

猪苗代町国民健康保険
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

猪苗代町
(令和 6 年 3 月現在)

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期計画に係る評価
 - 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) 健康課題の明確化
 - 2) 目標の設定
 - 3) 目標値の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……34

1. 第4期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
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 ……42

- I. 保健事業の方向性

Ⅱ. 重症化予防の取り組み

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74

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75

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料76

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り組み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「国の指針」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)を策定した上で、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り組みの推進が掲げられ、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、標準化の取り組み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、本町において、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者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。なお、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高齢者の医療の確保に関する法律(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2・3・4・5)

本町では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB^{※6})を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、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。

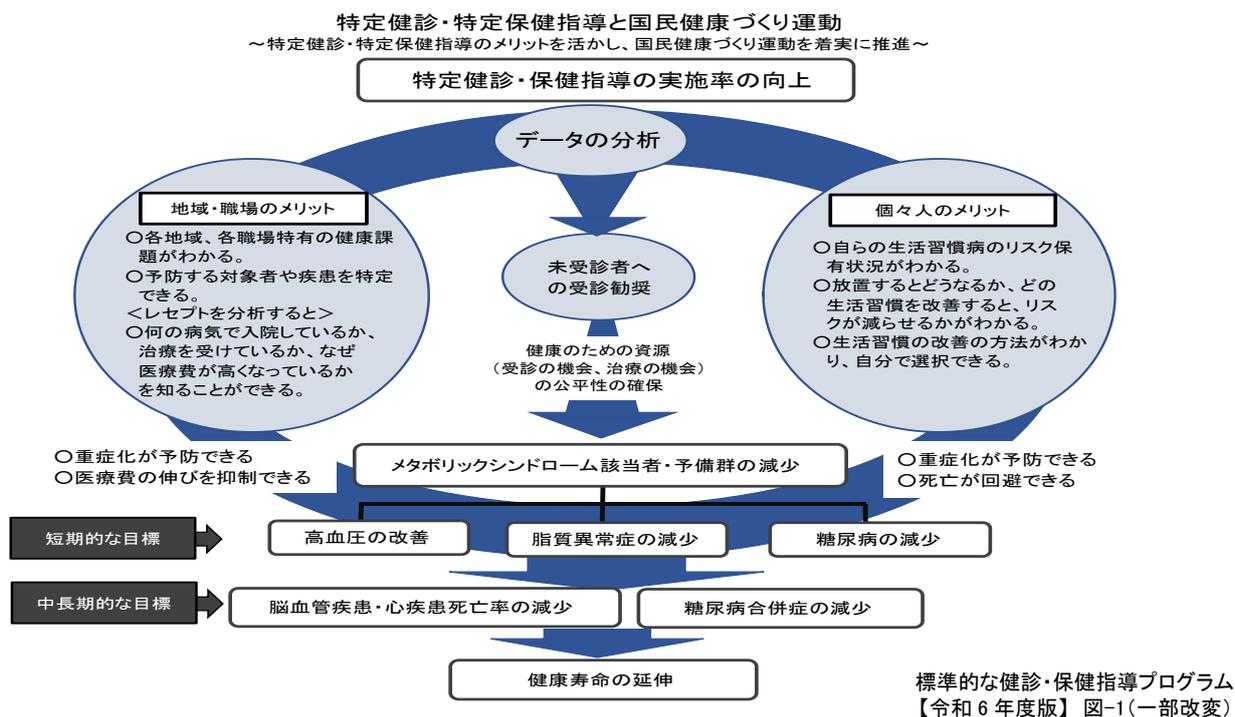
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

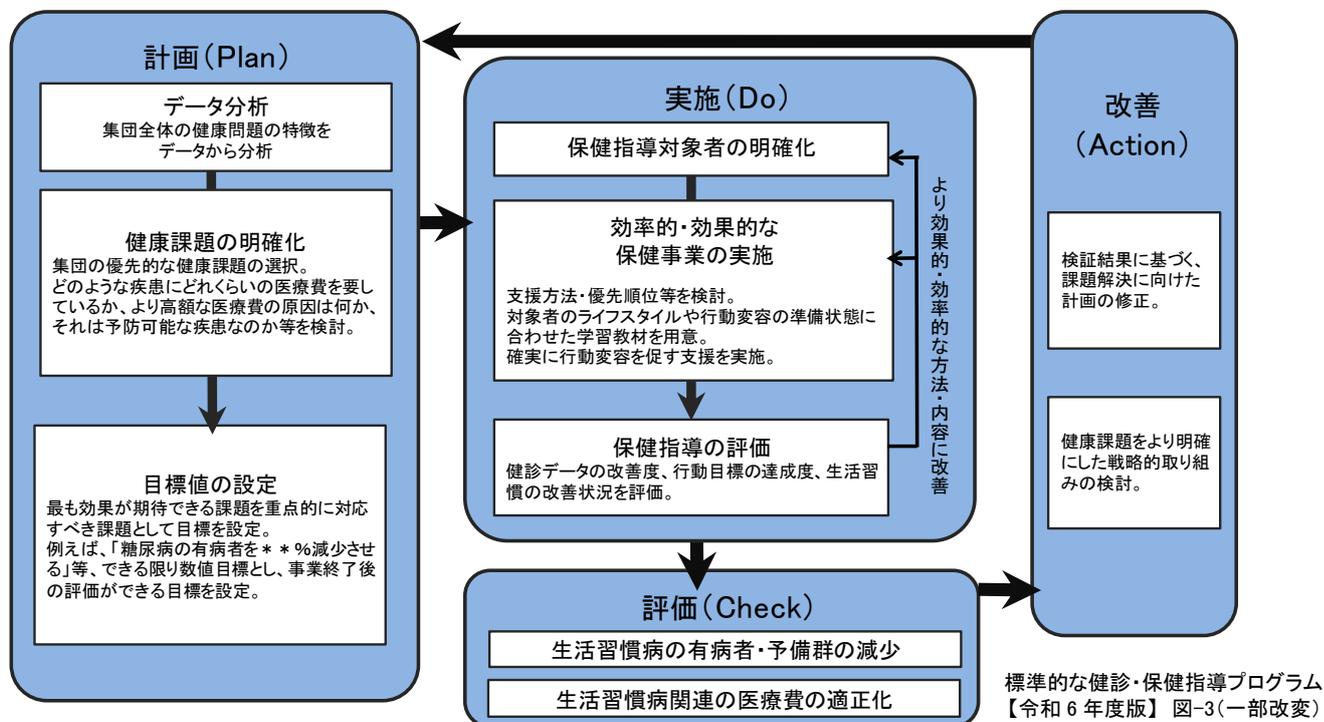
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通して、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るた めの保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給 付等サービス提供体制の確 保及び地域支援事業の計 画的な実施を図る。 保険者機能強化 高齢者の自立支援・重度 化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)			がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能低下、低栄養	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評 価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用し 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・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



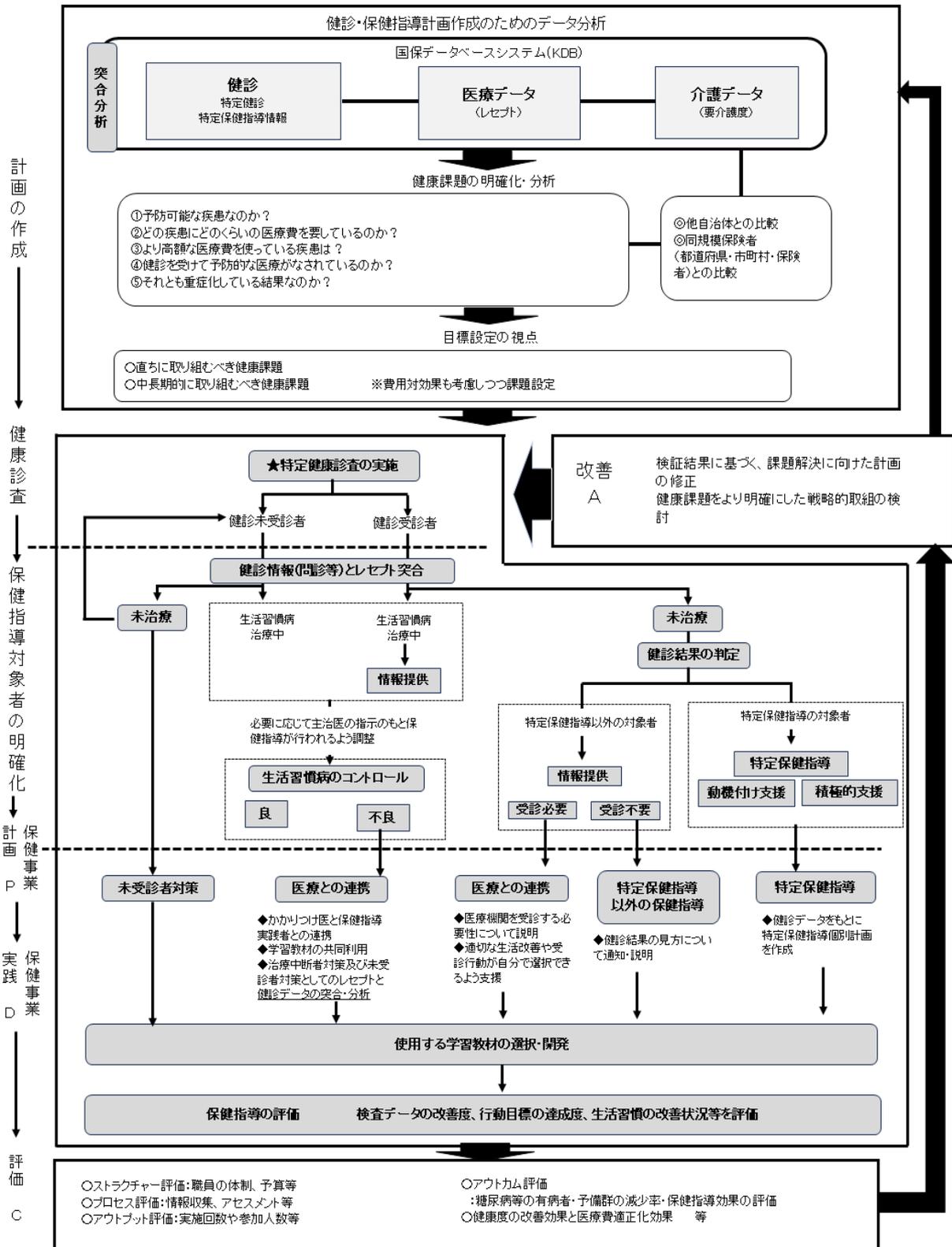
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図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 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(イメージ)



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	
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、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

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、保健衛生部局が中心となって、住民の健康の保持増進に係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への

反映を行います。

具体的には、保健福祉課内の3係（健康づくり係が保健事業の主担当、高齢者福祉係（介護保険等）、社会福祉係（生活保護等））が中心となって連携を図りながら、町民生活課国保年金係（国保・高齢者医療）や企画財務課（財務部局）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・係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 6・7）

図 6 猪苗代町の実施体制図

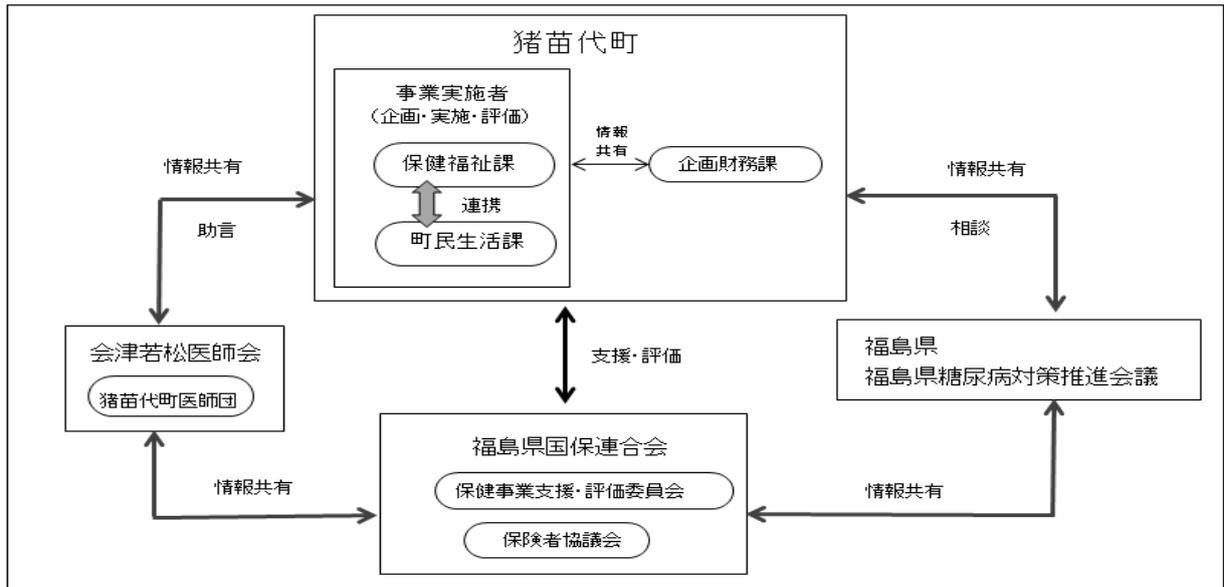


図 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

保・・・保健師 管栄・・・管理栄養士 ◎・・・主担当 ○・・・副担当

	事 (保長)	保	保	保	保	保	保	管栄	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		○	◎	○	○	○	○	○	
地域包括ケア		○	◎					○	
高齢者保健		◎	○	○	○	○	○	○	
歯科保健		○	○	○	○	○	◎		

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。

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、地域の医療機関等と連携、協力していきます。

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重要となります。

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

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ます。

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

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取り組み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。(表 1)

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り組みを後押しする(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。

表 1 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		
		猪苗代町	配点	猪苗代町	配点	猪苗代町	配点	
交付額(万円)		555		695		682		
全国順位(1,741市町村中)		755位		112位		205位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	145	70	140	70	
		(2)特定保健指導実施率	70		70		70	
		(3)メ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	20	53	40	72	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	95	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	95	50	45	55	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供			20		15	20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	105	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	10	100	10	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	15	30	27	40	27	40
	⑤	第三者求償の取組	32	40	50	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	70	95	68	100	60	100
合計点		577	1,000	728	960	679	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

令和2年度国勢調査の結果、本町の人口は13,552人で高齢化率は39.7%でした。同規模より2.8ポイント、県より7.9ポイント、国より11ポイント高くなっています。被保険者の平均年齢は55.9歳で同規模や県と同等です。出生率は3.9となっており、同規模より1.4ポイント、県より2.3ポイント、国より2.9ポイント低くなっています。産業においては、第3次産業が67.8%と県や同規模と比較して高く、サービス業の割合が高いです。そのため、被保険者の各年代の生活習慣及び生活のリズムなど、健康課題を明確にすることが重要です。(表2)

令和4年度の国保加入率は25.1%で増加していますが、被保険者数は減少しています。年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約50%を占めており、65歳未満の人口が減っています。(表3)

また、本町内には1つの病院、9つの診療所があります。病床数は65床と少ないため、近隣の市に行く人もいます。外来患者数及び入院患者数は同規模と比較して低い傾向にあります。(表4)

表2 同規模・県・国と比較した猪苗代町の特性

	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
猪苗代町	13,552	39.7	3,385 (25.1)	55.9	3.9	18.0	0.4	12.6	19.7	67.8
同規模	--	36.9	24.3	55.8	5.3	15.7	0.4	13.4	27.1	59.5
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

※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、猪苗代町と同規模保険者(152市町村)の平均値を表す
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

表3 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	人数	割合								
被保険者数	3,748		3,591		3,527		3,508		3,385	
65～74歳	1,622	43.3	1,690	47.1	1,744	49.4	1,767	50.4	1,689	49.9
40～64歳	1,219	32.5	1,144	31.9	1,109	31.4	1,079	30.8	1,024	30.3
39歳以下	907	24.2	757	21.1	674	19.1	662	18.9	672	19.9
加入率	25.0		23.9		23.5		23.4		25.1	

出典:KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

表4 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)	
	人数	割合	同規模 割合	県 割合								
病院数	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	0.3	0.3
診療所数	9	2.4	9	2.5	9	2.6	9	2.6	9	2.7	2.7	3.5
病床数	65	17.3	65	18.1	65	18.4	65	18.5	65	19.2	40.8	63.7
医師数	15	4.0	15	4.2	14	4.0	14	4.0	12	3.5	5.0	10.4
外来患者数	618.6		645.4		620.6		639.0		653.1		708.1	
入院患者数	16.6		19.5		18.4		16.9		17.7		22.2	

出典:KDBシステム帳票 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・虚血性心疾患死亡率の減少、糖尿病性腎症(人工透析)の減少を設定しました。

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、脂質異常症の減少を設定しました。(図2参照)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析))の達成状況

① 介護給付費の状況

令和4年度の本町の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で15人(認定率0.36%)、1号(65歳以上)被保険者で1,009人(認定率18.8%)となっています。福島県は2号認定者が多いですが、本町は2号認定者が減少しています。(表5)

介護給付費は、平成30年度は15億7,724万円、令和4年度は15億6,929万円とほぼ横ばいです。令和4年度の1件あたりの給付費は84,859円であり、同規模、県及び国よりも高い状況です。(表6)

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が上位を占めており、第2号被保険者で5割、第1号被保険者でも約5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、65歳以上で約9割と非常に高く、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。(表7)

表5 要介護認定者(率)の状況

	猪苗代町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	5,109人	34.1%	5,360人	39.7%	36.9%	31.8%	28.7%
2号認定者	24人	0.49%	15人	0.36%	0.38%	0.48%	0.38%
新規認定者	8人		2人		--	--	--
1号認定者	1,026人	20.1%	1,009人	18.8%	18.6%	20.1%	19.4%
新規認定者	126人		129人		--	--	--
再掲							
65～74歳	80人	3.8%	94人	3.8%	--	--	--
新規認定者	13人		17人		--	--	--
75歳以上	946人	31.5%	915人	31.5%	--	--	--
新規認定者	113人		112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

表 6 介護給付費の変化

	猪苗代町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	15億7724万円	15億6929万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	308,719	292,778	303,361	301,499	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	82,229	84,859	72,528	65,863	59,662
居宅サービス	44,960	47,274	44,391	42,089	41,272
施設サービス	286,876	292,875	291,231	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

表 7 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)		15				94		915		1,009							
再)国保・後期		6				72		883		955							
(レセプトの診断病名状況より重複して計上)	血管疾患	循環器疾患	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合					
			1	脳卒中	3	50.0%	脳卒中	32	44.4%	脳卒中	399	45.2%	脳卒中	434	45.2%		
			2	虚血性心疾患	0	0.0%	虚血性心疾患	16	22.2%	虚血性心疾患	350	39.6%	虚血性心疾患	366	38.1%		
		3	腎不全	0	0.0%	腎不全	10	13.9%	腎不全	156	17.7%	腎不全	166	17.3%			
		合併症	4	糖尿病合併症	0	0.0%	糖尿病合併症	14	19.4%	糖尿病合併症	66	7.5%	糖尿病合併症	80	8.3%		
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		3	50.0%	基礎疾患	66	91.7%	基礎疾患	851	96.4%	基礎疾患	917	96.0%	基礎疾患	920	95.7%
		血管疾患合計		3	50.0%	合計	68	94.4%	合計	861	97.5%	合計	929	97.3%	合計	932	97.0%
	認知症		0	0.0%	認知症	22	30.6%	認知症	492	55.7%	認知症	514	53.8%	認知症	514	53.5%	
	筋・骨格疾患		4	66.7%	筋骨格系	68	94.4%	筋骨格系	856	96.9%	筋骨格系	924	96.8%	筋骨格系	928	96.6%	

