第３期宝達志水町保健事業実施計画
（データヘルス計画）

令和６年３月

宝達志水町

目次

第１章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項 4
１　計画の趣旨 4
２　計画の位置づけ、基本的考え方 4
３　計画期間 7
４　実施体制及び関係機関との連携 7
（１）庁内の実施体制 7
（２）関係機関等との連携 8
（３）被保険者の役割、地区組織等との連携 8
５　保険者努力支援制度 9
第２章　現状の整理 10
１　保険者の特性 10
２　第２期計画の取組状況及び評価 11
（１）保健事業の実施状況 11
（２）第２期目標の達成状況 12
第３章　健康・医療情報等の分析、健康課題の抽出 13
１　健康・医療情報の分析 13
（１）平均寿命、死亡の状況 13
（２）介護の状況 14
（３）医療の状況 16
（４）健診の状況 19
２　健診・医療・介護データの分析から明らかとなった健康課題 26
第４章　データヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標とその取組 27
１　計画全体の目的 27
２　目的を達成するための目標、評価指標の設定 27
３　管理目標の設定 28
第５章　課題を解決するための個別の保健事業 29
１　個別保健事業の方向性 29
（１）優先的に実施する事業 29
（２）個別保健事業のアウトカム、アウトプット評価目標値の設定 29
（３）事業の実施スケジュール 29
２　糖尿病性腎症重症化予防 30
（１）目的、基本的な考え方 30
（２）対象者及び優先順位の考え方 30
（３）保健指導の実施 32
（４）評価 33
（５）実施期間及びスケジュール 33
３　虚血性心疾患重症化予防 34
（１）目的、基本的な考え方 34

（2）対象者及び優先順位の考え方 34
（3）保健指導の実施 36
（4）評価 37
（5）実施期間及びスケジュール 37
4　脳血管疾患重症化予防 38
（1）目的、基本的な考え方 38
（2）対象者及び優先順位の考え方 38
（3）保健指導の実施 40
（4）評価 40
（5）実施期間及びスケジュール 40
5　軽度高血糖者に対する 75ｇ糖負荷検査と保健指導 41
（1）目的、基本的な考え方 41
（2）対象者及び優先順位の考え方 42
（3）保健指導の実施 42
（4）評価 43
（5）実施期間及びスケジュール 43
6　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 44
（1）目的、基本的な考え方 44
（2）事業内容 44
（3）対象者及び優先順位の考え方 45
（4）保健指導の実施 45
7　生涯を通じた生活習慣病予防、ポピュレーションアプローチ 46
（1）妊娠中、子どもの頃からの肥満、生活習慣病予防 46
（2）ポピュレーションアプローチ 48
第６章　特定健診・特定保健指導　【高確法に基づく「第４期特定健診等実施計画」】 50
1 目標値の設定 50
2 対象者数の見込み 50
3 特定健診の実施 50
（1）実施方法、実施場所、契約形態 50
（2）実施項目 49
（3）実施時期 51
（4）医療機関との連携 51
（5）代行機関 51
（6）健診の案内方法・健診実施スケジュール 52
4 特定保健指導の実施 52
（1）実施体制、方法 52
（2）健診から保健指導実施の流れ 52
（3）要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法 54
5 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール 55
6 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間 55

第７章　計画の評価・見直し……56
　１　個別保健事業の評価・見直し……56
　２　個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し……56
第８章　計画の公表・周知……56
第９章　個人情報の取扱い……57
第 10 章　地域包括ケアに係る取組及びその他留意事項……57

第１章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

１　計画の趣旨

平成２５年６月に閣議決定された「日本再興戦略」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分析、それに基づく加入者の健康保持のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表・事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされた。

平成２６年３月、国民健康保険法に基づく「保健事業の実施に関する指針」（以下「指針」という。）が改正され、市町村等は健康・医療情報等を活用して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・評価を行うこととされた。

本町では、国の指針に基づき、被保険者の健康増進を図り、もって医療費の適正化及び国保の財政基盤強化を図ることを目的に、平成２７年度に第１期データヘルス計画、平成３０年度には第２期データヘルス計画を作成、令和元年度はその中間評価・見直しを行うなど計画に基づく保健事業の実施に取り組んできた。

今般、第２期計画が令和５年度末で終期となることから、これまでの取り組みを評価、見直しを行い、新たに「第３期データヘルス計画」を策定するものである。

なお、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という。）に基づく特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診・特定保健指導」という。）の実施に当たっては、「特定健康診査等基本指針」に即して「第３期特定健康診査等実施計画」を定め、実施することとされており、特定健診・特定保健指導は国保保健事業の中核をなすものであることから、「特定健康診査等実施計画」とデータヘルス計画を一体的に作成するものである。

２　計画の位置づけ、基本的考え方

本計画は、国保法（第８２条第１１項）の指針に基づく「保健事業実施計画（データヘルス計画）」、及び高確法（第１９条）に基づく「特定健診等実施計画」である。

本計画は、健康増進法に基づく「国民の健康増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」（以下「健康増進の基本指針」という。）をふまえ、「健康宝達志水２１」や「宝達志水町介護保険事業計画」と整合性を図るものである。

また、石川県の医療費適正化計画、健康増進計画等との調和に留意する。（ 図表１）

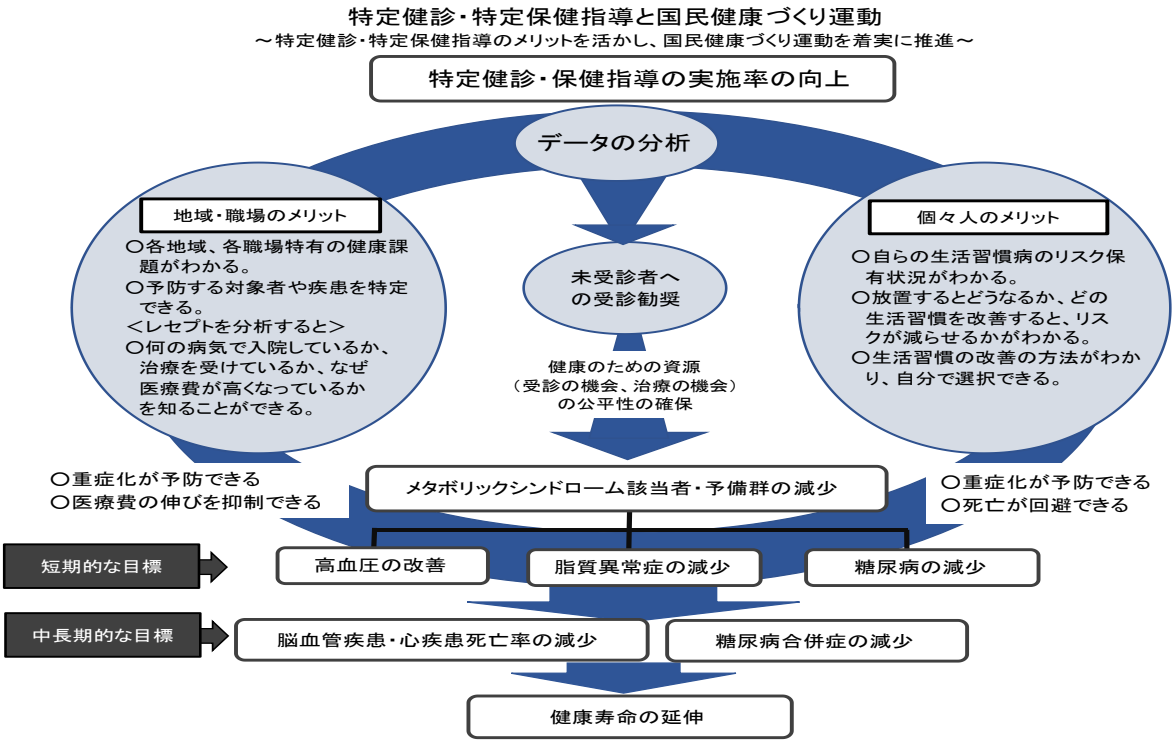
計画の策定、実施にあたっては、生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するための基本的考え方として示されている「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づきデータ分析、健康課題の抽出、実施、評価を行う（図表２，３）。

標準的な健診・保健指導プログラムでは、基本的な考え方として、保健指導により発症や重症化が予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としており、具体的な疾患として図表４が示されている。

【図表１】　計画の位置づけ

	健康増進計画	データヘルス計画 （保健事業実施計画）	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	介護保険事業 （支援）計画
	※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				
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進事業実施者(※)）	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	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 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6～8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	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を目指し、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。	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、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。	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。
対象年齢	ライフステージ （乳幼児期、青壮年期、高齢期） ライフコースアプローチ （胎児期から老齢期まで継時的）	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壮年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者（40～64歳） 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 （糖尿病腎症） 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	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 ロコモーティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康（うつ・不安）				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	【入院医療費】 ・医療計画（地域医療構想）に基づく病床機能の分化、連携推進 【外来医療費】 ①特定健診・保健指導の推進 ②糖尿病の重症化予防 ③後発医薬品の使用推進 ④医薬品の適正使用	①PDCAサイクルの活用にする保険者 機能強化に向けた体制等 （地域介護保険事業） ②自立支援・重度化防止等 （在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連） ③介護保険運営の安定化 （介護給付の適正化、人材の確保）

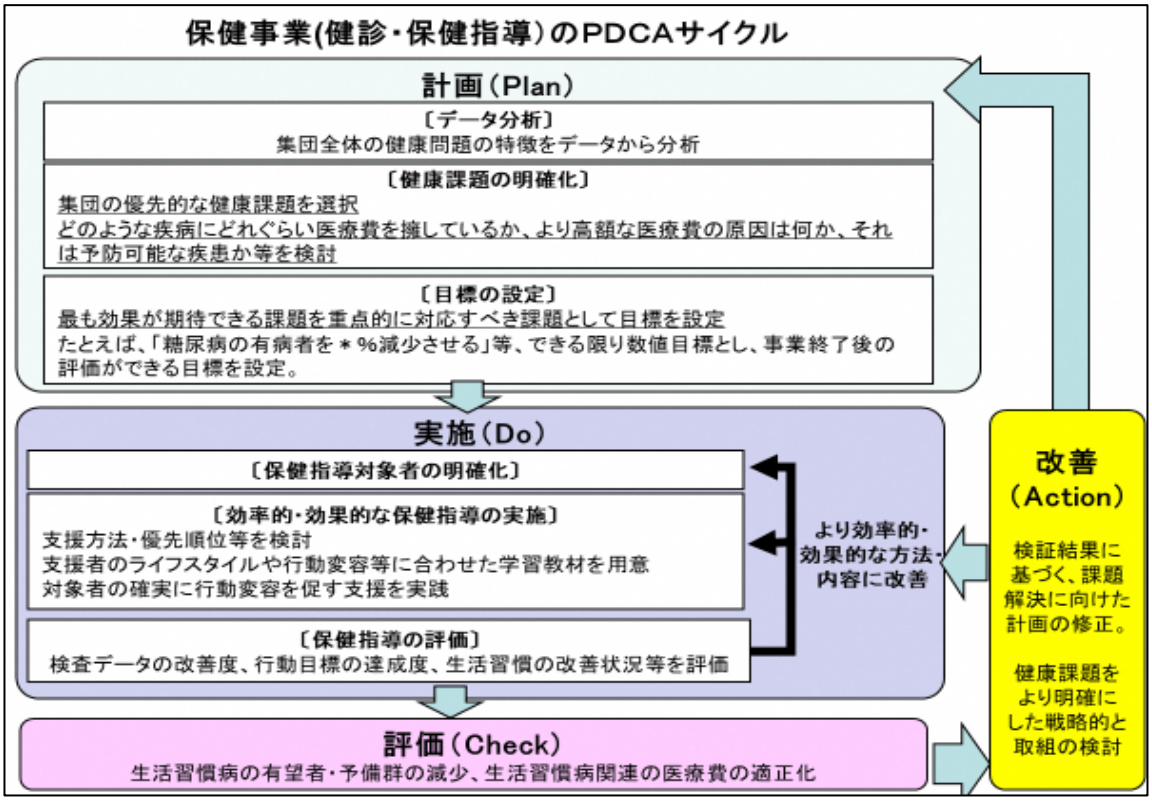
【図表２】　特定健診・特定保健指導と国民の健康づくり運動



標準的な健診・保健指導プログラム令和６年度版　図１より（一部改変）

特定健診・特定保健指導を中心に健康増進法の生活習慣病対策を推進するための健診・保健指導の基本的考え方等を示したもの。

【図表３】　保健事業（健診・保健指導）のＰＤＣＡサイクル



【図表４】

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための
健診・保健指導の基本的な考え方について

標準的な健診・保健指導プログラム（改変）

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

３　計画期間

計画期間は、健康宝達志水２１、石川県医療費適正化計画等との整合性を図る観点から、令和６年度から令和１１年度までの６年間とする。

４　実施体制及び関係機関との連携

（１）庁内の実施体制

計画の策定は、国保運営を担う健康づくり推進室が主体となり、住民の健康の保持・増進を担う保健師、管理栄養士等の専門職と十分に連携して策定を行う。また、国保加入者の高齢化を踏まえ、後期高齢者医療担当や介護保険担当、地域包括ケア担当とも連携を図る。さらに妊婦や子供の加入者がいることから子育て応援室とも連携を図る。

また、計画期間を通じＰＤＣＡサイクルに沿った確実な計画運営ができるよう、事業担当者と専門職の業務の明確化、標準化を行い、担当者が異動する際には、経過等を含め確実に引継ぎを行う体制を整える。（図表５，６）

さらに、本町は海岸地域、山間地域があり、地域により被保険者の特性が異なることから、保健師等を地区担当制とし地域特性を踏まえた事業実施を行う。

（２）関係機関等との連携

計画の実効性を高めるためには計画から評価までの一連のプロセスにおいて、羽咋郡市医師会、宝達志水病院や地区組織等の協力、連携が重要となることから、これら関係者が参画する「国保運営協議会」において計画の策定について協議するとともに、毎年度、事業の進捗の報告を行う。

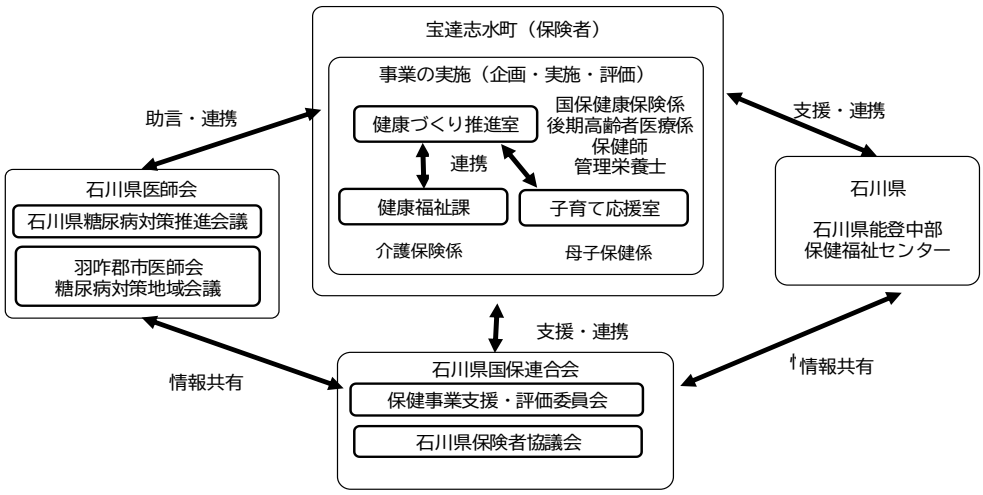
高齢者の保健事業の実施にあたっては、「保健事業と介護予防の一体的実施」を踏まえた取組が必要であることから、石川県後期高齢者広域連合との連携した取り組みを行う。

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

（３）被保険者の役割、地区組織等との連携

計画は被保険者の健康の保持増進が目的であり、その実効性を高めるためには、被保険者自身が健康な生活習慣の重要性に理解を深め、自らの健康状態を自覚し、主体的、積極的に取り組むことが重要である。このため、計画の内容・進捗について健康づくり推進員や食生活推進協議会、町内会等地区組織等への説明・意見交換等により、被保険者の参画を得る。

【図表５】　実施体制、関係機関との連携



【図表６】　国保事務・保健事業の実施体制と主な事業の分担

業　　務		健康づくり推進室			
		事務職員	嘱託 事務職員	保健師 管理栄養士	嘱託 保健師等
国保事務	レセプト点検・支払い 保険料請求　等	○			
特定健診	受診券発行			○	
	未受診者通知		○		
	未受診者電話勧奨等			○	○
保健指導	健診結果整理、台帳管理		○		
	特定保健指導			○	○
	重症化予防			○	○
健康教育・健康相談				○	○
医療費適正化	ジェネリック差額通知 重複服薬等通知、指導	○			○

５　保険者努力支援制度

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 年度より本格実施されている。(図表７)。

交付金は保健事業として活用できるほか、医療給付費に充当でき、結果として住民の保険料軽減、国保財政の安定化に寄与することから、努力支援制度の評価指標を視野に入れた取り組みを進める。

【図表７】　保険者努力支援制度評価指標（市町村分）

努力支援制度（市町村分）			H30年度		R3年度		R4年度		R5年度	
交　付　総　額（千円）			4,255		4,607		5,394		5,831	
全国順位（1,741市町中）			70位		746位		157位		74位	
一人当たり交付額			**2,158円**		**2,077円**		**2,458円**		**2,740円**	
全　国　平　均			1,688円		1,865円		1,895円		1,955円	
評　価　指　標			配点	得点	配点	得点	配点	得点	配点	得点
共通の指標	(1)	①特定健診受診率	50	95	70	70	70	140	70	140
		②特定保健指導実施率	50		70		70		70	
		③ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ該当者及び予備群の減少率	50		50		50		50	
	(2)	①がん検診受診率	30	25	40	20	40	48	40	45
		②歯科健診受診率	25		30		30		35	
	(3)	重症化予防の取組	100	100	120	120	120	120	100	100
	(4)	⑦個人へのｲﾝｾﾝﾃｨﾌﾞ提供	70	95	90	110	90	60	45	65
		⑧個人への分かりやすい情報提供	25		20		20		20	
	(5)	重複・多剤投与者に対する取組	35	0	50	50	50	50	50	50
	(6)	①後発医薬品の促進の取組	35	20	130	10	130	110	130	80
		②後発医薬品の使用割合	40							
固有の指標	(1)	収納率向上	100	100	100	0	100	10	100	85
	(2)	ﾃﾞｰﾀﾍﾙｽ計画の取組	40	40	40	40	30	30	25	25
	(3)	医療費通知の取組	25	25	25	25	20	20	15	15
	(4)	地域包括ｹｱ推進・一体的実施	25	21	30	15	30	7	40	7
	(5)	第三者求償の取組	40	21	40	38	50	45	50	50
	(6)	適正かつ健全な事業運営の実施状況	50	24	95	80	100	69	100	72
体制構築加点			60	60	－		－		－	
合　計　点			850	626	1,000	578	1,000	709	940	734

