

金山町国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

令和6年度～令和11年度

金山町国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……9

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2期データヘルス計画に係る考察
3. 第3期における健康課題の明確化
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 健康課題の明確化
 - 3) 目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……31

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38

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

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

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し65

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66

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

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

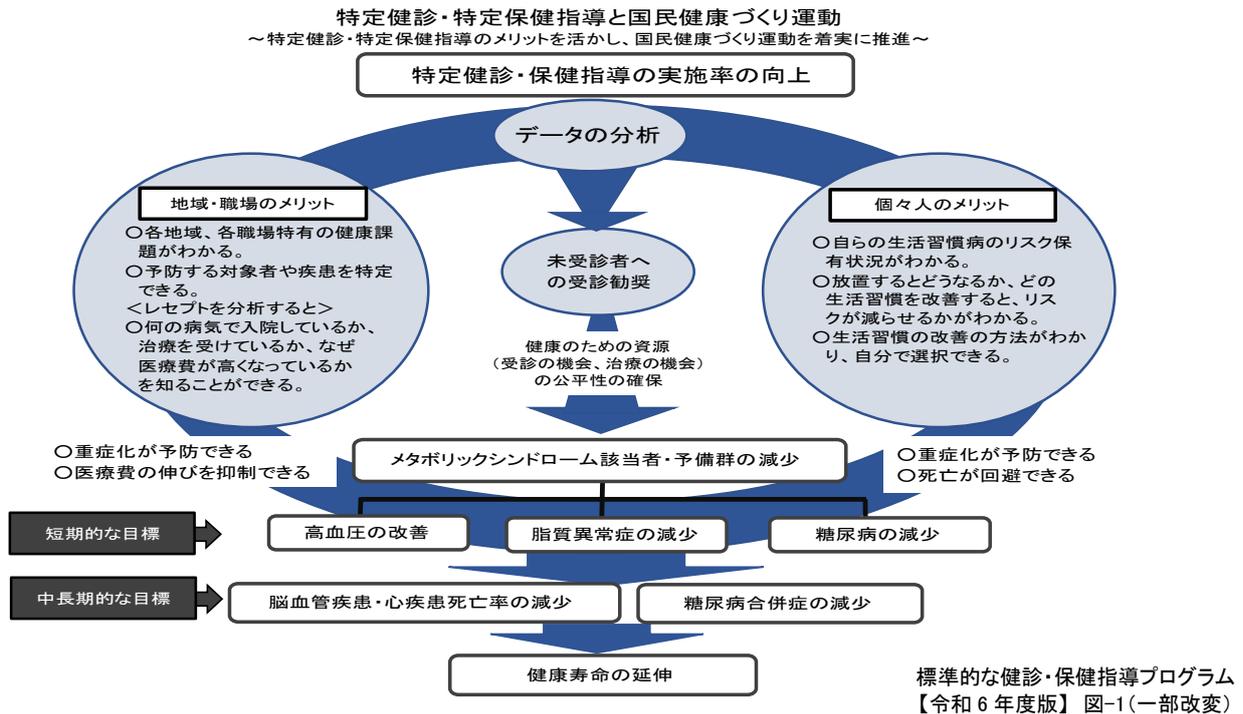
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

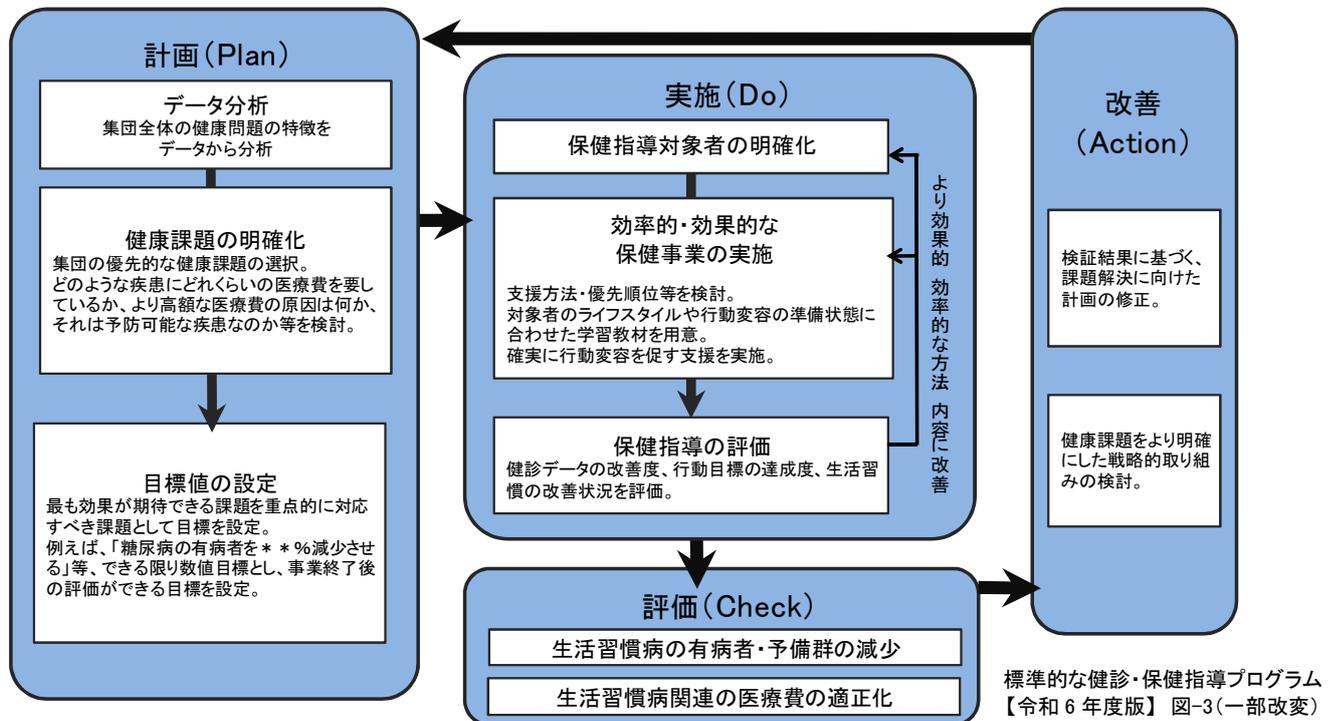
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正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

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



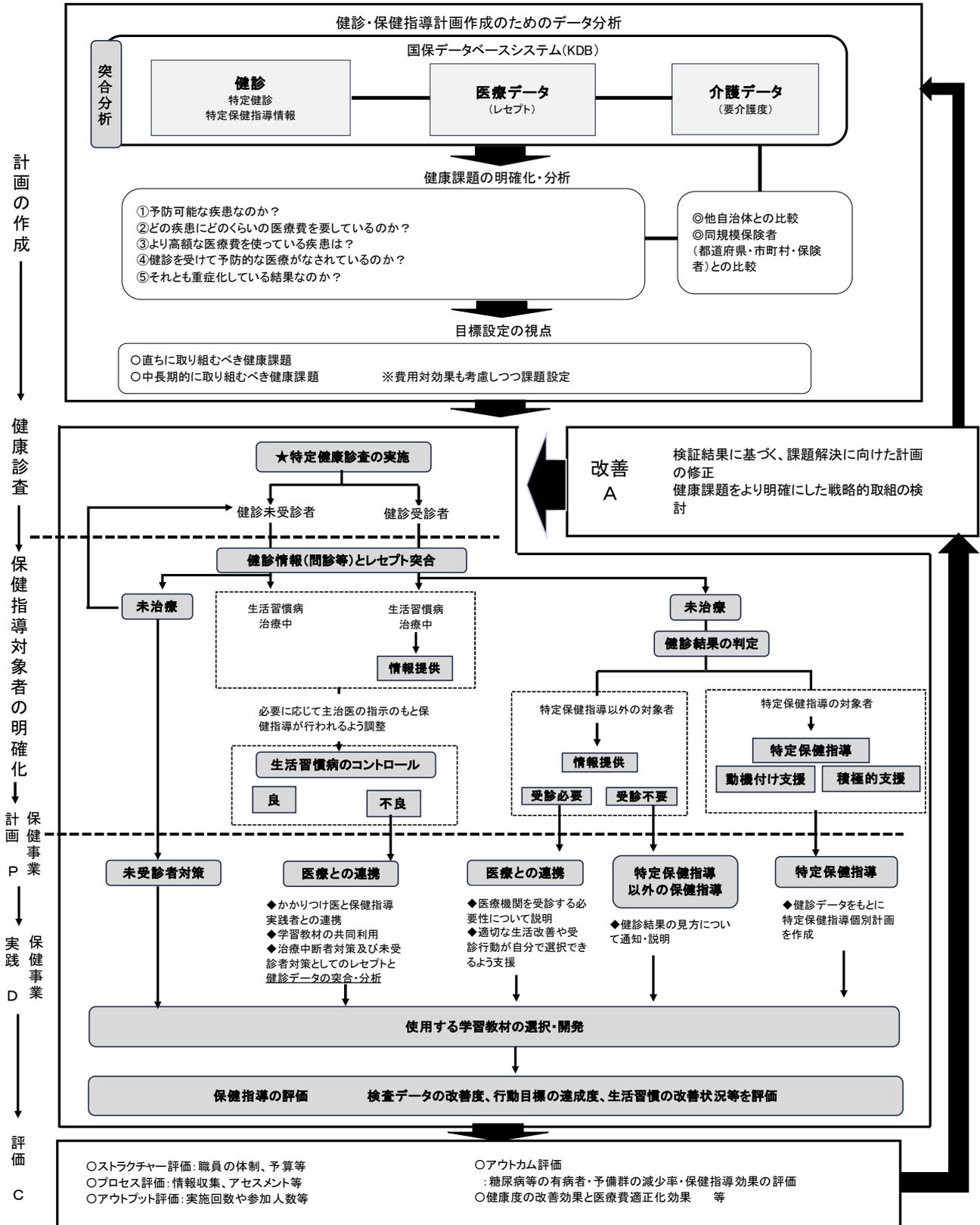
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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。

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

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

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

データヘルス計画の期間については、保健事業の実施等に関する指針第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、手引書において、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計画期間を令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

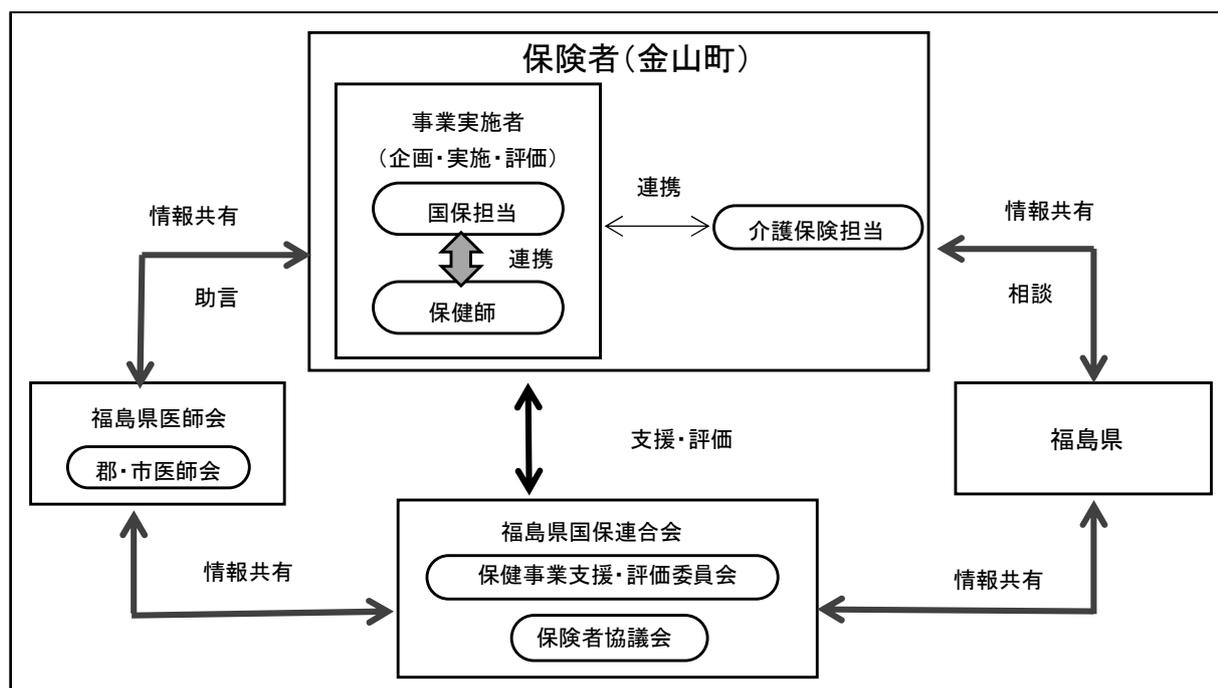
4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体・関係部局の役割

