

只見町国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)
令和6年度～令和11年度

只見町国民健康保険

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 ……11

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期計画に係る評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
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) ……36

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. 個人情報の保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業45

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

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

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し70

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74

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料75

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画(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、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

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

只見町では、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。

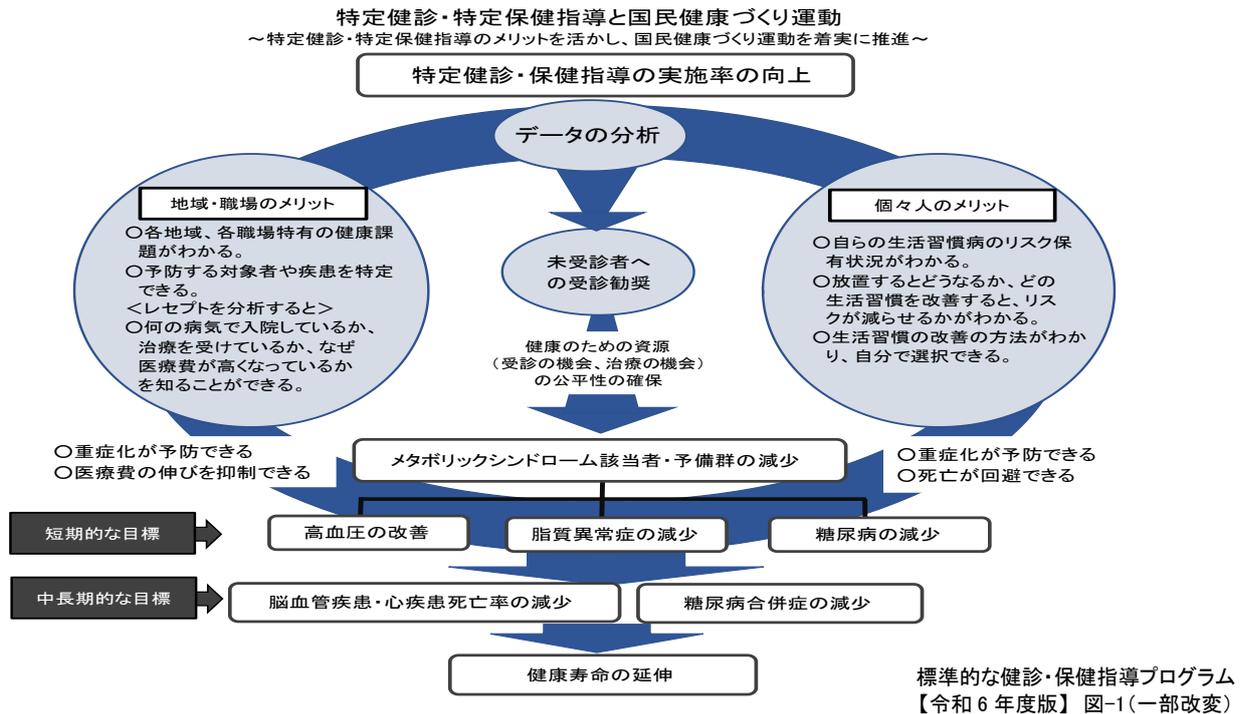
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

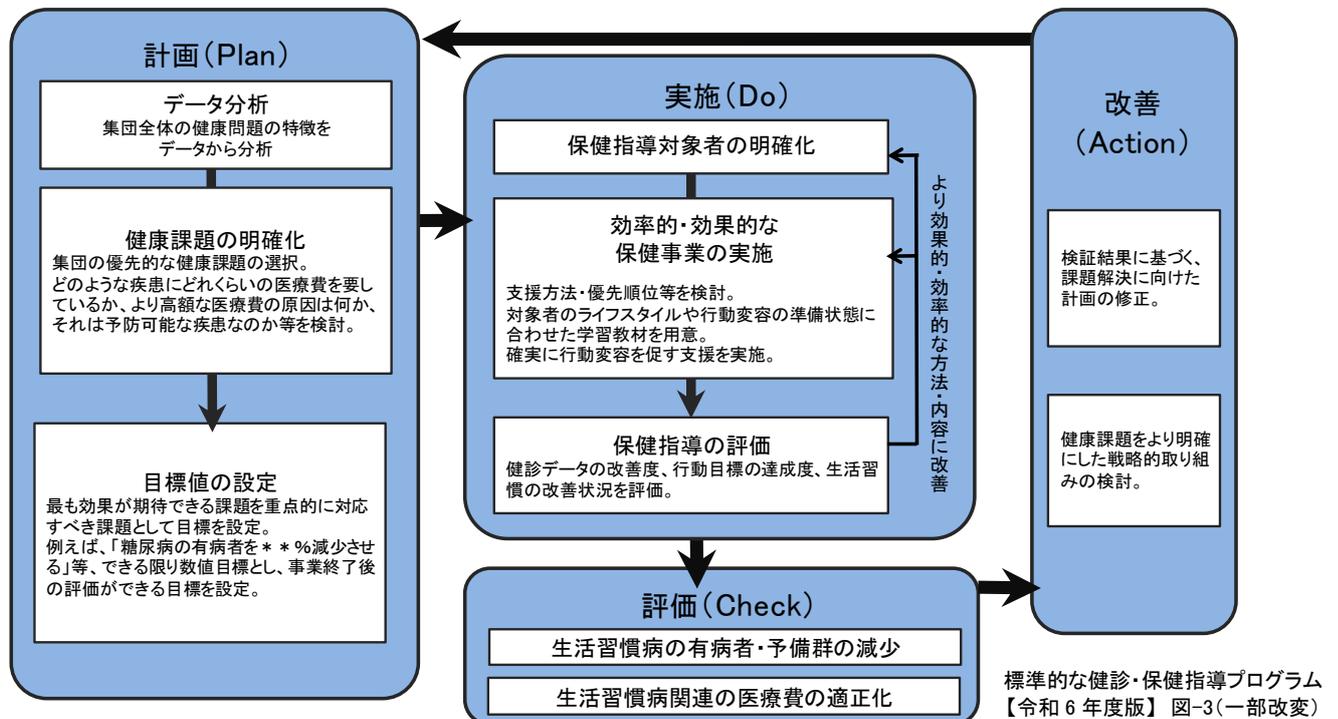
	健康増進計画			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法					
	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画 策定者	都道府県・義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るため の保健事業実施計画を策定、保健 事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため 保険者、医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向け た取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、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、 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 子ども、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サイクルを活用し 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・事業費適正化)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



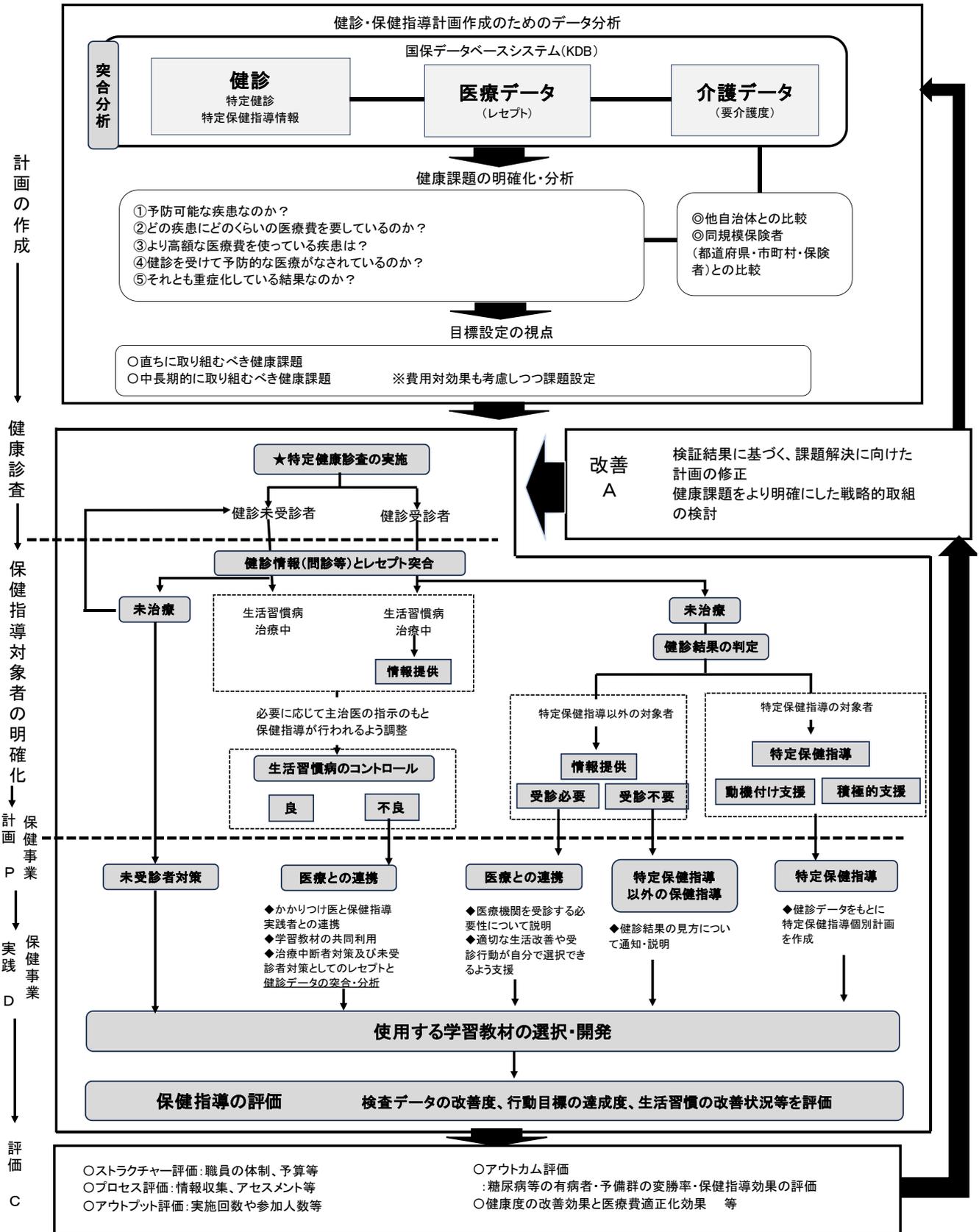
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

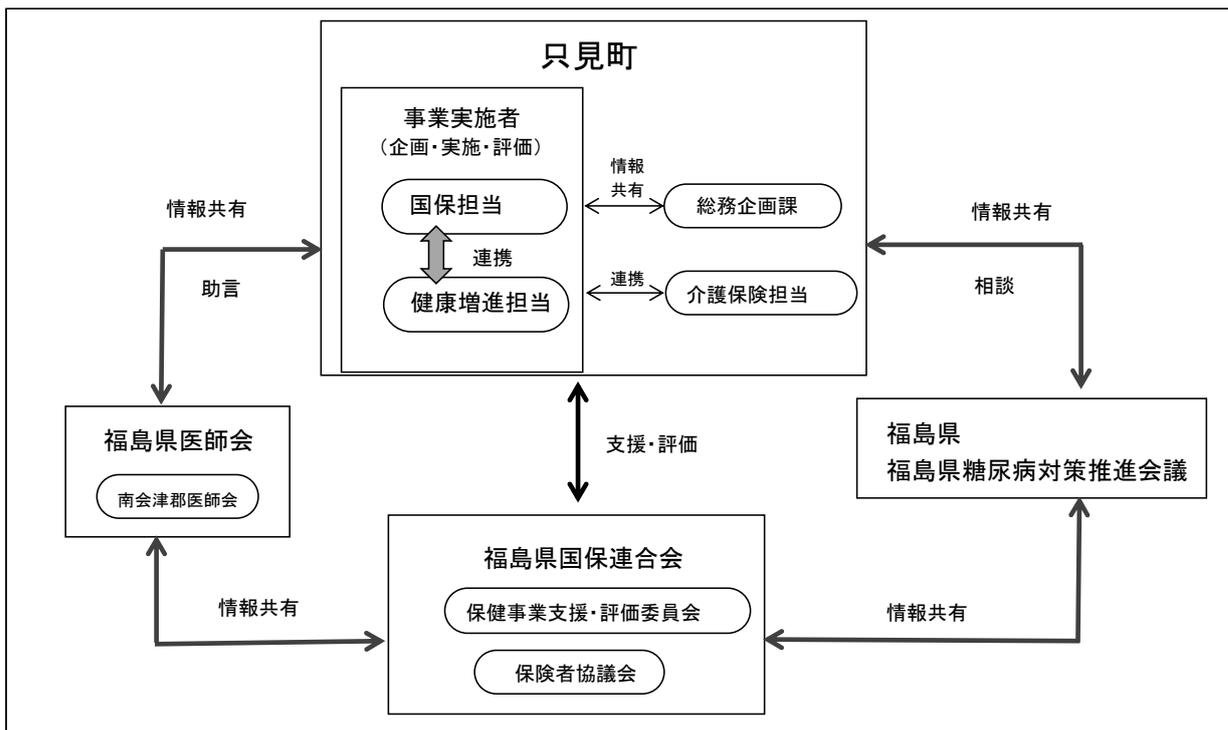
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、保健福祉課の**高齢者医療、保健衛生、介護保険、生活保護の各担当**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 只見町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担<例>

保…保健師 栄…栄養士 事…事務 ◎…主担当 ○…副担当

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

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等の関係機関との連携・協力が重要です。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことです。これらの外部有識者等は、被保険者の健康の保持増進に関わる当事者としての立場と専門的知見を有する第三者としての立場の両方の立場を有することが条件となっており、健康保険組合等の他の医療保険者、国保連及び国保連に設置される支援・評価委員会や都道府県との連携・協力も重要で、これらの者との連携・協力は、データの見える化等により、被保険者の健康課題をこれらの者の間で共有することが重要です。

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

また、都道府県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に必要で、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要です。また、国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者と積極的に連携していくことが必要です。

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

(保健医療関係者の役割)

計画の実効性を高めるためには、とりわけ、保健医療関係者又は保健医療関係団体(以下単に「保健医療関係者」という。)との連携・協力が重要である。このため、保険者等は計画の策定等に保健医療関係者の協力が積極的に得られるよう、

- 意見交換や情報提供を日常的に行う、
 - 保健事業の構想段階から相談する、
 - 計画策定等に積極的に加わってもらう
- ことなどを通じて、連携に努める必要がある。

これに対し、保健医療関係者は、保健医療に係る専門的見地から、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待されます。

(国保連及び支援・評価委員会への役割)

国保連に設置された支援・評価委員会は、計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等を行っており、多くのノウハウが蓄積されています。

支援・評価委員会は、そのノウハウや委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待されるため、可能な限りの支援・評価委員会の支援・評価を受けることで事業実施に生かします。

国保連は、保険者等による国保データベース(以下「KDB」という。)等のデータ分析の質を高めるため、保険者等のニーズをくみ上げた迅速な帳票の改修、保険者等の職員向け研修の充実に努めることが期待される。国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

(都道府県の役割)

平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。

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

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

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

都道府県は、保険者等からの求めがある場合には、特に保健医療関係者などの外部有識者等との連携の面で支援を行うことが期待される。とりわけ、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者(団体)との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要です。

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、意見交換等を行いました。

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みを後押しする(事業費分・事業費連動分)保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるた

め、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
		只見町	配点	只見町	配点	只見町	配点		
交付額(万円)		220		204		187			
全国順位(1,741市町村中)		42位	800	73位	745	147位	697		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	140	70	120	70	120	70	
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	35	40	45	40	42	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組		90	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供		110	90	55	90	60	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供			20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組		50	50	45	50	45	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組		110	130	105	130	105	130
		(2)後発医薬品の使用割合							
	固有の指標	①	保険料(税)収納率		65	100	65	100	65
②		データヘルス計画の実施状況		40	40	30	30	20	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		15	30	40	30	40	40
⑤		第三者求償の取組		35	40	38	50	21	50
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況		68	95	62	100	64	100
合計点			783	1,000	745	960	697	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

只見町は、人口 3961 人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 47.5%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も 58.3 歳と同規模と比べて高く、出生率 6.4 で国より高く県より低く、財政指数は国県より低い町となっています。

産業においては、第 3 次産業が 52.9%と同規模と比較して低く、サービス業の割合が多く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表 9)

国保加入率は 20.3%で、加入率及び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 52.6%を占めています。(図表 10)

また本町内には内科と歯科の 2 つの診療所があり、これはいずれも同規模と比較しても低く、病床数も少ないことから、医療資源がある一方で、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して低い傾向にあります。(図表 11)

図表 9 同規模・県・国と比較した只見町の特性

	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
只見町	4,043	47.2	819 (20.3)	58.5	6.4	18.6	0.3	15.3	31.9	52.9
同規模	--	41.4	27.1	54.5	4.9	18.9	0.2	22.3	20.6	57.2
県	--	31.8	21.2	56.0	6.2	13.6	0.5	6.7	30.6	62.6
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(R4)

※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、只見町と同規模保険者(274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								
被保険者数	981		943		914		876		819	
65～74歳	516	52.6	499	52.9	492	53.8	483	55.1	454	55.4
40～64歳	316	32.2	303	32.1	284	31.1	255	29.1	241	29.4
39歳以下	149	15.2	141	15.0	138	15.1	138	15.8	124	15.1
加入率	21.9		21.1		20.4		19.6		20.3	

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

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	同規模 割合	県 割合								
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.3	0.3
診療所数	2	2.0	2	2.1	2	2.2	2	2.3	2	2.4	3.6	3.5
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21.9	63.7
医師数	4	4.1	4	4.2	4	4.4	4	4.6	2	2.4	3.3	10.4
外来患者数	647.3		619.1		573.5		590.9		600.8		653.6	
入院患者数	25.5		22.9		18.5		20.9		19.2		22.9	