第２章　現状の整理

１　保険者の特性

町の人口は１２、１１２人(令和４年１２月現在)で、減少傾向にある。６５歳以上の人口割合は年々増加し令和４年度は約４０％で、同規模、県、全国と比べても高齢化が進んでいる。

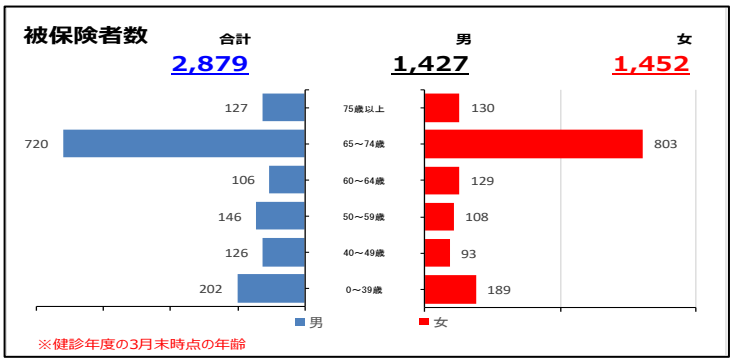
国保の加入率は１９．８％と、被用者保険の拡大など国の制度改正もあり、減少して２割を切る状況となった。国保加入者における６５歳以上の割合は６０％を超え、県、全国と比較しても高い値となっている。(図表８，９，１０)

【図表８】　同規模・県・国と比較した宝達志水町の特定

項目		宝達志水町				同規模平均	石川県	国
		H28		R04		R04	R04	R04
		実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合
人口構成	総人口	14,156		12,112			1,112,139	123,214,261
	65歳以上	4,165	29.4	4,795	39.6	36.9	30.0	28.7
	75歳以上	2,250	15.9	2,453	20.3	－	15.3	14.8
	65～74歳	1,915	13.5	2,342	19.3	－	14.7	13.9
	40～64歳	4,994	35.3	3,905	32.2	－	33.0	33.7
	39歳以下	4,997	35.3	3,412	28.2	－	37.0	37.6
死亡（人口千対）		180	12.7	231	15.8	15.7	11.4	11.1
出生（人口千対）		65	4.6	37	3.4	5.3	6.9	6.8
産業構成	第1次産業	6.4		6.7		13.4	3.1	4.0
	第2次産業	36.5		35.0		27.1	28.5	25.0
	第3次産業	57.1		58.4		59.5	68.3	71.0
国保の状況	被保険者数	2,965		2,402		440,282	202,031	2,748,882
	65～74歳	1,672	56.4	1,466	61.0	－	48.9	40.5
	40～64歳	867	29.2	640	26.6	－	30.8	33.1
	39歳以下	426	14.4	296	12.3	－	20.3	26.5
	加入率	20.9		19.8		24.3	18.2	22.3
	平均年齢	60.0		60.4		55.8	55.5	51.9
医療の概況（人口千対）	病院数	1	0.3	1	0.4	0.3	0.5	0.3
	診療所数	5	1.7	4	1.7	2.7	4.3	3.7
	病床数	100	33.7	70	29.1	40.8	83.1	54.8
	医師数	8	2.7	8	3.3	5.0	17.3	12.4
	外来患者数	720.4		690.9		708.1	706.8	687.8
	入院患者数	26.4		28.8		22.2	24.4	17.7

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９】性・年齢階級別被保険者数　（令和３年度）



出典：DHP システム_KDB 突合分析

【図表１０】人口に対する加入者割合

年齢区分	加入率
65−74歳	68.6%
40−64歳	15.2%
39歳以下	8.0%

２　第２期計画の取組状況及び評価

（１）保健事業の実施状況

これまでの主な取り組みは図表１１のとおり。特定健診の結果から発症予防、重症化予防対象者を抽出し、個別及び集団での保健指導を重点的に実施。特に本町は、入院医療費が高いことから、第２期計画では、糖尿病等重症化予防対策を中心に保健指導を実施し、治療中で血糖管理が不十分な方に対しては、かかりつけ医と連携した保健指導を実施した。

【図表１１】これまでの主な取り組み

区分	事業名	事業の概要	対象者	実施方法等	R04実績	
					実施状況	成果・課題等
健康診査	特定健診	40～75歳未満 自己負担800円	40～74歳	集団健診 2か所15回	647人 受診者の58%	若い年代の受診率が低い
				指定医療機関 3か所	254人 受診者の23%	
	若者健診	19～39歳の希望者 自己負担800円	20歳以上 希望者	集団健診 2か所15回	24人	
	人間ドック	人間ドックに係る費用を助成	30～74歳	医療機関	13人	
未受診者対策	特定健診初回対象者	初回対象となる方に通知や電話等で受診勧奨	40歳	通知・窓口 電話	10人	
	未受診者はがきの送付	集団健診実施後、未受診者はがきを送付、不参者健診5回	未受診者	はがき送付	1,406人	
	未受診者への個別受診勧奨	地区担当保健師等による電話、訪問	前年度重要化予防対象者で今年度未受診	電話・訪問	対象10名 実施8名	
	未受診者へのデータ提供	健診未受診者のうち医療機関受診者を抽出、窓口に提出依頼	個人通知	はがき送付	対象484人 80人持参	
	かかりつけ医からのデータ受領	健診未受診者のうち医療機関受診者を抽出、町内医療機関に協力依頼	個人通知	医療機関への協力依頼	対象567人 データ受療148人	
保健指導・集団健康教育	特定保健指導	特定健診の結果動機付け支援、積極的支援者への保健指導	特定保健指導対象者	訪問・面接	対象者112人 68人終了	
	糖尿病等重症化予防の保健指導	血圧、糖、脂質値が高値で未治療者を中心に保健指導を実施。治療中でも必要な場合は主治医と連携し保健指導を実施	40歳～ 後期高齢に異動後も継続	訪問・面接	対象者104人 実施　　68人	
	健診結果説明会	健診受診者を対象に、健診結果の意味、データと生活の関連等について集団健康教育を実施	健診受診者	集団健康教育	31回 参加407人	
	糖尿病教室	HbA1c6.5以上者を対象に３回シリーズで教室を開催	HbA1c6.5以上の者	集団健康教育	対象者50人 参加者8人	
	体育施設を活用した健康教育事業	宝達スポーツ文化コミッションの施設を活用し、運動指導士による運動指導や食事、生活について教室を開催	特定健診を受診した40～74歳の者	運動教室	参加者　８人	参加者が固定化
健康情報	健康情報等の提供	健康維持や疾病予防に効果のある情報提供として、広報の利用、パンフレット、ポスター配布等	全員	広報 パンフレット 配布		
その他	健康ポイントの実施	健診受診、保健事業に参加した場合にポイント付与、貯まったポイントは商工会が運営するポイントとして利用できる	特定健診 がん検診受診者	「ほっぴーさん」ポイント ５０ポイント 配布	枚配布1,697枚 利用者1,106人	
医療費通知	医療費通知	被保険者に年２回送付	医療機関 受診者	2月・3月 通知	2,890人	
	ジェネリック医薬品 差額通知	医療費適正化及びジェネリック医薬品利用促進を目的に医療費通知に同封して送付（一定額以上の該当者）3回送付		6月・10月 2月	183人	

（２）第２期目標の達成状況

第２期計画に掲げた数値目標の達成状況は、図表１２の通りである。
中長期目標である虚血性心疾患の医療費に占める割合は減少し、糖尿病性腎症による透析導入者の割合は減少し、目標は達成した。しかし短期目標であるメタボリックシンドロームやHbA1c 異常者の割合が悪化した。メタボリックシンドロームは全国的にも悪化しており、取り組みの強化が求められている。

【図表１２】　※最終評価において初期値よりも改善しているものに〇印

第2期　計画の目標指標・目標量

※赤字は中間評価で追加した指標、目標値を見直した項目

関連計画	区分		達成すべき目的	課題を解決するための目標	H30 初期値 (H28)	R2 中間評価値 (R1)	R5 最終評価値 (R4)	R05 最終目標値	データの把握方法 (活用データ)
データヘルス計画	中長期目標	アウトカム評価	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合　45%減少	0.0%	44.0%	6.3%増	45.0%	KDBシステム
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合　7%減少	0.0%	4.0%	14.8%	7.0%	
				糖尿病性腎症による透析導入者数の割合の減少 15%	0.0%	14.1%	33.6%	15.0%	
	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	ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ該当者･予備群の割合減少　20%	0.0%	11.8%増	14.5%増	20.0%	特定健診・特定保健指導結果（国保中央会） 町健康づくり推進室
				健診受診者の高血圧者の割合減少 10%（160/100以上）	0.0%	9.5%	9.5%	10.0%	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少　20%（LDL-C160以上）	0.0%	18.8%	14.1%	20.0%	
				健診受診者の糖尿病者有病者の割合減少　5%（HbA1c6.5以上）	0.0%	7.3%増	2.9%増	5.0%	
				健診受診者のHbA1c8以上の未治療者の割合の減少	-	5.0%	28.5%	4.6%	
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合 60%	35%（服薬開始）	53.8%	51.5%	60.0%	
特定健診等計画				特定保健指導対象者の減少率25%	0.0%	7.1%増	1.8%	20.0%	
		アウトプット	特定健診受診率・特定保健指導の実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率　60%以上	59.5%	60.0%	54.0%	60.0%	
				特定保健指導実施率　80%以上	82.1%	73.1%	60.7%	80.0%	
				糖尿病の保健指導を実施した割合　80%以上（HbA1c6.5以上）	38.2%	67.5%	63.3%	80.0%	
保険者努力支援制度			がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率　胃がん検診　21%以上	24.0%	17.9%	19.0%	21.0%	地域保健事業報告
				肺がん検診　24%以上	22.7%	19.8%	16.5%	24.0%	
				大腸がん検診　24%以上	21.1%	19.7%	17.1%	24.0%	
				子宮頸がん検診　26%以上	24.7%	19.6%	21.2%	26.0%	
				乳がん検診　26%以上	29.5%	23.5%	17.3%	26.0%	
				5つのがん検診の平均受診率	-	23.4%	18.2%	24.0%	
			歯科検診（歯周疾患検診）	歯科検診（歯周疾患検診含む）の受診率	-	3.8%	6.6%	4.2%	町健康づくり推進室
			自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合50%以上	20.0%	20.2%	17.0%	20.0%	町商工観光課
			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	66.1%	75.5%	82.6%	83.0%	厚生労働省公表結果
			高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	-	-	R5から実施	R6年度実施	

※脳血管疾患、虚血性心疾患の医療費に占める割合について、令和元年度にＫＤＢの集計要件が変更されたため、平成２８年度に遡って再計算した値で評価を行った。策定当初の値とは異なる。

第３章　健康・医療情報等の分析、健康課題の抽出

１　健康・医療情報の分析

（１）平均寿命、死亡の状況

平均寿命、平均自立期間ともに延伸したが、県に比べると男性の平均寿命が低くなっている。死因は、がんが約６割、心臓病が約２割であり、県に比べ、がん、脳疾患、糖尿病の死亡割合が高くなっている。（図表１３）

また、男女別の年齢調整をした死亡率（５年移動平均により石川県を１００とした標準化死亡比）では、特に男性の虚血性心疾患・心筋梗塞の死亡の高い状態が続いている。（図表１４，１５）

【図表１３】　同規模・県・国と比較した宝達志水町の平均寿命、死亡の状況

項目			宝達志水町 H28 実数	宝達志水町 H28 割合	宝達志水町 R04 実数	宝達志水町 R04 割合	同規模平均 R04 割合	石川県 R04 割合	国 R04 割合
平均寿命	男性		79.2		81.0		80.4	81.1	80.8
	女性		87.2		87.3		86.9	87.3	87.0
平均自立期間（要介護2以上）	男性		78.6		80.4		79.5	80.3	80.1
	女性		84.3		85.2		83.9	84.9	84.4
死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	112.2		101.3		103.9	98.6	100
		女性	99.2		98.7		101.5	98.2	100
	死因	がん	42	44.2	61	57.5	46.7	51.5	50.6
		心臓病	22	23.2	20	18.9	29.3	26.9	27.5
		脳疾患	21	22.1	19	17.9	15.8	14.4	13.8
		糖尿病	4	4.2	2	1.9	2.0	1.8	1.9
		腎不全	5	5.3	2	1.9	3.8	3.1	3.6
		自殺	1	1.1	2	1.9	2.3	2.4	2.7
早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計		17	8.10	11	5.8	－	7.2	8.7
		男性	11	11.1	8	8.7	－	9.7	11.2
		女性	6	5.5	3	3.1	－	4.9	6.0

出典：KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

【図表１４】　標準化死亡比（間接法、５年移動平均、石川県を１００とした場合の指標）

	総死亡数						悪性新生物						心疾患					
	男			女			男			女			男			女		
	標準化死亡比	95%信頼区間 下限	95%信頼区間 上限	標準化死亡比	95%信頼区間 下限	95%信頼区間 上限	標準化死亡比	95%信頼区間 下限	95%信頼区間 上限	標準化死亡比	95%信頼区間 下限	95%信頼区間 上限	標準化死亡比	95%信頼区間 下限	95%信頼区間 上限	標準化死亡比	95%信頼区間 下限	95%信頼区間 上限
H24-H28							105.8	90.0	124.3	98.6	81.3	119.4	110.9	86.4	142.0	92.6	73.9	115.8
H25-H29	104.6	95.3	114.7	102.9	94.2	112.4	114.1	97.6	133.3	93.4	76.7	113.6	109.3	85.0	140.3	81.4	63.9	103.5
H26-H30	99.6	90.6	109.5	103.8	95.0	113.4	110.4	94.2	129.3	94.2	77.5	114.6	101.1	77.8	131.0	91.2	72.7	114.3
H27-R01	99.8	90.8	109.7	103.8	95.1	113.4	111.5	95.2	130.6	100.9	83.4	121.9	100.3	77.4	129.8	96.4	77.3	120.1

出典：人口動態

【図表１５】

	急性心筋梗塞、その他虚血性心疾患						脳血管疾患					
	男			女			男			女		
	標準化死亡比	95%信頼区間		標準化死亡比	95%信頼区間		標準化死亡比	95%信頼区間		標準化死亡比	95%信頼区間	
		下限	上限		下限	上限		下限	上限		下限	上限
H24-H28	132.9	92.4	190.1	137.7	95.8	196.9	106.9	78.0	145.9	111.5	85.6	144.9
H25-H29	141.8	98.6	202.8	130.4	88.9	189.9	108.2	78.6	148.3	115.9	89.0	150.6
H26-H30	133.5	91.7	193.2	116.4	77.0	174.7	101.6	72.9	140.9	101.9	76.2	135.9
H27-R01	126.0	85.3	184.7	120.8	79.9	181.2	89.9	62.9	127.8	91.5	66.8	124.9

（２）介護の状況

介護認定率は低いが、一人当たり介護給付費が他地域に比べ高く、特に居宅サービスが高い。介護認定率、疾病保有状況について、年齢階級別、介護度別にみると、どの年代も重度認定者の割合が高く、重度認定者では認知症が最も多く、次いで心不全、脳血管疾患、虚血性心疾患が多くなっている。（図表１６，１７）

【図表１６】　同規模・県・国と比較した宝達志水町の介護の状況

項目				宝達志水町				同規模平均	県	国
				H28		R04		R04	R04	R04
				実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合
介護保険	1号認定者数(認定率)			844	20.5	845	18.1	18.6	18.3	19.4
		新規認定者		12	0.3	9	0.2	0.3	0.3	0.3
		介護度別総件数	要支援1.2	2,849	15.8	2,146	11.0	12.6	14.3	12.9
			要介護1.2	8,684	48.1	10,024	51.2	46.3	48.5	46.3
			要介護3以上	6,514	36.1	7,427	37.9	41.1	37.2	40.8
	2号認定者			19	0.38	13	0.33	0.38	0.27	0.38
介護給付費	1人当たり給付費/総給付費			359,827	14.99億	314,775	15.09億	303,361	298,719	290,668
	1件当たり給付費(全体)			83,043		77,019		72,528	69,621	59,662
		居宅サービス		47,280		46,075		44,391	45,482	41,272
		施設サービス		271,776		271,760		291,231	290,453	296,364
医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり		91,890		101,690		89,880	99,050	86,100
		認定なし		47,190		51,980		42,260	45,510	40,200

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１７】介護認定者の疾病保有割合（年齢階級、介護度別）

※６５-７４は国保と７５歳未満後期を合算した数

年齢	市町	被保険者数 a	介護認定者 b		軽度認定者（要支援1・2､要介護1・2） c		脳血管疾患 f'		心不全 g'		虚血性心疾患 h'		腎不全 i'		骨折 j'		認知症 k'	
		人	人	b/a(%)	人	c/a(%)	人	f'/c(%)	人	g'/c(%)	人	h'/c(%)	人	i'/c(%)	人	k'/c(%)	人	k'/c(%)
40-64	石川県	72,941	638	0.87	384	0.53	206	53.6	117	30.5	75	19.5	96	25.0	55	14.3	36	9.4
	宝達志水町	736	8	1.09	5	0.68	2	40.0	2	40.0	0	0.0	1	20.0	1	20.0	0	
65-74	石川県	129,405	5,152	4.0%	3,354	2.6%	1,325	39.5%	1,024	30.5%	732	21.8%	636	19.0%	632	18.8%	635	18.9%
	宝達志水町	1,894	75	4.0%	44	2.3%	18	40.9%	10	22.7%	7	15.9%	8	18.2%	9	20.5%	12	27.3%
75-	石川県	184,270	62,447	33.9	37,428	20.3	12,917	34.5	18,423	49.2	12,030	32.1	7,471	20.0	10,145	27.1	12,974	34.7
	宝達志水町	2,756	915	33.2	501	18.2	160	31.9	252	50.3	185	36.9	100	20.0	141	28.1	221	44.1

年齢	市町	被保険者数 a	介護認定者 b		重度認定者（要介護3・4・5） d		脳血管疾患 f'		心不全 g'		虚血性心疾患 h'		腎不全 i'		骨折 j'		認知症 k'	
		人	人	b/a(%)	人	d/a(%)	人	f'/d(%)	人	g'/d(%)	人	h'/d(%)	人	i'/d(%)	人	k'/d(%)	人	k'/d(%)
40-64	石川県	72,941	638	0.87	254	0.35	139	54.7	69	27.2	26	10.2	50	19.7	27	10.6	41	16.1
	宝達志水町	736	8	1.09	3	0.41	1	33.3	0		0		0		0		0	
65-74	石川県	129,405	5,152	4.0%	1,798	1.4%	890	49.5%	669	37.2%	320	17.8%	415	23.1%	270	15.0%	555	30.9%
	宝達志水町	1,894	75	4.0%	31	1.6%	16	51.6%	12	38.7%	10	32.3%	8	25.8%	3	9.7%	12	38.7%
75-	石川県	184,270	62,447	33.9	25,019	13.6	10,717	42.8	13,605	54.4	6,715	26.8	5,783	23.1	5,897	23.6	13,868	55.4
	宝達志水町	2,756	915	33.2	414	15.0	184	44.4	242	58.5	171	41.3	76	18.4	104	25.1	272	65.7