金山町においては、国民健康保険及び健康増進担当が主体となってデータヘルス計画の策定等を進めますが、高齢者・介護担当とも十分連携をしていきます。また、計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させます。

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

図表 6 金山町の実施体制図



2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となることから、共同保険者である福島県のほか、福島県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会とも連携し、専門的な視点から支援を受け計画を策定・推進していきます。

また、市町村国保は退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、市町村国保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、保険者事業の連携等に努めます。

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成30年度より本格的に実施されています。(図表7)

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

図表7 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		
		金山町	配点	金山町	配点	金山町	配点	
交付額(千円)		824		680		950		
全国順位(1,741市町村中)		791位		1310位		262位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	25	70	180	70	
		(2)特定保健指導実施率	70		70		70	
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	25	40	10	40	47	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	80	120	85	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	95	90	40	45	40	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	25	50	25	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	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	75	100	75	100	75	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	22	30	15	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	20	40	20	40
	⑤	第三者求償の取組	31	40	10	50	26	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	63	95	56	100	57	100
合計点		569	1,000	493	960	665	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

金山町は、人口約 1,900 人で、高齢化率は令和5年8月1日現在「福島県の推計人口」によると 61.4% でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合が高く、被保険者の平均年齢も 63 歳と同規模、県、国と比べて高くなっており、逆に出生率は同規模、県、国と比較すると低くなっています。産業においては、小売業やサービス業当の第3次産業が 60.2%と高く、現役世代の健康課題を明確化するには各業種の職場環境等を把握する必要もあります。

国保加入率は 22.4%で、割合としては横ばいですが、被保険者数は年々減少しており 65～74 歳の前期高齢者の割合が増加傾向にあります。

金山町には診療所が 4 つと医療資源に乏しいため、適切な治療を受けるために町外の医療機関を受診することが多いです。

図表 8 同規模・県・国と比較した金山町の特性(令和4年度)

	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
金山町	1,861	60.9	416 (22.4)	63.0	2.1	41.9	0.2	13.3	26.5	60.2
同規模	--	41.4	27.1	54.5	4.9	18.9	0.2	22.3	20.6	57.2
県	--	31.8	21.2	56.0	6.2	13.6	0.5	6.7	30.6	62.6
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※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、金山町と同規模保険者(274市町村)の平均値を表す

図表 9 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合								
被保険者数	525		496		489		459		416	
65～74歳	317	60.4	308	62.1	322	65.8	306	66.7	287	69.0
40～64歳	159	30.3	146	29.4	128	26.2	110	24.0	96	23.1
39歳以下	49	9.3	42	8.5	39	8.0	43	9.4	33	7.9
加入率	24.0		22.7		22.3		21.0		22.4	

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

図表 10 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	同規模	県								
											割合	割合
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.3	0.3
診療所数	4	7.6	4	8.1	4	8.2	4	8.7	4	9.6	3.6	3.5
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21.9	63.7
医師数	1	1.9	1	2.0	1	2.0	1	2.2	1	2.4	3.3	10.4
外来患者数	693.7		662.7		641.1		649.2		649.3		653.6	736.8
入院患者数	30.0		26.4		29.2		29.1		27.0		22.9	19.6

出典: KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

金山町の令和4年度の要介護認定者は、2号被保険者で1人(認定率0.24%)、1号被保険者で253人(認定率22.3%)と、1号被保険者の認定率については同規模、県、国と比較すると高くなっています。認定者の人数に大きな変化はありませんが、一人あたりの介護給付費がH30年度よりも約4万円高くなっており、同規模、県、国と比較しても高い状況です。

また、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況が高く、65～74歳までで7割以上、75歳以上で9割以上と非常に高い割合となっています。基礎疾患の悪化は、要介護認定リスクにも影響することから、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。

図表11 要介護認定者(率)の状況

	金山町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	1,259人	57.5%	1,134人	60.9%	41.4%	31.8%	28.7%
2号認定者	1人	0.18%	1人	0.24%	0.38%	0.48%	0.38%
新規認定者					--	--	--
1号認定者	254人	20.2%	253人	22.3%	19.9%	20.1%	19.4%
新規認定者	23人		27人		--	--	--
再掲							
65～74歳	10人	2.3%	15人	3.8%	--	--	--
新規認定者	2人		4人		--	--	--
75歳以上	244人	29.3%	238人	32.3%	--	--	--
新規認定者	21人		23人		--	--	--

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 12 介護給付費の変化

	金山町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	5億0812万円	5億0085万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	403,594	441,663	323,222	301,499	290,668
1件あたり給付費(円)全体	95,620	94,446	80,543	65,863	59,662
居宅サービス	47,948	46,742	42,864	42,089	41,272
施設サービス	276,376	285,394	288,059	294,067	296,364

出典：KDBシステム、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 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)		1		15		238		253			
(再)国保・後期		0		14		225		239			
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	0 --	脳卒中	5 35.7%	脳卒中	86 38.2%	脳卒中	91 38.1%
			2	虚血性心疾患	0 --	虚血性心疾患	4 28.6%	虚血性心疾患	67 29.8%	虚血性心疾患	71 29.7%
			3	腎不全	0 --	腎不全	2 14.3%	腎不全	20 8.9%	腎不全	22 9.2%
		4	糖尿病合併症	0 --	糖尿病合併症	4 28.6%	糖尿病合併症	9 4.0%	糖尿病合併症	13 5.4%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		0 --	基礎疾患	11 78.6%	基礎疾患	212 94.2%	基礎疾患	223 93.3%	基礎疾患	223 93.3%
	血管疾患合計		0 --	合計	12 85.7%	合計	213 94.7%	合計	225 94.1%	合計	225 94.1%
	認知症		0 --	認知症	3 21.4%	認知症	141 62.7%	認知症	144 60.3%	認知症	144 60.3%
	筋・骨格疾患		0 --	筋骨格系	12 85.7%	筋骨格系	218 96.9%	筋骨格系	230 96.2%	筋骨格系	230 96.2%

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

金山町の医療費は、H30 年度と比較して総医療費は減少していますが、国保加入者の減少や新型コロナウイルス感染症の流行による受診控えを考慮すると、その減少幅は少ないものと考えられます。また、入院医療費が全体のレセプトの 4%程度にも関わらず、医療費全体の約 48%を占めており、1 件あたりの入院費用額が H30 年度と比較して約 1 万円高くなっています。

1 人当たり医療費が県や国に比べて高いのは入院が主要因であり、入院件数の増加や手術による入院を抑制するには重症化予防が重要であり、引き続き生活習慣病重症化予防に力を入れる必要があります。

図表 14 医療費の推移

		金山町		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)		525人		416人	--	--		
前期高齢者割合		317人 (60.4%)		287人 (69.0%)	--	--		
総医療費		1億9775万円		1億5316万円	--	--		
一人あたり医療費(円)		376,675	県内14位 同規模102位	368,173	県内30位 同規模167位	367,527	354,691	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	497,320		509,900	588,220	580,970	617,950	
	費用の割合	49.8		47.6	44.9	39.8	39.6	
	件数の割合	4.1		4.0	3.4	2.6	2.5	
外来	1件あたり費用額	21,660		23,370	25,290	23,470	24,220	
	費用の割合	50.2		52.4	55.1	60.2	60.4	
	件数の割合	95.9		96.0	96.6	97.4	97.5	
受診率		723.626		676.309	676.49	756.467	705.439	

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は金山町と同規模保険者274市町村の平均値を表す

図表 15 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		
		金山町 (県内市町村中)		県 (47県中)	金山町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	0.907	0.887	0.961	0.726	0.704	0.864
		(26位)	(31位)	(36位)	(27位)	(31位)	(44位)
	入院	1.004	0.978	0.954	0.732	0.679	0.818
		(15位)	(22位)	(35位)	(22位)	(29位)	(43位)
	外来	0.851	0.834	0.974	0.733	0.746	0.924
		(31位)	(31位)	(35位)	(30位)	(30位)	(38位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30年度と比較すると横ばいでしたが、脳血管疾患については、同規模、県、国よりも高くなっています。

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況をH30年度と比較してみると虚血性心疾患の患者数及び割合は減少していますが、脳血管疾患・人工透析については、横ばいでした。

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

図表 16 中長期目標疾患の医療費の推移

		金山町		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)		1億9775万円	1億5316万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		1441万円	1170万円	--	--	--	
		7.29%	7.64%	7.24%	6.94%	8.03%	
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	4.04%	4.70%	2.12%	2.05%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.78%	0.16%	1.46%	1.38%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	2.47%	1.83%	3.29%	3.22%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.00%	0.95%	0.37%	0.28%	0.29%
そ 疾 の 他 の	悪性新生物		11.99%	12.52%	17.57%	17.73%	16.69%
	筋・骨疾患		13.65%	11.18%	9.33%	8.28%	8.68%
	精神疾患		14.92%	9.74%	7.82%	8.61%	7.63%

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注) 最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 17 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患 別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	525	416	a	31	23	32	15	1	1	
				a/A	5.9%	5.5%	6.1%	3.6%	0.2%	0.2%	
40歳以上	B	476	383	b	31	23	32	15	1	1	
	B/A	90.7%	92.1%	b/B	6.5%	6.0%	6.7%	3.9%	0.2%	0.3%	
再 掲	40~64歳	C	159	96	c	3	2	10	3	1	1
		C/A	30.3%	23.1%	c/C	1.9%	2.1%	6.3%	3.1%	0.6%	1.0%
	65~74歳	D	317	287	d	28	21	22	12	0	0
		D/A	60.4%	69.0%	d/D	8.8%	7.3%	6.9%	4.2%	0.0%	0.0%

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の人数は減少しております。合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患の人数も減少しております。

金山町では特定健診の結果から、保健指導や受診勧奨を実施しており、適切な治療等を受けることによって重症化予防につながっていると考えられます。

図表 18 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	192	166	37	23	155	143	
	A/被保数	40.3%	43.3%	23.3%	24.0%	48.9%	49.8%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	18	12	2	0	16	12
		B/A	9.4%	7.2%	5.4%	0.0%	10.3%	8.4%
	虚血性心疾患	C	21	7	6	3	15	4
		C/A	10.9%	4.2%	16.2%	13.0%	9.7%	2.8%
	人工透析	D	1	1	1	1	0	0
		D/A	0.5%	0.6%	2.7%	4.3%	0.0%	0.0%