出典：KDBシステム、地域の全体像の把握

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

只見町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で6人(認定率0.51%)、1号(65歳以上)被保険者で511人(認定率27.4%)と同規模・県・国と比較すると高く、H30年度と比べても横ばいで推移しています。(図表12)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約6億5千万円から約6億7千万円に伸びています。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者は全員が該当、第1号被保険者でも約3割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	只見町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	1,977人	44.2%	1,907人	47.2%	41.4%	31.8%	28.7%
2号認定者	3人	0.22%	6人	0.51%	0.38%	0.48%	0.38%
新規認定者			1人		--	--	--
1号認定者	496人	25.1%	511人	27.4%	19.9%	20.1%	19.4%
新規認定者	75人		59人		--	--	--
再掲							
65～74歳	20人	2.7%	30人	4.1%	--	--	--
新規認定者	8人		3人		--	--	--
75歳以上	476人	38.5%	481人	40.6%	--	--	--
新規認定者	67人		56人		--	--	--

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	只見町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	6億4644万円	6億7117万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	326,982	351,949	323,222	301,499	290,668
1件あたり給付費(円) 昼体	96,933	97,186	80,543	65,863	59,662
居宅サービス	49,431	43,156	42,864	42,089	41,272
施設サービス	281,849	284,040	288,059	294,067	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(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)		6		30		481		511				
再)国保・後期		3		21		389		410				
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
			割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合			
	循環器疾患	1	脳卒中	3	脳卒中	9	虚血性心疾患	122	虚血性心疾患	127	脳卒中	128
				100.0%		42.9%		31.4%		31.0%		31.0%
		2	虚血性心疾患	1	虚血性心疾患	5	脳卒中	116	脳卒中	125	虚血性心疾患	128
				33.3%		23.8%		29.8%		30.5%		31.0%
	3	腎不全	0	腎不全	3	腎不全	40	腎不全	43	腎不全	43	
				0.0%		14.3%		10.3%		10.5%		10.4%
	合併症	4	糖尿病合併症	0	糖尿病合併症	4	糖尿病合併症	19	糖尿病合併症	23	糖尿病合併症	23
					0.0%		19.0%		4.9%		5.6%	
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			3	基礎疾患	19	基礎疾患	363	基礎疾患	382	基礎疾患	385	
			100.0%		90.5%		93.3%		93.2%		93.2%	
血管疾患合計			3	合計	19	合計	371	合計	390	合計	393	
			100.0%		90.5%		95.4%		95.1%		95.2%	
認知症		認知症	0	認知症	3	認知症	232	認知症	235	認知症	235	
			0.0%		14.3%		59.6%		57.3%		56.9%	
筋・骨格疾患		筋骨格系	2	筋骨格系	17	筋骨格系	383	筋骨格系	400	筋骨格系	402	
			66.7%		81.0%		98.5%		97.6%		97.3%	

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

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

只見町の医療費は、国保加入者が減少しているとともに総医療費も減少しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約6万円安く、H30年度と比較すると6万円低くなっています。

また入院医療費は、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48%を占めており、1件あたりの入院医療費もH30年度と比較しても7万円も高くなっています。

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の1以下で、全国1位の県平均よりも低く、特に入院の地域差指数がH30年度よりも低くなっています。

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。

す。

図表 15 医療費の推移

	只見町		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)	981人	819人	--	--	--	
前期高齢者割合	516人 (52.6%)	454人 (55.4%)	--			
総医療費	3億5249万円	2億5336万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	359,320 県内12位 同規模98位	309,347 県内58位 同規模224位	367,527	354,691	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	560,690	632,590	588,220	580,970	617,950
	費用の割合	47.6	48.7	44.9	39.8	39.6
	件数の割合	3.8	3.1	3.4	2.6	2.5
外来	1件あたり費用額	24,340	21,290	25,290	23,470	24,220
	費用の割合	52.4	51.3	55.1	60.2	60.4
	件数の割合	96.2	96.9	96.6	97.4	97.5
受診率	672.747	619.957	676.49	756.467	705.439	

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は只見町と同規模保険者274市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	只見町 (県内市町村中)		県 (47県中)	只見町 (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	0.974	0.822	0.961	0.770	0.632	0.864
		(25位)	(57位)	(36位)	(45位)	(58位)	(44位)
	入院	1.142	0.845	0.954	0.773	0.558	0.818
		(11位)	(55位)	(35位)	(32位)	(55位)	(43位)
	外来	0.883	0.792	0.974	0.777	0.715	0.924
		(41位)	(56位)	(35位)	(48位)	(57位)	(38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、H30年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患については、H30年度より0.85ポイント伸びており、同規模、県よりも高くなっています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を比較してみると虚血性心疾患・脳血管疾患・腎不全が、患者数及び割合が減少しています。(図表 18)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			只見町		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)			3億5249万円	2億5336万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			3001万円	2644万円	--	--	--
			8.514103589	10.44%	7.24%	6.94%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.68%	2.53%	2.12%	2.05%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	3.41%	4.10%	1.46%	1.38%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.24%	3.47%	3.29%	3.22%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.18%	0.34%	0.37%	0.28%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		19.37%	17.44%	17.57%	17.73%	16.69%
	筋・骨疾患		8.63%	8.52%	9.33%	8.28%	8.68%
	精神疾患		3.98%	8.86%	7.82%	8.61%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患						
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
		R01年度	R04年度		R01年度	R04年度	R01年度	R04年度	R01年度	R04年度
治療者(人) 0~74歳	A	943	819	a	53	40	70	64	3	2
	a/A			5.6%	4.9%	7.4%	7.8%	0.3%	0.2%	
40歳以上	B	802	695	b	53	40	70	64	3	2
	B/A			85.0%	84.9%	b/B	6.6%	5.8%	8.7%	9.2%
再 掲	40~64歳	303	241	d	14	11	16	21	3	2
				D/A	32.1%	29.4%	d/D	4.6%	4.6%	5.3%
	65~74歳	499	454	c	39	29	54	43	0	0
				C/A	52.9%	55.4%	c/C	7.8%	6.4%	10.8%

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いる一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減っています。

只見町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につなが

っていることが考えられます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		R01年度	R04年度	R01年度	R04年度	R01年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	391	354	108	88	283	266
		A/被保数	48.8%	50.9%	35.6%	36.5%	56.7%	58.6%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	38	24	9	6	29	18
		B/A	9.7%	6.8%	8.3%	6.8%	10.2%	6.8%
	虚血性心疾患	C	47	42	9	12	38	30
		C/A	12.0%	11.9%	8.3%	13.6%	13.4%	11.3%
	人工透析	D	3	2	3	2	0	0
		D/A	0.8%	0.6%	2.8%	2.3%	0.0%	0.0%

出典:KDBシステム_ 疾病管理一覽(高血圧症) 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)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		R01年度	R04年度	R01年度	R04年度	R01年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	142	136	36	32	106	104
		A/被保数	17.7%	19.6%	11.9%	13.3%	21.2%	22.9%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	14	8	2	2	12	6
		B/A	9.9%	5.9%	5.6%	6.3%	11.3%	5.8%
	虚血性心疾患	C	14	14	3	3	11	11
		C/A	9.9%	10.3%	8.3%	9.4%	10.4%	10.6%
	人工透析	D	1	1	1	1	0	0
		D/A	0.7%	0.7%	2.8%	3.1%	0.0%	0.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	13	8	3	2	10	6
		E/A	9.2%	5.9%	8.3%	6.3%	9.4%	5.8%
	糖尿病性網膜症	F	29	28	8	7	21	21
		F/A	20.4%	20.6%	22.2%	21.9%	19.8%	20.2%
	糖尿病性神経障害	G	4	2	0	0	4	2
		G/A	2.8%	1.5%	0.0%	0.0%	3.8%	1.9%

出典:KDBシステム_ 疾病管理一覽(糖尿病) 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)

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		R01年度	R04年度	R01年度	R04年度	R01年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	293	264	79	71	214	193
		A/被保数	36.5%	38.0%	26.1%	29.5%	42.9%	42.5%
（中 長期 目標 疾患 ）	脳血管疾患	B	22	14	4	3	18	11
		B/A	7.5%	5.3%	5.1%	4.2%	8.4%	5.7%
	虚血性心疾患	C	43	44	9	13	34	31
		C/A	14.7%	16.7%	11.4%	18.3%	15.9%	16.1%
	人工透析	D	3	2	3	2	0	0
		D/A	1.0%	0.8%	3.8%	2.8%	0.0%	0.0%

出典：KDBシステム、疾病管理一覧(脂質異常症) 地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(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H30年度とR03年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約50%、糖尿病で30%ほどおり、その割合は同規模市町村と比較しても高くなっています。(図表22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、新型コロナウイルス感染症の影響で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、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
				C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E	
只見町	473	53.2	401	49.2	68	14.4	36	52.9	33	8.2	18	54.5	13	39.4	0	0.0
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
				I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K	
只見町	472	99.8	411	102.5	21	4.4	6	28.6	21	5.1	8	38.1	3	14.3	1	4.8
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典：ヘルスサポートラボツール

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

②中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

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。只見町の特定健診結果において、H30年度とR04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、4.9ポイントも伸びており、その中でも3項目すべての危険因子が重なっている割合は横ばい、2項目は増加しています。

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、いずれも微増しているものの、翌年度の結果を見ると、全て改善率が上がってきています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも2割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者		予備群	
		3項目	2項目		
H30年度	473 (53.2%)	87 (18.4%)	25 (5.3%)	62 (13.1%)	55 (11.6%)
R04年度	361 (47.6%)	84 (23.3%)	18 (5.0%)	66 (18.3%)	44 (12.2%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	47 (10.0%)	6 (12.8%)	21 (44.7%)	10 (21.3%)	10 (21.3%)
R03→R04	41 (10.9%)	13 (31.7%)	19 (46.3%)	5 (12.2%)	4 (9.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	68 (14.4%)	38 (55.9%)	15 (22.1%)	3 (4.4%)	12 (17.6%)
R03→R04	30 (7.9%)	18 (60.0%)	6 (20.0%)	1 (3.3%)	5 (16.7%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	52 (13.0%)	35 (67.3%)	6 (11.5%)	5 (9.6%)	6 (11.5%)
R03→R04	35 (11.9%)	17 (48.6%)	13 (37.1%)	0 (0.0%)	5 (14.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

②健診受診率及び保健指導実施率の推移

只見町の特定健診受診率は、平成 30 年度には 61.2%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R01 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28)

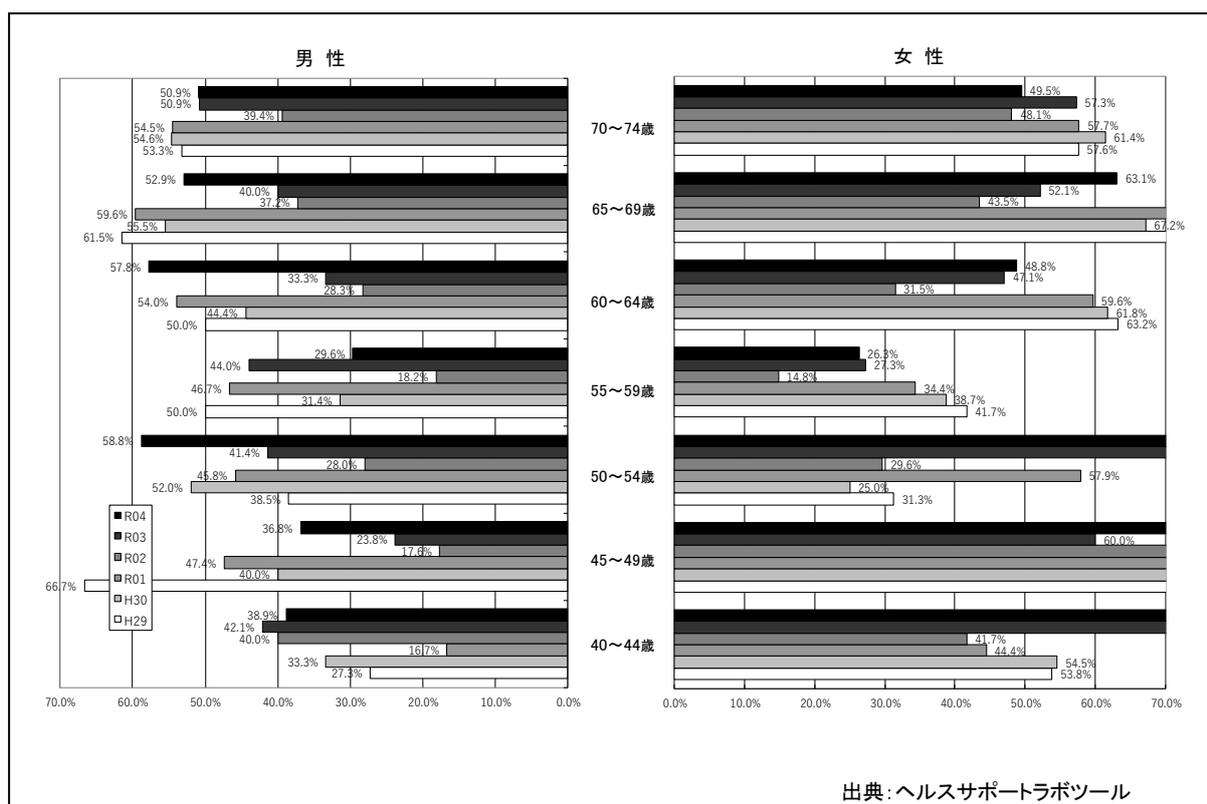
特定保健指導についても、R02 年度以降、大きく実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 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	458	426	295	369	340	健診受診率 60%
	受診率	61.2%	60.3%	41.3%	54.4%	55.9	
特定保健指導	該当者数	65	55	42	49	43	特定保健指導実施率 60%
	割合	14.2%	12.9%	14.2%	13.3%	12.6%	
	実施者数	56	50	33	44	39	
	実施率	86.2%	90.9%	78.6%	89.8%	90.7	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、R4年度 81%と増加しているものの、血糖値所見者割合、未治療・中断の割合は 40%前後を横ばい経過しています。

H30 年度からは HbA1c8%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきました。その結果、HbA1c8%以上の未治療者は、H30 年以降は 1 人前後を増減しています。しかし、R3 年度以降は受診勧奨のための保健指導を実施しましたが、未受診のままの方もおり、受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、又治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援をおこないます。

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

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

図表 29 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	458	426	295	369	340
血糖値有所見者 * 1	人(b)	69	58	34	50	53
	(b/a)	15.1%	13.6%	11.5%	13.6%	15.6%
保健指導実施者 * 2	人(c)	44	39	24	35	43
	(c/b)	63.8%	67.2%	70.6%	70.0%	81.1%

* 1 HbA1c6.5%以上のもの

* 2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

図表 30 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 * 1	人(a)	69	58	34	50	53
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 3	人(b)	24	24	14	17	17
	(b/a)	34.8%	41.4%	41.2%	34.0%	32.1%
受診した者	人(c)	22	22	13	13	15
	(c/b)	91.7%	91.7%	92.9%	76.5%	88.2%
治療開始した者	人(c)	4	2	1	1	1
	(c/b)	16.7%	8.3%	7.1%	5.9%	5.9%

* 3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

図表 31 HbA1c8.0%以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	458	426	295	369	340
HbA1c8.0%以上	人(b)	7	7	3	8	6
	(b/a)	1.5%	1.6%	1.0%	2.2%	1.8%
保健指導実施	人(c)	5	5	3	6	5
	(c/b)	71.4%	71.4%	100.0%	75.0%	83.3%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	1	1	0	2	2
	(b/a)	14.3%	14.3%	0.0%	25.0%	33.3%

内服治療開始	1人	0人	1人
元々治療中	0人	0人	1人
死亡、転出	0人	0人	0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、心電図検査全数実施を目指し健診受診勧奨を実施しており、心電図検査は約 9 割実施できています。

有所見者のうち ST 所見をみると、要精査・要医療と判定を受けた者のうち、75%が医療機関を受診しています。心房細動未治療者については、ほぼ全数が治療や精密検査につながっています。

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

図表 32 特定健診心電図検査の結果 有所見者(要医療・要精査)の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性												
健診受診者(人)	a	504	225	279	477	218	259	307	132	175	396	171	225	410	181	229
心電図受診者(人)	b	499	221	278	470	214	256	298	126	172	390	166	224	404	177	227
心電図実施率	b/a	99.0%	98.2%	99.6%	98.5%	98.2%	98.8%	97.1%	95.5%	98.3%	98.5%	97.1%	99.6%	98.5%	97.8%	99.1%
要医療者(人)	c	42	18	24	30	12	18	17	8	9	40	20	20	37	18	19
要精査者(人)	d	22	13	9	20	9	11	9	6	3	18	12	6	22	14	8
有所見率	(c+d)/b	12.8%	14.0%	11.9%	10.6%	9.8%	11.3%	8.7%	11.1%	7.0%	14.9%	19.3%	11.6%	14.6%	18.1%	11.9%
心房細動(人)	e	1	1	0	2	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0
心房細動有所見率	e/b	0.2%	0.5%	0.0%	0.4%	0.5%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
うち、心房細動未治療(人)		1	0	0	2	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0

