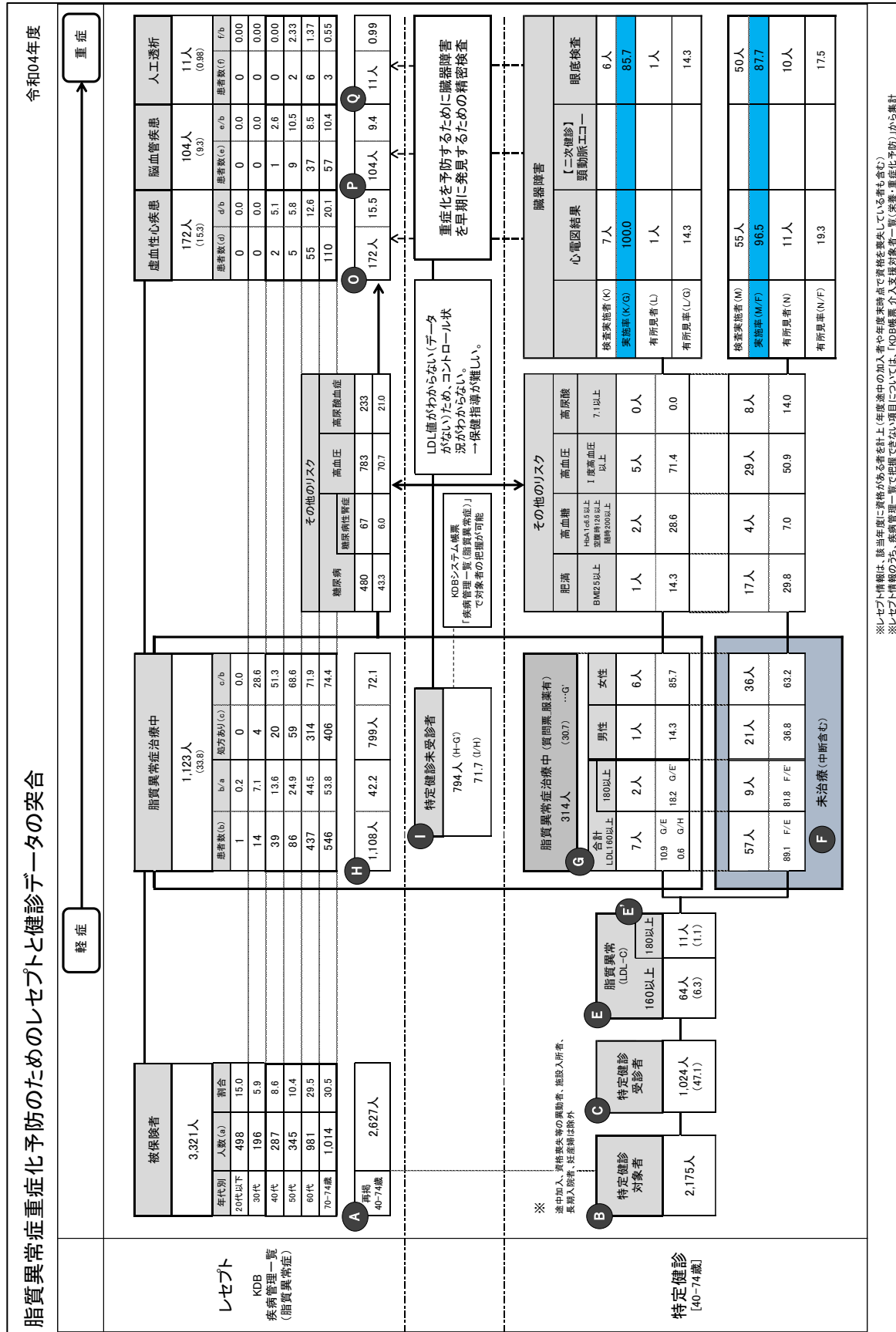


参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



※レセプト・情報は、該当年度に資格がある者名計上(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・情報は、該当年度に資格がある者名計上(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)