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

図表 19 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	90	84	17	14	73	70	
	A/被保数	18.9%	21.9%	10.7%	14.6%	23.0%	24.4%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	10	5	2	0	8	5
		B/A	11.1%	6.0%	11.8%	0.0%	11.0%	7.1%
	虚血性心疾患	C	14	6	3	3	11	3
		C/A	15.6%	7.1%	17.6%	21.4%	15.1%	4.3%
	人工透析	D	0	1	0	1	0	0
		D/A	0.0%	1.2%	0.0%	7.1%	0.0%	0.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	2	5	1	2	1	3
		E/A	2.2%	6.0%	5.9%	14.3%	1.4%	4.3%
	糖尿病性網膜症	F	19	14	5	3	14	11
		F/A	21.1%	16.7%	29.4%	21.4%	19.2%	15.7%
	糖尿病性神経障害	G	2	4	0	0	2	4
		G/A	2.2%	4.8%	0.0%	0.0%	2.7%	5.7%

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

図表 20 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	174	143	33	22	141	121	
	A/被保数	36.6%	37.3%	20.8%	22.9%	44.5%	42.2%	
(中長期併発目標疾患)	脳血管疾患	B	14	8	0	0	14	8
		B/A	8.0%	5.6%	0.0%	0.0%	9.9%	6.6%
	虚血性心疾患	C	21	10	6	2	15	8
		C/A	12.1%	7.0%	18.2%	9.1%	10.6%	6.6%
	人工透析	D	0	1	0	1	0	0
		D/A	0.0%	0.7%	0.0%	4.5%	0.0%	0.0%

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

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上をH30年度とR03年度で比較してみたところ、有所見者の人数は減少していました。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧は68.4%でしたが、糖尿病ではすべての方が治療中の状態でした。

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後重要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 21 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	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療 (内服なし)		治療中断	
													G	G/E	H	H/E
金山町	271	57.3	269	65.0	23	8.5	12	52.2	19	7.1	11	57.9	13	68.4	0	0.0

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	未治療 (内服なし)		治療中断	
													M	M/K	N	N/K
金山町	271	57.3	269	65.0	12	4.4	2	16.7	10	3.7	5	50.0	0	0.0	0	0.0

出典:ヘルスサポートラボツール

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。金山町の特定健診結果において、H30年度とR04年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者が2.3%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増加しています。

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、LDL-CL160以上の割合が増加しています。翌年度の結果については、HbA1c6.5以上とLDL-CL160以上の改善率は上がっていますが、健診未受診者の方も一定数おり結果が把握出来ませんでした。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 22 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	271 (57.3%)	51 (18.8%)	11 (4.1%)	40 (14.8%)	42 (15.5%)
R04年度	227 (63.6%)	48 (21.1%)	16 (7.0%)	32 (14.1%)	24 (10.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 23 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	22 (9.8%)	5 (22.7%)	7 (31.8%)	6 (27.3%)	4 (18.2%)
R03→R04	26 (9.7%)	7 (26.9%)	8 (30.8%)	4 (15.4%)	7 (26.9%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	16 (7.1%)	10 (62.5%)	5 (31.3%)	1 (6.3%)	0 (0.0%)
R03→R04	19 (7.1%)	7 (36.8%)	3 (15.8%)	2 (10.5%)	7 (36.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	20 (8.9%)	5 (25.0%)	8 (40.0%)	4 (20.0%)	3 (15.0%)
R03→R04	36 (13.4%)	21 (58.3%)	9 (25.0%)	2 (5.6%)	4 (11.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

金山町の特定健診受診率は、例年 65%前後の受診率を示していましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で R02 年度は受診率が 48.2%まで下がりました。しかし R03 年度以降は総合健診の受診方法を改善したことから、例年と同程度の受診率まで回復しました。ですが、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 26) 特定健診の年代別の受診率では、特に 40~50 代の男性は低い状況が続き、生活習慣病の早期発見という観点から、受診率が低い年代を中心に受診勧奨を行っていく必要があります。(図表 27)

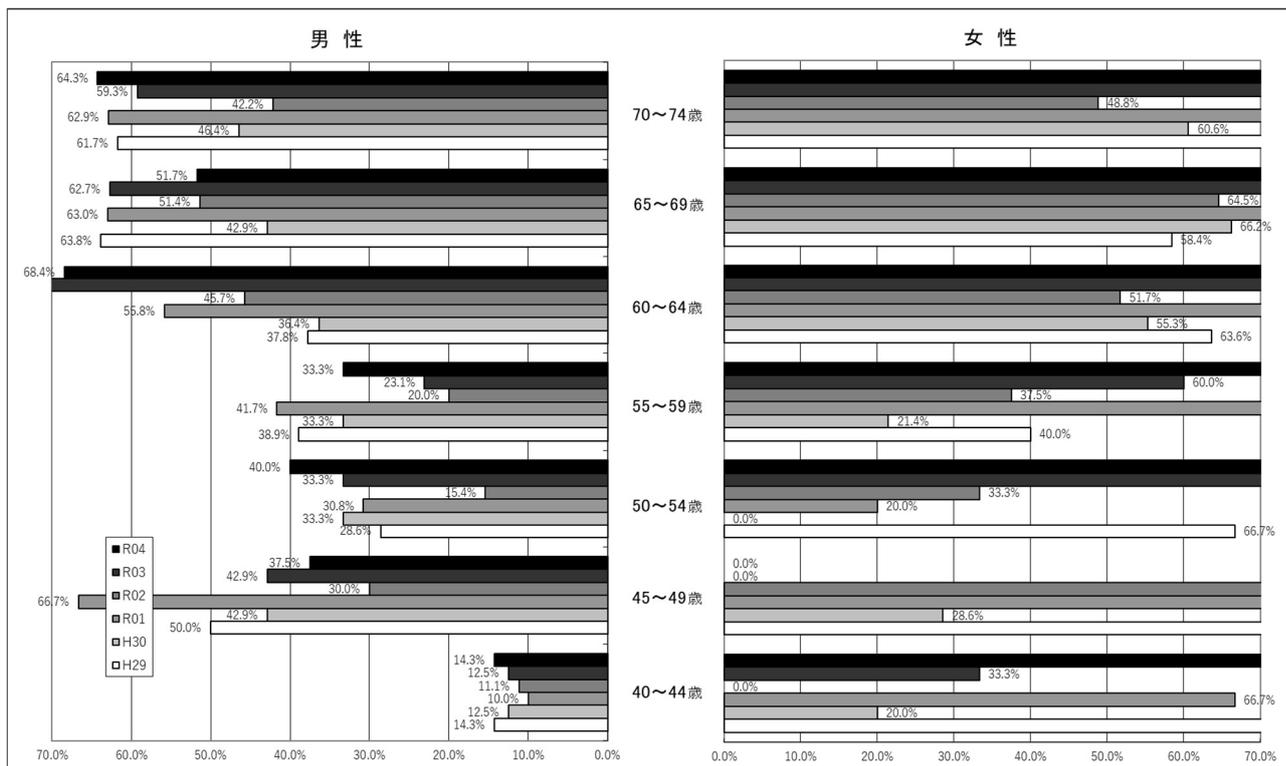
特定保健指導については、専門職の不足により安定した保健指導が行えておりません。実施体制の安定化を図り、適切な保健指導を実施することが先決です。

図表 26 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	266	275	204	250	227	健診受診率 70%
	受診率	60.7%	66.6%	48.2%	63.5%	63.6%	
特定保健指導	該当者数	32	39	26	35	25	特定保健指導実施率 60%
	割合	12.0%	14.2%	12.7%	14.0%	11.0%	
	実施者数	1	1	23	11	7	
	実施率	3.1%	2.6%	88.5%	31.4%	28.0%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 27 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) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症重症化の対象者に対しては、治療へとつなげるための対象者への受診勧奨を積極的に実施してきました。重症化予防対象者に対する保健指導についても面談を行い、医療機関との連携を図りました。

H30 年度 R4 年度にかけて未治療者の割合が増加し、保健指導も希望されない方が一定数おり、対象者に対する支援方法について課題があります。このような方に対して、今後も継続して健診を受診していただくよう周知を行い、医療機関への受診や保健指導を希望された際にはすぐにでも支援できるよう体制を整えていきます。

また、現在治療中の方についても医療と連携して行政においても保健師が保健指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

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全町民を対象に総合健診で心電図検査を実施しており、約 8 割実施できています。

ST所見で要精査・要医療以外の判定の者や高血圧と診断された者、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ます。

また、すでに他の疾患にかかり医療機関を受診している者も多く、その他の疾患と合わせて保健指導を行い心房細動治療へと繋がるよう支援していきます。

③ 脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者は、20 人前後で推移しており、約 6 割が未治療者です。令和 4 年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者 10 人のうち、保健指導後、治療につながった方は少数でした。以前は受診していたものの通院しなくなった方や、高血圧に対する認識が低いいため受診をしない方も多く、継続して支援することで治療に繋げていきます。

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つです。高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血圧測定をすすめ血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者も一定数おり、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います。

(2)ポピュレーションアプローチ

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

金山町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの町民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

取組内容としては、集団検診後に町民の疾病傾向を分析し、疾病の内容に合わせて町広報誌に健康コラム等を掲載し広く町民へ周知を行いました。また、行政区単位で健康相談会を実施し、町民と保健師が直接自身の健康についての悩みなどを相談できる場を提供しました。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 28 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法	
			初年度 H30	中間評 価 R2	最終評 価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	4.0%	1.6%	4.7%	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	0.8%	1.5%	0.2%		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	2.5%	0.4%	1.8%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.2%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.2%		
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	32.8%	33.6%	31.7%	金山町保健福祉課
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	7.1%	11.1%	9.4%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	8.8%	7.2%	9.0%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	12.0%	18.2%	14.5%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.0%	0.48%	0.00%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	0.0%	0.0%	0.0%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	-	-	-	
	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	60.7	48.2	63.6	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	3.1	88.5	28		
		特定保健指導対象者の割合の減少	12.0	12.7	11		
努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	37.4	35.1	32.0	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	58.8	53.1	54.1		
		大腸がん検診受診者の増加	45.3	41.5	42.9		
		子宮がん検診受診者の増加	36.5	39.9	26.9		
		乳がん検診受診者の増加	47.6	48.7	38.6		
		5つのがん検診の平均受診率の増加	45.1	43.7	38.9		
		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	68.4%	80.9%		82.6%

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

金山町の第2期データヘルス計画では、保健事業として脳血管疾患重症化予防、虚血性心疾患重症化予防、糖尿病性腎症重症化予防を行っており、町の課題である「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」に対して効果がある保健事業です。しかし、人口規模が小さいため重症化予防の対象者に変動がなくても被保険者が減ることにより、対象者の割合が高くなるため一人当たりの医療費が年々増加傾向にあります。

重症化予防対象者を減らしていくには、対象者への積極的な保健指導と受診勧奨が必要となります。しかし、保健指導を行う専門職が不足しており、対象者全員に対して十分な保健指導と受診勧奨が行えていないのが現状です。

