

第3期会津坂下町国民健康保険
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

会津坂下町

— 目 次 —

第3期会津坂下町国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

第1節 計画策定について

- 1. 計画策定の基本的事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2. 評価指標の共通化・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 3. 計画期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 4. 実施体制・関係者連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

第2節 会津坂下町の概況

- 1. 人口、被保険者の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

第3節 健康・医療情報等の分析

- 1. 医療費の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
- 2. 死亡の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 14
- 3. 平均余命・平均自立期間の状況・・・・・・・・・・ 17
- 4. 介護の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 17
- 5. 医療費及び疾病内訳の状況・・・・・・・・・・ 22
- 6. 特定健診・保健指導の状況・・・・・・・・・・ 24
- 7. 多剤・重複処方、頻回・重複受診の状況・・・・ 38
- 8. 分析結果に基づく健康課題と方向性・・・・ 41

第4節 第2期データヘルス計画における取組の考察

- 1. 第2期データヘルス計画全体の最終評価・・・・ 43
- 2. 各事業の達成状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 45

第5節 健康課題を解決するための取組

- 1. 計画の目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 55
- 2. 中長期目標を達成するための目的、目標、関連する保健事業・・ 55
- 3. 計画において取り組む保健事業・・・・・・・・・・ 57
 - (1) 個別保健事業
 - ①特定健康診査事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 57
 - ②特定保健指導事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 59
 - ③特定健康診査受診率向上対策事業・・・・・・ 61
 - ④重症化予防事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 63
 - ⑤糖尿病性腎症重症化予防事業・・・・・・ 65
 - (2) 第4期会津坂下町国民健康保険特定健康診査等実施計画・・ 68

第6節 計画におけるその他の取組事項

1. 計画の公表・周知	74
2. 計画の評価及び見直し	74
3. 他の保健事業との連携	75
4. 実施体制の確保及び実施方法の改善	75
5. 地域包括ケアに係る取組	75
6. 個人情報の保護	75
用語解説集	76

第 1 節 計画策定について

1. 計画策定の基本的事項

(1) 計画策定の背景

保険者は平成 20 年 4 月から「高齢者の医療の確保に関する法律」（以下、「高確法」という。）により、40 歳～74 歳を対象にメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健康診査・特定保健指導を実施するとともに、特定健康診査等実施計画を定めることとされました。

平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、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「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者は、レセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。

その方針を踏まえ、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」において、「市町村及び国民健康保険組合は、健康・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・改善等を行うこととされました。

(2) 計画策定の趣旨

会津坂下町国民健康保険では、平成 20 年度から「会津坂下町特定健康診査等実施計画」（以下、「特定健診等実施計画」という。）を策定するとともに、平成 28 年 1 月に、「会津坂下町国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」（以下、「データヘルス計画」という。）を策定しました。

この度、「第 2 期データヘルス計画」「第 3 期特定健診等実施計画」（平成 30 年度～令和 5 年度）の終了に伴い、新たに「第 3 期データヘルス計画」「第 4 期特定健診等実施計画」を策定します。

(3) 計画の目的

被保険者の「健康寿命の延伸」と「医療費適正化」を目的とします。

(4) 計画の法的根拠と位置づけ

データヘルス計画は、国民健康保険法第 82 条第 5 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める「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」により、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 サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための計画として策定します。

特定健診等実施計画は、高確法第 18 条に基づいて実施する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す。

なお、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では、「データヘルス計画の策定に関し、市町村が保健事業を総合的に企画し、より効果的かつ効率的に実施すること

ができるよう、可能な限り特定健康診査等実施計画と一体的に策定することが望ましい」としています。両計画の内容は重複する部分が多いことから、今期から一体的に策定し、運用します。

また、データヘルス計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、町の計画（第六次会津坂下町振興計画、第3次ばんげ健康プラン 21、第9期会津坂下町高齢者福祉・介護保険事業計画）と整合性のとれたものとしします。

2. 評価指標の共通化

これまで、国は全国の保険者に対し、データヘルス計画の策定を推進してきましたが、各保険者の実施する保健事業はさまざまで、評価の指標が統一されていなかったため、他の保険者との比較など客観的な評価が困難でした。そのため、国は、第3期データヘルス計画の策定に向け、共通の評価指標で保健事業を評価し、成果が出ている保険者から効果的な知見を抽出することを目指し、「経済財政運営と改革の基本方針 2020（骨太方針 2020）」（令和2年7月17日閣議決定）において「データヘルス計画の標準化等の取組の推進」を打ち出しました。

この標準化を進めることで、保険者による保健事業の質の向上、また、保健事業を受託する民間事業者の成長を促し、働き盛り世代の健康課題の解決につなげるとしており、国のこうした方針に基づき計画を策定します。

3. 計画期間

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。

4. 実施体制・関係者連携

本計画は、国民健康保険財政運営の責任主体である県と緊密な連携を図るとともに、庁内各部局との協働の実施体制を基盤とし、地域の保健医療関係団体及び関係者との協力・連携体制を確保して推進します。

第2節 会津坂下町の概況

1. 人口、被保険者の状況

(1) 人口及び人口構成の推移

人口の推移（表1）を見ると、町の人口は減少を続けています。

年齢区分別に見た場合、65歳未満については減少しています。65～74歳については、令和3年までは増加していますがそれ以降は減少しており、75歳以上については令和3年まで減少しそれ以降は増加に転じていますので、団塊の世代が75歳を迎えていることがわかります。

65歳以上の高齢者人口についてもこれまでの増加傾向から横ばい、減少傾向となっておりますが、高齢化率は令和5年度で38.1%と毎年上昇しています。

表1 人口及び人口構成の推移

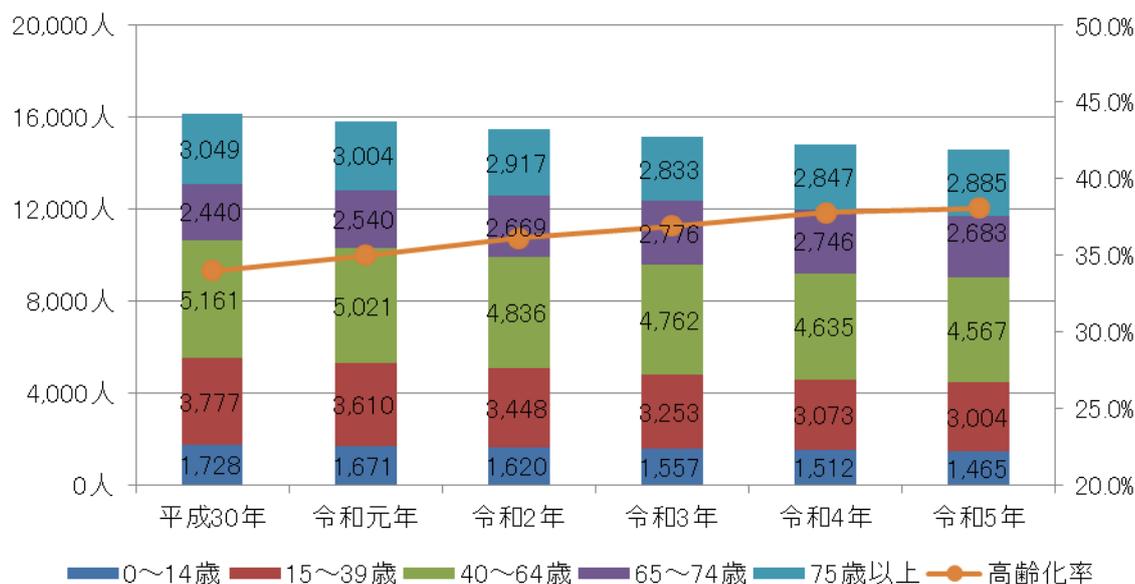
(単位：人)

区分	平成30年	令和元年	令和02年	令和03年	令和04年	令和05年
0～14歳	1,728	1,671	1,620	1,557	1,512	1,465
15～39歳	3,777	3,610	3,448	3,253	3,073	3,004
40～64歳	5,161	5,021	4,836	4,762	4,635	4,567
65～74歳	2,440	2,540	2,669	2,776	2,746	2,683
75歳以上	3,049	3,004	2,917	2,833	2,847	2,885
合計	16,155	15,846	15,490	15,181	14,813	14,604
高齢化率※	34.00%	35.00%	36.10%	36.90%	37.80%	38.10%

※高齢化率＝高齢者数÷総人口

出典：会津坂下町「住民基本台帳（外国人含む）」（各年10月1日時点）

図1 人口及び人口構成の推移



(2) 国保人口及び国保人口構成の推移

被保険者数は令和4年度3,441人(表1)であり、平成30年度3,848人から407人、10.6%減少しています。町の人口に占める国民健康保険加入率は22.9%で減少傾向にありますが、高齢化率の上昇に伴い前期高齢者の割合、平均年齢が共に上昇しています。

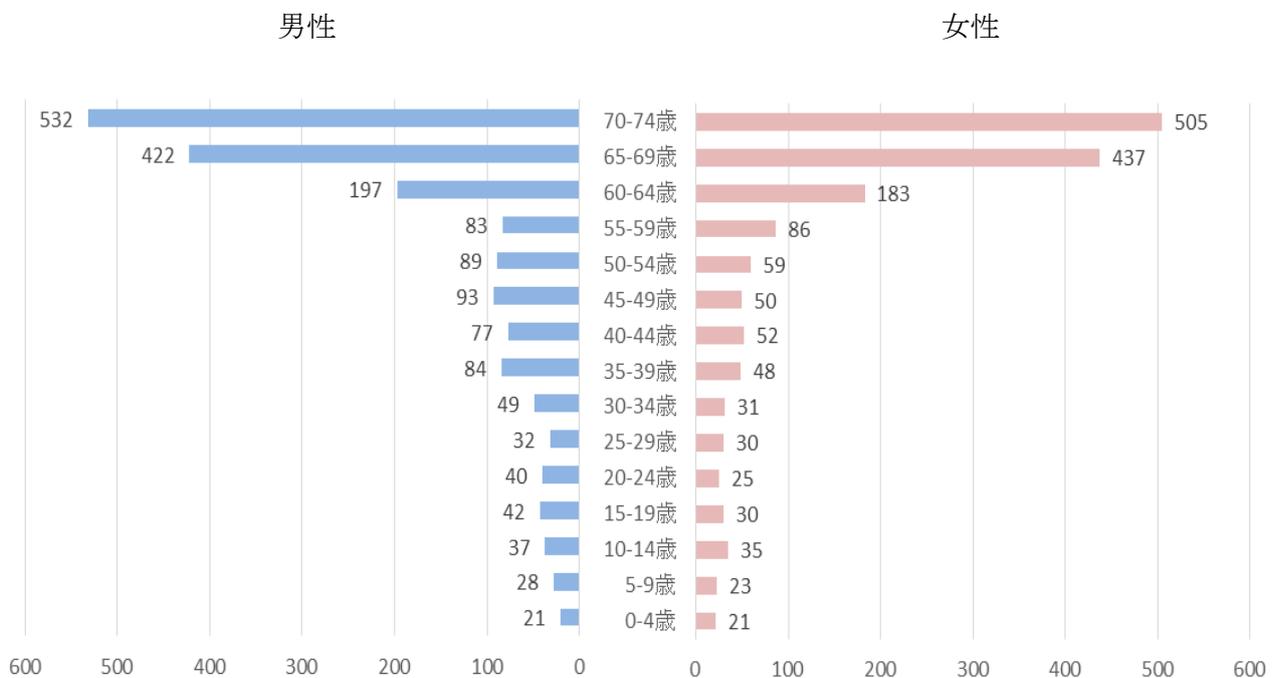
社会保険の適用拡大や後期高齢者の増加により、今後も被保険者数は減少していくものと考えられます。

表1 国保人口の推移及び加入率

		被保険者数		割合	加入率	平均年齢
		前期高齢者				
平成30年		3,848	1,753	45.6%	23.6	55.4
令和元年		3,746	1,841	49.1%	23.0	56.1
令和02年		3,769	1,935	51.3%	23.2	56.8
令和03年		3,636	1,941	53.4%	22.3	57.6
令和04年		3,441	1,896	55.1%	22.9	57.8
県	令和04年	381,897	191,020	50.0%	21.2	56.0

※抽出データ:KDB「人口及び被保険者の状況2」、「健診・医療・介護からみる地域の健康課題」

図1 国保人口構成(男女別・5歳刻み・令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

第3節 健康・医療情報等の分析

この節では、国民健康保険被保険者について、医療費、疾病の傾向、受診の状況や特定健康診査などの観点から現況をとらえ、本計画の個別保健事業に紐づけることを目的に健康課題を抽出します。

1. 医療費の状況

(1) 受療形態別医療費等の状況

1件当たりの入院・外来医療費の状況は、平成30年度38,471円から令和3年度まで同水準で推移していましたが、令和4年度に43,682円と大きく増加し、コロナ禍における受診控えの反動の影響があったと考えられます。(表1)

令和4年度の状況をみると、1件当たり医療費で外来・入院ともに県・国を上回っており、医療費順位が県内12位となっています。外来受診率は県を下回り国と同水準となりましたが、入院では県・国を大きく上回っています。(表2)

表1 会津坂下町入院・外来医療費の状況(経年推移)

	計		外来				入院			
	1件当たり医療費	H30年比	1件当たり医療費	H30年比	費用割合	件数割合	1件当たり医療費	H30年比	費用割合	件数割合
平成30年	38,471		21,800		54.8%	96.7%	531,120		45.2%	3.3%
令和元年	40,293	1.05	23,000	1.06	55.2%	96.7%	547,220	1.03	44.8%	3.3%
令和02年	40,912	1.06	23,680	1.09	56.0%	96.8%	564,990	1.06	44.0%	3.2%
令和03年	40,404	1.05	23,260	1.07	55.7%	96.8%	562,800	1.06	44.3%	3.2%
令和04年	43,682	1.14	24,720	1.13	54.8%	96.8%	623,070	1.17	45.2%	3.2%

※抽出データ:KDB「地域の全体像の把握」

表2 入院・外来医療費の状況(令和04年度)

	1件当たり医療費				受診率(人口1,000人対)				1件当たり医療費順位	
	会津坂下町	県	同規模	国	会津坂下町	県	同規模	国	県内/59	同規模/104
外来+入院	43,682	37,940	41,650	39,080	710.18	756.47	743.59	705.44	12	31
外来	24,720	23,470	24,640	24,220	687.70	736.80	721.70	687.80		
入院	623,070	580,970	601,790	617,950	22.50	19.60	21.90	17.70		
歯科	12,410	13,320	13,790	13,350	158.99	151.23	153.13	161.45		

※抽出データ:KDB「地域の全体像の把握、同規模保険者比較」

(2) 疾病別医療費内訳

生活習慣病の医療費は、外来・入院ともに男性が高くなっています。(表3、表4)

表1 会津坂下町国保の疾病別医療費内訳(大分類)

	医療費(A)	会津坂下町	県	同規模	国
循環器系の疾患	206,456,060	15.6%	14.1%	14.1%	13.5%
内分泌、栄養及び代謝疾患	99,256,460	7.5%	10.1%	9.4%	9.0%
尿路性器系の疾患	120,643,350	9.1%	7.1%	7.7%	7.9%
悪性新生物	284,975,650	21.5%	17.8%	17.1%	16.8%
精神及び行動の障害	100,060,350	7.6%	8.7%	8.2%	7.7%
筋骨格系及び結合組織の疾患	113,941,560	8.6%	8.3%	8.9%	8.7%
消化器系の疾患	76,977,590	5.8%	6.5%	6.0%	6.1%
呼吸器系の疾患	61,570,310	4.7%	5.1%	5.7%	6.2%
眼及び付属器の疾患	34,559,050	2.6%	4.2%	3.8%	4.0%
その他	224,976,570	17.0%	18.1%	19.0%	20.1%
計	1,323,416,950	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

※抽出データ:KDB「大分類」

表2 医療費における生活習慣病疾病内訳抜粋(令和04年)

	会津坂下町		県	同規模	国
	医療費	割合	割合	割合	割合
虚血性心疾患	26,318,390	2.0%	1.6%	1.7%	1.7%
脳血管疾患	41,591,080	3.1%	2.8%	2.9%	2.8%
腎不全	100,237,710	7.6%	5.1%	5.9%	5.9%
再掲 腎不全(透析あり)	54,685,020	4.1%	3.2%	4.0%	4.3%
糖尿病	64,437,160	4.9%	6.6%	6.1%	5.6%
高血圧症	55,025,150	4.2%	3.8%	3.4%	3.1%
脂質異常症	27,512,880	2.1%	2.4%	2.1%	2.1%
慢性閉塞性肺疾患(COPD)	1,116,370	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%

※抽出データ:KDB「中分類」「細小分類」

表3 (外来) 性年齢別疾病状況 (中分類・医療費) 抜粋 (令和04年)

外来		高血圧性疾患	糖尿病	脂質異常症	脳血管疾患	虚血性心疾患	その他の心疾患	腎不全	慢性閉塞性肺疾患 (COPD)
男性	64歳以下	6,456,470	10,467,360	1,666,320	489,780	2,433,050	3,451,460	42,557,980	15,430
	65歳以上	21,739,120	28,332,800	6,779,980	1,871,820	4,991,090	16,375,840	23,619,580	910,580
	計	28,195,590	38,800,160	8,446,300	2,361,600	7,424,140	19,827,300	66,177,560	926,010
女性	64歳以下	5,079,500	3,681,670	3,758,400	103,960	112,870	674,150	10,254,920	0
	65歳以上	21,050,020	14,527,160	15,155,670	705,050	2,072,290	6,069,050	8,812,790	190,360
	計	26,129,520	18,208,830	18,914,070	809,010	2,185,160	6,743,200	19,067,710	190,360

※抽出データ:KDB「中分類」「細小分類」

図1 (外来) 性別疾病状況 (中分類・医療費) 抜粋

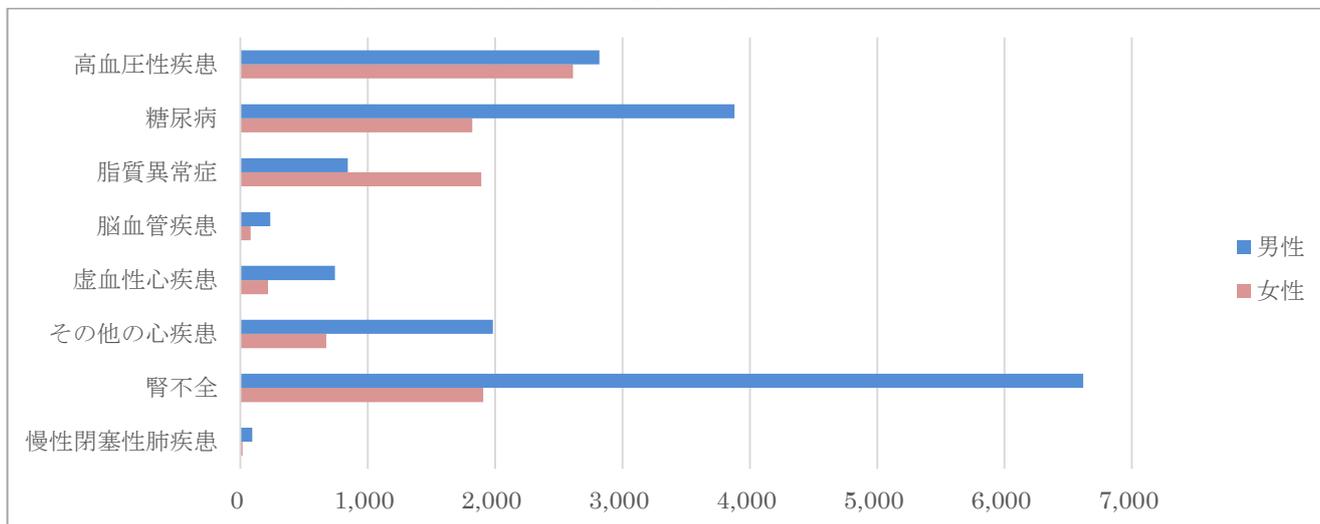
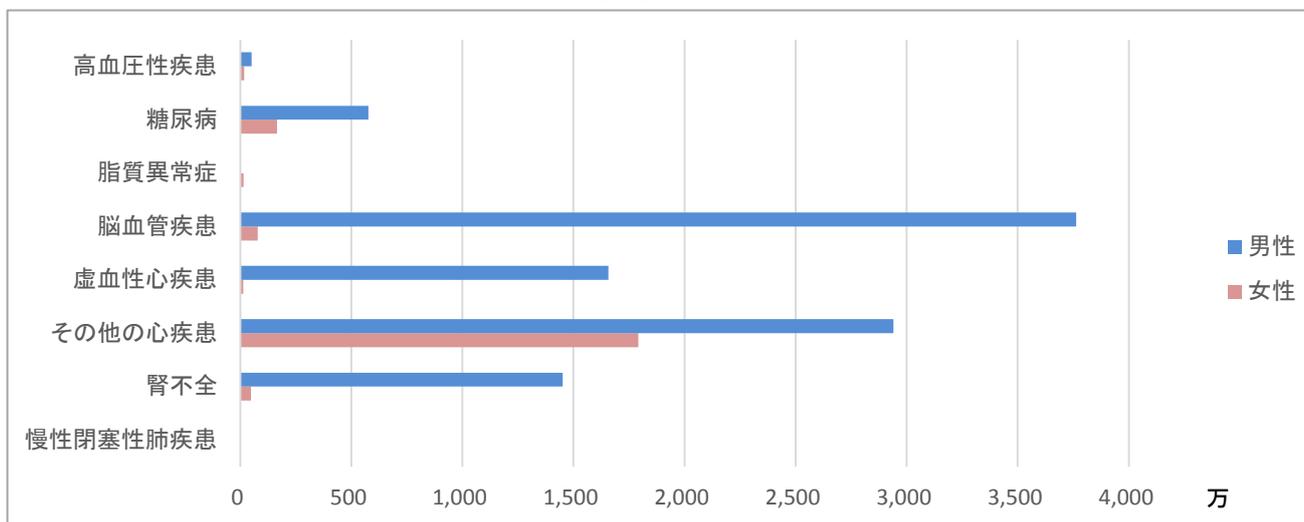