出典：DHP システム_高齢者コックピット

（３）医療の状況

①医療費、地域差指数

国保の一人当たり医療費は、全国、県と比べると高い値が続いていており、直近の令和３年度は県下１位である。特に入院医療費が高く、外来医療費は低くなっており、後期高齢の医療費も同様の傾向である。（図表１８）

【図表１８】　医療費、地域差指数の推移

1人当たり実績医療費及び地域差指数の推移（入院・入院外別／国保・後期）

出典：医療費の地域差分析（厚労省）より　※1人当たり医療費は実績、地域差指数は全国を１として年齢調整

市町	年度	国保医療費								
		計			入院			外来		
		一人あたり医療費	地域差指数	県内順位	一人あたり医療費	地域差指数	県内順位	一人あたり医療費	地域差指数	県内順位
国	H28	346,503	1.00	－	133,409	1.00	－	188,311	1.00	－
	R03	386,610	1.00	－	151,415	1.00	－	208,247	1.00	－
石川県	H28	394,704	1.08	－	174,530	1.25	－	198,155	1.00	－
	R03	411,001	1.06	－	182,473	1.21	－	205,794	0.99	－
宝達志水町	H28	452,004	1.13	2	183,090	1.18	14	245,242	1.12	1
	R03	505,517	1.14	1	235,120	1.35	2	246,144	1.03	4

市町	年度	後期高齢者医療費								
		計			入院			外来		
		一人あたり医療費	地域差指数	県内順位	一人あたり医療費	地域差指数	県内順位	一人あたり医療費	地域差指数	県内順位
国	H28	918,825	1.00	－	458,426	1.00	－	427,008	1.00	－
	R03	922,373	1.00	－	466,848	1.00	－	419,170	1.00	－
石川県	H28	973,030	1.04	－	542,837	1.15	－	407,342	0.94	－
	R03	937,043	1.02	－	520,826	1.12	－	391,746	0.94	－
宝達志水町	H28	960,317	1.01	9	510,309	1.06	12	429,962	0.99	3
	R03	915,608	1.02	10	523,041	1.13	10	371,908	0.94	13

②ターゲットとする生活習慣病の医療費

データヘルス計画でターゲットとしている疾患の医療費では、中長期的目標疾患では、腎不全、脳血管疾患の割合が県に比べ高く、短期的目標疾患では、糖尿病、高血圧が高く、中長期目標の疾患全体でも高くなっている。（図表１９）

【図表１９】　中長期・短期目標疾患の医療費・治療の状況

市町		年度末被保険者数（人）	年度平均被保険者数（人）	総医療費（百万円）	総医療費（円）	一人あたり医療費				中長期目標疾患							
						金額（円）	H28比伸率	順位		腎				脳		心	
								同規模	県内	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	
		（人）	人	百万円	円	円	%	位	位	円	%	円	%	円	%	円	%
国	H28	32,587,866	33,299,003	9,731,974	97319.74億	292,260		--	--	15,813	5.41	916	0.31	6,479	2.22	5,933	2.03
	R04	27,488,882	28,222,953	9,337,411	93374.11億	330,845	1.13	--	--	14,101	4.26	962	0.29	6,700	2.03	4,804	1.45
石川県	H28	251,804	258,920	91,128	911.28億	351,954		--	--	15,199	4.32	1,087	0.31	8,120	2.31	9,602	2.73
	R04	202,031	208,641	81,700	817.00億	391,581	1.11	--	--	15,182	3.88	925	0.24	8,103	2.07	6,656	1.70
宝達志水町	H28	2,965	3,025	1,203	12.03億	397,605		8位	3位	22,814	5.74	1,184	0.30	10,056	2.53	6,962	1.75
	R04	2,402	2,508	1,160	11.60億	462,272	1.16	5位	1位	32,118	6.95	2,295	0.50	11,965	2.59	6,873	1.49

市町		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	
		糖尿病		高血圧		脂質異常症									
		円	%	円	%	円	%	円	%	円	%	円	%	円	%
国	H28	15,721	5.38	13,832	4.73	8,573	2.93	67,267	23.02	41,344	14.15	27,299	9.34	24,598	8.42
	R04	17,888	5.41	10,132	3.06	6,960	2.10	61,548	18.60	55,208	16.70	25,243	7.60	28,727	8.70
石川県	H28	19,050	5.41	14,990	4.26	9,780	2.78	77,827	22.11	55,052	15.64	39,432	11.20	29,821	8.47
	R04	20,730	5.29	10,703	2.73	7,627	1.95	69,925	17.90	70,397	18.00	35,320	9.00	33,167	8.50
宝達志水町	H28	23,646	5.95	20,846	5.24	10,401	2.62	95,909	24.12	61,997	15.59	43,149	10.85	30,693	7.72
	R04	26,005	5.63	13,047	2.82	7,208	1.56	99,512	21.50	97,131	21.00	35,551	7.70	31,944	6.91

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

③高額となる医療費（ターゲットとする疾患のうち）

月８０万円以上の高額となる医療費は虚血性心疾患が最も多く、県全体と比べてもその割合は高い。

高額の中で最も人数の多かった虚血性心疾患発症例では、糖尿病重症化による事例や糖尿病とＬＤＬコレステロール、血圧などのリスクを併せ持つ人が多かった。なお、すでに重症化してからの国保加入者や加入後２年以内に発症の人も多く、国保だけでは限界があり、被用者保険との連携も課題である。（図表２０，２１）

【図表２０】　月８０万円以上の医療費の状況（令和４年度）

疾病名	レセ件数	人数	費用額（万）	費用額/件（万円）	費用額/人（万円）	高額レセプト全体の中の割合	
						宝達志水町	石川県全体
虚血性心疾患	18	7	2,128	118	304	51%	34%
脳梗塞	13	5	1,207	93	241	37%	35%
くも膜下出血	2	1	450	225	450	6%	3%
脳出血	1	1	249	249	249	3%	22%
大動脈瘤および解離	1	1	242	242	242	3%	6%

出典：DHP システム_高額医療者集計リスト

【図表２１】　高額のうち虚血性心疾患の７事例の状況

総数	基礎疾患			
	糖尿病	高血圧	高ＬＤＬ	高尿酸
7人	5人	3人	5人	1人
100%	71%	43%	71%	14%

出典：DHP システム_高額医療者集計リスト、KDB システム

・高額となった疾病の状況　糖尿病重症化、多発合併症併発　２人
　糖尿病に高ＬＤＬ、血圧、高尿酸の重なり　５人
　高血圧による脳動脈瘤、ラクナ梗塞併発　１人

・国保加入の経過　重症化後に国保加入　２人
　国保加入３年以内に発症　２人
　国保加入１０年以上　３人

④長期に高額となる疾患　新規人工透析者の推移

データヘルス計画では、長期に高額な医療を必要とする新規人工透析の発症予防を目標としている。本町では以前に比べ発生は減少し、近年は１名前後となっている。新規透析導入の原因疾患は糖尿病性腎症によるものであった。（図表２２）

【図表２２】　新規透析患者の推移

保険者	制度	H28							R03							5年平均(H29-R3)						
		①被保険者数	②人工透析導入者数		③新規人工透析導入者数				①被保険者数	②人工透析導入者数		③新規人工透析導入者数				①被保険者数	②人工透析導入者数		③新規人工透析導入者数			
				②/①		③/①	④糖尿病患者数				②/①		③/①	④糖尿病患者数				②/①		③/①	④糖尿病患者数	
				割合		割合	④/③	割合			割合		割合	④/③	割合			割合		割合	④/③	割合
全国	国保	29,794,893	119,622	4.0‰	12,647	0.4‰	8,449	67%	25,855,400	115,012	4.4‰	10,889	0.4‰	7,206	66%	27,291,611万人	116,636	4.3‰	11,836	0.4‰	7,879	67%
	後期	16,890,252	181,898	10.8‰	17,727	1.0‰	9,949	56%	18,589,637	202,902	10.9‰	19,014	1.0‰	10,938	58%	18,026,024万人	196,456	10.9‰	19,327	1.1‰	11,080	57%
石川県	国保	251,804	968	3.8‰	114	0.5‰	78	68%	213,759	916	4.3‰	83	0.4‰	60	72%	225,917	927	4.1‰	83	0.4‰	60	69%
	後期	161,546	1,632	10.1‰	145	0.9‰	92	63%	176,623	1,722	9.8‰	134	0.8‰	87	65%	171,636	1,719	10.0‰	134	0.8‰	102	69%
町	国保	2,965	18	6.1‰	1	0.3‰	1	100%	2,612	16	6.1‰	2	0.8‰	1	50%	2,701	16	5.9‰	2	0.7‰	1	50%
	後期	2,522	26	10.3‰	2	0.8‰	1	50%	2,622	27	10.3‰					2,564	27	10.5‰	2	0.8‰	1	50%

出典：国保中央会調べ（毎年度４月～３月診療分）

⑤脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の新規状況とその基礎疾患

生活習慣病の重症化予防のターゲットとしている疾患について、新規発生患者数及び基礎疾患の状況をみると、虚血性心疾患が最も多く、次いで脳梗塞である。

新規患者の発生割合は、石川県に比べすべての疾患が多くなっており、基礎疾患では高血圧、脂質異常の割合も高く、またこれらが重なっている者の割合も高いことから、リスクの重なりに注目した保健指導も重要となる。（図表２３）

【図表２３】　新規発生患者、基礎疾患の状況

生活習慣病重症化疾患				基礎疾患							
疾病名	地域	人数	割合/被保数	糖尿病		高血圧症		脂質異常症		高尿酸血症（痛風含む）	
				人数	保有割合	人数	保有割合	人数	保有割合	人数	保有割合
脳梗塞	石川県	2,564	1.04	1,108	43.2	1,787	69.7	347	13.5	1,345	52.5
	宝達志水町	31	1.06	10	32.3	22	71.0	15	48.4	6	19.4
脳出血	石川県	485	0.20	152	31.3	380	78.4	151	31.1	53	10.9
	宝達志水町	8	0.27	2	25.0	7	87.5				
虚血性心疾患	石川県	4,728	1.92	2,532	53.6	3,336	70.6	3,023	63.9	685	14.5
	宝達志水町	57	1.96	33	57.9	45	78.9	42	73.7	8	14.0
糖尿病性腎症	石川県	782	0.32	782	100.0	564	72.1	512	65.5	137	17.5
	宝達志水町	18	0.62	18	100.0	13	72.2	15	83.3	3	16.7
人工透析(全て)	石川県	87	0.04	56	64.4	79	90.8	45	51.7	53	60.9
	宝達志水町	3	0.10	1	33.3	2	66.7			2	66.7
人工透析（糖尿病性腎症）	石川県	33	0.01	31	93.9	30	90.9	21	63.6	16	48.5
	宝達志水町	1	0.03	1	100.0	1	100.0			1	100.0

出典：DHP システム_新規患者集計リスト

（４）健診の状況

①特定健診・特定保健指導実施状況（法定報告）

健診受診率は、コロナ禍の影響により平成２８年度に比べ令和４年度は低下した。年代が高くなるほど受診率が高く７０歳代では目標とする６０％にもう少しだが、４０歳代は３０％以下と若い年代の受診率向上が課題である。体の状態か全くわからない健診未受診で医療機関にも受診していない人達は約１８０人（約１０％）となっている。（図表２７）

また特定保健指導実施率は、低下傾向である。（図表２８）

【図表２４】　性年齢階級別受診率

			合計			40～49歳			50～59歳			60～69歳			70～74歳			再　65～74歳		
			対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
総数	宝達志水町	H28	2,341	1,393	59.5%	185	56	30.3%	221	99	44.8%	1,209	763	63.1%	726	475	65.4%	1,601	1,047	65.4%
		R04	1,885	1,018	54.0%	164	45	27.4%	174	63	36.2%	677	397	58.6%	870	513	59.0%	1,363	821	60.2%
	石川県	R04	144,501	61,733	42.7%	16,934	3,846	22.7%	20,384	5,772	28.3%	48,346	21,871	45.2%	58,837	30,244	51.4%	91,856	46,196	50.3%
男	宝達志水町	H28	1,139	638	56.0%	109	36	33.0%	123	51	41.5%	545	322	59.1%	362	229	63.3%	769	483	62.8%
		R04	914	447	48.9%	102	28	27.5%	99	28	28.3%	301	165	54.8%	412	226	54.9%	635	357	56.2%
	石川県	R04	67,404	25,455	37.8%	9,405	1,887	20.1%	10,690	2,644	24.7%	20,914	8,405	40.2%	26,395	12,519	47.4%	40,652	18,692	46.0%
女	宝達志水町	H28	1,202	755	62.8%	76	20	26.3%	98	48	49.0%	664	441	66.4%	364	246	67.6%	832	564	67.8%
		R04	971	571	58.8%	62	17	27.4%	75	35	46.7%	376	232	61.7%	458	287	62.7%	728	464	63.7%
	石川県	R04	77,097	36,278	47.1%	7,529	1,959	26.0%	9,694	3,128	32.3%	27,432	13,466	49.1%	32,442	17,725	54.6%	51,204	27,504	53.7%

出典：法定報告

【図表２５】受診者のうち継続受診者割合（リピータ率）

	H28		R04	
	人	割合	人	割合
宝達志水町	1,089	81.8	799	68.1
石川県	62,462	74.5	45,407	69.6

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表２６】かかりつけ医からのデータ受領

	人	割合
宝達志水町	143	14.0
石川県	1,010	3.9

出典：事業主健診データ事業

【図表２７】　未受診者のうち医療機関の受診の有無

	健診未受診で医療機関受診（生活習慣病あり）		健診未受診かつ医療機関未受診	
	人	割合	人	割合
宝達志水町	468	24.8	171	9.1
石川県	39,991	27.6	18,917	13.0

出典：KDB 様式 5-5

【図表２８】　特定保健指導実施率

	H28					R04				
	健診受診者	保健指導対象者		保健指導終了者		健診受診者	保健指導対象者		保健指導終了者	
	人	人	割合	人	割合	人	人	割合	人	割合
宝達志水町	1,393	156	11.2	128	82.1	1,018	112	11.0	68	60.7
石川県	80,701	8,323	10.3	4,728	56.8	61,733	6,395	10.4	3,062	47.9

出典：法定報告

②メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

メタボリックシンドローム該当者が増加し、県、同規模に比べ男女ともその割合は高くなっている。特に男性はメタボ該当者・予備群を合わせると５割を超えている。

リスクを合わせ持つ割合も高く、血糖・血圧・脂質異常の３つ重なっている人の割合は県、同規模に比べても多い。また、メタボリックシンドロームに至っていないが腹囲が基準以上である人の割合が県、同規模に比べても多く、今後さらにメタボリックシンドロームの増加が危惧される。（図表２９）

【図表２９】　メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

項目			宝達志水町				同規模	石川県	国
			H28		R04		R04	R04	R04
			人	割合	人	割合	割合	割合	割合
メタボ該当・予備群		該当者	317	22.7	290	28.6	21.4	22.8	20.3
		男性	207	32.4	177	39.8	32.0	36.1	32.0
		女性	110	14.6	113	19.9	12.1	13.6	11.0
		予備群	156	11.2	103	10.2	11.2	10.7	11.2
		男性	105	16.4	63	14.2	17.0	17.3	17.9
		女性	51	6.8	40	7.0	6.2	6.1	5.9
メタボ該当・予備群の内訳	腹囲	総数	535	38.4	422	41.7	35.6	36.5	34.9
		男性	350	54.8	256	57.5	53.5	58.1	55.3
		女性	185	24.5	166	29.2	19.9	21.5	18.8
	血糖のみ		13	0.9	14	1.4	0.7	0.6	0.6
	血圧のみ		98	7.0	52	5.1	8.2	7.0	7.9
	脂質のみ		45	3.2	37	3.7	2.3	3.1	2.7
	血糖・血圧		50	3.6	39	3.8	3.6	2.7	3.0
	血糖・脂質		16	1.1	20	2.0	1.0	1.3	1.0
	血圧・脂質		137	9.8	129	12.7	9.6	10.6	9.7
	血糖・血圧・脂質		114	8.2	102	10.1	7.2	8.2	6.6

出典：KDB システム_地域全体像の把握

③各種検査項目の状況

・血糖では、HbA1ｃ６．５以上割合が増加、県に比して高い状態が続いている。
HbA1ｃ７％以上の割合も増加、未治療者の割合は減少したが、治療中者が増加（７９．５％）、医療との連携が課題となっている。また HbA1ｃ５．６-６．４の割合も県に比べて高く、耐糖能異常の段階での予防も必要となっている。（図表３０，３１，３２）

・血圧Ⅰ度以上の割合が減少したが、県に比べると僅かに低い状態にある。Ⅲ度高血圧が増加、なかでも未治療者が増加（６１．５％）しており、受診勧奨への保健指導が必要である。
（図表３３，３４，３５）

・ＬＤＬコレステロール１４０以上の割合は減少し、県に比べても低い値となっている。
ＬＤＬコレステロール１８０以上の割合は同程度であるが、未治療が９割（２１人）である。
ＬＤＬコレステロールは単独で虚血性心疾患のリスクであり保健指導等が必要である。
（図表３６，３７，３８）

【図表３０】　HbA1ｃの年次比較

		HbA1c測定	正常		保健指導判定値 正常高値		保健指導判定値 糖尿病の可能性が否定できない		受診勧奨判定値 糖尿病 合併症予防のための目標		受診勧奨判定値 糖尿病 最低限達成が望ましい目標		受診勧奨判定値 糖尿病 合併症の危険が更に大きくなる		再掲		再掲	
			5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		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
宝達志水町	H28	1,354	350	25.8%	541	40.0%	278	20.5%	113	8.3%	60	4.4%	12	0.9%	36	2.7%	7	0.5%
	R04	1,013	250	24.7%	399	39.4%	221	21.8%	70	6.9%	52	5.1%	21	2.1%	40	3.9%	13	1.3%
石川県	R04	61,367	20,828	33.9%	23,011	37.5%	10,338	16.8%	3,662	6.0%	2,659	4.3%	869	1.4%	1,932	3.1%	552	0.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表３１】　糖尿病治療と未治療の状況