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



※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に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、「KOB帳票-介入支援対象者一覧(突合・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	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲				
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病										
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標						合併症の危険が更に大きくなる
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
		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	1,220	477	39.1%	512	42.0%	148	12.1%	54	4.4%	25	2.0%	4	0.3%	16	1.3%	3	0.2%	
H30	1,199	449	37.4%	476	39.7%	178	14.8%	56	4.7%	30	2.5%	10	0.8%	19	1.6%	5	0.4%	
R01	1,163	354	30.4%	500	43.0%	204	17.5%	59	5.1%	40	3.4%	6	0.5%	21	1.8%	1	0.1%	
R02	912	283	31.0%	400	43.9%	154	16.9%	46	5.0%	25	2.7%	4	0.4%	12	1.3%	1	0.1%	
R03	1,010	256	25.3%	456	45.1%	203	20.1%	57	5.6%	35	3.5%	3	0.3%	13	1.3%	2	0.2%	
R04	977	257	26.3%	437	44.7%	192	19.7%	51	5.2%	35	3.6%	5	0.5%	15	1.5%	2	0.2%	

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		再掲率
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合	
H29	1,220	477 39.1%	512 42.0%	148 12.1%	83 6.8%	31 2.4%	52 4.2%	62.7%	6.8%	
H30	1,199	449 37.4%	476 39.7%	178 14.8%	96 8.0%	29 2.4%	67 5.6%	69.8%	8.0%	
R01	1,163	354 30.4%	500 43.0%	204 17.5%	105 9.0%	31 2.6%	74 6.4%	70.5%	9.0%	
R02	912	283 31.0%	400 43.9%	154 16.9%	75 8.2%	23 2.5%	52 5.7%	69.3%	8.2%	
R03	1,010	256 25.3%	456 45.1%	203 20.1%	95 9.4%	27 2.6%	68 6.7%	71.6%	9.4%	
R04	977	257 26.3%	437 44.7%	192 19.7%	91 9.3%	29 2.9%	62 6.3%	68.1%	9.3%	

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標						合併症の危険が更に大きくなる	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
治療中	H29	86	7.0%	0	0.0%	13	15.1%	21	24.4%	28	32.6%	21	24.4%	3	3.5%	12	14.0%	2	2.3%
	H30	103	8.6%	0	0.0%	8	7.8%	28	27.2%	31	30.1%	27	26.2%	9	8.7%	17	16.5%	4	3.9%
	R01	104	8.9%	2	1.9%	5	4.8%	23	22.1%	33	31.7%	36	34.6%	5	4.8%	17	16.3%	0	0.0%
	R02	78	8.6%	2	2.6%	10	12.8%	14	17.9%	26	33.3%	23	29.5%	3	3.8%	11	14.1%	0	0.0%
	R03	93	9.2%	0	0.0%	5	5.4%	20	21.5%	36	38.7%	29	31.2%	3	3.2%	11	11.8%	2	2.2%
R04	85	8.7%	1	1.2%	6	7.1%	16	18.8%	26	30.6%	32	37.6%	4	4.7%	14	16.5%	1	1.2%	
治療なし	H29	1,134	93.0%	477	42.1%	499	44.0%	127	11.2%	26	2.3%	4	0.4%	1	0.1%	4	0.4%	1	0.1%
	H30	1,096	91.4%	449	41.0%	468	42.7%	150	13.7%	25	2.3%	3	0.3%	1	0.1%	2	0.2%	1	0.1%
	R01	1,059	91.1%	352	33.2%	495	46.7%	181	17.1%	26	2.5%	4	0.4%	1	0.1%	4	0.4%	1	0.1%
	R02	834	91.4%	281	33.7%	390	46.8%	140	16.8%	20	2.4%	2	0.2%	1	0.1%	1	0.1%	1	0.1%
	R03	917	90.8%	256	27.9%	451	49.2%	183	20.0%	21	2.3%	6	0.7%	0	0.0%	2	0.2%	0	0.0%
R04	892	91.3%	256	28.7%	431	48.3%	176	19.7%	25	2.8%	3	0.3%	1	0.1%	1	0.1%	1	0.1%	