図表 33 心電図受診者のうち ST 所見者の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者	499		470		298		390		404	
ST異常所見	11	2.2%	13	2.8%	4	1.3%	15	3.8%	8	2.0%
要医療・要精査	4	36.4%	4	30.8%	3	75.0%	4	26.7%	3	37.5%
医療機関受診あり	3	75.0%	3	75.0%	4	133.3%	4	100.0%	3	100.0%
医療機関受診なし	1	25.0%	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
それ以外の判定	7	63.6%	9	69.2%	1	25.0%	11	73.3%	5	62.5%

図表 34 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	1		2		0		1		0	
心房細動未治療者	1	100.0%	2	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
治療開始	1	100.0%	2	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約6%の横ばいで、約5割が未治療者です。令和3年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者19人のうち、保健指導後、治療につながったものは、10人(52.6%)でした。血圧Ⅲ度においては、7人のうち3人が未治療者でした。

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。例示表8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高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血の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42%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

図表 35 血圧Ⅱ度以上(収縮期血圧160以上または拡張期血圧100以上)の者

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	458	426	295	369	340	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	57	36	19	23	19	
	(b/a)	12.4%	8.5%	6.4%	6.2%	5.6%	
	治療あり	人(c)	29	18	11	12	10
		(c/b)	50.9%	50.0%	57.9%	52.2%	52.6%
	治療なし	人(d)	28	18	8	11	9
		(d/b)	49.1%	50.0%	42.1%	47.8%	47.4%
		治療開始	人(e)	12	9	3	3
(e/d)	42.9%		50.0%	37.5%	27.3%	44.4%	
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	11	6	6	7	7
		(f/a)	2.4%	1.4%	2.0%	1.9%	2.1%
	治療あり	人	3	3	5	3	4
	治療なし	人	8	3	1	4	3

図表36 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決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	116	60 51.7%	44 37.9%	9 7.8%	3 2.6%
	リスク第1層 予後影響因子がない	6 5.2%	C 5 8.3%	B 0 0.0%	B 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	75 64.7%	C 38 63.3%	B 29 65.9%	A 7 77.8%	A 1 33.3%
	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	35 30.2%	B 17 28.3%	A 15 34.1%	A 2 22.2%

…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	27 23.3%
	概ね1ヵ月後に再評価	46 39.7%
B	概ね1ヵ月後に再評価	46 39.7%
	概ね3ヵ月後に再評価	43 37.1%

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

(2)ポピュレーションアプローチ

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

只見町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの町民が、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きます。

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、健康教室や健康相談等を毎年行い、広報などを活用し広く町民へ周知を行った。

また、肥満の改善を目的として集団健診会場で食品に含まれる脂の説明や高血圧の改善を目的とした食品に含まれる塩分量の説明を集中的に実施してきました。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 37 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
			初年度 H30	中間評 価 R2	最終評 価 R5	
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.68%	1.06%	2.53%	KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	3.41%	2.45%	4.10%	
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	3.24%	3.48%	3.47%	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.09%	0.10%	0.10%	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.00%	0.00%	0.0%	只見町調べ
	短期目標	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	29.78%	37.50%	35.82%	只見町調べ
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	14.40%	8.40%	7.20%	
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	11.10%	5.40%	5.20%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	10.00%	8.30%	10.70%	
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	1.35%	0.70%	0.18%	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	90.0%	75.0%	94.70%	
		糖尿病の保健指導を実施した割合	83.0%	75.0%	100.00%	
	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	61.2	41.3	55.90%	法定報告値
		特定保健指導実施率60%以上	86.2	78.6	90.70%	
		特定保健指導対象者の割合の減少	22.1	20.0	22.50%	
努力支援制度	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	24.9	7.2	15.2	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)
		肺がん検診受診者の増加	43.6	25.2	32.4	
		大腸がん検診受診者の増加	29.7	17.6	25.1	
		子宮がん検診受診者の増加	26.4	13.6	20.5	
		乳がん検診受診者の増加	38.5	33.8	29.4	
		5つのがん検診の平均受診率の増加	32.6	19.5	24.5	
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	77.7%	83.2%	87.9%	厚生労働省

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期データヘルス計画では、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症（人工透析）の予防に重点をおき、中長期目標疾患の予防に共通した高血圧、糖尿病、脂質異常症の重症化予防に取り組んできました。

医療費は、国保被保険者の減少に伴い減少傾向にあり、1人当たり医療費も減少しています。しかし、国保加入者の高齢化率が高いため、医療費が高額となる脳血管疾患等の治療者割合は、65歳以上で多く、64歳以下の働き盛り世代ではやや増加傾向にあります。また、第1号介護認定率は減少傾向にありますが、介護の原因として脳血管疾患の割合が高いことが分かっています。

脳血管疾患等発症者や人工透析者は、高血圧、糖尿病、脂質異常等の基礎疾患を併せ持っていることから、生活習慣病重症化予防の取組を継続していく必要があります。健診結果では、男性のメタボ該当者の割合が増加傾向となっており、肥満・血圧対策の継続が必要です。

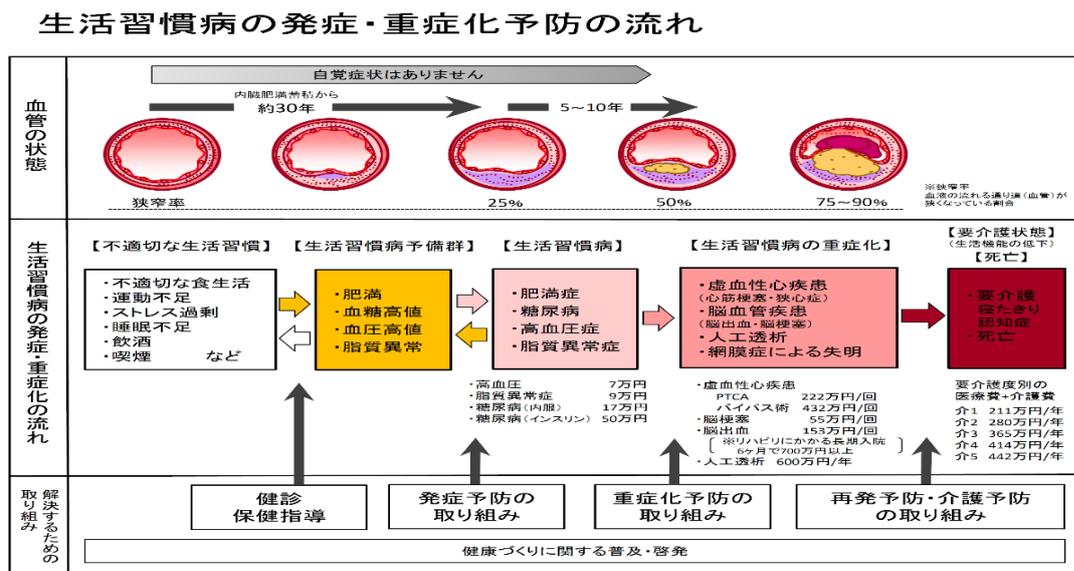
また、特定健診受診率の向上に向けた取組を継続し、受診率は回復傾向にありますが、国が目標とする60%には到達していません。さらに、国保被保険者のうち特定健診受診率が比較的高い世代が今後75歳となり後期高齢者医療制度に移行していくことから、受診率の低い働き盛り世代の受診率向上が課題となっています。

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 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2)健康課題の明確化

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

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

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

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

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

一方、虚血性心疾患の高額レセプトは、件数、費用額ともに徐々に減少してきたものの、令和4年度では70-74歳で増加しています。

図表 39 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		981人	943人	914人	876人	819人	1,219人
総件数及び 総費用額	件数	7,892件	7,279件	6,557件	6,608件	6,300件	13,775件
	費用額	3億5249万円	3億4638万円	2億6727万円	2億8713万円	2億5336万円	8億0467万円
一人あたり医療費		35.9万円	36.7万円	29.2万円	32.8万円	30.9万円	66.0万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 40 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	只見町	2億5336万円	24,932	3.47%	0.34%	2.53%	4.10%	5.70%	4.41%	1.79%	5660万円	22.3%	17.4%	8.86%	8.52%
	同規模	—	29,993	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	—	18.6%	17.6%	7.82%	9.33%
	県	—	28,703	3.22%	0.28%	2.05%	1.38%	6.43%	3.81%	2.35%	—	19.5%	17.7%	8.61%	8.28%
	国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後 期	只見町	8億0467万円	55,540	4.35%	0.29%	2.72%	1.40%	3.85%	3.00%	0.64%	1億3076万円	16.3%	9.3%	2.19%	11.3%
	同規模	—	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	—	18.8%	10.2%	3.61%	12.1%
	県	—	62,624	5.17%	0.46%	3.64%	1.60%	4.40%	3.51%	1.40%	—	20.2%	10.9%	3.40%	11.4%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 41 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	48人	48人	30人	36人	32人	108人
	件数	B	73件	91件	55件	62件	113件	168件
		B/総件数	0.92%	1.25%	0.84%	0.94%	1.79%	1.22%
	費用額	C	1億0205万円	1億2015万円	6599万円	8604万円	1億5021万円	2億2338万円
C/総費用		28.9%	34.7%	24.7%	30.0%	59.3%	27.8%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 42 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	3人		3人		1人		2人		2人		7人		
		D/A	6.3%		6.3%		3.3%		5.6%		6.3%		6.5%		
	件数	E	5件		4件		1件		3件		10件		13件		
		E/B	6.8%		4.4%		1.8%		4.8%		8.8%		7.7%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	66.7%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	40.0%	1	25.0%	0	0.0%	1	33.3%	2	20.0%	75-80歳	3	23.1%
		60代	0	0.0%	3	75.0%	1	###	0	0.0%	0	0.0%	80代	10	76.9%
		70-74歳	3	60.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	80.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	F	873万円		423万円		160万円		353万円		1016万円		1485万円		
F/C		8.6%		3.5%		2.4%		4.1%		6.8%		6.6%			

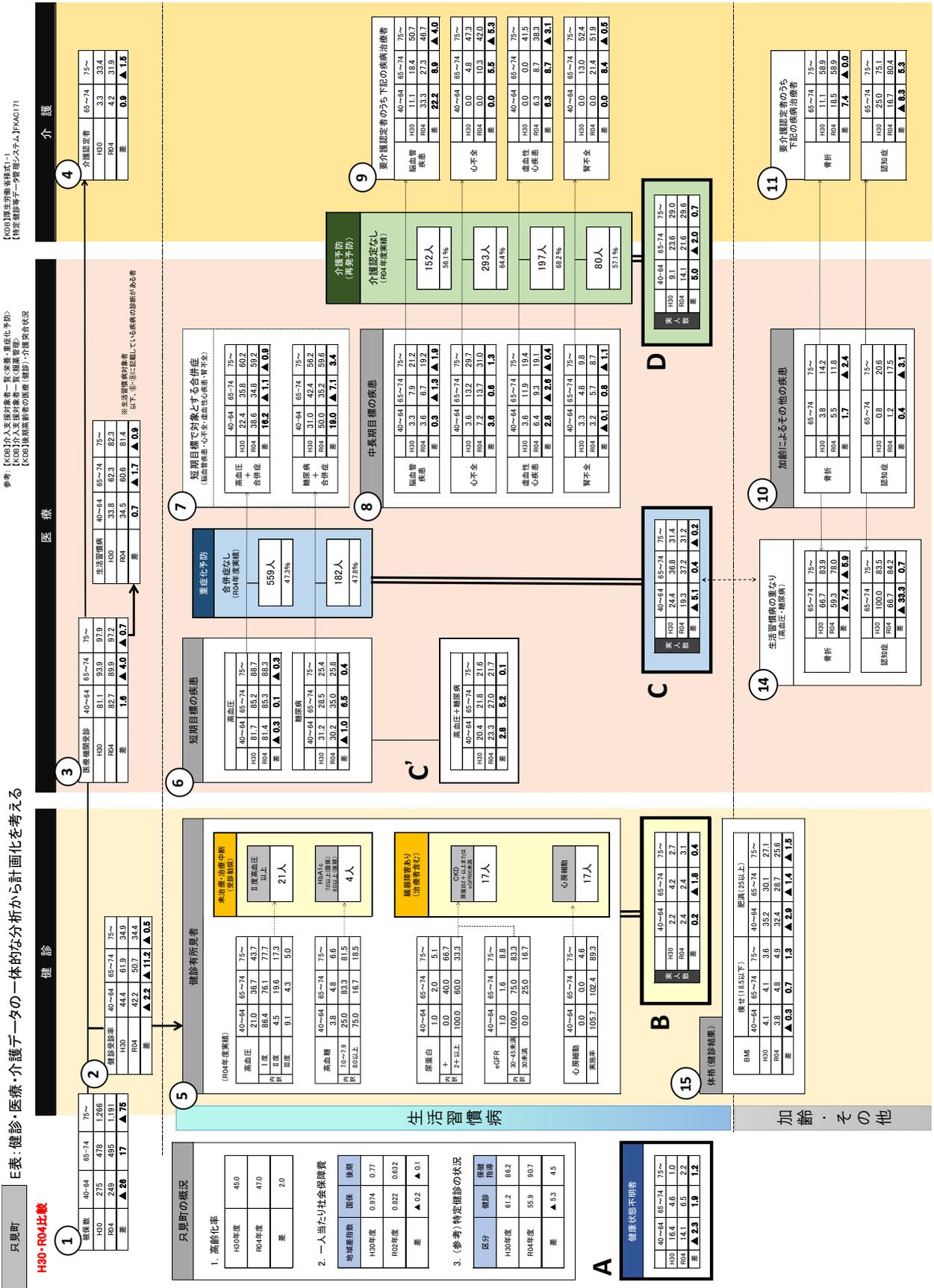
出典：ヘルスサポートラボツール

図表 43 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	4人		1人		3人		1人		1人		4人		
		G/A	8.3%		2.1%		10.0%		2.8%		3.1%		3.7%		
	件数	H	5件		1件		3件		1件		4件		4件		
		H/B	6.8%		1.1%		5.5%		1.6%		3.5%		2.4%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	1	25.0%
		60代	4	80.0%	1	###	1	33.3%	1	###	0	0.0%	80代	3	75.0%
		70-74歳	1	20.0%	0	0.0%	2	66.7%	0	0.0%	4	###	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	653万円		92万円		283万円		90万円		666万円		465万円		
I/C		6.4%		0.8%		4.3%		1.1%		4.4%		2.1%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 44 健診・医療・介護データの一体的な分析



(2) 健診・医療・介護の一体的分析

H30 年度と R4 年度の結果で、健診・医療・介護のデータを一体的に分析すると、被保険者数は、40～64 歳はやや減少し、65～74 歳はやや増加するなど 20 人前後の増減があります。75 歳以上では 75 人減少、後期高齢者人口の割合が多いことがわかります。

健診受診率は、65-74 歳代が他の年代よりも高く、令和 4 年度は 50.7%、40-64 歳は 40%、75 歳以上は 34%と横ばいの状況です。(図表 45)

体格は、40～64 歳代で他の年代よりも BMI25 以上の割合が高くなっています。平成 30 年度と比較してみると、40～64 歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が 2.8 ポイント減少しています。

健診有所見の状況をみると、各年代でⅡ度以上高血圧の該当割合は減少していますが、HbA1c7.0%以上では、40-64 歳代で増加傾向にあるため、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。(図表 46)

短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と高血圧・糖尿病のいずれにおいても、各年代で高くなっています。合併症の状況では、40-64 歳で高くなっています。(図表 47)

中長期目標疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)の治療者の割合は、40～74 歳の脳血管疾患と虚血性心疾患、心不全が 40-64 歳代で増加しており、心不全は 75 歳以上、腎不全は 65-74 歳代の合が伸びています。介護認定者の割合では、65-74 歳の脳血管疾患、虚血性心疾患、心不全が増加しています。

認知症で治療を受けている割合は、75 歳以上で増加していますが、約 85%が高血圧や糖尿病を併せ持ち、75 歳以上では 8 割の人が介護認定を受けています。高額レセプト分析において入院費が伸びている要因が、一体的分析においても課題であることがわかります。

図表 45 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)								
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上					
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-		
H30	33.4	275	478	1,266	44.4	61.9	34.9	4.1	4.1	3.6	35.2	30.1	27.1			
R04	31.9	249	495	1,191	42.2	50.7	34.4	3.8	4.8	4.9	32.4	28.7	25.6			

図表 46 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-					
	人	%		人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()	人	%	()				
H30	11	9.0	(5)	47	15.9	(16)	78	17.6	(18)	3	2.5	(1)	14	4.7	(1)	7	1.6	(0)	0	--	2	0.7	16	3.6	0	--	1	0.3	0	--				
R04	3	2.9	(3)	22	8.8	(8)	40	9.8	(10)	4	3.8	(3)	12	4.8	(1)	5	1.2	(0)	1	1.0	4	1.6	12	2.9	0	--	0	--	0	--	17	4.1		

図表 47 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		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	81.1	93.9	97.9	33.8	62.3	82.3	81.7	85.2	88.7	31.2	28.5	25.4	20.4	21.8	21.6	22.4	35.8	60.2	31.0	42.4	56.2
R04	82.7	89.9	97.2	34.5	60.6	81.4	81.4	85.3	88.3	30.2	35.0	25.8	23.3	27.0	21.7	38.6	34.8	59.2	50.0	35.2	59.6

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 48 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(被保険割合)												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		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.3	7.9	21.2	3.6	11.9	19.4	3.6	13.2	29.7	3.3	4.8	9.8	11.1	18.4	50.7	0.0	0.0	41.5	0.0	4.8	47.3	0.0	13.0	52.4
R04	3.6	6.7	19.2	6.4	9.3	19.1	7.2	13.7	31.0	3.2	5.7	8.7	33.3	27.3	46.7	6.3	8.7	38.3	0.0	10.3	42.0	0.0	21.4	51.9