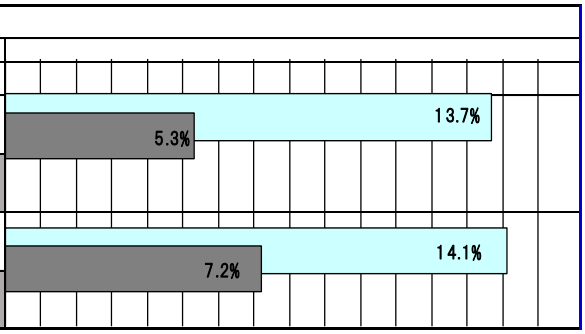
			HbA1c測定		正常		保健指導判定値 正常高値		保健指導判定値 糖尿病の可能性が否定できない		受診勧奨判定値 糖尿病 合併症予防のための目標		受診勧奨判定値 糖尿病 最低限達成が望ましい目標		受診勧奨判定値 糖尿病 合併症の危険が更に大きくなる		再掲		再掲	
					5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
治療中	宝達志水町	H28	169	12.5%	1	0.6%	12	7.1%	44	26.0%	56	33.1%	48	28.4%	8	4.7%	26	15.4%	4	2.4%
		R04	121	11.9%	0	0.0%	4	3.3%	23	19.0%	36	29.8%	42	34.7%	16	13.2%	34	28.1%	11	9.1%
	石川県	R04	6,718	10.9%	102	1.5%	418	6.2%	1,517	22.6%	1,975	29.4%	2,034	30.3%	672	10.0%	1,538	22.9%	407	6.1%
治療なし	宝達志水町	H28	1,185	87.5%	349	29.5%	529	44.6%	234	19.7%	57	4.8%	12	1.0%	4	0.3%	10	0.8%	3	0.3%
		R04	892	88.1%	250	28.0%	395	44.3%	198	22.2%	34	3.8%	10	1.1%	5	0.6%	6	0.7%	2	0.2%
	石川県	R04	54,649	89.1%	20,726	37.9%	22,593	41.3%	8,821	16.1%	1,687	3.1%	625	1.1%	197	0.4%	394	0.7%	145	0.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

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

【図表３２】　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）7.0以上	未治療	治療
H28	1,354	350 25.8%	541 40.0%	278 20.5%	185 13.7%	73 39.5%	112 60.5%
					72 5.3%	16 22.2%	56 77.8%
R04	1,013	250 24.7%	399 39.4%	221 21.8%	143 14.1%	49 34.3%	94 65.7%
					73 7.2%	15 20.5%	58 79.5%



出典：ヘルスサポートラボツール

【図表３３】　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
宝達志水町	H28	1,393	382	27.4%	275	19.7%	416	29.9%	262	18.8%	55	3.9%	3	0.2%
	R04	1,018	292	28.7%	183	18.0%	318	31.2%	185	18.2%	27	2.7%	13	1.3%
石川県	R04	61,733	15,352	24.9%	12,435	20.1%	18,212	29.5%	12,615	20.4%	2,641	4.3%	478	0.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表３４】　高血圧治療と未治療の状況

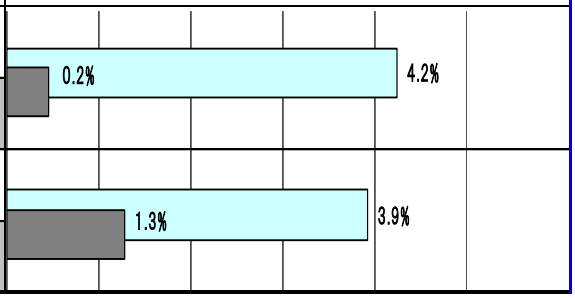
			血圧測定者		正常				保健指導		受診勧奨判定値					
					正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A		B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	宝達志水町	H28	604	43.4%	96	15.9%	121	20.0%	204	33.8%	151	25.0%	30	5.0%	2	0.3%
		R04	437	42.9%	85	19.5%	76	17.4%	155	35.5%	102	23.3%	14	3.2%	5	1.1%
	石川県	R04	24,521	39.7%	3,467	14.1%	4,913	20.0%	8,568	34.9%	6,239	25.4%	1,176	4.8%	158	0.6%
治療なし	宝達志水町	H28	789	56.6%	286	36.2%	154	19.5%	212	26.9%	111	14.1%	25	3.2%	1	0.1%
		R04	581	57.1%	207	35.6%	107	18.4%	163	28.1%	83	14.3%	13	2.2%	8	1.4%
	石川県	R04	37,212	60.3%	11,885	31.9%	7,522	20.2%	9,644	25.9%	6,376	17.1%	1,465	3.9%	320	0.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

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

【図表３５】　重症化しやすいⅡ度以上高血圧の方の減少は

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	
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療
H28	1,393	657 47.2%	416 29.9%	262 18.8%	58 4.2%	26 44.8%	32 55.2%
					3 0.2%	1 33.3%	2 66.7%
R04	1,018	475 46.7%	318 31.2%	185 18.2%	40 3.9%	21 52.5%	19 47.5%
					13 1.3%	8 61.5%	5 38.5%



出典：ヘルスサポートラボツール

【図表３６】　LDL コレステロールの年次比較

			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	宝達志水町	H28	1,393	747	53.6%	346	24.8%	181	13.0%	82	5.9%	37	2.7%
		R04	991	535	54.0%	254	25.6%	128	12.9%	51	5.1%	23	2.3%
	石川県	R4	61,608	34,488	56.0%	14,539	23.6%	8,010	13.0%	3,174	5.2%	1,397	2.3%
男性	宝達志水町	H28	638	372	58.3%	160	25.1%	68	10.7%	29	4.5%	9	1.4%
		R04	434	256	59.0%	109	25.1%	42	9.7%	18	4.1%	9	2.1%
	石川県	R04	25,393	15,528	61.2%	5,606	22.1%	2,788	11.0%	1,041	4.1%	430	1.7%
女性	宝達志水町	H28	755	375	49.7%	186	24.6%	113	15.0%	53	7.0%	28	3.7%
		R04	557	279	50.1%	145	26.0%	86	15.4%	33	5.9%	14	2.5%
	石川県	R04	36,215	18,960	52.4%	8,933	24.7%	5,222	14.4%	2,133	5.9%	967	2.7%

出典：ヘルスサポートラボツール

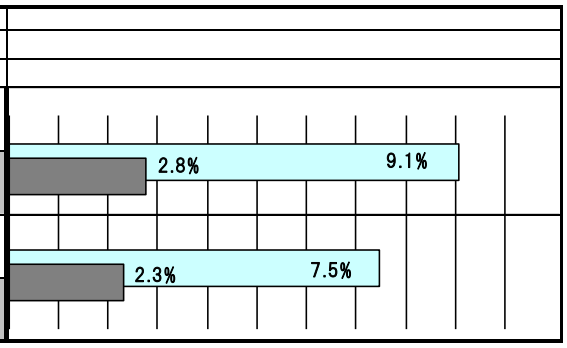
【図表３７】　LDL コレステロール治療と未治療の状況

			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	宝達志水町	H28	422	30.3%	287	68.0%	85	20.1%	29	6.9%	16	3.8%	5	1.2%
		R04	350	35.3%	243	69.4%	65	18.6%	31	8.9%	9	2.6%	2	0.6%
	石川県	R04	20,287	32.9%	14,986	73.9%	3,573	17.6%	1,242	6.1%	349	1.7%	137	0.7%
治療なし	宝達志水町	H28	971	69.7%	460	47.4%	261	26.9%	152	15.7%	66	6.8%	32	3.3%
		R04	641	64.7%	292	45.6%	189	29.5%	97	15.1%	42	6.6%	21	3.3%
	石川県	R04	41,321	67.1%	19,502	47.2%	10,966	26.5%	6,768	16.4%	2,825	6.8%	1,260	3.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表３８】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	
					再)180以上	未治療	治療
H28	1,393	747 53.6%	346 24.8%	181 13.0%	119 8.5%	98 82.4%	21 17.6%
					37 2.7%	32 86.5%	5 13.5%
R04	991	535 54.0%	254 25.6%	128 12.9%	74 7.5%	63 85.1%	11 14.9%
					23 2.3%	21 91.3%	2 8.7%



出典：ヘルスサポートラボツール

④血糖（HbA1c）、血圧、ＬＤＬコレステロールと肥満度との関係

血糖（HbA1c）、血圧、ＬＤＬコレステロール値の異常者について、年齢階級別に肥満の状況を見ると４０-６４歳代では、いずれも肥満（ＢＭＩ２５以上）の割合が増加しており、特に血糖は７割が肥満であった。（図表３９）

血糖、血圧等が高値となる背景や病態は多様であるが、本町では内臓脂肪蓄積からのサイトカイン異常、インスリン抵抗性増大による高血糖、血圧上昇等が推測され、取組みにあたっては、このような傾向を踏まえて検討する必要がある。

【図表３９】　検査項目と肥満度の関係

HbA1c6.5以上

年齢区分	40-64歳			65-75歳		
ＢＭＩ	22未満	22－25	25以上	22未満	22－25	25以上
H23	22.2%	22.2%	55.6%	27.5%	36.6%	35.9%
R4	16.7%	11.1%	72.2%	22.6%	33.8%	43.6%

収縮期血圧140以上

年齢区分	40-64歳			65-75歳		
ＢＭＩ	22未満	22－25	25以上	22未満	22－25	25以上
H23	28.8%	23.7%	47.5%	27.4%	42.7%	29.9%
R4	13.3%	26.7%	60.0%	28.7%	36.5%	34.8%

LDL160以上

年齢区分	40-64歳			65-75歳		
ＢＭＩ	22未満	22－25	25以上	22未満	22－25	25以上
H23	35.3%	23.5%	41.2%	33.3%	34.7%	32.0%
R4	13.0%	34.8%	52.2%	35.3%	31.4%	33.3%

出典：DHP システム_集計表

⑤生活習慣の状況（質問票）

特定健診の標準質問項目の結果は図表４０のとおり。

平成２８年度と令和４年度を比べると喫煙者の割合が減少したが、週３回以上朝食を抜く、２０歳時体重から１０kg 以上増、１日３０分以上運動習慣なし、１日１時間以上運動なし、睡眠不足の割合が減少した。また毎日飲酒する割合が県と比較すると高い。その他は目立って悪いデータはない。本町の肥満、メタボリックシンドロームが増加した食や生活背景について、把握、整理する必要がある。

【図表４０】　質問票

		宝達志水町				同規模平均	石川県	国
		H28		R04		R04	R04	R04
		実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合
喫煙		199	14.3	133	13.1	13.8	12.3	13.8
週３回以上朝食を抜く		82	6.0	63	6.3	8.0	9.2	10.3
週３回以上就寝前夕食		223	16.3	140	13.9	15.5	18.1	15.7
食べる速度が速い		321	23.5	231	22.9	26.2	29.9	26.8
20歳時体重から10kg以上増加		429	31.5	324	32.1	34.9	33.8	34.9
1回30分以上運動習慣なし		865	63.4	674	66.8	64.6	60.5	60.4
1日1時間以上運動なし		486	35.6	470	46.6	48.8	47.2	46.0
睡眠不足		197	14.5	180	17.9	24.5	23.1	25.6
毎日飲酒		328	23.9	268	26.6	25.7	25.6	25.5
時々飲酒		258	18.8	172	16.9	21.0	20.0	22.5
一日飲酒量	1合未満	278	48.0	237	50.6	60.5	65.3	64.2
	1～2合	200	34.5	154	32.9	26.3	23.7	23.7
	2～3合	82	14.2	64	13.7	10.3	8.8	9.3
	3合以上	19	3.3	13	2.8	2.9	2.1	2.8

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

２　健診・医療・介護データの分析から明らかとなった健康課題

・入院医療費が高く、外来医療費が低い状況にあり、結果、医療費全体は高くなっている。医療のかかり方として、軽症時の受診が少なく、重症化してからの治療が多いことが懸念される。

・疾病別の医療費では、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析等データヘルス計画でターゲットとしている疾患が占める割合が多く、重症化に至った事例では、糖尿病の重症化した事例が多く、高血圧、高コレステロール血症などを併せ持つ人が多かった。

・特定健診結果では、高血糖、高血圧、メタボリックシンドローム該当者の割合が増加し、特に高血糖、メリックシンドローム該当者は、県内でも高い値（1位）となっている。
メタボリックシンドローム該当者は、腹囲基準値以上の割合が高く、外見はスリムだが内臓脂肪の蓄積により、サイトカイン異常を起こし、血糖をはじめ、血圧、脂質異常が重なり、血管変化を起こしやすい状態となっている。

・本町は、HbA1c５．６～６．４の正常高値の割合も高く、軽度の高血糖の段階で動脈硬化が進行し始めるため、軽度異常の段階からの対策が必要である。

・要介護認定者においても認知症の割合が高く、近年認知症と糖尿病の関連が明らかとなっており介護予防の観点からも糖尿病対策が重要である。

・糖尿病や肥満は服薬治療のみでの改善は難しく、食や生活習慣の見直しが重要であり、そのための保健指導が重要となる。

・なお、重症に至った方には、６０歳、７０歳を過ぎてからの国保加入者も多く、既に重症化してから国保に異動してきた方もいるなど、疾病の発症、重症化予防は国保だけでは限界があり、被用者保険や商工会、企業等との連携が課題となっている。

第４章　データヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標とその取組

１　計画全体の目的

データヘルス計画全体の目的として以下の３点を掲げて取り組みを進める。

①糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患等の重症化を予防し、医療費の伸びを抑制する。

②糖尿病性腎症、虚血性心疾患等の共通のリスクである糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム該当者等の減少を目指す。

③　①、②の解決に向け、特定健診・特定保健指導の実施率の向上を目指すとともに、血管変化が始まる軽度高血糖の段階からの保健指導を行うとともに、高血糖、肥満予防に向け、若い世代を含め広く町民への健康教育や普及啓発（ポピュレーションアプローチ）に取り組む。

２　目的を達成するための目標、評価指標の設定

上記目的を達成するため「第３期データヘルス計画目標管理一覧」（図表４２）のとおり、アウトカム、アウトプット指標について、それぞれ目標値を定め進捗管理を行う。

なお、短期的な目標については、毎年度進把握を行い、必要な場合はストラクチャーやプロセスについて検討を行う。（図表４１）ストラクチャー、プロセス評価の視点は、第７章５６頁に記載。

【図表４１】　保健指導実施者の配置状況（ストラクチャー）

		H28	R02	R03	R04	R05
保健師	保健師総数	8	8 内）室長1 次長2	9 内）次長2	9 内）補佐（次長）3	9 内）室長1 補佐（次長）2
	保健部門勤務	4	5	5	4	5
	保健指導従事者	4	3	4	3	3
	従事年数0年～3年未満		1	2	1	2 内）１会計任用
	従事年数3年～5年未満		1 （時短）	1 （時短）		
	従事年数5年以上		1	1	2 内）１時短（育休）	1 時短(育休)
	※保健部門以外勤務 （包括・子育て応援室）		包括2	包括2	包括2 ※R4～子育て応援室2 分散配置	包括2 子育て応援室2

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

３　管理目標の設定

第３期データヘルス計画目標管理一覧【図表４２】

計画全体の目的・目標値

◎はすべての都道府県で設定が望ましいとされる指標

区分			計画全体における目的	課題を解決するための目標	評価指標 ★は個別事業の評価指標も兼ねる	策定時実績 初期値 R６ (R4)	中間評価 R８ (R7)	最終評価 R１１ (R10)	データの把握方法 (活用データ)
中長期目標	データヘルス計画	アウトカム	糖尿病性腎症による透析、虚血性心疾患、脳血管疾患による医療費の伸びを抑制	糖尿病性腎症による透析導入者の減少　10%	透析導入者に対する糖尿病性腎症の割合	35.7	33.9%	32.1%	町調べ
				慢性腎不全（透析有）の総医療費に占める割合減少 10%	慢性腎不全（透析有）の総医療費に占める割合	6.95%	6.60%	6.25%	KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少 10%	虚血性心疾患の総医療費に占める割合	1.49%	1.42%	1.34%	
				脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少 10%	脳血管疾患の総医療費に占める割合	2.59%	2.46%	2.33%	
短期目標			糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患等を予防するために、共通のリスクであるメタボリックシンドローム、糖尿病、高血圧、脂質異常症を減らす	健診受診者の重度の高血圧者の減少	健診受診者の収縮期血圧160mmHg以上又は拡張期血圧100mmHg以上者の割合　★	3.8%	3.4%	3.0%	特定健診・特定保健指導法定報告
				健診受診者の重度の脂質異常者の減少	健診受診者のLDLコレステロール160mg/dl以上者の割合　★	7.3%	7.2%	7.0%	
				健診受診者の重度の高血糖者の減少	健診受診者のHbA1c８%以上者の割合　◎　★	2.1%	1.5%	1.0%	
				メタボリックシンドローム・予備群の減少	健診受診者のメタボリックシンドローム・予備群の割合　★	38.8%	35.0%	30.0%	
				特定保健指導による特定保健指導対象者の減少	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率　◎	16.7%	20.1%	25.0%	
	特定健診等実施計画	アウトプット	発症予防、重症化予防のための健診・保健指導の実施	特定健診受診者の増加	特定健診受診率　◎　★	54.0%	57.0%	60.0%	
				特定保健指導実施者の増加	特定保健指導実施率　◎　★	60.7%	63.0%	66.0%	
	データヘルス計画			糖尿病の重症化予防への取り組みの推進	健診受診者HbA1c6.5%以上者のうち保健指導を実施した割合　★	76.0%	88.0%	100.0%	町調べ