表4 (入院) 性年齢別疾病状況 (中分類・医療費) 抜粋 (令和04年)

入院		高血圧性疾患	糖尿病	脂質異常症	脳血管疾患	虚血性心疾患	その他の心疾患	腎不全	慢性閉塞性肺疾患 (COPD)
男性	64歳以下	1,260	3,448,370	0	10,040,420	3,955,430	5,740,280	988,250	0
	65歳以上	515,340	2,326,780	0	27,597,680	12,614,060	23,671,550	13,522,380	0
	計	516,600	5,775,150	0	37,638,100	16,569,490	29,411,830	14,510,630	0
女性	64歳以下	0	0	0	638,410	0	531,230	481,810	0
	65歳以上	183,440	1,653,020	152,510	143,960	139,600	17,383,240	0	0
	計	183,440	1,653,020	152,510	782,370	139,600	17,914,470	481,810	0

※抽出データ:KDB「中分類」「細小分類」

図2 (入院) 性別疾病状況 (中分類・医療費) 抜粋



(3) 生活習慣病患者の推移

生活習慣病患者の推移（表1）は、被保険者数の減少に伴い総数は減少していますが、高血圧症、糖尿病、脂質異常症の比率は上昇しています。

表1 生活習慣病患者数の推移

	生活習慣病 総数	脳血管 疾患	虚血性 心疾患	高血圧 症	糖尿病	糖尿病		脂質 異常症
						インスリン 療法	糖尿病 性腎症	
平成30年	1,659	102	191	1,009	493	29	22	729
		6.1%	11.5%	60.8%	29.7%	1.7%	1.3%	43.9%
令和元年	1,573	104	146	975	475	26	25	692
		6.6%	9.3%	62.0%	30.2%	1.7%	1.6%	44.0%
令和02年	1,468	99	130	927	446	22	21	639
		6.7%	8.9%	63.1%	30.4%	1.5%	1.4%	43.5%
令和03年	1,534	112	125	994	467	23	30	696
		7.3%	8.1%	64.8%	30.4%	1.5%	2.0%	45.4%
令和04年	1,552	103	142	966	481	26	35	710
		6.6%	9.1%	62.2%	31.0%	1.7%	2.3%	45.7%

(4) 80万円以上の高額疾病の内訳（令和04年4月～令和05年3月診療分）

80万円以上の高額疾病では、悪性新生物が38.5%（表1）を占めており、医療費が高額となる傾向にあります。また、脳血管疾患、虚血性心疾患、その他の心疾患で21.3%であり、同様に医療費が高額となっています。

表1 レセプト1件80万円以上の状況

	脳血管疾患	虚血性心疾患	その他の心疾患	腎不全	悪性新生物	その他	総数
実人数	16	7	12	3	46	83	167
総件数	20	9	17	12	113	111	282
（割合）	7.1%	3.2%	6.0%	4.3%	40.1%	39.4%	100.0%
40歳未満	0	0	0	0	0	5	5
40歳代	0	0	0	0	4	12	16
50歳代	2	0	1	1	5	10	19
60歳代	8	9	6	2	41	46	112
70～74歳	10	0	10	9	63	38	130
費用額(円)	31,765,570	12,143,050	40,545,760	13,888,060	153,228,930	146,130,920	397,702,290
（割合）	8.0%	3.1%	10.2%	3.5%	38.5%	36.7%	100.0%

(5) 6カ月以上長期入院患者の疾病内訳（平成30年～令和04年の5月診療分より抽出）
 統合失調症の長期入院患者の比率が高くなっています。（表1）

表1 長期入院患者（6カ月以上）の状況

	長期入院患者（6カ月以上）の状況									
	長期入院人数	脳血管疾患	その他の心疾患	腎不全	アルツハイマー病	血管性等の認知症	統合失調症	てんかん	脳性麻痺等	その他
計	117	1	0	0	3	2	51	0	11	49
	100.0%	0.9%	0.0%	0.0%	2.6%	1.7%	43.6%	0.0%	9.4%	41.9%
平成30年	30	1	0	0	2	0	10	0	2	15
令和元年	22	0	0	0	0	0	11	0	2	9
令和02年	21	0	0	0	0	0	10	0	2	9
令和03年	23	0	0	0	0	2	10	0	3	8
令和04年	21	0	0	0	1	0	10	0	2	8
基礎疾患										
高血圧症	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0
糖尿病	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
脂質異常症	5	0	0	0	0	0	3	0	0	2
虚血性心疾患	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脳血管疾患	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1

※抽出データ:KDB「様式2-1」7月作成分

※基礎疾患は令和04年度のみ集計

(6) 人工透析患者の状況（平成30年～令和04年の5月診療分より抽出）

人工透析患者数は大きく増加していませんが、外来件数は25件増加しており、人工透析の年間医療費は平成30年度から29.6%の増となっています。（表1、表2）

人工透析患者の合併症の状況は、糖尿病の有病率が64.7%と高く、虚血性心疾患、脳血管疾患も高い数値で推移しています。（表3）

表1 人工透析患者数の推移

	実人数	男性			女性		
		40歳未満	40-64歳	65-74歳	40歳未満	40-64歳	65-74歳
平成30年	17	1	10	3	1	1	1
令和元年	14	1	10	1	0	1	1
令和02年	13	1	8	2	0	1	1
令和03年	16	1	8	4	0	2	1
令和04年	17	1	7	6	0	2	1

※抽出データ:KDB「様式3-7」7月作成

図1 人工透析患者数の推移

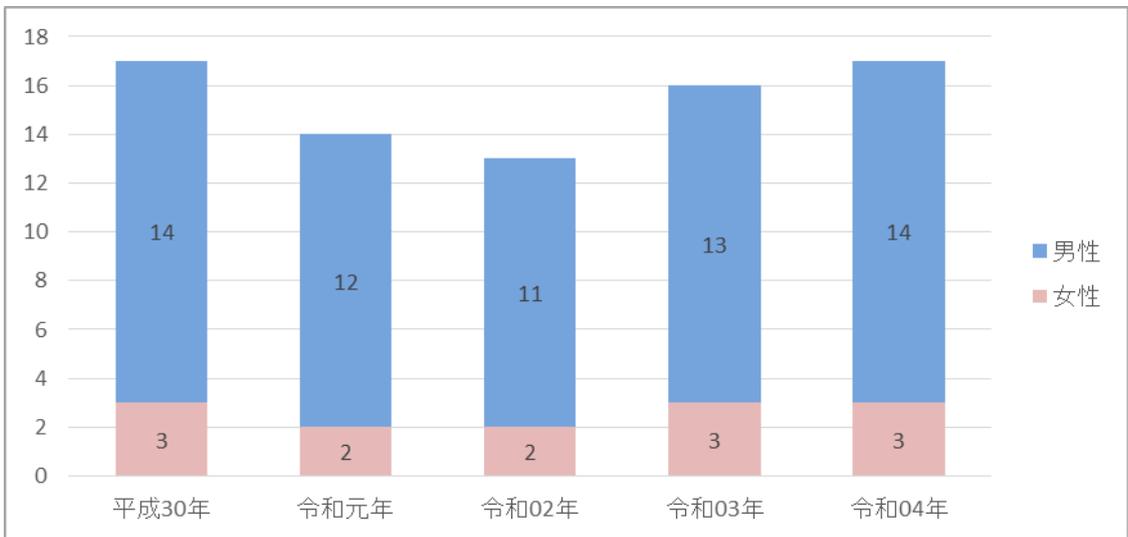


表2 人工透析（慢性腎不全）の年間医療費及び件数の推移（入院・外来）

	総額(円)	外来		入院	
		総額(円)	件数	総額(円)	件数
平成30年	42,209,460	33,311,350	83	8,898,110	16
令和元年	37,440,560	33,421,140	81	4,019,420	6
令和02年	47,581,000	35,905,530	89	11,675,470	15
令和03年	43,733,850	40,204,880	100	3,528,970	5
令和04年	54,685,020	42,753,920	108	11,931,100	14

※抽出データ: 細小分類 各年累計「慢性腎不全(透析あり)の年間総医療費より算出)」

図2 人工透析（慢性腎不全）の年間医療費及び件数の推移（入院・外来）

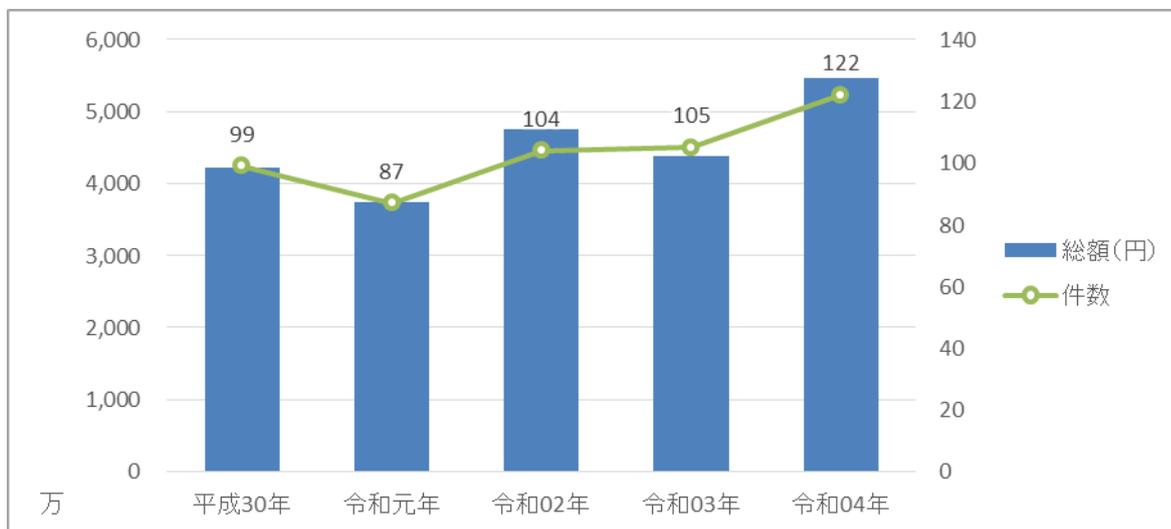
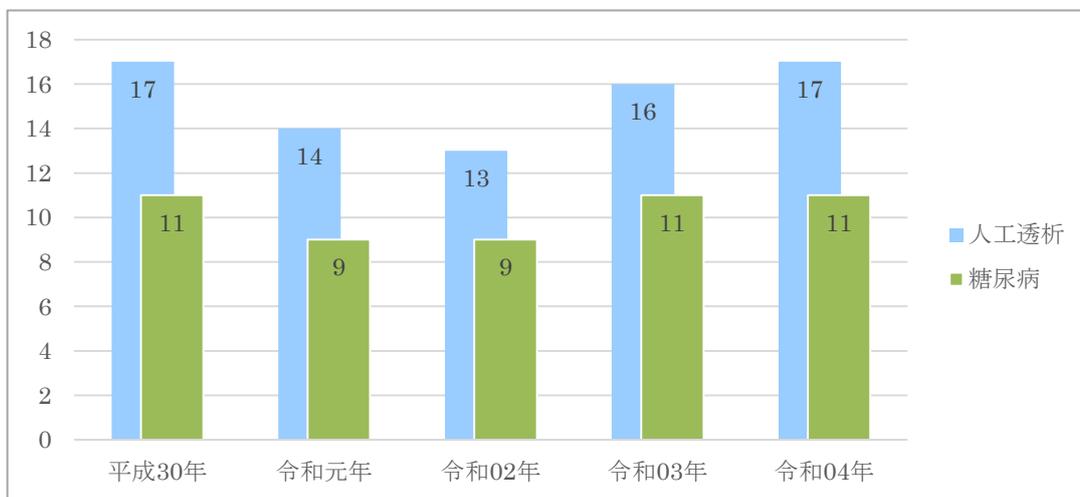


表3 人工透析患者の合併症の推移

	人工透析	糖尿病		虚血性心疾患		脳血管疾患	
	人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成30年	17	11	64.7%	6	35.3%	3	17.6%
令和元年	14	9	64.3%	3	21.4%	1	7.1%
令和02年	13	9	69.2%	4	30.8%	2	15.4%
令和03年	16	11	68.8%	3	18.8%	1	6.3%
令和04年	17	11	64.7%	3	17.6%	1	5.9%

※抽出データ:KDB「様式3-7」7月作成

図3 人工透析患者の糖尿病罹患状況の推移



2. 死亡の状況

死因別死亡率は男女ともに心疾患、脳血管疾患が県・国と比較して高い状況にあり、全死因の多くを「生活習慣病」が占めています。（表1）

表1 死因別死亡率（人口10万対）

死亡総数	会津坂下町				会津	県	国		
	平成29年		平成30年		令和元年				
	人数	率	人数	率	率	率	率		
	237	1484.5	260	1658.1	258	1678.3	1655.0	1365.6	1116.2
悪性新生物	56	350.8	63	401.8	62	403.3	393.7	340.4	304.2
気管・肺	7	43.8	14	89.3	9	58.5	68.5	66.2	60.9
胃	10	62.6	6	38.3	10	65.0	58.3	42.5	34.7
結腸	9	56.4	7	44.6	7	45.5	43.0	34.3	28.8
心疾患(高血圧性を除く)	31	194.2	44	280.6	51	331.8	257.4	218.5	167.9
急性心筋梗塞	1	6.3	11	70.1	9	58.5	40.0	45.7	25.5
不整脈及び伝導障害	4	25.1	6	38.3	8	52.0	57.9	36.5	25.3
心不全	19	119.0	22	140.3	18	117.1	101.3	83.6	69.2
脳血管疾患	20	125.3	17	108.4	19	123.6	158.0	122.0	86.1
脳内出血	9	56.4	3	19.1	5	32.5	46.5	31.9	26.5
脳梗塞	10	62.6	12	76.5	13	84.6	91.8	75.1	47.9
糖尿病	1	6.3	2	12.8	2	13.0	19.8	15.6	11.2
肺炎	16	100.2	23	146.7	15	97.6	116.5	86.7	77.2
慢性閉塞性肺疾患	1	6.3	3	19.1	3	19.5	23.2	17.3	14.4
誤嚥性肺炎	6	37.6	7	44.6	7	45.5	39.6	34.1	32.6
慢性腎不全	1	6.3	4	25.5	3	19.5	24.0	17.4	15.8
老衰	40	250.5	30	191.3	29	188.6	164.1	134.3	98.5

※会津坂下町のみH29～R01。県・全国はR01

※出典：会津坂下町-県「保健統計第13表2より抜粋」

※死因について重複していることがあり、死亡総数とは一致しません。

・人口10万人対とは

人口10万人に対する比率として算出した値を指し、会津坂下町としての死亡数と人口の比率に10万を掛けたものです。例えば、会津坂下町の平成29年の率1484.5は、会津坂下町の死亡総数237人を人口15,965人で割って得た数値に10万を掛けて算出します。死因別に各年ごとの人口で同様の計算を行ったものが表中の数字となります。

人口10万人対に置き換えることで、人口規模の違う自治体間での比較が容易になります。

計算例

①会津坂下町
死亡総数 237 人

人口 15,965 人

×10万=1484.5

②A市

死亡総数 1,680 人

人口 112,573 人

×10万=1492.4

計算例の場合、A市の方が死亡率が高いことが分かります。

図1 男性死因別死亡率

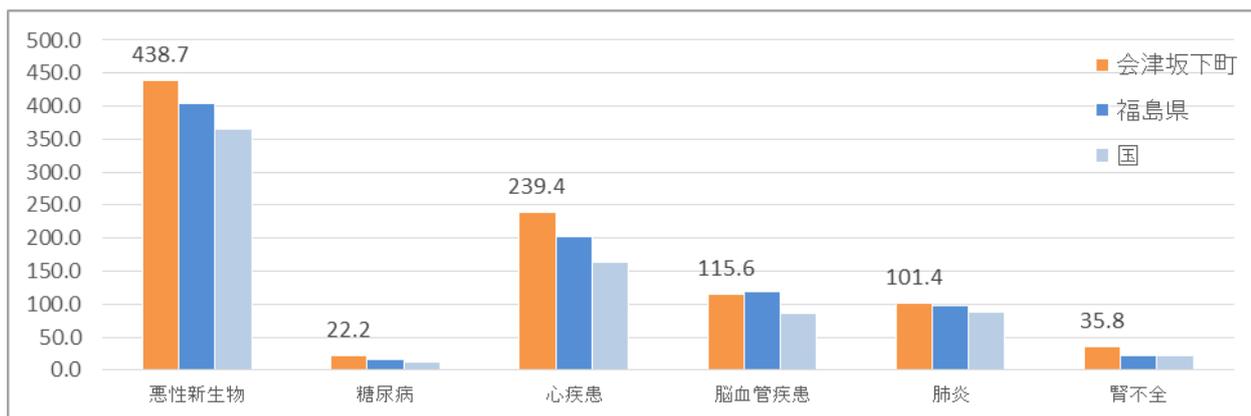
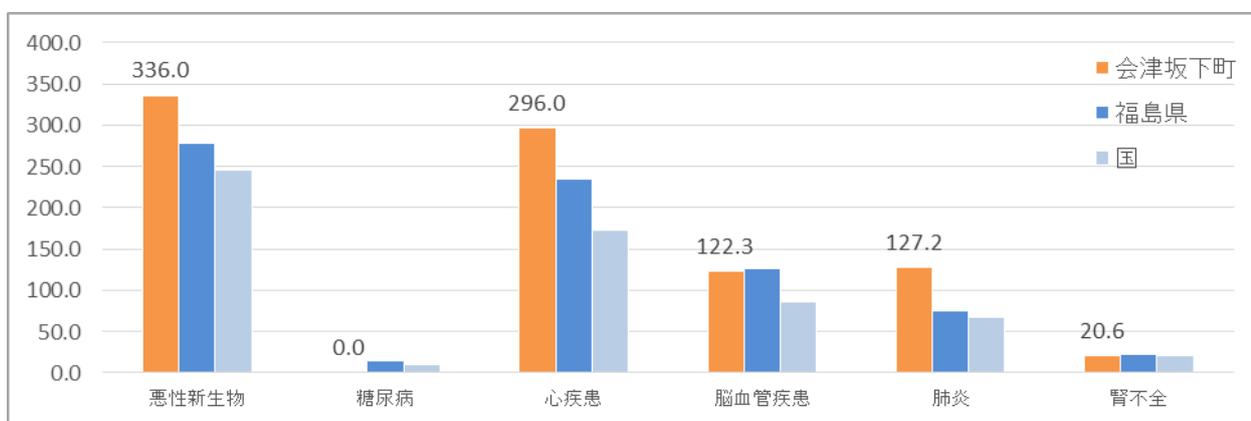