図表 49 骨折・認知症の状況

E表	⑩				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 (被保険割合)				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	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	66.7	83.9	100.0	83.5	3.8	14.2	0.8	20.6	11.1	58.9	25.0	75.1
R04	59.3	78.0	66.7	84.2	5.5	11.8	1.2	17.5	18.5	58.9	16.7	80.4

出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。そのため、肥満の改善とともに、高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全等への重症化を防ぐことにつながると考えます。

そのために、血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、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、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 43)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が重要です。

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と考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

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

③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少が重要です。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられるが、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 50 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	実績			データの把握方法 (活用データ)
			初期値 R 6 (R4)	中間評価 価 (R7)	最終評価 価 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.53%		KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	4.10%		
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	3.47%		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.10%		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%		
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	35.82%		只見町保健福祉課
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	7.20%		
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	5.20%		
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	10.70%		
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	0.18%		
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	94.70%		
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	55.90%		法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	90.70%		
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	22.50%		

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ます。

2. 目標値の設定

図表 51 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%	60%以上
特定保健指導実施率	91.0%	91.5%	92.0%	92.5%	93.0%	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 52 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	670人	636人	604人	573人	544人	516人
	受診者数	384人	379人	375人	372人	371人	314人
特定保健指導	対象者数	48人	47人	47人	46人	46人	39人
	受診者数	44人	44人	43人	43人	43人	43人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託し、第 3 期の実施形態と同様に、個別健診または集団健診で実施します。受診者の利便性を考慮した実施形態(がん検診と同時に実施できる機会を増やす等)を検討していきます。

(2)特定健診実施項目

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

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

図表 46 特定健診検査項目

○只見町特定健診検査項目

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

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

(3)対象者

特定健診の対象者である40歳～74歳に加え、生活習慣病の中長期的な予防を目指し、16歳から39歳までの者についても、基本的な健診項目と町独自の健診項目の必須項目を実施します。

(4)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。

(5)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、町広報で周知するとともにホームページに掲載する。

(6)委託契約の方法、契約書の様式

南会津郡医師会が郡内の医療機関のとりまとめを行い、只見町国民健康保険と契約を行います。集団健診の特定健診実施機関とは個別に契約を行います。契約書の様式については、国が示す様式に準じ作成します。

委託の範囲は、問診、身体計測、採血、検尿、メタボリックシンドローム判定、総合判定、保健指導の階層化、結果通知、健診結果の報告(データ作成)です。

(6) 代行機関

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

(7) 健診委託単価、自己負担額

- ① 健診委託単価：健診項目を基に定めます。
- ② 自己負担額：一定程度の負担をしていただきます。

(8) 代行機関

施設健診の特定健診に係る費用(自己負担額を除く)の請求・支払い代行は、福島県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(9) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

健診対象者に、毎年度、受診券を送付し、健診機関名、実施形態、実施場所、実施期間、受診方法、注意事項を周知します。通知内容は、受診券、質問票、かかりつけ医情報提供書の書類を基本に、必要に応じて受診勧奨リーフレット等を追加します。

また、受診率向上を図るため、医療保険者として加入者に対する基本的な周知や受診勧奨の取組を年間を通じて行います。

健診実施スケジュールは、図表 47 のとおりです。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53 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 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可)の契約 ↓	(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		↓ 保健指導対象者の抽出	↓
7月		健診データ受取 費用決裁 ↓ (特定保健指導の開始)	↓
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	契約に関わる		受診・実施率実績の算出
11月	予算手続き		支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

(10) 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。

① 特定健診に係るかかりつけ医情報提供書

かかりつけ医で行う血液検査等の検査データに、不足分の特定健診の検査項目を補完し、そのデータをかかりつけ医が市へ情報提供することで、特定健診を受診したとみなす方法です。生活習慣病等の治療中者の利便性が高いため、今後も継続して周知啓発をしていきます。

② 職場健診等のデータ受領

労働安全衛生法に義務付けられた健康診断や、個人負担で実施した健康診断等の結果のコピーを受領する方法です。今後も継続して周知啓発をしていきます。

③ 人間ドック費用の一部助成

個人負担で実施した人間ドック等の結果のコピーを受領する方法です。結果の提出があった方へ人間ドックの費用の一部助成を行います。今後も継続して周知啓発をしていきます。

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。

(2)対象者

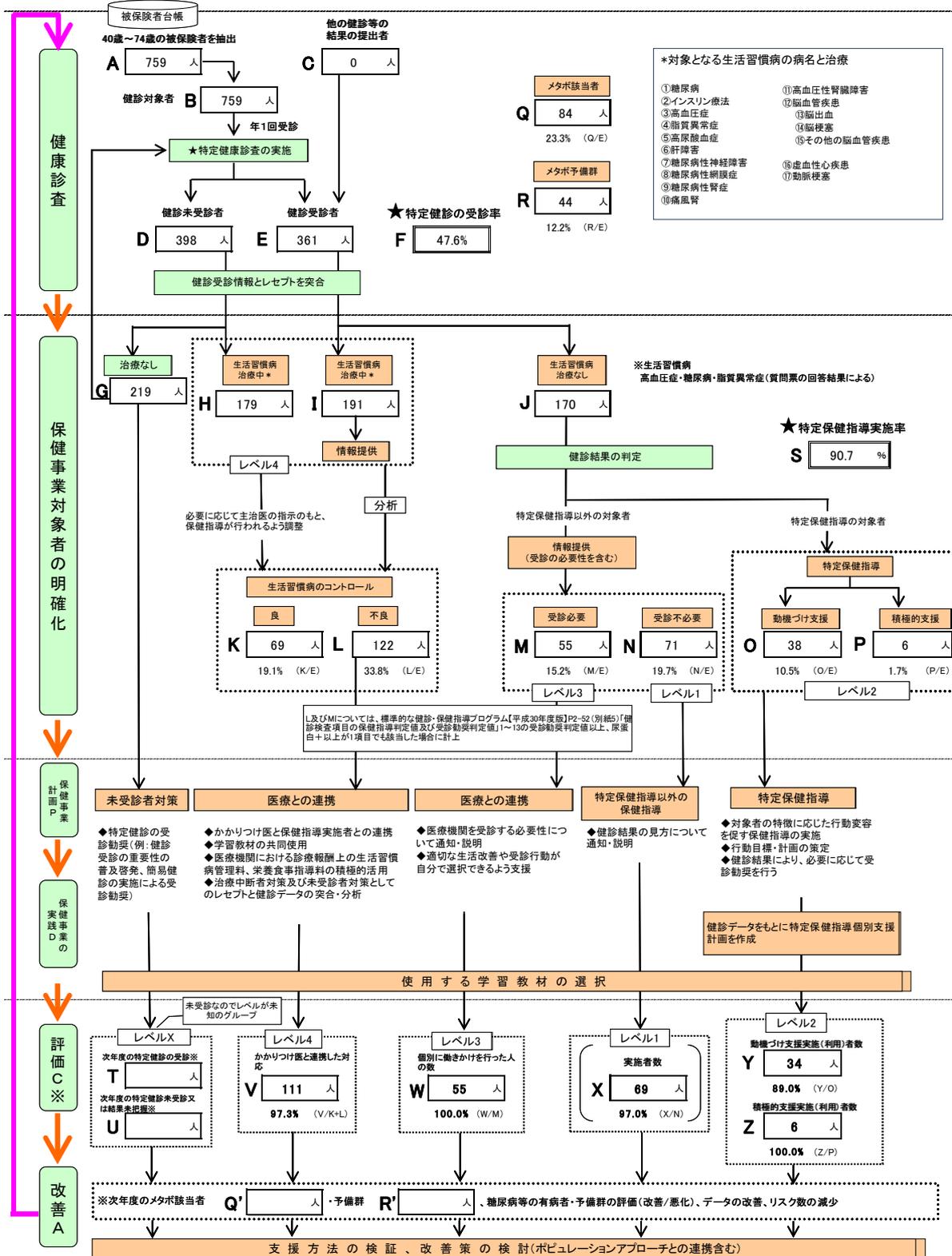
特定保健指導の対象者は、特定健診の結果、腹囲や血糖値等が基準値を上回る人のうち、高血圧症、糖尿病または脂質異常症の治療に係る内服をしている人を除いた人となります。

腹囲(またはBMI)、血圧、血糖、脂質、喫煙歴のリスクの数に応じて、対象者に「動機づけ支援」または「積極的支援」を実施し、基準値を超える検査項目があった場合には医療機関への受診を促します。なお、特定保健指導対象者以外にも、高血圧、高血糖、高LDLコレステロール血症などの重症化予防が必要な人にも保健指導を実施します。(図表48)

図表 54 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5
令和04年度



(3)実施方法・場所・時期

結果説明会または家庭訪問等で初回面接を実施し、3～6 か月後に評価を行います。具体的な実施日時や場所は、対象者に個別にお知らせします。

(4)支援方法

標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)に示された方法や期間で実施します。

(5)要保健指導対象者の見込み、優先順位・支援方法

図表 55 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆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	44人 (12.2%)	90.7%
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	55人 (15.2%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	398 ※受診率目標達成まであと〇〇人	40.0%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	71人 (19.7%)	19.7%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	191人 (52.9%)	25.1%

(6)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 56 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎特定健康診査の開始		◎施設健診、後期高齢者健診、がん検診開始
6月		◎対象者の抽出	
7月			◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
8月		◎保健指導の開始	
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
11月			
12月	◎健診の終了		
1月			
2月			
3月			

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および**只見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。

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、A市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る必要があります。

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

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

II. 重症化予防の取組

只見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、121人(33.5%)です。そのうち治療なしが29人(15.7%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が7人(24.1%)です。

また、只見町においては、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、29人中19人(65.5%)の半数以上のため、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、効率的であることが分かります。

図表 57 脳・心・腎を守るために

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ		脳血管疾患 の年間脳死・死亡数の減少	虚血性心疾患 の年間脳死・死亡数の減少	糖尿病性腎症 による年間新発糖尿病患者数の減少	令和04年度 健診受診者(受診率) 361人 47.6%
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)	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度循環器科研究報告))	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	■各疾患の治療状況
	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)	II度高血圧以上	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	
優先すべき 課題の明確化	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)	II度高血圧以上	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボリック シンドロームの 診断基準
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)	II度高血圧以上	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボリック シンドロームの 診断基準
重症化予防対象	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)	II度高血圧以上	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボリック シンドロームの 診断基準
該当者数	26 7.2%	0 0.0%	7 1.9%	13 3.6%	84 23.3%
治療なし	12 5.7%	0 0.0%	7 2.6%	7 2.6%	11 6.5%
(再掲) 特定保健指導	5 19.2%	0 ---	3 42.9%	2 15.4%	11 13.1%
治療中	14 9.3%	0 0.0%	0 0.0%	6 7.0%	73 38.2%
臓器障害 あり	3 25.0%	0 ---	2 28.6%	2 28.6%	3 27.3%
CKD(専門医対象者)	1	0	0	1	0
心電図所見あり	3	0	2	2	3
臓器障害 なし	9 75.0%	---	5 71.4%	5 71.4%	8 72.7%
					10 83.3%
					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
					10 83.3%

					4
					1
					4
		</			

1. 糖尿病性腎症重症化予防

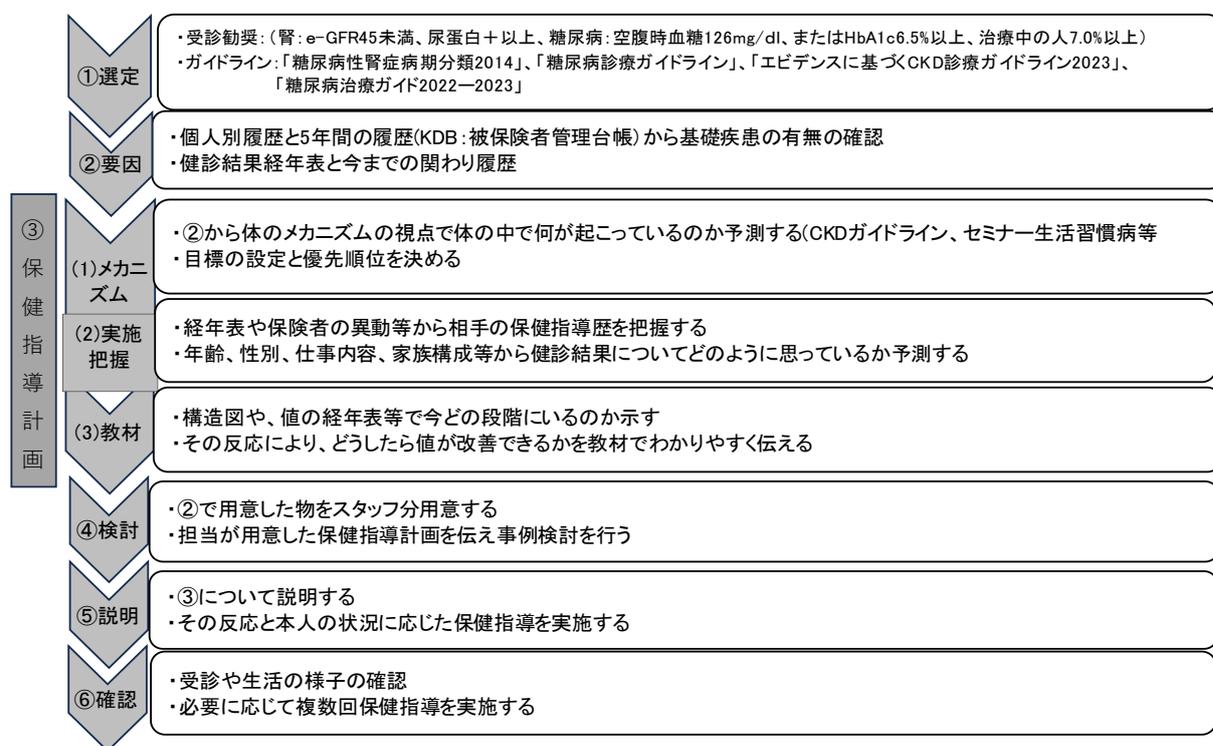
1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及びA県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

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

図表 58 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者

③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

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

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。

図表 59 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。

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

② 基準に基づく該当者数の把握

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

只見町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、17人(32.1%・F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者120人のうち、特定健診受診者が36人(67.9%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者84人(70.0%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表 54 より只見町においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・17人

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・17人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

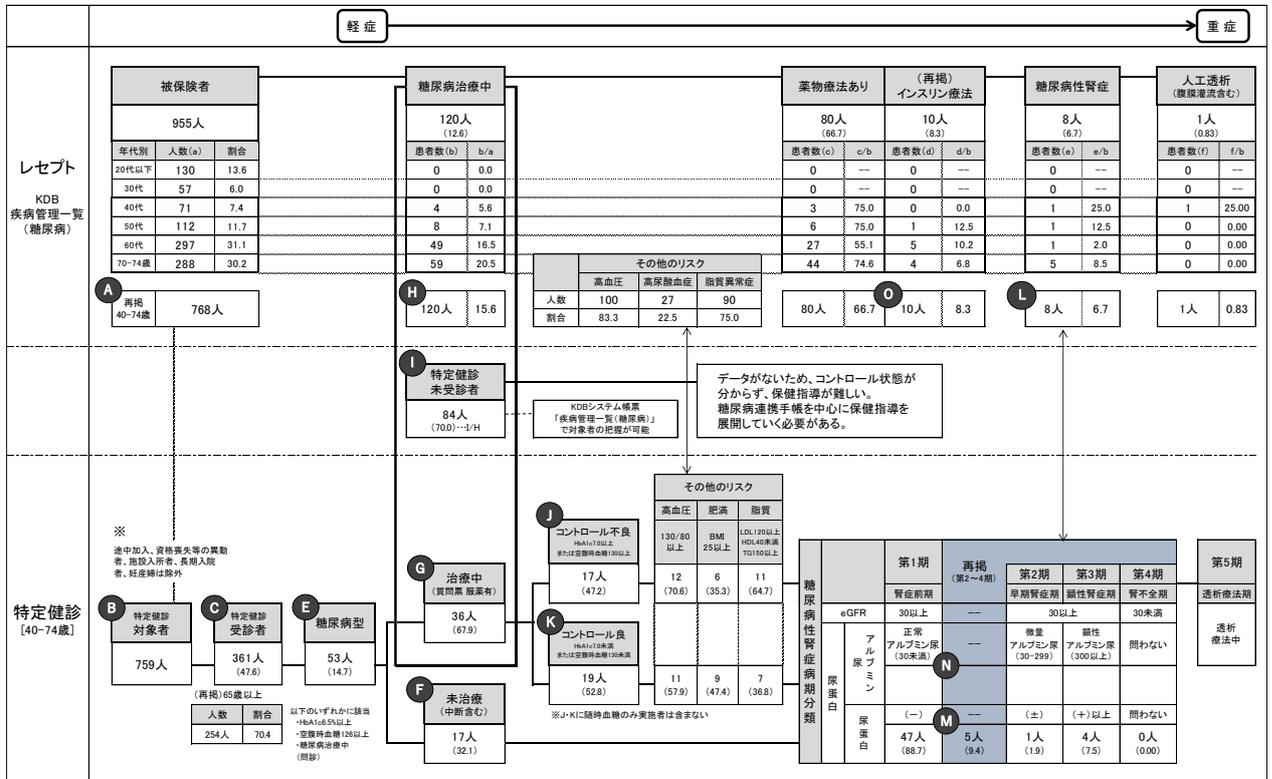
【保健指導】

- ・Iの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 60 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