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町では、国保加入者は減少しているにもかかわらず、総医療費は平成 30 年度と比較すると令和 4 年度で約1億円増加しています。令和 4 年度の一人あたり医療費は、同規模と比べて約 2 万 5 千円低いです、平成 30 年度と比較すると約 6 万円伸びています。

また、令和 4 年度の入院医療費は全体のレセプトのわずか 2.6%にもかかわらず、医療費全体の約 40%を占めており、1 件あたりの入院医療費は平成 30 年度と比較しても約 4 万 5 千円高くなっています。(表 8)

また、令和 3 年度の年齢調整をした地域差指数をみると(全国平均が 1)、全国平均よりは低いものの、後期高齢者医療では入院で県平均よりも高くなっています。後期高齢者医療の入院の地域差指数は平成 30 年度よりも伸びています。(表 9)

一人あたりの医療費の地域差は、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対策が重要であり、その取り組みに力を入れる必要があります。

表 8 医療費の推移

		猪苗代町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		3,748人	3,385人	--	--	--
前期高齢者割合		1,622人 (43.3%)	1,689人 (49.9%)	--	--	--
総医療費		10億9883万円	11億9383万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		293,177	352,683	378,542	354,691	339,680
		県内54位 同規模128位	県内34位 同規模109位			
入院	1件あたり費用額(円)	586,180	631,130	592,330	580,970	617,950
	費用の割合	40.2	38.9	43.0	39.8	39.6
	件数の割合	2.6	2.6	3.0	2.6	2.5
外来	1件あたり費用額	23,360	26,810	24,690	23,470	24,220
	費用の割合	59.8	61.1	57.0	60.2	60.4
	件数の割合	97.4	97.4	97.0	97.4	97.5
受診率		635.183	670.756	730.302	756.467	705.439

※同規模被保険者数: 152

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

表 9 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		
		猪苗代町 (県内市町村中)		県 (47県中)	猪苗代町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	0.937	0.935	0.939	0.832	0.864	0.847
		(37位)	(29位)	(41位)	(28位)	(13位)	(44位)
	入院	0.936	0.907	0.926	0.790	0.885	0.799
		(42位)	(39位)	(38位)	(28位)	(11位)	(44位)
	外来	0.959	0.968	0.957	0.904	0.867	0.909
		(24位)	(17位)	(41位)	(23位)	(24位)	(40位)

出典: 厚労省「地域差分析」

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の令和 4 年度の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると減少していますが、虚血性心疾患の医療費割合は、同規模、県及び国と比較するとまだ高くなっています。腎疾患については、平成 30 年度より慢性腎不全(透析有)が 1.71 ポイント伸びています。慢性腎不全(透析無)については 0.24 ポイント伸びており、同規模、県及び国よりも高くなっています。(表 10)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の令和4年度の治療状況を平成30年度と比較してみると、脳血管疾患と人工透析で患者数は若干増加しましたが、虚血性心疾患治療者は微減でした。割合については、中長期目標疾患のすべてにおいて増加しました。(表11)

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。

表10 中長期目標疾患の医療費の推移

			猪苗代町		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)			10億9883万円	11億9383万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			7069万円	7120万円	--	--	--
			6.43%	5.96%	8.01%	6.94%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	3.40%	1.66%	2.07%	2.05%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.60%	1.92%	1.38%	1.38%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	0.21%	1.92%	4.23%	3.22%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.22%	0.46%	0.33%	0.28%	0.29%
そ 疾 の 患 他 の	悪性新生物		17.85%	19.65%	17.23%	17.73%	16.69%
	筋・骨疾患		8.59%	7.83%	8.66%	8.28%	8.68%
	精神疾患		5.81%	5.33%	8.13%	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。

表11 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患						
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
					H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
治療者(人) 0~74歳	A	3,748	3,385	a	200	210	220	216	7	13
				a/A	5.3%	6.2%	5.9%	6.4%	0.2%	0.4%
40歳以上	B	2,841	2,713	b	199	210	217	215	6	13
	B/A	75.8%	80.1%	b/B	7.0%	7.7%	7.6%	7.9%	0.2%	0.5%
再掲	40~64歳	1,219	1,024	d	64	47	56	52	3	5
				D/A	32.5%	30.3%	d/D	5.3%	4.6%	4.6%
	65~74歳	1,622	1,689	c	135	163	161	163	3	8
				C/A	43.3%	49.9%	c/C	8.3%	9.7%	9.9%

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

短期目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症の令和4年度の治療状況を見ると、治療者の割合は平成30年度と比べ増えていますが、若い年代での治療割合の伸びはよくありません。一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患と人工透析の割合は増加傾向で、虚血性心疾患は減少傾向になっています。(表12.13.14)

本町では、令和3年度から保健衛生部局に保健師を集約配置し、地区担当制を導入したことにより、特定健診の結果から、治療が必要な方に対して、医療受診勧奨も含めた個別保健指導に力を入れています。重症化する以前に適切な治療を受けるなどの自己管理が進んだことにより、重症化予防につながったと考えています。

表12 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	1,295	1,357	393	315	902	1,042
		A/被保険者	45.6%	50.0%	32.2%	30.8%	55.6%	61.7%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	115	118	37	24	78	94
		B/A	8.9%	8.7%	9.4%	7.6%	8.6%	9.0%
	虚血性心疾患	C	155	148	34	28	121	120
		C/A	12.0%	10.9%	8.7%	8.9%	13.4%	11.5%
	人工透析	D	6	13	3	5	3	8
		D/A	0.5%	1.0%	0.8%	1.6%	0.3%	0.8%

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

表13 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	676	722	211	183	465	539
		A/被保険者	23.8%	26.6%	17.3%	17.9%	28.7%	31.9%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	58	63	14	13	44	50
		B/A	8.6%	8.7%	6.6%	7.1%	9.5%	9.3%
	虚血性心疾患	C	90	91	25	23	65	68
		C/A	13.3%	12.6%	11.8%	12.6%	14.0%	12.6%
	人工透析	D	4	10	2	4	2	6
		D/A	0.6%	1.4%	0.9%	2.2%	0.4%	1.1%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	33	27	7	7	26	20
		E/A	4.9%	3.7%	3.3%	3.8%	5.6%	3.7%
	糖尿病性網膜症	F	88	93	23	26	65	67
		F/A	13.0%	12.9%	10.9%	14.2%	14.0%	12.4%
	糖尿病性神経障害	G	33	32	8	8	25	24
		G/A	4.9%	4.4%	3.8%	4.4%	5.4%	4.5%

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

表 14 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	1,299	1,359	407	346	892	1,013
		A/被保険者	45.7%	50.1%	33.4%	33.8%	55.0%	60.0%
併 合 症 目 標 疾 病	脳血管疾患	B	98	108	27	23	71	85
		B/A	7.5%	7.9%	6.6%	6.6%	8.0%	8.4%
	虚血性心疾患	C	155	163	41	40	114	123
		C/A	11.9%	12.0%	10.1%	11.6%	12.8%	12.1%
	人工透析	D	5	9	3	2	2	7
		D/A	0.4%	0.7%	0.7%	0.6%	0.2%	0.7%

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度高血圧とHbA1c7.0以上を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、Ⅱ度高血圧の有所見者の割合は、0.7ポイント糖尿病の有所見者割合0.2ポイント増加しています。

また、未治療者について健診後に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24.6%、糖尿病で1.4%ほどいますが、その割合は同規模市町村と比較すると低くなっています。高血圧治療中断の割合は6.2%と同規模市町村と比較すると高くなっています。(表15)

前述したとおり、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合(脳血管疾患・人工透析)が増加傾向にあり、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行することから、特定健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療者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。

表 15 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	C	C/A	未治療 (内服なし)	D/D/C	E	E/B	未治療 (内服なし)	F/F/E	未治療	G/G/E	治療中断	H/H/E
猪苗代町	1,470	59.6	1,455	59.1	56	3.8	35	62.5	65	4.5	37	56.9	16	24.6	4	6.2
同規模 合計	44,557	49.5	39,370	46.9	2,236	5.0	1,226	54.8	2,269	5.8	1,216	53.6	736	32.4	106	4.7

	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	I	I/実施者 A	未治療 (内服なし)	J/J/I	K	K/実施 者B	未治療 (内服なし)	L/L/K	未治療	M/M/K	治療中断	N/N/K
猪苗代町	1,440	98.0	1,415	97.3	68	4.7	11	16.2	70	4.9	12	17.1	1	1.4	1	1.4
同規模 合計	44,023	98.8	38,885	98.8	1,981	4.5	443	22.4	2,010	5.2	396	19.7	123	6.1	56	2.8

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

出典:ヘルスサポートラボツール

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特定健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、4.4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が0.5ポイント、2項目の危険因子が重なっている割合が3.9ポイント増加しています。なぜ増えたのか、今後分析が必要です。(表16)

重症化予防の観点から見ると、Ⅱ度高血圧以上は、平成30年の5.0%から令和4年度は4.5%に減少し、健診未受診者も13.8%減少し継続受診者が増えているなど、取り組みの成果が出ています。

また、HbA1c6.5以上の改善率25.6%、Ⅱ度高血圧以上の改善率64.6%、LDL-Cの改善率52.9%となっており、血圧とLDL-Cは薬が効きますが、糖尿病は薬だけでは改善しにくいことがわかります。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。今後も健診未受診者を0人にするように、必要な対象者を管理していくよう努めていきます。(表17.18.19)

表16 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	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,470 (59.6%)	306 (20.8%)	104 (7.1%)	202 (13.7%)	177 (12.0%)
R04年度	1,434 (62.9%)	361 (25.2%)	109 (7.6%)	252 (17.6%)	158 (11.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

表17 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	124 (8.4%)	33 (26.6%)	40 (32.3%)	21 (16.9%)	30 (24.2%)
R03→R04	133 (9.4%)	34 (25.6%)	54 (40.6%)	20 (15.0%)	25 (18.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

表18 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	75 (5.0%)	36 (48.0%)	10 (13.3%)	1 (1.3%)	28 (37.3%)
R03→R04	65 (4.5%)	42 (64.6%)	10 (15.4%)	4 (6.2%)	9 (13.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

表 19 LDL-C160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	143 (9.5%)	66 (46.2%)	42 (29.4%)	16 (11.2%)	19 (13.3%)
R03→R04	157 (10.8%)	83 (52.9%)	38 (24.2%)	5 (3.2%)	31 (19.7%)

出典：ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

②特定健診受診率及び特定保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響をほとんど受けることなく、令和4年度は60.4%で第3期特定健診等実施計画の国の目標値である60%に達しました。(表20)

特定保健指導については、令和2年度以降若干実施率が下がってきています。対象者の行動変容につながる保健指導力の向上を図るとともに、今後も健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を地道に実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながると考えます。(表20)

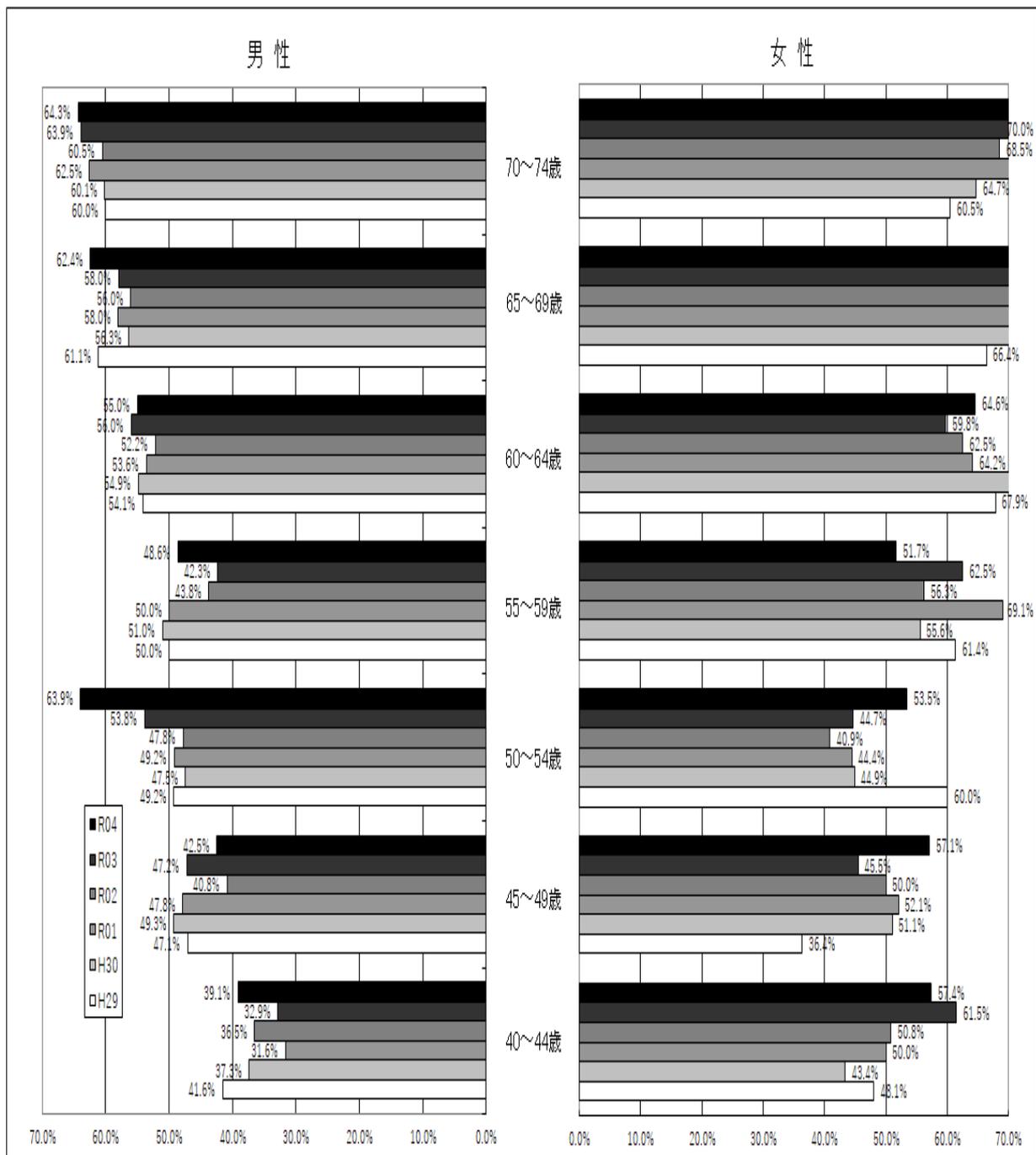
また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満の若年者向けの健診も実施しています。特定健診の年代別の受診率では、40歳代男性では特に低い状況が続いています。(図8)

表 20 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,416	1,442	1,406	1,464	1,376	健診受診率 66%
	受診率	57.4%	58.9%	57.2%	60.1%	60.4%	
特定保健指導	該当者数	173	154	162	141	121	特定保健指導実施率 70%
	割合	12.2%	10.7%	11.5%	9.6%	8.8%	
	実施者数	106	100	112	91	70	
	実施率	61.3%	64.9%	69.1%	64.5%	60.9%	

出典：特定健診法定報告データ

図 8 年代別特定健診受診率の推移



出典:ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取り組み

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、保健師を集約配置し地区担当制を導入したことにより高くなってきていますが、血糖値有所見者の未治療者の割合も増加傾向にあります。

平成30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が、0にはならない状況です(表23)。令和3年度から保健指導の実施体制を強化しているので、今後も未治療や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行います。

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、治療の方については医療機関と連携しながら、保健師と管理栄養士が保健指導や栄養指導を行い、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

表 21 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c実施者数	人	2,099	2,095	2,000	1,870	1,894
血糖値有所見者*1	人	160	163	175	150	178
	割合	7.62%	7.78%	8.75%	8.02%	9.40%

*1 HbA1c7.0以上のもの

19歳以上(猪苗代町調べ)

表 22 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	160	163	175	150	178
血糖値有所見者の未治療者(再掲)	人	19	12	14	15	20
	割合	11.9%	7.4%	8.0%	10.0%	11.2%
保健指導実施者	人	10	6	11	15	17
	割合	52.6%	50.0%	78.6%	100.0%	85.0%
治療開始した者	人	9	6	7	8	11
	割合	47.4%	50.0%	50.0%	53.3%	55.0%

*1 HbA1c7.0以上のもの

表 23 HbA1c8.0 以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖有所見者*1	人	160	163	175	150	178
HbA1 c8.0% 以上 (再掲)	人	4	4	5	1	6
	割合	2.5%	2.5%	2.9%	0.7%	3.4%
保健指導実施者	人	1	3	5	1	6
	割合	25%	75%	100%	100%	100%
HbA1 c8.0% 以上の 未治療者	人	1	1	4	1	2
	割合	25%	25%	80%	100%	33%

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、心電図検査の全数実施をしており、約 8 割が受診しています。(表 24)

有所見者のうち ST 所見をみると、要精査と判定を受けた者のうち、令和4年度は 83.3%が医療機関を受診しています(表 25)。心房細動未治療者については、令和 2 年度以降は全数が治療や精密検査につながっています。(表 26)

ST所見で要精査以外の判定の者や、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行っていきます。

表 24 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性												
健診受診者(人)40歳以上	a	1,528	725	803	1,541	736	805	1,472	702	770	1,551	748	803	1,510	732	778
心電図受診者(人)	b	1,242	579	663	1,199	562	637	1,193	568	625	1,249	614	635	1,215	597	618
心電図実施率	b/a	81.3%	79.9%	82.6%	77.8%	76.4%	79.1%	81.0%	80.9%	81.2%	80.5%	82.1%	79.1%	80.5%	81.6%	79.4%
要精査者(人)	d	66	45	21	72	52	20	72	43	29	82	51	31	86	52	34
要精査率	c/b	5.3%	7.8%	3.2%	6.0%	9.3%	3.1%	6.0%	7.6%	4.6%	6.6%	8.3%	4.9%	7.1%	8.7%	5.5%
心房細動(人)	e	19	15	4	11	8	3	17	15	2	12	10	2	17	15	2
心房細動有所見率	e/b	1.5%	2.6%	0.6%	0.9%	1.4%	0.5%	1.4%	2.6%	0.3%	1.0%	1.6%	0.3%	1.4%	2.5%	0.3%
うち、心房細動未治療(人)		2	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表 25 心電図受診者のうち、ST 所見の状況

		H30	R1	R2	R3	R4					
心電図実施者		1,242	1,199	1,193	1,249	1,215					
ST異常所見		32	2.6%	22	1.8%	36	3.0%	43	3.4%	31	2.6%
要医療・要精査		5	15.6%	3	13.6%	5	13.9%	1	2.3%	6	19.4%
	医療機関受診あり	4	80.0%	3	100.0%	4	80.0%	1	100.0%	5	83.3%
	医療機関受診なし	1	20.0%	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	1	16.7%
それ以外の判定		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表 26 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	19		11		17		12		17	
心房細動未治療者	2	10.5%	2	18.2%	0	0.0%	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	-
治療開始	0	0.0%	0	0.0%	0	-	0	-	0	-

③脳血管疾患重症化予防対策

高血圧Ⅱ度以上の者の割合は、年々減少していますが、約5割は未治療者です。令和4年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者44人のうち、保健指導後、治療につながった者は16人(36%)でした。高血圧Ⅲ度においては、11人のうち7人が未治療者でした。(表27)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であるとともに、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、腎疾患等臓器障害の程度と深く関与しています。表27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として適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧者にも家庭血圧の測定をすすめ、血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良者が43.6%いることから、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。