図2 女性死因別死亡率



※図1は各資料の男女別3か年の数値から平均を算出したもの。

表2 主要死因別早世死亡の状況（全国）

全国		総数	悪性新生物	心疾患 (高血圧を除く)	脳血管疾患	腎不全	自殺	
平成30年	死亡数	1,362,470	373,584	208,221	108,186	26,081	20,031	
	65歳未満	死亡数	128,867	48,849	14,720	9,198	872	13,385
		割合	9.5%	13.1%	7.1%	8.5%	3.3%	66.8%
令和元年	死亡数	1,381,093	376,425	207,714	106,552	26,644	19,425	
	65歳未満	死亡数	126,770	47,647	14,888	9,130	900	13,099
		割合	9.2%	12.7%	7.2%	8.6%	3.4%	67.4%
令和02年	死亡数	1,372,755	378,385	205,596	102,978	26,948	20,243	
	65歳未満	死亡数	125,335	45,901	14,691	8,968	860	13,823
		割合	9.1%	12.1%	7.1%	8.7%	3.2%	68.3%

※出典：厚生労働省「性・年齢別にみた死因年次推移分類別死亡数及び率（人口10万対）」

表3 主要死因別早世死亡の状況（福島県）

福島県		総数	悪性新生物	心疾患 (高血圧を除く)	脳血管疾患	腎不全	自殺	
平成30年	死亡数	24,747	6,263	4,052	2,246	455	364	
	65歳未満	死亡数	2,310	851	293	167	22	239
		割合	9.3%	13.6%	7.2%	7.4%	4.8%	65.7%
令和元年	死亡数	25,004	6,233	4,000	2,233	419	333	
	65歳未満	死亡数	2,273	792	290	159	17	222
		割合	9.1%	12.7%	7.3%	7.1%	4.1%	66.7%
令和02年	死亡数	24,515	6,259	3,839	2,164	457	357	
	65歳未満	死亡数	2,121	777	249	175	27	216
		割合	8.7%	12.4%	6.5%	8.1%	5.9%	60.5%

※出典：H30～R02福島県「県勢要覧」、主要死因別（年齢別）死亡者数

3. 平均余命・平均自立期間の状況

男女とも平均余命、平均自立期間とも県・国と同水準で推移しています。（表1）

平均余命から平均自立期間を引いた不健康期間は令和3年度と比較して短縮しています。

表1 性別平均余命・平均自立期間(要介護2以上)

		会津坂下町		会津・南会津医療圏		県		国	
		令和03年	令和04年	令和03年	令和04年	令和03年	令和04年	令和03年	令和04年
男性	平均余命(A)	81.1	80.5	79.5	80.3	80.3	80.7	81.5	81.7
	平均自立期間(B)	79.2	78.9	78.1	78.8	78.7	79.1	79.9	80.1
	不健康期間(A-B)	1.9	1.6	1.4	1.5	1.6	1.6	1.6	1.6
女性	平均余命(A)	88.1	88.2	86.9	87.2	86.7	86.9	87.5	87.8
	平均自立期間(B)	84.5	84.7	83.8	84.1	83.5	83.6	84.2	84.4
	不健康期間(A-B)	3.6	3.5	3.1	3.1	3.2	3.3	3.3	3.4

※抽出データ:KDB「健康スコアリング(保険者等一覧)」

4. 介護の状況

介護認定者数は横ばいの状況が続いています。（表1）

1件当たりの介護給付費は上昇傾向にあります。（表6）

表1 要介護認定状況の推移

	2号 被保険者	1号被保険者						
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平成30年	24	108	133	221	215	216	177	112
令和元年	23	102	117	207	241	195	193	125
令和02年	23	116	125	221	222	177	192	127
令和03年	21	112	123	232	214	176	190	133
令和04年	21	112	121	226	243	180	178	127

※抽出データ:KDB「要介護(支援)者有病状況」

図1 要介護認定状況の推移



表2 (男性) 年齢別介護認定状況

男性	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	介護認定者		
64歳以下	1	1	1	2	0	2	0	7	1.8%	
65歳以上	35	28	70	92	55	60	49	389	98.2%	
計	人数	36	29	71	94	55	62	49	396	100.0%
	割合	9.1%	7.3%	17.9%	23.7%	13.9%	15.7%	12.4%	100.0%	

※抽出データ: 令和04年度 KDB「介護支援管理」(国保及び後期高齢者医療のみ集計)

表2 (女性) 年齢別介護認定状況

女性	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	介護認定者		
64歳以下	0	2	3	1	2	0	0	8	0.9%	
65歳以上	79	101	163	157	134	139	118	891	99.1%	
計	人数	79	103	166	158	136	139	118	899	100.0%
	割合	8.8%	11.5%	18.5%	17.6%	15.1%	15.5%	13.1%	100.0%	

※抽出データ: 令和04年度 KDB「介護支援管理」(国保及び後期高齢者医療のみ集計)

表3 要介護認定者の有病状況（令和04年度）

	2号 被保険者	1号被保険者						
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
糖尿病	14.2%	23.4%	20.9%	21.7%	20.1%	13.3%	13.2%	14.1%
(再掲)糖尿病合併症	4.9%	3.6%	0.9%	1.5%	2.0%	0.7%	0.3%	0.9%
心臓病	21.5%	57.7%	62.7%	51.2%	47.6%	42.9%	47.6%	38.5%
脳疾患	15.4%	12.5%	9.9%	11.6%	12.8%	14.0%	17.5%	19.0%
悪性新生物	13.0%	9.7%	11.8%	8.4%	9.4%	7.8%	6.3%	5.4%
精神疾患	9.3%	27.2%	26.4%	31.6%	30.8%	31.4%	37.1%	38.4%
筋・骨疾患	21.5%	47.3%	56.6%	41.0%	35.2%	29.4%	31.4%	23.2%
難病	2.4%	1.6%	3.3%	1.0%	2.1%	2.1%	2.5%	1.3%
その他	22.8%	62.8%	65.0%	53.5%	49.3%	45.1%	46.7%	41.7%

※抽出データ:KDB「要介護(支援)者有病状況」

表4 (男性) 要介護認定者の疾病併発状況

男性		糖尿病	高血圧症	筋骨格系疾患等	認知症	その他の循環器系疾患	糖尿病性腎症	慢性腎不全	悪性新生物	慢性閉塞性肺疾患(COPD)
要支援1	人数	16	32	23	9	23	2	2	9	4
	割合	44.4%	88.9%	63.9%	25.0%	63.9%	5.6%	5.6%	25.0%	11.1%
要支援2	人数	15	26	24	3	19	0	2	9	9
	割合	51.7%	89.7%	82.8%	10.3%	65.5%	0.0%	6.9%	31.0%	31.0%
要介護1	人数	36	58	37	23	53	1	9	22	18
	割合	50.7%	81.7%	52.1%	32.4%	74.6%	1.4%	12.7%	31.0%	25.4%
要介護2	人数	38	75	61	42	65	4	12	29	12
	割合	40.4%	79.8%	64.9%	44.7%	69.1%	4.3%	12.8%	30.9%	12.8%
要介護3	人数	18	42	37	31	40	0	2	12	13
	割合	32.7%	76.4%	67.3%	56.4%	72.7%	0.0%	3.6%	21.8%	23.6%
要介護4	人数	19	46	44	30	55	1	6	13	13
	割合	30.6%	74.2%	71.0%	48.4%	88.7%	1.6%	9.7%	21.0%	21.0%
要介護5	人数	15	31	33	28	33	1	4	10	12
	割合	30.6%	63.3%	67.3%	57.1%	67.3%	2.0%	8.2%	20.4%	24.5%
介護認定者	人数	157	310	259	166	288	9	37	104	81
	割合	39.6%	78.3%	65.4%	41.9%	72.7%	2.3%	9.3%	26.3%	20.5%

※抽出データ: 令和04年度 KDB「介入支援管理」(国保及び後期高齢者医療のみ集計)

表5 (女性) 要介護認定者の疾病併発状況

女性		糖尿病	高血圧症	筋骨格系疾患等	認知症	その他の循環器系疾患	糖尿病性腎症	慢性腎不全	悪性新生物	慢性閉塞性肺疾患(COPD)
要支援1	人数	33	66	62	20	50	1	0	11	6
	割合	41.8%	83.5%	78.5%	25.3%	63.3%	1.3%	0.0%	13.9%	7.6%
要支援2	人数	41	86	92	22	63	0	5	15	14
	割合	39.8%	83.5%	89.3%	21.4%	61.2%	0.0%	4.9%	14.6%	13.6%
要介護1	人数	59	131	132	77	102	3	9	21	15
	割合	35.5%	78.9%	79.5%	46.4%	61.4%	1.8%	5.4%	12.7%	9.0%
要介護2	人数	52	123	123	72	96	4	14	18	9
	割合	32.9%	77.8%	77.8%	45.6%	60.8%	2.5%	8.9%	11.4%	5.7%
要介護3	人数	37	101	91	87	85	0	4	14	17
	割合	27.2%	74.3%	66.9%	64.0%	62.5%	0.0%	2.9%	10.3%	12.5%
要介護4	人数	35	96	89	89	99	0	2	9	7
	割合	25.2%	69.1%	64.0%	64.0%	71.2%	0.0%	1.4%	6.5%	5.0%
要介護5	人数	29	72	64	79	77	0	3	11	14
	割合	24.6%	61.0%	54.2%	66.9%	65.3%	0.0%	2.5%	9.3%	11.9%
介護認定者	人数	286	675	653	446	572	8	37	99	82
	割合	31.8%	75.1%	72.6%	49.6%	63.6%	0.9%	4.1%	11.0%	9.1%

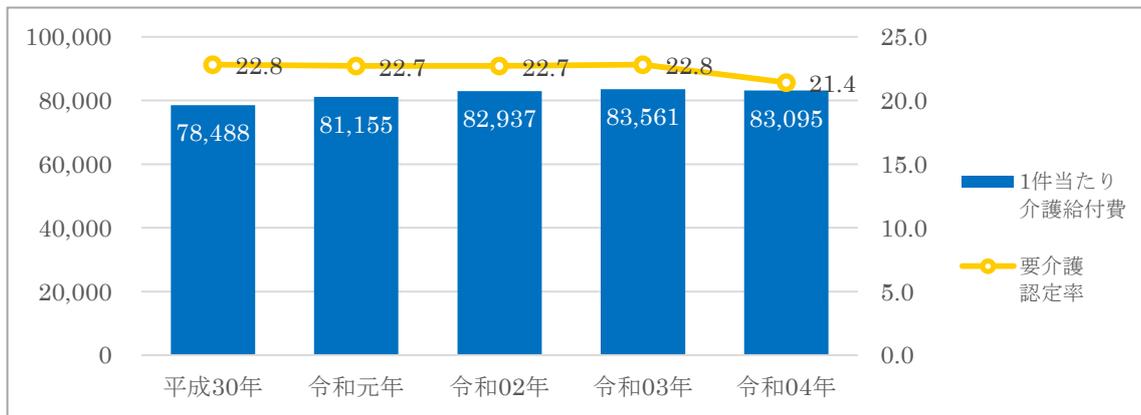
※抽出データ: 令和04年度 KDB「介入支援管理」(国保及び後期高齢者医療のみ集計)

表6 1件当たり介護給付費及び要介護認定率の推移

	介護総給付費	総件数	1件当たり 介護給付費	要介護 認定率
平成30年	1,870,601,103	23,833	78,488	22.8
令和元年	1,903,563,457	23,456	81,155	22.7
令和02年	1,934,667,910	23,327	82,937	22.7
令和03年	1,918,735,682	22,962	83,561	22.8
令和04年	1,946,157,111	23,421	83,095	21.4

※要介護認定率＝要介護度1以上と認定された者の割合 ※抽出データ：KDB「地域の全体像の把握」

図2 1件当たり介護給付費及び要介護認定率の推移



5. 医療費及び疾病内訳の状況

国保の医療費が平成30年度と比較して約5,000万円増加しています。（表1）

令和2年度から令和3年度については、新型コロナウイルスの感染拡大による受診控えの影響から減少に転じたものと考えられます。

表1 国保総医療費及び後期高齢者医療総医療費の経年比較

	国保			後期		
	医療費	1人当たり医療費	受診率	医療費	1人当たり医療費	受診率
平成30年	1,361,134,940	344,724	835.89	2,519,350,010	810,084	1361.04
令和元年	1,369,591,180	359,688	840.74	2,544,684,240	831,228	1329.73
令和02年	1,288,511,500	341,892	789.83	2,376,845,310	799,056	1225.07
令和03年	1,304,106,280	353,436	830.18	2,022,924,690	698,448	1201.86
令和04年	1,410,383,150	395,952	869.18	2,212,047,720	763,692	1219.23

※医療費＝医科+調剤+歯科 ※抽出データ：KDB「健診医療介護からみる地域の健康課題」

図1 国保医療費及び後期高齢者医療費の経年比較

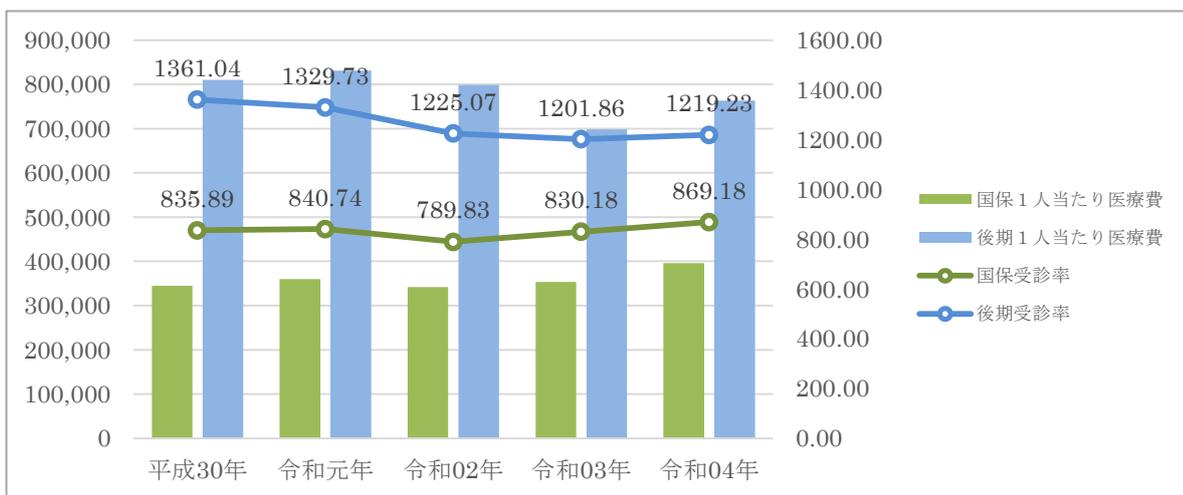


表2 国保及び後期高齢者医療の疾病別医療費内訳（大分類）

	国保		後期		比率
	医療費(A)	割合	医療費(B)	割合	(B/A)
循環器系の疾患	206,456,060	15.6%	472,056,430	22.0%	2.3
内分泌、栄養及び代謝疾患	99,256,460	7.5%	106,424,830	5.0%	1.1
尿路性器系の疾患	120,643,350	9.1%	148,787,650	6.9%	1.2
新生物	284,975,650	21.5%	263,654,630	12.3%	0.9
精神及び行動の障害	100,060,350	7.6%	45,316,280	2.1%	0.5
筋骨格系及び結合組織の疾患	113,941,560	8.6%	259,399,730	12.1%	2.3
消化器系の疾患	76,977,590	5.8%	152,091,830	7.1%	2.0
呼吸器系の疾患	61,570,310	4.7%	207,716,560	9.7%	3.4
眼及び付属器の疾患	34,559,050	2.6%	68,445,810	3.2%	2.0
その他	224,976,570	17.0%	418,575,580	19.5%	1.9
計	1,323,416,950	100.0%	2,142,469,330	100.0%	1.6

※抽出データ:KDB「大分類」

表3 人工透析患者数及び人工透析医療費の推移

	国保		後期		比率
	実人数	医療費(A)	実人数	医療費(B)	(B/A)
平成30年	17	42,209,460	24	80,538,610	1.9
令和元年	14	37,440,560	21	63,595,760	1.7
令和02年	13	47,581,000	25	72,095,100	1.5
令和03年	16	43,733,850	23	58,649,110	1.3
令和04年	17	54,685,020	19	47,654,980	0.9

※抽出データ:【実人数】KDB「様式3-7」7月作成

【医療費】細小分類 各年累計—慢性腎不全(透析あり)の年間総医療費より算出

6. 特定健診・保健指導の状況

(1) 特定健診受診率の状況

特定健診の受診率は令和2年を境に減少しその後回復しない状況が続いており、県内では59位と低い状況にあります。(表1)

年齢階層別にみると、40代・50代の受診率が低く、特に45歳から49歳の男性は17.3%と低い傾向にあるほか、男性の受診率が女性の受診率を大きく下回っています。また、健診受診状況をみると、未受診の割合は男性が6割、女性が5割を超えています。(表2)

表1 特定健診受診率の推移

	会津坂下町				県	同規模	国
	健診対象者	受診者数	受診率	順位			
平成30年	2,850	1,244	43.6%	県内47位	42.7%	42.3%	37.5%
令和元年	2,809	1,188	42.3%	県内51位	43.3%	42.8%	37.7%
令和2年	2,820	895	31.7%	県内53位	37.8%	37.5%	33.5%
令和3年	2,791	988	35.4%	県内59位	42.3%	40.4%	36.1%
令和4年	2,630	962	36.6%	県内59位	43.4%	42.5%	37.6%

※抽出データ:KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図1 特定健診受診率の推移

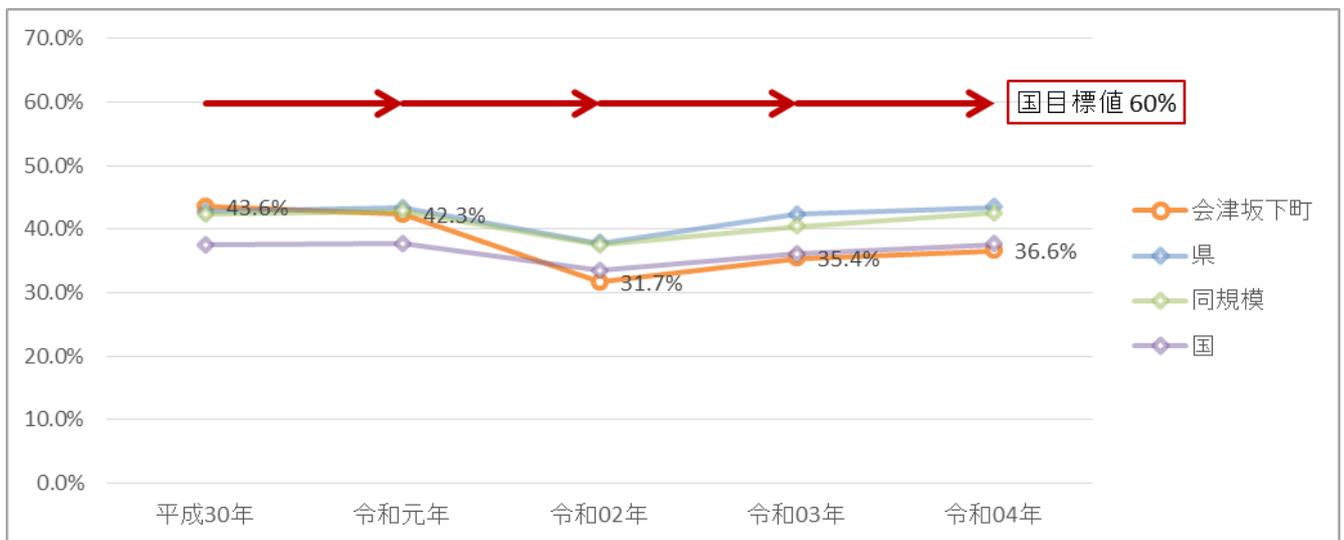


表2 年齢階層別受診率状況（令和03年度）

	男性			女性		
	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率
40-44歳	74	17	23.0%	52	11	21.2%
45-49歳	81	14	17.3%	43	13	30.2%
50-54歳	87	18	20.7%	57	19	33.3%
55-59歳	83	22	26.5%	81	23	28.4%
60-64歳	193	56	29.0%	185	76	41.1%
65-69歳	412	152	36.9%	422	166	39.3%
70-74歳	534	194	36.3%	487	207	42.5%
計	1,464	473	32.3%	1,327	515	38.8%