２　個別保健事業の目標値

個別保健事業	評価区分	評価指標 ★は全体計画の評価指標も兼ねる	策定時実績 初期値 R６ (R4)	中間評価 R８ (R7)	最終評価 R１１ (R10)	データの把握方法 (活用データ)
糖尿病性腎症重症化予防	アウトカム	健診受診者のHbA1c８%以上者の割合　★	2.1%	1.5%	1.0%	特定健診
		健診受診者HbA1c6.5以上のうちレセプトのない者の割合	17.4%	8.7%	0.0%	KDB
		HbA1c6.5%以上かつ未治療のうち保健指導実施後医療機関を受診した人の割合	20.0%	60.0%	100.0%	町調べ
	アウトプット	健診受診者HbA1c6.5%以上者のうち保健指導を実施した割合　★	76.0%	88.0%	100.0%	
虚血性心疾患重症化予防	アウトカム	健診受診者のLDLコレステロール160mg/dl以上者の割合　★	7.3%	7.2%	7.0%	特定健診
	アウトプット	健診受診者の心電図異常者への保健指導実施割合	24.3%	30.0%	35.0%	町調べ
		健診受診者のLDL160以上者のうち保健指導した割合	42.9%	45.5%	48.0%	
脳血管疾患重症化予防	アウトカム	健診受診者の心電図所見で心房細動があるが未治療者の割合	14.3%	0.0%	0.0%	町調べ
		健診受診者の収縮期血圧160mmHg以上又は拡張期血圧100mmHg以上者の割合★	3.8%	3.4%	3.0%	特定健診
	アウトプット	高血圧者に対する保健指導実施率	75.0%	77.5%	80.0%	町調べ
		未治療の心房細動あり者に対する保健指導実施率	100.0%	100.0%	100.0%	
軽度高血糖者に対する７５ｇ糖負荷検査と保健指導	アウトカム	メタボリックシンドローム・予備群の割合　★	38.8%	35.0%	30.0%	特定健診
		健診受診者のHbA1c6.0～6.5未満者の割合	21.8%	24.3%	16.8%	
	アウトプット	７５g糖負荷検査実施率	6.4%	50.0%	100.0%	町調べ
ポピュレーションアプローチ（特定健診・保健指導、情報提供等を通じた普及啓発含む）	アウトカム	20歳時から体重が10kg以上増加した者の割合（質問９で「①はい」と回答した者）	32.1%	31.6%	30.0%	特定健診
		就寝前の遅い食事の改善（質問15で「①はい」と回答した者の割合）	13.9%	7.0%	0.0%	
		朝食を抜く人の割合（質問票17で「①はい」と回答した者の割合）	6.3%	3.2%	0.0%	
	アウトプット	結果報告会に参加した人の割合	35.4%	40.0%	45.0%	町調べ

第５章　課題を解決するための個別の保健事業

１　個別保健事業の方向性

（１）優先的に実施する事業

データヘルス計画の目的、目標を達成するために、個別の保健事業として以下の事業を優先的に実施する。

【重症化予防】①糖尿病性腎症重症化予防対象者に対する保健指導、医療連携
②虚血性心疾患の早期発見、予防（心電図検査異常者に対する保健指導）
③脳血管疾患予防事業（心房細動、高血圧者への保健指導）

【発症予防】　④軽度高血糖者に対する保健指導
⑤特定健診・特定保健指導
⑥生涯を通じた生活習慣病予防、ポピュレーションアプローチ

【その他】　⑦高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

なお、優先事業以外であっても必要な事業は、これまで同様実施する。

また、今後に向けた長期的な課題として、重症化してから国保に加入する人が増えており、生活習慣病の発症予防、重症化予防は国保保健事業だけでは限界があり、被用者保険、商工会、企業等とも課題の共有化を図り、連携した取り組みを検討していく。

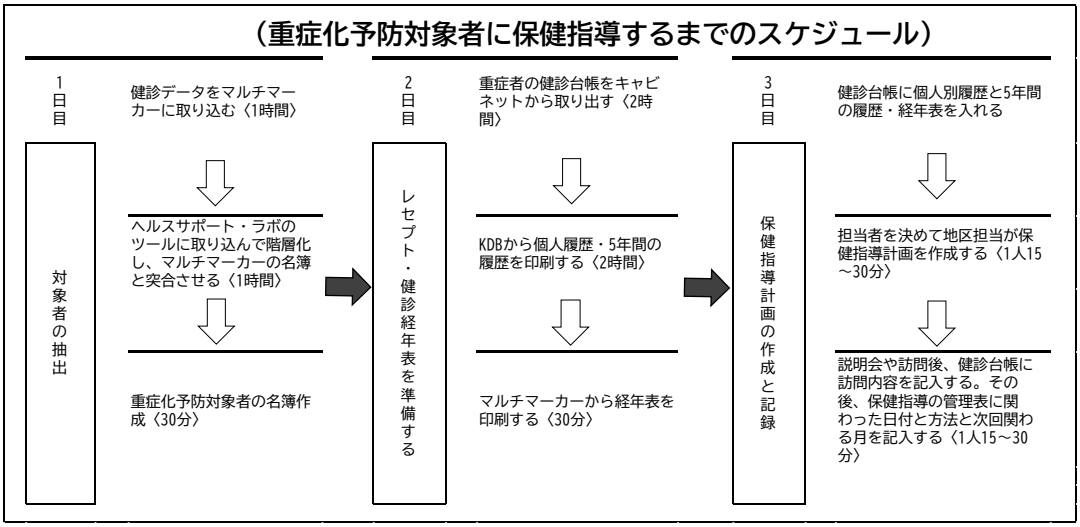
（２）個別保健事業のアウトカム、アウトプット評価目標値の設定

各事業別のアウトカム､アウトプット指標は｢第３期データヘルス計画目標管理一覧｣(図表４２）のとおり。

（３）事業の実施スケジュール

事業の実施にあたっては、毎年度初めに事業の進捗状況、体制等を踏まえ、年間スケジュールをたて、計画的に実施を行う。(図表４３，４４）健診・保健指導スケジュールは、５８頁別紙１を参照。

【図表４３】　重症化対象者に保健指導するまでの月間スケジュール



【図表４４】　糖尿病性腎症重症化予防対象者の選定から保健指導までの流れ（プロセス）

①対象者選定	・「レセプトと健診データの突合」やDHPで血糖、血圧などの全体像を把握 ・重症化予防の未治療、治療中のハイリスク者の数などを押さえ、保健指導の優先者を決定 （町の課題、各治療ガイド等に基づき決定。）
②実態把握	・対象者個々について、KDB、DHPを活用し、健診の経年結果、レセプトから基礎疾患、合併症、治療状況等を把握 ・これまでの保健指導記録等からこれまでの関わり、生活状況、対象者の発言等を把握
③保健指導計画	・メカニズムを踏まえた健診結果等の読み取り ②の経過から、メカニズムの視点で体の中で何が起きているか、代謝の視点で読み取る 値が高くなってからの期間、臓器障害の有無、治療歴、家族歴、体重の増減など ・実態把握を踏まえ、保健指導の狙い、流れ等指導計画を立てる 年齢、性別、仕事の内容、家族構成等から相手の置かれている状況等を予測 ・学習教材の準備 各学会ガイドライン等に沿って作られた学習教材を使用 HbA1cや尿蛋白等の意味、値が高いと血管にどのような変化を起こしているか、 なぜ高くなったのか、どうしたら改善できるか、イメージできるよう学習教材で分かりやすく示す。
④事例検討	・担当者の保健指導計画について、スタッフ間で検討を行い、修正 ※新任保健師・管理栄養士は必ず行う。
⑤保健指導の実施	・保健指導の実施 ・相手の状況、反応に沿って保健指導を実施。（事前の計画に固執せず、柔軟な保健指導を実施） ・保健指導の結果をし予定の様式に記載（記録は使用した学習教材、相手の発言を簡単に記載）
⑥結果確認継続支援	・保健指導1か月後、または医療機関受診後に受診結果、生活の様子を把握 ・糖尿病連携手帳の活用、必要に応じて複数回保健指導を実施

２　糖尿病性腎症重症化予防

（１）目的、基本的な考え方

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

（２）対象者及び優先順位の考え方

保健指導対象者の優先順位の決定にあたっては、レセプトと健診データを突合し、地域の全体像、保健指導該当者数を把握したうえで、優先順位を決定し、十分な保健指導が実施できるよう体制を確保、計画的な保健指導を実施する。（図表４５）

優先１　未治療者に対する保健指導、受診勧奨　F

健診の結果HbA1c６．５以上（空腹時血糖１２５mg/dl 以上）の未治療者。

尿蛋白（+）以上、eＧＦＲ６０未満はより強く受診勧奨を行う。　M2

優先２　治療中断者に対する保健指導、受診勧奨　F

過去に治療歴があり６か月間治療の記録がないもの

優先３　糖尿病で治療中のうちハイリスク者　J

糖尿病治療中のうち、健診受診者でHbA1c７．０％以上、

糖尿病性腎症第２期～第４期、尿蛋白（±）以上、eＧＦＲ６０未満等で重症化が懸念されるもの。　M1

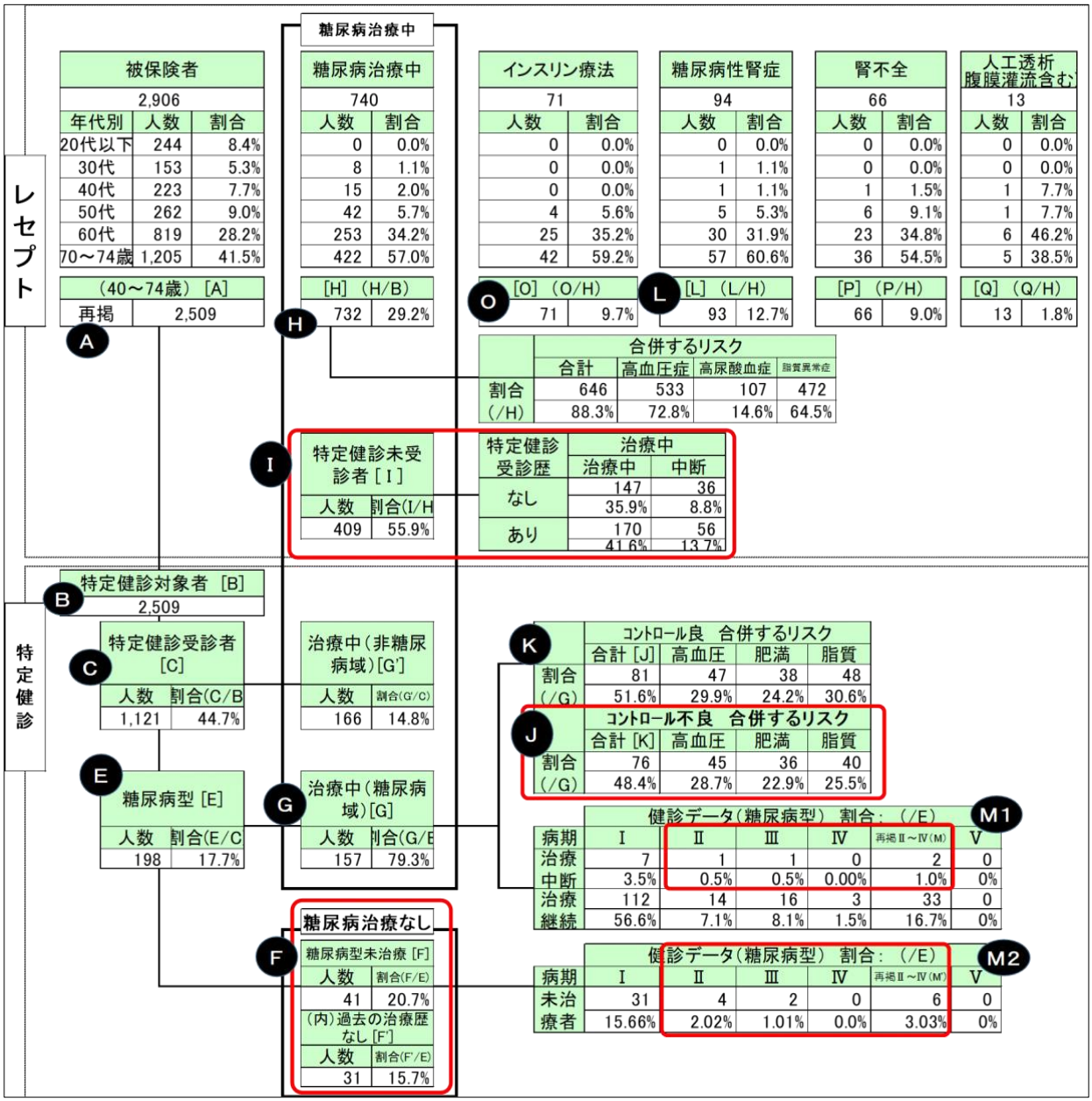
優先４　治療中のうち、健診未受診者（過去に健診受診歴ありと中心とする）　Ⅰ

過去に健診受診歴があり、HbA1c６．５以上（空腹時１２５mg/dl 以上）

その他、治療中でかかりつけ医等から保健指導の依頼のあったもの

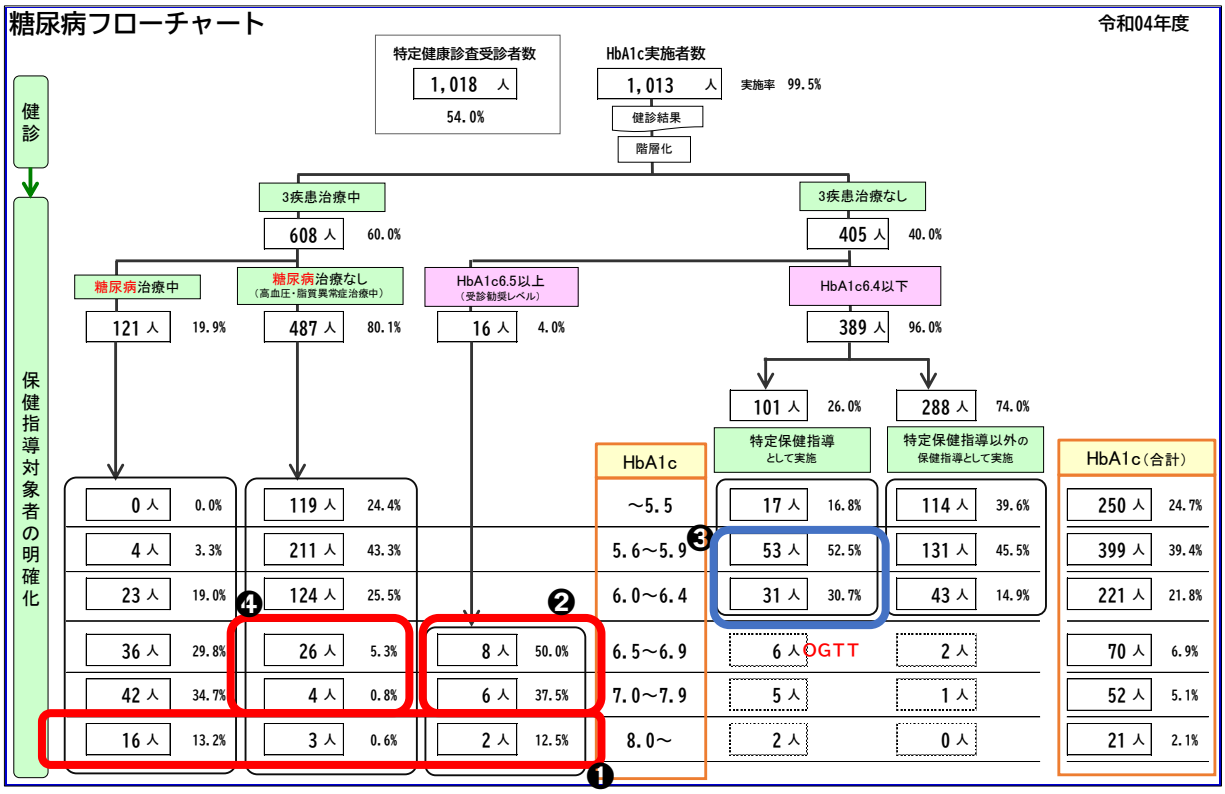
優先１～３の健診受診者に対しては、HbA1c、血糖の値に加え、メタボリックシンドロームの重なりを考慮して糖尿病のフローチャート図表４６より優先順位を決定する。

【図表４５】　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典：DHP システム_糖尿病コックピット

【図表４６】　糖尿病フローチャート



出典：ヘルスサポートラボツール

（３）保健指導の実施

①糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要である。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る。保健指導にあたっては、個人の健診結果経年表、ＫＤＢにより合併症、治療状況等を確認し、リスクの重なりを含め個々人の病態、生活背景を踏まえた保健指導を実施する。実施にあたっては、糖尿病治療ガイド、ＣＫＤ診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用する。（図表４７）

【図表４７】　糖尿病重症化予防のための学習教材

糖尿病性腎症重症化予防のための学習教材　（一部のみ例示）

1 健診結果から解決に意識が向かうための資料
- 1-1 健診結果経年表
- 1-2 HbA1cが上がる要因はタイプによって違います
- 1-3 ヘモグロビンA1cとは
- 1-4 糖尿病はどういう病気なのでしょうか
- 1-5 75g糖負荷検査結果
- 1-6 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか
- 1-7 高血糖は腎臓をどのように傷めるのか
- 1-8 私の腎機能（GFR）の状態は？
- 1-9 糖尿病による網膜症
- 1-10 認知症には、糖尿病予防が大切です
- 1-11 糖尿病治療の進め方

2 高血糖を解決するための食
- 2-1 食べる時間とインスリン分泌
- 2-2 血糖が高くても安心して食べられるもの
- 2-3 短鎖脂肪酸って何だろう？
- 2-4 食べ方の基本　基準量
- 2-5 どんな順序で食べるとインスリンに無理をかけないか？

3 運動
- 3-1 動くと体にいいと言われるけど何がいいの？
- 3-2 筋肉細胞ってね

4 薬物療法
- 4-1 薬はもともとの体の働きを助けたり抑えたりして血糖を調整しています
- 4-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか

②二次健診等を活用した重症化予防対策

糖尿病性腎症の病期分類は eＧＦＲ（推算糸球体ろ過量）とアルブミン尿で判定される。微量アルブミン尿は、糖尿病性腎症の早期に最も重要な指標である。また心血管疾患発症の危険因子としても知られている。糖尿病性腎症の早期はまず微量アルブミン尿がみられ、進行するにつれて顕性アルブミン尿（尿たんぱく陽性となり）が出現、その後 eＧＦＲの低下が見られる。本町では受診者全員にeＧＦＲを実施するとともに、二次健診としてHbA1c６．５以上、メタボ該当者を対象にアルブミン尿検査を実施している。

今後、アルブミン尿検査対象者の拡大を検討し、より早期からの重症化予防に取り組む。

【図表４８】糖尿病性腎症病期分類

病　期	尿アルブミン値（mg/gCr）　あるいは 尿蛋白値（g/gCr）	GFR（eGFR） （ml/分/1.73 ㎡）
第1期（腎症前期）	正常アルブミン尿（30 未満）	30 以上
第2期（早期腎症期）	微量アルブミン尿（30～299）	30 以上
第3期（顕性腎症期）	顕性アルブミン尿（300 以上）あるいは 持続性タンパク尿（0.5 以上）	30 以上
第4期（腎不全期）	問わない	30 未満
第5期（透析療法期）	透析療法中	

（糖尿病性腎症合同委員会：糖尿病性腎症病期分類2014）

※アルブミン尿検査実施者　Ｒ２ 年度２人、Ｒ３年度 ０人、Ｒ４年度 １人

③医療との連携

医療機関未受診者及び治療中者への保健指導にあたっては、県糖尿病重症化予防プログラムに示す紹介状や、糖尿病連携手帳を活用するとともに、かかりつけ医を訪問するなど積極的な医療連携を図る。