表 27 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
血圧実施者	人(a)	2,132	2,127	2,043	2,390	2,118
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	85	90	92	73	78
	(b/a)	4.0%	4.2%	4.5%	3.1%	3.7%
治療あり	人(c)	40	43	47	38	34
	(c/b)	47.1%	47.8%	51.1%	52.1%	43.6%
治療なし	人(d)	45	47	45	35	44
	(d/b)	52.9%	52.2%	48.9%	47.9%	56.4%
治療開始	人(e)	8	14	19	17	16
	(e/d)	18%	30%	42%	49%	36%
血圧Ⅲ度以上の者 (再掲)	人(f)	15	13	13	18	11
	(f/a)	0.7%	0.6%	0.6%	0.8%	0.5%
保健指導実施者	人	3	3	7	11	4
	割合	18.8%	27.8%	42.4%	42.5%	52.6%

表 28 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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)		血圧分類 (mmHg)			
		高値血圧 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
345		193 55.9%	119 34.5%	27 7.8%	6 1.7%
リスク第1層 予後影響因子がない	21 6.1%	C 14 7.3%	B 7 5.9%	B 0 0.0%	A 0 0.0%
	204 59.1%	C 114 59.1%	B 69 58.0%	A 17 63.0%	A 4 66.7%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁限症性心房細動、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	120 34.8%	B 65 33.7%	A 43 36.1%	A 10 37.0%	A 2 33.3%

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

■ …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	76 22.0%
	概ね1ヵ月後に 再評価	141 40.9%
C	概ね3ヵ月後に 再評価	128 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 非弁限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定されることも大きい。」とされています。

本町においては、生涯を通じた健康づくりの取り組みとして、一人一人の町民が、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、コロナ禍で集団での健康教育ができなかったこともあり、広報による周知が主でした。令和4年度からは、肥満の改善や血圧改善を目的として、集団健診会場で食品に含まれる塩や野菜の適正摂取量を展示してきました。

また、福島県民の食塩摂取量は男性が全国ワースト1位(11.9g)、女性が全国ワースト2位(9.9g)と多く、日頃の食生活で摂取している塩分量を知ってもらうために、総合健診時に推定食塩摂取量検査を実施しています。令和4年度の町民の塩分平均摂取量は男性が9.5g、女性が9.1gと国が定めている目標量(男性:7.5g未満、女性:6.5g未満)よりも多くなっています。

第3期計画で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福島県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、各種団体や行政区単位で出前講座等を毎年行い、広く町民へ周知していきます。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)	
			初年度 H30	中間評 価 R2	最終評 価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	3.4%	1.6%	1.7%	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	2.6%	2.5%	1.9%		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	0.2%	1.7%	1.9%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.0%	1.5%	1.8%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.2%	0.5%	0.7%		指代代町調 べ
	短期目標	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	32.9%	36.2%	36.5%	指代代町 保健福祉課	
		健診受診者の高血圧者の割合の減少 (160/100以上)	3.8%	4.4%	3.5%		
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少 (LDL160以上)	11.9%	10.7%	6.3%		
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上)	8.4%	9.5%	10.8%		
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.2%	0.40%	0.40%		
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	18.0%	42.0%	36.0%		
		糖尿病の保健指導を実施した割合	18.8%	42.4%	52.6%		
	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	57.4%	57.2%	60.4%	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	61.3%	69.1%	60.9%		
		特定保健指導対象者の割合の減少	21.4	15.8	21.5		
	努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	-	15.4	14.4	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	-	36.6	36.9	
			大腸がん検診受診者の増加	-	30.1	29.8	
子宮がん検診受診者の増加			-	26.4	3.4		
乳がん検診受診者の増加			-	16.6	7.6		
5つのがん検診の平均受診率の増加			0.0	25.0	18.4		
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	71.8%	78.8%	81.5%	厚生労働省	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

令和4年度の医療費は、平成30年度から比較すると約1億円増加していますが、同規模、県及び国と比較すると医療費は低く、介護給付費は横ばいの状況です。(表 6.8)

中長期目標疾患の医療費割合をみると、脳血管疾患と虚血性心疾患は減少、人工透析の割合は増加傾向にあります。しかし、心疾患は同規模、県及び国より高い状況です。(表 10)

健診結果の経年変化をみると(継続受診者)、Ⅱ度高血圧、LDL-C160 以上者の前年度からの変化では、改善率はよくなってきていますが、HbA1c6.5 以上の者の前年度からの変化では改善率が1.0ポイント低くなっています。(表 17.18.19)

また、表 16 よりメタボリックシンドロームの割合は平成30年度と令和4年度を比較すると4.4ポイント増加しています。

特定健診の受診率については、少しずつ増加してきていますが、特定保健指導は年度によって差がある状態です(表 20)。平成26年度から特定保健指導については、集団指導から個別指導に形態を変えて実施してきました。また、令和3年度からは保健師を保健衛生部局に集約配置した上で地区担当制を導入し、特定保健指導のほか、重症化予防のための保健指導にも力を入れ、糖尿病性腎症、虚血性心疾患及び脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症の減少を目指し、個別の保健指導にも力を入れてきました。その結果、3疾患の治療者の割合は増加してきており、特定健診の未受診者勧奨と併せて実施してきた重症化予防事業での受診勧奨や個別の保健指導は効果があったと考えられます。(表 12.13.14)

また、医療受診が必要な者には受診勧奨を行うほか、治療中の者には、医療機関と連携し重症化予防のための個別保健指導を行うとともに、メタボリックシンドロームに対する保健指導については、実施方法の検討や保健師の力量形成を引き続き行いながら、生活習慣を見直せる町民が増えるよう保健指導を実施していく必要があります。

高齢化率の上昇と若い人の人口減が減少している中で、若い人の健康状態がよくなければ、社会保障費(医療費・介護費)の増加につながり、国民皆保険制度の持続も困難になりかねません。そのためには、特定健診受診者を増やし、病気を予防することの大切さを町民に理解していただくことが大切になってきます。特に若い人は医療保険(国保や社保)を異動することが多いので、今後は保険者間で連携を図り、情報共有が必要と考えられます。

ポピュレーションアプローチとしては、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に周知していくことと併せて、肥満解決のため、食に関する学習の場も作っていく必要があります。

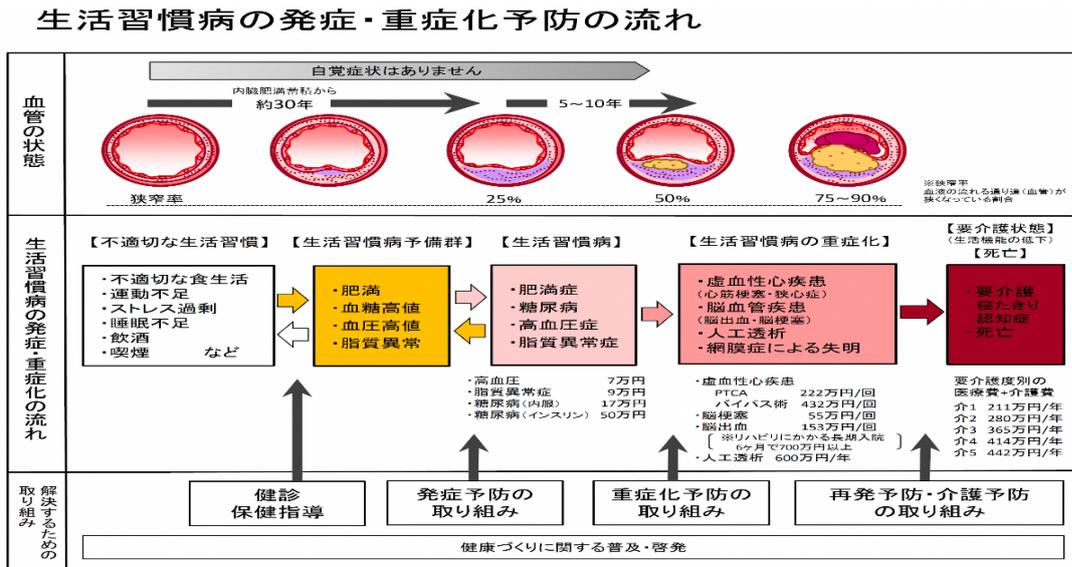
生活習慣病は成人の死亡と深く関わっており、その予防は喫緊の課題であることから、生活習慣が確立される乳幼児期から小児期にかけての取り組みも大切であると考えます。そのため本町においては、健康増進法のもと妊産婦、乳幼児期及び成人のデータを保有しており、また本計画の対象者は被保険者全員であることから、ライフサイクルの視点でデータを分析する必要があり、関係機関とも連携を図りながら、町民の健康を守る仕組みづくりをライフサイクル別に行っていく必要があります。

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、不適切な生活習慣から、生活習慣病予備群、生活習慣病へ、さらには重症化・合併症へと悪化する者を減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、さらには健康な状態へ改善する者を増加させることが必要となります。

図9 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

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

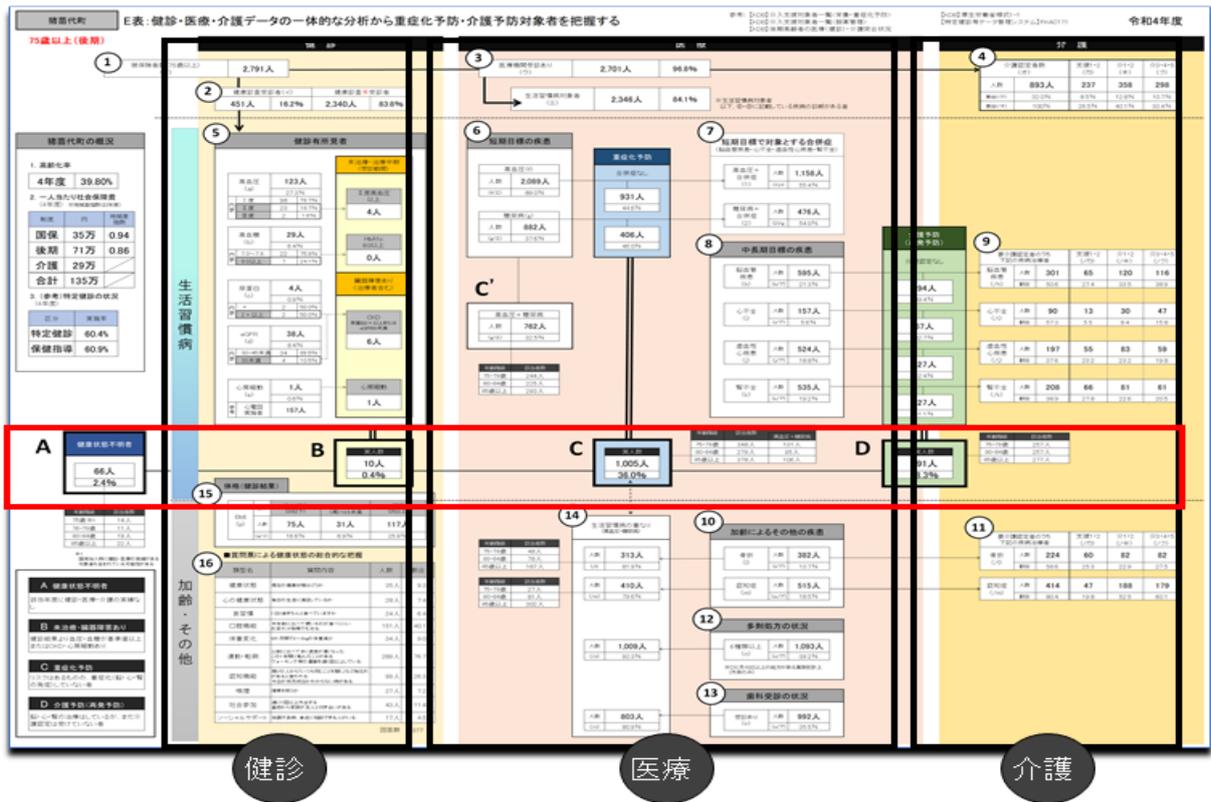
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図10に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

図 10 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

表 30 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期: R04年度	
被保険者数	3,748人	3,591人	3,527人	3,508人	3,385人	2,853人	
総件数及び 総費用額	件数	28,897件	28,806件	27,047件	27,708件	27,939件	36,836件
	費用額	10億9883万円	11億3737万円	11億4578万円	11億3286万円	11億9383万円	21億7986万円
一人あたり医療費	29.3万円	31.7万円	32.5万円	32.3万円	35.3万円	76.4万円	

出典:ヘルスサポートラボツール

表 31 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		
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
① 国保	猪苗代町	11億9383万円	28,661	1.92%	0.46%	1.66%	1.92%	6.92%	3.83%	4.07%	2億4819万円	20.79%	19.65%	5.33%	7.83%
	同規模	--	30,653	4.23%	0.33%	2.07%	1.38%	6.02%	3.54%	2.04%	--	19.60%	17.23%	8.13%	8.66%
	県	--	28,703	3.22%	0.28%	2.05%	1.38%	6.43%	3.81%	2.35%	--	19.53%	17.73%	8.61%	8.28%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	猪苗代町	21億7986万円	64,352	0.82%	0.75%	2.82%	2.01%	4.31%	3.48%	2.56%	3億6531万円	16.76%	11.04%	2.07%	10.46%
	同規模	--	66,508	4.21%	0.52%	3.96%	1.49%	4.19%	3.35%	1.24%	--	18.96%	10.49%	3.78%	11.96%
	県	--	62,624	5.17%	0.46%	3.64%	1.60%	4.40%	3.51%	1.40%	--	20.17%	10.88%	3.40%	11.41%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

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

表 32 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	126人	109人	112人	116人	132人	302人
	件数	B	207件	195件	191件	187件	449件	481件
		B/総件数	0.72%	0.68%	0.71%	0.67%	1.61%	1.31%
	費用額	C	2億8275万円	2億7426万円	2億9422万円	2億7526万円	6億2042万円	6億0392万円
C/総費用		25.7%	24.1%	25.7%	24.3%	52.0%	27.7%	

出典:ヘルスサポートラボツール

表 33 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	9人	3人	6人	7人	6人	21人		
		D/A	7.1%	2.8%	5.4%	6.0%	4.5%	7.0%		
	件数	E	22件	5件	8件	11件	14件	35件		
		E/B	10.6%	2.6%	4.2%	5.9%	3.1%	7.3%		
	年代別	40歳未満	0	0	0	0	0	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0	0	0	0	70-74歳	0	0.0%
		50代	4	0	0	5	0	75-80歳	6	17.1%
		60代	9	3	5	0	9	80代	22	62.9%
		70-74歳	9	2	3	5	5	90歳以上	7	20.0%
	費用額	F	2672万円	796万円	905万円	1771万円	1890万円	4432万円		
		F/C	9.5%	2.9%	3.1%	6.4%	3.0%	7.3%		

出典:ヘルスサポートラボツール

表 34 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	8人	10人	7人	4人	8人	10人		
		G/A	6.3%	9.2%	6.3%	3.4%	6.1%	3.3%		
	件数	H	11件	10件	10件	6件	22件	13件		
		H/B	5.3%	5.1%	5.2%	3.2%	4.9%	2.7%		
	年代別	40歳未満	0	0	0	0	0	65-69歳	2	15.4%
		40代	0	0	1	0	0	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0	0	0	0	75-80歳	4	30.8%
		60代	6	3	2	2	14	80代	6	46.2%
		70-74歳	5	7	7	4	8	90歳以上	1	7.7%
	費用額	I	1452万円	1523万円	1511万円	848万円	2987万円	1571万円		
		I/C	5.1%	5.6%	5.1%	3.1%	4.8%	2.6%		

出典:ヘルスサポートラボツール

表 36 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定介護率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)					
		被保険者数			特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	32.7	1,099	1,463	2,912	43.7	54.7	13.1	5.6	5.6	7.1	36.5	30.9	27.6
R04	32.0	1,027	1,777	2,791	37.8	55.7	16.2	5.2	5.2	6.9	35.8	32.6	25.9

表 37 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	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%		
H30	24	5.0	(11)	22	2.8	(4)	25	6.6	(3)	15	3.1	(2)	40	5.0	(2)	5	1.3	(1)	5	1.0	8	1.0	6	1.6	0	—	12	1.5	0	—
R04	16	4.1	(6)	32	3.2	(11)	25	5.5	(4)	17	4.4	(3)	59	6.0	(2)	7	1.6	(0)	4	1.0	15	1.5	6	1.3	2	0.5	17	1.7	1	0.2

表 38 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	74.2	88.4	97.5	36.3	60.7	85.7	79.9	83.7	87.5	42.9	43.2	35.1	30.8	33.7	29.8	34.5	39.6	63.9	35.1	38.3	61.7
R04	70.4	88.7	96.8	31.5	65.4	84.1	84.8	88.7	89.0	48.0	45.1	37.6	34.7	35.9	32.5	10.6	19.4	55.4	11.0	23.0	54.0

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

表 39 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
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	4.9	7.7	25.0	4.6	8.7	20.4	5.6	13.3	28.9	2.9	5.7	13.3	13.0	15.9	46.4	3.9	8.6	37.8	3.2	5.1	41.3	0.0	15.5	43.8
R04	0.6	1.6	21.3	0.4	2.1	18.8	0.8	2.3	5.6	2.7	10.1	19.2	16.7	48.3	50.6	0.0	13.5	37.6	0.0	22.5	57.3	0.0	8.9	38.9

表 40 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	69.8	81.9	56.3	78.9	2.9	9.5	1.1	19.7	16.3	53.4	62.5	77.0
R04	75.0	81.9	70.0	79.6	1.1	13.7	2.3	18.5	45.0	58.6	50.0	80.4

(3)健康課題の明確化(表 30～40)

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費で比較すると新型コロナウイルス感染症の影響が大きかった令和 3 年度を除き、増加傾向にあります。また、後期高齢者の一人あたり医療費は約 76 万円と、国保の約 2.2 倍高い状況です。(表 30)

本町では、これまで糖尿病・高血圧・脂質異常症に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模、県及び国と比較して高い状況です。(表 31)

国保の高額レセプトについては、令和 3 年度までは年間約 200 件発生していますが、後期高齢者になると、約 2.5 倍になっていることがわかります。

なお、国保の令和 4 年度のレセプト件数は 449 件と急激に増加しており、費用額は例年の 3 倍に増加しています(表 32)。脳血管疾患や虚血性心疾患の高額レセプトの推移をみると(表 33、34)急激な増加はみられないことから、今後内容を精査していく必要があります。

脳血管疾患における高額レセプトの推移をみると、国保では平成 30 年度が一番多く 22 件で 2,672 万円の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 14 件と件数が減り、費用額も 1,800 万円と減っています。しかし、後期高齢者においては、35 件発生し、4,432 万円の費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及

ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても引き続き力を入れる必要があります。(表 33)

健診・医療・介護のデータについて平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、表 36「被保険者数と健診受診状況」では、①被保険者数は、40～64 歳と 75 歳以上で減少、65 歳～74 歳で増加となっており、本町では 65 歳以上の高齢者が増加していることが分かります。

また、⑤の体格をみると、65～74 歳で、BMI25以上の率が 1.7 ポイント高くなっています。

表 37「健診有所見状況」をみると、HbA1c7.0 以上においては、各年代で対象人数が増えており、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。

表 38「短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況」をみると、「高血圧+合併症」と「糖尿病+合併」を比較すると、各年代で低くなっています。(※合併症とは、脳血管疾患、心不全、虚血性心疾患及び腎不全を指す)