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



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

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。只見町においては、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きます。

図表 61 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 伺うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	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すか?	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 薬は体のももとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグロコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬?
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみます	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

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、**前年度の健診結果により腎症重症化ハイリスク者を抽出して**、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、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、事前に**南会津郡医師会等と協議した紹介状等**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**福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム、南会津管内慢性腎臓病重症化予防プログラム**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 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価**を用いて行っています。

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 62 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	只見町										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 被保険者数	A	1,011人		980人		952人		985人		893人				KDB_厚生労働省様式様式3-2		
		(再掲)40-74歳		866人		828人		801人		812人		750人				
2 特定健診	B	748人		706人		715人		678人		608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		
		対象者数		458人		426人		295人		369人		340人				
3 特定保健指導	C	61.2%		60.3%		41.3%		54.4%		55.9%						
		受診率		65人		55人		42人		49人		43人				
4 健診データ	E	86.2%		90.9%		78.6%		89.8%		90.7%						
		実施率		69人 15.1%		58人 13.6%		34人 11.5%		50人 13.6%		53人 15.6%				
5 レセプト	F	24人 34.8%		24人 41.4%		14人 41.2%		17人 34.0%		17人 32.1%						
		(再掲)40-74歳(被保険者数)		542件 (651.4)		461件 (574.8)		468件 (603.1)		482件 (653.1)		510件 (733.8)		136,930件 (893.2)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		入院外(件数)		2件 (2.4)		4件 (5.0)		4件 (5.2)		1件 (1.4)		2件 (2.9)		658件 (4.3)		
		入院(件数)		81人 8.0%		75人 7.7%		67人 7.0%		82人 8.3%		69人 7.7%				
		糖尿病治療中		(再掲)40-74歳		81人 9.4%		75人 9.1%		67人 8.4%		82人 10.1%		69人 9.2%		
		健診未受診者		36人 44.4%		30人 40.0%		47人 70.1%		49人 59.8%		33人 47.8%				
		インスリン治療		(再掲)40-74歳		10人 12.3%		5人 6.7%		3人 4.5%		5人 6.1%		4人 5.8%		
		糖尿病性腎症		(再掲)40-74歳		4人 4.9%		6人 8.0%		5人 7.5%		6人 7.3%		2人 2.9%		
		(再掲)40-74歳		4人 4.9%		6人 8.0%		5人 7.5%		6人 7.3%		2人 2.9%				
		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人 1.2%		1人 1.3%		1人 1.5%		1人 1.2%		1人 1.4%				
		(再掲)40-74歳		1人 1.2%		1人 1.3%		1人 1.5%		1人 1.2%		1人 1.4%				
新規透析患者数		0 0%		0 0%		0 0%		0 0%		0 0%						
(再掲)糖尿病性腎症		0 0%		0 0%		0 0%		0 0%		0 0%						
【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)		1人 0.5%		1人 0.5%		1人 0.6%		0人 0.0%		2人 1.1%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2 後期		
6 医療費	G	3億5249万円		3億4638万円		2億6727万円		2億8713万円		2億5336万円		2億6175万円		KDB 健診・医療・介護データから みられる地域の健康課題		
		生活習慣病総医療費		1億8038万円		1億7760万円		1億3279万円		1億4156万円		1億4532万円			1億4021万円	
		(総医療費に占める割合)		51.2%		51.3%		49.7%		49.3%		57.4%			53.6%	
		生活習慣病 対象者 一人あたり		15,933円		16,984円		4,318円		12,047円		11,804円			8,820円	
		健診未受診者		31,378円		31,066円		37,793円		30,159円		33,691円			40,357円	
		糖尿病医療費		1672万円		1542万円		1385万円		1367万円		1444万円			1572万円	
		(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.3%		8.7%		10.4%		9.7%		9.9%			11.2%	
		糖尿病入院外総医療費		4129万円		3171万円		3114万円		3062万円		2980万円				
		1件あたり		38,729円		33,766円		32,607円		30,956円		31,364円				
		糖尿病入院総医療費		2792万円		5110万円		3508万円		3491万円		1217万円				
		1件あたり		715,802円		774,196円		649,590円		793,413円		608,472円				
		在院日数		13日		17日		21日		14日		15日				
		慢性腎不全医療費		1207万円		985万円		930万円		1030万円		966万円			957万円	
		透析有り		1144万円		979万円		930万円		977万円		879万円			862万円	
		透析なし		64万円		5万円				53万円		87万円			96万円	
7 介護	H	6億4644万円		6億3871万円		6億9785万円		6億6672万円		6億7117万円		3億5514万円				
		(2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%												
8 死亡	I	0人 0.0%		2人 2.4%		0人 0.0%		1人 1.2%		1人 1.3%		267人 1.0%		KDB_健診・医療・介護データ からみられる地域の健康課題		

出典:ヘルスサポートラボツール

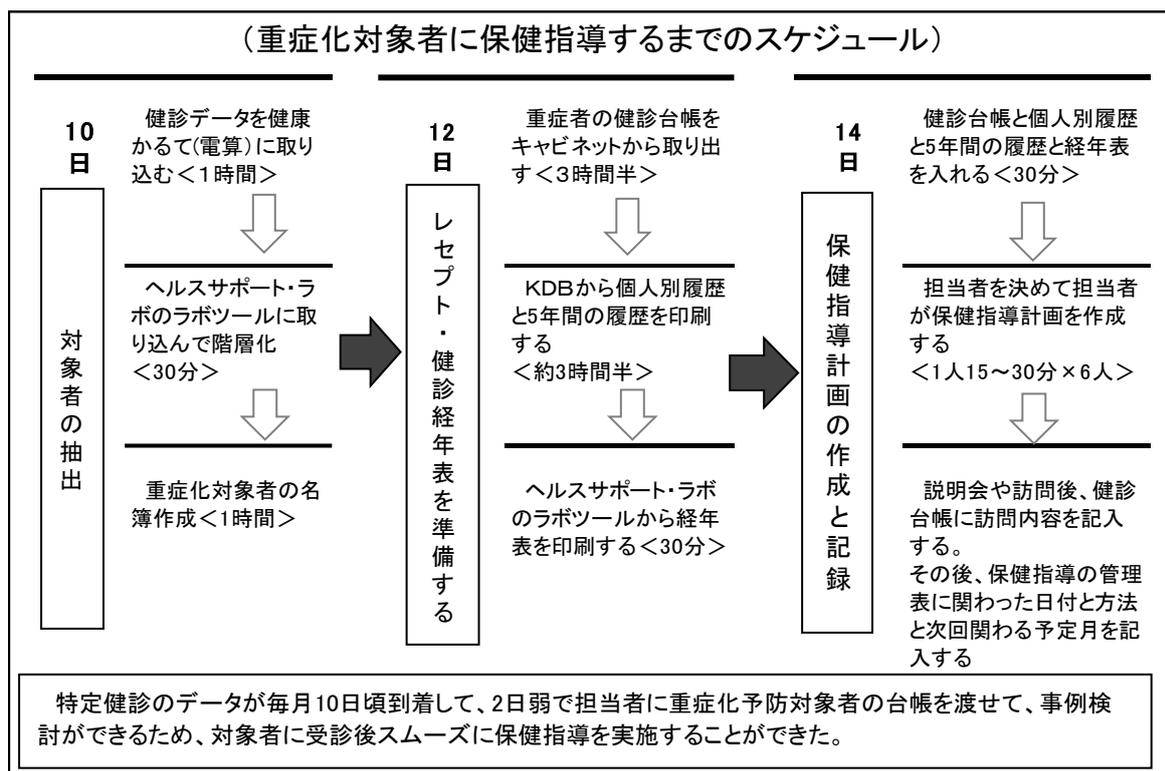
7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

図表 63 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

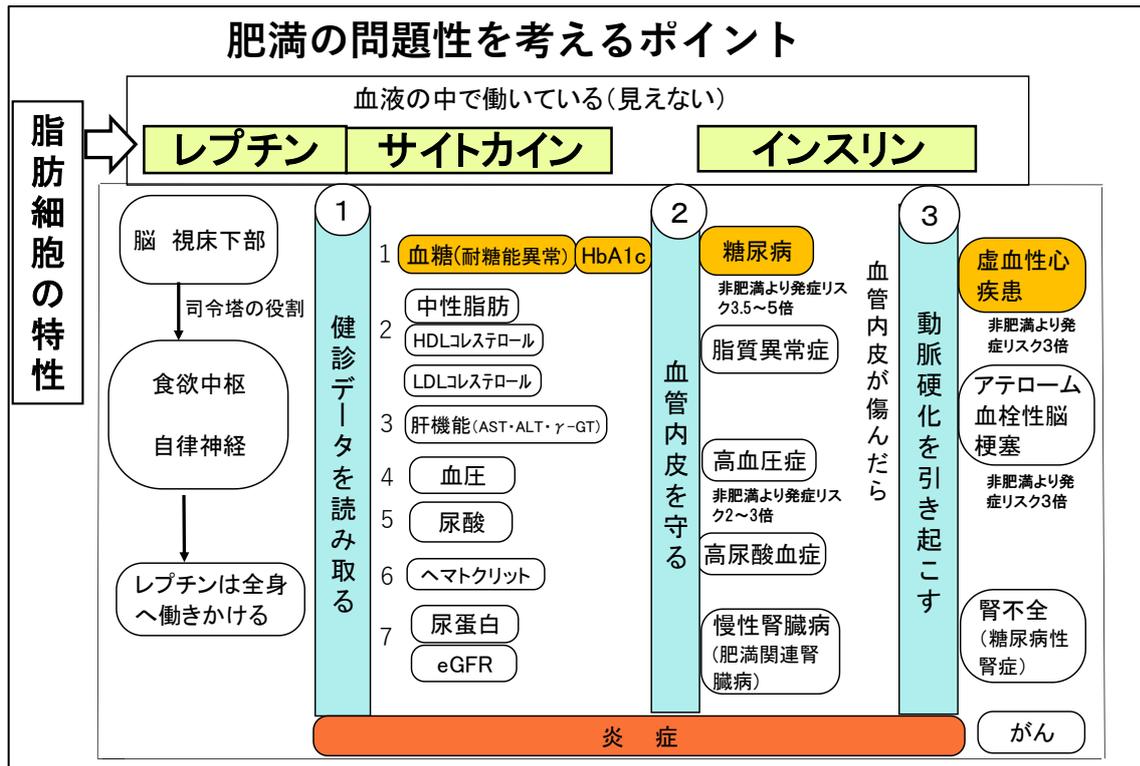
1) 基本的な考え方

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

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

なお、取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 64 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 65 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	107	254	34	73	25	62	7	8	2	2	0	1
			31.8%	28.7%	23.4%	24.4%	6.5%	3.1%	1.9%	0.8%	0.0%	0.4%
再掲	男性	51	114	24	30	20	28	4	2	0	0	0
				47.1%	26.3%	39.2%	24.6%	7.8%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%
再掲	女性	56	140	10	43	5	34	3	6	2	2	0
				17.9%	30.7%	8.9%	24.3%	5.4%	4.3%	3.6%	1.4%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

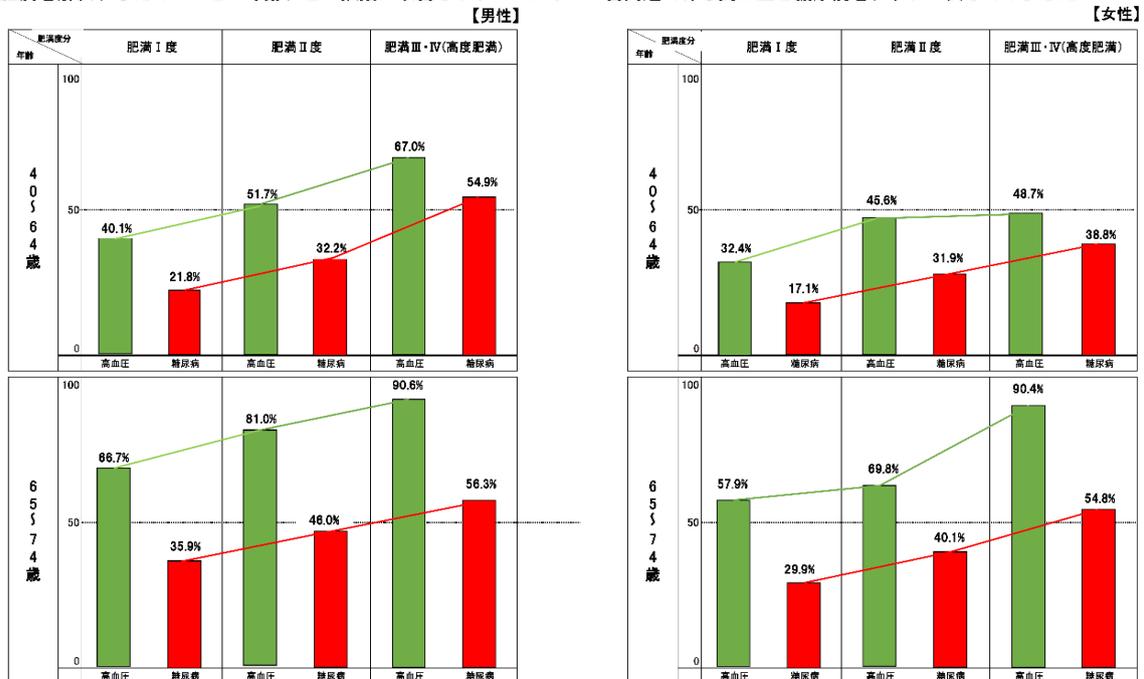
(2) 優先順位をつけます。

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 66 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

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



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

図表 67 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

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

生活	肥満度				
	I度 25~29.9	II度 30~34.9	III度 35~39.9	IV度 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	・便秘に産ると便座が割れる
	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(り)しか歩けず、電話に間に合わない ・歩く足がしびれる	・200m歩くにも呼吸が苦しい ・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 ・仕事中時々胸の息苦しさ ・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ツと	・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 ・今も段々上がったとき苦しくなる ・心臓、連日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 61 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 60 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)を対象とすることが効率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 68 心・脳血管疾患を発症した事例

事例No.	性別	発症年齢	KDBから把握 レセプト								介護	特定健診	転帰	
			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	40代		○	○			○		○	○		メタボ	
2	女	40代		○	○			○	○	○		要介護2	メタボ	
3	女	40代	○					○	○	○		要支援1	メタボ	
4	男	50代	○		○			○	○	○			メタボ	
5	男	50代		○	○			○		○			メタボ	

3) 対象者の明確化

図表 69 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	165	14	16	56	79	196	13	24	69	90	
メタボ該当者	B	57	3	7	17	30	27	0	3	11	13	
	B/A	34.5%	21.4%	43.8%	30.4%	38.0%	13.8%	0.0%	12.5%	15.9%	14.4%	
再掲	① 3項目全て	C	11	0	2	3	6	7	0	1	2	4
		C/B	19.3%	0.0%	28.6%	17.6%	20.0%	25.9%	--	33.3%	18.2%	30.8%
	② 血糖+血圧	D	12	2	0	2	8	6	0	0	2	4
		D/B	21.1%	66.7%	0.0%	11.8%	26.7%	22.2%	--	0.0%	18.2%	30.8%
	③ 血圧+脂質	E	31	1	4	11	15	11	0	1	6	4
		E/B	54.4%	33.3%	57.1%	64.7%	50.0%	40.7%	--	33.3%	54.5%	30.8%
	④ 血糖+脂質	F	3	0	1	1	1	3	0	1	1	1
		F/B	5.3%	0.0%	14.3%	5.9%	3.3%	11.1%	--	33.3%	9.1%	7.7%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 70 メタボリック該当者の治療状況

	男性						女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		人数	割合	あり	なし	あり	なし		あり	なし	あり	なし		
総数	165	57	34.5%	47	82.5%	10	17.5%	196	27	13.8%	26	96.3%	1	3.7%
40代	14	3	21.4%	2	66.7%	1	33.3%	13	0	0.0%	0	--	0	--
50代	16	7	43.8%	7	100.0%	0	0.0%	24	3	12.5%	3	100.0%	0	0.0%
60代	56	17	30.4%	13	76.5%	4	23.5%	69	11	15.9%	10	90.9%	1	9.1%
70~74歳	79	30	38.0%	25	83.3%	5	16.7%	90	13	14.4%	13	100.0%	0	0.0%

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 63)は、男性で 50 代から受診者の 4~5 割を超えるが、女性では 50 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 64)は、男女とも 9 割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 62 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、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ④ 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。
- ⑤ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、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 71 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テンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思えますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いときよく聞きますが、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 膝のどこが痛いのですか？	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。只見町においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施を検討します。

◎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負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④75g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