（４）評価

事業の進捗、その効果を把握するため「第３期データヘルス計画目標管理一覧」（図表４２）について、毎年度末に評価を行う。

（５）実施期間及びスケジュール

４月　対象者の選定基準の決定

　　前年度の健診結果から、糖尿病管理台帳を作成、保健指導対象者を抽出

５月　前年度健診未受診者、治療中断者の把握、保健指導の実施

６月～本年度健診結果から優先順位に基づき保健指導を実施

　　保健指導実施後、治療の有無等をＫＤＢで確認、継続指導を実施

１１月～健診未受診者の訪問、かかりつけ医との連携

３月　　年間の活動のまとめ、評価

３　虚血性心疾患重症化予防

（１）目的、基本的な考え方

虚血性心疾患の早期発見、発症予防を目的として、「脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート２０１９年度版」、「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン２０２３年改訂版」、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン２０２２年版」など各学会ガイドライン等に基づき対策を進める。

（２）対象者及び優先順位の考え方

①心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、虚血性心疾患の発見においても重要な検査の１つである。本町では、特定健診受診者全員に心電図検査を実施しており、心電図検査の結果、虚血性心疾患が疑われる所見のある人を抽出し、優先的に保健指導を実施する。

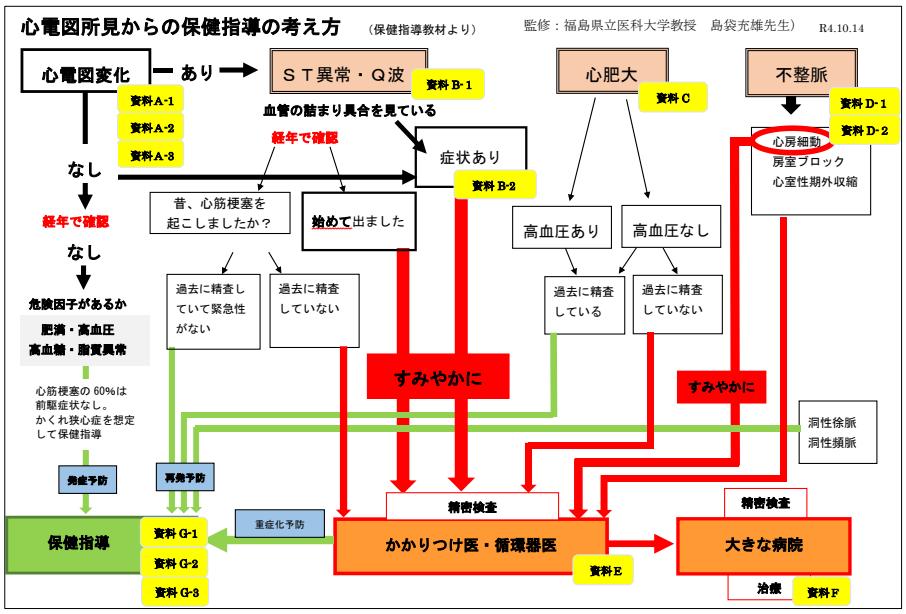
心電図所見でＳＴ変化、Q波異常がある場合は、早急な医療機関受診が必要な場合もあるため、優先的に保健指導を実施する。（図表４９，５０）

【図表４９】　心電図で虚血性変化が疑われる人数

	該当数	メタボリックシンドローム						LDL-CH 160以上	
		基準該当		予備群該当		:非該当			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
Q波所見あり	35	9	25.7%	7	20.0%	19	54.3%	2	5.7%
ST所見あり	39	11	28.2%	2	5.1%	26	66.7%	3	7.7%
心筋虚血所見あり	14	4	28.6%	2	14.3%	8	57.1%	0	0.0%

出典：DHP システム_集計表一覧

【図表５０】　心電図所見からのフロー図　（保健指導教材）



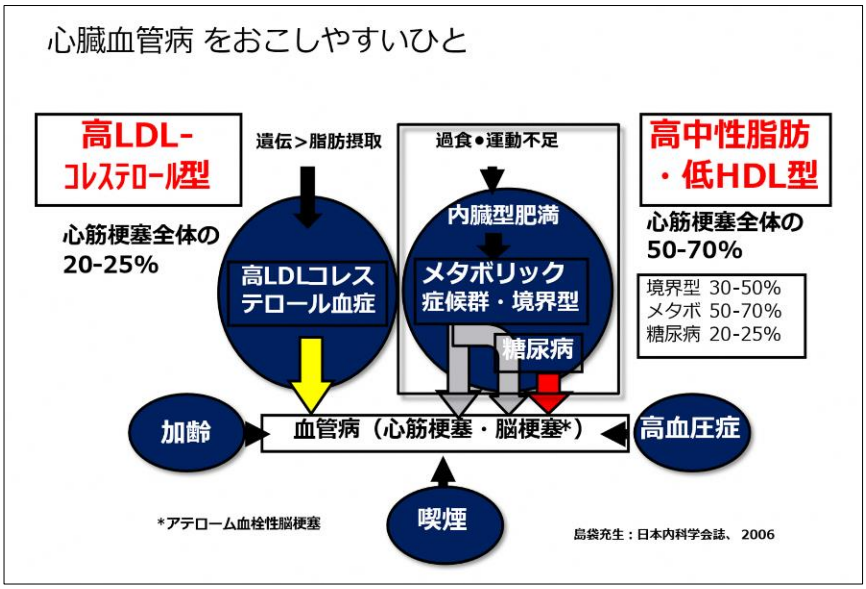
②高ＬＤＬコレステロール

心筋梗塞の６０％は前駆症状がないため、心血管疾患を発症しやすい、高コレステロール及びメタボリックシンドローム者に対し、積極的に保健指導を行う必要がある。特に高コレステロールは単独で重要なリスクであり、メタボリックシンドロームに高ＬＤＬが重なった場合は、さらに危険性が高まると指摘されている。（図表５１）

また、ＬＤＬコレステロールが１８０以上の場合は、家族性の高コレステロール血症も疑われ、若い年代で虚血性心疾患を発症する可能性も高いことから、家族を含めた保健指導等を行う。（図表５２）

メタボリックシンドロームの保健指導については４１頁に記載。

【図表５１】　心臓血管病をおこしやすい人



【図表５２】　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

冠動脈疾患予防からみた
LDLコレステロール管理目標

（参考）動脈硬化性疾患予防のための脂質異常症診療ガイド
日本動脈硬化学会

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）

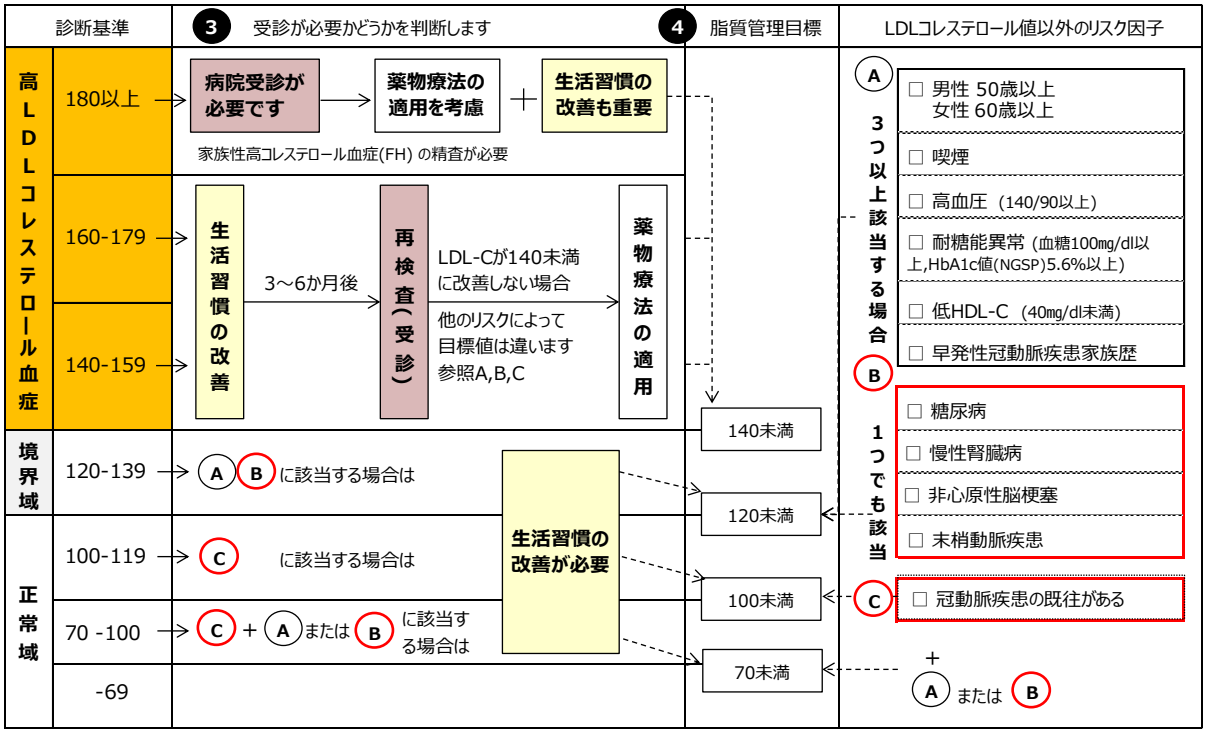
管理区分及びLDL管理目標（ ）内はNon-HDL				健診結果（LDL-C） 120-139	140-159	160-179	180以上
			317	179	80	37	21
				56.5%	25.2%	11.7%	6.6%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満（190未満）	47	26	18	3	0
			14.8%	14.5%	22.5%	8.1%	0.0%
	中リスク	140未満（170未満）	99	57	19	16	7
			31.2%	31.8%	23.8%	43.2%	33.3%
	高リスク	120未満（150未満）	158	88	39	18	13
			49.8%	49.2%	48.8%	48.6%	61.9%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈の既往	100未満（130未満）	13	8	4	0	1
			4.1%	4.5%	5.0%	0.0%	4.8%

※一次予防においては、LDL低下率20～30%、二次予防においてはLDL低下率50%以上も目標となりうる。
※低リスクにおいてもLDL180mg/dl以上の場合は、薬物療法を考慮するとともに、家族性高コレステロール血症の可能性を念頭におく。

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表５３】　高ＬＤＬコレステロールからの保健指導の考え方

高LDLからの保健指導の考え方



（３）保健指導の実施

①心血管病予防に関する包括リスク等に応じた保健指導の実施

保健指導にあたっては、健診結果経年表、ＫＤＢ、これまでの保健指導記録から対象者の状況を把握したうえで、各フロー図に沿って保健指導を行い（図表５３）

対象者が自分の体がイメージできるよう、保健指導教材を活用する。（図表５４）

（対象者の選定から保健指導の流れは、糖尿病性腎症重症化予防に準じて行う。）

【図表５４】　心電図所見からの保健指導教材　（例示）

心電図所見からの保健指導教材（例示）

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

②二次健診結果の活用

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、その結果を踏まえた保健指導を実施するため、二次健診として以下の検査を実施する。

・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚（ＩＭＴ））

・足関節上腕血圧比（ＡＢＩ)、脈波伝搬速度（ＰＷＶ）

※「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン２０２３年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン２０２２年版」において、一次予防における動脈硬化の評価法として記載されている。

③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する。

（４）評価

事業の進捗、その効果を把握するため「第３期データヘルス計画目標管理一覧」（図表４２）について、毎年度末に評価を行う。

（５）実施期間及びスケジュール

４月　対象者の選定基準の決定

５月　対象者の抽出（概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

６月～特定健診結果が届き次第、該当者への保健指導（通年）

必要な人への二次検査の勧奨、結果を踏まえた保健指導の実施

４　脳血管疾患重症化予防

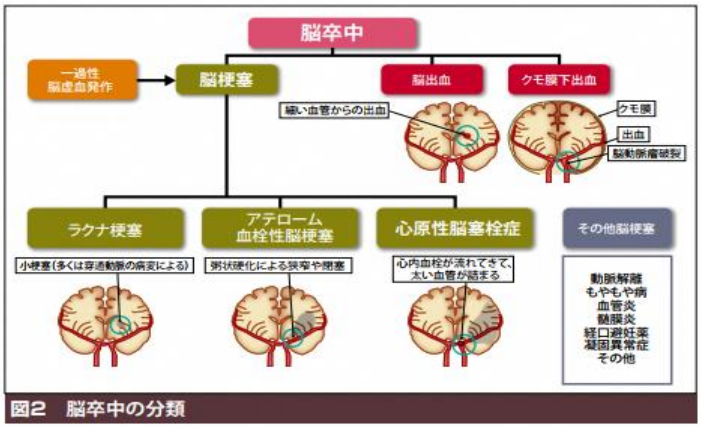
（１）目的、基本的な考え方

本町では、脳血管疾患のうち脳梗塞が多く、なかでもアテローム血栓性脳梗塞が多い可能性がある。アテローム型のリスクとして、血圧、高血糖、脂質異常、メタボリックシンドロームが指摘されており、虚血性心疾患同様の対象者に対して脳血管疾患重症化予防の視点を加えて、保健指導を実施する。

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

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る（図表５５、５６）。

【図表５５】　脳卒中の分類



【図表５６】　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）対象者及び優先順位の考え方

①高血圧者に対する保健指導

脳血管疾患において、高血圧は最大の危険因子であるため、重度高血圧であっても未治療である者、治療しているが血圧管理が不十分な者を対象に保健指導を行う。

優先順位の考え方としては、虚血性心疾患と同様、血圧に高血糖、ＬＤＬコレステロール高値などリスクの重なりのある人を優先的に保健指導を実施する。（図表５７）

【図表５７】　血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

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病リスク層別化
p51　図3-1　初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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）

血圧分類（mmHg） / リスク層（血圧以外のリスク因子）		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
	219	136	65	11	7
		62.1%	29.7%	5.0%	3.2%
リスク第1層 予後影響因子がない	11	C 8	B 2	B 1	A 0
	5.0%	5.9%	3.1%	9.1%	0.0%
リスク第2層 高齢（65歳以上）、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	125	C 84	B 33	A 5	A 3
	57.1%	61.8%	50.8%	45.5%	42.9%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	83	B 44	A 30	A 5	A 4
	37.9%	32.4%	46.2%	45.5%	57.1%

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	47
		21.5%
B	概ね1ヵ月後に再評価	80
		36.5%
C	概ね3ヵ月後に再評価	92
		42.0%

※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、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。

出典：ヘルスサポートラボツール

③心電図検査の結果心房細動がある人への保健指導

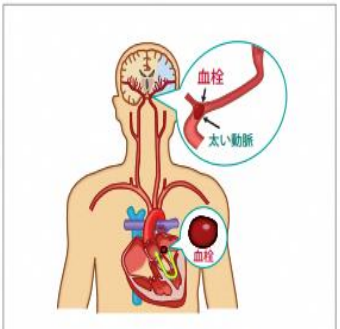


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

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

令和４年度の特定健診の結果、心房細動の所見がある人は７人で、うち未治療が１人であり、受診勧奨、継続治療への支援が必要である。（図表５８）

（脳卒中予防への提言より引用）

【図表５８】　心房細動有所見者数及び治療状況

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

出典：町健康づくり推進室調べ

（３）保健指導の実施

①受診勧奨及び保健指導

保健指導にあたっては、個人の健診結果経年表、ＫＤＢにより合併症、治療状況等を確認し、リスクの重なりを含め個々人の病態、生活背景を踏まえた保健指導を実施する。医療受診を拒む方の中には薬を飲みたくないという考えの方も多く、血圧が高くなる要因、薬の働きなどを含めてイメージしやすい保健指導教材を活用する。

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、その結果を踏まえた保健指導を実施するため、二次健診として以下の検査を実施する。

・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚（ＩＭＴ））

・足関節上腕血圧比（ＡＢＩ)、脈波伝搬速度（ＰＷＶ）

※「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン２０２３年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン２０２２年版」において、一次予防における動脈硬化の評価法として記載されている。

④対象者の管理

心房細動がある場合継続的な治療、管理が重要となる。健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は、継続的な管理ができるよう台帳を作成し、適正な受診、リスク管理が行われているかを確認していく。

⑤医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合は受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施する。

（４）評価

事業の進捗、その効果を把握するため、「第３期データヘルス計画目標管理一覧」（図表４２）について、毎年度末に評価を行う。

（５）実施期間及びスケジュール

４月　対象者の選定基準の決定

５月　対象者の抽出（概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

６月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

５　軽度高血糖者に対する７５ｇ糖負荷検査と保健指導

（１）目的、基本的な考え方

本町は軽度高血糖が疑われるHbA1c５．６-６．４％の割合が高くなっている。軽度高血糖の段階から血管変化が始まるため、軽度高血糖の改善を目指すとともに糖尿病患者の増加の抑制を図ることを目的とする。

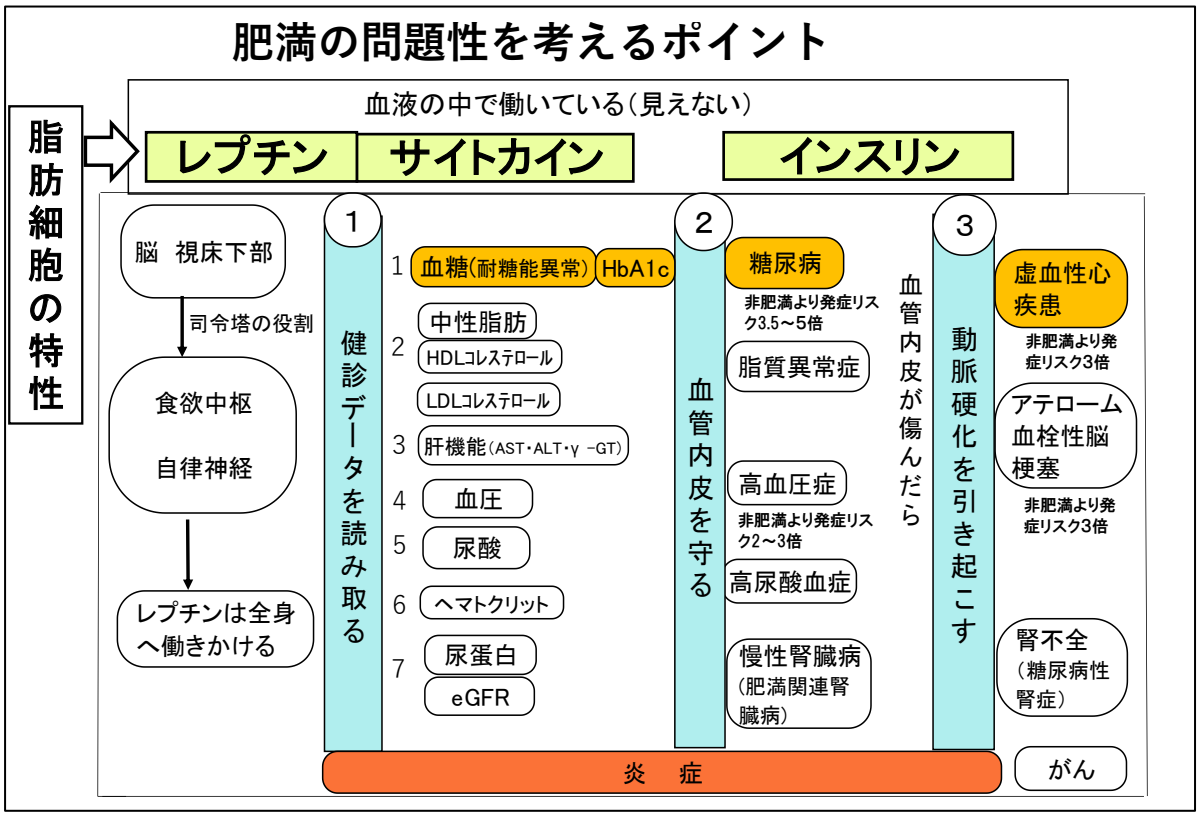
なお、軽度な異常では、本人自身が問題意識を持ちにくいため、血糖の流れやインスリン量が見える化できる７５ｇ糖負荷検査を実施し、その結果を踏まえて保健指導を行う。