表 39「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」において、中長期目標の疾患の被保数割を比較すると、腎不全が 65-74 歳で 4.3%、75 歳以上で 5.9 ポイント増加しています。中長期疾患のうち介護認定者においては、脳血管疾患では 40-64 歳で 3.7 ポイント、65-74 歳で 32.4 ポイント、75 歳以上で 4.2 ポイント高くなっています。虚血性心疾患では 65-74 歳で 4.9 ポイント、心不全では 65-74 歳で 17.4 ポイント、75 歳以上で 16 ポイント高くなっています。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、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。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 章の「課題解決するための個別保健事業」に記載します。

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きます。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(表 41)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

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、最終年度までに減少させることを目指します。

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

また、軽症時に通院せず、重症化して入院することから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、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することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげる事が重要であるため、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。

3) 管理目標の設定

表 41 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 (活用データ年度)
				初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (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	1.7	1.6	1.5	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	1.9	1.8	1.7	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	1.9	1.8	1.7	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.8	1.7	1.6	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.7	0.5	0.3	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	36.5	34.5	32.5	猪苗代町保健福祉課
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	3.5	2.5	2.0	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	6.3	5.0	4.0	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C8.5%以上)	10.5	9.0	8.0	
			★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	0.4	0.3	0.2	
	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	80	90	100			
	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	60.4	61.5	62.5	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	60.9	63.0	65.0	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	21.5	22.5	23.5	

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

表 42 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	60.4%	61.0%	61.5%	62.0%	62.5%	62.5%
特定保健指導実施率	60.9%	62.0%	63.0%	64.0%	65.0%	65.0%

3. 対象者の見込み

表 43 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	2,280人	2,144人	2,016人	1,916人	1,802人	1,694人
	受診者数	1,376人	1,307人	1,239人	1,187人	1,126人	1,058人
特定保健指導	対象者数	115人	104人	99人	92人	90人	84人
	受診者数	70人	64人	62人	58人	58人	54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ます。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

- ① 集団健診(猪苗代町総合体育館他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、および実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、本町のホームページに掲載します。

(参照) URL : <http://www.town.inawashiro.fukushima.jp>

(4) 特定健診実施項目

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

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

表 44 特定健診検査項目

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

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

(5)実施時期

毎年6月から10月まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

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

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、かかりつけ医に協力と連携をお願いします。

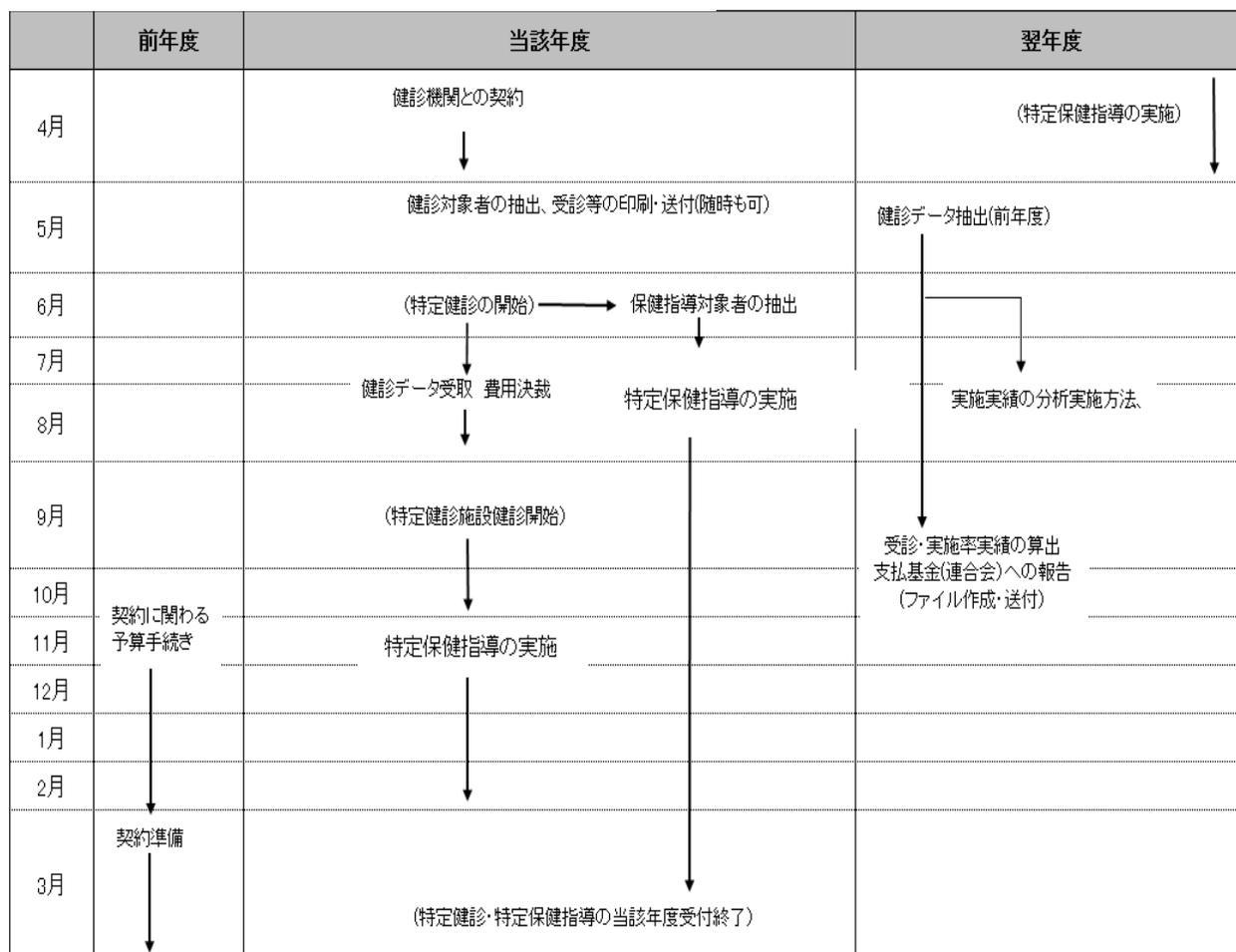
(7)代行機関

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

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図 11 特定健診実施スケジュール



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(保健福祉課健康づくり係)で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

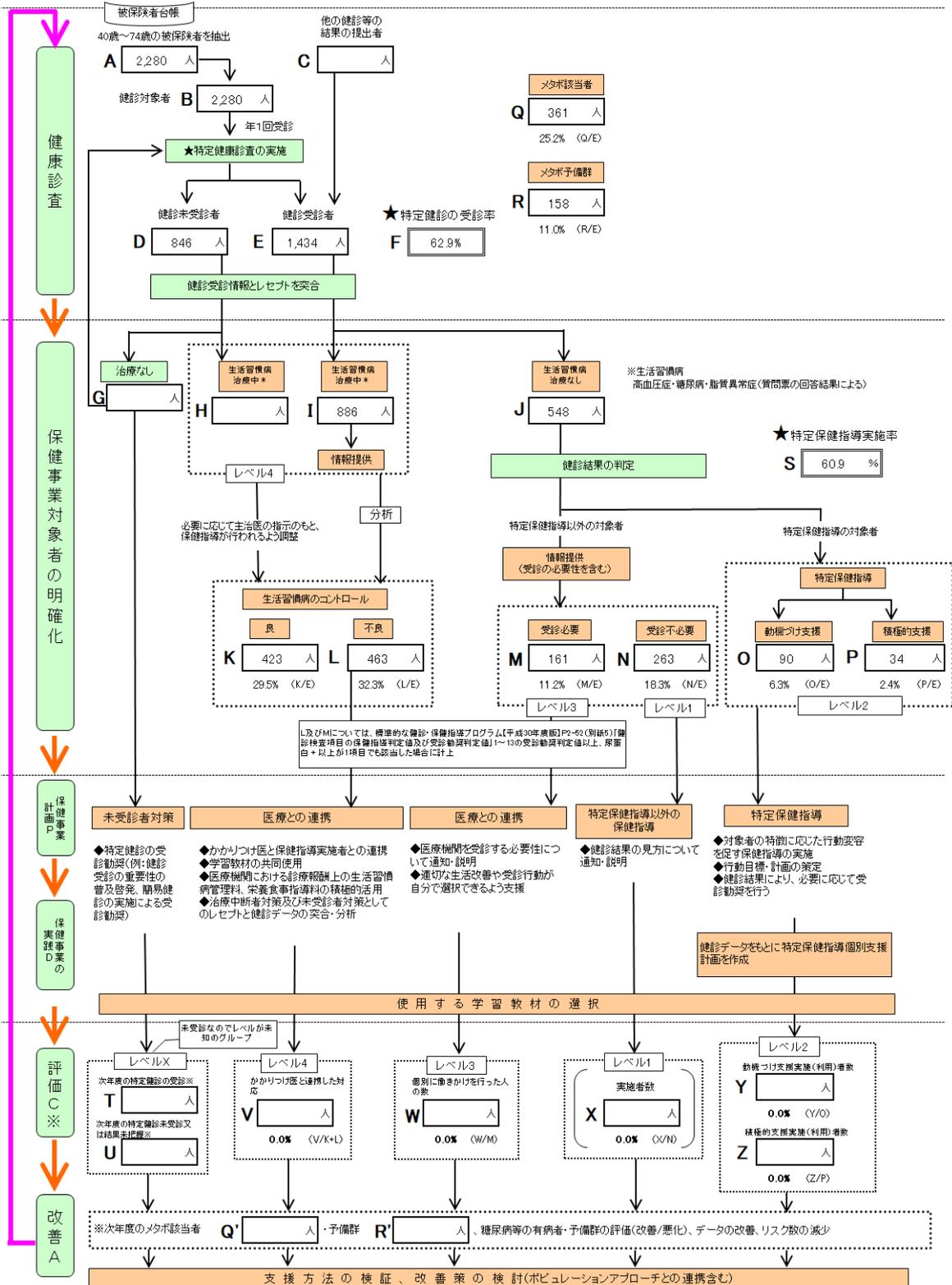
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1)健診から保健指導実施の流れ

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

図 12 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



出典：ヘルサポータルツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

表 45 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	124人 (8.6%)	65%
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	161人 (11.2%)	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)	846 ※ 受診率目標達成までにあと86人	65%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	263人 (18.3%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆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	886人 (61.8%)	100%

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かって進捗状況管理と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ます。

図 13 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		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎施設健康診査実施の依頼		
6月	◎特定健康診査(集団)の開始 ↓		◎若い人の健診、特定健診、後期高齢者健診、がん検診開始
7月		◎対象者の抽出	
8月		◎保健指導の開始	
9月	◎施設健診実施(10月末まで)		◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月	◎健診の終了	◎利用券の登録	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および猪苗代町個人情報の保護に関する法律施行条例を踏まえた対応を行います。

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、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、猪苗代町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

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

ポピュレーションアプローチの取り組みとしては、生活習慣病の重症化による医療費や介護費用等の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を行うことが重要となります。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。

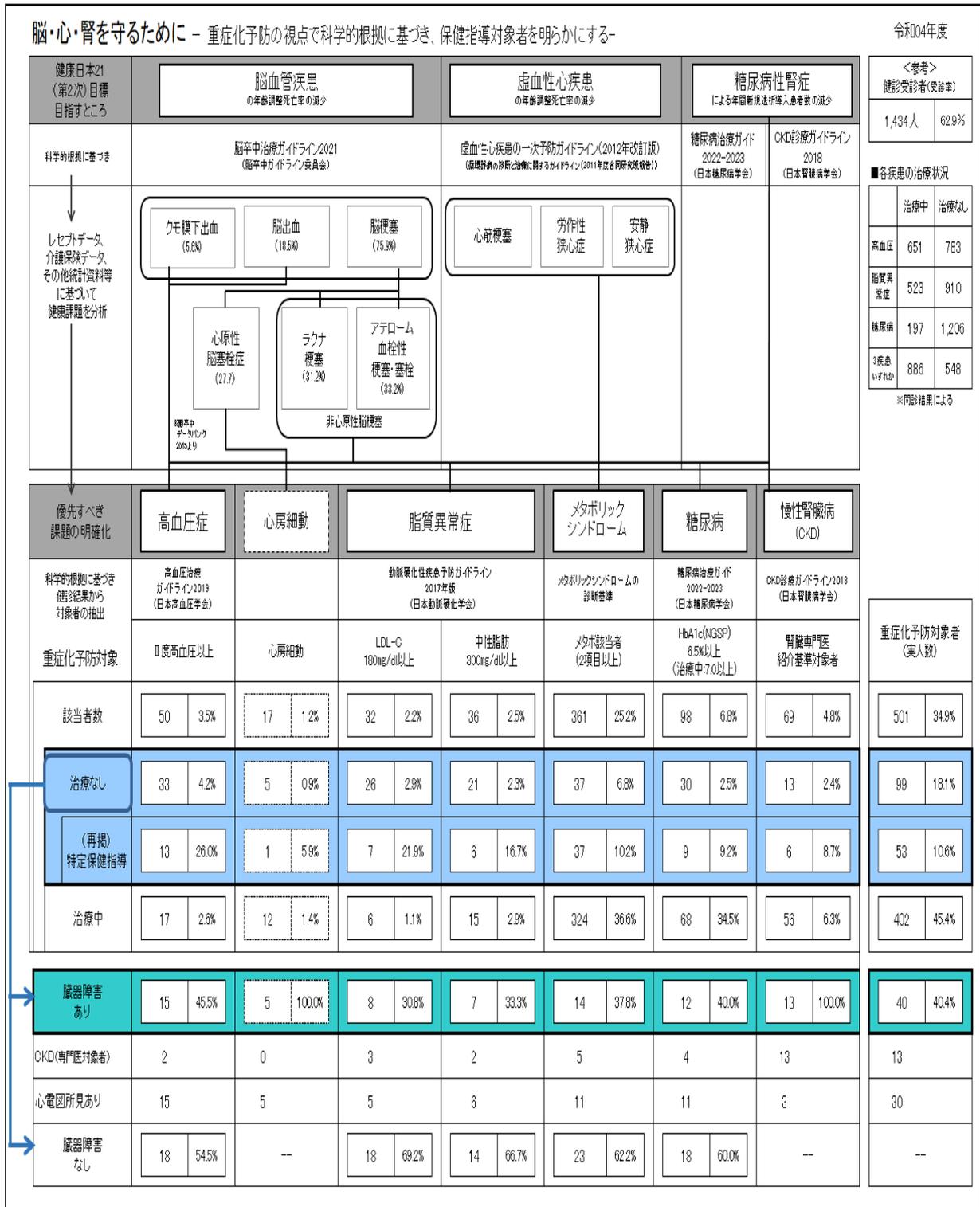
II. 重症化予防の取り組み

本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、501人(34.9%)です。そのうち「治療なし」が99人(18.1%)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40人です。

また、本町においては、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、100人中53人と高いため、特定保健指導の徹底も併せて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図14)

本計画で成果が出せるように、一つ一つの事業対象者を明らかにして、プロセス計画を立てながら、必要な方へ継続的に保健指導を実施していくとともに、各保険者間での情報共有に努めていくものとします。

図 14 脳・心・腎を守るために



出典: ヘルサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

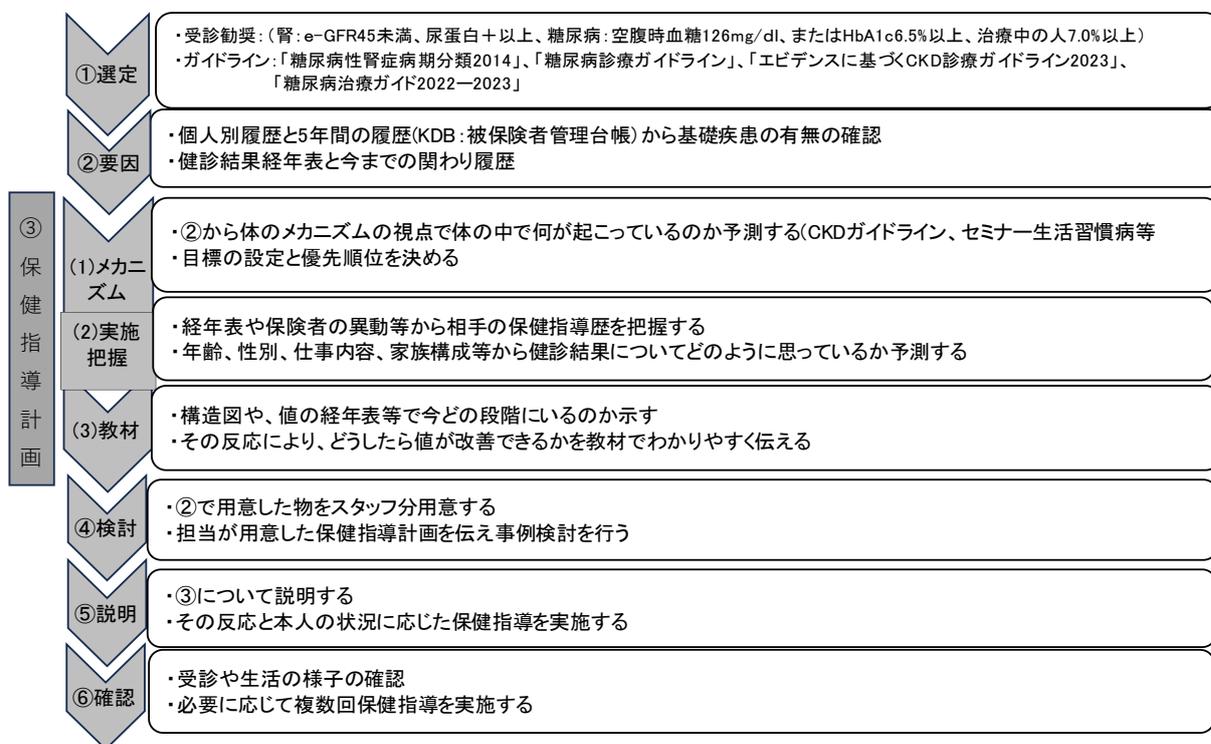
1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取り組みにあたっては「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サイクルに沿って実施していきます。

なお、取り組みにあたっては図15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15 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

取り組み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 16 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。

本町においては、特定健診におい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)を把握しています。また、尿アルブミンについては令和元年度から二次検査として実施しており、腎症病期の推測が可能となっています。

(※前年度健診結果を基に対象者を抽出し、次年度の健診時に付加して受診できる体制を取っている。)

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。(図 17)

本町の特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、48人(19.5%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者722人のうち、特定健診受診者が198人(80.5%・G)で、糖尿病治療者で特定健診未受診者524人(72.6%・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います。

③ 介入方法と優先順位

図 17 のとおり本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）・・・48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）・・・102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