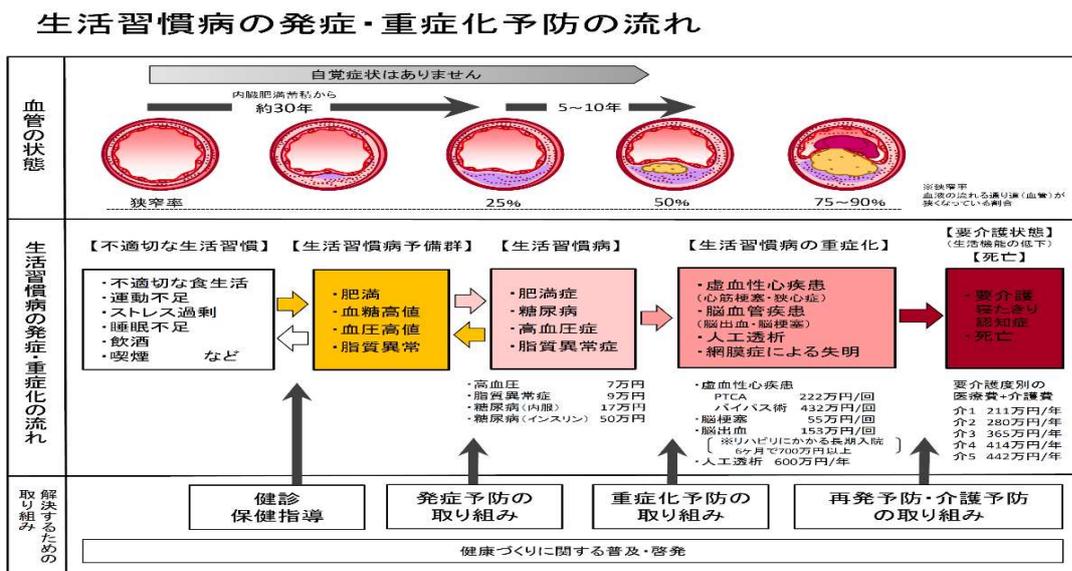
状況を改善していくには、金山町の実施体制の安定化が不可欠です。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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

図表 29 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

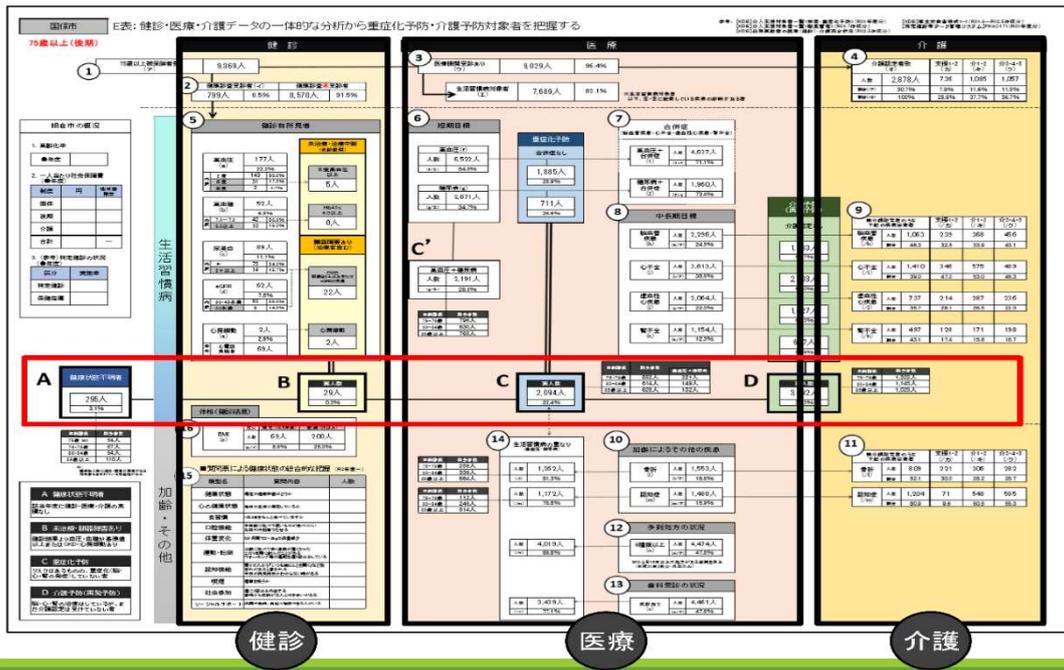
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も増加しており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 30 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

図表 30 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析(例示)



(1) 医療費分析

図表 31 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	525人	496人	489人	459人	416人	737人	
総件数及び総費用額	件数	4,781件	4,209件	3,927件	3,912件	3,577件	9,438件
	費用額	1億9775万円	1億6512万円	1億9014万円	1億6330万円	1億5316万円	4億4312万円
一人あたり医療費	37.7万円	33.3万円	38.9万円	35.6万円	36.8万円	60.1万円	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 32 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	狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
① 国保	金山町	1億5316万円	28,958	1.83%	0.95%	4.70%	0.16%	5.40%	3.62%	1.45%	2773万円	18.1%	12.5%	9.74%	11.18%
	同規模	---	29,993	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	---	18.6%	17.6%	7.82%	9.33%
	県	---	28,703	3.22%	0.28%	2.05%	1.38%	6.43%	3.81%	2.35%	---	19.5%	17.7%	8.61%	8.28%
	国	---	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	---	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	金山町	4億4312万円	49,929	0.14%	0.56%	5.16%	1.21%	2.75%	3.47%	1.14%	6390万円	14.4%	5.6%	3.03%	11.9%
	同規模	---	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	---	18.8%	10.2%	3.61%	12.1%
	県	---	62,624	5.17%	0.46%	3.64%	1.60%	4.40%	3.51%	1.40%	---	20.2%	10.9%	3.40%	11.4%
	国	---	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	---	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 33 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	21人	20人	24人	17人	21人	63人
	件数	B	39件	56件	43件	30件	37件	90件
		B/総件数	0.82%	1.33%	1.09%	0.77%	1.03%	0.95%
	費用額	C	5161万円	7888万円	5828万円	3591万円	4612万円	1億0989万円
		C/総費用	26.1%	47.8%	30.6%	22.0%	30.1%	24.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度							
脳血管疾患	人数	D	3人	4人	1人	1人	1人	11人						
		D/A	14.3%	20.0%	4.2%	5.9%	4.8%	17.5%						
	件数	E	4件	13件	1件	1件	4件	12件						
		E/B	10.3%	23.2%	2.3%	3.3%	10.8%	13.3%						
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%	
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%	
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	1	8.3%	
		60代	0	0.0%	9	69.2%	0	0.0%	0	0.0%	80代	10	83.3%	
		70-74歳	4	100.0%	4	30.8%	1	100.0%	1	100.0%	4	100.0%	90歳以上	1
	費用額	F	552万円	1579万円	471万円	89万円	628万円	1734万円						
F/C		10.7%	20.0%	8.1%	2.5%	13.6%	15.8%							

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 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	1人	0人	1人	0人	0人	0人						
		G/A	4.8%	0.0%	4.2%	0.0%	0.0%	0.0%						
	件数	H	1件	0件	1件	0件	0件	0件						
		H/B	2.6%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%						
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	--	65-69歳	0	--	
		40代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	--	70-74歳	0	--	
		50代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	--	75-80歳	0	--	
		60代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	--	80代	0	--	
		70-74歳	1	100.0%	0	--	1	100.0%	0	--	0	--	90歳以上	0
	費用額	I	88万円		194万円									
I/C		1.7%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%							

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 36 健診・医療・介護データの一体的な分析
E表: 健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える
H30・R04比較



図表 37 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数				② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)					
						特定健診		後期健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	30.3	144	283	869	42.4	60.1	39.4	3.3	5.9	5.8	32.8	28.2	24.3	
R04	31.4	97	295	746	42.3	58.0	40.1	9.8	3.5	6.4	26.8	25.7	23.7	

図表 38 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	%	人	人	%
H30	4	6.6	(2)	18	10.6	(8)	49	14.3	(12)	3	4.9	(0)	10	5.9	(0)	1	0.3	(0)	1	1.6	2	1.2	3	0.9	0	--	2	1.2	0	--		
R04	4	9.8	(1)	14	8.2	(6)	23	7.7	(7)	3	7.3	(1)	8	4.7	(1)	6	2.0	(0)	0	--	2	1.2	8	2.7	0	--	2	1.2	7	2.3		

図表 39 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③ 医療機関受診						⑥ 短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									⑦ 短期目標の疾患とする 合併症					
	生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)						高血圧			糖尿病			糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	82.6	89.8	97.5	27.8	56.9	80.9	72.5	78.9	83.8	37.5	38.5	21.3	25.0	24.2	17.5	34.5	33.1	64.2	46.7	40.3	64.0
R04	79.4	90.8	96.1	28.9	58.3	81.2	78.6	79.1	85.3	46.4	39.0	22.3	28.6	26.7	18.2	36.4	36.0	64.4	30.8	38.8	72.6

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 40 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 中長期目標の疾患(被保険者割)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	2.1	7.1	16.9	4.9	7.4	15.8	5.6	11.3	41.5	1.4	2.8	7.5	33.3	30.0	49.0	0.0	0.0	31.4	0.0	6.3	39.1	0.0	12.5	36.9
R04	2.1	8.1	17.4	3.1	5.4	14.6	6.2	15.3	40.6	1.0	5.1	8.7	0.0	20.8	56.2	0.0	12.5	34.9	0.0	8.9	43.2	0.0	20.0	40.0

(3)健康課題の明確化(図表 31~40)

国保の被保険者数は年々減少しており、高額な治療が発生すると一人当たり医療費に大きな変動がかかります。令和 2 年度から令和 4 年度においては、新型コロナウイルス感染症の影響で受診控えがあったことから受診件数自体は少なかったものの、今後はさらに増加していくと考えられ、一人当たり医療費も増加していく見込です。また、後期高齢者になると令和 4 年度は一人当たり医療費が国保の約 3 倍も高い状況です。(図表 31)

金山町は、高血圧の住民が多く短期的目標疾患の一つとして高血圧を設定し、保健指導にも力を入れてきましたが、高血圧に係る疾患の一つである脳血管疾患の総医療費に占める割合が、同規模、県、国と比べて国保では 2 ポイント以上、後期高齢においては約 1.5 ポイント以上高い状況です。(図表 32)

高額レセプトについては、その疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和元年度が一番多く 13 件で 1500 万円以上の費用がかかっていましたが、令和 2 年度以降は少なくなっています。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今後力を入れていく必要があります。(図表 33、34)

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 37 の①被保険者数は、40~64 歳と 75 歳以上が減ってきており 65~74 歳が微増しています。高齢化率が高い金山町ですが、75 歳以上の後期高齢者は減少していることが分かります。ですが、今後団塊世代が後期高齢者医療制度に移行するため、後期高齢者数は一定数を保つ見込みです。

⑮の体格をみると、各年代でも BMI25 以上の率が低くなっています。図表 38 健診有所見の状況を見ると、75 歳以上で HbA1c7.0 以上、CKD、心房細動の対象人数が増えており、受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 39 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧+合併症、糖尿病+合併症ともに 75 歳以上が高くなっています。

図表 40 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30 年度と R4 年度を比較すると、心不全と腎不全が 65~74 歳で R4 年度の割合が、約 3 ポイント上がっています。

(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、中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通する短期目標疾患である高血圧と糖尿病が課題となります。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、糖尿病性腎症等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。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(図表 42)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

② 中長期的な目標の設定

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

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

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

③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少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ことが重要であるため、その目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2) 管理目標の設定

図表 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)	
			初期値 R6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の患者数減少	23人	21人	19人	KDBシステム
			虚血性心疾患の患者数減少	15人	13人	11人	
			慢性腎不全(透析あり)の患者数減少	1人	1人	1人	
			糖尿病性腎症による透析導入者の減少	1人	1人	1人	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	1人	0人	0人	
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	72人	69人	66人	金山町保健福祉課
			健診受診者のⅡ度高血圧以上の対象者の減少 ※ (160/100以上)	15人	13人	11人	
			健診受診者のLDL-C160mg/dl以上の対象者の減少 ※	17人	15人	13人	
			健診受診者のHbA1c6.5%以上の対象者の減少 ※	12人	10人	8人	
			健診受診者の尿蛋白+以上対象者の減少 ※	2人	1人	0人	
			健診受診者のeGFR45未満の対象者の減少 ※	2人	1人	0人	
			★健診受診者のHbA1c8.0%以上の対象者の減少	0人	0人	0人	
	糖尿病の未治療者の減少	0人	0人	0人			
	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70%以上	63.6%	67.0%	70.0%	法定報告値
			★特定保健指導実施率40%以上	28.0%	35.0%	40.0%	
★特定保健指導による特定保健指導対象者の割合の減少			11.0%	10.0%	9.0%		