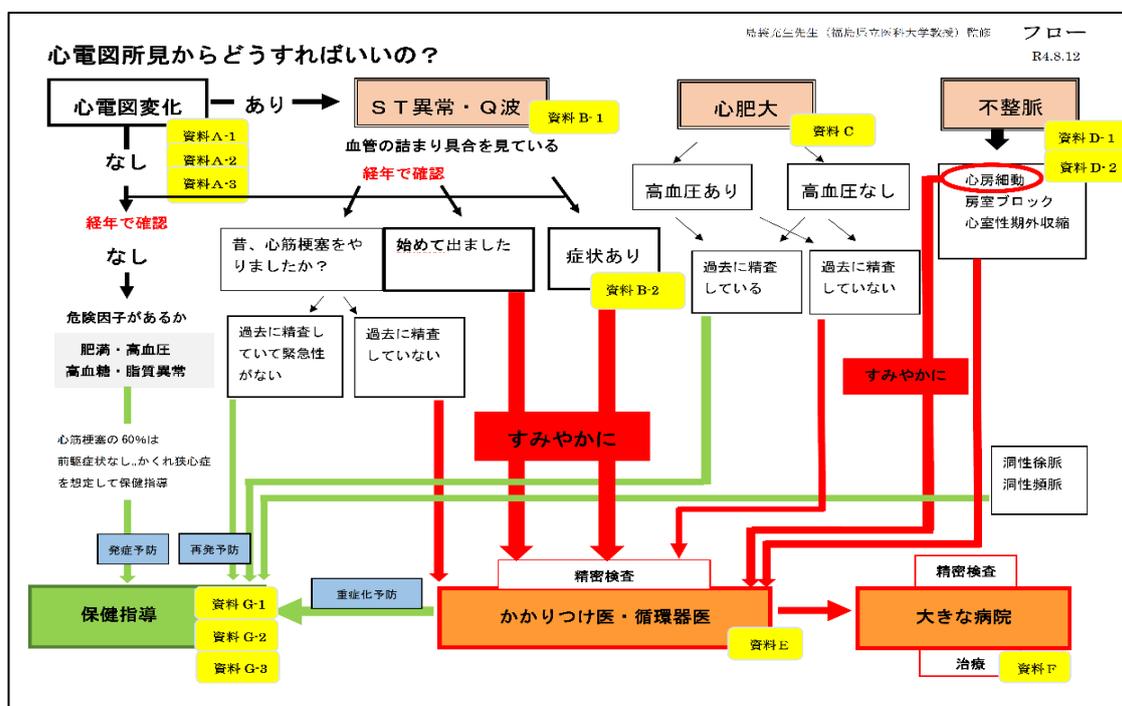
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

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 66 に基づいて考えます。

図表 72 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。

只見町においては、心電図検査実を 355 人(98.3%)に実施し、そのうち有所見者が 114 人(32.1%)

でした。所見の中でも ST-T 変化が 15 人(13.2%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 67)

また、有所見者のうち要精査が 22 人(19.3%)で、その後の受診状況を見ると 1 人(4.5%)は未受診でした。(図表 68)。

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

図表 73 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査		所見内訳																	
				ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈									
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	355	98.3	114	32.1%	5	4.4%	15	13.2%	8	7.0%	2	1.8%	1	0.9%	35	30.7%	0	0.0%	9	7.9%
	男性	161	97.5	64	39.8%	2	3.1%	6	9.4%	6	9.4%	0	0.0%	0	0.0%	19	29.7%	0	0.0%	7	10.9%
	女性	194	98.9	50	25.8%	3	6.0%	9	18.0%	2	4.0%	2	4.0%	0	0.0%	14	28.0%	0	0.0%	2	4.0%

只見町調べ

図表 74 心電図有所見者の医療機関受診状況

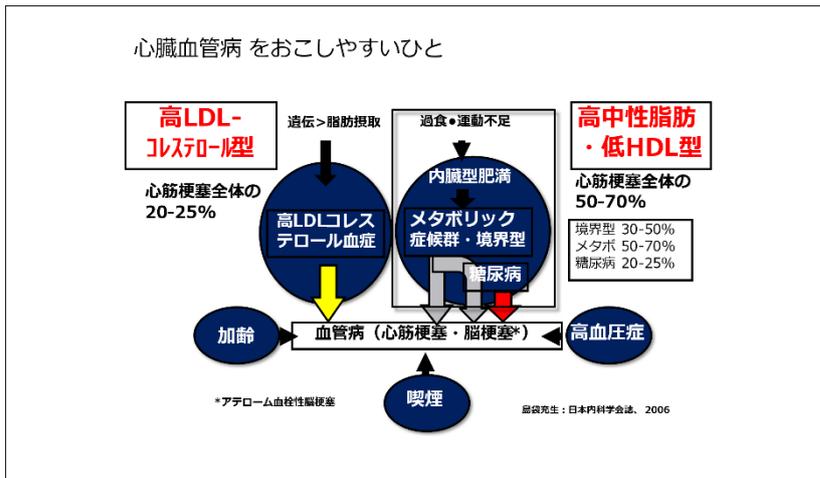
	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	114		22	19.3%	21	95.5%	1	4.5%
男性	64	56.1%	14	21.9%	13	92.9%	1	7.1%
女性	50	43.9%	8	16.0%	8	100.0%	0	0.0%

②心電図以外からの把握

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

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

図表 75 心血管病をおこしやすいひと



図表 75 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

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

B: LDL コレステロールタイプ^①(図表 70)

図表 76 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
160				94	47	12	7	0	2	13	4
				58.8%	29.4%	7.5%	4.4%	0.0%	10.5%	68.4%	21.1%
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)	24	18	5	1	0	0	1	0	0
		15.0%	19.1%	10.6%	8.3%	0.0%	—	50.0%	0.0%	0.0%	
	中リスク	140未満 (170未満)	62	39	15	3	5	0	1	6	1
		38.8%	41.5%	31.9%	25.0%	71.4%	—	50.0%	46.2%	25.0%	
	高リスク	120未満 (150未満)	69	35	24	8	2	0	0	7	3
43.1%		37.2%	51.1%	66.7%	28.6%	—	0.0%	53.8%	75.0%		
再掲	100未満 (130未満) ※1	3	3	0	0	0	0	0	0	0	
1.9%	3.2%	0.0%	0.0%	0.0%	—	0.0%	0.0%	0.0%			
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	5	2	3	0	0	0	0	0	
3.1%	2.1%	6.4%	0.0%	0.0%	—	0.0%	0.0%	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 77 心電図所見からの保健指導教材（例示）

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

(2) 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ます。対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

「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 202 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

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 等の情報を活用する。

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

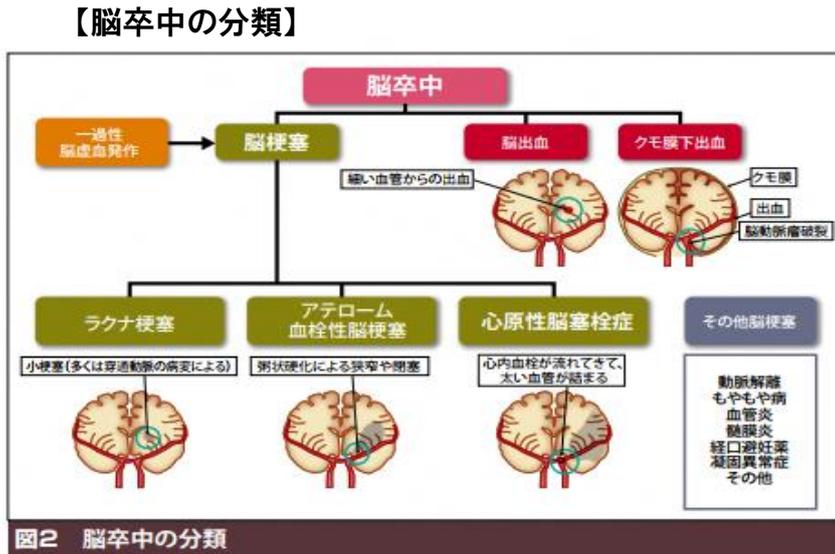
7 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 72,73)

図表 78 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 79 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 74 でみると、高血圧治療者 3,719 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 477 人(12.8%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 196 人(5%)であり、そのうち 117 人(60%)は未治療者です。

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

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 79 人(5.6%)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。

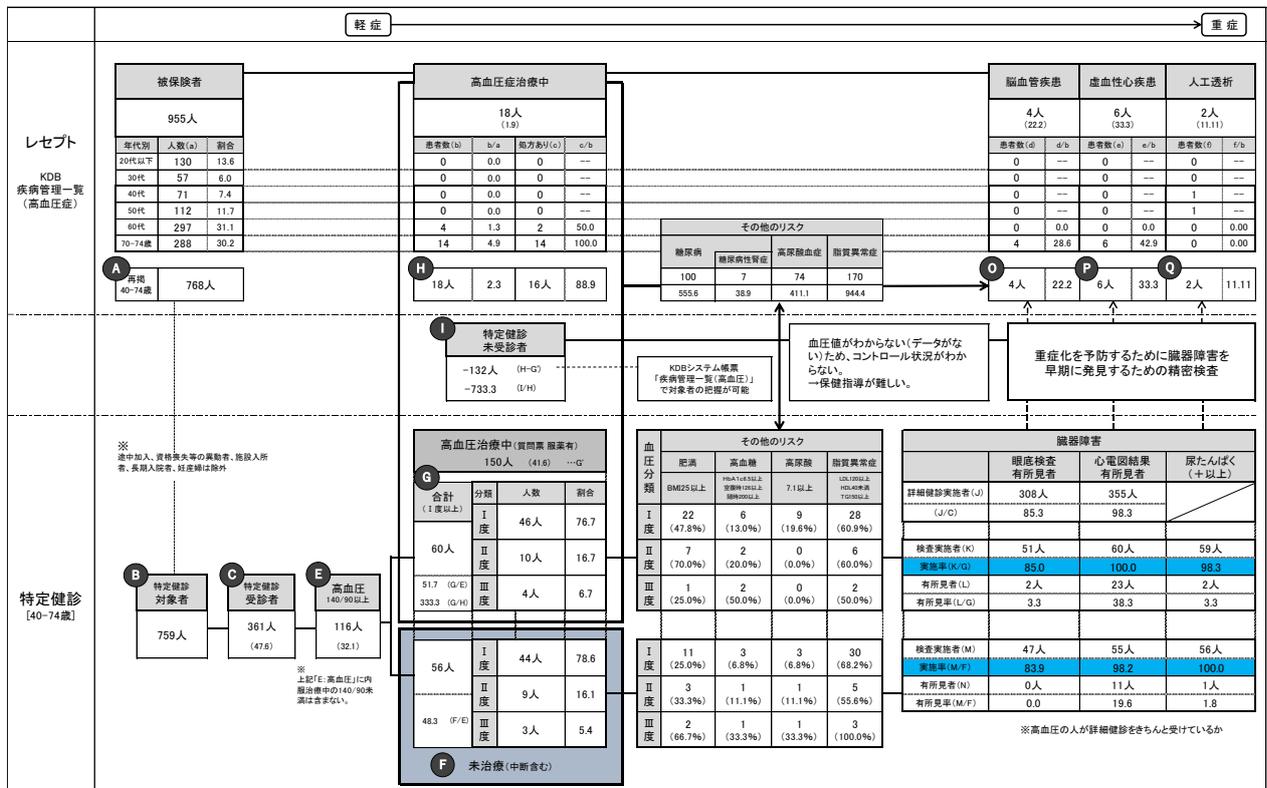
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか 585 人(15.2%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、I 度高血圧以上の場合となっていることから、930 人(24.2%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

図表 80 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



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

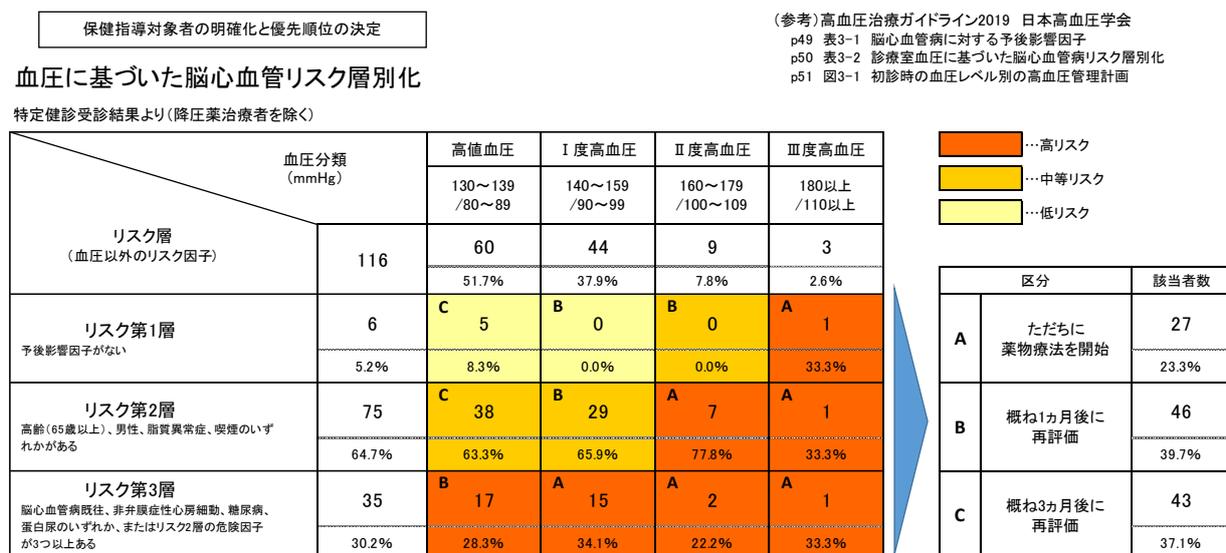
出典:ヘルスサポートラボツール

(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 81 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度



図表 81 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。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 76 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。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 82 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	165	196	161	97.6%	194	99.0%	0	0.0%	0	0.0%	--	--
40代	14	13	14	100.0%	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	16	24	16	100.0%	24	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	56	69	56	100.0%	68	98.6%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	79	90	75	94.9%	89	98.9%	0	0.0%	0	0.0%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 83 心房細動有所見者の治療状況 R3

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
2	1	50.0%	1	50.0%

只見町調べ

令和3年度に実施した心電図検査において2人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ発症しています。また、心電図有所見者2人のうち1人は既に治療が開始されていましたが、1人は健診受診時にはまだ治療につながっていない状況でした。

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 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、二次健診として検討していく必要があります。

「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

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

IV. 発症予防

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

只見町においては、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。

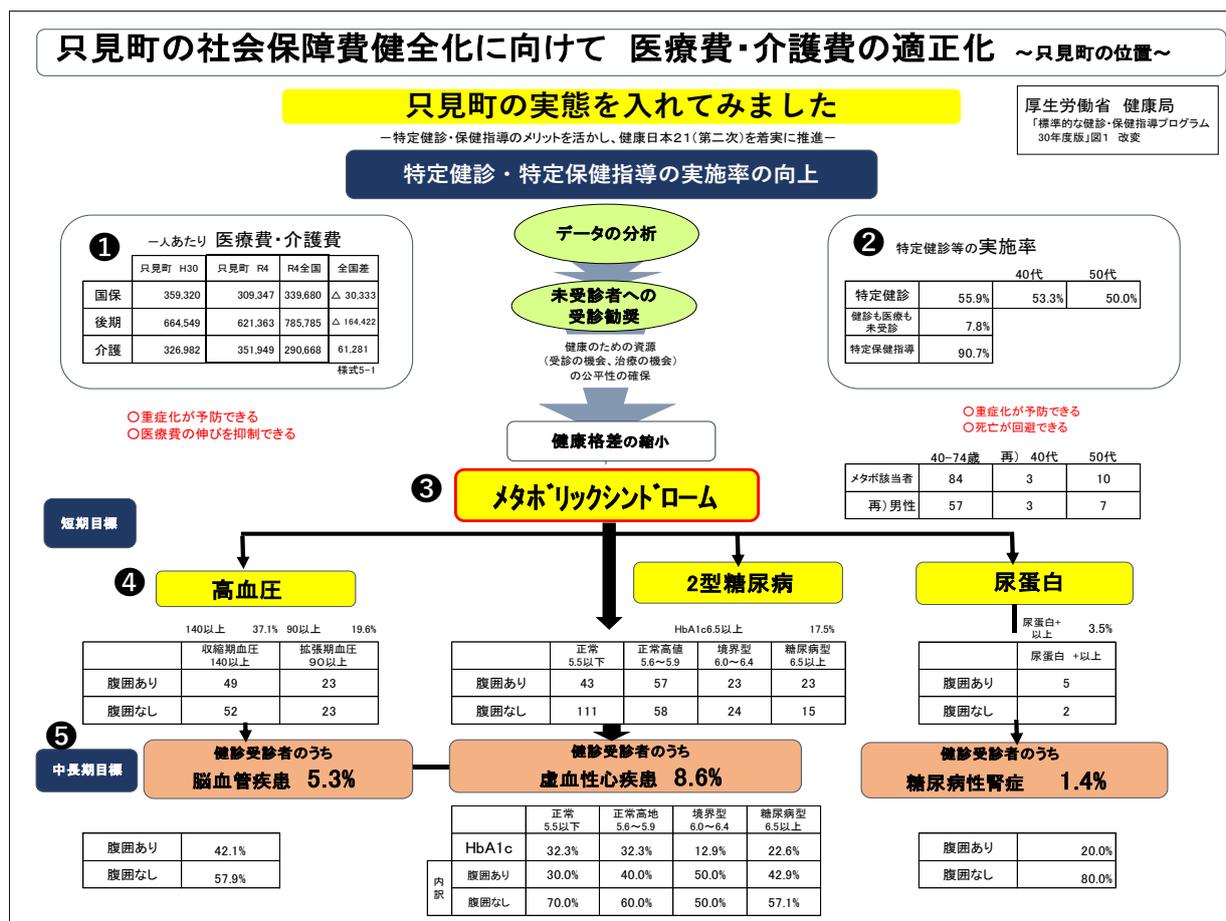
図表 84 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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)															
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・幼稚園健康診査		就学時健診 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診査 (第1・13・14条)		定期健康診査 (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															

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。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 80, 81)