※抽出データ:KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図2 年齢階層別受診率状況（令和03年度）

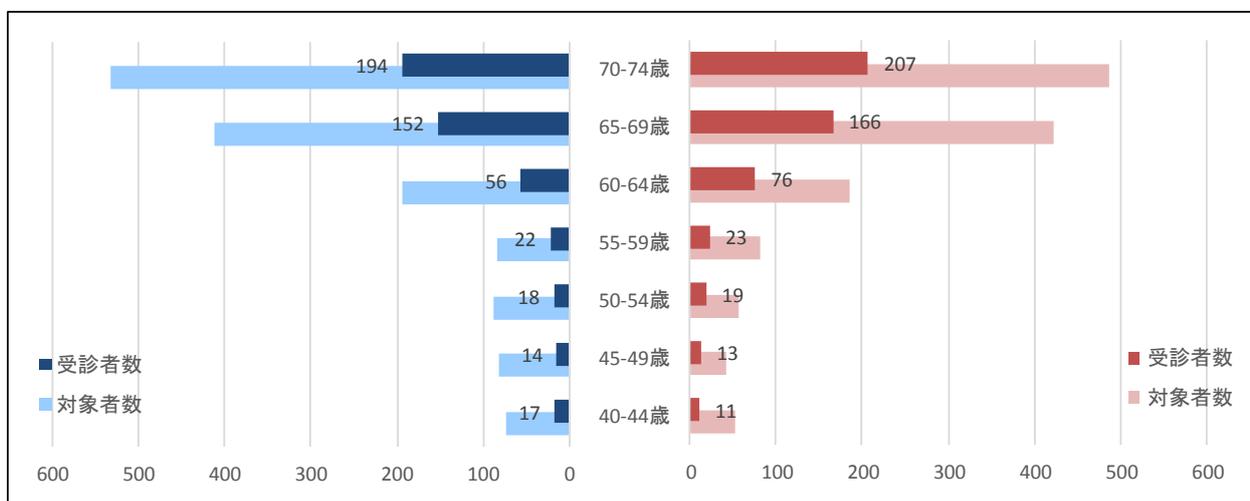


表3 健診受診状況（過去3年間の健診受診者について受診状況）

	男性						女性					
	連続受診		不定期		未受診		連続受診		不定期		未受診	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
40-44歳	3	2.7%	20	18.0%	88	79.3%	6	7.2%	10	12.0%	67	80.7%
45-49歳	5	4.2%	19	15.8%	96	80.0%	12	17.4%	6	8.7%	51	73.9%
50-54歳	10	8.6%	19	16.4%	87	75.0%	9	11.8%	15	19.7%	52	68.4%
55-59歳	10	9.1%	19	17.3%	81	73.6%	12	11.0%	21	19.3%	76	69.7%
60-64歳	29	11.7%	48	19.4%	171	69.0%	39	17.0%	62	27.0%	129	56.1%
65-69歳	91	18.2%	113	22.6%	295	59.1%	116	23.2%	114	22.8%	271	54.1%
70-74歳	132	22.1%	145	24.3%	320	53.6%	156	30.0%	139	26.7%	225	43.3%
計	280	15.5%	383	21.3%	1,138	63.2%	350	22.0%	367	23.1%	871	54.8%

※抽出データ:令和元年～令和03年度 KDB「介入支援管理」

(2) 健診受診者と未受診者の生活習慣病にかかる医療費の状況

未受診者数は平成30年度と令和4年度は同程度となっていますが、健診受診者数は減少傾向にあります。(表1)

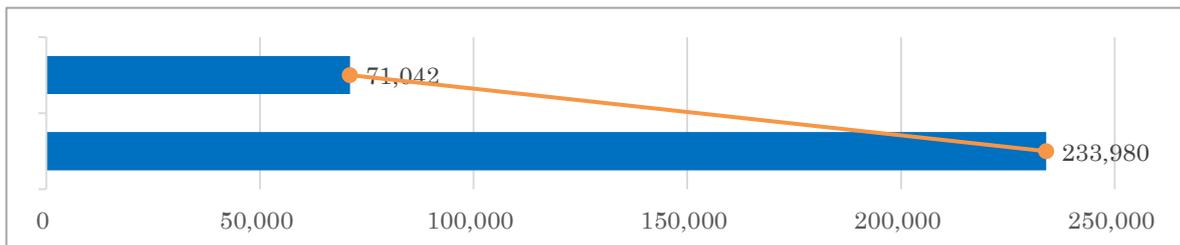
健診受診者と未受診者の生活習慣病医療費を比較すると、3.29倍の差が生じています。健診受診による生活習慣病の早期発見、治療による医療費への影響があります。(図1)

表1 健診受診者と未受診者の1人当たり生活習慣病医療費の推移

	健診未受診			健診受診		
	未受診者数	生活習慣病総医療費(円)		受診者数	生活習慣病総医療費(円)	
		総額	1人当たり		総額	1人当たり
平成30年	1,606	443,417,660	276,101	1,244	100,781,390	81,014
令和元年	1,621	476,719,670	294,090	1,188	89,980,140	75,741
令和2年	1,925	444,855,610	231,094	895	52,738,150	58,925
令和3年	1,803	421,865,430	233,980	988	70,189,430	71,042
令和4年	1,668	487,125,700	292,042	962	73,277,070	76,172

※抽出データ:KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図1 健診受診者と未受診者の1人当たり生活習慣病医療費(令和3年)



(3) 特定健診結果の状況

男性、女性ともに HbA1c、血圧の有所見者の割合が増えています。(表1、表2)

令和3年度の結果を県や国と比較すると男性では BMI、中性脂肪、空腹時血糖、LDL コレステロール、クレアチニンの項目の有所見者の割合が高く、女性では腹囲、空腹時血糖、LDL コレステロール、クレアチニンの項目で有所見者の割合が高くなっています。

(表3、表4)

特定健診受診者におけるメタボリックシンドローム該当者とその予備群の割合は、全体で約37%であり、男女別で見ると、男性における割合が女性の約2.5倍となっています。予備群は若年層が多く、該当者は高齢層で多い傾向にあります。また、有所見状況では、予備群は高血圧の所見を持つ方が多く、該当者では高血圧と脂質異常を合わせ持つ方が多くなっています。(表5、表6、表7)

表1 健診受診者の有所見者状況の推移 (男性)

男性	摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以外の動脈硬化要因	臓器障害		
	BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン	心電図	
	25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上		
平成30年	人数	207	310	156	129	49	327	322	116	300	155	286	6	148
	割合	34.3%	51.4%	25.9%	21.4%	8.1%	54.2%	53.4%	19.2%	49.8%	25.7%	47.4%	1.0%	24.5%
令和元年	人数	194	300	144	130	46	256	338	103	281	144	248	8	144
	割合	35.1%	54.3%	26.1%	23.6%	8.3%	46.4%	61.2%	18.7%	50.9%	26.1%	44.9%	1.4%	26.1%
令和02年	人数	141	224	104	105	17	227	236	69	210	103	198	5	96
	割合	34.5%	54.8%	25.4%	25.7%	4.2%	55.5%	57.7%	16.9%	51.3%	25.2%	48.4%	1.2%	23.5%
令和03年	人数	179	255	139	105	19	254	266	72	254	127	245	6	117
	割合	37.8%	53.9%	29.4%	22.2%	4.0%	53.7%	56.2%	15.2%	53.7%	26.8%	51.8%	1.3%	24.7%
令和04年	人数	159	249	111	85	32	226	281	81	254	136	202	8	134
	割合	34.3%	53.8%	24.0%	18.4%	6.9%	48.8%	60.7%	17.5%	54.9%	29.4%	43.6%	1.7%	28.9%

※抽出データ:KDB「様式5-2」

表2 健診受診者の有所見者状況の推移 (女性)

女性	摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以外の動脈硬化要因	臓器障害		
	BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン	心電図	
	25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上		
平成30年	人数	181	146	85	59	11	205	330	9	287	87	347	0	121
	割合	28.2%	22.8%	13.3%	9.2%	1.7%	32.0%	51.5%	1.4%	44.8%	13.6%	54.1%	0.0%	18.9%
令和元年	人数	188	173	85	51	11	183	406	12	278	104	320	1	97
	割合	29.6%	27.2%	13.4%	8.0%	1.7%	28.8%	63.8%	1.9%	43.7%	16.4%	50.3%	0.2%	15.3%
令和02年	人数	124	132	52	43	5	182	274	8	217	77	277	1	83
	割合	25.5%	27.2%	10.7%	8.8%	1.0%	37.4%	56.4%	1.6%	44.7%	15.8%	57.0%	0.2%	17.1%
令和03年	人数	131	120	57	38	6	204	268	5	239	82	296	2	94
	割合	25.4%	23.3%	11.1%	7.4%	1.2%	39.6%	52.0%	1.0%	46.4%	15.9%	57.5%	0.4%	18.3%
令和04年	人数	137	134	64	32	8	191	337	9	230	105	258	0	100
	割合	26.9%	26.3%	12.6%	6.3%	1.6%	37.5%	66.2%	1.8%	45.2%	20.6%	50.7%	0.0%	19.6%

※抽出データ:KDB「様式5-2」

表3 健診受診者の有所見者状況（年齢階層別・男性）（令和3年度）

男性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以外の動脈硬化要因	臓器障害		
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧		LDL-C	クレアチニン	心電図
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上		120以上	1.3以上	
40-64歳	人数	51	68	44	35	4	52	53	26	61	50	68	3	22	
	割合	40.2%	53.5%	34.6%	27.6%	3.1%	40.9%	41.7%	20.5%	48.0%	39.4%	53.5%	2.4%	17.3%	
65-74歳	人数	128	187	95	70	15	202	213	46	193	77	177	3	95	
	割合	37.0%	54.0%	27.5%	20.2%	4.3%	58.4%	61.6%	13.3%	55.8%	22.3%	51.2%	0.9%	27.5%	
保険者計	人数	179	255	139	105	19	254	266	72	254	127	245	6	117	
	割合	37.8%	53.9%	29.4%	22.2%	4.0%	53.7%	56.2%	15.2%	53.7%	26.8%	51.8%	1.3%	24.7%	
県	割合	36.9%	57.0%	26.2%	22.8%	8.1%	44.6%	57.0%	8.9%	52.7%	23.3%	45.7%	2.0%	24.9%	
国	割合	34.5%	55.6%	28.3%	22.8%	7.4%	31.7%	57.3%	12.7%	51.2%	26.4%	48.2%	2.4%	23.4%	

※抽出データ:KDB「様式5-2」

表4 健診受診者の有所見者状況（年齢階層別・女性）（令和3年度）

女性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以外の動脈硬化要因	臓器障害		
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧		LDL-C	クレアチニン	心電図
		25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上		120以上	1.3以上	
40-64歳	人数	37	33	19	14	1	48	50	2	52	26	83	0	22	
	割合	26.1%	23.2%	13.4%	9.9%	0.7%	33.8%	35.2%	1.4%	36.6%	18.3%	58.5%	0.0%	15.5%	
65-74歳	人数	94	87	38	24	5	156	218	3	187	56	213	2	72	
	割合	25.2%	23.3%	10.2%	6.4%	1.3%	41.8%	58.4%	0.8%	50.1%	15.0%	57.1%	0.5%	19.3%	
保険者計	人数	131	120	57	38	6	204	268	5	239	82	296	2	94	
	割合	25.4%	23.3%	11.1%	7.4%	1.2%	39.6%	52.0%	1.0%	46.4%	15.9%	57.5%	0.4%	18.3%	
県	割合	27.6%	22.7%	15.4%	10.5%	1.6%	31.0%	57.3%	1.3%	47.8%	16.0%	54.6%	0.3%	18.1%	
国	割合	21.9%	19.1%	15.9%	9.6%	1.3%	20.0%	55.8%	1.8%	46.3%	17.0%	56.6%	0.3%	18.5%	

※抽出データ:KDB「様式5-2」

表5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の推移

総計		健診 受診者	腹囲 のみ	予備群	予備群			該当者				
					高血糖	高血圧	脂質異常症	血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	3項目全て	
平成30年	人数	1,244	48	157	11	118	28	251	44	18	118	71
	割合	100.0%	3.9%	12.6%	0.9%	9.5%	2.3%	20.2%	3.5%	1.4%	9.5%	5.7%
令和元年	人数	1,188	45	152	9	111	32	276	44	9	154	69
	割合	100.0%	3.8%	12.8%	0.8%	9.3%	2.7%	23.2%	3.7%	0.8%	13.0%	5.8%
令和02年	人数	895	35	136	7	105	24	185	25	14	92	54
	割合	100.0%	3.9%	15.2%	0.8%	11.7%	2.7%	20.7%	2.8%	1.6%	10.3%	6.0%
令和03年	人数	988	28	123	8	96	19	224	43	12	106	63
	割合	100.0%	2.8%	12.4%	0.8%	9.7%	1.9%	22.7%	4.4%	1.2%	10.7%	6.4%
令和04年	人数	972	21	133	6	108	19	229	46	9	110	64
	割合	100.0%	2.2%	13.7%	0.6%	11.1%	2.0%	23.6%	4.7%	0.9%	11.3%	6.6%

※抽出データ:KDB「様式5-3」

表6 メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況（年齢階層別・男性）（令和3年度）

男性		健診 受診者	腹囲 のみ	予備群	予備群			該当者				
					高血糖	高血圧	脂質異常症	血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	3項目全て	
40-64歳	人数	127	4	25	3	19	3	39	6	2	24	7
	割合	26.8%	3.1%	19.7%	2.4%	15.0%	2.4%	30.7%	4.7%	1.6%	18.9%	5.5%
65-74歳	人数	346	7	57	5	44	8	123	25	9	51	38
	割合	73.2%	2.0%	16.5%	1.4%	12.7%	2.3%	35.5%	7.2%	2.6%	14.7%	11.0%
保険者計	人数	473	11	82	8	63	11	162	31	11	75	45
	割合	100.0%	2.3%	17.3%	1.7%	13.3%	2.3%	34.2%	6.6%	2.3%	15.9%	9.5%

※抽出データ:KDB「様式5-3」

表7 メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況（年齢階層別・女性）（令和3年度）

女性		健診 受診者	腹囲 のみ	予備群	予備群			該当者				
					高血糖	高血圧	脂質異常症	血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	3項目全て	
40-64歳	人数	142	6	13	0	10	3	14	3	1	3	7
	割合	27.6%	4.2%	9.2%	0.0%	7.0%	2.1%	9.9%	2.1%	0.7%	2.1%	4.9%
65-74歳	人数	373	11	28	0	23	5	48	9	0	28	11
	割合	72.4%	2.9%	7.5%	0.0%	6.2%	1.3%	12.9%	2.4%	0.0%	7.5%	2.9%
保険者計	人数	515	17	41	0	33	8	62	12	1	31	18
	割合	100.0%	3.3%	8.0%	0.0%	6.4%	1.6%	12.0%	2.3%	0.2%	6.0%	3.5%

※抽出データ:KDB「様式5-3」

(4) 重症化予防対象者の状況

令和4年度の特定健診受診者のうち、重症化予防の対象者数は348人(36.2%)おり、治療中である人は218人(62.6%)、治療なしの人は130人(37.4%)です。(表1)

該当項目をみるとメタボリックシンドロームの割合が20%以上を占めています。重症化の項目別にみると、高血圧、脂質異常症、慢性腎臓病で治療なしの方が多くなっています。

表1 重症化予防の観点での保健指導対象者数

抽出根拠				メタボリックシンドローム		高血圧症		心房細動		糖尿病		脂質異常症		慢性腎臓病(GKD)			
				メタボリックシンドロームの診断基準		高血圧治療ガイドライン2019(日本高血圧学会)						糖尿病治療ガイド2022-2023		動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017		CKD診療ガイドライン2018	
重症化予防の条件				メタボ該当者(2項目以上)		Ⅱ度高血圧以上(収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上)		心房細動の所見あり		HbA1c6.5%以上(治療中7.0%以上)		中性脂肪300mg/dl以上		LDLコレステロール180mg/dl以上		腎臓専門医紹介基準対象者(尿蛋白(1+)以上またはeGFR45未満)	
重症化予防対象者		実人数	割合														
健診受診者数(a)	重症化予防対象者(b)(aに占める割合)	348	36.2%	225	23.4%	60	6.2%	13	1.4%	75	7.8%	21	2.2%	24	2.5%	25	2.6%
962	治療中(人)(bに占める割合)	218	62.6%	172	76.4%	23	38.3%	11	84.6%	43	57.3%	1	4.8%	3	12.5%	5	20.0%
	治療なし(人)(bに占める割合)	130	37.4%	53	23.6%	37	61.7%	2	15.4%	32	42.7%	20	95.2%	21	87.5%	20	80.0%

※会津坂下町 健康増進係作成

表2 重症化予防の観点からみた健診状況(HbA1c)

男性	6.5未満		6.5-6.9		7.0-7.9		8.0以上		再掲				計
									(未治療者)			(治療中者)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	6.5-6.9	7.0-7.9	8.0以上	7.0以上	
40-64歳	117	89.3%	4	3.1%	8	6.1%	2	1.5%	1	3	0	7	131
65-74歳	291	83.4%	22	6.3%	26	7.4%	10	2.9%	5	3	3	30	349
計	408	85.0%	26	5.4%	34	7.1%	12	2.5%	6	6	3	37	480

※抽出データ:令和03年度 KDB「介入支援管理」

表3 重症化予防の観点からみた健診状況(HbA1c)

女性	6.5未満		6.5-6.9		7.0-7.9		8.0以上		再掲				計
									(未治療者)			(治療中者)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	6.5-6.9	7.0-7.9	8.0以上	7.0以上	
40-64歳	144	96.6%	2	1.3%	3	2.0%	0	0.0%	0	1	0	2	149
65-74歳	350	94.3%	15	4.0%	3	0.8%	3	0.8%	1	0	0	6	371
計	494	95.0%	17	3.3%	6	1.2%	3	0.6%	1	1	0	8	520

※抽出データ:令和03年度 KDB「介入支援管理」

表4 重症化予防の観点からみた健診状況(血圧)

男性	正常 正常高値		高値		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度		再掲(未治療者)		計 人数
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	Ⅱ度	Ⅲ度	
											人数	人数	
40-64歳	51	38.9%	36	27.5%	34	26.0%	8	6.1%	2	1.5%	4	1	131
65-74歳	136	38.4%	110	31.1%	88	24.9%	18	5.1%	2	0.6%	8	1	354
計	187	38.6%	146	30.1%	122	25.2%	26	5.4%	4	0.8%	12	2	485

※抽出データ:令和03年度 KDB「介入支援管理」

表5 重症化予防の観点からみた健診状況(血圧)

女性	正常 正常高値		高値		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度		再掲(未治療者)		計 人数
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	Ⅱ度	Ⅲ度	
											人数	人数	
40-64歳	82	54.7%	41	27.3%	25	16.7%	2	1.3%	0	0.0%	1	0	150
65-74歳	170	45.2%	105	27.9%	91	24.2%	9	2.4%	1	0.3%	4	1	376
計	252	47.9%	146	27.8%	116	22.1%	11	2.1%	1	0.2%	5	1	526

※抽出データ:令和03年度 KDB「介入支援管理」

正常・正常高値:収縮期血圧130mmHg未満 または 拡張期血圧80mmHg未満

高値:収縮期血圧130~140mmHg未満 または 拡張期血圧80~90mmHg未満

Ⅰ度:収縮期血圧140~160mmHg未満 または 拡張期血圧90~100mmHg未満

Ⅱ度:収縮期血圧160~180mmHg未満 または 拡張期血圧100~110mmHg未満

Ⅲ度:収縮期血圧180mmHg以上 または 拡張期血圧110mmHg以上

表6 重症化予防の観点からみた健診状況 (LDL-C)