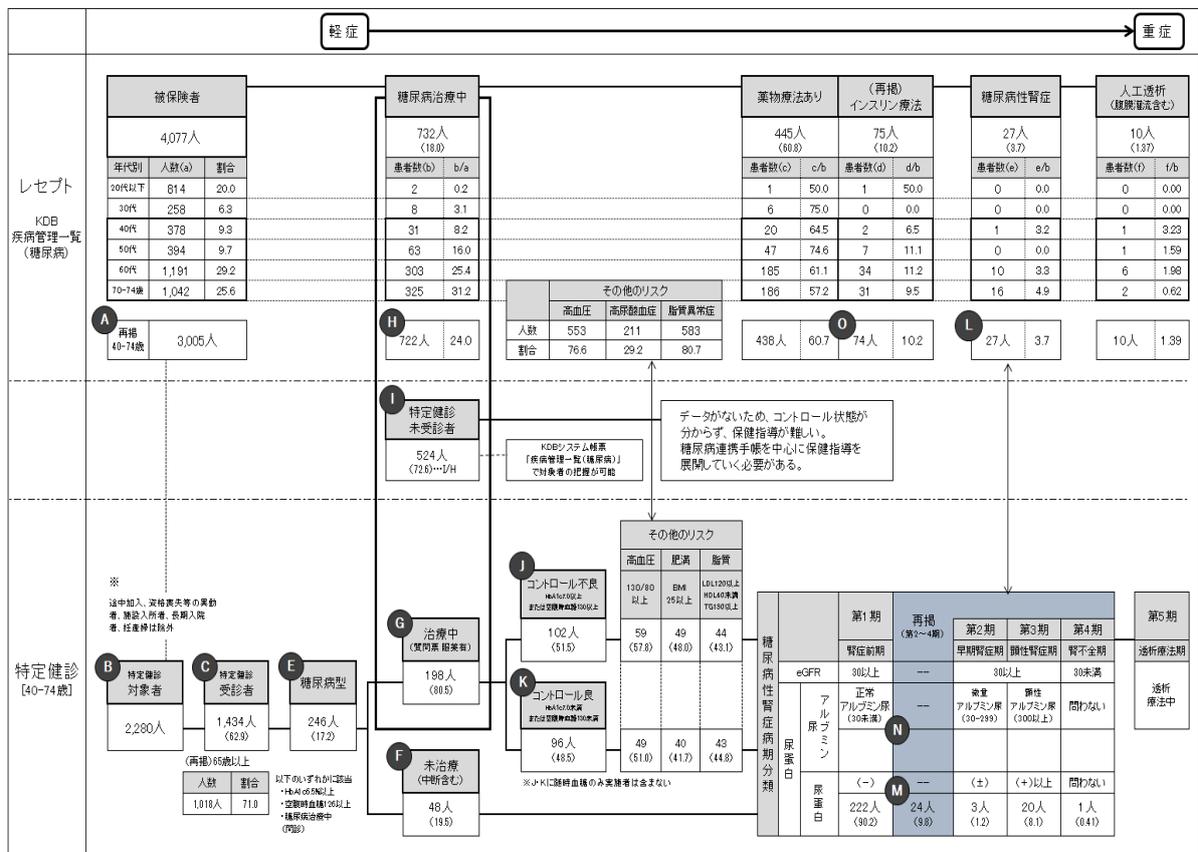
【保健指導】

- ・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 17 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



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。本町においては、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実施します。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ます。

図 18 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 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてください
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコナーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみてください	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 チアソリジン薬とは？
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でしょう
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、尿蛋白定性検査と二次検査として対象者を限定してアルブミン検査を実施しているので、可逆的な糖尿病性腎症第 2 期にある対象者に保健指導ができる体制としているため、早期介入を行うことで腎症重症化予防を行います。

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、事前に猪苗代町医師団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、かかりつけ医から対象者の検査データの収集、保健指導への助言をいただきます。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に準じ行います。

5) 高齢者福祉部門(介護保険担当係)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、高齢者福祉係や猪苗代町地域包括支援センター等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併せ年 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、表 46「糖尿病性腎症重症化予防の取組評価」を用いて行います。

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

表 46 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	猪苗代町										同規模(保除者(平均))		データ基	
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1 ① 被保険者数	A	3,859人		3,653人		3,548人		3,573人		3,589人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		(再掲)40~74歳		2,936人		2,848人		2,837人		2,896人		2,839人			
2 ① 特定健診 ② 対象者数	B	2,467人		2,448人		2,460人		2,436人		2,486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	
		受診者数		1,470人		1,494人		1,455人		1,494人		1,434人			
3 ① 特定 保健指導 ② 実施率	C	173人		154人		162人		141人		110人					
		61.3%		64.9%		69.1%		64.5%		62.7%					
4 ① 健診 データ	E	糖尿病型		233人 15.9%		220人 14.7%		237人 16.3%		255人 17.1%		246人 17.2%		特定健診結果	
		未治療・中断者(質問票 回答なし)		65人 27.9%		57人 25.9%		55人 23.2%		53人 20.8%		48人 19.5%			
		治療中(質問票 回答あり)		168人 72.1%		163人 74.1%		182人 76.8%		202人 79.2%		198人 80.5%			
		コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130mg/dL以上		84人 50.0%		80人 49.1%		88人 48.4%		104人 51.5%		102人 51.5%			
		血圧 130/80以上		48人 57.1%		45人 56.3%		56人 63.6%		55人 52.9%		59人 57.8%			
		肥満 BMI25以上		30人 35.7%		30人 37.5%		39人 44.3%		50人 48.1%		49人 48.0%			
		コントロール良 HbA1c7.0%未満かつ空腹時血糖130未満		84人 50.0%		83人 50.9%		94人 51.6%		98人 48.5%		96人 48.5%			
		第1期 尿蛋白(-)		209人 89.7%		194人 88.2%		209人 88.2%		225人 88.2%		222人 90.2%			
		第2期 尿蛋白(±)		7人 3.0%		5人 2.3%		6人 2.5%		8人 3.1%		3人 1.2%			
		第3期 尿蛋白(+)		15人 6.4%		20人 9.1%		21人 8.9%		19人 7.5%		20人 8.1%			
		第4期 eGFR30未満		2人 0.9%		1人 0.5%		1人 0.4%		2人 0.8%		1人 0.4%			
5 ① レセプト	H	糖尿病受療率(被保険者千対)		108.8人		111.1人		111.6人		116.7人		122.0人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		(再掲)40~74歳(被保険者千対)		142.0人		141.5人		138.5人		142.3人		152.5人			
		レセプト件数 (40~74歳)		2,408件 (845.8)		2,400件 (846.9)		2,409件 (844.4)		2,411件 (847.2)		2,506件 (924.4)			KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		入院外(件数)		9件 (3.2)		17件 (6.0)		11件 (3.9)		3件 (1.1)		17件 (6.3)			
		入院(件数)		9件 (3.2)		17件 (6.0)		11件 (3.9)		3件 (1.1)		17件 (6.3)			
		糖尿病治療中		420人 10.9%		406人 11.1%		396人 11.2%		417人 11.7%		438人 12.2%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2
		(再掲)40~74歳		417人 14.2%		403人 14.2%		383人 13.9%		412人 14.2%		433人 15.3%			
		健診未受診者		249人 59.7%		235人 58.3%		211人 53.7%		210人 51.0%		235人 54.3%			
		インスリン治療		45人 10.7%		50人 12.3%		52人 13.1%		43人 10.3%		38人 8.9%			
		(再掲)40~74歳		44人 10.6%		50人 12.4%		51人 13.0%		42人 10.2%		39人 9.0%			
		糖尿病性腎症		12人 2.9%		22人 5.4%		24人 6.1%		21人 5.0%		19人 4.3%			
		(再掲)40~74歳		12人 2.9%		22人 5.5%		24人 6.1%		21人 5.1%		19人 4.4%			
		慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症に占める割合)		4人 1.0%		4人 1.0%		6人 1.5%		6人 1.4%		8人 1.8%			
		(再掲)40~74歳		4人 1.0%		4人 1.0%		6人 1.5%		6人 1.5%		8人 1.8%			
		新規透析患者数		1人 0.2%		4人 1.0%		2人 0.5%		2人 0.5%		4人 0.9%			
(再掲)糖尿病性腎症		1人 0.2%		4人 1.0%		2人 0.5%		2人 0.5%		3人 0.7%					
【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症に占める割合)		12人 1.9%		11人 1.7%		11人 2.0%		10人 1.7%		10人 1.6%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期			
6 ① 医療費	I	総医療費		10億9883万円		11億3737万円		11億4578万円		11億3286万円		11億9383万円		KDB 健診・医療・介護データ からみ地域健康課題	
		生活習慣病総医療費		6億1590万円		6億2886万円		6億4300万円		6億0119万円		6億4136万円			
		(総医療費に占める割合)		56.1%		55.3%		56.1%		53.1%		53.7%			
		生活習慣病 1人あたり		9,494円		12,834円		11,518円		12,047円		14,596円			
		健診受診者		35,151円		32,090円		32,092円		30,521円		30,196円			
		健診未受診者		8014万円		8241万円		8286万円		7459万円		8267万円			
		(生活習慣病総医療費に占める割合)		13.0%		13.1%		12.9%		12.4%		12.9%			
		糖尿病医療費		1億8197万円		1億9161万円		2億2049万円		2億3380万円		2億2997万円			
		糖尿病入院外総医療費		34,025円		34,612円		39,663円		40,957円		40,163円			
		1件あたり		699,717円		612,896円		645,046円		650,856円		662,873円			
		在院日数		15日		12日		15日		14日		16日			
		慢性腎不全医療費		475万円		2258万円		2445万円		1855万円		2849万円			
		透析有り		235万円		1885万円		1960万円		1333万円		2296万円			
		透析なし		240万円		373万円		485万円		522万円		553万円			
		7 ① 介護	J	介護給付費		15億7724万円		15億0546万円		15億0166万円		15億5037万円			15億6629万円
(2号認定者)糖尿病合併症				1件 11.1%		1件 10.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%			
8 ① 死亡	K	糖尿病(死因別死亡数)		6人 2.4%		8人 3.2%		6人 2.4%		3人 1.2%		7人 2.9%		582人 1.1%	

出典:ヘルスサポートラボツール

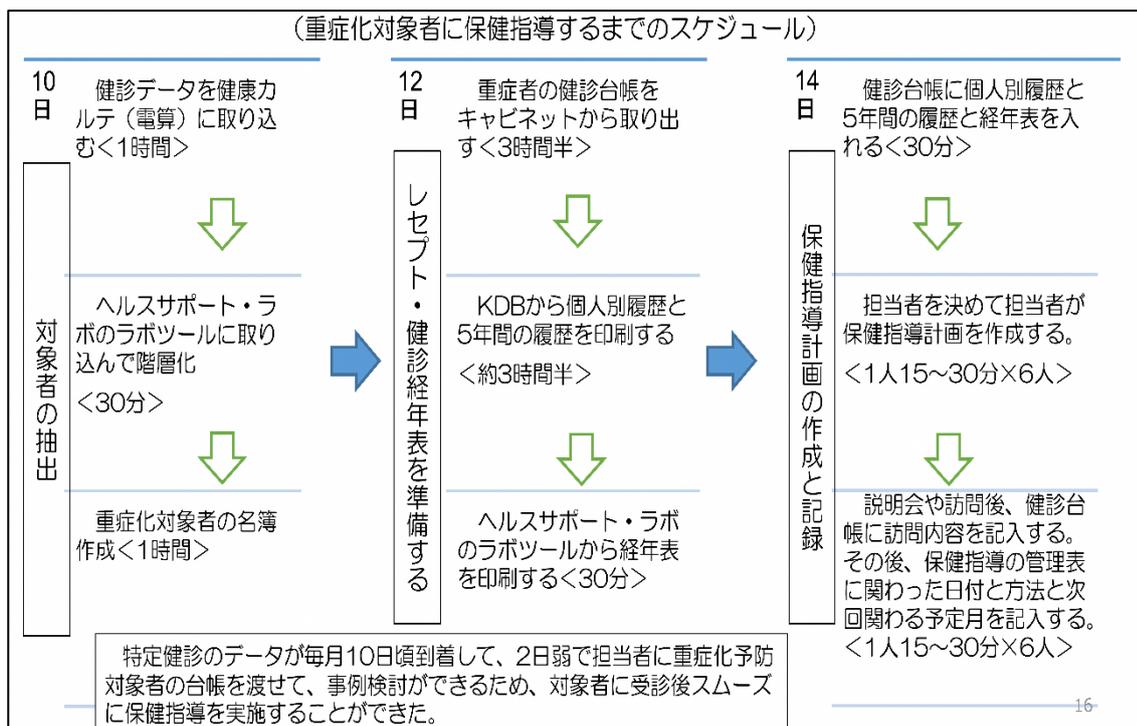
7) 実施期間及びスケジュール

8月 対象者の選定基準の決定

9月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

9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 19 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

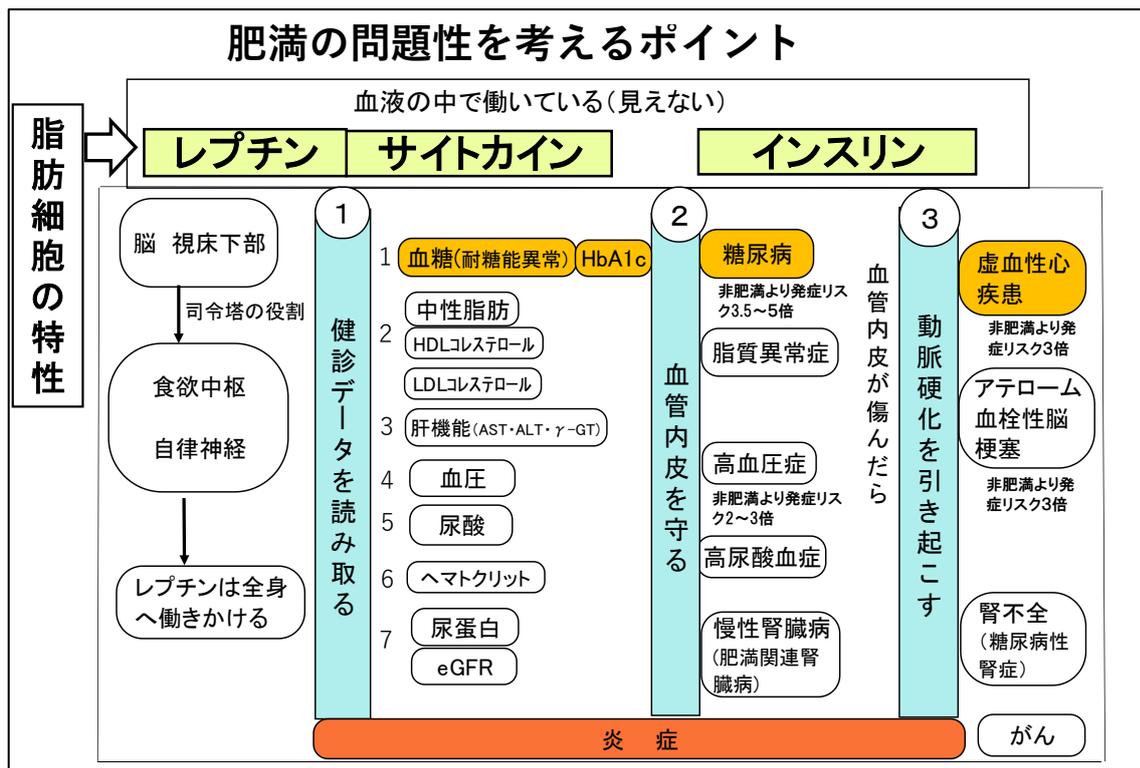
1) 基本的な考え方

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、取り組みにあたっては図20に基づいて考えていきます。

図20 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。

表 47 令和 4 年度肥満度分類別の該当者数(性・年齢別)

	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	40～64歳	65～74歳
総数	416	1,018	151	329	118	288	29	33	4	6	0	2		
				36.3%	32.3%	28.4%	28.3%	7.0%	3.2%	1.0%	0.6%	0.0%	0.2%	
再掲	男性	209	485	95	182	72	171	22	9	1	2	0	0	
					45.5%	37.5%	34.4%	35.3%	10.5%	1.9%	0.5%	0.4%	0.0%	0.0%
	女性	207	533	56	147	46	117	7	24	3	4	0	2	
					27.1%	27.6%	22.2%	22.0%	3.4%	4.5%	1.4%	0.8%	0.0%	0.4%

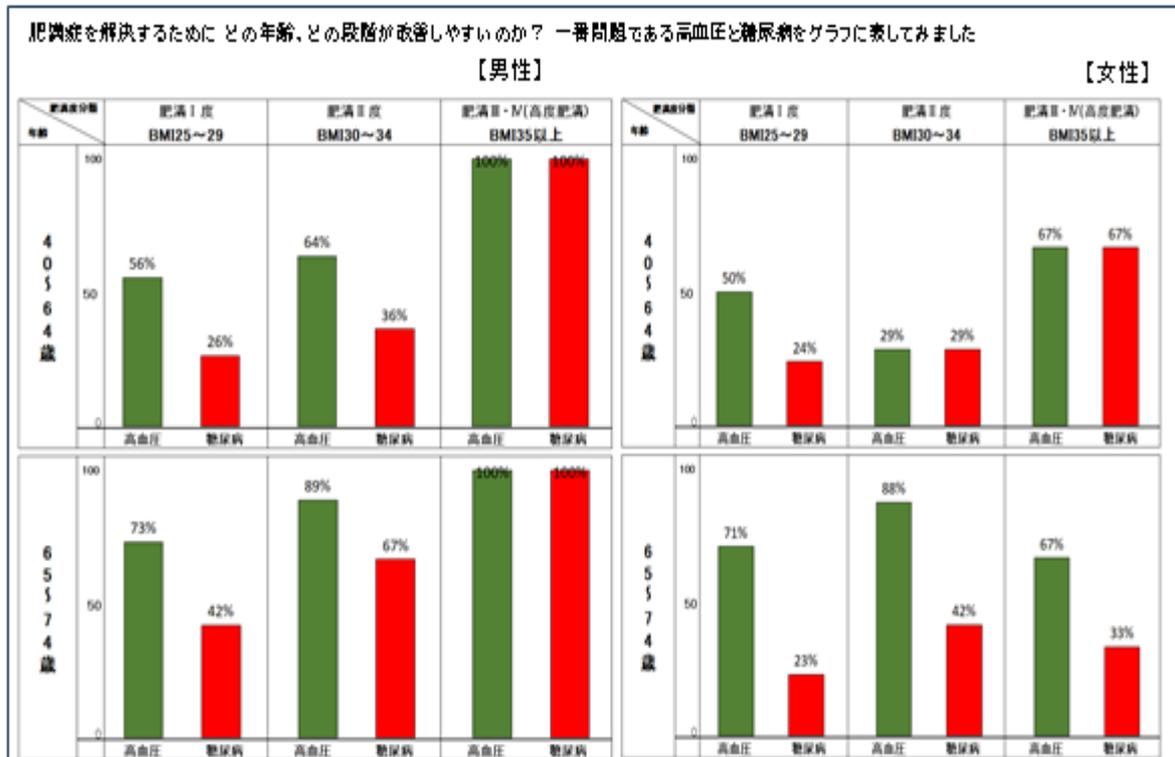
出典：ヘルスサポートラボツール

(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 21 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



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

表 48 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 BMI	I 度				II 度				III 度				IV 度			
		25~29.9				30~34.9				35~39.9				40~			
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない				・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない				・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う				・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない			
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる								・太っているからが腸の便秘もおこるよ				・逆流性食道炎になった。			
排泄	排便									・便秘になって大変				・便秘に座ると便秘が解れる			
	尿意	・横になるとトイレに行きたくなる				・尿意を感じて夜中に目覚める				・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年続かない夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい				・尿意を感じる ・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る ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れる				・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電器に間に合わない ・歩くとき足がしびれる				・200m歩くのにも呼吸が強い ・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 ・寝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 ・シャワーがつかない ・手が届かないので洗車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年前から動作が、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				・動作がする ・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作が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、遅く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				・足の皮膚が赤くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がつかない ・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、表 48 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 21 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的であることがわかります。

③心・脳血管疾患を発症した事例の共通点は未受診者またはメタボリックシンドローム該当者

表 49 心・脳血管疾患を発症した事例

心・脳血管疾患を発症した事例から課題を整理する

事例 No	性別	発症 年齢	KDBから把握							特定 健診	転 帰			
			レセプト											
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患					介護		
			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	女	50代	●					●(R3)					未受診	
2	男	50代	●					●(R3)				介1	未受診	
3	男	50代			●			●	●	●			未受診	
4	男	50代			●			●	●	●			メタボ	
5	男	40代			●					●			メタボ	