※治療中の対象者を除く

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

図表 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	66%	67%	68%	69%	70%	70%以上
特定保健指導実施率	33%	35%	37%	39%	40%	40%以上

3. 対象者の見込み

図表 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	354人	342人	331人	321人	309人	301人
	受診者数	230人	222人	215人	208人	200人	195人
特定保健指導	対象者数	26人	24人	22人	20人	19人	18人
	受診者数	12人	10人	8人	8人	7人	6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、集団検診及び人間ドックを実施します。

(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)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、貧血)を実施します。

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

図表 44 特定健診検査項目

○金山町特定健診検査項目

健診項目		金山町	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、●…いずれかの項目の実施で可

(4)実施時期

4月から翌年3月末までで町が指定する一定の受診期間とします。

(5)医療機関との適切な連携

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

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

(6)代行機関

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

(7)健診の案内方法

町民に対して事前に意向調査を実施し、個人毎に受診録を作成し事前に送付します。

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

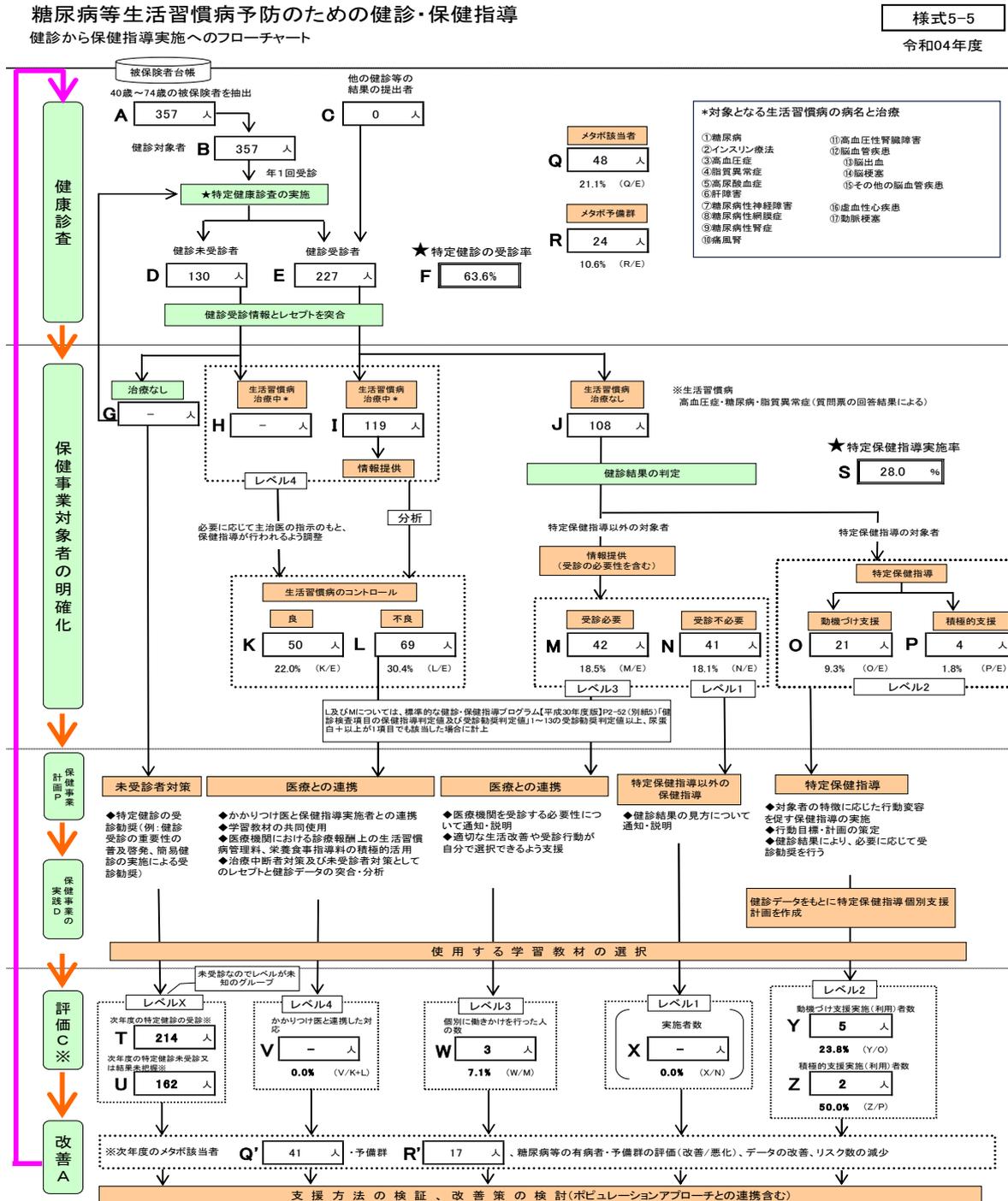
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 45 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)(金山町)



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

図表 46 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	25人 (11.0%)	40%
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	42人 (18.5%)	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)	130 ※受診率目標達成までにあと23人	70%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	41人 (18.1%)	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	119人 (52.4%)	60%

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 47 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 ◎診療情報提供の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月			◎がん検診開始
6月			
7月	◎特定健康診査の開始		◎住民(町民・後期)健診開始
8月	◎特定健康診査の終了	◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月		◎保健指導の開始	
12月		◎利用券の登録	
1月			
2月	◎町民向け意向調査		
3月	◎意向調査とりまとめ		

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金山町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、健康管理システム及び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9月中旬までに報告します。

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、金山町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

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

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知していきます。

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

II. 重症化予防の取組

金山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については、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出し、リスクの重なりから優先順位を決め保健指導を行います。特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効果的であることが分かります。

図表 48 脳・心・腎を守るために

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

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ										令和04年度			
科学的根拠に基づき										健康受診者 (受診率)			
脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少										227人			
虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少										63.6%			
糖尿病性腎症 による年齢調整透析導入患者数の減少													
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (虚血性心疾患の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		■各疾患の治療状況		
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) ↳ 心原性脳塞栓症 (27.7%) ↳ ラクナ梗塞 (31.2%) ↳ アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) ↳ 非心原性脳梗塞			心筋梗塞			労作性狭心症		安静狭心症		治療中	治療なし	
優先すべき課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリックシンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)				高血圧	82	145
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)				脂質異常症	65	162
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者				糖尿病	23	204
該当者数	20	2	7	4	48	17	6				3疾患 いずれもなし	119	108
	8.8%	0.9%	3.1%	1.8%	21.1%	7.5%	2.6%				※健診結果による		
治療なし	15	0	7	4	9	12	4						
	10.3%	0.0%	4.3%	2.5%	8.3%	5.9%	3.7%						
(再掲) 特定保健指導	8	0	2	2	9	1	3						
	40.0%	0.0%	28.6%	50.0%	18.8%	5.9%	50.0%						
治療中	5	2	0	0	39	5	2						
	6.1%	1.7%	0.0%	0.0%	32.8%	21.7%	1.7%						
臓器障害あり	1	0	1	0	3	1	4						
	6.7%	--	14.3%	0.0%	33.3%	8.3%	100.0%						
CKD(専門医対象者)	1	0	0	0	1	0	4						
心電図所見あり	0	0	1	0	2	1	2						
臓器障害なし	14	--	6	4	6	11	--						
	93.3%	--	85.7%	100.0%	66.7%	91.7%	--						
											重症化予防対象者 (実人数)		
											82		36.1%
											25		23.1%
											17		20.7%
											57		47.9%
											7		28.0%
											4		
											5		
											--		

出典:ヘルサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

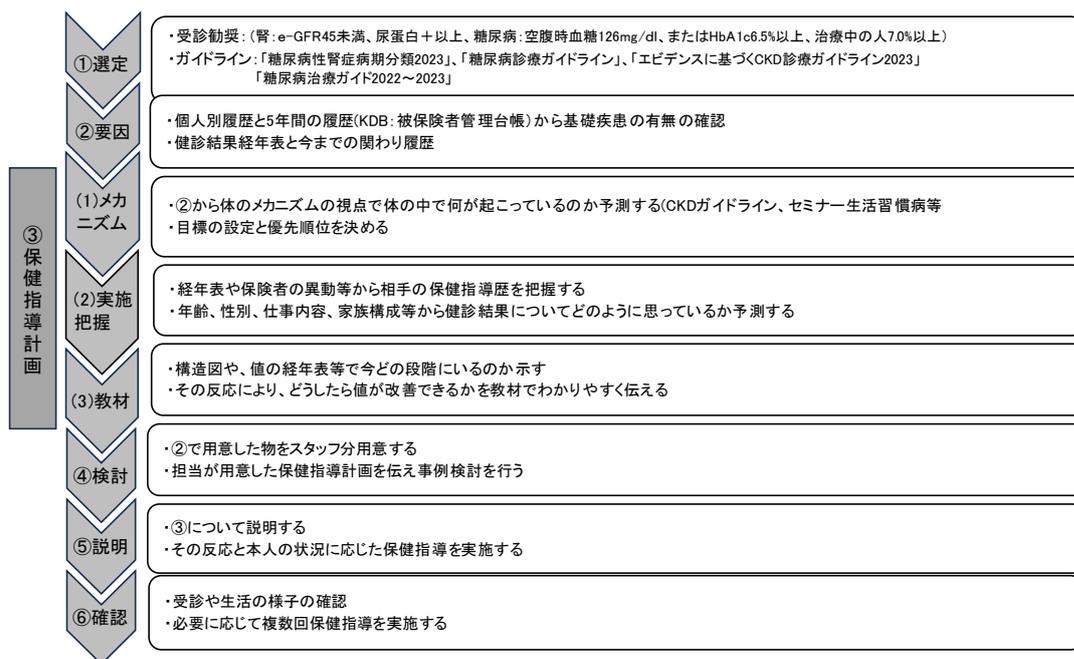
糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム、金山町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 49 に沿って実施します。

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

図表 49 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

図表52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

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

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

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

図表 50 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類 2023 ^{注1}		
病 期	尿中アルブミン・クレアチニン比(UACR, mg/g) あるいは 尿中蛋白・クレアチニン比(UPCR, g/g)	推算糸球体濾過量 ^{注3} (eGFR, ml/分/1.73m ²)
正常アルブミン尿期(第1期) ^{注2}	UACR30未満	30以上
微量アルブミン尿期(第2期) ^{注4}	UACR30~299	30以上
顕性アルブミン尿期(第3期) ^{注5}	UACR300以上あるいはUPCR0.5以上	30以上
GFR高度低下・末期腎不全期(第4期)	問わない	30未満
腎代替療法期(第5期)	透析療法中あるいは腎移植後	

注1: 糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。また評価の際には、腎症病期とともに、慢性腎臓病(CKD)重症度分類も併記することが望ましい。

注2: 正常アルブミン尿期は糖尿病性腎症の存在を否定するものではなく、この病期でも糖尿病性腎症に特有の組織変化を呈している場合がある。

注3: eGFR60mL/分/1.73m²未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外のCKDが存在しうするため、他のCKDとの鑑別診断が必要である。なお血清クレアチニンに基づくeGFRの低下を認めた場合、血清シスチンCに基づくeGFRを算出することで、より正確な腎機能を評価できる場合がある。

注4: 微量アルブミン尿を認めた患者では、糖尿病性腎症早期診断基準にしたがって鑑別診断を行ったうえで、微量アルブミン尿期と診断する。微量アルブミン尿は糖尿病性腎症の早期診断に必須のバイオマーカーであるのみならず、顕性アルブミン尿への移行及び大血管障害のリスクである。GFR60mL/分/1.73m²以上であっても微量アルブミン尿の早期発見が重要である。