男性	140未満		140～160未満		160～180未満		180以上		再掲(未治療者)		計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	160～180未満	180以上	
									人数	人数	
40-64歳	93	71.0%	22	16.8%	11	8.4%	5	3.8%	5	5	131
65-74歳	251	70.9%	69	19.5%	26	7.3%	8	2.3%	21	5	354
計	344	70.9%	91	18.8%	37	7.6%	13	2.7%	26	10	485

※抽出データ: 令和03年度 KDB「介入支援管理」

表7 重症化予防の観点からみた健診状況 (LDL-C)

女性	140未満		140～160未満		160～180未満		180以上		再掲(未治療者)		計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	160～180未満	180以上	
									人数	人数	
40-64歳	96	64.0%	32	21.3%	12	8.0%	10	6.7%	6	3	150
65-74歳	268	71.3%	59	15.7%	32	8.5%	17	4.5%	11	7	376
計	364	69.2%	91	17.3%	44	8.4%	27	5.1%	17	10	526

※抽出データ: 令和03年度 KDB「介入支援管理」

表8 男性 慢性腎臓病（CKD）重症度分類

GFR区分 (ml/分/1.73m ²)			尿蛋白区分		A1	A2	A3			
					(-)	(±)	(+)以上	再掲		
			尿検査・GFR 共に実施		(+)	(2+)	(3+)	(+)以上		
			510	491	6	13	8	3	2	9
G1	正常 または高値	90以上	18	18 3.7%	0 0.0%	0 0.0%	0	0	0	0
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	390	377 76.8%	5 83.3%	8 61.5%	5	2	1	7
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	96	92 18.7%	1 16.7%	3 23.1%	3	0	0	1
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	4	3 0.6%	0 0.0%	1 7.7%	0	1	0	0
G4	高度低下	15-30 未満	0	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0	0	0	0
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	2	1 0.2%	0 0.0%	1 7.7%	0	0	1	1

※抽出データ: 令和03年度 KDB「介入支援管理」

表9 女性 慢性腎臓病（CKD）重症度分類

GFR区分 (ml/分/1.73m ²)			尿蛋白区分		A1	A2	A3			
					(-)	(±)	(+)以上	再掲		
			尿検査・GFR 共に実施		(+)	(2+)	(3+)	(+)以上		
			552	547	3	2	2	0	0	2
G1	正常 または高値	90以上	27	27 4.9%	0 0.0%	0 0.0%	0	0	0	0
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	415	412 75.3%	3 100.0%	0 0.0%	0	0	0	0
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	104	102 18.6%	0 0.0%	2 100.0%	2	0	0	2
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	5	5 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	0	0	0	0
G4	高度低下	15-30 未満	1	1 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0	0	0	0
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	0	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0	0	0	0

※抽出データ: 令和03年度 KDB「介入支援管理」

(5) 質問票の状況

特定健診時の質問項目への回答をみると、高血圧、糖尿病、脂質異常症の服薬の割合が、国・同規模自治体と比較して高い状況です。また、心臓病や腎不全の既往のある方の割合や、喫煙、運動習慣なし、睡眠、飲酒の項目では県を含めた比較で高くなっています。(表1)

性・年齢別にみると高血圧の服薬率は65～74歳の男性が高く、脂質異常症の服薬率は65～74歳の女性で高く、運動習慣なしの方は男性、女性ともに高くなっています。

(表2)

表1 質問票の状況

質問票項目		保険者			県	同規模	国	保険者	
		H30	H31	R02	R03			R04	
服薬	高血圧	40.8%	40.2%	40.8%	40.6%	42.0%	38.2%	35.5%	42.1%
	糖尿病	8.5%	8.9%	7.7%	8.9%	10.8%	9.8%	8.6%	10.3%
	脂質異常症	26.2%	27.8%	29.3%	27.2%	30.8%	27.5%	27.4%	30.5%
既往歴	脳卒中	2.4%	2.8%	2.6%	2.7%	3.2%	3.4%	3.2%	2.5%
	心臓病	6.0%	6.7%	7.7%	8.2%	6.0%	6.2%	5.6%	6.5%
	腎不全	0.2%	0.7%	0.7%	0.7%	0.8%	0.8%	0.8%	0.9%
	貧血	4.5%	3.7%	5.6%	4.5%	6.4%	9.2%	10.5%	4.8%
生活習慣	喫煙	16.8%	15.3%	13.8%	14.6%	13.3%	13.5%	13.6%	14.8%
	20歳時の体重から10kg以上増加	34.4%	35.4%	34.7%	34.2%	36.9%	35.3%	35.2%	35.2%
	1回30分以上運動習慣なし	70.7%	70.3%	68.3%	68.2%	62.8%	62.2%	60.7%	70.9%
	1日1時間以上運動なし	62.0%	62.0%	57.2%	56.0%	54.6%	47.3%	48.5%	58.8%
	歩く速度が遅い	56.3%	55.3%	55.7%	54.1%	54.0%	52.9%	50.4%	56.3%
	食事がかみにくい、かめない	19.5%	18.5%	21.0%	21.2%	21.3%	22.4%	20.8%	20.7%
	食べる速度が速い	27.4%	26.8%	27.8%	27.6%	25.4%	26.5%	27.1%	26.0%
	週3回以上就寝前夕食	14.8%	15.7%	14.3%	13.1%	15.3%	15.9%	15.6%	14.7%
	3食以外の間食を毎日食べる	16.9%	15.8%	17.3%	19.2%	16.6%	21.5%	21.1%	17.4%
	週3回以上朝食を抜く	6.4%	7.5%	7.3%	7.3%	7.8%	7.9%	10.0%	7.5%
	睡眠不足	23.2%	25.0%	24.4%	22.4%	22.5%	24.1%	24.5%	24.8%
	毎日飲酒	27.4%	24.2%	25.1%	25.1%	25.5%	25.1%	25.5%	25.5%
1日の飲酒量	1合未満	45.2%	46.9%	48.0%	50.0%	58.5%	62.4%	65.1%	49.9%
	1～2合未満	38.0%	36.6%	35.5%	35.2%	29.5%	25.4%	23.3%	34.5%
	2～3合未満	14.6%	14.4%	14.4%	11.4%	10.1%	9.8%	9.0%	13.7%
	3合以上	2.3%	2.2%	2.1%	3.3%	2.0%	2.4%	2.6%	1.9%

※抽出データ:KDB「質問票調査の経年比較」

表2 性・年代別にみた質問票の状況（令和03年度）

質問票項目		男性			女性			計			
		40-64歳	65-74歳	計	40-64歳	65-74歳	計	40-64歳	65-74歳	計	
										人数	割合
服薬	高血圧	30.7%	52.9%	46.9%	22.5%	39.4%	34.8%	26.4%	45.9%	401	40.6%
	糖尿病	9.4%	15.9%	14.2%	2.1%	4.8%	4.1%	5.6%	10.2%	88	8.9%
	脂質異常症	15.7%	22.0%	20.3%	19.0%	39.1%	33.6%	17.5%	30.9%	269	27.2%
既往歴	脳卒中	1.6%	4.5%	3.7%	1.4%	2.0%	1.8%	1.5%	3.2%	26	2.7%
	心臓病	11.2%	10.5%	10.7%	3.6%	6.7%	5.8%	7.2%	8.5%	78	8.2%
	腎不全	1.6%	0.3%	0.7%	0.7%	0.8%	0.8%	1.1%	0.6%	7	0.7%
	貧血	0.8%	1.8%	1.5%	12.2%	5.3%	7.3%	6.8%	3.6%	43	4.5%
生活習慣	喫煙	37.0%	23.1%	26.8%	4.2%	2.9%	3.3%	19.7%	12.7%	144	14.6%
	20歳時の体重から10kg以上増加	45.6%	39.5%	41.2%	32.4%	26.1%	27.8%	38.6%	32.6%	327	34.2%
	1回30分以上運動習慣なし	68.0%	62.9%	64.3%	74.1%	70.9%	71.8%	71.2%	67.0%	651	68.2%
	1日1時間以上運動なし	54.4%	55.4%	55.1%	56.8%	56.9%	56.9%	55.7%	56.2%	535	56.0%
	歩く速度が遅い	52.8%	51.5%	51.9%	58.3%	55.5%	56.3%	55.7%	53.5%	517	54.1%
	食事がかみにくい、かめない	20.0%	25.1%	23.7%	11.5%	21.6%	18.8%	15.5%	23.3%	202	21.2%
	食べる速度が速い	35.2%	31.7%	32.7%	25.2%	22.1%	23.0%	29.9%	26.8%	264	27.6%
	週3回以上就寝前夕食	23.2%	16.8%	18.5%	11.5%	6.7%	8.1%	17.0%	11.6%	125	13.1%
	3食以外の間食を毎日	15.2%	12.9%	13.5%	25.2%	24.1%	24.4%	20.5%	18.7%	183	19.2%
	週3回以上朝食を抜く	18.4%	6.3%	9.6%	12.9%	2.2%	5.2%	15.5%	4.2%	70	7.3%
	睡眠不足	30.4%	14.1%	18.5%	37.4%	21.6%	26.0%	34.1%	17.9%	214	22.4%
1日の飲酒量	毎日飲酒	45.6%	44.0%	44.4%	12.2%	5.3%	7.3%	28.0%	24.0%	240	25.1%
	1合未満	31.9%	36.0%	34.9%	69.4%	80.5%	76.9%	46.8%	51.3%	271	50.0%
	1～2合未満	38.3%	43.5%	42.1%	30.6%	19.5%	23.1%	35.3%	35.2%	191	35.2%
	2～3合未満	18.1%	17.8%	17.9%	0.0%	0.0%	0.0%	10.9%	11.7%	62	11.4%
	3合以上	11.7%	2.8%	5.2%	0.0%	0.0%	0.0%	7.1%	1.8%	18	3.3%

※抽出データ:KDB「質問票調査の経年比較」

(6) 特定保健指導の状況

令和4年度の特定保健指導終了率をみると、45.5%であり県・同規模・国と比較して高い状況ですが、国の示す目標値60%には達していません。(表1)

性、年齢別にみると男性の40～64歳の終了率が3.0%と低く、若い世代への保健指導が十分に実施できていません。そのため、保健指導終了率が低くなっています。(表2、3)

表1 特定保健指導の推移

	会津坂下町			県			同規模			国		
	対象者	実施者	終了率	対象者	実施者	終了率	対象者	実施者	終了率	対象者	実施者	終了率
平成30年	141	56	39.7%	15,396	4,108	26.7%	19,363	8,168	42.2%	949,164	225,564	23.8%
令和元年	139	54	38.8%	14,945	4,501	30.1%	18,894	8,332	44.1%	915,344	221,572	24.2%
令和02年	111	37	33.3%	13,165	4,251	32.3%	16,685	7,372	44.2%	816,644	194,170	23.8%
令和03年	136	58	42.6%	14,015	4,678	33.4%	17,043	7,508	44.1%	862,017	206,955	24.0%
令和04年	123	56	45.5%	13,041	4,773	36.6%	15,020	6,789	45.2%	767,328	191,065	24.9%

※抽出データ:KDB「地域の全体像の把握」

図1 特定保健指導終了率の推移

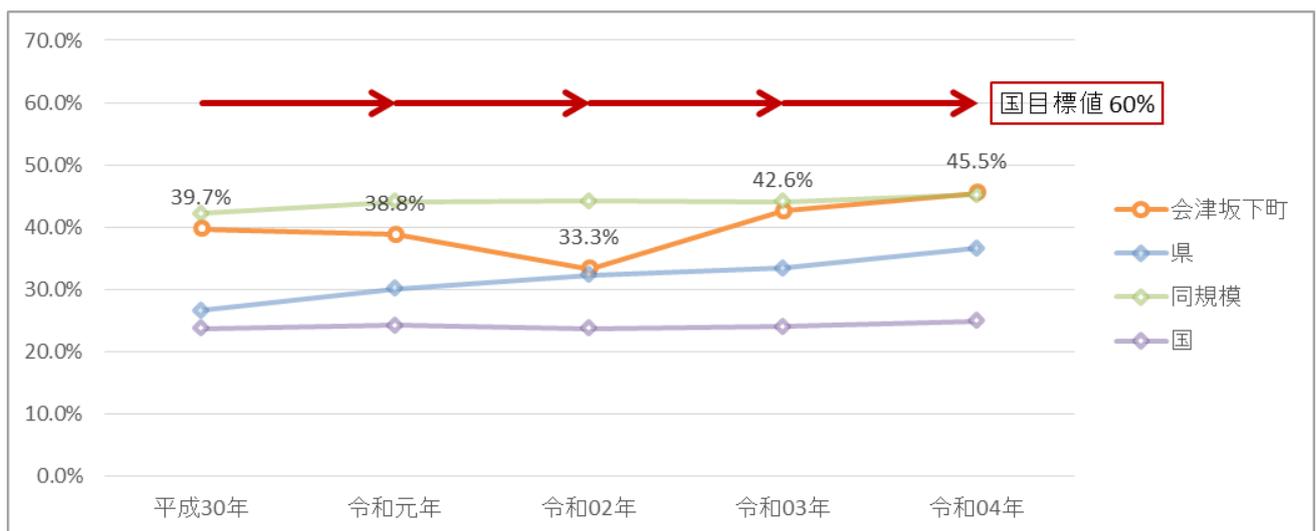


表2 特定保健指導率の推移（男性・年齢別）（令和3年度）

男性	保健指導対象者数	保健指導実施者数		保健指導終了者数	終了率
		動機づけ支援	積極的支援		
40-64歳	33	1	0	1	3.0%
65-74歳	54	30	0	30	55.6%
計	87	31	0	31	35.6%

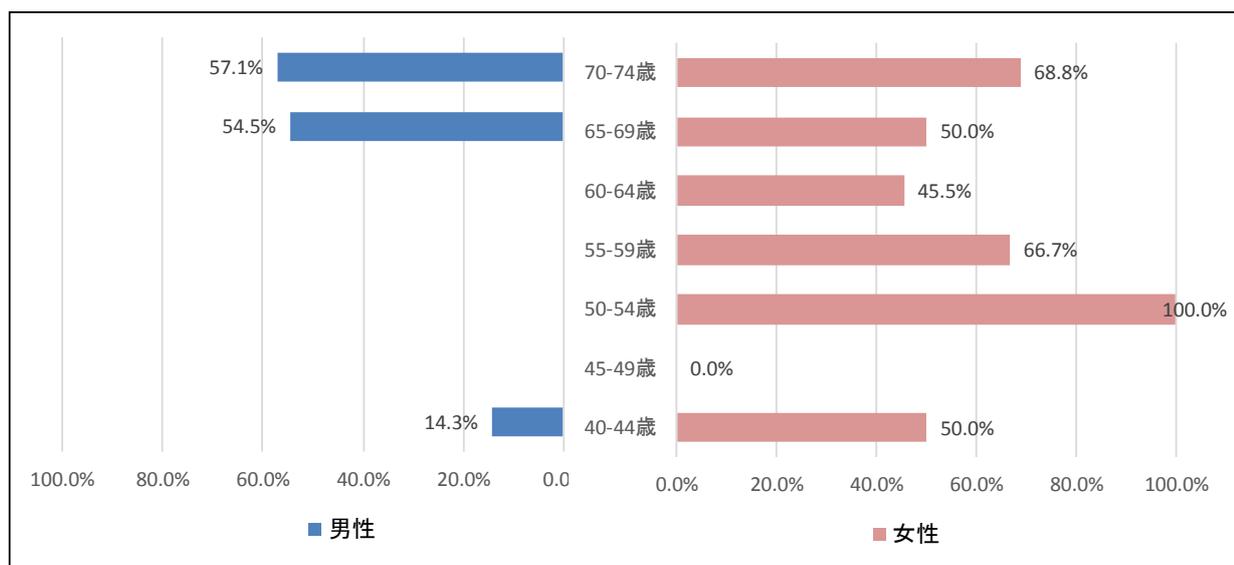
※抽出データ:KDB「健診の状況」

表3 特定保健指導率の推移（女性・年齢別）（令和3年度）

女性	保健指導対象者数	保健指導実施者数		保健指導終了者数	終了率
		動機づけ支援	積極的支援		
40-64歳	19	6	3	9	47.4%
65-74歳	30	18	0	18	60.0%
計	49	24	3	27	55.1%

※抽出データ:KDB「健診の状況」

図2 男女年齢別特定保健指導率の状況 R3年度



7. 多剤・重複処方、頻回・重複受診の状況

(1) 多剤薬剤処方※の状況

男女ともに6剤未満が70%超と最も高くなっていますが、20%以上が6剤を超えています。6剤を超えると副作用を起こす人が増えると言われています。（表1、表2）

※多剤薬剤処方とは、同じ時期に複数の医療機関を受診し、必要以上に多くのお薬が処方されることをいいます。

表1（男性）多剤薬剤処方の状況

男性	6剤未満		6～10剤未満		10～15剤未満		15～20剤未満		20剤以上		計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
64歳以下	205	72.2%	54	19.0%	24	8.5%	0	0.0%	1	0.4%	284
65歳以上	420	73.7%	119	20.9%	28	4.9%	3	0.5%	0	0.0%	570
計	625	73.2%	173	20.3%	52	6.1%	3	0.4%	1	0.1%	854

※抽出データ: 令和04年7月度 KDB「介入支援管理」

表2（女性）多剤薬剤処方の状況

女性	6剤未満		6～10剤未満		10～15剤未満		15～20剤未満		20剤以上		計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
64歳以下	219	78.8%	36	12.9%	17	6.1%	5	1.8%	1	0.4%	278
65歳以上	439	72.2%	123	20.2%	43	7.1%	1	0.2%	2	0.3%	608
計	658	74.3%	159	17.9%	60	6.8%	6	0.7%	3	0.3%	886

※抽出データ: 令和04年7月度 KDB「介入支援管理」

(2) 重複薬剤処方[※]の状況

薬剤処方を受けている者のうち 5.1%が重複薬剤処方となっています。(表1、表2)

※重複薬剤処方とは、同じ時期に複数の医療機関を受診し、同じ薬効のお薬が重複して処方されることをいいます。

表1 性年齢別重複服薬対象者の状況

	薬剤処方を受けている者	2医療機関で重複薬剤処方を受けている者	3医療機関で重複薬剤処方を受けている者	4医療機関で重複薬剤処方を受けている者	5医療機関以上で重複薬剤処方を受けている者	重複薬剤服薬者総計	
64歳以下	284	6	4	1	0	11	3.9%
65歳以上	570	7	10	5	0	22	3.9%
男性計	854	13	14	6	0	33	3.9%
64歳以下	278	6	4	3	0	13	4.7%
65歳以上	608	20	11	6	5	42	6.9%
女性計	886	26	15	9	5	55	6.2%
総計	1,740	39	29	15	5	88	5.1%

※抽出データ: 令和04年7月度 KDB「介入支援管理」

(3) 頻回受診[※]の状況

複数回受診している被保険者が男女とも 1,000 人を超えています。(表1、表2)

※頻回受診とは、同じ医療機関を受診する回数が多いことをいいます。

表1 (男性) 頻回受診の状況

男性	15~19日		20日以上		計 (1日以上)
	人数	割合	人数	割合	人数
64歳以下	2	0.6%	0	0.0%	360
65歳以上	0	0.0%	0	0.0%	651
計	2	0.2%	0	0.0%	1,011

※抽出データ: 令和04年7月度 KDB「介入支援管理」

表2 (女性) 頻回受診の状況

女性	15~19日		20日以上		計 (1日以上)
	人数	割合	人数	割合	人数
64歳以下	2	0.6%	0	0.0%	359
65歳以上	0	0.0%	0	0.0%	692
計	2	0.2%	0	0.0%	1,051

※抽出データ: 令和04年7月度 KDB「介入支援管理」

(4) 重複受診※の状況

2医療機関以上を受診している割合が男女とも70%を超えています。(表1、表2)

※重複受診とは、同様の病気で複数の医療機関にかかることをいいます。

表1 (男性) 重複受診の状況

男性	2医療機関		3医療機関		4医療機関		5医療機関以上	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
64歳以下	85	75.2%	23	20.4%	4	3.5%	1	0.9%
65歳以上	179	74.3%	47	19.5%	11	4.6%	4	1.7%
計	264	74.6%	70	19.8%	15	4.2%	5	1.4%