3) 対象者の明確化

表 50 令和 4 年度メタボリックシンドローム該当者の状況（性・年齢別）

		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	694	58	74	266	296	740	51	54	322	313	
メタボ該当者	B	246	14	27	94	111	115	2	8	55	50	
	B/A	35.4%	24.1%	36.5%	35.3%	37.5%	15.5%	3.9%	14.8%	17.1%	16.0%	
再掲	① 3項目全て	C	80	3	7	29	41	29	1	2	12	14
		C/B	32.5%	21.4%	25.9%	30.9%	36.9%	25.2%	50.0%	25.0%	21.8%	28.0%
	② 血糖+血圧	D	51	1	9	18	23	13	1	1	6	5
		D/B	20.7%	7.1%	33.3%	19.1%	20.7%	11.3%	50.0%	12.5%	10.9%	10.0%
	③ 血圧+脂質	E	101	8	10	42	41	67	0	3	34	30
		E/B	41.1%	57.1%	37.0%	44.7%	36.9%	58.3%	0.0%	37.5%	61.9%	60.0%
	④ 血糖+脂質	F	14	2	1	5	6	6	0	2	3	1
		F/B	5.7%	14.3%	3.7%	5.3%	5.4%	5.2%	0.0%	25.0%	5.5%	2.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

表 51 令和 4 年度メタボリックシンドローム該当者の治療状況（性・年齢別）

	男性						女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	694	246	35.4%	210	88.6%	28	11.4%	740	115	15.5%	106	92.2%	9	7.8%
40代	58	14	24.1%	10	71.4%	4	28.6%	51	2	3.9%	1	50.0%	1	50.0%
50代	74	27	36.5%	22	81.5%	5	18.5%	54	8	14.8%	5	62.5%	3	37.5%
60代	266	94	35.3%	84	89.4%	10	10.6%	322	55	17.1%	51	92.7%	4	7.3%
70～74歳	296	111	37.5%	102	91.9%	9	8.1%	313	50	16.0%	49	98.0%	1	2.0%

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(表 50)は、男性で 40 代から受診者の 2～3 割を超えるが、女性では 50 代から 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(表 51)は、男女とも 8 割以上が治療中となっていますが、女性の 40～50 代の治療率は 5 割から 6 割と低くなっています。メタボリックシンドローム該当者は増加しており、若い年代の健康意識の低さとメタボリックシンドロームは治療だけでは解決できないことがわかります。

また、表 49「心・脳血管疾患を発症した事例」を整理すると、受診者は健診未受診者かメタ

ボリックシンドローム該当者であることが多く、メタボリックシンドローム該当者では脂肪細胞から分泌されるサイトカインが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。
- ② 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ③ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

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

図 22 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
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	8-3-2 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。

本町においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診としてメタボリックシンドローム該当者にも微量アルブミン検査を引き続き実施していきます。

また、次の検査についても実施を検討していきます。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

本町においては、令和4年度に心電図検査(40～74歳)を1,215人(84.7%)に実施し、そのうち有所見者が335人(27.6%)でした。所見の中でも不整脈の脚ブロックが103人(8.5%)で、所見率が一番高いことがわかります。(表52)

また、有所見者のうち要精査が86人(25.7%)で、その後の受診状況を見ると15人(17.4%)は未受診でした。(表53)。

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。

表52 令和4年度心電図検査結果

性別・年齢	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	
40～74歳	1,215	80.5	335	27.6	21	1.7	31	2.6	22	1.8	10	0.8	23	1.9	103	8.5	17	1.4	80	6.6	
内訳	男性	597	81.6	189	31.7	13	2.2	14	2.3	12	2.0	4	0.7	20	3.4	70	11.7	15	2.5	44	7.4
	女性	618	79.4	146	23.6	8	1.3	17	2.8	10	1.6	6	1.0	3	0.5	33	5.3	2	0.3	36	5.8

猪苗代町調べ

表53 令和4年度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	335		86	25.7	71	82.6	15	17.4
男性	189	31.7	52	27.5	44	84.6	8	15.4
女性	146	23.6	34	23.3	27	79.4	7	20.6

猪苗代町調べ

②心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することから、タイプ別に把握します。(図24)

図 24 心血管病をおこしやすいひと

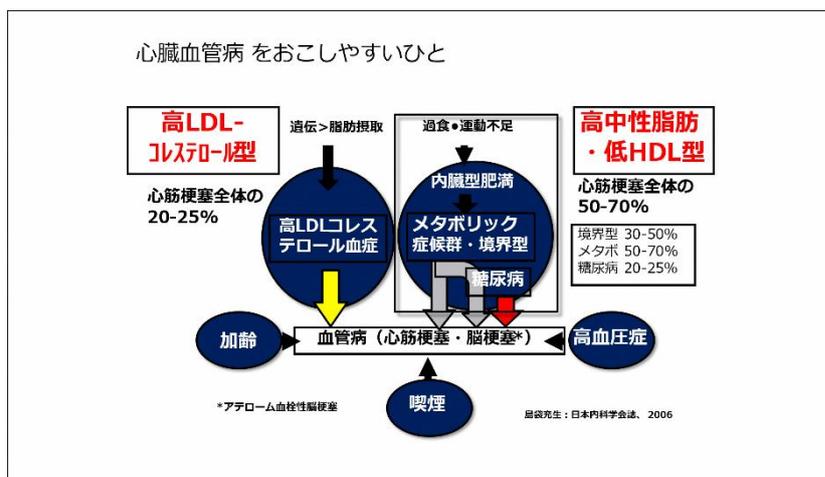


図 24 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

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」(表 50.51)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(表 54)

表 54 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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	
			419	239	100	54	26	8	13	34	25
				57.0%	23.9%	12.9%	6.2%	10.0%	16.8%	42.5%	31.3%
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 (130未満)	51	35	9	6	1	4	3	0	0
			12.2%	14.6%	9.0%	11.1%	3.8%	50.0%	23.1%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	166	86	41	27	12	4	5	21	9
			39.6%	36.0%	41.0%	50.0%	46.2%	50.0%	38.5%	61.8%	36.0%
高リスク	120未満 (150未満)		182	102	48	20	12	0	4	13	15
			43.4%	42.7%	48.0%	37.0%	46.2%	0.0%	30.8%	38.2%	60.0%
	再掲 100未満 (130未満) ※1	19	9	3	5	2	0	3	1	3	
		4.5%	3.8%	3.0%	9.3%	7.7%	0.0%	23.1%	2.9%	12.0%	
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)	20	16	2	1	1	0	1	0	1
			4.8%	6.7%	2.0%	1.9%	3.8%	0.0%	7.7%	0.0%	4.0%

※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。治療中であってもリスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

図 25 心電図所見からの保健指導教材

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。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、高齢者福祉係や猪苗代町地域包括支援センター等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

8 月 対象者の選定基準の決定

9 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

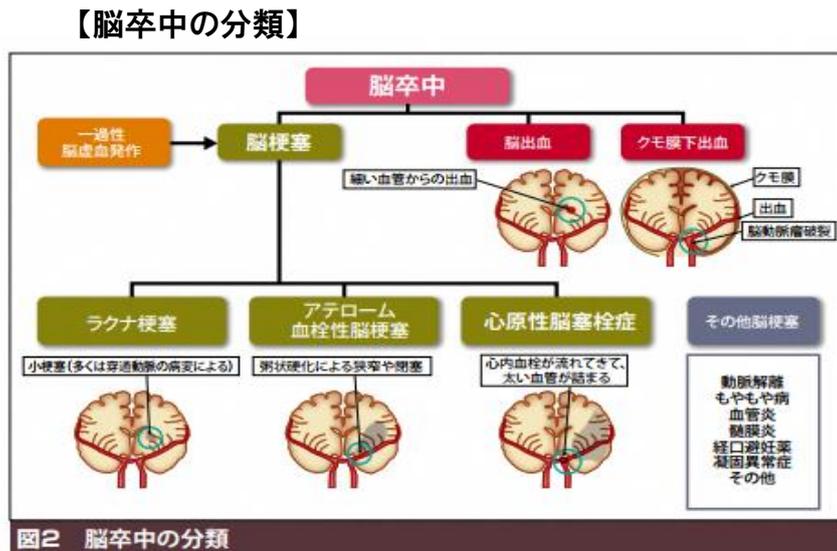
9 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

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り組み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 26,表 55)

図 26 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

表 55 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(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 27 でみると、高血圧治療者 1,357 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 118 人(8.7%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 50 人(3.5%)であり、そのうち 33 人(66%)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。

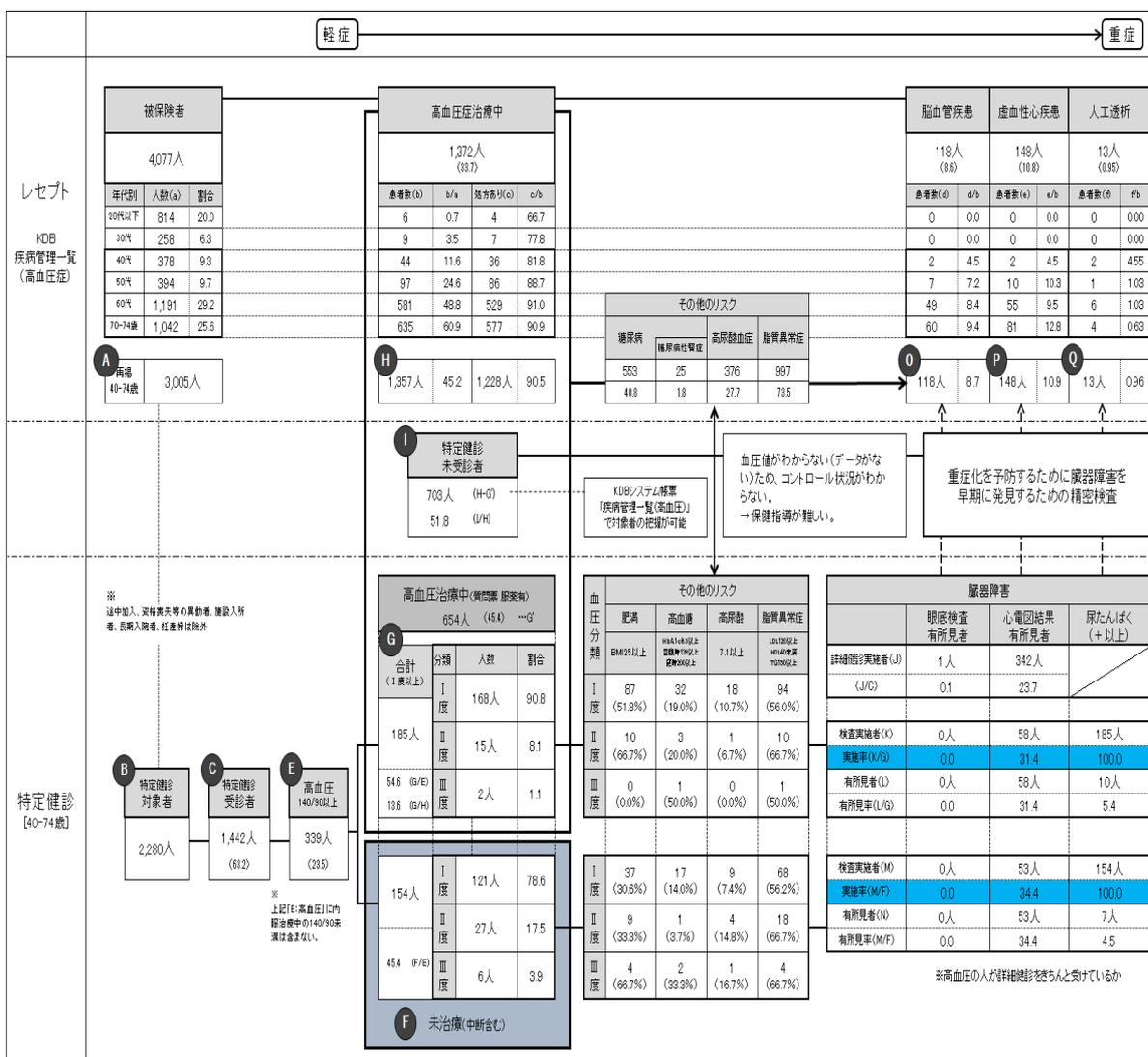
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 17 人(9.2%)いることがわかっており、治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

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についても、健診受診者にはすべて実施しています。眼底検査は血管状態が反映される検査であるので、引き続き実施していくと共に、メタボリックシンドローム該当者や血圧・血糖等のリスクを有する者もいることから、引き続き関係機関と実態を共有し、保健指導に力を入れていく必要があります。

図 27 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの実合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの実合

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(栄養/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すが、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も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。

表 56 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

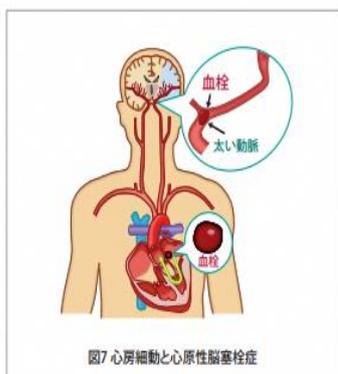
保健指導対象者の明確化と優先順位の決定		（参考）高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画					
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	区分	該当者数
		130～139 /80～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上		
	348	194 55.7%	121 34.8%	27 7.8%	6 1.7%		
リスク第1層 予後影響因子がない	21 6.0%	C 14 7.2%	B 7 5.8%	B 0 0.0%	A 0 0.0%	A	ただちに 薬物療法を開始 78 22.4%
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	204 58.6%	C 114 58.8%	B 69 57.0%	A 17 63.0%	A 4 66.7%	B	概ね1ヵ月後に 再評価 142 40.8%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁脈性心房細動、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	123 35.3%	B 66 34.0%	A 45 37.2%	A 10 37.0%	A 2 33.3%	C	概ね3ヵ月後に 再評価 126 36.8%

- ※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 非弁脈性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
- ※5 尿蛋白については、健診結果より(+)以上で判断。

出典：ヘルスサポートラボツール

表 56 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の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。

表 57 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)

表 57 令和 4 年度特定健診における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				日医疫学調査 (※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	694	740	597	86.0%	618	83.5%	15	2.5%	2	0.3%	--	--
40代	58	51	54	93.1%	48	94.1%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	74	54	67	90.5%	51	94.4%	0	0.0%	1	2.0%	0.8%	0.1%
60代	266	322	236	88.7%	275	85.4%	3	1.3%	1	0.4%	1.9%	0.4%
70～74歳	296	313	240	81.1%	244	78.0%	12	5.0%	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

表 58 令和 4 年度心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
17	0	0.0	17	100.0

猪苗代町調べ

心電図検査において 17 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増加しています。心電図有所見者を見ると、全員が治療につながっています。

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は引き続き実施していきます。

(※実施率が 100%にならないのは、治療中で検査を希望しなかった人やみなし健診受診者が含まれているため。)

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ついては、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、対象者へは二次健診の実施を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、医療機関を継続的に受診できるよう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(高齢者福祉係等)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、高齢者福祉係や猪苗代町地域包括支援センター等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

8 月 対象者の選定基準の決定

9 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

9 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)

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取り組みと、生活機能の低下を防止する取り組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

2) 事業の実施

本町は、令和 2 年度より福島県後期高齢者広域連合から、事業を受託し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」事業を実施しています。令和 6 年度以降も引き続き事業を行っていきます。

具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

② 地区を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう、糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。

また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など、健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

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。

本町においては、健康増進法のもと妊産婦、乳幼児期及び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す。

表 60 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える														
— 基本的考え方 — (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)														
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>														
1 根拠法 6条 健康増進事業実施者	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・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)	
5 対象者 健診内容	血糖	95mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上					
	HbA1c	6.5%以上							6.5%以上					
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上												
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上					
	(診断) 妊娠糖尿病	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			aga 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 28、表 61)

図 28 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化

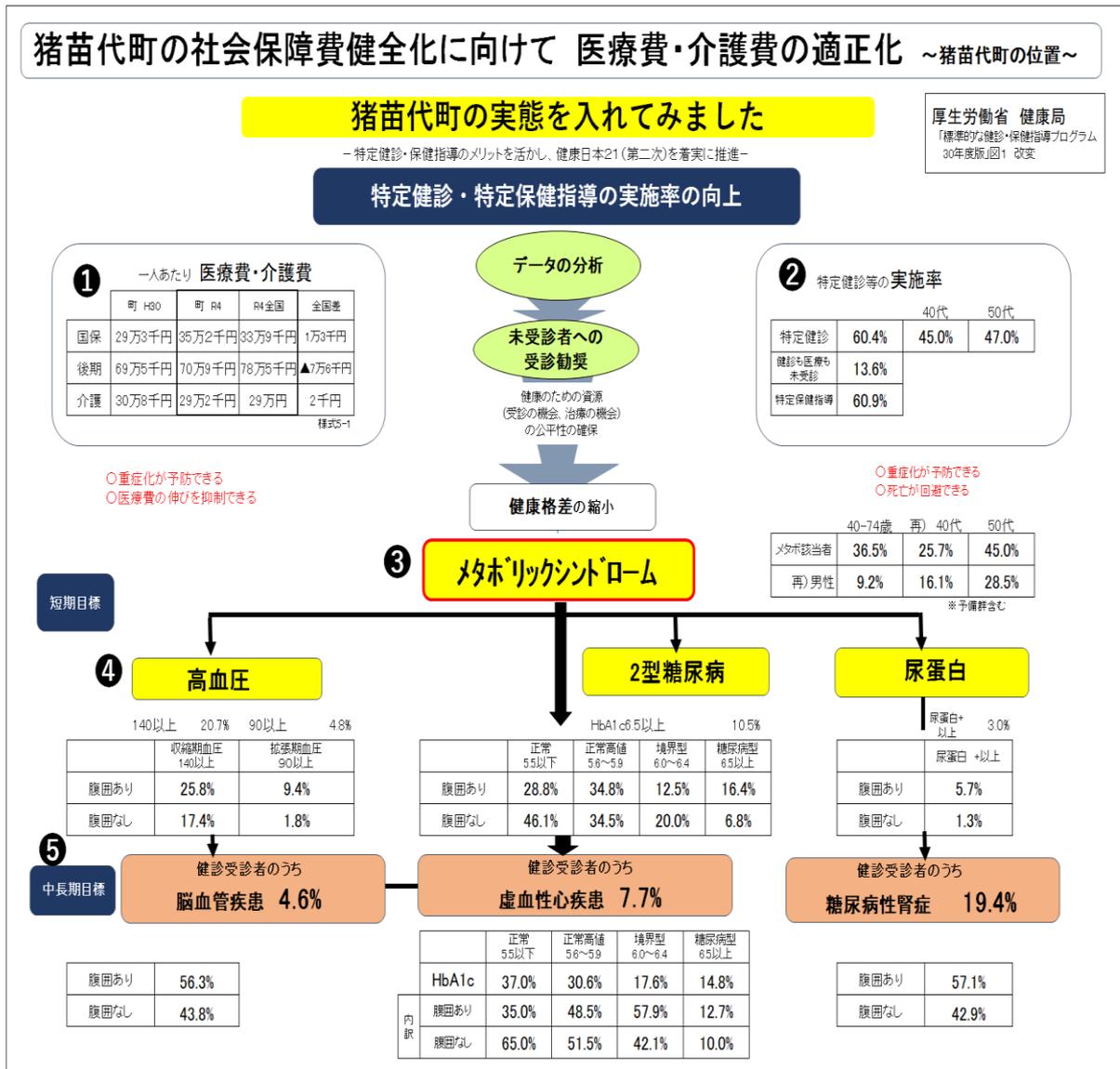


表 61 統計からみえる福島県の食

統計からみえる福島県の食 ～ 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 (購入金額)	食品名	全国ランキング (購入金額)
卵	1位	塩干魚介全体	6位
納豆	1位	魚肉練製品(全体)	8位
ヨーグルト	1位	大豆加工品(全体)	8位
まんじゅう	1位	酒類(全体)	8位
果物	1位	加工肉	19位
カップめん	2位	調理食品(全体)	21位
乳酸菌飲料	3位	生鮮野菜	26位
アイスクリーム ・シャーベット	3位		
食塩	3位	店舗・種別	店舗数(人口10万毎)
ハンバーグ	3位	コンビニエンスストア数	6位
わかめ	3位	食堂、レストラン	6位
はくさい漬	3位	中華料理店	7位