注5: 顕性アルブミン尿の患者では、eGFR60mL/分/1.73m²未満からGFRの低下に伴い腎イベント(eGFRの半減、透析導入)が増加するため注意が必要である。

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。

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

② 基準に基づく該当者数の把握

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

金山町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、13人(36.1%・F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者84人のうち、特定健診受診者が23人(63.9%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者61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きます。

④ 介入方法と優先順位

図表 51 より金山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）・・・13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）・・・9人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

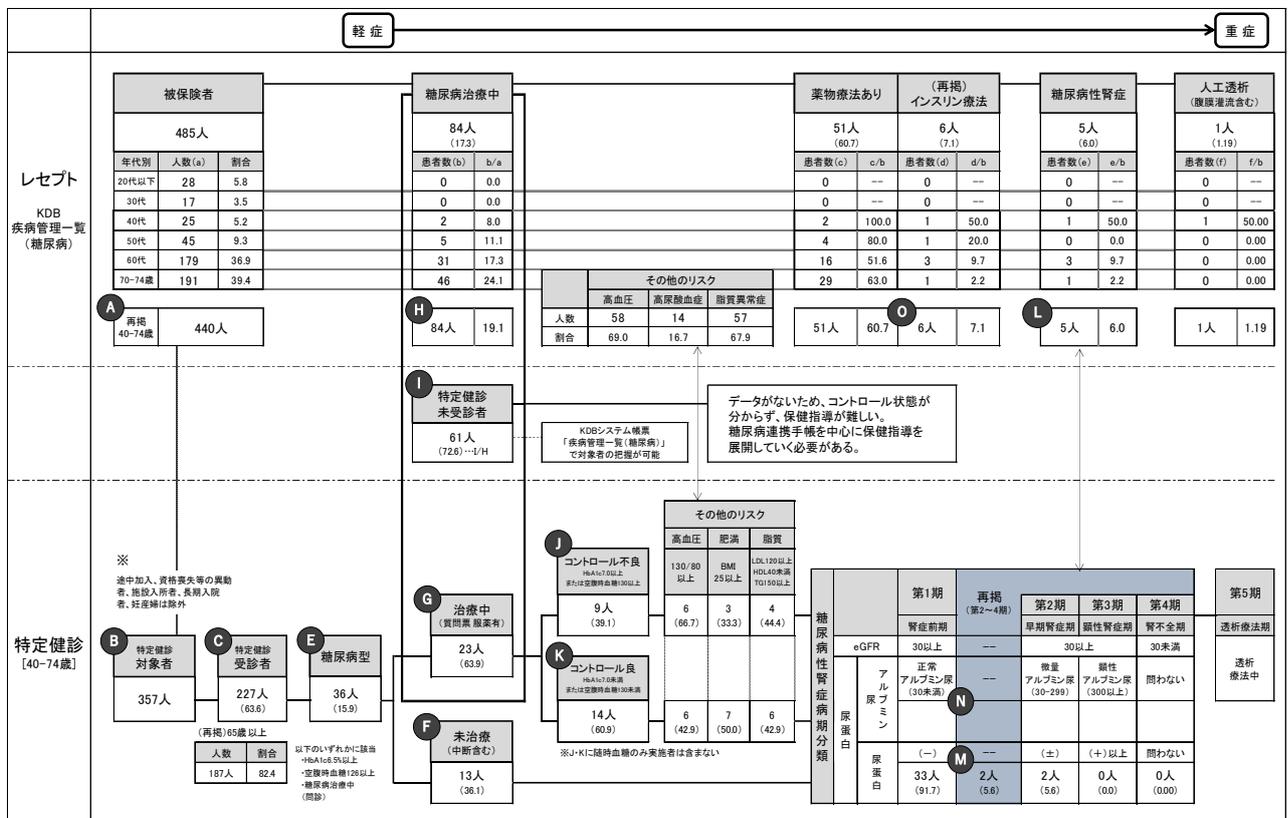
【保健指導】

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

図表 51 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報のうち、疾病管理一貫で把握できない項目については、「KDB構築・介入支援対象者一貫（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

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。金山町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます。

図表 52 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みます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもととの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起ころう
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

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、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合はかかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては福島県プログラムに準じ行っています。

5) 高齢者・介護保険部門との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとし、その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表53 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 健診結果データの改善

○HbA1cの変化

○eGFRの変化（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下）

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 53 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		突合表	金山町											
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度			
			実数	割合										
1	①	被保険者数	572人		528人		491人		495人		456人			
	②	(再掲)40-74歳	514人		479人		452人		454人		417人			
2	①	特定健診 対象者数	476人		434人		430人		404人		365人			
	②	受診者数	271人		290人		207人		256人		233人			
	③	受診率	56.9%		66.8%		48.1%		63.4%		63.8%			
3	①	特定 保健指導 対象者数	32人		39人		26人		35人		31人			
	②	実施率	3.1%		2.6%		88.5%		31.4%		29.1%			
4	①	糖尿病型	E		38人 14.0%		44人 15.2%		30人 14.5%		32人 12.5%		37人 15.9%	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F		13人 34.2%		19人 43.2%		17人 56.7%		13人 40.6%		14人 37.8%	
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G		25人 65.8%		25人 56.8%		13人 43.3%		19人 59.4%		23人 62.2%	
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J		14人 56.0%		16人 64.0%		7人 53.8%		9人 47.4%		9人 39.1%	
	⑤	血圧 130/80以上	J		9人 64.3%		14人 87.5%		5人 71.4%		7人 77.8%		6人 66.7%	
	⑥	肥満 BMI25以上	J		6人 42.9%		6人 37.5%		4人 57.1%		5人 55.6%		3人 33.3%	
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K		11人 44.0%		9人 36.0%		6人 46.2%		10人 52.6%		14人 60.9%	
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M		35人 92.1%		34人 77.3%		28人 93.3%		30人 93.8%		34人 91.9%	
	⑨	第2期 尿蛋白(±)	M		1人 2.6%		8人 18.2%		1人 3.3%		1人 3.1%		2人 5.4%	
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上	M		1人 2.6%		1人 2.3%		1人 3.3%		0人 0.0%		0人 0.0%	
	⑪	第4期 eGFR30未満	M		1人 2.6%		1人 2.3%		0人 0.0%		1人 3.1%		0人 0.0%	
5	①	糖尿病受診率(被保険者千対)	99.7人		94.7人		89.6人		90.9人		100.9人			
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)	110.9人		104.4人		97.3人		99.1人		110.3人			
	③	レセプト件数 (40-74歳)	347件 (729.0)		307件 (676.2)		270件 (600.0)		275件 (661.1)		274件 (715.4)			
	④	()内は被保険者千対 入院(件数)	2件 (4.2)				5件 (11.1)		1件 (2.4)		1件 (2.6)			
	⑤	糖尿病治療中	H		57人 10.0%		50人 9.5%		44人 9.0%		45人 9.1%		46人 10.1%	
	⑥	(再掲)40-74歳	H		57人 11.1%		50人 10.4%		44人 9.7%		45人 9.9%		46人 11.0%	
	⑦	健診未受診者	I		32人 56.1%		25人 50.0%		31人 70.5%		26人 57.8%		23人 50.0%	
	⑧	インスリン治療	O		5人 8.8%		4人 8.0%		3人 6.8%		3人 6.7%		4人 8.7%	
	⑨	(再掲)40-74歳	O		5人 8.8%		4人 8.0%		3人 6.8%		3人 6.7%		4人 8.7%	
	⑩	糖尿病性腎症	L		1人 1.8%		1人 2.0%		2人 4.5%		2人 4.4%		4人 8.7%	
	⑪	(再掲)40-74歳	L		1人 1.8%		1人 2.0%		2人 4.5%		2人 4.4%		4人 8.7%	
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	0人 0.0%		0人 0.0%									
	⑬	(再掲)40-74歳	0人 0.0%		0人 0.0%									
	⑭	新規透析患者数	0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		1人 2.1%			
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症	1人 1.8%		1人 2.0%		2人 4.5%		2人 4.4%		4人 8.7%			
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	1人 0.9%		1人 0.9%		1人 1.1%		1人 1.1%		1人 1.3%			
6	①	総医療費	1億9775万円		1億6512万円		1億9014万円		1億6330万円		1億5316万円			
	②	生活習慣病総医療費	1億1944万円		1億0334万円		1億0812万円		9104万円		7902万円			
	③	(総医療費に占める割合)	60.4%		62.6%		56.9%		55.7%		51.6%			
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	18,025円		11,830円		6,484円		15,424円		11,587円			
	⑤	健診未受診者	27,868円		28,433円		47,346円		24,792円		35,921円			
	⑥	糖尿病医療費	980万円		834万円		931万円		869万円		827万円			
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	8.2%		8.1%		8.6%		9.5%		10.5%			
	⑧	糖尿病入院総医療費	2277万円		2038万円		3181万円		2972万円		2391万円			
	⑨	1件あたり	31,983円		34,369円		53,190円		44,889円		37,179円			
	⑩	糖尿病入院総医療費	2322万円		2807万円		3236万円		1868万円		2442万円			
	⑪	1件あたり	611,012円		684,643円		577,935円		467,104円		567,826円			
	⑫	在院日数	19日		19日		16日		16日		20日			
	⑬	慢性腎不全医療費	488万円		750万円		184万円		96万円		425万円			
	⑭	透析有り	488万円		750万円		84万円				280万円			
	⑮	透析なし					99万円		96万円		146万円			
7	①	介護給付費	5億0812万円		4億8745万円		4億8416万円		4億8870万円		5億0085万円			
	②	(2号認定者)糖尿病合併症	0件 0.0%											
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	0人 0.0%											

出典:ヘルスサポートラボツール

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

7月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8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)

2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

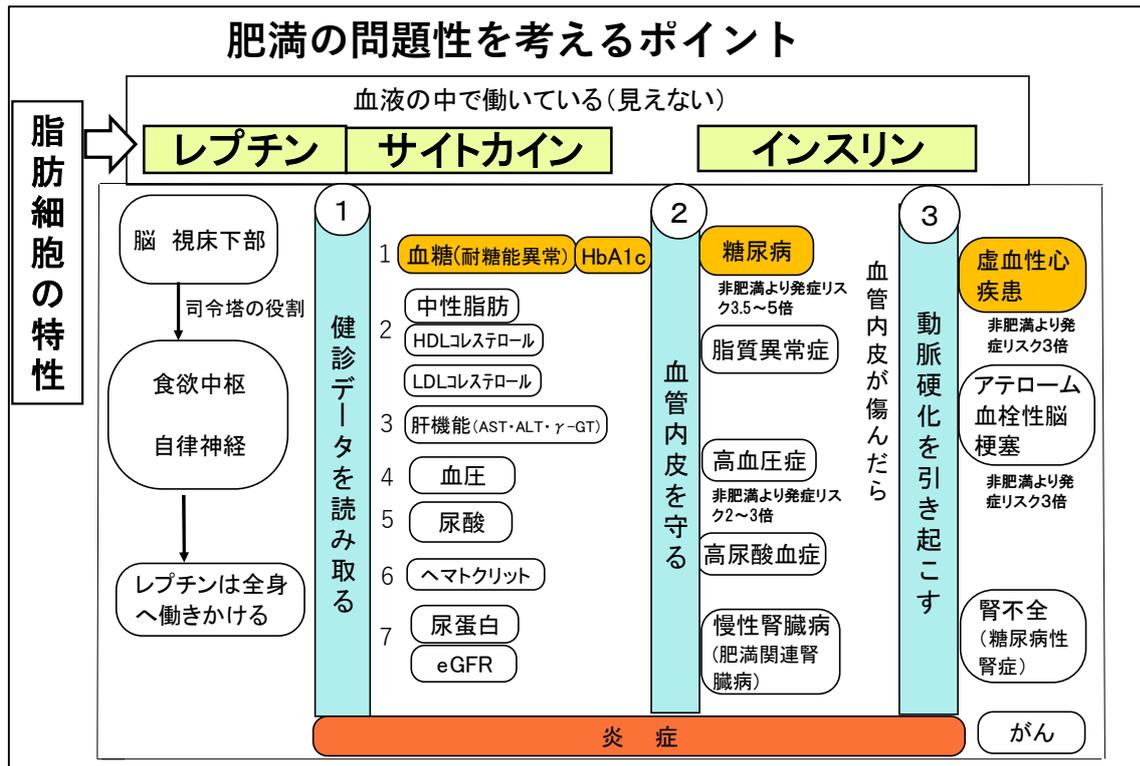
1) 基本的な考え方

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

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

なお、取組みにあたっては図表 54 に基づいて考えていきます。

図表 54 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 55 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	40	187	11	50	8	47	2	3	1	0	0	0	
			27.5%	26.7%	20.0%	25.1%	5.0%	1.6%	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%	
再掲	男性	22	91	7	24	5	21	2	3	0	0	0	0
				31.8%	26.4%	22.7%	23.1%	9.1%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
再掲	女性	18	96	4	26	3	26	0	0	1	0	0	0
				22.2%	27.1%	16.7%	27.1%	0.0%	0.0%	5.6%	0.0%	0.0%	0.0%