図表 85 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 86 統計からみえる福島の食事

統計からみえる福島の食 ~ 総務省統計局 家計調査 2019~2021年平均 ~

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
ハンバーグ等	4位
コロッケ・かつれつ	7位
果物	2位
せんべい	5位
まんじゅう	1位
アイスクリーム	3位
佃煮	5位
はくさい漬	3位
だいこん漬	5位
酒類	7位
スポーツドリンク	2位
乳酸菌飲料	4位

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
カップめん	3位
ヨーグルト	1位
納豆	1位
卵	1位
かまぼこ	5位
かつお	2位
塩さけ	5位
豚肉	6位
ベーコン	7位
にんじん	3位
だいこん	7位
キャベツ	3位
きゅうり	3位
しめじ	1位
わかめ	1位

店舗・種別	店舗数 (人口10万対)
飲食店総数	21位
ラーメン店	5位
コンビニ	6位
菓子店	17位

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・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する。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた只見町の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-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只見町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた只見町の位置

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		3,961		727,328		1,799,218	123,214,261										
		65歳以上(高齢化率)	1,882	47.5	301,058	41.4	572,825	31.8	35,335,805	28.7	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								
		75歳以上	1,173	29.6	--	--	291,055	16.2	18,248,742	14.8									
		65～74歳	709	17.9	--	--	281,770	15.7	17,087,063	13.9									
		40～64歳	1,103	27.8	--	--	603,355	33.5	41,545,893	33.7									
	39歳以下	976	24.6	--	--	623,038	34.6	46,332,563	37.6										
	② 産業構成	第1次産業	15.3		22.3		6.7		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	31.9		20.6		30.6		25.0										
		第3次産業	52.9		57.2		62.6		71.0										
	③ 平均寿命	男性	80.9		80.5		80.1		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握								
女性		86.8		87.0		86.4		87.0											
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	78.4		79.3		79.1		80.1											
	女性	86.1		84.2		83.6		84.4											
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	男性	97.5		101.6		105.4		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握							
		女性	96.8		99.9		106.2		100										
		死因	がん	20	58.8	3,423	47.4	6,259	46.8	378,272	50.6								
			心臓病	11	32.4	2,064	28.6	3,839	28.7	205,485	27.5								
			脳疾患	2	5.9	1,188	16.4	2,164	16.2	102,900	13.8								
			糖尿病	1	2.9	138	1.9	309	2.3	13,896	1.9								
			腎不全	0	0.0	267	3.7	457	3.4	26,946	3.6								
	自殺		0	0.0	146	2.0	357	2.7	20,171	2.7									
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	5		6.2						厚労省HP 人口動態調査								
		男性	2		6.1														
女性		3		6.3															
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		511	27.4	59,331	19.9	114,440	20.1	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握							
		新規認定者		6		0.3		1,796		0.3									
		介護度別 総件数	要支援1.2	710	10.3	162,745	13.5	280,940	10.7	21,785,044	12.9								
			要介護1.2	3,172	45.9	568,999	47.1	1,197,513	45.7	78,107,378	46.3								
			要介護3以上	3,024	43.8	476,421	39.4	1,143,767	43.6	68,963,503	40.8								
	2号認定者		6		0.51		856		0.38		156,107		0.38						
	② 有病状況	糖尿病	54		10.8		13,461		21.6		24,333		20.1		1,712,613		24.3		
		高血圧症	258		46.5		33,454		54.3		63,992		53.4		3,744,672		53.3		
		脂質異常症	122		21.6		18,421		29.6		36,167		29.8		2,308,216		32.6		
		心臓病	280		51.0		37,325		60.8		70,996		59.4		4,224,828		60.3		
		脳疾患	95		18.2		13,424		22.1		25,439		21.7		1,568,292		22.6		
		がん	56		10.4		6,308		10.3		12,527		10.4		837,410		11.8		
		筋・骨格	260		48.3		33,542		54.6		60,469		50.6		3,748,372		53.4		
		精神	185		34.0		22,904		37.4		43,016		36.2		2,569,149		36.8		
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		351,949	671,165,860	323,222	97,308,660,154	301,499	172,706,094,600	290,668	100,742,274,226,889								
		1件当たり給付費(全体)		97,186		80,543		65,863		59,662									
		居宅サービス		43,156		42,864		42,089		41,272									
施設サービス		284,040		288,059		294,067		296,364											
④ 医療費等		要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	8,163		9,108		7,671		8,610									
	認定なし	4,341		4,544		3,785		4,020											
4	① 国保の状況	被保険者数		819		195,140		381,897		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	454	55.4			191,020	50.0	11,129,271	40.5									
		40～64歳	241	29.4			116,350	30.5	9,088,015	33.1									
		39歳以下	124	15.1			74,527	19.5	7,271,596	26.5									
	加入率		20.3		27.1		21.2		22.3										
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0		0.0		54		0.3		125		0.3		8,237		0.3		
		診療所数	2		2.4		703		3.6		1,325		3.5		102,599		3.7		
		病床数	0		0.0		4,267		21.9		24,328		63.7		1,507,471		54.8		
		医師数	2		2.4		641		3.3		3,958		10.4		339,611		12.4		
		外来患者数	600.8				653.6				736.8				687.8				
入院患者数	19.2				22.9				19.6				17.7						
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		309,347	県内58位 同規模224位	367,527		354,691		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		619,957		676.49		756.467		705.439										
	外来	費用の割合	51.3		55.1		60.2		60.4										
		件数の割合	96.9		96.6		97.4		97.5										
	入院	費用の割合	48.7		44.9		39.8		39.6										
		件数の割合	3.1		3.4		2.6		2.5										
1件あたり在院日数		14.6日		16.2日		15.9日		15.7日											

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	44,195,830	30.4	32.8	32.6	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)	8,789,990	6.0	6.1	5.9	8.2						
			糖尿病	14,440,900	9.9	11.2	11.8	10.4						
			高血圧症	11,185,040	7.7	6.5	7.0	5.9						
			脂質異常症	4,531,430	3.1	3.4	4.3	4.1						
			脳梗塞・脳出血	6,401,950	4.4	4.0	3.8	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	10,378,820	7.1	2.8	2.5	2.8						
			精神	22,457,840	15.5	14.6	15.8	14.7						
	筋・骨格	21,589,200	14.9	17.4	15.2	16.7								
	⑤	一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症	688	0.5	363	0.2	277	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)			
				糖尿病	198	0.1	1,389	0.8	1,074	0.8		1,144	0.9	
				脂質異常症	—	—	76	0.0	52	0.0		53	0.0	
				脳梗塞・脳出血	7,399	4.9	6,827	4.1	6,306	4.5		5,993	4.5	
		一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	虚血性心疾患	10,435	6.9	4,500	2.7	3,601	2.6		3,942	2.9	
腎不全				—	—	4,305	2.6	3,341	2.4	4,051		3.0		
高血圧症				12,955	8.2	12,436	6.1	13,211	6.2	10,143		4.9		
糖尿病				17,684	11.1	21,206	10.5	22,175	10.4	17,720		8.6		
脂質異常症	5,533	3.5	6,646	3.3	8,282	3.9	7,092	3.5						
脳梗塞・脳出血	396	0.2	934	0.5	921	0.4	825	0.4						
虚血性心疾患	2,460	1.5	1,857	0.9	2,008	0.9	1,722	0.8						
腎不全	11,948	7.5	14,043	6.9	14,657	6.9	15,781	7.7						
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,447	2,915	2,832	2,031	KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健 康課題						
			健診未受診者	9,839	13,340	13,052	13,295							
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	11,804	8,820	7,596	6,142							
			健診未受診者	33,691	40,357	35,006	40,210							
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	198	56.7	37,634	58.3	65,969	54.3	3,881,055	57.0				
		医療機関受診率	172	49.3	33,587	52.0	60,063	49.5	3,543,116	52.0				
		医療機関非受診率	26	7.4	4,047	6.3	5,906	4.9	337,939	5.0				
5	特定健診の 状況 県内市町村数 61市町村 同規模市区町村数 274市町村	①	健診受診者	349	64,539	121,437	6,812,842	KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健 康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握						
			②	受診率	57.1	県内12位 同規模70位	46.7		43.3	全国10位	37.1			
			③	特定保健指導終了者(実施率)	38	88.4	1,693		21.0	1,858	14.1	107,925	13.4	
		④	非肥満高血糖	33	9.5	6,180	9.6		11,026	9.1	615,549	9.0		
		⑤	メタボ	該当者	82	23.5	14,327		22.2	27,943	23.0	1,382,506	20.3	
				男性	55	34.6	10,060		32.4	18,894	34.8	965,486	32.0	
				女性	27	14.2	4,267		12.8	9,049	13.5	417,020	11.0	
		⑥	予備群	男性	43	12.3	7,996		12.4	14,818	12.2	765,405	11.2	
				女性	29	18.2	5,688		18.3	9,939	18.3	539,738	17.9	
		⑦	メタボ 該当・ 予備群 レベル	腹囲	総数	142	40.7		24,681	38.2	46,620	38.4	2,380,778	34.9
					男性	95	59.7		17,354	55.8	31,330	57.7	1,666,592	55.3
				女性	47	24.7	7,327		21.9	15,290	22.8	714,186	18.8	
				BMI	総数	18	5.2		3,854	6.0	6,736	5.5	320,038	4.7
					男性	1	0.6		730	2.3	931	1.7	51,248	1.7
				女性	17	8.9	3,124		9.3	5,805	8.7	268,790	7.1	
				血糖のみ	2	0.6	442		0.7	837	0.7	43,519	0.6	
				血圧のみ	38	10.9	5,843		9.1	10,773	8.9	539,490	7.9	
				脂質のみ	3	0.9	1,711		2.7	3,208	2.6	182,396	2.7	
				血糖・血圧	18	5.2	2,376		3.7	4,578	3.8	203,072	3.0	
血糖・脂質	6			1.7	714	1.1	1,206	1.0	70,267	1.0				
血圧・脂質	41			11.7	6,429	10.0	13,328	11.0	659,446	9.7				
血糖・血圧・脂質	17			4.9	4,808	7.4	8,831	7.3	449,721	6.6				
6	問診の状況			服薬	高血圧	146	41.8	25,333	39.3	51,379	42.3	2,428,038	35.6	
					糖尿病	35	10.0	6,949	10.8	13,307	11.0	589,470	8.7	
					脂質異常症	86	24.6	17,768	27.6	38,277	31.5	1,899,637	27.9	
		既往 歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	4	1.1	2,096	3.3	3,708	3.1	207,385	3.1			
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	14	4.0	3,753	5.9	7,284	6.1	365,407	5.5			
			腎不全	3	0.9	596	0.9	989	0.8	53,898	0.8			
貧血	19	5.5	5,551	8.8	8,047	6.7	702,088	10.7						
6	生活習慣の 状況	③	喫煙	55	15.8	10,581	16.4	16,367	13.5	939,212	13.8			
		④	週3回以上朝食を抜く	36	10.3	5,703	9.4	9,442	8.0	642,886	10.4			
		⑤	週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
		⑥	週3回以上就寝前夕食(H30～)	68	19.5	10,372	17.1	17,628	14.9	976,348	15.7			
		⑦	週3回以上就寝前夕食	68	19.5	10,372	17.1	17,628	14.9	976,348	15.7			
		⑧	食べる速度が速い	86	24.7	16,947	27.9	29,857	25.2	1,659,705	26.8			
		⑨	20歳時体重から10kg以上増加	127	36.4	22,295	36.6	43,383	36.6	2,175,065	35.0			
		⑩	1回30分以上運動習慣なし	241	69.1	41,418	67.6	74,347	62.7	3,749,069	60.4			
		⑪	1日1時間以上運動なし	160	45.8	29,178	47.8	64,563	54.5	2,982,100	48.0			
		⑫	睡眠不足	60	17.2	14,822	24.5	27,853	23.5	1,587,311	25.6			
		⑬	毎日飲酒	127	36.4	16,356	26.5	30,526	25.5	1,658,999	25.5			
		⑭	時々飲酒	82	23.5	14,214	23.0	28,391	23.7	1,463,468	22.5			
		⑮	1合未満	126	53.8	22,091	54.9	44,954	58.2	2,978,351	64.1			
		⑯	1～2合	75	32.1	11,317	28.1	22,903	29.6	1,101,465	23.7			
⑰	2～3合	29	12.4	5,089	12.6	7,847	10.2	434,461	9.4					
⑱	3合以上	4	1.7	1,734	4.3	1,581	2.0	128,716	2.8					

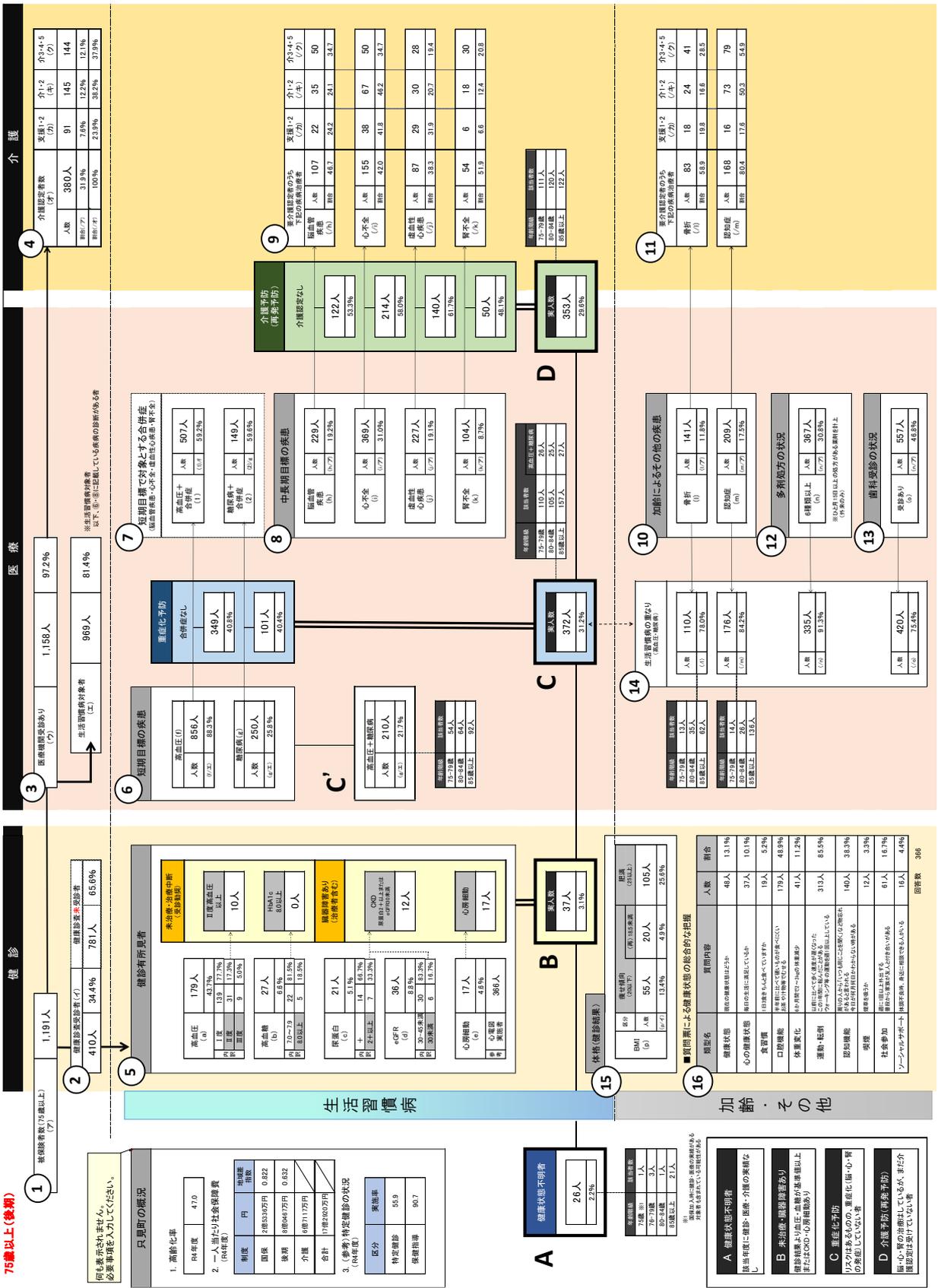
③ 65～74 歳(後期)