○生活習慣に関する状況について

表 62 特定健診の問診項目結果 全国・県との比較（令和4年度）

問診項目	猪苗代町		同規模市 町村	福島県	全国
	該当者	該当率	該当率	該当率	該当率
	(人)	(%)	(%)	(%)	(%)
習慣的な喫煙あり	262	19.0	13.8	13.5	13.8
20歳の時から10kg以上体重増加	420	36.1	34.9	36.6	35
1日30分以上の運動習慣なし	779	67.0	64.7	62.7	60.4
1日1時間以上の歩行運動なし	646	55.6	48.8	54.4	48
食べる速度が速い	313	26.9	26.2	25.2	26.8
週3回以上就寝前に夕食をとる	159	13.5	15.5	14.9	15.8
毎日、間食や甘い飲み物を摂取	173	14.8	21.7	17	21.6
週3回以上朝食を抜くことがある	91	7.9	8	8	10.4
お酒を毎日飲む	304	26.0	25.8	25.5	25.5
お酒を時々飲む	317	27.1	21	23.7	22.5
飲酒量が1日当たり3合以上	20	3.2	2.9	2	2.8
服薬 高血圧症	632	45.9	39.4	42.3	35.6
服薬 糖尿病	188	13.7	10	11	8.7
服薬 脂質異常症	513	37.3	28.1	31.5	27.9

出典：KDBシステム 地域の全体像の把握

本町は、喫煙、運動習慣なし、食べる速度が速い、飲酒の問診項目で、同規模市町村、福島県、全国と比較して該当率が高くなっています。

また、服薬の状況については、高血圧症、糖尿病、脂質異常症の全てで同規模市町村、福島県、全国と比較して該当率が高くなっています。

表 63 特定健診の問診項目結果 各年代別の比較（令和 4 年度）

問診項目	40-44 歳	45-49 歳	50-54 歳	55-59 歳	60-64 歳	65-69 歳	70-74 歳
	該当率						
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
習慣的な喫煙あり	26.9	43.4	34.0	20.0	19.9	17.4	15.4
20歳の時から10kg以上体重増加	42.0	37.5	44.7	50.0	36.4	38.2	31.2
1日30分以上の運動習慣なし	74.0	72.9	61.7	75.0	68.2	68.1	64.1
1日1時間以上の歩行運動なし	50.0	54.2	61.7	57.1	56.3	57.9	53.6
食べる速度が速い	36.0	39.6	38.3	25.0	25.2	25.1	25.5
週3回以上就寝前に夕食をとる	18.0	14.6	14.9	19.6	10.6	11.9	14.2
毎日、間食や甘い飲み物を摂取	22.0	27.1	19.1	10.7	17.9	15.5	11.4
週3回以上朝食を抜くことがある	18.0	31.3	21.3	8.9	8.6	3.6	5.3
お酒を毎日飲む	32.0	27.1	16.7	19.6	23.2	28.5	26.2
お酒を時々飲む	22.0	31.3	29.2	37.5	26.5	31.8	22.6
飲酒量が1日当たり3合以上	11.0	7.1	9.1	0.0	6.7	2.0	1.7
服薬 高血圧症	13.5	13.2	20.8	31.7	38.6	49.1	55.4
服薬 糖尿病	3.8	9.4	11.3	13.3	9.9	13.0	16.8
服薬 脂質異常症	5.8	7.5	20.8	31.7	36.3	41.7	42.1

出典：KDBシステム 地域の全体像の把握

若い人の生活習慣の傾向を知るために、年代別で問診項目を分析してみました。40歳代で、「週3回以上就寝前に夕食をとる」「毎日、間食や甘い飲み物を摂取」「週3回以上朝食を抜くことがある」「毎日お酒を飲む」「飲酒量が3合以上」に該当する率が高いことがわかりました。

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

進捗状況確認のため、3年後の令和8年度に中間評価を行い、計画の見直しを実施します。

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)

具体的な評価方法として、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等については、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、国の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、町ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫をします。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた猪苗代町の位置

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猪苗代町の位置

項目		猪苗代町				同規模平均		福島県		国				
		H30年度		R04年度		R04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			
1 概況	① 人口構成	総人口		15,000		13,505		1,808,758		1,799,218		123,214,261		
		65歳以上(高齢化率)		5,109	34.1	5,360	39.7	667,156	36.9	572,825	31.8	35,335,805	28.7	
		75歳以上		3,004	20.0	2,907	21.5	--	--	291,055	16.2	18,248,742	14.8	
		65~74歳		2,105	14.0	2,453	18.2	--	--	281,770	15.7	17,087,063	13.9	
		40~64歳		4,859	32.4	4,187	31.0	--	--	603,355	33.5	41,545,893	33.7	
	39歳以下		5,032	33.5	3,958	29.3	--	--	623,038	34.6	46,332,563	37.6		
	② 産業構成	第1次産業		12.6		12.6		13.4		6.7		4.0		
		第2次産業		19.7		19.7		27.1		30.6		25.0		
		第3次産業		67.8		67.8		59.5		62.6		71.0		
	③ 平均寿命	男性		79.9		79.9		80.4		80.1		80.8		
女性		87.0		87.0		86.9		86.4		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		77.0		78.7		79.5		79.1		80.1			
	女性		84.0		84.4		83.9		83.6		84.4			
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡率比(SMR)		111.8		108.4		103.8		105.4		100.0		
				男性		106.9		101.3		101.5		106.2		
				女性		106.9		101.3		101.5		106.2		
		死因	がん		60	42.6	50	40.0	7,103	46.7	6,259	46.8	378,272	50.6
			心臓病		40	28.4	37	29.6	4,457	29.3	3,839	28.7	205,485	27.5
			脳疾患		28	19.9	21	16.8	2,405	15.8	2,164	16.2	102,900	13.8
			糖尿病		6	4.3	7	5.6	309	2.0	309	2.3	13,896	1.9
	腎不全		5	3.5	8	6.4	582	3.8	457	3.4	26,946	3.6		
	自殺		2	1.4	2	1.6	356	2.3	357	2.7	20,171	2.7		
	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計		14	5.9	17	6.7	-	-	2,176	7.9	129,016	8.2	
男性		10	9.8	12	10.5	-	-	1,446	10.7	84,891	10.6			
女性		4	2.9	5	3.5	-	-	730	5.3	44,125	5.7			
3 介護	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		1,026	20.2	1,009	19.1	123,092	18.6	114,440	20.1	6,724,030	19.4	
		新規認定者		5	0.2	7	0.2	2,019	0.3	1,796	0.3	110,289	0.3	
		介護度別 総件数	要支援1.2		2,575	13.4	2,346	12.7	352,830	12.6	280,940	10.7	21,785,044	12.9
			要介護1.2		9,319	48.6	9,240	50.0	1,291,061	46.3	1,197,513	45.7	78,107,378	46.3
			要介護3以上		7,287	38.0	6,907	37.3	1,146,606	41.1	1,143,767	43.6	88,963,503	40.8
	2号認定者		24	0.5	15	0.4	2,178	0.4	2,880	0.5	156,107	0.4		
	② 有病状況	糖尿病		197	19.8	189	18.5	29,521	22.9	24,333	20.1	1,712,613	24.3	
		高血圧症		572	54.6	545	51.8	69,159	54.1	63,992	53.4	3,744,672	53.3	
		脂質異常症		291	27.6	337	31.6	39,076	30.2	36,167	29.8	2,308,216	32.6	
		心臓病		638	61.1	609	58.3	77,477	60.7	70,996	59.4	4,224,628	60.3	
脳疾患		256	24.5	210	20.8	29,613	23.5	25,439	21.7	1,568,292	22.6			
がん		108	10.4	117	11.2	14,238	11.0	12,527	10.4	837,410	11.8			
筋・骨格		570	53.6	542	53.2	67,887	53.1	60,469	50.6	3,748,372	53.4			
精神		422	40.6	423	40.9	48,712	38.1	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		308,719	1,577,242,354	292,778	1,569,289,083	303,361		301,499		290,668			
	1件当たり給付費(全体)		82,229		84,859		72,528		65,863		59,662			
	居宅サービス		44,960		47,274		44,391		42,089		41,272			
	施設サービス		286,876		292,875		291,231		294,067		296,364			
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		8,556		9,121		8,988		7,671		8,610			
			3,985		4,402		4,226		3,785		4,020			
4 医療	① 国保の状況	被保険者数		3,748		3,385		440,282		381,897		27,488,882		
		65~74歳		1,622	43.3	1,689	49.9	--	--	191,020	50.0	11,129,271	40.5	
		40~64歳		1,219	32.5	1,024	30.3	--	--	116,350	30.5	9,088,015	33.1	
		39歳以下		907	24.2	672	19.9	--	--	74,527	19.5	7,271,596	26.5	
	加入率		25.0		25.1		24.3		21.2		22.3			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		1		1		139		125		8,237		
		診療所数		9		9		1,177		1,325		102,599		
		病床数		65		65		17,962		24,328		1,507,471		
		医師数		15		12		2,218		3,958		339,611		
		外来患者数		618.6		653.1		708.1		736.8		687.8		
入院患者数		16.6		17.7		22.2		19.6		17.7				
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		293,177	県内54位 同規模128位	352,683	県内34位 同規模109位	378,542		354,691		339,680			
	受診率		635.2		670.756		730.302		756.467		705.439			
	外来費用の割合		59.8		61.1		57.0		60.2		60.4			
	入院費用の割合		40.2		38.9		43.0		39.8		39.6			
	院外費用の割合		97.4		97.4		97.0		97.4		97.5			
	院内費用の割合		2.6		2.6		3.0		2.6		2.5			
1件あたり在院日数		13.1日		14.2日		16.7日		15.9日		15.7日				

項目		猪苗代町				同規模平均		福島県		国				
		H30年度		R04年度		R04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			
④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源 傷病名(調 割合含む)	がん	196,132,090	31.8	234,575,420	36.6	32.0	32.6	32.2	32.2				
		慢性腎不全(透析あり)	2,349,240	0.4	22,964,670	3.6	7.8	5.9	8.2	8.2				
		糖尿病	80,136,310	13.0	82,667,090	12.9	11.2	11.8	10.4	10.4				
		高血圧症	54,799,520	8.9	45,722,270	7.1	6.6	7.0	5.9	5.9				
		脂質異常症	54,434,370	8.8	48,603,690	7.6	3.8	4.3	4.1	4.1				
		脳梗塞・脳出血	37,355,940	6.0	19,783,960	3.0	3.9	3.8	3.9	3.9				
		狭心症・心筋梗塞	28,590,580	4.6	22,926,700	3.5	2.5	2.5	2.8	2.8				
		精神	63,890,990	10.4	63,687,010	9.9	15.1	15.8	14.7	14.7				
		筋・骨格	94,394,340	15.3	93,519,450	14.6	16.1	15.2	16.7	16.7				
		⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	高血圧症	122	0.1	216	0.2	363	0.2	277	0.2	256	0.2
糖尿病	1,246			1.1	1,830	1.3	1,550	1.0	1,074	0.8	1,144	0.9		
脂質異常症	44			0.0	--	--	73	0.0	52	0.0	53	0.0		
脳梗塞・脳出血	9,290			7.9	5,168	3.8	6,817	4.2	6,306	4.5	5,993	4.5		
虚血性心疾患	5,835			5.0	5,335	3.9	4,157	2.6	3,601	2.6	3,942	2.9		
腎不全	1,431		1.2	3,535	2.6	5,219	3.2	3,341	2.4	4,051	3.0			
医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	高血圧症		14,499	8.3	13,291	6.2	13,015	6.0	13,211	6.2	10,143	4.9		
	糖尿病		20,690	11.8	22,994	10.7	21,723	10.1	22,175	10.4	17,720	8.6		
	脂質異常症		14,479	8.3	14,353	6.7	7,634	3.5	8,282	3.9	7,092	3.5		
	脳梗塞・脳出血		677	0.4	676	0.3	951	0.4	921	0.4	825	0.4		
	虚血性心疾患	2,011	1.1	1,707	0.8	1,821	0.8	2,008	0.9	1,722	0.8			
腎不全	9,376	5.3	13,987	6.5	18,224	8.4	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	3,671	5,515	2,885	2,832	2,031	2,031					
		健診未受診者	13,590	11,409	13,033	13,052	13,295							
		生活習慣病対象 者 一人当たり	健診受診者	9,494	14,596	8,199	7,596	6,142						
		健診未受診者	35,151	30,196	37,038	35,006	40,210							
⑦	健診・しせ 突合	受診勧奨者	776	54.8	662	48.0	82,799	58.4	65,378	54.3	3,698,441	56.9		
		医療機関受診率	710	50.2	596	43.2	74,226	52.4	59,529	49.4	3,375,719	51.9		
		医療機関非受診率	66	4.7	66	4.8	8,573	6.1	5,849	4.9	322,722	5.0		
5 健診	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 152市町村	健診受診者	1,415	1,380	141,687	120,474	6,503,152							
		受診率	57.3	59.9	43.8	42.9	35.3							
		特定保健指導終了者(実施率)	102	58.6	68	58.6	2,951	17.8	643	4.9	69,327	9.0		
		非肥満高血糖	157	11.1	136	9.9	15,497	10.9	10,931	9.1	588,083	9.0		
		メタボ	該当者	293	20.7	353	25.6	30,235	21.3	27,721	23.0	1,321,197	20.3	
			男性	209	31.0	239	36.0	21,095	32.0	18,732	34.8	923,222	32.0	
			女性	84	11.4	114	15.9	9,140	12.1	8,989	13.5	397,975	11.0	
			予備群	172	12.2	150	10.9	15,952	11.3	14,715	12.2	730,607	11.2	
		メタボ該当・ 予備群し べル	腹囲	総数	511	36.1	543	39.3	50,374	35.6	46,279	38.4	2,273,296	35.0
				男性	361	53.5	370	55.7	35,285	53.5	31,094	57.7	1,592,747	55.3
			女性	150	20.3	173	24.2	15,089	19.9	15,185	22.8	680,549	18.8	
			BMI	総数	100	7.1	73	5.3	7,897	5.6	6,683	5.5	304,276	4.7
				男性	15	2.2	20	3.0	1,324	2.0	926	1.7	48,780	1.7
			女性	85	11.5	53	7.4	6,573	8.7	5,757	8.6	255,496	7.1	
			血糖のみ	10	0.7	15	1.1	955	0.7	820	0.7	41,541	0.6	
			血圧のみ	113	8.0	94	6.8	11,657	8.2	10,699	8.9	514,593	7.9	
			脂質のみ	49	3.5	41	3.0	3,340	2.4	3,196	2.7	174,473	2.7	
			血糖・血圧	54	3.8	62	4.5	5,059	3.6	4,540	3.8	193,722	3.0	
		血糖・脂質	16	1.1	20	1.4	1,443	1.0	1,195	1.0	67,212	1.0		
血圧・脂質	122	8.6	165	12.0	13,553	9.6	13,230	11.0	630,648	9.7				
血糖・血圧・脂質	101	7.1	106	7.7	10,180	7.2	8,756	7.3	429,615	6.6				
6 問診	① 問診の状況	服薬	高血圧	546	38.6	634	45.9	55,815	39.4	51,011	42.3	2,324,538	35.8	
		糖尿病	165	11.7	190	13.8	14,192	10.0	13,197	11.0	564,473	8.7		
		脂質異常症	389	27.5	514	37.2	39,744	28.1	37,966	31.5	1,817,350	28.0		
	② 既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	31	2.2	28	2.4	4,238	3.1	3,686	3.1	199,003	3.1		
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	98	7.0	83	7.1	8,077	5.9	7,225	6.1	349,845	5.5		
		腎不全	12	0.9	11	0.9	1,245	0.9	982	0.8	51,680	0.8		
		貧血	67	4.8	47	4.0	12,089	8.9	7,976	6.7	669,737	10.6		
		喫煙	239	16.9	262	19.0	19,577	13.8	16,240	13.5	896,676	13.8		
		週3回以上朝食を抜く	118	8.4	91	7.8	10,726	8.0	9,366	8.0	609,166	10.3		
		週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
		週3回以上就寝前夕食(H30～)	231	16.5	159	13.7	20,886	15.5	17,477	14.9	932,218	15.7		
		週3回以上就寝前夕食	231	16.5	159	13.7	20,886	15.5	17,477	14.9	932,218	15.7		
		食べる速度が速い	421	30.0	313	26.9	35,250	26.1	29,627	25.2	1,590,713	26.8		
20歳時体重から10kg以上増加	521	37.2	420	36.1	46,943	34.9	43,046	36.6	2,083,152	34.9				
③ 生活習慣の 状況	1回30分以上運動習慣なし	974	69.5	779	66.9	87,224	64.6	73,732	62.7	3,589,415	60.3			
	1日1時間以上運動なし	812	58.0	646	55.5	65,749	48.7	64,055	54.4	2,858,913	48.0			
	睡眠不足	312	22.3	265	22.8	33,002	24.5	27,640	23.5	1,521,685	25.6			
	毎日飲酒	377	26.9	304	26.0	35,225	25.7	30,257	25.4	1,585,206	25.5			
	時々飲酒	378	27.0	317	27.1	28,823	21.1	28,200	23.7	1,393,154	22.4			
	1合未満	372	46.7	297	47.0	52,589	60.4	44,535	58.1	2,851,798	64.2			
	1～2合	289	36.3	218	34.5	22,931	26.4	22,714	29.7	1,053,317	23.7			
2～3合	108	13.6	97	15.3	8,971	10.3	7,783	10.2	414,658	9.3				
3合以上	27	3.4	20	3.2	2,518	2.9	1,564	2.0	122,039	2.7				

②65～74歳(国保)

令和4年度

【015】厚生労働省健康調査
【016】国保加入者健康調査(国保加入者)

【017】国保加入者健康調査(国保加入者)
【018】国保加入者健康調査(国保加入者)

【019】国保加入者健康調査(国保加入者)
【020】国保加入者健康調査(国保加入者)