出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位をつけます。

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

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 of 医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。

3) 対象者の明確化

図表 56 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A	113	2	10	38	63	114	2	5	52	55	
メタボ該当者	B	35	1	1	16	17	13	0	1	8	4	
	B/A	31.0%	50.0%	10.0%	42.1%	27.0%	11.4%	0.0%	20.0%	15.4%	7.3%	
再掲	① 3項目全て	C	12	1	0	5	6	4	0	0	2	2
		C/B	34.3%	100.0%	0.0%	31.3%	35.3%	30.8%	--	0.0%	25.0%	50.0%
	② 血糖+血圧	D	7	0	1	2	4	1	0	0	0	1
		D/B	20.0%	0.0%	100.0%	12.5%	23.5%	7.7%	--	0.0%	0.0%	25.0%
	③ 血圧+脂質	E	13	0	0	7	6	8	0	1	6	1
		E/B	37.1%	0.0%	0.0%	43.8%	35.3%	61.5%	--	100.0%	75.0%	25.0%
	④ 血糖+脂質	F	3	0	0	2	1	0	0	0	0	0
		F/B	8.6%	0.0%	0.0%	12.5%	5.9%	0.0%	--	0.0%	0.0%	0.0%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 57 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	113	35	31.0%	28	80.0%	7	20.0%	114	13	11.4%	11	84.6%	2	15.4%		
40代	2	1	50.0%	1	100.0%	0	0.0%	2	0	0.0%	0	--	0	--		
50代	10	1	10.0%	1	100.0%	0	0.0%	5	1	20.0%	0	0.0%	1	100.0%		
60代	38	16	42.1%	12	75.0%	4	25.0%	52	8	15.4%	7	87.5%	1	12.5%		
70~74歳	63	17	27.0%	14	82.4%	3	17.6%	55	4	7.3%	4	100.0%	0	0.0%		

出典:ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 56)は、男性で 60 代から受診者の約 4 割を超えるが、女性では 60 代・70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 57)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、年代が上がる毎にメタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

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

と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- 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担当者が管理します。

4) 保健指導の実施

(1) 最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 58 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

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

(2) 二次健診の実施

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

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

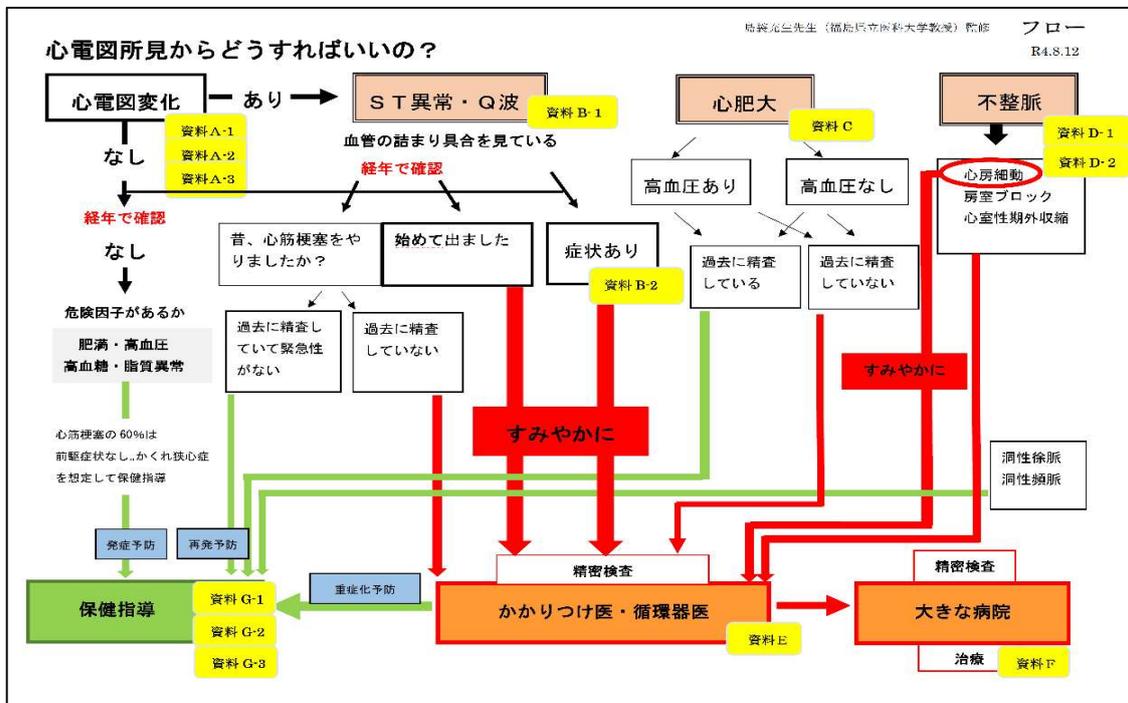
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 59 に基づいて考えます。

図表 59 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

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

金山町においては、心電図検査を137人(60.0%)に実施し、そのうち有所見者が42人(30.6%)でし

た。所見の中でも脚ブロックが 11 人(26.2%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 67)

現在金山町では、要精検者の受診状況について把握をしておりませんが、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い、その後の状況について支援していく必要があります。

図表 60 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	137	60.0%	42	30.6%	1	2.4%	5	11.9%	4	9.5%	1	2.4%	3	7.1%	11	26.2%	2	4.8%	8	19.0%
	男性	68	59.6%	25	36.8%	0	0.0%	1	4.0%	2	8.0%	1	4.0%	3	12.0%	6	24.0%	2	8.0%	8	32.0%
	女性	69	60.5%	17	24.6%	1	5.9%	4	23.5%	2	11.8%	0	0.0%	0	0.0%	5	29.4%	0	0.0%	0	0.0%

金山町調べ

図表 61 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	42		7	16.7%	6	85.7%	1	14.3%
男性	25	59.5%	5	20.0%	5	100.0%	0	0.0%
女性	17	40.5%	2	11.8%	1	50.0%	1	50.0%

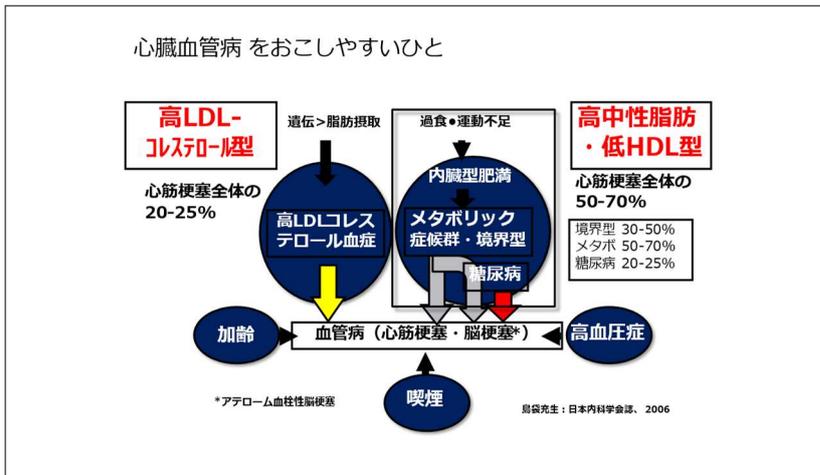
金山町調べ

②心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 62)

図表 62 心血管病をおこしやすいひと



図表 62 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

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

B:LDL コレステロールタイプ^①(図表 63)

図表 63 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定 令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標 (参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果 (LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
			90	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	5 5.6%	3 7.3%	0 0.0%	0 0.0%	2 28.6%	0 0.0%	3 15.8%	7 36.8%	9 47.4%
	中リスク	140未満 (170未満)	34 37.8%	15 36.6%	14 46.7%	3 25.0%	2 28.6%	0 --	1 33.3%	3 42.9%	1 11.1%
		120未満 (150未満)	46 51.1%	20 48.8%	14 46.7%	9 75.0%	3 42.9%	0 --	0 0.0%	4 57.1%	8 88.9%
	再掲	100未満 (130未満) ※1	2 2.2%	1 2.4%	0 0.0%	1 8.3%	0 0.0%	0 --	0 0.0%	1 14.3%	0 0.0%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	5 5.6%	3 7.3%	2 6.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 --	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

図表 64 心電図所見からの保健指導教材（例示）

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 202 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者・介護保険部門との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

7 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

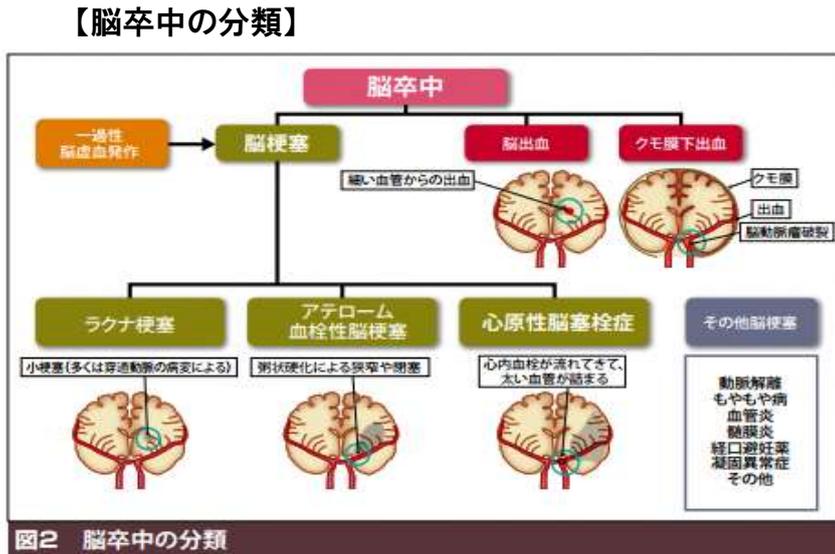
8 月～特定健診結果が届き次第システムに記載。システム記載後順次、対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 65,66)

図表 65 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 66 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