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	260	20.8%	258	20.6%	302	24.1%	328	26.2%	92	7.3%	12	1.0%
H30	1,237	282	22.8%	229	18.5%	279	22.6%	340	27.5%	93	7.5%	14	1.1%
R01	1,195	229	19.2%	255	21.3%	308	25.8%	306	25.6%	82	6.9%	15	1.3%
R02	947	212	22.4%	204	21.5%	211	22.3%	252	26.6%	56	5.9%	12	1.3%
R03	1,045	245	23.4%	237	22.7%	244	23.3%	244	23.3%	66	6.3%	9	0.9%
R04	1,024	233	22.8%	222	21.7%	251	24.5%	261	25.5%	44	4.3%	13	1.3%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	割合
					再掲		割合		
					再)Ⅲ度高血圧	未治療			
H29	1,252	518 41.4%	302 24.1%	328 26.2%	104 8.3%	61 58.7%	43 41.3%	8.3%	
H30	1,237	511 41.3%	279 22.6%	340 27.5%	107 8.6%	66 61.7%	41 38.3%	8.6%	
R01	1,195	484 40.5%	308 25.8%	306 25.6%	97 8.1%	52 53.6%	45 46.4%	8.1%	
R02	947	416 43.9%	211 22.3%	252 26.6%	68 7.2%	40 58.8%	28 41.2%	7.2%	
R03	1,045	482 46.1%	244 23.3%	244 23.3%	75 7.2%	51 68.0%	24 32.0%	7.2%	
R04	1,024	455 44.4%	251 24.5%	261 25.5%	57 5.6%	35 61.4%	22 38.6%	5.6%	