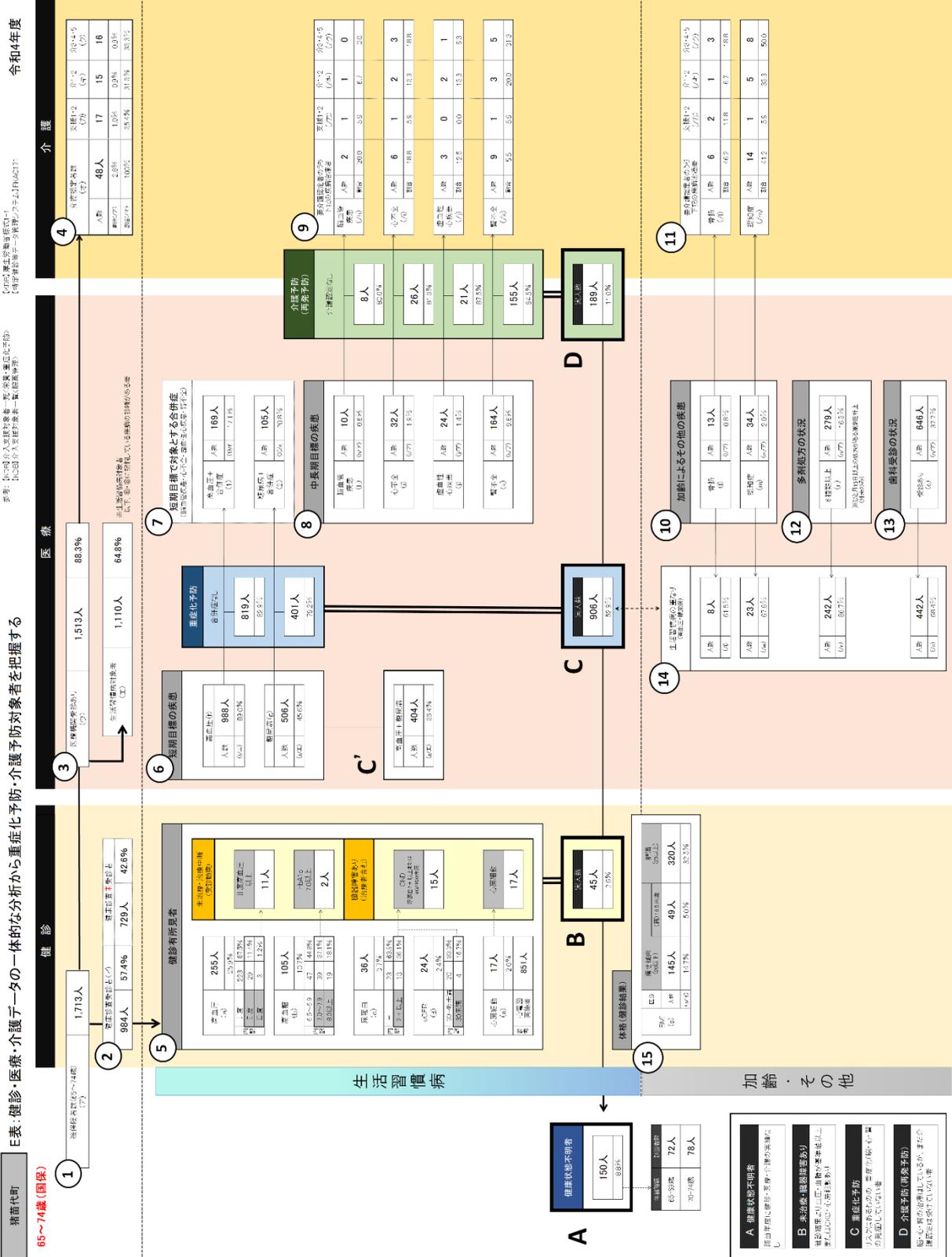
【021】国保加入者健康調査(国保加入者)
【022】国保加入者健康調査(国保加入者)

【023】国保加入者健康調査(国保加入者)
【024】国保加入者健康調査(国保加入者)

【025】国保加入者健康調査(国保加入者)
【026】国保加入者健康調査(国保加入者)

【027】国保加入者健康調査(国保加入者)
【028】国保加入者健康調査(国保加入者)

【029】国保加入者健康調査(国保加入者)
【030】国保加入者健康調査(国保加入者)



- A 健康状態不明者**
該当期間に健康調査・介護予防の記録なし
- B 生活習慣病・慢性疾患(要介護あり)**
該当期間に生活習慣病・慢性疾患(要介護あり)の記録あり
- C 慢性化予防**
リスクに該当するのみ 要介護(軽・中・重)の発生していない
- D 介護予防(要介護予防)**
該当期間に介護予防(要介護予防)の記録あり

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	実合表	猪苗代町										同規模(保険者(平均))		データ基
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1 ① 被保険者数	A	3,659人		3,653人		3,548人		3,573人		3,589人				KDB 厚生労働省様式 様式3-2
		(再掲) 40-74歳		2,936人		2,848人		2,837人		2,896人		2,839人		
2 ① 特定健診 ② 対象者数 ③ 受診率	B	2,467人		2,448人		2,460人		2,436人		2,486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
	C	1,470人		1,494人		1,455人		1,494人		1,434人				
		-		-		-		-		-				
3 ① 特定 保健指導 ② 対象者数 ③ 実施率		173人		154人		162人		141人		110人				
		61.3%		64.9%		69.1%		64.5%		62.7%				
4 ① 健診 データ	E	233人	15.9%	220人	14.7%	237人	16.3%	255人	17.1%	246人	17.2%			特定健診結果
	F	65人	27.9%	57人	25.9%	55人	23.2%	53人	20.8%	48人	19.5%			
	G	168人	72.1%	163人	74.1%	182人	76.8%	202人	79.2%	198人	80.5%			
	J	84人	50.0%	80人	49.1%	88人	48.4%	104人	51.5%	102人	51.5%			
		48人	57.1%	45人	56.3%	56人	63.6%	55人	52.9%	59人	57.8%			
		30人	35.7%	30人	37.5%	39人	44.3%	50人	48.1%	49人	48.0%			
	K	84人	50.0%	83人	50.9%	94人	51.6%	98人	48.5%	96人	48.5%			
	M	208人	89.7%	194人	88.2%	209人	88.2%	225人	88.2%	222人	90.2%			
		7人	3.0%	5人	2.3%	6人	2.5%	8人	3.1%	3人	1.2%			
		15人	6.4%	20人	9.1%	21人	8.9%	19人	7.5%	20人	8.1%			
		2人	0.9%	1人	0.5%	1人	0.4%	2人	0.8%	1人	0.4%			
5 ① レセプト	H	420人	10.9%	406人	11.1%	396人	11.2%	417人	11.7%	438人	12.2%			KDB 厚生労働省様式 様式3-2
	I	248人	59.7%	235人	58.3%	211人	53.7%	210人	51.0%	235人	54.3%			
	O	45人	10.7%	50人	12.3%	52人	13.1%	43人	10.3%	39人	8.9%			
	L	12人	2.9%	22人	5.4%	24人	6.1%	21人	5.0%	19人	4.3%			
		12人	2.9%	22人	5.5%	24人	6.1%	21人	5.1%	19人	4.4%			
		4人	1.0%	4人	1.0%	6人	1.5%	6人	1.4%	8人	1.8%			
		4人	1.0%	4人	1.0%	6人	1.5%	6人	1.5%	8人	1.8%			
		1	0.2%	4	1.0%	2	0.5%	2	0.5%	4	0.9%			
		1	0.2%	4	1.0%	2	0.5%	2	0.5%	3	0.7%			
		12人	1.9%	11人	1.7%	11人	2.0%	10人	1.7%	10人	1.6%			
		10億9883万円	11億3737万円	11億4578万円	11億3286万円	11億9383万円	10億9648万円					KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題		
		6億1590万円	6億2886万円	6億4300万円	6億0119万円	6億4136万円	5億9067万円							
		56.1%	55.3%	56.1%	53.1%	53.7%	53.9%							
		9,494円	12,834円	11,518円	12,047円	14,596円	8,189円							
		35,151円	32,090円	32,092円	30,521円	30,196円	37,089円							
		8014万円	8241万円	8286万円	7459万円	8267万円	6602万円							
	13.0%	13.1%	12.9%	12.4%	12.9%	11.2%								
	1億8197万円	1億9161万円	2億2048万円	2億3380万円	2億2997万円									
	34,025円	34,612円	39,663円	40,957円	40,163円									
	1億3085万円	1億0235万円	9805万円	7485万円	9612万円									
	699,717円	612,898円	645,046円	650,856円	662,873円									
	15日	12日	15日	14日	16日									
	475万円	2258万円	2445万円	1855万円	2849万円	4989万円								
	235万円	1885万円	1960万円	1333万円	2296万円	4634万円								
	240万円	373万円	485万円	522万円	553万円	364万円								
7 ① 介護		15億7724万円	15億6546万円	15億8168万円	15億5037万円	15億6929万円	13億3151万円							
		1件	11.1%	1件	10.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%			
8 ① 死亡		6人	2.4%	8人	3.2%	6人	2.4%	3人	1.2%	7人	2.9%	582人	1.1%	KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題

参考資料7 HbA1Cの年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H29	1,484	591	39.8%	544	36.7%	225	15.2%	64	4.3%	43	2.9%	17	1.1%	39	2.6%	13	0.9%
H30	1,440	619	43.0%	497	34.5%	201	14.0%	55	3.8%	52	3.6%	16	1.1%	35	2.4%	11	0.8%
R01	1,463	536	36.6%	562	38.4%	240	16.4%	70	4.8%	44	3.0%	11	0.8%	25	1.7%	9	0.6%
R02	1,415	595	42.0%	501	35.4%	186	13.1%	63	4.5%	46	3.3%	24	1.7%	39	2.8%	18	1.3%
R03	1,452	659	45.4%	448	30.9%	195	13.4%	67	4.6%	56	3.9%	27	1.9%	53	3.7%	14	1.0%
R04	1,403	552	39.3%	486	34.6%	217	15.5%	68	4.8%	55	3.9%	25	1.8%	50	3.6%	12	0.9%

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲	
					再掲7.0以上	未治療	治療	人数	割合
H29	1,484	591	544	225	124	31	93	4.0%	8.4%
					60	13	47		
H30	1,440	619	497	201	123	30	93	4.7%	8.5%
					68	11	57		
R01	1,463	536	562	240	125	28	97	3.8%	8.5%
					55	7	48		
R02	1,415	595	501	186	133	28	105	4.9%	9.4%
					70	12	58		
R03	1,452	659	448	195	150	29	121	5.7%	10.3%
					83	10	73		
R04	1,403	552	486	217	148	30	118	5.7%	10.5%
					80	12	68		

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
治療中	H29	161	10.8%	1	0.6%	11	6.8%	56	34.8%	46	28.6%	34	21.1%	13	8.1%	31	19.3%	10	6.2%
	H30	167	11.6%	1	0.6%	9	5.4%	64	38.3%	36	21.6%	43	25.7%	14	8.4%	31	18.6%	9	5.4%
	R01	162	11.1%	5	3.1%	12	7.4%	48	29.6%	49	30.2%	40	24.7%	8	4.9%	22	13.6%	6	3.7%
	R02	181	12.8%	5	2.8%	29	16.0%	42	23.2%	47	26.0%	39	21.5%	19	10.5%	32	17.7%	13	7.2%
	R03	202	13.9%	11	5.4%	27	13.4%	43	21.3%	48	23.8%	47	23.3%	26	12.9%	45	22.3%	14	6.9%
	R04	197	14.0%	5	2.5%	17	8.6%	57	28.9%	50	25.4%	47	23.9%	21	10.7%	44	22.3%	8	4.1%
治療なし	H29	1,323	89.2%	590	44.6%	533	40.3%	169	12.8%	18	1.4%	9	0.7%	4	0.3%	8	0.6%	3	0.2%
	H30	1,273	88.4%	618	48.5%	488	38.3%	137	10.8%	19	1.5%	9	0.7%	2	0.2%	4	0.3%	2	0.2%
	R01	1,301	88.9%	531	40.8%	550	42.3%	192	14.8%	21	1.6%	4	0.3%	3	0.2%	3	0.2%	3	0.2%
	R02	1,234	87.2%	590	47.8%	472	38.2%	144	11.7%	16	1.3%	7	0.6%	5	0.4%	7	0.6%	5	0.4%
	R03	1,250	86.1%	648	51.8%	421	33.7%	152	12.2%	19	1.5%	9	0.7%	1	0.1%	8	0.6%	0	0.0%
R04	1,206	86.0%	547	45.4%	469	38.9%	160	13.3%	18	1.5%	8	0.7%	4	0.3%	6	0.5%	4	0.3%	

参考資料8 血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	1,511	425	28.1%	264	17.5%	426	28.2%	321	21.2%	64	4.2%	11	0.7%
H30	1,470	417	28.4%	294	20.0%	405	27.6%	298	20.3%	45	3.1%	11	0.7%
R01	1,494	432	28.9%	271	18.1%	463	31.0%	264	17.7%	55	3.7%	9	0.6%
R02	1,455	323	22.2%	269	18.5%	475	32.6%	323	22.2%	58	4.0%	7	0.5%
R03	1,494	432	28.9%	267	17.9%	465	31.1%	274	18.3%	42	2.8%	14	0.9%
R04	1,434	414	28.9%	254	17.7%	430	30.0%	286	19.9%	42	2.9%	8	0.6%

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

年度	健診 受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲		再掲	再掲
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療	再掲	再掲		
H29	1,511	689 45.6%	426 28.2%	321 21.2%	75	42	33	0.7%	5.0%	0.7%	5.0%
					5.0%	56.0%	44.0%				
H30	1,470	711 48.4%	405 27.6%	298 20.3%	56	35	21	0.7%	3.8%	0.7%	3.8%
					3.8%	62.5%	37.5%				
R01	1,494	703 47.1%	463 31.0%	264 17.7%	64	38	26	0.6%	4.3%	0.6%	4.3%
					4.3%	59.4%	40.6%				
R02	1,455	592 40.7%	475 32.6%	323 22.2%	65	37	28	0.5%	4.5%	0.5%	4.5%
					4.5%	56.9%	43.1%				
R03	1,494	699 46.8%	465 31.1%	274 18.3%	56	31	25	0.9%	3.7%	0.9%	3.7%
					3.7%	55.4%	44.6%				
R04	1,434	668 46.6%	430 30.0%	286 19.9%	50	33	17	0.6%	3.5%	0.6%	3.5%
					3.5%	66.0%	34.0%				

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	579	38.3%	92	15.9%	90	15.5%	204	35.2%	160	27.6%	30	5.2%	3	0.5%
	H30	564	38.4%	90	16.0%	112	19.9%	178	31.6%	163	28.9%	21	3.7%	0	0.0%
	R01	614	41.1%	116	18.9%	119	19.4%	208	33.9%	145	23.6%	24	3.9%	2	0.3%
	R02	639	43.9%	91	14.2%	116	18.2%	216	33.8%	188	29.4%	25	3.9%	3	0.5%
	R03	676	45.2%	121	17.9%	133	19.7%	238	35.2%	159	23.5%	18	2.7%	7	1.0%
	R04	651	45.4%	110	16.9%	120	18.4%	237	36.4%	167	25.7%	15	2.3%	2	0.3%
治療なし	H29	932	61.7%	333	35.7%	174	18.7%	222	23.8%	161	17.3%	34	3.6%	8	0.9%
	H30	906	61.6%	327	36.1%	182	20.1%	227	25.1%	135	14.9%	24	2.6%	11	1.2%
	R01	880	58.9%	316	35.9%	152	17.3%	255	29.0%	119	13.5%	31	3.5%	7	0.8%
	R02	816	56.1%	232	28.4%	153	18.8%	259	31.7%	135	16.5%	33	4.0%	4	0.5%
	R03	818	54.8%	311	38.0%	134	16.4%	227	27.8%	115	14.1%	24	2.9%	7	0.9%
	R04	783	54.6%	304	38.8%	134	17.1%	193	24.6%	119	15.2%	27	3.4%	6	0.8%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120~139		140~159		160~179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H29	1,510	753	49.9%	373	24.7%	241	16.0%	96	6.4%	47	3.1%
	H30	1,470	726	49.4%	351	23.9%	220	15.0%	104	7.1%	69	4.7%
	R01	1,494	815	54.6%	347	23.2%	191	12.8%	99	6.6%	42	2.8%
	R02	1,455	738	50.7%	362	24.9%	198	13.6%	102	7.0%	55	3.8%
	R03	1,493	874	58.5%	347	23.2%	166	11.1%	72	4.8%	34	2.3%
R04	1,433	881	61.5%	328	22.9%	134	9.4%	58	4.0%	32	2.2%	
男性	H29	735	414	56.3%	166	22.6%	101	13.7%	37	5.0%	17	2.3%
	H30	701	385	54.9%	151	21.5%	99	14.1%	43	6.1%	23	3.3%
	R01	708	413	58.3%	156	22.0%	80	11.3%	43	6.1%	16	2.3%
	R02	695	385	55.4%	157	22.6%	96	13.8%	37	5.3%	20	2.9%
	R03	715	448	62.7%	143	20.0%	75	10.5%	34	4.8%	15	2.1%
R04	693	445	64.2%	156	22.5%	55	7.9%	24	3.5%	13	1.9%	
女性	H29	775	339	43.7%	207	26.7%	140	18.1%	59	7.6%	30	3.9%
	H30	769	341	44.3%	200	26.0%	121	15.7%	61	7.9%	46	6.0%
	R01	786	402	51.1%	191	24.3%	111	14.1%	56	7.1%	26	3.3%
	R02	760	353	46.4%	205	27.0%	102	13.4%	65	8.6%	35	4.6%
	R03	778	426	54.8%	204	26.2%	91	11.7%	38	4.9%	19	2.4%
R04	740	436	58.9%	172	23.2%	79	10.7%	34	4.6%	19	2.6%	

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			再掲		割合
					再)180以上	未治療	治療	再掲	割合	
H29	1,510	753 49.9%	373 24.7%	241 16.0%	143 9.5%	115 80.4%	28 19.6%	47 3.1%	31 2.0%	9.5%
H30	1,470	726 49.4%	351 23.9%	220 15.0%	173 11.8%	150 86.7%	23 13.3%	69 4.7%	11 0.7%	11.8%
R01	1,494	815 54.6%	347 23.2%	191 12.8%	141 9.4%	118 83.7%	23 16.3%	42 2.8%	3 0.2%	9.4%
R02	1,455	738 50.7%	362 24.9%	198 13.6%	157 10.8%	135 86.0%	22 14.0%	55 3.8%	5 0.3%	10.8%
R03	1,493	874 58.5%	347 23.2%	166 11.1%	106 7.1%	88 83.0%	18 17.0%	34 2.3%	4 0.3%	7.1%
R04	1,433	881 61.5%	328 22.9%	134 9.4%	90 6.3%	80 88.9%	10 11.1%	32 2.2%	6 0.4%	6.3%

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120~139		140~159		160~179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
治療中	H29	384	25.4%	221	57.6%	95	24.7%	40	10.4%	18	4.7%	10	2.6%
	H30	401	27.3%	259	64.6%	81	20.2%	38	9.5%	14	3.5%	9	2.2%
	R01	441	29.5%	295	66.9%	90	20.4%	33	7.5%	20	4.5%	9	0.7%
	R02	479	32.9%	305	63.7%	104	21.7%	48	10.0%	17	3.5%	5	1.0%
	R03	526	35.2%	373	70.9%	94	17.9%	41	7.8%	14	2.7%	4	0.8%
R04	523	36.5%	390	74.6%	89	17.0%	34	6.5%	4	0.8%	6	1.1%	
治療なし	H29	1,126	74.6%	532	47.2%	278	24.7%	201	17.9%	78	6.9%	37	3.3%
	H30	1,069	72.7%	467	43.7%	270	25.3%	182	17.0%	90	8.4%	60	5.6%
	R01	1,053	70.5%	520	49.4%	257	24.4%	158	15.0%	79	7.5%	39	3.7%
	R02	976	67.1%	433	44.4%	258	26.4%	150	15.4%	85	8.7%	50	5.1%
	R03	967	64.8%	501	51.8%	253	26.2%	125	12.9%	58	6.0%	30	3.1%
R04	910	63.5%	491	54.0%	239	26.3%	100	11.0%	54	5.9%	26	2.9%	