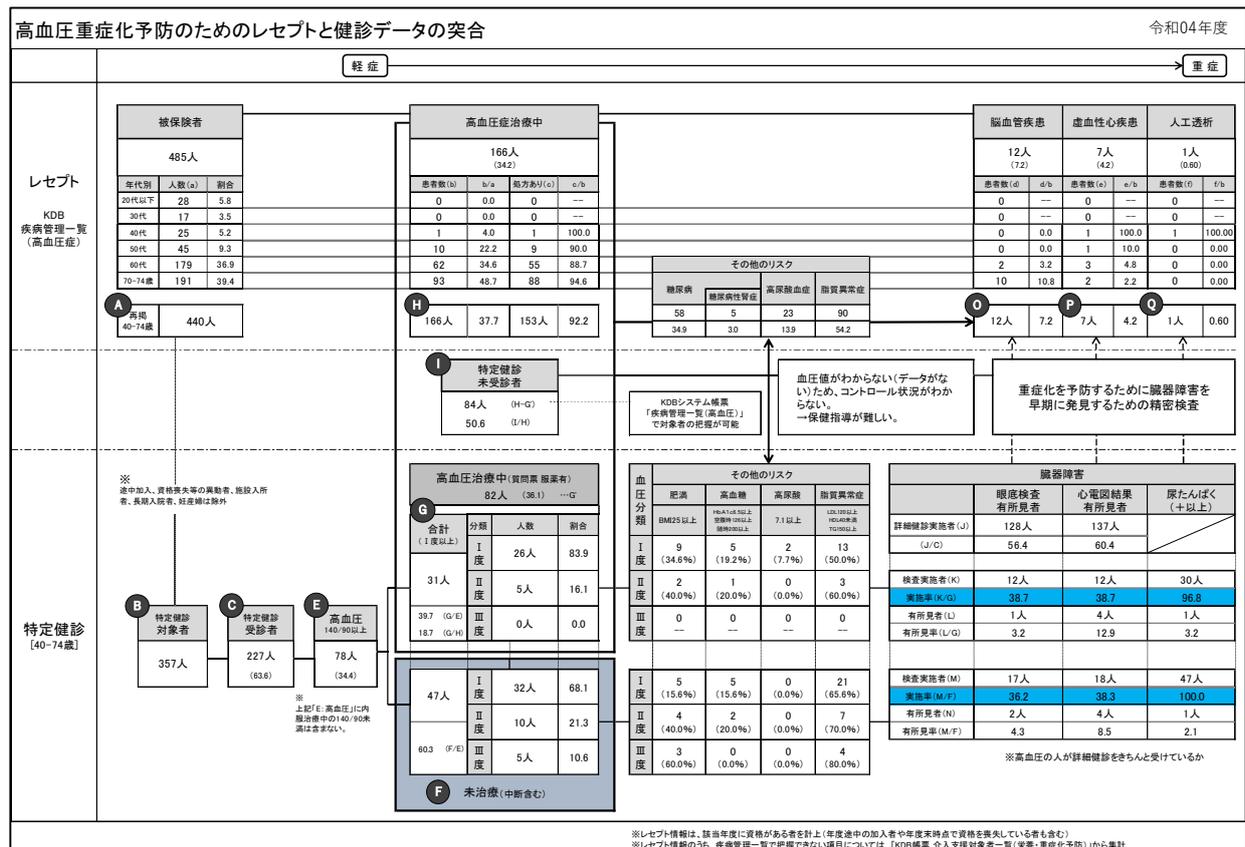
脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 67 でみると、高血圧治療者 166 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 12 人(7.2%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 20 人(8.8%・G,F)であり、そのうち 15 人(75%・F)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 5 人(16.1%・G)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)は 128 人(56.4%)実施しています。

図表 67 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



(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深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

図表 68 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			
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化		特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)			
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
	82	35 42.7%	32 39.0%	10 12.2%	5 6.1%
リスク第1層 予後影響因子がない	1 1.2%	C 0 0.0%	B 1 3.1%	B 0 0.0%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	55 67.1%	C 25 71.4%	B 21 65.6%	A 6 60.0%	A 3 60.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	26 31.7%	B 10 28.6%	A 10 31.3%	A 4 40.0%	A 2 40.0%

高血圧

I度高血圧

II度高血圧

III度高血圧

…高リスク

…中等リスク

…低リスク

区分	該当者数
A	25 30.5%
B	32 39.0%
C	25 30.5%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 68 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。

図表 69 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 69 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	113	114	68	60.2%	69	60.5%	2	2.9%	0	0.0%	--	--
40代	2	2	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0.2%	0.0%
50代	10	5	8	80.0%	4	80.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	38	52	19	50.0%	27	51.9%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	63	55	40	63.5%	38	69.1%	2	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

図表 70 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	%
2	0	0.0%	2	100.0%

金山町調べ

心電図検査において2人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、今後も健診結果を注視していく必要があります。また、心電図有所見者2人ともに現在治療中です。

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が望まれます。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法

は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者・介護保険部門との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

7月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8月～特定健診結果が届き次第システムに記載。システム記載後順次、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組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

2) 事業の実施

金山町は、令和6年度より福島県後期高齢者広域連合から、本町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の実施を予定しています。

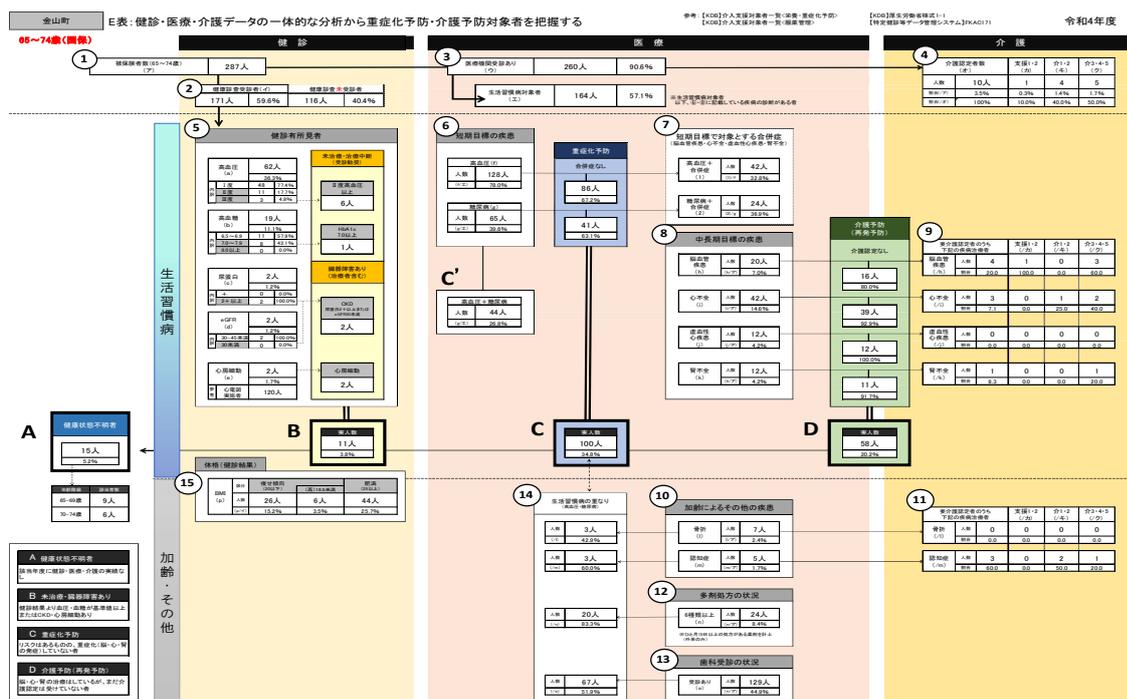
具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

② 地域を担当する保健師を配置し、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金山町が管理する対象者管理台帳をもとに、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)

図表 71 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 発症予防

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

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

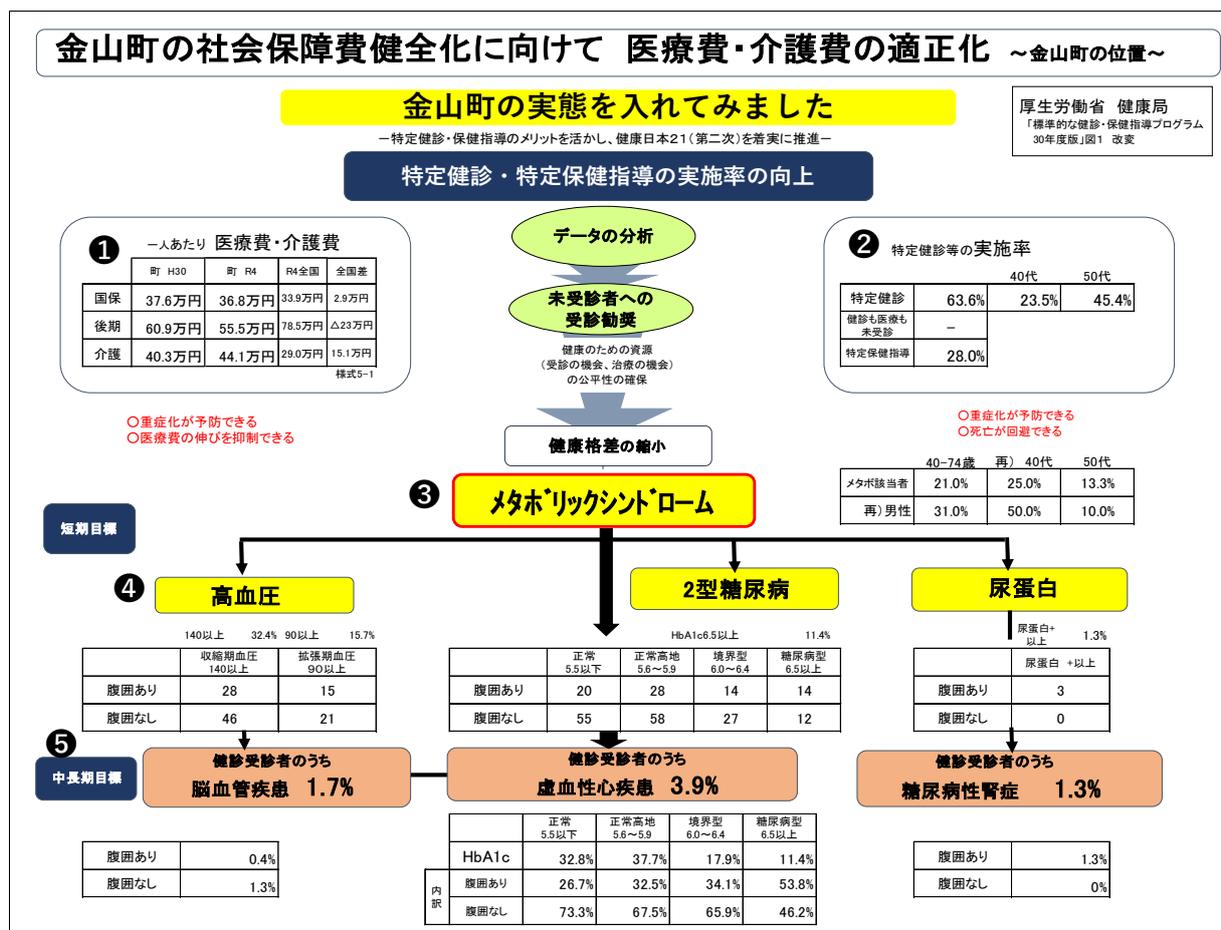
図表 72 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える																	
— 基本的考え方 — (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)																	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>																	
1 根拠法	健康増進法																
	母子保健法			児童福祉法			学校保健安全法			労働安全衛生法 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>					
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		
4 健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (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)		後期高齢者健康診査 (第125条)
	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)				
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)妊婦糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの															
	身長																
	体重																
	BMI												25以上				
	肥満度			加齢18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上									
	尿糖	(+)以上						(+)以上									
糖尿病家族歴																	

V. ポピュレーションアプローチ

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

図表 73 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱い

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