※抽出データ: 令和04年7月度 KDB「介入支援管理」

表2 (女性) 重複受診の状況

女性	2医療機関		3医療機関		4医療機関		5医療機関以上	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
64歳以下	96	78.0%	20	16.3%	7	5.7%	0	0.0%
65歳以上	212	67.5%	74	23.6%	21	6.7%	7	2.2%
計	308	70.5%	94	21.5%	28	6.4%	7	1.6%

※抽出データ: 令和04年7月度 KDB「介入支援管理」

8. 分析結果に基づく健康課題と方向性

健康・医療費等の分析結果をまとめ、それに基づく健康課題を次のとおり抽出しました。これらの健康課題を踏まえ、本計画において取り組むべき方向性を決定します。

項目	分析結果	健康課題と方向性	参照ページ
医療費の状況	被保険者数は減少しているが、1人当たりの医療費は増加し、外来・入院ともに県・国を上回っています。	1人当たりの医療費が増加していることから、引き続き被保険者の健康の保持増進と医療費適正化を進めていく必要があります。	5 8
	生活習慣病の医療費が県・国を上回る項目が多い状況にあります。 腎不全、高血圧症が特に大きく上回っています。	生活習慣病の比率が上昇していることに比例しており、早期のリスク発見と生活習慣の改善が必要です。特定健診の受診や適切な医療受診を勧奨する必要があります。	9 10
	人工透析の医療費が約30%増加しています。また、人工透析者の6割以上が糖尿病を有しています。	糖尿病罹患率は県・国を下回っていますが、糖尿病対策に継続して取り組む必要があります。	11 13
	透析患者の数は横ばいとなっていますが、1人当たりの医療費は年々増加しています。	人口透析の患者1人当たりの医療費は300万円を超えており、患者のQOLの低下や医療費増大を防ぐために、透析導入とならないよう対策することが必要です。	
死亡の状況	心疾患、脳血管疾患が県・国と比較して高い状況にあり、全死因の多くを生活習慣病が占めています。	高血圧をはじめとする生活習慣病は、虚血性心疾患、脳血管疾患などの重大な疾病を招くことから、早期の生活習慣の改善や治療に繋げることが必要です。	14 16

項目	分析結果	健康課題と方向性	参照ページ
特定健診・保健指導の状況	<p>特定健診の受診率は36.6%と同規模自治体の42.5%を下回っており、県内の比較においても低位に位置しています。</p>	<p>受診率の向上は、生活習慣病の早期発見のためだけではなく、将来的な医療費の抑制につながることも見据えて、重点的に取り組んでいく必要があります。</p>	24
	<p>特定健診の男女別受診率では、40代・50代の受診率が20%台、特に45-49歳の男性が17.3%と低い状態です。</p>	<p>生活習慣病の予防を図るためには、生活習慣病のリスクを早期に発見、改善していくことが必要です。</p>	25
	<p>健診受診者と未受診者の生活習慣病にかかる医療費の状況をみると、1人当たりの医療費は健診受診者が76,172円/年に対し、未受診者は292,042円/年となっています。</p>	<p>健診を受診することで、生活習慣病のリスクを発見し、生活習慣の改善など予防を図ることができるため、医療費の抑制につながることから、より多くの被保険者に健診受診を促す必要があります。</p>	26
	<p>メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者ともに増加しています。</p>	<p>メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者を減少させるためにも、特定保健指導実施率を向上させる必要があります。</p>	
	<p>高血圧、糖尿病、脂質異常症の服薬の割合が、国・同規模自治体と比較して高い状況です。また、心臓病や腎不全の既往のある方の割合や、喫煙、運動習慣なし、睡眠、飲酒の項目では県を含めた比較で高くなっています。</p>	<p>生活習慣病の予防を図るためには、生活習慣病のリスクを早期に発見し、改善していくことが必要です。より多くの被保険者に健診受診を促すとともに、特定保健指導や医療機関への受診を勧奨することにより、適切な生活習慣の改善と治療につなげることが必要です。</p>	27 29
頻回・重複受診の状況	<p>男女ともに6剤未満が70%超と最も高くなっていますが、20%以上が6剤を超えています。</p> <p>同様の病気で2医療機関以上を受診している割合が男女とも70%を超えています。</p>	<p>頻回・重複受診は多剤・重複処方につながります。また、服薬が6剤を超えると副作用を起こす人が増えるとされています。</p> <p>医療費適正化のみならず対象者本人の健康の保持増進という観点からも、適正な受診、服薬を促す必要があります。</p>	38 40

第4節 第2期データヘルス計画における取組の考察

この節では、第2期計画期間に実施した事業の達成状況を評価し、計画全体の最終評価をまとめています。

前計画では医療、介護及び健診の分析から、医療費が高額であり要介護の原因疾患となっている虚血性心疾患や脳血管疾患の予防を喫緊の課題として取り組んできました。

これらの課題解決のために、短期目標として特定健康診査受診率や特定保健指導実施率の向上、中長期目標として生活習慣病の重症化予防に取り組み「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「糖尿病性腎症」を減らし入院を抑えることを掲げ、その達成に向けて下記の個別の保健事業に取り組んできました。

1. 第2期データヘルス計画全体の最終評価

最終評価として、基本目標ごとに次のとおり評価・考察をまとめました。

事業	実績			評価・考察 (成功・未達要因)
	計画開始時点 平成30年度	中間評価時点 令和2年度	現状値 令和4年度	
特定健康診査事業	特定健診 受診率 43.6%	31.7%	36.6%	特定健康診査受診率は、令和2年度に大きく減少し、新型コロナウイルス感染症の拡大による受診控えの影響があったと考えられます。 年代別では40～50代の受診率が低く、若い世代の効果的な健診の受診勧奨を検証していく必要があります。
特定健康診査 未受診者対策事業				
特定保健指導事業	メタボリック シンドローム 該当者の減少 20.2%	20.7%	23.6%	特定保健指導率は増加傾向にあります。年代別では、40～60代の実施率が低く、ICTを活用した指導方法などについても検討し、利用率を高める取組を進める必要があります。 メタボリックシンドローム該当者は増加していることから、指導体制や指導内容の検討が必要です。
特定保健指導 未利用者対策事業	特定保健指導 終了率 39.7%	33.3%	45.5%	
重症化 予防対策 事業	Ⅱ度高血圧以上者の割合※1 5.4% (R1)	4.0%	6.2%※3	Ⅱ度高血圧以上者の割合は微増傾向、脂質異常者の割合は減少傾向。受診後、適切な治療につながらないケースもあるため、医療機関との連携と、適切な保健指導を継続する必要があります。
	脂質異常者の 割合※2 7.8% (R1)	10.7%	7.9%	

※1 収納期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上

※2 LDL コレステロール 160mg/dl 以上

※3 KDB をベースとした健康増進係による集計値

事業	実績			評価・考察 (成功・未達要因)
	計画開始時点 平成 30 年度	中間評価時点 令和 2 年度	現状値 令和 4 年度	
糖尿病性腎症 重症化 予防対策事業	糖尿病の割合 11.1% (R1) ※3	9.9%	11.1%	糖尿病の割合は、横ばいの状況です。 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの活用が進んでいるが、医療機関とのさらなる連携と、保健指導の体制整備が必要です。
ポピュレーション アプローチ※4 事業	特定健診 受診率 43.6%	31.7%	36.6%	広報誌への掲載や、健康ポイント事業によるインセンティブの提供などの取り組みを推進したが、受診率は低下しています。健康ポイント事業は 60~80 代の方の取組が約 7 割と多い状況で、若い世代への啓発となっていない状況があり、若い世代の受診勧奨について検証が必要です。
ジェネリック 医薬品 普及啓発事業	普及率 69.2%	73.2%	73.8%	ジェネリック医薬品の普及率は目標の 70%を達成しました。 医療費抑制のため、引き続き普及啓発に取り組みます。
頻回受診対策事業	指導率 70.0%	85.7%	91.3%	重複・頻回傾向にある住民について、訪問、電話等による指導を実施したが、介入を断られるなどの要因もあり受診指導の目標値を達成することができませんでした。 早期に介入を図ることで医療費抑制の効果も期待できることから、引き続き取り組みます。
COPD※5 対策事業	特定健診受診者喫煙率 15.3% (R1)	13.8%	14.8%	町の喫煙率は、県や国と比較しても高く、母子保健事業や特定保健指導と合わせた禁煙指導を実施してきましたが、今後も COPD 等喫煙の健康被害や禁煙の効果等について適切な状況提供を行います。

※3 HbA1c6.5%以上

※4 集団全体に対して働きかけることにより、良い方向にシフトさせること。

※5 COPD 慢性閉塞性肺疾患 タバコ煙を主とする有害物質を長期的に吸入暴露することで生じた肺の炎症性疾患であり、喫煙習慣を背景に中高年に発症する生活習慣病。

2. 各事業の達成状況

(1) 生活習慣病対策

① 特定健康診査事業

事業目的	メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目し、その該当者及び予備群に対する保健指導を実施することで、該当者とその予備群の減少を図る。
事業目標	特定健診受診率 60%
対象者	40 歳以上 74 歳以下の被保険者
事業実施年度	平成 30 年度～令和 5 年度
実施内容	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ものを抽出する健診項目の実施。

【特定健康診査受診率】

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
目標値	41.0%	45.0%	49.0%	52.0%	56.0%
実績値	43.6%	42.3%	31.7%	35.4%	36.6%

実施体制と 実施方法	国保担当者・衛生担当者（保健師・管理栄養士）・委託事業所 ・ 集団健診の実施（福島県保健衛生協会と委託契約） ・ 施設健診の実施（各医療機関と委託契約）
---------------	--

事業全体の評価と 今後の方向性	<p>受診率は令和 2 年度に低下し、令和 4 年度までに若干改善しているが、これは新型コロナウイルス感染症の影響があったものと考えられる。40～50 代の若い世代の受診率が低く、受診率の底上げを図っていく必要があります。</p> <p>町外医療機関において施設健診を受診できるよう実施体制の拡大を図った。今後も受診者数を増やす取組が必要です。</p> <p>今後は、SNS など、さまざまな手段・媒体を活用し、若い世代も含め、より多くの人に特定健康診査受診の啓発を行えるよう取り組みます。</p>
--------------------	---

②特定健康診査未受診者対策事業

事業目的	特定健診の受診歴のない対象者に対して受診勧奨を実施することで、生活習慣病の早期発見及び重症化予防を図る。
事業目標	特定健診受診率 60%
対象者	・ 特定健診今年度未受診者 ・ 特定健診において前年度を含め2年連続して未受診者の者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	・ 健診に関する情報を広報誌に掲載 ・ 区長や保健推進員等への健診の重要性について周知 ・ 地区組織を活用した健診受診の声掛け ・ 人間ドック受診の推奨 ・ 休日健診日の設定・早朝健診の実施 ・ 母子保健事業等様々な機会を通じた受診勧奨の実施 ・ 医療機関との連携した取組

【特定健康診査受診率】

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
目標値	41.0%	45.0%	49.0%	52.0%	56.0%
実績値	43.6%	42.3%	31.7%	35.4%	36.6%

実施体制と実施方法	<p>国保担当者・衛生担当者（保健師・管理栄養士）・委託事業所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 町の生活習慣病の現状及び特定健診に係る情報を広報誌に掲載 ・ 行政区長及び、保健推進員への学習の実施 ・ 保健推進員の訪問による受診勧奨チラシの配布と声掛け ・ 地区集会の際の受診の声掛け ・ 人間ドック等費用の助成 ・ 有職者が受診しやすいよう休日年4回及び早朝年13回の受診機会の確保 ・ 乳幼児健診において両親及びその家族への受診勧奨 ・ 医療機関より受診の声掛け <p>医療機関からの健診データの提供、受診可能医療機関の拡大</p>
-----------	---

事業全体の評価と今後の方向性	<p>広報への掲載やハガキによる受診勧奨は実施してきたが、受診率の向上には結びついていないことから、SNS、電話、訪問など、さまざまな手段・媒体を活用し、若い世代も含め、より多くの人に特定健康診査受診の啓発を行えるよう取組を進めます。</p> <p>町外医療機関で施設健診を受診できるよう実施体制の拡大を図った。今後も継続して受診可能医療機関の拡大を進めます。</p> <p>治療中で医療機関を受診している特定健康診査未受診者への受診勧奨については、具体的な勧奨方法やアプローチの手段などについて、町医師会と協議し、協力体制を取りながら進めます。</p> <p>また、未受診者の意識調査を実施し、課題を明らかにすることで、より効果的な対策が行えるよう取り組みます。</p>
----------------	--

③特定保健指導事業

事業目的	特定保健指導対象者が自分の身体の状況を理解し生活習慣を見直すことができるようになり、医療への受診が必要な住民を医療機関へつながることで、生活習慣病の発症予防及び重症化予防を図る。
事業目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導（動機づけ・積極的支援）対象者の保健指導実施率 60% ・ 特定保健指導実施者の翌年度の検査データの改善 ・ 特定保健指導実施者で受診勧奨判定値の対象の医療受診の状況
対象者	特定保健指導（動機づけ支援・積極的支援）対象者
事業実施年度	平成 30 年度～令和 5 年度
実施内容	保健指導を実施

【特定保健指導率】

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
目標値	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
実績値	39.7%	38.8%	33.3%	42.6%	45.5%

【メタボリックシンドローム該当者の減少】

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
目標値	毎年度 対象者の減少				
実績値	20.2%	23.2%	20.7%	22.7%	23.6%

実施体制と 実施方法	<p>衛生担当者（保健師・管理栄養士）</p> <p>対象の状況に合わせて「標準的な保健指導プログラム【改訂版】」に則り保健指導を実施。保健指導終了後は対象者の健康状況を把握するため翌年度の健診状況や受診勧奨をした対象者へは医療機関受診の確認を行う。</p>
---------------	---

事業全体の評価と 今後の方向性	<p>特定健康診査の結果から、メタボリックシンドロームのリスクに応じて、「動機づけ支援」「積極的支援」に分け、電話、来庁、訪問による保健指導を行いました。保健指導では、対象者が主体的に生活習慣の改善に取り組めるよう支援し、取組の評価ができる機会として、血液検査等を実施しました。より効果的な保健指導のため、指導者の学習会を実施し、保健指導の質の向上に取り組んできました。</p> <p>指導率は上昇傾向にありますが、メタボリックシンドロームの該当者も増加していることから、指導実施率の向上に加え、さらなる保健指導の質の向上と体制の整備に取り組めます。</p>
--------------------	---

④特定保健指導未利用者対策事業

事業目的	特定保健指導の未利用者に、特定保健指導利用の必要を説明し利用を促すことで、住民の生活習慣病の重症化予防を図る。
事業目標	特定保健指導率 60%
対象者	特定保健指導未利用者
事業実施年度	平成 30 年度～令和 5 年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用勧奨の個別通知 ・ 訪問による保健指導（勧奨及び保健指導） ・ 電話による勧奨

【特定保健指導率】

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
目標値	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
実績値	39.7%	38.8%	33.3%	42.6%	45.5%

実施体制と 実施方法	<p>国保担当者・衛生担当者（保健師・管理栄養士）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健指導対象者へ通知及びチラシの送付 ・ 保健指導判定値以上の住民へは健診結果を送付せず、役場で直接手渡すとともに保健指導を実施 ・ 電話による利用勧奨 ・ 特定健診結果と共に通知を送付
---------------	--

事業全体の評価と 今後の方向性	<p>健診会場において初回面接を実施する取組や、面談による健診結果の返却等により、指導率は上昇傾向にあります。40～50 代の若い世代での指導率が低く、仕事で忙しいためか保健指導を希望しない方が多くいる事が要因と考えられます。</p> <p>ICT を活用した指導方法などについても検討し、利用率を高めるよう取り組みます。</p>
--------------------	---

⑤重症化予防対策事業

事業目的	生活習慣病の重症化のリスクがある対象が、自分の身体の状態を理解し生活習慣を見直すことができ、医療への受診が必要な住民を医療機関へつなげることで、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の発症予防及び重症化予防を図る。
事業目標	・保健指導実施者の翌年度の検査データの改善 ・保健指導実施者で受診勧奨判定値の対象の医療受診の状況
対象者	未治療者、リスク階層化を行い優先順位が高い順から行う。 具体的には、健診受診者の高血圧（Ⅱ度以上）、糖尿病（治療無 6.5 以上、治療有 7.0 以上）、LDL-コレステロール（治療無 140 以上、治療有 160 以上・中性脂肪 300 以上）、eGFR _※ 50 未満（70 歳以上は 40 未満）を対象とする。
事業実施年度	平成 30 年度～令和 5 年度
実施内容	・保健指導の実施 ・医療機関と連携したフォローアップ

※eGFR 推算糸球体濾過量 腎臓の能力値 数値が低いほど働きが悪い。

【Ⅱ度高血圧以上の割合／脂質異常症の割合】

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
目標値	減少				
Ⅱ度高血圧以上者の割合 _{※1}	—	5.4%	4.0%	4.9%	6.2%
脂質異常者の割合 _{※2}	—	7.8%	10.7%	12.7%	7.9%

※1 収納期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上

※2 LDL コレステロール 160mg/dl 以上

実施体制と実施方法	<p>衛生担当者（保健師・管理栄養士） 保健指導対象者の抽出手順及び介入方法</p> <p>①健診受診者の高血圧（Ⅱ度以上）、糖尿病（治療無 6.5 以上、治療有 7.0 以上）、脂質（LDL-C 治療無 140 以上、治療有 160 以上・中性脂肪 300 以上）、eGFR50 未満（70 歳以上は 40 未満）未満の状況を見る。</p> <p>②リスク層別化を行い、優先順位で対象者を見る。（特に血圧・血糖・脂質・腎機能・心房細動において有所見が重複する場合は優先順位を高くする。）</p> <p>③保健師・管理栄養士が保健指導を実施する。（訪問等による保健指導の実施）</p>
-----------	--

事業全体の評価と今後の方向性	Ⅱ度高血圧以上者の割合は微増傾向にあり、脂質異常者の割合は減少傾向です。マンパワーが不足しており、対象者への十分な保健指導を実施できていない状況です。また、適切な治療につながらないケースもあるため、医療機関との連携と保健指導による適切な情報提供を継続していきます。
----------------	--

⑥糖尿病性腎症重症化予防対策事業

事業目的	慢性腎臓病・人工透析の患者は糖尿病を罹患している割合が高く、糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・治療中コントロール不良者に対し医療機関と連携し適切な受診勧奨・保健指導を実施することで、糖尿病性腎症・人工透析患者の発症及び重症化予防を図る。
事業目標	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の医療受診の状況（受診勧奨者の受診状況・治療中コントロール不良者の継続受診状況） 対象者の翌年度の健診データの改善
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ①治療無しで受診勧奨判定値以上の者 <ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診者で空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5%以上 尿蛋白+以上 eGFR60 未満 ②治療の有でコントロール不良者 <ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診者で空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5%以上 尿蛋白+以上 eGFR60 未満
事業実施年度	平成 30 年度～令和 5 年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨と保健指導の実施 医療機関と連携した保健指導の実施。

【糖尿病の割合】HbA1c_※6.5%以上

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
目標値	減少				
実績値	—	11.1%	9.9%	10.4%	11.0%

※ヘモグロビンのうちどれぐらいの割合が糖と結合しているかを示す数値。

普段の血糖値の目安となるもの。

実施体制と実施方法	<p>衛生担当者（保健師・管理栄養士）</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問による保健指導の実施。 対象者に来庁いただき保健指導の実施。 各種システムにより保健指導実施者の医療機関受診状況の確認。 医療機関と連携し、保健指導及び栄養指導の実施。
-----------	---

事業全体の評価と今後の方向性	<p>HbA1c6.5%以上の割合は、令和 2 年に減少しましたが、その後増加し、横ばいの状況です。対象者を階層化し、優先順位の高い方より受診勧奨や保健指導を実施していますが、マンパワーが不足しており、対象者への十分な保健指導を実施できていない状況です。</p> <p>また、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの活用が進んでいますが、適切な受診につながらないケースも多くあるため、医療機関との更なる連携と、保健指導の体制整備が必要です。</p>
----------------	---