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

当町は、以前はHbA1c６．５以上ではＢＭＩ２５未満が半数以上であったが、現在はＢＭＩ２５以上が増加、特に４０-６４歳の若い世代では７割以上となっており、高血糖者の多くがメタボリックシンドロームの状態となっている。

メタボリックシンドロームは個人に高血糖、インスリン抵抗性、高脂血症、高血圧などが重なった状態で、動脈硬化性疾患（虚血性心疾患、脳血管疾患等）のハイリスク状態で、その上流に内臓脂肪の蓄積によるサイトカイン異常があるとされている。軽度の異常であっても、リスクが重なることで虚血性心疾患、脳血管疾患の発症は３０倍に増加すると言われており、高血糖と肥満の重なりを優先に保健指導を実施する。(図表５９)

【図表５９】肥満、耐糖能の問題性を考えるポイント



（２）対象者及び優先順位の考え方

糖尿病フローチャート（図表４６，３１頁）により、健診受診者の全体像を把握、そのうえで優先順位を決定。健診受診者のうち、HbA1c５．６～６．４％、糖尿病未治療者を対象とする。

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

① 強く推奨される場合（現在糖尿病の疑いが否定できない）

HbA1c６．０～６．４、空腹時血糖１１０～１２５mg/dl、随時血糖１４０～１９９mg/dl

②行うことが望ましい場合（将来糖尿病を発症するリスクが高い、高血圧、脂質異常症、肥満など動脈硬化のリスクを持つものは特に施行が望ましい）

HbA1c５．６～５．９％、空腹時１００～１０９mg/dl

上記がなくても、濃厚な糖尿病の家族歴や肥満が存在するもの

【図表６０】令和４年度糖負荷検査実施結果

区分		実施数	判定結果	
			境界型	糖尿病型
HbA1c 5.6-6.4	肥満	9	5	2
	非肥満	5	2	3
割合	肥満	100%	55.6%	22.2%
	非肥満	100%	40.0%	60.0%

出典：町健康づくり推進室調べ

（３）保健指導の実施

①対象者への保健指導

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

指導にあたっては、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン２０２２年版等を参考に作成した保健指導用教材を活用する。（図表６１）

【図表６１】 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて（保健指導教材）

特定保健指導（メタボリックシンドローム）のための学習教材 （一部のみ例示）

1 健診データ・検査
- 1-1 内臓脂肪に着目した健診結果経年表
- 1-2 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
- 1-3 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
- 1-4 血管が傷むとは
- 1-5 体の中で起こっていることは？
- 1-6 体重がふえるとなぜ血圧が高くなるのでしょうか？
- 1-7 肥満になると腎臓で何が起こっているのでしょうか？
- 1-8 肥満になると心臓はどうなるの？

2 肥満の症状
- 2-1 肥満がもたらす症状
- 2-2 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの？
- 2-3 膝のとこが痛いですか？
- 2-4 たくさく汗がでる、なぜ汗がでる？
- 2-5 新型コロナと肥満

3 脂肪細胞
- 3-3 脂肪細胞ってね
- 3-4 脂肪細胞から分泌される物質
- 3-5 食欲が抑えられない 脳の変調

2 食事療法
- 2-1 栄養指導の基本
- 2-2 現在の摂取エネルギーから500Kcal減量する
- 2-3 短鎖脂肪酸って何だろう？

3 運動
- 3-1 肥満勧奨のために、なぜ運動するといいの？

4 高度肥満
- 3-1 外科手術という治療があります
- 3-2 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合

② 診二次検査の充実

血糖とインスリン分泌の状態を知り、自らの食べ方と血糖の関係を学ぶために７５ｇ糖負荷検査を実施、検査結果に応じた保健指導を実施する。（図表６２，６３）

【図表６２】　７５g糖負荷検査を活用した保健指導の学習教材

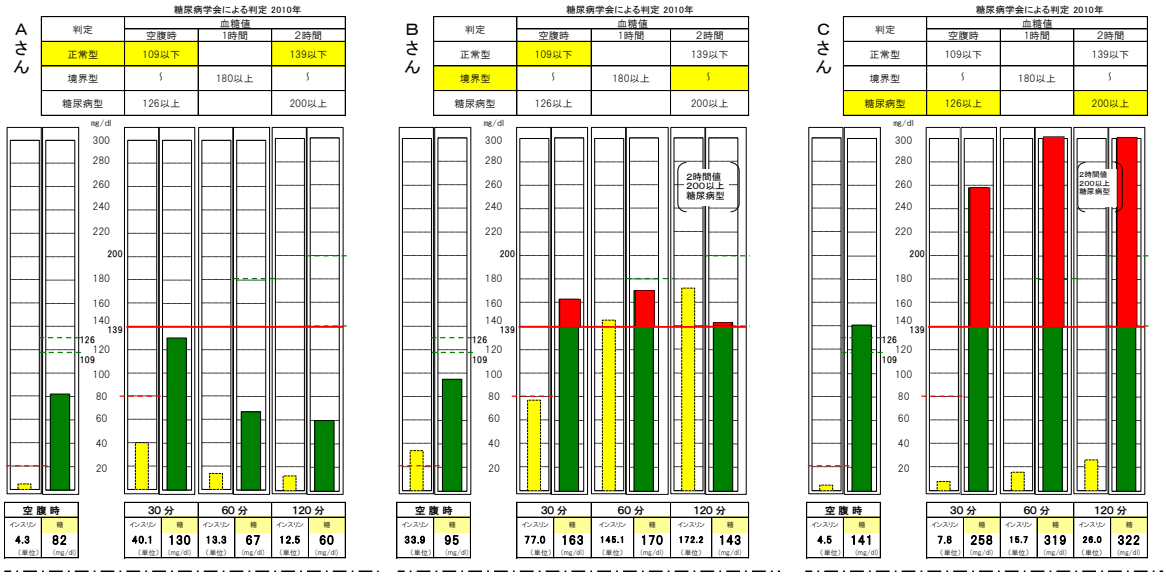
75g糖負荷検査を活用した保健指導の学習教材　（一部のみ例示）

1 体で起きていることを理解するための資料

1-1 HbA1cが上がる要因はタイプによって違います
1-2 ヘモグロビンA1cとは
1-3 75g糖負荷検査結果
1-4 私はどのパターン
1-5 食べる時間とインスリン分泌
1-6 どんな順序で食べるとインスリンに無理をけかないか？
1-7 血糖が高くても安心して食べられるもの
1-8 HbA1cと体重の変化
1-9 かき乱されたグリコカリックス

【図表６３】　私のはどのパターン？７５g糖負荷検査の結果

私はどのパターン？　75g糖負荷検査の結果



（４）評価

事業の進捗、その効果を把握するため「第３期データヘルス計画目標管理一覧」（図表４２）について、毎年度末に評価を行う。

（５）実施期間及びスケジュール

４月　対象者の選定基準の決定

５月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

６月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

６　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

（１）目的、基本的な考え方

国保加入者の約７割が６５歳以上の前期高齢者となっており、保健事業の実施に当たっては、高齢者の特性を踏まえた生活習慣病等の重症化予防と、生活機能の低下を防止する取組みの双方が必要となる。また 75 歳に達すると後期高齢者医療制度の被保険者となることを踏まえ、国保の保健事業と後期高齢者の保健事業、介護予防事業を一体的に進める必要がある。

当町は、令和５年度より石川県後期高齢者広域連合から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を受託、その取り組みを開始しており、今後さらにその取り組みを進める。

（２）事業内容

①地域の健康課題の把握、対象者の抽出

企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置し、ＤＨＰ（ＫＤＢシステムの補完システム）を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行う。

②個別保健指導（ハイリスクアプローチ）

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

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

※具体的な対象、事業内容等は重症化の各事業に記載のとおり。

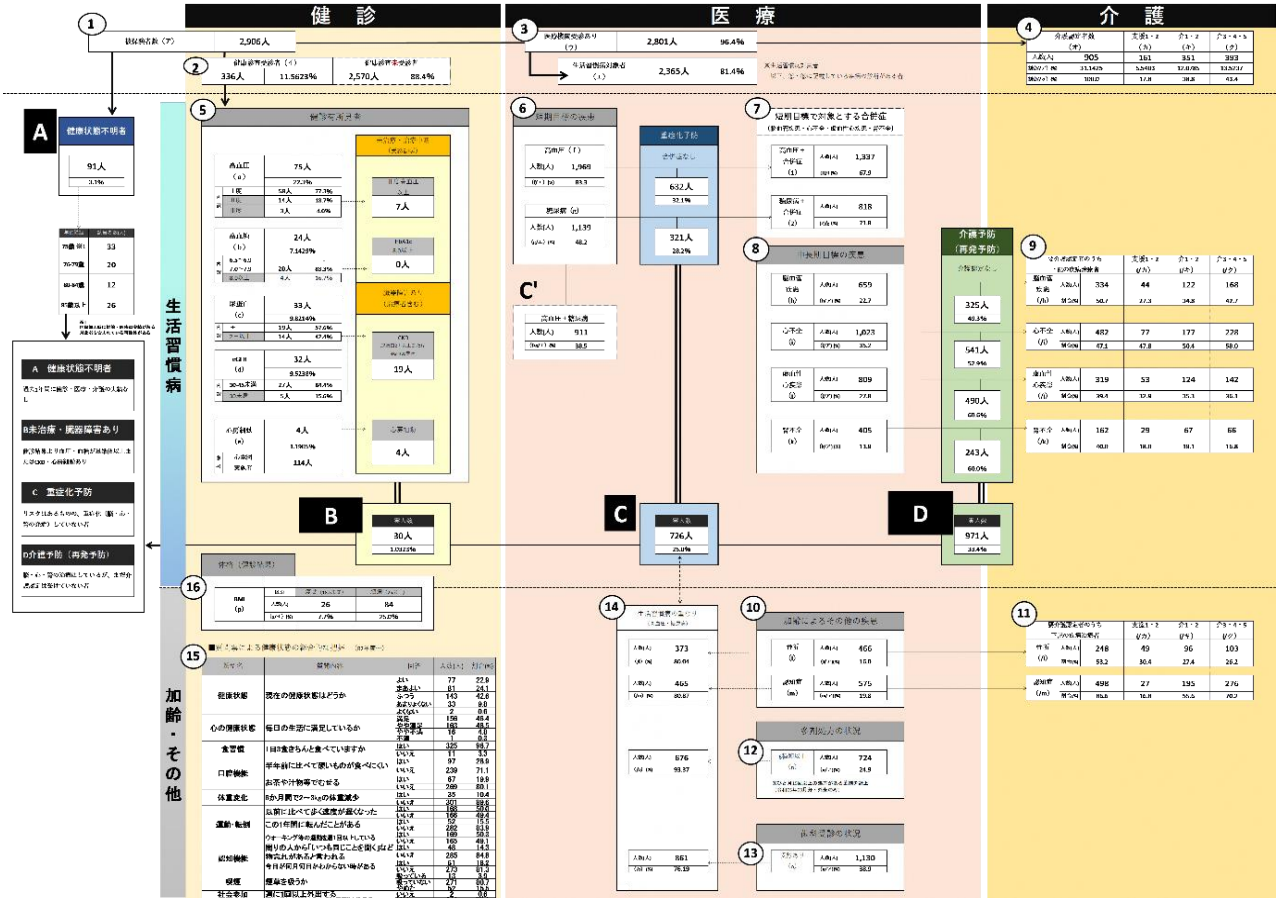
糖尿病性腎症重症化予防については、「高齢者糖尿病治療ガイド」に沿って、個々の血糖コントロール目標を把握したうえで支援を行う。

③ポピュレーションアプローチ

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

(ポピュレーションアプローチ)

【図表６４】　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



出典：ヘルスサポートラボツール

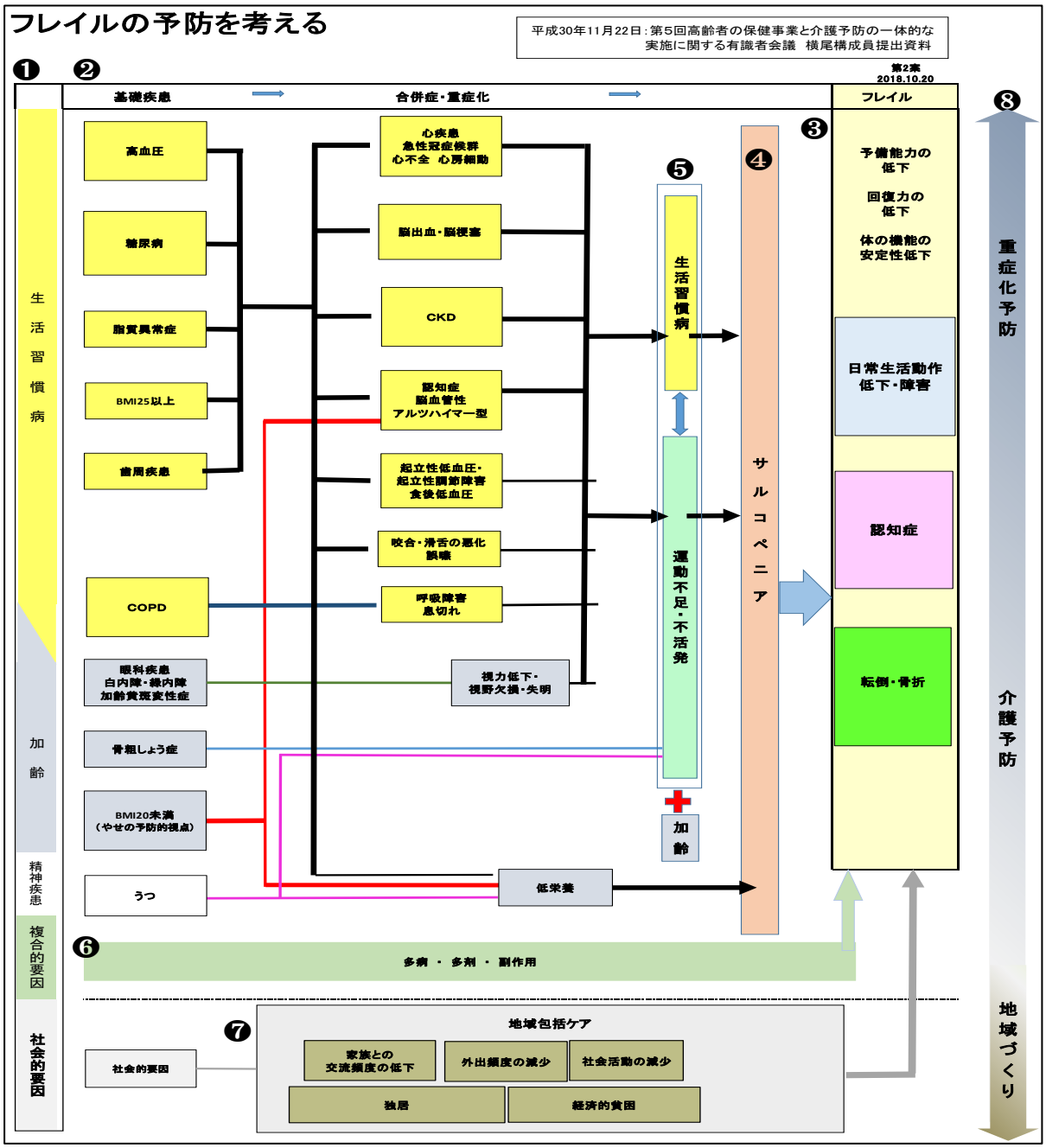
（３）対象者及び優先順位の考え方

高齢者コックピット（図表６４　ラボツール）により高齢者の健診、医療、介護の全体像を把握し、そのうえで優先順位を決定。本町は特に、高血糖が課題であること、介護においても認知症の割合が高いことから、国保からの糖尿病重症化予防を後期に異動しても引き続き実施する。

（４）保健指導の実施

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

【図表６５】　フレイルの予防を考える



7　生涯を通じた生活習慣病予防、ポピュレーションアプローチ

（１）妊娠中、子どもの頃からの肥満、生活習慣病予防

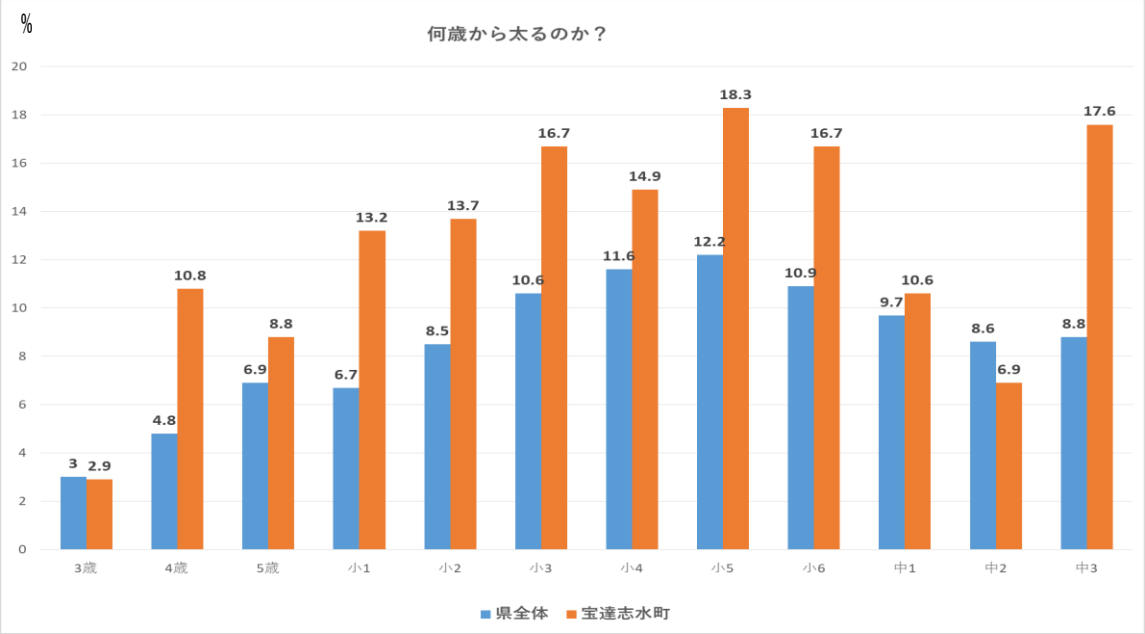
本町の課題である肥満について、幼児期、学童期の状況をみると既に、県と比べてその割合が高く、子どもの頃からの肥満予防が必要な課題となっている。もう一方の課題である高血糖については、データがなく把握できる状況にないが、肥満による高インスリン状態であることを考えると食後高血糖の状況にあることが懸念される。