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	445	35.5%	53	11.9%	80	18.0%	123	27.6%	146	32.8%	41	9.2%	2	0.4%
	H30	464	37.5%	52	11.2%	82	17.7%	132	28.4%	157	33.8%	37	8.0%	4	0.9%
	R01	456	38.2%	50	11.0%	90	19.7%	125	27.4%	146	32.0%	37	8.1%	8	1.8%
	R02	370	39.1%	44	11.9%	85	23.0%	98	26.5%	115	31.1%	22	5.9%	6	1.6%
	R03	392	37.5%	50	12.8%	99	25.3%	108	27.6%	111	28.3%	19	4.8%	5	1.3%
	R04	380	37.1%	43	11.3%	85	22.4%	110	28.9%	120	31.6%	18	4.7%	4	1.1%
治療なし	H29	807	64.5%	207	25.7%	178	22.1%	179	22.2%	182	22.6%	51	6.3%	10	1.2%
	H30	773	62.5%	230	29.8%	147	19.0%	147	19.0%	183	23.7%	56	7.2%	10	1.3%
	R01	739	61.8%	179	24.2%	165	22.3%	183	24.8%	160	21.7%	45	6.1%	7	0.9%
	R02	577	60.9%	168	29.1%	119	20.6%	113	19.6%	137	23.7%	34	5.9%	6	1.0%
	R03	653	62.5%	195	29.9%	138	21.1%	136	20.8%	133	20.4%	47	7.2%	4	0.6%
	R04	644	62.9%	190	29.5%	137	21.3%	141	21.9%	141	21.9%	26	4.0%	9	1.4%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常			保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		120未満			120～139		140～159		160～179		180以上	
		人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	1,252	610	48.7%	353	28.2%	209	16.7%	55	4.4%	25	2.0%
	H30	1,237	582	47.0%	335	27.1%	201	16.2%	80	6.5%	39	3.2%
	R01	1,195	559	46.8%	320	26.8%	202	16.9%	79	6.6%	35	2.9%
	R02	947	519	54.8%	242	25.6%	131	13.8%	34	3.6%	21	2.2%
	R03	1,045	558	53.4%	266	25.5%	144	13.8%	60	5.7%	17	1.6%
R04	1,024	538	52.5%	268	26.2%	154	15.0%	53	5.2%	11	1.1%	
男性	H29	571	315	55.2%	141	24.7%	79	13.8%	26	4.6%	10	1.8%
	H30	567	297	52.4%	148	26.1%	77	13.6%	31	5.5%	14	2.5%
	R01	551	296	53.7%	138	25.0%	73	13.2%	29	5.3%	15	2.7%
	R02	437	271	62.0%	93	21.3%	50	11.4%	13	3.0%	10	2.3%
	R03	472	272	57.6%	110	23.3%	63	13.3%	21	4.4%	6	1.3%
R04	472	272	57.6%	109	23.1%	69	14.6%	20	4.2%	2	0.4%	
女性	H29	681	295	43.3%	212	31.1%	130	19.1%	29	4.3%	15	2.2%
	H30	670	285	42.5%	187	27.9%	124	18.5%	49	7.3%	25	3.7%
	R01	644	263	40.8%	182	28.3%	129	20.0%	50	7.8%	20	3.1%
	R02	510	248	48.6%	149	29.2%	81	15.9%	21	4.1%	11	2.2%
	R03	573	286	49.9%	156	27.2%	81	14.1%	39	6.8%	11	1.9%
R04	552	266	48.2%	159	28.8%	85	15.4%	33	6.0%	9	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LDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲		割合	割合
					再180以上	未治療	治療	割合	割合		
H29	1,252	610 48.7%	353 28.2%	209 16.7%	80 6.4%	71 88.8%	9 11.3%	2.0%	6.4%		
					25 2.0%	22 88.0%	3 12.0%				
H30	1,237	582 47.0%	335 27.1%	201 16.2%	119 9.6%	100 84.0%	19 16.0%	3.2%	9.6%		
					39 3.2%	34 87.2%	5 12.8%				
R01	1,195	559 46.8%	320 26.8%	202 16.9%	114 9.5%	100 87.7%	14 12.3%	2.9%	9.5%		
					35 2.9%	30 85.7%	5 14.3%				
R02	947	519 54.8%	242 25.6%	131 13.8%	55 5.8%	50 90.9%	5 9.1%	2.2%	5.8%		
					21 2.2%	17 81.0%	4 19.0%				
R03	1,045	558 53.4%	266 25.5%	144 13.8%	77 7.4%	70 90.9%	7 9.1%	1.6%	7.4%		
					17 1.6%	16 94.1%	1 5.9%				
R04	1,024	538 52.5%	268 26.2%	154 15.0%	64 6.3%	57 89.1%	7 10.9%	1.1%	6.3%		
					11 1.1%	9 81.8%	2 18.2%				

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	364	29.1%	212	58.2%	103	28.3%	40	11.0%	6	1.6%	3	0.8%
	H30	366	29.6%	213	58.2%	85	23.2%	49	13.4%	14	3.8%	5	1.4%
	R01	357	29.9%	198	55.5%	105	29.4%	40	11.2%	9	2.5%	5	1.4%
	R02	302	31.9%	214	70.9%	63	20.9%	20	6.6%	1	0.3%	4	1.3%
	R03	313	30.0%	222	70.9%	65	20.8%	19	6.1%	6	1.9%	1	0.3%
R04	314	30.7%	218	69.4%	69	22.0%	20	6.4%	5	1.6%	2	0.6%	
治療なし	H29	888	70.9%	398	44.8%	250	28.2%	169	19.0%	49	5.5%	22	2.5%
	H30	871	70.4%	369	42.4%	250	28.7%	152	17.5%	66	7.6%	34	3.9%
	R01	838	70.1%	361	43.1%	215	25.7%	162	19.3%	70	8.4%	30	3.6%
	R02	645	68.1%	305	47.3%	179	27.8%	111	17.2%	33	5.1%	17	2.6%
	R03	732	70.0%	336	45.9%	201	27.5%	125	17.1%	54	7.4%	16	2.2%
R04	710	69.3%	320	45.1%	199	28.0%	134	18.9%	48	6.8%	9	1.3%	