⑦ポピュレーションアプローチ事業

事業目的	生活習慣病の知識と健康意識の向上を図る。
事業目標	特定健診受診率の向上
対象者	会津坂下町住民
事業実施年度	平成 30 年度～令和 5 年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診、生活習慣病に関する啓発事業（広報誌やポスターによる啓発） ・ 肥満予防対策 ・ 子どもの生活習慣病予防 ・ 県民健康調査健診の推進 ・ 保健推進員への健康に関する情報提供 ・ 健民パスポート事業の活用（平成 30 年度～） ・ 健康教室の開催 ・ 歯科保健啓発、歯周病検診

【特定健康診査受診率】

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
目標値	41.0%	45.0%	49.0%	52.0%	56.0%
実績値	43.6%	42.3%	31.7%	35.4%	36.6%

実施体制と実施方法	<p>国保担当者・衛生担当者（保健師・管理栄養士）・介護担当者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診や生活習慣に関する情報を広報へ掲載する。 ・ 妊婦健診や母子手帳交付時、乳幼児健診・訪問における保健指導や栄養指導の実施。 ・ 乳幼児健診や学校と連携した生活習慣病予防のための保健指導の実施。 ・ 19～39 歳や国保、健診を受ける機会のない対象に対して特定健診に準ずる健診の実施。 ・ 保健推進員等で町の医療費の現状や健診の関係を説明し、地区住民への声掛けを実施。 ・ 住民の運動習慣や教室への参加、健診（検診）の受診等によるポイント付与（健民パスポート事業）。 ・ 健康に関する教室の開催。 ・ 40 歳到達者に対する歯周病検診の実施。
-----------	---

事業全体の評価と今後の方向性	<p>広報誌への掲載や、健康ポイント事業によるインセンティブの提供などの取り組みを推進しましたが、受診率は低下傾向にあります。</p> <p>健康ポイント事業は 60～80 代の方の取り組みが約 7 割と多い状況で、若い世代への啓発とはなっていない状況であり、若い世代の受診勧奨について検証が必要です。</p> <p>歯周病健診については、対象者を拡大（50、60、70 歳到達者）しましたが、受診率は低い傾向にあります。今後も歯周病予防に取り組んでいきます。</p>
----------------	--

(2) その他の事業

①ジェネリック医薬品普及啓発事業

事業目的	ジェネリック医薬品の普及率向上により、医療費の伸びの抑制を図る。
事業目標	ジェネリック医薬品の普及率 70%
対象者	国保被保険者
事業実施年度	平成 30 年度～令和 5 年度
実施内容	・ 差額に関する通知 ・ ジェネリック医薬品普及への広報

【ジェネリック医薬品の普及率】

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
目標値	70%	70%	70%	70%	70%
実績値	69. 2%	71. 1%	73. 2%	75. 2%	73. 8%

実施体制と 実施方法	<p>国保担当者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 被保険者に対し、診療報酬等情報に基づき、ジェネリック医薬品を使用した場合の自己負担分の差額に関する通知を行う。 ・ ジェネリック医薬品普及に関する内容を広報誌に掲載。
---------------	---

事業全体の評価と 今後の方向性	<p>福島県国民健康保険団体連合会と連携し差額の通知を実施しました。また、定期的に広報にジェネリック医薬品について掲載しました。</p> <p>普及率は目標値をクリアすることができましたが、医療費抑制のため、引き続き普及啓発に取り組んでいきます。</p>
--------------------	---

② 頻回受診対策事業

事業目的	同一疾患で複数の医療機関を重複している住民や、ひと月に多数回受診している住民に対して、医療費の状況をお知らせすることにより適正受診を促し医療費の伸びを抑制する。
事業目標	・ 通知対象者 通知率 100% ・ 受診指導 実施率 100%
対象者	重複・頻回受診対象者
事業実施年度	平成 30 年度～令和 5 年度
実施内容	・ 医療費通知 ・ 受診指導

【受診指導者数】

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
目標値	100%	100%	100%	100%	100%
実績値	70.0%	71.4%	85.7%	50.0%	91.3%

実施体制と 実施方法	<p>国保担当者・衛生担当者（保健師・管理栄養士）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 受診した医療機関や医療費の総額をお知らせすることで受診状況を確認してもらう。 ・ 重複・頻回傾向にある住民を毎月抽出し保健師と相談し、訪問の必要がある住民に対して訪問指導を実施
---------------	---

事業全体の評価と 今後の方向性	<p>重複・頻回傾向にある住民について、訪問、電話等による指導を実施し、介入した対象者の重複・頻回受診の改善に繋げることができました。早期に介入を図ることで医療費抑制の効果も期待できることから、引き続き取り組んでいきます。</p>
--------------------	---

③COPD対策事業

事業目的	禁煙・受動喫煙対策を進め、COPD _※ 及び生活習慣病の発症及び重症化予防を図る。
事業目標	喫煙率の低下（指標は特定健診受診者）
対象者	会津坂下町住民
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	町公共施設の受動喫煙対策の徹底

※慢性閉塞性肺疾患 たばこの煙などが原因で肺に持続的な炎症を生じる病気

【特定健診受診者の喫煙率】

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
目標値	減少				
実績値	—	15.3%	13.8%	14.6%	14.8%

実施体制と 実施方法	衛生担当者（保健師・管理栄養士） ・たばこに関する情報を広報誌等に掲載 ・母子保健事業等様々な機会を通じた情報提供 ・地区組織を活用した健診受診の声掛け ・特定健診受診者・がん検診で喫煙者に対する情報提供 ・特定健診結果に基づく禁煙支援の実施
---------------	--

事業全体の評価と 今後の方向性	<p>町の喫煙率は、県や国と比較しても高く、R2年度に減少傾向が見られましたが、その後上昇し高止まりが続いています。</p> <p>母子保健事業や特定保健指導と合わせた禁煙指導を実施してきましたが、今後もCOPDに代表される喫煙による健康被害や禁煙の効果等について適切な情報提供及び禁煙指導を行います。</p>
--------------------	---

第5節 健康課題を解決するための取組

1. 計画の目的

被保険者の「健康寿命の延伸」及び「医療費適正化」を目的とします。

【中長期的目標】

目標	評価指標	令和4年度 (2023年度)	目標値	国の目標値 (2040年度)
健康寿命の延伸	平均自立期間（要介護2）（年）	男性：78.9	延伸	75.14以上
		女性：84.7		77.79以上
	平均余命（年）	男性：80.5	延伸	-
		女性：88.2		-
医療費適正化	1件当たり医療費（年額 円/件）	43,682	減少	-

2. 中長期目標を達成するための目的、目標、関連する保健事業

（1）第3期データヘルス計画で取り組む個別保健事業

事業番号	事業名	関連する計画
1	特定健康診査事業	第4期会津坂下町国民健康保険特定健康診査等実施計画（68ページに掲載）
2	特定保健指導事業	
3	特定健康診査受診率向上対策事業	
4	重症化予防事業	
5	糖尿病性腎症重症化予防事業	

（2）目的、目標、関連する保健事業

各目標値は「第3次ばんげ健康プラン21」に基づき設定しています。

①目的：特定健康診査受診率を向上させ、生活習慣病の予防や重症化を防ぐ

目標	評価指標	現状	目標値							関連する保健事業
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11		
特定健康診査受診率の向上	特定健康診査受診率(%)	36.6	46.0	52.0	52.0	55.0	58.0	60.0	①特定健康診査事業	
特定保健指導の実施率向上	特定保健指導実施率(%)	45.5	50.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0		②特定保健指導事業
メタボリックシンドローム該当者と予備群の減少	メタボリックシンドローム該当者と予備群の割合(%)	男性 49.3	48.9	48.7	48.5	48.3	48.1	48.0	③特定健康診査受診率向上対策事業	
		女性 25.1	23.3	22.4	21.5	20.6	19.7	18.5		

②目的：特定保健指導の実施率を向上させ、生活習慣の改善を促す

目標	評価指標	現状	目標値						関連する保健事業
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
特定保健指導の実施率向上	特定保健指導実施率(%)	45.5	50.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0	② 特定保健指導事業
特定保健指導対象者の減少	特定保健指導対象者の減少率(%)	26.5	26.5 以上						

③目的：糖尿病の適正受診、重症化予防を促す

目標	評価指標	現状	目標値						関連する保健事業
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
血糖コントロール不良者の割合の減少	HbA1c _※ 8.0%以上の者の割合(%)	1.8	1.7	1.6	1.5	1.5	1.4	1.3	⑤ 糖尿病性腎症重症化予防事業
糖尿病有病者の増加の抑制	HbA1c6.5%以上の者の割合(%)	11.1	10.7	10.5	10.3	10.1	9.9	9.7	
新規人工透析患者数の減少	新規人工透析患者数(人)	1	現状維持または減少						

※過去1~2カ月の平均的な血糖の状態を示し、普段の血糖値の目安となる。

④目的：生活習慣病の発症・重症化を予防する

目標	評価指標	現状値	目標値						関連する保健事業
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
虚血性心疾患の患者数割合の減少	虚血性心疾患の患者数の割合(%)	9.13	減少						② 特定保健指導事業
脳血管疾患の患者数割合の減少	脳血管疾患の患者数の割合(%)	6.54	減少						
血圧高値者の割合の減少	Ⅱ度高血圧以上 _{※1} 者の割合(%)	6.2	5.6	5.3	5.0	4.7	4.4	4.0	④ 重症化予防事業
脂質高値者の割合の減少	脂質高値者 _{※2} の割合(%)	7.9	現状維持または減少						

※1 収縮期血圧 160 または拡張期血圧 100 以上

※2 LDL コレステロール 160mg/dl 以上

3. 計画において取り組む保健事業

(1) 個別保健事業

① 特定健康診査事業

事業の目的	メタボリックシンドロームや高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病の早期発見
対象者	実施年度中に 40 歳以上 75 歳未満になる被保険者 妊産婦、長期入院等、厚生労働省告示で定める除外規定に該当する者は除く。
現在までの事業結果	40～50 代の若い世代の受診率が低く、受診率の底上げを図っていく必要がある。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策 定時実 績	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
成果指標 (アウトカム)	特定健診 受診率(%)	36.6	46.0	52.0	52.0	55.0	58.0	60.0
実施量・率 指標 (アウトプット)	特定健診受 診者数(人)	962	1,266	1,402	1,373	1,421	1,466	1,483

太枠は中間評価年度及び最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・ 勧奨通知を、6 月末、9 月末に送付 ・ 受診率の低い 40～50 代への電話、訪問による勧奨の実施 ・ ICT を活用した啓発の実施 ・ 健診実施機関と連携し、土日健診の実施及び健診日程の拡大 ・ 結果活用事業の推進
----------------	---

実施方法（プロセス）

勧奨	受診勧奨通知の送付
実施後のフォロー	40～50 代を中心に、保健師等による電話、訪問による受診勧奨を行う。
その他	・ 人間ドック受診の対象期間を 3 年毎から 2 年毎に短縮、人間ドック事業の方法について見直しを進める。

実施体制（ストラクチャー）

庁内担当部署	保険年金班、福祉健康班で定例会議を実施
保健医療関係団体	両沼郡医師会に受診勧奨を委託 施設健診の対象医療機関の拡大
国民健康保険団体連 合会	対象者情報の提供、受診状況情報の提供
民間事業者	対象者の抽出、勧奨通知の発送、報告書の作成を委託

評価方法

年度毎に行うことを基本として、計画策定時に設定した評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。目標の達成状況が想定に達していない場合は、実施体制や実施方法が適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因等を検討する他、他保険者の成功事例や先行事例等について情報収集し、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させる。

②特定保健指導事業

事業の目的	メタボリックシンドロームの改善、メタボリックシンドローム及び関連する生活習慣病の減少
対象者	国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い抽出した者。ただし、質問票により服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため除く。なお、65歳以上75歳未満の者については動機付け支援のみ実施する。
現在までの事業結果	指導率は上昇傾向にあるが、メタボリックシンドロームの該当者も増加していることから、指導実施率の向上に加え、さらなる保健指導の質の向上と体制の整備に取り組む必要がある。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策 定時実 績	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
成果指標 (アウトカム)	特定保健指導対象者の減少率(%)	26.5	26.5 以上	26.5 以上	26.5 以上	26.5 以上	26.5 以上	26.5 以上
実施量・率 指標 (アウトプット)	特定保健指導対象者数 (人)	123	151	168	164	170	175	177

太枠は中間評価年度及び最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・保有するリスクの数に応じて階層化する。 ・個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施する。 ・ICTを活用した特定保健指導の推進 ・特定健診実施後の特定保健指導の早期初回面接実施の促進
----------------	---

実施方法（プロセス）

動機付け支援及び積極的支援	動機付け支援：対象者の個別性に応じた指導や情報提供等を行う。 積極的支援：生活習慣改善の必要性を認識し、行動目標を自らが設定できるように行動変容を促す。
実施後のフォロー	個別支援（ICT含む）、電話、電子メール等のいずれか、もしくははいくつかを組み合わせで行う。
その他	保健指導についての研修等を積極的に受講し、保健師・管理栄養士のスキルアップを図る。

実施体制（ストラクチャー）

庁内担当部署	保険年金班、福祉健康班で定例会議を実施
国民健康保険団体連合会	対象者情報の提供、受診状況情報の提供

評価方法

3か月以上経過後の評価設定した行動目標が達成されているか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価する。面接または通信手段を利用して行う。

アウトカム評価（成果が出たことへの評価）を原則とし、プロセス評価（保健指導実施の介入量の評価）も併用して評価する。

③特定健康診査受診率向上対策事業

事業の目的	健康状況の把握、疾病の予防・早期発見および特定保健指導対象者の抽出の為、特定健康診査の受診を勧奨する。
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診勧奨時点未受診者 ・ 3年連続未受診者 ・ 40～50歳代の未受診者
現在までの事業結果	広報への掲載やハガキによる受診勧奨は実施してきたが、受診率の向上に結びついていない。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策 定時実 績	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
成果指標 (アウトカム)	特定健診 受診率(%)	36.6	46.0	52.0	52.0	55.0	58.0	60.0
実施量・率 指標 (アウトプット)	勧奨通知率 (%)	100	100	100	100	100	100	100

太枠は中間評価年度及び最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・ 勧奨通知は、6月末、9月末に送付 ・ ナッジ[※]や他保険者の好事例を取り入れた勧奨通知のデザイン ・ 受診率の低い40～50代への電話、訪問による勧奨の実施 ・ 対象者の意識調査を実施（受診券送付時に調査票同封） ・ ICTを活用した啓発の実施
----------------	--

※行動変容を促す戦略・手法

実施方法（プロセス）

勧奨	受診勧奨通知の送付
実施後のフォロー	40～50代を中心に、保健師等による電話、訪問による受診勧奨を行う。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ ヘルスアップ事業の活用による民間業者との協働。 ・ かかりつけ医からの受診勧奨について医師会との連携を進める。

実施体制（ストラクチャー）

庁内担当部署	保険年金班、福祉健康班で定例会議を実施
保健医療関係団体	両沼郡医師会に受診勧奨を委託
国民健康保険団体連合会	対象者情報の提供、受診状況情報の提供
民間事業者	対象者の抽出、勧奨通知の発送、報告書の作成を委託

評価方法

年度毎に行うことを基本として、計画策定時に設定した評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。目標の達成状況が想定に達していない場合は、実施体制や実施方法が適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因等を検討する他、他保険者の成功事例や先行事例等について情報収集し、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させる。

④重症化予防事業

事業の目的	生活習慣病の発症・重症化を予防するため、医療機関への受診勧奨や保健指導を行うことで、医療機関への受診及び治療に結びつけ、生活習慣病の重症化を予防する。
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査の結果、血圧、脂質、血糖、腎機能などの項目について医療機関を受診すべき領域で、内服治療をしていない者 ・ 治療中であるがコントロール不良者（血圧、脂質、血糖、腎機能の項目）
現在までの事業結果	未治療者やコントロール不良者などのリスク階層化を行い、優先順位が高い順に受診勧奨及び保健指導を行ってきたが、高血圧は上昇傾向、脂質異常症は横ばいの状況である。

目標と評価指標

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
成果指標 (アウトカム)	Ⅱ度高血圧以上者 ^{※1} の割合(%)	6.2	5.6	5.3	5.0	4.7	4.4	4.0
	脂質高値者の割合(%) ^{※2}	7.9	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	受診勧奨者の受診割合(%)	41.0	42.2	42.8	43.4	44.0	44.5	45.0
実施量・率 指標 (アウトプット)	受診勧奨実施割合(%)	100	100	100	100	100	100	100

※1 収縮期血圧 160 または拡張期血圧 100 以上

※2 LDL コレステロール 160mg/dl 以上

太枠は中間評価年度及び最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診勧奨は、健診結果説明会での面談や通知及び電話により行い、受診勧奨と同時に保健指導を行うことで重症化予防を図る。 ・ 保健指導教材の ICT 等の活用や、人員の確保による保健指導体制の整備を行う。 ・ 医療機関と連携し、適切な医療機関の受診と保健指導の実施をする。
----------------	---

実施方法（プロセス）

勧奨	保健師や管理栄養士等による健診結果説明会での面談や、電話での受診勧奨を行う。通知による勧奨は年 1 回郵送する。特に、腎機能低下者や心電図の所見がある場合には積極的な勧奨を行う。
対象者の把握	マルチマーカー、KDBにより対象者の把握を行い、リスク層別化により、有所見が重複する場合（特に血圧・血糖・脂質・腎機能・心電図）は優先順位を高くする。
勧奨後の受診状況の把握	レセプトデータ、医療機関からの返信はがきにより、効果の検証を行う。

実施体制（ストラクチャー）

市内担当部署	事業計画書の作成および対象者の抽出、保健指導は福祉健康班が担当する。予算編成及び関係機関との連携調整等は保険年金班が担当する。
医師会との連携	かかりつけ医による重症化予防事業についての適切な理解を得られるよう、医師会への働きかけを行う。
予算・人員配置など	ヘルスアップ事業の活用による専門職の確保と、保健指導教材に関する ICT の活用を行い、体制の整備を行う。

評価方法

「Ⅱ度高血圧以上者の割合」と「脂質高値者の割合」は、KDBシステムの介入支援対象者一覧より年度末時点での該当者の割合を確認する。受診勧奨対象者の医療受診率はレセプトデータと医療機関からの返信はがきを用いて、「受診勧奨後の医療受診者数」÷「受診勧奨対象者数」で算出を行う。

⑤糖尿病性腎症重症化予防事業

<p>事業の目的</p>	<p>糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者を医療機関に結びつけるとともに、糖尿病性腎症で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、医療機関と連携して保健指導を行い、人工透析への移行を防止することを目的とする。</p>
<p>対象者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診の結果及びレセプトから把握した糖尿病未治療者 ⇒空腹時血糖 126 mg/dℓ（随時血糖 200 mg/dℓ）以上またはHbA1c（NGSP）6.5%以上の者で糖尿病を治療していない者。 ・ 糖尿病治療中断者 ⇒過去に糖尿病治療歴のある者、または過去3年間程度の健診結果にてHbA1c6.5%以上が確認されている者のうち、直近1年間に健診受診歴やレセプト情報における糖尿病受療歴がない者。 ・ 糖尿病で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者 ⇒糖尿病性腎症病期が第2期、第3期及び第4期と思われる者（糖尿病により治療中であり、以下のいずれかに該当する者） <ul style="list-style-type: none"> i 尿蛋白+以上 ii 血清クレアチニン検査より eGFR60ml/分/1.73 m²未満
<p>現在までの事業結果</p>	<p>対象者を階層化し、優先順位の高い方より受診勧奨や保健指導を実施しているが、マンパワーが不足しており、対象者への十分な保健指導を実施できていない状況である。</p> <p>また、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの活用が進んでいるが、適切な受診につながらないケースも多く、医療機関との連携が必要である。</p>

目標値と評価指標

指標	評価指標	計画策 定時実 績	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
成果指標 (アウトカム)	糖尿病性腎症の年間新規人工透析患者数(人)	1	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	HbA1cの 変化状況の 割合(%) (2か年評 価、7.0%から 7.0%未満へ の変化)	26.8 (R3~ R4)	28.2	28.9	29.5	30.2	30.9	31.4
	血糖コント ロール不良 者 _{※1} の割合 (%)	1.8	1.7	1.6	1.5	1.5	1.4	1.3
	糖尿病有病 者 _{※2} の割合 (%)	11.1	10.7	10.5	10.3	10.1	9.9	9.7
実施量・率 指標 (アウトプット)	指導利用率 (%)	29.8	38.3	42.6	46.9	51.2	55.5	60.0