小児期、学童期については、国保加入者が少ないことから、健康宝達志水２１計画や食育計画と連携し行政の枠組みを通じ子ども認定保育園、学校、商工会等と連携した取り組みを進める必要がある。

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

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

【図表６６】　生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える



出典：栄養管理報告書（令和３年度）

※石川県は金沢市を除く

【図表６７】　肥満、糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフスタイルで考える

発症予防 → 重症化予防

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

（２）ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組む。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、メタボリックシンドロームや糖尿病増加の背景にある食や生活の変化など、生活習慣病予防のための取り組みについて町民が学習できる場の提供など、地区組織や関係団体、関係機関と連携し広く町民への周知に努める。（図表６７、６８）

【図表６８】　社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化

いつも健診を受けていただき　ありがとうございます
全国の同規模の町と比べたら　宝達志水町の皆さんの健康の実態が見えてきました。

年度の記載のないデータはＲ３年度データを掲載

健診を受けていただいた皆さんの結果をみました

メタボと血糖の関係は？（ ）県内順位

	健診率	非肥満高血糖 ❹	メタボ	腹囲 ❶	BMI
宝達志水	57%（1位）	11%（6位）	28%（1位）	43%（1位）	31%（5位）
＊同規模	44%	10%	21%	35%	27%

腹囲、BMIは全国平均

血管を傷める検査項目は？

	血糖-脂質-血圧 ❹❷❸	血糖のみ ❹	血糖＋脂質 ❸	糖＋血圧 ❸	脂質 ❷
宝達志水	10%　2位	1.2%　1位	2.0%　1位	4.0%　2位	3.5%　2位
＊同規模	7%	0.7%	1.0%	3.6%	2.3%

医療機関にかかった病気は？

	慢性腎臓病-腎不全 ❾	狭心症・心筋梗塞 ❿	脳卒中 ⓫
宝達志水	1.5%　1位	8.1%　6位	4.0%　7位
＊同規模	0.8%	5.9%	3.1%

外見上、**一見スリムだが**お**腹に脂肪**がつく**メタボタイプの人が多い。**
少し太っただけでも高血糖になり、**心臓や腎臓**の血管内皮細胞を傷め、**医療機関に受診**している人が**多い**

医療の状況です

受診の状況（被保険者千人当り）

外来者数	入院者数
680	29
695	22

一人当たりの費用は？

外来	入院
22万円	23万円
19万円	14万円

※全国　R2年

一人当り医療費(国保)	
47万円	1位
※ 36万円	

一人当り医療費(後期)	
94万円	6位
※ 90万円	

介護の状況です

介護で多い病気の名前は？

糖尿病 ❹	心臓病 ❿
25	62
22	60

認知症 ⓬	アルツハイマー病
37%	26%
25%	19%

Ｒ２年齢調整後

介護給付費は？	
28万円	2位
※ 24万円	

死亡を見ました

年齢を調整した率は？

糖尿病 ❹	腎不全 ❾
4.2%	4.2%
1.8%	3.8%

糖尿病の悪化で腎臓も傷む

＊同規模とは、全国で同じ人口規模の市町村のこと

入院が多く外来は少ない。軽いうちに受診せず、**悪くなってから入院**する人が多い。**重症者が**多いと皆さんの**医療費**の**負担が増**える。

糖尿病の悪化で　心臓も傷み認知症にもなる重症者が多いためみんなの介護費の負担が増える

生活習慣病はどの段階でも　予防していくことは可能です。
私達も「保健指導や健康教室」で　みなさんと一緒に考えさせてください。

健康づくり推進室　職員一同

【図表６９】　石川の食の変化と健診結果を考える資料(例示)

石川の食の変化　　食べなくなった食品、食べるようになった食品の中身

余分な糖は捨てずに脂に変えて倉庫(脂肪細胞)に保管

エネルギー源、余ると捨てずに倉庫に保管、細胞やホルモンの材料　LDLに変わりやすい → 動脈硬化

生理活性物質（血管を守る働き）

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

※食品ランキング：総務省統計局家計調査より

食品100ｇ中

第６章　特定健診・特定保健指導

【高確法に基づく「第４期特定健診等実施計画」】

１ 目標値の設定

国の基本指針では、令和１１年度時点における市町村国保の特定健診・特定保健指導の実施率の目標値は特定健診、特定保健指導実施率ともに６０％以上であるが、本町では既に特定保健指導率は目標値を超えており、近年の傾向、計画期間中の体制を勘案して目標値を定めた。

【図表７０】特定健診実施率・特定保健指導実施率の目標値

	R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	最終目標 R11年度
特定健診実施率	55%	56%	57%	58%	59%	60%
特定保健指導実施率	61%	62%	63%	64%	65%	66%

２　対象者数の見込み

【図表７１】特定健診特定保健指導者の見込み

		R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	最終年度 R11年度
特定健診	対象者数	1,785人	1,735人	1,685人	1,635人	1,585人	1,535人
	受診者数	982人	972人	960人	948人	935人	921人
特定保健指導	対象者数	108人	107人	106人	104人	103人	101人
	実施者数	66人	66人	67人	67人	67人	67人

３ 特定健診の実施

（１）実施方法、実施場所、契約形態

集団健診及び医療機関での個別健診を実施する。集団健診は、財団法人成人病予防センターに委託し実施。個別健診は、町内医療機関に委託し実施する。契約は個別契約とする。

健診実施場所、期間は町広報、町のホームページに掲載する。

（２）実施項目

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

※血液学検査のうち、血色素等は易血栓性の指標として重要な検査である。

（脳梗塞ガイドライン）

【図表７２】　特定健康診査項目

		法定	宝達志水町
身体計測	身長	○	○
	体重	○	○
	腹囲	○	○
	ＢＭＩ	○	○
血圧	血圧(収縮期/拡張期)	○	○
肝機能	ＡＳＴ（ＧＯＴ）	○	○
	ＡＬＴ（ＧＴＰ）	○	○
	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	●	●
	ヘモグロビンA1C(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（Ht）	□	○
	血色素量<ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝ値>	□	○
	赤血球数　RBC	□	○
その他	12誘導心電図	□	○
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	□	○
	尿酸		○

○必須項目、●いずれかの項目で実施可、
□医師の判断に基づき選択的に実施する項目

（３）実施時期

５月から翌年３月末まで実施

（４）医療機関との連携

治療中であっても特定健診の対象となることから、かかりつけ医から対象者への健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ周知、依頼を行う。

また、本人同意のもと、診療データの提供を受け、特定健診の受診結果として活用できるよう、かかりつけ医への協力依頼を行う。

（５）代行機関

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

（６）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、健診対象者に個別に受診券と案内を郵送するとともに、広報等を活用し周知を行う。

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

４ 特定保健指導の実施

（１）実施体制、方法

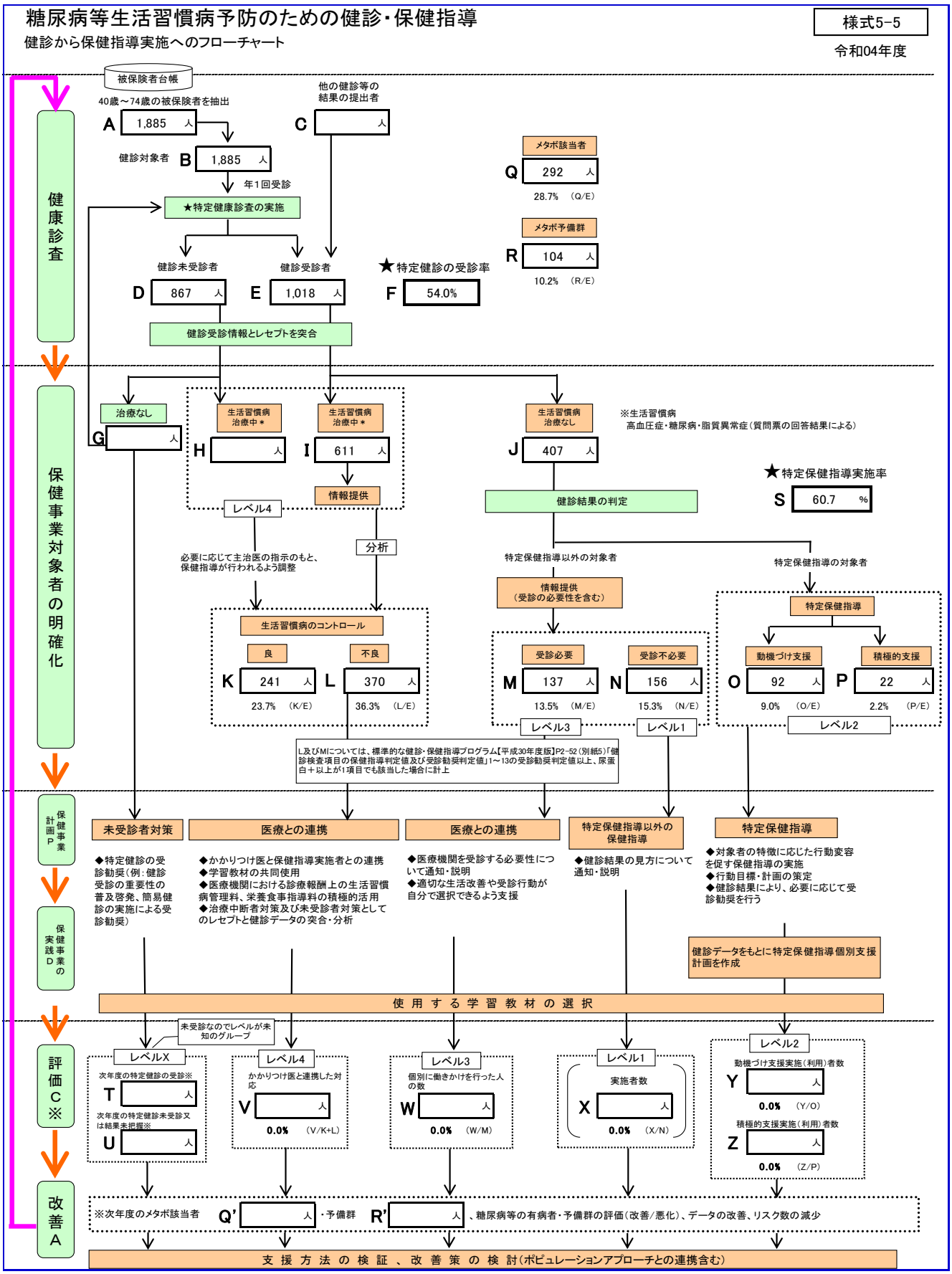
特定保健指導は、町健康づくり推進室に執行委任し、保険者が直接行う。

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

（２）健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム（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・実践評価を行う。（図表７３）

【図表７３】　糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導



出典：ヘルスサポートラボツール

（３）要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

【図表７４】

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数の見込（受診者の○%）	実施目標
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	164人 （11.2%）	66% ※特定保健指導実施率
2	M	情報提供 （受診必要）	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	137人 （13.5%）	HbA1c6.5以上は100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨) ◆前年度重症化予防対象者には個別に電話、訪問	867人 ※受診率目標達成まであと113人	60% ※特定健診実施率
4	N	情報提供	◆健診結果の見方、健診データと生活との関連について結果説明会、通知	156人 （15.3%）	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆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	611人 （60.0%）	-

なお、優先順位については、毎年度実施状況、改善状況等を把握、評価し、見直すこととする。（図表７４）

５ 生活習慣予防のための健診・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する。（図表７５）

【図表７５】　保健指導の実践スケジュール

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

６ 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システムで行い、最低５年間は保存する。

第７章　計画の評価・見直し

１　個別保健事業の評価・見直し

より実効性のある計画となるよう、毎年度、個別の保健事業について進捗状況等を把握、評価を行う（図表４２個別保健事業の評価指標）。事業が計画通り進んでいない場合は、ストラクチャーやプロセスが適当であったか等を確認、体制等の見直しを行う。

２　個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し

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

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

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

評価における４つの視点

アウトカム （成果）	・設定した目標に達することができたか ・糖尿病性腎症の透析導入者の割合ほか、目標管理一覧に掲げたアウトカム指標
アウトプット （事業の実施状況・実施量）	・計画した保健指導が実施できたか ・特定保健指導実施率ほか、目標管理一覧に掲げたアウトプット指標
プロセス （保健事業の実施過程）	・保健指導の手順・教材は十分だったか ・スケジュールは計画通りにできたか ・ＫＤＢ、ＤＨＰは活用しやすい環境か
ストラクチャー （計画立案体制・実施構成・評価体制）	・事業の運営体制、予算は十分か ・保健指導実施のための専門職の確保は十分か ・専門職の研修機会の確保はできたか、定期事例検討会は開催できたか。

第８章　計画の公表・周知

計画は、町ホームページ、広報に掲載し、町民、関係者に周知を行う。

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

第９章　個人情報の取扱い

特定健診・特定保健指導をはじめ、保健事業で得られる個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び宝達志水町個人情報保護条例を踏まえ適切な対応を行う。

また、特定健診等保健事業を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

第 10 章　地域包括ケアに係る取組及びその他留意事項

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

【別紙１】健診・保健指導の実践スケジュール　　やれることから一つずつ、毎年ＰＤＣＡを回し続ける

健診・保健指導の年間スケジュール、健診から保健指導の流れ

4月

1　実践計画（プロセス計画）の見直し、作成

昨年度の健診結果の整理、糖尿病管理台帳の作成、保健指導で把握した住民の実態等を踏まえて、今年度の実践計画を作成する。

①「レセプトと健診データの突合」、「糖尿病フローチャート」で保健指導対象者の優先順位、2次健診対象者を決定。
②保健指導に必要な時間と本年度の保健師・管理栄養士の体制を踏まえ、目標達成のための事務職との役割分担、体制の話し合い
③地区担当ごとの対象者数、業務量を把握し、必要に応じて担当間の業務を調整
④保健指導の内容（個別・集団）、学習教材の見直し・決定、必要な学習会等を実施

6月 ～ 10月（健診実施）

2　健診の受診勧奨　必要な人に健診を受けてもらう、継続受診の大事さを知ってもらう。

① 糖尿病管理台帳により、過去の保健指導対象者で昨年度健診未受診者に個別の受診勧奨
② 新規国保加入者（若者、被用者保険からの異動者）を重点的に健診の受診勧奨

集団健診（15回）
R4：647人（64%）

個別健診（3医療機関）
R4：254人（25%）

かかりつけ医からデータ受領
R4：148人（11%）

健診当日の保健指導
体重の変化、血圧、前年の結果で保健指導
血圧手帳、糖尿病連携手帳を配布
健診結果説明会の案内

3　保健指導対象者の抽出　集団：健診日ごと　個別：月1回

①健診結果をマルチマーカーに取り込み、健診結果経年表を印刷
　集団健診は、健診受診日ごと。個別健診は月に1回実施
②ラボツール（またはマルチマーカー）に取り込み、階層化名簿を作成
③要精密検査（健診機関の判定による）、2次健診対象者を抽出　地区担当に渡す。

糖尿病フローチャートにより保健指導対象者の優先順位を確認

4　保健指導の実施　経年の健診データ、KDBで個々の保健指導を実施

❶ 結果説明会　健診受診者全員対象（若者、健診結果を持参した被用者保険含む）
①健診日毎に開催（15回）、3、4人の小グループ、各グループに保健師・栄養士を配置
②開始前に打合せ　階層化名簿で参加予定者のデータ確認、精検対象、保健指導対象者の共有
③健診結果経年表を中心に、検査項目、値の意味、糖の流れ、生活との関連の学習
④終了後、参加者の発言、様子を共有、その後の指導予定、欠席者への訪問について確認

❷ 地区担当による訪問　優先順位に基く保健指導（地区担当は概ね10年）
○ 治療の有・無／臓器障害の有・無／初めての異常値・継続して悪い値／肥満の有・無
　など、対象者の状況を踏まえて保健指導を実施
○75gOGTT、リブレを活用した保健指導
○町内かかりつけ医は直接面談、連携手帳の活用（医療連携）

❸ 糖尿病教室の開催（個別訪問後、集団での継続学習）3回
血糖の基礎、薬のこと、食と運動のことを手段で継続的に学習
地区担当が事前に訪問、教室時も横で学習を支援

11月

5　未受診者訪問　糖尿病管理台帳で健診未受診者のうち保健指導必要者を拾い出し

①糖尿病管理台帳の中で確認出来ていない対象者がいないか。
　（未受診・施設入所・後期移行・死亡など）
②健診未受診者のうち、治療中の方にはかかりつけ医からのデータ受領を依頼

かかりつけ医からデータ受領
R4：148人（11%）

未受診者・治療中断者・コントロール不良舎への保健指導

3月

6　評価　1年間の実施結果を確認、次年度に向けて検討

①優先順位毎の保健指導実施率、改善状況（データの改善、治療に繋がった割合など）地区別に評価
②実施できた要因、できなかった要因、改善した要因・改善できなった要因を話し合い、整理、資料化し職場で共有
③来年度の保健指導対象者の人数（概算）をだし、次年度の保健指導体制を検討、上司に報告

参考　R4年度

特定健診受診率	54.0%（1,018人）
特定保健指導実施率	60.7%（68/112人）
OGTT実施	6.4%（14人/218人）
結果説明会参加率	集団 54% 個別 17%
HbA1c6.5以上未治療者の保健指導	76%（26/34人）
HbA1c8以上保健指導実施率	92%（11/12人）
糖尿病教室参加率	12%（9/75人）
うち改善者	44%（4/9人）
糖尿病管理台帳からの未受診者訪問	30人
健診受診者全体の把握率	33%

次年度の計画へ