【KOB】厚生労働省標準形式-1
【特定高齢者等一歩管理システム(FACIT)】

参考:【KOB】介護予防対象者一歩管理システム(FACIT)
【KOB】高齢者の医療(高齢者介護)介護認定状況

E表: 健診・医療・介護予防対象者を把握する

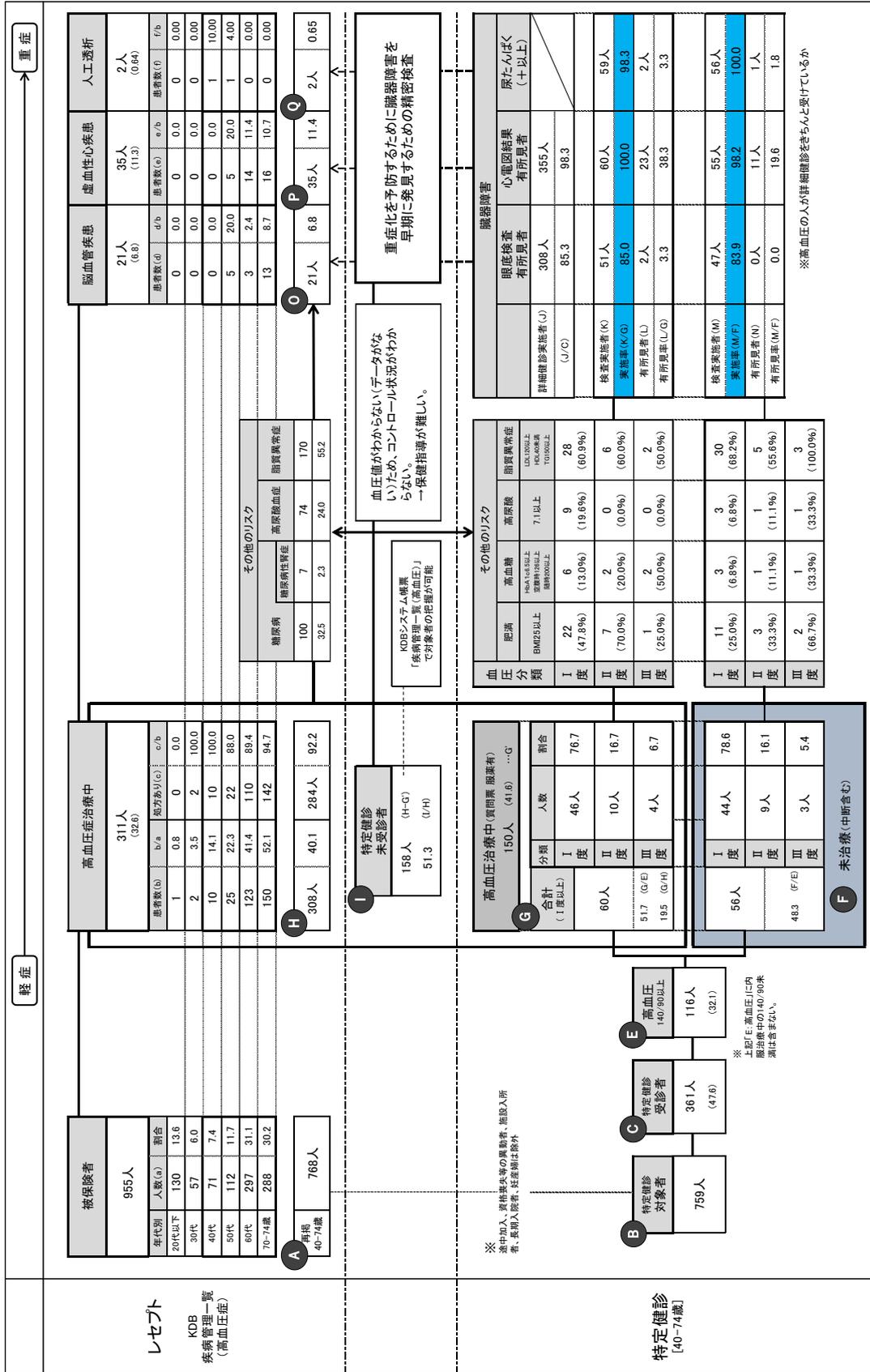
75歳以上(後期)



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

令和04年度

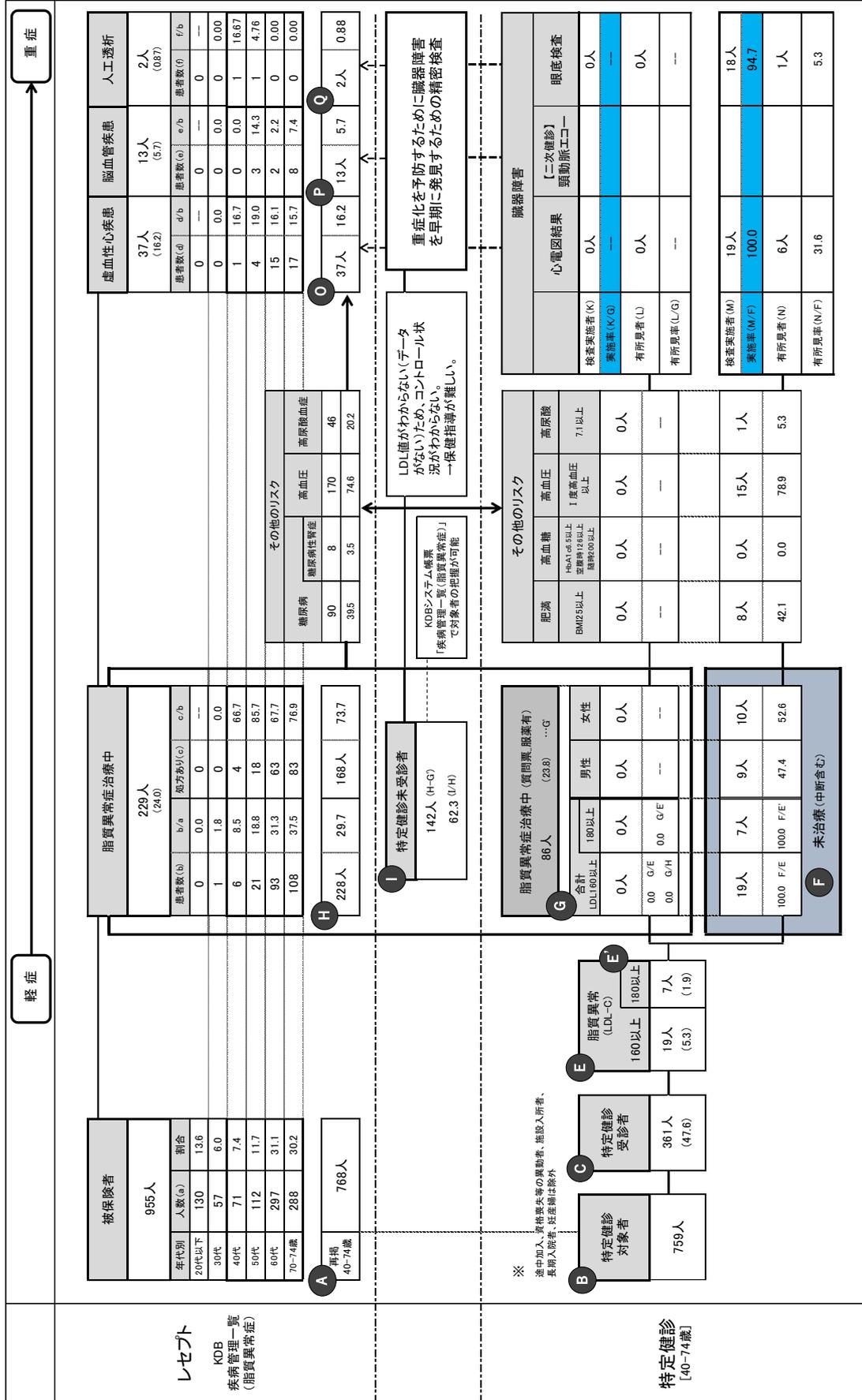
高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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

脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



参考資料7 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		合併症予防のための目標		糖尿病		合併症の危険が更に大きくなる					
			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		
H29	534	246	46.1%	165	30.9%	76	14.2%	15	2.8%	23	4.3%	9	1.7%	17	3.2%	6	1.1%	
H30	505	243	48.1%	153	30.3%	60	11.9%	26	5.1%	16	3.2%	7	1.4%	16	3.2%	4	0.8%	
R01	481	206	42.8%	166	34.5%	60	12.5%	24	5.0%	18	3.7%	7	1.5%	16	3.3%	6	1.2%	
R02	313	150	47.9%	105	33.5%	32	10.2%	16	5.1%	7	2.2%	3	1.0%	6	1.9%	2	0.6%	
R03	411	187	45.5%	132	32.1%	48	11.7%	23	5.6%	13	3.2%	8	1.9%	11	2.7%	5	1.2%	
R04	406	181	44.6%	129	31.8%	54	13.3%	23	5.7%	13	3.2%	6	1.5%	12	3.0%	5	1.2%	

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)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合
H29	534	246 46.1%	165 30.9%	76 14.2%	47 8.8%	19 40.4%	28 59.6%	6.0%	8.8%
H30	505	243 48.1%	153 30.3%	60 11.9%	23 4.6%	7 30.4%	16 69.6%	4.6%	9.7%
R01	481	206 42.8%	166 34.5%	60 12.5%	25 5.2%	8 32.0%	17 68.0%	5.2%	10.2%
R02	313	150 47.9%	105 33.5%	32 10.2%	10 3.2%	5 50.0%	5 50.0%	3.2%	8.3%
R03	411	187 45.5%	132 32.1%	48 11.7%	21 5.1%	8 38.1%	13 61.9%	5.1%	10.7%
R04	406	181 44.6%	129 31.8%	54 13.3%	19 4.7%	4 21.1%	15 78.9%	4.7%	10.3%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲				
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		合併症予防のための目標		糖尿病		合併症の危険が更に大きくなる						
			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	H29	38	7.1%	0	0.0%	1	2.6%	9	23.7%	5	13.2%	17	44.7%	6	15.8%	14	36.8%	3	7.9%
	H30	45	8.9%	1	2.2%	2	4.4%	11	24.4%	15	33.3%	14	31.1%	2	4.4%	11	24.4%	1	2.2%
	R01	36	7.5%	0	0.0%	2	5.6%	5	13.9%	12	33.3%	5	13.9%	10	27.8%	4	11.1%		
	R02	22	7.0%	1	4.5%	2	9.1%	6	27.3%	8	36.4%	3	13.6%	2	9.1%	3	13.6%	1	4.5%
	R03	35	8.5%	0	0.0%	2	5.7%	3	8.6%	17	48.6%	9	25.7%	4	11.4%	7	20.0%	3	8.6%
治療なし	H29	496	92.9%	246	49.6%	164	33.1%	67	13.5%	10	2.0%	6	1.2%	3	0.6%	3	0.6%	3	0.6%
	H30	460	91.1%	242	52.6%	151	32.8%	49	10.7%	11	2.4%	2	0.4%	5	1.1%	5	1.1%	3	0.7%
	R01	445	92.5%	206	46.3%	164	36.9%	55	12.4%	12	2.7%	6	1.3%	2	0.4%	6	1.3%	2	0.4%
	R02	291	93.0%	149	51.2%	103	35.4%	26	8.9%	8	2.7%	4	1.4%	1	0.3%	3	1.0%	1	0.3%
	R03	376	91.5%	187	49.7%	130	34.6%	45	12.0%	6	1.6%	4	1.1%	4	1.1%	4	1.1%	2	0.5%
R04	368	90.6%	181	49.2%	129	34.0%	48	13.0%	10	2.7%	2	0.5%	2	0.5%	2	0.5%	2	0.5%	

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
H29	534	73	13.7%	86	16.1%	140	26.2%	189	35.4%	41	7.7%	5	0.9%
H30	506	64	12.6%	81	16.0%	129	25.5%	157	31.0%	64	12.6%	11	2.2%
R01	484	78	16.1%	66	13.6%	138	28.5%	154	31.8%	42	8.7%	6	1.2%
R02	323	43	13.3%	43	13.3%	101	31.3%	108	33.4%	21	6.5%	7	2.2%
R03	414	79	19.1%	55	13.3%	128	30.9%	119	28.7%	26	6.3%	7	1.7%
R04	412	87	21.1%	59	14.3%	136	33.0%	100	24.3%	23	5.6%	7	1.7%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲		再掲 割合		
					再Ⅲ度高血圧	未治療	治療	再掲 人数	再掲 割合			
											人数	割合
H29	534	159 29.8%	140 26.2%	189 35.4%	46 8.6%	25 54.3%	21 45.7%	5 0.9%	4 80.0%	1 20.0%	0.9%	8.6%
H30	506	145 28.7%	129 25.5%	157 31.0%	75 14.8%	41 54.7%	34 45.3%	11 2.2%	8 72.7%	3 27.3%	2.2%	14.8%
R01	484	144 29.8%	138 28.5%	154 31.8%	48 9.9%	26 54.2%	22 45.8%	6 1.2%	3 50.0%	3 50.0%	1.2%	9.9%
R02	323	86 26.6%	101 31.3%	108 33.4%	28 8.7%	10 35.7%	18 64.3%	7 2.2%	1 14.3%	6 85.7%	2.2%	8.7%
R03	414	134 32.4%	128 30.9%	119 28.7%	33 8.0%	18 54.5%	15 45.5%	7 1.7%	4 57.1%	3 42.9%	1.7%	8.0%
R04	412	146 35.4%	136 33.0%	100 24.3%	30 7.3%	15 50.0%	15 50.0%	7 1.7%	3 42.9%	4 57.1%	1.7%	7.3%

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
治療中	H29	207	38.8%	16	7.7%	29	14.0%	48	23.2%	93	44.9%	20	9.7%	1	0.5%
	H30	203	40.1%	12	5.9%	32	15.8%	44	21.7%	81	39.9%	31	15.3%	3	1.5%
	R01	197	40.7%	19	9.6%	22	11.2%	58	29.4%	76	38.6%	19	9.6%	3	1.5%
	R02	132	40.9%	5	3.8%	15	11.4%	37	28.0%	57	43.2%	12	9.1%	6	4.5%
	R03	164	39.6%	18	11.0%	19	11.6%	49	29.9%	63	38.4%	12	7.3%	3	1.8%
	R04	165	40.0%	20	12.1%	13	7.9%	69	41.8%	48	29.1%	11	6.7%	4	2.4%
治療なし	H29	327	61.2%	57	17.4%	57	17.4%	92	28.1%	96	29.4%	21	6.4%	4	1.2%
	H30	303	59.9%	52	17.2%	49	16.2%	85	28.1%	76	25.1%	33	10.9%	8	2.6%
	R01	287	59.3%	59	20.6%	44	15.3%	80	27.9%	78	27.2%	23	8.0%	3	1.0%
	R02	191	59.1%	38	19.9%	28	14.7%	64	33.5%	51	26.7%	9	4.7%	1	0.5%
	R03	250	60.4%	61	24.4%	36	14.4%	79	31.6%	56	22.4%	14	5.6%	4	1.6%
	R04	247	60.0%	67	27.1%	46	18.6%	67	27.1%	52	21.1%	12	4.9%	3	1.2%

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	527	241	45.7%	141	26.8%	97	18.4%	27	5.1%	21	4.0%
	H30	496	238	48.0%	141	28.4%	63	12.7%	38	7.7%	16	3.2%
	R01	475	256	53.9%	122	25.7%	67	14.1%	18	3.8%	12	2.5%
	R02	313	180	57.5%	77	24.6%	39	12.5%	12	3.8%	5	1.6%
	R03	400	200	50.0%	109	27.3%	51	12.8%	31	7.8%	9	2.3%
男性	H29	244	125	51.2%	53	21.7%	50	20.5%	10	4.1%	6	2.5%
	H30	218	121	55.5%	57	26.1%	23	10.6%	11	5.0%	6	2.8%
	R01	218	131	60.1%	51	23.4%	26	11.9%	6	2.8%	4	1.8%
	R02	137	87	63.5%	32	23.4%	11	8.0%	7	5.1%	0	0.0%
	R03	176	97	55.1%	45	25.6%	20	11.4%	11	6.3%	3	1.7%
女性	H29	283	116	41.0%	88	31.1%	47	16.6%	17	6.0%	15	5.3%
	H30	278	117	42.1%	84	30.2%	40	14.4%	27	9.7%	10	3.6%
	R01	257	125	48.6%	71	27.6%	41	16.0%	12	4.7%	8	3.1%
	R02	176	93	52.8%	45	25.6%	28	15.9%	5	2.8%	5	2.8%
	R03	224	103	46.0%	64	28.6%	31	13.8%	20	8.9%	6	2.7%
R04	212	97	45.8%	68	32.1%	34	16.0%	7	3.3%	6	2.8%	

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		再掲率
					再)180以上	未治療	治療	再掲	治療	
H29	527	241	141	97	48	46	4	9.1%	95.8%	8.3%
					21	22	0	4.0%	104.8%	0.0%
H30	496	238	141	63	54	54	3	10.9%	100.0%	5.6%
					16	17	1	3.2%	106.3%	6.3%
R01	475	256	122	67	30	33	0	6.3%	110.0%	0.0%
					12	12	0	2.5%	100.0%	0.0%
R02	313	180	77	39	17	19	0	5.4%	111.8%	0.0%
					5	6	0	1.6%	120.0%	0.0%
R03	400	200	109	51	40	39	2	10.0%	97.5%	5.0%
					9	10	0	2.3%	111.1%	0.0%
R04	396	196	122	55	23	24	0	5.8%	104.3%	0.0%
					9	10	0	2.3%	111.1%	0.0%

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	110	20.9%	62	56.4%	33	30.0%	11	10.0%	4	3.6%	0	0.0%
	H30	116	23.4%	72	62.1%	31	26.7%	10	8.6%	2	1.7%	1	0.9%
	R01	129	27.2%	93	72.1%	27	20.9%	9	7.0%	0	0.0%	0	0.0%
	R02	77	24.6%	62	80.5%	13	16.9%	2	2.6%	0	0.0%	0	0.0%
	R03	100	25.0%	76	76.0%	20	20.0%	2	2.0%	2	2.0%	0	0.0%
治療なし	H29	424	80.5%	181	42.7%	110	25.9%	87	20.5%	24	5.7%	22	5.2%
	H30	387	78.0%	168	43.4%	112	28.9%	53	13.7%	37	9.6%	17	4.4%
	R01	354	74.5%	166	46.9%	96	27.1%	59	16.7%	21	5.9%	12	3.4%
	R02	243	77.6%	122	50.2%	64	26.3%	38	15.6%	13	5.3%	6	2.5%
	R03	313	78.3%	132	42.2%	91	29.1%	51	16.3%	29	9.3%	10	3.2%
R04	313	79.0%	128	40.9%	107	34.2%	54	17.3%	14	4.5%	10	3.2%	