※1 HbA1c8.0%以上の人 ※2 HbA1c6.5%以上の人

太枠は中間評価年度及び最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防プログラムのさらなる活用と推進のため、医療機関との連携と保健指導の体制整備を行う。 ・受診勧奨は、健診結果説明会での面談や通知及び電話により行い、受診勧奨と同時に保健指導を行うことで重症化予防を図る。
----------------	---

実施方法（プロセス）

対象者の把握	マルチマーカー、KDBを活用し、糖尿病や腎機能等によるリスク層別化を行うことで重症化のリスクが高い方から優先的に関わる。効果的な事業の推進のため、対象者の選定基準については毎年検討する。
保健指導	健診結果説明会を実施し、面談による結果の返却を行う。専門医への受診が必要な方は糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用し、医療機関と連携した保健指導、受診勧奨等を行う。

実施体制（ストラクチャー）

庁内担当部署	事業計画書の作成および対象者の抽出、保健指導は福祉健康班が担当する。予算編成及び関係機関との連携調整等は保険年金班が担当する。
医師会との連携	かかりつけ医による糖尿病性腎症重症化予防プログラムのさらなる活用に向け、医師会、かかりつけ医との連携強化を図る。
予算・人員配置など	ヘルスアップ事業の活用による専門職の確保と、保健指導教材に関するICTの活用を行い、体制の整備を行う。保健指導の質の向上のため、定期的な学習会等の開催をする。

評価方法

「糖尿病性腎症の新規人工透析導入者数」は、KDBシステムを活用し、3月末時点での当年度内に新規で透析移行した患者数を確認する。また、人工透析に至った起因疾患や保健指導の実施状況も確認し、保健事業との相関を分析する。

「HbA1c の変化状況の割合」は年度末に国保連合会から出される「糖尿病性腎症重症化予防プログラム評価シート」より該当割合を確認する。「血糖コントロール不良者の割合」と「糖尿病有病者の割合」は年度末にKDBシステムの介入支援対象者一覧より該当者を確認し、評価を行う。

(2) 第4期会津坂下町国民健康保険特定健康診査等実施計画

この計画では、データヘルス計画の個別事業で取り組む「特定健康診査事業」及び「特定保健指導事業」の実施に関する具体的な取組内容等について記載しています。

①特定健康診査等実施計画における対象者数推計について

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み、特定保健指導の対象者数及び利用者数の見込みについて、受診率・実施率の目標値より算出しました。

②特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

令和6年度から令和11年度までの特定健康診査対象者数及び受診者数について、各年度の見込みを示したものです。

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

項目 \ 年度	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
特定健康診査 対象人数(人)	2,752	2,696	2,640	2,584	2,528	2,472
特定健康診査受診率 (目標値)(%)	46.0	52.0	52.0	55.0	58.0	60.0
特定健康診査 受診者数(人)	1,266	1,402	1,373	1,421	1,466	1,483

③特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

令和6年度から令和11年度までの特定保健指導対象者数及び実施者数について、各年度の見込みを示したものです。

特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

項目 \ 年度	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
特定保健指導 対象者数(人)	151	168	164	170	175	177
特定保健指導実施率 (目標値)(%)	50.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0
特定保健指導 実施者数(人)	75	87	88	95	101	106

④特定健康診査

事業の目的	メタボリックシンドロームや高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病の早期発見
対象者	実施年度中に 40 歳以上 75 歳未満になる被保険者 妊産婦、長期入院等、厚生労働省告示で定める除外規定に該当する者は除く。
実施場所	会津坂下町健康管理センター 町指定医療機関
実施項目	国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」と、医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診項目」に基づき実施する。
実施時期	会津坂下町健康管理センター 7月、10月 町指定医療機関 7月から翌年2月まで
案内方法	対象者に、特定健康診査受診券と受診案内を個別に発送する。 広報やホームページ等で周知を図る。

基本的な健診項目（全員に実施）

質問項目	標準的な質問票
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積）
理学的所見	身体診察
血圧測定	血圧
脂質検査	空腹時中性脂肪（やむを得ない場合には随時中性脂肪）、HDL コレステロール、LDL コレステロールまたは Non-HDL コレステロール
肝機能検査	AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -GT (γ -GTP)
血糖検査	空腹時血糖、HbA1C、やむを得ない場合には随時血糖
尿検査	尿糖、尿蛋白
血清クレアチニン検査	eGFR による腎機能の評価を含む

詳細な健診項目（医師が必要と判断した場合に実施）

心電図検査	—
眼底検査	—
貧血検査	赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値
血清クレアチニン検査	eGFRによる腎機能の評価を含む

関連する取組（プロセス）

事業分類	取組
特定健康診査の周知・啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・ 広報、SNS 等による周知の強化 ・ 公共施設や町内医療機関、商業施設等、町民が多く集まる場所へのポスター掲示 ・ チラシの配布
特定健康診査未受診者への受診勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 勧奨通知を送付 ・ ナッジや他保険者の好事例を取り入れた勧奨通知のデザインを導入 ・ 受診率の低い 40～50 代への電話、訪問による勧奨の実施 ・ 対象者の意識調査を実施（受診券送付時に調査票同封） ・ ICT を活用した啓発の実施
健診体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診実施機関と連携し、土日健診の実施及び健診日程の拡大を図る。 ・ 受診可能な町指定医療機関を増やす。
医療機関との連携強化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関から検査データを取得し特定健診結果とする結果活用事業の推進

⑤特定保健指導

事業の目的	生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善により予防効果が期待できる方に対する生活習慣見直しのサポート
対象者	国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い抽出した者。ただし、質問票により服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため除く。なお、65歳以上75歳未満の者については動機付け支援のみ実施する。
実施体制	会津坂下町生活課保険年金班、福祉健康班
実施場所	会津坂下町健康管理センター
	会津坂下町役場庁舎
	対象者宅
実施内容	保有するリスクの数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施する。 また、特定保健指導の質の向上、対象者の利便性の向上及び負担軽減を目的として、「評価体系の見直し（アウトカム評価の導入）」、「ICTを活用した特定保健指導の推進」、「特定健診実施後の特定保健指導の早期初回面接実施の促進」等の国の指針を踏まえ、効果的・効率的な実施に努める。
実施時期	特定健康診査受診後から特定保健指導終了まで。（指導期間3カ月以上）
案内方法	対象者に特定保健指導の案内を発送する。

特定保健指導対象者の選定基準

腹囲/BMI	追加リスク	喫煙歴（注）	対象	
	①血糖②脂質③血圧		40歳-64歳	65歳-74歳
≥85cm（男性） ≥90cm（女性）	2つ以上該当	あり なし	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当			
上記以外で BMI ≥25	3つ該当	あり なし	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当			
	1つ該当			

（注）喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 または HbA1c（NGSP値）5.6%以上

（空腹時血糖及びHbA1c（NGSP値）の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。）

②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上（やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上）またはHDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

動機付け支援

支援内容	対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・延ばすべき行動等に気づき、自ら目標を設定し行動に移すことができるように、対象者の個別性に応じた指導や情報提供等を行う。
支援形態	初回面接による支援のみの原則1回とする。 ○初回面接 1人当たり20分以上の個別支援(ICT含む)。
実績評価	○3カ月以上経過後の評価 設定した行動目標が達成されているか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価する。面接または通信手段を利用して行う。

積極的支援

支援内容	特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的に実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促す。 支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援する。					
支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3カ月以上の継続的な支援を行う。 ○初回面接 1人当たり20分以上の個別支援(ICT含む)。 ○3カ月以上の継続的な支援 個別支援(ICT含む)、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせる。					
実績評価	○3カ月以上経過後の評価 成果評価(アウトカム)を原則とし、保健指導実施の介入量の評価(プロセス)も併用して評価する 成果評価(アウトカム) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">主要達成目標</td> <td>・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上 かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少</td> </tr> <tr> <td>目標未達成の場合の行動変容評価指</td> <td>・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)</td> </tr> </table> 保健指導実施の介入量の評価(プロセス) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>・継続的支援の介入方法による評価 (個別支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等)</td> </tr> </table>	主要達成目標	・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上 かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少	目標未達成の場合の行動変容評価指	・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)	・継続的支援の介入方法による評価 (個別支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等)
主要達成目標	・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上 かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少					
目標未達成の場合の行動変容評価指	・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)					
・継続的支援の介入方法による評価 (個別支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等)						

関連する取組

事業分類	取 組
特定保健指導の勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者への PR ・ 対象者の特性に応じた案内の作成
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ・ ICT を活用した特定保健指導の実施推進 ・ 保健指導についての研修等を積極的に受講し、保健師・管理栄養士のスキルアップを図る。

第6節 計画におけるその他の取組事項

1. 計画の公表及び周知

(1) データヘルス計画の公表及び周知

データヘルス計画は、広報紙、ホームページ等で公表するとともに、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。また、目標の達成状況等の公表に努め、本計画の円滑な実施等について広く意見を求めます。

(2) 特定健診等実施計画の公表及び周知

高齢者の医療の確保に関する法律 第19条3において、「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、遅滞なく、これを公表しなければならない。」とあります。主に加入者(特に特定健診・特定保健指導の対象者)に対し、計画期間中の方針を示し、事業の趣旨への理解を促し積極的な協力を得るため、広報紙、ホームページ等で公表し、広く周知を図ります。

2. 計画の評価及び見直し

(1) データヘルス計画の評価及び見直し

①評価の時期

設定した評価指標に基づき、例年2月に開催する第1回会津坂下町国民健康保険運営協議会において取組内容を評価します。また、進捗確認のため令和8年度に全体の中間評価を行い、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行います。

②評価方法及び体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行います。

また、評価に当たっては、会津坂下町国民健康保険運営協議会による評価を基本とし、必要に応じ庁内関係課・関係団体との連携・協力体制を整備します。

(2) 保健事業の評価及び見直し

保健事業の評価は年度毎に行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業毎の評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、実施方法(プロセス)や実施体制(ストラクチャー)が適切であったか等確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討し、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

(3) 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

特定健康診査の受診率、特定保健指導対象者の割合、特定保健指導の実施率、特定保健指導の成果(目標達成率、行動変容率)、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率等について、毎年度目標の達成状況の評価し、必要に応じて見直しを行います。

3. 他の保健事業との連携

特定健康診査の実施に当たっては、庁内連携を図り、がん検診等他の関連する検（健）診と可能な限り連携して実施します。

4. 実施体制の確保及び実施方法の改善

（１）実施体制の確保

特定保健指導に係る人材育成・確保に努めます。

（２）実施方法の改善

在宅勤務や遠隔地勤務等の多様なニーズ対応に努め、遠隔で行う保健指導については、評価水準や時間設定等は対面と同等とします。ICT活用の推進に当たっては、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」や「標準的な健診・保健指導プログラム」を参照し、ICT環境やICTリテラシーの確認・確保等、ICT活用に係る課題に留意して対応します。

5. 地域包括ケアに係る取組

現在、急速に少子高齢化が進むなか、地域との関わりの希薄化や社会的孤立、複合的な課題を抱える家族の増加等の地域課題が多様化・複雑化しています。

国では、超高齢社会を支える視点に立ち、地域における自立した生活を支援するため、本人の状態に応じて、住まいを中心に、介護・医療・予防・生活支援を一体的に提供できる「地域包括ケアシステム」の深化・推進に向けた取り組みを進めています。

本町では「会津坂下町高齢者福祉・介護保険事業計画」を策定し、分野横断的に取り組むべきテーマを掲げ、課題解決に向けた取り組みを推進しています。

後期高齢者保健事業と国民健康保険保健事業、介護予防事業の切れ目のない支援を推進するために、庁内各課、事業者、団体等の関係機関との連携も交えて、地域包括ケアの取組を共に推進していきます。

6. 個人情報の保護

個人情報の取扱いに当たっては、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適切に管理します。

また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じます。

用語解説集

【あ行】

アウトカム

事業を実施したことによる成果を目標の達成度で評価すること。

アウトプット

実施量を立案した計画の実施率や開催回数で評価すること。

悪性新生物

がん・肉腫のことで、細胞が何らかの原因で変異して増殖を続け、周囲の正常な細胞を破壊する腫瘍。

インセンティブ

目標を達成するための刺激、誘因。目標を達成した報償。

【か行】

介護保険第1号被保険者

65歳以上の者。

介護保険第2号被保険者

40歳以上65歳未満の医療保険加入者。

眼底検査

目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。
動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無などを調べるもの。

クレアチニン

アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。

血糖

血液内のブドウ糖の濃度。食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。

血圧(収縮期・拡張期)

血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という

健康寿命

健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。本計画では、国保データベース(KDB)システム で取得できる「平均自立期間」と同義。

後発医薬品（ジェネリック医薬品）

先発医薬品と同一の有効成分を同一量含み、同一経路から投与する薬剤で、効能・効果、用法・用量が原則的に同一であり、先発医薬品と同等の臨床効果・作用が得られる医薬品のこと。全ての医薬品に後発医薬品があるわけではない。

利用率とは、後発医薬品処方薬数÷(後発医薬品処方薬数+代替可能先発医薬品処方薬数)

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するもの

【さ行】

ストラクチャー

物事の校正や構造を意味する言葉。保健事業においては、事業に従事する職員の体制(職種、人数、職員の資質等)、予算、施設、設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用状況のことを意味する。

ジェネリック医薬品

後発医薬品のこと。

重複受診者

1カ月に医科のレセプトが4件以上ある者。

人工透析

機能が著しく低下した腎臓に代わり機械で老廃物を取り除くこと。1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度、ずっと受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。

心電図

心臓の筋肉に流れる電流を体表面から記録する検査。電流の流れ具合に異常がないかがわかる。また1分間に電気が発生する回数である心拍数も測定される。

生活習慣病

高血圧症、糖尿病、脂質異常症、脳血管疾患、心臓病等で生活習慣が発症原因に深く関与していると考えられている疾患の総称。食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣がその発症・進行に関与する疾患。

積極的支援

特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い者に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3カ月以上の定期的・継続的な支援を行う。

【た行】

中性脂肪

肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。

データヘルス

レセプト・健診情報等のデータを活用して、PDCAサイクルに沿って実施する効率的・効果的な保健事業。

動機付け支援

特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、またはグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導修了後、対象者は行動計画を実践し、3カ月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。

特定健康診査

平成 20(2008)年度から、国のメタボリックシンドローム対策の柱として導入された制度のことで、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき 40 歳以上を対象に医療保険者に実施が義務付けられた健康診査。

特定保健指導

特定健康診査、人間ドック検診を受診した者のうち、指導を要する対象者に対して、自分の健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための個人の取り組みを継続して行うことができるように働きかけや助言を行う。階層化により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した者に行う。

【な行】

ナッジ

英語で「軽くつつく、行動をそっと後押しする」という意味。経済的なインセンティブや行動の強制をせず、行動変容を促す戦略・手法。

尿酸

食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。

【は行】

頻回受診者

1カ月に内科のレセプトが 15 日以上ある者。

肥満

腹囲が男性 85 cm以上、女性 90 cm以上又はBMIが 25 以上の者。

腹囲

へその高さを水平に計測したお腹周りの値。内臓脂肪の蓄積量を測る。

フレイル

フレイルとは、健康な状態と要介護状態の中間の段階をさす。年齢を重ねていくと、心身や社会性などの面でダメージを受けたときに回復できる力が低下し、これによって健康に過ごせていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態に変化していく

プロセス

事業の目標を達成するための実施過程、実施方法。

平均自立期間（要介護 2 以上）

国保データベース(KDB)システムにおいては、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標とした健康寿命を算出し、「平均自立期間」と呼称している。介護受給者台帳における「要介護 2以上」を「不健康」と定義して、毎年度算出する。平均余命からこの不健康期間を除いたものが、平均自立期間である。

法定報告

高齢者の医療の確保に関する法律第 142 条に基づき、特定健康診査、特定保健指導の結果について国に報告すること。報告の対象者は、法律の定める特定健康診査、特定保健指導の対象者から、年度中の資格喪失者及び厚生労働大臣が定める除外者を除いたものとなる。保健事業保険者が保険給付又は被保険者の健康の保持増進等のために行う事業をいう。

ポピュレーションアプローチ

集団全体に対して働きかけることにより、集団全体の健康リスクを軽減させ、良い方向にシフトさせること。

【ま行】

慢性腎臓病（CKD）

慢性腎臓病(Chronic kidney disease:CKD)とは、慢性に経過するすべての腎臓病を指す。腎臓の働きが健康な人の60%以下に低下する(eGFRが60ml/分/1.73 m²未満)か、あるいはタンパク尿が出るといった腎臓の異常が続く状態をいう。生活習慣病(高血圧、糖尿病等)やメタボリックシンドロームとの関連も深い。

慢性閉塞性肺疾患（COPD）

COPDを参照。

メタボリックシンドローム

内臓脂肪の蓄積(内臓脂肪型肥満)を共通要因として高血圧、高血糖、脂質異常等を引き起こした状態で、その複合的な結果として、血管の損傷や動脈硬化が生じ、症状が重症化した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患の発症リスクが高くなる。

【や行】

有所見者

健診結果の数値が基準値より高いあるいは低い等の異常があると判定された者。

【ら行】

リスク

危険の意味で、病気に関しては重症化する要因という意味で用いられる。

レセプト

診療報酬明細書の通称。保険医療機関等が被保険者の診療を行ったときの医療費をその患者の所属する保険者に対して請求する診療報酬請求書に添付する書類。

【A～Z】

BMI（ビー・エム・アイ）

Body Mass Index の略。人の肥満度を表す体格指数。

BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)で算出される。肥満の判定基準は「18.5 未満:やせ
18.5～24.9:ふつう 25 以上:肥満」となる。

CKD（慢性腎臓病）

慢性腎臓病を参照。

COPD（慢性閉塞性肺疾患）

慢性閉塞性肺疾患(Chronic obstructive pulmonary disease)とは、従来、慢性気管支炎や肺気腫と呼ばれてきた病気の総称。タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入暴露することで生じた肺の炎症性疾患であり、喫煙習慣を背景に中高年に発症する生活習慣病。

eGFR

腎臓機能を示す指標で、クレアチニン値を性別、年齢で補正して算出する。腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値。数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。

HbA1c

ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1～2カ月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。

HDLコレステロール

余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。

ICT

Information and Communications Technology(インフォメーションアンドコミュニケーションテクノロジー／情報通信技術)の略。コンピュータやデータ通信に関する技術をまとめた呼び方。代表的なツールとしては、Web 会議システムやスマートフォンアプリ、Web アプリ等が挙げられる。

KDBシステム（ケーディービーシステム）

KDBシステムとは、国保データベースシステムのこと。国保中央会が開発し、全国的に利用されているシステム。特徴としては、同規模の保険者との比較ができることや、特定健康診査の情報以外にレセプト、介護の情報を見ることができる。

LDLコレステロール

肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロール。

non-HDLコレステロール

総コレステロールからHDLコレステロールを減じたもの。数値が高いと、動脈硬化、脂質代謝異常、甲状腺機能低下症、家族性高脂血症などが疑われる。低い場合は、栄養吸収障害、低βリポたんぱく血症、肝硬変などが疑われる。

PDCAサイクル

業務プロセスの管理手法の一つで Plan(計画)－ Do(実行)－ Check(評価)－ Act(改善)という観点で進めていく考え方。4段階の活動を繰り返し行うことで、継続的にプロセスを改善していく手法。

QOL

quality of life (クオリティオブライフ)「人生の質」「生活の質」広義には、恵まれた環境で仕事や生活を楽しむ豊かな人生をいう。狭義には、特に医療・福祉分野で、延命治療に偏らずに、患者の生活を向上させることで、患者の人間性や主体性を取り戻そうという考え方。

【策定・改定履歴】

策定・改定年月日	改定箇所	内容等
令和6年3月	—	新規策定

第3期会津坂下町国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

令和6（2024）年度～令和11（2029）年度

発行：会津坂下町

令和6年3月